

民族民间医药调查与实践

主 编：钟国跃 瞿显友

《民族民间医药调查与实践》编委会

主 编：钟国跃 瞿显友

副主编：田华咏 刘正宇 田 兰

编 委：王昌华 秦松云 刘 翔

赵纪峰 银福军 张植玮



钟国跃 1983 年 7 月毕业于成都中医药大学药学系，获医学学士学位；1983 年-1996 年就职于四川省中药研究所，助理研究员；1987 年 3 月-1988 年 3 月赴日本富山医科药科大学进修；1992 年 8 月-1996 年 2 月赴日本富山医科药科大学做访问学者，1995 年 2 月获该大学药理学博士学位；1996 年 3 月进入中国药科大学博士后流动站（指导教师：徐国钧院士），1998 年 4 月博士后出站就职于四川省中药研究所，副研究员；1998 年 12 月至 2011 年 12 月任重庆市中药研究院院长、研究员；2012 年 1 月至今任江西中医学院中药与民族药资源中心主任。

长期从事中药资源、生药鉴定、品质评价及民族医药研究工作，近年主持和参加各级各类项目 30 余项，项目经费达 2000 万元。其中国家科技部科技攻关“三峡库区绿色中药材种植及优质种源繁育示范基地建设”，“重庆道地中药材规范化种植基地-黄连等示范研究”等项目 6 项、国家发改委“冬虫夏草人工培植高技术产业化示范研究”，“半夏规范化、产业化生产基地示范研究”专项项目 2 项，项目金额达 1400 万元，国家中医药管理局科技攻关“中药材种子种苗质量标准规范化示范研究”项目等 3 项，国家人事部留学回国人员科研基金项目 2 项，重庆市科委科技攻关项目 10 余项。2000 年以来先后 6 次赴西藏、甘肃、青海、新疆等地区进行中药资源调查。迄今已发表研究论文 50 余篇（其中国外 5 篇），获省部级科技奖 5 项，获发明专利证书 2 项，出版译著 2 部（《原色和汉药百科图鉴》150 万字、《心灵音乐疗法》）、主编《羌族医药》（2005 年出版）、主编《青蒿栽培关键技术》（2006 年 1 月出版）。



瞿显友，男，苗族，1964年生，湖南花垣人。中共党员。1987年毕业于湖南中医学院中药系，先后从事过中药炮制、制剂及民族医药资源的研究工作，现任职于重庆市中药研究院生药栽培研究室，主任药师。从事中药及民族药资源、中药材栽培及中药资源开发利用。重庆市生药学科技术带头人。

主持或主研国家十五攻关课题“黄连种质资源研究”、十一五支撑计划“黄连化感物质及自毒作用的研究”等10余项。在中药资源方面：参加科技部项目“中药材种质资源平台”有关黄连、青蒿、黄柏、吴茱萸、续断等品种的资源收集及评价工作。在中药保护方面，作为石柱黄连GAP技术负责人，协助生产企业完成了“石柱黄连GAP的二次认证”。

先后获得省部级科技成果3项。编著《中国民族药炮制集成》（主编），中医古籍出版社出版。《优质黄连产业化生产与经营》（重庆出版集团，2009）；《黄连生态栽培技术》（三峡出版社，2008）。参编了《全国中草药汇编第三版》。在全国性专业期刊杂志上发表30余篇。

编写说明

传统医药知识是本次中药资源普查的一个重要内容，其主要体现在民间民族医药，但民族民间医药的调查有别于中药资源的调查，具有地域性、民族性、继承性等特点。中药资源普查主要对象是植物或动物，而传统知识调查的主要对象是人，植物药与本地文化有着密切的关系。本书作者长期从事藏药、土家族、苗族及侗族医药知识调查研究，积累了丰富的经验。民族医药调查涵盖了大民族和小民族医药调查，具有一定的代表性。书中许多资料为作者第一手研究材料，对进一步开展民间民族医药调查，发掘民族民间医药宝库具有重要的参考价值。本书是从事民族医药管理、临床应用、科学研究的参考书，也可供民族医药相关大专院校师生、民族医药爱好者、医生等参考使用。

目 录

第一章 民族概况	8
第一节 民族人口	8
第二节 民族分布	10
第三节 民族语言	13
第四节 民族文字	16
第五节 民族自治	17
第六节 多元文化	27
第二章 民族医药概况	30
第一节 民族医药概念	30
第二节 民族医药发展概况	32
第三章 民族医药调研方法与实例	42
第一节 民族医药发掘整理的人类学田野调查方法与实例	42
第二节 民族民间医药古籍文献整理方法与实例	45
第三节 民族医单验方田野调查方法与实例	58
第四节 民族医药术语调研方法与实例	67
第五节 民族医临床诊疗技术调研方法与实例	75
第六节 名老民族医药人员医技医术抢救性传承调查研究与实例	92
第七节 民族医药志研调方法与实例	114
第四章 传统医药非物质文化遗产调研方法与实例	123
第一节 调研方法	123
第二节 民族传统医药非物质文化遗产的调研方法	125
第五章 民族药资源调查方法	142
第一节 民族药概念	142

第二节 民族药的特点	143
第三节 民族药分类	148
第四节 民族调查内容与方法	150

第一章 民族概况

第一节 民族人口

据 2010 年第六次全国人口普查数据公报，全国各少数民族人口为 113792211 人，占全国总人口数 1370536875 人的 8.49%，比 2000 年人口普查的 8.41% 上升 0.08 个百分点。同 2000 年第五次全国人口普查相比，各少数民族人口增加 7362627 人，增长 6.92%。少数民族 10 年年均增长 0.67%，高于汉族 0.11 个百分点。

在 55 个少数民族中，人口在千万以上有 4 个。

壮族：16926381，回族：10586087，

满族：10387958，维吾尔族：10069346

人口在百万以上千万以下的有 14 个：

苗族：9426007，彝族：8714393，

土家族：8353912，藏族：6282187，

蒙古族：5981840，侗族：2879974，

布依族：2870034，瑶族：2796003，

白族：1933510，朝鲜族：1830929，

哈尼族：1660933，黎族：1463064，

哈萨克族：1462588，傣族：1261311

人口在百万以下 10 万人以上有 18 个民族，畲族：708651，
傈僳族：702839

东乡族：621500，仫佬族：550746

拉祜族：485966，佤族：429709

水族：411847，纳西族：326295

羌族：309576，土族 289565

锡伯族：190481，柯尔克孜族：186708

景颇族：147828，达斡尔族：13192

撒拉族：130607，布朗族：119639

佤族：110516，毛南族：101192

人口在 10 万以下，1 万以上的 12 个民族。

塔吉克族：51069，普米族：42861，

阿昌族：39555，怒族：37523

鄂温克族：30875，京族：28119，基诺族：23143

德昂族：20556，保安族：20074，俄罗斯族：15393

裕固族：14378，门巴族：10561

人口在 1 万人以下的有 6 个民族。

独龙族：6930，赫哲族：5354

鄂伦春族：4033，高山族：4009

珞巴族：3682，塔塔尔族：3556

另外，还有尚未识别的民族 64010 人。

第二节 民族分布

我国 55 个少数民族在全国总人口中的比重为 8.49%，但分布广泛，少数民族自治地方面积占全国的 60%以上。少数民族分布主要集中于西部及边疆地区。目前全国拥有 56 个民族的省市市区有 11 个，占全国 31 个省市区的 35.5%。少数民族人口主要集中在西南，西北及东北各省，市、自治区。内蒙古、新疆、西藏、宁夏、广西 5 个自治区，30 个自治州、120 个自治县（族）、1200 多个民族乡。5 个自治区及湖南、湖北、辽宁、四川、重庆、河北、吉林、青海、甘肃、云南、贵州共 16 个省、市、自治区的少数民族人口总数占全国少数民族人口的 90%以上。我国内陆边境线全长 2 万多公里，绝大部分是少数民族地区。

人口数较多的少数民族主要分布情况（百万人以上）。

壮族：主要分布在广西壮族自治区（14448422 人），云南省（1215260 人），广东省（877509 人），浙江省（72820 人），贵州省（52577 人），海南省（45909 人），湖南省（30387 人），以及福建、江苏、北京等地。

回族：主要分布在宁夏回族自治区（2173820 人），甘肃省（1258641 人），新疆维吾尔自治区（983015 人），河南省（957964 人），青海省（832498 人），云南省（698265 人），河北省（570170 人），山东省（536979 人），安徽省（328062 人），北京市（249223 人），辽宁省（245798 人），内蒙古（221483 人），贵州省（184788 人），天津市（177734 人），陕西省（138716 人），江苏省（13057 人），吉林省（118794 人），福建省（115978 人），四川省（104544 人），黑龙江省（101749 人）等地。

满族：主要分布在辽宁省（5336895 人），河北省（2169311 人），吉林省（866365 人），黑龙江省（748020 人），内蒙古（452765 人），北京市（336032 人），天津市（83624 人），河南省（55493

人)，山东省（46521人）等地。

维吾尔族：主要分布在新疆自治区（10001302人），5000人以上的有北京市（6975人），湖南省（6716人），广东省（6438人），浙江省（5733人），上海市（5254人）。

苗族：主要分布在贵州省（3968400人），湖南省（2060426人），云南省（1202705人），重庆市（482714人），广西自治区（475492人），浙江省（309064人），广东省（251970人），湖北省（177490人），四川省（164642人），海南省（74482人），江苏省（49535人），上海市（31351人）。

彝族：主要分布在云南省（5041210人），四川省（2643953人），贵州省（834461人），浙江省（49243人），广东省（36264人），江苏省（18896人），福建省（13536人）。

土家族：主要分布在湖南省（2632452人），湖北省（2100052人），贵州省（1436977人），重庆市（1398707人），浙江省（227012人），广东省（212513人），福建省（89824人），四川省（59231人），江苏省（41258人），上海市（33584人），北京市（23601人），新疆自治区（17850人）。

藏族：主要分布在我国五大藏区。西藏自治区（2716383人），四川省（1496524人），青海省（693995人），甘肃省（488395人），云南省（142257人）。

蒙古族：主要分布在内蒙古（4226090人），辽宁省（657869人），河北省（180849人），新疆自治区（156280人），吉林省（145039人），黑龙江省（125483人），青海省（99815人），北京市（26736人），河南省（63473人），贵州省（41561人），四川省（36646人）等地。

侗族：主要分布在贵州省（1431928人），湖南省（854960人），广西自治区（305565人），浙江省（88106人），广东省（83574

人)，湖北省（51121 人）等地。

布依族：主要分布在贵州省（2510565 人），浙江省（125838 人），广东省（64253 人），云南省（58790 人），福建省（22172 人），江苏省（713191 人）。

瑶族：主要分布在广西自治区（1493530 人），湖南省（713191 人），广东省（276266 人），云南省（219914 人），贵州省（40878 人）等。

白族：主要分布在云南省（1564901 人），贵州省（179510 人），湖南省（115678 人），广东省（16692 人），浙江省（11685 人）等地。

朝鲜族：主要分布在吉林省（1040167 人），黑龙江省（327806 人），辽宁省（239537 人），山东省（61556 人），北京市（37380 人），上海市（22257 人），内蒙古自治区（18464 人）等地。

哈尼族：主要分布在云南省（1629508 人），占哈尼族总人数的 98.11%

黎族：主要分布在海南省（1262262 人），贵州省（135173 人）

哈萨克族：主要分布在新疆自治区（1418278 人），占哈萨克族总人数的 96.97%

傣族：主要分布在云南省（1222836 人，占傣族总人数的 96.95%）。

其它人中数在百万以内的 37 个少数民族，多为世居少数民族，居住相对集中，多居住在祖国西部地区。在此不详细介绍。

第三节 民族语言

我国少数民族绝大多数都有自己的民族语言，只有回族是汉语民族。各少数民族按语族可分为汉语民族，满一通古斯语族民族，蒙古语族民族，突厥语族民族，藏缅语族民族，壮侗语族民族，孟高棉语族民族，斯拉夫语族民族，伊朗语族民族，印度尼西亚语族民族，以及未定语族民族。

一、汉语民族语言。

使用汉语的少数民族为回回民族，简称回族。

二、满一通古斯语族民族语言。

满——通古斯语族民族是指使用阿尔泰语系满一通古斯语族语言的民族。使用本语族满语支的民族有满族、锡伯族、赫哲族。使用本语族通古斯语支的有鄂温克族、鄂伦春族。使用本语族的几个少数民族仰萨满教。

二、蒙古语族民族语言

蒙古语族民族，是指使用阿尔泰语系蒙古语族语言的民族。蒙古语族语言，主要有蒙古语、布里亚特语、卡尔梅克语、达斡尔语、莫戈勒语，东部裕固语、土族语、东乡语、保安语 9 种。使用蒙古语族语言的少数民族有：蒙古族、东乡族、土族、达斡尔族、保安族等 5 个民族。

三、突厥语族民族语言

突厥语族民族，是指使用阿尔泰语系突厥语族语言的民族。突厥语族语言，主要有维吾尔语、哈萨克语、柯尔克孜语、撒拉语、塔塔尔语、乌孜别克语、图瓦语、西部裕固语。使用突厥语族语言的少数民族有：维吾尔族、哈萨克族、柯尔克孜族、撒拉语、裕固族、乌孜别克族、塔塔尔族等 7 个民族。

四、藏缅语族民族语言

藏缅语族民族，是指使用汉藏语系藏缅语族语言的民族。

使用本语族的有 17 个少数民族，即藏族，土家族，彝族、白族、哈尼族、傈僳族、拉祜族、纳西族、羌族、景颇族、阿昌族、普米族、怒族、基诺族、门巴族、独龙族、珞巴族。

使用本语言的人口较多，有 2000 多万。该语族中属于藏语支的民族有藏族、门巴族；彝语支的民族有彝族、哈尼族、傈僳族、拉祜族、纳西族、基诺族；羌语支民族有羌族、普米族，景颇语支民族有景颇族、独龙族；缅语支民族有阿昌族；土家语支民族有土家族；语支未定的民族有白族、怒族、珞巴族。

关于土家语支的问题，马学良、戴庆夏等著《藏缅语新论》一书，认为土家语是独立的土家语支。

关于藏缅语族内部形成的三大文化区。

以高原草畜牧型经济和信仰藏传佛教为主要特征的藏文化区。以山地混合农业经济和信仰原始宗教为主要特征的彝语支民族文化区。以山地耕牧经济和信仰多种宗教为特征的“藏彝民族走廊”文化区。

“藏彝民族走廊”是指上述两大文化与汉文化形成的一条民族走廊，是指人口较少的羌族、普米族、纳西族、怒族、独龙族、门巴族、珞巴族等少数民族走廊文化区的族群。

五、壮侗语族民族语言。

壮侗语族民族，是指使用汉藏语系壮侗语族语言的民族。本语族包括 3 个语支及其语言。

壮傣语支民族有壮族、傣族、布依族；

侗水族支民族有侗族，水族、毛南族、仫佬族。

黎语支民族有黎族。

六、孟高棉语族民族语言。

孟高棉语族民族，是指使用南亚语系孟高棉语族语言的民族。使用孟高棉语族佤德支的民族有佤族、德昂族、布朗族。

七、苗瑶语族民族语言。

苗瑶语族民族，是指使用汉藏语系苗瑶语族语言的民族。使用苗瑶语族的民族有苗族、瑶族、畲族。

苗族使用苗族支语言。内部大致分为 3 大方言，2 个次方言，18 种土语。3 大方言是湘西方言（东部方言），黔东南方言（中部方言），川黔滇方言（西部方言）。

瑶族使用语言为苗瑶语族语言，瑶族内又分为 3 种语言，即“勉语”，“布努语”，“拉珈语”。

畲族语言属于苗瑶语族苗语支，与瑶族的布努语“炯奈”方言接近。

八、斯拉夫语族民族语言。

斯拉夫语族民族，是指使用俄罗斯语属印欧语系斯拉夫语族的民族。使用该语族东斯拉夫语支的民族有俄罗斯族。

九、伊朗语族民族语言。

伊朗语族民族，是指使用塔吉克语属印欧语系伊朗语族帕米语支语言的民族。使用帕米语支的有中国的塔吉克族。

十、印度尼西亚语族民族语言。

印度尼西亚语族民族，是指使用南岛语系印度尼西亚语族语言的民族。使用该语族语言有高山族。高山族语言，内部又分三大语团，即泰雅语团、邹语团、排湾语团。三大语团包括 12 种语言。

十一、未定语族民族语言

未定语族民族，是指使用的语言所属语族尚未确定。未定语族民族有朝鲜语族、京族、仡佬族 3 个少数民族语言。

第四节 民族文字

我国少数民族文字有：满文、锡伯文、蒙文、维文、哈萨克文、柯尔克孜文、藏文、彝文、傈僳文、新纳西文、景颇文、普米族丁巴文、傣文、水文、俄罗斯文、朝文。新中国成立后，还有部分少数民族用拉丁字母拼音方案创制了文字，如土家族、哈尼族、拉祜族、纳西族、独龙族、壮族、布依族、侗族、黎族、佤族等。还有在少数民族部分群体中应用的文字，如湖南瑶族女书文字，只在妇女中应用。还有一种文字在多个少数民族中通行，如维文，除维吾尔族通行外，还在疆地区的柯尔克孜族应用，乌孜别克族、塔塔尔族、塔吉克族等民族中通行藏文除藏族使用，还有门巴族、珞巴族也使用藏文。

第五节 民族自治

我国是我民族国家，在 1947 年就实行了区域自治（内蒙古自治区）。60 多年来共建立自治区 5 个，自治州 30 个，自治县（族）120 个，民族乡 1200 余个。建立最早的民族区域自治地方为内蒙古自治区，时间为 1947 年 5 月 1 日，最晚的民族自治地方为广西自治区恭城瑶族自治县，时间为 1990 年 10 月 15 日。

民族自治地方，见附表“中国民族自治区、自治州、自治县一览表”。

附表 中国民族自治区、自治州、自治县一览表

民族自治地方	建立时间	首府驻地	面积(万平方公里)
自治区			
内蒙古自治区	1947.5.1	呼和浩特市	118.3
广西壮族自治区	1958.3.15	南宁市	23.666
西藏自治区	1965.9.1	拉萨市	122.84
宁夏回族自治区	1958.10.2 5	银川市	6.64
新疆维吾尔自治区	1955.10.1	乌鲁木齐市	166.04
自治州			
延边朝鲜族自治州（吉林省）	1952.9.3	延吉市	4.3559
恩施土家族苗族自治州（湖北省）	1983.12.1	恩施市	2.3902
湘西土家族苗族自治州（湖南省）	1957.9.20	吉首市	1.5461
甘孜藏族自治州（四川省）	1950.11.2	康定县城关	15.1078

	4	镇	
凉山彝族自治州（四川省）	1952.10.1	西昌市	6.0111
阿坝藏族羌族自治州（四川省）	1953.1.1	马尔康镇	8.3201
黔东南苗族侗族自治州（贵州省）	1956.7.23	凯里市	3.0339
黔南布依族苗族自治州（贵州省）	1956.8.8	都匀市	2.6207
黔西南布依族苗族自治州（贵州省）	1982.5.1	兴义市	1.6804
西双版纳傣族自治州（云南省）	1953.1.24	允景洪镇	1.97
德宏傣族景颇族自治州（云南省）	1953.7.24	芒市镇	1.1526
怒江傈僳族自治州（云南省）	1954.8.23	鲁掌镇	1.4703
大理白族自治州（云南省）	1956.11.2 2	大理市	2.946
迪庆藏族自治州（云南省）	1957.9.13	中心镇	2.387
红河哈尼族彝族自治州（云南省）	1957.11.1 8	蒙自市	3.2929
文山壮族苗族自治州（云南省）	1958.4.1	开化镇	3.2239
楚雄彝族自治州（云南省）	1958.4.15	楚雄市	2.9256
甘南藏族自治州（甘肃省）	1953.10.1	合作镇	4.0898
临夏回族自治州（甘肃省）	1956.11.1 9	临夏市	0.8166

玉树藏族自治州（青海省）	1951.12.2 5	结古镇	18.8794
海南藏族自治州（青海省）	1953.12.6	恰卜恰镇	4.5895
黄南藏族自治州（青海省）	1953.12.2 2	隆务镇	1.7921
海北藏族自治州（青海省）	1953.12.3 1	浩门镇	3.9354
果洛藏族自治州（青海省）	1954.1.1	大武镇	7.6312
海西蒙古族藏族自治州（青海省）	1954.1.25	德令哈市	32.5785
巴音郭楞蒙古自治州（新疆）	1954.6.23	库尔勒市	46.27
博尔塔拉蒙古自治州（新疆）	1954.7.13	博乐市	2.5074
克孜勒苏柯尔克孜自治州（新疆）	1954.7.14	阿图什市	6.9112
昌吉回族自治州（新疆）	1954.7.15	昌吉市	7.7129
伊犁哈萨克自治州（新疆）	1954.11.2 7	伊宁市	49.0039
自治县(旗)（新疆）			
孟村回族自治县（河北省）	1955.11.3 0	孟村镇	0.0393
大厂回族自治县（河北省）	1955.12.7	大厂镇	0.0176
青龙满族自治县（河北省）	1987.5.10	青龙镇	0.3309
丰宁满族自治县（河北省）	1987.5.15	大阁镇	0.8747
围场满族蒙古族自治县（河北省）	1990.6.12	围场镇	0.9058

宽城满族自治县（河北省）	1990.6.16	宽城镇	0.1933
鄂伦春自治旗（内蒙）	1951.10.1	阿里河镇	6.0378
鄂温克族自治旗（内蒙）	1958.8.1	巴彦托海镇	1.875
莫力达瓦达斡尔族自治旗（内蒙）	1958.8.15	尼尔基镇	1.0985
喀喇沁左翼蒙古族自治县（辽宁省）	1958.4.1	大城子镇	0.2238
阜新蒙古族自治县（辽宁省）	1958.4.7	阜新镇	0.6284
新宾满族自治县（辽宁省）	1985.6.7	新宾镇	0.4287
岫岩满族自治县（辽宁省）	1985.6.11	岫岩镇	0.4507
清原满族自治县（辽宁省）	1990.6.6	清原镇	0.3926
本溪满族自治县（辽宁省）	1990.6.8	小市镇	0.3362
桓仁满族自治县（辽宁省）	1990.6.10	桓仁镇	0.3548
宽甸满族自治县（辽宁省）	1990.6.12	宽甸镇	0.6125
前郭尔罗斯蒙古族自治县（吉林省）	1956.9.1	前郭镇	0.7076
长白朝鲜族自治县（吉林省）	1958.9.15	长白镇	0.2498
伊通满族自治县（吉林省）	1989.8.30	伊通镇	0.2523
杜尔伯特蒙古族自治县（黑龙江省）	1956.12.5	泰康镇	0.6427
景宁畲族自治县（浙江省）	1984.12.2 4	鹤溪镇	0.195
长阳土家族自治县（湖北省）	1984.12.8	龙舟坪镇	0.343
五峰土家族自治县（湖北省）	1984.12.1 2	五峰镇	0.2072

通道侗族自治县（湖南省）	1954.5.7	双江镇	0.2225
江华瑶族自治县（湖南省）	1955.11.2 5	沱江镇	0.3216
城步苗族自治县（湖南省）	1956.11.3 0	儒林镇	0.262
新晃侗族自治县（湖南省）	1956.12.5	新晃镇	0.1511
芷江侗族自治县（湖南省）	1987.9.24	芷江镇	0.2096
靖州苗族侗族自治县（湖南省）	1987.9.27	渠阳镇	0.2211
麻阳苗族自治县（湖南省）	1990.4.1	高村镇	0.1561
连南瑶族自治县（广东省）	1953.1.25	三江镇	0.1231
连山壮族瑶族自治县（广东省）	1962.9.26	吉田镇	0.1264
乳源瑶族自治县（广东省）	1963.10.1	乳城镇	0.2125
龙胜各族自治县（广西）	1951.8.19	龙胜镇	0.2537
金秀瑶族自治县（广西）	1952.5.28	金秀镇	0.2517
融水苗族自治县（广西）	1952.11.2 6	融水镇	0.4665
三江侗族自治县（广西）	1952.12.3	古宜镇	0.2455
隆林各族自治县（广西）	1953.1.1	新州镇	0.3542
都安瑶族自治县（广西）	1955.12.1 5	安阳镇	0.4092
巴马瑶族自治县（广西）	1956.2.6	巴马镇	0.1966
富川瑶族自治县（广西）	1984.1.1	富阳镇	0.1572
罗城仫佬族自治县（广西）	1984.1.10	东门镇	0.2639
环江毛南族自治县（广西）	1987.11.2 4	思恩镇	0.4558

大化瑶族自治县（广西）	1987.12.2 3	大化镇	0.2754
恭城瑶族自治县（广西）	1990.10.1 5	恭城镇	0.2149
乐东黎族自治县（海南省）	1987.12.2 8	抱由镇	0.2746
琼中黎族苗族自治县（海南省）	1987.12.2 8	营根镇	0.2693
保亭黎族苗族自治县（海南省）	1987.12.3 0	保城镇	0.1161
昌江黎族自治县（海南省）	1987.12.3 0	石碌镇	0.1596
白沙黎族自治县（海南省）	1987.12.3 0	牙叉镇	0.2118
陵水黎族自治县（海南省）	1987.12.3 0	陵城镇	0.1128
秀山土家族苗族自治县（重庆市）	1983.11.7	中和镇	0.245
酉阳土家族苗族自治县（重庆市）	1983.11.1 1	钟多镇	0.5173
彭水苗族土家族自治县（重庆市）	1984.11.1 0	汉葭镇	0.3903
石柱土家族自治县（重庆市）	1984.11.1 8	南宾镇	0.3031
北川羌族自治县（四川省）	2003.10.2 5	曲山镇	0.2865

木里藏族自治县（四川省）	1953.2.19	博瓦镇	1.3246
峨边彝族自治县（四川省）	1984.10.5	沙坪镇	0.2395
马边彝族自治县（四川省）	1984.10.9	民建镇	0.2383
威宁彝族回族苗族自治县（贵州省）	1954.11.1 1	城关镇	0.6294
松桃苗族自治县（贵州省）	1956.12.3 1	城关镇	0.2861
三都水族自治县（贵州省）	1957.1.2	三合镇	0.2384
镇宁布依苗族自治县（贵州省）	1963.9.11	城关镇	0.1721
紫云苗族布依族自治县（贵州省）	1966.2.11	松山镇	0.2284
关岭布依族苗族自治县（贵州省）	1981.12.3 1	关索镇	0.1468
玉屏侗族自治县（贵州省）	1984.11.7	平溪镇	0.0517
印江土家族苗族自治县（贵州省）	1987.11.2 0	印江镇	0.1961
沿河土家族自治县（贵州省）	1987.11.2 3	和平镇	0.2469
务川仡佬族苗族自治县（贵州省）	1987.11.2 6	都濡镇	0.2773
道真仡佬族苗族自治县（贵州省）	1987.11.2 9	玉溪镇	0.2156
峨山彝族自治县（云南省）	1951.5.12	双江镇	0.1972
澜沧拉祜族自治县（云南省）	1953.4.7	勐朗镇	0.8807
江城哈尼族彝族自治县（云南	1954.5.18	勐烈镇	0.3476

省)			
孟连傣族拉祜族佤族自治县(云南省)	1954.6.16	孟连镇	0.1957
耿马傣族佤族自治县(云南省)	1955.10.16	耿宣镇	0.3837
宁蒗彝族自治县(云南省)	1956.9.20	大兴镇	0.0206
贡山独龙族怒族自治县(云南省)	1956.10.1	茨开镇	0.4506
巍山彝族回族自治县(云南省)	1956.11.9	文华镇	0.2266
石林彝族自治县(云南省)	1956.12.31	鹿阜镇	0.1777
玉龙纳西族自治县(云南省)	1961.4.10	黄山镇	0.6521
屏边苗族自治县(云南省)	1963.7.1	玉屏镇	0.1906
河口瑶族自治县(云南省)	1963.7.11	河口镇	0.1313
沧源佤族自治县(云南省)	1964.2.28	勐董镇	0.2539
西盟佤族自治县(云南省)	1965.3.5	西盟镇	0.1391
南涧彝族自治县(云南省)	1965.11.27	南涧镇	0.1802
墨江哈尼族自治县(云南省)	1979.11.28	玖联镇	0.5459
寻甸回族彝族自治县(云南省)	1979.12.20	仁德镇	0.3966
元江哈尼族彝族傣族自治县(云南省)	1980.11.12	澧江镇	0.2858
新平彝族傣族自治县(云南省)	1980.11.2	桂山镇	0.4223

	5		
维西傈僳族自治县（云南省）	1985.10.1 3	保和镇	0.4661
漾濞彝族自治县（云南省）	1985.11.1	上街镇	0.1957
禄劝彝族苗族自治县（云南省）	1985.11.2 5	屏山镇	0.4378
金平苗族瑶族傣族自治县（云南省）	1985.12.7	金河镇	0.3677
普洱哈尼族彝族自治县（云南省）	1985.12.1 5	宁洱镇	0.367
景东彝族自治县（云南省）	1985.12.2 0	锦屏镇	0.4532
景谷傣族彝族自治县（云南省）	1985.12.2 5	威远镇	0.7777
双江拉祜族佤族布朗族傣族自治县（云南省）	1985.12.3 0	勐勐镇	0.2292
兰坪白族普米族自治县（云南省）	1988.5.25	金顶镇	0.4555
镇沅彝族哈尼族拉祜族自治县（云南省）	1990.5.15	按板镇	0.4223
天祝藏族自治县（甘肃省）	1950.5.6	华藏寺镇	0.7147
肃北蒙古族自治县（甘肃省）	1950.7.29	党城湾镇	6.6748
东乡族自治县（甘肃省）	1950.9.25	锁南镇	0.151
张家川回族自治县（甘肃省）	1953.7.6	张家川镇	0.1293
肃南裕固族自治县（甘肃省）	1954.4.20	红湾寺镇	2.3041

阿克塞哈萨克族自治县（甘肃省）	1954.4.27	博罗转井镇	3.3333
积石山保安族东乡族撒拉族自治县（甘肃省）	1981.9.30	吹麻滩镇	0.091
门源回族自治县（青海省）	1953.12.1 9	浩门镇	0.6896
互助土族自治县（青海省）	1954.2.17	威远镇	0.332
化隆回族自治县（青海省）	1954.3.1	巴燕镇	0.274
循化撒拉族自治县（青海省）	1954.3.1	积石镇	0.1749
河南蒙古族自治县（青海省）	1954.10.1 6	优干宁	0.625
民和回族土族自治县（青海省）	1986.6.27	上川口镇	0.178
大通回族土族自治县（青海省）	1986.7.10	桥头镇	0.309
焉耆回族自治县（新疆自治区）	1954.3.15	焉耆镇	0.2439
察布查尔锡伯自治县(新疆自治区)	1954.3.25	察布查尔镇	0.4469
木垒哈萨克自治县（新疆自治区）	1954.7.17	木垒镇	1.3235
和布克赛尔蒙古自治县(新疆自治区)	1954.9.10	和布克赛尔镇	3.2
塔什库尔干塔吉克自治县(新疆自治区)	1954.9.17	塔什库尔干镇	5.23
巴里坤哈萨克自治县(新疆自治区)	1954.9.30	巴里坤镇	3.5714

第六节 多元文化

中国是多元的中国，体现在“人种的多元”，“民族的多元”，“生活的多元”，“文化的多元”……我国由多民族组成，其文化也由多元构成。民族文化按语族可分为：蒙古语族文化、突厥语民族化、藏缅语族民族文化，壮侗语族民族文化，孟高棉语族文化，苗瑶语民族文化，斯拉夫语民族文化，伊朗语族文化，印度尼西亚语民族文化等。按原始宗教巫雉文化可分为：北方萨满文化圈，中原雉文化圈，巴楚巫文化圈，百越巫文化圈，青藏苯佛文化圈，两域雉文化圈。按民族文化可分为藏文化、蒙文化、苗文化、土家文化……

一、多元民族文化的主要特点。

满——通古斯语族民族文化特点：在历史上创造了以狩猎和捕鱼为主。兼事采集游牧和农耕的经济生活，构成了具有鲜明东北区域特点的民族文化。学术界习惯于将满——通古斯语族称为“东北民族”或称“东北民族文化”。其文化的创造者为满族，锡伯族，鄂温克族，鄂伦春族，赫哲族等。

蒙古语族民族文化特点：以蒙古高原草原畜牧业为主兼狩猎，农耕和手工业经济文化类型，是构成中华文化的重要因素之一。蒙古族的《江格尔》是我国少数民族三大史诗之一。

突厥语族民族文化特点：以北方大草原游牧为主兼农业，园艺业，手工业的经济生活，构成是具有鲜明西域特点的民族文化。如信仰伊斯兰教，清真饮食。回鹘文体《乌古斯可汗传》是代表性英雄史诗。柯尔克孜族的《玛纳斯》为千年英雄史诗。

藏缅语族民族文化特点：藏缅语族民族文化内涵丰富，由藏、土家、彝、白、哈尼、傈僳、拉祜、羌、景颇、阿昌、普米、怒、基诺、门巴、独龙、珞巴等 17 个民族文化共同构成，藏缅语族内部形成了三大文化区。

以高原草场畜牧型经济和信仰藏传佛教为主要特征的一——青藏高原藏文化区。

以山地混合农业经济和信仰原始宗教为主要特征的一——云贵高原彝语支民族文化区。

以山地耕牧经济和信仰多种宗教为特征，以横断山脉为中心的藏文化，彝语支民族文化与汉文化互动形成的“藏彝民族走廊”文化区。

藏族《格萨尔王传》是我国少数民族三大史诗之一。土家族的《梯玛神歌》是土家族传世史诗。彝族的《十月太阳历》准确反映季节变化规律的“历法”文化。哈尼族、纳西族神话史诗《创世界》与《滞水记》。

壮侗语族民族文化特点：壮侗语族各民族是我国古代南方的最大一个族群——“百越”有着密切的关系，他们的文化创造是与水相关为特征的农耕文化。如种水稻，吃水产，习水善舟、居住干栏，崇拜龙蛇蛙为特点的北越民族文化。有学者认为：“中国的农耕文化是壮侗语族的先民创造的”

孟高棉语族民族文化特点：以居住西南亚热带山地，以旱地农耕（如种植茶叶、纺织）为主要生计方式，信仰小乘佛教为特点的山居民族文化特点。

苗瑶语族民族文化特点：苗瑶语族民族以历史悠久，长期迁徙，大分散，大杂居，小聚居，分布地域广阔，跨国居住，以农耕为主，原始崇拜，记忆文化为特点的民族文化。

二、巫傩文化——民族医药基因元素。

中国的巫文化历史久远，是中华文明的重要基因库，与中华文明进步有着密切的关系。南方的巫文化程度比北方高，特别是傩文化为南方的农耕民族所独创是中国的原始文化。“傩”的主要形式是“赶鬼驱疫”。“巫傩文化保存了大量的神话传说，

民族史诗童话寓言，歌谣谚语，巫经巫词，巫医巫术，气功吐纳……是中华民族的文化遗产”（林河：《中国巫傩史》花城出版社.2001：41）。

巫傩文化对传统医药影响深远。医术起源于巫术和宗教。在人类解除或防治疾病的过程中，人民最早使用的方法来自于巫术的实践。巫术在发展过程中，也发展了医与巫相关的医术，是巫医相结合的过程。在这个过程中积累了许多医药的实践经验知识。当巫师发展巫术或发展医术的目的不完全是治病救人，其更深层的目的在于使人们信其巫师的法力无边。如医字繁体字醫，与巫字相关，医起源于医术。巫医巫术，是原始科学的萌芽，古代巫师都兼有科学家的身份。在民族医药界俗称“医巫一家”。“巫傩文化”不仅是人类文化的“基因库”，也是人类文明的“原始推动力”，人类文明的“催生剂”和“生长剂”，还是民族传统医药文化元素。

第二章 民族医药概况

第一节 民族医药概念

中国传统医药体系

中国传统医学包括中医学、民族医学及民间医学三个部分组成。

（一）中医学

中医学是以汉文化为背景的中国古代社会的主流医学。它以战国时代到东汉时间（公元前 5 世纪到公元 2 世纪）成书的《黄帝内经》、《伤寒杂病论》、《金匱要略》、《神农本草经》等经典著作作为代表，形成阴阳、脏腑、经络、气血、四诊八纲为及药物的四气五味、升降浮沉、归经等基本理论，并在发展过程中吸收了大量周边的民族医学经验，而形成了独特医学理论体系。

（二）民族医学

民族医学是中国各少数民族传统医药的总称。民族医学是指中医学以外的各少数民族的传统医学。其特征是具有民族性、地域性和传承性，而最本基本的是民族文化特征。民族医学业而具有较多的人文内涵，她是一种传统文化、乡土文化，草根文化。它的根在民间。我国 55 个少数民族都有自己的传统医学或医药治病经验。目前我国 35 个民族有医学文献资料。它包括：藏医、蒙医、维吾尔医、傣医、壮医、朝医、彝族、瑶医、苗医、土家医、回医、哈萨克医、侗医、布依医、羌医、畲医、满医、白医、黎医、佤医、高山医、拉祜医、水医、东乡医、纳西医、景颇医、土医、达斡尔医、毛南医、仡佬医、锡伯医、普米医、裕固医、鄂伦春医、基诺医。还有 20 个人口较少的民族也在收集整理自己的传统医学经验。

（三）民间医药

中国民间医药是指蕴藏在民是的养生习俗，单方验方，草医草药和医疗方面的一技之长。他们并不一定受中医学理论的指导，也很难归属某种民族医学，人们一般称其为“民间草医”、“民间草药”等。

第二节 民族医药发展概况

一、背景资料与发展简况

“民族医”这个概念的出现只有 60 多年。1951 年 12 月 1 日实施的《全国少数民族卫生工作方案》指出：“对于用草药土方治病之民族医，应尽量团结与提高。”这是我国政府首次提出“民族医”这一名词。1984 年 9 月，国家卫生部、国家民委在内蒙古呼和浩特市召开了第一次全国民族医药工作会议。国务院办公厅转发了这《关于加强全国民族医药工作的几点意见》的通知，指出：“民族医药是祖国传统医药学的重要组成部分，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药卫生事业，有着十分重要的意义。”此后在全国范围内开展大规模的调研医药工作。始于 1978 年 3 月在全国开展第一次民族药调查整理，拉开了我国民族医药研究的序幕。1978 年 3 月 6 日—12 日，由卫生部药品生物制品鉴定所牵头，西藏、内蒙古、新疆、广西、宁夏、青海、甘肃、广东、福建、辽宁、吉林、黑龙江、湖南、四川、贵州、云南共 16 个省自治区作为全国民族药调查整理的地区，涉及国内 55 个少数民族传统物。通过一年的调查整理，各地调查整理出民族药标本上万份，收集整理出各民族地区的民间单方验方数万个。通过这次全国民族药的调查整理为下一步全国民族医药调查研究工作奠定了良好的基础。

我国民族医药的全面发掘、整理、总结、提高工作是从 1984 年第一次民族医药工作会议以后，全国各地开展民族医药的收集整理工作。近 30 年来，我国民族医药得到继承与提高，创新与发展并取得了显著的成绩。这些成绩主要体现在以下几个方面。

一是有民族文字记录的民族医药得以全面继承与提高。如藏医药、蒙医药、维吾尔医药、傣医药、朝医、彝族医等。

二是在历史上没有民族文字记载的民族医药得以系统收集，整理出民族医药体系的民族医学。如壮医、瑶医、苗医、土家医、侗医等是民族医学，通过汉文总结的医学经验，和提升了系统地医学理论，反映了民族医学的客观存在和总体发展。

三是通过系统收集整理，在临床上应用较好，取得显著疗效，在当地开设了民族医院。主专病专科，目前国内开设民族医医院的有藏医、蒙医、维吾尔医、傣医、壮医、朝医、彝医、瑶医、苗医、土家医、回医、哈萨克医、侗医、布依医、羌医等 15 种民族医医院。全国现有（2011 年）民族医医院 200 所，民族医的门诊部 393 个，床位 13484 张，工作人员 13546 人。

四是开展民族医药教育，培养民族医药专门人才取得成效。

五是开展民族医药科学研究，提升了民族医药的科技水平。

六是研究开发民族药物药，为临床用药提供了保障。

七是开展了民族医的专科专病建设，提升了民族医临床活力。

八是开展民族医药学术交流，弘扬与发展民族医药学术水平。

九是民族医药作为非物质文化遗产，从源头上进行保护与传承。

十是开展了民族医药立法工作，促进了我国民族医药的快速发展。

二、取得的工作成就。

（一）民族医药文献整理研究

民族医药文献整理分六大类：既文献整理、口承整理、名医整理、抢救整理、比较整理、延展整理。近 30 年来，我国发掘整理较有成就的有 15 个民族医药文献。指上述介绍的开设有民族医医院 15 个民族医种。

1、民族医药文献整理

这部分工作是指一部分历史上有文字、有医学文献的民族医药，如藏医药、蒙医医、维吾尔医药、傣医药、哈萨克医药、彝医药、朝医药等民族医药文献进行收集整理，将其中一些重要著作译成汉文或校勘工作。

2、民族医药发掘整理

对一部分历史上无文字或无通行文字因而没有医药文献，靠口传心授的民族医药的进行系统的收集，整理研究。如：壮医药、苗医药、土家医药、瑶医药、侗医药、畲医药、回医药等民族医药。在田野调查的基础上，收集了大量的医药方技，总结了基本理论，整理表述了它的医药历史和理论框架，形成了医学理论体系。

从“十五”期间开始，国家中医药管理局设立了全国民族医药文献整理研究专项，资助了 19 个民族，对近百种医药文献及口述资料进行发掘整理。内容包括民族医药发展史、基础理论、临床医学、药物方剂等各个方面。目前已有近 40 个民族发掘整理了本民族医药资料，其中近 30 个民族出版了民族医药专著。先。发掘整理出版了近 200 部汉文字民族医药著作。

“十二五”期间，国家中医药管理局启动国家公共卫生专项资金项目，开展民族医药文献整理，计整理出版 150 部民族医药专著。

目前，历史上没有医药著作传世，只有口述资料的民族医药文献整理做得较好的有壮医药、苗医药、土家族医药、侗医

药、瑶医药等。壮医药目前整理出版各类专著 30 余部，苗医药近 30 部，土家医药 20 余部，侗医药近 10 部，瑶医药 10 余部等。近年来，对我国人口较少的民族医药文献也进行收集整理，出版了文献资料。如《羌族医药》、《水族医药》《中国拉祜族医药学》、《仡佬族医药》、《中国佤族医药》、《纳西东巴医药研究》等。

（二）民族医药教育。

我国民族医药教育工作近年以来得到较快的发展。目前有高等民族医药院校 8 所，它是西藏藏医学院，青海藏医学院（青海大学内），内蒙古蒙医学院（内蒙古民族大学内），内蒙古医学院蒙医药学院、广西壮医药学院、瑶医药学院（在广西中医药大学内）、新疆维吾尔药高等专科学院、成都中医药大学民族医药学院。还在中央民族大学开设藏医系、甘肃系中医学院开设藏医系，云南中医学院开设民族医药专业、贵阳中医学院开设苗医药专业等。中等民族医药学校 4 所。2004 年，国家中医药管理局启动了西部重点扶持学科建设项目，设立民族医药重点扶持建设学科 4 个，分别是藏药学（制药）、藏药学（生药）、蒙药学（生药）、维医内科学（心血管学科）。目前，国内开设民族医药教育的有藏医药、蒙医药、维医药、傣医药、壮医药、苗医药、回医药、朝医药、瑶医药、土家族医药等，并于“十五”期间组织民族医药本科规划教材编写工作。其中藏医药本科教材 25 门，大专教材 17（甘肃）；蒙医药本科教材 28 门、中专教材 10 门；维医药本科教材 25 门、傣医药本科教材 7 门；壮医药本科教材 12 门；苗医药本科教材 6 门等。还有朝医、回医也编写了专门教材。

目前，国内开展民族医药研究生教育的有藏医药（硕士、博士）、蒙医药（硕士、博士）、维医药（硕士）、壮医药、苗医

药，土家族医药有硕士研究生方向教育。

（三）重点民族医院建设及重点民族医药专科专病建设。

“十一五”期间国家中医药管理局建设重点民族医院 10 所。“十二五”期间，国家中医药管理局，建设重点民族医院 13 所。我国民族医药专科专病建设从“十五”期间开始。国家中医药管理局于 2001 年下达全国民族医重点专科（专病）建设项目 14 个，其中一类重点项目 6 个，二类重点项目 8 个。通过 5 年的建设，2006 年组织考核验收，其中 13 个建设项目通过验收。“十一五”期间，国家中医药管理局组织开始第二批民族医药专病专科建设，15 个省区的 10 个民族医共 43 个专病专科列为建设单位。“十二五”期间，国家中医药管理局又确定了一批民族医专病专科建设项目。

（四）民族医药科学研究及科技成果

目前，国内县以上民族医药科研机构 60 所，涵盖 15 个民族医药，科研人员 3000 多人。其中藏医药研究机构 6 所，蒙医 9 所，维医 2 所，傣医 2 所，壮医 2 所，土家、苗、朝、瑶、侗、回、彝医民族医药研究机构 15 所。

近年来，国家加大民族医药研究支持力度，开展民族医药科学研究。“十一五”以来，国家科技支撑计划实施了“民族医药发展关键技术研究”及《民族医特色疗法疗效评价及平台技术研究》。获科研经费 0.64 亿元。

2010 年，国家公共卫生资金项目又资助民族医药整理项目 150 项，民族医药适应技术筛选推广项目 140 项。国家资助 0.74 亿元。这国家对民族医药资助最大的项目。

近 10 年来，全国民族医药取得科研成果 400 余项，其中获省部级奖励成果 50 多项。

（五）民族药资源及开发研究。

1、民族药资源

我国民族药物资源十分丰富，各地报道的民族药大约 8000 余种，约占全国药材资源总数 12807 种的 63%。民族药收载在《中国民族药志》中 400 种，《中国民族药志要》收载 44 个民族的民族药 5500 余种。下面简要介绍 11 个民族的药物研究情况。

- (1)《中华本草·藏药卷》收载 396 种藏药。
- (2)《中华本草·蒙药卷》收载 421 种蒙药。
- (3)《中华本草·维药卷》收载 423 种维药。
- (4)《中华本草·傣药卷》收载 400 种傣药。
- (5)《中华本草·苗药卷》收载 391 种苗药。
- (6)《中国壮药学》收载 500 种壮药。
- (7)《中国瑶药学》收载 970 种瑶药。
- (8)《土家族药物志》收载 2172 种土家药。
- (9)《土家族药学》收藏 455 种土家药。
- (10)《朝药志》收载 200 种朝药。
- (11)《侗族常用药物图鉴》收载 348 种侗药。

2、民族药研发

民族药研发大致包括三个方面的内容。

一是民族药材标准研究。近十年来，国家食品药品监督管理局审批民族药材 313 种。其中藏药 106 种，傣药 35 种，蒙药 50 种，苗药 154 种，维药 9 种，彝药 81 种。

二是研制民族药成药（新药）897 种。其中藏成药 322 种、蒙成药 204 种、维成药 96 种、傣成药 37 种、苗成药 154 种、彝成药 81 种、蒙藏合用成药 1 种、景颇族成药 1 种、土家医成药 1 种。至此，全国有九个民族的民族药国家标准共计 1210 种。

三是研制的医院内部制剂（简称院内制剂）。各地民族医院根据临床应用的需要，研制了专科专病治疗药物。医院制剂不能进入药物流通环节，在医院内应用。医院制剂刘就药研发的重要来源。。

3、民族药企业与民族药研发

近年来，我国民族医药企业发展迅速，经过国家 GMP 改造的有 195 家药企，可生产民族药品种 800 多种，进入《医保目录》品种 47 个，年销量在 100 亿元以上。如藏医“奇正消痛贴”、彝药“灯盏细辛注射液”、“灯盏药素注射液”年产值均在亿元以上。我国民族药生产比较突出的是藏药和苗药。苗药生产集中在贵州省，有 70 多家企业，生产 154 个品种。2008 年生产总产值为 48.92 亿元，占贵州省医药工业总产值的 40%。

（六）传统医药非物质文化遗产保护与传承。

国务院分别于 2006 年 6 月，2008 年 6 月，2011 年 5 月先后三次批准公布了三批国家级非物质文化遗产名录。第一批国家级非物质文化遗产项目 518 项，扩展项目 147 项，其中传统医药项目 9 项，扩展项目 5 项；第二批国家非物质文化遗产项目 510 项，扩展项目 164 项，其中传统医药项目名录 15 项；第三批国家级非物质文化遗产项目 191 项，其中传统医药项目名录 4 项。其中民族医药非物质文化遗产项目名录 14 项（含扩展项目）。包括藏医、蒙医、维医、傣医、壮医、苗医、侗医、瑶医、彝医、回医、畲医第 11 种医科的非遗名录。国务院还分别批准公布了四批国家级非物质文化遗产项目代表性传承人，其中民族传统医药项目代表性传承人 28 人。包括藏药、蒙医、维医、苗医、回医、彝医 6 个民族医药项目的代表性传承人。

（七）民族医药社会团体建设与学术交流。

目前，国家层面成立了三个全国性的民族医药学术团体。

既 1997 年成立的“中国民族医药学会”以及“中国民族卫生协会”，“中国民族医药协会”。三个学会分别隶属国家中医药管理局，国家卫生部，国家民委主管。

中国民族医药学会是 1994 年 2 月 18 日，由国家民政部批复成立，由国家中医药管理局主管。1997 年 11 月中北京召开第一次全国会员代表大会并产生第一届理事会，国家中医药管理局副局长诸国本主任医师当选为会长。2010 年 11 月 14 日，在北京召开第二次全国会员代表大会并产生第二届理事会，国家中医药管理局副局长马建中当选为会长。学会成立 15 年来，先后建立分支机构与各民族医药专家委员会 20 余个。2011 年后，学会将原各专家委员会注册登记成分支机构，既分会。如藏医药分会、藏医药分会、维医药分会、土家医药分会、侗医药分会、苗医药分会、畲医药分会、芳香医药分会、教育研究分会、朝医药分会、蛇伤分会、医史文化分会药分会。

在学术交流上，15 年来先后在各民族地区召开了 100 余次学术研讨会。这些会议除综合性学术研讨会外，多以各民族医药分会召开专题研讨会。如藏医药学术研讨会（全国五大藏医轮流召开），土家医研讨会（全国 4 省市土家族地区轮流召开），侗医药研讨会（全国 3 大侗区轮流召开）等形式研讨本民族医药的建设与发展。

为了加强民族医药学术交流，中国民族医药学会还确定了各民族医药学术牵头省区。如藏药医由西藏牵头，维医由新疆牵头，蒙医由内蒙牵头，壮医由广西牵头，苗医由贵州牵头，土家医由湖南牵头，彝医由云南牵头，回医由宁夏牵头，侗医由湖南牵头等学术牵头单位。

（八）民族医药学术论文。

新中国成立以来，各民族地区及民族医药科技人员在各级

期刊上发表了各类民族医药科技论文数千篇。经侯风飞等人研究统计，确认标识明显的有 4185 篇，并对其进行了统计分析。在 4185 篇论文中，涉及 37 个民族医。论文数排在前 10 位的民族医是：蒙医（998），藏医（911），壮医（494），维医（324），苗医（220），傣医（181），土家医（157），黎医（153），彝医（137），瑶医（124）。还有 18 个民族未检索到公开发表论文。民族医药科技论文内容分布为：医药资源，质量标准研究，药效毒理研究，药学研究，化学研究，临床研究，政策研究，理论探讨，综述研究等方面。通会分析，民族医药资源、质量标准、有效性及安全性评价将是我国民族医药研究的热点。

（九）民族医药知识产权现状与保护

据侯风飞等人调查研究，目前我国民族医药专利共 1205 项，涉及民族 30 个。民族医药专利数排在前 10 位的是：藏族（449），蒙古族（208），维吾尔族（119），苗族（102），彝族（53），傣族（45），土家族（37），侗族（22），壮族（19），回族（11），朝鲜族（11）。专利分类情况：疾病类（内、外、妇、男、儿科、骨科、耳鼻喉科）共计 710 项；非治病类专科 495 项。专利类超过 100 项以上的有心脑血管疾病（104），保健品及保健食品类（190），制备方法、工艺类（113）。在 12052 项专利中授权专利仅占 33%，未授权专利 67%。

（十）民族医药法规建设与保障。

为了加强各地民族医药建设与发展，民族自治地区制定颁布了地方法规，如某某自治区某某医药发展条例。通过民族地区地方条例促进民族医药的保护与发展。目前国内颁布的地方性民族医药条例有：《内蒙古自治区蒙医中医条例》，《青海省发展中医藏医蒙医条例》，《青海省发展中药藏药蒙医条例》，《广西壮族自治区发展中医药壮医药条例》，《湘西土家族苗族自治

州土家医药苗医药保护条例》，《延边朝鲜族自治州发展朝医药条例》，《青海省玉树藏族自治州藏医药管理条例》，《甘肃省甘南藏族自治州发展藏医药条例》，《阜新蒙古族自治县蒙医药管理条例》等自治区、自治州、自治县三级民族医药条例。各民族地区通过立法、确保当地民族医药的合法地位，通过地方法规促进民族医药事业的发展。

三、存在的主要问题

我国民族医药在继承发展中 取得瞩目的成就，但也存在许多问题。

一是民族医药人才匮乏，后继乏人乏术。

二是民族医药医疗机构薄弱，不能向社会提供更多更优质的医疗服务。

三是南方民族医药教育 滞后，在民间行医的民族医药人员绝大多数未接受系统教育或培训，医药人员素质有待提高。

四是南方民族医药人员取得执业资格为数甚少，有待国家对历史上没有文字的少数民族医药进行论证及资格开考。

五是加强对民族医药医技医术的抢救整理，评价其疗效性及安全性，制定操作规范，将民族医药特色适宜技术在基层推广应用。

六是加强对各地珍稀和濒危民族药的保护与科学应用。

第三章 民族医药调研方法与实例

第一节 民族医药发掘整理的人类学田野调查方法与实例

民族医学的文化人类学研究主要从社会、文化人类学的角度研究医学，疾病以及治疗，身体与生命等做深入的考察，了解民族医学知识形成的历史及其实践活动。通过民族医学人类学田野调查方法，收集民族医药的产生，发展与沿革的资料；从人类学的视觉分析，阐释某某民族所处的社会、历史、文化等生态环境；探索用人类学方法指导民族医药的传承发展与创新。

一、民族医学人类学田野调查方法

目前，国际通用的人类学研究方法是采用英国人类学家马陵诺斯基于上世纪 20~30 年代创建的社会文化人类学的研究方法。既在田野调查中要求研究者到被研究的地点住下来，学习当地的语言，考察当地的具体实践及知识，尽量从当地人的角度来理解他们做事的“道理”。人类学田野调查的关键，是站在对方的角度考虑问题，既用“他者的眼光”看待问题。

（一）民族医药的人类学田野调查的主要内容及调查对象。

在田野调查中主要了解当地民族医药知识的形成，发展的历程。

调查对象：民族医药从业人员、寻求民族医药救治的患者人群，熟悉或知晓本民族历史及文化的本土人士。

田野调查主要形式：调查者参与观察及深入访谈。

（二）参与观察方法。

- 1、参与观察者在现场直接观察。
- 2、参与观察者在现访亲身经历，与见证观察地点或事物。
- 3、参与观察者亲自动手观察，了解第一手资料。

（三）观察者深入访谈

1、深入访谈的形式。

田野调查采用开放式形式深入访谈。

2、深入访谈的主要内容或思路。

询问被访谈者的相关情况。

2.1 基本情况：包括姓名、年龄、籍贯、民族、家庭背景，生活环境等。

2.2 学医从医经历：包括学医途径、向谁学医、怎样学医、如何向下传承。哪方面医疗技术及专业知识最为突出，你的老师和前辈的医技医术特长有哪些？

2.3 从医实践及经验。包括行医过程中具有影响的事物，如第一次行医记忆，最成功或失败的临床病例；询问诊疗疾病的思路及对疾病诊疗过程中的新认识与体会等。

2.4 民族医药与中、西医对民族医药的影响。

2.5 民族文化对民族医药的影响与关系，多元文化与民族医药关系等。

在访谈中关键访谈内容是被访谈者的行医实践与从医历史。

（四）开放式访谈话题（建议）

1、基本信息。

如：姓名、性别、出生年月、出生地、家庭住址、家庭人口、工作单位（医院、诊所、办公室）等。

2、关于个人经历。

学医途径、从医时间、从医专长、特色优势、如何成为本行专家；

你的老师和前辈在医技医术上的特长与优势。师长们的医技医术对你的影响或有什么帮助；

你的医技医术是家传，如何传承？用家传医技医术如何为

当地群众诊疗服务。

3、关于自身专长。

你的专长或特色疗法与其它医学疗法有什么区别或相似的地方？你从事的医疗实践在你们的本民族医学中是很常见吗？有什么代表性，与本民族医药有区别吗？区别在那哪些方面？

你在本地最有影响或突出特色技术，医学知识有哪些些？（治好的疾病，医技医术，用药方法等）。

你参与当地医学知识培训及培训内容；你参与本地相关医药文化的保护与发展工作，如“非遗”，“旅游”等。

4、了解相关民族医药情况。

你行医的社区范围，行医的经济收入，使用的药物资源，医疗活动中的文字资料，及典型医案，医疗思路，社会文化因素对医疗有什么影响（医学文化因素）。

你本民族医药的历史，医技医术，医学理论有什么特色，与周边其它民族医药的异同关系，同一地区内共存几个民族医药的异同关系或相互影响，有什么文化的特殊性，地方性等。

你本民族医药有哪些独具特色与疗效显著的医技医术？怎么评价临床疗效及医疗安全性。

二、民族医药发掘整理的人类学田野调查实例

第二节 民族民间医药古籍文献整理方法与实例

一、民族医药古籍文献概说

何谓文献？“文，指有关典章制度的文字资料；献，指多闻熟悉掌故的人，或后者指有历史价值的图书文物”。（《辞海》）民族医学的传承，同传统中医一样，是通过古籍整理与师徒相授完成的。民族医学文献具有两重性，一是历代靠“口述”传承，二是用民族文字或借用汉字记载医疗经验传世，如抄本或地方志中收藏的相关医学史料。对历史上无文字的民族医药文献的收集整理，主要靠来自民族民间医药人员的“口述”资料，这是民族民间医药文献的主体。其次是各地关于民族民间医药抄本的收集整理。对于“口述”文献的收集整理，对无文字民族医药文献传世的民族民间医药的整理尤为重要。目前，我国少数民族医药的古籍文献整理，大约分为以下类别与范围。

一是关于民族医药古籍收录的范围。按通常惯例，古籍收录范围为1911年前。如王瑞祥主编的《中国古医籍书目提要》一书：“收录从马王堆帛书至1911年两千多年中医典籍10061种，其中现存7028种，亡佚书3033种。（《中国古医籍书目提要》，中医古籍出版社，2009年4月，第一版）2010年，国家公共卫生专项资金项目——“民族医药文献整理及适宜技术筛选推广项目中的“民族医药文献整理”课题，考虑到我国民族医药古籍的特殊性，将民族医药文献收录范围确定为“1949年以前出版刊行本或手抄本”。

二是民族医药文献大致分为“口述文献”和“文字记载”两大类。

第一类，有关传统医药的书籍，手抄本及相关文献（如碑记），主要指有民族文字记载的医籍，如藏医、蒙医、维医、傣医、朝医、彝医。

第二类，没民族文字的民族医药“口述”资料和整理资料。如壮医、苗医、土家医、瑶医等南方民族医药文献资料。

不管是“文传民族医药文献”或“口述文献”，都是我国民族传统医药重要医药文献。

二、民族医药古籍文献调查与整理方法

（一）开展民族医药文献调查及整理方法培训。

在民族医药文献调研及整理工作开始之际，对参与调研与整理工作的人员进行方法学培训，以提高民族医药文献调研及整理水平，保证文献整理质量。

（二）制定工作方案，确定工作原则。

根据所调研的民族医古籍制定调研及整理工作方案，确定具体工作范围与工作原则。对民族医药文献整理工作可采用边调研、边收集、边整理、边编目、边建库的工作原则。

国家公共卫生专项资金项目——《民族医药文献整理》课题，采用分类整理的工作原则：既校勘注释类文献整理；抢救发掘类文献整理；翻译交流类文献整理；总结推广类文献整理共四大类。

（三）调研与整理方法。

1、文献调研收集方法。

在调研与文献收集方法上，可采用田野调查与文献资料收集；通讯调查与文献资料征集；媒体资料征集；馆藏古籍资料调查与资料收集；有关民族医药文献实物收集等方法，对民族医药古籍文献进行系统的调研与资料收集。

2、民族医药文献整理方法。

文献整理方法包括以下几个内容：确定收集整理书目和内容，组织编写、统稿、定稿、出版等主要内容。

民族医药古籍文献整理要根据不同类型文献进行整理。不同类

型民族医药文献整理要按不同要求进行整理。例如：校勘注释类文献整理。

一是按校勘总则，列出校记的范围以及校记规范。

(1)总则：死校与活校相结合的方法，并以择要出校记为总原则。

(2)校记范围

(3)校记规范：总的要求是“简练、精确、规范”。

二是校勘成书后的内容：内容提要，书写体例：书名（包括正名和异名）卷数、年代、释名、编撰宗旨、主要内容、主要学术特色、刊行及底本情况；校点说明；原书序；目录；正文、校后记（作者与成书，原书的内容与特点，本次校点的若干说明）。

其它，如“抢救挖掘类，翻译交流类总结推广类文献整理与出版要求，可参照《民族医药文献整理共性技术研究》内容进行。

三、民族医药文献调研与整理方法实例

（一）民族医药古籍文献基本信息调查。

对民族医药古籍文献调查，采用现场调查与通讯调查相结合的办法进行。调查结束后，填写《民族医药古籍文献基本信息调查表》。见附 1

附 1

民族医药古籍文献基本信息调查表

填写单位：张家界市永定区疾控中心

表格序号				原有编号			
使用语种	汉语			使用文种	汉字		
文献类别	☐ 医学理论 ☐ 药物类 ☒ 医方类 ☐ 诊法类 ☐ 医技类 ☐ 养生保健 ☐ 医案类 ☐ 专科类 ☐ 医史类 ☐ 星算类 ☒ 综合类 ☐ 其他类（说明_____）						
书名	正书名全称：《医方守约》				附 注 项	《医方守约》一套 分三卷本	
	简要书名：《医方守约》 书名异名： 并列书名						
正书名拉丁 转写	《Obsequium medicae》						
汉译书名	《医方守约》						
合订	☐ 否						
	☐ 是	子 目 名 称					
著者	第一著者：胡先容			拉 丁 转 写	Huxianrong	汉 译	胡先容

	其他著者：胡先密等			拉丁转写	Prope Hussein	汉译	胡先密等
	附注项		此书出版于光绪十一年乙酉孟秋月 1885 年				
著者生卒年	民族传统纪年			著者出生地	湖南省张家界市永定区（原大庸县）三岔乡三岔村		
	公元纪年：1810-1892 年						
版本类型	☐ 稿本 ☐ 写本 ☐ 抄本 ☒ 刻本 活字本 ☐ 石印 ☐ 铅印本 ☐ 影印 ☐ 其它（说明_____）				刻抄年代	光绪十一年乙酉孟秋月	
材质	☒ 纸 ☐ 羊皮 贝叶 ☐ 树皮 ☐ 金石 ☐ 其它（说明_____）			破损情况	☐ 严重 ☒ 一般 ☐ 无		
数量	一套	卷数	3 卷	266 页数		页面尺寸	
						18.5 × 13 cm	
序跋	☒ 有 ☐ 无		插图	☐ 有 ☒ 无	评注、按语	☐ 有 ☒ 无	

文献基本内容	本书是张家界市永定区三岔乡胡先容编纂的一部综合性医书，刊于光绪十一年秋（公元 1885 年）。先生编纂此书是“窃维医者意也，非聪明颖语，识见高超，不能神其技而窥其奥。今习医者，读数篇汤头歌诀辄即为人视疾，主方偏阴便阳。不知误多少人命，殊堪甚憾。编刊俾有疾之家按症制药，咸可自为诊治，不为庸医所误。”先生认为：“溯上方之始，则唯张公仲景；考立方之祥，则推孙公思邈。”谈张公之金匱要略而后知其多遵金匱焉，而后之其善交金匱焉。读孙公附后之易简繁复而后知取其备急焉。“读书处处奉张仲景，孙思邈为圭泉。”至于二公未及之证，取时方之 验方、单方……验方皆采之。……以此亲亲备急也可。以此仁民备急也亦可。正因为如此，先生之书，大量收集了土家族本地之验方。今书分三卷。第一卷与论伤寒、中风、湿热、中暑、湿病、燥病、火症、瘴气、瘟疫、霍乱、虐等。第二卷与论痢、泄、呕吐、干哕、噎膈、翻胃、喘满等、哮喘、咳嗽、痰饮、肺萎、肺痈、肺冷肺胀、吐血、鼻衄、头眩、头面、胸痹、腹满、心腹痛、惊悸多忘、腰痛或俯仰不能，客忤、魅等。第三卷与论妇科、产科、外科、中毒、疯狗咬伤、蛇伤、蜈蚣伤、误吞针与钱等。		
整理情况	☐ 无 ☒ 有	已整理出版信息 《医方守约 校注》书稿，已于 2012 年 11 月，由中医古籍出版社出版	
项目整理古籍	☐ 是 ☒ 否	保存现状	☐ 良好 ☒ 一般 ☐ 差

缺存情况	卷 3 第 11, 12, 85, 86 页 残缺, 系手抄补上!	收藏情况	《医方守药》一套, 三卷本, 藏于侯启年 书斋。属个人藏书。
填表人签字	侯启年	填表时间	2011 年 2 月 24 日
审表人签字	田华咏	审表时间	2011 年 2 月 25 日
备 注		收 藏 单 位 或 收 藏 者 签 章	侯 启 年
		收 藏 单 位 或 收 藏 者 联 系 方 式	359399480@QQ.com

此表由国家中医药管理局国家公共卫生专项资金项目——《民族医药文献整理及适宜技术筛选推广》项目组设计。

(二) 民族医药古籍文献调查与整理

1、民族医药古籍文献整理（以侗医为例）

侗族医药古籍文献调研与整理。

侗族是有语言而无文字的南方世居少数民族。侗族医药文化主要是“口述”史料世代传承，以及少数零星散在当地非医学文字典籍中的医药文化史料。经考证，明朝以前我国侗族地区尚未发现有关侗族医药专著或保存完好的医药抄本。近年来，在侗医药文献调查中，收集到清代康熙至民间年间的侗医药民间手抄本 20 余种，30 余册（本）。这些珍贵的侗医药史料记录了侗医药诊疗知识、单方验方、药材、保健养生等侗族医药文献资料。同时也体现了侗族医药在这一时期的医疗水平。

侗族医药古籍文献的收集范围，最近国家公共卫生专项资金项目“民族医药文献整理”对民族医药古籍文献收录范围定为“1949 年以前的民族医药书籍”。民国以前侗医药文献存世

量较少，更显弥足珍贵，应加强保护与整理，使我国侗医药得以继承与发展。

1、侗医医药古籍文献收集

近 30 年，我国侗族主要居住地区的贵州省黔东南自治州，湖南省怀化市的民族医药工作者，对流传侗族民间的医药古籍文献进行收集。所收集到的医药古籍文献均为手抄本，年代最早的为清康熙年间，较晚的为民国年间，其年代跨度为 260 余年。现将报道文献及尚未报道收集的侗医古籍文献介绍如下。

《玉历医方》，抄写年代为康熙 22 年（1683 年），主要内容为通道龙氏骨伤科医方。

《本草医方》，抄本中有插图 239。抄于清康熙 33 年（1694）。

《医方济世》记录了侗医祖传秘方、验方和医疗技术经验。抄本抄于清乾隆 32 年（1767）。

《百零八救世奇症仙方四十九翻》，为刻碑文版本。该碑文刻于清乾隆二年（公元 1737 年）。碑文中记载了侗医诊断方法，疾病 24 大症，72 小症，传统疗法等。

《药品总簿》，记载药方 327 首，侗医病名 307 个，侗药 307 个，侗药 392 种，抄本共 112 页，抄于清乾隆年间。

《医宗后继（记）》，抄于嘉庆 18 年（1813）。

《本草医方》，为手写本。成书年代为清道光六年（1826 年），共 4 卷 49 类。

《群方备要》，成书于清道光 8 年（1828 年），共七卷，靖州大元堂藏稿。

《民药秘方集》是清末侗医林文志等传抄的侗医抄本。该抄本收载侗医病名 382 个，药方 491 首、侗医 521 种、抄本共 166 页。

《灵丹草药》，抄写于光绪 28 年（1902）。抄本收载侗医病名 27 个、验方 41 首、侗药 112 种，共 12 页。

《民药传书》，写于民国 16 年（1917 年）。抄本中载小儿科病 88 个、方药 110 首、侗药 132 种，抄本共 38 页。

《民用秘方》，是 1918 年后流传通道县独坡乡一带的侗医手抄本。《医用秘方》抄本中收集侗医方药 320 首，在侗医中有较大的影响。

《小儿推拿医学》，抄写年代在 1929 年间。

《二十四惊风图解》，抄写年代在 1929 年间。

《救世医书》，抄写年代在 1929 年间。

《求世药方》，抄写年代在 1929 年间。

《药要须知》1936 年，收载药方 479 个，侗医病名 371 个，侗药 478 种，并绘图。抄本共 114 页。该抄本载有侗医理论、方药和侗医。

《小儿痘疹治疗方药》，1947 年的抄本。

《家用草药》手抄本，多为“祖传秘方”，汇集几代侗医药临床用药经验。抄本收载 397 种草本药物。464 个药方，365 种疾病的治疗方法。《家用草药》抄本是近代侗族较为系统的医药抄本。

《小儿医方集》手抄本，1949 年转抄本，抄本共收载侗药 155 种，医方 107 个，杂症 65 种，共 42 页。

《家用草药集》手抄本，收载侗医方 876 首，侗族医病名 371 个，常用侗药 612 种，抄本共 187 页。，是当地侗医药手抄本中收载医方、病名，侗药较为全面的一部侗医药手抄本。

《草木春秋》，抄本写于民国年间，为贵州省剑河县吴定元著，15 卷，约 18 万字。

除侗族医药手抄本及碑文刻版外，在侗族民间巫师中还

流传与医药相关的抄写本^[4]。如贵州省黔东南民间侗族巫师的传抄本《医家垒》，就是一本与医家密切相关的手写抄本。抄本中记载有：“天上生人是股气，地下养人是水土，气多气少遭病，人死断气转化水”。还认为：“人的生存没多久，以来有气和有水。”“谁吃粮食不生病，生病是有原因”；“着凉、天热、湿水、淋雨、受风、饿饭、发瘟、蛇、虎、虫、草、鬼、山神”都会降病给人们等医学内容。在《医家垒》一书中，诠释了侗医药“天、地、气、水、人”五位一体的医药理论。

2、侗医药文献整理

从上世纪八十年代以来的 20 多年，贵州省、湖南省民族医药工作者对侗医药古籍文献“口述”资料和手抄医药资料进行了系统的收集整理，编写出版了几部侗医药专著。

《侗族医学》，由贵州省黔东南自治州民族医药研究所陆科闵主编。1992 年，由贵州科技出版社出版发行。全书 62 万字，是我国侗医药第一部学术专著。

《侗医吴定元少儿推拿经验》，由贵州省黔东南自治州民族医药研究所龙运光、陆一纯编著，全书约 7 万字。1993 年，由贵州省科技出版社出版发行。

《侗族医药探秘》，由湖南省怀化市通道侗族自治县萧成纹编著。2004 年，由岳麓书社出版发行。全书 36.5 万字。

《侗药大全》，由湖南省通道侗族自治县陆中午、吴炳生主编。2006 年，由民族出版社出版发行。书中收载侗药 354 种。

《侗乡药膳》，由湖南省芷江侗族自治县龙文忠主编。2008 年，由中国戏剧出版社出版发行。全书 21 万字。

《侗族常用药物图鉴》，由贵州省黔东南自治州民族医药研究所龙运光、袁涛忠主编。2009 年，由贵州科技出版社出版发行。全书 45 万字，介绍侗药 348 种，每种药物配彩图。

《侗族药物方剂学》，由贵州省黔东南自治州民族医药研究所龙运光、袁涛忠主编。2009年，由贵州科技出版社出版发行。全书52万字。书中收载侗医各科方剂上千首，收载最常用侗药151种。

侗医古籍文献校注，也属医药文献整理的范围。对侗医古籍文献的校注，贵州省龙运光等人对名老侗医吴定元所著的《草木春秋》手写书稿进行校注，《草木春秋》校注本待出版，并对其学术思想进行了研究。

《草木春秋》，为贵州省黔东南自治州剑河县柳萌堡侗医吴定元所著。全书分十五卷，约18万字。卷1相当于序言或前言，主要讲述了吴氏学医的目的，以及做医生应具备的职业道德。卷2~14对侗医的临床各种病证（症）的辨证论治，理法方药的临床经验进行论述。卷15主要论述了侗医的诊断方法，介绍了侗医的望、闻、问、摸以及脉诊方法和诊断口诀。诊断口诀有“鉴面知病诀，鉴目知病诀，看病知病诀”等内容。在脉法篇记录了“浮数头痛热梦惊，浮迟腹冷冒胃虚真，沉数腰痛生赤浊，沉迟白浊耳虚名”。在小儿指疗上（脉诊）记录有“小儿十指冷如冰，便是惊风病不安，十指梢头热似火，定是挟食又伤寒”，这些口诀体现了侗医的特色诊断方法。

《草木春秋》，对侗医传统疗法也作了叙述。介绍了侗医常用疗法10余种，如小儿推拿、按摩、刮痧、火灯、放血、捏脊、背药包、药浴等传统外治法。在侗医的治法上，介绍了侗医的常用治法，如内治法有内服、食疗、药酒、药膳等。外治法除上述介绍的传统外治法外，还有外敷疗法等等。

在疾病的分类上，按侗医药传统分类方法将疾病分为痧症、惊症、症疾、龟症四大类。其中痧症49、惊症19、症疾16、龟症8，共计92小症。对每一小症的症状与体征等临床表

现进行了简要的论述。

《草木春秋》，记载侗药、中草药 500 余种，收录侗族民间单验方 200 多首。吴氏之经验方用药法则主要体现在侗医“热症用凉药，寒证用热药，实证用下药，虚症用补药”的用药方法。

《草木春秋》，是吴定元 90 多年行医的经验总结，是一部集侗族医药学为基础理论，同时也融汇了中医药基本理论的侗医药专著。《草木春秋》是具有侗医药鲜明特色的一部好医书，是值得整理的侗族医药古籍文献。

3、侗医药古籍文献的保护与利用

我国侗族医药古籍文献的保护与利用工作尚未列入各地民族医药管理部门的议事日程。为了做好我国侗医古籍文献收集整理，保护与利用工作，提出以下几点建议。

一是侗族地区的民族医药管理部门，制定侗族医药古籍文献保护措施，加强对侗医古籍文献的保护与利用。

二是开展对侗族民间古籍医药文献的调查与收集。对侗医古籍文献可由收藏者妥善保管，收集整理者可进行文献的整理，校勘等工作。

三是在保护与基础上，对侗医古籍文献进行科学的整理。文献整理工作包括校勘注释，抢救挖掘，总结推广等类型进行文献整理。

侗族古籍医药文献的整理，还有一个不可忽视的问题，就是“口述”资料的收集整理问题。侗族民间医药史料，很多都是“口耳”世代相传，这些“口述”史料不受年代的限制。对“口述”资料的收集整理，可按“抢救挖掘”，“总结推广”类文献整理方式进行。如《侗族医学》、《侗医药膳》、《侗族药物方剂学》、《湖南侗医药研究》等，就属于“总结与推广”与

“抢救挖掘”类的文献整理范围。

对侗族医药古籍文献进行收集整理及保护与利用，是“利在当代，功在千秋”的大事，有利于侗医药的传承、创新与发展。

4、民族医药古籍文献整理出版书目简介

代表性民族医药著作名录（南方民族医药）

- （1）《土家族医学史》（田华咏主编）
- （2）《中国苗医史》（田华咏、杜江主编）
- （3）《侗族医学》（陆科闵著）
- （4）《医方守约·校注》（侯启年等校注）
- （5）《彝医揽要》（王正坤编著）
- （6）《中国壮族医学史》（黄汉儒主编）
- （7）《土家族医药学》（田华咏等主编）
- （8）《羌族医药》（张艺、钟国跃主编）
- （9）《中国畲族药学》（雷后兴、李水福主编）
- （10）《苗族医药学》（陈德媛、罗廷华、张厚权主编）
- （11）《布依族药学》（潘炉台、赵俊华、张景梅主编）
- （12）《水族医学》（王厚安主编）
- （13）《仡佬族医学》（赵俊华、潘炉台、张景梅主编）
- （14）《中国侗族医药史》（汪冶、田兰、田华咏）

第三节 民族医单验方田野调查方法与实例

一、民族医单验方田野调查方法

民族医单验方是各兄弟民族在与疾病作斗争中积累的防病治病经验，具有简、便、廉、效的特点。我国药物资源丰富，有药物 12807 种，其中 8000 余种作为民族药使用。《中国民族药志要》一书，中收载 44 个民族的民族药 5500 余种。近年来，各民族医编写出版了民族医药专著数百部，书中都收载了各民族医的单验方。特别是各地出版的“本草”“药志”类书籍，收载的单方、验方更为丰富。在我国民族民间有一批活跃在农村的民族民间医药人员，他们在医疗实践中总结出不少临床有效单验方或师传家传单验方。这些有效单验方散在民间，有待深入田间调查，收集整理及评价应用。

（一）田野调查的基本方法。

田野调查是经典的社会文化人类学的研究方法，是人类学研究最具特色的标志性方法。田野调查的基本要求是：调查或研究者到被调查或被研究的地点住下来，与他们共同生活，学习当地的语言，考察当地的具体实践与知识，使调查者从被调查当地人的角度来认识和理解他们做事的“规律”或“道理”，通过“直接观察法”的实践与应用，获取田野调查成果。

1、直接与参与观察法

在场（现场、当地）；见证（地点或事物）；亲手（直接参与）；亲历（参与事物）。

参与观察过程中应注意的几个问题。

（1）民族医药人员用什么样的术语来表述他的医疗知识：民族医；民族药；中医；中药；西医；西药。

（2）民族医药人员如何区分他所从事的民族医学与中医、西医，其他民族医学。

（3）民族医药人员如何区分他所从事的民族医单方验方或秘方，以及中医，其他民族医的单验方。

（4）在参与观察中调研人员在调研中所看到的当地民族医药与主流医学（中医、西医）的不同特色，文化背景及其影响。

（5）民族医药文献存在形式，文献价值，文献利用等现存状况。

2、深入访谈

深入访谈采取开放形式。对民族医药人员可从下列思路开展。（主要针对民族药及单验方内容进行访谈）

（1）从医经历（历史）：学医途径及医学传承。

（2）行医经验（实践）：行医中诊疗体会，典型病例、医案，问诊思路，有何医疗风险。对疾病的认识，本民族医学与其它医学结合或联合治疗效果。

（3）对民族民间医方，如单方、验方、秘方的应用有体会或经验。

（4）民族医药人员在应用单验方中，是否对其疗效进行总结或安全性评价。

3、文献资料收集。

在田野调查中，将所调查中“口述”及影像“资料”进行记录整理，作为田野调查原始资料归档保存。

除“口述”资料收集外，还要广泛收集当地民族医药的单方、验方、秘方的文字资料，如手抄，打印资料。

（二）制定民族医单验方田野调查方案。

1、单验方收集入选条件

民族医单方验方收集入选条件，可根据各民族医的实际情况制定调查收录入选条件。一般参照下例内容制定。

- (1) 单验方、秘方的出处。
- (2) 有独特疗效的民族医经典方。
- (3) 药物基源清楚、临床应用疗效显著的验方。
- (4) 民族医药文献记载（含手抄文献）的单方验方
- (5) 当地名老民族医药人员认可或推荐的单方验方。
- (6) 民族医药人员认可，患者认可或推荐，临床应用中确有疗效的单方验方。
- (7) 经民族医药专家评价的单方验方。

2、民族医单方验方收集内容。

在调查前设计好《民族医单验方收集卡（表）》。收集卡（表）中内容包括：方名、异名、来源、方药组成（处方组成），用法、用量、功能、主治、使用注意事项、加减、方论、临床应用、现代研究、调查地点、献方人或验方提供者等内容。

《民族医单验方收集卡》式样

方 名			处方来源	
献方人姓名		联系方式		
适应病或证症				
单验方组成与剂量				
药物特殊炮制方法				
使用方法、用量				
功 能		主 治		
注意事项（含禁忌）		加 减		
应用体会或方论				
调查人签名		献方人签名		

3、单验方评价

对收集的单验方组织同行专家对单验方进行评价。

专家评价可从以下几个方面进行。一是论证单验方的科学性；二是评价单验方在临床应用中的有效性。三是对单验方的安全性进行评价；四是对单验方的可靠性进行评价，主要指验方来源是否可靠等。

二、民族医单验方田野调查实例

民族医单验方收集卡（表）实例

民族医单验方收集卡（表）

方 名	消痢方		处方来源	湘西土家族民间
献方人姓名	田华咏	联系方式	湘西自治州民族医药研究所 0743—8228494	
适应病或证症	细菌性痢疾，急性肠炎			
单验方组成与剂量	水黄连或山黄连（单味）10g			
药物特殊炮制方法	本药无需特殊炮制		鲜品、干品均可入药	
使用方法、用量	水煎两次，药液混匀。1日3次，每次20毫升，口服			
功能	清热解毒，利胆健胃，消痢		主治	菌痢、肠炎、胆囊炎、黄疸型肝炎
注意事项（含禁忌）	水黄连或山黄连药用秋季开花时采集为佳，用叶花效果更好。		加 减	儿童减量
应用体会	献方人有水黄连治疗300例菌痢，治愈率为81.67%，同期用庆大霉素对照治疗，其治愈率为79.03%，经统计学处理两组之间无显著性差异。两组用药后进行细菌培养（抑菌试验），水黄连组转阴高于对照组12个百分点。用土家药水黄连单味治疗急性菌痢在临床取得较好疗效。			
方 论	水黄连为龙胆科獐牙菜属植物川东獐牙菜（ <i>sweria davidi franch</i> ）是土家医常用民族药。土家医还称青鱼胆草、			

	河风草、水灵芝等药品。本品性冷，味苦。有清热解毒，利胆健胃功效。土家医多用痢疾、肠炎、肝炎、肺炎，扁桃体炎、胆囊炎、妇科炎症等疾病。山黄连为同属植物显脉獐牙菜（<i>swerla nervosa</i>），其区别为水黄连多长在潮湿的水边或沙滩边，山黄连多长在山上，海拔一般 500 800M 中的山台地。山黄连同水黄连功效主治作用一致，可作为抗痢药物用。 单用水黄连（鲜品或干品）或山黄连治疗肠炎、痢疾方法简单、临床疗效好、治疗时间一般 3 5 天，无毒副作用，具有简、便、廉、效的特点。		
调查人签名	田 兰	献方人签名	田华咏

单验方评价（实例）

方名：消痢方

来源：消痢方为流传湘西土家族民间专治痢疾，肠炎的单方。献方人为湘西土家族苗族自治州民族医药研究所田华咏。

（一）科学性评价。

本方所用药物来源清楚：水黄连为龙胆科獐牙菜属植物川东獐牙菜（*Swertia davidi* Franch）草本植物，全草入药。味苦、性寒，具有清热解毒，利胆健胃功效。为土家医常用药物。献方人所在单位对水黄连从植物资源，生药学，药理学，药物有效成分及其主要成分在植物器官中的分布规律，临床研究等方面进行系统地研究，为临床应用提供了科学依据。

1、川东獐牙菜化学成分研究

川东獐牙菜主要化学成分有：獐牙菜苦苷、齐墩果酸、乌苏酸，1,3,8-三羟基-5-甲氧基吡啶酮。

2、獐牙菜苦苷在植物器官中分布。

獐牙菜苦苷在川东獐牙菜植物器官中分布规律为：花（11.83%）>叶（6.69%）>全草（5.28%）>茎枝（1.71%）。研究所用药物采于秋季花开之季。提示花叶中的獐牙草苦苷含量最高。药用最佳部位为花叶。

3、水黄连液抗菌研究。

水黄连药液对各型痢疾杆菌及致病性大肠杆菌均有较好的抑菌作用。

通过以上研究，为水黄连治疗细菌性痢疾，肠炎提供了科学依据。

（二）有效性评价。

献方人及其相关协作单位，用水黄连制剂（片剂）对照治疗两组急性细菌性痢疾，在临床上取得显著疗效。

1、《水黄连治疗急性菌痢 300 例疗效观察》（该文发表在 1986 年《中草药》杂志第 2 期：26~28 页）结果提示：治疗组 300 例，治愈 245 例，治愈率 81.67%

对照组（庆大霉素加 TMP）124 例，治愈 98 例，治愈率 79.03%，经统计学处理两组之间无显著性差异（ $P>0.05$ ）

2、《黄连加 TMP 治疗急性菌痢 75 例疗效观摩》（本文发表在《中西医结合杂志》1986 第 1 期：24 35 页）结果提示：

治疗组（水黄连加 TMP）75 例，治愈 73 例，治愈率 97.33%；

对照组（庆大霉素加 TMP）73 例，治愈 73 例，治愈率 80.8%。

经统计学处理两组之间有显著性差异（ $P<0.01$ ）。

（三）安全性评价。

在水黄连治疗急性细菌性痢疾 300 例疗效观察一组中，为观察水黄连是否对肝肾功能有影响，临床上分别做了肝、肾功能检查。

1、肾功能检查：治疗组 80 例，对照组 63 例，在治疗期间分别 2~3 次尿常检查，结果均未发现异常。

2、肝功能检查：在治疗期间均做 2 次肝功能检查，主要检查谷丙转氨酶。治疗组 55 例，对照组 31 例，结果均未发现异常改变。

以上两项研究结果提示，水黄连片剂对肝肾功能无异常改变。提示用药安全。

（四）可靠性评价。

1、“消痢方”是土家医治疗痢疾，肠炎等病的常用药方。经献方人及其协作单位筛选验证，确定该方为有疗效的土家医药单方。表明该方：“来源清楚，民族常用，确有疗效”。

2、该方在临床应用时做了相关前期研究，并为临床应用提供了科学依据。

第四节 民族医药术语调研方法与实例

民族医药名词术语内容丰富，涵盖各个民族医药学科，包括民族医基础理论术语，临床诊疗（疾病）术语，临床诊疗（证候）术语，临床诊疗（治法）术语等等。目前，民族医药术语的调研及系统整理研究工作，藏语，蒙医、维医已做了术语的规范化研究。没民族文字传承的民族医药术语调研与整理工作尚未开展，如土家医、侗医、瑶医等南方民族医。

对民族医药术语的调查研究，通过文献整理，结合民族医临床应用经验，应用现代术语学的原理和方法，对民族医药整理范围内的名词术语进行全面系统的整理，并对整理的民族医药名词术语在内涵与外延研究的基础上进行规范化研究。在初订正名的基础上作出注释，达到“确定正名，统一名词，力求科学性，系统性、高明性、单义性、国际性、约定成俗”的目的地。

一、调查方法

（一）收集整理文献资料。

文献资料的收集主要指历代相关文献上记载的有关民族医药的病名、药名、单验方名、技法名等等。例如：民国年间，湘西知名苗族学者石启贵（1896～1959），从事苗族研究30余年，于1940年编著了《湘西土著民族考察报告》、书中记录了湘西苗族药物，苗医病名，治疗方法等。收载苗医外科疾病32种，验方46首，内科疾病27种，验方52首，妇科疾病10种，验方18首，儿科疾病6种，验方8首。病名有红砂症，打摆子，蛊病，乌鸦症、青蛙症、飞蛾症、阴肿病、小儿麻痘、小儿走胎、黄瓜瘤、羊瘤症、吊肛病、九子痒、杨梅毒、满头风、火腿病等。外治技法有外敷疗法，刮治法、推拿疗法、药挑法、针浴疗法等。

清嘉庆《龙山县志》卷入物产篇中记载当地土家族民间的常用及特色药物：三步跳、鸳鸯花、独摇草、克马草、牛克膝、麦冬、木姜子、白果、天南星、合欢藤、灯心草等 30 余种药物。

湖南省龙山县洗车河镇彭大善老药匠家传手抄本《二十四惊症》，用图文形式手抄《小儿二十四惊症》、每种病名，症状，治法，药方均有简要的记载。

湖南省永顺县向家湘老药匠，泸溪县周通群老药匠，大庸市（现张家界永定区）趟善林老药匠家中均收录《七十二症》手抄本。三个抄本共收录土家医病名 216 种，剔除相同病名，共有 137 种病名。

其它土家族民间医药抄本也收录了各地土家医药名词术语。如《南垣医抄》、《医方宋守约》、《玲珑医鉴》《草药三十六反》等医药抄本。

（二）开展田野调查，收集整理“口述”资料。

没有文字的少数民族，其文化的传承主要靠世代“口头”相传，这些资料只能靠开展田野调查，收集整理民族医药人员的“口述”资料，以丰富和完善民族医药学术体系。田野调查方法、可参考本书《民族医药发掘整理的人类学调查方法与实例》专题内容。在田野调查中要注意收集名老民族医药人员讲述的病名，医学基础名称，特色传统药物名，传统疗法名称，治疗方法，养生保健技法等等。

在土家族民间调研土家医药术语，特别是在土家族母语存留区内的龙山县坡脚乡与老药匠访谈时，他们用土家语介绍土家医术语，如嘎症（乌鸦症）、哈蟆症（卡切八症）、绞肠病症（没被拉九症）、混脑症（科巴木症）、斑鸠症（铺土症）、虫症（贴迫症）、黑痧症（不实烂嘎症）；脑壳（科入），耳朵（翁切）、嘴巴（炸期）舌（玉拉）、牙齿（丝实）、手指（借米悌）、肚皮

（墨此克）心（里土罗）、肝（安额）、肠子（用拉）、尿（衣色）；医名（色左）、病（地卡西兰）、打针（色阿呀哈）、吃药（色交呼）、看诊（心汗巴）、号脉（脉咱）；小儿提风疗法（波立日尔书底诊业拉）、扯火罐疗法（米梯苦哈诊业拉）、酒火疗法（日尔米诊业拉）、蛋滚疗法（日阿列梯克尔诊业拉）、外敷疗法（恶踏拍诊业拉）、接骨斗棒疗法（鲁嘎阿纳声头途诊业拉）、封刀接骨疗法（托托使他鲁嘎阿纳诊业拉）；土人参（苦咱洋生）大金刀（吐苦拉嘎）、大叶花椒（错古阿巴）、山乌龟（看苦龙古烂介）、山苍子（巴索里）、千年老鼠屎（热蛇不理）、飞落伞（哈利鲁嘎）冬古子（立把他西）、头顶一棵珠（列补起）、汁儿根（尚岩席）、百味莲（若列鲁嘎）、地苦胆（入地黄胆）、血蜈蚣（葺比劣阿风阿西）、金钱草（比排王嘎那）。以上简介的土家语名词术语都存在一病多名，一药多名或异物同名，同名异物现象。对收集一的“口述”资料，要进行整理研究，形成规范化的民族医药术语。

二、民族医药术语调研实例

（一）民族医基础理论术语

民族医药基础理论术语包括人体解剖，生理病因，病机，治法、治则、等方面的术语。

1、致病原因风邪、寒邪、暑邪、水邪、火邪。（以侗医为例）

[风邪]侗医认为在临床上主要的致病因素。在侗医临床上由风邪引起的疾病病种最多，临床上多称为风证，如“七十二风”证：内科的偏头风、半边风等；小儿病的小儿白眼风、小儿鹰爪风等；妇人病的月家风、月家走马风等；外科的鱼嘴风、阴箭风等；皮肤病的癫风、菠萝风等；五官病的满口风、锁喉风等。由风邪引起的风病或风证有近 200 种，约占侗医临床病

证的 40%。

3、诊断术语（以土家医为例）

土家医在疾病的诊断上为“五诊法”，既看诊、问诊、脉诊、摸诊、听诊。

[看诊]（以土家医为例）

土家医看诊（心汗·xinx hanx bav），是土家医诊断疾病的重要方法之一。看诊包括看神色、看眼、看舌、看耳、看鼻、看口腔、看形态、看毛发、看皮肤、看手足、看背腹、看二便（大小便）等 10 余个方面。如：看神色，土家医通过看病人的面部神色判断病情。“神色”是通过病人的目光神态、颜色表情、气息语言、肢体形态与动作、反应能力等方式表现出来。

4、治法术语

民族医治法一般分药物治疗法与非药物治疗法，内治法与传统外治法。以土家医为例：

土家医 7 大治疗法则为：汗法、泻法、赶法、止法、补法、温法、清法。

[补法]（土家医为例）

是通过药物来滋补人体气血精，或补益三元脏器虚损的一种治法，主要用于一切虚证。补法，又分补气、补血、补精三大类。根据病情选用平补、缓补、急补等不同方法。补气法，适用于神倦无力，少气懒言，虚汗，脉虚大等气虚证。补血法，适用于头晕目眩，心慌、健忘失眠，面色假白，唇爪无华，舌淡，脉细等身虚证。补精法，适用于头晕目眩，腰痛，膝软，遗精，阳萎，脉弱等精虚证。

土家医传统外治方法有：土家医雷火神针疗法、土家医烧艾疗法、土家医挑刺疗法、土家医扯罐疗法、土家医放痧疗法、土家医麝针疗法、土家医小儿提风疗法、土家医接骨疗法、土

家医扑灰碗疗法、土家医泡脚疗法、土家医斗樨疗法、土家医蛋滚疗法、土家医推油火疗法、土家医酒火疗法、土家医翻背掐筋疗法、土家医瓦针疗法、土家医烧灯火疗法。

[小儿提风疗法]

土家医小儿提风疗法，是土家医药匠（色左 ser xox）将土家药敷贴于肚脐上，通过药物熨脐，以温“中元”之脏器，和畅筋脉，使精、气、血布输于机体、调整或改善“三元”脏器功能，祛除“中元”的风气之邪，以达到治疗“中元”疾病的一种土家医传统外治法。提风疗法主要用于小儿疾病的治疗。土家医提风疗法具有方法简便，易于掌握，不受条件限制，经济实惠，不吃药、不打针，患儿易接受，临床疗效好的技术优势。

（二）民族医病证术语

1、疾病的分类（以侗医为例）

侗医对疾病的分类是根据“天、地、气、水、人”相互关系既人与自然环境发生改变所产生的疾病。临床上分成“冰焜”（冷病）和“冰亮”（热病）两大类疾病。其意为人是生活“冷”和“热”这两个大环境中的，一旦冷与热过盛，人体内就会发生活在“冷病”与“热病”。

[热病类]

热病，侗医又称为发烧或烧热病。热病是由各种致病因素引起的临床上以烧热为主的病证，如急证、痧症、惊证以及各种虫兽所致外伤等。

[冷病类]

冷病，侗医又称虚寒病或冷寒病。冷病一般指慢性病、虚证、如各种气病、水病等。

2、病证名称（以侗医为例）

如《小儿三十六翻风》的病名：小儿起风、小儿肚痛风、小儿警风、小儿高烧风、小儿发猴子风、小儿发螳螂风、小儿发翻天风、小儿闭眼风、小儿火枪风、小儿车子风、小儿踩叉风、小儿击风、小儿蝗风、小儿岩鹰风、小儿上马风、小儿筋风、小儿脐风、小儿左拿风、小儿船浪风、小儿鲤鱼风、小儿鸡鸭鹅风、小儿簸箕风、小儿扁担风、小儿扇子风、小儿鸡飞风、小儿炉风、小儿扫把风、小儿练地风、小儿慢惊风、小儿干肚痛风、小儿急惊风、小儿手脚扯筋风、小儿惊风、小儿夜啼风、小儿慢惊风、小儿撮口风。

[小儿高烧风]小儿高烧风，又称小儿发烧（朗鸟焜形），是小儿感受风、水湿或受热引起的发烧。热病以头痛、鼻塞、咳嗽、身出毛毛汗或大汗、口渴、喉咙疼痛、哭闹不安，脸耳发红为主症。冷病以头痛鼻塞，流涕、咳嗽、怕冷、发烧、无汗、啼哭、胸肚发热、手脚凉为主要病症。

[侗医痧症]

侗医痧证是侗族民间常见病多发病，民间有 72 痧之抄本流传。侗家痧证有乌鸦痧（狗痧）、白眼痧、蛇痧、哑巴痧、吓蟆痧、凤凰痧、珍珠痧、羔羊痧、鱼痧、血流不止痧、鹿痧、象痧、狮子痧、蜈蚣痧、蜜蜂痧、母猪痧、兔子痧、老鼠痧、鹧子痧、羝羊痧、狐狸痧、醋猪痧、莽牛痧、猿猴痧、缠丝痧、蜻蜓痧、鸭子痧、鸡子痧、喜鹊痧、鹌鹑痧、野雀痧、鸚鵡痧、黄莺痧、海青痧、鹰嘴痧、蝎子痧、蝎虎沙、蚰子沙、秋蝉沙、蚯蚓痧、鲫鱼痧、脚鱼痧、蚂蚁痧、豆喉痧、夯牛痧、羊毛痧、白虎痧、红痧、半边痧、牛角痧、伤寒痧、绞肠痧、酒痧、坐痧、泥鳅痧、杨梅痧、蝙蝠沙、闷渴痧。

[乌鸦痧]

以头痛、头麻、眼黑、恶心、发搐、指甲青、后遍身青、

上吐下泻、不能言语、小肚疼痛为主要临床表现。

（三）民族药术语

民族药术语包括民族药物资源，品种，药物采集加工、炮制，药物性能、功效主治、使用方法，处方等术语。

药物：苗药为例

[锐本棍]

锐本棍（reib benx ghunx），又名窝乃略巴（vob nail lies bad），为药科植物一枝黄花的全草（solidago decurr lours），味苦，性冷、入热经。具有疏风泄热，解毒消肿，退黄疸。用于风热感冒、头痛、咽喉肿痛，肺热咳嗽。百日咳、黄疸、痈肿疮疖等。

炮制：土家医炮制方法

土家药炮制方法有：煨制法。磨汁法、焙法、汗渍法、尿泡法、佩干法、水飞法、蒸煮法、埋制法、腌制法、露制法等20余种。

[铁灯台]

土家语为“月他客卡”（yue ta ke ka），又名海螺七，独脚莲，为百合科植物七叶一枝花（Paris polyphylla smith）的根茎。

土家医炮制方法：

童便制法，取铁灯台干品浸入童尿中1周，取出晾干、备用。

佩干制法，取铁灯台洗净，置于内衣口袋中，让其体温慢慢干燥，备用。

炮制后能减毒增效。

药物分类

[土家药]按性能分为：冷性药（寒药）、热性药（温药）、

平性药三大类；按作用分类“败毒药、赶气药、赶风药、赶火药、赶食药、消水药、打伤药、火疤药”、喜药等 20 余种。

第五节 民族医临床诊疗技术调研方法与实例

民族医诊断与临床技术包括两个部分，一是疾病诊断技术，二是治疗技术。

一、调研方法

（一）田野调查与名老民族医药人员访谈。

民族医诊疗技术是民族医技术的精髓，是民族医药传承的核心内容。民族医诊疗技术一般都掌握在名老一辈民族医药人员手中。在调研中注重名老民族医药人员的医技医术的收集，在深度访谈中，在实际技术操作演示中，收集某某民族医的诊断方法与治疗技术。

（二）认真收集民族民间医技医术资料。

1、民族医诊断技术资料。

在土家族民间调查牛，收集到有关土家医诊断方法有：问诊、看诊、听诊、脉诊、摸诊五种方法，土家医称为“五诊法”。

在苗族民间调查中，收集到有关苗医诊断方法有：望诊、问诊、号诊、听诊、嗅诊、摸诊、弹诊、蛋诊等 8 种方法。

在侗族民间调查中收集到有关侗医诊断方法有：问诊、望诊、摸诊、脉诊、划诊、算诊等 6 种方法。

苗族医诊断方法特色：

苗医特色诊断方法：嗅诊——既医生用鼻子闻病人的气味，是以闻气味，辨疾病的一种诊断方法。

侗医特色诊断方法：“划诊”，既用“划痕”方法在病人胸前划一个“井”字或“十”字。根据划痕处显示的“痕迹”来判断疾病。“划痕”方法类似刮痧方法，主要用于诊断急性病症，飞蛾症、蜘蛛症等。

2、民族医治疗技术资料收集。

在土家族民调查中收集到有关土家医传统疗法（技术）30

余种。传统外治法主要特点为“刀、针、火、水、药”五法一体。土家医传统外治方法有：推抹疗法，封刀接骨疗法、斗樨疗法、酒火疗法、油火疗法、烧灯火疗法、扯罐疗法、扑灰碗疗法、烧艾疗法。药浴疗法，提风疗法、雷火神针疗法、扎瓦针疗法、熏蒸疗法、放痧疗法（拍痧、提痧）翻背掐筋疗法、蛋滚疗法、外敷疗法，针挑疗法（挑筋疗法）佩带疗法等。土家医治法有：汗法、泻法、赶法、止法、补法、温法、清法等7种治法。

在苗族傩调查中收集到有苗医传统疗法（技术）40余种，常用传统方法有：推拿疗法、烧灯火疗法、拔罐疗法、刮治疗法、放血疗法、佩带疗法、扎针疗法、烧药火疗法、药针疗法、药捻疗法、抹酒火疗法、外敷疗法、针挑疗法、拍击疗法、天灸疗法、接骨疗法、按摸疗法、抹搽疗法、睡药疗法、熏蒸疗法、灰水疗法、冲洗疗法、敷脐疗法、点穴疗法，热熨疗法、塞药疗法、履蛋疗法、吹筒疗法、桐油疗法、石灰疗法、泥土疗法、茶油疗法、香油疗法、烘烤疗法、发泡疗法、掐疗法、纸煤筒疗法、拔黄毒疗法等外治技法。

苗医在临床医疗中，还流传某些特殊看病技法称为“奇治法”，如“化水疗法”，念口诀咒语。“捆脚疗法”、“揩吓疗法”、“神解疗法”等方法。虽然蒙上神秘色彩，但在苗族民间医生中常用，往往也起到某些“作用”。这些特殊疗法、作为一种苗族文化承现了进行深入探讨。

二、民族医临床诊疗技术调研实例

（一）民族医诊断技术规范。

对民族医诊断技术调查中所收集到的资料，要分别整理与研究，制订诊断技术规范，使于临床应用。

《民族医诊法技术操作规范》范例

《壮医指诊技术规范》

一、简介

通过观察各手指的颜色、质地、形状、运动状态等来诊断疾病。壮医认为，手指为人体的缩影之一，正之盛衰、毒之轻重、三道两路的功能状态，皆可从手指反映出来。壮医还认为五指诊病通五脏，每一指各属一脏腑，即拇指属咪隆（脾）与咪胴（胃），食指属咪钵（肺）与咪虽（肠），中指属咪心头（心）与咪叠（肠），无名指属咪叠（肝）与咪背（胆），小指属肾与膀胱，临床根据各指的变化结合其他症状、体征而推断疾病。

二、患者准备

五指完整无外伤损毁的患者者均可指诊。

三、器械准备

无需任何器械，在自然光线下，肉眼观察。

四、检查方法

让患都仰掌，手指向前平伸，逐一检查各指，注意以各指平均色度作为底色。

（一）颜色

1、白色：主正虚、寒毒所致病症，及嘘（气）勒（血）不足，津液亏耗。

2、黄色：主湿毒，如黄疸。

3、红色：主热毒。

4、瘀青紫色：主寒毒、风毒、瘀毒、痛症或危候。

5、黑色：主寒毒极盛或热毒极盛、顽痰湿毒内阻，肾脏疾病者多见此色。

（二）形状、质地

1、单个指头红肿：多为火毒、无名肿毒，如蛇头疮。

2、手指全肿大，末端如杵状：多为慢性咪心头（心）、咪

钵（肺）疾病。

3、指腹干瘪下陷：多为谷道不用致白冻（腹泻）、鹿（呕吐）水液暴脱。

4、手指弯曲、畸形如梭：多为风湿痹病，亦即龙路火路脉络瘀阻、筋肉失养所致。

（三）运动状态

1、手指强直、曲伸不利：多为热毒极盛、风毒内动或阴津大伤。

2、手指肌从萎废不用：多为嘘（气）勒（血）大亏。

（四）手指脱皮

多为咪隆（脾）咪胴（胃）亏虚。

五、注意事项

注意检查环境，室温不宜过热或过冷，光线以自然光为宜。

六、常见病种表现

1、类风湿性关节炎：色如常，各指关节变形如梭，肿大，曲伸不利。

2、咪胴（胃）寒痛：拇指青色。

3、十二指肠溃疡：食指、中指第一节有白色斑点。

4、慢性心肺疾病：食指、中指肿大，末端如杵状，色青瘀。

5、重度贫血：十指呈杵状，色青紫。

6、甲状腺机能亢进：十指颤抖。

注：《壮医指诊技术规范》摘自钟鸣教授主编《中国壮医证诊病规范》（2009年第一版，广西科技出版社）一书。

（二）民族医技术规范。

对民族医技术进行调研与资料收集整理后，要制定某某技术规范文本。文本格式参照国家中医药管理局副局长于文

明主编的《中医临床诊疗技术研究工作指南》（2010年第一版中国中医药出版社）一书中关于《技术规范文本》格式编写。主要内容有：

1、前言

1.1 疾病简要概况

1.2 疗法简要介绍

1.3 应用及推广前景

2、疾病诊断标准

2.1 西医诊断

2.2 中医诊断

2.3 民族医诊断

3、适应证

4、禁忌证

5、技术操作方法

5.1 器械准备

5.2 详细操作步骤

5.3 治疗时间及疗程

5.4 关键技术环节

5.5 注意事项

5.6 可能的意外情况及处理方案

6、不良反应事件

范例《土家医接骨斗棒疗法治疗桡骨远端断骨技术操作规范》

一、前言

（一）疾病简要概况

土家医所称钳杆骨，既西医的尺桡骨。钳骨相当于西医的尺骨、杆骨相当于西医的桡骨。前臂旋转时，桡骨沿尺骨头回旋，而以尺骨头为中心。

桡骨远端骨折是临床最常见的骨折之一，它是指桡骨下端关节面 2~3cm 范围以内的骨折。临床上多见于 6~10 岁和 60~75 岁两个年龄段。6~10 岁阶段男女发病率没有显著性差异。60~75 岁阶段，女性患者明显高于男性患者。其原因与高龄及女性绝经后的骨质疏松相关。由于此处位于松质骨与坚质骨交界处，在力学上为应力的薄弱点，所以特别容易发生骨折。

直接暴力和间接暴力均可造成桡骨远端骨折，但以间接暴力引起的最多。常见跌倒时，躯干向下的重力与地面向上的反作用力交集在桡骨下端而发生骨折，骨折是否移位与暴力的大小有关。

1、疾病分型：根据受伤时所遭受暴力的作用方向、受伤时患者的体位和骨折的移位不同，临床上将桡骨远端骨折分为伸直型（Colles 克雷氏骨折）、屈曲型（Smith 史密斯氏骨折）、背侧缘骨折（Barton 巴尔通氏骨折），和掌侧缘骨折（反 Barton 骨折）等四种类型。其中 Colles 骨折最为常见。

2、疾病分期：（1）早期：伤后 2 周以内；（2）中期：伤后 2 周至 4 周；（3）晚期：伤后 4 周以上。

伸直型骨折多为跌倒时前臂旋前，腕关节呈背伸位，手掌着地所致。暴力轻时，骨折嵌插而无明显移位。暴力较大时，骨折远端向桡侧和背侧移位，腕关节正常解剖关系发生改变，掌倾角和尺倾角减小或消失，甚至成为负角。严重移位时，骨折端可有重叠移位，腕及手部形成“餐叉样”畸形；骨折端向桡侧过多移位可合并尺骨茎突骨折和三角纤维软骨撕裂。暴力

过大，前臂纵轴与地面成 60° 以上夹角时，可造成桡骨远端粉碎型骨折。

屈曲型骨折多因跌倒时，前臂旋前腕关节呈掌屈位，手背着地，造成骨折远端向掌侧移位，桡骨下端关节面向掌侧倾斜，手腕部外形呈“锅铲样”畸形。

（二）土家医接骨斗榫疗法简要介绍

土家医接骨斗榫疗法是土家医治疗骨伤疾病的传统疗法。接骨斗榫意为将断骨重新复位连接。土家医接骨斗榫疗法是一种治疗骨伤疾病的综合方法。疗法包括：

- 1、手法整复（正骨复位）。
- 2、外敷土家药物（接骨散）。
- 3、小夹板外固定。
- 4、分期内服土家药：
 - 4.1 早期：行气活血破瘀，消肿止痛；
 - 4.2 中期：接骨续筋，活血生肌；
 - 4.3 后期：补气养血，舒筋活络。
- 5、功能康复（各期的功能锻炼）
 - 5.1 早期：手指、肩、肘关节功能锻炼；
 - 5.2 中期：1 月后，骨痂形成，拆除外固定，活动腕关节；
 - 5.3 后期：负重锻炼。

土家医接骨斗榫疗法技术，对纠正畸形、稳定骨折、促进愈合、缩短疗程、恢复腕关节功能有重要作用。尤其是骨折 4 小时内进行复位，效果更佳，是土家医传统特色适宜技术之一。

（三）应用推广的前景

土家医接骨斗榫疗法是土家医民间应用较为普遍的治疗骨伤疾病的一种特色疗法。其特点为手法正骨复位，外敷土家药物，采用小夹板固定，治疗期间分期内服土家药物及以各期

功能锻炼为主的康复治疗五术一体的综合疗法，较西医手术、牵引、外支架固定治疗方法在治疗效果上更具优势。一是临床愈合时间快于外支架固定治疗方法 1~2 周。二是治疗时间及住院时间缩短 1/3；三是功能恢复快；四是治疗费用减少 40% 左右；五是患者易接受。

本项适宜技术在基层具有较好的推广应用前景。

二、疾病诊断标准

（一）西医诊断标准

西医诊断标准，参照《临床诊疗指南·骨科分册（中华医学会编著，北京人民卫生出版社出版）》

桡骨远端骨折

1、伸直型骨折（Colles 克雷氏骨折）

【概述】是桡骨远端 3cm 以内的伸直型骨折，临床上很常见。骨折远端向背侧及桡侧移位，常伴旋后畸形、尺侧副韧带损伤或尺骨茎突骨折。

【诊断】

（1）有跌倒用手掌撑地的病史。

（2）伤后有腕部肿胀，并出现“餐叉”畸形。

（3）X 线片上具有三大特征：

①骨折远端向背侧及桡侧移位；

②桡骨远端关节面改向背侧倾斜，向尺侧倾斜的角度亦消失；

③桡骨长度缩短，桡骨茎突与尺骨茎突处于同一平面。

（4）必须与屈曲型骨折相鉴别，后者桡骨骨折远端向掌侧移位。

2、屈曲型骨折（Smith 史密期氏骨折）

【概述】是指桡骨远端 2.5cm 以内骨折、骨折远端向掌侧

及尺侧移位者。致伤机制与伸直型骨折相反，摔跌时手背着地。

【诊断】

(1) 典型外伤史（腕关节掌屈着地而受伤）。

(2) 其临床表现与 Colles 骨折相似，诊断多无困难。

(3) 由于骨折远端向掌侧及尺侧移位，腕关节畸形不显著。

(4) 结合 X 线片即可作出诊断。注意有无并发神经及腱损伤。

(5) 诊断方法：根据外伤史、临床表现、查体及 X 线检查可确诊。

3、桡骨远端关节骨折（Barton 巴尔通氏骨折）

【概述】指桡骨远端涉及桡骨关节面的骨折，骨折线为斜形，达桡骨腕关节面。

【诊断】根据外伤史、临床表现、查体及 X 线检查，诊断多无困难。

（二）中医辨证标准

中医诊断标准：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》（ZY/T001.9—94）

1、诊断依据：

(1)、有外伤史，多为间接暴力所致。

(2)、伤后腕关节周围肿胀，疼痛，前臂下端畸形，压痛明显，腕臂活动功能障碍。

(3)、X 线摄片检查可明确诊断。

2、证候分类

(1)、无移位型：骨折无移位，或可为轻度嵌入骨折，腕关节轻度肿胀，无明显畸形，折端有环形压痛，纵轴冲击痛，前臂旋转功能障碍。

(2)、伸直型。远端向背侧移位，前臂下端呈“餐叉样”畸形，腕背侧可扪及骨折远端骨突。

(3)、屈曲型：远折端向掌侧移位，可并尺桡下关节脱位，腕关节掌侧可扪及骨折远端骨突，畸形与伸直型相反。

(4)、半脱位型：桡骨远端背侧缘骨折，合并腕关节半脱位，腕关节肿胀，畸形呈半脱位状，腕横径增宽。

(三) 土家医诊断标准

1、有外伤史。

2、外伤后腕关节肿胀，疼痛，活动受限。伤处有压痛或叩击痛。

3、X线检查：一般应常规拍摄腕关节正侧位片，明确诊断。

伸直型骨折表现远端骨折向背侧和桡侧移位；骨折处向掌侧成角；桡骨短缩；骨折处背侧骨质嵌入或粉碎骨折，掌倾角和尺倾角减小或成负角；有时可合并尺骨茎突骨折。

屈曲型骨折表现为远端骨折块向掌侧和桡侧移位，骨折处向背侧成角。

三、适应症

(一) 人群范围

1、适用于 6~75 岁桡骨远端骨折的患者，其中 6~10 岁；60~75 岁两个年龄段较为多见。

(二) 疾病分期

- 1、早期：伤后 2 周以内；
- 2、中期：伤后 2 周至 4 周；
- 3、晚期：伤后 4 周以上。

(三) 病情程度

- 1、开放性断骨，不适用于手法治疗。
- 2、闭合性断骨，适用于手法治疗。

（四）其它

- 1、诊断明确，患者能配合手法复位和小夹板固定者。
- 2、患者身体状况能耐受手法复位和小夹板固定者。
- 3、骨折在 2 周以内，通过手法尚能矫正骨折移位者。

四、禁忌症

- 1、患者年龄较大，有如冠心病、高血压病等难以耐受手法复位和夹板固定者。
- 2、杆骨（桡骨）远端开放性骨折须行手术治疗，小夹板固定会影响伤口愈合者。
- 3、严重粉碎性骨折，难以复位或小夹板固定难以维持骨折处稳定者。

五、技术规程

（一）器械及材料

根据骨折类型，准备好外固定使用的小夹板、压垫、扎带、绷带以及外敷所用的药膏等。如需施行血肿内麻醉，应准备好注射用利多卡因、生理盐水，注射器和消毒用品等。

（二）操作规程

1.操作方法：

1.1 首先应仔细检查患者并认真阅读 X 线片，了解骨折的类型和移位程度。

1.2 对老年患者和精神紧张的患者，可用 1%利多卡因 5ml 在消毒后从腕背侧骨折处穿刺进入骨折间隙的血肿内，回抽见有暗黑色淤血后，将麻药注入血肿内，待 3～5min 后即可手法复位；对年轻患者或外伤后时间小于 4h 也可不需要麻醉；对身体较差，年龄较大的患者，可在麻醉科医生监护下行臂丛麻醉。

1.3 手法复位

1.3.1 杆骨远端伸直型骨折(Colles 克雷氏骨折)操作方法

1.3.1.1 牵抖挤压复位法。

适用于骨折断端向掌侧成角或骨折远段向背侧移位，但骨折线未进入关节，骨折段完整者。

患者可取坐位，老年患者半卧较妥。肘部屈 90° 前臂中立位，助手把住上臂。术者两手紧握手掌，两拇指并列置于远端段的背侧，其它四指置于腕掌部，扣紧大小鱼际肌、触摸准确后，先顺势拨伸持续牵引 2~3 分钟，待重叠移位完全矫正后，前臂远端旋前并利用牵引力，顺纵轴方向猛力牵抖。同时迅速尺偏掌屈。尺偏掌屈时，不要旋转，但在维持牵引下，触摸适当挤压断段远端桡侧，以纠正桡偏，骨折即可复位。

1.3.1.2 提按折顶复位法。

适用于老年患者，或骨折进入关节或骨折块粉碎者。

(1) 牵引、肘屈曲 90° 前臂中立位。两助手对抗牵引。

(2) 矫正侧移位：术者立于患肢外侧，一手握住前臂下 1/3 向桡侧推挤。另手握住掌腕部向尺侧推挤。矫正骨折远段的桡侧移位。

(3) 矫正掌、背侧移位：术者两手食、中、环三指重叠，置于近端的掌侧，向上端提。两拇指并列顶住远端的背侧，向掌侧挤按，使之向掌侧复位，以矫正掌背侧移位。当桡骨远侧骨折段向背侧重叠移位较多时，往往需配全折顶手法复位。

(4) 舒筋：待骨折移位完全矫正，腕部外形恢复正常后，术者一手拉住手腕，另手拇指沿伸、屈肌腱由远端向近端推按，舒理肌腱，使之恢复正常位置。

1.3.2 屈曲型桡骨远端骨折(smitn 史密斯氏骨折)

屈曲型桡骨远端骨折与伸直型骨折相反，比较少见，骨折远端呈锥形，尖端朝下，基底向下位于掌侧，首先连带腕骨向桡侧和掌侧移位。复位一般采用提按挤压复位法，但与伸直型

提接挤压用力方向相反。固定时除尺偏外，其它方向位置恰与伸直型相反(即尺偏背伸位)。

1.4 外敷接骨散药膏

1.4.1 主要药物组成

戊灭阿沙（血当归）、翁死席（地胡椒）、格龙铺阿沙（竹根七）、破皮走血（三百棒）、阿鲁嘎起（接骨木）、黄剥皮、阿沙鲁嘎席（八棱麻）、巴山虎（巴岩姜）、桑寄生、川断、地别虫、五加皮、血三七、土川芎、不拉西（桃仁）、普卡普（红花）等近 20 种土家药物。

1.4.2 功效：破血化瘀，消肿止痛，通筋活络，接骨生肌。

1.4.3 加工：将上药共研末（粉碎），过 100 目筛，摊开紫外线灭菌，塑料袋封装，备用。

1.4.4 用法：散剂用医用凡士林或蜂蜜调拌成膏状，将药膏均匀的摊平在纱布上，然后外敷在骨折部位周围，小夹板固定。

1.4.5 禁忌：禁辛辣食物及生冷食物。

1.5 外固定方法

土家医接骨斗樨疗法治疗骨伤疾病外固定所用材料为特制小夹板。小夹板材料一般选用柳树小木板，杉树皮等。

1.5.1 伸直型骨折固定方法。

夹板固定者，在维持牵引下，用 4 块夹板超腕关节固定。在骨折远端背侧和近端掌侧分别放一平垫。在骨折远端的背杆侧尚可先放一横档纸垫，一般长 6~7 cm，以能包绕前臂远段的背，杆两侧面为度，宽 1.5~2 cm，厚约 0.3 cm。如放横档，则在背侧不用再放平垫。压垫放置妥当后，再放上夹板。夹板上端达前臂中、上 1/3，背侧夹板和杆侧夹板的下端应超过腕关节，限制手腕的杆偏和背伸活动。掌侧夹板和尺侧夹板则不超过腕关节。将腕关节固定于轻度掌屈位，固定垫、夹板放妥后，

扎上 3 条布带，绑带的松紧严格按照 1kg 重量上下移动 1 cm 为宜。最后将前臂置中立体，腕自然钳偏位。屈肘 90° 悬挂胸前，每天调整绑带的松紧。

1.5.2 屈曲型骨折固定方法

夹板固定者，在维持牵引下，用 4 块夹板超腕关节固定。在骨折远端掌侧和近端背侧分别放一平垫。将腕关节固定于轻度背伸位，固定垫、夹板放妥后，扎上 3 条布带。余同伸直型（calles）骨折闭合复位外固定术。

1.5.3 关节内骨折固定方法

夹板固定者，在维持牵引下，用 4 块夹板超腕关节固定。在骨折远端背侧放一平垫。将腕关节固定于轻度掌屈位，固定垫、夹板放妥后，扎上 3 条布带。余同伸直型（colles）骨折闭合复位外固定术。

1.6、分期内服土家药

1.6.1 早期

治疗原则：行气活血祛瘀，消肿止痛。

方药组成：戊灭阿沙（血当归）12g、翁死席（地胡椒）15g、黄剥皮 10g、竹根七 10g、破皮走血（三百棒）20g、不拉西（桃仁）8g、生地 12g、土川芎 10g。

用法：水煎，内服。1 日 1 剂，3 次分服。连服 5~7 剂。

1.6.2 中期

治疗原则：接骨生肌，通筋活血。

方药组成：戊灭阿沙（血当归）12g、阿鲁嘎起（接骨木）10g、土鳖虫 6g、续断 12g、川芎 10g、巴山虎（巴岩姜）10g、米米页（泽兰）6g、白芷 10g、五加皮 15 g。

用法：水煎，内服。1 日 1 剂，3 次分服。连服 5~7 剂。

1.6.3 后期

治疗原则：补气养血，强筋壮骨，补肝益肾，舒筋活络。

方药组成：爽卵必苏苏（土党参）15g、戊灭阿沙（血当归）12g、土续断 12g、土川芎 9g、活血藤 9g、阳雀花树皮 9g，杜仲 12g、五加皮 15g。

用法：水煎，内服。1日1剂，3次分服。连服5~7剂。

注：儿童骨折中后期不需要内服土家药。

1.7 复查拍片，确定复位情况

复位结束后，重新拍摄腕关节正侧位片，了解骨折复位情况。

2、治疗时间及疗程

桡骨远端骨折成人一般固定4~5周左右。伸直型骨折固定于腕关节掌屈尺偏位2~3周后改为腕关节功能位固定3周。儿童一般固定3周左右即可。骨折局部无压痛、纵轴叩痛，X线片显示骨折线模糊，有骨小梁通过骨折线即可拆除夹板，进行腕关节屈伸等活动。

标准住院日为≤14天。（参考桡骨远端骨折中医临床路径）

3、关键技术环节

3.1 手法整复（正骨复位）。

伸直型桡骨远端骨折采用牵抖挤压复位法；老年患者或骨折进入关节或骨折块粉碎者适用提按折顶复位法。

3.2 外敷土家药物（接骨散）。

3.3 小夹板外固定。

3.4 分期内服土家药：

3.4.1 早期：行气活血破瘀，消肿止痛；

3.4.2 中期：接骨续筋，活血生肌；

3.4.3 后期：补气养血，舒筋活络。

3.5 功能康复（各期的功能锻炼）：

3.5.1 早期：手指、肩、肘关节功能锻炼；

3.5.2 中期：1 月后，骨痂形成，拆除外固定，活动腕关节；

3.5.3 后期：负重锻炼。

4、注意事项

4.1 复位前应认真阅读 X 线片，确定骨折的类型和移位方向，决定采用何种手法进行复位，同时准备好外用药膏和固定器械，复位成功后立即进行中药外敷和小夹板固定。

4.2 复位时，动作应轻柔连贯，要求一气呵成，不可反反复复、动作粗暴，防止导致新的损伤。

4.3 复位后应复查 X 线片，了解骨折是否复位，掌倾角、尺倾角和桡骨的长度是否恢复。

4.4 固定后应嘱咐患者注意观察患肢末梢血运，鼓励患者作主动握拳动作，并抬高患肢以利肿胀消退。

4.5 如固定后患者主诉压垫处、夹板两端或骨突处有固定疼痛，应及时进行检查，防止产生压迫性溃疡。

4.6 复位固定后，尤其在骨折后 2 周以内应定期调整扎带的松紧度，防止扎带过松或过紧。

4.7 伸直型骨折固定期间应避免腕关节向桡与背伸活动。

4.8 复位后 2 周内，可透视或摄片 2~3 次进行复查，如骨折有移位或固定垫夹板有移位，应及时调整。

4.9 2 周后 X 线检查骨折位置良好，骨折处已有纤维粘连而不易移位时，可在助手牵引下去除药膏，重新固定。以后每周随访 1 次，直至骨折愈合。

5、可能出现的意外情况及处理方案

5.1 可能出现的意外情况

5.1.1 复位固定扎带过紧，造成血液循环障碍，产生压迫性溃疡。

5.1.2 复位固定扎带过松，易造成复位后的接骨段错位。

5.2 意外情况的处理

5.2.1 随时调整夹板松紧度，保证血液循环畅通。

5.2.2 患肢保持在旋后 15° 或中立位，纠正骨折再移位倾向。

第六节 名老民族医药人员医技医术抢救性传承调查研究与实例

名老民族医药人员是指有较高民族医药学术造诣，临床经验丰富，医疗技术熟练，在学术上有较高影响的民族医药人员。民族医医技医术包括两层意思，一是指医疗技术的操作方法，二是指医疗技术在临床中的应用经验。民族医医技医术是临床医疗的核心，是直接反映某种民族医学体系特色与水平的关键性技术。

一、调查研究方法

民族医药是祖国传统医学的重要组成部分。民族医药在千百年的发展中始终以“口传”与“身授”为主的传承特点，个体医疗经验的积累和实践型的学习方法是民族医药传承与发展的主要形式。对名老民族医药人员的医技医术抢救性传承研究可从以下几个方面进行调查与研究。

（一）医疗技术的调研。

医疗技术：包括药物技术、外治技术、诊断技术、养生与康复技术四类。在民族医药医技医术的调研中，可围绕民族医专家深度访谈提纲（详见附件）进行访谈与资料收集。通过收集、访谈、照相、拍摄、文字整理等用段，以文字、录音、相片、录像四种载体加以记录（注：在调研过程中因专家生病或去世等原因，不能完成此项时，可收集专家生前的文稿、诊疗照片、录音、录像等）。在调研中对每位专家的至少一项专长技术全面规范化整理，并制定出操作规范，包括技术原理、技术流程、技术规范、实施条件、应用范围、注意事项等主要项目。

（2）医疗经验调研。

医疗经验：医疗经验研究包括从诊断、辨证到治疗的全过程内容，以名老专家医案为研究对象和研究载体，对医疗技术

的应用进行分析、分类、汇编、总结、评价，并进行数字化处理。在专家医案的基础上，整理出较为规范的专家典型医案。

（三）优势评价调研。

优势评价：包括定性评价和定量评价两种方式。定性评价在相同病种、相同技术、本民族、本地区四个方面对该专家的临床优势加以评述；定量评价包括临床疗效评价、医疗经济效益评价、患者认可度评价三种。调研结束后提供一份基于该专家的《某某治疗某病种（或某医疗技术）临床优势研究报告》。

（四）传承现状与对策的调研。

传承现状与对策：以名专家的医技医术为个案，从专业背景、地域背景、民族背景、医患背景、师承背景五个角度，全面探讨和分析民族医药医技医术的临床优势及其发展现状，初步提出继承与发展民族医技医术的对策，为制定民族医药的科研政策提供依据。传承现状与对策调研可通过问卷形式实施。

附：1、《民族名老专家深度访谈内容提纲》

2、《民族医专家医案内容》

附 1：《民族医名老专家深度访谈内容提纲》

（一）从医背景：包括祖籍、出生地、童年家境、父母职业、成长环境等。

（二）求学经历

- 1、学习机会如何获得？
- 2、学习的经历。
- 3、启蒙老师的情况。
- 4、老师对本人学术思想的影响。

（三）行医生涯

- 1、最初独立行医的经历。
- 2、最有感触的医疗事件。

3、以往的行医履历。

（四）医疗专长

1、为什么会在这一类医疗技术上有所成就？

2、在这一类医疗技术上的主要观点、经验和操作方法。

3、以往的典型案例回忆。

（五）实际操作

1、确定病人。

2、拍摄。

3、患者访谈，填表与问卷。

（六）学术交流

1、专家的主要学术观点；

2、重要学术问题的辨析。

（七）间接经验搜集

1、专家诊疗相关的图片、照片。

2、以往录音、摄象素材。

3、祖传或师传笔记、手稿、著作。

4、专家本人笔记、标本、著作、医案。

附 2：《民族名老专家医案内容》

内容条目包括：

1、姓名：为保护患者隐私权，姓名以本某、王某表示。

2、性别：男女不同，其个体差异不同，因此用药不同，组方配伍不同。

3、年龄：关系到后人对处方用药的理解，相对来讲，年老、年少者因其气已衰或气未盛而用药宜轻。

4、婚姻状况：患者的婚姻状况（特别是独身、离异鳏居）与临床表现、心理调适、治疗方案有关。

5、职业：职业可以告诉人们患病的有关信息。

6、居处环境：对疾病的形成有意义者，要尽理写清具体的内容。

7、发病时令：与疾病的发生、转归、预后密切相关。

8、主诉：主要症状及持续时间、病程、舌、脉情况。

9、诊断、治疗情况：初诊、复诊的民族医诊断、治疗情况、疾病变化和转时情况。（附加西医诊疗信息，如果患者病症的变化是由用西药或使用现代疗法（如放疗、化疗等）引起，更要明确记录。

10、诊断、治法和处方：民族医诊断的病、证名，西医诊断；民族医治疗法则的确立和处方的组成。

11、其他：使用注意、煎服方法，饮食起居的医嘱（有特别之处，则详细纪录。属常规使用者，从略）

12、医案分析（按语）：是医案的重点，医案的精华所在。

注：附 1、附 2 内容，摘自“十一五”国家科技支撑计划项目：《民族名老专家医技医术抢救性传承研究》课题中相关内容。

二、名老民族医药人员医技医术抢救性传承调查研究实例

名老民族医药人员医技医术的抢救性传承研究，以湖南省湘西自治州永顺县名老土家医周大成为例，对其传承历史、学术经验、特色与优势进行了深入的调研与评价，调研实例附后。

《名老土家医周大成医技医术的抢救性传承调查与研究》

一、周大成土家医药医技医术的抢救性传承及传承现状

土家医周大成为古溪州（现湖南省湘西自治州永顺县）土司王宫太医院医官的第 18 代传人。1936 年 9 月 16 日（农历）生于永顺县老司城东门外周家湾。周家世代为医，在“改土归

流”以前，周氏医术为土司王宫内达官贵人服务。“改土归流”后，特别是清末以来，周氏医术从宫廷走向民间，从“医官”到“药匠”，为土家族人看病治病。这个医疗活动的转变，更显周氏医技医术的临床活力。

湘西周氏土家医历史悠久。据史料记载，周大成的祖先为江西吉安府人氏，唐末至五代初，周氏先祖随彭瑒和彭玕兄弟征战溪州（现湘西一带），彭瑒封为溪州刺史。周大成的先祖为彭瑒队伍中的随队医官。据史料记载，在土司王皇城内的寝宫前院与中院之间，设有太医院，有太医及医官为土司王及宫内服务。周大成的先祖就是太医院的医官，周大成祖辈历代世居在永顺土司王朝都府城内。永顺彭氏土王朝从公元 907 年 10 月初，到清雍正 6 年改土归流止，彭氏土司世袭 28 代，35 次，彭氏土司王朝统治溪州达 821 年，从彭瑒入主溪州刺史至今有 1100 多年的历史。周大成为湘西周氏土家医传人。周氏土家医世代相传，据记载，周大成为第 18 代传人（1936.9~2013.1）。周大成从小随父学医，行医近 60 年。近年来，周大成将周氏土家医药的医技医术传授给儿子周青松，使之成为第 19 代周氏土家医传人。

周氏土家医技医术传承形式为单传，传儿不传女，一代只传 1 人，且只传大儿子，不传其他儿子。如周大成为周正端的大儿子，周大成的弟兄们不能跟其父亲学医。另外，周大成母亲的医术是周家婆母传授，婆母只传大儿媳。

周氏医技医术传承的特点为，父传长子，婆传媳，父传技术为儿科病诊疗技术，婆传媳为妇科病诊疗技术。

湘西周氏土家医特色医疗技术是土司王宫太医院医官所传给后代的诊疗技术。在过去的 800 多年土司王朝时期，主要在宫内为达官贵人服务。清雍正时期“改土归流”以后，特别

是近百年来，周氏土家医走出“土司王朝”的太医院大门，为乡村土家族群众服务，深受群众好评。周氏土家医主要学术特点为诊治小儿疾病，如停风病、走胎病、停食病、小儿惊风、小儿高烧等。在诊断方法上，主要是看小儿手指纹及摸小儿肚腹。在治疗上，对小儿停风病、惊风、走胎病用提风疗法治疗。周氏土家医主要学术特点体现在以下四个方面。

一是，以专科为特长。周大成祖传医术是突出儿科疾病的治疗，兼治内科疑难杂病。

二是，在治疗方法上突出传统土家医外治法。如治疗小儿走胎、停食症、停风病，用祖传提风法，在临床上取得显著疗效。治疗小儿发热，用推抹疗法。

三是，在治疗方法上，采用内外兼治。在用外治法治疗的同时，也开方煎药内服，以增强疗效。

四是，在临床用药上，多用新鲜药物，少用陈药。如治疗小儿走胎、停风病的提风疗法所用几种药物，全是临时采集、洗净、捣烂，即时加工应用。

二、研究方法

（一）研究内容

周大成是湖南土家族名老医师，其医术医技为世代传承，在临床上用祖传的小儿提风疗法、小儿推抹疗法治疗小儿走胎和小儿外感，疗效甚佳。全面收集周大成临床诊疗信息，收集诊治的典型病历，研究其辨证思维特点、用药经验、组方特点、经验方应用、独特疗法等进行归纳、总结及对其学术思想进行剖析，分析挖掘其取得的疗效。对周大成土家医学术思想和独特医技进行整理研究，丰富土家医基础理论及临床学术体系。

1、医疗技术整理

周大成医疗技术专长，是祖传千余年的提风疗法。整理

周大成土家医小儿提风疗法技术治疗小儿走胎、小儿停风、小儿隔食等小儿疾病。通过整理，制定土家医小儿提风疗法技术操作规范。技术规范包括：技术简介、技术原理、技术流程、技术规范、实施条件、应用范围，注意事项等七项。结题时，提供《周大成土家医小儿提风疗法技术操作规范》一册，《周大成土家医医疗技术指定光盘》一张，《周大成医疗技术成果》一套。

2、医疗经验整理

对周大成临床医疗经验的总结与整理，主要从周大成的临床诊疗过程进行整理。通过对周大成医案研究，对医案进行总结、分析、评价，整理周大成土家医学术经验。结题时，完成周大成典型医案 100 份，其中回顾性医案 40 份，前瞻性医案 60 份；学术继承人从师医案 50 份；完成《周大成医疗经验与特色疗法研究报告》。

3、优势评价

对周大成医技医术的优势评价，主要从定性评价和定量评价两个方面进行。

定性评价，在相同病种、相同技术、本民族、本地区四个方面对该专家的临床优势加以评述；定量评价包括临床疗效评价、医疗经济效益评价、患者认可度评价三种。前两种表格各一份，后者需要加收调查问卷 60 种（单病种），共计三种（≥ 62 份）。结题时完成《周大成医技医术临床优势研究报告》。

4、传承现状与对策

由四种调查问卷组成，分别由专家本人、专家继承人、专家主管领导、患者填写，要求回收的有效问卷包括：第一种问卷 1 份，第二、三种至少各 5 份，第四种不少于 60 份，共计四种（≥ 71 份）。结题时，完成《名老土家医周大成医技医术传

承现状与对策个案研究报告》。

（二）研究方法

1、遴选土家医老专家与继承人

名老土家医遴选设置标准：年龄标准（ ≥ 65 岁），资历标准（从医时间 ≥ 40 年）。周大成符合以上两个条件。其推荐单位为湘西自治州民族医药研究所。

名老土家医周大成专家学术继承人的遴选，考虑到周氏祖传土家医传承模式，即家族内传承，一代只一人，传男不传女的特点，其继承人遴选为周大成的唯一儿子——周青松。（周青松为中医药院校毕业生）

2、周大成关键医技医术的选定

根据周大成临床医技医术的特色，确有疗效和优势的特点，选择周大成祖传千余年的土家医提风疗法治疗小儿走胎，停食技术，作为周氏土家医特色诊疗技术进行整理。

3、周大成医技医术传承研究

传承研究可分解为医疗技术、医疗经验、优势评价、传承现状与对策四个方面内容。

（1）医疗技术整理

对周大成医疗技术整理，主要是传统外治技术的整理，即周氏土家医小儿提风疗法技术。小儿提风疗法治疗小儿走胎病是周氏土家医独具民族特色的关键性医疗技术。对小儿提风疗法技术全面规范整理，并制定出操作规范。规范包括技术简介、技术原理、技术流程、技术规范、实施条件、应用范围、注意事项七项。

实施方式：通过收集、访谈、照相、拍摄、文字整理五种手段，以文字、录音、相片、录像四种载体，对周大成掌握的关键性医疗技术加以记录。

（2）医疗经验整理

目的：以周大成老专家医案为研究对象和研究载体，整理、继承周大成老专家的医疗经验。研究其临床上从诊断、辨证到治疗的全过程内容。对周大成老专家特色医疗技术的应用进行分析、总结、评价，为专家培养继承人。

对象：反映土家医周大成关键性医疗技术的符合数据库采集规范的专家典型医案和继承人从师典型医案。

要求：对周大成医案进行全面规范地整理，参照民族医医案制定方案、采集要求与模板，并按此方案对医案进行全面搜集、跟踪整理，按课题任务时间安排及时提交典型医案报送总课题组，医案要求按照统一制定的模板格式，以便录入数据库。实施方式：由专家本人和（或）专家继承人、医案录入人员与课题数据中心共同实施。

实施步骤：在课题启动后半年内，全面搜集整理周大成回顾性医案，筛选出符合数据库采集规范的回顾性专家典型医案 40 份。研究制定土家医的临床规范化术语集。课题启动后一年时间跟踪完成符合数据库采集规范的前瞻性周大成典型医案 60 份以及专家继承人从师医案 50 份。专家继承人在对周大成医疗经验全面总结基础上撰写《周大成医疗经验与特色疗法研究报告》。

（3）优势评价

目的：以量表和调查问卷的形式，对周大成老专家应用小儿提风疗法治疗小儿走胎的医疗优势进行评价。

对象：评价对象为周大成老专家掌握的土家族特色医疗技术的医疗优势，调查对象包括专家、医疗单位、患者。

要求：参照统一制定的民族医专家优势评价量表、问卷格式与评价规范对该专家的医疗优势进行评价。

实施方式：优势评价包括定性评价与定量评价两种实施方式。定性评价在相同病种、相同技术、本民族、本地区四个方面对周大成的临床优势加以评述；定量评价包括临床疗效评价、医疗经济效益评价、患者认可度评价三种。

（4）传承现状与对策研究

目的：以调查问卷的形式，以周大成的医技医术为个案，从专业背景、地域背景、民族背景、医患背景、师承背景五个角度，全面探讨和分析土家族医药医技医术的传承现状，初步提出继承与发展土家族医关键技术的对策，为制定土家族医药的科研政策提供依据。

对象：评价对象为周大成老专家掌握的土家族特色医疗技术的传承现状。调查对象包括专家本人、专家继承人、专家主管领导、患者。参照统一制定的民族医专家特色医疗技术传承现状调查问卷，对名老土家医周大成的医疗优势进行评价。

通过问卷形式实施，由四种调查问卷组成，分别由专家本人、专家继承人、专家主管领导、患者填写。

三、周大成医技医术整理与研究

（一）周大成医技医术整理

通过系统的收集与整理，对周大成用小儿提风疗法治疗小儿走胎技术进行学术总结，并制定了周大成土家医小儿提风疗法技术操作规范。整理后的土家医小儿提风疗法技术包括两部分，一是《土家医小儿提风疗法技术操作规范》，二是《土家医小儿走胎病诊疗规范》。两项成果提炼为《土家医小儿提风疗法治疗走胎技术规范》。

《土家医小儿提风疗法技术操作规范》内容包括：小儿提风疗法简介、技术原理、技术流程、操作规范、实施条件、应用范围及注意事项等七项内容。

《土家医小儿走胎病诊疗规范》内容包括：诊断要点、治疗原则、治疗方法与疗效标准等四项。在治疗方法上，介绍土家医治疗走胎的特色疗法，有效方药及适宜技术，体现出土家医治疗走胎病的特色与优势。

周大成名老土家医的医疗经验，主要体现在对小儿疾病的诊疗技术上。擅长治疗小儿外感发热，小儿走胎、停食，小儿惊风等常见病、多发病。对小儿走胎、发热、惊风等病的治疗，突出外治特色，不服药、不打针。用提风疗法或推抹疗法治疗，在临床上取得显著疗效。

（二）周大成医疗经验整理

周大成在长期的医疗实践中，不断学习，不断总结临床经验，使他在医疗实践中巩固和提高了临床疗效。周氏祖传医技医术以治疗儿科疾病为专长，其优势病种为小儿停食、小儿走胎、小儿外感发热、小儿惊风、水痘、小儿皮风、小儿夜尿等小儿常见病多发病。周氏在诊疗小儿疾病同时，对土家医疑难杂证也有研究，用土家医技医术治愈了不少疑难杂证。如久治不愈的风湿痹痛、头晕症、肾炎（急性肾炎水肿）、尿石症、滴尿症、九子疔等。下面介绍几种疾病的治疗经验。

1、对小儿走胎病的治疗经验

小儿走胎病的诊治：其治法为“健脾和胃、消食导滞”，其治疗方法为外用小儿提风疗法治疗。外用药物为：地三甲、大路边黄、小路边黄、熟幽子。小儿提风疗法技术原理为：是用土家药敷贴小儿肚脐，使药物的温热之气和药效能直接作用于局部，熨温小儿“中元”气血，使精、气、血输布于全身，调整和改善“三元”脏器之功能，驱除肚肠内风气之邪，使肚肠正常运化水谷，吸收精微物质，以营养机体，消除疾病，达到治疗小儿走胎（停食）、小儿惊风、小儿惊吓等疾病的目的。

土家医认为：脐为先天之强蒂，居“中元”之中，也称肚脐眼（中医名为神厥），是人体“三元”脏器形成之根柢，是胎儿吸收母体营养物质进行代谢的主要途径。脐是人体“三元”之中央，精、气、血输布之枢纽，通筋脉，达毛窍，使精、气、血环行于机体，故有“人生始于脐”的说法。小儿“中元”之疾，自古以来“只灸不针”，用敷脐、熨脐疗法，以温“中元”之地气，通过培土固本，提高小儿机体抗病能力。小儿走胎，或称停食、隔食、相当于中医的疳积（疳证）。小儿走胎是因小儿饮食不当或饥饱无常，风气之邪入侵，损伤中元之气，使肚肠运化不规，引起谷物不化，精微之气不能吸收而停食在肚肠引起的停食症。

周大成医生每年用小儿提风疗法治疗小儿走胎，隔食患者上千例，一般治疗3~5次，临床疗效好，见效快，患儿易接受。

2、小儿外感发热治疗经验

周大成对小儿外感热疗的治疗，采用外治加内治相结合方法治疗。发热患者，采用土家医推抹疗法，以推小儿食指三关为（食指桡侧缘至虎口一体）主，清肺经、清肝经、清脾经、清心经及补肾经。药物治疗上以辛温解表，宣肺止咳药物为主。

3、小儿水痘治疗经验

周氏治疗水痘的治法为：清热解毒、疏风解表。药物内服与外洗相结合治疗。双花、青翘、黄剥皮、牛子、大青根清热解毒、凉血消斑，紫草、双钩疏风解表、清疹。外洗药苦痧草、黄剥皮清热燥湿止痒，双花、防丰、大青根等清热解毒，疏风透表。诸药共用，内服外洗兼施，共收清热解毒、疏风解表、清疹之功。

4、小儿夜尿治疗经验

小儿夜尿是由肾气不足引起的夜间尿床。周氏以健脾益气，固肾缩尿药物主治尿床病。

夜尿患儿系处在生长发育过程，脏腑娇嫩，五脏之气不充，尤以肾气不充，固摄失司，膀胱亦气化不力，夜间阴气盛，肾气更显弱，而致夜尿失控，遗尿于床。药用红参、参须皆温补气之品；佐以白术以益脾肾之气；灯笼果、益智仁、脚板苕、故纸、酸枣皮等，皆可益肾、固涩、止遗；板桂温补命门之火；包衣能补肾阳益肾气；莲蓬子健脾；柴草疏理气机；甘草益气补中兼以调和诸药。诸药同用，共收健脾益气、固肾缩尿之功。

5、痲肿（急性肾炎）治疗经验

痲肿病相当于西医的急性肾炎水肿。周氏治痲肿以利湿热，利水消肿为治法。药用丝毛根、坤草、黄芩、姜皮、腹毛、克马草子、柑子皮、桑树皮以清热解毒、利水消肿；白术、枳茯苓以健脾益胃、利湿消肿；用席灭巴、锯子草以清热解毒、凉血止血；用甘草调和诸药兼清热补中。另，党参、枳茯苓、白术等可健脾益胃；柳桂、附片等温助肾阳；熟地黄、丝棉皮、脚板苕、酸枣皮等可健腰补肾。前一方用以清热利湿，利水消肿，后一方则健脾益胃、壮腰补肾。诸药合用，共奏分利湿热、利水消肿，健脾益肾之效。病儿得以痊愈且未再复发。

6、风寒湿痹治疗经验

风寒湿痹症相当于西医的风湿性关节炎，土家医认为：

风寒湿邪侵袭，留着关节肌腠，痹阻经络，致气血运行不畅，致使关节，肌肉疼痛。遇阴雨寒冷，寒湿偏重，内外相因，故疼痛加重。药用黑药、大活、川兄、四两麻、牛夕、乌头、嘎哈梯谷等，具有祛风散寒，除湿温经，活血行气止痛之功；干生姜温经散寒，助阳以祛寒湿；当归、枳茯苓益气生血，配甘草以顾护脾胃；防丰、人交、灵仙、土虫等可祛风除湿通

络；柴草疏理气机。诸药合用，共收祛风散寒、除湿通络、温经止痛之功。

7、滴尿症治疗经验

土家医滴尿症，相当于西医的泌尿系结石，慢性前列腺炎，前列腺增生症。对尿石症其治法为：“清热利尿，通淋排石”。滴尿症多发于中老年人。由于年老肾气不足，加之湿热之邪注于下焦，致肾与膀胱气化失司，引起癃闭。湿热蕴结，煎熬尿液成石，梗塞尿路，不通则痛。总为湿热之邪作祟，致百变蜂起。药用过路黄、滑石、宅夕、冬葵子、败酱草、飞刀剑、克马草叶、克马草子、丝毛根、斑鸠窝、疳积药等，俱可利尿通淋，清热排石；枳茯苓健脾渗湿；黄剥皮清热燥湿；黄花犁头草清热解毒利水；牛夕活血化瘀，引药下行；元胡行气解瘀止痛；鸡合子化石排石；黄芪益气补中，兼以利水；枳实、柴草疏肝理气；甘草调和诸药。诸药同施，共收清热利湿，通淋排石，理气扶正之功。

（三）周大成医技医术临床优势评价

周氏祖辈土家医以治疗儿科病为其专长，尤以土家医传统疗法——小儿提风法治疗小儿走胎、停食、惊风等小儿疾病，在临床上取得显著疗效。周氏小儿提风疗法是土家医独特的治疗方法。名老土家医周大成的医技医术优势为世代祖传的专治小儿走胎（相当于中医的疳证），小儿停食、小儿慢性腹泻、小儿惊风等小儿疾病的诊断与传统治疗方法。

1、周大成诊断走胎病的依据为：

1.1、饮食异常、消化不良、厌食或嗜食异物。大便干稀不调，尿如米泔。

1.2、形体消瘦，面色不华、萎黄，或头大颈细，毛发稀疏枯黄。肚大膨胀，青筋暴露。

1.3、体质虚弱，有气无力，精神不振，烦躁易哭，或有吮指磨牙。

1.4、舌质淡，指纹淡或苍白。耳背筋上有丫状青筋或小黑点等。

根据病程与病情的临床表现，土家医对病程初期，症状较轻的称为停食或隔食症。对病程较长形体消瘦如猴，呈老人貌，腹凹如舟，精神萎靡，啼哭无力的称为“走猴胎”。土家医所称的“停食”或“隔食”症，相当于中医疳证的“疳气证”；“走猴胎”相当于中医疳证的“干疳症”。

2、小儿提风疗法技术原理

名老土家医周大成治疗小儿走胎（相当于中医所称的疳证），小儿停食症的小儿提风疗法，是根据土家医病因病机的原理而采用的一种传统外治方法。土家医认为：小儿走胎是因小儿饮食不当或饥饱无常，或风气之邪入侵小儿中元，诸因损中元之气，使肚肠运化不畅，引起谷物不化，精微之气不能吸收，停滞在肚肠而引起停食症。

周大成祖传提风疗法，是用新鲜土家药物加辅料等敷贴在小儿肚脐上，使药物的温热之气和药物效果直接作用于局部，以温患儿的“中元”之气血，籍筋脉循行，畅通人体气血，使精、气、血输布于全身，以调整和改善“三元”脏器功能，驱除肚肠内风邪之气，使肚肠正常运化谷物，吸收精微之物，以营机体，消除疾病，达到治疗小儿走胎或停食病的目的。

3、周大成诊疗小儿走胎病的特色与优势

3.1、诊断方法独具土家医特色，主要体现在看小儿手指与耳背的筋脉变化。筋脉青紫颜色越深，疾病越重。

3.2、治疗方法简便易行，患儿易接受。周氏治疗小儿走胎，采用不吃药，不打针的方法，即用传统外敷患儿肚脐，提

出停滞在肚肠之风邪气，使肚肠正常运化以吸收谷物之精微，达到治疗走胎病的目的。

3.3、经济实惠，价格低廉。周氏诊治一个小儿走胎病例，约收 10~15 元钱，即一次 2~3 元的材料费。一般治疗 3~5 次，每次收 2~3 元钱的药物及材料费。每一门诊人次收费在 20~25 元之间，农民看得起病。每一门诊所用经费不到当地医院的五分之一，体现了土家医诊疗的优势。

3.4、鲜药鲜用，疗效显著。周大成用于提风疗法的药物，一般都鲜药鲜用，直接贴敷患儿肚脐，见效快，疗效好，成为当地土家族民间的一种土家医适宜治疗技术，值得推广应用。

3.5、疗效显著、优势明显。通过对周大成名老土家医医技医术的收集整理与研究，其优势体现在以下几个方面。一是有独特的诊断技术，方法简单，易于确诊。二是治疗方法为祖传的传统外治方法，即提风疗法，疗程短，见效快，疗效好。主要是不打针、不吃药，患儿易于接受。三是经济实惠、价格低廉。一般治疗一个走胎病例，只收十几块钱，即治疗的材料费。四是鲜药鲜用，以保证土家族药物的疗效。

4、土家医治疗小儿走胎、停食病的分析与评价

4.1、土家医小儿提风疗法治疗小儿走胎、停食病的效果评价课题组用周大成祖传提风疗法治疗小儿走胎、停食病 50 例。作为评价材料，其结果为：

用土家医小儿提风疗法治疗 50 例走胎，停食患者，临床治愈 47 例，治愈率为 94%，有效 3 例，有效率 6%，总有效率为 100%。治疗最长为 4 个疗程，即 12 次，最短为 1 疗程，即 3 次。平均治疗 2 个疗程，即 6 次。停食症平均治疗时间为 5.3 天，走胎病平均治疗时间为 6.8 天。走胎病治愈 26 例，治愈率为 92.86%，有效 2 例，有效率为 7.14%；停食症治愈率 21 例，

治愈率为 95.45%，有效 1 例，有效率为 4.54%。两组治愈率、总有效率无明显差异。经观察尚未发现毒副作用，小儿食欲改善或恢复，小儿体重普遍增加，预后良好。小儿提风疗法是治疗小儿走胎、停食病的土家医传统特色疗法，具有简、便、廉、效的特点。

4.2 社会评价与分析

对名老土家医周大成的社会评价，采用 60 份患者认可度评价结果评价周大成医生的医疗效果及社会效果。

（1）从求诊经历分析当地少数民族择医途径。由于当地经济欠发达，少数民族群众患病后，首先选择在当地诊所求医的占 65%，在乡镇卫生院求医占 30%，只有 5% 的患者选择在县级医院求医。

（2）对土家医诊疗的总体效果，服务态度，专家的诊疗水平，诊疗技术与业务能力的评价，总体上是满意的，满意率达 75% 以上，对该专家是很信任的。

（3）认为土家医传统诊疗技术有效的达 90% 以上。群众支持土家医学习传统诊疗技术的达 80% 以上。患者认为周大成土家医诊所开展土家医诊疗技术较好的占 60% 以上。

（四）周大成医技医术传承现状与对策

1、传承现状。

周大成为湘西周氏土家医传人。周氏土家医世代相传，据记载，周大成为第 18 代传人。周大成从小随父学医，行医 60 年。近年来，周大成将周氏土家医药的医技医术传授给儿子周青松，使之成为第 19 代周氏土家医传人。周青松，男，土家族，中共党员，周大成之子。湖南中医学院中医专科毕业，2002 年，在永顺县石堤镇开设“润寿堂”土家医诊所，请其父周大成老医生坐堂诊治疾病，一边工作，一边跟父学祖传医术医技。

周氏土家医技医术传承形式为单传，传儿不传女，一代只传 1 人，且只传大儿子，不传其他儿子，如周大成为周正端的大儿子，周大成的弟兄们不能跟其父亲学医。另外，周大成母亲的医术是周家婆母传授，婆母只传大儿媳。

周氏医技医术传承的特点为，父传长子，婆传媳，父传技术为儿科病诊疗技术，婆传媳为妇科病诊疗技术。

2、周大成医技医术学术传承特点。

一是以专科为特长。周大成祖传医术是突出儿科疾病的治疗，兼治内科疑难杂病。

二是在治疗方法上突出传统土家医外治法，。如治疗小儿走胎、停食症、停风症，用祖传提风疗法，在临床上取得显著疗效。治疗小儿发热，用推抹疗法。

三是在治疗方法上，采用内外兼治。在用外治法治疗的同时，也开方煎药内服，以增强疗效。

四是在临床用药上，多用新鲜药物，少用陈药。如治疗小儿走胎、停风病的提风疗法所用几种药物，全是临时采集、洗净、捣烂，即时加工应用。

3 对策研究。

湖南省湘西土家族苗族自治州是“老、少、边、穷”地区，也是享受我国西部开发政策少数民族的自治州。湘西自治州经济欠发达，特别是农村居民生活水平不高，缺医少药的现象在偏远山区农村较为严重，疾病得不到有效的治疗，影响了少数民族群众的身心健康。我们在课题实施过程中，按照项目计划任务，进行了《土家传统医技医术传承现状调查问卷》的调查，以了解当地土家医医技医术的学术地位、医疗价值、社会需求、医生从业状况等情况，并从社会学的角度分析当前土家医存在的问题，以探讨土家医传承与发展等问题。

3.1 目前存在的主要问题

(1)、问卷群众认为：当地生活水平在普通水平以下的占 65 % ；

(2)、当地土家医医生没有取得行医资格，但有 60 % 的群众仍然找没有行医资格的土家医医生诊治。当地没有公立的土家医医院；

(3)、当地群众的医疗支出占家庭收入的三分之一以上的占 75 % 以上；

(4)、在门诊的医药费消费中，药费占 80 % 以上；

(5)、土家医医疗技术面临失传，有 63 % 的群众认为：土家医传统医疗技术“肯定面临失传”。

3.2 思考与建议

通过群众调查问卷，了解到目前土家医存在的问题，课题组进行了深度思考，对今后土家医的传承与发展提出几点建议，供当地党政部门在研究制定土家医药发展规划时参考。

(1)、建议当地政府加强对土家医药的支持与投入，继续做好发掘、整理与抢救土家医药遗产工作，特别是要做好土家医药的传承与保护工作，把土家医药的“根”留住，不能让土家族传统医药在我们这一代失传。

(2)开展土家医药的医学教育或专业技术的培训工作，帮助土家医药人员提高医疗技术水平，合理解决土家医执业资格问题，让土家医生执业合法化。

(3)、建议在当地公立医院开设土家医专科或专科专病门诊，选择优势病种用土家医医技医术进行诊疗，突出土家医药特色与优势，充分利用土家族医药的卫生资源为当地各族群众服务。

(4)、鉴于土家医学的传承形式与特点，建议土家医药的

医技医术的传承以师徒或祖传形式为主，把土家医传统医药经验传承下来，有利于土家族医药的振兴与发展。

四、土家医药特色调研与周大成医技医术抢救的意义

土家族是我国人口较多的南方世居少数民族，目前人口约835余万，主要居住在湘、鄂、渝、黔毗邻的武陵山区。土家族历史悠久，是有本民族语言，而无文字，通行汉文字的民族。土家族民族文化的传承主要靠“口承”方式。土家族医药资源丰富，特色突出，临床疗效显著，是当今我国传统医药学的重要组成部分。

土家族医药源起和形成于秦汉，唐宋以来得以逐渐发展，到了清代“改土归流”后，土家族医药开始有了手抄本或木刻板本的土家族医学著作，是土家族医药发展史上由“口承”医学到“文传”的过渡时期。这一期间，在梯玛，水师这些“治病”人员由于医术局限，疗效不佳，信誉度下降，取而代之的是出现土家族坐堂或游走的药匠（对医生的称呼）或草医。这时，土家族地区还有了药铺。坐堂药匠是医药不分的，既诊病，又抓药，还要“服侍”病人，是土家医“医药一家”“医护一家”时期。在经历了起源，形成与初步发展几个历史阶段后，土家族医药快速发展时期，是近二十多年的事。土家族医药学有较系统的医学理论，其中“三元”学说与体现物质基础的气、血、精为土家族医的重要理论基础。在病因上，以毒邪及伤因为病因学基础；在病理上，以气血失调和冷热失衡为病理学的基础；在诊断上，以看诊、问诊、听诊，脉诊和摸诊等五诊法为诊断学基础；在养生保健上，土家族卫生保健将养生与养神、民俗文化、饮食文化、茶文化、酒文化、婚姻文化、性文化、心神文化、民族卫生心理、民族体质等有机结合起来，共同形成土家族卫生保健体系的养生文化；在治疗法则上，有八种用药原

则：即寒则热之，热则寒之，亏则补之，实则泻之，阻则通之，肿则消之，惊则镇之，湿则祛之；七种治疗方法：即汗法，泻法，赶法，止法，补法，温法，清法；在传统外治方法上，土家医有集刀、针、火、药、水“五术一体”的外治法，还有梯玛的法术疗法，其它疗法有推抹疗法，水师的封刀接骨法，火功疗法，提风疗法，麝针疗法，薰蒸疗法，药浴疗法，佩带法，外敷疗法等 20 余种；在药物的性能上，土家族药物有三大性能：即冷性药，热性药和平性药；药物有八种性味：酸味药、甜味药、辣味药、苦味药、咸味药、涩味药、麻味药、淡味药；在药物分类上，按三大体系分类，即按性能分类，按药物作用分类，按三十六、七十二病症分类；在用药方法上，有煎服法，磨汁法、炖服法、挤汗法、煨服法等 20 多种；在方剂的组成原则上，按主药、配药（帮药）和引药（药引子）的原则组方，土家医方剂类型有汤剂、丸剂、酒剂、包裹剂、外敷剂等 10 余种；在土家医药物配伍禁忌上，有三种反畏现象，即“十四反”、“十五反”、“三十六反”共同组成反畏药物体系；在土家族药炮制方法上，有磨捣法、煨制法、泡制法、炒制法、蒸法、煮法、水飞法、汗渍法、佩干法、腌法、露剂法等 20 余种；在疾病命名上，按六种方法命名，即根据发病部位命名，按临床表现命名，以动物形象命名，按发病原因命名，按发病时节命名和按疾病性质命名；在疾病的分类上，一是按十月太阳历计时法进行分类，如 36 惊，72 症。二是按三伤、七症、八类分类。三是按土家医传统方法分类，共分为 18 大类；在土家医服侍（护理）技术上，有临床疾病服侍，心理服侍，饮食服侍，药物服侍和气候服侍五大服侍共同构成土家医服侍（护理）体系；在土家族医药文化的承传上，一是“口承”形式流传，以口传（历史传说、典故相传）、师承、歌谣、谚语、口诀、歌舞

等为载体世代承传，二是“文传”形式，以地方史志、民间抄本、木刻本地方医药书籍，这些文献资料是记载土家族医药文化史料的。正是由于土家族医药悠久的历史，鲜明的学术特色，丰富的医药资源，使之成为我国当今仍具临床活力的卫生资源。

由于土家医历史上没有或仅有手抄医药著作传世，故土家医的传承主要是家传，民间“口传”这种形式传承。过去对土家族医药文献收集不够，现存世本较少，影响了土家族医药的传承与发展。目前，土家族地区土家医药人员锐减，名老土家医相继谢世，许多独具特色的土家医药医技医术濒于失传，急待抢救整理。目前，土家医名老土家医的医药医技医术传承现状大致为：未整理，但有传人；对个别名老土家医医技医术进行过整理，但不系统。对土家医技医术需加强抢救整理，以促进土家族医药的发展。

第七节 民族医药志研调方法与实例

一、民族医药志的概念

(一) 什么是民族医药志

民族医药志是民族医药研究工作对于被研究的民族、部落、区域的人们在防疫治病，保健养生的描述与解释。

撰写民族医药志的目的：

撰写民族医志“就是对真实进行重构”。重构真实的目的是为了人们真正了解这个民族医药，（指某个医学，如苗医药、土家医药、藏医药……）及其这个医学的历史、资源、特色与优势、基学基础及临床经验等。

(二) 民族医药志的特点。

“志体”概体例。“志体”是叙述性的，主要记述现状，将事物作横向的分为门别类的综述。志体是资料性的，它将广泛收集调查的资料（包括“口述”活态资料，馆藏文献资料及地下考古资料等），经过系统地整理辨别分门别类的编编纂，以反映某一个民族医药概况，因此志书内容广泛，详细。民族医药志，它以全面地述往记今为主，故为“详今略古”。民族医药每隔一定年限就要重修，增补和充实新的资料。

“志体”与“史体”的最大区别是“详古略今”。“史体”是论述性的，它所利用的资料以过去的文献为主，辅以考古与调查资料。“它记事轻为集中，不像志体之广泛，而往往以时间，事件为中心线索，侧重事物纵向的发展。”

目前，国内民族医药志研究方面，取得一些成果，如《中国民族药志》（1—4卷），由人民卫生出版社等出版和发行。《土家族药物志》（上下册），由中医古籍出版社出版发行。《中国壮药志》（第1卷）由广西民族出版社出版发行。《中国民族药志要》，由中国医药科技出版社出版发行。《湖南药物志》（1—7卷），

由湖南科技出版社出版发行。《湖北药材志》由湖北科学技术出版社出版发行。

二、民族医药志调查方法

（一）医药志调研总体设计。

- 1、调研究基础工作设计组建调研工作班子及办事机构；
- 2、制定调研方案、拟订工作程序，调研内容设计，基本纲目设计。
- 3、体例与篇目设计。

体例由三个要素构成：一是体裁；二是结构；三是章法（对撰写的一般要求）。

（二）医药志的篇目

篇目就是志书的框架体构，成书后是志书的目录。

1、资料收集的步骤。

收集资料；考证资料；整理资料；编写资料长篇。

2、资料的分类。

（1）文字资料：包括文献档案资料；报刊图书资料；个人著述资料（如手稿、笔记、医案、处方、讲稿等）。

（2）实物资料：药物标本、药材标本、医技医术器具，文物资料等。图片资料，能反映有关医药活动的图片资料等。

（3）口述资料：特别是南方无文字民族医药的世代由口耳相传至今，故口述资料是传承民族医药最重的途径。如口传医技医术、医方、诊病方法等是重要的民族医药史料。

（4）网络资料，通过网络收集所需资料。

3、资收集的具体方法。

（1）抄录或全文复印，扫描方法收集资料。

（2）摘要抄卡，一事一卡的方法收集资料。

（3）现场采访记录或收集资料。

(4) 考察现场记录或收集资料。

4、资料的鉴别。

对收集到的资料为了充分利用，要对所录资料进行真假鉴别，正误鉴别。

(三) 资料的整理。

整理步骤大致为：编号登记、建卡归类、立卷保存，资料汇集，资料长篇。

(四) 志稿的编写。

医药志稿编写大致可分为三个阶段，既试写；志稿分纂编写；志稿总纂。

(五) 志稿审修。

志稿编纂初稿完成后，组织同行专家进行评议，修改几审几校后，组织志稿验收。

(六) 志书的出版发行。

对志稿验收合格后，送出版社出版发行。

三、民族药志编写实例

民族医药编写体例，以《中国民族药志》为例。

民族药确定基本原则：“**民族常用，来源清楚，疗效确切，比较成熟**”的少数民族应用品种。

药物编写体例（一支黄花）

一枝黄花

Yizhihuanghua

[民族药名] 王术那那直（土家药）、锐本棍（苗药）、一尽怒蛮（侗药）、德爽草（瑶草）、蛇头王（壮药）、乌荣波打（德昂药）、土柴胡（畲药）、则茂摆海（仡佬药）、那变热（布依药）。

[异名] 黄花仔、百根草、黄花草、千金黄、土柴胡、红胶苦菜、溪边黄、塔仔草、土泽兰、黄花一枝香、黄花马兰、

野黄菊、山边半枝香、酒金花、黄花细辛、千根癭、百条根、金铁拐、大败毒、小白龙须、红柴胡、一枝香、大叶七星剑、蛇头王、满山黄、黄花儿、黄柴胡、金锁匙、葶子草、朝天一炷香。

[品种考证] 本品首载于《植物名实图考》一书中。

[来源] 为菊科植物一枝黄花 *Solidago decurrens* Lour 的干燥全草。秋季开花期割取地上部分，晒干，或随采随用。

[原植物] 多年生草本，高 35~100 厘米。茎直立，通常细弱，单生或少数簇生，不分枝或中部以上有分枝。中部茎叶椭圆形，长椭圆形、卵形或宽披针形，长 2~5 厘米，宽 1~1.5 厘米，下部楔形渐窄，有具翅的柄，仅中部以上边缘有细齿或全缘；向上叶渐小；下部叶与中部茎叶同形，有长 2~4 厘米或更长的翅柄。全部叶质地较厚，叶两面、沿脉及叶缘有短柔毛或下面无毛。头状花序较小，长 6~8 毫米，宽 6~9 毫米，多数在茎上部排列成紧密或疏松的长 6~25 厘米的总状花序或伞房圆锥花序，少有排列成复头状花序。总苞片 4~6 层，披针形或披狭针形，顶端急尖或渐尖，中内层长 5~6 毫米，舌状花舌片椭圆形，长 6 毫米。瘦果长 3 毫米，无毛，极少有在顶端被稀疏柔毛的。花果期 4~11 月。

生阔叶林缘、林下、灌丛中、山坡草地上及路边。海拔 560~2850 米。分布于华东、中南、西南及陕西、台湾等省区。

[栽培] 生物学特性：喜凉爽气候，适宜砂质壤土或粘质土壤栽培。种子繁殖，4 月育苗。按行距 33cm 开沟条播，薄盖细土，以盖没种子为度，稍加镇压，再浇水，盖草保湿。播后经 10~15 天出苗。苗高 3cm 时追施人尿肥料。5 月上旬定植，按行株距 24cm×24cm 开穴，每穴栽两株，分株繁殖：春季结合翻茆，挖起全株，将小苗分出栽种。除草 4 次，结合施

肥，可在发新芽期，抽薹期，育苗期追施肥，并适当培土。收割后可追厩肥，堆肥。

[采集加工] 9~10月花果盛期，割取地上部分，或挖取根部、洗净，采收晒干，鲜用随时可采。

[药材鉴别]

性状鉴别：茎圆柱形，表面暗紫红色或灰绿色，具纵纹，光滑无毛，茎端有稀毛；质坚而脆，易折断，断面纤维性，中央有疏松的白色髓。单叶互生，下部叶具长柄，多脱落，上部叶无柄或近无柄；叶片多破碎而皱缩，上面黄绿色，下面淡绿色，展开后呈卵圆形、长圆形或披针形，长4~10cm，宽1.5cm~4cm，先端尖，渐尖或钝，基部狭缩而形成翅状叶柄，边缘有尖锐锯齿，上部锯齿较疏至全缘，有睫毛。头状花序集生茎顶，排成总状，圆锥形，苞片3层，膜质宿存，花冠黄色，多脱落，冠毛黄白色，外露。气味香，味微苦辛。以叶、色绿者为佳。

显微鉴别：叶表面观：下表皮细胞垂周壁波状弯曲，具角质纹理，气孔不定式，略不陷，细胞3~5个。上表皮细胞多角形，垂周壁略呈念珠状增厚，亦有角质纹理，气孔不见。非腺毛有2种：表皮非腺毛皮由3个细胞组成，壁薄，顶端1个细胞常萎缩成鼠尾状，较小；叶缘全睫毛3~7个细胞组成，壁稍厚，长180~185 μ m。

理化鉴别：

（1）取本品粉末1g，加水适量煮沸，制成1%水浸液，经剧烈振摇后，有持久泡沫（检查皂苷）。

（2）取本品粉末5g，加甲醇25mL回流20分钟滤过，滤液1mL加盐酸数滴及镁粉少许，渐显红色反应（检查黄酮）。

（3）薄层色谱将上述甲醇提取浓缩成1:1，以芦丁为对照品，

分别点样于同一聚酰胺薄膜上用丙酮-甲醇-水(2:1:1)为展开剂,展开后先在紫外光灯下观察供试品溶液色谱在与对照品溶液色谱的相应位置上显相同的红棕色荧光斑点,再喷以1%三氯化铝试剂后烤干斑点转亮黄色。

[化学成分] 地上部分含苯甲酸苄酯类成分:一枝黄花苷(leiocarposide)。花另含苯甲酸苄酯类成分:2,3,6-三甲氧基苯甲酸-(2-甲氧基苄基)酯(2-methoxybenzyl-2,3,6-trimethoxybenzoate),2,6-二甲氧基苯甲酸-(2-甲氧基苄基)酯(2-methoxybenzyl-2,6-dimethoxybenzoate),2,6-二甲氧基苯甲酸苄酯(benzyl-2,6-trimethoxybenzoate)2-羟基-6-甲氧基苯甲酸苄酯(benzyl-2-hydroxybenzoate)。茎所含成分与花的相似。根除含2,6-二甲氧基苯四酸苄酯,2,3,6三甲氧基苯甲酸-(2-甲氧基苄基)酯,2-羟基-6-甲氧基苯甲酸苄酯外,还含当归酸桂皮酯类成分:当归酸-3,5-二甲氧基-4-乙酰基桂皮酯(3,5-dimethoxy-4-acetoxycinnamyl angelate),当归酸-3-甲氧基-4-乙酰氧基桂皮酯(3-methoxy-4-acetoxycinnamyl angelate);炔属化合物成分:(2Z,8Z)-癸二烯-4,6-二炔酸甲酯[methoxy(2Z,8Z)-decadien-4,6-diynoate],(2Z,8Z)-癸二烯-4,6-二炔酸[methy](2Z,8Z)-decadien-4.6-diynoate];甾醇类成分:谷甾醇(sitosterol)。

[药 理]

1、抗菌作用。煎剂对金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌均有不同程度的抑制作用。对红色癣菌及禽类癣菌有极强的杀菌作用。一枝黄花水煎醇提取液有抗白色念珠菌作用,其疗效与制霉菌素相当。

2、平喘祛痰作用。对家兔实验性支气管炎(吸入氨蒸气

法)，内服煎剂，可解除喘息症状，亦有祛痰作用。

3、其他作用。动物实验证明，能促进细胞吞噬功能。对急性（出血性）肾炎有止血作用。提取物经小鼠皮下注射有利尿作用，但大剂量反可使尿量减少。

[药性] 味苦，性冷。

[归经] 入肝、胆经。入热经（苗医）

[功能与主治] 疏风清热，消肿解毒。散热解毒，赶火燥湿（土家医。）用于治疗感冒，急性咽喉炎，扁桃体炎，疮疖肿毒。黄疸，小儿惊风，百日咳，咽喉肿病，跌打损伤。

[用法与用量] 内服：煎汤，1次9~15g，外用：捣敷或煎水洗。

[附方]

附方1 一枝黄花 5g 冰糖 适量

加工方法：一枝黄花洗净，同冰糖放入碗内，加适量冷水，放入饭上蒸，饭熟后取出，过滤去渣。

用法：日1剂，多次分服。

本方具有疏风清热，祛痰止咳的功效。主治小儿百日咳。（《侗乡药膳》）

附方2：一枝黄花 15g，算盘子 10g，蜂窝球 10g，地枇杷 10g，夜关门 10g。

用法：水煎，内服。1日1剂，3次分服。

主治：急性肠炎。（《土家族医药学》）

附方3：一枝黄花（鲜品）50g，马鞭草（鲜品）50g。

用法：水煎，内服。1日1剂，3次分服。

主治：流感，上呼吸道感染。（《中国壮药志》）

附方4：一枝黄花 30g，车前草 10g，马鞭草 8g。

用法：水煎，内服。1日1剂，3次分服。

主治：感冒（《苗族医药学》）

附方 5：一枝黄花（鲜品 30g）生姜 1 片。

用法：洗净，捣烂取汁，冲开水内服。

主治：小儿急惊风（《福安畲医畲药》）

附方 6：一枝黄花 10g，扛板归 30g

用法：水煎，外用。1 日 1 剂，用药水坐浴。

主治：阴道炎（《布依族医药》）。

[制 剂] 一枝黄花冲剂

制法：一枝黄花全草切碎，水煎煮，过滤，浓缩成浸膏。

加适当辅料拌匀，烘干，研成细粉，加水制成颗粒，烘干即得。

[临床应用] 主治流感，急性扁桃体炎（《中国壮药志》）

[现代临床研究]

1、治疗流行感冒，上呼吸道感染。一枝黄花（鲜品）、马鞭草（鲜品）

各 50g（儿童酌减），切碎，水煎服，每日 1 剂。共治疗 60 例，其中流感 50 例，上感 10 例。结果：除 1 例因严重并发症改用其他药用外，均单用本方治愈，疗程最短 1 天，最长 3 天，大多数只服 1 剂即愈。

2 治疗急性扁桃体炎。一支黄花 15g，煎服。每日 1 剂，以愈为度。治疗 31 例，均获痊愈，其中 1 剂治愈 4 例，2 剂 14 例，3 剂 13 例。追访观察半年，无 1 例复发。另用一枝黄花鲜品适量，捣烂绞汁，加食盐、醋少许搅匀，徐徐含咽，共治小儿急性扁桃体炎 300 例。结果：服药 1~3 剂治愈者 204 例，4~6 剂 93 例，无效 3 例。一枝黄花治疗本病有退热快、止痛佳、疗效快捷的特点。

3、治疗真菌性阴道炎，每日用 100%一枝黄花水煎液揩洗阴道 1 次，10 天为 1 个疗程：另用制霉菌素 50 万单位治疗（每

日 1 片置阴道后穹窿部，8~10 天为 1 个疗程）作对照。两组均在 1 个疗程结束后第 4 天复检阴道分泌物，镜检阴性及症状消失者为有效。结果：用一枝黄花组 50 例，有效 44 例，有效率为 88%；用制霉菌素组 26 例，有效率为 88.4%，两组疗效无显著差异（ $P>0.05$ ），提示有效率一枝黄花与制霉菌素疗效相当。

4、治疗乳腺增小叶增生，一枝黄花（鲜）50g，荔枝核 7 粒，橘核 7 粒，鲜橘子叶 3 片，米酒 200ml，炖服。药渣捣烂外敷患处 12 小时。1 日 1 剂，一个疗程 5 天。治疗乳腺小叶增生 48 例，临床近期观察（随访 3 年未发者）25 例，复发 2 例，复发率 8%。但用一枝黄花继续治疗仍有效。

5、预防充血性心力衰竭并发肺感染。观察组 61 例，对照组 61 例。观察组用一枝黄花 30g 煎熬液 100ml，分 3 次，漱口（上、下午以及睡前各 1 次），对照组用生理盐水漱口。结果观察组仅 1 例出现口腔霉菌感染，感染率为 1.64%，对照组中 12 例出现口腔霉菌感染，感染率为 19.7%，两组比较有极显著差异（ $X^2=8.61$ ， $P<0.01$ ）。以上 13 例口腔霉菌感染者均经涂片镜检而证实。一枝黄花煎液漱口可以有预防心力衰竭患者口腔霉菌感染，价格低廉且无副作用，值得推广应用。

第四章 传统医药非物质文化遗产调研方法与实例

第一节 调研方法

（一）非物质文化遗产概念

1、国际公约概念

2003年9月29日至10月17日，联合国教科文组织在法国巴黎举行第三十二届会议，制定了《保护非物质文化遗产公约》。根据《保护非物质文化遗产公约》的定义：“非物质文化遗产（Intangible cultural heritage）是指被各群体、团体，有时为个人视其文化遗产的各种实践、表演、表现形式、知识和技能及其有关的工具、实物、工艺品和文化场所”。

“非物质文化遗产”包括以下方面：

（1）口头传统和表现形式，包括作为非物质文化遗产媒介的语言；

（2）表演艺术；

（3）社会实践，仪式，节庆活动；

（4）有关自然界和宇宙的知识与实践

（5）传统手工艺。

2、中国关于非物质文化遗产的概念

《中华人民共和国非物质文化遗产法》第二条规定：“本法所称非物质文化遗产，是指各族人民世代相传并视为其文化遗产组成部分的各种传统文化表现形式，以及与传统文化表现形式相关的实物和场所。包括：

（1）传统口头文学以及作为其载体的语言；

（2）传统美术、书法、音乐、舞蹈、戏剧、曲艺和杂技；

（3）传统技艺，医药和历法；

（4）传统体育和游艺；

（5）其它非物质文化遗产。

（6）传统医药非物质文化遗产概念

传统医药属于非物质文化遗产的范畴，可归于“国际公约”中“有关自然界和宇宙的知识和实践”类别。

传统医药非物质文化遗产的概念为：“中华民族在其发展过程中创造的关于生命和疾病的知识以及这些知识相关的实践、技能等表现形式。”

3、传统医药非物质文化遗产类别

传统医药非物质文化遗产在“国际公约”中可归D类：即“有关自然界和宇宙的知识和实践”类。在《中华人民共和国非物质文化遗产保护法》中归为第三类，即“传统技艺、医药和历法”类。在我国《非物质文化遗产名录》中列为第九类（IX）：即《传统医药》。附《国家级非物质文化遗产名录》分类。

（1）民间文学（I）

（2）传统音乐（II）

（3）传统舞蹈（III）

（4）传统戏剧（IV）

（5）曲艺（V）

（6）传统体育、游艺与杂技（VI）

（7）传统美术（VII）

（8）传统技艺（VIII）

（9）传统医药（IX）

（10）民俗（X）

第二节 民族传统医药非物质文化遗产的调研方法

民族传统医药从传统知识到非物质文化遗产，帮助民族医药走出了继承与保护的这条坎坷之路，使我国民族传统医药及其知识产权从源头上得以保护。

（一）制定“非遗”调查方案。

民族医药非物质文化遗产调查工作开展前，要制定切实可行的调查方案。调查工作要在当地（县以上）文化及中医药主管部门负责下进行。

（二）调查步骤

1、认定是否属于非物质文化遗产。

在调查中对民族医药知识、实践和技能进行认定，哪些属于“非遗”，哪些不属于“非遗”，在明确属性后，再进行详细的调查研究，确定为“非遗项目”。

2、田野调查。

对民族医药“非遗”项目进行田野调查，广泛收集原始资料。在调查申要。找知情人，继承人或传承人访谈，全面了解项目的民族性、地域性、传承性、传播性、特色性、实用性等基本情况。对项目传承人的传承脉络要理清，最少要上理一百年，了解项目的历史源流。在调查中要做好资料的收集，如“口述”资料，文字资料，代表性实物，药材标本，医技医术器具等。

3、资料的记录。

对调查所得资料，包括口头资料、文字资料及实物资料，调查人员都要认真做好记录，特别是对口头“非遗”的记录要真实准确的体现“非遗”的内容。

4、资料建档与保存。

对收集的资料进行登记，分类，编目，为“非遗”项目建

立完整的档案。

资料的保存，采用文字、录音、录像、数字化多发媒体等现代手段，对保护对象进行真实、全面、系统的记录。对所收集的实物文字、录像等资料妥善保存，防止损毁、流失。

5、进行非物质文化遗产调查时，应当征得调查对象的同意，尊重其民族风俗习惯，不得损害其合法权益。

6、调查结束后，应向批准调查的主要部门提交调查报告及相应的资料。

（三）推荐民族医药非物质文化遗产代表项目名称录。

通过调研，对有保护价值的非物质文化遗产项目可推荐到各级文化主管部门列入非物质文化遗产代表性项目名录。推荐原则是逐级推荐，如县（区）级市州地级、省市自治区级、国家级非物质文化遗产名录。

推荐时应当提交下例材料：

3、项目名称、包括项目名称、历史、现状和价值；

4、传承情况介绍、包括传承范围、传承谱系，传承人和技艺水平、传承活动的社会影响；

5、保护要求，包括保护应当达到的目标和应当采取的措施、步骤、管理制度；

6、有助于说明项目的视听资料等材料。

三、民族医药非物质文化遗产调查与实例

民族医药非物质文化遗产调研工作，要在当地文化主管部门领导下进行。调查方法分为普查与代表性项目调查登记及项目的分级申报。目前，国家对“非遗”项目分为四级：既县（区）级、市（州、地）级、省（市）级、国家级。通过各级申报，由各级政府审批公布，“非遗”代表性项目名录。

民族医药非物质文化遗产代表性项目名录（以湖南省湘西

土家族苗族自治州为例)。全州通过“非遗”项目调查，全州上 8 县市有民族医药非物质文化遗产 100 余项，其中国家级 2 项、省级 2 项、州级 10 项、《湘西自治州民族医药类非物质文化遗产名录（州级以上名录）》，见附 1。

民族医药非物质文化遗产代表作申报，按级逐步申报。申报时填《XX 级非物质文化遗产代表作申报书》。实例附后，见附 2。

附 1:

湘西自治州传统医药类非物质文化遗产名录（州级以上名录）

序号	项目编号	项目名称	所在地区	名录体系	公布
1	I X—1	苗医苗药（癫痫症疗法）	凤凰县	国家三批扩展项目	2011 年
2	I X—2	苗医苗药（钻节风疗法）	花垣县	国家三批扩展项目	2011 年
3	I X—3	湘西苗医苗药	凤凰县、 花垣县	省级二批	2010 年
4	I X—4	土家医小儿提风疗法	永顺县	省级三批	2012 年
5	I X—5	土家族医药	湘西州	州级一批	2008 年
6	I X—6	苗医正骨术	龙山县	州级一批扩展项目	2009 年
7	I X—7	苗医苗药（龙清靠按骨术）	保靖县	州级一批扩展项目	2009 年
8	I X—8	土家医雷继续林蛇伤治疗技术	龙山县	州级一批扩展项目	2009 年
9	I X—9	苗药蒸汽疗法	花垣县	州级四批	2010 年
10	I X—10	土家医封刀接骨	永顺县	州级四批	2010 年
11	I X—11	土家族医药·蛇伤疗法	永顺县	州级五批	2012 年
12	I X—12	土家族医药·桐油接骨 黑药膏制作技法	永顺县	州级五批	2012 年
13	I X—13	土家族医药·不孕不育 症疗法	泸溪县	州级五批	2012 年
14	I X—14	苗医药·烧烫伤疗法	花垣县	州级五批	2012 年

附 2：非物质文化遗产名录申报范本

申报项目代码：IX

××级非物质文化遗产代表作申报书
(样 例)

申报项目类别：传统医药

申请项目名称：土家医小儿提风疗法

申报省、自治区、直辖市：湖南省

中华人民共和国文化部印制

年 月 日

一、基本信息

属 地	湖 南 省	项 目 名 称	
申 报 者		负 责 人	
通 讯 地 址		邮 编	
电 话		传 真	
电 子 信 箱			
所 在 区 域 及 其 地 理 环 境	《土家小儿提风疗法》为古溪州老司城土司王医官周氏后裔祖传 19 代的土家医特色传统疗法。古溪州老司城所在地为今湘西土家族苗族自治州永顺县。 永顺县位于湖南省西北部，湘西土家族苗族自治州北部，东邻张家界市境，西接龙山县，保靖县，北枕桑植县境，南临古丈县城，东南同怀化市沅陵县毗连，地理坐标介于东经 109° 35′ 至 110° 23′，北纬 28° 42′ 至 29° 27′ 之间，总面积 3800 多平方公里。全县所辖 30 个乡镇，总人口 50 余万，其中土家族 38 万人，总人口的 76%。 永顺县位于云贵高原东侧，武陵山西北与鄂西山地的交界之处，地势是西北东南倾斜之状。海拔最高为 1437 米，最低海拔为 163 米，高低相差 1275 米。永顺县属沅澧水溪，是多雨地区，降水充沛，全县共大小溪河 330 多条。县内年平均气温在 12.2℃—16.4℃，年降水量 1600 毫米左右，无霜期较长，约在 253—267 天。森林覆盖率占全县国土面积 56%。		

二、项目说明

分布区域	小儿提风疗法主要分布在湘西土家族民间，主要在永顺县石堤镇、灵溪镇等乡镇土家族民间传承与应用。
历史渊源	以古溪州周氏祖传为代表的土家医少儿提风疗法在湘西土家族民间流传上千年。据周氏家谱记载有近 20 代传承谱系。由于家谱遗失，在周氏墓碑上考证了清代以来的家族内传承历史。据碑文考证，周某某（1784~1856，为周氏医术第 13 代传人），传至现在的周某某（1973~），为周氏医术第 19 代传承人。从清乾隆年间至今的 200 余年，周氏土家医小儿提风疗法在家族内传承了 7 代。 周氏土家族医技医术传承特点为：传子不传女，一代只传承一人。每一代的传承时间较长，每代传承人的继承时间为 40 年左右。近年来，对周氏土家医技医术进行了抢救性传承，研究，对周氏土家医小儿提风疗法进行学术整理，制定了该疗法的技术规范，优势病种的诊疗规范，为小儿提风疗法的推广应用提供了科学依据。
	1、主要适应症。小儿走胎（麻证）、惊症、隔食（消化不良），痢稀（腹泻）。 2、诊断标准。（参照以上疾病的国家诊疗标准，确定诊断） 3、主要药物。鲜大路边黄、鲜小路边黄、鲜蛇莓叶、熟幽子、土鸡蛋、桐油。 4、操作方法。用煮熟的土鸡蛋，剥去 2/5 外壳，掏去鸡蛋黄。将鲜大路边黄、鲜

	小路边黄、鲜蛇莓叶、熟幽了捣烂烂，放入土鸡蛋内，折小纸筒一个，放适量桐油，点燃纸筒，加热桐油，将蘸燃的桐油滴入鸡蛋孔的药物上，以 30 滴为宜，用手触摸药物，温度约为 40 度，然后将加热的药物外敷在小孩肚脐上，固定 30 分钟。 5、治疗次数及疗程。1 日 1 次，3 次为 1 疗程。根据病情，临床上可酌情应用。							
相 关 制 品 及 其 作 品	药研擂钵，鲜大路边黄、鲜小路边黄、鲜蛇莓叶、熟幽子、土鸡蛋、桐油，打火机或火柴。							
传 承 谱 系	代 别	姓 名	性 别	出 生 年 月	文 化 程 度	传 承 方 式	学 医 时 间	居 住 地 址
	第 13 代	周 某 某	男	1784	私 塾	家 传	1805	溪州老 司 城
	第 14 代	周 某 某	男	1823	私 塾	家 传	1840	溪州老 司 城
	第 15 代	周 某 某	男	1855.8	私 塾	家 传	1875	灵溪镇 老 司 城
	第 16 代	周 某 某	男	1880.7	私 塾	家 传	1900	灵溪镇 老 司 城
	第 17 代	周 某 某	男	1902.5	私 塾	家 传	1922	灵溪镇 老 司 城
	第 18 代	周 某 某	男	1936.9	私 塾	家 传	1954	石堤宝

								灵 居 委 会
	第 19 代	周 某 某	男	1973.10	大 专	家 传	1995	石 堤 宝 灵 居 委 会

三、项目论证

基本特征	1、《土家医小儿提风疗法》是土家族药匠（医生）在长期的医疗活动中创造的一种外治方法。在湘西土家族民间流传千百年，长期在临应中应用。 2、《土家医小儿提风疗法》所有土家族药物材料、使用方法等具有简、便、效、廉的特点。 3、《土家医小儿提风疗法》技术操作简单不受条件限制，易学、经济实惠、不吃药、不打针、患儿易接受、临床疗效好，是便于推广应用的一种土家医适宜技术。
主要价值	1、学术价值 土家医认为，“风为万病之长”。小儿走胎、小儿停食、小儿惊风、小儿疳稀等疾病，均为风邪滞留于小儿中元脏等器，使肚肠不能动容经，食物停于肚肠，谷物不化，精微不能吸收，致使小儿患停食（隔食），走胎、疳稀等肚肠疾病。小儿提风疗法是将小儿肚肠中风气之邪“提”出肚肠，使肚肠正常运化，吸收水谷精微，以滋养机体，达到治疗目的。 第一节 推广应用价值 由于《土家医小儿提风疗法》所用药物均为土家族民间常用鲜药，所用材料均为民间生活材料，故资源丰富，经济安实惠。在技术操作上易学易掌握，便于传承与推广应用。 3、民生与社会价值。 《土家医小儿提风疗法》中一种不打针，不吃药、无创伤的外治疗法，治疗时间是短，频次少，费用低廉，惠及城乡儿童，特别是民族地区的农村儿童。该疗法具有明显的社会效益。
濒危状况	土家医小儿提风疗法作为一种特色传统外治方法，虽然具有历史悠久，世代传承，技术操作容易，临床疗效好的特点。随着现代医学进入现代生活，群众用西医治疗疾病占据疾病诊病的绝大多数，群众很少用民族医传统疗法治疗

	小儿疾病。特别是城镇，小儿患病主要依赖“输液”，打“抗生素”，为小儿健康埋下了“隐患”。小儿提风疗法一般在偏远农村应用。目前，在湘西土家族民间医生会用该疗法的为数不多，使土家医小儿提风疗法这一传承千百年的特色技术濒入失传，后继乏人。为了使土家医小儿提风疗法得以传承与推广应用，目前需采取有力的保护措施。
--	--

十、项目管理

管 理 组 织	组 织 名 称		责 任 人	
	通 讯 地 址		邮 编	
	电 话		传 真	
	电 子 信 箱			
资 金 入 放 情 况				

已采取的保护措施	1、法律保护措施。 《湘西土家族苗族自治州非物质文化遗产保护条例》和《湘西土家族苗族自治州土家医苗医保护条例》项目的颁布与实施，成为保护《土家医小儿提风疗法》的法律依据。 2、组织保护措施。 《土家医小儿提风疗法》项目所在地——永顺县成立领导小组及办公室；成立了县非物质文化遗产保护中心及保护工程专家委员会，使该项目得到有效管理与指导。 3、湘西自治州民族医药研究所组织专家对《土家医小儿提风疗法》项目的代表性传承人周大成名老土家医医技医术进行抢救性传承研究。整理了周大成临床诊疗经验，编著出版了《名老土家医周大成医案》一书。对小儿提风疗法技术进行了规范化研究，制定了《土家医小儿提风疗法技术规范》及《土家医小儿走胎诊疗规范》，以规范《土家医小儿提风疗法》临床应用技术行为。 4、湘西自治州民族医药研究所对《土家医小儿提风疗法技术》进行推广应用。培训全州基层（乡村）民族医药人员 70 余人，推广应用 1600 余例，取得满意效果。 5、确定《土家医小儿提风疗法》项目代表性传承人。
----------	--

三、保护计划

保护内容	1、代表性传承人的保护。 确定该项目的代表性传承人，建立传承人档案，定期培训传承人、发放政府津贴。 2、保护土家医小儿提风疗法特色技术。 对小儿提风疗法技术深入研究，不断发展完善技术规范，扩大临床应用范围，总结临床疗效，使该疗法成为土家医药的特色适宜技术，在基层推广应用，服务群众。 七、建立项目的传习场所，培训基层民族医药人员，更好的传承土家医小儿提风疗法这上些传统医技医术。 通过以上“静态”与“动态”保护，使该传统疗法得以传承与发展。		
五年计划	时间	保护措施	预期目标
	2011 年	持续开展普查，建立项目保护档案； 建立分级保护制度和分级保护标准；	摸清资源分布、流传、发生、发展等历史沿革及生存状况；确定保护带，完成保护名录、目标和准则等。

	2012 年	确定项目代表性传承人开展传承培训。 收集整理《土家医小儿提风疗法》相关资料，完善该疗法技术规范。	传承人能担当项目的传承任务。 编写《土家医小儿提风疗法》培训教材。
	2013 年	建立项目传习场所，培训技术人员，在基层推广应用。	在永顺县建立《土家医小儿提风疗法》传习所，在土家族地区推广应用小儿提风疗法。
	2014 年	开展《土家医小儿提风疗法》技术研讨会，研讨土家医传统疗法保护与利用； 建立《土家医小儿提风疗法》宣传平台，扩大对外宣传，提升土家医药知名度。	召开《土家医小儿提风疗法》学术研讨会； 建立《土家医小儿提风疗法》网站。
	2015 年	《土家医小儿提风疗法》展示； 扩大推广应用及总结应用经验。	在“非遗”中心全面展示该项目保护内容。 总结编著出版《土家医小儿提风疗法技术规范与应用》一书。

保护措施	1、确定《土家医小儿提风疗法》项目代表性传承人，使该项目得以保护与传承。 2、建立《土家医小儿提风疗法》项目档案，收集影像、实物、文字及相关材料入档。 3、开展技术培训、推广应用小儿提风疗法适宜技术。 4、扩大传播与宣传渠道，对外推介《土家医小儿提风疗法》，扩大影响与提升土家医知名度。 5、收集整理土家医小组儿提风疗法技术资料，总结临应用经验，编著出版《土家医小儿提风疗法》专著。
建立机构	1、在该项目传承人所在县建立《土家医小儿提风疗法》传习所，或在当地土家医诊所开展该项目的传承与推广应用。 2、在永顺县成立项目领导小组及办公室，管理与指导该项目的保护与传承。 3、永顺县制定《永顺县非物质文化遗产保护的若干规定》以利于该项目的保护。

其经 依费 据预 说算 明及	
备 注	

注：六、省级专家论证意见省级论证专家名单
七、省级文化行政主管部门审比意见（略）

第五章 民族药资源调查方法

第一节 民族药概念

各民族在与疾病抗争、维系民族生存繁衍的过程中，以各自的生活环境、自然资源、民族文化、宗教信仰等为根基，创立了具有本民族特色的医药体系。凡以少数民族使用的、以本民族传统医药理论和实践为指导的药物，称为民族药。民族药是本民族长期使用，疗效确切，具有鲜明的地域性和民族传统。

民族药具有二个属性：一是“物质属性”（有形的：来源于具体的物质），二是“文化属性”（无形的：作为药物的利用知识）。所以，在界定民族药时，应着重体现“以民族医药理论为指导传统使用”，或“在药物利用上具有显著的民族文化、风俗、生活习俗和民族地区资源特色”的“文化属性”特点。

民间药则是蕴藏在民间的草医草药和医疗方面的一技之长者，对某些药物应用有独到认识，并在实践中有一定疗效。由于他们并不一定受中医学的理论所指导，也很难归属于某个民族医学，故称民间药。

第二节 民族药的特点

各民族医药受本民族医药理论体系，传统系统性以及文化素质等因素，决定民族药的理论发展的水平差异性，表现在民族药理论的完整性。但各民族药共同的特点有如下。

一、资源地域性

我国的各少数民族分别相对集中地分布区域，在地形地貌上大致可分为青藏高原、横断山脉高山峡谷、西部荒漠、北部草原以及滇、黔、桂、海南及东北边缘的山地等 5 种类型，生态环境复杂多样，几乎囊括了我国所有的植物区系成分，药物资源极为丰富。由于民族医学主要就地取材利用所栖息地区的药物资源，所以各民族所使用的药物资源物种表现出明显的地域化特点，如《月王药诊》是较早的一部藏药史籍，收录的药物包括植物类 440 种、动物类 260 种、矿物类 80 种，其中 300 多种药物为青藏高原特产，多数药物沿用至今，如螃蟹甲、伞梗虎耳草、耳草、囊距翠雀、船形乌头、喜马拉雅紫茉莉、纤毛婆婆纳、水柏枝、翼首草、毛瓣绿绒蒿、蓝石草、乌奴龙胆、山莨菪、樟牙菜等；维族药品种则带有明显的荒漠物种特点；《晶珠本草》是收载藏药最多的一部大典，其中 30% 属藏医专用。常用蒙药有 500 余种，商品蒙药约 400 种，民族专用药 260 种。蒙药中具有民族特色的主要药用种类有：森登（文冠木、乌和日_西鲁斯（蒙古山萝卜）、阿拉坦花—其其格（金莲花）、昂给鲁莫斯—毕日阳古（香青兰、敏吉—茵—苏日（紫筒草）、巴嘎—塔日奴（瑞香狼毒）、嘎顺—包日其格（苦豆子）、楼格莫日（糙苏）、汗达盖—合勒（肾叶橐吾）、等。维药 600 余种，较常用的 360 种左右，其中本地产资源约 160 种，占维药种数的 27%。属于民族专用的约有 30 种，主要有：巴旦杏、索索葡萄，孜然、驱虫斑鸠菊，刺糖、洋甘菊、苘萝、唇香草、新

疆鹰嘴豆、异叶青兰、雪莲花、胡桐泪（胡杨）等。维药中习惯用芳香性药物，常用的有麝香、龙涎香、海狸香、薰衣草、丁香、豆蔻和荜茇等，此外，还较习用性峻毒烈的药物，如马钱子、曼陀罗、天仙子、骆驼蓬等。《西双版纳傣药志》记载了520种，其中最常用的有71种。傣药中植物类药用种主要有：麻嘎喝罕（缅茄）、麻景（油瓜）、麻芒（芒果）、牙勇（马唐）、哥麻口拉（人面果）、哥丹（糖棕）、牙竹麻（朱蕉）、埋嘎筛（龙血树）等。动物药在傣药中占有重要地位，不仅药用种数多，而且药用部位也有独到之处。

二、品种多样性

与各民族栖息区域的地形地貌、生态类型、生物多样性及面积密切相关，各民族药资源物种数量及其蕴藏量各具特色。分布于西部荒漠地带的维吾尔族等少数民族药资源，与其相对单调的地形地貌、生态及生物多样性相对应，资源物种数量及其蕴藏量都相对较少；在少数民族众多但各民族分布区域狭窄，以高山峡谷地形为主、生态与生物多样性极为丰富的云贵高原和湘西、鄂西地区，各民族药资源则表现出资源物种数量极为丰富但单品种蕴藏量则相对较小的特点；在地形地貌变化较小、生态环境相对较好且面积广阔的内蒙古高原，蒙族药资源物种数量虽然远不及云贵高原丰富但单品种蕴藏量则较大；而在地域辽阔、地形地貌极为复杂的青藏高原，藏族药资源无论是物种数量还是蕴藏量都极为丰富，且广泛使用高原地区特有的矿物、动物和佛教尊崇的珍宝类药材。虽然各民族药与中药及相互之间也存在着广泛的交叉，但除一些广布种外，这种交叉也主要存在于地理位置与生态环境相邻相近的民族地区之间。

三、功效差异性

各民族医药理论对药物认识上不同，导致同种药物在临床应用上差异。如决明子，中医：清肝明目，利水通便，主要用于目赤肿痛，视物昏暗，便秘，肿毒，癰疾；蒙医：消火止痛，引黄水，补身。主脓疔，痈疔等各种皮肤病，亦可治中风，肾虚阳痿。蒙医：燥协日乌素，滋补强壮。主治关节肿胀疼痛，全身瘙痒，协日乌素病。维医：生干生药，清除异常黑胆质和黏液质，纯化异常血液质。南方少数民族医，对药物的认识有自己独到一面，如土家族医、苗族医为掌握药物性味与病症之间的关系，编有歌诀：

藤木空心定祛风，对枝对叶可除红；

枝叶有刺可消肿，叶肉藏浆败毒功；

苦 酸 麻打能赶气，酸燥止痢甜补脾；

香淡祛风都能用，咬口追舌治伤力；

辛能定痛祛寒湿，甘主生肌补益用；

苦寒消 炎 消炎热，酸涩收敛抵污脓。

土家族、苗族是有语言，无文字的民族，其医术传承，全凭口传心授。为便于记住医术要领，常编成歌诀传授。通过植物性状、性味来辨别植物的临床应用，也是民族医在长期医疗实践的总结，对未知植物应用有一定指导作用。

四、基源复杂性

受地藏药“塞玛”（岩黄芪类）的原植物涉及到豆科的岩黄芪属、黄芪属、棘豆属和黄华属的40多种植物。而“蒂达”（藏茵陈类）的原植物则涉及到龙胆科、虎耳草科和唇形科的7属50多种。

维药中有许多药物虽然与中药材同名，但基原不同，多为本地产种类，如药用玉竹为新疆黄精、白鲜皮为狭叶白鲜、益母草为新疆益母草、荷花则为睡莲的花。诸如此类的还有防风、

赤芍、羌活、独活、木香、茜草，党参、藁本、麻黄、威灵仙等。

五、炮制民族特色

民族药炮制受各地域及民族风俗，各个民族医炮制药材具有鲜明民族特色。

（一）野生鲜用。南方大多数民族药材都来自于野生采集，很多是随采随用，因而药物鲜用较多。如难以采集的药材，多在自家附近种植一些常用药材，以备急用。自种的药材可以保护可持续利用，也避免药物保存条件不够而导致药材毁坏。近年以来，随着民族医药产业的发展，一些资源紧缺、疗效确切的品种，如甘草、冬虫夏草、肉苁蓉、锁阳、麻黄、独一味、灯盏细辛、重楼、雪莲花、川贝母、伊贝母、藏茵陈、波棱瓜、翼首草、红景天、桃儿七等实现了栽培生产或已在开展栽培技术研究。

（二）炮制各具特色。蒙医将寒水石的炮制就有寒制、热制、烈制、温制、灰制、泡制等六种方法；蒙医将草乌等毒性的药物常用诃子汤煮的炮制方法，降低药物毒性；黑冰片就是通过煅制而得；将玉竹、黄精、白朮等常用牛奶、肉汤等营养进行炮制，增加药物滋补功效。藏医手参通过水和牛奶煮后增加滋补作用。苗族药将有毒的药物通过煨制降低毒性，如煨草乌；山王瓜用尿制等。各民族药的炮制具有民族特色。

（三）应用形式不同。云、桂、黔、海南等气候温暖、植物生长茂盛的区域，各民族常利用鲜药材，现配现用；而在青藏高原、西部荒漠、内蒙高原等气候生态较为恶劣的区域，则多使用干燥药材，并多制成散、丸、酒剂等制剂以满足游牧生产中人员流动性大的需要。这些差异性与各民族的历史、文化、风俗、生活环境及宗教信仰等有着密切的关系，既体现了各民

族医药的特色，也正是各民族药包括中药资源可持续发展的宝贵财富。

第三节 民族药分类

为便于准确认识、鉴别和使用药物，民族医药学也逐渐开始根据药物的一些特性对药物进行归纳分类，形成了具有特色的较为完整的民族药分类体系。

《晶珠本草》将藏药分为 13 大类，即珍宝类、石类、土类、汁液精华类、树类、湿生草类、旱生草类、盐碱类、动物类、作物类、水类、火类、炮制类：其下，又进一步对大类药物进行细分，如树类分为叶、花、果实、枝、干、皮、树脂等 7 类，旱生类草本分根、叶、花、果实、地上部分和全草等 6 类，动物药分为角、脑、脂、血、粪、骨髓等 29 类。

具有特点的是根据药物的“质”和“性”来分类的珍宝类和汁液精华类药物，珍宝类分上品珍宝类(主要指活佛、高僧的“舍利子”)和普通珍宝类(金刚石、玉石、祖母绿等贵重宝石)，后者又根据是否可熔化分为不熔性珍宝药物和可熔性珍宝药物；汁液精华类药物则有冰片、丁香、红花、麝香、牛黄、地松脂等所谓“天地物之精华”，藏药中对这两类药物的独立分类及广泛使用显然与佛教推崇珍宝和自然界精华的思想有关。

蒙药分类与藏药类似，《认药白晶鉴》将蒙药概略分为珠宝、石、土、汁液精华、木、草、动物七大类。在《无误蒙药鉴》继续沿用上述分类方法，进行二级类，珠宝类药物下分可熔和不可熔两类；石类药也分可熔和不可熔两类；土类药物下分天然品、加工品及盐品三类；汁液精华类药物下再按草、木、动物及石类分述，木类、汤类、草类、动物类药物下则又分别按药用部分详细分类。

土家族药分为冷性、热性和平性三种性能、八种性味，药物分为“七十二七”、“七十二风”、“七十二莲”、“三十六蜈蚣”“三十六血”等 20 多类。

在性味上“七”类药物苦、辛和寒、凉者居多，甘、平、酸者较少。其功能是以活血止血、消肿祛瘀、清热解毒、祛风除湿、通筋活络为主。在临床应用上，多用于外伤内劳、风湿痹证、疮子、疮疮等证疾的治疗。也用于某些急性证疾，如止咳平喘，利湿泻火等。

在性味上，“还阳”类药物苦、辛和寒、凉者较多，甘、平、淡、温次之。其功能主要是清热解毒，祛风除湿，消肿止痛，活血化瘀，散血止血，续筋活络。还有部分“还阳”药具有化痰止咳，通经催乳，镇静安神，通淋利尿等功效。在临床应用上，药匠多用于内劳外伤，风湿痹症，疮疡、妇科病等证候的治疗。与“七十二七”类药物诸多功能相似，故将“七”和“还阳”药物都作为常用药物备之，以解急慢之疾。

土家医将某些象蜈蚣形状一类的药物，称之为 36 蜈蚣药。一般具有辛、甘、温、等平或微苦、寒性味，能祛风利湿，行气活血，芳香开窍，清热解毒，消肿止痛功能。

苗药分为治毒药、通散药、补体药、健胃帮交环药、治伤药和其它类药等 6 个类型。

第四节 民族调查内容与方法

由于各民族医药在理论体系、古代文献记载、实际临床应用形式及现代研究基础等方面发展水平不同，加之民族药资源及其使用具有区域性特点，因此对民族药资源调查方法不能一概而论，应针对各民族药特点、实际发展及研究状况设计相应调查方案，采取临床实际应用、生产、流通状况调查与地区资源物种调查并重的方法。对于有古代医药文献记载的民族药，还应结合对本草文献的考证设计调查方案；而对于无本民族文字记载的，则应特别邀请当地民族医师共同参与调查，以确证民族药的种类和基源。目前对民族药资源开展类似中草药资源普查工作不现实，可重点对大宗常用民族药品种进行资源调查。

一、调查内容

（一） 中药

土家族医生，土家语称为“社左”，分药匠、水师、梯玛（土老司）三种。药匠主内科，水师主外科，均以药物治疗、推拿按摩为主，集医、药、护于一体；梯玛既主持宗教仪式活动，又兼治各种疾病，集巫术、医术于一身。土家族医生将病因总结归纳成三种，诊断方法五种，内外兼治的临床治疗方法20多种。疾病命名有六大特点、三种方法，500多种疾病分别归于七症、八类、三伤或三十六惊七十二疾。临床护理归结为五种“服侍”技术。土家族药分为冷性、热性和平性三种性能、八种性味，药物分为“七十二补阴”、“七十二还阳”、“三十六蜈蚣”等20多类。780多个医方分别归于16类方剂。土家族药特讲究炮制，其炮制方法有10多种。

苗族医药有四大特色：一是命名的民族性，二是分类的特殊性，三是加工的简易性，四是配方的灵活性。临床治疗有四大特点：一是医巫一家，二是医药一家，三是医护一家，四是

医武一家。临床疾病分为四大门类：一是内病门，二是孺儿门，三是外病门，四是妇病门。在辨病立病上，创立了“三十六症”、“七十二疾”之学说。在病因上分为6种致病原因，16种治疗方法。

民族药的名称（本民族文字名称、汉文名）、基源（包括药用部位）混乱，替代品多的现象极为普遍。如不同文献记载的藏药“塞玛”（岩黄芪类）的原植物涉及到豆科的岩黄芪属、黄芪属、棘豆属和黄华属的40多种植物；初步统计在不同的藏医药文献的记载中，约有84%的藏药的藏文名、音译汉文名和基源都不同。

又如采药十句歌诀：

春用尖叶夏花枝，乔木多取茎皮果；

灌木也可用全株，草木通常用全草；

全草药物多夏割，成熟前后摘果实；

树皮可在春末剥，秋末春前采根茎；

含苞待放摘花朵，采药歌诀要记清。