

综 述

全国首届大黄学术研讨会文献概述

焦东海¹ 蒋小维² 阮宜吾³ 许国铭⁴ 刘福春⁴ 周培聪⁵

1987年11月于上海召开了我国首届大黄学术研讨会,现就会议收到的225篇论文概述如下。

一、文献研究

最早记载大黄的医籍是《神农本草经》,大黄入药可能是西域民族的用药经验,后流传入内地的。公元前114年我国大黄由商队经丝绸之路运往西亚与欧洲,13世纪的旅行家马可波罗把我国大黄带入意大利。在整理清代宫廷医案中发现大黄的应用十分广泛,不仅服用大黄治病,每日二三钱,亦有用五钱甚至一两者,各种炮制大黄及生大黄均有使用。同时还常用大黄代茶作为日常调理的防病健身之品。

二、生药与药化研究

通过对大黄的药源调查,利用生药形态与显微特征相比较的系统研究方法,从商品大黄中鉴别出三种非正品大黄,即华北大黄、河套大黄与藏边大黄。对正品大黄中34种化学成分进行高效液相色谱法定量分析,结果表明:唐古特大黄中含有除蒽醌及其单糖甙外的其它成分最多;其次为掌叶大黄,但掌叶大黄含有游离蒽醌及其单糖甙最多;药用大黄根茎中含有各种成分最少。并发现野生唐古特大黄的有效成分高于掌叶大黄,大黄皮含有很高的有效成分,故加工时不宜削去。大黄的干燥方法对成分有影响,以晒干法最好,其次为烘干法,因为熏干法和阴干法对有效成分影响最大,故不宜采用。

日本方面已从大黄中分离出120多种成分,其中化学结构已经明确的化合物已达60多种。我国学者已从大黄中分离出2个止血有效单体(α -儿茶素与没食子酸),并从大黄中分离出抑制胰酶的10个单体,还分离出降血脂的有效部位,为大黄的止血、降血脂作用以及治疗急性胰腺炎提供了物质依据。

三、制剂与炮制研究

大黄制剂除传统的丸、散、膏、丹外,现已研制出注射液、栓剂、胶囊、冲剂、糖浆、溶液、片剂等,同时还有保健剂如大黄糖(饼、香、酒、饮料)等。为克服生大黄

副作用,突出与增强大黄的清热解毒、活血化瘀作用,目前已研制出熟大黄“酒热压制法”新工艺,这对提高饮片质量,统一炮制工艺,提高临床疗效具有重要意义。

四、临床研究

会议上关于大黄临床使用的文章有120篇,以下按不同病证种类分别论述。

(一) 血症

祖国医学有见血休止血,首当祛瘀;瘀血不去,新血不生;瘀血不去,血不归经及出血之由唯气唯火等理论。而大黄具有主下瘀血、降气、泻火及苦以坚之功效,在许多疾病中,凡具有上述病机、症候的血证患者均可使用。

1. 急性上消化道出血:

(1) 急性胃、十二指肠出血:据50所医院统计,应用单味大黄不同制剂(汤、粉、丸、片、注射剂、糖浆、胶囊、溶液等)治疗急性胃、十二指肠出血(肝硬化引起者除外)已达3700例,止血有效率达95%,平均止血时间为3天。其中有15所医院作了1660例的随机对照观察,证明单味大黄的止血疗效与复方中(西)药相似,但止血速度快,腹胀、纳差、瘀热等症状消失也快,尤以大黄醇提片效果为最好,且服用方便,价格便宜,同时对因出血而引起的氮质血症也有治疗作用。故凡胃、十二指肠出血,适合内科止血者均可考虑首选大黄,特别是对出血量在1000毫升以内,以黑便为主,并伴有瘀热、苔黄、脉弦、便秘者更为适宜。每日服3次,每次服3克(或相当于生药3克的其他制剂),直至血止。

(2) 胆道出血:取单味大黄20~30克,水煎5分钟,凉后服,以后每剂10~15克,每日1~4剂。同时每例均予抗菌素、补液、输血(平均每例输血800毫升),

1 上海市香山中医医院; 2 上海拉丝模厂; 3 华夏中药研究贸易有限公司(澳大利亚); 4 第二军医大学附属长海医院; 5 中国驻瑞士使馆参赞

共治14例均有效,平均止血时间3.3天,优于使用复方西药的随机对照组。

2. 肺咯血:用血宁冲剂(大黄、黄芩、黄连)治疗27例,单味大黄治疗158例(每次用3克,每日3次),与复方西药组(60例)随机对照观察。治疗结果表明,中药、西药组止血有效率相似,但用大黄者止血时间(平均6天)较西药组明显缩短。

3. 鼻衄:大黄止血灵胶囊(由大黄、黄芩、生地、丹皮、赤芍组成),每日服3次,每次3~5粒,共治100例,平均4.5天止血,止血有效率达95%。鼻衄者如用凡士林油纱条填塞仍出血不止或填塞后感染或鼻肿者,可加服大黄止血灵,一般均可达到止血目的,从而可免除电灼止血手术。还有资料介绍用复方大黄治疗过敏性紫癜合并便血、痔血、功能性子宫出血等。关于大黄的止血机理,上海市大黄研究协作组在初期的实验结果认为,服大黄后可使血小板及纤维蛋白原含量增加,凝血时间缩短。但经反复实验结果表明,大黄全成分并无上述作用,它主要能使血浆渗透压增高,故外周组织的液体流向血管内,取得了相当于内输液的作用。对解除出血后的微循环障碍有益,并具有使局部血管收缩及通透性降低的止血作用。

(二) 急腹症

对于里实热证,病位大多在六腑者,西医诊为急性胰腺炎、胆囊炎、胆石症者,大黄均可适用。

1. 急性胰腺炎:用单味大黄不同制剂治疗急性胰腺炎300例,与复方中、西药各150例作随机对照观察,结果证明三者的有效率相似,但用大黄治疗者绝大多数未使用胃肠减压,症状、体征消失快,并对重症胰腺炎也有一定的疗效。治疗时应按急症急攻原则,需采用大剂量大黄,如用生大黄煎剂,一般每天至少用30克,还可适当加量,以舌苔黄腻程度及大便次数为调整药量的标准。在使用大黄中我们发现,随着腹泻的出现,腹痛减轻,腹胀消失,食欲大增,黄腻舌苔渐消,一般泻6次后则病渐愈。开始服大黄煎剂的半天至1天内,部分病人会发生恶心呕吐,这不应视为副作用,但吐出多少,应补服多少。单味大黄治疗急性胰腺炎的主要机理有:(1)大黄能抑制胰酶的分泌,同时对于与急性胰腺炎发病直接有关的五种胰酶(胰蛋白酶、胰弹性蛋白酶、胰糜蛋白酶、胰激肽释放酶、胰脂肪酶)具有明显的抑制作用。(2)大黄能促进肝胆汁分泌而利胆,同时能降低奥迪氏括约肌张力,增强肠蠕动推进能力,故有利于及时地把已被激活的胰酶和被其消化的坏死组织所产生的毒性物质尽快排出体外。(3)重症胰腺炎大多并发厌氧菌感

染,而大黄有抗厌氧菌作用,特别是对常见的脆弱类杆菌的抑制作用尤为显著。

2. 胆囊炎:单味大黄治疗急性胆囊炎20例均获效,2~4天内发热、腹痛消失,白细胞恢复正常。治疗方法与急性胰腺炎相同。

3. 胆石症:口服生大黄片,每次0.6克,每日3次,共治42例。对照组20例,口服维生素E50mg,每日3次,30天为一疗程。服大黄患者多在一周内开始排石,对照组的排石率为10%,治疗组排石率为73.8%。

单味大黄对消化道的实验研究有如下进展:有作者通过实验证实,大黄能促进胃粘膜PGE₂生成来预防纯酒精对胃粘膜细胞的直接损伤;大黄能拮抗消炎痛对胃粘膜PGE₂生成的抑制作用,从而预防服用消炎痛所引起的胃粘膜损伤。也有作者报告生大黄对大鼠整个离体结肠的电活动有明显的兴奋作用(不仅对降结肠和横结肠,而且对升结肠也有兴奋作用);同时发现对十二指肠也有轻度兴奋作用,其规律为大黄小剂量时使肠电抑制,大剂量时使肠电兴奋,并出现先兴奋后抑制的现象。

(三) 炎症

大黄具有通下泻热解毒的作用,对实火上炎、湿热壅滞、邪热壅肺、肝胆湿热等证,包括现代医学的一些炎症感染均有较好效果。

1. 急性扁桃腺炎:单味生大黄9~12克,用沸水150ml浸泡,待温时顿服,隔2小时服一剂,每日服1~2剂。共治61例,平均2天痊愈。

2. 复发性口疮:用单味生大黄30克,加水250ml,煎沸,取200ml药液,饭后温服,每日煎2次。治疗39例,平均2天缓解。

3. 急性肠炎:口服单味大黄醇提片,每次3片,每日3次,共治54例,并与复方西药组(用痢特灵或庆大霉素、氯霉素及止泻片等)45例作随机对照。结果两组疗效相似。

4. 急性菌痢:口服单味大黄醇提片,每次4~5片,每日3次,酌情补液,治疗急性菌痢110例,并与复方西药组(氯霉素、磺胺药、吡哌酸等)112例作随机对照。结果两组疗效相似。

5. 慢性结肠炎:用生大黄15克、吴茱萸6克。浓煎至120ml,每次60~120ml,保留灌肠,每日一次,10日为一疗程,治疗3例慢性结肠炎均愈。随访1.5~3年,均未复发。

6. 急性大叶性肺炎:用泻热汤(大黄1.5克、芒硝9克、元参15克、甘草6克)水煎200毫升,每日

服1~2剂,治疗急性肺炎共100例,在体温、白细胞恢复正常时间及病变吸收时间上均优于单纯西药组。

7. 败血症:因重症肝胆系统急性感染所致的败血症,分别用大黄加西药和单纯西药治疗各30例。结果表明:加用大黄后感染中毒症状迅速减轻,如腹胀、腹痛减轻,寒战消失,精神好转,食欲增进,体温渐降,白细胞数恢复正常。

8. 急性黄疸型肝炎:用单味大黄不同制剂(汤、片、注射液)治疗急性黄疸型肝炎224例,有效率为95%(其中重症肝炎30例的有效率为76.7%),与西药对照组相比较,单味大黄在黄疸消退及腹胀、纳差等症状改善与消失速度方面均较西药快,并且对急性肝炎由轻型向重型发展也有一定预防作用。

9. 流行性出血热:用桃核承气汤、泻心汤、大陷胸汤等大黄复方治疗流行性出血热505例,取得了较用西药治疗更好的疗效。

10. 淋巴结核:用石灰、大黄制剂治疗软化破溃型淋巴结核208例,临床治愈率为84%,治愈期平均为3~5个月。

大黄抗感染、退热作用的机理主要是:(1)大黄具有广谱抗菌、抗病毒作用,能促使肾上腺皮质激素分泌增加,有利于机体感染后抗炎抗毒的应激反应。(2)大黄能降低感染家兔第三脑室前列腺素E和环核苷酸含量,故能退热。(3)大黄有减轻血中内毒素作用,能抑制花生四烯酸诱导的血小板聚集反应,并能抑制环氧化酶途径产生的血栓素A₂和17-三烯酸生成,使脂氧化酶通路活跃,羟基花生四烯酸生成增加。从而进一步说明,对重感染患者早期应用大黄,有阻止病程向多发性脏器功能衰竭演变的重要作用。

(四) 尿毒症

单味或复方大黄治疗尿毒症,可以减轻症状、延长寿命、降低肌酐与尿素氮,对血肌酐低于10mg%的患者较为适宜,大于10mg%者疗效较差。用单味生大黄(30克)煎剂或单味大黄注射液,分别口服、灌肠和静脉滴注治疗尿毒症37例,结果有79%的病例得到不同程度的缓解。用大黄复方(大黄、红花、黄芪等)煎剂灌肠,治疗97例急性肾功能衰竭,有效率为90.7%,西药对照组76例,有效率60.7%。

用含0.75%腺嘌呤饲料喂养大白鼠,制作了慢性肾功能不全的动物模型。经过实验表明,大黄治疗慢性肾功能衰竭、降低氮质血症是通过减少肠道中氨基酸的重吸收,抑制肝、肾组织中尿素的合成,提高血中游离必需氨基酸浓度,利用体内尿素氮合成体蛋白和抑制肌蛋白的分解以及增加尿素和肌酐的排泄来完成的。

(五) 高脂血症

用单味大黄不同制剂治疗高脂血症237例,与中药何首乌或西药菸酸肌醇脂的随机对照治疗比较,结果证明大黄降胆固醇血症的疗效较好。

(六) 其他疾病

大黄对一些外科炎症、精神病、中风、烧伤、痿痹,包括诸如骨伤、妇儿、五官、口腔、皮肤科一些疾病以及X线造影前的准备用药等都有一定使用价值。

五、结束语

大黄是祖国医学中最常用的药物之一,它的作用面十分广泛,特别在中医药治疗急症方面,使用率占据首位。如张仲景所著《伤寒》《金匱》中有89处应用了大黄,占全书的1/4;华佗所撰《中藏经》一书中有24%的方剂中含有大黄;去年,国家中医管理局在长春召开的中医急症学术研讨会,约有44%的论文中使用大黄。那么是否大黄使用都符合辨证论治原则呢?这是本次学术会议争议较为剧烈的问题。在中医治疗的演变过程中,逐渐形成两种互相影响、互相渗透,既有联系而又独立的两种治法体系,这就是辨证论治和专病专药两种治法。《伤寒杂病论》是辨证施治体系成熟形成的里程碑,具有选药精炼,组方严谨,对证候分析细致入微,用方丝丝入扣的特点,但在张仲景的专著中已有相当一部分是专病专方专药。唐代孙思邈《千金方》的问世形成了专方专药的治法体系。在临床实践中,辨证施治的疗效有时可以超过专方专药,同样,专方专药的疗效有时也会超越辨证施治。民间历来有“一味单方,气死名医”的谚语,便是明证。因此我们必须坚持临床疗效是检验理论的唯一标准,今后需要把大黄药性理论和现代科学研究相结合,把专病专药与辨证论治有机地结合起来,采用现代统计学的科学方法,把大黄的临床疗效一个一个地肯定在科学基础之上。

在大黄的实验研究方面,我国已作了许多工作,有些已达到亚细胞水平。但由于设计方法、实验条件、实验动物、药物品种的不同,对有些问题的研究结论出现了若干互相矛盾的结论,有待克服解决。此外,保持生药的良好质量也是取得临床疗效和实验结果可靠性的有力保证,这就需要医药各个方面的通力协作。

本刊启事

本刊一九八九年度征订工作已经开始办理,凡因故未能按期到当地邮局办理订购手续的读者,务请于一九八八年十二月十日前来函到本刊邮购部补订,特此周知。