《土家族医学研究新论》序

诸国本

田华咏人到中年，学术研究也步入丰收季节。1994 年，作为第一作者编著出版了《土家族医药学》一书，2005 年主编出版了《土家族医学史》，如今又见到他的《土家族医药研究新论》一书问世。土家族医学的整体面貌已清晰地凸现在广大读者面前。

《土家族医药研究新论》收集了作者近 20 年来先后发表的 30 余篇论文，每篇论文都有一个主题，串联起来便是对土家族医学的系统论述，从中可以明显看到这一位“从土家山寨走出来的土家汉子”从火热的军营转业民族医药研究岗位以后的艰苦历程。土家族医学研究的对象是一门古老而丰富的传统医学，研究的文书资料却几乎是一张白纸，一切都深藏在民族文化的土壤之中，一切都存活在当地草医药匠的生命之中。作者为土家族医药学的发掘、整理、总结所付出的代价，都好像一步一个脚印，刻印在这本论文集的字里行间。民族传统医学的幼年都是口头文化，后来，有了民族文字，文字成为文化的载体，医学就出现了文献，传承也有基本的方式。但那些没有文字或没有通行文字的民族，它的医学知识虽然有了长足的进步，但长期属于口头文化，凭口耳相传继承下来。壮族、苗族、瑶族、土家族、侗族等传统医学都属于这种情况。这一类传统医学，创造也巨，丢失也多。现在田华咏等人走遍湘、鄂、渝、黔等土家族苗族地区，经过大量的田野调查，问道于“梯玛”（土家族巫师），问道于药匠，问道于村民，查阅资料，亲身体尝，用汉文字作了记录和表述。他们不是发现了、发明了、创造了土家族传统医学，而是发掘了、整理了、复制了土家族传统医学，当然其中也反映了撷取者的眼光、整理者的才能和总结者的智慧。田华咏等人对土家族医学在发掘整理方面所做的工作是我国口头医药文化保存弘扬的范例之一。过去我国对口头文化的整理偏重在民间文学方面，例如对藏族史诗《格萨尔》、蒙古族史诗《江格尔》、柯尔克孜族史诗《玛纳斯》的发掘和整理，就做了大量工作，而民族传统医学因专业性强，分布更广泛，材料更零星，有物质形态文化，也有非物质文化，既有医药学的专业知识，又与民族学、社会学等人文科学相联系，因而其发掘、记述、整理、总结的难度更大。但从 20 世纪 80 年代以后，民族医学的发掘传承工作大规模地展开了。

传统医药文化的口头传承方式，一是集体传承。其知识经验由群体创造，人人识药，家家懂医，形成一种稳定的集体保存传统和集体传承力量。二是专业传承。医药知识积聚到一定程度，出现了社会分工，有了专业的或半农半医的医务工作者，于是父子相传，师徒相授，许多知识经过条理化，有的编成故事、歌诀、歌谣、谚语，供人记忆背诵。三是借物传承，如岩画、图案、服饰、习俗等等，都寄寓了某种医药知识。这种口头的民族传统医药文化在今天用汉文记述、梳理和表达，其真实性、科学性是毋庸置疑的，其文化价值，医学价更值理值得大书特书。如果把近 20 多年来的这项工作称为历史上罕见的中国民族传统医药发掘整理工作，是一点也不夸张的。我特别欣赏那种实地调查、点点滴滴地收集资料的踏实作风，特别欣赏从原生态的素材中抽剥出头绪、整理成系统的思维方式。民族医学自有其深厚的底蕴，自有其自圆其说的理论，自有其发生发展的脉络，用不着拔高，用不着修削，用不着涂抹这样那样的颜色。尊重就是态度，自然就是优点，原汁源味就是真实，至于芙蓉出水，观者如潮，或品其清香，或爱其妖娆，或取其药用，那就是另一回事了。在这方面，田华咏付出的心血非常值得称道，其成就也不是一般人所能企及的。

土家族集中居住在武陵山区，令人马上浮想起陶渊明描述的“晋太原中，武陵人”的故事。来到这里，所见所闻，确实有多处“桃花源”的胜迹。有一次我记下这样的感慨：“自从秦皇焚书后，世间几多桃花源？莫嫌渔人标志少，只在近处不在远。”每读田华咏等人关于土家族医学的史实，桃源淳厚

之风拂面而来，古津清纯之水汩汩自流。湘西的永顺、古丈、保靖、龙山一带均在酉水沿岸。湖南沅陵县（今属怀化市）有大酉、小酉两山，人称“二酉”。《太平御览·荆州记》载：“小酉山上石穴中，有书千卷，相传秦人于此而学，在留之。”“二酉”一词，一直是后人形容藏书之多的代名词。我真希望有更多的文物和秦简、汉简出土，以资土家族、苗族医学的研究，使民族医学的继承发展，得到更多的帮助。

2006 年 6 月 24 日

注：诸国本教授现任中国民族医药学会会长，国家中医药管理局原副局长。

发展土家族医药的政策建议与探讨

郭普东　栾明亮

（利川市民族中医院，湖北 利川 445400）

土家族史称“土民”、“土蛮”，自称“毕兹卡”（意为本地人），“土家”是汉族进入土家地区后逐步形成的“客家”相对应的称谓，聚居在湘、鄂、渝、黔毗连地带，土家人的生活环境中山高林密，沟壑纵横，溪河密布，动植物资源十分丰富。他们从原始的实践中总结出了一套的防病治病的经验和实际的操作能力。在长期的实践中土家族医药形成了二个方面的内容：一是指应用草药祛病疗疾，群众称之为草医，凡是外伤、骨折、疮疡、劳伤、吐血、妇女疾病等多用草药治疗，二是传统疗法，如针灸、放血、拔罐、烫熨、熏蒸、泥疗等。疗效确切的草药和简便有效的诸多治疗方法逐渐形成了一套较为系统的土家医药学。到目前土家族医学在原始的基础上逐步形成了系统的理论，造福于土家儿女。

1、土家医药的发展概论

1.1 在明清以前的发展情况

土家医疗学在明洪武年间中医的阴阳学说被土家医匠所引用说明人要平衡，到清嘉庆年土家族完成改土归流后土家医药学也取得了很大的成就，如《鹤峰州志》就记载有黄连、何首乌等草药近百种。嘉庆《龙山县志》卷记载食药两用的植物粟、麦、姜等 66 种，另记载天心草、三步跳等草药 36 种。同时对疾病的预防方面也有记载：如“清明插柳叶于门，簪柳于首；五月端午，悬步于门，饮菖蒲酒，以角黍盐，昼夜相馈，楮以雄黄点儿额及手足心，云辟疫；采百草煎汤，合家洗澡，云辟疥疮”。

土家医的不断涌现促进了土家医药的发展，《龙山县志》记载的刘之余，彭浩天等在民间久言盛名。还形成了有文字记载的明显的地方特色的医学专著《医学萃精》，作者汪古珊，名昌美。共十六卷，按子、丑、寅、卯、辰、巳、午、未、申、酉、戌、亥的次序装订成十二册，共收药物 459 种。同时散在于民间的由历代土家医匠多年的经验总结成的手抄本较多，如龙山县洗河镇土家族老药匠彭大善先生手中有《二十四惊症》抄本，永顺县石堤乡陈正达老药匠善于武术气功，是医武结合的土家医，手中有关于擒拿气功方面的抄本。永顺土家医陈复兴抄本《急救药方》载方 60 个，均为土家医治疗急症之验方。

1.2 目前的发展概况

新中国成立后党和政府十分重视土家族医药学的发展和壮大，投入了大量的人力和对流散在民间的土家族医药学进行挖掘和整理，湖北恩施州先后组织了 4 次大规模的中草药资源调查，采标本、搜验方、发动群众献方，在此基础上先后编写了《鄂西草药目录》、《恩施中草药》等 8 本书籍。湖南湘

西土家族自治州医药研究所整理出版了《土家族医药学》、《土家族医学史》《土家医学研究》等著作。2005年，由恩施州卫生局和湖北民院共同整理出版了《土家族医学概论》一书。恩施州中医学会组织先后出版了《医学萃精》,《秦氏玲珑医鉴》待出版。

2、存在的问题

2.1 口耳传承导致好的医药方法遗失。

土家族医药传教主要靠口耳相传，世代相承，以口碑、抄本的形式流传至今。土家医流传特点一是家族世袭祖传，一般是传子不传女，传忠厚老实之人不传无道德、贪钱之人。二是跟师学，由于学徒不懂医理，跟随老医匠一边采药一边治疗，往往难得其精髓只得其皮毛。三是民间流传，没有固定的师长，以故事的形式流传一些简单、方便、单一的治疗方法，好的经验得不到升华和提炼，甚或随着时间的推移而失去其精华甚至消亡。

2.2 认为土家医药难登大雅之堂，往往被拒之门外。

土家族医药是经验土家人长期和大自然抗争和自然奋斗的结晶，有古朴的唯物主义思想，在长期的临床中又融入了中医的系统理论，注重了天、地、人之间的关系，注重了阴、阳平衡和五行的相生相克律。并和土家人生活的自然环境息息相关，但是人们往往和相代医学去比较，和高深的理论去对比，在医院不被人们重视反而认为他只能是无关紧要东西的而被拒之门外，连正规的民族医院被认可的也极少。还有就是认为他没什么利益，不能解决急难症。殊不知在民间传播的小小单方治大病就说明有的时候和地方能起大作用。

2.3 研究和开发脱节，力度不够，资金投入不足。

国家对土家医药的研究没有规划，没有基地，没有重点。虽然国家对民族医药多次下文，多次给政策但实际上都是一纸空文，没有足够的资金和人力来管、来制定实施方案，充其量亦不过是发个文，搜集一下资料，没有将土家医匠们的心得和精髓得到，政策没有得到落实。

2.4 管理和标准不当。

一提到土家医药的管理和疗效就采用西医的管理和标准，脱离土家医药的发展实际情况，但是土家医药在治疗蛇伤、跌打损伤等方面确有着其它不可比拟的优点和疗效，往往超过现代医学水平，只是目前还没有系统的理论和研究依据。急于规范化，急于向国际接轨，其结果是导致土家医药学消亡。

3、政策建议与探讨

3.1 继续加强土家医药的总结、教学、科研机构的基础建设。重点在于提高水平、提高质量和填平补齐。

土家医药学现在大部分仍处在口耳相传的传统的模式上,真正的土家族医匠的绝活还散落在民间，要将这些土家医学的精华搜集归拢来不是那一个人做得到的，必须要政府出优惠的政策落实，医匠的待遇，消除他们的顾虑，让他们毫不保留的将绝技贡献于社会，造福于人民。要充分利用教学、科研机构的优势，将土家族医药学的经验和方法加以传导。教学机构特别是湖北民院医学院等高校要将土家医药作为一门传统的特色的医药学来传授给学生，要在现有资料上加大科研力度，政府要设立专门的科研基金，对土家医药学进行研究、开发和拓展。

3.2 在医政和药政管理上适当放宽土家医药的准入条件，采取必要的支持鼓励政策，作必要的扶持和指导。

医政和药政管理部门不能完全按照现代医学和药学的标准来衡定和规范土家医药，允许民族民间医生行医，加强管理，特别是在边远的山区更应加强。对人们反映较好，行政管理部门验证确有特色的要总结经验、推广发扬。对专科医院、中医医院有条件的、有基础的要设立土家医药门诊和病房，凡是医疗机构具有土家医药特色的自制制剂，政府和行政主管部门不予干涉，如果流向市场要结合实际制定可行的政策和规定。

3.3 保护和合理利用土家族医药资源，抢救和禁用/限用濒危药用生物。对土家医药科技评审，职称评定，要有同行专家参与，相关论证单列放宽，提高土家医药人员的积极性和创造性。

土家族古代生活在山区密林中，恩施州目前统计和有记载的中草药有 300 余种，许多品种在世界上被称为“活化石”，土家族所居之地有“华中天然药库”之美誉。因此我们要发展土家族药物基地、有计划、有规模的发展中草药，将珍贵的濒危药种由野生转为家种以利科研和保护，不能盲目的夸大土家医药的特性导致乱采和乱扩大生产规模，要有计划的利用、变废为宝。

3.4 推广土家医药的使用面，对土家医药制剂和诊疗项目列入保险和医保范围，鼓励剂型改革和技术进步。

目前较多的土家医药的自制制剂和企业生产的品种因不属国药标准批号没有列入保险和医保的范畴，大多数病人就无法使用，限制了土家医药的发展和推广，这和土家医药独特的治疗效果相矛盾。

土家医药学是土家族的传统文化，又是土家族的传统医学科学，由于长期的历史原因和各种因素以致遗失过多，挖掘整理不足，甚至出现后继乏术，后继无人的现象。土家医药属草根文化，草医草药的血脉连结着土家族文化的土壤，单验方是传统医药的源头活水，如果不采取特殊政策加以保护和发展将是中华民族的最大损失。事实上中国的传统医药政策在大方面比世界上其它国家宽松，有据、有法、有序，在具体管理上却比西方国家还“死”、还“ 左 ”、还“先进”。对传统文化的自卑感太强，对西方科学的崇拜太过，几十年培养起来的“宁左勿右”的思想积习过深，于是搞得对土家医药象路边小草自生自灭而无所痛惜。我们土家族要平心静气的追忆历史，要接受过去的经验和教训，要吸取西方 200 多年来工业化的历史经验，不能走他们的老路。不要粗暴的对待传统的土家族文化，明天又跟着别人“反朴归真”。

参考文献：略

民族医药作用及其开发前景

彭再生[1] 祝均辉[2] 胡德俊[2]

（1、恩施自治州疾控中心，湖北 恩施 445000；2、咸丰县中医院，湖北 咸丰 445600）

民族医药是土家医药、苗族医药、壮族医药、藏族医药以及蒙医等各少数民族医药的总称。各民族医药为其本民族的发展以及整个华夏儿女的健康生息作出了不可磨灭的贡献。其优秀的民族医学文化内涵值得我们去挖掘、去整理、去丰富、去发扬光大。各民族医药有其各自的传技授业技能。值得我们去探寻。比如说，在我州的土家医学几千年就是口传心授，成了一本无字的天书。近几年湘西民族医药研究所对其研究整理，其部分医理药物首见墨迹。近年我州湖北民院民族医学院正在着手土家医学概要的理论性综合整理，有《土家医学概要》一书问世。咸丰县正在着手苗医苗药民间医理的收集整理。其他如宣恩等县的侗族医药整理还在萌芽状态之中。由此可见，我州的民族医药这一浩大工程还需要无数的热爱民族医药的仁人志士去探寻。就目前我县粗略收集整理的民间苗医药知识，其内容丰富广泛，其疗效应用无不得心应手，正如苗家医匠所描述：“害病你莫怕，苗医把病拿，伤寒荆芥野苏麻，咳嗽半夏与枇杷，头痛黄荆与藁木，痢痢血莲金果览，跌伤就用八棱麻”。就是由于这些土苗医匠几千年的言传身授，才换来这些民族的繁衍昌盛。即使今天已进入高科技信息年代，在那万山丛中远离城市的乡间大山深处，土苗医药的一把草、一节木疙瘩仍起着起死回生之妙用，不适时地挽救着众生灵。其民族医药的作用和应用前景由此可见。下面就我县中医院从苗药筛选、开发、利用、前

景和难点几个方面作一简述，以求同道的指正。

1、注重现实临床的需要，从风湿病入手筛选苗药

当中医中药在今天各大医院现代科技设备和更新换代的医药浪潮中，其潜在的生存空间越来越小，传统的中医学已无法与之抗衡，面对激烈的医疗竞争市场，我们为了求得其生存之地，以民族医药为突破口，异军突起。我们从 1998 年开始收集民间苗医验方、苗药种类，2001 年，首先从风湿病、骨质增生、心血管疾病方面着手研究苗药的功效，以及收集苗药的功效和用途，同时报国家中医药管理局立项，从事苗医苗药风湿病研究。经过历时六年的收集整理，我们现已经筛选治疗各类风湿苗药 193 种，并已将其性味功效归类，编印成册，发至临床医生人手一册，其中总结民间验方 500 余首，目前筛选利用 30 余首。同时，总结出版了《风湿病苗药本草荟萃》和《湖北苗药》专科书籍。其中骨质增生选定苗药 20 余味，目前运用于临床的“二乌灵仙散”治疗骨质增生已获国家专利。在心血管方面也正在应用苗药汤剂的临床治疗，其中“血三七胶囊”已获县人民政府第六届科技进步二等奖。我院研发的“复方苗药风湿胶囊”、“苗药风湿酒”已获县第六届科技进步三等奖。“二乌灵仙散”获县人民政府第五届科技进步三等奖。《苗药开发与利用》获县人民政府第七届科技进步一等奖。目前正在着手探寻苗药治疗胃病、肠炎、肝炎、妇科炎症等方面药物，准备分明别类把它们应用于临床，以扩大中医中药的市场幅盖面，抢占必要的民族医药滩头，异军突起，开出民族医药绚丽的奇葩。

2、实施重点专科战略，合理开发利用重点苗药

从 1998 年以来，我们陆续成功筛选了近 200 余味治疗风湿病的苗药，经临床广泛、反复使用，已在此基础上重点选择了 120 余味治疗风湿病的苗药，经过组方施治于临床，疗效尚可。经过苗药配制的复方苗药风湿胶囊和苗药风湿酒对临床 500 余例的疗效观察，总有效率为 95.7%，市场前景看好。自苗药风湿专科组建以来，年收入均在 80 余万元上下，从而带动了相关科室的业务发展。我院的骨质增生专科，利用祖传的苗药方剂“二乌灵仙散”治疗骨质增生，近 4 年来，已治疗 3000 余例骨质增生实例，有效率 97%，治愈患者送锦旗数面，同时也获得了国家专利。心血管方面，在病情得以控制和镇静的基础上，我们选择应用治疗心脏病的苗药，目前收效良好，单味苗药如：白勒、刺五加、丹参、指甲花等。成方制剂有“血三七”胶囊、“宽胸丸”等，在患者中受到极大的赞誉。由此可见，民族医药只要你利用得好，其生存的价值是无限的。我们应努力去挖掘和整理，加以继承和提高。

3、开发民间医药的前景和难点

民族医药是一个民族的瑰宝，各民族之所以能同享天地之阳光雨露，就是各民族都有自己战胜自然、克制病魔的民族医药奥秘。开发利用雕琢民族医药前景看好，如贵州省的苗药开发利用比我们要好、要早，已获国家批准制剂就有 90 余个，待批和或准备报批的约有 24 个制剂，共有 120 个品种用于临床，各州县民族制药厂星罗旗布，年产值在 30 多个亿以上；湘西土苗药的开发也在我们之前，湘西州民族中医院开发的“龟龙丸”，治肠炎效果较好，已被国家中医药管理局立项。怀化地区通道县的侗族医药研究搞得有声有色，目前已出专著二本；西边的重庆涪陵的少数民族医药研究已有数篇论文发表。其他民族医药如壮医、蒙医、藏医、维医等已经形成流派，从古至今都受国家的重视，其发展规模不同一般，这些是民族医药发展的有利因素。但是，民族医药由于其传统的单、廉、简，而不受现代医学所接收和欢迎，同时，由于某些国家卫生官员对民族医药甚至是中医都不加重视，而使中医西化、民族医药被扼杀，同时民族医药制剂的研发受到限制，如一个民族医药的制剂报批，主要有若干个环节和手续，而且需要上百万的资金投入才可能得到一个批准文号。尽管你民族单方验方有效，要制成制剂，都需要经过药品的毒理试验，这一环节耗资巨大，不是我们连生存都难的中医院所能承受的。这些限制对民族医药走向现代化有一定的困难，有所制约，也是所有从事民族医药研发工作者所面临的共同困难。总之，资金短缺、人才、技术、专业限制是目前发展民族医药的困境，急待解决。我们医院在面临上述困难的同时，多方求医，挤出资金，挖掘、整理民间医药，工作人员牺牲休息日，

搞药物标本、药性鉴别，向内行的同志请教。近年来，我们已成功地在忠堡镇、高乐山镇、小村乡的乡村苗医建立了临床常用的苗药供应基地。建立药品标本库 16000 余味，配制了常用药品加工器械。建立健全了苗药采集加工、仓储、施药一条龙管理体系，苗药理论每月培训一次，使苗药应用在我院初具规模。

总之，全国民族医药的应用研究刚刚起步，还需共同努力，为使我国的民族医药得以发扬光大，我们还需几代人的继续探寻，不断总结。我深信，在国家中医药管理局、各省、州、县卫生局及民族医学院的领导和支持下，民族医药的兴盛为期不远。

让土家族医药扎根农村，走出大山的思考

张元忠

（张家界市人民医院，湖南 张家界 427000）

余近日研读《土家族医学史》和《土家族医药学》，深深地为土家族人民千百年来在艰苦条件下同疾病作斗争的精神所感动。土家族药匠们不畏艰难险阻，总结出了一套疗效独特、行之有效的防病治病的办法，惠及广大民众，深受土家族人民的爱戴和拥护。与此同时，也对以田华咏同志为代表的民族医药专家表示敬佩，是他们的努力，使得那些散落民间的、仅仅依靠言传身教的防病治病经验在理论上得到了升华，成为既有理论又有实践的系统学科，为让土家族医药扎根农村，走出大山作出了开拓性的贡献。研读之余，想到了以下几个问题。

1、关于土家族医药扎根农村问题

自有土家族历史以来，土家族药匠们作为拥有技艺的匠人，依靠为人防病治病，获得了人们的尊重，也得到了让家人得以安居乐业的经济上的补偿。于是，作为匠人的土家族药匠，得以代代相传，并使其技艺不断发扬光大。但在新的历史条件下，由于西医的渗透以及政策等方面的原因，土家族药匠的执业资格被取消，生存变得日益艰难，甚至到了后继乏人的地步，老一辈药匠逐渐减少，绝技面临失传。由此可见，广大农村是民族医药发展的基础，解决合法行医和后继乏人问题，是当前应该解决的首要问题。

诚然：西医的渗透也有很多优点，科学的防病治病知识在农村的普及也很有必要；合法地行医，规范医生的执业行为也有利于保障人民身体健康。但不能因此而忽视了在农村普遍存在的，特别是在少数民族集中居住的农村和偏远山区广大劳动人民的简单的健康需求，因而民族医的存在就有其必要性。各级政府和领导也意识到了这个问题，出台了一些相应政策。中国民族医药学会诸国本会长说：在少数民族地区，特别是少数民族集中居住的农村和偏远山区、牧区，鼓励草医行医，允许草药使用，政府部门可作必要的扶持和指导，其行政管理由当地民族自治法规做出规定；在城市的医政和药政管理上，适当放宽对民族医的准入条件。诸会长还说：农村缺医少药还相当普遍，应发动广大民族民间医生负担一部分医疗保健任务。特别是在初级卫生保健领域，更没有任何理由排除他们不利用他们。在一些大学生不去、中学生不留的艰苦地区，人民群众翻山越岭求医难，为什么“放着河水不洗船”，把世世代代为农民服务的民族医、草药医拒之门外呢？为什么在那些原来“小病不出村”的地方，硬要把群众赶向“看病难”、“看病贵”的大医院里去呢？

各级政府和领导的关注，对于民族医药的生存和发展起着至关重要的作用。我们要积极创造条件，争取各级政府和领导、专业学会在财力、物力、人力和政策上的更多支持，切实解决实际问题。特别

是在当前社会主义新农村和新型合作医疗建设中，让广大劳动人民享受到基本医疗保健，更是我们民族医药工作者的责任和义务。诸如民族医的资格认证、执业问题等，是现实生活中存在的比较突出的，要根据我国实际，加以协调，妥善处理。建议政府主管部门制定出台发展民族医药的优惠政策，让他们能够执业行医。

目前，土家族医药后继人才的培养还多停留在师徒相传上，建议组织相关专家编写教材、出版更多实用书籍如经济适用的验方汇编、图文并茂的土家族医药手册等。还要抓民族医药的教育工作，加强后备人才的培养。在各方面给予资助和政策支持的前提下，可考虑在医学院校开设土家族医药专业教育，针对现状开办土家族医药专业班、速成班；还应该让老民族医带学徒等等。在整理总结的基础上，规范医疗行为和方法。与此同时，开办好示范性民族医院及民族医专科，使之成为下级人才的培训基地。

2、关于走出大山问题

2.1 加强土家族医药理论研究，继续做好民族医药的抢救性的发掘和整理工作。土家族医药研究是一项涉及到方方面面的系统工程，不是仅仅依靠一、二个研究所和三、五个人就能圆满解决的，要动员全社会的力量一起努力。土家族医药虽然已经有了几部专著，医药理论已现雏形，但离完善尚有一定距离。因此，在理论研究上要进一步加强，使传统的土家族医药更加科学化、系统化、规范化，要向田华咏等同志学习，更加深入实际，将理论与实践紧密地结合。而不能只是停留在理论、甚至仅仅是为了写论文、出专著上。在调查研究的同时，要注意各土家族聚集地的药匠们在医疗手段和用药习惯上也不尽相同，譬如我曾经收集到的在张家界地区比较流行的针药结合的土家火针（又称十三太保针），就与其他地方应用的火针有所不同，在中医针灸方法中也未见到类似介绍。还有，土家族用药习俗与中医理论也不尽相同，有时甚至截然相反。比较显著的例子如土家族医习用的补养药“肥猪头”，它和中医应用的泻下药“商陆”来源同一植物，但一为治疗虚证的无毒之补药，另一为非实证不用的有毒的泻药。到底在应用中有什么根据？用现代科学理论怎么解释？这些都值得我们去深入研究。还要引进现代科学技术，对土家族医疗原理、土家族药物的来源、成分、药理作用、毒性以及制剂等等进行科学论证和阐述。在研究总结中，还要尽可能地剔除封建迷信色彩，使之简便易学、易用，老百姓容易接受。

2.2 土家族医药研究要走向市场。“越是民族的，就越是世界的”，土家族医疗和土家族药物研究目前虽然取得了一定成果，但真正有特色的土家族精品不多，产业化和藏、蒙、维、苗等民族相比还显得落后。目前的民间药匠，也多是采用几个单方、验方在简单应用。做好民族医药临床验证，把名老民族医药人员经验方、传统疗法在临床上应用外，利用高校和企业平台，在药物的研发上多做工作。建议在广泛筛选验方的基础上，有目的地进行研究，拿出重量级成果，并将其推向市场。今天参加会议的也有药厂的领导，说明对土家族医药也是有信心的，应该本着互利互惠的原则，加强合作。提供几个实例：田华咏等同志的川东獐牙菜研究，已经提取出了单一有效成分——獐牙菜苦苷，其对于肝胆疾患的治疗作用确实、可靠，还有类似阿托品样的解痉止痛作用，可用于肝炎、胆囊炎以及胃肠道疾病导致的腹痛、腹泻、痢疾等，与鸡骨草类药物相比，疗效更好，适应范围更广，目前也已经有原料种植，开发前景看好；张家界土家族民间治疗烧伤有绝招，烧伤处涂药后即可止痛，深Ⅱ度烧伤治愈后可无疤痕，曾经有三个处方获得国家发明专利，进一步研究可以制成喷雾剂、软膏剂等用于临床。

2.3 保持民族特色，加大宣传力度。以保持民族医药的优势和特色，突出的临床疗效为前提，充分利用各种条件，加大对外宣传力度，扩大影响。“打铁需要自身硬”，疗效确切而又价格低廉是群众欢迎的基础，在此基础上，与合作医疗结合，可以使民族医药更加深入人心。还可以鼓励农民种植民族药，使之产业化，这也是使老百姓脱贫致富的有效途径。还要采取有效的保护措施，挽救那些资源稀少，特别是濒临灭绝的野生物种。对外则应打出统一的民族医药旗帜，统一宣传口径，建议以全国

土家族医药专家委员会和各省民族医药学会或专业委员会的名义进行，单一依靠各自为阵的方式宣传有时可能会适得其反。

总之，土家族医药的研究和发展还大有潜力可挖，我们要充分利用这个丰富资源，努力地加以继承和发展，使之成为保障广大人民群众生命健康的必不可少的重要力量。以上内容仅为一家之言，不当之处欢迎批评指正.

参考文献

[1] 田华咏，等．土家族医药学．北京．第 1 版．中医古籍出版社，1994，8

[2] 田华咏．土家族医学史．北京．第 1 版．中医古籍出版社，2005

[3] 诸国本．医改应注意医学模式问题．中国中医药报，2005 年 11 月 28 日

[4] 田华咏．我国民族医药的现状及发展前景．湖南中医药导报，1998．10

发展土家族医药事业面临的挑战及对策

姜再铎

（巴东县中医医院，湖北巴东 444300）

土家族是一个历史悠久、聪明、善良、勤劳、勇敢的民族，也是我国人口较多的少数民族，主要居住在湘、鄂、渝、黔边区的武陵山区。聚居住内群山环绕，峰峦起伏，自然条件优越，中草药资源极其丰富，生长着许多道地药材和数百种中草药。土家族人们在长期同疾病作斗争的过程中，积累了丰富的治病用药经验，为我国医药事业的发展作出了卓越的贡献。

建国以来，在党的民族医药政策的指引下，流传在土家族民间的许多验方、秘方得到收集和整理，并编辑出版了《鄂西药物志》和《恩施中草药手册》等专著，土家族医药事业得到了较大的发展。但是，随着我国改革开放的不断深入和社会主义市场经济体制的逐步建立和完善，发展土家族医药事业也面临着许多挑战。在新的历史条件下，只有全面认识、主动迎接挑战，努力探索、调查、发掘、整理、研究土家族医药资源，才能更好地发挥其防病治病的作用。

1、发展土家族医药事业面临的挑战

由于种种原因，在土家族医药的研究、开发和认识方面仍存在不少尚待重视和解决的问题：①医药事业的发展后继乏人，医药技术人员趋于老化，文化水平偏低。②药物资源逐年减少，出现只利用、不保护、不开发的倾向，许多珍贵中草药（如头顶一颗珠、白山芪、江边一碗水等）面临灭种之灾。③神秘色彩较浓，科学性、理论性不足，人们的医药知识，主要依靠感官来认识，依靠经验来积累，诊病多凭感观经验，缺乏现代医学检测指标。④缺乏经验交流，应用不普遍，使用地区狭窄，影响了土家族医药资源的研究与开发。⑤卫生行政主管部门和医疗机构对民族医药不够重视。⑥开发利用不够，民族医药生存空间狭窄，缺乏市场竞争力。

2、发展土家族医药事业的对策

2.1 加强民间中草药的本草考证及生药学研究。

由于历史的原因和地理、气候等自然条件的限制，加之药源分布广泛，各地用药经验有别，存在着同物异名，同名异物，一名多物的现象。所以必须加强对土家族民间中草药的基源调查、本草考证及生药学鉴别研究，规范药物名称，为中草药的鉴定和确定正品提供依据。

2.2 扩大民间中草药的栽培种植面积，建立道地药材 GMP 生产基地。

GMP 是《药品生产质量管理规范》的简称，是药品生产制造过程的质量管理规范。建立道地药材 GMP 生产基地的目的：就是按 GMP 标准建立示范点，种植区域化、品种优质化，栽培、采收、加工科学化，研究制定优质、无公害、无污染、药物有效成份含量明确、质量稳定的绿色药材生产基地。在土家族聚居区内，生长着许多道地药材（如巴东的玄参、续断，利川的黄连，恩施板桥的党参、贝母，长阳资丘的独活、木瓜等），这些药材因质量佳，疗效确切，国内外市场需求强劲而造成野生药材大量采挖，致使可利用资源数量锐减及质量下降。因此，必须加强民间中草药野生转家种的研究工作，扩大栽培种植面积，建立道地药材 GMP 生产基地，以确保药材质量，满足国内外市场的需要。

2.3 开展学术交流，加大民间验方、秘方的收集整理工作。

在长期的历史发展过程中，土家族民间的许多医药学技术，始终保持着世代口传心授的单一方式，思想保守，医术保密。由于整体素质及自身利益的影响，从事实际工作的同志，互不来往，缺乏技术交流，限制了土家族医药资源的研究与发展。因此，要经常开展学术交流，将民间流传的许多验方、秘方逐步发掘出来。

2.4 加大民间中草药的宣传和研究开发力度。

土家族聚居区内，药用资源丰富，有许多药物还没有被研究或很少被研究过。在当今新药研究和开发难度日益增大的情况下，开发安全有效、质优价廉、符合国家认可的标准的土家族中草药（如青蒿用于提取青蒿素的开发），使之堂堂正正地进入国家医药市场，并通过民间中草药的开发，加强与全国各族人民的交流与了解，从而达到宣传土家族民间医药文化的目的。

2.5 加强民族医药人员的队伍建设。

近年来，从事土家族民间医药学研究的人员有所发展，但对其专业人才的培养尚未引起高度重视。由于人才的缺乏直接影响着土家族医药事业的发展。因此，必须采取有效措施，积极加强民族医药人才的队伍建设，提高他们的技术和理论水平。

2.6 加大对民族医药事业的建设及政策支持力度。

随着中医药事业的发展，我国的许多民族医药已被边缘化，土家族民间医药也不例外。原来设立的许多民族医院早已失去应有的民族特色，民族医药已逐渐被中医药取而代之，许多医疗机构原来设立的民族医药科逐渐被中医药专科取代。所以政府应继续加大对土家族医药事业的建设，从政策上鼓励各医疗机构发展民族医药，并提供资金支持。

历史上的经验告诉我们，任何一门学科，如果不继续向前发展，它必然逐渐走向灭亡。土家族医药作为我国民族医药的重要组成部分，理应进一步发掘并发扬光大。近年来，随着人类生活条件、生存环境的变化和提高，人类面临的疾病也在不断发展变化。对一些现代疾病（如艾滋病、癌症、心脑血管疾病、老年性疾病）的治疗，由于化学药物毒副作用大，易产生耐药性，已经不能满足人们日益提高的健康需求。因此，疗效确切、毒副作用小的民族医药已越来越受到人们的青睐。土家族聚居区内药物资源丰富，发展潜力巨大，有很多宝贵的医药资源有待于不断发掘。今后，应进一步摸清土家族中草药资源，并加以保护，做到合理开发和利用，不断收集和发掘民间的治病用药经验，积极创造条件，克服困难，推动土家族医药事业不断进步。

鄂西民族药研究大有可为

万定荣

（中南民族大学生命科学学院，湖北 武汉 440074）

摘要 介绍了近20余年来对鄂西民族药（主要为土家族药）的品种、资源、生药鉴定、化学、药理、临床及新药开发的研究概况。对药用品种的应用与开发提出了下列建议：加强对重点品种的深入研究及其逐步推广应用；重视临床研究与新药开发；注重基础性研究及民族用药的标准化建设；研究应用中注意澄清混淆品种。

关键词 鄂西；民族用药；研究应用

土家族为我国人口最多的少数民族之一，而鄂西为我国土家族主要集居地区（也有苗、侗等少数民族）。鄂西的土家族集中在恩施自治州及宜昌市的长阳、五峰土家族自治县，地理上与湘西土家族自治州及渝、黔7个土家族（苗族）自治县连成一片。这里动植物资源极为丰富，民族用药品种繁多，应用经验丰富，其研究与应用开发已取得醒目成就，显示出诱人前景。

1、品种调查与基础性研究

1.1 品种与资源调查研究

20世纪80年代中期，根据卫生部及国家民委发展民族医药事业的有关精神，湖北省药检所与恩施州药检所等一起，共组织数十人在鄂西进行了民族医药调查，走访民族医，收集单验方，采集数千份植物药标本。经鉴定整理研究，编写出《湖北省民族药及名录》。该成果首次系统地对鄂西民族药以品种为对象进行基源研究，而不是单纯地鉴定物种。后陆续发表30余篇有关研究论文。

调查研究认为，鄂西民族用药具如下特色：①以土家族为代表的民族药应用历史悠久[1]。②品种繁多，疗效可靠，使用面广。在两个县以上均作药用的品种计431个（来源于117科616种及种下等级的植物）[2]，估计在各地通用的品种有近300种。乡、村级卫生院所使用的药材有不少为民族民间药，这在湖北范围绝无仅有。

调查发现鄂西享誉极高的品种主要有：红四块瓦、金钱黄连、冷水七、红刺老苞、红活麻、三百棒、白三七、八棱麻、菊花还阳、独正岗、藤乌、三变脸、麻布七、地雷、开喉箭（八爪金龙）、小蛇参、羊奶子叶、双蝴蝶、果上叶、红黑二丸、乌龟七、珍珠香、红毛七、狗牙瓣、土三七（费菜）、白四块瓦、算盘七（支柱蓼）、雄黄连、八角莲、厚朴七（鬼灯檠）、地苦胆、转筋草、金腰带、矮地茶、山黄连（獐牙菜）、岩泽兰、苦三七（开口箭）、江边一碗水、胡豆莲、响铃豆、头顶一颗珠、乌云伞等等。

通过陆续对常用的跌打损伤类（40余种）、抗风湿类（40余种）用药品种，及毛茛科、蓼科、蔷薇科、景天科、葡萄科、卷柏科等科进行深入研究[3-8]，发现疗效应用与植物的亲缘关系密切相关。如蓼科蓼属（*Ploygonum*）植物地下部分多有活血、理气止痛（7种）并兼有止血、止泻作用；木兰科五味子属、南五味属的种类多有活血、理气止痛的作用；卷柏科植物药普遍有清热解毒或清热利湿、抗癌、止血等作用[8]。

鄂西民族用药品种研究方面，许多同行与专家做了大量工作。如方志先先后主持调查研究鉴定并编写了《恩施药用植物名录》、《鄂西药物志》（1~6卷）及合作主编了《恩施本草精选》[9]；鹤峰县、建始县、咸丰等县的洪家祥、王从荣、罗伦权等主研编写了有关县的药用植物名录。

1.2 生药学鉴定研究

近20年来我们组织对许多重点品种进行了生药学鉴定研究。其中收入《中国民族药志》第三卷（2000年）的有山黄连（獐牙菜）、地枇杷（地瓜）、红活麻（珠芽艾麻）、冷水七（凤仙花科）4个品种[10]。已完成起草研究拟收入第四、五卷的品种有狗牙瓣、红四块瓦、红毛七、鬼箭羽、紫红獐牙菜、果上叶、转筋草、羊奶子叶、天名精、血三七、恩施巴戟、荔枝草、博落回、铁苋菜、三白草、胡豆莲、黄瓜香、凤尾草、葎草、三角枫（常春藤）、元宝草、红旱莲等20余个品种。

2002年出版的《湖北药材志》第一卷[11]收载土家族、苗族用药品种100个，占第一卷全部品种数

的 3/4，多数品种的显微鉴定研究文图系首次公开。《湖北药材志》（第二卷）将主要收载本省的道地药材与地产大宗药材，但仍拟收入缬草、霉茶、白四块瓦、独正岗、开口箭、金腰带、岩豇豆等 30 余个民族用药品种。

近年笔者还对鄂西卷柏科药用种进行了系统的解剖、红外与近红外光谱、HPLC 指纹图谱研究，取得许多研究成果。

1.3 化学、药理与临床研究

对鄂西民族用药品种的化学成分与药理作用研究，已取得很多进展：

鄂西土家医认为金钱黄连（毛茛科植物裂叶星果草 *Asteropyrum cavaleriei* 与星果草 *A. peltatum*）的清热解毒作用优于中药黄连。马元春、许汉林、陈家春早期等对其进行了化学成分研究，发现裂叶星果草含 6 种季铵型生物碱[11]。

韩定献发现鄂西广泛用于产后止血的红四块瓦（报春花科植物重楼排草 *Lysimachia pardiformis* 全草）含皂苷类，其中有重楼排草苷（*pardifomoside*）[12]，对多种动物子宫有收缩作用[13]；重楼排草颗粒的临床研究结果表明，其对减少产后出血、促进子宫复旧效果明显，无明显毒副作用[11]。

陈家春以紫红獐牙菜（*Swertia punicea*）为主药制成的复方制剂，用于鸭乙型肝炎病毒感染的 1 日龄北京雏鸭，给药第 5 天、第 10 天和停药后对 DHBV-DHA 的平均抑制率分别为 60.48%、48.19%、43.01%，统计学处理有显著性差异[11]。

刘焱文等对牛至（唇形科植物牛至 *Origanum vulgare*）的化学成分、药理作用做了大量的研究。

赵晓亚、吴继洲等对冷水七（凤仙花科）进行了深入的化学研究[14]，从中发现 20 余个单体成分。并进行了镇痛消炎药理作用研究，发现其活性部位 IPB-I 镇痛起效快，药效持续久，毒性低。为寻找新的镇痛抗炎药提供了基础[15]。

目前，天津医科大学段宏泉正开展对鄂西的 20 余种民族药的化学成分与药理研究，取得可喜进展。

2、国内已有研究与新药开发所涉鄂西民族用药品种

已出版的《中国民族药志》第 1~3 卷收载的品种中也属于鄂西民族用药的品种有云实、吉祥草、地蜂子、朱砂根等约 37 种。

具有可靠疗效，已被《中国药典》（主要是 1977 年版）及全国各省区中药材质量标准收载并同时又是鄂西民族用药的品种有七叶一支花、白三七、雄黄连、地雷、红毛七、菊花还阳等 90 余种。这些品种标准是开展鄂西民族用药新药开发中可积极利用的技术资源。

既是鄂西民族用药，又为国内其它地区所使用的民间药或民族药中，有大量的品种已开发成上市的新药。其涉及的制剂数量估计在百种以上，均为国家药品标准所收载的品种。如《中国药典》2005 年版收载的复方草珊瑚含片、肿节风片；治疗各种紫癜的江南卷柏片（地柏枝）；用于胆囊炎与黄疸型肝炎的藏药九味獐牙菜丸（山黄连）等；用于淋巴结核的石吊兰片（岩豇豆）；治疗癌症及咽喉炎的冬凌草片；治疗急性病毒性肝炎的陆英片（颗粒/糖浆）；治疗急慢性肝炎的垂盆草颗粒；治疗急慢性支气管炎的岩果止咳液（岩豇豆、果上叶）；用于肺热咳喘的矮地茶片等等。

3、鄂西民族用药品种开发研究取得显著成就

作为医院制剂这一层次的开发研究起步较早。20 世纪 80 年代前后有许多民族用药品种开发成医院制剂广泛用于临床，如红四块瓦先后被恩施州人民医院与湖北中医学院附属医院引入研究，制成煎剂及冲剂，临床上广泛用于产后止血。

重点品种的深入研究与新药开发研究也取得令人鼓舞的成果。

先后制定湖北省中药材标准，且也属民族药品种的有湖北贝母、紫红獐牙菜、缬草、绒毛龙芽菜等。

华中科技大学陈家春从山黄连（獐牙菜）研究入手，后找准同属植物紫红獐牙菜进行深入研究，

开发出治疗肝炎的6类新药紫金胶囊，以及湖北中医学院以地乌（毛茛科植物林荫银莲花 *Anemone flaccida*）为原料提取有效部位而开发的5类新药地乌风湿安胶囊，均完成临床前研究，获国家药监局新药临床试验批准件。湖北中医学院刘焱文开发的5类新药牛至制剂已获重大进展。均说明鄂西民族用药品种的研究已步入较高层次的新药开发阶段。

4、对品种应用与开发研究的几点建议

4.1 加强重点品种的深入研究

品种的系统鉴定研究已基本完成，应转入重点品种的深入研究，应用经验的抢救及在医院推广应用阶段。

4.2 重视在临床研究基础上开展新药研发

只有上市的产品才可将民族用药的市场推向国内外，带来较大的社会经济效益，故应把新药研发放在重要位置。新药研究可优先考虑已收入国家标准、省级药材标准（外省的亦可）的品种，可免做药材的某些实验研究；没有标准的也可先研究后申报收作省级药材标准。

4.3 注重基础性研究及民族药的标准化建设

新药研发需以化学、药理等基础性研究作基础，这类研究永远不能忽视与松懈。此外应高度重视民族药的标准化建设，因民族药材的标准研究制定是开发推广应用的基本前提。

4.4 澄清混乱品种

无论何种形式的应用研究，均应注意名实混淆的情况，注意基源的准确鉴定[16]。如《中药大辞典》收载的“四块瓦”实际上包括“红四块瓦”与“白四块瓦”两种药材，但二者疗效差异很大，白四块瓦无止血作用。又如鄂西民间所称的接骨丹、见肿消、头晕药、朱砂七、天青地白等等均代表多种植物药。

4.4 广泛协作，形成合力，促进民族药发展

在研究方法上，应加强横向与纵向的协作，注重国内外合作，充分利用各类资源，充分应用各种现代的研究技术与方法，提高研究效率。鄂西有道地药材较多的特点，可使民族药与道地药材的研究开发并举，有利于打造声势，提高影响，及早取得成果。

参考文献

[1]万定荣、李安娟. 湖北省民族医药初探[J]，中国医药学报，1989，4（3）：50

[2] 万定荣、方志先、雷永恕，等. 鄂西民族药资源的初步研究[J]，中药通报，1988，13(9):3~6

[3] 万定荣.湖北省土家族常用植物药（毛茛科）[J]，中药材，1990，13（3）：13

[4] 万定荣.鄂西土家医常用抗风湿类植物药[J]，中国中药杂志，1995，18（10）：581

[5] 余汉华、王勇、万定荣.湖北民族民间常用植物药（蔷薇科）[J]，中国民族民间医药杂志，2002，（3）：158

[6] 徐玲、万定荣. 湖北土家族常用植物药（景天科）[J].中国民族民间医药杂志，2002，（2）：101

[7] 万定荣. 湖北土家族常用蓼科植物药[J]，1995，（4）：37

[8] 万定荣，陈科力，詹亚华. 湖北省卷柏科药用植物调查与研究 [J]，中国中药杂志. 2005，30 (19)：1507~1509.

[9] 方志先、朱诗立、谭宗艾,等. 恩施本草精选（上、下）[M]，国际文化出版公司,2002,1

[10] 曾育麟主编.中国民族药志[M]，第三卷，成都：四川民族出版社，2000，52，190，223，239

[11] 万定荣、陈家春、余汉华.湖北药材志[M]，第一卷，武昌：湖北科技出版社，2002，1~637，339，539，228

[12] 韩定献、韩建伟、乔明，等.重楼排草皂苷的研究[J]，药学学报，1987，22（10）：746

[13] 梅振翼. 重楼排草对产后止血作用的临床观察[J]，中医杂志，1987（8）：40

[14] 赵晓亚、孙汉董、吴继洲,等. 冷水七根茎的化学成分研究[J]. 中国中药杂志. 2005，30 (8)： 584~586

[15] 赵晓亚、向明、吴继洲,等. 冷水七活性部位镇痛抗炎作用的研究[J]. 医药导报. 2005，24(1)10~12

[16] 万定荣.民族民间药物研究开发中的名实问题[J]，中国民族民间医药杂志,1994，（3）：3

土家族药用植物资源研究

瞿显友[1]，秦松云[1]，田华咏[2]
（1.重庆市中药研究院，重庆，400065；2.湘西自治州民族医药研究所，吉首，416000）

摘　要　目的：对土家族苗族集居地武陵山区药用植物资源现状研究。方法：通过实地调查，结合查阅相关资料，对武陵山区不同省市分别调查。结果：武陵山区药用植物资源丰富，有药用植物2000余种。道地中药材有：黄连、板党、湖北贝母、川黄柏等10余种；珍稀濒危植物24种，国家保护野生药材18种，土家族珍稀濒危民族药材10种。武陵山区药用植物资源丰富，开发当地资源应做好保护工作。

关键词　土家族药，武陵山，民族药资源。

土家族以“毕兹卡”为族称(本地人的意思)，系氐羌族群。主要居住在云贵高原东端余脉的武陵山区，湘鄂渝黔四省市交界处，武陵山区面积约10万平方公里，人口约2000万，其中土家族人口约近900万人。该地形起源于云南高原山地向东部丘陵平源过渡，重峦叠嶂，山势陡峭，垂直海拔差大。在气候上属亚热带季节风气候区域，气候温暖湿润。由于独特的生态环境，所以该地区植物分布呈多样性，为中国植物区系特有属分布较为集中的地区之一。仅种子植物就有201科、1005属、4119种。占中国种子植物总数科的59.64%，属的31.41%，种的15.68%。其植物区系比较，仅次于横断山区和华东地区[1]。药用资源丰富，被称为“华中的天然药库”。

1、生态条件

地貌以山原丘陵为主，山体起伏，峰峦叠嶂，逶迤绵延，沟壑纵横。丘陵河谷和低山占总面积的70%，1000m以上中山区占30%，最低海拔60m，最高海拔2572m(贵州梵净山主峰风凰山)。本区属典型的喀斯特地貌，常见漏斗、溶洞、峰林等，形成了奇峰异林独特景观。本区地质结构复杂，受冰川直接破坏作用较小，很多地方就成为冰期中北方植物的“避难所”。当冰期冰川北退时，南方植物逐步向北扩展，这些地方又成为南方植物的栖息地，形成了南北植物交汇地带，构成独特植物资源和矿产资源。

气候属中亚热带湿润季风气候区。因受本区高大山体的影响，东南暖湿气流受阻抬升，形成了“云雾多、湿度大、降水充沛”的气候特点。本区年平均气温为16～17.5℃，平均日照1200～1500小时左右，多10℃年积温为4500～5500℃，无霜期260～300天，年降水量为1400～1800毫米，阴雨天较多，雨水较均匀。因山体起伏，海拔差异大，形成垂直的气候带，为植物多样性构建了良好的气候环境。

土壤类型按不同海拔分为：500米以下的丘陵谷地为红壤、紫色土；海拔800米以下分布的黄红壤；分布在海拔800～1700米范围内，主要为山地黄壤；1700米以上为黄棕壤和山地草甸土；在石灰岩分布地区，交错分布着黄色和黑色石灰土。本区大部分为砂页岩和变质岩的土石山地，土壤呈微酸性反应，其次为石灰岩山地，土壤呈中性或微碱性。本区土壤随地形及气候的变化形成垂直地带性分布，尤为突出。

2、民族药资源状况

土家族以武陵山为中心的居住地，为了区分各地资源，分为四个区域进行介绍。

土家族南区（包括贵族的铜仁地区及黔东北的务川、凤冈、余庆等县）：为贵州主要产药区之一。

该地区以武陵山的主峰梵净山（海拔 2572m）为资源最为丰富，约有植物近 2000 种，其中梵净山特有药用植物 15 种。铜仁地区有药用动植物 976 种。该区的中草药 1200 多种，其中植物药近 1000 种，动物药 100 余种，中草药蕴藏量为 360 万吨。主要品种有：天麻、何首乌、石斛、淫羊藿、黄柏、杜仲、孩儿参、厚朴。

土家族西部（重庆黔江、酉阳、秀山、彭水、石柱）：为川药道地产药区之一。该区有中草药 1700 多种，其中，中药材有 650 种，草药 700 多种。该区主要品种有：黄连、川佛手、金银花、青蒿、半夏、黄柏、何首乌、山茱萸、生地，其中，石柱所产的黄连占全国产量 60%，年产 1400 吨。因其产量大，质量优，因而石柱县黄水被誉为“黄连之乡”。黄花蒿为当地优质资源，所含青蒿素含量高，近年人工种植 40 万亩，成为青蒿素提供原料主要供应地；川黄柏为该区道地药材，质量优。目前发展有川佛手 2 万多亩，山茱萸 10 万亩，山银花 2000 亩，续断 500 亩。

土家族北部（湖北的恩施州及宜昌地区的五峰、长阳）：为湖北药材主产区和药材生产基地。恩施州共有中草药及民族药 2088 种，来源于 187 科，225 属。常收购的中药材约 300 种。该区域主要品种有：利川黄连，湖北贝母，板党，窑归，五鹤续断，紫油厚朴，资丘独活，辛夷。名贵民族药材有：江边一碗水、头顶一颗珠，水灵芝、白三七、水蛇参等。

土家族中东部（湖南湘西自治州及张家界的永定区、桑植，常德的石门）：为湖南重要产药区之一。该区有中草药 1835 种，其中植物药 194 科 1665 种，动物药 86 科 147 种，矿物药 23 种。植物药蕴藏量 20 万吨，动物药 50 吨，矿物药 15 吨。主要品种：玄参、木瓜、白术、黄连、杏仁、枳壳、百合、金樱子、黄柏、厚朴、银杏、金银花、吴茱萸、山木通、何首乌、水灵芝、百味莲、乌梢蛇、九香虫、辰砂等。栽培药材以百合的产量大，年产量为 500 吨以上；玄参年产量为 400 吨；年产 200 吨以上的有木瓜、白术、云木香、杜仲、枳壳。年产 50 吨以上有黄连、吴茱萸、厚朴、独活。百合、玄参、枳壳、黄精、辰砂、木瓜、吴茱萸等为当地道地药材。名贵民族药材有：水灵芝、百味莲、冷水七、半截烂、白三七等。

3. 药用植物资源分布特点

3．1 道地药材　武陵山区为中药道地产区之一，如黄连（石柱），青蒿（酉阳），窑归（恩施）板党（恩施），湖北贝母（恩施），川黄柏，紫油厚朴，川佛手，资丘独活，五鹤续断，百合（龙山），湘木瓜（桑植、鹤峰），山银花（秀山），湘枳壳，湘茯苓。这些药材种植历史悠久，质量优，产量大，形成了自己独特的品牌优势。“原产地域产品——石柱黄连”国家标准通过国家质检总局和标准化管理委员会的审查。该标准是我国第一个黄连专业国家标准,也是全国为数不多的中药材国家标准之一。

3．2 珍稀保护物种　武陵山区处于西部高原亚区与东部丘陵平原亚区的边缘，东北接湖北，西部直达神农架等地，西南联于黔东梵净山。武陵山的独特地质、气候条件，加之山路崎岖，交通不便等原因，从而完整地保存了生物多样性，成为我国众多孑遗植物和珍稀动植物集中分布地区。

武陵山区有珍稀药用植物保护的品种 26 种，属于国家珍稀保护植物 11 种，其中Ⅰ类保护植物有 4 种，Ⅱ类 4 种。属珍贵树种 4 种，其中Ⅰ类 1 种，Ⅱ类 3 种。属于濒危野生动植物种国际贸易公约保护品种有 16 种。属于国家保护的野生中药材品种有 19 种，其中Ⅱ类有 6 种，Ⅲ类有 13 种。见表 1、表 2。

武陵山区为土家族、苗族的药物主产区。土家族常用药物约 400 余种，主要为植物为主。少用动物药及矿物药。有的药物为土家族独用的药物，如冷水七（又称血三七），水黄连，白三七等，在文献中没有记载，是土家族资源调查发现的新的药用植物。这些植物随着生态的恶化以及过度的采挖，资源也濒危状态。根据资源的蕴藏量衰竭，分布区域小，经济价值高，植物生物学及药效学等方面，选择了土家族常用的 10 种药用植物。植物见表 3。

表 1.武陵山区属国家珍稀保护植物名录

科名	植物名	拉　丁　学　名	国家保护级别	珍贵树种级别	公约附录级别
铁线蕨科	荷叶铁线蕨	Adiantum reniforme L. var. sinense Y.X.Lin	II		
百合科	高脚芦荟	Aloe barbadensis Mill.			II
百合科	斑纹芦荟	Aloe saponaria Haw			II
百合科	芦荟	Aloe vera L. var. chinensis (Haw) Berger			II
桫椤科	桫椤	Alsophila spinulosa (Wall. ex Hook.) Tryon	I	II	
胡桃科	喙核桃	Annamocarya sinensis (Dode) Leroy	II		II
马兜玲科	华细辛	Asarum sieboldii Miq.	III		
马兜玲科	汉城细辛	Asarum sieboldii Miq. f. seoulease (Nakai) C.Y.Cheng et C.S.Yang	III		
百合科	天门冬	Asparagus cochinchinensis (Lour.) Merr.	III		
兰科	小白芨	Bletilla formosana (Hauata) Schltr.			II
兰科	白芨	Bletilla striata (Thunb.) Abeichenb			II
睡莲科	莼菜	Brasenia schreberi J.F.Gmel.	I	I	
伯乐树科	伯乐树	Bretschneidera sinensis Hemsl.	I	I	
兰科	流苏虾脊兰	Calanthe alpina Hook.f. ex Lin			II
兰科	弧距虾脊兰	Calanthe arcuata Rolfe			II
兰科	肾唇虾脊兰	Calanthe brevicornu Lindl.			II
兰科	剑叶虾脊兰	Calanthe davidii Franch.			II
兰科	虾脊兰	Calanthe discolor Lindl.			II
兰科	钩距虾脊兰	Calanthe graciliflora Hayata			II
兰科	细花虾兰	Calanthe mannii Hook.f.			II
兰科	反瓣虾脊兰	Calanthe reflexa Maxim.			II
兰科	三棱虾脊兰	Calanthe tricarinata Lindl. ex Wall.			II
山茶科	野茶树	Camellia sinensis (L.) Kuntze.	II		
珙桐科	喜树	Camptotheca acuminata Decne	II		
松科	银杉	Cathaya argyrophylla Chun et Kuang	I	I	
小檗科	南方山荷叶	diphylleia sinensis	III		
红豆杉	红豆杉	Taxus chinensis	III		
小檗科	八角莲	Dysosma versipellis	III		
木兰科	鹅掌楸	Liriodendron chinense	III		
胡桃科	核桃楸	Juglans mandshurica Maxim	III		
瓶尔小草科	狭叶瓶尔小草	Ophioglossumthermale	II		

表 2.武陵山区属于国家重点保护野生药材物种名录

科名	植名	拉丁学名	保护II级	保护III级	药材名
毛茛科	黄连	Coptis chinensis Franch.	II		黄　连
杜仲科	杜仲	Eucommia ulmoides Oliv.	II		杜　仲
木兰科	厚朴	Magnolia officinalis Rehd. et Wils.	II		厚　朴
木兰科	凹叶厚朴	Magnolia officinalis Rehd. et Wils. var. biloba Rehd.et Wils.	II		厚　朴
芸香科	黄皮树	Phellodendron chinense Schneid.	II		黄　柏
五加科	刺五加	Acanthopanax senticosus (Rupr. et Maxim.) Harms		III	刺五加
百合科	天门冬	Asparagus cochinchinensis (Lour.) merr.		III	天　冬
多孔菌科	猪苓	Polyporus umbellatus (Pers.) Fries		III	猪　苓
龙胆科	条叶龙胆	Gentiana manshurica Kitag.		III	龙　胆
远志科	远志	Polygala tenuifolia Willd.		III	远　志
远志科	卵叶远志	Polygala sibirica L.		III	远　志
龙胆科	粗茎秦艽	Gentiana crassicaulis Duthie ex Burk.		III	秦　艽
马兜铃科	汉城细辛	Asarum sieboldii Miq. var. seoulense Nakai		III	细　辛
马兜铃科	细辛	Asarum sieboldii Miq.		III	细　辛
紫草科	紫草	Lithospermum erythrorhizon Sieb. et Zucc.		III	紫　草
木兰科	华中五味子	Schisandra sphenanthera Rehd. et Wils.		III	五味子
山茱萸科	山茱萸	Cornus officinalis sieb. et Zucc.		III	山茱萸
兰科	金钗石斛	Dendrobium nobile Lindl.		III	石　斛
木犀科	连翘	Forsythia suspensa (Thunb.) Vahl		III	连　翘
银杏科	银杏	Gimkgo biloba		III	白果

表 3.武陵山区珍稀民族药资源名录

药材名	植物名	学名	民族药用
白三七	五加科植物大叶三七	Panax pseudo - ginseng var. japonicus	滋补、散瘀止痛、止血。

冷水七	凤仙花科湖北凤仙花	Impatiens pritzelii	散瘀止痛，消肿
水黄连	龙胆科川东獐牙菜	Swertia davidii	清热解毒，消肿。
江边一碗水	小檗科植物南方山荷叶	diphylleia sinensis	解毒，散瘀。
半截烂	天南星科植物雪里见	Arisacma rhizmatum	解毒，消肿，止痛。
地雷	毛茛科单叶铁线莲	Clematis henryi	解毒，止痛
果上叶	麦斛	Bulbophyllum inconspicuum Maxim	养肺止咳
满山香	败酱草科缬草	Valeriana officinalis	行气止痛，祛湿。
文王一支笔	蛇菰科蛇菰	Balanophora japonica	止血、生肌、镇痛
头顶一颗珠	百合科(延龄草科)植物延龄草	Trillium tschonoskii	解毒，消肿。

4．土家族药物资源的可持续发展探讨

4.1 建立珍稀濒危植物及特有植物保护区[2]

笔者先后对土家族区域的自然保护区：桑植八大公山，石门瓶壶山，五峰的后河、贵州梵净山、黔江的灰千梁子，龙山八面山、永顺的小溪等自然保护区进行考察。随着生态的恶化及药物偷采，野生药用植物数量急剧下降，很多野生药材也于濒危状态，如土家族特用的冷水七，在上世纪 80 年代产量曾达 10 吨以上，2000 年只达 100 公斤，2005 年收购 10 公斤都困难。因而急需建立自然保护区，特别是对本地珍稀品种和特有品种进行就地保护；其次，在生态环境相似，地理位置相近的地区进行迁地保护；三是建立物种基因库，保存种子资源。

4.2 制定相应的保护政策

目前建立的自然保护区中，很多保护区由于没有相应的经费及人员，加上部分自然保护区人员认识的偏差，存在保护区就是保护树林的概念。珍稀药用植物偷采偷挖的现象十分严重，使保护区成了名义上的保护区。建议相关部门对民族药珍稀药用植物建立专门自然保护区，对民族药及当地特色药材进行就地保护或迁地保护。

4.3 加强人工栽培研究力度

民族药是民族医药不可缺少部分，是保证人民健康的物质基础。从生态保护及可持续发的角度来看，药用植物的使用应是人工栽培的植物。所以，要做好野生药材人工驯化及栽培研究的工作，才能真正做到保护生态，促使药用植物的开发和保护可持续发展。

4.4 树立品牌意思，大力发展道地药材

土家族居住区分布众多的道地药材，各地要充分利用当地道地药材，推行规范化种植，提升道地药材的品牌。把发展药材与推动当地经济相结合，把建设社会主义新农村与促进药材可持续发展相结合，走富民兴药的路子。

参考文献

[1] 陈功锡，廖文波．张宏达.武陵山地区种子植物区系特征及植物地理学意义[J]，中山大学学报，2001，40（3），74~78

[2] 田华咏．土家族药文化资源的开发与保护[J] ．中医药导报，2005，5：77~80

土家医三种“七十二症”民间抄本症名比较研究

田华咏　田
（湘西自治州民族医药研究所，湖南 吉首 416000）

摘要 对土家族民间三种“七十二症”抄本病名进行比较研究，在216个病名中三种抄本相同病名26个（78个），二种抄本相同的病名27个（54个），其它84个病名不同。在相同的病名中对疾病证治描述大同小异，在“七十二症”的治疗方法上，突出土家医传统外治法并辅以药物内治。

关键词 土家族医学；七十二症；症名比较

土家族药匠对疾病名称一般“七十二症”，“三十六疾”。在土家族民间有关“症”和“疾”的名称较多，如“七十二风”、“七十二痧”、“七十二惊”、“七十二劳”等。“七十二症”在土家族民间流传较广，各地均有抄本，由于历代传抄和各地抄本中病名各异，目前土家医对“七十二症”在数字名称上大同，均称为“七十二症”，但病名各异。为了进一步探讨土家医“七十二症”病名，临床证候、证治等临床医学的关系，笔者将流传在湖南大湘西土家族民间“七十二症”的三种抄本从病名，症候和证治的异同点进行比较研究，探讨建立土家医证候学和临床评价体系。

1、“七十二症”抄本来源

本次三种“七十二症”抄本分别从湘西土家族民间收集。一是1985年9月收集的湘西自治州永顺县勺哈乡胜利村向家湘老药匠手抄本。二是1985年7月收集的湘西自治州泸溪县白羊溪乡周家寨村周通群老药匠手抄本。向家湘“七十二症”抄本、周通群抄本现存湘西土家族苗族自治州民族医药研究所田华咏处。三是1985年10月、1990年9月和2005年先后收集张家界市永定区大坪镇塘家村赵善林及赵永胜抄本。抄本现存张家界市永定区卫生局候启年先生及赵永胜药匠处。[1]

2、三处“七十二症”抄本症名比较

2.1 三种抄本中同病名的有26种。

乌鸦症、白眼症、哑巴症、哈蟆症、凤凰症、珍珠症、羔羊症（羊儿症）、鹿症、象痧症、狮子症、蜈蚣症、蜜蜂症、兔子症（兔症）、老鼠症、母猪症、鸡症（鸡子症）、血腥症、猫症（猫儿症）、鹰症（老鹰症）、蚊虫症（蚊子症）、鸭子症、喜鹊症、蚰子症、秋蝉症、脚鱼症、蚯蚓症（地龙症）。

2.2 二种抄本中同名症的有27种。

鱼痧症、醋猪症、缠丝症、老鹳症、鹅症、蜓蝣症、螳螂症、鹌鹑症、蚂蚁症、绞肠痧症、长蛇症、马喉症、蝼蛭症、混脑症、挠挠症（挠痒症）、骡子症、驼症、血腥沫心症、八蜡症（水扒症）、九心痛症、斑鸠症、利刀症（利刀方症）、四脚蛇症、血拥心症、柳皮疔症（柳皮症）、蝎子症、鸡脚症（鸡儿脚症）

2.3 三种抄本不同病名有84种。

2.3.1 湘西土家族苗族自治州泸溪县白羊溪乡周通群“七十二症“抄本中的不同病名有23种。

白喉症、滚痧症、麻刹症、马症、马卢症、乌龟症、水牛症、乌痧症、吹气症、猴腰症、豆虫证、血流不止症、猛虎症、纺车症、虫症、淮目症、壅心症、顶利症、佛顶症、无言症、穿心症、霍乱症、骆驼症。

2.3.2 湘西土家族苗族自治州永顺县勺哈乡向家湘“七十二症”抄本中的不同症名有26种。

喉症、上马症、翻痧症、朴地风、翻地风、淋症、长蛇症、蝙蝠症、经漓症、下马症、清鼻症、吹艳症、挠壳症、摆头摆尾症、浑身出血症、猛虎症、地车子症、蚕症、心症、脑心痛症、包衣症、蛆子症、凤凰痧（2）、出巡证、麂兰症、蚁虫症。

2.3.3 张家界市永定区大坪镇赵善林“七十二症”抄本中不同病名共35种。

蛇症、红痧症、狐狸症、羝羊症、莽牛症、猿猴症、晴蜓症、野雀症、鹁鸪症、黄鹰症、海青症、

鹰嘴症、鳝鱼症、豆喉症、夯牛症、羊毛症、缩舌症、霍乱证、五淋症、老鼠偷粪门症、鸡公症、青痧症、铜蛇症、狗儿症、人惊症、头瘟症、黑痧症、锁喉症、蜈蚣痧症、闷头症、缩阴症、铜锣症、血口症、蜈蚣症（2）、蝎虎症（2）

以上三种抄本共有症名216种，其中三种抄本中症名相同的26种（共78种），二种症名相同的27种（共54种），周通群抄本中不同的23种，向家湘抄本中不同的26种，赵善林抄本中不同的35种。

3、相同症名症治比较

现选三种相同症名症治比较。

3.1 乌鸦症。

赵氏抄本：“头沉头麻、眼黑、恶心、发搐、指甲青、后遍身青、上吐下泻、小腹痛、不急救则死”。“牙关不闭则已若闭，急用箸撬，令病者卷舌视上，舌根下或有红、黄、紫、黑等泡。急用针刺破出血、雄黄点之即愈。如不愈再用松树、猪牙皂、竹花子煎汤服之，盖被出汗，愈。忌米汤三日。

周氏抄本：“发作症状：头痛、头沉、头痒、眼黑、拥心发搐，先指甲青，后遍身青，上吐下泻，不能言。治法：如牙关闭者，急用挠开，令病者卷舌，看舌根下有红、黄、黑、紫泡。用针刺破出血，用雄黄或火药点之即愈。如未愈，用树皮、杉皮、猪牙草、瞿麦、花子煎水服，盖被出汗，忌　三天。”

向氏抄本：“其形先头痛，眼黑，拥心，指甲青，遍身青，上吐下泻，不言，小便疼痛。治疗：用门上伟烧灰冲服，杉树皮煎汤口服。[2]

点评：乌鸦症均为“七十二症“之首，其临床症状描述大同小异，其治法以外治为主，辅以药物内服。向氏抄本内容简练以内治为主。

3.2 白眼症。

赵氏抄本：“其形常翻白眼。治法：将顶门上灸三艾。如不愈，再灸三艾即愈。“

周氏抄本：“其状：此病常翻白眼。治法：将顶站穴灸三艾，白会、人中、承将，若未好，再灸三焦，眉心、太阳三穴即愈。”

向氏抄本：“其症翻白眼。治疗：顶门上烧蘸灯火（或印常上烧三焦）。”

点评：三种抄本中对白眼症的症候描述均为“翻白眼”，治疗也为烧灸。其中周氏烧灸具体到穴位名称。

3.3 哑巴症。

赵氏抄本：“得病着地，不能言语。用鞋底蘸凉水，轻打顶门。女人分发，用手蘸凉水轻拍即愈，或用灯心2~3壮立效。”

周氏抄本：“症状：着地不能言语。治法：用鞋底蘸水打顶门，女人分发用水拍之。

向氏抄本：“其形，不能言。用鞋底打顶门，头发烧灰搅拌成末，用凉酒，医手拍之。”

点评：三种哑巴症对症症状的描述均为“不能言”，治疗方法为“拍打顶门”的外治方法。

比较研究土家族民间多种抄本的“七十二症”病证名，其旨意是探讨建立土家医症候学和临床医学评价体系的可行性，研究和建立土家族医学的临床证候学势在必行。

参考文献

[1] 候启年，候启柱，胡家军．张家界（大庸）土家族民间七十二症证治源流考.（待发表）

[2] 田华咏，潘永华，唐永佳．土家族医药学[M] ．北京，中医古籍出版社，1994：148

土家族方药文化研究

田华咏
（湘西自治州民族医药研究所，湖南 吉首 416000）

摘要 土家族“方子”由来已久，是由土家族民间单方、验方、秘方组成的方药文化。土家族方药文化与神农药文化，古代巴文化有着深厚的文化背景。从方药文化现象中形成的土家医方剂学，是土家族医学的重要组成部分。

关键词 土家族医药学；方子；方药文化

土家族人民将治疗的药方称之为“方子”。土家族“方子”由来已久，是由民间单方、秘方、验方组成的方药文化现象，是土家族医药学的重要组成部分。本文从土家族方药文化的历史，方子的类型，方剂学的形成与发展等方面进行论述。

1、土家族方药文化的历史

1.1 土家族方药文化与神农药文化关系

土家族方药文化历史悠久，可追溯到“神农尝百草”的药文化时代。祖国传统医药学术的“三世医学”之一的《神农本草经》开创了祖国传统医学“经方”之先河。故《汉书·艺文志》曰：“经方者，本草石之寒温，量疾病之深浅，假药味之滋，因气感之宜，辨五苦六辛，致水火之齐，以通闭解结，反之于平。”《神农本草经》以四气五味概括药物的性能和作用，按药物作用分为益气、补虚、除邪上中下三类。创立了方剂的君臣佐使，七情合和等配伍方法，对药物炮制和贮藏方法也有论述。该书汇集了远古到汉代以前的本草学知识，为我国药物学的发展奠定了基础。土家族方药文化与神农尝百草而创立的神农药文化有渊源之系，深究其因要从神农氏的出生之地及神农氏活动之域谈起。神农氏是我国古代神性英雄之一。神农氏之名，始见于《周历·系辞下》云：“古者包牺氏之王天下也……包牺氏没，神农氏作，斫木为耜揉为耒，耒耨之利之利，以教天下……”历史上的神农氏，典藉称之为远古帝王之中的“三皇之一”，他始创华夏农耕、医药、交换（贸易）的三大发明。神农氏为华夏文明贡献最为辉煌要数“尝百草，识药效，定经方，始创医学”。神农氏是何许人士？《汉书·律历志》曰：“又曰连山氏，又曰列山氏。”列山，又名圣人山，在当今沅陵县西南。列山即烈山，放火烧山这意，是原始的刀耕火种的农耕文化。晋《习凿论青楚人物》载：“神农生于黔中。”在沅陵圣人山下蓝溪有一处山洞中曰神农洞，相传神农氏出生并居住在此。《帝王世纪》说：“神农以火承木，住于南方。”黔中指楚秦时期的黔中郡，其郡治在今湖南湘西的沅陵县，黔中郡故城遗址就在今天沅陵县城西 20 公里的太常乡窑头村，属怀化市管辖，是苗族、土家族、侗族、瑶族、白族等少数民族居住区。据新近考古发现，在沅陵县盘古乡有古人类居室“盘古洞”，佐证了《后汉书》、《水经注》、《三王历记》、《述异记》等历代古籍的真实记载。揭示了沅陵盘古文化久远厚重的历史源流。在沅陵县盘古乡境内有神农洞，沅陵县与湘西自治州泸溪县交界地的三角坪附近有神农庙，至今犹存。在沅水流域各地还建有先农坛，神农庙，其意为祭祀神农。神农氏，又称连山氏。今怀化市会同县连山乡有八座庙与连山八卦方位基本相对应。连山附近还发现众多的古地名、古遗迹，如药王洞、仙人洞等。在距连山不远之的地方洪江高庙，有一处新古器早期文化遗址，距今 7800~7400 年，出土大量纹饰陶器文物，其中有神农氏族图腾的太阳和凤鸟图案，神农氏族首领神像，镶嵌在地上的神犬图像，在文化陶器上绘有祭祀塔及傩祭场面。“这些都是全国迄今发现崇拜神农的物证。因此说神农氏族源于黔中的沅水流域并非空穴来风和凭空臆造。”“盘古在沅陵”，“神农生于黔中，故乡在沅陵”的论述，得到专家的认同。[1]黔中郡在秦汉时为武陵郡，中原人称武陵郡人为“武陵蛮”或“五溪蛮”。五溪蛮因雄、　、　、辰、酉五大溪流贯穿全境，由西南向东北依次汇沅江入洞庭。其中酉水是武陵土家的母亲河，出鄂西，经湘渝边界下沅陵注沅水。世代生活在酉水流域的土家族先民，历史上也被称为“蛮子”，是武陵诸蛮中的

成员。神农氏生活在黔中的沅水流域一带，后因水灾向北方迁徙，先后到长江，黄河中下游一带生活。相传神农氏在三峡一带尝百草，采百药，治百病，被后人称为药王，当地人民为了纪念神农氏，将神农氏采药地方命名为“神农溪”、“神农架”等地名。神农氏生活和尝百草的地方沅江中上游，三峡流域都是土家族先民的生息繁衍之地。神农氏尝百草留下的足迹和创立的医药文化也深深的影响着当地土著先民，土家族医药文化、苗族医药文化等民族医药，特别是方药文化无不烙上神农药文化的深深印记。

1.2 巴文化与土家族方药文化的关系

巴文化是土家族方药文化的重要孕育温床。巴人是土家族古代先民之一，生活在今长江三峡一带，古代巴人在这里建立了巴子国，并创立了巴文化。巴文化中与医药文化最为关联的有盐巴文化，巴子国因盛产井盐而闻名天下，故称盐巴或巴盐。古代巴人及其后裔凭借“鱼盐之利”，自汉代以来，三峡地区的巴盐就“咸”遍周边。近年来，三峡地区考古发现了一口口废弃的古盐井遗迹，大量的制盐工具和运输栈道，证实了早在 2000 多年前，巴人就用盐巴铺就了一条盐巴文化长廊。盐巴，是巴人或土家族先民最早应用于临床治疗的药物之一。盐巴，具有食与疗的作用。盐巴性寒，味咸，具有清热解毒，凉血，涌吐等功效。在土家族民间盐巴多为单方或验方治病。如食盐冲水，含漱治疗齿龈出血、咽喉肿痛、牙痛、龋齿、创伤清洗、毒虫蜇伤、消毒。温盐水洗目翳。热盐熨腰腿寒疾，热盐水内服，主治食停中脘，心腹胀痛等疾病。盐巴的单用或配伍之用，是土家族方药文化的早期缩影。在土家族方药文化历史上，留有巴文化遗迹的还有巴戟天等带有“巴”字的古代巴人所用药物。古代巴子国境内还有许多传统药材，产于川东、鄂西一带的黄连，“板党”（恩施市板桥党参），“窑归”（恩施市石窑当归），赤箭（天麻）等地道药材，是土家族常用药物，在民间多作单味药物应用，一病一药或一病一方。

通过探寻神农药文化和巴文化以解土家族方药文化之谜？是研究土家族“方子”历史途径之一。土家医“方子”历史悠久，内容丰富多彩，得益神农药文化和巴文化的影响。应该说土家族方药与神农药文化和巴文化有着千丝万缕的联系，土家族方药文化染有巴文化之渍，又有神农药文化的“经方”之意，是地地道道的土家族方药文化。

2、土家医“方子”的由来，类型和组方原则

2.1 土家医“方子”的由来

土家医“方子”，是土家族民间千百年来在应用单味药物治病，多药一方治病的医疗践活动中而总结出来的药方。土家族药匠将治病的单方、验方统称为“方子”，相当于祖国传统医学中的“方剂”。便于土家族医药文化的对外交流，也将“方子”称为方剂。

2.2 土家医“方子”的组方原则

方剂是土家族医学中理、法、方、药的重要组成部分。方剂是根据临床症候，辨析病因，确立病证，确定治疗原则的基础上而制定出来的。土家族医学的治疗原则有汗法、泻法、赶法、止法、补法、温法和清法 7 种方法。土家医方剂组方较为灵活，随着临床的变化而变化。土家族医将一味药物组成的方子，称为“独子方”或单方，二味药物以上的方子，一般按“主、帮、引”的原则组成。其中主药：是指在方子中起主导作用的药；帮药：也称配药，是指在方子中起次要治疗作用或者可以帮助治疗主病的辅助药物；引药：也称引子药或信药，是指能引导主药、配药的药性直达病所的“药引子”。[2]关于土家医方子的组方原则，有的老药匠在主、帮、引的前提下，有时也增加一点能“客”的药物，意在克制主药的“过火”作用，或者是与治疗主病无关重要或兼治其它疾病的“客气”药。彭芳胜先生就主张，将“客”药作为方子次要组成部分，其旨意就是保持土家族方药文化的原创生、真实性，以便解释土家医方剂中的“原生态”方药文化现象？这一点值得探讨。土家医方子的应用是随着临床疾病的变化而变化的。一是药味的加减变化，即随症加减。二是药量增减变化。三是剂型的变化。“方

子”的变化，在理解配伍原理和治疗方法的前提下，临床医生灵活应用“方子”达到治疗疾病的目的。

2.3 土家医“方子”的类型

土家医“方子”的类型较多，临床上应用较常用的有：汤剂、散剂、丸剂、膏剂、酒剂、泥剂、包裹剂、灸剂、条剂等。对某些鲜药用新鲜汁剂，或药材直接磨汁的称磨汁剂，膏剂有内服煎膏和外用膏剂。在剂型的选择上，根据疾病的需要，一般急症用汤剂、鲜汁剂。慢性病用丸散剂、膏剂、包裹剂。对劳损性疾病，风湿性疾病多用酒剂。“方子”分类，一般按症疾分类或按功效治法分类。《土家族医药学》一书中，将土家医临床症疾分成十八类，其“方子”也相应称为土家医方剂十八类。如七十二症方剂、七十二风方剂、二十四气病方剂、十二走胎方剂、一百单八症方剂……如此等等。[3]由彭芳胜主编的《土家医方剂学》，考虑到医生临床应用方便，按功效分为16类方剂：表出剂、清败剂、散祛剂、撒开剂、攻杀剂、通泄剂、赶熄剂、震拔剂、提敛剂、控停剂、调和剂、固涩剂、补益剂、接续剂、利窍剂。

《土家医方剂学》对 “方子”，从方子来源、组成、用法、禁忌、主治、解析、加减、应用、注意事项、考证及附方等10多个方面进行系统的论述，使土家族方药文化从单方、验方、秘方的民间方药文化的基础上，整理出土家医方剂理论体系，构建了土家医方剂学，丰富了土家族医学理论体系。

3、土家族方药文化研究回顾与展望

研究土家族方药文化，应用土家族方药文化，旨在恢复和提高土家医临床能力，丰富和完善土家族医药学理论体系。土家医方药文化研究兴起于上世纪70年代的“一根针，一把草”时期。武陵土家各地广收民间单方、验方、秘方，为“贫下中农”防病治病，确实解决了农民的一些疾苦，功不可没。二十多年来，湘、鄂、渝、黔土家族地区收集汇编了近万首土家族方药，有的被收入公开出版的著作中，如《中国民族药志》、《中国民族药食疗大全》、《中国民族医药外治大全》等著作中。还有的被杂志公开发表，如《中国民族民间医药杂志》发表的《土家族民间蛇伤方药及常用蛇药介绍》、《痒症的分类与治疗》、《川东石柱土家族民间急救医药简释》等，介绍方药百余首。较为系统的介绍土家族方药的要数《土家族医药学》，该书中介绍了土家族医十八类方药，共计2010首，《土家族医药学概要》收载方药约1900首，这些“方子”出现在公开出版物中，是对土家医方药文化的系统总结。对土家医方子进行理论整理首推杨德泉先生。上世纪末，他对土家族方剂进行整理，从方剂与治法的关系，方剂的分类、组成、剂型、用法等方面进行了研究，整理出土家医常用方剂70首。该项研究成果获湖南省中医药科技进步三等奖。

《土家医方剂学》，是国家中医药管理局批准立项的全国第二批民族医药文献整理项目，由湘西土家族苗族自治州民族医药研究所副所长彭芳胜副主任医师领衔。经过课题组近3年的实地调研、文献资料收集和系统整理，编著完成了我国土家族医药史上的第一部方剂学《土家医方剂学》，同时，也是《国家中医药管理局民族医药文献整理丛书》之一。该项目的研究完成和《土家医方剂学》著作成功，是土家族医药发展的必然，也是千百年土家族药匠的“方子”之集，更是参与该项研究的科研人中数十年辛勤劳动的结晶。《土家医方剂学》虽然有点“粗糙”，也有点“原始，”尚需“精雕细刻”，但它尽必是土家族医药学中第一部方剂学专著，也是国内为数不多的少数民族医学中的方剂学专著。

我国民族医药文献整理工作，经各地民族医药工作者努力，到2005年底，公开出版了汉文版民族医药图书112种，[4]其中土家族医药文献图书4种，占3.57%，排在18个少数民族出版汉文字民族医药文献图书的11位。土家族民族医药文献整理及出版工作仍需努力。无文字的少数民族医学遗产存世量最大的莫过于民间单方、验方为主体的方药文化，通过发掘整理方药文化这个窗口，来探寻各民族医药的精髓。有关方药文化的研究，在公开出版的汉文字民族医药图书中可见朝医的《乡药集成方》校释本，回医的《回回药方考释》，尚未见到公开出版的有关民族医药方剂学专著。

参考文献

[1] 刘冰清，周必烈．盘古文化研究[M] ．北京，中国文史出版社，2005：27
[2] 田华咏．土家族医学史[M] ．北京，中医古籍出版社，2005：194
[3] 田华咏．土家族医学史[M] ．北京，中医古籍出版社，1994：147~243
[4] 诸国本．全面完成民族医药发掘整理工程，进一步保护继承和发展民族医药．中国民族医药通讯，2006，1：2~9

土家族药材鉴别研究的发展概况

杨德胜
（吉首大学医学院，湖南 吉首 416000）

1、土家族药物的起源和原始的识药意识

“民间草医，起之何时，溯源难明，搜集资料极为有限，故所载欲言不达，后人颇难稽考”（《龙山县志》）。近代多次考古发现证明，远古时期，即传说时期，土著先民就在湘、鄂、渝、黔毗连的这片土地上，生息繁衍。勤劳勇敢的土著先民在与大自然作斗争的漫长岁月中，在打猎捕鱼的时候，会遇到意外的伤害；在寻找食物的过程中，会偶尔误食中毒。有时吃了某种食物，又能使某种病痛得以缓解，于是他们把能够消除某些疾苦的植物，有意地用于各种疾病，有时确实能收到伤好痛止、毒解病愈的效果。久而久之，他们便把这类植物专门用来解除疾病，这类植物便成为早期的药物，随着时间的推移，治病的方法逐渐增多，药物品种也由原来单一的植物药扩大到动物药和矿物药。土著先民通过五官直观的方法，有意识地观察药物的性状特点与气味，以期达到认识、掌握和区别药物功效的目的。

自古以来，土家族民间就流传着“药王昏死茶露醒”的典故：相传很久很久以前，武陵山区有一位名医，他不仅医术高明，药到病除，医德高尚，有求必应，不分贵贱，而且还能认识很多的药物，因此，土著先民都尊称他为“药王”或“药王菩萨”。一日，药王到山中采到一蒀草药，因口尝过量，便中毒昏迷倒在一棵茶树下。次日清晨，茶叶上的露水滴入了药王的口中，使他慢慢地苏醒了过来，他不仅恢复了健康，而且一头白发也变得乌黑了，于是他便给此草取名为乌头。药王菩萨因此就成了发现乌头有毒、茶叶有解毒作用的第一人。这虽然是一个传说，但生动地反映了土著先民发现药物和识别药物的艰苦情景。自从有了药物，便开始萌发对药材鉴别的研究。他们将这些积累的知识通过言传口授，一代一代传授给后代或弟子。

2、土家族药材鉴别研究发展的文献资料

2.1 秦汉至南北朝时期

即郡县制度时期。这一时期是奴隶社会进入封建社会的阶段，由于社会的进步，汉文化的发展，促进了中药学的形成与发展，古代医家在“寻求古训，博采众方”之时，也非常重视土家族地区的道地药材药物，进行功效的探讨与临床运用，并涉及到了药物的性味、别名、产地、采药时间、药用部分和加工方法等方面的内容，但由于土家族没有文字，因而没有这方面的文献资料流传于世，庆幸的是有关药材研究的史料，可斑见于部分本草中。秦汉时期的帛书《五十二病方》，书中用药已达 240 余种，其中就有盛产于武陵山区的道地药材雄黄、水银，这是最早记载土家族药材的史料。如“干骚（瘙）方：以雄黄二两，水银两少半，头脂一升……”。记载主产于武陵山区的药物还有厚朴、石韦、薤、姜、蜀椒、续断、青蒿、半夏等数十种。我国第一部中药学专著《神农本草经》载药 365 种，其

中有盛产于土家族地区的药物，如黄连，土家语名“这角”，列为上品，除记载功用之外，并有“味苦无毒”的药性记载。黄连，又名川连，是川东及鄂西土家族地区的道地药材，主产于重庆石柱与湖北利川。又如丹砂，列为上品。丹砂，又名朱砂，因盛产湘西的辰州而又得名辰砂。又如杜若“一名杜连，一名白连，一名白苓，一名若芝，生武陵及冤句，二月、八月采根，曝干。” 因此，《神农本草经》也是记载土家族药物最早的药学典籍。《吴普本草》云：“丹沙，神农：甘；黄帝：苦，有毒；扁鹊：苦；李氏：大寒。或生武陵，采无时……。” 武陵，即今湘西一带。《名医别录》云：“（黄连）生巫阳及蜀都大山，二月、八月采。”巫阳位于长江三峡地区，是现在的土家族地区。又载：“雄黄生武都山谷……近来纷扰，皆用石门，始兴石黄之好者尔”。石门县在湖南，也为土家族地区。又有女贞实“生武陵，立冬采”的记载。

晋代，土家族药物从研究性味、产地、功用、采收，发展到了药材鉴别的方法。这一时期的本草中已有药材鉴别方法的记载，如张华的《博物志》云：“杜仲皮中有丝，折之则见。” 这是杜仲与其它皮类药材区别的重要特征，杜仲不仅是重要的中药，而且也是重要的土家族药，土家族同胞谓之“丝棉皮、扯丝皮”。

南北朝时期，药材形状描述趋于具体。《本草经集注》是这一时期的代表著作，形状鉴别是该书的特点之一。书中记载天雄、附子、乌头云：“今采用八月中旬，天雄似附子而细长便是，乃至三四寸许。此与乌头、附子三种，本出建平，故谓之三建。今宜都佷山者最好，谓为西建。” 首次记载了乌头、附子、天雄三药的采集时间在“八月中旬”，形状鉴别指出天雄与附子相似，其不同点是比附子“细长”，有“三四寸许”，及产在土家族地区并强调“宜都佷山者最好” 。宜都即今宜昌，是土家族主要聚居区。又载：“常山出宜都、建平。细实黄者，呼为鸡骨常山，用最胜。”第一次提出鸡骨常山药材的鉴别特征是“细实黄”。

2.2 唐宋时期

即羁縻时期。盛唐时期，唐王朝在巴人（土家族）聚居区实行“怀柔远人，义在羁縻”，“附则受而不逆，叛则弃而不追” 的羁縻政策，使人们安居乐业，社会稳定，随之畲田运动的兴起，矿业开发和商务活动，推动了这一地区的社会经济发展，而社会经济的发展又促进了这一地区医药的发展。从这一时期记载土家族药物的相关文献资料来看，对土家族药材鉴别的研究达到了一定的水平，主要反映在对药物的性状特征描述比较详细。如朱砂是土家族地区特有的药材，《新修本草》载：“丹砂大略二种，有土砂、石砂。其土砂复有块砂末，砂体并重而色黄黑不任画，……其石砂便有十数种，最上者光明砂，云一颗别生一石龛内，大者如鸡卵，小者如黍粟，形似芙蓉，破之如云母，光明照澄；……其次或出石中，或出水内，形块大者如拇指，小者如杏仁，光明无杂，名马牙砂。一名无重砂，入药及画俱善，……” 。药物的这些性状特征、产地等记载使土家族药材的真伪鉴别有了图文依据，也为后世土家族药物鉴别的研究提供了可靠的宝贵资料。这一时期对药物的别名也进行了收集，如《酉阳杂俎》云：“地钱……一曰积雪草，一曰连钱草。”

宋代，土家族药物收载于本草中的品种明显增加。以《图经本草》为例，该书是宋朝政府仿唐《新修本草》图经旧例，诏令全国征集各州郡所药材标本及实物图形，并注明形态、采收、功用等内容。由苏颂等人整理编辑而成，在药材鉴别方面，书中对药物的来源和鉴别特征进行了比较详细记载。宋朝政府向全国征集药材，土家族地区也在其中，于是书中记载了几十种土家族聚居地区，如施州、宜州、辰州等地所产的药物。这些珍贵的资料在《经史证类备急本草》中得已保存，如宋·唐慎微《重修政和经史证类备用本草》中《图经本草》收载的土家族地区所产的药物有：金棱藤、野猪尾、瓜藤、独用藤、大木皮、紫背金盘草、野兰根、马接脚、龙芽草、都管草、露筋草、半天回、攀倒甑、小儿群、半边山、崖棕、鸡翁藤、石合草、赤铜、自然铜、粉锡、丹砂、雄黄、五色石脂、石钟乳、黄连、黄芩、石蒜、牡丹、甘松香、杜若、高良姜、药酱、姜黄、马鞭草、鼠尾草、海金沙、常山、天雄、

五味子、黄环、土茯苓、黄药子、白药子、防己、南藤、菖蒲、红茂草等 48 种之多。如《图经本草》记载：“鸡翁藤，出施州，其苗蔓延大木，有叶无花。味辛，性温，无毒。采无时。彼土人与半天回、野兰根、岩棕四味，洗净去粗皮，焙干，等分捣罗为末，每服二钱，用温酒调下，疗妇人血气并五劳七伤，妇人服，忌鸡、鱼、湿面、羊血。丈夫无忌。“都管草生施州……主风痈肿毒、赤疣，以醋摩其根涂之。亦治喉咽肿痛，切片含之，立愈。……采其根枝，煎汤淋洗去风毒疮肿。”施州，即湖北恩施地区，今鄂西土家族苗族自治州。这一时期，药材鉴别特征描述比较具体。如“半边山，生宜州溪涧，味微苦、辛，性寒，主风热上壅，喉咽肿痛，及项上生疬。以酒摩服，二月、八月、九月采根。其根状似白术而软，叶似苦荬厚而光，一名水苦荬，一名谢婆菜。”描述半边山“其根状似白术而软，叶似苦荬厚而光，” 十分生动。发展了前代的研究内容。如《新修本草》仅侧重记载了丹砂“大略二种”与“最上”、“其次”的分类及性状，而《图经本草》中的“丹砂，生符陵山谷，今出辰州、宜州、阶州，而辰州者最胜，谓之辰砂。生深山石崖间，土人采之，穴地数十尺，始见其苗，乃白石耳，谓之朱砂床。砂生石上，其块大者如鸡子，小者如石榴子，状若芙蓉头、箭簇。连床者紫暗若铁色，而光明莹澈碎之，斩岩作墙壁，又似云母片。可析者真辰砂也。无石者弥佳，过此皆淘土石中得之，非生于石床者……凡砂之绝好者为光明砂，其次谓之颗块，其次谓之鹿蕨，其下谓之末砂。而医方家惟用光明砂，余并不用。”则详细地记载了丹砂的产地、命名、开采、形状，尤其将药材的质量第一次按优劣分为：光明砂（绝好）、颗块（其次）、鹿蕨（其次）、末砂（其下）4 级，并指出“医方家惟用光明砂”。使丹砂的药材研究更加全面。辰州，即今之沅陵县，为古代湘西门户与药材集散地。至今湘西州仍然是丹砂的道地产区。从文献看出，土家族药物，发展到宋代已具有了相当的水平。此外第一次记载了“施州”是“土人”的聚居区，研究土家族演变与分布的珍贵史料。

2.3 元明时期

即土司制度时期。元代以后，元朝政府在少数民族地区实施了土司制度，土司制度下的土家族地区在政治、经济上享有一定的特殊待遇，因而土家族医药也得到了有利的发展。此期除了从事“神药两解” 的“梯玛法师”外，已有专门治病的“土医”、药匠。药材鉴别研究方面，不仅本草中收载的品种数增多，而且原植物和药材性状特征描述又提高到一个新的水平。如在明朝政府官修的《本草品汇精要》中，收载了土家族地区的药物 19 种之多。如“刺猪苓，植生。今施州有一种刺猪苓，味甘，性凉，无毒。漫生，春夏采根，彼土人削皮，焙干用。敷毒疮，殊效。”，有的引用了前人的论述，如“小儿群，无毒，从生。小儿群与左缠草二味洗净焙干，等分，捣罗为末，每服一钱，温酒调下，疗淋疾无忌。（出《图经》）生施州，春夏生苗，采无时，取根用，味辛，性凉，气之薄者，阳中之阴。”著名医药学家李时珍为了收集天下的药物，历尽了千辛万苦，踏遍了大江南北的山山水水，也登上了土家族聚居的崇山峻岭采集药物。其中收载产于施州、武陵、黔中地、溪州及土人、巴人药用为内容的药物有 34 种之多。对其性状鉴别描述非常详细。如 “土茯苓，楚、蜀山菁中甚多。蔓生如莼，茎有细点，其叶不对，状颇类大竹叶而质厚滑，如瑞香叶而长五六寸。其根状如菝而圆，其大若鸡鸭子，连缀而生，远者离尺许，近者数寸，其肉软，可生啖。有赤白两种，入药白者良。” 楚蜀之间正是广大的土家族聚居地区。他对土茯苓等药材的性状鉴别描述形象生动,是对土家族药材鉴别研究的重要贡献。

2.4 清代至民国时期

即府县制度时期。清廷在土家族聚居区设立了府、县制，革除“汉不入峒，蛮不出境”等土司禁令和各种陋规，与外界加强了交流，加快了土家族地区社会的进步和经济的繁荣。使土家族民间医药也得到了普及与发展：一是从民间土医的一草一方，到坐堂切脉诊病；二是土家族药匠开始著书立说，多以手抄本的形式在民间流传。与药材有关的手抄本，鄂西州有《草药汇编》、《草药三十六反》、《医方精选》等。湘西州有《各方药草》、《老祖传秘方》、《急救药方》等。都是师传自抄，一代一代流传

下来，具体年代难以考究。这些手抄本，不同程度从不同侧面记载了土家族药物的功效运用与药材的形状等相关知识，为系统地研究土家族药物，提供了宝贵的资料。清末至民国时期，鄂西名医秦子文（1870~1944）积数十年的临床经验，聚历代医家的见解，药性之奥妙，辩中草药之伪劣，著《中草药考证》等著作多部。此外尚有研究土家族药材鉴别的非药学典籍，如吴其濬（1789~1841）的《植物名实图考》，涉及到了众多的植物药，其中记载了土人、土医、彼土人（或施州等地方）民族称谓的药物 188 种，占全书的 10.97%，如土三七、一支香、糖刺果等。研究土家族地区的药物，内容除了包括别名、源流、前人的论述，功效主治外，还增加了药材伪品的鉴别，论述十分具体，绘图非常精细。又以土茯苓为例，吴氏在其条下云：“土茯苓即草禹余粮，本草拾遗始著录。宋图经谓之刺猪苓，今通呼冷饭团；形状、功用具本草纲目。近时以治恶疮为要药，多以蕈蘚充之，或以商陆根伪充者。蕈蘚去湿，性尚不远，若商陆则去水峻利，宜慎辩之。”这些“宜慎辩之”的宝贵经验，弥补了《本草纲目》的不足,也使土家族药材鉴别研究达到了一个新的水平。

2.5 中华人民共和国成立后

新中国成立之后，党和政府十分重视民族医药事业，采取了许多的相应政策，并将发展传统医药写入了宪法，使土家族医药学得到了前所未有的发展。

上世纪 50 年代后期,各州县先后组织了专业技术人员对中草药重点调查,弄清了部分药物的产地、种属、用途等。如保靖县于 1956 年对本县药物进行实地调查，共查出动物、植物、矿物药材 300 多种，其中绝大部分是民间民族药物。1978 年全国民族药物调查，对土家族地区的“民族常用，来源清楚，确有疗效，比较成熟”的土家族药物进行了收集整理。川东酉阳县采集到中草药标本 1030 余种，酉阳县地产中草药有 1059 种，其中约有三分之一为土家族民间药匠常用药。湘西州先后收集标本近 1000 种，其中矮地茶、大疙瘩七、观音莲、猫奶奶、铁马鞭、蛇不过、铺地柏、千里马等 8 种植物药作为土家族药载入《中国民族药志》第一卷中，253 种载入《湖南省民族药名录》中。在此期间，鄂西州编印了《鄂西药物志》中收载土家族药 100 种。

成立民族医药科研机构。在进行药物资源调查的同时，药材鉴别科研工作也同步开展。在土家族药材鉴别方面，主要是的来源、性状辨别的研究。各州县相继成立了民族医药科研机构，如上世纪 50 年代初，贵州印江县成立了“印江县中草医工作研究会” 。湘西大庸县卫生工作者协会成立了“中医学术研究股” ，50 年代末成立中医药研究所，开展中草医药学术研究。上世纪 70 年代末，恩施地区成立了中草药研究所，之后鄂西州民族医院也成立了民族医药研究所。1978 年湘西州民族医药研究所成立。科研机构和队伍的建立，研究工作的加强，相继取得了包括药材鉴别研究在内的多项成果。

1984-1987 年,王万贤、彭延辉等对湘西土家族医药进行了调查研究，编写《湘西土家族医药调查与研究》，其中白药子、黄药子等 31 种土家族药材进行真伪鉴别，记述了主要的性状特征。1988 年，《湘西州中草药资源报告集》编印完成，其中记载了地枇杷等土家族药材的性状鉴别。1994 年，由田华咏主编的第一部土家族医学专著《土家族医药学》出版 ，该书将土家族药物作为一章， 262 种常用药物按功能分为 21 类，从药物的别名、学名、识别要点、性能、用法等方面进行介绍，其中“识别要点”项主要记载了药物的植物形状特征，是识别鲜药的简明方法。2004 年 1 月，由万定荣等主编的《湖北药材志》，共收载土家族药材扣子七、冷水七等 54 种，并对其进行了鉴定学研究，是土家族药材鉴别研究领域取得的重要成果。其他对土家族药材鉴别的研究也不断的见诸报道，推动了土家族药材鉴别研究的向前发展。

张家界（大庸）土家族民间七十二症证治源流考

侯启年[1]　侯启柱[2]　胡家军[3]　赵永胜[3]
（1、张家界市永定区卫生局，湖南 张家界 427000；2、张家界市中医院，湖南 张家界 427000；
3、永定区大坪镇塘家村卫生室，湖南 张家界 427000）

按：张家界（大庸）不仅以著名的风景闻名中外，其悠久的土家历史文化也著称于世。早在远古时期，土家先民就在这块神奇的土地上生息繁衍。近代从澧水流域，古人堤的考古文化佐证，这里就是人类童年的活跃地之一。《大庸县卫生志》记载：“大庸民间医药，源远流长。在中西医尚未兴起的长河中，先民防病治病，主要依赖于民间医药。即使在医药卫生事业发达的今天，民间医药对解除群众的疾病痛苦，仍起着一定的作用。”《桑植县卫生志》：“人们每遇到伤病，几乎全部用中草医药诊治，亦有推拿针灸之术者。”

张家界（大庸）民间药匠，对疾病命名一般都喜欢用数字加疾病来分类。如七十二症，七十二劳，七十二痧，七十二风，七十二惊等等.。由于口耳相传，有的讲七十二数，确列不出这么多目录。有的能列出七十二症，确筛不出理法方药。笔者对张家界(大庸)民间的七十二症证治源流初步考证，旨在为弘扬张家界（大庸）土家族医药文化及旅游文化，为造福土家百姓，为社会主义新农村建设服务。因资料有限，且多为口耳相传，遗漏谬误之处，乞方家不吝赐教并斧正。

一、七十二症证治

1、乌鸦症(狗症同治)。头沉头麻，眼黑，恶心，发搐，指甲青，后遍身青，上吐下泻，不能言语，小腹疼，不急救则死。

牙关不闭则已若闭，急用箸撬，令病者卷舌视之，舌根下或有红、黄、紫、黑等泡，急用针刺破出血，雄黄点之即愈。如不愈再用松树皮，猪牙皂，竹花子煎汤服之，盖被出汗，愈。忌米汤三日。

2、白眼症。其形常翻白眼。治法：将顶门上灸三艾。如不愈，再灸三艾即愈。

3、蛇症。其形乱滚，肚胀痛，治法：先挑肚脐三针，次挑顶门一针，左右脚心各一针，用烟油拭之即愈。

4、哑巴症。得病着地，不能言语，用鞋底蘸凉水，轻打顶门。女人分发，用手蘸凉水轻拍即愈，或用灯火 2～3 壮立效。

5、蛤蟆症。其症肚胀。治法：肚脐圆圈挑七针，小肚子挑三针即好。

6、风凰症。其形股肱摇摆，如风凰展翅。急用鞋底打脚与腰，再以雄黄水饮之。

7、珍珠症。其病身上起泡，似珍珠形状。用针刺破出血即愈。

8、羔羊症。其病如羊声，满口吐沫，用雄黄，白矾，蝉蜕，合姜汁研末，凉水饮之即愈。

9、鱼痧症。其症恶心多饮水，肚中疼痛胀。用鱼骨浇灰存性，黄酒调服，出汗即愈。

10、红痧症。（血流不止）如其病七口流血，心如火烧。必须抢救：用拇指刺两肩胛骨，针刺紫筋出血。治法：用指甲，头发各 30 克。缠住煅黄为末，黄酒送下或内服锯子草 20 克，鸡蛋一个，各煎服。不论何处出血，即此症同治。

11、鹿症。其症口吐血，浑身上下发紫斑。似梅花形，用针刺破，次用鹿角胶，合黄酒送下即愈。

12、象痧症。得病流鼻血，心病，昏迷，针挑两肩膀尖出血，雄黄点之即愈。

13、狮子症。其症心慌头痛，浑身起大泡。用针刺泡，雄黄点之，再用盐，醋，水饮之效。

14、蜈蚣症。得病头出冷汗，拥心吐黄水，细看脊骨两膀，有紫筋。用针刺出血，雄黄点之效。

15、蜜蜂症。其症哭声不断，恶心口吐，下泻，舌下的紫，针刺破，用盐水点之，即愈。

16．母猪症。其形拱地，先用针刺舌根，又双手除大指，其余指将指甲边由上各刺一针，后用猪食盆内剩泔水（猪糟底泔水）灌一大碗即愈。

17.、兔子症。其形走荒野，脚走不停。即用炮药卷舌擦止，少许走停。或治勿令坐卧，或用混土

制如帽，栽头上，仅闻土气即愈。

18、老鼠症。其形黑唇紫，疼痛，咽喉痛，或胸隔膨胀，发角有新青紫，各处挑一针，见血全愈。

19、鹊子症。其形胸背肿痛，小腹饱胀，口渴身热，见食即吐，心中顿跳，挑两大腿腋皱拆，见血一针即好。

20、狐狸症。其形头痛干呕，不思饮食，头仰，浑身出汗，张口糊言。针挑咽喉前后，心窝，见血即愈。

21、羝羊症。其形胀满似肿，眼闭身轻。全身疼痛，尾巴骨上挑二针见血愈。

22、醋猪症。其证心热血发厥冷，浑身打战心疼，舌下有紫疔刺破。小盐点之。

23、莽牛症。其病肚腹胁胀，心疼。将唇、掀起，挑治唇上牙床及唇口，见血愈。

24、猿猴症。其病坐卧不安，心腹胀满口舌指甲色青，少腹疼，用针挑阴囊即愈。

25、缠丝症。其症肚腹胀，头疼心烦。前后心或有紫黑色黄点子，用针挑破，以醋擦之即愈。如觉遍体麻木。无此点子者，即是心痧子证，将胳膊跟湾青筋，针刺出血。用炒盐煎服之即好。

26、蜻蜓症。其形浑身打战两手张翼。用扫帚着面顶一拍即愈。

27、血腥症。其症食时即闻血腥气味，舌上有紫泡。胳肢窝病有紫泡，刺破。雄黄点之效。

28、老鹳症。其症恶心。舌根强硬，呕吐不止，舌下有紫疔，刺破，火药点之效。

29、猫儿症。其症鼻舌两手扣地拥心，用针挑破两鬓角出血，以雄黄酒饮之。

30、鹅症。其病常身伸脖。用鹅毛三根烧灰饮之。

31、鹰症。其心足厥心疼，昏迷，挑破足筋，嘴青紫出血，雄黄点之。

32、螳螂症。其症头斜心疼，昏迷，胳膊湾挑破，用老鹳嘴裸烧灰点之。

33、蚊虫症。其病吐痰，昏迷，用烧酒拍心口至红，住手即愈。

34．蜒蝣症。其病头疼，腿肿，咽喉肿疼，口内麻木，用生姜汁和凉水饮之。

35、鸭子症。其病拌嘴摇头，用针刺外咽喉出血效。

36、鸡子症。其病如鸡鸣，心慌不宁，用鸡腿皮烧煅黄为末，黄酒送下。

37、喜鹊症。其病心疼，头疼眼黑，浑身痛，舌下有紫疔刺破，雄黄点之，再用雄黄酒饮之大效。

38、鹌鹑症。其症声如鹌鹑，舌下有紫疔，用针刺破，用死过的鹌鹑煅烧灰存性，黄酒送下。

39、野雀症。遍身发红前后心有红黑发紫点，头疼，胁胀，腋下三针，发际一针，见血愈。

40、鹁鸽症。肚痛，头晕眼黑，心胀。用白矾水灌之。再用针挑前后心窝及两耳梢，见血愈。

41、黄鹰症。肚腹之下反稍疼痛，揸出胳肢，用红丝绳捆住两大指，甲边内上各刺一针，见血效。

42、海青症。头痛打滚。用带将头箍住。以针在耳根骨际，咽喉，心窝，前后挑之。忌风、水三日。

43、鹰嘴症。浑身发烧，热不可忍，心口一块滚上滚下，针挑脐下并两乳各一针，见血效。

44．蝎虎症。其病趴地挺腿，似蝎子蹶尾一般用蝎虎子爪，焙黄为末，黄酒送下。

45、蝎虎症。其病摇头摆手。舌下有紫泡或口角强硬，刺破烟油抹之效。

46、蚰子症。其病趴地心拥心，心疼，两手捧腮，两腿屈不能伸，用老鹳嘴裸煅黄为末，黄酒送下效。

47、秋蝉症。其病四肢筋青，脑后有紫筋刺破，用老颧嘴裸煅黄为末，黄酒送下。

48、蚯蚓症。其病摇头摆尾。上吐下泻，用蚯蚓粪和黄酒送下。

49、鳝鱼症。其病肿头肿腮，用鱼纲烧灰和黄酒饮之出汗效。

50、脚鱼症。其病人自主颤搐。又曰：“头似核桃”。大用旁人一回言“打破出血”。病人少愈。当时仍前说“旁一人打脚心。”病人自言：“解六六自愈。”

51、蚂蚁症。其病手足麻木，用盐水炒麦夫子遍身擦抹。

52、豆喉症。其病咽喉肿痛，不能饮食。即用针刺大指甲旁，伴韭菜出血，用蜘蛛网一个瘦痴蜘蛛夹菜内煅黄为末，以竹筒吹入鼻内效。

53 夯牛症。其病如牛抵人心烦不宁。用麦穗水灌之或嚼麦穗麦杆。

54、羊毛症。又名羊毛疔，羊毛瘟，皮肤出现朱砂点，肚痛，或手足直硬，麻木，身寒热，或热不寒，而心胸胀痛，神昏或喉痛，腰腹作胀。或不青黑，不吐、泻，或个生果而起泡，看头顶有细红毛，急拨去一面，用多年的熟烟筒烟屎油效（或吃大效如神）。

55、缩舌症。其病四肢冷麻木，舌内缩。用蛇舌烧存性水冲服效。

56、绞肠痧症。其病肠痛如绞索。用针刺十指尖出血大效。

57、霍乱症。（有干藿乱、水藿乱二症） 其病心烦恶心呕吐或干呕。二症用针刺舌根紫黑筋出血即愈。内服藿乱草 50 克煎服大效。

58、五淋症。其症大热，口渴，小腹胀满。或血尿，或不通。内服回龙汤。血三七（猴脚板）捣汁水冲服。又方，竹筋节三个，马鞭草，路边黄共煎内服。

59、老鼠子偷粪门症。其病肺火，肛门火结如鼠头一样，外敷火柴磨水敷患处神效。

60、鸡公症。其病七口流血，用生姜操背上两扇骨，男左女右，灯火烧七蕉即愈。又方：用铜钱刮背后，起血点针刺出血。用麻刮也大效。

61、青痧症。背上现有股青筋，用灯火烧七次即愈。

62、铜蛇症。其病心中痛。用明雄一包和硝冲服效。

63、狗儿症。其病心中犹如火一团，手趴地，恶心。灯火烧百会，两曲池，承山，肺俞，龟尾。

64、人惊症。此病头疼、心惊、人倒地。用手腿肚上三巴掌，现有一股青筋。针刺出血，灯火烧七次即愈。

65、头瘟症。此病背上现有一股红筋。针刺出血。灯火烧七次即愈。

66、黑痧症。此病脉筋上有黑筋一股。男左女右取针刺破手脚湾，黑血出即愈。

67、锁喉症。其病即时倒地，两手抱胸，用灯火烧锁喉三壮。双手，每只手五壮神效。

68、血口症。其症下不能泻，上不能捞。治法：肚脐用口呼吸出血，血无全愈。

69、蜈蚣痧症。此病天庭出现有红筋。用针刺出血，点鸡血立效。

70、闷头症。其病眼目不明，晕倒在地。用田螺七个，燕窝土 30 克，污泥 30 克合并做饼贴百会，中廷，心窝即效。

71、缩阴症。其病腹疼，阳物内缩如女。哭声不止，灯火断脐下三焦。脐～o～o～o 阴（即从脐到阴部烧三焦），全愈。

72、铜锣症。其腹疼，呕吐黑水。自汗盗汗，用铜绿磨水服效。

二、源流考证

张家界民间药匠的“七十二症”，大部分属于急诊范围，俗称“起症侯”。有的民间医生，能随手举出各种症侯，如果累计计算，远远超过 72 症。这些症侯的命名，大部分以动物形成命名，如：“狐狸、兔子、母猪、……”。有的则按病因命名，如：“火疔……”有的则按临床表现症侯来命名如：“血崩、红痧证、绞肠痧。”

笔者认为，目前张家界(大庸)民间医生的七十二症，源自《急救奇痧方》一书。此书由陈修园评注。书序载：“乾隆年间，黔中人多感异证，病发辄立死。方书不载治法，有人于丹平山得神授奇方，分四十九痧，全活甚众。后此方传至关中，以治诸怪异急证，无不奇验，道光壬年之间，浙中时疫，俗名吊脚痧，亦颇类此。当经刊布。今岁夏秋末，至原抄本内字画容有一二讹脱之处，无从考证，如仍其旧，以俟智者。咸丰辛亥年仲秋上浣觉因道人志。”

这一段文字也牵涉到霍乱传染病的一段史话，著名的医史学家范行准根据涂绅《百代医宗》中的有关

嘉靖甲子（1564 年）的记载，指出真性霍乱，“在十六世纪中，已由海舶或从印度、安南等处传入”。西蒙则认为真霍乱的第一次造访中国在 1669 年，由马六甲经海传来，第二次则在 1769 年，由南亚传入。不过，程恺礼认为西蒙的证据并不充足，然而对西蒙所说的第二次传入，这则“觉因道人志”医籍中的资料可以佐证。

在这段话中，道光二年的奇症和咸丰元年名之曰吊脚痧的显系真霍乱，因此乾隆年间贵州的异症也应该有真霍乱的可能，贵州离南亚和东南亚较近，真霍乱完全有可能从这些地区从陆路传入。由此可见，尽管这次大疫的霍乱并非传统的霍乱，但真霍乱的传入中国却在此前，也就是说，就整个中国言，真霍乱在嘉庆末出现是应该不算是什么新的疾病。不过，虽然它已传入，但由于缺乏适宜的条件并没有造成大范围的流行甚至自生自灭了。对这次大疫传入和流传的情况，已有不少研究者根据各自掌握的材料做出了探索。陈方之早在 1940 年代就主要依据部分医籍指出，“迨道光元年以前，始有真正霍乱发现”，也就是说，真霍乱是到道光元年传入我国的。1950 年代，罗尔纲从部分文集和江苏的一些方志中看出，真性霍乱的传入始于嘉庆二十五年，并推测《东华录》中记载的道光元年北京的大疫大约就是从江苏传去的。之后，范行准指出，“最早记载十九世纪初传入的真性霍乱，盖为道光元年”。陈胜昆在作了较为细致的探讨后认为，“自嘉庆二十五年流行于广东、福建后，次年道光元年，蔓延至至江浙、远及燕京，其传染至猛烈，不是中国传统医书上所说的霍乱，其杀人之多，患者死亡率之高，也证明是近代流行的亚洲霍乱。”程恺礼最近的论文揭示了一些 20 世纪早期的研究和不少当时西方传教士和医生的记录，根据程的论述，“相信最早的霍乱大流行是在 1819 年由海路传到中国，然后从温州和宁波往北方移动”。不过，多数专家同意，真霍乱是 1817 年以后，有海路及陆路由印度传到中国的，其中西蒙斯指出，这一流行病 1817 年就经陆路“移动到西藏和中国的西南边界”，1820 年又经曼谷传到广州和宁波，并由此向其他地区流传。米尔恩则指出，他在嘉庆二十五年的三月首先从暹罗带到福建，然后移动到广州，然后由那里进入到江西和浙江，于道光元年五月进入宁波。程对其列举的一些并不一致甚至有些矛盾的说法基本未给予必要的判别和考释，不过，她主要根据地方志中搜集的疠疫资料，倒是可以让人较为直观地、全面地了解当时霍乱在我国的流行情况 。从中可以看出，疫情主要集中在闽广、江南、黄河下游地区，云贵和陕西也有分布。

对于这一瘟疫的症状，很多的文献中都有较为细致的描述，在地方志，较为典型的叙述一般是这样的：

道光辛巳六七月间，江浙大疫，初起足麻不能伸，名为脚麻痧又名吊脚痧，患此者或吐或泻，骤如霍乱，甚至顷刻殒命者，日数人。

由于真霍乱症状的特点较为明显，而且文献中的记载也相对比较详细，因此，在认定这次疫病为真性霍乱这一点上，并无争议。有关这次瘟疫的具体流行情况，笔者根据各地方志以及部分文集、笔记等文献的记载，综合如下：

嘉庆二十五年：秋，鄞县大疫，其病脚筋缩即死，名吊脚痧。慈溪六月寒可御裘，是秋大疫，其病霍乱吐泻，脚筋顿缩，朝发夕毙，名吊脚痧，死者无算。象山大旱，秋大疫，石浦尤甚。定海疫，获此疾者十有七八死，死者速在一二日间。秋，镇洋大疫，患者手足蜷挛，俗名蛄蛛瘟。嘉定秋大疫。夏，金山、奉贤亢旱，秋大疫，须臾不救，有一家伤数口者。上海秋大疫。青浦秋大疫。川沙秋大疫。华娄秋大疫。南汇疫疠大行，转筋霍乱证自此始。秋，昆新民疫。锡金大疫。冬，乌程乌镇时疫流行。冬，嘉兴府时疫流行。

道光元年：镇洋六月大疫，至九月始已。嘉定秋大疫，手足麻木，经脉挛缩，俗名蜘蛛瘟。宝山夏秋大疫。锡金大疫。江阴夏秋大疫。武阳秋疫。宜荆疫盛行。富阳大疫。新城大疫。夏秋之交，上江痧症大行，患者腹绞痛，吐泻不出，四肢厥冷，逾时即不可救，死者甚众，名曰：穿心痧。夏，平湖大疫。俗名吊脚痧，死者甚众。六七月间，嘉善大疫，名钓脚痧，死者无虚日，秋有年。秀水新塍

秋大疫。桐乡青镇夏大疫。乌程南浔夏大疫。双林夏大疫，俗称吊绞痧，死者无算。德清夏大疫。长兴大疫，死者无算。镇海夏秋间，霍乱盛行，犯者上吐下泻，不逾时殒命，城乡死者数千人，惟僧尼孩幼少犯，秋冬霜盛渐差。慈溪夏又疫较上年庚甚。定海疫。会稽疫。萧山大疫。余姚大疫。夏，松江府大疫，岁大熟，其证似干霍乱，手足拘挛，须臾不可救，有一家丧数口者。苏州府大疫。昆新夏秋大疫，吴江春疫，夏疫甚。常昭夏秋疫，至冬乃止，名蛄蛛瘟。秋，溧阳疫。丹阳疫。

道光二年：秋，宝山大疫。镇洋疫，十月始止。夏，常昭疫又作，水中见红色，人饮之辄病。昆新夏秋大疫。定海疫。

道光三年：仁和多疫。南汇大水，疫疠证并作。

道光四年：镇海大有年，夏秋疫大作。溧水秋疫。句容水疫。六月，苏州城时疫盛行。

由上举资料可以看出，这次瘟疫在江南出现的时间不是道光元年，而是嘉庆二十五年，到道光二年，流行也没有完全结束，三四两年江南仍有时疫发生，虽然在我们搜集的资料中没有可供确定四年之疫情可以为何种疫病的详细记录，不过像镇海、苏郡，两年前曾发生过真霍乱，疫情又出现在夏秋，是真性霍乱的可能性较大，而道光三年南汇发生的疫疠，则有文献可征，据光绪《南汇县志》记载，周浦镇诸生姚炜球曾于该年“七月中病霍乱卒，年仅二十四”。由此可见，江南的这次大疫始自嘉庆二十五年秋，第二年，道光元年夏秋达到高潮，秋冬霜盛势头转衰，但余绪一直延及道光三年甚至四年。

关于这次瘟疫的传播路径，已有的研究虽已基本清楚的指出，其由广东、福建通过海上交通北上，首先到达宁波，并从宁波向北移动，远及燕京，但在诸多细节问题上，各种说法还不无龃龉，另外，对瘟疫传到宁波后的传播情况，则基本没有涉及。

从觉因道人“乾隆年间，黔中人多感异症。病发则立死。方书不载治法。有人于丹平山得神授奇方，分四十九痧，全活甚众。后此方传至关中，以治诸怪异急症。无不奇验。道光壬午（二年，1822 年）年，粤东奇症，多有相似者，偶得此方试之立效。当经刊布。今岁夏秋之间，浙中时疫俗名吊脚痧，亦颇类此。爰急重梓，以广流传”这一段文字，说明 72 症源于“黔丹平山”而且是从民间传来，似有神授。笔者与几名民间医生交谈，上述七十二症治就是有效的。而且他们还有更多的“症侯”，如对乌鸦症，又可分为“开口乌鸦症”，“闭口乌鸦症”，又有上马症，又可分为“挥马扬鞭”或“下马症”。限于篇幅，时间和手头资料，笔者未能采访请教更多的民间医生。更细更远的源流，无法深入探求，抛砖引玉祈高明指点。

参考文献

[1] 田华咏，潘永华，唐永佳．土家医药学[M] ．北京，中医古籍出版社，1994：148

[2]《大庸县卫生志》、(内部资料)

[3]《桑植县卫生志》、(内部资料)

[4] 赵善林、《72 症手抄本》。

[5]《急救奇痧方》光绪 32 年出版。新桥民间医生藏书。

《繪图痧驚合璧》之灯火疗法简介

滕建甲

（麻阳苗族自治县中医院，湖南 麻阳 419400）

2005年到外地出差，在旧书市场购得一套《繪图痧驚合璧》，共八册。为民国二十年春月出版，

上海广新书局印行。书中以图文并茂的形式介绍了四十四痧症，三十八惊风症，并附有急救经验良方。在第五册到第七册中，主要介绍[惊风三十八症童人图]。

在三十八种惊风的每一种惊风症的图下，有一首七言诗，介绍每一种惊风症的病因、症状、灯火疗法以及穴位、禁忌等；诗后是白话解释诗词的大体意思。对于三十八种惊风症的治疗，均以灯火疗法为主要治疗手段，很少有方剂和药物。在本人的印象中，还没有见到如此专篇、专题论述灯火疗法的著作和文章。此书实为灯火疗法之经典资料。

灯火疗法是各少数民族医药中的精华，苗族居住地的苗医及苗民大都会使用灯火疗法。1992年由贵州省民委文教处、贵州省卫生厅中医处、贵州省中医研究院编写出版的《苗族医药学》一书，苗医的22种治疗方法，其中第三种为‘暴灯火疗法’：“将灯草芯浸泡桐油或菜油，在灯上点燃后往选定的部位迅捷点灼，可听到轻微的爆破声。……多用于各种突发性的急症。”1998年王文安编著，由远方出版社出版发行的《中国少数民族医术绝招》一书中介绍：苗族有三十种疗法，其中第七种为‘打灯火’；其他如瑶族有‘灯草灸’；布依族有‘爆灯火’。2005年出版，由田华咏编著的《土家族医学史》一书，介绍土家族的治病方法中有‘烧灯火’疗法，并把它分为‘印灯火’与‘隔纸灯火’。

为了挖掘祖国医学宝藏，把散在民间的民族医学精华整理，并发杨光大。现将《繪图痧驚合璧》一书中有关灯火疗法的内容介绍如下。供有志于民族医学研究的能人志士参考。

1、喘隔惊症。今有小儿气喘如风，潮热火蒸。因饮食受风呛乳。离脐下一指，用艾火三炷即安。后勿热与乳，并忌见风。

2、胎毒惊症。小儿未满月，昼夜啼哭烦燥，两胁膨胀，指弹如瓜响，身其发热。因母腹中冷热不匀，受胎成惊。名曰胎惊。离心下一指灸一火，攒脐四火。过半月之后，方可与乳。

3、醒厥惊症。今有小儿发热发寒，而且啼哭，一时死去，渐渐醒来；或两手竖起，惊搐不定；或乍时听（叫）喊。此因物受骇故也。将两乳上离一指用二火，脚复（履）下离一指用三火，两脚心各用一火。（注：括号内的文字为作者所加。下同）

4、痘疹惊症。今有小儿出痘痧疹，又过日而热，欲渴不渴，肚腹饱胀，坐卧行走摇抖动身，并啼哭烦燥者。离心下一指灸火一炷即安。

5、泻痢惊症。今有小儿三五六岁，至十二三岁，患泻红白水痢不至（止）者。原因饮食过度，冷热不匀。即时手指分寸，男左女右，鼻中至脑门治之；又乳上及脐下各用艾火一炷。

6、吐泻惊症。今有小儿乳食不纳，或呕吐、恶心、发热、腹胀、下泻。原因乳食受伤，风寒冷邪，或在风坐卧，或迎风哭喊，或发热见风。男左女右乳上、心下、脐上下俱离一指各用艾火一炷。

7、蛇舌惊症。今有小儿将舌一伸一缩，发热，睡卧眼珠定面（而）不转。原因受骇得病。可将人中灸一火即安。治迟者不可救。

8、哑风惊症。今有小儿忽然昏去，不哭不语，遍身发热，手足不动，十分沉重。原因饮食之时，惊骇得病，阻塞胃中，气不能伸，血不能行，缘成此病症。将男左女右顶后离三指一火，人中一火，手足背上、大指交骨处俱一火。治迟者不可救。

9、猛行惊症。今有小儿发热夜啼，咬牙响，说梦话；醒来啼哭不止。原因行走被蹶，坐高被跌，或抱而被物受骇。将两耳垂下离一指半用艾火一炷，眉心中间用艾火一炷；再用鲜鸡蛋一个破头，将天麻子七粒去皮，入鸡蛋内，用笔画一人在上，用纸封七层。火内烧熟。大孩儿吃四粒，小孩儿吃1-3粒，蛋不用。

10、痴眠惊症。今有小儿发热眼涩，贪眠不醒，及醒后又睡。此因当时不叫醒而抱起。将男左女右耳垂下离一指用火一炷即安然。

11、老鸦惊症。今有小儿时当咳嗽啾唧，啼哭不眠，肚腹饱胀，日夜发热不安。此因乳食风呛肺腑，或近风啼哭，或发热见风。将男左女右乳上离一指用火一炷。如不能转而作眼，反变惊悸。心与

脐下各离一指俱用一火。

12、夜宿老鸦惊症：今有小儿日间安然，夜间啼哭，闻如老鸦宿于树上，被人掷瓦所伤，惊恐不已。此因睡梦中受惊得病。印堂中间、人中各灸一火。如又作猛惊状，当心再灸一火。

13、兔儿惊症。今有小儿乳食不纳，发寒发热，恶心呕吐，肚腹膨胀，指弹如瓜响一般。此因乳食受伤，风寒停满于腹中，或在风中眠卧，或迎风啼哭，或发热见风。将男左女右乳上心下脐上下各一火，足心及肘俱一火。

14、脉闭惊症。今有小儿眠睡身上出汗，醒后不出，饭食少思。此因中风冷热不匀。先用银器煎汤洗浴，乳上离一指一火，脐左右俱离一指三火。

15、乳风惊症。今有小儿咳嗽恶心，肚腹膨胀，乳食不纳，啼哭就啾唧不安。此因乳食被风呛于肺腑，或在风中行走，或眠中掀衣中风。将颈堂、顶堂、地角及心脐下离一指各灸一火。

16、厄羸惊症。今有小儿饮食如常加倍，身瘦面黄，皮寒内热。此因饮食太过，或被跌打受骇起病。攒心脐俱离一指各四火。

17、板春惊症。今有小儿遍身发热，气急咳嗽，头仰在后，唇紫目定。不论男女，两手伸开对中一火，心上下两火。攒脐四火，俱离一指，背后当心上下各一火。

18、摇摆惊症。今有小儿遍身发热，不思饮食，睡梦中手足惊指，又贪眠不语。此因跌扑受骇所致。将两手足掌边、大指高骨处一火，心下离一指一火，脐上下左右俱离一指各一火。

19、足摆惊症。今有小儿遍发热，睡卧中忽然惊哭，叫喊不已，以致手足齐战。此因被骇得病。不论男女，将两手足大指高骨处、两肘、两膝俱用各一火，乳上、脐下俱离一指各一火。

20、急风惊症。今有小儿忽而唇紫目闭，贪眠不醒，四肢俱冷，十分沉重。此病因被骇所致，或身热见风或渴饮冷汤冷茶水。将两手足虎口各一火，脐上下离一指二火。治迟不可救。

21、风寒惊症。今有小儿发热一时，肚腹胀痛，嗽唧不已。此因贪食冷物所致，或身热脱衣，或受风寒。将两手足虎口及掌心、脚心、脐上下离一指处各一火。

22、肿泻惊症。今有小儿泄泻，多日不止，脚肿肚胀，饮钟不思，身体其弱。此因暑伏之天，乳食之后，睡于风凉寒处，或秋后蒸热，贪食冷物。男左女右食指二节、中指尖上各一火，心下、脐下俱离一指各一火治之。

23、猴厥惊症：今有小儿忽然双目不动，口中不语，十分沉重。此因行走被跌，或在高处抱而受骇。将两手足大指高骨处，两手肘、两脚膝各灸一火，心下、脐下俱离一指各一火。

24、鼻塞惊症：今有小儿鼻孔闭塞，出气如喘。此因感冒风寒。当顶门一火，鼻孔左右二火，心窝上下二火。

25、烂风惊症。今有小儿遍身火起浮烂。治用可将黄柏煎水待温洗刷即消散。忌灸油火。

26、佯癫惊症。今有小儿行走坐立，忽然佯狂跌倒，语不能清。此因被打未哭，郁气在心。当顶门一火，当心一火，手足心各一火，脐下一火。

27、牛舌惊症。今有小儿遍身发热，舌头伸出口外两边，不时进出，死如牛舌一般。此因被打受骇之故。当顶门一火，两腮二火。

28、尖梦惊症。今有小儿肚痛、啼哭啾唧、睡着手足搐。此因睡于当路，被物所骇，或睡于空房中，闻声响惊觉所致。两乳旁、两脚胫、两手虎口、心下、脐下离一指各一火。

29、霍肠惊症。今有小儿肚腹饱胀、疼痛不止、发热啼哭。此因儿在途路戏耍，而被猪牛、孕犬所骇。定痛乳旁一火，心下一火，脐上下左右俱离一指四火。

30、盘肠惊症。今有小儿啼哭，肚痛难忍。此因乳食之后受骇而起，或被风寒岁侵。前面心脐上下左右俱离一指各一火。

31、抽肠惊症。今有小儿遍身发热，叫喊腹痛，肚子郝上郝下，气甚喘急。此因乳食之后，大者

性走失足，或坐高处被跌；小者或抱被骇、叫喊吃惊。男左女右乳旁一火，当心一火，脐上下俱离一指二火。

32、喉喘惊症。今有小儿咳嗽、咽喉中气喘甚急。此因儿食碱物之时被打喊哭，碱气呛于肺腑。男左女右小指尖上一火，当心离一指顺下四火，脐下离一指一火。

33、肿头惊症。今有小儿发热，头肿身不肿，唇紫腹痛。此因被热太过。当顶一火，耳垂、脐下各一火，对心一火。

34、吐血惊症。今有小儿口中吐血、发热身瘦。此因饮食感受风寒，延久成痨。印堂一火，乳旁上居中一火，心上下左右一火。

35、蛇窝惊症。今有小儿眼眶团圈红青色。此因儿饮冷水所致，或被风吹，乳食之后受骇慌。将两手足大指高节处用二火。

36、塞心惊症。今有小儿忽然一时昏去，犹如酒醉，又似痴呆。此因乳食之时被打惊骇，痰气塞于心中，不能送吐。攒心五火，脐上下离一指二火。治迟必死。

37、，鲤鱼惊症。今有小儿忽然昏去，眼目不动，痴迷不语。此因睡梦中惊骇、魂飞魄散所致。将两眉下二火，印堂中间一火，当心一火，脐下离一指一火。

38、霍连惊症。今有小儿肚腹疼痛，呕吐恶心，不时泄泻。此因乳食之后，贪吃冷物，感受风寒，或风中睡卧，停滞饮食之故。将心下一火，乳上、脐上下各一火。

时代在前进，科学在发展。医药学也在不断进步,各种先进的治疗方法相继出现。但随着化学药品的抗药性、毒副作用对人体的损害，“返朴归真”，追求自然疗法又渐次被世人所重视，各种传统医药、传统疗法因为它们的简便性、无毒副作用等，又重新被人民所提出和使用。学习和使用传统疗法是我们民族民间医药人员的责任和义务。虽然我们不一定要按照旧的方式去照搬照用，但前人的经验以及这些疗法的原理我们应该认真研究，并在实践中不断创新、综合应用，这才是民族民间医药的发展之路。

土家医的生理歌诀浅说

杜　江[1]　朱国豪[2]

（1、贵阳中医学院药学系，贵州 贵阳 550002；2、铜仁地区医药局,贵州 铜仁 543000）

关键词 土家族医药；基础理论；生理歌诀

土家族是居长期定居在我国的武陵山和大娄山，大巴山，巫山余脉切入的湘、黔、川（渝）、鄂四省交汇地区的一个历史悠久的古老民族。在本民族生存繁衍的过程中创造了灿烂的文化，特别是其医药文化在中南、西南一带有着广泛而深远的影响。土家族在历史虽然没有形成本民族的文字，在医学上没有传世的经典著作但其深藏于民间的医药文化却丰富多彩，独具民族特色。用歌诀的形式来记述医药内容在传统医药中并不鲜见，中医有之，其它民族医亦有之，但多见于概括药性和方剂，土家医在人体生理方面也采用歌诀的形式来表达，朗朗上口，通俗易懂，既便于记忆，又便于传播，且丰富和系统，这在我国民族医学中实属仅见，是土家族医学的一大特点。本课题组在十多年的土家族医药调查中对这些歌诀进行了搜集和整理现将其介绍如下。

1、大脑和内脏

1.1 大脑

歌曰：**神器象地球，有山川河流，往来不间断，灵感注心头。**

注：土家医把大脑称为神器。其意为人的大脑像地球一样，大脑中的脑髓有如山川河流，沟壑纵横，延绵不断，是灵魂、智慧、感情的基地。

1.2 心

歌曰：心像一拳头，握动血就流、血流全身润，往返无尽头。

注：把心脏形象地比喻为一个拳头，当其收缩时把血液送往全身，以润泽和营养分机体，舒张时又把血液回收到心脏，如此循环往复，维持了生命活动。

1.3 肺

歌曰：**肺是两扇门，挡贼在门前，门开清气入，门关养元神。**

注：肺是人体呼吸道的一个屏障，其形状象门，也有把外界气毒拒之门外的作用。当这两面三刀扇门打开时吸入人体所必需的新鲜空气，当其关闭时则把吸入的新鲜空气生化为人体炎精气以养全身和元神。

1.4 脾胃

歌曰：**脾胃消五谷、肠分清化浊、精气血都造，废物通排出。**

注：本歌诀介绍了脾胃系统消化食物，取其精微，弃其糟粕的生理功能。

1.5 肝胆

歌曰：**肝胆连一体，藏血藏微器，毒经此脏解，血精此调出。**

注：本歌诀介绍了肝胆相联的关系及其藏血化精，解毒的功能。

1.6 肾

歌曰：**肾阳化元精、元精代代生，阳足体魄壮，阳弱体虚轻。**

注：歌诀主要突出了肾脏在人体中的重要作用，强调肾阳是生化元精基础，肾阳是身体功能运化的根本，是体质强弱的关键，体现了土家医“以阳统阴”的思想观念。

2、九窍

2.1 眼

歌曰：**眼睛是神灵，尘污不进门，若有五毒犯，赶火乌云散。**

注：歌诀讲述了眼睛是神志和灵魂的体现，在睫毛和眼睑的保护下杜绝了尘土和污物的进入，而五毒入侵会导致眼病，且以火毒为多见甚至长出眼翳，当以赶火法来治疗。

2.2 耳

歌曰：**两耳半边圆，脑健五音全，肾强耳不聋，肾弱耳则鸣。**

注：本歌诀表达了耳朵为人体的听觉器官，与脑和肾有紧切的关系。一方面，耳受大脑的指挥，大脑健康则耳朵聪灵，能辩五音；另一方面，耳需肾精的濡养，故“肾强耳不聋”，一但肾精不足，则耳失濡养就会出现头昏耳鸣之类的症状。

2.3 鼻

歌曰：**鼻高面中央，两孔闻臭香，若有五毒犯，两孔就呼唤。**

注：歌诀反映了鼻为嗅觉器官的特点，一但受到外邪侵入就会出现鼻塞不通，流清涕的症状。

2.4 口舌

歌曰：**嘴巴两园皮，吃喝无尽其，齿舌共同动，嘴巴才有用。又曰：舌为味之觉，舌助声之园，唇舌查病根，舌苔看就明。**

注：口是接纳和咀嚼食物的器官，舌是味觉器官并能帮助发声。歌诀不仅讲述了口舌的功能，而且也体现土家医通过查看口唇、舌质、舌苔来诊断疾病的方法。

2.5 皮肤

歌曰：**人皮是外层，毛孔最精灵，寒来孔就关，热来孔开屏。**

注：歌诀特别着重介绍人体皮肤通过毛孔的开关来调节人体温度的作用。

2.6 肛门

歌曰：**肛门紧又圆，肠胃的大门，肚子饿就收，肚皮胀放行。**

注：人体肛门的作用和灵活收放以维持体内的正常代谢。

2.7 男女生殖器

歌曰（男）：**玉茎感最灵，大小随心情，喜交大且硬，平时小低沉。歌曰（女）：喜道喜盈盈，月月开红门，痨伤五毒侵，污浊不堪言。**

注：歌中形象、生动地表现了男女生殖器官的生理特点，并认为女性生殖器官的防御能力较弱，易受病变侵害。同时也表现出了土家族传统男尊女卑的封建思想的影响。

2.8 尿道

歌曰：**男女尿道口，尿胀就解手，若是肾中用，排尿无热痛。**

注：男女尿道口有区别，但以排除小便为主要功能，由于尿道与肾脏密切相关，故排尿的正常与否和肾脏的健康息息相关。

3、人体基础物质和基本组成

3.1 气、血、精

气：**“气是血所生，精血气之源，人靠一身气，气是人精神”；血：“血是精所生，精在血中行，精血化力气，气推血运行”；精：“精是先天授，精乃气血源，要想人康寿，保精保阳元”；“气血精，生命圈。筋肉骨，生命曲。人是一口气，精气血滋养。体是一炉香，火灭生命亡”。**

注：土家医认为，气、血、精是人体最重要的基础物质，歌诀表达了气是血所生，是力量和精神的象征；血由饮食的精微转化而来；先天之精为先天所授,而由后天摄入食物的精微不断地补充。歌诀也表达了血生气，气行血，食物精微是气血的基础的相互关系，气、血、精的充盈和相互间关系的协调是人体健康的根本。

3.2 筋脉

歌曰：**“筋脉连全身，血随筋脉行，若是筋脉阻，不死命难全”。**

注：人体的筋肪系统的人体气血的运进通道，通畅则体健，受阻则产生各种相应的病变。

3.3 肌肉

歌曰：**肌肉保体骨，骨力才护着，力由肌发生，气由肺发出。**

注：歌诀讲述了肌肉的三大功能，即保护身体，保护、强代骨骼和产生力量，而力量的产生与主管气的肺有紧密的联系。

3.4 骨

歌曰：**骨是体架构，骨力精源出，若是骨不坚，体力难支撑。**

注：骨是支撑人体构架的组织，骨依靠精来濡养，其的坚实与否与精关系十分密切，且由于肾主管精，故肾脏与骨有着紧密的关系。

土家医“七十二症”病因病位研究

彭芳胜

（湘西自治州民族医药研究所，湖南 吉首 416000）

摘　要 “七十二证”，是土家医对疾病一种传统分类法，根据土家族民间三种“七十二症”手抄本及部分土家医口述分析，笔者认为它是土家医内科急证中的一类疾病的命名及分类，是以七十二种症状来命名和治疗的一部证候治疗学。

关键词 土家医；七十二症；病因病位研究

土家医对疾病的命名多以“七十二”数字加病来命名的，如“七十二症”、“七十二风”、“七十二惊”、“七十二痧”、“七十二劳”等。“七十二症”是诸多七十二病中的一类疾病，笔者根据湖南大湘西土家族民间“七十二症”三种手抄本及部分土家医描述的症状及治法，进行以症推因、推位分析研究。

1、七十二症病因学研究

七十二症病因较多，涉及到中医六淫、瘟疫、七情、内伤等方面。由于“七十二症”所出现的病情急，症状重，甚至神昏失语，不能采得详细病史，多数只能以症推因，才能赢得救治时间。但是，在紧急情况下，采取以症求因的方法也是辨证求因的具体体现。根据三种手抄本记载，只有症状种及治法，无病因内容，笔者根据症状来推求病因，然后进行分类，使土家医“七十二症”内容更加丰富完善。

1.1 外感六淫病气。风、火、寒、暑、燥之病气肆虐人体，破坏三元脏气功能平衡而发生疾病。各病邪致病特点及常见症如下。

风邪致病特点为走窜不定，善行而数变，有动摇不定，抽搐等表现。在“七十二症”中风瘫症、偏头症、凤凰症、脚鱼症等属风邪病气所致。

寒邪致病特点为收引凝滞，主痛。在“七十二症”之泥鳅症、斑鸡症、羊毛症、缩阴症、鸡皮症等属寒邪病气所致。

暑邪致病特点为热燥、津伤之象。在“七十二症”中有跳山症、狗儿症属暑邪病气所致。

湿邪致病特点为泄、为乏困。在“七十二症”中有霍乱症、懒蛇症、团鱼围砂症、中隔症、鱼痧症、羝羊症、乌鸦症、蜜蜂症等属湿邪病气所致。

燥邪致病特点为枯燥之象，在“七十二症”中有饿水劳症、克蚂症等属燥邪病气所致。

火邪致病特点为发热、动血、动风之象。火为热之极，在“七十二症”中属火邪致病的症有白眼症、珍珠症、红痧症、鹿症、象痧症、狮子症、蜻蜓症、鹰嘴症、豆喉症、白虎症、雷火症等。

1.2 天疫瘟气。有头瘟症、锁喉症、鳝鱼症、羊毛症、狐狸症、鸡窝症、红杀症、斑鸠症、骡子症等属天疫瘟气病气所致。

1.3 七情内伤。怄气致脑（恼）心症，悲伤致断气症、扒腿症等，性情刚燥致利力方症、地转症、四脚蛇症等，惊吓致哑巴症、掉魂症、骇倒症、夜啼症等属情志内伤所致。

1.4 脏器功能失调，常出现气血紊乱，痰饮为患。在“七十二症”中属气血紊乱病因有恶蛇钻心症、麻症、磨盘症、血水症、心痛症、血涌心症、血沫心症、飞蛾扑心症等；痰饮致病有中板症、水鼓症、簸箕症、白眼症、羔羊症、急子症、鹊子症、鹰症、螳螂症等属脏腑功能失调所引起的病症。

2、“七十二症”病位学研究

“七十二症”病名、病症概括了人体各部位常见病症，外而皮肤肌腠，内而脏器气血，可见它是一部土家医急症学。由于历史的原因，各师传承有一定差异，对三种手抄本，田华咏先生进行证名比较研究，发现三种手抄本同病名的有 26 种，二种抄本同病名的有 27 种，三种抄本不同病名的有 84 种。在前后排序上，只有乌邪症、白眼症、哑巴症、蛤蟆症放在开始外，余次序各不相同。为了将“七十二”进一步归类，便于学习和理解、深入研究，笔者根据三种抄本描述的症状和治法，以及从师所学的诊治经验，将“七十二症”病名进行病位学整理，分别按人体部位及脏器进行归类，进一步落实“症”与“位”的关系。

2.1 上元部，位与症。上元在天，统摄人体气血神志，为三元之首，主要脏器包括脑、心、肺。因此，“七十二症”中症应包括胸膈膜以上的疾病。上元症有：乌鸦症：症候有“头沉头麻，眼黑，恶心，发搐，指甲青，后遍身青，上吐下泻，不能言语，小腹痛，不急救则死。”分析：主症应是头沉头麻、眼黑、发搐、不能言语，次症为恶心、下吐下泻、小腹痛，看诊有指甲青、后遍身青，故病定位在上元。哑巴症：证候有“得病着地，不能言语，用鞋底蘸凉水，轻打顶门。女人分发，用手蘸凉水轻拍即愈，或用灯火 2~3 壮立效。”分析：主症为得病着地，不能言语，故定位在上元脑。根据证症分析，在上元部位中还有白眼症（位在脑，症在眼）、羔羊症（位在脑，症在口）、红痧症（位在上元血，症在眼、鼻、口）、鹿症（位在上元血，症见口吐血、全身紫斑）、象痧症（位在上元脑、心，症见鼻流血、昏迷）、老鼠症（位在血，症为形黑唇紫、咽喉痛、胸膈膨胀、发角青紫）、鹰症（位在心，症现心疼、昏迷）、螳螂症（位在心，症为头斜、昏迷）、鸡公症（位在血，症为七口流血）、铜蛇症（病在心，症为心中痛）、蚁虫症（位在肺，症为吐痰、昏迷）。

2.2 中元部，位与症。中元主要脏器为肚、肠、肝，黄属腹内，为水谷出入之地，水精、谷精化生之处，为三元供养之本。因此，在“七十二症”中归属中元的应为肚、肠、肚类之病症。中元症有：蛇症（病在肚，症为肚胀痛，乱滚）、蛤蟆症（位在肚，症为肚胀）、鱼痧症（位在肚，症为恶心多饮水，肚中疼痛胀）、蜜蜂症（位在肚肠，症为哭不断、恶心口吐、下泻）、莽牛症（位在肚，症为肚腹胁胀、心疼）、缠丝症（位在肚，症为肚腹胀，头疼心烦，诊见前后心或有紫黑、黄点子）、老鹳症（位在肚，症为肚痛，头晕眼黑，腹胀），黄鹰症（位在肚，症为肚腹之下反稍疼痛）、绞肠痧症（位在肠，症为肠痛如绞索）、霍乱症（位在肚，症为心烦、恶心呕吐或干呕）、长蛇症（位在肠，症为腹痛难忍、展转不变）、泥鳅症（位在胆，症为肚子痛、在地上批滚、大汗出）、铁板症（位在肠，症为肚子硬如铁板、膨胀，诊见手扪肚子痛加剧）。

2.3 下元部，位与症。下元部主要脏器有腰子、尿脬、养儿肠或精脬。有排泌余水之功，为人体孕精生成处，生命发生之根。因此，七十二症中归属下元的症应包括腰子、尿脬、养儿肠、精脬脏器的病症。下元症有：羝羊症（位在腰，症为肿、眼闭身轻、全身疼痛）、缩阴症（位在阴器，症为腹疼、阳物内缩如女、哭声不止）、猿猴症（位在腰、尿脬，症为少腹痛、心腹胀满、坐卧不安，诊见口舌指甲色青）。

2.4 肢节筋脉部，位与症。肢节包括肢体、骨头和椎，筋脉包括筋（筋索、肉皮筋、麻筋）和脉。因此，七十二症中归属肢节筋脉的症，应为肢节筋脉病症。其症有：凤凰症（位在腰及四肢，症为股肱摇摆，如凤凰展翅状），蝎虎症（位在腰，症为趴地挺腿，似蝎子蹶尾状），秋蝉症（位在四肢，症为四肢筋青），蚂蚁症（位在筋，症为手足麻木），麻脚症（位在筋，症为手脚麻木器厂疼痛，手脚倦成一团，站立不稳）。

3、结束语

土家医“七十二症”是土家医内科急诊的重要组成部分，是一部证候治疗学，它为土家医急救有一定的临床指导意义，值得进一步深入研究。

土家医治血证三法

祝均辉　胡德俊　杨菊芳　向 阳
（咸丰县中医院，湖北 咸丰 445600）

摘　要 血证是较为常见的疑难病之一，治疗难以用一法收效。我们在挖掘民族医药的同时，发现土家医学治疗血证的引、清、补三法，有较好的引用价值，并用之临床收效较佳。这给我们研究血证提供了治疗思路，为探索土家医药奥秘开辟了一条值得探讨的途径。

关键词 血证；引法；清法；补法

血证属中医常见病、多发病、疑难病。古代名医唐容川著《血证论》专著，较为系统、全面阐发血证产生的病因、病理以及治疗大法。然而从古至今还没有一家一法能够较为全面地论治血证，特别是西医常规血象检测均未发现异常指标的情况下，皮下仍见大面积紫斑、紫块的皮下渗血病症。中西医治疗均不理想的情况下，我们在挖掘土家医药学中，发现土家医药有较好的治疗血症的方法，因此在治疗血证的同时常采用土家医学的一引二清三补的止血三法，均可收到较为理想的治疗效果。为此，我们将民间土家医学止血三法治疗血证情况作一简述，以飨读者。

1、引法

大凡血证不外有二条出路，一是七窍表象出血，表象出血与相关的脏腑相对应，如鼻窍出血与肺热相关；口吐鲜血与食道、胃相关；大便出血与脾，大、小肠相关……；二是隐血，主要是指脑、心、肝等无外窍出口器官的出血，主要是脏器受损，血瘀于脏，重者危在倾刻，缓者积病数年，临症治疗诸多繁杂，难于应手见效。我们在土苗医药调查收录中，发现土家止血早期多用引法，而不急于止血，常见的引法有：

1.1 引窍血归脏

土家医凡见表象出血，早期多采用引血归脏之法而达止血的目的。如：目窍白睛出血、角膜出血，多采用开通肺脏，常选用野菊花、山栀子、地枝柏、侧耳根等药治疗；鼻出血常以黄芩、野韭菜等药治疗；耳出血常以虎耳草、芭蕉水、木通等药引药入肾使邪从下窍出；尿血常以白茅根、水灯草等药引药入肾治疗；大便出血常以铁钉钯、槐花引药入大肠治之，均可收到较好疗效。

1.2 引脏热出窍

引脏血出窍法是土家治疗内脏出血的常用方法之一。在众多内脏出血病的早期阶段，土家医首先在辩明某脏出血的病况下，常针对性地在止血的同时，多选用入该脏的药和二窍药引邪出外，达到止血的目的。如：胃出血多选用朱砂莲、白味莲入胃，再用少量的大黄引血热下行从大便出；肾出血常以玲玲草、地榆炭、小蓟炭、大夜关门入肾，再用糠壳藤、白茅根引邪从小便出；肺热咯血常以黄芩、白部、山栀子等 入肺清热，多用侧耳根、白茅根、土大黄引邪热入大肠从大便出。随着不同的脏脏出血，选用不同的药物引邪热从窍出，是土家医药治疗血证的常用方法之一。

2、清法

清法是土家医治疗血证的常用方法。当疾病发展到一定阶段 ，也就是病情发展到较重的阶段，常以清法为主。土家医认为血得热则行，中医也认为“血热则妄行”，治疗之重当以清法为主，针对不同的脏腑和经络选用相应的药物治疗，达到止血的目的。如肺热常以黄芩、山栀子、麦冬、穿心莲、蒲公英清之；肝热常以山栀子、薄荷、郁金、白茅根、玫瑰花、地苦胆治之；胃热出血常以黄连、白味莲、石膏等药治之；肾热出血常以小蓟、生地、大蓟、半边莲、苦参、白茅根等药治之；大肠有热常以马鞭草、半边莲、苦参、生地、槐花等药治之。针对不同脏腑、热邪轻重在相对应的脏腑选用适当的药物清之，同时配合止血药，而达止血之目的。

3、补法

补法是土家医在疾病后期常用的止血方法。血证通过引、清二法治疗后，疾病得到一定的控制，患者身体常处于恢复期，其治疗常选补、清、止三法合用，以补法为主。如肺热咯血，后期多以补阴增水止血法，常选用沙参、麦冬、玉竹、黄精等药治疗；肝热出血后期常用石斛、玉竹、白芍、生地、玄参等药治之；胃热出血后期常用玉竹、百合、沙参、天冬等药治之；肾出血后期多选用沙参、天冬、

麦冬、泽泻、猪苓、女儿红等药治之，补清止三法合用，而收止血之功，达疾病恢复之目的。

4、案例

卓某某，女，57 岁，鄂西咸丰县人，2004 年 3 月 11 日初诊，长期鼻衄，时发时止，伴发热、乏力，查舌红、苔黄、脉细数、血象：WBC12.6×109/L，余正常。首用黄芩 20g、韭菜 10g、生地 10g、白茅根 10g、百部 15g、桑白皮 20g、侧耳根 10g、鸡矢藤 10g 三剂水煎服，一日三次。2004 年 3 月 15 日二诊，述服上药治疗后，鼻衄已止，但出现口渴、咽干、苔红、脉数、血象：WBC10.6×109/L，余正常。拟清血之法治之，方用黄芩 30g、二花 15g、侧耳根 15g、生地 15g、半边莲 15g、玄参 15g、毛腊烛炒 20g、牛膝 15g、蒲公英 15g、侧柏炭 10g 三剂治之。2004 年 3 月 20 日三诊，鼻衄肺热已止，唯感精神不佳、咽干、口渴、脉细、苔少津、血象：WBC8.0×109/L，余正常。病已初愈，拟补清之法，方用沙参 10g、玉竹 10g、麦冬 10g、天冬 10g、毛腊烛炒 10g、百部 10g、百合 10g、黄芩 10g、白茅根 15g、太子参 15g、薄荷 10g、侧柏炭 15g，连用五剂，以资巩固。2005 年 1 月随访，鼻衄再未出现。

5、小结

血证在临床较为常见，治疗较为棘手，我们在挖掘土家医学的过程中，发现了土家医治血三法，并用之临床收效甚佳，民间医药之宝无限，大有探寻挖掘整理之必要，为使土家医学和汉族医学一样发扬光大，有待仁人志士去努力，使民族瑰宝得以传承。

土家族药“喜复康”对 28 例肺癌康复作用的观察

彭承松

（龙山县民安镇湘鄂北路民族医诊室，湖南 龙山 416000）

土家医认为肿瘤的发生是火气和毒气作用于人体而引起的疾病。笔者采用土家医排毒祛邪，活血化瘀、补虚扶正的方法治疗多种恶性肿瘤，对肿瘤患者的康复有一定的作用，提高了患者的生命质量和生存时间。近几年，我们用土家族药物组成的“喜复康”合剂对 28 例肺癌患者进行康复治疗。现小结如下。

1、临床资料

1.1 一般资料。本组病例 28 例，其中男性 21 例，占 75.00%，女性 7 例，占 25.00%。年龄分布：最小年龄 34 岁，最大年龄 70 岁，平均年龄为 48.9 岁。28 例肺癌病例中，做活检的 15 例，其中腺癌 8 例、鳞癌 6 例、肺泡癌 1 例。肺癌部位：右肺 13 例，左肺 8 例，双肺 7 例。

1.2 诊断依据。本组病例均经当地或外地县以上医院检查确诊，备有诊断证明及相关检查结果。

本组 28 例肺癌患者均为经医院治疗或疗效不佳后，来我所求治的病例。

2、治疗方法

2.1 治疗原则。祛邪排毒采用活血化瘀、清热解毒、软坚散结和理气行滞的治则；扶正益气采用健脾益气、补肾益精、滋阴补血、养阴生精的治则。

2.2 药物组成。喜复康合剂由湘西土家族民间习用的药物为基本组成药物，由八月莲、空心草、细叶叶雀舌草、马蹄三七、小血花草、黄芩、补骨脂等 10 余味药物组成。

2.3 使用方法。加工方法：药材与水为 1：8，第 2、3 次加总量的 6 倍水，每次文火煎沸 2 小时，滤出药液，3 煎液混合。每次服 50 毫升，1 日 1 剂，日服 2 次。

2.4 辅助治疗。根据患者临床表现，伴有水、电解质紊乱或长期食欲低下或中重度消瘦者，给予

补充能量和维生素。伴有发热或白细胞增高者，配合抗生素药物抗感染。

3、临床疗效观察

3.1 疗效标准。临床治愈：经 CT 或 B 超复查，肿块完全消失，生存 2 年及以上未复发者；显效：临床症状改善显著，治疗 2 月内经 CT 或 B 超复查，肿块明显缩小；有效：经治疗 1 月，临床症状改善明显；稳定：经治疗 1 月，临床症状稳定或局部肿块稳定；无效：经治疗 1 月，临床症状无改善，经 CT 或 B 超检查，肿块增大。

3.2 结果。临床治愈 2 例，占 7.14%，显效 11 例，占 39.00%，有效 5 例，占 17.86%，稳定 2 例，占 7.14%，无效 8 例，占 28.57%。

3.3 生存情况。经康复治疗后随访调查，目前健在 2 人，其中 1 人为 4 年 9 个月，1 人为 3 年 2 个月。其余 26 例均死亡。死亡病例中其生存时间为：最长 2 年 2 个月，最短为 16 天，平均生存时间为 7.8 月。生存 1~2 年的有 6 例。

附：典型病例介绍

李某某，男，现年 66 岁，吉首市人。2001 年 6 月因腹痛，便秘住某某医院。检查：发现右下肺肿块，胆囊息肉，乙状结肠息肉，7 月 5 日病理诊断为右下肺鳞状细胞癌，经微波摘除直肠及乙状结肠息肉，7 月 18 日成功行右下肺肿块切除术，术后全身多处骨关节疼痛并逐渐加剧伴大汗淋漓，连续不间断每日需输液 7000 多毫升才能维持生命，2001 年 8 月 8 日转入湖南某某医院，住院 5 天，经全面检查诊断：1、肺癌骨转移；2、残胃炎；3、十二指肠溃疡术后；4 胆囊切除术后；5、肺癌术后；6、胆囊肿块。专家会诊后认为最多可活 3 个月，建议回当地继续治疗。8 月 13 日住进某某医院， 9 月 13 日，本人要求治疗时每日强痛定片已增至 4 片，早晚各 2 片，仍疼痛。面微微多汗，重度消瘦，右胸少量积液，右颈后一枚肿大淋巴结约 1.5cm 大小，双手十指呈杵状指，食欲差，便秘。9 月 14 日，服用喜复康合剂，服药 20 天停用强痛定片，疼痛能够忍受，服药两个多月，可坚持打麻将 3 个小时，服药半年，右颈后肿大淋巴结恢复正常，双手十指杵状指症状完全消失。坚持服药 1 年，各种功能恢复正常。2004 年 5 月 12 日在某某医院经复查：右下肺癌术后未复发。目前身体状况良好。

4、讨论

肺癌是本地患病率较高的恶性肺瘤之一，其特点为病死率高，生存时间短。据报道 40~50 岁肺癌患者组较其它年龄组生存时间长，其中生存 6 个月为 42.61%，12 个月的为 22.73%，20 个月的为 13.64%，年龄越大，生存时间越短[1]。本组 28 例，现 2 例健在，分别生存 4 年 9 个月及 3 年 2 个月。26 病死病例从发病后经过综合治疗，特别是用土家族药喜复康合剂治疗后，生命质量有所提高，患者得到不同程度的改善。39 岁以下年龄组 2 人，平均生存时间为 5 个月，40~49 岁组 5 人，平均生存时间为 2.2 月，50~59 岁组 13 人，平均生存时间为 8.3 月，60~69 岁年龄组 4 人，平均生存时间为 7.8 个月，70 岁以上年龄组 2 人，平均生存时间为 6.5 月。本组 50~59 岁年龄组平均生存为 8.3 月，长于其它各年龄组。

对 28 例肺癌患者在综合治疗的前提下，配合土家族药物喜复康治疗，有利于解毒祛邪，抑制癌细胞生长，补虚扶正，增强机体抵抗力，提高免疫能力，有利肺癌患者改善生命质量，提高生存时间都是有益的探讨。

参考文献

[1] 魏矿茶，柳青，梁智恒．1980~1993 年广东省中山市肺癌患者生存分析[J] ．肿瘤防治杂志，2003，10（3）：225~227

土家药沙白兰感康糖浆治疗小儿外感咳嗽 54 例

孙万英
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

小儿外感咳嗽临床常见，笔者自 2004 年 7 月～2006 年 3 月，运用本院自制的沙白兰感康糖浆治疗小儿外感咳嗽疗效较好。结果报道如下：

1、临床资料

观察病例共 54 例，其中男 24 例，女 30 例；年龄 4 个月～1 岁 6 个月，平均 7.2 岁；病程 1～14 天。观察病例的中医诊断参照国家中医药管理局 1994 年 6 月发布的《中医病证诊断疗效标准》和朱文锋主编的《中医诊断和鉴别诊断》（1999 年出版），属风寒束肺证 7 例，风热犯肺 21 例，燥邪犯肺证 4 例，风痰壅肺证 10 例，痰热壅肺证 6 例，痰湿阻肺证 6 例。西医诊断参照中国医学科学院北京协和医院主编的《现代内科学》（人民军医出版社 1995 年版），急性支气管炎 16 例，上呼吸道感染 38 例。

2、治疗方法

口服沙白兰感康糖浆（沙参、白芷、板蓝根、麦冬、柴胡、金银花、瓜蒌皮、川贝母、防风、辛夷花、藿香等组成，由医院制剂室加工成每瓶 120ml，鄂药制字[2004]MZ01—052 号），1～3 岁每次 15ml，4～8 岁每次 20ml，9 岁以上每次 25～30ml，均每日三次，饭后服。留观患儿加用支持疗法。

3、疗效标准与治疗结果

3.1 疗效标准　参照国家中医药管理局 1994 年 6 月发布的《中医病证疗效标准》。治愈：咳嗽、咳痰及临床体征消失；好转：咳嗽减轻，质量减少；无效：症状无明显改变。

3.2 治疗结果　治愈 31 例（57.4%），好转 18 例（33.3%），无效 5 例（9.3%）。

附：病例介绍

章某，女，6 岁，2005 年 11 月中旬初诊。主诉：干咳、少痰 10 天。患儿 10 天前发热、恶寒、咽痒、微咳，在某医院诊为“上呼吸道感染”，给予静滴头孢塞肟钠、病毒唑 4 天，发热恶寒症状渐消，咳嗽渐重，咳声频频，夜寐不安，痰少而粘，遂自购阿莫西林颗粒冲剂、蜜炼川贝枇把膏口服，咳嗽不减。检查：T36.4℃，扁挑体不肿大，咽红（+），双肺呼吸音粗糙，未闻及干湿性罗音；血常规检验正常，X 线胸片提示肺纹理增粗、稍紊乱。诊断：急性支气管炎，为风痰恋肺之咳嗽。给予沙白兰感康糖浆每次 20ml，每日 3 次，餐后服。服药后当晚咳嗽显著减轻，连服三天，咳嗽消失，咽部不充血，肺部听诊无异常。

5、体会

咳嗽一症，乃邪客肺系，肺失宣肃，肺气上逆所致。小儿体质以“阳生”为主导，虽生机蓬勃、发育迅速，然脏腑娇嫩，形气未充，故有小儿“脾常不足”、“肾常虚”、“娇肺遭伤不易愈”之生理特点，而“肺脏尤娇”，感邪肺易受之，且多致肺中有热，肺失宣肃，以肺热津伤为主要病机。故治疗小儿外感咳嗽当以清热解毒，润肺化痰，宣肺止咳为主，辅以祛风解表，佐以养胃振脾，敛肺收气之多法运用，尚易收效。沙白兰感康糖浆方中，沙参、麦冬清热润肺；板兰根、金银花、柴胡、瓜蒌皮、川贝母清热解毒，使肺热得以速清，咳嗽自止；少佐白芷、防风、辛夷祛风解表，而不碍扶正养肺胃；砂仁、藿香调运脾阳，于清润之中不忘振阳运脾；五味子敛肺却不滞邪；更以糖浆剂与小儿口感相合，故取效迅捷。

土家医治肝病遣药初探

李小丹[1]　田凤霞[1]　陈辉[2]
（1、恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000 ；2、恩施市中心医院 ， 湖北 恩施 445000）

神奇的武陵山区，各种动、植、矿物药材资源极为丰富，素有“华中天然药库”之美称，聚居在这块土地上的土、苗、侗等各族人民，依托这里丰富的药材资源，在长期的社会实践和与疾病斗争的过程中，积累了大量的用药经验，逐步创立了本民族医药学。土家族医药学就是其中的魂宝之一。土家医常用的药物，多生长在林边、路旁，顺手可采，价格低廉，疗效可靠。笔者现就土家医常用于治疗肝病的药物，初步整理如下：

马蹄金：又称小铜钱草、小金钱草，多年生草本。味为淡，性平。能活血祛瘀，消肿止痛，利湿。用于治疗黄疸肝炎，常于满天星等配伍使用。

水灵芝：又称水黄连，青鱼胆草，多年生草本。味苦，性寒。能清热解毒，利湿止痛，用于治疗各种肝炎。伍白毛藤。

急解索：又称半边莲，多年生草本。味辛，性平。能清热解毒，利尿消肿，用于治疗早期肝硬化腹水，常与腹水草等药配伍。

白毛藤：又称排风藤，毛耳朵多年生草本。味微苦，性寒，能清热解毒，祛风利湿，用于治疗黄疸肝炎和肝硬化腹水，常与大茵呈、牛大黄等配伍使用。

生扯拢：又称青野烟、倒提壶、蓝布裙，两年生草本，味苦，性寒，能清热利湿，拔毒生肌。用于治疗黄疸肝炎。

红泥秋串：又称半枝莲、牙刷草、挖耳子草，多年生草本，味微辛、苦，性寒，能清热解毒，消痛肿，用于治疗肝炎，早期肝硬化。

刺黄连：又称黄连木、山黄连、土黄柏，常绿灌木。味苦，性寒。能利水消肿，清热解毒，用于治疗黄疸肝炎。

钓鱼杆：又称两头拉、仙人搭桥，腹水草，多年生无毛草本，味苦，性寒。能利水消肿，活血，解毒，用于治疗肝硬化腹水。

满天星：双称星星草、雨点草，多年生草本。味淡、微辛，性凉。能清热利湿，解毒散瘀，用于治疗黄疸肝炎。

铁马鞭：又称马鞭梢，多年生草本，味苦，性寒，能清热解毒，活血止血，利湿止泻。用于治疗黄疸肝炎。

雄黄连：又称朱砂七、朱砂莲，多年生草本，味苦涩，性凉。能清热解毒，凉血，止泻，活血止痛。用于治疗黄疸型肝炎。

小青鱼胆：又称穿山七、雪里梅、小龙胆草，多年生草本，味苦，性凉，能败火利湿，凉血解毒，用于治疗黄疸肝炎。

石莲草：又称红花岩松、山瓦松、堆山花，二年生草本，味酸性平。能败火解毒，止血止痢。用于治疗黄疸肝炎。

翠云草：又称金鸡风尾草、矮脚风、伸脚草。多年生草本，味苦、性凉、败火解毒，驱风湿，止血。用于治疗黄疸型肝炎。

瓜米草：又瓜子金、瓜子莲、爪子草、抱百莲，多年生草本，味甜、淡、性平。败火解毒，利湿散瘀。用于治疗黄疸型肝炎。

老虎香：又狗关升麻、石笋草、石黄草，多年生草本。味甜、淡、性平，败火解毒，利湿散瘀，用于治疗黄疸型肝炎。

狗牙草：又称垂盆草、石板草、鸡方草，多年生肉质草本。味甜淡、微酸、性凉。能败火解毒，消肿散结，利湿，止痛。用于治疗黄疸型肝炎。

岩卷柏：又称翠心草，九死还阳草，多年生草本，味淡，性凉，能利水消肿，化痰止咳，用于治疗黄疸型肝炎。

疳积草：又称鸡骨香、小青草。一年生草本，味微甜，性凉。能消食积，明目，消水。用于治疗各型肝炎。

土大黄：又称牛耳大黄，金不换，多年生草本，味苦、酸、性凉。能杀虫，止血，败火解毒，通便。用于治疗黄疸型肝炎。

土家医认为：肝脏之病，多因感受湿热疫毒，阻滞中元或感受外邪，脏腑失调，经脉血行不畅所致。故选方遣药，多用清热败毒，利水化湿之品，辅以活血化瘀之药。上述诸药，若遣药配伍得当，常可获神奇之效。现代中药药理学研究证实，凡清热解毒之品，皆具抗病毒之效，活血化瘀之品，皆具改善微循环，抗纤维化之能，可佐证土家药之疗效。

病例 1　前年仲夏，回乡省亲，一乡亲来访，问及其子，答曰：卧病在床。遂前往探视。其子曰：周身无力，不思饮食，闻油烟则吐。视其肌肤巩膜皆黄，鲜艳若橘，如是嘱其每日采狗芽草、铁马鞭、满天星各 30g，虎杖 15g，土大黄 10g，水煎代茶饮。一周后欲返家，乡亲携子相送，其子曰：症状全消，视其肌肤巩膜其黄已退大半，嘱其继续服用。二月后电话询问，乡亲答曰：其子已于月前痊愈，往南方打工。

病例 2　一农民前来诊室就诊，诉其腹胀月余，肚腹遂日增大，膨胀难忍，细查之，诊为肝硬化腹水。因其家贫，无钱购药，遂嘱其回家自采钓鱼杆、红泥秋串、白柔根煎水代茶饮。一月后复诊，其腹水消退无踪。

参考文献：略

土家“七”类药物考

熊鹏辉

（石门县中医院，湖南 石门 415300）

土家族医药学是我国民族医药学的瑰宝，土家族医药具有独特的用药方法和药物名称，如将具有赶火败毒、活血祛瘀、消肿止痛、除风湿等功能的药物称之为“七”；把具有通筋脉、消肿祛瘀、活血止血、赶火败毒、祛风除湿等功能的药物称之为“还阳”等。但由于土家族医药的带教方式主要是父传子、师带徒的方式，口耳相传，世代相承，因而常常出现同物异名、同名异物现象。笔者对 74 种被称为“七”类药物的植物来源进行了系统的整理、考究，以期抛砖引玉，统一土家族药物名称，现报道如下。

1、74 种“七”类药物的植物来源：

1、假竹根七（三白草）：

来源：三白草科植物三白草 Saururus chinensis (Lour) Baill 根茎或全草。

2、胡交七（胡椒七）：

来源：马兜铃科植物土细辛 Asarum caudigerum Hence 全草。

3、血三七（土三七、血当归、活血丹）

来源：蓼科植物土大黄 Rumex daiwoo Makino.的全草。

4、大山七（田鸡脚、酸模、水牛舌头）

来源：蓼科植物酸模 Rumex acetosa L.的根。

5、荞麦三七（野荞麦、金荞麦）
来源：蓼科植物荞麦三七 Fagopyum cymosum Meissu 的块根。
6、荞三七（苦荞头）
来源：蓼科植物苦荞麦 Fagopyum tataricum (L.) Gaertn 的根及根茎。
7、溜子七（火炭母）
来源：蓼科植物火炭母 Polygonum chinense Linn 的全草。
8、蜈蚣七（盘龙七、算盘七、螺丝三七、血三七）
来源：蓼科植物支柱蓼 Polygonum suffultam Maxim 的全草。
9、桃子七（赤胫散、红蓼辣子）
来源：蓼科植物赤胫散 Polygonum runcinatum Buch. Ham.的全草。
10、朱砂七（朱砂莲、红药子）
来源：蓼科植物毛脉蓼 Polygonum ciliinerre (Makai) ohwi 的块根。
11、雪三七（牛尾七）
来源：蓼科植物牛尾七 Rheum forrestii Diels 的根。
12、田枯七（乔子莲、甜荞莲、广川草）
来源：蓼科植物缺腰叶蓼 Polygonum runcinatum Hamilt. Var. sinense Hemsl.的全草。
13、野牛七（透骨草）
来源：透骨草科植物透骨草 Phryma leptestachya L. var saiati ca Hara 的全草。
14、荞麦三七(丁香蓼、田蓼草、红麻草)
来源：柳叶菜科植物卵叶丁香蓼 Ludwigia ovalis Miq.的全草。
15、海角七（花叶矮陀陀）
来源：毛茛科植物单叶地黄连 Munronia unfoliolata oliv.的全草。
16、黄三七（麻布七、土黄连、长果升麻）
来源：毛茛科植物长果升麻 Souliea uaginata (Maxim) Franch.的根茎。
17、蜈蚣三七（鹅掌草、金串珠）
来源：毛茛科植物林阴银莲花 Anemone flacoda Fr schmidt 的根茎。
18、狗脚三七（一口血）
来源：毛茛科植物花葶乌头 Aconitum scaposum Franch.的全草或根。
19、八角七（独角莲、六角莲、一把伞）
来源：小檗科植物多花八角莲 Dysosma pleiantha (Hance) Woads 的根茎。
20、马三七（白三七、胡椒七、铜打不死、观音坐莲）
来源：景天科植物费菜 Sedum kamtschaticum Fisch.的全草。
21、蚕豆七（九头三七、土三七、打不死、观音扇）
来源：景天科植物景天 Sedum spectabile Boreau.的全草。
22、指甲七（土三七）
来源：景天科植物土三七 Sedum aizoon L.的全草。
23、大田三七（刀口药、宽叶景天）
来源：景天科植物宽叶景天 Sedum ellacombianam Praeger 的全草。
24、景天三七（土三七）
来源：景天科植物景天三七 Sedum erythrostictum Miq.的全草。
25、岩三七（岩田七）

来源：景天科植物山飘风 Sedum majon (Hemsl.) Migo.的全草。

26、菜子七（菜籽七、白花碎米荠）

来源：十字花科植物白花碎米荠 Cardamine leucantha (Tausch) O. E. schulz.的全草。

27、金毛三七（升麻、阴阳虎、虎麻）

来源：虎耳草科植物落新妇 Astilbe chinensis (Maximi) Franch. Et sav.的全草。

28、追风七（路边黄、大叶仙鹤草）

来源：蔷薇科植物南水杨梅 Geum japonicum Thunb. Var. chinense Bolle 的全草。

29、蜂子七（山蜂子、毛猴子）

来源：蔷薇科植物地蜂子 Potentilla freyniana Bornm Var Sinica Migo 的根或全草。

30、鸦片三七

来源：豆科植物三叶豆根 Euchresta trifoliolata Merr.的根。

31、绵三七

来源：豆科植物绵三七 Eriosema himalaicum ohashi 的块根。

32、棉花七（水棉花、黄蜀葵）

来源：锦葵科植物黄蜀葵 Hibiscus manihot L.的全草。

33、藤三七

来源：落葵科植物藤三七 Boussingaultia gracillis Mier. Var. pseudobaselloides Bailey 的株芽。

34、乌七（蜈蚣七、水蜈蚣、血蜈蚣）

来源：秋海棠科植物裂叶秋海棠 Begonia Laciniata Roxb.的全草。

35、吴公七（乌泡通）

来源：秋海棠科植物周裂秋海棠 Begvnia circumlobata ance 的根茎或全草。

36、白三七（大叶三七、扣子三七、扣子七、竹节三七、竹根七、算盘七、野三七）

来源：五加科植物竹节参 Panax japonicus C. A.Mey.的地下根茎。

37、大叶三七（竹根三七、竹节三七、罗汉三七、竹鞭三七、扣子三七、白三七、算盘七、峨三七）

来源：五加科植物大叶三七 Panax major (Burkill) Ting.的根茎。

38、广三七（峨参）

来源：伞形科植物峨参 Anthoriscus sylvestvis (L.) Hofln.的根及叶。

39、牛尾七（白芷、山萝卜、避蛇草）

来源：伞形科植物避蛇草 Angelica dahurica Benth. et Hook 的根。

40、鸭脚七（公鸭脚板、鹅脚板、罗柱叶下风）

来源：伞形科植物异叶茴芹 Pimpineiia diversfelia D. C.的全草。

41、芹菜七（老虎爪、鸭脚板、土当归）

来源：伞形科植物紫花前胡 Peucedanum decurivum Maxim.的根。

42、青菜七

来源：报春花科植物麝香报春 Primula mascarioides Hemsl 的全草。

43、银针七（青菜七、野油麻）

来源：唇形科植物针筒菜 Stachys oblongifolia Benth 的全草或根。

44、棱角三七（香茶菜）

来源：唇形科植物香茶菜 Rabdosia amethysloides (Benth.) Hara.的根。

45、兰天七（三花枪刀药、九头狮子草）

来源：爵床科植物三花枪刀药 Hypoestes trifora Roem et schult 的全草。

46、辣子七（九节篱、川白牛膝）

来源：爵床科植物九头狮子草 Dicliptera japonica Makino. 的全草。

47、苦瓜七

来源：葡萄科植物角花乌敛莓 Cayratia cornicuicalata (Bentn.) Gagnep.的全草。

48、萝卜三七（野萝卜七、山萝卜）

来源：山萝卜科植物川续断 Dipsacus asper Wall.的根。

49、岩头三七(岩罗汉、蜂子花、岩泽兰)

来源：苦苣苔科植物石吊兰 Lysionotus pauciflorus Maxim.的全草。

50、盘三七（萝卜三七、四叶参、奶参）

来源：桔梗科植物羊乳 Codonopsis lanceolata Benth.et Hook.的根。

51、菊叶三七（三七草、狗头三七、红背三七、艾叶三七、紫蓉三七、土三七、乌七、血当归、天青地红、散血丹）

来源：菊科植物菊叶三七 Gynura segetum (Lour.) Merr 的全草。

52、芋头七（血三七、铁冬苋、活血莲、大救驾）

来源：菊科植物橐吾 Ligularia tussilaginea Makino.的全草。

53、水葫芦七（羽裂蟹甲草）

来源：菊科植物羽裂蟹甲草 Cacalia tangutica (Maxim) Hand-Mazz.的根。

54、烂屁股三七（东风菜）

来源：菊科植物东风菜 Aster scaber Thunb.的全草。

55、南瓜三七

来源：菊科植物蜂斗菜 Petasites japonicus (Sieb. et Zucc.) F. schmidt 的全草。

56、玉蜀七（玉米）

来源：禾本科植物玉蜀七 Zea maxs L.的花柱及柱头。

57、玉竹七（竹根七、尾参）

来源：百合科植物玉竹 Polygotum officinale All.的根茎。

58、包谷七（竹根七、海带七、开喉剑、蜈蚣七、包谷漆）

来源：百合科植物万年青 Rohdea japonica Roth.的根。

59、螺陀三七（七叶一枝花、七叶莲）

来源：百合科植物七叶一枝花 Daris polyphylla smith 的根茎。

60、竹根七

来源：百合科植物假万寿竹 Disporopsis pernyi (Hua) Diels 的根茎。

61、虎尾七（竹根七）

来源：百合科植物山虎 Upistra ensiflia Wang at ang 的根。

62、黄精七（黄三七、黄鳝七）

来源：百合科植物黄精 Polygonatum sibiricum Redoute 根茎。

63、水田七（田螺七、小田螺七、）

来源：薯蓣科植物水田七 Schizocapsa plantaginea Hance 的根。

64、雄黄七（血三七、朱砂七、秤陀七）

来源：薯蓣科植物薯莨 Dioscorea cirrhosa Lour.的根。

65、兰七（摇痕七、蛤蟆七、土知母、下山虎）

来源：鸢尾科植物鸢尾 Iris teclorum Maxim 的根茎。

66、腰带七（扁担七、海带七、斩蛇剑）

来源：石蒜科植物文殊兰 Crinum asiaticum L.var.sinicum Baker.的全草。

67、阳荷七（羊合七、洋藿七、胡交七、小甘子）

来源：姜科植物和山姜 Alpinia japonica Miq.的根茎。

68、姜三七

来源：姜科植物曲蕊姜 Camptandra yunnanensis (Gagn) K.sghum.的根茎。

69、姜叶三七

来源：姜科植物姜叶三七 Stahtianthus hainanensis (Hayata) T. L. Wu 的根茎。

70、羊角七（地螺丝、白鸡儿、千年棕）

来源：兰科植物白芨 Bletilla striata (Thunb.) Reichb.f.的块茎。

71、扇子七（老虎七）

来源：兰科植物脉杓兰 Gypripedium japonicum Thunb.的根或全草。

72、洋芋七（手参）

来源：兰科植物手参 Gymnedenia conopsea P.Br.的根茎。

73、中山七（长距兰）

来源：兰科植物长距兰 Platanthera japonica (Thunb) Lindl.的带根全草。

74、牛角七（牛角三七、兰草）

来源：兰科植物多花兰 Cymbidium floribundum Lindl 的根或全草。

2、126 种“七”类药物名录及分布：

以上 74 种药物共有 126 种 “七”类称谓，它们分别分布在 32 个科中，除藤三七以植物的株芽入药外，多以植物的根、根茎或全草入药。其分布如下：

1、三白草科：假竹根七。

2、马兜铃科：胡交七、胡椒七。

3、蓼科：血三七、土三七、大山七、荞麦三七、荞三七、溜子七、蜈蚣七、盘龙七、算盘七、螺丝三七、桃子七、朱砂七、雪三七、牛尾七、田枯七。

4、透骨草科：野牛七。

5、柳叶菜科：荞麦三七。

6、毛茛科：海角七、黄三七、麻布七、蜈蚣三七、狗脚三七。

7、小檗科：八角七。

8、景天科：马三七、白三七、蚕豆七、九头三七、土三七、指甲三七、大田三七、景天三七、岩三七、岩田七。

9、十字花科：菜子七、菜籽七。

10、虎耳草科：金毛三七。

11、蔷薇科：追风七、蜂子七。

12、豆科：鸦片三七、绵三七。

13、锦葵科：棉花七。

14、落葵科：藤三七。

15、秋海棠科：乌七、蜈蚣七、吴公七。

16、五加科：白三七、大叶三七、扣子三七、扣子七、竹节三七、竹根七、算盘七、野三七、竹

根三七、罗汉三七、竹鞭三七、峨三七。

17、伞形科：广三七、牛尾七、鸭脚七、芹菜七。

18、报春花科：青菜七。

19、唇形科：银针七、青菜七、棱角三七。

20、爵床科：兰天七、辣子七。

21、葡萄科：苦瓜七。

22、山萝卜科：萝卜三七、野萝卜七。

23、苦苣苔科：岩头三七。

24、桔梗科：盘三七、萝卜三七。

25、菊科：菊叶三七、三七草、狗头三七、红背三七、艾叶三七、紫蓉三七、土三七、乌七、芋头七、血三七、水葫芦七、烂屁股三七、南瓜三七。

26、禾本科：玉蜀七。

27、百合科：玉竹七、包谷七、竹根七、海带七、蜈蚣七、螺陀三七、虎尾七、黄精七、黄三七、黄鳝七。

28、薯蓣科：水田七、田螺七、小田螺七、雄黄七、血三七、朱砂七、秤陀七。

29、鸢尾科：兰七、摇痕七、蛤蟆七。

30、石蒜科：腰带七、扁担七、海带七。

31、姜科：阳荷七、羊合七、洋藿七、胡交七、姜三七、姜叶三七。

32、兰科：羊角七、扇子七、老虎七、洋芋七、中山七、牛角七、牛角三七。

土家药性赋

覃事俊　向多辉

（石门县新型农村合作医疗管理办公室，湖南 石门 415300）

在石门土家山寨，土家人祖祖辈辈流传着神奇非凡的土家特效草药，笔者曾有幸与一些土家名医名药师学认草药、采挖草药和炮制草药，并利用土家草药为广大患者治病上千例，取得了满意的疗效。现闲来无事，将土家草药整理成简记易背的歌赋如下。

1、寒性

性寒味苦鹰爪风，除眩晕，肝热松，麻疹惊痫疗有功。

性寒味苦山角风，消食积，能杀虫，湿热疮癣痛可用。

性寒味辛山枷风，活气血，疗诸痛，祛风除湿麻疹功。

性寒味苦行骨风，行气娇，跌伤用，劳热身疼腰膝痛。

性寒味苦阴阳七，治跌伤，内外宜，入骨散滞治腹痛。

性寒微温血三七，入血分，崩带医，男妇腰痛入药愈。

气味苦寒乌金七（亦称胡荽七），疗心腹，散结气，时投痧气功无比。

铺地蜈蚣（亦名地枇杷根）性苦寒，疗折伤，除虫疳，筋骨疼痛效最堪。

性寒味苦开喉箭（亦名万年青根，海带七），疗咽痛，止牙痛，疱疖痈疽治即痊。

大苦大寒九子莲，能解毒，治狂癫，无名肿毒用在先（药量要适度）。

十大功劳性苦寒（亦称刺黄连），清肺肾，二便穿，镇痛杀虫能化痰。

性寒味苦山黄芩，清肺火，去瘀行，实热虚火退之是。

万年青藤山木通，性苦寒，疗腹痛，通经活脉二便松。

威灵仙名九草偕，性苦寒，去风快，头顶身疼效果快。（要炮制：酒炒，童子伢尿炒制，要适量）

防已名又倒地拱，性苦寒，消肿痛，十二经脉肿能松。

性寒味苦左缠藤，祛风湿，诸疮宁，右左瘫痪效最能。

性寒味苦地盘花（亦称白马盘根草），疗痈疽，初起塌，溃烂生肌效最佳。

性寒味苦鬼见愁，祛邪风，解热毒，癫痫狂乱效无穷。性寒苦涩棕榈炭，治吐衄，崩带安，肠风下血效无边。（双人头为极品，即一根棕树两个头）

性寒味苦芭蕉根，涂痈肿，消烦闷，产生血胀热狂清。

性寒甘涩牛角七，涂痈疽，毒能去，内服肩痛散血瘀。（有微毒，要适量，剂量要小）

性寒甘涩独正岗（亦称见肿消），消肿毒，疗跌伤，诸恶疮毒一扫光。

性寒味苦铁枯散（亦称钻岩尖），内少用，外敷安，无名肿毒敷即散。

性寒苦涩破血子，行气血，疗瘀滞，跌打损伤痛能止。

性寒味苦马虎稍，治烫伤，水煎扫，拔毒生肌见奇效。

性寒味苦旋鸣尾，治烫伤，碾成灰，桐油调扫效果最。

性寒味苦苦楝根（苦楝树皮亦可），疗伤寒，热狂伸，祛风杀虫疗腹痛。

性寒老鸦蒜苦涩，疗肿毒，毒快散，跌打损伤敷之安（可治“羊子”）。

性热甘涩血当归，调气血，疗闭经，崩漏带下疗腹疼。（另加雄磺粉适量可治带状疱疹即效）

性寒甘涩荞当归，活气血，疗闭经，去瘀生新攻令佩。

性寒味苦天仙藤，疗痔漏，镇痛灵，肺热久咳腰胯疼。

性寒味淡蚯蚓屎，走游风，速能治，芭蕉水调效不迟（可治丹毒，亦斑疹）。

飞天蜈蚣（又名木梓树、乌桕）性苦寒，疗折伤，齿痛安，瘰疬痈疽肿速散。

性寒苦涩桑枝叶，　入气分，散痰结，咳嗽哮喘风自灭。

性寒酸涩马桑根，疗折伤，湿热清，诸疮肿痛平安宁。

性寒辛苦一支蒿，疗蛇伤，功力好，红肿溃烂敷即好。

性寒味苦凤尾草，利二便，散结道，腰痛骨痛服之妙。

性寒味辛蜈蚣七，解百毒，疗痈疽，祛风除湿去瘴疫。

味苦性寒三口针，烫伤宜，清热灵，清泻五脏消炎灵。

性寒味平灶心土，高烧宜，清热去，三焦实火服即退。性寒味苦鸟不踏，治蛇伤，毒能拔，膀胱湿热疝不差。

性寒味基金腰带，疗腹痛，镇痛快，风湿麻木免其灾。

性寒苦涩路路通（即枫树球果），祛风湿，镇腰痛，麻疹疮癣均奇功。

性寒甘淡过山龙（即丝茅草根），入脾胃，骨寒用，周身疼痛去无踪。

性寒味苦女儿红，生新血，逐瘀用，崩漏带下亦有功。

性寒味苦钻岩尖，清胃炎，泻喉咽，周身疼痛消风先。

九头狮子草最寒，疗目翳，利便难，杀虫腹痛服之安。

性寒味苦滴水石，消炎去，痛即止，心胃疼痛很相宜。

味苦性寒山苦瓜，百毒拔，瘀血刷，疗疮蛇咬一齐抓。

味苦性寒九龙胆，清火热，疗疮宜，咽喉痛肿最得务。

味醒性寒　　鸡蛋清，高烧去，清热肠，心烧呕吐气喘顺。

味涩性寒水海蚌，热能去，血气行，小儿惊风用其水。
性寒味淡水螺丝，目赤疼，降火能，小儿惊风独能医。
味苦性寒鸡苦胆，能止痛，能消炎，百日咳服能愈痊。

2、热性

性热味辛追骨风，除风寒，效最猛，五痨七伤也能攻。
性热味辛红毛七，开皮毛，发汗宜，周身伤疼效最宜。
性热辛苦羊角七，疗冷痰，除寒癖，心腹冷痛风挛擎（宜配伍生姜、甘草）。
辛温大热龙盘七，疗心痛，开胃气，莫与五加一路居。（此药亦称僚叶香根，反五加皮、三加皮！）
性热味辛八角茴，开胃气，少为贵，多服令人血不归。
辛温大热螃蟹七，生有毒，精制宜，横行四肢痨寒去。
性热味苦蛇见退，疗无名，治溃烂，蛇咬犬伤效最宜。
性热味辛水蜈蚣，开胃气，九窍通，祛风除湿痛速力。味涩性热黄荆叶，翻胃止，能去瘀，发汗解表肿能去。
味辛性热叶子烟，能去瘀，解毒快，蛇毒风湿都能医。
味辛大热野芋头，治蛇毒，外敷用，痈疽疔疮可止痛。
味辣性热天辣椒，散寒涌，汗可表，多年寒湿可奇效。
味辛性热三条筋，去风湿，散结气，下腹冷冰它第一。

3、温性

性温味辛白三七，疗跌伤，外生肌，心腹疼痛最神奇。
性温味苦上天梯，治吐逆，消食积，活血定痛有奇功。
性温味淡伸筋草，骨中寒，除湿妙，四肢转筋气血调。
性温味辛虎牙草（亦称小石苇叶），能消积，肿毒妙，跌打损伤敷见效。
性温味辛韭菜蔸，能去风，能解毒，诸疮恶肠及时投（吃的太多助性欲，常吃对消化有益）。
性温辛苦搜山虎，疗跌伤，治骨折，红肿暗伤敷有效。
性温辛苦岩防风，除头眩，疗诸风，四时感冒疹痘松。
性温微苦桑寄生，关节疼，脾胃清，四肢麻木能屈伸。
性温辛苦三百棒，疗折伤，内外康，痨伤函瘀体健壮。
性温酸涩血蜈蚣，跌伤用，能镇痛，痨伤吐血疮毒功。
味涩性温芙麻叶，风湿解，寒痨退，发汗解表痛能去。
味辛性温椿树皮，感冒宜，能健脾，解表发汗都相宜。
味苦性温柑橘根，吐血医，关节宜，伤风外感不着急。
味辛性温花椒七，疗腹疼，散结气，胃寒呕吐功无比。
气味甘平兵盘七，固元气，添精益，久嗽骨蒸治劳疾。
气味甘平老龙七，除眩晕，治腰脊，添精益髓定有力。
性平味甘枇杷叶，疗风寒，散痰结，虚劳骨蒸用最切（炮制火烧去毛后备用）。
性平味甘阳雀花，补肺气，治肾虚，虚痨吐嗽疗骨蒸。
性平涩辛仙桃草，疗跌伤，消肿妙，杀虫去瘀湿热消。
性平味涩松花粉，关节疼，风自灭，除瘀活血镇痛悦。
性平甘淡丁耙蔸，入气分，疗崩带，虚痨补脾虚痨除。
性甘平淡岩白菜，调气血，疗崩带，虚痨骨蒸赶出快。
性平味苦刺五加，坚筋骨，痛不差，五痨七伤不少它。

荷叶荷梗与耦节，疗骨折，无名散，跌打损伤敷之安。
性平味甘夜交藤，治惊悸，能养神，虚劳骨蒸体安宁。
性平味甘土茯苓，入血分，诸热清，祛风解毒效更应。
性平辛苦马蹄金，清湿热，咳嗽宁，黄疸肝尖蛇伤行。
性平微苦狗尾根，利湿热，通五灵，水肿腹胀疝气停。
味涩性平薄扇筋，能去风，又镇疼，小儿惊风治最灵。
性平味涩鸡血藤，能祛瘀，血生新，痨伤调经均皆能。
性平甘淡鸡窝烂，用鲜叶，治溃烂，刀砍斧伤敷之痊。
味苦性平野菊花，诸毒拔，疗风热，清热明目效力大。
性平味淡燕窝泥，能清热，解百毒，小儿退烧外敷脐。
土家草药药性赋，父传子，师徒，土家土医功卓著。

土家医灯火疗法

金志忠
（鹤峰县下坪乡卫生院，湖北 鹤峰 445800）

灯火疗法是土家族人民应用非常广泛的一种治疗方法.因取材容易，操作简单，在民间广为流传，为土家族人民的健康事业作出了重要贡献。

1、灯火疗法

医者用灯草芯一端浸醮植物油（多用桐油，有解毒败火之功效）直接或间接点烧穴位，达到治疗目的的外治方法，叫做灯火疗法。主要分为明灯火和印灯火。

明灯火又叫阳灯火，是用灯草芯蕉植物油点燃后直接点烧某穴位，触到皮肤火即灭，迅速移开灯草芯叫明灯火。烧时可听到清脆的响声，象竹子烧炸一样，响声越脆，手法越正确，效果越好。没有响声，或出现“嘘”的一声，则一般于七日后重烧。

印灯火又叫阴灯火，是医生将点燃的灯草芯烧在自己的拇指腹上，迅速在选定的穴位上按下，叫印灯火，印灯火多用于婴儿。

灯火点烧一次名为“一叫”疾病治愈叫“烧倒”。

2、适应症

灯火疗法主要适用于急证，如走胎，小儿脐风，夜哭官、扑地惊、荨麻疹、蛇斑疮、肚子痛等。

3、注意事项及禁忌症

3.1 小儿哭时，不能强行烧灯火，需待其哭毕换气后才能烧，防止烧反筋。

3.2 婴幼儿皮肤稚嫩，慎用明灯火。

3.3 皮肤破损溃疡处忌烧。

3.4 孕妇腹部及腰骶部忌烧。

4、常见疾病灯火治法

4.1 走胎，主要表现为饮食不香，周身酸软无力，打不起阳气，分为走猪胎、走羊胎等。

4.1.1 耳背青筋（静脉）凸起分岔处，男左女右，烧明灯火一叫，七日后对侧再烧明灯火一叫。

4.1.2 耳背根部上中下三处突起处各烧明灯火一叫，两边同时烧。

4.2 小儿脐风，古有“脐风灯火十三”之说，烧法有多种，比较普遍使用的有两种：一是百会、印堂、人中、承降、少商、大敦各一明叫，脐周六叫明灯火，脐中一叫明灯火；二是脐中印灯火十二叫，明灯火一叫；三是脐中印灯火四叫，明灯火一叫，脐周上下左右各两叫明灯火。

4.3 惊风：突然跌倒，不省人事，四肢抽搐，角弓反张。急烧百会、印堂、人中、承浆、曲池、合谷、鬼眼、解溪、大敦明灯火各一叫。

另有“雷火喊”之法，即从大椎开始烧明灯火一叫，后沿挟脊各穴烧明灯火，至腰骶部，烧倒为止。

4.4 荨麻疹：烧大椎或长强穴，一叫明灯火。

4.5 脑壳痛：前额痛，有筋脉跳动之感，取太阳、印堂、合谷、神庭穴各烧明灯火一叫。每七日烧一次，烧倒为止。

4.6 夜哭官：婴幼儿白天安静入睡，晚上啼哭不止。脐周上下左右及脐中各烧明灯火一叫。每七日烧一次，烧倒为止。

土家医赶火败毒调理治胃痛探讨

瞿绍双[1]　瞿继刚[2]

（1、泸溪县武溪镇中心卫生院，湖南 泸溪 416100；2、泸溪县中医院，湖南 泸溪 416100）

摘　要 土家医传统医认为胃痛与饮食、伤食、食积、胃气虚弱、肝郁气带、火郁毒气、瘀血阻络有关；故治疗以“赶火、败毒、调理”六字方针，中医为清热解毒，西医认为螺旋杆菌侵袭干忧，治疗以抗菌消炎、止痛；或疏肝理气，健脾和中，活血化瘀，合理膳食，气味合参，调理脾胃功能。

主题词 土家；传统医；赶火败毒；调理；治胃病

1、病因病机

胃痛的致病因素大多与饮食、精神、时令、脾胃虚弱、火郁毒气、食积瘀阻等有关。在《土家医药学》中说：“人体分上元、中元、下元为三元，统领人体内脏气血、精液”。土家族杨大星名老医师说：“上元为天道，中元为地道，下元为水道；天道为气基，中道为食基、火基，下道为水基，此为人体基本物质”。中元为食基火基，就像一个炉子经生命之火，把食物腐化分出精微与糟粕、吸收和排出体外，为气血生化之源。当人体正气不足，食基火基虚弱时，就不能正常消磨、吸收、排空食物。（现代医学作胃镜检查可见胃内粘膜分泌减少或有不同程度的损害，胃粘膜充血、水肿、糜烂溃疡、出血或腺体萎缩，肠上皮化生不典型增生等）加上饮食不节（洁），搭配不合理，饥饱失常，过食生冷辛辣等刺激食物伤胃、积滞、胃脘胀痛拒按、嗳气、呕吐、吞酸、打饱嗝等。

患者久病体虚，加上不良精神状态，如情绪紧张，焦虑、忧愁、悲伤，促使大脑皮层过度兴奋，植物功能紊乱，如果长期如此，使情绪的“内毒素”累识影响消化功能调节失常，胃粘膜皱壁变厚，胃分泌亢进加重，胃炎、充血、水肿溃疡、疼痛。如肝郁气滞，气有余便是火，火郁于内，不得发散，暗耗阴血，郁久化火，灼伤胃阴，可转变为烧心，胃痛时休时止。

同样久病中元虚，食纳差，生化乏源，胃阴不足，阴虚者生内热，胃火上窍，口舌糜烂，口干思饮，舌苔降无苔，脉象浮而无力。

西医又认为胃病的胃壁主要细胞萎缩，分泌盐酸及胃蛋白酶减少，食欲不振，由于胃底腺分泌维

生素 B_{12} 减少，叶酸缺乏，所以出现贫血精神差，四肢乏力等。

脾胃为后天之本，若脾胃虚中焦受累不但可使胃痛，更可影响全身，李东垣说："若气虚无所禀受，则四脏经络皆病。况脾全籍胃土平和则有所受而生荣，周身四脏皆旺，十二神守职皮毛固密，筋骨柔和，九窍通利，外邪不能侮也"。

现代医学认为幽门螺杆菌引发胃溃疡主要病因 HP 感染是引起消化性溃疡发病的因素，HP 是一种微需氧气呈螺旋状革兰氏阴性杆菌。定植于胃粘膜上皮和粘膜层的界面上，感染率随年龄增加而递增。HP 感染是胃炎的主要病因，是消化性溃疡的主要病因，是胃癌发生的促进因素，是粘膜相关性淋巴组织（MALT）淋巴癌发生的危险因素。有毒力因子、细胞因子、自由基、毒力基因等多种致病因子参与。

2、临床诊断

2.1 土家医诊断

土家医运用望问闻和脉诊，望诊视眼角膜脉络，可知胃痛病情轻重，新病和老病；望舌苔、舌脉反映胃病深浅，人体脏腑的代谢障碍。如舌苔黄、胃失和降、胃胀作呕；舌苔白腻后苔、胃不和、嗳气、胀痛；苔薄者，邪轻、营松，白滑者，痰湿重，干燥者，阴气虚，不能化津上润之。苔如地上之草，根从下生，草茂有生气，胃气通。

望手掌纹，生命线与智慧线合拢处出现岛纹或寸断为胃痛，拇指主脾胃，色红具青筋显露，提示食积郁热，上中两元有火，左右掌生命线上有巨大岛纹，提示胃、十二指肠、大小肠消化吸收功能差。

脉诊，分三关六脉，颈脉，指脉、挠动脉等。六脉中的关脉，土家医说："脾胃脉洪脾内热，饮食不思常想歇，生冷水泻多似痢，受作无时只是虚。脾脉细小两眉愁，闷闷慨慨唇口焦，手足软酸多气急，食后伤风精气损。"

当代中医泰斗任应秋推崇《红楼梦》中描写贾珍儿妇秦可卿病的脉息。他说："……右关脉而无神者，乃脾土被木克制。"必定不思饮食，精神倦怠，四肢疲软。

胃痛的症状，有自觉症状和他觉症状，具体如下：

分 型	自 觉 症 状	他 觉 症 状
寒痛	胃痛不休，喜按热饮	沤泛清涎畏寒四肢凉，舌苔白脉滑紧
热痛	胃痛时作时止	口干欲饮，小便黄，大便秘，舌红苔黄，脉滑数
虚痛	胃痛喜暖喜按保食缓解	口吐清水，倦怠无力，舌质淡，苔薄白，脉虚软
气痛	胃胀痛牵两肋	嗳气吞酸，饮食少，舌苔薄白，脉弦滑
食痛	胃痛按之痛剧	恶心呕吐，不进食便臭，苔黄腻脉实滑
瘀痛	胃痛固定不移食后加重	呕血或大便色黑，舌紫暗，脉涩滞

从以上症状、症候群综合为脾胃虚弱，气滞火郁，肝脾不和（肝气反胃）饮食积滞，郁血阻络型等。

2.2 按现代医学胃痛诊断

急性胃痛：有急性单纯性胃炎，急性糜烂性胃炎，急性化脓性胃炎，急性腐蚀性胃炎。

慢性胃痛：慢性浅表性胃炎，慢性萎缩性胃炎，肥厚性胃炎，胆汁反流性胃炎。

消化馈疡胃痛：胃溃疡、十二指肠溃疡，应急性胃溃疡，胃十二指肠交合性溃疡。

胃肿瘤，分为恶性肿瘤和良性肿瘤。恶性肿瘤分为胃平滑肌肉瘤，胃淋巴瘤，良性肿瘤分为胃纤维瘤，胃血管瘤，胃平滑肌瘤。

其他胃病：胃神经官能症，胃粘膜脱垂，胃内异物，胃柿石，胃息肉，幽门梗阻。

运用中西医结合，二元结构，中医辩证，西医辩病，中医整体观念，西医的微观来对号入座，根据中医理法方药的要求，吸收现代新的诊疗技术和科研成果进行分析，综合治疗措施。

3、胃痛治疗

土家医传统医治疗胃痛，以赶火败毒、调胃行气，善在护胃调理、平和胃气，以和为贵，以通为补，但补中有通，补而不雍，通降以和为顺。特别对慢性胃痛患者，久病入络，久病为虚，虚久气滞，气滞血瘀，瘀久成“痈”，这个毒痈就是感染火郁毒气、发炎、溃疡出血。

3.1 护胃调理

3.1.1 气滞火郁

症状：忧思恼怒，郁久不解，肝郁气结，胃胀痛，嗳气，食纳差等。

治则：疏肝理气，和胃止痛

方药：土党参 15 克，回头春 10 克，茯苓 15 克，隔山消 12 克，白芍 12 克，砂仁 8 克，厚朴 10 克，甘松 10 克，龙芽草 10 克，红枣 3 枚，水煎服每天 1 副。

3.1.2 脾胃虚弱

症状：胃脘，胀闷、食欲不振，泛恶欲吐，头身重痛，面浮肢肿，大便稀或溏泻，小便短少，舌苔白腻，脉濡。

治则：健脾和胃，消滞止痛

方法：土炒白术 10 克，制厚朴 6 克，霍香 9 克，炒枳壳 10 克，砂仁 6 克，白茯苓 12 克，一把苏 12 克，猪耳朵草 10 克，官木香 10 克，湘曲 10 克，水煎服每天 1 副。

3.1.3 肝气犯胃

症状：胃胀痛牵两肋，嗳气吞酸饮食少

治则：降气和胃

方药：参苓白术散加减

病例：李某某，女，34，住址泸溪县浦市镇，农民，已婚

就诊时间 1972 年 10 月 5 日，病历摘要：胃胀痛，嗳气 5 年余加重半年。每年春末夏初或秋末冬初，胃脘胀痛加重，泛酸嗳气。有时进食或精神不爽，上述症状加重；大小便一般，舌苔薄白而腻，脉象浮弦。

辩证：患者家住农村，小孩过多，生活实有困难，身体体质差。加上胃痛食纳不佳，女人以血为本，血化生于脾胃，统属于心，芷受于肝，肝为将军之官，随家事生产忙暇，变化多端，每年气候变更，寒邪侵袭，胃痛发作，食欲不振，精神欠佳，进食加剧，泛酸嗳气，寒邪侵袭，感冒症状加剧，为肝胃不和。

治则：降气健脾，和胃止痛

方药：赭石 15 克（先煎），黄花地丁 15 克，飞鸽合子 10 克，山药 30 克，回头春 10 克，隔山消 15 克，原朴 10 克，太子参 12 克，山柴胡 10 克，枳实 8 克，臭柑子皮 10 克，老鼠刺 10 克，水煎服，每天 1 剂。

二诊：1972 年 10 月 15 日，经服药后胃痛消失，精神好转，有时有点胃胀、嗳气。

继续服“胃疡康 2 号药”，0.5 克，每日 2 次，连服 3 天。

2006 年 3 月 15 日，作者返回家乡祭祖，问患者，说：“30 多年一直未复发了。多谢医生治疗啊。”

体会：此患者因情绪、饮食、劳倦影响着体质，加重胃气升降失常，易受外邪侵袭，故胃胀痛频频发作，嗳气、泛酸等。胃为腑，主受纳腐熟以通为顺；胃痛多实，通者不痛；所以治疗以升脾之清阳元气，降胃之浊阴之气，用赫石、飞鸽合子、老鼠刺，赶火败毒；以太子参、柑子皮、枳实、山药，益气健脾；加上土家药胃疡康，有平和胃气，解毒败气，汤散药结合而共同发挥药物疗效。

3.2 积滞郁血

在临床上，胃痛缠绵不愈者，好饮热茶，熏炙油炸食品或过度饮入烈性白酒等。久则伤胃阴，阴

虚则精血枯涸，胃气虚，脾不健运，噎嗝反吐，精血枯，大便干结，络血伤，则瘀血出血。

病例 2：瞿某某，男，21 岁，住址泸溪县浦市镇农民，就诊时间，1980 年 10 月 25 日。病历摘要：胃痛呕血嗣血 3 天。患者病前在家作客，连续喝白酒 500-800 毫升后，下午胃痛，呕吐胃内食物及酒味液体，第二天症状加重，呕出乌黑血 300 毫升，嗣出 200-400 毫升血及大便。胃胀痛有所好转，但胃仍觉嘈杂空痛。第 3 天仍吐血量较多，还解黑色大便、精神差、心悸、贫血面貌、舌苔淡，脉沉细无力。

辩证：患者过量烈性酒，酒属阳性热，皆助火动血，损伤胃故吐血或呕吐胃内容物，同时因暴饮暴食或吸烟，温热郁结于胃，胃气失和温热郁久化火，灼伤胃络，血随胃气下降，血液下渗肠道则嗣血或黑色大便，由于失血过多，血虚不能上棕面色则见血不养心，故心悸脉沉细无力，精神差。

治则：赶火败毒，活血止血。

方药：（1）胃疡康 1 号 0.3 克，日 3 次，加田三七粉 0.3 克，冲服。（2）紫通 15 克，龙芽草 10 克，黄花地丁 15 克，蛇舌草 15 克，老鼠刺 10 克，居子草 10 克，葛根 10 克，共 11 味药，水煎服，每天 1 副。

二诊：1980 年 10 月 3 日，经服药后吐血呕血好转，但瘀血还有少量，解黑色大便，继服上药加血三七粉冲服。

三诊：1980 年 11 月 5 日，吐血嗣血已停止，可进食流汁，第二天出院嘱母亲炖服母鸡 3 只，食膳疗法。

体会：患者因贪婪酒饮，酒者气味属阳，大热有毒。饮酒过度，力不能胜，一时醉倒人事不知，甚至腐烂肠胃而死。但患者酒饮过度，胃溃疡出血，临床应用紫通、龙芽草、居子草凉血，活血止血；败伤胃腑又用黄花地丁、蛇舌草、老鼠刺、葛根、解酒毒赶火败毒，消炎止痛，膳食调养胃气，半月内恢复胃肠功能。

3.3 胃的保养

胃应保养免受伤，少烦少忧莫紧张；不常熬夜少疲劳，心态平衡多开朗。戒烟限酒日三餐，瓜菜水果多杂粮；少盐低糖肉适量，米汤稀粥胃舒畅。酸冷硬物均要少，五味参和营养良；少渴浓茶多豆奶，饮食有节（洁）胃不胀。细嚼慢吞饮菜香，八成肚饱别贪量；戒掉恶习免遭殃，天天锻炼寿而康。

4、讨论

从胃的调理要抓住“降气、和胃、止痛”六个字，胃受肝胆冲气上逆，胃气不能下降，佐以赭石枳实，厚朴，飞鸽合子，回头春，通阳破气，化积开祛湿，用山柴胡既宜降，又能疏肝，以宣通之，引胃气下行，降胃通便，引火下行，通利小便，使气郁化解，胃肠舒畅。

土家药，胃疡康从多年临床实践中，具有平和、理气、活血、去瘀、止痛等效果，故用汤药和散剂结合加强药效功能，有较长久的疗效，更促使胃肠功能恢复，使患者多年不复发。

土家族医与传统医在认识疾病上，既考虑人与自然环境，包括人与天气，人与环境，人与社会是整体与局部的相互联系，在分析上注意宏观与微观的辨证统一。

注意中西结合诊断疾病中，既要注重症候，又要结合疾病，使内因和外因，精神与物质，量变与质变的内在联系。如中医的肝胃不和症候为胃胀满，牵两肋嗳气，烦燥易怒，舌苔薄白，脉弦，而西医为精神忧郁，恼怒，久之成为内毒素致使胃肠功能失调，饮食不振等。

在治疗上强调土家传统医药与西医药，整体治疗与局部治疗，治标治本，药物治疗与心理治疗与预防的有机结合，相互补充完善，达到治愈目的。

临床实践中，调护胃气治疗胃痛，常用参苓白术散加益智仁，能上、能下、能中和营调；用四君子汤主胃痛调理，寒家乌药，热加条苓谓之调和；四君子汤分用加黄芪，后朴谓之调养。一方面，可以补气养血，使气血充足，另一方面，又可调和气血，化瘀除痰，使气机通畅。应用五积散能功能守，

有解肌和营卫，治太阳中风，阳浮而阴虚，方中含平胃散治疗脾虚胃不和，痰饮痞满，纳食不消，胸闷呕泻。或水土不适，急性胃肠炎都有较好疗效。

参考文献：略。

土家医刮疗法临床作用探讨

瞿继刚　王　芳

（泸溪县中医院，湖南 泸溪 416100）

摘　要 土家族医的刮疗法或刮拭、刮痧来刺激人体肌肤，使皮肤发红、紫斑、毛细血管破裂，血红蛋白释出，组织液增加，局部温度升高，散热力加强，逐渐使体温下降。同时刮疗法疏通气血、经络，行气活血祛瘀，排汗去邪，赶火败毒，使体内废物，毒素加速排出，组织细胞得到营养，从而使血液脏腑得到调整，增加全身抗病能力，促进身体健康。

主题词 土家族医；刮疗作用

1、土家医的刮疗作用

土家族医的刮疗法有悠久的发展历史，古人说：“天地之间人为贵，头似天盖足像地，时令风邪多毒气，刮疗促健也去病”。并说人体的三元统领三百六十节，九窍五脏六腑，上元为气基以阳为主，中元为火基食基，半阴关阳，下元为水基为阴；背腰为阳，胸腹为阴，背为阳中之阳，腹为阴中之阴，肌体外为阳，内脏为阴等，而刮疗法，斡旋气机，调平阴阳，宜摇百关，疏通凝滞、气血流畅，大小便通，疏通毛窍，排除汗水，通阴败毒。调畅三元气血，内外调和，气运神和，脑清神爽，耳目聪明。

刮疗法用于一年四季，春夏之阳气盛于外，先刮胸部后刮背部，秋冬阴气潜于内，先刮背部后刮胸部，平和阴阳，使阴阳保持对立统一协调关系，“独阳不生，独阴不成”维持人体正常生命活动。《内经》说：“阳热则燥热，阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒。”故“春夏养阳，秋冬养阴”。而刮疗法，可运用自然、柔和、均匀、反复、持久、刚柔相济自疗或他疗手法，刮疗肌肤疏通气血，活血祛瘀；刮疗经络穴位，舒筋活络，祛风除湿，减少疼痛；刮疗肌肉神经，传递植物神经信息，调整脏腑阴阳，“阴平阳秘”的健康体质。

病例介绍

李某某，男，65 岁，住泸溪县白沙镇，就诊时间：2005 年 9 月 10 日。

病例摘要：头晕痛伴畏寒，发热心慌作呕 1 天，患者病前下地劳动，下午觉得头晕头痛，畏寒胸闷心烦作呕，未呕出，四脚酸软无力，舌苔白腻，脉象弦数，血压 180/100mmhg，体温 39.2℃。

辨证：患者年龄欲高，平素体质欠佳，秋季燥热，下地劳动过久可引起伤暑，阴虚阳盛，阳盛则热燥，故头晕痛，发热脉弦数，同时又伤暑热，阳伤邪气，畏寒，舌苔白腻，因秋燥火盛伤心，外有所感，内有所积，内外相合，相互为患，胸闷心烦，作呕，血压高，导致气血阻滞，脏腑气乱瘀症痧症。

治则：调整阴阳，赶火败毒，活血祛瘀。

治法：刮疗和拔火罐法

穴位：刮疗胸背部，拔罐大椎，肾俞等穴

9 月 10 日下午 5 点钟头晕痛好转，胸闷心烦消失体温 37.5℃，血压 140/90mmhg，第二天基本获

愈。

体会：患者病因年龄较大，体质欠佳，秋燥下地劳动过久引起伤暑邪气，瘀毒所致，头晕痛、发热，导致气血阻滞，高血压病。

脏腑气乱，阴阳失调等，故采用刮疗法先胸腹部后背腰部，调整脏腑阴阳，畅通气血经络，排除湿气寒气与毒素，又采用火罐拔疗，行气祛瘀，赶火败毒，安神降压，起到较好的疗效。

2、中医的刮疗作用

2.1 行气活血作用

精、气、血、津液是构在人体的基本物质，尤其气血是各机能活动的重要体现。如果气血失去常态，人体的正常生命活动就会受到干扰或破坏；气血失调，气行逆乱，使血液不循常道；气滞血瘀，瘀血阻滞脉络，使气血不得畅通，以致血不循经而溢出脉络，发生脑血管意外。

刮疗作用行气活血，调整五脏六腑，传输人体的气机气化，通过人体元气，水谷精微和自然界清气与生命活动中的血源，（脾胃消化水谷变成精微化生于精髓）循行周身不息，滋润营养周身脏腑器官。

刮疗作用于肌表，舒经活络，行气活血，使血郁化散，气滞固塞得以消除，全身气血畅通，五脏六腑调衡，如胃肠蠕动亢进者，在胸脘、背部采用刮疗手法，可使亢进受到抑制而恢复正常。如关节炎疼痛麻木于局部刮疗手法，疏通气血，减轻疼痛，或者痹症疼痛者先用刮疗后敷风温膏药，起到事半功倍的作用。

2.2 经络神经调节

经络密布全身，我们常知道有 12 经脉，奇经 8 脉，孙络和腧穴。经络有联系脏腑肢体，具有运行气血，维持人体生命活动基本物质，必须依赖经络的传注，才有输布周身，以湿濡润全身各脏腑组织器官以“行气血而营阴阳”卫气运行于脉中，气行于脉外，使营卫之气密布周身，抗御外邪，保卫机体的作用。

经络和神经，在人体内组成两张纵横交错的信息传感网络。而神经以大脑为主体，以脊髓为中心从大脑和脊髓发出无数神经纤维，通向四面八方，形成一棵枝条密布的倒立神经树， 又称为神经网，将全身器官组织成一个动作协调，机体统一的整体。

刮疗作用于经络和神经的反射作用，使肌体组织处于警觉状态，肌肉的收缩，紧张痉挛麻痹，暂时减少肢体活动，舒筋活络，调节神经，减轻疼痛，不通则痛的原理。

在临床常遇到扭伤关节炎，新久性扭伤外踝关节炎，通过刮疗，加强局部刺激，消除疼痛和肌肉紧张痉挛麻痹，促使局部组织的痛阈；或采用阿是穴敏感点刺激，形成冲击波，此波传入此络，从而使经络和阻塞神经通络重新畅通，疼痛得以舒展。

2.3 活血化瘀作用

刮疗可使局部组织形成高度充血，瘀斑、紫斑、血管神经受到刺激使血管扩张。增强周围的血液循环，增加组织血流，淋巴液增快，吞噬作用和搬运力量加强，使体内废物、邪气、毒素加速排除，起到行气活血化瘀，祛腐生新，滋润脏腑及各种组织器官的作用，使组织细胞得到新的营养，在体内气血循环不已，无处不到，以发挥其各种正常的关键作用。

病例介绍

张某某，男，81 岁，住泸溪县浦市镇，就诊时间：2005 年 12 月 15 日。

病例摘要：突然晕倒，口眼歪斜，四肢麻木沉重，活动受限，头眩头痛，口吐痰涎，舌强语言欠利，脉弦滑。

辨证：患者年岁已高，卫外不固，络脉空虚，风邪乘虚入于肌体，加上平素嗜尝油腻之物，气血痹阻运行不畅，筋脉失于濡养，气血逆乱，夹痰夹火，横窜经脉，证见突然致病昏倒，口眼歪斜，舌强淡涎，语言不利等均为中风（中经络）西医诊为脑血管意外。

治则：祛风通络，活血祛瘀，化痰开窍。

方法：急救穴，取人中、十宣、京津、玉液、百合、合谷、涌泉刺激穴位泻血祛瘀解毒降压或采用木梳刮疗法，疏通气血，气行血行。

方药：棕子莲、朱砂莲各 15 克，棕须根 10 克，枞枯球 15 克，野芹菜根 15 克，居子草 10 克，水煎服，每天 1 副。

2005 年 12 月 20 日，二诊，经抢救治疗基本获愈。

体会：患者年数已高，发病突然，就地抢救及时，没有搬运移动，促使脑部血液溢出。以快速刮疗针刺穴位放血，以泻其瘀血毒血，赶火邪败其毒素。又采用木梳揉刮头皮肌肤，疏通经络气血，气行则血行，血行风自灭血循脉络而不溢出。

土家药棕子莲，朱砂莲，居子草凉血活血，再加棕须根，枞枯球，野芹菜有扩张毛细血管化痰、祛瘀降压，诸药有共同协助恢复神经功能作用。

3、现代医刮疗的作用

3.1 神经信息调节

人体各个脏器组织，分布着经络神经网，传递着生物信息。当机体发生病变时，各个脏器组织经络神经网和生物信息就可改变状态，影响整个系统乃至全身的机体平衡。

刮疗作力于皮肤与肌肉交接处，又称皮下组织，通过刺激体表末稍神经，扩张浅层皮肤毛细血管破裂，白蛋白释出，对人体形成一种良性刺激，刺激越重，皮肤血管加速扩张，血液量增加，加快血液循环，散热力加强，传递大脑生物信息越快，机体调整阴阳气血，使体温下降，疼痛减轻，促进体表汗腺汗液渗出，随着体内废物毒素排出。

同时机体汗液排出，通阳祛邪，体内重新进行生物信息，气体、水分交换，恢复机体脏器组织，提高机构免疫和耐缺氧能力，消除自由基，提高生物活性物质的能力，具有抗御外邪入侵毒素，抗衰老，抗疲劳的作用。

3.2 自家溶血排毒作用

刮疗法的过程使局部组织高度充血，扩张、毛细血管破裂，皮肤局部形成瘀血或紫斑，三天内不能溃散，而起到自体溶血作用，形成一种新的刺激素能加强局部的新陈代谢，血流及淋巴液增快，吞噬作用刺激免疫机能，使体内废物、毒素加速排除，组织细胞得到营养，使机体得到调整，还可以通过向心性神经传递于大脑皮质，继续起到调节大脑的兴奋与抑制过程和内分泌系统的平衡。

如常用胸部刮疗法，主治冠心病、心绞痛、心律不齐、慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等。

北部刮疗法以治疗全身五脏六腑的病症，刮疗肺俞治疗，支气管哮喘，肺气肿，咳嗽等。

3.3 气血津液微循环作用

刮疗法，刺激人体组织器官，使微动脉与微静脉间的微血管血液循环直接参与生物体细胞，组织物质能量，信息传递的血液淋巴液，组织液的流动，由血浆中的水和营养物质不断经毛细血管壁滤过进入组织间，维持组织细胞行气血而营阴阳。气血与津液相互滋生，相互转化，气能摄津、布津、气附于津、津能载气，津液的循行需要气血并行通过刺激经络神经，又经气化，通路运行，活血化瘀，排除毒邪气，维持人体正常代谢。

如头部刮拭改善头部血液循环，疏通全身阳气，调整阴阳气血，可预防脑血栓，脑血管意外后遗症，神经衰弱、头痛、高血压、眩晕等症。

4、讨论

4.1 刮疗是自然医学。刮疗或刮痧是土家族及广大民间医生用来防病治病的保健医学，又叫做自然医学，或叫界面医学。

虽然刮疗作用于皮肤，使皮肤组织充血呈现紫斑、发热、疏通经络，促进血液循环，提高机体免

疫能力，从而达到全身的保健产生效果。

因此，我觉得刮疗法之所以受到那么多人的欢迎，尽管历史的变迁都没有忘记这一古老而有较深奥的理论，不仅民族医学，中医学有这一自我保健能力作为它的宗旨，而应融汇到现代医学中发挥它效能。

4.2 刮疗的双向流动。刮疗促使人体气血，脏腑之间互相流通，气血运行输布，渗灌，沟通和维持脏腑之间联系和平衡，通过广泛分布于脏腑之间的络脉相互流通，双向流动实现脏腑间功能协调，维持人体内外环境的稳定，经络与神经共同维持人体正常生命活动。一旦有病邪侵犯人体并向内传变的通路，病邪侵入经络神经破坏正常的气血运行时速和循环状态，则导致疾病发生。经刮疗刺激组织经络神经，传递信息，协调功能，共同完成气血脏腑，经络神经的协作，互换的同时带走组织代谢的废物。因此，气血脏腑经络神经的循环状态，维持人体正常生命健康。

4.3 刮疗的功能调节。刮疗于人体组织细胞强制刺激，促使气血运行加快，联同经脉、络脉气血流向面弥散、扩张、升温、加速，末端神经传递大脑信息，调整气血津液物质互换，改善全身血液神经和淋巴系统循环。如聚精会神用脑思考时，经络气血会向头部偏移，或者感冒头痛时，采用刮疗，太阳、风池、风府、迎香、大椎、风门、肺俞、曲池、尺泽、合谷、疏通气血经络，舒展末稍神经，调整脏腑，濡养周身血液循环，保卫机体功能作用。

参考文献：略。

土家药治疗乳糜尿 26 例临床观察

田祥元

（来凤县人民医院，湖北 来凤 445700）

乳糜尿是患者反复间歇性排泄乳白色尿液为主症的一种疾病，常伴有面色苍白，腰膝酸软等。土家医称此病为“膏尿积”。笔者应用土家族医药治疗该病取得较好疗效，现总结如下：

1、临床资料

26 例患者中，男性 18 例，女性 8 例，年龄最大者 69 岁，最小者 42 岁，平均年龄 57 岁，病程最长者 22 年，最短者半年。

2、治疗方法

基本方：板党 15g 炒于术 10g　枞茯苓 15g 鸡头米 15g 脚板苕 15g 香药 10g 糖罐子 15g 水菖蒲 10g 丝棉皮 15g。小便灼热者加黄皮树 10g，伴有血尿者加丝茅根 30g、锯子草根 15g。

3、治疗观察

3.1 疗效标准

痊愈：排泄乳白色尿液症状消失，乳糜尿试验阴性；好转：排泄乳白色尿液症状减轻，乳糜尿试验仍为阳性；无效：排泄乳白色尿液症状未见减轻，乳糜尿试验仍为阳性。

3.2 治疗结果

26 例中痊愈 20 例，占 76.92%，好转 5 例，占 19.22%，无效 1 例，占 3.86%。总有效率 96.14%。

3.3 典型病例

任某某，男，58 岁，干部，2000 年 5 月 13 日初诊，患者自诉近十年来，经常排泄乳白色尿液，如淘米水样，尤以早晨症状明显，近一月来，症状加重，伴腰膝酸软，无尿频、尿急、尿痛及小便灼

热感，精神、饮食较差，舌质淡，苔腻，尿沉细。化验检查显示：乳糜尿试验（+），西医诊断为乳糜尿，土家医诊断为膏尿积。治疗以调中元、壮腰健脬、解毒散瘀，方用板党 15g，炒于术 10g，枞茯苓 15g，糖罐子 15g，丝棉皮 15g，鸡头米 15g，水菖蒲 10g，香药 10g，酸汤杆 15g，嘱患者禁食肥甘厚味之品，禁房事。经服五剂后排泄乳白色尿液颜色变淡，腰膝酸软症状明显减轻，精神、饮食较好，继续用原方巩固治疗六剂，尿液变成淡黄色，腰膝酸软症状消失，精神、饮食可。化验检查示：乳糜试验（一），半年后随访未见复发。

4、讨论

土家医认为膏尿积是由房事过度，或复加湿毒，损伤腰子、尿脬。腰子损伤精血不约而下注，故腰膝酸软。尿脬损伤则排尿失常，见尿如淘米水，甚至夹有小白块，尿灼热或伴血尿。中元运化功能减弱，故出现食少，面色苍白，全身乏力等。治疗原则为调中元、壮腰、健脬。方中板党、于术、枞茯苓、脚板苕调中元，糖罐子、丝棉皮壮腰，鸡头米、香药、水菖蒲健脬。

附：药物说明

板　党：为桔梗科植物党参 Codonopsis pilosula(Franch.) Nannf 的根供药用。

于　术：为菊科植物白术 Atractylodes macrocephala Koidz.的根茎供药用。

枞茯苓：为多孔菌科植物茯苓 Poria cocos(Schw.) Wolf 的菌核供药用。

鸡头米：为睡莲科草本植物芡 Euryale ferox Salisb. 的成熟种仁供药用。

脚板苕：为薯蓣科薯蓣属植物山药 Dioscorea Opposita Thunb 的块茎供药用。

香　药：为樟科植物乌药 Lindera Strychnlfolia(sieb.etzucc)的根供药用。

水菖蒲：为天南星科植物石菖蒲 Acorus gramineus Soiand 的根茎供药用。

丝棉皮：为杜仲科植物杜仲 Eucommia ulmoides Oliv 的树皮供药用。

丝茅根：为乔本科植物茅根 Imperata cylindrical Beauv Var.major(Nees.)C.E.Hubb 的根茎入药。

锯子草：为西草科植物茜草 Rubia cordiflia L 的地下根供药用。

黄皮树：为芸香科植物黄柏树 Phellodendron Chinense Schneid 的树皮供药用。

糖罐子：为蔷薇科植物金樱子 Rosa laevigata Michx 的果实供药用。

酸汤杆：为蓼科植物虎杖 Polygonum Cuspidatum Sied.et zucc 的根、叶供药用。

土家药熏蒸、浸泡治疗跟痛症经验总结

王珍莲　洪东升

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

摘　要 目的：总结土家熏蒸、浸泡治疗跟痛症经验。方法：采用六味土医草药熏蒸、浸泡足跟。结果：治疗 28 例，治愈 19 例，显效 9 例，有效率 100%。结论：土医草药熏蒸、浸泡治疗跟痛症效果好，无毒副作用，治疗方便，经济实用。

关键词 跟痛症；熏蒸/浸泡；土医草药

跟痛症是中老年人常见病多发病，在农村尤为多见。笔者采用偏方，祖传土家草药治疗 28 例跟痛症患者疗效满意，介绍如下：

1、临床资料

本组 28 例患者均为得到随访的门诊病人，男 8 例，女 20 例；40 岁以上 21 例，病程 1 周至 3 年不等。临床表现为足跟痛，在跟骨跖面、跟骨结节与跖筋膜附着处或足跟外有 1-3 个压痛点，重者，晨起或久坐、站立时跟部疼痛明显，甚则不敢着地，步履艰难。所有患者均行跟骨正侧位摄片检查，全部为跟骨骨刺形成。治疗前均经血尿酸化验检查，排除痛风病可能。

2、药物组成及治疗方法

拘骨根、散血草、钓鱼草、路边姜、马鞭草、柴蒿各 50g（新鲜者 100g 为佳）。用刀砍切成碎块或碎节，加水 5000ml，置灶煎熬。一般沸后 30-60 分钟即可，将煎熬的药液倒入柱式木桶或木盆里，立即嘱患者将患足伸入木桶或木盆内并用厚棉布将桶口连同患足罩住，勿使蒸气外泄，充分熏蒸患处，以患者微出汗为最佳，但千万注意勿使足伸入滚烫的药液里，以免发生烫伤。当药液温度降至皮肤能以承受最低限度时，将患足浸入浸泡，并不断活动跟骨，每次 20-30 分钟，每日 2-3 次，直至痊愈。

3、结果

3.1 疗效标准。临床治愈：局部压痛消失，晨起或久坐后、站立行走时不痛，随访半年以上无复发。显效：局部压痛明显减轻，站立及行走时不痛或稍痛，但劳累或天气变化时仍有轻微疼痛及麻木。

3.2 治疗结果。本组病例治疗时间最短 7 天，最长 1 个月，临床治愈 19 例，显效 9 例，除 1 例不小心轻度烫伤足底外，其余未见不良反应。

4、讨论

多种报道均认为骨刺不是引起跟痛症的主要原因，而是由于随着年龄增长，长期硬地站立行走，跟部承重力的改变，跟骨结节部遭受慢性牵拉，局部组织发生退变、硬化，骨刺形成，同时局部充血水肿而引起无菌性炎症所致。因此治疗期间穿跟高软底鞋，避免长期站立行走及剧烈运动。

土医草药以活血化瘀，软坚散结，祛湿化痰，消肿止痛为治疗原则。方中枸骨根（又名猫公刺、六角茶）是一种常见的土草药，且分布广泛，药易得，它具有活血化瘀，舒筋活络，软坚散结，祛风止痛的功效；散血草（又名白毛枯草）系唇形科植物筋骨草的全是，味苦性寒，有清热解毒祛痰活血之功；钓鱼竿（又名腹水草）为玄参科植物腹水草的全草，味苦性辛凉，它具有利尿散瘀解毒之效；路边姜（又名白马骨）为茜草根科植物六月雪的全株，性味苦辛凉，有疏风解表，清热利湿，解毒消肿的功效；马鞭草（又名马鞭兰）是一种地道土草药，味苦微寒，具有凉血破血、杀虫消胀的作用；柴蒿（又名皇后蒿）是一种地道土草药，具有活血化瘀，软坚散结，清热解毒之功效。诸药合用，能活血化瘀，软坚散结，消肿止痛，改善局部血液循环，促进炎症渗出的吸收，使粘连、痉挛、僵硬的组织变软，从而达到治疗的目的。此方法疗效好，并且患者在治疗过程中无任何痛苦，地道药材，价格低廉，操作简单、方便，病人能在劳动工作的同时得到治疗，更适应于贫困地区农村患者需要，应值得推广普及。

土家药配合黄体酮治治泌尿系结石

洪东升　王珍莲

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

摘　要 目的：观察土家药配合黄体酮对泌尿系结石的治疗效果。方法：采用土医草药水煎服配合黄体酮肌注。结果：治疗治疗 68 例，治愈 42 例，有效 20 例，无效 6 例，总有效率 91.2%。结论：土医草药配合黄体酮治疗泌尿系结石效果好，毒副作用少，可免受手术痛苦，治疗方便，经济实用。

关键词 泌尿系结石；土医草药；黄体酮；临床观察

泌尿系结石是临床上一种常见病多发病，笔者近几年来采用自拟土医草药排石汤配合肌注黄体酮治疗该病 68 例，疗效满意，且无毒副作用，患者既省钱，又可免受手术治疗痛苦。现介绍如下：

1、一般资料

本组 68 例中，男 50 例，女 18 例，年龄 18~58 岁，平均 38.5 岁，病程 5 天至 10 年。肾结石 31 例，输尿管结石 34 例，膀胱结石 2 例，尿道口结石 1 例，以上全部经泌尿系造影或 B 超确诊，结石小于 1cm，伴肾盂积水。

2、治疗方法

处方：蛇泡勒（草霉）50g，马蹄 50g，满天星 50g，凤尾草 15g，金钱草 50g，海金砂 20g，瞿麦 10g，木通 10g，丹参 10g，生地 15g，甘草 6g。

加减：剧痛加乳香、没药、延明；尿热加银花、公英；尿痛加乌药、玄胡；尿血加三七、小蓟；阴虚加麦冬、玄参；气虚加黄芪、党参。

用法：每日 1 剂，文火煎 3 次，每次取汁 400ml，共 1200ml，分 3 次服用，并每日饮水 1000ml 以上。

黄体酮：20~40mg，肌注，每日一次，疗程七至十天。

3、临床观察

3.1 疗效标准

治愈：经泌尿系造影或 B 超确诊结石、肾积水，临床症状完全消失；有效：结石碎裂，变小或位置下移，积水明显减少；无效：经治疗 60 天后结石大小、位置无明显变化。

3.2 治疗效果

本组服药后 15 天内治愈 10 例，30 天内治愈 13 例，45 天内治愈 12 例，60 天内治愈 7 例；有效 20 例；无效 6 例，总有效率达 91.2%。

典型病例：患者，王某某，男，56 岁，农民，2004 年 3 月 25 日就诊。诉排尿困难，腰部钝痛 1 周。今晨疼痛加剧，尿量少，色如洗肉水，查见双肾区有叩击痛。实验室血常规 WBC13.5×109/L，NO.80；尿常规见肉眼血尿，浑浊，蛋白（+），镜检见 WBC（2~4），RBC（+++），尿酸盐结晶（++），肾盂造影诊断为：1、左输尿管上段结石并肾积水；2、右肾下极小结石。依上方加减 11 天治愈。

4、讨论

泌尿系结石属祖国医学“淋证”、“腰痛”范畴，隋巢元方指出：“石淋者，肾主水，水则成石，故肾客砂石，肾虚为热所乘。”所以泌尿系结石会导致膀胱湿热，血脉瘀阻，则出现疼痛或小便淋漓不尽，血尿等。故笔者采用自拟土医草药排石汤治疗该病。方用：蛇泡勒（草莓）（出自《实用中草药彩色图集（第二册）》），属蔷薇科多年生灌木，具有良好的清热利湿，排石通淋功用；马蹄金、满天星（出自《草木便方》），为伞形科植物胡荽的全草，具有清热解毒，利尿散结功能；凤属草清热解毒，止血利尿；金钱草渗湿清热，利尿排石；海金砂泻膀胱血分湿热，通利水道；佐瞿麦、木通利尿通淋；丹参祛瘀止痛，活血通经；辅生也滋肾、养阴、生津；甘草调和诸药。诸药同用渗湿泻热排石通淋，活血化瘀止痛，共奏化石通淋利尿止痛之功。

现代医学药理研究发现黄体酮具有扩张输尿管、缓解肾绞痛，溶石排石之功效。在治疗中，嘱患者做跳跃运动，大量饮水，以助排石。从临床实践中观察，“土医草药排石汤”确有镇痛快，清热作用强，化石、排石效果好，不良反应少，可免受手术之苦等优点。

民族药上天梯药酒治疗风湿病

杨春霞
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

恩施土家族苗族自治州，位于西南地区，这里夏天多风多湿，冬季多风多寒。由于气候的原因，风湿病在这里相当多见，在与疾病的斗争中，这里的人们认识了许多对风湿病治疗有效的药物。笔者运用民间治疗风湿病的药物，配制的上天梯药酒治疗风湿病疗效显著。现介绍如下。

1、药物组成

上天梯 125 克、黑虎七 50 克、麻布七 50 克、杜仲 30 克、鸡矢藤 140 克、乌梢蛇 50 克、九龙盘 125 克、寄生 30 克、五加皮 50 克、忍冬藤 30 克、苞谷酒 5000 毫升。

2、制备方法

取上述合格饮片置于瓦缸中，将 60 度苞谷酒 5000 毫升分三次加入，第一次加入 2500 毫升浸泡 25 天（每隔 5 天搅拌一次），抽滤，放置。第二次加苞谷酒 1500 毫升浸泡 20 天，抽滤，放置。第三次加苞谷酒 1000 毫升浸泡 15 天，抽滤，滤液与前两次滤液合并，加入适量白糖溶入其中矫味，静置 48 小时后取上清液，即得。

3、功效主治

祛风除湿、舒筋活络、强筋健骨。主治风湿性关节炎，类风湿性关节炎。肌肉、筋骨疼痛，麻木，关节肿大，四肢无力，屈伸不利等。

4、典型病例

张某，男，50 岁，建始官店人，农民。2003 年初诊，患者患关节炎多年，经中、西药物治疗，效果不甚理想。诊见关节肿胀，疼痛，手指略带弯曲变形，行走困难。诊断为风湿性关节炎。治疗为用上天梯药酒每次服 30 毫升，每日 3 次。一个疗程后（30 天），自觉疼痛减轻。继服一个疗程后，关节肿痛消失。手指屈伸有力，行走自如，恢复劳动力。

5、讨论

中医理论认为，风湿病多由风、寒、湿、邪浸袭人体所致，治疗主以除湿驱风，舒筋活络，通痹止痛为主。而上天梯药酒正是以这点为主，在药物配伍上，还根据《素问、至真要大论》“风淫所胜，治以酸湿，佐以库生，以辛平之。湿邪所胜，平以苦热，佐以酸辛以苦燥之”以及“治风先治血，血行风自灭”和“治湿不利水，非火治也”的组方原则配制而成，上天梯、黑虎七、鸡矢藤等 5 种民族中草药，均具有祛风湿，通络、活血消肿止痛之功，加上乌梢蛇祛风、止痉。五加皮、桑寄生补肝肾、强筋骨，九龙盘的温中散寒的作用，诸药合并，则对各类风湿病症状产生有效的控制。

本方是通过多年的应用，治疗效果好，无毒副作用。尤其是其主要成分，我州深山老林均有分布，药源丰富，制备工艺简易，认为上天梯药酒是一个较为理想的民族药制剂，同时也是一个传统中药与民族药物结合甚为理想的制剂。

附：1、上天梯：为酸浆草科植物酸浆草 Oxalisgriffithil Edgewet Hookf 的全草

2、黑虎七：为萝藤科植物黑龙骨的藤茎

3、麻布七：为毛茛科植物高乌头的根

4、鸡矢藤：为茜草科植物鸡矢藤的藤茎

5、九龙盘：为姜科植物山姜的全草

土家族祖传秘方治疗外痔

谈永爱
（鹤峰县铁炉乡卫生院，湖北 鹤峰 445802）

笔者幼年跟祖父学医，得知一方。该方药物组成：桐子树皮、桃胶、夏枯草、朴消、冰片、蜂密。本方具有清热散结，收敛消核。主治单纯性血栓性外痔。

用法：桐子树皮、桃胶、夏枯草，取泉水 200ml，浸泡一个小时，再煎一个小时，取汁液 100ml，对朴消、冰片、蜂蜜，一起混和搅匀，备用。用消毒棉球浸渍本药液后，涂敷于痔核表面，每 2 小时 1 次。本方治疗血栓性外痔 51 例。症状及痔核消失者 35 例，症状显著减轻，痔核缩小 11 例，症状及痔核无改变者 5 例。总有效率 90%。

14 种土家族药的不良反应与治救介绍

杨德泉 佘永红 彭敏 鲁梅玉 鲁翠香 彭司维 张满英
（湘西自治州药品检验所，湖南 吉首 416000）

土家族药物中也包括一部分有毒性的药物，这些有毒性的药物常常因“民族药物来自大自然，没有毒性”的观念，其毒性往往被忽视，导致使用不当而发生不良反应。笔者认为在民族医药发展过程中，药物的不良反应应引起高度重视，故将 14 种药物的不良反应及救治资料汇辑如下，供同道参考。

1、毛猴子

【别名】黄药子、黄狗头、麻雀蛋。

【不良反应机制】黄药子含有毒成分薯蓣皂苷及黄药子萜等，能引起急性中毒。口服过量对中枢神经、心脏、肝、肾有毒害作用。

【不良反应】中毒后主要表现为：口腔、舌和咽喉有烧灼感，流涎、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、瞳孔缩小，严重时心悸、惊厥、昏迷、呼吸困难及心脏麻痹等。对肝脏的损害表现为肝大、黄疸、谷丙转氨酶指标升高、尿胆阳性、胁肋胀痛、腹水等，严重者可引起肝昏迷。

【治疗与解救】

(1)首先用 1：5000 的高锰酸钾洗胃，用硫酸镁导泻，再口服药用炭、牛奶、蛋清等。

(2)应用保肝药如肝泰乐、维生素 C、消炎利胆和降低转氨酶的药物等。如出现肝昏迷时，口服左旋多巴，精氨酸加入 5％葡萄糖液中静滴。

(3)腹痛、腹泻、呼吸困难、瞳孔缩小时，皮下注射阿托品。

(4)中药治疗：

1)生姜 30g，榨汁加白米醋 60g，甘草 9g，水煎，含漱且服下。

2)岗梅 250g，清水 5 碗煎至 2 碗饮服。大量服绿豆汤。也可应用茵栀黄注射液。

2、三步跳（半夏）

【别名】和姑、燕子尾、麻玉果。

【不良反应机制】半夏全株有毒，可能与含有某些生物碱及植物固醇对呼吸中枢系统及周围神经有抑制作用，大剂量可麻痹神经。此外，生半夏对皮肤粘膜和胃肠道粘膜有较强的刺激作用和腐蚀性。

【不良反应】口服半夏可出现过敏性药疹，一般在腰部、背部，而后蔓延全身，瘙痒难忍。还可引起局部皮肤过敏性坏死。中毒后可出现口舌麻木，咽喉疼痛干燥，上腹部不适等症状，继而喉舌肿胀、灼痛充血，流涎，声音嘶哑，语言不清，吞咽困难，剧烈呕吐，腹痛，腹泻，头痛发热、出汗、心悸、面色苍白、脉弱无力、呼吸不规则，严重者抽搐、喉部痉挛，最后死于呼吸麻痹。

生半夏中毒 生半夏中毒，可出现口腔、喉头及消化道黏膜因强烈刺激而引起的疼痛、肿胀、麻木、不能发声、流涎、痉挛、呼吸困难。大量服用可致呼吸麻痹而死亡。但一般不影响心血管系统，无心悸、血压下降、心律失常等。

【治疗与解救】

(1)出现过敏性药疹，肌内注射非那根 25mg，静脉推注 25%葡萄糖溶液 40ml、10％葡萄糖酸钙 10ml、维生素 C 注射液 1．Og、地塞米松注射液 10mg，口服扑尔敏。局部皮肤过敏性坏死时，可增加肌注青霉素。

(2)中毒后，立即用 1：5000 高锰酸钾溶液或浓茶或鞣酸液洗胃，用硫酸镁导泻；内服蛋清、牛奶、稀粥、面糊、果汁等。

(3)静脉输液促进组织细胞的代谢，帮助内脏器官功能的改善和恢复。在抢救过程中对症治疗。

(4)中药治疗：

1)食醋 30～60ml，口服。

2)防风 60g，绿豆 30g，甘草 15g，煎水频服。

3)生姜汁 5ml，白矾 9g，调匀即服。

4)鲜姜汁 10ml，灌服，以后每 3 小时灌服生姜汁 5ml。

5)绿豆衣 15g，金银花 30g，连翘 30g，生姜 16g，甘草 9g，水煎 2 次，合在一起，每 4 小时服 1 次，2 次服完，连服 3～5 剂。

3．蛇包谷（天南星）

【别名】蛇芋头、天南星。

【不良反应机制】天南星含三萜皂苷、毒芹碱、苛辣性毒素等。所含苛辣性毒素对皮肤和粘膜有强烈的刺激作用，吸收后出现神经症状及全身毒性反应，严重时可产生惊厥、呼吸困难，最后使呼吸中枢完全麻痹而死亡，运动神经中枢也受到影响。

【不良反应】主要为毒性反应，临床表现为：首先对局部有强烈刺激，接触皮肤则发生瘙痒、肿痛、红斑、起泡、糜烂。误食或超量内服，可引起口腔咽喉有麻辣、痒 感、大量流涎、味觉丧失、言语不清、声音嘶哑、张口困难、口腔粘膜轻度水肿、糜烂、头痛、心慌、面色苍白、四肢麻木，严重者可出现痉挛、窒息、昏迷、因呼吸衰竭 而死亡。

天南星中毒 天南星中毒，亦可出现口舌麻木、灼辣感、舌运动不灵活、咽颊充血、水肿、头昏、心慌、四肢发麻，重者出现昏迷、窒息、呼吸停止。一般均可出现口腔黏膜及悬雍垂的糜烂。这是乌头类药物中毒所不具备的。

【治疗与解救】

(1)皮肤瘙痒、起泡，可用稀盐酸或鞣酸液洗涤。

(2)如服用未超过一个小时，可用 1：5000 高锰酸钾溶液，或鞣酸、2％～3%药用炭洗胃。用硫酸镁导泻，阿朴吗啡催吐。

(3)静脉滴注 10％葡萄糖溶液，或 5%葡萄糖盐水，促进毒素排出，并纠正电解质紊乱。滴注时加入 ATP、辅酶 A、能量合剂、维生素 C 注射液。

(4)如有呼吸困难时，可应用呼吸兴奋剂尼可刹米、山梗菜碱等，及时给氧或人工呼吸，必要时切开气管。其他对症治疗。

(5)中药治疗：

1)内服中毒，可先用大量生姜汁或防风汁灌胃，然后服稀醋酸；也可灌服浓茶、蛋清或生姜糖水或25%干姜汤60ml，含服。

2)生姜30g，防风60g，甘草15g，水煎成2碗，先含漱一半，后内服一半。

4．乌蔹（川乌、草乌）

【别名】川乌、川乌头、草乌、五毒根。

【不良反应机制】乌头性热辛苦，全株有大毒，主要有毒成分为乌头碱、次乌头碱。乌头碱对心脏有强心作用，而后为抑制作用，可使心收缩力减弱，心律紊乱，抑制窦房结兴奋，增加普肯耶纤维兴奋性，产生高频异位节律，最后死于心跳停止。乌头碱对迷走神经有强烈的兴奋作用，对中枢和末梢神经先兴奋后抑制，如对血管运动中枢先有血压上升作用，而后又引起血压下降，还可直接刺激子宫，而致子宫收缩。

【不良反应】中毒后首先感到唇舌辛辣、灼热、继而发痒麻木，从指尖逐渐蔓延至四肢及全身，痛觉减弱或消失，感到头晕眼花、恶心、呕吐、流涎、腹痛、腹泻、肠鸣音亢进，偶有血样便、耳鸣、复视、瞳孔先缩小后放大、呼吸急促、咳嗽、血痰、呼吸困难、发绀、急性肺水肿、心慌气急、心动过缓及心律失常。严重心律失常导致心功能不全，甚至发生阿一斯综合征，此时可能出现阵发性抽搐、肌肉强直、机体发硬、牙关紧闭、大小便失禁、呼吸因痉挛而窒息、继而衰竭致死。

【治疗与解救】

(1)早期应尽快催吐，并立即用1：2000～1：5000的高锰酸钾溶液或2%盐水或浓茶反复洗胃再用硫酸钠20～30g导泻。灌人通用解毒剂20g，或混入水中的药用炭20g。

(2)静脉输入高渗或等渗葡萄糖注射液，以促进毒物的排泄。

(3)对症治疗：

1)乌头所致心律失常的特点是易变性，而治疗的药物及手段也是多样，所以在心电图监测下，依心律失常的性质选择用药。

2)注射阿托品，以对抗迷走神经的兴奋，解除平滑肌的过度紧张，抑制腺体分泌。如注射阿托品后，多发性室性期前收缩和阵发性室性心动过速仍然存在，或有心源性脑缺血综合征时，可使用利多卡因、普鲁卡因胺、溴苄铵等。

3)当出现窦性静止时，应用异丙肾上腺素，着重兴奋心脏上部的起搏点，同时可用能量合剂辅助治疗。不可应用于抑制心肌应激性的药物：利多卡因、普鲁卡因胺、钾盐等。

4)如有呼吸抑制，应给呼吸兴奋剂，病人有血压下降者，通过纠正其心律及补液等一般即能恢复正常，不必多用升压药，以防心律失常复发。

(4)电击转复，有时一次电击便可见效。

(5)中药治疗：

1)万年青总苷可与阿托品配合应用治疗心律失常，单独应用可治疗心力衰竭。

2)西洋参9g，茯苓12g，白薇9g，生甘草9g，桔络5g，竹叶5g，炒山栀5g，石斛18g，犀角1g(冲服)，水煎服。

3)生姜10g，甘草15g，银花18g，水煎服。绿豆120g，生甘草60g，水煎服。或绿豆60g，黄连6g，甘草15g，水煎加红糖服下。

4)银花、甘草、黑豆、绿豆、赤小豆、蜂蜜各30g，煮汤配合阿托品疗效好。

5．鬼臼（含八角莲、六角莲、江边一碗水等）

【别名】八角莲、九臼、天臼、害母草、八角盘、山荷叶、八角镜、一碗水等。

【不良反应机制】鬼臼中含鬼臼毒素，其作用类似于秋水仙碱，对人体细胞毒性大，内服后可刺

激小肠，大量服用可出现血便，或导致严重衰竭性虚脱，注射给药对中枢神经系统有强烈作用，可抑制呼吸中枢，导致死亡。

【不良反应】内服中毒后有唇麻、恶心、呕吐、水样便，严重者昏迷、口唇发绀、眼球结合膜水肿、舌及口腔粘膜溃疡、双肺痰鸣、各种反射消失，最后心跳停止而死亡。

【治疗解救】

(1)用 1：5000 高锰酸钾液洗胃，导泻。

(2)静脉输液。

(3)对症治疗。

6．马桑树（马桑）

【别名】阿木斯、连花献。

【不良反应机制】马桑全株有大毒，有毒成分为马桑毒素、羟基马桑素等。作用与印防己毒素相似，其能刺激延髓，兴奋呼吸中枢、血管运动中枢以及迷走神经中枢，增强脊髓反射。

【不良反应】主要为中毒反应，临床表现为：在食后 O．5～3 小时内出现头痛、头昏、胸闷、口涎增多、恶心、呕吐、全身瘙痒、疼痛、灼热腹痛等，常可自行消失。严重时遍身发麻、心跳变慢、血压上升，瞳孔缩小、呼吸增快、反射增强，即刻昏倒(伴随惊叫)，而后出现阵发性抽搐，间隙期间病人意识可呈半清醒状态或昏睡。甚者可于多次反复发作惊厥后，呼吸停止。

【治疗与解救】

(1)中毒后立即催吐，再用温开水反复洗胃，用 O．1～O．5％碳酸氢钠灌胃，再导泻。服用水合氯醛、苯巴比妥钠等镇静，也可肌内注射苯巴比妥钠，或用 10％水合氯醛灌肠，无效者，可吸入少量的乙醚，制止抽搐。

(2)静脉输入 5％葡萄糖生理盐水，以促进毒物排出。

(3)适当应用抗生素，防止呼吸道感染。

(4)其他对症治疗，补充维生素 C、K，并大量服白糖。

(5)中药疗法：

1)黑豆 30g，莲蓬蒂 15g，水煎服。

2)紫河车 60g，研末，分 6 次冲服。

3)甘草 60g，水煎服。

4)知母 9g，生石膏 60g，甘草 24g，梗米 12g，水煎，分 2 次服，每 4 小时 1 次。

7．汁儿根（鱼腥草）

【别名】三白草、侄儿根。

【不良反应机制】鱼腥草中含有挥发油，大剂量可致肺严重出血和血栓等。

【不良反应】

(1)口服偶有口干、胃灼热、心悸、手抖，过量服用后出现恶心、呕吐、头晕、大汗、呼吸困难、昏迷、休克。

(2)注射鱼腥草注射液可引起过敏表现，如皮疹、大疱性药疹、过敏性紫癜、急性肺水肿等，还可出现突然心慌、面色苍白、发绀、呼吸困难、两肺湿啰音等。

【治疗与解救】主要是对症治疗，出现过敏反应时肌注异丙嗪，静注地塞米松、氨茶碱等。

8．花椒

【别名】大椒、香椒、大花椒。

【不良反应机制】花椒的挥发油中所含桉牛儿醇可使动物呼吸麻痹而死。

【不良反应】中毒表现为恶心、呕吐、口干、头晕，严重时抽搐、谵语、昏迷、呼吸困难，最后

呼吸衰竭而死。

【治疗与解救】

(1)早期催吐，用 1：5000 的高锰酸钾液洗胃，导泻，内服鸡蛋清。

(2)静脉输液，呼吸困难时吸氧，必要时人工呼吸。对症治疗。

9．包谷七（万年青）

【别名】竹根七、开喉剑、牛大黄。

【不良反应机制】万年青有毒，主要含多种万年青苷，具有洋地黄苷样作用，毒性比洋地黄大，能刺激迷走神经与兴奋延髓中枢，也对心肌有直接抑制作用。

【不良反应】服用后在 1～2 小时出现恶心、呕吐、头痛、眩晕、眼花、视物模糊、流涎、食欲不振、腹痛、腹泻、胸闷、心前区压迫感、四肢麻木、肢端厥冷、皮肤苍 白、心跳缓慢、血压下降，严重者有烦躁不安、昏迷、瞳孔散大、四肢抽搐、心律失常、室性期前收缩、传导阻滞、房性或室性心动过速、窦性心动过速或过缓、阿一斯综 合征等反应，甚至引起阵发性心房颤动及心房扑动，或严重传导阻滞而死亡。

【治疗与解救】

(1)用浓茶或 1：5000 高锰酸钾溶液洗胃，硫酸镁导泻，内服通用解毒剂或鞣酸蛋白。

(2)对症治疗：

1)如发生少量期前收缩或短暂三联律时，可口服氯化钾液，如出现频发的异位搏动，伴有心动过速、室性心律失常时，可静滴氯化钾。

2)如有重度房室传导阻滞、窦性心动过缓、窦房结阻滞、窦性停搏，可用阿托品静滴或皮下注射。

3)如出现心律失常时，可用苯妥英钠静注，待转为窦性心律后，改用口服维持。

4)如出现急性快速型室性心律失常，可用利多卡因缓慢静注。

5)出现室性心律失常如频发室性期前收缩、二联律或多源性室性期前收缩、室性心动过速、心室扑动颤动，可用溴苄铵。紧急情况下可静脉给药，对溴苄铵、利多卡因、苯妥英钠无效时，可用美西律(慢心律)缓慢静脉注射。

6)出现室上性心动过速，可用维拉帕米(异搏定)，口服即可，对于房室传导阻滞及心源性休克的病人禁用。

10．三百棒（飞龙掌血）

【别名】见血飞、大救驾、血见愁等。

【不良反应机制】本品有毒，主要毒性成分为白屈菜碱、二氢白屈菜红碱等。超量服用可中毒，为神经肌肉毒，对心脏也有抑制作用，对胃肠粘膜有强烈刺激作用。

【不良反应】中毒后主要表现为：嗜睡、心跳变慢、血压下降、恶心、呕吐、面色苍白、抽搐，终因呼吸及心脏麻痹而死。

【治疗与解救】

(1)中毒后立即用 1：4000 高锰酸钾洗胃，而后服用药用炭及硫酸钠液。静脉输液，促进毒素排出。

(2)对症治疗：呼吸困难时给呼吸兴奋剂，如尼可刹米等。呼吸中枢被抑制时，给氧，必要时进行人工呼吸。

(3)中药治疗：

1)甘草 60g，绿豆 60g，煎汤即服，每 4 小时 1 次，连服 3～4 剂

2)抽搐严重时用蜈蚣 2 条，全蝎 6g，僵蚕 6g，天麻 9g，钩藤 9g，蝉蜕 6g，甘草 12g，加水煎 2 次，合在一起，早晚分 2 次服。

3)人参 9g(先煎)，五味子 12g，麦冬 12g，加水煎煮 2 次，合在一起分 2 次服，每 4 小时 1 次，连

服 2～3 剂，或肌内注射生脉针 2～4ml，适用于心力衰竭、低血压、呼吸中枢麻痹。

11．吴茱子（吴茱萸）

【别名】土吴芋、野吴芋、溴吴芋。

【不良反应机制】吴茱萸有小毒，含有多种生物碱，对中枢神经有兴奋作用，大量可致神经错觉、视力障碍。

【不良反应】

(1)服用后可出现猩红热样药疹，表现为四肢皮肤灼热、瘙痒不适，出现针尖大小鲜红色丘疹，压之褪色，颈前及上胸融合成片，界限不清，皮温升高。

(2)中毒后主要表现为：强烈的腹痛、腹泻、视力模糊、错觉、脱发、胸闷、头疼、眩晕或皮疹。

【治疗与解救】

(1)出现猩红热样药疹后肌注苯海拉明，静脉注射 25%葡萄糖、氢化可的松、维生素 C 和葡萄糖酸钙。同时口服强的松、扑尔敏等抗过敏药物。

(2)中毒后用 1：5000 的高锰酸钾洗胃，用硫酸镁导泻，内服牛奶、蛋清等。腹痛时应用阿托品或颠茄合剂，视力障碍时可补充 B 属维生素等，其他对症治疗。

(3)中药治疗：

1)黄连 15g，水煎服。

2)剧烈腹痛、腹泻时，可用地锦 24g，元胡 9g，黄柏 9g，秦皮 12g，甘草 15g，水煎，每 4 小时服 1 次，两次服完，连服 3～6 剂，

3)视力障碍、毛发脱落时，用石斛 15g，黄芩 9g，谷精草 15g，菊花 12g，枸杞子 15g，生地 9g，甘草 6g，水煎，早晚各服 1 次。

4)黄柏 9g，绿豆 30g，甘草 15g，芦根 30g，水煎服。

12．酸筒杆（虎杖）

【别名】土大黄、土升麻、酸茄子、麻酸杆、姑娘茶等。

【不良反应机制】虎杖中含有大黄素、鞣质及多种酚陛化合物，有小毒。超量服用可刺激胃粘膜产生反应。

【不良反应】主要表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻，常因失水过多产生昏迷、虚脱、休克等，长期服用有血小板减少及出血假倾向，大剂量可造成肝细胞损伤，引起肝功能异常，导致白细胞减少，偶见血尿。

【治疗与解救】(1)过量服用后催吐、洗胃，服用药用炭吸附毒物，并止泻。静脉滴注葡萄糖盐水及对症治疗。

(2)中药治疗：

1)茶叶 15g，红糖适量，焦山楂 12g，煎汤频服。

2)干姜 15g，生地榆 9g，五倍子 3g，红糖适量，煎汤内服。

3)腹痛、腹泻时，白芍 15g，乌药 9g，黄连 9g，延胡索 9g，广木香 3g(后下)，藿香 9g，甘草 9g，黄芩 6g，水煎 2 次合在一起，每 6 小时 1 次，2 次服完。

4)休克时，静脉注射生脉注射液，每次 6～10ml。

13．石榴皮

【别名】安石榴

【不良反应机制】石榴皮中含石榴皮总碱，毒性约为石榴皮的 25 倍，可麻痹呼吸中枢，对心脏可使暂时兴奋，心搏数减少，对骨骼有藜芦碱样作用。对神经末梢呈箭毒样作用，可使肠道紧张度降低，兴奋子宫对自主神经节有烟碱样作用。

【不良反应】主要为中毒反应：如服用石榴皮总碱 11mg / kg，即引起脉搏变慢及血压上升，大量使脉搏显著加快。一般剂量可引起轻度中毒，如眩晕、视觉模糊、虚弱、小腿痉挛、蚁走感及震颤。中毒剂量则迅速产生瞳孔散大、部分盲目、剧烈头痛、眩晕、呕吐、腹泻、衰竭，有时惊厥，最后可因虚脱、呼吸肌麻痹而危及生命。

【治疗与解救】

(1)大量清水或 l：4000 高锰酸钾液洗胃，危重者服通用解毒剂，服硫酸钠导泻。

(2)取碘酊 1ml 加水至 100ml(或 15～20 滴入半杯水内)，口服。口服维生素 B1、B6、C 及鱼肝油。

(3)对症治疗：

1)惊厥时，用巴比妥类药物、安定或水合氯醛等。

2)头痛时，用镇痛剂，如阿司匹林等，或用针灸。

3)呼吸困难时，可用呼吸兴奋剂，如尼可刹米、山梗菜碱，必要时行人工呼吸以及其他对症处理和支持疗法。

(4)中药治疗：

1)当归 9g，大黄 9g(后下)，明矾 30g，甘草 15g，水煎 2 次，合在一起，每 6 小时服 1 次。

2)惊厥时也可用天麻 9g，蜈蚣 2 条，钩藤 15g(后下)，琥珀 1．5g(冲服)，水煎 2 次，合在一起，每 3 小时服 1 次，2 次服完，连服 2～4 次。

14．千里光

【别名】千里明、九灵光等。

【不良反应机制】超量易中毒，分为急性和慢性中毒，均对肝脏有损害。

【不良反应】主要为中毒反应，临床表现为疲乏无力、恶心、呕吐、腹胀、腹痛、黄疸、尿少、腹水等。对肝的损害：急性导致肝坏死，慢性引起进行性肝变性，致肝硬化、腹水，最后可因肝昏迷而死。个别病人有过敏性药疹。

【治疗与解救】

(1)中毒后立即催吐，用 1：5000 的高锰酸钾或 1％～2％的鞣酸溶液洗胃。口服药用炭或通用解毒剂。

(2)腹水严重者可给双克，必要时静脉注射速尿。出现过敏性药疹，应用抗过敏药物。

(3)保肝疗法：口服维生素 B1、B6 及复合维生素 B、葡醛内酯(肝泰乐)；肌内注射维生素 Bl2 等；静脉注射 50％葡萄糖液 60ml，加维生素 C2g，每日 2 次。

(4)其他对症治疗。

论土家族药的药性

杨德泉

（湘西自治州药品检验所，湖南 吉首 416000）

土家族药的药性包括性能、有毒无毒、用药禁忌、药物相反等内容。土家族药都有一定的性能，即性和味，性和味是土家族药的基本性质。

1、土家族药的性

土家族药的药性分为三性，即冷性、热性、平性。热性药是指能够消除或减轻寒证的药物。宋•

《证类本草》卷第十四载：施州又一种崖椒，彼土人四季采皮入药，云味辛，性热，无毒。唐慎微的该记载表明，至少在宋代，鄂西地区的土家人已不仅掌握了采药的季节规律、药用部位，而且还认识和掌握了药性规律，一个“云”字，生动地反映了“崖椒性热”是出自土家人亲口述说，是土家人从实践中摸索出来的药性认识，也说明土家人是比照自然气候变化规律的性质来描述药性的。宋•《本草图经》曰：“预知子，旧不载所出州土。今淮、蜀、汉、黔、壁诸州有之。…… 今蜀人极贵重之，云胜于子也。山民目为圣无忧。…… 根　[气味] 苦，冷，无毒。[主治] 解蛊毒。”历代本草著作中，用“冷”表述药性的情况是极罕见的。然而，苏颂对这味药的药性记述用了“冷”性，这不是苏颂的大意，更不是故意，而是对民族药物的药性的忠实记录。因为本味药产于蜀、黔，其主治为解蛊毒，土家人就居住在蜀、黔间大山区，常患蛊毒这一山区特征的疾病，所以这味药来自土家族，药性当然有“冷”性。南朝南齐南梁时期的陶弘景著《本草经集注》载：“黑石脂，味咸，平，无毒。…… 好者亦出武陵、建平、义阳。”又载“防已，今出宜都、建平，大而青白色、虚软者好，黑点木强者不佳。[气味] 辛，平，无毒。”黑石脂、防已，均为产于土家族地区的药物，均具平性，可见土家族药物的药性有“平性”这项重要内容。

土家族药的药性,是土家族药匠根据疗效，经千百年来大量的临床试践和反复的临床验证的基础上综合总结、推论出来的，是对药物的不同的医疗作用的总概括。如小金刚草对着凉鼻塞、流清涕，火葱对风寒脑壳痛有赶风赶寒的作用，表明这两种药具热性。冷性药是指能够消除或减轻热证的药物，如地苦胆对急性喉咙肿痛，猪肝草对着凉发高烧有赶火败毒的作用，表明这两种药物具有冷性。平性药物是指作用缓和，介于冷热性之间的药物，如因啖不洁之物或饮食过量而致小儿肚肠损伤，食物不化，肚气上逆的隔盆腔症，用生黄豆治疗，可获效果。本病症表现既不偏热亦不偏冷，生黄豆的作用非赶火赶寒，而是化食除隔，表明生黄豆为平性。

土家族药物的“冷、热、平”三性，组成了具土家药特色的药物性能体系。

2、土家族药的味

土家先民是以尝味方法来认识药物的。在长期的医药实践中，也发现了药物的味与治疗疾病之间的联系，总结出了酸、甜、苦、辣、咸、涩、麻、淡八种药味。

酸味：明•李时珍《本草纲目》第二十九卷果之一载：“李 其产有武陵、房陵诸李。实[气味] 苦、酸。” 酸味药有收敛固涩作用，多用治久劳虚汗、痢泄等症。[1]土家药匠常用乌梅、木瓜、金樱子治久汗、虚汗、滑精等。

甜味：具有补养和中缓急等作用。如土人参、土沙参能补气，红枣能和中等。

苦味：宋•苏颂《图经本草》载：“半天回 生施州……土人夏月采根，味苦、涩。”[2] 苦味药具有燥湿和泄下的作用。如水黄连、山苦瓜、十大功劳具有燥湿败火的功能。

辣味：宋•苏颂《图经本草本经外草类卷》第十九载：“都管草 生施州及宜州田野。味苦、辣。主风肿毒赤疣，以醋摩其根涂之。”辣味药具有赶气散风寒作用。

咸味：宋•苏颂《图经本草》载：“白花蛇　今具黔中、蕲州邓州皆有之。…… 黔人有被螯者，立断之，续以木足。…… 肉　甘，咸。” 《本草经集注》载：“黑石脂　味咸，平，无毒。主治……主阴蚀疮……好者出武陵、建平、义阳。”咸味药有润下散结的作用。多用于治疗疡子、热结便秘等。

涩味：宋•苏颂《本草图经本经外木蔓卷》第二十载：“大木皮，生施州。…… 味苦涩。”涩味药具有药具有收敛、固涩作用。多用于久病虚汗、痢疾、滑精等。常用药有五倍子、椿树皮等。

麻味：具有赶寒止痛和赶风的作用。如麻口皮子药用于风湿筋骨痛。

淡味：具有消水利尿作用。多用于治疗水肿病。如金钱草、伏苓等用于水肿、小便短赤。

3、土家族药的有毒或无毒

药物的有毒或无毒的性质，是药物的的基本性质之一，是指导临床用药安全有效的重要内容。土

家族药匠在千百年来的医疗实践中，在发现药物的主要功效的同时，也逐渐认识到了药物的有毒无毒的性质。例如宋•苏颂等编〈〈图经本草〉〉中就有“施州独用藤……其皮味苦辛，性热无毒”的记述，说明当时的土家药匠已经有了药物的有毒无毒的经验认识。这些经验认识在经过反复不断地临床验证，土家药匠逐步地掌握了药物的有毒无毒规律，形成了药物毒性理论，并用以指导临床用药和药物加工，为土家族世代医疗保键起到了特殊的重要的保障作用。

土家族药的有毒性质，是指某些药物的性质强烈，或者有明显的毒副作用，用之不当，往往可以导致中毒，甚至死亡，如乌蔹、三步跳等。无毒性质，是指药物的性质比较平和，一般无副作用，也不会引起中毒，如蓑衣藤、光棍草等。

土家族药的有毒性质分为三个层次，一是有大毒：毒性剧烈的药物，土家族药匠认为是大毒性质，如八里麻（羊踯躅），性热，味涩、辣，有大毒。二是有毒：毒性比较大的药物为有毒性质，如八角七、铁灯台、马桑树、半截烂、蛇包谷等。三是有小毒：毒性较低的药物为小毒性质，如百味莲、无娘藤、四两麻、铁搜等，多数打虫药均有小毒。

土家族药的无毒性质是相对有毒性药而言的，一般指药性平和，正常剂量使用情况下没有毒副作用的药物，大多数表药、赶气药、赶火药、消水药、补养药、止嗣药、止汗药、喜药都属无毒药。[3]

土家药匠认识了药物的毒性，一方面采用加工制药方法，降低其或除去其毒性，如乌蔹（草乌）有毒，药匠们采用水煮办法，将乌蔹的毒性降低；毛猴子（黄独）有小毒，药匠们有尿制法（取药用尿浸一宿，取出晒干），降低其毒性。二方面利用药物性能，用配伍方法制约药物的毒性，如四两麻性热，味辣，有小毒，在治疗风寒头痛咯痰的病症时，药匠配以岩川芎（性冷，味微苦）外，还配以野菊花，因为野菊花性冷，味苦涩，具败毒之功，制衡了四两麻的毒性，合为赶风寒止痛之剂。三方面是土家药匠在大量的医疗实践中，总结出了药物的反畏规律，如十四反，十三反，三十反等。这些规律，对临床用药具有极其重要的意义。

参考文献

[1] 明•李时珍著．本草纲目（校点本）[M]．北京，人民卫生出版社，1982 年 11 月第 1 版

[2] (宋)•唐慎微撰．重修政和经史证类备用本草[M]．北京，人民卫生出版社，1982.

[3] 田华咏主编．土家族医学史[M]．北京，中医古籍出版社，2005：151~153

对土家族民间神药两解的认识

潘永华　潘黎

（湘西自治州民族医药研究所，湖南 吉首 416000）

我们在民族医药调查中，发现土家族民间在治疗各种疾病中，除了用药物治疗外，还有很多的其它治疗方法，如外治法就有 20 余种，烧灯火、拔火罐、滚蛋法、气功疗法、踩油火等。另外一种治疗方法就是在药物与外治法治疗无效的情况下，用驱鬼神、杠仙、念咒语的方法，达到消除疾病的目的，但也有确实治疗疾病作用。这种现象称为神药两解。

长期以来，土家人民为了繁衍生息，在与疾病作斗争中，积累了丰富的经验。由于医药的缺乏，很多疾病当时无药可医，只有采取一些巫医、迷信的方法治疗疾病，也收到一定的效果，如果没有一点效果，它就会自身消亡，为什么流传至今，现土家族民间仍有用驱鬼神的方法治疗疾病。

神药两解，神是不是完全就是迷信、骗人、骗取患者钱财，也不能完全否定。其中有一部分巫医

利用人民蒙昧无知大量宣传解说，你这个病是鬼神缠身，不用法术就会丧命，利用这种手段来骗取病人的钱财，有其人有其事。某女患者，十多年前，患高血压脑溢血，在医院抢救治疗，我给她用针刺理疗，左半身瘫痪，基本上恢复，但稍无力，能端碗吃饭，能行走，她认为针刺痛，没完全恢复，她拒绝用药物及针刺治疗，她强烈要求家人去永顺、凤凰请仙娘来杠仙，杠了几次仙，结果病情加重，原本可以端碗吃饭，可以行走的，现在只能依杖而行，这是一个典型的例子。如果坚持针刺服药治疗，基本可恢复，现生活不能自理，只能依靠家人服侍。

神、是否医者经过一系列驱鬼神，请仙娘，念咒语，解除患者的思想顾虑，达到精神治疗，患者认为自己被鬼神缠身，经过巫医的解救驱除鬼神，思想顾虑解除，病情就会一天天的好起来。这是一个重要因素，而不是真正的驱鬼神。

神药两解中的鬼神到底有不有，这是一个未知数，信者有不信者无。我个人认为不能一概而论为是迷信，是封、资、修，是骗人的，属于一种玄浮科学，科学没有发展到这一步，就象气功那样看不到摸不着，但确有其效，现列举如下：龙山县洗车河镇一位有名的封刀接骨土家名医彭某某，在当地很有威望，他治疗骨折病人，有的畸形愈合功能障碍的，到他那里去治疗，把骨头重新打断，他不用麻药，就是用一碗水在水上画符，念咒语，然后将画符的水含一口喷在患者的骨折处，打断患者的骨头，重新复位，患者无疼痛无感觉，就是回去也不痛，21 天后折夹板，只要骨折病人他都这样做，不知其中的奥妙。其二，秦某某，患贲门癌，在我院住院近一年，临终前，想见读书的小女最后一面，小女未赶到，他就去世了，从此以后，他女随时听他爸在背后叫她的名字，走路时也叫她名字，睡觉时也叫她名字，使她日夜不安，非常害怕，成绩急剧下降，无法安心学习，准备休学一年，后来听说凤凰县有一位能治疗这种疾病的巫医，就特地的从凤凰请来，划符念咒语，治疗后一个星期恢复正常，从此再没听到他爸叫她的名字，学习又进入班上前几名，这是一个真实情况，不知其解。其三，有很多小孩，吓着夜间哭啼不止，药物无效，认为是掉魂，治疗在晚上 12 点以后，在灶上锅下面用中食指摸一下黑末，然后在患儿的印堂穴上点上黑末，再念几句咒语，第二天晚上就不哭啼了，有的还用石碑刻上一段咒语，立在交叉路口的旁边，现在下农村时，还能看到石碑叫挡箭碑，立后患儿就不吵闹了，身体逐渐恢复健康。其四，土家族民间仍保留一种“捉羊子”的方法，现代医学叫淋巴结炎，淋巴结肿大，不用药也就是用咒语，医生用中食指在肿大的羊子上画符，画后当即可以止痛，几天后肿大的羊子可以消退，我小时候颈部羊子肿大疼痛，一个姓胡的土家医帮我捉羊子画符，三天后羊子消退，我现在记忆犹新。在这里我不是宣传迷信，但我确实见到真事。我也不相信迷信，但以上这几个例子，使我现在还无法理解，照理讲，这是没有科学依据的，但确有其事，这是神药两解的具体体现吧！

大千世界无其不有。土家族民间流传下来的神药两解现象，现仍有少数土家族利用神药两解来治疗疾病。我们要用辩证的观点来看待它、认识它，研究它。没有用的、糟粕的去掉它。我认为神药两解是一个谜，有待进一步考证研究。

张家界（大庸）土家族药匠辨药辨脉验方歌诀 50 首

侯启年[1]　侯启柱[2]　胡家年[3]　赵永胜[3]

（1、永定区卫生局，湖南 张家界 427000；2、张家界中医院，湖南 张家界 427000；

3、永定区大坪镇塘家村卫生室，湖南 张家界 427000）

按：笔者在整理民间医生手抄本中，收集不少歌诀，原拟一一注释，但发现许多地方难以注解，许多草药名称不知具体指为何物？于是原文抄录，期望民间高人指点迷津候下次再一一注释。

一：草药秘诀

藤木空心定祛风，对枝对叶可除红。枝叶有刺可消肿，叶内枝浆拨毒肿。

辛香镇痛祛寒湿，甘者生肌甜意同。咸苦清凉消炎热，涩酸收敛退乌脓。

二：江湖脉诀

1、心脉

心脉洪大心多热，头脑晕眩血气结。脚手心间似火烧，口烧心烦焦在舌。

心脉微弱主心虚，心中冷汗如珠浸。头顶囟痛脚困倦，梦魂长在水边居。

2、肝脉

肝脉洪大不调血，头晕背痛病在肋。手酸脚软目赤红，行足疼晕沉怕跌。

肝脉微弱四肢酸，□□□□血气寒。头晕眼花双足软，背心常涩汗树慢。

3、肾脉

肾脉洪大庄腰疼，背痛小□□□盛。膀胱暑热小便赤，喉干口苦舌无津。

肾脉微小下多精，耳内脓多风雨声。腰酸背痛双足软，肩背雷鸣沟人惊。

4、脾脉

脾脉洪大心头紧，吐有风痰常在身。腰背疼痛足又软，口渴血气时时迸。

脾脉微弱脾实虚，忧忧闷闷心怕羞。手寒腹内多虚弱，咳嗽寒湿背上酥。

5、肺脉

肺脉洪大心定彭，不思饮食盖□□。莫连脑痛频呕吐，食后伤风太失神。

肺脉微弱再痛助，忧愁不络口唇焦。手足酸软虚气代，无情无义度良宵。

6、命脉

命脉洪大心头热，焦竭三焦血气结。四肢困倦少精神，食膈伤身精气别。

命脉微弱号和平，背气上连呕吐频。脾胃寒多手足冷，口食无味更无津。

三、验方歌诀

〈1〉 乳痛血气不和好，生地甲珠夏枯草。地丁紫草煎水吃，对酒吞下即时好。

〈2〉 妇人得了月家病，精酒缸加避犁根。月月花根无粮藤，一路合来对酒吞。

〈3〉 催生桃仁急性子，门斗墨合锅烟子。开水冷水各一半，吃下母子便得生。

〈4〉 妇人无乳用甲珠，蒲公英是头一宗。猪前蹄子煮得吃，兰虾对酒乳即通。

〈5〉 胎衣不下人难活，炙麻春茸巴在脚。男左女右巴脚根，胎衣一下即取药。

〈6〉 死胎不下莫心慌，我有一个好药方。寸香官桂各二两，姜喝酒引得安康。

〈7〉 红崩要用益母草，鸡冠蒿香两件好。木香又加香附子，甜酒兑吃血便了。

〈8〉 白带甘性要槟榔，益母草含羊雀花。月月红花白腊用，炖肉吃下永不发。

〈9〉 妇女疳劳火对金，天门冬配兰花根。侧柏叶炖猪心肺，连吃多回病离身。

〈10〉妇人忽然停了经，桃仁红花李子根。三棱莪术车前子，泡酒又加通草根。

〈11〉妇人下身生阴疮，蛇床五倍并白矾。花椒葱白同煎洗，每日一次自然安。

〈12〉妇人无子不受胎，益母红花月月开。砂锅焙干打成粉，对水酒服保得来。

〈13〉妇女经闭用白芷，当归川芎合枳实。生一厚朴并枳壳，大通草煎服更即。

〈14〉肚腹疼痛用胡椒，茱萸冰糖加生姜。马屎烧后要存性，甜酒冲服自安康。

〈15〉腰痛胆痛又无伤，大力豆米用二双。杜仲故纸加牛膝，辰砂猪心炖吃康。

〈16〉四季伤寒并不慌，苍术防风独活汤。升麻川芎加白芷，良姜分葱与生姜。
〈17〉人若忽被蛇咬伤，独蒜切片吃最强。蒜擦雄黄贴肿止，艾火七焦便安康。
〈18〉吊死心热即可活，　膝抵肛门解绳索。舌子入口度活传，割断绳索见阎罗。
〈19〉缩阴肾虚不常见，肚脐之下一寸三。艾火三焦炙丹田，理中汤服自然安。
〈20〉水淹心热人未亡，用纸点火烧瓷坛。肚脐压在坛口上，口内吐水身自然。
〈21〉鼻血不止莫心憔，火葱捣烂脚心包。头发烧灰对开水，吃下即取功夫高。
〈22〉指上开蛇不自由，鸡蛋打个眼眼流。铜录胆黄雄黄并，药入蛋消脓指头。
〈23〉凤火虫牙用樟脑，生地细辛宜用少。巴豆火炮用半粒，　春茸布包含口好。

偏正头风

〈24〉寻骨汤中用防风，紫荆丹皮配川芎。独活寄生加杜仲，祛风除湿神效功。

胃肠风歌

〈25〉胃肠停饮痛吐酸，芎泽海蛸陈灵仙。玄胡枯凡乳没等，或加内金煎两半。

浴儿

〈26〉浴儿之法五枝汤，冬下寒湿通可当。加猪胆汁去泻秽，且在肌肤免生疮。
　　桃枝　桑枝　柳枝　槐枝　梅枝。

儿不乳

〈27〉儿生不乳本天然，腹中秽恶下来寒。细棉□去擦口内，此是医方的一丹。

风湿　酒泡七日胶

〈28〉治风羌活防归芎，仙灵杜仲寄加通。升麻乌药荆芥苡，细辛木香芷海风。

耳聋

〈29〉耳聋之病有神方，柴胡淮山人参姜。附片北杞地骨皮，白芍尔没加广香。

中耳炎流脓

〈30〉中耳流脓我不忙，枯凡末配百草霜。两味共末吹耳内，此症立时得安康。

扁桃体炎（双娥）

〈31〉扁桃体炎单双娥，若不急救病沉肓。椒虫丑牛伏龙肝，碾末吹喉即可活。

咽喉热毒疼痛

〈32〉咽喉疼痛有奇方，杜根一味切片良。沸水浸泡半小时，去渣喝水病立康。

男妇小便如米泔

〈33〉男妇小便米泔色，党参丹参茯苓析。苍术草浦天门冬，加入荜解真要诀。
　　吃下随服还本汤，鹿角龟板党参良。附片淮山泽泻味，贝母胆星山枝姜。

四时感冒

〈34〉四时感冒有良方，九味羌活细辛苍。防芷川芎黄芩草，生地凉血引生姜。

风热感冒

〈35〉风热感冒金银花，连翘桔梗卜荷加。牛子甘草芦根入，荆芥同煎效堪夸。

目翳

〈36〉目赤生翳治不难，草药一味不平凡。亲口嚼烂满天心，洁布包眼乐安康。

烫火伤

〈37〉水火烫伤令人疼，一味仙药四季灵。就是松柏长青叶，细末调涂效如神。

血崩

〈38〉白芍生地寸冬配，红花丹皮黄柏苓。此方用于经先期，血热痛经此方灵。

虚热先期脉细

〈39〉生地白芍生新血，解虚烦渴寸冬灵。养阴阿胶加龟板，安神活血夜交藤。

血崩

〈40〉妇人血崩不心慌，参胶蒲黄配良姜。山栀茯苓止血崩，炒炭益服谓良方。

心痛

〈41〉一个乌梅两个枣，七枚杏仁同碎捣。男酒女醋饮下之，不害心痛直到老。

牙痛

〈42〉风火牙痛不心慌，黄柏红藤石膏汤。石菖樟皮并敛敕，一剂特效无二方。

肾虚淋治

〈43〉男女肾虚是疲劳，荜解菖蒲益智草。乌药沉香阿胶蚧，共研细末兑酒好。

坐骨神经痛

〈44〉坐骨神经痛有方，干葛白芍桑枝黄。松节续断豨莶草，木瓜木藤甘草良。

土家医的整体观思想

滕建卓

（湘西自治州民族医药研究所，湖南 吉首 416000）

整体观是祖国传统医药的一个重要的基本观点，土家族医药学中也处处体现出整体观的学术思想。

1、土家医基础理论的整体观思想

1.1 天人合一的整体观思想

土家族药匠认为人是自然界的一个组成部分。认为人与自然界是一个整体，天与地是一个整体，天、地、人共同构成大自然。土家族药匠用古朴的自然哲学理论认识自然、认识人体。药匠认为：“世界是物质的，人也是由物质组成的……在古代，人们认为气是构成世界上一切事物的基本物质，是构成万物的因素”。自然界由天地人三种元素共同组成，天人相应，是人与自然和谐发展的系统工程。人与自然界的统一性。人类生活在自然界中，自然界存在着人类赖以生存的必要条件，人与大自然是统一与协调的关系。同时，自然界的变化又可以直接或间接地影响人体，而机体则相应地产生反应。人与天地相应，不是消极、被动的，而是积极、主动的。人类不仅能主动地适应自然，更能主动地改造自然和自然作斗争，从而提高健康水平，减少疾病。

1.2 “三元学说”的整体观思想

土家族医学是以“三元学说”为基础理论，土家药匠在 “三生万物”认识的学术思想基础上，用“三元学说”阐释土家族医学的基础理论及其医学体系。用“天、地、人”或“天、地、水”的自然认识观，认识人体结构和生理现象。“三元学说”的核心思想之一就是整体观。认为人体各个组织器官共同构成一个统一的整体，不论在生理上还是在病理上都是相互联系、互相影响的。

土家药匠认为人体是有机的整体，上元为天、由脑、心、肺组成，统摄人体气血神志，为三元之首；中元为地，由肝、脾（胃）、肠组成，为人水谷出入之地，为人体营养之土地也；下元为水、由肾及尿脬、养儿肠（子宫）、精脬（睾丸）等脏器组成，共居下元，有排泄余水之功，为人体孕精生成处，是人的生命发生之根。人类的生命物质——气、血、精都是由三元中的脏器所产生，人体的各种生命现象均受三元内脏所支配。人体的气、血、精经上元之天，中元之地，下元之水而循环往复，灌注全

身以维持人体正常的生命活动。人体各部分之间存在着许多种联系，不仅脏与脏、脏与腑有着密切的联系，而且脏腑与机体各种组织、脏腑与机体各个器官之问也有着简单的或复杂的、单一或多种的程度不同的关系。人体通过气、血、精与三元体现出脏器相生相依的整体性，相生相克共同完成体内新陈代谢。

土家药匠认为，疾病的发生和变化比较复杂，致病因素较多，如毒气、饮食、劳伤、情志等。疾病的基本病理变化是由各种内外致病因素作用于人体而引起的气血失调、冷热失衡及气血精演变逆乱，三种原因而引起的病理发生发展过程。气血失调是疾病最基本的病理原因，冷热失衡是疾病发生的又一基本病理变化过程，气血精生化与供给逆乱是造成疾病变化的重要原因。在人体这个统一整体中，任何一个局部的变化，都不是孤立的，或迟或早，或多或少都会影响到其他局部，乃至整体。

2、土家医诊断与治疗的整体观思想

土家医诊断疾病是通过土家医“五诊法”（看、问、听、脉、摸五种诊法），详细了解病情，全面收集有关疾病发生的相关依据，为准确判断疾病的病因、病变部位、疾病的性质和疾病的程度提供依据。通过分析、综合，辨清疾病的原因、性质、部位、以及邪正之间的关系，不但注意到身体局部的病理变化，而且还要将人体的局部病理变化与整体的病理反应结合起来，并考虑到各个脏腑之间的相互影响和演变。不但要考虑到人体局部与整体的病理变化关系，还要考虑精神、季节、地区等等因素对疾病的影响。

土家医根据“三元”理论为指导，认为人体的整体观是指人体的形体结构是统一的整体。其脏腑、肢体乃至五官九窍间密切联系，互相协调，共同组成了一个有机的整体。人与外界环境的统一性，是指人体健康和疾病与天文、地理、季节、气候及人类社会(心理)环境之间都有一定的关系。人体是宇宙大系统的一个子系统，由于人体系统与外界环境之间存在着密切联系和相互作用。所以，在诊治疾病时非常重视不同的病邪、不同的时间、不同的地域、不同的程度采用不同的方药、不同剂量、不同的疗程，运用因时、因地、因人、因量的四因治疗方法。在治疗手段上，以药物内服为主，兼用传统外治法，以提高临床治疗效果。同时土家医匠特别注意对病人的心理康复治疗，以达到“神药两解”，即在药物治疗或施治手法之时，再借助“神灵”之手，施以“法术”解除病人精神上的顾虑。使病人得到精神安慰，心理平衡，增强抗病能力。使人的身心、自然和社会达到合谐统一而得到康复。

3、土家族服侍的整体观思想的

土家医服侍是土家医匠的治疗方法的延伸，归纳起来有五大类：即临床服侍、心理服侍、饮食服侍、药物服侍、气候服侍。根据不同疾病、不同时间和季节、不同气候、不同环境、不同生理特点，采用不同的药食方法，辅助临床治疗、传统外治、心理等各服侍手法的系统化整体服待的土家医特色服侍技术，指导病人正确用药，消除病人的心理障碍，对病人进行科学的服侍。总之，是要充分考虑人与大自然和社会这一整体。

4、养生保健中的整体观思想

土家族人民在长期的生产劳动中，在与疾病的斗争中积累了丰富的防病治疗经验，同时也找到养生保健的方法，既健康与长寿之道。药匠们总结出“顺应自然、调食养神、起居有常、卫固三元、避瘟祛邪、健体强身、保养长寿”的养生观，以度期颐之年。把顺应自然作为保健防病的重要原则，强调人的精神意志必须顺从自然环境与社会环境的客观规律，趋利避害，强身健体，做到与天地相参，与日月相应，顺乎自然，适应自然。以使机体内在环境和外在环境相统一，人与自然的和谐共存。

浅谈土家医毒气学说

符开春[1]　何玉珍[2]
（1、怀化市河西开发区博爱医院，湖南 怀化　418000；2、男性病中医院，湖南 沅陵　419600）

《素问》将探讨病理变化的机制问题称为病机。故《素问·至真要大论》反复提出：“谨候气宜，无失病机”。“谨守病机，各司其属”。说明祖国传统医学对病理变化的研究是十分重视的。对于病理学的研究有两个问题一为病因，二为病变机理。

研究导致疾病发生的原因，汉代张仲景在《金匮要略》里提出：“千般　难，不越三条”，这可以说是中医病原三因论的刍型。南北朝的陶弘景将病因概括为“内疾、外发、他犯”三种。宋代陈无择的所著《三因方》明确指出经六淫所感为外因，七情所伤为内因，房室、金刃、虫兽、饮食、劳倦所伤为不内外因。这就是中医学广泛应用的三因论。

在长期的与疾病作斗争中，土家族与苗族的医学家们不但接受了中医学的三因论，还创立了毒气致病说。毒气是多种多样的，它存在于各种物质之中，无处不有，无处不在。人每时每刻都在接触毒气，摄入毒气。所以人体的经络、气血、脏腑组织之中都含有毒气。在人体各种机能的调节下，在毒气的相互制约下，很多毒气就化成了人体所需所用的物质（主要是化成气和血两种物质）。如果人体机能调节失常或各种毒气相互之间失去正常制约，就会发生各种疾病。疾病发生、发展及其变化的全过程，与患者的体质强弱和毒气的性质关系及其密切。

1、人与毒气之依存关系

1.1 人之毒气与生俱来。世间万物人为至尊，所以说人的毒气是大于任何毒气的，人禀父精母血而成，其毒气自娘胎就开始生成。等出生时其毒气已基本长成，这与生俱来的毒气可以抵御自然界的毒气。人体先天所获得的毒气有的可以伴随终生，有的则需依靠后天获得补充，这里所说的先天毒气实际上就是现代医学所说的从母体获得的先天免疫力。

1.2 人生活的环境中，充满了多种多样的毒气。这些毒气有的分布于空气中，有的深埋于地下，有的溶解在水里，有的包含在各种各样的物质之中，人呼吸时吸入空气中的毒气，摄入的食物中都含有各种各样或多或少的毒气。这些毒气有很多是能滋养人体的物质因此人不可能在没有毒气的环境中生存，没有毒气人也就无法生存。

1.3 人体内的先天毒气相互制约，构成不但是一种以此毒克彼毒的内环境，而且是一种以此毒促彼毒不断产生更新毒气的内环境。人体从自然环境所摄入的毒气与体内的毒气分别结合，是一个补充——相互克制——动态平衡的过程。在此过程的作用下，体内的毒气环境不断得到更新。形成相对平衡的内环境，以利于抵御自然界某些过亢的毒气。

2、毒气类别及其生克转化

自然界存在的毒气可分为水毒、湿毒、寒毒、火毒、热毒、风毒六大类。人体内环境中也同样含有这六大类毒气。其水毒、湿毒、寒毒属阴毒，热毒、火毒、风毒属阳毒。各类毒气之间的关系又十分密切，现简述于下。

2.1 从毒气的阴阳属性来讲，他们是相互制约、互为进退的，阴毒盛，则阳毒相对弱，阳毒盛，则阴毒减。所以人体内的毒气是保持着相对平衡状态的。

2.2 阴阳两种属性的毒气，常出现同类相生至极转化的状态。即水生湿，湿生寒，但水也可直接生寒；某些情况下，寒又能化生为水，为湿；火生热，热生风，火亦可直接生风，特定情况下，风可助火，助热之势。风又能助水、寒、湿之势。在六大类毒气之中风毒最为活跃。它不但可以助其它毒气之势，而且能挟其它毒气或随其它毒气进入人体内部，或挟或随各类毒气作用于人体脏腑。经络气血等无所不至。外界毒气进入人体内部之后，不但加强了体内毒气的作用——即“生”的过程，同时也加强了体内毒气相互制约的作用——即“克”的过程。如水与火，寒与热之间就存在明显相互克制的关系。唯湿毒与风毒不存在明显的相互制约关系，它们之间存在的是一种常常并存的现象。毒气发展到一定阶段，会在不同程度上向其对立面转化，如寒至极能化热，热至极亦可化生为寒。水毒极盛时常出现火毒之象而火毒极盛时亦常见水毒之象。而湿毒与风毒则只常见孰轻孰重之象。它们之间基本上不存在相互转化的可能性。但它们在出现病理产物后的因果关系上会见到明显的相生之象：即水生湿、湿生痰、痰生热、热生风的现象；亦可见致电寒极生热，热极生风的现象，若风毒至极，便可出现诸毒皆发动的现象。

3、各类毒气病的病变部位

3.1 水毒最易伤肺、伤肾，引起肺部病变和肾的病变。肺主皮毛，故水毒易滞留于肌肤，引起全身水肿或局部水肿。久则肾阳被伤，使五脏六腑失去肾阳温熙。

3.2 湿毒易犯中焦，致脾受伤，失于正常运化。湿毒积滞日久可使全身经络关节困阻，气血运行不利。

3.3 寒毒伤阳伤肾，可致肌肤经脉阻滞雍塞，久则筋骨失养可致肌肤筋脉坏死，肢节脱落。寒毒可伤五脏六腑之阳，故可致腑失于温熙而致诸疾皆作。

3.4 火毒损伤五脏六腑之阴，耗损津液，最易损伤心肺之络。以至于气血壅滞，脉络不利，迫血妄行。

3.5 热毒伤人营血，它是在火毒的基础上发展而来的，因火毒积久而留热，急切之间难以清除，以至热毒留滞日久，耗损阴精，最易耗损心肾之阴精，继而它脏皆损。

3.6 风毒损人肺与肝，致筋脉关节不利，肌肤受损，并可进入气血之中。以致气血暗耗，动摇人之根本，四肢百骸，肢端末节皆可受其毒寒。

4、毒气病的特征

毒气分内毒与外毒两类。凡因人体内部毒气互相制约的关系失常而引发疾病，称为内毒致病；凡因外界进入体内的毒气过亢过盛，人体内相关的毒气不能制约抵御其毒性而引发疾病，称为外毒。但内毒与外毒却时常纠结难分。根据临床征象可探测其属何种毒气致病。现简述于下：

4.1 水毒：水毒为病，舌体胖大，转动不灵，苔薄白或腻，舌淡无华或青紫。脉沉细或濡弱。纳差，畏寒肢冷，全身浮肿或局部肿胀，初起肌肤光亮，久则苍卷白或暗晦无泽，渗出物清稀无特殊异

味，小便清长或少尿。大便稀薄或无改变。胸腹满闷，呕恶倦怠乏力，有呼吸艰难感。

4.2 湿毒：湿毒为病，头身困重，四肢酸楚，午后身热，汗出而热不得解。恶风有呼吸沉重感，或肌肤麻木不仁，关节屈伸不利。临床表现常见，食欲不振，口腻不渴，或渴不欲饮，胸闷呕恶便塘或泻，面色萎黄，小便浑浊，妇女带下，局部溃烂，渗出物略有腥味，经久难愈。

4.3 寒毒：寒毒为病，极度畏寒，畏风，覆被加衣、近火难解，无汗，经脉关节拘急，局部病灶疼痛剧烈，四肢不温，手足逆冷，呕吐清水，下利清谷，舌质暗紫，口齿震颤；呼吸紧迫，局部病灶破溃呈暗黑色，并向四周蔓延，极难愈合。

4.4 火毒：火毒为病，常见口舌生疮，齿龈肿痛，头痛目赤，失眠烦燥，狂妄不安；呼吸急迫，口渴喜饮，咽干舌燥，大便秘结，小便短赤艰涩；局部病灶红肿光鲜灼热疼痛，如炭烧火燎，易破溃，其渗出物浓稠、腥臭、易愈合。

4.5 热毒：热毒为病，咽干舌燥呼吸急促，口中气息灼热，唇角干裂，胸中闷热，喜冷饮，小梗结或不结，肛周有烧灼感，小便黄赤灼热，难以入睡，神昏谵语；可有鼻血，牙龈出血；局部病灶，肿胀暗红，无火毒病灶之光泽，破溃处渗出物黄稠，且有块粒状，絮状物夹杂其间，愈合较难。

4.6 风毒：风毒最为活跃，可见头面或全身浮肿，小便不利，发热恶风，游走性疼痛随处搔痒。眩晕、震颤、抽搐、角弓反张；常与寒毒、水毒、湿毒、火毒、热毒合并为病，故临床可常见其它毒气病的特征。

以上各种毒气病虽有各自的特征，但也并非一成不变，因人的体质不一，环境气候各异，毒气的强弱等诸多原因，更重要的是疾病发生的部位与程度不一，其临床表现则不尽相同，有的相差甚远。还有合并毒气的不同，均是需要仔细区别观察分析毒气病的发生发展变化，才能做到心中有数。

附：瘴毒与瘟毒：瘴毒多藏慝于沟谷深涧，空气潮湿，败枝腐叶堆积的山林中，墓穴山洞等空气不流通的地方，或腐尸之中，人触之往往卒然而中，所中毒气的种类，不外乎前面所述的几种毒气，唯其毒性剧烈而已。

瘟毒具有发病急骤，病情重笃，症状相同，具有较强传染性。瘴毒与瘟毒较之一般毒气易伤络，伏络，病势急骤重笃等急切难愈为其共同特点。

5、毒气病的治疗

对于毒气病的治疗：土家医，苗医一般都采用了中医学的辩证施治方法。

但在中医辩证施治的基础上又揉进了一些具有自己本民族特色的治疗方法。特简述以下：

5.1 内外施治，同时用药法

无论治疗任何一种毒气病，都可采用药物内服，以期达到扶正去毒、解毒、排毒等目的。用内服药治疗的同时采用药浴、药敷、药物熏蒸等方法以助内服药物之力。这是土家医和苗医均擅用的治疗手段。

5.2 以毒攻毒法

根据不同的毒气，选用具有一定毒性的药物，有针对性的对致病毒气进行攻伐，此法是苗医擅用

的治疗方法。

5.3 以毒抑毒法

对于体弱不宜攻伐者，毒势猛烈，病情重笃者。宜采用药性缓和的能克制其致病毒气的药物培植能克制该毒气的毒气之势，以求暂缓其病势。

为病人赢得时间和机会，此法为苗医擅用之法。

5.4 久病首选治络法

毒气最易伤络，血络受伤，必有瘀凝，故迁延难去，凡碰到这种民情况，土家医便首选治络方法，故土家医常用活血祛瘀药物治疗毒气病。

5.5 放血排毒法

患者体实，病情急骤时，常可采取放血排毒的治疗方法。这是苗医常用擅用的方法。很多土家医也采用这种方法治疗毒气病。

6、讨论

笔者系一名土家族中医师，幼承本民族医药学，但由于生于苗乡，长于苗乡，受苗医药学影响颇深，弱冠之年于乡下行医救人，闲暇时便将中医学之“六淫”学说与土家医、苗医之毒气说两相对照比较，始觉这两种学说实为两种称谓不同，而都是阐述人之病因的学说。中医认为人生天地之间，无时无刻在受自然环境的影响，但人在大自然这一整体中，任何复杂的变化，人是可以认识其变化规律的，故《素问阴阳应象大论》说：“在天为玄，在人为道，在地为化，化生五味，道生智，玄生神”。古代中医学家认为天地是由风、热、湿、燥、寒、木、火、土、金、水各个局部构成的。人与天地构成一整体，人是最可贵的，是主要的。所以《素问·宝命全形论》说；“天覆地载，万物悉备；莫贵于人，人以天地之气生，四时之法成”。又说：“人生于地，悬命于天，天地合气，命之曰人，人能应四时者，天地为之父母。”土家医与苗医认为天地之间人为至尊，故人之毒气最大，人体内的毒气能抵御自然界的毒气，在长时间的实践中，人又对摄入与侵入的毒气不断认知，逐渐认识到人体内先天毒气与得到的后天毒气，对人的健康影响是极其重要的。大自然是一个整体，人体也是一个整体。天和地这个整体相互影响，处于一种不断运动的状态，《素问·六微旨大论》说：“成败倚伏生乎动，动而不已，则变作矣”。由于大自然赋予了天地之间的各种物质给人，人体亦为一小天地。在大自然不断运动的状态下，人体内的各种物质也在不停的动动变化，运动变化过程中各种物质释放出不同能量，而这种能量就是土家医和苗医所称谓的毒气，毒气的相互影响，相互制约，保持着相对平衡的状态，一旦这种状态的均衡失控，人就要生病。人的寿天，身体的健康就会受到影响。土家医苗医就是在充分认识这亘古不变的哲理后，他们的毒气说便出现了。

毒气之说在病因学中占有极重要的地位，一直指导着土家医、苗医的临床实践。自然界能影响人体，人能掌握自然界，《素问·上古天真论》是这样说的“提挈天地，把握阴阳。”看来我们的民族医家是能够提契天地，把握阴阳的。这里可以用《景岳全书，先天后天论》中的一段话表述：“人生于地，悬命于天，此人之制命于天也。栽者培之，倾者复之，此天之制命于人也。天本无二，而以此观之，则有天之天者，谓生我之天生于无，而由乎天也；有人之天者，谓成我之天成于有，而由乎我也。生者在前，成者在后，而先后后天之义于斯见矣。故以人之禀赋者，则先天强厚者多寿。先天弱者多夭，后天培养者寿更寿，后天 削者夭更夭……”，若以人之作用言，则先天之强者不可恃，恃则并失其强矣；后天之弱者当知慎，慎则人能胜天矣……但使表里无亏，则邪疾由何而犯，而两天之权，不在我乎。

土家“风”类药物基源调查

覃满仙 熊鹏辉 覃道侠
（石门县中医院，湖南 石门 415300）

土家族人民在长期的社会生活实践中，在与疾病作斗争中创造了土家族医药，在传教方式上， 主要靠口耳相传，世代相承，以父传子、师带徒等口碑文献形式流传至今。同时，土家族民众还将作用大致相同的药物分成若干大类，如把具有赶火除湿、活血止痛、赶火败毒、止咯化痰等功能的药物归为“风”类药，而把赶风赶寒、活血散瘀、赶火败毒、赶气止痛、利湿通淋等功能的药物归之为“莲”类药[2]。由于土家族民众居住地域宽广，各地用药名称不一，因而常常出现同名异物，同物异名现象。为此，我们对“风”类药物基源进行了系统的调查、整理，现报道如下：

1、七十二“风”类药物基源[1]：

1.1、海风藤（风藤）

基源：松萝科植物松萝 Usnea diffracta vain.的叶状体。

1.2、三叉风（三角风、鹅掌金星草）

基源：水龙骨科植物鹅掌金星草 Polypodium hastatum Thunb.的全草。

1.3、三角风（金鸡脚、三叉剑、七星草）

基源：水龙骨科金鸡脚 Phymatopsis hastate (Thunb.) Kitag.的全草。

1.4、龙骨风（桫椤）

基源：桫椤科植物桫椤 Cyathea spinulose Wall.的主干。

1.5、风藤（爬岩香、丁公藤）

基源：胡椒科植物石南藤 Piper Wallichii (Miq) Hand-Mazz var hupehense (C.DC) Hand Mazz 的藤茎。

1.6、海风藤（风藤）

基源：胡椒科植物风藤 Piper futokadsura Sieb. et Zucc.的藤茎。

1.7、石风节（九节风、节节茶）

基源：金粟兰科植物鱼子兰 Chloranthus officinalis Blume.的全草。

1.8、肿节风（九节风、接骨金粟兰）

基源：金粟兰科植物草珊瑚 Sarcandra glaber (Thunb.)Nakai.的全草。

1.9、四皮风（四叶对、及己）

基源：金粟兰科植物及己 Chloranthus serratus (Thunb.) Roem. et schult.的根或全草。

1.10、四皮风（四季香、四皮瓦、银线草）

基源：金粟兰科植物银线草 Chloranthus japanicus Sieb.的全草。

1.11 、爬岩风（追骨风、薜荔、络石藤）

基源：桑科植物薜荔 Ficus pumila L.的藤茎。

1.12、毛骨风（寻骨风、白面风、清骨风、巡骨风、寻风藤、绵毛马兜铃）

基源：马兜铃科植物绵毛马兜铃 Aristolohia mollissima Hance.的全草。

1.13、过节九节风（追风草、九节龙）

基源：蓼科植物荭草 Polygonum orientale L.的全草。

1.14、见风消（山萝卜、肥猪头）

基源：商陆科植物商陆 Phytolacca acinosa Roxb.的块根。

1.15、桂鱼风（三叉风、三叉骨、淫羊藿、仙灵脾）

基源：小檗科植物淫羊藿 Epimedium macranthum Morr.et Decnc.的叶。

1.16、称钩风（中华称钩风、大青木香）

基源：防己科植物中华称钩风 Diplcelisic chinesis Merr.的根。

1.17、鸡爪风（酒饼叶、半夜兰）

基源：番荔枝科假鹰爪 Desmos cochinchinensis Lour.的根及全草。

1.18、见风消（雷公叶、见肿消）

基源：樟科植物狭叶山胡椒 Lindera angustifolia cheny.的茎、叶、根。

1.19、过山风（铁打王、英雄箭）

基源：樟科植物轮叶木姜子 Litsea verticillata Hance.的根、叶及树皮。

1.20、三钻风（三钻七、山胡椒）

基源：樟科植物三桠乌药 Lindera obtasiloba Blume.的树皮。

1.21、山飘风（岩田七）

基源：景天科植物山飘风 Sedum major (Hemsl) Miqo.的全草。

1.22、山爪风（三股风、三爪草、蛇莓）

基源：蔷薇科植物蛇莓 Duchesnea indica (Andrews) Focke.的全草。

1.23、五爪风（五皮风、五爪龙、蛇含）

基源：蔷薇科植物蛇含 Potentilla kleiniana Wight et Arn.的全草。

1.24、三皮风（东方草莓、东方蛇莓）

基源：蔷薇科植物东方草莓 Fragaria orientalis Lozinsk.的全草。

1.25、钻地风

基源：蔷薇科植物栽秋泡 Rubus ellipticus smith var. obcordatus Focke.的根和叶。

1.26、追风七（头晕药、蓝布正）

基源：蔷薇科植物南水杨梅 Geum japonicum Thunb var. chinense Bolle.的全草或根。

1.27、八角枫（三角枫、七角枫）

基源：八角枫科植物八角枫 Alangium chinense (Lour) Rena 的茎叶。

1.28、钻地风（千斤拔、吊马桩）

基源：豆科植物千斤拔 Moghania philippinensis (Merr. et Rolfe) Li.的根。

1.29、血风（鸡血藤、血藤）

基源：豆科植物密花豆 Spatholobus suberetus Dunn.或香花岩豆藤 Millettia dielsiana Harms. ex Diels.的根和藤。

1.30、钻地风（猕猴桃、野洋桃）

基源：猕猴桃科植物猕猴桃 Actinidia chinensis Planch.的根。

1.31、铁线风（瓜子金、女儿红）

基源：远志科植物瓜子金 Polygala japonica Houtt.的全草。

1.32、篦梳风（梳篦风、四面风、四方风、剑骨风、卫矛、鬼箭羽）

基源：卫矛科植物卫矛 Euonymus alata (Thunb.) Regel.的茎枝。

1.33、金钱风（岩风草、扶芳藤、爬墙草）

基源：卫矛科植物扶芳藤 Eucnymus fortunei Hand-Mazz.的全草。

1.34、三爪风（五匹风、三叶岩爬藤）

基源：葡萄科植物三叶岩爬藤 Tetrastigma hemsleyanum Diels et Gilg 的块根或全草。

1.35、小叶五爪风（小叶五爪龙、岩爬藤）

基源：葡萄科植物岩爬藤 Tetrastigma obtectum (Wall.) Planch.的全株。

1.36、扁骨风（羊带风、扁担藤）

基源：葡萄科植物扁担藤 Tetrastigma planicaule (Hook. f.) Gagnep.的全株。

1.37、过墙风（大样三角风、爬山虎）

基源：葡萄科植物爬山虎 Parthenocissus tricuspidata (sieb et zucc.) Planch.的全草。

1.38、爬墙风（粉叶爬山虎）

基源：葡萄科植物粉叶爬山虎 Parthenocissus thomsonij (Laws) Planch.的全草。

1.39、三角风（野棉花、桃子草）

基源：锦葵科植物肖梵天花 Urena lobata L.的全草。

1.40、钻天风（大风藤、三角枫、岩骨风）

基源：五加科植物中华常春藤 Hedera nepalenis K. Koch var sinensis (Tobl) Rehd.的全株。

1.41、三股风（白勒、刺三加、三加皮）

基源：五加科植物白勒 Acanthopanax trifoliatus (L.) Merr.的茎、叶。

1.42、罗柱叶下风（鹅脚板）

基源：伞形科植物异叶茴芹 Pimpineiia diversfetlia D.C 的全草。

1.43、土防风（隔山香、三皮消、岩爪鹰）

基源：伞形科植物柠檬香碱草 Angelica citriodora Hance 的根。

1.44、竹叶防风（云防风、西防风）

基源：伞形科植物竹叶防风 Seseli mairei Wolff 的根。

1.45、川防风（竹节防风）

基源：伞形科植物川防风 Ligusticum brachylobum Franch 的根。

1.46、防风（关防风）

基源：伞形科植物防风 Saposhnikouia diuaricata (Turcz.) Schischk.的根。

1.47、走马风（走马胎、血枫、山鼠）

基源：紫金牛科植物大叶紫金牛 Ardisia gigantifolia Stapf.的根、叶或全株。

1.48、担伞风（四片瓦、四大天王、四块瓦）

基源：报春花科植物四片瓦 Lysimachia paridiformis Franch.的全草。

1.49、钻骨风（满山香、白珠树）

基源：杜鹃花科植物滇白珠 Gaultheria yunnanensis (Franch.) Rehd.的全株。

1.50、破骨风（破膝风、青香藤）

基源：木犀科植物破骨风 Jasminum lanceclarium Roxb 的藤茎。

1.51、钻骨风（过墙风、争墙风、搜骨风、过江龙、凌霄花）

基源：紫葳科植物凌霄花 Campsis chinensis Voss.的根及茎枝。

1.52、顶心风（穿心草、串钱草）

基源：龙胆科植物穿心草 Canscora lucidissimma (Levl. et Vant.) Hand-Mazz.的全草。

1.53、过墙风（交脚风、风藤、络石藤）

基源：夹竹桃科植物络石藤 Trachelospermum jasminoides Lem.的茎、叶。

1.54、乌骚风（青蛇藤、乌骨鸡）

基源：萝摩科植物青蛇藤 Periloca calophylla (Wight) Falc.的全草。

1.55、尖尾风（粘手风、穿骨风、拿手风、尖尾枫）

基源：马鞭草科植物长叶紫珠 callicarpa longissima (Hemsl.) Merr.的叶。

1.56、吊线风（倒挂风、吊杆风、钓鱼藤、腹水草）

基源：玄参科植物腹水草 Botryopleuron axillare Hemsl.的全草。

1.57、鹰爪风（钩藤、双钩藤、老鹰爪、倒钩藤）

基源：茜草科植物华钩藤 Uncaria sinensis (cliv) Havil 的带钩藤茎。

1.58、顺茶风（虎刺、针上叶、猫儿刺）

基源：茜草科植物虎刺 Damnacanthus indicus Gaertn. Fil.的全草。

1.59、走马风（陆英、八棱麻、八里麻）

基源：忍冬科陆英 Sambucus chinensis Lindl.的全草。

1.60、走马风（六耳苓、吊钟黄）

基源：菊科植物六耳铃 Blumea laciniata (Roxb.) DC.的全草或叶。

1.61、东风菜（钻山狗、盘龙草、土苍术）

基源：菊科植物东风菜 Aster scaber Thunb.的全草。

1.62、走马风（火油草）

基源：菊科植物千头艾纳香 Blumea lanceolaria (Roxb.) Druce.的叶。

1.63、三面风（六棱菊、百草王、六耳铃）

基源：菊科植物六棱菊 Laggera alata (Roxb.) Sch.-Bip.的全草。

1.64、牛耳风（羊耳风、白背风、羊耳菊）

基源：菊科植物羊耳菊 Lnula cappa DC.的根或全草。

1.65、杏香兔耳风（兔耳风、朝天一支香、金边兔耳、巴地虎）

基源：菊科植物杏香兔耳风 Ainsliaea fragrans Ghanp.的全草。

1.66、兔耳风（一枝箭、朝天一柱香、伏地老）

基源：菊科植物毛大丁草 Gerbera piloselloides Cass.的全草。

1.67、白面风(白牛胆、毛秀才、羊耳朵)

基源：菊科植物白牛胆 Inula cappa DC.的全草。

1.68、光叶兔耳风（兔耳风、心肺草）

基源：菊科植物光叶兔耳风 Ainsliaea glabra Hemsl.的全草。

1.69、见国风（竹根七、千里马、竹节伤）

基源：百合科植物吉祥草 Reineckia carnea Kunth.的全草。

1.70、玉带风（扁担七、海带七、开喉剑）

基源：石蒜科植物文殊兰 Crinum asiaticum L. var. sinicum Baker.的全草。

1.71、一扇风（开喉剑、铁搜、射干）

基源：鸢尾科植物射干 Belamcanda chinensis L DC.的根、茎。

1.72、箭杆风（山姜、九龙盘、九姜连）

基源：姜科植物山姜 Alpinia japonica Miq.的根茎。

2、126 种“风”类药物名录及分布：

上述 72“风”类药物，有 126 种“风”类称谓，它们分别来源于 40 科，其分布如下：

2.1、松萝科：海风藤、风藤。

2.2、水龙骨科：三叉风、三角风。

2.3、桫椤科：龙骨风。

2.4、胡椒科：风藤、海风藤。

2.5、金穗兰科：石风节、九节风、肿节风、四皮风。

2.6、桑科：爬岩风、追骨风。

2.7、马兜铃科：毛骨风、寻骨风、巡骨风、白面风、清骨风、寻风藤。

2.8、商陆科：见风消。

2.9、小檗科：桂鱼风、三叉风。

2.10、防己科：称钩风、中华称钩风。

2.11、番荔枝科：鸡爪风。

2.12、樟科：见风消、过山风、三钻风。

2.13、景天科：山飘风。

2.14、蔷薇科：山爪风、三股风、五爪风、五皮风、三皮风、钻地风、追风七。

2.15、八角枫科：八角枫、三角枫、七角枫。

2.16、豆科：钻地风、血风。

2.17、猕猴桃科：钻地风。

2.18、远志科：铁线风。

2.19、卫矛科：篦梳风、梳篦风、四面风、四方风、剑骨风、金钱风、岩风草。

2.20、葡萄科：三爪风、五匹风、小叶五爪风、扁骨风、羊带风、过墙风、大样三角风、爬墙风。

2.21、锦葵科：三角风。

2.22、五加科：钻天风、大风藤、三角枫、岩骨风、三股风。

2.23、伞形科：罗柱叶下风、土防风、竹叶防风、云防风、西防风、川防风、竹节防风、防风、关防风。

2.24、紫金牛科：走马风、血枫。

2.25、报春花科：担伞风。

2.26、杜鹃花科：钻骨风。

2.27、木犀科：破骨风、破膝风。

2.28、紫葳科：钻骨风、过墙风、争墙风、搜骨风。

2.29、龙胆科：顶心风。

2.30、夹竹桃科：过墙风、交脚风。

2.31、萝摩科：乌骚风。

2.32、马鞭草科：尖尾风、粘手风、穿骨风、拿手风、尖尾枫。

2.33、玄参科：吊线风、倒挂风、吊杆风。

2.34、茜草科：鹰爪风、顺茶风。

2.35、忍冬科：走马风。

2.36、菊科：走马风、东风菜、三面风、牛耳风、羊耳风、白背风、杏香兔耳风、兔耳风、白面风、光叶兔耳风。

2.37、百合科：见国风。

2.38、石蒜科：玉带风。

2.39、鸢尾科：一扇风

2.40、姜科：箭杆风。

参考文献

[1]全国中草药汇编编写组.全国中草药汇编(上、下册)[M].北京:人民卫生出版社.

[2]田华咏,潘永华,唐永佳等.土家族医药学[M].北京:中医古籍出版社,1994:43.

土家医气滞血瘀学说在骨伤科中的应用

瞿仁泉

（沅陵县鸳鸯山航百巷 2 号，湖南 沅陵 419600）

1、土家医“气滞血瘀”学说概述

土家族医药学家认为，气与血是人体生命活动中最重要的物质，气无形能行走人体经络，四肢百骸，五脏六腑，无所不至，无所不在。血为有形之物随气周流于全身，昼夜不息，生生不至。如果气血通行受阻，人体生命活动就要受到影响。气在人的生命活动中又是占据主导地位的，中医认为“气行则血行”指的就是气血的正常运行及两者相互促进的作用，在人的生命活动中的现实意义。故古代中医学家认为：“百病在于气”(语出《素问.举痛论》)。正如明代著名医家张景岳所说：“气之为用，无所不至，一有不调，则无所不病，气之在人，和则为正气，不和则为邪气，凡表里虚实，顺逆缓急，无不因气而至，故百病皆生于气也。”

土家族医药学家认为人体气之病所出现的病理现象多为气滞，血瘀两种。气滞可导致血瘀，血瘀又可阻滞气的运行，故临床常见气滞血瘀同时存在。土家医认为引起气滞血瘀的因素是虚、寒、热、痛等。其虚是因为机体虚弱，气血鼓动乏力而导致气滞血瘀；寒是因寒湿之邪凝注于人体某一部位而导致气滞血瘀；热是因火热之毒邪灼伤人体经络与脏腑通道而导致气滞血瘀；痛是因外伤或其它疾病所引起的疼痛对机体产生刺激引起气滞血瘀。此外如久卧、少动、惊恐过度疲劳，焦、虑、忧、思。饮食不节，暴饮暴食，酒色过度等均可引起气滞血瘀。

土家医认为，气血充盈调和者为健康之人，任何疾病的发生或疾病发生之后的病理变化均与血滞血瘀有关。故土家医认为人体应时时注意调养气血、适应环境变化，保持机体气血畅通旺盛，才能抵御外邪的侵入；使已经有病的机体得以顺利康复。

余自幼便在先祖父的指导之下研习土家族的气滞血瘀致病之说，并习得土家族人的医学和武功。将这一朴素的唯物学说用于骨伤科，作为治疗骨伤科病人的理论指导。三十余年，以来救治骨伤病人颇多，获益匪浅。

2、土家医气滞血瘀学说在骨科临床中的应用

骨伤科病人均可见到不同程度和不同原因与临床症状的气滞血瘀征象，现分述于下。

2.1 疼痛刺激在骨伤科病人中引起气滞血瘀。由于骨质受损，骨连接部位的改变而使血管、神经、肌肉组织充血水肿而引起疼痛，导致气的枢转受阻，进而形成血瘀，局部病变部位出现肿胀，此时的临床症状以痛为主，治当行气活血，并使用镇痛药物迅速止痛。迅速止痛是防止气滞血瘀进一步发展的重要措施。止痛药物常先血间草、地雷、乳香、药等碾粉外敷，并佐以生红花，血蜈蚣，退牯牛等为服。使用此类方药意在尽快缓解疼痛刺激，防止因疼痛刺激而使气滞瘀程度加深加重。

2.2 因寒湿伤于经络，血脉继而累及脏腑导致气滞血瘀对骨伤科病人的康复和预后影响。骨痂科病人，在感受寒湿之邪后，常在患处出现钝痛、隐痛不休，局部肌肤肿胀，颜色紫暗；触之痛甚，得

温则舒；骨伤难以形成，久之可导致骨质因缺血而坏死。治当以温通经络血脉之药物外敷，一般可选用红花，桃仁、当归、白芷、细辛、川乌、野山姜等外用，佐以田三七，穿山甲上肉桂、人参三七等内服，意在温通经络血脉，驱逐体内寒湿之邪，使受损之骨质得以气血畅通。

2.3 火热之邪对骨伤病人的危害。特别是有的伤者喜食肥甘厚腻之物，企图以大量食补达到使伤折部位尽快修复之目的，然而如此往往事与愿违，错误的滋补可助热邪炽盛，常见到伤折部位炽热红肿、烧均之痛难以忍受，遇热更甚得寒则舒是此类患者的明显征象之一。此时当急以寒凉之药外敷，如选用地枇杷、竹叶菜、山苦瓜，家种苦瓜、丝瓜等鲜品捣烂敷于红肿燉热之处。并佐以地笋、鲜藕、黄柏、石膏、公英、地丁、细叶水草等煎汤内服，意在清泄热毒之邪，解除伤折部位之雍塞，以利于气之枢转，血之流通。

2.4 伤痛刺激使气血亏损。由于久卧，素来体虚，或忧思恐惧等因素使气血暗耗而致气滞血瘀，迁延难愈，骨痂极难形成，临床典型症状是喜静恶动，动则诸症加剧，此类患者除对症使用外治药物之外，尚需使用大补气血之药物。余常选用人参、黄花、龟板、鳖甲、野生山药、土人参、野生百合等天然滋补之品令其内服。此类药物有补而不滞不雍塞等诸多优点，常使患者如期而愈。

2.5 防止气滞血瘀。治疗骨伤病人在断端复位之后，选 用外固定方法与器材方面亦要以防止气滞血瘀为宗旨，西医常选用石膏绷带作为外固定材料，余以为不尽妥善，何也?殊不知石膏为寒凉之物，住往会使患者因寒凉刺激而导致气滞血瘀，使伤折部位胃痂形成难度增大，难以尽快康复。且石膏绷带固定之后，患者伤处在修复过程中，肿胀消退之后，伤折部位便出现相对宽松缝隙发生移位，继而产生畸形。故笔者不采用这种外固定材料，而是首选杉木皮或柳树枝制作小夹板作为外固定材料。杉木皮，柳树枝皆为味甘性平之药物，且柔韧有度，使用这两种材料作为外固定器材有利于动静结合，土家医认为“动生气，静养血”这是骨伤科临床治疗的第一法则。

3、病案举例

例 1、郑某某，女性，年龄 18 岁，因车祸致第 1 腰椎呈斜形骨折，第 12 胸椎与第 1/2 腰椎前凹 3㎜伴长约 2㎝之骨质受损，大小便失禁，继而二便不通，腹部肿胀。双下肢无刺激反应。经某大医院治疗一周后，以上所述诸症未见缓解，患者与其家属均失去信心，自愿放弃治疗。其亲朋介绍，推荐延余试治。余视之之后，以为此患者乃因为经络脏腑因气滞血瘀而致双下肢失用，脏腑之气血不得疏泄而致腹部肿胀，二便不通。于是余采用前经治医院所行牵引复位之法，继续于以牵引，使用疏筋活血祛瘀之方药内服。外用乳香、没药、红花、桃仁、血蜈蚣、地雷、续筋草等外敷。24 小时后，小便通，30 小时后大便通。续治三天后，患者觉双下肢已有知觉。半月后患者能自行起坐。两月后周身活动自如无任何不适。

例 2、李某某，女，48 岁，沅陵县七甲坪乡人，2004 年 5 月 1 日在深圳务工时因车祸致双下肢、胫、腓骨骨折，经当地医院及时复位。因经济拮据，于 5 月 4 日返乡延余诊治。此时患者骨折处红肿燉热，因疼痛剧烈而呻号不绝于耳，余思之此患者系内地山区之人，于沿海湿热之地务工，因环境使然必定已于伤后体弱时为湿热之邪入侵于经络血脉与肌腠之问，故而致气滞血瘀。鉴于此余即投以血蜈蚣、地雷、鲜苦瓜、鲜丝瓜、细叶水草、乳香、没药等捣碎外敷。拟苍术、黄柏、公英、地丁、伸筋草、地笋、鲜藕、竹叶青等药物煎汤内服。施治两小时，疼痛尽去，24 小时肿胀尽消。

4、结论

土家医药学家千百年以来，在临床中尤其重视“气滞血瘀”学说，并代代相传，用以指导临床治疗，特别是在骨伤科中应用更为广泛。在诊治每一例患者时，几乎都要考虑到是否有气滞血瘀征象，在用药组方时则更严格遵循这一学说去认真对待每种药物是否是做到了有的放矢。故历代土家医骨伤科名家，对骨伤病人能做到疗效显著，其独特的理法方药形成了中华民族文化的一个重要分支，在漫长的历史长河中它与中医学和其它兄弟民族的医药学已不断融汇贯通。但由于对医学知识的认知要受

到历史、文化、地域等诸多环境因素影响，所以它仍然在一定程度上保留着本民族的特点特色，发现它、挖掘它是我们每一个民族医药学者的长期而艰巨的任务。好在如今有了很好的机遇，因为我们既有献璞的楚人，又有识得壁玉的文王。笔者认为土家族医药学这朵中华民族文化的奇葩必将开得更加艳丽、风华……

安乡县土家族医药现状概述

王新建
（安乡县中医院，湖南 安乡 415600）

安乡县地处湘南洞庭湖滨，与湖北接壤，人口多由湘西北，湖北及江西迁入，是一个多元文化的地区。随着改革开放，与外地交流更多，土家族医药随着人口的流动以早早的传入安乡，被广大群众所接受，为安乡的人民群众健康保障做出了贡献。笔者经数月的调查，了解到土家族医药在安乡的生存现状，现概述如下：

1、土家医药在安乡生存模式与现状

1.1 开设药店诊所行医

土家医药以疗效较好，特色突出，被安乡的部分患者所接受。土家医药在安乡有一定的市场，其从业人员逐渐增多，目前在安乡开设药店诊所的有五家，他们以传统药店的形式存在，为患者治疗病种人多是风湿病、肌肉痛、胃病、肝病、肾病，以及一些疑难杂症。多以门诊治疗，他们以传统的治疗办法以及土家药物治疗疾病，以神奇的疗效经常让一些所谓的不治之症起死回生。如笔者在调查中发现一股肉萎缩的患者（重症肌无力）到过省城几家大医院治疗无效，回家休养，经人介绍，按土家医药治疗，经内服丸药，外用药水熏蒸，三个月病人开始好转，现以病愈。他们多以这传奇病例吸引患者，扩大影响，建立他们 的患者群，发展壮大他们的诊所药店。这些从业者多是贵州、湘西、怀化迁移而来，现定居安乡。

1.2 摆地摊，买零药

摆地摊，买药，这是土家医药在安乡存在的另一种模式，这些从业者大多来自鄂西、湘西、怀化、贵州等地。他们多在县城及乡镇码头人流较多的地方摆摊，所买的药物多是土家药物，也常常用一些传统的疗法，治疗疾病，多以常见病多发病病种为主。挂一面旗，摆上几十种药在一个地方经营 1~2 月离开回老家，年年都来，大多是老患者看病买药，这种流动的形式也得到了老百姓的认同。

1.3 兼职看病

有部分从业者是从湘西、湖北、贵州迁移在安乡定居，从事农业生产。他们懂得土家医药的一技之长，也经常为老百姓治疗一些疾病，如外伤、蛇伤、风湿、腰退病，所用药物也多是他们 从老家带过来或是邮寄过来的，但也非常受人民群众的尊重。有病痛时，也去找他们看看，也为当地群众节药下了一定的资金，减轻了农民负担。

2、存在的问题与展望

2.1 存在的问题

虽然土家医药在安乡有一定的市场，得到了老百姓的认可，但就目前的法律来讲，他们没有执业许可证，还属不合法经营。目前卫生主管部门也只能把他们当做民间传统医药来处理，整顿起来就关门，整顿过后又开门。没有法律保障，政府没有一个部门来鉴定他们的从业资格，也没有专门的机构

来培训考试，从业资格无法认定。目前也不知道有没有国家标准。另外，所用药物目前也没有正规药典，哪些药物可用，哪些药物控制使用，前几年，田华咏先生编著一本《中国民族药炮制集成》，能否可做土家药典使用不十分清楚？其法律地位还有待有关部门认定。

2.2　土家医药展望

土家医药是一个资源极为丰富、特色突出、优势明显的民族医药资源，曾经为我国的卫生保障事业做了巨大的贡献。随着国家对民族医药的重视，相应的法律法规的配套，通过从业人员的努力，从业人员的合法地位会得到保障，土家医药会在我县快速发展壮大，其前景广阔。

试述土家族医学中的妇科保健特点

赵敬华

（湖北民族学院，湖北 恩施 445000）

土家族是聚居在湘、鄂、渝、黔毗邻地带的一支少数民族，数千年来，智慧的土家族人民创造了光辉灿烂的民族文化，创造了具有明显地方特色的土家族医药学。土家人散居在崇山峻岭之中，一家之内，多由女人主事，故土家医学十分重视女科疾病的防治和女人的保健。

土家女科是在长期的生活和医疗实践中逐渐形成的一套较为系统的学科。其基础理论是建立在“三元学说”之上的，在解剖上有养儿肠、水宫、子胞脉、玉门、水道、羞门等器官门名，在生理上重视经、孕、产、乳等阶段的卫生保健。由于土家族是一个有语言而无文字的民族，很多医药保健知识都是以顺口溜的形式在民间世代传承。本文将流传于鄂西民间的妇女保健方法记述如下。

1、经期的形成及经期保健

土家医认为女人月经的活血是“三元”之气、血、精充盛，血盈于养儿肠，养儿肠满溢于外所致。女人为阴物，为藏血、纳血之体。上元纳清气、气盛推动中元吸收水谷精微，转化为血。气血温养下元而使腰子精血旺盛，下元满溢于养儿肠，孕则养子，无孕血盈满则从子道溢于外。上元积天气以天干计 10 天精气始盛，中元纳谷气以地支计 12 天精血充盈，下元禀受先天父母之精血合而藏之，以地支半数为满，故经血来潮以 28 天为周期。在病理上，经期玉门大开，山野之人，易受寒、湿、火、毒等外邪侵犯，所以女人此期要特别加强卫生保健，如保持外阴清洁，不要过度劳作，避风吹雨淋，忌男女交合。同时要调节饮食，忌食生冷辛辣，勿过于饥饱，调畅情志，保持心情愉快，以增强身体抗病能力。土家民间传颂着这样的经期保健歌诀：“女人来红经期到，身体莫在水里泡；勤洗勤换莫邋遢，饮食清淡防饥饱；少近郎，多欢笑，做活路时莫过劳”。

2、孕育与孕育保健

土家医认为女人怀孕是男女交合产生的一种神秘物质所致。这种物质其原质来源于父母神授，与生俱来，藏于腰子，在后天饮食的滋养之下，积人体精华，而形成神种。女人月经初潮为神种始盛，月经来后 7 年为神种大盛，此时即进入女人孕育的最佳时期。女人 50 岁月经停止，神种衰竭。女人孕后，早期可见到头晕、厌食，择食嗜酸，倦怠思睡，恶心呕吐等一系列“喜病”，家庭中有经验的婆妈会告诫孕妇：“女人孕，远男人；早早起，看园庭（花园）；少劳作，莫称能，慎饮食，调味品；讲稳重，心要静；勤提奶（奶头），腹要运（摸腹），准备摇窝把儿生。”

3、产褥期保健

女人生产时，因损伤大量出血，以至阴血骤空，最易得病。土家人十分重视这一时期的保健，夫

妻要共同“坐月”。女人坐大月，男人坐小月，即女人生产后要卧床一个月，男人要在床前服伺一个月。有歌曰：“女人坐月子，男人勤服伺，服伺一月子，享福一辈子”。其意思是说，女人产后一个月里的饮食起居，二便恶露，洗衣擦身等事务，男人都要精心护理，使女人能很好的恢复健康，以后才不会生病，家庭就会幸福一辈子。

4、绝经期保健

土家女人在绝经期后，由于生理上的变化，常于山乡邻里，家庭之中产生口角争斗，轻者出现邻里家庭不和，重者自身抑郁成疾，严重的影响健康。土家医主张克制情绪，在日常生活中寻找欢乐。歌曰：“绝经脸黄皮打皱，心烦吵闹把郎凶，天有阴云月有缺，斗转星移岁月穷，天地轮回是常事，人生祸福在其中，养子抱孙寻欢乐，笑口长开收轻松。”

土家传统美容瑰宝“九皇娘”美容器研究报告

朱娜琳[1] 朱国豪[2] 杜江[2] 张景梅[3]

（1、铜仁市川硐医院，贵州 铜仁 55400 2、贵州省民族医药研究所，贵州 贵阳 550002 3、贵州省民委文教处，贵州 贵阳 550001）

土家族传统美容瑰宝“九皇娘”美容器，系根据土家医药和祖国传统医学“熏蒸疗法”，结合现代医药科学技术研制开发而成。它是以其特制美容陶瓷容器，采用现代强化电场加热煎煮药物产生蒸气雾化。然后通过药物蒸气的热力、药力直接薰蒸、薰洗人体面部，辅之以面部穴位按摩，使之缓缓作用于皮肤，刺激神经末稍，使皮肤毛孔开放，微血管扩张，让药物有效成份透入皮肤，促进血液循环，清除皮脸毛孔内各种有害病菌。现代医药科学研究结果表明：药物蒸气薰面部能显著提高口腔、鼻粘膜中免疫球蛋白的含量。从而提高机体抵御病原微生物的入侵，达到最佳保健护肤美容，防病治病的良好效果。

1、内容简介

土家传统美容瑰宝“九皇娘”美容器，是挖掘土家族医药“薰蒸疗法”结合现代医药科学研制而成，它是由特制美容陶瓷瓶，强化电热器，“九皇娘”美容药袋等三个部分组成。

1.1 特制美容器陶瓷瓶。此陶瓷系加入古代美容珍品丹沙烧制而成。“九皇娘”美容陶瓷瓶容量为300毫升，精制美观。

1.2 强化电热器。该电热器系利用两个金属极板，通电后的电场效应，主要是通过水在容器内的有效空间导通后，产生的电势强化电热，它能在短时间内，迅速使容器内的水加热煎煮药物产生药物蒸气，并喷出容器上端小孔直接薰面部肌肤，达到保健美容的目的。此加热器使用时具有定量水蒸干立即自动断电的功能，使用现代方便。

1.3 九皇娘美容药袋。是秘传九皇仙在梵净山采集的土家民族美容秘方，经我们用现代医药研究精制而成九皇娘美容药袋。药袋分A、B、C、D、E五种。A：润泽注颜，营养肌肤，能改善皮肤干燥、粗糙，使肌肤光洁如玉。B：祛风解毒，使皮肤细嫩，白皙红润而富有弹性。C：行气活血，化斑消瘀，能消除色素觉沉着，雀斑、褐斑。D：祛风解毒，消除粉琐、痤疮（青春痘）。E：祛疯醒脑，通络止痛。故能治疗感冒、头痛、鼻炎、口腔火等。此五种药袋根据各种患者的情况需要选择一种药袋，放在美容器瓶内，让强化电热水蒸煮药袋，使药汁与蒸气一起喷出。直接薰蒸薰洗颜面，自我保健按摩美容。

整个产品典雅美观，古朴自然，是极富土家民族特色的精美民族工艺品。

2、作用机理

薰蒸药物疗法是祖国传统医药和土家民族常用的一种作用快，疗效好的外治疗法。薰蒸美容更有其独特的作用，它是通过加清洁水适量在特制美容陶瓷瓶中，通过强化电热煮沸产生雾化药物蒸气。利用药物蒸气热力，药物作用于面部皮肤、体窍。其特点是：药物并不与肌肤直接接触，而是通过薰蒸药物形成的药力、热力双重刺激，达到薰蒸腠理，疏通经络，使面部微循环扩张，刺激神经末稍感受器，促进血液循环，增强新陈代谢，改善面部组织营养。从而达到提高免疫功能和抗炎灭菌、保健美容的目的。现将主要作用机理分述如下。

2.1 薰蒸腠理，汗而发之，培阳清毒，容光焕发。

人是一个有机的内外统一的整体。体表与体内脏腑是通过经脉，经络纵横相连，他们在大脑皮层高级神经中枢的指挥下，使体表与各器官既分工负责，相互协调，维持人的各种正常生理机能。达到以阳统阴，阴平阳和。人体面容华色饱含着五腑六腑之元阳与精气。“五脏有五色，皆见于面”。正如《素问六节藏象论》中所说：“心者，生这本，神之变也，其华在面，其充在血脉，为阳为之太阳。通于夏气。肺者，气之本，魄之所处也，其华在毛，其充在皮，为阳中之太阴。通于秋气。肾者，主封藏之本，精气处也。其华在发，其充在骨，为阳中之少阴。通于冬气。肝者，罢极之本，魂之所居也。其华在爪，其充在筋。以生血气。其味酸，其色苍，此为阳中之少阳。通于春气。脾、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱者，仓廪之本，营之居也，名曰器。能化糟粕，转味而入出者也，其华在唇四白，其充在肌，其味甘，其色黄，此至阴之类，通于土气。”所以，薰蒸药物美容，汗而发之，能使药物蒸气切于皮肤，彻于腠理，摄于吸气，融于渗液，达到清洗颜面、毛孔深部灰尘细菌，润养皮肤。传之五脏六腑十四经脉而起到祛邪拔毒外出，抑内消扶正，阳气脏毒自去，容光换发。

2.2 疏能经络，活血去瘀，气行血行，华色增辉

人体面部表现的皮肤干燥，华色晦暗或产生雀斑、褐斑、黑斑、粉刺、色素沉着，青春痘等疾病，虽然诸多病因引起，但它们有一个共同点，就是内分泌紊乱，在面部引起血瘀结凝滞。土家医认为“阳行则阴行，阳气健旺，百病难作，气为血之帅，血为气之行。气行则血行，气滞则血凝”。人体四肤百官，五脏六腑，特别是颜面、五官都靠全身血液正常运行而滋养，方能容光焕发。药物薰蒸美容，是通过药力与热力作用于面部，从而使皮肤毛孔开放，微血管扩张，促进血液循环，改善面部组织营养。同时药物薰蒸美容，让药物有效成分透入面部皮肤、肌腠杀灭面部毛孔深部细菌、病毒。并进行彻底清洗。这就是土家医的“就近处祛邪，治外以调内，外治之外，尤为捷着”，气行血行，赶毒排毒，薰蒸美容，华色增辉。

2.3 促进新陈代谢，提高免疫功能

皮肤是人体最大的外围屏障。因而，体表皮肤除有屏障抗邪作用外，还有排泄、吸收新陈代谢的作用。而面部皮肤尤为特殊。它布满了通向全身的穴道。“十四经脉三百六十五络，其气血皆注于面”。薰蒸药物美容，并辅之以按摩面部皮肤、穴位、汗而发之，又行清洗。这使药物的性味由经脉传入脏腑，再通过脏腑的输布作用。加快了人体面部与五脏六腑的新陈代谢功能。同时， 药物薰蒸面部刺激口腔、鼻腔、眼腔粘膜，能使粘膜分泌较多的球蛋白，这就显著地提高了人体免疫球蛋白的含量，从而提高机体御病原微生物的能力。现代医药研究认为，通过中草药液薰蒸，让药物蒸气的渗透性与皮肤的吸收性高度统一。形成温热刺激。可促进血液与淋巴液的循环，有利于血肿和水肿的消散。同时加强糖、脂肪、蛋白质的代谢。由于薰蒸出汗，有利于组织间的回流吸收，使白细胞吞噬能力显著提高。具有较好的抗炎、灭菌作用。还能调节高经神经中枢和全身生理、病理过程。薰蒸药物美容，辅之按摩面部皮肤与穴位，能强化面部肌肤功能，促进颜面充满活力，达到去皱除斑，形活神俱，玉容照人。

3、讨论

3.1 薰蒸药物疗法是利用土家民间传统医药外治法的一种。主要用于：①风、寒、湿侵入肌体而致的痹症。②外感恶寒无汗，用解表药亦发不出汗的伤寒症。③中风引起的风湿瘫痪，肢体麻木手足不仁，半身不遂症。④皮肤湿疹，疥疮和痈疮肿毒。其使用方法有①局部薰蒸法，如皮肤、头部、咽部、肛门、外阴、脐部等。②药物薰洗法，即用药汤薰蒸擦洗患部。③药浴法，即用药汤趁热薰蒸坐浴或沐浴。④浸渍法，即将患者，多用于四肢浸渍在药液中 20~30 分钟。所以，传统薰蒸药物疗法能治内、外、儿、皮肤、五官等诸科疾病。但用于美容唯土家民间常用。中华土家传统美容瑰宝“九皇娘”美容器的发掘研制成功，是继承和发扬祖国传统民族医药宝库的一项重要科研成果。它有着十分广阔的发展前景。

3.2 薰蒸药物美容疗法。是以祛除病理产物为治标，消除致病因子为治本。辅之按摩面部皮肤、穴位，达到培补阳元，促进代谢循环，使之标本兼治，共达祛邪扶正之目的。薰蒸药物美容，返朴归真，疗效确切，安全可靠，又无毒副作用。具有简、廉、验的特点。能进入千家万户，世界的每个角落。具有极其广阔的开发情景。

3.3 薰蒸药物美容疗法是一项经过民间长期验证有效的科学美容方法。但它也有其自身的针对性，所以，使用这种方法必须注意下列有关事项：①面部皮肤有裂伤未愈者忌用。②患高热急性炎症疾病者忌用。③眼结膜严重允血、火眼、火牙痛者忌用。④大病后气血亏损、头晕目眩、胸闷、气喘者忌用。⑤严重失血、极度贫血者慎用。⑥薰蒸美容时应调整好距离，以薰蒸温热对皮肤舒适为度，薰时出汗，薰蒸后应适当饮水为宜。薰蒸时间不宜过长，10~20 分钟为佳。

土家传统美容瑰宝“九皇娘”美容器源于民间、源于自然。高于民间，顺应自然。保健按摩，传统美容。防治结合，现代美容。化瘀祛斑，疗效卓著。延缓衰老，再现青春。该产品问世将为我国多姿多彩的美容事业增添一朵绚丽的花朵。必将受到广大男女青年和中老年美容爱好者的青睐，更将一展英姿走在时代美容的前列，面向世界，面向未来，使古老自然的土家药物美容走向世界，美化人类。

苗药柏林接骨散治疗伤疾举隅

张东海 张立

（龙山县红十字会民族骨伤科医院，湖南 龙山 416800）

苗药柏林接骨散为我家祖传骨伤科要药，具有活血化瘀、清热解毒、消肿止痛、接骨生肌、舒筋活络、促进骨痂生长和愈合的功效。临床用于各种骨折、伤筋、疮、疖、癍、疔等疾病。30 多年来，我们应用柏林接骨散治疗各种骨伤疾病 3 万多例，在临床上获得满意疗效。在门诊工作中，常常有因外伤而引起损伤的患者前来就诊。现将用柏林接骨散治疗损伤性疾病举隅如下。

1、臂软组织严重损伤

杨某，男，39 岁，龙山县民安某社区人。日前，因翻车引起头面部及手臂严重损伤。伤后，经当地县人民医院求治，照片检查，未发现骨折及脱位。临床诊断：右手臂软组织严重损伤，右手筋间膜综合症。对症处理后，患者要求到我院治疗而由湖北某某县人民医院转院诊治。入院后检查，自诉头昏，面色苍白，大汗淋漓，疼痛难忍，右手臂及背部软组织肿胀，右手活动受限，基本无知觉。用柏林接骨散外敷，内服苗药以活血止痛、清热解毒。第 2 天复诊，症状明显减轻，续用上法治疗。第 4 天开始收汗，12 天能户外活动，开始作手腕、掌、指全功能锻炼，20 天作肘、肩关节活动及功能锻炼。

32 天全愈出院。愈后良好，活动自如，现仍开车运输。

2、左下肢软组织严重损伤

覃某，女，59 岁，龙山县民安镇人。因车祸致左下肢受伤，急送本院救治。入院后照片检查，未见骨折及脱位现象。发现左下肢肌肉红肿，腓肠肌呈瘀血肿胀，疼痛，拒按，痛苦表情，不能作地行走，左趾无知觉。用柏林接骨散外敷，内服中草药、民族药并辅以输液治疗。7 天后，肤色症状明显好转，踝关节及掌趾活动功能增大，再经治疗 1 周，全愈出院。

柏林接骨散由血当归、地胡椒、竹根七、八棱麻、接骨木、骨碎补、三百棒、五加皮、黄柏等 10 余味民族药及中草药组成。本方具有活血化瘀、止血生肌、消肿止痛、清热泻火、活络通经、补肝肾、续筋骨等功效，经长期临床应用，具有疗效好，无毒副作用的优点。

苗药“八土老苗倒地仙人汤”治疗糖尿病 280 例

罗其林

（怀化市府星路 136 号百草堂；湖南 怀化 418000）

我做为苗医，对苗药的性能和配方有一定的秘诀，在半个多世纪里治疗糖尿病患者 280 例，现将诊治方法总结如下：

1、治疗原则

清热解毒、健脾健胃、降血糖

2、治疗方法

用苗药“八土老苗倒地仙人汤”

2.1 方剂组成 土人参 15g，土黄芪 15g（金雀花），土茯苓 15g，土大黄 15g，土牛膝 10g，土枸杞 20g，土甘草 20g，土瓜 10g，百解 15g，路边金 15g，老君须 15g，苗儿红（虎杖笋）20g，八地老鼠 10g，倒地铃 20g，仙人冻 20g，路边菊 20g，金银花 20g。

2.2 随症加味 火重加黄栀子 15g，十大功劳 20g，口干加天花粉 20g，葛根 20g，肾虚加淫羊藿 10g，没有苗儿红可以用虎杖。

3、药物功效

土人参：补中益气、润肺生津、消肿；土黄芪：补气升阳、健脾胃、消肿利尿；土茯苓：清热利湿、补虚益损、活血止血；土大黄：清热解毒、健脾通便；土甘草：清热利湿、通小便、消肿；土瓜：清热解毒、活血散瘀、降血糖；百解：清热解毒、凉血散瘀；路边金：疏肝解郁、消肿拔毒；老君须：清虚热、利尿通淋、解毒；苗儿红：滋阴补肾、清肝明目、活血；倒地铃：消肿止痛、凉血、治糖尿病；入地老鼠：清热利湿、治糖尿病、降压；仙人冻：清热解暑、治糖尿病；路边菊：清热解表、健脾去积；金银花：清热解毒、解药毒；天花粉：生津止渴、降压治糖尿病；黄栀子：泻火除烦、清热利尿、凉血解毒、引火下行；十大功劳：补肺气、退潮热、益肝肾；葛根：泻火除烦、清热利尿、凉血解毒、引火下行；淫羊藿：温肾壮阳、强壮筋骨、祛风除湿；虎杖：祛风利湿、活血散瘀通经。

4、典型病例

湖南省溆浦县龙潭镇黄茅园的唐某某，男，55 岁，得糖尿病八年，经人介绍到百草堂就医，连服“八土老苗倒地仙人汤”三个月，血糖就降了，服到五个月就痊愈了，送来锦旗表示谢意。

5、注意事项

少吃造糖的食物比如：大米、麦子、玉米尽量少吃，应以豆类为主食，比如：花生、马玲薯（洋芋）、苦荞等。

苗药“五百金钱仙桃汤”治疗类风湿 40 例

童松青
（涟源市斗笠山百草堂诊所，湖南 涟源 418000）

类风湿是由于高烧和伤寒时间过久，治愈以后，留下来的后遗症，再加上吃热性食物过多如鱼虾海味，造成五心火重产生手脚发热、发烧。分三种，一种是干枯，一种是红肿，还有一种是烂。因为毛细胞血管发热不活血，影响到小血管活血不通畅产生肿痛。是严重时变成脉管炎。

1、治疗原则

清热解毒，凉血，降压。

2、治疗方法

用苗药“五百金钱仙桃汤”

方剂组成：白解 20g，白马骨 20g，白英 15g，白花蛇舌草 15g，白茅根 15g，毛冬青 15g，火炭母 15g，马兰 15g，土牛膝 15g，木防已 15g，六角英 15g，络石藤 15g，鬼针草 20g，金钱草 15g，石仙桃 15g，黄栀子 10g，甘草 10g，金银花 15g。

3、药物功效

白解：清热利湿，消肿活血；白茅根：清热利尿、凉血止血；白马骨：舒肝解郁，清热利湿；白英：清热利湿，消肿解毒；白花蛇舌草：清热解毒，活血利尿；毛冬青：清热解毒、活血通脉；火炭母：清热利湿、消肿解毒；马兰：清热解毒、活血消肿；土牛膝：清热活血、散瘀利尿；木防已：去风止痛、消肿解毒；六角英：清热解毒、消滞散瘀；络石藤：去风通络、凉血消肿；鬼针草：清热解毒、利尿通淋；金钱草：活血利水解毒；石仙桃：滋阴降火、平肝息风；黄栀子：泻火降烦、引火下行；甘草：调和药性；金银花：解药毒。

4、注意事项

不吃提火的食物。

苗药“金鸡龙凤汤”治疗妇女阴道滴虫病

蒲　芳
（怀化市府星路 136 号“百草堂”， 湖南 怀化 418000）

妇女阴道滴虫病（苗家称 36 症垃塌病），因吃热性食物过多，变成湿热症、血热、月经颜色黑色有块状，白带过多，轻者为白带，后重者转为黄带，然后流到阴道里，流不动，流不干净寄存在阴道内就生滴虫。

1、 治疗原则

清热解毒、止带杀虫、止痒。

2、治疗方法

用苗药“金鸡龙凤汤”。

方剂组成：金银花 15g，鸡冠花 15g，鸡眼草 20g，鸡骨香 15g，龙葵 15g，凤尾草 20g，白马骨 20g，白英 15g，扁蓄 20g，入地老鼠 15g，捕地红 20g，黄栀子 10g，土大黄 10g，苦荬菜 20g，三月三 20g，甘草 10g，墨菜 20g，根据病情随症加减。

3、药物功效

金银花：清热解毒、解药毒；鸡冠花：收涩止血、止带；鸡眼草：清热利湿；鸡骨香：理气止痛、祛风除湿、舒筋活络；龙葵：清热解毒、利水消肿；凤尾草：清热利湿、凉血解毒、止带；白马骨：舒肝解郁、清热利湿、消肿拔毒；白英：清热利湿、消肿解毒；扁蓄：清热解毒、杀虫止痒；入地老鼠：清热利湿、止带；捕地红：清热利湿、收敛止痒；黄栀子：泻火除烦、清热利尿、解毒；土大黄：清热解毒、杀虫止痒；苦荬菜：清热解毒、止带；三月三：凉血止血、清热、活血调经；甘草：调和药性；墨菜：凉血、止血、滋阴、乌发。

4、典型病例

怀化织布厂杨某某，女，35 岁，得阴道滴虫病三年多了，经人介绍，到“百草堂”治疗，用“金鸡龙凤汤”，连服 6 剂，痊愈。

5、注意事项

注意不能吃提火的食物，比如：雄鸡、鲤鱼、鸭子、牛、羊、狗肉、鱼虾海味、麻辣、泡菜。

苗药“五百铁马九虎汤”治疗甲亢病

李德秀

（湖南怀化市府星路 136 号“百草堂”， 湖南 怀化 418000）

甲亢病（苗家称 36 症大脖子病、猴胫包、饿牢子），病因胃肺神经管功能失调，牵扯到肝功能失调，肝风上动，肝属木，眼属木，两个眼睛鼓起，脖子属肺，肺气上冲成大脖子。脾胃功能失调，吃得多，饿得快，所以苗家称：“饿牢子”此病苗医分析，肺属阴和大肠做表里，健脾胃，大肠畅通，放屁子，肺气就往下走了，大脖子也就消了。

1、治疗原则

疏肝解郁、清肝明目、滋阴润肺、健脾健胃

2、治疗方法

用苗药“五百铁马九虎汤”。

方剂组成：白马骨 20g，百解 20g，白背叶 20g，百两金 10g，白花蛇舌草 15g，铁包金 20g，马鞭草 20g，马蹄香 10g，马鞍草 20g，马兰 20g，马尾黄连 10g，水杨柳 15g，矮地茶 15g，十大功劳 20g，牛皮冻 15g，木贼 20g，九里光 20g，虎杖 15g，忍冬藤 15g，甘草 10g。

3、药物功效

白马骨：疏肝解郁、消肿拔毒；百解：清热解毒、散瘀消肿；白背叶：活血散瘀、利水消肿；百两金：清热解毒、散瘀散结；白花蛇舌草：活血散结、利水消肿；铁包金：祛瘀、止咳、除痰；马鞭草：清热解毒：利水通淋；马蹄香：止痛、健胃、舒筋活络、止咳；马鞍草：清热利湿、活

血散瘀、消肿利尿；马兰：清热解表、健脾去积；马尾黄连：清热凉血、理气、消肿；水杨柳：降气化痰、利水通淋、活血调经；矮地茶：活血散瘀、止咳；十大功劳：补肺气、退潮热、益肝肾；牛皮冻：化湿利水、祛风止痛；木贼：清肝明目、赶大肠风；九里光：清肝明目、杀虫止痒、祛腐生肌；虎杖：祛风利湿、活血散瘀、通经；忍冬藤：清热解毒、解药毒；甘草：调和药性。

4、典型病例

湖南省怀化市四中杨女士，40 岁，发病时手发抖，眼睛鼓，大脖子，经人介绍到“百草堂”就医，投“五百铁马九虎汤”九剂，痊愈，送来锦旗表示感谢。

5、注意事项

注意禁忌提火的食物。

苗药“活血消骨正痛散”治疗骨质增生 135 例临床体会

龙新国

（花垣县民乐中心医院，湖南 花垣 416400）

骨质增生由于骨、关节局部损伤、炎症、慢性劳损、慢性缺钙等引起软骨退变、反应性骨质增生。病变在颈椎者，称颈椎病，又称颈椎综合症。病变在腰椎者称为增生性脊柱炎，又称为肥大性脊椎炎等。常见于中、老年人及体力劳动者（本治例中，有最小的年仅 17 岁男心）。现分述如下：

1、颈椎病

本病称颈椎综合症，凡颈椎骨质增生，颈椎间盘呈退行性改变及所引起的临床症状，综合起来称为颈椎病，是中老年人的常见病、难治病之一。本病病理特点：是由于椎间盘退化，导致椎间变薄、关节改变，使椎间孔相应变小，或黄韧带肥厚，使椎体变小、脊椎后方受压，或前韧带、后纵韧带因急性外伤或慢性劳损，继发纤维化或钙化，均可引致骨质增生。除此之外，本人认为，与环境、饮食也有很大关系，如农药、水污染，大面积森林破坏等。饮食：如现代科学进步发展，大部分人群煮饭都用的是铝锅、铝罐、电焊锅、铝铲等，铁器食具被铝、铝合金取代。因而引起缺铁，使骨质松驰而引起此病。从目前接诊人数看，此病占接诊病例中重体力劳动者的 20%到 30%人左右，严重影响人们身体健康。

2、腰椎骨质增生

腰椎骨质增生多发于重体力劳动者及司机。经十多年的临床发现，发病率男多于女，以成年人多发，但近年来，此病年龄不断降低。本人在治疗此病例中最年青者 17 岁。

临床表现以腰腿疼痛伴下肢胀痛或麻木，疼痛象“针刺”、“刀割”样持续痛。弯腰、行走时加剧，甚至瘫痪，严重影响人们身心健康，致使家庭经济困难。近两年来，我运用苗药“活血消骨散”治疗骨质增生，收到满意的疗效。

3、临床特点

骨质增生：常好发于骨关节、关节间隙，以 3、4 颈椎，4、5 腰椎多见，表现为受压神经根及神经管区的疼痛、运动障碍、麻木、无力、瘫痪等症状，颈椎骨质增生常伴有眩晕及头晕，重者伴呕吐。

4、处方及制法

4.1 外用方：棱衣腾 30g，个造楼 30g，柱比拐 30g，个背启 20g，琥珀 30g，乌豆 10g，川木通 30g，鸡血藤 30g，散血连 30g，乳香 15g，地散 20g，一点血 20g，人笑汤 30g，共捣烂加醋 50ml，火

砖烧烫后，包在药内，用布包烫患处、痛处、麻木处，一日 3~4 次。

4.2 内服方：铁罗汉 15g，耐细大 15g，三百棒 30g，一点血 30g，大散 20g，青木 25g，人笑汤 20g，地雷 15g，甲片制 15g，黄木香 15g，个背启 15g。颈椎加伴上收山 20g。头晕加木瓜 15g，白术 15g，腰椎加牛膝 15g，用 58~60 度包谷酒泡 5~7 天，每次服 50ml，一天三次。

用上法治疗 3~5 天，大多数病人疼痛缓解，严重或多个关节骨质增生伴肌肉萎缩及严重功能障碍者，1 至 3 个月症状消失。本人接诊的 135 例患者，疗效为 100%。

5、临床观察及典型病例

在门诊收治 135 例患者均在家治疗、休息，不服消炎止痛药及不打消炎止痛针。135 例中，年龄最大 67 岁，最小 17 岁，其中：农民 127 例，司机 3 例，教师 2 例，女 3 例。

病例 1：麻正达，男，56 岁，教师。2002 年农历 3 月 19 日扶来诊治，患者自述：腰痛 5 年余，反复发作，近年来疼痛加重，夜不能睡，翻身困难，并向大腿后侧、小腿外侧放射，行走不便，痛肢缩小，卧床不起。经上级医院住院治疗 3 个多月，“X 片”诊为“腰椎骨质增生”，报告指出，3、4、5 椎体明显骨质增生。不愿接受手术治疗出院。出院后半年，病情加重，不能行走，夜间睡时疼痛如刀割，整夜不眠，在儿女的劝说下去县医院住院治疗月余，效不佳。经同事介绍来求治，经用上方，用两天见效，三个月后各种症状消失，行走活动如常。

病例 2：洪志，男，17 岁，已婚，农民，在矿山打工。2002 年 7 月 24 日求治，患者自诉：腰痛两年余，劳动后加重，近年来疼痛向大腿后侧放射，站立行走困难，不能劳动，到上级医院检查，“X 片”诊断为 4、5 腰椎骨质增生，住院牵引月余，稍有好转出院。近月来，上述症状加重，下肢麻木，弯腰时痛如刀绞，针刺样难忍，而住院治疗，牵引半月无效，要求苗药治疗，经用上方，3 天见效后，出院带药，1 月后全愈，至今不复发。

病例 3：汤某，女，35 岁，饭店厨师。2004 年 8 月 29 日来求治，患者自述：近段时间早晨起床常有头晕反复发作，严重时站立不稳，并伴有恶心想吐。在当地医院吃药无效。半月来症状加重，并拌有肩周、右上肢酸痛、无力、麻木，经颈椎“X 片”发现 3、4 根颈椎唇样骨质增生，用上方治疗 1 个月后，症状消失，至今未复发。

苗药“祛风通络扶正散”治疗面神经麻痹 100 例体会

石启双

（怀化市府星路狗崽冲 136 号辰州中西医诊所,湖南 怀化 418000）

面部神经麻痹是神经系统的常见病、多发病，任何年龄都可发病，但青少年多见，男性略多，绝大多数为单侧性，双侧极为少见。疾病的发作与季节无关，通常急性起病，表现为一侧面部表情肌突然瘫痪，可在数小时达到高峰。部分病在发病前数日，有同侧耳后、耳内、乳突部或面部的轻度疼痛，多数病人在夜间发病。清晨起床洗脸漱口时发现面颊部肌肉活动受限，口角歪斜，亦有个别病人发病之后并不是自己发现，而是被他人发觉。

1、临床资料

据 1999 年 5 月至 2005 年 9 月有完整记录的病例 108 例，其中男性 74 例，女性 34 例，男女比例 1∶0.46，年龄最小的 6 岁，最大的 57 岁，6 至 23 岁 72 例，23 岁至 50 岁 33 例，50 岁以下的 3 例，病程最长的一年零 3 个月，最短的 3 天。

2、诊断标准

临床体征：患者单侧面部表情肌麻痹、瘫痪、口角歪斜，偏向一侧。

3、临床表现

发病突然。几小时可达到高峰，多为一侧性，开始时往往在耳内，耳后或下颌周围有疼痛感，患侧蹙额、邹眉、闭眼困难，眼裂扩大，眼球上翻，角膜、巩膜露出，鼻唇沟消失，露齿或笑时口角歪斜至对侧，饮水常自口角流出，进食常存留在齿颊之间，患侧眼流泪，有个别病例味觉减退或听觉过敏，少数病例外耳道出现疮疹。

4、治疗方法

消除外邪，扶正固本，改善局部血液循环，促使面部水肿及炎症消退和面神经机能的恢复，同时保护患侧暴露的角膜免受损和感染。

方剂组成：分上下方，上方外用方，老烟屎 3g，金砂未 5g，蜈蚣未 5g，加水龙血适量调成糊，外敷，一日一次。下方，五瓜藤 15g，大风藤 10g，钩钩藤 10g，大血藤 10g，神仙藤 15g，水煎服，一日一剂，随年龄加减，一般七天既可扶正面部肌瘫痪。

5、疗效观察

临床治愈面神经瘫痪 108 例，其中 5 天治愈 64 例，10 天治愈 39 例，另 5 例恢复较慢，加物理配合治疗 20 天全愈，总治愈率达 100%。

6、典型病例

病例一 陈某某，男，25 岁，沅阮县人，住沅陵北溶，1999 年 10 月 21 日就诊，自述 5 天前的一天清晨起床嗽口时觉张口困难，速用镜子照看，见左侧面部肌肉将嘴唇扯向左边，张口闭嘴及进食困难，左侧眼睛偏向左侧，眼球稍有上翻，开眼闭眼活动受限，患者急去县人民医院诊断为面神经麻痹、面瘓，并在医院治疗 10 天未见好转，10 天后来我门诊医治，用祛风通络扶正散外敷，内服下方五藤，5 天后效果出现，第 7 天患者左侧面部肌肉瘫痪解散，10 天恢复正常，嘴唇，眼睛居中，活动自如，无任何不适之症，随访二年未复发。

病例二 李某某，女，8 岁，沅阮县城关镇人，2003 年 3 月 13 号早晨，患儿吃早餐时，张口受限，咬食困难，而后就哭了，父母见后，发现患儿嘴唇偏向一边，急送县中医院，诊为：急性面部神经麻痹伴面瘫，在中医院住院治疗 7 天，用药不详，患儿未见好转而出院。随后来我门诊，用上方药外敷，下方内服 7 天，患儿面部肌瘫痪明显解散，七天全愈，嘴唇居中，张闭口活动如往常一样，无任何不适感，随访至今未复发。

7、体会

面神经麻痹在中医书籍中早有记载，称之为口眼歪斜、风症，苗医称为偏口鬼鞭风、苗家留传一种说法，人中邪被鬼用鞭子将嘴唇抽偏而得病。现代医学称为面神经麻痹，是一种神经系统常见病、多发病。发病原因多于面部受风寒和局部感染有关，通常认为局部营养神经血管受风寒发生痉挛，导致该神经组织缺血，水肿，受压迫而所致本症。如治疗不及时，可成为永久性面瘫。病机是因正气虚弱，营卫失调，肌表不固，当人疲倦、劳累过度、气候突变、风邪乘虚入经络而发病。上方祛风通络扶正散，有祛风邪、通络活血，配之水龙血有消、扶、固、凉血，疏利之功效，下方五瓜藤、大血藤、神仙藤等，具有清热解毒，舒筋活血、祛风、散结、通络、消肿、两方结合随症、随年龄加减，外散内固，故能药到病除。临床应用 100 例，效果满意，是治疗面神经麻痹、面瘫的良药。

苗族医药治疗白内障

龙金光
（凯里市曙光路 48 号眼科诊所，贵州 凯里　556000）

白内障的治疗有手术疗法和非手术疗法。超声乳化植入人工晶体是目前各大医院最先进的治疗方法。但在边远偏僻的农村，一是交通不便，二是经济困难，患了白内障很难得到治疗。另外，手术还有不少禁忌症和并发症，不少患者不宜用手术治疗。

1、治疗方法

我们采用苗药综合疗法，主要是服用中草药（主要是自己研制的雷公山苗药）；苗药电离子导入；白内障治疗仪、电针；点眼药加药物穴位注射；耳穴结扎；熏眼法。

综合疗法是近 11 年来采用的。在前 20 多年中均用 1、4 两法，疗效很慢。曾用 1、3、4 三法同用，效果还好，但都在用后 10 多天以上视力才得到提高，不如现在的综合疗法。

用综合疗法使不少患者拄着拐杖来，经 7~20 天就能甩掉拐杖，如常人一样的步行去，避免了受开刀之苦。其疗效与视力下降晶体混浊程度多为正比，即视力差，晶体混浊程序越重，疗效愈差，近晚期者几乎没有疗效。其次疗效与个体的健康状况、精神状态和兼有其他疾病亦有密切关系。11 年来有复查的 820 人，10%视力提高 3~5 格为显效（其中有 1 例右眼无光感，只决定治疗还有 0.5 的左眼。想不到治疗的第 3 天恢复光感，并且视力逐日提高），80%提高 1~2 格，5.7%保持原视力（亦列为有效范畴），无效的 4.35%中多为糖尿病性视网膜渗出或兼视网膜炎，老年性视网膜变化性，青光眼视神经萎缩。

2、雷公山苗药综合疗法疗效举例

例 1　徐某某，女，80 岁，凯里市人。因右眼失明 6 年，左眼视力下降半年来我所治疗。

治前查视力：（2003 年 9 月 6 日）右眼无光感，左眼 0.5。治疗的第 3 天恢复光感，并能看到手指和白衣，第 7 天为 0.1，左眼 0.6。

例 2 潘某某，男，68 岁，黄平县某林业派出所干部，治疗视力右 0.1，左眼 0.3（2003 年 3 月 21 日），经治疗 7 天后提高为右眼 0.3，左眼 0.5。

例 3 潘某某：女，68 岁，凯里市人，治前视力右 0.4，左 0.8，2003 年 4 月 21 日治疗到 5 月 11 日为右 0.8，左 1.0。

例 4 文某某，女，64 岁，凯里永人。因双眼视力逐日下降而于 8 月 29 日幕名找到该诊所求治，当时检查视力，右眼左眼均为 0.8（国际视力表）。今天（第十天）老太接受最后一次治疗后不停地向医务人员说：“很感谢您们了，我完全好了”，经检查，视力为 1.5，检查眼底晶体混浊全消散了，原来的混浊不存在了。

3、讨论

3.1 关于 1 法

现代中医把白内障的发展过程按其视力影响和晶体混浊程度分为三期：即初期、中期和晚期，这是为了便于选择治疗。本人通过大量病例治疗表明，晚期只能用手术，用非手术方法无效。（视力已降至 0.1 以下为晚期）。

白内障的中医名称为圆翳内障，多为中气虚衰，精气不能上荣，或因肝、肾二亏，虚火上炎，神水受伤所致。治宜益气升阳或补益肝肾。脾气虚弱者须桑叶、绞股兰、党参、黄芪、蔓荆子、白芍、升麻、甘草；肝肾二亏者则熟地、白术、枸杞、石决明、密蒙花、石斛、当归、旱莲草、苗药。

关于自由基的学说：人的细胞代谢中会形成自由基，从而产生过多的致衰因子 MDA，同时人体也产生清除自由基的酶（抗衰酶）GSH—PX。这种产生与年龄有关，年龄越大致衰因子越多，而抗衰酶越低。苗药就有抗衰老作用。人体过氧化自由基有害生理效应，致使细胞膜的结构功能受到损伤。

白内障、癌肿、心血管病、动脉粥样硬化、中枢神经系统功能紊乱、关节炎、肌肉萎缩等老年多发病均因过氧化自由基的作用所致。

目前认为晶体囊膜氧化是白内障的早期改变。白内障形成的原因与晶体蛋白质广泛氧化有关。

目前部分报刊杂志报道的具有抗氧化自由基的药物有龙胆草、黄芪、白芍、丹皮、莞蔚子、丹参、旱莲草、生地、刺蒺藜、五味子、蜂蜜、绞股兰、灵芝菌、罗布麻。已成制剂的有 V—E、V—C、SOD（超氛化物岐化酶），磁珠丸、除湿活络丹。还有药品店出售的白内停，石斛夜光丸、珍珠明目液、视明露、障眼明、治障宁、氨肽碘、谷胱甘肽、硒水、卡他林、硒卡拉（硒宝康）、牛磺酸、麝珠明目液、沙普爱思、海珠晶眼膜、阿斯匹林、有机锗等。能抑制醌类物质，防止白内障发展，阻止可溶性蛋白变成不容蛋白，能使变性蛋白分解、吸收，能补充眼球营养成分，促进新陈代谢，增强机体免疫功能，因而有助于防治白内障。

以上介绍的这么多病，作为患者选用哪些为好？最好请医师帮助，不能全部都购来试用，也不能乱购其中一种疗效也不理想。

3.2 关于 2 法

苗药电离子导入是直流电疗法。将直流电导入人体局部病灶区进行治疗的古老方法一，各地医院都已采用，但加药物离子导入治疗白内障未见报道。直流电局部刺激能使血管扩张，改善局部组织含水量，改善局部营养，加上清肝明目的苗药，促使蛋白分解吸收，使晶体由混浊变清晰，这是电、药双重结合的奇功。

药物离子的极性须明确放在相同极上，方能导入体内。苗药为负极药，放在负极电极板上。导入后形成离子堆，根据缪鸿石主编的电疗原理所述，离子堆大约进入晶体内停留 2 天左右，使晶体蛋白发生生化改变，抗氧化和渗透压的系列改变，晶体变性蛋白能分解、疏散、吸收、与药物离子一起进入血液循环，晶体蛋白未变性之透明部分也因此获得透明而不继续（终止）变混浊。离子堆进入组织深度 1cm，此深度在上下脸闭合后的眼内则恰到晶体位置。药物离子导入人体不损害组织，兼有协助直流电之功能。

治法：将苗药粉用纱布包好，（每包 30 克），放入 200~300ml 的口缸内再制 4 个电极片放入缸内。（电极片用能导电的锡、铅制的盐水瓶盖包上 3~5 层纱布，凹面可放适量药棉以使电疗液保存较长时间。）放水高出药面 1/3 以盖住药和极片为度。煮沸即可启用。

电极放法：负极放在闭合的患眼脸上，正极放在耳轮眼穴或同侧太阳穴。

电疗仪：以 9~12 伏为限，各类型治疗仪均可用，分明正负极。无治疗仪的乡村卫生所或巡回医疗人员，可将 1 号电池 4 节连接即可，如有白内障治疗仪更好。

电流量、时间、疗程：电量以患者能耐受为准，一般用中电量 30~100MA，太敏感者可用小电量 1~30MA，患者自感觉通电时，离子即开始导入组织。电量大小与药物离子进入量成正比。时间不宜过长，以 15~30 分钟为好，以 15~20 次为一疗程，一天可作两次。这个方法有少数人不适用，愈作视力愈差，多发现为视网膜有渗出患者，可能电疗会加重视网膜血管出血与渗出。

3.3 关于 3、4、5 法

白内治疗仪、电针、耳穴结扎，其原理雷同于祖国医学的针灸理论，这里不重复阐述。

3.4 关于 6 法

苗药熏眼：将苗药 30~50 克包在一层医用纱布中，捆好不让在煮时散开来，放在 200~500ml 大小瓷缸中，盛水将药盖住为准，煮沸后用蒸气熏患眼（1 只或双眼），用毛巾或报纸挡住头部周围，以防蒸汽外漏，眼与瓷缸的距离约 30cm，以不过烫为度，每次 15 分钟左右，每天两次，十天一疗程。

目前，国内外对白内障的治疗以手术和人工晶体植入为主在我国，据卫生部估计（2002 年），全国大约有白内障总数 5。00 万，每年新增的白内障患者 40%，我国现有眼科医生 2 万 2 仟人，每年可

做白内障手术约 30 万例，仅手术治疗现有的白内障患者即需 20 年。白内障患者大多数在农村。开展防盲治盲工作量之大、之长久，需要大量的眼科专家和更加经济、易于推广的有效疗法。要使晶体的变性蛋白分解吸收，是一项难度很大的工程。

苗药“溶尔石”治疗结石病临床体会

吴言发
（花垣县崇山苗医门诊部，湖南 花垣 416400）

关键词 苗药；溶尔石；结石治疗；治疗

近年来，患结石病的人越来越多，年龄也越来越小，患者体内的结石则越来越大越多。现在市面上治疗结石病的药也多得不胜枚举，在民间也常有人用单方治疗结石，但大部分医者的治疗结石技术都停留在排石的水平上。如果只能排石而不能溶石，那么对于肾内的输尿管的结石，超过 1 厘米时，就无法排出体外，这种治疗结石的方法会给患者带来痛苦和烦恼。崇山苗医门诊部的溶石方，可将大者化小，小者化了，结石溶解后自行排出体外毫无痛苦，多数患者的结石，经服用本方后，按期检查就会发现体内结石被全部溶化。用“溶尔石”治疗各种结石 1200 例，在临床上取得较好疗效。现总结如下。

1、临床资料

1.1 共观察 1200 例，其中男性 760 例，女性 440 例。年龄最小 11 个月，最大 75 岁。按结石的发生部位划分，单肾或双肾结石 580 例，输尿管结石 570 例，膀胱结石 7 例，肝内胆管结石 8 例，胆囊结石 35 例。

1.2 诊断标准。各种结石病均经当地医院 X 结照片或 B 超检查，确诊为肾结石、输尿管结石、膀胱结石、胆囊结石及肝内胆管结石的病例共 1200 例。

2、治疗方法

2.1 药物组成：芮潜当、桂辽、各兵嘎、碧黑陶等共 20 多味苗药组成。

2.2 使用方法。将药方全晒干，研极细末，每次服 10 克，每日 2~3 次，或装胶囊，每粒重 0.5 克，每次服 10 粒，温开水送下。

2.3 疗程。8 毫米以下结石服药 20 天；10 毫米大者服药一个月；11~13 毫米大者服药 50 天；14~17 毫米者服药 60 天；17~20 毫米者服药 3 个月。

2.4 适用范围。“溶尔石”适用于不超过 20 毫米大的结石。按照所需疗程进行治疗后，再通过 B 超进行复查，除个别耐药患者外，大部分结石患者，有较好的疗效。

3、疗效观察

为了不让患者过度服药，并做到病愈即停药，以免浪费药物资源，和造成药物对人体伤害（本药虽然无毒，但久服易耗损正气）。服完药时，立即进行 B 超检查，如结石已溶化，就心须立即停药。个别患者如不能预期溶化，可根据结石的大小再次服药。

凡来我门诊就诊的结石患者，根据需要超检查，依照结石的大小，制定治疗疗程，然后把患者病历资料记录在案，备案待查，随访治疗效果。

结石患者，他（她）们每次用瓷盆盛小便，然后观看溶器中的尿液，发现尿液在服药期间和服药

后，均有大小不一如粟粒大小的结晶体沉于瓷器中。

服溶尔石方后，几个小时后疼痛缓解。有部分患者可于第三、五天时有小结石排出。部分患者尿液中可见较多粟状结晶物。

疗效标准：B 超检查胆囊或肾、输尿管、膀胱无结石者为痊愈；部分溶解为有效。

用“溶尔石”治疗各种结石 1200 例，在体内通过溶解，达到排石的目地，其疗效在 90%以上。

4、讨论

由于结石患者的不断增多，年龄断少龄化，给结石的治疗带来了诸多困难。现在社会上，市场上的治疗结石病的药物较多，疗效不一，但都只是排石，不可溶石，这给众多结石患者在治疗时无形中带来了恐惧。为了提高结石病的治愈率，开辟治疗结石新方法，减轻结石患者的痛苦，我门诊部探索研究出了苗药“溶尔石”药方，治愈结石患者几千例，在临床上取得较好的疗效，为患者解除了痛苦，同时也赢得了广大患者的好评。

苗医“取吓疗法”与脐眼（神阙）穴的临床意义探讨

欧玉荷

（凤凰县廖家桥医院，湖南 凤凰 416200）

在苗族民间中流传在脐眼部行“取吓”疗法专治小儿受惊之疾病，是苗族民间流传的医疗特技，对发掘发展相国医学遗产具有相当的价值和意义。

“取吓”疗法，苗医称“补本”。据传在民间流传已有数百年的历史，它一直披着神秘的面纱、迷信的色彩，歪曲了他的原理，夸大了他的疗效。“取吓”疗法究竟是什么理论根据？作用效果如何？这里据临床观察和有关文献记载。下面笔者作初步的总结和探讨：

“取吓”疗法，是在患者的脐眼部施行的一种温和灸，与达到治病疗疾的目的。

“取吓”的作用原理：

脐眼，是经外奇穴的要穴，位于任脉之经络上，中焦之中。其循经路线《内径》早已有记载，《难经》喻：十二正经为“江河”，奇经为“湖泊”乃因八脉交叉贯穿于正经之间，加强各经脉之间的联系。因任脉“为阴脉之海”，足三阴经在小腹与任脉相交，使左右两侧经脉通过任脉而互相连系，手三阴经是阳阴经与任脉分布在前面胸腹。因此，任脉对阴经有调节作用。而手足三阴经及足阳阴经主要症候：为欲食不振、胃脘胀满、倦怠无力、大便溏泻、嗳气呕吐的肠胃疾患，又据十四经穴位，主治规律，一律躯于部穴对局部疾病、内脏疾病，甚至全身均起作用。如胸腹穴位能治局部病变及内脏疾病，就三焦而论，脐部位于中焦，是足脾胃所处，中焦无形之气。所以蒸腐水谷升降出入，若湿热内淫湿多则成五泄也。苗族民间应用的在脐眼行“取吓”治疗小儿单纯性腹泻，也是合符经络学说和脏腑学说的。

小儿（三个月至三岁）脐部，民间称肚脐眼，中医称神阙，范围较小，而灸具（或药物）较大，名曰神阙穴实是一位多位，就肚脐眼四周（上下左右）有多个穴位，如冲脉侠脐中左右两旁为天枢穴，脐上为水分穴，脐下为气海穴，小儿推拿中的五柱灯火早于应用记载，而苗族医的临床上在取穴刚好与五柱灯火法取穴不谋而合，这当然她能临床取得治疗效果是不足为怪的了，是符合当今的经络学说及脏腑学说，成为医治小儿走胎，伤食等疾的——要穴！其次，从解剖学说观点来看，脐下为腹壁下小动静脉，经药物温灸能促使血液循环加快，动物实验还证明：实行艾灸可以提高巨噬细胞的吞噬活

性和血液中一些抗体的效价。在脐部作拔风罐治疗小儿腹胀饱满；脐部药物热敷法治疗腹中寒气痛，脐上打灯火治小儿惊风。现在临床报导的疗法更多，有麻木步饼敷脐治疗小儿单纯性腹泻。有艾灸法、熨脐法、熏、贴、敷、熨、拔罐、打灯火等七法。在临床效果且止泻、止痛、镇惊、消胀、通便、退黄疸、散风寒、理积滞、脱肛、虚脱等病。这难怪民间对其的临床应用这样长久，这样不息，这样兴旺！

参考文献：
1、《中西结合防治小儿常见病资料汇编》185 页，1978 年人民卫生出版社。
2、《医宗金鉴》136 页，1977 年版。
3、《农村医训推拿按摸试用教材》，湘西州卫生管理站编印，1970 年 3 月。
4、《医疗研究通讯》（我国中西医结合针灸麻醉科学研究的进展）。2 期第 8 页，1979 年。

创新苗医

田兴秀
（花垣县卫生局，湖南 花垣 416400）

苗医在上古是正统“国医”，自楚灭国后则地位剧降而少闻。近十余年来，湘、黔等地整理出版了一些苗医药书籍，以及开发了某些高效苗药产品，在社会上才产生较好的影响，初步表露其崛起之势。因此，理当因势利导，促使创新。

1、沧桑悠悠来头远，古树璨璨又生新

《花垣苗族》①记载，苗医始祖是母系氏族时代的各奶嘎、汉语叫母药王，到父系氏族时代，才出现古书《说苑》所讲的“苗父”，还有民间传说的“药王爷”等。国家级非物质文化遗产的《苗族古歌》②中记载，在蚩尤九黎部落的上层机构，设置有管理医疗保健的苗医官。

传说苗族先民领袖蚩尤和马雚 兜，都知医懂药，善于治病。屈原是精通医药的苗学先师，其在《楚辞·离骚》等作品中，述及一百多种苗药，还陈述了“阴阳三合”的三本观医理和“御阴阳”、“制天命”、“破均衡”医学观。由此说明在古代，苗医确有较长历史的鼎盛过程。

自从苗族先民熊鬻、熊绎建立的楚国被秦所灭后，直到清代的两千多年间，苗医随其民族危难而衰困，且派别纷纭，各持所见，更受巫学禁锢，因而长期徘徊于崇巫医与泥方医学境地，在封建社会老是下九流。

1992 年中国民族民间医药杂志发表《浅淡苗医学术特点》③一文，向世人公布了苗医“三本论”哲学观、开拓进取思想和实事求是风尚，引起学者注目。1993 年《苗族生成哲学研究》④书中的《苗族生成哲学对苗族医学的指导作用》一文，初步阐述了以“三本论”为主导的苗医理论。2000 年《中国少数民族医药大系》⑤的《苗医药》篇，简明地谈论了苗族医药的体系纲要，标志古苗医的种子已生出新苗。

2、尚三医论发正理，群芳会萃显奇能

苗医大师龙玉六⑥生前传授的苗族古老话《事物生成共源根》⑦指出，搜媚若（能量）、各薄港搜（物质）、玛汝务翠（结构），是万事万物生成的三大根本，简称三本；并指出“三样缺一不得生”。这就是三本论⑧的中心思想。此与《老子》“三生万物”说及屈原“阴阳三合”说类同，皆是苗族“尚三文化”的产物。苗医的尚三医论，也是三本论与苗医学相结合理论体系，表现于理、法、方、药、教等方面，其突出点是破均衡医学观。苗医破均衡医学观，弘扬“制在命”、“御阴阳”、利用自然、

改造自然、反静止、废劣态、创新序的进取精神，宣发事物生成演讲的正理，显示苗医将有美好未来。

在漫长历史过程中，苗医积累甚多良方医技，有验、捷、简、便、廉等优点，如能加强学术交流，会萃群芳，则可加速发展而不断显现奇能以服务社会。

3、自灭有可能，崛起靠创新

苗医是有悠久年轮的古树，生命力有所衰减，在当今西医浪潮冲击下，有被淘汰危险。以苗族人口占总人口 80%的湘西花垣县来看，知名度高的苗医师在清末有 96 人，民国末年及新中国初有 72 人，到 1995 年只有 5 人！几乎频于自灭。在外县、外省，尽管有些人爱唱高调，其实苗医的危机，是普遍性的。苗医随其民族危难而衰困，且派别纷纭，各持所见，更受巫学禁锢，因而长期徘徊于崇巫医与泥方医学境地，在封建社会老是下九流。既是非等闲，则须大发展。当务之急是让更多人认识它，多联合有志这士，组成新型苗医队伍，共同投身于崛起工程而创新苗医。

注解：

①《花垣苗族》：花垣县民委、政协主编，1993 年内部版。

②《苗族古歌》：龙玉六朗育，龙炳文整理，《楚风》杂志发表，2006 年国务院批准列为国家级非物质文化遗产。

③龙兰珍 著

④《苗族生成哲学研究》：雷安平主编，湖南出版社 1993 年出版。

⑤《中国少数民族医药大系》奇玲主编，内蒙科技出版社 2000 年出版。

⑥龙玉六（1905—1988），入代祖传苗医，湘西花垣县猫儿乡人。

⑦《事物生成共源根》：是《苗族古老话》的一个篇章。《苗族古老话》由湖南岳麓出版社 1990 年出版，龙玉六朗诵，龙炳文整理。

⑧[三本论]是阐述能量、物质、结构是万事万物生成的三大根本的理论，载于龙玉六传授的《苗族古老话》书中，2004 年由田兴秀解析演绎成《三本论》专著，云南人民出版社出

苗药治疗风湿性关节炎的体会

龙登亮

（花垣县建设东路 105 号，湖南 花垣 416400）

摘要 风湿病是一种难以治愈、反复发作的疾病，给治疗带来了一定的困难。多年来，我就是运用草医草药治疗各种风湿病，收到了较好的效果。

关键词 草药治疗；风湿性关节炎

风湿病的病因，西医认为是与链球菌感染有关，常患有扁桃体炎、烟喉炎、丹毒等溶血性链球菌的急性感染。发病季节以冬、春两季最多。常因感受风、寒、湿三种病气而诱发。中医叫这个病为“痹症”，得了这个病，多数病人有膝、踝、肘、腕等关节处有游走性红、肿、热、痛、活动困难等症状。本人经多年的临床观察，用草药治风湿性关节炎，收到了较好的疗效。

治疗方法：按两大类型治疗。

寒痹型：治宜祛风散寒，利湿通络。

药方组成：鸡血屯、桂枝、制川乌、石南屯、伸筋草、钻地风等药各 30 克，水煎加少量白酒趁热洗擦患处。连用 7—15 天。

热痹型：治宜清热祛风通络。

药方组成：虎杖 10 克、稀莶草 15 克、公英 9 克、牛膝、五加皮、忍冬藤、桑枝等各 20 克，水煎服。每天三次，每日一剂，连用 5—7 天。

疗效观察：患者经用上方服用 5—7 天（一个疗程）关节疼痛逐步减轻，用药两个疗程后，红、肿、热、痛逐步消失，运动自如。

临床观察：应用草药内服、外敷治疗风湿性关节炎，效果好，疗程短又经济。本人多年来用上述方法治疗风湿性关节炎 50 多例，收到了满意的效果。

苗药“辣蓼草”治毒蛇咬伤的体会

石生正

（花垣县花垣镇老正街草医诊所，湖南 花垣 416400）

摘要 毒蛇咬伤严重危害人们的生命安全，人们对毒蛇早已心有余悸。它以血液毒和神经毒为主。为了解决这一难题，我在临床上试用苗药医治，现将治疗结果谈几点体会。

关键词 毒蛇咬伤；苗药治疗

在自然界中有很多种毒蛇，毒蛇的毒大体分为两大部分：一类是血液毒；二类是神经毒，尚有神经毒与血液毒混合型毒。

毒蛇咬伤后，必须及时处理，不得延误治疗时间，才不至于出现生命危险。如果治疗不及时，将会危及生命。

1、中毒症状

根据不同的毒蛇，就会出现不同的体征和症状。银环蛇咬伤后，多数没有特殊症状，过了片刻后，渐感身体不适，疲倦无力，进而出现呼吸困难，胸闷气紧，视物模糊，最后形成呼吸、循环衰竭而死亡。

五步蛇咬伤后，伤口紫乌，疼痛难忍，毒素迅速向心脏方向扩散，肿随毒素扩散，随后全身出现紫色斑块，如处理不及时，最后导致血液循环衰竭而死亡。

2、处理方法

①外治法：立即用绳索或长发距伤口五六寸处捆紧（20 分钟内松绳一次，以防肌肉坏死）。另用瓦针在伤口处刺放血，再用火罐拔吸，然后再用解毒蛇药从伤口远处向伤口处推赶数次。

②内服法：若是在山上无条件时，可将药物捣烂挤汗，让患者饮下，病重者，过 2 小时再服一次。病情稳定后，可将药物水煎服，直至病情痊愈。

方药：鲜辣蓼草 200 克、半边莲 20 克、八角莲 15 克。

使用方法：上药捣烂取汗内服，或将上药水煎服。另取药物捣烂外用敷伤口。

3、结果

用上方法治疗毒蛇咬伤 35 例，一般患者需要 5—7 天痊愈。严重病人约需 7—20 天恢复正常，治愈率达 90%以上。

4、体会

毒蛇咬伤的症状一般较重，往往因处理不当或处理不及时而危及生命，有些患者因处理不当而导致肢体伤残。总之，一旦被毒蛇咬伤后，处理伤口和内服药物都是很关键的。伤口处理得好，可减少毒物进入体内，同时可减少生命的危险。

苗药治疗肾病综合征体会

杨再兴

（花垣县民族医诊所，湖南 花垣 416400）

摘要 肾病综合征病的出现早已引起医学界的广泛关注和重视，它以受损部位广泛而著称。为了解决这一难题，我在临床上试用苗药医治，现将治疗结果谈几点体会。

关键词 肾病综合征；苗药治疗

肾病综合征以大量蛋白尿、低蛋白血症、水肿、高血脂为主要特征，损害脾、肺、肾脏导致水液代谢失调，肾衰，对人体形成一种严重危害的疾病。

1、药物组成及用法

处方：芮竹 50g　芮各向 30g　比拿 15g　娄鲁翁 20g　芮恰谋 15g 黄期 30g　芮克娜 20g 共 16 味药组成。上药水煎服，一日 3 次，连服至痊愈。

2、方解

方中以益气化瘀、固肺健脾、补肾利水为主。肾虚则抗病力低下，肺气虚，诸脏气受损，则百病丛生。综观全方既治本又治表，表本同法，病气除，正气盛，则诸病自愈。

3、讨论

本病在初期往往会用大剂量皮质激素，抑制了身体免疫力功能，进一步削弱了身体的抵抗力。由于抵抗力下降，所以易发生感冒，致使病情加重或复发，而导致脾、肺、肾三脏受损，最后形成气阴两虚的征象，故当滋肾健脾、脾健则肾气盛，脾能升清，输布精微，肾能封藏固精，防止精微外泄，芮柱、芮各向、晴期等药合用能补调脾肾，以摄精微，利水除湿，以治其本。芮柱通利水湿以清余毒，再加芮克娜—通利水湿，再则清热解毒，水气一去，肿自可消，但又能凉血化瘀，又能养血生血行气，药理证明有降压、降脂作用，抗凝血。改善循环并能提高免疫功能，促进组织修复和再生作用，所以，全方合用正气得复促进病情的缓解有明显保护肾功能，故对气阴两虚之症具有很大的疗效潜力。这些临床经验和体会，有待继续进行深入研究。

苗医“鬼打症”的临床治验

欧志安

（凤凰县卫生局，湖南 凤凰 416200）

“鬼打症”、“鬼呷症”，是苗医临床中的危险症候，基本没法治疗。其临床表现为：怠倦无力、精神萎糜、头昏眼花、收悸耳鸣、气促、皮下出血、鼻出血、经血不调，脾不大、化验全血细胞骤减，可引起颅内出血或肠血。

中医则称之为“虚劳、血证”，是苗医临床一难题，经过长期临床实践积累，也积累了对本病医药的精典技法，现总结如下。

苗药立方：芮纠恰，又名一颗针、白毛兰花，属牦牛儿科草本植物。全株草本，空近藤本，茎长 1 米左右，葡匐，淡紫色具棱；叶对生，裂片状小裂片 5~9，缺刻状分裂，叶长 4 厘米左右，宽近身等长，缺状长齿，叶面无毛，背面叶具软毛，叶柄长 10 厘米左右，茎长叶柄较短，披白毛，托叶三角状或披针状，长达 1 厘米，质薄，有毛，花伞状顶生或腋生，梗长 9 厘米左右，披白毛，总苞 6~7 片，披针型，具白毛，小花梗长 1 厘米，花萼 5，卵状椭园形，先端具长毛，花瓣 5，兰色，倒卵状，雄蕊 5，处轮 5 枚，无药。内轮 5 枚，具黄色花药，花丝下部膨大，蜜腺 5，显著，药柱 5，均密被短柔毛，蒴果先端长喙状，长 3~5 厘米，5 室，每室种子 1 粒，熟后 5 果瓣与中柱分裂，果瓣的喙部螺旋状卷曲，内侧白毛，种子倒卵园椎形，褐色，长 2~3 毫米，花期 4 至 6 月，果期 5 至 7 月，多生于山坡、

田间、地角。

本品有 6 个品种，作用基本一致，具祛风、活血、清热、解毒之功。经临床检验：1、抗菌作，2、抗病毒作用。《纲目遗失》记曰“祛风活血、通络除痹等”。用本方对 3 例进行临床观察，近期效果显著，远期效果尚没追访，值得进一步观察。其配方如后：

处方：芮纠恰 30 克（干品，鲜品加倍）、冰糖 15~20 克。

用法：土罐煎，水没过药面，浓缩，口服，tid，每日一剂。

注意事项：

1、本病与血小板减少紫斑、过敏性紫斑、红斑狼疮、流行性出血热等要严格区分。

2、煎药时用一湿纸糊盖罐口，以保持温度，易达浓缩。

3、患者禁食红旱菜，强项运动，要心平气和配合治疗。

学习民族医药政策与民族药产业发展之心得

萧成纹

（通道侗族自治县人民医院，湖南 通道 418500）

诸国本会长指出：“对于用草药土方治病之民族医，应尽量团结与提高”，民族医药是祖医药宝库的重要组织部分。发展民族医药事业，不但是各族人民健康的需要，而且对增进民族团结，促进民族地区经济、文化事业的发展，建设具有中国特色的社会主义医疗卫生事业有着十分重要的意义。“民族医药在保障人民群众身体健康方面也发挥着重要作用，要认真做好挖掘、整理、总结、提高工作，大力促进其发展”。“民族医药享受与中医同等的待遇”。“少数民族地区可以制定一些特殊的规定来发展民族医药，例如给予政策上的倾斜，加大政府投入等”。

在分析民族药发展现状时，诸国本会长列举了一组数据，即：到 2002 年 12 月，由国家药品监督管理局经专家评审将 435 个民族药地方标准转为国家标准，其中包括藏药 106 种，傣药 35 种，蒙药 50 种，苗药 154 种，维药 9 种，彝药 81 种，至此，民族药的国家标准共 922 个。其中藏成药 306 种，蒙成药 193 种，维成药 96 种，傣成药 35 种，苗成药 154 种，彝成药 81 种，以上民族药成药共 865 种，另加蒙药材 57 种。

从全国民族医药政策的落实和民族药发展的趋势来看，由于党和政府高度重视民族医药事业的发展，制定了一系列保护扶持发展民族医药的方针和政策，当前，民族医药事业正面临着新的发展机遇，以上诸国本会长列举国家药品监督管理局经专家评审达国家标准的民族药就有 922 个，通过批量生产、销售、广泛用于防病治病，民族药为人类服务的理想成为现实。

然而，笔者在从事民族医药研究数十年来，所接触到的侗族医药、土家族医药、瑶族医药，虽然在当地为少数民族防病治病中成绩卓著，功不可没，在农村新型合村医药中将起到越来越大的作用。可是这些少数民族地处偏僻、经济落后，靠当地财政根本无法实施民族医药产业化建设。各级政府虽千方百计招商引资，由于各种客观因素，外资很难引进，尽管我们省、市、县各级民族医药学会、研究会，多年来积极抢救、挖掘、收集、整理民族医药的有效单方、验方，其中有不少是有奇效的经验方、秘方，由于资金缺乏，无法从事民族药的基础理论研究，至今这些“养在深闺人未识“的民族药，无法进行药理、毒理、抑菌、动物、临床等试验和对比观察，各药业公司的老总们在侗乡瑶寨考察多次，一了解这种现状后望而生畏，至今无人问津。

关于民族医药政策的贯彻落实问题，各地卫生行政主管部门的领导和经办人员认识不同而执行各异。湖南省通道侗族自治县历来贯彻民族医药政策认真，凡民族民间医生有一技之长，群众公认者，行医多年且无医疗责任事故，允许办证行医，收少量办证工本费发给《民族医生执业许可证》，或开店、或摆摊、或流动赶集，给侗乡人们看病带来极大方便。与此同时，加强对他们的管理和业务培训，提高民族民间医生的业务水平，规范行医准则。此举得到中国民族医药学会诸国本会长首肯，他在 2004 年全国首届侗医药学术研讨会上以“通道侗族自治县继承、保护与发展民族医药的经验值得学习”为题，作了长篇论述，给与会者感触颇大、印象极深。值得注意的是，某些同在一个地区（市）的县级卫生主管部门，对民族医药的国家政策却视而不见，听而不闻，有的县对成立民族医药学会层层设置障碍，不给民族民间医药的发展提供一点方便，更谈不上政策优惠和倾斜了。某些卫生部门政府官员，对民族民间医生特别苛求，以各种籍口限制民族医生行医，按西医和中医的要求来对待民族民间医生，使其执业受到制约。正如诸国本会长所提出的：“1982 年调查时有几十万民间医生，现在大部分已不复存在，对‘一技之长者’的政策也已经自然消灭，民族医药的基础受到了严重破坏”。

据悉，国家中医药管理局会同有关部门，正在调查研究起草民族民间医生执业方面的政策，但愿早日下达实施，使这一功在民族，利在各族人民的好政策发挥应有的作用，促进我国民族医药事业的进一步发展，让民族民间医药发扬光大，在全面建设小康社会和社会主义新农村建设中推波助澜，创造出更大成绩。

浅谈我对民族医药的认识

杨圣金

（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

自从人类诞生以来，人类就在同疾病作斗争。中华民族有数千年的文化文明史，至少五千年了吧。特别是人民在同疾病作斗争中，为了治病，为了健康，通过实践发现和总结了许多优秀的各民族医药文化，各族人民根据自己的住地环境不同，利用各地的、自然的天然药物，就地取材，为祖国各族人民的共同健康，共同繁荣作出了卓越的贡献。其价值和意义是不可低估的，在国家的安定，民族的团结，民族的复兴中都体现出了它重要的作用。

其实民族医学的出现比中医学早，中医学是在民族医学的基础上建立和发展起来的。中医学最早的成书是《黄帝内经》，据多数专家考证，它的成书时间约于春秋战国时期（公元前 770~公元 221 年），再就是《神农草本经》（约成书于 1~2 世纪），试问在此二书未成书之前人民沿用的是哪种医药。疑团不攻自破，当然用的是各民族自己的医药。“中医药学”应该说是秦始皇统一中国之后，统一了中国文字，才奠定了汉文化的地位。所以以后的多种文化都以汉文化为代表。加上汉族人多，对汉族本族的利益关心偏重，忽视了其他民族的文化。特别是民族医药文化，使之进入了冷门。中国民族医药学会会长诸国本先生说得好：“民族医药不是中医学的某个分支，它是中医学的姐妹。”我认为它是姐姐更为确切。换言之，民族医学从广义上来说，应该包括中医药。或者说中医药应该涵盖民族医药。中医药，顾名思义，中华医药，应该涵盖各民族医药。如果脱离了民族医药，应该说是一种孤立的学科。起码是不完整的学科。多民族的国家岂能“只存一种学科”，“多极化的世界”岂不成了单极的世界？事实会这样吧？诚然不可能，但不知什么原因，现实上已把它们分开了。

根据 2003 年 10 月 1 日起实施的《中华人民共和国中医药条例》在附则中规定：民族医药的管理

参照本条例执行，并做了解释：

1、民族医药有自己独立的地位。

2、民族医药享受与中医药同等的待遇。

3、在不违反本条例的前提下，民族医药可以有特殊的待遇。

所以说，民族医药的前景是光明的，但道路是曲折的，摆在我们面前的困难还很多，但不要灰心，踟蹰不前。应该努力拼搏，勇往直前，要继承、要发扬、要光大、要创新、挖掘前人未开拓的，补充前人未利用的，尊先人之成果。但不能被先人困死。因为我们从事的事业不是我们的私事，我们是要为人民服务，是在为了人民的健康，人民的福祉，国家的安定，民族的团结、繁荣和昌盛。从细小的角度来讲，我们起码在救死扶生，解决平民就医难，花小钱治病，甚至是花小钱治大病。现今不少报纸和多家电视台报导了医患关系紧张的情况，特别是哈市爆发的 560 万天价新闻，震惊全国上下，世界上也引起了不同凡响。其弊端就是西医药占了统治地位，排斥了民族医药。加上农村医疗卫生保障跟不上，平民看不起病，不敢看病，而病之根本在哪里？……一言难尽。所以不知多少患者得不到及时治疗，延误了病情，使病情恶化，而催残了身心。

所以我们民族医药应该分担一部分病患的疾苦，其实这也是我们的义务和责任。助人为乐是中华人民的美德，不要怨天尤人，不要无作为或不作为。要迎着风雨，迎着困难，才能柳暗花明。

天行健，君子以自强不息，地行坤，君子以厚德载物，中华民族自古就有自强不息、团结包容、吃苦耐劳、勤奋努力的高尚品质。

身为天下人，当思天下事。天下之大事，莫非万民之忧乐，行事要思万民之忧乐。健康为万民之所需，疾病为万民之敌，我们有一技之长，当为万民排忧解难。先天下之忧而忧，后天下之乐而乐。

侗医药治疗扁桃体炎（乳娥）体会

唐海燕

（芷江自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

扁桃体炎（乳娥）虽然是一种普通常见病，但对于反复发作者来说，可算是一种苦不堪言之疾。大量使用抗生素治疗，其疗效亦不容乐观。

笔者在长期的医疗实践中运用侗医草药治疗该病积累了点滴经验。本病多发生于青少年、儿童。时尚的今天，他们多有嗜食辛辣厚味的习惯，久之，造成脏腑蕴积热毒，使肺胃大肠之火上升，或由外界热邪袭于咽喉，机体气血壅滞凝结而成。辨证要点在于，发热、咳嗽、咽痛。热邪余毒未尽，正气不足，营卫不和，便可反复发作。

黄型病例简述以下：

病例 1，肖某，女，18 岁，打字员。2000 年 5 月就诊于我。自述前几年每年都会发生扁桃体炎，甚至一年多次，而且高热不爱，咳嗽不爽，吞咽疼痛，不思饮食。每次都住院治疗半月以上。经查看咽部，发现左侧扁桃体红肿充血，大如蚕豆。两颊滚烫，全身发热，舌红苔黄厚。脉滑数。

病例 2，张某，男，6 岁半。2006 年 6 月 2 日投治于我。其母代述，只要天气变化，一年中就会发生多次。每次都使用抗生素，治疗时间十多天，最后经医生建议将两侧扁桃体切除了。但还是不能从源头解决问题。查其咽部，红肿充血，发热，干咳少痰，舌红苔黄，脉浮数。

以上病例，治宜清热排毒，利咽消肿，消食化滞，调节免疫。处方：金银花、忍冬叶、车前草、

大青叶、活血丹、夏枯草、土柴胡、臭藤、七叶参、九节茶、红柴胡、毛射香、枇杷叶、水煎服，每日一剂，共服三剂。一剂效、二剂强、三剂愈。且屡用屡验。以上是基础方，在临床时可根据病情及个体差异，灵活增减药物和增减剂数。经上方治疗后的患者少有复发。

方中金银花、忍冬叶、大青叶、红柴胡，清热排毒止痛，活血丹、夏枯草，活血凉血，化瘀散结；毛射香、九节茶、枇杷叶，利咽消肿；土柴胡、臭藤，消食化积热；七叶参、九节茶、夏枯草，扶正祛邪，调和营卫。

侗医草药治疗疾病是自然疗法的具体运用，是人类生物学、营养学和预防医学的综合大平台，是中国传统医学的一个重要组成部分，是一朵绚丽的医学奇葩。

侗医药治疗骨伤、弹伤验方介绍

莫祥玉
（芷江自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

1、骨伤：牛克星 3g，麦门冬 150g，救兵粮 50g，散血草 3g，车前草 2g，金银花叶 2g，八角风 2g，地皮巴叶 2g，关木丹 2g，花椒叶 2g，韭菜根 1g，结骨木 1g，麻根 5g，治疗二十五名全愈。

2、弹伤：麦门冬 150g，救兵粮 50g，散血草 2g，车前草 2g，金银花叶 2g，地皮巴叶 2g，席皮草 3g，鱼腥血 2g，八角风 2g，治疗 6 人全愈。

侗药治疗痛风性关节炎 37 例

杨圣金
（芷江自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

痛风性关节炎是一种常见的障碍性疾病，临床表现为血尿酸增高，尿酸盐沉积于某关节周围组织皮下而引起关节功能障碍的病变，发病性，疼痛剧烈，常反复发作，如不及时对症治疗，可引起多种病，损害肾脏等。笔者用侗药内外兼治取得满意效果。

1、临床资料

37 例中男性 33 例，女性 4 例，年龄最大的 68 岁，最小的 25 岁。病程最长 5 年，最短 2 个多月。

2、治疗方法

37 例病人均用侗乡草药，采取内外兼治。

内服药：走马胎 20g，薏仁 15g，岩川芎 15g，灵仙 15g，虎刺 15g，续断 15g，红牛夕 15g，八角黄莲 15g，四肢通 15g。

服药方法：上药水煎服，两日一剂，煎 2 次，两日分服。连服 7 剂为 1 疗程。

外用药：走马胎 30 克，岩川芎 20 克，灵仙 20 克，两面针 20 克，红牛夕 20 克，八角黄莲 20g，

四叶风 30 克，四肢通 20 克，见风消 20 克。

用法：将上药煮沸 15 分钟后待温倒入盆内，双脚入盆浸泡 30 分钟，日两次，每次加热浸泡，连续治疗一周。

放血疗法：疼痛部位深放瓦针，用注射器抽出瘀血，再用以米酒泡好的走马胎药酒擦患处，每日擦数次，肿胀严重者，隔天放一次效果更佳。

3、治疗结果

35 例痊愈占，94%，关节红肿消失，行走正常，复查血尿酸正常，其他 2 例好转，占 6%，血尿酸有所下降，有时患部疼痛，有效率 100%。

病案举例：陈某，男，58 岁，艾头坪乡村民，双足拇趾红肿疼痛，经怀化某医院治疗无明显效果，2004 年 5 月就诊于我，用以上方法治疗，一周肿胀消失痊愈，至今未复发。

4、讨论

痛风病是风邪乘虚客于足厥阴肝经足大指聚毛之际，气滞血阻，日久化热，出现红肿，不通则痛，治以行气化瘀，活血通络，消肿止痛，补肝肾所以能达到满意效果。方中续断，红牛夕入肝肾经，补肝肾，强筋骨以抚正。走马胎、虎刺、岩川芎、威灵仙活血消肿，祛风湿，通经络，散癖积，理一切肿痛风疾，血行气行，经络通，痛自止。八角黄莲能排深部之浓肿之瘀，薏苡仁清热解毒渗湿，四肢通引药到病灶。

侗医药治疗痔疮的探讨

唐海燕

（芷江自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

痔疮形成的机理：肺与大肠相表里，两者功能互动互用，彼此相互影响。肺主宣发肃降，有着推动大肠的传导和排毒功能。不肺的功能失常，就会降低大肠的蠕动，进而产生便秘，使气血瘀阻，久而郁热形成痔疮或痔核脱出等征。因此，可采取治肛肠之疾从肺论治的方法。清宣肺部郁热，宣降肺气，通调腑气。可增强大肠顺畅气机和维系原本的排除机体糟泊的功能。生活中，女性患痔疮的并不比男性少，以往只是女性羞于启齿罢了。

典型病例介绍

方某，女，45 岁，摩的司机。2003 年 5 月 20 日，求治于我。自述前几年就患上了痔疮，近来由于久坐热垫，痔疮引发外脱，肿痛难忍，有坠胀感，不能正坐，只能勉强侧坐；饮食乏味，口渴不欲饮，好食辛辣，身感劳倦。查：其舌质稍红，舌苔黄腻，脉浮、滑数。症属肺气不宣，大肠气血凝滞，便秘久损肠道脉络，由湿热蕴蒸而引发。本症要点：刺痛、坠胀、有异物塞肛感。

治宜宣肺清热，利湿消肿，化瘀散结、止痛。

处方：木贼、杏仁、生石膏、龙牙草根、土大黄、黄柏、虎杖、木半夏根、皂角刺、活血丹、瓜蒌极、黑木耳、泥鳅串、白蔹、车前草。水煎服。每日 1 剂，早晚分服，连服 3 剂有效，忌食辛辣、烧烤、油炸食品。

外痔用自研二叶消痔散煎液熏洗，每日 3 次（有消炎、解毒、止痛之功）。

二诊，效不更方，继服 6 剂后，悉获痊愈，随访至今未见复发。

方解：木贼、杏仁、生石膏、宣肺清热，通调腑气；龙芽草根、木半夏根、车前草、补虚清火、

凉血化瘀，内提外脱痔核；瓜蒌根、皂角刺、降火清热，拨毒消肿；虎杖、泥鳅串、白蔹，利湿化瘀，破宿血、散结止痛；土大黄，清热通便，主浸淫宜痔；活血丹、黑木耳，活血化瘀；黄柏，加强清热消炎止痛之功。药证相符，因而取效显著。

笔者根据多年的临床经验，悟出大多清热解毒、利湿、消肿、化瘀、止痛的咽喉用药，即可运用于治疗痔疮之疾。因咽喉是肺脏的门户，肺又与大肠相表里。所以用“下病上治”的方法治疗痔疮很有效验。具体情况，可因人、因症、因时辨证施治。

侗药“观音坐莲”是治疮疡痈疽之良药

黄大文

（芷江自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

侗乡地处湖南省西部，山高水秀，气候温暖潮湿多变，地理复要，野生中草药非常丰富。

侗乡人民几千年来在与疾病作斗争中，实践中取得了很多的防疫和治病的宝贵经验。总结了很多的良方良药，世代传承，繁荣昌盛，为弘扬侗族文化，推动侗族医药学的发展和利用，特奉献此方，经作参考。

我普经多次给这类患者治疗，效果良好。

观音坐莲，味苦性寒，有退热、消瘀、散结、拔毒生肌等良效。全草青色，生长在高山岩隙或带黄泥沙的土中，远看好象一朵莲花，多层叶片，高 2-3 寸，花中心紫白色，象坐观音菩萨。

它能治疗一切疮疡、痈疽，人体若患肚花、腰花、肩花、手花、脚花等等，只要用它为君药，就能在很短时间内治愈，效果满意。

处方：观音坐莲 50g，黄瓜香 20g，犁头草 20g，半边草 20g，星子草 20g。

以上五味鲜经，捣烂敷患处，疮口留点空隙让毒液自行排出，若病轻者，疮口红肿未溃能自愈。

敷药期间：禁食鱼腥、牛肉、豆腐、黄豆、辣椒、磨芋等发物。

内服清热解毒之中草药，效果更佳。

侗药治疗伤寒、感冒的体会

周建军

（芷江自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

本人从 90 年代初随父学习祖传草医药，在十几年时间里，每年治疗各类伤寒、感冒近千人。总有效率在 98%以上，治愈率在 95%以上，均能在 2-5 天内治愈。为侗乡各族人民节省了不少昂贵的医疗

费用。侗草药纯天然、绿色、环保。对人体无任何毒副作用，且不存在抗药性。凡遇各类伤寒、感冒的病人，只要没有肺炎、肺部感染、扁桃体炎的患者，都适用本草药。凡通过输液不能迅速退热者，或输液时感觉已好转，回家后继续发热者，服本方疗效更佳。

1、临床资料

从 1993 年至 2005 年，共治疗各类伤寒、感冒患者 900 例，其中男性 613 例，女性 287 例，男与女之比为 2. 1：1。年龄最大 76 岁，最小 3 个月，病程最长 21 天，最短 1 天，病情分类：普通感冒 481 例，感冒合并肺炎 230 例，胃肠型（病毒性腹泻）189 例。

2、诊断标准

高热、口渴、大便干燥、四肢不力、头痛、头晕、忽冷忽热、饮食不振、鼻寒、流清涕、咳嗽、背痛等。凡有上述三项以上症状者即可用本侗药治疗。

3、治疗方法

治疗原则：清热解毒，止咳化痰，祛风发表，止痛止呕。侗药组成：满山香 30g，土荆芥 20g，土大黄 10g，野金银花 30g，香樟仁 10g，青椿皮 20g，四肢通 20g，赶风鞭 20g，金瓜蒌 15g，仙茅根 10g，通塔草 20g，笔筒草 20g，阴爪枫 20g，阳爪枫 20g 等 18 味侗草药组成。随症加减：发热者加生石膏 20g，百解木 20g；头痛者加正天雷 20g，雷公藤 20g；四肢疼痛加土牛膝 20g；呕吐者加藿香 10g，干姜 10g，咳嗽者加地仙果 20 g，三春木 15g。3、服药方法：每日一剂，每剂煎汁两遍。可当热茶服，每天可服 5-8 次，每次 50ml 左右，白酒引，盖被取微汁，煎药时不能加盖煎药。

4、结果

2005 年共治疗各类伤寒、感冒患者 900 人，治愈 855 人，好转 25 人，总有效率 98%，治愈率 95%，好转 2%。

附：典型病例介绍李某某，男，70 岁，村民，家住芷江侗族自治县岩桥乡结连村。症状：鼻塞、头痛、发热、四肢无力，食欲不振。曾在村卫生所及乡卫生院治疗多日，疗效甚微。经人介绍求治于我处，处于上方 3 剂，第 5 天诸症消失，恢复农活，至今安康。

5、体会

本人于 90 年代初开始学习民间草医，通过初学基础知识，到不断吸取各类书刊、报刊之精华，取其之长，避其之短。将本侗药不断改进提高。在十几年的学医生活中，我耳闻目睹，现在凡患有伤寒、感冒的患者，西医普遍提倡输液，患者在输液时觉得病已经好多了，可回到家里时又发热了。经多次输液后人体已产生了抗体，以后药效大大降低，毒副作用大，治疗费用高。本侗草药针对西医的这一现状，研制了一种纯天然、绿色、环保，对人体无任何毒副作用的中草药。一般患者伤寒、感冒用药在 1-3 剂左右即可治愈。费用在 10-30 元左右。十几年来累数治疗各类伤寒、感冒患者 900 余人，本侗药在治疗伤寒、感冒方面有一定的疗效，迎得了侗乡各族人民的好评。本人争取在现有的基础上更上一层楼，精益求精，造福侗乡人民。

侗药治疗胃病验方介绍

唐嘉鸿

（芷江自治县芷江镇下菜园 8 组，湖南 芷江 419100）

1、 治急性胃炎方：

1.1　百味莲 10 克，细辛 5 克，水煎服，1、2 次即效。

1.2　高良姜 100 克，香附 50 克，共焙干研末装胶囊 50 粒，每次服 3-5 粒，一日 2-3 次。

2、治“慢性单纯性胃炎”方：

桂枝 5 克，白芍 10 克，丁香 5 克，云苓 10 克，砂仁 10 克，炮姜 10 克，当归 10 克，元胡 10 克，白术 15 克，红枣 15 克，水煎服，每日 1 剂，日服 2-3 次，连服 15-20 天。

3、治“慢性萎缩性胃炎”方：

3.1　西洋参 300 克，石斛 200 克，白木耳 150 克，香薷 150 克，共烘干研末合匀装胶囊 100 粒，每次服 3-5 粒，1 日 3 次，连服 1 月。

3.2　党参 30 克，五味子 15 克，煮水服。每日 1 剂，分 2-3 次服，连服 1 月。

4、治“胃粘膜脱垂”方：党参 30 克，白术 15 克，柴胡 15 克，黄芪 15 克，升麻 15 克，陈皮 15 克，甘草 5 克水煎服，每日 1 剂，日服 3 次，连服 7-10 天。

5、治“胃下垂”方：黄芪 15 克，白术 15 克，枳壳 10 克，防风 10 克，水煎服，每日 1 剂，分 2-3 次服，连服 15-20 天。

6、治“胃窦炎”方：广木香 15 克，香附 10 克，元胡 10 克，当归 15 克，白芍 15 克，金铃子 10 克，陈皮 5 克，甘草 5 克水煎服，每日 1 剂，分 2-3 次服，连服 7-10 天。

7、治“胃扭转“方”：黄芪 15 克，升麻 15 克，大黄 5 克，枳壳 10 克，牛膝 15 克，甘草 5 克水煎服，日服 1 剂，分 2-3 次服，连服 1 周。

8、治“胃柿石”方：鸡肉金 10 克，焦山楂 30 克，神曲 15 克，麦芽 10 克，枳实 15 克，大黄 5 克，槟榔 10 克水煎服，日服 1 剂，分 3 次服，连服 1 周。

9、治“胃黑枣结石”方：川初 15 克，生山楂 30 克，神曲 15 克，麦芽 10 克，枳实 15 克，大黄 5 克，槟榔 10 克水煎服，日服 1 剂，分 3 次服，连服 5-7 天。

10、治“胃神经官能症”：龟板 15 克，牡蛎 15 克，生地 15 克，阿胶 15 克（另包），麦冬 15 克，北沙参 15 克，竹茹 10 克，白芍 15 克，海底柏 5 克，佛手 10 克，甘草 5 克水煎服，日服 1 剂，分 3 次服，连服 2-3 次即效。

11、治“胃神经性呕吐”方：丁香 5 克，柿蒂 10 克，党参 30 克，生姜 10 克，砂仁 10 克，茯苓 15 克，半夏 5 克，浮小麦 10 克，荜拨 10 克，甘草 5 克水煎服，1-2 次即效。

12、治“胃溃疡”方：麦粉适量炒成黑色加白芨、紫草、党参各 30 克，蒲黄 15 克，共研成粉末每日晨起饭前服 10-20 克，用温开水调成糊状服，忌吃生冷酸辣。

13、治“胃小弯溃疡”：十大功劳 15 克，吴菜萸 15 克，半夏 5 克，赤芍 15 克，白芍 15 克，川芎 15 克，木香 10 克，煅瓦 10 克水煎服，每日 1 剂，日服 3 次，连服 7-10 天。

14、治“胃十二指肠球部溃疡”方，乌贼骨 15 克，贝母 15 克，白芨 10 克，元胡 15 克，甘草 5 克，蛋黄粉适量黄碾成粉，用白沙糖温开水送服，每次 3-5 克，日服 3 次，连服半月。

15、治“胃出血”方：紫草 150 克，白芨 150 克，紫珠 150 克，共烘干研开配蜂蜜为丸 50 粒，1 次 3-5 粒，1 日 2-3 次。直至胃出血止。

侗药治疗骨伤 728 例体会

罗洪明

（芷江自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

1、一般资料

总病例 728 例，其中男性 496 例，女 232 例，男与女之比为 2：13：1；年龄最大 94 岁，最小 7 个月；病程最长 1 年多，最短半小时，病情分类：开放 性骨折 164 例，闭合性骨折 564 例；上肢骨折 296 例，下肢骨折 213 例，肋骨骨折 21 例，骨盆骨折 6 例，脊椎骨折 12 例，关节脱臼 180 例。

2、骨伤诊断方法

2.1 有外伤史；

2.2 局部肿胀、瘀备、疼痛、压痛、有骨擦音；

2.3 功能运动障碍，肢体变形、变短、合并血管、神经损伤，出现肢体端缺血及神经麻痹现象；

2.4 严重者出现疼痛或失血性休克症状；

2.5 X 光摄片确诊。

3、侗医治疗方法

3.1 复位是治疗骨折的关键。侗医以手法复位为主，其复位步骤是先轻后重、由浅入深、从远到近，全面了解骨折及移位状况，确定复位方法，个别病例可采取牵引或手术复位。

3.2 固定。骨折复位后外敷侗药放置压垫，用木制夹板固定，外用绷带包扎，在外固定控制下，使轻度成角或侧移位得到继续矫正。

3.3 外敷侗药处方。生草乌、生川乌、骨碎补、三叉骨，透骨草鲜品各适量，捣烂兑米烧酒合匀外敷患处，每日换药 1 次，一般需半个月至 1 个月可痊愈。

4、治疗结果

4.1 痊愈：骨折对位良好，局部肿痛消失，功能恢复正常，451 例，占 62.6%。

4.2 好转：骨折对位较好，局部肿痛减轻，功能恢复较好 244 例，占 33.4%。

附：典型病例介绍

患者，杨某某，男 82 岁，新晃县人，2005 年因“双骨盆骨折”在新晃县人民医院摄片确诊，住院治疗 32 天无效出院，求治于我，经用侗药内服外敷 1 个月后可下床行走，X 光摄片复查，对位良好，骨痂形成，继续治疗 10 余天痊愈。

5、体会

骨外伤是城乡常见病，多发病，一旦发生，病人十分痛苦，早期诊断治疗，准确复位，固定是治疗的关键，侗医独特的复位手法为祖先世代相传，常用不衰。

在骨折复位周围放置压垫和夹板固定，要根据不同部位，采用形态不同，长短各异、厚薄适度、位置准确。压垫太厚易压伤皮肤，影响固定，压垫太薄则压力不足，起不到正确固定的作用；夹板的厚度和长度，要根据不同的骨折部位来制作，夹板的压力通过压垫作用于肢体，成为防止和矫正骨折成角及侧移位的有效固定力。也是骨折复位的重要治疗手段。

早期进行功能锻炼至关重要，在复位固定的基础上，适当提前进行功能锻炼，可增进局部血液循环，促使骨痂形成，早日康复。

侗医辩证用药，内服外敷，重在调理气血，活血化瘀，所谓“血不活则瘀不散，瘀不散则骨不接”，合理使用侗药，是加速骨折愈合和减少后遗症的重要措施。侗药采用生草乌、生川乌、骨碎补、三叉骨、透骨草等鲜品捣烂外敷，可消肿止痛，散瘀活血、舒筋接骨；侗药龙芽草、红木香、车前、木通、丹参、三七、当归、枳壳有止血活血、祛瘀活络之功效，故而疗效满意。

侗医药“清热解毒法”治疗流感的体会

舒友明
（芷江自治县罗旧镇，湖南 芷江 419100）

1、一般资料

总病例 50 例，其中男性 22 例，女性 28 例，男与女之比为 1：1.25；年龄最大 63 岁，最小 3 岁，病程最长 8 天，最短 3 天。

2、诊断方法

起病急，高烧 38 度以上，头痛、恶寒，四肢无力，全身酸痛，出汗多，咳嗽，口渴，部分患者腹泻。

3、治疗方法

侗医药治疗流感以清热解毒法为主。

3.1 方剂组成：大青叶 15 克、鱼腥草 12 克、野菊花 15 克、苏叶 15 克、紫草 10 克、淡竹叶 10 克、桑叶 10 克、陈皮 15 克、阴勾 10 克、铁马鞭 15 克、甜草 10 克。

3.2 随症加减：头痛加葛根，恶心腹胀加霍香、竹皮、马先、咽喉干燥加打不死药、八百崽、瓜蒌根；鼻衄加穿山龙、制柏叶、水牛角；干咳或无痰加枇杷叶（去毛）瓜蒌根；小便黄或便秘加黄连、橙果；高热不退加牦犀角、白虎；胃脘闷胀厌食加谷芽、竹皮、霍香草。

4、治疗结果

全部治愈，有效率 100%。

附：典型病例介绍

丁某某，女，63 岁，芷江侗族自治县罗旧镇人，因高热 39 度，四肢无力，全身酸痛，口渴，不思饮食，汗多，咳嗽，于 2004 年 4 月 22 日求治于我，给予侗药“清热解毒汤”加水牛角，昏头鸡，连服三剂治愈。

5、体会

流行性感冒是流感病毒所致的急性呼吸道传染病，流感病毒乘气候变化，寒暖失常侵袭人体而致病，其病理反应主要表现为风寒、风热两种症候，多表现为肤表及肺卫之证候。如恶寒发热。根据患者体质之差异发展和转归亦有差别。如风寒化热，或郁而为热，内迫于肺，常可并发肺炎；热迫或寒湿郁结胃肠，亦可现恶心，腹泻等症，小儿易导致惊厥。

风寒型流感，治宜辛温解表，宣肺散寒；风热型流感治宜辛凉解表，宣肺清热。侗药治疗流感，以清热解毒为主，方中大青叶、鱼腥草、野菊花、苏叶、铁马鞭等是侗乡千百年用于清热解毒、常用不衰，疗效较好之配方，故而药到病除。

茄根酸性组分降血脂作用研究

汪鋆植　容辉　翟文海
（三峡大学天然产物研究与利用湖北省重点实验室，湖北 宜昌 443002）

摘　要　目的:研究茄根酸性组分对高脂血症小鼠脂质代谢的影响。**方法：**用高血脂症小鼠观察茄根酸性组分不同给药途径对小鼠血脂的影响。**结果：**确定茄根酸性组分为降血脂的有效部位。**结论：**茄根酸性组分可降低高脂血症小鼠的血脂，脂肪酸是其有效成分之一。

Abstract **Objective** To investigate the effect of the acid components of aubergine root.on hyperlipemia rats model by fed high fat diet.**method:** Experiment hyperlipemia model was established by rats that observed changed of blood fat. **Result**: the acid components of aubergine root are utility part of decreasing blood fat of the hyperlipidemia rats. **Conclusion:** the acid components of aubergine root have the hypolipidemic effects, fatty acid is one of the efficiency components of acid components.

关键词 茄根； 酸性组分；血脂； 脂肪酸

Key words aubergine root；acid components；blood fat；fatty acid

高脂血症在我国发病率高达10%以上，且呈逐渐上升的趋势，高脂血症不仅导致肥胖，还会引起动脉粥样硬化等疾病，严重影响人类的健康。中医中药对高脂血症的治疗效果确切，毒副作用小，得到广泛认同和重视。从中药中开发降脂药物是一条行之有效的重要途径。

茄根来源于茄科茄*Solamum melongena* L.的干燥根。为土家族常用药物之一，能祛风利湿、清热止血、散瘀消肿、止痛。主治牙痛、风湿热痹、脚气、痔血冻疮等[1]。临床疗效显著，毒副作用小，具有良好的研究和开发利用价值。本研究探讨茄根酸性组分的降脂作用。

1、实验材料与仪器

药材：实验用茄根于 2005 年 11 月中旬采自湖北省长阳土家族自治县蔬菜基地，待收获完茄子后采挖茄根，除去地上部分，洗净，切成厚片晒干备用。经三峡大学植物学教研室鉴定为茄科植物 *Solamum melongena* L.的根。

药品：氯仿（天津市天茂化学仪器供应站）。维 E 烟碱酯胶囊（黑龙江省佳木斯晨星药业有限责任公司）。总胆固醇试剂盒 、甘油三酯试剂盒 、直接高密度脂蛋白胆固醇试剂盒 、直接低密度脂蛋白胆固醇试剂盒（中生北控生物科技股份有限公司）。

仪器：药物粉碎机（河北黄骅市航天仪器厂 FE130 型）；GC-MS 联用仪（美国 Agilent Technologies 公司 HP68590GC/5973MS），旋转蒸发仪（BUCHI Rotavapor R-200）；真空冷冻干燥箱(美国 Labconco 公司)， 全自动生化分析仪 （美国贝克曼仪器公司 BeckMan CliniCal Syste 700 型）。

动物：KM 小鼠,18～22g, 华中科技大学同济医学部实验动物中心提供。合格证号：19－052。

2、实验方法与结果

2.1 酸性组分提取

取茄根干燥粉碎成粗粉，用 1%NaOH 80℃浸提 2 次，每次 1h，合并滤液用 10%HCL 调 PH 至 5～6 酸化放置沉淀。离心取沉淀，蒸馏水洗涤至中性，95%乙醇回流提取二次，回收乙醇后冷冻干燥，得酸性组分[2]。

2.2 总脂肪酸提取

取茄根酸性组分加水混悬,用氯仿萃取至无色,回收氯仿后真空干燥，得总脂肪酸。

2.3 数据处理

各组数据以 $\bar{x}$ 士 s 表示，用 SPSS11.0 统计软件包处理。两两比较用 t 检验，多组比较采用方差分析进行统计。

2.4 小鼠高血脂症动物模型制备[3]

高脂饲料组成：基础饲料（面粉25，玉米面20，麦片25，豆饼粉12，鱼粉8，骨粉2，酵母粉2，精盐1）84.5%，蛋黄粉10%，猪油5%，胆酸钠0.5%。

高血脂症小鼠模型制备:取KM小鼠,雌雄各半,饲养高脂饲料,共20天。空白对照组，以普通饲料喂养。

2.5 药物对高血脂症小鼠血脂的影响

取高血脂症小鼠，随机分组为成6组。分别给予不同药物，内服药以蒸馏水混悬，灌胃给药；外用药用雪花膏为基质，将每只小鼠腹部的毛修剪干净，外敷给药。模型对照组、空白对照组给予蒸馏水。

上述动物自由饮水,给药3天后禁食12h ,眼眶后静脉采血, 4000G离心，分离血清,用试剂盒检测血清中胆固醇(TC) 、甘油三酯(TG) 、高密度脂蛋白(HDL) 、低密度脂蛋白(LDL)含量。结果见表1、表2

表1 茄根酸性组分对正常小鼠血清TC、 TG、 HDL、LDL含量的影响（n=10）

组　别	剂　量(mg/kg)	TG	TC	HDL	LDL
正常对照组	/	1.89±0.27	3.33±0.40	1.65±0.21	0.58±0.08
酸性组分(低)	20	1.87±0.23	3.12±0.63	1.51±0.34	0.55±0.14
酸性组分(高)	40	1.75±0.12	3.14±0.34	1.77±0.17	0.51±0.13
总脂肪酸	20	1.82±0.33	2.91±0.21	1.50±0.13	0.50±0.08

结果显示：茄根酸性组分对正常小鼠血脂无明显影响。

表2 茄根酸性组分对实验性高脂血症小鼠血清TC、 TG、 HDL、LDL含量的影响(n=10)

组　别	剂　量(mg/kg)	TG	TC
正常对照组	/	1.06±0.06**	2.764±0.756
模型组对照组	/	1.52±0.11	3.14±0.31
茄根酸性组分内服低	20	1.23±0.16**	2.81±0.3
茄根酸性组分内服高	40	1.15±0.16**	2.76±0.08
总脂肪酸内服	20	1.38±0.12**	3.10±0.49
茄根酸性组分外用	20	1.78±0.09**	2. 75±0.22
维生素 E 烟酸酯胶囊	0.9粒/ kg	1.19±0.17**	3.03±0.31

	HDL	LDL	HDL/LDL
正常对照组	1.60±0.22**	0.613±0.131**	2.50±0.09**
模型组对照组	2.08±0.16	1.16±0.24	1.67±0.11
茄根酸性组分内服低	1.50±0.12**	0.8±0.04**	3.22±0.50**
茄根酸性组分内服高	1.42±0.18**	0.36±0.05**	4.00±0.098**
总脂肪酸内服	1.62±0.24**	0.56±0.09**	3.18±0.54**
茄根酸性组分外用	1.52±0.14**	0.94±0.07**	1.69±0.06
维生素E烟酸酯胶囊	1.88±0.12*	0.96±0.10**	2.2±0.05*

与模型组相比*p<0.05, **p<0.01

结果表示： 茄根酸性组分内服能显著降低实验型高血脂动物甘油三酯、低密度脂蛋白含量；提高高密度脂蛋白与低密度脂蛋白比例。

3.讨论

本实验用高脂饲料饲喂小鼠建立小鼠高脂血症模型，与人类因膳食结构改变而形成的高脂血症相似。实验显示，茄根酸性组分内服对高血脂症小鼠具有良好的降脂作用，而对正常小鼠的血脂无明显影响，表明药物选择性好,使用安全，可进一步加以开发利用，用于高血脂、动脉粥样硬化等疾病的防治。

实验显示，茄根酸性组分外用，明显增强动物食欲，具有升高血脂的作用，表明茄根酸性组分不

同给途径作用不一致。需要进一步探讨其作用机制。

实验表明，茄根脂肪酸具有降血脂作用，我们采用 GC-MS 联用仪分析了茄根脂肪酸成分，表明茄根脂肪酸主要含有十六烷酸,9-十八碳烯酸。

参考文献

[1] 国家中医药管理局《中华本草》编委会.《中华本草》.上海科学技术出版社.上海.1999，第一版,第 7 册 :307

[2] 汪鋆植,沈映君,叶红等.茄根酸性组分对脂多糖诱导的小鼠腹腔巨噬细胞核因子 KB 表达的影响.时珍国医国药.2005,16(11) ：1088

[3] 李玉白.赵忠桂.唐明德.喂饲褐藻酸小鼠血脂水平和抗氧化能力的变化.中国康复,2006,10(4):80-81

一口钟的药材鉴定

陈 刚　　张仁学　　陈熙佳　卓尚振

（张家界市药品检验所，湖南 张家界　427000）

摘　要 目的：通过对民间习用药“一口钟”进行生药学鉴定，为该药材的开发利用及质量标准的制定提供依据。方法：调查基源，应用性状鉴别、显微鉴别、理化鉴别三种方法进行鉴定。结果：一口钟具钟状的外形，粉末显微观察可见强烈木化的纤维构造，薄层色谱可检出熊果酸。结论：性状、显微、理化鉴定相结合可对一口钟进行准确的鉴定。

关键词 一口钟；蓝桉；鉴定

一口钟原为我国西南地区民间使用的一种草药，在《中国药典》、《中药大辞典》、《中华本草》、《中国中药资源志要》、《云南中药资源名录》、《中药志》等中药文献中均无记载。一些不法药贩出于谋取经济利益的需要，利用其特殊外形，夸大疗效，包治百病，骗取钱财。加之该药材不被一般人认识和了解，因此，上当受骗者屡见不鲜。但是，一口钟作为一种有着多年民间使用历史的草药，必有其独到的功能主治。不能因不法药贩子的胡夸乱用而扼杀它的存在。经查，一口钟药材来源主要有二种，一种是桃金娘科植物 蓝桉（Eucalyptus　globules　Labill）的果实，对咳嗽、胃痛有一定的治疗作用，民间主要用于治疗感冒发烧、抗菌消炎及真菌引起的皮肤病等。另一种俗称“红喇叭花”，果实成熟时外形似钟状，药用全草，来源待考。现今民间使用的一口钟多来源于前者。后者因植物来源不明，已无从考证。本文从蓝桉的植物基源、蓝桉果实的性状、显微、理化鉴别特征上进行鉴定，为今后开发利用该药提供鉴定的素材。

1、实验材料

一口钟药材采自三个地区，第一种从云南大理农贸市场上购买；第二种从广西兴安农贸市场上购买；第三种从湖南慈利县杏春堂药店购买。均为干燥品。三个地方的一口钟样品外形相似，无显著性区别。药材性状根据干燥品观察、描述。所用仪器为 XSS－2A 型双目摄影生物显微镜（江南光学仪器厂），KQ2200DB 型数控超声波提取器（昆山超声仪器公司），自制薄层色谱预制板，硅胶G为青岛海洋化工厂生产，所用对照品购自中国药品生物制品检定所，试剂均为分析纯。

2、植物基源

来源于桃金娘科植物蓝桉（Eucalyptus globulus Labill.）的干燥成熟果实。又名洋草果、灰杨柳、玉树油树。药材习称“一口钟”。植物为常绿大乔木，高达数十余米。树皮常片状剥落而呈淡蓝灰色；枝略四棱形，有腺点，棱上具窄翼。叶两型：老树着生正常叶，柄长约 2cm；叶片镰状披针形，较厚，长 12～30cm，先端长渐尖，有时稍成尾状，基部宽楔形且略偏斜；幼株及新枝着生异常叶，单叶对生，叶片椭圆状卵形，无柄抱茎，长约 10cm，先端短尖，基部浅心形；两种叶下面均密披白粉而呈绿灰色，两面有明显腺点。花通常单生叶腋或 2～3 朵聚生，无梗或有极短而扁平的梗；萼筒长约 1.5cm，有棱及小瘤体，具蓝白色腊被；花瓣与萼片合生成一帽状体，淡黄白色，直径约 3～4cm；雄蕊多数，数列分离；花柱长 7～8mm，较粗大。蒴果杯状，有 4 棱及不明显瘤体或沟纹，直径约 2～2.5cm，果缘厚，果瓣 4。种子多数，细小，棕色。原产澳大利亚，我国多为栽培。分布于福建、广东、广西、云南、贵州、四川等省区。

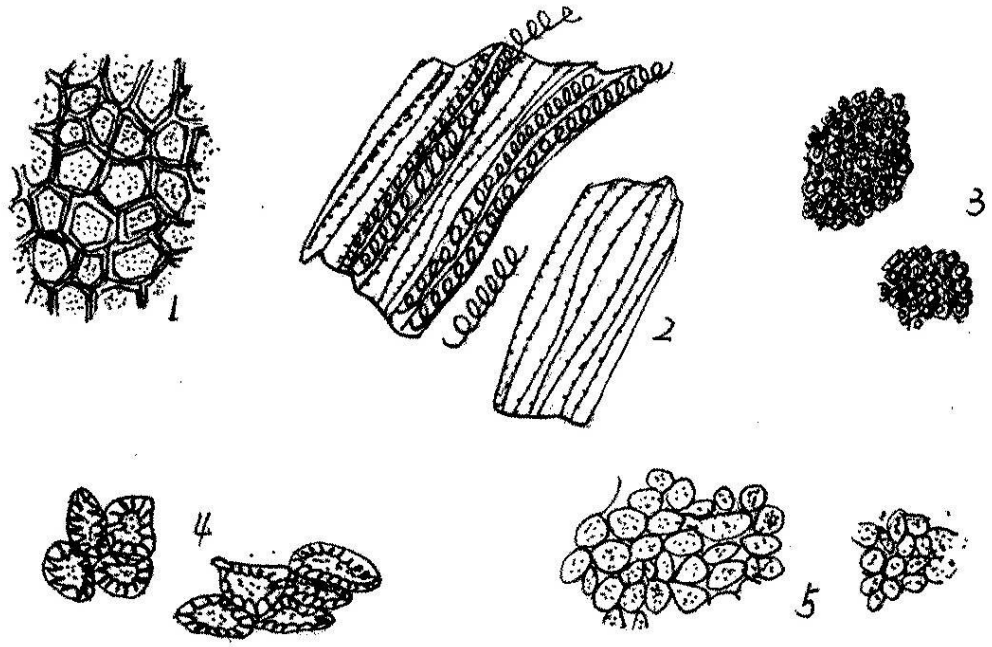
3、性状鉴别

呈钟状或杯状，直径 1.5—2.5cm，表面棕褐色至灰褐色，具明显的四棱，可见细小的瘤状突起及纵线纹。顶部平截或稍凸起，偶见未开裂的帽状果盖，边缘下有一环状沟纹。外果皮薄，质较脆，划之略显油性。中果皮厚，可见强烈木化的维管束及纤维交织成丝瓜络样。果实中央具子座，常分成 4 室，偶有 3 或 5 室。质地坚韧，不易折断。种子棕色，细小，多脱落未见。气香特异，味苦、涩，有辛凉感。

4、显微鉴别

取采自云南的一口钟，粉碎成中粉，再取少许加水合氯醛试液制片，置显微镜下观察，可见果实表皮细胞碎片黄棕色，多角形，直径 12—35um，壁厚。纤维黄白色，直径 16—28um，多见，常与导管伴存，导管多为螺纹，直径 8—25um，偶有梯纹导管。种皮细胞浅棕色，直径 5—16um，少见。薄壁细胞含黄棕色块状物，多破碎。石细胞偶见，棕黄色，壁较厚。

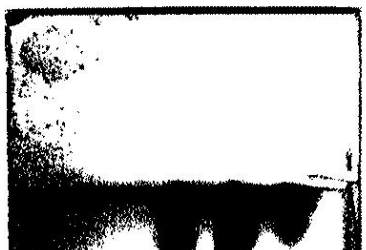
再取购自广西、湖南的一口钟，同法制片镜下观察，结果均与云南产一致。见图[1]。



图[1]　**一口钟粉末显微图**

1．果实表皮细胞　2.导管及纤维　3.种皮细胞　4.石细胞　5.薄壁细胞

5、理化鉴别



取购自 3 个地区的一口钟，分别按下列方法制成供试液：

取样品，粉碎成粗粉，再取 1g，加乙酸乙酯 10ml，超声处理 20min，滤过，取滤液蒸干，残渣加无水乙醇 2ml 使溶解，作为供试品溶液。另取熊果酸对照品（110742-200516），加无水乙醇制成每 1ml 含 1mg 的溶液。照薄层色谱法(《中国药典》2005 年版一部附录ⅥＢ）试验，吸取上述两种溶液各 5ul，分别点于同一硅胶Ｇ薄层板上，以甲苯—乙酸乙酯—甲酸（20：4：0.5）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以 10%硫酸乙醇溶液，在 105℃加热至斑点显色清晰。供试品色谱中，在与对照品色谱相应位置上，显相同颜色的紫红色斑点；置紫外光灯（365nm）下检视，显相同的橙黄色荧光斑点。

图[2] **一口钟薄层色谱图**

1，2、熊果酸对照品　　3、云南一口钟　4、广西一口钟　5、湖南一口钟

结果见图[2]。3 个样本的显色斑点完全一致，均能检出熊果酸。

6、小结

实验结果表明，一口钟的性状特征明显；粉末显微观察可见大量纤维、导管伴生的组织构造；薄层色谱可检出熊果酸。几种鉴别方法综合判断，能对一口钟进行准确的鉴定。可为该药材的开发利用提供鉴别依据。

参考文献

[1] 陈斌，朱梅，邢旺兴，等.蓝桉果实化学成分的研究. 中国中药杂志，2002，27（8）:596-597.

[2]中国科学院植物研究所.中国高等植物图鉴. 第二册. 北京：科学出版社，1987，999.

[3]杨英，吴玉田等.蓝桉果实中三萜类成分体外抗肿瘤作用的研究.中华实用医药杂志，2004，4（24）

[4]中国药典. 一部. 2005. 附录 31.

复方苦参注射液细菌内毒素检查法的研究

易运辉 任志强 刘英

（益阳市中心医院，湖南 益阳 413000）

摘 要 目的：研究复方苦参注射液对细菌内毒素检查法试验的干扰情况，建立复方苦参注射液细菌内毒素检查的方法。方法：按《中国药典》2005 版 (二部)附录收载的细菌内毒素检查方法及指导原则进行实验。结果：复方苦参注射液在 1：100 的稀释倍数下无干扰作用。结论：用细菌内毒素检查法检查复方苦参注射液的细菌内毒素是可行的。

关键词 复方苦参注射液；细菌内毒素检查法；鲎试剂

复方苦参注射液为苦参、白土苓提取的灭菌水溶液。具有清热利湿，凉血解毒，散结止痛的功效，临床上用于癌肿疼痛、出血等。根据鲎试剂(TAL)在没有干扰物质存在下，能与细菌内毒素起凝集反应的机制，本文按《中国药典》2005 版 (二部)附录的细菌内毒素检查法及应用指导原则进行试验，报道如下：

1、实验材料

1.1 鲎试剂：批号 050719， λ=0.25EU/ml，0.1ml/支，湛江博康海洋生物有限公司；批号 050326， λ=0.25EU/ml，0.1ml/支，湛江安度斯生物有限公司。

1.2 细菌内毒素工作标准品 批号 2003-3，150EU/ml，中国药品生物制品检定所。

1.3 细菌内毒素检查用水，批号 050307，5ml/支，湛江安度斯生物有限公司。

1.4 复方苦参注射液：批号 20050813 ；20060109 ；20040509。5ml/支 ，山西金晶药业。

2、实验方法与结果

2.1 鲎试剂灵敏度复核

按《中国药典》2005 版 (二部)附录细菌内毒素检查法进行，结果见表 1

表 1 鲎试剂灵敏度复核试验结果

TAL 批号	内毒素浓度（EU/ml）				阴性对照	灵 敏 度
	0.5	0.25	0.125	0.0625		（λc）
050719	++++	++++	－－－－	－－－－	——	0.25

050326	++++	++++	－－－－	－－－－	——	0.25

从表 1 可知，鲎试剂的灵敏度λc 均在 0.5λ～2λ之间，均符合规定，可用于试验.

2.2 内毒素理论限值（L）及最大有效稀释倍数（MVD）的计算

本品的日静脉注射量为 12ml，加入 0.9％氯化钠注射液 200ml 中静滴，静注时间按 1h 计。细菌内毒素阈值（K）为 5EU/kg·h,则细菌内毒素限值（L）为：L=K/M=5/[12(60)×1]=25EU/ml；用灵敏度 0.25EU/ml 的鲎试剂，则 MVD=CL/λ=25/0.25=100 倍

因此用供试品 1：100 的稀释液进行干扰试验。

2.3 供试品干扰预试验

用细菌内毒素检查用水和 1：100 稀释液将同一支细菌内毒素工作标准品分别制成 2λ、λ、0.5λ、0.25λ四个浓度，分别用安度斯和博康两个厂家的λ=0.25EU/ml 的鲎试剂考察批号为 20050813 的供试品在 1：100 稀释浓度下的干扰情况，每一浓度平行做 2 支，同时做阴性对照和标准对照。结果见表 2

表 2 干扰预试验结果

TAL 批号	供试品批号	内毒素浓度（EU/ml）				阴性对照	结果
		0.5	0.25	0.125	0.0625		
050719	20050813	++	++	－－	－－	－－	Et=0.25
	检查用水	++	++	－－	－－	－－	Es=0.25
050326	20050813	++	++	+－	－－	－－	Et=0.19
	检查用水	++	++	－－	－－	－－	Es=0.25

由表 2 可知，Es 在 0.5λ～2.0λ，Et 在 0.5Es～2.0Es 之间，说明 20050813 批号的供试品 1：100 稀释浓度下对实验无干扰作用。

2.4 干扰试验

用细菌内毒素检查用水（BET）和 1：100 稀释液将同一支细菌内毒素工作标准品分别制成 2.0λ、1.0λ、0.5λ和 0.25λ系列浓度，分别用安度斯和博康两个厂家的λ=0.25EU/ml 的鲎试剂考察 3 批供试品在 1：100 稀释浓度下的干扰情况，每一浓度平行做 4 管，同时做阴性对照和标准对照。结果表明：3 批供试品在 1：100 稀释浓度下对试验均无干扰作用。见表 3

表 3 干扰试验结果

TAL 批号	供试品批号	内毒素浓度（EU/ml）				阴性对照	结果（Et/Es）
		0.5	0.25	0.125	0.0625		
050719	检查用水	++++	++++	－－－－	－－－－	－－	0.25
	20050813	++++	++++	+－－－	－－－－	－－	0.21
	20060109	++++	++++	+－－－	－－－－	－－	0.21
	20040509	++++	++++	－－－－	－－－－	－－	0.25
050326	检查用水	++++	++++	—－－－	－－－－	－－	0.25
	20050813	++++	++++	+－－－	－－－－	－－	0.21
	20060109	++++	++++	－－－－	－－－－	－－	0.25
	20040509	++++	++++	－－－－	－－－－	－－	0.25

2.5 供试品检查试验

将 3 批经热原检查合格的复方苦参注射液，按细菌内毒素检查法分别用两个厂家的鲎试剂考察其在 1：100 稀释浓度下的内毒素限值，结果均符合规定。见表 4

表 4 供试品检查试验结果

鲎试剂批号	供试品批号	供试品	供试品 阳性对照	阳性对照	阴性对照
	20050813	－－	++	++	－－
0507190	20060109	－－	++	++	－－
	20040509	－－	++	++	－－
	20050813	－－	++	++	－－
050326	20060109	－－	++	++	－－
	20040509	－－	++	++	－－

3、讨论

进行干扰实验的目的是要确定该品种在什么样的有效浓度范围内进行细菌内毒素检查时，既可排除干扰因素，又能客观地反映其所含的细菌内毒素是否符合规定的限值。我们在确定了复方苦参注射液的细菌内毒素限值为 25EU/ml 后，应用两个厂家的鲎试剂对 3 批复方苦参注射液进行了细菌内毒素的干扰实验，实验结果表明，复方苦参注射液在 1：100 稀释倍数下无干扰作用，可用细菌内毒素检查法进行其细菌内毒素检测。

参考文献

《中国药典》2005 年版，二部，附录 85。

大黄的临床应用研究

张祥福

（芷江侗族自治县中医院，湖南 芷江 419100）

大黄是多年生蓼科草本植物，其药用部分为干燥的根茎。该药具有攻积导滞、健胃消食、泻火解毒、凉血化瘀、祛痰利胆、燥湿祛黄等多种功能。其性味苦寒，具有较强的泻下作用。现代药理研究证明，大黄有较强的抗菌作用，其中大黄酸、大黄素的抗菌作用最强，体外试验最敏感的细菌是金黄色葡萄球菌、链球菌，其次是肺炎双球菌、白喉杆菌、伤寒杆菌、痢疾杆菌、绿脓杆菌、大肠杆菌等。对多种皮肤真菌有抑制作用。其抗菌机理是大黄所含的蒽醌衍生物对细菌的核酸和蛋白质的合成有明显的抑制作用。大黄的蒽醌衍生物虽可致泻，但其所含的鞣质具有收敛作用，故在致泻后出现继发性便秘。大黄还可以降低血压及血清胆固醇。有文献记载对动物试验中的恶性肿瘤有抑制作用。其可称“大黄球人功不可没”，趁此机会为大黄恢复名誉，让广大医药界同仁更多的了解大黄，以便在临床上能更好的掌握运用这味药效卓著、药源广泛、价格便宜的药物。

1、古今中医文献记载简介

我国最早的中医药物学专著《神农本草经》中记载有大黄，虽列为下品，但所举的功效竟达十三项之多，是该书中功效较多的药物之一。

在张仲景所著的《伤寒论》中现存的一百一十二方中，含大黄的方剂不少于十二首，约占 11%，是该书中除了桂枝之外，在方剂中出现较多的一味药物。

在中医的历版高校《中医学》教材中，大黄占有显著的位置及篇幅。特别是在八五版的药典中，大黄的功效主治篇幅超过人参的两倍多。

2、大黄的临床应用

大黄本身虽然临床功效及主治病症较多，古人也留下了不少的单方，但笔者从多年临床

实际应用体会，本药运用单方还是较少的，而在临床上运用复方不但拓宽了主治范围，而且还能提高疗效，现代药理研究也证实了这一事实。

2.1 治疗阳明腑实与肠梗阻

张仲景在《伤寒论》中用大承气汤治疗阳明腑实证，而大黄是该方的主药，根据研究大承气汤可作用于肠管平滑肌产生强烈的收缩蠕动，加快肠道中滞留物的排出，清除肠管中的粪便，防止肠梗阻和继续吸收毒素，可使患者免除开刀之苦而病愈。另外大黄在大承气汤中具有活血化瘀之作用，能加快肠壁和腹腔的血流速度，防止肠管及腹腔瘀血，改善营养状态，增强腹腔对渗出液的吸收，降低毛细血管的通透性，提高抗病能力，可避免发生肠管梗阻、肠管炎症、肠管坏死的恶性循环过程，防止发生肠穿孔。笔者多年临床中在此基础上加银花、连翘、红藤、公英、桃仁赤芍、丹皮等能使清热解毒、活血化瘀的效果更加理想。

2.2 治疗少阴急下证与多种昏迷

从笔者几十年临床来看，不但用大承气汤治疗肠梗阻获得了成功，而且用此方抢救多种昏迷和肠麻痹的成功经验亦屡见不鲜，在大承气汤所获得的诸多成功经验中，无一不贯穿着大黄的功劳，其无愧为可承接一线垂危之生机。

2.3 利胆、清胰

关于大黄的利胆、清胰作用，在中医古代文献中虽无明确记载，但从《伤寒论》所记载大小柴胡汤治疗少阳病症来看，与现代医学所称的胆道、胰腺感染多有相似之处，笔者多年来临床运用大柴胡汤加减治疗胆囊炎、胰腺炎收到较好的疗效，而大黄始终是处于重要地位的主药。大连医学院创制的胆道排石汤、天津南开医院创制的清胰一号、二号，大黄在方中始终是不可缺少的主药。

2.4 解毒消痈排脓

过去西医对阑尾炎的治疗是经确诊必须手术，而中医在一千八百多年前的东汉时期就开始用大黄牡丹汤治疗阑尾炎（肠痈），该方的解毒消痈排脓作用是非常明显的，尽管在运用时须加其他的解毒化瘀药物，但是大黄仍是方中不可缺少的主药。

2.5 利胆退黄恢复肝功能

茵陈蒿汤、大黄硝石汤、栀子大黄汤等是中医流传两千年来，临床治疗黄疸的有效名方，笔者几十年来运用这类方剂治疗急性黄疸性肝炎，具有明显消退黄疸及加速肝功能的恢复。

2.6 抗菌止痢

大黄抗菌止痢作用明显，它有抑制细菌的作用。同时大黄所含的鞣酸具有收敛作用，故在止泻后可产生继发性便秘。这些药理作用对于治疗痢疾是很理想的，金代刘完素所制的芍药汤，就是在这种“通因通用”的理论指导下治疗痢疾的常规早期用药，道理就在这里。

2.7 治疗神经精神分裂疾病

大黄治疗神经精神疾病的作用，虽然不能用现代医学理论来解释清楚，但是笔者在临床中运用大黄发现其疗效是显著的。医圣张仲景曾用桃核承气汤治疗“蓄血发狂”（精神分裂症），七百多年前朱丹溪肯定了蒙石滚痰丸治疗精神分裂症的功效，至今仍在运用，而大黄是方中不可缺少的主药。

2.8 活血化瘀和收敛止血

大黄既能活血化瘀，治疗腹中痞块、胸胁积块、久患积聚、产后瘀血、外伤瘀血等，同时又有收敛止血，治疗各种出血疾病。明代葛可久创制的十灰散（大蓟小蓟荷叶茅根茜草栀子侧柏大黄丹皮等）。笔者在临床运用治疗肺结核咯血疗效效显著，同时也体现了大黄在本方中的止血作用。

2.9 宣肺平喘

温病邪在气分出现喘促不宁、痰涎雍盛、潮热便秘时，吴鞠通用宣白承气汤治疗是颇有道理的。大黄在本方中，不但具有杀灭肺炎双球菌和链球菌的功能，还可以有通腐泻下的作

用。改变短促的胸式呼吸为深长的腹式呼吸，因此增加肺活量，有利于痰液排出，减轻患者的缺氧状态，以平定喘息。

2.10 健胃消食

大黄的健胃消食作用为现代药理学肯定，临床多以酊剂使用，若配在复方中效果更佳。如枳实导滞丸、木香槟榔丸等便是运用大黄健胃消食的代表方，主治脾胃虚弱、滞积内停，症见胸腹痞满、腹疼不舒、纳呆嗳气，甚至便秘下痢等症。

2.11 消肿止痛生肌敛疮

大黄的清热解毒作用，不但内服有效，而外用效果也很卓越，且能消肿止痛生肌敛疮，吴鞠通创制的三黄二香散（军边柏乳没），笔者多年在临床中运用治疗大头瘟及疔疮肿毒效果较好，如大黄配地榆、刘寄奴为末，麻油调涂烧伤、烫伤，具有很好的抗感染、止痛、生肌收敛的作用。

3、使用大黄的注意事项

大黄是一种治疗多种疾病效果很好的药物，为了充分发挥药效及避免产生副作用，在临床上应注意如下事项。

3.1 对体质虚的患者，应酌加党参或人参以防攻伐太过，对肠胃虚寒者，加芍药、甘草以散寒缓急止痛。

3.2 在攻下寒积时，加附子、干姜、肉桂等。在攻下热积时，加芒硝、芦荟等。治疗腹腔炎症时，应配合清热解毒、泻火燥湿、活血化瘀等药。

3.3 在治疗腹腔炎症时，不可攻伐太过，一般在泻下三五次后即停，如果过分攻下，就会发生水、电解质的平衡紊乱，特别出现低血钾时，反而不利于炎症的恢复，如陈修圆所指的“中病量，勿达过”。

3.4 大黄的功效与煎服法关系很大，若要取其清热解毒之功时，应后下、浸泡服或为末冲服，若单欲收敛止泻时，可与它药同入久煎。

蒟蒻达——一种替代食品的探讨

谭远忠[1] 魏文斌[1] 王在平[1] 荣绪宝[2]

（1、恩施自治州中心院，湖北 恩施 445000；2、建始县人民医院，湖北 建始 445300）

摘 要 蒟蒻达配方含有较高的能源物质，集营养保健于一体，是一种理想的、健康的、高能的、绿色的均衡替代食品和保健食品。用量小，食用方便。

关键词 蒟蒻达；替代食品；保健食品

在当今社会高速发达的时代，人们的生活节律越来越紧凑，工作频率越来越高。时间就是金钱，争分夺秒，忙碌的人们没有时间或不便去吃早、中餐，往往是一杯牛奶，一块方便面，或一打饼干充饥。由于这些食品单调、缺泛营养，严重影响繁忙工作和学习紧张等人群的身体健康、工作质量和学习任务。

蒟蒻达配方是一些常用可食性中药组成，所含成分基本都是能维持人体生命延续的能源物质，营养丰富，是一种较理想的纯天然的绿色均衡食品。直接取代早、中餐进食，并有较好的保健作用。精粉及其制剂，每次服用 20 克左右，随时可用。且资源丰富，价廉易得。

1、蒟蒻达配方

蒟蒻、香蕈、茯苓、黄耆、南瓜（精粉各 4 克）。

2、蒟蒻达配方物质成分简介

2.1 蒟蒻：为天南星科值物磨芋的块茎。异名：磨芋。主要含甘露聚糖，含量达 50%，经高峰淀粉酶或磨芋粉中菌团的作用，甘露聚糖则生成甘露蜜糖，为三糖类，经酸水解生成 2 分子甘露糖和 1 分子葡萄糖，甘露聚糖含蛋白质 30%，碳水化合物 35%及葡萄糖、果糖、甘露糖、蔗糖等。

2.2 香蕈：为侧耳科植物香蕈的子实体。异名：香茹。主要含脂肪 1.8%，碳水化合物 54%，粗纤维 7.8%，钙 124 毫克%，磷 415 毫克%，尼克酸 18.9 毫克%。蛋白质 2.35%%，其中谷氨酸 17.5%。干香蕈的水浸物中含组氨酸、谷氨酸、丙氨酸、亮氨酸、苯丙氨酸、缬氨酸、天门冬氨酸、天门冬素、乙酰胺、胆硷、腺嘌呤等。脂肪的碘价为 139，可见所含脂肪酸的不饱和度甚高。用乙醚抽提所得的油脂部分，不皂化物占 30%，混合脂肪酸占 60%；后者的饱和脂肪酸中；棕榈酸占 80%，蜡酸占 10%，不饱和脂肪酸中；亚油酸占 80%以上，油酸占 10%，不皂化物中，除麦角甾醇外，尚有菌甾醇等。香蕈中的麦角甾醇，无论用日光或紫外线照晒，皆可转变为维生素 D_2，故香蕈为抗佝偻病食物之一。香蕈所含碳水化合物以半纤维素为最多，此外，尚有甘露醇、海澡糖、葡萄糖、糖原、戊聚糖、甲基戊聚糖等。香蕈还含有香蕈太生，2R—羟基 4—（9—腺嘌呤基）丁酸等降血脂物质，可对抗高脂血症。

2.3 茯苓：为多孔菌种植物茯苓的干燥菌核。主要含β—茯苓聚糖，约占干重的 93%，乙酰茯苓酸、蛋白质、脂肪、甾醇、卵磷脂、葡萄糖、腺嘌呤、组氨酸、胆硷、β—茯苓聚糖分解酶、脂肪酶、蛋白酶等。

2.4 黄耆：为豆科植物黄耆的干燥根。异名：黄七。主要含蔗糖、葡萄糖醛酸、粘液质，数种氨基酸、苦味素、胆硷、甜菜硷、叶酸，2.4’—二羟基—5.6—二甲氧基异黄烷、熊竹素、皂。内蒙黄耆脂质的皂化产物中分离出亚油酸、亚麻酸；非皂化部分中含有β—谷甾醇。

2.5 南瓜：为葫芦科植物南瓜的果实。主要含瓜氨酸 20.9 毫克%，精氨酸、天门冬素、葫芦巴硷、腺漂呤、胡萝卜素、维生素 B、维生素 C、脂肪 2%、葡萄糖、蔗糖、戊聚糖及甘露醇等。

3、蒟蒻达能源物质作用机制

蒟蒻达配方中所含成分基本上都是人体所需的能源物质，作为能源代用食品，其营养成分基本均衡。当这些能源物质进入机体后，供给人体所需的特定物质分子结构中固有的能量，即物质中所蕴藏的化学能。蒟蒻达配方中，多糖成分占 60%，脂肪占 20%，蛋白质占 10%，另含有丰富的多种氨基酸，无机盐类，微量元素、维生素等。

多糖成分是机体重要的能源物持，在体内经过氧化或酵解后被吸收，吸收后以糖元的形式在肝内和肌肉内的贮存量是较单用葡萄糖的 5 倍。机体所需能量的 70%以上是由食物中的糖提供的，而蒟蒻达之配方，其成分可以互补，其多糖成分的完整性和均衡性是任何一种食品不可比拟的。根据营养学能量卡价人体吸收代谢率分析：蒟蒻达配方所提供糖的量远远超过机体正常消耗的量，被机体消耗利用后剩下的糖转变为脂肪（三酰基甘油）在体内贮存起来，正好弥补了蒟蒻达配方中脂肪含量的不足。糖被吸收后，主要靠机体的有氧氧化和糖酵解两种方式，将糖争解成 CO_2 和 H_2O，释放出大量的能量而供能。根据营养学提示：多糖成分的热能卡价远远超过单用葡萄糖的热能卡价。

脂肪作为能源物质，主要是氧化时释放的能量多，1 克脂肪氧化所释放的能量约为 1 克糖或 1 克蛋白质在体内氧化时所释放能量的二倍。正常情况下，人体所消耗的能源物质 40~50%来自体内脂肪（从食物中摄入的糖，部分已转化为体内的脂肪）。在短期饥饿的情况下，主要由体内脂肪供能。蒟蒻达配方中，脂肪一方面来自方中物质脂肪成分的含量，另一方面主要依靠方中多糖成分和氨基酸在体内转化成三酰基甘油。使配方中脂肪量完全达到营养学人体脂肪消耗需要量的要求。所以，蒟蒻达作为替代食品，一方面保证了机体脂肪的正常需要量，另一方面保护了机体自身的指肪不会被动员。

蛋白质亦是重要能源物质，当然，在一般生理情况下，人体主要利用糖和脂肪供能，但在某些情况下，如善食不均衡、机体所需的能源物质供应不足，此时必需用蛋白质分解成氨基酸以供能。蒟蒻达配方中，不仅蛋白质含量高，且氨基酸的种类和数量也多。这种食物中的蛋白质含量高，且氨基酸的种类和数量也多。这种食物中的蛋白质在体内极易分解成氨基酸，分解后的氨基酸与食物中的天然氨基酸在种类、数量和作用等方面均能互补。作为替代食品，蒟蒻达正是利用这些分解后的氨基酸和天然氨基酸，在体内经过脱氨基作用或氨基转换作用，分解成棵氮成分α—酮酸，α—酮酸经氧化后直接供能。

中药颗粒饮片与传统饮片的比较

龙建英　黄明华
（凤凰县中医院，湖南 凤凰 416200）

摘　要 现代科技的进步将中药史无前例地推到了医药界的前列，从中药有效成份的提取到寻找各种疑难病的治疗药物。中药再一次向世人展现了它无限的生命力。然而作为传统中药饮片却在与西药及中成药制剂的角力中败下阵来。本文试图通过对中药颗粒饮片与传统饮片的比较从而探讨中药传统饮片的发展方向。

关键词 中药；颗粒饮片；传统饮片；比较

1、中药饮片概述。

中药必须经过炮制后入药是中医用药的特点。原药材经加工炮制后的成品称为中药饮片。中药饮片既可根据中医处方直接调配制备成汤剂服用，又可作为中成药的原料。其基本形式主要包括：经净制后直接入药的花、花粉、种子等原形药材，如槐花、蒲黄、白芥子等；植物药或动物药经软化切制后形成的片、段、丝、块（丁），如槟榔片、麻黄段、蕲蛇段、黄柏丝、何首乌块、阿胶丁等；经炮制而成的碎块、颗粒、粉末等，如枯矾、煅赭石、水飞朱砂等。经净制、切制而成的饮片称为生品饮片（简称生品），生片经进一步加热处理，如使用炒、炙、蒸、煮、煅等方法加工后的成品称为熟品饮片（简称熟品或制品）。生品与熟品在药性和临床疗效方面均有所改变，故有“生熟异治”之说。无论生品还是熟品，均属于传统中药饮片的范畴。

新型中药“饮片”指被赋予了现代概念的“饮片”形式，包括中药配方颗粒、超微粉末、颗粒饮片等。下面我们就中药传统饮片与中药颗粒饮片的特点及应用范围进行分析比较。

2、中药颗粒饮片与传统饮片的比较。

2.1 中药传统饮片。

2.1.1 中药传统饮片的历史沒革。

纵观中药的发展历史，中药的药用形式大致经历了以下三个主要的发展阶段：⑴原药材直接入药阶段。此阶段属于中医药的发展萌芽期。⑵原药材经过粉碎成一定大小后再入药的阶段。此阶段属于中医药的发展初期。⑶原药材经过炮制加工成特定的片、断、块等形状的传统饮片阶段。此阶段属于中医药的发展成熟期，经过长期的实践和发展传统中药饮片适应了传统的诊疗方式，被当时的社会所普遍接受。但是随着社会的飞速发展，以及西药及中成药等一些使用更方便的药物出现给传统医学特别是传统中药饮片带来了前所未有的挑战。饮片改革迫在眉睫,它既是中药现代化的重点之一，也是目前中药现代化过程中最具争议的问题之一。现代科技的注入从根本上改变了传统饮片的外观，却也在其功效和应用上引起了学术界不小的争论。传统饮片和新型“饮片”究竟孰优孰劣？有没有一种可以两全其美的方

式？各种形式饮片的应用前景又如何呢？ 面对这种挑战人们提出了多种解决措施，发展和推广中药颗粒饮片替代传统中药饮片就是这些措施中的一种。

2.1.2 中药传统饮片的优势。

第一、与传统医学的诊疗方法相适应，易被医生和患者接受。中药学是伴随着传统医学的发展而发展的，传统的中药饮片形式是伴随着中医的发展过程不断演变而最终被传统医学界认可而存在下来的。它得到了传统医学界认可。同时由于人们长期以来接触的皆为传统的中药饮片形式所以对其也有认同感，认为中药形式就应该是传统的中药饮片，只有这样才叫中药，也只有这样的中药才能发挥最好的功效。

第二、中药传统饮片形式符合炮制学的要求，便于加工炮制。由于炮制学理论就是中药学的重要组成部分，所以其与中药传统饮片处于相同的理论框架范畴内，两者相互吻合，互为映证。

制备生品饮片，既利于调配、制剂，又利于进一步的加工炮制。其主要目的有：⑴根据药材质地选择片型，质坚切薄片，质松切厚片，便于有效成分的煎出。⑵药材切制后，与溶媒的接触面积增大，提高成分的煎出率。由于饮片具有“细而不粉”的特性，可避免药材细粉在煎煮过程中糊化、粘锅等现象。⑶切成饮片后，体积适中，便于粉碎，利于调配、制剂。⑷显露了药材组织结构特征，有利于鉴别。⑸洁净度提高，含水量下降，利于贮存。⑹药材切制成饮片，有利于辅料与药物的均匀接触和吸收，使药物受热均匀，提高炮制效果。

制备熟品饮片，可对中药的药性进行调整，保证临床用药的安全和有效。其主要目的有：（1）有毒副作用的中药经过炮制可降低毒性，减少副作用，如马钱子生品有毒，多外用，砂炒后毒性降低，可供内服；马兜铃生品味劣，令人呕吐，蜜炙后可消除其副作用，增强润肺止咳的功效。（2）质地坚实或坚硬的药物经加热炮制，质地酥脆，易于粉碎，利于有效成分的煎出，提高疗效。如自然铜火煅醋淬，决明子炒黄。（3）药性峻烈的药物，经制后可缓和药性，减少不良反应。如苍术麸炒可缓和辛燥之性，增强健脾作用。麻黄蜜炙可缓和辛散发汗作用，增强宣肺止咳平喘的功效。（4）具有腥臭气味的药物经炮制后可矫嗅矫味，利于服用，如醋炙五灵脂、蛤粉炒阿胶。

第三、中药传统饮片大部分保存了原药材的鉴别特征，有利于进行优劣、真伪的鉴别，能增加医生、患者对其的信任感。

2.1.3 中药传统饮片的不足之处。

调配汤剂时方式落后，手工称药不但耗时而且增大了人为引起称量误差的可能性，与现代社会的高质量、快节奏生活要求极不相符，年轻患者对其认同感不强。煎出率相对低，包装落后，携带不便，不利贮存难以被国际市场所广泛接受。中药传统饮片的不足之处概括为：中药传统饮片对中药药剂的特殊要求影响了中药汤剂的现代化进程。

2.2 中药颗粒饮片。

2.2.1 中药颗粒饮片的范畴及概念。

广义的中药颗粒饮片主要包括以下几类：一类是“中药颗粒型饮片”，或称中药“镜片颗粒”“粉剂”“煮散”。即将中药材净选除杂后干燥,由过去的切制规格现粉碎成一定粒度的颗粒或粗末，经干燥灭菌，然后按不同规格包装，供临床调配入药。代表厂家有河北省邯郸市中药饮片厂，四川省资阳县中药饮片厂，及江苏、湖南等地厂家。第二类为“浓缩颗粒剂”或称“浓缩颗粒料”、“浸膏颗粒剂”。产品主要有“单味中药浓缩颗粒剂”，即由原动、植物药材经炮制加工成饮片，经现代工业提取、浓缩、干燥、制粒而成。每味颗粒剂，作为传统饮片的替代品，供临床配伍使用。还有“复方中药浓缩颗粒剂”，如“小青龙汤”浸膏颗粒。另外还包括“药对”浸膏颗粒剂和经验方和经典方浸膏颗粒剂，如石膏知母浸膏颗粒，人参黄芪浸膏颗粒，代表厂家有广东一方制药厂、江阴市中药厂等。

2.2.2 中药颗粒饮片的发展过程。

在中药发展过程中的第二个阶段--原药材经过粉碎成一定大小后再入药的阶段实际上就是中药颗粒饮片的原始雏形。在中药发展进入传统饮片阶段后继续保持的“煮散”是发展中药颗粒饮片的实践基础。近年随着西药的进入，众多制剂的出现，中药传统饮片越来越暴露出它的弱点和不足。近年的调查资料显示，越来越多的人不喜欢原始饮片煎煮的汤药，全国中药传统饮片产量正以 14%。28%的速度递减。鉴于现状，早在 80 年代就引起我国卫生行政主管部门领导及药学工作者的重视，明确指示对中药材饮片要进行研究改革。十几年来，国内不少医药工作者做了大量的工作。中药颗粒饮片是近些年中药饮片改革的一个产物。

2.2.3 中药颗粒饮片的制备工艺。

中药颗粒饮片是在传统中药饮片的基础上生产的。它是在中医药理论的指导下，采用现代科学技术，对中药道地药材进行净选、闷润、切片、炮制、制粒、干燥、灭菌、单味定量包装而成，生产工艺主要是根据各类药材的特性来确定的。中药材的来源有植物、动物和矿物类，品种多，性质差异大，使颗粒饮片的生产工艺要考虑多种因素。根据最近几年开封医专中草药研制中心对颗粒饮片的研制经验，首先按要求进行炮制，如修制、水制、火制、水火共制等，使药材保持传统性味。然后是制粒机械和制粒方法的选择，如“万能磨碎法”，适用于大多数根茎，全草、矿物类药材。“拉丝切段法”适用于纤维较大、粉质多、含水量大、韧性强及部分叶、花、果实、全草类药材。“破磨法”适用于果实类、种子类、油性、易碎类药材。“挤压切断法”适用于含粘液质类、含糖类、软腻动物类药材。“切断破磨法”适用于茎木类药材。各类药材及各种方法的生产工艺通则为：选料→去杂→切片→炮制→制粒→烘干(干燥灭菌)→分装→检验→包装。

中药浓缩颗粒是将中药饮片单味或复方提取有效成分，经低温浓缩、瞬时干燥后制成颗粒，然后真空包装供配方使用的。制作工艺通则为：选料→去杂→工业提取→浓缩→干燥→制粒→分装→检验→包装。

2.2.4 中药颗粒饮片优缺点比较。

中药颗粒饮片具有体积小，表面积大，有效成分煎出率高，方便贮存等优点，并可节省药材。但打粉时易产生细粉，损耗大，成本高。单味定量包装，使剂量准确，易于调剂，减少了再污染。由于增加了灭菌工艺，提高了饮片的洁净度。但颗粒饮片缺乏鉴别特征，挥发性成分易损失，含淀粉或粘液质多的颗粒，煎煮时易糊化，药液浑浊，过滤困难；质地坚硬的颗粒，煎出率差异较大。同时由于煎出率提高，处方用量需减小，可能导致临床使用剂量的混乱。

中药浓缩颗粒主要是将中药饮片单味提取有效成分，经低温浓缩、瞬时干燥后制成颗粒，然后真空包装供配方使用。其优点是：可以直接冲服，免煎煮，省时省力，体积小，为原饮片的 1/10，便于携带、服用、贮运，作用迅速，可满足辨证施治、随证加减的需要。但中药汤剂大都是复方，由多味中药共同煎煮而成，单味中药浓缩颗粒剂是单煎后合服，能否达到合煎的效果，还需进一步作化学成分、药效学、毒理学等方面的对比研究，提供更多的科研数据和确切的科学依据。

3、总结。

中药传统饮片是中药发展至今最成熟的一种中药存在形式，是最为广大人民群众和医生所接受的，它是传统医学里的重要组成部分。但是中药传统饮片同样也是中药发展的一个阶段，它是与一定的历史时期相适应的。随着时代的发展，西药已越来越成为药品市场的主力军。如何更好地继承和发扬中药，特别是保持中药旺盛的生命力，成为了摆在我们面前的一个迫切任务。对中药传统饮片进行客观合理的分析，并对其进行变革探索是一项有意义的工作。提出中药颗粒饮片这个一概念，并对其进行制备工艺、临床使用的研究正是为了更好地继承和发扬中药。中药颗粒饮片可使中药的调剂更为快捷、准确；也可使中药的运输、贮藏、保管更为轻松便捷，它可以为中药药剂带来变革。同时中药颗粒饮片还存在着许多问题需进

一步研究解决，比如配方时利用中药颗粒饮片替代中药传统饮片存在用量如何确定的问题；配方时利用单味中药浓缩颗粒剂合服，存在能否达到合煎的效果的问题等。本文通过对中药传统饮片、中药颗粒饮片的比较，从多个方面对两者进行了归纳，并探讨了如何继承和发扬中药。笔者认为：在保证中药存在的前提下，对中药理论进行发展、对中药的存在形式进行变革是继承和发扬中药的极积态度。对中药颗粒饮片的研究正是对中药的继承和发展。

抗感染药物在儿童感染患者中的合理应用

周顺
（湘西自治州民族中医院，湖南 吉首 416000）

摘　要 目的：从工作经验出发，总结应用抗感染药物治疗儿童感染患者的一般原则，为临床医师合理应用抗感染药物治疗儿童感染患者提供参考。方法：总结多年工作经验，查阅相关文献资料。结果：应用抗感染药物治疗儿童感染患者必须正确、合理，否则会引起严重的不良后果。结论：合理应用抗感染药物治疗儿童感染患者十分重要。

关键词 抗感染药物；儿童感染患者；合理应用

自从有了人类就有了危害人体健康的各种疾病，人类与疾病斗争从古到今一直没有间断，在诸多疾病中感染性疾病（Lnfectious diseases）又是临床表现最多、危害性最大的一类疾病，根据世界卫生组织（WHO）的报告显示，由于罹患感染性疾病死亡的人数逐年增加，其死亡的人数高达各类原因死亡人数总和的33.3%。从1928年发现，1941年开始在临床上广泛应用青霉素以来，人们不断研制、开发、应用新的抗感染药物，抗感染药物的出现为人类提供了与感染性疾病作斗争的强有力的武器。近年来不断问世的抗感染药物，已成为内、外、妇、儿等各科临床医师治疗和预防感染性疾病不可缺少的工具。但随着抗感染药物的广泛应用，特别是在儿童感染患者中的应用，不合理现象时有发生，用药的失误，甚至滥用，常常导致严重的不良后果。因此，如何安全、有效、方便、经济的应用抗感染药物已越来越受到人们的关注。本人根据多年工作经验，查阅相关的文献资料，就如何应用抗感染药物治疗儿童感染患者总结以下几点，以供大家参考。

1、抗感染药物在治疗儿童感染患者时存在的一些问题

1.1 滥用抗感染药物,无指征或无依据盲目选用对病原体感染无效或疗效不强的药物。

1.2 不适当地联合用药。

1.3 剂量不足或过大，给药途径和间隔时间不正确，用于无细菌并发症的病毒感染，病原体耐药后继续用药，过早停药或感染控制多日不及时停药。[①]

1.4 无原则地应用价格昂贵的抗感染药物。

1.5 无指征或指征不明确的预防用药。

2、抗感染药物治疗儿童感染患者的一般原则

应用抗感染药物治疗感染性疾病的儿童是十分明智的选择,但选择药物必须正确得当才能达到预期疗效.抗感染药物无高低之分,作为临床医师应根据患儿的不同感染情况,选用相应的抗感染药物,其选用过程必须遵循安全、有效、适当、经济四项基本原则.同时还应根据患儿自身的特点、病原菌的敏感性、药物的药效学、药物的代谢动力学以及药物的经济学等多方面的因素加以考虑.

2.1 从患儿自身特点考虑

儿童的各个器官和组织正处于生长、发育阶段,年龄越小,器官和组织发育越不完全,药物应用不当会造成器官和组织发育障碍,甚至发生严重的不良反映.根据这些特点,要求在应用抗感染药物治疗儿童感染疾病时,必须要全面考虑.用药时不仅要考虑药物的用量与成人不同,而且在选药的原则和治疗方案上亦与成人不同.另外由于儿童的体表面积和体内分布容积较成人为大,因而每公斤体重药物用量较成人高,加上儿童身体部分器官还未发育完善,如肝、肾功能等,对药物的代谢和排泄能力较低,因此应用某些在肝内代谢的或经肾脏排泄的药物时,易引起中毒,如氯霉素,主要在肝脏代谢,新生儿应用不当可造成灰婴综合征,故应用这些药物时,应多加注意.[②]

2.2 从病原菌敏感性考虑

对于儿童感染患者,应尽早确立病原学诊断,尽可能地分离病原微生物.目前,儿童常用的抗菌药物有β-内酰胺类抗生素,氨基糖苷类抗生素,大环内酯抗生素,常用的抗病毒药物有利巴韦林、阿昔洛韦,抗真菌的药物有克霉唑、咪康唑、酮康唑等,此外还有抗结核药物利福平、异烟肼等,抗寄生虫的药物有砒喹酮、呋喃丙胺等.对于不同种类的抗感染药物有不同的抗菌谱,临床上应根据儿童感染不同的病原微生物,选用不同的抗感染药物.例如在儿科常用的抗菌药物β-内酰胺抗生素类中,各种青霉素与头孢菌素抗菌谱各不相同,其中青霉素类有作用于G^+性菌和G^-性菌的:青霉素G、青霉素V;有耐青霉素酶的:苯唑西林、氯唑西林;有广谱青霉素:氨苄西林、阿莫西林;有对绿脓杆菌有效的羟苄西林、磺苄西林等.而头孢菌素类共分为四代,头孢一、二、三代类相比,抗G^-性菌作用渐增强,而对G^+性菌作用下降.其中头孢一代(先锋Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ及头孢氨苄)对G^+性菌作用大于二、三代,且对绿脓杆菌无效,对酶不稳定;头孢二代中头孢呋肟及头孢孟多对G^-性菌有一定增强,但对绿脓杆菌作用较弱;头孢三代(头孢噻肟、头孢他啶、头孢哌酮)具广谱作用,对G^-性菌作用强,对绿脓杆菌作用增强,但对G^+性菌活性不如一二代头孢;而第四代头孢菌素对青霉素结合蛋白质有高度亲和力,因而对G^+性、G^-性菌及厌氧菌显示广谱抗菌活性等[③].

2.3 从药效动力学方面考虑

药效动力学是研究药物对机体的作用、作用原理以及作用规律的一门分支学科,药物的剂量、剂型、给药途径与用药方案等均可影响药效,选择合理的剂量、给药途径及用药方案以达最佳疗效.目前临床常用的抗生素按其杀菌活性及持续效应分三类:

第一类:依赖浓度杀菌并具后效应性类,此类药物浓度越高,杀菌率与杀菌范围越强,且该类药物具有抗菌后效应,即当药物浓度下降低于最低抑菌浓度(MIC)或清除后,仍然能阻止细菌的继续生长,故应用时可延长用药的间隔时间,如氨基糖苷类抗生素.

第二类:依赖时间性杀菌但不具后效应性类,此类药物对大多数细菌只要极小的浓度即可杀菌,其抗菌效果随时间的延长而抗菌作用减弱,更高的浓度并 不能更多、更快地杀灭细菌,所以必须缩短用药间隔时间,如β-内酰类,应用时每8h甚至6h用药一次.

第三类: 依赖时间性杀菌并具后效应性类,此类药物对大多数细菌只要极小的浓度即可杀菌,同时具有抗菌后效应, 当药物浓度下降低于最低抑菌浓度(MIC)或清除后,仍然能阻止细菌的继续生长,故应用时可延长用药的间隔,如大环内酯类.

2.4 从药代动力学因素考虑

药物代谢动力学是应用动力学原理及数学的分析方法,研究药物在体内吸收、分布代谢与排泄等过程的量变规律的一门科学,它不仅对提高药物治疗的有效性和安全性具有十分重要的作用,还对指导给药方案的设计,探讨人体生理及病理状态对药物体内过程的影响,以及疾病治疗时的剂量调整,剂量与药效应用的相互关系及对药物相互作用的评价等方面有主要的作用.[④]不同的药物,不同的个体,药物的吸收、分布、代谢和排泄都不同,因此临床上必须考虑药动学,根据药物的半衰期长短给以不同的间隔期用药,以达到持续的超过MIC的血药浓度.如中效磺胺药,应按其$t_{1/2}$间隔,1日给药2此,过少就不能维持有效的血药浓度,过多则可至蓄积中毒.

2.5 从药物经济学方面考虑

对于儿童感染患者要给予临床疗效好,副反应少,使用方便,价格适宜的抗感染药物,才是最经济、最合理的给药方案[⑤].

3、儿童应用抗感染药物是需注意事项

3.1 必须考虑抗感染药物对儿童生长发育的影响,如四环素类抗生素可与新形成的骨和牙齿中所沉积的钙相螯合,从而引起牙齿色素沉着,牙釉发育不全,进而易引起龋齿,故对8岁以下儿童禁用.

3.2 氯霉素类可致再生障碍性贫血,白细胞减少等不良反应,特别是长期,大量使用时更甚,对儿童不宜使用.

3.3 喹诺酮类药物对幼年动物的软骨导致损害,使承重的骨关节细胞出现水泡和受损,虽在人类中尚未发现,但少数病例出现严重的关节疼痛和炎症,故该类药物不宜用于骨骼系统未发育完全的16岁以下的儿童.

3.4 氨基糖苷类抗生素对儿童的肾和第8对脑神经—听神经有严重的损害,常造成药物性肾炎和听神经功能障碍,因此应用该类药物时必须监测血药浓度,并个体化给药,以确保用药安全.

3.5 对由衣原体、支原体所致感染儿童患者,如造成呼吸、消化或泌尿系统感染,可选用大环内酯类抗生素,但长期应用要注意两点:一是避免β-内酰胺类等繁殖期杀菌剂合用,因相互之间可发生拮抗反应;二是注意其可能引起肝损害.

3.6 对细菌性感染的儿童患者,治疗时一般须用足量的抗生素连续服用 5～10d,以使体内感染的细菌得到彻底清除,症状彻底改善.

3.7 应用抗感染药物治疗儿童感染患者时, 必须防止长期应用广谱抗生素而诱使耐药菌株产生,使药效降低,甚至出现菌群失调、二重感染,严重的毒性反应和过敏反应.同时应仔细监护药物的不良反应和儿童应用药物的依从性.

3.8 对于严重儿童感染患者,给药方法首先为静滴、静注或肌注,一旦病情允许及时改用口服抗感染药物来替代.

参考文献

[1] 张石革，孙路路.抗感染药物临床应用指南.北京，化学工业出版社，2003，9：46～47

[2] 陈新谦，金有豫，汤光.新编药物学第十四版.北京，人民卫生出版社 2003.5.(14)

[3] 贺利民，向在永，陈晓瑞.抗感染药物临床应用指南.郑州，河南医科大学出版社，2002，1：1～5

[4] 李焕德，程泽能.临床药学.北京，人民卫生出版社，2003，5：3～5

[5] 殷凯生，殷民生.实用抗感染药物手册.北京，人民卫生出版社，2002，9： 452～453

氨基糖苷类抗生素的临床应用

滕树忠

（湘西自治州民族中医院，湖南 吉首 416000）

1、分类

1.1 按来源分：

由链霉菌属的培养滤液中获得者，如链霉素、新霉素、卡那霉素、妥布霉素、核糖霉素、巴龙霉素、大观霉素等；由小单孢菌属的滤液中获得者，如庆大霉素、西索米星、小诺霉素等；半合成氨基糖苷类，如阿米卡星为卡那霉素的半合成衍生物，奈替米星为西索米星的半合成衍生物。

1.2 按抗菌谱及作用分：

临床常用的氨基糖苷类抗生素主要有：（1）对肠杆菌科和葡萄球菌属细菌有良好抗菌作用，但对铜绿假单胞菌无作用者，如链霉素、卡那霉素、核糖霉素。其中链霉素对葡萄球菌等革兰阳性球菌作用差，但对结核分枝杆菌有强大作用。（2）对肠杆菌科细菌和铜绿假单胞菌等革兰阴性杆菌具强大抗菌活性，对葡萄球菌属亦有良好作用者，如庆大霉素、妥布霉素、奈替米星、阿米卡星、异帕米星、小诺米星、依替米星。（3）抗菌谱与卡那霉素相似，由于毒性较大，现仅供口服或局部应用者有新霉素与巴龙霉素，后者对阿米巴原虫和隐孢子虫有较好作用。此外尚有大观霉素，用于单纯性淋病的治疗。所有氨基糖苷类药物对肺炎链球菌、溶血性链球菌的抗菌作用均差。

2、适应证

1.1 重度肠杆菌科细菌等革兰阴性杆菌感染。

1.2 中、重度铜绿假单胞菌感染。治疗此类感染常需与具有抗铜绿假单胞菌作用的β内酰胺类或其他抗生素联合应用。

1.3 严重葡萄球菌或肠球菌感染治疗的联合用药之一(非首选)。

1.4 链霉素或庆大霉素亦可用于土拉菌病、鼠疫及布鲁菌病，后者的治疗需与其他药物联合应用。

1.5 链霉素可用于结核病联合疗法。

1.6 新霉素口服可用于结肠手术前准备，或局部用药。

1.7 巴龙霉素可用于肠道隐孢子虫病。

1.8 大观霉素仅适用于单纯性淋病。

3、临床应用

3.1 共同特点

其分子结构中均有 1 个氨基环醇环或多个氨基糖分子，由配糖键相连接。

3.1.1 高极性化合物，水溶性好，性质稳定，不易溶于脂肪。在胃肠道内很少吸收，肌注后吸收迅速而完全，给药后 0.5～1 小时达血药峰浓度。注射给药后，在多数组织中的浓度低于血药浓度。在人体内不代谢灭活，约 90%的药物以原形经肾小管滤过排出。多次给药后本类药物在肾皮质内积聚，其浓度可高达血药浓度的 10～50 倍。肾功能正常时，血清半衰期约为 2～3 小时，但在肾皮质中蓄积的药物释放缓慢，其终末半减期可过 110～693 小时。血液透析可以清除体内大部分本类药物，使延长的消除半减期缩短至透析前的 1/10；但腹膜透析对本类药物的清除作用较弱。

3.1.2 处理严重感染时，不论患者的肾功能是否正常，均应给予首次冲击量，以保证组织和体液内迅速达到有效浓度。本类药物很少进入脂肪组织，因此给药剂量应按除去脂肪后的体重计算，公式如下：

剂量体重=标准体重＋(实际体重－标准体重)×40%

3.1.3 抗菌谱广，对多数需氧革兰阴性杆菌和少数耐药的金葡菌有较强的抗菌活性，部分品种对结核分枝杆菌及其它分枝杆菌属也有较好的抗菌活性。

3.1.4 耐药菌株明显增多，细菌对本类药物有不完全性或完全性的交叉耐药。

3.1.5 本类药物为剂量依赖型药物，其杀菌作用与药物的峰浓度有关。

3.2 菌作用机制：主要为通过阻止信使核糖核酸(mRNA)与核糖体的结合，阻断敏感菌蛋白质的合成而发挥杀菌作用。并有破坏细菌细胞膜完整性的作用。为静止期杀菌剂。

3.2.1 血清蛋白结合率低，除了链霉素为 30%外，其它的几乎均低于 10%。

3..2.2 具有不同程度的耳毒性和肾毒性，并可因神经-肌肉接头阻滞作用而抑制呼吸。

3.2.3 具有首次接触效应和抗生素的后效应。

3.2.4 抗菌活性在碱性环境中较强，但当 pH>8.4 时(如胆汁中)，其抗菌活性反而降低。

3.3 不良反应

3.3.1 耳毒性：

前庭功能失调：卡那霉素>链霉素>西索米星>庆大霉素>妥布霉素。

耳蜗神经损害：卡那霉素>阿米卡星>西索米星>庆大霉素>妥布霉素。

前庭功能和耳蜗神经损害作用相仿者：妥布霉素。

奈替米星的耳毒性相对较低。

3.3.2 肾毒性：

本类药物主要损害肾脏近曲小管上皮细胞，一般不影响肾小球。临床上常出现蛋白尿、血尿等，尿量一般不减少，严重者可产生氮质血症、肾功能减退，其损害程度与给药剂量大小和疗程的长短呈正比。比较而言，妥布霉素的肾毒性比庆大霉素约低 10%，奈替米星、阿米卡星、西索米星等与庆大霉素无明显差异。

3.3.3 神经-肌肉接头阻滞作用：

临床表现为①心肌抑制，②血压下降，③呼吸抑制甚至骤停等，可引起严重后果。其阻滞作用大小为：新霉素>链霉素>卡那霉素或阿米卡星>庆大霉素或妥布霉素。动物实验结

果显示，奈替米星可能具有较强的神经-肌肉接头阻滞作用。

影响胃肠道吸收：影响肠道对脂肪、糖、蛋白质等的吸收，严重者可引起脂肪　　性腹泻和营养不良。其作用机制一是本类药物对小肠壁绒毛细胞的直接损害，二是抑制肠道乳糖酶的活性。主要见于口服时，与口服剂量成正比。

3.3.4 其它不良反应：

可引起面部及肢体麻木、视力模糊及周围神经炎等症状；

大剂量可引起头痛、眼球震颤、共济失调、呕吐、抽搐、尿潴留、截瘫，甚至昏迷；

化验检查值的异常：如嗜酸性粒细胞增多、中性粒细胞减少、贫血、血小板减少，以及血清转氨酶和碱性磷酸酶增高等；

偶见二重感染。

4、应用注意

氨基糖苷类过敏的患者禁用。

4.1 任何一种氨基糖苷类的任一品种均具肾毒性、耳毒性（耳蜗、前庭）和神经肌肉阻滞作用，因此用药期间应监测肾功能（尿常规、血尿素氮、血肌酐），严密观察患者听力及前庭功能，注意观察神经肌肉阻滞症状。一旦出现上述不良反应先兆时，须及时停药。需注意局部用药时亦有可能发生上述不良反应。

4.2 氨基糖苷类抗生素对社区获得上、下呼吸道感染的主要病原菌肺炎链球菌、溶血性链球菌抗菌作用差，又有明显的耳、肾毒性，因此对门急诊中常见的上、下呼吸道细菌性感染不宜选用本类药物治疗。由于其毒性反应，本类药物也不宜用于单纯性上、下尿路感染初发病例的治疗。

4.3 耳肾毒性较大，对神经肌肉有阻滞作用，能透过血-脑屏障及胎盘，新生儿、婴幼儿、老年患者应尽量避免使用本类药物。临床有明确指征需应用时，则应进行血药浓度监测，根据监测结果调整给药方案。妊娠期患者应避免使用。哺乳期患者应避免使用或用药期间停止哺乳。

4.4 对于肾功能正常者，可每日给药一次，与多次给药相比，其疗效优、不良反应发生率低。但对于严重感染者，应用每日一次给药方案应慎重。

4.5 肾功能减退患者应用本类药物时，需根据其肾功能减退程度减量给药，并应进行血药浓度监测调整给药方案，实现个体化给药。

4.6 应避免局部用药，如在腹腔手术中应用本类药物冲洗腹腔，可能引起呼吸衰竭和肢体瘫痪。本类药物不可用于眼内或结膜下给药，因可能引起黄斑坏死。

4.7 本类药物预防性应用的指征不多见，临床应用的有：

庆大霉素＋青霉素(或氨苄西林)：用于心脏瓣膜病患者进行腹腔或盆腔手术前后，以预防肠球菌等引起的心内膜炎；

庆大霉素＋万古霉素：同上，适用于对青霉素过敏的患者；

新霉素 1g 口服＋红霉素 1g 口服：在结肠手术前 24 小时给药，共 3 次，可减少手术后伤口的感染。

4.8 本类药物不宜与其他肾毒性药物、耳毒性药物、神经肌肉阻滞剂或强利尿剂同用。与注射用第一代头孢菌素类合用时可能增加肾毒性。

4.9 Ca^{2+}、Mg^{2}、$^{+}Na^{+}$、NH_4^{+}、K^{+}等阳离子可抑制其抗菌活性，故在做药敏试验时应注意培养基中上述阳离子的浓度。

4.10 除庆大霉素外，本类其它药物口服不吸收，可用于某些肠道内感染的治疗。

我州中药炮制品质量存在的问题与思考

佘永红
（湘西自治州药品检验所， 湖南 吉首 416000）

摘　要　分析目前中药炮制品存在的问题，探讨质量管理应采取的措施，建立健全中药炮制品质量责任制度，加强质量管理和监督，提高中药炮制品质量标准，确保用药安全与疗效。

关键词　中药炮制品；质量管理；监督

中药炮制品的真伪优劣直接关系到广大人民群众的用药安全和有效。我所在中药炮制品的抽验和检验中，检验出许多不合格品种。

1、主要问题存在于以下几个方面

1.1　真伪鉴别不符合规定　使用伪品饮片，轻则贻误疾病的治疗，重则可引发新的疾病，甚至危及生命。近几年来，我所检验出的伪品品种有：半夏、射干、川贝母、浙贝母、巴戟天、天麻、麦冬、金钱草、栀子、酸枣仁、沉香、龟板、五灵脂、海藻等。此外还有混淆品，外形相似如地骨皮与五加皮，天花粉与山药，乳香与没药；来源相同而入药部位不同，如小蓟入药部位规定为干燥地上部分，而使用干燥地下部分入药； 因名称相近而张冠李戴，如防己用广防己，金钱草用广金钱草。《中国药典》2005 年版一部正式执行以来，本版药典要求分列的品种而未分列，如金银花与山银花，葛根与粉葛，黄柏与川黄柏等品种。

1.2　杂质不符合规定　中药材在切制、炮制或调配、制剂前，都要通过净选加工，方可用于临床，才能充分保证调配时剂量的准确，并减少服用时的副作用。

在检验中常见的杂质有:

1.2.1　混有来源与规定相同，但其性状或部位与规定不符的非药用部分　如虫蛀霉变品未挑除;金银花的来源为干燥花蕾或带初开的花,检验中发现带有大量完全开放的花和叶;本版药典将细辛的药用部位定为根及根茎，而仍用细辛的全草入药；茜草的药用部位规定为干燥根及根茎，而使用全草入药；沉香中掺有不含树脂的木块；乌梢蛇未去头及鳞片；党参、牛膝未去芦；厚朴、杜仲未去栓皮；地骨皮未除残余木心；金樱子未去毛、核；苍耳子未去刺；山茱萸混有非药用部位果核、果梗；花椒中混有花椒目及果梗等非药用部位。

1.2.2　混有来源与规定不同的物质　中药材来源广泛，品种复杂，在名称相近、外形类似或基源相近的品种中常产生混乱。如半夏中混有水半夏；栀子中混有水栀子；乌梅中混李、杏、桃的果实；金钱草中混聚花过路黄；酸枣仁中混滇枣仁等。

1.2.3　混有无机杂质　一种是为图省事。如皮类饮片五加皮，种子类饮片菟丝子、牛蒡子、亚麻子等未除去饮片中的沙石、泥块、尘土；一种是不法商人急功近利，为了牟取暴利，在正品饮片中掺入无机杂质，其目的主要是增加贵重药材的重量。如海马腹部内灌入异物；红花掺入细沙或细锯木；地龙体腔内塞入泥砂；海金沙中掺入细沙，显微鉴别中发现有异物，水试有大量的沉淀。混有无机杂质的饮片，总灰分检查不符合规定。

1.3　饮片切制不符合规定　饮片切制是将净选后的药材加工制成一定的规格，以适应医疗要求及调配、制剂的需要。在检验中发现不按规定切制的饮片：如党参规定切厚片，而切制成 1.0～4.0cm 的段片；当归、前胡规定切薄片，而切制成厚片；厚朴规定切 2～3mm 的丝，而切制成 2～3cm 的块片；降香应碾成细粉或镑片，而为长不规则的段片；半夏性状规定为类球形或破碎成不规则颗粒状，而切制成片状等。

1.4　炮炙不符合标准的规定　如盐杜仲规定炒至断丝而未炒至断丝；炒王不留行规定炒至大多数爆白花而未炒至爆白花。炮山甲用非规定辅料明矾炮炙等。

1.5　水分不符合规定　炮制品中含有过量水分，不仅不利于贮存保管，而且影响配方的实际重量，一般炮制品的水分含量控制在 7%～13%。在水分检测中，如红花、金银花、茜草水分常不符合规定，特别是需经水淋、洗、泡、漂、润处理后切制的饮片，笔者一次测定党参浸出物的含量时，水分测定竟达 27.5%。

1.6　内在质量控制限度不符合规定　控制饮片内在质量的量化指标，是评价炮制品质量优劣的最客观、最科学的方法。近年来我所检验出的不合格品种如金银花中绿原酸的含量，牡丹皮中丹皮酚的含量，檀香中挥发油的含量等达不到规定的最低限度，说明其质量劣质。

1.7　贮藏保管不当而造成的不符合规定　贮藏保管对饮片亦有直接的影响，如果贮藏不当饮片就会产生不同程度的变质现象，降低质量和疗效。常见的变异现象有虫蛀、发霉、走油、变色、粘连、气味散失等。如板蓝根、山药、猪苓、草豆蔻虫蛀；金银花、红花、小通草变色；胖大海中层种皮发霉；当归、柏子仁走油；含挥发油的成分储存时间越久气味散失越多，温度越高挥发越快，如薄荷、檀香的挥发油含量测定常达不到规定的限度，这类饮片储存不当或时间过长就会气味变薄，降低疗效，如荆芥、藿香、花椒、吴茱萸、草豆蔻、桂枝、降香、沉香等。

1.8　安全性控制指标不符合规定　重金属、有害元素及有机氯农药残留量检查超标；《中国药典》2005 年版一部规定山药、葛根等品种不允许用硫黄熏，在检查中发现仍有硫黄熏的现象。

1.9　个别饮片经提取部分成分后再加工成饮片　如当归、三七、人参等经过提取后再加工成饮片，其气味淡薄，浸出物或含量测定时不符合规定。

2、加强质量管理应采取的措施

2.1　把好原材料关　中药包括中药材、中药饮片和中成药三大部分。中药材是生产中药饮片的基本原料，原药材的真伪优劣直接影响到饮片的质量，因此应从源头上把好药材质量关，加强对原药材产地、种属、栽培、采收、加工方式等方面的选择与考证，使用“绿色”无污染的优质药材。

2.2　保证净度　中药材在切制、炮制或调配、制剂前，必须经过严格的分离和洗刷，除去非药用部分、泥沙杂质及虫蛀霉变品。

2.3　必须按照标准进行炮制　中药饮片必须按照国家药品标准进行炮制，国家药品标准没有规定的，必须按照省、自治区、直辖市人民政府药品监督管理部门制定的炮制规范进行炮制。建立键全质量管理责任制度，层层把关，禁止不合格炮制品的流通销售。

2.4　加强贮藏和保管　中药炮炙的方法多种多样，因此中药饮片品种繁多，所含的成分相当复杂,如果贮藏保管不当,则所含的成分就会造成损失或破坏,发生变性或变质。因此,良好的贮存条件和合理的保管方法是保证饮片质量的重要环节。由于我州属于老少边穷地区，一般仓贮条件简陋，加强贮藏保管，使新技术、新方法在贮藏保管上得以广泛应用，使贮藏保管技术手段进一步科学化、合理化，才能充分保证饮片的质量。

2.5　加强监督管理

2.5.1　完善和制定饮片生产加工、供销采购、经营使用、流通销售、质量管理及检验等方面的配套管理措施，规范生产经营秩序，逐步建立健全质量保证体系。

2.5.2　建立一支“依法监督、科学公正、廉洁高效、行为规范”的监督队伍，加大对不合格饮片的抽验力度，对炮制不合格的品种，依据《药品管理法》予以惩处。切忌认为饮片货值少，罚款不多，而对不合格饮片视而不见。不断规范药品生产经营秩序，对于生产销售假药劣药的违法犯罪分子给予坚决的打击。

2.5.3　强化炮制专业人员的队伍建设，实行严格考核、执证上岗制度。

3、建议

3.1　严格中药饮片的准入控制，建立与之相适应的中药炮制许可证制度，严格把关饮

片加工厂及制药企业、医疗单位、医药部门炮制室的卫生环境、工艺流程、设备技术的现代化科学化管理。

3.2　鼓励中药炮制加工人员在继承传统炮制工艺技术及理论基础上，应用现代科学技术进行整理研究，探讨炮制原理，改进炮制工艺技术。

3.3　建议中药炮制品使用包装化管理，可包装成多种规格，并标明名称、产地、采收日期、加工日期、功效、有效期、失效期、贮藏保管方法、生产厂名及厂址、，以便接受监督管理。

4、结语

目前，只有中药炮制品标准尚未执行统一的国家标准。由于中药炮制是我国传统的制药技术，各地对炮制原理、理论、工艺方法及质量标准都不统一，因此尽快提升炮制品质量标准为统一的国家标准，颁布一部可控性的炮制品质量标准，才能充分保证饮片质量，使中药炮制品标准标准化、数据化、规范化，充分发挥中药炮制品的药效，让中药炮制品得以发扬光大。

参考文献

[1]国家药典委员会. 中华人民共和国药典(第一部)[S].北京:化学工业出版社,2005.

[2]叶定江.中药炮制学[M].上海:上海科学技术出版社,2002.

地蚕化学成分的预实验

杨琳　　杨志学

（怀化医学高等专科学校药学系，湖南 怀化 418000）

[摘要]　目的　通过预试验，初步了解地蚕的化学成分。　**方法**　采用试管法和滤纸法，对地蚕的酸性 EtOH，纯化水，MeOH 提取物进行研究，通过多种指示剂和显色剂的沉淀反应或颜色反应，初步推断地蚕中可能含有的化学成分。　**结果**　地蚕中可能含有生物碱、黄酮及其苷类、多糖、有机酸等成分。　**结论**　本研究为地蚕的开发利用提供了更多的化学成分。

[关键词]　地蚕；　预试验；　化学成分

[中图分类号]　R914.1　　[文献标识码]　A　　[文章编号]

Per-experiment of Chemical Components for *Stachys geobombycis*

Yang-lin Yang Zhi-xue

(pharmacology Department of Huaihua medical college, Hunan ,Huaihua,418000)

Abstract:　**Objectv**　To study the chemical of *Stachys geobombycis* by priliminary test **Methods**　some　researches were made of the extracted mixture for *Stachys geobombycis* from acidic ethanol,purified water and methanol by using the law of test tube and round filter paper.And the chemical constituents of *Stachys geobombycis* was primarily demonstrated according to precipitation reaction or color reaction with various indicator.　**Results**　:*Stachys geobombycis* may contain constituents, alkaloids,flavones and glycosides ， ploysugars and

organic acid etc . **Conclusion** This research may provide more chemical components for the development of :*Stachys geobombycis*
Key words:*Stachys geobombycis*; pre-experiment;chemical components

地蚕（*Stachys geobombycis C.Y.Wu var.gcobmbycis* ）系唇形科水苏属植物的干燥根茎，本品又名土中茸、土冬虫草、白冬虫草、白虫草、肺痨草等，我国长江以南广泛分布。地蚕味甘、性平、归肺、肾经，临床用于益肾润肺、补血消疳。百姓习用地蚕作药膳，用于补肾、润肺，可生食，无毒；民间一直作抗结核病、止咳药物使用。本品主治肺痨咳嗽、吐血、盗汗、肺虚气喘、血虚体弱，小儿疳积等[1]。本品与冬虫夏草外观极其相似，市场上常作为昂贵草药冬虫夏草伪品销售。目前国内文献报道：地蚕只含淀粉、黄酮及其苷类、酚性成分[2-4]，其它化学成分未见报道。为明确其化学成分，对其进行预试验研究，为临床提供理论依据。

1 试验材料

1.1 仪器：ZF-1 型紫外分析仪，上海顾村电光仪器厂；回流装置：自装。

1.2 试剂：95%EtOH A.R；MeOH A.R；广东汕头西陇化工厂；纯化水：自制。

1.3 材料：地蚕：采自怀化市郊；滤纸：杭州富阳特种职业有限公司

2 方法[5-7]

2.1 试管预试法

2.1.1 酸性 EtOH 提取液，称取通过 20 目筛的地蚕粗粉 10g，加入 70 毫升 0.5%盐酸乙醇溶液，水浴回流 30min，乘热过滤，得酸性 EtOH 提取液。此滤液用以检查酚性成分、有机酸和生物碱等。

2.1.2 水提取液：称取通过 20 目筛的地蚕粗粉 10g，加入 100 毫升纯化水室温浸泡过夜，滤取 10 毫升滤液，供检查氨基酸、多肽和蛋白质等。剩余药渣及浸液于 60℃水浴中加热 10min，立即过滤。此滤液供检查还原糖、多糖、皂苷、苷类和鞣质等。

2.1.3 MeOH 提取液：称取通过 20 目筛的地蚕粗粉 10g，加入 70 毫升 MeOH，于水浴上回流 10min，乘热过滤，滤液供检查黄酮及其苷类，蒽醌及其苷类、强心苷、香豆素及其苷类、内酯、酯类、挥发油、植物甾醇和油脂类等。

2.2 滤纸法

2.2.1 EtOH 提取液：取通过 20 目筛的地蚕粗粉 5g，加入 50 毫升 95% EtOH，于水浴上回流加热 30min，过滤，滤液浓缩至 1/2 体积，得到 EtOH 提取液备用（该提取液原料的浓度为 5ml/g）。

2.2.2 层析条件

展开剂：95%EtOH 或 MeOH

显色剂：①5ml0.1%甲基红—EtOH 溶液；15ml0.1%甲基橙水溶液；20ml0.1%石蕊水溶液，混合均匀，②改良式碘化铋钾试剂（醋酸液）

点样量：0.1ml

显色方法：取直径 11cm 的普通圆型滤纸一张，滤纸中心打一小孔，备插入滤纸芯之用，将 0.1 毫升 EtOH 提取液仔细滴加于距纸中心 1cm 处，点样后，将一小条滤纸芯插入滤纸的中心小孔，移至盛有展开剂的直径为 14cm 的培养皿中，进行层析。待溶剂的前沿达到近滤纸边缘时，取出滤纸，待溶剂自然挥发后，将滤纸剪成 3 份，分别喷以不同显色剂，根据滤纸上呈现的颜色斑点，初步确定样品成分。

3.实验结果

地蚕粗粉的酸性 EtOH 提取液、水提取液及 MeOH 提取液的预试验结果分别见表 1、表 2 和表 3，滤纸层析结果见表 4。

表 1　　酸性 EtOH 提取液预试验结果

酸性 EtOH 提取液	试验法	现　象	可能含有成分
1	三氯化铁试验	绿色	酚类
2	重氮化试验	红色	酚类
3	硅钨酸试验	浅黄色沉淀	生物碱
4	碘化铋钾试验	红棕色沉淀	生物碱
5	碘化汞钾试验	浅黄色沉淀	生物碱

表 2　　水提取液预试验结果

水提取液	试验法	现　象	可能含有成分
1	碱性酒石酸酮试验	棕红色沉淀	还原糖
2	α -萘酚试验	紫红色环	糖类、多糖或苷类
3	多糖试验	棕红色沉淀	多糖
4	泡沫试验	泡沫未消失	皂苷
5	三萜皂苷或甾体皂苷鉴别试验	泡沫极相似	三萜皂苷

表 3　　MeOH 提取液预试验结果

MeOH 提取液	试验法	现　象	可能含有成分
1	盐酸一镁粉试验	红色	黄酮或黄酮苷类
2	荧光试验	蓝色荧光	黄酮或黄酮苷类
3	异羟肟酸铁试验	橙红色	内酯、香豆素或其苷类
4	重氮化试验	红色	香豆素或其苷类
5	冰醋酸-浓硫酸试验	红-紫-青-污绿色	植物甾醇或三萜成分
6	氯仿-浓硫酸试验	氯仿层呈红色反应，硫酸层具绿色荧光	植物甾醇或三萜成分

表 4　　滤纸层析结果

酸性乙醇提取液	展开剂	显色剂	现　象	可能含有成分

1	MeOH	5ml0.1%甲基红乙醇溶液，15ml0.1%甲基橙水溶液，20ml0.1%石蕊水溶液均匀混合	红色斑点	有机酸
2	MeOH	改良碘化铋钾试液	棕红色斑点	生物碱

4 讨论

通过化学成分预试验，得出地蚕可能含有黄酮及其苷类、生物碱、多糖、酚类、有机酸及三萜类等化学成分，而这些化学成分具有多种生理活性和应用前景，例如，黄酮类化合物对心血管系统，抗肝脏毒性、抗菌、抗病毒、解痉等都有良好的作用；生物碱类具有消炎止痛、抗菌、抗病毒、抗癌、解痉和改善心血管系统作用，是疗效确切的一大类药物；多糖具有抗癌，增强免疫等作用，酚类、有机酸、植物甾醇或三萜类化合物也具有一定的临床价值。

本文首次报道怀化地蚕化学成分预试验，有利于该植物生物活性成分的提取、分离研究，为该植物的开发利用提供了一定的研究基础。

参考文献

[1] 国家中医药管理局《中华本草》编委会.中华本草 [M] 上海：上海科学技术出版社.1999，221.

[2] 张贵君，徐国钧 常用中药鉴定大全 [M] 哈尔滨：黑龙江科学技术出版社.1995.288.

[3] 张中朋，杨中林，唐登峰等. 地蚕化学成分的分离与鉴定 [J] 中成药，2004，26（12）：73-75.

[4] 唐登峰，杨中林，程启厚等. 地蚕不同药用部位挥发油的气质联析 [J] 中成药，2002，24（3）：205-208.

[5] 中国医学科学院药物研究所.中草药有效成分的研究（第一分册）[M] 北京：人民卫生出版社，1972，9-24.

[6] 中国科学院上海药物研究所.中草药有效成分提取与分离 [M] 上海：上海科学技术出版社.1983.9-19

[7] 杨志学，黄爱华，陈百双.马蹄莲化学成分的预试验 [J] 怀化学院学报.2005.24（2）74-75

荡涤汤治疗慢性结肠炎的临床疗效观察

朱琼香　毛慧慧　李小丹
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

摘　要 目的　观察本院研制的中药水剂荡涤汤治疗慢性结肠炎临床疗效。方法　治疗组和对照组均常规补液、抗炎（庆大霉素+氧氟沙星）二周后再改服金双歧胶囊，治疗组加用荡涤汤 100ml 保留灌汤，一日二次，三个月为一疗程。结果　荡涤汤能提高机体免疫能力，改善肠道微循环，促进肠道细胞再生，修复溃疡面，消除肠道粘腹炎症。荡涤汤治疗慢性结肠炎效果明显。

关键词 荡涤汤；慢性结肠炎

1、资料与方法

1.1 一般资料：156 例均为我院 2000 年 1 月 1 日~2006 年 1 月 1 日住院患者。按入院先后顺序分为治疗组和对照组，治疗组 84 例，男性 60 例，女性 24 例，年龄 18-65 岁；对照组 72 例，男性 50 例，女性 22 例，年龄 16-60 岁；病史短的一年，长的达十年，以便秘为主者 15 例，腹泻便秘交替者 102 例，以腹泻为主者 39 例，每位患者均经结肠镜进一步证实：表现为结肠粘膜充血、水肿者 120 例，斑马征者 16 例，两组病例均无肝肾功能异常。

1.2 治疗方法：两组病例均常规补液、抗炎（庆大霉素+氧氟沙星）二周后再改服金双歧胶囊。治疗组加用荡涤汤（生黄芪、红藤、大黄、败酱、蒲公英、白头翁、白芨等）100ml 保留灌肠，一日二次，用一次性肛管灌肠，动作轻柔，深度在 20-25cm，灌后立即邓屈膝府卧位 15 分钟，保留时间 30 分钟至 2 小时不等，三个月为一疗程。

1.3 疗效观察：疗程结束后观察，临床症状消失，复查结肠镜肠粘膜恢复正常为治愈；临床症状消失，复查结肠镜肠粘膜病变较治疗前明显恢复为明显好转；临床症状好转，复查结肠镜肠粘膜病变较治疗前稍有恢复为好转；临床症状改善不明显，复查结肠镜肠粘膜病变较治疗前无明显变化为无效。

治愈+明显好转为显效；明显好转+好转为有效；

1.4 统计学处理：采用 X^2 检验。

2、结　果

治疗结束后治愈者治疗组 42 例（50.0%）对照组 18 例（25.0%）；明显好转治疗组 24 例（28.6%）,对照组 16 例（22.2%）；好转治疗组 12 例（14.3%），对照组 16 例（22.2%）；无效者治疗组 6 例（7.2%），对照组 22 例（30.6%）。即显效者治疗组 66 例（78.6%），对照组 34 例（47.2%），两组比较有显著性差异（P＜0.01。见表

组别	观察	治愈	明显好转	好转	无效
	例数	例数%	例数%	例数%	例数%
治疗组	84	42（50）	24（28.6）	12（14.3）	6（7.2）
对照组	72	18（25）	16（22.2）	16（22.2）	22（30.6）

3、讨　论

慢性结肠炎是以结肠粘膜层的炎症病变为主的慢性疾病，临床以腹泻、便秘交替出现为主要表现，反复发作，纤延难愈，属祖国医学的“泄泻”、“便秘”、“痢疾”范畴。因病程日久，反复发作，纤延不愈，终成“肠道湿热余邪未尽”之状。治疗当以益气健脾为主，辅以活血化瘀、清热利湿。荡涤汤中，生黄芪有益气健脾之功，红藤、大黄有活血散瘀之效，败酱、公英、白头翁有清热利湿之能，诸药合用，共奏扶正、化瘀、祛余邪之功效，且以保留灌肠的形式给药，使药水直达病原所，奏效更捷。现代中医药学认为，黄芪能增强网状内皮系统的吞噬功能［1］，使骨髓脾及胸腺等组织的淋巴细胞成熟，提高免疫能力［2］。大黄、

败酱、蒲公英、白头翁等分别对大肠杆菌、痢疾杆菌、幽门螺杆菌等有一定的杀菌和抑菌作用，白芨能促进溃疡面的愈合［3］。临床观察表明，荡涤汤能提高机体免疫能力，改善肠道微循环，促进肠道细胞再生，修复溃疡面，消除肠道粘膜炎症。荡涤汤治疗慢性结肠炎效果明显。

参考文献：略

鸡冠花治疗热毒带下

谈永爱

（鹤峰县铁炉乡卫生院，湖北 鹤峰 445802）

鸡冠花，甘凉，长于清热收敛，止血、止痢。常用于赤白带下及菌痢。参考资料药理实验，试管法证明，煎剂对人阴道毛滴虫有良好作用，虫体与药液接触 5-10 分钟后，即趋消失。

笔者在长期临床实践中，发现鸡冠花生用有止痒杀滴虫作用，经炮制后更长于止带，治疗热毒带下病人数百例，均取得显著疗效。口服方组成：炭红鸡冠花 30g，麸炒白鸡冠花 30g，白术 20g，败酱草 20g，蒲公英 20g，鱼腥草 20g，赤芍 10g，白头翁 20g，苦瓜蒌 20g，水煎口服每日一剂。外用方组成：生白鸡冠花 50g，蛇床子 30g 摇竹消 20g，水煎熏洗外阴每日 1 剂。一般各 3-5 剂即能见效。

病例介绍：黄某，女，45 岁，农民，已婚，2005 年 5 月 10 日就诊。患慢性盆腔炎多年，选用西医西药治疗少效，常反复发作，甚为痛苦，平时多带，赤白相兼，连绵不已，外阴瘙痒。当年 5 月 8 日下田插秧后，下午感觉小腹作痛烦热口干，头昏晕，发现带下量增多，气臭，并有了红色。刻诊脉来滑数，舌红，苔黄，诊为热毒带下病。

经用上两方，各 10 剂，带下止，诸症已除，随访未复发。

自拟二香开胃汤加减治疗功能性消化不良 120 例

肖一宾　彭武治

（永顺县中医，湖南 永顺 416700）

摘要 目的：观察二香开胃汤加减治疗功能性消化不良症的临床疗效。方法：将 234 例病人随机分为两 组，治疗组 120 例有地香开胃汤加减冶疗，对照组 114 例用西药规治疗。结果：治疗组总有效率为 91.67%对照组总儿率为 78.93%，两经较 P∠0.05。两组主要症状疗效比较除吐酸症无显著性差异外，其他各项内容均有统计学意义，P∠0.05。结论：二香开胃汤加减治疗功能必消化不良的疗效优于单用西药常规治疗。

主题词 消化不良；中医药疗法；香开胃汤；治疗；应用

功能必消化不良（funetional　dyspesia,FD）是临床上最常规的一种功能性胃肠病，目前现代医学尚无十分有效药物治疗，笔者自 2002 年元月至 2006 年元月应用自拟二香开胃汤加减治疗 120 例，疗效满意，现报道如下：

1、临床资料

1.1 一般资料　两组 234 例病人均为我院内科住院及门诊病人，采用随机分组方法分为治疗组和对照组。治疗组 120 例中，男 64 例，女 56 例，年龄 16 岁—65 岁，平均 32、5±9、56 岁；病情 2 月—10 年，平均 2、16±2.06 年。对照组 114 例中，男 60 例，女 54 例；年龄 16 岁—64 岁，平均 31、60±10.03；病程 2 月~9.5 年，平均 2.45±2.13 年。两组一般资料经统计学处理无显著性差异（P>0.05），具有可比性。

1.2 诊断标准　参照内科疾病诊断标准[1]拟定。①有典型的上腹不适或疼痛饱腹、口气、食量欠不振，恶心、呕吐、吐酸等症状；②症状持续或间断定发生超过 4 周以上；③胃镜检查正常或合并情性浅表性胃，十二指肠炎。

1.3 纳入标准　符合诊断标准，年龄在 16—65 岁岁能遵循医嘱，定期复诊者。

1.4 拟出标准①年龄在 16 岁以下，或 65 以上；②妊娠或哺乳期妇女；③不符合纲入标准的食道炎、糜烂性胃炎、萎缩性胃炎、十二指肠溃疡及肿瘤等疾症；④凡是其他影响胃动力障碍性疾病或合并有心、脑、肚、肾等严重的原好性疾病；⑤就诊前 48 小时使用其他药物者。

2、治疗方法

2.1 治疗组　隔山香 15g、青木香 15g、十大功劳 10g、萝卜子 10g、神曲 10g，山苍子 10g、纱求 12g、鸡内令 10g、甘草 5g；肝气犯胃去十大功劳，加紫胡 8g，胡 10g;肝胃都热去纱求，加山苍子 10g，白药 10g；阴座者去十大功劳、萝卜子、花苓、加沙参 10g、玉竹 10g、扁豆 10g，症状者去十大功劳、白木、加黄连 10g（色丞）五是脂 10g（色药）；胃症守者去十大功劳，萝卜子、加高良姜 10g 每日一剂，分早、晚两次水前服。

2.2 对照组　多潘立两周 10mg,，安西每片 300mg,舒平 1g；口服，均每 3∶3

两组用药以 1 个月为一疗程，一疗程后进行疗效统计。

3、疗效观察

3.1 观察方法　采用无（计 0 分）、轻（计 1 分）、中（计 2 分）、重（计 3 分）的 4 级计分法观察上腹痛、嗳气，吐酸、饱胀、食不振、恶心呕吐主要症状的改变。治疗前后检测血、尿、粪常规，肝功能，治疗前进行胃镜检查。

3.2 疗效标准　参照《中药（剂药）临床研究指导原则》[2]拟定，按主要症状积分值治疗前后的变化平定疗效。临床治愈，治疗后症状积分值较治疗前减少 95％以上；显效：治疗后症状积分值较治疗前减少 70％以上；有效：治疗后症状积分值治疗前减少 70％以上；有效：治疗后积分值治疗前减少 30%以上；无效：治疗积分值较治疗前减少在 30%以下。

3.3 统计方法　采用 SPSS10.0 统计分析本件经由计算机完成，本组资料均 X^2 检验。

3.4 治疗结果（见表）

表 1　两组治疗结果及疗效比较［例（％）］

注：*与对照组比较 P<0.05

3.5 两组主要症状疗效比较（见表 2）

表 2　两组主要症状疗效比较[例（%）]

注：*与对照组比较 P<0.05

4、讨论

FD 称胃肠功能紊乱，是一组胃肠综合症的总称。多伴有精神因素，以胃肠道运动功能紊乱为主。现代医学一般认为，上胃肠道动力障碍是 FD 的主要病论理学基础，……近年研究还发现胃肠动力障碍常与胃电活动异常并存;促胃肠动力药治疗可使部分患者取得不同程度的证状改善，目前尚无特效药物治疗。FD 属中医“胃络痛”、“痞满”范畴，主要表现为上腹疼痛、饱胀不适、食欲不振、暖气吐酸、恶心呕吐等证状。其发病与饮食失调，忧思恼怒，身体虚弱等有关，以致脾胃气机失常，食欲停滞，而成本病。笔者自拟二香开胃汤治疗本病，用土家医常用的隔山香、　香引气开胃，活络止痛为主药；辅以　益气健脾，以燥能

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	12074	74（61.67)	20(16.67	16(13.33)	10(8.33)	110(91.67)
对照组	114	56（49.12）	18(15.79)	16(14.03)	24(21.07)	90(78.93)

脾，助脾胃健运，扶正使气党政军消散而不伤正为医药；以神曲、鸡内金消食健脾、通化酒食阵腐之　，萝卜子消食下气，并消毒 面之积；以获苓健脾利湿，和中安神共为佐药；积久易于化热，故又佐以十大功劳清热燥湿；甘草益气缓急而止痛，善能调和渚药为使。渚药

组别	上腹痛			暖气			吐酸			谓胀			食欲不振			恶心呕吐		
	治前	治后	消失率	治前	治后	消失率	治前	治后	消失率	治前	治后	消失率	治前	治后	消失率	治前	治后	消失率
治疗组	116	10	91.36	82	49	5.12	62	8	87.09	98	6	93.78	118	2	98.31	74	6	91.89
对照组	108	32	10.37	74	18	75.67	56	6	98.28	86	20	76.74	104	22	78.85	62	16	74.19

配体，紧扣病因病机，共秦消食开胃，引滞止痛，健脾益气之功。

临床观察结果表明，治疗组病床疗效以及对主要症状的改善均优于对照组（P<0.05）且未见不良反应，表明中草药治疗 FD 疗效确切，有一定的应用价值，故介绍给同道参考。

参考文献

[1] 见政平. 3200 个内科疾病诊断标准[M]. 北京. 科技出版社，1996.256~258.

[2] 中华人民共和国卫生部. 中药（剂药）临床研究指导原则[M]. 1993.87~89.

[3] 叶任高. 内科学[M]第五版. 北京. 人民卫生出版社，2002.440.

中药蜡疗配合推拿治疗肩周炎 89 例

杨昌山

（凤凰县中医院，湖南 凤凰 416200）

肩周炎是以肩部疼痛和活动障碍为主要症状的疾病，以往多发生于 50 岁左右人群，所以俗称“五十肩”。 中医称之为“漏肩风”。我们自配外敷药结合推拿 89 例患者，取得良好效果，现报道如下：

1、临床资料

1.1 性别　男性 32 例，女性 57 例。

1.2 年龄　40 岁以下 1 例，40－50 岁 30 例，50－60 岁 49 例，60 岁以上 9 例。

1.3 职业　工人 38 例，干部 29 例，教师 12 例，农民 10 例。

1.4 侧别　左侧 32 例，右侧 51 例，双肩 6 例。

2、治疗方法

2.1 外敷药物组成、用法：姜黄 15 克，生川乌 10 克，生草乌 10 克，生南星 10 克，乳

香 10 克，没药 10 克研细成粉，生姜 100 克，大蒜头 100 克捣烂成泥，再兑适量白酒和蜡粉一起入锅内炒热，敷于患处，隔日一次，五次为一疗程。

2.2 用滚法、点按、摇摆等手法缓解肩关节周围及上肢肌肉的痉挛和粘连，重点按肩井、前肩后肌腱、肌肉韧带、关节的粘连，点按曲池、合谷， 前举困难者加云门、尺泽，后背伸困难者加天宗、肩井。再配合按拿肩贞及患肢上举、内收等被动活动，进一步剥离粘连，逐渐加大肩关节活动范围。推拿后给予中药蜡疗。

3、治疗结果

3.1 疾病程度

轻度：前伸上举大于 120 度，外展大于 75 度，后伸内旋至脊椎，肌肉略萎缩，疼痛一般能忍受。

中度：前伸上举 90－120 度，外展 45－75 度，后伸内旋至脊椎，肌肉稍萎缩，疼痛，但夜间可以入睡。

重度：前伸上举小于 90 度，外展小于 40 度，后伸内旋至腰部，肌肉萎缩，疼痛夜间不能入睡。

3.2 疗效标准

痊愈：关节或肌肉症状消失，关节和肌肉活动功能自如。

显效：上述症状基本消失，关节和肌肉活动功能基本自如。

好转：上述症状减轻，活动功能仍有一定限制。

无效：症状体征与治疗前无异。

3.3 治疗结果　经治疗 1－3 疗程后，痊愈 38 例，占 43%；显效 27 例，占 30%；好转 17 例，占 19%；无效 7 例，占 8%，总有效率为 92%。

4、体　会

中医认为肩周炎的病因是肩部感受风寒，阻痹气血经络，或劳作过度、外伤，损及筋脉，气滞血瘀，或年老气血不足，筋骨失养，骨节失灵，皆可使肩部脉络气血不利，不通则痛。内外因素导致肩部经络阻滞不通或失养，是本病的主要病机。 现代医学研究表明：肩周炎的发病与更年期的体内激素波动有密切关系。人进入更年期后性激素下降 80%，肾上腺皮质酮减少 10%，从而打破了性激素的蛋白质合成作用与的抗的动态平衡。使肩关节囊及周围软组织硬化、挛缩，发生无菌性炎症，在外伤和、或环境因素作用下，使周围组织充血、水肿，病久则形成粘连、疤痕、组织挛缩[1]，影响到关节的功能活动。根据中医理论，所谓热则流通，寒则凝塞，通则不痛，痛则不通。治疗当以祛风、散寒、除湿、舒经通络为主。中药蜡疗在治疗关节炎等疼痛性疾病方面有着它独特的优势。“蜡疗”在我国有着悠久的历史，明代李时珍在《本草纲目》中曾有记载：“……用蜡二斤，于罗中熔，捏作一兜鍪，势可合脑大小，搭头至额，其病立止也。于破伤风湿、暴风身冷、脚上冻疮……均有奇效。”而蜡对皮肤有润滑作用，可使皮肤柔软并富有弹性，对瘢痕组织及肌腱挛等有软化松解作用，蜡疗具有较强而持久的热作用，局部皮肤血管扩张，促进局部血液循环和营养的改善，而生川乌、生草乌、生南星温经散寒，通络止痛，姜黄、乳香、没药活血行气止痛，生姜，蒜头通阳化气止痛，诸药配合共凑温经散寒，疏筋通络，活血行气止痛的功能，再加上推拿的应用，达到了比较好的疗效。

参考文献，略。

中药溃疡散治疗口腔溃疡 60 例

吕维克
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

关键词 口腔溃疡；溃疡散

口腔溃疡为临床常见病、多发病、多见于舌、黏膜、颊等部位。笔者近年为采用自拟中药溃疡外治口腔溃疡 60 例，疗效较好，特介绍如下：

1、一般资料

本组共 60 例，男 23 例，女 27 例；年龄最在 72 岁，最小 3 岁，平均 36 岁；疗程在 6d 以上 6 例，2d-3d26 例，一个月以上者 28 例；首发者 21 人，复发者 39 人。均经西药治疗，疗效不佳，而用本方。

2、治疗方法

2.1 方药制作　朱砂 5g，冰片 5g，穿心莲 10g，青黛 7g，儿茶 8g，川军 6g。将上药研为细末，与青黛混匀，过 120 目筛，装瓶备用。

2.2 治疗方法　首先用甲硝唑注射液或生理盐水漱口，然后用消毒棉签擦干患处，再将溃疡散撒于溃疡面上，每日 3 次，直至痊愈。

3、疗效分析

3.1 疗效标准　痊愈：局部疼痛及溃疡面消失，随访半年无复发；显效：疼痛减轻，溃疡面缩小；无效：治疗前后无明显变化。

3.2 治疗结果　本组 60 例病例中，痊愈 52 例，显效 8 例，治愈率为 86.67%，总有效率为 100%。疗程最长 7d，最短 1d，平均 3d～4d。

附：典型病例介绍

赵×，女，45 岁，干部，2002 年 11 月 26 日就诊，自述 6d 前无诱因出现口腔内疼痛、糜烂，反复发作，长达 5 个月。经西药治疗，时愈时发。半月前因食用辛辣食物而再次发病，出现灼痛、口苦、口臭、烦躁不安、夜不能寐等症。诊见：口腔颊部、舌尖部黏膜上布满大小不等溃疡面，边缘充血，舌红少苔，脉细数。诊断为：复发性口腔溃疡，使用上方治疗 4d 痊愈，至今未复发。

4、讨论

祖国医学认为，此病主要是由于口腔不洁，复感毒秽之邪，而致心火上炎，脾胃积热上蒸，熏灼口舌，故出现本病。《医宗金鉴·外科心法要　·舌部》：“舌症发于心脾经，其症皆由积热。”《平惠方》载：“腑有热，乘于心脾，气冲于口与舌，故口敌舌生疮。”方中朱砂清心安神解毒；青黛凉血；青果利咽；川军、穿心莲、儿茶、冰片，其味苦性寒，苦能泻火燥湿，寒能清热；甘草调和诸药。上药合用共奏清热解毒、凉血清热、简便易行的特点，便于临床推广使用。

针灸配合指拨推拿治疗急性腰扭伤

周鑫 程仁昭
（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

笔者自 2000 年～2005 年 6 月采用针刺并推拿治疗急性腰扭伤 30 例，疗效显著。现介绍如下：

1、一般资料

30 例中男性 20 例，女性 10 例；年龄 20～50 岁；病程 6 小时～2 天。

治疗方法

针灸：取穴委中、阿是穴。嘱患者俯卧位，常规消毒后，以毫针分别刺委中 1.2 寸，阿是穴 0.8 寸，捻转行针，以得气为度。每 15 分钟 1 次，留针 30 分钟，每日 1 次。

推拿：患者俯卧于硬板床上，医者站其右侧，用滚法选放松局部，再用指拔法垂直于棘突肌方向弹拔操作，反复 5-10 遍，力度先轻后重，配合腰部后伸被动活动，以使局部发热为度。在急性期疼痛明显时，手法宜轻，疼痛渐减后，手法可逐渐加重。

2、治疗效果

疗效评定标准：痊愈：腰部活动自如，疼痛消失，无明显不适；显效：腰部活动好转，疼痛明显减轻；有效：腰部活动基本正常，稍有不适感；无效：诸症无明显改善。

本组治疗 2～3 次全部获效，其中痊愈 15 例，显效 3 例，有效 2 例。

附：典型病例介绍

王某，男性，25 岁。患者 1 天前因抬重物扭伤腰部，现腰部酸胀疼痛，活动受限。诊见患者双侧腰大肌紧张，压痛明显，以右侧为重。腰椎无异常，直腿抬离试验（-）。诊断为“急性腰扭伤”。治疗取双侧委中、阿是穴针刺，5 分钟行针 1 次，30 分钟后起针。起针后予腰背肌指拔推拿治疗 20 分钟。患者腰部疼痛明显减轻，活动基本恢复正常。

3、体会

委中为足太阳膀胱经三大合穴，是治疗腰背、下肢疼痛，半身不遂之常用穴。急性腰扭伤致局部血脉运行不畅，瘀阻脉络，不通则痛。针刺委中穴可达行气活血，舒筋活络解痉之效，阿是穴为痛点所在，初起病急取之以治其标，并可疏通督脉。指拔推拿可疏通经络，活血止痛。配合腰部后伸活动，可促进气血的运行。诸法合用可舒筋活血通络，使机体功能恢复正常，故临床疗效明显。

张化南老中医治疗里热证经验举隅

张维菊　李雪玲
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

张化南是湖北恩施州中心医院中医部内儿科副教授，副主任医师，著名中医内儿科专家。张化南从医 50 余年，诊务繁忙，致力于内儿科疾病的临床、教学、学验俱丰，擅长于治疗内儿科疾病及发热病，积累了丰富的诊疗经验。现将其治疗里热证经验介绍如下。

1、急下存阴，滋阴增液

患者王某某，女，20 岁，农民。突发高热、神昏谵语，在当地治疗无效，转送某医院住院治疗，诊断为败血症，治疗月余，每天补液，用全程足量的各种抗菌素治疗，高热仍持续不退，体温每天上午 38℃～39℃之间，午后上升到达 40℃～41℃，神昏谵语，声音改变，渴喜冷饮，邀张老医生会诊，见其患者面垢焦，语言错乱，舌质红，苔黑少津，问其大便，

经常便秘，切脉洪数，辨证属冬温，热入阳明，里热炽盛。根据《伤寒论》242 条：日哺所发热者，属阳明也，脉实者宜下之……与大承气汤。217 条，日哺所发潮热，不恶寒，独语见其鬼状……但发热谵语者，大承气汤主之。故属阳明腑实证，采取急下存阴的方法，但以热邪久羁，阴液被劫，与增液承气汤一剂，方药：生地 15g、玄参 12g、麦冬 12g、大黄 15g、枳实 15g、厚朴 15g、芒硝 15g（分三次冲服），水煎服一剂，大便通畅，利动后，热减、谵语即止、神志清楚，继用清热解毒、滋阴潜阳之法。方药：金银花、连翘、蒲公英、生地、板兰根各 15g，玄参、白芍、麦冬、知母各 12g，石膏、别甲各 30g，甘草、粳米各 6g，水煎服，日一剂，连服五剂，体温恢复正常，食欲逐渐增加，后以八珍汤加阿胶、红枣及人参养荣汤去桂、加麦冬、阿胶等益气养血治疗调养，病情痊愈。

按：本病发热属阳明腑实证兼有阴虚津伤，采取滋阴增液，通便泄热的方法，故投《温病条辨》之增液承气汤。方中生地、玄参、麦冬滋阴清热，大黄泻热通便，芒硝软坚润燥，以荡涤肠胃热结燥屎，此两药着重于泻火功积；厚朴行气宽中，枳实消积导滞，以消痞除满。诸药合用，共奏养阴清热，通便之功。

2、急下存阴，气血两清

患者张某某，男，58 岁，高热寒战，微咳，在大队卫生所治疗无效，送至卫生院，X 线透视诊断为肺炎，经抗菌治疗无效，病情逐渐加重，嘱抬回家，患者家属已在为其准备后事，邀张老医生诊治，诊其脉弦数有力，舌质红，苔黑而燥、口苦咽干、渴喜冷饮，胸痛，咳嗽，小便色黄，大便秘结，体温 39℃。时值初秋，燥邪伤肺，里热炽盛，灼伤阴液，用急下存阴法，《伤寒论》320 条：少阴病得之二三日，口燥咽干者，急下之，宜大承气汤。方药：大黄、枳实、厚朴各 20g，甘草 6g，芒硝 20g（分三次冲服），水煎服一剂。利动后，诸症好转。继以清热解毒，气血两清之法，用清瘟败毒饮加减。方药：金银花、连翘、蒲公英、生地各 15g、玄参 12g、黄连 6g，黄芩、栀子、桔梗、赤芍、麦冬、丹皮各 10g、犀角 6g、知母 20g、石膏 60g、甘草、淡竹叶各 6g，水煎服，日一剂，连服五剂，舌上黑苔尽退，体温脉博均恢复正常，食欲增加，并逐渐康复。

按：本例发热属里热炽盛，阴液耗伤，采取急下存阴法。大承气汤出自《伤寒论》，方中大黄通便泄热，芒硝软坚润燥，厚朴行气宽中，枳实消积导滞。四药具有峻下热结的功效。清瘟败毒饮出自《疫诊一得》，方中以石膏、生地、犀角、黄连四味为主药；石膏、知母、甘草清热除烦；生地、犀角配赤芍、丹皮、玄参、连翘、金银花清热凉血解毒；黄连配黄芩、栀子苦寒泻火。桔梗合甘草以利咽喉；竹叶清心利尿。全方具有较强的清热泻火、凉血解毒作用，为气血两清的代表方。

云南白药膏加微波热凝治疗鼻出血

吕维克
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

鼻出血是耳鼻喉科常见病和急诊之一，我们采用微波热凝术后涂抹自制云南白药膏治疗鼻出血，获得满意的效果，现报道如下：

1、临床资料

2001 年 3 月—2003 年 10 月，我们应用微波热凝法治疗鼻出血 76 例，男 45 例，女 31 例；年龄 5 岁-71 岁，平均年龄 40 岁；病程 1h-20a；患者高血压病 17 例，陈旧性及脑梗死 20 例，糖尿病 2 例，慢性肾功能不全 1 例，伴鼻中隔偏曲 36 例；出血部位；鼻中隔前下区

毛细血管出血 23 例，动脉性出血 16 例，鼻中隔中、后出血 15 例，纤维血管瘤 5 例，静脉性出血 6 例，下血甲中、后部出血 3 例，下鼻道后部出血 5 例，鼻一鼻咽静脉丛出血 3 例；就诊前均有反复出血史。

2、止血方法

用 2%麻黄素和 1%丁卡因混合液棉片黏膜麻醉，收缩鼻黏膜，详细检查鼻腔，确诊出血部位。若不明显时，可用吸引器轻轻刺激有血痂血迹附着或黏膜不光滑处或有畸形血管外，诱发出血后明确出血部位，局部注射 2%利多卡因 1Ml—2 ml，直视下行微波热凝术。如出血剧烈，可用棉条压迫后再行止血。术后在创面涂抹自制云南白药膏，观察 10min-30min 即可，术后无需鼻腔填塞。

3、术后结果

术后 3d-5d 复查，微波热凝法固定部位形成假膜，部分患者现轻度鼻塞和黏性鼻分泌物，1 周内消失。再出现鼻出血 5 例，3 例用麻黄素压迫可止血，2 例需行第二次微波热凝术，其后无复发。伪膜 1 周后可自然脱落，部分瘢痕化。全组术后观察 2 个月-12 个月，无复发，无鼻腔粘连及鼻中隔穿孔。

4、讨　论

鼻出血的处理以准确、止血迅速、操作简便、病人产能苦小为宜。前鼻孔填塞成功率为 90%，行前后鼻孔填塞术，其成功率仅 48%-80%。常见的止血失败原因是常规前鼻镜检查未能准确查到出血点，处理上带有盲目性，往往导致止血失败。据统计，鼻出血部位不明者 39.10%。本组 32 例出血部位不明，经血内窥镜检查 10 例为鼻腔中、后部，发现鼻中隔后部小血管瘤 2 例，8 例为黎氏区上方或下方动脉出血，6 例为鼻中隔中后部动脉出血，鼻内窥镜下仅见黏膜微隆起，用吸引器刺激可诱发活动出血方确诊。中医认为鼻出血主要是热伤血络迫血溢出，云南白药油膏为云南白药粉剂与红霉素软膏调制而成，云南白药粉剂 4 克调制红霉素软膏 10 克，放入消毒的研缽内混合搅匀而成，然后备用，主要功效止血生肌、凉血散瘀、消肿止痛。单纯微波热凝后黏膜有时糜烂往往会引起再出血，但如果术后创面外涂云南白药膏可以收敛止血、促进鼻黏膜生长而收到良好效果。比单纯微波热凝治疗效果大大提高。

应用微波笔式止血器，可使组织瞬间达到高温而凝固止血。其热效应与功率大小、辐射时间成正比，输出时间功率可瞬时控制，损伤深度与电极深度一致，电极头可直接接触出血部门，止血迅速。而云南白药膏具有止血、消炎、生肌的良好功效。两者结合，我们认为本方法是治疗鼻出血简便而切实有效的方法，值得推广使用。

中药吹耳散治疗急性化脓性中耳炎 50 例疗效观察

吕维克
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

急性化脓性中耳炎为细菌进入中耳引起的急性化脓性炎症，笔者于 2001 年 6 月-2003 年 10 月采用中药吹耳散结合西医疗法治疗本病 50 例，得到了满意的疗效，现报告如下：

1、临床资料

治疗组 50 例患者均为我院门诊病人，年龄 16-33 岁，平均 24.6 岁；病程最短为 1d，最长为 15d；男 37 例，女 13 例；其中 21 例有发热，体温（腋下温度）在 37.2℃-38.3℃之间，查血常规可见白细胞总数偏高或正常，中性粒细胞均增高，7 例伴有上呼吸道感染症状；

3 例有鼻炎症状。另一方面选取 40 例患者作为对照级，两组在年龄、病程、病情程序及伴发症状等方面无显著着异（P>0.05）。

2、治疗方法

2.1 药物制作：中药吹耳散取黄连 50g，金银花 40g，青黛 10g，儿茶 15g，冰片 20g，先将黄连、金银花、青黛、儿茶 4 味药混匀，碾成粉末，过 120 目筛，再将冰片加入研臼，研成细末，最后将这几味药混合后调匀，装瓶备用。

2.2 给药方法　两组患者均给予氧氟沙星 0.2g 静脉滴主，每天一次，连用 5d；用 3%过氧化氢溶液反复清洗外耳道后擦干残留液，然后滴入氧氟沙星滴耳液 2 滴，早晚各一次，然后用拇指挤压患耳屏数次，使药液渗入中耳腔。治疗组在以上的基础上，中午及睡觉用脱脂棉签擦干耳道后，用一张薄纸片卷成半圆柱状，交适量制作好的中药粉末吹入患处。7d 为一疗程，共治疗 1 个-3 个疗程，病人分别于第三者 7、14、21 天时来院门诊复查。

3、疗效观察

3.1 疗效标准　治愈：溢脓停止，鼓膜及鼓室充血消失，干燥；显效：无溢脓主诉，外耳道及鼓室无可见脓液残留，鼓膜及鼓室充血明显或有轻度充血；无效：经 21d 治疗后仍有溢脓主诉，外耳道仍有脓液，鼓膜、鼓室仍有充血。

3.2 治疗结果　见表 1

表 1　两组疗效比较　　例（%）

组别	治愈	显效	无效	总有效率
治疗组	33（66.00）	13（26.00）	4（8.00）	92.00
对照组	16（40.00）	13（32.50）	11（27.50）	72.50

注：两组比较，X^2检验，X^2=6.084，P<0.05

4、讨　论

急性化脓性中耳炎常为混合性感染，致病菌多为金黄色葡萄球，甲、乙两型溶血性链球菌和肺炎双球菌等多种病菌经咽鼓管传染途径及鼓膜传染途径致病，临床上常单纯采用抗生素治疗，往往有细菌耐药现象产生，疗效并不十分理想。笔者近几年采用中药西医结合治疗，效果令人满意。其作用机理可总结如下：黄连性苦寒，清热燥湿，据现代药理研究，黄连或其有效成分小檗感对金黄色葡萄球菌、链球菌及肺炎双球菌等都有较强的抗菌作用，为一广谱抗菌药；金银花性甘寒，为传统的清热解毒药，对多种细菌亦有抑制作用；青黛为常用外用药物，有清热凉血之功效，现代药理研究在体外可对金黄色葡萄球菌、肺炎杆菌等多种病菌有抑制作用；儿茶收湿敛疮效果较好；冰片回苏开窍、清热止痛，也有抗金黄色葡萄球菌的作用。以上诸药联合应用，共奏清热、解毒、杀毒、止痛、敛疮之功效，加速了患者病程的缩短，疗效高，治愈快。

头、体针交替刺治疗恢复期病毒性脑炎的临床观察

曹文胜

（张家界市人民医院，湖南 张家界 427000）

摘要 目的：探讨头针、体针配合高压氧及功能训练，对病毒性脑炎恢复期康复的疗效。方法：以采用头针、体针配合高压氧及功能训练治疗病毒性脑炎恢复期 45 例，结果：治愈 35 例，显效 6 例。有效 4 例，总有效率 100%，结论：说明头针、体针配合高压氧及功能训练在治疗病毒性脑炎恢复期方面具有一定的疗效。

主题词 病毒脑炎；头针；体针；高压氧；恢复期康复

病毒性脑炎，一般经抢救治疗后，绝大多数重症患儿会留有不同程度精神神经系统的各种症状，其中以偏瘫、失语、精神障碍为最常见，如何使其功能得到最大限度的恢复和重建，以及重新自理生活、回归家庭和社会，一直是医学界在努力探讨和解决的问题，近年来笔者采用针灸为主结合现代康复医学治疗病毒性脑炎恢复期 45 例，取得了令人满意的疗效，现将结果整理报告如下：

1、临床资料

本文选择病程在 30 天以内的病毒性脑炎恢复期患儿 45 例，诊断符合 1999 年湖南省卫生厅颁布的《各种常见病的诊断依据与疗效判断标准》，经儿科住院治疗后伴有不同程度的右侧偏瘫 27 例，左侧偏瘫 18 例，失语 34 例，失明 8 例，智力障碍、痴呆 9 例，角弓反张或癫痫样发作 7 例。其中男 31 例，女 14 例，年龄 9 个月—13 岁 5 个月，平均年龄 5.7±4.5 岁，病程 7—26 天，平均 21±5.8 天。

2、治疗方法

2.1 头针：根据患儿不同程度的神经系统的症状选取相应的皮层刺激区，伴精神障碍、痴呆取额五针、颞三针（左侧为主）；偏瘫取对侧顶颞前斜线、顶旁 1 线、顶旁 2 线；失语取患侧优势半球头皮语言诸区；角弓反张或癫痫样发作取舞蹈震颤区；失明取视区。操作：患儿取卧位或坐位，按常规局部消毒，选用 1-2 寸毫针、颞三针皆与水平线成 15º—13º 角沿皮由前下方向后上方刺，额五针采用扇状刺，顶颞前斜线采用由上而下三段接力刺，各针应迅速将针体推至帽状腱膜不层，待各针达一定深度后，不捻转、不强刺激、静留针 6—8 小时，留针期间偏瘫患儿配合肢体自由活动或被动活动，失语并加强语言训练，隔日一次。

2.2 体针：精神障碍，痴呆取四神聪、人中、风府、哑门、神庭；失语取哑门、廉泉、通里、照海；上肢瘫取肩髃，曲池、外关、合谷；下肢瘫痪取环跳、髀关、伏兔、悬钟、足三里；失明取晴明、球后；角弓反张或癫痫样发作取大椎、腰奇。操作、选用 1—3 寸毫针，常规消毒、四神聪应向百会透刺、风府、哑门应对准口部与耳垂水平进针，勿提插微捻转，其针刺深度相当于颈围 12~14%，其余腧穴均按常规快速进针，勿提插微捻转针法，获明显针感后，3 岁以上患儿接 C6805—2 型电疗仪，用疏密波，刺激量以患儿能耐受为度，留针 30min，3 岁以内患强刺激不留针，隔日一次。

2.3 高压氧：根据患儿年龄选择成人氧舱或婴儿纯氧舱，成人舱治疗 120min,婴儿纯氧舱治疗 90min，每日一次，以上各治疗为 10 次 1 疗程，疗程间隔 5—7 天，头、体针应交替刺。

2.4 康复训练：以 Bobath 方法为主，结合 Brunnstrom 技术，根据患儿病情的不同阶段和偏瘫肢体的功能状态，按照被动运动一辅助运动一主动运动的训练规律进行康复训练，活动次数与时间由少到多，每天不少于 2 次，每次不少于 30min，语言训练根据儿童语言发育规律，尽早练习发音循序渐进。

3、结果

3.1 评估标准：因目前无统一标准，根据临床实际自拟标准，经 3 个疗程治疗后进行评估，临床病症及体证基本消失，各功能基本接近正常的同龄儿，生活自理为治愈；临床症状及体证，反应、思维、记忆基本正常，语言清晰，肌力达 IV 级以上，但部分功能活动稍欠灵活，生活基本处理为显效；临床症状及体证较治疗前有进步，肌力恢复Ⅰ—Ⅲ级或语言等功能有改善，生活部分自理为有效；治疗前后症状及体证无明显变化为无效。

3.2 评估结果

治愈 35 例　显效 6 例　有效 4 例　总有效率 100%

附：典型病例介绍

陈某某，男，8 岁，学生，2000 年 9 月 5 日初诊，其母代诉：患儿双目失明，完全性失语，左侧偏瘫已 3 个月。病史：3 个月前患儿高热、体温达 41℃、头痛，后出现神志不清，送往市人民医院，诊断为病毒性脑炎，经抢救治疗后苏醒，继而出现双目失明，完全性失语和左上下肢瘫痪，住院 20 天病情稳定后出院（具体用药不祥），现患儿神志清楚，营养中下，颈软，失语，听力正常，左侧偏瘫，腱反射减弱，肌力“Ⅰ”级，肌张力增高，脊柱侧弯，两下肢交叉呈剪刀步，舌质苍白，脉稍数。诊断：暑温（病毒性脑炎恢复期，治宜通经活络，调畅气血，采用上述治疗方案，1 疗程后视力开始恢复但模糊，可讲简单词句，并可扶物站立；第 2 疗程患儿语言功能基本恢复，但仍不能自站行走；第 3 疗程后，患儿可由他人搀扶行走，已无剪刀步态；第 4 疗程患儿左上肢已能举过头顶，但手握力仍较右手差，已能独立行走，但不够平稳，半年后随访患儿已恢复痊愈。

4、讨论

祖国医学认为病毒性脑炎系“暑温”范畴、邪毒稽留日久，津气耗却，余热夹痰、瘀阻滞络脉，而致气钝血滞，机窍不灵为其恢复期基本病机，现代医学认为病毒性脑炎的主要改变是广泛的侵犯两侧大脑半球，常以颞叶、边缘叶、额叶受累为最重，主要为脑白质充血，症状出血水肿、坏死、脑血管周围出现袖套样分布，造成血流瘀滞和颅内压增高，使病变区循环和供血发生障碍，造成脑组织缺血、缺氧以及形成脑水肿[3]是本病发生的主要病理基础。

因此我们针对病位在脑、涉及诸多经脉，经筋的病理特点，以经络理论结合西医神经学知识，针刺取穴重用病灶局部邻近腧穴和循经远取相结合的方法，采用头针刺激头部醒脑开窍之要穴和对相应神经功能缺损有特异作用的腧穴来直趋病所，改善大脑血液循环、促进脑神经的修复与再生、刺激处于“休眠”状态的神经细胞，来代偿受损区域[1]。以体针刺激阳脉、督脉对神经功能缺损有特异作用的腧穴，来疏通脑部经络，上下传导，调理气血；同时在头针长时间静留期间进行功能训练，不仅在训练的当时使神经系统功能发生短暂的变化，而且还能起到锻炼和加强大脑皮质活动能力的作用，使神经系统的兴奋性和反应都大为改善，这样有利于神经功能的不断恢复和巩固，比单纯强刺激更符合神经反射弧的生理学原理[2]。加之高压氧能提高血氧分压，增加血氧含量，增强氧向脑细胞弥散距离，促进病损区的氧供和脑细胞代谢，椎基底动脉血流增加，脑干网状激活系统氧含量增加，促进昏迷苏醒，降低颅内压，促进脑功能恢复，脑电波的慢波减少[3]。诸法合用，在功效上起到互补和加强，从而尽快减轻或消除各种神经功能缺损，提高患儿的生存、生活质量，有助其回归社会。

另外，头体针交替刺可减少连续针刺治疗引起的局部不适和穴位疲劳，又能提高经络与神经系统的应激性[2]。

值得注意是：在功能训练过程中，过早期的 ADL 强化训练，不规律的功能练习，易造成误用综合征，因此必须遵循人类正常的运动发育程序进行治疗，有计划、有步骤、循序渐进训练，通过不断纠正错误的运动模式，引导患者进行正确的运动模式行走方法，可达到事半功倍的效果。

通过临床观察，笔者体会到早期康复是病脑患者康复的关键，恢复期异常姿势和运动障碍还未固定，此时期脑组织可塑性、代偿能力强，在结构及功能上修复自身，适应现实的潜能强，尽早进行综合康复治疗，对建立正常的运动模式，预防继发性损害，提高患儿的生存、生活质量至关重要。

参考文献

[1] 石英、宋兆英. 头针和体针治疗中风偏瘫的对比研究[J]国外医学，脑血管疾病分册 1995.3(2):90

[2] 陆寿康、孔尧其.实用头针大全[M]上海科学技术出版社 1993.65.179

[3] 关钟琪. 医用高压氧临床手册[M]湖南科学技术出版社 1997.186

桐麸热熨法治疗腰椎间盘突出症

莫益增
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

腰椎间盘突出症是指腰椎间盘变性，纤维环发生破裂，髓核突出，压迫神经根或马尾神经引起腰腿痛的一类病症。临床治疗方法很多，手术、牵引、理疗、臭氧、射频等等，但均不甚理想，而且费用较高，病人痛苦较大，往往难以接受。笔者采用恩施土家族民间验方，用桐麸热熨法治疗该症，取得满意疗效，现简介如下：

1、治疗方法

取桐麸 200 克，碾细成均匀颗粒，在铁锅内炒热，加白醋适量搅拌炒至烫手，装布袋，病人俯卧位，从腰部、臀部至大腿沿坐骨神经走向来回熨贴，布袋降温后可在微波炉内加热一分钟，重复熨贴，每次约半小时，一日两次。

附：典型病例介绍

尹某某，男，50 岁，司机。腰腿痛三天。三天前因出车后即感腰痛，彻夜难眠，第二天腰痛加剧，不能直立，沿左侧大腿至小腿牵拉样疼痛，行走困难，在家服用“去痛片”等药不能缓解，即来医院就诊。体检见痛苦面容，被动体位，左侧腰部至小腿部均有压痛，“4”字试验阳性，核磁共振片示：腰 4、5、骶 1 椎间盘突出。遂收住院治疗。

入院后嘱卧硬板床，即取桐麸热熨，半小时后自觉舒坦，疼痛减轻。治疗三天，患者疼痛消失，要求出院。出院第二天驾车跑长途，随访一月未见复发。

2、讨论

腰椎间盘突出属中医古籍“腰脚痛”范畴《普济方.身体门》对腰脚痛挛急不得屈伸作了较详细论述：指出“夫足少阴肾之经也，属于腰脚而主于骨，足厥阴肝经也，藏血而主于筋，若二脏俱虚，为风邪所乘，博于经络，流于筋骨，故令腰脚痛属肝肾虚。”因此， 中医认为，肝肾虚，风邪所乘是本病关键所在。桐麸热熨法是恩施土家族民间治疗腰脚痛的验方，桐麸，又名桐枯，取自桐油树果实榨油后之枯饼。《中药大辞典》介绍：油桐子：“味甘，有大毒。功用主治：治风痰，消肿毒，利二便，治风痰喉癖、瘰疬、疥癣、烫伤、脓疱疮、丹毒、食积腹胀，大小便不适。”醋：“性味，酸苦温，归经，入肝胃经，功用：散瘀、止血、解毒、杀虫、治产后血晕、黄疸、黄汗、吐血、衄血、大便下血、阴部搔痒、痈疽疮毒、解鱼肉菜毒等”。桐麸加白醋炒热后俱有温通经脉，活血散瘀，消肿止痛之功效，使突出的椎间盘压迫周围神经之水肿得以解除，无菌性炎症得以消退，故而能达到快速止痛之目的。且方法简单，费用低廉，痛苦小，见效快，最适于推广。

四肢骨折内固定松动、断裂原因分析

邓德建
（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

摘要 目的：分析四肢骨折内固定失败原因，提出避免并发症及纠分的方法。方法：1991

年 9 月至 2005 年 9 月，收治四肢骨折内固定松动、断裂患者 31 例，男 28 例，女 3 例；年龄 4~35 岁，平均 29 岁。致伤原因：车祸 21 例，高处坠落 8 例，体育运动 1 例，刀伤 1 例。原手术方式：切开复位钢丝捆扎 2 例，普通出现的 27 例，超过 6 个月 3 例，收住本院的 11 例，院外的 20 例，失败的形式：螺钉松动、断裂、钢板折断、骨折断端成角，光滑，髓内针退出、折弯。内固定失败原因是术中内固定选择长短、大小不恰当，内折未解剖复位，骨折缺损大未植骨、术后过早完全负重，患者摔跤造成。结果：对内固定重新选择、植骨 25 例，改交锁髓内钉、植骨 6 例，随访 2~18 个月，平均 9 个月，骨折愈合时间 9~`12 月，平均 10.5 个月，结论：由于选择不当致使骨折固定不牢，承受不起剪切力作用，术后卧床时间过久，下行功能锻炼，骨质疏松，引起螺氏松动、拔出。

关键词 四肢骨折；内固定装置；松动；断裂；术后并发症

对于四肢长干骨骨折，传统治疗方法是手法复位，小夹板或石膏固定，持续骨牵引加小夹板固定，随着 AD 技术及各种内固定器械的更新和引进，手术已经成为骨折的重要治疗手段。随着手术的开展，手术失败的发生率也相应增多，结合本院的经验和教训，提出避免的方法。

1、资料与方法

1.1 一般资料

本组 31 例，男 28 例，女 3 例；年龄 4~35 岁，平均 29 岁。二次以上手术失败 1 例，本院 11 例，外院治疗失败 20 例。车祸伤 19 例；高处坠落伤 8 例，体育运动伤 1 例，刀伤 1 例。包括尺、桡骨骨折、肱骨干骨折、股骨骨折、胫腓骨骨折，均出现骨折部位成角畸形。

术后卧床时间久，不做功能锻炼的 1 例，术后 4 天即出现松动的 1 例，术后行走再次摔跤的 9 例，术后过早完全负重而行外固定的 10 例。术后 1 周的出现的 1 例，8 周至 6 个月出现的 27 例，6 个月以上出现的 3 例。

1.2 内固定装置失败原因

1.2.1 钢丝捆扎固定 2 例，术后 4 天即出现骨折部位畸，摄片复查示钢丝断裂，骨折成角畸形，股骨干骨后端骨折采用加压钢板，术中矫形钢板，松质骨不用拉力螺钉固定 11 例，胫腓骨干骺端骨折选用加压钢板，于骺端不用拉力螺钉 6 例，上肢骨折缺损，未能解剖复位及植骨的 7 例，尺桡骨骨折选用钢板螺钉不配套，发生电解的 4 例。

1.2.2 术后过早完全负重行走：10 例病人过早负重，未予外固定、扶拐造成股骨干胫骨断端成角，钢板弯曲或折断，螺钉松脱、断裂。

1.2.3 术后 3 个月后不慎摔跤：有 9 例患者行走不慎滑倒，伤肢再次受伤，拍摄 X 线片示骨折断端再次骨折，钢板、螺氏松动，断裂。

1.2.4 髓内针过小：有 3 例患者选择髓内针远远小于骨髓腔，造成髓内针能髓腔转动、退出。骨折端能移动，影响骨折愈合。

1.2.5 钢板选择偏短：5 例此类病者选择钢板偏短，造成术后锻炼引起螺钉拔出或断裂，骨折成角畸形，导致手术失败。

1.3 再次手术

1.3.1 对股骨、胫骨干骺端骨折：选用异形解剖钢板，松质骨端采用拉力螺钉，骨折断端植自体髂骨。

1.3.2 股骨干、胫骨干骨折：选用交锁髓内钉，断端间植骨，术后早期行功能锻炼。

1.3.3 原钢板编短：改用长为骨折端横径长的 4~5 倍长度的重建钢板，加自体髂骨植骨。

1.3.4 原内固定不配套发生电解反应：改用配套的钢板螺钉，加自体髂骨植骨。

1.4 骨牵引加小夹板固定

1 例该患者，术后 4 天摄片复查发现螺拔出一枚，钢板松动，骨折断端对位尚好的股骨

干骨折，立即采取股骨髁上持续骨牵引，加小夹板固定 8 周。

2、结果与随访

全部病例随访 2~18 个月，再次手术后平均 7 周开始部分负重或行上肢提轻重物。骨折均愈合，时间 9~12 个月，平均 10.5 个月。

3、讨论

四肢骨折手术是最简单、最基本的，但选择内固定装置类型、长度及手术技术不当，均会导致手术的失败，甚致引起医疗纠纷，给患者及医院造成不良影响，其次对骨的解剖结构，生物力学理论的了解欠缺，未能引起高度重视，使术中处理不当，也是导致失败的原因，术后还要加强对患者进行宣传：功能锻炼时间，负重时间，保护措施，避免再次外伤，避免卧床时间过久而行功能锻炼，引起骨质疏松。

综上所述，技术失误是本组病例并发症的主要原因，主要体现在选材不当，未根据骨的解剖结构而选择内固定装置，导致不能牢固的固定骨折，影响骨折的愈合过程，造成骨不连，久之导致内固定的疲劳、断裂。其次是病人对医学不了解，盲目过早负重。应根据 AO 技术和内固定装置的发展和更新来更新我们医者的观念和技术，减少患者痛基苦，避免医疗纠纷。

降脂活血片对肥胖症的临床作用

李美清　李莲

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

我院自制降脂活血片是一种疗效肯定、无毒副作用的中成药制剂，主要用于血脂异常的治疗。笔者对３６例肥胖症（并血脂异常）进行了临床观察，对体重指数（ＢＭＩ）有明显下调作用，证明有良好的减肥临床效果，现总结如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料：本组患者男１５例、女１５例，年龄在２５－４８岁之间，平均年龄３５岁。病例均超过标准体重，即体重指数（ＢＭＩ）≥２４，又均为血脂异常患者，除外糖尿病、甲状腺疾病、急慢性胃肠疾病及肝肾疾病，近一月内服用减肥药及其他调脂药物。

1.2 治疗方法：口服降脂活血片（竹节三七、制首乌、决明子、生山楂、水蛭、茵陈等十一味中药组成，每片相当于原生药１．６克）６片，３次／日，连用一个月，清淡低脂饮食、拒服用其他减肥药及调脂药物。

1.3 观察指标：（１）ＢＭＩ测量：治疗前、治疗后一月各测量ＢＭＩ一次；（２）肝肾功能、心电图、血尿便常规，治疗前、治疗后一月各检测一次；（３）治疗过程中的不良反应：

1.4 疗效判定：显效：ＢＭＩ下调≥１．０；有效：ＢＭＩ下调≥０．５；无效：未达到有效标准。

2、结果

经治疗，显效９例、有效２２例、无效５例、总有效率８６％。与治疗前比，差异非常显著（Ｐ＜０．０１）。

临床观察中未发现明显相关不良反应及检测结果异常或ＢＭＩ增加者。

3、讨论

现代循证医学证明肥胖如同血脂异常、吸烟、糖尿病、早发心血管病家族史等均为心血管病的危险因素，与多种心血管病呈正相关。

降脂活血首选恩施名贵中草药竹节三七为主药，既益气补肾，又活血化痰，配山楂、水蛭行气散瘀；何首乌、决明子补肝肾，通便解毒。诸药合用，共奏益气活血、补肾降脂之功。现代药理研究表明：山楂所含有机酸和脂肪酶可促进消化和脂肪分解；首乌、决明子均含蒽醌类成分，能影响脂质代谢，具有降脂作用；水蛭所含水蛭素有抗凝降脂、抗动脉粥样硬化作用。

活血片不仅是一种疗效肯定的调脂药物，同时又能起到良好的减肥效果，可谓一举多得，疗效肯定、无毒副作用。对中老年人及更长期使用对ＢＭＩ的影响有待进一步研究。

参考文献

[1] 庞良泉等．降脂活血片治疗高脂血症临床观察．中华实用中西杂志，2000，24（1），2：656

甲状腺功能减退30例误诊原因分析

张春龙

（巴东县中医院，湖北 巴东 444300）

甲状腺功能减退是由多种原因导致的甲状腺激素分泌过少引起的临床综合征。临床表现不一，某些病例缺乏典型症状、体征易误诊。笔者自1998年7月~2005年12月共收治甲减病人35例，其中30例误诊，误诊率85。7%。现就误诊原因分析如下。

1、临床资料

1.1 一般资料　本组30例中，男8例，女22例；年龄40~70岁，平均年龄45岁；病程最短1月，最长10年。

1.2 症状体征　表现为皮肤干粗，感觉异常、怕冷、不可凹水肿、体重增加18例（60%），活动后心慌、气促4例（13.3％），发作性胸闷、憋气、胸痛、呼吸困难6例（20%），声音嘶哑，说话慢，吐字不清、动作缓慢14例（46。6%），味口差、大便干、关节痛5例（16.6%），低体温、低血压、抽搐、昏迷1例（3.3%），反复出现四肢无力1例（3.3%）。查体：甲状腺肿大8例（２６．６％）；面部不同程度的水肿，蜡样苍白１０例（３３．３％）；心动过缓１５例（５０％）；舒张压升高6例（２０％）；非孕期和非哺乳期出现泌乳2例（６．６％）．

1.3 辅助检查　3例（１０％）做三碘甲腺原氨酸（Ｔ３）、甲状腺素（Ｔ４）、做游离三碘甲腺原氨酸（ＦＴ３）、游离甲状腺素（ＦＴ４）、促甲状腺素（TSh）等检查，均在正常范围；１０例（３３．３％）做心电图检查，提示ＱＴ间期延长8例（２６．６％），弥漫性Ｔ波低平与倒置，伴低电压3例（１０％）；3例（１０％）行甲状腺Ｂ超检查未见异常；8例（２６．６％）心脏彩超示心包积液；2例（６．６％）泌乳素升高；8例（２６．６％）肌酸激酶（ＣＫ）升高，平均值达１３３９ＩＵ／Ｌ；４例（１３．３％）脑ＣＴ检查未见异常；１３例（１３．３％）查血胆固醇升高；９例（３０％）查血糖，血糖偏高者３例．以上检查有部分是在上级医院做的．

1.4 误诊情况　本组误诊为慢性结肠炎8例（２６．６％）；心肌梗死3例（１０％）；多发性肌炎5例（１６．６％）；风湿性关节炎3例（１０％）；冠心病１０例（３３．３％）；脑梗死3例（１０％），误诊时间1周至１０年．

1.5 确诊情况及转归　　根据上述情况经进一步做甲状腺功能检查后诊断为甲状腺功能减退；全部病例经相应治疗 4 ～ 6 周好转出院，院外遵医嘱维持治疗，随防 1 ～ 2 年病情无反复.

２、讨论（误诊原因）

误诊原因 1　甲减多数起病隐匿，病程长，患者往往自觉周身不适而又无剧痛、奇痒等明显的痛苦。且“便泌”、“乏力”等甲减的早期症状易被医生和患者忽视，特别是老年患者，常被认为是自然生理现象。

误诊原因 2　医生基础理论知识差，思路狭窄，临床经验缺乏是导致误诊的主要原因. 如患者出现胸闷、胸痛、心包积液、肌酸激酶升高等心血管系统症状或体征而其他甲减表现不明显，临床极易得出“冠心病”“心肌梗死”等心血管疾病的错误诊断。

误诊原因 3　采集病史及查体不仔细。本组 1 0 例心动过缓，1 6 例双下肢粘液性水肿，3 例甲状腺肿大，均未引起注意或未能抓住这一特点进一步检查分析。

误诊原因 4　未能对临床资料进行及时认真分析及鉴别诊断。甲减常伴肌酸激酶、乳酸脱氢酸升高等，该类患者常被诊断为心肌梗死或多发性肌炎，而未想到心梗应有相应的心脏症状和体征、心电图改变。做好疾病的鉴别诊断，尤其是中老年患者，往往并发 2 ～ 3 种以上疾病。因此详细询问病史及查体，认真分析及鉴别诊断是一个临床医生必须具备的基本素质，可以减少误诊率、死亡率甚至避免不必要的医疗事故。**参考文献：略**

活血化瘀法沿革及临床应用

金志忠
（鹤峰县下坪乡卫生院，湖北 鹤峰 445800）

活血化瘀法是祖国医学治疗大法之一，是血瘀证的特有治法。笔者广泛应用于临床，颇有心得，为急症抢救、异病同治开辟了卓有成效的途径。

1、活血化瘀法的历史沿革

活血化瘀法起源于《内经》,《素问·阴阳应象大论》“定其血气，各守其乡，血实者宜决之”，血实即血脉雍塞瘀阻之证，决者开泄疏通之义，已明确阐述了血瘀之证宜活血化瘀。《素问·至真要大论》“寒者热之……结者散之，留者攻之……”更进一步说明活血化瘀法是正治法，汉代张仲景在《伤寒论》和《金匮要略》中制订了大量活血化瘀的方剂，将活血化瘀法应用到了许多病证的治疗中，如：桃核承气汤，抵挡汤治蓄血证，鳖甲煎丸治疗疟母，桂枝茯苓丸治妇人癥积之病，下瘀血汤治腹中干血，经水不利等；金·李果《医学发明》的复元活血汤治从高处跌下，恶血留于胁下，痛不可忍；宋代《太平惠民和剂局方》失笑散治后心腹痛；明·龚信《古今医鉴》消瘀饮治瘀血腹痛。活血化瘀法已形成独立治疗大法。

至清代，活血化瘀法已应用得相当活跃。陈修圆《时方妙用》丹参饮治气滞血瘀导致的心腹胃脘痛. 王清任著《医林改错》敢于创新，勇于实践，制订了通窍活血汤，血府逐瘀汤，膈下逐瘀汤，少腹逐瘀汤。以补阳还五汤补气活血通络,主治中风后遗症半身不遂；癫狂梦醒汤,主治癫狂,其治疗范围扩大到了颅内,对活血化瘀学说贡献巨大。

古医家在配方过程中，主要应用当归、川芎、丹皮、桃仁、红花、蒲黄、五灵脂、没药、地龙、赤芍、丹参等活血化瘀药，常常配伍柴胡、玄胡、香附、积壳、乌药、麝香等理气通络药，这一组方特点充分体现了气为血帅，气行则血行，气滞则血瘀等理论在活血化瘀法运用中的重大指导作用。

2、活血化瘀法临床应用举例

在历代医家理论的启迪下，近二十年来在临床工作中，运用活血化瘀法开展了多科疾病的治疗，颇有收益。

2.1 治疗颅脑损伤后遗症

候某，男，农民。2000 年 3 月 6 日从 3 米高的屋檐跌至水泥地上，昏迷不醒，在县人民医院治疗，诊断为“一级脑外伤，”半月后好转出院，回家后患者仍觉头痛，阵发加重，痛甚欲裂，欲呕，神情恍惚，表情呆滞。检查无异常体征。即拟活血化瘀，通络开窍治疗，当归 15 克、川芎 10 克、赤芍 10 克、桃仁 10 克、葱白 10 克、丹参 10 克、甘草 10 克、水蛭 3 克，水煎服，一日三次，每次 40 毫升，水蛭研末每次服 3 克，共服 7 剂，痊愈。现从事建筑工作。

2.2 外用治疗外伤血肿

《医学发明》的复元活血汤，《良方集腋》七厘散，对跌打损伤，瘀血留于胁下痛不可忍者，筋断骨折，刀伤出血的治疗进行了详细论述，内服外用均可。根据此理论，应用活血化瘀法外敷治疗瘀血所致肿痛或血肿，在临床工作中较多，且能获得满意疗效。

刘某，女，22 岁，1987 年 10 月 2 日被车撞后，昏迷，不呕吐，瞳孔等大等圆,光反射存在，颈软，头部左侧见 3×5 厘米血肿。乡卫生院治疗一周，血肿未见缩小，行中医活血化瘀外敷治疗，山慈菇 30 克、栀子 60 克、大黄 50 克、白芥子 30 克，研极细末调酒外敷患处，一天后血肿消除。

2.3 治疗急性乳腺炎或乳房脓肿

乳痈初起未化脓，用活血化瘀之品可增强解毒散结之力，脓已成者，可增强散瘀排脓之效。

钟某，女，23 岁，1987 年 8 月 11 日就诊，诉左乳房疼痛 3 天，触之肿硬，经抗生素治疗，未见好转，遂拟天丁 10 克、银花 25 克、地丁 20 克、连翘 20 克、大青叶 10 克、白芷 10 克、黄连 10 克、贝母 10 克、甲珠 10 克、当归 10 克、川芎 10 克、赤芍 10 克、桃仁 10 克，水煎服，一剂疼痛明显减轻，能安静入睡，三剂疼肿具消。方中当归、川芎、赤芍活血化瘀，山甲消散通透，散瘀止痛，直达病所，若脓已形成，加皂角刺 10 克，软坚溃脓。

2.4 治疗白血病骨髓移植后恢复期

殷某，男，23 岁。2000 年诊断为白血病，在北京行骨髓移植手术成功，错过最佳恢复期。患者面色暗黑，体软乏力，脉沉，舌边紫。黄芪 20 克、枸杞 30 克、枣皮 15 克、当归 10 克、川芎 10 克、丹参 20 克、赤芍 10 克、桃仁 10 克、莪术 15 克、熟地 15 克、故纸 15 克、甘草 15 克。十剂为一疗程，共服三个月，患者体力逐渐好转，现已恢复外出求职。

2.5 治疗过敏性紫癜

过敏性紫癜是全身性血管炎引起血液外渗至皮下浆膜及粘膜下的一种综合症,中医认为其血热性治以清热凉血、活血散风。清热凉血与活血化瘀并举，与祖国医学“治风先治血，血行风自灭”的理论相吻合。

柳某，16 岁，女，学生，2003 年 10 月 6 日就诊，两膝以下黄豆大紫斑，散在分布，稍高出皮肤，微痒。方用生地 15 克、丹参 15 克、丹皮 15 克、赤芍 10 克、水牛角 3 克（磨汁服）、银花 20 克、山栀 15 克、蝉衣（后下）10 克，三剂斑消，再二剂痊愈。随访两年未复发。

复方马钱子散治疗坐骨神经痛体会

王学坤

（鹤峰县容美镇卫生院 ，湖北 鹤峰 445800）

坐骨神经痛在临床上比较多见，往往治疗效果欠佳，西医多以止痛对症处理，中医多列属于痹症之范围，虽以风、寒、湿、热加以辩证施治，虽有一定疗效，但其效不显，且不持久，患者往往不甚满意，给生活和工作带来许多痛苦，笔者从临床角度，总结出一药方，治疗坐骨神经痛，每获良效。

组方：地鳖虫、川牛膝、生甘草、生麻黄、乳香、没药、全蝎、僵蚕、苍术各 720 克，生马钱子 6000 克。

制作：将生马钱子置铁锅中，加水适量，慢火煮沸，8 小时后取出，剥去外皮，全部药粉碎后筛成末，混合分成胶囊，每粒含散剂 0.25±0.05 克。

服法：取米汤汁吞服胶囊，每次 8-10 粒，每日三次。

小结：此乃治疗腰腿痛之验方，方中马钱子通经活血、祛风止痛为主药，乳香、没药、全蝎、地鳖虫搜经通络止痛，麻黄、僵蚕、苍术、牛膝祛风燥湿强腰膝。

冯氏珍珠液压扎法治疗外痔 1000 例

冯发平

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

外痔是肛门疾病中非常痛苦的一种常见而又多的疾病，据有关资料统计，它占肛肠疾病第一位。分为：血栓外痔．静脉曲张性外痔．结缔组织性外痔．炎性外痔等。严重地影响人们的工作学习和生活。近 10 年来我科采用先师.已故湖北名老中医痔瘘专家冯启明的祖传秘方“冯氏珍珠液” 痔压扎法治疗痔疮[1]，收到了满意的疗效，深得痔瘘患者的好评。现将疗效观察介绍如下；

1、一般资料

1.1 一般资料本组 1000 例均为住院病人，从 1986 年 8 月至 2005 年 12 月，其中男，851 人，女，149 人。年龄最大为 87 岁，最小为 3 岁。病程最长为 35 年，最短为 1 天。静脉曲张性外痔 372 例，结缔组织性外痔 109 例，炎性外痔 425 例，前哨痔 94 例。住院时间最长 7 天，最短 3 天。

1.2 各类痔核的治疗选择

病、生理学	症状	诊断	疼痛	治疗选择
正常肛垫	无	正常肛门	无	无
肛垫充血	轻度充血皮下隆起	血栓外痔	二度	手术
肛垫失去支持	充血及水肿	外痔水肿或血栓．炎性外痔	三度	手术
肛垫进一步松驰	反复发作形成皮垂	结缔组织外痔或嵌顿痔	四度	手术

2、治疗方法

2.1 药物治疗

珍珠液药物组成:珍珠、硇砂、白矾、食盐、等十余味中草药依古法升丹配液厉装瓶备用。

2.1 手术治疗

患者术前排空大便、用我院自制中药坐浴合剂（协定方）坐浴 10-15 分钟（术前无需禁食及肛门被皮），进入手术室后取左侧位，用碘氟进行肛周常规消毒、铺巾、用手指扩肛[2]，在痔核基底部用 2％利多卡因 5ML+注射用水 5ML+美兰 1ML 行局部浸润麻醉，同时使痔核突于皮肤，在痔核处用中或大号弯血管钳钳住痔核底部，将血管钳上端的痔核注入 3-5ml 配好

的“珍珠液”。 用另一把血管钳在注有“珍珠液”的痔核上进行压缩。使痔核形成溥片状。然后在两血管钳之中，用 7 号丝线行“8”字缝合结扎(如坏死的痔核较大，可剪掉 2/3 残端)，并在手术痔核基底部两侧减开一纵形小口（只限于皮肤层）减压，以防因局麻等所引起的水肿，同时也能减轻术后疼痛。手术完毕，肛门部可用黄连纱条或地榆膏（我院自制协方）外敷并固定。病人步回病房，嘱病人当天不排大便。如痔核较多,呈环形状或较大,超过肛周 4/5 的痔核,根据病情而定,可分次手术，一般每次手术范围在 1/3-2/3 之间，效果较为满意。

2.2 术后及护理

2.2.1 术后当天一般尽可能不排大便，以免引起结扎处线头脱落而引出血或其它未手术的内痔脱出肛门造成痔核嵌顿水肿。当晚可口服中成药（麻仁丸润肠通便以保第二天正常排便)。部分患者术后或当晚不能坚持可排便大便，便后给予我院自制中药（坐浴合剂）坐浴后换药（地榆膏)。如有少部份患者感肛门轻度灼痛可口服去痛片 0.5 或安定 2.5mg。

2.2.2 术后第二天早上正常排便，便后用坐浴合剂坐浴 15-20 分钟，肛门部外敷地榆膏或三黄膏，每日两次，连续 5-7 天至痔核坏死部分脱痂，创面痊愈。

2.2.3 术后按平常饮食进食须忌酒、辛辣等刺激性较强的食品，忌久站、久座、负重远行等。

2.2.4 术后一般 5-7 天脱痂，脱痂时肛门部排便时可有轻微疼痛或便纸上带有少量鲜血，或便血呈点滴状，以及少量分泌物，以上症状 1-3 天消失，3-5 天肛门创面痊愈。轻微患者可行门诊手术治疗无需住院。

2.2.5 多发性环状痔术后有少数患者肛门会出现轻度肛门狭窄、或肛门不适感、排便不通畅等症状，可用手指（食指）进行肛门扩肛，每日两次，3-5 天后即可恢复正常。

3、疗效观察

3.1 疗效标准：效果评价依据中华中医药学会肛肠分会（试行草案）为标准。

治愈:自觉症状（疼痛.异物感.肛门下坠）消失,手术压扎部位残端脱落,便时无出血,外观痔核消失,创面愈合良好,排便正常,无肛门狭窄及瘢痕；好转:自觉症状大部消失,大便时便纸上带有少量鲜血,手术压扎部位部分脱落,肛门外观有少量凹凸增生物,行走正常,近期无复发；无效: 自觉症状无改善. 肛门部疼痛，异物感，痔核等未消失。

3.2 结果：一般术后 3-7 天脱痂，平均为 5 天左右。伤口痊愈一般需 10-15 天，平均为 12 天左右。治愈:98 例，治愈达 98.％，好转：2 例，总有效率为 100％，术后随访 502 例，未见复发及肛门狭窄、肛门变形、松驰等后遗症。

附：典型病例介绍

例 1，刘某某，男，48 岁，干部。患者长期感肛门部异物不适，每次遇大便干结时，感肛门部异物肿大,伴有疼痈剧烈,行走或坐时疼痛加重。曾在其它医院检查诊断为：“外痔”，经治疗无明显好转。反复发作，症状重 1 周，疼痛剧烈。于 88 年 2 月 23 曰入院要求手术治疗，入院检查〈左侧卧位〉：1 － 3 ．3 － 5．7 － 8．9 － 11 点位呈环形结缔组织性外痔，痔核明显水肿，均为 1・5×1・5×2・0×1・0 ㎝大小的痔核。居于齿线下，质硬，呈恢白色，3 － 5 点位痔核呈暗紫色，已有血栓形成，触诊时疼痛明显。检查三大常规均属正常。诊断“1、炎性外痔 2、血栓外痔”。分两次用“珍珠液压扎法” 治疗，共住院十一天，前症消失，无疼痛、出血、排便正常，痊愈出院。随访八年无复发。

例 2，陈某某，男，38 岁，干部。 患者于 2001 年 3 月 20 日，因连续加班两天未排大便，昨曰晚排便时，因大便干结，排便时间约 30 分钟，便后突感肛门部异物肿大，疼痛剧烈，行走不适。于 2001 年 3 月 21 日门诊以“血栓外痔”收住院治疗。入院后检查：7—10 点位（截石位）2・0×2・5 ㎝大的痔核，质硬，呈暗紫色，触诊时疼痛明显，肛诊无明显异常，指套上无血染。三大常规正常，术前四项正常。于 2001 年 3 月 22 曰上午在局麻下行

“珍珠液压扎术”，术中顺利，无出血，术后步回病房。住院 7 天痊愈出院。

4、讨论：

痔疮的治法较多，就外治来说，有外科的手术切除，中医的枯痔疗法，注射疗法，套扎法等[3、4]，文献报道均取得了较好的疗效。我科采用“珍珠液”注射压扎法操作简便，痛苦少，疗程短，治愈率高，费用少，并适宜各种痔疮，深受广大痔疮患者的欢迎。我们根据祖国医学“酸主收敛，涩可固脱” 的治疗理论，在祖传验方上加以发展，选用芒硝五倍子汤术后坐浴，有减轻水肿、疼痛，清洁伤口，加速创面愈合作用，有效地防止了治疗后并发症的发生。

本法具有操作简单、无水肿、无出血、无排便困难以及术前不需备皮、灌肠、禁食等。术后无特殊禁忌证。手术时间短（一般只需 5-10 分钟），本法操作简便，治愈率高，疗程短，痛苦少，克服了肛肠手术术后的“三大难关”等优点。同时安全可靠无其它并发证及后遗症，复发率低。同时采用此法对各类痔（内痔．外痔．混合痔．环状痔．直肠息肉．肛乳头肥大等），治疗效果均为一样满意，患者意接受。

参考文献

[1] 冯启明等．珍珠丹液压缩结扎治疗痔疮 313 例临床小结．湖北中医杂志，1983，(5)：26

[2] 陈维城等．扩肛疗法治疗内痔 46 例．广西中医药，1985，8（2）：22

[3] 张一灵等．应用消痔灵注射治疗出血 100 例疗效观察．陕西中医，1985，6（5）：206

[4] 何奎武等．胶圈套扎治疗内痔 51 例．四川中医，1983，5（3）：30

中西医结合治疗糖尿病肢端坏疽的临床观察

郑行行

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

摘　要 在控制饮食的基础上，用中西结合的方法（西药降糖药，中药益气，活血，解毒），治疗 10 例糖尿病肢端坏疽，疗程 2-4 个月。结果显示：7 例病人痊愈，3 例好转。

关键词 糖尿病；肢端坏疽；降糖；益气；活血；解毒

糖尿病性肢端坏疽是一种慢性进行性波及肢体大、中、小微血管的特殊病变，其患者以肢体未端疼痛，感染，溃疡，坏疽为主要临床特征。本病属糖尿病常见的严重并症之一，坏疽严重者需要截肢，造成终身残废和极大痛苦。本人对糖尿病肢端坏疽的患者，通过中西结合治疗，护理取得了满意的效果，现报道如下.

1、临床资料

1.1 一般资料

本组病例共 10 例，采用 1999 年 WHO 糖尿病的新诊断标准，病人符合 2 型糖尿病诊断 9 例，1 型糖尿病 1 例。

其中男性 8 例，女性 2 例：年龄 37-76 岁，平均年龄 58 岁。肢端坏疽病程 4 月-2 年，就诊时最高空腹血糖 23.6MMOL/D，最低空腹 11.2MMOL/D，餐后二小时最高 26.8MMOL/D，最低 13MMOL/D。30 例患者中混合性坏疽 5 例，湿性坏疽 5 例，其中，Ⅲ级 3 例，Ⅳ级 4 例，Ⅴ级 3 例。

1.2 坏疽的局部表现及分型

根据肢端坏疽的性质及临床表现可分为湿性坏疽、干性坏疽、混合坏疽三种临床类型。

1.2.1 湿性坏疽：多发生于肢端动、静脉血流同时受阻、循坏与微循坏障碍。皮肤损伤、感染化脓。病灶轻重不一，浅表溃疡或严重坏疽。局部常有红、肿、热、疼，严重时多伴有全身不适或毒血症，茵血症等表现。

1.2.2 干性坏疽：多发生在肢端动脉及小动脉粥样硬化。血管腔狭窄或动脉血栓形成，使血流逐渐或骤然中断的。但静脉血回流仍然畅通，组织液减少导致局部不同程度的缺血性坏死。

1.2.3 混合性坏疽：多见于肢端某一部位动脉或静脉阻塞，血流不畅合并感染。湿性坏疽和干性坏疽同时发生在同一个肢端部位。一般病情较重，坏疽面积较大，常涉及肢端大部或全足坏疽。

1.3 坏疽的临床分级

0 级：皮肤无开放性病灶。常表现肢端供血不足、皮肤凉、颜色紫褐、麻木、感觉迟钝或丧失，兼有足趾或足的畸形等高危足表现。

Ⅰ级：肢端皮肤有开放性病灶。水疱、血疱、鸡眼或胼胝、冻伤或烫伤及其他皮肤损伤所引起的皮肤浅表溃疡。但病灶尚未波及深部组织。

Ⅱ级：感染病灶已侵犯深部肌肉组织。常有蜂窝织炎。多发性脓肿及窦道形成。或感染沿肌间隙扩大造成手或足底足背贯通性溃疡，脓性分泌物较多，但肌腱韧带尚无破坏。

Ⅲ级：肌腱韧带组织破坏。蜂窝织炎融合形成大脓腔，脓性分泌物及坏死组织增多，但骨质破坏尚不明显。

Ⅳ级：严重感染已造成骨质缺损、骨髓炎及骨关节破坏或已形成假关节。部分指趾或部分手足发生湿性或干性严重坏疽或坏死。

Ⅴ级：手、足的大部或足的全部感染或缺血，导致严重的湿性或干性坏死。肢端变黑、尺干、常波及踝关节及小腿，一般多采取外科高位截肢。

2、治疗方法

2.1 一般治疗

全部病人在原控制饮食，口服降糖药或胰岛素不变的情况下加中药扶正祛邪，活血化瘀。用托里透脓散（汤剂）加减每日一剂，疗程 2-4 月。处方：黄芪、银花滕 30-50g，皂角刺、白芷当归 12g，茯苓 24g，白术、川芎 15g，甘草 3g，穿山甲 10g，水蛭 6g，舌苔厚腻者去白术改为苍术 30g。

2.2 外治疗方法

（A）局部清创；（B）654-2 外擦患处；（C）胰岛素外擦患处。

3、疗效观察

3.1 疗效标准 治愈：临床症状消失，创口愈合，检查指标明显好转；显效：症状明显减轻或消失，创面大部分愈合，检查指标好转；无效：创面仍在 2/3 以上，症状和检查无改善。

3.2 治疗结果（见表 1，2）

治疗前后血糖变化（表 1）

项　目	例数	治疗前	治疗后	P
空腹血糖	10	12.91	6.34	≤0.05
餐后 2h 血糖	10	13.6	8.32	≤0.05

治疗前后肢体坏疽变化（表 2）

性　质	例数	全愈	有效	无效
混合性	3	2	1	

湿　性	7	5	4	

典型病例：王某某，男，52 岁，糖尿病 15 年病史，近 4 个月来因消瘦，左脚 4、5 趾溃疡流脓医治无效，前来我院就诊。应诊时见面色萎黄，神差，懒言，自诉左脚疼痛，行走困难，查体时见左膝下肿胀，皮肤干燥，颜色紫暗，左脚 4、5 趾溃疡流脓，恶臭，舌质淡，舌苔黄腻，脉滑。查空腹血糖 11.8MMOL\D，餐后二小时血糖 23.6 MMOL\D，X 片示：左脚 4、5 趾骨髓炎。病人曾在多家西医院就诊，诊断为糖尿病肢端坏疽，建议高位切肢，病员不愿意，求助中医治疗。中医诊断：消渴、脱疽，治疗：原胰岛素用药量不变，加中药托里透脓汤每日一剂，连服十剂，溃疡处用庆大消炎，654-2 外擦，改善局部血循环，经过治疗 10 天，局部分泌物明显减少，恶臭气味消失，局部肿胀减轻，病人情绪好转，治疗方法未变，仍用原方法治疗 2 个月，患者 4、5 趾溃疡愈合，左腿肿胀消退，皮肤紫暗颜色变浅，X 片示：4、5 趾骨髓正常。血糖空腹 7，餐后二小时 10，坏疽痊愈。

4、讨论

糖尿病属中医“消渴”范畴，其病机主要为：素体阴虚，饮食不节，情志失调，劳欲过度等。而糖尿病肢端坏疽则属中医“消渴、脱疽”范畴。其病机主要是气虚，血瘀，痰凝。消渴日久，气阴两虚，脉络瘀阻，血行不畅，肢端失养，加之患者肢体外伤，血不养肢，气虚收敛无力，则溃口腐溃而难愈。

饮食失节，脾胃受损而虚弱。脾虚不运，则痰浊凝聚，痰凝肢端，则肢端肿大，溃口腐烂流脓。患者病程日久，正虚邪实，正不胜邪，则病情缠绵难愈，湿浊毒邪痹阻脉络，则肢端肌肤失于濡养，故皮肤紫赤暗红，肿胀。血虚则皮肤干枯，毳毛脱落。脱疽患者其病程较长，正气受损，患者多有神差懒言，倦怠乏力等正气虚衰的表现及下肢皮肤紫暗，皮肤溃疡、流脓恶臭等邪毒壅盛属正虚邪实之表现。

坏疽病程日久，患者多有情志不绪，气机不利，郁结阻滞，气滞而血行不畅，痹阻肢端脉络，加之痰浊凝聚，致肢端失养日久而腐溃流脓。

糖尿病坏疽之主要病机为脾气虚损，痰浊凝聚，气血瘀滞。笔者认为治疗本病之关键病在于：补脾益气，活血通络，排毒生肌。以托里透脓汤为基础加减化裁，扶正祛邪。用黄芪益气扶正，托毒生肌，茯苓、白术健脾祛湿，当归、川芎活血养血，皂角刺排脓，银花藤清热解毒通络，舌苔厚腻者重用苍术燥湿健脾。患者用药后分泌物逐渐变少，恶气消除，伤口逐渐愈合。30 例患者在服用中药后，原西药降糖药剂量不变，餐前血糖，餐后二小时血糖也随之下降。表明中药益气，活血，祛痰之剂能增强患者体质，改善了微循环。中药益气活血法对降糖药有一定的增敏作用。

运用活血化瘀法治疗脑梗塞 48 例临床体会

滕黎明　王小红

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

脑梗塞是由脑供血障碍使组织缺血缺氧而引起的脑软化，是临床比较常见的脑中风，目前西医没有良好的特殊治疗。笔者运用活血化瘀法，治疗 48 例脑梗塞，取得较满意的疗效，现报告如下：

1、临床资料

1.1 一般资料

48 例病人中，男性 33 例，女性 15 例，年龄最大 82 岁，最小 36 岁，平均 55.6 岁，48

例有高血压或高血压史 26 例，动脉硬化 16 例，合并帕金森氏征 4 例，合并冠心病 3 例，合并风心病 1 例。本组病例，全部进行了 CT 扫描，经 CT 证实，依据 Fisher 的分类，单纯感觉性卒中 12 例，单纯性轻偏瘫 21 例，感觉运动综合征 9 例，单纯语言困难者 2 例，共济失调轻偏瘫 1 例，笨手综合征 3 例。

1.2 辨证分型

气滞血瘀型：共 28 例，主要表现单侧肢体轻偏瘫，患侧肢体麻木，浅感觉减退，舌淡红有紫斑或舌暗红，苔薄白，脉弦细而弱。

血虚生风型：共 8 例，主要表现手足麻木，头晕，语言不利，口眼歪斜，舌淡红，苔薄白，脉细数。

风痰阻络型：共 12 例，主要表现，患者体胖，痰湿素盛，病后麻木不仁，语言困难，舌红稍暗，苔白腻，脉滑。

2、治疗方法

气滞血瘀型：治则活血化瘀，佐以补气，其法取于气为血帅，血为气母，血无气不行，气无血不升，气行则血行，气滞则血瘀，阻闭脉络，蒙蔽清窍。组方：黄芪 30 克，当归 10 克，川芎 10 克，桃仁 12 克，红花 8 克，丹参 15 克，赤芍 10 克，川牛膝 12 克，血压高者去黄芪加钩藤 15 克，夏枯草 15 克，主用黄芪补气活血、血通气行，协同诸药达到法血化瘀通络的目的。

血虚生风型：治则补气养血，祛风活络，其法取于气血虚衰，肝失所养，脉络空虚，腠理不固，风邪乘虚而入，闭阻脉络，组方以补阳还五汤为主，重用黄芪大补元气，钩藤、夏枯草、平肝熄风、当归、赤芍、川芎、地龙、桃仁、红花通经活络，活血化瘀。

风痰阻络型：治则祛风化瘀，活络通窍，其法取于络脉空虚，风邪入内，引动痰湿，风痰博结，脉络阻滞，机窍闭塞，组方以补阳还五汤为主，去黄芪加陈皮。

以上方剂，每日 1 剂，分两次服，20 剂为一疗程。

3、疗效观察

3.1 疗效标准

痊愈：症状体征全部消失，CT 复查梗塞灶消失；显效：症状体征基本消失，肢体功能恢复正常或大部分功能恢复正常；有效：症状体征大部分恢复，肢体功能一定程度的好转；无效：因为各种原因病人未能坚持用药一个疗程，症状体征无好转，肢体功能没有恢复。

3.2 结果

48 例中，痊愈 13 例占 27.%，显效 15 例占 31.2%，有效 17 例占 35.4%，无效 3 占 6.3%，总有效率达 93.7%。

4、讨论

现代医家大量实验研究表明，治血化瘀药降压能扩张脑血管，溶栓，改善局部循坏，恢复血流功力及血管弹性，改善血液粘滞性的作用。笔者辩证分型。运用活血化瘀药的上述作用达到改善患者脑组织缺血缺氧，促进脑功能恢复，临床症状消失，而取得较好的疗效。活血化瘀药一定要在 CT 证实后才用，切忌乱用。

健脾化痰祛脂法治疗非酒精性脂肪肝 20 例

包晓丹

(凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200)

近年来随着人们生活水平的提高和饮食结构的改变，脂肪肝已成为临床常见的病变，目前尚缺乏对非酒精性脂肪肝的有效治疗方法，笔者用健脾化痰祛脂法治疗该病 20 例，获得满意的效果，现将结果报告如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料：40 例均为我院 2000 年 6 月-2006 年 1 月间肝病科住院及门诊病例，诊断符合 2003 年中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组制定的“非酒精性脂肪性肝病诊断标准”[1]。随机分为两组，治疗组 20 例，男 16 例，女 4 例；年龄 35-65 岁；病程 2 月-15 年。对照组 20 例，男 13 例，女 7 例；年龄 32-60 岁；病程 4 月-16 年。两组患者一般资料比较差异无显著性(P＞0.05)。

40 例患者经中医辨证均为脾虚痰阻，痰湿内聚，症见肝区不适，肢体沉重，易疲劳，乏力，腹胀，舌淡，苔腻，脉弦滑。

1.2 观察指标：观察患者临床症状，体征，ALT、GGT、TG、TC、B 超检查肝脏。

1.3 治疗方法：治疗采用健脾化痰活祛脂治疗，方用健脾化痰祛脂汤（黄芪、茯苓、白术、扁豆、苡仁、砂仁、柴胡、郁金、茵陈、绞股蓝、泽泻、丹参、生山楂）。1 剂/天，水煎取汁，1 日分 2 次口服，30 天为 1 个疗程，共治疗 3 个疗程。对照组患者口服水飞蓟素片（葳海亚太药业有限公司生产），2 片/次，3 次/天，疗程同治疗组。

1.4 统计学方法：数据以 X±S 表示，采用配对 t 检验和成组比较。

2、结果

2.1 疗效标准　治愈：临床症状、体征好转或消失；肝脏声像基本恢复正常，脂肪肝特征消失；肝功能恢复正常；TC 下降 20%或 TG 下降 40%。显效；临床症状，体征好转或消失；肝脏声像图明显好转；肝功能恢复正常标准；TC 比原值下降 10%-20%，TG 比原值下降 20%-40%，有效：临床病症、体征好转或消失；肝功能恢复正常标准和或 TC 下降 10-20%，TG 下降 20%-40%。无效：未达到以上标准[3]。

2.2 两组患者疗效比较：治疗组 20 例中治愈 6 例，显效 8 例，有效 4 例，无效 2 例；对照组分别为治愈 3 例，显效 3 例，有效 6 例，无效 8 例。两组患者在总有效率方面比较，差异有显著性意义。

2.3 两组患者治疗前后 ALT、AST、血脂水平变化（见表 1）

表 1　两组患者治疗前后 ALT、GGT、TG、TC 值比较（X±S）

组别	ALT（U/L）	GGT（U/L）	TG（mmol/L）	TC（mmol/L）
治疗组 治前	120.50±50.73	80.50±15.00	2.22±0.28	9.22±1.01
（n=20）治后	46.20±45.04△△	36.33±25.32△△**	1.75±0.33△△	7.18±1.64△△
对照组　治前	140.20±40.00	80.33±17.38	2.14±0.22	9.54±1.08
（n=20）治后	69.00±55.22△△	60.70±45.51	1.70±0.27	8.77±1.60△△

与本组治疗前比较:△△P＜0.01;与对照组治疗后比较,**P＜0.01,*P＜0.05

2.4 不良反应:5 例患者于服药补期有轻度便溏,未作任何处理自行缓解,余无不适。

3、讨论

脂肪肝多归属中医学的“胁痛”、“痞满”、“痰淡”、“积证”等范畴。《类证治裁》记载胁痛为肝郁、肝瘀、食积、肝虚。均认为脂肪肝的发病机制为“痰浊、湿热、血瘀”所致，

其病理演变过程中各种病因相互影响，互为因果，如长期过食脂肪，高胆固醇，饮食不节，伤及脾胃；情志不遂；或内分泌失调及代谢疾病等均会造成脂肪在肝脏中过量浸润，以致肝气郁结，肝郁脾虚，脾失健运，水湿内停，聚湿成痰。笔者根据多年临床经验自拟健脾化痰祛脂汤治疗该病，用之效果较佳。方中茵陈清热利湿；绞股蓝、丹参活血化痰降脂；柴胡、郁金疏肝行气止痛；生山楂消食化痰活血；白术、扁豆、茯苓、泽泻健脾化湿祛痰；苡仁、砂仁健脾渗湿；黄芪补气健脾，诸药合用，共奏健脾化痰活血祛脂之效。现代药理学研究表明，丹参在体外的细胞膜上具有抑制内源性胆醇合成作用以及抗脂蛋白的氧化作用，从而降低胆固醇，防止脂质沉积[2]。泽泻对脂质代谢的影响作用明显，与胆碱、磷脂相当，能干扰外源性胆固醇的吸收和影响内源性胆醇的代谢。同时，泽泻的有效成分 T 提取物还有与胆碱、磷脂的不同作用，与茵陈协同，有阻止胆固醇在肝内沉积，降低肝内游离脂肪的沉积胆固醇的作用，改善低密度脂蛋白的合成分泌，从而阻止脂肪肝，肝硬化的发生发展[3]。山查可减轻脂类在器官沉积，研究认为其降脂作用是由于肝脏胆固醇合成被抑制[4]。柴胡有保护肝细胞膜，提高细胞膜磷脂含量，使肝细胞内蓄积的糖原以及核糖核酸含量恢复或接近正常[5]。黄芪含有胆碱、黄酮、皂甙、氨基酸等成分，其功效消脂泄浊，扶正祛邪，具有增强机体抵抗力的作用，可提高机体的免疫功能[6]。临床观察显示，该方可以显著降低 ALT、GGT、TG、TC 的指标，明显改善患者的临床症状，改善肝脏 B 超声像图，且无明显副作用，对非酒精性脂肪肝有很好的治疗作用。

参考文献

[1] 中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组.非酒精性脂肪性肝病诊断标准.中华肝脏病杂志，2003，11（2）：71

[2] 孙锡铭，蔡海江，宋素云等．丹参素的新药理作用．中草药 1991，22（1）：20

[3] 林小田，王昱．脂肪肝的诊治及食疗．广州，广东科学技术出版社，2002：85

[4] 王树立，王永德，赵勒等．山楂、黄芪及刺五加对豚鼠 TC 代谢的影响．中国中西医结合杂志，1987，7（8）：483

[5] 陈青莲，郑祥银，黄新平.柴胡炮制品对小白鼠实验性肝损伤的影响.中成药，1994，16（3）：22

[6] 张赤志，周祯祥，王茹凤．肝胆病诊治精要．北京，科学技术出版社，2002.365

颈动脉灌注红花注射液治疗急性脑梗死的疗效观察

张建兴

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

摘 要 目的：探讨颈动脉灌注红花注射液治疗急性脑梗死的临床疗效。方法：将 100 例脑梗死患者随机分为红花注射液颈坳脉灌注组（治疗组）50 例和红花注射液静脉滴注组（对照组）50 例，治疗组：于 0.9%氯化钠注射液 60ml 中加入红花注射液 20ml，以 4ml/min 的滴速经颈坳脉灌注；对照组：以红花注射液 20ml 加入 0.9%氯化钠注射液 500ml 中静滴，20 天后对两组疗效进行分析并观察治疗前后肢体肌力及血液流变学化。结果：治疗组总有效率为 94.0%，优于对照组 2.0%（P＜0.01＝。治疗后治疗组肌力及血液流变学改善明显优于对照组（P＜0.05，P＜0.01＝。结论：中药红花注射液经颈坳脉灌注治疗急性脑梗死的疗效优于静脉全身给药。

关键词 急性脑梗死；颈坳脉灌注；红花注射液；中医药疗法

我国是脑血管病的高发区之一，由于近年来生活水平提高，脑梗死的发病率呈上升趋势，因此对脑梗死的治疗日益受到重视。寻找安全有效的新技术新方法，开拓中药给药新途径，提高脑梗死的疗效，是临床研究的重点。为进一步提高脑梗死的治疗效果，开展了颈坳脉灌注红花注射液治疗急性脑梗死的临床研究，现报告如下。

1、资料与方法

1.1 病例选择：选取的100例观察对象均为2004年9月-2005年4月由急诊收治的急性脑梗死患者,随机分为两组.治疗组50例,其中男28例,女22例;年龄44-80岁,平均(62.03±9.33)岁；治疗前病程4h-7天，平均（1.8±0.7）天；其中肌力0°32例，Ⅰ°6例，Ⅱ°9例，Ⅲ°3例；伴有高血压病80例，冠心病23例，糖尿病7例，高脂血症23例。对照组50例，男29例，女21例；年龄46-79岁，平均（62.13±8.79）岁;治疗前病程3h-7天,平均(1.7±0.6)天;其中肌力力0°31例，Ⅰ°6例，Ⅱ°8例，Ⅲ°5例；伴有高血压病32例,冠心病23例,糖尿病7例,高脂血症22例。两组患者性别、年龄、病程、病灶大小、多少、梗塞部位、肌力、神经功能缺损评分、分并症等方面治疗前比较差异无显著性(P＞0.05),具有可比性。

1.2 诊断标准：全部病例均符合1995年全国第四届脑血管病学术会议制定的诊断标准[2]。纳入标准：经临床与头颅CT确诊为脑梗死；符合中医诊断标准，明确为中风中经络[3]范畴。排除标准[1]符合纳入标准但具有下列任何一项者；（1）大面积脑梗死、短暂性脑缺血发作、脑出血、出血性梗死；（2）严重心脏病、神志昏愦、意识障碍、精神病以及患有癫痫、过敏性疾病史者；（3）血压、血糖控制不理想者；（4）合并肺部及气管感染者；（5）年龄过大（80岁以上）、生命体征不稳定及体质条件较差者。

1.3 治疗方法

1.3.1 一般处理：对两组合并症，如颅内压增高者用甘露醇注射液静脉滴注；高血压、冠心病、糖尿病、高脂血症等，根据病情分别选用适当药物如尼群地平、消渴丸、辛伐他丁等对症处理。

1.3.2 治疗组：（1）颈坳脉灌注给药方法：按手术室无菌设备要求，嘱患者取去枕仰卧位，头偏向患肢侧，于健侧颈部胸锁关节上两横指的胸锁乳突肌肉缘处触摸到颈内动脉搏动后，用特制7号加长穿刺针刺入，见有回血在塑管内跳动后，即作固定后开启输液泵。（2）药物及剂量：红花注射液（哈尔滨圣泰药业生产，批号Z23020819）20ml加入0.9%氯化钠注射液60ml中，采用输液泵以4ml/min的滴速进行颈坳脉灌注，每日治疗1次，隔日使用，共治疗10次，观察疗效。

1.3.2 照组：红花注射液20ml加入0.9%氯化钠注射液500ml中，每日1次静滴20日，观察疗效。

1.4 疗效评定标准：用药前后两组的神经功能缺损评分，参照1995年全国第四届脑血管病学术会议制定的标准。按基本痊愈、显著进步、无变化、恶化进行疗效评。

1.5 实验室检查：两组患者均在治疗前后测定血尿常规、肝肾功能以及心电图等。

1.6 统计学方法：计量资料以均数±标准差（X±S）表示，应用SPSS11.0统计软件进行统计分析。

2、结果

2.1 两组临床疗效比较：经20天治疗，治疗组显效率80.0%，总有效率94.0%，对照组显效率48.0%，总有效率62.0%，两组治疗后疗效比较差异有非常显著意义（P＜0.01）。

2.2 两组治疗后肌力变化比较：治疗前两组肌力比较无差（P＞0.05），具有可比性。治疗后两组肌力见表2，治疗组肌力改善明显优于对照组（P＜0.01）。

表 1　两组治疗后肌比较

组　别	n	0°	Ⅰ°	Ⅱ°	Ⅲ°	Ⅳ°	Ⅴ°
对照组	50	17	12	7	9	3	2
治疗组**	50	4	6	9	12	10	9

注:与对照组比较, **P＜0.01

2.4 不良反应　两组病例在治疗过程中均未发生任何不良反应,治疗前后血尿常规、肝肾功能、心电图差异均无显著性（P＞0.05）。

3、讨论

脑梗死属于中医“中风”范畴，其发病常由于气血逆乱、瘀血阻滞所致。本病属本虚标实，在急性期是以标实为主，标实证又以血瘀为甚。而瘀血阻滞，可致窍络痹阻，脑髓受损，故本方以活血祛瘀，通经行滞为治疗大法，正发《医宗必读》所云：“治风先治血，血行风自灭”。红花为菊科植物红花的干燥花，在祖国传统医学中被认为是活血化瘀之要药，《金匮要略》、《本草纲目》均有详细记载。红花中所含的红花黄色素具有扩冠、降压、抗血栓、耐缺氧、免疫抑制等多种药理无效。并对内源性和外源性凝血均有明显抑制作用，可显著延长凝血酶原时间和凝血时间。对凝血过程中的血小板粘附、血栓形成、纤维蛋白效联等过程均有抑制作用。实验证明红花黄色素具有非常显著的抑制二磷酸腺苷（ADP）诱导的家兔血小板聚集作用，并对 ADP 介导血小板聚集也有明显的解聚作用，还有促进纤溶系统，深入粥样斑块内部，软化血管，避免斑块形成的功效。而缺血性中风偏瘫患者，病损周围半暗区中部分脑细胞处于缺血缺氧的低能休眠状态。实验报道用鼹鼠减压缺氧缺血实验模型，观察造模组不同脑区神经细胞的病理改变，而红花水提物（含 SY）可有效防止缺血缺氧对神经元细胞的损害，对神经元具有强力保护作用。

本法运用中药红花注射液经颈动脉灌注治疗急性脑梗死，可明显提高脑梗死的疗效，有助于致残后的恢复而改善生活质量，且安全可行，为脑梗死的治疗开辟了一条新的途径，值得推广应用。

参考文献

[1] 王会玲.红花黄色素的现代研究概述.中国中医药科技,1998,5(5):333~335

[2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑),1993,33

[3] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点及临床神经功能缺损程度评分标准(1995).中华神经科杂志,1996,29(6):379~383

[4] 黄正良.红花黄色素的抗凝作用研究.中草药,1987,18(4):22~25

[5] 王新志,韩群英,陈贺华.中华实用中风病大全.北京:人民卫生出版社,1996,14-16,498~499

通草根治疗老年男性前列腺增生性排尿障碍 31 例临床观察

杨生绪　肖一宾　杨　斌

（永顺县中医院，湖南 永顺 416700）

前列腺增生症是老年男性泌尿生殖系统常见的疾病。尿频、排尿困难、急性尿闭或尿失禁是其主要症状。有众多患者尿闭症状长期不能改善，导尿管不能拔除，或急性尿闭时胀痛

难忍、痛不欲生，甚至发生充溢性尿失禁，困拢极大。我们于 2001 年 5 月至 2006 年 5 月，运用民间验方通草根共治疗 31 例因前列腺体增生引起的排尿障碍患者，疗效良好。现报告如下：

1、临床资料

1.1 一般资料　所治 31 例患者为治疗组，并将以前按中、西或中西结合治疗的 28 例患者作为对照组。治疗组中年龄最大者 80 岁，最小 56 岁，平均年年龄 73.2 岁，病史最长 17 年，最短 3.5 年，平均病程 8.5 年，其中有尿频、尿细无力症状 31 例，有排尿困难症状 26 例。发生潴留伴充溢性尿失禁 9 例，发生急性尿闭尿潴留 11 例；对照组 28 例，年龄最大者 80 岁，最小者 55 岁，病史最长 15 年，最短 3 年，平均病程 3.4 年；28 例中有尿频、尿细症状 28 例、排尿困难 20 例，尿潴留伴充溢性尿失禁 8 例，急性尿闭尿潴留 10 例。经统计学分析，两组病例在年龄、病程、病重程度上差异无统计学意义（P＜0.05），具有可比性。

1.2 诊断标准　参照湖南省医院管理协会、湖南省卫生厅《常见疾病诊断依据与疗效判断标准》[1]。（1）老年男性患者，病程缓慢，早期症状为尿频，夜尿次数增加，尿线无力，继之出现逐渐加重的排尿困难，受凉、劳累或饮酒后可突发性尿潴留，排尿困难发展至充盈性尿失禁。（2）直肠指诊时发现前列腺两侧叶增大，中央沟变浅或消失，硬度中等，弹性减低，两侧不对称，无结节。（3）B 超或 CT 检查证实。

符合上述诊断标准，无其他系统严重并发症；排除神经源性，恶性肿瘤性，尿道损伤性等因素所引起的排尿困难均纳入本范畴。

2、治疗方法

2.1 对照组　西药选用：酚苄明（个体化给药），前列康 200mg，口服一日 3 次，PP 温水坐浴或配合抗生素作用；中医根据肾虚血瘀的病机理论指导，按《中西结合外科学》[2] 分型方法辨证施药，每日一剂，水煎服，如发生急性尿潴留或流溢性尿失禁时则保留导尿，定时排放。

2.2 治疗组　即在对照组治疗基础上单独使用鲜通草根 50—100g 煎水取汁 300ml，一日 2 次分服，或用通草根干细粉 10g，一日 3 次，开水调后冲服。两组病例均治疗 7 天为一疗程。比较治疗后排尿困难、充溢性尿失禁及尿闭等症状改善的程度。

3、疗效观察

3.1 疗效标准　参照《疾病诊断依据与疗效判断标准》，根据症状改善情况自拟：（1）显效：排尿困难明显好转，拔除导尿管后能自行排尿，未出现充溢性尿失禁，生活基本正常。（2）有效：拔除导管后排尿困难有所改善，仍有次频及尿线无力现象，但不需插管。生活能基本自理。（3）无效：症状无明显改善，拔除导尿管后仍尿闭或充溢性尿失禁。

3.2 治疗结果　治疗后两组患者主要症状体征改善情况比较，具有显著差异性（P＜0.05，P＜0.01）见表 1

表 1　两组症状体征改善情况比较

症状体证	组别	n	消失	明显改善	有所改善	无改变	有效率%
尿频夜尿次多	治疗组	31	0	26	5	0	100▲
	对照组	28	0	21	4	3	89.3
尿细排尿困难	治疗组	26	3	18	5	0	100▲▲
	对照组	25	2	11	8	4	84
充溢性失禁	治疗组	9	9	0	0	0	100▲▲
	对照组	8	4	1	1	2	75
尿闭不出	治疗组	11	10	1	0	0	100▲▲
	对照组	10	7	1	0	2	80

注：两组的比较秩和检验：治疗组与对照组比较▲P＜0.05，▲▲P＜0.01

两组总体疗效比较，治疗组成对照组比较，差异性具有显著意义，治疗组明显优于对照组（见表 2）

表 2　两组总体疗效比较（例）

组　别	n	显效	有效	无效	治有效率%
治疗组	31	29	2	0	100
对照组	28	20	5	3	89.3

注：两组秩和检验；治疗组与对照组比较 P＜0.05

典型病例：彭某某，男，74 岁，因夜尿多，排尿困难逐渐加重 2 年余，尿闭点滴不出 10 天，患者发病后经院外抗炎，插管导尿 10 天，仍自行排尿不出。于 2001 年 4 月 25 日入院，经保留导尿，酚苄明、前列康，PP 温水坐浴、抗生素，治疗 1 周，拔除导尿管后，当天下午即尿液点滴不出。继续住院 4 天，仍尿闭不出，只好带管出院，后经鲜通草根 100g 煎服 2 天，拨管后小便已能自行通畅排出，继服 1 周，排尿障碍基本消除，随访至今仍安。

4、讨论

通草[3]为五加科，落叶灌木或小乔木，又名自通草，始载于宋代之《本草图经》称其为通脱木，谓其甘、淡、寒，入肺胃经，能泻热助气下降而利水，且其性降中兼升，能使胃气上达而下乳汁。《本草正义》说“东垣谓利阴窍治五淋，除水肿癃，亦性轻乃有功耳……泄肺之热闭，宣其上窍，则窍自利”。其根《草本便方》称之为通花根、淡、寒平，能除热利水，通五淋，治水肿、利耳窍、催生、下乳、明耳目。

前列腺体增生属中医“精癃”范畴，发生尿闭或充溢性尿失禁时属“癃闭”范畴，《系问·宣明五气篇》“膀胱不利为癃，不约为遗溺”，中医认为其病因属肾元亏虚，其主要病机为肾虚血瘀；西医则认为增生的前列腺体充血刺激膀胱则产生尿频次增的症状，而增生的前列腺可造成膀胱梗阻，致便膀胱口堵塞而发生尿闭。气候变化、劳累、饮酒、便秘、久坐等因素均可使前列腺体突然充血水肿，发生急性尿闭[4]。膀胱充盈过度，逼尿肌功能下降则发生充溢性尿失禁。

基于以上理论和临床使用取得的良好疗效。证明通草根对消除前列腺体充血水肿，解除膀胱口受压梗阻，恢复正常排尿有良好的功效，故介绍给同道以备参考。

参考文献：

[1] 王蔚文．常见疾病诊断依据与疗效判断标准．长沙，湖南医科大学出版社，1999：251~252

[2] 贺菊乔，何清湖．中西医结合外科学．北京，中国中医药出版社，2001：581~588

[3] 江苏新医学院．中药大辞典．上海人民出版社，1977，21974~1977

[4] 吴在德，吴肇汉．外科学．北京，人民卫生出版社，2004：696~700

血府逐瘀口服液治疗心绞痛 50 例临床观察

杨通宝

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰　416200）

摘　要 血府逐瘀口服液治疗心绞痛 50 例，与消心痛治疗的 40 例作对照。观察治疗前后血液流变学及血脂等指标的变化。结果治疗组总有效率为 90%，心电图总有效率 70%，与对照组相比有显著性差异（P＜0.05）。同时血腐逐瘀口服液能降低血脂，并可显著改善患者的血液流变性，提示血府逐瘀口服液治疗冠心病心绞痛具有良好的疗效。

主题词 心绞痛；中药疗法；血府逐瘀口服液；治疗应用

笔者于近两年来运用吉林敖东生产的血府逐瘀口服液治疗冠心病心绞痛 50 例，取得了良好的疗效，并与单纯用常规西药治疗的 40 例进行对照，现报告如下：

1、临床资料

1.1 一般资料　两组 90 例均为我院门诊病人。治疗组 50 例中，男 33 例，女 17 例；年龄 42~84 岁。对照组 40 例，男 26 例，女 14 例；年龄 43~85 岁。两组年龄，性别等资料经统计学处理，无显著性差异（P＜0.05），具有可比性。

1.2 诊断标准　按照 1995 年国家中医药管理局发布的《中医病症诊断疗效标准》中“胸痹心痛”的诊断标准拟定。

1.3 排除标准　经检查证实为冠心病心肌梗死及其他心脏疾病、高度神经官能症、更年期综合征、颈椎病所致的胸痛，合并中度以上的高血压、重变心肺功能不全、重度心律失常或精神病患者。

2、治疗方法

2.1 治疗组　采用吉林敖东生产的血府逐瘀口服液口服，每次 1 支（10ml），每日 3 次。

2.2 对照组　消心痛 10mg，温开水送服，每日 3 次。

两组均以 4 周为 1 疗程。治疗期间停用其他治疗冠心病心绞痛的中西药，如有心绞痛发作者，可临时含服硝酸甘油或丹参滴丸，部分心绞痛较重的患者可保持原来服用的β受体阻滞剂，其剂量不变。

3、疗效观察

3.1 观察方法　记录每天心绞痛发作次数、程度及平均持续时间，硝酸甘油或丹参滴丸的消耗量，血尿、大便常规、肝肾、功能、电解质、空腹血糖、心肌酶谱、胆固醇、甘油三脂，高密度脂蛋白，低密度脂蛋白，血液流变学，全血比粘度，红细胞压积，纤维蛋白原。

3.2 疗效标准　治愈：症状消失，心电图及有关实验室检查恢复正常；好转：症状减轻，发作次数减少，间歇期延长，实验室检查有改善；无效：主要症状及心电图无改变。

3.3 治疗结果

3.31 两组治疗结果及疗效比较（见表 1）

表 1　两组疗效之比较

组别	n	显效	好转	无效%	总有效率%
治疗组	50	30	15	5	90*
对照组	40	24	10	6	85

注：*与对照组比较，P＜0.05

3.3.2 两组治疗前后血液流变学变化（见表 2）

表 2　两组治疗前后血液流变学变化之比较（X±S）

组　别	时间	全血比粘度（mpa·s）	红细胞压积（%）	纤维蛋白原（g%）
治疗组	疗前	4.81±0.73	44.37±4.96	0.49±0.19
	疗后	4.39±0.61	39.06±7.11*	0.38±0.13**△
对照组	疗前	4.97±0.81	41.11±4.14	0.52±0.18
	疗后	4.83±0.64	39.30±5.53	0.50±0.22

注：与本组治疗前比较，*P＜0.05，** P＜0.01，与对照组比较，△P＜0.05

3.3.3 两组治疗前后血脂变化（见表 3）

表 3　两组治疗前后血脂变化之比较（mmol/L,X±S）

组别	时间	TC	TG	HDL-C	LDC-C
治疗前	疗前	6.48±0.76	27.28±0.38	1.04±0.34	4.95±1.13
	疗后	5.29±0.38*	1.69±0.18*	1.60±0.33*	3.63±0.88
对照组	疗前	6.46±0.77	2.29±0.38	1.05±0.35	4.94±0.99
	疗后	5.85±0.42	1.96±0.20	1.33±0.34	4.25±0.89

注：*与对照组比较，P＜0.01

3.3.4 毒副反应　全部患者在用药观察前后分别进行肝功能、肾功能、三大常规、空腹血糖、心肌酶谱、血压、肝、胆、胰、脾、双肾 B 超等指标观察，均未发现异常变化。说明血府逐瘀口服液无毒副反应，安全可靠。

4、讨论

冠心病心绞痛系城乡常见病与多发病，属于中医“胸痹心痛病”范畴。本病是一种本虚标实疾患，脏腑虚损，气血阴阳不足，尤以气虚为本，是其主要病理基础，而瘀阻心络，不通则痛为其中心病理环节。针对于此，笔者运用活血化瘀而不伤元气，祛邪之中而扶持正气，并由吉林敖东精制而成的血府逐瘀口服液主治之：方中当归、赤芍、川芎、桃仁、升达清阳；桔梗、枳壳开胸引气，气行则血行；生地凉血清热，配当归养血润燥，使瘀祛而不伤阴；甘草缓急，通百脉以调和诸药。本方不仅行血分之瘀滞，又解气分之郁结，且兼顾正气，故药证相符。

现代实验研究表明，本口服液具有扩张血管、改善微循坏，抑制血栓形成，抗凝防凝，分解吸收血肿、抑制动脉硬化，调节植物神经、镇静、镇痛、解热消炎等作用，实践证明其对血液粘度明显高于常人的冠心病患者，可使全血粘度显著下降，纤维蛋白原和红细胞压积均明显降低，并能够显著降低总胆固醇、甘油三脂和低密度脂蛋白，有效改善心肌的缺血与缺氧，因而对治疗冠心病心绞痛，减轻心脏负荷具有良好的效果。

行气活血，软坚化积溶解结石法在肝胆管结石中的临床应用

刘金海

（邹东县竹岭路金海药店，湖南 邹东 422800）

近年来笔者以清利湿热，行气活血，软坚化积溶解肝胆系列结石 786 例，获得满意疗效，现将临床观察治疗的结果总结如下：

1、临床资料

全部患者都经 B 超和 CT 检查证实肝胆结石，其中男性 452 例，女性 334 例，年龄最小 16 岁，最大 82 岁，病史最短 15 天，最长 30 年。

其中胆囊结石 587 例，肝胆管结石 199 例，结石最小 0.3×0.2 cm^2，最大 4.3 cm^2×3.7 cm^2，合并胆囊炎 304 例，有胆炎胀痛者 338 例，无症状体检被发现者 21 例，经开刀取石复发者 314 例，其他 294 例。

2、药物组成与治疗方法

基本方组成：

金钱草　内金　栀子　枳实　郁金 紫胡　木香　大黄　蒲公英　蛇舌草　黄芪　党参　元胡　三棱　莪术等随症加减。

服法：水煮服，每天三次，半个月为一个疗程。需服 2-3 个疗程，再作检查，了解结石是否完全消失为治愈。有效即结石部分排出或变小。无效即经 1 个疗程临床 CT 复查仍无变化。本人治疗 786 例中，痊愈 746 例占 95%，有效 35 例，占 4.4%，无效 5 例，占 0.5%，总有效率 99.5%。

3、病案举例

例一：黄某某，男，54 岁，胆囊结石，以前行三次手术，近因右上腹持续疼痛并持续发寒发烧，有时疼痛放射至肩背而就诊，B 超及图像学确诊为肝右内胆管结石，医生劝其马上手术，被患者拒绝，求助于我，遂用速效排石康治疗，服药 13 小时，第一次排出一粒大结石 1.4×0.8cm,接着五天，早晨在家连续淘出结石 8 粒，因工作忙碌无法淘石，十天后经 B 超及图像复查强光团伴声影明显减少和缩小。第二个疗程后，诸证消失，又排出结石 3 粒。后经 B 超及图像复查，无结石，共治一个月痊愈。

例二，张 X，男，47 岁，30 多年前患多发性胆结石并近月 B 超诊断，胆囊处控及 43mm、20mm 大小范围强回声光团伴声影，报告为多发性充满型结石，萎缩性胆囊炎，仍被拒绝手术，遂用“速效排石康”先后间断共 90 天时排出结石 900 余粒，其中最大 1.2×0.9 cm 左右 2 粒，1.0mm 以上 5 粒，0.5-0.9cm300 余粒，0.5cm 以下 600 余粒，共净重 12g，症状和体征基本消失，肝胆功能恢复正常。1 年后 B 超复查报告只有少数绿豆大小强光团伴声影，疗效显著，光团明显缩小和减少，仍在继续服药巩固疗效，属基本痊愈。

例三，张 X，男 38 岁，20 多年前已被确诊，胆囊炎和胆结石症，患者很多时间采用多方，保守治疗，但结石仍未排出，给病人精神上带来了极大的痛苦，最后这几年病情越加严重，且反复发作每次都得住院治疗，患者最终作了胆囊切除，术后四个多月时间又发现肝胆区放射性隐痛，反射到右肩部，经 B 超诊断，肝内胆管扩张，胆管内经 1.0，其下段管内探及多个强光团伴声影，最大 1.3×0.8cm，结果为术后胆总管残余结石，肝内外胆管扩张，遂采用“速效排石康”治疗，服药后 15 个小时排出 3cm 以下结石 23 粒，共治 20 天，先后排出结石最大 1.0×0.7,其余大小不等共 30 余粒，B 超复查胆总管结石排完，肝内外胆管扩张消失。

4、体会

速效排石康中，金钱草入肝、胆、肾、膀胱能疏肝利胆，利水通淋，除湿退黄；栀子，大黄清热利湿，泻下攻积，活血化瘀，降脂，有利胆作用，内金、化石草消坚磨积，促进消化，润滑管道，促使结石溶解排出，柴胡疏肝解郁和解退热，利胆消炎，郁金，木香，枳壳理气解郁，引气止痛，破积消积等。临床实践证明，应用“速效排石康”加减治疗肝胆结石是一种较为满意的药方，综观全方、体现中医用药特色，它具有疏肝利胆，清热利湿，活血化瘀，通里攻下，现代药理研究有溶解结石，利胆排石，增加胆汁分泌，扩张胆管，松驰括约肌，胆内增高，收缩胆囊，促进胆汁在胆肝管中流动等作用，从而加快结石速效排出，取得满意效果。

经过多年的临床实践，充分证明速效排石康有几大优点：（1）一般在 24 小时就能开始排石；（2）有效率高，目前已达到 95%以上，居国内领先地位；（3）安全、无副作用，无一例发生嵌顿不良反应；（4）价廉服速效排石康比手术低几倍，甚至几十倍，为患者免除了手术的痛苦；（5）速效排石康药源丰富，配制简便，更大范围地为广肝胆结石的患者提供了任何一种办法无法比拟的最佳捷径。

复方白芨散外治慢性中耳炎 23 例临床观察

吴康福
（天柱县凤城镇雷寨村卫生组，贵州天柱　556600）

摘　要 本文介绍了自制白芨散用于外治慢性中耳炎23例，治愈12例，显效10例，效果不明显1例。其治疗结果表明：该散剂是根治慢性中耳炎的外治可靠方剂。

关键词 慢性中耳炎；外治；白芨

慢性中耳炎，耳内长期流脓，鼓膜穿孔，听力下降，一般中、西医治疗经久难愈，给患者带来极大痛苦，笔者在长期的治疗实践中，总结经验教训，自制复方白芨神效散用于治疗慢性中耳炎，收到良好效果，现报告如下：

1　临床资料

1.1 一般资料　总共23例，其中男16例，女7例。

1.2 典型病例1：某女，16岁，贵州省天柱县凤城雷寨村人，耳内间歇性流脓，若遇伤风感冒时流脓增多，脓液粘黄，无臭味，3年多来经多方治疗效果不显，于99年10月22日求治于我处。经查：鼓膜中央穿孔，通过穿孔可见鼓室粘膜微红，听力呈轻度耳聋。投以复方白芨神效散，11月21日复诊，听力恢复，症状消失。典型病例2：某男，8岁，耳持续流脓，脓液粘稠并带血丝，有臭味5年多，经多方中、西治疗疗效反复，于2001年8月2日求治于我处。经查：鼓膜边缘性穿孔，通过穿孔可见鼓室内有肉芽，听力呈较重度传导性耳聋。经投复方白芨神效散，20天后二诊听力改善，症状基本恢复，仍然继续用药，9月14日三诊，全部恢复正常。典型病例3：某男，28岁，湖南邵阳人，现在天柱民中门面做生意，耳内长期持续流脓，有恶臭味，于2004年2月29日求诊我处，经查：鼓膜紧张部后上方有边缘性穿孔，从穿孔处可见鼓膜室内有豆渣状分泌物，听力呈较重传导性耳聋。用复方白芨神效散后，65天复诊，听力基本恢复，症状显著改善，嘱其继续用药巩固疗效。

1.3 组方与用法　复方白芨神效散采用白芨、五倍子、枯矾、苍耳子、冰片、海螵蛸各等份共为细末，先将外耳道用棉签拭去脓血，再用双氧水冲洗耳内2次后，随即以复方白芨神效散以草管吹入，日三次。

1.4 结果　共23例，治愈12例，显效10例，效果不明显1例。

2、讨论

本组观察结果表明：复方白芨神效散是根治慢性中耳炎的外治可靠方剂。

笔者认为：本病由于急性中耳炎久治不愈，临近组织慢性炎症的侵染，邪毒容易损害耳窍，造成气血滞流，湿热壅阻，肌膜腐烂，耳窍不通致使司听失聪。

方中白芨“主痈肿恶疮败疽，伤阴死肌……”《本草正义》；五倍子“其气寒能散热毒疮肿”（《本草纲目》）；海螵蛸“温而燥湿，故又主疮多脓汁也”（《本草经疏》）；冰片“性善走串开窍，无往不达……耳聋者窍闭也，开窍则耳目自聪”（《本草经疏》）；枯矾“酸涩燥裂，最收湿气而化瘀腐”（《长沙药解》）；苍耳子“宣通脉络”（《本草汇言》）。诸药合用共奏收敛排脓止血，祛腐生肌开窍之功。

针刺“孔最穴”治高热闭汗的体会

杨　峰
（通道侗族自治县民族民间医药学会，湖南 通道 418500）

“高热不出汗”这一病症是可以用针刺“孔最穴”治好的，且费时也短。

笔者阅读了十七、八本高校教材和针灸论著，发现很少有人用“孔最穴”来退烧清热。多数取穴“大椎、曲池、合谷”，其刹手锏就是刺“十宣”和“十二井穴”清热退烧。如：

其一：辽宁科学技术出版社出版的要杨元德的《实用针灸经验处方手册》对治疗高热取穴为三组，一组为“大椎、百会、上星、风池、合谷”，二组为“印堂、太阳、曲池、外关、十宣”，三组为“素、天柱、曲池、三间、中冲、少冲”（《实用针炙经验处方手册》第 396 页。

其二：南京的邱茂良教授对治疗高热一症取穴为“劳宫、涌泉、间使、复溜”，并“尺泽委中”、“二十井穴”点刺出血，（见上海科学技术出版的《针炙治法与处方》第 21 页）

其三：南京的另一位先生杨兆民治高热不汗取穴“大椎、曲池、合谷”，（见金盾出版社出版的《实用针炙选穴手册》第 336 页。

其四：湖南中医学院的教材对退烧取四组穴。一组是“大椎、曲池、合谷、鱼际、外关”；二组为“大椎、曲池、商阳、内关、关冲”；三组为“大椎、曲池、曲泽、十二井”；四组为“曲池、合谷、外关、委中、陷谷。”（见上海科学技术出版社出版.高等医药院校试用教材《针炙治疗学》第 182 页。

以上几例，说明没有用“孔最”穴来退烧清热，其实“孔最”的清热疗效不一般。笔者临床采用“孔最穴”，配伍“合谷、复溜”针刺两小时后，高热就降下来了。

曲型病例：

例 1：2001 年冬农历 11 月，笔者妻子马六娈发烧，我嘱她服用“感康”两天后，高热持续不退，周身乏力，不思饮食，晚上九点多我到家，一摸，妻子浑身滚烫，嘴唇皮已烧焦，于是赶忙为她打银针，刺“孔最、合谷、复溜”等穴，十一点多，烧退，便安睡了，第二天没再发热。

例 2：杨某某，男性，58 岁，通道溪口罗城人，2004 年农历 12 月因高烧不出汗，在镇卫生院医治三天，烧退不下来，转到县医院治疗四天，前后一个星期，每天吊水 5 瓶，就是烧不退，医院只得用冰块给他夹到腋窝下以求物理降湿，但还是没用，后经人介绍，在打完点滴后，由我为他扎银针一次，取穴“孔最、合谷、复溜”，第二天他便出院回家了。

体会：

“孔最”之“孔”通也，“最”极也，第一的意思，为通之极其功用最能开瘀通窍。高热汗不出，是人体内外不通，用“孔最”为宜，效果好。

《针炙大成》（中国中医药出版社出版）234 页曰：孔最“主热病汗不出”，蔡洪光先生编著的《实用经络点穴疗法》31 页说：孔最是肺经的郁穴，有解表清热、调理肺气之功效。临床常用以治疗深重、急骤的病症。古人认为该穴为治“热病汗不出之第一要穴”。从上述临床二例看，“孔最”退烧果真效佳。

“孔最”配伍合谷、复溜，退烧疗效十分理想，但愿同道不妨试用。

浅谈以五常修身养生与延年益寿的关系

曾尚东

（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

古之五常仁、礼、信、义、智。虽为道德学，却与《黄帝内经》“素问”，五常政大论相合。“内经”阴阳五行木、火、土、金、水合人体肝、心、脾、肺、肾五脏。人身的伊朗与

否，全在于五脏六腑的平衡。它们即相生又相克。相辅相成，互相制约，它们始终是对立统一。从而达到整体的平衡以维护人身的健康，倘若哪一脏太过或不足，必迁系到其上下二脏，甚至五脏，故必须保持各脏之安泰。

五行之相生为：木生火、火生土、土生金、金生水、水生木。

五行之相克为：木克土、土克水、水克火、火克金、金克木。

五行之相悖为：土悖木、水悖土、火悖水、金悖火、木悖金。

五行之相欺为：木欺火、火欺土、土欺金、金欺水、水欺木。

五常合五行归五脏：

肝属木合仁，在志为怒，肝藏血，主筋，主谋虑，将军之官，大怒则伤肝（怒后生忧）。

心属火合礼，在志为喜，心主神明，为五脏六腑之大主。狂喜则伤心（乐极生悲）。

脾属土合信，在志为忧，脾统血，主运化，忧虑则伤脾（忧深则失志）。

肺属金合义，在志为悲，肺主气，为生元气之源，悲观则伤肺（肺虚则肝逆）。

肾属水合智，在志为恐，肾主骨生髓藏精。通于脑，作强之官，惊恐则伤肾。

养五脏之秘密：木曰“敷和“，具备温和之气，使物荣华，待人以仁，似春风般的温和，仁则肝气和，所以能养肝。

火曰“升明”，即明朗而具盛长之气，使物繁茂，待人以礼，似夏天般的热情，礼则心气平，所以能养心。

土曰“备化”。具备生化之气，使物具备形体，待人以信，信为立身之本，互不猜疑，信则脾气暖，所以能养脾。

金曰“审平”。具宁静和平之气，使物结实，待人以义，义值千金，福祸共偿，义则肺气肃，所以能养肺。

火曰“静顺”，有着寂静和顺之气，使物归藏，处事以智，智圆而行方，则事可成。智则肾气足，所以能养肾。

人之处世，只有千里的和气，没有千里的威风。待人接物心平气和，不骄不躁；即要相信自己的才能，“天生我才必有用”，又要战胜自己的愚昧，团结互助，互相关心，互相照应，使自己天天都生活在快乐之中，无忧无虑，试问，病从何来？无病则安康，岂不延年益寿哉。

归脾丸治疗慢性腹泻的体会

杨学岩

（芷江侗族自治县碧涌镇烟草站，湖南 芷江 419100）

归脾丸由白术、黄芪、人参、当归、茯神、远志、酸枣、木香、龙眼肉、甘草等中药组成，另加大枣、生姜调和阴阳，其中白术、黄芪、人参补中益气，提升下陷之阳气；当归、远志、酸枣、龙眼肉有补血，调血、益心脾之功，木香行气治腹痛。

笔者遵循师教，医者必懂药性，而后识药方，成方重在加减运用，在长期医疗临床实践中，对错综复杂、千变万化的病情，必先理清其发病之内、外因，以阴阳五行为本，采用四诊八纲，辨证论治，对病情严重、体质虚弱者，可采用标本兼治；也可扶正而后治标。本人多年来采用归脾丸治疗慢性腹泻，疗效满意，举 2 案例如下：

病例 1：杨某，女性，芷江侗族自治县碧涌镇古竹村人。主诉体泛无力，大便一日数次至 10 余次，口淡无味，不能进食油腻之品，反复发作 1 年余。多方诊治无效，2005 年 6 月求治于我。查：形体瘦弱、舌苔淡白、脉细弱。给予口服归脾丸 2 瓶，服药完后能进食，大

便每日 1 次，成形，体力恢复，随访 2 年未复发。

病例 2：杨某，男性，本地农民。2003 年 7 月-9 月因进食未成熟的柑桔后开始腹泻、腹痛。1 月 6 日—10 余次。曾购服土霉素、黄连素、痢特灵、庆大霉素等药无效，腹泻不止持续半年余，泻后带血，体质逐日消瘦乏力，体重减轻。给予归脾丸 2 瓶口服，服后病情改善，大便次数减少，继服 2 瓶腹泻停止。

体会：古语云：“悲伤心，思虑伤脾”。久病过迁延不愈之人，必有悲感，终日心潮起伏，思绪万千，东思西想，疑病优愁，伤及脾胃，病情加重。归脾丸乃调理心脾之良药，能促使心脾功能恢复正常，心属火，与少阴小肠经互为表里。心功能健旺，可带动小肠机能旺盛，消化吸收功能增强，腹泻自然痊愈，大便成形；心与肾同属于少阴，心火不交于肾，肾为先天之本，水火之脏，火能温灼五脏六腑。肾与膀胱相表里，使人体多余之水从膀胱经尿道排出体外。脾与胃相表里，脾为湿土，胃为燥土，土能生万物，胃能消化食物。脾主清浊，为后天之本。手太阴肺经与太阴脾经同属太阴，脾机能旺盛则带动肺机能旺盛。肺亦与大肠相表里，大肠与胃同属阴明，经气相通。从中医“同病异治，异病同治”之学说。归脾丸本为治疗心脾两虚之良方，运用得当，对治疗慢性腹泻亦可收异曲同工之奇效。

固本克痹汤治类风湿 48 例

曾尚东

（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

笔者近年在临床实践中，以祖传中草药名方发扬成“固本克痹汤”治疗类风湿关节炎 48 例，取得显著疗效，现报告如下：

1、临床资料

48 例中男性 18 例，女性 30 例，年龄最大的 53 岁，最小的 17 岁，病程最短的 1 年，最长的 14 年。

2、治疗方法

48 例病人均用固本克痹汤治疗，外擦祖传和络解毒液。

固本克痹汤：（基本方）炙蜈蚣、炙全虫、炙蜣螂、炙蕲蛇、炙土别、炙蜂房、寻骨风、钻地风、伸筋草、甘草等 26 味名贵中草药。

加减法：临床根据病患实际情况，肝气郁结或肝火或肝风或寒滞肝脉或虚证或肾阳不足或肾阴亏损或肾不纳气或肾虚等随症加减。

服药方法：常规煎服，15 天为 1 个疗程。

3、治疗结果

3.1 疗效标准：临床治愈，症状全部消失，关节功能恢复正常，血沉，抗“0”类风湿因子结果正常；显效，全部症状消失，关节功能基本正常，能参加正常的工作的劳动，抗“0“类风湿因子基本正常；有效，主要症状基本消失，关节功能基本恢复或明显改善，疼痛、肿胀较前减轻；无效：症状、体征均无好转。

3.2 治疗结果：48 例中治愈 46 例，显效 2 例。有效率为 100%，2 年后追访无复发。

病案举例:彭某，男，53 岁，双足为患，关节强直，肺胀疼痛与气候变化无关，病 2 年，加重 1 年，脉象沉弦紧数，舌质润湿，舌苔黄腻，化验抗“0”800 单位，类风湿因子阳性。服固本克痹汤 15 天后复查，抗“0”类风湿恢复正常，关节肿胀疼痛消除，功能正常，二年后追访无复发。

肖某，女，17 岁，自 3 岁起患类风湿，历时 14 年，经多方治疗未愈，双手指、腕关节和双脚踝关节为患，脉象，沉细数，舌质浅红，润滑，舌苔黄白相间；此属风、寒、湿交互为患，客于脏腑，以致肝虚，肾亏。服固本克痹汤 9 剂后复查，抗“0”类风湿因子恢复正常，肿胀消失，功能正常。

4、讨论

类风湿性关节炎是一种慢性全身性疾病，急性期可有发热、关节肿痛等。多见于青壮年，且女性多于男性。本病好发于小关节，尤其是掌指关节，并呈对称性，随病情发展，可影响至腕、肘、膝关节等；部分患者可侵及脊椎。发病时关节常肿大成梭状，X 线显示，早期阳性，晚期关节畸形，强硬，不能屈伸，严重者丧失劳力，甚至瘫痪。

类风湿性关节性，现代医学认为多是由感染后引起的自身免疫反应，导致以滑膜炎为基础的关节病变；属于中医学痹症“范畴”。中医认为是由感受风、湿邪气，留着关节，积久化热，以至风、湿、热交互为患。

笔者在近几年的临床，本病的发病原因除风、湿、热外，还实践认为与肝脾肾亏损直接相关。肝脾肾亏是病变之本；风、湿、热邪侵袭是标。肝藏血，主筋，共华在爪，其充在筋，抓为筋之余，筋之所以能屈伸动作是由于肝的精气灌溉濡养。一旦精血不足，或坐卧湿地，汗出当风，血虚而风乘以入，风入而更耗其血；以致肝血亏损，血虚气乱，肝风内困，肝损而克脾，脾虚而血失统摄，运化失调，以至水湿浊气不能及时排泄于体外，湿邪困滞，寒滞经络，凝聚关节，形成痹阻，继而风湿内袭，卫生气不能泄越，风、湿、寒就会化热，交互为患，病情进而加甚，侵入骨质，使骨质疏松；这本是自身免疫功能的反应，与肾功能有关，肾主骨，生髓，通于脑，作强之官，为了免凤而误导骨质疏松；本思以阔松骨质以通经络，孰知反使骨头变形，加剧病情，造成错局，女性发病率多于男性，是因女性多偏于贫血。

三个治疗骨伤的穴位

曾怡仲

（怀化市洪江区自来水公司，湖南 怀化 418200）

凡穴位受伤者，如不及时治疗，后患无穷。

1、盖膝穴（在盖骨处）

元胡索、丹皮、赤芍、续断、归尾、红花、骨碎补、银花、牛七乌药、五加皮、苏木。伤重者立刻坐倒，腿不能伸直，筋缩酸痛。用原方加升麻之。一剂后，去升麻加桃仁，破血为主，数剂即愈。

2、膝眼穴（在膝膑上内臁白内内陷中）足太阴，属 15

归尾、红化、葶廨、泽兰、牛七、五加皮、骨碎补、石斛、续断、乌药、陈皮、威灵仙。伤重者周身紫胀，周时即死。原方如苏木桃仁。轻者三日嚼碎舌头而死。期内再加升麻、桂枝，同时立当用葱、姜熨数次。

3、膝底穴（在膝下内侧软骨下陷中，即阻陵泉穴）足太阴经

红花、乌药、归尾、骨碎补、木瓜、陈皮、银花、续断、牛七、五加皮、赤芍、肉桂、泽兰、丹皮。伤重者三日内不肿不疼，三日后其色发紫，已在内作脓，用原方治之。

皂角刺与大米联用治疗急性阑尾炎 18 例

唐光海
（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

急性阑尾炎是外科最常见的急腹症，任何年龄都可发生，尤以青壮年最为多见。多年来，笔者用皂角刺与大米联用治疗急性阑尾炎 18 例，疗效满意，现报告如下：

1、一般资料

在医治 18 例中，男性 8 例，女性 10 例，年龄 28 岁-45 岁，主要临床表现为转移性右下腹痛，发病时上腹或脐周围疼痛，数小时后，腹痛转移并固定于右下腹部，有肿团现象，伴有恶心、呕吐，食欲减退，体温 37℃-38℃。

2、治疗方法

药物：皂角刺 40 克，大米 30 克，用法：水煎服，日服三次，每日一剂。

3、治疗效果

18 例患者按本方法各 4 剂后，腹痛消失，食欲、体温恢复正常，其病痊愈。所有病例在治疗过程中，无不良反应，随访半年—3 年无复发现象。

曲型病例：李某某，女性，32 岁，系芷江县罗旧镇竹溪村 6 组人，于 2005 年 10 月 4 日因腹痛到镇卫生院检查诊断为急性阑尾炎，经治疗无效，动员手术治疗，患者因经济原因，于 12 月 5 日来本处求治，服用本方 1 剂后腹部疼痛大减，4 剂后腹痛消失，其病痊愈，至今未复发。

4、体会

对于急性单纯性阑尾炎，可用非手术治疗，如侗药皂角刺，性味辛、咸、温，有小毒，具有搜风散瘀、拔毒、消肿、破坚之功效，加之与大米联用，其效果俱加，若患者出现腹膜刺激现象，大便出现带有白色油衣状，常提示阑尾炎已发展至化脓或穿孔程度，此时应考虑手术治疗，不得贻误患者病情。

浅 谈 眩 晕 治 法

成国章
（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

眩晕症是指头昏眼花，感到周围的景物旋转不定，不能站立，严重者甚至跌倒，在发病过程中，多伴有恶心呕吐、耳鸣出汗等症状。

本病发病比较缠绵，多因气血虚，肝气郁结和痰湿引起，有无虚不作眩和无痰不作眩的讲法。

本病主要是肝气郁结，化火伤阴，引起肝阴不足，肝阳上亢，扰乱清空而发生眩晕。

气血虚的眩晕，其主要有：眩晕、心悸、体倦无力、懒言、皮肤头发不光泽，舌质淡，脉细弱，治宜补养气血而益心脾，以黄芪 15 克、党参 15 克、白术 15 克、茯苓 10 克、枣仁 10 在、当归 15 克、远志 10 克、木香 12 克、龙眼肉 12 克、路边青 12 克、甘草 8 克、生姜 3 片、大枣 3 枚。

本方以黄芪、党参、白术、路边青、甘草补脾益气，为君药，以茯苓、远志、龙眼肉为

臣药，当归养血补心安神，生姜、大枣、木香理气醒脾以益气。

痰湿中阻的眩晕，主要症状有胸闷恶心呕吐，体倦多痰、多重，舌苔白腻，脉濡滑，治宜化湿祛痰。方用：半夏 15 克、白术 15 克、茯苓 15 克、苍术 15 克、陈皮 10 克、钩藤 10 克、天麻 15 克、甘草 8 克、枳实 10 克、路边青 15 克。方中以半夏、陈皮、苍术燥湿化痰，和中止呕为君药。枳实行气助茯苓、白术建脾渗湿，甘草和中，天麻、钩藤、路边青定惊疏风。

肝阳上亢的眩晕，主要有面色潮红、急躁、易怒，晚间多梦，口苦耳鸣，劳动以后加剧（多发生在傍晚），苔少脉数有力。治宜平肝潜阳清火。方用：天麻 15 克、钩藤 15 克、珍珠丹 15 克、山栀 15 克、黄芩 15 克、牛夕 15 克、杜仲 15 克、益母草 15 克、寄考 12 克、夜交藤 15 克、防风 15 克、茯苓 15 克、菊花 15 克、柴胡 15 克。方中以天麻、钩藤、防风、菊花平肝息风，夜交藤、珍珠丹安脾、山栀、茯苓清热泻火，柴胡寄生疏理肝气，牛夕、杜仲、益母草走肾经理气活血而潜阳，茯苓疏通水道，而眩晕自愈。

金鸡草和鸡蛋治疗烧、烫伤经验介绍

杨学岩

（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

烧伤、烫伤轻者在肌肤，重者伤及经、络，火毒易于循经入里，轻者留疤痕、畸形，重者终身残废或死亡。余用师传金鸡草合鸡蛋局部用药治疗，其效于神，愈后没有疤痕和后遗症。

使用方法：先把金鸡草捣碎，放鸡蛋和均，备用（注：新鲜本地鸡蛋，不可用洋鸡蛋）。先用原茶叶煎水冲洗去脏物，然后把药涂上，干后再涂，一直到见轻后方可。1 小时 2 至 3 次，或一天涂 5 至 10 交，最后让其痂自落而愈，轻者七天左右而愈，1 月左右其肤如常，大面积而重者，十八天左右而愈，二月后其肤如常。

病案举例：1、杨某，62 岁，农民，1994 年 9 月，在家炒火药，不小心火药燃火，烧伤后前臂，吃药、涂药几天伤势转重，后求治于我，症见面红、舌红、脉数，剧烈疼痛，烦燥不安，局部红肿增大，给金鸡草和鸡蛋治疗，当天晚上痛去神安，治后十一天痂落而愈，35 天其肤如常。

例 2：蒲某，农民，男，37 岁，1998 年 9 月，其父亲生日，借别人高压锅煮猪脚，因没用过高压锅，从火上取下时即开盖，一锅的猪脚和汤全喷在其面和胸口上，其兄背到我家求治，即为其洗去油渍，涂上金鸡草和鸡蛋后，即觉舒适。知其火毒入内，开了内服中药三副。处方：栀子 10g，黄芩 10g，黄连 10g，路边姜 10g，银花 10g，连翘 10g，白杆连 15g，荆芥 10g，生地 12g，玄参 10g，薄荷 10g（后下），板兰根 20g，马鞭草 12g，鬼针草 15g。

体会：烧伤局部用药，能直接在局部起到作用，金鸡草性寒凉，味微苦，能去火毒，消炎消肿，止痛，鸡蛋含有蛋白质，两者相宜得彰，并迅速帮助修复局部组织，中药栀子、连翘、银花、白杆连、生地、玄参、板兰根滋阴清热解毒，清除火毒，荆芥、薄荷能解表，清散火毒，病从表出，马鞭草、鬼针草既能清热解毒，又能活血通络、散瘀，消肿，宜于恢复。

中草药治疗泌尿系感染 30 例疗效观察

杨志堂　杨佐寿
（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

泌尿系感染是临床的一种多发病、常见病。自 2003 年 5 月起，在门诊应用中草药治疗泌尿系感染，取得显著疗效，现将资料完整的 30 例初步分析如下：

1、一般资料

30 例中，男性 7 例、女性 23 例；年龄多数为 20-50 岁。急性患者 23 例，病程均在 15 日以内；慢性患者 7 例，病程均为 1-15 年不等。主要症状为腰痛或膀胱区胀痛、尿频、尿急、尿痛，少数有发热。体征有肾区叩痛或膀胱区压痛。尿常规检查均有白细胞等改变。

2、治疗方法

2.1 药物组成：扁蓄 15 克，车前草 15 克，土茯苓 10 克，黄柏 15 克，紫花地丁 15 克，蒲公英 30 克，滑石 15 克，白花蛇舌草 15 克，鸭跖草 15 克。发热加知母、石膏。

2.2 使用方法：每次开药五剂为一疗程，急性患者 1-3 个疗程，慢性患者 3-7 个疗程。每服完一个疗程来门诊复查。

3、疗效分析

3.1 疗效标准

临床治愈：治疗后症状、体征消失、尿常规正常，随访程未复发者。好转：治疗后症状、体征、尿常规均有显著好转，随访过程有反复者。

无效：治疗二个疗程以上，症状、体征及尿常规无改善者。

主要观察尿的改变以及症状和体征的改善，临床治愈后仍定期复查尿常规。急性病例随访至少一个月，慢性病例例 1-6 个月。

3.2 疗效：根据以上标准，治疗疗效如表 1

表 1：

疾病型别	病　例	痊　愈	好　转	无　效
急　性	17	15	2	0
慢　性	13	3	8	2

3.3 典型病例

杨某某，女，32 岁，农民。因畏寒、发热，右腰痛主尿痛 3 天，在其它医院治疗未见好转，于 2003 年 7 月 5 日就诊。

体检：体温 38.9℃，急性病容，心肺阴性、右肾区叩痛。白细胞计数 13500/立方米，中性 76%，淋巴 23%、单核 1%。尿常规：蛋白质（+），红细胞 0-3、白细胞（+）、脓球（+++）。诊断为急性肾盂肾炎。服药一个疗程，于七月二十日复诊时症状好转，体温 36.8℃，右肾区稍叩痛，尿常规：蛋白微量、红细胞 0-1，白细胞 0-2，脓球 0-1。继续服药一个疗程，一个月复查，症状、体征消失，尿常规正常。

4、小结

该药物组方对急性泌尿系感染的疗效均较慢性进为好。对慢性患者疗效不够理想，如何进一步提高疗效，有待于今后继续研究。

自拟“仙黄汤”治疗支气管炎

易佐雨

（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

处方：黄荆子 15g、马蹄香 5g、黄河滕 15g、当归 6g、仙人掌（鲜去刺）150g、哈蚧粉 3g（冲服）。

功效：止咳化痰，降气平喘。

主治：各种急、慢性气管炎、哮喘。

加减：痰黄干结、痰少、舌孔苔黄、脉弦数加腥草 10g、一串鱼 12g，痰白易咳、痰多、咳声重浊、舌苔白腻、脉滑加法夏 15g、茯苓 10g、干姜 10g、白前 10g。

煎法：将仙人掌切碎如泥装入杯中加蜂糖 30g，再将余药用温开水浸泡 1 小时后放入仙人掌杯隔水先用武火烧开，再文火煎 20 分钟后将仙人掌杯取出，倒出药液后不再放仙人掌杯煎一次，将二次煎液混合再浓缩至 120ml。

服用方法：早饭 1 小时后取药液 60g 与仙人膏同服，临睡时将药液冲蛤蚧粉服。

禁忌：服药期忌食生冷、酸、辣及油腻食物，不吸烟、不喝酒、不同房。

说明：本方系家传灵验方之一，用本方视病证加减，对症下药，效果很好。本人多年来应用本法治疗各种急慢性气管炎、哮喘屡见成效，总有效率在 80%以上。

方义：方中黄荆子，味辛苦性温，蛤蚧味咸性平，仙人掌味苦性寒入肺经能祛风、除病行气、定喘止咳，补肺益肾为主，佐以马蹄香、黄河藤、当归等共同协作治愈。

治咽喉恶瘤一例的体会

杨筌杰
（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

李某，女，63 岁，芷江县土桥乡人。

于 1995 年 3 月喉部一肿块恶化，时时有血状脓血流出。曾到乡村县医院治疗无效。最后到怀化市一医院肿瘤科切片，诊断为恶性肿瘤，主治医生建议去长沙开刀切除。因患者考虑到经济困难，不愿去长沙医治，于六月份求助于我。我根据患者的病情采用“软坚散结，以毒攻毒，标本兼治，以达到攻癌而不伤正气，扶正而祛邪”的治疗原则，一个月见效，五个月基本治愈。十多年来除偶尔出现患部有出血现象外，无其他不良反应，平时还能做一些家务活。

方用：全虫、蜈蚣、斑猫、巴豆、砒石、蟾酥、蒲公英、甘草、人参等 15 味药物组成。

体会：肿瘤来自于气结痰瘀，情志不畅等。每个人都面临肿瘤威胁，只因身体素质的不同，免疫力低下，正气不足，阴阳失调而形成肿瘤。

我们医治肿瘤的原则：首先必须提高患者的自身免疫力，同时，提高患者要有战胜病魔的信心和勇气，这是关键所在。

《本草纲目》记载，全虫、蜈蚣甘辛有毒入肝经，为治类风湿要药。现代医学检测有抗肿瘤的功能；蟾酥有毒、有止血，治一切毒肿；砒石、苦酸有大毒，去腐生新，枯痔杀虫，

可使人致命。

方中蒲公英、甘草无毒甘平，清热解毒，甘草能综合药性，缓解药物的毒性，人参微寒，无毒，补五脏、安神，定魂魄，除邪气，是大补元气之要药。

方中全虫、斑猫、砒石、蟾酥等药，能杀死癌细胞又能去腐生新，蒲公英清热解毒、健胃。甘草缓解毒性，人参补中益气，增强体质，提高免疫力，最终战胜癌魔而康复。

拟智仁五味汤外敷治遗尿 66 例观察

麻文兴　麻文智

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰　416200）

遗尿是指 5 周岁以下的小儿在睡眠中小便自遗，醒后方知的一种病证。本病在成人中偶有几个，其发病在性别无关。本人自 2001 年至今应有智仁五味汤外敷脐治疗遗尿症 66 例，取得疗效较满意，将介绍如下：

1、一般资料

66 例中 5-8 岁 42 例，9-15 岁 10 例，16-20 岁 8 例，20 岁以上 6 例。病程长短不定，短者 2 个月，长者 30 余年，病情轻重各异，较多数患者夜尿床 1-2 次，个别患者急夜 3-6 次之多。患者大多呈面色少华，四肢久温，舌质淡，寸口脉沉迟之阳虚气弱之象。

2、治疗方法

药物组成：益智仁 3 份，五味子 3 份，肉桂 3 份，鸡内金 2 份。上药烘干过 80 目筛装瓶备用，注意密封及防潮。治疗前先以热水洗净肚脐，用饴糖调药末为糊状，务使裹成拇指大一堆。置放于 7X7 厘米纱布敷料正中，敷肚脐上，以拇指轻轻按压，使药糊填进脐内，外用胶布或伤温膏固定即可。如对胶布过敏者，可改用绷带包裹，不要过紧或过松。调制药糊时特不可过干，过于药物不易吸收，也不可过稀，稀则往下流影响疗效。每日换药一次，换药务必洗净残药，以防药膜残留而影响新药吸收。7 天为一疗程，同时生活指导，鼓励患者白天尽量憋尿，延长排尿时间，促进膀胱最大限度膨胀，增生膀胱储尿量；注意患者白天过度疲倦和兴奋，坚持每日午睡 2 小时，防止夜眠深睡至而胀尿时不易醒觉，减少晚上饮水，养成睡前先排尿的良好习惯，稍有好转，及时鼓励及表扬患者要树立战胜疾病的信心。

3、治疗结果

3.1 院疗效标准：经 1-2 个疗程治疗后遗尿终止者为痊愈；遗尿次数减少，睡眠中能叫醒排尿者为好转；遗尿无变化者为无效。

3.2 结果：经治 66 例中痊愈 49 例，治愈率为 74%，好转 14 例，好转率为 21%，无效 3 例，无效率为 4%，总有效率为 95%。

4、体会

遗尿原因多为先天禀赋不足及后天失调以至肾阳不足，下无虚冷令膀胱虚冷，不能制约水道所致。方中益智仁功擅暖肾助阳，固精缩尿之效尤著；五味子收温固精敛汗止咳之功医者皆知。余思汁尿同源而异途，其能敛汗，焉不能缩尿乎？故配入该方中果具固温之功，可能性谓发前人来阐之奥旨。肾之水司二便，肺为水之上源，肺肾金水相生，为母子关系，倘肺气壅滞于上则影响肾气方虚于下，佐以鸡内金健脾排石，兼缩尿之功，选用饴糖为赋形剂者，盖饴糖不仅价廉易得，主要其味甘性温，功能健脾胃，补中气，散虚寒又可温调肌肤，可负其他赋形剂有过敏伤肤之弊，有良好的辅助作用。无效者，3 例为包皮过长，1 例为尿道狭窄，1 例为脑发良不全，另 1 例为前列腺肥大。余疗效显著，值得推广。

中西医结合治疗冠心病心绞痛的临床疗效观察

方孝俊　李美清　黄　丽
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施　445000）

笔者自 2003 年 5 月-2006 年 5 月，采用中西医结合（辨舌分析）治疗冠心病心绞痛 50 例，并与纯西药治疗组作对照观察，取得较好的临床疗效，现报道如下：

1、临床资料

根据 1980 年 WHO 通过的《缺血性心脏病的命名与诊断标准》，并结合 1979 年全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会修订的诊断参考标准（元柏民主编、心血管病诊断标准.北京：学苑出版社，1991：129-138）选择 100 例住院患者，采用双盲法随机分成两组。治疗组 50 例，男 33 例，女 17 例；年龄 45-75 岁，平均（60.9±10.3）岁。心绞痛类型：劳力型心绞痛 40 例，自发型心绞痛 9 例，变异型心绞痛 1 例。其中合并高血压 41 例，脑梗寒 6 例，并发心律失常 23 例，心力衰竭 12 例，高脂血症 22 例，陈旧性心肌梗塞 8 例。对照组 50 例，男 38 例，女 12 例；年龄 45-78 岁，平均（61.5±10.0）岁；心绞痛类型：劳力型心绞痛 39 例，自发型心绞痛 10 例，变异型心绞痛 1 例，其中合并高血压 40 例，脑梗塞 7 例，并发心律失常 24 例，心力衰竭 10 例，高脂血症 18 例，陈旧性心肌梗塞 5 例。治疗组黄腻苔 30 例，白腻苔 12 例，薄白苔 8 例；对照组黄腻苔 34 例，白腻苔 11 例，薄白苔 5 例。两组病程均为 1 个月-28 年，平均（5.83±4.69）年，两组 资料无显著性差异，具有可比性。

2、治疗方法

两组均口服长效消心痛 20mg，每日 2 次；肠溶阿期匹林 75mg，每日 1 次；静脉滴注含镁极化液（10%葡萄糖注射液 250ml，普通胰岛素 4^{U}，10%氯化钾 5ml，门冬氨酸钾镁 10ml），每日 1 次，14 日为 1 个疗程。治疗组同时参考舌象辨证施治。舌质紫暗苔薄白为心阳气虚，气血瘀阻，治宜益气活血，宣痹通阳。方用：黄芪 30g，党参 20g，丹参 20g，赤芍 15g，川芎 15g，红花 10g，郁金 15g，元胡 20g，瓜蒌壳 15g，薤白 15g，桂枝 10g 等，若见舌质红苔黄腻湿郁化热之象，临床上心绞痛常反复发作，西医治疗主要靠增加硝酸甘油用量，中医辨舌治疗应益气活血，清热涤痰，在用上方基础上加半夏、黄连、陈皮、茯苓、竹茹等；若见苔白滑、白腻者，多为气虚血瘀夹痰夹湿，治宜在益气活血基础上加参苓白术散以化痰浊；阴阳离绝的重症，急宜回阳救逆，用人参、附子、肉桂、干姜、黄芪、炙甘草、生龙骨、生牡蛎等药回阳固脱，同时结合西医采取紧急抢救措施。

两组患者均治疗 1 至 2 个疗程进行疗效判定。

3、结果

3.1 疗效判定标准：根据 1979 年全国中西医结合治疗冠心病、心绞痛及心律失常座谈会的心绞痛和心电图疗效标准判定疗效。

3.2 治疗结果：治疗组（心绞痛症状疗效）显效 32 例，有效 15 例，无效 3 例，对照组分别为 15 例、15 例及 10 例，治疗组与对照组总有效率分别为 94%、60%。两组比较，经 X^2 检验，有显著性差异（P＜0.01）。

4、讨论

冠心病心绞痛是中老年人常见的一种心血管疾病，是由于冠状动脉粥样硬化或者冠脉痉挛，导致冠状动脉供血不足，心肌急剧暂时缺血缺氧所引起的综合症。此病属中医的“胸痹”、

“心痛”、“真心痛”范畴。其病位在心，与心、肝、脾、肾诸脏得盛衰有关，中医学认为本病为本虚标实证，本 虚以阳气虚为主，标实以痰浊瘀血多见，阳虚则气化不利痰浊内生，血脉不通故而作痛，故舌质紫暗、苔白腻或黄腻在反复发作心绞痛患者中多见。笔者采用“急则治其标、缓则治其本”的原则。现代医学主张采用抗心绞痛、抗凝、稳定斑块等治疗，但因西药毒副作用大，禁忌症多，又易产生耐药性，从而限制了这些药物在临床上的长期有效应用。目前中医药在增强疗效、改善症状、避免不良反应方面显示出了独特的优势。我们在西医治疗基础上加以中医辨证施治，益气活血，化瘀通络，宣痹通阳。方中用黄芪、党参补益元气，丹参、川芎、赤芍、红花、郁金、元胡活血化瘀、通络止痛，瓜蒌壳、薤白、桂枝宣痹通阳，以改善心肌缺血，缓解心绞痛症状。从本组临床资料分析，治疗组对各型心绞痛总有效率明显优于对照组，说明中西医结合治疗冠心病心绞痛疗效确切，有很大实用价值，值得临床借鉴和进一步控索。

参考文献：

[1] 叶任高，陆再英.内科学[M].第 6 版.北京：人民卫生出版社，2004；272~283

[2] 国际心脏病学会及世界卫生组织命名标准化联合专题组.缺血性心脏病的命名及诊断标准[J].中华心血管病杂志 1981，9（1）：75

九一升白口服液治疗干扰素致外周血白细胞减少

朱琼香　严梅英　李小丹

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施　445000）

摘　要 目的：观察我院研制的九一升白口服液治疗干扰素导致的外周血白细胞减少。方法：治疗组使用一般升白细胞药物利血生 20mg/次，3 次/d；鲨肝醇 200mg/次，3 次/d；维生素 B4，20mg/次，3 次/d ；同时加用九一升白口服液 10mg/次，3 次/d；对照组只用一般升白细胞药物利血生 20mg/次，3 次/d；鲨肝醇 200mg/次，3 次/d；维生素 B4，20mg/次，3 次/d；均为 4 周一疗程。结果：治疗组的白细胞恢复情况，治疗前后有显著性差异（P＜0.01）；对照组的白细胞恢复情况，治疗前后无显著性差异（P＞0.05）。九一升白口服液治疗干扰素导致的白细胞减少效果明显。

关键词 九一升白口服液；白细胞减少；干扰素。

1、资料与方法

1.1 一般资料：全部病例为我院 2001 年 1 月-2005 年 1 月住院患者，均为使用干扰素抗肝炎病毒治疗时导致的白细胞减少。共 390 例，男 210 例，女 180 例，年龄 17-58 岁，平均年龄 36 岁。按入院先后分为治疗组和对照组。治疗组 200 例，男 110 例，女 90 例；对照组 190 例，男 100 例，女 90 例，两组病例在性别、年龄等方面比较差异均无显著性。不包括因白细胞减少后放弃干扰素治疗的病例。使用干扰素前所查白细胞数在 4.2-8.9×10^9/L 之间。使用干扰素后白细胞在 1.2-3.8×10^9/L 之间。

1.2 治疗方法：两组病例均采用常规升白细胞药：鲨肝醇（江苏宜兴鹏鹤药业有限公司生产），每次服200mg/次，3次/d；维生素B4（苏州第一制药厂生产），每次服20mg/次，3次/d；利血生（江苏镇江吉贝药业有限公司生产）每次服20mg/次，3次/d;；连服4周为一个疗程。治疗组同时服用九一升白口服液（本院研制，恩施州科技局立项为2003年指导性计划科研课题），10mg/次，3次/d；连服4周为一个疗程。

1.3 观察项目：用药前及观察期间，每周检查白细胞（WBC）计数和分类、血小板（PLT）和血红蛋白测定（Hb）1次，同时查肝功能、肾功能。

1.4 统计学处理：两组指标测定的数据用X+S表示，组间差异比较用t检验。

2、结果

两组病例治疗后于第一周开始观察，治疗组较对照组外周白细胞回升快，连续用药4周后，白细胞恢复到基本正常水平。见表

两组病例治疗前和4周后血常规变化情况(X+S,n=390)

组别	Hb(g/L)		WBC($\times10^9$/L)		PLT($\times10^9$/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组 n=200	72.3±18.7	96.7±19.7*	1.2±0.5	8.1±2.6**	59.8±20.6	93.0±27.8**
对照组 n=190	76.9±18.7	83.3±11.2***	1.5±0.6	3.5±1.2***	67.1±18.6	86.9±15.5*

注:与治疗前比较*P＜0.05,**P＜0.01,***P＞0.05

3、讨论

本文采用一般升白细胞药物治疗干扰素导致的白细胞减少,其对照组血细胞计数的恢复治疗前与治疗后无显著性差异(P＞0.05),而治疗组加用九一升白口服液后,治疗前与治疗后有显著性差异(P＜0.01)。抗肝炎病毒治疗常使用干扰素，干扰素对造血系统的副作用：出现骨髓抑制，红细胞、白细胞及血小板减少，贫血等。

九一升白口服液是由恩施自治州中心医院研制的纯中草药制剂，由地道药材七叶参、山里红及洋参、刺五加、大枣等中药组成，属中药制剂。临床证实[1][2]具有健脾、养血安神、清热生津，参升高白细胞、血小板，增强机体免疫力作用。

七叶参的主要成份[3][4]含甾醇、绞股兰皂甙、人参皂甙，具有增强体力及抗疲劳、调节免疫、保肝、促使细胞发挥自我治愈的能力，治疗白细胞及血小板减少；山里红主要成份含有多种黄酮类、有机酸、胡萝卜素及微量元素，以健胃消食、行气散瘀；洋参益肺阴、清虚火、生津止渴；刺五加益气健脾、补肾安神；大枣补脾和胃、益气养心、健脾生血。九一升白口服液可以刺激骨髓造血系统，保护造血干细胞，提升以粒系为主的中性白细胞。临床观察表明，九一升百口服液可明显升高因使用干扰素导致的白细胞减少。

参考文献：

[1] 吴献华.九一升百口服液结合化疗治疗恶性肿瘤疗效观察［J］.湖北民族学院学报,2002(3):19~23

[2] 张元南.血液病诊断及疗效标准［M］.天津:天津科学技术出版社,1991.190~193

[3] 梅金喜,毕焕新.现代中药药理手册［M］.北京:中国中医学出版社,1998.239

[4] 马清坪,王淑玲.常用中药现代研究与临床［M］.天津:天津科技翻译出版公司,1995.54

神奇的敷脐疗法

欧 琬
（会同县交警大队欧琬诊所，湖南会同 418300）

肚脐名神阙，其带为胚胎儿吸收营养之传输带，它内连五脏六腑，外通四肢百脉，是人体重要部位，命蒂之所在，显得至关重要，故重视保护它，因为它的重要和通达处所，人们发现通过它的外敷疗法取得理想而无可替代之作用，现介绍如下：

脐湿：用冰片、枯矾、烂加轻粉，出血加黄连、金毛狗毛茸。

脐凸：用枯矾、血余炭。

腹泻：用细叶铜钱草、蜀羊泉、三叶凤尾蕨，均用鲜品抖烂。

腹痛腹胀：用丁香、青木鱼、不大便加巴豆一枚。

以上数种都研末隔布干敷，用消毒绷带固定，笔者经几十年临床施用 1-3 次即可痊愈，具有简单、方便、价廉、效显且又安全等特点。

金芪胶囊治疗慢性乙型肝炎 68 例

宋秀丽 李小丹 刘川鄂
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

自 2004 年 1 月~2005 年 1 月，我们采用金芪胶囊治疗慢性乙型肝炎 68 例，取得一定治疗效果。现报告如下。

1、资料与方法

1.1 病例选择 68 例患者均为我院住院的慢性乙肝中度或重度病人，其临床诊断均符合 2000 年西安会议制定的病毒性肝炎诊断标准[1]。患者年龄在 21~56 岁，平均 41 岁，男性 42 例，女性 26 例，其中慢性中度 40 例，慢性重度 28 例。随机分成治疗组 38 例，男 25 例，女 13 例，慢性中度 20 例，慢性重度 18 例；对照组 30 例，男 17 例，女 13 例，慢性中度 20 例，慢性重度 18 例；对照组 30 例，男 17 例，女 13 例，慢性中度 20 例，慢性重度 10 例，两组在性别、年龄、病程上均无显著性差异，具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均给予护肝（甘利欣、门冬氨酸钾镁、阿托莫兰等）及调节免疫（小牛胸腺肽）治疗。治疗组在此基础上加金芪胶囊口服（4 粒/次，一日三次）。该药由黄芪、党参、郁金、金钱草、茵陈、丹参、白术等组成，为我院中药制剂室生产。两组疗程均为 2 个月。

1.3 观察指标 治疗前后临床症状（乏力、恶心、纳差、上腹饱胀不适），肝功能指标

（ALT、AST、TBIL、ALB）和 B 超肝、胆、脾情况（肝内光点增粗增强，胆囊壁毛糙或稍毛糙，脾厚以＞4.0cm 为增厚）。

1.4 疗效标准　显效：临床症状明显改善，肝功能恢复正常，B 超检查肝、胆、脾正常；有效：临床症状缓解，肝功能好转和 B 超肝、胆、脾检查有一项以上好转；无效：临床症状、肝功能、B 超均无变化。

2、结果

2.1 两组患者治疗前后临床症状变化情况，见表 1

表 1　两组治疗前后临床症状变化比较

组　别		乏　力	恶　心	纳　差	上腹饱胀不适
治疗组	治疗前	36	30	33	28
	治疗后	2*	0*	1**	2**
对照组	治疗前	30	25	26	23
	治疗后	3	0	6	18

与对照组治疗后比较*P＞0.05，**P＜0.01

2.2 两组患者治疗效果比较，见表 2

表 2　治疗效果比较

组别	显效	有效	无效	总有效率（%）
治疗组（n=38）	18	15	5	86.84
对照组 n=30	10	8	12	60

与对照组比较*P＜0.05

2.3 两组治疗前后肝功能指标比较，见表 3

表 3　两组治疗前后肝功能指标比较（X±S）

组　别		ALT(u/L)	AST(u/L)	TBIL(μmol/L)	ALB(g/L)
治疗组	治疗前	276.6±2.4	115.2±6.2	80.5±22.8	32.6±4.3
(n=38)	治疗后	35.4±6.6*△	35.5±1.7*△	18.9±4.9*△	35.4±5.6*△
对照组	治疗前	259.8±22.5	109.7±9.8	78.9±18.7	32.4±3.5
(n=30)	治疗后	60.6±19.8	64.1±23.4	36.2±9.8	33.1±4.6

与治疗前比较*P＜0.01 与对照组治疗后比较△P＜0.05

2.4 两组治疗前后 B 超肝、胆、脾情况比较，见表 4

表 4　两组治疗前后 B 超情况比较

组　别		肝（肝内光点增粗增强）	胆（胆囊壁毛糙或稍毛糙）	脾厚（＞4.0cm）
治疗组	治疗前	38	32	28
（n=38）	治疗后	25*	8**	15**
对照组	治疗前	30	25	24
n=30	治疗后	26	22	20

与对照组治疗后比较*P＜0.05，**P＜0.01

2.5 不良反应　经金芪胶囊治疗 2 月未发生任何不良反应。

3、讨论

慢乙肝中、重度患者，属祖国医学“黄疸”范畴，因病情迁延日久，耗伤正气，损及肝肾，终成“湿热余邪未尽，肝郁脾肾气血瘀”之状[2]，健脾益气活血，清利湿热并举为治疗之要。金芪胶囊中，黄芪、党参、白术有健脾益气之功，茵陈、金钱草有清热利湿之能，辅以丹参、郁金活血解郁，诸药合用，相得益彰，共奏益气健脾，活血解郁，清利湿热之效。

现代医学研究表明：黄芪可使骨髓、脾及胸腺等组织的洒巴细胞成熟，提高免疫能力，同时有诱生干扰素的作用[3]，白术是有抑制丙二醛生成、抗脂质过氧化物的形成，达到解毒和保护肝细胞的作用[4]，茵呈、金钱草能增加胆汁中固物体、胆酸和胆红素的排出[5]，同时能促进脾脏的回缩[6]。郁金能促进肝细胞再生，促使白蛋白的合成。丹参能改善肝脏微循环，抗纤维化，回缩脾脏[6][7]。临床观察表明，金芪胶囊具有调节免疫功能，改善肝脏微循环，促进肝细胞再生，抑制乙肝病毒复制的功能。用于治疗慢乙肝，确有疗效。

参考文献

[1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会.病毒性肝炎的诊断标准.中西医结合肝病杂志,2001,11(1):56~60

[2] 李小丹.益气活血.健脾补肾法治疗慢性乙肝 53 例.中西医结合肝病杂志 1999.4

[3] 何炳福.黄芪注射液对 44 例慢性乙肝患者的球蛋白的影响.中西医结合肝病杂志 1993.3

[4] 夏瑾瑜.李泽望.中草药保肝作用机理研究概况.中西结合肝病杂志,1994.4

[5] 成都中医学院.中药学

[6] 王浴生.中药药理与应用.第二版.北京:人民卫生出版社.1998.12、86、762、611、1120、190、788、1083

[7] 杨文、石西运.消肠汤治疗肝硬化腹水 30 例.中西医结合肝病杂志,2002.12(3):161

药酒致儿童肝硬化一例

宋秀丽　刘川鄂　田凤霞

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

1、病例介绍

患儿，男，8 岁，因全身浮肿、腹肿伴纳差、乏力 9 天于 2003 年 3 月 1 日入院。9 天前无明显诱因出现全身浮肿、腹胀，呈进行性加重，精神、饮食差、感觉乏力、恶心呕吐、厌油、无发热、咳嗽、腹痛、腹泻等。入院前因“右腹股沟斜疝”在家服用生草药（药名不详）自行泡制的药酒，长达一月余，每日 2-4 两，入院后停服，体检：T36.3℃、R24 次/分，P118 次/分，BP96/60mmHg，神清，双眼睑轻度浮肿，皮肤、巩膜无明显黄染，未见蜘蛛痣，心肺（一），腹膨隆，无压痛，肝、腹肋下未及满意，移动性浊音（+），双下肢轻度凹陷性水肿。门诊查肝功能 ALT402.4U/L，AST916.07/L，TP53.4g/L,ALB32.5g/L。入院三天后查肛功能 ALT400.0U/L,AST682.0U/L,Tbil68.2umol/L,Dbil23.0umol/L,TP53.2g/L.ALB22.1g/L, ALP301.0U/L,GGT42.0U/L;PT20.9 秒， APTT39.9 秒；肾功能正常，血 WBC11.02×10g/L,N49.7%,PLT75×10g/L;腹水为漏出性改变；查甲、乙、丙、丁、戊、庚型肝炎病毒抗体均（一），彩色多普勒示：肝体积增大，包膜尚光滑，内部回声稍密集，分布欠均匀，肝内血管网络欠清，门脉 0.9cm,肝内外胆管无扩张，脾厚 2.4cm，脾 V 未见扩张，下腹见 6.8cm 液性暗区，左侧胸腔见 3.5cm 液性暗区，心肾未见异常。最后确诊为药物、酒精性肝硬化，给予护肝、降黄、降酶、解毒、支持及对症等综合治疗，症状好转出院。

2、讨论

小儿的肝脏有大量血管，血液供应十分丰富，肝细胞再生能力强，故肝损害时肝纤维化和肝硬化较少，但小儿的肝细胞和肝小叶分化不全，肝内结缔组织发育较差，对药物和毒素的解毒能力较弱，而该患儿因饮药酒致肝硬化，其原因除乙醇致肝损害外，可能还有药物毒素加重肝损害，从而致肝硬化，因生草药药名不详，可能有作用相反的药物，而且用酒精浸泡后可能使部分有毒物质毒性增加。

柴胡舒肝散加减治疗消化性溃疡 50 例疗效观察

瞿　兵　李　莲

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

消化性溃疡指胃肠道粘膜在某种情况下被胃消化液所消化而造成的溃疡，可发生于食管、胃及十二指肠，也可发生于胃—空肠吻合口附近，以及含有胃粘膜的 Meckel 憩室内。因为胃和十二指肠溃疡较为多见，故一般的消化性溃疡即指以上二者。现已证明，三联疗法对消化性溃疡患者促进溃疡愈合及根除幽门螺杆菌疗效肯定。但临床观察，溃疡愈合后，症状改善个体差异较大，西药治疗效果不佳。为此，我们总结多年临床实践经验，探讨中医特色治疗，故进行此次研究。

1　临床资料

1.1 一般资料

本组 100 例病人均为本院 2000 年 1 月至 2002 年 12 月消化内科门诊及住院病人，均有程度不同的上腹痛、嗳气、呕逆、口苦、返酸以及焦虑等症，均经电子胃镜证实为消化性溃疡活动期，诊断标准参照《消化内镜学》[1]。愈合期，瘢痕期病人未列入观察，有并发症或同时患其他严重疾病者也未列入本组观察，100 例病人随机分为治疗组和对照组，治疗组 50 例，其中男 38 例，女 12 例，年龄 25-45 岁，平均年龄 37 岁，十二指肠溃疡 37 例，胃溃疡 13 例，病程半年至 5 年。根据《中国病症诊断疗效标准》[2]，辨为肝气犯胃型。对照组 50 例，其中男 36 例，女 14 例，年龄 22-47 岁，平均年龄 35 岁，病程半年至 4 年，十二指肠溃疡 36 例，胃溃物 14 例。两组病例结构差异无显著性（P＞0.05）。

1.2 治疗方法

治疗组：柴胡疏肝散由柴胡、芍药、川芎、香附、陈皮、枳壳、甘草组成。痛甚加当归、郁金、乌药以增强其理气活血之功，肝郁化火可酌加山栀、川楝以清热泻火。日一剂，每次 100ml，日三次服。

对照组，予标准三联疗法，质子泵抑制剂（奥美拉唑）20mg/日，口服，日 2 次，共 4-6 周，阿莫西林 1.0 口服，日二次，共 2 周，奥硝唑 0.5，口服，日二次，共 2 周。疗程结果后立即进行胃镜检查，观察溃疡是否愈合。

2　疗程观察及结果

2.1 疗效标准

胃镜下溃疡已完全修复，为再生上皮覆盖，以达到 Sakito-miwa 分类中 S1 或 S2 期为准。S1 期及红色瘢痕期，其特征为溃疡面消失，粘膜缺损已完全被红色的再生上皮覆盖；S2 期为白色瘢痕期，此时再生上皮红色变成白色。凡溃物缩小或部分愈合则为未愈合。

2.2 治疗结果

2.2.1 两组消化性溃疡治疗后愈合率比较

分　组	N	胃溃疡	十二指肠溃疡	愈合率
治疗组	50	100%（13/13）	89%（33/37）	92%（46/50）
对照组	50	92.88%（13/14）	88%（32/36）	90%（45/50）

注：治疗组与对照组比较 P ＞0.05。

2.2.2 药物副作用

治疗组自开始治疗一周时疼痛，返酸、嗳气等症状消失、较对照组略迟 2-3 天，但一周以后治疗组病情稳定恢复，而对照组有 12 例（24%）出现恶心、呕吐、食欲下降、上腹胀等副作用。

3、讨论

消化性溃疡病是临床常见多发病，其病因不是很清楚。近年来多认为幽门螺杆菌感染引起的炎症和胃酸分泌异常，可能为发生溃疡病的主要原因。小部分溃疡是由非甾消炎药所致。而攻击因子和防御因子失衡是溃疡发生的机制。现代医学治疗包括减低胃酸和杀来幽门螺杆菌。拟定以铋制剂或质泵制剂为基础的三联疗法。经临床验证疗效肯定，四周消化性溃疡愈合率和 HP 根除率均在 90%以上。但这种短程治疗年复发率高达 50-80%，长期治疗可降低复发率，但给病人带来一定的经济负担。我们结合本地实际情况根据中医辨证施治，由柴胡疏肝散加减治疗消化性溃疡，疗效满意。四周消化溃疡愈合率在 90%以上，方中以柴胡、芍药、川芎、香附疏肝解郁，陈皮、枳壳、甘草理气和中，共奏理气止痛之功。具有价格低廉，无毒副作用等优点，适合广大农村患者服用，随诊 4 年，治疗停止后一年均无复发。

参考文献：

[1] 李益农，陆星华．消化内镜学．北京，科学出版社，2004

[2] 国家中药管理局．中医病症诊断疗效标准［M］．南京，南京大学出版社，1994.6

中药荡涤汤加食醋保留灌肠治疗重症肝炎疗效观察

陈继红　姚云洁

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

重症肝炎是肝炎临床分型中症状最重，并发症最多，预后最差，死亡率最高的一种，近十年来，我科在沿用西医常规治疗方法的基础上，另辟蹊径，运用“荡涤汤”联同食醋对重症肝炎病人进行保留灌汤，对其并发症的改善及预后取得了显著疗效。

1、临床资料

1994-2004 年 3 月我科收治的 64 例住院病人，诊断标准均采用 2000 年 9 月中华肝病学会西安会议修订的关于重症肝炎的诊断标准，全部病例均有显著乏力、腹胀、恶心、呕吐、大便不通等症状，均无神经精神症状，发热、肾功能衰竭及出血现象，随机分为二组，治疗组 34 人，对照组 30 人，实验室检查结果无显著差异。

治疗组及对照组监测指标对照表

	TBIL(umol/L)	NH_3(mmol/L)	ALB(g/L)	PT(秒)
治疗组	213.5±41.2	99.4±21.7	27.5±1.9	20.9±3.6
对照组	216.6±40.2	96.8±24.5	27.3±1.0	21.7±3.3
P	＜0.01	＜0.01	＜0.01	＜0.01

2、治疗方法

2.1 基础治疗：均采用护肝（UitC，肌苷），促肝细胞再生（肝细胞生长素）、降黄（苦参碱、丹参）、调节免疫（胸腺肽）、支持（间断输鲜血及白蛋白）治疗。

2.2 对照组 30 人仅采用以上治疗，治疗组 34 人在此基础上加用荡涤汤（败酱、黄连、大黄、红藤、公英、赤芍、茵陈）+食醋 20ml 保留灌肠，一日一次，疗程 21 天。

3、疗效观察

3.1 疗效标准 显效：恶心、呕吐、大便不通改善，腹胀明显减轻，TBIL 每周下降 34.2umol/L 以上，PT 缩短 3 秒，NH_3 一周内恢复正常；有效：恶心、呕吐、腹胀稍有缓解，TBIL 每周下降 17.1umol/L，PT 每周缩短 2 秒，NH_3 二周内正常；无效：恶心、呕吐、腹胀无缓解，TBIL 不下降且上升，PT 继续延长，NH_3 不降反上升。

3.2 结果 两组结果见附表。

治疗组及对照组疗效观察表

	显效（%）	有效（%）	无效（%）
治疗组	20(58.8)	8(23.5)	6(17.6)
对照组	11(36.6)	5(16.6)	14(46.6)
P	＜0.01	＜0.01	＜0.01

4、讨论

血氨的升高主要是由于生成过多和代谢清除过少，重症肝炎患者，肠道细菌生长活跃，使肠道产氨增多，肠道的氨未经肝解毒而直接进入体循环，使血氨升高，“荡涤汤”中的主要成分大黄具有荡涤肠胃、推陈致新、清泄湿热的作用，减少大便在肠道停留的时间，从而达到减少氨的产生的目的。同时，现代医学研究证明大黄具有广谱抗菌、抗病毒的作用，配合食醋酸化肠道环境抑制细菌生长，相互协同，疗效更佳。另外，“荡涤汤”中的赤芍具有活血、祛瘀的作用，现代医学研究发现其能减少红细胞聚集，改善肝脏微循环，茵陈中含有多种利胆成分，对黄疸的消退，凝血酶原时间的缩短均有明显疗效，同时大黄、赤芍、公黄均具有促进肝细胞再生的作用，诸药合用，疗效确切。该方法操作简单，价格抵廉，无副作用，可广泛应用于临床。

祛风消痰汤治疗原发性高血压病临床观察

李　莲　李美清　邓红玲

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

摘　要 目的：观察自拟祛风消痰汤配合西药卡托普利治疗原发性高血压病风痰上扰型的临床疗效。方法：治疗组 38 例服用自拟祛风消痰汤和卡托普利片，阿司匹林片；对照组 27 例单纯服用卡托普利片和阿司匹林片。观察两组治疗前后症状、疗效变化以及不良反应。疗程均为 4 周。结果：治疗组症状改善率及总有效率均明显优于对照组（P＜0.05）。且无不良反应。结论：祛风消痰汤治疗原发性高血压病不仅能改善临床症状，同时，安全有效。

关键词 祛风消痰汤　原发性高血压　中医药疗法

原发性高血压病是临床常见的心血管疾病。笔者近几年来，在西医常规治疗的基础上加用自拟祛风消痰汤治疗原发性高血压病 38 例，效果较好。现将结果报道如下。

1、临床资料

1.1 一般资料

本组病例共 65 例，均为我院门及住院病人，按就诊先后顺序随机分为治疗组和对照组。

治疗组 38 例，男 26 例，女 12 例；年龄 38~68 岁，平均（49.4±6.5）岁；高血压病程 2 个月~18 年，平均（6.8±1.1）年；1 级高血压 9 例，2 级高血压 23 例，3 级高血压 6 例。对照组 27 例，男 19 例，女 8 例；年龄 31~69 岁，平均（48.9±6.6）岁；高血压病程 1.5 个月~17 年，平均（6.9±1.2）年；1 级高血压 7 例，2 级高血压 15 例，3 级高血压 5 例。治疗组和对照组在年龄、性别、病程、病情程度的分布上基本平衡，经统计学处理，差异无显著性意义（P＞0.05），具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准：根据 1999 年 WHO 国际高血压联盟制定的高血压诊断标准和 1999 年中国高血压联盟颁发的《中国高血压防止指南》诊断标准。1 级高血压（轻度）：收缩压 140~159mmHg，舒张压 90~99mmHg；2 级高血压（中度）：收缩压 160~179mmHg，舒张压 100~109mmHg；3 级高血压（重度）：收缩压≥180mmHg，舒张压≥110mmHg。

中医辨证诊断标准：参照卫生部 1993 年颁布的《中药新药临床研究指导原则》中有关高血压病风痰上扰证型的诊断标准来制定。风痰上扰证：眩晕、胸闷、头痛、不寐等。舌象：舌红、苔黄腻。脉象：脉弦滑。

排除病例标准：（1）继发性高血压；（2）过敏体质及对本药过敏者；（3）合并严重的冠心病、脑血管疾病、严重的肝肾功能障碍；（4）造血系统疾病；（5）精神病患者等。

2、治疗方法

对照组按照原发性高血压病的常规处理，包括饮食、运动、控制烟酒、控制体重、血压监测、宣传教育、调整情绪等，口服降压药，卡托普利片 25mg，每日 3 次，肠溶阿司匹林片 100mg，每日 1 次口服。治疗组在上述治疗的基础上，同时给予中药制剂自拟祛风消痰汤治疗，药用天麻 10g，钩藤 15g，石决明 30g，半夏 12g，白术 15g，陈皮 10g，茯苓 15g，僵蚕 15g，牛膝 20g，葛根 30g，薏苡仁 25g，生姜 6g，大枣 10g，炙甘草 6g。在此基础上可随证加减：肝气郁结胸胁胀痛者加柴胡、枳壳、龙胆草；肝肾阴虚的加何首乌、生地、山茱萸。每日 1 剂，水煎早晚分 2 次口服。两组均以 4 周为 1 疗程。

统计学方法：计量资料采用 t 检验，计量资料采用 X^2 检验，均数比较用 t 检验，百分率比较用 X^2 检验。

3、疗效评定标准

3.1 降压疗效标准：参照中华人民共和国卫生部 1993 年制定发布的《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》制定的降压疗效标准评定。显效：（1）舒张压下降≥10mmHg，并达到正常范围；（2）舒张压虽未下降至正常，但已下降≥20 mmHg 或以上。上述 2 项须具备其中 1 项。有效：（1）舒张压下降＜10 mmHg，但已达到正常范围；（2）舒张压较治疗前下降 10 mmHg-19 mmHg，但未达到正常范围；（3）收缩压较治疗前下降≥30 mmHg。上述 3 项须具备其中 1 项。无效：未达到以上标准者。

3.2 症状疗效标准：以眩晕、胸闷、头痛、不寐 4 个症状治疗前后的改善率作为观察指标统计疗效。将 4 个症状分为轻、中、重、无 4 级。重度：持续或反复发作多年，难以忍受，影响正常工作；中度：经常发作，发作时间不足，尚能坚持工作；轻度：偶尔发作，时间很短，不影响工作；无：没有症状，或经过治疗后症状消失。

4、治疗结果

降压疗效：治疗组 38 例，显效 15 例，有效 21 例，无效 2 例，显效率 39%，总有效率 95%。对照组 27 例，显效 6 例，有效 16 例，无效 5 例，显效率 22%，总有效率 81%。治疗组显效率与总有效率明显高于对照组。两组比较差异有非常显著性意义和显著性意义（P＜0.01 和 P＜0.05）。见表 1。

表 1　两组临床疗效比较　例（%）

组　别	例数	显效	有效	无效	显效率	总有效率

治疗组	38	15	21	2	39%	95%
对照组	27	6	16	5	22%	81%

（2）临床症状疗效：两组临床症状疗效治疗前后比较，见表 2。

表 2　两组治疗前后症状改善情况　例（%）

症状	组别	例数	治疗前症状				治疗后症状				改善率%
			无	轻	中	重	无	轻	中	重	
眩晕	治疗组	38	3	22	11	2	36	0	2	0	94.29%
	对照组	27	3	17	6	1	15	7	5	0	50%
胸闷	治疗组	38	6	19	12	1	34	2	2	0	87.5%
	对照组	27	4	14	8	1	13	10	3	1	39.13%
头痛	治疗组	38	3	23	10	2	35	1	2	0	91.43%
	对照组	27	2	16	7	2	22	2	2	1	80%
失眠	治疗组	38	5	20	11	2	32	2	3	1	81.82%
	对照组	27	3	17	6	1	15	6	5	1	50%

由表 2 得知，治疗组在对上述临床症状的改善率明显优于对照组，各项差异有显著性意义（P＜0.05。

不良反应：治疗组在治疗过程中未出现不良反应。

5、讨论

原发性高血压病是一种常见的心血管疾病，属于祖国传统中医学的“头痛”、“眩晕”等范畴。临床上多表现为肝阳上亢、痰浊上蒙、气血亏虚、肝肾阴虚等本虚标实之证，病位在心、肝、肾。本组病例临床主要表现为头痛、眩晕、胸闷、失眠等症，舌红、苔黄腻、脉弦滑，辨证为风痰上扰证型。

自拟祛风消痰汤的组成是以清热平肝祛风，燥湿化痰，健脾和胃为主要原则。由于麻钩藤饮合半夏白术天麻汤加减化裁而成。其中，天麻性味甘平，具有平肝熄风之效；钩藤性味甘凉，能清热平肝熄风；石决明性味咸寒，取其清肝泻火熄风之效；陈皮、半夏、白术、伏苓、薏苡仁燥浊化痰，健脾和胃；僵蚕祛风化痰燥湿；牛膝引血热下行，兼能补益肝肾；葛根化痰和胃，为治高血压之良药；生姜、大枣、炙甘草健脾和胃，调和诸药。诸药合用，共奏清热平肝祛风，燥湿化痰，健脾和胃之功。临床结果表明，祛风消痰汤用于治疗风痰上扰证型的原发性高血压病，安全有效，谓之药证相符。

参考文献，略。

降糖饮治疗 2 型糖尿病疗效观察

邓红玲　李　莲　向建军

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

近几年来，我们采用自拟中药降糖饮结合西药治疗 2 型糖尿病，取得满意的效果，现报告如下。

1、临床资料

诊断标准：参照国家中医药管理局 1994 年制定的《中医病证诊断疗效标准》来拟定。辨证为燥热伤肺型合胃燥津伤型。

78 例患者按就诊顺序随机分为治疗组和对照组。治疗组 52 例男 22 例，女 30 例；年龄

36~71 岁之间，平均 54 岁。对照组 26 例，男 12 例，女 14 例；年龄 37-69 岁之间，平均年龄 53 岁。两组病程最短 0.5 年，最长 12.3 年，平均为 4.6±2.7 年。两组患者均不同程度存在烦渴多次，口干咽燥，多食易饥，尿频量多，大便秘结，表体消瘦。伴随症状多为眩晕，胸痹，雀目等。舌质红，苔薄黄，脉细数有力等。两组都辨证为燥热伤肺型合胃燥津伤型。两组在年龄、病程、病情、证型等临床资料方面相近（P＞0.05），具有可比性。

2、治疗方法

治疗组用口服中药降糖饮治疗。药用：沙参 30g，麦冬 15g，天冬 15g，桑叶 10g，生地 20g，石膏 30g，玄参 15g，石斛 15g，芒根 20g，花粉 20g，菊花 12g。每日 1 剂，水煎服。1 剂煎 2 次共 450ml，早中晚分服。治疗组和对照组同时常规口服格列吡嗪及二甲双胍。两组患者的并发症均作对症处理，以上治疗 30 天为 1 个疗程，治疗 3 个疗程后统计疗效。

3、疗效观察

3.1 疗效标准。按照国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗准备标准》拟定。

3.2 治疗结果。治疗组显效 41 例，占 78.8%；有效 8 例，占 15.4%；无效 3 例，占 5.8%；总有效率为 94.2%。对照组显效 16 例，占 61.5%；有效 6 例，占 23.1%；无效 4 例，占 15.4%；总有效率为 84.6%。两组总有效率及显效率比较有显著性差异（P＜0.05）。

两组治疗前后 FBG，PBG 变化比较见下表。

两组治疗前后 FBG，PBG 变化比较表（X±S）

组　别	n	治疗前后	FBG(mmol/L)	PBG(mmol/L)
治疗组	52	治疗前	12.53±1.64	14.57±2.64
		治疗后	7.17±1.23*△	10.30±2.34*△
对照组	26	治疗前	11.56±1.57	12.31±2.16
		治疗后	10.78±1.63	10.51±2.44

从表中可以看出,每组治疗前后比较，FBG、PBG 都有非常显著的差异* P＜0.01，治疗组与对照组在治疗后比较有显著性差异△P＜0.05。

附：典型病例介绍

翟某某，女，65 岁，2004 年 6 月初诊。患有 2 型糖尿病 3 年，现以格列吡嗪和二甲双胍控制血糖，效果一般。就诊前就有口干咽燥，多饮多食，大便秘结，舌红，苔黄，脉细数。辨证属燥热伤肺合胃热津伤型，在服用西药降糖药的同时，用自拟降糖饮口服。沙参 30g，麦冬 15g，桑叶 10g，生地 20g，玄参 15g，石斛 20g，芦根 20g，花粉 15g，菊花 12g，石膏 30g，知母 15g。每日 1 剂，水煎分 3 次服用，服用 5 天后感症减轻，嘱患者每日改为 2 次分服，连服 2 个月，再改以水泛丸服用。患者空腹血糖控制良好，自觉症状消失。

4、讨论

2 型糖尿病在近年来逐年增加，属于终身治疗疾病。在祖国传统医学中属于“消渴”范畴。消渴多由于饮食不节，素体阴虚等导致。治疗上我们采用清热润肺，生津益胃止渴为主。自拟降糖饮中，沙参，麦冬，天冬，生地，玄参，石斛，芦根，花粉清热润燥，生律止渴养胃阴；石膏，知母清宣肺胃燥热，从而生津养肺胃之阴；桑叶，菊花轻宣肺燥，经药理学研究具有很好的降糖作用；诸药合用共奏清热润肺，生津益胃止渴之功。

治疗组与对照组 FBG，PBG 在治疗后比较有显著性差异，证明自拟降糖饮对降低患者血中的 FBG，PBG 有明显疗效，可以作为 2 型糖尿病患者的辅助用药。

另外，另外，糖尿病的宣教工作同样重要。控制饮食，适当运动，保持良好的心情成为目前糖尿病患者生活中的重要一环。

参考文献

[1] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准［M］.南京:南京大学出版社,1994:6.25~26

[2] 章如虹,金棣生,毛树松等.中医病证治疗常规［M］.北京:科学技术文献出版社,1997.68~69

温胆汤加味治疗失眠症疗效观察

李　莲　向建军　李美清
（恩施自治州中心医院，湖 北恩施 445000）

失眠症越来越成为新世纪的一大疾病，它长期困扰人们的心情，极大降低人们的生活质量。治疗上多采用安眠药，这会产生极大的依赖性和耐药性。近几年来，我们选用温胆汤加味治疗失眠症 36 例，疗效满意。现小结如下。

1、临床资料

1.1 一般资料

共 70 例患者，均为我院门诊及住院病人。随机分为治疗组和对照组。治疗组 36 例，其中男 14 例，女 22 例；年龄 23-64 岁，平均（45.5±3.2）岁；病情轻者 29 例，重者 7 例。对照组 34 例，其中男 13 例，女 21 例；年龄 24-63 岁，平均（44.3±3.5）岁；病情轻者 28 例，重者 6 例。两组病程均在 3 个月以上，时间长者达到 10 年以上。两组患者临床表现上不同程序出现不寐、晨起头昏、眩晕、口苦、心悸、胸闷心烦、恶心呕涎等症，舌红、苔黄腻，脉象弦滑。两组患者在性别、年龄、病情严重程序、病程、临床症状，舌脉等方面经统计学处理，均无明显差异（P＞0.05），具有可比性。

两组患者在治疗前，均测血压、三大常规、肝肾功能、血电解质、血糖、血脂、血沉、甲功三项及心电图，胸部 X 线片等检查，结果均无异常。

1.2 诊断标准　所有病例均符合 1994 年 6 月国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》中“不寐病”的诊断标准。排除病例：排除其他由心、脑、肾、神、精神疾病、药物因素、手术、外伤等所致的失眠症，尚有药瘾者亦不在内。

2、治疗方法

治疗组：药以温胆汤加味汤剂治疗。药用陈皮 10g，法半夏 10g，茯苓 20g，枳实 10g，竹茹 10g，石菖蒲 10g，苍术 15g，苡仁 30g，扁豆 10g，甘草 6g，大枣 10g，五味子 12g，每日 1 剂，水煎，分早、晚 2 次分服，连服 1 月为一个疗程。同时，服用多滤平片，每次 25mg，每日 3 次；谷维片，每 20mg，每日 3 次；维生素 B_1 片，每次 20mg，每日 3 次。

对照组：只采用上述西药治疗，剂量不变。疗程均为 1 个月。两组均辅以心理治疗，加强体育锻炼。

统计学方法：均以 X±S 表示,统计学处理采用 X^2 检验。

3、治疗结果

3.1　疗效标准　根据《中医病证诊断疗效标准》而拟定。显效：睡眠正常，伴有症状消失；好转：睡眠时间延长，伴有症状改善；无效：症状无改变。

3.2 结果 两组疗效见表 1。

表 1　两组疗效比较

组　别	n	总 疗 效			总有效率
		显效	好转	无效	%
治疗组	36	17	16	3	91.67
	%	47.22	44.44	8.33	

对照组	34	8	19	7	79.41
	%	23.53	55.88	20.95	

两组总疗效比较,存在显著性差异(P＞0.05),表明治疗组疗效优于对照组。

4、讨论

失眠症在中医学属“不寐”范畴。是由其脏腑机能紊乱，气血亏虚，阴阳失调，而致不能获得正常睡眠。祖国医学对失眠颇有研究。早在《素问·逆调论篇》中，就有“胃不和则卧不安”的记载。《金匮要略·血痹虚劳病》中有“虚劳虚烦不得眠”的论述。《景岳全书·不寐》中也有有阐述，“不寐证虽病有不一，然惟知邪正二字尽之矣。……神安则寐，神不安则不寐”，“有邪者多实，无邪者皆虚”。

本组病例以其实邪内扰所致。病位在胆，涉及脾胃。由于脾胃不和，健运失常，湿聚为痰，痰聚久化热而上扰。属痰热上扰证型。采用温胆汤为主，在于清热燥湿和胃除痰。方中法夏燥湿化痰、降逆止呕；陈皮理气化痰；茯苓健脾利湿；竹茹、枳实清胆和胃除痰，兼以止呕；石菖蒲、苡仁、扁豆均能利湿化痰清热甘草和中健脾；复加五味子酸甘收敛和胃利眠。经实验研究证明五味子有其提高大脑皮层调节功能，改善人的睡眠质量功能。诸药合用，共奏清热燥湿，和胃除痰之功。温胆汤加味用于治疗痰热上扰之失眠症，效果较好。

清音汤治疗急性咽炎疗效观察

李莲　杨吉忠　向建军

（恩施自州中心医院，湖北 恩施 445000）

笔者近几年来用自拟清音汤治疗急性咽炎（风热外侵型）32 例，取得明显疗效，现报道如下。

1、一般资料

64 例患均为本院门诊及住院病人。按就诊顺序随机分为治疗组与对照组。治疗组 32 例患者中，男 13 例，女 19 例，年龄最小 14 岁，最大 72 岁。对照组 32 例患者中，男 14 例，女 18 例；年龄最小 13 岁，最大 74 岁。两组病程均在 2 小时-5 天之间，平均（1.1±1.5）天。两组病例均有不同程度的咽喉疼痛、声音嘶哑、发热、微恶寒、口微渴等症状，体检可见咽部轻度充血、水肿、咽后壁淋巴滤泡增生、咽侧索红肿，但无扁桃体肿大。舌红或舌边尖红，苔薄白或薄黄，脉象浮数等。实验室检查血常规多正常，或有中性粒细胞轻度增高。两组在年龄、性别、临床症状、体征、实验室检查等方面经统计学处理，无显著性差异（P＞0.05），具有可比性。

2、治疗方法

治疗组服用自拟清音汤。药物组成：金银花 15g，牛蒡子 10g，白僵蚕 10g，蝉衣 6g，天花粉 15g，青果 10g，玄参 12g，麦冬 15g，桔梗 10g，淅贝母 15g，地苦胆 12g，胖大海 10g，菊花 10g，甘草 10g，生山楂 15g。将上述药物一并纳入罐中，轻煎取 450ml，1 日 3

次口服，每日 1 剂，7 天为 1 个疗程。

对照组口服维 C 角翘片及西瓜霜含片。西瓜霜含片每日 6 次，每次 1 片含化；维 C 银翘片按每日 3 次，每次 2 片剂量服用。

如遇重病患者，则按照基础疾病治疗及对症处理。治疗期间，两组患者均忌饮酒，忌剧烈运动。

3、疗效观察

3.1 疗效标准

按照国家中医药管理局 1994 颁布的《中医病证诊断疗效标准》制定。治愈：咽痛、发热等症状消失，咽部检查恢复正常；好转：咽痛及咽部肿胀明显减轻；未愈：咽部症状和体征无明显变化。

3.2 治疗结果

治疗组 32 例中，治愈 16 例，好转 14 例，未愈 2 例，总有效率为 93.75%。对照组 32 例中，治愈 7 例，好转 20 例，未愈 5 例，总有效率 84.38%。两组总有效率经统计学处理，有显著性差异（P＞0.05）。两组疗效比较见下表。

两 组 疗 效 比 较

组　别	n	治愈	好转	未愈	总有效率（%）
治疗组	32	16	14	2	93.75
对照组	32	7	20	5	84.38

4、讨论

急性咽炎是临床上常见病和多发病，在祖国传统中医学中归为“喉痹”的范畴，而风热外侵型更是多见。是因为风热邪气侵袭，或寒邪化热等，积聚咽部所致。在自拟清音汤中金银花清热解毒；桔梗、浙贝母开宣肺气而利咽喉；麦冬、玄参、菊花清热养阴；牛蒡子、青果、地苦胆利咽清热解毒；天花粉养阴生津以利咽喉；白僵蚕具有清热解毒，清肿利咽的功效；蝉衣、胖大海利喉开音，为治声嘶之要药；生山楂生津润喉。诸药合用，共奏清热解毒，利咽开音之功。通过对 64 例患者临床疗效对比观察，自拟清音汤治疗急性咽炎疗效较好。

参考文献，略。

已藤活血汤治疗糖尿病周围神经病变 56 例

向建军　李美清　李莲

（恩施自治州中心医院，湖北 省恩 445000）

摘　要 目的:探讨益气养阴、活血通痹类中药治疗糖尿病周围神经病变的疗效。方法：采用自拟已藤活血汤（防己、红藤、海风藤、黄芪、葛根、牛膝、红花、丹参、地龙等）治疗糖尿病周围神经病变 56 例.结果：总有效率 96.4%，提示本方具有益气养阴、通络止痛、改善神经传导之功效。

关键词 已藤活血汤；糖尿病周围神经病变

随着人们生活水平越来越高，代谢疾病的发病率逐年提高，糖尿病以其高发病率和高致残率已经引起广泛的关注。周围神经病变是糖尿病慢性并发症中最早出现且最常见的并发

症。据统计，糖尿病病史 10 年的病人发生周围神经病变者可达 60%以上，可导致肢体麻木、疼痛、感觉异常甚至肌肉萎缩。而其浅感觉减退常常导致患者烫伤、冻伤，又成为糖尿病足的一个最常见诱因。严重影响到患者生活质量。而且前对糖尿病周围神经病变疗效肯定的药物相对匮乏，较具代表性的药物依帕司化因其价格昂贵，导致临床中患者依从性差。笔者自 2002 年 3 月至 2006 年 6 月运用自拟中药方治疗观察 56 例，疗效满意。现报道如下：

1、临床资料

本组 56 例，男 23 例，女 33 例，年龄 38 岁至 75 岁，病程 9 月至 21 年，均为 2 型糖尿病，符合 1997 年 WHO 的糖尿病诊断标准。均采用口服药物或（和）胰岛素控制血糖，血糖控制水平不一致。经肌电图检查有不同程度的神经传导速度减慢，症状显著且除外其它原因引起的周围神经病变。合并糖尿病视网膜病变者 16 例，糖尿病肾病者 11 例，并脑梗塞 2 例，并高血压 12 例。临床表现：除有不同程度的糖尿病“三多一少”主要症状外，均有不同程度的对称性四肢末端麻木、针刺样疼痛、蚁行感且昼轻夜重，四肢末端对称性不同程度“手套”、“袜套”样感觉减退，腱反射可正常，也可减弱或消失。

2、治疗方法

均在给予原发病规范治疗（合理膳食，适当运动，降糖药物，血糖监测及健康教育）的基础上服用自拟已藤活血汤，组方：防已、红藤、海风藤、当归、延胡索、丹参各 30 克，葛根、黄芪各 15 克，红花、牛膝、地龙各 10 克。皮肤灼热者加丹皮、防风各 15 克。疼痛甚者加蜈蚣粉、水蛭各 3 克。每日 1 剂，水煎服，连服 4 周为 1 疗程。疗程中不用维生素 B1、B12、依帕司他等治疗神病变的西药。

3、疗效观察

3.1 疗效标准

显效：疼痛全部消失，复查肌电图显示神经传导速度提高 5m/s；有效：疼痛明显减轻，神经传导速度提高 5m/s；无效：症状无缓解，疼痛无变化，神经传导速度无明显改善。

3.2 治疗结果

显效 31 例，有效 23 例，无效 2 例，总有效率为 96.4%。

附：病案举例介绍

曾某某，女 62 岁，教师。2005 年 3 月 14 日就诊。主诉：反复烦渴多次、消瘦乏力 9 年，四肢末端针刺样疼痛 3 月，9 年前曾确诊为 2 型糖尿病。平素血糖控制不理想，近 3 月来双下肢针刺疼痛，昼轻夜重，疼痛难忍，四肢末端发凉，麻木，蚁行感，曾间断中西药治疗欠佳，双膝腱反射减弱，舌暗红，苔薄白，脉细涩。空腹血糖：13.60mmol/L，糖化血红蛋白 9.6%。肌电图示：左腓总神经传导速度 41.1m/s，右腓总神经传导速度 44.3m/s，左正中神经传导速度 53.6m/s，诊断 2 型糖尿病并周围神经病变，予以诺和灵 30R（重组人胰岛素）早 12 单位、晚 8 单位餐前半小时皮下注射，口服盐酸二甲双胍片 0.25/次，3 次/天，同时口服自拟已藤活血汤加水蛭、蜈蚣粉各 3 克（冲服），治疗 4 周，双下肢针样疼痛及麻木感明显减轻，去蜈蚣粉、水蛭，守原方继服 3 周，诸症消失。复查肌电图示：左腓总神经传导速度 46.6m/s，右腓总神经传导速度 50.1m/s，左正中神经传导速度 57.2m/s，空腹血糖 5.8mmol/L。2 月后复查糖化血红蛋白 6.1%。

4、讨论

糖尿病周围神经病变，古代文献无此病名。据其临床四肢麻木、疼痛、感觉异常等主要表现，归属于中医“痹证”“血痹”“不仁”的范畴。消渴日久，气阴两虚，气虚不能帅血，血行不畅，瘀血内停，致使经络阻滞不通，不通则痛，故出现本虚标实之候。本为气阴两虚，标实为血瘀，与风寒湿所致痹证的病机不同，故治法各异。本病既属本虚标实之症，治疗当标本兼顾，即寓活血通络于益气养阴扶正之中。有效控制血糖、规范健康教育是治疗糖尿病及其并发症的基本前提。良好的血糖控制和健康的生活方式配合中医辨证论治，才能使二者

相得益彰，真正提高患者的生活质量。

针刺治疗尿潴留疗效观察

李敏　李莲　谢远见
（恩施州中心医院，湖北恩施　445000）

尿潴留可由机械性梗阻和动力性梗阻引起。机械性梗阻主要是由于膀胱颈、尿道或邻近器官的病变导致尿道的阻塞不通而致小便不通成为尿潴留。动力性梗阻则可因手术、分娩、药物、神经系统疾病、精神因素等引起膀胱逼尿肌和尿道括约肌的功能障碍引致尿潴留。近几年来我们采用针刺为主治疗尿潴留，取得很好效果，现报告如下：

1、临床资料

本组临床病例 13 例，均为我院住院病例。其中男 3 例，女 10 例，年龄最大 67 岁，最小 19 岁，平均年龄 31 岁。病程最长 48 小时，最短 2 小时。均为手术后或生产后出现尿潴留的。

2、治疗方法

取主穴：双侧水道穴、双侧归来穴、横骨穴、大赫、曲骨穴。配穴：关元、中极、阴陵泉、足三里。

操作方法：患者仰卧位，先取双侧水道穴，以 2~5 寸毫针进针 1 寸后以泻法行针 15min，再以 4 寸毫针从归来穴进针 1 寸，平补平泻后，待有坠胀感后提针沿皮上斜刺至横骨穴留针 15-30min。取 4 寸毫针刺大赫穴进针 1 寸，平补平泻 1min，提针沿皮下斜刺至曲骨穴，以泻法行针至有尿意后留针 15min。在下肢可加刺足三里，手法宜直刺，用泻法行针 1min，阴陵泉穴以平补平泻法行针 1min。

3、疗效观察

3.1 疗效标准

根据国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》拟定。治愈：小便通畅（2 小时内），症状及体征消失；好转：6 小时内恢复排尿，症状及体征改善；未愈：12 小时以上排尿量极少，症状无变化。

3.2 治疗结果

13 例患者中，治愈 10 例，好转 2 例，未愈 1 例，总有效率 92.31%。

附：典型病例介绍

刘某某，女，31 岁，住院号 2000—108 号。于 2000 年 1 月 28 日自然分娩—男婴，6 小时后仍未排尿，自觉腹部胀满疼痛，反复入厕并辅以热敷腹部，改变体位，条件反射等方法，均不奏效。体检示：腹部膨隆拒按，膀胱底平肚脐。采用上述针刺方法为其治疗。15min 后即排尿 800ml，再未复发。

4、讨论

尿潴留在临床上并不少见，多出现于麻醉手术后和中枢神经或周围神经的损伤、炎症；尚有松弛平滑肌的药物如阿托品、654-2 亦可引起。而女性则多有分娩史或手术史，并以中年女性多见。临床上可见小便困难，但尿道无疼痛不适。临床上多采取导尿方法来解决。但常常给患者带来不方便的痛苦，也易引起尿路感染。于是，我们采取副作用小的针刺方法来解决这一问题。尿潴留属于中医学“癃闭”的范畴。根据中医学理论，癃闭一证，病位多在膀胱，多因膀胱经气受损，气机不畅，下焦决渎无力，导致尿潴留。通过针刺，可以振奋膀

胱经气，使下焦气机通畅，水道通调。针刺水道、归来穴，实因其为疏通膀胱、主治小便不利之要穴；大赫、横骨、曲骨亦为清热利湿，气化疏利膀胱的常用穴；针刺关元、中极等穴，能温补下焦元气，鼓舞膀胱气化功能，达到启闭通尿的作用；足三里、阴陵泉穴清热利湿，气化疏利，癃闭可愈。在临床上运用针刺这种方法治疗各种原因引起的尿潴留，疗效可靠，还可避免导尿给患者带来的痛苦和引起的尿路感染。

参考文献：略

自创顶按拍打手法治疗胸椎小关节、胸肋关节紊乱

刁京明　周庆华　谭明伟

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

胸椎小关节及胸肋关节紊乱，患者常感背部胀痛，部分病例可感两胁前胸胀闷不适，属祖国医学“胸痹”、“岔气”范畴，是临床常见病、多发病。采用常规的治疗方法疗效不满意。笔者在长期临床工作中，根据本病的病因、病机以及胸椎和肋骨的特殊解剖结构和形态，通过 10 余年来我们自创顶按拍打手法治疗胸椎小关节、胸肋关节紊乱 52 例，收到满意的疗效。报告如下。

1、临床资料

本组 52 例，男 34 例，女 18 例，20 岁以下 7 例，21-30 岁 14 例，31-40 岁 18 例，41-50 岁 8 例，51 岁以下 5 例，病程最短的 1 天，最长的 2 年 8 个月。

2、治疗方法

2.1 预备手法　明确诊断后，患者脱去上衣取坐位，两手抱头，身体放松，医者站于患者身后，用按、摩、滚、揉等手法施于背部，使背部肌肉松驰。

2.2 顶按拍打法　患者体位同前，医者摸清紊乱关节准确部位（以下位胸椎右偏为例）站于患者右侧，左手拇指指腹顶按右偏胸椎的棘突之右侧，在上位胸椎连接之肋骨于左前胸定位，令患者吸气后摒位，右手掌于左前定位之肋骨以上部适当用力拍打 3-5 次，拍打的同时左手拇指适当用力做对抗推顶，要求用力适度配合巧妙，一般患者即可感症态消失或减轻，否则可按上述方法再行 2-3 次。

2.3 结束手法　患者改仰卧位，在背部中央沿脊柱纵轴放置一约长 30 厘米，直径 5-8 厘米的柱形软垫，使患者背部两侧及双肩略离床面，医者两手沿两侧肋弓自胸部沿两协向背侧平推分理，同时令患者做深呼吸，反复数次，可使残余之紊乱关节归位，使肋间组织、神经疼痛症状减轻或消失。

3、治疗结果

3.1 疗效标准　（1）症状完全消失，无任何不适感，随访无复发者为痊愈；（2）症状明显减轻或消失，无明显不适感，随访时有复发者为显效；（3）症状有所缓解，随访有复发者为有效；（4）症状无任何改善者为无效。

3.2 治疗效果

紊乱关节数	倒数	痊愈	%率	显效	%率	有效	%率	无效
1 个	33	28	84.84	3	9.9	2	5.26	0
2 个	13	10	76.9	2	15.4	1	7.7	0
3 个以上	6	4	66.7	1	16.65	1	16.65	0

合计	52	42	81	6	11.35	4	7.65	

附：典型病例介绍

林某，男，36 岁，干部，门诊号 92042286，于 1992 年 4 月 15 日参加拨河比赛后感背部疼痛，亦感前胸胀闷不适，1 周后就诊，检查：一般情况可，1 胸背部外观无异常，3、4 胸椎棘突两两见明显压痛，胸 4 棘突向右偏歪，余正常，诊断：第 3、4 胸椎小关节紊乱，用上述手法治疗 3 次后症状全部消失，无任何不适感，随访一年无复发。

4、讨论

本病主要是因工作、劳动、体育锻炼及姿势不正所致，祖国医学称之为：“胸痹”或“岔气”，由于胸椎小关节及胸肋关节仅有紊乱，X 线无法显示，亦属“骨错缝”之范畴，由于解剖关系发生微小的改变，临床表现以背部疼痛为主，由于受肋骨和肋间神经及肋间组传导作用，部分病例还可感到两肋及胸部疼痛，胀闷等不适。

顶按拍打法是根据胸椎和肋骨的特殊解剖结构和形态，结合人体生物力学的原理，使拍打之作用力借肋弓的弹力和传导力，间接作用于胸肋关节和胸椎小关节，配合下位胸椎棘突顶按力的作用，使紊乱关节复位，达到治疗目的。

配合预备，结束手法，其目的在于使局部组织松驰，沿肋骨纵轴平推分理，有利于疏通经络和血液循环，使残余之紊乱关节相继归位。

我们通过 10 余年对 52 例病人的疗效观察，收到满意的效果，具有疗效快，无痛苦，方法及设施经简等优点，本手法为笔者自创，难免有不足之处，诚意同仁指正。

缠腰火丹治验举隅

黄泽贵

（来凤县民族医院，湖北 来凤 416000）

火丹，顾名思义，是一种阳热过甚、邪毒鸱张的病理机制形成的。“火”，在六淫中，是最为炽烈烈的邪毒之气，其性燔灼焚焰，燎烂生机。在内可使脏腑机能逆乱，气血津液消灼，在外可使肌肉筋脉溃腐，皮肤毛发焦枯。因此，火丹的见证首先是火灼火燎，剧烈疼痛，随后是肌肉筋脉长期疼痛不休。

此病形成与气候异常关系密切。按常理，春天自然界阳气升发，成物生长，长机有遂。人体也与自然一样，春天阳气发越，阴阳平衡，以应四时，今年，开春就是倒春寒，阳气当发不发，潜遏于内，化火化毒，形成祸根。随之而来的是长期高温干旱，气候炽热，春日炎蒸，夏日如火，内外火毒为患，发疮发疹者多。因此，今年多种发诊性疾病呈暴趋势，而缠腰火丹也比常年居多。

辨证治疗：《内经》云：“诸痛痒疮，皆属于心”。收主火，大多火丹为患，以心火偏甚为多。但由于春夏多湿，与肝胆关系密切，火丹兼湿热者亦不少。因此，临床上以心火偏重者，以清心凉血，泻火解毒为主。湿火偏重者，以清肝泻胆，利湿解毒为法。

例一，刘某，男，62 岁。终日辛劳，不舍寸土，烈日如火，耕耘不休，当晚觉右侧肋间剧痛，随后自前胸至后背疱疹连成一带，火燎火灼，疼痛难忍，经用阿昔洛韦等两天无效，前来就诊。现症除疱疹烧灼疼痛外，尚有心烦口渴，舌苔中心黄干。证属心火偏甚。治以清心泻火，凉血解毒。

内服：黄连 3 克，麦冬 9 克，牛大黄 9 克，老鼠屎（天葵）15 克，青蒿 9 克，小木通 9 克，华口尖（地丁）15 克，车前草 10 克，花边铜钱草 15 克。

外用：蛇莓全草打绒取汁涂疱疹，外撒地胆粉（或磨汁涂）。

次日疱疹干枯，热痛大减，继用前法，逐渐向愈，第五日，患者又下地劳动，胸前又发一小块红疹，无疱，此余毒未清，仍用前法渐愈。

例二，李某，男，40 岁，工人，患者嗜酒成癖，湿热内生，夏日炎炎，从不间息，内湿外热，遂发疱疹，抗菌抗病毒四天，略微有效，患者欲求速愈，前来就诊。现症：疱疹烧灼疼痛，舌苔黄腻。证属湿热偏甚，治以清肝火，利湿解毒。

内服：胆草 9 克，樟树叶 5 克，青蒿 9 克，小木通 9 克，车前草 10 克，华口尖 15 克，金钱草 15 克，老鼠屎 15 克。

外用：细叶女贞叶打成粉，茶油或芝麻油调敷。

治疗后疱疹逐渐缩小干枯，疼痛减轻，一周告愈。

按：樟树叶性虽辛温，但能解酒毒，化湿热。

化脓性骨髓炎的论治体会

符开春[1]　何玉珍[2]

（1、民族医药研究所，湖南 怀化　418000；2、沅陵男性病中医院，湖南 沅陵　419600）

化脓性骨髓炎是由化脓菌引起的骨骼感染。随代《诸病源候论》把本病分为附骨痛和附骨疽两类型，其病灶不仅在骨髓，而且可波及整个骨组织和周围的软组织以及邻近的骨关节。

本病好发于四肢长骨，尤以胫骨为最多，股骨、肱骨和桡骨次之，以 10 岁下儿童为易发人群。

1、原因

现代医学认为致病菌多为金黄色葡萄球菌，次为溶血性链球菌，尚有伤寒杆菌，肺炎双球菌等，祖国传统医学认为可通过下列因素酿成本病。

1.1 热毒注骨：由于患疔毒疮疖、麻疹、伤寒等病后，余毒未尽，久而不解，毒气深蕴于内，热毒内盛；或因筋骨皮肉损伤以至气血凝滞，经络壅塞，积瘀成痈，借伤成毒，经血脉流注入骨，繁衍聚毒为病，故被现代医学称之为血源性骨髓尖。

1.2 外伤感染：凡开发性损伤，化脓性细菌可直接侵入伤口，引起感染而致骨髓炎。

1.3 正气虚弱：骨髓炎的发生与机体正气强弱密切相关，明代科学陈实功认为：“夫附骨疽者，乃阴寒入骨之病也，但人之气血生平壮实，虽遇寒冷却不入骨”，由于正气虚弱，毒邪侵袭，正不胜邪，毒邪极易深窜入骨。此为发病的内在因素。

血源性骨髓炎，大都发生在长骨的干骨骺端。因儿童期间长骨干骨后端具有丰富的血管网，血流缓慢，有利于细菌停留，再加之全身抵抗力不强，局部损伤，可造成骨骼附近骨组织内小出血和细胞破坏。有利细菌繁殖而引起骨髓炎，病情继续发展，可出现三种不同结局。

1.3.1 痰症吸收：如果正气盛而毒邪弱，则在初发病时，感染病灶得以迅速控制，炎症得以吸收而痊愈。临床可有短暂不适感。

1.3.2 局限性脓肿：毒邪与正气势均力敌，炎症得以局限而转为慢性，形成局部性骨脓

肿。

1.3.3 炎症扩散：毒邪炽盛，正气虚弱，正不胜邪，炎症发展，进一步通过下列途径蔓延。

一是穿破骨质，脓肿积聚于骨膜下，将骨膜剥离，形成骨膜下脓肿，还可以穿破骨膜形成皮下脓肿；

二是脓液在骨髓腔内扩散，形成广泛性骨髓炎；

三是毒邪侵入关节囊，引起化脓性关节炎，可致关节畸形而丧失活动功能；

四是骨膜下脓肿形成时，被剥离的骨膜形成一层新骨，新骨逐渐增厚，成为包壳，骨干因失去来自骨膜的血液供给，再加之骨的营养血管栓塞，可有广泛的骨坏死，形成与活骨完全脱离的死骨。

2、诊断

2.1 急性期（即《诸病源候论》所称之的附骨痈）：起病急骤，局部疼痛全身不适，倦怠继而塞战，持续高热（39~40℃以上），汗出而热不退，食欲不振，舌质红，苔黄腻，脉滑数，甚至有恶心呕吐，肝脾肿大等热毒内攻的全身中毒征象，白细胞总数增高，可达 30000 以上，明显核左移，血培养常为阳性。随后，患肢搏动性疼痛加剧，不能活动，呈环状肿胀，皮红热，骨的干骨骺端压痛最为明显，附近肌肉痉挛，关节屈曲，患者往往拒绝作被动活动检查。如骨膜下脓肿扩展，可自行穿破骨膜和皮下组织。早期 X 线检查时诊断无多大帮助，常在发病 2 周后始有骨膜反应或骨质破坏。死骨的形成往往在 4 周后或更晚才能发现。

2.2 慢性期（《诸病源候论称之谓附骨疽》）：有急性骨髓炎或开放骨折合并感染的病史。常有一个或多个瘘管，反复排出脓液或死骨，瘘管口周围常色素沉着，变为厚硬的瘢痕组织。脓液排出不畅通时，局部肿胀疼痛加剧，并有发热和全身不适等症状，合并病理性骨折脱位者则出现畸形。由于病发经年累月，局部肌肉萎缩，全身表现形体瘦弱，面色白，神疲乏力，盗汗食欲减退，舌质淡红或嫩红、苔白、脉细弱等脾肾不足，气血两虚的症状。X 线检查可见死骨、空洞及新生骨的包壳，应注意了解死骨的大小、数目和位置。

3、鉴别诊断

急性血源性骨髓炎发病早期须与急性热病相鉴别，当局部情况显露时，须与下列疾病鉴别。

3.1 急性风湿热：虽有明显发热和关节疼痛，但急性风湿热往往波及多个关节，关节肿痛呈游走性，局部症状和体征主要在关节面而不在于骨骺端。

3.2 化脓性关节炎：局部亦有环状红肿热痛和功能障碍，但化脓性关节炎的病变表现在关节而不在于骨骺端，且关于腔穿刺可抽出炎性混浊液或脓液。

3.3 软组织化脓性感染：二者虽均有化脓性感染的全身和局部表现，但大多数软组织化脓性感染的全身症状较轻，局部红肿热痛较表浅，且多偏重于肢体一侧。

3.4 治疗

内治法：采取证施治的手段灵活运用消、托、补三法治之，急性期而脓未成者，以消法

为主，宜清解毒，活血通络，用仙方活命饮合黄连解汤或五味消饮加减；若脓已成而未溃者，应以托法为主，宜托里透脓，用托里消毒饮；急性期脓已溃或转入慢性期者，应以补法为主，且气血双补，用八珍汤、十全大补汤。脓已溃，质清稀，瘘管形成，经年难愈，骨质破坏面积较大，形体瘦弱者，用六味地黄丸，连续服一个月为一疗程，可服 3-6 个疗程。

此外，还可近细菌培养及药物敏感度试验选择使用抗菌药物，根据病情补液，补充维生素。可考虑少量多次输血以及加强营养等。

外治法：急性期脓未成者，历代诸多医家多采用金黄散、双柏散水调外敷；脓已成者，无论中西医家均认为应及早切开排脓。中发现骨膜下脓肿，则在骨端钻数孔，以便脓液引流，如有死骨则必须切开剔除之。但这些治疗方法均不尽人意。

笔者积多年临床经验，采用民族药治疗该病计 156 例，疗效满意。药物组成为蛇葡萄根皮 100g、五爪龙 200g、大边碗草 300g、车前草 300g、蒲公英 300g、紫花地丁 300g、野鸡菜 300g、夏枯草取叶 200g、和尚头刺取嫩尖 100g。以上各味洗净捣烂如泥外敷。10 天为一疗程，连续治疗一月至一年，即可治愈。无需外科手术治疗，用药五天至十天死骨即可拔出，瘘管亦可愈合。

典型病例：

例 1：宋 XX，患右股骨骨髓炎三十余年，每年数次发作，于 2001 年 10 月 26 日来诊，经治疗三月后而愈，随访至今无任何不适。

例 2：杨 XX，男，9 岁，住怀化市中方县接龙乡办田村。患左胫骨骨髓炎并病理性胃折。经多家大医院诊治后均建议截肢，家人不同意截肢，于 2001 年 11 月 21 日来诊，经治疗八个月而收全功。随访至今，行走如常人，未见任何不适感。

4、体会

骨髓炎是世界公认的三大顽症之一，其难治的程度和对患者的危害仅次于胃癌。目前中西医学界尚无较为理想的药物与治疗方法。笔者采用民族医药治疗，取得较满意疗效，且为患者免去了手术治疗和截肢所造成的痛苦。民族医药是一座取之不尽，用之不竭的宝库。笔者愿与国内外同仁一起努力发掘这坐宝库。

中药离子导入治疗骨质增生 100 例临床观察

王小军

（湘西自治州民族中医院，湖南 吉首 4146000）

骨质增生，俗名骨刺，是中老年多发病，好发于颈椎、腰椎、膝关节及足跟等，严重影响工作和生活。近年来，我们运用中药电离子导入治疗骨质增生 100 例，疗效显著。现报道如下。

1、临床资料

1.1 一般资料。100 例中，男 68 例，女 32 例。年龄 31~40 岁 4 例，41~50 岁 35 例，

51~60 岁 52 例，61 岁以上 9 例。病程，11 年以上 32 例，6~10 年 40 例，1~5 年 16 例，不到 1 年 12 例。

1.2 临床症状。发病时隐隐作痛，体位变化和关节活动时感觉钝痛或刺痛，久之，关节活动功能障碍，疼痛、麻木、遇寒或降雨加剧，少数患者肌肉萎缩，大多数患者无明显的全身症状，全病例均经 X 经确诊为骨质增生性改变。

2、治疗方法

2.1 离子药液配制。本方系上海仁济医院经验方“活络药水”加减而成，重治筋络挛缩、风湿麻木。其组成为川乌、草乌各 15g、羌活、独活各 25g、生半夏 15g、栀子 15g、大黄 10 g、木瓜 20 g、路路通 15 g、蒲黄 15 g、当归 25 g、苏木 12 g、赤芍 20 g、南星 20 g、乌梅 15 g、血竭 10 g、马钱子 12 g、樟脑 10 g。上药浸泡在 50%酒精 1000ml 中，一周后取用。

2.2 方法。运用广东汕头市广播器材厂生产的 DL-E 型直流电感应电疗机。治疗时，患者根据不同部位，取适当姿势，裸露患部，涂月季　酮溶液（增加皮肤通透性），然后将消毒沙布浸湿药液方上电极（因条件有限不能确定药液的极性，故两极均用药液，接通电源，调节输出电流至患者耐受为度，每次治疗时间约 30 分钟，10 次为一疗程，中间体息三天，一般治疗 3 个疗程。

3、疗效观察

3.1 疗效标准。临床治愈：临床症消失，体征消除；显效：症状基本消失，体征明显好转；有效：症状减轻，体征改善；无效：症状体征无明显变化。

3.2 结果。治愈 16 例，占 16%；显效 44 例，占 44%；有效 34 例，占 34%；无效 6 例，占 6%；总有效率达 94%。

附典型病例

鲍某，男，84 岁。患者有腰扭伤史，感两侧腰部疼痛 10 余年，每遇降雨天气及劳作后疼痛尤甚，近一年来症状加剧，两下肢麻木无力。经中西医及针灸、推拿治疗，效不显，X 线摄片示腰椎 1~5 肥大性改变。查体：腰椎两侧有轻微压痛，两下肢肌力Ⅳ级，未见肌肉萎缩，用上述方法治疗 3 次后症状明显好转，一疗程后症状消失，体征消除，巩固治疗一疗程，半年后随访未见复发。

4、讨论

骨质增生是骨与关节的退行性病变，从临床观察发现大部分都有关节扭伤，软组织挫伤、骨折、风湿性或类风湿性关节炎等病史。关节损伤后上下关节面发生移位，关节内各个着力点的负荷发生变化，久之形成骨质增生病变。中医认为，病后体弱，年老体衰，外卫不固，风寒湿浸入，邪气阻于经络、肌肉、关节之中，不通则痛。运用具有活血、祛风、化湿、止痛的中药离子导入，一方面药物可以直接透入皮肤直达病所，促进局部血液循环，改善组织营养，缓解肌肉痉挛，减轻增生骨质对神经根和周围血管的压迫。另一方面，中药通过刺激经络达到调整阴阳、温经散寒、舒筋活血、祛风化湿止痛的作用，二者相辅相成。月季　酮能使皮肤血管扩张、血流旺盛，从而降低皮肤对直流电的阻力，改善皮肤导电性能，有利于离子导入。

散寒通络内外兼攻治痹痛

裴达进

（宣恩县民族医院，湖北 宣恩 445500）

痹症是由于风、寒、湿、热等外邪侵袭人体，闭阻经络，气血运行不畅所导致的，以肌肉、筋骨、关节发生酸痛、麻木、重着、曲伸不利，甚或关节肿大为主要临床表现的病症。我院以自拟散寒除痹汤外熏、逐淤散寒汤内服治疗该类患者 19 例，效果显著，现总结如下：

1、资料与方法

1.1 病例选择。2005 年 10 月至 2006 年 5 月共选择了 35 例病例，按中医分型均为风寒湿痹，从西医病名分有类风湿性关节炎 9 例，骨性关节炎 12 例，腰椎间盘突出 7 例，强直性脊柱炎 2 例，创伤性关节炎 5 例，根据病人意愿及其经济承受能力而分为两组，中药外熏、内服组 19 例，单纯中药内服组 16 例。

1.2 治疗方法。本院自拟逐淤散寒汤主要成分：补骨脂 10g 川断 10g 淫羊藿 10g 制附片 5g 桂枝 10g 地鳖虫 10g 麻黄 5g 响铃草 20g 伸筋草 20g 透骨草 15g 寻骨风 15g 白芍 15g 全蝎 5g 蜈蚣 1 条炙山甲 5g 上肢病重者加姜黄，下肢病重者加牛膝、独活，淤血明显者加红花、丹参，腰痛者加杜仲、骨碎补。外熏处方散寒除痹汤主要成分：麻黄 30g 川乌 30g 草乌 30g 桂枝 50g 松节 50g 伸筋草 100g 透骨草 100g 寻骨风 100g 响铃草 100g 灵仙 50g 姜黄 50g 红花 20g，

1.2.1 熏蒸组：采用河南省内黄县翔宇医疗设备公司生产 HYZ—11 型熏蒸治疗机，用上述外用处方加水煎煮熏蒸，每次 30 分钟，同时内服中药，一日一剂，每连续治疗一周为一疗程。

1.2.2 单纯中药内服组：只服用逐淤散寒汤，一日一剂，亦为一周一疗程，35 例病例均为一疗程治疗结果。

2、临床观察

2.1 疗效标准。按照国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》。治愈：主要症状及主要体征消失，功能活动恢复正常，能正常工作或生活；显效：症状及主要体征明显减轻，功能活动改善较好，基本胜任原工作及独立生活；有效：症状及主要体征有所减轻，功能活动有所改善；无效：症状和主要体征及功能活动无改善。

2.2 结果。两组治疗结果见附表。

两组治疗结果比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率（%）
治疗组	19	2	12	4	1	18（95%）
对照组	16	0	5	7	4	12（75%）

两组疗效比较 $P<0.01$，有显著性差异。

2.3 不良反应

治疗过程中有 8 例出现胃中不适感、嘈杂感，2 例出现有轻度腹泻，熏蒸病人有 1 例出现皮肤瘙痒，但无皮疹及水疱等。

3、讨论

痹症是临床常见病，正气不足是其内在因素，而感受风、寒、湿、热是其发病外因，其中又以风寒湿三邪致病者最多。《素问-痹论篇》中述“所谓痹者，各以其时，重感于风寒湿之气也”，《诸病源候论-风痹候》亦说：“痹者，风寒湿三气杂至，合而成痹”，均说明了痹症与风、寒、湿三邪的关系甚为密切。主要病机为经络阻滞，气血运行不畅，故治疗上《医宗必读-痹》对此作了很好的概括，提出了分清主次，采用祛风、除湿、散寒的治疗大法。我院内服方中以补骨脂、川断、淫羊藿温补肾阳，壮筋骨以治其不足而固本，制附片、桂枝温散寒邪，响铃草、伸筋草、透骨草、寻骨风舒筋活络，祛风除湿，全蝎、蜈蚣搜风通络止痛，山甲通经散结，白芍缓急止痛而养阴，以防温热太过；而外用方中则以大剂量的辛

热有毒之品如川乌、草乌、麻黄、桂枝温经散寒，松节通利关节，综观两方所见，其宗旨在于温通，以温性药物为主，辅以祛风除湿，通络止痛之药物，共奏温经通络，止痛除痹之功。正如《医学心悟-痹》说：“所谓热则流通，寒则凝塞，通则不痛，痛则不通也|”，采用本法临床疗效较好，副作用较少，但本法所处方药均为辛温之品，只能用于风寒湿三邪致病者，不适合热邪引发者。

劳伤方治疗急慢性软组织损伤临床应用

周兴明
（宣恩县民族医院，湖北 宣恩 445500）

土、苗家药治疗急、慢性软组织损伤历史悠久，药品众多，剂型多样，药物组成不固定且多无具体方名，家族内直系亲属相传或师授，常秘而不宣。笔者于 2002 年 5 月觅得一方，名之劳伤方。临症应用，颇有效验，现总结如下。

1、药物组成：

生首乌 100 克，地蜂子 50 克，续断 50 克，虎杖 50 克，千年老鼠屎 50 克，土当归 40 克，川芎 40 克

2、治疗方法：

2.1 外敷患处：将上方药物研极细末，用时以适量蜂蜜调匀呈膏状。无论是急性或慢性软组织伤，用适量外敷患处，上覆纱块或干净旧布固定以防药物被擦掉或污染衣物。8 至 12 小时取下，患处擦洗干净，隔 3 至 6 小时根据病情依法再敷。部分患者敷药后又轻微痒感，但清除药物后即消失，无红斑、丘疹、水疱等皮损，仍可继续应用。表皮挫伤明显或有开放性伤口者不宜应用。

2.2 内服：外敷药物的同时，口服未用蜂蜜调制的药末，每次取 10 克至 15 克白酒送服，一日 2 至 3 次。

2.3 疗程视具体病情而定。

附典型病例：

田某，中年男性，建筑工人，因右手腕及右大腿疼痛肿胀一天，于 2002 年 8 月 5 日来诊，患者诉作业时不慎从 2 米高脚手架上跌下，伤及右手腕及右大腿，受伤当时患处不甚疼痛，皮肤无伤痕，行走稍受限。就诊时伤处疼痛较昨日明显加重，右手腕肿胀，屈伸不便，右大腿后外侧肿胀，皮肤见片状及条状青紫瘀痕，不能行走，患处未触及骨擦音及假关节。X 光腕关节及股骨摄片未发现骨损伤。诊断：多发性急性软组织损伤。治以活血散瘀，消肿止痛。劳伤方如法应用，三天后诸症大减，肿胀明显消退，经半月调治，身体恢复如初，仅伤处瘀斑隐约可见。

梁某，女，36 岁，下岗工人。因双腕关节及前臂间歇性疼痛二月，于 2005 年 1 月 6 日来诊，病人述近二月来反复发作双腕关节及前臂疼痛，常以活动后明显，严重时伴腕关节轻度肿胀，觉前臂僵硬、乏力，无麻木感。追问患者病史，诉下岗一年多来，赋闲在家，一直在给别人编织毛衣以补贴家用。查体：见双腕关节轻度肿胀，局部不红不热。关节被动活动可，X 光片未见骨质病变，抗“O”、血沉、类风湿因子正常。诊断：双腕关节慢性劳损。治以通络、活血、止痛。上方依法外敷内服，并嘱患处保温、适当休息，经调治十余天告愈。

3、讨论

急慢性软组织损伤属中医伤筋、痹症，土、苗医家则称之为撞伤、砸伤、劳伤等。系指

因外力加于肌体局部，致使该处筋肉、脉络损伤；或者某些单一频繁重复的动作、长期某一固定体位导致关节、筋肉疲劳受损，继而产生疼痛、肿胀，甚至脉络破损而出现瘀斑、瘀点等出血征象。究其病机，均属于各种原因所致局部气滞、血瘀。故治疗则采用活血祛瘀、通络止痛之法。本方首乌味苦甘涩，性微温，生用有活血消肿之功。地蜂子又名蜂子七、土蜂子、白里金梅，味苦涩，性凉，具有清热解毒、止血、生肌、止痛之效。虎杖性寒，味苦，能清热利湿、活血行瘀。续断味苦、甘、辛，性温，补肝肾、强筋骨、接骨续筋。千年老鼠屎又名羊齿天门冬，味甘微苦，性温，理气散瘀、活血止痛。土当归又名鸭脚七，味辛甘，性温，活血通经，散瘀止痛。川芎味辛，性温，活血行气、逐瘀止痛。本方以首乌、地蜂子、土当归为主药，续断、虎杖、千年老鼠屎为帮药，川芎为信药。诸药合用疏通筋脉、畅通血运而促进创伤愈合。何首乌一味，民间有治疗毒蛇咬伤的应用，文献中鲜见有治疗创伤的记载。《浙江中医杂志》1982.（5）：238 高振达先生的文章报告：首乌、薏苡仁泡酒服治疗腰肌劳损 40 例取得较好疗效。综上所述，劳伤方在临床上的运用值得进一步的观察和研究。

浅谈中医药对中风先兆的治疗及预防保健

吴卫华

（利川市民族中医院，湖北 利川 445400）

关键词 中医药；中风先兆；治疗；预防保健

急性脑血管病亦称脑卒中，是一种急性血管源性神经功能障碍的病症。中医叫“中风”。急性脑血管病是危害人类健康的常见病，具有高发病率、高病死率、高致残率、高复发率的特点，病死率居三大死因第二位。中风先兆，指在尚未形成中风前所出现的一组综合征，中医学称为“小中风”。二十世纪 70 年代，西方医学才确认短暂性脑缺血发作是脑卒中的重要先兆，而中医学对中风先兆的描述和记载最早见于二千年前的《黄帝内经》，称其为“微风”，并载有详细的治疗方法，比西方医学的认识早二千多年，可见中医药对中风先兆的防治有着丰富的经验，现结合临床总结如下。

1、中风先兆的临床表现。中风在发病之前，常有先兆出现，只有认真观察，才能针对性地采取预防措施。这方面古人积累了许多宝贵经验，如罗天益在《卫生宝鉴》中指出：“凡人初觉大指、次指麻木或不用者，三年中有中风患。”从临床角度上看，眩晕麻木在前，中风在后。从病理角度上看，脏腑气血阴阳失调在先，内生痰、瘀、火、风在后，本虚标实在先为因，血瘀卒发在后为果。前者为量变之增减，后者为质变之飞跃。综合历代医家之经验，将本病归纳为以下三个不同病机阶段的临床表现。

1.1 脏腑阴阳失调期。本期突出表现心、肝、肾的阴阳失调，临床表现可有可无，多以眩晕为主，亦有心烦易怒、躁动不宁者，亦有偶见一阵肌肉蠕动，肢体麻木者，多不易引起患者的重视。相当于现代医学的高血压病 1 级，脑动脉硬化症（轻度）等。

1.2 气血津液紊乱期。本期在阴阳失调的基础上，致使人体气血津液运行紊乱，而产生气滞、血瘀、痰浊、水湿、内风等邪实。此时可无明显的临床表现，仅出现肢体发麻，因其症状轻而多变，不易引起病者及医者的重视。多相当于现代医学的高血压病 2 级，脑动脉硬化症（中度），高脂血症等。

1.3 中风先兆期。此即中风前驱期，亦称“小中风”。临床表现为卒然眩晕、头痛、移时即愈；卒然失误、肢体麻木、运动不灵等，移时即苏。相当于现代医学所说的短暂性脑缺血发作。临床上有半数在短期内卒然中风，亦有经防治而终生不中风者。

2、中医学对中风先兆的治疗　结合我们的临床经验，对中风先兆进行了认真的证候学研究，其辨治规律如下：

2.1 肝阳化风欲动。病机为脏腑失调，肝肾阴亏，水不涵本致肝阳亢盛而化风内扰。证见眩晕，头重脚轻，肢麻，甚然卒然言语蹇涩但瞬时即过，腰膝酸软，舌质红，苔薄白或少苔，脉弦硬而长或寸盛尺虚。方用加味羚羊角汤，基本方药为羚羊角粉 1-2g（冲），生石决明 30g（先下），钩藤 30 g（后下），生龙牡 30g（先下），灸龟板 30g（先下），明天麻 10g，怀牛膝 15g，茵陈 10g，薄荷 3g。

2.2 痰瘀互结，阻滞脉络。病机为津液功能紊乱，痰浊内生、气血失调、瘀血渐生、痰瘀互结、使清阳不升、浊阴不降，而时欲阻痹脉络。证见头晕目眩，头重如蒙，肢麻，或卒然半身不遂，过时恢复如常，舌质暗淡，苔白腻或黄腻厚，脉弦硬而滑或滑数。方用化瘀活血通络汤，方药组成为陈胆星 10g、法半夏 10g、威灵仙 30g、白芥子 6g、丹参 30g、桑枝 30g、川牛膝 15g、赤芍 15g、天麻 10g、鸡血藤 30g。

2.3 气虚血瘀，阻滞血脉。病机为元气亏虚，血运无力，以致血脉空虚，而瘀血内生而痹阻。证见半身麻木，或一侧肢体软弱，偶有肢体抽搐，夜卧口角流涎，夜尿频数，舌质淡紫，脉弦虚而大，方药用生黄芪 30g，归尾 12g，赤芍 12g，广地龙 12g，川芎 15g，豨莶草 30g，鸡血藤 30g，威灵仙 30g。

以上三证在临床多互见，导致病情病机复杂，治法亦非单一，宜随证施治，阻截病情之发展。

3、中风先兆的预防保健

3.1 慎起居、节饮食、调情志。中风发病，常有过劳、跌仆、酗酒、气恼等诱因。预防发病，必须采取一些针对性的措施，防患于未然。清代李用粹在《证治汇补·中风》讲：“平人手指麻木，不时眩晕，乃中风先兆，须预防止。宜慎起居，节饮食，远房事，调情志。”中风先兆的预防，不仅生活要有规律，注意劳逸适度，保持心情舒畅，避免五志过极，更重要的是中老年人要注意体育锻炼，使气机和调，血脉通畅，关节疏利，这样才能有效防止本病的发生。

3.2 岂烟、酒，防止肥胖。流行病学研究表明：吸烟，可使高血压、动脉硬化进一步恶化，而增大中风的危险性。饮酒者脑血栓发生率比非饮酒者高。饮酒者可伴发致死性和非致死性脑出血，是脑出血性中风先兆诊断的一个重要因素。肥胖可促进动脉硬化及高血压病，超重在高血压病人中多见，肥胖者易患高血压病。而高血压病又是脑卒中的三大高危因素之一。因此肥胖亦属中风发生的一种重要因素。

3.3 积极治疗相关疾病。对能引起中风的疾病，如高血压、糖尿病、心脏病等，应积极进行治疗，特别是有血瘀证候表现，如舌质暗有瘀斑，结合血液流变学的检查指标，予以活血化瘀治疗，这对预防中风先兆的发生有一定的积极作用。

重治疗仅能降低脑血管病的死亡率和残废率，预防则能降低三率（发病率、死亡率、残废率），这充分说明了对中风先兆的治疗和预防的积极作用，这也是我们医务工作者努力的方向。

参考文献

[1] 戴自英等，实用内科学，第 8 版，北京：人民卫生出版社,1991

[2] 姜子云，中风证的中医治疗，第 1 版，兰州：甘肃人民出版社,1996

[3] 王松龄等，中西医结合防治急性脑血管病，第 1 版，北京：人民卫生出版社，1993

加味补中益气汤治疗舌中灼痛一例

杨佐寿
（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

病例摘要

张某某，女，45 岁，土桥乡岔村农民，因舌中灼痛月余，于 2002 年 8 月 7 日入我门诊治疗。

患者自觉近一月来，每天晚上口唇干燥，舌中部肿胀，灼热辣痛，至白天则稍缓解。曾服用导赤散、八正散、黄芪解毒汤等治疗无效。患者腹部痞满，大便时溏时泄，白带多，无气味。舌淡胖，边有齿印，苔白稍腻，舌中部无异常。脉沉细无力。脉症合参，属中气虚弱，清阳不升，阳火上乘，非实火内炽。宜加味补中益气汤治疗。药物组方：炙黄芪 20 克、党参 15 克、炙甘草 5 克、升麻 6 克、柴胡 6 克、当归 10 克、陈皮 6 克、白术 10 克、生地 15 克、肉桂 3 克。服用三剂，舌痛大减，连服 10 剂，诸症痊愈。随访二年未见复发。

讨论

舌如心之苗，心火上炎可致舌痛，而火有阴阳、虚实之异。本例治以苦寒，清热泻火之剂未效。舌中属脾胃，脾虚气不足，清阳不升，阴火上升，夜间阳气亏虚，阴气则甚，故其症尤剧。用加味补中益气汤补中益气，使脾胃健运，清阳上升，阴火消失，诸证悉除。

民间中草药刘寄奴一味治疗骨折 20 例

许昆松
（芷江侗族自治县民族民间医药学会，湖南 芷江 419100）

1、临床资料

总病例 20 例，其中男 15 例，女 5 例，男与女比为 3：1，年龄最大 89 岁，最小的 3 岁，平均年龄 46 岁，病程最长 14 周，最短 3 周。

2、诊断标准

2.1 骨折的分类。骨折的类型很多，主要分外伤性骨折和病理性骨折两大类。骨折又分开放性和闭合性骨折 2 种，骨折的程度分完全性和不完全及粉碎性骨折。

2.2 骨折的临床表现。骨折后肿胀和疼痛、瘀斑、变形骨擦音，功能完全丧失，周围神经血管损伤可出现麻痹出血，特别头部、胸部、腹部剧痛，还会出现休克。

3、治疗方法

3.1 骨折的急救原则，预防治疗休克，现场出血和初步固定骨折处；预防伤口感染。

3.2 骨折的处理。应掌握好复位、固定、功能的锻炼和药物应用四个环节。

3.3 药物治疗。内服以活血止血散瘀、疏筋通络镇痛以民间中草药的刘寄奴 50g 干药，鲜药一付 100g，成人量一日一剂，小儿 10 岁以下一剂，干药 10g，鲜药 20g，一日一剂。12 天一疗程，水煎服。煎法：先用冷水浸泡 15 分钟，煮开后 5 分钟倒出药液，再加水淹没药渣煮开 15 分种后将两次药汁混合分 3 次吃一日量，但是对黄为引。外用：先将刘寄奴 500g 粉碎成末，红糖 600g 放铁锅内炒溶成黑色再将刘寄奴倒入红糖中进行混合，按接骨的部位用药包扎固定三天换药一次，每 5 天换药一次直至痊愈为止。

4、疗效标准及治疗结果

显效：桡骨下端骨折痊愈 15 例，占 75%，无后遗症；好转：股骨干骨折 4 例，占 20%，

能生活自理。总有效率 95%。

附典型病例

李某，女 85 岁，住湖南芷江麻缨塘乡麻缨塘村塔冲组，股骨干骨折，桡骨下端骨折，她一人骨折 2 处，至今一切生活自理。

5、体会

不管是任何一处骨折，都会有肿胀瘀斑、疼痛、压痛，对神经血管都有损伤等功能的阻碍。刘寄奴性味苦温，能有活血、通筋、止痛、散瘀、止血之功能，适应乡村合作医疗的骨折病人需要，花钱少或不花钱，在本地药源丰富，人人可知，特献此方，同道此方，同道们不妨一试。

冠心安胶囊治疗冠心病心绞痛疗效观察

向远彩

（利川市中医院，湖北利川 445400）

摘要 目的：对冠心安胶囊联合消心痛阿斯匹林治疗冠心病心绞痛的疗效及安全性作出评价。方法：选择 85 例冠心病心绞痛（胸痹心痛）患者，采用随机对照的方法，对照组 42 例给予消心痛（10mg，每日 3 次）,治疗组 43 例在对照组基础上加用冠心安胶囊口服（6 粒，每日 3 次），8 周后对心绞痛、心电图、临床症状及安全指标进行评估。结果：治疗组心绞痛总有效率 95.3%明显优于对照组 76.2%（P<0.05）；治疗组心电图总有效率 90.7%明显优于对照组 69.0%（P<0.05）。结论：冠心安胶囊联合消心痛是治疗冠心病心绞痛的有效药物。

关键词 冠心病；心绞痛；冠心安胶囊；消心痛；联合治疗

冠心病心绞痛是由于冠状动脉粥样硬化引起的冠状动脉供血不足，心肌急剧的、暂时的缺血和缺氧引起的临床综合征[1]，近年来发病率、病死率有增高的趋势。我院自 2002 年 4 月以来对冠心安胶囊联合消心痛治疗冠心病心绞痛的临床疗效进行了观察。现报告如下。

1、资料与方法

1.1 病例选择：冠心病心绞痛诊断标准参照 WHO 制定的《缺血性心脏病的命名及诊断标准》，所有病例均有心绞痛发作时症状及心电图呈典型缺血表现（静息时心电图以 R 波为主的导联 ST 段水平压低≥0.5mm，T 波低平或倒置；变异型心绞痛患者发作时 ST 段一过性抬高）[2],心绞痛严重度分级参照加拿大心血管疾病分类标准[3]；胸痹心痛标准参照 1993 年卫生部制定的《中药新药治疗胸痹的临床指导原则》[4]。西医诊断劳累性心绞痛和自发性心绞痛符合中医辨证心血瘀阻型。排除标准：急性心肌梗死、急性心功能不全、合并重度高血压且血压控制欠佳者、严重心律失常、合并肝功能、肾功能、造血系统等严重原发性疾病和精神病、妊娠和哺乳期妇女。

1.2 一般资料：85 例门诊和住院患者，随机分为治疗组（43 例）和对照组（42 例）。治疗组 43 例，男 31 例，女 11 例；平均年龄（60.3.±7.23）岁；病程 17 天～19 年，平均 4.21 年；心绞痛类型；劳累性心绞痛 34 例，自发性心绞痛 9 例；严重度分级：Ⅰ级 21 例，Ⅱ级 13 例，Ⅲ级 4 例，Ⅳ级 5 例。对照组 42 例，男 33 例，女 9 例；平均年龄（61.9±9.96）岁；病程 15 天～25 年，平均 4.51 年；心绞痛类型：劳累性心绞痛 35 例，自发型心绞痛 7 例；严重度分级：Ⅰ级 23 例，Ⅱ级 9 例，Ⅲ级 6 例，Ⅳ级 4 例。两组患者年龄、性别、病程方面差异均无显著性，具有可比性（P>0.05）。

1.3 治疗方法对照组给予口服消心痛（10mg，每日 3 次）；治疗组在上述用药基础上加

用冠心安胶囊（6 粒，每日 3 次），冠心安胶囊由丹参、川芎、当归、三七、赤芍、石菖蒲、半夏、薤白、栝楼皮组成，由本院制剂室浓缩装胶囊，0.5 克/粒,疗程 8 周。

1.4 观察指标：每周定期观察并记录患者病情变化。以治疗前后患者心绞痛发作情况、心电图变化、为疗效观察指标；以治疗前后血常规、尿常规、便常规、血脂、肝功能、肾功能、凝血机制作为安全性观察指标。

1.5 疗效标准疗效评定主要项目：心绞痛、心电图。心绞痛及心电图疗效判定参照 1979 年中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会所制定的《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准》。临床疗效判定标准：显效：心绞痛缓解，无心绞痛再次发作，运动耐力提高；有效：心绞痛发作次数较前减少 50%；无效：心绞痛发作次数减少不到 50%。心电图疗效判定标准：显效：静息心电图恢复正常；改善：静息心电图缺血性 ST 段下降，治疗后回升 1.5mm 以上，但未正常，或主要导联倒置 T 波变浅达 50%以上或 T 波由平坦转为直立；无改变：静息心电图与治疗前基本相同。

1.6 统计学处理计量资料采用 t 检验，计数资料采用 x 2 检验。

2、结果

2.1 两组患者治疗后心绞痛疗效比较见表 1。

表 1 两组患者治疗后心绞痛疗效比较

组别	N	显效	有效	无效	总有效率（%）
治疗组	43	10	31	2	95.3
对照组	42	5	27	10	76.2

注：两组相比，P<0.05

2.2 两组患者治疗后心电图疗效比较见表 2。

表 2 两组治疗前后心肌缺血（心电图）改变情况（例）

组别	N	显效	有效	无效	总有效率（%）
治疗组	43	13	26	4	90.7
对照组	42	9	20	13	69.0

注：两组相比，P<0.05

2.3 两组患者不良反应比较见表 3。

表 3 二组不良反应比较（例）

组别	胃不适	头痛	舌麻	头晕
治疗组	2	1	0	1
对照组	1	1	1	0

二组均无严重反应，不良反应基本相同。不须停药治疗。

2.4 安全性评价两组治疗过程中未出现严重不良反应，血常规、尿常规、便常规、血脂、肝功能、肾功能、凝血机制治疗前后无明显异常。

3、讨论

冠心病心绞痛在中医学属于“胸痹心痛”范畴，其病位在心，属本虚标实证，共基本病机为气虚、气滞、血瘀。气血瘀滞，心脉痹阻，不通则痛而成“胸痹”。治宜益气行气活血，通络止痛。冠心安胶囊是笔者在长期临床实践中总结开发的一种以活血化瘀、通络止痛为主的纯中药制剂，方中丹参、川芎、当归具有活血化瘀之功效，三七具有活血化瘀止痛之功效，冰片、石菖蒲则起芳香通窍、活血散结、引药入络的作用，栝楼皮、薤白、半夏开胸行气，宣痹止痛，诸药组合共奏活血化瘀、通络止痛之功。现代药理研究表明：丹参具有扩张冠脉血管，抑制血小板聚积，降低血液粘稠度，改善缺血心肌的氧供的作用[5]，川芎、栝楼皮

具有降低胆固醇，抑制血小板聚积，抗血栓作用，三七、冰片具有改善冠状动脉血流，减慢心率，抗心律失常及抗炎作用，石菖蒲具有镇静作用[6]，合用有扩张冠脉血管，抑制血小板聚积，降低胆固醇，稳定粥样斑快，抗血栓，改善缺血心肌的氧供及心电稳定作用，从而达到治疗心绞痛的作用。现代医学在冠心病心绞痛防治方面的药物种类繁多，其中以硝酸酯类为代表，消心痛是较为常用的抗冠心病心绞痛药物。该药具有扩张冠状动脉、降低其阻力、增加其血流量外，还可扩张外周血管，减轻心脏前后负荷和心肌氧耗量[7]，目前普遍应用于临床。本组临床研究结果表明：冠心安胶囊与消心痛联合应用明显提高冠心病心绞痛的治疗效果，总有效率达 95.3%。在心绞痛、心电图和临床症状疗效方面均明显优于单用消心痛的对照组，联合运用有利于提高冠心病心绞痛的疗效。

参考文献

[1] 陈灏珠．实用内科学．第十一版．北京：人民卫生出版社，2001，1373~1374

[2] 国际心脏学会与世界卫生组织命名标准化联合专题组．缺血性心脏病的命名及诊断标准．《中华内科杂志》，1981，20（4）：254

[3] 陈灏珠．《内科学》．地四版．北京：人民卫生出版社，1998，255

[4] 中华人民共和国卫生部．中药新药临床研究指导原则．第 1 辑．1993，41~45

[5] 中华人民共和国卫生部．中国医学论坛报．复方丹参滴丸对冠心病心绞痛基础及临床研究，2002，2

[6] 丁安伟．《现代中药临床手册》．江苏科学技术出版社，2000，223~326

[7] 陈新谦，金有豫．《新编药物学》．北京：人民卫生出版社，1997，266

跌损骨折良方

褚天奎

（宣恩县民族医院，湖南 宣恩 445500）

骨伤、损、折或碎，须用手法调治之，骨间作痛、筋骨间作痛必有淤血气滞。根据内经之理“淤血不去、新血不生”“气行则血行、血淤则气滞”“不通则痛、痛则不通”必用药调熨之，服药自愈。收集一民间验方：土鳖虫 6g、血竭 6g、没药 12g、龙骨 5g、乳香 15g、防风 8g、金毛狗脊 12g、田七 5g、白芷 8g、桃仁 5g、红花 3g、山甲 5g、早休 8g、菖蒲 5g、胆南腥 8g、川芎 12g、升麻 5g、冰片 3g.用法：碾沫装瓶备用，无皮肤破损者用老酒调敷患处（也可用凡士林调敷），并用老酒 10ml 冲服、一日三次效果更大。

病例：向某某、男、67 岁於 1998 年因头痛伴下肢乏力入院后 CT 确诊为腔隙性脑梗塞，经 20 天西医治疗头痛缓解出院，出院后偶感头痛，无肢体功能障碍，无高血压。於 2000 年 8 月左手外伤后碗关节骨折经手法复位用此药调酒外敷固定，口服老酒冲药 10ml 口服，每日三次，连服三日后，疼痛缓解，继续口服半月，手以可提轻物，经 X 线检查骨折以愈合，此后头痛未发作，於 2005 年体检复查 CT 颅内未见异常。

本方强有土鳖虫破血祛淤消肿散结；佐以乳香、没药、田七、桃仁、红花、早休、胆南腥散淤止痛活血润燥；龙骨有收敛止血之功；防风可助胆南腥祛风止痛；借金毛狗脊强筋止血生肌；白芷祛风散寒解毒；山甲消肿排脓助乳香、没药疗外伤；菖蒲开窍醒神醒脑；升麻消淤行血升阳解毒；冰片芳香开窍清热消肿止痛，防腐；川芎行气之要药，辛散疏通，诸药合用，上至头顶，下至四肢末端，活血祛淤、消肿止痛、疏通气血、防腐消肿，为跌损骨折之良方。

内服可治脑振荡后遗症，多年老血之顽疾。

埋线治疗胃病 100 例分析

龙金光
（凯里市曙光路 48 号眼科诊所，贵州凯里　556000）

我们从 1977 年至 2005 年 4 月，28 年间埋线疗法和服中草药治疗胃病数百例，患者普遍反应疗效很好，因而来接受此疗法的逐年增多。其中选择有复查的 100 例报告如下。

1、临床资料

1.1　病例选择

所选病例均经各医院用胃镜或钡餐透镜，照片进行检查，诊断为表线性胃炎、胆汁反流性胃炎，胃十二指肠溃疡、胃下垂、胃出血、胃神经种官能症、复合性胃炎等疾病。有肝胆疾患和胃癌除外。其治疗方法均以埋线为主，兼服中草药。

1.2 穴位选择

胃炎取脾俞透三焦（双侧），上脘透下脘，胃十二指肠溃疡，取左脾俞透三焦，右胃俞透溃疡穴，胃下垂取脾愈透三焦（双）和上脘经下脘转 90 度水平往右 2 公分，于右大横穴上。

1.3　埋线用具

16 号腰穿针 1 颗（带针心）3~071 事情医用羊扬线 1 根，5 毫升空针和 5 号或 7 号封闭针头（长 7~9cm），洞巾、手套、碘酒、酒精、胶布、火柴、利多卡因、庆大霉素等。

2、埋线方法

2.1 埋线部位

先背后腹。背面取坐位，腹面平卧位。取坐位背身前曲，对肘微抱使背面穴暴露，用 5 号或 7 号封闭针注入约 3~5cm 肌层与皮肤呈平行方向前进，不能过深过浅。边进针边推药或边推药液边退针，这叫胃俞穴埋线的局麻法。注好麻药后用 4~7cm 长羊肠线插入针管内后将针沿局麻路刺入。再用针心插入针管，边插边退针，针退出后，羊肠线就置好在麻路上，用同法按所选穴位埋入即可。

每穴埋线后用 1cm2 胶布在火柴火焰上或酒精上烧数钞后填在埋线口上即毕。

2.2 埋线注意事项：

埋前先解释清楚使患者充满信任感和安全感，这与埋线疗效高低关系重大；穴位埋入深线看患者肥瘦而定，瘦者埋入较深易刺入胸、腹膜，这是切禁的，肥者埋太浅，不到应有深度，对穴位刺激不大，疗效差。一般在腹白线和肋骨外的肌肉层即可；手术后体弱者感到痛，可服止痛消炎片，感染者必要时注抗菌药，7 天后胶布可脱，如伤口红肿或有脓性分泌物，是羊肠线异性蛋白的排斥反应或感染，均可用酒精搽洗放消炎粉即愈。

3、结果

3.1 疗效判定标准

临床症状消除，三年内不复发为治愈；三年内复发者为无效。

3.2 结果，见附表。

附 表两组临床疗效复发率比较

内容组别	病名	例数	三年内	未复发	复发数

埋线组	表线性胃炎	43	41	2	4.65
	胃十二指肠溃疡	18	16	2	11.11
	胃神经功能症	6	6	0	0
	胃下垂	5	5	0	0
	胃溃疡出血	3	3	0	0
	复合性胃炎	12	11	1	8.33
	合计	87	82	5	5.75
对照	胃线性胃炎	6	2	4	66.67
	胃十二脂肠溃疡	4	0	4	100
	胃神经功能症	1	1	0	0
	复合性胃炎	2	1	1	50
	合计	13	4	9	69.23

从表中看出埋线组与不埋组的复发率有非常显著差异（P<0.01）。

4、讨论

埋线疗法是根据中医经络学家来循径取穴，经络学说认为：经络阻带，气血失调是疾病发生的主要环节，肝气郁结，气滞血瘀乃致胃病。埋线疗法具有通经络，调气血作用。通过调节经络气血的运行以达到治疗疾病的目的。埋线能刺激穴位，由表即里，循经治病，提高机体免疫力，协同和提高中草药的温脾胃功能，抑制胃酸分泌。提高杀灭 HP 感染的功能。这比单纯用中草药治疗胃病更增加了一层功夫，是综合治疗胃病的一种重要方法。在现代医学模式转变的今天，在综合疗法中重视精神治疗，发现大多数胃病患者与精神状态关系非常密切。要根据患者的体质、性别、文化、习惯、性别、工作、民族、年龄等不同对象进行耐心的心理治疗，这对埋线疗法复发率高低往往起关键性的作用。

卵巢硬化性间质瘤伴出血囊性变 1 例报告

满金萍

（凤凰民族中医院，湖南 凤凰 416200）

1、病例报告

患者，42 岁，已婚。因发现盆腔肿块 3 年，伴下腹部隐痛 2 天，于 2001 年 2 月 8 日入院。3 年前患者 B 超检查时发现“左附件包块（6cm×7cm）和子宫小型肌瘤”，因为伴月经改变及盆腔不适而未予重视，仅不定期 B 超复查示“肿块无明显增大”。2 天前无明显诱因出现下腹部隐痛并于腹部触及一质硬包块，即来院就诊，门诊拟“盆腔肿块性质待查”收住入院。平素月经规则，周期 28 天，7 天净，量中，无痛经。末次月经：2001 年 2 月 3 日，色量如常。入院查体：体温 36.6℃，脉搏 80 次/min，呼吸 20 次/min，血压 100/60mmHg。全腹软，无压痛，中下腹可及一 10.5cm×11cm 大小囊实性包块。妇科检查：外阴阴道琳见异常，宫颈光滑，子宫前位，如孕 2 月大小，无压痛，子宫左右上方触及一儿头大小囊实性肿块，表面光滑，边界清楚，形态规则，活动欠佳，触痛可疑，右附件未发现异常。B 超示：左附件区混合性包块大小约 10.5cm×11cm，可见分隔状结构，肿块上部实性回声彩色多普勒血流成像示血流不丰富，子宫前壁直径 5cm 大小低回声团块，盆腔少量积夜。入院诊断：①左卵巢肿瘤不全性蒂扭转？②左卵巢肿瘤恶变？③子宫肌瘤。入院完善各项术前检查后，于 2001 年 2 月 12 日在硬膜外麻醉下行剖腹探查术。术中见，子宫前位，如孕 2 月大小，前

壁有直径 5cm 结节状突起，左侧附件增大成一 10.5cm×11cm 大小的囊实性包块，壁厚薄不均，左侧输卵管被拉长并覆盖于肿块上方，肿块表面光滑，四周与子宫底、子宫后壁、乙状结肠、盆侧壁等广泛致密膜状粘连，子宫前方可见淡黄色包裹性积液，盆腹膜、子宫体及肠壁等表面均未见异常结节。即分离粘连后切除肿块，切开肿块见内腔多量淡血性液体，部分囊性，部分实性，冰冻切片报告：左卵泡膜细胞瘤伴出血囊性变。再行子宫全切除术及右卵巢活检术。手术顺利，术后病理检查见：肿块外壁光滑，内壁粗糙，血凝块附着，囊壁切面灰白、灰黄、暗红，可见小囊。显微镜下显示囊壁边经级残存少量卵巢组织，大部分区域被肿瘤细胞取代，瘤细胞卵圆形、短梭形，胞浆嗜酸或空泡状，大小形态较一致，核分裂罕见，排列疏密不均，略呈结节状，疏松处粘液水肿明显伴囊腔形成。病理报告：左卵巢硬化性间质瘤伴出血囊性变，子宫肌瘤。患者术后恢复良好，切口愈合佳。

2、讨论

2.1 卵巢硬化性间质瘤是一种罕见的特异性卵巢性索间肿瘤。自从 1973 年由 Scully 首次报告后，至今国内外文献报告仅百余例，其中产生激素者更罕见，有人将能分泌雌、孕激素或丸酮的卵巢硬化性间质瘤认为是黄素化的卵泡膜细胞瘤伴出血囊性变，但在临床上未出现激素异常分泌之症状，病理切片的特征更倾向于卵巢硬化性间质瘤的诊断。临床上应注意卵巢硬化性间质瘤与卵泡膜瘤及 Krukenberg 瘤的鉴别。前者少有囊腔形成，缺乏瘤细胞的多样性及疏密不均的排列特征；后者多为双侧性，在疏松水肿或致密的卵巢间质中可找到上皮巢或印戒细胞，粘液卡红染色阳性。

2.2 据文献报道，本病多见于年轻妇女（平均年龄 27 岁），但本例患者年龄已达 42 岁，不排除病变早已存在但未及时发现之可能性。

2.3 本病为良性病变，常为单侧性，年轻妇女仅行患附件切除即可，预后良好，多无复发。本例患者肿瘤以实性为主，且于短期内肿瘤增大迅速伴疼痛，易怀疑其为恶性肿瘤，故应强调术中冰冻切片的重要性，加强对本病的认识，以免错误扩大术式，造成患者不必要的创作。

2.4 本例卵巢硬化性质瘤出现出血囊性变，其发生机理尚未完全明确。作者认为，可能与肿瘤短期内增长迅速血供不良有关，这一观点尚待临床进一步观察与探讨。

加味达原饮治疗夏季发热兼湿浊盛者两例

龙建珍

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

1、处方及治法

方名：加味达原饮

处方：草果 12g、厚朴 10g、尖槟榔 15g、黄芩 12g、知母 15g、藿香 12g、佩兰 15g、葛根 20g、青蒿 20g、乌梅 15g、车前子 15g（为成人量，小儿酌情减量），水煎服，每日一剂，腹泻而热重者加竹叶、地骨皮，腹痛者加枳壳、木香，咳嗽者加桔梗、杏仁，久病发热者加党参、黄芪。

中医辨证：湿热秽浊相搏，阻滞气机，蕴蒸化热。

治法：疏和气机，清热化津

2、临床应用

病例 1，周某某，男，46 岁，凤凰县廖家桥村民，于 2006 年 7 月 25 日由“120”接送

入院就诊。

患者在 4 天前参加夏收劳动后，感觉恶寒发势，全身疼痛不和达，在当地诊所曾注射复方氨基比林，口服板兰根及解热镇痛片后，虽然汗出仍发热不退，且在午后、晚上加剧（39.5℃~41℃之间），并伴颈项强痛，腰胀、口苦、尿多等症，入院后除继续用上述西红外，还给予输液，口服病毒灵、维生素 C，诊断性抗结核药物治疗，体温仍不下降。

检查：神志清，表情痛苦，面唇红艳，头面四肢灼热，舌红，苔白如积粉，脉弦数，体温 39.2℃。

症由湿热秽浊蕴蒸化热测高热。湿势阻滞经络则颈项强直，全身疼痛，腰胀等。其舌苔白如积粉，脉弦数均为时疫初起之征，与达原饮证正符。

治疗：用“加味达原饮”去乌梅，加银花、丹皮等，当日用 1 剂后，颈项强痛、腰胀消失。次日凌晨 2 时，患者自觉腹痛，稀便量多，便后汗出遍身、乏力。恐其休克，查脉缓均匀。体查：T38.2℃，BP120/60mmHg，P68 次/分，心肺无异常，神清安静，体温 38.2℃，乃气机通畅，邪有出路，是痊愈之兆。晨 7 时，病人自讨身体轻松，但时畏寒，舌稍红，苔无积粉，脉缓，体温 38℃，乃余热未清，正气已伤。前方加大枣、生扁豆、竹叶、芦根等，服一剂，体温继而降至 36.9℃，再加减五剂，舌质红苔薄，脉缓，体温正常，病情痊愈。

病例 2：田某某，女，3 岁，水田红星二组。2006 年 8 月 20 日就诊（其母代诉）患儿发热已 10 天左右，无咳嗽，无盗汗，曾服过一些中药未愈，于 6 天前出现腹泻，日行十多次，有少许粘液无脓血。伴口渴，每晚喝水十多次，尿多，易出汗，血检查，白血球总数及中性偏高，系未见异常。肌注青毒素，口服解热镇痛药，雷米封等，亦未见好转。见病孩消瘦，欲睡，哭闹，发育一般，营养欠佳，唇淡红，舌红，苔中部垢腻，指纹紫滞，肤躁不润，弹性较差，四肢肌肉松驰，腹软，腹部皮下脂肪<1cm，肝脾未触及，体温 38.5℃。

病系感受湿热秽浊病邪，而湿性重浊粘腻，与热交结，故发热久而不退，湿势相搏，气相受阻，开降失常，清者不升则口渴多饮，水湿不得气化则尿多，腹泻，指纹紫滞，舌红苔垢腻都为湿热交阻之象。

治疗：用加味达原饮加草豆蔻、半夏，服一剂后当晚能入睡，喝水减至 2 次，尿减，大便稍好。继守原方加减，服 3 剂，患儿神清好转，已不发热，不渴，大便正常，其病得以治愈。

3、体会

“加味达原饮”是根据吴又可《温疫论》的“达原饮”加味而来。原方用于治疗温疫或疾邪伏膜原，出现憎寒壮热，胸闷、呕恶、头痛烦燥，舌苔垢腻等证者。是一种感受疫疠之毒而发生的急性热病，其传染性强，流行性快而广，与现代医学的部分急性传染病相似，夏季发热兼湿盛者，出现高热，或发热持久不退，又以下午，晚上发热显著增。伴有四肢困重、头项强痛，欲睡，舌苔垢腻等证为其临床特点。此乃湿热交结，熏蒸化热，阻滞气机所致，治疗非疏利气机不可，否则湿不化，则热不除。故以藿香、佩兰、草果、厚朴、尖槟榔宣通气机，芳香透邪为主，青蒿、黄芩、知母清热为铺。由于热而伤津，又以知母、乌梅清热生津，且乌梅对久泻生津者有酸收化津之功。配以葛根能升清助胃生津，再加车前子，又能降浊分利水湿。本方用于夏季发热兼湿浊盛者，退热效果较好。临床上尤其是对病毒性疾病，或其他用西药治疗无效者，不防采用本方试一试，往往取得较好的疗效。

中药敷脐加推拿治疗 102 例湿热型小儿腹泻

付强

（凤凰县中医院，湖南 凤凰 416200）

摘要 小儿腹泻是儿科的常见病，尤以二岁以下婴儿更为多见，本病四时均可发生，但以夏秋季节较多，如治疗不当或不及时，可出现伤阴、伤阳或阴阳两伤等危重变证，甚至气脱液竭而死亡。迁延不愈者，可引起营养不良，影响生长发育，对本病应积极及时治疗。笔者在临床中采用推拿中的补泻二法，结合中药敷脐治疗小儿腹泻 102 例取得显著疗效。

关键词 小儿腹泻；敷脐；推拿

1、临床资料

本组 102 例均为门诊患儿，男性 55 例，女性 47 例；35 天~1 岁 58 例，1~2 岁 19 例，2~8 岁 25 例，病程短者 2 日，长者 2 月余；大便次数少则 1 日 5~6 次，多者则 10 余次，大便呈黄稀水样，或挟不消化食物，或挟少许粘液，肛周皮肤潮红，尿短黄；部分伴有发热烦渴。大便常规有白细胞少许——（++），或少许脂肪球，未见吞噬细胞；大便培养无细菌生长。

2、治疗方法

药物组成：川黄连 6 克，车前子 4 克，苍术 3 克，五倍子 5 克，艾叶 3 克，吴茱萸 2 克，上药共研细末过 100 目筛，贮瓶备用，每次 10 克加醋调敷脐部，外用胶布固定。每日 1 次，夏秋高温时每日 2 次，每次敷药 4~6 小时，以脐部皮肤潮红为度。

推拿手法：补脾 200~300 次，摩腹 200~300 次（顺时针），补法加：补大肠 100~300 次，推三关 100~300 次，推上七节骨 50~100 次，泻法加：清大肠 100~300 次，退六腑 100~300 次，推下七节骨 50~100 次。夜卧不安者加揉小天心 10~30 次；湿热久泻正气受损加推三关 100（补一泻三）。

3、疗效观察

3.1 疗效标准：治愈为大便成形，全身症状消失，大便镜检无异常，病原菌检查阴性；好转为大便次数及水份减少，全身症状改善，大便镜检脂肪球或红、白细胞偶见；未愈为大便次数及水份未改善，或症状加重。

3.2 治疗结果：治疗 72 小时统计，治愈 91 例占（89.22%），好转 8 例占（7.84%），无效 3 例占（2.94%），总有效率 97.06%。

附：典型病例

田某，男，2 岁，于是 2000 年 9 月 2 日就诊，患儿 18 天前因饮食不节加之淋雨出现腹泻稀水便挟少量粘液，日行 10 余次，伴发热烦渴，尿少；经外院使用氨苄青霉素、思密达等，治疗后热退，但余症无改善，仍腹泻黄稀水样便挟少许白粘液略臭秽，无里急后重，日 10 余次，烦渴多饮，纳呆，尿黄少；肛周红，舌红苔黄腻，指纹紫赤滞。大便常规：黄稀，粘液少许，脓白细胞（++），红细胞（+），未见吞噬细胞；大便培养无细菌生长，辩证属湿热挟滞型泄泻，拟清热利湿，运脾导滞止泻，先推采用上述泻法，加揉小天心 30 次，再敷脐药 40 克，每日敷脐 2 次，2 天大便成形，诸证消失，大便常规检查结果正常。

林某，女，四个月，其母代述：腹泻 3 天，每日 7——8 次，呈水样便，色淡黄挟绿，有泡沫，无臭味，指纹色红，拟诊湿热泻，治法采用上述补法推拿，加敷脐药，20 克每日敷脐 1 次，2 日痊愈。

4、讨论

“小儿脏腑柔弱，形色未充，脾常不足，易致泄泻”，不及时治疗更为严重，是儿童保健中“四病”防治的重点之一，应引起重视及及时治疗。

脐为任脉要穴“神阙穴”所在，又为冲脉循行之处，为任脉之总枢，脐可通过经络沟通上下内外诸经百脉，五脏六腑。脐的解剖学特征证明脐的表皮角质层最薄，脐下无脂肪组织，

皮肤和筋膜直接相连；脐周血管丰富，故敏感性高，渗透性强，又可通过局部穴位的刺激，疏通经络，调理气血，调整肠胃功能，以达到祛邪愈病之功能。

小儿腹泻中医辩证属湿热居多，敷脐药以黄连苦寒清热燥湿为主；辅以车前子甘寒清热，淡渗利湿，分利小便而实大便，五倍子涩肠止泻，与车前子配对，通涩并用，既无闭门留寇之弊，又避通利太过伤津耗液之嫌，苍术苦温燥湿，运脾导滞，且气味芳香易入肌肤；佐艾叶、吴茱萸，温经止泻，与黄连配取左金丸之意，及经皮渗透性强之功，引诸药直达病所。

推拿治疗小儿腹泻具有无痛苦，无副作用，易接受，疗效确切的特点，值得推广应用，观察以往的一些报道，推拿治疗腹泻方法多而杂，取穴也多，辩证加减复杂，不易掌握使用，本法取穴少，手法操作简单，容易掌握使用，再因有些儿童单用推拿势单力薄，所以加用敷脐用药，使中医推拿与内病外敷穴位用药发挥淋漓尽致，既减轻了小儿打针服药之苦，同时又减轻了家长经济负担。

脑梗死的溶栓治疗

张建兴

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

自 1958 年 Sussman 首先应用溶栓疗法治疗脑梗死至今，仅文献报道已有近 5000 例患者接受该项治疗。近年来，由于对脑梗死病理生理研究的深入、心肌梗死溶栓的成功经验以及新溶栓药物的问世，唤起人们对此疗法的重新关注。当前大规模溶栓研究结果表明溶栓治疗对急性脑梗死有效。

1、溶栓药物

1.1 链激酶：用量（1.5～15.0）×105U，欧洲多中心合作组（MAST-E）、澳大利亚多中心合作组（ASK）及意大利多中心合作组（MAST-I）研究结果显示，于发病 4～6 小时内静脉给予链激酶治疗，均因颅内出血，使急性期患者病死率增高，导致试验提前终止。因此对急性脑卒中患者链激酶不宜作为常规治疗方法。

1.2 尿激酶：用量（6.0～34.5）×105U，国内多以 25 万～250 万 U 静脉滴注。国外研究及评估均较少，可借鉴的经验不多，初步看与组织型纤溶酶原激活酶疗效接近，价廉物美，无抗原性，可一次较大剂量注射。

1.3 组织型纤溶酶原激活酶（tissueplasminogenactivator,t-PA）：为主要溶栓药物，用量为 10～100mg。国外开展了大量的研究；国内由于溶栓起步较晚，加之价格昂贵，有关这方面的研究甚少。Overgaard 等在 23 例脑梗死患者发病后 78～355 分钟，1 小时内静脉滴注 100mgt-PA，并做血管造影（DSA）检查，88%的病例得到完全或部分再通，且均有很大程度的功能恢复。Mori 等报道 31 例急性颈内动脉系统脑梗死，发病 6 小时内静脉滴注 t-PA，发生中等量脑实质出血 2 例（6%）；另有报道，6～8 小时溶栓者出血高达 53%，因此目前多以 6 小时为治疗的时间界限。3～6 小时内应用基因重组性 t-PA，出血发生率＜10%。

2、选择性动脉内溶栓

选择性导管术是一种较为复杂的技术，需要昂贵的造影设备及训练有素的介入及神经专业医师的配合，又由于受一定时间窗的限制，故其广泛应用受到一定的限制，但综合国内外的资料，动脉溶栓的效果似乎更好。

3、溶栓治疗的严重并发症——脑出血

脑出血是溶栓治疗最危险的并发症，可分为脑实质出血（PH）和出血性梗死（HI），国外在这方面做了大量的工作。3 种药物的总出血率，HI 为 10%(158/1573)，PH 为 5%(81/1781)。

链激酶并发 HI 平均为 25%，PH 为 10%；尿激酶并发 PH 为 3%，HI 为 5.3%；t-PA 并发 PH 为 8%，HI 为 23%。

溶栓后出血的可能机制为：（1）缺血后血管壁的损伤；（2）继发性纤溶及凝血障碍；（3）卒中后期血流屏障的通透性增加，致再灌注后出血。

脑出血的相关因素：

3.1 时间窗：国内外的意见基本一致，即溶栓应于 6 小时内开始。Levy 等报道，6 小时开始治疗者出血发生率为 25%，6～8 小时开始治疗者为 53%。3～6 小时内应用基因重组性 t-PA，出血率＜10%。动、静脉溶栓的出血率相似，但国内报道的动脉溶栓出血率明显低于静脉溶栓。

3.2 药物剂量：一般认为，t-PA＜0.95mg/kg 时并发严重 PH 的危险性较低，随剂量增加出血率增加。链激酶静脉用量为（1.5～15.0）×105U，动脉用量(0.06～2.50)×105U，尿激酶静脉用量宜为 25 万～250 万 U（国内），动脉用量（1.8～12.0）×105U，超过上述剂量，脑出血的发生率就会明显增加。总而言之，溶栓治疗引起颅内出血的发生率，使用 t-PA 高于尿激酶或链激酶。

3.3 合并用药：vonKummer 等在对 32 例缺血性卒中患者静脉滴注 t-PA 溶栓的同时，静脉注射肝素 5000U，后维持活化的部分凝血酶原时间是正常的 2 倍，结果 9 例（28%）发生 HI，3 例（9%）伴大块 PH 并死亡，其中 2 例尸检证实为大脑中动脉主干闭塞致大面积脑梗死。t-PA100mg 合用肝素并不明显增加 PH 的发生率。欧洲急性中风合作研究中心（ECASS）研究发现，尿激酶动脉溶栓合并肝素可能提高溶通率，但也增加了出血的危险性，剂量越大出血越重。在心肌梗死溶栓后给予肝素预防再梗死，颅内出血发生率较单用溶栓剂并无显著增高。我们经过临床应用、观察，认为溶栓合并肝素对预防再梗死是必要和有效的，但应控制在一定的剂量和时限。另据 Levy 等观察，治疗前是否应用阿司匹林与颅内出血无关。

总之，合并用药对溶栓时间、溶通率、再灌注程度、再闭塞及临床效果的作用如何尚待大规模观察、研究。

3.4 年龄：对脑梗死的临床研究表明，并未发现高龄（80～86 岁）患者 PH 的发生率肯定增高，溶栓的方法和 60 岁以下患者相同，也就是说年龄并不影响治疗方案和效果。

3.5 高血压：高血压将增加出血的危险性，此点已基本达成共识，当收缩压＞180mmHg（1mmHg=0.133kPa）或舒张压＞100mmHg 时，发生 PH 的机会将大大增加。

3.6 其他：心源性脑梗死患者溶栓治疗可能更易发生出血。另外，纤维蛋白原降解产物（FDP）的升高可能与一些患者发生 PH 有关，但与低纤维蛋白原血症的关系尚不明确，因此，对合并抗凝治疗者应密切观察部分凝血酶原时间的变化。溶栓后使用甘露醇对改善脑水肿是有效的。有研究表明，治疗前早期 CT 检查已有低密度改变者，溶栓治疗后出血的危险性将增加，所有拟行溶栓治疗的患者宜先作头 CT 检查，除外脑出血，对已出现缺血性改变或有陈旧脑梗死灶者不宜溶栓治疗。

溶栓后发生 PH 的病死率为 37%～60%，平均 50%，接近一般脑出血者；HI 的预后一般良好。据目前资料，及时采用基因重组性 t-PA 溶栓，脑梗死患者是净获益的，即病死率、致残率均下降，远大于溶栓风险，如脑出血等。基因重组性 t-PA 已为美国心脏病学会、美国神经科学研究院接受和推荐，成为美国药物联邦委员会唯一确认的治疗卒中的有效药物。

4、多中心试验

ECASS 入选 620 例急性脑卒中患者，使用基因重组性 t-PA1.1mg/kg，最大量 100mg，时间窗为 6 小时以内，平均用药时间为发病后 4 小时。3 个月后，治疗组的致残率明显低于安慰剂组（P＜0.05），但近期治疗效果与安慰剂组差异无显著性。美国神经失常与中风研究院（NINDS）报道了 624 例卒中患者的随机双盲对照研究结果，使用基因重组性 t-PA 的剂量为 0.9mg/kg，最大量为 90mg，发病 3 小时内给药。3 个月后，治疗组的致残率较对照组显

著降低（P＜0.001），近期治疗效果非常好（P＜0.008），尽管基因重组性 t-PA 治疗组颅内出血率较高，为 6.4%，对照组为 0.6%，但不影响治疗效果。基因重组性 t-PA 的治疗效果与年龄、卒中类型和卒中的严重程度无关，而且 90 分钟内与 90～180 分钟内给药效果无差异。

5、关于脑梗死溶栓治疗的几点建议

结合全美心脏学会和神经学会医疗顾问委员会对急性缺血性脑卒中溶栓建议及国内的经验，有以下建议：

5.1 不推荐链激酶静脉溶栓；基因重组性 t-PA 须在发病 3 小时内应用；应用国产尿激酶原则是发病不超过 6 小时，动脉溶栓总量为 25 万～75 万 U，造影时间小于 1.5 小时，静脉溶栓总量 50 万～250 万 U，静脉滴注小于 2 小时，最好在 1 小时内；对不肯定发病时间者不考虑溶栓。

5.2 必须经神经科专业医师确诊、神经影像学医师对 CT、MRI 影像评估后才允许推荐，凡影像已显示与体征相对应的梗死灶者不能入选。

5.3 符合下列条件者不能入选：溶栓前症状和体征迅速改善者；起病伴癫痫发作不能有效控制者；伴单一神经缺损症状无法评分者，如共济失调、感觉障碍等；有脑出血史者；6 个月内有脑梗死及颅脑外伤史，遗留明显功能缺损者；严重心肝肾功能不全者；心肌梗死者；外科手术及分娩者；半年内出现活动性消化性溃疡者；胃肠或泌尿系出血者；已知出血倾向者；口服抗凝剂，凝血酶原时间＞15s 者；病前 48 小时内静脉用过肝素，部分凝血酶原时间延长者；血小板计数＜10×109/L，血糖＜2.8mmol/L 或＞22.2mmol/L，治疗前收缩压＞180mmHg 或舒张压＞100mmHg 者。

5.4 行溶栓治疗需具备完善的紧急辅助治疗措施及处理颅内出血的抢救设备。

5.5 溶栓前应尽可能告知患者可能发生严重出血的危险及可能的疗效，签署自愿书。

针灸治疗类风湿关节炎的临床研究

张建兴　滕春英

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

类风湿关节炎(RA)是一种常见的风湿性疾病，至今病因不明，中医学认为 RA 是由于人体营卫失调，感受风寒湿三气合而为痹，或日久正虚，内生痰湿、瘀血，正邪相搏，使经络、肌肤、筋骨气血受阻失于濡养而出现肢体疼痛、肿胀、酸乏、重着、变形，治疗有内服药和外治法。而针灸可减轻局部症状，改善关节功能的作用。我院在近几年中应用针灸治疗 RA 的临床总结如下。

1、资料与方法

1.1 病例选择：在本院专科病房与门诊选择符合美国风湿病学会 1987 年 RA 诊断标准。受试者在 18～65 岁之间，病级为 1～2 级，红细胞沉降率(ESR)≥30mm/1h，符合卫生部制定的抗风湿药物研究指导原则活动期 RA 的标准，受试者排除明显心、肝、肺、肾等的器质性疾病，药物过敏史和晕针史，孕妇与哺乳妇女不纳入试验。受试者在 3 个月内未使用过二线药物。病人的一般情况见表 1。

表 1 病人的一般情况

组别	例数	性别		平均年龄岁	平均病程年	病期(例)			病级(例)		
		男	女			I	II	III	I	II	III
针灸组	30	5	25	45±5	3±5	25	5	0	10	18	7
对照组	15	3	12	44±73	3±5	12	3	0	9	4	2

注：二组间差异无显著性

1.2 方法：45 例患者按年龄、性别、病期、病级随机按 2：1 配对分为二组：对照组应用消炎痛 25mg，3 次/d，治疗组不服用非甾体抗炎药，而应用隔日 1 次针灸治疗，每次 40min，1 个月为一疗程。

取穴：①整体取穴：根据整体治疗原则，患者每次取背部督脉经和膀胱经，肝俞、脾俞、肾俞和命门穴，手足阳明经曲池、足三里和足少阴肾经太溪穴。②局部取穴：根据患者受累关节取穴。肩关节取肩于、肩贞、肩内阿是穴，肘关节取曲泽穴，腕关节以阳池、阳谷、阳溪穴，指关节取八邪穴，膝关节取膝眼、曲泉、膝阳关、阳陵泉穴，踝关节取解溪、昆仑、丘墟穴，趾关节取八风穴，颞颌关节取下关穴。四肢穴位采用温针以驱寒逐湿，通利关节，针刺采用捻转提扦补泻法，随后温针 2 次，应用灸粒温针。背俞一般用附子饼间接灸法(附子饼为附子：丁桂：冰片以 40：9：1 比例制成)。

1.3 观察方法：每 2 周随访一次，每次检查晨僵、关节肿胀指数、关节压痛指数、握力，每 4 周随访血尿常规、红细胞沉降率(ESR)、类风湿因子(RF)滴度，部分患者测定超氧化歧化酶(SOD)、过氧化氢酶、脂质过氧化物酶(LPO)和亮脑啡肽，测定超氧化歧化酶(SOD)、过氧化氢酶和脂质过氧化物酶(LPO)采用化学比色法，亮脑啡肽采用放免法测定，由华东医院协助完成。

1.4 疗效评定：显效：关节肿胀指数改善率、压痛指数改善率、握力改善率、晨僵改善率和 ESR 改善率等五种改善率均数＞70%。改善率＝(治疗前值－治疗后值)/(治疗前值－正常值)×100%。有效：以上五种改善率均数＞50%。改善：以上五种改善率均数＞30%。无效：以上五种改善率均数＜30%。

1.5 统计学处理：治疗前后计量指标改变用 t 检验，组间计数资料比较采用χ2 检验，疗效比较用 Ridit 检验。

2、结果

2.1 疗效评价：针灸组 30 例，显效 1 例，有效 7 例，改善 17 例，无效 5 例，改善率 83.3%；消炎痛组 15 例，有效 3 例，改善 9 例，无效 3 例，改善率 80%，二组间经 Ridit 检验，P＞0.05，二组间差异无显著性，针灸组疗效与消炎痛组相似。

2.2 针灸与病程和关节功能：见表 2。从表 2 中可见病程越短疗效越好；关节功能损害越少，疗效也越好。

表 2 针灸疗效与病程和关节功能的关系

疗效	病程(年)				关节功能		
	＜1/2	1～2	2～3	＞3	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
显效	0	0	1	0	1	0	0
有效	3	2	1	1	4	2	1
改善	3	6	3	5	5	9	3
无效	0	1	1	3	0	2	3
有效率（%）	100	88．8	83．3	66．6	100	84	57

2.3 针灸治疗前后临床和实验室检查的改变：见表 3。

表 3 针灸治疗前后临床和实验室检查的改变

项目	针灸组(30 例)			消炎痛组(15 例)		
	治疗前	治疗后	P 值	治疗前	治疗后	P 值
关节肿胀指数	6.9±4.4	4.7±4.3	＜0.001	13.4±3.6	12.6±3.5	＞0.05
关节压痛指数	17.2±7.6	10.1±0.7	＜0.001	13.1±3.1	9.1±2.4	＜0.02
晨僵(H)	2.9±1.6	1.9±1.6	＜0.001	2.3±1.7	1.4±0.5	＜0.02
握力(mmHg)	83.5±31	295.7±62.1	＜0.001	102.3±28.6	113.8±30.4	＜0.05

ESR(mm/1h)	57.2±25.7	46.4±27.2	＜0.01	75.1±29.5	62.6±29.6	＜0.01
CRP(μg/L)	18.8±11.6	8.2±14.5	＞0.05	17.9±12.1	10.2±12.1	＞0.05
RF(对数值)	2.4±0.4	2.2±0.4	＜0.01	2.4±0.3	2.2±0.4	＞0.05

2.4 针灸治疗前后亮脑啡肽(LEK)、超氧化歧化酶(SOD)、过氧化氢酶(CAT)和脂质过氧化物酶(LPO)的改变：见表 4。

表 4 针灸治疗前后 LEK、SOD、CAT 和 LPO 的变化

项目	LEK(10 例) mg/ml	SOD(18 例) U/g(Hb)	CAT(18 例) U/g(Hb)	LPO(18 例) nmol/L
治疗前	85.1±41.8	485.9±38.6	17.1±3.5	5.7±1.0
治疗后	172.5±62.2	458.2±46.1	18.1±1.6	5.2±1.1
P 值	＜0.01	＜0.01	＞0.05	＜0.05

2.5 不良反应：消炎痛组有 1 例头痛，有 2 例胃肠不适，针灸组无明显副作用。

3、讨论

RA 是一种自身免疫性疾病，目前尚无特效药物，经常使用非甾体抗炎药消炎镇痛，但该类药物引起严重胃肠道症状和肝、肾、神经等方面损伤，而中医认为 RA 属痹证，一般均为正虚标实之病，除应用药物治疗外，中医针灸治疗 RA 是一种非药物消炎镇痛疗法。本研究用艾灸背俞穴温阳益肾、调和气血。局部取穴祛瘀通经，捻转提扦补肾法治疗 RA，疗效可达 83.3%，与消炎痛的消炎镇痛疗效相似，经 Ridit 检验，P＞0.05。同时发现病程越短关节功能损伤越少，疗效越好。目前没有一种早期 RA 的标准，根据 Morgan 等报道早期 RA 病程 12 个月以内的患者为界限，针灸治疗对早期 RA 疗效较好(见表 3)。针灸组治疗前后关节肿胀指数、关节压痛指数、晨僵、握力均有明显好转。ESR、RF 滴度也有改善，P＜0.01，消炎痛对关节肿胀指数、关节压痛指数、晨僵、握力、ESR 也有好转，P＜0.02，而对 RF 无明显作用，与我国近年来报道相似。

Mezes 等和 Wade 等检测 RA 患者血浆和滑膜液中 LPO 的含量增高。Pasquier 等和 Marklund 等报道 RA 患者外周血多形白细胞中 SOD 活性和滑膜中 SOD 活力下降或相对不足。这说明 RA 患者存在自由基代谢紊乱，所以测定 RA 患者红细胞中 SOD、CAT 活性与血浆 LPO 治疗前后变化可了解针灸治疗 RA 的疗效。本研究针灸治疗后 SOD 活力明显下降，P＜0.01；血浆 LPO 含量降低，使关节炎症减轻，关节功能好转。

自从 Hugher 首先从亮脑内分离出亮脑啡肽以来，对针灸镇痛机制的研究起了巨大的推动作用。成柏华在家兔实验中观察到针刺对中枢和外周亮脑啡肽有同步影响，针刺后，组织中亮脑啡肽(LEK)增高，肾上腺髓质内 LEK 下降而血浆中升高。RA 患者针灸治疗后 LEK 含量明显升高，P＜0.01，证实针灸治疗对 RA 患者有消炎镇痛作用，但副作用比非甾类抗炎药低。本研究发现针灸治疗后 ESR 与 RF 滴度下降明显，有待进一步了解针灸治疗对免疫调节的关系。

自制药酒与“离子导入法”临床观察

龙爱国　龙秀兵

（花垣县道二乡卫生院，湖南 花垣 416400）

摘要 临床上治疗风湿病和腰椎间盘突出症、骨质增生症的方法较多，疗效各异。我所选用的方法是以家用型“六合治疗仪”加上自制药酒进行治疗，临床上收效良好。

关键词 药酒；离子导入

“六合治疗仪”是现代先进的一种热疗器械，常为家用型，是家庭使用的医疗仪器，为

了让治疗仪发挥更好的疗效，我们在原来治疗仪的基础上，配以自制的药酒，这样使治疗仪发挥了更好的作用，我们称这种方法叫“离子导入法”。

1、一般资料

病人总数 85 例，其中男性 48 例，女性 37 例；最大年龄 68 岁，最小年龄 28 岁。病程最长 20 年，最短 3 个月。发病原因分析：碰伤、扭伤、寒、湿邪入侵，气血不足，腠理不密所致。其中风湿关节炎 50 例，类风湿关节炎 20 例，骨质增生 10 例，腰椎间盘突出 5 例。

2、治疗方法

取自制药酒（舒筋木、舒筋草、接骨木、矮脚木、岩丸子、牛夕、独活、续断、刺桑木、白毛英等 30 余味中草药）2 两，浸泡于治疗仪的海棉接头上，取穴（膝眼、大椎、殷门、承山、委中、踝关节、足三里），绑好接上电源，温度调在 45°～80°之间，每日 1 次，5 天为一个疗程。

3、治疗结果

3.1、显效：受累关节肿痛消失，关节功能恢复正常 48 例。占 56.2%。

3.2、好转：受累关节肿痛减轻，关节功能好转 30 例。占 35.3%。

3.3 无效：仍感肿痛，活动受限，无改善 7 例。占 8.5%。

总有效率：91.5%

4、典型病例

4.1、病例 1：吴××，男，60 岁，花垣县道二乡人。因下肢关节反复疼痛、肿痛、冷麻 4 年，久治不愈。来我处治疗，接诊以六合治疗仪为其治疗，取穴（膝眼、阴谷、足三里），外加中草药 1 剂浸酒内服，5 日 1 剂。一个疗程后，踝关节以上部位已有好转。遂改取（踝关节、足三里）穴，一个疗程后活动已不受限，冷麻感滞留在脚趾处，嘱加治一个疗程。未见加重复发。

4.2、病例 2：石××，女，54 岁，花垣县道二乡人。患风湿关节炎 12 年，久治不愈，经介绍来我处治疗。接诊后以六合治疗仪，配合内服中草药（当归、黄芪、川芎、赤芍、鸡血藤、三七、三百棒、牛王刺等），外敷鲜草药（过路黄、白毛英等）4 个疗程显效。

4.3、病例 3：吴××，男，42 岁，民乐镇人。因腰痛，活动受限，在县医院摄片：诊断为“L4.5 腰椎骨质增生症”，经中西医治疗无好转。来我处治疗，接诊以六合治疗法，外加脾湿消痛散内服，脾湿外敷膏外敷。2 个疗程后见好转，五个疗程显效，至今未复发。

5、体会

5.1、六合治疗仪是一种外治仪器，有明显的物理作用，对疾病的治疗有一定的局限性，不能达到预期的治疗效果。故加敷自制药酒，通过电离子将药物渗入病变部位，这种治疗法经临床验证，即可达到祛风除湿，消肿止痛的功效。

5.2 风湿性关节炎是风湿热的一种表现，属中医的“痹症”范畴。居住潮湿、受寒是外因；素体虚弱、气血不足是内因。热胜湿热蕴蒸，则关节红、肿、热、痛；若寒湿胜，遇寒则重；久病不愈，则气血不足，肝肾亏损。故治久病时，应补气补血，调合机理。

5.3、腰椎间盘突出症属中医“骨痹”范畴。多由劳损、寒、风、湿邪入侵，发生了退行性改变，硬脊膜神经受到压迫而引起腰腿疼痛，六合治疗仪的热疗可行气通络，疏通筋骨，外加民族医药——外敷疗法，用“脾湿外敷膏”内含的 60 多味中草药外敷，其治疗范围之广，特异的疗效有证可取。

泪道蛔虫蚴 1 例

龙金光

（凯里市曙光路 48 号眼科诊所，贵州凯里 556000）

关键词 泪道蛔虫蚴

患者男性，65 岁，农民，左眼外伤失明五年，近 1 年右眼视物逐渐模糊，两个月来生活不能自理，于 2005 年 8 月 12 日来我诊所。病史：除近半年来，时感右眼内眦搔痒，用手柔搓有少许白色分泌物外，余无特殊。

检查 一般情况尚可，全身检查未发现病理体征。

眼科检查：左眼无光感。球活动自如。角膜周边可见白斑。瞳孔近闭锁，虹膜纹理不清。右眼角膜透明，前房清。光定位准确，瞳孔园，直径 4mm，对光反射好。晶状体乳白色混浊，窥不见眼底。

诊断 右眼老年性白内障膨胀期。

入院后第 2 天检查：血常规正常，尿检阴性，大便找到蛔虫卵。准备作白内障手术，局麻后（庆大加利多卡因）两分钟发现从结膜囊内钻出一根乳白色线状棉絮样物，一分钱后又出一根，术者误认为是棉絮线而同棉球一起丢弃。此后过一分钟又从下穹窿钻出同样粗细一根，用棉签挑出发现不停地蠕动，才警觉到可能是线虫蚴。随后又连续钻出 4 条，仔细拉开下睑，才发现最后一条是从下泪小点钻出。虫体乳白色，约 2cm 长。两分钟后停止需动，而逐渐变成棕乳色。这时才肯定是线虫蚴。放入 0.9%盐水中保存。4 条蚴虫分别为 19、18、20、22mm 长，最粗处直径 0.9mm，体表光滑，不分节，可略分出销钝圆的头，尖细的尾（如图）。送检验科和实验室检查，在 600~2000 倍显微镜下看到蜷曲透明虫体及其内脏。经寄生虫学鉴定，为人蛔虫蚴虫。冲洗右侧内囊通畅，冲洗出少许白色浆液再未见虫体。经三天消炎，驱虫处理，患者无任何不适。第 4 天行白内障手术，术后用雷公山苗药内服、点眼，视力 0.5，第 10 天痊愈出院。

人体蛔虫病以往多见，以儿童为多，我州于 1995 年曾报道一例眼球内蛔虫蚴虫，年龄 27 岁，本例为 65 岁人，较少见。

弹拨点压理筋法治疗梨状肌综合症 76 例临床观察

王鹏 王小军

（湘西自治州民族中医院，湖南 吉首 416000）

摘要 用祖国传统弹拨点压理筋手法治疗 76 例因急慢性扭伤而引起的梨状肌综合症患者，在临床取得理想效果。本法具有舒筋活血、通络止痛，提高局部痛阈，解除梨状肌痉挛及剥离局部粘连，减轻疼痛的作用，达到治疗目的。

关键词 梨状肌综合症；弹拨点压理筋法；治疗

梨状肌综合症属常见的腰腿痛。梨状肌综合症是由间接外伤，如扭、闪、下蹲、跨越等活动使梨状肌受到牵拉而致损伤，引起局部充血、水肿、肌束痉挛，刺激或压迫坐骨神经，导致疼痛等临床症状，称梨状肌综合症。近年来，笔者应用弹拨点压理筋法治疗梨状肌综合症 76 例，临床上取得较好疗效。现报道如下。

1、临床资料

1.1 一般资料 本组 76 例，其中男性 51 例，占 67.11%，女性 25 例，占 32.89%。年龄最小为 18 岁，最大为 72 岁。以 30~50 岁为常见。

1.2 诊断依据[1] 本组 76 例梨状肌综合症患者均有急、慢性扭伤史；患侧臀部深层疼痛，常向大腿后侧、小腿外侧放射，下蹲时疼痛加剧，行走、直立时疼痛减轻，患侧下肢不能伸直，行走呈鸭步移行；直腿抬高试验为阳性，60 度以下疼痛明显，超过 60 度时疼痛减轻；梨状肌紧张试验为阳性。

2、治疗方法

2.1 患者俯卧，下肢伸直，医生用滚法、揉法放松腰胝部及患侧下肢肌肉 5 分钟；用弹拨理筋法，在患侧腰部，臀部从内到外，由上到下，弹拨 3~5 遍；点压理筋法，在患侧臂部压痛点、腰阳关、秩边、环跳、承扶、殷门、委中、承山、昆仑等穴位上用拇指点压（肥胖者可用肘点压），每穴点压 20~30 秒，其手法由轻到重，刚柔相济，力度以患者忍受为度。术毕，用推法放松局部及患侧下肢；患者仰卧，屈膝屈髋，医生双手扶住患者膝部，旋转 20 次，速度适中，以滑利关节，松解粘连；患者仰卧，双下肢伸直，一助手双手扶住患者双侧腋下，医生双手握住患者的患肢踝关节作对抗牵引 1~2 分钟，在牵引过程中施用小幅度抖法。以上全部手法治疗 30~40 分钟，每天 1 次，10 次为 1 疗程。

3、疗效观察

3.1 疗效标准[2] 参照《中国推拿治疗学》中梨状肌综合症中疗效标准判断效果。

3.2 结果

本组 76 例，经 1~2 个疗程治疗，临床治愈 72 例，占 94.74%，有效 4 例，占 5.26%。1 个疗程治愈的 64 例，占 84.21%，2 个疗程治愈 8 例，占 10.53%。

4、讨论

用弹拨点压理筋手法治疗梨状肌综合症，能提高局部痛阈，具有舒筋活血、通络止痛的作用。通过弹拨、点压和理筋手法能解除梨状肌痉挛及剥离局部粘连的作用。本法还可以用于多种伤科疾病的治疗。本治疗方法的手法属强刺激，应用时宜由轻到重，逐渐加大力量，以病人忍受为度。在手法治疗中个别患者出现轻度瘀血，皮肤青紫或按压局部后出现疼痛现象，应属正常现象，随着治疗次数的增加，局部症状会逐渐减轻。

用弹拨点压理筋手法治疗 76 例梨状肌综合症，在临床上取得较好疗效，多数患者经过 1 个疗程治疗而愈，解除了病人的痛苦，体现了中医传统外治法的特色。

参考文献

[1、2] 李业甫．中国推拿治疗学[M] ．上海，上海中医药大学出版社，1994：194~196

有效沟通在护理工作中应注意的问题

李丹凤

（来凤县民族医院，湖北 来凤 445700）

摘　要 运用有效沟通的形式、技巧贯穿于整个护理程序中，全面了解患者身心，社会需要，增加病人对护理人员的信任感、依赖感，促进护患关系成功，消除病人不良心理因素，以良好的心境积极配合各项治疗、护理活动，提高工作效率，达到全人护理的目的。

关键词 有效沟通；护理

沟通是人与人之间交换意见、观点、情况或感情的过程。它可反映人的思想、情操、道德、文化和修养，是心理护理的重要手段，也是进行护理程序的基础和建立良好护患关系的前提。通过有效沟通准确获得患者的信息，全面了解患者身心、社会需要，最终帮助患者满足，使之积极配合治疗护理，提高工作效率。现将有效沟通应注意的问题作如下介绍。

1、掌握有效沟通的形式与技巧

沟通的技巧包括倾听技巧。如：参与、核实、反应；组织交换技巧；其他沟通技巧。如自我开放、沉默、触摸、神经语言程序。总之人与人之间的沟通是多方面、多形式的，它分为非语言沟通和语言沟通。非语言沟通可通过面部表情、身体姿势、语气、语调、手势、眼

神的流露和空间位置等。语言沟通是重要的沟通形式。语言能治病，也能致病，能使情绪发生很大波动以至病情恶化，所以护士要注意交流技巧。

1.1 尊重病人。在产生互动关系时，护士应以真诚的态度对待患者，了解发生在患者身上的事，体会患者的感觉，根据其姓氏、年龄或职业特点给予恰当的称呼，耐心地倾听病人陈述并鼓励患者将感觉表达出来，并给予适当的解释使病人感到温暖、亲切，得到安慰，因而乐意接受别人的帮助。

1.2 互相交流。随时注意病人的反应。急病人之所急，想病人之所想，从病人的角度去感受和理解、分担病人的痛苦。对病人表示深切的同情与理解，取得病人的信任，使病人解除顾虑，敞开心扉，主动谈有关生理、心理、社会的状况，使我们获得完整的第一手资料，同时争对性做好心理护理，减轻病人的心理负担。

1.3 行为举止。仪表庄重、沉着、关切、机敏、果断，操作稳、准、轻、快，从举止上消除病人疑虑，带给病人以心理的安慰。

1.4.护士在交际中要学会控制情绪。时刻以乐观、开朗的情绪、态度去感染病人，激发他们的积极情绪，调动他们的主观能动性，解除心理上的疲惫和病痛。

2、重视交流的作用

2.1 在使用护理程序中，通过交流获得有关生理、心理、社会的第一手资料，进而制定护理计划，对病人实施责任制护理。

2.2 交流密切了护患关系。护患关系是帮助与被帮助的关系，服务与被服务的关系。目的是满足病人的特定健康需要，在处理护患关系中，护士起主导作用。如刚入院的新病人，对病人角色不适应，对病情的顾虑及院规的约束感到焦虑，表现对治疗、护理工作的不配合，语言生硬，态度粗暴，经护士耐心地与之交谈沟通，给予体贴安慰，并帮助解决了实际困难。有争对性地心理指导，使病人解除了顾虑，主动配合护理工作，对护理工作感到满意。

2.3.调动病人的群体气氛，提高病房管理质量。同一病房的病人，有着共同的心理倾向，老病人对护士工作的评论，无论是褒是贬，都会对新病人的情绪，行为产生一定影响。因此，护士应时刻采取交流的方式，如与病人谈心，交换意见。同时，工作认真，一丝不苟，帮助病人解决实际困难，给病人以安全感，信赖感。调节病房的气氛、环境。对新病人一入院，护士就要向愉快的，乐观的气氛方面引导，是群体气氛健康、积极向上。使他们不自觉地参与病房管理，提高病房管理质量。

3、沟通时注意地问题

3.1 注意阻碍沟通因素。

3.1.1 个人因素包括：身体状况、情绪状况、知识水平、社会背景、自我慨念、个性特征。

3.1.2 环境因素：主要指物理环境和社会环境。

3.1.3 沟通技巧因素：改变话题、主观判断、虚假不适当地安慰、匆忙下结论或作出解答、针对性不强地解释等。

3.2 交流沟通。

交流前，护士应注意病人是否舒适。交流中，注意做到全神贯注，随时注意病人的反应，使病人感到亲切。体贴同情病人的语言要朴实、自然，晓之以理，动之以情，不要矫揉造作，夸夸其谈，讲大道理。用自己所学的科学专业知识，用生动的实例帮助病人树立正确的健康观。交流收集资料中，要注意复查、核实、分析资料，对病人情况全面认识，可同构再交谈或与护士共同商讨，不可作出过早、草率的判断。

略谈人文护理在整体护理中的体现

程仁昭
（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

南丁格尔曾经说过：“护士其实就是没有翅膀的天使，是真善美的化身。”这既是对护士最高的赞誉，也是对护士的最高要求。在临床护理工作中，人文关怀集中体现在对患者的生命与健康、患者的权利与需求、患者人格和尊严的维护，包括护理内部环境的人性氛围和护士的素质与品格等，是整体护理向纵深发展的内在动力，而且随着社会的发展，人们的健康需求不断扩展，人文关怀也越来越显示出它的独特价值。因此，我院在开展系统化整体护理过程中，注重体现“生物—心理—社会”医学模式下的人文护理，将人性化服务落实到护理工作的各个环节，使其贯穿了护理的全过程，这一举措提高了护理人员的整体素质、护理工作的质量以及患者的满意度，树立了良好的职业形象。现将体会总结报告如下：

1、营造人文氛围，构建舒适环境

通俗地讲，人文关怀就是关注人、关心人、重视人的个性、满足人的需求、尊重人的权利。随着人民群众生活水平不断提高，人们对医院就医环境的要求也越来越高，创造人性化医院环境的问题开始逐步引起社会各界的广泛关注。我院近几年一直注重医院内环境的改善和人文环境的营造，建立宾馆式的病房、开放式的护士站，实行首问负责制，详细介绍床位医师及护士、病区环境、同室病友等，使我院就医环境和服务质量在当地成为一个亮点。我院在开展整体护理过程中，将人文关怀参与到以人为主体的护理活动中，使人文精神在护理工作中得以充分体现。

2、拓展护理内涵，转变服务理念

开展人文护理的关键在于更新护理服务理念，变被动服务为主动服务。人性化护理的本质是“以病人为中心”，其思想内涵是“我能为病人做什么”，在病人的身心及社会需求方面提供力所能及的优质护理服务，从而使病人得到最佳的护理。因此，要求临床护士深入地学习和认识人性化护理的实质和内涵，改变施护观念及行为，走出被动等待和执行医嘱、一切以方便操作为前提的误区，应该主动去和病人进行深入的交谈，了解病人、询问病情,想方设法解决病人的健康问题；充分尊重病人的尊严和对治疗、护理操作的自主选择权，做到知情同意，学会换位思考，适时表达出对病人的理解与同情和必要的告知内容，为患者提供医疗费用日清单，真正体现以人为本的思想，这是开展和深化人性化护理的关键，也是赢得病员、提高护理效益的关键。

3、塑造护士形象，注重护理实效

树立护士良好形象是开展人性化护理的首要因素。对临床护士来说，护理工作的对象是各种各样的病人，每个病人的病情又时刻处于动态的变化中，工作头绪多，紧急情况多，意外事情多，而且与病人接触的时间多，与病人、家属联系也多于医生，在整个医疗工作中扮演着举足轻重的特殊角色。因此，要求临床护理人员应该注意仪表、举止、言语等方面的职业修养，注意培养敏锐的观察力、高度的责任心和沉着稳重、有条不紊的应变能力；临床护士要加强业务技术练兵，娴熟地掌握各种护理技术操作规程和急救仪器设备的使用，做到训练有素、技术精湛，为抢救患者赢得时间、挽救生命，强调时时处处予以患者人文关爱和服务，让患者、家属满意，重塑护士白衣天使的圣洁形象，从而为医院赢得声誉和病员。

4、强化知识学习，提高综合素质

护理人员素质和能力的高低是开展和深化人性化护理工作的基础。临床上每位护理人员要想真正做好人性化护理工作，单凭事业心是不够的，还必须较全面地掌握医学、护理学、

人文学和社会学知识，才能更快更好地为患者健康服务。因此，临床护士要积极提高自身素质,如参加护理专科、本科的自考和函大教育，培养良好的兴趣和爱好，应多阅读一些护理杂志，了解护理领域新动态、新信息，掌握护理新知识、新技术，培养和提高护理研究能力，加强继续教育，提高综合素质。

5、维护护士权益，发挥护士才能

在要求护士对患者实施人性化服务的同时，管理者也要重视护士管理的人性化。在用人机制上量才录用，不拘一格。在选拔干部上注重德才兼备，不论资排辈，确实把有能力、肯奉献的优秀护士选拔上来。同时，护理部还要求护士长掌握科室护士的心理动态、家庭情况，在严抓护理质量的同时，尽量考虑每个人的个性特点，因人施用，充分发挥每个人的才能。如在科室选用责任护士、带教老师方面要考虑能级适应原则，充分发挥各级职称护士的作用。护理部每年还组织评选优秀护士，经常举行知识竞赛、护理操作比赛等，让护士有较多的机会展示自己，充分调动护士的积极性，增加凝聚力。 由于多年来对护士实施人性化管理，所以整个护理队伍气氛非常融洽，凝聚力也非常强，真正做到了护理内环境的宽松与和谐。

总之，整体护理中参与人文关怀，充分保障患者的各项权益，最大限度地满足患者的需求，使患者的满意度不断上升，提高了护士的自身素质，使护士改变了陈旧的护理观念，树立起人文护理的理念。在患者及大众心目中建立起良好的职业形象，也为医院的生存与发展树立起良好护理品牌形象。

护理风险防范预案在安全护理中的作用

杨　华

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰　416200）

摘　要 目的：制订护理风险防范预案，从前瞻性管理上控制护理不安全因素发生。方法:吸取护理工作中最容易发生、最常见的四个方面制订一套防患未然的护理风险防范预案。结果：增强了护士防范护理风险的意识，降低了一些不必要的护患纠纷。结论：制订护理风险防范预案，起到了以预防为主，消除安全隐患，保证护理安全，提高护理质量的重要作用。

关键词 风险防范预案；安全护理

安全护理是指护理人员在护理工作中，要严格遵循护理制度和操作规程，准确无误地执行医嘱，实施护理计划，确保病人在治疗和康复中获得身心安全。近年来，我院护理部注重抓安全护理，结合护理工作实际，制订了一套完整的护理风险防范预案，在临床护理应用中，起到了以预防为主，消除非安全隐患，保证护理安全，提高护理质量的重要作用。

1、制订护理风险防范预案的背景

1.1 随着医学知识的普及和法制观念的增强，公民的自我保护意识和法律意识不断增强，在就医中，医护人员不经意的一句话或常规护理的不到位是产生护理纠纷的导火索。加上现行的医疗体制正面临新的形势，病人对医院的期望值过高，一旦达不到期望的要求，就容易发生纠纷。

1.2 在医疗过程中，护士直接接触病人的时间最多，且护理工作繁琐、单一、具有重复性，稍有疏忽就可能发生护理差错。加之护理人员编制紧缺，工作量在超负荷运转，常容易被病人与家属指出工作中的不足。

1.3 医学科学技术的迅猛发展，新业务、新技术的开展、新诊疗仪器不断问世，护理人

员的知识结构、工作技能跟不上医疗发展的需要。

1.4 护理人员工作责任心不强、经验不足、交流沟通能力欠缺，特别是低年资护士和新分配护士，在突发事件中应对能力差。

1.5 护理人员服务态度生硬，解释不仔细，护士法律意识与自我保护意识不强。

2、制订护理风险防范预案的要求

2.1 护理风险防范预案属前馈控制性管理，要求在计划实施前，保证将来的实际成果能达到计划的要求，尽量减少偏差。我们在制订护理风险防范预案时请医生、护士共同参与制订，满足群体的认知、行为及情感要求。

2.2 从四个方面制订了一套具有现实性、可行性、可评价的、防患未然的护理风险防范预案。一是从病人方面包括病情变化、猝死、坠床/摔倒、窒息的防范及应对、压疮的防范与应对、烫伤的防范及应对；二是从药物外渗防范方面包括化疗药物、高渗药物；三是从遇到突发性药物过敏时的应对；四是从工作场所暴力防范方面。如在制订烫伤的防范及应对中我们结合工作实际从预防热水袋烫伤、红外线照射烫伤、意外烫伤上开始制订。又如在制订预防化疗药物外渗上我们要求用药前详细了解药物的作用，正确使用方法及了解不良反应，尤其是新药；对有疑问的药物，应及时咨询医师方可使用；严格遵守操作规程，注射时应确认输液通畅，无外渗后方可注入或输入化疗药物；按时巡视病房，观察药物疗效及用药后的反应，及时做好记录；严格做好交接班；加强静脉穿刺技术的熟练程度以减轻病人痛苦；一旦发现外渗，立即停止输液，汇报医生，局部遵医嘱予以硫酸镁湿敷或寻求快速有效的治疗方案，并做好病人的解释及心理疏导工作。

2.3 对工作中一些可能发生的事故隐患每月做隐患分析，护士长例会上通报，引以为戒，然后用文字的形式比较详细地进行表达说明，护理部定期进行考核，落实执行情况，切实做好护理安全防范工作。

3、制订护理风险防范预案的作用

3.1 进一步完善了护理制度，发挥了护理部管理职能规章制度和操作规程是护理人员从事一切护理活动的标准，也是安全护理管理的依据。制订护理风险防范预案不仅完善了原有的护理制度，而且在开展以病人为中心的优质服务活动中，增强了护理人员的服务意识，深化了护理服务内涵。

3.2 增强了护士防范风险的意识，法律意识和自我保护意识也不断提高护士在工作中懂得安全的保证对病人来说是优先考虑的问题，病人应受到正确的而且是痛苦最小的治疗，责任心是保证安全的前提，是做好一切工作的基础。工作中发现事故苗头或某一”边缘事故”就能保持警觉,认真对照护理风险防范预案，及时总结经验，修正改进。真正做到有章可循，有章可依。

3.3 护士的服务意识和服务自觉性得到了显著提高，早在 1859 年南丁格尔就提出“护理的独特功能在于协助病人置身于自然而良好的环境下，恢复身心健康”。工作中护士能将病人看成是一个完整的人，事事想到病人，尊重病人的人格，能站在病人的立场去分析，从病人的利益去思考，树立以病人为中心的思想，做好“四勤”，即脚勤、手勤、眼勤、嘴勤，为病人解决实际问题，争取病人配合，使他们尽快的恢复健康。

3.4 能将职业道德和素质教育贯穿于安全护理始终，护理风险防范预案以文字形式比较系统地列出了护理风险防范措施，不仅要求护士具备专业基础知识、基本技能外，更重要的是要求护理人员对临床特定复杂的健康、疾病问题需有严密求实的质疑能力和分析推理技巧，能在解决病人生理、心理、社会等健康问题的各种护理方法中选择最优方法给予实施并评价。并且要求护士在工作中必须恪守职业道德，不讲与工作无关的话题，诚信对待每一位服务对象。

3.5 护士对自身行为的认知上有了深刻地改变，美国社会心理学家凯利和韦纳认为人们

的行为获得成功或遭到失败主要可以归因于四个方面的因素，即努力程度、能力大小、任务难度、运气和机遇。对于行为的成败以何种原因作解释，在很大程度上决定着该人此后的行为动机与行为方向。通过学习护理风险防范预案后，现在护士在工作中遇到护理风险或护理难题时，首先能做到“三问”：自己工作是否到位了，病人是否满意了，护理是否安全了。改变了以往一遇到风险或护理难题就推卸责任的不良现象。护士的护理职业化技能也在反复实践中得到了提高。

4、效果

该风险管理预案体现了护理人员对病人提供优质高效服务人性化理念，并运用法律观念保护病人的合法权益，是当前护理管理发展的趋势，具有一定的前瞻性、创新性、实用性、科学性和可操作性，对护理安全管理具有一定的实际意义。提高护理人员的风险意识和应对能力，通过推行护士风险教育和强化风险管理的落实，不仅提高了护理人员对风险管理的认识，增强了护理人员自律学习和掌握风险处理的方案主动性，提高了护理人员的抗风险技能，关键是增强了护理人员依法施护，防范风险的自律行为。密切了护患关系，随着人们的自我保护、维权意识的增强，病人不仅需要的是药物、手术，更需要沟通、尊重和相互理解。通过各项操作前的告知制度、宣教到位，使病人及家属了解各项护理操作的目的，必要性及存在的风险，和由此带来的不适及如何配合操作的实施，得到病人及家属的理解和配合，而且尊重了病人及家属的知情同意权，同时也赢得了病人及家属对护士的尊重，保护了护患双方的利益。提高了护理质量，由于护士风险意识的增强，在一定程度上自觉规范了护理操作及护理行为，增强了护士的责任心，自律性和安全意识，使护理要求得到落实，护理质量得到改善和提高，病人安全得到保障。

参考文献：

[1] 崔淼．护理学基础[M]．北京：人民出版社，2001，10.

[2] 李珍．安全护理之我见[J]．实用护理杂志，1999，15（3）：59.

[3] 王士才．护理教育改革的若干思路及探讨[J]．中华护理杂志，2001，36（2）：130~132.

[4] 徐龙，娄婷．浅议医院如何适应医疗纠纷举证的新形势[J]．中华医院管理杂志，2002，18（8）：469~470.

糖尿病并发末稍神经病变的辩证施护

冉隆龙

（恩施州中心医院，湖北 恩施 445000）

随着我国人民生活水平的提高，饮食结构发生明显变化，糖尿病的发病率逐年增高，合并末稍神经炎的住院病人也随之增多。本科 2004 年 3 月至 2006 年 5 月收住糖尿病合并末稍神经炎患者 104 例，取得满意效果。现将辩证施护。总结如下：

1、临床资料

1.1 一般资料　104 例患者。年龄 33~75 岁。随机分为辩证施护组与纯西医组。辩证施护组 54 例，男 30 例，女 24 例；纯西医组 50 例，男 29 例，女 21 例。两组间病情、病程、性别、年龄无明显差异。中医辩证参照痿症分型 1：肝肾阴虚型 15 例，阴阳二虚型 10 例，脾胃亏虚，精微不运 9 例，肺热津伤，筋失濡润 7 例，湿热浸淫，气血不运 13 例。

1.2 辩证分型　（1）肝肾阴虚型：主证：四肢远端麻木无力，或灼热刺痛甚至步履全废，腿胫大肉渐脱，生活难以自理；尿量频多，混浊如膏。目眩发落、咽干耳鸣，遗精、遗

尿、女性月经不调或尿甜、口干唇燥、舌红、脉细数。治则：以补前边肝肾，滋阴清热为主。（2）阴阳二虚型：主证；四肢麻木无力发冷，萎弱不用，常伴尿频数，混浊如膏脂，甚至饮一泻一，面色黧黑，耳轮焦干，腰膝酸软，形寒畏冷，阳萎不举，舌淡苔白脉沉细而无力。治则：以温阳滋肾为主。（3）脾胃亏虚，精微不运：主证；肢体痿软无力，逐渐加重，食少，便溏，腹胀，面浮而色不华，气短，神疲之力，苔薄白，脉细。治则：以脾益气，健运升清为主。（4）肺热津伤，筋失濡润：主证：病起发热，或热后突然出现肢体软弱无力，皮肤枯燥，心烦口渴，咳呛少痰，咽干不利，小便黄少，大便干燥，舌质红，苔黄，脉细烽。治则：清热润燥，养肺生津。（5）湿热浸淫，气血不运：主证：四肢痿软，身体因重或麻木、微肿，尤以下肢多见，或足胫热气上腾或有发热，胸痞脘闷，小便短赤涩痛，苔黄腻，脉细数。治则：清热利湿，通利筋脉。

2、护理

两组患者一般护理（为病人提供舒适环境、相关知识、教育、情志护理及基础护理等）相同。西医组按常规护理，辨证组按中医护理常规技术操作规程。着重按中医辨证分型实施护理。（1）肝肾阴虚型：饮食宜忌糖，少食米、麦类，多选用甲鱼、牛奶、波菜、银耳、鸡蛋、芝麻等，亦可用猪牛闫脊髓、蹄筋等，辛辣香躁之品助热，宜慎用。口渴时可用鲜茅根汤，金银花露、蕃茄汤，枸杞子汤，鲜生地汤代茶饮。中药宜饭后温服。（2）阴阳二虚型：饮食宜忌糖，以温补为主如紫河车、鹿角膏、鹿肉、羊肉、狗肉；并可加用生姜或鹿角膏丸，口渴时可用怀山药 100g、黄芪 100g 煎水代茶饮。或用猪胰低温烘干用人乳调 6g 敷于脐部，或耳穴埋籽；取内分泌、肾、膀胱等穴。保暖防受凉。汤药宜饭后温热服。（3）脾胃亏虚，精微不运：饮食宜低糖，着重在补中健脾，多选用鸡蛋、牛乳、豆制品、瘦猪肉、鱼类等少食多餐。慎用生冷、肥甘之品。口渴时可用山药、米仁煎水代茶饮。绝对卧床休息，观察病情变化，腹胀时作腹部按摩，呼吸急促给予氧气吸入等对症处理与护理。汤药宜饭后分次温服。（4）肺热津伤，筋失濡润。饮食宜低糖，清淡易消化为原则，发热者给流汁或半流汁，热退后改为软饭，多给汤汁及荸荠、鲜藕、绿豆等滋养肺胃阴津之品，忌辛辣肥甘。口渴时可用鲜芦根或天花粉煎水代茶饮。大便干结用生地、玄参泡水服或指压长强穴。若心烦口渴、咽喉干痛者可用喉风散喷喉，并嘱患者喷药后 15~20min 不要饮水及进食。观察体温变化，高热者按医嘱给予物理或药物降温。汗多者随时擦干更衣。汤药宜少量多次凉服。（5）湿热浸淫，气血不运：饮食宜低糖、低盐，清热利湿之食物，如赤豆、冬瓜、荠菜、苡仁等。忌辛辣厚味食物如肉类等。也可用玉米须、茅根煎水代茶饮。注意肢体麻木、浮肿程度，适当抬高下肢，记录 24h 尿量。尽量避免两下肢静脉穿刺，以防药液外渗引起局部组织损伤。此外，根据分型，取相应中药，用文火煎成 1500ml，盛放在盆内，先薰患肢，待药液温度降至 50℃左右时，将患肢放入药液中浸泡 20min，2 次/d，泡后并用柔软吸水力强的毛巾擦干脚趾缝，必要时涂上润肤膏，避免肢端皮肤受损。各型具体应用中药为：肝肾阴虚型：生地、杞子、丹参、玄参各 50g；阴阳二虚型：羊脚、鹿角片、当归各 50g；脾胃亏虚，精微不运：党参、白术、伏岑、山药各 50g；肺热津伤，筋失濡润：南北沙参、麦冬、石斛各 50g；湿热浸淫，气血不运：苍术、黄柏、米仁、牛膝、萆各 50g。

3、效果与讨论

3.1 疗效标准

显效：四肢远端无明显麻木无力、灼热刺痛，无尿频、多尿现象，尿色清，生活基本能自理；有效：四肢远端麻木无力、灼热刺痛症状消失或减轻，排尿次数明显减少，尿色转清；无效：症状体征无变化或加重。

3.2 结果

辨证施护组 54 例中显效 20 例，有效 26 例，无效 8 例，总有效率 85.2%，平均住院 37d；西医组 50 例中显效 9 例，有效 20 例，无效 21 例，总有效率 58%，平均住院 45d。采用辩

证施护组与纯西医常规护理组护理效果比较，平均住院日缩短，显效例数、有效例数、无效例数，经统计学处理，X2 检验，两组患者临床效果比较：差异均有显著性（P＜0.05）。辨证施护组护理效果好，主要是按疾病辨证分型实施中西医结合式护理，并用中药煎剂外敷护理，起着护医配合，捉进疗效作用。

四诊与辨证施护

谭莉莉
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

中医诊断疾病是通过望、闻、问、切四种诊法，把主客观诊察所得，加以综合分析，对疾病的原因、病情的属性、病位的深浅、病机之进退、正邪的盛衰等种种变化，最后通过辨证，作出正确的诊断。那么，在护理工作中如何把辨证施护与四诊相结合呢？在实践工作中有几点体会。

1、望诊

祖国医学认为:“有诸内必形诸外”，认为人体内部有了疾病，必须会在体表上反映出来。就以舌诊的变化来说，外感风寒的舌苔，多为薄白苔，属表证。医生在治疗时要用解表发汗之法。在护理上，首先要认识到是表实证，还是表虚证，如表实可发大汗，表虚则要发微汗，过汗就要伤津。两者在服药的方法上都需热饮避风寒，覆被厚薄、发汗的程序要适当掌握，这在外感病的护理上很重要。又如厚腻干而有芒刺的舌苔，是胃燥伤津，为阳阴实证，医生在处理时切不是一概而论，体质壮实者用骏下法，而体质虚年老者，则用缓下法。骏下法则使大便达到水样泻才能起到作用，缓泻法则是以便通则可。临床上曾观察一患者，舌尖红，口舌生疮，小便淋漓刺痛，这种症候在辨证施护上当属心火，心开窍于舌，舌为心之苗，心火上炎则舌尖红，口舌生疮，小便淋漓是心火下移小肠，随用芦根、竹叶、甘草代茶饮，多吃水果，同时做好口腔、尿路护理，使病情很快痊愈。

2、闻诊

闻诊包括耳听鼻两项。耳闻就是听病者的呼吸改变，声音的高低，言语以及气味等。闻诊在护理上甚为紧要，尤其是在配合医生的诊断治疗上是关键的一环，甚至在生死关头上提供可靠的信息。例如：听声辨虚实病危，当患者中气不足，或危重病人精气衰竭，或久病元气大亏时，就表现出语声低微，身疲力乏，上气不接下气，是病危或气夺的征象。如高声多语，声音壮厉，粗音高吭，躁动不安等，这就是实证，热证邪气盛的征象。在护理时发现这些现象及时报告医生，便于给相应处理。

3、问诊

问诊是四诊中了解病情的重要方法，在临床上要正确的认识病情，得到确实的诊断，单从现有症状，尤其是他觉症状为论，显然是不够的。《医门法律》说“凡治病不问病人所便，不得其情，草草诊过，用药无据，多所伤残，医之过也”。可见问诊的重要性，我们在护理时，深感意义深远。例如，一患者发热恶寒，治其表，经发汗热不解，通过询问知身热持续，后不恶寒反恶热知病情又传于胃，口渴喜冷饮，舌苔薄黄，脉滑数，洪大，这时医生不用发汗药，防止引起阴竭阳亢的危险。在此病过程中要问始末，护理时该解表时水药趁热服，服后盖被安卧，以助汗出达邪，该清热养阴者，在饮水饭食上要注意配合。

4、切脉

中医切脉，理论深奥，在护理上如何体会切脉的知识呢？首先要了解正常脉，然后，再

了解病变的脉。在临床上常见到心悸患者由于气血阴阳亏损，心失所养，或心血瘀阻，气血运行不畅而致心悸不安，动则为甚，气短、胸闷、畏寒肢冷，头晕面色苍白，舌质淡红、苔淡白、脉沉或细、或结带脉三五不调或微细欲绝等脉象，在护理这类病人时要加强巡视，严密观察生命体征的变化，尤其要注意脉象的变化，如出现结带脉或三五不调说明是脱危的先兆。应立即针刺内关、神门，给氧吸入，同时报告医生做进一步的急救处理。例如一患者，胃脘胀闷、灼热，继而痛之汗出，大便色黑量多；吐血，色泽暗红成块，夹有食物残渣，全身无力，神倦懒言，口臭，脉滑数，辨证护理为胃热证，护理时取头低足高位，防止血液流入气管，吐血时头偏向一侧，吐后给淡盐水嗽口，保持口腔清洁，同时禁食，严密观察脉象的变化更有重要意义。

浅谈中医晨间护理

邓玉平
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

摘 要 中医护理是祖国医学不可分割的组成部分，晨间护理作为基础护理的一个组成部分，它的运用就显得很重要。中医晨间护理通过对患者的病情观察，口腔护理，皮肤、情志护理以及健康教育，为辨证施护、辨证施治提供了第一手资料。在病情观察中通过观察患者的神、色、形、态，及早地发现病情变化，可为诊断、治疗和护理计划提供依据。在口腔护理中，仔细观察患者舌质、舌苔、唾液、黏膜，可掌握疾病变化、转归情况。通过皮肤护理，可使患者清洁舒适，皮肤的血液循环和汗液排泄功能得到改善，预防褥疮。通过情志护理使患者认识到“喜怒不节”是“生乃不固”的重要原因，而“喜怒有度”是养生长寿的根本。在健康教育时对患者进行辨证施食，辨体施食，以及指导恢复期患者清晨户外活动，可舒展四肢筋脉，排出体内浊气，呼吸新鲜空气，加快新陈代谢，改善气血淤滞，加快脏腑的功能恢复。

关键词 中医；晨间护理

随着现代医学的迅速发展，医学模式由生物医学模式转向生物—心理—社会医学模式，护理模式由功能制护理转向整体护理，护理工作的内容也得到不断充实、完善。我科是中西医结合科，以中医为主。中医护理是祖国医学不可分割的组成部分，“三分治，七分养”中的“七分养”就是我们今天所说的护理。晨间护理作为基础护理的一个组成部分，它的运用就显得很重要。

晨间护理的内容是协助患者排便、漱口、洗脸、洗手、梳发、翻身，观察病情，整理床单位，进行心理护理和卫生宣教等。目的是使患者清洁舒适，预防褥疮及肺炎等并发症，观察和了解病情，保持病床和病室整洁，促进护患沟通，满足其身心需要等[1]。

中医晨间护理通过对患者晨间神志、舌象等的观察，得到初步了解，如夜间睡眠情况，面部表现是否呈疲惫、焦虑状态。询问有无疼痛、腹满，以及二便排泻情况，可了解患者心理状态、疾病的转归。对重症患者和某些患者发生的重要变化，在护理单上进行详细记载，为辨证施治、辨证施护准备了第一手资料。

1、病情观察

“望而知之谓之神”，病情观察主要是观察人体的神、色、行、态，以推断体内的变化。神是机体生命活动的体现，来源于先天之精，“生之来谓之精，两精相搏谓之神”。它体现了

人的生命活动。“失神者死得神者生”[1]。有神者神志清楚，语言清晰，目光明亮，精神内含。心脾两亏者表现为精神不振，健忘，嗜睡，声低懒言倦怠乏力，动作迟缓。

色泽是脏腑气血之外荣，故望面部色泽可以了解脏腑气血之盛衰以及邪气所在。常色是红黄隐隐，明润含蓄。寒证、痛证表现为青色，热证表现为赤色，虚证表现为黄色，白色为气血不荣之侯，耗气失血、气血不足，或寒凝血涩，经脉收缩，皆可导致面呈白色。

患者的状态，和疾病有着密切的关系。不同的疾病，产生不同的病态，如四肢抽搐，项背强直，角弓反张，属于痉病。行走之际，突然停步，以手护心，不敢行动，多为真心痛。

通过晨间护理时对患者神、色、行、态观察到的详细资料，及早地发现病情变化，可为诊断、治疗、护理提供依据。

2、口腔护理

在对患者施行口腔护理时，仔细观察患者舌质、舌苔变化，以掌握疾病转归、变化情况，中医认为“舌为心之苗”，脏腑的精气可上营于舌，根据舌苔变化，可以测知人体气血的盛衰和病邪的深浅。晨间观察舌象是最理想的时间，患者持续长时间静卧，脏腑的病变通过气血的运转，通过舌苔充分表露，而又未因进食发生染色变化[3]。脏腑的疾患在舌苔上的表现，如各种发热病人开始多薄白苔；血小板下降，会在舌质上出现紫癜；恶性贫血出现平滑舌；流行病初起多为白腻苔，病势较重时则出现红绛舌，有些疾病，如肝炎患者，观察舌苔变化，对疾病的进退有重要意义。

口腔护理时对唾液及粘膜的观察也有重要作用，高热、腹泻患者因失水较多，均有舌面干燥，口腔失润现象。而阴虚患者，因交感神经紧张性增高，副交感神经紧张性降低，使唾液浆液性分泌减少，代之以粘液分泌，使唾液的质量发生改变，故见舌面干燥。某些热证疾病，急性传染病，因出血而致瘀停，有气滞而血瘀，使舌面出现瘀斑或青紫改变。如麻疹黏膜斑对麻疹早期诊断有特殊意义。

利用口腔护理观察口腔有无溃疡、出血、斑疹，以便及时处理，减轻患者痛苦。通过口腔护理，使患者感到清洁舒适，可增加食欲，补充营养，增强肌体抵抗力。

3、皮肤护理

有些患者长期卧床，加之阴虚津耗，血亦衰，不能营养百骸，腠理皮毛，故皮肤抵抗力降低，易于感染。发热、盗汗使患者常常汗出，皮肤被汗液浸润，汗液排泄不畅，患者感觉浑身粘乎乎不适，影响休息，又可促使褥疮的形成。在进行皮肤护理时，指导患者家属协助护理人员用温水给患者擦洗，既可清洁皮肤，又可利用擦洗时观察皮肤变化，及时发现，及时处理。对于某些病因未明的患者，皮肤的观察，可给疾病的诊断提供有价值的参考依据，如：流行性出血热患者，发热期腋下、胸部等部位会出现瘀点，瘀点是搔抓样，各痕样。伤寒病人在病程第 6~12 日出现玫瑰疹，呈淡红色，压之褪色，稍高于皮肤，分布于胸部，数量较少，2~3 日后消失。红斑狼疮、猩红热会出现皮肤充血及皮疹，主要发生于面部，特别是鼻部及其两翼的颊部，以上这些皮肤改变是因毒邪外表所致。

通过皮肤护理，使患者躯体清洁舒适，皮肤的血液循环和汗液排泻功能都得到了改善。协助丧失活动功能的患者更换体位，观察局部的色泽，中有褥疮发生的迹象就采取防范措施。对于长期卧床的患者做好皮肤护理尤为重要。

4、二便护理

晨间护理时，通过观察大小便的色、质、量，可了解有关脏腑的病变以及邪气的性质。上消化道出血则大便色黑；下消化道出血，大便为暗红色。膀胱炎者有尿频、尿急、尿痛，常伴有血尿。心肾功能衰竭者可出现少尿或无尿。胃肠燥热，消灼水津过多，则见大便秘结不通，甚至有的出现热结旁流现象，对于气机郁滞，或体弱气血不足，导致大肠传导失常引起的便秘，晨间护理时可指导患者饮盐水一杯，以通利腑气。对阴虚便秘，可指导患者用温水冲调白面、盐、芝麻、茴香，以补养胃气，滋阴润燥，软坚散结。对于热结旁流的患者，

注意肛周护理，防止皮肤溃破，溃烂形成感染，加重病情。对于留置导尿的患者，注意外阴护理，防止泌尿系感染。

通过二便的护理，特别对于中风、高血压、心脏病等患者，可以减轻脏腑气血运行过重的负担和压力，对预防并发症和防止疾病的复发有比较重要的意义。清晨督促新病人留取大小便标本化验，可为诊断、治疗及时提供依据。

5、精神情志护理

患了病的人，其心理状态和行为不同于正常人，常常会产生寂寞、苦闷、忧愁、悲哀等不良情绪，这些会直接影响疾病的疗效，“精神坏去，荣卫不可复也”。因此，护理人员在晨间护理时，要满腔热情地对待患者，关心、同情和体贴患者，及时了解患者的心理状态，调节患者异常情绪，劝说开导，让患者认识到“喜努不节”的情志失调，是“生乃不固”的重要原因之一，而“和其喜怒”“喜怒有度”是养生长寿的根本，从而开导患者自觉的戒除恼怒，调和情志[4]。

6、健康教育

健康教育是整体护理的重要组成部分。晨间针对不同患者、不同人群开展健康教育，不仅有利于提高患者对医务人员的信任感，同时有利于患者的心理保健，提高患者的自控行为能力，改变不良的卫生行为及生活方式，促进疾病的治疗和康复[5]。

6.1 疾病的防治：祖国医学认为对疾病的防治原则，应是“示病先防，既病防变”。防病应重于治病，对于已病，又有治病求本，扶正祛邪的诊治方法。已病就应重视，正确对待疾病。在对患者进行宣教时，应向他们阐明防病治病的基本原则，有针对性地讲述发病机理、临床表现及治疗护理措施，告其在治疗中应注意的宜忌，有规律地治疗、休息。恢复期，若能对患者进行康复与保健指导，则往往可以避免疾病的复发。

6.2 饮食调护：中医历来有“医食同源”、“寓传于食”之说，食物是治疗疾病的、恢复健康的重要物质基础，利用食疗的方法配给药物，对疾病的治疗能起到良好的效果。有选择性地利用食物。不但对脏腑起到治疗作用，且对整个人体有新陈代谢多方面的影响。以中医理论为指导，根据患者的体征和体质进行辨证施食。辩体施食，利用晨间护理向患者介绍适合自身疾病的食谱、种类、性质和作用，以求达到食疗的目的。

6.3 服药指导：一般一剂中药日服 2~3 次，两次服药间隔时间 4~6 小时。古代医家很重视服药时间，认为“病在胸膈以上者先食后服药；病在心腹以下者，先服药后食；病在四肢血脉者空腹而在旦；病在骨髓者宜饱满而在夜”。

6.4 康复指导：患者在恢复期，护理人员也可在晨间护理时进行简单明了的康复指导，要求患者应坚持治疗外，还应保持精神愉快，建立良好的生活规律。

利用晨间护理，指导患者进行有规律的活动，清晨记外活动对患者十分有利，可舒展四脚筋脉，排出体内浊气，呼吸新鲜空气，加快新陈代谢。根据病情动静结合，鼓励某些恢复期患者利用晨间打太术拳或适量运动以利气血流畅改善气血淤滞，加快脏腑的功能恢复。

晨间护理是护理工作中的一个重要内容，我科将中医整体护理与责任制护理相结合，责任护士每天提前一小时上班，有重点、有计划地、认真做好晨间护理，在中医辨证施治、辩证施护以及护理新业务、新技术中发挥了重要作用。

荡涤汤保留灌肠治疗重症肝病的护理体会

冉海燕

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

荡涤汤乃我科研制的中药灌肠液，由败酱、黄连、大黄、红藤、公英、赤芍、茵陈组成，在临床中对重症肝病进行保留灌肠，对其并发症的改善及预后有一定疗效。现将护理体会总结如下：

一、煎出的药汁中含有中药残渣，要用纱布过滤，使药物在肠道内充分吸收，同时防止阻塞导管，以免给患者造成不必要的痛苦。

二、每次灌入的药液 50~100ml，药汁的温度要适宜，一般 38~40℃，用手背皮肤感觉药液不烫即可。药汁多则不易在肠道内保留，少则影响药物浓度。

三、灌肠前要做好病人的思想工作，消除顾虑，使其合作，把握好灌肠时机，最好在饭后和睡前为宜。

四、选择粗细合适，柔软的肛管。插管时动作要轻、缓、柔、和，以免擦破肛门及肠粘膜，造成感染。肛管插入深度不能少于 15cm。

五、灌入药液时速度要慢，过快时易引起排便反射，达不到保留灌肠目的。在灌肠过程中应随时注意观察患者面色、表情，如有不适，立即停止灌肠，查明原因，及时处理。

六、灌肠毕，拔出肛管后，用卫生纸在肛门处轻揉片刻，使其平卧，抬高臀部 10cm，患者有便意时，嘱其要尽量忍耐，同时作深呼吸，减轻腹压，延长排便时间，使药液保留 1h 以上，让药液在肠道内更充分的吸收。

七、注意排泻物的颜及性质观察，准确记录。

参考文献：

[1] 姜安丽，石琴主编．新编护理学[M] ．第 1 版，北京：高等教育出版社，1995.5

[2] 刘法丽，孙玉红等．清洁灌肠的护理进展[J] ．中华护理杂志，2006.1（41）：72

脑血栓患者焦虑抑郁的情绪调整

金　辉

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰　416200）

脑血管疾病是由各种血管源性病因引起的脑部疾病的总称。临床上又将脑血管疾病分为急性和慢性两种类型，急性脑血管病是一组突然起病的脑血液循环障碍，又称为脑血管意外或脑卒中。而慢性脑血管病是指脑部因慢性的血供不足导致的脑代谢障碍和功能衰退。

脑血管病一般可分为两大类，即缺血性脑血管病和出血性脑血管病。缺血性脑血管病是由于脑动脉本身的病变导致某一支脑血管管腔狭窄、血栓形成或随血流带来的栓子堵塞血管，使血流部分或完全闭塞。出血性脑血管病是由于高血压、脑血管硬化、脑血管畸形等导致脑血管破裂，使脑组织损害。患者出现脑血管病多在心理上产生一定的影响。

1、临床资料

患者，男，68 岁，无明显诱因突然头痛、呕吐 1 次，为胃内容物，出现语言不利，右半身活动障碍，即来医院就诊，途中头痛加重。既往有高血压病史。入院查体：BP65/90mmHg，T36.5℃，R78 次/min，R20 次/min。神志清楚，痛苦面容，较合作，语言欠流利，不完全运动性失语，双瞳孔等大等圆，对光反射好，眼球运动自如，右口角力弱 ，伸舌右偏，右侧上下肢肌力 0 级，肌张力可，急诊 CT 示脑梗死，入院诊断：急性脑血管病、脑梗死。治疗应首先控制症状，以药物治疗为主，待病情稳定以后，辅以心理治疗。

患者经过脑血管病急性期的积极治疗后，病情得到了控制并好转，但患者情绪不高，不

愿与人交谈，表现为焦虑紧张、恐惧、担忧、闷闷不乐，缺乏安全感，同时有较强的依赖、幼稚和退缩行为。住院期间因入睡困难、早醒等睡眠障碍，休息不良，出现莫名其妙的情绪障碍。有内疚感及负罪感，感觉活在世上只能成为家人的累赘。患者虽然对疾病有一定的认识，但对于自己相对年轻的年龄和急性发病的承受有一定的困难，难以接受，因而产生焦虑、恐惧及抑郁症状。

病情好转后给患者做 EPQ 结果 P=40，E=50，N=72，L=30，SAS 粗分为 55，标准分为 68，SDS 精分为 61，标准分为 76，提示患者有较严重的焦虑抑郁。

2、护理措施与心理干预

由于患者为中老年人，对自己的病情有一定的认识，但对疾病的预后感到恐惧，唯恐自己将来残疾，而且在患病的过程中不断强化这种负性作用，这是一种消极的心态。在护理过程中应向患者讲明他所患的病是可以通过治疗康复的，要正确认识疾病，及时寻求有效的治疗是关键，虽然康复后的运动受限，但生活是完全可以自理的。只要有毅力并积极配合治疗，外因内因同时起作用，奇迹是可以发生的。让患者学会接受自己和自己所患的疾病，树立战胜疾病的信心。

患者的焦虑抑郁分数较高，提示焦虑及抑郁状态比较严重，及时告知医生，提示医生是否适当用一些抗抑药物，焦虑及抑郁情绪好转后，进行心理治疗及心理护理。患者情绪焦虑，是一种痛苦不安的心理状态。因此，在护理患者时，应有针对性地对不同情况的患者进行正确的诱导。可采取合理的消遣活动来分散患者的注意力，听一些轻音乐或生物反馈进行放松治疗，倾听患者的诉说，缓解焦虑。同时掌握患者的情绪变化规律，情绪抑郁的患者易早醒，在清晨是抑郁情绪最严重的时刻，因此凌晨最容易发生意外。护理人员应密切观察病情，随时掌握患者情绪变化规律。如果发现患者情绪低落，伤心绝望时应给予干预措施。

急性脑血管病发病后，患者出现的焦虑抑郁情绪主要是心理障碍，此患者表现为不愿与人交谈，情绪低落，不叙述内心的感受，在做心理护理时应予以注意。心理治疗与心理护理是否有效，建立良好的护患关系是非常重要的，首先要取得患者的信任，真诚对待患者，鼓励患者正确对待疾病，接受自己所患的疾病，建立自信，用鼓励和启发式的语言，让患者感觉到身边有很多人在关心着他，加强与患者交流，打破以往主动被动的关系，学会与患者分担忧愁。

教患者一些简单的放松治疗的方法，例如生物反馈等，配合临床治疗，使患者的情绪得到改变，在躯体训练方面，初期以建立自信为主，增强锻炼的信心，当患者有一点点进步的时候，要及时给予鼓励使其有一种成功的体验，这种良好的行为体验，可以帮助他进行肢体的康复，从而感到我能行，患者此时能积极与医生护士配合，这样患者住院治疗的时间缩短了，费用减少了。

本病例中，建立良好的护患关系，加强与患者的沟通，鼓励患者表达自己的内心感受，转移孤独忧虑的不良心境，消除抑郁等不良情绪极为重要。在治疗过程中“以病人为中心”，调动患者内在的积极性，及时辅以心理护理，这样在治疗中就会取得事半功倍的效果。

胃脘痛的辩证施护

黄 珍

（湘西自治州民族中医院，湖南 吉首 416000）

摘 要 本文根据中医辩证施护的理论和方法，将慢性胃炎区分为饮食停滞、肝气犯胃、

肝胃郁热、寒邪客胃、脾胃虚寒、胃阴亏虚、瘀血停滞等 7 种症型。对每症型的症见作了概述，运用中医辩证施护的理论，从用药、饮食、心理、起居的护理等方面，作了较为全面的总结和一些有益的探讨。

关键词 慢性胃炎；胃脘痛；辩证分型；护理

慢性胃炎是常见的消化道疾病，属中医“胃脘痛”范畴。胃脘痛又称胃痛，以胃脘疼痛为主要症状，泛指胃脘近心窝处疼痛。历代文献中所谓“心痛”、“心下痞痛”，多指胃脘痛。古方有 9 种心痛之说，亦多指胃痛。其在临床上发病率较高，多因长期饮食失节，饥饱劳倦，脾胃虚寒，情志郁结所致。中医护理有整体护理和辩证施护两个特点。本文将着重从此病的辩证施护方面作一些总结。

1、病情观察和一般护理。仔细观察患者疼痛的部位、性质、发作时间、伴发症状及诱发因素，如与饮食、情志、气候、环境的关系等。除发热、疼痛或合并出血者应卧床休息外，一般患者如为闷痛或疼痛缓解时，可起床活动，但应注意劳逸结合，使生活、饮食有一定规律，避免精神刺激或情绪激动。经常与病人交谈，安慰鼓励病人保持乐观情绪，使病人了解过度劳累、忧思恼怒、恐惧悲观对本病的影响，平时注意自我调节，树立治愈疾病的信心。

2、辩证施护。慢性胃炎有饮食停滞、肝气犯胃、肝胃郁热、寒邪客胃、脾胃虚寒、胃阴亏虚、瘀血停滞等 7 种症型。对不同症型做到辩证施护。

2.1 饮食停滞型

有饮食不节或不洁史，症见胃脘胀满、疼痛拒按、嗳腐吞酸、恶心厌食，或呕吐不消化食物，吐后痛减或大便不爽，舌苔厚腻，脉滑。治以消食导滞，和胃止痛，方用保和丸加减。

护理要点：（1）首先暂时禁食，病情缓解后方可进流汁、半流、软食，减少胃的负担，使胃得以休息，恢复脾胃功能。疼病恢复后，逐步渡为普食，仍要饮食有节，不暴饮食。（2）饮食上应给予高蛋白和多种维生素的食品。（3）或患者为暴伤饮食胃脘胀满者可用探吐法，使胃中停滞物吐出（4）若为食滞胃脘胀满疼痛者可针刺足三里、中脘、内关以和胃理气止痛，助消化。（5）若出现泛吐清水或胃酸减少症状，应食用葱姜浓汁肉汤，以刺激胃酸分泌，帮助消化，增进食欲。反之，若嗳腐吞酸或胃酸过多，需食易于消化的蛋白质和脂肪食品，因蛋白质能与胃酸中和，脂肪能抑制胃酸分泌且能保护胃粘膜不受过多胃酸的损害，可用牛奶、鸡蛋、豆浆、奶油等，仍要避免硬固、不易消化的食物。

2.2 肝气郁滞型和肝胃郁热型

肝气郁滞型症见胃脘胀满或痛，连及两肋，时有嗳气或反酸，每因抑郁或恼怒而使症状加重，舌淡红，苔薄白，脉弦。治以疏肝理气和胃止痛，方用柴胡疏肝汤或四逆散加味。肝气郁结，日久化火，转为肝胃郁热，症见胃脘灼痛，痛势急迫，烦躁易怒，泛酸漕杂，口干口苦，舌红苔黄，脉弦数。治以泄肝和胃，方用化肝煎加味。

护理要点：（1）安慰患者使其性情开朗，避免精神刺激或情绪激动，善于克制情志影响，郁怒、悲伤时应注意避免进食。（2）宜清淡饮食，避免过饱，忌食南瓜、芋头、红薯、土豆等淀粉类壅阻气机的食物及辛辣、燥热之品。（3）有热者饮食宜清凉，易消化，多饮水，忌食煎炸、肥厚甘腻之物。（4）可配合针刺足三里、中脘、内关或按摩上腹以止痛。（5）适当进行锻炼，如气功、慢跑，既能增强体质，又能分散患者对病痛的注意力。

2.3 寒邪客胃型

症见胃痛暴作，疼痛剧烈，畏寒喜暖，得热痛减，口不渴，喜热饮，舌淡苔白，脉弦紧或弦迟，治以温胃散寒，行气止痛，方用良附丸加味。

护理要点：（1）注意保暖，同时配合适当的身体锻炼。（2）宜温性饮食，可给生姜、红茶，忌食生冷瓜果。（3）可配合针刺中脘、足三里、内关或热敷上腹部以止痛。

2.4 脾胃虚寒型

症见胃脘隐隐作痛，绵绵不断，喜暖喜按，得食则减，时吐清水，纳少神疲乏力，手足欠温，大便溏薄，舌淡，苔白，脉细弱。治以温阳益气建中，方用黄芪建中汤加减。

护理要点（1）注意休息和保暖，病室朝阳，切勿受寒，避免劳累。（2）宜温补饮食，如莲子、胡桃、龙眼、大枣、羊肉及姜葱、胡椒、大蒜、韭菜等调品。（3）痛时可在上腹部放置热水袋或稍进热饮食，以暖中止痛。（4）或艾灸中脘足三里或按摩、热敷上腹部。

2.5 胃阴亏虚型

症见胃脘隐痛或灼痛，或伴嘈杂，饥而不欲食，心烦不眠，口干唇燥，大便干结，舌红少津，或少苔无苔，脉细数，治以养阴益胃，方用麦门冬汤加减。

护理要点（1）注意休息，病室应朝阳，避免劳累。（2）多用润燥生津及清补饮食，如梨、藕、百合、白木耳，适当进食果品，忌食辛辣、煎炸以及浓茶、咖啡等刺激性燥热食品和饮料。（3）胃酸缺乏者可于饭后吃少许山楂片或口含话梅以酸甘助运。

2.6 瘀血停滞型

症见胃脘痛如针刺或刀割，痛处固定拒按，食后尤甚，或吐血、黑便，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩，治以活血化瘀，方用丹参饮合失笑散。

护理要点：（1）应卧床休息外，避免劳累和精神刺激，情绪激动。（2）有吐血及胃痛或伴剧烈呕吐者须禁食，待病情缓解后方可进流汁、半流、软食、少食多餐为原则。（3）忌食辛辣燥热之品及酒类。（4）有吐血、黑便者，可配合服田七末、白芨粉、云南白药等以止血。（5）可配合针刺足三里、中脘、内关以止痛。

总之，慢性胃炎是常见疾病之一，临床除治疗外，护理人员必须紧密配合进行辩证施护，才能达到康复的结果。

浅谈现代医学中的心身兼护

杨雪芬

（湘西自治州人民医院，湖南 吉首 416000）

随着医学模式的转变，护理的中心也由过去的疾病护理转移到现代的心身整体护理。怎样不断提高这种心身兼护的质量，使护理与现代医学协调同步发展，是对每个护理工作者提出的新问题。现就这个问题浅谈个人的看法。

1、充分认识新的医学模式

现代医学模式即生物-心理-社会医学模式，已逐渐取代了旧的医学模式，新的医学模式认为每种疾病的发生，发展与转归，都与生物因素，心理因素和社会因素有关，但三者在不同疾病中所起的作用大小是不相同的。人类疾病是有机体的，自然的，社会的和文化的环境因素相互作用的一种表现，是与环境关系不协调的结果。只有对人类疾病的本质有深刻的了解，对生物-心理-社会医学模式有充分的认识，重视环境心理因素在疾病中的重要作用，才能自觉主动地在护理实践中做好心身整体护理。

2、充分运用心理学

在新的医学模式中，心理学占有非常重要的作用，"三分治疗七分护理"也足以说明这个道理。心理护理不同于一般的临床护理，它是运用心理学原理治疗患者的疾病。其特点在于通过护理工作者的态度、言语、行为有意识地影响病人的感受和认识，从而改变病人不良的心理状态和行为，进而达到防病治病，加速康复的目的。

3、广泛运用伦理学

伦理学作为一门道德力量，对护理效果产生重大作用。临床护理既是一个"药治"过程又是一个"心治"过程。心理学是通过观察，研究患者的心态进行护理，而伦理学则是通过道德发挥作用，即通过护理人员表现出来的高尚道德影响病人的心态，使病人感到自己处在一个良好的护理环境之中，从而树立起战胜疾病的信心。

4、加强心身兼护提高护理质量

旧的医学模式把疾病看成是单纯的躯体性病理表现，对病人的心理活动作用和影响并不重视，追求的只是患者的躯体健康。反映到护理工作上，则是以疾病为中心开展的一系列工作。这种护理模式，忽视了病人的精神健康。新的医学护理模式，把环境，心理，生物和社会因素在疾病发生过程中的影响加以认真分析，并施以心身兼护。

心身兼护存在着对立统一的辨证关系。说它们对立，因为各自存在着既否定对方的健康因素，又包含着消除对方的疾病成分。说它们统一因为它们统一于病人的治疗与康复之中。"心"与"身"这两种护理配合得越默契，运用得越自如，越能提高护理质量。

儿科整体护理中对患儿家长心理护理的体会

周兰英

（凤凰县民族中医院，湖南凤凰 416200）

整体护理是以现代护理观为指导，以护理程序为框架，根据病人身、心、社会、文化需要，提供优质护理。也就是说，整体护理是以病人为中心，以满足病人的身心等各方面需要为目的的护理。在儿科开展整体护理，就是以满足患儿的各种需要为目的开展的优质护理。在儿科，护理对象是 0~14 岁的儿童。以马斯洛的需要层次理论来看，人的需要分为五层：有生理的需要，安全感的需要，爱和归属感的需要，尊重的需要，自我实现的需要，这五种需要在儿童身上均有不同程度的体现;为满足这些需要,心理护理是非常重要的手段和方法。但是在儿童，由于语言表达能力及理解能力有限，进行心理护理非常困难，很难达到预计的效果和目的，甚至还会达到相反的结果。为更好的开展护理工作，我们通过对家长的心理护理，希望家长以其与患儿亲密的关系和熟悉的表达方式，达到良好的护理效果。由于我国的计划生育政策，当前现实生活中的儿童大都是独生子女，一旦发病，父母格外紧张、焦虑，他们大都过分照顾，夸大病情，对医护人员提出过高要求。所以儿童病人的心理护理实际上很大程度上是对家长的心理支持。家长的心理状态对儿童病人有着直接影响。例如家长对护士的不满意可以转化为病儿对护士的愤怒；父母的倾向可以变为儿童的倾向，如不要某护士阿姨打针等等。在临床，我们发现，家长与患儿在许多心理问题的表现形式几乎是相同的，例如家长的恐惧感、悲哀感、焦虑感等与患儿的这些心理表现是相互影响的；但家长与患儿对疾病的主体感受不同，又使家长有一些患儿没有的心理表现。便如希望角色转换，代替患儿接受痛苦的治疗等。在此我们对家长的不同心理表现以及针对这些心理表现进行护理的体会进行探讨。

1、患儿家长主要心理问题的产生原因及表现

1.1 焦虑和紧张

1.1.1 入院时对疾病的缺乏认识，对环境的陌生感引起的紧张与焦虑；表现为反复询问病情，希望得到肯定答案或不断打听医护人员的情况，希望转到经验丰富的医护人员所管的床位。

1.1.2 住院期间由于病情变化产生的紧张与焦虑；表现为对病情变化的反复陈述，要求

医护人员不断观察，耽心遗漏病情变化。

1.1.3 由于长期住院经济负担较重引起的焦虑；表现为不安心治疗，要求提前出院。

1.2 恐惧与缺乏安全感

1.2.1 家长对疾病预后产生的恐惧感；表现为对其他相同疾病患儿的预后敏感，尤其是急、重危患儿的家长，表现得很悲观，避免说一些关于生死的问题甚至字眼。

1.2.2 由于心疼孩子而对各种注射和侵袭性的检查产生的恐惧感;表现为患儿在接受检查和治疗时家长表现出不敢看或者躲开的行为。

1.3 怀疑和不信任

1.3.1 对疾病的不了解引起的对治疗方案的怀疑；表现为拒绝配合医护进行治疗，阐自使用自己所谓的办法或找来许多书籍对医生的诊断进行对比，并以书上的方案为准。

1.3.2 对医务人员由于年龄、性别、言语、着装等外在条件和表现引起的不信任；表现为对医护人员的技术水平的不信任，要求更换主管医护人员。

1.3.3 对医疗设施和治疗环境的局限引起的对治疗能力和条件的怀疑;表现为挑剔住院环境和设施，要求转院等。

2、患儿家长其他心理表现

2.1 容忍：对患儿不正确行为的容忍和支持是许多家长共同的表现。他们认为孩子的生病是自己照顾不周造成的，对孩子有欠疚感，于是对孩子病中的不合理要求尽量满足，甚至许多错误的行为如打骂医护人员也不加管教；特别是一些绝症患儿的家长对患儿在吃、穿、玩等方面的不合理的索要和故意毁坏物品不加以制止，并对工作人员的制止表示不满。

2.2 依赖感：家长对患儿日常生活上的照顾也依赖于护理人员，而对自己表现得缺乏信心，生怕自己的动作会伤及孩子。

2.3 同病相怜感：表现为相同疾病的患儿家长非常容易沟通，有同病相怜感，尤其是重症或绝症患儿家长；新入院的患者家长有时对老病人的经验的信任程度更甚于医生。

3、护理措施：首先要找出患儿家长存在的心理问题，分析形成这些心理问题的原因，根据不同的原因进行心理护理。

3.1 对家长焦虑心理的护理

3.1.1 对环境陌生引起的焦虑，护士可详细介绍医院环境和病区设施，住院期间需要遵守的各种规定，并对主管医生和护士进行介绍，如需要帮助时可以找谁等，帮助家长尽快熟悉就医环境。

3.1.2 对由于对疾病不了解引起的焦虑，可以通过进行病人教育，介绍病情，疾病的发病原因，一般治疗方案，护理措施，尤其对家长在平常可以做到的护理措施进行讲解，如饮食护理，详细说明哪些食品可以吃，哪些不能等。使家长对疾病有所了解，并对自己可以为孩子所能做的事情有信心。

3.1.3 对病情变化引起焦虑，护士应耐心解释可能造成病情变化的原因，并向家长说明目前的治疗方案是针对患儿病情需要制定的，使家长对医疗方案放心；同时护士还要加强巡视，以实际行动使家长安心。

3.1.4 对由于经济原因引起的焦虑，应首先向家长目前的困难表示理解，但要强调现在所用治疗方案的必要性，说明中断治疗可能对患儿造成的影响，鼓励家长克服困难，同时与医生沟通，在用药方面，从价格较低并有适应症的药品开始用，减少不必要的检查；还要从生活上给予关心，使家长有信心坚持治疗。

3.2 对家长恐惧心理的护理

3.2.1 对因对疾病预后的担心引起的恐惧,护士应针对患儿的疾病对可能发生的各种预后进行说明,使家长对孩子在治疗期间可能发生的情况有所了解和准备。对预后良好的疾病，在对家长说明时可多用鼓励的语言，让家长看到治愈的希望；预后差的，应用婉转的语言，

安慰家长，给以心理支持，使家长能够正确面对疾病。尤其对慢性病应指出现代科技进步，不要放弃希望；而对病情发展较快的，要用肯定的语言告诉家长，医院会尽最大的努力进行治疗。

3.2.2 如为对患儿进行检查或治疗进行引起的恐惧，应当主动将检查步骤和方法、检查要达到的目的在检查前向家长说明，以诚恳的态度告诉家长，“我们将会最大程度的减少患儿所受的痛苦。”在做治疗时应提高操作成功率，如小儿头皮静脉穿刺，如一次成功，可帮助家长减少恐惧感。

3.3 对家长怀疑与不信任心理的护理

3.3.1 对由于与书籍上治疗方案有差异引起的对治疗怀疑，可以向病人家长解释个体存在差异，而书籍上治疗是针对大多数的人的一般治疗，治疗要因人而异根据不同的情况给予不同的措施，通过此类与患儿具体情况相同的治疗方案的分析，从而消除家长的怀疑。

3.3.2 对由于医务人员言行等外在条件引起的不信任，应主动与患儿家长进行沟通，注意有技巧的交流，通过树立自己良好的形象来赢得家长的信任。

3.3.3 对由于医疗条件有限引起的对医疗水平的不信任和怀疑，可以通过提高医疗诊断水平和护理技术来弥补硬件上的不足，以良好的护理服务来增强家长的信心。

3.4 对其他心理表现的护理

3.4.1 对家长容忍心理的护理：要向家长指出一味容忍孩子的溺爱行为是不利于儿童身心健康发展的，指出孩子不仅要有健康的体魄，也要具备良好的心理素质。希望家长在护士对患儿进行教育时，不要一味袒护。

3.4.2 对家长依赖心理的护理：可以利用家长对护士的依赖，建立良好的护患关系，但不是将家长原本能够进行的对患儿日常护理工作全部交给护士来做。而是教给家长正确的日常护理知识，如怎样正确更换尿布，怎样保持患儿皮肤清洁，如何正确喂养患儿，如何及时添加辅食等，帮助家长独立的进行日常护理，这样做既使患儿得到了正确的护理，也增加了护患感情，有利于护理工作的开展。

3.4.3 对家长同病相怜心理的护理：可以利用这一心理，向大家推荐积极配合治疗和护理而使疾病恢复良好的病例，由这些家长亲自指出配合护理的重要性和有利之处，可以使家长能够主动配合护理。但要避免家长间乱传所谓的“偏方”，一旦发现，要及时制止，并向家长指出这样做的错误和严重后果。

4、在进行心理护理时应注意的几点

4.1 要具有真挚的同情心，要理解家长由于孩子生病带来的痛苦，只有设身处地为病人着想，才能赢得家长对护理工作的理解和支持。

4.2 要注意观察和仔细分析不同的心理问题和产生的原因，只有通过细致的观察，才能发现家长的需要并满足这些需要。

4.3 要有良好的形象，良好的护士形象是与家长交流的前题，应保持干净整洁的仪表，和蔼可亲的态度，亲切美好的语言，只有这样，家长才能愿意与护士沟通交流。

4.4 注意沟通的技巧。能够专心倾听家长的陈述，帮助家长更好的交谈，鼓励家长提出疑问，认真解答疑问等，都需要技巧。

通过对家长的心理护理和心理支持，消除了家长对医疗护理工作中存在的疑问，能够主动地配合护理和治疗，并主动影响患儿的心理，使患儿易于接受护士的护理，愿与护士进行交流，使护理计划得以顺利进行，护理程序处于良性循环。既有利于患儿疾病的恢复，也对患儿良好心理素质的形成起到了一定的帮助作用，增强了护患间的关系，对儿科开展整体护理起到了很好的辅助作用。

门诊患儿输液的护理体会

黄小媛
（凤凰县中医院，湖南 凤凰 416200）

小儿静脉输液是临床给药的重要途径，也是我们护理工作的重要组成部分。患儿输液时应注意的以下几个方面，现总结如下：

1、输液前的准备

1.1 门诊患儿输液时，由于门诊环境条件的限制，环境比较嘈杂，家长和患儿情绪都比较烦躁，所以给患儿静脉输液前我们首先要稳定好家长的情绪，做好患儿的思想工作。耐心解释，多给患儿表扬和鼓励，尽量取得患儿的配合。

1.2 儿科静脉穿刺与成人相比有更大的难度，护士应克服急躁情绪。在操作时，一定要保持平稳的心理状态，集中精力，沉着冷静，排除干扰，避免周围环境及人的情绪影响，仔细寻找穿刺部位，尽量做到一次穿刺成功。（注意：选择穿刺部位尽可能避开关节，穿刺成功后加强固定。)

1.3 告知患儿家长，患儿来输液时尽量不要空腹。比如静脉点滴青霉素时，在空腹情况下，容易致患儿心慌、腹痛，同时还会增加患儿过敏反应的发生几率；再如静脉点滴大环内酯类等有胃肠道反应的药物时，空腹情况下，容易加重胃肠道反应的症状。

2、输液中勤观察

2.1 患儿生性好动，而且由于血管较细，容易发生输液外渗，所以输液过程中，护士要勤巡视，细观察，避免药液外渗给患儿增加不必要的痛苦。

2.2 输液时，由于家长忙于照看患儿，可能观察不及时，造成滴完液体而未察觉等，所以护士要及时巡视，以防头皮针回血造成血栓，堵塞针头。

2.3 输液时，由于患儿年龄小，语言表达能力差，出现输液反应时，患儿不能及时表达，所以要求我们及时巡视，及时发现。如在输液过程中，若发现患儿出现怕冷、寒颤、面色苍白及发热等症状，应考虑为输液反应，需立即停止输液，通知医生，遵医嘱对症处理。如患儿出现全身瘙痒、荨麻疹、呼吸困难等症状，提示患儿对药物有过敏反应，需立即停止输液，通知医生，视情况轻重，给予抗过敏处理。

2.4 门诊输液患儿高热患者较多，输液过程中，注意高热惊厥的发生。一旦出现惊厥，立即给予及时有效的护理：①惊厥发作时，应就地抢救，保持患儿安静、平卧、头偏向一侧，及时清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。②防舌咬伤：用开口器或在上下臼齿之间放纱布包裹的压舌板。③按医嘱给予抗惊厥药物。此外，部分高热患儿输液过程中，因应用退热药物，造成大量出汗，此时要注意保暖，避免受凉。

2.5 输液过程中，由于输入液体，患儿小便次数会增加，注意告知家长，患儿小便时一定要抬高输液瓶，以防压力不足而使头皮针内的血液回流，堵塞针头。

3、输液完成后的注意事项

3.1 输液结束，拔针时先分离胶布，将消毒棉球贴好胶布，贴在针眼处，左手拇指压住棉球，迅速拔出针头，按压穿刺部位。由于拔针时，患儿哭闹血管压力增高，需按压 5 分钟以上，切忌边压边揉，以免发生皮下淤血。

3.2 输液结束后，让患儿在门诊观察半小时以后再离开输液室，以利于观察用药后的反应，若出现意外及时给予处理。

谈标本的意义和标本在治法中的运用

向春初
（鹤峰县铁炉乡卫生院，湖北 鹤峰 445802）

本为源，标为本，标本之间既是相对又胭果联系。例如：症状为标，病因为本，正气为本，邪气为标，内在为本，外表为标，先病为本，后病为标，旧病为本，新病为标等，凡是相对而又联系的，就可用标本表示两者的关系。

疾病发展变化的过程是复杂的，常随着病理机转的变化而变更其相对面。所以，病变过程中的标本辩认，也是灵活机动的。例如：因其它疾病产生而导致气血逆乱的，则气血逆乱为本，而其它疾病则为标了。

总之，标本在治疗法则方面的运用，主要是在复杂的病象中，分清疾病的本末，从而确定先后缓急的治疗步骤。

1、治病必求其本

本是病变的根源，是疾病的本质，标是病本所产生的现象，本是因，标是果，在治疗疾病时，找出其本而治其本，则标病自除。因此，治疗疾病，必须透过现象看本质，求其矛盾的主要面，才不致被现象迷惑。例如：因受寒邪而恶寒发热的病，则病因寒邪是本，症状恶寒发热是标，治当散寒为主，寒邪去则恶寒发热自除。又如：因阴虚而发热的病，则阴虚是本，发热是标，治当兹阴以退标热。如果不知其本，不知主因而治见证。舍本求末，则为头痛医头，脚痛医脚了，由此可见，治病必求其本，是解决疾病的根本办法，是治疗疾病的基本原则。

2、急则治其标

治必求本，本拨则病摇，所谓“正本清源”之法，这是治法的基本原则，但在标病严重影响着整个病情或原有痼疾，又加卒病等情况下，就不能同守于治病必求其本的原则，应根据具体情况，权衡变通，采取先治其标的应急措施，例如：某患者原有胃病，又受外感，因而发热，则宜先治外感而后治其胃病。又如某种疾病而致胸腹满闷，饮食不入者，则必先治其胸满而后治其本病。

3、标本同治

如果标病既急，本病又不可缓，在这双重危急，顾此失彼的情况下，就应治本而兼治标，或治标而其治本，标本同治，双方兼顾。如：既有脉细、便糖的里寒证，又受外感而有恶寒发热身痛，无汗的表实证，若发其表则阳气将有外脱之虑，若先治其里，则外邪有传变入里之势。在此内外俱急的情况下，就当温中补阳与解表祛邪同时并进，表里并顾，同外同治，总之在治疗过程中，既要分清标本先后，又要根据病势的具体情况灵活运用。

老年性便秘治疗的探讨

伍龙梅
（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

便秘系“太阴之厥，则腹胀满，后不利”（《内经》），便秘有“阴结”、“阳结”、“脾约”之称（《伤寒论》）。应“以药滑之”，而不可“妄以峻利药逐之”（朱丹溪）。后人将便秘总结

为热秘、气秘、虚秘、冷秘四类。

1、病因及病机

肠胃积热，素体阳盛或饮酒过度，或过食辛辣厚味，致肠胃积热，或热病之后，余热未尽，耗伤津液，使肠道失于濡润而致便秘。阳虚寒凝，年高体弱，阳气不足，则阴寒内生，凝滞肠胃，致阳气不运，津液不行，肠道传导无力，表成便秘。气机郁滞，老年之人，多忧善虑或久坐少动，致气机郁滞，腑气不通，糟粕内停而致便秘。阴液不足，老年体弱或久病，或服用泻下药物过多，导致津液大伤，肠道干枯，大便燥结难下。

2、治疗

2.1 非药物治疗　应养成定时排便的习惯，注意饮食调理及身体锻炼，特别是功能性便秘更应如此。食物应富含纤维并多饮水。

2.2 药物治疗　便秘临床上分为气秘、虚秘、冷秘和热秘。虚秘又分为气虚和血虚 2 种。气虚便秘，特点为虽有便意，但临而劝挣乏力，大便并不干硬，补疲气怯，舌嫩苔薄，脉虚。药用黄芪、茯苓、山楂、木香、佛手、香橼、麻仁、白蜂蜜等。血虚便秘：特点为大便秘结，面色苍白，舌淡脉细。药用当归、麻仁、玉竹、生地、熟地、元参、佛手、香橼、枳壳、生黄芪、白蜂蜜等。冷秘：特点为大便难涩，腹中或有冷痛，喜热恶冷，舌淡苔白，脉沉迟。药用当归，仙灵脾、肉苁蓉、木香、枳壳、麻仁、生黄芪等。气秘：特点为大便秘结，噫气频作，腹胀痛，胸胁痞满，苔薄腻、脉弦。药用木香、槟榔、佛手、郁金、枳实、麻仁、柴胡、内金等。热秘：特点为大便干结，口渴喜冷饮，苔黄燥，脉数。药用大黄、炙枳实、白芍、生地、元参、生芪等。

3、典型病例

例 1、女患，72 岁。长期便秘，伴腰痛腰冷，时腹胀，食欲不佳。舌淡苔薄白，脉沉。证属脾肾阳虚，治以温补脾肾。方药：仙灵脾 10g，肉苁蓉 20g，生黄芪 15g，佛手 10g，香橼 10g，生山楂 15g，当归 15g，牛膝 10g，首乌 15g。

例 2、男患，81 岁。曾因胃癌行胃大部切除术，后数日或每周大便 1 次。曾用泻火通便之品，服后腹泻不止。时有腹胀，乏力，面色苍白，时咳嗽、痰多、苔薄黄略腻、脉细。辨证属气血不足，治以益气补血，润肠通便。方药：生黄芪 15g，茯苓 15g，太子参 15g，全瓜蒌 20g，佛手 15g，香橼 15g，木香 10g，郁香 10g，当归 15g，生山楂 15g，白芍 15g。

例 3、患者气血不足，脾虚不运，遂成便秘、腹胀。水饮不能运化，聚而成痰。脾虚气血生化无源，则面色苍白，乏力。生黄芪、茯苓、太子参健脾益气，当归、白芍养血润燥、佛手、香橼、木香、郁金理气，以助脾运化，生山楂健胃消食，全瓜蒌清痰热，又可润肠通便。6 剂后即每 1~2d 正常大便 1 次。后守方化裁，以健脾益气，养血润燥为主调理。

4、讨论

老年人脏腑功能减弱，肠道传送无力，故成便秘。以虚秘、冷秘、气秘为主。在治疗时，不可妄用泻火通便之药，而应以润肠通便为主，同时加入理气健脾之品。虽然饮食及疾病等饮酒或过食辛辣厚味，也可出现热秘，但多为虚实夹杂。故应慎用泻火通便及破气之药。如通便药久用或用量过大，则干扰正常条件反射，形成药物依赖，同时也使气血津液更加受损，致肠道津液干枯，反而加重便秘。通便药的应用须中病即止，便秘缓解后，即去通便药，而根据病因，分别继续施用健脾、益气、温阳、养血、润燥等法，以治其本，防止便秘再发。

痛风的中医防治与健康指导

鄢恋梅

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

痛风多因嗜食膏粱厚味，或烈酒，或其他原因，引起血热，热毒伤筋，内损关节，症见关节疼痛，夜间或清晨发作，迅速加剧，痛处红肿灼热，剧烈疼痛如虎咬，彻骨彻髓，后期关节痛处外周有结石。男多于女，常在中年以后发病，日久不愈，累及心肾，出现胸闷胸痛，头昏眩晕，血尿，石淋等。

痛风严重影响到患者的生活、工作和休息。又因痛风的发生与气候环境，不良生活习惯、不当的饮食起居有关，因此，对痛风患者及其相关人群进行健康指导是十分必要的。

1、病因与不良习惯

1.1 痰湿阻滞，关节不通。

嗜食膏粱厚味，损伤脾胃，脾失健运，湿郁成积，久积作废，壅阻关节，不通则痛，遂成痛风。说明饮食所伤，痰湿不化是痛风形成的原因。

1.2 内伤情志，血脉瘀阻。

喜怒不节，忧思不断，日久气郁，气机逆乱，气乱血滞，闭阻经络，损伤关节，引发痛风。痛风不已，累及心肾，导致心肾疾病。

1.3 外感邪毒，血热走窜。

平素将息失宜，气郁成热；或湿郁化燥，引起血热，复感风、寒、湿、热邪毒，激发血热沸腾，内外合邪，攻注关节，形成痛风。

2、防治与健康指导

2.1 病因预防

2.1.1 本病多由饮食不当引起，首先应指导患者调节饮食，应进寒凉性质类饮食，多吃蔬菜、瓜果和果汁等清凉饮食，勿暴饮暴食，鼓励多饮水，2000~3000ml/日，减少指肪的摄入量，肥胖患者限制每日总热量，节制饮食，减轻体重，戒烟酒，少喝茶和咖啡，忌膏梁、辛辣刺激之品，指导病人养成良好的饮食习惯。两餐之间饮用碳酸饮料。

2.1.2 调节精神意识思维活动，戒骄戒躁，平和心志。病人由于疼痛影响进食和睡眠，疾病反复发作导致关节畸形和肾功能损害，常思想负担重，因而出现焦虑、抑郁等情绪，应向其宣教痛风的有关知识，讲解饮食与疾病的关系，并给于精神上的安慰和鼓励，使之能配合治疗。

2.1.3 痛风患者应注意休息，避免过度劳累。当痛风性关节炎急性发作时，要绝对卧床休息，抬高患肢，避免受累关节负重，可在病床上安放支架支托盖被，减少患部受压，疼痛缓解 72h 后方可恢复活动。有关节畸形者，急性期后应注意功能锻炼以保护其功能，加用理疗，功能锻炼主要以伸展和屈曲锻炼为主。

2.2 痛风的中医治疗

2.2.1 止痛消炎软膏外敷患处，局部行红外线照射，日一次，具有消肿止痛，活血化瘀作用，效果显著。

2.2.2 中药凉服日一剂，每服 5 剂为一疗程。痰湿者以除湿化痰，利尿为法；湿者以清热利湿，舒筋为法；血瘀者以活血化瘀，通络为法；阴虚者以滋阴清热，养心为法。

2.2.3 气功预防与治疗

痛风，平素宜选择庄子导引法习练。

3、保健指导

3.1 指导病人保持心情愉快，避免情绪紧张，生活有规律，肥胖者应减轻体重。

3.2 教导病人严格控制饮食，避免进食高嘌呤的食物，勿饮酒，每天至少饮 2000ml 水，有助于尿酸由尿液排除。

3.3 鼓励病人定期且适度的运动，并指导病人保护关节的技巧：a 运动后疼痛超过 1-2h，

应暂时停止此项运动；b 使用大块肌肉，中能用肩部负重者不用手提，能用手臂者不要用手指；c 交替完成轻、重不同的工作，不要长时间持续进行重的工作；d 经常改变姿势，保持受累关节舒适，若有局部温热和肿胀，尽可能避免其活动。

3.4 教导病人自我检查，如平时用手触摸耳轮及手足关节处是否产生痛风石。

3.5 嘱病人定期复查血尿酸，门诊随诊。

3.6 加强局部皮肤的护理。

中医防治支气管哮喘浅析

邱丽娟

（恩施自治州中心医院，湖北 恩施 445000）

摘 要 支气管哮喘属于医的哮喘范畴。中医防治哮喘强调从病因入手，即“平时治本”原则，中医治疗则遵循“发时治标”原则，强调发时攻邪治标，正虚邪实者，又当兼顾，重者须采取西医救治，否则危及生命。积极防治加以正确护理方可取得满意临床效果。

关键词 支气管哮喘；中医防治；平时治本；发时治标

支气管哮喘是一种常见的发作性呼吸系统疾病，西医认为它是由于气管或支气管对各种刺激物反应增高引起广泛气道狭窄或阻塞，出现反复作用喘息、呼吸困难、胸闷、咳嗽等症。常由吸入花粉、尘埃、冷空气或上呼吸道炎症诱发，偶有运动和药物诱发。

支气管哮喘属于中医的哮喘病范畴。中医认为：哮喘乃因肺、脾、肾三脏功能不足，水湿内聚为痰饮，遇外邪引动而发，痰随气升，气因痰阻，相互搏结，阻于气道，肺失宣肃而出现咳喘痰鸣，甚则不能平卧，胸闷，咯痰不爽等症。本病有新病多实，久病多虚、发时邪实、平时正虚的特点。本人在中医内科从事临床护理工作多年，现就该病的中医防治谈一点体会。

中医预防支气管哮喘要从病因入手。导致支气管哮喘的病因病机不外乎以下几方面：（1）外感六淫乘袭。六淫即风、寒、暑、湿、燥、火，属病因范围。除六淫外，自然界还有不少物质可以引起支气管哮喘的发作，如花粉、灰尘、动物毛悄、冷空气、化学物刺缴、某些药物激发如心得安片、阿斯匹林片等。（2）内伤饮食所致。合理膳食，脾胃功能正常，有益健康。若饮食不节，饥饱失常，恣食肥甘、辛辣、生冷、吸烟或过度饮酒，食用过敏食物（如蟹、虾、蛋类、牛奶等），可致支气管哮喘发作。（3）七情内伤引发。七情即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。七情亦为人之常情，若人的情绪不稳，激情过度或情绪低落，脏腑气机失调引发支气管哮喘。（4）劳欲久病诱导。纵情纵欲，劳欲伤肾，精气内夺，肾之真元耗损，根本不固，则气失摄纳，出多入少而发病；若久病迁延不愈，肺、脾、肾虚诱发支气管哮喘。

针对病因，遵循“平时治本”的原则，是预防支气管哮喘发作的理论依据，也是增强支气管哮喘患者体质及免疫力，减少复发的有效途径。其措施为：（1）体育锻炼。体育锻炼有助于增强呼吸肌，改善肺换气功能，预防日后形成肺气肿。其次，有助于减轻支气管和小支气管的痉挛，改善肺部血液循环，使支气管内的粘液稀释，容易排出，从而减轻气喘。支气

管哮喘的体育锻炼包括发音呼吸、矫正呼吸（主要是腹式呼吸，加强呼气）、放松练习、健身运动（最适宜是游泳）等。但在体育锻炼时须注意几个问题：A 哮喘频繁发作，体力比较弱时不宜进行；B 不宜一次较长时间（5 分钟以上）剧烈运动，因这会引起气管缩窄，增加气道阻力，以致加重气短和喘息等症状，而短时间（1 至 2 分钟）的间歇剧烈运动则能减轻气道阻塞；C 做操前应清除鼻涕，使鼻道畅通。如需作较长时间的健身运动，为预防运动引起气管痉挛，可在运动 5 分钟后吸入气管扩张剂；D 在做操过程中如胸闷或气急，可暂休息片刻。（2）防寒保暖。防寒保暖可保持人的脏腑组织功能的正常运转，维持其各有的功能活动，预防支气管哮喘的发作。患者要密切注意天气的变化，根据自然界气候的变化情况增减衣被。春天注意防风，夏天注意防暑，秋天注意防燥，冬天注意防寒。劳动或锻炼出汗后要及时更换内衣。（3）避免诱因。诱发支气管哮喘反复发作的因素很多，从内外两个因素来看，寻找外在诱发因素具有重要意义。A 避免吸入具有刺激性的气体、冷空气、灰尘；B 避免接触动物毛屑、螨虫、花粉；C 避免参加激烈的运动和防止过度疲劳及情感刺激；D 避免摄入易致过敏的食物（如蟹、虾）和药物。（4）推拿按摩。经常推拿按摩有效的经络和穴位，调动机体对血液成分、器官和组织的调整，使人体机能由不正常恢复到正常水平，祛病强身。推拿按摩的部位主要是上肢内侧，穴位有尺泽、列缺等。（5）服用中药。支气管哮喘反复频发，正气必虚，故在平时缓解期，应培补正气，从肺、脾、肾三脏着手调治，采用补肺、健脾、益肾三法。属肺虚证型的用“玉屏风散”加味，属脾虚证型的用“六君子汤”加味，属肾虚证型的用六味地黄丸、金匮肾气丸、参哈散加味。

中医治疗支气管哮喘应遵循“发时治标”的原则。发时攻邪治标、祛痰利气，寒痰宜温化宣肺、热痰当清化肃肺，反复日久，发时正虚邪实者，又当兼顾，不可单纯拘泥于攻邪。若支气管哮喘发作程度较重，应积极采取西医救治，否则危及生命。支气管哮喘急性发作的中医辨证治疗，通常：（1）支气管哮喘（寒哮）。呼吸急促，哮鸣有声，胸膈满闷如塞，咳不甚，痰少咯吐不爽，面色晦滞带青，口不渴，或渴喜热饮，天冷或受寒易发，形寒怕冷，舌苔白滑，脉弦紧或浮紧，予以温肺散寒，化痰平喘，用射干麻黄汤加味。（2）支气管哮喘（热哮）。气粗息涌，痰鸣如吼，胸高胁胀，咳喘阵作，咯痰色黄或白，痰粘浊稠厚，排吐不利，烦闷不安，汗出，面赤，口苦，口渴喜饮，不恶寒，舌苔黄腻，舌质红，脉滑数或弦滑。予以清热宣肺，化痰定喘，用定喘汤加味。

本病在治疗过程中，值得注意的有以下几点：（1）本病虽有急性发作期、慢性迁延期、临床缓解期三期之人，但病发于肺，波及于脾，影响于肾，而咳嗽一症，始终为三期所其见，故在各期论治中，宣肺止咳必须贯彻始终。只有在积极改善肺功能基础上，兼及脾肾两脏之本，才能达到事半功倍之效。否则，弃肺咳于不顾，单用补益脾肾之品，不仅补益得不到应有的效果，相反肺中痰浊因补益而固涩，咳喘反见增剧，不可不知。（2）急则治标，缓则治本，为本病必须重视之点。凡咳嗽气喘发作阶段，应以宣肺化痰，止咳定喘为法。一旦咳喘得到控制，应积极培植脾肾之本。（3）三分医药，七分调养，哮喘也不例外。一要如宜知避：预防感冒，以免外感引动内饮；二要劳逸结合：过劳和久卧皆可伤气，久病之人，尤应禁房事，以顾护本元；三要节其饮食：以清淡为佳，辛辣、膏粱厚味足以导致湿热，皆宜节制。

综上所述，中医治疗支气管哮喘强调“未病先防、既病防变”，即祖国医学所谓“治未病”的原则。只有积极祛除诱因，因人因时因地制宜，审时度势，合理用药，正确护理，才能收到事倍功半的效果。

医务人员要注重“十全之心”的培养

熊鹏辉
（石门县中医院，湖南 石门 415300）

医务人员的首要任务是为广大人民群众防病治病，他们所面对的主要是受各种疾患折磨的处于痛苦之中的特殊的弱势群体，所要承担的是救死扶伤的神圣使命。特殊的历史使命和特殊的职业特点不仅要求和需要他们必须具有丰富的医学知识、精湛的诊疗技术，而且还要求和需要他们必须具有“十全之心”。所谓“十全之心”即爱心、真心、热心、精心、细心、专心、耐心、诚心、关心和责任心。

1、爱心

爱心是人的快乐之本。医务工作者每天接触的是病人，病人不仅需要他们以高超的医术来解除痛苦，而且还需要他们无微不至的关心、爱护和帮助。医务人员必须具有高度的爱心，真正做到急病人之所急，想病人之所想，帮病人之所需，处处事事以病人为中心，从心理上呵护病人，从生理上为病人解除痛苦。

2、真心

医务人员要把病人的痛苦当作自己的痛苦，作为从事“仁术”的医务人员应该用自己的真心，换得患者的放心。如果医务人员对病人的痛苦熟视无睹，无所谓，就会给病人造成很大的落差，而让病人及家属感到很失望，会很难受，从而引起一些不必要的医患纠纷。

3、热心

医务人员要积极主动地帮助病人，做一些病人意想不到的事情，也许做得并不多，但病人会非常满意，对医务人员的评价会非常高，会让病人真正感到医务人员不是亲人胜似亲人。同时，要求医务人员对待病人要语言温和，“良言一句三冬暖，恶语伤人六月寒”，要理解病人的艰难处境和焦急的心情，细心揣度病人的心理需要，给予温暖和照顾，以“假如我是一个病人”的心情去为病人着想，这对协调医患关系起着不可忽视的作用。

4、精心

医务人员的精心，不但会使患者从内心里感到自己得到了医务人员的重视和关注，提高对医务人员的信任感，而且还会使自己的技能和水平得到充分发挥，大大提高正确的诊断率和治愈率，减少患者的痛苦，而有益于病患者的康复。

5、细心

一个好的医务人员，最基本的一个条件就是细心、认真。认真对待工作，认真对待他人，认真对待自己。患者从踏入医院的那一刻起，就把全部的信任，全部的希望都交到医务人员手中，因而医务人员就应该细心、认真地对待患者，决不可有丝毫的粗心大意。

6、专心

医务人员在为患者诊治疾病时“必当安神定志，无欲无求。”只有专心致志地为病患者进行诊断、治疗，才会赢得病患者的信任和放心。

7、耐心

医务人员面对的是来自四面八方、各行各业、男女老幼，患有各种疾病，有着不同语言、性格、文化素养和认识能力的病人，这就要求医务人员沉着、冷静，不厌其烦，不急躁，有耐心，问诊尽可能详尽。如果医务人员缺乏耐心，可能会使病人产生疑虑心理或随声附和、或躲闪回避而不配合治疗，以致病史采集不可靠，给诊断带来困难，甚至还可能引发医患纠纷。

8、诚心

随着病人对就医的要求越来越人性化，如治疗的参与性、经费的透明性、隐私的保密性，诸如此类的问题，病人都要求自己明白，自己选择，体现人文关怀。医患双方应在平等的基础上交流和互动。作为医者，不要认为自己是专家，就高高在上，对病人的要求、问话不理

不睬。要诚心待人，一视同仁，发扬宽容精神和济世救人的宽阔胸怀，让患者感觉到医生对自己的重视，感受到自己的价值。

9、关心

一张笑脸，一声问候，一杯开水，一句祝福，一张连心卡，一个恰当的称谓，一次满意度调查，一次个性需求评估，会带给病人很大的满足感，会使病人对医务人员产生亲切感，增强内心的安全感。只有医务人员给病人无微不至的关心和爱护，才会使病人感到医院里的温暖像家里一样，才会赢得患者的信任和口碑。

10、责任心

作为一名医务人员，他需要对很多事情负起责任来，每人、每天、每事、尽心、尽力、尽职、尽责。如果医务人员责任心不强，工作疏复大意，常常导致误诊、误治、打错针、发错药，而引发医疗事故和纠纷。

医务人员的“十全之心”与其医学知识、医疗技术同等重要，从某种意义上讲，它甚至比医学知识、医疗技术还重要。因此，医院不仅要注重医务人员专业知识、专业技能的培养，而且还应注重培养他们的“十全之心”，要用“十全之心”赢得病患者的放心。

那么，怎样培养医务人员的“十全之心”？那就是通过反复地“听、说、写、看、做、考、选”，不断地听录音、看光碟，重复地写，组织医务人员开展“我如何做到‘十全之心’？”和“为什么要用‘十全之心’？”的大讨论和演讲，并将绩效考核与服务态度挂钩，开展最佳医生、护士、窗口人员、行管人员等十佳医务人员的评选活动，通过评先进、树典型等系列活动，使“十全之心”进入医务人员的潜意识深处，只有让其溶化在血液里，才能体现在行为中，才能以“十全之心”建造病患者的满意度。

浅谈糖尿病酮症酸中毒伴腹痛的诊断分析

张春龙

（巴东县中医院，湖北 巴东 444300）

糖尿病酮症酸毒是糖尿病的一种严重并发症，常见于胰岛素依赖型（简称 IDDM 或 I 型）和脆性型糖尿病者，但非胰岛素依赖型（简称 NIDDM 或 I 型）糖尿病处理不当或有其他并发症时也可发生。糖尿病酸中毒常在恶心、呕吐、烦渴、嗜睡，过度换气，发热和腹泻珠同时，伴有剧烈腹痛，给诊断和治疗带来了一定的困难。笔者将多年从事糖尿病性腹痛的诊治经验作了如下浅显的总结。

1、产生腹痛的病因和发病机理

1.1 酮症酸中毒代谢产物积聚刺激腹腔神经从.

1.2 严重失水、失纳、失氯等水、电解质平衡紊乱，引起肌肉痉挛性收缩.

1.3 细胞内酸中毒，细胞缺钾引起胃肠道扩张和麻痹性肠梗组.

1.4 腹腔脏器微血管病变导致微循环障碍和 DIC，腹膜点状出血等可能是腹痛发身发生的原因。

此外，诱发糖尿病酮症酸中毒的胃肠道感染、急性胰腺炎、胆道感染、腹膜炎等因素更加重了腹痛的表现。

2、临床表现

2.1 糖尿病酸中毒的表现：多饮、多尿乏力、食欲减退，恶心、呕吐，极度口渴，尿量增多，常伴有头痛、嗜睡、呼吸加深加快，呼气呈烂苹果味等。

2.2 在糖尿病酮症酸中毒昏迷发生之前，尤其是青少年，常可出现剧烈腹痛，腹痛可遍及全腹，也可局限于某一个部位，呈阵发性发作或呈持续性疼痛，并伴有腹胀、恶心、呕吐和腹泻。可有腹部压痛和腹肌紧张。

3、辅助检查

血液　血糖 16.7~27.8mmol/L，甚至可达 33.4~55.6 mmol/L,血中酮强阳性,CO^2 结合力小于 20 容积%,血 PH 小于 7.35,有时甚至小于 7.0.血钠小于 135 mmol/L,血钾小于 3 mmol/L.血氯、磷、镁亦可低于正常。血尿素氮及肌酐可增高。血浆渗透压多大于 310mOSm/L。

尿液　尿糖++++，尿酮强阳性，尿中可有蛋白和管型。

4、诊断及鉴别诊断

4.1 首先确定是否为糖尿病以及是否存在糖尿病酮症酸中毒，需仔细采集病史，如既往是否有糖尿病，之前有无类似发作史，近期是否有胰岛素使用不足或中断，饮食不节，感染和其他可能引起血糖增高的诱发因素；然后结合血糖、血酮等相关辅检结果；最后还必需排除某些外科疾病来综合分析。

4.2 与外科疾病（急性阑尾炎，急性胰腺炎，急性能胆囊炎，肠梗阻等）的鉴别（1）糖尿病性腹痛常有多饮、多尿的一段过程，或有糖尿病史，其病情在发病以后短期内迅速恶化，如明显脱水、神志不清、呼吸急促（30 次/分）和酮臭味，而用外科急腹症难以解释；（2）糖尿病性腹痛多先有呕吐再有腹痛，外科急腹症则与其相反；（3）糖尿病性腹痛虽有用肌卫、全压痛，但无反跳痛，且一般情况下肛门仍正常排气排便；（4）糖尿病酮症酸中毒性腹痛尿糖、尿酮均呈强阳性，单纯外科急腹症则为（一）；（5）糖尿病性腹痛经 3~6h 内科（包括正确的胰岛素疗法）积极治疗，腹痛症状及体征逐渐减轻至完全消失，而外科急腹症症状、体征可以依然存在。（6）熟练掌握疾病的临床特点，是尽可能及时准确的作出疾病的诊断的基础。如胆囊炎腹痛常向右肩及背部放射，体检 Murphy(+)，B 超见胆囊增大。急性胰腺炎血尿淀粉酶增高。（7）糖尿病酮症酸中毒又常可并发外科急腹症，此时腹痛和腹部体征反而不明显。

5、结论

对于有糖尿病病史的腹痛患者，当然也不排除初次发病即出现酮症酸中毒的患者，我们在临床工作中应详细询问病史，仔细观察病情，充分掌握临床和实验资料，进行全面而细致的分析，以免造成不必要的剖腹探查或贻误手术时机。

经阴道超声诊断子宫肌瘤

胡卫平

（凤凰县中医院，湖南 凤凰 416200）

本文对本院用阴道超声经阴道超声检查考虑为子宫肌瘤的病例做分析，目的是总结子宫肌瘤的较为可靠的声像图特征，为临床诊断提供一定的依据。

1、资料与疗法

本组共 30 例，为妇科体检的受检者，全部为经产妇，年龄 30~50 岁，孕次 3~5 次，产次 1~2 次。使用荷兰进口 EC123 阴道探头，频率为 5MHZ，探头扫描角度为 240 度。患者排空膀胱后取截石位，将消毒后套有避孕套并涂有耦合剂的探头放于阴道内做子宫纵、横、斜各切面的扫查。检出子宫肌瘤阳性率达 75%以上。

2、结果

30 例患者中子宫肌层肌瘤患者 10 例，浆膜下肌瘤 2 例，黏膜下肌瘤 4 例，合并子宫内膜癌占 1 例。

3、讨论

TVCDS 对子宫小肌瘤识别的敏感性教高，为边界较清晰的低回声区，有较大肌瘤的各种变性时，其内部回声变化多样，如囊形变时，呈低一无回声区或为大小不等的多囊性变区。绝经前后妇女肌瘤钙化时，可见肌瘤包膜钙化光环或瘤体弥漫性钙化斑，有的伴有明显声影等。子宫肌瘤患者子宫血流相对丰富，血管多分布在假包膜内，形成半环形，大部分肌瘤周围及内部血管分布均匀，少部分以动脉或静脉血流为主，第三种类型为少供血型，多谱勒血流速度频谱为低舒张期的高阻力型。肌瘤患者子宫动脉血流阻力指数 RI 值见表：

子宫肌瘤患者与正常健康人子宫动脉 RI 值比较

组　例	例　数	X±
正常组	30	0.793±0.008
子宫肌瘤	16	0.721±0.017

由此可见，阴道超声探查子宫准确率较高，但需确诊，最终是病理切片。

论培养癌症专科调理师的必要性与可行性

张艺馨

（怀化中草药外治疗法研究所，湖南 怀化 418000）

癌症是可以治愈的，用现代常规疗法难以治愈是因思路方法与用药的错误。 要想癌症得到治愈，必须采用既不伤人体，又能提高人体自身免疫功能的综合调理法。此法不但对一般肿瘤患者有效，就是用于治疗晚期癌症，患者都有获得康复的希望。现在会运用这种调理法来治愈癌症的人极少，而我国每年死于癌症的患者有上百万，所以，培养癌症专科调理师是很有必要的。因用调理法治疗癌症简便、安全、速效，开办这种诊所或医院投资少，而学习此种技能的人，只要有一定的文化基础，在一个月左右就能掌握全部技巧，所以，培养癌症专科调理师也是可行的。

1、概述

我国著名肿瘤学家孙燕教授日前说，恶性肿瘤目前为中国城市居民的第一杀　手。他提供的资料显示，在中国，恶性肿瘤每年发病人数为 160 万，死亡人数达　130 万，平均每五个死亡病人中，就有一个是死于恶性肿瘤。

恶性肿瘤当代医学将它称之为癌，几十年前，人们谈癌色变，几十年来，世　界医药界对癌症的研究投入了巨资，但是，发病率与死亡率还是一天天上升。在人们心中，癌症成了永远治不愈的绝症。连个别医药工作者，患了癌症，选择的方法是自杀。癌症是否真的治不

愈呢？一九九九年，笔者曾在《世界创新医学大　会》上讲到，癌症同伤寒、感冒一样，绝大部分是可以治愈的，当代医界治不愈　的主要原因，是研究人员的思路，方法、与用药错了。今天笔者还是强调，将治　疗方法和药物改变一下，绝大多数癌症是可以治愈的。

2、为什么说现代医界治癌的思路、方法和药物错了

现代医界花巨资研发治癌药物，结果为什么不尽如人意？笔者认为主要是由　以下错误造成：

2.1 观念、思路、方向上的错误。

人是一个有血有肉，有灵感的肉体，人不同于机械，采用机械唯物论；只注重肿瘤本身，不注重人的整体变化。因癌症是人体长期受到环境，饮食中的有毒物污染，加上精神压力等多方面因素，导致全身性功能衰退的结果。用中医的理论讲，是出现了人体阴阳不协调；而用现代医学理论讲，人体免疫功能下降是发病的主要因素，肿瘤只是一种局部表现，若重于治标不治本，癌症还会复发。

2.2 方法上的错误

2.2.1 切除法，虽然除去了表面肿物，但解决不了全身病毒。对早期全身病毒不严重的有效，但对中晚期患者，毒深了，加上手术给人造成的创伤，使患者免疫功能更为低下，往往加速转移。

2.2.2 放疗、化疗法，在杀死癌细胞的同时，又大量杀死了人体正常细胞，人体是靠红细胞供应养分，白细胞和巨噬细胞吞食病菌的。这些细胞被杀死，会出现缺养和病菌大量繁殖而加速患者的死亡。

2.3 用药的错误

2.3.1 用口服或输入化学药剂法，化学药物对人体而言，本身是毒，癌症患者本身是毒物结聚，若再将有毒物输入人体，对癌症患者来说，真是雪上加霜。

2.3.2 在治疗癌症方面，中医的方法优于西方医学，用中医注重整体，只是在用药治疗时，教授家们多数采用以毒攻毒与进补二法并采用口服法为主，他们关键是忽视了癌症患者内脏功能的失调性。毒物进入体内，引发内脏和血液中毒，补品进入内脏，除给内脏增加负担外，还引发内热，中医的强攻易伤正，进补易患邪，所以，也往往是力不从心，达不到真正康复。例如：原南京铁道医学院癌症专家李冠贤教授因肺癌转移，已挂了三天氧气来维持生命，笔者到他家，发现他喝的是牛奶，吃的是补药，笔者反其道而行之，给他肚脐上敷了自制的救命丹，要他家人给他绿豆稀饭喝，不到十二个小时，就可去掉氧气管呼吸，神智也转为正常。

3、要想治愈癌症，必须采用综合调理法

笔者在十多年的临床中接收过数百例医院拒收了的晚期癌症患者，这些人到笔者处接受体外施治为主的调理法，病情快速稳定了下来，坚持用药 3—6 个月的全部都获得了康复。

为什么采用综合调理法，癌症患者到了生命垂危时还能康复呢？笔者认为主要是思路、方法、药物用对了。

笔者认为，癌症病人主要是人体过病毒引发，而且病毒是全身性的。所以，所有来此求医的患者，第一步都要采用排毒，泄毒法。癌症患者都是免疫功能低下，细胞功能失调，所以，第二步就是要补充细胞与体液营养，让接近死亡的细胞复活。采用植物的活性，选准穴位，让药物直接到达病灶，达到杀灭癌细胞，清除阻塞的目的。疏通各方位阻塞，实现人体五通（气通、呼吸畅通、毛孔畅通、大小便畅通）。刺激人的食欲，恢复正常食欲，适当补充食品营养，禁食增加内热的食品。借助多种物理协助疗法及心理疗法，让患者树立信心。通过 3~5 天调理后。再根据病症，适当服用一点中药，以调节内脏。采用以上方法给予调理，对各种类型，通过各种疗法都无效的中晚期癌症患。者都有很好的治疗效果。综合调理法有如下优点：调理法的任何一种，都不会操作人体任何器官部位，保持了整体性；能排除全身性病毒；增强全身细胞与体液营养，调动自身的潜力来达到除病强身的目的；快速、直接杀灭局部肿瘤病毒，不给其它部位造成负担与损害；因多是外用药，对内脏没有损伤和负担，只要有效的刺激食欲，增强食物营养，加上各部位都疏通了，营养易于到达各部位，口服的药品也易到达病灶，所以能到达目的；很多癌症患者死亡的原因首先是思想崩溃，用现实来树立患者信心，患者配合好了，一切都好办。

4、培养癌症专科调理师的必要性。

癌症系慢性的全身性血液病症，其主要原因是体内“蓄毒不流”，淤血于经络脏腑之间胶结而成，要想治愈癌症，采用增强癌症病人自身免疫力为主的综合调理法才行，但是，现代医学工作者多是一个教育模型培养出来的，在世界各地采用这种方法的医务工作者太少，而各地癌症病人又一天天增多，并没有其它特效方药给予治疗，癌症给民众、社会造成的经济和精神压力极大，为了癌症患者的康复，为社会培养出一大批癌症专科调理师是很有必要的。

5、培养癌症专科调理师的可行性

按孙教授提供的资料，中国恶性肿瘤每年发病数为 160 万，这些人得不到效的治理，综合调理法可以使这些患者大多数得到康复。我国常规医疗并没有这种调理师，但是，有人已通过十多年理论与临床研究，已掌握了这种技能，并且编制了这种教学资料，而且，采用这

种方法，安全、方便、简便、速效，医院不必投入什么费用，只要掌握了技能，就可以用上，门诊可用，就是家庭也可用。同时．只要有一这的文化基础的人，学习 1~2 个月就可掌握治疗癌症的基本技能。目前在世界上，采用外治为主的综合调理法来治疗癌症，还是第一家。所以，无竞争对手。如果一人一年能调理好 100 个癌症病人，那么，仅中国就需要培养一万六千个癌症调理师。所以说。要想利用我们国家的传统医学为主来治疗癌症。培养癌症专科综合调理师是很有必要和切实可行的。

临床医生学习及运用循证医学知识提高业务水平

王红珍 田晓玲
（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

在新世纪到来之际，深感有必要向临床医生提出要“肯于读书、善于读书”这一问题。首先，并非绝大部分临床医生都肯读书。以英国某医院 1999 年的一个调查统计为例：一周内阅读专业文献不足 15～60 分钟者占主治医生的 30％，住院医生的 15％，实习医生的 75％。我国的情况恐怕更有不及。在临床工作中“吃老本”“想当然”“人云亦云”的情况相当普遍。“临床医学就是经验医学”是 19 世纪的陈旧观念。随着西方医学的传入及发展，在 20 世纪中己逐渐纠正这种片面性。当我们站在新世纪的门槛上时，更应自觉地摈弃这种陈；日的观念。作为一个好的临床医生没有足够的临床经验是不行的。但是如果不善于结合临床经验去读书、去分析和总结，举一反三、不断提高，也是不可能成为一个好医生的。对此，吴阶平院士曾有一段精辟的阐述：“实践、思考、知识三者结合的重要性，我是在成长中逐渐体会到的，……。如果三者的自然结合能尽早提高到“自觉结合”则不仅成长速度可以大大提高，而且是可以无止境的。”

一些医生的临床知识更新过分依赖于专家们的讲课。专家们将自己的经验和学习所得经过精心提炼、准备、进行认真的知识传授肯定是十分重要的。但是，任何一位专家的知识有其局限性（知识面不可能样样都精通；知识的更新程度不可能时时都跟得上发展）和片面性，(出自本人的经验对某种诊断、治疗的偏爱和不偏爱)。按照循证医学的观点，专家意见的参考值是很低的，因此，不应全盘接受，更不能以“某某”教授所见作为自己工作的指导意见，必须结合自己的经验和读书心得，有区别、有分析地加以接受。我认为在医院职称晋升的继续教育学分中，听课和参加学术活动与读书（写译文、综述等）至少同等重要。

一些临床医生的知识更新依赖于药品介绍推广会。不可否认，医药企业举办的各种学术和新药、推广活动为我国临床学术界在一定程度上带来了新信息、新知识、甚至新思路。但是，企业毕竟是以商业为目的。（临床医生）要保持清醒的、分析的头脑，将在这些活动提供的信息与自己读书心得结合起来，相互补充、仔细辨别，以更好地指导临床工作。

读书、看杂志存在一个读什么文章的问题。与临床工作有关的文章大体上可以分为四类：

（1）临床疾病有关基础理论的研究论文：细胞、分子生物学的迅猛发展，特别是人类基因组计划的实现将根本改变生物学和临床医学的面貌。例如根据病人分子遗传的特点预见某一病人发病及用药的特点，将是临床上个体化治疗的最新依据。有一定数量的临床医生结合疾病的发病机理、诊断、预防、治疗进行细胞分子生物学方面的研究是临床学科发展的必须，也是培养临床学科学专家的必须。大部分临床医生虽然不直接从事这方面的研究，但是，

保持对本专业内基础理论研究进展的基本了解是必要的。

（2）实验动物研究论文：作为人类的“亲戚”，动物模型可以将离体研究的结果向探讨人类疾病的机制、治疗、预防方面拉近一大步，更具有临床可参考性。但是，动物毕竟不同于人类，一些实验动物研究的阳性结果并不能在人类疾病的临床上重复，如应用细胞因子（胰岛素样生长因子 1GF-1、上皮细胞生长因子 EGF）治疗急性肾小管坏死尽管在动物实验中一再取得可喜结果，但临床研究都未成功，说明不能将在动物模型上的研究结果简单地直接引用于临床。

(3)零散的（不是大样本的）临床观察报告：是最基础的临床研究，是各种诊断、预防、治疗新研究的开端。但是，由于样本量小，观察不够系统（往往根据病程中几项化验指标的变化），其结论重复性较差，各家报道意见矛盾，参考价值较低。

（4）循证医学（evidence-based medicine，EBM），又称实证医学，其含义为：“有目的、正确地运用现有最好的科学依据来指导对每位病人的治疗”。它是一门通过正确利用及合理分析临床资料来制定医疗卫生决策，规范医疗服务行为，从而能够提供经济高效医疗服务的科学。

循证医学的实践，最早的记载于中国。在清乾隆年间，就有“考证”古代医书的做法（Woodhouse，1998）。在欧洲，法国革命后期，Pierre Louis 医生通过系统观察病人，就反对权威人士提出的伤寒病人静脉放血疗法。在近代，循证医学的名称于 1992 年由加拿大 McMaster 大学的 Gordon Guyatt 博士正式提出。随后引起国际医学界广泛关注，有关文章呈几何级数迅速增长，从 1992 年仅一篇发展到：1998 年 1000 多篇。并有 6 种有关期刊发行，翻译成 6 种语言，发行量超过 175000 份（Sackett，2000）。

循证医学有三大要素：

1．收集最新最好的科学研究依据：一般是通过基础医学研究和以病人为中心的随机化双盲临床试验，找到更敏感、更准确的疾病诊断方法，更有效、更安全的治疗手段，以及更方便、更价廉的疾病防治办法。

2．熟练的临床经验：运用临床医师积累的临床经验，迅速地对就诊病人的健康状况做出综合评价，提出可能的诊断以及拟采用的治疗方案。

3．就诊病人的特殊情况：即针对每个病人对就医的选择，对疾病的耽心程度以及对治疗手段期望的不同，而采取不同的治疗措施。

只有将上述三个要素有机地结合起来进行综合考虑，临床医师和病人才能在诊断和治疗上面获得共识，达到最佳的治疗效果和生活质量。

循证医学在 90 年代得到迅速的发展归功于下列四个方面临床医学的客观现状和五个方面的研究进展：

1．我们平时日常医疗活动中，需要大量有关疾病诊断、治疗、预后判断和预防方面的可靠信息。

2．旧的医学理论知识的不断更新。某些权威、专家经验的失误以及大量医学期刊中眼花缭乱，相互矛盾的报道。

3．飞跃发展的依赖经验较少的现代医学技术，大大不同于依赖经验较多的传统诊疗技术。

4．临床工作繁忙，医师没有更多的时间漫无边际地去搜寻和归纳所需的信息。

近年来，以下五个方面的研究进展，使循证医学的普及推广变为可能。

1．提出了有效查寻和评价科学依据的策略；

2．建立了系统评审和简扼总结卫生保健效果的种种机构组织，如 Cochrane 协作网就包括中国在内的 13 个国家、15 个中心；

3．出版了一些循证医学期刊，发表了大量有效且具有可供临床立即使用价值的研究报

告；

4．逐步完善了可供快速检索的信息网络系统；

5．找到和运用行之有效的方法来提高我们临床技能和不断知识更新。

我国循证医学研究起步不算晚，1997 年 7 月卫生部就批准在华西医科大学成立中国 Cochrane 中心，开展循证医学方法学的研究和普及推广工作，因而吸引了越来越多的学者参与研究。各种类型的学术活动和培训班逐年增多，大大推动了我国临床医学和防治工作的发展。循证医学（EvidenceBasedMedicine，EBM）的研究结果是当前临床医学研究中参考价值最高的。循证医学即通过科学的严格的设计、针对大数量的病例、进行有组织、有计划的前瞻性、双冒、随机、对照研究（RanndominzedControlledTrials，RCT）。其一级研究终点一般都比较简单、明确、易于对比、统计。（如：病人肾脏死亡或存活率、血肌酐值 X2 的出现率）。在此基础上还可以进行亚课题或亚组分析。（如尿蛋白阴转率或下降程度）。将若干个同一研究内容的 RCT（或非 RCT 的临床研究）通过统计学的方法按各个研究工作的质量（可信度）打分进行再分析得出一最后的综合结果，即荟萃分析（Meta 一 Ana1ysis），按拉丁文直译为“后”分析，可以提供有数量根据的综合信息（与文献综述不同）。从经验医学到循证医学是临床医学的一个飞跃，使临床工作建立在实实在在的实践结果的根据之上。在 20 世纪的最后一个 10 年中，循证医学的发展十分迅速。有关心血管病的 RCT 在 1992 中年发表约 200 项，而 1998 年中发表 2300 项，其增长幅度显著。再以肾脏病专业为例，已涉及本专业各方面的主要内容：从各种肾脏疾病（原发性肾小球疾病、糖尿病肾病等）的防治，急性肾小管坏死干预治疗、慢性肾功能衰竭的防治至终末期肾衰，替代疗法的评价等各方面。近年，我国陆续开展了一些有关 EBM 的研究工作，其中高血压治疗方面成绩较大，其研究结果已引起国际有关领域的重视。但与国际发展相比，整体研究水平还是比较落后的，有关研究论文不多。与领导及临床医师的重视不够导致经费及人力投入不足有关、也与协作精神不够、基础医疗工作不够扎实有关（诊断不确切、治疗不规范、疗效及副作用观察记录不全等），如何将阅读 EBM 的论文应用到日常临床诊疗工作，关键在于：1.正确地掌握各个 EBM 报告的内容：所用方法（药物）、研究对象、疗效程度，不可将其结果泛化推广。此外，在了解其治疗效果的同时应认真了解其副作用（任何一个好的 EBM 研究报告均有副作用的内容）。2.任何 EBM 的结论必须结合每个病人的具体情况加以应用。EBM 的研究对象（病人）是根据严格的设计方案精心挑选的，而现实中的病人情况却又变化万千，只有个体化治疗才是临床治疗的灵魂。能否个体化地应用 EBM 的结果也决定着这一结果在临床实践中的实际效果和可重复性。此外，EBM 的研究手段和内容决定了它的局限性：需要较多的病例，因此，一些不是很多发的疾病难以得到 EBM 的资料；需要较长的研究时期，不能因等待 EBM 的结果而束缚对创新诊断、治疗手段的探索和争鸣；一项 EBM 研究无法可靠地回答复杂的病理生理、药理等机制方面的问题。21 世纪的临床医学将在循证医学和基础医学（特别是分子和细胞生物学）的带动下结合多种研究手段日新月异地发展。我们必须在大量扎扎实实的临床、科研实践的同时肯于读书、善于读书，才有可能成为新世纪的合格临床医生。

抗凝剂选择对全血细胞分析的影响

田晓灵 王红珍 龙文智

（凤凰县民族中医院，湖南 凤凰 416200）

关键词 抗凝剂；血细胞分析仪；影响因素

在使用全血细胞计数仪时，抗凝剂的选择对血小板和白细胞计数及分类影响很大。本文就两种乙二胺四乙酸盐（EDTA）、肝素及草酸盐四种抗凝剂对全血细胞计数的影响进行了

初探，现将实验结果报道分析如下。

1、材料与方法

本院门诊病人 21 例，静脉采血，每份样品分别用规定比例的 EDTA-K；EDTA-Na2、肝素及双草酸盐四种干燥抗凝剂抗凝（1），按照操作手册用 s/smex 公司 KX-21N 型全血细胞分析仪进行测试，以 EDTA-K2 抗凝血的计数结果为对照组，对 WBC、RBC、Hb、HCT、PLT、LYM、LYM（%）等七项参数进行统计学处理。

2、结果

见附表。

附表　四种抗凝剂对全血细胞分析结果影响的比较（均值±标准差）

参数	例数	EDTA-K2（对照）	EDTA-Na2	肝素	双草酸盐
WBC（×109/L）	21	7.5±1.7	7.4±1.8*	9.2±2.4**	9.1±2.3**
RBC（×1012/L）	21	4.55±0.44	4.56±0.43*	4.56±0.43*	4.58±0.47*
Hb（g/L）	21	137.8±17.0	138.8±16.6*	138.4±17.1*	138.4±17.3*
HCT（L/L）	21	0.4078±0.043	0..406±0.041*	0.401±0.044*	0.407±0.046*
PLT（×109/L）	21	236±71	241±71*	59±53***	78±48***
LYM（%）	21	37.5±9.8	36.7±10.3*	36.8±8.0*	39.9±8.6*
LYM#（×109/L）△	21	2..7±0.7	2.6±0.8*	3.3±0.9***	3.5±0.9***

注：△淋巴细胞绝对计数值与对照组比较，* P＞0.05，* * P＜0.05，* * * P＜0.005

3、讨论

根据 ICSH 推荐，全血细胞分析仪采用 EDTA-K2 作为抗凝剂，但价格较贵。实验结果表明：（1）EDTA-Na2 对细胞计数几乎没有影响，与 EDTA-K2 结果比较，七项结果 P＞0.05，并且试剂容易购到。因此可以用 EDTA-Na2 取代 EDTA-K2。同时，我们注意到钠盐的溶解度较钾盐差，因此用钠盐抗凝时，混匀时间应适当延长，这样可以确保抗凝效果。（2）抗凝剂对红系结果影响不大（P＞0.05）。说明在血气分析或血液粘度等实验中，需要同时检测 RBC、Hb、HCT 时，可以使用肝素化全血。（3）肝素和双草酸盐抗凝血的计数结果，血小板计数值较低，白细胞和淋巴细胞计数值增高，与对照组有显著差异（WBC、PLT 和 LYM 分析 P＜0.05，P＜0.005，P＜0.005）。分析其原因，EDTA 可以使离体后的血小板离散，成为单个颗粒或细胞通过微孔，而肝素和双草酸盐无此作用。通过涂片，我们看到，EDTA 抗凝血片中的血小板呈单个散在分布，而其余两种血片中，血小板大多数呈聚集状态。在计数过程中，聚集的血小板通过微孔时，由于其体积较大，被当作淋巴细胞计数，因此用肝素或双草酸盐抗凝时，血小板计数降低，而淋巴细胞计数增高，但淋巴细胞百分比无显著差异（P＞0.05）。

参考文献

[1] 丛玉隆，等，今日临床检验学，北京：中国科学技术出版社，1997，34~35

浅谈前列腺摘除术病人的护理

吴献花

（凤凰县萍春中医院，湖南 凤凰 416200）

摘要 前列腺肥大是男性中老年人的常见病，我科 2005 年对 20 例前列腺增生病人行前列腺摘除术。现将术后护理总结如下。

关健词 前列腺摘除；护理

1、临床资料

20 例病人年龄最小 38 岁，最大 68 岁。均行经耻骨上前列腺摘除术。术后给予留置导尿，并通过耻骨上造瘘管行封闭式膀胱冲洗。

2、护理

2.1 引流不畅：与膀胱挛缩、血块堵塞管道、冲洗不当有关。

护理目标：保持冲洗通畅，两周后能自解小便。

护理措施：

a)持续膀胱冲洗，先快后慢，以后根据引流液颜色决定冲洗量，保持出入量平衡。

b)持续冲洗 5d～10d。冲洗液不通畅时及时对因处理，如为血块堵塞可用 50ml 注射器开放式冲洗；如为膀胱挛缩应在稳定病人情绪的基础上使用止痛解痉药物，如阿托品、度冷丁等；如为引流瓶内压力过高，应及时将瓶口行“十”字切口，使瓶内压力与大气压相等。

c)导尿管、耻骨上造瘘管一般两周后拔除，可先拔耻骨上造瘘管，拔后予凡士林纱条填塞，防止漏尿及瘘道形成。

d)拔除导尿管后出现尿失禁，应指导病人行尿道括约肌功能锻炼。出现尿道水肿、排尿困难者，可再次行留置导尿。

效果评价：20 例达到预期目标，膀胱冲洗通畅，停止冲洗后导尿管及造瘘管通畅，拔除导尿管后均能自解小便。

2.2 体液量不足：由于术后前列腺窝的持续出血，高龄病人心肺功能减退影响输液量及输液速度；留置导尿管及膀胱冲洗引起下腹胀痛、膀胱痉挛等影响病人进食进水。

护理目标：体液量充足，血压、心率平稳，尿量≥30ml/h。

护理措施：

a)使用止血药物。

b)按医嘱补液。

c)若病情许可，鼓励病人多饮水。

d)术后前 6h 内有效牵引气囊导尿管，防止气囊破裂引起大出血。术后 24h 内绝对平卧位。

e)观察皮肤弹性及生命体征变化，并做好详细记录。

效果评价：20 例病人血压、心率平稳，尿量均在正常范围。

2.3 疼痛：膀胱挛缩、气囊的压迫、导尿管的牵引及排尿动作均可引起疼痛。

护理目标：疼痛减轻或能忍受。

护理措施：

a)定时给予解痉剂及镇痛剂。我科大部分术后病人留置硬麻外导管，术后定时注射镇静止痛药物。

b)向病人耐心讲解疼痛发生的原因，避免排尿动作。

c)疼痛剧烈时暂停膀胱冲洗。

d)活动或咳嗽时按住伤口，各引流管固定，防止牵拉、扭曲引起的疼痛。

e)气候寒冷时可将冲洗液稍加温，避免因冲洗液与体温温差过大引起膀胱挛缩。

效果评价：术后 91%的病人能忍受疼痛。

2.4 便秘：高龄病人活动少，术后进食水量减少及长期卧床影响大便排出。

护理目标：3d 后能正常排便，每天或隔天大便一次。

护理措施：

a)术前训练病人床上排便。

b)术后第 3 天开始，鼓励进食少量富含纤维素、润肠食物，如新鲜蔬菜、水果、香蕉、蜂蜜等。

c)病情允许，鼓励床上早期活动。

d)必要时用缓泻剂，忌用高渗盐水灌肠。

效果评价：12 例病人术后 3d～5d 可正常排便，8 例 5d～7d 正常排便。

2.5 有潜在感染的危险：持续留置导尿及膀胱冲洗、伤口渗液和尿道口溢液、长期卧床及大量抗生素的应用等均可引起感染。

护理目标：无感染发生或感染得到及时控制。

护理措施：

a)每日进行会阴护理，及时清除污染伤口敷料及尿道口血迹。

b)密切观察引流液颜色、性状及伤口有无红肿热痛发生。

c)观察有无体温升高。

d)合理使用抗生素。

效果评价：16 例未发生感染，4 例发生不同程度的呼吸道及泌尿系感染，经及时治疗得到控制。

2.6 有皮肤完整性受损的可能：高龄病人血液循环差，营养状况不佳，加上术后长期卧床，会阴部潮湿均易引起褥疮。

护理目标：无褥疮发生。

护理措施：

a)术后 24h 内，每 2h 用双肘支撑尾骶部，使臀部架空，以利通风；24h 后，建立翻身卡，每 2h～4h 翻身一次。

b)保持床单干燥平整，随时更换敷料及潮湿床单、中单。

c)病情允许，进高蛋白、高热量饮食，进食少者输注氨基酸、白蛋白、脂肪乳剂。

d)若皮肤发红、溃破时，用 2%碘酊每 2h 涂擦 1 次，至皮肤表皮老化脱落为止。

e)每天 3 次擦洗会阴部，使用爽身粉。

效果评价：2 例病人发生Ⅱ度褥疮，其余 18 例无皮肤破损。

2.7 知识缺乏：我科病人多来自农村，文化水平不高，平时接触医药知识机会不多，缺乏对本病的了解。对长时间留置导尿及持续膀胱冲洗认识不足。

护理目标：了解本病有关知识，出院后能自我护理。

护理措施：

a)及时向病人及家属简要讲解本病病理表现、手术方式、术后置管过程中的不适及缓解方式。

b)鼓励病区中已治愈的病人进行经验交流。

c)拔管后及出院时指导病人进行尿道括约肌功能锻炼；避免饮酒及剧烈活动。

效果评价：20 例病人均能叙述自身疾病的有关知识。