



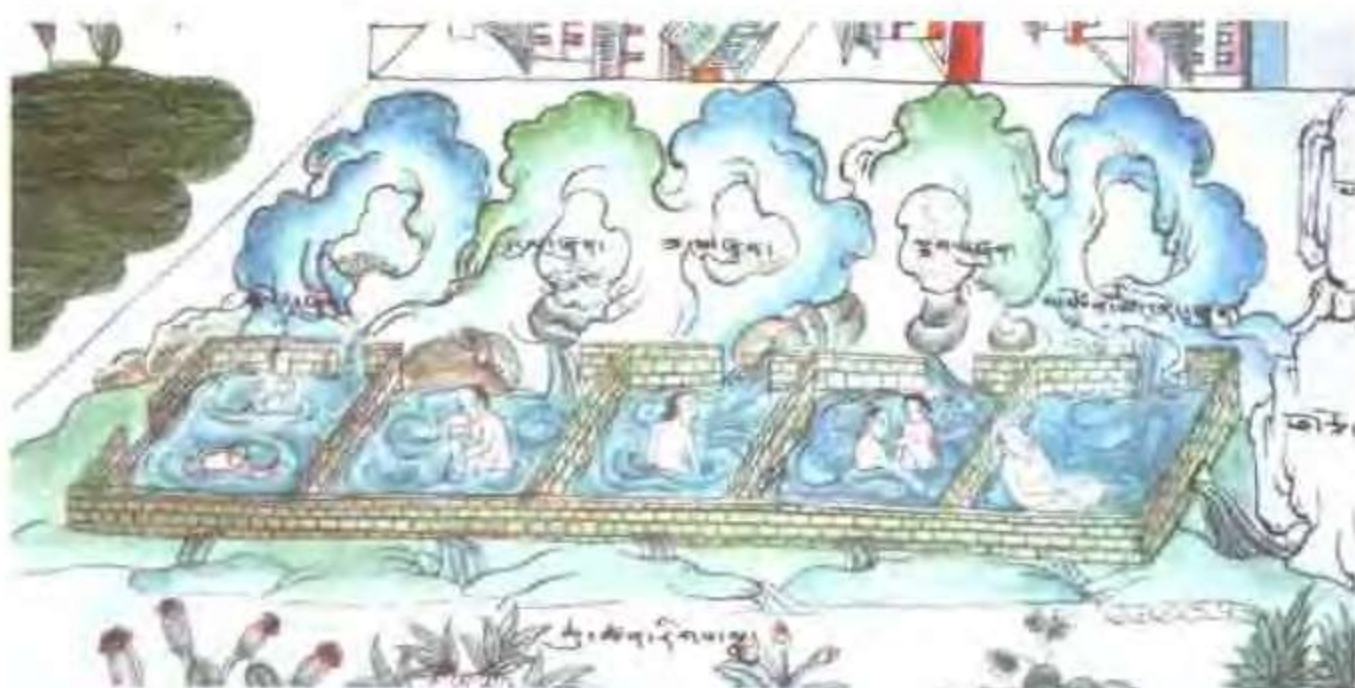
神山下的玛旁雍措湖是藏族人民心中的圣湖，每逢藏历“铁马”年，大批信徒来此沐浴朝圣



每年藏历七月藏族传统“沐浴节”期间，人们在河中沐浴可以驱病纳祥

(李晓林摄于拉萨河畔)

◆ 藏医矿泉浴



据《四部医典》描述，在药城西边盛产治一切疾病的五种岩精、五种寒水石，五种药河，五种温泉



西藏矿泉资源极为丰富，是藏药浴主要形式之一（图为拉萨附近的堆龙德钦温泉）

藏区部分地热矿泉已得到有效开发，成为当地重要旅游资源

（作者摄于甘孜）





矿物药：渣驯



矿物药：上品中性寒水石



动物药：麝香



动物药：龙骨



五味甘露之阴甘露：藏麻黄



五味甘露之阳甘露：刺柏



五味甘露之草甘露：小叶杜鹃



五味甘露之土甘露：大籽蒿



五味甘露之水甘露：水柏枝



新建成的北京藏医院设有2000平方米的藏药浴中心，20张药浴病床。



藏药浴治疗大厅



藏药浴休息大厅



诊断并开出藏药浴处方

煎药



制取药液



测量水温

患者浸浴



护理一：补充水分

护理二：擦汗





本书作者辨证加药



作者在藏药浴治疗中心主持会诊



查房



北京藏医院药浴新设备：华亨蒸汽治疗仪

主 编 弁 言

藏医学的起源和藏民族起源的历史一样久远。当睿智的松赞干布从周边地区延聘名医,促成早期藏医经典《无畏的武器》诞生之际,藏医学在广袤的青藏高原上已经历了漫长的历史时期。有人认为,其历史距今已有 2100 多年。^① 在经历了长期的萌芽与积累之后,大约在公元 6~9 世纪时,藏医学完成了学术体系的创建,以《四部医典》为代表,确立了在世界传统医学中的独特地位。目前国内外越来越多的学者将藏医与中医、古印度医及阿拉伯医学并称为世界四大传统医学体系,且为其中完整保存至今的两大体系之一。^②

藏医学的学术内涵深深植根于藏文化母体。独一无二的高原地理,孕化了神奇而多样的藏药资源;对宗教的普遍信仰,赋予了藏医对生命独特的认知方式与价值理念;而身处华夏、印度、阿拉伯三大文明区域包围之中的特殊地域因素,又使藏医有可能在中世纪完成对周边地区古代医学经验的继承与融合,从而创造出多源合流、博大精深、历久而弥新的医学体系。

从今天的眼光来看,传统的藏医学不仅具备理论体系和诊疗体系,而且其诊疗经验涉及内、外、妇、儿及预防养生各领域,所采用诊疗手段包括脉诊、望诊、尿诊,以及药物疗法、起居疗法、饮食疗法、外治疗法等,内容极为丰富,

① 尼玛次仁:《著名藏医大师措如·次朗的〈四部医典诠释〉概述》,载《2000 国际藏医药学术会议论文集》,2000 年。

② 另一人体系即中医学。

尤其是藏医对胚胎学的认知水平及尿诊经验的丰富程度,在各传统医学体系中都是首屈一指的,即使在西方医学甚为发达的今天,藏医的诊疗经验仍具有极为重要的价值,包括学术研究价值和临床应用价值。但在一定范围内,部分民众对藏医的了解还极其有限,西医至上的观念也使很多医学界人士对藏医的认识并不客观全面。

如何弥合藏医与西医及中医在研究上的裂痕,以一种客观公正的科学态度来发扬传统藏医学优势,服务于更广泛的民众,这将是新世纪藏医学研究的关键课题。概括而言,它包括继承与发展、比较与结合、转译与弘扬三个方面。

一、继承与发展问题

在所有传统学术门类中,继承与发展问题是关系兴衰存亡的根本问题。继《四部医典》之后,藏医学术进入繁荣和成熟时期,表现为学派纷起和大量藏医典籍的问世,各种诊疗经验更为系统而详尽。但总体而言,后期的藏医学术尽管较早期藏医有了很大的发展,却基本是在《四部医典》这一医学经典的范式之下所作的发挥,1000多年来藏医先贤的所有精进的成果,实际是在充实和深掘《四部医典》的内涵。但近100年来,西方医学的迅速崛起,第一次使藏医学受到了严峻的挑战。一方面在广大藏区,藏医医疗在整个社会医疗体系中的比重逐步下降;另一方面,藏医在与西医结合的过程中,诊疗技术西医化的倾向也日益显示出来。前者是显而易见的,后者是潜移默化的,这两种现象都是藏医学在现实中无法回避的事实。不能继承传统藏医精髓,将无法接续前人智慧,发展藏医亦是无源之水;继续恪守经典教条,不结合现代技术条件和时代需要发展藏医,传统藏医也将失去再传之薪火。

二、比较与结合问题

比较与结合的问题对藏医而言并不陌生。从藏医奠基时期宇妥等杰出人物广泛的游学经历,以及历代吐蕃赞普对周边名医的延请与礼遇,我们不难认为,藏医的形成与发展,不仅基于自身的实践,而且是长期持开放的态度,借鉴与吸收中医等周边地区的医学经验的产物,甚至包括古希腊医学的内容。时至今日,另一种源于古希腊的医学体系在还原论的催化下已风行于世,并成为科学标准的制定者与评判者,而藏医等传统医学却置身于亟待推广的境地。藏医要发展,就应该鼓励藏西医结合,但不能盲目结合导致西化,而应如一千多年前宇妥等人吸收外来医学一样,把外来经验与技术消化在自

身的理论框架之下。然而我们也注意到,当前人们对西医化学药品与高科技医疗器械的充分信赖,冲击了藏医在很多治疗领域内的优势,对传染性疾病、中毒类病症等的疗效相对西医已成弱势,曾领先于世的外科手术等多种外治法已基本被西医外科技术取代;但在另一方面,对西医化学药品疗效往往具有局限性的一些病种如心脑血管病、神经系统疾病、胃病、糖尿病等,藏医药却依然显示出强大的生命力,部分疗效明显优于西医。因此,比较藏西医的异同,认清双方的优势与劣势,用一种相互理解与尊重的态度补益彼此的不足,这对两个学术体系而言都是一件极具前景的工作。中医与西医结合的历史为此提供了宝贵的经验和教训。

三、转译与弘扬问题

1835年,匈牙利人乔玛(Alexander Csoma)在《亚洲学报》上发表《一部西藏医学著作的分析》,首次向西方世界简要地介绍了《四部医典》,从此西方世界对藏医的研究不断升温。据统计,1789~1995年间藏医药学术论文达1700多篇,^①同时意大利、英国、德国及美国等多个国家也建立了专门的藏医研究或医疗机构;而据笔者对国内藏医文献统计,1907~2001年间藏医论文也在2000篇以上,其中尤以20世纪80年代以后为主。这种藏医学术空前繁荣的局面,是由于藏医研究在北京等广大西藏以外地区的蓬勃发展,以及中医、西医等其他学科研究人员的积极参与而形成的,这种跨地域、跨学科、跨文化的传播与协作,是弘扬藏医的必由之路。

然而我们注意到,在这种弘扬的过程中,藏医内涵转译的问题甚为关键。它不仅仅指隆、赤巴、培根等专用术语的翻译,更主要的则指对一种独特方法论的转译。带着结构分析的思维翻译“隆”,其翻译结果只能使人认为藏医理论粗糙、空泛,甚至玄虚。这已不仅是对术语的误译,而是对藏医根本理论的扼杀。这一问题不仅存在于藏汉语之间、藏语与其他语种之间,更深层的问题则发生在藏医与西医、藏医与中医之间。

正确的转译必须基于对藏医方法论与价值观的准确理解与诠释。当藏医跨越语种与学科的隔离进行交流时,任何一种成见,尤其是受生物医学熏陶出来的学科成见,往往将藏医与原有宗教、历算等文化背景割裂开来,或评价三因五源学说的物质基础,或千方百计地寻找藏药的有效成份,最终将藏

^① Jürgen C. Aschoff, Annotated Bibliography of Tibetan Medicine [1789~1995], Fabri Verlag and Garuda Verlag 1996.

医简化为一种草药医或处方医之类的经验医。这种不同学科间方法论上的误读是弘扬藏医过程中需要解决的至关重要的问题。中医在这方面的教训非常深刻。

现在,历史已翻开了新的一页,现代西方医学正在突破原有的种种局限,从生物医学模式向生物—心理—社会医学模式渐变,并由此对传统医学的观念与效果产生新的认识与尊重。这种转变为藏医的弘扬提供了新的契机。有鉴于此,我们发起、组织、编辑了这套《藏医药研究丛书》,旨在新形势下,总结藏医药发展所取得的成就,并采用新观念、新视角、新方法促进藏医跨地域、跨学科的研究,从而为弘扬藏医学术、开创藏医事业新局面奉献应尽之力。

新世纪刚刚开始,我们期待着,这种由世界第三极的居民所创造的医学传统,能够借着今人的努力与真诚,再度辉映出睿智的光芒,伴随着新世纪的朝霞,渐渐惠及更为广阔的地域。

黄 福 开

2002 年 12 月于北京藏医院

总 序

自古以来,藏族人民就栖居在雪域高原上,雄壮瑰丽的自然环境,赋予了藏民族淳朴善良的天性,也激发了他们顽强的生存意志。在与自然灾害和疾病斗争的长期历史过程中,藏族人民积累了丰富的生存经验,其中就包括藏医学。

从传统上讲,藏医学属于“十明”之一,是藏民族所有医疗经验的总汇,并形成了比较完整的理论体系和临床实践,在传统藏学中占有重要的地位。它起源于藏族人民的生产、生活实践,历史非常悠久。历代藏医都十分重视医疗经验的积累和理论的总结,他们依托古老的藏语文对各个时代的医学做了忠实的记录,编著了大量的医药学著作,促进了藏医药的实践和传播。

藏医的历史表明,藏医取得巨大发展的每一步,都会涌现出一批代表医著,而每一部杰出的医学著作,都会推动当时或以后的医学实践。这方面最有代表性的是伟大的藏医学家宇妥宁玛·云丹贡布编著的《四部医典》。宇妥生活在公元8世纪,当时藏医学发展到很高的水平,吐蕃盛世疆域辽阔,为藏医的发展提供了广阔的舞台,也为引进周边民族的医学创造了有利的条件。正是在这样的背景下,宇妥宁玛·云丹贡布编著了名垂史册的藏医巨著《四部医典》,牢固地确立了藏医学在世界传统医学中的地位。从此藏医学像一股奔涌不竭的甘泉,从雪域高原流向辽阔的祖国内地,为各族人民的健康做出了贡献。

在进入21世纪的今天,医学科学的发展日新月异,藏医学面临着严峻的形势,各族人民群众对藏医学也提出了更高的要求。藏医要生存,更要发展,要在继承传统的基

基础上,顺应时代的发展,与时俱进,大胆探索和创新,藏医学才能得到更大的发展。我认为,当前应努力做好以下工作:首先是处理好继承传统与创新的关系;其次是处理好藏族文化与其他民族文化的关系;第三是基础研究与应用研究的关系;第四是尽快抢救和整理出版古代藏医药著作;最后一个非常重要的工作即不断提高藏医自身素质。

在这方面,各地藏医做出了不少的努力,特别是北京藏医院,作为一所国家级的民族医院,建院十年来,在促进藏医与其他民族医学的交流借鉴方面,在继承和创新方面,以及在藏医应用和普及方面都做出了有益的尝试,取得了突出的成绩。

北京藏医院编辑出版的“藏医药研究丛书”,为弘扬藏医药开了个好头。我衷心祝贺这套丛书的出版,并且希望,北京藏医院能为藏医发展、为藏医药走向世界发挥更大的作用,最终促进藏医学以新的气象日益繁荣起来。

措如·次朗

2002年12月8日

(作者为西藏藏医学院院长、北京藏医院名誉院长)

序 言

藏医学是一门理、法、方、药非常完整的传统医学。概而言之,它是以三因学说为理论核心,以五源学说为指导思想,以七物质、三秽物及脏腑经络的生理、病理学说为基础,以整体观念、辩证论治为特点的独特的医学理论体系。藏医的治疗,以药物疗法为主,以药物的六味、三化味、两力、八性、十七效为药理指导,其药物资源多达两千余种,常用药也有一两百种之多。其中藏医药浴就是全面体现其理论体系和药物特点的外治疗法之一,当前在治疗风湿病、类风湿病、关节病、皮肤病等某些疑难疾病方面具有突出的疗效,受到医学界的重视和广大患者的欢迎。

藏医药浴疗法最初是民间的医疗经验。藏医古籍《四部医典》第四卷“后续部”第23章专门有“药浴”一章(李永年译本直译为“五械浸浴法”),认为“凡是四肢强直、癰疮、疔疮、新旧痞伤、肿胀、驼背、骨内黄水病、一切隆型疾病等,都可以用药水浸浴疗法施治”(据马世林等散文译本),同时指出各种疾病的方剂和用法以及若干种不宜药浴的疾病。可见藏医药浴疗法的历史已经非常古老。以后历代的藏医学著作中也大多有药浴的著述。例如清道光年间罗桑却佩著《藏医药选编》一书,其中关于药浴的论述,基本上是《四部医典》的发挥。《四部医典》中介绍的方剂之一,后来成为药浴的基本方“五味甘露汤”,用的是生长于草甸的甘露黄花杜鹃叶,生长于阳山的甘露圆柏枝,还有阴山甘露高山麻黄、水甘露水柏枝、土甘露丛生亚菊等5种药,许多病的治疗都在此基本方上加味,所以藏医的药浴又称“五味甘露浴”。

尽管传统医学知识的积累和创新是崎岖而漫长的,但

医学毕竟是与时俱进的科学。一千多年来,藏医药浴在临床经验方面的积累更加丰富,历代都有一定的发展和创新,特别是 20 世纪 70 年代以后,关于药浴的适应症、处方组成、药物基原和配伍、临床验证、病理药理阐明都越来越清晰、丰富和完整。《中国藏药浴》一书对藏医药浴疗法进一步做了全面的整理和提高,明确功能主治,突出藏医特色,对藏医专科专病的发展和多种疗法的总结提供了一个很好的范例。

面对世界科技日新月异的发展态势,藏医药的临床疗效需要提高,藏医药的科研需要深化。发展创新也是藏医药的生命。藏医药浴疗法作为一种既有良效又易为群众接受的外治法,必将为人民健康做出更大的贡献,也必将带动整个藏医药学的继承和发展。

诸国本

2002 年 12 月 5 日

(作者为中国民族医药学会会长、国家中医药管理局原副局长)

目 录

主编弁言 黄福开
总 序 措如·次朗
序 言 诸国本

总 论

第一章 药浴与藏药浴

第一节 药浴概说 1
一、药浴的基本概念 1
二、药浴的基本原理 2
三、各民族药浴疗法概览 3
第二节 藏药浴概论 5
一、藏药浴的学术归属 5
二、藏药浴的内容与分类 5
三、藏药浴的特点 6
第三节 藏药浴的起源与发展 8
一、藏药浴的起源 8
二、藏药浴的成熟 10
三、藏药浴的发展与前瞻 12

第二章 藏药浴的理论基础

第一节 三因学说 14
一、三因的基本内涵 14
二、三因的基本功能 15

三、三因学说的应用	17
第二节 藏医对正常人体的认识	21
一、藏医的解剖与比象	21
二、人体基本物质的构成	28
第三节 病因与病机	29
一、病源与病因	29
二、病机	30
三、病位	32
 第三章 藏药浴的治疗范围	
第一节 藏医学的疾病分类	33
一、藏医学对疾病分类的演变	33
二、藏医学对疾病的分类方法	34
三、《四部医典》对疾病的分类	35
第二节 藏药浴的适应病证	40
一、适应病证与禁忌病证及其相对性	40
二、藏药浴在各病支中的一般应用	42
三、藏药浴适应病证的划分	43
第三节 隆病	45
一、隆病总述	45
二、隆病的分类	47
三、藏药浴在隆病治疗中的应用	48
 第四章 藏药浴的药物组成	
第一节 藏药学的基本理论	49
一、藏药学简史	49
二、藏药的基本分类	50
三、五源学说	51
四、藏药的性味功效	54
五、植物藏药的特征	56
六、藏药浴中藏药的应用	57
第二节 五味甘露的药物组成	57
一、阴甘露——藏麻黄	58
二、阳甘露——圆柏枝	59
三、土甘露——青蒿	61
四、水甘露——水柏枝	63

五、草甘露——杜鹃叶(花)	64
附：藏药浴“五味甘露方”源流考	66
第三节 常见配伍药物	77
一、植物类	77
二、动物类	84
三、矿物类	86
第四节 缚浴	89
一、清热缚浴法常用药物	89
二、祛寒缚浴法常用药物	93
第五节 矿泉浴	98
一、矿泉浴简介	98
二、矿泉反应及注意事项	99
三、传统矿泉浴中主要矿物质	100
 第五章 藏药浴的现代研究	
第一节 藏药浴的机制讨论	104
一、藏医研究	104
二、中医研究	105
三、西医研究	106
第二节 藏药浴实验研究	110
一、免疫学研究	111
二、药效学研究	112
三、毒理学研究	115
四、其它研究	116
第三节 藏药浴的临床研究	122
一、藏药浴的临床研究重点	122
二、藏药浴与其它疗法的配合研究	125
三、藏药浴临床研究展望	127
 第六章 藏药浴的实施与护理	
第一节 藏药浴的实施原则	130
一、辨病施浴	130
二、辨证施浴	131
三、辨人施浴	131
四、辨时施浴	131
第二节 藏药浴的实施要领	132

一、制取药液	132
二、各类药浴方法的一般原则与要领	133
三、藏药浴的时间选择	135
第三节 藏药浴的护理	136
一、浴前护理	136
二、浴中护理	136
三、浴后护理	137
四、护理过程中的注意事项	138
 各 论	
第七章 风湿类疾病	
第一节 风湿、类风湿性关节炎	140
一、概述	140
二、临床表现	141
三、病因病机	143
四、综合诊断	146
五、综合治疗	147
六、药浴处方	151
七、现代研究	151
八、典型医案	152
第二节 强直性脊柱炎	152
一、概述	152
二、临床表现	153
三、病因病机	154
四、综合诊断	155
五、综合治疗	157
六、药浴处方	158
七、药浴实施	159
八、典型医案	159
第三节 痛风	159
一、概述	159
二、临床表现	160
三、病因病机	161
四、综合诊断	162
五、综合治疗	163
六、药浴处方	164

七、典型医案	164
第八章 神经系统疾病	
第一节 痿痹	165
一、概述	165
二、临床表现	166
三、病因病机	166
四、综合诊断	170
五、综合治疗	173
六、药浴处方	174
七、药浴实施	174
八、现代研究	175
九、典型医案	175
十、文献摘要	176
第二节 小儿脑瘫	176
一、概述	176
二、临床表现	176
三、病因病机	177
四、综合诊断	179
五、综合治疗	181
六、药浴处方	182
七、药浴实施	182
八、典型医案	182
第三节 癫痫	183
一、概述	183
二、临床表现	183
三、病因病机	184
四、综合诊断	186
五、综合治疗	188
六、药浴处方	189
七、药浴实施	190
八、典型医案	190
九、文献摘要	190
第四节 老年性脑病	190
一、概述	190
二、临床表现	190

三、病因病机	191
四、综合诊断	192
五、综合治疗	193
六、药浴处方	193
七、典型医案	193
第九章 皮肤病	
第一节 硬皮病	195
一、概述	195
二、临床表现	195
三、病因病机	196
四、综合诊断	197
五、综合治疗	197
六、药浴处方	198
七、药浴实施	198
八、典型医案	198
第二节 银屑病	199
一、概述	199
二、临床表现	199
三、病因病机	200
四、综合诊断	201
五、综合治疗	202
六、药浴处方	204
七、药浴实施	204
八、现代研究	204
九、典型医案	205
第三节 带状疱疹	205
一、概述	205
二、临床表现	205
三、病因病机	205
四、综合诊断	206
五、综合治疗	206
六、药浴处方	207
七、药浴实施	207
八、典型医案	207
第四节 真菌病	208

一、头癣	208
二、手足癣	210
第五节 其它皮肤病	212
一、神经性皮炎	212
二、狐臭	213
第十章 妇产疾病	
第一节 综述	215
一、藏医妇产生理	215
二、藏医妇产疾病	215
三、藏药浴疗法在如风、妇血症中的应用	217
第二节 产后受风	218
一、概述	218
二、临床表现	218
三、病因病机	218
四、综合诊断	219
五、综合治疗	220
六、药浴处方	220
七、典型医案	220
第三节 子宫痞瘤	220
一、概述	220
二、分类	221
三、病因病机及临床表现	221
四、综合治疗	222
五、药浴处方	224
六、药浴实施	224
七、文献摘要	224
八、典型医案	224
第四节 其它	225
一、女性外生殖器疾病	225
二、崩漏	225
三、子宫虫病	226
四、子宫破裂	226
五、子宫脱垂	227
六、难产	228
七、产后失血	228

八、产后瘀血阵痛	229
九、乳房肿痛	229
十、不孕症	229
第十一章 骨伤疾病	
第一节 骨质疏松	231
一、概述	231
二、临床表现	232
三、病因病机	232
四、综合诊断	234
五、综合治疗	235
六、药浴处方	235
七、典型医案	235
第二节 颈腰椎间盘突出	236
一、概述	236
二、临床表现	236
三、病因病机	238
四、综合诊断	239
五、综合治疗	240
六、药浴处方	240
七、药浴实施	240
八、现代研究	240
九、典型医案	241
第三节 骨性关节炎	241
一、概述	241
二、临床表现	241
三、病因病机	242
四、综合诊断	243
五、综合治疗	244
六、药浴处方	245
七、药浴实施	245
八、现代研究	246
九、典型医案	246
第四节 创伤	246
一、概述	246
二、临床表现	247

三、病因病机	248
四、综合诊断	249
五、综合治疗	250
六、药浴处方与实施	251
第十二章 美容	
第一节 雀斑	253
一、概述	253
二、临床表现	254
三、病因病机	254
四、综合治疗	254
五、药浴处方与实施	255
六、典型医案	255
七、保养与护理	255
第二节 痤疮	256
一、概述	256
二、临床表现	256
三、病因病机	256
四、综合治疗	257
五、药浴处方与实施	259
六、典型医案	259
七、保养与护理	259
第三节 黄褐斑	259
一、概述	259
二、临床表现	260
三、病因病机	260
四、综合治疗	260
五、药浴处方与实施	261
六、典型医案	261
七、保养与护理	261
第四节 脱发	262
一、概述	262
二、临床表现	262
三、病因病机	262
四、治疗方法	264
五、药浴处方与实施	264

六、典型医案	264
七、保养与护理	265
第十三章 肥胖症及慢性疲劳综合症	
第一节 肥胖症	266
一、概述	266
二、临床表现	266
三、病因病机	267
四、综合诊断	268
五、综合治疗	269
六、药浴处方	270
七、药浴实施	270
八、典型医案	271
第二节 慢性疲劳综合症	271
一、概述	271
二、临床表现	272
三、病因病机	273
四、综合诊断	275
五、综合治疗	276
六、药浴治疗	278
第十四章 其它疾病	
第一节 中毒	280
一、概述	280
二、临床表现及诊断	280
三、病因病机	284
四、综合治疗	284
五、药浴实施	285
六、文献摘要	286
第二节 邪魅病	286
一、概述	286
二、临床表现及诊断	287
三、病因病机	288
四、综合治疗	288
五、文献摘要	289
第三节 疫病	289

一、概述	289
二、临床表现及诊断	289
三、病因病机	290
四、综合治疗	291
五、文献摘要	293
第四节 杂病	293
一、食欲不振	293
二、口渴	293
三、尿闭	294
四、黄水病	294

附录

一、主要参考文献	296
二、《四部医典》药浴译文节录	299
三、《苯教大藏经甘珠尔·四部医本》药浴译文节录	310
四、五世达赖喇嘛与藏药浴	315
五、《宇妥·云丹贡布传·寻找矿泉》选译	317

第一章 药浴与藏药浴

藏药浴属藏医治疗学范畴,是藏医外治疗法的重要手段之一,并且因其丰富的临床经验和独特的配方,而成为我国传统药浴疗法的重要组成部分,在我国民族医学中占有重要的地位。

第一节 药浴概说

药浴,作为传统医学的一种独特的外治疗法,具有悠久的历史,在多民族医学中被广泛应用。它起源于古人最基本的洗浴习惯,并在长期积累的医学知识基础上,逐渐和药物外治疗法相结合,经过千百年临床实践而发展成为药物疗法的分支,具有简便廉验、适应范围广等特点。

一、药浴的基本概念

药浴,又称溺浴。溺,意为湿;浴为洗澡之意。《中医大辞典》认为:“溺浴,外治法之一。把药物煎成汤汁,进行水浴、浸泡、溺渍的治法,适用于全身性或局部疾病。”《中华药浴》把药浴分为熏蒸浴、沐浴、浸洗、热敷、冷敷、热熨等六大类,并据此认为,“药浴是指将不同方式加热或不加热的中草药制品,通过熏、蒸、敷、熨、洗浴来治疗人体相应部位疾病的一种药物外治疗法”^①。

由于药浴直接作用于病变部位,见效快,无痛苦,不仅具有治疗作用,还同时具有清洁、预防、保健等优势,所以备受历代医家的重视与推崇,并伴随着祖国传统医学外科的发展而成熟。据初步统计,传统药浴疗法涉及内、外、伤、皮肤、肛肠、妇、性传播、五官、美容、保健等科病症近百种之多,所流传下的药浴配方近万种,药浴方式更因各地自然条件、社会习俗等差异而多姿多彩,形成了中医药浴和多民族药浴疗法争奇斗妍、蔚为壮观的药浴疗法门类。

举凡各地、各民族、各类医学体系中的药浴疗法,我们可以认为,药浴实质上是以水

^① 冯亚萍:《中华药浴》,北京:长虹出版公司,2001年。

为介质,把药物作用于人体的一种外治疗法。药浴有狭义与广义之分,狭义的药浴仅指在严格的药物配方基础上所开展的洗浴疗法;广义的药浴则包括一切有益于健康的水浴疗法。

广义的药浴形式多样,按不同标准,可以有以下四种分类方法:

1. 按介质差异划分

①药液类:即针对不同病证,精心配方,并采取不同工艺制成的药液。此为狭义药浴所采用的介质,具有明确的治疗作用

②矿泉类:根据天然矿泉中所含药物成份的不同而选取的介质,同样具广泛的医疗功能。

2. 按施治部位划分

①局部药浴:指以身体局部部位或器官为施治对象,如足浴、手浴等。

②全身药浴:旨在通过作用于全身,以治疗和改善整体症状为目的,也可为局部病症改善内环境。

3. 按温度差异划分

①温水:水的温度适中,一般用于治疗部位明确的局部洗浴。

②冷水:水的温度相对气温偏低,主要用于一些特殊疾病如闭合性外伤的洗浴。

③热水:水的温度相对气温和体温较高,应用范围很广,也是狭义的药浴疗法中最为常用的一类。

4. 按操作方式划分

①浸法:浸即浸泡,指将身体或身体的局部在水中浸泡的方法。

②洗法:洗指冲洗,在局部为水洗,在全身则为淋浴。

③熏蒸法:把药液加热,利用蒸汽进行治疗的方法。

④敷法:指采用含有药液的湿布巾敷于特定部位的方法。

以上各种形式之间,往往结合使用,辨证论治,灵活配合,因地制宜,形成了不拘一格、经验丰富的药浴治疗体系。

二、药浴的基本原理

从中医学角度来看,药浴具有扶正祛邪、调和气血、平秘阴阳、调和脏腑、疏通经络的效果,结合现代科学实验研究,药浴的作用机理主要表现在两大方面。

1. 刺激作用

现代医学认为,药物外洗对体表某一部位的刺激,可通过反馈机制将刺激信息传入体内某一相应部位,从而起到治疗效应。这种刺激包括冷热刺激、机械刺激和化学刺激。如湿热刺激,可导致毛细血管扩张,促进血液和淋巴液循环,有助于症状缓解和病灶消除,同时能活跃网状内皮系统的吞噬能力,增加细胞通透性和促进有机体的新陈代谢速度,有助于消除炎症;另外还可调节植物神经功能,改善运动神经,提高痛阈。冷敷则可降低局部组织代谢,促使血管收缩,减轻炎症反应,缓解疼痛。中医理论则认为药浴所产

生的刺激,可通过经络、俞穴将刺激信息传至内脏或病灶,发挥调节或治疗的作用。

2. 药效作用

药浴疗法的药效作用是通过药物透过皮肤、孔隙、俞穴等部位的直接吸收,进入经脉血管,直接作用于病灶或遍布全身而实现的。根据病证选择不同的药物配伍组方,因而产生不同的治疗作用,归纳起来,可分为以下四类:

(1) 增强循环系统功能

药浴疗法通常采用具有活血化瘀功效的药物,以达到疏通经络,使气血通畅的目的。如藏红花、当归、金银花藤、丹参、川芎、桃仁、三棱、莪术等,这类药物能够扩张末梢血管,对血液成份具有调节作用,能起到行血、散瘀、通经、利痹、消肿及镇痛等治疗效果。

(2) 发汗解热

药浴疗法所采用的方药中经常采用芳香、辛味的药物。辛味药多数含有挥发油,有局部刺激兴奋的作用,其基本药理与兴奋神经中枢、扩张周围血管有关。如麻黄挥发油有发汗和抗病毒作用;紫苏挥发油有发汗、解热、杀菌、健胃作用。这类药物一般用于外感病及风湿痹痛的治疗。

(3) 抗感染作用

采用大黄、黄连、黄柏、黄芩、金银花、连翘、板蓝根等具有清热解毒、消肿散结作用的药物,可以治疗痈、疮、肿毒等皮肤感染性疾病。经现代药理实验研究这类药物均含有抗菌消炎、抗病毒的化学成分,对局部有良好的抗感染作用;蛇床子、白鲜皮、土茯苓、苦参、白芷、土槿皮等药物对皮肤真菌有不同程度的抑制或杀灭作用,常被用于足癣、霉菌性阴道炎等疾病的治疗。

(4) 去腐生肌

现代医学研究表明,很多药浴采用的方药对疮口具有修复作用,其主要机理是:促进细胞的增生分化和肉芽的增长速度;促进巨噬细胞吞噬细菌、异物及坏死组织碎片,提高局部抗感染的能力;改善创面血液循环,加快创面的新陈代谢,促进创面愈合。

三、各民族药浴疗法概览

千百年来,药浴因其简、便、灵、验的治疗优势,深深根植于各民族的医疗活动之中,并因地制宜,结合各地的自然环境,生活习惯及健康需求,形成了多姿多彩的理论特色,积累了丰富的临床经验,汇成了我国传统医学的药浴经验体系。

1. 中医药浴

药浴是中医疮疡科很重要的一种治疗手段。成书于战国时期的《山海经·西山经》即有“浴之已疹,又可以已胗(肿)”的记载,成书于公元前3世纪末的《五十二病方》记载了治疗各科疾病的药方103种,其中绝大多数采取药浴、药渍、药酒、药熏等外治方法。此后药浴疗法散见于历代医家经典,在各科的临床实践中积累了广泛的经验。中医药浴以八纲辨证为依据,着重调理阴阳,分清虚实寒热,与内治方法相呼应,与其它外治方法相配合,治疗范围几乎涵盖各科。

2. 藏医药浴

简称藏药浴,是利用藏区道地药材,并以藏医独特组方为基础发展起来的药浴疗法,其常用药浴水称为“五味甘露汤”,此外,还视病情酌加其它药物。除水浴外,还包括缚浴等。本书即是对藏医药浴治疗理论及方法的专门论述。

3. 蒙医药浴

蒙医药浴也分为天然温泉疗法和人工药浴两种。在蒙医中,从地下喷出的温水被称为“阿日山”,即为圣水之意。蒙医依据水温 and 矿物含量的不同将温泉进行分类,用于治疗不同的疾病;人工药浴也以“五味甘露”水为主。该配方以白杜鹃、侧柏叶、水柏枝、麻黄、小白蒿为主药,另有补充药力方,含黄精、天冬、玉竹、桔萎、蒺藜等。同时还根据不同疾病随证加减,如胸部血盛或头晕,希拉热盛者加白檀香、紫檀香、硫磺;食不消化,胃寒盛者加寒水石、山柰、五灵脂、萆薢;黄水盛者加白芸香、草决明、苘麻子、朱砂、黑芸香、文冠木等。

4. 傣医药浴

傣语称药浴为“阿雅”。因该民族所在地区的气候特征,药浴疗法在傣族民间流传极广。所选药材多为当地所独有,煎药器具在当地首选土锅,因土与药物不易发生反应,傣医也有“土助诸药”之说,所煮药物也以鲜品为佳。

傣医药浴治疗风寒湿痹一般采取蔓荆叶、粉芭蕉叶、夜花、黑心树叶、通血香、活血香、过山龙、吊吊香、牛藤、森林芒果藤、薇籽叶等;治疗荨麻疹则采取夜花、五彩梅、苦楝树皮、白粉藤、水杨柳树皮、假椿树皮、橄榄树皮、冰片叶、洗碗叶、白花臭牡丹、红花臭牡丹叶等;产后保健选取冰片叶、洗碗叶、粉芭蕉根、通血香、蔓荆叶、薇籽叶、水杨柳叶、桃叶、五彩梅等。

5. 壮医药浴

壮医的药浴疗法应用得也十分广泛,并且尤其强调熏蒸的作用。一般先令病人坐于围布棚中,再以多种壮药、草药组合煎水进行熏蒸,待药水温度适宜后,再行沐浴。本法对外感、内伤、麻痹、风湿、痧证等病证疗效显著,常用药物视不同病情而定,对风湿性关节痛、腰腿痛、陈旧性外伤等,可选用透骨草、海桐皮、香樟草、两面针、柚子叶、柑果叶、大罗伞、小罗伞、宽筋藤等;对感冒可用防风、荆芥、贯众叶、桂枝、菊花、草河车;急性湿疹可用荆芥、防风、生石膏、苦参、苍术、牛蒡子、生地、蝉衣、生甘草;关节扭伤可用透骨草、丹参、红花、天南星、川牛膝、苏木、灵仙、川芎、黄酒。

除上述传统药浴流派外,土家医、侗医、苗医等民族医药中的药浴临床经验也很丰富。这些药浴流派的治疗手段与实施过程大致相同或相近,但其指导理论、优势病种、选取药材及制作工艺上则明显受到本民族、本地区的影响。也正是这个原因,我国的传统药浴疗法才得以融合、发展和提高。

第二节 藏药浴概论

藏药浴是对藏医药浴疗法的简称。它是在藏医理论指导下,充分利用本地区道地药材,并针对当地多发病、常见病、地方病而发展起来的一种临床外治方法,兼有预防、康复等多种效用,是临床各科的常用治疗手段,其丰富的医疗经验、独特的临床效果及广阔的应用前景,正引起国内外医疗同行的广泛关注。在世界范围内医疗模式变革的进程中,藏药浴的优势将日益突显。

一、藏药浴的学术归属

作为一种临床手段,藏药浴属于藏医外治方法之一。

传统上藏医将预防和治疗疾病的一般疗法归纳为四个大类:“食、行、药、外治”。“食”即饮食,指符合健康及治病要求的食物选择;“行”指行为起居,包括身、语、意三业门所做的一切活动,涉及住处、环境、衣着及行止的一切准则;“药”即药物治疗,主要指内服的各种药物,其剂型包括汤剂、散剂、丸剂、药露、药浴等;“外治”包括器械治疗、油涂、按摩、针灸、放血、药浴等方法。

和藏医其它疗法一样,藏医外治疗法也是藏族人民在长期与疾病的斗争实践中总结出来的具有特殊疗效的临证治疗方法。早在公元前几世纪,藏族先民就开始使用酒糟、牛羊胃中余草、新杀的动物皮等材料敷于患处,用尖石、骨针等切割皮肤放出脓血,用溶酥油涂抹伤口止血。这些原始外治方法在两千多年中不断丰富、发展、提高,形成了完整的外治理论。据《四部医典》记载,藏医外治疗法有 98 种之多。

总的来说,藏医所有外治方法,都是依据仔细的诊断,再从身体表面运用药物、医疗器械、医术方法向外排除致病因素或向内调和致病因素的方法。以治疗过程中患者痛感程度为依据,藏医外治法分为缓外治法和峻外治法两类:①缓外治法包括治疗培根偏盛疾病的熨敷法、治疗赤巴偏盛疾病的药浴法、治疗隆偏盛疾病的涂搽法,此类外治法施术时患者痛苦较小,因此也称温和疗法;②峻外治法又可分为强力和猛烈两种,强力外治包括放血、针灸、穿刺三种,猛烈外治有刮除、切除、掏引、拔除四法。

由此可以认为,药浴疗法是藏医外治方法中温和疗法的一种,属于缓外治法,在临床上不仅在外科上使用,还是内病外治的重要手段。

二、藏药浴的内容与分类

藏药浴有狭义与广义之分。一般而言,藏药浴即指以“五味甘露汤”为主方,随证加减其它药物所开展的人工药水浴,此为狭义的藏药浴;广义的藏药浴还包括药汽浴、矿泉浴和缚浴。

1. 药水浴

又称五味甘露浴,其基本方剂为五甘露药。所谓五甘露药包括草山甘露杜鹃叶、阳山甘露圆柏叶、阴山甘露藏麻黄、水甘露水柏枝、土甘露野蒿等五种药物。辅药为没有吐、泻、毒等副作用的各种药物,特别是岩精、寒水石、三黄水药、蒺藜、麝粪、碱花等较为常用。将药捣碎加水煮熟,再取总药量 1/3 的粮食煮熟,将药与粮食混合起来,加入酒曲,发酵后加水再煮,滤渣取液,使患者全身或局部浸入该药液中洗浴(图 1-1)^①。



图 1-1 药水浴

2. 药汽浴

也称蒸疗法。将五味甘露药捣碎加水,置于锅中熬煮,大锅上用多孔木板覆盖,上铺毛毡,使患者躺于其上,并用棉毯将患者和木板一起盖严,以不使药汽外露。传统藏医药浴疗法另有陈骨浴,即以生锈的陈人骨或各种动物朽骨熬煮于锅中,用其水液或水汽进行水浴或蒸疗。

3. 矿泉浴

地下溶解了各类矿物质的热水冒出地面后,所形成的矿泉,因其所含矿物成份的不同,对多种疾病都具有治疗效果。矿泉水的种类很多,《晶珠本草》中记载的矿泉水就有 101 种之多,历代藏医对这些矿泉也有不同分法。按矿泉水所含主要矿物质的不同,一般分为五种:①主含硫磺的矿泉:水色为黄色,水味苦,散发硫磺气味,周围可见硫磺结晶物;②主含寒水石的矿泉:水色清澈无色无任何气味,注入茶酒中茶酒不变色,周围可见寒水石石块;③主含岩矾的矿泉:水色青蓝,浑浊不清,有矾味;④主含岩精的矿泉:水色发紫,味苦,可见岩精;⑤主含石灰石的矿泉:水色特别清,味苦,有焦糊气味,可见灰白色或其它颜色的石灰石(图 1-2)。

4. 缚浴

也称罨浴,是用水调和对症药剂,用薄布包好,捆敷于患处的一种疗法,比其它浴法更为简便易行。缚浴分清热缚浴和祛寒缚浴两类,清热缚浴多采用药物包括谷物磨成粉后,加芝麻油或陈年植物油调和,用布包扎于患处,还可选取植物鲜花煮过后再行缚浴;祛寒缚浴多采用动物粪如鼠粪、鸽粪,也可用酒煎各种动物碎骨代替。缚浴法主要应用于局部病变,若发病范围较广,则不宜采用此法。

三、藏药浴的特点

1. 简便灵验,适用范围广

此特点亦是藏药浴与其它药浴流派的共有特点。本疗法因无需特殊或昂贵的仪器

^① 本图选自《四部医典系列挂图全集》,王儒、强巴赤列编译注释,西藏人民出版社,2000 年。本书所用插图除特别说明外,均选自该书。



图 1-2 据《四部医典·总则本》描述,在药城西边盛产治一切疾病的五种岩精,五种寒水石,五种药河,五种温泉。

设备,而且所选取的大部分药材资源丰富,因此操作简便,易于推广。另外,这种疗法能将药物直接作用于皮肤、孔窍、俞穴等,能迅速直达病所,取得良好疗效。同时由于药物在水中的浓度低,可以避免药物直接进入大循环,减少对肝脏、肾脏等器官的毒副作用。基于这些优势,藏医和其它医学流派一样,把药浴疗法广泛应用于各科,并同时能达到预防、治疗、康复的效果,适用范围和发展前景极为广阔。

2. 以独特的藏医学理论作为指导

藏医学有着完整的理论体系,包括以三因学说为基础的一整套病因、病机及治疗理论。藏医学认为,隆、赤巴、培根是构成人体的三大元素,也是生命活动不可缺少的能量和基础。在正常生理状态下,三者保持协调平衡的关系;当其中一个或几个因素出现过盛或过衰的情况时,则出现病理状态。临床中则采取各种手段对三者进行调整,使其恢复原来的调和状态。药浴即是在这一理论指导下所实施的温和外治方法。总体来说,藏药浴的实施过程在以下环节与藏医学理论联系的最为密切:①藏药浴的组方;②藏药浴实施前的诊断;③藏药浴与其它疗法的配合施治。

3. 藏药浴积累了丰富的临床经验

藏医以“五味甘露汤”为基础配方,区分不同病人,针对不同病情进行加减,形成了丰富的药浴临床经验。实践证明,藏药浴对关节强直、拘挛、风湿、类风湿、痛风、强直性脊柱炎、黑白脉症、高血压、脑血管病、坐骨神经痛、皮肤病、妇科病及循环系统疾病有显著的效果,另外对除部分禁忌症外大部分疾病的康复都具有不同程度的辅助作用。此外,藏药浴对药浴工艺、时令选择、病人护理等各方面也都积累了独到的经验。

4. 藏药浴以藏区道地药材为主

藏区地域辽阔,自然条件复杂,因此药材种类尤其是植物药种类十分丰富。由于高原气候条件特殊,特别是太阳辐射强,大气环流与下垫面相互作用的综合因素,导致植物生理上和形态上的特有化。主要表现为抗寒、抗旱性强,繁殖方式特殊,光合作用有效积累高。藏药浴所采用的药材均采用本地区道地药材,以植物药为主,也包括动物药和矿物药。其主方“五味甘露”中所谓“阴、阳、水、土、草”五种甘露即是取自五种不同生态下的植物药,其它配伍药物也强调采用道地药材的重要性。因此,所谓藏药浴,除指在藏医

学理论指导下开展的药浴,还特指采用藏区道地药材开展的藏药浴,这两者密不可分。

第三节 藏药浴的起源与发展

藏药浴疗法较为完整的记载最早出自于《四部医典·后续部》第二十三章“五械浸浴法”,而实际上藏药浴的起源更早。它是藏族人民以本民族的医疗实践为基础,并吸收其它民族药浴疗法经验而逐步发展起来的。目前,藏药浴正充分利用现代科技手段提高临床疗效,获得了迅速发展。

一、藏药浴的起源

藏药浴的起源问题,和藏医学的起源一样,是多因素综合作用的结果。一般认为,藏医体系最重要的来源主要包括三个方面,一是本民族生产与生活实践中积累的卫生经验;二是汉族中医学及其它周边医学的影响;三是古印度医学的影响。藏药浴的起源也遵循这一规律,但在具体问题上也有其特殊性。目前可以找到的藏药浴起源的提法包括三个方面。

1. 起源于本民族沐浴民俗

藏民族的沐浴活动与藏区独特的气候及自然环境有关。西藏地区一般冬长夏短,冬春寒冷,无法下水;夏季山洪爆发,河水浑浊。只有在夏末秋初之际,才是沐浴的最佳时节。据藏文历算书籍记载,太阳运行到第10宿43度时,即藏历八月交节(白露后7日内),澄水星出现,水即为甘露。入水沐浴,即可祛除疾病与人生罪恶,犹如药水。《西藏志》记载:“七月十三日,其俗将凉棚房下于河沿,遍延亲友,不分男女,同浴于河,至八月初五始罢,云:七月浴之则去病疾”^①。在此期间,人们在河中沐浴洗澡游泳,也洗衣洗被,驱病纳祥,欢乐嬉戏。这个节日即是藏族民俗中的重要节日“沐浴节”,也称药水节。这种民俗活动在西藏被认为至少已存在了七、八百年的历史(图1-3)^②。



图1-3 在藏民俗信仰中,澄水星照射过的水即为甘露。

至于沐浴期间沐浴治病的来历有不同说法,其中一条即与药神有关。据廖东凡搜集到的传说介绍:相传在古远的岁月,人间没有医生,所有的医生都是天神旺波杰青派下来的。有一位医生特别受藏民们的爱戴,被大家尊称为“门拉”,也即药神。当这位药神回

^① 陈观浔:《西藏志》,巴蜀出版社,1986年。

^② 赤烈曲扎:《西藏风土志》,西藏人民出版社,1982年。

到天上不久,人间发生了一次可怕的瘟疫,夺去了很多人的生命。藏民们只好跪地向上苍祈祷,希望在天国的药神能继续拯救百姓。药神心急如焚,向天神请求再返人间。天神旺波杰青对药神说:神有神的规矩,你已去过人间,按理不应再去,但你心诚意坚,医术高超,可限你七天七夜的时间,解救藏民,超过期限将受惩罚。药神门拉知道用七天七夜走遍雅鲁藏布江南北治愈千万患者是不可能的,于是把自己化作一颗星辰,让自己的医术、药物和爱民之心化作星光射向人间。就在这个夜晚,有一个饱受疾病折磨的女子偶然梦见药神正在宝瓶山之顶,将药物撒向人间,河水变成药水。于是她挣扎着爬到河边,将全身浸泡在河里,疾病一下痊愈了。在这位姑娘的启发下,所有的病人都奔向附近的江河湖渠,奋力洗涤自己的身体,瘟疫果然全部退去。解脱痛苦的人们争相向药神膜拜,恳求他年年光照人间,医治众生的疾病。从此这颗药神化作的“噶玛堆巴星”(齐山星),就年年初秋出现在宝瓶山顶的天空,七天后才恋恋不舍地消隐^①。

根据沐浴节起源的这个传说,至少可以得出这种印象,即藏民沐浴健身的民俗活动与藏医医疗活动密切相关,沐浴的卫生活动可能很早就被藏医学者们重视和应用,而藏医们的临床经验又进一步促进了民间沐浴活动的蓬勃开展。

2. 起源于佛教

印度佛教对藏文化的影响深刻而广泛。印度古代科技文化对藏文化产生影响的过程,主要是以佛教传入的方式而实现的。根据目前所能见到的吠陀医学的典籍,如《妙闻全集》、伐八他《八支心要集》、护国氏《医学精要论》、《百方篇》及《佛说养生经》等典籍中,未见有“药浴”的专题论述,但印度热带、亚热带的气候因素所促成的沐浴习俗很容易以佛教仪轨的形式深刻地影响藏民族的卫生习惯。

事实上,沐浴在印度各类宗教中均具有重要意义。如印度耆那教徒每隔12年都要用牛奶等制成“香汤”为自己信仰的巴胡巴里神进行沐浴;印度婆罗门教也有浴神的传统。早在佛教诞生以前的印度,洗浴圣者像已是普遍的社会风尚,佛教产生后,佛的誕生日、成道日也都在各地成为浴佛的节日。我国藏区是藏传佛教传播的主要地区,受佛教浴佛和沐浴自身的影响也更为直接。按佛教教义,初秋之水有一甘、二凉、三软、四轻、五清、六不臭、七饮不伤喉、八喝不伤腹的特点,因此认为初秋是沐浴的最好时节。

沐浴节起源的另一则传说,也显示了佛教与藏地沐浴习俗的关系:某年秋天,高原上出现瘟疫,人畜大批死亡,后来观音菩萨派仙女从玉池取来神水,倒入江河湖泊中。当晚,藏族人民都梦见一个患病的姑娘在拉萨河里沐浴,她不但治好了疾病,而且变得美貌可爱。于是人们纷纷下河洗澡,结果消除了瘟疫^②。

结合这则传说,我们可以认为,即使印度古代医学中未形成成熟的药浴经验,并且传入藏区,那么至少是佛教沐浴自身和浴佛的传统强化了藏区人民沐浴的习俗,促进了当时人民对沐浴健身功能的进一步认知。

① 廖东凡:《雪域西藏风情录》,西藏人民出版社,1998年。

② 吕继祥:《沐浴趣话》,山东教育出版社,1999年,第99页。

3. 起源于对天然矿泉的效仿

人类医疗经验的成熟一般遵循着从自发向自觉的进化规律,因此藏药浴最早很可能起源于藏族先民对天然矿泉的运用与仿制。在蒙昧时代,人们偶然发现用矿泉沐浴可以对部分疾病产生治疗和缓解作用,于是开始对矿泉浴的治疗经验有意识地加以探索和积累。《四部医典·总则本》在开篇即记载:“药城的西边,有一座名叫玛拉亚的大山,山上盛产六妙药,还有治一切疾病的五种寒水石、五种五灵脂、五种药河、五种温泉。”^①由此可见矿泉在藏医学中的重要性,并以方位的象征意义突出了矿泉及其它天然水浴疗法在早期藏医学中的独特地位。

但矿泉产地一般具有路途远、开发难的特点,同时对证的天然矿泉也十分难找。《宇妥·云丹贡布传记》就记载了宇妥在工布曼垅寺时,受红衣人指点寻找甘露洞穴的情况,书中用神话式的语言记述了宇妥发现治病泉水的艰辛历程:“宇妥立即跑出去寻找这个泉水。在山脉前面,他发现了具有八支的泉水一百零八眼,为了后世众生的利益,他做了祈求泉水常在的安神(开光)仪式,然后他说:‘它具有七十万种药物的能力,它肯定能驱除七十万种不同的疾病,因此叫七十万机能之泉,是具有八分支之水,宽阔、清彻、凉暖适中,无水碱也无秽垢,味甘不伤胃,能治一切病’”^②。事实上,在宇妥生活的年代,矿泉在医疗中的应用已十分广泛,以五味甘露为主方的人工药浴在临床各科中多有采用。但宇妥·云丹贡布的传记仍显示出早期藏医们对矿泉药用价值的无限崇敬,以及寻找和开掘药用矿泉的艰辛程度。由此不难推测,藏药浴的起源,一定与早期藏医们在饱尝寻找矿泉之苦后,主动仿照矿泉配制药水的活动有关。于是,那些掌握一定医疗经验的藏医们便依据天然矿泉治病原理,依据药物的性味功效,制取了人工沐浴药剂,并经过长期临床实践,使药浴经验逐渐成熟。

应该说,藏药浴起源与发展的相关研究很少,在其历史上的发展脉络也很不清晰。但至少可以肯定,藏药浴的起源绝不是单一的源头,而是在以藏民族沐浴习俗为基础,在多种因素的共同作用下逐步发展壮大的。

二、藏药浴的成熟

尽管藏药浴经验的起源很早,但作为一种临床方法发展成熟,则显然是在藏医理论体系形成之后才完成的。

公元7世纪初,藏王松赞干布统一了诸部落,建立了吐蕃王朝,西藏开始进入奴隶社会。松赞干布励精图治,在政治、军事和文化上实施了一系列的措施,极大地促进了西藏的文明进程。其中对藏医发展产生深远影响的有三件史实:一是规范了藏文,使藏医经验得以用文字记载,并广为流传;二是与唐王朝通婚,文成公主入藏为西藏带来大量医学典籍和医药人才,直接推动了藏医学的进步;三是从内地、印度及大食等地广泛聘请医

^① 宇妥·云丹贡布:《四部医典》,上海科学技术出版社,1983年。

^② 觉吾·伦珠扎西等:《宇妥·云丹贡布传》(藏文),民族出版社,1982年。

生,使藏医学获得了更广泛的经验。当时从三地请来的医生曾合著一部综合性的医书,书名为《无畏的武器》。该书尽管已经失传,但它对藏医学的成熟产生过重要影响。

现存藏医最早一部经典是《月王药诊》。该书成书于公元8世纪,是一部既包括汉地及其它国家医学内容,又有藏族本地区医疗卫生经验的综合性医书。在该书中已出现与药浴相近的疗法“敷罨”的记载。公元8世纪末,藏医学史上最有影响的经典著作《四部医典》问世,该书从理论到实践对以往医疗经验进行了系统总结,为藏医学在理论化和体系化方面奠定了基础,标志着藏医学的成熟。也正是在这部著作里,药浴作为一种临床方法设专题加以论述。结合其它章节对药浴的记述,我们从《四部医典》中可以看出当时的藏医学者对藏药浴的认识已相当全面和丰富:

1. 藏药浴不仅是治病方法,还是预防方法

在《日常起居》中说:“经常洗浴,能增长精液,增加身体的热量、容光焕发,能消除身体发痒、多汗、有气味,制止消瘦,降低体温”^①。《季节性的起居行为》则分别载有:孟冬应“用芝麻在身上涂抹搓擦”,春季“用豆粉剂”搓擦身体以消除培根病,夏季宜用凉水洗澡等。

2. 对藏药浴的临床功能有了明确的认识

一方面,《四部医典》把藏药浴归为外治疗法,在其《后续部》第二十三章专门论述;另一方面,药浴也被认为藏医消散法之一。消散法是用少进食、禁食或服用具有消导、消散功能的方药来消除体内疾病的一种治疗方法,也分为食、药、起居和外治四种,其中即包括药浴。《论述部》第二十九章“两种治法”中,把医治疾病的方法分为增强体质的滋补法和禁食斋戒的消瘦法,药浴方法即属于后者,尤其强调以体质强壮者运用最佳。

3. 把藏药浴置于藏医学基础理论的指导之下

经过宇妥·云丹贡布的研究与整理,三因学说在《四部医典》中得到系统的阐释和应用,并和临床实践紧密结合起来。此外,藏医学的解剖、生理、病理及病因理论也都在该书发展成熟,成为指导藏医临床的理论基础。藏药浴的实施也不例外。在《后续部》第二十三章中,在论述药浴的适应证时,即强调“凡是四肢强直、瘰疬、疔疮、新旧疮伤、肿胀、驼背、骨内黄水病、一切隆型疾病,都可以用药浴疗法施治”。在具体实施过程中,药浴疗法也都遵循三因学说的基本原理,按其症状与病因,采取不同的配方,并在预防、治疗、康复、护理中将三因理论贯穿始终。

4. 积累了丰富详实的实施经验

据对《四部医典》所载药浴药物的粗略统计,其常用药物即达100多种,对各类疾病的药浴配方也都有详细记录,对适应病证与禁忌病证也都明确加以区分。在《秘诀部》第十二章“热证总治法”中,即把药浴确定为“专驱扩散热病”,认为药浴“能医治热证散于肌肉、皮肤、脉道、骨骼等,沾凉水敷或浸洒,能医治表热证,未成型的并发热证不能用此方法。病势轻微的热证要从原路阻挡,使其返回;扩散的热证要收敛在体内;扩展的热证要

^① 宇妥·云丹贡布:《四部医典》,上海科学技术出版社,1983年。

歼灭丹毒,熄其火焰;陈旧热证应该开胃口。”^①在这一原则指导下,药浴与藏医其它疗法配合使用,形成了丰富的临床经验,散见于《秘诀部》多种疾病治疗方法的记载中。

三、藏药浴的发展与前瞻

1951年西藏和平解放后,藏医药事业获得巨大发展。藏医学作为祖国传统医学的重要组成部分,得到全面的继承、整理、挖掘和发展。改革开放以后,藏医药事业的发展更是日新月异,文献整理、科学研究、机构设置、人才培养等各方面都取得了显著成就。藏药浴正是在这一历史背景下从一种单纯的临床外治方法向一门临床治疗专科和一项医疗事业迅速迈进。

1. 藏药浴的临床实践更加系统而深入

随着藏医临床机构的蓬勃发展,藏药浴在临床中的应用也日趋广泛。从实际的发展情况来看,大部分藏医院一般都设有药浴专科。很多藏医院还将药浴作为重点科室和特色科室进行建设。在此基础上,藏药浴的临床研究开展得广泛而深入。从已发表的文献来看,藏药浴的临床应用范围十分广泛,临床操作更加符合现代诊疗规范。其主要成就表现为:①在传统藏医理论指导下,参照中西医理论对部分适应病证进行了重点研究,如风湿与类风湿疾病,偏瘫,皮肤病等;②对某些禁忌病证进行尝试性应用研究,如传统上认为高血压病不宜采用药浴疗法,而北京藏医院从1994年起应用藏浴治疗此病,取得肯定疗效;③在传统藏医诊疗经验的基础上,对药浴与其它疗法的配合应用进行了整理与创新。如药浴与内服药、外用药、牵引疗法、手法等等的配合应用都是藏药浴经验的新进展。

2. 藏药浴的相关科研取得一系列进展

传统的藏药浴疗法是一种经验色彩浓厚的临床外治法,虽然在临床各科疾病的治疗中积累了丰富的技术,并有藏医传统理论作为指导,但面对现代突飞猛进的诊疗技术,藏药浴的部分经验已明显不适应于现代社会的需要,但它对很多现代多发病、常见病所具有的潜在价值正日益受到相关领域研究人员的关注。近年来有关学者对药浴进行了一系列研究,在很多方面取得了新进展,包括:①藏药浴基础研究,如多家单位开展的从免疫学、药效学、毒理学角度对藏药浴机理的研究;②剂型改革研究。如张勇报道的五味甘露浴精的剂型改革;^②③工艺流程创新研究。如青海省藏医院应用大型药浴设备所开展的规模化药浴实践,^③以及多家医院应用电热装置改进传统藏药浴工艺的尝试。

3. 藏药浴机构呈现多元化发展势头

长期以来,藏药浴一直局限在藏区的藏医院中开展,主要以特色科室的形式对各类

① 宇妥·云丹贡布:《四部医典》,上海科学技术出版社,1983年。

② 张勇:《藏药五味甘露浴精治疗风湿类风湿关节炎56例》,《中国民族医药杂志》2001年第7期,封三。

③ 王德全:《藏医规模化药浴的现代设备及其管理》,《中国民族医药杂志》1996年第7期。

适应病证开展单纯的医疗活动。目前,随着藏药浴社会影响的扩大,藏药浴正以前所未有的势头向多元化发展。从内涵上说,藏药浴正从一种单一的治疗功能,向康复功能、预防功能及休闲功能全面扩展;从机构设置来说,藏药浴正以藏医院为基地,向其它医院、其它保健机构渗透;从地域上讲,藏药浴正从西藏、青海、甘肃、四川等藏区向东部地区扩展。北京藏医院自 1992 年建院之际即成立药浴科,至 2002 年已收治各类病人 1 万余人次,其中包括来自 50 多个国家的千余名患者,大大提升了藏药浴在东部地区及海外的影响。自 1998 年国家三部委作出以北京藏医院为基础成立“国家级民族医院”的决定后,北京藏医院继续加大对藏药浴专科的投入力度,成立“藏药浴治疗中心”,并在医院新址的建设中注重提高藏药浴设备的科技含量,使之在保持藏药浴传统特色的前提下,与现代诊疗规范接轨。与此同时,北京藏医院还在北京参与创建了大型藏药浴保健康复机构“中国藏药浴中心”,拓展了藏药浴的保健、休闲内涵,提升了藏药浴在全国乃至国际上的品牌形象。可以预见,藏药浴走出高原,走向世界的时代正在到来。

第二章 藏药浴的理论基础

藏药浴作为藏医学的特色治疗手段之一,其理论直接扎根于藏医学独特的理论体系。藏医学在其形成的漫长历史时期,以丰富的临床经验为基础,逐渐发现并总结了其中的规律与联系,并依托青藏高原得天独厚的人文地理环境,东藉震旦,南取天竺,西假大食,积极吸收中医学、寿命吠陀医学、阿拉伯医学的经验,并加以融合变通,使之更具本民族特色,更好地适应高原生态状况,发展成为一门理论精深、经验丰富的民族医学体系。

在这一背景下,我们注意到,在交通不便的古代,疾病的地域性远比今日明显。然而,此地既生此病,也必生此药以治此病,彼地亦然。故而藏医学中的许多疾病和药物都是极富地域特异性的。因此我们在非高原地区进行实际应用时未免有不解或不便之感,此时升华于实践经验的基础理论对诊疗的指导作用就显得尤为重要,对藏医学理论的掌握在一定程度上可以使藏药浴摆脱地域的局限性而得以推广。

第一节 三因学说

一、三因的基本内涵

自古以来,对世界本质的认识一直是哲学永恒的命题,而在生产力水平不甚发达的年代,哲学对自然科学(包括医学)的影响是显而易见的,它渗透于对生理、病理认识的方方面面。

“阴阳学说”与“五行学说”之于中医,古印度“四大学说”之于寿命吠陀医学,以及“三因学说”之于藏医学,它们之间名虽异,意旨则相同。各家学说都是以若干种元素概括世界的组成,并依“天人合一”的道理说明人体的物质组成也源于几大基本元素。几大元素的比例与作用如果保持和谐、协调,则人体处于正常稳定的生理状态;而一旦几大元素的比例与作用出现偏颇,打破有序的协调状态,人体则处于病理状态。在这种东方医学的传统理论模式下,藏医学将人体分为隆、赤巴、培根三大元素,谓之三因。

藏医学认为,三因存在于父精母血之中,因此,精血受孕形成的胚胎中就有三因先天存在,与生俱来,个体由于精血中三因多寡和母体及自身从外环境中所摄取的隆、赤巴、培根的多寡,人体会呈现不同形态。若三因摄取成分均等,所生之人属三合型人,这种人

体形、力量、秉性皆属最优；而独有隆在精血成分及母亲从饮食起居中摄取较多所生的人，身体矮小，清瘦，面色灰黄，畏寒，爱说话、唱歌，性格开朗，属隆型人；与此同理，独赤巴在精血成分及母亲从饮食起居中摄取较多所生的人，身体中等，易饥渴，多汗，身体有狐臭，面色发黄，性格倔强，属赤巴型人；独培根在精血成分及母亲从饮食起居中摄取较多所生的人，身体高大，肥胖，体力强壮，面色发白，嗜睡，性格温和，属培根型人。此三种为单纯型人；而隆和赤巴两种成分较多所生的人属隆赤型人，兼秉隆赤二性，多身材矮小；同样培根、赤巴两种成分较多所生的人属培赤型人，兼秉培、赤二性，多身材高大；培根、隆两种成分较多者属培隆型人，兼秉培、隆二性，多身材中等。这种二合型人比单纯型人优，但较三合型人劣。

隆、赤巴、培根三大因素支配着饮食精微、血、肉、脂肪、骨、髓、精液七大物质基础和大便、小便、汗三种排泄物的变化，三者和则健，偏则病。

《四部医典》指出三因发生变化的原因是贪、嗔、痴，性质又分平、寒、热，喻义则有权势（中、平）、反攻（锐、急）、外攻（钝、慢），表现形态是疾病。治疗药物为土性药、水性药、火性药。隆、赤巴、培根在人体居位依次为上体、中体、下体，发病季节分为热季、寒季、雨季，易发病对象分别为老人、青年、儿童，发病时间白天分别为上午、中午、日暮。对于三因的名称，隆曾被译为风、气，赤巴曾被译为火、胆、胆汁，培根曾被译为地（土）、水、痰、粘液。由于意译最终难以全面地将三因的内涵转化过来，为保持其原意不被歪曲，人们采用了音译法。

三因在人体内平衡、协调即为生理构成，失衡、失调即具病理属性。根据三因所在的位置和功能，各自又分5种，隆包括“索增隆”（持命隆）、“紧久隆”（上行隆）、“恰不其隆”（遍行隆）、“梅年隆”（伴火隆）、“吐色隆”（下泄隆）；赤巴包括“赤巴居西”（能消赤巴）、“赤巴当久”（变色赤巴）、“赤巴朱西”（能作赤巴）、“赤巴多塞”（明色赤巴）、“赤巴通西”（能视赤巴）；培根包括“培根丹西”（能依培根）、“培根涅西”（能碎培根）、“培根娘西”（能味培根）、“培根层西”（能足培根）、“培根居日西”（能合培根）。它们在健康的生命活动中有各自的功能，发病时也有不同反应。

二、三因的基本功能

隆、赤巴、培根三者是藏医学理论奠基者为更好阐释、描述人体生理、病理机制而归纳总结出的一种医学理论，而其根本目的是为了更方便人们系统、有条理地认识生命活动。三者并不是独立的，它们互相影响、密切相关，在整个生命活动过程中，相互依存、相互制约，虽曰各守其常，实则荣损俱之，相互之间有着千丝万缕的联系。

现将三因的具体功能分而述之，其间多处看似重合，实是三因同出一体，如水乳交融。

1. 隆

在五源学说中隆属主动性的风，在性为寒，升降开阖无孔不入，遍布于人体细微组织各处，主要居于脐以下部位，头、胸、心脏、胃、阴部等亦有分布，是人体生命活动的动力。

其功用主呼吸,推动血液循环,肢体活动(包括人体运动、语言、思维),使五官保持视觉、听觉、嗅觉、味觉、触觉等感觉灵敏,使意识清明,司大小便及涕泗等糟粕排泄,消化分解食物,输送饮食精微,营养全身、维护生命运动,延年益寿,并主性欲、排精血、育子女等。

(1)持命隆:主要居于肉、骨、脑三者之中,聚集于头顶,运行于咽喉、胸腔内。功主维持人体生理正常活动,保持命脉正常,吞咽饮食,呼吸空气,泌唾液,打喷嚏,作暖气,且能清醒头脑,增强记忆,使感官聪明敏锐,摄守神思。

(2)上行隆:主要居于胸部,运行于鼻、舌、喉结、食管、气管等处。功主气血上行,司语言发声,增强思维能力,提高记忆力,增强活动力,焕发容颜、色泽,促进勤奋进取和耐力,反映人整体精神面貌。

(3)遍行隆:主要居于心脏,运行于全身血管和物质运化的孔道中。功主协调各种隆,能将血液、饮食生化的精化物质运输到全身各处,推进循环,司四肢举止,屈伸行走等运动,启闭口眼等孔窍,并主管思考及语言。总之,身体运动基本依赖其作用。

(4)伴火隆:主要居于胃脘下部,运行于各脏腑之间,具体而言即大小肠及运送营养的所有脉管中。属三胃火之一。功主饮食消化机能,增强胃肠蠕动能力,并分解精华及糟粕,将其运送到各自生化和储存部位,在那里生化成七精华、三秽物,促进血液的生成与成熟。

(5)下泄隆:主要居于肛门,运行于人体下部,具体包括大肠、膀胱、阴部及大腿内侧部。功主控制排泄,包括精液、女子经血、二便、汗液,并控制胎儿分娩,下胎盘,及排除产后遗留的疾病等。总之,大凡人体下半身机能,多由其司掌。

2. 赤巴

在五源学说中赤巴主暖性的火,在性为热,消融吸纳洞照遍布于人体各处,主要依存于肝、胆部位,即心脏到脐部的人体中部,是人体生命活动的热能。其功用主产生热能,维持体温,增强胃消化饮食物的功能,产生食欲和饥饿感,吸收精微和药物,促进七精华的成熟和生化,焕发容光,使肌肤红润白皙,壮雄心胆量,生智慧、谋略。

(1)能消赤巴:位于幽门,即胃肠之间,是三胃火中最重要的胃火。功主产生热能、腐熟和消化食物,初步将食物分解为精华与糟粕,使其产生热能,协助其它各种赤巴正常发挥生理作用并增强其力量,且还具有温热和干燥身体中水液的功能。

(2)变色赤巴:位于肝脏,运行于人体七精华之中。功主使精微所包含的色素变成体内各成分各自所应具有色泽,如血液的红色、胆汁的黄绿色、尿液的黄色及大便的黄褐色等。

(3)能作赤巴:位于心脏,功主支配意识,思维摄守神思,能使人产生惟我独具见识和悟性及骄傲自豪的意识,壮胆量,定心胸,生谋划,滋欲望,且能激人奋发努力。

(4)能视赤巴:位于眼睛瞳人和传导视觉的脉管中,功主司视觉,具明辨外界物质形体、大小、粗细及颜色等一切形色功能。

(5)明色赤巴:位于皮肤,功主使皮肤红润、白皙、细腻、润滑,产生色泽、光华。

3. 培根

在五源学说中培根属主坚性的地和湿性的水,在性为寒(凉),能量滋润承载,主要居

于头脑、肺等胸口以上部位,是人体生命活动一切的水液物质机能。其功用主使身体生长、延生益寿,调节、滋生体液。具体而言,磨损食物,增加胃液,使食物消化吸收,司味觉,输布体液以供应人体营养,保持水份,润滑和坚固关节,耐饥渴旱涝,调节人体胖瘦,使肌肤产生润湿、柔软和弹力,尤其在情志方面具有专一神情、温和性情、稳定情绪,产生遇险时的勇气,增强意志,产生并稳定睡眠等功能。

(1)能依培根:位于胸部,具体而言在胸骨及胸肋骨结合处的软骨等胸部骨骼之中。功主协助其它培根发挥作用,当人体内体液水分产生异常,即过或不及时,它能予以调节使之恢复正常,司理人体湿润及水液通调。

(2)能化培根:位于胃上部食物未消化部位,功主磨碎食物,消化腐熟食物,以利于分解,为消化做准备。亦属三胃火之一。

(3)能合培根:位于各关节之间,功主联结和润滑关节,使关节屈伸活动。

三、三因学说的应用

三因学说是藏医学最根本的理论,它紧密地指导着临床中的诊断与治疗,而临床诊治工作又必须依赖于对三因特性的清楚认识,惟有如此,才能贯通地掌握三因间的相互关系,灵活地指导临床。

1. 特性

(1)隆具糙、轻、寒、微、坚、动六种特性

动是隆最有代表性的特性,因为风性主动,动即漂浮或窜行不定,与稳相反,表现为好动、易兴奋、心神不定、健忘、多迷梦等;

糙即不柔润,与柔、腻相反,表现为舌苔明显厚而糙,皮肤亦粗糙,性情急躁,执拗,病情急躁等;

轻即轻扬向上,与重钝相对而言,表现为动作轻捷灵便,体态轻盈,心情急躁不安、变化不定、难于捉摸;

寒即凉冷,相对于热而言,表现为怕冷不耐寒,喜向阳就火,喜熟食,《大疏·无垢普明》:“隆的性质不太热,于是定为寒,但与其它二因相合时,则显不寒不热的性质。”在寒热二性上,赤巴与培根之间有相克关系,隆则具有两重性,即遇到赤巴将其鼓得更热,遇到培根将其激得更寒。《大疏·无垢普明》形象地将此比喻为“日、月、星辰”之间的关系;

微即细小,体现风性,能通过任何细小孔道,在体内无孔不入,无处不达,遍布全身;

坚即在体内有坚硬的性质,相对于柔、腻而言,表现为皮肤耐摩擦,肿块坚硬,不易化脓。体内隆成分较大的人,腹部较硬也不易下泄,即使食用具有泄下功能的土、水性饮食和锐性泄下药也难以下泄。

(2)赤巴具热、锐、轻、臭、泻、湿、腻七种特性

热、锐是赤巴的代表特性,即与寒相反,能令体温较高,胃火旺盛,表现为喜冷恶热,易饥渴,容光焕发,发病后身热等;

锐与钝相对,主要表现在性情上思维敏捷、果断高傲、暴躁易怒等,另外有肿化易化

脓、发病急骤等表现；

轻即飘忽不定，上扬，与重相对，表现为情绪易激动、轻率、多变、不专一，且身轻，患病后易治等；

臭即气味浓厚，与淡相对，指因热产生的臭味，使人体分泌的汗液有气味，尿液等排泄物也具有明显腥臭味等；

泻即易疏泄，相对于干而言，有湿、锐的性气，表现为体内赤巴成分较多的人，腹部较软而容易下泻，服用钝性药便可下泻，甚至食用少许奶酪上析出的水等一些饮食也能下泻；

湿即湿润，相对于干，表现为易汗、易泻、多痰。《大疏·无垢普明》：“赤巴属火，因而被火熔化后的精华、糟粕易下泻。被火熔化的精华、精液、汗等湿性物质从体内渗滴，将这种性质称之为泻。泻和湿等特性是针对赤巴的作用而言的，不是赤巴的本质特征”；

腻指使人有油和腻的外观，如面部、皮肤都分泌出较多油质，光亮润泽。

(3)培根具腻、凉、重、钝、柔、稳、粘七种特性

腻即油腻、润湿，与枯、滞、涩等相对，表现为舌苔厚腻，但色多为白，而赤巴多为黄腻苔，体态丰满多油，排泄物及放出的血多浓稠粘腻等；

凉即寒凉，与热相应，表现为体温低，喜欢呆在温暖的地方，喜热食等；

重即沉、钝，与轻相反，表现为身体沉重、行动缓慢、性格内向，思维和语言迟钝，嗜睡，不爱活动如患重病一般，患病也不易治愈等；

钝即迟钝缓慢，与锐相对，表现为动作迟缓，思维迟钝，病情发展缓慢，不易转为他病等；

柔即轻软、嫩薄，与粗相对，表现为皮肤柔润，舌苔也软而薄，性情温和，即使疼痛也是轻微的；

稳相对于动，表现在性情上为意志坚强、稳定、专一、有耐力等，在病情上也较稳定，不易突生骤变；

粘与糙相对，表现为分泌物多厚而粘，粘润附着性强。

2. 辨证

三因学说渗透于藏医学方方面面，通过对个体生理、病理过程中表现出的征兆，包括心理素质和性格类型，可以推测三因在体内有盛衰，继之再以药物调整和摄生保养等法予以治疗，使之平衡协调。

(1)生理表现

藏医学根据三因在个体的多寡，把人分为单纯型和混合型。其中单纯型又分为三类，其生理及形态特征在《四部医典》中进行了高度概括，分别为：

隆型人：以隆为主要成分，其体型驼背，干瘦，容颜青灰色，多语言，不能忍受寒冷，行走时关节作响，财运不佳，寿短，睡眠不实，体格矮小，喜欢唱歌与嬉笑，爱争吵，善射箭，嗜甜、酸、苦、辣等味的食物。具有老鹰、老鸦、狐狸等性格；

赤巴型人：以赤巴为主要成分，易渴，不耐饥，头发和身体的颜色为黄，极其聪明和骄

傲,多汗,身臭,寿长,体高,财运为中等,嗜甜、苦、涩以及凉性的食物。具备老虎、猴子及夜叉等的性格。

培根型人:以培根为主要成分,体温低,骨骼关节不显露,肌肉丰满,身体的肤色为白色,体形端直,耐饥渴,抗烦恼,能抵制痛苦及早热,肥胖,长寿,多财,嗜睡,外柔内刚,性情善良,嗜辣、酸涩、粗糙的食物。具备狮子的性格,是出类拔萃者。

混合型人又分为四种,其生理特征依次为:隆和赤巴的混合者身体较小,培根和隆的混合者身材中等,培根和赤巴的混合者身体较大,其行为、声调、思维等也以其混合的成分而定。汇集型者,由于汇集了上述各方面的特点,发育圆满,疾病较少,具备上等才能。

另外,三因盛衰还影响胃火强弱、腹部软硬等等

伴火隆较大时,人体胃火时大时小,大小不均匀;能消赤巴较大时,胃火则非常强盛;能碎培根大时,胃火小;三胃火成分均等,则胃火大小适中;另外3种二合型也依“由于隆之故,胃火大小不均;由于赤巴之故,胃火锐急;由于培根之故,胃火虚弱”(《四部医典·论述本》)的原则造成胃火强弱。一般而言,隆的成分较大的人,其腹较硬,不易下泄,即使食用具有泄下功能的土、水性饮食和锐性泄下药也难以下泄;赤巴成分比较大的人,其腹较软即容易下泄,服用钝性泄下药便可下泄;培根成分较大的人,其腹硬软中等;隆、培根、赤巴成分均等的人,其腹硬软适宜,虽食用泻下功能较弱的一些药物和饮食不能下泻;然而服用标准的泻下方剂就能下泻。另外,三种二合型人的腹硬软度虽有差异,但没有单纯型人差异那么大。

(2)病理表现

分为增长、耗损、紊乱三种类型。

①三因增长的表现

隆增长可见肤黑,干瘦,喜热,身体颤抖,便秘,腹胀,肠鸣,多语,眩晕,体重减弱,睡眠减少,五官功能减退,识觉不聪等证状;

赤巴增长可见二便色黄、皮肤发黄、巩膜黄染,因以能消赤巴为主的原故,消化力增强,容易饥渴,体温亦增,少睡失眠,便溏腹泻等证状;

培根增长可见体温下降,消化不良,身体沉重,四肢困倦,神情懈怠,活动艰难,尿色青白,面色晄白,关节松弛,进取心消沉,痰唾增多,嗜睡多眠,呼吸困难等证状。

②三因耗损的表现

隆耗损可见精力衰减,无聊话少,身体不适,记忆力衰退及出现培根增盛证状;

赤巴耗损可见体温下降,肌肤失华,颜色发黑,触之冰冷等证状;

培根病耗损可见因培根所在部位的饮食精微和肌肉等盛衰,影响及头脑,则出现头晕、心颤、关节松弛等证状。

③三因素乱的表现

隆紊乱可见脉象不耐按压,虚而浮且有间歇,小便稀薄清澈,泡沫多搅动、冷却后基本无变化仍清稀。因隆性主动,故动辄喘甚,且好动善行,神志散乱,注意力不集中,茫然无所向,头晕头痛,甚则昏仆,耳鸣舌燥,舌干糙色红,口感涩味,痛无定处,身打冷颤,活

动时背部疼痛,肢体僵直,全身伸缩困难有捆绑感,眼睛有外突感,稍一活动就痛彻全身,汗毛竖立,失眠,呵欠频做,恶寒颤栗,想伸懒腰,无端愤怒,腰胯关节如被杖击般疼痛,后颈窝、前胸、面颊、太阳穴等处感觉刺痛,大椎、百会、膻中等隆穴开张,压之疼痛,恶心干呕,黎明前后咳嗽,吐泡沫状痰液,夜晚腹胀腹鸣,午夜至黎明胃部有饿痛感等证状;

赤巴紊乱可见脉象洪大、细数而紧,尿色赤黄,味臭且挥发力强,火热上炎,头痛身热,口感酸苦,舌苔厚而灰黄,鼻腔干燥,目睛赤黄疼痛,痛处不移,夜晚失眠,白昼多眠,痰色赤黄,口有咸味常欲饮,上吐下泻胆汁样或血液样物,易汗臭,颜色赤黄有腐败气味,肿块易迅速溃脓,脓液易感染其它部分机体,正午、夜晚时分食物正消化时,头眼疼痛严重;

培根紊乱可见脉象沉迟,小便色白味淡挥发力小,口臭,味觉不灵,舌苔、齿龈呈灰白色,面部肿胀,痰涕较多,头晕体沉,不思运动,消化力减退,食欲不振,呕吐或下利完谷或粘液状物,腰肾部疼痛,身体浮肿,甲状腺肿大,全身肿胀癰赘增生,行动迟缓,神志不清晰,嗜睡,倦怠无力,皮肤发痒,四肢僵硬,关节活动不灵便,阴雨天、黄昏、上午进食后,培根病易发作。

合并证、综合证的特征表现,可将上述单一增损、紊乱表现综合参照辨别。

3. 治疗

医治疾病除药治以外,饮食、起居也格外重要,否则服药无异于一曝十寒。此外还有外治法,如藏药浴即是其中之一。因传统医学多药食同源,故饮食与药治不加细分。

(1) 饮食及药物

①隆病应进食湿润营养的饮食,用以祛风,如荨麻、大葱、大蒜、旱地产面粉、骨汤、绵羊肉、马肉、驴肉、旱獭肉、隔年陈肉、红糖、陈酥油、植物油、热面粥、牛乳、青稞酒、甘蔗、牛乳、羌独活、黄精、发酵糌巴糕、骨酒等。

②赤巴病又分寒性、热性,需分而述之:热性赤巴病应进食藏茵陈、波棱瓜、秦艽、哇夏嘎、船形乌头、广木香、角茴香、鹅不食草、藏黄连、小檗皮、白糖等;寒性赤巴病应进食石榴、桂皮、余甘子、山豆根、沙棘、猪粪煅炭、白糖等。

③培根病应进食性温而轻及粗粝的饮食,如陈谷热面食、醇酒、开水、姜汤、绵羊肉、鱼肉、野牦牛肉、鹫肉、豺狗肉、狼肉、蜂蜜等,且少食多餐,进食易消化的食物。

(2) 起居

①隆病要注意居住在温暖的地方,衣着温暖,睡眠休息适当,常与知心朋友交谈,消除忧愁。

②热性赤巴病忌晒太阳、烧火、发怒、过度劳累等,在凉爽处居住沐浴、洗头,衣着清洁;寒性赤巴病忌潮湿寒冷,冷风吹袭,在干燥处适当从事体力活动,以不出汗为宜。

③培根病要烤火,晒太阳,衣着要温暖,在干燥地方适当进行体力活动,勿过多卧床。

(3) 外治

隆病宜用陈酥油制成温和导剂施治;赤巴病有以针刺放血、火灸之法者;培根病常用盐、土块、兽毛烤热后罨敷,寒气已扩散者,用温针施治。

第二节 藏医对正常人体的认识

一、藏医的解剖与比象

1. 解剖及其常量

藏族人去世后,因其社会、经济地位的差异,选择的葬法也有不同。在天葬、水葬、土葬、墓葬中,多数人采用天葬,且沿用至今。而断尸葬和二次葬为先民们认识人体提供了机会。藏族因为其极具特色的丧葬习俗,而对人体的解剖结构有了较为客观的认识。

(1) 五脏

脏分心、肺、肝、脾、肾五脏,主储藏运化五源精华,通过五官和皮肤发挥视、听、嗅、味、识、触等感觉作用(图2-1)。

心:是血管结成的果实,即血管的中枢,形如莲花之苞倒置。内舍三因之遍行隆及能作赤巴,五源之空元素、火元素之精华。开窍于舌,使舌味觉灵敏,舌的形色对心的病变反映非常关键。心出现病变则有神志不宁,意识模糊,萎靡倦怠,谵语如狂等证状。与小肠同旺于夏。

肺:于前胸有五叶保护心脏称五子肺,于后胸有五叶保护心脏称五母肺。内舍三因之维命隆与上行隆,五源之风元素、气元素之精华。开窍于鼻,鼻的呼吸通塞与否及嗅觉灵敏程度与肺的功能密切相关。肺出现病变则有鼻塞不通,或流涕或干涩,难辨气味,鼻准歪斜等证状。与大肠同旺于秋。

肝:于腹右侧肋下,与膈膜相贴,形如马蹄,色酱紫。内舍三因之变色赤巴,五源之火元素及其精华,开窍于目,视力之正常赖肝血之濡养。肝出现病变则有两目干涩,视物不清,目赤痒痛等证状。与胆同旺于春。

脾:于腹左侧肋骨下,与膈膜相贴,双凹圆盘状,色黑褐。内舍五源之土元素精华。能辅助消化和运化水谷精华。开窍于口,其华在唇。脾出现病变则唇泽暗淡无华,或有口淡无味,唾液减少,食欲不振,消化不良,脘腹胀满,倦怠便溏等证状。与胃同旺于四季(每季的后18天)。

肾:于腹内第14椎骨左右,左右各一,内舍三因之培根,五源之火元素精华。能通调体内水液、湿度,控制小便的排泄,藏精令其不泄。开窍于耳,听觉功能赖其滋养。肾出现病变或老化虚衰,则听力减退,甚则耳鸣耳聋,或有遗精、滑精等证状。与膀胱同旺于冬。



图2-1 藏医脏腑图

(2) 六腑

腑即府,是中空性器官,分胃、胆、小肠、大肠、膀胱、精府六腑,主受纳传输五源糟粕。

胃:位于剑突下,紧贴膈膜,上连食管,下通小肠,形似口袋。内寓三胃火、土元素糟粕。三胃火中能碎培根先将食物机械磨碎、腐熟变成甘味食糜,能消赤巴将食糜温热消化分解而成酸性汁状物,伴火隆继之将汁状物清浊分开而成苦味物质。清者入肝,浊者入小肠。与脾相表里,二者协力作用消化食物,运化精微。

胆:附于肝脏之下,形如皮袋。内寓赤巴、土元素糟粕。与肝相表里,两者在发生病理变化时,表现症状基本一致,用药也颇有相通之处。且内寓胆汁,一旦失调,则有胸肋胀痛、食欲不振、口苦、呕吐苦水等症状,甚者胆汁外溢于肌肤而见黄疸。

小肠:上接胃下连大肠。内寓赤巴、空元素糟粕。三胃火亦有部分寓于其中,也能分清泌浊,通过脉道传输,清者入肾,浊者入大肠。与心脏相表里。

大肠:上接小肠下接肛门,内寓下泄隆、风元素糟粕,亦有三胃火。能运化糟粕,与肺相表里,若其发生病变,可见腹痛、腹泄或便秘等症状。

膀胱:于少腹,形似倒置水皮袋。内寓隆、水元素糟粕。与肾相表里,功主贮尿、排尿。

精府:在男为精囊,在女为卵巢,贮五元精华及七精华的终极糟粕——男精女血,于生殖繁衍有重要意义,主射精或行经。

(3) 孔道

人体孔道分内部孔道、外部孔道两类。

内部孔道主要功能是传化、输送体内物质包括气息、精气、秽物等流通机体各部,共计 13 个,分别为输送饮食的食道,水液流通的孔道,汗液等排泄物流通的孔道,胃与肛门间粪便运行的孔道,胃与尿道口间尿液运行的孔道,生命气息流通的孔道,胃到肝脏之间饮食精微运行的孔道,肝脏到肌肉间有血液生化运行的孔道,血液到脂肪间肌肉生化运行的孔道,肌肉到骨骼之间脂肪生化运行的孔道,脂肪到骨髓之间骨骼生化运行的孔道,骨髓到男精女经之间骨髓生化运行的孔道,骨髓到精府之间七精华的精华生化运行孔道。

外部孔道主要功能是沟通机体内外部环境,使新陈代谢出入有道,色声音味触法感知有方,共计七清窍二浊窍,女性再加阴道与两乳头三个孔道。以上所述孔道形状,多圆筒状,长短精细不一,彼此间交叉汇通,犹如叶背上的叶脉,联络全身,使机体功能盛衰于内部达成统一,所纳之水谷、气息精华生化运行,秽物排出体外,身体凭借孔道吸收营养,促其不断发育成长,维持正常生理功能活动。而当三因不调或饮食、起居、行为不当时,则会引起孔道功能紊乱,发生病变,产生各种孔道疫病。孔道疫病的本质为不通,因其不通则溢逆而不循其道,致令紊乱而病。因此,注意饮食、起居、行为有益有度,则孔道畅通无阻,人体即健康无病。

(4) 骨骼

藏医对骨骼的界定计算较为细致,共计 360 块,几乎比现代解剖学数目多一倍,这主

要是因为千年之前,计算方法不同于今日所致,如指甲、牙齿等亦算在其中(图 2-2)。《四部医典·论述本》记载:“骨头有二十三种,……骨头有三百六十块,四肢大关节有十二个,小关节有二百一十处。”

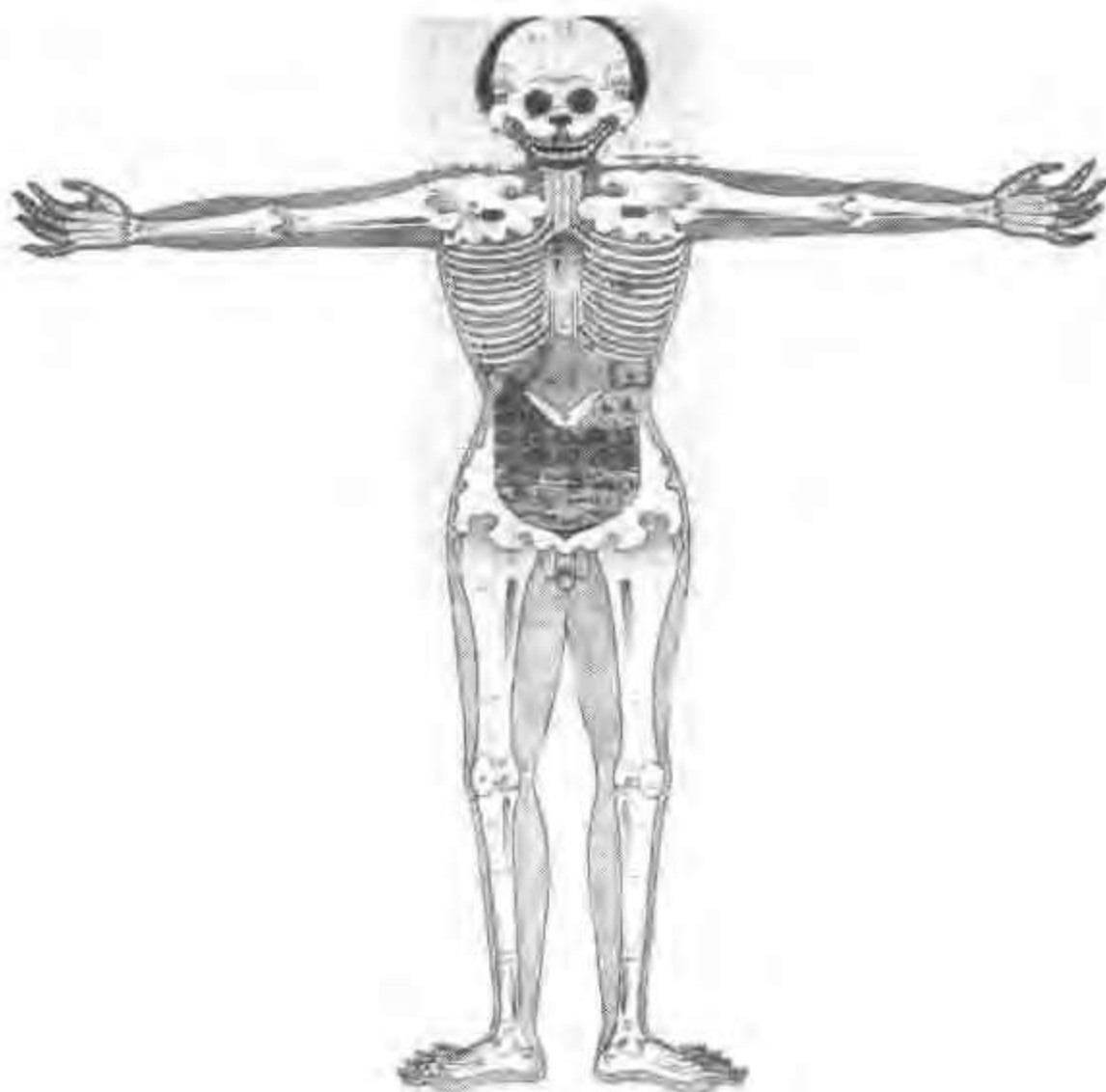


图 2-2 藏医骨骼正面图

其中,23 种骨具体包括:

头盖骨、枕骨、鼻等软骨、牙齿、下颌骨等头骨 5 种;脊椎骨及其棘突、尾骨、髌骨、锁骨、胸骨、剑突骨等上下体腔共有 9 种骨;肱骨、小臂骨(尺骨、桡骨)、手骨(掌骨、指骨)股骨、髌骨、小腿骨(胫骨、腓骨)、跗骨、足骨(跖骨、趾骨)、手足指(趾)甲等,四肢共有 9 种骨。

头部有额骨、枕骨各 1 块;头盖骨、颞骨、眼眶骨、鼻基骨(犁骨)、鼻骨、颧骨、上颌骨、颚骨等各 2 块;两眼眶内面骨、两眼眶外面骨、鼻腔骨、舌根骨、下颌骨等各 1 块;左右耳朵听声之骨各 3 块共 6 块;牙齿,门牙上下各 4 颗共 8 颗,美饰的犬齿上下 2 颗共 4 颗,咀嚼的牙齿上下各 8 颗共 16 颗,4 颗智齿,共计 32 颗。头部骨骼合计 61 块。

体腔骨骼有颈椎 7 个,胸椎 12 个,腰椎 5 个,脊椎共计 24 个,每个脊椎骨又有椎体,棘突各 1 个,向左右突出的棘突各 2 个,共 4 块骨,椎骨合计 96 块骨;髌骨有 5 块骨头;尾骨有 5 块骨头;髌骨左右各一块;胛骨与肋骨相接处的软骨共 20 个,与软骨相连的肋骨,左右各 10 条共 20 条,与胸骨不相连的短肋骨,左右各 2 条共 4 条;上下体腔内的骨骼合

计 159 块;

上肢有左右肱骨 2 块,左右小臂各有大骨 2 块共 4 块,左右手骨细小骨各 8 块共 16 块,左右手掌骨各 5 块共 10 块,左右手指各 14 块共 28 块,左右指甲各有 5 块共 10 块,上肢合计共有骨骼 70 块;下肢有左右股骨 2 块,髌骨左右 2 块,小腿骨左右大小各 2 块共 4 块,跗骨左右 21 块,细小骨左右各 6 块共 12 块,足掌左右各 5 块骨共 10 块,趾骨左右两足各 14 块共计 28 块,趾甲左右各 5 块共 10 块,下肢骨骼合计共 70 块。

12 个大关节是指上肢左右肩关节 2 个,左右肘关节 2 个,左右腕关节 2 个;下肢有左右髋关节 2 个,膝关节 2 个,踝关节 2 个;小关节则包括手足指(趾)间关节、脊椎关节等各类骨连结共计 210 处。

(5) 韧带、筋络

筋络存在部位较表浅,在人体腹侧和肌肉浅层,起连接肌肉骨骼作用;韧带存在部位较深入,在人体背侧和肌肉深层,是连接关节的肌肉带。《四部医典》记载:“韧带有一十六处,筋络有九百处。”十六处韧带包括体腔中胸椎外部左右 2 条胸长肌和胸椎内部左右 2 条韧带共 4 条,颈椎左右 2 条头半棘肌,联缀四肢和手足指(趾)等关节的主要大韧带 10 条;左右肱二头肌腱 2 个,左右桡侧腕屈肌腱 2 个,左右膝盖髌骨的韧带 2 个,左右腓骨前韧带 2 个,左右跟腱 2 个;筋络即是从肌肉尖端长出的起相互连接作用的肌腱,九百处分别为锁骨以上 300 条,上下躯干 300 条,四肢各 75 条共 300 条。

(6) 脉络

藏医学脉络系统庞大,可以粗分为初成脉、依存脉、连结脉、寿脉(图 2-3)。

①初成脉:所谓初成脉,即胚胎形成后,最先生出的脉络。在胚胎发育至第 6 周时,初成脉从脐部分三岔,一路上行形成脑为脑脉,一路伸向中部为命脉,一路下行形成密处为阴部脉。

脑脉:从脐部分支而出后上行,经心脏、喉部而入颅形成脑组织。它是五源中水元素运行的脉络,属阴性,是月亮的属性。由于痴,即人的愚昧意识和沉重、迷惘感觉存在于脑,痴生培根,脑是痴与培根的载体。故痴为因,脑为缘,因缘即合,培根为果,俱存在于身体上部。

命脉:从脐部分支而出后伸向身体中部,即向第五胸椎缝运行,与静脉(黑命脉)相连,而生肝血。它是五源中火元素运行的脉络,属阳性,是太阳的属性。由于嗔怒隶属于血液,而嗔生赤巴,血是嗔与赤巴的载体。故嗔为因,血为缘,因缘即合,赤巴为果,俱存在于身体中部。

阴部脉:从脐部分支而出后下行,下端形成私处。它是五源中风元素运行的脉络,这是令人产生快感之脉,因此男女贪欲产生于阴部,而贪生隆,阴部是贪与隆的载体。故贪为因,阴部脉网络为缘,因缘即合,隆为果,俱存在身体下部。

②依存脉:所谓依存脉,即从此脉生成之后到生命结束之前的整个过程中,与生命活动、功能相依相存,时刻发挥养育生长功能,遍布周身各处的脉络。依存脉分别作用于五官、识蕴、躯干、生殖行为之中,各命名为五官脉、意识脉、生长脉和生殖脉。

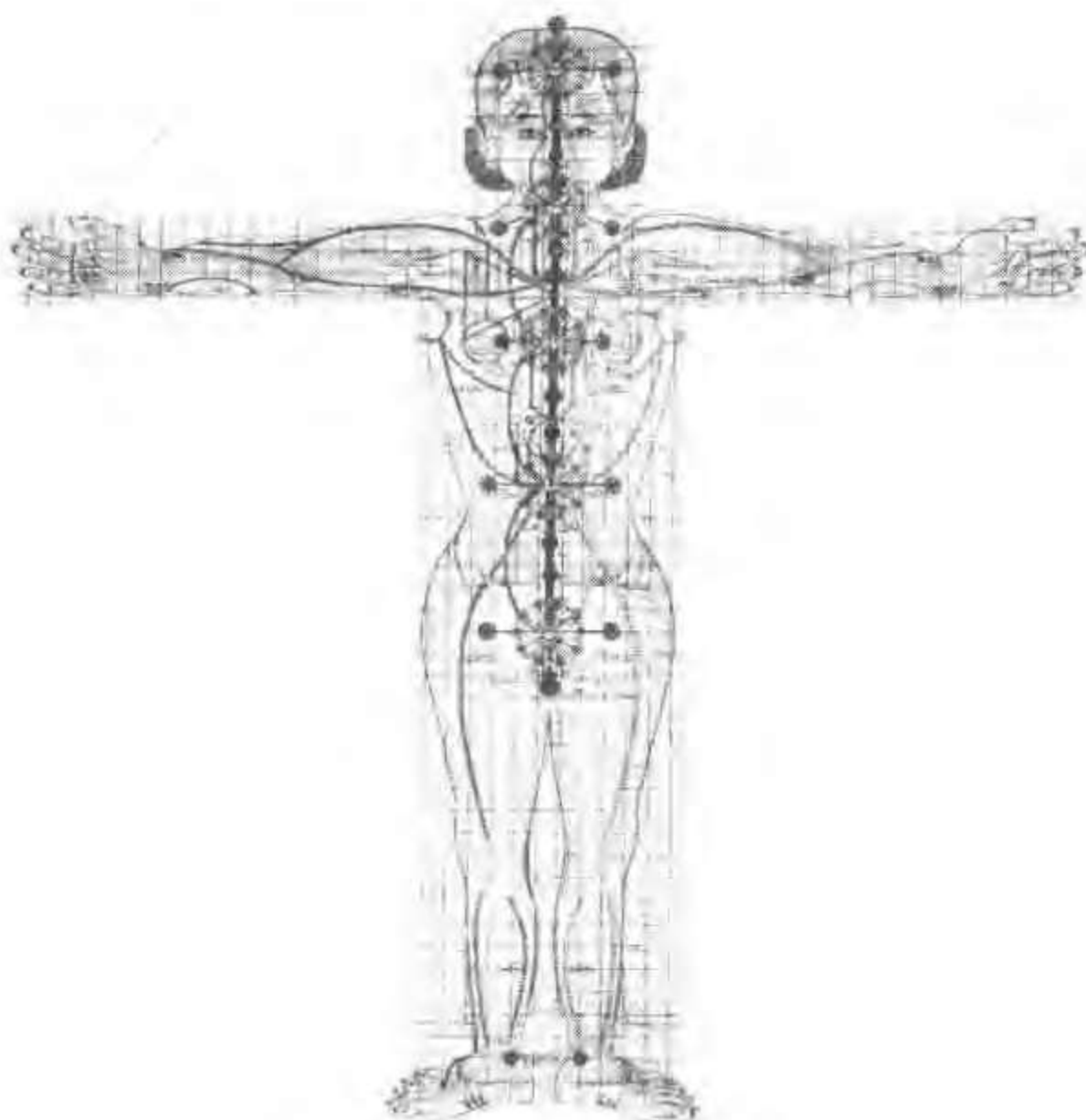


图 2-3 藏医人体脉络正面图

五官脉：是形成眼、耳、鼻、舌、身、意六根的脉轮，共五百条细小支脉。其中心在五种分支隆依存之所脑部的“曲哇”（卷曲）脉中，分“吾（中）、姜（左）、若（右）”三脉，再以此三脉为轴心，向四周辐射。吾（中）脉射出四条脉，这四条脉再各射出 25 条支脉，计 100 条支脉；姜（左）、若（右）脉各射出 10 条脉，这 20 条脉再各射出 20 条支脉，计 400 条支脉；总计 500 条支脉，遍及人体各部以感应外界刺激。

意识脉：是形成见、闻、嗅、味、触、思考六识和色、受、想、行、识五蕴脉轮，共五百条细小支脉。以心脏为中心，发出五条主脉，再分为 24 条大脉，其下再渐分为 500 条支脉，与周围脉络连结成网。

生长脉：是使肉体形成并发育成长的脉轮，共五百条细小支脉。以能增生和控制精液作用的肚脐中部的依脉为中心，辐射出 24 条大脉，其下再分出 500 条支脉，与周围脉络连结成网。

生殖脉：主生育后代的脉轮，存在于阴部产生快感的性脉之中，以此为轴心辐射出 24 条大脉，其下再分射出 500 条细小支脉，与精府和生殖器官联络成网。

③联络脉：所谓联络脉，即四方辐射至于人体各部，广泛联络初成脉和存在脉，将人体网罗成一个整体。故此，联络脉分支复杂。

主要包括红命脉(动脉)、黑命脉(静脉)、白脉(神经)三大命脉。

红命脉:色鲜红,能有力搏动,实质是气、血混合之脉,从第十三脊椎骨和脐部生出,贴脊椎内壁伴随脊椎向上运行,与脉络的中心心脏相联,又像树状自心脏向体腔内各脏腑和体腔外头、颈、四肢等处辐射,发出分支联络各部为一整体。

黑命脉:色青黑,实质是血液运行之脉,与红命脉伴行,同是从第十三脊椎骨处生出,贴脊椎内壁上行,分支遍及头、颈、四肢、内脏,联络各部为一整体。

红命脉、黑命脉将营养物质运及身体各部,其下第一级较大的分支脉主要有 24 条。

A、行于体腔内联络脏腑而隐蔽的大脉有八条,分别为:发自第三椎骨正面向前身走向的 3 条脉,3 条脉正中的一条母脉直贯心脏,在右两脉分通两肺叶,发自第八椎骨间向横膈膜底部走向直联肝脏一条脉,发自第十一椎骨间向前走向直联脾脏一条脉,发自第十三椎骨间向前走向联通精府一条脉,发自第十四椎骨向左右两肾联通肾脏 2 条脉。

B、与头、颈、四肢联络而明显的大脉有十八条,分别为:发自颈部向头部走向的 6 条脉,它们是从喉头左右旁开一寸处从红命脉分支出的名为“尼洛”脉(睡脉)2 条,与肝联通名为“则扎”(似夹)脉 2 条,“则扎”脉外 0.25 寸处,从黑命脉分支出名为“则那”(黑夹)脉 2 条;阴部动脉 2 条;联通四肢的共 8 条脉,分别自红命脉、黑命脉各发出 4 条脉。

从这 24 条第一级分支脉下,又生出可针刺放血的脉道 77 条,禁忌针刺放血的要害脉道 112 条,这第二级分支脉的共 189 条。

从这 189 条第二级支脉以下,又可分出布于体表肌肤的脉 120 条,布于骨骼、骨髓的脉 120 条,布于内部脏腑的脉 120 条,共计 360 条第三级细小脉。

从这 360 条第三级细小脉以下,又分出布于肌表的脉 234 条,布于骨、髓的脉 233 条,布于内部脏脉 233 条,共计 700 条第四级分支细小脉。

而其下更分出无数汗毛样更细的脉,遍及全身,不可胜计。

白脉:色白,起自脑部,由脑向下的脊髓是其主干。从这条主干上又分支出能使四肢和躯干活动和具有知觉功能的无数白脉。自脊髓分支出的司管传导运动和感觉的较粗大的脉共 19 条。其中联络脏腑不露于体外的有 13 条,分别是连接心、小肠产生隆的 4 条脉道,连接肺、大肠、肝、胆产生赤巴的 4 条脉道,连接肺、脾、肾、膀胱产生培根的 4 条脉道,连接精府产生隆、赤巴、培根的一条脉道,称为隐脉;联络四肢体表易见的有 6 条,分别是管状小脉 2 条、“甲协”(能瘫)脉 2 条,珍宝脉 2 条,称为显脉。6 条显脉又发出 16 条细小支脉,广泛联络头面部及四肢,其下更有细小脉道,难计其数。白脉受损,则有可能造成尿和精液失禁,或四肢瘫痪、麻木等证状。

④寿脉:所谓寿脉,因其与气血运行于体内外的一切孔窍相连,身体赖此生长发育存活,是身体的根本,故名之以“寿”。寿即生命,“是温热和灵魂所依附的基础”(《俱舍论》)。寿脉分三种,由其所载之物暂名之为:血脉、气脉、水脉。

血脉:遍布全身,内寓血或火元素,显于体表。

气脉:伴随气息(风元素)通行全身,入于血分。

水脉:性属阴,内寓水元素,司理人体运动、感觉、意识,又称神游脉,即俗谓灵魂所依

附之物,存在于触觉器官与肌肤上。

(7)要害

要害就是受损伤后马上出现肿胀化脓,剧烈疼痛,甚则导致瘫痪、强直甚至死亡的部位。要害受伤后必须就医诊治,很难自行痊愈。但危险的要害受损后,即使最高明的医生也无法治疗。而中等危险性的要害受损,上医可治;其余要害受损后医治得法都可痊愈。人体要害部位包括肌肉、脂肪、骨骼、筋腱、脏腑、脉道等处。

①要害肌肉:肌肉受损伤则肿胀,人体要害肌肉共计 45 块。头面部 5 块,颈、咽、气管、食道等处 4 块,躯干部有 18 块,四肢部有 18 块。

②要害脂肪:脂肪受损则有可能危及生命,人体要害脂肪或淋巴结有 8 处。脂肪要害主要分布于上体及四肢。

③要害骨骼:骨骼受损则疼痛,人体要害骨骼有 32 处。包括头部有 14 块,具体为 4 结门(肉门、后肉、左右两颞部)的骨、冠状缝骨、枕骨各一,颞骨、颧骨、泪骨、上下颌骨各二;颈部有颈椎两横突、棘突、椎弓、椎体共五块;躯干部有 7 块,具体为左右肩胛骨 2 块,左右肋骨 2 块,胸骨、脊椎、尾骨各 1 块;四肢有左右髌骨 2 块,左右踝关节 2 块,左右足跟骨 2 块,共 6 块。

④要害筋腱:韧带筋腱受伤则跛行及歪斜,人体要害筋腱有 14 条。具体包括项部扁筋腱 2 条,上身左右肩部 2 条,上肢左右肘、腕各 2 条,下肢左右髌骨上方蛙头、左右腘窝、左右足跟各有筋腱 2 条。

⑤脏腑要害:脏腑受损危及生命,且脏腑各有要害。心脏的心肌,肺脏的子肺,肝脏的右叶,脾脏的连接处,肾脏的肾核,胃的胃皱襞,胆囊外壁、血肠(升结肠)、小肠、直肠、膀胱口、大肠头(直肠下端)、精府共十三处要害。

⑥要害脉络:脉络受损亦将危及生命,要害脉络共 190 处,头部 43 条,颈部 22 条,躯干部 53 条,四肢 72 条。

综上所述,人体要害共计 302 处,头部 62 处,颈部 33 处,上下体腔 95 处,四肢 112 处。其中最危险的有 96 处,中等危险的 49 处。

(8)其余常量

健康人在生理状态下,体内隆的常量是自身的一膀胱,赤巴的常量是自身的一阴囊,培根的常量是自己双手的三捧。血液和大便的常量是七捧,小便与黄水的常量是四捧,浮油与脂肪常量是二捧,男子精液常量为握,女子经血常量是四捧,脑浆常量是一捧,男人肌肉常量是 500 把,女人在男人基础上加上大腿、乳房量 20 把。

正常人身高约应等于 1 度长(平伸双臂左右两中指距)或 4 肘长(1 肘等于鹰嘴到中指指尖距),而有人只有三肘半。头发二万一千根,汗毛孔一千一百万。

2. 身体的比象

身体比象是藏医学形象表述人体组织结构的一种方法,又称“身体的喻义”。

(1)躯体比象

两臂自然放置,犹如雄伟的国王宫殿。左右两块髌骨此时起主要支撑作用,犹如直

耸的四壁;椎骨层层相叠如同一摞垒放整齐的金币;命脉犹如竖起的玛瑙柱子,支撑整座宫殿;四方形的胸骨犹如吊起的栋梁;二十四根肋骨像整齐排列的样子,胸肋结合处的软骨如同支承椽子的垫木,脉络、筋腱相互交织如同铺屋顶的树枝;肌肉、皮肤好似墙壁上的粉刷物;锁骨如同碉堡上盖的石板;两胛骨如同房屋侧面的顶栓;头部如同庄严的屋顶阁楼,五官孔窍如同窗户,头盖骨如同阁楼顶盖,囟门如同开启的烟囱;左右两耳像是屋顶侧面装饰的大鹏鸟头,鼻孔犹如金顶;头发像整齐排列的阴阳瓦;双臂像悬挂在屋外的经幡,两腿犹如门口栽的上马石。

(2) 脏腑比象

上下体腔犹如走廊,横膈膜犹如丝绸帘子隔离上、下院,心脏犹如坐在宝座上的国王,是生命的依附处,最重要的器官;五子肺保护心脏犹如太子,五母肺像大臣扶持心脏,如同母亲怀抱孩子;肝脏和脾脏犹如国王的大小妃子,位处要害不得毁伤;两肾犹如托着屋梁的大力士一样,支撑身体,精府犹如宝库;胃似厨房炒菜的铁锅;大肠、小肠像疏导垃圾的通道,犹如王后的女仆;胆于肝畔,处肝胃之间,形如悬挂的调味袋;小肠上连胃,状如灌满水的水渠,下连大肠状如金蛇之盘,降结肠连大肠,状如藤盾上编织的凸突花纹,直肠状如铁蛇,直且长;膀胱如同口向下的水皮袋,阴部两孔窍犹如排水孔。

(3) 要害比象

身体各要害犹如国王派遣钦差辖治的天隘重镇,要予以谨慎保护,慎莫损伤。一旦这些要害受创便会殃及心脏,加重其压力负担,造成或重或轻的后果。

二、人体基本物质的构成

《四部医典》将人体性能分为身体、疾病两方面,即生理、病理,又叫受害界与作害界。在人的整个生命过程中,精华、秽物等都将伴其始终,它们就是人体基本物质。并且,它们之间是联系统一的,存在系统的转化过程

1. 七精华

饮食精微、血液、肌肉、脂肪、骨骼、骨髓、精液七者谓之七精华。其中饮食精华使身体发育成长,是生化其它六精华的基础,特别是与血液的关系更为直接;血液能滋养身体,维持生命,也是赤巴的载体之一;肌肉覆盖全身联络各部,并是构成脏腑组织和肢体的重要原料;脂肪使各部油光润泽,缓冲压力,贮存营养,保持体温;骨骼构架支撑整个身体,使之坚固;骨髓能产生最优的精华物质——精液;精液(男精子、女卵子)可以繁衍后代并使人精神饱满,容光润泽。

2. 三秽物

大便、小便、汗液三者谓之三秽物。牙齿、指(趾)甲、耳垢、鼻涕、眼眵、毛发等零星秽物也含于其中。大便是内脏吸收食物的养分后排出的污物残渣,小便使存于内脏中的糟粕从水液排出,汗液能使皮肤柔润,还能固护肌表,也是内在秽物的排出途径。

3. 生理转化过程

食物被纳入,最初在胃由消化饮食的热能胃火进行消化分解。食物通过口腔的充分

咀嚼,由维命隆将之推送入咽,下行至喉最终入胃,胃液将之泡软柔化,伴火隆秉其风性将能消赤巴吹得更旺,在胃部像煮药一样沸腾起来,接着能碎培根将其磨碎。在它的作用下,将食糜变成甘味泡沫状物;能消赤巴继之以高热对其产生消化作用,在它的性质参与作用下,甘味转变为酸味;最后伴火隆将之分解为精华与糟粕,又由酸味变成了苦味。至此具备五源的饮物被初步消化了。由此可见胃火在消化过程中扮演不可或缺的重要角色,胃火旺盛则食纳正常,排泄通畅,增强体力,光泽肌肤;胃火衰弱则食纳减少或痞满不消。

在胃被初步分解成精华与糟粕的饮食,其糟粕进入小肠被分解为稀、稠两种物质,稠者进入大肠成粪,稀者进入肾脏形成尿液注入膀胱;其精华在机体各部热能作用下成熟,在遍行隆作用下经九大脉管入肝,又被分化为精华与糟粕,其糟粕为胆汁,被排入胆囊,胆汁又分为相对的精华与糟粕,精华即黄水,润滑全身关节,糟粕即“垢亚”,下注于膀胱,成为尿中沉淀物;肝的精华为血液,血液通过血管运达全身,生化成肌肉,肌肉又分解成精华与糟粕,其糟粕为眼眵、耳垢、鼻涕、唾液等排泄物;其精华生化成脂肪,脂肪又分解成精华与糟粕,糟粕即存在于人体各关节间,起润滑作用,也包括皮脂和汗液;其精华生化成骨骼,骨骼又分解成精华与糟粕,糟粕为牙齿、指(趾)甲、毛发等,覆盖人体起保护作用;其精华生化成髓促进生长,髓又分解成精华与糟粕,糟粕为肛门和毛孔上的油脂;其精华通过孔道至精府化生成精液,精液也分解为精华与糟粕,其糟粕即白精液(男精)和红精液(女经和卵子);其精华即人体中的精光神,精光使人神采光泽,面有华色,精神焕发,遍布全身,主要在心脏,是人体健康长寿的根本。

这种从饮食精微生化成精液的过程一般需6天,一日成血,二日成肉,三日成脂,四日成骨,五日成髓,六日成精。饮食、房事等都会对其造成一定影响。

第三节 病因与病机

体内三因、七精华、三秽物相互平衡则是健康,偏盛偏衰或紊乱即是疾病。藏医学分别从疾病发生的内因、外缘、发疾途径、发病部位、各自的特点、疾病的种类、病程七个方面进行阐述。

一、病源与病因

1. 病源

疾病的根本原因是三因失常,而三因是由无明而致的贪、嗔、痴所生。在藏医中,关于三因的产生还有几个典故:

(1)隆的来源:据说有个名叫多吉巴瓦的神,司掌气。一天,他到大洋里去洗澡,与一个盛装美丽的名叫诺布增巴的女气神在大洋边相遇并相爱了。他因与她尽情嬉游,就将装气的皮囊放在一边。此时,有少量气从囊中泄出,犹如开启了潘多拉之盒。从此以后,

身体上因隆失和而产生的疾病就开始出现了。

(2)赤巴的来源:相传梵天邀请玛海斯瓦喇参加一次重大的祭祀典礼,当着诸神的面,将他的座位排在最末。玛海斯瓦喇恼羞成怒,拒绝并捣毁了梵天的祭品,从他前额正中喷射怒火的眼睛中,送出了许多由赤巴失和造成的疾病。

(3)培根的来源:从前嘉拜明赞国王的拉玛那皇后与大臣私通,国王得知后,恼怒之下将二人投入水中淹死。王后与大臣做了大量祷告,并对国王下了诅咒,使他培根失和而有病。国王大怒,对他们投掷脏物,其中有些颗粒落入一只老鹰的羽毛。而那只老鹰被人抓住吃了,从此,培根病传布开来。

2.病因

这里重点讨论病因中的内因。内因又分远因与近因。

(1)远因:藏医认为,鸟儿无论飞得多远多高,总不能与自己的影子分离。疾病万千,最根本的原因还是因为没有正确地理解无我的本性,从而产生无明。故此无论一切众生怎样活着,总不能与疾病分离。由无明而有贪、嗔、痴,故致三因失和,百病由生。

(2)近因:三因在外缘的诱发作用下,从平衡的状态发生改变,即失衡,疾病产生。赤巴产生热性疾病,培根产生寒性疾病,隆性轻动,寒、热性病都可山之诱发。

二、病机

1.外缘

具体又分生发、蓄积、直接外缘三部分。主要包括气候、季节、饮食、起居、行为、情志、疔气、中毒、外伤、虫兽及突发因素。

(1)生发外缘:时令、五官识觉功能、行为等发生不足、太过或相反都可诱发疾病产生。时令分暑、寒、雨三季节,当其季,三者成分少时为不足,多时为太过,当其时而无其气则为相反。五官与五境配合,反应淡漠为不足,反应强烈为太过,反应不当为相反。起居行为身、语、意三者倦怠懒漫少动为不足,活跃亢奋多动为太过,为上不善或力不从心为相反。

(2)蓄积外缘:蓄积又要从原因、实质、时间三方面加以说明。

潜伏、发病、痊愈的原因无外乎饮食、起居、行为、药物等诱发。例如进食性质烈、疏、细、固、动、涩等适合隆性而效能的饮食药物时,其性与隆性相合,隆即在体内积蓄增长,但热效压住了隆势,不至发病,而因其积蓄之势渐大,若再进食适合隆性的食物,积蓄在体内的隆病就发作了。同样,赤巴、培根病的蓄积道理与隆病是一致的。

而蓄积的实质即是三因在各自本位上蓄积起来,随其势大,身体就会显出病象,便会自发追求与各自特性不合的饮食等外境。蓄积起的三邪,显象于外,经过医治,紊乱了的三邪在各自部位上又归于正常,病即愈。

由于春性轻、糙、温暖,故隆潜培根作;夏性湿润清凉,轻浮粗粝,故隆作赤巴潜培根愈;秋性温热滋润,故隆愈赤巴作;冬性寒冷、湿润、沉重,故赤巴愈培根潜。

(3)直接外源:又叫具体外缘,分共同的和特殊的外缘两种。

①共同外缘:包括季节、邪气、饮食不和、起居行为、毒物、误诊、宿罪等等。

②特殊外缘:分为以下四种。

隆病外缘:过食苦、涩(除诃子外)、轻、糙、细、硬、动、寒性味的饮食和药物,房劳过度,长时饥饿,少食节食,严重失眠,妄劳作,大失血,情志过度等;

赤巴病外缘:过食辛辣或烈酒等锐、辛、腻、轻、臭性味的食品,突然劳作,勉力行为,各种外伤,多吃富有营养的饮食;

培根病外缘:长期过食味苦、甜,性重、凉、腻、稳的饮食,食后不活动,嗜睡,久居湿地,感受寒邪;

合并证与聚合证外缘:上述单纯性外缘并发出现。

2. 途径

三邪由外缘诱发,途径犹如射箭,三因是靶,时令、饮食、起居、突发事件四缘是箭,而任一三因被射中,都同时会引起其余两者的紊乱,危害健康。

疾病侵入分六个层次,由表及里,从外到内,自浅入深分为皮肤、肌肉、脉络、骨骼、脏、腑。四缘中的,则表现出各自的证状。

3. 表现

有诸于内必形诸于外,疾病的特性无外乎增长、耗损、紊乱三类,其中三因失和已于前述,在此仅述七精华、三秽物的失衡表现。

(1) 增盛表现

饮食精微:状似培根增盛,胃火衰败,饮食不化,体温下降;

血:皮肤易生红色疱疹,腔内易生痈疽、麻风病、血瘤,脾脏、肝胆易充血,胆病目黄,牙龈发炎,行动艰难,目睛红赤,小便色红,皮肤呈现红色;

肌肉:淋巴结肿大,瘰赘肿大,易发肥胖;

脂肪:脂肪堆积,如乳房、臂部、腹部,而显臃肿,倦怠无力不耐劳作;

骨骼:骨质增生,多生牙齿;

骨髓:身体沉重,关节肿大,行走困难,视力减退,双目无光;

精液:尿道结石,性欲增盛;

大便:身重肿胀,小肠疼痛,肠鸣,行动不便;

小便:尿频,尿急,尿道刺痛;

汗液:易汗汗臭,易患癣等皮肤病;

零星秽物:孔窍有沉重感,发痒、发烧、溃烂等。

(2) 耗损表现

饮食精微:身体消瘦,吞咽困难,皮肤粗糙僵硬,耳朵不能听强者,易患隆病;

血:脉象松而空,皮肤粗糙,喜食酸冷;

肌肉:关节疼痛如折,消瘦,皮肤干燥;

脂肪:失眠,消瘦,皮肤灰白无华;

骨骼:齿、发、指(趾)甲脱落;

骨髓:骨腔空虚,头眼昏花,双目凹陷;
精液:阴部出血,性快感减弱,阴囊灼痛;
大便:小肠鸣响,矢气回旋,时而上行引起胁肋、胸口疼痛;
小便:尿色赤黄,涩而不畅;
汗液:皮肤干燥,皴裂,汗毛竖立自行脱落等;
零星秽物:孔窍有空虚感,身轻,肺失润萎缩;
精华:心悸、怔忡、消瘦、气衰、淡漠、憔悴。

4. 病程

病程是疾病发生、发展到痊愈的整个过程。分病因作用期、疾病初期、疾病半发期和疾病成熟期。

(1)病因作用期:即一切疾病在各自发病内因、外缘作用下,生理物质失衡,疾病渐成的时期。

(2)疾病初期:在感病之初,有不适感,但不清楚患何病,证状还不很明显。

(3)疾病半发期:证状半现,已可做出正确诊断。

(4)疾病成熟期:疾病在其发病部位,作用、力量最终成型,证状完全显露出来。

三、病位

三邪致病,各有其突破口和作用部位,可作为辨证依据:

隆病发病部位:大肠、髓骨眼、骨髓、关节、皮肤、耳等。

赤巴病发病部位:血液、汗液、饮食精华、黄水、眼睛、皮肤、脐与胃间。

培根发病部位:胸部、喉部、鼻、舌、肺脏、头部、饮食精华、肌肉、脂肪、骨髓、精液、二便等。

第三章 藏药浴的治疗范围

目前,藏药浴已经广泛地应用于内、外、妇儿、皮肤、五官、骨伤等各科疾病的治疗与康复。特别是对于“病者衰志而不胜攻者;病者幼小而不宜表者;病邪郁伏而急难外达者;局部之疾药力不易到达者;上下交病不易合治者;内外合病势难兼护者;病起仓卒不易急止者;既要祛病,又怕药苦者”(《四部医典》)尤宜。总之,凡是临床各科,皆有可用药浴或药浴与其它治法相配合进行治疗的疾病。为了便于介绍藏药浴的治疗范围,有必要先对藏医学疾病分类、藏药浴的适应病证与禁忌病证以及隆病等做简单的介绍。

第一节 藏医学的疾病分类

藏医对疾病认识和分类方法与其它医学系统不尽相同,但总的来说,仍然具有许多相通之处。藏医的特殊之处就在于其与宗教观念的联系。雪域高原的藏医学,从土弥桑布扎改创藏文算起,有明确的文字记载已走过了 1300 多年的漫长历史道路,若追溯它的远古传说,年代更加久远,其间藏医学对疾病的分类演变也经历了一个从萌芽到不完善再到成熟的过程。

一、藏医学对疾病分类的演变

随着社会的不断进步,以及研究的不断深入,藏医对疾病的认识也从知之不多到将疾病明确地划分为八部十五支。可以说目前藏医对疾病的认识已经建立起了一套完整的分类体系。

研究藏医对疾病的分类,与佛教对疾病的认识是分不开的。据《西藏医学史》记载,最初藏医认为,由于任何人都可能会有违背宗教的言行,或是遇到各种意外原因引起隆、赤巴、培根三因素的平稳失调,结果必然患病。由此疾病可以分为以下四大类:第一类,包括 101 种短暂的小病,这类病,不治疗也会自愈;第二类,包括 101 种冲撞鬼邪导致的疾病,这类病必须先祭祀送鬼,后治疗;第三类,包括 101 种天然存在的大病,这类病必须投药治疗,不然就会丧命;第四类,包括 101 种前世冤孽导致的疾病,这类病,即使多方治疗,也难免一死。达央在《八支药方精华要义》一书中也曾明确地提出了疾病的分类,他已经对出血和创伤、内脏病、鬼邪病、妇女病、小儿病、老人病等疾病的治法提出了自己的观点,这在当时是极其先进的。到八世纪中叶,现存最早的藏医学著作《月王药诊》的问世,

进一步为后世疾病的分类奠定了基础。它将疾病分为：寒性和热性疾病；五脏六腑疾病主要有心、肝、脾、肺、肾、胃、膀胱、生殖腺等内脏器官疾病；各种杂病，包括痢疾、泄泻、消化不良、癌症、天花、瘰癧、白喉、水肿、疮疡等。其后成书的《四部医典》对疾病进行了更全面系统的分类。《四部医典》提到疾病有 404 种，并将其从疾病的主要性质，疾病发生的部位，以及疾病的属性来区分。近代以来，在接受现代医学的基础上，藏医将疾病分为了八支十五会，按三因致病、热证病、身体脏腑病，上半身病，生殖器病类，零星杂病类、中毒、创伤、儿童病支等。但严格地讲八支十五会的分类，应该是出于《四部医典》的，这点在《四部医典》对疾病的分类中已有体现，下面将会做详细介绍。

二、藏医学对疾病的分类方法

最初藏医将疾病划分为 404 种。这个数目与佛教中的“四大”学说思想是相互关联的，而且还认为有 101 种病不治自愈，101 种病治而不愈，101 种病治而后愈，另有 101 种病无法治愈，这些都体现了很浓的佛教思想。事实上，现今的藏医对疾病的认识已经不再局限于这种古老而机械的分类方法，如清代藏医罗桑曲佩在自己的著作中，对疾病就按隆、赤巴、培根、消化证、痞瘤、各种热证（计 11 种）、瘟病、痘疱、感冒、疫疔（8 种）、炭疽、内脏病、五官病、二阴病、内科杂病、妇科、儿科、中毒证等等进行了归纳，也不再囿于《四部医典》的分类了。近代医家提出了一种更全面的分类方法——八支十五会，具体分法是：

第一支全身病支，包括第一会三因病类隆病、赤巴病、培根病及三者的合并证；第二会瘕病瘤疾类，包括不消化证、痞块肿瘤、浮肿、水肿、水臌肺癆消瘦；第三会热证病类，包括一般热病、临界热病、未成熟热病、虚热病、伏热病、陈旧热病、浊热病、扩散热病、紊乱热病、瘟疫病、脑痛病、喉证、肠炎、流感等；第四会上半身疾病类，包括头部疾病、眼病、耳病、鼻病、口腔病、瘰癧等；第五会脏腑疾类，包括心病、肺病、肝病、脾病、肾病、小肠病、大肠病等；第六会生殖器病类，分男女两科；第七会杂病类，包括暗哑、食欲不振、消渴、呃逆、喘息、脏腑绞痛、虫痰、呕吐、腹泻、便秘、尿闭、痛风、黄水病、血脉病、皮肤病等；第八会并发性疮类，包括赘疣、痈疽疔疮、痔疮、丹毒、内脏脓疡、淋巴腺炎、疝气、疔疮、会阴痿管等。

第二支儿童病支，为第九会儿童病类，包括各类小儿病疾。

第三支妇女病支，为第十会妇女病类，包括妇女病和产妇疾病等。

第四支中邪病支，为第十一会中邪病类，分神经错乱、疯癫、瘧病、癰疽、麻风等。

第五支创伤支，包括第十二会伤科病类，分为头部创伤、颈部创伤、体腔创伤、四肢创伤等。

第六支中毒支，包括第十三会中毒证类，分合成毒、转化毒、天然毒、梅毒等。

第七支防老延寿支，包括第十四会防老延寿。

第八支壮阳嗣后支，包括第十五会壮阳嗣后，分男性为嗣后主方，女性为嗣后次方，滋补壮阳，女性不育证等。

三、《四部医典》对疾病的分类

总的来说,《四部医典》将疾病划分为 404 种。

从三因来分类,其中隆病共 42 种,赤巴病有 26 种,培根病则有 33 种,三种计有 101 种病。

从疾病的主要性质来分类,它分成本系和旁系两类。其中本系疾病又分为增型和损型,又各分别有增、极增、特增和损、极损、特损之不同,共 18 种病。旁系疾病又分合证、并证和并发症三型,其中合证、并证各自分成均增型、偏增型和均损型、偏损型病。这样,本系及旁系的增型及损型疾病共计 74 种,而旁系中的并发症有 27 种。上述病证合计为 101 种。

从疾病发生的部位来区分,大致分成身、心两个部位的疾病。心病指诸如疯狂、瘵病等;身体的疾病涉及内脏各脏腑,还有头部五官、咽喉部、胸部等部位;身体下部包括二阴疾病,还有皮肤病,脉络骨骼等部位的病。另外还有身体内外的赤巴病、水肿、臃胀、癆病、各种热病、中毒。总数也是 101 种病。

最后,从疾病的种类来分类,身体内部疾病、疮伤、各式各样的热证、零星杂证和声嘶、呃逆、口渴、哮喘、虫证、呕吐、泻泄、尿闭、尿频、黄水证、痛风、皮肤病等等,这些又是 101 种。可以看出这种分类过于机械,但是具体来说,可以从以下几个方面来理解。

1. 从本质上谈——机体失衡

藏医学以三因素学说作为理论核心,以五源学说作为指导思想,以七物质、三秽物及脏腑生理、病理为基础,以整体观念、辨证论治为特点,形成的独特理论体系。任何因素,凡影响到三因、七物质、三秽物就可能引起疾病。

(1) 从三邪及其失衡致病来分

隆、赤巴、培根这三种人体固有的基本物质在外因的影响下发生偏盛、偏衰,失去原来的平衡,则变成致病的因素,被称为三邪。三邪在反常时令、饮食、行为起居以及鬼祟等的干扰下产生隆病、赤巴病、培根病。

① 三邪损益致病:分单一型和复合型,即本系疾病和旁系疾病。

单一型(本系疾病)隆、赤巴、培根疾病,即疾病证状与隆、赤巴、培根各自的性质相一致的疾病。但三种单一疾病,又有损益程度的不同。例如,隆增多有小增、中增、大增 3 种,同样隆减少有小损、中损、大损 3 种。这样隆损益的疾病共有 6 种。同样的,赤巴、培根损益各 6 种。所以三邪单一型致病共 18 种本系病。

复合型(旁系疾病)疾病,就是指两种或两种以上的三邪共同致病,及其引起的危重证候。首先是等多损益所致的疾病。二邪等多损益的疾病共 6 种,分为等多增加 3 种和等多减少 3 种。例如:隆赤巴等分增多并发症,培根赤巴等分增多并发症,培根隆等分增多并发症等 3 种;不等型损益又分为 12 种,即大增与小增减小损与大损同见。例如:隆大增赤巴小增并发症,隆大增培根小增并发症,赤巴大增隆小增并发症,赤巴大增培根小增并发症,培根大增隆小增并发症等 6 种。上述二邪增多并发症和减少并发症共 18 种。

同样,三邪等多损益的疾病分二种,即隆赤巴培根势均增多综合证,隆赤巴培根势均减少综合证。大中小增多综合证和大中小减少综合证又分为12种,例如:隆大增赤巴中增培根小增综合证,隆大增培根中增赤巴小增,隆大减赤巴小减培根中减,隆大减培根小减赤巴中减等12种;二一过大增多,减少综合证又分为12种,其中二一过大增多6种,二一过大减少6种。如隆小培根赤巴二过大增多综合证,赤巴小培根隆二过大增多综合证,隆赤巴小培根一过大增多综合证,培根赤巴小隆一过大增多综合证等12种。混合型中还有一类损益混合证,分为一增一减混合证,一减二增混合证,二减一增混合证,三种共计12种,包括:隆平赤巴增培根减综合证,赤巴平隆增培根成等6种,混合一增一减型;以及隆成培根赤巴二增混合证,赤巴减培根隆二增混合证,隆赤巴二减。培根增混合证,培根赤巴二减隆增混合证等。二一增减混合型共计6种,上述单一增减病18种,增减并发18种,增减结合26种,增减混合12种,增减共计74种。三是危命证,所谓危命证,就是在前一种病未愈,又加上另一种病,二病并发形成危及生命之证,故谓之。危命证分犯位危命证、颠倒危命证、夺攻危命证三类,每类9种,共计27种。综上所述,单一型病18种,旁系病83种,共计101种。

②三因通病与具体病

三因通病包括隆通病、赤巴通病、培根通病。隆通病按病种和发病部位分两部分,按病种划分为“阿哇达”证、后仰证、前俯证、肋癱证、结合证、侧弓证、脉疼挛证、半身干枯证、全身干枯证、木僵证、臂癱证、“布夏宰”证、跛行证、腿僵证、狼头膝风踝刺痛证、身体拘挛证、“卡力”证、足麻证、足热证等20种;按发病部位分为散布于皮肤的皮肤病,扩干肌肉的肌肉病,窜于脉道的脉病,渗于骨骼的骨病,降于脏的五脏隆病,落于腑的六腑隆病等,存在于病邪侵入的六种途径中6种疾病,再加隆侵于头、眼、耳、鼻、舌等五官的显花证共7种;赤巴病的通病,按病种分为赤巴过剩病、火热赤巴侵入它位病、胆溢病、赤巴窜入脉道的脉病,渗于骨骼的骨病、降于脏的五脏赤巴病及落于腑的六腑赤巴病等。存在于疾病侵入的六途径的6种疾病,再加赤巴侵入头、眼、耳、鼻、舌五官的显花证共7种;培根通病,有按病种分类和发病部位分类两种。按病种分类的培根病有剑突病、铁垢病、火衰病、喉阻病、白痹证、干消病等6种。按发病部位分类有散布于皮肤的培根皮肤病,扩大肌肉的培根肌肉病,窜于脉道的培根脉病,渗于骨骼的培根骨病,降于脏的五脏培根病,落于腑的六腑培根病等。存于病邪侵入的六途径中的6种疾病,再加头、眼、耳、鼻、舌、五官的显花证共7种。

三因具体病包括隆具体病、赤巴具体病、培根具体病。具体隆病包括维命隆病、上行隆病、遍行隆病、伴火隆病、下泄隆病等按隆的五分支所分5种单一型隆病。这5种单一型隆病又各自并培根病和赤巴病共10种;具体赤巴病包括有能消赤巴病、变色赤巴病、能作赤巴病、能视赤巴病、明色赤巴病等按赤巴五分支分类的5种单一型赤巴病,这5种单一型赤巴病又各自并发隆病、培根病,共10种;具体培根病有能依培根病、能碎培根病、能味培根病、能足培根病、能合培根病等按培根分支分类5种单一型培根病,又各自并发隆病和赤巴病共10种。

(2) 七精、三秽失衡

七精、三秽失衡是指在内外界条件作用下,引起七精华(饮食的精微、血液、肌肉、脂肪、骨骼、髓、精液)、三秽(粪、尿、汗液)发生非正常的变化。包括七精华与三秽的损益、紊乱等方面。

七精华中饮食精微增盛多引起为目病、干瘦、耳鸣、耳聋;血增盛引起疱疹、痈疽、腹痛、脾脏充血肿大、风病、血瘤、肝胆之间充血、牙龈炎、血淋等;血耗损则引起皮肤病、嗜食异味等;肌肉增盛则引起瘦赘肿大、淋巴结肿大、肥胖等;肌肉损耗则引起关节炎、干瘦等;脂肪增盛则引起肥胖,耗损则引起干瘦等;骨增盛则引起骨质增生,耗损则引起脱发、脱齿、骨质疏松等骨性疾病;髓增盛则引起眼部疾病、腿部疾病、关节炎等,耗损则引起骨性疾病以及眼部疾病;精液增盛则引起尿结石、阳亢等;耗损则引起血淋、男性生殖器疾病等。

三秽物损益引起的证状中,大便增盛引起肠炎、下肢疾病等,损耗引起小肠炎症、胸腹部疾病;小便增盛则引起尿频、尿急等,耗损则引起血淋、尿淋、石淋、砂淋等;汗液的损益多引起皮肤病;此外,眼眵、鼻涕、耳垢、唾液等零星秽物增盛多引起五官方面的疾病,如沙眼、云翳证、蒙胧证、眼障证、口渴、口唇病、眼睑病等等

当然,临床上病因往往并不是单一的某一因素的盛衰,往往是许多因素相互夹杂的,如七精华与三邪共同致病,这就要求我们应用整体观念、辨证论治,找出病疾的本质,进行治疗。

2. 病因分类

疾病是由于人体内部固有的隆、赤巴、培根,被自然界气候急剧变化或饮食不节,行为起居反常、不适和突发原因等外因侵扰人体精华、秽物而发病的。按病因进行分类,可分为外因和内因引起的疾病。

(1) 内因引起的疾病

内因引起的疾病主要是隆、赤巴、培根的病变,主要包括情志因素引起的疾病和隆、赤巴、培根异变引起的疾病。

①情志因素引发的疾病,主要是由于没有正确地认识到世界上一切物体都不具有独立实在自体的本性,因而产生了贪欲、怒、痴愚等三毒,致使隆、赤巴、培根等三因素乱成为三灾,遂成为发病的病因。具体区分,贪欲之因生成隆之果,怒之因生成赤巴之果,痴愚之因生成培根之果。这些因素在一定的外界条件刺激下就产生隆、赤巴、培根等疾病。

②生理状态下的隆、赤巴、培根,在人体有各自存在部位和在数量上保持一定的常量,这些都是有益于人体的能量物质。它们互相协调,共同维持人体的生理活动,但在内外各种条件的作用下,则会产生增、损、紊乱等变异,从而打破了原来的平衡,成为有害于人体的物质,这些就是内因引起的疾病。例如由于时令、气候不宜及突发原因等多种外因影响,赤巴被扰乱而出现病变,表现为热性疾病,而且人体七精、三秽物等被赤巴烧损、腐烂,产生热性疾病。

(2) 外因引起的疾病

外因就是引发暗中蓄积疾病的外部因素,外因通过内因起作用。因此,不难看出,外因是间接影响隆、赤巴、培根的平衡而致病的,也就是说外因所致的疾病,主要也是隆、赤巴、培根病。

①外因引起的隆病

时令不足,太过及相反,热时如春季、秋季两季,寒时如冬季,雨时如夏季等热寒雨三时,如果出现不足即热时气温不足,温度过低则引发隆寒病。寒时寒冷过度,雨时下雨过度亦容易引起隆寒病。另外过量进食苦味和除去诃子以外的涩味及其所有轻、糙、细、硬、涩、动、寒等性能的饮食和药物,劳事过度,长时饥饿,少食节食,严重失眠,空腹时身语意劳作过度,放血,外伤或孔窍失血过多,下地或呕吐过度,接触冰片等凉性气味和长久经受冷风吹拂,伤心痛哭、悲天悯人及劳心过度,昼夜讲话过多,食用未成熟的果实和长期进食无营养的食物,二便有便意时强忍,无便意时却努责等,这些反常可引起隆病。

②外因引起的赤巴病

时令不足,寒时寒度不足,气候不太寒冷则引起赤巴血病,雨时雨少雨量不足,会引起赤巴血病及赤巴疫病。时令太过为热时温度过高则会引起赤巴热病,寒时不寒反而温暖,雨时不降雨或反而太阳光强,刮风,则引发赤巴病和瘟热病。另外,过食大蒜、小米辣、胡椒等辛辣佐料及烈酒、陈年酥油、菜籽油等具有锐、辛、腻、轻、臭等性能的饮食,暴怒,热季午睡或悠闲后突然过度劳作,勉力负重,强挖硬地,扯拉强弓,竞力摔跤,拼命赛跑,炎热正午时分行走,骑马摔伤,坠入岸下,陷入黑暗,石、棒打伤,过量食用肉、酥油、藏糖、酒等性热而锐及营养富有的饮食等,这些均可引发赤巴疾病。

③外因引起的培根病

长期过食苦苣菜等味苦食物和牛乳等味甜、性重、凉、腻、稳的饮食,进冷食后不活动,白昼嗜睡、坐卧和久居湿地;除秋季之外,特别在春季寒冷季节浸水,天寒时衣薄受冻,过量食用未成熟的麦豆果品及储藏过久腐烂变质的食物,食用极瘦的山羊和尔里巴、肉、油脂、菜籽油、植物油、枯萎的萝卜和蔓菁叶子、坏萝卜、野蒜等一切生蔬菜,食用未煮熟或烧焦的食物,久置变馊的食物,冷山羊奶,未发酵的奶酪,变质酪浆,过量饮用冰水和凉茶等,或者暴饮多食,宿食未消化进食等,总之,不定时间随时进食便是培根病的致病因素。

另外,滥用五识或五识作用发挥不充分则可造成与五识相关的各种疾病,行为等因素的不足也会引起相关的疾病。总之,影响人体的外因很多,包括季节、气候、饮食、起居、行为、情态、疔气、中毒、外伤、虫兽及突发因素等,因此引发的疾病也是多种多样的。这样,外因引发的疾病就具有一定的多样性,但总的来说,仍离不开隆、赤巴、培根病。

3. 从人体来分类

(1)性别、年龄

疾病按性别、年龄来分可分为男科病、妇科病、儿科病、老年病等4类疾病。

①男科病包括精液耗损病、遗精、疝气(包括隆疝气、赤巴疝气、培根疝气等6种)、睾丸肿大、阴茎疾病(包括疹粒证、似结证、尿道粘连等4种)、强中(包括隆强中、赤巴强中

等5种)共计15种。

②妇科病,包括女阴病、子宫瘤(包括水泡形瘤、坚硬性瘤、宫颈麻木瘤、子宫淋巴结瘤、子宫黑白瘤等9种)、阴道虫病(包括虫激病、虫怒病2种)、脉道病(包括妇血病、妇隆病共16种),另外产科疾病又有阴道疾病、胎儿不下、倒生、胎衣不下、子宫脱垂、恶漏不止、产后病、中毒证等8种。

③儿科疾病包括头肿大、喉阻、脾病、胆病、胃病、大肠病、嗜土、腐乳病等8种小疾病;小儿胸病、小儿肺病、小儿肝病、腹泻、呕吐、温病、脐部疾病、小儿结石等8种大疾病;眼病、耳病、口腔病、淋巴结炎、命脉病、虫病、肌肉病等8种零星杂病。

④老年疾病仅包括精华衰竭一种。

(2)按人体九大系统来分

按人体九大系统来分主要包括运动、循环、呼吸、内分泌、消化、泌尿、神经、生殖、感官系统的疾病及杂病,这是以现代分类方法对传统藏医疾病分类方法的整理。

①运动系统病证

包括骨折,肌肉疾病如瘦病、肉核病和由其它病引起的肌肉疮伤,骨骼疾病有痛风、“刚巴”病和由其它病引起的骨病3种,风湿性关节炎,骨质增生等;中风、麻风、颈项僵直、霍乱转筋等。

②循环系统病证

包括心脏病、心悸病、心绞痛、心热病、心包积水、心昏证、心虫病、黑“卡列”心病。

③呼吸系统病证

包括鼻病、咽喉疾病、乳蛾、喉阻、音哑、哮喘、感冒、唇病、舌病、上腭疾病、肺“唐布”病、肺浮肿病、肺热病、肺水病、肺“铁布”病、肺癆、肺肿大、肺蜂巢病等。

④消化系统病证

包括消化不良、胃绞痛、痢疾、黄疸性肝病、隐性肝病、肝中毒病、肝水病、肝隐热病、肝血下注、肝血外溢、肝病性强直、肝病性痹证、肝萎病、白里隔膜病、肝伤扩散于脉病、肝隆病、肝衰病、肝湿寒病、肝黄水寒病、肝寒胀病、胃隆病、胃培根病、胃赤巴病、胃血病、胃中毒病、胃逆病、胃衰病、胃缓痛、肠鸣、肠拧病、肠膨胀、肠梗阻、肠绞痛、久泻久痢、呃逆、大肠寒胀、大肠寒膨、大肠虚热、大肠消固、大肠热气、呕吐、泄泻、便秘等。

⑤内分泌系统病

包括脾热病、脾血胀病、脾隆病、脾培根病、脾病性洞泻等。

⑥泌尿系统病

包括肾隆病、肾癆、肾水下注、肾热病、肾积水、肾伤扩散病、肾痹病、肾“达肝”病、遗精、尿闭、尿频、血淋、热淋等。

⑦神经系统病

包括癫证、狂证、痫证、脑刺痛。

⑧生殖系统病

包括男性生殖器病和女性生殖器病(如子宫虫病、子宫痞瘤等)。

⑨感官系统病

包括眼睑病、沙眼、云翳、朦胧、眼障、耳聋、耳鸣等。

⑩杂病

包括木布病、灰色浮肿、下坠浮肿、水肿、消瘦痼疾、热病、临界热病、未成熟热、增盛热、空虚热、潜伏热、陈旧热、伤热扩散、紊乱热、疫病、温热病、痘疹、麻疹、急刺痛、丹毒、肉核病、炭疽、疔痈、角弓反张、疫黄、内炭疽、疔肿块、疔“干布”、疔巴日布、疮肋、疔“按如”、“亚玛”头虫病、黄水病、白脉病、皮肤病、烧伤、狐臭、误吞钢针、芒刺梗喉、中毒、四端肉核肿大、雪盲、昆虫入耳、乳房肿痛、刺伤感染、核痈、“索日亚”疮、创伤等。

《四部医典》中提到疾病包括 404 种,404 种代表了传统藏医对于疾病的特殊认识和分类。虽有 404 种,但究其根本,所有疾病都离不开隆、赤巴、培根这三因和七精华,三秽物受损。总之,任何疾病都包括在寒热这两大类中,即以寒热为纲,血和赤巴所包括的一切疾病性属热,而培根和隆所包括的一切疾病皆寒。

第二节 藏药浴的适应病证

应该肯定地说,藏药浴的适应病证正随科技的进步而逐步地扩大,从最初《四部医典》对藏药浴适应病证的划分到藏药浴广泛地应用到临床各科,藏药浴的适应病证已经大大超出了《四部医典》所划分的范围,由此不难看出,从发展角度来看,藏药浴的适应病证和禁忌病证有其相对性。

一、适应病证与禁忌病证及其相对性

1. 适应病证与禁忌病证

据《四部医典》记载,藏药浴的适应病证包括:四肢强直或挛急、跛跂、疔痈、炭疽、新旧疮疡炎肿、各种皮肤病、妇女产后风、弓腰驼背关节变形、肌肤之间黄水充斥及一切隆(风),特别是对湿痹颇有成效(图 3-1)。藏药浴的禁忌病证包括:瘟热和紊乱热等,发高热、灰色浮肿,身体衰弱,不思饮食,妊娠期,严重高血压,严重心脏病,肾病,活动期结核等不宜药浴。另外眼睛面颊、四垢部(足两拇趾、手两肘部)、睾丸、腹部即胃肠部位,特别是心脏部位不宜药浴。

由此看出,《四部医典》对藏药浴的适应病证与禁忌病证的记载相当明确。但在临床应用时,不应该拘泥于《四部医典》的既定范围,而应该结合先进的临床技术,根据不同的病证采用不同的治法扩大适应范围。

2. 适应与禁忌的依据

由于药浴液具有多重的性质,如寒、热、柔、润、湿等,且药物的偏性又各有不同,这样



四肢强直



四肢挛急



疔 痈



跛 踭



炭 疽



陈旧创伤



脉 病



肿 胀



驼背及消瘦



妇科炎症



黄水病



一切隆病

图 3-1 藏药浴适应病证

不同的药浴液就可以应用于不同疾病,从而广泛地用于临床各科。

在临床应用上,由于四肢强直或挛急是由疫邪落于四肢,在隆邪的煽动下,产生四肢肌肉强硬、挛缩的一种疫病,这样在治疗时则应以祛除疫疔、纠正隆的失衡为主。而隆又具有轻、动、寒、糙、涩、干、苦、柔、涩等特性,治疗时宜采用重、稳、炖、柔、腻、干、涩、甘、酸的药物。这样,我们在配制药液时则宜选取具有重、稳、钝、柔、腻、干、涩、甘、酸的药物配制药液洗浴或蒸浴。而药浴又是通过调整隆、赤巴、培根机体寒热平衡,从而达到治愈疾病的目的。而对于瘟疫和紊乱热等发高热热病,如果按藏医的观点采用“热病寒之”的治法,则应采用极低温的药浴液治疗,这样,人体就会经历很大的温度差,在短时间内启动人体的适应机能,使儿茶酚胺等产热激素大量分泌,一方面不利于人体的健康,另一方面又会引起血压上升等病变;对于身体衰弱的患者,由于其机体本已不耐攻伐,这样就更不应该采用有偏性的药浴液。而妇女在妊娠期,由于机体与药浴液的直接接触可使药液进入人体,某些药物甚至可以通过胎盘影响到胎儿,因而也不宜使用药浴;而心脏肾脏等脏器病变时,由于其在人体中处于相当重要的地位,就不宜于采用药浴治疗。如心脏疾患采用药浴时,有可能引起心动过促、心肌负荷加重,从而导致心力衰竭,甚至死亡;另外眼睛、面颊、四指部、睾丸等部位由于皮肤较柔软,角化程度低,采用药浴治疗会伤害这些地方的皮肤,从而引起腐烂等等,均不宜采用药浴治疗。相反,那些慢性疾病,偏性不太明显的疾病,药浴不会引发其它病变的疾病,病位在浅表的、对刺激反应不太强烈的疾病则可以有针对性地进行药浴治疗,如类风湿关节炎、四肢挛急等等。

3. 适应与禁忌的相对性

当然,适应病证与禁忌病证有其相对性。随着现代临床技术的发展和各种治疗手段综合应用,许多原来被认为禁忌的病证在应用藏药浴治疗之后也收到了良好效果。例如在高血压的治疗中,北京藏医院自1994年已经开始了新的尝试。他们采用了药浴与药物配合治疗,取得了显著疗效。治疗方案中内服药有二十五味余甘子丸、十三味卫钱子丸、十味血热汤散、十五味沉香丸、珊瑚七十、珊瑚二十五,交替服用。药浴主方为五味甘露汤、增添药用五根散、巴鲁、温布、堪加、赞丹嘎布、赞丹玛布、居中如热、佐木兴,时间为三个疗程,治疗效果显著,血压下降至正常或接近正常,有效率占90%以上。

二、藏药浴在各病支中的一般应用

根据对《四部医典》粗略统计,藏药浴在不同病支中运用一百余次,尤以全身病支居多。其中,用于返老病支中的有1例;壮阳病支中1例;中毒病支中19例,创伤病支中8例,中邪病支2例,妇科病支4例,儿童病支5例,全身病支70例。全身病支主要用于治疗热病,如未成型热证、热证扩散治法、伏热证、陈旧热、浊热、扩散热等,赤巴病、培根病、隆病、黄水、痼疾痞块、疫疔,以及头肺、肝、皮肤、肾、肛门、肠、尿道等部位的疾病。以热证为例,《秘诀本·热证扩散治法》中主张以沾水法治疗扩散热证,《秘诀本·伏热证治法》则认为如果伏热降于骨,则用五味甘露方蒸汽薰治,若余热不尽则以羊毛脂蒸汽薰浴施治,服用藏茵陈药油丸。《秘诀本·浊热证治法》则认为浊热证着于骨,药用人骨、甘露药

汽蒸疗,常泻洗骨髓,配合在滑脉针刺放血,药用三佳木八味方干涸骨的浊热。《秘诀本·扩散热证治法》对于热位于不同部位采用了不同疗法,热传于肾脏,开始药用檀香七味方,其次药用藏腰子粉,针刺脱尾与踝脉放血,最后用柏叶酥油方罨敷和浸浴……热传于肌肉,足浴与针刺放血,敷糊药捆绑施治等等。

目前在临床上,藏药浴常用于治疗风湿、类风湿关节炎、脑血管病变、皮肤病、椎间盘突出、骨质增生等骨伤科疾病,以及妇科、儿科等方面。

三、藏药浴适应病证的划分

由于藏药浴所用的药物组成不尽相同,水温也不同,使得藏药浴在临床各科中有广泛的应用。一般来说,35℃~45℃的低温适合于皮肤病洗浴治疗;41℃~45℃的中温适合于呼吸系统、循环系统、神经系统、消化系统、妇科疾病的治疗;46℃~50℃的高温则适合于运动系统的风湿类风湿、痛风、坐骨神经痛、肌肉萎缩、各种骨与骨关节病变的治疗。

1. 适应病证的一般划分

根据已有的临床报道,藏药浴广泛适用于以下病证(含不同阶段):

(1)运动系统疾病:风湿性关节炎、增生性关节炎、各种风湿痛、坐骨神经痛、马尾神经炎、肢体麻木、肌肉萎缩、肌炎、肌肉风湿、类风湿性关节炎、各种骨性劳损、肥大性脊椎炎、骨质增生、烫伤、冻疮、颈椎病、骨折、骨髓炎、肱骨外上髁炎、膝关节炎、肩周炎、足跟痛、腱鞘炎、软组织损伤、腰扭伤、踝关节扭伤、强直性脊柱炎、慢性腰肌劳损、伤残后遗症、下肢溃疡、脊髓灰白质炎、痉挛性麻痹、不宁腿综合征、滑膜炎等。

(2)呼吸系统疾病:慢性气管炎、职业性肺病及支气管病、上呼吸道感染、咳嗽、哮喘、过敏性鼻炎、慢性咽炎、慢性喉炎、气管炎、支气管扩张、慢性肺脓肿、急性咽炎、扁桃体炎、鼻窦炎、鼻前庭炎、酒渣鼻等、慢性咽炎等。

(3)循环系统疾病:原发性高血压、动脉硬化、冠心病、脑血管意外恢复期、静脉炎、闭塞性脉管炎、心肌炎、心脏瓣膜病、心脏神经官能症、心肌病、低血压病、慢性肺心病、心肌衰弱、静脉炎、小腿静脉曲张、下肢静脉曲张、高血脂病、病毒性心肌炎、血栓型静脉炎、血栓闭塞型脉管炎等。

(4)神经系统疾病:各种神经麻痹、神经炎、神经痛、神经官能症、神经衰弱、面神经炎、癔症、神经衰弱、癔症、多发性硬化证、多发性神经炎、失眠症、脊髓灰白质炎、脊髓炎、痉挛性麻痹、传染性多发性神经根炎、神经根炎、末梢神经炎等。

(5)消化系统疾病:慢性胃炎、慢性肠炎、消化不良、胃及十二指肠溃疡、消化性溃疡、胃下垂、胃肠功能紊乱、溃疡性结肠炎、便秘早期肝硬化、慢性胆囊炎、胆石证、肛裂、肛周脓肿、肛痿、血栓外痔、肛门湿疹、胃酸过多症、胃酸过少症、胃痉挛、胃弛缓、胃肠胀气、胃粘膜脱垂证、慢性肠炎、慢性肝炎、脂肪肝、慢性胰腺炎等。

(6)泌尿系统疾病:慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、泌尿系结石、膀胱炎、尿道炎、肾硬化炎、肾下垂、肾性高血压、尿崩症、慢性肾上腺皮质机能减退症、肾功能衰竭、癃闭、淋症等。

(7)生殖系统疾病:阳萎、早泄、慢性睾丸炎、精索静脉曲张、不射精证、单纯性肥胖证、妇科炎症、宫颈糜烂、外阴瘙痒、功能性子宫出血、月经失调、不孕证、产后缺乳、产后断奶、产后身痛、关节痛、痛经、盆腔炎、霉菌性阴道炎、子宫落垂带下证、阴痒、外阴溃疡、阴蒂肿痛、急性乳腺炎、乳腺增生证、遗精、阳强、慢性前列腺炎、睾丸外伤肿痛、阴囊湿疹、龟头包皮炎、接触性阴茎皮炎、阴茎白斑、阴囊皮炎、阴囊血肿、阴茎硬结证、干燥性闭塞性龟头炎、阴茎带状疱疹、化脓性睾丸炎、睾丸硬结、睾丸痉挛、精索静脉曲张、睾丸鞘膜积液、附睾郁结证、阴汗、女子阴冷、阴虱、外阴炎、滴虫性阴道炎、老年性阴道炎、外阴溃疡、外阴白斑、外阴白色病变、妊娠水肿、乳头破裂等。

(8)内分泌系统疾病:糖尿病、痛风等。

(9)感觉系统疾病:麦粒肿、睑缘炎、泪囊炎、结膜炎、急性结膜炎、角膜炎、巩膜炎、翼状胬肉、脓性中耳炎、唇炎、霰粒肿、沙眼、眼睑皮肤炎、急性结膜炎、慢性结膜炎。

(10)皮肤科疾病:牛皮癣、神经性皮炎、老年皮肤瘙痒证、急慢性湿疹、荨麻疹、手足癣、头癣、脓疱疮、疥疮、阴囊湿疹、肛周湿疹、外阴搔痒、银屑病、单纯疱疹、扁平疣、寻常疣、神经性皮炎、脂溢性皮炎、松毛虫皮炎、痤疮、脱发、皮肤破裂、狐臭、尖锐湿疣、淋病、梅毒、硬皮病、漆疮、褥疮、皮肤真菌病、球菌感染性皮肤病、冻疮、烧伤、多汗证、硬红斑、鱼鳞癣、扁平苔藓、毛发红糠疹、皮肤无菌性化脓性溃疡、皮炎、脚气、脓疱疮、带状疱疹、斑秃。

(11)儿科疾病:小儿厌食、小儿营养不良、小儿麻疹、小儿流行性腮腺炎、小儿硬肿证、新生儿黄疸、新生儿尿布性皮炎、婴儿湿疹、小儿水痘、鹅口疮、小儿腹泻、蛲虫病、小儿麻痹证、小儿脓疱疮、小儿疝气、小儿阴茎包皮炎、小儿鞘膜积液、小儿髋关节半脱位、小儿发育不良、小儿遗尿、小儿佝偻病、小儿病后体质虚弱等。

(12)杂病:黑变病、前列腺癌术后、胆囊切除术后、矽肺、慢性汞铅砷等中毒、萎黄证、更年期综合证、经前期紧张综合证、疖肿、疔、疝子等。

2. 其它

(1)藏药浴禁忌病证对象

应该说,藏药浴没有绝对禁忌病,但对于具有下述情况的患者,不宜或应慎重进行药浴。

- ①严重心脏病或合并有心功能不全的人。
- ②有出血倾向的人。
- ③有恶液体质的人。
- ④高热性疾病及有败血症倾向的人。
- ⑤有活动性肺结核的人。
- ⑥有急性、慢性肝炎及其它传染病的人。
- ⑦肝硬化中晚期及肝功能不全的人。
- ⑧处于脑血管意外危险期及不稳定期的人。
- ⑨精神病、癫痫等不能自我约束的人。

⑩对恶性肿瘤(癌)患者的药浴治疗,目前仍在探讨中。

(2)有特效的几种疾病

动脉硬化、各种风湿痛、风湿性关节炎、类风湿关节炎、坐骨神经痛、神经官能症、脑血管意外恢复期,各种皮癣、皮疹、皮肤疮疡,慢性炎症引起的粘连、挛缩等。

第三节 隆病

藏医病因学认为,隆是诱发一切疾病的主要原因,它既是疾病的前导,也是一切疾病的末尾,其遍布周身,本性凶暴,毒害本系,扰乱旁系,许多疾病的激化都是它引起的。而在《四部医典·后序本》又认为“一切隆型疾病等,都可以用药水浸浴疗法施治”。因此,有必要对隆病进行详细介绍。

一、隆病总述

1. 病因

隆病的病因包括内因和外因。内因主要是由于人体内部本身存在的隆,由于贪欲过甚而引起隆的失衡,当条件成熟时,就会发病。外因主要有:时令不足,如太过或相反;行为起居影响,包括过食味苦和涩味及具有轻、糙、细、硬、涩、动、寒等性能的饮食和药物,还有絮语唠叨、空腹劳动、房劳过度、大量失血、少食、强忍便意、忧思劳倦、悲伤哭泣、暴饮暴食、大吐大泻等。

2. 隆病的证状

(1)总证状

脉象虚浮;小便清如水,搅动后容易返清;想动而又气喘乏力,心神不宁,头晕目眩,耳鸣,口干舌燥,有涩味,疼痛,痛处游走不定,畏寒颤栗,动则疼痛,有僵缩折裂抽缚之感,汗毛竖起,失眠少寐,嗜睡,易怒,关节有刺痛感,迎风则痛,不时空呕,肠鸣腹胀,黎明消食时则痛,并易吐泡沫痰涎。

(2)特殊证状

隆又分为五种不同的隆,当这些隆受病邪侵害时,也会发生不同的隆病。

①维命隆病:其病多由于过饥不食,过食刺激品,或对小便大便过分强忍,该便时不解,或者过分用力排便,皆可发生。表现为吞咽困难,吸气不畅,心神不安,头晕目眩。

②上行隆病:是因欲咽或打呃而强行忍住,或强力负重,哭笑过度,皆可使其功能紊乱。表现为意识欠清,口角喎斜,声嘶口吃,甚至语音困难。

③遍行隆病:因久坐久行,勉强竞技,或突受刺激恐吓所致,表现为心如绞拧,突然昏厥,惊惕恐惧,语言错乱,或无目的地乱走,此证多在突受惊吓后发作。

④下泄隆病:在正常机能受抑制时受病,如行房强忍不射精,或大小便强忍不排,使其机能受扰。病后多表现为大便干秘、矢气不通,小便闭而不通,下肢关节疼痛,或四肢

关节松弛。

⑤伴火隆病：与饮食不消及食入变质有毒食物有关，也有白昼过多睡眠发病者，其表现为食欲不振，食而不消，呕吐粘液等等。

(3) 具体证状

隆病的证状表现还远不止以上这些，由于隆邪所处的部位不同，而可以出现千变万化的证状。但总的来说，消化食物的大肠，髓骨眼，骨骼关节，皮肤，耳等是隆依存之位和发病部位，尤其是消化食物大肠更是隆病依存和发病的主要部位，因此，在这些部位，隆病及其相对证状，表现极为明显。

隆病的具体证状大致可以依隆病发生的部位分成隆中于肌肉骨部位、中于脏腑、中于官窍等。

①隆中于肌表骨内时，先侵入皮肤，则皮肤粗糙干皴，有时状如鸡皮；侵入肌肉，则肌肉肿胀而肤色也随之变化，甚或有水泡丘疹一类病变出现；侵入脂肪，则皮下有结节躯体肿胀；如侵入脉管，则管道粗硬而肿胀；侵入血分，则人的肤色暗而不泽，且有嗜睡之感；侵入筋腱，则肢体僵直，行走活动受限；侵入骨头，则骨骼刺痛，肌肉枯萎；侵入关节，则关节肿胀疼痛，活动艰难；侵入骨髓，可致严重失眠，有如裹头之感；如侵入精分，则易滑精而肌萎肤干。

②隆中于脏腑之证状亦随其所中脏腑之不同而异。如侵入心则成心隆，常患头晕少眠，神志恍惚，胸闷胀，口常叹气，甚或语言错乱；侵入肺则为肺隆，常有全身浮肿，咳嗽吐痰，痰呈泡沫状，不易咳出，咳甚可引起呕吐；侵入肝则为肝隆，常见胸胁刺痛，目模糊，视物不清，且有暖气及食欲缺失等证；侵入脾则为脾隆，表现为全身肿胀，腹胀肠鸣；侵入肾则是肾隆，多现两耳失聪，腰背酸痛；入胃则成胃隆，多见胃脘胀满而痛，消化不好，吞酸暖气；侵入大肠则为肠隆，多见肠鸣失气，腹胀泄泻；侵入胆则为胆隆，可见黄疸，消化不良，腹胀等证。隆亦可侵入肛门、尿道、子宫、小肠、膀胱及精府等部位，分别引起各个部位的隆病。如肛门隆表现大便干结或下泄；尿道隆表现小腹作胀，尿液淋漓不畅；子宫隆则下腹肿块，月经失调；小肠隆则可见大便泄泻；膀胱隆可使小便隆闭不通或尿液灼热；精府隆则导致不能生育等。

③隆中于官窍的证状也很有特点，如隆中头部，可引起头隆，表现为呕吐不消化之食物，神志模糊，或突然昏倒，行路不移，还有眼花耳鸣，视物不清等；如侵入眼，则成为目隆，双眼发红，眼球坠痛，畏光畏风；如侵入耳是为耳隆，耳鸣而空痛；入鼻则成为鼻隆，鼻常流清涕，嗅觉不灵，鼻塞不通；入齿则成为齿隆，牙龈肿痛，咀嚼不利。

3. 隆病的治法

对隆病的治法总的原则是：控制疾病，积极治疗，防止病变。就是指除在饮食、起居方面进行积极治疗外，还应该针对不同的病证采取一定的药物疗法和外治疗法。具体来说就是饮食起居疗法和药物疗法。

(1) 饮食起居疗法

由于隆在五源属风，寒热属性为寒，根据藏医的治疗原则，热病寒之，寒病热之，在治

疗隆病时宜以祛风、散寒为主。这样在饮食方面就应该多吃性温、油润、有营养的各种饮食,如食荨麻、大葱、大蒜、旱地产粮食的面粉、揉好的糌粑团、踝骨、锁骨、小尾椎熬的骨汤,经年的绵羊肉、马肉、驴肉及早獭肉,陈酥油、陈植物油、新鲜牛奶等;一般宜进食糌粑酒,肾隆证宜饮用麦酒,一切隆证宜饮用红蔗糖酒,骨隆证和肾隆证宜饮用蒺藜酒,骨隆证宜饮用骨酒等。在起居方面,宜住在温暖的房子,窗户等不要有寒风吹进,衣着宜穿皮衣等温暖的衣服,睡眠休息要适当,常与知心朋友交谈,消除忧愁,禁忌有害的饮食起居等。

(2) 药物疗法和外治法

①药物疗法原则:隆证的药物疗法,在祛风散寒的原则下,首先消除并发症,使隆证归位,宜内服汤剂;中间阶段要对证治疗,服用针对疾病的散剂;后期要消除疾病残余,滋养机体元气,宜服用药酥剂。而且在治疗的过程中,一定要按照前后次序治疗,不可颠倒。

首先,用踝骨、胯尖骨、尾椎骨等三骨营养汤或者各种带有软骨的骨头汤,调入佐料姜、阿魏、红碯砂、大蒜等内服,或者加干姜、藏茴香、肉豆蔻等,煎汤内服。糌粑酒加防风和黄精、麦酒、红蔗糖酒对证服用。

其次,内服散剂,有十四味肉豆蔻散、二十五味阿魏散,任何一方均可内服。

后期内服药酥有大蒜药酥、五根药酥、肉蔻药酥、乌头药酥等。

②外治疗法则根据不同的病证采取不同的治法,如可以采用各种骨头在酒中煎煮,蒸汽熏蒸,并用上层浮油涂抹按摩。出现四肢并发症时,用羊粪、酒煮罨浴,并可涂抹酥油按摩,或用清油疗法、油脂罨熨、水罨等法治疗,隆病心神不宁、神志恍惚者,内服四营药酥,在第六椎节、第七椎节等穴位艾灸。

二、隆病的分类

结合现代疾病分类方法,隆病可以划分为九大系统隆病和特殊隆病。

(1)运动系统隆病:包括肌肉隆、脂肪隆、筋隆、关节隆、骨隆、骨髓隆,症状有“阿哇达”、后仰、前俯、侧弓、半身干枯、全身干枯、木僵、臂瘫、“布夏则”、跛行、腿僵、狼头膝风、踝刺痛、拘挛、“卡力”、足麻、足烧等。

(2)神经系统隆病:包括脉痉、挛证、腮僵证、结舌证等。

(3)循环系统隆病:包括心隆、脉隆、血隆等。

(4)泌尿系统隆病:包括肾隆、膀胱隆等。

(5)呼吸系统隆病:包括肺隆、鼻隆等。

(6)消化系统隆病:包括肝隆、胃隆、食道隆、六肠隆、齿隆、腿隆、肛门隆病等。

(7)生殖系统隆病:子宫隆、精府隆等。

(8)感官系统隆病:头隆、目隆、耳隆等。

(9)内分泌系统隆病:脾隆等。

三、藏药浴在隆病治疗中的应用

1. 总原则

隆病的药物治疗,适合的药味是甘、酸、咸三味,甘味如蔗糖,酸味如陈年老酒,咸味如光明盐。治疗隆病适合的药物功效是润、镇、和三效,效润的如黑沉香,效镇的如硃砂,效和的如悬钩子。这就要求在实施藏药浴时,利用药物固有的偏性,对证治疗。另外,由于隆在五源属风,在寒热上属寒,所以治法宜祛风散寒。这样在藏药浴时宜采用温度较高的药浴液,而且在藏药浴液中加入具有辛散热性的药物。

2. 藏药浴在具体病中的应用

据《四部医典》记载,药浴可以治疗一切隆病。由此可见藏药浴在隆病中的应用十分广泛,而且在治疗过程中,往往不是单纯地使用药浴疗法,而是采用药浴与其它疗法如药物、针灸、放血等进行配合治疗。其具体应用有以下几个方面:

(1)在治疗“阿哇达”证时,食用油脂并涂搽全身。喝牛奶,经常食用羊肉汤和水生动物肉汤。用柔导泻剂(羊肉汤、牦牛奶、熔酥油、木香、河边柏枝、荜茇、光明盐、诃子研末)下泻之后,将杂骨熬汁洗浴,用油渣喷酒后热熨或用油毡热熨,然后再用峻滴鼻剂滴鼻,并多次服用圆柏子、羊奶、酪、羊肉汤、螃蟹甲熬制的汤剂。将圆柏枝、五根药研末拌熔酥油外涂,或者点燃熏鼻,用滴鼻剂滴鼻、缓泻剂下泻等。

(2)侧弓,用五味肉豆蔻浴方治疗。

(3)腿僵在治疗时可采用五味甘露汤与药物饮食疗法配合。

(4)拘挛宜饮大蒜汤,用温泉浴、油脂疗法和热熨法治疗。

(5)狼头膝风在服用内服药十八味水根散等的同时,于两外踝脉放血,用温泉水热敷和洗浴,或用五味甘露汤洗浴,内服诃子、硫磺配制的糊剂等。

(6)据《四部医典》记载,对于僵尸隆病,应采用油疗法和药汽蒸疗法医治;干瘦隆病,涂油罨敷,脉泻之后,补充以水浴治疗,降型痲疽,外用洗浴,内服五根汤。

(7)筋隆病、关节隆病、脉隆病均连续内服能利宝丸和黄药宝丸,并用油脂法药浴、热熨法等进行治疗;大筋隆病用门隅豆、光明盐、芝麻油熬汁涂搽,洗五味甘露浴。

(8)肝隆病,服岩精、红花、诃子配制的糊剂,内服肝药八味石榴散及各种动物肝粉配制的药油加紫硃砂、红花、岩精药油丸和毛诃子核药油。用杂骨蒸气浴,并于第九椎、肝区肋骨顶上施灸。

当然,藏药浴在隆病中的应用远不止这些,随着研究的深入,以及交流的日益广泛,藏药浴在隆病中的治疗范围正在逐步扩展。

第四章 藏药浴的药物组成

藏药,因其历史悠久,种类繁多,且理论独特,具有浓厚的高原特色,使其在民族医药中占有重要地位。在临床常用藏药中,绝大部分均可应用于藏药浴中。藏药作为藏药浴的核心部分,有必要将其基本理论加以介绍,以便更好地指导临床,发挥藏药浴的作用。

第一节 藏药学的基本理论

据现有的文字记载,藏药应用至少已有 1300 余年。在此期间,藏药学与藏医学同步发展,著作颇多,已经形成了相当成熟的理论体系。而且,在药物种类上,藏药亦逐步发展。据考证,青藏高原有藏药约 2300 余种,其中植物药 2085 种,动物药 159 种,矿物药 50 余种。现藏医临床常用藏药约 600 余种,极大地丰富和完善了我国的民族医药。

一、藏药学简史

藏药学与藏医学是相伴发展起来的。在藏医早期著作中,往往是藏医和藏药兼顾的,如《医学大全》、《无畏的武器》、《月王药诊》、《四部医典》等都是既讲医又讲药物的,只可惜前两部书现已失传。但藏药发展至今,取得的成绩是可喜的,据统计至今有关藏药学的著作已达数百种。

《月王药诊》作为我国目前现存最早的藏医学经典著作,对后世影响非常大。该书是文成公主进藏时带入的医药书籍,由汉族僧医马哈耶那和藏族译师毗卢遮那翻译,并结合译者自己的临床经验编著而成。书中收载药物 784 种,其中大部分药物具有浓厚的藏药特色,且沿用至今。本书还初步提出药物的生长之本、药性、药效等基本理论,为以后五源学说及性味功效理论的发展奠定了基础。

同时,毗卢遮那还著有药物专著《嘉羊本草》,载药 174 种;藏王的七太医也编著了《卓玛本草》,载药 250 种,这两本专著可以视为目前最早的藏药专著了。在敦煌发现的《敦煌本藏医残卷》也大约著于同一个时期(作者已不可考),书中载药 133 种,已考证的有 127 种,包括动物药 66 种,植物药 51 种,矿物药 12 种。这几本书也对当时的藏药发展作出了一定贡献。

藏医史上最伟大的著作《四部医典》是由当时著名藏医学者宇妥·云丹贡布所作,书中载药 1002 种,配方 800 种。作者根据药材的来源、生长环境、质地等的不同,将其分为

珍宝类、石类、土类、水类、汁液类、湿生草类、旱生草类、动物药类等八大类,并且提出了五源学说及源于此的六味、八性、十七效,奠定了后世用药的理论基础。

藏药学的集大成之作是著名藏医药学家帝玛尔·丹增彭措所著的《晶珠本草》。本书载药极其丰富,共计 2294 种,包括植物药 1006 种,动物药 448 种,矿物药 840 种,基本上将历代本草中所记载的药物全部收载其中,并依据生长环境、质地及入药部位的不同,将药物分为十一类,初步形成较科学的分类体系。该书还将药物的性味功效具体化,并且充分认识到了药物加工炮制的重要性,这使藏药的基本理论真正成熟起来。

西藏解放以后,特别是改革开放以来,藏医学更是阔步发展,出现了大量藏药学的专著,比较有名的有《藏药志》和《中国藏药》等。前者载药 431 种,原植(动、矿)物共计 1152 种,附图 282 幅;后者载药 1200 余种,而且是第一次全面、系统地介绍了青藏高原的藏药材,又一次对促进藏药发展作出了重大贡献。

二、藏药的基本分类

在现存最早的藏医学著作《月王药诊》中,虽有数百种药物的记载,但尚未对其进行系统的分类,对药物的分类并没有一个统一的标准。在当时,药物的归类强调实用性,但在分类上还没有形成一个独立的观念,只处在初级阶段。《四部医典》中的藏药分类也尚未形成完整的符合分类学标准的体系,但毕竟书中已经开始涉及到药物的具体分类方法。而此后各类著作中,药物分类并未见有明显改变。直到清代成书的《晶珠本草》出现后,藏药分类才跨上了一个新的台阶,这是最能代表藏药分类学成就的一部著作。

1.《四部医典》中的药物分类

总体来说,《四部医典》提出了三种药物的分类方法,分别是根据医治疾病的作用上来分类、从六味上来分类及从药物属性特征上来分类。

(1)按照医治疾病的作用分类

书中将其分为十七类,分别有医治热性病的药物,如冰片、牛黄、红花、竹黄等;医治赤巴病的药物,如藏茵陈、止泻木、唐古特乌头、凤毛菊等;医治血病的药物,如红檀香、锦鸡儿、余甘子、紫草茸等;医治瘟疫的药物,如牛黄、大株红景天、苍耳子、翠雀花等;解毒药物,如麝香、乌头、钩藤、西河柳、藏贯众、龙胆、翻白草等;医治肺病的药物,如沙棘果、广木香、茵陈蒿、大株红景天等;医治隆病和热性培根合并证的药物,如木藤蓼、覆盆子、沉香、安息香、茴香等;医治热性培根病的药物,如木瓜、青木香、芫荽、石榴、余甘子等;医治培根和隆病合并证的药物,如山奈、干姜、阿魏、红矾砂等;医治寒性培根病的药物,如芫荽、小米辣、干姜、黄花杜鹃等;医治隆病的药物,如肉豆蔻、蔗糖、各种骨类等;医治黄水证的药物,如白芸香、降香、小檗等;驱虫药,如麝香、阿魏、天仙子、蜗牛壳等;医治腹泻的药物,如葫芦、金瓜、紫草茸、茜草等;医治尿病的药物,如矾砂、光明盐、蜀葵等;催吐药物,如刺参、菖蒲、矮骡子等;下泻药物,如诃子、巴豆、大黄、佛手、瑞香狼毒等,共计十七类。

此种分类方法从临床来讲,具有一定实用性,但也有很大的缺陷。最明显的便是药

物分类上有重复出现的情况,如麝香既出现在解毒类药物中,又出现在驱虫类药物中;大株红景天同时出现在医治瘟疫的药物和医治肿病的药物中等等。但是由于一种药往往具有多种功效,因此这种重复是不可避免的,因而,这种分类方法从分类学角度讲是欠佳的。

(2)按照六味分类

甘味药物类,如甘草、葡萄、红花、滑石、肉类、白糖等;

酸味药物类,如石榴、木瓜、柏子、沙棘果、余甘子等;

苦味药物类,如山豆根、藏茵陈、麝香、波棱瓜、岩精等;

涩味药物类,如檀香、诃子、大株红景天、西河柳等;

辛味药物类,如阿魏、溪岸银莲花、毛茛、葱、蒜等;

咸味药物类,如光明盐、藏红盐、黑盐、火硝、白秋石等。

还有部分药物属于混合型药味的药物,如冰片、亚大黄等。

(3)按照药物的属性特征分类

《四部医典》中将其分为:珍宝药类、石药类、土药类、木药类、精华药类、湿生草药类、旱生草药类及动物药类,共计8类。书中又将木药类分10小类,精华药类分3小类,动物药类分13小类来一一叙述,而对其它各类则是逐种介绍。这种分类方法在后来的《晶珠本草》中更为详尽。

2.《晶珠本草》中的药物分类

本书作为藏药学的专著,其分类方法是比较科学的,而它的分类方法主要也是吸收了并发挥了上述第3种分类方法,使之更为系统(表4-1)。

由4-1表可以看出,《晶珠本草》的分类是非常详细的,而且大体上是以药物的自然属性为依据,已经具有一定的科学性,至今在药理学、分类学上都有重要的意义。

3. 现代藏药分类体系

在现代,药物分类大致有自然分类法和按药名条目笔划排列的分类法两种。后一种较为常见,但也存在诸多不足,因此,对于藏药的分类,一般采用自然分类系统。简单地说,这种分类法就是将药物按照自然客观规律分为矿物、植物、动物三大类。其中矿物药又可以按矿物化学成分或成矿因素继续分类排序;植物药可以按孢子、裸子、被子植物的进化顺序继续分类排列;而动物药则可以昆虫、鱼、两栖、爬行、禽、兽为序排列,此种方法亦比较简单,这里就不再赘述。

三、五源学说

五源学说又称五元学说,它起源于印度,是古印度一种朴素唯物主义认识论,认为物质世界(器世)及人和一切生物(情世)产生的根源为土、水、火、风、空,称之为五源(亦有四源之说,即除去空元)。这种学说很早就已经应用于吠陀医学及佛教哲学之中。五源之中,土、水、火、风是世界万世万物的基础物质,而空一元则是物质存在、增长及运动的空间,它们之间相互滋生、演变、发展,并进行抽象推演、释绎、归类,用以解释事物的结构

和运动形式,进而形成一种具有系统的逻辑思维方式。五源学说在传入西藏以后,藏医药学便将其吸收,应用于藏医、藏药的理论体系中。

表 4-1:《晶珠本草》的藏药分类方法

分类		举例	计数
总类	小类		
珍宝类药	上品珍宝类	舍利	166
	普通珍宝类:不熔性、可熔性	金刚石、玉石、金、银、铁	
石类药	不熔性石类	赤石脂、寒水石、煤精	594
	可熔性石类	磁石、金矿石、自然铜、硫磺石	
土类药	自然土类	海金沙、禹粮土、泥皮、爬岩茸	31
	加工炮制土类	硫磺、新砖瓦汁、新砖瓦坯	
汁液精华类药	——	牛黄、麝香、岩精、熊胆	150
树类药	果实类、树花类、树叶类、树皮类、树干类、树根类、树脂类、树枝类	诃子、圆柏子、烈香杜鹃、刺柏叶、桤柳叶、沉香、茜草、榆皮、白杨皮、阿魏、乳香、紫草茸	182
湿生草类药	根类、叶类、果实类、花类、全草类	藏茵陈、冬葵、黄精、瑞香狼毒、藏木香、麻黄、野蒿、茵陈蒿	142
旱生草类药	根类、叶类、花类、果实类、茎类、全草类	藏黄连、红景天、藏毛茛、雪莲花、藏茴香、甘青青兰、矮紫堇、独一味	766
盐碱类药	水生类、石生类	硝砂、白秋石、碱土、火硝	59
动物类药	角类、眼类、喉头类、舌类、齿类、心类、肺类、肠类、胆类、脾类、胃类、肠类、生殖器类、骨类、骨髓类、脑类、脂类、血类、肉类、皮类、毛类、翎类、爪类、胃中食糜类、粪类、小便类、乳类、昆虫类	犀角、鹿茸、藏羚羊、鱼目、绵羊眼珠、狼舌、熊犬齿、公牦牛喉、秃鹫心、盘羊肺、旱獭肝、黑熊胆、豹睾丸、虎骨、鹿脑、马脂、公犏牛腔血、象肉、鼠皮、狼毛、藏雪鸡尾翎、三尸粪、牦牛奶、斑蝥、蚂蚁	448
作物类药	芒类、豆类、蔬菜类、加工品类	野燕麦、青稞、白扁豆、尼泊尔豌豆、酒曲、油渣	42
水类药	饮用水类、药用水类、矿泉水类	雨水、碱水、草木水、五种治病药泉水、石炭寒水石温泉水	121
火类药	火成类、火灸类	灶心焦土块、艾灸火、烟墨、珍宝火	11
炮制膏汁类药	火制类、水制类	草乌炭、胆汁红花膏、五根膏、沙棘膏	82
合 计		2294	

1. 五源学说在藏医理论体系中的应用

《四部医典·后续部》载：“众生肉体四大本源生，所治疾病四大本源致”，也就是说五源是构成人体的基本物质，而疾病的产生也是由五源引发的。《四部医典·论述部》还载：“土生骨肉鼻间有嗅觉，水滋血液舌味湿润感，火炽热暖色泽眼体亮，风产气息触角和皮肤，虚空生窍耳司音响间。”也就是说五源是促进人体各器官、感觉及精气生成和发育的基本因素。在胚胎学方面，受孕及胎儿的生长发育也需要五源为基础。“五源聚集相结为胎因，……无土无躯无水骸难聚，无火不熟无风不发育，若缺虚空肢体怎分离？”（《四部医典·论述部》）也就是说：土元是精血混合、凝固、身体增长聚拢的因素；水元是滋润身体、聚拢精血的因素；火元是胚胎成熟的因素；风元是胚胎发育的因素；而空元则是胚胎生长发育的空间。只要缺乏其中任意一种，就不能受孕或胎儿不能发育。另外，五源还与脉、脏腑等有密切的关系。对于脉而言，认为白脉属水、土性，是水土元流通的脉道；黑脉属火性，是火元流通的脉道。对于脏腑而言，认为脾、胃属土性，肾、膀胱及精府属水性，肝、胆属火性，肺、大肠属风性，心、小肠属空性。这一点与中医的五行与脏腑的配对有相似之处，也说明了藏、中医的相通之处。

据此可以归纳出五源的属性及功能：土元性重、稳、钝、绵、膩、干，有坚固、生长、聚拢之功能；水元性湿、柔、润、稀、钝、寒，有湿润、沉下、滋养、聚拢之功能；火元性热、干、糙、锐、轻、动，有增温及促进成熟之功能；风元性动、轻、干、寒、糙、涩，有运动、生长及输送血液和精华之功能；空元性空、虚，是机体存在、生长、运动的空间。

2. 五源学说在藏药学中的应用

藏医药学认为一切药物都来源于五源，如《四部医典》所述：“所依将从五源之内生，土为基础水润火生热，风可运行虚空分间隙……”即药物生长的基础为土元，水元使药物润湿，药物生长之热能来自火元，药物生长及活动的动力来自风元，药物生长发育所需空间来自空元。这五元是药物生长发育所必须的，缺一不可。而由于来源基本一致，因此药物生长的情况也大致相同。但又因为五源各有偏盛，而产生不同的药味，即“土水、火土、水火、水与风，再加火风、土风生六味”（《四部医典·论述部》），分别对应甘、酸、咸、苦、辛、涩六味，也就是说，土元、水元偏盛的药物味甘，以此类推。同时，依据《四部医典》，又可以推出五源各自偏盛的药物属性、功效与主治，即土性药有重、稳、钝、柔、润、干之功效，能使身体结实，主治隆病；水性药有稀、凉、重、钝、润、柔、软之功效，能滋润身体，主治赤巴病；火性药有辛、锐、干、糙、轻、动之功效，能生火热，主治培根病；风性药有轻、动、寒、糙、燥、干之功效，能使身体坚实，精气通行，主治培根、赤巴病；空性药其性空虚，统帅其它四元所生药物，遍行全身，主治隆、赤巴、培根聚合的综合性疾病。

由上可知，五源学说贯穿藏医药学的理论体系，它既与机体的生长发育、脏腑功能等生理病理情况有密切关系，又直接导出了藏药学六味、八性乃至十七效的理论体系，因此在藏医药中占有十分重要的地位，对藏药浴的临床用药也具有直接的指导作用。

四、藏药的性味功效

性、味、效是藏医指导临床用药的理论基础,也是藏药理论体系中最重要的重要组成部分。藏药六味来自五源,而性即藏药八性,亦来源于五源,包括重、润、凉、钝、轻、涩、热、锐八性。效,指十七效,即药物治疗疾病所具有的十七种效能,包括和、重、热、润、稳、寒、钝、凉、软、淡、燥、涩、温、轻、锐、烈、动。十七效来源于六味,而六味源于五源,即十七效亦间接源于五源。由上可知藏药的性味功效均源自五源,五源学说为藏药理论的源泉。

1. 六味

六味,即甘、酸、咸、苦、辛、涩六种药味,《四部医典》中指出“性质入舌有感称味觉”,味就是舌对药物的感觉,这与中医的五味有一定的区别。传统藏医药学认为甘味能长时间停留在口中,引起食欲;酸味能引起牙酸、痒,并使口水外流;咸味只要一接触舌头,便能聚集口水;苦味能消除口臭,但会引起反胃;辛味会刺激舌头,并引起流泪;而涩味碰到舌后会自觉粘舌、粘腭,有粗糙感。由此可见,藏医药所认为的六味更接近日常生活中的味觉。

一般而言,具有甘、酸、咸、辛味的药物能医治隆病,具有苦、甘、涩味的药物能医治赤巴病,具有辛、酸、咸味的药物能医治培根病。至于六味中各味的具体功效,应从两方面来看:一方面,它能治疗某些疾病,另一方面又会引发其它疾病,因此,在使用过程中要尽量注意配伍及用量(表4-2)。

由此可见,药物六味之间相互牵制,又相互促进,既有一般情况,又有特殊药物,在临床使用时要注意其相互关系。

2. 八性

药物八性即重、润、凉、钝、轻、糙、热、锐八种药性,可分为重—轻、润—糙、凉—热、钝—锐四对。八性中重钝两性能医治隆病与赤巴病,轻、糙、热、锐能医治培根病,轻、糙、凉能诱发隆病,热、锐、润能诱发赤巴病,重、润、凉、钝能诱发培根病。前面提到药物八性可分为相对立的四对,其实诱发疾病的原因,即“隆、赤巴、培根”三大因素失调,也是由于饮食不当或用药性质不当、起居不适等诱因所致,因此在治病时要考虑致病因素的性与所用药物的性相对立而治之,即异性对治原则。

例如,性热、性锐的药物或食物导致赤巴病,则应用性凉、性钝的药物来治疗;性轻、性糙的药物或食物等原因引起的隆病就应用性重、性润的药物来治疗;而性润、性重的药物所导致的培根病当用性糙、性轻的药物来治疗。否则,如果用药或饮食性质与疾病性质相同,则会恶化疾病。这种对应而治的原则与中医有相似之处,如中医亦有“热者寒之,寒者热之”治病原则,只是藏药八性使这种用药更为详尽了。

3. 十七效

十七效亦可分为八对加一,即寒与热、温与凉、干与稀、润与糙、轻与重、稳与动、钝与锐、柔与燥及软。从一定程度上说,十七效可以作为八性的延伸,但由于十七效注重的是药物对治的功效,而八性注重药物性能,再加上十七效与六味之间的密切关系,使十七效

与八性各自构成藏药理论体系的一部分。

表 4-2: 藏药六味与功效

六 味	有 利 功 效	不 利 因 素
甘味药物	适合身体需要,增长元气和体力,有补益作用;治疗消瘦、气管炎、肺病有特效;能愈合疮伤、焕发容颜、延年益寿;治疗中毒证、隆病、赤巴病均有效	过量使用,会诱发培根病、肥胖证、胃寒、尿频、遗尿证、甲状腺肿大等疾病(陈青棵、干燥地方产的肉除外)
酸味药物	生胃火、增长消化能力,使油脂糜烂稀释,顺气,适用于胃寒、食欲不振、消化不良及培根病	过量使用会引起血病、赤巴病、体倦无力、目力昏花、头晕、水肿、丹毒、皮癣疥疮、瘟病等(余甘子除外)
咸味药物	使身体坚实、疏通作用;健胃,温中祛寒。适用于闭塞梗阻证,如大便秘结、胃寒气滞、食欲不振等	过量使用会诱发赤巴病、培根病,引起毛发脱落、变白,皱纹增多、体力减弱以及麻风病、丹毒、血病等(黑盐、光明盐除外)
苦味药物	开胃、驱虫、止渴、解毒、开窍、收敛,适用于赤巴病、麻风、晕眩、瘟疫、虫病、中毒证以及口干燥渴、呕吐、乳房炎症、声音嘶哑等	过量使用,会诱发隆病、培根病,使体力减弱(除大托叶云实、木藤蓼能医治隆病、培根病外)
辣味药物	去腐生肌、愈合疮伤、温胃、消食、泻下、通脉。适用于隆病培根病、下颌病、喉蛾、麻风、水肿、疮疥、胃寒、消化不良等	过量服用时,会诱发赤巴病,甚至隆病,损耗精液及体力,引起抽搐、颤抖、神昏体倦、腰背疼痛等证状(大蒜、芫荽除外)
涩味药物	清热凉血、润泽皮肤、疗疮。适用于血病、赤巴病、脂肪增多证、疮疥、皮肤粗糙等	过量服用时,对培根及隆病有害,引起胃液瘀积、便秘、腹胀、心脏疾病等(诃子、毛诃子除外)

在十七效中,柔、重、热、润、稳、干六种功效能治隆病,稀、凉、重、钝、润、软、柔七种功效能治赤巴病,温、热、锐、糙、燥、轻、动、涩八种功效能治培根病。

药物六味是十七效之源,例如,咸味、涩味、甘味的药物具有重的功效,且依次变重;咸味、酸味、甘味的药物具有润的功效,且依次变润;苦味、涩味、甘味的药物具有钝的功效,且依次更钝;辛味、酸味、感味的药物具有温和锐的功效,且依次变温、变锐;涩味、苦味、甘味的药物具有凉的功效,且依次更凉;而酸味、辛味、苦味的药物依次变轻而糙。由于十七效的相对性,这种功效也不是绝对的,如涩味药比咸味更重,但比甘味轻。也就是说当药味不同时,后者的功效更大一些,如果排除其它因素(如三化味等),药味便在此影响功效,起了较大的作用。但当药味相同时,药物所具有的功效大小则由各自性能依赖于五源成分的大小决定。而十七效在应用于治病过程中时,也按照异性对治原则,与八性的应用基本相同。

除以上几种理论外,藏药理论体系中还包括合成味、三化味等理论。合成味即是药味的合成、迭加,三化味即食物或药物消化后产生新的味,都比较简单,这里不再详述。

同中医药一样,藏药的临床应用也极少见单味药,而多为复方,所以综合运用药物的性、味、效来进行组方就显得尤为重要。在组方过程中,应注意根据病的性质来确定药的性、味、效。其中味是主导,而性与效则应遵循异性对治的原则。应时刻铭记“病有其性,药亦有其性,同性治之必遭其祸,对性治之必得其愈。”同时,在配方制剂时也要全面考虑,要把药味起作用的药物加在一起考虑,把功效起作用的药物加在一起考虑,把消化后变化的作用加在一起考虑,只有这样,才能真正成为一名合格的藏医。

五、植物藏药的特征

藏药,一般指主产于青藏高原地区的药材。正是由于青藏高原独特的自然条件,造就了独特的藏药。

1. 青藏高原的自然条件与植被分布

青藏高原位于我国西南边疆,地跨西藏、青海以及四川、云南、新疆的部分地区,面积达 250 多万平方公里,高原平均海拔高度在 5000 米左右,是世界上最大最高的高原。高原上巨大的山脉纵横东西和南北,构成青藏高原的基本骨架,它又是许多江河的发源地,有丰富的湖泊及冰川资源。

由于面积辽阔,地形复杂,青藏高原的气候状况也极其复杂,主要受上半年的西南季风和下半年的西风环流两大基本气候影响。受西南季风带来的暖湿气流影响,高原夏半年雨水较多,但由于高山的阻挡,使降水量从东南部向东北部、西北部依次减少,东南部年降雨量达 500 ~ 1000mm,而到阿里地区仅有 40 ~ 70mm,同时气温也逐渐降低。受西风环流影响,冬半年高原上气候以寒冷、干燥、劲风为主,但强度从西北至东南逐渐减弱。总体来说,从东南部到西北部,气候状况从温暖湿润逐渐变为寒冷干旱,形成明显的地区差异。

特殊的地形、独特的气候形成了高原独特的植被分布。主要有五种植被类型,分别是森林植被、灌丛植被、高寒草甸植被、高山垫状植被及高山流石滩稀疏植被。种类繁多的藏药正是分布在这些各具特色的植被之中,各有自己相适应的生态环境,并形成自身的特征,但由于生长在高原之上,都经历了寒风及冰雪,便又形成了植物藏药不同于其它地区植物的普遍特征。

2. 植物藏药的特征

受高原气候、高原地形影响,藏药用植物在形态和生理上都发生了特有的改变。

(1) 形态特征

由于气候寒冷、干旱,常年疾风侵袭,使植物不能正常向上生长,导致植株矮小,呈垫状或莲座状;由于地下冰冻层较浅,根系不能纵深生长,只能水平展开,且根系发达,以适应环境。又由于太阳辐射极强,蒸腾作用旺盛,使植株被上厚厚的绵长,以减少曝晒及水分丢失。总之,植株的形态特征都是为了适应环境而产生的,表现出其极强适应性。

(2)生理特征

生理的特异化也是植株对高原环境的适应性结果。严寒、干旱使植株有极强的抗寒、抗旱能力;暖季(夏半年)时间短使植株的繁殖必须从速进行,而多以无性繁殖的方式;空气的稀薄,太阳的强辐射大大提高了光对空气的穿透性,从而使植株光合作用增强,积累了大量有用物质。而这些生理性变化对应到藏药之中,结合藏药理论,则表现出藏药药效力猛、有效成分多、善强筋健骨等特点。

六、藏药浴中藏药的应用

药浴,显而易见,药为主体。即使是天然的矿泉浴,起作用的还是药物。藏医传统五类矿泉中,其主要成分均为常用矿物药,如硫磺、寒水石、岩矾、岩精等。对于药水浴、药汽浴、缚浴,药的重要性更是不言而喻。而且所谓藏药浴,更是以藏药——青藏高原的道地药材为主体的。

在藏药浴中,藏药的使用是极其广泛的,几乎覆盖所有无毒副作用的藏药,乃至各种谷物、动物粪、鲜花等都在使用之列。在药水浴中,除五味甘露外,常用配伍药还有岩精、寒水石、黄水三药(乳香、决明子、黄葵子)、蒺藜、麝粪、天然碱、酒曲、文冠木、青稞、甘松、余甘子、诃子、毛诃子、白芸香、荜茇、宽筋藤、藏菖蒲、珍珠母、犀角、铁粉等,可随证加减。在药汽浴中,所用之药与药水浴大致相同,只是用法不同而已。而缚浴中用药则分寒、热两种,临床要注意区分,具体内容将在第四节中详细叙述。

由于藏药浴属于藏医外治方法中温和疗法的一种,属于缓外治法,使药浴中的用药亦有一些特别之处:①用药量较大,常以斤论。由于是外治手段,且需要温水稀释,因此只有大剂量的药量才能有明显药效。②通常需要用酒曲发酵后再用水煮。发酵是为了充分利用有效成分,同时亦加强了舒筋活络之功效。③洗浴过程中需不断加入药水,以补充和维持药力。

总之,藏药浴中藏药的广泛使用,使药浴工作人员必须了解并掌握藏药的一些基本知识,同时,还应掌握藏药浴中常用药具体的性味功效,以便在临床各类疾病中加以灵活运用。

第二节 五味甘露的药物组成

藏药浴中五味甘露汤是药水及药汽浴的基本方,各种浴方多在此基础上加减衍生而来。本方在《四部医典》中已有记载,其用药为青蒿、杜鹃花、藏麻黄、圆柏枝、水柏枝相配伍。但由于藏汉文翻译的偏差及各医家的理解不同,在后世临床中,用药各有变化,除水甘露为水柏枝较统一外,其它各味均有差异之处。阴甘露除以藏麻黄入药外,另有用单子麻黄、异株麻黄等品种入药者,但基本还是以藏麻黄为主。有人认为阳甘露应为刺柏枝(叶),也有人认为土甘露应用冷蒿或大籽蒿等,而草甘露除用杜鹃花外,亦有用带叶枝

条者。以上几种用法都较为常见,现就五类药物介绍如下。

一、阴甘露——藏麻黄

入药为麻黄科麻黄属植物藏麻黄的地上部分,一般在6~9月份割取枝条,洗净晾干或低温干燥后,捆扎或切断使用。主产于西藏及喜马拉雅南坡,长于海拔3300~4600米的山坡上。

〔植物形态〕 小灌木,茎直立,较粗壮,高20~55cm,分节,节间距约为2.5cm,呈现明显的纵槽纹。叶膜质,2裂,裂片呈三角形,交互对生于节上。雌球花单个对生于节上,无梗或梗较短;雄球花有膜质假花被,常2~3个呈复穗状对生于节上,有8枚雄蕊。花期7月,成熟期8~9月(图4-1)。



图4-1 藏麻黄

〔性味〕 苦、涩、凉。

〔功效〕 清热,止血,解表止咳。

〔应用〕 主要用于热性赤巴病,如肝热、脾热、新旧热病,以及由此引起的衄血,迫血妄行,烦躁不安等证,多与熊胆、羌活、双花莖菜相配伍。治肺病、肺热咳嗽、咯血等,与苦荚菜、蒲公英、青蒿、锦毛独活等相配伍。

用于外伤出血,可与藏红花、羌活等配伍。

在五味甘露汤中主要用其清肝热、解表及走窜之性,有除痹之功。

〔文献摘要〕 《味气铁鬘》:“麻黄性燥、凉。”

《如意宝树》:“麻黄清新旧热证,特别能清烦热,黑麻黄质优清赤巴(胆)热。”

《晶珠本草》:“才屯(麻黄)止血,清脾热。”

〔实验研究〕 本品含有多种生物碱,如麻黄碱、伪麻黄碱、右旋去甲基伪麻黄碱、左旋去甲基伪麻黄碱、右旋甲基伪麻黄碱、左旋甲基伪麻黄碱。此外还含有鞣质、纤维素、菊糖、黄酮甙、果胶等多种物质。

实验表明,麻黄碱有温和而持久的收缩血管作用,因此有缓慢良好的升压作用,但对于冠状血管却有明显扩张作用,能增加冠脉血流量,它还有兴奋大脑皮层和皮层下中枢及解除支气管平滑肌痉挛等作用。但使用不当时,亦可引起心律失常。而伪麻黄碱则有明显的利尿作用。

〔药材鉴别〕 本品表面呈草绿花或黄棕色,有明显纵走棱形,但手触无粗糙感。有明显分节,质地较脆,易折断,断面有粉状物,呈纤维状,外层为淡绿或黄绿色,中央呈红棕色,有微弱香气。

附注:藏医所用麻黄有四种,即岩生、坡生、山生及水生四种麻黄,岩生麻黄即以藏麻黄为主,为藏药浴多用,又有以单子麻黄、异株矮麻黄等入药者。

单子麻黄较矮,小灌木高5~15cm,亦分节,但节间较短,只1~2cm,叶鞘状,雌球花在基部合生,而雄球花多生于小枝中上部;异株矮麻黄高5~18cm,亦为小灌木,木质茎极短,叶膜质,雌雄异株。这两种麻黄均主产于四川、青海、西藏等地,分布较广,生长于海

拔 3000~4600 米的山坡上,且性味功效与藏麻黄相似,可以代之入药。

而在现代,除以上两个品种常用于藏药浴外,水甘露藏麻黄的使用范围也越来越广,甚至已经使用中药的草本麻黄,也取得一定的疗效,但由于二者之间性味功效有所差别,临床还是应当区别使用。

二、阳甘露——圆柏枝

入药为柏科圆柏属多种植物如滇藏方枝柏、祁连圆柏、大果圆柏、叉籽圆柏、方枝柏等的带嫩枝树叶和果实,在藏药浴中一般使用枝叶,也有个别枝叶果实混在一起用的。夏末秋初采摘带叶的嫩枝,洗净杂质,晾干或低温干燥。主产于西部地区的高山地带,也有某些品种分布较广,各地均有出产。

〔植物形态〕 滇藏方枝柏:灌木,高 1~2m,或匍匐灌木,常丛生。枝皮呈灰褐色、薄片状,易脱落;一回分枝稀疏,着生鳞形叶常三枚交叉轮生,二、三回分支紧密,着生的鳞形叶交互对生,树叶排列紧密;雌雄异株,果实成熟时呈黑褐色,长 7~9mm,径 6~7mm,呈球形或卵球形;幼树上有刺叶。产于西藏东南部、云南西北部及不丹、尼泊尔等地,生长在海拔 3000~5000 米的高山地带,与灌丛或针、阔叶林混生。

祁连圆柏:小乔木,高 5~12m,亦可见灌木状。树皮不规则开裂,易脱落,呈灰色或灰褐色;一回分枝圆柱形,二、三回分枝长短相差不大,近四棱形;幼树生刺叶,三枚交叉轮生,三角状披针形,老树几乎全为鳞叶,交互对生,菱状卵形;球果长 9~13cm,卵圆形,幼时为绿色,成熟后呈黑色;枝条整体平展,呈扁平状。主产于青海、甘肃及四川,长于海拔 2500~4000 米的阳坡上。

大果圆柏:乔木,高 25m,亦可见灌木状。树皮呈灰褐色,易脱落;分枝与祁连圆柏类似;幼树生有刺叶,三叶交叉轮生,鳞形叶交互对生,背面拱圆;球果长 10~15mm,卵圆形,幼时为绿色,时有黑色斑点,成熟后呈红褐色或黑色;枝条分布较疏,整体不平展,呈轮状。主产于西藏、青海、甘肃、四川等地,长于海拔 3000~4500 米的阳坡。

方枝柏:乔木,高 15m,树干大,径达近 1m,树冠塔形。枝叶与大果圆柏相似,枝条较粗,且小分枝略有下垂,雌雄同株,球果圆形,直径 6mm,成熟后呈黑色。主产于西藏南部、甘肃、四川及云南等地,长于海拔 2500~4500 米阳坡上。

除以上几种外,藏药圆柏的入药品种还有叉籽圆柏、香柏、密枝圆柏、塔枝圆柏等,不作详述

〔性味〕 枝叶:苦、涩,凉;果:辛,平。

〔功效〕 叶:清肾热、解毒、除湿;果实:清肝胆热及肺热。

〔应用〕 主治肾病、炭疽病、痈疖肿毒,可用叶与水柏枝、翼首草、杜鹃花、节裂角茴香、紫菀等相配伍,亦可鲜品捣烂外敷。

球果可用于肝胆热证或风寒湿痹等证。

在五味甘露中主要用其治肾病,解毒及除风湿之功效。

〔文献摘要〕 《如意宝树》:“加秀(圆柏)果实治肾病、脾病、膀胱病。”

《味气铁震》：“加秀果实味辛，性平。”

〔药材鉴别〕 针形叶三叶交叉轮生，长4~8mm或1~3mm，按品种不等，腹面有残留的白色粉末，呈三角状披针形；鳞叶交互对生，微有蜡粉，呈菱状卵形或背面拱圆，品种不同形态有差异；种子圆形或卵圆形，大小不一致，均为8mm，有树脂槽。形态特征可参见植物形态。味苦、涩，气清香。

在临床应用及各类著作中，常可见阳甘露用刺柏叶，而且在使用中，疗效亦很明显，因此对刺柏叶略作介绍。

刺柏叶：入药为柏科植物刺柏和垂枝柏的带叶嫩枝，亦有以高山柏杜松等入药。一般在夏季采集带叶嫩枝，除杂质晾干。主产于西藏、青海一带，在我国各地均有分布。

〔植物形态〕 刺柏：小乔木，高8~16m，树冠一般成塔形。树皮呈褐色，易裂成薄片状而脱落；叶全为刺形，呈条状披针形，长10~15mm，宽1.5~1.8mm，基部有关节，先端具锐尖头，横切面呈新月形，叶在略下垂的小枝上三叶轮生。球花单生于叶腋，球果近球形，直径6~8mm，覆白色粉末，成熟期为2~3年，成熟后呈淡红褐色，内具3枚种子。除产于青藏高原外，浙江、江西、湖南、湖北等地区亦有分布。长于海拔1800~3500米的山坡上，一般混在疏林之中(图4-2)。



图4-2 刺柏

垂枝柏：小乔木，或见稀灌木，高达10m。树冠呈圆锥形，枝条斜伸或平展，常靠近地面展开，枝梢及小枝下垂；树皮灰褐色或黄棕色，薄片状，易剥落；叶刺形，类似于刺柏，腹面凹，背面凸，但短窄，长3~6mm，宽约1mm；雌雄同株，很少见到异株者，球果单生于短枝顶端，呈卵圆形，长于8~13mm，直径约9mm，幼时为绿色，成熟后呈紫黑色，或暗褐色、光滑，内有1粒种子。主产于西藏，在喜马拉雅南部国家亦有分布，生长于海拔2800~3800米阳坡的混交林中。

〔性味〕 苦、涩，凉。

〔功效〕 清热解毒。

〔应用〕 主要用于肾热、黄水病及皮肤瘙痒、痔疮等病证。与藏茜草、紫草茸、薪莫子等配伍，即为五味刺柏汤散，或与黄蜀葵、诃子、鸭嘴花、白豆蔻等配伍，共治肾热病、淋证等；与结血蒿、麻黄、杜鹃叶等配伍，可治风寒湿痹、关节积黄水，皮肤病等；又可与旱柳叶、唐古特瑞香叶、白蒿等配伍，治疗风湿痹证、皮肤病，既可内服，又可煎水外洗外敷。

〔文献摘要〕 《四部医典》：“(刺柏)叶清肾热，杀虫，治肾脏病、肾热病、膀胱热、炭疽病。”

《晶珠本草》：“徐巴才尖(刺柏)之叶清肾热，治疗疮、炭疽。”

让迥多吉：“徐巴清下身之热”。

〔实验研究〕 本品枝叶中含穗花杉双黄酮、竹柏双黄酮A及挥发油等多种化学成分。

实验表明，刺柏子对金黄色葡萄球菌有抑制作用，但对大肠杆菌、伤寒杆菌及志贺氏

痢疾杆菌则无作用。

〔药材鉴别〕 本品为带叶嫩枝,叶针形或线形,长短不一,随品种而定,表面呈淡绿色、黄绿色,腹面有深槽,背面有纵脊,有尖端、刺手,质地柔韧,不易扯断。横切面在显微镜下呈三角形,腹面有凹陷,表面细胞排列紧密,角质化,可见叶肉组织、树脂管、木质部、韧皮部等结构。

三、土甘露——青蒿

对于土甘露的用药一直存在较大争议,由于藏中文的翻译,早期一直用青蒿或黄花蒿(青蒿的主要入药品种之一),后来经研究人员考证,又有用冷蒿、大籽蒿者。有关土甘露的真正用药,还有待进一步考证,而在临床上,以上几种药物都具有较好的疗效,现分别加以介绍。

1. 青蒿

入药为菊科一年生草本植物青蒿和黄花蒿的全草。每年夏秋两季采收,除杂,鲜用或阴干,切段用。广布于全国各地,而以黄花蒿最多,使用也最普遍,下面以介绍黄花蒿为主。

〔植物形态〕 草本植物,一年生,茎直立,高1~2m,有较明显纵枝,幼时微有短柔毛,后无毛,分枝较长。叶纸质,有羽状深裂,中轴明显,下部叶有叶柄,长1~2cm,中上部叶无叶柄或叶柄较短。头状花序,呈球形,雌花10~18朵,两性花10~30朵,花呈深黄色,有瘦果,极小,椭圆形卵状。

〔性味〕 苦,寒。

〔功效〕 消肿,凉血止血,解暑,截疟。

〔应用〕 用于疟疾寒热,可鲜品捣汁服,亦可与桂心、黄芩、半夏等药物配伍使用,既能截疟又可解暑热。

用于痈疽肿痛,可与秦艽、酸叶配伍使用。

用于热病,有明显退虚热的作用,可与秦艽、鳖甲、知母等配伍。

在民间,又多用于驱蚊,作用明显。

〔文献摘要〕 《神农本草经》:“主疥瘙痴痒,恶疮,杀虱,(治)留热在骨节间,明目。”

《本草纲目》:“治疟疾寒热。”

〔实验研究〕 本品地上部分主要含有青蒿素、香豆素类及挥发油,其中挥发油的主要成分有柠檬烯、蒿酮、樟脑、月桂烯、龙脑、松油醇-4、茨烯等。

实验表明,青蒿素有明显的抗疟作用,且具有速效、低毒的优点,能治各类疟疾,本品还对蚊虫有较好的驱避作用。

其它实验表明,本品吸收后主要分布血、脑、肌肉中,吸收后能较快排出。狗的亚急性毒性实验证明,黄花蒿素对于心率与肾功有一定影响,在使用中应予以注意。

〔药材鉴别〕 本品有浓香,茎圆柱形,有纵棱、易折断,断面黄白色,茎表面呈黄绿色或棕黄色,叶多皱缩或破碎,口尝味苦,有清凉感。

2. 冷蒿

入药为菊科多年生草本植物冷蒿的茎枝。于每年花前期采嫩枝,阴干备用。本品属藏药坎巴类之一,属于白坎巴,产于西藏、青海、甘肃等地,长于海拔 1000~3800 米的山坡、草地等地。

〔植物形态〕 草本植物,多年生,高 10~60cm,茎丛生,全株被灰白色短绒毛,有分枝。叶呈羽状全裂,长 1~1.5cm,宽 0.7~1.5cm,顶裂片羽状全裂,侧裂片 3~5 小裂,所有小裂片线形,长 2~5mm,两面被毛。头状花序,在茎顶排成总状或复总状花序。总苞片 3~4 层,花序托有白色托毛,花呈黄色,边花雌性,中央花两性,有瘦果,褐色,较小,光滑。

〔性味〕 甘、苦,凉。

〔功效〕 散肿,止血,利肾,清热解暑。

用于化脓、消肿、清热。可单用水煎外洗,也可与摩苓草根、高原毛茛、鬼臼、葛缕子配伍,浸泡温敷,治疗外部热痞、风湿疥疮等。

亦可用鲜品捣烂外敷以止血、散肿。

〔文献摘要〕 《形态比喻》:“白坎巴……功效散肿,治疮疖,托引肺病,利肾。”

《蓝琉璃》:“茎丛生,分枝少,苗期叶细,匍匐于地。”

〔药材鉴别〕 本品较青蒿细,茎、叶被淡黄色或灰白色绒毛,香气较弱,茎易折断,断面平整,海绵质,叶多皱缩成灰白色小团。口尝味苦,稍有清凉感。

附注:细叶亚菊亦可替本品入药。茎被白色绒毛,叶二回羽状分裂,叶背面被稠密的长绒毛。头状花序少数,呈伞房花序,总苞呈钟状,分 4 层,边缘呈黑褐色,花呈黄色。性味功效均与冷蒿类似。

3. 大籽蒿

入药为菊科二年生草本植物大籽蒿的地上部分。于 6~8 月盛花期采割,除去老茎枯叶,阴干,切段备用。大籽蒿亦属坎巴类,为灰坎巴,主产于西藏及西北、华北、东北地区,长于海拔 2500~4200 米的草坡、河谷阶地、沙石滩等地。

〔植物形态〕 草本植物,二年生,高 30~150cm,茎直立单生,全株被白色短毛,中上部分枝较多,整株纵棱明显。叶纸质,上面被疏毛,浅绿色,下面被密毛,灰白色,茎中下部叶与黄花蒿类似,茎上部叶羽状全裂或不分裂,呈线形,较细长,均有叶柄,长 2~4cm。头状花序多数,多有长梗,在茎上部排列成圆锥总状花序,呈半球形,总苞片的 3 层,背面被白色微柔毛,边花雌性,中央花两性,结实,花呈黄色,瘦果光滑,长圆形。

〔性味〕 甘、苦,凉。

〔功效〕 散肿、止血。

〔应用〕 用于外伤出血、各种出血。可与藏红花、麻黄膏、小檗膏等配伍,制成八味大籽蒿止血散,治疗外伤出血,月经过多。与独活共研末,外贴,可止脉断流血者。与小檗皮共研粗粉,治疗衄血、咯血。或制成栓剂,尖端涂以红花、熊胆、织锦煅炭制成的软膏,纳入鼻腔深处以治各种鼻衄。

用于四肢肿胀、痈疖、肉瘤及咽喉肿痛等。与短管兔耳草、獐牙菜配伍，可治肺部疾病、咽喉肿痛、咳喘等。

〔文献摘要〕《晶珠本草》：“坎巴止血，消散四肢肿胀。”“灰坎巴叶白色，状如火绒草，气味芳香，高1尺至1箭，生于石岩畔。”

〔实验研究〕本品含有大量游离氨基酸，约13种之多，如L-异白氨酸、r-J氨酸、d-缬氨酸、L-天门冬氨酸、L-精氨酸等，另外还含有挥发油、白蒿宁、白蒿素及苦艾素等成分。

实验表明，本品具有明显的祛痰、平喘作用，能使小鼠支气管酚红排泄量明显增加。另外还有消炎、抗菌、提高缺氧耐力及预防肺水肿等作用。

〔药材鉴别〕本品呈绿色，有浓香，表面纵棱明显，覆绒毛，质地较硬，易折断，断面呈纤维性，中央有白色髓，较大，叶皱缩成破碎，被毛。口尝微苦，研末呈灰白色。

四、水甘露——水柏枝

入药为柞柳科木本植物水柏枝及同属数种植物的花、叶及嫩枝。于6~7月采枝，除杂，晒干，切段备用，或水煎浓缩熬膏为用。主产于西藏、青海、甘肃、四川、陕西、山西、云南等地，长于河滩。

〔植物形态〕灌木，高2.5m。枝呈棕红色，叶较小，线形或条状长圆形，长2~4mm，宽0.5~1mm，顶端急尖或钝。总状花序，排列密，生于分枝顶部，长4~10cm；花梗比萼短。花丝2/3合生，子房圆锥形，长3~4mm，柱头头状；花瓣有5片，呈白色，紫红粉红色，长圆状圆形，长约5mm，花期后散落；萼片亦有5瓣，有白色膜质的宽边，长约4mm，略短于花瓣，呈长圆状卵形；苞片长5~7mm，几乎等于或略长于花梗与萼，呈披针状宽卵形，渐尖，有透明的膜质宽边；结蒴果，长约8mm，光滑，呈狭长圆锥形（图4-3）。



图4-3 水柏枝

〔性味〕 涩、甘、凉。

〔功效〕 清热解毒。

〔应用〕 主要用于毒热、血热、黄水病、瘟病时疫及中毒证等。可单味煎汤，治疗陈热、中毒证；与骨碎补、翼首草、乌奴龙胆、甘青乌头、黄葵子等配伍组成十五味水柏枝汤，治疗中毒扩散及一切热病；亦可与圆柏子、紫菀、多腺悬钩子等配伍组成六味悬钩子汤，治疗发热、头痛、口苦、四肢关节疼痛等证及瘟疫病。

在五味甘露中主要起清内毒、发敛黄水等作用。

〔文献摘要〕《晶珠本草》：“温布（水柏枝）清毒热，解毒，治黄水病；生于河滩，树干紫色，分枝细长，叶细小，青绿色，针状，花序穗状，紫红色。”

《如意宝树》：“温布生于川地，治黄水病；清解血热，内腔毒热。”

《形态比喻》：“味涩、甘，功效解毒。”

《祖先口述》：“温布解肉毒、配合毒。”

〔药材鉴别〕 本品气味清香。枝条呈圆柱形,分枝较多,径3~6mm,小枝纤细,径约1mm。粗枝干燥后呈蓝棕褐色,分节,有细密纵皱纹;小枝痕盘状,黄绿色,芽紫色,分节较密;小叶呈条状,顶端黄绿色,背面密布白色小点。口尝微苦、味淡。研粉为黄绿色。

附注:藏医亦有用香丽水柏枝、卧生水柏枝、球花水柏枝等代替入药的,但使用较少,故以水柏枝为正品;又有以怪柳属植物入药浴的情况,但在植物形态上与记载有较大差别,虽有一定疗效,但还须进一步验证,在此不作介绍。

五、草甘露——杜鹃叶(花)

现已知藏医使用的杜鹃多达20余种,但草甘露所使用的杜鹃应为达里(音译),传统分黑、白两类,白者除肺部一切疾病,黑者除寒病。但实际使用中多以白者入药,以白者效佳,黑者不常用。另据考证,白达里的原植物主要为烈香杜鹃、樱草杜鹃及毛喉杜鹃,但毛喉杜鹃只在部分地区使用,使用并不广泛。另外,临床上入藏药浴者亦多见用黄花杜鹃叶作为草甘露。至于用药部位,以用叶为主,可以叶、花共用,但藏药浴中用杜鹃花者较少见。现主要介绍烈香杜鹃及樱草杜鹃。

入药为杜鹃花科木本植物烈香杜鹃及樱草杜鹃的叶和花。于6~8月开花盛期采摘花、叶及嫩枝,晾干、切碎备用。主产于西藏、青海、四川、云南及甘肃,长于海拔3000~4200米的阴坡灌木林带。

〔植物形态〕

1. 烈香杜鹃

常绿小灌木,高1.2~2m,枝皮淡黄褐色或灰白色,帚状分枝,枝条呈黄褐色,幼枝呈灰黑色,密生垢鳞及柔毛。叶革质,卵形或宽椭圆形,长1.6~4.5cm,宽0.8~2.5cm,基部圆形,顶端钝而具短尖头,上面呈黄绿色,光滑,下面为褐黄绿色,被有疏的棕色鳞片,叶柄长0.7~0.8cm,被鳞片。伞房花序,排列成半球形,密集;花梗短,被柔毛;花冠呈淡黄色,近杯形,外面光滑,内被柔毛;花萼黄色,分5裂,裂片呈卵状披针形,被有膜质鳞片及柔毛;雄蕊有5,呈朱红色,中下部有微柔毛;子房绿色,呈阔卵形,被微柔毛,花柱及柱头呈红褐色,密被柔毛(图4-4)。



图4-4 一种杜鹃

2. 樱草杜鹃

形态特征与烈香杜鹃相似,但叶多反卷或筒状,展平后呈矩圆状椭圆形,与烈香杜鹃略有不同,花亦为伞房花序,但花梗有鳞片,花冠下端筒部为红黄及棕红色,少数为紫红色,花萼5裂片呈矩圆形,且外被较密的鳞片。

〔性味〕 叶:苦、涩、温;花:辛、甘、温、轻。

〔功效〕 叶:温胃祛寒、解毒、止咳;花:止咳化痰、消肿、滋补益肾。

〔应用〕 叶主要用于胃寒、食欲不振、咳嗽、皮肤病。与肉桂、草果、豆蔻等配伍,治

疗腹泻、呕吐、消化不良、食欲不振及胃痛等；与胡椒干姜、萆茇等配伍，治疗胃寒、食欲不振等；与姜黄、沙棘果膏、蒲公英根、甘青青兰、黄精等配伍，治疗胃、肠痞块；与木香、藏木香、藏紫菀、寒水石等配伍，又可治疗肝炎、肠胃炎及其它肝胆疾病；治疗皮肤病，即可入五味甘露汤，进行药浴。

花主要用于浮肿、肺气肿、气管炎、消化不良、虚弱劳损、声音嘶哑及水土不服等。与石榴子、红花、萆茇、丁香、紫沉香、肉桂、天竺黄等配伍，治疗腹胀疼痛、消化不良、浮肿、头晕、咳嗽、音哑及水土不服等。与硼砂、冬葵果、三辛药等配伍，治疗肾病及尿闭；与胡椒、高良姜、胡椒等配伍，可治疗食欲不振、腹泻、呕吐、咳喘及浮肿等。

〔文献摘要〕《月王药诊》：“(达里)治隆、赤巴、培根病，脾胃虚寒、消化不良、水土不服。”

《晶珠本草》：“(达里)性温而平，味甘、苦、涩，能除隆、赤巴病、培根病、肺病刺痛，并能滋补益寿，也可开胃。”

《味气铁鬘》：“味苦、性温、效轻，治培根病。”

《明释三十章》：“性温，治培根病、肺病疼痛、呃逆。”

〔实验研究〕 烈香杜鹃含有挥发油、黄酮甙、杜鹃素、槲皮甙、槲皮素及鞣质等，并含有不同量的桉木毒素。

樱草杜鹃含有挥发油，其中鉴定出 88 个化合物，包括 γ -芹子烯，芹子-3,7(11)-二烯、乙酸龙脑脂、 β -杜松烯、月桂烯等。另外还含有多种有机酸、鞣质及树脂等，与烈香杜鹃有一定的相似性。

实验表明，杜鹃的挥发油成分具有明显的镇咳及祛痰作用，但挥发油及水溶性物质的平喘作用都比较弱。另外，挥发油成分及总黄酮等均有显著扩张血管作用，有一定降压作用。挥发油中的 γ -芹子烯、柠檬烯、杜鹃次烯等都具有一定的抑菌作用。

毒性试验表明，口服水溶部分毒性低于油溶部分，挥发油中各成分毒性差距一般在一倍剂量范围内，但毒性较弱，均不明显。

〔药材鉴别〕 本品具有强烈香气。叶革质，质轻脆、易破碎，花皱缩，淡黄色或黄白色，破碎少。粉碎后呈绿黄色，可见色素块，浅黄色，大小形状不一。口尝有苦味，微涩。

在五味甘露汤的临床使用中，除使用药物的差别外，用药比例也不相同。总体上有两种：①在《四部医典》中是以各药物等分来进行配伍的，后世也较多用。②阳甘露、草甘露、水甘露、阴甘露、土甘露按顺序以 1:1:2:2:3 的比例来配伍。而实际应用中不可拘泥于这两种方法，而应根据病情随证治之，灵活使用。但不管何种方法，都需要大剂量使用，一般以斤论之，才能有明显的疗效。

附：藏药浴“五味甘露方”源流考^①

藏药浴是藏医外治疗法之一，由于它治疗适应病证广，安全无痛苦，疗效好，深受广大藏族人民欢迎。藏族人民自古以来居住在高原地区，在长期的生产生活中，很早就认识到沐浴有利于健康的知识。在此基础上，广大藏族医生，根据藏地独特的地理环境、气候条件和发病规律，创造出了藏药浴疗法，并逐步总结出一套完备、系统的药浴理论和临床技术。现存敦煌藏文文献 P.t. 127 中就记载了沐浴的时间、沐浴的益处。^②公元 8 世纪编写的《四部医典》后续部中，有系统论述药浴疗法的专门的章节，秘诀部中许多章节中也有对于药浴具体应用的论述和记载。可见，距今约 1300 年前藏药浴疗法已经十分成熟。

藏药浴历史上具有划时代意义的是“五味甘露浴”的发明，本文从古藏医文献中探赜索隐，就“五味甘露方”的发明和演变的历史做一初步的研究。

一、“五味甘露”释名

1、“甘露”一词的来源

“甘露”一词来源于藏族传统文化，是藏族先民对特效医疗保健药物的称呼。古代藏族人民认为“甘露”是一种神奇的灵丹妙药，食用它可以使人长生不老，并能预防和治疗各种疑难疾病。

由于古代印度有大量关于甘露的神话传说，而藏传佛教的发源地也是在印度，所以尽管早在佛教创立之前，西藏和古印度的吠陀经典中就有关于“甘露”的记载，在一些西藏的历史书和医书（包括《四部医典》和《藏医史》）中，还是把“甘露”的来源与印度佛教联系起来。

实际上，在西藏古代象雄文明时期就有了关于“甘露”的记载，著名藏族医药学家杜玛格西·丹增彭措在《无垢晶鬘》一书中就指出：dar ya kan 一词是象雄语，意思是“甘露”。^③由此可见“甘露”也是藏族传统文化中的一个概念，不能说是从印度等地区传人的。据藏族学者南喀诺布先生考证，象雄及其苯教文化至少有 3800 多年历史，^④这与黄河流

^① 本文原载于《中国藏学》2002 年第 4 期，作者为黄福开、刘英华。

^② A. Macdonald/A. spanien et Y. Imaeda: Choix de documents tibétains conservés à la Bibliothèque Nationale complété par quelques manuscrits de l'India Office et du British Museum, Paris: Bibliothèque Nationale 1978, volume 1, P. 147 - 148, II. 69 - 77. (麦克唐纳编辑《国立图书馆所藏藏文文书选刊》第 1 册, 第 147 - 148 页, 第 66 - 77 行)

^③ devu dmar bstari volzin phun tshogs: shel gong shel phreng, pe cin: mi rigs dpe skrun khang, 1986. 1: P. 372, II. 16 - 17 (杜玛尔·丹增彭措:《晶球晶鬘》，德格版)

^④ nam mkhavi nor bu: zhang bod lo rgyus ti sevi vod, pe cin: krung govi vod kyi shes rig dpe skrun khang, 1996. 5, P. 52, II. 8. (南喀诺布:《古代象雄与吐蕃史》，中国藏学出版社 1996. 2, 第 52 页第 8 行)

域的华夏文明、古印度文明历史同样悠久。在古印度、汉族文化中都有关于甘露的传说,在漫长的历史发展阶段中,藏族又不断地吸收借鉴外来的文化,从而使得藏族的“甘露”一词的概念具有了多重含义。

2、甘露一词的含义

在藏文中称甘露为“bdud rtsi”(音译为“兑泽”),bdud 义为魔、病魔,rtsi 义为药物,合起来意为对治病魔的药。早期藏医学认为,疾病是由魔鬼作祟所造成,要治愈疾病,就要驱除或制服魔鬼。在当时除了用巫术祛魔外,逐渐认识到一些药物具有“祛魔”(消除病因),减轻病痛或治愈疾病的效果,因此将这些药物叫做“bdud rtsi”。西藏古代象雄语称其为 dar ya kan(音译为“太液甘”)。这种对病因的认识和治疗方法,是非常古老的,与后来传入西藏的十分成熟的印度医学有很大差别,而且甘露在梵文中写作为 amrita,是由梵文 a-mara(不死的,永恒的)演变出的……,传统藏文文献多根据梵文解释为“无病”、“祛病”。这与藏文“bdud rtsi”的含义距离较大,而且,在藏传佛教密宗中对甘露有特定的解释。因此,也证明“甘露”是藏族传统文化中的概念,不是舶来品。

3、“五甘露”的内涵

“五甘露”究竟是指什么呢?“五味甘露”(bdud rtsi mam pa lnga)又称为“五甘露”(bdud rtsi lnga)。据有关文献记载,在藏文中有两种解释。一种是指密宗内供用品,《藏汉大辞典》和《东噶藏学大辞典》等都将 bdud rtsi sna lnga 和 bdud rtsi lnga 解释为密宗供品。另一种是指藏药浴的经典配方,包括藏麻黄、水柏枝、圆柏、黄花杜鹃和灰蒿等五种药,这种说法见于《四部医典》等藏医著作。本文讨论的五味甘露是指药浴的药方。由此可见,五甘露中的五是指其组成成分有五种,甘露是指药物。

4、“五味甘露”一名的来源

在现存的《阇罗迦全集》、《妙闻集》(梵文本)和《八支精要集》(藏译本)古印度医学经典中,都没有五味甘露药方的记载。而据传说是由汉族地区传入藏区并译为藏文的《月王药诊》中,根本没有提及五甘露。就笔者所见,最早记载五味甘露一词的是藏医《四部医典》。^①因此可以说,“五甘露”方是藏医的发明创造。而且在相当长的时期内,“五甘露”药方的提法,也只见于藏医文献。

“五甘露”是藏医治疗疾病的一种配方,而且是专指用于药浴的配方。在解释五味甘露之前,有必要先对藏药浴的历史作一简要的介绍。

二、藏药浴的起源

世界各古老民族都有沐浴的习俗,沐浴往往和宗教信仰结合起来,具有神圣性。远古时代,生活在青藏高原上的藏族先民们也不例外,很早就有了沐浴的习惯。据文献记载,公元4世纪时,藏族地区已有“每五天沐浴一次”的生活习惯,而且“每月至少也要有

^① t. gyu thog yon tan mgon po: bdud rtsi sning po yan lag brgyad pa gsang ba man ngag gi ngyud ces bya ba bzhuqs so, bod ljongs mi dmangs dpe skrun khang, 1982.3, P.639. (《四部医典》,德格版整理本)

三天沐浴净身拜神”^①,可见,古老的沐浴习俗被苯教文化吸收,成为苯教宗教仪轨的一部分。在全民信仰苯教的藏族地区,沐浴的习俗由苯教所强化,已不仅是个人的习惯,而是成为人人都必须履行的一种宗教义务。藏药浴疗法也正是在这种文化背景下产生的,它来源于早期苯教医学。据倏沃·纶珠扎西所著《老宇妥传》记载,宇妥·云丹贡布认为,“雍中苯(gyung drung bon)医学派”掌握着“罨(dugs)、浴(lums)和涂(byug)药疗法的秘诀”^②,这充分说明了以雍中苯教医学派为代表的藏医先辈们创造了药浴的医疗技术,并且长期保持其领先地位并发扬光大。由于这种药浴疗法起源于西藏本土,所以人们通常把这种药浴称为“藏药浴”。这是十分恰当的,如今这种称谓已被世界接受。

三、五味甘露的渊源

据《四部医典》后续部第23章“五械疗法浸浴章”记载,藏医主张是用天然温泉(chu tshan)浴疗法来治疗一些疾病,如果没有天然温泉则可用五味甘露(bdud rts mam pa lnga)等。^③古代藏医认为天然温泉的疗效最好,据传说老宇妥就曾发现了一处具有医疗功效的天然温泉。^④但是由于温泉的数量有限,分布不均,又受到季节和气候的限制,大部分病人常常无法得到温泉浴治疗,以致于延误治疗。为了解决这个矛盾,藏医就尝试用药物来模仿和代替天然温泉,并且取得成功。这种替代药物中的代表组方就是“五味甘露”。

藏医药浴实践中所用的药物,并不局限于五种,而且五味甘露常需配合其它药,单独使用的情况也不多。那么为什么是五味呢?笔者认为,之所以定名为甘露五味,并不仅仅是因为这个方子刚好有五个药,而是因为藏医将天然温泉分为五种,既然是由于替代天然温泉的需要才配方,所以就选用五味药表示代表五种温泉。同时在编写《四部医典》时借鉴古印度“五大种学说”和汉族的“阴阳五行学说”,认为“五”为全数,能代表世界上所有物质及其属性,如藏医《四部医典》根本医典序中记载,“能治一切病的五寒水石、五岩精、五药水、五温泉”^⑤。苯教医典《四部甘露藏》(手抄本)的《医学根本心部蓝天》中都记载,“一切水中,五种药水(sman chu,药泉),五种温泉(chu mtshan rigs lngs),和各类水药

① F. W. Thomas: Ancient Folk - Literature from North - Eastern Tibet. 转引自宗喀·漾正冈布:公元前6世纪至公元10世纪的西藏医学纪年,《中国藏学》,1997(4),P.96.

② jo bo lhun grub bkra shis: gyu thog mying ma gyi mam thar, jo bo lgun grub bkra shis dang dar mo sman rams pa blo bzang chos grags: gyu thog gsar mying gi mam thar(lha savi shing dpar), mi rigs dpe skrun khang 1982.9, P. 100.

③ gyu thog yon tan ngon po: bdud rtsi sning po yan lag brgyad pa gsang ba man ngag gi rgyud ces bya ba bzugs so, bod ljongs mi dmangs dpe skrun khang, 1982.3, P.639. (《四部医典》,德格版整理本)。

④ sde srid sangs rgyas rgya mtsho: gso rig sman gyi khog vbugs 即 dpal ldan gso ba rig pavi khog vbugs legs lshad heedvuryavi me long drang srang dgyes pavi dgav ston bzugs so, kan suvu mi rigs dpe skrun kang | 1982.11, P223 - 224. (《藏医史》)

⑤ gyu thog yon tan ngon po: bdud rtsi sning po yan lag brgyad pa gsang ba man ngag gi rgyud ces bya ba bzugs so, bod ljongs mi dmangs dpe skrun khang, 1982.3, P.2. (《四部医典》,德格版整理本)

(chu sman kyi rigs tha dag)”^①。所以药浴配方选用五味药组成“五味甘露”方,就是顺理成章的事,五味就代表了所有药味性能,能治疗“一切”(更多的)病证。

五味甘露方是什么时候出现的呢?

就笔者所见,最早记载五味甘露一词的是《四部医典》。通常认为这部著作是公元 8 世纪中期,由宇妥宁玛·云丹贡布所著。据此推断,五味甘露方的发明,不晚于公元 8 世纪中期。但是,现存《四部医典》是 12 世纪时,经由宇妥萨玛·云丹贡布修订补充的,而最早刻板印刷是在 16 世纪中期。现存各种版本的《四部医典》原文中都没有列出五味甘露的具体成分,直到《四部医典》的注释本《祖先口述》和《蓝琉璃》中才出现了具体药物组成。因此,早期的五味甘露方与现行的五味甘露方成分不一定相同。以下将分别介绍。

1. 古藏医文献中对“五种甘露”的记载

以下按著作的年代,分别引述有关的记载。

(1)《四部甘露藏》(bdud rtsivi bang mdzod vbum bzhi,又译为《四部选本》)中的记载

《四部甘露》据传为苯教医学古籍(手抄本),收录在苯教大藏经《甘珠尔》中,据有关学者研究认为其内容与《四部医典》基本相同。其第一部《医学根本心部青天》中记载,“一切水中,五种药水(sman chu,药泉),五种温泉(chu mtshan rigs lngs),和各类水药(chu sman kyi rigs tha dag)”等。《四部甘露藏》第二部《消除痛苦药物白部》(sdudg bsngal zhi byed gso byavi sman vbum dkar po)的“第二十四章最佳疗法浸浴部讲解”(dpyad mchog lums kyi sde hstan pa)中,专门讲解浸浴疗法。其中提到“没有温泉(时,可做)温室(rlung thub,或 rlang 熏蒸)的浸浴(lums),温室(rlung thub)按照温泉浸浴去做,五种甘露(bdud rtsi mam pa lnga)”此处,没有说明五甘露的具体成分。

(2)德格版《四部医典》(约公元 8 世纪)的记载

德格版《四部医典》后续部第 23 章药浴章中的记载与《四部甘露藏》的记述大体相同,即在有条件洗温泉时用“五种甘露(bdud rtsi mam pa lnga)蒸浴”,又说“五甘露”(bdud rtsi lnga)能治疗白脉病等。^②同时,在《四部医典》秘诀部也有多处提到这个名称,^③现将德格版(西藏人民出版社 1982.3)、扎汤版(李永年汉译本,人民卫生出版社 1983.10)和塔尔寺版(马世林等汉译本,上海科学技术出版社 1985)中有关五味甘露的记载列举如下:

① bdud rtsivi bang mdzod vbum bzhi, bod gyi bkav vgyur. mdo58-53, back of folio 4. (《四部甘露藏》,苯教大藏经甘珠尔,四川民族研究所印,经部第 58,第 53 函,第 4 叶背面)。

② dpyad lnga lums kyi levu ste nyi shu rtsa gsum pa, 出处同[4]。

③ gab pavi tsha ba bcos pavi levu ste bco brgyad pa, (《四部医典》,德格版整理本), P.221; tsha ba myings pa bcos pavi levu ste bco dgu pa, (《四部医典》,德格版整理本), P.225; vgrams kyi tsha ba bcos pavi levu ste nyi shu rtsa gcig pa, (《四部医典》,德格版整理本), P.234; rtsa dkar gyi nad bcos pavi levu ste drug cu pa, (《四部医典》,德格版整理本), P.344; vbras bcos pavi levu ste drug cu rtsa gsum pa, (《四部医典》,德格版整理本), P.349。

《四部医典》出处 (部、章、名)	德格/扎塘/塔 尔寺版页码	bdud rts mam pa lnga 五种甘露	bdud rtsi lnga 五甘露	用法
3-12 热证总治疗	191/141/96		五甘露	水浴
3-18 隐伏热证疗法	221/163/109		五甘露	汽浴
3-19 陈久热证疗法	225/166/111		陈骨五甘露 (马译五种陈骨)	汽浴
3-21 传经热证疗法	234/173/115		谷类五甘露	广泛地熏
3-60 白脉病治疗	344/256/168		獐粪五甘露	浸浴
3-63	349/260/171	五甘露	熏	
3-66 败疳治疗	355/265/174		五甘露	浸浴
3-85 上下躯干创伤治疗	447/329/211. 448/330/212		五甘露 (马译出药名)	熏
3-86 四肢创伤治疗	508/367/235		五甘露 (马译出药名)	熏
3-23 五械药浴	639/457/298	五种甘露	五甘露 (马译出药名)	汽浴,浴

由以上记载看,五械浸浴章的“五味甘露”(bdud rtsa mam pa lnga)似乎只是总名,同一章中还写成“五甘露”(bdud rtsi lnga),可能有多种不同组成成分的“五甘露”方,各章中还有“陈骨五甘露”(rus mying dud rtsi lnga)、“谷类五甘露”(vbru sna bdud rtsi lnga)、“獐粪五甘露”(gla ril bdud rtsi lnga)。这些方子是在“五甘露”(bdud rtsi lnga)的基础方上加了“陈骨”、“谷类”或“獐粪”,还是以“陈骨”、“谷类”或“獐粪”等为代表的另外三组配方,有待进一步考证。除“五甘露”之外,《四部医典》中还有其它药浴的记载,如天然矿泉浴、骨汤浴、人骨甘露浴(mi rus bdud rtsi rlangs lums)等。说明五甘露方是洗浴疗法中的一种,五甘露方可能是在以前多种药浴方的基础上发明的。

笔者查对了《四部医典》的德格版(藏文)和扎塘版(汉译本)^①,两个本子都是仅给出了“五甘露”(多种)的名称,而没有列出“五甘露”的具体药物组成成份。然而,马世林等据塔尔寺版汉译的《四部医典》译出了“五甘露”的药物成分,如该译本的后续部第23章药浴章中,在与扎塘版和德格版中“bdud rts sna lnga”相对应的位置,没有译为“五甘露”,而是译为“药用青蒿、杜鹃花、藏麻黄、圆柏枝、水柏枝”^②。这里译出的五个药名,与《祖先

① 宇妥·云丹贡布著,李永年译:《四部医典》(汉译本),北京:人民卫生出版社,1983

② 马世林等译:《四部医典》(汉译本),上海:上海科学技术出版社,1985

言教》和《蓝琉璃》等《四部医典》的注释本中所列出的“五甘露”方的成分“ba lu, shug pa, mtshe, vom bu, mkhan skya”顺序略异,但内容是相同的(藏文和汉译名称也略有不同)。^①初步推测,马世林译本可能是采取意译,将注释加入了原文中,这点有待与塔尔寺版核对。《四部医典》原本中的许多药方都没有给出具体药物成分,这不能说当时“五甘露”的组方还没有一定,其主要原因可能是出于保密的需要,故意不写出成分。其次,由于《四部医典》原文是用偈颂体(每行字数都有严格限制的文体,类似于汉族的古诗体裁)写成的,每行各九个音节,不写出药名也可能是由于字数限制。

(3)《藏医十八支》中的记载

宇妥萨玛·云丹贡布(公元 12 世纪)是宇妥宁玛·云丹贡布的十三世孙,精通医学,现存的《四部医典》就是经由他加以修订增补后传下来的,如前所述《四部医典》中没有记载五甘露的药物组成,在宇妥萨玛所编著的《藏医十八支》(cha lag bco brgyad)中同样只记载了五甘露的名称而没有具体药物成分。在蒸浴一节(rlung lungs hyed pavi dmar khrid)中记载,“又陈旧热病一品中,陈骨五甘露(rus mying dud rtsi lnga)做熏蒸”^②。在“五械罨浴章讲解”中说,“若无天然温泉(rang byung chu tshan)时,可用“五种甘露(bdud rtsi mam pa lnga)”^③。而现行《藏医十八支》的随行夹注中列出了药名“黄花杜鹃(ba li,通常写作 ba lu 或 da li)、藏麻黄(vtshe)、蒿(mkhan pa)、圆柏(shug pa)、水柏枝(vom bu)”,这个注释与现在通常所说的五甘露组方完全一致,则是由后人所做。

(4)《千万舍利》中的记载

宿喀·年姆尼多吉(zur mkhar mnyam nyid rdo rje,公元 15 世纪)是著名藏医学者,是藏医南派的大师,《千万舍利》(man ngag bye ba ring bsrel pod chung rab vbyams gsal bavi sgron me)是他的传世名作。《千万舍利补遗》第 69 章为“五甘露的养生驻寿利益一切大全”(bdud rtsi lngavi bcud lan tshe vdzin kun phan chen mo),^④在这一章中列出了五甘露药物成分,现抄录在下面:

(处方之一)原文:

tsandan(shug pa) li shi(mtshe) da lis(sur dkar) dang |
pad (lug mur)ka ru dang a ru(vom bu) ra |
chu skyes(mkhan dkar)dkar mams rtsa bavi sman |
gzhan yang nad rigs so sovi sman |

① dar mo sman rams pa blo bzang chos grags: bdud rtsi sning po yan lag brgyad pa gsang ba man ngag gi rgyud las phyi rgyud gyi vgral pa, krung govi bed kyi shes rig dpe skrun khang, 1989. 10, P. 731 (塔莫·曼让巴·洛桑曲扎:《四部医典后续部注释》)

② gyu thog gsar ma yon tan ngon po: cha lag bco brgyad, kan vu mi rigs dpe skrun khang, 1999. 11, P. 653. (宇妥萨玛·云丹贡布:《藏医十八支》)

③ 塔莫·曼让巴·洛桑曲扎:《四部医典后续部注释》,第 811 页第一行。

④ zur mkhar mnyam nyid rdo rje: man ngag bye ba ring bsrel pod chung rab vbyams gsal bavi sgron me[Z], kan vu mi rigs dpe skrun khang, 1993. 8, P. 815. (宿喀·年姆尼多吉:《千万舍利》)。

其中括弧中的药名是注释者所加,与原文的药名差距很大,可能是因为注释者认为原来的药名是隐语,不能按照字面去理解,所以加了注解。

译文:

旃檀(柏)丁香(藏麻黄)黄花杜鹃(杜鹃花)

白色莲[或芥](螃蟹甲)和诃子(水柏枝)

白色水生(蒿)等根药

此外[随]病种[选加]各种药……

上文中圆括弧内的字是藏文本中的注释,方括弧内的字是汉译者据文义所加的。从这个方子组成看,基本药物并非五种,而是有六种,并且还可以随病情相应增加一些药物。其中,注释(括弧中)的药名与现行五甘露药物成分有4种相同。

(处方之二)原文:

ba lu sder bzhi la mtshe dang vom bu sder do | shug pa sder gang | spang shug bya sgro vbra ba yin na bzang | ……

译文:杜鹃(ba lu)四份,藏麻黄(mtshe)和水柏枝(vom bu 桤柳,西河柳)各二份,圆柏一份,草地柏(spang shug)如同鸟翎者佳,白蒿根(mkhan dkar rtsa ba)和螃蟹甲(lug mur)所能收集二中各一份……

以上列出了7种药名,除与现行五甘露药物成分相同的5种之外,另有草地柏和螃蟹甲。

现将《千万舍利》中的两种“五甘露”与《四部医典注释蓝琉璃》中“五甘露”方的组成列表对比如下:

四部医典注释《蓝琉璃》 (共5种药)	千万舍利 第1方(共6种药)	千万舍利 第2方(共7种药)
圆柏 (shug pa)	旃檀(圆柏) tandan(shug pa)	圆柏 (shug pa)
藏麻黄 (mtshe)	丁香(藏麻黄) li shi(mtshe)	藏麻黄 (mtshe)
杜鹃 (ba lu)	黄花杜鹃(杜鹃花) da lis(sur dkar)	杜鹃 (ba lu)
水柏枝 (vom bu)	诃子(水柏枝) a ru(vom bu)ra	水柏枝 (vom bu)
灰蒿 (mkhan skya)	白色水生(蒿)等根药 chu skyes(mkhan dkar)dkar mams rtsa ba	白蒿根 (mkhan dkar rtsa ba)
	白莲(螃蟹甲) pad(lug mur)dkar	螃蟹甲 (lug mur)
		草地柏 (spang shug)

从以上所引资料可以看出,《千万舍利》第2方(7味药)与四部医典注释中的五甘露方基本药物组成大同小异,说明在15世纪时,五甘露方的五种基本药物成分已经确定。

但当时还有不同的传本,如《千万舍利》第1方(6味药)的药名不同,虽然按照其注释来看其中五种药也与前两个药方相同,但其注释的根据待考。其实第1方是内服方,近似于现今五味甘露丸方,而不应按药浴方生搬硬套地去注释。另外,《千万舍利》的二个方子的药物数量都超过五味。

(5)《祖先言教》中的记载

《四部医典注释》(《祖先言教》)秘诀部和后续部的作者是塔莫·洛桑曲扎(公元17世纪),塔莫·洛桑曲扎是五世达赖喇嘛的御医,精通医学历算。在解释浸浴一章时,他首次明确了《四部医典》中五味甘露方的组成成分。现引述如下:

原文:chu tshan de ma vbrub na | ba lu(黄花杜鹃) | shug pa(圆柏) | mtsge(藏麻黄) | vom bu(水柏枝) | mkhan skya(青蒿) ste rim bzhin | mi | lha | btsan | glu | sde brgyad kyi bdud rtsi zhe pavm | yang na nyin | sribs | chu | spang | savi bdud rtsi ste bdud rtsi lngar grags pavi rlangs lums ni chu tshan bcings pavi nang du zhugs pas gong bzhin gyi pan yon vgrub par vgyur la |^①

译文:如果没有温泉,黄花杜鹃(ba lu)、圆柏(shug pa)、藏麻黄(mtsge)、水柏枝(vom bu)、青蒿(mkhan skya),依次称为人(mi)、天(lha)、妖(btsan)、龙(glu)和八部(sde brgyad)的甘露,或者也可称为日(nyin 阳)、阴(sribs)、水(chu)、草地(spang)、土(sa)的甘露,人称“五甘露”的蒸浴者,由于进入温泉[或]束缚(bcings 缚浴)的里面,能起到如前[温泉]一样的功效。

(6)《蓝琉璃》中的记载

第悉·桑吉嘉措(1653-1705),是精通医学历算的大师,他组织校订刊刻了《四部医典》和绘制了《医学挂图》,并编著了《医学四续注释·蓝琉璃》、《诀窍论补遗·斩除非命死绳之利剑》、《医学概论琉璃宝镜·仙人喜筵》等著作。其中《医学四续注释·蓝琉璃》成为《四部医典》的标准注释本。在这部书中对五甘露的药物组成的记载,与塔莫·洛桑曲扎的注释完全一致(见上面黑体字),此外,他还记载操作方法:

de zangs sogs su htsos la snod kyi khar ras lling gis bting ba devi steng nad pa bzhag pavi rlangs lugs by havam chu tshan ltar nang du spyiing ste.....^②

译文:(上述药物放在)铜(zangs)等[容器]中煮,容器的口上用布(ras)敷设(bting ba),把患者放在其上面熏蒸或泡在如温泉一样的[药液]中。

这些是对蒸汽熏浴和药液浸浴具体方法的记述。

(7)《藏医史》中的记载

第悉·桑吉嘉措编著的《藏医史》中还记录了“益寿的五甘露配方”(tshe vphel bavi bdud rtsi ingavi sbyor ba),因为该方是密宗说法,而且与药浴无关,所以本文不引述。

① 宇妥·云丹贡布著,李永年译:《四部医典》(汉译本),北京:人民卫生出版社,1983。

② 马世林等译:《四部医典》(汉译本),上海:上海科学技术出版社,1985。

编号	标准方	“千万”第一方	“千万”第二方	五味甘露丸 (内服)
1	shug pa 圆柏	(圆柏) (shug pa)	shug pa 圆柏	
2	藏麻黄 mtsge	(藏麻黄) (mtsge)	藏麻黄 mtsge	
3	ba lu 黄花杜鹃	黄花杜鹃 da lis(杜鹃 花 sur dkar)	ba lu 黄花杜鹃	
4	vom bu 水柏枝	(水柏枝 vom bu)	vom bu 水柏枝	
5	mkhan skya 青蒿	(蒿)(mkhan dkar)	白蒿根(mkhan dkar rtsa ba)	
6		白莲(螃蟹甲)pad(lug mur)dkar	螃蟹甲 lug mur	
7			草地柏 spang shug	
8		旃檀 tandan		
9		丁香 li shi		
10		诃子 a ru ra		诃子
11				寒水石
12				甘青青蓝
13				藏木香
14				余甘子
15		白色水生等根药 chu skye		

四、五味甘露方药效

1、五味甘露方中各组成药物的功效

(1) da lis(烈香杜鹃,白色黄花杜鹃的花),ba lu(白色黄花杜鹃的叶)

[名称] ba lu,da lis,sur dkar,bdud rtsi(甘露)da lis 等。

[功效]“塔利”消培根病、寒,益寿,滋补。“帕卢”治各种寒热培根病。((《无垢晶球》))^①

文献	铁鬘	三十教诫	让迥多杰	冲贝	宇妥纸卷
名称	da li	da li	da li	bdud rtsi da li, ba lu dkar po	ha lu
性味	性温(dro), 效轻	性温,平		甘苦涩,本缓化味温	
功效 适应病证	消除培根 治肺病等	消除培根	消诸风寒	治隆赤培音哑 肺病	柔皮肤

(2)怪柳(vom bu)

[名称] vom bu ,spor shing,等

[功效]“沃卜”清除陈旧、聚散毒热。((《无垢晶球》))^②

文献	如意树	让迥多杰	冲贝	宇妥纸卷
名称	spor shing	vom bu	chu shing vom bu	
性味			涩甘	
功效 适应病证	治黄水、血热	治所有毒热病	解毒病	拔骨中毒

(3)圆柏枝(shug pa)

[名称] shug pa tsher can, ba da ra, vbrog rtsi sngan po, spa ma gyu vbrug ze ba, rgya shug patandan,

[功效] 治肾热和赘疣((《无垢晶球》))^③

文献	让迥多杰	玉妥纸卷
名称	Shug ba	
性味		
功效	清下身火热	具八功德

(4)青蒿(mkhan skya)

[名称] vkhan pa, vkhan skya, vkhan a krong, akhan chung gser mgo。

① devu dmar bstan vdzin phun tshogs: shel gong shel phreng[Z]mi rigs dpe skrun khang1986.1,P.228,P.224-226.((《晶球晶鬘》,德格版)。

② 宿喀·年姆尼多吉:《千万舍利》,第228-229页。

③ 宿喀·年姆尼多吉:《千万舍利》,第228页。

[功效] vkhan pa 止血消肢体肿胀。(《无垢晶球》)^①

文献	如意宝树	让迥多杰	冲 贝	宇妥纸卷
名称				mkhan skya
性味				
功效	除隆证消肿除肉瘤	红的消寒性肿,白的治肾病消肿核	愈疮伤,消肿核,拔肺疾,补肾	调四大

(5)藏麻黄(mtshe)

[功效] mtshe ldum 止出血治脾热病。(《无垢晶球》)^②

文献	药性铁 ^④	如意宝树	让迥多杰	宇妥纸卷
名称	mtshe	mtshe ldum		mtshe
性味				
功效	干燥而凉	消新旧热,尤其清烦热,黑者清肝热最好	疗疮消肿	益体力

2、五味甘露方的药效

按《四部医典》的记载,浴疗(lugms)的“适应病证肢体僵直(rengs)蜷缩(vkhums),累病疗疮新旧伤肿胀,驼背(sgur po)骨肉黄水,各种隆证全都有效果。”^③ 浴疗水浴(即温泉浴)能治扩散热、除毒旧热、核疮、上身脉病等。五甘露浴能代替温泉浴,因此它的功效与温泉相近。根据证状适当配合其它药物。

五、五味甘露药浴的禁忌病证

按《四部医典》的记载,温泉浴的“疫疔腹泻高烧和浮肿,体弱食欲不振等禁忌。眼和颧面四垢及睾丸,肚腹心口之处不宜浴。”^④这些对五甘露药浴有一定的参考价值,但并不完全适用。也就是说,藏药浴是有一些禁忌和须注意的事项,首先传染病,特别是在传染期内的患者,禁止药浴,这主要是为了避免造成传染。其次,高烧、浮肿等证状也不能做药浴。体质虚弱和食欲不振的病人,容易发生虚脱等,所以应当慎用。

① 宿喀·年姆尼多吉:《千万舍利》,第 301-302 页。

② 宿喀·年姆尼多吉:《千万舍利》,第 300 页。

③ gyu thog yon tan mgon po: bdud rtsi sning po yan lag brgyad pa gsang ba man ngag gi rgyud ces bya ba bzugs so, bod ljongs mi dmangs dpe skrun khang, 1982.3, P.639. (《四部医典》,德格版整理本)。

④ gyu thog yon tan mgon po: bdud rtsi sning po yan lag brgyad pa gsang ba man ngag gi rgyud ces bya ba bzugs so, bod ljongs mi dmangs dpe skrun khang, 1982.3, P.639. (《四部医典》,德格版整理本)

六、结语

1、五味甘露药浴方是藏医的发明,其组方已有 1300 年以上的历史。此方发明后长期秘传,15 世纪才有文字记载的两种不同的组方,17 世纪才明确了其标准组方,并一直沿用至今。

2、应当指出五味甘露方不是一个固定不变的死方子,而是一个开放的、具有活力的组方单元,为临床上随病证加减变化提供了广阔的空间。五味甘露方,至今应用于临床,不仅治疗藏族地区的多发病、常见病,还能防治许多现代疾病,用于保健康复,是极具藏族特色和发展前景的藏医疗法。

第三节 常见配伍药物

在藏药浴中,除五味甘露汤这个基本方外,其它配伍药物也非常重要。现择其重点,将常见的配伍药物按动、植、矿物三类分别介绍如下。

一、植物类

植物类药物在藏药浴中使用最多,应用最广,除五味甘露都是植物外,其它常见的植物类配伍药物还有文冠木、蒺藜、诃子、三黄(乳香、决明子、黄葵子)、藏红花、独一味、狭叶红景天、大花红景天、天门冬、大托叶云实等。

1. 文冠木(译音:森登)

〔来源〕 为无患子科落叶灌木或小乔木文冠木的干燥茎干。全年可采,以春、夏两季为佳。砍取茎干,除去枝条与树皮,截成小段或小块,晾干备用。亦可用新鲜枝条或制作器具后剩余的碎块、碎渣等粉碎后熬膏使用。主产于青海、甘肃、河南、陕西、宁夏、江苏及东北、华北等地区,长于干旱丘陵、荒地、宅旁及田埂。

〔性味〕 苦,凉。

〔功效〕 燥湿,敛黄水,消肿止痛。

〔应用〕 用于麻风病,可单味煎汤即有效,亦可与安息香、决明子、黄葵子相配伍使用,且能治疗黄水病。

用于类风湿性关节炎、风湿内热、痛风、血证。与诃子、广枣、余甘子等配伍,主治血证。风湿内热,与诃子、小檗皮、麻黄茸等配伍,主治黄水病、风湿性关节炎等。

〔文献摘要〕 《月王药诊》:“森登清血热,干黄水,治血热证、黄水病、关节炎、麻风病。”

《四部医典》:“森登治关节炎、多血证、麻风病。”

《宝堆》:“森登性凉,干黄水。”

《如意宝树》:“森登燥湿。”

《晶珠本草》：“森登分红、黄、白三种，……十黄水，燥血。”

〔化学成分〕 本品主要含有黄酮类、香豆精、鞣质、糖、杨梅树皮甙、皮甙及其它还原性物质。

〔药材鉴别〕 茎干木部呈不规则的块状，表面黄褐色或红棕色，横断面有同心环纹，纵剖面有细纵纹，断面呈红棕色。枝条表面黄绿色或黄白色，断面外侧黄白色，内部呈红棕色，具平轮。质地坚硬，气味较小，口尝味苦、涩，略甘。粉末呈红棕色或黄色。

2. 蒺藜(译音：赛玛)

〔来源〕 为蒺藜科一年生草本植物蒺藜的干燥成熟果实。秋季果实成熟时采割植株，晒干，打下果实，除杂备用。全国各地均有分布，主产于青海、西藏、甘肃、四川等地，长于干旱河谷、路旁沙丘等地。

〔性味〕 甘、苦、涩，温，有小毒。

〔功效〕 胜湿利水，散风祛寒，养肾。

〔应用〕 用于肾病。与冬葵果、螃蟹等配伍，主治肾炎、尿闭及淋证；与西藏梭子芹、喜马拉雅紫茉莉、沙棘果膏等配伍，主治肾腰疼痛、肾寒、尿频等。

用于风湿痹证、类风湿性关节炎。与青稞、米曲大剂量发酵、煎汤，可祛风胜湿，通经活络，主治风湿痹证、耳鸣、头晕、月经不调、白带增多等。与蜀葵子、豆蔻、螃蟹等配伍，主治癰闭。

另外，研细单用对白癜风有效。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》：“赛玛治尿涩、风湿痹证、肾病。”

《味气铁鬘》：“赛玛温、轻、养肾。”

《如意宝树》：“赛玛治腰、肾寒证，祛风。”

〔化学成分〕 本品含亚麻油酸、油酸及反油酸等脂肪油以及刺蒺藜甙、黄耆甙、山柰酚、假叶树皂甙元、绿莲皂甙元、豆甾醇等。另外还含有生物碱，哈尔明碱，哈尔满碱、鞣酸树脂、钾及少量挥发油等。

〔实验研究〕 实验表明本品醇提物及水提物均有明显降压作用，但又可增加心率及心缩幅度。

另外，本品的生物碱部分及乙醇提取物均有松弛平滑肌的作用，生物碱部分还具有利尿作用。

临床实践证明，本品全草有止咳祛痰及平喘的作用，以止咳作用为最佳。

其它实验表明，大剂量使用本品后，会产生兴奋、不安及震颤，进而转为抑制，甚至惊厥。

〔药材鉴别〕 本品由5个分果瓣呈五角星状或放射状排列组成，呈淡黄绿色，有长短不一的针刺(成品一般已磨去)。果皮坚硬，种子呈淡绿色，油性。粉碎后呈黄绿色，具有香味，口尝味苦、辛。

3. 诃子(译音：阿如拉)

〔来源〕 为使君子科落叶乔木诃子的干燥成熟果实。秋冬二季果实成熟时摘下果

实,除去杂质、晒干。原产于缅甸、印度,我国亦有栽培,分布于云南海拔 800 - 1800m 的疏林中(图 4-5)。

〔性味〕 苦、酸、涩、温。

〔功效〕 调和三因,滋补强身。

〔应用〕 用于一切疾病,素有“药中之王”之称,可治血病、隆病、赤巴病、培根病及四者合并证。与岩精膏、细叶乌头、黑冰片等配伍,主治胆结石、黄疸、中毒证及消化不良;与毛诃子、余甘子等配伍而成的三果汤散,主治瘟疫热病初期与后期及劳累过度;与丁香、肉豆蔻等配伍,治疗心悸、胸闷、怔忡



图 4-5 诃子

及癫狂病;与宽筋藤、棘豆、翼首草、茜草、麝香等配伍,清热解毒,主治关节疼痛、恶寒、口苦、头痛等证;与红花、獐牙菜、刀豆、刺柏、芒果核等配伍,主治尿道感染、血尿、腰扭伤、肾病引起的腰痛、胯痛、大腿刺痛以及肝病、肝腹水等。

〔文献摘要〕 《月王药诊》:“诃子有益于百病,升体温,助消化,用于龙、赤巴、培根、血病及四种病的合并证。”

《甘露八部》:“其可延年益寿,提升胃火,生肌壮体,清泻诸病。”

《晶珠本草》:“诃子对诸病均有疗效,为众药之王。”

〔化学成分〕 本品含鞣质高达 20 - 40%,其主要成分有诃子酸、诃黎勒酸、没食子酸、爱拉酸、黄酸、鞣花酸等。另外又含有各种糖类、十几种氨基酸,以及维生素、过氧化酶等成分。种仁含油达 37%。

〔实验研究〕 本品含鞣质较多,故有收敛止泻作用,但又含有致泻成分番泻甙 A,故有先致泻而后收敛之功效。

另据实验证明,除某些痢疾杆菌外,本品对其它各种细菌及流感病毒都有良好抗菌、抗病毒作用。另外还有解痉、驱虫及抗癌的作用。

〔药材鉴定〕 本品为长圆形或卵圆形,表面黄棕色或暗棕色,略具光泽,有纵皱纹,基部有圆形果梗痕。质地坚实,果肉与果核分离,果核 1 枚,呈狭长纺锤形,浅黄色,粗糙,坚硬,无臭,口尝味酸涩,略带甘味。粉末呈黄色。

4. 乳香(译音:贝嘎)

〔来源〕 为橄榄科小乔木卡氏乳香树及同属植物皮部渗出的树脂。春、夏季将树干的皮部由下而上用刀顺序切伤,使树脂由伤口渗出,数天后凝成硬块,收集即可,入药多炒用。产于非洲的索马里、埃塞俄比亚及阿拉伯半岛南部,苏丹、埃及、土耳其、利比亚亦有产。本品为藏药三黄之一。

〔性味〕 苦、涩、温。

〔功效〕 消肿生肌,敛黄水,息风止痛。

〔应用〕 用于湿疹、类风湿性关节炎、痛风等风湿痹证、黄水病、皮肤病。可与三果药、决明子、黄葵子、广木香等配伍制成十味乳香散为用;或与诃子、儿茶、镰形棘豆、刺

柏、藏菖蒲配伍制成十八味乳香丸为用。与降香、藏红花、甘草、诃子、檀香等配伍,也可用于急性肺病。

用于汤火伤,疮疡溃破久不收口。以本品配合麝香、亚大黄等研细,制成涂剂,外敷,有消肿止痛,去腐生肌之效。

〔文献摘要〕《晶珠本草》:“贝嘎治黄水病。”

《甘露之滴》:“贝嘎性温、燥,托引黄水,治隆病、黄水病、阴囊疔肿。”

《本草纲目》:“(乳香)消痈疽诸毒,托里护心,活血,定痛、伸筋、治妇人难产、折伤。”

〔化学成分〕 本品主要含有树脂、树胶及挥发油。树脂成分主要为 α -乳香酸、 β -乳香酸及其衍生物, α -香树脂素及 β -香树脂素的衍生物,绿白千层醇,乳香萜烯、氧化乳香萜烯以及多聚糖等。挥发油中含有二戊烯,马鞭草烯酮、 α -水芹酸等。

〔药材鉴别〕 本品垂滴如乳状,淡黄色,时微带绿色或棕红色,半透明,质坚脆,断面蜡状,无光泽。闻之略有芳香,口尝味苦,咀嚼时开始碎成小块,迅速软化,并粘牙,使唾液呈乳白色,并有香辣感。本品遇热变软,烧之微有香气,冒黑烟,有黑色残渣。与水共研,成白色乳状液。

本品以半透明、色淡黄、颗粒状、气芳香、无杂质者为佳。

5. 黄葵子(译音:索玛拉杂)

〔来源〕 为锦葵科植物黄蜀葵或黄葵的干燥成熟种子,蒴果卵状椭圆形,长4~5厘米,有黄色长硬毛,种子呈肾形,有麝香味,表面有环状纹。果实成熟期采果,取种子晒干后取用,主产于西北、东北各省区的山谷沟边草丛中,分布于印度、尼泊尔。

〔性味〕 甘,凉。

〔功效〕 敛黄水,杀虫止痒。

〔应用〕 用于黄水病、皮肤病、虫病,与乳香、宽筋藤等配伍,主治关节红肿疼痛、发痒、痛风、黄水病;与唐古特乌头配伍,主治中毒引起的呕吐;与六良药、石榴子等配伍,主治热性水肿、坏血增盛。

〔文献摘要〕《晶珠本草》:“索玛拉杂,治皮肤病、黄水病。产于印度、中国内地及西藏、珞门地区及尼泊尔等地。果三角形,内有状如萝卜和唐冲的种子,种子黑色,肾形,有花纹,油润。”

〔化学成分〕 果实含主要成分为葵子内脂、金合欢花醇、癸醇的挥发油,种子含蛋氨酸亚砷。

6. 决明子(译音:塔嘎多杰)

〔来源〕 为豆科植物决明或小决明的干燥成熟种子,种子多数近菱形,淡褐色,具光泽,秋季采收成熟果实,晒干,打下种子,除去杂质。决明主产于四川、江苏、安徽等省区的路边、山坡等地,亦可栽培,小决明主产于云南、台湾、广西等热带、亚热带地区的路旁及荒地土壤肥沃处,决明子为三黄之一。

〔性味〕 苦,平。

〔功效〕 收敛黄水,止痒杀虫。

〔应用〕 用于黄水病、皮肤病、虫病、虚弱。与乳香、诃子、黄葵子等配伍，主治湿疹、类风湿性关节炎、痛风、黄水病、皮肤病；与三辛药、乳香等配伍，主治睾丸肿大、睾丸炎；与蓝钟花、亚大黄、沙棘果等配伍，主治皮肤瘙痒等皮肤病；与安息香、广木香、曼陀罗子等配伍，主治风湿痹证；与水银、牛黄、丁香、红花等配伍，主治麻风病、疔痈、水肿、痞块、白喉、炭疽、黄水病、皮肤病、头虫病、痹证。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》：“塔嘎多杰味微苦，治瘰病、痹证、托引黄水，有滋补功效；茎细而小，花黄色有皱纹，叶和荚果均小，荚果长，如狗生殖器。”

《味气铁鬘》：“塔嘎多杰性平，治瘰病，黄水病，体癣。”

《形态比喻》：“塔嘎多杰似狗生殖器。”

《祖先口述》：“塔嘎多杰的功效与索玛拉扎相同。”

〔化学成分〕 决明子含蒽醌类衍生物，有大黄酚、大黄素、大黄酸、钝叶素、钝新素等及其甙类，此外尚含萘骈-r-吡酮类衍生物决明甙。

小决明子含蒽醌类衍生物，除不含钝叶素及其甙外，其它甙元和甙均与决明子相同，此外尚含大黄酚-9-蒽酮、大黄酚-1-β-龙胆二糖甙和红镰霉素-6-β-龙胆二糖甙，以及决明内酯、决明酮等物质。

两种决明子均含粘液、蛋白质、谷甾醇、氨基酸、脂肪油，脂肪酸主要为棕榈酸、硬脂酸、油酸及亚油酸。

〔实验研究〕 决明子水浸液及醇浸液对麻醉动物有降压及利尿作用，醇浸出物或煎剂对多种皮肤真菌及细菌有抑制作用。小决明子中含有的氮、磷、硫等多糖类物质，还有收缩子宫而有催产作用。

〔药材鉴定〕 决明：略呈棱方形或短圆柱形，两端平行倾斜，表面绿棕色或暗棕色，平滑有光泽，一端较平坦，另端斜尖，质坚硬种皮薄，子叶2，黄色，呈“S”型折曲并重叠，气微，味微若，粉末黄棕色。

小决明：呈短圆柱形，较小，表面棱线两侧各有一条浅黄棕色带。

7. 藏红花 (译音：卡奇库孔)

〔来源〕 为鸢尾科植物番红花的干燥柱头，花盛开时，采集花柱和柱头，晾干后使用。原产于欧洲南部，我国各地有栽培，为三凉药、六良药之一。

〔性味〕 甘，凉。

〔功效〕 清泄肝热，止血补血。

〔应用〕 用于肝病、血证、身体虚弱，与牛黄、天竺黄等配伍，主治痢疾、肠胃刺痛，与木香、兔耳草等相伍，主治各种肝热病；与丁香、犀角等配伍，主治肝萎病、肾病扩散、中毒证、黄水病、小便失常；与熊胆、紫檀香、朱砂等配伍，主治紫痰证、上部吐血、咳血或下部便血、外伤出血、衄血及各种出血；与龙骨、红花、草乌等配伍，主治血胆引起的头痛、黑白“亚玛”头痛及一切热性脑部疾病。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》：“卡奇库孔更治一切肝病，止血。”

《杜拉嘎》：“梵天的药有一千零二十二种，以赛哲、卡奇库孔两药为本。”

《玛拉雅之释》：“总的来说，卡奇库孔色红黄，油润，性重，气浓而香，味甘，汁液多。分别来说，夏冈玛红花混有少许碧绿叶，根如天南星的茎，气浓，产品奇少；克什米尔红花色黄，花蕊黄褐色”。

《如意宝树》：“卡奇库孔清肝热。”

《味气铁鬘》：“卡奇库孔性凉、重，治新旧肝病。”

《甘露之滴》：“卡奇库孔性凉，培元健身。”

〔化学成分〕 含藏红花素、藏红花酸二甲酯、藏红花苦素、挥发油（主要为藏红花醛）以及维生素 B₂。

〔实验研究〕 煎剂对子宫有兴奋作用，对血压降低作用持久，还有兴奋呼吸的作用。

〔药材鉴别〕 多数枝头集成松散线状，柱头三分枝，暗红色，顶端边缘呈不整齐的齿状，内侧有一短隙，体轻，质松软，无油润光泽，干燥后质脆易断，气特异，微有刺激性，味微苦，粉末呈橙红色。

8. 独一味（译音：达巴合）

〔来源〕 为唇形植物独一味的干燥全草，产于青藏高原、四川、云南西北部、甘肃等海拔 2700~4500 米的高山草甸、河滩草甸，分布于尼泊尔、锡金、不丹。8~9 月在花期采全草，除去杂质，晾干后使用。

〔性味〕 甘、涩，平。

〔功效〕 强筋骨，敛黄水。

〔应用〕 用于骨折挫伤、筋骨疼痛、黄水病、虫病。与骨碎补、镰形棘豆等配伍，主治创伤、骨折、头骨破裂；与单叶绿绒蒿、瓦韦等配伍，主治骨折损伤、筋骨无力。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》：“达巴合分两种，能固骨脂，托引黄水，山生者称白色达巴合，味甘苦，治风病；川生者称黑色达巴合，性温、燥；不论山生或为川生，两者形态一样，基方形，如标尺，叶圆形、厚，有疣状腺点，铺地而生，花序状如狗尾，花分紫色、黄色和白色三种。”

〔化学成分〕 主要含生物碱、强心甙和皂甙。

9. 狭叶红景天（译音：嘎都）

〔来源〕 为景天科植物狭叶红景天或同属数种植物的干燥根及根茎。9~10 月挖根，洗净，除去粗皮，切片，晾干即可用。产于西藏、青海、四川、云南等海拔 2000~5600 米的山地多石草地上、林缘、灌木丛或山坡上，分布于缅甸。

〔性味〕 辛、甘，凉。

〔功效〕 清热退烧，解毒消肿，止咳。

〔应用〕 用于流行性感、咳嗽、肺热、脉热、四肢肿胀。与紫草茸、鸭嘴花等配伍，主治血病所致之增盛热；与红花、丁香、檀香等相伍，主治感冒咳嗽、发烧；与天竺黄、三温药、三果药等配伍，主治肺脓疡、重感冒迁延不愈、胸胁刺痛、久咳咯血。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》：“嘎都清热，治肺炎”。

〔药材鉴别〕 粉末红棕色，显微镜下可见淀粉粒众多，卵圆形、椭圆形、肾形。

10、大花红景天 (译音:索洛玛布)

〔来源〕 景天科植物大花红景天的干燥根及根茎、干燥的花。6~7月采花,阴干,9~10月挖取根部,除去泥土及粗皮,切段阴干。主产于西藏东部、青海东南部、四川西部、云南西北部的海拔2800~3600米的高山沟坡草地、灌木丛、石缝中,尼泊尔、锡金、不丹等地亦有分布。

〔性味〕 甘、苦、涩,凉。

〔功效〕 养肺退烧,止血,去口臭,滋补元气。

〔应用〕 用于肺热、高山反应、体倦无力、流行性感、口臭、狐臭。与沙棘果膏、鸡蛋参等配伍,主治高山反应、流行性感、头痛、呼吸急促等病证;与石灰华、牛黄、白檀香等配伍,主治肺热病。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“索洛玛布清肺热。”

《味气铁鬘》:“索洛玛布性凉、缓。”

〔药材鉴别〕 本品为细长圆柱形,下枝膨大,被黑色鳞片;皮部较光滑,棕褐色,内面深红棕色,与木部分离,质硬而脆,断面粉红色,气微,味微苦、涩,粉末呈浅砖红色。

11. 天门冬 (译音:聂香)

〔来源〕 为百合科植物羊齿天冬或天冬的干燥根,主产于西藏、青海、甘肃,广布于秦岭以南各省区,向南可至海南岛,向北可达河北南部,生长于海拔2400~2900m的林下或山坡路边,朝鲜、日本、老挝与越南也有分布,秋、冬两季采挖,洗净,除去茎基及须根,晒干后用。天门冬为五根之一。

〔性味〕 苦、涩、甘,温。

〔功效〕 滋补体力,收敛黄水。

〔应用〕 用于虚弱劳损、肾虚腰痛、尿频、瘙痒、渗出性皮肤病、寒性黄水病。与黄精、西藏梭子芹等配伍,主治寒性黄水病;与手掌参、螃蟹甲等配伍,主治虚弱劳损;与黄精、三果药等配伍,主治心悸失眠、脾胃不和、老年虚弱、肢体僵直、肾虚、阳痿;与石榴子、肉桂、萆薢等配伍,主治完谷不化、浮肿、遗精、小便不利等一切寒性疾病;与玉竹、谜果芹、紫茉莉等配伍,主治月经不调、产后腰酸背痛、淋病等病;与手掌参、刀豆、红花等配伍,主治阳痿、淋病、体弱;与水银、硫黄、黄精等配伍,有滋补作用。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“天门延年益寿,治黄水病。”

《味气铁鬘》:“天门冬辛、温,治风病、黄水病。”

《如意宝树》:“天门冬治寒性黄水病,清陈旧隐热。”

〔化学成分〕 本品含天门冬素 β -谷甾醇及5-甲氧基甲基糖醛,粘液质及白鼠李糖,木糖、葡萄糖、菝葜皂甙元组成的甾体皂甙。

〔实验研究〕 天门冬煎剂对炭疽杆菌、链球菌、肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌、白喉杆菌、枯草杆菌等有抑制作用;可杀灭蚊、蝇幼虫;体外试验(美蓝法及瓦氏呼吸器测定法),天冬对急性淋巴细胞型白血病、慢性粒细胞型白血病及急性单核细胞型白血病患者白细胞脱氢醇有一定的抑制作用,并可抑制急性淋巴细胞型白血病患者白细胞的呼吸。

〔药材鉴别〕 本品呈长圆纺锤形,略弯曲,中部肥满,两端渐细而钝,表面黄白或淡黄棕色,半透明,光滑或具深浅不等的纵皱纹。干透者质坚而脆,未干透者质柔软,有粘性。气微,味甘微苦,粉末呈黄白色。

12. 大托叶云实(译音:甲木哲)

〔来源〕 为豆科植物大托云实的干燥成熟种子。主产于海南省、广东湛江地区、广西钦州地区及台湾,并广布于热带地区的疏林灌丛、海边村庄荒地,在云南西双版纳亦栽培。

〔性味〕 辛、涩、温。

〔功效〕 温肾逐寒。

〔应用〕 用于肾虚、肾寒。与石榴、黑胡椒、白胡椒等配伍,主治肾寒引起的消化不良、食欲不振、暖气、闷胀;与小豆蔻、冬葵果等配伍,主治膀胱结石、腰部酸痛、尿频或癃闭。

〔文献摘要〕 《月王药诊》:“治肾寒病,肾病。”

《祖先口述》:“大托叶云实生胃火,祛胃寒、肾寒,治寒性胃病、肾病。”

〔化学成分〕 种子含甾醇、皂甙、脂肪油、淀粉及多种苦味素等。

〔实验研究〕 其苦味成分或醇提取物有轻度降低血压,抑制蛙心的作用,种子、树皮及叶中含有的苦味成分有奎宁样的抗疟作用,但对实验性疟疾无效。

〔药材鉴别〕 种子呈不规则圆形,稍扁,表面灰绿色,光滑,微具光泽,有同心性环纹延及顶端,摇之常发响声,质极坚硬,内表面淡黄白色,有稍凸起的线纹,子叶黄白色,质坚,表面有不规则沟槽,气微腥,味苦。粉末为灰绿色。

二、动物类

动物类药在药水浴及药汽浴中使用较少,常见麝香、麝粪、犀角、红耳鼠兔粪及动物骨入药,而在缚浴中则较多使用了各种动物粪、肉、心脏及骨等。在此重点介绍麝香、麝粪、犀角及红耳鼠兔粪。

1. 麝香、麝粪(译音:拉孜、拉日)

〔来源〕 为鹿科动物林麝、马麝或原麝的成熟雄体香囊中的干燥分泌物及干燥粪便。麝香,多于冬季至次春猎取后,剔取香囊,割开,除去囊壳,研细、晾干、贮存;麝粪,收集后晾干。现多养殖,一般用手术取香法。生产于西藏、四川、云南、陕西、内蒙古等地区,栖息于海拔 3000~4500 米的森林线上下(图 4-6)。

〔性味〕 麝香:苦、辛、凉。麝粪:辛,平。

〔功效〕 麝香:解毒,驱虫,止痛,抗炎。麝粪:清热。

〔应用〕 (1)麝香 多用于毒热及疔热、肾热、肝热、牙痛、虫病、疮疡等;与诃子、木香、铁棒锤等配伍,治疗咽炎、扁桃体炎、炭疽、神经痛、牙痛及风湿性关节炎等;与石榴



图 4-6 麝香

子、熊胆、牛黄等配伍,治疗乳房肿胀、剧烈疼痛;与牛黄、安息香、肉豆蔻等配伍,治疗疯狗咬伤、狂犬毒等。

外用治跌打损伤、刀枪伤,止痛。常与乳香、木香、虎骨等同用。

(2)麝粪 用于潜伏热病、胸腔疮、脑刺痛及脉病等。

〔文献摘要〕《四部医典》:“麝香,功效是解毒,医治虫病、肝炎、肾炎。”

《晶珠本草》:“麝香,解毒,杀虫,消炎,辟秽,治肾病。”

《宝堆》:“麝香甚凉,为上品。”

〔化学成分〕 麝香含麝香酮、胆甾醇、雄烷衍生物、胆甾-4烯-3酮、无机盐、蛋白质、多酞及其它含氮化合物等。

〔实验研究〕 实验表明,小剂量麝香酮能兴奋中枢神经系统,大剂量则引起抑制作用,并有加强呼吸、循环功能的作用。另据实验表明,麝香与麝香酮均有明显的抗炎、抗菌作用。另外,麝香还有兴奋子宫和抗肿瘤的作用。

〔药材鉴别〕 (1)整麝香 呈椭圆形或扁圆形,直径3~7cm。开口平坦,密生旋涡状排列的灰棕色或白色细短毛,中央有一小孔。其它部分为皮膜,无毛,灰棕色,有弹性,中层呈银灰色且透明,内层呈棕红色,内有麝香仁。

(3)麝香仁 呈颗粒状的优质麝香习称“当门子”,多为紫黑色,光亮。质柔有油性,手捻而不粘手,不结块。有奇特而浓裂的香味,尝之味略辣而稍苦。以当门子多、质柔、油性足者为佳品。

附:原麝和林麝均为我国珍贵的保护动物,不得捕猎,多以家养马麝入药。

2. 犀角(译音:塞如)

〔来源〕 为脊椎动物犀科,犀牛的角,分“暹罗”角和广角两类。前者产于印度、尼泊尔等地,后者产于非洲。藏医所用应为前者。

〔性味〕 燥,温。

〔功效〕 解毒止痛,干黄水。

〔应用〕 用于黄水病、毒热证等。与鹿茸、矮紫堇、贝壳粉、铜灰等配伍,治疗胸腔脓血、黄水等;与草果、麝香、牛黄、诃子、钩藤等配伍,治疗毒热。与诃子、细叶乌头、硫黄、三黄水药等配伍,治疗寒偏盛的白脉病。

〔文献摘要〕《四部医典》:“犀角,功效是干枯胸腹的脓血、黄水。”

《晶珠本草》:“塞如止痛解毒,干胸腔脓血和黄水,治肠病。”

附注:由于犀牛为珍稀动物,不得捕猎,现多以水牛角等代之,功效相同,但效果稍逊,须大剂量使用。

3. 红耳鼠兔粪(译音:渣驯)

〔来源〕 为鼠兔科动物红耳鼠兔的粪便。粪便多集中于洞口,收集后筛去泥土,除去杂石,晒干或熬膏用。主产于青藏高原及甘肃、四川等地区,栖息于河谷间的悬崖石岩、裸露红土岩及砾岩地带。

〔性味〕 甘、苦,平。

〔功效〕 清热,补养体力。

〔应用〕 用于胃、肝、肾热,热性水肿、痛风、目疾等。与马兜铃、红花、熊胆等配伍,治疗肝热病、肝肿大、结膜炎等;与白檀香、麝香、唐古特乌头、诃子等配伍,治疗热邪增盛于肾;与寒水石、沙棘果膏、诃子、尼泊尔紫堇等配伍,治疗培根本布病等;与异叶青兰、豆蔻、岩白菜等配伍,治疗胆病、胃炎及胃出血等;与红花、六良药、黄葵子等配伍,治疗水肿。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“渣驯解诸热,治胃热、肝热和肾热特效。”

〔药材鉴别〕 本品呈长圆形,直径4~6mm,灰褐色或棕褐色,表面粗糙。破碎后可见植物纤维及其它未消化物质。新鲜者有臭味,陈久者气微。以粒大,无破碎,无杂质,均匀者为佳品。

附注:据记载,渣驯应为炎夏之际,向阳高山岩石中六精(金、银、铜、铁、锡、铅)熔化如紫草茸汁,自岩隙流出的汁液,或干涸成硬膏。但据调查,并不知渣驯为何物。有人认为是岩精,也有人认为是五灵脂或地松脂等。现在藏医多用红耳鼠兔粪代替。《藏药志》认为本品应为夏季极少数鼠兔在觅食多汁液的食物后,有一种黑褐色粘液伴随粪便排出体外,与某些疏松石质物相混,而形成的具有芳香味的块状物。具体渣驯、岩精为何物,有待进一步考证。

三、矿物类

在藏医临床中,藏医对矿物药的使用频率也是相当高的,矿泉浴就直接利用了天然矿物的功效。除此之外,在药水浴或药汽浴中常用的矿物还有碱花、滑石、紫硃砂、硼砂、磁石、珍珠母等。

1. 碱花(译音:浦多)

〔来源〕 为硫酸盐类苏打石水碱族矿物天然碱,一般在碱水湖边生成。全年采挖,除去杂质,晒干即可。主产于西藏、青海、内蒙古、山东等地。

〔性味〕 苦、咸、甘、平、微毒。

〔功效〕 解毒排脓,消食化痰,驱虫通便。

〔应用〕 用于消化不良、腹胀、呕吐、大便不利等。与硼砂、寒水石、藏木香等配伍,健胃消食,治疗消化不良、食欲不振、胃腹胀痛及肠鸣等。与余甘子、木香、芫荽、寒水石等配伍,治疗紫痰病引起的胃肠胀痛、饭后疼痛加剧及腹部绞痛、呕吐、暖气等。与诃子、大黄、藏木香等配伍,治疗消化不良、中毒性肝炎,及上行、下泄隆病。

用于疮疡、外伤、血痞瘤等。与姜黄、麝香、甘松、甘草、藏菖蒲等配伍,舒筋活血,治疗瘫痪、外伤引起的麻木疼痛及扭伤等。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“碱花治腐烂、助消化。”

《如意宝树》:“碱花助消化,治痰引起的胃胀、虫病、中毒样病。”

〔化学成分〕 本品主含碳酸钠,其中氧化钠占21.7%,二氧化碳占15.4%,水占62.9%。另外,常含有蛋白质、淀粉等各种杂质。

〔药材鉴别〕 本品呈纤维状、柱状、玻璃状、属单斜晶系。呈白色略带黄或黄绿色。质较轻,断面不平整。以白色、微泛黄、半透明至透明、质地轻为佳品。

2. 滑石(译音:哈秀)

〔来源〕 为硅酸盐类滑石族矿物滑石的块状体。采挖后,除去泥沙、杂石、洗净,砸成碎块或研细用,或水飞过滤后晒干用。主产于西藏、青海、浙江、广西、四川、云南等地区。

〔性味〕 甘、淡,凉。

〔功效〕 清热,舒脉通络,利尿。

〔应用〕 用于脉管炎、筋络病、眼病,并能导病邪从小便出。与自然铜、条裂黄堇、红块糖等配伍,治疗黄水阶段的创伤水肿。与斑蝥、螃蟹、红花、硼砂等配伍,可将疾病从小便排出。

用于撒布剂(扑粉、爽身粉等),可以保护皮肤,保持光滑干燥,防止外来刺激。

〔文献摘要〕 《四部医典》:“滑石,功效是峻泻脉病,对尿结石也有疗效。”

《晶珠本草》:“滑石,其功效能泻脉利尿。”

〔化学成分〕 本品主要含有硅酸镁晶体。其组成为氧化镁 31.7%, 二氧化硅 63.5%, 水 4.8%, 通常有一部分氧化镁被氧化亚铁所置换。另外,常有氧化铝等杂质。

〔实验研究〕 实验表明,内服可保护发炎的胃肠粘膜,起到镇吐、止泻作用,同时可以防止毒物的吸收。在皮肤表面可形成被膜,保护皮肤及粘膜,吸收分泌液促进干燥结痂。另外,对某些细菌如伤寒杆菌、脑膜炎球菌等有一定抑制作用。

〔药材鉴别〕 本品致密块状、片状或鳞片状集合体,属单斜晶系。呈白色或无色,或因杂质而呈浅黄、浅绿、浅灰及浅红色等。具有珍珠光泽,有明显的滑感。解理薄片具挠性,耐酸、耐热能力强,不导电,无吸湿性,在水中不崩解,无臭无味。

3. 紫硃砂(译音:卡如察)

〔来源〕 为卤化物类石盐族矿物石盐,系由内陆、近海盐湖及海湾经蒸发干涸形成。自盐湖中采出,晒干。紫硃砂为三盐之一。

〔性味〕 咸、辛,温、重、腻。

〔功效〕 消胀,温胃通便。

〔应用〕 用于腹胀肠鸣、胃寒、便秘、隆病、浮肿等。与荜茇、肉桂、藏茴香等配伍,治疗食物不化,呕吐。与石榴子、小米辣、三辛药等配伍,治疗胃塞、腹胀、食物不化及寒性痞瘤等。与阿魏、丁香、草乌、桂皮等配伍,治疗肝功能衰退、痰和风引起的心脏病及消化不良等。与荜茇、红耳鼠兔粪膏等配伍,利尿消肿,用于小便不利,全身浮肿等。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“紫硃砂为提升胃温之主药,消胀,治噎气、腹胀、腹鸣及痰风等。”

《味气铁鬘》:“紫硃砂性温而重,且腻。”

〔化学成分〕 本品主要含有氯化钠,另外还含有钾、钙、锶、硅、铜、铝等元素。

〔实验研究〕 动物实验表明,本品对小鼠 S-180 肉瘤有明显的抑制作用。急性毒性

试验表明本品有小毒。

〔药材鉴别〕 本品多呈立方体块状,有棱角,属等轴晶系。呈深紫色或紫红色,有光泽、有凉感、质重,硬而脆,断面不平整,光亮。有浓烈臭气,尝之味咸,可溶于水。

4. 硼砂(译音:察拉)

〔来源〕 为硼酸盐类硼砂族矿物硼砂经精制而成的结晶,研细或煅用。主产于西藏那曲和阿里地区及青海、四川、云南、新疆等地,出产于硼盐湖矿泉或其经风化作用干涸的沉积物中。

〔性味〕 甘、咸,平。

〔功效〕 清热解毒,生肌收口,活血化瘀,通便。

〔应用〕 用于便秘、黄水病、月经闭阻、食谷不化等。与寒水石、石榴子、天竺黄等配伍,治疗各种培根病、赤巴病、黄水病、皮肤病及消化不良等;与光明盐、寒水石、干姜等配伍,治疗食谷不化等;与诃子、宽筋藤、紫草、浸药、牛尾蒿等配伍,治疗疔瘟引起的关节疼痛、口苦、恶寒、头痛等;与獐牙菜、红花、丁香、红耳鼠兔粪膏、荜茇、诃子等配伍,可治疗体内的热性痞块。

外用冲洗溃疡、脓肿,可敛疮口,或制成粉剂,吹喉,可治咽喉肿痛;或与阿魏、酥油制成滴耳油,可消炎,治疗耳内炎症。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“硼砂愈疮、活血化瘀。”

〔化学成分〕 本品主要含有四硼酸钠($\text{Na}_2\text{B}_4\text{O}_7 \cdot \text{H}_2\text{O}$),杂质含量极少。

〔实验研究〕 本品具有弱碱性,具有较弱的抑菌作用,并有极微的消毒防腐作用,且无刺激性。

〔药材鉴别〕 本品单晶体呈短柱状,集合体呈块状或粒状,属单斜晶系。呈白色或带浅绿色,具珍珠光泽,解理良好,极脆。易溶于水,燃烧时膨胀,易熔成透明的玻璃状体,尝之略带甜味。

5. 磁石(译音:卡林)

〔来源〕 为氧化物类尖晶石族矿物磁铁矿的磁石。采挖后,除去杂质,砸碎,选择吸铁能力强者入药。主产于西藏、青海、河北、辽宁、山东等地区,多见于岩浆岩和变质岩中,亦可见于海滨砂中。

〔性味〕 苦、涩,温。

〔功效〕 接骨疗伤,拔除箭头。

〔应用〕 用于弹片入肉、骨折及脑、脉疾病。与诃子、毛诃子、余甘子等配伍,可将误吞的针、子弹等从肛门排出;与蛇肉、高原毛茛、草玉梅、紫檀香等配伍,涂擦伤口,然后用吸角引出,可治疗外伤异物遗留。与雌黄、蜂蜜等配伍,治疗四肢创伤;与诃子、珊瑚、珍珠母、木香、沉香等配伍,治疗白脉病引起的麻木瘫痪、口眼歪斜及四肢不利等。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“磁石可治脑骨伤、脉病,退镞、退弹。”

〔化学成分〕 本品主要含有四氧化三铁。此外还含有氧化镁、三氧化铝及少量锰、钙、硅酸根离子等。

〔药材鉴别〕 本品单晶体呈八面体或菱形十二面体,集合体呈致密块状或粒状,属等轴晶系。呈铁黑色,不定形,大小不一,质重、坚、断面致密,有光泽,具有磁性,但日久磁形可失去。有土腥味,尝之无味。

6、珍珠母(译音:尼阿西)

〔来源〕 为珍珠贝科动物珍珠贝、马氏珍珠或蚌科动物三角帆蚌、褶皱冠蚌除去角质层的贝壳。将采集的贝壳用碱水煮过后,用水漂洗净,刮去外层的黑皮,煅至松脆即成。

〔性味〕 涩,凉。

〔功效〕 清热解毒、散风、明目。

〔应用〕 用于脑震荡,头伤脑露及中毒证等。可单味研极细末,点眼,治疗眼生障翳,并有明目之功;与珊瑚、犀角、珍珠等配伍,治疗配合毒等中毒证;与硃砂、火硝、斑蝥、多刺绿绒蒿等配伍,治疗脑脉溃散,黄水滴至脑膜,引黄水从伤口、鼻孔及尿道出。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“蚌壳功效同珍珠(治脑漏,解毒)。”

〔化学成分〕 本品主要含碳酸钙,达90%以上,还含有有机物及少量铜、铝、镁、锌、铁、钠、锰等。有机物主要为角壳蛋白,水解后可得以甘氨酸、丙氨酸、丝氨酸、亮氨酸等十七种氨基酸。

〔实验研究〕 本品的蛋白水解液对肝脏损伤有保护作用,可使ALT的恢复加快,并有对抗眼球晶状体产生环状混浊作用。另外本品还具有抗过敏、增强心跳幅度及中和胃酸的作用。

〔药材鉴别〕 本品呈不规则片状,大小不一,表面黄白色或银灰白色,具有彩色光泽。凹面光滑,凸面凹凸不平,可见生长层纹。本品质松脆,分层,可剥离。基本无味,尝之味淡。其粉末遇稀盐酸,即有气泡产生。

第四节 缚浴

在人工藏药浴中,除药水浴和药汽浴外,缚浴也比较常用。前两者的治疗面积都较大,一般是全身性的,而缚浴则是一种局部的药浴方法,是药水浴及药汽浴在身体病患局部的一种应用,可以用布袋装缚,亦可直接扣缚于患处,使药效发挥比较集中,以有效去除某些局部的病变,起到与药水浴相同的效果。此种方法又可分为清热和祛寒两种缚疗法。在本节中将主要介绍缚浴的常用药物。

一、清热缚浴法常用药物

清热缚疗法中最常见的是将各种谷物磨粉后用芝麻油或陈旧植物油调和,用少许水煮成面团,趁热直接扣于患处,外用布包扎。此法可收敛黄水、坏血,治疗外伤引起的黄水、坏血充斥。另外,各种鲜花(除有毒和高原毛茛、短尾铁线莲、草玉梅三热草药的花

卉)在水中煮软后缚于头部,或将药物在水中或童便中煮后,装袋或拌成糊状缚于患处,亦可治各种热证、肢体病或中毒证。常用药物有青稞及各种谷物、麻花秦艽、犏牛乳、麝粪、麝香、五种甘露、独活、甘松、紫堇、白茎芥、山羊粪及深土等。

1. 青稞(译音:奈)

〔来源〕 为禾本科一年生草本植物青稞的不同农家品种的干燥颖果。《晶珠本草》将其分为7类,现在不同的农家品种亦有白青稞、蓝青稞、黑青稞、红青稞等之分。于果熟时采颖果,晒干备用。主产于我国西北、西南各省高寒地区,为栽培作物。

〔性味〕 甘,凉,重。

〔功效〕 益精壮阳,祛风寒,清热化湿,宁肺定喘。

〔应用〕 多用于阳虚肾亏、油脂过多、赤巴病、培根病及感冒、气喘咳嗽。黑青稞又可治皮肤病如疮疡、疱疹等;蓝青稞又可用于小儿肺热、小肠刺痛、痢疾等。

本品为作物,多用于食品或酿酒,配合其它药物可制成各类药酒,如青稞酒,酥油酒等,可用于各种隆病及妇科病。

2. 荞麦(译音:查乌)

〔来源〕 为蓼科一年生草本植物荞麦及苦荞麦的干燥果实与茎秆。于8~9月采果实或茎秆,晒干。前者多为栽培,广布于全国各地;后者多为野生,主产于西藏、青海、四川、云南、甘肃、山西、陕西、河北等地,一般长于海拔4000米以下的林缘、田埂、沟旁等地。

〔性味〕 茎:凉,轻;果实:涩,甘。

〔功效〕 茎:破血敛疮,治疔疮;果实:止腹泻。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“查乌为栽培作物,性凉、轻性,治隆、赤巴、培根病,敛疮,破血,治疔疮,茎熬汤或煮酒,消食;带壳果实味涩、甘,能涩脉,止腹泻。化后性辛、轻凉,外敷或涂抹有益肌脂、血液和赤巴。”

〔化学成分〕 本品苦荞麦全草含芸香甙、黄酮成分。

3. 芝麻(译音:逮力)

〔来源〕 为胡麻科一年生草本栽培作物芝麻的干燥种子。8~9月采集果实,晒干,打出种子,除去杂质即可。全国各地均产。

〔性味〕 辛,重,温。

〔功效〕 强身体,祛风。

〔主治〕 身体虚弱、阳痿、风湿痹痛等。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“逮力镇风,增强体力。”

〔化学成分〕 本品含有脂肪油、蔗糖、多缩戊糖、卵磷脂、蛋白质、芝麻素、芝麻油酚等,脂肪油最为丰富,占47%~59%。

4. 麻花秦艽(译音:吉杰嘎布)

〔来源〕 为龙胆多年生草本植物麻花艽的干燥花。于夏、秋两季采收,除去杂质、阴干。主产于西藏、青海、四川、甘肃、宁夏等地,长于海拔2000~5000米的高山草甸、林下、灌丛、山沟等地。

〔性味〕 苦,凉。

〔功效〕 清热解毒,止血消肿。

〔应用〕 用于胃热、肝热、热性赤巴病。与蔷薇花、獐牙菜、金腰草等配伍,治疗赤巴病、口苦、头痛;与唐古特乌头、獐牙菜配伍治疗胆热病,证见口苦、发热、头痛;与苍耳、黄精等配伍,治疗痞瘤病、腕腹胀痛、便秘、消化不良;与鸭嘴花、诃子、冬葵果等配伍,治疗妇女病、乳房肿胀。

用于外伤出血,研粉外敷即可。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“占杰清腑热,赤巴热。”

《如意宝树》:“白色种止血,消肿,治疮。”

〔化学成分〕 本品含香豆甙、秦艽碱甲、秦艽碱乙、秦艽碱丙及少量挥发油等。

〔药材鉴别〕 本品为皱缩的花朵,筒形,少有破碎,黄色,或有绿色及淡紫褐色斑纹。在花内可见五枚雄蕊及一枚矩圆形子房,花柱短,2裂。花萼一侧开裂。闻之有微弱气味,尝之味苦。研粉后呈棕黄色。

5. 紫堇(译音:当日丝哇)

〔来源〕 为罂粟科植物高山紫堇及变色紫堇的全草,干燥后入药,前者主产于青海和四川西北部海拔4000~4500米的高山草甸;后者主产于青海南部海拔4800米以上的高山流石滩地。七八月花盛时采全草,洗净根部泥土,除去杂质凉干后用。

〔性味〕 苦,寒。

〔功效〕 清赤巴之热。

〔应用〕 用于瘟病时疫、火烧烫伤及赤巴病人热证,与石榴子、肉桂、余甘子等配伍,主治赤巴病;与木香、豆蔻、荜茇等相配伍时,主治培根木布病引起的胃肠剧痛、暖气冷酸。

〔药材鉴别〕 本品缩卷成团,叶多破碎,根棒状,红褐色,质脆易折,整株湿展后,质柔而易断。叶背苍白色,花深黄色,干后暗灰黄色。未成熟蒴果狭卵圆形,表面具白色纵条纹。气微、味苦。粉末呈浅绿色,味苦。

6. 独活(译音:朱嘎)

〔来源〕 为伞形科多年生草本植物白亮独活的干燥根。于8~10月采挖根,洗净晒干备用。主产于西藏、青海、云南、四川等地,长于海拔3000~3700米的林缘或路边等地。

〔性味〕 苦、辛,平。

〔功效〕 消肿止痛,敛疮。

〔应用〕 用于疔热、疮疖、内疔痛、麻风等。与鱼肉、瑞香狼毒、麻雀粪等配伍制成破痛软膏,治疗疔痛、疮疖。

用于止血。与小檗皮、紫草、红花、冷蒿等配伍,治疗鼻孔出血、产后出血、血管破裂等。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“译玛杀虫,止血,愈疮疡,治麻风。分白、黑、黄三种。”(白者即为独活)

《如意宝树》：“译玛叶、根止血，流血时撒在脉管断口上即止。”

〔药材鉴别〕 本品根茎部粗壮，圆柱形，有密集的横皱纹及环状叶痕，根呈扭曲状，下部分叉。表面棕色，可见稀疏细小的皮孔及须根痕，质地坚硬，断面不平坦，带裂片性，皮部有油点。气味香浓，口尝味甚苦略带涩。

7. 甘松(译音：榜贝)

〔来源〕 为败酱科多年生草本植物甘松的干燥根及根茎。春秋两季采收，以秋季采挖者为佳，除去泥沙及杂质，阴干。主产于西藏、青海、四川、云南、甘肃等地区，长于湿润的草地、山坡及疏林中。

〔性味〕 苦，凉。

〔功效〕 清热解毒，消肿排脓。

〔应用〕 用于陈旧热、毒热病、脾病、虫病及外证肿疡。与黑草乌、骨碎补、圆柏叶、红花、朱砂等配伍，可用于热邪入骨、隐热、增盛热、扩散伤热等一切热病及白喉等；与金腰草、岩精膏、唐古特乌头等配伍，治疗陈旧热、毒热病；与木香、大黄、草木樨等配伍，治疗各种中毒证。

用于瘟病时疫、感冒，与乌奴龙胆、小伞虎耳草、兔耳草、紫草、多刺绿绒蒿等配伍，研粉，制散剂服。

〔化学成分〕 本品含有挥发油，含甘松香酮，缬草酮、甘松酮、德比酮、 β -马里烯等成分。

〔药理研究〕 实验表明，甘松具有中枢镇静作用及抗心律失常作用，且较其它药物毒性小，较安全。

〔药材鉴别〕 本品类似圆锥形，弯曲，有茎基或基生叶残基，外层黑棕色，内层棕色或黄色。根表面皱缩、棕褐色，有须根。质地松脆，断面粗糙，常裂成片状，木部呈黄白色，皮部呈深棕色。有特殊气味，口尝味苦、辛，有清凉感。

8. 无茎芥(译音：索洛嘎布)

〔来源〕 为十字花科多年生丛生草本植物无茎芥的干燥全草。花期采挖全草，洗净，阴干。主产于青藏高原、四川、云南等地区，长于海拔 3750~5500 米的高山草地及高山碎裂石带，亦分布于尼泊尔、锡金、不丹、印度东北部及克什米尔地区等。

〔性味〕 甘、涩，寒。

〔功效〕 退烧，滋补，清肺热。

〔应用〕 用于肺热病，与草乌、藏木香、莪大夏等配伍清瘟解热，用于流感引起的肺部疼痛及瘟疫病引起的发烧。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》：“索洛嘎布可清一切热证，对浊热有特效，止创伤出血及清四肢红肿。”

9. 犏牛乳(译音：佐奥)

本品为牛科动物黄牛与牦牛杂交的子代犏牛的乳汁。产于青藏高原，其它地方不产。

本品性平,味甘。功效为抑制隆病。主要用于隆病,但对一切疾病服之皆有益处。亦作食品用。

10. 山羊粪(译音:拉日)

本品为牛科哺乳动物山羊的干燥粪便。山羊为常见家畜,全国各地均有养殖。

本品性凉、味苦,微咸。有解毒功能,主要用于中毒证、麻风病。《晶珠本草》中记载:“山羊粪薰治麻风病,解毒。”

二、祛寒缚浴法常用药物

祛寒缚浴法一般是将动物粪或各种动物碎骨同其它药物一起磨碎或直接水(童便)煮成糊状,缚于病患处。多用于体内异物不出、四肢肿胀、黄水病、痞瘤、疮痈、骨痹、妇风病及神志不清、狂证、厥证等。常用药物有细叶草乌幼苗、刺参、黄帚橐吾、瑞香狼毒、羌活根、西藏棱子芹、高原毛茛、干姜、荜茇、喜马拉雅紫茉莉根及各种动物粪、动物心脏、动物碎骨等。

1. 细叶草乌(译音:榜那)

〔来源〕 为毛茛科多年生草本植物铁棒锤或伏毛铁棒锤的干燥幼苗及块根。春季采收幼苗,晾干,秋末冬初采挖根,除去须根,洗净,晒干。主产于西藏、青海、四川、甘肃、云南等地,长于海拔 4000~5000 米的高山草甸中。

〔性味〕 甘、涩、温,有毒。

〔功效〕 消炎止痛,驱寒。

〔应用〕 用于风湿肿痛、黄水病、虫病、白喉等。与麝香、诃子、藏菖蒲等配伍,治疗白喉;与诃子、木香等配伍,治疗虫病、炭疽、黄水病、麻风病等;与镰形棘豆、三果药、亚大黄等配伍制成软膏,可治疗痛风、黄水病、湿痹等引起的肿痛、瘟病、发热、疱疹等。

用于隆病、癫狂,可与肉豆蔻、诃子、木香等配伍使用。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“榜那为不流动毒之首,若不炮制去毒,入药甚险。”

〔化学成分〕 本品主要含有生物碱,包括乌头碱、次乌头碱及尼奥林等。

〔药理作用〕 用本品制成的注射液进行动物试验,皮下、肌肉注射均有较好的镇痛作用。

经小鼠实验证明,本品毒性甚大,致死量为 0.08g~0.3g/10g 体重。

〔药材鉴别〕 块根成对,呈矩圆柱形或圆锥形,子根表面灰棕色或黑棕色,表面光滑或有浅纵皱纹,母根表面棕色,有纵皱沟及侧根残基。质地脆硬,断面白色,呈粉性,母根的折断面不平坦。有微弱的气味,口尝苦、麻。

2. 刺参(译音:江才嘎布)

〔来源〕 为川续断科多年生草本植物白花刺参的干燥幼苗。于 4~6 月采挖带根幼苗,洗净,阴干。主产于西藏、青海、四川、云南、甘肃等地区,长于海拔 3600~4200 米的草地、灌丛等处。

〔性味〕 甘、涩、温。

〔功效〕 催吐。

〔应用〕 用于消化不良、适用吐法的各种培根病。与黄帚橐吾、唐古特乌头、中尼大戟等配伍，治疗消化不良、脘腹胀满等。与得西膏、光明盐、芫荽共研细粉，治疗急腹痛。

〔药材鉴别〕 本品多折碎皱缩。叶淡绿色，完整的呈狭披针形或条形，有刺毛，平行脉。花枝细长，中空，苞片淡绿色，背面及边缘有长硬的刺。花萼绿色，齿端有细刺。花冠淡黄白色，皱缩成槌状，内有4枚雄蕊。根黑褐色，分枝少，闻之有微弱气味，尝之味苦。粉末呈淡灰绿色。

3. 黄帚橐吾(译音：日肖)

〔来源〕 为菊科多年生草本植物黄帚橐吾的干燥幼苗及根。于5~6月采收幼苗，秋季采挖根，洗净，晒干备用。主产于青海、甘肃、四川及云南等地区，长于海拔2700~4500米的草甸、沼泽边缘、水沟边等地。

〔性味〕 甘、苦，凉。

〔功效〕 催吐，敛黄水，愈疮。

〔应用〕 用于消化不良证、培根及赤巴合并证、胃隆病、黄水病、陈旧疫疔及皮肤病等。与全缘绿绒蒿合而磨粗粉，治疗头隆病、赤隆病，证见口苦、头重痛、纳呆、泛恶等。与刺参、中尼大戟、芫荽、藏菖蒲等配伍，治疗脘腹胀满、消化不良等培根病。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》：“日肖托引各种赤巴转化病。”

《形态比喻》：“(日肖)味甘、苦，功效催吐培根、赤巴合并病，化性凉，可愈疮，清解难以发散的旧疫热。”

《如意宝树》：“日肖治中毒病，干黄水；根能托引隆病。”

〔药材鉴别〕 本品根呈黑褐色，条状。茎中空，光滑或被白色蛛丝状毛，具有纵皱沟。叶片多破碎，完整的呈长圆状披针形。花黄色，冠毛白色，粗毛状。有特异的气味，尝之味略苦而稍有清凉感。粉末呈黄绿色。

4. 瑞香狼毒(译音：热甲巴)

〔来源〕 为瑞香科多年生草本植物瑞香狼毒的干燥根。8~10月挖根，除去杂质，洗净后切片，醋浸1~2天，晒干备用，或用鲜品。主产于西藏、青海、甘肃及四川等省区，长于海拔1700~4600米的阳坡、草地、林缘等地带。

〔性味〕 辛，温。有毒。

〔功效〕 清热解毒，消肿愈疮。

〔应用〕 用于各种疮疖、瘰疬、溃疡及顽癣。与小毛茛、赤芍等配伍，治疗骨痹、骨痛；与亚大黄、蓝钟花、藏茴香等配伍，治疗四肢关节肿胀、皮肤瘙痒等寒性黄水病；与烟絮、川赤芍、藏菖蒲等配伍，治疗黄水病、疔痈及炭疽等病。

用于止血可与甘松、茜草相配伍为用。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》：“热甲巴治疔疮，泻疫疔病。”

〔化学成分〕 本品含狼毒素、甾醇、虎耳草素、异虎耳草素、氨基酸、蔗糖及有毒的高分子有机酸等。另外，本品含糖类43.13%、纤维18.53%、鞣质11.86%。

〔药理研究〕 肌肉注射狼毒制剂的临床实践表明,狼毒有抗癌作用,其它实验表明狼毒有较强的抗菌作用及镇痛作用。另外毒性试验与临床观察结果表明本品毒性不大。

〔药材鉴别〕 本品呈纺锤形,长圆柱形或圆锥形,表面棕色或棕褐色,弯曲,有扭曲的纵沟,气孔和侧根痕明显,去栓皮后呈白色,较柔软,质地坚韧,不易折断,断面呈纤维状,木部呈淡黄色。有微弱气味,尝之稍辛。

5. 羌活(译音:朱那)

〔来源〕 为伞形科多年生草本植物羌活或宽叶羌活的干燥根茎及根。春、秋二季均可采挖,以秋季产者为佳,去须根及沙,晒干即可。主产于四川、青海、云南、湖北、陕西、内蒙古等地区,长于海拔 1700~4500 米的阴坡林下或灌丛等地带。

〔性味〕 苦、辛,平。

〔功效〕 杀虫,止血,止痛,愈疮疡。

〔应用〕 用于瘟疫疾病,虫病、痢疾、麻风病、创伤出血等。与安息香、麝香、藏菖蒲等配伍,治疗虫病、瘟疫。与山豆根、细叶草乌、红景天、牛黄、岩精膏、藏红花等配伍,治疗瘟疫疾病、白喉、炭疽、牙痛、尿闭等。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“泽玛杀虫,止血,愈疮疡,治麻风。分为白、黑、黄三种。”(黑者即羌活)

〔化学成分〕 本品含挥发油,其主要成分为柠檬烯、萜品烯醇、 α -蒎烯、 β -蒎烯及乙酸龙脑酯等。

〔药材鉴别〕 本品为类圆柱状或圆锥状根 顶端有茎痕,表面黑褐色或棕褐色,有气孔及纵皱纹,近根茎处有环纹,按分布不同分为蚕羌(似蚕环状)、竹节羌(环间延长、似竹节状)、条羌(环纹密)及大头羌(有结节)四种。质地轻脆,断面不平整,皮部黄棕色或棕色,有油点,木部黄白色,有射线。有特殊香味,尝之味辛而略苦。

6. 西藏棱子芹(译音:甲哇)

〔来源〕 为伞形科多年生草本植物西藏棱子芹或迷果芹的干燥根。9~10 月秋季挖根,洗净,阴干。主产于西藏、青海、甘肃、新疆以及东北、华北等地区,长于 5000 米以下的河滩、草坡等地带。

〔性味〕 辛、苦、甘,温、重。

〔功效〕 敛黄水,滋补,益肾。

〔应用〕 用于黄水病、肾虚、气血亏虚、隆病、浮肿、胃病及痹证等。与蒺藜、黄精、天冬、喜马拉雅紫茉莉配伍,制成五根散,治疗黄水病、关节肿胀;与高原毛茛、铁线莲、荨麻子等配伍,治疗肾寒证及消化不良等;与玉竹、蒺藜、芫荽、姜片、细叶乌头等配伍,治疗月经不调、淋证、腰膝关节疼痛及睾丸下坠等。

〔药材鉴别〕 西藏棱子芹根粗壮,茎呈圆柱形,暗褐色,具有纵条纹,茎有棱。叶多皱缩,展开后呈三角形,叶柄呈鞘状抱茎。有特殊香味,尝之味苦而微涩,根略带甘味。

迷果芹根茎亦为圆柱状,棕褐色,具纵条纹及横向环节。断面黄色,中空。主根较短,表面棕黄色,断面苦白色,纤维状。气味微香,尝之有麻舌感。

7. 高原毛茛(译音:杰察)

〔来源〕 为毛茛科多年生草本植物高原毛茛的干燥花。7~8月采集花枝,除杂、洗净,晒干。主产于西藏、青海、四川、云南、甘肃等地区,长于海拔3000~4600米的沼泽草甸和水边湿地等地带。

〔性状〕 辛,温。

〔功效〕 祛寒温胃,愈疮,敛黄水。

〔应用〕 用于胃寒、疮疖、黄水病及寒性痞瘤等。与胡椒、干姜、花椒等配伍,治疗胃寒、腹胀肠鸣、食谷不化等;与寒水石、烈香杜鹃、沙棘果膏、兔耳草等配伍,治疗消化不良、腹泻、腹痛、呕吐等;与烈香杜鹃、寒水石、藏木通等配伍,治疗小便不利、水肿、咳嗽等;与黄精、蒺藜、杜鹃叶、冬葵果、沙棘等配伍,暖胃温肾,治疗肾胃虚寒、肾腰疼痛、腹胀、消化不良等。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“杰察提升胃温,收敛溃烂,引流黄水。”

《如意宝树》:“杰察味辛,干腹水、逐黄水、治头昏胀。”

《形态比喻》:“(杰察)味辛,治寒性肿瘤、腹水、喉证。”

〔药材鉴别〕 本品呈皱缩状,展开后可见花瓣5枚,浅黄色,倒置卵形,被疏毛。萼片5枚,黄绿色,船形,被柔毛。质地脆,易碎。有微弱香味,尝之味略苦。

8. 荜茇(译音:布布浪)

〔来源〕 为胡椒科多年生草质藤本植物荜茇的干燥近成熟或成熟果穗。9~10月果穗由绿变黑时采收,晒干,除杂即可。主产于云南、广西、广东等地区,多为栽培。

〔性味〕 苦、辛,温,化味甘。

〔功效〕 温胃散寒,祛痰平喘。

〔应用〕 用于胃寒、寒性培根病、隆病及合并证等。与诃子、肉桂、石榴子、肉桂等配伍,治疗消化不良、胃脘胀满、吐泻、泛酸等;与芫荽子、干姜、小米辣等配伍,治疗一切隆病,并能增生胃火;与石灰华、丁香、红花等配伍,治疗食欲不振、浮肿、咳嗽气喘、气短乏力等;与麝香、阿魏、硃砂配伍,治疗牙痛、牙齿疾病。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“荜茇散寒治寒证。”

《味气铁鬘》:“荜茇腻、重,祛寒气、利肺病有佐力。”

《精义集要》:“荜茇味辛,化味涩。”

〔化学成分〕 本品含胡椒碱、芝麻素、哌啶、棕榈酸及少量挥发油。

〔实验研究〕 实验表明,荜茇提取液对葡萄球菌、枯草杆菌、大肠杆菌、痢疾杆菌等均有抑制作用。

〔药材鉴别〕 本品由数枚小浆果集合而成,长约2~4cm,表面黄褐色至棕黑色。小浆果球形,被苞片。本品质地硬而脆,易折断,断面不整齐,胚呈乳白色。有奇特的香味,尝之辛辣。

9. 干姜(译音:嘎甲)

〔来源〕 为姜科多年生草本植物姜的干燥根状茎。冬季采挖已老的根茎,除去茎叶

及须根,洗净晒平。主产于西藏、贵州、云南、四川等地区,多为栽培。

〔性味〕 辛,温。

〔功效〕 活血化瘀,温胃逐寒。

〔应用〕 用于食谷不化、胃寒、瘀血及培根与隆合并病等。与碱花、硼砂、寒水石等配伍,治疗胃寒引起的消化不良、食欲不振及腹胀肠鸣等;与川木香、甘青青蓝、寒水石等配伍,治疗寒性木布病引起的腹胀、不消及酸水上泛等;与诃子、大黄、藏木香、寒水石等配伍,治疗胃寒、食积不化、胸腹肿胀、大便干燥、难产、胞衣不下及食物中毒等;与茜草、石榴、豆蔻等配伍,治疗隆病等。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“嘎加破血,活血。”

《药物大全》:“嘎加味辛、苦、涩。”

《宝库》:“嘎加味微涩,化味苦、涩,提升胃温、破血、化血,治培根病,内服过量伤元气。”

〔化学成分〕 本品主要含有姜辣素、姜酮、姜烯酚、多种氨基酸及挥发油等。油中含姜醇、姜烯、茨烯、金合欢烯、 α -姜黄烯、龙脑及没药烯等。

〔实验研究〕 实验表明,其煎剂有兴奋豚鼠离体肠管的作用。另外,其含树脂部分的醇提取物有明显的直接兴奋心脏和延脑血管运动及呼吸中枢的作用。

〔药材鉴别〕 本品呈不规则块状,粗糙,有分枝,呈浅黄棕色或灰棕色,分枝顶端有茎痕或芽。质地较坚实,断面黄白色或灰白色,纤维状或明显的圆环,显粉性,可见黄色油点。有浓香,尝之辛辣。

附注:本品在各地藏医用法不一,有些地区以姜科的高良姜或山柰入药,但这两者与记载差别较大,应视为代用品。

10. 喜马拉雅紫茉莉(译音:巴朱)

〔来源〕 为紫茉莉科多年生草本植物喜马拉雅紫茉莉的干燥根。9~10月,洗净,刮去外皮,切片或纵块,晒干。主产于西藏东部及四川等地区,长于海拔2800~3500米的灌丛林、山坡草丛或荒地边等地带。

〔性味〕 甘、辛,热。

〔功效〕 温肾,敛黄水。

〔应用〕 用于肾寒、肾虚、浮肿、下肢痹证、黄水病等。可单味入药,治疗肾寒、肾虚腰痛、黄水病。亦可与小檗皮、诃子、宽筋藤等配伍,治疗皮肤病、黄水病;或与石榴、桂皮、荜茇、红花、干姜等配伍为丸,治疗胃寒、肾寒及木布病引起的胃胀、腹痛。

〔文献摘要〕 《蓝琉璃》:“(阿夏尕那哈)味甘,治下半身寒气病、浮肿、黄水病,破结石、肿瘤。”(阿夏尕那哈为巴朱的异名)。

《晶珠本草》:“阿夏尕那哈温肾,干黄水。”

《味气铁鬘》:“阿夏尕那哈性温、平,生气力。”

《如意宝树》:“阿夏尕那哈托引黄水,壮阳,温肾。”

〔药材鉴别〕 本品有横切和纵切片,大小不等。横切片类圆形,棕色或间有黑色斑

块,断面呈灰白色,粉性,有同心环带。纵切片皱缩,中间粗,两端渐细,一端有茎基痕。有上腥味,尝之稍有辛、涩感。

第五节 矿泉浴

一、矿泉浴简介

矿泉,顾名思义,是指其泉水中含有矿物质。因其具有湿润等水的属性及热烫等火的属性,可谓水火兼备,故又称之为温泉。各地的矿泉所含有的矿物成分有很大的差别,种类极其丰富,因而矿泉便具有了各自不同的气味、水味、水色及功效等,其所治疾病也不尽相同。藏医学传统分类中的五种矿泉便具有相当典型的特征,有各自的特点、适应病证、主治及缺点或不利(表4-3)。

表4-3:五种矿泉浴的对治情况

矿泉	特点	主治	不利
主含硫黄	水色黄、味苦,有硫黄气味,周围有硫黄结晶	疮痍、黄水病、麻风病、癩病、疔痛等	对隆病有害
主含寒水石	无色,无味,周围有寒水石块	胃脘培根瘀紫证、中毒证、陈热证等	
主含岩矾	水色青蓝、浑浊,水味有矾味,周围布满矾石	燥疥、石淋、疔疮、痞瘤、胃脘痼疾、铁垢痰等	
主含岩精	水紫色,味苦,有香气,周围有岩精	胃脘培根瘀紫证、风湿痹痛、垢甲病、小便不利、痛风等	
主含石灰石	水清澈,味苦,有焦气,周围有石灰石	脾胃虚寒、消化不良及寒性痞瘤等	

矿泉所含有的矿物质往往不是单一的,这五种矿泉中一般都含有其它各种不同的矿物质,使其功效也变得更加丰富。根据所含主要矿物质的种类多少,又可分为单一矿泉、二合矿泉、三合矿泉、四合矿泉等。但不管何种矿泉,其治疗作用主要体现在舒筋活络、通利关节、驱风化湿、润泽肌肤及利水消肿、燥湿排脓等几个方面。

在进行矿泉浴的时候,要特别注意因人而宜、因时而宜、因地而宜。由于个人体质不同,所患疾病亦不相同,因此,在进行矿泉浴施治时,要注意选择适合的矿泉,要注意矿物质的对证,否则对患者无益,甚至有害。在时令上,天然矿泉水往往因时节不同而产生变化,枯水时节的矿泉水比雨季好,后冬和春夏秋季季末时的矿泉比较好,蒸汽向上直升如炭火上沸水时的矿泉水比蒸气弥漫不升或凝为水时效果要好。因此,春、秋两季季末是最好的洗浴时间。此时不但气候舒适,而且矿泉水功效也较大,患者也会比较适应。

在现代,对矿泉浴的研究更加深入细致,分类也更加规范化、科学化。1981年,中华

医学会公布的中国医疗矿泉分类共有 12 类(表 4-4)。另外,还有根据温度、渗透压及酸碱度等为标准的分类方法等,在此不作介绍。

研究表明,矿泉浴的医疗作用总的来说有一个方面,即机械作用,包括浮力作用和压力作用;温度作用;化学作用,包括调整植物神经系统功能,增强巯基作用,调节蛋白质代谢,影响水和离子代谢,调节和机体免疫功能,影响组胺等方面。

在我国,矿泉资源极其丰富,遍布全国。据统计,全国有矿泉数约 3159 个,而在西藏则有 677 处,位于全国第二,仅次于云南。建国以来,我国各地的矿泉资源开发甚快,现已有 500 多座矿泉疗养院。但在西藏,虽然矿泉资源居全国第二位,矿泉事业的发展却远不及其它各地,潜力还非常大。但由于藏区有自己特殊的藏医药学理论,对矿泉具有重要的指导意义,因此,在开发藏区矿泉的时候,不可以脱离藏医药理论,而应在这种理论及现代科学的指导下,把矿泉的科研与临床应用的内涵不断提升。

表 4-4:中国医疗矿泉基本分类

名称	特殊成分	主要成分		矿化度
		阳离子	阴离子	
1、氡泉	$Rn > 3nCi/L$			
2、碳酸泉	$Co_2 > 1g/L$			
3、铁泉	$Fe^{2+} + Fe^{3+} > 10mg/L$			
4、碘泉	$I^- > 5mg/L$			
5、硫化氢泉	总 S 量 $> 2mg/L$			
6、砷泉	$As^{3+} > 0.7mg/L$			
7、溴泉	$Br^- > 25mg/L$			
8、硅酸泉	$H_2SiO_3 > 50mg/L$			
9、硫酸盐泉		Na^+, Ca^{2+}, Mg^{2+}	HCO_3^-	$> 1g/L$
10、重碳酸盐泉		Na^+, Ca^{2+}, Mg^{2+}	SO_4^{2-}	$> 1g/L$
11、氯化物泉		Na^+, Ca^{2+}, Mg^{2+}	Cl^-	$> 1g/L$
12、淡泉	温度 $> 34^\circ C$			$< 1g/L$

二、矿泉反应及注意事项

矿泉反应,就是指患者在接受矿泉治疗的时候,出现的程度不同的不适症状。一般多出现在治疗初期,而且都是一次性、暂时性的,在治疗中能逐渐消失的;在范围上,可能是全身性的,也可能是局部的。

矿泉反应的全身性表现多为倦怠、头晕、恶心、头痛、失眠、多汗及全身荨麻疹等;局部性表现多为局部运动障碍、疼痛加剧、肿胀、潮红、出现新的压痛点或阴部瘙痒等。矿泉反应的出现时间一般在治疗 3~7 天后,但最早首次就会有反应,最晚的要十多次后才出现。消失的时间亦不一样,因人而异,一般在治疗 4~5 次后消失。这些现象都和水质类型、治疗方法及患者体质有关。

目前对矿泉反应的认识主要有两种：欧洲地区的专家一般认为这是矿泉疗法副作用；而日本人则认为这表明机体受到了矿泉医疗作用的实际效果。关于矿泉反应的产生机制和实质，到目前并没有成熟的认识，看法颇多。由于没有实质性的认识，矿泉反应的预防也只是建立在经验的基础之上，目前一般有以下几条措施：

- ①循序渐进，如降低初浴水温，缩短初浴时间，使人体逐渐适应；
- ②入浴前要经医生检查，非适应病证不得入浴；
- ③配合中西药物治疗，减轻矿泉反应；
- ④排除患者精神上的忧虑、紧张；
- ⑤在饮食上加强营养，增强体质等。

除预防矿泉反应外，还有一些注意事项：

- ①不可空腹入浴，但饱食后应在 2~3 小时后方可入浴，否则易引起胃肠功能疾病。
- ②高温浴时间宜短，微温浴宜稍长，但应因人而异，以浴中感觉舒适为佳。一般以 15~20 次为 1 个疗程，每次 10~30 分钟，可每日一浴或隔日一浴，但不可一日数浴，亦不可连续浴疗多个疗程。
- ③浴前应进行检查，适当休息，排除紧张等情绪，使人心情放松。
- ④浴中应预防脑贫血、脑出血，保护耳道。若出现各种不适反应，应缓慢坐起，出浴后休息片刻。若较严重，应及时找医生治疗。
- ⑤出浴后可稍补充些水份，但不可过量，一般在半小时后方可足量饮水。浴后应保持安静，充分休息。
- ⑥浴后不可立即进行其它物理疗法，不可吸烟、饮酒。

三、传统矿泉浴中主要矿物质

在藏医学传统五类矿泉浴中，主要含有的矿物质为硫磺、岩矾、寒水石、石灰石及岩精，另外还可常见富含雄黄、煤等物质，现作以重点介绍。

1. 硫磺(译音：木斯赛布)

〔来源〕 为自然元素类矿物硫磺族自然硫。常见于地壳的最上部或其表部，采挖后，加热熔化，除去杂质；或用含硫磺矿物经加工制得。主产于西藏、青海、四川、云南、山东、台湾等地区。

〔性味〕 涩、辛，平，有毒。

〔功效〕 干黄水，排脓血。

〔应用〕 用于黄水病、皮肤疱疹。与铁棒锤、草茛、碱花等配伍，治疗黄水病；与水银、文冠木、乳香、草决明、天冬等配伍，治疗黄水病、皮肤疱疹；与藏菖蒲、安息香、麝香等配伍，或与红铜、硼砂等配伍制剂，治疗麻风病、中毒证、体内脓血证等。

〔文献摘要〕 《四部医典》：“硫黄，功效是治邪魔病、发敛脓血。”

《晶珠本草》：“白硫黄和黄硫黄镇邪恶，干脓血。”

〔化学成分〕 本品主要含硫，且不少于 95%，往往含有硒、砷、碲等多种杂质。

〔药理作用〕 本品本身无杀菌及杀虫作用,与皮肤接触后产生的硫化氢及亚硫酸才具有杀疥虫和杀菌作用。空气中硫化氢浓度过高,可直接麻痹中枢神经细胞而导致死亡。硫化物局部应用,有溶解角质及脱毛的作用。

〔药材鉴别〕 本品晶体呈双锥形或厚板状,属斜方晶系。药用者多为不规则块状,常有麻纹及砂孔,带不同色调的黄色,硬度低、体轻质脆,易熔化。点燃后出现蓝色火焰,有强烈二氧化硫臭味。闻之有臭味,浅尝味淡。

2. 寒水石(译音:君西)

〔来源〕 为硫酸盐类矿物的天然晶体。采挖后,除去杂质,研细用。主产于西藏、山西、河北、青海等地(图4-7)。

〔性味〕 甘,平。

〔功效〕 清热,化痰,健胃,止泻。

〔应用〕 用于泄泻、木布病、胃炎等。与大青盐、烈香杜鹃、藏木香等配伍,治疗腹胀、肠鸣、腹泻、肠胃绞痛及寒性木布病等;与天竺黄、诃子、藏木香等配伍,治疗胃炎、胃溃疡及木布病等。



图4-7 中性寒水石

用于热病、疮疡及水火烫伤等。与郁金、兰实、大黄、红景天等配伍,治疗疮疡、热毒、疼痛等。单味烧、研末,外敷治水火烫伤。

〔文献摘要〕 《四部医典》:“寒水石,功效是止腹泻,医治培根病。”

〔化学成分〕 本品主要含硫酸盐,如硫酸镁、硫酸、钾、硫酸钙等,常形成复盐,如 $Mg \cdot SO_4 \cdot K_2SO_4 \cdot 4H_2O$ 等。另外还有少量 Fe^{2+} 、 Fe^{3+} 及铝盐等成分。

〔药材鉴别〕 本品为白色或无色清莹有棱的结晶块,呈不规则的扁斜板、片状,具波状皱纹。不透明,有珍珠光泽,质脆、坚,易潮解。

3. 岩矾(译音:嘎测尔)

〔来源〕 为硫酸盐类明矾石族矿物明矾石加工提炼而成的结晶,又名矾石、白矾。主产于西藏、青海、甘肃、山西等地区,多为中酸性火山岩的低温热液蚀产的产物。

〔性味〕 酸、涩、咸,平,有毒。

〔功效〕 治口臭、骨病。

〔应用〕 用于口臭、梅毒、骨病等。可单味清洗口臭,或与铜绿配伍涂搽,治疗舌臭烂。与水银、硼砂、硫黄、朱砂等配伍治疗梅毒。

〔文献摘要〕 《晶珠本草》:“白矾治口臭、骨病。本品状如白硼砂,而略白,味涩、酸、咸,与其它矾类相同,质优。”

〔化学成分〕 本品主要含碱性硫酸铝钾 $[KAl_3(SO_4)_2 \cdot 6(OH)]$,常含有其它稀土元素等。

〔药理研究〕 本品具有抗菌、抗阴道滴虫的作用。煅过的岩矾具有吸收水分的局部收敛作用。另外还有止血及凝固蛋白的作用。

〔药材鉴别〕 本品呈不规则的块状或粒状,为单晶体,无色淡黄色或白色,透明或半

透明,有珍珠光泽,表面有细纵棱,质硬而脆,气微,尝之味酸涩,略甜。易溶于水或甘油,不溶于乙醇、酸。

4. 石灰华(译音:居刚)

〔来源〕 为碳酸盐类矿物石灰华结晶。常见于石灰岩山洞中,或常沉积于泉水近旁、溪流河底。主产于西藏、青海、甘肃、云南等地。

〔性味〕 甘,凉。

〔功效〕 清肺热解毒,疗疮疡。

〔应用〕 用于肺热、疮伤炎症、疫疔、热毒附骨等。与红花、诃子、朱砂、红耳鼠兔粪膏等配伍,治疗增盛热病、浮肿、疲乏无力等;与黄葵子、丁香、甘草、铁砂等配伍,可清解肺、肝之热;与牛黄、红花、止泻木等配伍,治疗肠炎、泄泻等。

〔文献摘要〕 《祖先口述》:“居刚清肺热,疮热。”

《蓝琉璃》:“(居刚)功效治一切肺病,止伤热病。”

〔化学成分〕 本品主要含有碳酸钙达 92%~96%。另外,还含有不定量的碳酸低铁、硫酸钠、酸不溶性硅酸盐及氯化钠等物质。光谱分析结果还含有铝、钡、铜、锰、锶、钛等元素。

〔药材鉴别〕 本品常呈不规则粉状块,呈微黄色或白色。针状晶体,体较轻,无光泽。捏之易成粉,有润滑感。闻之无味,尝之微甜。溶于酸,产生 CO_2 气体。

5. 岩精(译音:渣驯)

本品具体为何物,未详考,现入药多以红耳鼠兔粪或五灵脂代用,参见常见配伍药物之红耳鼠兔粪。

6. 雄黄(译音:东瑞)

〔来源〕 为硫化物类矿物雄黄族雄黄的矿石。采集后,除去杂质即可,或炮制用。主产于西藏、青海、四川、云南、新疆、湖南、湖北等地,常见于低温热液、火山热液矿床中,常与雌黄共生,亦可见于热泉的沉积层中。

〔性味〕 苦、辛,温,有毒。

〔功效〕 消肿散结,除污排脓,解水银毒。

〔应用〕 用于痰核、瘰疬、白喉及疮疡久烂等。与麝香、熊胆、槟榔等配伍,治疗齿龈肿痒、溃疡、糜烂等;与狼舌、诃子、石灰华、木香等配伍,治疗舌头肿痛、白喉等;与姜黄、小檗皮、紫草茸等配伍,治疗颈部创伤;与酒糟、胡椒、黑矾等配伍,涂擦,治疗秃顶和脱发。

〔文献摘要〕 《四部医典》:“雄黄,功效是医治脂肪病、止腐烂。”

《晶珠本草》:“(雄黄)治肉核瘤糜烂。”

〔化学成分〕 本品主要含有二硫化二砷(As_2S_2),药用其含量不少于 90.0%。另外还含有镁、铝、硅、钙、锰、铁、锑、钼等元素。

〔实验研究〕 实验表明,本品对多种皮肤真菌有不同程度的抑制作用。动物试验表明,本品与槟榔、阿魏的合剂还有抗血吸虫的作用。另外,本品能抑制小白鼠的肉瘤,与

寒水石配伍,还具有避孕作用。

〔药材鉴别〕 本品常呈块状或粒状,集合体,属单斜晶系。呈深红色或橘红色,表面常附有橙黄色粉末。以手捻易被染黄,并有颗粒感。质脆、轻,易碎,断面粗糙具树脂样光泽,闻之微有特异的硫黄臭气,尝之淡而无味。

7. 煤(译音:多索)

〔来源〕 本品常见,多产在沉积地层中,常成层状产出,全国各地均有分布。采挖后,洗净,除去杂石即可。在矿泉浴中,多为流经煤层的水,含有煤的某些物质。

〔性味〕 涩、辛,温。

〔功效〕 止血,解宝石毒。

〔应用〕 主要用于衄血及误食矿物等。

〔文献摘要〕 《四部医典》:“煤,功效是助消化,治脉证。”

《晶珠本草》:“多索,消石,止血,解宝石毒。”

〔化学成分〕 本品主要含有固定碳,因煤质差异而有异,一般不少于75%。另外还含有较多杂质如黄铁矿、粘土质、白云母、石英、方解石、磁铁矿、褐铁矿、石膏、水铝石及大量的水分、灰分、挥发成分、有机物等。在含煤的矿泉中,杂质的作用亦很大。

〔药材鉴别〕 本品呈块状或粉粒状,黑色,少数具有沥青光泽或半金属光泽,能点燃,为最主要的能源资源,极为常见。

第五章 藏药浴的现代研究

藏药浴以其简便灵验,适用范围广,用药方式独特,以及疗效显著等特点,受到了广泛的重视。临床工作者更是不断地对其进行着全面的研究,如藏药浴的作用机制研究、药理研究、毒理研究等,以求更好地掌握其机理,从而改进方法,提高疗效。

第一节 藏药浴的机制讨论

一、藏医研究

虽然传统藏医典籍如《四部医典》等很少对藏药浴的机理进行专门论述,但是通过对各种疾病药浴疗法的综合研究,我们仍不难发现藏药浴的机理应包括调整三因平衡(隆、赤巴、培根)和调整寒热平衡两个方面

1. 总论:调整机体平衡

《论述本·两种治法》认为机体失调者,要调和,应从饮食、起居、药物、外治等四方面医治。而外治法分为涂油、按摩、针灸、发汗、针刺、放血、温熨、药水浴等,由此,我们不难看出,药浴是调整机体的方法之一。

(1)调整隆、赤巴、培根

藏医学认为,隆、赤巴、培根三大因素是构成人体生命活动的三种能量物质,也是引发疾病的一种因素。在正常生理状态下,三因素在人体有一定的容量和固定的居处,处于相互依存,相互制约,保持协调的状态,共同维持人体的生命活动,保证人体的健康。如果三者中的某一种或几种由于某些原因而出现偏盛或偏衰的情况,原来的协调状态就会受到破坏,这时身体就处在病理状态,从而引发疾病。这种状态下,隆、赤巴和培根就会变成病理状态的物质。要恢复健康,就得纠正偏盛或偏衰,重新恢复三者原来的协调状态。药浴在这种恢复过程中可以起到温和的调节作用。

(2)调整寒热

藏医认为,人体发生的疾病,大致可分为寒性、热性两大类。由于人体内培根这一因素的增多,常发生寒性疾病。培根的本性是凉而重,其性向下,如果由于三因素失调,培根增多,则病表现为寒性,多聚集在身体下部,表现为身体重惰,偏凉,属于寒性疾病。热性病则反之,赤巴因素属热,其性向上,所以过多的赤巴可使身体上部产生证状。而药浴

的水温相对于人体来说有寒热之分。当人体与药液接触后,药液的寒热影响到机体内部的寒热,从而使机体内寒热重新分配,达到平衡。同时,我们不难看出,药浴调整机体的寒热平衡在一定意义上也是在分别调整赤巴和培根的平衡。

2. 分论

(1) 调整培根

《四部医典·论述本·特殊治法》中提到:“外治方面,当发汗时,应以凉水洗浴……”《四部医典·论述本·两种治法》中也认为,当机体失去平衡时,体质强壮的人,宜在白天、夜晚大部分时间作体力活动,使机体出汗,同时还可用火灸药汽蒸疗法、针刺放血等外治方法。由此看出,药浴可以帮助机体出汗,起到治愈疾病的目的。而藏医认为能依培根位于胸中,为五种培根之首,可协助其它四种培根发挥作用。当人体体内的体液水分发生异常,即过多或过少,能依培根能起调节作用,使其恢复正常。因而,药浴可以使机体出汗,协助培根对体内的水分异常进行调整,进而帮助人体功能恢复正常。

(2) 调整赤巴

据《四部医典·秘诀本·赤巴病治法》中记载:“如果不能愈者,用桶酥、大蒜、盐、温水制剂洗浴后外敷,上述药剂在太阳光下晒后,用指甲搔之,赤巴竟出。……黄水可除”。由此可以认为药浴还有调整机体赤巴排出体外,机体内的赤巴重新分配,从而使机体的隆、赤巴、培根重新达到平衡,恢复健康。

(3) 调整隆

药浴可以调整机体内的隆,如《四部医典·秘诀本·隆病治法》中就提出:“对于僵尸隆病,应该采取油疗法和药汽蒸疗法医治,干瘦隆病,涂油罨敷,脉泻之后,补充以水浴疗法。”而且,从生理上来讲,药浴的作用正是通过改善“遍行隆”的功能,使人体心血管系统趋于正常,从而气血平和、神志清晰。

当然,这些仅仅是藏药浴作用机理的主要方面,随着藏医理论的不断被发掘,以及研究的深入,我们会发现藏药浴更多的作用机理。

二、中医研究

中医认为,药浴不仅对病变局部有治疗作用,而且对正常局部皮肤有保护作用,药物经皮肤粘膜、经脉进入体内,发挥其调整气血、疏通经络、治病防病、美肤美容、强身保健的作用。其作用机理主要为药物吸收所引起整体药理效应,以及药物对病灶局部的药理作用。

1. 总论

(1) 整体作用机制

药浴的整体作用机制是通过药物的吸收,进入血液循环,输布全身而发挥其药理效应。近些年来,人们对中药药浴外治机理的研究也在不断深入,认为药浴外治除药物直接进入血液循环发挥其本身的药理作用外,还有调整各系统组织器官功能和机体免疫功能的作用。中医学认为沐浴法具有浴水的温热之力及药物本身的功效,使周身腠理疏

通,毛窍开放,起到发汗退热,祛风除湿,温经散寒,疏通经络,调和气血,消肿止痛,祛瘀生新,杀虫止痒,祛腐生肌,美肤泽肤,养颜香身,美发护发,强身保健等作用。另外,中药也有作用颇佳的透皮促进剂,如吴师机认为芳香性中药有“通经走路,开窍透骨”,“率领群药,开结行滞,直达病所”的作用,因此,在临床实践上筛选中药透皮促进剂,将会大大地提高药浴疗效。

(2)局部作用机制

药浴的局部作用是指中药对病灶局部发挥的治疗和保健作用。中药药浴将药物作用于局部组织,使局部组织内的药物浓度显著高于其它部位,故局部疗效明显,而且取效迅捷。近年来的实验研究表明:中药局部洗浴对局部有良好的抗感染作用(主要指有抗菌、抗病毒化学成分的黄柏、金银花、连翘、黄芩等清热燥湿、清热解毒药物);有促进细胞增生分化与肉芽组织的增长速度,在一定程度上有加快伤口愈合的作用等。

2. 分论

(1)寒热刺激

中医认为,药浴时通过不同的温度刺激,使热或冷气由表达里,持续地作用于病变部位,使病变部位的寒热受外在作用的调节而重新达到平衡,从而起到治疗疾病的作用。在这点上与“热者寒之,寒者热之”的治则是并行不悖的。同时,通过温度刺激起到发汗的作用,使腠理舒缩、毛窍启闭,起到发汗、祛风除湿、温经散寒、清热解毒的作用。

(2)药物作用

机体浸泡入药液后,由于较长时间的刺激,使药物通过皮毛、俞穴,由浅入深、由表达里,循人体经脉传入病变的脏腑,以调节机体气血阴阳,从而扶助正气祛邪外出。中医认为,人体内的经脉,广布于全身各处,其中络脉更是浅出体表,而附于经脉,故而药物在体表的刺激得以由络脉经经脉而传入。另外药浴时药液氤氲之气可通过鼻吸入肠胃而起作用。而且洗浴时,药液对机体有荡涤之功,从而起到清热解毒、消肿散结、生肌止痛、凉血活血、疏通经络、祛腐生肌等作用。因此,药浴除擅长治疗一些外伤科局部病证外,同时还用于关节强直、拘挛、风湿类风湿关节炎、痛风、强直性脊柱炎、高血压、脑血管疾病、神经痛疼、皮肤病、妇科病以及循环系统疾病。

三、西医研究

1. 药效作用:透皮吸收作用

一直以来,许多学者都认为药物的透皮吸收作用是药浴的主要机理所在。关于这点,其实早在清代就有中医对其进行了讨论,如徐大椿认为:“今所用之膏药古人谓之薄贴,其用大端有二:一以治表,一以治里。……治里者,用膏贴之,闭塞其气使药性从毛孔而入其腠理,通经贯络,或提而出之,或攻而散之……”那么,药物究竟是怎样进入人体的呢?

(1)透皮吸收途径

药物的透皮吸收过程包括药物的转运与吸收进入血液两个阶段。但是不同药物,由

于其大小、极性、带电性不同,从而进入机体的途径也有所不同。而人体皮肤是由表皮和真皮组成,表皮是皮肤的浅层,由角化的复层扁平上皮组成,含有角质形成细胞和非角质形成细胞。前者是构成表皮的主体,根据细胞的分化程度、形态结构特征,可将表皮由浅至深分为五层:角质层、透明层、颗粒层、棘细胞层、基底层。真皮位于表皮深面,由结缔组织组成其深部与皮下组织相连,但两者之间没有明显界限。真皮又可分为乳头层和网状层。这样,从皮肤的构造来看,药物的透皮吸收可能包括以下三个途径:从毛囊壁进入;从完整角质层进入;从汗腺进入。

①从毛囊壁进入

药物的有效成分通过毛囊壁,经皮脂腺,再经角质细胞,被遍布全身的毛细血管吸收而进入血液,循环到全身,达到抑制或杀死病毒、调节吸收黄水等治疗目的。药物进入毛柄与毛囊之间的微小空间后,须穿过毛囊壁,由于毛囊壁不是角质层,故其对外界物质透过的阻力小,但是毛囊皮脂腺所提供的吸收面积比起表皮的表面积来说要小得多,表皮的表面积约是附器的100~1000倍,因此,物质透皮的主要途径是完整的表皮。

②从完整的角质层进入

药物的有效成分通过角质层的细胞间隙,扩散进入组织液过滤后在静脉端被重吸收。完整的角质层对药物的穿透起限速屏障作用,但一旦药物通过了角质层,扩散速度就迅速增加。

③从汗腺进入

药物的有效成分经汗腺导管穿过基底层,经乳头层进入小静脉,通过血液循环而遍布全身。汗腺分布广泛、遍布全身,除可能作为药物透皮吸收的中介外还具有其它方面的功能,如协助肾脏排泄体内含氮代谢产物等。汗液的蒸发是人体散热的主要方式之一,故可以调节体温。

其中,在药物吸收达平衡之前,以第一种和第三种吸收为主,当达到平衡后,则强极性药物主要以与组织蛋白水合作用为媒介进行扩散,极性低的药物则通过脂溶性较大的部分扩散。

(2)影响药物转运、吸收的因素

药物和介质的理化特性,如分子量、极性以及水合作用、亲水性、药液的密度等,也可使吸收途径发生差别,从而影响吸收的速度等。

①药物性质对透皮吸收的影响

1)药物的极性

关于药物的极性对药物的透皮吸收的影响存在两种观点:

一种观点认为,皮肤具有类脂膜的性质,因此脂溶性药物比较易于吸收,如水杨酸,酚类药物,维生素A、D、K以及激素药物都是较易吸收的。另一种观点认为皮肤细胞是类脂性的(非极性较强),而组织液则是极性的,因此药物需要既具有脂溶性又具有水溶性(即具有极性和非极性的两个基因),才容易穿透皮肤而被吸收。

2)药物的浓度

药物的透皮过程是被动扩散过程,符合一般的 Fick 扩散定律。Higuchi 发展了一个扩大的 Fick 方程式,用以说明影响透皮速度的因素:

$$\frac{dQ}{dt} = \frac{d(pc)\Delta c}{h}$$

式中:Q 为药物在皮肤屏障的扩散常数;

h 为皮肤屏障的厚度;

pc 为分配系数;

Δc 为浓梯度

由上式可以得出,药物通过皮肤屏障的扩散速度,直接取决于药物的分配系数和溶解在介质中药物的浓度。介质中药物的浓度越高,浓度差越大,吸收量越多;分配系数是表示药物在介质和皮肤中的不同溶解性,它与药物的转移速度成正比。

3) 药物分子大小

一般来说,小分子的药物比大分子的药物穿透快,象蛋白质、多糖类等大分子几乎不吸收,但在一个狭小的范围内影响不大。

② 介质的性质对透皮吸收的影响

1) 介质对皮肤水合作用的影响

皮肤外层的角质蛋白或其降解产物,具有与水结合的能力称水合作用。与角质蛋白或其降解产物结合的水来源于三个方面:从表皮下层扩散而生成的水;汗腺产生的水;介质中的水分。

水合作用影响药物的吸收,可能是在水合条件下,皮肤由正常含水量 5% ~ 15%,增加到近 50%,其渗透性可增加 4 ~ 5 倍。因而角质层肿胀形成多孔,增加通透性,且高度的水合还能改变药物在角质层的扩散系数,故大大地增加透皮吸收的速率。

2) 介质对药物的亲和力

当介质与药物亲和力大、形成可溶性复合物时,药物便借范德华力或氢键与介质结合,造成活度系数较低,使这种介质对药物的释放率变慢;当介质与药物的结合不够紧密时,呈现出高的活度系数,而这种介质对药物的释放率快,同一种药物,相同的浓度,在不同的介质中,活度系数也不同。

3) 基质的 PH 值对药物透皮吸收的影响

一般来说,亲水性介质的 PH 值接近皮肤的 PH 值。当 PH 值在 5 ~ 6 时,对药物的吸收有利,主要是由于 PH 对弱电解质的影响比较强烈。以弱酸性药物 Hb(b^- 为负离子团)为例,在介质中,其水解为 H^+ 和 b^- ,即 $Hb \rightleftharpoons H^+ b^-$,其 $pka = [H^+][b^-]$,当 $[H^+]$ 较高时,即 PH 下降,抑制 Hb 水解,以分子形式存在,这样就有利于其吸收,当 $[H^+]$ 较低时,有利于水解, Hb 以 H^+ 与 b^- 形式存在,不利于 Hb 的吸收。同理对弱碱性药物吸收也具有类似的机制。

4) 表面活性剂

药浴中加入表面活性剂会影响药物吸收的速度,不同的表面活性剂对介质的影响亦不同,它可以抑制、也可以增加药物吸收。

2. 温度刺激

药浴有冷热之分,其在物理性质方面表现为温度的高低,而温度的高低又是由皮肤感受器接受刺激,传入神经中枢产生效应的。

(1) 皮肤温度感觉

分为温觉与冷觉,感受器各异。通常是粘膜无温度感觉,但口腔、喉、咽以及肛门的粘膜有温度感觉(temperature sensation)。对一个温点或冷点来说,一个或两个温度感觉的感受器与它有关,温度感受器对温度升高产生反应,而冷觉感受器则对温度下降起反应。温觉的阈值为 $0.001^{\circ}\text{C}/\text{S}$,冷觉的阈值为 $0.004^{\circ}\text{C}/\text{S}$,如果刺激持续约 3 秒种,两者均可产生适应。但是适应产生时,感受器的冲动发放并不是完全消失的,也就是说,体温调节反射是经常活动着的。传导温度感觉的 $A\delta$ 以及 C 纤维在不同温度范围内都有放电,其中 C 冷纤维在 $15 \sim 38^{\circ}\text{C}$ 范围内, C 温纤维在 $20 \sim 47^{\circ}\text{C}$ 的范围内经常有 $2 \sim 3\text{Hz}$ 的稳定放电。

(2) 皮肤温度神经调节机制

皮肤表面的外周温度感受器接受冷热刺激时,温觉感受器 puffin 小体、冷觉感受器 krause 小体兴奋,冲动经 $A\delta$ 及 C 纤维传入体温调节中枢(下丘脑)反射性引起延髓血管中枢的兴奋或抑制。外界温度低时,使产热旺盛,抑制散热,腺垂体的促甲状腺激素(TSH)与肾上腺髓质的儿茶酚胺分泌增多;而外界温度高时则相反,产热受抑而散热加强,TSH 分泌减少,肾上腺髓质的儿茶酚胺亦减少。TSH 分泌增加时,甲状腺细胞经过一系列变化,结果是增加甲状腺素的分泌。甲状腺素代谢亢进时,代谢产热增加体温升高,促进脂肪代谢,增加肠道的糖吸收,使食欲亢进,增加骨组织的代谢,使血钙浓度升高;增加 Mg^{2+} 在尿中的排出,血浆镁浓度降低;同时儿茶酚胺分泌增多,对心血管系统有很大的影响。肾上腺素和去甲肾上腺素是主要的儿茶酚胺类物质,肾上腺素可使心率和每分输出量增加,使动脉血压上升;去甲肾上腺素虽可使心率增加,但每分输出量减少。由于它能使小动脉强烈收缩,因而总外周阻力增高,血压显著上升。TSH 分泌减少时即外界温度升高时则相反,同时由于炎热的作用,使皮肤血管舒张,发汗增强,动静脉短路开通,皮肤血流量增加,散热加强。

(3) 机体温度的体液调节机制

机体温度的体液调节也具有一定的作用。热刺激时,醛固酮排放,冷刺激时产热,产热激素如甲状腺激素、肾上腺髓质激素、糖皮质激素、胰高血糖素等分泌。

醛固酮具有促使肾远曲小管和集合管对 Na^{+} 重吸收的作用,而起到排 K^{+} 保 Na^{+} 的作用;同时促进 H_2O 和 Cl^{-} 的重吸收,增加了细胞外液的容量。

糖皮质激素具有升高血糖、抗炎和抗休克的作用,利尿作用和抗应激作用和耐力的作用。

3. 物理作用

药浴的物理作用主要包括药液压力的作用,药液浮力的作用,药液渗透压的作用等三个方面。

药液对机体的物理作用,主要是由于药液的本身密度所决定的。一定密度的药液通

过对机体产生的压力、浮力及渗透压的作用,从而影响机体内的生理、病理状态,起到治疗疾病的目的。

(1)压力的作用

如果将大气压定义为零,则药液下任意一高度 h ,所受的压强为 $P = \rho gh$ (ρ 为液体密度, g 为重力加速度),也就是说,当机体进行药浴时,浸入药液的不同部分将受到不同大小的压力。一般来说,压力作用于机体后可以改变动静脉、淋巴管的口径,从而影响人体生理、病理状态。

以坐浴为例,为药液浸泡到胸时,腹部血管口径收缩最大,其次是下肢血管口径,影响较小的是胸部,当然这与血管距离体表的距离也有一定关系。进行药浴时,加于体表的压力使血管收缩,一出浴池则压力解除,血管因而重复收缩扩张,促进血液循环。同时,由于胸腹部受压,使胸膜腔负压增大,这样使静脉淋巴回流增加,有利于机体的血液循环及供应。这样,我们可以看出,压力对于下肢的血流不畅、水肿有很大的影响。另外,腹部受压时,使横膈膜上升,肺容量减少,肺泡交换量变小,从而呼吸变短变快,体内 CO_2 就会滞留,影响机体 O_2 的供应,所以药浴时要有意识地进行腹式呼吸。

(2)浮力的作用

浮力的大小与液体的密度、物体浸入液体的体积有关,即 $F_{\text{浮}} = \rho_{\text{液}} Vg$,人体在药液中的重量比空气中小,从而使身体放松,肌肉紧张感缓和,减少脑部的疼痛刺激。尤其是浮力可协助因骨折或生病的肌力衰弱者或无法行动者减轻体重,减轻因重力而引起的疼痛,同时也可减轻因酸痛而活动困难的关节等部位的负担。

(3)渗透压的作用

一般来说,健康人的体重与饮食量无关,是非常稳定的。这是因为体液量,尤其是细胞外液量保持着稳定的缘故。细胞外液要与细胞内液保持平衡,两者渗透压必须相等。因为渗透压大部分是靠 Na^+ 构成的,所以细胞外液的量是根据其中的 Na^+ 含量来改变水量而构成的,这样,它的渗透压就被调节到一定的数值,也就是说,体重的变动代表着细胞外液水量的变动,而细胞外液的水量则受其中 Na^+ 含量的制约。

藏药浴有促进机体对 Na^+ 和 H_2O 重吸收的作用,从而可以认为,药浴是通过肾对机体内 H_2O 和 Na^+ 的重吸收而达到渗透压的平衡,进而影响机体的体液的重新分布,达到治疗的目的。如细胞外液 Na^+ 下降则藏药浴促使肾对 Na^+ 的重吸收,且以汗的形式排出过多的水分,达到体液的重新分布平衡。

第二节 藏药浴实验研究

目前,许多医学研究所和医院都对藏药浴进行着不同程度的研究,其中主要的研究包括免疫学、药理学、毒理学研究。

一、免疫学研究

藏药浴的免疫学研究,目前只见于藏药浴对类风湿性关节炎免疫调整作用的研究。青海医学院、青海省藏医院和青海医学院附属医院对 75 例类风湿性关节炎(RA)患者藏药浴治疗前后的免疫指标进行了观察,结果显示:

1. 临床疗效

75 例 RA 患者经藏药浴治疗后,其疗效评价标准按四个等级分类。

近期缓解:关节晨僵、疼痛、肿胀消失,功能状态正常或接近正常。75 例中有 11 例近期缓解,占 14.7%。显效:关节晨僵、疼痛、肿胀明显减轻,功能状态改善。此类患者有 28 例,占 37.3%。无效:各项症状均无明显改善。此类患者为 4 例,占 5.3%。临床总有效率为 94.7%。

2. 藏药浴对类风湿因子(RF)滴度的影响

75 例 RA 患者经藏药浴治疗后,RF 转阴或滴度下降者 53 例,占 70.6%。其中转阴者 22 例,占总数的 29.3%,下降者 31 例,占 41.3%。滴度增加为 7 例,占 9.3%,无变化为 15 例,占 20.0%。RF 转阴或滴度下降者的临床症状改善或消失、关节功能恢复,这证明藏药浴有降低或消除 RF 的作用,且这一作用与患者临床症状的改善成正比。

3. 藏药浴对 RA 体液免疫功能的影响

免疫球蛋白(IgG, IgM, IgA)水平在 RA 接受药浴治疗前显著高于健康人,尤以 IgG、IgM 为甚($P < 0.01$)。接受藏药浴治疗后 IgG、IgM、IgA 水平自身对照,较治疗前显著降低($P < 0.01, P < 0.05$)。但补体 C_3 变化不明显。IgM 虽然降低但仍未降至正常对照组水平;而 IgA 接近正常水平。这可能从某一侧面说明 RA 患者的循环免疫复合物经治疗后未完全消除。

4. 藏药浴对 RA 细胞免疫功能的影响

(1) T 淋巴细胞转化

在以 T 细胞致有丝分裂原 DHA 刺激 $3H \sim TdR$ 掺入淋巴细胞转化试验中,RA 患者刺激指数(SI, 12.6 ± 12.4)较正常对照组(7.4 ± 7.1)显著升高($P < 0.001$)。经藏药浴治疗后明显下降($9.4 \pm 8.7, P < 0.05$),接近健康水平。治疗前后的 SI 自身对照, $P < 0.05$ 。表明藏药浴可调整机体的细胞免疫功能。

(2) T 细胞亚群的变化

RA 患者 CD_3^+ 、 CD_4^+ 稍高于正常对照组,但 CD_8^+ 细胞却明显低下($P < 0.01$)。经藏药浴治疗后 CD_8^+ 细胞较治疗前显著回升($P < 0.01$),但与正常对照组相比仍有较大差异($P < 0.01$)。 CD_3^+ 、 CD_4^+ 细胞经治疗后稍有下降,但无统计学意义。 CD_4^+/CD_8^+ 细胞比值,治疗前显著高于对照组($P < 0.01$),经藏药浴治疗后接近对照组水平,但治疗前后 CD_4^+/CD_8^+ 比值自身对照无显著差异($P < 0.05$)。

RA 免疫功能异常,主要表现为以 RF 为主的自身抗体和免疫复合物(IC)的产生。RF 以 IgM(IgM—RF)或 IgG(IgG—RF)型多见。它们相互结合后形成诱发强烈生物活性的中

等大小 IC。因此, RF 的消长, 在一定程度上反映 RA 的活动性。经藏药浴治疗后 RF 的转阴、滴度下降率达 70.6%, 且与其临床症状的改善成平行关系。治疗前后 Ig 水平的变化, 也证明藏药浴可明显抑制 RA 患者异常增强的抗体形成功能, 尤以 IgG、IgM 的降低最为显著, 而 RF 和 IC 的产生恰与这两种 Ig 的异常升高密切相关。RA 患者 T 淋巴细胞转化 SI 高于健康人。经藏药浴后较治疗前显著下降。为了解释这种现象, 经对 T 细胞亚群分析表明, RA 患者 CD_8^+ 细胞严重低下, CD_4^+/CD_8^+ 比值升高。一般认为, 辅助性 T 细胞和抑制性 T 细胞是免疫调节的中心枢纽。两者的均衡关系失调, 就会导致免疫功能紊乱。RA 患者 Ig 异常、升高是由于 CD_4^+ 细胞升高、 CD_8^+ 细胞降低, 使 B 细胞生成 Ig 的能力亢进所致。而经藏药浴治疗, CD_8^+ 细胞上升, CD_4^+/CD_8^+ 比值接近健康人, 故 Ig 水平亦下降, RF 滴度也下降或转阴。

泽田报道, RA 患者的 B 细胞不经任何有丝分裂原刺激, 其培养上清也能产生增强 T 细胞增殖的白细胞介素 2 促进因子 (Inter leukin 2 enhancing factor, IL-2-EF), 而健康人 B 细胞不论用何种分裂原刺激均不能产生这种因子。本实验中, RA 患者高于健康人的原因可能是由于 RA 细胞培养中的 B 细胞 IL-2-EF 使 CD_4^+ 细胞功能亢进、T 细胞大量分化增殖、转化能力相应增强所致。因此, 可以笼统地说 RA 患者细胞免疫功能低下是不确切的。这是因为 RA 主要特征是由于 CD_2^+ 细胞功能降低, 而 CD_2^+ 细胞却相对升高而引起的一系列表现为免疫功能紊乱的自身免疫病。该实验证明藏药浴可能通过纠正 CD_4^+/CD_8^+ 的失衡而达到调节 RA 免疫功能紊乱、恢复体液和细胞免疫动态平衡之目的。

二、药效学研究

1. 五味甘露的研究

(1) 药性研究

藏医理论认为“五味甘露汤”药性为湿、热性。热作用刺激神经、血管, 使毛孔扩张; 湿作用使体内毒素经汗液, 由毛孔排出体外, 减少脂肪、软化血管、韧带、肌肉关节。

(2) 药效分析

圆柏叶主治肾病, 黄花杜鹃叶平骚扰引发之痰邪等病, 水柏枝清内毒, 麻黄清肝脾热, 蒿能消散四肢肿胀。五味配合, 具有祛痰化湿、清热解毒、活血化瘀、益肾壮腰等功效, 用于治疗四肢僵者或拘挛、胃火衰败、脾血不足、肾脏寒风、外伤疮疡以及皮肤病等病证颇有疗效。

2. 几味主药的药理研究

(1) 藏麻黄的药理研究

藏麻黄含有多种生物碱, 主要是麻黄碱 (左旋麻黄碱 L-ephedrine, $C_{10}H_{15}ON$), 伪麻黄碱 (右旋麻黄碱, d-pseudo-ephedrine, $C_{10}H_{15}ON$), 左旋甲基麻黄碱 (L-N-methylephedrine, $C_{11}H_{17}ON$), 左旋去甲基伪麻黄碱 (L-nor-ephedrine, $C_9H_{13}ON$) 右旋去甲基伪麻黄碱 (d-pseudomethylephedrine, $C_{11}H_{17}ON$)。

其药理作用有如下几点:

(1)麻黄碱的作用受体——家兔主动脉肾上腺素能受体研究表明,麻黄碱对家兔主动脉具兴奋作用,此种兴奋可被苯苄胺所阻断。高浓度的麻黄碱对苯苄胺的阻断具有“自我保护”作用,对肾上腺素或去甲肾上腺素具有“保护”作用,而后二者对麻黄碱则无“交叉保护”作用。这些实验指出,麻黄碱除作用于肾上腺素能受体外,对主动脉平滑肌尚可能有具体作用受体。

(2)麻黄碱对单胺氧化酶活性的影响研究表明,麻黄碱于体外抑制单胺氧化酶的最低有效浓度为20mg分子,其抑制强度约为异丙烟肼的1/20。于体内不论用麻黄碱4mg/kg体重一次,或每隔半小时一次,总共5次,总量为20mg/kg,对单胺氧化酶都无影响。

附注:木贼麻黄的药理作用

①麻黄碱的作用研究表明,麻黄碱的血管收缩作用比较温和而持久,血管舒张作用很微弱,能使冠状血管扩张、增加冠脉流量,与垂体后叶素合用于升压时,能克服大量垂体后叶素所引起的冠状血管收缩及心脏抑制,麻黄碱的升压作用缓慢持久,可维持数小时收缩压的升高较舒张压为显著,舒张压一般不降低。对于心脏也有强的兴奋作用,但反复应用或一次应用很大剂量易于产生抑制,亦可能扰乱心律,但较肾上腺素弱得多;对严重器质性心脏病患者,麻黄碱与洋地黄同用时,则易引起心律紊乱。

麻黄碱如用较大治疗量即能兴奋大脑皮质和皮质下中枢,引起精神兴奋、失眠、不安、震颤等症状,亦能兴奋呼吸中枢及血管运动中枢,在麻醉药中毒时有苏醒作用,且可用于发作性睡眠症。

麻黄碱对支气管平滑肌的解痉作用较持久,特别在支气管处于痉挛状态时作用更大,作用于虹膜辐射状肌可使瞳孔扩大,也能使胃肠道肌肉松弛,抑制蠕动,能增加膀胱扩约肌的张力,这对遗尿症是有利的;它还可以兴奋离体子宫,对正常妇女及月经困难者则可减少子宫活动。

麻黄碱对骨骼肌有抗疲劳作用,能促进箭毒所抑制的神经肌肉间的传导,可用于重症肌无力的治疗。

麻黄碱及麻黄总生物碱对正常及发热猫均不表现发汗作用,在一般情况下,麻黄碱对人不能诱发出汗,但当人处在高温环境下,此时用麻黄碱50~60mg,1.5~2小时后,汗液分泌要比未用麻黄碱者更快更多,而皮下注射麻黄碱的局部皮肤,并不引起特殊的汗分泌,因此,麻黄碱的这种作用,可能系中枢性的。

②伪麻黄碱(右旋麻黄碱)在升压作用、收缩鼻粘膜血管作用方面,麻黄碱最强(100),人工合成的消旋麻黄碱次之(78),伪麻黄碱最弱(56.5)。

伪麻黄碱较麻黄碱有显著利尿作用,用水、盐水及尿素之后,更进一步增强尿量排出,但对麻醉狗则尿量反而减少,对轻症实验性肾小管肾炎狗仍然产生利尿反应,严重者则无利尿作用。离体兔肺灌流实验表明,伪麻黄碱极稀的溶液及浓溶液均使支气管松弛,中等浓度使支气管肌收缩,而甲基麻黄碱(methylephedrine)任何浓度均能舒张支气管平滑肌。

(2)烈香杜鹃的药理研究

烈香杜鹃的水溶性成分中含有槲皮甙(queritrin, $C_{21}H_{20}O_{11}$ 或小叶枇杷素—1)、槲皮素(queretin, $C_{15}H_{10}O_7$ 或小叶枇杷素—2)、棉花皮素(gossypetin, $C_{15}H_{10}O_8$)、金丝桃甙(hyperin, $C_{21}H_{20}O_{12}$)及有机酸、鞣质、树脂和油脂等。其中叶和嫩枝中所得挥发油 2.1% ~ 2.5%(9月采)。油中分得十个化合物: γ -芹子烯(γ -selinene, $C_{15}H_{24}$)是主要有效成分之一,占挥发油 20% ~ 25%;杜鹃烯(neofurndinene, $C_{15}H_{24}O$)占 10% ~ 12%;杜鹃次烯(neocurzerene, $C_{15}H_{20}$)占 2%;柠檬烯(d-limonene; $C_{10}H_{16}$)占 0.2%;香叶烯(myrcene, $C_{10}H_{16}$)占 0.4%;d-芹子烯(d-selinene, $C_{15}H_{24}$)占 1%;k-芹子烯(k-selinene, $C_{15}H_{24}$)占 7%;牻牛儿酮(cgernacsone, $C_{15}H_{22}O$)占 5%;桧脑(junipescamphos, $C_{15}H_{26}O$)占 3%;苜基丙酮(benzylacetone, $C_{10}H_{12}O$)占 40% ~ 50%。

其药理作用有:

①镇咳作用:烈香挥发油部分中的牻牛儿酮, α -柠檬烯、苜基丙酮和桧脑有镇咳作用。芹子烯镇咳作用微弱,剂量增大($> 1/4LD_{50}$)后可望有一定镇咳作用。水溶部分的槲皮素、槲皮甙、棉花皮素无镇咳作用。

②祛痰作用:小叶枇杷素有祛痰作用,挥发油中芹子烯、桧脑、杜鹃次烯、杜鹃烯和柠檬烯有祛痰作用。

③平喘作用:挥发油和水溶性部分的平喘作用均较弱。

④对心血管系统的作用:烈香杜鹃总挥发油,总黄酮及棉花素(杂少量槲皮素)等均有显著扩血管作用。烈香杜鹃油对离体大鼠心脏有减慢心率和降低心收缩力的作用。烈香杜鹃油可阻止垂体后叶素引起的兔与大鼠 ST—T 的变化,能显著提高大、小鼠急性减压缺氧的耐受力。烈香杜鹃油对狗颈内动脉血流及兔耳血管的作用,证明药物能增加狗颈内动脉血流量和具有降低血管阻力的作用。对麻醉兔有明显的一过性的降压作用。

⑤抑菌作用:挥发油中的柠檬烯、苜基丙酮,牻牛儿酮、杜鹃次烯、芹子烯、桧脑等均有一定的抑菌作用。棉花皮素和槲皮素-棉花皮素混合物在试管内对肺炎双球菌、甲型链球菌、卡他球菌、金黄色葡萄球菌及白色葡萄球菌亦有抑制生长的作用。

⑥其它作用:小叶枇杷素能降低大鼠毛细血管通透性,使豚鼠回肠平滑肌轻度松弛,且能对抗组织胺,乙酰胆碱及毒扁豆碱所致的回肠平滑肌痉挛。局部应用于兔眼结膜无刺激性。大鼠灌胃或腹腔注射小叶枇杷素后吸收较快,排泄较慢,并以原形从尿排出。

(3) 刺柏的药理作用

杜松叶含穗花杉双黄酮又称阿曼托黄黄素(amentoflavone, $C_{30}H_{18}O_{10}$)、竹柏双黄酮 A (podocarpuflavone, $C_{31}H_{20}O_{10}$), 少量扁柏双黄酮又称桧黄素(hinokiflavone, $C_{31}H_{20}O_{10}$)。枝叶还含挥发油,其成分与果实挥发油相似。果实的挥发油中含 α -蒎烯(α -pinene, $C_{10}H_{16}$) 36.6%, 月桂烯(myrcene, $C_{10}H_{16}$) 12.9%, Δ^3 -蒎烯(Δ^3 -cawene, $C_{10}H_{18}$) 0.8%, 柠檬烯(limonene, $C_{10}H_{16}$) 1.6%, 对聚伞花素(P-Cymene, $C_{10}H_{14}$) 0.9%; β -榄香烯(β -elemene, $C_{12}H_{24}$) 2.0%; 其它尚含少量的石竹烯(caryophyllenen, $C_{15}H_{24}$), 葎草烯(numalene, $C_{15}H_{24}$), 松油烯醇(terpine-4-ol)等。

茎、木、心材含各种萜类化合物,其中主要为 δ -萜澄茄烯, α -和 β -雪松烯(cedrene,

$C_{15}H_{24}$) 约占 70%, 其它有二氢白菖考烯 (calamene, $C_{15}H_{22}$), 呋巴萘 (cuparene, $C_{15}H_{22}$), β -榄香烯; 金合欢烯 (farnesene, $C_{15}H_{24}$), 石竹烯, 葎草烯, 甜没药烯 (β -bisabolene, $C_{15}H_{22}$), β -芹子烯 (β -selinene, $C_{15}H_{24}$), α -姜黄烯 (α -Curcumene, $C_{15}H_{22}$), 罗汉柏烯 (thujopsene, $C_{15}H_{24}$), α -和 γ -白菖考烯 (calacorene), α -、 β -和 δ -菖蒲二烯 (acoradiene), α -、 β -和 δ -菖蒲烯醇 (α -、 β -acorend), 3 β -羟基山达海松酸 (3hydroxysandaracopimaric), 弥罗松酚 (cryptojaponol)、柳杉酚 (sugiol, $C_{20}H_{28}O_2$)、柳杉树脂 (cryptojaponol), Δ^6 -去氢弥罗松酚 6,12-二羟基-松香四烯-5,8,11,13 酮-7 (6,12-dihydroxy-5,8,11,13-abietetraen-7-one) 等。其生理作用有: 刺柏子石油醚提取物在试管内对金黄色葡萄球菌有抑制作用, 稀释至 1:1600 仍能制止细菌发育。将石油醚浸膏依次用 30% 碳酸氢钠、30% 氢氧化钾处理, 发现由氢氧化钾液所得到的部分有抗菌作用, 稀释至 1:12800 亦有作用。将此物减压蒸馏所得之蒸馏液对金黄色葡萄球菌有抑制作用, 但对大肠杆菌、伤寒杆菌及志贺氏痢疾杆菌则无作用。

(4) 大籽蒿的药理作用

大籽蒿地上部分含有大量游离氨基酸, 并分离到 13 个单体成分, 其中七种经鉴定为 1-异白氨基酸、缬氨酸、1-脯氨酸, dl- α -丙氨酸, 丁氨酸, 1-天门冬氨酸, 1-精氨酸。另含挥发油, 成分为内脂类及类物, 如兰香油, 苦艾内酯。此外还有白蒿宁 (siversinin), 白蒿素 (sieversin) 及苦艾素 (absinthin) 等。

其药理作用有:

①祛痰、平喘作用: A、大籽蒿可使小鼠支气管酚红排泄量明显增加。B、用离体豚鼠气管法试验, 认为大籽蒿有一定的平喘作用, 但较氨茶碱弱。临床用大籽蒿煎浸膏片和复方大籽蒿片剂治疗支气管炎, 获得较理想的疗效。

②消炎作用: 大籽蒿对烫伤炎症渗出, 血管通透性增加, 蛋清、甲醛性关节肿等均有显著抑制作用。

③提高缺氧耐力和预防肺水肿的作用: 大籽蒿可显著增加小鼠对减压缺氧的耐受力, 提高因注射拟肾上腺素药物而降低缺氧耐力的作用, 预防肾上腺素诱发的肺水肿。

④抗菌作用: 从其中分出的倍半萜内脂, 对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等在体外有抑制作用。临床报道中用以治疗细菌性痢疾可获得良好疗效。疗效似较小檠碱、痢特灵、合霉素等为优。冲剂、片剂疗效较煎剂为差。

三、毒理学研究

根据现有资料, 与藏药浴相关的毒理学研究开展的很少, 仅有个别药材的毒理学研究成果, 而未见关于五味甘露的毒理研究, 现仅对现有成果加以重点介绍。

1. 烈香杜鹃的毒理研究

急性毒性: 口服烈香杜鹃水溶部分黄酮的毒性低于油溶部分。挥发油中各成分毒性差距一般在一倍剂量范围内。其中柠檬烯毒性最低 ($LD_{50} > 4g/kg$)。未见挥发油部分有明显毒性。

2. 大籽蒿的毒理研究

急性、亚急性毒性试验：小鼠灌肠大籽蒿， LD_{50} 为 $13.7 \pm 2.0g/kg$ ；腹腔注射为 $2.3 \pm 0.01g/kg$ 。30 只小鼠分为三组按 1/5、1/10、1/20 的 LD_{50} 剂量，每日灌胃给药，连续给 30 日，体重增减与对照组无明显差异，对脏器重量亦无影响。

四、其它研究

目前，藏药浴的其它方面的研究，主要涉及是水煎液和矿泉浴等研究领域。

1. 矿泉浴的研究

矿泉浴，是矿泉疗法中最常用的一种疗法。自古以来就为人们所采用，因而在这方面积累了极其丰富的经验，尤其是在医疗领域中，矿泉浴已经占有相当重要的地位。目前主要进行的是矿泉浴机理研究。

矿泉浴之所以在医疗领域广泛地应用，主要是因为矿泉特有的矿物质和气体的药物化学作用，以及水温、水压、浮力等物理作用对人体产生影响，从而调整人体内隆、赤巴、培根的平衡。

(1) 药物的作用

由于各种矿泉所含化学成分不同，其对机体的作用也不尽相同，所以，必须经过实验研究各种化学成分对机体所产生的作用，才能确定其适应病证和禁忌病证。如实验证明，矿泉中的气体成分如 O_2 、 CO_2 、 H_2S 和 Rn 等，都可以直接穿过皮肤进入机体而起作用。据张向群认为，矿泉的某些化学物质可以通过三种途径进入人体。一是通过皮肤进入体内，如 Fe、Cu、Mn、I 等微量元素均可经皮肤吸收；二是有些不能经皮肤吸收的，或者是附着在皮肤表面形成有医疗作用的“生物薄膜”而发挥作用，或者刺激皮肤感受器，反射性地对机体发生某些调节作用；三是有些气体成分和挥发物质可经呼吸道进入体内，如 Rn 、 CO_2 、 H_2S 等，这些物质是脂溶性的，即能通过皮肤进入体内，又可将其挥发部分经呼吸道吸入。

现代医学研究表明，矿泉浴对机体的作用，主要是通过神经反射和体液吸收两种途径在机体内引起一系列变化。矿泉对机体主要有如下作用：

① 调整植物神经系统功能

矿泉浴时，首先引起明显的植物神经功能改变，可通过交感与副交感神经引起肾上腺素能和胆碱能效应，其中何者占优势，由矿泉的不同性质及矿泉浴作用时间和强度而定。肾上腺与乙酰胆碱二者减少的脏器其感受性增高，而肾上腺与乙酰胆碱二者增高的脏器其感受性低，从而使其趋向平衡，起到调节作用。

② 具有肾上腺皮质激素类作用

矿泉浴有使垂体—肾上腺皮质功能活动增强，使血中肾上腺皮质激素量增加，而调理垂体—肾上腺皮质功能活动的作用。

③ 增强巯基的作用

矿泉浴时，因存在于矿泉中的硫化氢，二价硫化物以及硫酸根等各种形式的硫化物

进入机体,使体内巯基增加。巯基是氢氧基的氢被硫置换而生成,巯基分为 CSS, CSH, GSH 等有机巯基与无机巯基,均易溶存于血中,并向组织传输。在组织巯基中,除可溶性巯基外,尚有许多与高分子蛋白质结合的重要巯基,结合在糖、脂肪,蛋白质中的巯基种类甚多,它是维持机体生命极重要的物质

④对组胺的影响

矿泉浴时可使机体内组胺的含量发生变化,温浴时血浆中组胺减少,冷浴时反而增多。此时组胺的变化与皮质激素的作用有关。肾上腺皮质激素物质可抑制组胺生成酶,增强胺分解酶的作用,故对组胺有拮抗作用。组胺的变化并与植物神经功能状态有关,因此矿泉浴时组胺的变化是由多种因素起作用的,组胺可作用于毛细血管,调节微循环,但如组胺过多时,则有损害肝功能与增高皮肤感受性的作用。矿泉浴时应防止过多的组胺释放。

⑤调节蛋白质代谢

蛋白质是机体细胞和组织的主要结构组成成分,是维持机体生命必需的物质,蛋白质对维持血管内胶体渗透压具有重要作用。矿泉对蛋白的吸收、合成、分解、排泄具有直接或间接的作用,对体内水分移动,对细胞及组织的蛋白质成分均有量和质的影响。

⑥对离子代谢的影响

离子对维持血管内晶体渗透压具有重要作用,机体中很多激素与离子代谢有关,如垂体激素、甲状腺激素、副甲状腺激素、肾上腺皮质激素等。矿泉中含有的成分许多是机体所需要的,故矿泉浴对机体可直接从矿泉水中吸收有关离子,从而改善体内的离子代谢。

⑦对水代谢的影响

矿泉浴对机体水分代谢有显著影响。一次 38℃ 的淡泉浴发汗量约为 250ml,较无入浴的对照组的自然发汗量 50ml 高 5 倍。泉温越高发汗越多,尿量越少。机体内出现的水量变化可涉及到细胞内液,可促进体腔关节及皮下水分的吸收。其吸收率与温泉平行,连续多次入浴可以使机体脱水

⑧调节机体免疫功能

矿泉浴还可以调整机体免疫功能。矿泉浴是一种改善体质的外界刺激因素,对机体周期性节律变化具有调节与使之正常化的作用。

(2)温度作用

矿泉水的温度在治疗中起着重要作用。健康人的皮肤温度平均在 36℃ 左右,如果水温超过皮肤温度,就有温热的感觉。相反,如果水温低于皮肤就有凉的感觉。当然,人体由于秉赋不同,后天发育亦不相同,所以对不同水温产生不同的作用,这种差异还与年龄、体质、性别、人种、生活环境、习惯等多种因素有关。矿泉医学通常将矿泉浴分为低温浴(水温 34℃ ~ 37℃),中温浴(水温 38℃ ~ 40℃)和高温浴(水温高于 40℃)三种。

在温热作用的刺激下,皮肤循环血液增多,充血而发红,毛细血管扩张,脉搏加快,同时适宜温度的刺激不断作用于皮肤表面又能引起大脑皮层抑制的扩散,降低神经系统的

兴奋性,故有镇静、镇痛作用,有松弛肌肉,使肢体活动灵活的作用,并能调节神经系统兴奋和抑制过程。对动脉硬化、高血压、脑血管病后遗症、植物神经功能失调、各种慢性炎症和外伤引起的各种神经、肌肉、关节的疼痛和功能障碍,及某些皮肤病都有良好的疗效。近年研究表明,矿泉浴还可促进机体的免疫功能,提高机体的 SOD,有一定延年益寿作用。

(3)浮力作用

矿泉水对浸入中的物体有一定的浮力。矿泉水的温度越高,比重则越大,所以人体在矿泉水中的重量就会变小。加上浸浴时温热作用的影响,使肢体血液循环加快,对关节功能障碍、骨折的后遗症,肢体僵硬等,可以减轻局部疼痛,缓解痉挛,促进关节肢体功能恢复。在医疗临床治疗过程中,对于有脑溢血、小儿麻痹等手足软瘫患者,多在浴池中进行康复运动。对于那些平素运动量少、腰腿痛疼、四肢乏力、四肢孱弱等举步艰难的人,也可以在浴池中进行恢复运动。康复浴、运动浴等等就是利用这种浮力来恢复身体功能的。

(4)压力作用

除了浮力的作用,压力对人体也有很大作用。矿泉浴时,浸入水面以下的部分,包括胸、背、腹、四肢,均受到不同程度静水压的作用。据统计,静水压对人体的作用根据人体浸入泉水的深度而不同。如在普通浴盆里,人体表面所承受的水压为 $40 \sim 60\text{g}/\text{cm}^2$,浸浴时全身所受的压强约 $90 \sim 100\text{g}/\text{cm}^2$ 。压力首先作用在柔软可压缩的身体部分。经统计,一般浸浴时,股围缩减 1.5cm ,腹围缩减 $2.5 \sim 6.5\text{cm}$,胸围缩减 $1 \sim 3.5\text{cm}$ 。胸腹部受到压力后,横膈膜被推挤向上方,相应的胸廓内的压力升高,肺活量减少,其中吸气困难而呼气舒畅,引起 CO_2 在体内滞留,对人体不利。同时,人体受压,促进了外周血流和淋巴液回流,使回心血量增加,提高了心脏工作能力。因此,矿泉浴可促使炎症吸收,消除肿胀,经常进行矿泉浴有利于提高心肺功能。

矿泉浴在其它方面的作用,尚有待于进一步研究。可以看到,矿泉浴已经广泛地应用于循环系统的疾病如高血压、动脉硬化、冠心病等;呼吸系统疾病,如感冒、支气管炎,哮喘;消化系统疾病如慢性胃炎、消化性溃疡;以及泌尿生殖系统疾病、内分泌及代谢系统疾病、神经精神系统疾病、妇科疾病、耳鼻喉科、外科、皮肤科等病种。

2. 水煎液的研究

国内还未见对五味甘露水煎液的系统研究,西藏自治区藏医院嘎玛群培等和自治区药检所加央等对二十二种单味药材进行体外抑菌实验,并用青霉素和链霉素做对照比较试验,从而找出抑菌效果好的单味药材,其中不乏藏药浴的附药。研究者测定了二十二味藏药的抑菌作用,并根据抑菌圈的大小(以毫米为单位),判断抑菌程度强弱,其抑菌圈直径、抑菌强度及符号的对应关系如下:

表 5-1:抑菌强度与符号对应关系

抑菌圈直径	16 ~ 20mm	11 ~ 15mm	10mm	0
抑菌强度	强	较强	弱	无
符号	+++	++	+	—

经过实验,其结果如下表:

表 5-2:22 种藏药材抑菌实验结果

药名	不同菌种 药用部位	白色葡萄 球菌	金黄色 葡萄球菌	大肠 杆菌	志贺氏 痢疾杆菌	伤寒 杆菌	流感嗜 血杆菌	短小牙孢 杆菌	绿脓 杆菌	枯草 杆菌
巴夏嘎	地上全草	~	++	-	+	-	++	+	++	+
青藏老鹤草	根	~	+	+	-	+	++	+	-	+
虎耳草	全草	+	-	+	-	+	+	-	+	-
诃子	果实	~	++	+++	+++	+++	+++	++	-	+
轮叶棘豆	全草	~	-	+	-	-	+	+	-	-
毛诃子	果实	~	+	++	++	++	+++	++	-	+
余甘子	果实	~	+++	-	++	+++	+++	+++	++	++
悬勾木	根	+	++	-	-	-	+	+	~	-
力嘎多	全草	-	++	+++	-	++	++	++	+	++
囊矩翠雀	全草	-	-	-	-	-	-	-	-	-
角茴香		-	-	-	-	+	-	-	-	-
青霉素		+++	+++	++	+	+++	++	++	+++	++
链霉素		+++	++	++	+	++	+	++	+++	++
金腰子	全草	-	++	+++	++	+++	++	+	+	++
黄 连	根	+++	+++	++	++	+++	+++	++	+++	++
止泻木	果实	++	-	-	-	-	-	-	-	-
藏菖蒲	根茎	-	-	-	-	-	+++	-	-	-
船形乌头	带根全草	+++	-	-	-	+++	-	-	-	-
多刺绿绒蒿	带根全草	-	-	-	-	++	-	-	-	-
黄花紫堇	全草	-	-	-	-	-	-	-	-	-
翼首草	全草	++	-	-	-	+++	-	-	-	-
乌奴龙胆	带根全草	++	-	-	-	+++	-	-	-	-
藏洪连	全草	+++	-	-	-	+++	-	-	-	-
波棱瓜	果实	-	-	-	-	-	-	-	-	-

为了实验结果可靠,研究者把抑菌效果较好的药材,重新做了一次实验,两次实验结果很接近,见表 5-3。

表 5-3:部分药物重复实验结果

不同菌种	药名						
白色葡萄球菌	黄连	止泻木	船形乌头	翼首草	乌奴龙胆	藏洪连	
	+++	++	++	+++	+++	+++	
金黄色葡萄球菌	巴夏嘎	余甘子	忌勾木	藏洪连	黄连		
	+++	+++	++	+++	++		
痢疾杆菌	诃子	毛诃子	余甘子	黄连	船形乌头	藏苣荬	翼首草
	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
流感嗜血杆菌	巴夏嘎	余甘子	力嘎多(上品)	黄连			
	+++	+++	+++	++			
绿脓杆菌	巴夏嘎	余甘子	力嘎多(上品)	金腰子	黄连		
	+++	+++	++	++	++		
枯草杆菌	余甘子	力嘎多(上品)	黄连				
	+++	++	+				
伤寒杆菌	诃子	毛诃子	余甘子	力嘎多(上品)	金腰子	黄连	
	+++	+++	+++	++	++	++	
大肠杆菌	诃子	毛诃子	余甘子	力嘎多(上品)	金腰子		
	+++	+++	++	+++	++		
短小芽胞杆菌	诃子	毛诃子	余甘子	力嘎多(上品)	金腰子		
	+++	+++	+++	++	++		

同时,研究者把药液用 115℃热压灭菌 30 分钟后,与另一批未热压药液相比效果更佳,证明药液高温高压后,有效成分未被破坏。

3. 部分附药的免疫学研究

由于疾病的多样性、复杂性,使得临床上在进行药浴治疗时,往往不单单采用五味甘露进行治疗,而是与其它药物配合使用,如当归、黄精、枸杞、鹿茸等,以增强疗效。这些药物都具有广泛的免疫学作用,临床上更是广泛应用,据研究表明:

黄精对溶血空斑数、E—花环和淋巴细胞转化均有促进作用,对动物实验性结构有一定治疗作用。临床上应用于治疗晚期食道癌、慢性过敏性结肠炎、肾性水肿等。

当归具有增强巨噬能力,促淋巴细胞转化,抑制抗体产生,抗排异作用,抑制过敏介质释放,拮抗乙酰胆碱和组胺作用,抗血小板凝集,抗血栓,扩张血管,改善微循环作用,抗贫血,拮抗 CCL₄ 引起的肝脏损害。临床用于治疗哮喘、荨麻疹、脉管炎、硬皮病、肝炎、过敏性鼻炎、肝硬变、月经病等,也有用于抗皮肤移植排异反应。

天冬可以使溶血空斑数上升,使环磷酸胺所致小白鼠的白细胞下降情况得到改善等作用。临床用于治疗乳腺小叶增生、乳腺癌、恶性淋巴瘤、白血病、肺癌等。

枸杞可以增加溶血空斑数,促抗体产生,增强巨噬功能,使溶菌酶含量增加,改善氯化可的松和环磷酸胺等引起动物的免疫抑制状态,促进小鼠股骨髓细胞增殖和分化,促进淋巴细胞转化和 E—花环百分率,增强白细胞移动抑制能力,促进骨髓细胞进入胸腺后的分化作用,调整 T 细胞亚群分布,促进 IL-2 的产生和其受体表达,诱生干扰素,调整机体内咖肽含量,延长脾细胞在体外培养的存活率,抑制实验性肿瘤细胞的 DNA 合成和干扰其分裂而降低其再生能力,抗放射,对 CCL₄ 引起的肝脏损害有保护作用,体外试验有

抗突变抗遗传损伤作用等。临床上用于治疗肝硬化、肝炎、肝功能障碍、眼病、银屑病、带状疱疹、湿疹、神经性皮炎等,也可以用于延缓衰老。

鹿茸有增强巨噬细胞吞噬功能,改善氢化可的松和环磷酰胺对动物的免疫抑制功能,促抗体产生,提高老年动物巨噬细胞表面 Fc 受体和补体 C₃ 受体活性,性激素样作用,强壮作用,促进造血,促进蛋白质及核酸合成等。临床上用于治疗血小板减少及白细胞减少、再生障碍性贫血、慢性苯中毒引起的血液病和神经衰弱等。

青蒿具有杀灭疟原虫,抑制溶血空斑形成,降低抗体含量,减轻脾重量,使血清中补体 C₃ 含量降低,抑制 E-花环百分率,抑制乙酰胆碱或组胺造成的兔和豚鼠的回肠收缩,以及抑菌、抗炎、镇痛作用等。临床上可用于治疗疟疾、皮肤瘙痒、支气管炎和支气管哮喘过敏症、黄疸等。

葛根具有抗乙酰胆碱及组胺作用,对抗实验性动物的肠管痉挛作用等。临床上可用于治疗过敏性疾病、颈项强直、麻疹、冠心病、高血压、腹泻等。

4. 藏药浴对风湿病 ASO、RF、ESR 阴转率的临床研究

临床治疗过程中,测定 ASO、RF、ESR 对风湿性疾病的鉴别及指导治疗方案有很大的帮助。青海省藏医院辛措吉对 1995~1998 年入院的风湿病患者 132 例进行了 ASO、RF、ESR 的测定,并于治疗前后进行比较,发现藏药浴前 ASO 阴转率 12.12%,RF 阳性率为 61.3%,ESR 阳性率 51.5%。进行药浴治疗后再测定 ASO、RF、ESR 考核其疗效。结果显示:ASO 转阴率 12.5%,下降率 18.75%,RF 转阴率 17.28%,下降率 38.27%,ESR 转阴率 33.82%,下降率 57.35%。考核结果表明,藏药浴对风湿病的治疗效果令人满意,并且对 ASO、RF、ESR 也有较大的影响(表 5-4)。

表 5-4:132 例风湿病治疗后 ASO、RF、ESR 考核结果

	转阴	显效	增加	无变化	有效率
ASO(16)	2	3	0	11	31.1%
RF(8)	14	31	12	24	55.56%
ESR(68)	23	39	4	2	91.17%

另据青海省药品检验所、青海高原医学科学研究所对 131 例类风湿性关节炎实行药浴疗法,治疗 3 个月后,有效 99 例(占 75.6%),无效 32 例(24.4%)。治疗一年后随访 54 例,临床治愈 6 例(占 11.1%),有效 38 例(70.4%),无效 10 例(18.5%),总有效率 81.5%(表 5-5)。

表 5-5:131 例患者治疗三个月及一年后随访主要症状改善情况对比分析(例,%)

症状	例数	3 个 月 后			例数	1 年 之 后		
		消失	减轻	无变化		消失	减轻	无变化
疼痛	131	18(13.7)	86(65.6)	27(20.6)	54	14(25.9)	31(57.4)	9(16.7)
肿胀	76	63(82.9)	11(14.5)	2(2.6)	44	25(56.8)	13(29.5)	6(13.6)
晨僵	46	8(17.4)	25(54.3)	13(28.3)	30	7(23.3)	15(50.0)	8(26.7)
功能	85	19(22.4)	42(49.4)	24(28.2)	49	14(28.6)	23(46.9)	12(24.5)

经实验室检查,在治疗前与治疗后的第7天分别对资料较全的37例患者的有关实验室检查指标进行对照,血清RF滴度治疗前为 $246.5 \pm 52.9(M \pm SE, \text{下同})$,治疗后为 $523.2 \pm 74.9(P < 0.01)$ 。血清IgG(mg/ml)治疗前后别为 $17.5 \pm 1.0, 20.0 \pm 1.4(P < 0.05)$ 。血清IgM(mg/ml)治疗前后别为 $1.6 \pm 0.1, 1.9 \pm 0.1(P < 0.01)$ 。抗“O”(u)治疗前后分别为 $593.8 \pm 75.3, 430.9 \pm 67.9(P < 0.001)$ 。RF滴度增加IgG升高呈正相关($r = 0.48, P < 0.01$)。其余检查如IgA, CH_{50} , C_3 , ESR等治疗前后对比差异无显著性。同时测定了药浴前后红细胞压积和体重差异,经统计学处理 $P > 0.05$,排除了在治疗中因发汗强烈所致体液丢失,而使血清RF浓度相对升高的可能性。

据文献报道,除了关节腔之外,人体的脾、淋巴等组织也可产生RF,但造成本组短期内血清RF浓度显著升高,而后症状却得到显著改善的“反常”现象,可能是治疗导致了免疫反应的改变,使原来沉积或附着于滑膜的免疫复合物(CIC)重新脱落,并促进其分解,使得滑液中RF、IgG、IgM等物质浓度增加,此点可能是治疗过程中关节及周围软组织发生肿胀,疼痛加重的直接原因。由于滑膜CIC的脱落,滑膜炎证得到改善,滑液中RF、IgG、IgM等物质转移入血而致浓度下降,关节症状就得到好转。

第三节 藏药浴的临床研究

藏药浴疗法的重要特征之一,即是具有丰富的临床经验。近年来随着各地藏药浴的广泛开展,临床研究正成为藏药浴研究的重点。从已发表的文献来看,藏药浴的临床研究涉及高血压、皮肤病、黑白脉证、风湿、类风湿、脑血管意外、妇科、儿科疾病等,同时藏药浴还广泛地应用于保健、美容等方面。

一、藏药浴的临床研究重点

1. 基本情况

在已收集到的以藏药浴为主要治疗手段的1141个病例中,用于治疗风湿性关节炎402个,占35.2%,类风湿性关节炎466个,占39.1%;脑血管病变191个,占16.7%;皮肤病30个,占2.6%;椎间盘突出20个,占1.8%;强直性脊柱炎30个,占2.6%;高血压22个,2.0%。其中仅风湿、类风湿关节炎就占到74.3%。由此不难看出,在目前的临床研究中主要把藏药浴运用于治疗关节炎、脑血管病变及其并发症,如高血压等。皮肤病、椎间盘突出、骨质增生等骨伤科疾病,妇科、儿科疾病等方面也较为常用。当然,这仅仅是一个小范围内的数字统计,在藏区基层藏医机构中,藏药浴对各科疾病还应有着更为广泛的应用。

2. 藏药浴在各科中的应用

(1) 关节炎

根据已收集的文献报道,以藏药浴为主要治疗方法治疗关节炎的病例有848个,经过

治疗,有明显改善的占 62%,起到一定作用的占 27.5%,总有效率占 89.9%,无效占 10.1%。

风湿病是由于不同病因(已知的或未知的)引起的影响到运动系统(如骨、关节、肌肉、肌腱、滑囊、筋膜、韧带及神经血管等)的一大类疾病,表现为慢性疼痛和(或)肿胀、畸形、功能障碍、感觉异常等。临床上多有反复发作性、渐进性等特点,具体表现为疼痛、肿胀、僵硬、运动受限、虚弱与较弱、疲劳、雷诺现象(指患者的四肢肢端暴露于寒冷环境时肤色发白或变黑伴疼痛,继之于恢复期充血)。除以上表现外,患者常伴有胃肠道症状,如体重减轻、纳差、消瘦等。西医对大多数风湿病的病因病理仍未完全清楚,因此除细菌感染性关节炎外,多无法针对原发病因进行治疗。而且,西医对风湿病的治疗除采用药物方法外,还采用其它现代疗法如物理疗法、麻醉疗法等。中医称风湿为痹证,主要是由于人体气血营卫失和,感受风、寒、湿、热等邪气,侵袭肌肤经络,筋骨血脉邪正相争,气血痹阻,出现人体肢体关节的疼痛、肿胀重着、麻木、变形、僵直及运动受限等证状为特征,严重时会影响到脏腑,引起脏腑功能活动失调的一类疾病。而且中医认为正气不足是风湿病发生的内在因素,是本;而风、寒、湿邪则是风湿病发生的外在因素,是标。临床表现的具体证状有:疼痛、关节肿胀、发热、麻木、肢体屈伸不利、多汗、皮肤硬化、皮肤红斑、皮下结节、晨僵、畏寒恶风等。在治疗方面,中医除采用药物治疗外,也广泛地采用许多外治法,如针灸、药浴等等。

风湿、类风湿关节炎在藏医中属真布病的范畴。据藏医《四部医典》记载,其致病原因是:“因缘湿腴境与油腻食,未经轻糜未熟黄水盛,驻于骨肉筋腱生湿痹”。即长期居住在潮湿的地方,过量进食油脂食物,初期疾病未成型,黄水激增,扩散至肌肉、关节和筋络,以后便形成了关节风湿病。因而,藏医主张以养胃、清热、活血祛湿、敛黄水等为主要治疗原则,常采用藏医传统的内治与外治相结合的治疗方法,内服温阳补肾、养胃活血,外用药物疗法祛风除湿、通络化瘀。据报道,用五味甘露汤浓缩汁加入桑拿浴箱中,先蒸浴后淋浴,能够促进体内血液循环,加速皮肤的新陈代谢,改善微循环,激活免疫机能,调整神经系统,并促使毛孔完全张开后,清除体内有害毒素——湿气,从而达到活血通络、祛风除湿、化瘀散寒、筋舒骨健、关节消肿、改善伸屈的功能。通过临床观察和应用,藏药浴治疗真布病疗效显著,且远期疗效较为稳定,对人体无毒副作用。

(2)脑血管病变

在以藏药浴为主要治疗手段治疗脑血管病变的 191 个病例中,经过治疗,取得显著疗效的占 44.5%,有一定效果的占 43.4%,总有效率为 87.9%,无效的占 12.1%。

现代医学之各种脑血管病损,主要是动脉系统的破裂或闭塞导致的脑出血、蛛网膜下腔出血或脑梗塞,造成急骤发展的脑部血液循环和功能障碍,称为急性脑血管病或脑血管意外,即脑卒中。短暂而反复发作的脑局部血液循环障碍称为短暂脑缺血发作,通常又称中风。西医认为脑血管疾病的病因是多方面的,如血管壁本身的改变,血液动力学障碍等。在治疗上分一般治疗和药物治疗,一般性以休息、放松为主,而药物治疗则广泛采用控制血压的药物、抗自由基的药物等等。中医将脑血管病变称为中风,中风是指

患者真阴素亏、正气不足,或五志过极,或高粱厚味,或尺牍思劳太过,以致心肝火炽,内风旋动,气逆血于上,痰浊蒙蔽清窍,表现以猝然昏仆、不省人事,伴有口眼歪斜、半身不遂、言语蹇涩或失语,或不经昏仆,仅有喎僻不遂为主要证状的一种脑病,因本病起病急剧,变化迅速,与自然界善行数变之风邪特性相似,故古人以此类比,名为中风。本病的发病率、病死率、病残率均较高,是严重危害人类健康的疾病。本病名称亦繁多,占时还称“颠疾”、“击仆”、“偏枯”、“薄厥”、“大厥”等等。中医认为中风的发生,不外乎内因与外因两个方面。内因是指患者平素气血亏虚,心、肝、肾之脏阴阳失调,加之忧思恼怒,或劳累过度,以致气血运行受阻,肌肤筋脉失于濡养,或阴亏于下,肝阳暴涨,阳化风动,血随气逆,挟痰挟火,横干经隧,蒙蔽清窍,而形成上实下虚、阴阳不相维系的危急证候。外因则包括饮食不节和气候变化等原因。具体证状则以头痛、头晕、神昏谵语、半身不遂、癫痫抽搐、语言障碍、呕吐、二便不调、瘫痪侧手足肿胀、痰涎壅盛等为多见。治法则采用平肝潜阳、化痰熄风为主。

关于脑血管病变所致的偏瘫证状,《四部医典》就有详细记载:“持命气血入于顶脉间,病发凶猛,头顶肤色黑。半身不遂,全身干萎,诸病证相同,木僵会伸屈僵如木,肩胛挛入肩难举不挑……”。藏医将脑血管病变归到白脉病,总体上以行血通络、破血化瘀、辟秽解毒、消炎为主。脑血管发生病变之后,一方面下丘脑-垂体-周围分泌腺功能发生改变,一方面为血管运动神经麻痹。药浴治疗,除“五味甘露”的作用外,还着重于中枢神经系统,帮助心脏血液循环系统功能改善,如“拦兹”,其药理作用为兴奋-肾上腺素受体,增加机体对减压缺氧的耐受力,增加心肌血流速度,小剂量可兴奋中枢神经系统,并增强儿茶酚胺作用,而且对金色葡萄球菌有杀伤力。

(3) 皮肤病

西医将皮肤病分为生物原性皮肤病(如真菌性皮肤病、细菌性皮肤病、病毒性皮肤病)及非感染性皮肤病(如接触性皮炎、湿疹、荨麻疹等)。西医认为皮肤病的自觉证状随皮肤病的性质和严重程度及患者个体感应性不同而异,局部证状则主要包括瘙痒、疼痛、烧灼、麻木等;客观体征则由于病理基础不同,常表现为不同的形态,但其基本损害可分为原发性和继发性两类,前者是由于各种皮肤病变特有的皮肤病理变化直接产生的损害,后者是在前者通过搔抓、治疗、感染和损害修复过程中进一步产生的损害。通常情况下,原发损害的特点对于诊断及鉴别诊断有较重要的价值。在治疗方面,以内用和外用配合治疗,内用多采用抗组胺类药物、皮肤激素、抗生素等,外用则以上述药物制成各种剂型使用。中医认为皮肤病的发病原因包括内因和外因两个方面,内因主要与情志、禀性、年龄等有关,外因则与季节气候、理化因素等有关。其病理是由于风、湿、热、毒、燥、瘀、肝肾不足等引起,证状包括自觉证状和皮肤损害(如原发性的斑丘疹、水疱,继发性的鳞屑、糜烂、痂等)。皮肤病的中医治疗,以辨证论治为基本治则。注重“外治必本诸内”的整体观念,将局部与整体并重,具体临床治疗分为内治法与外治法。内治以祛风止痒、清热解毒、凉血清营等为主,外治则通过制取熏洗剂、散剂、酊剂等用于皮肤病的治疗。

藏医认为皮肤病是人体寄生虫和体内的黄水发生病变而引起皮肤生疮或肤色减退、

发痒、脱汗毛、流黄水等疼痛难忍疾患的总称。本病是由于过量食用白色食物(奶子、乳制品)、甘味食物和起居发生不及、过甚、相反等异常,导致机体隆、赤巴、培根平衡失调而发生的。皮肤病有 36 种之多,其中主要的有肉斑、牛皮癣、赘疣、陷蚀癣、疱疹、虫疹、雀斑、蔽疹、顽疣等 9 种。治疗方面则用外涂和内服治疗后,洗天然温泉浴或人工药浴。

二、藏药浴与其它疗法的配合研究

藏药浴应用于临床治疗时,往往不是单纯使用,而是通过与其它方法如内服、灸法等配合,共同发挥其作用,调整机体隆、培根、赤巴的平衡,进而影响七种体液(血、唾液、骨、髓、脂肪、肉、精)平衡,达到治愈疾病的目的。在这方面,早在《四部医典》中就有记载,如《秘诀本·淋巴病治法》中就记载有“如不能治愈时,火灸与药浴配合施治,化脓后按痈疽医治”。随着科技的进步和发展,多种高新科技手段与之配合应用,势必引导藏药浴进入一个更广阔的空间。具体来说,藏药浴与其它疗法的配合分为藏药浴与传统疗法的配合及藏药浴与现代疗法的配合。

1. 藏药浴与传统疗法的配合及其现代应用

(1) 与内服药物配合

临床上采用的最多的就是外用药浴与内服药物的配合法。这种方法,内外共施,相得益彰,使得药效达到最大限度的发挥,从而对致病因素实施最大限度的影响,对机体进行全身的调控,促进机体的功能代谢趋于正常,以达到治愈疾病的目的。关于这方面的应用早在《秘诀本·陈旧热证治法》中就有记载:“陈热散布于全身,为了收敛与分解病血与元气,药用三果,藏茵陈,木藤蓼煎汤晾凉经常令服,并服浸浴施治之……”现代藏医在继承原有经验的基础上,给藏药浴与内服药的配合以更广阔的空间,他们除将传统的藏药与药浴配合外,还采用现代藏药新剂型与药浴配合。

青海省藏医院玛才旦对 78 例风湿类风湿关节炎进行治疗的过程中,就采用药物浴与内服药物如四味藏木香汤(解表发汗)、二十五味文冠木丸(祛风、除痹、干黄水、消炎止痛)、二十五味驴血丸(祛风除湿、干黄水)、十五味芸鹏丸(消炎止痛、干黄水)等配合治疗。他以 1~2 个疗程为 1 个周期,10 天为 1 疗程,每日进行二次药浴,各 10~15 分钟,或出汗止,出盆后又有蒸炕出汗 5~8 分钟,然后起床温衣活动或按摩。经过治疗 1~2 疗程后,症状消失或主要症状消除,各关节活动功能恢复正常,生活能够自理,能够参加正常工作和劳动,血沉降至正常,类风湿因子转阴,X 光摄片显示各关节骨质稳定,随访 1~2 年未复发的有 21 例,占 26.9%;临床症状基本消除,体能、食欲恢复正常,各关节活动功能部分恢复正常,X 光显示各组织肿胀和骨质疏松基本变稳,经随访 6~10 个月未复发或加重的 36 例,占 46.15%;疼痛肿胀减轻,关节活动功能有所改善,可以停用激素类药物,血沉和类风湿因子明显改变的有 17 例,占 21.80%;经药浴治疗 1 疗程后,血沉,类风湿因子和疼痛等无改变的 4 例,占 5.13%;总有效率为 94.87%。

(2) 五味甘露与附药配合应用

由于疾病的复杂性,临床外用药浴治疗时,往往不是单一的使用五味甘露,而是针对

患者病情、身体状况、疾病发展等需要,随证进行加减,如对于不同原因所致高血压取紫檀5克、居加热5克,研细入药液;对于风、黄水、肿胀,取白嘎5克、索玛惹扎5克、台嘎多杰5克、生等5克,研细粉入药液;消化不良、黄水增多,取嘎加5克、毕毕灵5克、坡哇H5克,研细粉入药液。

(3)与灸法配合应用

藏医灸疗法是利用艾绒等易燃材料或烧热的物体,在体表固定的穴位或疼痛部位烧灼、熏熨,借助温热性或药力对神经末梢的刺激作用,促进大脑皮质对脑、自主神经、内分泌、免疫系统的调整,促进血液循环,使降、赤巴、培根三大生理物质趋于平衡,达到治疗隆(风)和寒性疾病等的一种峻外治法之一。灸的种类很多,其中艾绒做材料的瘢痕灸是最常用的一种疗法。在《密诀本·淋巴病治法》中就有记载:“如不能治愈,灸与药浴配合施治,化脓后按痈疽医治。”这种方法沿用到今,并且有了更进一步的发展,如天祝县藏医院于福山利用藏药浴与麦粒灸(用麦粒大小的艾柱施灸)先后施治,用于治疗类风湿性关节炎,取得显著疗效。其药浴基础方以五味甘露为主并配合其它附药,以七天为一疗程,每日三次,每次20~30min,水温40℃,一个疗程完后用麦粒灸隆穴、风门、肾俞、阿是穴。经过1~4个疗程,自觉症状消失,关节功能恢复正常,实验室检查正常的有18例,占37.5%;自觉症状好转的27例,占56.3%;无效的3例,占6.7%。

(4)藏药浴与酒的配合应用

酒具有兴奋作用,可用作强壮剂;有麻剂作用,可作麻醉剂;有杀菌作用;可作消毒剂;因为是液体,所以又有挥发和溶媒的性能,故又是常用的溶剂。它能通血脉,行药势,故常用酒为加工炮制药物。

藏医在用藏药浴治疗疾病时,往往与酒如麝香酒、青稞酒、白酒等配合使用,以起舒筋活络、开窍醒脑、消毒邪、消肿的作用,从而配合药物有效成分发挥作用,达到治疗的目的。如青海省藏医医院尕日毛在用藏药浴治疗白脉病时,就在每次浴前将麝香2g泡入1000ml酒中,并洒在药包上。有的则直接加入药浴液中,如甘肃省张掖地区肃南县民族医院白树挥在治疗类风湿性关节炎时,加入一定量青稞酒及麝香酒,以辅助治疗,增加药物作用的效果。

(5)藏药浴与放血疗法的配合应用

藏医放血疗法是根据体表固定静脉(少数细微动脉)的穴位或炎肿疼痛处,用不同形状的针刀进行刺割,放出病血及与病血同行的毒气,达到治疗热性疾病目的的一种峻外治法。

藏医药浴与放血疗法的配合早在《四部医典》中就有记载,《密诀本·肾病治法》就有这样的记载:“肾痛风,药用刺芒龙胆汤下泻,药气蒸治疗法施治,螃蟹肝、蜂蜜诸药为膏,内服;藏乌头花、各种谷物药汽蒸浴施治,在胫尾与大肠脉针刺放血。”

(6)藏药浴与敷法的配合应用

藏医熨敷法是将药物或其它物体热敷或冷敷体表某一穴位和部位,借助药物的功能及温度等物理作用起到疏通经络、消肿化瘀、止痛等治疗目的的一种外治法。此疗法适

应于灰色培根病、剑突痞瘤、胃铁垢证、胃火衰败、湿痹、肌肉萎缩、风刺痛、消化不良、腹绞痛、黄水病、血液冷凝、热病引起的各种疼痛。但是,凡是灰色浮肿、赤巴黑“卡亚”病(胆囊干萎、肌肤发黑的一种严重胆病)、天母瘟、麻风、珍宝中毒、配制毒中毒、天然毒中毒、腹水、肥胖证、痘疹等,以及刚进过食者,禁忌用熨敷法。

关于藏药与敷法的配合,在《秘诀本·中毒证治法》中就有如下记载:“对烟雾毒用六种主药配成散剂或汤剂再加川乌、五灵脂施治,或六种主药配伍药浴施治后熨疗,内服三红药油。”近代藏医在继承前人优秀遗产的基础上,又进行发挥,将西药、中药药膏广泛地与藏药浴配合,取得了明显的效果。青海省藏医院辛措吉大夫在实施药浴后,将散剂 30g 加入凡士林或适量药粉加温水调成糊状,均匀涂于患部,上敷一层薄塑料外用绷带缠绕固定,2~3 小时后取下,1 日 2 次。经过治疗,关节肿大、疼痛及活动受限全部消失的 16 例,占 94%(总共 17 例),无效 1 例,占 6%。

藏医还有许多传统疗法,如擦涂疗法、穿刺法、油疗法等,它们都与药浴有着不同程度的配合,在此不一一讨论。

2. 藏药浴与现代疗法的配合应用

随着科技的进步,人类对疾病认识的不断深入,许多现代医疗手段正逐步应用到医学领域中,藏药浴与牵引疗法配合治疗椎间盘突出就是典型的一例。青海藏医院安尔吉在治疗椎间盘突出时,每次汽浴疗法结束后,进行骨盆牵引,每日 2 次、每次 10~30 分钟,开始时 10~20kg,逐日的酌增加重量,一般总量不超过 40kg,并避免直立行走及弯腰活动,7 日后逐渐适量活动,10 日为 1 疗程,牵引期间继续服藏药如意珍宝丸加穷阿丸、二十五味珍珠丸、三十五味沉香丸。经过治疗,20 例病人治愈 4 例,显效 14 例,无效 2 例,总有效率 90%,取得显著效果。

3. 其它

在临床应用中,根据病情的需要,有时候主药也可以变动。如青海省海北藏族自治州藏医院马建军等,就以龙骨、狗骨、马骨等 1500g 加各种杂骨 1500g 为主药,黄花杜鹃、丈籽蒿、藏麻黄、甘松、寒水石等为加减药物用于治疗偏瘫证,其中 63 例,治愈 15 例,占 39.7%;好转 33 例,占 52.38%;无效 5 例,占 7.92%;总有效率为 95.08%。

从上面的许多藏药浴与其它疗法的配合当中,我们可以看出,许多时候,为适应疾病的需要,往往不是藏药浴与某一种疗法相配合,而是许多种方法配合使用,它们互相促进,使药效更好地发挥,从而治愈疾病。其实关于这方面的问题早在《四部医典》中就广泛地提到了,如《秘诀本·肝病治法》中记载:“肝病干喘证,药用梭砂贝母汤,白芷方下泻后,在短角穴少许针刺放血,浸浴疗法施治后,令服药油丸,火灸脊椎第九节。”

三、藏药浴临床研究展望

藏药浴有着悠久的历史和文化,它是一个古老而又新兴的课题。它通过机体对药物的有效成分的吸收而发挥作用,利用药性和水的特性,达到祛除疾病、养生美容、保健康复、强身壮体等作用。随着科学技术的进步,物质生活的日益提高,社会文明的进步,藏

药浴受到了越来越广泛的重视。70年代以来,在全世界的范围内掀起了一般回归大自然的热潮。药浴作为一种无创伤疗法而倍受重视,藏药浴更是以其独特的用药方式,赢得了越来越广泛的信任。

1. 继承研究 发掘整理

藏药浴是藏医学中一个不可分割的部分,它蕴含着丰富的药浴学机理和经验。《四部医典》的问世,不仅仅为藏医奠定了理论基础,更为藏药浴提供了理论依据,它不仅仅是临床经验的总结,更是临床应用的指导,所以直至今日,仍须要我们在继承其宝贵经验的基础上,总结前人药浴治疗法的经验,对传统方法进行全面的研究整理。这些对提高藏药浴的效果和推广应用,无疑会起到很大的作用。

八九十年代以来,许多机构对藏药浴进行了广泛的研究,包括应用,以及机理、免疫等等,但到目前为止未发现有藏药浴的专著。因此,我们在挖掘整理前人药浴方的同时,还须要积极搜集民间及广大藏医中间有益的藏药浴浴方。在临床应用上,首先我们应该在前人宝贵的经验基础上,不断地研究,以求提高疗效、广泛应用。同时,我们应该重视研究新的方法,扩大藏药浴的治疗范围,在风湿、类风湿等疾病的治疗,以及保健、美容等方面更好地发挥作用。藏药浴的研究,今后将更加深入,或发皇古义,融汇新识,或增缺补遗,力求完整,发前贤之未发,论前人之未述。与此同时,要从临床疾病的治疗入手,研究更多的新制剂,在临床应用上,更是不能拘泥于“五味甘露”为主药。我们必须进行大量的病例临床观察研究,大力开展协作,深入研究藏药浴的疗法特点,作用机理及有效方药的筛选。藏药浴疗法一定会在继承研究、挖掘整理中进一步完善和提高。

2. 探讨机理 推陈出新

藏药浴疗法是祖国医药学宝库中的一种重要治疗方法,她能够蓬勃发展,不仅仅是因为其在千百年间自身顽强的生命力,更是由于其独有的治疗效果。在当今医疗工作中,藏药浴已经与许多现代临床手段手段相互配合治疗,并取得了很好疗效,如与牵引配合治疗椎间盘突出等。这些都是藏药浴应用的新进展。相信在不久的将来,会开展更多的藏药浴与高科技手段相配合的治疗研究。近年来,电脑的广泛应用,为藏药浴的应用提供了更广阔的空间,我们可以更精确地用它来控制药浴的温度,药物的浓度,更重要的是,它可以帮助做临床的药物研究分析,设计最佳的药浴方案等等,力求为患者提供最完善的服务。

3. 依靠科技 不断发展

利用科学技术,进一步提高藏药治疗效果,使传统的药浴疗法不断更新和发展,一直都是研究者的理想。

由于采用了现代科学技术的新成就来武装自己,目前西医学已由细胞水平、亚细胞水平深入到分子、原子、基因水平,形成了新的医学体系;中医学博大精深,在坚持自己传统理论的前提下,近年来在某些方面更是取得了长足的进步。藏药浴在方法上还是以传统型为主的,在药液的制备方面也存在不少问题。所以,我们应该借助现代科学技术,在药液制备上、给药方法上不断改进和提高,并注意发挥藏药浴的优势,不断吸收最新科学

技术成果,使藏药浴展现出更广阔的前景,开辟更宽阔的发展道路。在不久的将来,一定会出现一批新的治疗风湿、类风湿、脑血管病变、美容、保健、康复、减肥等方面的药藏浴技术,使之为人民的健康做更大的贡献。

第六章 藏药浴的实施与护理

作为一种古老的藏医外治方法,藏药浴凭借其卓越的临床价值已得到医疗界的广泛关注,并正在作为一种崭新的临床技术被各地藏医院和其它医疗机构大力推广。在这一推广过程,藏药浴实施的原则、要领及相关的护理问题便成为藏药浴疗效能否普遍得到保证的关键。这也是藏药浴在现代化进程中的崭新课题。

第一节 藏药浴的实施原则

辨病施浴、辨证施浴、辨人施浴、辨时施浴是药浴实施过程中的四大基本原则,更是决定藏药浴疗效的关键所在。

一、辨病施浴

1. 根据病变的性质、部位、原因进行治疗

在藏药浴实施之前,首先应对病人发病的基本情况进行了解,它包括是内伤病还是外感病,是上部病证还是下部病证,是寒性疾病还是热性疾病等。总体上讲,外感病沐浴用水的温度可以稍高一些,内伤病沐浴的水温宜温和一些,上部病变多采用淋浴和洗头、洗脸的方式,而中部病证则可采用躺卧在浴池中的方式,下部病证则多采用足浴和熏蒸方式。如果病人病证较为严重,如汗多、瘙痒、斑疹这样的病证,可以采用蒸汽浴迫邪外出,沐浴时水和皮肤所接触的面积较广,一般采取全身沐浴的方式,而内伤疾病由于人体体质较弱,则多采取针对局部病变有效部位进行淋浴。例如肝病在肝区熏蒸,胃病在腹部洗浴。辨病施浴不仅表现在沐浴的位置及温度方面,而且还表现在沐浴的用药配伍方面,主要指针对病种不同,在五味甘露汤的基础上对配伍药物作适当加减。

2. 根据病变的轻重程度、病程长短施浴

一般来说,病程时间长药浴采取的方式就应该比较温和,采用药物也应在量上由少到多,沐浴的时间由短到长,沐浴时按摩的动作也由轻到重,以让病人有一个充足的适应时间;如果病程较短,病来较急,为救急起见,药液温度可以较高,沐浴时间可以稍长,药势要猛,要烈,尤其是像外感病来势较凶,为发汗可以采用较高的温度和强药力,迫使病邪外出,机体发汗。而对于慢性病人来说,由于病人机体恢复慢,正气又较弱,因此,可分阶段采取不同的沐浴方式进行洗浴,以达到阶段性治疗的目的。对于一些无菌性的疾

病,如癣证、老年无菌性瘙痒证、糖尿病等,可在设计药浴方案时,结合病人平日起居、工作、生活的特点加以安排,使之成为病人生活起居的一个重要内容,便于坚持。

二、辨证施浴

对于不同的疾病,所表现出来的证状也不尽相同,有的时候疾病相同,所表现的证状不同,而证状相同的病人可能源自不同的病,针对这种情况,药浴可以采取辨证施浴法进行沐浴。辨证施浴主要根据证状表现的部位、趋势、特点进行。例如眩晕的病人,可以在五味甘露的基础上配入各种药气上行的药物以使药效上行于脑,如菊花、蝉蜕等,而对于脚跟痛的病人,则宜加入独活、皂角刺等药物,使药气下达于足,通经活络。另外,辨证施浴的另一个特点是哪里有病就在哪里沐浴,例如眼病就用药液洗眼,鼻部病洗鼻,这一点在《四部医典》对各部位疾病的药浴实施中有非常详细的记载。

辨证施浴时药水配置也有其独特之处,例如加入滑腻的药液可以消除局部的污垢,加入较重的药液可将药力下沉,适合于治疗局部病灶及长期病证,加入温热的药液能消除寒冷的病证,而寒凉的药液又可减轻热证的证状。

辨证施浴还考虑到病证的发展趋势,例如皮肤的表证,病邪应该从外而去,辨证施浴时就采用热而发汗的方法,通过洗浴使汗孔大开;而对于腹泻这样的病证,辨证施浴就可以采用收涩的方法止泻。辨证施浴不考虑病证的原因,只考虑病证的结果,所以对一些临时性的、局部的适应病证采用药浴治疗效果特别显著。

三、辨人施浴

无论治疗何种疾病,人都是一个决定性的因素,尤其是病人,由于其环境、家庭的不同,身体素质也不同,遗传天赋的不同,职业、生活习惯、性别、年龄也不同,因此,沐浴时也应该适当加以区分。例如从家庭环境来讲,有的皮肤病人往往生活在一个相互传染的家庭成员圈内,那么在沐浴时就要严格消毒,避免相互传染,病人需要有自己的专用毛巾脚盆等,即使是公用的浴盆,也要注意严格消毒。从病人家庭遗传来看,有的病人有外用药物的过敏史,还有的病人有出血性紫癜病史,因此沐浴时要特别注意避免过敏和碰伤;而对于高血压病人,要防止长时间的沐浴,低血压病人则要禁止高温热浴。从病人的职业来看,长期从事脑力劳动的病人,采用浴缸浸浴的方式可以使身体得到完全的放松;而从事体力劳动者,则适合于用冷水沐浴健身。

四、辨时施浴

药浴实施过程中还有一个重要因素就是时间因素。在一年四季里,人的皮肤血管乃至机体都有着不同的变化,例如春天气候温和,阳气上升,此时人体的皮肤处于一种生机之中,此时沐浴宜轻柔而快捷,使人体的血脉畅流不息,阳气生生不止;而夏天天气炎热,阳气盛于外表,人体皮肤处于一种亢进的状态之中,此时沐浴应重按而快捷,可使人体的

热量得以渲泄,使阳气得以保存;秋天天气干燥,皮肤干枯,阳气收而阴气升,此时沐浴宜轻柔而缓慢,使人体的血脉柔韧有余,血流而不滞;冬天天气寒冷,阳气藏而阴气盛,此时沐浴宜重按而缓慢,使人体的阳气舒展而阴气不至过盛,这是四季沐浴的一般原则。

不仅一年四季中人体的气血状态不同,而且在一天二十四小时中,人体的气血变化也有所不同,因此每日之中的洗浴方法和原则也有所不同。例如,早起人体阳气初生,而阴气收藏,此时沐浴宜轻柔而快捷;中午阳气极盛,而阴气尽藏,此时沐浴宜重按而快捷;下午阳气渐衰,阴气渐长,此时沐浴宜轻柔而缓慢;夜晚阳气渐尽,而阴气极盛,此时沐浴宜重按而缓慢。从人的作息规律来看,早起阳气升于头面,无论冷水浴面还是热水浴面都能起到兴阳醒神的作用;而中午阳气流贯全身,此时全身沐浴则有利于经脉舒通;晚间阴气入于脑,而阳气衰于下,此时采用足浴之法能够和阴养阳,有助于夜间的睡眠和休息。这是一日之间的沐浴法则,在藏药浴实施过程中虽不必恪守,但也应给予足够重视。

第二节 藏药浴的实施要领

因为藏药浴选取药材广泛,治疗病种复杂,因此在药浴具体实施过程中药液制取的工艺并无统一标准,藏医医生针对不同病种往往积累着各自独特经验。在此只选取藏药浴实施中的一些常用方法,对药液制取方法及各类药浴实施要领加以介绍。

一、制取药液

1. 备料

将五味甘露药各取等份 500 克,研碎与青蒿 3000 克,同时放入容器中,注入开水,以没过药物为宜。浸泡一夜后,再加入 5000 克凉水,拌匀,加热、煮沸,至水份全部吸入药材中。

2. 发酵

药物冷却至与皮肤温度相近时加入酵母或酒糟,重新装入容器内并密封,置 20℃ 左右的室内发酵三天后,闻之,既有酒精味,又有酸味和药味时即可。发酵是药液制取中最重要的一环,它决定着五味甘露作用能否发挥,所以应多加重视。但如因各种原因不能酿制五味甘露汤时,可将配好的五味甘露药材研为颗粒后装入布袋,浸入水中,煮沸 30 分钟,冷却后加入高度酒 500 ~ 1500 克,再煮沸至所需温度即可。

3. 煎熬

发酵好的药材中加入适量水,放置一天,提取出药液,如此连续操作三次,至第三天把三份提取液混合。此时可以把重要的加味药如麝香,名贵药如藏红花等一起加入混合液中加温,煎熬,便得到药浴液。

一般来讲,春天煎药需 3 小时,秋天为 1 小时,冬夏原则上不做。

4. 辅料

药浴时,一般还须加入五根散 25 克,即加哇 5g、巴珠 5g、参玛 5g、然尼 5g、尼行 5g,五药研成粉末状,加入五味甘露汤中,主要目的在于增强病人体质及免疫力。

5. 注意要点

(1)发酵是制取药液时至关重要的一环,直接影响到药液的疗效,所以一定要严格控制好发酵的温度、时间等因素。

(2)名贵药和重要的加味药要适时加入。

(3)煎好的药液中,不得加入没开的凉水。

二、各类药浴方法的一般原则与要领

1. 蒸疗法(药汽浴)

(1)作用机理及适应病证

这种方法旨在借药液轻清氤氲之气,通过皮肤毛孔直透腠理,同时可通过口鼻吸入人体,因此综合性病证用蒸汽法较适宜

(2)应用方法

①全身熏蒸

密闭熏蒸法:在一个密闭小室中,将所有药物加热煮沸,蒸发气体,病人裸露,只穿短裤,坐或卧于室中,治疗室内气温从 30℃~35℃开始,渐增至 40℃~45℃,一般熏蒸时间 15~30 分钟。熏蒸后病人要安静卧床休息,不要求冲洗。治疗可每日或隔日 1 次,5~10 次为一疗程。

简易熏蒸法:用较大容器将加热点沸的药煎剂倒入容器中,容器上置木板,病人裸坐其上,用被单围住全身,仅露头面进行熏蒸。传统藏医药浴还有陈骨浴,即以生锈的动物朽骨熬煮于锅中,用其水汽或水进行治疗,对隆性病证效果更好。

②局部熏蒸

将加热煮沸的药液,倒入适当大小的容器中,让病人将患部置于容器中,离药液一定距离,其上可敷毛巾不使热气外透,进行熏蒸。

(3)注意事项

①蒸气浴室应设有观察窗口,治疗时工作人员应随时注意病人情况,以便作相应处理,简易熏蒸治疗应注意避风保暖,防止受寒。

②局部熏蒸时,患部与药液之间保持的距离可根据药液的温度不断调整,以温热舒适不烫皮肤为度。

③恶性肿瘤、癫痫、急性炎症、心功能不全、慢性肺心病、热证病人有出血倾向者禁用此法。

2. 缚浴(菴浴)

缚浴分清热敷浴和祛寒敷浴两类,现分述如下:

(1)清热敷浴

①作用机理及适应病证

用含有药液的冷布较长时间地反复作用于病变部,使药液的药性透入病变部位,使毒气逐渐吸收到冷布巾中,从而使局部热证减轻。和药水浴相比,其作用部位较小,因此清热敷浴较适于局部热性疾病。

②应用方法

常用的清热敷浴大体上有两种方法,现分述如下:

其一,油糊膏:将药物(包括各种谷物粮食)研成细末,在药粉末里加上调剂(芝麻油、陈年植物油等)调和均匀制成糊状,装入干净的布包内,包扎或放置于病患部位,但不可过紧。

其二,水糊膏:将药物(大多为无毒的植物鲜花)放于锅内,加水浸没药物为度,用文火煎煮后,去渣取液,而制成药液剂。将纱布或脱脂棉在药液里浸泡后,用浸过的纱布或脱脂棉敷于穴位或患处,外盖油纸或塑料薄膜胶布固定。

(2)祛寒敷浴

①作用机理及适应病证

借助湿热之力,使药性通过皮毛腠理,而循经运行,温中散寒,畅通气机,调整脏腑,达到治病目的。但和清热敷浴一样,作用部位较小,因此较适于局部寒性疾病。

②应用方法:常用的祛寒敷浴大体上有两种方法,现分述如下:

其一,把动物粪如鼠粪、鸽粪和辅药放锅内用慢火炒热;加入酒精,混合均匀后用布包包好,固定于病灶部位。

其二,把各种动物骨打碎后放入锅内,加入适量酒煎熬后,去渣取液,而制成药液剂。把敷巾放入热药液浸透,捞出拧去多余的药液,直接热敷于患处(可先在皮肤上涂一层凡士林油)。每3~5分钟更换一次药巾,时间为20~30分钟。

(3)敷浴法注意事项

①辨清病性,正确选择敷浴法。

②所敷部位包括穴位和患处要严格消毒,破口处可先用高锰酸钾溶液洗净脓血,拭干后再进行敷浴。在患处或红肿部位及有关部位,可先用75%的酒精消毒。

③热敷温度要适当,既不可过高,以免烫伤皮肤,也不能太低,以免影响疗效,治疗时可随时询问患者对敷料的冷热感觉。

④寒冷季节应注意保持室内温度,预防感冒受凉。

⑤正确掌握敷浴对象,对五官病患者敷浴时应特别小心,要无菌操作。对皮肤破损以及药物过敏体质者,不宜使用。孕妇禁用麝香类有堕胎或副作用的药物,以免引起流产或影响胎儿发育。治疗中出现不良反应,如疼痛、变态反应、病情加重等,应立即中止治疗。

⑥使用本法的同时,还可配合其它方法,以提高疗效。

3. 药水浴

(1)作用机理及适应病证

本法可使药液较长时间地作用于患部皮肤直达病所,并可借洗浴时药液的荡涤之力,而发挥清热解毒、祛风除湿、杀虫止痒、软化角质、祛腐生肌等效力。由于较长时间浸泡,药物还可通过皮毛、俞穴,由表入里,循经内传,以调节人体气血阴阳,扶正祛邪。因此,该法除擅长治疗一些外伤科局部病证外,还可用于治疗内、妇、儿等科的一些全身性疾患。具体来说,水浴疗法,以五种天然温泉治疗相应疾病为最优。其作用是治疗外散于肌肉、内伏于骨髓之伤热、毒热及陈热等各种热病,并对各类疔痈、一般脉病、肢体强直或拘急以及肾亏腰曲、肌肉干瘦等陈旧宿疾,可得到根除而获良效。但在不能获得的情况下,可用五味甘露汤进行温浴。

(2)应用方法

①局部浴法:在原配制好的药液中,以患处为中心浸泡半小时,一天二次,七天或十天为一个疗程,局部浴法对治疗机体某一局部病变,缓解疼痛有良好效果。

②全身浴法:浴者可静静地仰卧浸泡于浴盆或浴池中,水面不超过乳头水平。洗浴时轻推或活动功能障碍的肢体,或推拿揉搓疼痛部位,以起到水中按摩或水中体操作用。通常情况下,药浴七至十天为一疗程。浸浴分上、下午各一次,浸浴时间及温度有所变化,比如第一天水温 $38^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 浸浴时间 $20 \sim 30$ 分钟,此后,逐渐加温并延长浸浴时间,至最高温度为 46°C ,时间 $40 \sim 60$ 分钟,即依次降温,至疗程结束时水温为 38°C ,时间 $40 \sim 60$ 分钟。

热水浸浴时,因全身大量汗出,头部最好敷以冷毛巾,浴后应休息,补充饮料,防止其它意外。

(3)注意事项

①浴前要经医生检查,非适应病症不得入内,且做好精神和身体上的准备。

②水位要在乳头水平以下,减轻心脏对水压的负担,防止胸口压力增大而导致呼吸困难。

③空腹,饱食,激烈运动前后,饮酒后都不应直接入浴。

④药浴的时间和温度的变化要循序渐进,因人而异,以浴中感觉舒适为度,不可一日药浴多次或连续浴疗多个疗程。

⑤浴中若有不良的药浴反应,应采取及时的护理(具体操作见下一节浴中护理)。

⑥出浴后可稍补水份,但不可过量,一般在半小时后方可饮水,浴后应保持安静,充分休息,加强饮食营养,戒烟忌酒,不可立即进行其它物理疗法。

三、藏药浴的时间选择

药浴治疗的最佳季节为春、秋两季,首先因为春秋两季气候温差不大,并且人体也处于阴阳消长变化的关键时期,所以在此时治疗,病人容易接受且疗效较好。其次春秋两季的水质相对较好。但也应随机应变,如风湿发作季节也是治疗风湿病的最佳季节。

一般情况下,7~21天为一个疗养阶段,每洗7天后休息1~3天,然后再洗下一个7天后休息,这样连续三个7天为一个疗程。

第三节 藏药浴的护理

正确科学的护理是传统藏药浴治疗中必不可少的内容。目前,随着医疗卫生事业的发展,藏医院对医、护、药有了明确的分工,藏药浴的护理也越来越体现出了它的重要性。

藏药浴的护理可分为浴前、浴中、浴后三个方面。

一、浴前护理

1. 做好浴前卫生管理工作

用2~5%来苏尔及0.2%过氧乙酸清洁消毒药浴池及药浴用具,清洗室内外。及时更换药液,保持药液清洁卫生,避免交叉感染。

保证药浴室内空气通畅,温湿度适宜,使病人感觉舒适。

2. 浴前体检

测量病人体温、血压及心率,并认真记录检查结果。

3. 做好浴前心理疏导

病人由于离开了原来的生活环境,骤然进入医院,生活规律被打乱,心理上难免会产生各种复杂反应,不同程度地出现紧张、焦虑、恐慌、消极,甚至不合作治疗的现象。为避免这种情况,护理人员应当首先给予病人必要的解释和针对药浴疗法的宣教,使其了解治疗的意义及相关注意事项,从而树立治疗信心。在治疗中,一定要善于理解病人的心理需求,对已经发生或可能发生的各种心理障碍和异常行为进行耐心细致的处理。

4. 测量药液温度

药液温度要适宜,若过热易烫伤皮肤而出现较重反应,过低不仅达不到治疗效果,而且容易导致腹胀、腹泻等不良反应。一般而言,第一天药液温度应在37℃~38℃,第二天开始逐渐加温到39℃~43℃,遂即依次降温,至疗程结束时为38℃。由于不同病症所需最适水温不尽相同,因此,还需要结合疾病类型及病情需要选择合适温度。例如对于皮肤病患者,35℃~40℃的低温疗效较好,而风湿、类风湿等各种骨关节病患者则适合在40℃以上的高温药液中洗浴。

5. 浴前护理注意事项

(1)治疗前患者须停服激素与非甾体类抗生素类药两周以上。

(2)体弱及病情不稳定者,行浴前须口服八味沉香散5克或二十味豆蔻散6克。

(3)非适应病症者不得入浴。空腹者及饱食2~3小时内不得入浴。

二、浴中护理

1. 协助患者完成洗浴过程

先指导患者双下肢浸入药液中,并嘱患者用药液摩擦胸部及心前区,待患者适应药

液后,要求患者两肩、双手务必浸入药液中,头部和前胸露出水面,以减轻心肺负担,避免出现心悸、胸闷、气短等现象。在此期间,随时提示患者入水时动作要轻,防止药液溢溅于眼、鼻、口腔内。

在洗浴时,可辅助患者轻缓地推动药液以增加药气与皮肤的接触面积,加强摩擦刺激,也可轻摇其身体,轻推活动功能障碍的肢体或推拿揉搓其疼痛部位,以起到水中按摩的作用。注意切忌大动或猛搅,否则药气会大量从水面逸出,影响治疗效果。洗浴按摩时用力不宜过重,以免损伤皮肤。对于患有高血压的病人,在洗浴时应指导其先洗下肢,使下肢血容量增加而头部血容量减少。患有低血压的病人则正好相反,应先洗头部,使头部血管扩张,相对血容量增加。这样既能达到调整血压的疗效,又不致发生晕池。

2. 合理安排洗浴时间

药浴治疗期间应有规律地作息。初次浸浴时间不宜过长,一般为 20~30 分钟。可根据患者的耐受力做适当调整。从第二天开始逐渐延长至 40~60 分钟。每天洗浴不宜超过两次,每次下水浸泡 2~3 次即可。

3. 保持水温舒适度

洗浴过程中,如果水温下降,要适当加温,取舒适为度,不得随意兑水放水。为补充药力,每隔几天要再加一些新煎的药液以保证疗效。

4. 及时、正确处理药浴反应

严密观察病人的身体状况,包括面色、表情、意识、血液循环、皮肤色泽、全身温度等,并作好详细记录。特别是对儿童、年老及半身不遂的患者要注意防止摔倒、虚脱等情况的发生。一旦出现不良反应,要立即测量病人呼吸、血压、脉搏,尽快报告医生给予及时处理。常见药浴反应及处理方法如下:

(1)头晕、头痛、额头及枕骨剧烈疼痛时,应停止药浴,并予口服二十五味珊瑚丸或七十味珍珠丸。

(2)呼吸困难、口唇紫绀、心率大于 120 次/分,应立即给予持续低流量吸氧直到症状解除。

(3)出现脑压增高症时,应停止药浴,用三十一沉香散熏闻,并予 25% 甘露醇快速静点。对昏迷不醒者,用西地兰 0.4 毫克、心得安 1~3 毫克稀释后静推。

5. 其它注意事项

(1)洗浴中切忌使用肥皂、洗发膏等化学洗涤剂或化妆品,防止与药液发生化学反应而影响治疗效果。

(2)洗浴时以前额微汗或小汗为止,严禁大汗淋漓。

三、浴后护理

1. 发汗

出浴后指导或协助患者用毛巾将身体擦干,擦拭时用力要轻,以保护好附着在皮肤表面的药物活性薄膜。然后穿上浴衣,平卧于较温暖的房间,用被子盖严患者手足,用毛

巾包裹头部,暴露眼、口以避风取汗。发汗时间为8~15分钟(图6-1)。

2. 补液

发汗期间,体内水份大量丢失,应适时适量给病人服用补液盐水,并记录出汗量的多少。不宜给病人饮用茶水,因茶水有利尿作用,会加重体内水份的丢失。出汗期间护理人员要注意保持被褥干燥,避免受凉。

3. 擦药按摩

药浴后因体力耗损较大,易出现头晕、耳鸣、乏力甚至呕吐、气血紊乱。应根据病人体征和医生经验,在发汗后1小时左右进行擦药、按摩,使毛孔闭合,避免风邪入侵。具体方法是将阿贵丸、三十味沉香丸砸碎放在融化了的酥油里煎熬,待降温后,将所得药膏涂抹于皮肤表面并做按摩。



图6-1 浴后发汗图

4. 叮嘱患者做好以下自我护理

(1)饮食护理。多吃新鲜蔬菜及高营养、高蛋白、高热量且易消化的食品。多饮营养丰富的汤类(鸡、鱼、骨等汤)、奶类及各种果汁。少食油腻肥甘、辛辣、生冷、酒类等刺激性食物。特别是皮肤病患者,要绝对禁忌辛辣、酒类以及鱼、虾、蟹、猪肉等荤腥发性食物。调查资料显示,凡出院后又复发的皮肤病患者90%以上都是因饮酒或食辛辣食物所致。

(2)出院后短时间内避免洗头、洗澡,注意全身保暖,防止吹风着凉。特别是风湿、类风湿性关节炎、坐骨神经痛患者,要避免潮湿、受凉、劳累。

(3)坚持体育锻炼,增强肢体功能。

(4)尽量少行房事。

(5)不宜进行大量放血、械疗。

四、护理过程中的注意事项

1. 药浴要选择适当的时间。饭前、饭后不宜进行药浴治疗,前者容易发生低血糖,使人感到周身无力、头晕、恶心、心慌等,后者易引起消化功能障碍,又增加心脏负担。

2. 酒后不宜立即药浴。饮酒后人的身体微微发热,如果立即进行药浴,灼热的身体遇到冷水的刺激后,会引起肌肉、血管等急剧收缩甚至痉挛;如水温过热,又会加快心跳和血液循环,导致心脑血管病发作,高血压、冠心病、动脉硬化等患者,可引起心绞痛、心肌梗塞、中风甚至危及生命。

3. 药浴时不要过度搓擦皮肤。因为老年人的皮脂腺有不同程度的萎缩,如果用毛巾用力搓擦,会损伤皮肤的自然保护功能,导致细菌从皮肤的微小破损处侵入人体内,引起炎症。

4. 药浴不要时间过长。如果在药液中久泡,皮肤的毛细血管扩张,容易引起大脑暂时性缺血,严重时可晕倒。患有高血压、动脉硬化的老年人,在热水中久泡,有诱发中风

的危险性。

5. 使用矿泉浴疗法时,更要事先经医生检查,然后针对不同病情选择矿泉及具体方法,切不可看成一般的洗澡而草率从事。浴中如果出现头晕、恶心、心慌等现象,应缓慢出浴,静卧片刻休息。但浴后反应重,持续时间长,是不适合沐浴的表现,应及时停止使用。

6. 空腹、过饱、暴怒、月经期、妊娠期不宜施行药浴疗法。空腹沐浴,由于沐浴过程中身体消耗很多热量,中老年糖元贮量较青年少,容易因血糖过低发生低血糖性休克。如果饭后立即洗澡,会因气温的升高,热量的刺激,使皮肤血管膨胀,消化器官中的血液相对减少,从而妨碍了食物的消化和吸收,老年人或有心血管病者,应先进行部分药浴,再做全身浴。浴后出汗多,应先喝些果汁、糖盐水等饮料,不要马上喝开水,或吸烟、饮酒。药浴结束后要卧床休息,不要直接吹风。

7. 采用药浴的患者,应长期坚持,方能获得明显疗效。

8. 对药物外用有过敏历史的病人应注意洗浴后身体的反应,以免由于过敏而引起身体的不适。

9. 在保健沐浴中对于红肿较为明显的感染病症可采用先浴后擦,以有利于症状的改善;而感染较为明显的病症可采用先擦后浴,以有利于药物的吸收。

10. 对于局部症状严重而全身症状较轻可采用先熏后浴法,以先解决局部症状为主;对于全身症状较重,而局部症状较轻者,可采用先浴后熏,以先解决全身症状为主。

11. 对于疼痛症状较为明显的患者,可采用先按摩止痛,后沐浴的方法;对于疼痛症状较轻的患者可先沐浴后按摩。

12. 对于一些体内热毒较为严重的患者,洗浴时可采用离心方向揉擦以排毒外出;对于一些虚弱症状明显的患者,可采用向心方向揉擦沐浴方法以补元气。

第七章 风湿类疾病

藏医将风湿类疾病分为“真吾”与“白脉”两种,认为其与居住环境、饮食等有很大关系。据《四部医典》记载,其病因为“因缘湿腴境与油腻食,未经轻糜未熟黄水盛,驻于骨肉筋腱生湿痹”。即因居住在潮湿的地方,或过量食用高脂肪的食物,或感受风寒湿邪,或情志不畅,而致精华不生,黄水增多,自身免疫力低下,黄水滞留于肌肉筋骨之间形成湿痹证,可分为肉痹、骨痹、脉痹、水痹、白痹、黑痹六种。

现代医学中的风湿类疾病(rheumatic diseases)是一组以内科治疗为主的肌肉骨骼系统疾病,包括弥漫性结缔组织病及各种病因引起的关节和关节周围软组织疾病。风湿(rheumatism)一词指关节、关节周围软组织、肌肉、骨出现的慢性疼痛。

在现代医学中,风湿病学仅有 60 余年历史,为一门新兴学科,其涉及的病种范围甚为广泛,病种达 100 种以上。这类疾病的发病率很高,据国外统计占人口的 10% 左右,其中有些严重危害人民健康。长期以来,这些疾病一直分散在内科、儿科、骨科、皮肤科和神经科等开展研究和治疗,其中风湿热性关节炎、类风湿性关节炎、痛风、强直脊柱炎等几类疾病严重影响人们的生活健康,被称为“不死的癌症”。藏医在治疗这几类疾病中积累了大量经验,有着自己独特的认识,尤其是利用药浴等方法加以治疗,更显示出明显的优势。

第一节 风湿、类风湿性关节炎

一、概述

1. 风湿(热)性关节炎

风湿(热)性关节炎是风湿热的一种表现症状,现在多把它单独提出来作为一种病症加以讨论治疗,因为传统医学如中医对风湿的认识在国内有很大影响,往往在病种界定时有些含糊,但是总体上讲从已验证的事实上看,其病因病机是不相同的,但由于症状表现的相似,往往引起人们的误解。

现在认为风湿热是一种反复发作的由 A 组乙型溶血性链球菌感染引起的急性或慢

性全身性结缔组织疾病,主要累及心脏、关节、中枢神经系统、皮肤、血管及浆膜等胶原组织。其急性期多表现为游走性多发性关节炎、发热、心肌炎;少数是 Sydenham 舞蹈症、皮下结节和环形红斑。本病易复发,急性发作后,常遗留心脏损害,特别是瓣膜病变,从而形成慢性风湿性心脏病。

2. 类风湿性关节炎

类风湿性关节炎主要侵犯关节,特别是滑膜关节,是一种以慢性、对称性、多关节炎为主要临床表现的全身性自身免疫疾病。病因不明,但是发病机制是由免疫反应引起的滑膜炎招致的关节一系列病变,不仅引起软骨、骨的侵蚀,晚期还可致关节的强直、畸形和功能的严重受损,也简称类风关,其特征是持续反复、进行性的关节滑膜炎、渗液、细胞增殖及血管翳形成,通常以对称性的手、腕、足等小关节病变为多见,可导致关节软骨及骨破坏,进而引起关节强直、畸形而功能丧失。本病呈慢性过程,临床表现多种多样,往往发作与缓解交替进行,致残率较高。由于可出现全身性的多系统受损,如浆膜炎、动脉炎、巩膜炎、虹膜炎、间质性肺炎、肾淀粉样变、神经病变、淋巴结肿大、脾大、类风湿结节等,又认为本病是免疫系统调节紊乱所招致的炎症反应性疾病,称为类风湿病,属结缔组织疾病。

二、临床表现

1. 风湿(热)性关节炎

(1)前驱期症状:发病前大多数病人有急性咽炎或扁桃腺炎等溶血性链球菌感染史,约 1/3 患者无明确链球菌感染史。复发病例半数以上有链球菌感染史,多数病人临床表现为发热,咽喉疼痛,颌下淋巴结肿大,周身疲乏,无食欲或食欲减退,咳嗽等。从链球菌感染至风湿热发病中间有一潜伏期,潜伏期最短不少于 1 周,最长不超过 5 周,平均约 18 天,复发时潜伏期亦不缩短,且潜伏期中无任何急性炎症的临床表现与实验室异常。

(2)起病:多数急骤发病,患者周身不适,食欲不振,并有发热。大部分为不规则的轻度或中度发热,常随关节炎的游走呈同期性起伏,亦可持续数周逐渐下降。往往伴有心动过速、多汗、贫血、鼻衄等症状。

(3)关节炎:为最常见的临床症状,且在 80%~85% 成年病例中为仅有的临床表现,典型者呈游走性关节炎,常对称累及膝、踝、肘、腕等大关节,髌、肩及脊柱关节较少侵犯,有红、肿、热、痛及功能障碍。多数病变在关节炎发病的第 1 周症状最重,少数在 2、3 周较重,但在第 4 周末大部分患者关节炎症状消失,少数经抗风湿治疗仍然复发。急性炎症消失后,除个别所谓 Jaccoud 型关节炎外,一般关节功能完全恢复,不遗留关节强直及畸形。

(4)其它症状

①心脏瓣膜炎:为风湿热最重要临床表现,心脏瓣膜炎轻者无明显症状,仅因关节炎等其它风湿热表现,经医生检查而发现。重者可致心衰死亡。

②皮下表现:皮肤出现环形红斑和皮下结节。

③Sydenham 舞蹈症:其特征是无目的地不自主快速运动,常伴有肌肉软弱和(或)行

为异常。它是风湿热发作的征兆,这时其它风湿热特征可有可无。

2. 类风湿关节炎

(1) 关节病变

RA 病变可侵犯人体全身 187 个滑膜关节中的任何一个关节,尤其活动度大、内部稳定性小的关节更容易发生滑膜炎。各关节受累的频率依次为近端指间关节、掌指关节、腕、肘、肩、踝、髋关节等。而中指近端关节被认为是最容易被侵犯的关节。

当病情持续到中晚期,病情呈慢性、迁移性,依次表现为关节肿胀、滑膜炎、渗液、细胞增殖及血管翳的形成→活动关节受限→关节面移位、脱臼→关节韧带、关节囊及关节周围组织破坏→关节强直或畸形→残废。

典型的关节畸形,如掌指关节向尺侧半脱位,形成尺侧偏斜,近端指间关节丧失伸直功能,远端关节过伸和屈曲而呈“鹅颈”畸形、“纽扣花”畸形,甚则关节背侧望远镜畸形手等,掌指关节由于被大量吸收,手指明显缩短,指关节松弛不稳,掌指关节背侧肿胀,骨间肌萎缩。

(2) 晨僵

晨僵是 RA 患者的主要的症状,也是临床诊断的主要依据之一,是指早晨患者睡醒后,出现关节发紧、僵硬、活动不灵便或受限,轻者起床活动或者温暖后,即可缓解或消失,其持续时间长短,被认为衡量病变活动程度的标准之一。一般将晨僵分为三度:①轻度:有 1~3 个关节晨起或者睡醒后 15~60 分钟后缓解或者消失。②中度:有 4 个以上关节,晨起或者睡醒活动数小时以后缓解或者消失;③重度:有 7 个关节以上,严重晨僵,活动往往难以完全缓解,必须借助甾类抗炎药。关节晨僵常持续 1 小时以上,晨僵时间的长短与病情程度呈直接关系,晨僵时间越长,其病情越严重,临床上把其作为病情变化和活动性的指标。

(3) 疼痛

关节疼痛程度与关节肿胀的轻重程度有关,肿胀越明显,疼痛越重,不仅由于滑膜炎,而且与关节周围组织的炎症有关。其特点是静止休息时不疼或减轻,刚活动时疼痛加重,活动之后减轻,表明关节周围炎症较轻。另一种自发性疼痛,在静止状态下疼痛,活动后更痛,表明关节炎症严重,病变处于急性进展期,关节功能严重受限,一般需要应用止痛剂才能缓解。

(4) 游走性与对称性

晨僵与疼痛,经常是此起彼伏、此重彼轻。病变早期游走间隔时间比较短,一旦关节肿胀后,游走时间间隔可延至一个月以上,以后往往多个关节相继肿胀或疼痛,多呈对称性。

(5) 类风湿皮下结节

这种结节的病理特征是结节中心为不规则的纤维样坏死,其中含有 RF 免疫复合物,其周围包含大量的成纤维细胞、淋巴细胞和巨噬细胞,外层为肉芽组织,其后逐渐变为成纤维细胞和致密的结缔组织硬结。结节的出现,多见于类风湿高度活动期,并提示有

并发症,因此可以作为明确诊断、判定病变活动度和提示预后的指标之一。

(6)类风湿性血管炎

类风湿性血管炎可以累计全身任何一个脏器,如皮肤、肌肉、眼、心脏、血管、神经等组织,是关节外损害的基础。发生在皮肤及其周围血管,可见到皮肤有棕色皮疹、小片状损害或紫癜,牙床有瘀点或瘀斑;肌肉可因血管炎导致局灶性肌炎、肌萎缩和变性等等;血管炎的病变基础是免疫复合物及其补体在血管壁的沉积以及淋巴细胞浸润的结果,是一种重症类风湿的表现,除有严重的关节症状以外,往往出现高热、寒颤、贫血以及肝、脾、淋巴结肿大、白细胞增多,甚至全身进行性衰竭。

(7)其它:心脏损害、胸膜及肺损害、神经系统、眼等损害,还可出现干燥综合症、Felty综合症等。

三、病因病机

1. 风湿(热)性关节炎

(1)西医

本病的发病病因尚未完全明了,但主要与A组乙型溶血性链球菌感染、自身免疫机制、遗传易感性有关。主要包括以下几个方面:

①风湿热的流行与分布地区往往与溶血性链球菌疾病的流行与分布有关。

②风湿的发病常有咽部链球菌感染史。

③无论初发或复发风湿热病人,血中都有链球菌抗体反应。

④用青霉素治疗链球菌咽炎可预防初发风湿热;连续使用青霉素控制链球菌感染可预防风湿热复发等,均间接证明A组乙型溶血性链球菌感染与风湿热发病有关。

但在风湿热病人的血培养和死亡病例尸检中,查不到链球菌,亦不能证明与之有关。用链球菌感染动物不能造成有风湿热性的动物等多种证明不是链球菌直接引致的疾病。

近年来,发现A组链球菌的细胞壁上含有一层蛋白质,由M、T和R三种蛋白组成,其中以M蛋白最重要,既能阻碍吞噬作用,又是细菌分型的基础,亦称“交叉反应抗原”。此外,在链球菌细胞型的多糖成分内,有一种特异抗原,称为“C物质”。人体经链球菌感染后,有些人可产生相应抗体,不仅作用于链球菌本身,还可作用于心瓣膜,从而引起瓣膜病变。

(2)中医

中医认为本病的发生有内外两方面的原因:内因素体虚弱,卫外不固;外因为居处潮湿,或涉水冒雨,或气节交变,或因饥饿劳倦,风寒湿热之邪乘虚入侵。外邪一方面经鼻入咽,发为咽喉肿痛,另一方面经肤表而入肌肉、经络、关节、内脏。外邪内侵,邪正交争而为发热;外邪损伤卫气,而为自汗;外邪结聚肌肉而为皮下结节,损伤肌表血络而为红斑,痹阻经络关节而为关节肿痛。外邪入侵脏腑,而致脏腑功能失调,其中心脏最为突出,表现为心悸气短、脉数或促涩或结代;外邪上犯,扰乱心神,引动肝风,出现肢体不自主无规则地舞动即所谓舞蹈证。

总之,本病病因病机在于素体不足,卫外不固,风寒湿热之邪侵,初病邪在肌表经络,进而侵入筋脉肌肉,表现为发热、关节红肿热痛,个别伴有皮肤红斑、皮下结节,进一步发展则内舍于心与心包,耗伤心气心血心阴心阳,表现为心悸气短、脉虚数或脉律不整。个别于疾病后期出现虚风内动,表现为舞蹈证。

(3)藏医

藏医认为的病因是患热证初期白天睡觉,缺乏营养,剧烈活动等原因引起热邪扩散;或患热证后放血过早,过量饮酒所致,或时疫扩散所致。这种藏医所谓的新痹证发病快,有些还有传染的危险,可分良性痹证与恶性痹证两种。

疾病的证状大致与痹证相同,但由于病邪入侵部位不同,证状也有所不同。有些患者胯骨、腰及股骨疼痛;有些患者虽然疼痛不太严重,但疲乏无力;有些因为三因素乱,出现浊热证状和鼻衄。多数患者起先头痛、四肢关节疼痛、皮肤酸麻不忍触摸、战慄、恶寒、多梦,以后病邪逐渐向下侵入胯腰及关节。但无论病邪侵入到身体任何部位,食欲正常。

如果是良性痹证,则疼痛较小,脉与尿呈寒象,若是恶性痹证,疼痛剧烈,脉与尿均呈热象,发病部位肿胀或干燥,皮肤紧皱。有的膝弯蜷缩、牙龈糜烂出血;有的并发上体刺痛、鼻衄、“布日巴达”、水肿、失明等。

2. 类风湿关节炎

(1)西医

RA 的病因,目前尚无定论,一般认为与感染、遗传、免疫、内分泌、代谢、营养及物理因素有关,尤其感染及免疫与 RA 的关系似乎更密切。

①感染因素 包括细菌、支原体、病毒、原虫等感染后,在机体内作为持续存在的抗原引起的连续免疫反应。据统计,50%~80% RA 病人是反复链球菌感染之后 2~4 周开始发作的。近十年来,病毒感染在 RA 的发病中越来越受到关注,许多证据表明 EB 病毒感染在 RA 的发生和发展过程中可能有作用。此外,还有资料提示 RA 与 Ross-River 病毒、T 细胞白血病病毒、逆转录病毒感染有关。

②遗传因素 本病似乎有遗传倾向,家谱调查结果表明,RA 病人家族中 RA 的发病率比健康人高 2~10 倍;RA 病人的单卵孪生或者双卵孪生子也易患 RA,这都说明本病遗传因素的作用。

③其它因素 RA 女性多于男性、更年期妇女患病率达高峰;女性患者妊娠期病情可以缓解,提示 RA 与内分泌有关。营养不良、代谢异常、寒冷、潮湿可能作为本病的诱发因素,但 RA 病人的内分泌功能与代谢均未见异常。

RA 的发病机制,虽不十分清楚,但近年来许多学者通过实践研究和临床实践,认为 RA 是一种自身免疫性疾病,免疫发病机制已被普遍承认。

在 RA 的发病机制中,除体液免疫外,还有细胞免疫参与。但总体上说,RA 的免疫发病机制较为复杂,在其体液与细胞免疫紊乱中,近年来对热休克蛋白抗体,以及滑膜细胞表达的某些肿瘤细胞等与 RA 的关系引起瞩目,有待于进一步研究。

(2)中医

中医认为寒冷、湿、热、毒、过劳、内外伤、产后及七情失调等因素均为类风湿疾病发病诱因,而禀赋素亏、气血不足、肝肾亏损、复受风寒湿热是类风湿疾病的主要因素。

病机特点可用“虚”、“寒”、“湿(热)”、“瘀”、“久”、“变”六字概括。

虚:素体正气亏虚、肝肾不足或劳累过度,损耗正气是本病的病因,在本病的发生、发展过程当中自始至终起着重要作用。正气亏虚,外邪易于入侵;且正气既虚,无力祛邪外出,致病程浸淫,不易痊愈;邪气肆虐日久,进一步损耗正气,正虚邪实反复,病情日趋恶化,终致关节畸变,甚者脏腑受损,危及生命。

寒:体虚风寒外袭,寒凝血涩,闭阻经脉,久则经络骨节不利,不通则痛,致关节肿痛不利;且肾主水,应于冬季,寒气为冬季主气,故肾虚之人,寒邪特别深入,深筋着骨,致筋骨损,渐成此病。

湿(热):风邪易于速去而湿邪浸淫,风寒与湿邪相和,缠绵难以速去,致病程漫长;且湿郁日久,亦可化热成毒,毒热相搏气营,经脉胀满,亦可见高热、关节灼热肿痛之证。毒热煎熬,营阴受损,肌肉、经脉、骨节失于濡养,日久致肌肉瘦削、筋挛骨损、脉痿诸证;甚则化火,上犯神明,产生诸多损证。

瘀:风寒湿热之邪留滞筋骨关节,气血闭阻,经脉不畅,日久成瘀,致关节肿大变形,僵硬。且久病成瘀,瘀久化热,瘀瘀、瘀热相搏,致本病证候复杂,变化多端,表现各异,亦可加重本病的病情变化与发展。

久:本病病程漫长,易反复发作,既病之后,除约 1/4 ~ 1/5 患者呈直限性病情或自愈之外,大多数罹患终生。

变:一指关节畸变;二指“五脏各有所合”,痹病日久,则内含其合而致五脏诸多变证:内含于心,则心悸胸闷,其则上扰神明,而癫狂病发作;舍于肺则咳嗽,气急,喘促;舍于脾(胃)则胃纳谷减少,脘腹饱胀,其则呃逆、呕吐、便溏、泄泻;舍于肝则胁痛、肋助不利,其则呕血;舍于肾则水肿、尿少,甚则水气凌心、心悸、气促发作。

(3)藏医

现代医学的类风湿性关节炎相当于藏医讲的湿痹,它是关节腔内黄水积聚,关节如粉碎样疼痛的一种疾病。

藏医认为本病的诱因与饮食起居密切相关,如居住于潮湿油污受凉处,日常饮食油腻高营养,酸性食物等过量,活动量少,生活不规律等因素,导致三大要素失去平衡而诱发。其或是久居寒湿之地,或是饮食不节,脾胃不合;或是医生用药不当,伤及脾胃;或是津液运行失调等等,最终造成体内黄水积聚,停留于骨、脉、肉、筋、关节等处,犹如中医所谓的气滞血瘀,痰浊阻络,而致神疲乏力、皮肉涩胀、关节肿痛、四肢麻木、活动不利,继而发生肌肉萎缩、筋腱拘挛、骨质疏松、关节变形等证状,病情反复,甚者可致终身残疾或死亡。因为三因中的培根位于胃部,运行在五脏,功能是主消化,将饮食分解为精华与糟粕,补偿损伤等;“消化赤巴”位于胃部的消化与未消化的食物中,功能是主消化,将食物分解为糟粕,产生体温,伴有其它四种赤巴增生力量。“能和培根”位于胃及全身的关节处,功能是连接关节主伸缩、润滑关节等。由于患者的饮食起居、生活不规律等因素,会

逐渐导致上述三种分支要素的平衡失调而产生功能紊乱及低下,逐渐造成脾胃虚弱,并形成七种物质代谢功能紊乱,最终导致免疫功能低下,邪气乘虚而入,脊柱骨质逐渐疏松变形,不能直立,腰弯项垂而渐发疾病。

本病可分为肉痹、骨痹、脉痹、筋腱痹、白痹、黑痹 6 种。

如《四部医典》所述:“痹证脉象表洪深处滑,尿象尿液色黄蒸汽大,确诊证状如黄鸭背”。也就是脉搏闪跳细而数,特别是深处滑跳,尿象色红或偏黄。长期恶寒,肌肤酸麻,不忍触之,面部油腻,头及膀、腰刺痛,倦怠无力,消瘦出汗,四肢轮番疼痛,鱼肌艰于伸缩,关节、骨肉酸痛,筋腱强硬,动辄疼痛难忍,身体仰俯困难,夜间疼痛尤甚,白昼不能入睡,夜间失眠不寐。

肉痹:本证是培根与赤巴偏盛所致,症见浮肿、肌肤色黑、四肢麻木、肺心不适、鼻衄、骨肉有剥离感。

骨痹:因隆偏盛所致,证见口渴、骨骼灼热、肌肉消瘦、关节骨折样刺痛、不能活动,如果他人触动或闻听大的响音则如坠入深渊样疼痛难忍。

脉痹:因血偏盛所致,证见肤色淡枯、肺心不适、胯肌疼痛如断、全身诸脉胀硬作痛。

筋腱痹:证见肌腱僵硬战慄,僵直或干缩。

白痹:因灰黄水所致,证见寒盛、肿而痛少脉及尿呈寒象。

黑痹:因黑黄水所致,证见热偏盛、四肢干酸疼痛、肌肉肿胀或干枯、肌肤发黑、脉象皆呈热象、鼻衄。

痹证常于春季患病,入秋发作,或冬季患病,入春发作。

四、综合诊断

1. 风湿(热)性关节炎

对风湿热尚无特异性的实验室检查,目前主要从两方面协助检查诊断。①确立先前的链球菌感染,可用咽拭子培养和血清溶血性链球菌抗体测定等检验方法;②明确风湿活动过程的存在和持续,可通过血细胞计数和形态变化,非特异性血清成份变化,免疫指标的检测,加上心电图、X 光检查等来明确诊断。

2. 类风湿关节炎

因为类风湿性关节炎是西医的病名,所以目前各种诊断标准以西医为准。

(1) 诊断标准

1987 年美国风湿病学会(ARA)提出的 RA 的分类研究标准:

晨僵至少持续 1 个小时以上,持续 6 周以上;

有 3 个或者 3 个以上的关节肿胀,至少持续 6 周以上;

掌指关节、近端指间关节至少持续肿胀 6 周以上;

对称性关节肿胀;

皮下风湿性结节;

类风湿性因子阳性(所用方法在正常人群中的阳性率不超过 5%);

手和腕的 X 线照片显示有骨侵蚀或明确的骨质疏松。

(2) 病情活动性的判断

有关病情活动性判断的方法很多,专科医生大多有自己的一套方法。国内孟济明主编《风湿病临床指南》依据晨僵、关节疼痛数、关节肿胀数、握力、20 米步行时间、血沉六项分轻中重三级,简洁明了,易于掌握。Davis 的 stoke 指数法,将主观判断与客观数据结合起来,以客观数据为主,较为严密、详细,科研价值大。

(3) 病情分期

RA 的病情分期以关节 X 线分期为一定的代表性,共分为四期:

I 期(早期)

X 线检查无破坏性改变,见骨质疏松的 X 线证据。

II 期(中期)

骨质疏松的 X 线证据,有或没有轻度的软骨下骨质破坏,可有轻度的软骨破坏,可见关节活动受阻,但无关节畸形。

邻近肌肉萎缩。

有关节外软组织病损,如结节和腱鞘炎。

III 期(严重期)

骨质疏松加上软骨或骨质破坏的 X 线证据;关节畸形,如半脱位、尺侧偏斜或过度伸展,无纤维性或骨性强直,广泛的肌萎缩;有关节外软组织病损,如结节和腱鞘炎。

IV 期(末期)

纤维性或骨性强直。

(4) 关节功能分级

I 级:功能状态完好,能完成日常的任务而无困难;

II 级:能从事正常活动,但有一个或多个关节活动受限或不适;

III 级:只能胜任一小部分或完全不能胜任一般职业性任务或自理生活;

IV 级:大部分或完全丧失能力,病人需卧床或依靠轮椅,很少或不能自理生活。

五、综合治疗

1. 风湿(热)性关节炎

本病主要是由于溶血性链球菌感染引起的一种全身性结缔组织免疫性炎症,因此,其治疗主要包括及时有效地控制链球菌感染,积极的抗风湿治疗,消除心脏炎症,防止心瓣膜病的形成,预防风湿热的再度复发。

(1) 西医

西医的治疗原则是控制链球菌感染,消除炎症,控制风湿活动,保护心脏,预防风湿复发,防止形成慢性风湿性心瓣膜病。

① 一般治疗

急性期应卧床休息,保暖避寒,如无心脏损害,血沉正常,即可起床活动。有心肌炎

的病人应严格卧床休息。在急性炎症消失、血沉恢复正常后,还需继续卧床休息 3~4 周。

②药物治疗

抗生素:

为消除链球菌的潜隐感染,可用青霉素 80 万 U,肌肉注射,每天 2 次,连用 2 周。继以长效青霉素 120 万 U,每月注射 1 次,儿童持续至 18 岁,成人持续 5 年,以防再感染。如青霉素过敏者可改用红霉素 0.5g,每天 4 次口服,共用 10 天。

抗风湿药物:

阿司匹林,每天 3~6g,小儿按 0.1g/kg·d 给药,分 3~4 次口服,症状控制后或出现轻度毒性反应可减少剂量 1/3,直至风湿活动停止后 6~12 周。

水杨酸钠,每日 4~8g,分 4 次口服。本药对胃有刺激,常需和氢氧化铝和碳酸钙等制剂共用。

对水杨酸类制剂不能耐受者,可用抗风湿灵 0.2~0.4g,每日 3 次;或者消炎痛 25~50mg,每天 3 次;羟基保太松 0.1g,每日 3~4 次口服。

肾上腺皮质激素:

为免疫抑制剂,能降低组织反应性,借以控制炎症,开始剂量宜大。强的松或强的松龙,每天 30~40mg,分 3~4 次口服,以后逐渐减量,以 5~10mg 维持,总疗程约 2~3 个月。病情严重者,可用氢化可的松 200~300mg 缓慢静脉滴注,或地塞米松 5~10mg,每天 3~4 次,静脉注射,停药前,合并应用水杨酸制剂,或静脉滴注促肾上腺皮质激素(ACTH)12.5~25U,每日 1 次,连用 3 天。此方法可减少停用激素后出现的低热、关节酸痛和血沉增快的反跳现象。为预防激素引起胃出血,可加服甲氧咪呱 0.1~0.2g,每天 3 次。

③舞蹈症的治疗,注意休息,避免刺激,适当给予镇静剂。

(2)中医

本病初起风热外袭、发热、咽喉肿痛,此时主要疏风清热,解毒利咽,使病邪从外而解,病情告愈。假若外邪未清,潜伏发展,由外而内,由浅入深,先是肌肤,继而经络关节,发为皮肤红斑、皮下结节、关节肿痛,此时宜疏风解热,祛湿通痹。病情进一步发展,内犯于心,其表现或为湿热郁结心包,或为心气阴不足,或为心气阳两虚,其治疗法为清热祛湿,固护心包,或为益气固心,养阴复脉,或为益气固心,扶助心阳。个别患者疾病后期出现虚风内动,此时应滋阴潜阳,柔肝熄风。下面仅就上述基本病机加以介绍:

①风热外袭

采用疏风解热、解毒利咽的治法,具体方药用普济消毒饮加减。

②湿热痹阻

采用疏风解热、祛湿通痹的治法,具体方药用宣痹汤加减。

③湿热郁心

采用清热祛湿、固护心包的治法,具体方药用宣痹汤和生脉散、葶苈大枣汤加减。

④气阴不足

采用益气固心、养阴复脉的治法,具体方药用生脉散合复脉汤加减。

⑤气阳两虚

采用补益心气、扶助心阳的治法,具体方药用五味子汤加减。

⑥虚风内动

采用滋阴潜阳、柔肝熄风的治法,具体方药用定振汤加减。

2. 类风湿性关节炎

(1) 西医

西医治疗 RA 的药物众多,但每一种药物仅对 RA 的某一种症状或病理过程的治疗可能有效,尚不能确切根治本病。目前我们将通常治疗 RA 的药物分为一线药物、二线药物、三线药物及免疫治疗药物。现将各类药物的作用简介如下:

一线药物:

水杨酸类:以阿司匹林为代表。

其它非甾体抗炎药(NSAIDs):药物种类众多,半衰期和剂量也各不相同,但各药的作用大同小异,临床疗效基本相同。一般认为,临床若使用 3 周无效,则应考虑换药。

二线药物:

抗疟药:氯喹、羟氯喹;

金制剂:口服金(金诺芬);

注射硫代苹果酸金钠和硫代葡萄糖酸金钠;

D-青霉胺;

柳氮磺胺吡啶(SASP);

甲氨蝶呤(MTX):叶酸拮抗剂;

环磷酰胺(Aza):嘌呤拟似物;

环孢菌素 A(CsA);

雷公藤多甙片:国内研发生产,通常归为二线药,兼具有一定的抗炎及免疫调节作用,近期疗效较为肯定,但能否控制 RA 的骨侵蚀病变,尚缺乏报道。

三线药物:

糖皮质激素:适用于病情急重,合并严重的关节外表现者,如心包积液、严重眼疾、脑血管病致中枢神经病变、严重贫血等。具有强大的抗炎和免疫抑制作用,但不能阻断 RA 的病情发展和关节破坏,长期应用副作用严重,机会性感染亦增多,故应掌握指征,尽可能的低剂量短期使用。

免疫治疗药物:主要为针对 RA 自身免疫发病机制的环节而试用的一些生物制剂,如抗细胞因子单克隆抗体、T 淋巴细胞接种、IFN- α 及基因治疗等,尚处于研究探索阶段。

近年来,临床上有关本病治疗的“多种联合治疗”方案已逐步取代传统的“金字塔模式”而为专科医生所逐步接受。该方案要求医生根据病情可同时合用 2 种或 3 种一线、二线和/或其它药物,“多药物,小剂量”,根据每一类或每种药物起效时间的不同,见效后再依次减量直至停药,以达到早期控制又不增加药物副作用的目的。临床选择联合治疗药

物尤其是二线药物尽可能是不同种类,具不同作用机制的药物,且尽量避免合用有相同毒副作用的药物。

(2) 中医

类风湿是一种以正气亏虚,肝肾不足为本,风寒湿邪闭阻关节经络,久则化痰成瘀,深筋着骨为标的慢性反复发作性疾病。正虚邪实,相互为病,且影响病情的进退。辨证的要点在于掌握体虚与邪实的孰重孰轻,脏腑气血阴阳的亏耗,风寒湿(热)痰瘀之偏盛,而随证施以补益气血、滋补肝肾、祛风散寒、化湿清热、逐瘀消瘀、通络止痛等法。

① 卫阳不固,痹邪阻络

采用祛寒除湿、和营通络的治法,具体方药用防己黄芪汤和防风汤加减。

② 湿热闭阻

采用清热除湿、宣痹通络的治法,具体方药用宣痹汤和三妙散加减,或补肾清热治汤。

③ 肾虚寒凝

采用补肾祛寒、化湿散风、壮筋骨、通经络的治法,具体方药用补肾祛寒治汤加减。

④ 痰瘀互结,经脉痹阻

采用活血化瘀祛痰通络的治法,具体方药用身痛逐瘀汤和指迷茯苓丸加减。

⑤ 肝肾亏虚,气血两虚

采用益肝肾补气血的治法,具体方药用独活寄生汤加减。

(3) 藏医

此病的治疗要根据“真吾”的性质部位及病史特点兼证综合进行,治疗时贵在调理脾胃,益肝补肾,内外兼治,以其治本,再随证加减灵活变化。方法上应重在内外兼治:内服温阳补肾,养胃活血,调理三大要素及七种物质的正常运行;外用药浴疗法,祛风除湿,通络化瘀,用五味甘露汤浓缩汁先蒸浴后淋浴,从而增进血液循环,加速皮肤的新陈代谢,改善微循环,激活免疫功能,调节神经系统,并促使全身毛孔开泄,清除体内有害毒素“湿气”,从而达到活血通络,祛风除湿,化瘀散寒,筋舒骨健,关节消肿,止痛,改善伸屈的目的。

真吾病最常见的证候,是肾虚寒实证及胃寒证,所以治疗大法是补肾温胃散寒为主,辅以化瘀通痹,扶正培本,养肝荣筋。因肝肾同源,补肾亦能养肝荣筋,散寒化湿;祛风能使风寒湿三邪从内出外;化瘀通络,可祛瘀生新;胃的消化吸收功能好,使七种物质代谢功能正常运行;肾气旺,精血足,则髓生髓,关节经脉得以荣养,从而增强了新陈代谢,促进血液循环等功能,可使失去正常功能的肢体、关节渐渐恢复功能。总之,在治疗时要抓住补肾、养胃、散寒通痹这一重点。

用药:

内服药珍宝类:如七十味珍珠丸、三十五味沉香丸、十三味鹏鸟丸、芒交、二十五味珍珠丸等,随证选用1~2种。

常用口服药:类风湿胶囊、十八味汞丸、二十五味驴血丸、二十三味文冠木丸等,随证

选用2~3个品种,30天为一个疗程。

外治法:将五味甘露汤加浓缩汁加温水放入浴盆内,水温如40℃~42℃,每日进行两次,每次按水温的度数而延长或缩短,一般在30~40分钟即可,7~10天为一个疗程。

六、药浴处方

处方一:五味甘露汤,即麻黄、黄花杜鹃、圆柏枝、水柏枝、白野蒿,将上述药物经酒曲发酵约1~3天后,晒干。一般都要根据患者病情和身体状况配制。随证加减的有下列药物:诃子、毛诃子、余甘子、冲天子、石莲子、类大托叶云实、广木香、宽筋藤、悬钩子、杜仲、木通、岩精膏、木棉花、白豆、广酸枣、圆柏、藏纤毛婆婆纳、藏茴香、肉豆蔻、天竺黄、文冠果、草豆蔻、雪莲花等。将上述药物装入白布袋内浸泡一天后通过蒸汽后再煎。将一满锅药水熬成半锅后,将剩余的药汁倒入另一浴盆内,再把药袋放入水中煎,煎至水的2/3时,再次注入前面所煎的药水当中,然后再加入水煎至药水的1/3时,再次注入前面所煎的药水中,将三次所煎的药水混合,然后在药水中注入500g青梨酒,即可使用。再取黄精5g、天冬5g、迷果片3g、喜马拉雅紫茉莉3g、刺蒺藜5g、驱黄水散10g,每次浴前加入药液中。

处方二:在五味甘露汤的基础上,加白乳香、决明子、芝麻、儿茶、甘草、獐子粪、红檀香、草红花、藏红花、麝香。如果有关节肿胀或关节变形,把药浴所用药物敷在患病部位,用手对这些部位进行反复搓擦和按摩。

洗浴方法:药液温度40~41℃,浸泡洗浴全身10~20分钟,根据病情和病人身体体质每日洗浴2次,洗浴期间注意保暖,避免风寒。

七、现代研究

五味甘露汤是藏医用来治疗类风湿性关节炎的传统验方,主要用于治疗痹证,即风湿性、类风湿性关节炎等病,其所含的成分从有关对透皮吸收的机制来分析,植物类所含的许多药用成分尤其是水溶性的都易被人体皮肤吸收,比如黄花杜鹃、圆柏叶、白野蒿等药物含鞣质、有机酸和挥发油,这样对汗液蒸发及皮肤散热影响小,容易被人体吸收。根据以上机理,药浴的主要作用之一是药液的作用,药物的有效成分通过发汗解毒的作用增加了各组织器官的活动和循环能力,使滞留于体内的病气、病毒或黄水通过毛孔排出体外,以净化血液,软化结缔组织,消除滑膜水肿,控制关节组织中的肉芽生长,逐步恢复关节功能。

圆柏枝主治肾病、关节炎,具有清热消炎的作用,黄花杜鹃以平骚扰引发之痰邪等病,水柏枝发散透疹清内毒,麻黄解表散寒、利水。儿味配合具有祛痰化热、清热解表,活血化瘀、益肾壮腰等功效。

藏药浴可明显抑制类风湿关节炎RA异常升高的B细胞分泌抗体的功能,与治疗前比较以IgG、IgM降低尤为明显,而RF和Ic的产生恰与这两种免疫球蛋白的异常升高密

切相关。在 3H-TdR 掺入的 T 淋巴细胞转化实验中, RA 患者淋巴细胞转化刺激指数高于正常, 经藏药浴治疗后显著下降, 并对 T 细胞亚群进行了分析, 结果表明, RA 患者 CD_8 细胞严重低下, CD_4/CD_8 比值升高(正常值为 1.2~2.0)。辅助性 T 细胞(CD_4^+)和抑制性 T 细胞(CD_8^+)是免疫调节的中枢, RA 患者免疫球蛋白异常升高, 是由于 CD_4 细胞升高, CD_8 细胞降低, 使 B 细胞分泌免疫球蛋白的能力亢进所致, 而经藏药浴治疗后 CD_8 细胞升高, CD_4/CD_8 比值接近正常人, 故免疫球蛋白水平下降, RF 因子滴度下降或转阴。总之, 藏药浴正是通过纠正 CD_4 和 CD_8 细胞的失衡而达到调节 RA 患者的免疫功能, 从而恢复体液免疫和细胞免疫的动态平衡最终达到治疗目的。从多次的科研及临床资料表明, 藏药浴对 RA 的有效率为 94.3%, RF 滴度下降或转阴者达 70.6%, 而且无任何毒副作用。

北京藏医院黄福开等以藏医理论辨证施治, 采用藏药“类风湿胶囊”、“三十五味沉香丸”等内服, 兼以“五味甘露汤”外浴疗法, 选择不同病证的 240 例真吾病患者进行治疗, 治愈率达 60%, 好转率达 37.5%, 总有效率达 97.5%。统计学处理(Ridit 分析, $P < 0.001$)显示, 真吾病的治疗疗效与病程长短有着密切关系, 病程越长, 同疗程疗效越低, 病程越短, 同疗程疗效越显著, 为类风湿性关节炎的治疗开辟了一条新路。

八、典型医案

杨××, 女, 36 岁, 工人。

主要表现: 全身大小关节疼痛如针刺, 游走性加剧, 伴有关节肿大变形、上肢较重、肢体不能活动、白带多等证状 8 年余。

病史: 8 年前因难产后居住于潮湿暗凉处, 并食用油腻及酸性食物过多, 活动量小等, 二十天后自感全身不适, 四肢轻度发热及针刺样疼痛, 逐渐不能翻身, 大小关节疼痛, 活动不便, 经当地医院治疗 2 年之久, 时轻时重, 在一次重感冒后疼痛更甚, 腕关节、食指关节逐渐变形, 活动受限, 夜间疼痛加剧。

治疗经过: 以补肾益肝、祛风除湿、散寒通痹的原则, 进行内外兼治, 其中内服类风湿胶囊、十三味鹏鸟丸、石榴日轮散, 连服二个月。外用五味甘露汤浓缩汁, 采用先蒸浴后淋浴的方法, 作了两个疗程后, 全身证状大减, 关节活动范围明显改善, 体重增加。两个疗程后再次药浴治疗一个疗程, 内服药改为七十味珍珠丸、二十五味鬼臼丸、三十五味沉香丸, 续服一个疗程, 全身证状消失。经实验室检查各项指标均转阴及正常范围, 随访两年来已完全恢复正常, 生活自理, 并能参加劳动。

第二节 强直性脊柱炎

一、概述

强直性脊柱炎(AS)是一种慢性进行性炎性疾病, 主要侵犯骶髂关节、脊柱骨突关节、

脊柱旁软组织及外周关节,也可发生关节外病变。

其临床特点为几乎全部累及骶髂关节,椎间盘纤维环和纤维环附近结缔组织的骨化,以及椎间动关节出现类似类风湿关节炎的改变。本病发病形式较隐匿,早期有厌食、低热、乏力、消瘦和贫血等症状;少数病例可见长期低热、体重减轻和关节痛等酷似风湿热的表现。腰背痛、晨僵、腰椎各方向活动受限和胸廓活动度减少是强直性脊柱炎的典型症状。由于不少病例发展为脊柱“弯曲”,脊柱强直少见,因此,AS 不是一个理想的名称。

本病患病率各地不同,西方报告约 1‰~2‰左右;日本的一项 7000 人调查表明,患病率仅 0.1‰;国内 80 年代进行的人群调查结果提示其患病率约为 0.3‰~0.4‰,南方似高于北方。其发病年龄多在 10~40 岁之间,发病高峰为 20~30 岁,40 岁以后发病者少见。主要发病人群为男性,男女比例约为 5:1。大多数患者预后良好,只有少数病情危笃,畸形严重,可致终身残废。除非有严重合并症,很少有死亡,死亡原因为并发心力衰竭或淀粉样肾病、尿毒症及颈椎骨折和并发截瘫等。

本病的病因迄今未明,一般认为与遗传、环境因素及内分泌等有关。

强直性脊柱炎属中医“痹病”范畴,古人称“龟背风”、“竹节风”、“骨痹”、“顽痹”等。

二、临床表现

本病发病隐袭,病初偶有腰背部或骶髂部疼痛和(或)发僵,常不为病人所注意。随病性发展,症状呈持续性,病人常在半夜痛醒,翻身困难。清晨或久坐后起立时腰背部发僵,剧烈轻微活动后方可缓解。经过数月或数年出现腰椎和胸椎疼痛,进行性腰背部运动受限,甚至脊柱畸形。微动关节以骶髂、耻骨联合和胸骨柄关节最易受累。

本病的初发部位在腰骶部者占 35%~57%,以外周关节炎为首发症状者占 43%,24%~75%的病人在病程中出现外周关节病变,国内报告可达 91%。受累关节以膝、髋、踝及肩居多,手和足的小关节也偶可侵及。外周关节炎以非对称性分布、少数关节或单关节及下肢大关节受累居多为特征。国外报告 AS 髋关节病变的发生率为 38%,常为双侧,易发生于疾病早期,1/3 的病人造成终身残疾。国内报告髋关节受累率高达 66%,74%的病人发生在双侧,94%的髋部症状发生在发病 5 年内。症状为疼痛、活动受限、屈曲挛缩,37%的病人最终发生关节强直,导致永久性功能丧失。

骶髂关节和椎旁肌肉压痛为早期阳性体征。随后检查可见腰椎前凸消失,脊柱各个方向运动受限,胸廓扩展范围缩小及颈椎后突。晚期呈典型的“竹节状脊柱”。

作为一种全身慢性炎症性疾病,强直性脊柱炎还可累及其它器官,表现为关节以外的并发症,如急性葡萄膜炎或虹膜炎;在病程 20 年以上者,肺部出现病变,可有咳嗽、咯痰、气短,有时见咯血。随着病情发展,胸廓活动受限,部分病人可出现双肺,尤其是肺尖纤维化、囊性变以致空洞形成,肺功能进一步受损。晚期常合并机遇性感染而使病情更为复杂,如神经、肌肉病变及心血管病变、IgA 肾病和肾淀粉样变、前列腺炎、耳部病变。

三、病因病机

1. 西医

现代医学流行病学研究表明,强直性脊柱炎与 HLA - B27 呈强相关关系,90%左右的本病患者 HLA - B27 阳性;HLA - B27 阳性的强直性脊柱炎有明显的家族聚集性,其一级亲属患病率高达 25%左右。因此,现高度怀疑 HLA - B2 为本病的遗传易感性基因,但它在强直性脊柱炎的作用仍未证实。近年来还发现克雷伯氏菌感染可能是本病的触发因素。从强直性脊柱炎患者粪便中发现克雷伯氏菌的机会明显高于正常人和其它关节炎患者;同时,强直性脊柱炎活动期患者粪便中克雷伯氏菌发现率明显增高;且活动性炎症、克雷伯氏菌的出现与血清 IgA 升高呈正相关,提示微生物抗原可能通过肠道粘膜起作用;血清学研究也发现强直性脊柱炎病人抗 IgA 抗体只与克雷伯氏菌反应,而不与任何其它肠道微生物反应;IgA 抗克雷伯氏菌抗体只见于强直性脊柱炎患者,而不见于其它非特异性炎症性患者。强直性脊柱炎的另一大临床特点是发病年龄和性别差别。本病青春期前罕见,而青春期后发病率猛增,40 岁后发病者又较少见,女性发病率显著低于男性,且其脊柱受累发生率亦较低,病情较轻。说明本病的发病年龄、脊柱受累与内分泌,尤其是性激素有关。总之,本病是在遗传的基础上,再加上环境因素和内分泌等的影响而发病。

2. 中医

强直性脊柱炎多由于先天禀赋不足或后天调摄失当,房室不节,情志刺激,病后失调等,致肝肾亏虚,精血不足,督脉失养,风、寒、湿、热等外邪乘虚侵袭,深入骨骼,留于脊柱而成本病;肝肾精血亏虚,使筋挛骨弱而邪留不去,渐生痰浊瘀血,相互胶结而缠绵难愈。其性质为本虚标实,肝肾、督脉虚损为本,风、寒、湿、热及痰浊瘀血为标。

脊柱乃人身之骨主,骨的生长发育全赖髓的滋养,血的濡润。肾主骨生髓,髓乃肾中精血所化生;血虽源于水谷精微,但藏之于肝,肝主筋藏血,以滋养诸脏腑、全身筋骨和关节运动之用;肝肾同源,故精血充足则骨髓充盈,骨骼发育正常,坚固有力。若精气亏损,或阴血不足,骨髓空虚,督脉失养,易致外邪入侵;外邪留着,经输不利,营卫失和,气血阻滞,经脉痹阻,终致脊骨受损。《素问·脉要精微论》指出:“腰者,肾之府,转摇不能,肾将惫矣。”督脉循背而行于身后,为阳脉之总督,且“贯脊属肾”,肾虚邪侵,督脉失养,则见“脊强而厥”或“脊强反折”,渐成本病;若邪气深侵入肾督,督脉受病,又可累及全身多个脏腑。此即《济生方·痹篇》所谓:“皆因体虚,腠理空疏,受风寒湿气而成痹也。”

本病早期病变在太阳经,主要为太阳经输不利,卫外不固,营卫不和,出现背冷恶寒,项背腰骶强痛等证。督脉与太阳经在风门交会,辅助太阳经起到卫外的作用。当风寒湿邪久郁而不解,影响督脉致气血凝滞,经脉痹阻,临床上可渐出现项背挛急,为冷为痛等督脉受累的病证。脊柱为督脉所过,督脉总督一身之阳,与肾相连,督脉受病,更加重肾虚。肾督同病则见腰骶、项背僵痛,脊柱活动受限,腰膝酸软无力,畏寒肢楚等证。“肝肾同源”,“肾为肝之母”,疾病日久不愈,必损及下焦肝肾,殃及奇经。督脉属肾,为阳脉之海,肾主骨,肾虚则精少髓空,骨失荣养,肾督亏虚,阳损及阴,气血凝滞而骨痹难除;肝肾

不足,阴虚火旺,痰瘀胶结则顽痹不瘳。

3. 藏医

根据三因学说,本病从根本上说是由三因失调导致肾气不足,进而影响脊柱及脊柱周围经络的顺畅,引起了脊椎的病变。这种病变分为三段:上段病变(颈椎到胸椎)、中段病变(胸椎到腰椎)、下段病变(骶椎)。另外一种观点认为,由于隆的病变,隆入骨导致该病,称为“隆达更”,最初症状不明显,随病情加重,最终脊椎呈弓形。

四、综合诊断

1. 诊断要点

典型的强直性脊柱炎,根据病人症状、脊柱僵直等,结合X线典型的骶髂关节炎/竹节样变,即可诊断。然而,对于轻度(2级),甚至是中度(3级)X线的骶髂关节炎,有时难以判定,加之患者临床表现各异,诊断常有困难。炎症性腰痛是强直性脊柱炎的主要临床表现,它与腰椎外伤、骨折等引起的机械性腰痛有明显不同,是强直性脊柱炎诊断的指标之一,同时也是早期诊断的重要线索。目前临床常用修订的纽约标准。

(1) 症状

①首发症状:腰痛、晨僵、肌腱附着点病变以及外周关节症状等常是强直性脊柱炎的早期表现。腰痛或不适是本病最常见的症状,发生率可达90%左右。其发生隐匿,常为隐痛,难以定位。开始时疼痛可为单侧或间歇性,后渐为双侧或持续性。与一般腰痛不同的是休息不能缓解,活动后反而减轻。晨僵的持续时间为病情活动程度的指标,病人早起觉腰部僵硬,活动后可以缓解,严重者可持续全日。肌腱、韧带骨附着点炎症为本病特征性的临床表现。如胸肋关节、柄胸联合等部位的附着点炎症,可出现胸痛,咳嗽或打喷嚏时加重,有时被误诊为“胸膜炎”;也可见于肋胸连结、脊椎骨突、髂嵴、大转子、坐骨结节、胫骨结节和足跟等部位。约半数以上病例出现外周关节症状,以髋、膝、踝等下肢大关节多见,也可累及肩、腕等上肢大关节,指、趾等末梢小关节受累者则少见,较少表现为持续性和破坏性。

②典型症状:腰背痛、晨僵、腰椎各方向活动度减少是本病的典型症状,尤其是在病情活动期间。如前所述,腰痛和晨僵不因休息而缓解,活动后反而减轻。腰椎前、后、左、右活动受限和胸廓活动度减低,早期为肌腱、韧带骨附着点炎症所致,对非甾体类抗炎药反应良好;后期为脊柱强直的结果,对药物等治疗反应不大;随着病情进展,整个脊柱可发生由下而上的强直,先是腰椎前凸曲线消失,接着胸椎后凸而呈驼背畸形,进而颈椎受累,颈椎活动受限,此时患者体态变为头向前俯,胸部变平,腹部突出,呼吸靠膈肌运动,最后脊柱各方向活动完全受限,此阶段疼痛、晨僵反不明显。

③全身症状:主要表现为乏力、体重减轻、贫血等。以中轴关节症状为主者,全身症状较轻,而外周关节受累严重者,全身症状较为突出。

(2) 体征

早期强直性脊柱炎体征不多,可有骶髂关节、髂嵴、耻骨联合等骨盆突起部位压痛。正确、全面的体格检查有助于发现早期骶髂关节炎和肌腱/韧带骨附着点炎症。

①骶髂关节定位试验:病人仰卧,医者右手放在患者双膝下部,使髋关节屈曲成直角位,左手压住患者膝部,使其骨盆紧贴检查台。令患者肌肉放松,以大腿为杠杆,将骨盆向右和左挤压。如有骶髂关节炎,患侧受挤压时疼痛较轻,而拉开时疼痛明显。

②“4”字试验:病人仰卧,一腿伸直,另一腿屈膝将足置于对侧大腿上。医者一手压住直腿侧髂嵴,另一手握屈膝上搬、下压。若下压时臀部发生疼痛,提示屈侧存在骶髂关节病变。

③骶髂关节压迫试验:骶髂关节位于两侧髂后上棘连线,相当于第2骶骨水平的中点,直接按压此处,如出现疼痛,提示该关节受累。

④骶髂关节推压试验:病人仰卧,医者双手放其髂嵴部,拇指放髂前上棘处,手掌按髂结节,用力推压骨盆。如骶髂关节周围疼痛,提示该关节有病变可能。

⑤Schober 试验:患者直立,在背部正中线髂嵴水平作一标记为“0”,分别向下5cm、向上10cm作标记。令病人弯腰(注意保持双腿直立),测量两个标记间距离。若增加少于4cm,则提示腰椎活动度降低。

⑥指地距:患者直立,弯腰、伸臂,测指尖与地面距离

⑦胸廓活动度:患者直立,用刻度软尺测其第4肋间隙水平(女性乳房下缘)深吸气和深呼气之胸围差,小于5~6cm者为异常。

⑧枕墙试验:患者直立,足跟、臀、背贴墙。收颈、眼平视,测量枕结节与墙之间的水平距离。正常应为“0”,若大于“0”,即表示枕骨结节触不到墙,为异常。

(3)实验室和其它辅助检查

强直性脊柱炎实验室检查缺乏特异性指标,主要用于病情活动性估计和疗效判断。

①血常规

可见轻度的白细胞升高,贫血和血小板增多,发生率不高,一般不超过20%。

②急性时相反应

急性期半数以上患者血沉增高;若血沉正常者,血清C反应蛋白升高。

③其它生化检查

血清碱性磷酸酶可升高,提示可能存在骨侵蚀或骨炎;磷酸肌酸激酶有时升高。

④免疫化学检查

血清IgA可轻至中度升高,与病情活动有关。伴外周关节受累者,可有IgG、IgM和血清补体升高。类风湿因子阳性率同普通人群。

⑤HLA分型

90%左右HLA-B27阳性,故对诊断有一定的参考价值,尤其是对于疑似病例。

⑥关节液检查

同一般炎症性关节炎,与类风湿关节炎不同的是补体一般正常;部分病例可检出吞噬了变性多核白细胞的吞噬细胞(简称CPM);但吞噬了免疫球蛋白和补体的吞噬细胞

(简称 Rago 细胞),在本病少见。

⑦尿常规

尿蛋白一般正常。若尿蛋白升高,应警惕继发淀粉样变和药物毒副作用。

⑧X线检查

因本病至今病因不明,缺乏特异的实验室指标,放射学检查仍为诊断的关键。需检查骨盆正位相、脊柱正、侧位相。所有强直性脊柱炎均存在骶髂关节炎,且骶髂关节为最早受累部位,故临床凡疑似本病者,均需摄骨盆正位相。除可了解骶髂关节变化外,还有利于观察髋关节、坐骨和耻骨联合的变化;对轻微而意义难以肯定的骶髂关节变化,有时脊柱的变化如骨质疏松、骨突关节模糊、椎体方形变等能给临床提供更多的信息。此外,还有助于除外临床上易与本病混淆的疾患如椎间盘病变、脊柱先天性疾病、感染性疾病以及肿瘤等。

⑨骶髂关节 CT 或 MRI 检查

因早期骶髂关节炎 X 线表现有时不明显,难于确诊,故 CT 或 MRI 检查有利于发现骶髂关节轻微的变化,适于本病的早期诊断,以及随访了解病情变化。目前尚无统一的 CT 和 MRI 分级标准,为方便与常规 X 线平片比较,仍采用纽约标准。

五、综合治疗

1. 西医

AS 的早期诊断和早期治疗可以改善其预后,治疗目的是缓解疼痛,减轻炎症,强化锻炼,以维持良好的姿势与功能。

吲哚美辛即消炎痛,常作为首选药物,5mg,3~4/d,可达到抗炎和止痛效果。夜间痛或晨僵剧烈者在晚睡前加用吲哚美辛栓 100mg,置入肛门内。症状控制后应维持治疗数月,并增强脊柱和四肢的功能锻炼。病情恢复后可逐渐减少剂量或停药。该药常见的副作用包括胃肠道不适、溃疡和出血,肝和肾的损害,水、钠潴留引起的头痛、浮肿和高血压等。吲哚美辛不足以解除疼痛时,以往主张用保太松。由于该药对骨髓的毒性作用及引起血尿现已很少使用。其它非甾体类抗炎药如萘普生、双氯灭痛(扶他林)或布洛芬等均有抗炎和止痛效果。近年来,兼有抗炎和抗菌作用的柳氮磺胺吡啶亦用于治疗 AS。剂量 0.25g,3/d,1 周后增加为 0.5g,2/d,最大剂量以 1.0g,2/d 为宜,维持 6~12 个月。该药对 AS 的外周关节炎和早期骶髂关节炎均有疗效,有可能改变疾病的进程。治疗期间需观察药物对血细胞、肝、肾及肺的影响。

病人宜谨慎而长期地进行体位锻炼,目的是取得和维持脊柱的最好姿势,增强椎旁肌肉和增加肺活量。在休息时要采取适当的体位,应睡硬板床,取仰卧位,避免促进屈曲畸形的体位。一旦上行性侵犯达到上段胸椎及颈部时,应该停止用枕头。凡能导致持续性疼痛的体力活动应该避免。定期测量身高,保持身高记录,是防止不易发现的早期脊柱弯曲的一个好措施。胸壁病变比较常见,故应告诫病人吸烟的危害,停止吸烟。

虹膜炎需要立即治疗,一般可局部应用皮质激素,有些病例需要全身用药。髋关节

失能的病人需要施行人工关节置换术或其它矫正术。脊柱截骨术对纠正已经固定的屈曲畸形有一定的效果。

就解除疼痛和保持功能而言,AS的预后一般是好的。3/4或更多的病人可以充分就业,从事正当工作。有的病人发展到驼背畸形或典型的颈胸段后凸一般需要10~20年。髋关节畸形和丧失功能成为病人的一个主要问题,可以采用外科治疗。

2. 中医

强直性脊柱炎临床常按“骨痹”、“顽痹”等治疗,因其病位“标在经络,本在肾脏”,且与督脉、足太阳经脉密切相关,肾虚邪滞为其病理基础,症情往往虚中夹实,实中有虚。故此,若外感用泻,要泻中寓补,内伤用补,须补中有泻。待病情缓解,更要补肾壮督,扶助正气,缓缓图之。

本病的辨证治疗,首先分别新久虚实,在经在脏。新病经络气血瘀滞,实证为多。外感寒湿主温散;湿热宜清化;闪挫气滞要顺气疏导;血瘀佐以理气。久病肾督亏虚,脏府失调,虚证为主,须视其所伤之不同,予以补养。劳伤气血者补气养血;房劳伤精者补元益精;气滞、痰瘀、水停、火结者视其所因而和之。总之,本病治不离肾督,但也要随证施治,不可拘泥。

(1)寒滞督脉,夹湿阻络

采用散寒除湿、祛风通督的治法,具体方药用五积散加减。

(2)寒湿着腰,督脉痹阻

采用除湿散寒、温肾健脾、通督止痛的治法,具体方药用大肾着汤加减。

(3)湿热郁阻,督脉不利

采用化湿清热、通督止痛的治法,具体方药用加味二妙散加减。

(4)肝肾不足,督脉失养

采用补益肝肾、壮腰通督的治法,具体方药用加味青娥丸加减。

(5)肝肾阴亏,邪留督脉

采用滋阴清热、补肾通督的治法,具体方药用当归地黄丸加减。

(6)肾阳不足,寒留督脉

采用温补肾督,散寒通络的治法,具体方药用金匮肾气丸加减。

3. 藏医

治疗原则疏经活血、开痹通络、补肾养血、调气。治疗方法可口服三十五味沉香、十八味诃子、十八味杜鹃、十味乳香、二十味沉香等。本病通常与风湿、类风湿病的治疗过程相辅相承。

六、药浴处方

处方一:五味甘露汤,加杜鹃、红花、阳起石、黄芪、天冬、沉香、降香、肉蔻、紫香木。

处方二:如伴有风湿、类风湿性关节炎,须在五味甘露汤基础上,加治疗黄水病的药,包括乳香、决明子、黄芪,另加朱砂、黑沉香、獐子粪。

七、药浴实施

把装药物的布袋放在脊柱隆起最突出部位,令身体后仰靠于硬物(如椅背、浴缸等),患者同时反复做扩胸运动,动作宜柔和缓慢。

八、典型医案

陈××,男,34岁,北京人。该患者从12岁有初步症状,腰和颈椎有疼痛和活动受限。17岁症状明显,颈椎、腰椎活动严重受限。1998年入北京藏医院药浴治疗中心治疗,经查体,为中期强直性脊柱炎,上段和中段颈腰椎变形,椎间盘狭窄。藏药浴治疗,同时配合口服药、按摩、针灸等综合治疗,共四个疗程,病情基本控制,腰颈椎功能明显恢复,弯曲度明显改善,一直工作至今。春秋季节仍回院坚持做药浴巩固疗效。

第三节 痛风

一、概述

痛风是一组嘌呤代谢紊乱所致的疾病,其临床特点为高尿酸血症及由此而引起的痛风性急性关节炎反复发作、痛风石沉积、痛风石性慢性关节炎和关节畸形,常累及肾脏,引起慢性间质性肾炎和尿酸肾结石形成。本病可分为原发性和继发性两大类,原发性痛风病因除少数由于酶缺陷引起外,大多未阐明,常伴高脂血症、肥胖、糖尿病、高血压病、动脉硬化和冠心病等,属遗传性疾病。继发性痛风可由肾脏病、血液病及药物等多种原因引起。

痛风的发病率随地区和种族的不同而有明显差异,在欧美患病率达0.3%,是欧洲流行的最古老的疾病之一。以往在我国认为原发性痛风比较少见,随着营养条件改善,平均寿命延长,以及对本病逐渐注意等因素,现已有较多发现,并呈逐年上升的趋势,至90年代,不包括漏诊误诊的病例,北京、江苏等地已有几千例报告。本病在高原游牧地区如青海和西藏较为多见。痛风患病率随年龄渐增,男性多发,男女之比约为20:1,女性大多发生在绝经期以后。国外报告不少病例有阳性家族史,多属常染色体遗传,少数属伴性遗传。脑力劳动者及经济营养良好阶层发病较多。

痛风常以反复发作的痛风性关节炎为主要临床表现,属于中医“痹病”、“痛风”、“白虎历节”等范畴。

二、临床表现

1. 症状

(1)无症状高尿酸血症:无临床症状,只是血尿酸浓度增高。临床不少高尿酸血症患者可以持续终生不出现症状。血尿酸浓度愈高,时间愈长,则发生痛风和尿酸结石的机会愈多。

(2)急性痛风性关节炎:多数患者在发病前无前驱症状,但部分患者于发病前有疲乏,周身不适及关节局部刺痛等先兆。典型发作起病急骤,多因午夜足痛惊醒,如刀割或咬噬样。最初发作时 90% 侵犯单一关节,以拇趾及第一跖趾关节为多见,其它受累关节根据发生频率依次为足弓、踝、跟、膝、腕、指和肘等,偶有双侧同时或先后发作,后期可发展为多关节炎:关节及周围软组织出现明显红肿热痛,局部不能忍受被单覆盖或周围震动,大关节受累可有关节腔积液。病人可有发热、血白细胞数增多、红细胞沉降率增高。急性期缓解后,病人全无症状,称为间歇期。此期可持续数月或数年,少数病人仅有一次单关节炎,以后不再发作,但多数病人在一年内复发。受寒、劳累、感染、关节外伤、手术、饮酒、高嘌呤饮食、紧张及某些减少尿酸排泄的药物常为本病的诱发因素。

(3)慢性关节炎:多由急性关节炎反复发作发展而来,每见于未经治疗或虽治疗而未达到治疗目的的病人。尿酸盐在关节内沉积增多,炎症发作进入慢性阶段而不能完全消失,引起关节骨质侵蚀缺损及周围组织纤维化,表现为多关节受累,发作较频,间歇期缩短,疼痛日渐加剧,甚至发作后疼痛亦不完全缓解并出现关节畸形、僵硬,活动受限。痛风石为本期常有的表现,于耳轮、前臂伸面、跖趾、手指、肘部等处易见。

(4)肾脏病变:临床所见历时较久的痛风病人约 1/3 有肾脏损害,表现为三种形式:

①痛风性肾病:早期可仅有蛋白尿和显微镜血尿,且呈间歇出现,随着病情进展,蛋白尿转为持续性,肾功能尤其浓缩功能受损。出现夜尿增多,尿比重偏低等现象,病情进一步发展,终于由慢性氮质血症发展到尿毒症。

②急性肾功能衰竭:由于大量尿酸结晶广泛阻塞肾小管腔,导致尿流梗阻而产生急性肾功能衰竭症状。

③尿路结石:原发性痛风患者约 20% ~ 25% 并发尿酸性尿路结石,部分病人肾结石的症状早于关节炎的发作。

2. 体征

急性关节炎期,关节及周围软组织出现明显红、肿、热,大关节受累时可有关节渗液。慢性关节炎期,尿酸盐结晶可于耳轮等处形成小如芝麻、大如鸡蛋或更大的痛风结节(或痛风石)。结节初起柔软,随着纤维组织增生,质地越来越硬。在关节附近易磨损处的结节,其外表皮菲薄,容易溃破成瘻管,可有白色粉末状尿酸盐结晶排出,由于尿酸盐有抑菌作用,继发性感染较少见,瘻管周围组织呈慢性炎症性肉芽肿,不易愈合。

3. 常见并发症

高血压、冠心病、肥胖证、尿路感染、肾功能衰竭等为常见并发症或伴发病。

三、病因病机

1. 西医

西医认为高尿酸血症是痛风的重要标志,当尿酸生成增多或尿酸排出减少时,均可引起血尿酸浓度增高。根据高尿酸血症发病的原因,分为原发性和继发性两类,原发性痛风由先天性嘌呤代谢紊乱引起,一部分遗传缺陷比较明确,一部分则尚未确定。有几种可能机制使嘌呤合成增加:底物 PRPP 或谷氨酰胺增多;酶的量或活性增加或对嘌呤核苷的反馈抑制的敏感性降低及腺苷酸或鸟苷酸减少从而对酶的抑制降低时,均可使嘌呤合成增加而导致尿酸生成增多。部分高尿酸血症患者由次黄嘌呤-鸟嘌呤磷酸核糖转换酶(HGPRT)缺乏引起,此酶能促使次黄嘌呤转换成次黄嘌呤核苷酸,鸟嘌呤转换成鸟苷酸,当 HGPRT 缺少时,PRPP 消耗减少,PRPP 积聚而使嘌呤合成加速和尿酸生成增多。有一小部分原发性痛风患者,尿酸的生成并不增加,高尿酸血症的形成主要是由肾脏的清除减退所致。当肾小球的滤过减少,或肾小管对尿酸盐的再吸收增加,或肾小管排泄尿酸盐减少时,均可引起尿酸盐的排泄减少,导致高尿酸血症。

临床上认为痛风发生的危险因素主要为:①年龄:年龄越大,发病率越高;②性别:一般报道男女之比为 20:1,女性发病多在绝经期后;③饮食:高嘌呤饮食是具有痛风素质者发病的促进因素;④地区分布:西方国家高于东方,可能与西方的饮食结构和生活方式有关;⑤遗传:大多数研究认为本病患者有家族史,且年龄越小发病有家族史的比例越高;⑥体重:有研究表明,青年时期体重增加是临床痛风发生的危险因素,青年时期体重增加越多,痛风发生的危险性越大;⑦酒精摄入:饮酒使痛风发生的危险性增加;⑧冠心病、高血压、糖尿病这些疾病常与痛风伴发,但在发病机制上并无证据表明彼此间的关系。

2. 中医

中医认为本病发生的主要原因在于先天禀赋不足,脾肾功能失调,与遗传、体质、饮食、外感、环境、劳倦等因素有关。肝肾亏虚、脾失健运为本,风寒湿热、痰浊、瘀血闭阻经脉为标,属本虚标实之证。本病初期表现在肢体、关节、经脉,继则侵蚀筋骨,内损脏腑。肾为先天之本,藏元阴而寓元阳,司气化而主水液代谢;肝藏血,主筋,为罢极之本;肝肾亏虚,精血不足,筋骨经脉失养;肾司二便功能失调,湿浊内聚;脾失健运,痰浊内生。若感受风寒湿热之邪、劳倦、七情、酗酒、食伤或关节外伤等,则致痰浊流注关节、肌肉、骨骼,使气血运行不畅,出现关节、肌肉红肿热痛、麻木、重着、屈伸不利等形成本病。由于感邪不同,或邪气偏胜,临床上或表现为风湿痹,或为寒湿痹,或为湿热痹等。此外,风寒湿久羁不愈,郁而化热,亦可转化为风湿热痹或湿热痹。久病血脉瘀阻,津液凝聚,痰浊瘀血闭阻经络可致关节肿大、畸形、僵硬、关节周围瘀斑、结节,并且内损脏腑,并发有关脏腑病证,此时病情复杂而严重。

3. 藏医

本病是由于隆和血功能紊乱造成的一种疾病,藏医名为“直后乃”(意为垢甲病)。

病因:由于经常食用辛辣,肥厚油腻等高脂肪食品,过量饮酒,久坐少动,白昼酣睡,

夜晚不睡,房劳过度,身受外伤,剧烈活动等原因,引起血液功能紊乱,加之食用促进隆偏盛之食物或者行为失当,引起降邪逆行,堵塞血液循环脉道而引发的。

证状:痛风分隆、赤巴、培根所致的4种。《卷书》:“痛风证,脉象短而实紧,犹如血热证而脉微缓;尿象不定,呈热证,确诊无误的证状是尿有焦角味。”发病初起,证见“手脚关节干痛,时痛时缓,如同火燎”。也就是出现胯骨、腰部、膝关节、小腿等疼痛、发痒、动辄骨折、麻木不仁、疼痛频繁。本病初期,病在血和皮肤之中,因而皮肤发红如同红铜,灼热坚硬,有青色斑点,疼痛难忍,呵欠频多等诸多证状,这时为易治期,如延误不及时治疗,最后蔓延到脉、筋、关节、肌肉、脂肪等部位出现更加肿痛难忍,肿块坚硬灼热,肛门及关节欲裂等证状为病情发展到晚期,则令导致瘸腿,为治疗带来困难。隆痛风,症见刺痛、肌肉跳动、肿势变化不定、时而散大、时而缩小、肿块黑色或者青斑、肢体僵硬、指趾卷缩、痛点用凉物外敷则疼痛略缓解。赤巴痛风,证见发热、肿色赤红、痛则拒按。血痛风,肿赤灼痛,甚至化脓。培根痛风,证见患部作痒、沉重难动、触动无感觉。病邪侵入足心时,拇指结垢呈白色;侵入踝脉时,小趾结垢呈黑色;侵入小腿,足跟结垢呈花斑。本病初期阶段为热证,患病日久陈旧则转为寒证。

四、综合诊断

1. 诊断要点

(1)中年以上男性,突然发生拇趾、跖趾、踝、膝等处单关节红肿疼痛,伴血尿酸增高,即应考虑痛风可能。滑囊液检查找到尿酸盐结晶可确诊。

(2)目前国内外基本采用1977年美国风湿病协会提出的诊断标准,具备A、B、C三条中一条即可确诊。

(3)临床亦采用1985年美国Holmes提出痛风的三条诊断标准:滑液中的白细胞有吞噬尿酸盐结晶的征象;关节腔积液穿刺或结节活检有大量尿酸盐结晶;有反复发作的急性关节炎和无症状间歇期、高尿酸血症及对秋水仙碱治疗有特效者。具备其中一条,且排除继发性痛风者,即可诊断为痛风。

2. 实验室和其它辅助检查

(1)血尿酸测定

正常人血尿酸浓度男性 $0.15 \sim 0.38\text{mmol/L}$,女性更年期以前 $0.1 \sim 0.3\text{mmol/L}$,女性更年期后其值接近男性。在排除一些影响因素情况下,血尿酸超过 0.42mmol/L 有诊断价值,但经过治疗或缓解期病人血尿酸可正常。

(2)尿液尿酸测定

对选择药物及鉴别尿路结石是否由于尿酸增高引起有一定帮助。正常饮食24小时尿酸排出在 3.75mmol 以下。

(3)滑囊液检查

急性期关节腔穿刺取关节液在偏光显微镜下检查,可发现白细胞内显现双折光现象的针形尿酸结晶。急性痛风性关节炎滑液的白细胞增高达 $20000 \sim 100000$ 个/ mm^3 ,以中

性粒细胞为主,外观混浊。

(4)骨关节 X 线检查

早期仅见关节周围软组织肿胀,急性期末才发生软骨破坏。慢性痛风性关节炎期,由于尿酸盐沉积,软骨被破坏,软骨下骨出现边缘锐利的圆形、椭圆形或分叶状骨质缺损区,一般穿凿样缺损超过 5mm 应多考虑为痛风所致,关节被破坏后可出现半脱位或僵直。

(5)痛风石特殊检查

对痛风结节可作活组织检查,或特殊化学试验(Murexide)鉴定,还可作紫外线分光光度计测定及尿酸酶分解测定。

(6)急性发作期患者血中白细胞升高、血沉增快、C 反应蛋白阳性,病程较长的患者可有蛋白尿、血尿及脓尿。

五、综合治疗

1. 西医

痛风目前大多数缺乏病因治疗,尚无根治方法,但控制高尿酸血症可使病情逆转。因此,防治主要达到以下目的:①尽快终止急性关节炎发作;②防止关节炎复发;③纠正高尿酸血症,防治尿酸盐沉积于肾脏、关节等所引发的并发症;④防止尿酸肾结石形成。具体治疗分急性发作期和间歇期及慢性期。

(1)急性期治疗

秋水仙碱为治疗痛风急性发作的特效药,计量为每小时 0.5mg 或每 2 小时 1mg 口服,直至症状缓解或出现腹泻等胃肠道副作用或虽用至最大剂量 6mg 而病情无改善时停药。有胃肠道反应者,必要时可静脉缓慢注射给药,剂量为 2mg,以生理盐水 10ml 稀释,注射时间不少于 5 分钟,如病情需要,每隔 6 小时后可再给予 1mg,总剂量不超过 4mg。

非甾体抗炎药包括吲哚美辛、萘普生、布洛芬、保泰松和羟保泰松等,其中以吲哚美辛应用最广。本类药物一般在开始治疗时给予接近最大剂量,而在症状缓解以后逐渐减少剂量。

糖皮质激素能迅速缓解急性发作,但停药后往往出现“反跳”现象,因此只在秋水仙碱、非甾体抗炎药治疗无效或有禁忌病症时采用。

(2)间歇期及慢性期治疗

主要是使用排尿酸或抑制尿酸合成药物,以控制高尿酸血症,使血尿酸维持在正常范围,预防痛风发作,防止发展成慢性和各种并发症的发生。使用降低血尿酸药物的最初几个月,可能会引起急性痛风发作,每日给予秋水仙碱 0.5 ~ 1.5mg 治疗,能使症状缓解。

2. 中医

本病由于不同得阶段临床表现各有不同,所以治疗应根据不同的阶段和不同的临床表现分别论治。急性关节炎期多表现为风湿热痹和湿热痹,予以清热除湿、通络止痛为主;慢性关节炎期多表现为风湿寒痹、风湿痹、寒湿痹、痰瘀痹阻、肝肾不足等,宜祛风除

湿、涤痰化瘀、调补肝肾、通络止痛。疾病发作期,来势凶猛,可采取中西医结合治疗,缓解期可单纯采用中医药治疗及调理,以防复发。

痛风的治疗以发作期治标、缓解期治本为原则,根据不同的临床表现,或祛风除湿,或清热散寒,或涤痰化瘀,或调补肝肾,通络止痛,辨证施治。

(1)风湿热痹

采用清热通络、祛风除湿的治法,具体方药用白虎桂枝汤。

(2)风寒湿痹

采用祛风散寒、除湿通络的治法,具体方药用薏苡仁汤。

(3)痰瘀痹阻

采用活血化瘀、涤痰通络的治法,具体方药用桃红饮和二陈汤加减。

(4)肝肾亏虚

采用益肝肾、补气血、祛风湿、止痹痛的治法,具体方药用独活寄生汤加减。

3. 藏医

一般采用补肾、除湿、解毒类的药物,可口服十八味乳香丸、二十五味儿茶丸、十味诃子散等,同时对痛风患病部位进行拔罐、放血、艾灸。另通过牛角拔毒除治病根。

六、药浴处方

五味甘露汤,加狼毒、黄葵子、乳香、决明子、迷果片、龙骨等。

七、典型医案

王××,男,57岁,山东人。痛风病史10年,经多家医院治疗,效果欠佳。1997年3月加重,专程到北京藏医院接受治疗。入院时两脚内侧红肿胀疼,尿酸指标较高,严重影响病人走路和生活质量。开始病人自己服用激素类药物,减轻疼痛。经采用藏药浴和藏药口服治疗,配合牛角拔毒和艾灸点火,治疗四个月后,病情明显好转,尿酸、血相基本正常,两脚症状消失,走路如常,3年后回访未复发。

第八章 神经系统疾病

神经系统在人体内起着控制、调节其它系统和器官组织功能的作用,从而统一了人的整体活动,并能够适应外界环境的变化

各种致病因子如感染、血管病损、肿瘤、先天畸形、遗传、免疫反应、营养代谢性障碍、中毒、创伤等均可累及神经系统。神经系统疾病即是指上述各种致病因子所引起的发生在脑、脊髓、周围神经等的病变。它们多数有神经组织形态学明确的病理改变,少数则缺乏神经组织的明显病理变化。神经系统的定位诊断所确定的病变范围及分布依病理解剖大致可分局灶性病变、系统性病变和弥漫性病变。而按病理、生理又可以分为刺激症状、操作症状、释放症状、休克症状。

神经系统疾病在藏医中属白脉病的范畴。在藏医学中,人体的脉络系统分为黑脉和白脉,其中白脉从脑中发出,在人体中如根状向下分布,由隆司理机体发育与活动,也称水脉。白脉又分为内外两支,内白脉主要有 13 条,循行于机体深层,连接脏腑,如头部受损,会影响脏腑,出现口眼歪斜、小便失禁等证状;外白脉循行于体表浅部,若此脉受损,则引起肌体肿胀、萎缩、瘫痪、僵硬等证状。白脉病在临床上可分为热证和寒证,热性白脉病因伤热扩散、疔疫传染及中毒引起血和赤巴紊乱;寒性白脉病因隆和培根紊乱、寒邪侵入脉道,而出现肿胀、微热、意识模糊等证状。其它按三因分为隆引起的白脉病、赤巴引起的白脉病、培根引起的白脉病,聚合引起的白脉病;按发病部位分为上体白脉病、四肢白脉病;按病程又分为新发和陈旧。藏药浴是藏医治疗白脉病的常用方法之一,并因其独特的治疗方式与显著的疗效,越来越引起人们的重视。近年还在高血压等以往被视为药浴禁区的领域取得了突破性进展。

第一节 瘫痪

一、概述

本节所论述的瘫痪以脑血管病变所引起的瘫痪为主。脑血管疾病是当今危害人民健康较为常见的一种疾病,1982 年我国六城市流行病学调查的结果表明,其年发病率约为 182/10 万人口,患病率约为 620/10 万人口,年死亡率为 89/10 万人口,而近年又呈不断上升趋势。因此脑血管疾病与心脏病及癌症一起被认为是当前人类三大死亡原因。

二、临床表现

根据近年来的统计资料分析结果,脑血管疾病引起的瘫痪大致存在着以下几点规律:

1. 年龄特征

目前发病人群中 30~40 岁甚至更为年轻者的人数在不断增加,比起过去 50~60 岁的发病统计结果,发病年龄有年轻化的趋势。

2. 病种特征

近几年来变化的倾向是脑出血发病率下降而脑梗塞的发病率有所上升,尤其是腔隙性梗塞的发病率上升极为明显。而且混合性卒中的人数也在逐年增加。

3. 病因特征

除了高血压、脑动脉硬化外,还有一部分为脉管炎和血管畸形或形成性动脉瘤(多见于年轻患者),以及大脑淀粉样血管病变(多见于老年患者)。

4. 病变部位

在脑血管系统的病变中,以颅内动脉系统梗塞为多见,而椎基底动脉系统则以短暂性脑缺血发生为多见,且常合并明显的增生性颈椎病。

5. 疾病的发生、发展及预后

近年来发现一些脑梗塞病变常常在活动的情况下发病,而且可以迅速导致脑组织软化、颅内压增高,甚至由此而引起脑疝者也并不罕见。治疗后复发者人数亦不可忽视,并均在短期内复发,尤其是脑梗塞可发展为多发性病灶。

大脑是中枢神经系统最重要的器官,代谢旺盛,需血供量大。正常人体平均脑重量 1400~1600 克,约为体重的 2~3%,而脑循环血量占心脏收缩输出的 1/6,它所需的氧量占全身 20%,当缺血或血液中氧含量降低时,脑部的机能较其它组织更早地出现障碍。脑组织所需要的供能物质必须通过脑血液循环及时输送,当脑部血液循环发生障碍时,如血流量减少,或血液中含糖量降低,即可引起一系列严重的神经系统机能紊乱,是产生瘫痪的主要原因。

临床中由于血管损伤部位的不同,常出现偏身的运动、感觉障碍以及语音、视觉等的功能减退甚至失语、失明等症状,而且好多症状也是引起高血压的直接原因。

三、病因病机

1. 西医

在西医看来,引起瘫痪的脑血管疾病主要有以下几点:

(1)动脉硬化性脑梗塞:由脑动脉硬化症、高血压病、急性低血压、动脉炎、血管畸形或血管痉挛、血液病、外伤、严重脑循环失调等都可以成为导致此病的因素,其发病机制通常为以下几种:

①脑血栓形成学说:在动脉硬化的基础上,颅动脉狭窄变形。在粥样硬化的动脉壁

上,血小板易于附着于硬化斑上引起血管痉挛,释放凝血因子,致使血小板和其它凝血因子凝聚,于是形成血栓。血栓进一步扩大可导致脑组织缺血、缺氧,进而发生脑组织软化、坏死。

②血栓栓塞学说:栓子主要来源于颈部较大动脉或主动脉弓的粥样硬化、斑块溃疡凝块碎片的脱落等随血流进入脑部血管,停留于某处,尤其是血管分叉处,引起局部脑供血障碍,从而引发脑缺血或脑梗塞。

③脑动脉痉挛学说:脑血管痉挛严重影响脑部血流量,引起脑部的血液循环障碍,若时间过长使局部脑组织缺血、缺氧显著,可导致脑梗塞。

④血液动力学说:正常脑组织血液量每100克每分钟不得低于31.5ml,由于各种病理原因,使动脉的供血量降至临界血液供应量以下,即会导致局部性脑组织缺血、缺氧。倘缺血时间较长,即可造成局部脑组织软化,出现脑梗塞。

(2)腔隙性脑梗塞:一般认为脑小穿通动脉或微小动脉硬化闭塞是引起本病的基础,也是高血压性脑血管病在病理上最常见的一种病变。因高血压持久作用于小动脉微血管网,引起灌流异常,促发微动脉壁的透明变性的动脉硬化。小动脉的血栓形成或被来自上游的栓子所阻断即形成微软化灶,以后变成一个小空腔。多数散大的微小腔隙所形成的病理表现即为腔隙性脑梗塞。

病变如侵犯深穿通动脉,引起其闭塞后可形成较大的腔隙。如果为微小动脉闭塞,则形成较小的腔隙,多数在脑组织的相对静区。一般认为,腔隙的位置和大小不一定是决定临床症状的主要因素。

(3)脑栓塞:引起脑栓塞的原因以风湿性心脏病二尖瓣狭窄所致者为最多,约占40%~60%。主要有心源性和非心源性两大类。

心源性主要有以下几点:①风湿性心脏病:栓子的形成主要是二尖瓣狭窄,在急性期和慢性期均可发生。风湿性心脏病的脑栓塞不仅发生率高而且易于复发。②动脉硬化性心脏病和心肌梗塞。③急性或亚急性细菌性心脏病。④心律失常,以心房颤动最常见。⑤心脏手术引起的脑栓塞,闭合性的或开放性手术都有发生,其发生率不易估计。⑥先天性心脏病伴发右心至左心的短路。⑦二尖瓣脱垂。⑧心力衰竭引起肺静脉淤血,静脉血栓流入左心等。

非心源性的原因主要有:①主动脉弓及其大血管病变:动脉硬化所致血管内壁溃疡斑块脱落,颈部大血管外伤,异物等进入血流,或大动脉炎合并血栓。②全身其它疾病:常见的引起疾病有败血症、癌性栓子、寄生虫及虫卵的栓塞、脂肪栓子、气体栓子、异物等,其中左侧大脑中动脉为栓子最易进入的血管。栓子堵塞引起急性缺血,堵塞小血管时仅引起局部症状,大血管栓塞或多发栓塞,或脑干部组织动脉栓塞可引起全脑症状。

(4)脑出血:脑出血病因国内外资料主要有以下几种:

①高血压病:包括原发性和继发性高血压,可并发脑出血与脑梗塞两种病变,但以脑出血较为多见。

②动脉粥样硬化:高血压并发脑动脉硬化是脑出血的主要病理基础。在疾病发展过

程中,高血压与动脉粥样硬化相互影响,高血压可促进动脉硬化的加速和发展,又是脑小硬化的主要原因。

③微形动脉瘤:长期高血压患者的脑实质内,小的穿通支动脉的扩张段可发现微动脉瘤,常呈多数性。

④脑血管畸形。

⑤血液性疾病:白血病,血小板减少性紫癜,再生障碍性贫血,恶性贫血,镰形细胞贫血病均可并发颅内出血。

⑥颅内肿瘤。

⑦低凝血酶原症:长期应用抗凝血疗法,重症肝病等均可并发脑内出血。

⑧出血性脑梗塞:低血压形成的脑梗塞在病理过程中,当血压回升时有些闭塞血管可以再通,再通后血流灌注压增高,部分病人可能产生脑水肿和出血性梗塞。

⑨脑静脉血栓:如果脑部静脉血栓较大,严重影响侧支循环而发生脑瘀血水肿,在大脑皮层和皮层下可形成多数性出血灶及脑内血肿等

高血压性脑出血可能与以下三种条件关系密切:一是血管壁本身有某些缺陷,例如持续的高血压可使脑内小动脉内膜增厚、肥大、玻璃样变化,纤维化增生以致形成小动脉硬化,进一步使脑内大中动脉发生粥样硬化,脑动脉中膜肌纤维较少,无外弹性肌纤维层;二是血压的变化,血压的急剧变化是激发脑出血的关键,发病当时很可能由血压骤然升高作为诱发因素;三是有出血倾向者,近年来的实验研究表明,脑出血患者存在着出血倾向。

2. 中医

传统的中医学认为,中风与风、火、气、痰、血等有着密切的关系,尤其以肝风内动为主,其病理基础为机体衰老,脏腑功能减退,气血阴阳失衡。因此,按着中医观点,忧思愤怒,寒暑失调,饮食不节,或操劳过度等均可导致阴陷于下,肝阳暴亢,阳化风动,气血逆乱的病理状态。内风或逆乱的气血兼挟痰、火等瘀阻体内不同部位的脉络而出现神志昏蒙、肢体偏瘫、舌强言涩等不同证状。《素问·调经论》中说:“血之与气并走于上,则为大厥,厥则暴死,气复反则生,不反则死。”近代中西医汇通学派张锡纯认为:“盖血不自生,必随气而生,上升之极必至脑中充血,至所谓气反则生,气不反则死者,盖气反而下行,血亦随之下行,故其人可生,若其气上行不反,血必随之充而益充,乃至血管破裂不止。犹能望其复苏乎?内风之理明,脑充血之理亦明矣。”(《医学衷中参西录》)说明中风的主要病理机制是气血升降逆乱,阴阳互不维系,上实下虚,故病势变化特别迅速,病情特别复杂。若逆之至,其气上行不反,则可出现暴死。以下从风、火、痰、气、血几个方面分别论述中风的发病机制。

风:有外风和内风(肝风)之分别。外风为六淫邪气之风邪,中医理论认为“风者百病之始”,“风从外入”,“犯贼风虚邪者,阴受之”,“故伤于风者,上先受之”。人与自然界息息相通,在人体正气不足,卫外之阳气不固的情况下,外风入中经脉,多以阳经头面受病为主,但因风为外邪,一般入中较浅,病情也较轻浅。

内风一般有两种情况,一是火热盛极可以生风,二是血虚液燥可以动风。当人体内存在着可能产生内风的病理因素时,若遇忧郁、恼怒等七情之伤,即有可能出现肝阳偏亢,内风旋动,气火俱浮,迫血上涌,重者可因气奔逆上窜,逼迫血液离经,造成脑出血一类的严重证候。总之,中医认为肝色青,位东方、为风木之脏,因此内风实为肝风,古人有“风气通于肝”之论,治疗时当注重从肝论治。

火:中医理论中,火有心火、肝火及肾火之分别。心肝之火多由喜、怒、思、惊等五志过极所导致;而肾火则多由房劳阴亏而来。若心火暴盛,肾水亏耗,肾水不能上济心火,则为阴虚阳亢,热气攻冲之象。热盛风动,风火相煽,气血并行于上,而致心神昏冒而卒倒无知,发为卒中。故刘完素在《素问玄机原病式·火类》中说:“多因喜、怒、悲、恐、思之五志有所过极而卒中者,由五志过及,皆为热甚故也。”

痰:痰有风痰、热痰和湿痰之别。风痰是内风与痰饮结合的产物。内风旋动,挟痰横窜脉络,蒙塞心窍可发生中风。热痰乃痰湿内郁而生,《丹溪心法·中风》有云“由今吾之西北之方,亦有真为风所中者,但极少尔。东南之人,多是湿土生痰,痰生热,热生风也。”湿痰则由气虚而生,多在中风恢复期或后遗症时,因气虚而生湿痰阻络而致半身不遂、言语艰涩等证。

气:包括气虚、气郁和气逆三种。对中风发病,李东垣有“正气自虚”之说,盖气虚可以生痰,又可以因气虚运行无力而使血行阻滞;气郁不畅可化火,气郁火盛,则进而动风;气逆影响血行,血随气逆上壅清窍,则可助长肝风动越之势。故而气虚、气郁、气逆与痰浊、瘀血等关系十分密切,而为中风之主要病机。

血:血瘀是中风发病的主要病因之一。首先因精神刺激,由气郁、气逆引起血行不畅,此时血液可瘀积于心胸或清阳之腑,临床可见卒发昏仆不遂之证。其次因久病由气及血,由经入络,也可形成血瘀。或因感受风寒湿邪,使经络气血涩滞不畅,而致关节疼痛之痹证,但若病移迁延日久,则可继发心悸、气短、乏力、自汗诸证。又因气不足,心血瘀阻遇到内风触动即可发生中风,大体相当风心病引起的脑血栓。再者气虚可致血瘀,血瘀又可滞气,还有因血瘀之极而生内热的。因此,血瘀是中风发生的致病因素之一,更重要的是中风偏枯之后,血瘀的病理变化会更为严重。

综上所述,中风证状以卒然昏仆、喎僻、不遂为主。昏仆是由心窍被蒙而成,不遂是由经络闭阻所致。在病因方面虽然有风、火、痰、气、血之分,但仍以内风、痰浊、血瘀为主。

3. 藏医

藏医将从脑中发出主司机体发育活动的脉称白脉,也称水脉,属西医学中的神经范畴。白脉是人体在胚胎阶段首先形成,也是胚胎发育获得营养的脉络,出生后这些脉又起着吸收饮食的精华,输送糟粕,以保证三因素、七物质的正常循环作用。在人体中起主要作用的水脉共有 19 条,这些水脉因病疫传染、中毒、热邪侵入等原因引起病变,出现难忍剧痛和运动障碍,称为白脉病。

按照藏医的脉络理论,白脉在人体如树根状向下分布。白脉又分内外两支,内白脉

如同绢丝状向下垂吊,主要有13条,循行于机体的深层,连接着内部脏腑。因此,如果头部受到意外的损伤,便会影响脏腑,出现口眼歪斜、小便失禁或二便不通等瘫痪证状。外脉源于脑心,循行于体表浅部,与肌肉、骨骼等相连通,此脉受伤则会出现机体肿胀、萎缩、僵硬等一系列瘫痪证状。

白脉中的外突出者被称为要害脉,要害脉络遍及全身,当损伤时导致隆及血功能的紊乱,伤及白脉而产生白脉病,引发一系列瘫痪的证状。临床上将白脉病按病程可分为新发和陈旧两种;按照发病部位则又分上体白脉病、四肢白脉病。上体白脉病证见语多身颤、身体僵硬干瘦、大渴引饮、半身肿胀或无知觉、小便失禁或二便不利、身体失温如石或身热如火、头仰如角或僵如木。四肢白脉病则可见四肢麻木无力、肿胀、无知觉或干瘦、浮肿、强直或挛缩等证状。

此外,传统的藏医学认为,作为推动血液循环、司理呼吸及机体运动的动力——隆,当人体内固有的六种隆物质在内外各种因素的影响下发生增、衰、紊乱失衡等病理变化,可形成隆病。其中的侧弓证、半身干枯证、全身干枯证、木僵证、臂瘫证等都是由于隆所侵袭的部位不同而表现出来的一系列瘫痪证状。若按功能性隆病分类,则又以上行隆病为主,藏医认为此种病多由抑制喷嚏、打嗝和呕吐,或勉强负重、大哭大笑等致使上行隆功能紊乱而发此病,证状多为言语不清、口角喎斜、意识紊乱、体力衰损等瘫痪体征。

四、综合诊断

1. 西医

西医对于脑血管类疾病的检查常有以下几个方面:

(1)一般情况的检查

血压:表现为血压急剧升高,收缩压可比平时高出6.7kpa,舒张压可高出4kpa。提示病情较重,颅内压增高明显,或为形成脑疝的一种征兆。若在血压上升的基础上,随着病情加重,血压逐渐下降,则提示脑干严重损伤或循环衰竭。

呼吸:根据损害的程度不同,可产生不同类型的呼吸节律失常。

体温:该类疾病常出现体温升高。体温升高往往见于以下几种情况:如合并肺部感染、尿路感染等为重要原因。脑出血、蛛网膜下腔出血因血液被吸收也可以引起体温升高,一般在37.1~38℃。如丘脑下部严重损害,周围循环衰竭,体温可不升高,或在升高的基础上逐渐下降。

意识状态:根据病情的轻重,可分为昏迷、昏沉、昏睡、意识模糊、谵妄等不同情况,临床中应该根据其它各方面客观体征准确判断,进行治疗。

运动系统检查:运动神经系统由下运动神经元、上运动神经元(锥体系统)、锥体外系统及小脑系统组成,其检查主要包括肌体积和肌力的检查,以确定患者有无肌萎缩、肥大以及瘫痪的部位等。

感觉系统检查:包括浅感觉和深感觉两种。浅感觉主要由触觉纤维和痛温觉纤维组成。深感觉则包括位置觉、运动觉及震动觉纤维和压觉纤维两种。该项检查主要有触

觉、痛觉、温度觉、关节位置觉、音叉震动觉、皮肤定位、图象觉、实体觉、两点辨别觉等。

(2) 辅助检查

血液检查:患者周围血象可见白血球数量增高。脑出血的病人多出现白血球数目增至 $10 \times 10^9 \sim 20 \times 10^9/L(G/L)$ ($10000 \sim 20000/mm^3$)。其它脑血管疾病亦可见白细胞数增高,特别是在合并感染时,更为明显。另外,血液生化检查中还可见胆固醇和血糖的升高和尿素氮——二氧化碳结合力改变等征象。

脑脊液检查:脑血管疾病患者可见放出脑脊液后终压改变、脑脊液蛋白质含量增高、转氨酶活性增高、肌酸磷酸酶增高等征象。

(3) 血液流变学测定

血液流变学主要研究血液和血管的客观、微观流度规律及其在医学领域的运用。其内容包括血液的粘度、粘弹性、流动、凝聚等流变特性和红细胞的变形及聚集、血小板聚集、血管的力学特性等微循环流变学两大类。临床血液流变学主要探讨各种疾病的血液流变行为的变化规律以及它们在疾病发生、发展、诊断、治疗、预后评估中的意义等。该项测定目前正在逐步完善并运用于临床,对于更细致地分析病因病机有着重要的参考价值。

(4) 病理征

即病理反射,是在正常时不出现,而在中枢神经有损害时才发生的异常反射,但在灵长类及1岁以下婴儿则是正常的原始保护反射。以后随着锥体束的发育成熟,这些反射被锥体束所抑制。当锥体束受损时,抑制作用解除,这类反射即出现。

常见的病理征如吸吮反射、口轮匝肌反射、掌颏反射、霍夫曼征、强握反射、巴彬斯基征等在临床诊断中有广泛地应用并有重要的诊断参考价值。

以上为西医对脑血管类疾病引起瘫痪在检查诊断中的一些常规措施,另外,随技术的不断发展,脑电图、CT、MR(核磁共振)等技术的不断成熟和完善,使得脑血管疾病的诊断更加清晰、准确,并得到了普遍的应用。

2. 中医

中医学诊断疾病的基本方法是望、闻、问、切四诊合参。因瘫痪证状较为特殊,病因较多,类型亦多,因此“四诊”需围绕着瘫痪主证进行。

(1) 问诊,传统问诊包括问寒热、问汗、问饮食、问二便、问胸腹、问月经、问头身等,即所谓的“十问”。另外围绕患者主证还应注意以下几点:

询问家庭史:有的脑血管类疾病与遗传有一定关系,这就需要询问患者家庭中有无患脑血管疾病者,结局如何,以推测预后。

询问病前的性格:若患者平素内向、孤僻、沉默寡言、心胸狭窄,表现出的心理特点是懦弱怕事、多思善虑、不愿暴露思想,每易致肝气郁结,或劳伤心脾;若患者为外向型性格,其表现为开朗、好动、爱说爱笑,但暴躁、倔强,这类病人遇事容易激动,则易动火伤肝。以上两种不同类型的人,由于精神因素不同,导致的病机也不一致。

询问周围环境:要问清患者工作环境如何,工作时是否接触有毒物质。要问清患者

在家庭中的地位,和家庭成员的关系、婚姻状况等。

询问起病诱因:详细询问有无明显的发病诱因,包括精神因素、传染病、物理因素、外伤史等。

询问病程与发展、治疗经过:问明患者发病的具体时间,起病初如何,到目前又发展到何程度,做过何种检查及治疗,效果如何,证状有无改变等。

(2)望诊:瘫痪病人,尤其处于昏迷状态时,首先应密切观察患者的精神状态、气色、形体运动、舌象等。

望神志状态:主要观察病人的意识、感情意向、行动等有无障碍。包括深度昏迷(中医称为闭证或脱证)、中度昏迷、谵妄状态、兴奋状态、抑郁状态、紧张状态、情感障碍等。

望形态:患者的形态不仅可反映肌肉、皮肤、四肢等病变,也可反映出内脏的情况。患者形体结实,挺胸阔步,为实证。平日体实,初患中风昏迷,人事不醒,表明心气尚充。形体肥胖,多为痰湿。形体消瘦,多为阴虚血少。老年或有外伤史者,行走呈前趋步态,多为肾虚脑海不足。

望色泽:患者的气色因病情而发生变化。如面黄苍白、枯槁,多为严重贫血,是虚寒之证。面色赤红如妆,旋即眇白,暗然无光,这是外有假热,内有真寒等。临床诊断中应仔细鉴别。

望舌:即观察舌质与舌苔的变化。“舌为心之苗”,为脏腑病变之外候,可分为如下几部分:舌尖属心肺,舌中属脾胃,舌边属肝胆,舌根属肾。望舌质可辨别脏腑虚实。望舌苔可察病邪深浅及胃气强弱。

(3)闻诊:包括测知声音、气味、感知、记忆、思维、定向力、智能等多方面功能是否障碍来辨别病邪性质和部位。如声息重浊、有痰涎雍盛、堵塞咽喉、烦躁不安、神志不清者为实证、热证。呼吸短促微弱、吸而远久则可知其病在下焦,为元气不足之所致,多属虚证。

(4)切诊:包括脉诊和触诊两个部分。瘫痪患者触诊主要是触及肌表、四肢、胸腹等以测知中风体征,以助于针灸、按摩选穴。中风之脉则多见浮弦、浮紧、沉数、沉细等脉,当根据中医之理论以参考明之。

3. 藏医

根据瘫痪的病因,藏医认为本病主要是由于白脉受损及隆病引起,诊断中也围绕着这两个环节进行。

按照《四部医典》所载,诊断方法主要有从发病原因方面诊断,从疾病性质证状表现方面诊断,从利害方面诊断三种。

如隆病,其病因主要由饮食、起居等外缘因素所致。而总的证状表现为脉象虚如皮囊,小便清如水,搅动后稀而不粘,想行动又气虚乏力,心神不安,头脑眩晕,耳鸣,舌红干燥,口涩等一系列表现。具体证状则如半边弓的证状是口斜,头部颤动,语言涩滞,目光僵直,记忆衰退,梦中惊扰;半侧干瘦病的证状是半边身体无知觉,功能衰退。肩痉挛主要是隆入肩部,抬举与行动困难且疼痛等。

白脉病,主要由于剧烈运动、瘟疫和热毒等侵入脉道,遭受外伤,隆紊乱失调侵入脉道等引起,总证分为寒热两种。若以患病时间分析,又可分为新、旧两类。身体本身疾病又可分为隆、培根、赤巴,与合并证四大类。具体证状有口眼歪斜、头昏、记忆力衰退、失眠、呕吐、音哑、五官功能紊乱、四肢残废、多语、颤抖不停、半边身体麻木、大小便失禁等。

因此,在诊断时必须详细询问与疾病有关的一些情况。对于隆病患者要特别询问是否食用过浓茶、山羊肉、猪肉等性轻而糙的饮食。起居行为方面是否有禁食忍饥、久居寒地等情况。对于赤巴病患者要询问是否食用过植物油、陈酥油、烈酒等性锐热的饮食,是否有长时间烤火、日晒等起居行为。对于培根病患者要询问是否食用过早獭肉、枯萎的蔬菜等性重腻的饮食;是否久卧潮湿处,有无涂擦、按摩过多等行为。另外望诊、脉诊、尿诊中也应重视分辨疾病之寒热性质,以求诊断准确。

五、综合治疗

1. 西医

(1)缺血性脑卒中的治疗原则:缺血性脑卒中又称脑梗塞,其中包括脑血栓和脑栓塞。其治疗的主要原则是:选用脱水剂降低颅内压,扩管扩容以改善脑血流量,降粘度疗法以稀释血液,抗血小板凝聚以防血栓形成,抗凝疗法以防血凝,血栓溶解疗法以溶解血栓,钙离子通道阻滞剂增加脑血流量,改善微循环,体外反搏以增加脑血流量,高压氧治疗以改善脑组织缺氧。

(2)出血性脑卒中的治疗原则:出血性脑卒中主要指脑出血。其主要的治疗原则是:脱水以降低颅内压、调整血压,以使血压维持在适当的水平,应用止血药以治疗出血,防止感染,外科手术以清除颅内血肿。

(3)混合性中风的治疗原则:该项疾病有两种情况,一种是指血肿与梗塞均为新近性病灶,治疗原则是:中性处理,既不止血,也不应用扩管扩容、抗凝、溶栓等疗法。选用脱水剂降低颅内高压;选用抗自由基药物,减少缺血性损害;应用细胞活化药以促进脑功能恢复。另一种混合性中风是指血肿为新近性,梗塞属陈旧性,这类病人急性期可按脑出血处理,但不宜过多地降低血压。

2. 中医

按照中医辨证理论,《金匱要略》中将中风分为中络、中经、中腑、中脏四类。中络是病在络脉,位置最浅,病情最轻,以肌肤麻木、口角喎斜为主证;中经是病在经脉,以半身不遂、口舌喎斜、偏身麻木、语言蹇涩为主证;中腑以半身不遂、口舌喎斜、偏身麻木、言语蹇涩而神志恍惚或神志迷蒙为主证;中脏是以卒暴昏仆而半身不遂,神志障碍明显,甚至昏愦无知,此邪中深,病情重。对于中风治疗,清代医家尤在泾所著《金匱翼》中有中风八法:一曰开关,二曰固脱,三曰泄大邪,四曰转大气,五曰逐瘫痪,六曰除热气,七曰通窍隧,八曰灸俞穴。八法的具体运用强调按病期、分阶段进行辨证论治。

总观中风一病,属本虚标实、上盛下虚之证。在急性期虽有本虚的见证,而常以风阳、痰热、腑实、血瘀等“标实”证状较为突出;又因风挟浊邪蒙蔽心窍,壅塞清阳之府,故

“上盛”证状也较为明显。按中医急则治标的原则,应以祛除为主,可用平熄肝风、清热化痰、活血通络、通腑泻热等治法。到恢复期后,证候由实转虚,以标本论,则重在“本虚”,以上下论,则重在“下虚”,应以扶本为主。但因有半身不遂、偏身麻木之证见,故有血瘀痰阻之存在,治宜标本兼顾,常用治法有益气活血、育阴熄风、滋阴潜阳、养血通络、健脾化痰等。

3. 藏医

白脉病总的治疗方法是以理气活血为主要原则,这一点在《四部医典》中有详细的论述。药物可服萨热十三味鹏鸟丸,热证用开水送服,寒证用酒送服,或用如意珍宝丸和七十味珍珠丸等,也可取得较好的疗效。泻下疗法、温泉浴和五味甘露浴对预防白脉病复发都有较好的疗效。

关于本病基本的治疗方法主要有以下几个方面:

饮食治疗:宜用四油脂(熔酥油、脂肪油、骨髓油)、四精(肉、酥油、红糖、酒)、水生动物肉、陈羊肉、红糖、浓酒、热糌粑、牛奶等重而性热、有营养的饮食。

生活起居治疗:居住环境宜幽静,光线不强,温暖,衣着暖和,安心休息,睡眠充足。有心投意合的朋友陪伴,讲话温柔动听。

药物治疗:首先服用汤剂、酏剂、祛除剂,以消除并发症,并将分散的疾病收拢在一起。其次服用散剂,以扑杀病邪,最后服用药油丸以驱逐余病和滋养正精。

以上所述为藏药治疗瘫痪的根本大法,在这些方法的指导下,又有极其灵活的用药方法,不作详细说明。

经过多年临床实践表明,藏医药运用药浴、金针、手法等方面对瘫痪有很好的疗效。北京藏医院运用传统的藏医疗法配合现代康复医学的一些训练方法,在脑血管疾患恢复期和后遗症期的治疗中取得了良好的效果。

六、药浴处方

处方一:以五味甘露浴方为主方。区分不同的病人,针对不同病情进行必要的加减。在治疗瘫痪病人时可适当加入降香、沉香、儿茶、肉豆蔻、石灰、贝壳、硫磺、五根散等以增强疗效。

处方二:采用骨剂蒸法。其常用方剂为龙骨、马骨、狗骨各 1500g,加各种杂骨 1500g 为主药,以黄花杜鹃花、藏麻黄、大籽蒿、刺柏、红茜草、寒水石、甘松、酒曲等为加减药物,通过蒸法达到通络、活血、驱邪之目的。

七、药浴实施

1. 五味甘露汤洗法的实施

(1)制取药液:五味甘露药各取等份 500g,研碎与青稞 3000g 同时放入容器中,加入开水,以没过药物为宜,浸泡一夜后,再注入 5000g 冷水,拌匀,加热至沸腾。候水份全部吸入药材中,冷却至皮肤温度相近时再加入酵母 250g,置于 20℃ 左右室内发酵,通常 2~3

天后,等香味飘出即可。将发酵好的药液注入凉水,浸泡6~8小时后,即得五味甘露汤。

(2)时间选择:一般药浴实施以春秋两季为佳。但平时亦可施行。一般采取洗浴方式进行,每天2次,每次40分钟左右。药液温度控制于40~45℃之间,同时可配合一定的手法治疗。

2. 骨剂蒸法的实施

(1)治疗方法和过程:做一块蒸笼式能通气的蒸疗床,并用水泥或瓷砖修一不漏气的池子,盖上蒸疗床。然后安上一口能装250~300kg水的大锅,加上水后将配好的药物倒入锅里盖紧盖子(不漏气),锅盖上留一小孔,插上蒸汽管,将煮药所产生的蒸气输至治疗床底。床上铺一条能通气的棉毯或毛毯,当通气后温度至38℃时让患者躺到蒸疗床上,盖一条毛毯进行蒸疗。

(2)时间选择:每次蒸疗时间为10~20分钟,以患者全身出汗为度。7天为1疗程,程度及时间、温度分别为:第1天1次,38℃/10min;第2天3次,39℃~40℃/10~13min;第3天4次,42~43℃/13~15min;第4天4次,43~45℃/16~20min;第5天4次,42~43℃/13~15min;第6天3次39~40℃/10~13min;第7天1次,38℃/10min。可根据患者体质及适应程度的差异酌情安排。

3. 药浴护理及常见反应的紧急处理

可依据第六章有关内容进行。另外,多数藏医前辈认为,藏药浴疗法不宜于高血压病治疗,易引起黑、白脉病变。但北京藏医院自1994年开始,首创应用藏药浴法治疗高血压病取得较好疗效。即使如此,在用藏药浴治疗高血压病时,必须特别护理,以防不测发生。

八、现代研究

现代研究表明,药浴治疗一方面能改善下丘脑—垂体轴的分泌功能,另一方面又能恢复已麻痹的血管运动神经,并着重于中枢神经系统及心脏血液循环系统功能的改善,而藏药浴治疗高血压,主要是通过神经反射机制和体液调节作用,改善血液粘稠度,增加大脑皮层的抑制过程,恢复大脑皮层对皮层下血管运行中枢的正常调节功能,改善微循环,降低小动脉的张力,使血压恢复正常。

九、典型医案

赵××,男,71岁,退休干部。1996年12月患脑血栓,经中西医治疗一月后,病情平稳,遗有右侧肢体不利、半身不遂、关节及肌力衰退。经自行锻炼,可拄杖行100余米。

查体:一般情况尚可,精神稍差,发育良好。关节活动受限,肌力Ⅱ级。病理反射巴氏征右侧(+),左侧(-),轻度语言障碍,感觉障碍。

治疗方案:内服药以十八味杜鹃丸、三十七味斑螫丸、如意珍宝丸、二十味沉香散、七十味珍珠丸。药浴:主方为五味甘露,添加五根散等。

疗效:四个疗程后,患者肌力达Ⅳ级,关节活动基本正常,感觉障碍消失,拄拐可自

由行走。

牛××,男,58岁。1994年6月乘车下乡,到达目的地下车时,下肢麻木不能行走。当晚瘫痪,失去知觉。第二天送往兰州解放军第一医院进行抢救。住院50余天后,头脑清醒,能说话,但偏瘫仍未能得到有效治疗,血压也仍然高。又去某医院住院治疗2月余仍未好转。当年10月用藏药蒸疗法配合口服藏药治疗,第一疗程后能进行转身、坐立、伸屈等活动,但左侧仍瘫而不易活动;半年后进行第2疗程,治疗后能扶拐行走。4个疗程后治愈。1996年3月上班,1997年12月退休,至今未复发。

十、文献摘要

概括地说,隆病的治疗方法是这样的:对于僵尸隆病,应该采取油疗法和药气蒸疗法医治。干瘦隆病,涂油罨敷,脉泻之后,补充以水浴疗法。

(《四部医典·秘诀本·隆病治法》)

四肢白脉病用收敛膏施治,如果是热性加冰片,寒性加草茛,制成拇指大小的药丸,山羊乳送服。獐子粪和五味甘露药熏蒸施治,何处患病即在何处针刺放血。疾病陈旧者,脉泻施治。消瘦时,药浴疗法施治,药用三果药油、草果、竹黄、丁香、红花、肉豆蔻、小豆蔻内服。筋络患病,药汗蒸汽薰疗,陈酒作饮料。

(《四部医典·秘诀本·白脉病治法》)

第二节 小儿脑瘫

一、概述

小儿脑瘫即小儿脑性瘫痪,指由于出生前或出生时及婴儿早期,某些原因损害了大脑运动中枢而致的非进行性中枢性运动功能障碍。并且伴有智力低下、惊厥、听觉与视觉障碍、行为异常等。总的来说,表现为普遍性运动发育迟缓。脑性瘫痪是继小儿麻痹被控制以后,引起儿童肢体残疾的重要因素,长期以来被看作不治之症。近年来,以藏药浴为代表的藏医疗法在小儿脑瘫的治疗研究中取得了令人瞩目的成就。

二、临床表现

小儿脑性瘫痪为脑损伤性疾病之一,是以中枢性运动和姿势异常为主症的疾病。常见的运动障碍有:四肢很少动作,特别下肢较为显著。此外如坐位抬起头,头往往后倾,脚尖落地,常呈芭蕾舞足、两侧瘫、偏瘫、单瘫、手足徐动、肌挛、震颤、肌张力不全或肌强直,肌张力可以不断改变。最常见的病变是肌肉强直和震颤。此外还常伴有神经和精神方面的改变以及多种并发症。姿势行为异常者在患儿4~5个月时即可渐渐明显表现出

来,如肌肉的异常收缩状态,肌肉过度紧张,低紧张和动摇性,以及肌收缩不协调,俯卧位时头可抬而前臂自主的张开运动受限,下肢伸展时出现外展外旋受限。强直型脑瘫患儿,扣及其腓肠肌中段呈长圆形索状,实质上是由于腓肠肌收缩所致。

目前临床上对小儿脑瘫的分类如下:

(1)痉挛性两侧瘫痪:为小儿脑瘫最常见类型,特别是四肢运动障碍,尤以下肢为重。上肢病变程度各异,4~5月的患儿抓玩具时定向运动稍不灵活,反射亢进,伸肌紧张增强,下肢伸长,患儿伸肌反射和平衡反应发育迟缓,坐、走均晚于正常儿。

(2)两侧性偏瘫:表现为四肢运动障碍,但以上肢为主。由于一侧非对称性颈紧张反射表现明显,运动障碍不对称。躯干伸肌反射和平衡反应也和随意运动一样几乎没有发育,患儿既不会坐,也不会爬,完全丧失了活动能力,不愿与同年龄小儿玩耍。本型患儿常合并小头畸形和各种发育异常,说明病变始于宫内期。

(3)偏瘫型:本型病变80%情况下发生于新生儿期。其特点是运动障碍主要发生于一侧肢体,上肢肌紧张较高,所有关节部屈曲,婴幼儿手内收于躯干并握拳,年长儿则产生类似“助产士”手,肌干伸肌反射和平衡反应发育正常或稍迟缓。脑充气造影可发现脑室囊肿和脑穿通畸形,以后的疤痕性常是霍克森氏癫痫发作的原因。

(4)运动过度型:本型患儿多见舞蹈样手足徐动,手足徐动样抽搐,扭曲痉挛和慢性运动过度,各种运动过度可伴有瘫痪、轻瘫或不瘫。紧张反射直到2~3岁才消失,定向反射同时出现。除两侧手足徐动症和扭曲痉挛外,其它型运动过度的定向反射和随意运动都发育较好,关节联合和骨骼肌运动过度出生后4~6月始出现。90%患儿语言障碍,主要表现为运动性发音困难,大多数患儿智力正常。

(5)弛缓型:本型患儿区别于其它类型的特点是轻瘫,病理性紧张反射存在时肌张力低下,定向反射缺乏或发育不良,腱反射和骨膜反射亢进。经3~5年系统正确治疗,尽管本型特征性的共济失调,运动范围过度,意向性震颤有时仍然存在,但患儿却可进行随意运动,甚至可能加入正常行列。

三、病因病机

1. 西医

西医认为脑瘫的基本病理变化为大脑皮层神经细胞变性坏死、纤维化,导致大脑的传导功能失常。使用计算机断层扫描(CT)、核磁共振(MRI)等现代检查设备,可见到大脑皮层不同程度萎缩、脑回变狭、脑沟增宽、脑室扩大表现。显微镜下可见皮层各层次的神经细胞数目减少、层次紊乱、变性、脑质细胞增生。其病理特点大致可分为以下几点:

①神经元坏死:病变主要在大脑及小脑白质,严重者可致大脑皮层弥漫性坏死,脑回可呈瘢痕性脑回,丘脑及脑干神经元也可见坏死。临床上可见痉挛性四肢瘫、智能低下、癫痫等。

②底节丘脑大理石纹样改变:特别是壳核尾状核,以及丘脑的神经元缺损,病变区有髓鞘的纤维增生,这是产期脑损伤的特有改变,临床上可见锥体外系症状。

③动脉分枝末梢部位的梗塞:因脑普遍缺血所致,其缺血可发生在脑动脉细小分枝部位,相应脑组织受损而出现局限性临床体征如偏瘫、单瘫等。

①脑室周围白质软化:主要见于未成熟婴儿。四肢痉挛主要以下肢痉挛为主。

小儿脑性瘫痪的病因比较复杂,大部分脑性瘫痪儿发病时可找到明确病因,但仍有15%~20%的病例发病原因不清。其产生的主要原因为从妊娠到新生儿期间脑部受损所致,主要有:

①产前因素:母亲怀孕时受到感染,如流感、风疹、带状疱疹、弓形体感染等均可引起胎儿脑损害,影响胎儿脑部发育。母亲和胎儿血型不合(RH因子不相容)、母亲患有糖尿病、遗传病等均可引起该病。

②出生时的原因:主要是难产,产前造成的产伤,胎头吸引、胎位不正、脐带绕颈、臀位、产程过长等造成脑缺氧而致脑性瘫痪。

③出生后的原因:由于各种感染、高热、核黄疸、新生儿中毒性肺炎,头部外伤,不明原因脑出血或脑部血块等均可造成脑性瘫痪。

2. 中医

宋代儿科专著《幼幼新书》载:“小儿生后,有五软之证,乃胎元怯弱,禀受先天阳气不足,不耐寒暑,少有六淫所犯,偶尔五软见焉。”中医认为小儿脑瘫(中医称为“小儿五迟”)主要是由于在母胎时,禀受父母精血不足,以致出生之后,抗病能力弱,稍微受外邪所侵,便有发病的可能,主要有以下几种情况:

(1)精血不足:肝藏血而主筋,肾藏精生髓而主骨。若肝肾精血不足,不能养筋充骨,则筋骨不健。脑为髓之海,肾藏精少则生髓不足,脑髓空虚,故见头昏。

(2)血虚风乘:患儿气血不足,肢体筋脉失去温养,外来风寒乘虚而入,侵犯肢体筋脉,寒邪性质收缩牵引,使气血凝滞,筋脉收引,故而产生抽搐瘫痪证状。

(3)肝亢脾弱:由于肝气亢盛,脾气虚弱,肝气恃强凌弱,肝木克脾土所致。因为肝主宗筋,藏血而调节血量,脾主肌肉,司运化为气血生化之源。肝亢脾弱,则脾之功能更弱,运化无权,气血生化无源,肝亦因血量不足而功能失常,导致肌肉失养,出现内风导致“五硬”证状。

(4)脾肾虚弱:脾主肌肉,司运化。脾生化气血方能滋养四肢肌肉。肾主骨而生髓,骨的生长发育,要靠肾所生之髓来充养,若脾虚不能运化,则食少纳呆,气血生化无源,四肢肌肉失养。或肾虚不能生髓,则髓不满骨空,而显出一系列脑瘫之象。

(5)阴虚风动:主要由于肝肾阴虚,筋失滋养而产生“内风”,脑为髓海,肾亏不能生髓则脑空,肝肾阴亏则肝血、肾髓生化不足而产生一系列证状。

3. 藏医

小儿病的病因主要也是由于隆、赤巴、培根三者紊乱失调所致。病缘则分为母亲方面的病缘和小儿本身的病缘。母体方面的病缘主要是由于饮食起居等生活不当,使母亲本身的隆、赤巴、培根等方面的疾病传给了小儿,于是小儿会产生先天性的聋、哑、瞎、兔唇、驼背等疾病,一般不能医治。小儿本身的病缘主要是饮食、起居不当及恶魔作祟三

种,能诱发小儿的多种疾病。饮食主要指过度进食太热、太凉的饮食;起居不当是指由于其母和看护人不慎,使小儿摔倒在地或被土块、石块碰伤或是抖动过度以及过早起立,久哭、久放湿地,牵动脐部,饮食起居过热等情况。恶魔作祟即中邪,为感染不正之气。以上几种病因均可诱发小儿脑性瘫痪。另外父亲精液生成小儿骨骼和脑髓,若父亲精液异常则易导致小儿脑瘫。从三因学说的角度来看,三因失调尤其是维命隆和上行隆不协调,则直接导致脑部气血运行不足,也可引起小儿脑瘫。

四、综合诊断

1. 西医

西方医学对小儿脑瘫有多种诊断方法,其中以英国的 Bolath 以神经生理学为出发点和德国沃伊特博士从神经运动学出发的 Vojta 法最为代表性。目前国际上较常见的诊断方法主要有以下几种。

(1)Illingworth:参考容易引起脑性瘫痪的既往病史和各型临床症状特点,制定诊断脑性瘫痪的量表,多数在 1 岁以前就可以诊断,约有 30%可以在 3 个月以内作出诊断,是一种按症状和体征进行的诊断方法。

(2)Munehen 功能发育诊断法:是综合 Gesell、Illingworth 法、Downhorsk、Burter 和 Hejzer 等以儿童行为为主体的综合功能发育诊断法,即以儿童的爬行、坐、步行、握持、知觉、语言理解、社会年龄项目制定量表,用作脑性瘫痪特别是重复障碍儿童的诊断评价。该法在 400 名以上的脑瘫患儿中,用此量表评定出约 9%为单纯性脑性瘫痪、91%为重复脑障碍儿童、32%为双重复障碍、28%为四重复脑障碍,有助于残疾儿童的全面观察和评价。

(3)BoBath 运动发育诊断法:从神经生理学的角度认为脑性瘫痪是正常发育的脑受到损伤,运动发育会迟延或停顿,同时出现异常姿势反射和运动模式。观察其身体移动,姿势的保持,有无原始运动样式残存和随意运动的发育情况来做诊断和评价疗法。

(4)神经运动学的 Vojta 诊断法:是当代脑性瘫痪早期的诊断和治疗上有创造性的贡献,有代表性的学派之一,其主要特点为:

①结合文献提出了 Vojta7 种姿势反射(反应)做为早期发现和诊断应用,包括拉起反射(traction reflex, tr)、立体悬垂反射(axillar vertical, Ax)、侧位悬垂反射(Peiper - ispher reflex, P)、腹卧位悬垂反射(Collis horizont alrefel, ch)、倒位悬垂反射垂直反射(Collis Vertical relax, Cv)等。这 7 种姿势反射,对照正常发育量表,如被检儿童较正常反射标准延迟 3 个月以上,以及除正常反射外的任何异常反射表现者定为异常,来作为脑性瘫痪早期发现的依据。

②提出中枢性协调障碍(Zentrle koordinations Storung, ZKS)概念,认为中枢神经损害后影响运动要素的协调,在上述 7 种姿势异常加上明显肌张力异常为重度,有 100%成为脑瘫的可能性。6~7 项异常为中度,4~5 项异常为轻度,1~3 项异常为极轻度。中度以上要立即治疗,轻度以下可以随访或治疗,用 Vojta 诱导疗法可以使之正常化,脑性瘫痪具有这种中枢性协调障碍状态的异常姿势运动模式的固定化。

③利用姿势反射检查在新生儿期间也可作出诊断,生后至6个月或9个月内为早期,2~3个月内为超早期,因为中枢神经可塑性大,在异常姿势运动的模式为固定前,给以正常的感觉——运动的刺激来抑制异常的姿势以达到治疗的目的。

与此同时,甘乐、Schulze等都各自提出一些早期诊断法,以高危因素有无、早期脑性瘫痪的症状、姿势和反射异常、肌张力改变、运动发育情况等作为条件进行诊断,只是侧重点不同而已。

另外,近年来随着技术的进步,CT和神经诱发电位都因其诊断准确,安全无创伤,阳性率高,能发现潜在病灶,直观地显示脑部结构和功能的异常而得到了广泛的应用,但必须结合临床的各种征象来进行诊断,以免造成误诊,延误病情。

2. 中医

(1)精血不足:脑性瘫痪儿主要呈现颈项软,腰脊酸软,膝胫痿弱,发育迟缓,坐、立、行走以及牙齿生长明显比正常同龄儿晚,甚至到成年时后不能久立、独行或行而不稳。且见血脉不充、面色苍白、舌质淡、脉细等。

(2)血虚风乘:主要表现为患儿手拳不展,脚拳缩不伸;或垂直抱起时,双下肢伸直,内收并内旋,两腿交叉呈剪刀样;足跟悬空,足尖着地;或上肢腕指关节屈曲,肘关节内收,舌质淡,脉细弱,一派气血不足之象。

(3)肝亢脾弱:主要表现为患儿肢体肌肉一阵一阵地发作强直僵硬,颈项亦强直,刺激后加重,并伴见吞咽困难等。即出现中医所谓“五硬”的证状。

(4)脾肾虚弱:患儿主要表现为肌肉松弛乏力,下肢不能站立,腰不能挺直,扶其站立时,身体随即下坠,或手软下垂,不能抬举,口唇松弛,咀嚼无力或伴有头昏,少气懒言,面色无华,饮食减少,舌常伸出,呕吐,泄泻,舌质淡,苔白或白腻,脉沉细等。

(5)阴虚风动:患儿主要表现为手足徐动或舞蹈样动作,或头不停地摆动,甚至全身震颤,难以自我控制,共济失调,步履蹒跚,或呈划圈式步态。常伴见眩晕,腰脊酸软等。舌质红,苔少,脉细或细数。

3. 藏医

藏医认为小儿经常啼哭即为有病的征兆,要知道所患何种疾病,身体的上体、下体、四肢何处患病时小儿不断用手摸或拧,对此处按压时则婴儿会发生因疼痛而加剧啼哭、不让触摸等情况,皆是有病的征象;眼闭难睁、面色黧黑、不知奶食、食欲不振、不玩耍、呼吸不畅、语音低弱、呻吟、指甲尖利等,皆是有病的证状。

另外,藏医对小儿病还有其独特的诊断方法:

(1)耳脉、指脉诊断法:将小儿的耳朵前方对准阳光或灯光等,其耳背可显现出脉纹,观察这些脉纹即可诊断所患疾病。藏医认为,左耳背有三条脉,上脉为心脉,中脉为脾脉,下脉为左肾脉;右耳背的三条脉,上脉为肺脉,中脉为肝脉,下脉为右肾脉;女儿肺心脉左右相反。这些脉中,肺、心、肝三条脉哪条脉胀粗时,其相应的脏腑就患有疾病,若上、中、下三脉干涸不清时即为死脉,难以治愈。耳脉的颜色黑红、脉道胀粗时为热证;耳脉颜色淡黄、脉道细或空虚时为寒证;互相交错胀粗时为邪脉。耳脉和指脉的上脉出现

弯曲则为死兆;若中脉弯屈,为难以医治;若下脉弯屈则为病兆。脉纹中断时,则为难以治愈的死兆,特别是心脉中断时,定为死兆无疑。另外,耳脉和左右手指侧脉色红,粗细均匀,如叶脉状分布时,则是无病的征兆。

(2)乳汁诊断:于干净的铜盆或瓷碗中盛水,将母乳挤入水中,颜色变紫时即表示为寒证,颜色变黄时即是有赤巴病,颜色白而有泡沫则表示有隆病,颜色变青而粘液大时表示有培根病。乳汁若浮在水面上,则病可不治而愈;若是乳汁见底则是预后不良的表现;若乳汁悬浮在中间时,医治即可治愈;若如柱状立于水中为不死的征兆;断裂成团时则是中邪之兆。另外,母亲患有隆、赤巴、培根等疾病时,乳汁的性味等的诊断法也同上述。

五、综合治疗

1. 西医

目前对脑性瘫痪和其它综合性损害,如智力低下、惊厥、语言障碍等并发症或有肌肉挛缩、关节变形等的综合治疗,其中关于脑性瘫痪的传统疗法主要有以下几种:

(1)Bobath 治疗法:在英国、西欧和日本应用广泛,影响面大,其治疗手法有4种:①抑制;②抑制关键点;③促进;④叫拍。贯穿两个基本原则,即抑制异常运动模式,特别注意控制或减弱高紧张性的异常姿势反射,以及促进正常运动样式,尤其是促进具有高度垂直、精确反应以及平衡保持的能力。其训练目的在于充分发掘儿童潜在的能力以控制异常姿势反应和异常姿势紧张的增长;保持运动姿势以及控制运动姿势紧张的能力;通过游戏、训练等方式,发展儿童能力,预防关节挛缩和变形,以达到康复的目的。

(2)Vojta 治疗法:主要从神经运动学立场出发,其理论为:

①阳性与阴性征象:中枢神经具有二种要素,即促进机能和抑制异常。当受到某种损伤时,正常要素减弱或消失即阴性征象;异常要素出现即阳性征象。脑瘫征象的要素是正常要素的减弱以及异常要素的出现。所以治疗原则是如何改善异常运动和姿势,即抑制阴阳性征象为首,其次促进正常的要素。

②阶层性构造:神经系统构造是有阶层的,按脊髓、延髓、脑桥、中脑、间脑、大脑为顺序,下级中枢受上级中枢的统一控制,有高位中枢存在可能做出高级运动和姿势。概括起来,Vojta 疗法主要是促进生理功能,从而抑制病理反射出现,阻断恶性循环,同时防止肌肉挛缩变形等第二性损害。

③Vojta 治疗手法:主要为反射性葡状运动(Reflex - k iecnen, R - K)和反射性翻身运动(Reflex - umchrehen, R - U - I),通过训练,可使2KS - 中枢性协调障碍和脑性瘫痪患儿治疗正常化和防止病情加重。

目前手术治疗主要有:①小儿脑瘫颈侧屈畸形的手术;②旋前方肌切断、尺侧腕屈肌背侧移矫治重症痉挛性前臂旋前畸形的手术;③运用统筹学原理,矫治重复痉挛性脑瘫手术;④肌腱超延长矫治马蹄内翻足畸形术;⑤早期肌力平衡手术治疗马蹄内外翻;⑥高选择性脊神经根切断术等。

2. 中医

脑性瘫痪运动功能障碍的关键是胎气怯弱,先天禀赋不足,所谓“此胎禀之病,当随其脏气求之”。故治疗原则应以补益先天、兼顾后天为主。

(1)精血不足:治以补益肝血肾精、强筋壮骨为主,常用补肾地黄丸等方剂,临床研究表明,在一定用量范围内,鹿茸用量多少直接影响到治疗效果。

(2)血虚风乘:治以补益气血、舒筋活血为主,“治风先治血,血行风自灭”。其中手屈伸不利者,宜选用薏苡丸,脚屈伸不利者,宜选用海桐皮散或当归散。

(3)肝亢脾弱:治以平抑肝气、健运脾气为治本,少佐熄风通络药以治标。常用加味六君子汤、小续命汤等方剂随证治疗。

(4)脾肾阴虚:治以补脾益气、益肾壮骨为主,可选用补中益气丸合六味地黄丸之法以治之。

(5)阴虚风动:治以滋液熄风之主,滋肝肾之阴,以养肝柔肝,内风自灭。常用方剂如加味大定风珠等。

3. 藏医

小儿病治疗方法共分为三个阶段。在小儿吃奶阶段,药物和外治法皆在其母亲身上实施。食乳混食阶段,则必须母子共治。断奶后吃饮阶段,则主要在小儿身上医治。治疗方法共分药物、外治、饮食、起居等四种疗法。

饮食疗法指宜进食性轻容易消化的食物。起居疗法要尽量不使小儿啼哭,不使身体受寒。

药物疗法,在用和解与清利两种方剂中,和解方剂药效好而且药力柔和,容易消化,可加白糖和红蔗糖使方剂变甜而容易送服。

外治疗法在需要放血时,可根据不同病情开启脉道,不满一岁者在食指下节与中节适量放血;需要艾灸时,最多灸三炷,外皮烧热即可。在本病治疗中,以口服藏药和药浴治疗为主。

六、药浴处方

处方一:五味甘露汤,加紫香木、朱砂、珊瑚、藏红花、决明子。

处方二:五味甘露汤,加珍珠母、珊瑚散、獐子粪、白沉香、毛茛草。

七、药浴实施

基本实施要领同前,但因患者年龄小,药量、温度、时间较成人应减小或减少,并加强护理,辅助患儿完成药浴全程。

八、典型医案

李××,男,8岁,北京市人。患者父母在患儿1岁时发现其智力及反应较迟钝,下肢

活动异常,经北京多家医院诊断为先天性脑部发育不全。至7岁时智力及反应能力均差,走路呈剪刀步,经CT和核磁共振检查,诊断为大脑皮层发育不全。1999年慕名至北京藏医院求治,药浴中心采取药浴、口服药及音乐疗法给予治疗,三个月后,患者走路发生明显好转,智力及反应也获得改善。

第三节 癫痫

一、概述

癫痫的特征为病程中有反复发作的神经元异常放电所导致的暂时性中枢神经系统失常,为一组疾病和综合征的总称。根据异常放电神经元部位的不同及放电扩散范围的不同,可表现为意识、感觉、运动、行为及自主神经等不同障碍,或兼而有之。据统计在我国癫痫病的患病率约为5%,发病率为35/10万·年。藏医对癫痫病很早就有了详细的认识,早在《四部医典》中就有了较细致的记载。近年来,随着藏医学的发展,藏医学对癫痫病的治疗效果逐步得到重视,并得到了广泛的应用。

二、临床表现

根据国际抗癫痫联盟1985年与1989年癫痫和癫痫综合征的分类总结,癫痫病的临床表现主要有以下几点:

1. 全面性癫痫症

(1) 特发性

①良性新生儿家族性惊厥:大多在出生后第2~3日发生阵挛性或呼吸暂停性发作,无特殊EEG(脑电图)改变。

②良性新生儿惊厥:大多在出生后第5月左右有频繁的阵挛性或呼吸暂停性发作,EEG见尖波和 δ 波。

③良性婴儿肌阵挛癫痫:出生后第1年或第2年出现短促的全身性肌阵挛,常有癫痫家族史。

④儿童期失神癫痫:又称小发作。

⑤青春期肌阵挛癫痫:又称冲动性小发作。

⑥全身性强直-阵挛性癫痫:又称大发作。

(2) 特发性

①West综合症:发病多在出生后1年内,尤以3~7月内发作为多,因此又称为婴儿痉挛症。发作时常见短促的强直性痉挛,以屈肌较为显著。每次痉挛时间约为15秒,以睡前、醒后发作最为密集,常连续发生。EEG示弥漫性高电位不规则慢活动,间杂有尖波和棘波。

②Lennox - Gastaut 综合症:多在学龄发作,发作时出现失神发作,无张力发作、肌阵挛发作及全身性强直 - 阵挛性发作(GTCS)等,并伴有 EEG 示不规则尖慢波或 1 ~ 2Hz 棘波以及智能发育障碍等。

③肌阵挛 - 无张力性癫痫:发病多为 2 ~ 5 岁男孩,常有家族史。

④肌阵挛性失神癫痫:以男孩为多见,以肌阵挛较为明显

2. 和部位有关的癫痫症

(1)特发性:为儿童期癫痫,发病与年龄有密切关系,无神经系统体征或智能缺陷,表现为部分性发作及局部病灶异常 EEG 征象。

①良性儿童中央颞棘波癫痫:男孩多见,多于 3 ~ 13 岁发病。多见从一侧面部开始发作,出现阵挛性抽搐,也可累及同侧肢体,偶然扩散成全身性发作。EEG 示对侧中央区或颞区高幅棘波。

②良性儿童枕部癫痫:多从学龄期或稍后开始,发作时有视觉症状如闪光、视物变形或视幻觉,常出现继发性部分发作或全身性发作。EEG 在一侧或双侧枕区和后颞区可见尖波或棘波。

(2)症状性:各种部分性癫痫均可能伴发继发性 GTCS。

①额叶癫痫:多表现为头颈(有时牵引整个身体)向一侧扭转或上举一侧上肢似剑击状,偶伴有单音性发声。

②顶叶癫痫:发作时多见有偏侧面部,上下肢的感觉异常或感觉脱失,有时也伴有视物变形或空间定向力障碍。

③颞叶癫痫:为症状性部分性癫痫中最常见的一种,最先的临床和 EEG 变化提示开始的神经元异常放电活动限于一侧大脑半球的某个部分,有时伴有意识障碍,甚至继发 GTCS。

④枕叶癫痫:发作表现与良性儿童枕部癫痫相同,所不同的是后者可找到病因而前者不可找到。

另外还存在前庭性癫痫、腹型癫痫和头痛型癫痫等几种类型,但临床并不多见。

三、病因病机

1. 西医

西医将癫痫分为特发性癫痫和症状性癫痫两大类

(1)特发性癫痫:又被称为原发性癫痫或隐发性癫痫。这类患者脑部找不到器质或代谢性疾病的表现,一般认为和遗传因素有着密切的关系,其发作形式亦多为全面性发作,约占整个癫痫的 60% ~ 70%

(2)症状性癫痫:又被称为获得性癫痫、继发性癫痫。该种癫痫可见明确病因,为多种脑部疾病或代谢障碍所表现症状之一,约占整个癫痫的 30% ~ 40%。主要分为以下几类:

①颅脑外伤:主要发生为小儿期癫痫,以分娩期的颅脑外伤为常见原因。主要由于

胎儿(初生儿)的脑对缺氧缺血的耐受性差。另外有一种在10~20岁甚至30岁以上才发病的复杂性部分发作,现在认为也与产伤有关。分娩时由于胎儿头部受到产道压迫,脑向下挤压而易造成颞叶沟回疝及前脉络膜动脉受压而引起颞叶底面急性缺血,若干年后该部分组织硬化改变而形成致癫痫病灶,成人颅脑损伤多因外伤,程度愈重则癫痫的发生率愈高,且癫痫的发生与损伤部位有关,以大脑皮层运动区及颞叶为高。

②颅内肿瘤:有些癫痫可作为颅内肿瘤的首发症状甚至唯一症状出现,据研究表明,脑瘤中以少突胶质细胞瘤、脑膜瘤和星形细胞瘤的癫痫发病率为最高,且以进展缓慢、靠近大脑皮质的良性肿瘤为主。

③脑血管病:脑血管畸形、脑出血、脑栓塞、脑梗塞、蛛网膜下腔出血、高血压脑病、颅内静脉或静脉窦血栓均可成为引起癫痫病的原因。有时癫痫病可以是脑血管病的首发症状,且以脑部动静脉畸形为常见。

④颅内感染:各种细菌性或病毒性脑膜炎、脑炎、脑脓肿、脑结核瘤、脑寄生虫、脑弓形体病、亚急性硬化性全脑炎等均可引发癫痫。其中脑脓肿的癫痫发病率约为15%~45%甚至更高。另外有人认为脑结核瘤较脑脓肿更易出现癫痫,但并无充分证据说明。

⑤营养、内分泌及代谢性疾病:儿童的佝偻病、胰岛细胞瘤所致低血糖、甲状旁腺机能减退所致低血钙以及非酮性高血糖症均可有癫痫发作。其中非酮性高血糖症癫痫发病率均占25%,一般为首发症状,多呈单纯部分性发作。

⑥变性疾病及中毒:阿尔茨海默病(Alzheimer)、皮克病(Pick)等可引起癫痫。另外铅、汞、一氧化碳、乙醇等中毒及全身性疾病如妊娠高血压综合征、尿毒症等均可引发癫痫。近年来发现某些药物如异烟肼、戊四氮、尼可刹米等使用过量均可导致癫痫。

⑦先天性疾病及其它:染色体畸变、先天性脑积水、小头畸形、脑神经异位症、脑穿通畸形、胼胝体发育不全、结节性硬化、脑三叉血管瘤病以及进行性偏萎缩症等均可伴有癫痫发作。另外如系统性红斑狼疮、贫血等也均可导致癫痫。

2. 中医

中医对癫痫病病因、病机认识较早,二千多年前的《黄帝内经》中就有“头痛癫痫”的记载。古人认为癫痫的病因、病机主要是痰,认为气逆生痰,痰生热,热生风,痰迷心窍则舌强不能语。从中医宏观整体考虑,主要有以下几种情况:

(1)惊恐伤神:《素问·举痛论》载:“惊则心无所倚,神无所归,虚无所定,故气乱矣。”大惊猝恐均能使大脑出现病理变化,引起癫痫发作。该种情况主要由于惊恐伤及心、胆、肾。惊则神伤气乱,恐则肾伤气下,惊恐伤胆则不能调节。气乱神不归而舍空,神明无所主。气下伤肾则不能主骨生髓,脑失所养而抽搐。也有素有心胆虚怯,猝然惊恐又复伤心、胆、肾三脏。心不藏神,神舍空虚,胆又不能调济水火而致癫痫发作。肾虚补养不济使癫痫久发不愈,故古人有积惊成痫之论。

(2)气郁痰盛:《素问·通评虚实论》载:“癫痫厥狂,久厥之所生也。”主要由于肝气郁结日久,不能疏泄,厥逆而致,而生痰湿所发。主要由于肝气郁滞日久,引起脏腑不和,将体内津液、水湿变成痰浊,痰浊随气机上逆或上扰心神,口吐白沫令人昏仆不省人事,或

阻塞经络而使人抽搐,或蒙蔽清窍使人失神、乱语等。

(3)热盛扰心:心主神明,心经热盛,耗伤心血,心神失养而令人昏仆,筋脉无血所养则发生癫痫抽搐。如《诸病源候论·壮热篇》:“其壮热者,是血气盛熏发于外,其发无渐,壮热甚,以此导,若壮热不歇,则变为惊,极重者成癫痫也。”

(4)气血虚弱型:《素问·大奇论》载:“肝脉小急,病瘕瘕。”认为肝血不足,筋脉失养可以引起癫痫抽搐。另外新生儿癫痫也可由于脏腑不和引起气血不调或气血虚弱,而易引起抽搐。

(5)饮食不节:《诸病源候论》中载:“食痢者,因乳哺不节所成。”认为由于饮食不节,使脾胃虚弱,食停中焦化热生痰而发病。另外小儿癫痫病,也可由于平素脏腑壅滞,内有积热,此皆由饮食不节,脾胃痞塞不能宣通,久则化热灼烧津液为痰,痰火上扰神明而发癫痫。

(6)女子经期紊乱:女性癫痫病除与男子病因有共性外,女性患者病因还有月经不调所致的特殊性。主要由于经期气滞血瘀,经血当行不行,当下不下,瘀血随气上冲,血瘀心窍所致。或因气血虚,命门火衰,下焦虚寒,经血不行,不能温煦心阳,心阳失养而发为癫痫。

3. 藏医

藏医根据病人临床征象,将该病分为癔证和痫证两种:

(1)癔证:藏医将其称为“江布”,藏医认为心脏中意识通行的细小管窍被隆邪所阻塞,因此导致人的正常思维功能减弱,心力衰弱,而使身、语、意三者的功能产生异变,表现为一种精神障碍性的疾病。其主要由于长期只身孤独、久居无亲无友、凄凉惊恐的处境而使精神受到刺激;或由于焦虑劳心、过多的忧愁、情绪悲伤以及过度的精神负担;或由于多行违背日常生活规律的活动,干出违反法规等一些使心情不安的事情以及疑神疑鬼等引起。

(2)痫证:该病主要是由于病邪侵入人心中意识运行的脉道,而引起的一种昏仆失去知觉或神态错乱、意识不清,久而产生心力衰弱、智力减退等情形,藏医称之为“杰协”。并认为不适当的饮食、起居、白脉功能衰退或由忧伤惊恐等导致心神紊乱等均可引发本病。按照藏医传统的三因学说,将本病分为隆所致痫证、赤巴所致痫证、培根所致痫证和中毒所致痫证四种。

四、综合诊断

1. 西医

根据临床表现,可将癫痫分为全身性发作、部分性发作和特殊性类型三种,每种都有各自的特殊症状。

西医对癫痫病的诊断要求全面分析疾病的特点。病史要详细,发作症状的描述确切,以及详细的全身检查、神经系统检查和必要的辅助检查。在此基础上以确定病人的病因、发作类型以及严重程度。主要有以下几点:

(1)确定是否癫痫:小儿癫痫应与其它小儿发作性疾病相鉴别。

(2)查找癫痫的病因:详细询问病史,特别注意外伤、感染、中毒史、脑瘤、中枢神经系统感染、脑寄生虫病、代谢紊乱、先天性代谢异常等病情。

(3)判断发作类型:不同类型癫痫应用药物不尽相同,因此判断癫痫类型很重要。最重要的依据是医生目睹发作情况,辅助检查如脑电图等也有重要的参考价值。

其中辅助检查主要有以下几种:

①脑电图;②颅骨摄片;③CT检查;④脑电地形图;⑤单光子发射计算机断层扫描(SPECT)。

诊断时一定要严格把握症状,注意和以下疾病的鉴别:

①呼吸暂停证;②晕厥;③婴儿交叉擦腿发作;④低血糖发作;⑤发作性睡病;⑥癔病性抽搐;⑦小儿夜惊;⑧偏头痛。

2. 中医

(1)望诊:癫痫病患者的神色、气血、形态、舌象等均可反映病情变化。

①望神色:正常情况下癫痫患者未发病时应该有神,与常人无异,只有发作后精神不振。这样的病人病情较轻,预后较好;反之则病情较重,不易治疗。肤色的荣润或枯萎,可反映脏腑气血的盛衰。只有在癫痫病人发病时细察病人的变色,才可了解病人的虚实及脏腑情况。主要可见白色(提示气血不足,阳虚)、黄色(痰湿内停,脾运失职)、赤色(热盛扰心)、青色(气血不运,经脉瘀阻)、黑色(久病或瘀血)。

②望形态及神色:根据人体表态和动作,可了解癫痫病人的情况。如体胖者多为痰饮内停,体瘦者多为阴虚火旺。动者多属阳,静者多属阴等。通过望舌也可以了解病人的情况,如惊恐伤神常见瘀点、舌红苔黄;气郁痰盛现舌质淡、苔白腻或滑腻苔等。

(2)闻诊

①听语言:可了解病人的疾病深浅,病程长久,病人语言不利,并可伴有脑功能障碍等。多言好语多属心肝有热,沉默寡言为心脾两虚,声音宏亮为肺胃气实等。

②闻喉中痰鸣之声:癫痫发作之时,大部分人喉中痰鸣,此时的癫痫发作为痰湿过盛,治疗中应用豁痰开窍之药。

(3)问诊:主要以问病史、问服药情况、问睡眠、问精神状态、问二便、问家族史等情况。

(4)切诊:癫痫的脉象主要有长脉、滑脉和弦脉,有个别人脉细、沉弱、缓等,可根据临床表现进行辨证治疗。

3. 藏医

(1)癲证:癲证脉象主要为虚、疾两种,有时不定,可能出现间歇。体征可出现第六、七脊椎和膻中等处有压痛感,有时则出现骨节不定处疼痛、干呕呵欠、四肢僵直、心情烦躁等情况。同时有的患者也可出现性格的突然改变,而见性格暴躁或睡眠突醒、多疑心等。有的则出现神昏狂乱、手舞足蹈、呼吸气粗、口水长流等证状,有的则见内疚自惭、语低声微、丧失知觉、无故哭泣或四肢变细、烦渴困倦、对人惊惧等,总之表现出一系列的

身、语、意的行为异常。另外患者尿象多见色红黄、量少或色青而量多、不转变的情况。

(2)痫证:痫证多见心悸、头昏、周身出汗、体力衰弱、发病时昏倒不省人事、咬牙切齿、手足挥动、眼前无光等。可有以下分类。

①降所致痫证:初起时大腿肉颤,手指、脚趾僵硬等,多由食物消化而引起反复发作。

②赤巴所致痫证:面色呈黄色,口干喜饮,多于食物消化后,引发病人出现心烦、幻觉等证状。

③培根所致痫证:多见关节僵直、口吐白沫等证状,同时伴见培根病的各种证状,昏厥时间较长。

④中毒所致痫证:隆、赤巴、培根的证状不明显,昏厥时发时止,见意识模糊、健忘、神志不清等。

五、综合治疗

1. 西医

西医对癫痫的治疗主要是为了控制发作、消除病因、减少脑损伤,维持正常的神经、精神功能。药物治疗在控制症状及预防发作方面起着重要的作用,但病因治疗和心理治疗也是必不可少的。

(1)心理治疗

①尽量保持病人正常生活秩序,保持正常饮食起居,充足睡眠,避免过劳、过饥、过饱以及情绪激动。

②帮助患者树立战胜疾病的信心,应坚持正常参加各种活动。发作频繁者避免单独活动,防止受伤。

(2)病因治疗

以改善脑部缺氧情况,纠正代谢紊乱,如纠正低血糖、低血钙,解除紧张因素等。对颅内占位性病变(脓肿、血肿、肿瘤)应先考虑手术治疗,但仍需配合药物治疗;药物控制无效时亦可采取手术治疗。

(3)药物治疗

①抗癫痫药物应用原则:一旦癫痫病诊断成立又无病因治疗指征时,应长期服用药物治疗,首选安全高效药物,单一用药剂量足够;控制发作后一定时间内缓慢停药;定期复诊,勿乱投药。

②用药剂量:口服药物剂量一般自常用量低限开始,逐渐加量。并注意单一用药与合并用药的差别,合并用药一般只限于两种药物。

③定期复查:注意药物毒性反应,抗癫痫类药物需长期有规律服用,并定期进行体检和有关化验检查如血常规、尿常规、肝功能、血生化、免疫功能等。

2. 中医

由于个人的病因、病机不同治疗存在个体差异,在癫痫治疗中,不能局限于一方一药,必须通过辨证论治,灵活运用。

①惊恐伤神:总的治疗原则为镇惊安神,宁心定志,典型方剂有宋代钱仲阳的大青膏、《千金方》中的镇心丸、《普济方》中钩藤饮以及《医宗金鉴》中的镇惊丸等。

②气郁痰盛:总的治疗原则为舒肝解郁,豁痰开窍,典型方剂如加味白金丸。

③热盛扰心:总的治疗原则为清心泻火,止痫熄风,典型方剂如《普济方》中的紫石英散、《千金方》中的龙胆汤以及《圣惠方》中的茯苓散、远志散等。

④气血虚弱:治疗原则以补气养血、安神定志为主,典型方剂如补气宁心散。

⑤饮食不节:以健脾消食、涤痰止疼为总的治则,典型方剂如《普济方》中的妙圣丹、《医宗金鉴》中的清热和胃丸等。

⑥女子经期紊乱:治疗以调经养血、化痰开窍为主,典型方剂如调经化痰丸等。

3. 藏医

本病主要采用口服药和金针疗法。

①癫证:藏医对癫证初起以平熄法为主,内服方剂主要有珍宝如意丸、回魂丸、三十五味沉香散以及十一味安心执命散等。中期则主要用温剂以行诱导施治,常用药物有八味沉香散、十七味沉香散、二十一味大力方等。如为隆上逆证,则选用抑隆药物为主;隆失调而致寒盛时,可选用二十六味豆蔻散。对脉病治疗则以十七味硃砂方和九味黄花杜鹃膏为主药临证加减。后期主要用猛厉疗法以摧毁疾病,如五鹏散以及革菝丸等,涂敷方药如白芥子配制的药油膏等。整个治疗过程要注意保持心情愉快,舒畅快乐。

②痫证:隆所致痫证以导泻剂和瑞香狼毒进行灌肠泻下;聚合病证和中毒所致痫证可用峻鼻泻法、滴鼻或峻吐方催吐;赤巴所致的痫证,可按照《四部医典》所载五排出法中的峻泻法,清泻孔窍以及应用药物燃烟熏蒸等。痫证必须及时清除血和赤巴热邪,否则将会留下残疾。饮食上用富含营养的食品。夜晚要守护患者防止惊恐,要住在恬静舒适、称心如意的地方安静休息,以保持心情舒畅为要。

六、药浴处方

藏医癫痫病的药浴治疗主要以熏蒸和药油的搽敷为主

处方一:阿魏 45g、肉豆蔻 15g、丁香 15g、肉桂 15g、姜 15g、芫荽 15g、安息香 15g、乳香 15g、石榴 25g、大蒜灰 15g、白豆蔻 15g、藏青果 15g、细叶乌头 15g、藏茴香 15g、沉香 15g、木香 15g、藏木香 15g、藏菖蒲 15g。

在其中加入虎狮等任何一种猛兽和任何一种海生动物的肉和胆,制成药油,进行搽敷。

处方二:善业药油、三果、广酸枣、油松、柴花马先蒿、姜黄、小檗、手掌参、丁香、草木樨、广木香、悬钩子、唐古特青蓝、木棉花、黄花杜鹃、腊肠果、茜草、石榴、蔓荆子、草果、铁线莲、毛瓣绿绒蒿、檀香、刺柏、陈酥油。

处方三:五味甘露汤。

七、药浴实施

(1)药油制法:方中需要煎汗的药物,共同用水煎煮,除渣后浓缩至一定程度,加入适量牛乳搅拌温火煎熬,加入酥油,直至酥油与牛乳融合后,分出糟渣,手指触时不粘手或烧至无声即可。

(2)发作期间禁止采用药浴疗法。

八、典型医案

张××,女,28岁,北京市人。癫痫病史15年,该患者每月发作四次,每次发作1~2分钟,发作时手脚僵硬,口吐白沫,神志不清。长期口服西药控制。1998年经北京藏医院藏医采用口服、药浴、金针点火结合治疗,病情有明显好转,病情控制在1个半月发作1次,并用口服藏药替代西药。

九、文献摘要

分为总治法与具体治法两种。总治法,首先应该疏通心窍、按摩药浴、催吐、洗浴、针刺放血、下泻等方法施治。

(《四部医典·秘诀本·神经错乱证治法》)

第四节 老年性脑病

一、概述

本节所述的老年性脑病,以老年性痴呆(Senile dementia)为主。老年性痴呆是一种慢性进行性退化性疾病,以往按年龄分成早老性与老年性两类,前者主要包括 Alzheimer 氏病和 Pick 病,后者称为老年性痴呆 Alzheimer 型(SDAT)。随着我国人民平均寿命的延长,本组疾病的发病率呈上升趋势。根据国外资料,年龄在65岁以上的老年人中,SDAT发病率为1%,患病率约5%,在严重痴呆的老年人中,此类患者达40%~50%,由此可见 Alzheimer 氏病已成为神经系统医学中重要的课题之一。近年来研究发现,藏药及藏药浴对控制病情发展,逐步恢复健康有着很好的疗效。

二、临床表现

一般65岁以上患者,起病缓慢呈进行性发展。早期证状为性格的改变,患者变得主观、任性、顽固迂执、自私狭隘,不喜与人交往,对家人缺乏感情,情绪不稳,易激怒。有时无故吵闹打骂家人,缺乏羞耻感与道德感,不注意卫生,甚至生活不能自理,常常收集纸

屑、布条等废物加以珍藏。病情加重时表现为低级意向增强,当众裸体,性欲亢进,甚至发生违法行为。另一重要症状,最早出现记忆力障碍,以近记忆减退尤为显著,例如忘记刚刚做完的事,忘记已经吃过饭而要求进餐,出门后认不出回家的路,认不出几天前见过的人等。病情进一步发展则远记忆力也发生障碍,忘记家属及自己的姓名,最终出现脑力衰竭,行动退缩,不能工作和学习,对事物的判断力发生障碍,患者往往多疑,出现被害、被偷窃、贫穷等妄想。

躯体和神经系统体征:躯体方面,外观苍老、皮肤干燥多皱,色素沉着,发白齿落,肌肉萎缩。神经系统检查常无明显阳性体征。

三、病因病机

1. 西医

西方医学认为老年性痴呆的病理改变以大脑萎缩和变性为主,与正常老年性改变相似,惟程度较明显而已。主要表现为记忆力减退、脑力劳动能力和效率下降、思维和情感过程障碍、性格改变等。

此病的病因未明,在某些患者的家庭成员中可发现罹患同病的情况,同时不少还患有伸舌性痴呆、淋巴瘤和免疫系统的疾病。有人提出遗传在本病的发生上起一定作用,其它有关病因的假说有:衰老过程的加速,铝在脑中的蓄积,免疫系统进行性衰竭,机体解毒功能减退以及慢性病毒感染等都可能与本病的发生有关。而丧偶、独居、经济窘迫者患病的机率较多,心理因素和社会因素可能是本病的诱因。同时,病理检查中发现患者大脑皮层萎缩,脑回变窄,脑沟增宽,外侧裂扩大,切面脑室特别是侧脑前角扩大,大脑皮层灰质变薄。还可以发现神经生化的改变,包括乙酰胆碱转移酶和乙酰胆碱本身以及其它神经递质和神经调节物的减少。

2. 中医

在中医理论中,老年性痴呆属于“痴呆”范畴。中医“痴呆”一证有文痴和武痴之分,文痴者可见精神抑郁,表情淡漠,坐如木偶,沉默寡言,善悲欲哭等。武痴者可见狂乱无知,骂詈呼叫,弃衣裸体,不避亲疏,逾垣上屋等。中医认为,本病病因虽多,基本上不外虚实两类。属实者多因水湿内聚,湿聚成痰,上蒙清窍所致。属虚者,缘于阴亏髓虚。“脑为髓海”,凡外感时邪,脏腑内伤,或跌打损伤,年高体衰,气血亏损,营卫不调,五脏功能失和均可致气滞血瘀,清阳不升,浊阴不降,神明日损,髓海为之损伤,造成髓海不足,神失所养而痴呆。主要分为以下几类:

(1)痰浊阻窍:年老之人,肺脾肾俱虚。脾虚升降失常,水湿不运,聚而成痰;肺虚水湿不布,津液聚而成痰。肾虚开合不利,水湿停聚。头为清虚之府,无神所居,痰浊上犯,阻遏清窍,扰乱神明,则可致痴呆。

(2)肾精亏虚:年事过高形体衰退,以致肾气虚衰,则肾精亏耗,肾虚是老年性痴呆的病理基础。

(3)气血亏虚:老年人正气不足,脾胃虚弱,不能健运水谷,化生气血,致气血两虚,不

能上举于脑髓,气虚清阳不振,血虚脑失所养,清窍失灵,则可致痴呆。

(4)瘀阻脑窍:老年人脏气虚衰,气虚不领血行,瘀血阻滞,脑窍闭阻,脑失所养,蒙蔽神明,则致痴呆。

四、综合诊断

1. 西医

直接检查项目有:①自知力,指对自己当前情况的了解程度。②记忆,指对近事、远事,即刻回忆和受干扰回忆的能力评估。③计算,由易到难,一般为心算能力的四则运算。④常识,对一般知识和时事新闻的了解情况。⑤判断,指对一些相近的具体概念和抽象概念的分析能力。⑥理解和联想,如病人对通俗词语意义的理解能力等。

此外还必须进行以下几方面的必要检查:①全面病史和体检情况。重点了解有无其它内脏疾病,如颅脑损伤、颅内感染、癫痫、长期服药史等。②血、尿常规及生化等化验。包括血脂、血糖、尿素氮、肌酐等检查,以及脑脊液压力,常规与生化检验。③脑电图。痴呆病人早期脑电图多正常,晚期呈期 α 节律减慢;气脑造影(或CT扫描)显示皮层萎缩和脑室扩大。④X线检查。根据病情可选作头颅平片、CT扫描、脑血管造影及脑室造影等检查。

诊断标准如下:

- (1)符合脑器质性精神障碍的诊断标准。
- (2)符合痴呆的诊断标准。
- (3)起病缓慢,痴呆的发展也缓慢,可有一段时期不恶化,但不可逆。
- (4)不是脑血管性疾病所造成的痴呆。
- (5)通过病史、体格检查或实验室检查,排除任何其它特定原因所致的痴呆。
- (6)通过病史的精神检查,排除抑郁所致的假性脑器质性痴呆。

另外诊断时,需要注意和老年期的抑郁证、脑动脉硬化性精神病,以及其它躯体疾病引起的精神障碍的鉴别

2. 中医

老年性痴呆属于虚实错杂,本虚标实。故其辨证首当明辨虚实、标本之主次。以标实为主,需辨痰浊、瘀阻的偏盛。以本虚为主,当辨肾精不足,抑或气血亏虚。

(1)痰浊阻窍:证见表情呆板,神志恍惚,忧郁健忘,行为异常,啼笑皆非,头晕头重,胸闷纳少,苔腻,脉弦滑。

(2)肾精亏虚:证见头晕耳鸣,失眠健忘,神情呆钝,言语不利,目光呆滞,腰膝酸软,舌质暗淡,脉细弱,两尺脉弱。

(3)气血亏虚:证见心悸失眠,多梦易惊,头晕健忘,表情呆滞,面白神疲,舌淡白薄白,脉细弱。患者多患病日久,有情志刺激史或长期癫痫发作史。

(4)瘀阻脑窍:证见头晕头痛,失眠健忘,舌强语蹇,步履不正,舌淡暗,脉细弱

五、综合治疗

1. 西医

西医对于老年性痴呆目前尚无完善的治疗方法,因此尽早治疗并阻止病情恶化尤为重要。主要采用药物为脑代谢激活剂类:如 γ -氨基酸酯、辅酶 A、ATP 静脉滴注、胞二磷胆碱 0.5~1.0g/d、脑活素 20~30ml/d、素高捷疗(SO-Icoseryl)5~10ml/d,加入葡萄糖或生理盐水中静滴;弟哥静(Trigogine)每次 1.5mg,每日三次;舒脑灵、细胞色素 C、维生素 B1、B6、B12 等口服或肌注。如有明显精神亢奋,行为紊乱者,可用安定,每次 2.5mg,每日 3 次;或奋乃静,每次 2~4mg,每日 3 次。症状改善后及时减药或停药。

另外,患者宜有专人照顾其生活及安全,避免意外损伤。对成为老年性痴呆原因的各种疾病的治疗,应处于优先地位。对躯体其它合并疾患及并发症,如充血性心衰、高血压、失水、贫血、感染及电解质平衡紊乱等都应及时予以处理。对于精神兴奋、焦虑、激动者,安定剂的用量宜小不宜大,以免产生血压的急剧下降和脑循环不全,而使病情恶化。

2. 中医

对于老年性痴呆病,治疗时应注意攻、补适宜,“治实勿忘其虚”,“补虚当顾其实”。根据本虚标实的情况,或先攻后补,或先补后攻,或寓攻于补,或寓补于攻,灵活立法。攻邪以涤痰开窍、活血化瘀为主。补虚以补肾填精、益气养血为主。

(1)痰浊阻窍:治则以涤痰开窍为主,常用方剂如《三因极一病证方论》中的温胆汤加减。

(2)肾精亏虚:治则以补肾填精、养血熄风为主。常用方剂如《景岳全书》中的左归丸等。

(3)气血亏虚:治则以益气养血、安神宁志为主。常用方剂如《济生方》中的归脾汤。

(4)瘀阻脑窍:治则以活血化瘀、通窍醒脑为主。常用方剂如《医林改错》中的通窍活血汤加益气健脑安神之品。

3. 藏医

藏西采用口服药、药浴、外治及饮食等疗法综合治疗本病。常用口服药为七十味珍珠丸、二十五味珍珠丸、二十五味珊瑚丸、如意珍宝丸、沉香丸、二十四味沉香丸等。

六、药浴处方

处方一:五味甘露汤,加肉蔻、阿魏、甘草、紫香、黑沉香、珍珠母。

处方二:五味甘露汤,加藏红花、獐子粪、迷果芹、黄芪、亚人黄、大蒜灰

七、典型医案

李××,男,72岁,辽宁人。患者65岁时发现步行轻度失衡,记忆力、计算能力、语言表达能力有异常。经辽宁多家医院检查,诊断为老年性脑萎缩、脑软化,经过各地多家医

院治疗,效果欠佳。2000年3月到北京藏医院求治,藏医大夫根据疏经活血、补脑养血、调肾、肝及脾胃理论指导下,采用七十味珍珠及沉香类药物口服,配合药浴、金针银针疗法,病人步态基本正常,思维功能也发生明显好转。

第九章 皮肤病

皮肤的致病因素大致可分为内因和外因两大类。外因主要分为如下几种：机械性（如胼胝、外伤）、物理性（冻疮、烫伤、射线皮炎）、化学性（大多数接触性皮炎）、生物性（如疥疮、虫咬皮炎、荨麻疹、病毒性皮肤病等）。内因则分为如下几类：饮食不当（如维生素缺乏性疾病、食物过敏引起的荨麻疹）、代谢障碍（如黄色瘤、皮肤淀粉样变）、内分泌障碍（如黄褐斑、痤疮）、精神因素（如精神创伤可引起斑秃）及遗传因素等。此外，皮肤病的发生与年龄、性别、职业、季节、生活习惯、环境等因素亦有着密不可分的联系。

藏医学认为皮肤病是人体寄生虫和体内的黄水发生病变而引起皮肤生疮或肤色减退、发痒、脱汗毛、流黄水等疾患的总称。皮肤病的发病原理是由于过量食用白色食品、甘味食物和起居发生不及、过甚、相反等异常，导致机体隆、赤巴、培根平衡失调而发生的。皮肤病在藏医学中分为 36 种，其中肉斑、牛皮癣、赘疣、陷蚀癣、疱疹、虫疹、雀斑、疥疹、顽疣等九类尤为常见。

藏医学在千百年的实践探索中，对皮肤病的治疗，已形成一整套独立而相对完善的体系，其中药浴疗效尤为显著。本章选择了几种目前单纯用西医疗法难以治愈的皮肤病，作一些综合性介绍。

第一节 硬皮病

一、概述

硬皮病(Scleroderma)是以皮肤及各系统胶原纤维硬化，最后萎缩为特征的一种慢性疾病。常见于女性，病程缓慢。该病可分为局限性硬皮病及系统性硬皮病两种类型，两型之间关系密切。

二、临床表现

1. 局限性硬皮病

又称硬斑病，85%的病例在 30 岁以前发病，男女之比为 1:2。皮损一般只侵犯皮肤，皮损特点为皮肤有局限性硬化萎缩，可分为点滴状硬皮病、斑状硬皮病、带状硬皮病三型，临床上均有皮肤肿胀、硬化和萎缩三期。

①点滴状硬皮病,主要发生在颈部和胸部,多为绿豆至黄豆大成簇性发硬的斑点,较光滑,表面为白色或黄白色,周围有棕色或灰色色素增加,数月后出现萎缩症状。

②斑点硬皮病,多发于颈、面、腹、背、乳房及臀部等处,分布部位较广。初发时为淡红色或紫红色斑点,肿胀、触之发硬,周边呈紫红或淡红色晕,皮损逐渐扩大,形状不规则,数厘米至数十厘米不等。晚期皮色加深或伴色素脱失,皮肤及皮下组织萎缩,表面光亮变硬。晕环的出现,表明病情加重,皮损范围将扩大。当病情稳定或趋向痊愈时,晕环即逐渐消失。

③带状硬皮病,皮损变化与斑状型类似。多发于头额及四肢,有时病位可达皮下组织与肌肉部。头部带状硬皮病 50% 在 10 岁之前发病,皮损为长条损害,纵行排列沿前额正中中线之一侧走向,可伸入发际达顶部,宽度为一至数厘米不等,状如刀砍伤痕。肢体带状硬皮病多发病在 11~20 岁期间,为单发或多发的条状损害,沿四肢一侧(亦有报道出现两侧)分布,可顺延至相应的躯干部,可影响关节功能,导致肢体变细和畸形。

局限性硬皮病患部一般无自觉症状,有时有轻微痒感或刺痛感,有些病例可自然缓解,预后良好,但多发性斑状硬皮病偶尔会出现内脏损害或转化为系统性硬皮病。

2. 系统(全身)性硬皮病

发病率在 20 岁~40 岁之间最高,女性患者占 75%,在临床上亦分为两种类型。

①弥漫型硬皮病,又称进行性系统硬化病,病势发展较快,始发于手足和面部,后蔓延至四肢、躯干和头部。病变可分为浮肿、硬化和萎缩三个阶段。此种硬皮病,皮损遍及全身,内脏受累程度较重,预后较差。

②肢端型硬皮病,患者在长期雷诺氏现象后出现掌指关节以下的皮肤硬化,手指变尖、变细、发紧变硬,指关节伸侧和指尖可发生坏死和溃疡。面部出现相应的改变,眼睑变紧张,鼻尖和鼻翼缩小,口唇变薄,开口缩小,表面呈鸟嘴状改变。

系统性硬皮病可持续数年或数十年,重者可使患者完全丧失劳动能力而最后死于心力衰竭,或死于肾功能衰竭,亦或死于肺部感染及肺功能衰竭等。

三、病因病机

对于硬皮病的发病原因,至今没有一个统一的认识。目前较多的持有以下三个观点:①与自身免疫有关,患者血清丙种球蛋白增高,局限性者约为 10%,系统性者约为 60%~90% 的硬皮病患者血清中有抗核抗体;②胶原代谢异常,硬皮病患者有纤维母细胞的缺陷和皮损中胶原酶活性减少或缺乏;③血管病变,患者常有较明显的血管运动障碍,可能影响组织营养的供给。

硬皮病属于中医学“痹证”范畴。局限硬皮病称之为“皮痹”、“皮痹阻”,系统性硬皮病被称为“风痹”、“肌痹”。但也有医家认为硬皮病多属由于脾肾阳虚,气血不足,卫外不固,腠理不密,风寒湿之邪乘隙侵袭,阻于皮肤肌肉之间,以致营卫不和、气血凝滞、经络阻隔、痹塞不通,久则耗伤阴血,脏腑失调所致。因而硬皮病的内因是人体先后天之根本——肾脾,阳气虚弱,脏腑经脉失于温煦,机能活动减弱,正气虚于内;外邪侵犯人体,由

外面内进一步损伤正气,加速发病或加重病情,则是硬皮病的外因所在。故而硬皮病的中医病机特点是脾肾阳虚、寒凝气滞及脏腑虚衰。

在藏医学典籍中,未见有对硬皮病的相关论述,但依据临床症状看应属于“隆”病的范畴。藏医学的经典《四部医典·秘诀部》第二章说:“隆病发于皮肤,皮肤有欲裂之感,触之粗糙,如鸡皮状。隆入于肌肉,肌肉肿胀,肤色变异,皮肤粗糙,或并发丘疹。”可见隆在本病中起着直接和主宰作用。

四、综合诊断

①局限性硬皮病,多见于女性,病程较长,一般无自觉症状,局部皮肤发硬,颜面黄白并有蜡样光泽,周围有淡紫色红晕。

②系统性硬皮病,可见雷诺现象,对称性的弥漫性水肿及硬化,多发性关节疼痛或关节炎和内脏损害的症状。但需与雷诺氏病、皮炎、成人硬肿病等相鉴别。

硬皮病的诊断,如出现难以排除它病的情况,可作皮损活检,均应由专业皮肤科医师和内科医师作鉴别诊断

五、综合治疗

本病应尽量争取早期诊断、及早治疗。

1. 西医

(1)局限性硬皮病:服用维生素E,每日30~50mg,亦可用氯奎、胎盘组织液肌注,丹参注射液或毛冬青注射液肌注。局部可用碘离子透入疗法,音频电疗亦有一定疗效。

(2)系统性硬皮病:维生素E口服或肌注,每日30~50mg,或更大剂量ATP每日肌注20mg,后期为每周2次。低分子右旋糖酐静脉注射;盐酸普鲁卡因静脉封闭疗法。可试用如下试剂:氯奎及血管扩张剂、甲基多巴、免疫抑制剂、三甲基秋水仙素。

2. 中医

(1)总结名老中医的经验成方,随证加减如下:

①缓慢进展期寒凝腠理,脾肾阳虚多选用右归饮、温阳通痹汤、阳和汤加减;

②寒侵络脉,肺卫不宣多用人参胡桃汤、荆防败毒散加减;

③寒热错杂,肝郁血瘀多用加味逍遥散、通窍活血汤、血府逐瘀汤加减;

④气血两虚,脉络痹阻多用十全大补汤、归脾汤。

(2)常用药物,根据立法不同,可分为以下几类:

①温补脾肾法:干姜、仙茅、补骨脂、黄芪、白术、茯苓、山药等;

②温阳通痹法:桂枝、细辛、附子、淫羊藿、羌活、秦艽、威灵仙等;

③疏肝解郁法:柴胡、枳壳、青皮、白芍等;

④补益气血法:黄芪、党参、当归、鸡血藤等;

⑤活血化瘀法:桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、丹参、地鳖虫、乌梢蛇、鬼箭羽、莪术、三棱、首乌藤等;

⑥补肾益精法:枸杞子、山萸肉、熟地、鹿角胶、女贞子、黄精、鳖甲、仙灵脾等;

⑦清热解毒法:蒲公英、地丁、白花蛇舌草、虎杖、金银花等。

现代实验研究认为中医补气药具有提高免疫力、调节免疫功能的作用。中医学认为元气是人体生化动力的源泉,故而多有医家运用补气药治疗硬皮病,使脏腑生化动力旺盛,气壮血旺,阴阳平和,和阴通腠,肌肤软化。

3. 藏医

主要以藏药浴疗法为主。

4. 三种治疗方法之比较

硬皮病的治疗方法较多,但临床上能获得远期肯定效果者少。西医采用过许多药品进行治疗,对早期患者有效,晚期者收效不佳。中、藏医学的治疗方法对此病均有一定程度的改善作用,但收效较慢。

5. 注意事项

患者应避免精神刺激和过度紧张,注意肢端部位保温和休息,饮食富含蛋白质食品。

六、药浴处方

处方一:矿泉浴法,硫化氢泉、重碳酸钠泉浴疗法。泉温 40℃ ~ 42℃,全身浸浴,每次 20 ~ 30 分钟,每日一次。

处方二:艾叶、花椒、红花、当归,水煎成浓汁,局部擦浴,每日 1 次;透骨草 30g,水煎,汽雾熏浴,每日 1 次;黄芪、红花、肉桂,水煎,局部浸浴,每日 1 次;冷蒿根叶(捣碎)、天然碱、酒曲,依次加大剂量,煎煮滤汁,洗浴患处;加五味甘露方。

七、药浴实施

多在春、秋两季施治。用五味甘露方药浴浸泡治疗,7 ~ 10 天为一疗程,上下午各一次。每次浸泡时间约在 20 ~ 30 分钟左右,但亦应视患者年龄、体质而定。小儿及体虚者 10 ~ 20 分钟左右即可。

在给予五味甘露方药浴浸泡治疗的同时,多配以口服安置精华散、十八味欧曲丸等药品,及擦拭疗法、按摩疗法。

行药浴时,应注意以下几点:浴池应严格消毒,避免交叉感染;行浴前应进行体检,包括一般状况、心率、生命体征等内容;行浴期间不能接触凉水;出现紧急情况,应及时采取必要措施。

八、典型医案

春××,6岁。主诉右侧臀部外上方局部皮肤凹陷、发硬4月,4个月前无明显诱因。患儿该处局部出现小圆形红斑,无瘙痒及疼痛感,逐渐出现肿胀、凹陷、发硬,皮肤不易拉起,有扩大趋势。多方求诊后,诊断为硬皮病,多种药物治疗无效。后以局限性硬皮病收

住药浴科。查体一般情况良好,心肺腹均无异常,四肢关节活动自如,右侧臀部外上方见6~7cm的皮肤凹陷,边缘颜色紫暗,皮肤发硬,不易提起,表皮中心洁白有光泽,无汗。治疗:给予五味甘露方药浴浸泡治疗,10天为一疗程,每日浸泡2次,每次10~20分钟左右,并给予三十五味沉香散、安置精华散、十八味欧曲丸等口服治疗。同时将二十五味阿魏散、月光宝鹏丸、三十五味沉香散用陈旧性酥油拌匀,促进局部血液循环,促进代谢产物通过毛孔及时排泄。通过以上方法治疗两个疗程后,患处皮肤凹陷、发硬、发亮等证状消失,肌肤开始恢复平坦,弹性良好,无色素沉着。

刘××,女37岁,经查体:双侧乳房下半部至脐部水平线,局部皮肤宽约7cm,长约20cm皮肤浮肿、粗糙、僵硬、乳房肿大、僵硬明显、无触痛及包块,患处皮肤颜色加深。给予“五味甘露方”药浴浸泡治疗,口服三十五味沉香散,安置精华散和二十五味大汤散等,外用药同上病例,并加按摩治疗一疗程(15天)后,患者自觉胸部皮肤紧扯感明显缓解,上腹部、乳房下皮肤较以前松软,皮肤弹性及患处肤色基本恢复正常。

通过药浴疗法,促进机体血液循环,改善了组织机能。滞留于体内或表皮的隆邪,通过毛孔排出体外,净化血液,恢复皮下组织功能。酥油涂抹配以局部按摩,使皮下组织、肌肉受到灵活有序的刺激,促进新陈代谢,调理气流畅通,改善局部或全身的营养分配,有效地软化了肌肤,改善了肌硬化、发亮等证状,使局部肌肤近于常色,触之柔软,已萎缩之皮肤重新隆起,富有弹性。

第二节 银屑病

一、概述

银屑病(Psoriasis)俗称牛皮癣,是一种常见的慢性复发性炎症性皮肤病,其皮损特点是红色丘疹或斑块上覆有多层银白色鳞屑,有明显的季节性,多数患者病情秋冬季加重,夏季自然缓解。本病是一种不易根治、严重影响美观的皮肤病。

银屑病发病率较高,发病年龄以青壮年(15~45岁)为多,城市高于农村,北方高于南方。由于本病发病率高,易复发,病程长,多侵犯青壮年,对患者身体健康与精神状况影响很大,故是目前国内外医学界皮肤科重点研究课题之一。

二、临床表现

根据本病的临床表现不同,一般将之分为寻常型、脓疱型、关节型及红皮型四类。

(1)寻常型银屑病

此型最为常见。皮损初起为粟粒至扁豆粒大红色丘疹或斑丘疹,逐渐增多融合成钱币大小或更大的淡红色斑块,边界清楚,周围有炎性红晕,基底浸润明显,表面覆盖多层

干燥的银白色鳞屑。刮掉鳞屑后,其下为一层淡红发亮的薄膜,称薄膜现象,刮除薄膜可见露珠状散在的小出血点,医学上称点状出血现象。

此型根据病情发展情况分为三期。进行期:皮损面积不断扩大,新斑、新疹不断出现;静止期:病情稳定,停止发展;消退期:无新疹出现,陈旧皮损逐渐变薄、变浅、变暗。一般胸背、上肢皮疹先退,头及小腿皮损消退缓慢。

(2)脓疱型银屑病

在寻常型银屑病皮损的基础上,突然出现密集、针头大至粟粒大的无菌脓疱,临床上又可分为泛发性及局限性两型。

①泛发性脓疱型银屑病:临床少见,发病急剧,有全身不适,弛张性高热及白细胞增多。皮损前,局部先有灼热感,后出现急性炎症性红斑或原有银屑病皮损潮红,出现多数密集针头至粟粒大黄白色无菌性表浅脓疱,其后扩大融合成“脓湖”,侵及广大皮面。旧脓疱干涸脱屑,其下出现新脓疱。在易摩擦处,会出现糜烂湿润和结痂。本型多发于青壮年,常呈周期性发作,预后较差。

②局限性脓疱型银屑病:多发于掌跖,故又称掌跖脓疱型银屑病。损害为对称性红斑,常在大小点际或跖部成批发生多数淡黄色针头。至粟粒大小的脓疱,基底潮红,疱壁不易破。约1~2周脓疱干涸,其下将出现新脓疱。皮损有瘙痒或疼痛,有时亦会出现全身不适或低热。病情时轻时重,反复发作,可转变为泛发性。

(3)关节型银屑病

除有银屑病皮损外,还发生关节炎症,关节症状常与皮肤症状同时加重或减轻,可累及任何关节,以手、足、腕等小关节多见,特别是指(趾)等小关节,表现为关节肿胀、疼痛、活动受限。严重者大关节可积液,甚者出现关节畸形、强直,常伴有发热、血沉增快等。

(4)红皮病型银屑病

初起在原有银屑病皮损部位出现潮红,迅速扩大,形成全身皮肤慢性潮红肿胀,炎性浸润明显,表面附有大量麸皮样鳞屑,不断脱落,其间常有岛屿状皮肤称为“皮岛”,手足常呈套样角质剥脱,甲混浊肥厚脱落。多伴有发热、头痛、白细胞增高、浅表淋巴结肿大等,病情顽固,易复发。

三、病因病机

1. 西医

银屑病的致病因素目前尚不完全清楚,主要有以下几种学说。

(1)遗传因素

临床发现有不少患者亲属患有银屑病,据统计,国内患者中10%~23.8%的患者有家族史。

(2)感染因素

①病毒感染 有学者认为本病由病毒感染引起,因观察到在治疗病毒感染的同时,银

屑病也随之缓解。临床上由感冒发热诱发的银屑病屡见不鲜。

②细菌感染 不少患者在发病前有咽炎、扁桃腺炎病史,提示有细菌感染,一般认为是由于患者对细菌毒素发生变态反应所致

(3)代谢异常

有的学者研究认为银屑病与脂肪、蛋白质、糖类代谢异常有关,但未获得一致意见亦有人认为与维生素 B₁、C 和叶酸缺乏有关。

(4)神经精神因素

过去有学者认为精神创伤或精神紧张可使银屑病复发或加重。

(5)免疫因素

据报道银屑病患者有多种免疫功能紊乱,有研究结果表明血管壁内有免疫复合物沉积,有的则认为是细胞免疫功能低下

(6)季节因素

病患大多数冬、春季复发或加重,夏季症状减轻或痊愈,因而认为与紫外线照射有关。

此外,受潮受凉、外伤、手术及预防接种,亦可能是发病的诱因。

2. 中医

银屑病相当于中医学的“白疔”、“松皮癣”等,其发病原因复杂,概括为外因和内因两种。

外因为风、寒、湿、热、燥、毒之邪侵袭肌肤;内因有素体血热,饮食不节,情志内伤等。

疾病初期多夹有风寒或风热之邪侵袭肌肤,以致营卫不和,气血不畅,阻于肌表而生;或因湿热蕴积,外不能宣泄,内不能利导,阻于肌表而发热;病久不愈,风寒、内热、湿热之邪化火,而耗伤气血,则血虚风燥,肌肤失养所致;或因营血不足,气血循行受阻,以致瘀阻肌肤而成;或因肝肾不足,冲任失调,更使营血亏损,血虚生风所致。少数患者可因调治不当,兼感毒邪,风寒化热,湿邪化燥,以致燥热成毒,热毒流窜,入于营血,内侵脏腑,造成气血两燔的证候,临床上表现为严重型银屑病,即泛发型脓疱型、红皮型银屑病。

3. 藏医

藏医学认为银屑病是由虫和黄水偏盛引起的,虫相当于皮肤真菌、皮肤寄生虫、病毒等,与中医学的“虫”相似;黄水相当于中医学的风、湿、寒、热等 《四部医典·秘诀部》第五十九章记载:“黄水激增,会诱发疾病,白癞、牛皮癣……皆由黄水病诱发。”

四、综合诊断

1. 诊断要点

(1)基本皮损为炎性红色丘疹或斑丘疹,表面覆盖多层银白色鳞屑,刮除鳞屑可见发亮薄膜及点状出血现象,基底浸润明显,可有同形反应。①脓疱型在寻常型的基础上出现多数无菌性小脓疱、脓湖。②关节型除银屑病表现外,伴有关节肿胀、疼痛、变形。③红皮病型是除银屑病表现外,出现全身弥漫性潮红肿胀,大量麸皮样脱屑及正常皮岛。

(2)多发于头皮、肘部、膝部、摩擦部位,也可能泛发于全身。

(3)本病可发于任何年龄,但以青壮年为主,多有家族史。

(4)慢性经过,缓解与发作交替出现,常持续多年,有一定季节性,一般冬重夏轻。

2. 鉴别诊断

银屑病根据皮损特点、分布、刮之易出血,诊断不难,但应与下列皮肤病相鉴别。

(1)寻常型银屑病与脂溢性皮炎

后者多为成年人,儿童不发病,好发于头、面、胸背近中线处、腋毛、阴毛部位,红斑边界不清,附着油腻性鳞屑,头发不呈束状,刮之不易出血。

(2)银屑病与副银屑病

后者病变较轻,红斑色淡。附着少量鳞屑,头部一般不起红斑。不痒,消退缓慢,无血露现象。

(3)脓疱型银屑病与疱疹样脓疱病

后者多为妊娠妇女,为在红斑基础上全身起小脓疱,伴高热,皮损成批出现,反复发作,无银屑病史。

(4)关节病型银屑病与类风湿性关节炎

后者无银屑病史,无季节变化规律,有晨僵,化验类风湿因子呈阳性。关节型银屑病则无上述特点。

(5)红皮病型银屑病与剥脱性皮炎

二者虽然临床表现相似,但病因不同。前者有银屑病史,因治疗不当发展而成,后者多由湿疹、药物过敏、传染性单核细胞增多症及恶性肿瘤等发展而来。前者治愈后可出现寻常型银屑病皮损。

五、综合治疗

1. 预防

(1)避免外伤。手术、创伤、强烈的精神刺激,可使银屑病复发,摩擦、搔抓、针刺可使银屑病症状加重。

(2)预防感冒和感染。感冒发热或出现扁桃腺炎后易发病或复发银屑病。

(3)避免滥用药物。肾上腺皮质激素和免疫抑制剂对各种类型银屑病均有一定效果,但使用不当,不仅会于事无补,反而会使病情加重或复发,应在经验丰富的临床医师指导下使用。一般寻常型银屑病不主张使用。

(4)饮食应多食富含维生素食品,如鲜果蔬菜等;忌食牛羊肉、辣椒、酒等,急性期尤其如此。

(5)顽固性者应注意休息,有条件应专门疗养。有关节炎者应积极治疗。

2. 治疗

(1)西医

①内疗法:寻常型的早期、进行期病人给予镇定止痒剂、抗组胺剂、维生素 B_{12} 、 B_6 、维

生素 C;泛发性静止期病人在必要时,可酌情考虑给予乙亚胺、白血宁、氨甲喋呤这类有一定毒性的药物。关节炎型银屑病患者并用皮质类固醇激素和非激素抗炎药物如羟基保太松、消炎痛等。

②外疗法:用药前应先用温水肥皂将鳞屑尽量洗去。局部用药依病期及病损情况而定。

A、对进行期的病人,用温和药物,如 3%~5% 硼酸软膏、2%~5% 水杨酸软膏,以免引起红皮病。

B、对稳定期或退行期的病人,用浓度较高的药物,如 5%~10% 白降汞软膏,5% 水杨酸软膏,5%~10% 焦油软膏或 10% 硫黄软膏。

③物理疗法:内服 8-甲氧补骨脂素(8-Mop),2 小时后照射长波紫外线(UVA),据报道平均治愈次数约为 20 次。

(2)中医

本病病位在血分,急性期多为血热炽盛,壅于肌表而发,慢性期多为血虚、血燥及血瘀,导致肌肤失养所致。急性期宜清热凉血解毒,方选清热(犀角)地黄汤加减;慢性期宜养血润燥、活血化瘀,兼以解毒,方选桃红四物汤加减。特殊型的银屑病,当随证施治:红皮病,多为气血两燔,治宜清气凉血解毒,方选清瘟败毒饮加减;脓疱型,多为热毒炽盛,治宜清热凉血,解毒除湿,方选黄连解毒汤合五味消毒饮加减;关节型,多为风湿痹阻,方选独活寄生汤加减。

除了中草药治疗,还可采用针灸疗法:耳针疗法中取肺、神门、肾上腺、皮质下等穴位;躯体上取曲池、血海、足三里、内关、三阴交等穴位。

此外,中草药的外洗疗法对治疗银屑病也十分有效。

如在静止期及退行期,用侧柏叶、鹤虱、刺猬皮各 20g,蚤休 30g,核桃叶 15g,煎煮取汁,趁热时熏蒸患部,待温后再浸洗全身。每日 1 剂洗 3 次,每次洗 20 分钟。一个疗程为 7 天。

在进行期,用野菊花 30g,苦参、生大黄、黄柏各 20g,白芷、地肤子、石菖蒲、皮硝、明矾各 15g,蛇床子 12g,取药汁洗浴全身,每日 1 剂洗 1~2 次,洗 15 分钟。一个疗程为 5 天。

(3)藏医

藏医中对银屑病的治疗,主要有外治涂擦法、矿泉疗法、藏药浴疗法等。

①外涂擦法 A、乌蛇皮煅灰和毛诃子油配制成膏;B、曼陀罗子、雄黄、黄牛尿浸配制成膏;C、猪油、硫黄配制成膏外涂患处。

②矿泉疗法 A、对本病可选用的矿泉种类很多,如碳酸泉、硫化氢泉、氯化钠泉、硫酸钙泉、氢泉、铁泉、碘泉、砷泉等,行局部浸浴,泉温应在 40℃~42℃,每日近半小时。B、选用砷泉、铁泉、氢泉、重碳酸钙泉、重碳酸钠泉等饮入,每次温饮 150ml~250ml,每日 1~3 次。

③藏药浴疗法,详见药浴处方。

④欧曲皎洁丸(据藏医验方将诃子、铁棒锤、藏菖蒲等共 18 味药研制而成)配合藏成

药五鹏解毒丸,早晚用花椒水送下,15日为一个疗程,忌烟酒,忌进食辛辣刺激物。

六、药浴处方

处方一:五味甘露中取黄花杜鹃、水柏枝、圆柏刺、麻黄、白野蒿等五种药物(用酒曲发酵1~3天,晾干)。根据银屑病分型的不同,上述五种药物各取0.5~1kg,加入适量硫磺、白芸香、生等、雄黄、天门冬、草决明、黄葵子、白芝麻、孜然芹等。

配制方法:将上述药物同装入纱袋,浸泡30分钟,置入高压蒸气锅,加入100kg水煎煮,1小时后,即可。另取麝香0.5~1g,加温水500ml浸泡一昼夜后备用,即为麝香水。行浴之前,取五根散10g、驱黄水散10g、白酒少许,麝香水25ml混入药液中,搅匀即成药浴品。

处方二:五味甘露汤,加乳香、硫磺、决明子、藏红花、雌黄、干姜、大黄。

附:西医药浴疗法

(1)戈可曼法:热水浴后,用1%~5%煤焦油软膏涂搽患处,次日洗去,用紫外线照射,以引起轻度红斑为度;又有改良戈可曼法,如用煤焦油溶液掺水后洗浴,再用紫外线照射等多种方法;(2)英格拉姆法:每公斤浴水中放入煤焦油溶液1.5ml,浴后任其干燥,然后用亚红斑量或一度红斑量的紫外线照射,再搽二羟基酚制剂,每天施治一次。

七、药浴实施

行浴前,对病患的生命体征及一般状况进行检查。根据病患的身体状况调节水温,一般初始将水温调至38℃~40℃,入浴时间10~15分钟,10天为1疗程,洗浴至第3~6天据病人体质逐渐将水温调至42℃左右,入浴时间延长5~10分钟。从第七天开始将水温和入浴时间调降至初始标准,同时给予十味芸鹏散、月光宝鹏散、十八味水银丸、五味青鹏散等药剂口服,使内外配合治疗。

八、现代研究

(1)病例情况

银屑病病例30例,男性7例,女性23例;年龄范围为20~70岁;病程最短者为3年,最长者为20余年。经中西医的多方治疗后,无明显效果。

(2)诊断依据

全身皮肤弥漫性浸润潮红,大量麸皮样鳞屑及残存的正常“皮岛”,有银屑病史。

(3)治疗结果

牛皮癣30例中,以藏药浴治疗后治愈(牛皮癣丘疹消退,鳞屑消失,皮肤光泽恢复正常,一年后未复发)10例,有效(主要症状明显改变)15例,无效(症状无改变)5例,治愈率达33%,总有效率达83%。

(4)结论

藏医认为药浴的有效成分,通过汗腺进入体内,调节机体并吸收多余之黄水;药浴的水温使体内外热量升高,毛孔开放,加强了各组织器官的活动与循环能力,使滞留于体内的病气通过毛囊排出体外,从而治疗银屑病。

九、典型医案

陈××,男,47岁,北京市人。患者双侧小腿剧痒,肤色发黑,并头皮有病变现象,北京及全国各地多家医院均诊断为银屑病,中西治疗效果欠佳。1998年入北京藏医院,经药浴、内服药、擦药等综合治疗,四个疗程后,小腿瘙痒症消除,肤色接近正常,头皮病变消失。

第三节 带状疱疹

一、概述

带状疱疹(Herpes zoster)属于病毒性皮肤病。本病由病毒引发骤然发生,沿一侧周围神经分布区出现集簇性小水疱,排列成带状,伴有神经痛及附近淋巴结肿大,愈后不易复发。多发于肋间神经、颈部神经、三叉神经及腰骶神经的分布区。

中医学称之为“缠腰火丹”、“蛇串疮”、“蜘蛛疮”等。中医学认为此病是由于情志内伤,或脾失健运,饮食失节,肝脾不和,气滞湿郁,化热化火,湿热火毒外攻皮肤而引发。

藏医学对带状疱疹无专门论述,但根据临床表现,带状疱疹应属黄水病范畴。

二、临床表现

一般先轻度发热,全身不适,体倦无力,食欲不振及患部皮肤出现灼热感或神经痛等前驱症。此症维持1~3日后,在神经分布区(如眼周、头颞部、胸腹部、腰部等)出现不规则形状的红斑,继而出现多数成群簇集的粟粒至绿豆大的丘疱疹,迅速变为水疱。疱壁紧张,内容透明澄清,渐变混浊,或部分破裂,形成糜烂面,最后干燥结痂,脱痂即愈,愈后局部遗留暂时性红斑或色素沉着。也可因疱膜破裂而形成糜烂面或继发化脓感染。个别病例不发生典型水疱,称之为不典型性或顿挫性带状疱疹。皮疹多排列成带状,不超过身体的正中线。有些患者在疱疹愈后仍留有神经痛,甚者持续数月之久。

三、病因病机

1. 西医

本病由水痘—带状疱疹病毒引起。初次感染水痘—带状疱疹病毒之后,临床上表现为水痘或隐性感染。病毒进入感觉神经末梢,并沿脊髓后根神经节或三叉神经节的神经

纤维移动,最后持久地潜伏于脊髓后根神经节的神经原中。在诱发刺激下,可出现再活动,生长繁殖,使受侵的神经节发炎,产生神经痛。同时,复活病毒沿周围神经纤维侵入到皮肤,皮肤上产生特有的带状、节段性的水疱疹。带状疱疹的发病与细胞免疫功能障碍有关,治愈后,获终生免疫。

2. 中医

带状疱疹多与肝、脾二脏有关,病位多在心、肝、脾三脏,心火旺则血热,热灼于肤,故疼痛;脾气虚则湿不运,水聚于腠,故水疱多;肝病既影响心,又影响脾。如肝郁化火,火与心气相连,风火相煽,则皮肤焮红,如火燎痛;肝旺侮脾,脾湿内困,蕴而化热毒,湿毒流窜于肝胆经脉循行之区,故见丘疱疹、水疱、糜烂、渗出等皮损。心火、肝火、湿热搏结,阻遏经络,气血不通,故痛剧。

3. 藏医

藏医学依据带状疱疹的临床表现,如水疱、糜烂、渗出等证状,将之归为黄水病的范畴,当属胆水过多,不循经道,外溢而出则成上述证状。由于带状疱疹多见于发热性疾病中,故属于黑黄水病,脉、尿均呈热象。

四、综合诊断

成群水疱沿神经分布排列成带状,单侧性及有明显的神经痛等特点。当疱疹尚未出现或表现为顿挫性带状疱疹时,需注意观察,排除心肌梗塞、肺炎、胸膜炎和消化道溃疡。带状疱疹有时需与单纯性疱疹鉴别,后者好发于皮肤粘膜交界处,如口唇、鼻孔附近及生殖器等部分,多见于发热性疾病病程中,且常反复发作。

藏医诊断时主要用望诊,可见排列成带状的成群水疱,且多沿神经走向分布。并应望诊问诊结合,询问水疱的产生部位。

五、综合治疗

1. 西医

若已患带状疱疹,则显示身体抵抗病毒的机能水平降低,需进行系统性检查,老年人应排除肿瘤的可能性。一般患者的治疗原则是止痛、缩短病程、防止继发感染。

(1)全身疗法可给予镇痛剂如复方阿斯匹林等;内服维生素 B,可止痛及缩短病程;采用小剂量强的松或盐酸普鲁卡因溶液,减轻神经损伤,预防神经痛后遗症。

(2)音频疗法

(3)氦-氖激光治疗

2. 中医

其病机特点为湿热交阻,气血凝滞。热重于湿则火热征象明显,疱疹鲜红,疱壁紧张,疼痛剧烈;湿重于热则疱疹色淡红量多,疱壁松弛易破。以清热解毒、健脾利湿、活血化瘀为治疗大法。

(1)药物治疗中分三证诊治:热盛多用龙胆泻肝汤加减,湿盛多用除湿胃苓汤加减,

气滞血瘀多用桃红四物汤加减,此外亦可配用公英板蓝根汤。

可选用抗病毒中草药有板蓝根、大青叶、金银花、地丁、黄芩、贯仲、虎杖、茵陈、紫草等。

(2)针刺疗法:有明显消炎止痛效果。发于上肢、胸部者取合谷、曲池;发于下肢取阳陵泉、足三里、三阴交,留针 30 分钟,每日或隔日一次,5~7 次为一个疗程。耳针效果较好,可选肝区、肺门、神门或皮损所在区,间歇留捻 20 分钟,亦可用梅花针在皮损周围及脊柱两旁打刺。

3. 藏医

(1)饮食起居:《四部医典·秘诀本》第五十九章:用凉性饮食施治。可进食黄牛、山羊及犏牛乳中提炼的乳酪、酪浆和新鲜酥油、热水、黄牛肉、野牲肉等。禁忌饮酒、陈旧酥油及蔗糖,宜居住凉爽之地。

(2)手术疗法:在病患之处放血施治。

(3)擦拭疗法:①刺苳龙胆、溪岸银莲花、酪浆制剂;②黄蜀葵籽、藏菖蒲、丁香、小米辣、酥油制剂;③毛诃子、蛇煨灰、酥油制剂外敷等。

(4)藏药浴疗法:详见药浴处方。

(5)内服药物:①小檗、茶藨子、降真香、毛诃子粉,十倍的安息香,制剂令服。

②黄牛五物、降真香药油送服水银丸

六、药浴处方

五味甘露汤加刺苳龙胆、大黄、诃子、亚大黄、蔓荆子、黄水三药。

七、药浴实施

1. 药浴的配制

五味甘露之黄花杜鹃、水柏枝、圆柏刺、麻黄、白野蒿等五种药物,经酒曲发酵 1~3 天,凉干。据病证加减适量硫磺、白芸香、生等、白芝麻、雄黄、孜然芹、天门冬、黄葵子、草决明等。浸泡半小时后,加水 250kg 煎煮 1 小时,取汁移入浴盆;另取麝香 0.5~1g,加温水 500ml 浸泡 24 小时备用(即麝香水),临浴时取五根散、驱黄水散、少许白酒、麝香水等混入药液中搅匀。

2. 实施方法

起始水温 38℃~40℃,入浴时间 10~15 分钟,10 天 1 疗程,洗浴至第 3~6 天,据病人体质将水温逐渐上升至 42℃左右,入浴时间延长至 25 分钟。第 7 天起水温和入浴时间回至起始标准。据病情口服十五味乳鹏丸、月光宝鹏散、十八味水银丸、五味青鹏散等药剂内外配合治疗。

八、典型医案

王××,男,30 岁,北京市人。患者经北京某医院皮肤专科诊断为顽固性带性疱疹,

中西医治疗后效果欠佳,容易复发。2001年7月,慕名到北京藏医院求治。藏医大夫依据除湿解毒原则,对患者采取口服藏药、药浴方法治疗,三个月后疾病治愈。随访1年未复发。

第四节 真菌病

真菌是一种真核类的原生生物,包括蘑菇、酵母、锈菌、霉菌、黑粉菌等,有十几万种之多,能引起人类疾病的却不过几十种。由真菌引起的疾病称真菌病(Mycosis)。真菌病分为两大类:侵犯皮肤、毛发和甲的是浅部真菌部,也称皮肤霉菌病。一般按侵犯身体各个部位而命名,如头癣、体癣、股癣、手癣、足癣、甲癣等。侵犯皮下组织和内脏的称为深部真菌部。

真菌病在夏季发病率较高,在某些热带地区可造成流行。本病的发生取决于菌种的类别和人体的抵抗力。皮肤霉菌病在我国分布广泛、传染性较强。传播途径有直接或间接两种。

本节所述真菌病以浅部真菌病为主,述及头癣、手足癣等。

一、头癣

1. 概述

头癣(Tinea capitis)是侵犯头部有发部位的皮肤霉菌病。一般分为黄癣、白癣和黑癣三种。其中黄癣能引起瘢痕及永久性秃发,俗称癞痢头或秃疮。

本病多见于儿童,成年患者较少,一般健康成人对真菌有一定抵抗力,而儿童则对真菌的抵抗力较弱,易感染头癣。

2. 临床表现

(1)黄癣:目前在我国较少见。先是毛根部皮肤发红,继而出现脓疱,干后成为黄痂。皮损增大并融合,黄痂变厚,边缘高起,如碟状,黄痂之下为鲜红湿润糜烂面或浅溃疡。黄痂中含大量真菌,如延误治疗可使毛囊破坏,形成萎缩瘢痕,留下秃发;患者头发常呈干枯、弯曲,有时伴细菌感染,有一种特殊的“鼠臭味”,瘙痒剧烈。

(2)白癣:只见于儿童。初起为白色鳞屑性斑片,头发变灰暗,斑片扩大,随毛发的生长,毛根部露出头皮,可见毛发下段环绕以白色鞘膜,毛发失去光泽,干燥变脆,易折断,易拔出。

(3)黑癣:真菌侵犯头发,头发一经露出头皮即折断,残留发根如同黑点。黑癣的病程长,进展缓慢,可因毛囊破坏而形成瘢痕。

3. 病因病机

黄癣是由黄癣菌(许兰氏毛癣菌)所引起;白癣大多是由犬小孢子菌及石膏样毛癣菌引起;黑癣是由紫色毛癣菌和断发毛癣菌引起的。

中医认为头癣是虫邪引起的,机体上气不足,邪盛正虚故而致病,即虫毒致病。

藏医学将之归为由人体寄生虫引起的皮肤病。

4. 诊断与鉴别

(1)黄癣:典型的黄癣痂,特殊的鼠臭味,黄癣痂病原菌检查,可见典型的鹿角菌丝及梳状菌丝;伍氏灯下检查,可见暗绿色荧光。应与头部银屑病、假性脱发、脂溢性湿疹鉴别。

(2)白癣:鳞屑性斑片,上有或长或短的断发;取头皮鳞屑或镜检,可见菌丝与孢子;伍氏灯下检查呈亮绿色荧光。与头皮糠疹、石棉状糠疹及头部银屑病鉴别。

(3)黑癣:头皮上有片状断发黑点,镜检可见发内充满排列整齐的成串真菌孢子,伍氏灯下无显色荧光。须与头部银屑病、头皮糠疹、斑秃、假性脱发相鉴别。

藏医生在进行诊断时,多用望诊,观察皮损证状,询问是否有过往病史及饮食状况,以判断病的寒热属类。在诊断中,现已大量运用现代技术进行确诊,排除它病的可能。

5. 综合治疗

头癣常因接触而染病,所以必须加强预防,切断传染途径,防止继续蔓延。

(1)西医

①灰黄霉素综合治疗:10mg/kg 体重,每日二次,20 日为一疗程;每日白天用 5~10% 硫黄软膏,晚上外用 2% 碘酊,每月剃头一次,持续一个半月。并将把枕头、枕巾、衬衣、被褥等消毒。

②服用伊曲康唑,每日 50~100mg,持续 1 个月,对年龄小于 10 岁的儿童效果尤佳。

(2)中医

以清热解毒,杀虫止痒为法则,多洗浴治疗。

①川椒、儿茶、透骨草、雄黄、明矾、木鳖子、狼毒、芫花各 10g,苦参 15g,白部 30g。加水 2000ml,煮沸,取汁洗头。每次 20 分钟,每日 1 剂,洗 2 次,10 日 1 疗程,适用于头生秃斑、干枯作痒的头癣患者。

②黄柏、黄精各 60g,加水 1000ml,煎沸 30 分钟,洗头,每次 15 分钟,每日 1 剂,洗 3 次,7 日为 1 疗程。适用于炎证明显,分泌物多的白秃疮患者。

③博落回 60g、明矾 30g,加水 1000ml,煮沸 20 分钟,取汁洗头,每次洗 20 分钟,每日洗 2 次,连洗 7 天为一疗程。适用于头黄癣患者。

(3)藏医

①放血疗法。

②熨敷法。发痒者,用乳酪敷一宿,次日洗去,再用山豆根、黑矾、黑芝麻、牛黄共研细末,用乳酪制膏外敷。

③藏药浴法。

6. 药浴处方

处方一:各种谷物粮食,磨成细粉;芝麻油或植物油调和,用布包扎,不可过紧。

处方二:麻花芫花研细,乳酪调和,敷浴。

处方三:各种鲜花(除毒花)煎煮后敷浴。

处方四:浸浴天然温泉如淡泉、铁泉、硫化氢泉、砷泉、氡泉作泉浴疗法,泉温 40℃ ~ 42℃,局部浸浴,每次 20 ~ 30 分钟,每日 1 次。

7. 药浴实施

处方一:须将患者患处的头发剃尽,露出头皮,将已备好的布包敷于头患处,吸收黄水,留有未尽之黄水与脓血,用吸角吸收。

处方二、三:两法无须剃尽头发且效果更佳。每日换药 2 次。

8. 典型医案

张××,男,40岁,北京市人。患者早经常头皮痒、头皮屑较多,挠破后有黄水渗出,伴有洗发液过敏症3年。2001年8月到北京藏医院求治,藏医采用除湿、活血、化瘀、解毒的方法,施以口服藏药和药浴,并将患处头发剃尽、擦药。一个月后症状基本消除。

二、手足癣

1. 概述

手足癣为极常见的真菌病,是手部的浅部真菌病,因手掌粗糙而裂如鹅掌,而名之为“鹅掌风”(中医);足癣是足部的浅部真菌病,因足丫痒烂流汁而有特殊之味者称为“湿脚气”。

2. 临床表现

手足癣分为四型:

(1)水疱型:在趾间或跖部出现与手癣同类临床表现,水疱几天后干燥,疱壁破裂,露出红色基底,可引起继发感染,形成脓疱,甚至伴发丹毒或蜂窝织炎等。

(2)浸渍糜烂型,多见于趾间,因趾间潮湿多汗,皮肤浸渍发白,擦去浸渍之表皮,基底潮红、湿润、糜烂、剧痒,有时可继发感染。

(3)鳞屑型,累及趾间、足底、足侧、足背等,片状鳞屑,反复脱皮,痒,长久不愈。

(4)角化过度型,足底及足跟角化过度表面粗糙,发硬、灰白、干燥、无汗。冬天皮肤易皲裂,趾甲可以受染。

3. 病因病机

(1)西医:病原菌为红色毛癣菌、石膏样毛癣菌、絮状表皮癣菌等,由于足底皮肤无皮脂腺,从而缺乏抑制真菌的脂肪酸,且因足底汗腺丰富、潮湿,湿温度均高,易患足癣;手癣的产生除了生理状况(同足部)外,还由于手的活动范围广,因身体其它部位有癣,搔抓而被传染。

(2)中医:体内湿热停滞,或是脾胃二经湿热下注,再接触感染风毒,导致经络阻塞,气血凝聚,肌肤失养所致。湿热下注,趾缝间长期被湿浸渍,络脉瘀滞,局部组织水肿缺血缺氧,日久不能改善,热胜湿浊浸淫,肌腐风虫自生,出现手足癣证状。

(3)藏医:黄水扩散至皮肤,渗出而出现以上临床证状,故而藏医学中将手足癣亦归为黄水激增诱发的皮肤病。

4. 综合诊断

中、西、藏三种医学均根据皮损特征、自觉症状、病程迁延等做出临床诊断。但需与如下疾病作鉴别：手部湿疹、多汗症、汗疱疹、足部湿疹、足部汗疱疹。通过实验室检查，可发现上述需排除疾病病原菌检查阴性，而手足癣同类检查呈阳性。

5. 治疗与预防

(1) 预防：注意个人卫生，早发现早治疗。

(2) 治疗：

① 西医：指趾间糜烂型先用脚气粉，干燥脱皮后改用克霉唑软膏等；水疱型可用水杨酸酞剂、克霉唑软膏或达克宁霜等；丘疹鳞屑型及角化过度，用水杨酸软膏或克霉唑软膏、达克宁霜剂等。各类型的手足癣采用伊曲康唑治疗，疗程约一个月，亦获良效。

② 中医：采用祛风解毒、活血通络、止痒燥湿、滋阴润燥、清热利湿等法，药物选用苦参、白鲜皮、白蒺藜、黄柏、蛇床子、百部、苍术、土槿皮、赤芍、草乌、枯矾等制剂洗浴。

③ 藏医：

放血疗法：于患处近旁针刺放血施治；

擦拭疗法：刺芒龙胆、溪岸银莲花、酪浆制剂；白花棘豆灰、马奶、驴奶制剂擦涂；毛诃子、蛇煨灰、酥油制剂。曼陀罗子、水菖蒲、小米辣、丁香、桶酥等配制成膏；

藏药浴法。

6. 药浴处方

处方一：用酒曲洗浴，后山豆根、黑矾、芝麻、牛黄、酒曲制成膏剂，外敷或擦抹

处方二：五味甘露汤加硫磺、乳香、藏红花。

处方三：矿泉浴法：淡泉、重碳酸钠泉、硫酸盐泉、硫化氢泉、铁泉等。泉温 $40^{\circ}\text{C} \sim 42^{\circ}\text{C}$ 手足浸浴，每次 20 ~ 30 分钟，每日一次。另外可每日分 1 ~ 3 次温饮 150 ~ 600ml 砵泉。

7. 药浴实施

浸浴上下午各一次，第一天水温 $38^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，浸浴时间 20 ~ 30 分钟。尔后，逐渐加温并延长浸浴时间，最高为 46°C ，时间 45 ~ 60 分钟时，则依次降温，至疗程结束时 38°C ，时间 40 ~ 60 分钟。

应给病人适时适量服用补液盐水。出浴时包裹全身，平卧于温暖的房间内，避风取汗。对体质较弱及免疫力差者加入五根散 25g

衣被及时消毒杀菌；毛巾、拖鞋应个人专用；选穿透气良好的棉、丝质袜子；少食刺激性食物，少饮酒。

8. 典型医案

郝××，女，38岁，北京市人。患者双脚发痒，痒烂处有黄水渗出，春秋夏季病情加重，中西治疗后效果不太理想。后到北京藏医院求治，藏医依据活血、化瘀、除湿的治疗原则，施以口服藏药和足浴治疗，并对患处擦药外治。两个月后症状完全消失，一年内未见复发。

第五节 其它皮肤病

一、神经性皮炎

1. 概述

神经性皮炎又名慢性单纯性苔藓,是以阵发性皮肤瘙痒和皮肤苔藓化为主的慢性皮肤炎症。本病十分顽固,常与过度搔抓,引起皮肤苔藓化肥厚有关。

2. 临床表现

初起时,局部皮肤间歇性剧痒,无明显皮损,搔抓后局部出现圆形成多角形扁平丘疹,密集成群,呈正常皮色或淡褐色,表面光滑或覆有少量鳞屑。之后丘疹融成片,皮损肥厚,皮沟加深,皮嵴隆起,形成苔藓化。患处及其周围有抓痕、血痂甚至继发感染。根据临床表现,本病又分为如下四型。

(1)局限性:长期搔抓所致,苔藓样皮损片块,局限于1~2处,多见于颈侧、颈脊、肘膝关节伸侧面尾骶部,一般皮色正常。

(2)多发性:皮损块至少3~4片,与精神因素、食物过敏、季节不适有关。皮损除苔藓样变外,有红斑、丘疹、鳞屑、脱屑等,对称发生。

(3)泛发性:由上两型因治疗刺激或其它原因激惹成全身散发性红斑、丘疹、苔藓化片块,剧痒。

(4)弥漫性:多发于中老年男子。初为全身瘙痒,搔抓后有小片风团性皮疹、剧痒。长期刺激形成色素沉着,皮肤肥厚弥漫性苔藓化损害。主发于躯干,亦发生于除颜面、掌跖外的其它部位。可有浅淋巴结炎症肿大,不痛、不溃破。

3. 病因病机

目前其确切病因尚不明,一般认为可能与精神神经因素有关,如情绪波动、过度紧张、神经衰弱、焦虑不安、恐怖忧愁等。饮酒、日晒、搔抓及局部摩擦等刺激,诱发局部瘙痒,经常搔抓使局部皮肤苔藓化,苔藓化后,可引起局部痒感,形成恶性循环,使之不易治愈。

中医称本病为“牛皮癣”、“顽癣”、“摄领疮”等,一般认为初起由风湿热邪阻滞肌肤而引起,以致气血运行失畅,凝滞于皮肤而诱生,日久耗伤阴血,营阴不足,血虚生风化燥,肌肤失养。中医界对其病因病机主要分有以下四类:情志内伤,心火伏于营血,血热生风,风盛而燥使肌肤失养而发病;风热之邪阳于肌肤,壅滞不去,聚结于肌肤,则皮肤粗糙肥厚,明显瘙痒;年老体弱,正气虚衰,气血不足,肌肤失养而病;过食辛辣,内热郁积,郁久化火,耗损阴血,血虚生风燥而致皮肤失养。

藏医学中“顽癣”、“干癣”、“松皮癣”均属神经性皮炎,本病属于藏医“布内良西”范畴。藏医亦多认为本病是由精神创伤、过度紧张、生活环境突然改变等引起。

4. 综合诊断

诊断时应抓住本病的两大临床特征：剧痒和苔藓化。本病多为局部病变，少数病人侵犯部位较广；本病病程长，易复发。

另外，需与慢性湿疹、皮肤淀粉样变区别。

5. 治疗与预防

(1)西医疗法：局部外搽皮质类固醇激素霜剂或酊剂等止痒药物，小范围的可贴用肤疾宁；有神经衰弱症状和瘙痒剧烈者，可用镇静剂和抗组胺药物。

(2)中医疗法：大多选用五皮止痒饮、消风化痰汤、荆蝉汤、养血祛风汤复方克癣酊、养血熄风汤；在辨证的基础上，亦可选用逍遥散、消风散、当归饮子等进行加减。

(3)藏医疗法：①擦拭疗法：硫黄 150g、天竺黄 300g、丁香 50g、肉豆蔻 40g、白豆蔻 70g、草果 40g、藏红花 240g、决明子 140g、琥珀 110g、黄葵子 100g、诃子 400g、阿魏 200g、藏菖蒲 240g、麝香 10g、川乌 200g、肾瓣棘豆 100g、穆库尔没药 100g。上药混合后碾成粉末状，用 300g 凡士林溶液调成浆糊状，将药涂在患处（患处需用医药酒精清洗干净），日涂三次，一次 3g。药物涂好后，患处须保持一定温度。注意避免搔抓或肥皂热水洗涤，忌酒类刺激性食物。

②藏药浴疗法，详见下一部分药浴处方。

本病患者应注意保持精神愉快乐观；积极纠正失眠、消化不良。

6. 药浴处方

(1)酒曲洗浴，山豆根、墨矾、芝麻、牛黄、酒曲制成膏剂，外敷或擦抹。

(2)五味甘露汤，另取白嘎 5g、索玛惹扎 5g、台嘎多杰 5g、吉尔吧 5g，研细粉入药。

(3)矿泉浴法：选用淡泉、重碳酸盐泉、碳酸泉、硫化氢泉、硫酸盐泉、氢泉。泉温 40℃~42℃，全身或局部浸浴，每次 20~30 分钟，每日 1 次。

二、狐臭

1. 概述

医学上称腋臭、臭汗症，是发生在腋窝部位的特殊臭味。

2. 病因病机

多禀于先天，受诸父母，秽浊之气从腋下而出。也有湿热蕴郁于内，天暑衣厚，久不洗浴使津液不能循行畅达，致湿热污垢酿成秽浊之气，熏蒸于体肤之外，臭秽难闻。

3. 临床表现

一般只限于大汗腺集中的部位，如腋下、腹股沟、阴部、肛门等，以腋部最常见，故称“腋臭”，又称“狐臭”。女性较男性多见，开始于青春期大汗腺分泌旺盛阶段。老年时因汗腺萎缩，气味随之减轻。

4. 综合诊断

根据临床表现，很容易确诊。

5. 综合治疗

(1)西医疗治:15% AlCl_3 腋窝局部涂擦,1日两次,可减少汗液分泌;3~5%福尔马林液或新洁尔灭液外搽;用 CO_2 激光点射烧灼毛囊处;如药物治疗效果不佳,可行手术切除腋窝的大汗腺。

(2)中医治疗:应用密陀僧散加枯矾散外涂;甘松 10g、白芷 12g、佩兰 6g,水煎洗浴腋下。

(3)藏医治疗:先消除虫巢,将杜鹃叶熬成乳酪状稠汁,加马尿泡子、山萆薢子、天仙子、酸藤子、大蒜、阿魏、紫铆子、天南星、牛尾蒿、细叶草乌等各药等分共研细末,搅拌均匀后,每日早晨于患处涂擦一次,连用3日,其后用碱花和光梗丝石行浸汁洗净;乌鸦粪白、锌、麝香、柏香灰、丁香、丽春花、碱花、甘松、龙脑冰片共研细末,加水制糊,反复搽洗数日,可祛除虫引起的腋下狐臭;六味红锈铁汁与酥油调和涂搽于腋下狐臭处。

6. 药浴处方

(1)五味甘露汤,加白嘎 5g、索玛惹扎 5g、台嘎多杰 5g、吉尔巴 5g,研细粉入药。

(2)温泉浴,以硫磺泉为主。

此外,荨麻疹、湿疹、丹毒等均可采用藏药浴疗法进行治疗,根据其特征在五味甘露汤的基础上进行加减,对上述顽疾有显著疗效。

藏药浴是藏医学中的一株奇葩,在对皮肤疾病的治疗与缓解上更有其不可忽视的作用。随着传统医学的进一步发掘与发展,藏药浴对皮肤病的治疗范围将迅速拓展。

第十章 妇产疾病

第一节 综述

藏医理论中,由于前孽贪欲之故而分男女,福泽低微者生成女身,独具子宫、月经、乳房等特征。藏医妇产科学就是以妇女独具的子宫、阴道、月经、乳房等疾病和妊娠、分娩为主要研究内容的学科。

一、藏医妇产生理

藏医认为,维持人体生命活动的七种精华物质为饮食精微、血液、肌肉、脂肪、骨、髓及正精。正精分为白精、赤精两种。白精、赤精遍行周身,濡养机体。人体中脉的上部为部分白精所充斥,白精不外流,其糟粕生化为乳汁;赤精的一部分存在于中脉下端,其糟粕生化成经血,每月行经一次,为月经,当妇女受精后,赤精为胎儿的生长发育提供营养。

二、藏医妇产疾病

如果妇女的饮食、起居等日常生活行为不能如常,而发生不及、过甚、颠倒等,就会引发妇产疾病。妇产疾病可概括分为如风证和如血证。也可分为子宫疾病 5 种、痞瘤病 9 种、虫病 2 种、产科疾病 8 种等多种疾病。

1. 如风、如血证病因病机

饮食、起居的异常,引起黄水的偏盛偏少,并影响隆尤其是遍行隆的正常生理功能。黄水、隆驱动月经妄行并溃散,滞留于脉道、脏腑,引发如风、如血证。

2. 如风、如血证分类

如风证分为头如风证、骨如风证、心如风证、肾如风证、胃脘如风证及小肠如风证 6 种。

如血证可分为心如血证、肺如血证、肝如血证、脾如血证、胆如血证、肾如血证、小肠如血证、乳汁如血证、乳房如血证及宫血凝结证(又称顽固如血证)10 种。

3. 如风、如血证证状

6 种如风证,10 种如血证,其证状既有相似相同之处,又各有其特点。

(1) 如风证通证

妇风证总证状为：心烦心悸、头晕目眩、头骨发凉、痴痴健忘；身冷肢冷、下肢肿胀、麻木疼痛、肌肉跳动、关节蒸痛；阴道紧缩、小腹挛急、白带增多、月经紊乱、淋漓不止等。妇风证若不能得到及时有效的治疗，大多会转为心降病、疯癫昏倒证。

(3) 妇风证分证

- ①头妇风证：头晕目眩、眼生白翳、耳聋流脓、面颊肿痛。
- ②骨妇风证：骨蒸冷痛、关节麻木不仁、尾椎麻痹。
- ③心妇风证：头晕耳鸣、神昏谵语、甚则疯癫或卒然倒地、不省人事。
- ④肾妇风证：腰椎关节蒸痛、受凉时疼痛尤甚、腰部以下坠痛。
- ⑤胃脘妇风证：胃脘胀痛、不思饮食、食谷不化、尤不能食凉物。
- ⑥小肠妇风证：小腹有束缚发紧的感觉、月经紊乱、来无定时。

(3) 妇血证通证

妇血证的总证状为：小腹灼痛、腰以下蒸蒸作痛、背及膈膜皆痛、面部及全身麻木不仁、周身肌肉红肿热痛、皮肤遍生丘疹、月经淋漓滴漏、瘀聚化脓以致脓血混合黄水脓滴沥、脉象皆弦数、剧渴引饮贪凉。

(4) 妇血证分证

- ①心妇血证：上半身刺痛、小腹灼热、小肠痛如刀绞。
- ②肺妇血证：咳嗽频作、上半身刺痛、肺尖脉僵硬、颈项僵直、难以转动、面部肿胀疼痛、四肢麻木。
- ③肝妇血证：眼赤或发黄、头痛肝痛。
- ④脾妇血证：胃中嘈杂、肠鸣有声、脾脏刺痛、小腹刺痛。
- ⑤胆妇血证：咳嗽、剧渴引饮、身软无力、肌肤色黄。
- ⑥肾妇血证：阴部发痒、阴户灼痛、腰及尿道以下骨蒸灼痛。
- ⑦小肠妇血证：小肠灼痛如刀割。
- ⑧乳汁妇血证：心悸、呕逆、尿道灼痛、月经呈面浆状。
- ⑨乳房妇血证：乳房肿胀剧痛。
- ⑩宫血凝结证：身重难行、小腹胀满、有下坠感、阵发性刺痛。

4. 基本诊疗方法

针对以上妇风、妇血证证状，藏医形成了独特而有效的诊疗方法。

(1) 妇风证治疗方法

妇风证主要用热性药物及营养药物配成滋补方剂以治疗。《四部医典》将滋补法分为肉营滋补方、酒营滋补方、药营滋补方三类。

肉营滋补方是将二岁肥硕公羊的内脏及肌肉、胸骨、尾骨等捣碎，并调入牦牛奶、陈酥油，还可加入肉桂、肉豆蔻等温性滋补的药物，共同煮熬成羹，服用，亦可外敷。

酒营滋补方是用藏族所特有的蜂蜜酒、蕨蓼酒、酥油酒、骨酒等内服以治妇风证。

药营滋补方分血营滋补方与酥酒滋补方两种。血营滋补方用牛羊等动物的精华物质脂、血、骨混合肉桂、竹茹、光明盐等煎煮成方；酥酒滋补方用黄精、天门冬、梭子芹、喜

玛拉雅紫茉莉、蒺藜这“五根”药物煎水取汁配以酥油,并加温补药物成方,又称五根药油剂。

此外,如风证还可用针刺囟门、尾椎,艾灸后凶、百会,火灸脊椎及背部穴位等外治方法对不同分证进行特殊治疗,一些藏药方剂也对如风病起到很好的治疗作用。

(2) 妇血证治疗方法

妇血证可用药物及外治疗法,温凉交替以增强疗效

恶血证的药物疗法主要选取诃子、三果、草菱等配成散剂,煎汤服用,或选用六味竹茹汤、二十五味竹茹散等方剂。

外治疗法主要用洗润法。洗润法可用洗浴与油疗,分润腹法和润脉法两种,润腹法分大润、小润;润脉法分内润、外润。

①大润:《四部医典》载大润药物用诃子、大黄、肉桂,分别煎煮晾凉后混在一起,再加鲜姜、桂皮、牛膝、泽漆、光明盐、离娄等,诱使疾病下泻。

②小润:小润药物与大润基本一致,研末加入大黄汤令服。

③内润:润脉前,先服鲜姜汤,然后用药物洗浴按摩。内服内润药物如斑蝥、桂皮、丹青木外皮等。

④外润:外润分大、中、小三种。分别用药物制丸剂或煎剂,用灌汤器送入子宫。温敷小腹并按摩,待药物作用于子宫化除瘀血积滞,再用器械将药物及浊物吸出。此法对于宫血凝结证有较好的疗效。

三、藏药浴疗法在妇风、妇血证中的应用

妇风、妇血证的药浴疗法多用罨浴,即缚敷。藏药浴在心如风证、骨如风证、心如血证、胆如血证、小肠如血证、乳房如血证及宫血凝结证中都有所应用。

对于心如风证,藏药浴把各种动物心脏用酒或水煮烂成糊状,用布包好,缚敷于隆穴及心穴,以祛邪、醒神、镇静,亦可以用3岁绵羊的精微物质骨、肉、脑炖烂装入羊胃,热罨头部。

对于骨如风证,用入骨、喜马拉雅紫茉莉根等药物等份磨碎,加入酒或黄牛小便熬煮成糊状,布包热缚于病变关节及尾椎骨,可通骨痹。

治疗妇血证的润法施治前须先行准备,内服鲜姜汤后,选用各种花朵、苔藓、油渣等用酒煮后罨浴小腹,并按摩,为进一步施治做准备。药浴的热效与药效同时作用病处,以达祛邪外出,化腐生新的作用。

心如血证用长喙诃子、光明盐、桂皮等煎汤润泻。

胆如血证在内服八味獐牙菜散前先用药水洗浴,药水由诃子、高原大戟、波棱瓜等煎汤组成。可清热解毒,缓解乏力,退黄疸。

小肠如血证可浸浴五味甘露药浴,或用布包五味甘露药环腹罨浴。有缓肠止痛的疗效。

乳房如血证可用药外敷,并罨浴。外敷药为细叶乌头、菖蒲、麝香、茜草、头花蓼、秦

芫、岩精、紫草茸、多脉茵芋、大然碱、豆面等配成膏外敷，药浴用草玉梅、虎耳草、芸香叶、唐松草、镰形棘豆、秦艽、角蒿、藏黄连等诸药等分，水煎罨浴，有止痛消肿祛瘀除胀的作用。

乳汁如血证用各种谷物粮食炒热罨敷乳房，并用盐、酥油擦浴，能止乳汁过多。

宫血凝结证用各种粮食凉罨或热罨小腹，对小腹胀满沉坠及阵发性刺痛有较好的疗效。

藏药浴对于妇产特殊疾病的疗效更加具体、显著，除对产后受风有特效外，对于子宫痞瘤、子宫脱垂、女性外生殖器疾病、崩漏、子宫虫病、子宫破裂、难产、产后失血、产后瘀血阵痛、乳房肿痛、不孕症等亦有明显的疗效。

第二节 产后受风

一、概述

产后受风，又称产后痉病，指妇女生产后突然出现颈项强直、四肢抽搐，甚至牙关紧闭、角弓反张的病证。

产后受风是妇女产后的常见病，若得不到及时、有效的治疗，会转为其它病症，并留下后遗症，严重威胁妇女的健康。藏药浴疗法对这一病症有着很好的疗效。

二、临床表现

产后受风表现为发热、汗出、恶风、头项强痛、僵直、项背拘急、四肢抽搐、面色苍白、舌淡苔薄、脉象浮或弦等。

三、病因病机

产后受风的病因病机是多方面的，下面就分别从西医、中医及藏医学的角度讨论。

1. 西医

(1) 产后子痫：在妇女妊娠高血压综合征发展的严重阶段，患者出现全身小动脉痉挛，从而导致组织缺氧，毛细血管的完整性受到了破坏，体液外渗，以致形成血管源性脑水肿及脑疝，产生抽搐、昏迷的症状。

其发病机理尚未明确，目前多认为与机体对胎盘某些抗原物质的免疫或子宫胎盘缺血、弥散性血管内凝血等有关。

(2) 产后破伤风：在妇女分娩过程中，因产道接触不消毒的器械或接生员不严格进行无菌操作，而感染破伤风杆菌，从而引起肌肉紧张、痉挛，甚至组织局部坏死、心肌损伤，其病机为破伤风杆菌在体内生长繁殖后产生外毒素如痉挛毒素和溶血毒素。

(3)产后感染:产后感染发生中毒性脑病,引发四肢抽搐。

(4)产后低血钙:产妇需钙量较多,生产后,钙消耗大,由于血钙过低,神经肌肉兴奋性增强,可出现抽搐症状。

(5)产后瘧病:由于产妇生产时精神紧张及恐惧,诱发惊厥,肢体呈现不规则抽动。

2. 中医

(1)血虚生风:产妇生产后失血过多,耗伤津液,营阴亏损以致筋脉失养,肝风内动而拘急抽搐。

(2)风邪致痉:产妇生产后气血亏虚,脏腑皆虚,腠理不固,风寒之邪乘机侵犯太阳筋脉,则易致气血运行不畅,筋脉拘急发痉。

(3)感染邪毒:产妇生产时若接生不慎或产时导致创伤,伤口不洁,则邪毒内入,直中经脉,致拘急发痉。

3. 藏医

产后受风的主要原因为隆血不调,风寒入骨。隆血不调导致气亏、血亏,脏腑受损;风寒入骨导致骨关节疼痛,出现寒热交夹证,对气候变化比较敏感;消化、吸收及分解功能不协调,导致内亏。

四、综合诊断

产后受风的诊断以四肢抽搐、项背强直,甚至口噤、角弓反张为辨病要点,与产后中风、癲病等有区别,临床应注意鉴别诊断。

1. 西医

①产后子痫:发作时先出现眼球固定,瞳孔较大,头转向一侧,口角及面部肌肉微颤,数秒后全身肌肉僵直,剧烈抽动双手握拳,牙关紧闭,呼吸暂停,面色青紫,随后昏迷,血压可高至 23.94/14.6kpa,有水肿、蛋白尿、少尿或无尿等现象。

②产后破伤风:以下颌肌、面肌、颈肌痉挛为主,发作时呈苦笑面容,以牙关紧闭、角弓反张为特征,疼痛,但神志尚清楚。

③产后感染:高热惊厥、下腹剧疼、恶露不止,甚则谵妄、昏迷、休克。

④产后低血钙,检查可见血钙较正常低、肢端麻木、疼痛、手足僵直、抽搐、手掌关节屈曲、大拇指内收、呈鹰爪状,伴惊恐、焦虑等情绪异常。

⑤产后瘧病:运动障碍、突然倒地、肢体不规则抽动,无大小便失禁,可随暗示而症状减轻或消失。

2. 中医

①血虚生风:证见亡血伤津、骤然发痉、头项强直、牙关紧闭、四肢抽搐、面色苍白或萎黄、舌质淡红、无苔、脉虚细。

②风邪致痉:产后失血较多,证见发热汗出恶风、头项强痛、项背拘急、口噤、四肢抽搐、面色苍白、舌淡、苔薄脉浮数。

③感染邪毒:证见产后发热恶寒、头项强痛、口角搐动、颈项强直、甚至角弓反张、而

呈苦笑、直视或斜视、创伤处化脓腐溃、舌苔薄或腻、脉浮而弦。

五、综合治疗

1. 西医

西医对于产后受风,主要用抗菌素及破伤风抗毒素静滴注射,同时对症配合其它药物,并外洗处理伤口。

产后感染者用大剂量青霉素加甲硝唑或丁胺卡那霉素静滴,产后破伤风患者用破伤风抗毒血清加入5%生理盐水静滴,效果良好。根据不同病症,还可选用安定、氯丙嗪、苯巴比妥等以镇静止痛,并用1:5000高锰酸钾清洗外阴、灌洗阴道以清洁伤口。

2. 中医

对血虚生风,治宜滋阴养血、柔肝熄风。方用三甲复脉汤(《温病条辨》)或大定风珠汤(《温病条辨》),以滋阴养血、平肝潜阳,若失血过多,则宜大补元煎(《景岳全书》),以大补气血,熄风止痉。

风邪致痉者,治宜养血祛风止痉,方用华佗愈风散(《普济本事方》)养血祛风,或当归散(《指迷方》),或滋荣活血汤(《傅青主女科》)。

感染邪毒者,宜解毒祛风、理血止痉,方用撮风散(《证治准绳》)等。

3. 藏医

以补气、养血、祛寒、调脾胃、和气血为原则,通过口服藏药、按摩、药浴、擦药、饮食等综合疗法治疗。常用口服药有三十五味沉香丸、如意珍宝丸、二十五味鬼臼丸等。

六、药浴处方

五味甘露汤,加藏木香、诃子、余甘子、紫檀香、沙棘膏、鬼臼。

七、典型医案

齐××,女,30岁,北京市人。患者于1996年1月生产后,四肢关节出现僵硬、胀痛,有时活动受限,逐渐加重。经多家医院查体未出现风湿、类风湿指标,确诊为产后受风,经治疗后效果不佳。后于1998年入北京藏医院接受藏医治疗。根据藏医病机及治疗经验,藏医采取药浴与口服藏药结合疗法,三个疗程后,症状消失,其病治愈。

第三节 子宫痞瘤

一、概述

子宫痞瘤即女性内生殖器子宫内增生的包块,多由瘀滞、积聚而成。主要表现为下

腹坠胀,或下腹胀满不适,或胀痛交作,或阴道出血,或五色带下,还易导致不孕不育及习惯性流产。

二、分类

根据不同的病因病机,藏医把子宫痞瘤分为水泡性子宫瘤、麻木性子宫瘤、硬性子宫瘤、子宫肉核瘤、子宫血管瘤、子宫精液瘤、产后子宫血瘤、交媾子宫瘤及“刹扣”性子宫瘤。

三、病因病机及临床表现

1. 西医

子宫痞瘤在西医学理论中可分为子宫肌瘤、子宫颈癌、子宫内膜癌等几类:

(1)子宫肌瘤:雌激素分泌过多,自然杀伤细胞活性偏低及神经长期过度紧张被认为是可能的病因,临床见月经量增多或不规则出血,尿频或排尿障碍,白带量多而清稀,以及贫血等症,亦可见不孕或孕期流产。

(2)子宫颈癌:临床认为早婚、早育多产、性生活紊乱的妇女,宫颈癌发病率较高,疱疹病毒Ⅱ型感染,宫颈糜烂及性伴侣包皮多垢等亦是诱因。临床可见阴道接触性出血,分泌物呈浆液或米汤状,下腹疼痛等症。

(3)子宫内膜癌:长期大量雌激素刺激子宫、肥胖、高血压、糖尿病、放射线以及遗传因素生活方式等均是相关病因,临床可见不规则阴道流血,下腹收缩状疼痛,阴道分泌物呈血性甚至呈黄色脓血状。

2. 中医

子宫痞瘤的形成多与正气虚弱、血气失调有关,常见的以气滞血瘀、痰湿内阻等因素为多。

(1)气滞致痞:七情伤肝,致肝气郁结、血行不畅、滞于胞宫,日久成痞。证见小腹胀满,积块不坚,推之可移或上或下,痛而无定处,舌苔薄润,脉沉脉。

(2)血瘀致痞:女子经行或新产后,血室正开,若风寒之邪恰乘虚直侵胞宫,则与血搏结使血凝滞而致痞,可见腹中积块坚硬,推之不移,疼痛拒按,病人面色晦暗,肌肤缺乏光泽,月经量多或经期延后,口干不欲饮水,舌边可见瘀点,脉沉涩。

(3)痰湿致痞:脾主运化,肾主水液,脾肾阳虚,脾失健运则水湿不化,内聚成痰,滞于胞脉胞络,与血气相结,而积聚成痞。病人下腹包块时痛时止,按之柔软,带下量多,色白质粘腻,畏寒肢冷,胸脘痞闷,小便量少,舌色暗紫,舌苔白腻,脉细濡或沉滑。

(4)湿热致痞:湿热之邪扰于冲任,阻于气血,则结而成痞,证见带下量多色黄白、质粘腻有臭气,甚至如脓状,少腹疼痛、胸闷,烦躁,发热口渴,尿少色黄,舌红苔黄腻,脉弦大或滑数。

(5)房事不洁:房事不洁或不节,胞中余血未尽合阴阳,败精浊液搏血成瘀致痞。

3. 藏医

藏医认为,女子的月经和黄水被隆扰动,而行不轨其原道,卷聚于子宫内遂结成有形包块,即为子宫痞瘤,临床表现为腹部尤其是小腹疼痛不适,或胀痛或刺痛,腹部隆起状如怀孕,凝滞内结,黄水滴滴等。以下就子宫痞瘤的几种类型进行分别论述。

(1)水泡性子宫瘤:又称疮疱痞块,由于子宫内出现水肿如同水泡而得名,其水泡状痞肿阻于子宫内,导致出现小腹下部胀满黄水外溢而随月经滴沥不止的证状。

(2)麻木性子宫瘤:又称重叠肉痞,其病因为年轻女子同多名男子交媾,房事不节,而致子宫颈扭曲,子宫颈口不正,子宫内的血液精华混入黄水中外流,浊液凝聚成痞,临床多见胃脘胀痛,食谷不化,腰部疼痛似断如折,尾椎骨振摇,难以支撑身体,小腹有束缚感,小便闭结不利。

(3)硬性子宫瘤:又称硬块血痞,是由于女子体内的败血未及时清除,凝聚于子宫内而致痞,证见腹部隆起形同怀孕,包块按之硬并伴有肿痛,小腹阵痛时作。

(4)子宫肉核瘤:肉核即淋巴腺,故子宫内核瘤又称子宫淋巴腺瘤,其病缘自妇女幼年时被壮年男子强暴,阴道、子宫颈及子宫被崩裂,皮下淋巴结肿大而形成痞块,证见阴道中黑血滴沥,小便频数,排便困难,淋漓不爽伴有阵发性涩痛及下坠感,躯体及四肢肌肉枯萎,下肢萎缩难以支持躯体。

(5)子宫血管瘤:妇女生产时子宫内的血管破裂,可导致宫脉发炎而形成积聚脉痞,证见全身肌肉酸痛,骨节冷痛,严重时破裂的血管脉络与子宫粘连,危险很大。

(6)子宫精液瘤:并非所有男子的精液都健康并能与卵子相结合,当不能受孕的精液滞留在子宫中,久而凝聚则形成精液痞块与子宫粘连,导致女子月经无定期,经行滴滴,全身肌肉、骨节疼痛如撕扯状,痛如裂而难耐。

(7)产后子宫血瘤:妇女产后血流不尽,留滞于子宫内形成恶血,恶血凝结成块而在子宫内形成血瘤,证见全身肌肉色变发黑,四肢关节肿胀状如风湿,身体麻木,若久病不得治疗或久治不愈,常常会转变为麻风病,预后不佳。

(8)交媾子宫瘤:又称房事痞,顾名思义,是由于房事过于频繁,劳伤子宫且房事不洁所致,导致子宫积垢而受损,积聚成痞,证见全身消瘦,呼吸粗重心神不安,身体的一侧沉重,小腹有下坠感伴有疼痛。

(9)“刹扣”性子宫瘤:所谓“刹扣”即粘液状血水滴沥不止,伴有腹胀肠鸣。“刹扣”性子宫瘤是由于妇女子宫内胎儿死亡长久不下而致,死亡胎儿在子宫内干枯萎缩而坚硬成痞,可见女子腹部隆起,有胎儿的轮廓,腹胀肠鸣,白带漏下,滴滴不止,若死胎不能得到及时地下除,则致不能怀孕。

四、综合治疗

1. 西医

(1)子宫肌瘤:①激素治疗:用甲基睾丸素 5~10mg 舌下含化或丙酸睾丸酮 25~50mg 肌肉注射;②放射治疗:放射 X 线或钴治疗;③其它:口服维生素,纠正贫血等;④手术疗

法:根据病情分别用刮宫术、肌瘤剔除术,甚至子宫切除。

(2)子宫颈癌:①放射治疗:内放射源采用腔内镭锭或铯,外放射源采用钴直线加速器;②手术治疗:可采用宫颈锥切术、子宫全切除术及广泛子宫切除术;③放疗、手术结合治疗;④化疗:适用于晚期患者,常用环磷酰胺与5-氟脲嘧啶。

(3)子宫内膜癌:①手术治疗:可单纯手术作子宫切除,亦可与放疗配合治疗;②放射治疗:腔内放射用镭,体外放射用深层X线;③手术与放疗联合;④化疗;⑤孕激素治疗。

2. 中医

针对不同病因病机引起的痞瘤,治疗方法也有所不同。

(1)气滞致痞用香棱丸行气导滞,活血消癥。

香棱丸(《济生方》):木香、丁香、三棱、枳实、莪术、青皮、川楝子、小茴香,上药共研细末,面糊为丸如梧桐子大,朱砂为衣。

(2)血瘀致痞用桂枝茯苓丸活血散结,破瘀消癥。

桂枝茯苓丸(《金匮要略》):桂枝、茯苓、丹皮、芍药、桃仁,共研细末炼蜜为丸。

(3)痰湿致痞用开郁二陈汤理气化痰,破瘀消癥。

开郁二陈汤(《万氏妇人科》):制半夏、茯苓、青皮、陈皮、香附、川芎、莪术、木香、槟榔、甘草、苍术、生姜。

(4)湿热癥瘕用大黄牡丹皮汤加红藤、败酱草、桃仁、灸山甲,清热解毒,消肿化瘀。

(5)房事不洁而致痞用黄连、紫草、白鲜皮、炮山甲粉、当归、儿茶、炉甘石、血竭、麻油、黄蜡等共熬成膏,涂于子宫颈内膜面。

3. 藏医

9种痞瘤的总治法为用药酒或药汁罨浴,并按摩全身。按照《四部医典》所述,内服三剂丸以破痞消癥,痞瘤初期,可用六味大黄散或六味洁白散配伍硃砂、蛇肉、沙棘等研磨成的药粉内服,也可服用十九味沙棘散、十一味能消散等方药,根据病情的发展,针对所表现出来的不同病证,具体治则也有所不同,方药配伍也有所区别。

(1)水泡性子宫瘤:用烧盐方、红花麝香丸、八味红花散加熊胆、十一味黑冰片散,二十五味大汤散、二十五味大汤丸等根据病情分别施治。

(2)麻木性子宫瘤:根据病情选用十一味能消丸、十三味木香丸、十四味羚羊角丸、二十五味小叶莲丸等。

(3)硬性子宫瘤:以破血瘤金刚石丸作为基础方药,根据不同病证进行加减佐使,也可选用烧盐方、二十七味石榴丸等。

(4)子宫肉核瘤:服用八味红花散加味方、十味石榴散加硃砂、螃蟹、金礞石,及二十五味小叶莲丸以解病情。

(5)子宫血管瘤,用五根药酥、十八味杜鹃花丸、十九味沙棘散等以消痞。

(6)子宫精液瘤:根据病情选服安神丸、六味锦鸡儿汤、十四味羚羊角丸、二十五味小叶莲丸等方药。

(7)产后子宫血瘤:选用破血瘤金刚石丸、十四味羚羊角丸、十九味木香丸等方药。

(8)交媾子宫瘤:根据病情选服沙棘清宫丸、五良药酥、十一味能消丸、十五味沉香散等方药。

(9)“刹扣”性子宫瘤:选服六味麝香丸、十一味能消丸、十九味沙棘散、二十五味小叶莲丸等方药。

五、药浴处方

处方一:药酒方,用被酒浸泡的各种花朵加鸽粪与油煎水,适温使用。

处方二:药汁方,用各种粮食水煎取汁,热用。

处方三:酥油方,用干姜、盐、混合酥油调匀。

处方四:罨熨方,用朝东的旱獭洞口之上,加入鸽粪、岩精,用酒喷后烧熟成糊状。

六、药浴实施

九种痞瘤的总治法,先用药酒方洗浴,接着用药汁方擦拭全身,特别是尾椎及小腹要多加罨敷,再用酥油方擦拭按摩腹部、尾椎及全身,配合内服《四部医典·后续部》所述的三剂丸以破痞消癥。或先内服热制石榴丸,以温破痞块,然后针刺踝脉以放血,随后用药酒方或药汁方洗浴消肿,最后服用五良药酥及五根药酥,同时配合使用火灸疗法灸脊椎第十五节。饮食协调,多食用驴、旱獭及奇蹄动物的肉以辅助治疗。此外,用罨熨方罨敷小腹,也可达到破痞消肿的疗效。

七、文献摘要

九种痞块证的治疗方法:各种花(酒浸泡)加鸽类与油掺合各类谷物煎水沐浴,周身擦拭。

内服石榴散热制丸以破肿块,在踝脉针刺放血,洗浴施治消除残肿,然后药用五良药油,加黄精天门冬、峨参、喜马拉雅紫茉莉、蒺藜散内服。

(《四部医典·秘诀本·妇科具体疾病治法》)

八、典型医案

胡××,女,37岁,北京市人。患者主诉小腹部经常性疼痛,月经时间及颜色均不正常。北京某中医院诊断为子宫痞瘤,服用中药汤剂后效果欠佳。1998年7月慕名到北京藏医院求治。藏医采用活血、化瘀、拔毒、调经血疗法,施以口服藏药和药浴六个月后复查,月经正常,症状基本消失。

第四节 其它

除前述的几种妇产疾病外,藏医药浴还对女性外生殖器疾病如崩漏、子宫虫病、难产、子宫破裂、子宫脱垂、产后失血、产后瘀血阵痛、乳房肿痛、不孕症等多种疾病有疗效。

一、女性外生殖器疾病

1. 概述

女性外生殖器疾病,是女性外阴发炎,导致带下异常,甚至不孕的一种疾病。

2. 病因病机

女性外生殖器疾病的病因,其一是房事不节,其二是因产后或月经期饮食起居失常。

3. 分类及临床表现

(1)因隆所致的外生殖器疾病,证见月经清稀,色淡而量少,夹有泡沫或瘀块,阴道瘙痒,尿频,子宫口有紧缩感。

(2)因赤巴所致的外生殖器疾病,证见月经色黑黄,有臭味,白带发黄,或呈脓液状,阴道灼痛。

(3)因培根所致的外生殖器疾病,证见白带粘稠似胶而绵绵不绝,阴道瘙痒发凉。

4. 药浴治疗

(1)隆型外生殖器疾病

此类疾病若子宫口歪斜,用手术纠正。具体治疗方法包括:

①子宫口紧闭,用泻脉法与阴道洗浴法合用施治,洗浴药方用小茴香、水菖蒲、硃砂、萆薢、香旱芹、焦青棵灰、哇夏嘎、蛇床子、小米辣加酒及酥油煎煮取汁,洗浴外阴。

②内服汤药,外用药膏纳入阴道罨浴。

内服汤药,方用油松、蒺藜、哇夏嘎煎汤。

外用药膏方用草木樨、悬钩子藤、川木香、光明盐、镰形棘豆、瓦芩、油松脂共研细末,加入酥油共煎成膏状,用棉花棒取药膏,纳入阴道进行罨浴。

(2)赤巴型外生殖器疾病

①药汁方:药用山矾叶、广木香、哇夏嘎煎汤取汁,用吸角吸取滴入阴道洗浴。

②药膏方:药用多脉茵芋叶 15g、异叶青蓝或甘青青蓝 20g、诃子 10g、毛诃子 10g、余甘子 10g,研末加蜂蜜调和成膏状,用棉花棒蘸取药膏纳入阴道罨浴。

(3)培根型外生殖器疾病

药汁方:用石榴、桂皮、硃砂、萆薢、干姜、黄牛尿制剂取汁,用吸角吸取药汁滴入阴道。

二、崩漏

1. 概述

崩漏是月经周期、经期经血严重失常的病证,可见月经时而滴沥不止,时而如崩大下,经血极不规则。

2. 病因病机

月经和黄水被隆及赤巴、培根等因素扰动,迫血妄行,经带失守,而致崩漏。

3. 临床表现

阴道不规则性流血,出血量或多而势急,或少而淋漓不止,血色或鲜红或暗淡无泽,血质或粘腻或清稀或有瘀块,面色苍白,周身四肢无力或心不安宁,腰腹疼痛酸楚。

4. 药浴治疗

内服药酒、药方与外浴并施。

可先内服红糖酒或白糖酒止血,或用青稞炒焦后煎汁去渣,再加蜂蜜、熊胆、血余炭内服,然后用冷水喷洒下身,火灸脊椎第十六节并按摩,再用烧焦的肉烟熏鼻,最后内服红糖骨头汤。

三、子宫虫病

1. 概述

子宫虫病包括虫痒证及虫怒证,是子宫遭病虫入侵的一种疾病。

2. 病因病机

病虫侵入子宫,当宫虫骚动时,导致虫痒证,若宫虫剧烈活动时妇女未能与男子行房事,惹怒宫虫导致虫怒证。

3. 临床表现

(1)虫痒证可见阴道瘙痒热痛,剧痒波及尾椎、阴户,阴部臭秽,甚至全身颤动,病人乳房胀大,心烦失眠,喜动难定,身形消瘦,喜行房事。

(2)虫怒证可见阴道瘙痒难耐,而不得不用手指或木棍伸入搔痒以解,以致宫颈肿胀,子宫坚硬肿痛,阴部肿痛而时见黄水滴滴。

4. 药浴处方

(1)虫痒证,房事即解,或用健康精液作汤,外洗阴部。

(2)虫怒证,内服十味水银方,外用粮食方罨浴或药汁方灌浴。

粮食方:各种粮食炒热用布包好罨浴外阴。

药汁方,用马兰花、香薷等组成的八味香薷汤加各种肉同煎取汁,趁热蒸浴,待稍凉后用灌汤管把药汁灌入子宫灌浴。

四、子宫破裂

1. 概述

子宫破裂是妇女产后子宫被撕裂而致的疾病。

2. 病因病机

由于妇女生产时难产或过于用力而致。

3. 临床表现

子宫疼痛,流血或黄水,周身乏力,面白无华。

4. 药浴疗法

(1)破裂处化脓者,用紫草捣碎,涂敷于子宫创面。

(2)子宫发热者,用竹黄、红雀、牛黄等与硼砂水煮内服。子宫发寒者,用热药罨浴小腹及外阴。

五、子宫脱垂

1. 概述

子宫脱垂是指子宫从正常解剖部位沿阴道下移,子宫颈外口达坐骨棘水平的一种疾病,影响妇女的正常生活及运动。

2. 病因病机

妇女多产,或产时用力过度,产后过早操劳持重,新产不避房事等因素,均可导致子宫脱垂。

3. 临床表现

病人常有屏气感,腰骶部坠胀,自感阴道中有物体脱出,尿频或尿失禁,白带异常,月经过多过频,外阴红肿痒痛。

4. 药浴疗法

(1)西医药浴疗法

2%明矾熏洗,每月1~2次。

(2)中医药浴疗法

①韭菜250g,用铁锅煎汤,趁热熏外阴,稍凉后坐浴。

②蛇床子、白花蛇舌草、苦参各15g,黄柏、枯矾各10g。煎水洗浴外阴,或用纱布局部擦拭。

③白矾3g、花椒3g、金银花50g、急性子15g、甘草3g,水煎熏洗。

④五倍子9g、益母草50g、枳壳15g,水煎熏洗。

(3)藏医药浴疗法

①用温开水和牛乳汁将外阴及脱垂的子宫洗浴,然后将一细竹筒管插入肛门,沿管向肛门内吹气,则子宫可纳入正位。

②用温开水和牛乳汁洗浴后,用一块干净纱布温热后涂油,然后用手持热油布托住脱垂的子宫罨敷并慢慢将其内翻,缓缓纳入产门,同时用花椒一匙混入酒,含服口中,产妇服后噎气,则子宫得以缩回原位。

③对于脱垂程度较重的患者,则用纱布卷成棒状,长约一卡布,缠上薄橡皮或衣胞薄膜,一端浸入酥油中,使油渗入,再敷上白矾砂粉末,用该纱布卷将子宫送入产道,然后抬

起双腿并抖动,用涂酥油的毡片敷于阴道口罨浴,并把臀部垫高,卧休于床榻,忌站立及行走。

①用青蛙煮汤,食肉,用温汤洗浴外阴及子宫。

5. 文献摘要

子宫脱垂,用温水、乳汁洗浴。

(《四部医典·秘诀本·妇科一般疾病治法》)

六、难产

1. 概述

难产分活产及死产两种。活产法是运用药物等治疗将小儿平安生出,死产法是由于胎儿因难产或其它原因死于腹中,而死胎难下,用药物治疗使死胎得下。

2. 病因病机

产妇素体虚弱无力生产,或产妇用力过早,或临产紧张,或胞宫破裂,或产门过于狭窄,均可导致难产。

3. 临床表现

临床表现为产妇持续性腹痛、疼痛剧烈、拒按、烦躁不安、死胎不下,证见腹痛绵绵,腹硬拒按、有下坠感、带下、月经滴滴、有臭味、食欲不好、四肢乏力。

4. 药浴疗法

(1)活产

取东向旱獭洞口土,用酒洒并加热成糊状,罨浴腹部及外阴,同时配伍内服用小叶假楼斗菜、鬣羚角、赤小豆研末与酒混合成药方,或配伍内服蝙蝠肉、阿瓦草、疣果大戟与酒混合成药方。

(2)死产

①取东向旱獭洞口土,用酒洒并加热成糊状,罨浴腹部及外阴,配伍内服用赤小豆、白硼砂、鬣羚角及藏羚角燎黑与酒混合成药方。

②用酒糟烧热罨浴腹部及外阴,配伍内服由中尼大戟、小叶假楼斗菜、蝙蝠尾毛、鬣羚角等,混合红糖、酒而制成的方药。

七、产后失血

1. 概述

产后失血是妇女生产后失血量过多,或长时间经血滴沥不止的一种疾病

2. 病因病机

妇女体弱,或产时用力过度崩裂子宫,或产后过早操劳持重,或产后饮食过于辛腻均可导致经血流失过多而致病。

3. 临床表现

其主要表现为新产妇下体流血不止,或清稀或粘而恶臭,或夹有瘀血,色或淡红或黑

紫,产妇四肢乏力,面白无泽。

4. 药浴疗法

用冷水洗浴四鱼肌及下半身,然后火灸第一、脊椎穴,并按摩周身,配伍内服雪鸡翎毛烧煨存性与蜂蜜、冰糖、煨灰配伍而成的蜜丸,或内服红糖酒或骨头汤。

八、产后瘀血阵痛

1. 概述

产后瘀血阵痛是妇女产后子宫内留有瘀血,而致腹部尤其是小腹阵发性疼痛的一种疾病。

2. 病因病机

由于产妇生产后余血未尽,日久则成瘀,留滞于子宫内形成肿块甚至痞瘤,导致小腹疼痛阵阵。

3. 临床表现

腹部尤其是小腹,阵发性疼痛,带下黄水滴漓,关节肿胀,四肢麻木。

4. 药浴疗法

外用东向旱獭洞口土喷酒烧热成糊状后罨浴小腹,内服清热祛瘀的藏药七味红花散或十一味能消散,以清泻子宫瘀血。

九、乳房肿痛

1. 概述

乳房肿痛,是妇女乳房红肿胀痛的一种疾病。

2. 病因病机

妇女体内的隆、赤巴、培根等物质异常与血卷聚,则致乳房肿痛。

3. 临床表现

证见妇女乳房红肿、胀大,乳头发炎、疼痛难忍。

4. 药浴疗法

(1)内服七味麻花秦艽汤,外用草玉梅、点地梅、唐松草、镰形棘豆、麻花秦艽、角蒿、兔耳草等7种药物等量煮汤,罨浴两乳以消肿止痛。

(2)每日黎明时分内服金露梅烧炭存性,岩羊尾毛用凸透镜聚光引燃烧灰,白矾砂、黄葵子、蟹壳、斑螫混合童便煎汤,外用热油渣罨浴乳房红肿处,有疗效。

十、不孕证

1. 概述

不孕证指受精却不能怀孕的一种疾病。

2. 病因病机

隆、赤巴、培根三因素在妇女体内紊乱,以及妇女产后遗病,如死胎不下,子宫瘀血,宫口扭曲等均可导致不孕证。

3. 临床表现

(1)隆紊乱致不孕证,可见子宫口松弛月经不规则,时而经闭,经色黄赤,小腹胀满。

(2)赤巴紊乱不孕证,可见月经色黑如烟,粘稠若脓液,小腹灼痛。

(3)培根紊乱不孕证,可见经血状如奶酪皮或如水,小腹冰凉。

(4)产后遗病不孕证,可见形若怀孕,小腹灼痛,腰背酸痛,第十四脊椎处肾窝疼痛。

4. 药浴疗法

(1)隆紊乱致不孕证,早晚各一次,先内服鲜姜汤,再用各种谷物混合油烧热罨浴小腹,然后用大中小三种润脉药锭选取适宜的纳入子宫洗浴,并内服肉剂营养方、酒剂营养方或酥油营养方。

(2)赤巴和培根紊乱致不孕证,先用酒浸的各种花朵放入锅中蒸煮,妇女在锅上方蒸浴小腹及外阴,并用润脉大方清泻,再把润脉药锭选取适宜的纳入子宫洗浴,同时内服肉剂营养方、酒剂营养方及酥油剂营养方。

(3)产后遗病致不孕证,早晚各一次,先内服干姜汤,同时将飞廉和苔藓用酒喷洒,在铁锅中炒热,用布包好罨浴小腹,然后在未进食前内服三味诃子汤调入五味中尼大戟散,若腹痛难忍,用石粒炒热布包罨浴胃脘,各种谷物炒热布包罨浴小腹,可除疼痛。

第十一章 骨伤疾病

藏医骨伤科发展得很早,在早期经典《月王药诊》中即记载了藏医开展多种针对骨折和关节脱位的治疗技术。在老宇妥及藏医九贤时期,骨伤治疗水平获得迅速发展,当时以骨擦音来确诊骨折法,是藏医最早的颅骨骨折诊断方法,并沿用至今。敦煌本吐蕃医学文献也显示出,在9世纪初期,藏医颅骨伤治疗即已达到相当高的水平。公元1147年萨迦王朝时期,名医吉赞扎巴见参编著的《藏医医疗宝藏》,也详细记录了颅骨骨折的诊疗方法。达木门让巴太医为澄清藏医骨骼名称和数量,还亲自对尸体进行解剖,所编著的经典《鲜明注释经函内库》成为藏医学中比较完整的解剖学论著,他所论述的骨骼名称和数量,和现代医学基本一致,为骨科技术继续发展奠定了基础。

总的来说,骨在藏医学中属于七种基本物质之一,分为精炼与粗糙两个部分。前者协助形成髓,使其生长增快;后者则形成牙齿以及指(趾)甲、毛发、覆盖人体表面,起到保护作用。并认为在七种基质的变化过程中,第4天脂肪形成骨,第5天骨变成髓。受战乱及游牧活动的影响,藏医学在骨科创伤领域经验丰富,形成了清洗伤口、手术处理、温热药浴、内服外敷藏药的基本模式。从《四部医典》至后世多部著作,都大量记载了骨伤科的处理技术,并详细记录了药浴的具体应用方法。

随着近年藏药浴临床研究的广泛开展,藏药浴在骨科应用得最为普遍,疗效也更为显著。据各地临床经验证实,藏药浴具有消炎止痛、活血化瘀、松解粘连、强筋壮骨、防止肌肉萎缩、防止关节僵硬的作用,因而对急慢性腰肌劳损、腰椎骨质增生、各种关节炎、腰外伤、四肢骨折后期、外固定解除术后、四肢关节陈旧性脱位手法复位前、肌腱吻合术后、脊柱滑脱及椎间盘脱出手法复位前等均可施用药浴疗法。本章选取骨质疏松、椎间盘突出、骨性关节炎及各类创伤的藏药浴疗法加以重点介绍。

第一节 骨质疏松

一、概述

骨质疏松症(osteoporosis)被称为无声杀手,它使骨质变得愈来愈脆弱,致使十分容易发生骨折,尤其多见于老年人。骨质疏松会引起长期剧痛,甚至死亡。因为怕不经意间引起骨折,患者的活动范围会受到很多限制,致使患者的生活质量明显下降,同时还可造

成巨大的心理和经济负担。

二、临床表现

原发性骨质疏松以骨量减小、骨的微观退化为特征,是一种骨的脆性升高,易于发生骨折的全身性骨骼疾病。它是随着年龄的增长必然发生的一种生理性退行性病变。还有一类为继发性骨质疏松,它是由于其它疾病或药物等一些原因所诱发的骨质疏松。第三类为特发性骨质疏松症,多见于8~14岁的青少年或成人,多半有遗传家族史,女性多于男性。妇女哺乳期的骨质疏松也可以归入骨质疏松,原发性的骨质疏松分为绝经后(I型)和老年型(II型)。

1. 骨痛

骨痛可以发生在全身的不同部位。最常见于腰背部疼痛,也常致髋部、双下肢疼痛、四肢麻木、屈伸腰背时疼痛、有明显的无力感等。由安静开始活动时出现明显的腰背痛,久坐、立、行、走,长时间保持一固定姿势,疼痛会加深,卧床时痛感会有所减轻。骨质疏松患者椎体的压痛,多发生在胸部,腰椎体的棘突部,髋关节的外侧骨压痛,骶尾部的骶骨压痛也较常见。压痛部位常伴有叩击痛,但局部无红肿,特别是绝经后骨质疏松可引起全身性的骨压痛,骨质疏松患者因为腰背部疼痛,负重力降低,双下肢无力,体位常呈前倾状态,以使腰背和髋部的负重力减轻。

2. 驼背

驼背是继腰背疼痛后出现的又一重要的临床症状,主要表现为身高缩短,背曲加重,由于驼背压迫胸部,可以造成呼吸困难、缺氧等症状。

3. 发生骨折

由于骨的力学强度下降,骨脆性增加,故患者常在扭转身体、持物、肢体活动时导致自发性、倒地性、轻伤性骨折,而且身体多处发生骨折,骨质疏松的患者骨折易发部位为胸、腰椎体压缩性骨折,桡骨远端、股骨近端的倒地性骨折。

三、病因病机

1. 西医

骨质疏松症是由多种原因引起的骨骼系统代谢性骨病之一。无论是原发性的,还是继发性的,都导致了贫骨(osteopenia)的发生。其病因有多种,现重点介绍如下:

(1) 激素水平

① 雌激素

就代谢而言,雌激素的作用包括:增加降钙素分泌;抑制甲状旁腺激素的活动,从而抑制骨钙的融出;使成骨细胞的活动增强,骨形成大于骨吸收,骨骼变得坚硬、强壮;雌激素能帮助活性维生素D在肾内合成,促进骨的重建过程,而且促进钙在肠内的吸收,所以雌激素对钙的调控作用很重要。

由此可知,雌激素下降,就容易导致骨质疏松。所以,由雌激素减少的骨质疏松主要

出现在绝经后的妇女。

②甲状旁腺激素(PTH)

PTH 具有调节机体骨内钙离子浓度,维持胰岛 β 细胞、全身神经、肌肉等各种细胞活性的功能。而 PTH 分泌又受钙水平调节,血钙降低能刺激 PTH 的合成和分泌,甲状旁腺瘤增生及少数腺癌,其 PTH 分泌过多,导致骨吸收增强,从而易患骨质疏松。

③降钙素(CT)

CT 能抑制骨吸收和 PTH、活性维生素 D 的活性,降低血钙浓度,对骨质疏松的进程有阻止作用,而且 CT 对缓解骨痛效果明显,所以当年龄增加,妇女卵巢切除等原因导致 CT 水平下降,就加速了骨质疏松的进程。

④活性维生素 D

活性维生素 D 促进骨吸收和骨形成,可制造与钙结合的蛋白质,但活性维生素 D 剂量过大,可使骨破坏增加导致骨量丢失。活性维生素 D 增加肠钙吸收,肾小管钙磷的重吸收,有利于肾钙形成,活性维生素 D 还可以抑制 PTH 分泌,防止骨钙融出。

总之,当肠钙吸收低下,活性维生素 D 分泌低下,雌激素分泌不足,CT 分泌减少,PTH 分泌亢进的情况下,骨吸收明显增强,这样,骨吸收远远大于骨形成,导致骨质疏松发生。

⑤甲状腺素(TH)

甲状腺功能亢进导致甲状腺素分泌过剩,引起高转换骨质疏松。

⑥雄激素

雄激素缺乏和明显低下者,将导致骨吸收和骨形成的平衡失调。由于骨吸收大于骨形成,故出现骨质疏松。

(2)营养状态

①钙

骨钙占人体总钙量的 99%,与骨质疏松的关系最为密切。骨质疏松的病理机制主要是血钙水平降低,使 PTH 分泌升高,它作用于环磷酸腺苷使其水平升高,造成破骨细胞活性升高,骨吸收加速,骨钙融出,骨吸收超过骨形成,发生骨质疏松。而血钙降低是由于钙的吸收下降引起,钙的吸收低下与低钙饮食,低维生素 D 或低活性维生素 D 及日照不足和长期卧床,以及高磷饮食的摄入等有关。

②磷

体内的磷有 80% 以上在骨中,它促进骨合成和骨矿沉积。低磷可引起佝偻病、软骨症,高磷可使骨吸收增强,从而诱发骨质疏松。总之,高磷和低磷对骨基质合成和矿化均不利。

③蛋白质、氨基酸

蛋白质、氨基酸是骨有机质合成的重要原料。高蛋白膳食可造成负钙平衡,对于氨基酸,目前有学者认为碱性氨基酸促进钙吸收,酸性氨基酸抑制钙吸收。

④氟

缺氟易形成骨质疏松,过多的氟易形成骨折,此外,锶、硅、铝等元素也与骨代谢有

关。

(3)物理因素

运动、日光照射、重力负荷都有利于预防骨质疏松。

(4)遗传基因

2. 中医

肾主骨,如《素问·标本病传论》载:“肾病少腹腰脊痛胫酸”,同时指出,胃病、脾病、膀胱病,均可致腰脊痛。其具体病因包括:

(1)肾精亏损

先天禀赋不足,或久病劳伤,后天失养,年老精血衰竭,致肾脏精血亏损,无以濡养经脉而致病。《素问·脉要精微论》载:“腰者,肾之府,转摇不能,肾将惫矣。”

(2)气滞血瘀

气滞血瘀,阻断经脉,使经脉失于濡养所以致病。

3. 藏医

藏医认为本病由于三大因素和七种物质失衡,导致内循和外循紊乱,体液虚亏,精气不足,引起老年骨质疏松。

四、综合诊断

在临床上,骨质疏松的诊断以骨密度的减少为依据,可以参考病史、生化检查和骨折的情况来综合分析诊断

(1)与骨转换有关的生化检查方法

①骨转换的评价指标:检测骨的代谢,从而对骨质疏松进行防治。

②与骨转换有关的生化指标的检测。

(2)与骨转换有关的钙调激素检测

(3)X线照相法

X线照相法可观察骨质疏松患者是否有骨量下降和骨密度下降,进而判断是否患骨质疏松。

(4)X线吸收法

骨矿含量不同则吸收程度不同,以此来判断是否患有骨质疏松症。

(5)超声波诊断法

根据超声波在不同介质中传播的速度不同,来判断是否患有骨质疏松。

(6)光子吸收法

(7)骨密度检查

(8)综合诊断法

日本学者以骨矿含量测量结果为主,结合年龄、性别、体质、症状、生化检测等多项参数指标来进行评分,诊断骨质疏松。

五、综合治疗

1. 药物治疗

(1) 外治法

① 敷药

② 熏洗药

(2) 内治法

① 中医：导气行瘀，补肾壮骨。

② 西医：

A、补充营养

合理的膳食，是防治与治疗骨质疏松积极有效的方法，通过饮食，补充钙质等元素，以达到增强骨质的目的。如合理地搭配主食、副食与奶制品，如每日喝两杯（约 480 毫升）牛奶，就可以补充成年人一天所需的钙量，儿童及青少年应适量增加。另外，对于食物的烹调方法和贮藏方法也应加以注意。

B、药物治疗

通过止痛药，缓解疼痛。服用钙剂，可以直接增强骨质。由于维生素 D 可以影响钙的吸收，所以在服用钙剂的同时，可服用维生素 D，还可以注射激素来间接地增加骨钙的吸收，如雌激素等。

2. 运动疗法

骨质疏松者，由于椎体压缩骨折、脊柱变形、腰背疼痛、肌肉萎缩、关节活动受限、通过患者自身或外力的运动，均可以取得良好的效果。

六、药浴处方

处方一：五味甘露汤，加肉蔻、龙骨、珍珠母、沉香、红花、天竺黄、广木香、丁香等。

处方二：五味甘露汤，加藏木香、余甘子、肉蔻、黑沉香、硼砂、安息香。

七、典型医案

冯××，男，60岁，北京市人。1996年开始，患者出现腰酸、背痛、腿软、抽筋等症状。经医院检查，诊断为老年性缺钙。经过西医补钙治疗，效果欠佳。患者于1998年到北京藏医院治疗。藏医采取补肾、调元气、疏经活血等方则，施以内服藏药和外用药浴相结合，效果明显，三个月后症状消失，病情得到控制。

第二节 颈腰椎间盘突出

一、概述

腰椎间盘突出是临床中常见病、多发病,一旦患上此病,症状各异,反复腰痛伴向下肢放射疼痛或麻木。咳嗽、打喷嚏均可诱发疼痛,严重者,剧痛难忍,持续不断,失去自理能力,严重困扰工作和生活,给家庭带来精神和经济的双重压力。腰椎间盘突出者,多发于青壮年和劳动者,农村多于城市。

腰椎间盘突出症属于古医籍中所称“腰脚痛”的范畴。其主要内因是腰椎间盘的退行性改变,又有发育上的缺陷或因外伤、劳损以及风、寒、湿等原因。同时纤维环外层和后纵韧带存在丰富的感觉神经末梢,受髓核内渗出的糖、蛋白和酸性物质(组织胺)的刺激产生无菌性炎症,使神经敏感性增高,这种来自破裂、突出的椎间盘组织的化学和压力因素会刺激压迫神经根而致腰、腿疼痛、麻木等。

二、临床表现

1. 前期症状

在腰椎间盘突出症发生之前,可因单纯椎间盘蜕变产生一系列无神经根刺激的症状,这些无特异性症状可称为“椎间盘蜕变临床综合症状”,它包括:

(1)急性功能性丧失的腰痛

其特点是在一些日常生活不注意的活动中,突然腰背痛发作及腰部运动障碍,检查见功能性活动限制及肌痉挛,不伴随神经根紧张所致症状。

(2)复发性进行性腰痛

椎间盘退行性病变常见于受累部位椎间隙不稳和脊柱过伸,这时可发生反复发作的腰痛,但大部分病人没有异常脊柱姿势。

(3)慢性持续性腰痛

这部分病人通常在几年间伴有间歇性急性腰痛病史,以后慢慢转成慢性持续性腰痛,这些患者稍不注意就会加重腰痛,故而每种动作都十分小心,检查时脊柱过伸时痛,脊柱运动时正常,双下肢同时抬高时腰痛,下腰椎棘突压痛,脊椎前屈时棘突间无明显分界等。

(4)精神神经性腰痛

精神因素对腰痛和脊柱功能有显著影响。

(5)颈腰综合症

颈部疼痛向枕部、双肩、双臂放射,甚至还可以向胸部放射,腰痛合并一侧和双侧下肢疼痛。

2. 发作期症状

(1) 腰痛

腰椎间盘突出症最常见的症状是腰背疼。95%以上患者患有腰痛,腰痛通常也是最早出现的症状,可以同时并发腿疼,或在下肢痛之前发生,少数患者腰痛发生在腿疼之后,有的病人在出现腿疼后,腰痛减轻或消失,疼痛程度差别很大。疼痛的性质多为刺痛,灼痛,常有麻、胀等感觉。临床上常见两种类型,一类为起病缓慢的腰痛,程度较轻,活动后疼痛加重,休息或卧床后疼痛减轻;另一类常见在外伤后或在慢性疼痛基础上发生,发病急骤,疼痛剧烈,腰部活动受限卧床不起,这种急性腰痛在最初的数日内为重,在数周时间内再缓解。

(2) 下肢放射痛

下肢放射痛也是腰椎间盘突出症的常见症状,少数病人发病时会仅有下肢放射疼,放射痛多起于臀部,逐渐向下放射,这是由于椎间盘突出时,突出物压迫神经根而导致神经根所支配区域疼痛,下肢疼痛多为麻痛,也见刺痛、胀痛等,大部分的腰椎间盘突出以一侧的股神经或坐骨神经痛为主要特点,两侧下肢放射痛也可见于中央型椎间盘突出等少数情况。腰椎间盘突出症引起的下肢疼痛有以下特点:

①下肢痛沿神经根分布区放射,又称根性放射痛,当放射痛反达臀部或腹部,不到小腿和足时,要考虑是否有脊柱滑脱、骶髂关节疾患等其它病因存在。

②疼痛与活动体位有关。

③疼痛可与腹压有关。据统计,多于80%的病人在喷嚏、咳嗽、排便等使腹腔和脑脊液压力增加时会使下肢放射痛和腰痛加剧

④疼痛与环境变化有关,病人的腰腿痛常与风寒、风湿等环境改变有关。受凉、涉水、潮湿等均能使疼痛加重,有时在温度、气压变化时,患者会遇见关节肌肉的不适。

(3) 腰部活动受限

腰椎间盘突出症的病人常有腰部活动范围受限,呈现某种程度前屈、侧弯等保护性的状态,甚至向各方向活动均受限制。

(4) 跛行

腰椎间盘突出症的病人常有跛行,症状严重者需要扶持拐杖,甚至不能行走。

(5) 马尾神经综合症

症状为排便排尿无力、大便秘结、尿频、尿急、排尿控制困难等,男性可出现性功能障碍,还会伴有单双侧坐骨神经痛,小腿及足部肌肉无力,甚至完全瘫痪等症状。

(6) 下肢麻木

(7) 下腹痛

有的患者发病过程中有下腹痛,或见睾丸痛。

(8) 小腿水肿

(9) 下肢肌肉萎缩

三、病因病机

1. 西医

腰椎间盘突出症的病因病机有以下几个因素：

(1) 腰椎间盘突出组织在成人无血液供应,靠淋巴渗透维持营养,仅纤维环表层有少量血液供应,椎间盘组织腰椎劳损特别多,而且纤维环的水量从婴儿到35岁会下降18%(80%~62%),髓核含水从婴儿到35岁会下降12%(90%~78%)。所以,髓核张力会逐渐降低,纤维环各层纤维软骨板互相摩擦产生玻璃样变,失去韧性,此时会出现椎体边缘不整和骨质密增高,髓核后移,椎间盘进一步退变,向周围膨出,椎间空及侧隐窝变窄,压迫神经,造成疼痛等症状。总之,椎间盘退变,髓核、纤维环的明显变化,成为椎间盘破裂突出的基础。

(2) 急性创伤

从生物力学的观点来观察,腰部的任何活动均受力学的制约与协调,在保持腰部内外平衡的同时,完成各种动作。具体分类有:

① 直接暴力引起;

② 在无准备的情况下突然加重脊柱负载量,易引起韧带撕裂或椎间盘创伤;

③ 劳动或运动姿势不当时,可引起腰部及椎间盘创伤;

④ 肌肉痉挛或当腰骶肌肉突然收缩,可产生相当大的拉应力,易引起椎间盘突出;

⑤ 直接暴力如交通事故可造成腰椎间盘突出;

(3) 慢性创伤

① 急性创伤后合并椎间盘突出,早期没有得到适当的治疗,会引发腰椎间盘突出症。

② 慢性积累如腰肌长期处于高张力状态下的被迫体位,则引起腰肌及其附着处的过度牵拉,以致出现腰椎间盘突出症。

(4) 腹压增加

临床中腰椎间盘突出1/3病例,在发病前有明确增加腹压的因素,如剧烈的咳嗽等,可使腹压升高而破坏椎体与椎管及椎间隙之间的平衡状态,而致使椎间盘发生病理性的变化。

2. 中医

根据中医辨证论治的理论,目前一般趋向于把腰腿痛分为痹证、肾虚、瘀滞三大类:

(1) 痹证

主要是由于人体正气不足,肌腠空虚,营卫不固,风寒湿邪侵入机体,流注经脉、关节以致气血运行不畅,不通则痛。

(2) 肾虚

凡先天禀赋不足,后天房劳过度,久病失养,早婚早育,胎产过多,年老体衰等,均可引起肾虚,肾虚髓少而不养骨,以成腰腿痛。

(3) 瘀滞

由于外伤、劳损或久病气滞血瘀,经络瘀滞不通,失去气血濡养而致腰腿痛。

3. 藏医

椎间盘突出在藏医学中属于白脉病的范畴。白脉从脑中发出,主要是由隆物质构成,司理机体发育、活动的脉。由于白脉受到压迫,使机体腰部出现疼痛和运动障碍等证状,即是今天我们所说的腰椎间盘突出证。

本病多由闪挫暴力导致腰部经络损伤,血行不畅,引起腰部疼痛、肢体麻木,或风、寒、湿邪侵扰腰间,致使气血不畅引起痛、麻、凉、僵硬等症状。

四、综合诊断

1. 初步诊断

通过了解病史和细致体检,通过 McJulloch 诊断标准,不仅可作出腰椎间盘突出症的诊断,而且能基本上做出定位诊断。

McJulloch 诊断标准:

- (1)单侧腿疼比腰痛明显,疼痛沿坐骨神经或股神经分布放射;
- (2)坐骨神经支配区皮肤麻木;
- (3)直腿抬高试验呈抬高减少,为正常的 50%,或健侧肢体抬高时,患肢疼痛;
- (4)有肌萎缩、肌力减退、感觉障碍和腱反射改变(减弱或消失)等四个症状中的两个;
- (5)椎管造影显示的碘柱充盈缺损与临床表现相符。以上 5 项诊断中有 3 项或 3 项以上者,就可诊断。

2. 腰椎间盘突出症的诊查法

腰椎间盘突出症需要临床医生掌握腰背部的解剖、生理、生物力学等知识,对腰腿痛的病理改变、临床症状特点和某些特殊表现深入了解,正确而系统地采集病史,熟练地运用各种检查手段,结合 X 线检查、造影、CT、MRI、超声波等检查手段,并充分取得患者的信任与合作,才能做出腰椎间盘突出症的正确诊断。临床工作中,还要熟悉和掌握特殊类型的腰椎间盘突出症的特点和临床表现,也要谨慎地与其它引起腰腿痛的疾病仔细鉴别。

(1) 病史采集

腰椎间盘突出以体力劳动者居多,而且和体力劳动者长期从事体力劳动的方式、姿势和时间有关。而且男性多于女性,20~40 岁间发病率显著高于其它年龄段。在询问过程中,也要仔细询问一下外伤史、慢性腰部劳损病史、受凉病史等。询问过程中最重要的是详细记录疼痛部位、范围、性质、程度、腰腿痛与体位活动之间的关系及既往治疗对疼痛的影响等。

(2) 临床检查

体检是诊断中非常重要的部分。检查最好在专设的检查室进行,要求有充足的光线和适宜的温度及足够的设备。

腰椎间盘突出症病人的体检应在病人就诊时从行走步态上开始,必要时可以请患者

重新进行。

体检应全面,以免漏诊或误诊,在全面检查的基础上重点进行脊柱和下肢的体检。

总之,腰椎间盘突出诊断依据有以下几个方面:

- ①腰腿痛病史及腿疼时呈神经根支配的阶段区域性分布特点;
- ②下肢见有按神经根支配区域分布的感觉麻木区域;
- ③有两种或两种以上神经体征(肌肉萎缩、肌力减退、感觉减退、放射减弱);
- ④高腿抬高试验阳性,坐骨神经牵拉试验或弓弦试验阳性,仰卧挺腹试验及其它物理检查试验的阳性表现;
- ⑤其它影像学检查支持,如椎管造影、CT、MRI 等。

五、综合治疗

通过非手术治疗可取得良好的效果,需手术治疗的只是一部分。对于这部分患者,及时恰当的手术治疗可取得一定的效果。腰椎间盘突出在以下情况下需手术治疗:

- (1)腰椎间盘突出诊断明确,经正规非手术治疗半年无效,反复发作,病情逐渐加重者。
- (2)出现肌肉萎缩,功能减退。
- (3)马尾损害,出现大小便障碍。
- (4)合并椎管狭窄、腰椎峡部不连及脊椎滑脱者。

六、药浴处方

刺柏 2500g、黄花杜鹃各 2500g、西河柳 2000g、白野蒿 2500g、加拉日 1500g、驱黄水药的五根散 200g、森登 500g、草红花 500g。

另外,《四部医典》中有“下体拖拽时,煎煮麝粪熏浴治疗”的记载,可以应用到腰椎间盘突出治疗。

七、药浴实施

药浴治疗多配合牵引与内服一些药物,如如意珍宝丸、二十五味珍珠丸等。将上述药物和匀,分为三包,用纱布包好,每包用 5 天,另加麝香 2g,泡入青稞酒 1000ml,每次治疗时喷洒在药包上。另患者躺在汽浴床上,每日上下午各汽浴一次,每次 10~20 分钟。每五天换一包药,每 15 天为一个疗程。另外,在进行完汽浴后,再进行骨盆牵引,每日两次,每次 10~30 分钟。

八、现代研究

青海省藏医医院的安尔尔结合自己的临床经验,运用汽浴配合牵引和药物治疗腰椎间盘突出,取得了良好而稳定的治疗效果。并认为五味甘露药能起到祛痰、化湿、解

毒、活血化瘀、益肾壮阳、治疗四肢僵硬或拘挛的作用。麝香能祛毒邪、开窍醒脑、消炎通络。西藏日喀则地区藏医院多吉次仁在藏西医结合治疗中,采用硬板床及小牵引,以降低椎间盘内压,使腰背部肌间的紧张或痉挛得到松解,同时服用如意珍宝丸,八味秦皮丸等藏药,在此基础上采用药浴治疗,也取得满意疗效。

九、典型医案

李××,男,35岁,腰痛,双下肢麻木疼痛3月,加重10日,拍片检查,结果显示腰4、5椎间盘突出。服药后症状不减,经多方医治,疗效不明显,到藏医院药浴科就诊。查体:腰4、腰5椎体棘突旁压痛阳性,直腿抬高试验阳性,拍片显示:腰4、腰5椎间盘突出。

按上方进行汽浴治疗配合牵引、口服药。患者腰部及双下肢麻木、疼痛明显减轻,可做弯腰活动,咳嗽、打喷嚏或腹部用力均没有疼痛加重之感。休息观察3天,疗效稳定,症状及体征基本消失,即出院。

西×,男,54岁,患者腰背部疼痛并下肢发麻5年,加重2个月,经西藏军区总医院CT检查诊断为腰4、5椎间盘突出症,曾在该医院行手法推拿治疗,未见疗效。来藏医院诊治,以活血化瘀、通络止痛原则,藏西医结合治疗:卧硬板床;通过高渗利水,改善微循环;皮牵引;药浴治疗。治疗后的第1周,患者疼痛明显减轻,四肢不麻木,活动自如。治疗半个月即康复,能正常工作。

第三节 骨性关节炎

一、概述

骨性关节炎(Osteoarthritis OA)是一类十分常见的关节性疾病。其病理特征为进行性关节软骨变性,软骨下及软骨周围有新生骨形成,因此又称为退行性关节病(degenerative joint disease)、骨性关节病、肥大性关节炎、增生性关节炎等。临床主要表现是缓慢性的关节疼痛、僵硬、肿大,伴关节活动受限。主要影响人体的可活动关节,如膝、肘、指等,是一类严重威胁中老年生活的关节病变。

二、临床表现

1. 共同表现

本病发病缓慢,主要症状是关节隐痛,有持续性,数个关节可同时受累。由于病人关节活动不灵便,长时间的休息,保持某一姿势会引起关节僵硬,而稍微活动后则会好转,故称为“休息痛”,多见于年龄在45岁以上的中老年人,疼痛多发生于清晨。虽然活动后疼痛减轻,但若活动过度,由于关节摩擦会使疼痛加重。大多数病人的X光检查会有骨

性关节炎的表现,但并不与疼痛成正比关系,只有 5% 的病人有临床症状。

2. 身体各部位的表现

(1) 膝关节

膝关节是全身各部位中骨性关节炎的好发部位,主要的临床表现为半蹲痛,由坐位改为站位时也会疼痛。关节在做主动活动时疼痛,并会有关节磨擦所产生的“喀嚓”音。按压髌骨时,会有压痛和摩擦感,在上下楼梯和上下斜坡时疼痛明显。同一患者,此症状会时轻时重。膝关节有时有肿胀和积液。若病情较重,关节活动受限,而且会出现废用性肌萎缩,甚至发生膝外翻、内翻。

(2) 髋关节

髋关节的骨性关节炎多为全身性关节病的一部分,我国继发性患者较多,并多发于 50 岁以上的中老年。其主要症状为:髋关节的疼痛,常位于髋关节的前方和内侧,并放射性地发散到大腿内侧及膝关节之上。同时伴有髋关节的僵硬、肌肉拘挛,出现走路跛行,随病情的发展,无痛行走的距离逐渐缩短,髋关节变形,活动受限,“4”字实验呈阳性。

(3) 脊柱(详见椎间盘突出部分)

(4) 手指

手指的骨性关节炎以女性为多见,典型的临床表现是骨隆起,发生在远指间关节的称为 Heberden 结节,近指间的关节称为 Bouchard 结节,以 Heberden 结节常见。隆起常伴有关节疼痛和畸形。病势较猛者,会有关节红肿。

三、病因病机

1. 西医

骨性关节炎可分为两类:原发性和继发性骨关节炎。人体关节无明显发病原因而发生了退行性病变,可称为原发性骨性关节炎;若由已知原因产生关节结构的改变,日积月累,关节摩擦和压力不平衡等因素发生炎症,可称为继发性骨性关节炎。

原发性骨性关节炎的病因目前虽未完全查清,但根据现代研究表明,年龄因素、遗传因素、体质因素、饮食因素等是此病可能的病因。随着年龄的增加,关节软骨中的蛋白多糖下降,聚集能力、含水量、抗疲劳能力下降,50 岁以上的中老年人是此病的多发人群。通过调查,糖尿病患者易患此病;同时发现全身性骨关节炎(GOA)的先天因素常与 HLA-A、HLA-B8 的增加有关。

继发性的骨性关节炎较常见,其继发因素主要有关节畸形、关节创伤、关节炎症、关节畸形。如脊柱侧弯和后凸可致脊柱骨关节炎;先天性髋脱位、髋臼发育不良、髋内翻、股骨头坏死能引起继发性髋关节骨性关节炎;膝内翻、外翻畸形可致膝关节骨性关节炎。

机械外伤所造成的关节骨折脱位可继发骨性关节炎;关节过度劳损也会造成本病发生,如芭蕾舞演员的踝关节、体操运动员的脊柱关节等;身体过于肥胖会使关节负重增加,引起体位步态的改变,关节结构受到影响,从而使发病率升高。

现代研究发现,骨性关节炎还和酶、细胞因子、生长因子以及免疫学反应等因素有着

重要联系。

2. 中医

就骨性关节病的证状分析,应属于痹证的范畴。《素问·痹论》中有“风寒湿三气杂至,合而为痹也”的论述,所以可以将其称为“骨痹”。究其发病原因有内外两种。

外因为外感风、寒、湿三邪。在张仲景《伤寒论》中就有“骨节烦痛,掣痛不得屈伸,近之则痛剧”的记载。而桂枝附子汤、桂枝芍药知母汤等,至今临床上仍用于此类疾病的治疗。

内因为人体的正气虚弱、肾元不足、肝血亏虚、脾气虚弱等。当风、寒、湿三气合而为痹,若此时人体正气足,邪气是不能使人体致病的。若此时人体正气虚弱,肌肤腠理开泄,邪气就会乘虚内袭经络,使得气血不能濡养,从而发生病变。目前中医把骨性关节炎分为以下三类:

①肾元亏虚,肝血不足

根据中医的基础理论,肾为先天之本,藏精,主骨,生髓。肝藏血,主筋。肾精足,肝血旺,则人体发育良好,骨骼强健。肝血充盈,则筋脉得到濡养,关节能够得到筋脉的保护,以防活动过度,是身体活动自如的保障。若肾精亏虚,肝血不足,发育不良,骨骼虚弱,筋脉失养,以至不能约束关节,发生摩擦或是关节脱位,使关节发生退行性病变。

②外力创伤

一定的关节所承受的力量强度和时间是有限度的。若是长时间使关节处于紧张的状态,使得关节局部发生气血逆乱,血不循经,溢出脉外,形成气滞血瘀,筋脉失养,形成退行性病变。

③外感风寒湿邪

风寒湿三邪可以单独侵袭人体,也可相伴而来。如久居湿地,感受风寒,邪气客于筋脉关节周围,发生气机逆乱,血行不畅,以至于发生痹痛。

3. 藏医

在藏医学中,把人体各关节及椎体间存在的润滑液称为黄水,它在“能合培根”的作用下防止关节面直接接触,并减小关节间的摩擦,防止关节损伤。当关节与椎体受到挤压、外伤及扭伤时局部发生炎症,炎症持续发展会造成黄水发生病变,以致关节失去润滑和保护,久之关节和椎体面会发生骨质增生及多种病变,且多发于颈、腰椎部,直接影响四肢活动。

四、综合诊断

大多数医生用下述方法综合起来诊断该病并排除其它疾病。

病史:询问是否曾有骨折脱位、关节软骨损伤、劳损或关节畸形和其它骨科疾病病史。如果对疼痛、僵硬、关节功能等情况说得很清楚,并且能讲明白这些症状随时间推移发生了怎样的变化,医生就会对病情有比较好的估计。对医生来说,知道病情对患者的工作和日常生活的影响也很重要。最后,医生还得了解病人以前接受过哪些治疗以及足

否用过什么药物。

体格检查:医生会为病人作全面的体检,并检查关节,包括检查腱反射和肌肉力量,还应观察病人行走、弯腰和进行日常活动的 ability。

X线检查:拍X光片可以了解关节破坏的程度。如受累关节处是否有软骨丢失、骨质破坏和骨刺都能在X光片上显示出来。但是片子上显出的关节损害严重程度与病人疼痛、残疾的程度之间往往有很大差别,而且早期的骨性关节炎,在大量软骨丢失发生以前,X光片上可能表现不出来。

其它检查:让病人抽血作一些化验,看血沉、血相有无异常。另一个常用的检查是“关节穿刺”,抽吸出关节液进行化验。关节液为清晰、微黄、粘稠度高,白细胞记数在1000以下,以单核细胞为主,关节液中可见到红细胞、软骨和原纤维碎片。

一般根据病人主诉、临床症状和X光片来诊断病人是否患有骨性关节炎并不困难,但是要说出症状的直接病因就比较困难了。骨性关节炎非常常见,特别是在中老年人中,可能有其它疾病在其中起作用,从而产生症状。病人的态度、情绪焦虑、失望或日常活动水平会对疾病症状的轻重有很大影响。

五、综合治疗

1. 药物治疗

(1) 西医

在为骨性关节炎病人选择药物时要考虑很多因素,其中最重要的是疼痛的性质和药物可能存在的副作用。病人必须谨慎地使用药物,并且在病情发生变化时要及时告诉医生。常用的消炎镇痛药有以下几种:

① 非甾体类抗炎药(NSAIDs)

很多的NSAIDs都可用于治疗骨性关节炎。这些药物的作用机理基本相似:抗炎、消肿、缓解疼痛。如阿斯匹林、美林布洛芬、Aleve R、酮洛芬等非处方要药。NSAIDs会引起胃肠道刺激,影响肾功能。使用这类药物的时间越长,就越容易出现这些副反应,它们对身体的影响也就越严重。

② 环氧化酶—II 抑制剂

两种新的非甾体类抗炎药 Celebrex R 和 Vioxx R,它们是环氧化酶—II 抑制剂类药物。作为治疗的新型药物,它们与传统的NSAIDs一样可以减轻炎症,但是引起的胃肠道反应少一些。

③ 醋氨酚(对乙酰氨基酚)

是一种非抗炎性疼痛缓解药(如泰诺林)。这种药不会刺激胃肠道,长期应用的副作用也比NSAIDs要少得多。研究表明,很多病人使用醋氨酚可以获得与NSAIDs相同的缓解疼痛的效果。有肝脏疾病的患者、严重酗酒者和服用抗凝药的病人应慎用醋氨酚。

(2) 中医

此病初期,瘀血闭阻经络,不通则痛。方应以活血化瘀、祛风散寒、理气止痛为主。

如用身痛逐瘀汤加减：

麻黄 6 ~ 10g、独活 12g、羌活 12g、桂枝 5 ~ 9g、秦艽 10g、威灵仙 10g、当归 10g、赤芍 10g、乳香 10g、没药 10g、制川乌 10g(先煎)、香附 10g、郁金 10g。

此病中期肝肾不足，筋脉失养。方应以补益肝肾、祛风通络、除湿止痛为主。如用独活寄生汤加减：

独活 15g、桑寄生 15g、秦艽 15g、防风 15g、细辛 4g、当归 10g、川芎 10g、熟地黄 20g、白芍 18g、肉桂 6g、茯苓 25g、杜仲 12g、牛膝 12g。

2. 手术疗法

对有的病人，外科手术可以缓解疼痛，解决关节炎造成的残疾。通过手术的方式，改变关节的应力分布、力线排列，或者去除病变关节，用人工假肢代替，使关节内软骨内外环境改善，恢复正常的生理、生物力学的状态，达到治疗疾病的目的。手术方式应根据病变关节部位、病损程度确定，还要考虑病人的年龄、职业以及经济状况。主要的手术方法有：关节成型术、骨切除术、融合术、部分或全部人工关节替换术。

3. 辅助疗法

除了一般的药物和手术治疗外，一些辅助的治疗方法在骨性关节炎的治疗中占有重要地位。在运动之前进行热疗法 15 ~ 20 分钟，可以有效减轻关节的僵硬和疼痛。热疗法可采用红外线、热辐射、微波、短波等。Heberden 结节可以用热水浴和液体石蜡浴来治疗。

通过一些适当的体操运动，也会取得很好的治疗效果。太极拳动作轻柔缓慢，适用于大多数病人。如进行关节体操、矫形体操、股四头肌锻炼等方法。

针灸治疗也是在临床上常用的治疗方法。通过针刺病人特殊部位的皮肤，刺激神经系统兴奋，释放缓解疼痛的物质，以取得治疗效果。

4. 康复医疗

锻炼可以保持和增强肌肉的强度和韧性，加强体力，减轻体重。但是，锻炼计划必须在医生或康复师的指导下进行。

六、药浴处方

五味甘露汤、加沉香、广木香、肉豆蔻、紫檀香、乳香、小檗皮、儿茶、硫磺、朱砂。

七、药浴实施

1. 步骤

将上述药物经酒曲发酵约 1 ~ 3 天，晒干，装入高压锅内加热煮沸一小时，将煮好的药液倒入浴盆内。让患者全身浸入浴盆或对病患关节进行热敷。一般情况为一日两次，每次 20 分钟。但也须视患者的体质具体确定每日治疗的次数。

2. 注意事项

第一次药浴的温度不宜过高，一般在 40 ~ 41℃。在患者逐步适应的情况下，逐步提升水温。在洗浴的过程中要注意给病人保暖，以免感受风寒。同时，还要注意补充患者

的电解质,以免汗出过多,造成脱水。

八、现代研究

藏药浴对于关节疾病的治疗具有效果明显、无疼痛、无副作用、疗程短、经济负担小等特点。药浴通过患处关节的直接接触,使药液渗入皮肤,直达病变关节,发挥药物活血行气、发汗解毒的作用。

青海藏医院杨本扎西把藏药浴、外敷药、针灸等方法结合运用,使病变的黄水通过汗毛孔排出体外,又把烘干黄水、疏通气血、祛风祛寒之药液从毛孔注入增生处。这样一排一吸的循环能使病变的黄水得以清除,又能使正常黄水在“能合培根”作用下,运行于椎体间。应用这种治疗方法,对20例典型颈、腰椎骨质增生病人进行治疗,经1~4个疗程后,所有症状消失。一年未复发者15例,占75%;好转4例,占20%;有效1例,占5%。

青海省藏医院季占财运用五味甘露汤加减,对20位骨质增生的患者进行了治疗,总有效率达96.5%;青海省海北州第二医院马脑武运用五味甘露汤加入松香、决明子、火麻仁等,对16位膝关节疼痛的患者进行热敷,总有效率达93.75%。

九、典型医案

张××,女,53岁,回族,工人,1994年10月14日就诊。主诉:右膝关节疼痛8年,放射髌关节疼痛2年,曾多次以抗生素、消炎痛、强的松等药物治疗,症状时有缓解,但每临冬季症状反复发作。查:右膝关节弥漫肿胀,皮肤光亮,活动受限。浮髌实验呈阳性。藏医诊断:扎那达(音译)。治疗:黄花杜鹃、水柏枝、圆柏、麻黄、从牛亚菊各150g,松香、决明子、火麻仁各50g,文薏木30g,用两块纱布包裹煎煮后行洗敷,1个疗程后诸症消失,但活动受限仍无改善,继续按上法治疗2疗程后愈。2年后随访无复发。

何××,男,汉族,62岁。5年前腰椎扭伤后开始疼痛、酸胀,后来病情逐渐加重,腰椎不能弯曲,下肢活动受限。曾用止痛、消炎类药物治疗效果欠佳。推拿按摩、针灸治疗时疼痛有所缓解,但稍后又复发。两年前病情突然加重,不能直立行走,最后卧床不起,肌肉萎缩,下肢皮肤冰凉,触感消失,基本处于瘫痪状态。经X光拍片腰椎2~5椎体后上下缘可见明显的唇状增生。药浴一个疗程后患者足趾可以活动,下肢温度上升,感觉功能恢复。出院后继续服药,每天按摩,增加肢体活动量等。经3个疗程后所有症状均已消失,完全能够生活和工作,一年未复发。

第四节 创伤

一、概述

创伤是外界致伤性刺激作用于人体,使人体组织或器官遭到解剖结构上的破坏和生

理功能上的紊乱后,随之发生的一系列全身和局部的反应。在现代生活中,创伤疾病是十分常见的,多是由于日常生活中的机械、物理、化学等因素造成的创伤,如挫伤、扭伤、擦伤、水火烫伤等。在战争时期,此病尤为多见。创伤分为急性创伤和慢性创伤。慢性创伤是由一个创伤性较微弱的刺激,长期反复地作用于机体的某个恒定部位所造成的。

藏医的经典名著《四部医典》中介绍自然创伤的有8章,还有创伤治法、头部创伤法、颈部创伤法、上下体腔创伤法、四肢创伤法5章,共计13章,可见创伤在藏医学中,占有十分重要的地位,这可能是由于藏民游牧生活易于受到各种创伤的缘故。藏医在外科创伤的药物治疗、手术器械、手术方法、创伤抢救、消毒、麻醉、止血等方面都有着自己的特色。

二、临床表现

1. 局部性的反应

(1) 疼痛

受伤的局部组织,因其肿胀,压迫或刺激肿胀的神经末梢,从而会造成各种不同程度的疼痛。创伤越严重,肿胀所造成的疼痛也就越重。疼痛的轻重与水肿程度、局部组织的紧张度、神经的分布有着直接的关系。在一般情况下,创伤后2~3天,疼痛后就会自动减轻,如果疼痛不减或继续加重,说明伤口可能已经化脓感染,应立即查找原因,妥善处理。

(2) 肿胀或瘀斑

肿胀是由于局部炎症充血使血管扩张,使血流量增加以及组织液渗出。如果是出血所致,皮下会出现瘀斑。在水肿严重的时候,局部的张力明显增大,触痛明显。创伤如果出现在皮下结缔组织比较疏松和血管丰富的部位,会出现明显的肿胀。

(3) 功能活动受限

伤口及疼痛引起的保护性反应,常使活动受限,如创伤合并骨创伤或关节创伤时,活动受限更为明显。

(4) 组织创伤

组织创伤后,皮肤、粘膜或深层组织受到破坏,出现大小不等、形状各异的伤口,由于致伤因素的不同,在各类伤口中有着不同的特点。如锐器伤,其创缘整齐,出血较多,但伤口周围组织创伤较轻,在伤及深部内脏或大的血管时,常可以危及生命。火器伤和撕裂伤所造成的创伤常较严重,在这类伤口内常由于带进泥土、布片及棉絮等,造成异物存留,可发生严重的化脓性感染,甚至引起破伤风或气性坏疽等。闭合性创伤尽管皮肤或粘膜无伤口,但内脏和深部组织常可受伤,如造成空腔脏器和实质性破裂,常可并发腹膜炎或出血性休克。

2. 全身性的反应

(1) 休克

严重创伤时可出现创伤性休克,其表现为面色苍白、四肢发冷、脉搏快而无力、血压

下降等,若不及时处理常可危及生命。

(2)肾功能变化

常发生在肌肉较丰富的部位,受到严重挤压伤之后,由于大量的肌肉严重受压时间较长,致使创伤的肌肉释放出大量的肌红蛋白,肌红蛋白在肾小球过滤后,在酸性尿液中沉淀而凝结,堵塞肾小管,临床上出现尿少或无尿、酸中毒、高钾血症及尿毒症或急性肾功能不全的症状,即所称的挤压综合征。

(3)其它症状

在创伤后经常出现发热,多是由于残留血液或坏死组织被吸收所致。一般体温为38℃左右,如体温更高,常提示可能存在继发性感染。不同程度的创伤可出现脱水、胃纳不佳、腹胀、肺活量减少及呼吸增快、支气管内分泌物增加以及全身乏力等临床表现。

三、病因病机

1. 病因

在日常生活中,导致发生创伤的因素很多,常见的有以下几种:

- (1)机械创伤:挫伤、撕裂伤、切割伤、刺伤、断裂伤、扭伤、骨折等。
- (2)物理性创伤:烧伤、冻伤、电击伤、辐射伤、冲击波伤等。
- (3)化学性创伤:强酸、强碱、毒气等。
- (4)生物性创伤:动物或昆虫的咬伤、蛰伤、细菌及毒素等。
- (5)精神性创伤:惊吓、恐惧等

在日常的生活中及工作中,以机械性创伤较为多见。其创伤的性质与程度,常取决于致伤物的种类、作用强度、受伤部位、受伤时姿势、衣着厚度以及患者对创伤的耐受程度等。

2. 病机

(1)西医

当机体受到各种的意外创伤时,将会对整个机体的每个细胞都产生一定的影响,这种变化常与创伤的严重程度成正比。这一系列的反应,都属于应激反应。应激反应是一种非特异性的反应,包括致病因素的创伤及机体的抗病措施,其突出的表现为肾上腺皮质的肿大及其功能的亢进,这些变化均可在内分泌和代谢的变化上表现出来。

①内分泌的改变

机体创伤后,立即会引起神经-内分泌系统的反应,通过下丘脑垂体肾上腺素皮质系统的功能活动,在肾上腺素分泌增加的同时,垂体释放促肾上腺皮质激素(ACTH)和抗利尿激素(ADH)。ACTH能够刺激肾上腺皮质,促进各种类固醇物质分泌的增加,从而影响机体对蛋白质、糖及脂肪代谢。ADH分泌的增加,使肾小管的重吸收能力增强,促使液体的潴留,从而弥补了一部分因创伤出血所造成的血量过低。同时,肾脏还可以产生肾素,启动肾素-血管紧张素-醛固酮系统,其功能是反馈地抑制血量减少所造成的各种不利的反应。

②代谢的改变

代谢改变是内分泌变化的必然结果,其主要表现在:

水和电解质代谢的改变:在严重的创伤后出现的血量减少,在机体的应激状态下,机体为了维持有效的血量,会增加醛固酮和抗利尿激素的分泌,保水保钠排钾,来调节血量的不足。但滞留过量会使伤口的水肿加重,影响伤口的愈合。

创伤后血浆 PH 值的变化:创伤后由于钠水滞留、排钾和氢离子,或由于大量的输血,枸橼酸氧化后产生碳酸氢钠等,出现碱中毒。若同时伴有过度换气,可造成低碳酸血症。实际上是出现代谢性酸中毒,使血 PH 值下降。

创伤后能量的改变:当机体发生严重创伤后,由于不能进食或进食很少,这时能量的来源只能是机体所滞留的糖、肌蛋白和脂肪。机体滞留的可供利用糖原 300~500g 在 8~16 小时内耗尽,则动用部分肌蛋白,通过糖的异生作用来供给能源。严重创伤的病人,每日可以动用 250~500g 的脂肪。

蛋白质代谢的变化:创伤后 2~5 日内由于骨骼肌的蛋白质和血浆蛋白质分解代谢的加快,大部分氮质随尿排出体外,造成氮负平衡,使肌肉消瘦。创伤后 9~10 d,蛋白质进入合成代谢期,但从氮的平衡角度看,创伤后病人体重的恢复是很慢的。当机体逐渐转入氮正平衡时,蛋白质的合成增加,肌肉可以慢慢恢复到伤前水平。

(2)中医

气血津液沟通脏腑经络,各部分均有密切的联系,相互协调,维持人体正常的生理活动。正所谓牵一发而动全身,在病理上,他们也相互关联。概括来说,主要有经络阻滞、气血凝滞、与脏腑不和几个方面。

经络分布于全身,内属脏腑,外连体表,在人的体表之间、脏腑之间,及体表与脏腑之间构成了密切的联系,是气血运行、周流于脏腑以至皮肉筋骨的径路,起着濡养和维护人体各项功能平衡协调的作用。《外科秘录》载:“五脏六腑各有经络,脏腑之气血不行,则脏腑之经络闭塞不通,而外之皮肉即生疮疡。”可见,外科创伤后,造成经络闭塞,从而产生疼痛、肿胀等症状。

气血循行全身,周流不息,如环无端,是温煦肢体,濡养脏腑的源泉。《素问·调经论》载:“血气失和,百病乃生”。机体受到创伤后,阴阳失和,气血失调,营卫运行受阻,造成局部的气血凝滞于皮肤、肌腠、筋骨、脏腑,从而出现各种证状。

脏腑是人体主要组成部分,脏主封藏,腑主通达,一静一动,动静结合,相互协调、制约,维持人体正常的活动。机体创伤,通过经络传变,伤及脏腑,或是因为脏腑气机失调,于体表产生证状,即外证之本源在脏腑,“有诸内必形诸外”。

四、综合诊断

根据受伤的病史、创伤后全身性的反应和局部组织的创伤表现,对多数创伤病人可以作出正确的诊断,但对于少数难以确定诊断的病人,必须进行严密而又仔细的观察,并辅以必要的化验和其它特殊检查后才能作出正确诊断。为了获得及时、全面和正确的诊

断,应遵循以下的原则:

1. 问诊

要详细地了解致伤因素,确定创伤部位,暴力强弱和作用方向,当时机体状况(如饭前或饭后),受伤时姿势以及受伤后的处理经过等。

2. 望诊

分清主次,顺序检查。检查时既要观察全面,又要突出重点,而且要注意动作既要迅速又要轻柔。对于一时难于判断的创伤,应严密观察,并详细做好各项检查的记录,进行对比分析。同时,还要注意病人的精神状况、脉搏、心跳、血压等指标的变化。对于多处创伤的情况,如肋骨骨折兼有肝脾破裂,或伤处相距较远的情况,要进行全面观察,以防延误治疗。临床上有些严重创伤,短时间内并不能及时地表现出来,所以要不断地进行全面地观察和分析,及时发现隐患,积极进行治疗。

3. 辅助检查

对于少数一时不能确定诊断的病人,可以应用各种辅助检查来帮助诊断,如X光检查、CT检查、血液常规检查、尿液常规检查等。

五、综合治疗

1. 治疗原则

在创伤治疗方面,应以保住病人生命为首要前提,把握整体观念,分清轻重缓急,迅速做出合理地治疗方案

2. 急救

由于创伤多发生于工地、矿区、牧区、街头、战地等,所以现场急救是治疗创伤地重要的环节之一。对有呼吸道阻塞,活动性大出血及休克的病人要及时抢救。如呼吸、心跳停止时,立即采取复苏的抢救措施。对于开放性的伤口,在急救时要用无菌的急救包或纱布将伤口盖住,并以绷带包扎。出血多者采用绷带压迫包扎,四肢大动脉出血时可上止血带。有骨折存在时,可用夹板固定受伤骨的上下两关节。有脊柱骨折或骨盆骨折的病人,须仰卧于硬板床上,以免造成或加重脊髓的创伤。

3. 一般性治疗

全身治疗:注意休克的发生,设法消除发生休克的各种因素,注意改善心功能和缺氧,纠正脱水及酸中毒等。

局部治疗:闭合性创伤的治疗:注意病人是否有合并骨折和内脏器官的破裂,如果怀疑有内脏创伤存在时,应严密观察,并做好紧急措施的准备。按摩、推拿对急性闭合性软组织创伤的疗效较好,不仅能改善血液循环,有利于消肿,并具有止痛作用。对某些部位的血肿(如头皮下、阴囊内),短期内不能吸收者可考虑穿刺抽血,抽净后加压包扎。

开放性创伤的治疗:根据感染的情况,伤口可分为清洁伤口、污染伤口和感染伤口。

清洁伤口的处理:清洁伤口包括不放引流,不涉及消化道、呼吸道以及泌尿生殖道的手术无菌切口,外伤伤口经清创后一期缝合者。清洁伤口缝合后应一期愈合。

污染伤口的处理:外伤伤口易被细菌感染。对时间短暂,尚未侵入深部组织,未引起感染的污染伤口,若能及时加以处理,使之转变成清洁伤口,是可以获得一期愈合的。这种处理新鲜污染伤口的方​​法叫做清创术。

感染伤口的处理:感染伤口不施行清创术,伤口内异物的残留和未能及时清创是造成伤口感染的常见原因。感染伤口可发生急性炎症、坏死,甚至化脓等现象。对这种伤口应尽快控制感染,清除坏死组织,使之引流通畅,促使伤口尽快愈合。

藏医在创伤的抢救上,有着自己的特色:在抢救的过程中对于伤势严重而昏倒,面容失去色泽的,首先用冷水喷脸;二要在耳边叫唤;三要用酥油擦身;四要在创口处滴入奶;五要用冰糖、红糖、蜂蜜煎汤令服以活血。麻醉:将马兰草卷成适合创面大小的垫圈,用羊毛缠裹后置于创伤处,医者用手指按压使肌肉变色麻木,以便割治时疼痛小、流血少。

六、药浴处方与实施

《四部医典》所载的 28 个涉及药浴的创伤病证,及其治法重新分类如下:

1. 预防感染

分为总法和具体防治法两种,总防治法用油渣药浴和骨头汤化瘀,或者用各种毒热药洗浴热敷,或者以土糊调理陈旧创伤。

2. 消肿排脓去腐生新

(1)洗涤热脓用冰片君臣方剂(冰片、白麝香、天竺黄等);寒脓用淡酒、天然碱水。一般的伤口用竹黄、熊胆、白糖水洗涤。在夏天每三天洗一次,在冬天每七天洗一次。

(2)脏器疮伤发痒,用黄丹、木贼、黄秦艽、鸽子髓、熊胆制剂洗涤伤口。脉口开裂,倾泻施治,用各种胆水炮制后外洗内服。

(3)腐烂,用天然碱、硼砂、广木香、诃子制剂洗涤伤口,用猪鬃刷子清除脓液腐肌,然后用冰片、檀香洗涤,硫磺药油和各种兽角煅灰,制膏罨敷。

(4)脓液溃散传至骨上时,收敛施治为宜。药用干姜、陈酥油、人脂制剂外敷患处,药面团罨敷,从边沿用水浴聚拢法施治。肿硬疼痛时,罨敷以药浴疗法施治。

(5)外敷施治新伤与肿胀时,用挤过的甜酒糟、狐狸粪、狼粪、狗粪制剂外敷,平息隆吮吸黄水。以后出现肿胀时,糊贴、熏浴施治,方剂有红、白、黄、黑、花五种方剂。

(6)若伤及腓肠肌要害,反复不能治愈时,用各种动物肌肉如孟马鱼肉、野马、马、驴、山羊、绵羊、黄牛、犏牛、骡子、食肉野兽、鸡、犬、人等的小腿肉,及菜籽油、童便煎煮浴洗。

(7)手术断除脓液洗涤时,首先用天然碱水洗涤,其次再用竹黄、熊胆、白糖配制洗涤,最后用红花、熊胆水洗涤。

(8)腐烂化脓和中部化脓,洗涤和药物系敷包扎断除脓液。

(9)寒性石肿,用酒煎煮各种肉热浴熏熨,枭鸟肉、鹭肉、狼肉、人肉、生面、酒糟、调料、诸药为剂;或用鱼肉、野马肉、马肉、驴肉、山羊肉、绵羊肉、菜籽油、诸药为剂。

(10)寒性腐肿,用药面团罨敷,青蒿煮水洗涤。

(11)溃疡,用天然碱水洗涤伤口面处后,再用胆液洗涤伤口。

3. 脉证

(1)内脉溃散时,火灸脉络,三种药浴药熏熨。即诸种花、竹黄、红花、熊胆、牛黄、麝香、五谷

(2)陈旧脉证用侧柏、杜鹃花、蒿、藏麻黄、水柏枝制剂熏熨,脉泻,药浴施治可以断除后遗症。

(3)臂部水脉受损时,药面团熨疗或用红色方剂药浴。

(4)肾脉受伤,用干酒糟、油渣煮水洗浴施治;若不见效,用热药摊糊和温浴施治。

(5)脉道要害处溃散,热溃散时采用吮吸与浸浴、针刺放血、药物等疗法收敛。寒性溃散时用涂治、浸浴和饮食医治收敛。

4. 其它创伤证

(1)颈项僵直失去功能者,药用侧柏、杜鹃花、蒿、藏麻黄、水柏枝煎煮药浴施治。

(2)箭头停留在要害处,部位较深时,用蝙蝠肉和猪肉各一块,一升水共煮沸,蒸气熏伤口,能引出箭头。

(3)尾椎骨受伤,用火灸的同时,用侧柏、杜鹃花、藏麻黄、蒿、水柏枝制剂浴熨。或用麝粪与刺柏热熨,在胫尾穴和大肠脉针刺放血,然后脉泻,在温泉浴洗施治。

(4)脏器受伤,以致不可仰俯的,可以用浸浴、针刺放血和手术。

(5)小肠下坠,用水和酒制剂洗涤,然后再用过滤的三辛水洗涤,保温,趁热将腹壁脂肪纳入其腹中;用水击面部,在一惊之下引小肠入内。

(6)骨热证,用凉敷、水淋法和凉药调理。

(7)疔痈,用铁粉方消散或腺方(各种动物的大腺、麝香、童便)浴治。

(8)腹腔腺瘻,用侧柏、藏麻黄、水柏枝、杜鹃花、青蒿五种甘露罨敷。

(9)由于黄水之故,韧带僵硬或萎缩,不能屈伸,可先用热水浸浴,然后用各种花配制,药浴施治,或者用干酒糟、马粪、野驴粪、绵羊粪熏熨治疗;或者用酒煎煮牛尾蒿、紫檀香、水柏枝,药浴施治。晚间进行,白天按摩,进食营养食物。用羊毛脂方剂卷搓,饮酒至醉助舒展,略见效果时,配合其它方法施治。

第十二章 美 容

藏民族生活在海拔 4000 米以上的世界屋脊之上,由于地理位置的差异,所处的生活环境也差异很大,高原刺骨的寒气及风沙合力容易造成未老先衰。但是藏族人民在特殊的自然环境中就地取材,制造和使用独特的美容护肤品来留住他们的美丽和青春。这些采用天然植物为原料的美容护肤品,涂于面部不仅能起御寒防晒作用,而且还可防止面部疾病。

藏族民间广泛流传的美容护肤品很多种,例如:葡萄液、白糖、蜂蜜、生骨髓油、鲜花汁、草药汁、酸奶膏、岩鼠粪膏、鲜奶油等十几种,其中酸奶膏是普遍受欢迎的,藏语称为“多加”或“塔占”。塔占是用酸奶水熬成的固体浆油状乌膏,色黑味酸,取少许放于小碗内,加几滴水搅拌,然后均匀地涂在脸上,除眼圈和嘴唇外,满面乌黑数日不卸,时而再涂几次,渐渐加厚,形成乌膏“面具”,长期上妆不卸,偶尔一洗脸,便见又白又嫩,白里透红。

另有一种草药汁,是用垦茶(产于西藏东、中部地区,高约 1 米,根细叶茂,有浓郁的草香味的野草)熬成的,每年夏季妇女们便纷纷背筐上山,采集垦茶回家,剁成碎段放入锅中煮熬,将汤水继续熬成将糊状后,便可使用。垦茶涂于面部不仅防晒护肤,而且对于多血引起的红眼病、鼻炎、皮炎和雀斑等具有较高的疗效。

岩鼠粪膏是用终年生活在高山岩石中的长灵鼠粪便熬制而成的一种药用美容膏。长灵鼠藏语叫“杂布热”,是一种独居的小动物,长年生活于岩窝之中,寻食花草之类的高山植物,将粪便集中排于一固定的岩缝里,天长日久,累积成堆。此物入药,对人体面部疾病有很好的疗效。所以,藏族同胞常常攀登山崖,寻找、采集岩鼠粪便,熬膏涂面,既防晒治病,又美容护肤,深受高原人民的青睐。

藏族同胞还广泛采集本地区的药材,在藏医理论的指导下,用药浴的方法来美容护肤,取得了很大的成果,本章将重点介绍藏药浴的美容方法。

第一节 雀 斑

一、概述

雀斑,又叫雀子斑,是一种常见的碍容性皮肤病,为发生于面部皮肤的黄褐色小斑点,多呈圆形或卵圆形,针头或米粒大小的棕褐色或淡黑色斑点,因形似麻雀羽毛或雀卵

上褐色的斑点而得名,是一种与遗传有关,在日晒部位出现褐色斑点的疾病。始发于学龄前儿童,少数自青春期发病,因属于常染色体显性遗传病,故女性患者明显多于男性患者。多伴有家族病史,皮损多为褐色,数目多少不定,互不融洽,无自觉症状。

二、临床表现

雀斑损害多在6岁后开始出现,随年龄增大而逐渐增多,到青春期达到高峰,好发于面、颈、手背等曝光部位,而以面部皮损为最多,皮损数目、色泽随季节变化,夏季皮损增多、增大,色素加深,冬季则相反,皮损变少,数目减少,色素变淡,大都是对称。不影响健康,但对面部容貌影响较大,令人不快。

三、病因病机

雀斑产生的真正原因目前尚不完全清楚,一般认为具有家族性,其发生与阳光的刺激作用和颜面部皮肤对紫外线的敏感程度有关。

四、综合治疗

(1)内治法

可口服维生素C 0.2克或维生素E 50毫克,每日3次,胱氨酸50毫克,每日3次,坚持服用可使皮损色素变淡,并能减慢皮肤的衰老。

(2)外治法

①脱色剂:可选用2~5%氢醌霜、1%升汞酒精,3~10%双氧水或其它脱色剂,均有暂时脱色的作用。

②化学剥脱剂或腐蚀剂,应小心使用,以免引起毁容,剥脱剂配方较多,可以选用结晶粉0.5克、樟脑1克、达克罗宁10克、无水酒精50毫升和甘油50毫升,使用时用竹签蘸药液小心点在斑点处,待皮损发白时涂以60%丙二醇溶液,以中和多余药液,每次用药宜少,否则有损伤正常皮肤的可能,也可以选用33.3~60%三氯醋酸溶液腐蚀,方法同上,一般用药7天左右损害结痂脱落。

(3)物理疗法

对于用药物治疗效果不明显的,可以选择使用激光疗法,但难免复发,还有可能后遗永久性疤痕而毁容,所以应当慎重考虑选用。

(4)倒模面膜法

倒模面膜方法是国际上普遍采用的美容保健、防治某些皮肤病的新技术,它应用中医按摩手法,配以相应药物,再结合医用石膏做面膜,利用其发热、冷却和收敛等物理作用,进行倒模处理,把药物、按摩、理疗融为一体,从而达到治疗和美容效果,此可以脱色增白,防皱抗衰,营养润肤,增强面部皮肤活力、耐性和弹性,使皮肤变得滋润,光滑柔嫩,细腻而富有弹性,也适用于某些皮肤病如痤疮、脂溢性皮炎、黄褐斑、雀斑及其它面部炎

症后色素沉着等,但是患有较重的心肺疾病、上呼吸道感染、面部有急性渗出性或化脓性皮肤病者禁用。

五、药浴处方与实施

处方一:白芷、白僵蚕、白蒺藜、白丁香、白薇、草乌、杏仁(去皮尖)、甘松、山楂、豆粉、儿茶、樟脑。

处方二:五味甘露汤,加甘松、蛇床子、杏仁(生)、白芷、蓖麻仁、白蒺藜(去刺)、白牵牛(酒浸)、白果仁。

处方三:甘松、山茶、细辛、白芨、防风、荆芥、山枪、僵蚕、天麻、羌活、枯矾、檀香、川椒、菊花。

处方四:五味甘露汤,加藏红花、雪莲花、龙胆花、牡丹花等多种花叶,进行全身浸泡。

六、典型医案

李××,女,30岁,北京市人。患者25岁时右侧颧骨皮部出现褐色斑点,逐渐加重扩散至左侧及额头,被北京几家医院皮肤专科诊断为雀斑,经中医调理和外用美容霜,效果不甚显著,并对治疗逐渐失去信心。她抱着试试看的心态来北京藏医院求治,经过藏医诊断,认为该患者病证是由赤巴和培根失调引起体液代谢紊乱所致,因此从调脾胃,改善体液代谢入手,采取口服藏药,加药浴及藏医美容药膏,五个疗程后,患处皮肤呈白色,雀斑明显减少,七个疗程后完全消失。

七、保养与护理

(1)平时应避免日晒和光照,尤其是春夏季节更应注意。外出宜遮伞或使用遮阳帽,或外用防晒剂。

(2)多进食富含维生素C及维生素E的蔬菜水果等食物,如山楂、桔子、鲜枣、卷心菜、白芝麻等,都可延缓皮肤衰老。

(3)使用雀斑霜时,务必按说明书介绍使用,一旦出现异常反应,应立即停用,否则会造成化妆品皮炎等严重后果。

第二节 痤疮

一、概述

“痤疮”又称“粉刺”、“青春蕾”或“青春豆”，是青春期常见的一种毛囊皮脂腺慢性炎症，主要发生于面部、胸背部，表现为黑头粉刺、炎性丘疹、继发脓疱、结节、囊肿及瘢痕等损害，影响美容，严重者可导致毁容，给年轻人造成极大的心理压力和精神痛苦。一般认为本病与内分泌、细菌感染、螨虫感染有关。

二、临床表现

多见于15~30岁青年，男多于女，女性的初发年龄比男性早1~2岁，病程慢性，一般在30岁后倾向于自愈。多无自觉症状，或有轻度瘙痒，伴感染者可有疼痛及触痛，损害好发于面部、胸背部等皮脂腺发达部位，损害呈多样性，皮损疏松分布，有时非常密集，伴皮脂溢出。初起的皮疹与毛囊口一致，为粟米大小的圆形丘疹，正常皮肤颜色，用手挤压可见乳白色或米黄色半固体蛆状物排出，如果继发细菌感染，可发生脓疮，有的炎症较重，发生感染时自觉疼痛。早上皮疹较轻，下午加重。大部分青春期后自然痊愈。

根据临床表现，痤疮可分为以下几类：

(1)黑头粉刺型：毛囊口扩大及黑痂丘疹散发，以面颊部、颊部为多，其次可见于前胸、后背。

(2)丘疹脓疮型：此类较常见，青年男女多见于面、前胸、后背皮损为红色丘疹，其中央可有脓疮性或疖肿性改变，此起彼伏，反复发作。

(3)人工皮炎型：此类病人往往是丘疹脓疮性粉刺，经用力抓破挤压或用毛巾洗擦，致使皮肤浅表剥蚀，愈后留有瘢痕，尤以面部明显。

(4)囊肿质痤疮：除有一般丘疹、脓疮粉刺外有大小不等的囊肿性损害，可大至数厘米；开始坚硬，渐渐软化呈囊肿，无红肿疼痛，愈后留有疤痕，常因大量疤痕而有损面容。

三、病因病机

痤疮是多因素综合作用的结果，内分泌因素、皮脂的作用、毛囊内微生物等是痤疮发病的主要因素。另外，遗传因素、多脂及多糖饮食、缺锌、经前期及胃肠道功能紊乱，便秘等与痤疮发生也有一定的关系。应用油质化妆品、皮质类固醇激素及含溴碘的制剂等可使病情加重或引起痤疮。此外，遗传也是本病发生的一个重要原因。目前痤疮的发病机制多认为是由于青春期体内雄激素水平增高、刺激皮脂腺增生、皮脂分泌增多，同时使毛囊皮脂腺导管角化栓塞，导致大量皮脂淤积在毛囊内形成脂栓，脂栓（粉刺）受毛囊内微

生物(主要是痤疮棒状杆菌)分解产生游离脂肪酸,后者可刺激毛囊引起炎症反应,出现炎性丘疹。如未及时治疗,恰当处理,损害可继续发展成囊肿、结节及瘢痕等。中医认为本病病因有以下四点:

(1)血热偏盛

青年人生机旺盛,血气方刚,然有些人素体阳热偏盛,在生机活泼之机,营血日渐偏热,血热外壅,体表络脉充盈,气血郁滞,因而发病。

(2)血郁痰结

病情旷日持久不愈,则气血郁滞,经脉失畅,或者因为肺胃积热,久蕴不得解,而化湿生痰,痰血郁结,使粟疹日变扩大。

(3)气血凝滞

由于防护失宜,感受风热之邪及不洁尘埃附着,或用冷水洗浴,均可加重病情,气血遇寒凉而郁塞,不洁之物附着于体表则见黑头。

(4)肺胃积热

辛辣之品属阳性热,偏嗜日久,更宜助阳化热,鱼腥油腻,肥甘厚味之品,过食则导致中焦运化不周,积久则可见化生火热,胃属阳明多气多血,其经脉起于颜面而下行过胸;肺属太阳多气少血,其经脉起于中焦而上行过胸。肺胃积热循经上熏,血随热行,上壅于胸面,因此粟色疹红且多发于颜面、胸背等处。

四、综合治疗

1. 内治法

(1)抗生素类:能抑制细菌,减少游离脂肪酸产生,从而减轻炎症反应。常用的抗生素有:

①四环素 0.25 克,每日 4 次口服,显效后改为 0.25 克,每月 1 次,维持 2~4 个月,此药对囊肿有效,中度以上痤疮无效,对于囊肿损害应改为每次 0.5 克,每日 4 次。

②氨苯酚 50 毫克,每日 2 次。长期用药者应注意肝肾等毒性作用。

③林可霉素 0.25 克,每日 2 次,症状减轻后改为每月 1 次,使用时应注意伪膜性肠炎的可能。

④灭滴灵 0.2 克,每日 2 次,连服 4 周为一个疗程。

(2)锌疗法

此法尚有争论,其机理是促进维生素 A 的释放,减轻毛囊角化,一般剂量为硫酸锌 0.2 克,每日 3 次,连服 4 周,或用 1% 硫酸锌溶液 10 毫升,每日 3 次。

(3)维生素类

①维生素 A:每日 15 万单位加维生素 E,每日 50 毫克,口服,连用 4~8 周,对顽固性痤疮能收到一定疗效,但不宜久用,以免引起中毒反应。

②B 族维生素:维生素 B₂ 10 毫克和维生素 B₆ 20 毫克,每日 3 次,口服,有辅助疗效。

(4)内分泌调节

①绒毛膜促性腺激素 500~1000 单位,每周 2 次,肌肉注射。

②青壮年妇女可口服避孕药(应按避孕药的规定服用)。

③口服乙苯酚 1 毫克,每日 1 次,10 次为 1 个疗程,女性患者应于月经后 5 天开始服用。

上述三种方法不宜长期使用,因为可以导致妇女月经紊乱和男性患者女性化的副作用。

④强的松:每天早晨 8 点 1 次口服 20 毫克,对一些严重的痤疮及聚合性痤疮常能收效,有效后应逐渐减小剂量,不宜长期使用,否则将会产生副作用。

⑤其它抗雄性激素药物:甲氟咪呱 0.2 克或安体舒通 20 毫克,每日 3 次,连服 4 周。

(5)维甲酸类

B-顺维甲酸是当前效果较好的一种,剂量为每天每公斤体重 1 毫克,连服 4~8 周,国产维胺酯可代替维甲酸使用,用法是每次口服 25 毫克,每日 3 次,连用 1 个月。

(6)对反复感染者可作自体菌苗或葡萄球菌疫苗注射 还可服用酮康唑。

2. 外治法

(1)维甲酸制剂:0.05%维甲酸霜或酒精,每天外搽 1~2 次,一般连用 1~2 个月显效。个别病人用药后局部有明显脱屑现象或红斑反应,可停药 1~2 天,反应减轻后再用。

(2)抑菌制剂

①抗生素类:用 1%红霉素酒精、1%氯霉素雷锁锌酒精或 2%水杨酸氯霉素酊外用,对炎性痤疮效果较好。

②过氧化苯酰,常用 5~10% 浓度,为一种强氧化剂,通过抑菌降低皮肤表面脂酸的浓度,使炎症明显改善,促进丘疹、结节、脓疱的消退。其缺点是:对皮肤有一定刺激,可引起发红、刺痛等反应,故夜间使用,涂药 2 小时后洗去,可减少局部刺激。如坚持使用 3 个月以上,效果较好,与抗生素结合使用,则效果增强。

(3)5%硫黄霜或 2%雷锁锌酊外用,有较好的疗效。

(4)痤疮洗剂、新霉素火滴灵霜和新霉素地塞米松霜等,对炎性丘疹损害均有一定疗效。

(5)蛇胆三合一粉刺霜:每日外涂 1~2 次,该剂参与皮脂代谢,含有溶解皮脂、抑菌、止痒功效的多种成份,除能脱脂消炎外,还可以润泽皮肤。

3. 倒模面膜

本疗法对于损害广泛的面部痤疮是一种可取的治疗方法,尤其适用于其它治疗方法无效的重度或中度患者,本法可消除面部油污,减少皮脂分泌,增加血液循环,促进痤疮炎症消退,从而达到治疗和美容目的,其疗效与正确的按摩手法、使用的按摩药物配方及面膜的操作方法与质量有一定的关系。倒模前应使用痤疮挤压器,逐一挤出损害中脂栓,这样可使效果更佳。

五、药浴处方与实施

处方一：大黄、硫磺，用于患处局部冲洗。

处方二：朱砂、麝香、牛黄、雄黄等，上诸药研细搅拉，以面脂而为膏，匀敷于面部，避风径宿，粉刺自落。

处方三：五味甘露汤，加乳香、藏红花、决明子、儿茶、紫檀香等。

六、典型医案

王××，男，26岁，北京市人。患痤疮已有三年之久，面部前额、胸背部均有许多圆形丘疹，手挤压可见米黄色半固体蛆状物，上午较轻，下午加重。久治不愈，后来北京藏医院就诊，药浴中心大夫根据其病证，内服消炎止痛解毒类藏药，施以药浴治疗，局部浴和整体浴相结合，加水1000毫升，煮沸20分钟，取汁倒入盆内，每次20分钟，每日1剂，洗3次，10日为一个疗程，患者连用2个疗程，治愈。

七、保养与护理

(1)注意保持皮肤清洁，经常用温水及中性香皂洗脸，平时脸上油脂分泌过多应及时用纸巾擦除，也可用颠倒散(大黄粉、硫磺粉各等分)洗脸。

(2)应忌食辛辣刺激性食物，特别是脂肪和甜食，少吃油炸煎炒的食品，保持大肠通畅，宜多吃水果，多吃含维生素A的蔬菜和食物，如牡蛎、瘦肉、动物肝肾、蛋黄、花生、胡萝卜、核桃、荠菜、韭菜、菠菜等。

(3)尽量少用化妆品，需要化妆时宜淡妆，不要用油脂性软膏。

(4)不论粉刺轻重，切忌用手挤压搔抓，以免造成皮肤破损，细菌感染化脓，使愈后留下难以消退的疤痕和黑褐色的沉着。

(5)注意适当的休息，生活要有规律，坚持早睡早起，保证足够的睡眠。加强体育锻炼，精神愉快，心情舒畅，对治疗要充满信心。

(6)胶元素早晚霜，每日早晚于患处皮肤搽用一次，本品可补充皮肤骨胶元素，具有滋润皮肤，收敛毛孔，消除炎症的功效，是适用于痤疮的日常护肤品。

(7)症状较严重的要及时请皮肤科医生诊治。

第三节 黄褐斑

一、概述

黄褐斑又称肝斑，中医叫黎黑斑，为颜面部出现局部性淡褐色或褐色皮肤色素改变。

平摊于皮肤,抚之不得手的一种疾病。

二、临床表现

黄褐斑易发于中青年,尤其是以女性为多见,发于面部的淡褐色、褐色或咖啡色斑片,形似蝴蝶一样,分布在面颊两侧、额部、鼻上唇及颏等处,表面光滑,没有任何感觉,在夏天被太阳光照射后,往往黑色素会加深或发红,甚至还有轻微的痒感,黄褐斑对美容影响极大。妊娠期间发病的,可在分娩后几个月消退。

三、病因病机

1. 西医

一般认为本病与内分泌有关,常见于妇女怀孕期,所以又称“妊娠斑”,妊娠妇女常在怀孕3~5个月时发病,主要是由于怀孕时,体内黄体酮和雌激素增加,促进了皮肤的色素沉着,或者是由于垂体分泌较多的黑色素刺激素,刺激黑色素细胞,于是改变了皮肤的颜色。

患有慢性妇科疾病,如痛经、月经不调、慢性子宫疾病,以及其它泌尿系和生殖系疾病等,有的面部同时出现黄褐斑,称为子宫性黄褐斑,原发病愈后,黄褐斑也随之消失。

部分患者的黄褐斑还与慢性肝炎、肝硬化有关,医学上称为“肝斑”。

有些长期口服避孕药的女性,可能因为避孕药中的雌激素能促进黑色素生成,孕酮促进色素沉着,在用药1~20个月内可以出现黄褐斑。

如果缺乏维生素A、C、E、烟酸及某些氨基酸,长期野外工作,精神忧虑,日晒过多,疲劳过度,熬夜,悲愤等也可以引起轻度黄褐斑。

2. 中医

黄褐斑的病因共有以下三点:

(1)情志不遂:凡情志失调,肝气郁结,暴怒伤肝,思虑伤脾,惊恐伤肾等,皆可使气机紊乱,气血悖逆,不能上荣于面,则生黄褐斑。

(2)劳伤脾土:凡饮食不节,劳倦过度,偏嗜五味,使中土传输失职,或土虚不能制水,水气上泛,气血不能濡煦,则变生黄褐斑。

(3)肾精受损:凡房室过度,久伤阴精,则水亏不能制虚火上炎,颜面不得荣润,而生黄褐斑。总之本病与肝、脾、肾三脏相关,气血不能上荣于面为主要病机。

四、综合治疗

(1)内治法

①可以口服维生素C 0.2克,每日3次;维生素E 50毫克,每日3次。

②中医认为本病是肾虚或气血不调或有瘀血,故宜以滋阴补肾、调和气血、活血化瘀为治则。常用桃红四物汤加减,或用六味地黄丸和逍遥散等中成药。

(2) 外治法

①特效增白霜外搽,该剂作用在调节表皮层中的黑色素,淡化并去除因色素分泌所产生的局部色素堆积,早晚各外搽一次,有一定增白效果。

②使用 25% 白降汞软膏,3% 双氧水或 3% 氢醌霜等脱色剂均有退斑作用,单用氢醌可致脱色不均匀或脱色过度而达不到美容效果。用 1% 维甲酸、5% 氢醌、0.1% 地塞米松置于亲水软膏中,每次 2 次外搽,效果良好。曲酸霜、氢醌脂等药物性能稳定,不易氧化变色,疗效更确切可靠。

③抗黄褐斑素 DEV,一般使用 3 周后见效。

④倒模面膜疗法,见本章第二节。

五、药浴处方与实施

处方一:五味甘露汤,加藏红花、雪莲花、龙胆花、牡丹花等多种花叶,用于全身浸泡。

处方二:五味甘露汤,加藏红花、雪莲花、珍珠母、珍珠粉、牛奶、沉香、硫磺等,全身浸泡。

处方三:杏仁、核桃仁、大风子仁、红粉、樟脑。先将上三仁同捣至极细,再加上红粉、樟脑,一同研细如泥,如太干加少许麻油,调匀即成,每日揉擦一次。先涂一小片做过敏反应试验。

处方四:牛黄、乳香、沉香、丁香、水银、雄黄、鹰屎白等,将三味香药捣罗为末,次将玉屑牛黄、雄黄入乳钵中,研令细,方与水银及诸药同研令极细,入白蜜调和至稀稠合适,入瓷瓶,临睡前涂面。

六、典型医案

杨××,女,40岁,因工作问题,常与家庭闹矛盾,非常郁闷,两颊、额部出现好多褐色斑点,月经不调,遂至北京藏医院诊治。视其使用多种祛斑剂均不能有效祛除黄褐斑,决定采用药浴的方法来治疗。处方为整体浴和局部浴相结合,整体浴每天 1~2 次,局部浴每天 2~3 次,连续一个月使用,黄褐斑祛除,效果很好。

七、保养与护理

(1)保持心情舒畅,避免过分忧虑,勿过于疲劳;要有足够的睡眠,坚持早睡早起,加强体育锻炼。

(2)避免光照,外出应遮伞或戴遮阳帽,也可以外涂避光剂,如 5% 对氨基苯甲酸软膏,15% 对氨基苯甲酸软膏、15% 氧化锌软膏、2% 二氧化钛霜等,也可以使用市售的具有防晒、增白作用的化妆品。但切勿使用无商标、无生产厂家及易过敏、有毒副作用的产品,也不可盲目应用一些虚假广告所宣传的脱色剂,应该在美容师的指导下,有选择地应用一些增白润肤的面霜和洗面奶。

(3)应多食含有维生素 C 和 E 的食物,因为维生素 C 可抑制皮肤内多巴醌的氧化作用,使皮肤内深色氧化型色素还原成浅色的还原型色素,从而抑制黑色素的形成,防止黑色素在皮肤的沉着,所以应多食富含维生素 C 的白菜、柠檬、苹果、西红柿、冬瓜、白萝卜、芒果等。也应多食富含维生素 E 的蒿芭、瘦肉、黄芽菜、蛋黄等。尽量少食酱油、酱菜、虾、蟹、烟、酒、咖啡等。

(4)避免使用化妆品及刺激性强的肥皂,避免食用刺激性和温热性的葱、姜、胡椒、辣椒、油等食物。

(5)可配制 10% 的液体软皂,每日早晚各一次洗脸,能延缓皮肤衰老,祛除黄褐斑。

第四节 脱发

一、概述

头发的生长和脱落受到性别、年龄、季节、情绪、营养、疾病和物理因素的影响。正常情况下,一年脱落的头发约为 70 克,所以一昼夜脱落 30~40 根头发都属正常现象。

当前社会发展快,变革性强,人们工作紧张,长期生活在一个快节奏的环境下,因此头发也常会出现脱落。本节重点介绍藏药浴在治疗脱发上的应用和优势。

二、临床表现

头发稀疏,有时会成片稀少

三、病因病机

1. 西医

(1)情绪性脱发:是由于情绪消沉、精神紧张、烦恼忧虑等,使大脑受到过度刺激,促使高级神经中枢功能失调,导致植物神经功能紊乱,于是控制皮肤血管的神经调节发生障碍,从而引起脱发,所以振作精神,保持乐观情绪,对情绪脱发很有益处。

(2)内分泌失调性脱发:内分泌是人体内部环境中,功能活动的物质基础,毛发的生长也需要内分泌腺体分泌来进行调节,当内分泌腺体机能亢进或减退时,便会导致毛发干燥、断裂,毛发粗而少光泽,头发稀疏早秃。如果甲状腺机能亢进或过低,男性雄性激素分泌不多,女性雌性激素分泌过少等,都可以导致内分泌失调,进而引起脱发。

(3)药物性脱发:长期服用或短期大量服用一些药物而导致脱发。如服用某些抗癌化疗药肝素等抗凝药,过多地服用维生素 A 和抗甲状腺药,某些治疗心血管病的药如金属盐、类金属盐制剂,普萘洛尔及抗癫痫药等,均可不同程度地引起脱发。如果服药时间较短则可望脱发重生,如服药时间过长,可导致永久性脱发。应尽可能停止使用这些药

物或改用其它有效药物治疗,如不能中止用药,可适当调整药量或用药方案。

(4)病理性脱发:全身或局部的各种病理变化,可以导致毛发的营养障碍或破坏了毛发的正常生理结构,于是出现头发色泽暗淡、稀疏脱落,如患头癣、毛囊炎、感染发烧、肝硬化、硬皮病、梅毒、带状疱疹、经常便秘者均可引起脱发。

(5)肥胖性脱发:多见于四十岁以上的中年妇女,身体肥胖,体态臃肿者,由于体内大量饱和脂肪酸代谢产生的过量胆固醇从皮脂腺分泌出来,积存在头皮上,阻塞汗腺和皮脂腺分泌,降低头皮代谢功能而导致脱发,实验室检查血胆固醇及甘油三脂指标常增高。应配合减肥治疗来治疗脱发。

(6)长期紧张脑力劳动性脱发:长期紧张的脑力劳动,会使大脑血流量明显增多,而头皮、毛囊的血液供应减少,毛囊供血不足而萎缩、退化而导致脱发。

(7)物理性脱发:常用脱脂性强的洗发剂或洗衣粉洗头,过频地烫发、染发、护发剂使用不当等,会造成头发干燥,头皮坏死而致脱发。头发枯焦,失去光泽,分叉者易致脱发。若常用尼龙梳子和头刷梳头容易产生静电,并会给头发、头皮带来刺激,从而引起脱发。

(8)季节性脱发:毛发的生长和脱落与季节有关,一般来说,夏天比冬天的头发长得快。头发脱落呈现周期性、季节性。多见于秋末冬初,也有见于夏热季节,往往在脱发的同时,伴有头皮瘙痒,头屑增多,在易脱发季节过后,脱发可自行停止。据说,此现象可能与人体本身的“生物钟”关系密切。

(9)产后脱发:由于妇女孕期雌激素分泌过多,产后雌激素突然下降,加之孕妇产后营养失调,在妇女产后2~5个月内,表现为头部前1/3部位头发稀疏脱落,一般不需要治疗,大都可在6个月内恢复正常。

(10)营养性脱发:由于头发缺乏营养而引起,要注意补充营养。

2. 中医

脱发又名“油风”、“鬼舔头”,临床上多见以下几种:

(1)心脾两虚:头皮圆形或不规则片状脱发,或头发全部脱落,病程较长,多见于久病之后或素体虚弱,或妇女产后体弱者,可伴有心悸失眠,眩晕健忘,面色无华,神倦乏力,食欲欠佳,腹胀便溏,妇女月经量少、色淡、淋漓不尽,舌质淡,苔白或白滑,脉细弱。这是由于心脾两虚,气血亏损,毛发失养所致。

(2)肝肾不足:患者除脱发外,还伴有头昏、失眠、耳鸣、目眩、五心烦热、腰膝酸软,舌质淡,苔薄或剥,脉沉细。这是由于肝肾亏损,精血内耗,头发失养所致。

(3)风盛血燥:病程可长可短,常伴有头屑,有不同程度的痒感,舌质或红或淡,苔薄,脉细或数,这是由于风邪外袭,郁而化燥,伤及阴血或阴血本虚,复感风邪,致风盛血燥,发根动摇而脱落。

(4)肝郁血瘀:脱发病程长短不一,其病因也可与心情因素有关。常伴有神情抑郁,胸胁胀闷,心烦易怒,夜难安眠,妇女可伴有经闭或痛经、经色暗紫、夹有血块,舌质有瘀斑,苔白,脉沉细或涩,这是由于情志不遂,肝郁气滞,气血经络失和,瘀血阻络,新血不生,发失所养所致。

(5)湿热蕴阻:平素头发油腻,头屑多,脱发一般在头顶部,呈弥散型。可伴胸胁闷胀,四肢沉重,口苦发粘,食欲欠佳,舌质红,苔黄腻,脉弦滑。这是由于湿邪中阻,经脉滞涩,气血失和,毛发失养所致。

四、综合疗法

1. 内治法

一般口服维生素 B₂、B₆ 和胱氨酸等,有辅助治疗作用。中药可服用六味地黄丸或养生生发胶囊。若属心脾两虚者,可服用中药,处方:党参或太子参 15g、生黄芪 30g、生白术 10g、茯苓 15g、黄精 15g、龙眼肉 30g、桑椹子 30g、酸枣仁 30g、全当归 15g、川芎 15g、首乌藤 30g;若属肝肾不足者,可服用处方:生地 30g、熟地 30g、生山药 15g、枸杞子 15g、菟丝子 15g、丹皮 10g、川芎 15g、远志(炙)10g;若属肝郁血瘀者,可服用处方如下:柴胡(醋制)10g、赤白芍各 15g、青陈皮各 10g、川芎 15g、川地龙 15g、丹参 30g、鬼箭羽 15g、桃仁 12g、红花 10g、当归 15g、白芷 10g、夜交藤 20g、合欢皮 10g;若属湿热蕴阻者,可服用处方如下:生山栀 10g、茅根 30g、黄芩 10g、黄柏 15g、苦参 15g、枳叶 10g、茵陈 15g、白花蛇舌草 20g、生山楂 15g、车前草 10g、白鲜皮 30g、白蒺藜 15g、川芎 10g、川地龙 15g;若属风盛血燥者,可服用处方如下:当归 15g、白芍 15g、熟地 15g、首乌藤 15g、黑芝麻 30g、川芎 12g、红花 10g、丹皮 12g、女贞子 15g、旱莲草 15g、蛇床子 15g、防风 10g、白鲜皮 30g。

常用口服藏药有:十味日轮丸、十味诃子丸、十八味诃子丸、五味石榴丸等。

2. 外治法

外搽可用水酊:水杨酸 2 克、氯霉素 2 克、75%酒精加至 100 毫升,每日 2~3 次,还可以选用磺胺醋酰钠 15 克、石炭酸 1 克、蒸馏水 40 毫升、60%酒精加至 100 毫升,外搽。

五、药浴处方与实施

处方一:五味甘露汤,加天冬、雄黄、雌黄、沉香、檀香、儿茶、草红花、雪莲花、樟脑等,全身浸泡。

处方二:五味甘露汤,加余甘子、藏红花、50%酒精,冲洗头部。

六、典型医案

赵××,男,46岁,患者于三年前发现右耳上方有一圆形脱发区,面积如2分硬币大小,略痒,无头屑。此后,脱发区逐渐增多,三年来头毛、眉毛、阴毛、腋毛全部脱光,其间曾服用多种中药汤剂,效果不显。就诊时患者毛发、眉毛及阴、腋毛全部脱落,头皮光亮,常口干口苦,偶有便秘。其舌质略呈暗红,苔黄厚腻,脉弦滑。根据藏医理论,本病多数由脾、胃、肝不和,肾虚而引起,因此本病以口服调脾胃和补肾藏药为主,同时做局部和全身药浴,两个月后,头发逐渐长出,接近正常。

七、保养与护理

(1)饮食方面,保持清淡,避免动物脂肪、食糖、巧克力、酒、辛辣煎炒等刺激性食物。多吃水果、蔬菜,如花生、胡桃、玉米、芝麻、葵花子及鱼类,保持大便通畅。

(2)保持头发清洁,一般宜三至五日洗头一次,勿用碱性强的肥皂洗头,宜用刺激性小的药皂洗头或中药透骨草、皂角刺、红花、百部各 30 克煎水洗头,以去净油腻和头皮屑。

(3)保证充足睡眠,劳逸结合,避免紧张的脑力劳动,生活要有规律。

(4)常梳头,避免选用尼龙梳子或头刷,应选用木质和动物角质梳子,梳头要缓、稳,有方向性和节律性。

第十三章 肥胖症及慢性疲劳综合症

第一节 肥胖症

一、概述

肥胖是人体脂肪积聚过多,当进食超过消耗量时,多余的物质便转化为脂肪储存于各组织及皮下,一般称超过生理体重 10% 为超重量,超过 20% 即为肥胖症。

另外,肥胖者体重的增加还要与以下原因相区别,例如,某些运动员或体力劳动者因肌肉发达而使体重量增加,或者某些病因如浮肿、腹水等,机体组织水分异常增加,也会引起体重增加。总之,肥胖是体内脂肪含量超过正常生理范围而引起体重的明显增加。

随着我国经济不断发展,膳食结构比例的不均衡,肉类、禽类、油、酒的大幅度增加,而运动量却不断减少,使肥胖人口不断增加。调查研究发现:我国成年人超重比例约为 20% ~ 30%。从分布情况看,我国北方城乡人均超重率为 20%,南方为 18%,城市居民平均超重率为 25%,农村 12% ~ 18%。从增长速度看,1992 年和 1984 年比,我国超重率增加了一倍。

肥胖症的发生也有低龄化趋势,婴幼儿中至少 1/3 为肥胖儿,而婴幼儿时肥胖到成年人时就更容易肥胖,儿童肥胖发生率也正在提高,青春期肥胖症发生率一般在 20% ~ 30% 左右。

肥胖不但影响人的美观而且可以带来很多健康问题,由肥胖引发的某些慢性并发症严重威胁着人的健康甚至生命,例如高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病、癌症、胆结石、脑中风、脂源性心脏病、脂肪肝、关节病痛风、骨刺增生、痔疮、女性不孕、男子阳痿等。

二、临床表现

肥胖症患者一般会有自卑感、焦虑、抑郁等身心相关问题。在行为上表现为气急、关节痛、浮肿、肌肉酸痛等,中医典籍中描述肥胖为“肥人……广肩腋,项肉薄,厚皮而黑色,唇临临然,其血黑以浊,其气涩以迟”。此外重度肥胖者还可发生下述病症群:

(1)低换气病症群:无力、易倦、嗜睡、气促、紫绀血红细胞数增多、肺功能降低、心力衰竭等。

- (2)心血管病症群:血压升高、冠心病、心力衰竭、左心室肥大等。
- (3)消化系病症群:易饥饿、便秘、腹胀、脂肪肝、胆石症等。
- (4)内分泌代谢病症群:妇女闭经、男性阳萎、怕热多汗、基础代谢率偏低。

三、病因病机

肥胖的病因相当复杂,现从西医、中医和藏医的角度来阐述这个问题。

1. 西医

(1)遗传因素

遗传因素在肥胖发生中的作用受到越来越多的重视。肥胖是因控制脂肪细胞产生和生长的基因密码产生质变所致,肥胖者的子女获得父母这部分的基因密码。因此,父母均为肥胖者,其子女获得这类基因的机会就更多,父母体重正常者,其子女肥胖率约有10%,而父母中有1人或2人均均为肥胖者,其子女肥胖的机率分别增至50%~80%。

(2)饮食因素

肥胖与长期不合理的饮食习惯密切相关,饮食过量,能量过剩,会导致体内脂肪过多地积聚在皮下、肝脏、腹壁、腹腔的大网膜及肠系膜上形成肥胖。

高脂肪、高热量饮食,过少食用蔬菜、大麦及粗粮有助于肥胖的发生,嗜零食、甜食和晚餐进食过多是肥胖发生的独立危险因素。

(3)运动不足

运动不足不仅使单纯的能量功能减少,而且肌肉组织由于胰岛素抵抗性增大而直接导致糖耐量低减。这些都有利于肥胖的发生。

(4)神经精神因素

中枢神经系统可调节食欲、营养物的消化和吸收,大脑皮质的高级神经活动通过神经递质影响位于下丘脑的食欲中枢,调节饥饿感和饱食感,当下丘脑病变或体内某些代谢改变时可影响食欲中枢,从而发生多食而致肥胖。同时下丘脑食欲中枢的功能活动又受到精神状态的制约,没有思想负担,消化吸收好,则会心宽体胖,借酒消愁者以吃喝来缓解不良情绪也会导致肥胖。

(5)内分泌失调

内分泌功能的改变尤其是内分泌激素紊乱往往可引起肥胖,其中胰岛素和瘦素的变化尤为密切,胰岛素能促进脂肪合成,肥胖者血浆胰岛素基础值及葡萄糖刺激后分泌量增高,可刺激脂肪合成引起肥胖。瘦素是由脂肪细胞分泌的一种激素,主要功能是向中枢传递体内脂肪存储的负性反馈信号,并有减少摄食、增加能量消耗和抗肥胖作用。瘦素平均水平为5.8ng/ml,增加体力活动可使瘦素下降,因此,瘦且爱动的人,瘦素水平较低,而人体在变胖过程中,体内会产生更多瘦素。

2. 中医

引起肥胖的原因多为痰饮、水湿等,脾失健运而生痰是导致肥胖的病理基础。肺、脾、肾三脏功能失调,使水湿的运化输布功能发生了障碍,形成痰湿瘀浊,凝聚于体内的

缘故。脾为生痰之源,肺为贮痰之器,肾阳不足,不能化水液而又促进痰饮之生成。

古代医家认为肥胖大致是由素禀之盛,过食肥甘厚味以及久卧、久坐、少劳所致,病机归纳为多痰、多湿、气虚,过食肥甘厚味,致使湿热痰浊内生,气血壅滞。久卧伤气,久坐伤肉,伤气则气虚,伤肉则脾虚,气脾两虚,运化失司,代谢失常,精微失输,故而肥胖。

另外,肥胖的产生和年龄、地理环境及神志也有一定的关系。“年四十而阴气自半也,起居衰矣;年五十,体重,耳目不聪”。中年以后,人体由盛转衰,代谢功能降低,水湿不运,痰瘀渐生,以致身体肥胖。北方地寒多风,水土刚强故北方人多膘悍强壮,南方地热多雾露,水土弱,故南方人多质禀相对薄弱。“五脏藏神”,神志失常者,必然影响脏腑功能,而脏腑气机失调影响运化,使代谢紊乱,发生肥胖。

3. 藏医

藏医认为肥胖之证,是由内外二因共同作用而引起的。

内因是体内培根功能旺盛,三因失调。培根性重、腻、凉、重、钝、柔、稳、粘。先天源于父精母血,后天依赖饮食精微的滋养,具有消化食物、调节水液等功能。体内培根过盛影响了三因即隆、赤巴、培根相互依存,相互制约,保持平衡和协调的境地。三者相容量及存在位置发生变化,原先平衡和协调的状态被破坏,从而引起疾病。

外因是嗜食肥甘厚味,外源性脂质摄入过多,如过食苦味、甜味和性重、冻、腻、钝、绵的饮食,或者食之过饮,饮食超过胃容量四分之一,饮料超过四分之一,或者前食未消化又进食等,使饮食精华聚居于肌肉、脂肪等通行的孔道成为引起肥胖证的因素。

内外二因互为因果,相辅相承,导致运化失司,影响水谷精微代谢,于是,痰湿瘀浊滋生,脂质沉积,形成肥胖及血脂增高。

四、综合诊断

1. 常规诊断

确定一个人是否肥胖有很多方法。一是直接测定体内脂肪含量,如密度测量法,总体水含量估计法,总体钾含量测定法及中子激活技术等。此类方法较准确,但较为复杂和代价昂贵,不适于临床;另一类为估测法,大致有以下几种:

(1)体重大于标准体重 20%,即为肥胖。大于 20%为轻度肥胖,大于 30%~50%为中度肥胖,大于 50%为重度肥胖。

标准体重计算公式(成人):

勃罗克指数:标准体重(kg) = 身高(cm) - 100

琼斯公式:标准体重(kg) = 身高(cm) - 100 - [身高(cm) - 150]/12

国内计算法:(男)成人标准体重(kg) = 身高(cm) - 105

(女)成人标准体重(kg) = 身高(cm) - 100

(2)体质指数(BMI) ≥ 25 为肥胖

$BMI = \text{体重} / \text{身高的平方} (\text{kg}/\text{m}^2)$

根据亚太地区肥胖的诊治标准,BMI 为 18.5~22.9 为健康,BMI 为 23.0~24.9 为超

重, BMI 为 25.0~29.9 为 1 度肥胖, BMI ≥ 30 为 2 度肥胖。

(3) 过脐腰围大于臀围, 或平卧时腹部的高度超过胸骨的高度即为肥胖。

(4) 皮肤褶厚度测定

以手指将皮肤提起, 测定皮肤两侧间的厚度, 测定部位常用肱二头肌、肱三头肌中部及肩胛下肌。肱三头肌和肩胛下肌部位皮肤褶厚度的正常值高限在男性为 51mm, 女性为 70mm, 也有人报告, 若肱三头肌处皮肤褶度超过 25mm 即为肥胖。

(5) 腰髋周径比值

腰部周径是指在第 12 肋下缘下水平, 髋部周径指的是臀部最大周径, 当腰髋周径比值大于 0.72 时可认为是肥胖, 当比值大于 1.0(男)及 0.9(女)时肥胖带来的并发症较明显。

2. 藏医诊断

形态: 面容无华、稍肿, 肥胖, 关节不显露。

舌色: 舌色白而无华, 缺乏润柔有粘液物。

痰液: 痰液粘而混浊者。

血色: 放出的血多粘腻。

脉象: 脉下搏动不明显, 脉沉而衰, 搏动艰, 迟缓无力。

五、综合治疗

1. 现代疗法

(1) 饮食方法

当前学术界认为控制饮食和增加运动是治疗肥胖的最佳方法。

饮食疗法在保证机体蛋白质及其它各种营养素摄入的前提下, 维持机体热能摄入和消耗间的负平衡状态, 并持续相当时间, 使体重逐渐下降, 接近标准体重, 达到减轻体重的目的。

饮食治疗原则为合理控制热能, 限制脂肪糖类、食盐和嘌呤, 保证饮食有足够而平衡的维生素和矿物质供应, 注意烹调方法及餐次。

(2) 运动疗法

运动疗法是饮食疗法的一个辅助手段, 只限制饮食, 不进行运动锻炼, 只会消耗肌肉, 而减肥的目的不是消耗肌肉而是减少脂肪, 运动可以促进能量的消耗和脂肪的分解。

肥胖症患者要根据本人年龄、性别及健康状况的不同, 选择不同的运动项目。运动强度以中等为宜。儿童、青少年可选择速度快、较为激烈的运动项目, 如长跑、球类运动、健美操、跳绳、游泳等。中老年人宜选择节奏慢强度小的全身性运动, 如慢跑、太极拳等。

(3) 药物减肥

药物减肥为肥胖治疗的辅助手段, 长期应用会造成人体对药物的依赖性, 一般只对严重的肥胖症给予药物治疗, 因此在选择药物治疗时应权衡利弊。目前治疗肥胖症的药物主要有食欲抑制药, 增加能量消耗的药物, 抑制肠道消化吸收的药物, 植物减肥药等。

2. 中医疗法

(1) 中药及食疗

“肥人多痰，多气虚”，原因为气虚和痰湿内蕴。因此，食疗和药膳以健脾利湿、温阳利水、化痰除湿为主，可选用党参、白术、茯苓、赤豆、薏苡仁、陈皮、冬瓜、黄豆芽、鲤鱼、鳝鱼、泥鳅、鸭肉、莴笋等药物或是食物组成配方。

(2) 针灸疗法

针灸减肥是以中医经络学说为指导，以针灸有关穴位为治疗的一种减肥手段。针刺治疗肥胖症总的原则为健脾化湿、宣肺利气、通腑清热等。

针刺方法包括体针、电针和耳针，同时须配合饮食控制和运动疗法，才可取得满意疗效。

(3) 按摩疗法

按摩可减少皮下脂肪积聚，加快脂肪代谢，促进能量消耗，促进肠蠕动，增加排便次数，减少肠道对营养物的吸收，有助于减肥。其手法以推、拿、摩、按、捏为主。手法不宜过重，一般每个部位 15 分钟左右。

3. 藏医疗法

饮食：肥胖者需要食用性糙、能消除培根和脂肪的饮食，如新鲜或陈旧酪浆等，另外黑白芝麻油性热锐，豌豆和门隅豆味涩坚性能凉、轻涩，也可消除培根型肥胖症。

药物：服用乳香、安息香、岩精、小檗软膏等以蜂蜜调和的丸剂，或者服用牛姜、芒硝、酸藤子、余甘子、青稞面等与蜂蜜调和的糖浆。常用成药有五味金色丸、六味能消丸，交替服用。

活动和锻炼：进行以不出汗为限度的活动和锻炼，可使身体轻松，减少脂肪堆积，使身体匀称、坚实、灵敏和能干。

搓擦活动锻炼后，要用豌豆豆粉等干燥面粉或者豆粉用奶酪和雪水调和成稠糊糊，涂擦全身可治肥胖症。

六、药浴处方

处方一：五味甘露药为主药，辅之以冬瓜皮 500 克、茯苓 300 克、木瓜 100 克，煎水沐浴，每日 1 次，20 至 30 天 1 疗程。

处方二：五味甘露药加上麻黄 15 克、荷叶 10 克、车前草 15 克、荆芥 15 克、薄荷 10 克、山查叶 10 克、藿香 1 克、明矾 6 克、冬瓜皮 10 克、海藻 10 克、白芷 10 克。

七、药浴实施

1. 操作过程

(1) 洗浴法

将主药和辅药捣碎加水少许煮熟，将药与粮食混合起来，加入酒曲，放在热处发酵，发酵后加水熬煮，滤渣取液，患者浸入此药液浴中洗浴，一般每次洗 30 分钟，一日 1 次，20

~30 天为 1 个疗程。

(2) 蒸疗法

用较大容器将加热煮沸的药煎剂倒入容器中,容器上置多孔木板,上铺毛毡,令患者躺于其上,用棉毯或被单将患者连同木板一起盖严,用锅内蒸汽治疗。

另有一法:密闭小室中,将所有药物加热煮沸,蒸发气体,病人裸露或只穿短裤,卧于室中,室内气温从 30℃~35℃开始,渐增至 40℃~45℃,蒸浴时可为 15~30 分钟,可每日 1 次亦可隔日 1 次,5~10 次为 1 疗程。

2. 药浴护理

(1) 精神护理

在护理工作中,经常注意患者的精神状态,设法消除其紧张状态如恐惧、忧虑、烦恼、忿怒等不良刺激,注意言辞、态度等

(2) 饮食护理

饮食要适量,为加强减肥的疗效,可适当节食,不要在刚进食后和饥饿时洗药浴,空腹时洗浴易发生低血糖休克,饭后洗浴易影响食物消化吸收。

3. 注意事项

①温度不宜过烫,以 50℃~60℃为宜。

②洗浴时注意保暖,避免受寒,吹风

③本疗法不宜出汗过多,以免引起虚脱感冒等。

④高血压、恶性肿瘤、心功能不全、癫痫、经期妇女禁用此疗法。

另外,为加强疗效,患者浴后可辅之以按摩身体各部位和内服藏药如六味安消散等。

八、典型医案

张××,女,28岁,北京市人。患者产后体重急骤升高,由原来的 55kg 升到 80kg,行动明显迟缓,血压呈上升趋势,经常有胸闷、憋气、呼吸不顺畅等症状。患者为减轻体重,曾服用多种减肥药,并坚持体育锻炼,体重变化不明显。入北京藏医院药浴中心治疗后,口服藏药,重点采用药浴治疗,同时配合藏医消脂手法,一个疗程后,效果明显,体重下降 7.5kg,两个疗程后,体重下降 18kg,四个疗程后,体重恢复至产前水平。

第二节 慢性疲劳综合症

一、概述

慢性疲劳综合症(chronic fatigue syndrome CFS)是以极度疲劳和认知功能障碍持续出现至少半年为主要特征的一组全身性衰弱性疲劳症状群,可导致体力及脑力劳动下降,长期不愈或缓解后复发,对人的健康影响很大。美国疾病控制中心(CDC)曾预测,慢性疲

劳综合症将会成为 21 世纪全人类健康的主要问题之一。

慢性疲劳综合症这一新病名,是在 1988 年美国疾病控制中心经多位权威专家教授讨论后,统一使用的。由于该病主症是持续性或复发性可导致虚弱的疲劳或特别易疲劳,且常伴如低热或自觉发热、咽喉痛、肌痛、关节痛、头痛、神经精神症状、睡眠障碍及淋巴结肿大等非特异性体征表现,所以常常被人们所忽视。研究表明,慢性疲劳综合症不仅仅是潜在的精神紊乱而引发的一系列主观症状,而且是综合免疫系统激活、下丘脑-垂体轴系统异常和一些感染因子再活化所致,所以在临床上可见到与神经衰弱类似的症状,故有人曾认为该病就是见于 20 世纪 80 年代的神经衰弱,但《国际疾病和相关问题》统计分类中的神经衰弱并不与该病相同。

在早期研究中,许多临床医生不相信慢性疲劳综合症是一种真正的疾病,部分原因是由于病因病机至今不明,症状的严重程度不一,而且同一患者在不同的时间症状严重程度也不一样,同时也没有明确的可观察指标作为特异性诊断依据。在经历一段时间后,随着研究的日益深入和临床的多方面观察,已确定出一系列诊断标准,慢性疲劳综合症作为一种病已逐渐被临床医生和大众所接受。近年来,该病的发病人数在逐步上升并呈流行性和散发性。自 1939 年在美国洛杉矶首次报告有暴发流行以来,世界范围内至今已有 60 多次暴发流行,并且多发于 20~50 岁年龄组,绝大多数为 30~40 岁的中年女性及白领阶层。不难预测,随着社会竞争的日趋激烈,以疲劳为主症伴失眠、头晕、头痛、情绪不好的患者将有增无减。

藏医对于本病的相类描述,可见于《四部医典》等著作。《中国医学百科全书·藏医学》在总结培根紊乱症状时提到:“……头昏体乏,不思行动,身心沉重,意识不清,食欲不振,……倦怠无力……疾病蓄积、发作、平息时间长,治愈较难,病程久长……”这种症状和慢性疲劳综合症的症状颇有相似之处。在实际的临床治疗中,藏医药,特别是藏药浴的应用前景是十分广阔的。

二、临床表现

慢性疲劳综合症主要表现为疲劳或活动后疲劳加重,妨碍了日常的生活。疲劳常在类似流感症状后突然开始,并且和病人早先的健康状况形成鲜明对比,而病人常抱怨病毒感染后不能恢复。大多数患者具有下列四种类型的疲劳表现:

①全身疲乏:晨起最明显,患者每天都想休息或睡觉。大多数患者尚有便秘、睡眠障碍、少动及精神差。

②肌肉活动耐力降低:平时容易完成的活动现在不能完成或只能部分完成。

③体力活动后恢复延迟:体力活动后的疲劳需数天才能恢复。

④脑力疲劳:表现为记忆困难,注意力差,且脑力活动后加重。

一般体格检查可有低热($36.5^{\circ}\text{C} \sim 38.6^{\circ}\text{C}$),非渗出性咽炎,颈部及腋部淋巴结压痛神经检查:智能、脑神经、腱反射、肌力及感觉均无客观异常。

CFS 症状许多都是主观感觉性难以确定的,如患者可自觉发热或伴寒颤、头痛、关节

痛、肌痛,并且往往有精神神经方面的症状,包括畏光,出现一过性视觉盲点,特别易激惹,精神错乱,思考困难,注意力不集中,抑郁,健忘等。

大多数临床医生根据以下四个特征进行识别:

- ①症状呈持续性;
- ②个体有明显的疾病表现;
- ③一些症状在普通临床上很少遇见,如精神错乱、短期记忆丧失等;
- ④很少有症状可被客观所证实。

三、病因病机

1. 西医

(1)发病机制

慢性疲劳综合症的发病机制至今尚未明确,可能涉及多个方面,但目前没有确切定论。其中研究较多的是病毒感染免疫调节异常与发病机制的关系,如免疫活化和免疫抑制的异常等。CFS可发生在病毒感染之后,但在急性发病期间,很少能发现致病因子。大多数报道的CFS患者类血清IgG水平是正常的,少数出现增高或降低。

对于慢性疲劳综合症的细胞免疫异常研究最多的是CD8⁺T细胞和NK细胞。对T细胞的研究包括用流式计数细胞仪计数外周血中的T细胞亚群;在体外用刺激原检测T细胞亚群;在体外用刺激原检测T细胞的增殖能力及用迟发型皮肤过敏试验来评价宿主的免疫记忆反应能力等。患者CD8⁺T细胞上的活化标志物CD28和HLA-PR的表达增加,而CD11b的表达减少,表明CFS有免疫活化作用存在。但未发现抑郁的患者有CD8⁺T细胞的活化标志。急性病毒感染后CD8⁺T细胞的活化标志与CFS相似,但病毒感染后HLA-DR和CD28的表达在短期内迅速增加,而一般在2周内可恢复正常。

CFS患者外周血NK细胞数量减少,活性降低,但由于各个实验室使用的方法不同,不能形成标准化,使得各实验室测定的NK细胞数差异很大。另外,还需要排除对NK细胞的数量和功能有影响的因素(如用药、饮酒、吸烟及情绪不佳等)。急性病毒感染和CFS的主要区别是病毒感染后NK细胞增多,CD11b细胞数量也增多,且功能增强,而CFS则正好相反。

在CFS的发病过程中,还可能会有巨噬细胞产生的细胞因子参与,这些细胞因子是针对病毒感染的反应,包括白细胞介素-1、白细胞介素-2、肿瘤坏死因子- α 和干扰素等。

(2)病理学

慢性疲劳综合症的病理学研究迄今尚未有系统资料,曾有人因患者常伴有肌肉关节痛而设想CFS出现疲劳的原因可能是由于骨骼肌的病理改变所致;一组20例CFS患者的肌肉组织活检发现,所有的结果均不正常;另一组15例CFS患者肌肉组织活检见到坏死肌纤维而没有炎症。单个纤维肌电图中,约有75%病例出现异常,但尚无重复结果的报道。有人对CFS和对照组的肌强度、耐力和肌肉糖酵酶、肌线粒体标志酶进行研究,结

果均无明显异常。

近来还有人认为 CFS 患者的疲劳与虚弱主要由于脑白质部分改变所致,而不是外周肌肉系统改变所致。

2. 中医

(1) 古代文献中的相关论述

中医学将类似 CFS 的具有疲劳和虚弱等特征的疾病都归入“虚损证”当中,对虚证的认识,源于《黄帝内经》,如《素问·通评虚实论》:“精气夺则虚”,言简意赅,至今仍奉为“虚”之经典定义与病机要义。再如《灵枢·五癃津液别》:“阴阳不和,则使液溢而下流于阴,髓液皆减而下,下过度则虚,虚故腰背痛而胫酸。”至东汉时代的张仲景,则在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》中指出:食伤、忧伤、饮伤、房劳伤、饥伤、劳伤、内有干血、亡血失精、风气百疾引起“诸不足”等,是导致“五劳虚极”的基本病因,并详列理法方药,从而奠定了辨证论治的基础。后世如李东垣的“脾胃学说”、张景岳的“补阴学说”也都丰富和发展了中医治疗虚证的经验和学术思想。

(2) 病因病机

类似 CFS 的慢性虚证,既可因虚致病,亦可因病致虚,由虚而损,互为因果。其病因可归纳为:

①先天禀赋不足:父母精气不足而成孕,可致后代子女先天禀赋不足,出生后则精气不足,形神懦弱,正气自虚,抗病能力低下,表现为先天正气亏损而易于罹患疾病,一旦出现疾病,则多形成虚证或虚中夹实证。

先天之精源于父母,与生俱来,但胎儿出生之后,却有赖于后天饮食的脏腑精气之濡养。故先天不足之婴儿,如能得到合理有效的后天调养,多数可补先天之不足;反之,出生后,如果不能得到良好的调养,即所谓“后天失养”,使脏腑不健,气血不足,生机受削,可形成精气虚弱、形气薄弱的体质,易于罹患各种疾病而形成虚证。

②外邪致虚:清代医家吴澄在《不居集》中指出:“虚损一证,不独内伤,而外邪亦有之矣。”倡言外邪致虚、外感致损的观点。

外邪,指风、寒、暑、湿、燥、火等六种致病邪气,总称“六淫”。外邪侵犯人体,损伤正气,可以形成慢性虚证。一是由于病邪侵入人体后,正邪交争,邪盛正虚,病延日久,邪少虚多,正气虚弱日甚而形成虚证;二是由于病邪性质如寒邪、湿邪,日久可损伤阳气而致阳虚;燥热之邪则可耗伤阴津或精血;风邪伤卫则卫表不固,易患感冒等。

③生活起居失调:不适当的生活方式,是慢性虚证的重要病因,包括情志失调、饮食失调、劳倦过度等。

《诊家四要》指出:“曲运神机则劳心,尽心谋虑则劳肝,意外过思则劳脾,遇事而忧则劳肺,色欲过度则劳肾。”近代研究表明,约 30%~75% 病人的疾病和心理因素、生活环境有关。七情失调、情绪障碍可以引起和促发很多疾病。而饮食是人体后天气血生化之源,如饮食失调则可导致正气不足,形成所谓“食伤致虚”,包括因饥饱失常、暴饮暴食、偏嗜偏食等,均可损伤脾胃,致气血两虚。近代研究表明,不良的饮食习惯及不合理的饮

食,既可导致营养失调(营养不足、过盛或不平衡),也常常可以引起代谢障碍,或因食物中的某些抗原,使人体产生食物抗体,导致免疫反应等。现代社会紧张的生活节奏,无规律的作息,饮食的不节,常可导致“虚证”之类的疾病发生。

此外,劳倦过度也是引起慢性虚证的常见病因。如长期的劳作过度,超负荷的工作,可以引起脏腑功能衰退,形神衰减而致病;或长期用脑过度,耗伤心脾与肾精,亦可引起慢性虚证,尤多见于脑力劳动者,形成人才早衰早亡的一个重要原因。

④因病致虚:任何疾病均是正气与邪气斗争的反映,所以正复邪退,疾病就趋于好转,进而痊愈;若正衰邪进,疾病就趋于恶化。因病致虚者,首先是疾病已经发生,其次是在各种条件下转化为虚证。因病久治不愈正气日伤而难复,或因不及时治疗,不合理治疗用药而使人体正气日损,导致发病。

3. 藏医

类似于慢性疲劳综合症的症状如容易疲倦、四肢怠惰、记忆力衰退等属于隆病和培根病,因此,可导致隆病和培根病的病因皆可致病,如过量进食甜味、沉重、冷凉、油腻的食物,饥饿、失眠、空腹时过度劳动,长期缺乏营养等,这些变化可导致隆减少,培根偏盛,出现一系列虚弱的征象。

《四部医典·秘诀本》载:“培根扩散于肌肉,体温下降,腹中似空……身体沉重、嗜睡、膝部发痠、淋巴腺肿。”可见,由于培根偏盛而导致的症状与慢性疲劳综合症颇有相似之处。而且因为隆与培根在正常情况下是协调的,互相制约的,培根偏盛,隆就相应地减少,而隆担负了非常重要的生理功能,因而一旦隆减少,人体的多种生理活动就会显出衰弱之象了。

四、综合诊断

1. 西医

诊断标准问题是西医界探讨 CFS 的关键,1987 年美国疾病控制中心制订的诊断标准仍在沿用,但是有必要进一步完善。美国国立卫生研究院建议修订这个标准,而澳大利亚和英国分别于 1990 年和 1991 年制订了自己的诊断标准。关于疲劳的程度,美国疾病控制中心认为只要日常活动减少一半或以上就可确认,而英、澳标准认为疲劳必须很严重甚至丧失工作能力才可确认。在神经精神症状方面,美国标准认为不是必需的,但可以有这方面的表现;英澳则强调必须影响到“智能”方面,面对美国标准中的症状和体征的次要标准,可以不需要。1994 年 11 月,美国疾病控制中心重新修订诊断标准,得到国际医学界的认同。

近年来,美国疾病控制中心根据以上修订后的诊断标准,拟定了 CFS 的临床主要和次要诊断标准。CFS 的诊断必须具备 2 项主要标准和 6 项以上症状标准加 2 项以上体征标准;或 2 项主要标准加 8 项以上症状标准。

(1) 主要诊断标准

①新近发生的持续或反复发作的疲劳,卧床休息不能缓解,患者的活动能力减少至

少 50%，且持续 6 个月以上；②排除引起疲劳的其它明显原因，包括以往存在的精神性疾病。

(2) 次要诊断标准(即症状标准)

①低热，口腔温度为 $37.5^{\circ}\text{C} \sim 38.6^{\circ}\text{C}$ (若高于 38.6°C ，应检查其它疾病原因)；②咽痛；③颈前、后及腋窝淋巴结肿大或触痛；④新近发生的头痛，其类型、性质及方式不同于发病前的情况；⑤肌肉不适、肌痛；⑥不能解释的肌肉萎缩无力；⑦游走性关节痛、不伴红肿；⑧在发病前易耐受的轻度运动之后极易疲劳，且 24 小时以上仍不缓解；⑨多种神经精神症状(有下列一种以上)：畏光、短暂的视觉盲点、健忘、过度兴奋、意识模糊、推理障碍、注意力不集中及抑郁等；⑩睡眠障碍(嗜睡或失眠)；⑪错综复杂的症状骤然发生，即发病呈急性或亚急性。

(3) 体征标准(医师检查至少发现 2 次，并持续一个月)

①低热(口表 $37.6 \sim 38.6^{\circ}\text{C}$ ，肛表 $37.6 \sim 38.8^{\circ}\text{C}$)；②非渗出性喉炎；③可触及颈前、后，或腋下淋巴结肿大或有压痛(若直径 $> 2\text{cm}$ ，提示为其它疾病)。

由于本病的病因和发病机制尚不明确及诊断标准多以主观症状为主，因而鉴别较困难，多采用排除法。有意义的鉴别如疲劳多较严重，病程长，休息不能缓解；特有的神经精神症状如定向障碍，睡眠障碍乃至不能入睡(约 20% 的患者完全不能入睡)。以上这些临床特点能帮助医生迅速将一般疲劳与怀疑为 CFS 的病人区别开来。

对于和原发性抑郁症的鉴别，二者的抑郁表现在性质上有所不同。经心理学测验表明，CFS 有急性精神痴呆表现。最重要的鉴别要点是，CFS 患者只要积极治疗便能恢复活力，对未来充满希望，而原发性抑郁症患者则表现为孤独、绝望、无能，可能出现自杀倾向。

2. 中医

在慢性疲劳综合症方面，国内中医界分为以下几类：

(1) 中气不足：机体脏腑功能低下，元气不足而出现全身性虚弱征象，常为病重、饮食劳倦内伤等所致。

(2) 肝肾不足：因肝肾阴液不足而导致的头晕目眩、腰膝酸软等虚弱征象，多由久病劳伤，或病邪耗伤肝肾之阴所致。

(3) 气虚夹郁：为虚实夹杂证，多由长期抑郁、思考及饮食劳倦等引起。

(4) 脾虚湿阻：由于脾气虚而导致内生湿热，或外邪侵袭、内外相引损伤脾胃，使湿热内蕴、阻遏气机而形成，多见于肥胖之人及夏秋暑湿季节。

以上是临床上常见的几种慢性疲劳综合症的辨证，根据这些不同的证，医生可以灵活遣方用药，取得令人满意的疗效。

五、综合治疗

慢性疲劳综合症的治疗至今未有特别有效的方法，由于慢性疲劳综合症是在过劳、情志过激、不良习惯等因素的作用下产生的，也是多种因素反复作用、恶性循环的结果，

因此,认为本病的发生、发展与生物的、心理的、社会的因素均有关系,且互相影响,所以对本病的治疗,不能简单地依靠药物或某种单一的治疗方法。因此在制定治疗方案前,要详细了解病情,分析主要致病因素,并进行详细检查以排除器质性病变,然后确定最佳的治疗方案,一般采用综合治疗的方法,包括药物、心理、运动、饮食、按摩、推拿、针灸、药浴等方面。

1. 心理疗法

慢性疲劳综合症一词及诊断标准源于美国,至今我国尚未制订切实符合我国国情的诊断标准。但东西方由于几千年来的文化差异,患者的心理特点与表现也大有不同,中国人历来的传统是勤俭自强,克己谦忍,重视家庭亲情,讲究伦理尊卑。近年来,又由西方文化中增添了个人取向、平等竞争、自由享乐等思想,尤其是当前社会高速发展,生活节奏日益加快,工作学习和生活的重压之下,患慢性疲劳综合症的人群有扩大的趋势。在中国传统文化的制约下,不少患者忽视了自己的心理康复,进而阻碍了其治疗进程。

2. 运动疗法

有大量研究资料表明:运动和改善机体心理状况、神经内分泌和免疫功能等方面具有密切联系,并提出“运动和精神神经免疫”模式,通过此模式,运动有利于改善一些慢性疾病诸如心理和免疫方面的继发变化,这是因为运动能降低负面影响,调节内源性阿片肽、应激激素的释放,并且增强免疫功能。适度的运动训练可减弱有害应激源诱导的心理和免疫功能的变化;此外,研究结果还表明,不间断的有氧运动训练可导致 CD_4^+ 细胞数目增加和免疫监视功能的增强,并且可减缓疾病的进程。因此,适度运动在疾病(包括慢性疲劳综合症)的治疗上显示着令人鼓舞的前景。

由于本病的病程较长,而且疲劳是其主要的症状,因此采用运动疗法时应注意选择合适的运动方法。一般建议采用散步、骑自行车、打太极拳、跳交谊舞、练气功等运动方法。

3. 其它非药物治疗

慢性疲劳综合症的其它药物治疗包括按摩、拔罐、刮痧等方法。

按摩,又称推拿,是在中医理论的指导下,应用手或肢体的其它部位,在人体体表特定的部位和穴位上施以特定的技巧动作,达到防治疾病作用的方法。它具有调整阴阳、调和脏腑、行气活血、舒筋通络、卫外营内的功效,能够通过对失调的系统进行适当调整,使其恢复正常;能通过各种刺激或各种能量传递的形式作用于体表的特定部位,产生一定的生物信息,通过信息传递系统输入到有关脏器,对失常的生物信息加以调整,从而调整内脏功能。

应用按摩疗法可对慢性疲劳综合征患者出现的疲劳、失眠、关节疼痛、注意力不集中、低热、厌食、健忘等症状均有很好的疗效,配合其它疗法收效会更加明显。

罐具疗法是指使罐具内形成负压而吸附于患处或穴位上,产生局部充血和瘀血,从而达到治疗疾病目的的一种方法。这种疗法具有数千年的历史,它不但具有温经通络、祛湿逐寒、行气活血、消肿止痛等作用,也还有清热泻火的功效。不同的拔罐方法有不同

的作用,如留罐法以祛寒作用为主,闪火法以祛风为主,走罐法以活血通络为主,多罐法以泻实祛湿作用为主等。对于慢性疲劳综合症患者出现的失眠、头痛、眩晕、腹泻、关节疼痛等均有很好的疗效。

刮痧疗法主要是指现代刮痧疗法,它是以中医脏腑经络学说为理论指导,博采针灸、按摩、点穴、拔罐等中医非药物疗法之长的一种自然疗法,对人体具有活血化瘀、调整阴阳、舒通筋络、调整信息、排除毒素等作用。

用刮痧疗法可以调治慢性疲劳综合症患者出现的失眠、记忆力减退、肢体无力、肌肉关节疼痛、烦躁等症状,一般的刮痧部位是背部的心俞、胆俞、脾俞、肾俞、膈俞、关元;上肢部的神门、曲池、内关、手三里;下肢部的三阴交、环跳、足三里、阳陵泉等。

4. 中药治疗

中医学多采用辨证论治的原则,对于不同的人,根据辨证的情况采取不同的治疗方法,使对慢性疲劳综合症的治疗更有针对性。

慢性疲劳综合症多由于长期的精神紧张、身体疲劳,造成脏腑的阴阳气血功能失调,肝胆的枢机不利,脾胃的运化失司和三焦湿热阻滞有关,所以在治疗上也要采取相应的措施:

(1)对于表现为上热下寒、阴阳失调,证见心烦口苦口干、头晕失眠、精神萎靡、身体疲倦、低烧咽痛、肠鸣腹泻、腰酸腿软、夜尿频数者,可用乌梅丸加减调治。

(2)对于气郁水停、痰浊阻络,证见咽中不适如有物堵、痰粘欠畅、胸胁胀满、脘闷纳少、失眠多梦、大便不调者,可用温胆汤加减调治。

(3)对于脾气不足、肝血虚少,证见头晕失眠、双目下涩、少气懒言、腰酸腿软、月经不调者,可用加味升陷汤调治。

(4)对于湿热阻滞三焦,证见头重如裹、头晕头沉、口下不思饮水、纳少厌食、身倦乏力、嗜睡欲卧、肠鸣腹胀、大便溏泄者,可用三仁汤加减调治。

5. 藏药治疗

常用口服藏药有五味石榴丸、二十四味诃子丸、三十五味沉香丸、如意珍宝丸、二十味沉香丸、仁青常觉等。

六、药浴治疗

由于本病症状繁多复杂,涉及多组织和器官的功能紊乱,因此目前西药尚未发现有可靠疗效的药物,而藏药浴则显示了很强大的优势。

首先,藏药浴强调整体观,主张把人体看成是一个整体,因此治疗上也强调整体治疗,不是头痛治头、脚痛医脚,而是全面调节机体的整体功能。此原则对应于本病的多系统功能失调正好有全面调节的作用。

其次,本病属于慢性病,非一日所得,因此治疗也非几日便可痊愈,而需要长期治疗和调养。藏药浴所使用药材为天然药物,对人体几乎没有副作用,适合于长期使用,而且通过整体调节,还会起到预防和治疗其它疾病的作用。

所以,对慢性疲劳综合症的综合治疗方面,我们建议采用藏药浴结合中药或藏药的口服,及各种非药物疗法如饮食、运动、心理、按摩等对患者进行全面调养和护理

现代科研证明,药浴疗法能促进患者全身血液循环,提高白细胞吞噬能力,调节神经增强其免疫功能。

对于慢性疲劳综合症,水浴是最常用的,一般利用天然的温泉水做药浴,由于温泉中含有各种矿物质,对本病的某些症状,如关节和软组织疼痛、腰背活动不灵等有一定的治疗效果。或用药物熬制成药汤水进行药浴,常用五味甘露汤依病情酌情加減。

1. 药浴处方

五味甘露汤,加天冬、黄芪、乳香、沉香、降香等,全身浸泡。

2. 药浴实施

将所有药物放入大锅中,加满水,熬至只剩一半量,取出药液,剥渣再加满水,熬至只剩 4/10,取出药汁,再加水熬至只剩 3/10,取出药汁,把 3 次药液放在一起,即可供药浴之用

这种药浴应每天入浴,连续洗 1~3 周为一个疗程,并根据自己的病情和洗后的感觉掌握其疗程。并配合其它疗法如运动疗法、心理疗法、按摩疗法或中药治疗等。浴水的温度要适中,尤其是在运动或按摩后,不宜太冷或太热。

对于本病兼见局部病变的患者,也可将药物放入布袋中,进行缚浴,这种方法也可以起到一定的作用。

但是,实施药浴还应注意:

①患者身体极度衰弱、不思饮食、严重高血压、妊娠期等,皆不宜进行药浴治疗。

②患者药浴时,不宜在眼睛、面颊、四指部(足两拇趾、手两肘部)、睾丸、腰部及胃肠部位,特别是心脏部位不宜药浴或缚浴

由于慢性疲劳综合症是在社会快速发展背景下导致的一种疾病,因此,治疗上使用心理疗法和药物疗法相配合会更有效果。传统疗法特别是藏药浴效果会非常显著,这是因为慢性疲劳综合症是以疲劳为主证的一组全身性或局部的证状,而药浴可以增强机体血液循环,消除疲劳状态,并加强机体免疫力,从而在解除疲劳及全身性证状方面有很好的疗效。同时,缚浴等方法可以解除局部病痛。另外,由于藏药浴采用全部是天然药材,对人体无毒副作用,在倡导“回归自然”的现代社会,采用藏药浴治疗本病无疑有很明显的优势和前景。

第十四章 其它疾病

第一节 中毒

能对人体起毒害作用的即谓之“毒”。“毒具有锐、热、燥等十种性能，与精气背道而驰，不相融合，可以扰乱人体的五大种，夺去人的容光和寿命”(《四部医典·秘诀本》)。藏医将毒分为五类，分别是可置于太阳光下区分的可见毒，可置于风中区分的游动毒，可置于潮气中区分的传染毒，可涂油腻以区分的接触毒以及以饮食区分的内部毒。中毒途径也有依光线入于肤色，依风入于脉窍与鼻腔，依潮气入于鼻孔与毛孔，依油腻入于汗毛孔，依饮食入于口腔等多种不同方式。由此可见，中毒证不仅对人体危害很大，而且因其种类及途径繁多，治疗起来也比较棘手。因此以下将详细介绍各种毒症及其治疗方法及藏药浴在毒证治疗中所发挥的作用。为方便起见，我们将把各种毒证分为转化毒、天然毒、合成毒三种加以论述

一、概述

毒通过口腔摄取而进入胃，与胃液混合，影响消化功能的正常运转，引起呕吐；随后毒进入肝，与肝中的血液混合，引起肝部体表区域的刺痛；通过血液运动，毒又到达肌肉，侵害肌肉而使身体皮肤发育，全身逐渐疼痛并消瘦下来；然后毒又由肌肉侵害脂肪，使机体出现乏力、失眠的不良状态；随后又危及骨骼、牙齿、指甲，使之疼痛，并使关节酸痛；由骨骼毒又危及脑髓、骨髓，使人头昏、四肢抽搐颤抖、脊柱疼痛；继而毒可导致男子性功能减退，女子月经不调；最后毒随精血入心，可使人癫狂。以上是人体中毒毒发的过程，即通过精血运行，“伤其身体七素和诸种排泄物”，病发部位的转移和病象变化都很容易判断。通过熟悉以上过程，医生们可根据患者外在表现判断病位，从而深浅得当地加以治疗

二、临床表现及诊断

1. 总体证状与诊断

(1)转化毒

顾名思义，转化毒就是转化所成之毒。有些物质，尤其是食物，原本是没有毒性的，但经过长时间的放置或由于外部条件的变化可转化成毒物，这就是转化毒的由来。转化

毒证又分为不适中毒和肉中毒两种

不适中毒在临床上主要呈现细沉而紧的脉象,尿液呈红色或紫色但无沉淀物,全身皮肤发青,身体较常人消瘦,视物模糊不清,头痛,有时身体酸麻,胸背部和肋部有刺痛的感觉,胃胀、腹胀、呃逆,进食后胃疼,足背、关节肿胀疼痛,呕吐泄泻。具体来说,当不适应或未消化的食物在胃部时,会引起培根偏盛,此时病证属寒;当不适应或未消化的食物在肝部时,会导致血和赤巴的偏盛,则病证属热。此外,当转化毒分别与隆、赤巴、培根及黄水并发时,还会显现各自不同的证状。与隆并发时,会出现身体肿胀、胃胀呃逆、头痛头晕的证状;与赤巴并发时,会出现经脉疼痛、体热泄泻;与培根并发时,会出现头痛身重、消化不良的证状;与黄水并发时,会出现身体浮肿、关节疼痛的证状。由于毒发部位繁多,证状不一,又有并发症的存在,因此诊断时一定要抓住疾病的本质,仔细诊断,以做到准确无误。

肉中毒在临床上分总证状与具体证状两类。总证状主要是视力模糊不清、眼球凹陷、胃胀满疼痛、内脏失养败坏、咽痛音哑、喉部肿胀、表情淡漠、神志恍惚、头部昏胀疼痛、四肢绵软无力、站立不稳、步履蹒跚等。具体证状则有轻重之分,轻者为肉疾,主要是腹泻,兼头痛、关节疼,此种中毒证不会威胁生命;重者为肉毒,主要是咽喉如有物梗阻,声音嘶哑无力,进食无法吞咽,从而导致体力衰竭,毒证入肝,导致视物不清,此种中毒证很危险,会立刻危及生命,因此发现后要及时地进行紧急抢救。此外,若中毒后只是呕吐,没有疼痛,脉象也如正常人无异,则为死证,无论如何救治都无法挽回。

(2)天然毒

天然毒又称真毒,是物质原本就带来的毒。天然毒分为植物毒和动物毒,其中植物毒和动物毒又可分为很多种不同的毒。现择其重点分述如下。

①植物毒主要有乌头毒、莨菪毒、荨麻毒和马毛毒。

乌头中毒后临床证状是舌唇麻木、燥热而出现裂缝,并且颜色暗黑、气息发凉、不能运动、动则眼前发黑、眩晕倒地、记忆力衰退、四肢胀麻疼痛、僵直不灵、站立不稳、眼上翻、胃胀满、体内脏腑绞痛有如刀割。

莨菪中毒的临床证状是五官功能紊乱失调、眼前出现各种幻像、体软无力、走路不稳、左右摇晃、胡言乱语、贪求女色。

荨麻中毒的临床证状是所触的部位肿胀疼痛,咽喉和食道部位肿胀而时有刺痛感。

马毛中毒的证状同荨麻中毒

需要说明的是荨麻中毒和马毛中毒均是由于饮了酸酒或因身体劳累,使进入体腔的荨麻或黄色种马的毛突起,刺入内脏而引起的中毒证。

②动物毒有疯狗毒、蛇咬伤毒和虫咬伤毒三种。

疯狗毒证状有新旧之分。初期被疯狗咬到的伤口流紫血,伤口表面呈现紫黑色,有黑斑且凸凹不平,伤口肿胀生肉刺;伤口陈旧后开始头痛,恶寒并全身战栗,神志恍惚不安,甚至疯狂,心口剧烈疼痛,昏迷不醒,照镜子与涉水均可导致受惊,动作变得与狗类似,这时的证状表明毒液开始扩散。疯狗毒毒发的临床证状可见身体肌肉麻木疼痛,见

狗便生畏而发怒。

由于毒蛇种类很多,所以蛇咬伤中毒的临床证状也有所不同。冠首蛇咬伤后,伤口流血流脓,伤者身上有虫爬的感觉,皮肤生疮,头沉昏晕,伤口创面脂液多,眼睛涩重,无法睁开,关节疼痛,心情抑郁,发热,呃逆,泄泻,心口疼痛,背脊疼痛。缠身蛇咬伤,可见血热化脓,周身肿胀发热。花蛇咬伤可见肤色灰白,且有寒性疫证的证状。四脚蛇咬伤则可见各种中毒现象。

虫毒可分为单一的隆、赤巴、培根虫毒和合并型虫毒四类,因而虫咬伤中毒的证状也分四类,虫咬伤中毒总的临床表现有身体发热、肿胀、呵欠、生脓疮。隆型虫毒患者可见周身剧烈刺痛;赤巴型虫毒患者可见发热并向周身蔓延;培根型虫毒患者则见身体寒象蔓延;合并型虫毒患者有蛇毒证的证状。

③合成毒

合成毒是人工制造的毒,是人们出于险恶用心,用不同的可以转化为毒的物质配成的,故称“合成毒”。合成毒中毒的临床证状分为总的症状、具体证状和死证三种。

总证状分为内在证状、外在证状、特殊证状三个方面,内在证状即人体内部脏腑及脉象所表现出的中毒证状;外在证状就是人体外在的功能活动所表现出的中毒证状;特殊证状即毒证特有的证状表现。

外在证状的诊断主要有以下方面:患者早晨起床后,在空腹状态下向干净的水中吐痰,痰浮在水面上者为无毒,痰沉入水底者为中毒;将患者的痰涂在羚羊角上,若立刻起泡者则为中毒;将白脂石烧红,吐痰于其上,若石子碎裂成颗粒状并变黑者中毒;或将患者的尿液注入杂种黄牛角中,用兔子的胡须搅动,若胡须焦者为中毒;或将鸡冠血注入患者小便内,再加入草乌,颜色改变者为中毒;或将患者的小便与酒混合倒入杂种黄牛角中,用刺猬毛搅拌后出现虹彩光泽者为中毒;将一小块纯银放在牙缝内,第二天纯银光泽变暗淡且难以擦拭者为中毒。若具有上述外在证状者即为合成毒中毒。

内在证状的诊断如下:脉象多变无定象,出现鬼脉者为中毒;尿的颜色多变,用铜器加盖密封一昼夜,若尿内出现形如蛙卵,呈现荧光或显黑色的粉末,或粉末表面清亮,涂在铜器上呈黑色者为中毒。毒入内一个月后,多咳嗽、感冒、全身无力不舒适;二个月后,全身出现反复的阵痛;三个月以后,毒患处疼痛;四个月后,由于饮食起居不当而发病,或由于药物配伍不当,致使证状不显,难以准确诊断,但脉象和大小便的证状不明显,疾病变化不定,虽饮食多但仍体乏无力、肝胃不舒、无故战栗、身体易疼、心情不畅,以上证状具全者,肯定是中毒。

特殊证状的诊断有:将鱼肉、猪肉混入面粥中食用,若发作,则为中毒;将藏贯众放入牛奶中饮用,如果呕吐,则为中毒;用菩提子煎浓汤,傍晚服一勺,若四肢沉重且战栗者为中毒;用接骨木等研末,放入杜仲汤中饮服,若出现吐泻刺痛者为中毒;用玫瑰、龙胆等煎汤服后,若出现四肢关节酸胀疼痛者为中毒;将柏子仁等药与牛溲同煎服用,患患处疼痛者为中毒;上述特殊证状诊断有一项具备者,即为中毒。

总之,毒证的一般证状为饮食无味,肝胃及背部疼痛,四肢无力虚弱,身体消瘦,头昏

晕疼痛,易怒,心情烦躁,头部及五官刺痛,行走时左右摇晃,皮肤紧痛,颜色发育,发汗,恶寒发热,眼球发黄,腹胀满,有时吐血,男性阳物不举,女性则月经不行。以上证状可帮助对毒证的诊断,但若判断合成毒的种类,仍需借助具体诊断。

2. 具体诊断

具体诊断分中毒途径、物类中毒、疾病种类、发病时间、患病部位等五个方面。

(1)中毒途径:中毒途径的诊断为:从阳光、潮气、风、烟中生成的毒,中毒后初期鼻唇发烧、头疼、四肢酸软、烦躁易怒、关节及小腿酸痛、恶寒战栗;后期严重时,患者全身浮肿或消瘦,走路摇晃踟蹰如同中风。接触中毒证状诊断是:体表蒸热麻痒,搔后出现黄水疮、肿突、疔、疥疮等,或进入脉道,最后皮肤肌肉骨骼尽皆溃烂。

(2)物类中毒:从物类中毒诊断可有以下几个方面:珍宝合成毒中毒的证状是体软无力、体力不支、身体瘦削、体表皮肤渐青、疼痛轻微、胃寒刺痛、口中有铁锈味、男子阳萎遗精、眼球泛黄、胃胀疼呕逆、进食乳酪后呕吐鲜血;石类合成毒中毒的证状为胃胀满痞硬、四肢瘦弱、面容浮肿、里寒外热、肝胆脾胃痞硬有肿块;肉类合成毒的中毒证状为肝胃不适、眼睛发红、视物模糊不清、咽肿咽哑胀痛、恶心呕吐、吐血痰或便血、头颈关节及中毒处疼痛。毛类中毒证状为小腹绞痛、小肠血混、内脉疼痛。汁液合成毒证状为半身疼痛、瘦削、头足痛、关节痛、恶寒战栗、皮肤发黄发痒、视力模糊;草药配伍中毒证状有背脊紧疼、手足筋僵、发寒心悸、走路摇晃、神志恍惚、口唇肿胀感。

(3)疾病种类:上述中毒证状分为寒性和热性。寒性的表现为腹胀痛、呕吐呃逆、消化不良、迟脉、小便色青、面浮肿、苔灰白、胃肠功能衰退;热证的表现是紧脉、小便色紫、小腿关节及头部疼痛、肝胃刺疼、齿黑唇裂、神志不清、多梦、内热寒战、肝胆中毒;寒热并发的表现是表寒里热或表热里寒、肝胃中毒。

(4)发病时间:从发病时间诊断分为一日毒、一月毒、一年毒。一日毒的证状为舌唇破裂、身体僵硬、记忆力衰退、不消化证、木布证和瘟病;一月毒的证状有身体瘦削、齿黑唇干、耳鸣腹胀、指甲无荣、食乳酪后腹胀、食后语无伦次;一年毒的证状为肝肿痛、耳鸣、身体瘦削、腹胀痛、肾寒肢冷、牙痛、皮肤痒、失眠、项强、胃刺痛。

(5)患病部位:从患病部位诊断,毒攻心时,会出现虚汗、肢麻、舌僵、神志恍惚;毒攻肺时,有咳嗽、音哑、鼻塞、呕吐、呃逆、肢体麻木、困倦;毒攻肝时,证状为胸膈疼痛、凶门沉重、眼窝深陷、呕吐胆汁;毒攻脾时,证状是嘴唇及鼻梁受寒肿胀、热时肿消、胁肋疼痛;毒攻肾时,出现腰肾寒冷、小便闭塞、耳鸣、下肢沉重;毒攻肌肉时,证状为肌肉颤动、松软、麻痒、皮肤色青、紧脉;攻于韧带时,会有脊背僵硬、四肢蜷屈的证状;攻于骨时则会关节疼痛、周围肿胀、伸屈困难。

以上是各种中毒所表现的证状及对证状的诊断,只有诊断准确,才能对证下药,对毒证加以治疗,从而使患者脱离疾苦以至痊愈。因此医生一定要熟练掌握各种毒证的诊断。此外,中毒者若出现肌肉耗损殆尽、面颊凹陷、稍食即吐或不食、指甲牙龈光泽尽无、周身有黑疹、咳喘短促、五位肿胀、呕血,即为死兆,应放弃治疗。

三、病因病机

1. 转化毒证

不适中毒的病因分为性质不合和不能化为精气两种。新酿的酒与未发酵好的乳酪同吃,草坡蘑菇与白芥子油同炒,家禽肉蛋与乳酪同食,牛奶和萝卜同食,奶和大蒜同食,奶和生白芥菜叶同食,奶和鱼肉同食,鱼肉与鸡蛋同食,鱼肉与新的菜籽油同炒,鱼肉与生萝卜同食,都属于性质不合的食品同食,会造成不适中毒,以上所说的蔬菜均为“生”的。吃东西不习惯或不合时宜地吃某些东西,会导致食后无法消化,使所吃食物无法转化成精气,而溃散于脉道,使精华运行受阻,从而导致七精衰竭,体质衰弱,这就是不能化为精气的不适中毒病因。

肉中毒则是吃了受到潮气或煎煮食物时热气的熏染而腐烂变质的肉,或是受乳酪和酒等酸腐污染、妇女胎血污染、鼯等动物气味熏染的肉,以及日光久照、久放于粮食及蔬菜之间的肉。

2. 天然毒证

天然毒中毒则是由于误食了植物毒、动物毒,或意外被有毒动物咬蜇所造成的。

3. 合成毒证

合成毒中毒是因为受险恶之人暗害,食用了由能转化成毒的各种毒物配制而成的合成毒所造成的。

四、综合治疗

1. 转化毒证

(1)不适中毒:应根据病情,采用收敛、诛灭、下泻等治疗方法。首先药用石榴四味方或黄花杜鹃四味方,与白糖配伍,早晚开水冲服,能使上升胃火,清除粘液,护养孔窍,促使药物与饮食熟化。收敛用牛乳与盐配伍,或白芸香、猪血、沙棘、白糖配伍,早晨与黄昏交替服用。毒证被收敛的证状是身体无力、沉重,鼻涕、口涎多、食欲减退,此时,适合下泻治疗。病势严重者收敛后以药物诛灭施治,药用牛黄、毛瓣绿绒蒿、丁香、红花、竹黄、止泻木、硼砂、藏黄连、白芸香、黄蜀葵、诃子、熊胆、岩精、黄乌头、石菖蒲、白糖配伍,根据病情发热时,凉开水冲服,一般在早晨用热开水冲服。或者用对治清热调理三方,白糖配伍,根据病情交替内服,然后下泻施治。出现病势减轻的证状时,可放宽饮食限制。如果病情不减轻时,收敛药剂可加大剂量,收敛后下泻施治。未净除的余病,对治诛灭。病患严重处,用饮食与药结合对治。疾病转至经脉时,腹泻与脉泻结合医治。性质不适而精华在本位不能熟化、木布证扩散、传经紊乱证、疫疠等疾病,可按合成毒证治疗。

(2)内中毒证的治疗:初期毒病未扩散时,应收敛以后下泻治疗。收敛用角蒿、鲜血、白芥子、小檗中层皮、儿茶中层皮配伍服;清泻要用钩腺离娄、商陆、紫草茸、藏黄连、硼砂、贝灰、麝香配伍服。中期毒盛时,应及时除清毒气。咽喉梗阻时,须清毒通其道路,用蔓苣根榨汁滴喉头,诛灭药剂是牛黄、熊胆、诃子、姜黄、小檗、黄乌头、岩精、碎米芥等研

细,制水丸内服;茜草、马粪与烟絮配制,是对治良药。诸证热象严重时,用冰片、檀香、牛黄配伍令服,并在中毒处针刺放血;寒象严重时,加硃砂、烈香杜鹃叶、棘豆,配制令服;尿毒,用针刺放血,铁剂缓泻施治。饮食应进食面粉粥、大米粥、炒麦粥、清净的凉开水。禁食各种乳食、甜食、肉食、酸腐食物等。

2. 天然毒证

(1)植物毒证的治疗

乌头中毒应首先饮鲜血一勺,然后将患者泡在水中,或经常用水从头顶浇下,使毒液不至扩散至血脉,然后用天然碱、诃子、姜黄一起捣碎后用凉水浸泡服,可除毒保命。蓖蓉中毒可用藏贯众、哇夏嘎、木藤蓼等研末与融酥调服,即可除毒。荨麻和马毛中毒可用山羊肉、山羊血、小便配伍除荨麻毒,粮食油、酥油、脂肪配伍除马毛毒。

(2)动毒证的治疗

疯狗咬伤后,立即用吸血器将伤口污血处吮吸干净,在伤口以上四指处用布包扎,一天后,用热铁烧熨伤口,然后用融酥煎硃砂、小蘗皮、烟絮、茜草外敷。如毒已控制,就立即用药剂对治;若毒发作,药用犬齿、鞋底、烟絮、童便配伍,内服化毒。病势抑制后,用草木樨、胡椒、小豆蔻、广木香、甘草、蜂蜜、融酥制成膏剂,消除后遗症。蛇咬伤中毒后,应在伤口上方包扎,除缠身蛇咬伤外,三天后用火灸伤口,并用吸血器吸吮毒血。在伤口附近针刺放血,然后用香薷、草木樨、油松、大托叶云实、姜黄、小蘗、三果、三辛等研末与黄牛溲配伍,内服兼外用。

(3)虫咬伤毒证

赤巴型者,在患处针刺放血,其它型者在火灸伤口后外敷毒药,并用小葫芦、草木樨、檀香、毛瓣绿绒蒿、干姜、山豆根、广木香、毕茛、垂柳、垂柏、卷柏、娑罗子、悬钩木、肉桂等配伍外敷,清除毒证。

3. 合成毒证

合成毒中毒者,体质好时,新染毒证要聚集、清泻、清除同时施治;体质弱而久病时,只用聚集、清除单独施治。聚集的收敛药剂首先用绵羊血与牛乳煎煮后再加马先蒿收敛疾病。用马尿泡、手掌参、白芥子、猪血、百合、白糖配伍服用;或用白芥子、草乌、藏贯众、诃子、肉豆蔻、木棉花、黄牛血、大黄、脑髓盐等配伍服用。收敛后清除疾病可用草药剂、汁液药剂、珍宝药剂等不同方法。体质好、饮食正常的患者,最好用草药剂清除毒病。应用藏贯众、藏黄连、水柏枝、翼首草、接骨木、黄连、藏茵陈、龙胆、角茴香,乌奴龙胆、黄精等煎药服用。精气衰败、食欲不振的年迈患者,应用散剂收敛施治,药用君臣二十七味方即可清除毒证。热象难除,可用珍宝剂清除毒证,药用金、玉、珍珠、珊瑚、两种檀香、石花、竹黄、红花、毛瓣绿绒蒿、白糖配伍服用。为防疾病未除而蔓延,疾病清除后还须下泻余毒,其治法分为总泻法和具体泻法两种。

五、药浴实施

1. 转化毒

转化毒中毒的肉中毒在中期治疗时,清通险关应防止喉咙干燥,因此颈项须用凉水罨浴,以助清通咽喉被闭塞的险关。而在末期治疗并发症时,眼睛灼热并内生翳障者,最适宜的疗法即用小檗皮膏加冰片冷敷或直接用凉水罨浴。

2. 天然毒证

植物毒中的乌头毒中毒在治疗时,首先应要敛毒,内服红色黄牛热血 100g,然后将患者浸入凉水中,或者从头顶连续淋水,目的在于防止毒液扩散至脉道而收敛于胃中。在治疗疯狗病的末期,若咬伤处疮疤肿胀时,可用油陈骨、油渣、贝壳配伍制成药剂洗浴罨敷。

3. 合成毒证

在结合中毒途径施治时,中毒热盛者应用六味主药散剂罨浴外熨;阳光和潮气为媒介之毒,用五味甘露方罨浴;接触传染的毒,可用红花、麝香、阿魏、大蒜等配伍洗涤疮口。结合中毒部位施治时,若毒著于骨者,用五味甘露罨浴;其中风寒偏盛者,用陈骨煎熬的水汽蒸浴;若还未驱出毒者,可用天然温泉洗浴。断除后遗症时,热著严重时,洗天然温泉浴;中等者,用五味甘露水罨浴。

六、文献摘要

对烟雾毒用六种主药配成散剂或汤剂再加小乌、五灵脂施治,或六种主药配伍药浴施治后熨疗,内服三红药油。阳光毒和湿气毒用甘露蒸汽药浴施治后,身体部分疼痛肿胀是奏效的征象,然后内服六味主药药油、按摩,从内至外进行医治。童便人中黄取汁、红花、麝香、阿魏、大蒜配伍洗涤施治。

毒证著于骨,艾灸会使疾病蔓延,一时发不出汗者,汽浴施治,如果仍然很难发汗时,可在天然温泉浸浴施治。

断除后遗证,饮食起居适当而疾病复发时,要用药械反复施治。……严重者清泻施治后,需要在温泉浴洗,病势中等者药浴,轻者须发汗施治。

(《四部医典·秘诀本·中毒证治法》)

如果疮疤肿胀时,用油陈骨、油渣、贝壳为剂浴洗罨敷。

(《四部医典·秘诀本·天然毒证治法》)

第二节 邪魅病

一、概述

邪魅病按古时说法是由凶煞鬼魅所致。它所包括的病证直接翻译分为地煞凶神病、疯癫恶鬼病、健忘饿鬼病、星曜天煞病、魔龙地煞病等,如按证状意译,则分为邪魅病、神

经错乱证、瘧病、羊癲风等四种。本节将就意译各病名分别详述。

二、临床表现及诊断

1. 邪魅病

邪魅病的证状发生时,人可知前世因果善恶,言语行动如魔鬼,心情暴躁,神志恍惚。若凶神附身,说话声异,有如魔鬼,虽卧难眠,容美喜净。苦阿修罗附身则是偏嗜酒肉,视物眼斜,凶暴骄横,胡言乱语,任意妄为。苦乾达婆附身则有娇媚,喜香气,喜歌舞,喜红色。孽龙附身的证状是面色红润光泽,眼突色红,喜红色与白色,舌动不安,睡时俯卧。夜叉附身的证状为贪睡,喜说蜜语。食肉鬼附身为脸露怒容,声微细,语无伦次,时而哭泣,时而昏厥。饿鬼附身的证状是体瘦无力,且不思饮食,恐惧,身体颤抖。懈乱鬼作祟是喜饮水,不喜说话,不愿进食。瓮形鬼作祟会出现黛面怒容,行走迟缓,睾丸肿胀。诈尸附身会出现颤抖,爱装饰,说真话,嗜睡。不论哪种邪魅病,都会出现裸体、头发竖起、心情急躁等证状。

2. 神经错乱

即“狂证”,分为降型、赤巴型、培根型、合并证、忧愁证、毒证和虫邪等七种:

(1)降型神经错乱,证状有喋喋乱语,无故哭闹,身体屈曲,四肢身体消瘦,眼膜红赤。疾病一般在食物消化时发作。

(2)赤巴型神经错乱,证状是喜凉,眼睛及尿色发黄,眼前时而出现金光。

(3)培根型神经错乱,证状为喜潮湿,少言寡语,食欲不振,不自主流鼻涕口水,嗜睡。

(4)合并证,证状是以上各证状的统一。

(5)忧愁证,疾病发生在思虑时,证状为脸露愁容,心情常烦躁不佳。

(6)毒证,证状中有四肢无力酸软,面容枯败无华,心神狂乱。

(7)中邪证,证状是中邪而伤,行为举止类似如魔。

3. 瘧病

分为降型瘧病、赤巴型瘧病、培根型瘧病及毒证、鬼魅瘧证五种。瘧病发病时的证状是心慌心悸、头昏脑胀、四肢无力衰弱、腹痛腹胀、无故汗出、骨痛如刀割、口吐白沫、流口涎、流鼻涕、病发重时昏倒、神志不清、手舞足蹈、咬牙。各种类型的瘧病又有其各自不同的证状:降型瘧病会出现身体微颤、四肢僵硬。赤巴型瘧病会出现面黄口渴的证状,且在饥饿时发病。培根型瘧病,证状是四肢关节僵硬不灵,口涎突然大量增大。毒瘧证,主要有神志昏沉紊乱的证状。鬼魅瘧病,发作时言语变化无常,难以捉摸。

4. 羊癲风

羊癲风发病时半边身体拖曳,眼呆,失语,口斜,哭笑无常。羊癲风又分为水曜与人曜两种。水曜的证状是身体左半侧发病,舌头左侧短斜,浑身上下发凉,筋络僵硬。人曜的证状是身体右侧发病,舌头右侧短斜,全身发热,指甲发黄。

三、病因病机

(1)邪魅病是由于罪孽太多、孤居无伴、毁僧谤佛、废弃供施、惨祸痛绝而致病。

(2)神经错乱是由于心力衰弱、忧愁焦虑过度、心业过重、情绪欠佳、饮食与起居不当、鬼魅作祟、意识紊乱、产生邪见、神志衰弱、疯癫致病。

(3)瘧病是由于忧伤惊恐致使心神紊乱,不适当的饮食、起居行为导致神经功能受损而衰弱,变得愚痴,从而得此病。

四、综合治疗

1. 邪魅病的治疗方法

诵咒、禳解、施食与烧祭、诵经、静修、积德可治愈。药用是钩木、甘松、菖蒲、孔雀翎、阿魏、蛇皮、豆壳、猫类等等量配制,焚烟熏疗可除邪魅病。檀香、红花、小豆蔻、三果、悬钩木、小蘗、油松、三辛、香青、木香、止泻木、石斛、白芥子、草木樨、侧柏、唐古特青蓝、铁线莲、广木香、藏黄连、川乌、甘松、雄黄、黄牛尿、大象尿、公牦牛尿、马尿、驴尿、绵羊尿、陈酥油等取汁制成药油,外敷、内服、点鼻均能迅速治愈邪魅病。

2. 神经错乱的治法

首先要通心窍,用按摩、药浴、放血、针刺等方法治疗。用药可用三果、广酸枣、油松、小蘗、紫花马先蒿、姜黄、手掌参、丁香、草木樨、广木香、悬钩子、唐古特青蓝、木棉花、黄花杜鹃、腊肠果、茜草、石榴、蔓荆子、草果、铁线莲、毛瓣绿绒蒿、檀香、刺柏、陈酥油等制成善业药油,壮阳益精、健身、镇癫,医治神经错乱。隆型神经错乱须用温和导剂施治,药用乌头一钱、诃子粉六钱,水浓煎,加草果、竹黄、丁香、红花、肉豆蔻、小豆蔻、酥油、蔗糖制剂令服。赤巴型神经错乱,药用巴豆、大戟、波棱瓜、诃子、萆薢制剂下泄;藏茵陈、藏木香、广木香、哇夏嘎、藏黄连、红花、余甘子制成散剂令服;在心脉针刺放血,进服藏茵陈药油;饮食须用新鲜的绵羊肉、新鲜的驼羔肉等。培根型神经错乱,药用刺参、鲜姜、娑罗子、黄牛乳炼的酥油制剂内服催吐;进食粗粝的饮食和药物。

3. 瘧病的治疗方法

用药物灌肠、泻鼻、催吐、洗浴、锐性药物疏通孔窍等方法施治。猫头鹰、乌鸦、鹭、刺猬、蛇、狗、猴、马等的尿、翎毛、粪制剂薰治;用黄牛胆汁滴鼻;菖蒲、广木香、陈酥油、蜂蜜制剂令服。昏厥时间长时,火灸二十个指头;缓下剂用蔗糖酒送服,火灸风窍与命脉。总之,瘧病为血、赤巴激增,高烧致病。因此应清热施治,然后以温性药物与饮食、火灸等方法结合施治。

4. 羊癫风的治疗方法

用寡妇短裤按摩患者头顶并诵咒语,接着用安息香薰治,内服用咒语加持过的安息香水以泻病。药用大蒜灰、炉甘石、石中黄、童便制剂擦身体,以防传染给眷属和近旁的人;饮食方面禁忌饮酒,进食酥油、血肉等;应该进食蜂蜜、鲜酥油、酪浆素食、白芸香、蜂蜜制剂内服;起居方面,注意清洁,不要在阴凉处坐,不要烤火,不要在烈日下曝晒,宜在

温暖处休息,不要喧闹,宜安静。

五、文献摘要

分总治法与具体治法两种。总治法,首先应该疏通心窍、按摩、药浴、催吐、洗浴、针刺放血、下泻等方法施治。

(《四部医典·秘诀本·神经错乱证治法》)

用冰片、牛黄、六妙药、檀香、麝香、白芸香、童便制剂洗浴施治,或者此方再加大蒜烧煨存性,酒制剂反复洗浴。总之,洗浴疗法是上策。

(《四部医典·秘诀本·羊癫风治法》)

第三节 疫病

一、概述

藏医学认为疫病是由于人类贪欲而起,由于人世间的倒行逆施难于调伏,致使疫病之气,弥漫天空,结成云雾,笼罩大地。于是时疫、肠痧、喉蛾疔毒、黑天花接踵而至。另外,四时亏盈、劳损、恶臭、忿怒、恐惧、愁苦等折磨,以及饮食失调,也会引发疫病。由于这类病诱发了赤巴之热,降于汗腺,又诱发了隆与赤巴,通过发病的六处途径依次进入,或者是被气味击中,疫病逐步传染开来。它分为时疫、痘疹、肠痧、喉蛾疔毒、流感等五种。

二、临床表现及诊断

1. 时疫

未成形的时疫长期身寒身重,浑身关节疼痛,乏力少动,多梦,心烦意乱,疯颠无常,喜温热,傍晚头痛,口苦,食欲不振,脉细数浮,尿浊。中期时疫,汗臭令人呕,眼黄赤,头痛,剧渴,心烦气躁,尿赤味重,脉细紧,且跳跃急数,最后呈虚状。腰部及足部骨骼剧痛,多汗,头昏耳鸣,苔红燥,体表高热,伴干呕,时而谵语,时而身体颤抖。

若从发病部位观察:时疫初在皮肤,浑身疼痛且寒冷颤抖,喜温热;时疫深入脉道,神志不清,脉数沉且热,口苦口剧渴,尿赤浑浊;时疫下入肌肉,身体沉重,发热喜凉,神志不清;时疫降于腑,不欲饮食,大便泄泻或干燥,舌苔粘腻;时疫降于脏,苔燥剧渴,脉、尿皆显热象,且胡言乱语;时疫内附于骨,脉虚耳聋,心慌意乱,口干舌燥。

若按时间观察:第一个三昼夜属培根疫,热在头部故头痛,腰腿疼痛,身寒颤抖,浑身乏力欲睡,喜温热,呕吐,是清浊分化期;第二个三昼夜属赤巴疫,热降于五官,故口苦苔厚腻,鼻干燥,耳失鸣,眼圈黑,尿赤脉紧,是似水的干涸期;第三个三昼夜属血疫,热进入

血液,脉、尿皆属热象,且热更甚、苔燥口渴,汗味重,身体沉重无力;第四个三昼夜是隆与血交战的时刻,热降于脏,神志不清,胡言乱语。重者热入命脉搏,脉沉细无力,面黑舌燥,癫狂乱动;第五个三昼夜热降于骨,属山原界的时期,腰部及足部骨骼剧痛,浑身无力,头昏耳鸣,面色苍白,多汗。

2. 天花疫病

天花初期证状为浑身寒冷关节痛,乏力;食欲不振,口苦心烦,头痛甚,心肺不宁,皮肤呈红色,呕沥胆汁,腿骨剧痛;中期天花出现于体表,无不适感觉;末期天花分黑白两种。黑天花脓肿如牛领,天花未能出现于体表,病情严重,周身肿胀。血涸痘疹,证状是红紫血疹厚密。芒管状痘疹,证状是中间凹陷。此两种痘疹皆由血与赤巴产生,极为疼痛,脉、尿及体表皆呈热象。白天花结痂如头盔,模糊不清;白疱痘疹的皮疹色白且厚密。这三种皆由培根与隆产生。病痛似感冒,微热,不反转时,可不予治疗。

3. 肠痧疫疔

肠痧疫疔证状是头痛,关节疼痛,恶寒,肠痛腹泻,泻出物量少,泻时剧痛,泻出物色红紫,或为粘液;脏泻痛疼剧烈,色如鲜血;腑泻,色红黄,状如粘液,病轻时微痛,量小力大,热势猛烈,病重时剧痛,量多,力小,热势弱;肠绞痛泻量小,但次数频繁,泻时剧痛;肠转痛定时腹泻,量多,肠痛如割;肠鸣泄泻无阵痛感,疼痛轻微,量小,脉尿微显热象;肠阻滞不泻,腹部梗阻,肠道疼痛欲断。

4. 喉蛾病毒

证状是苔厚腻,舌、唇、面颊、上腭的后部皆生丘疹,喉咙暗哑,食难下咽。阳性喉证如被利爪撕抓,疼痛难忍;阴性喉证犹如木碗加上了盖子;中性喉证如搅浑了的酪面;疫热喉证犹如龟背。

5. 感冒疫疔

喉疫初期头与上腭、嘴唇皆灼痛;中期流鼻涕,鼻腔阻塞;后期有麻木的感觉。肺疫初期喉头发干,声音嘶哑;中期多咳嗽,头痛背酸;后期痰带脓液,疾病转为肺癆痼疾。时疫头痛,关节与小腿皆痛,上半身不舒适,腰腿有被打般的疼痛,口苦,食欲不振,寒颤,夜间发热,多梦,谵语纷纭。如果失于劳累和营养,疾病转化,称为时疫失脱,多半是死亡。鼻疫,鼻腔发干且痒,鼻涕多。

三、病因病机

(1)天花疫病与总热证相同,是由于热降于黄水,由股及骨髓里产生了疾病,以痘疹或天花之形显于体表,故称天花疫病。

(2)肠痧疫疔是由于肝热下行,诱发了黄水证与胆热致病,肠道绞痛下泻,故称肠痧疫疔。

(3)喉蛾疔毒是由于血液中的七种毒微虫所致。此虫身呈红铜色微小,肉眼不能见。由于饮食起居等问题诱发了血液中的毒虫衍乱,破坏了体内元气,从而产生了此种疫病。

(4)感冒疫疔是由于饮食起居不卫生,大汗后又受凉,以致产生了感冒疫疔。

四、综合治疗

1. 时疫

疾病未成形时,藏木香四味汤或者木藤蓼五味汤促其成形,饮食起居凉暖要适当。中期疾病成型而又扩散时,药用藏茵陈、波棱瓜、膜边獐牙菜、角茴香、大株红景天、诃子煎服,多出汗。若热盛,可在此方基础上再加冰片、牛黄、竹黄、藏红花、船形乌头煎汤,白糖为饮令服。时疫按此施治,若有效应有大汗发。若效果不大,眼与尿皆成黄色,应以下泻法催泻,药用诃子、毛诃子、余甘子、离娄、葶苈、木棉花丝、蜂蜜、白糖制剂内服,新旧时疫都能医治。结合热势大小,用胆矾、棘豆、叉分蓼、秦艽花等煅制存性,头痛时加五棱诃子,鼻衄时加麻黄,若是肋际疼痛时加藏木香煅灰,若是眼睛和尿色皆呈黄色时加羌活根煅灰,疾病降于关节时加独一味煅灰,大便秘时加瞿麦煅灰,小便闭塞时加蒺藜灰。

结合患病部位施治:疾病降于皮肤时,药用藏木香四味汤。如果热盛,药用三果、木藤蓼。时疫降于脉道,药用六妙药、哇夏嘎、大株红景天、白糖制剂,饮食皆用清凉物。时疫降于肌肉,药用牛黄、三凉、诃子、白糖制成清凉散剂,令服。时疫降于腑,药用苍耳子、藏茵陈、波棱瓜、草乌、大株红景天、止泻木、白糖制剂。汤药催泻是良方。时疫降于脏时,按照热势大小进行医治,冰片、牛黄、檀香为主药,加三凉、大株红景天、藏茵陈、船形乌头、藏黄连、白糖制成散剂,连续内服。时疫降于骨,药用踝骨汤与糖酪菜汤诛之,并以饮食补其虚弱,清凉除其余热。

结合时间医治:在培根的时刻,药用三果、藏木香、木藤蓼、苍耳子、藏茵陈制剂温热令服;在赤巴时刻,药用藏茵陈、波棱瓜、诃子煎汤,凉服,或用六妙药、波棱瓜、哇夏嘎、大株红景天、白糖制成散剂令服。如果头痛,针刺额脉放血;在血的时刻,药用冰片、檀香、牛黄、三凉、大株红景天、白糖制成散剂连续内服;隆与血交战的时刻,药用肉豆蔻、广酸枣、胆矾灰、白糖制剂与冰片君臣二味方交替内服;十三天以上,热疫山原界当前,可用新酒、肉汤、糖酪、踝骨煎汤试探,用量依次缩减,或用余甘子、檀香、冰片、胆矾灰、白糖制剂,为涸余热,经常令服。

2. 天花疫病

结合疾病类别进行治疗:对于脓肿如牛颈的天花,药用犀牛皮、黄牛颈部的皮烤黄、豆面煅灰制剂,令其干涸。肿胀严重的,在临近处取穴针刺放血,药用离娄、藏黄连、芸香、牡丹花为丸,黄牛尿冲服,下泻施治。对于血涸痘疹和芒管状痘疹,药用六妙药、麝香、黑冰片煎汤,加山羊血令服催发。或者药用藏茵陈、止泻木、藏黄连、哇夏嘎制成膏剂令服。

结合发病部位进行治疗:天花在心,证状为气促气短,心气狂乱,身颤剧烈,应用精华药加冰片施治;天花在肺,应用精华药加高山辣根菜、甘草施治;天花降于肝,证状是双目赤红、肝区刺痛,药用精华药加熊胆、克什米尔红花施治;天花降于小肠,药用精华药加茜草、叉分蓼、止泻木令服。以上诸方,皆以制水银为滑剂。天花在眼时,用麝香、冰片制剂滴眼,或用小叶莲与乳汁制剂滴眼。或用熊胆、花蕊石、小檗膏、黄铜、乳汁制剂用翎毛擦

拭。冰片、藏红花水洗眼,冷水罨敷。天花在喉头,用热蔬菜面粉罨熨,用火菖蒲、广木香、光明盐散剂吹敷,灰蒿汤内服,再服马粪汁。天花在膀胱,药用白矾砂、广木香、蜀葵、麝香煎汤令服。

3. 肠痧疫疔

初期肠痧疫疔若病势大,则应采取保护腑津、泻腐清肠、对证除病、断除肝漏、改变泄物的颜色,最后是断其流道。若病势小,则应初期封闭脉位,中期诛灭热证,末期断除余热。

肠绞痛与肠转痛,药用翼首草、藏黄连、乌头、伞梗虎耳草、鸡爪黄连、高山辣根菜、角茴香煎汤令服。泻出物红而凉者,加黄牛乳、白酥油,不使肠液干枯而加以滋润。尤其是肠绞痛,泻出物色如苯草汁时,内服茜草汤加藏红花、毛瓣绿绒蒿、白糖以固肠;泻出物色黄者,加牛黄、翎内服以固肠;泻血者服熊胆以固肠。肠转痛泻出物如灰汁者,配尖嘴诃子、小檗皮、穆坪马兜铃、波棱瓜内服;若腹泻浓血者,加哇夏嘎、木藤蓼等固剂,煎汤内服。肠鸣洞泄,泻出物色红者,加藏红花、熊胆、白糖制剂,川乌独味汤冲服。尿色灰白泻粘液者,加小豆蔻、白糖。肠滞阻,药用尖嘴诃子、穆坪马兜铃煎汤,加波棱瓜、伞梗虎耳草、藏茵陈、川乌令服,针刺踝脉放血,小腹用冷水罨浴。断除后遗证应用寒水石、植物油、乌奴龙胆令服。或用五味子、葫芦、没食子、臭里子煎汤加米粥内服,若腹泻过度,腑温耗损、寒盛,药用石榴五味方,火灸肠穴。或新鲜粥糜加醋栗、紫梗、木灰制剂,内服,腹泻没有痊愈时,要注意饮食、起居。

4. 喉蛾疔毒

分为疔毒的治法和喉证的治法,疔毒的治法有饮食、起居、诛杀、下泻四法。首先禁忌甜腐酸的食物,应该进食蔬菜面粉粥及峡谷凉水。起居方面须禁忌房事与白昼睡眠、用力过猛、骑乘、怒语、渡水等。诛灭法分适应的药物诛灭、不适应的药物诛灭、有效的咒术诛灭等三种。适应的药物是麝香、六妙药、安息香。热则加冰片、牛黄、檀香;寒则加水菖蒲、阿魏,或者加鞑新菊、白花棘豆、安息香、水菖蒲、麝香、诃子等令服。

喉证的治疗方法,有平息法、消融法、断截法等。所谓平息法是诵经息病;消融法药用硼砂、硼砂、两种矾制剂;断截法药用硼砂、广木香、水菖蒲制剂。如果不能治愈,用注面铲刮后,火灸施治。喉证疫热梗阻喉头,只有用下泻法治疗。疾病复发窜于脑部,鼻孔流黄水、昏迷、谵语,只有用泻鼻法清黄水施治;下犯于心者、神志不清、疯癫、舌面呈现黑色,对此药用冰片君臣方,如不能治愈,乃是命尽之灾,应该放弃治疗。

5. 感冒疫疔

肺疫口含诃子,药用高山辣根菜、甘草、龙胆煎汤凉服。喉头灼痛,声音嘶哑时,药用丁香六味方。感冒陈旧咳嗽不断时,药用二十五味方除热疾。新旧蔗糖、鲜糊粥、凉而有营养的饮食补肺虚。药用杜鹃花、五味子、沙棘、三辛、香旱芹、铁线莲、马兜铃各二分,芳香四味方半份、白糖等制剂,治感冒咳嗽、呼吸不顺,润喉,开胃。饮食方面应该进食热水、面糊、蔬菜、乳酪、酪浆等;禁忌用力过猛,白昼睡眠。

五、文献摘要

肤色青,身体消瘦,胃口平顺,疫热外散,用洁水疗法医治。……关节疼痛肿胀者,用浸浴疗法施治。

(《四部医典·秘诀本·瘟疫证时疫治法》)

天花未出时,周身肿胀、寒颤,药用甘草、牛乳煎汤涂抹身体。

面部花痴脱落时,童便洗涤,山羊脂肪与猪油、多刺绿绒蒿制剂涂擦。

天花降于眼时,用麝香、冰片制剂滴眼,或用小叶莲与乳汁制剂滴眼。又一方,熊胆、花蕊石、小檗膏、黄铜、乳汁制剂,用翎毛擦拭。冰片、藏红花水洗眼,冷水罨敷。

(《四部医典·秘诀本·天花疫病治法》)

疾病复发的征象有扩散、体质衰微、游走、黄水等,……扩散于脓液者,以洗浴和挤压、外敷、束缚等法医治。

(《四部医典·秘诀本·喉蛾病毒治法》)

鼻疫用烘炒青梨或小麦的蒸汽薰治。

(《四部医典·秘诀本·感冒疫疗治法》)

第四节 杂病

一、食欲不振

(1)病因:食欲不振,又称胃呆,是由于饮食和起居不卫生所致。

(2)证状:食欲不振的证状分为隆型、赤巴型、培根型、合并型。隆型口中味涩,赤巴型口中味苦,培根型口中味甜,合并型口中无味。

(3)治疗方法:吃一些喜欢的食物,并服用一些对证的药物。治疗要外浴、内泻相结合,药用三果、牛奶、酥油方,或用杜鹃花、胡椒、姜、芫荽、肉桂、小豆蔻、白糖制剂,用以生胃火,开胃口。或内服十二味蛇床子散或六味白豆蔻散,用以恢复食欲。合并型食欲不振,药用水菖蒲、山豆根、蔗糖、水煎令服。

(4)药浴施治:用《四部医典·后续部》中四味舵手散加沉香、肉豆蔻、广酸枣浴身。

二、口渴

(1)病因

隆由于体内上行的隆和赤巴功能紊乱,使得培根和津液减少,从而口中干燥;过量饮酒或吃盐过多,均可使培根和赤巴过盛,或炎热天气疲劳过度,可产生口渴证;或因体内火热聚集,诱使赤巴过盛而引起口渴。

(2)临床证状

口干舌燥,心烦意乱,干渴,不思饮食,声音嘶哑。口渴也分隆型、赤巴型、培根型和合并型。隆型口渴证状是头晕失眠,无嗅且口中无味,面部疼痛;赤巴型口渴证状是口苦口臭,体内发热;培根型口渴的证状是口臭,不消化;合并型口渴证状是具备上述各证状。

(3)治法:应内外清泻以驱除隆与赤巴,食用凉性饮食。药用青稞、白糖、蜂蜜捣碎混合制剂施治。隆型口渴,服用红糖、酪浆制剂。赤巴型口渴证应用甘性药物下泻。培根型口渴证,药用山豆根水浸泡小檗皮服用。合并型口渴,催吐施治后饮热水。

(4)药浴施治

外用凉水洗浴全身,内用十味舵手剂加獐牙菜、波棱瓜子、止泻木共研细末泻下。

三、尿闭

(1)病因

由于饮食与起居不卫生,造成身体内三因功能紊乱,从而影响了输尿管的通畅,便产生了尿闭证。

(2)证状

隆型尿闭证状是尿色发青、尿道刺痛。赤巴型尿闭证状是尿色赤黄、发热疼痛。培根型尿闭证状是尿凉且易凝结、不流畅。合并型尿闭证状具备上述诸证状。血闭证状是尿血、腹痛。肿闭证状是膀胱口或肛门肿痛、大小便秘结、矢气不通。石闭证状是尿道内有结石,致使会阴部疼痛、尿闭、尿极臊臭、小便时剧痛。

(3)治法

隆型尿闭,药用硃砂、螃蟹、小豆蔻、藏红盐、冬苋菜、蔗糖、酒制剂令服,擦药按摩,油脂罨敷。赤巴型尿闭,药用天门冬、蒺藜、有爪石斛、葡萄、白茅草、大米、黄牛乳制的酪浆煎汤加白糖、蜂蜜令服。培根型尿闭,药用白硃砂、小豆蔻三辛、螃蟹、蜀葵、酒制剂令服。合并型尿闭可用鹭骨、小豆蔻、三辛、蒺藜、蜂蜜制剂。血闭证,用热水内泻,大肠俞针刺放血;药用四红方加各种胆汁制剂令服。肿闭证,用药水蒸汽疗法和罨敷法,并结合针刺放血施治,由下至上消肿。石闭,用药物和手术清除,药用鹤骨、骆驼骨、驴骨、铁线莲、蒺藜、山奈、干姜、酒帽剂令服。或用硃砂、海金砂、螃蟹、野冬苋菜、麝香、烧焦的水鸥翎毛,研制散剂,碱水送服。以上方法可医治一切尿闭证,特别是对化除尿结石效果显著。硃砂、小豆蔻、麝香、螃蟹、驴蹄、相相吐露,酒制剂后再诵咒加持令服。如药物不能治愈疾病而病又陈旧时,可擦油按摩,罨敷,手术引出结石。

(4)药浴施治

血闭证,用医用喇叭口细钢管插入膀胱捅破血阻,然后将白硃砂和石菖蒲粉放入膀胱底,在天然温泉中罨浴。肿闭证,进行水浴,水罨。

四、黄水病

(1)病因

饮食不卫生,使得血液中的废物积聚于胆,胆汁的精华则变为黄水。扩至肌肉、骨骼与脏腑内外,尤其是常见于皮下和关节腔内。

(2) 证状

黄水病扩散至皮下,证状是皮肤出现小黄疱疹,特别痒,搔时则流黄水,皮肤粗糙僵硬,色青而生疮。黄水病扩散至肌肉,证状是小腿生疮且流黄水,浑身肿胀颤抖。黄水病游窜到脉道,证状是诸脉麻木,紊乱。发热腐烂寒,寒冷发痒,脉道中有如虫爬。黄水附骨,证状是骨头与关节疼痛,伸屈与行走困难。关节肿胀发痒,生疮流黄水。黄水降于心,证状是神志恍惚,上半身肿胀,胸部出现黄疹和白斑,心情沉闷,心烦易怒,口舌生疮。黄水在肺,则有咳嗽,鼻唇干燥,声音嘶哑,小腿肿胀,胸背紧痛。黄水降于肝,则肝区疼痛,鼻衄,身重,常流泪。黄水降于脾,则会肠鸣泄泻,不思饮食,水肿。黄水降于肾,证状是腰腿酸痛,双足麻木,脉数。

(3) 治法:黄水扩散至皮肤,药用刺芒胆、溪岸银莲花、酪浆制剂擦涂。或用糠枇、干姜、牛奶或毛诃子、蛇煨灰、酥油制剂涂敷。如医治不见疗效,脉泻后令服生等药油。黄水窜入脉道,针刺放血,脉泻施治,以干涸黄水。黄水著于骨,腹泻与脉泻施治,内服黄精、天冬、玉竹、喜马拉雅紫茉莉、蒺藜、硫磺药油丸。黄水蔓延至关节,热针施治。黄水降于肌肉,采用药浴法施治,然后再服用生等药油。黄水降于心,药用玳瑁化石、金矿石、银朱、自然铜、硼砂、草果、竹黄、丁香、红花、肉豆蔻、小豆蔻、黄水三药、安息香、阿魏、麝香、榧藤子、广木香、余甘子、沉香、诃子、白糖制剂令服,同时在心脉针刺放血,火灸脊椎第六节。黄水降于肺,药用竹黄、广木香、甘草、檀香、葡萄、黄水三药、大株红景天、茜草、槟榔叶、紫草茸、蜂蜜制剂令服,并在肺脉针刺放血,火灸脊椎第四与第五节。黄水降于肝、脾,用腹泻法与脉泻法施治,药用安息香、岩精、麝香、草茛、白糖制剂令服,并在肝俞针刺放血。黄水降于肾,服用四红汤,脉泻后令服五根药油。

(4) 药浴施治

药物治疗方面,将刺芒龙胆、大黄、诃子、狼毒、瑞香狼毒、亚大黄、蔓荆子、黄水三药等浸泡在黄牛尿中沐浴施治。

附录一:主要参考文献

1. 阿雍本四部医本
2. 宇妥·云丹贡布等著,李永年译:四部医典,北京:人民卫生出版社,1983年。
3. 宇妥·云丹贡布等著,马世林等译:四部医典,上海科学技术出版社,1987年。
4. 马世林等译:月王药诊,兰州:甘肃民族出版社,1993年。
5. 帝玛尔·丹增彭措著,罗达尚等译注:晶珠本草,上海科学技术出版社,1986年。
6. 塔莫·洛桑曲扎:四部医典注疏,北京:中国藏学出版社,1989年。
7. 第司·桑结嘉措:兰琉璃,拉萨:西藏人民出版社,1983年。
8. 觉吾·伦珠扎西:宇妥·云丹贡布传,北京:民族出版社,1983年。
9. 桑旦编:藏医治疗学 藏医外治学,西宁:青海民族出版社,1987年。
10. 桑旦编:藏医人体学 藏医病机学,同上
11. 土旦次仁主编:中国医学百科全书·藏医学,上海科学技术出版社,1999年。
12. 蔡景峰主编:中国藏医学,北京:科学出版社,1995年。
13. 日琼仁顿旦·甲拜衮桑编著,蔡景峰译:西藏医学,拉萨:西藏人民出版社,1986年。
14. 毛韶玲等:藏医外治疗法,兰州:甘肃民族出版社,2001年。
15. 青海省药品检验所 青海省藏医药研究所主编:中国藏药(1~3卷),上海科学技术出版社,1996年。
16. 罗达尚主编:中华藏本草,北京:民族出版社,1997年。
17. 中国科学院西北高原生物研究所编著:藏药志,西宁:青海人民出版社,1991年。
18. 王镛 强巴赤列编译注释:四部医典系列挂图全集,拉萨:西藏人民出版社,2000年。
19. 赤烈曲扎:西藏风土志,拉萨:西藏人民出版社,1982年。
20. 陈观浔:西藏志,成都:巴蜀书社,1986年。
21. 廖东凡:雪域西藏风情录,拉萨:西藏人民出版社,1998年。
22. 南喀诺布:古代象雄与吐蕃史,北京:中国藏学出版社,1996年。
23. 冯亚萍:中华药浴,北京:长虹出版公司,2001年。
24. 安在峰编著:常见病熏洗疗法,北京:人民体育出版社,2000年。
25. 张向群主编:矿泉疗法,北京:中国中医药出版社,2001年。
26. 王旭等编著:熏洗疗法,南京:江苏科学技术出版社,1999年。
27. 西藏自治区藏医院编:藏医药学论文选编,内部发行,1996年。
28. 编委会:藏医药研究荟萃:'99全国藏医药学术研讨会论文集,北京:民族出版社,2000年。
29. 编委会:2000年国际藏医药学术会议论文集,内部发行,2000年。

30. 尕玛江措等:藏医中的药浴法,甘肃中医学院学报,1991年第4期。
31. 任炬:藏医外治疗法,内蒙古中医药,1991年第4期。
32. 王德全:藏医规模化药浴的现代设备及管理,中国民族医药杂志,1996年第4期。
33. 曲华:话说藏医外治,中国民族医药杂志,1996年第3期。
34. 仁增卓玛:藏西医护理结合的探讨,中国民族医药杂志,1997年第2期。
35. 邱建智:浅谈藏医学对天然温泉的认识和应用,中国民族医药杂志,1997年第1期。
36. 吴金旦增:简述自然温泉的治疗法,西藏研究,1998年第4期。
37. 王水潮:藏族药用矿物概况,中国药学杂志,1991年第5期。
38. 张西玲等:论藏医矿特药古今概况,甘肃中医学院学报,1998年第1期。
39. 巴·吉格木德等:医经八支的初步研究,中华医史杂志,1996年第1期。
40. 李忠琼等:藏药达里的本草考证,中药材,1998年第1期。
41. 央金卓嘎:略谈自然温泉的优越性,西藏研究,1996年第3期。
42. 潘菊兰:浅谈五种温泉水及其应用,中国民族民间医药杂志,1997年第6期。
43. 俞汝龙等:藏医药浴疗法治疗类风湿性关节炎 131 例疗效分析,中西医结合杂志,1989年第1期。
44. 赵淑兰等:藏药浴对类风湿性关节炎的免疫调整作用,中国中西医结合杂志,1993年第8期。
45. 刘彦平等:藏药浴治疗类风湿性关节炎体液免疫的变化,青海医药杂志,1995年第4期。
46. 詹登:简介藏药五味甘露汤治疗类风湿性关节炎,中国民族民间医药杂志,1996年第5期。
47. 李先加:藏药浴治疗类风湿性关节炎 223 例临床观察,中国民族医药杂志,1997年第2期。
48. 董光荣:藏医浴法的应用,中国民族民间医药杂志 1999 年第1期。
49. 拉青才让:藏医学五大外治五味甘露浴方实践体会,西藏研究,1999年第4期。
50. 娜仁花:藏医药浴的护理,中国民族医药杂志,2001年第3期。
51. 扎西:藏医学中关于饮用水的论述,中国藏学,1994年第4期。
52. 张辉煌:藏药命名与分类法,中国藏学,1988年第2期。
53. 聂梅·扎西次仁:考察西藏几个温泉的情况,雪域文化,1989年第3期。
54. 佟伟:西藏的温泉,中国西藏,1994年第1期。
55. 索多:亚东核桃沟(卓木喀布隆)温泉简介,雪域文化,1994年第2期。
56. 久西加布:藏医药浴治疗类风关 50 例疗效观察,中国民族医药杂志,1997年第3期。
57. 于福山:甘露药浴液治疗类风湿性关节炎 48 例临床观察,甘肃中医学院学报,1998年第2期。

58. 万玛才旦:藏药内服外浴治疗风湿类风湿性关节炎 78 例观察,中国民族医药杂志,1999 年第 1 期。
59. 李占财:藏医药浴法治疗关节炎 88 例,中国民族医药杂志,1999 年第 1 期。
60. 辛措吉:藏药浴对 132 例风湿病 ASD、RE、ESR 阴转率的临床研究,中国民族医药杂志,1999 年第 4 期。
61. 白树军:藏医药浴治疗类风湿性关节炎 65 例观察,中国民族医药杂志,2000 年第 1 期。
62. 蔡秀清:藏药浴治疗类风湿病 79 例,中国医药与护理杂志,2001 年第 3 期。
63. 马建林:藏医外治法治疗类风湿 49 例临床观察,中国民族民间医药杂志,2001 年第 5 期。
64. 张勇:藏药五味甘露浴精治疗风湿类风湿性关节炎 56 例,中国民族医药杂志,2001 年第 1 期。
65. 马建军:藏医骨剂蒸疗法治疗偏瘫证 63 例临床观察,中国民族医药杂志,1998 年第 2 期。
66. 尕日毛:藏医蒸浴治疗白脉病的临床观察,中国民族医药杂志,1999 年第 2 期。
67. 吉宝等:针刺配合藏药五味甘露汤治疗面瘫 37 例,中国民族医药杂志,2000 年第 3 期。
68. 铁生昌等:藏医药浴电热控制装置的临床应用,中国民族医药杂志,2001 年第 1 期。
69. 杰布:浅谈藏医药浴在骨科领域中的应用,中国民族医药杂志,1996 年第 6 期。
70. 马脑武:藏药五味甘露浴外敷治疗膝关节疼痛 16 例,中国民族医药杂志,1998 年第 1 期。
71. 辛措吉:藏医药浴配外用药治疗关节肿痛,中国民族医药杂志,1998 年第 3 期。
72. 安尔吉:藏医汽浴配合牵引治疗腰椎间盘突出症的体会,中国民族医药杂志,1999 年第 3 期。
73. 彭毛多杰:藏医药辨治 80 例类风湿关节炎疗效观察,现代中西医结合杂志,1999 年第 7 期。
74. 尕日毛:藏药浴治疗牛皮癣及脓疱疮,中国民族医药杂志,2000 年第 1 期。
75. 洛松丁增:藏医蒸疗法治疗高血压 14 例,中国乡村医药,2001 年第 10 期。
76. 黄福开:藏药浴的学术归属与特征,中国藏学,2002 年第 2 期。
77. 黄福开等:藏药浴五味甘露方源流考,中国藏学,2002 年第 4 期。
78. 廖东凡:洗澡节的来历,旅行家,1983 年第 2 期。
79. 刘洪记:从沐浴节看藏族卫生观念,西藏民俗,1996 年第 1 期。

附录二:《四部医典》药浴译文节录^①

药城的西边,有一座名叫马拉亚的大山。山上盛产六妙药,还有治一切疾病的五种寒水石、五种五灵脂、五种药河、五种温泉;红花满山,香气四溢。

《总则本·序言》

外治分为涂油、按摩、针灸、发汗、针刺、放血、温熨、药水浴等,可依次使用。

《总则本·治疗》

暑季里阳光非常炎热,体力消耗很大,要服用甜味食物,主要应吃轻、油、凉性效能强的食物。要放弃咸、辛、酸性食物,减少活动,不在太阳下久停,用冷水洗澡,酒里渗点冷水后饮用。

《论述本·季节性的起居行为》

水,分为雨水、雪水、河水、泉水、井水、咸水、森林中的水等七种,依次前者为上品,后者为下品。天空中的雨水无异味而有香味,其性能凉而轻,与甘露一样,为上品;雪山上流下的雪水其质优良,能降胃火;蓄积的水能引起虫病、腿部象皮病、心脏病的发生。总之,经过风吹、日晒,清洁地方的水是好水,沼泽水、苔藓丛生的泉水、树木杂草丛生荫影笼罩着的水、咸水等等都是下等水;其味苦,能诱发疾病。凉水能治昏迷、头晕、酒病、口渴、发热、呕吐、血病、赤巴病等。水煮沸后其性温热,助消化,止呃逆,能治培根病、腹胀、呼吸困难、初期感冒、初期瘟疫等;凉开水能治赤巴病而不诱发培根病。开水放一昼夜后,犹如毒液,能诱发许多疾病。

《论述本·食物》

禁食的方法有药物调理与峻泻两种。失去调和平衡者,使其调和平衡,方法应从饮食、起居、药物、外治等四方面医治。……体质强壮者,宜在白天、夜晚大部分时间作体力活动使之出汗,同时还可用火灸、罨敷法、药汽蒸疗法、针刺放血等外治方法。

《论述本·两种治法》

外治方面,当发汗时,应以凉水洗浴,哪一处脉旺时,即在该处放血,配合使用冷敷。

《论述本·特殊治法》

又一方,用陈旧的菜籽油周身外涂,再按摩施治,熬煮油渣饼及陈骨在疼痛处蒸汽熏疗;熬煮各种杂骨蒸汽熏疗,将其膏脂涂周身后再按摩施治。此种油疗与罨敷,能止痛祛风,能治疗一切僵直或蜷缩等疾病,增强体力,提升胃温,能医治干瘦病。

概括地说,龙病的治疗方法是这样的:对于僵尸龙病,应该采取油疗法和药汽蒸疗法医治。干瘦龙病,涂油罨敷、脉泻之后,补充以水浴疗法。

《秘诀本·龙病治法》

起居方面,禁忌晒太阳、烤火、发怒、过度劳累等,在凉爽处居住,沐浴或洗头,衣着清

① 本文据马世林、罗达尚等所译《四部医典》摘编。

洁。

如果不能治愈者,用桶酥、大蒜、盐、温水制剂洗浴后外敷,上述药剂在太阳光下晒后,用指甲搔之,赤巴竟出,此时,用刺柏、杜松、豆叶、盐等制剂外敷后在太阳光下曝晒,然后再用指甲搔之,如此反复医治,黄水可除。如果仍然不能治愈,可用离娄、白芷、诃子等制剂加芸香、草决明、冬葵子令服以泻疫;在肝脉和脾脉、黄水脉、胆脉等处多次针刺放血;药水浸浴后,内服降真香药油滋补剂有益……赤巴著于骨,内服藏茵陈下泻汤与冰片二十五味方,并应进食性质清凉的食物,以药水浸浴,效果良好。

《秘诀本·赤巴病治法》

结合内外及中层三种患病部位,调治热性痞块与寒性痞块。首先对于内部的热性痞块病,药用藏茵陈、波棱瓜、止泻木、三凉、岩精、广木香、革菱、硼砂、海贝煅粉、诃子、煅寒水石取灰、雄黄、藏黄连、冬青煅灰等制剂加白糖令服,在临近的脉道针刺放血,视其病情采用脉泻或腹泻或药水浸浴施治。患于中层的热性痞块病,药用六妙药、诃子、白檀香、紫檀香、毛瓣绿绒蒿、船形乌头、藏茵陈、波棱瓜、止泻木、广木香、硼砂、光明盐、革菱、白芸香、降真香、硫磺、犀角、细辛、淫羊藿的枯秧、猛兽骨、野牛角与野牛骨煅至微黄、煅寒水石等制剂加白糖令服,针刺放血,下泻,药水浸浴等按前方施治。患于外部的热性痞块病,药用艾叶、刺参、毛茛、牛膝、小茴香、老鼠粪等制剂,浸浴施治后,会出现化脓的现象,如果不能化脓,用前方下泻治疗,按照瘰癧温针施治。

肺脉痞块病,首先应该用盐水熏蒸疗法调治,然后药用沙棘、余甘子、革菱、广木香、甘草、土碱、蜂蜜制剂令服。

肾脏脂肪脉痞块病,首先应该采用药水熏蒸疗法,疼痛减轻、痞块软化时,可在兴浪穴针刺胫尾脉、踝脉放血。如果不能治愈,再以鸽粪、卷丝苦苣苔药水制剂浸浴,待化脓后,火灸断除残疾。

子宫痞块病,药用鸽粪、鼠粪、兰石草浸泡后烧热罨敷。三付丸药破痞块,内服外浴断除后遗证。血脓腐物要排尽。

总之,龙型痞块应该以油疗法消除疾病;赤巴型痞块要下泻法治疗;血痞块用针刺放血以除病;脉痞块病用化脓法及药水浸浴,施治效果好。

《秘诀本·痼疾痞块治法》

按照患病的部位治疗热证,肌肉皮肤热证以发汗与水疗法医治为宜;脉道热证以针刺放血泻脉施治;骨骼热证以罨敷和药水浸浴法祛病;五脏热证以散剂和针刺放血施治;六腑热证以下泻脉施治;骨骼热证以罨敷和药水浸浴法祛病;五脏热证以散剂和针刺放血施治;六腑热证以下泻法除病为宜。

扩散的热证有自然扩散证、随缘扩散证和超过时限扩散证等三种。……扩散证若不收敛,虽然用药物施治,然而犹如驱散的野兽奔驰在原野,结果一只也未能捕捉到。对此类疾病,应该运用汤散药剂与饮食、起居等治疗方法平息龙以后,将疾病收敛在体内,再依靠药物医治,则好似向火上浇水一样。难以收敛者,应该采用脉泻、常泻及药水浸浴等疗法施治,效果良好。

手术外治有六种:针刺放血以清理脉道;发汗可通过毛孔排除热蒸;罨敷法可治急性刺痛;药水浸浴法专驱扩散热病,拍水法医治表热与丹毒;针灸法可封锁热疾的逃路。

药水浸浴治疗法有五种甘露水浸法、束浸法、蒸汽浸浴法、五行水浸法等。能医治热证散于肌肉、皮肤、脉道、骨骼等。沾水凉敷或浸洒,都医治表热证;未成型的并发热证不能用此方法。病势轻微的热证要从原路阻挡,使其返回;扩散的热证要收敛在体内;扩展的热证要歼灭丹毒,熄其火焰,陈旧热证应该开胃口。

《秘诀本·热证的总治法》

药汗消化后,身体出了汗,用物覆盖脸面,汗既出透,用羊毛和面粉拭之以压风。如果汗难出时,则用灰条菜的蒸汽罨赋比较适宜。有的竟在药物未消化时,就用物覆盖患者的脸面,药的性能尚未发挥,病人的耐痛力也已耗尽,无汗又使疾病紊乱,病复发又有扩展。因此对发汗法必须向大众讲清楚,如果三日之内汗既发出,然后要找寻星光照射过的水,提满一、二、三瓦缸,依次在三日内浸润全身。

由于外缘疾病扩散,药用胆矾和酒制剂,肘头及膝头以下用水浸,其后翌日清晨膊肩以下沾水施治,再于次日清早全身沾水施治,以后药用三果、藏茵陈,煎汤温服。……零星痛和刺痛,用药汽蒸治。

《秘诀本·未成型热证治法》

沾水法,是在阳光和暖时,患者裸体坐在木板上,内服半普量星光照射过的水,然后喷洒患者全身。喷洒时,注意不要让患者闭住气,此法专治扩散热疾。

《秘诀本·热证扩散治法》

如果伏热降于骨,用五甘露方蒸汽薰治。

最后余热若不除尽,一旦遇到机缘时,犹如火石与火绒相击。因此,药用牛黄、檀香、三凉、甘草、葡萄、肉豆蔻、草菱、石榴、桂皮、白糖制剂,养胃火,除余热;羊毛脂蒸汽薰浴施治,服用藏茵陈药油丸。

《秘诀本·伏热证治法》

陈旧热证的治法分为总治法与具体治法两种。总治法中讲医理与对治。医理首先讲身体强硬以湿浸泡之;其次讲热浸要用水浸润;最后讲毒树需要连根拔除。

陈热散布于全身,为了收敛与分解病血与元气,药用三果、藏茵陈、木藤蓼煎汤晾凉经常令服,并用浸浴施治之。汗止,身体轻爽,胃口安宁。

陈热著于骨,药用三佳木八味方,五种陈骨煎汤蒸汽罨浴施治,肾脉针刺放血,下泻施治为吉。

《秘诀本·陈旧热证治法》

浊热证着于骨,药用人骨甘露药汽蒸疗,常泻洗骨膜,在肾脉针刺放血,药用三佳木八味方于涸骨的浊热。

《秘诀本·浊热证治法》

手术外治有针刺放血、下泻、罨敷、药汽蒸疗、沾水治疗等方法,医治内外扩散热证。

热证传于肾脏,开始药用檀香七味方,其次药用藏腰子粉,针刺胫尾与踝脉放血,最

后用柏叶酥油方罨敷和浸浴,然后饮食须温性饮食,火灸肾窍。

热证传于肌肉,浸浴与针刺放血、敷糊药绷缠施治。热证传于骨节,红肿处用沾水法施治,夜间用湿沙、牛粪蒸疗,有时可用毡片蘸水包扎骨节,在热扩散之脉位针刺放血后,毡片蘸水施治。无热象病热小,肿胀松软,毡片蘸油水石罨敷以补虚;热面、油渣罨敷后,敷糊药缠之。

热证传于韧带,药用光梗丝石竹、天门冬、艾叶、天然碱、酒母,温水罨敷,在能忍耐的热水中浸泡,甘露药汽浸浴。

《秘诀法·扩散热证治法》

肤色青,身体消瘦,胃口平顺,疫热外散,用沾水疗法医治。……关节疼痛肿胀者,用浸浴疗法施治。

《秘诀本·瘟疫证时疫治法》

天花未出时,周身肿胀,寒颤,药用甘草、牛乳煎汤涂抹身体,天花出而内陷或出齐后内陷时,要向外透引,药用野葱、青稞、白糖制剂令服。

饮食富有营养时,容易痊愈,面部花痴脱落时,童便洗涤,山羊脂肪与猪油、多刺绿绒蒿制剂擦涂。

天花降于眼时,用麝香、冰片制剂滴眼,或用小叶莲与乳汁制剂滴眼。又一方,熊胆、花蕊石、小蘗膏、黄铜、乳汁制剂,用翎毛擦拭。冰片、藏红花水洗眼,冷水罨敷。

《秘诀本·天花疫病治法》

疾病复发的征象有扩散、体质衰微、游走、黄水等。……扩散于脓液者,以洗浴和挤压、外敷、束缚等法医治。

《秘诀本·喉蛾疔毒治法》

鼻疫用烘炒青稞或小麦的蒸汽熏治。

《秘诀本·感冒疫疔治法》

由血引起的头部疾病,药用三果汤、针刺放血与沾水疗法施治。

《秘诀本·头部疾病治法》

赤巴诱发的眼疾,刮去疹粒后用热水冲洗。

疾病蔓延至骨骼,在眼珠与四肢、关节、额角、眼眶皆疼痛,在囟门用三辛或者植物油热汽熏疗施治。

《秘诀本·眼病治法》

对于喉疮和腺瘤,用罨敷、药浴、针刺放血施治后,再火灸医治,耳垂后下方火灸,断除其后遗症。所有的喉部疾病用药时,应该以诃子煎烧汤、甘药汤丸含化,鱼汤熏疗,肘面脉与前翹脉放血施治。

《秘诀本·口腔病治法》

肺癆证,是痰液壅塞于肺,用茵陈蒿浸浴或药水沐浴之后,再用沙棘五味方,将痰液外引,痰色青灰,浓稠且多,此情况出现,疾病能医治。如果痰液引不出时,再次用药汽熏疗引痰下泻。

《秘诀本·肺病治法》

肝病干喘证,药用棱砂贝母汤、白芷方下泻后,在短角穴少许针刺放血,浸浴疗法施治后,令服药油丸,火灸脊椎第九节。

《秘诀本·肝病治法》

皮肤发痒,药用花椒、水菖蒲、姜黄、陈酥油、猪油制剂涂抹后晒太阳,如果膝盖、手背、脚背等肿胀时热水浴洗。

如肾漏水变血时,疾病已蔓延至肾脉或肝血下落,药用三凉、灵精、熊胆、哇夏嘎、肉桂、杜鹃花、白糖制剂令服。在短翅脉与大肠脉针刺放血,沾水疗法施治。

如果疾病扩散至上半身者,药汽蒸浴疗法与后颈脉针刺放血施治。

疾病下坠者,针刺放血与药汽蒸浴施治。肾痛风,药用刺芒龙胆汤下泻,药汽蒸浴疗法施治,螃蟹、蕲冀、蜂蜜、诸药为膏,内服;藏乌头花、各种谷物药汽蒸浴施治,在胫尾与大肠脉针刺放血。

《秘诀本·肾病治法》

慢性鼻疽,用剃发及穿刺;山羊蜂窝胃里的草糜、山羊血、山羊脂肪、山羊鲜皮,敷于鼻部;同时食用山羊心、山羊肝、山羊脾;三日后用广木香、脂肪、牛乳制剂外敷;火灸脉门并用治虫药熏治。

急性鼻疽,下泻,针刺放血施治。药用山羊胃里的草糜、山羊血、狗粪、胶等制剂,涂在鼻腔外面,在头顶囟门处涂擦三甘药后,再用蜂窝胃包裹,九天后在皮肤变黑处用吸角吸吮,用鹿胃里的草糜、鹿血、脂肪熏蒸施治。

《秘诀本·虫病治法》

肿闭证,用药水蒸汽法和罨敷法,并结合针刺放血施治,由下至上消肿。

《秘诀本·尿闭证治法》

大便硬时,药用蔓荆子、三实、蕲苳煎汤,沐浴、灌肠,向外引出疾病。

《秘诀本·热性腹泻治法》

肌肉肿胀,筋络僵硬萎缩,或骨节疼痛,药用黄精、喜马拉雅紫茉莉、天门冬制剂蒸疗施治。

《秘诀本·关节风湿病治法》

药物治疗方面,将刺芒龙胆、大黄、诃子、狼毒、瑞香狼毒、亚大黄、蔓荆子、黄水三药等浸泡在黄牛尿中沐浴施治。然后用脉泻法治黄水。

黄水扩散至肌肉、皮肤、脉道及骨骼时,采用药浴疗法施治,比较适应。然后再服用生等药油,断除后遗症。

《秘诀本·黄水病治法》

热减退时,饮食红糖、酒,其作用犹如甘露。寒势大时,药用麝香、草果、竹黄、丁香、红花、肉豆蔻、小豆蔻、黄牛肾、广木香、诃子、红糖制剂令服,同时用诃子汤冷却后洗浴。

头部外脉患病,药用獐子粪熏蒸疗法施治。

胸部脉病,……獐子粪熏蒸施治。

四肢白脉病用收敛膏施治。如果是热性加冰片,寒性加草菱,制成拇指大小的丸药,山羊乳送服。獐子粪和五种甘露药熏蒸施治,何处患病即在何处针刺放血。疾病陈旧者,脉泻施治。消瘦时,药浴疗法施治,药用三果药油、草果、竹黄、丁香、红花、肉豆蔻、小豆蔻内服。筋络患病,药汁蒸汽熏疗,陈酒作饮料。

《秘诀本·白脉病治法》

痒白疹,近处针刺放血、药浴疗法施治。皮肤搔痒,用酒曲洗浴,山豆根、黑矾、芝麻、牛黄、酒曲制成膏剂,外敷或擦抹。

白马蹄煨灰、鲜酥油,或者小茴香、香旱芹、唐松草、白芥子、牛乳、芝麻,或者小蘗、槟榔叶、粉枝梅,或者槟榔叶、黄蜡、白芸香、有爪石斛、红糖、蜂蜜、酥油、黄牛洩,煎煮成浓汁擦拭,均能医治面痣、雀斑和粉刺,可使面容变如满月与白莲。

《秘诀本·皮肤病治法》

脉痛疽加银,硼砂浸湿后熏疗施治。肌肉痛疽,药用五种甘露药熏疗施治;骨痛疽,用油渣或各种骨汤药浴施治。

内部痛疽成型后医治比较困难,因此,在疾病初期要加紧医治。首先要忌口守饥,药用川乌、酸藤果、止泻木、松节、黑胡椒煎汤令服。病势严重者,药用白芸香、离娄、诃子、藏黄连、草菱、黄牛洩制剂洗浴施治。

龙型痛疽,外用洗浴,内服五根汤。

创伤痛疽,多针刺放血,注意洗涤,防止腐烂。总之,药浴与针刺放血效果显著。

《秘诀本·痛疽疮疗治法》

二便闭者,牛奶、新酥油涂敷;蒺藜、油松、喜马拉雅紫茉莉,煎汤内服;温泉浴身,杜松药油涂敷。

《秘诀本·痔疮治法》

服用分离汤及多次针刺放血后,下泻、脉泻等方法施治。外用岩精、水柏枝膏涂患处;五种甘露药物药浴消肿,或者用各种花制剂药浴施治。如果肿胀仍然不能治愈,药用臭当归、鸽粪、独活药浴,促使疾病成型后穿刺,外敷酒糟使之吸脓。如果由肿变硬时,仍然用药浴蒸汽化脓后,再用水银丸使脓液干涸,结合患病部位外敷散剂。

《秘诀本·内脏脓疡治法》

如不能治愈时,火灸与药浴配合施治,化脓后按痛疽医治。

《秘诀本·淋巴病治法》

赤巴型疝气,药浴,针刺放血,促其成型后按疮病医治。脂肪性疝气,药用香薷八味方熏浴。

《秘诀本·疝气治法》

婴儿出生后立刻要祈愿祝福:“我的宝贝,心肝所生;长命百岁,眼观百秋;高寿荣华,消灾灭病;积善招福,人才两旺;幸福安泰,吉祥如意。”

说完这些祝福语后,应该剪断脐带,其长度只留四指,令其不出血为善。然后用薰香水洗浴,舌面上用红花书写咒语,用麝香水加酥油蜂蜜喂服,然后让其吸吮母亲奶汁。

《秘诀本·婴儿保育》

手术施治包括针刺放血、火灸、水疗与灌肠等。

上半身以沾水疗法施治。

寒性肝病,采用热性药物、饮食、药浴、下泻、火灸等方法施治。

若肺温热时,沾水,带油骨粉、各种花配制熏疗施治。

并发胆病时,……热泻,采用饮食、药物、针刺放血、沾水疗法等方法施治。

腹部臃胀、下利、疼痛、泻出物少者,可用三果、诃子汤催泻,……在四处鱼形肌用沾水法施治。

《秘诀本·小儿疾病治法》

分温和与猛烈两种。所谓温和,先是以送替身、施食等禳解消灾,其次是居处、洗浴、药敷、佩带、熏治、药物、饮食等七项。……洗浴是用腊肠果、油松、木贼、大托叶芸实、山豆根、蜀葵,煎汤温洗。

《秘诀本·小儿邪魔病治法》

分洗润与油擦身体两种方法。……洗润法可用洗浴与油疗,药物用诃子、大黄、肉桂,分别煎煮晾凉后混在一起,再加鲜姜、桂皮、牛膝、泽漆、光明盐、离娄等,诱发疾病下泻。

《秘诀本·妇科病治法》

九种痞块证的治疗方法:各种花(酒浸泡)加鸽粪与油掺合各类谷物煎水沐浴,周身擦拭。

内服石榴散热制丸以破肿块,在踝脉针刺放血,洗浴施治消除残肿,然后药用五良药油,加黄精、天门冬、峨参、喜马拉雅紫茉莉、蒺藜散内服。

《秘诀本·妇科具体疾病治法》

子宫脱垂,用温水、乳汁洗浴。

产后失血,……或者雪鸡翎烧煨存性、蜂蜜、白糖、皮灰令服,在两腿肚与下半身用冷水沾洗。

《秘诀本·妇科一般疾病治法》

分总治法与具体治法两种。总治法,首先应该疏通心窍,按摩、药浴、催吐、洗浴、针刺放血、下泻等方法施治。

《秘诀本·神经错乱证治法》

若仍然不能治愈,让患者露胸坐在禾秸絮垫上,顶部盖上衣服,吹响海螺,假弃数日。此时,……起居方面,注意清洁,不要在阴凉处坐,不要烤火,不要在烈日下曝晒,宜在温暖处休息,不要喧闹,宜安静。用冰片、牛黄、六妙药、檀香、白芸香、童便制剂洗浴施治。或者此方再加大蒜烧煨存性,酒制剂反复洗浴。总之,洗浴疗法是上策。

《秘诀本·羊癫风治法》

病因与病缘是黄水,腹泻黄水,脉泻黄水、按摩、洗浴、准备等,皆与一般疾病的施治法相同。

成片麻木证,针刺后用吸血管向外引出疾病;或者用童便洗浴。

最后,药浴时以下泻和针刺放血为主,弃害从利,服用药油丸,才能根除疾病,延年益寿。

《密诀法·麻风病治法》

防止感染:分总防止法与具体防止法两种。总防止法是用油渣药浴和骨头汤化瘀,或者用各种毒热药洗浴热敷,或者以土糊调理陈久的创伤。

《密诀本·创伤治法》

内脉溃散时,颈项僵硬,转动困难,肌肉颤动肿胀,剧烈疼痛。对此证火灸脉络,三种药浴药熏熨。

《密诀本·头部创伤治法》

下体拖曳时,煎煮麝粪熏浴治疗;颈项僵直手臂失去功能者,药用侧柏、杜鹃花、藏麻黄、蒿、水柏枝水煎药浴施治。

《密诀本·颈部创伤治法》

箭头停留在要害处,而且又是较深的部位,手术难施治,可采用药物医治。……又一方,蝙蝠肉和猪肉各一块,一升水共煮沸,蒸汽熏伤口,能引出箭头。

结合受伤部位施治:肌肉受伤时采用吮吸、罨熨、浴洗、涂贴等方法施治。

尾椎骨受伤,用火灸,侧柏、杜鹃花、藏麻黄、蒿、水柏枝制剂浴熨。或者用麝粪与刺柏热熨,在胫尾穴和大肠脉针刺放血,然后脉泻,在温泉浴洗施治。

陈旧脉证用侧柏、杜鹃花、藏麻黄、蒿、水柏枝制剂熏熨,脉泻、药浴施治断除后遗症。

脏器受伤,不能俯仰,用浸浴、针刺放血、手术施治是良策。

所谓外部蒸热用沾水法医治,是五天以后犹如太阳容易晒干露水一样,是使溃散至体表的蒸热随沾水化汽自行热熄汽散,如此施治热可顿减,很快会痊愈。

洗涤,热脓用冰片君臣方剂洗涤;寒脓用淡酒、天然碱水洗涤;一般用竹黄、熊胆、白糖水洗涤。伤口结痂时,可以取出引流导管,没有余疾,是伤愈的征象。如果洗涤过度,会伤肺,温失而寒象蔓延;洗涤不够时,腐坏的脓液排除不净。因此,在夏天每三天洗涤一次,在冬季每七天洗涤一次,比较适宜。

小肠下坠,用水和酒制剂洗涤,然后再用过滤了的三辛水洗涤,保温,趁热将腹壁脂肪纳入其腹中;用水击面部,在一惊之下引之入内。

最后断除后遗症。……断除的方法:脏器疮伤发痒,禁忌热性饮食,进食凉性食物,药用黄丹、木贼、黄秦艽、鸽子髓、熊胆制剂洗涤伤口,针刺微血管放血,服用养肺药物。脉口开裂,清泻施治,各种胆用水泡制后外洗内服,近处的脉道针刺放血,火灸封闭脉道要隘,进食凉性饮食。

腐烂,药用天然碱、硼砂、广木香、诃子制剂洗涤伤口,用猪鬃刷子清除脓液腐肌,其后用冰片、檀香洗涤;硫磺药油和各種兽角煨灰,制膏罨敷。

《密诀本·上下体腔创伤治法》

中期疾病扩散,是黄水的时期……如果仍不能治愈,采用黑方剂药浴施治,即狗粪、

瑞香狼毒、刺参、三毒药、四粪、紫草茸、安息香、生面粉、菜子油煎者熏浴罨敷。

脓液溃散传至骨上时,皱纹亦位移,肿盘小,疼痛剧烈,身体沉重,食欲不振,成熟的征兆不明显,对此证收敛施治为宜。药用干姜、陈酥油、人脂制剂外敷患处,药面团罨敷,从边沿用水浴聚扰法施治。……肿硬疼痛时,释缚以药浴疗法施治。

用外敷施治新伤与肿胀,首先对新伤施行吮吸医治,用挤过的甜酒糟、狐狸粪、狼粪、狗粪制剂外敷,平息龙吮吸黄水。以后若出现肿胀现象时,糊贴、熏浴施治,其方剂有红色方与白色方、黄色方、黑色方、花色方共计五种。总的区别还是寒热两类,运用何种方剂,须仔细考虑,趁其软化时先烤热,再外敷绵羊乳酪,纸糊与毛绒糊之后,再用茅草包扎。

配制浸浴方剂时,捣成碎末,煎煮成汤,再用薄皮子包裹好热熨。或者用冷浴法。如此医治的功效是镇龙,吮吸黄水,消痈肿,清除血、赤巴和脉的热证。

所谓结合要害处施治,这是说如果伤及腓肠肌的诸要害处时,用药面团罨熨,或者用热吸法施治。如果不能治愈、药用浓酒糟、野艾、肾叶山蓼、干姜、荜茇、菜籽油、生面粉制成膏剂涂治。仍然不能治愈时,用各种动物的肌肉煎煮浴洗。

臂部水脉受损,药用药面团熨疗或用红色方剂药浴。

肾脉受伤,药用干酒糟、油渣煮水洗浴施治;如果不能治愈者,热药摊糊和温浴施治。

培根型肿胀严重时,难消散,……或药用瑞香狼毒、当归、侧柏、青蒿、鸽子粪制剂熏浴。

热性肿胀用干糊药物施治时,蒸汽大而发热红肿,须在近处脉穴针刺放血,穿刺和沾水疗法施治,或者用天然碱水洗涤,角制吸器吮吸引流。

寒性肿胀,……再用酒煎煮干酒糟与鼠粪熏疗法施治,同用鱼鹞焦毛、乌鸦粪、喜鹊粪、鸽子粪、胡麻油配制涂抹,再用花方剂药浴化脓,甘露灰药、黄牛腐脑、三辛、焦面粉、浓酒糟、植物油配制涂抹,能使一切脓病化脓。

伤及关节肌肉时,肌肉受损传至经脉,伤热著骨,过早地药浴施治或针刺放备过迟等等都是化脓的原因。

骨热证,用凉敷、水淋法和凉药调理。

手术断除脓液,有敷糊、系缚、洗涤、针刺放血等方法。敷糊法又分阳糊与阴糊及重糊三种;系缚法,结合肌肉缝隙与关节生脓的部位,从其边缘系缚施治;洗涤时,首先用天然碱水洗涤,其次再用竹黄、熊胆、白糖配制洗涤,最后用红花、熊胆水洗涤。

糜烂化脓,以洗涤和药物断除脓液。

中部化脓,药物洗涤与系缚包扎法断除脓液。

对此内部脉泻,服用石榴五味方,进食新鲜有营养的食物;用花色方剂药浴洗伤口,

寒性石肿,证状是肿胀坚硬,呈现灰白色,不发热,剧痛,穿刺时无脓液,犹如生蔓菁一样。对此,用酒煎煮各种肉热浴熏熨。

疔痛,证状是肤色红紫,肿胀严重,腓肠肌上呈现黑白水泡,发热,汗毛倒伏。对此用铁粉方消散或以脂方浴治。

寒性腐肿,证状是肿象严重、微热、肤色灰白且空虚,脓液少,轻微疼痛。对此,用药面团罨敷,青蒿煮水洗涤。

溃疡,证状是残肌犹如嚼烂的韧带一样,伤面蔓延,脓液多,腐烂,恶臭。对此首先用酒糟、乳酪止腐烂,天然碱水洗涤伤面后,再用胆液洗伤口。

脉道要害处溃散,分近溃散与远溃散两种。……远溃散是龙脉的疾病,肌肉皱褶脉与关节等处左右上下交错肿胀,也可分为寒热二证,……特别是热溃散要采用吮吸与浸浴、针刺放血、药物等方法收敛。寒性溃散用涂治与浸浴和饮食医治收敛。

腹腔失散生腺瘤,不论是表层腺瘤或者是深部腺瘤,都是由于龙逃遁而产生的,淤聚而动,有绵缎、鸽子颈般的花纹。如果穿刺施治,由于龙散失而流血不止,因而不可穿刺;药用侧柏、杜鹃花、藏麻黄、青蒿、水柏枝五种甘露罨敷。

由于黄水之故,韧带僵硬或萎缩,不能屈伸,对此无法医治。如果医治稍有效果,首先用热水浸浴,然后用各种花配制、药浴施治;或者用干酒糟、马粪、野驴粪、绵羊粪熏熨施治;或者用酒煎煮牛尾蒿、紫檀香、水柏枝药浴施治;晚间药浴,白天按摩,进食肉与酥油、红糖、酒等有营养的食物。然后用羊毛脂方剂卷搓,饮酒至醉助舒展,略见效果时,须练习屈伸,用洗涤、涂抹、热疗、按摩等方法施治。如果疾病蔓延,临近处针刺放血,药浴施治。

《秘诀本·四肢创伤治法》

对烟雾毒用六种主药配成散剂或汤剂再加川乌、五灵脂施治,或六种主药配伍药浴施治后熨疗,内服三红药油。阳光毒和湿气毒用甘露蒸汽药浴施治后,身体部分疼痛肿胀是奏效的征象,然后内服六味主药药油、按摩,从内至外进行医治。童便人中黄取汁、红花、麝香、阿魏、大蒜配伍洗涤施治。

毒证着于骨,艾灸会使疾病蔓延,一时发不出汗者,汽浴施治,如果仍然很难发汗时,可在天然温泉浸浴施治。

断除后遗症,饮食起居适当而疾病复发时,要用药械反复施治。……严重者清泻施治后,需要在温泉浴洗,病势中等者药浴,轻者须发汗施治。

《秘诀本·中毒证治法》

如果疮疤肿胀时,用油陈骨、油渣、贝壳为剂浴洗罨敷。

《秘诀本·天然毒证治法》

摄取四露五精的精华,滋补身体。土的精华岩精,能滋补肌肉;石的精华寒水石,能滋养骨质;木的精华红糖,能增强体力;花的精华蜂蜜,能滋润肤色;草的精华白酥油能滋补精气。柏子仁、黄花杜鹃、麻黄、青蒿四药,冬不干枯,能增强体力,延年益寿。取以上九种精华,能医治危及生命的九种疾病,退去老相,恢复青春,肢如雄狮,力如大象,色泽如孔雀,行动如骏马,寿比日月。

《秘诀本·防老》

手术治疗方面,进行沐浴和按摩。

《秘诀本·补阳》

接着,明智仙长继续讲道:“善哉!大仙请仔细听。关于药水浸浴疗法,从能不能用药水浸浴,药水浸浴的方法,功效等几个方面讲述。

凡是四肢强直,瘰癧,疔疮,新旧疮伤,肿胀,驼背,骨内黄水病,一切龙型疾病等,都可以用药水浸浴疗法施治。

凡是瘟疫,紊乱证,浮肿,食欲不振,眼病,面部疾病,脚心和趾、手心等疼痛,睾丸疾病,心脏疾病,腹部疾病等,都不能用药水浸浴疗法施治。

方法:有药水浸浴疗法和缚浴两种。水浴法一般通用热水,主治疾病扩散、中毒证、陈旧热病扩散、瘰癧、陈旧创伤、内脏脓疡、脉病、肢体僵硬强直、驼背、身体消瘦等。如果不能治愈者,药用青蒿、杜鹃花、藏麻黄、圆柏枝、水柏枝配伍,熏浴施治。人骨、成熟的谷物配伍、药浴,能医治僵直证、龙型疾病扩散疼痛。青蒿、天然碱、酒糟配伍,药浴,主治陈旧创伤、四肢强直。

缚浴分寒、热两种。用各种谷物罨敷包扎,主治头部创伤,脉病蔓延。秦艽、犏牛粪、乳酪配伍,罨敷包扎,主治肿胀。各种花配伍,罨敷包扎,主治脉病扩散。青蒿、杜鹃花、藏麻黄、圆柏枝、水柏枝,或者用酒加犏粪煮热,罨敷包扎,主治白脉病和中风、肾脉疾病扩散。青蒿、独活、藏麻黄、甘松等用童便煎煮后,罨敷包扎,主治脉病蔓延、肿胀、僵硬强直。药用蒙古蒿、红景天配伍,罨敷包扎,主治浊热证扩散。山羊粪、麝香、童便配伍,罨敷包扎,主治麻风毒证。宝塔石灰、深一寸以下的土,用童便煎煮,罨敷包扎,主治宝石中毒。干酒糟、鸽粪用酒煮热罨敷包扎,主治寒性疾病、四肢肿胀、化脓。取出受伤留在体内的弹丸时,药用山羊粪、鸽粪、童便配伍,罨敷包扎,一把香、刺参、卵叶橐吾、狼粪、醪糟煎煮后,罨敷包扎,主治疗疮、寒性痞块。药用马、野驴、骡等的胃中余草,罨敷包扎,主治四肢黄水病、浮肿、肿胀。用酒煎煮鸽粪,罨敷包扎,主治淋巴腺炎。药用人骨髓、人头肌肉、小腿肚肌肉、独活、瑞香狼毒、酒煎煮后,罨敷包扎,主治瘰癧。刺参、绢毛毛茛、青蒿、玉竹、酒糟、鼠粪、干姜煎煮后,罨敷包扎,主治石痞。人骨与喜马拉雅紫茉莉配伍,罨敷包扎,主治骨关节痛风。各种心脏配伍,罨敷包扎,主治神经错乱、心悸、疯癫、昏倒。取地表一尺以下的土,加童便煮熟,罨敷,主治瘟疫引起的脚痛、骨痛。酒煎煮各种骨,罨敷,主治关节刺痛。酒煎煮油渣,罨敷,主治龙型肿胀。

功效:药水浸浴法,可驱逐湿毒、黄水病、消渴病、发炎红肿等病,疗效显著。

《后序本·药浴》

附录三:《苯教大藏经甘珠尔·四部医本》药浴译文节录^①

《四部医本》(sman vbum bzhi)是一部古代藏医学经典,与藏医《四部医典》在结构、内容、文字上都很相似。

关于此书的来源,在藏学界存在很大争议。按照苯教的传统说法,《四部医本》(sman vbum bzhi)是苯教医学经典,是苯教始祖辛饶弥沃切为其子长松杰布赤协等医师传授医学知识的记录,因为是祖师的圣言,所以现被收录在苯教大藏经《甘珠尔》(即圣言集)中。而藏医学者们则大都认为《四部医本》是据《四部医典》抄袭、模仿和改造而成的。笔者认为,这些说法都缺乏确凿的证据,都不能作为定论,有待研究考证。即便按苯教的说法,《四部医本》是产生在象雄古国(今西藏阿里等地区,苯教的发源地),所以它实际上是象雄医学经典,又由于象雄医学被吐蕃医学吸纳,《四部医本》也就成了藏医学(广义的)经典。第二种说法过于武断,不能因为藏医《四部医典》流传得很广,数百年来一直是藏医必读的标准教材,而《四部医本》传播不广,学者寥寥,以及该书与藏医《四部医典》都很相似,就说它是抄袭《四部医典》。因为二者相似的原因有多种可能,要确立“其中一个是以另一个为蓝本编订的”这个结论之前,必须排除“二者同出一源”的因素,即二者是根据另一个本子抄写、改编的。即便已经排除了“同出一源”的可能性,至少还有两种可能,即二者中“甲据乙抄袭”和“乙据甲抄袭”。

笔者对《四部医本》(手抄本)和《四部医典》(新玉妥校订本,德格版)做了初步的文献学研究,初步印象是《四部医本》(抄本)的年代要早。其理由主要有以下两条:首先,《四部医本》的文字显得更古朴,异体字、古字多,其中有一些句子长短不一,而《四部医典》的文字严整、规范,基本上都是9个字一行的偈颂体。其次,《四部医典》的来源和作者存在很大的争议,说医圣玉妥编著《四部医典》缺乏确凿的根据,说从印度或汉地传入更是捕风捉影,因为古代印度和汉族中医根本没有关于此书的记载。比较公认的观点是,现存《四部医典》是在桑耶寺的空心柱中发现的古代秘本(即伏藏,作者不详),后经由新玉妥校订、修改、补充而成的。据藏族史书记载,伏藏师们发掘的伏藏中有大量的苯教典籍和医书,《四部医本》中的一些段落和文字很像是伏藏的特点。事实上,不管二者来源如何,从文献研究的角度来说,作为一种未经藏医学者整理加工的古抄本,《四部医本》对于藏医历史和文献研究,以及《四部医典》的研究都具有很高的价值。

《四部医典》有很多藏文版本,而且有很多注释,目前已经有三个完整的和两个节译的汉译本;《四部医本》仅存手抄本。据中国藏学研究中心图书馆土登曲达先生说,该馆收藏有两套《四部医本》(两种版本影印本),一个是古抄本,一个是经由已故苯教学者阿雍堪布整理,由四川民族研究所影印的,但该书的印量很少。另据才让太先生介绍,民族

^① 译文由刘英华据阿雍本《四部医本》第二部《消除病痛的医药·白部》第二十四章《最佳药浴疗法部》原文译,说明部分为译者所加。

出版社即将出版土登彭措先生点校的《四部医本》藏文本。《四部医本》至今还没有汉译本,汉族学者对此书所知甚少。为了促进我国藏医学的研究,同时也为《中国藏药浴》和西藏医学史的研究和编写工作提供资料,在著名藏族历史学家陈庆英研究员、苯教和象雄研究专家才让太研究员和北京藏医院黄福开院长等的指导和鼓励下,笔者不揣鄙陋,拟依据阿雍本对《四部医本》进行全文翻译。现择其《浴疗》一章译文发表出来,求正于方家。

《四部医本》分为蓝、白、花、黑四部,其第二部首页标题为“消除病痛的医药·白部”(sdug bsngal zhi byed gso byavi sman vbum dkor),而在正文开始处称本部的标题“藏语做《治疗病痛的医药·白部》”(sdug bsngal gso bavi sman vbum dkar po),两处的名称略有差异。此外《白部》中第24章重复编号,依次为《最佳疗法浴部解说》(dpyad mchog lungs kyi ste bstan pa)和《最佳疗法涂疗》(dpyad mchog hyug pa)。显然《涂疗》一章序号排错了,应为第二十五章。由于本文是作为科研资料,力求为汉族研究者提供更全面的信息,方便引用,不是普及读物,所以采取直译方法,翻译的重点力求准确,并反映原文的风格、体裁,字数、句数保持原貌。译文中标出原抄本的页码行号,以便于藏学者核对出处。译文中方括弧内数字符号依次表示:叶码、页面(正面A、反面B)、连接号、行数。圆括弧中的汉字是译者增加的字,是为了补足原文之意或使语气连贯。另外,因为很多学者没有此书的藏文本,所以译本中用拉丁文字母转写的藏文标出一些关键词词,方便汉藏学者对照研究。由于上述的译注原则,使文字略显生涩,望读者谅解。

译文:

[103A-4]此后又当治(疗),
具学问的杰[5行]布赤协请问道:
“啊!
伟大的济世医药之王,
请(您)再将浴疗部分(的)内容,
向我们诸[6]弟子做开示。”

这样问(过之)后,导师^①赐教说:
“杰布等全体执医业者,
第四[7]部分沐浴有三项:
即(第一项)浴疗适宜证(与)禁忌病证,
(第二项)正式进行时操作方法,
和(第三项)沐浴[103B-1]功效解说三者。

第一(项):浴疗(适)宜、不(适)宜证二(种)。

① 按此指辛饶弥沃切祖师。

(第一种)适宜(病证为)肢体残疾(zha)和蜷缩(vkum pa),
 新[2]旧(创)伤、瘰癧(vbras)、疗毒(lhog)、肿胀(sgrang pa),
 发烧、驼背(rkrar po)、肌骨黄水浮(gyo),
 对由(于)隆(rlung,风、气)所致(病)证都适用;
 (第二种)不宜(病证)者(有)腹泻、疫癘[3]、热盛,
 浮肿(skya rbab)、羸弱(nyams chung)、食欲不振(禁)忌(spang),
 (禁忌的部位包括)要害处(lus gnas)、眼、颧颊(mkrar ba)和睾丸,
 心口、肚脐(sto bavi gnas)之上不可浴。

[4]第二(项):实际(dngos gzhi)的操作方法(lag du bya thabs),
 有水浴和缚浴这二种。

第一(种)水浴是这样的,

水浴通常(spyi thun)[5]做法在水井(chu nyal)^①

对炎症(vgrams)、虚劳热病起伏(vkrugs tshad mying byad zhing zhen pa),
 脉衰(rtsa rgan)、脉病(rtsa nad)、旧伤(或旧疮)、瘰癧(有)效,
 身体僵蜷、肌消[6]、驼背(都可以治)疗。

不具温泉时(chu tshan ma vbrub na)用蒸汽浴(rlangs kyi lums),
 做法同前避风(rlung thub,温室)、热水(chu tshan)缚(being pa)(浴)。
 (用)五种甘露和人骨锈[7]的

热水(chu tshan)煮(brdabs pa)的蒸汽沐浴后,
 (能)消除风热夹杂诸病痛。

(上述方药)配合青蒿(mkan pa)、精碱(bul tog)、酒曲(phabs)的
 [104A-1]水浴(治)疗旧伤(疮)、肿胀、(肢)僵残

第二(种)缚浴当中(也)有二(类):

用寒浴治热(病)[2],热浴疗寒(证)。

第一(类),治热病的寒冷浴,

对头裂(mgo chag,头骨裂)、脉管破(rtsa kha bye,出血)用谷(类药物)浴,配狗舌(khyi
 lce)、犏(牛)粪(mdzo lei)、酪(治疗)脉[3]肿(rtsa skrangs)缚(sdom);

各种花(药)浴能制(服)(vdul,驯)脉溃病(rtsa byer);

对诸传脉病(rtsa vgrams)、肿胀蔓延(skrangs pa vbyams pa),

狼毒(草)(re lcag)、(青)蒿根(mkhan rtsa)、羌(活)根(spru ma)、[4]藏麻黄,

甘松(spang spos)(在)尿中煮(汤)浴疗有效;

白脉(即指神经)断伤(snad)、中风(gzav log)、传肾脉;

① 此处应指温泉出口处的水池。

五甘露(bdud rtsi lnga)、獐粪(gla ril)[5]全(tshang 齐全)煮(水,放凉后)绑缚(bstam);
旧热蔓延(hyer ba)(用)“灿”(mtshan^①)和(大株红)景天(sro lo)浴;
麻风病(mdze dug)麝香、(獐)粪、童尿浴;
对珍宝毒用白陶土[6]和,
(地下)一肘深(的)土(在)尿中煮(后)浴、(捆)缚(bstam);

第二(类),治疗寒病的热浴,

对肢体病和肿胀、冻伤

[7]摇动之后(再做)缚浴最有效;

干酒糟、鼠屎、酒煮当挂^②浴;

(欲)拔(出箭)簇、(弹)丸(可用)山羊(粪)、鼠粪、(童)尿浴;

[104B-8]乌头(ra dug)、大蓟(spyang tsher)、(卵叶)橐吾(ra sho)、鼠屎(spyang brun)^③
和,白蜜煮过水泛(chu log,指病名)、寒肿消。

对四肢黄水浮肿、水肿(sbos pa),

马、骡、驴的鲜肺(glo dron)^④浴[2]中入(gzhug),

赘疣(rmen)、瘰癧(病,可将)鸽粪(用)酒煮浴;

消化证痕(可用)人头、腿肚肉

羌(活)根、狼毒(用)酒煮浴中[3]入(bcug);

大蓟、绢毛毛茛消石淋(rdo skran)

青蒿、甲竺(lca vbrum,玉竹)、鼠屎、白蜜和

姜(sga)和红柳(spos)配制浴中入(bcug)。

[4]对泻痢、疫疔、腿和骨痛,

(地下)一肘深(的)土(用)童便煮后入;

邪风(rlung vphyo)、癫厥^⑤、风热(用)诸心^⑥浴;

骨痹^⑦、[5]急病(tshabs nad)(用)人骨羌活浴;

对于各关节(rus tshig)焦烂(tshig pa)、刺痛,

(用)诸骨酒煮入浴时有效。

风肿(用)黑蜜(rdung ba)酒煮浴,

如此暗消(gsang vdul)用浴能消除。

① 此指景天属植物“大福指甲”。

② 指悬挂或贴在患处

③ 按《四部医典》此作狼粪。

④ 《四部医典》作 slo dron,为反刍胃中热的余草。

⑤ 原作 bsnyo vbog,今按《四部医典》smyo vbog 译。

⑥ 此指各种动物的心脏。

⑦ 原作 rus rdem,今按 rus drem 译。

第三(项):开示浴疗的功德,
祛风、消肿、(能使)干消(的)诸(肌)肉(得到增)长。
《消除痛苦疗养医药·白部》(之)中(的)
第二十四章《最佳疗法浴疗部解说》完毕。

附录四:五世达赖喇嘛与藏药浴^①

五世达赖喇嘛(阿旺·洛桑嘉措)是一位博学的高僧,他对藏医药学非常精通,在世期间大力扶持藏医药,出版《四部医典》及藏医挂图的绘制,兴办医学历算院(曼孜康),为西藏的医药发展作出了巨大贡献。同时,他本人也是藏医药的实践者和受益者,他一生中曾接受过藏药、刺血和药浴疗法,以及针拨内障治疗,特别是接受药浴治疗的时间最长。作为藏传佛教领袖,他心胸坦荡,从不讳言自己所患疾病和接受治疗的事实,并且作了如实的记录。《五世达赖喇嘛自传——云裳》中记载,五世达赖喇嘛经常用藏药浴治疗自己的疾病,而且取得了较好的疗效。他亲笔记录了每次药浴的时间、地点、原由和效果,这是关于藏药浴医疗的珍贵记录,为今天开展藏药浴的研究和临床提供了可靠的真实记录(病案)。为配合北京藏医院藏药浴科研工作,现将《五世达赖喇嘛自传》中有关药浴的记载摘录如下,仅供参考。

原文:

从山谷取温泉水洗浴;(538页)

〔《自传》中册第三章标题为〕“有关去彭波地方洗温泉浴的情况”:

8月14日起,五天内住在罗布林卡沐浴;(605页)

达隆夏仲仁波且根据一部伏藏的悬记(预言),对第巴索南绕丹称赞过“达隅的温泉对治疗血和脓(证)有效”,强俄巴医生也坚信确实有效;

当晚我们抵达温泉边,那个温泉由善威仪佛统治……,由于会见的人很多,我身不由己,但仍每天认真洗浴,所以对血液非常有益。此后一年半多的时间里,我根本未患感冒。有人说此处从前有温泉,后来有一大股山溪水流入,所以变凉了。本仓查绒巴认定此泉的水为药水。总之,正如圣贤尊者所说,“名为东方法主,却出自西方”,虽然叫做温泉,摸起来却是凉的。凉性的东西对健康有害,会不知不觉地引起一些疾病。(606页)

温泉水虽然有益于血液,但要经常缓慢地洗浴才有效;(609页)

从德仲取来温泉水后从十月十七日起洗浴七日;

本年身体非常健康,不过仍用松觉派《宝匣经》所说的温泉洗浴了七天;

从止贡天然池塘取水洗浴七日;(742页)

第巴患寒病,洗温泉,未见显效;(744页)

为治疗手足病,取温泉水连洗三天,不见效;(759页)

从藏历五月初六日起,我利用七天时间,用从伍多德仲地方的浴池中取来的温泉水洗浴身体;(766页)

七月三十日,当水神之子清除一切河水的流毒,使之变为八功德水之时,我取来河水,举行为期五天的清洗病垢的仪轨;(820页)

^① 本文由刘英华摘自陈庆英等译注《五世达赖喇嘛自传——云裳》,说明文字由刘英华所加。

从扎吉摩天然浴池中取来净水用心洗浴了七天,以期治疗痼疾。温泉之水不可能没有疗效;(823 页)

派人取来卓干扎温泉之水让第巴洗浴,为治好他的手疾在大锅中泡了三天;(827 页)

(1642 年正月)二十五日,我用沃嘴的温泉水治疗手足,历时三天,希望能见到疗效;(842 页)

用伍多德仲温泉之水洗浴身体达七天之久;(869 页)

藏绒河水对干手足患疾颇有疗效,派人取水连续洗浴了八天;(895 页)

曲沃日山上的药泉水对血脉显有疗效,我连续用泉水浴疗了七天;(903 页)

左手痛风病又加重,对关节进行擦洗,腿关节的痛风日渐恶化,病卧四十日之久;(938 页)

从十七日开始,我用德卓泉水洗身体七天;(977 页)

二十三日,我开始用药泉的八功德水浴疗身体,历时七天;(1063 页)

果巴彭措旺布治疗期间,我为之写了题为《消除痛苦的月兔之水》的诗;(1076 页)

初五日,我派曲杰乃西瓦取来达仲温泉的水,浴疗七天;(1077 页)

(1679 年 4 月)从二十七日起,为了有益于我的手足病痛,用温泉的甘露水进行洗浴,历时七天;(1107 页)

八月初六日起,我利用七天时间用八功德温泉药水,清洗疾病的污垢;(1136 页)

(九月三十日)从此以后,连续六天,从德仲温泉取来药泉水,我沐浴身体,使肢体见到明显的疗效;(1157 页)

(1780 年 4 月)从二十六日起,我用七天时间,以都孜[意为甘露,编者注]药泉水浴疗身体;(九月)因象皮肿病不时发作,虽然用秋天的药水加以浴疗,仍不见好转,将近一周年了,使我坐卧不安,十分困苦;(1185 页)

(7 月 6 日)无论起居,都以八功德药水进行治疗,用七天时间认真洗浴;(10 月)初五日起,我在九天时间中,用甘露泉水提炼的药水治疗腿疾,并与隐居相结合轮番进行;(1205 页)

从初十日起,我连续七天用德仲药泉之水涤净不洁的晦气沐浴身体。七月,从二十六日到二十七日,一切河流流水改造为八功德水,我取来享用。

附录五：《宇妥·云丹贡布传·寻找矿泉》选译^①

从此后，大学者玉妥袁波师徒们，就在贡布曼隆（药谷）寺（住下来），晚上（他）因材施教，为僧徒弟们讲法，白天专门为患者们治疗，把许多人从疾病的威胁中解救出来。

有一天傍晚，（忽然）来了一位手持箭囊的红色的（神）人，（这人对玉妥）说：“玉妥巴，在此西南方向，有个叫作‘介昌’的地方，如果在那里（连续）六个月（时间），修炼‘药甘露之法’的话（定）能得到大成果。”说完（这人）就不见了（原注：可能是文殊菩萨的化身），于是玉妥大师把弟子们遣回各自家乡，独自一个前往寻找（甘露）洞穴，（一直）找了五个月零八天（仍然）没找到。（此时）他身体又困又乏，就径自在路当中（歪斜着）躺倒，（这时）来了一个全身黑色头顶上长着猪头的女子，她说：“玉妥巴，这座山上有你修炼的洞窟，快去找吧！”说完就不见了。于是，玉妥大师（起身又）去找山洞，（但）还是找不到。他在一块石板上坐下，心想我多生多世以来所祈求的神是三部怙主（注：指密宗事部三怙主：佛部文殊、金刚部金刚手和莲花部观世音），如果向他们祈求的话一定能找到（那个）洞穴，（于是）他就（开始）这样祈求：

我前世以来修行的神（啊），

三部怙主佛和眷属们，

具慈悲者全都观照我，

为了利益后世的众生，

请帮助我找到甘露洞！

祈求完，再去寻找，在一处红色岩石上，有个洞穴，洞口朝向北方，太阳光照不到洞中，里面有水。他进入洞中，（开始）修药甘露法。（如此）六个月过去了，这一天，（洞中突然）发出了有如千万条巨龙吼叫（轰鸣）的“六字（大明咒）”的（震耳欲聋）的声音，洞穴中土石等飞溅、颤抖，玉妥大师正在想“这是怎么回事呢？”，（就在这时）出现了一个全身白色，肩背药袋的瑜伽师，（两手拿着）长短两条念珠很快地拨动着（原文注：大悲观世音菩萨的化身），说道：“玉妥巴，由于（你）所修行的力量，已获得成就，去安神开光吧！”玉妥心中想“不知（这）是佛来说预言，还是魔来做障碍”，（他）又进入岩洞中（继续修炼）。这天黄昏，来了一个骑着猴子的身体黑色的人，把玉妥大师囹圄生吞下去，玉妥立刻进到了一个美丽而悦意的天宫（须弥山），在天宫的中心（有一个）吠琉璃宝座，上面坐着一位像报身佛一样的药师佛，药师佛把手放在玉妥大师的头上，说道：

第二药师玉妥巴，

在三十三层天上，

你名叫丹巴多嘎（意译：最胜白顶珠）；

在佛教胜地印度，

① 本文系土登曲达、刘英华据觉吾·伦珠扎西著《宇妥·云丹贡布传》（藏文版）第34章翻译。

名勋奴吉美扎巴(意译:无畏称童子);
在汉地五台山上,
名为持木杖仙人(音译:莪松丘杏卡赞,可能是指汉族传说中的老寿星.);
(在)尼泊尔圣地兴衰,
(名叫)第二佛陀龙树尊;
(在)藏地黑暗密林中,
名智者玉妥贡布。
一个人有许多名,
化身大士真稀有。
“介柴”(按:前文作介昌,而此下均作介柴)甘露岩洞中,
六月所修药之力,
隆、赤、培根(三过单独致病)各(有)十万(种),
二、兼(注:二过联合及三过联合所导致的)疾病一十万(种),
(以上)共计七十万种病。
治病水药相应生,
药物差别(也有)七十万(种),
功效水药中成熟,
这位化身(注:指玉妥大师)真善士,
为利后世诸众生,
祝福水药常存世,
我的众生福气大,
拔除痼疾诸妙药,
化作石等佛曾说。
那甘露药的泉眼,
是最佳化身水药。
享用此药诸众生,
疾病与魔岂能侵,
后世生于清净刹。

(药师)佛说到这里,玉妥立刻醒过来,马上去寻找泉眼,在山脉之前(山脚下)有具备八功德的泉(注:八功德水,佛书所说具有一甘、二凉、三软、四轻、五清净、六不臭、七饮不损喉、八饮不伤腹等八种优良品质的水)眼一百零八口,为了后世众生的利益,玉妥做了令泉水常在的祝福(开光加持),他说道:

向伟大的医药王,
吠琉璃光佛顶礼!
在你的慈悲河水,
所生甘露泉水中,

种种不同的药物，
 具七十万种功效，
 定能除七十万种，
 各自不同的疾病，
 所以称为七十万。
 就在这珍宝山脉，
 玉妥·云丹贡布我，
 以药修炼成熟力，
 (所成)最殊胜的甘露药，
 味、效、化味强大之，
 七十万种功效生，
 我闻佛说如是语，
 所以叫做七十万，
 此具八功德之水，
 广大清澈凉暖适，
 没有碱卤和秽垢，
 味甘不泻愈诸病，
 (它能使)风邪(证)不生、赤巴(病能消)除，
 培根污秽从下清，
 血赤之病(向上)涌可除，
 三过聚合(病)皆能平，
 培、隆(二过向)上(窜)扰可(通过)引吐(作用来消除)，
 寒隆黄水(病)饮(此水全都)能除，
 扶持胃本生胃阳，
 此是良药中之王。

说完此话，(宇妥)嘱咐地祇、龙魔等，然后，(在泉水旁)树立了一块一人高的石碑，碑上镌刻了药泉志，随后祝愿道：

圆满(的)佛陀和十方菩萨(们)，
 出众的财宝真正圣者，
 特别是我上师吠琉璃(光王药师佛)，
 至心祈请(您赐予)加持成(就我的)所愿！
 由于诸圣加持的集聚，
 所生药物精华聚(于)此泉(中)，
 愿所有众生都能享用，
 他的一切痛苦都消除！
 此具圆满功德的甘露，

哪怕是只饮用了一滴，
也能平衡内外的(四)大种，
心身安乐身体得健康！
淋洒水雾和闻到(它的)气味，
就在顷刻、刹那、一瞬间(按：指极短的时间)，
(能)从非时死亡(按：可能指意外、疾病和夭折等非正常原因死亡)之敌(掌中)解脱，
消除黑暗病魔之聚集！
居家以及外出漫步行，
即使上路和心中观想，
生老病死波浪自然息，
愿能获得长生不老术！
耳所听闻心中思与念，
众生仅靠享用此水流，
今生安乐自在无病痛，
命终令生持金刚佛土！
因为进入所有世界中，
已成为甘露药之种类，
身体强壮且功力广大，
愿拔除众生的疾病苦！
任何世界中的众药物，
所有温凉调配(方法)都通晓，
行事慎重为病人着想，
愿满足众生患者愿望！
如所有世界中的病人，
依照医生看护者的话，
都从寒热病苦中解脱，
生生世世无病而安居！
所有护理患者们的人，
慈爱悲悯不厌弃病人，
爱语关切勤奋讲卫生，
病人欢喜疾病速痊愈！
所有患者所求诸妙欲，
不需费力心愿如雨降，
病人护理(者)愿望得满足，
身体健康财富也丰盛！
以我纯净的医术之力，

使我和无数无量(的)众生，
都一同修行大乘法位(注：旧译地道，指大乘菩萨修行的十地和五道)，
但愿能够即身成佛果！

(玉妥)说完就再次回到洞中，一天夜里，出现了一个佩带着骨饰的女子，说：“玉妥大师，在此地的西南方，将来有阿闍梨绛白协年(注：意译妙吉祥善知识，是印度高僧名)的(一个)化身，名叫白·夏巴多吉(按：此指大修行者密勒日巴尊者)的(修行的)圣地，有个(地方)名为拉齐雪峰，您必须独自去那里开辟圣地，调伏土地，驻锡管理。”说完就不见了。此后，大师玉妥巴为了去开辟圣地，到了“查沃”，(此地)正南方有个湖泊，小山洼里有座镇子，稀稀落落的，只有个别的行人，(玉妥)逢人便打听(路)，但(人们)全都说不知道。玉妥大师心中想“我没有办法找到，需要秉明上师药师佛，请求开示”，这样想后，玉妥开始启请：“请派一个向导(为我引路)”，(话音未落，出现了)一个像门巴女子一样的人。(女子)说道：“你就是学者玉妥袞波吗？”(玉妥回答说:)“是我。”(这女子说:)“药师佛派我来为你引路”，然后他与这女子结伴而行，(女子)送他来到一处险峻、狭长的山谷，谷中充满了杂草和物品，(女子)说：“这就是圣地的门”(话说完，她)就不见了。于是，玉妥心中思忖：“我呢没有打开此地之门的办法，还得启请上师药师佛(帮助我)”，(这样)想过后，(他就开始)启请。那个门巴女子(又)来了，女子说：“你这个只会号叫的白痴，(难道)要让药师佛给你喂饭吗？你有何功德(三番五次地)求佛呢？”玉妥大师回答说：

上师药师佛所引领的，
主从(根本传承)和引导上师，
和本尊菩萨圣众，
常住我的顶门上，
利益众生做加持，
金刚亥母(的)真化身，
空行(母)门巴女请听(我说)，
学者玉妥袞波我，
生生世世一切时，
(对)那位天尊药师佛，
刹那也未曾忘怀，
启告皆从心底发，
启请之时又谒见，
加持成就(悉地)无爽失，
所以拥有大功德，
门巴女你明白吗？

(玉妥)说完，女子笑道：“哈哈，(小女无知)刚才是玩笑冒犯尊颜，请您原谅，这里是圣地之门，(由此可)跑进到山谷中”，说完(又)不见了。此后，玉妥开始修炼药师的身坛城，当他专心地向上师药师佛启请，去到山谷中时不怕野兽，野兽不伤害。(有一天)玉妥

在山谷中走,忽然出来两条毒蛇,大的一条毒蛇像房梁一般(粗),小的一条像牛鞭一般(粗),两条蛇拦住了(玉妥的)路,(这时)从玉妥大师的左臂上(生出)杰尊忿怒母(绰玛),大毒蛇看见忿怒母后,(吓得)逃之夭夭了;又从玉妥大师的脑后生出狮面空行母,像前面一样,小毒蛇也逃窜而去。然后,两位空行母也都(分别)隐入玉妥的左臂和脑后。此后,两条毒蛇再也不见踪影。然后,玉妥(继续)向上走,坐在一个高高耸立,直插青天的白色岩石顶上。这下可惹恼了(当地的)妖精们,于是连续不断地下了一个月的雪,所有地方都被雪覆盖了,(玉妥)开始修炼拙火定,结果(在他周围)约有投出一块石头距离的范围内,积雪融化,露出了黑色的泥土。随后,又过了二十多天,玉妥大师心想:雪不能伤害我,但是怎么解决饮食呢?又想:若向上师药师佛祈求,不仅能解决生活需求,而且今生能成佛,所以应该做启请。(这样想后)他就诚心祈求,门巴女子来了,女子说:“真是奇迹,你还活着吗?谁把雪融化了?谁给你饮食?”玉妥回答说:“(我靠)修拙火定使雪融化,(我以)向上师药师佛祷告当作饮食。”女子说:“你是怎样祈祷的呢?”玉妥回答:

从无缘空性之中,
守持慈悲为根本,
敬信持戒敷为垫,
骑跨“生起(观想)次第”驹,
佩挂“圆满(受聚)次第”饰,
生、圆双运能驾驭,
住于中道空性体。

(玉妥说完)女子说道:“我们分工,或者在岩石上挖洞,或者挖泉水,由你选择。”玉妥说:“你挖洞,我来挖泉水。”女子在岩石上挖掉泥土,现出了岩洞,(所以)把(这个)洞叫做“门巴女洞”,玉妥招请来水神,掘出泉水,所以把这泉称做“玉妥泉”。据说有缘、有福之人定能找到(这个)岩洞。在岩洞中玉妥大师驯服地祇,又为此圣地加持,收伏了妖精,在那里住了三个月。一天,来了五个美丽的女子,(对玉妥说)“各种药物,吃和用的各种财物,金银珠宝等会大量出现”。玉妥大师问道:“你们是谁?”回答说:“我们是医药五姐妹。”说完就不见了。

后来,玉妥大师(在离家)三年三个月后回到了自己的家乡。他的徒弟衮觉贝桑说:“玉妥大师,三年三个月当中,您到哪儿去了?我们到处寻找都找不到。”玉妥大师把上述的经历原原本本地讲给(弟子们)听,然后(用诗歌概括)说:

具备五眼六通(注:佛教中所说的五眼包括肉眼、天眼、慧眼、法眼、佛眼;六种神通包括神境通、天眼通、天耳通、宿命通、他心通和漏尽通。)的,

药师佛前我顶礼!
虔诚、努力、智慧的,
衮觉贝桑听仔细:
在“介柴”甘露洞中,
六月所炼药之功,

生出了甘露药泉，
对七十万种不同(的)，
疾病肯定都有效，
功效殊胜的药物，
有七十万种作用，
谓“七十万的药泉”，
“介柴”岩洞的山脉，
出产七十万种药，
山脉前生出药泉，
谓十万前的药泉。
此后空行母预言，
与印度“金刚座”相同(的)，
未来成就(者)的圣地，
开辟“拉奇(雪峰)”的圣地，
(在那里)驯地驻锡三个月，
大成就后返故乡。