

份提出，如果將全部有效成份提出，其效力可能大數倍以上，所以提煉藥的價格，往往比用生藥煎劑降低一倍至數倍，質量方面，還能比煎劑提高很多。

成份的提出，完全決定於溶劑，所以水，醇，氯仿，醚，苯……等，所提出來的物質，各有不同。

例如中國藥典所載的麻黃流浸膏，是剝藥，是提取的麻黃全部有效成份，（鹽酸麻黃素是單提出麻黃的一種有效成份），極量僅用三西西，含生藥不到一錢，（九分六厘）多用即可能發生危險，中醫過去全用煎劑，普通量即可用至三錢大量有用五錢六錢的，亦無危險，如果以流膏一西西，相當於煎劑一錢，則麻黃三錢，已到極量，比用生藥提高質量很多，但用生藥原料則可節約三倍以上。

為什麼麻黃流浸膏的效力，會比煎劑大的多呢？因為麻黃的主要成份是生物鹼，（即麻黃素）在醇中易溶，在水中難溶，因此麻黃三錢水煎的效力，遠不及麻黃一錢，用醇滲濾的效力。

中國藥典第 309 頁醇項下載，在水中難溶的物質，如樹脂，生物鹼，或色素等，在本品中多數能溶解，那麼含有樹脂，生物鹼，或色素等成

份的藥品，就應該以醇為溶劑。

又如杏仁中醫師常用三四錢至七八錢，並不中毒，民間用以煮菜，經常佐膳，但中國藥典的杏仁水則為劇藥，極量可至二西西，用杏仁僅六分左右。

為什麼杏仁水會有這樣毒性呢？因為杏仁水係用蒸溜，杏仁水內含有氫氰酸，（係杏仁的有效成份，性劇刺）。若用煎劑，氫氰酸大部份揮發，所以毒性很小，煮菜的，係用杏仁加水磨細，煮沸後用勺揚，氫氰酸完全揮發，所以毫無毒性，可以佐膳。

毒藥利病，為了提高中藥效力，減輕病家負擔，提煉為藥典製劑的杏仁水，自是正當辦法，但對於中醫師的習慣用量，很難結合，一西西杏仁水僅用杏仁三分左右，相當於煎劑一錢，尚覺藥力太大，萬一中醫師處方用杏仁七八錢，即可發生危險，所以必須注意，有些診所，小規模自製自用，一切藥品，均用水煎，（包括杏仁在內）與中醫數千年來的經驗相同，雖然成本較高，但尚符合蘇聯先進經驗的精神，（重視過去經驗符合中藥煎劑）在中藥科學化的過渡時期，尚屬合理。

通訊處 衡陽市司前街25號樓上趙忠敬

糾正以馬鞭草為旱蓮草之誤及法半夏京半夏製法之不當

劉 仲 農

旱蓮草（原名鰓腸），為濕草類，多生於道旁田畦水陰陰濕之地，屬菊科，葉對生有疎淺鋸齒，莖圓葉尖，葉面與莖均有細毛灑手，夏秋間如菊花狀之小白花，結實如蓮房（故名早“蓮”），斷之有汁，須臾呈黑色（故又名“墨菜”“墨烟草”），能染鬚髮（故又名“墨頭草”），其味甘酸無毒，功能補腎陰，烏鬚髮、敷灸瘡出血不止，止血痢，小便尿血，為涼血止血緩和滋養要藥，惟其性陰寒，脾胃衰弱瀉泄者忌用，另有一種紅旱蓮（又名小蓮翹），形態性味皆與鰓腸不同不敘。

馬鞭草又名“龍牙草”“鳳頭草”，為濕草類，多生於原野墟陌，屬馬鞭科，葉初生似菊，後作三尖，更分裂如羽狀，有深蜜鋸齒，方莖有節對生，夏秋梢上生穗如車前，開淡紫色五出小花，根色白，其味苦，微寒無毒，功能破血通經，殺蟲消脹，治氣血瘀癥，陰腫、下部瘰癧，凡無瘀滯及久虛而無濕熱瘡毒者忌用，旱蓮草與馬鞭草，其形態性味俱不相同，不知何以樟樹吉安永新一帶因何錯誤至此，幸南昌無誤，其他各處

究不知如何，醫生用旱蓮止血，而血不止反多，不知藥非其藥，旱蓮可謂蒙不白之冤矣。

半夏一味，在四千年前之內經，則有半夏湯一方（又名半夏秫米湯），半夏無製法，張仲景傷寒論，半夏下祇一洗字；金匱大半夏湯洗字下更有完用兩字，因是知半夏有毒宜洗，而又不可洗之大過，致失其功用，陶宏景云：凡使半夏須洗十餘遍，令其毒盡。（其實今之半夏掘出後不但要洗，且用脚穿草鞋蹀脫其皮，而涎亦隨去），不爾戟人咽喉，生姜能制其毒，故古方半夏多與生姜或乾姜同用，後世畏其毒，有用水浸至七日半月者；或用白礬皂角等同浸如上期者，皂角明礬雖能化痰，但均為吐劑，與半夏之止嘔化痰功用相佐；更有浸至糜爛而又加入石灰，使其收水易乾，以及其它製法不勝枚舉。此等製法可謂矯枉過正，失却半夏之本性，如礬製、戈製等，祇能作一種成藥論（如建神曲然），不得用作應用半夏之方劑，惟浸至七日以上者，祇存半夏之渣滓，功力甚微，西藥提精取華，縮小劑型，尚恐不足，中藥反其道而行，將何以收捷效，市上

另有一種所謂京半夏，大半是用甘草、枝子等泡水浸製，甘草味甘性緩，中滿嘔吐不宜，枝子味苦性寒，胃寒嘔吐所忌，與半夏之性適得其反，作俑者不知始於何人，何所依據，（查中國醫學大辭典亦無“京半夏”之名），此必爲不學無術，單圖暴利者所爲，獨怪有少數同道，不自研究，反蜚言中傷——說仲製半夏有毒殺人之語，誠堪歎息，長此以往，中國醫藥不被淘汰者幾希。茲將仲製半夏製法公開於後：

仲製半夏乃鄙人根據仲景成規，加以科學方法，用生半夏十斤研末，入清水內沉澱濾乾，用生姜三斤搗自然汁，和勻罨一日夜，成片曬乾，但用此種半夏必須明瞭古人的醫學、藥理、方法、則效捷而功宏，否則徒耳半夏有止咳、化痰、平胃、止嘔之功，不知辨別肺燥之痰咳，胃熱之嘔吐，皆使用之，則其害亦大，神農本經，主傷寒寒熱，心下堅，胸脹，咽喉腫痛，腸鳴下氣，止汗。經張仲景的實驗，爲主治痰飲，嘔吐，旁

治心痛逆滿，咽中痛，咳、悸、腹中雷鳴等症，故仲景治痰飲嘔吐有大、小半夏，小半夏加茯苓，半夏乾姜等湯；治腹中雷鳴：有附子粳米湯，諸瀉心湯等方；治嘔、咳、悸，有小柴胡、小青龍、越婢加半夏、半夏麻黃等湯；咽中痛：有半夏厚朴湯、半夏苦酒湯、半夏散、及湯等方；治心下痛：有甘遂半夏、小陷胸等湯。綜上以觀，可資證明仲景處方，都是依據本經的藥性而成，所以效驗卓著，若法半夏即無此功效。淺見如此，希同道給以批評，互相研究，交流經驗，進一步發揚中醫藥技能，在人民衛生保健事業上爭光榮，則不負政府提倡設立中醫藥學會之德意！

附言：此爲吉安市中醫藥學會第一次醫藥研究會之研究題材，當時並採取了旱蓮草、馬鞭草兩種生藥作標本，除油印發給會員徵求批評外，仲農並另作了發現吉安等處訛說該二藥的發言，詳情從略。

針灸療法實習操作（續）

二、操作手術的實施

孫振寰

一、持針：用右手拇，食指拿着毫針的上端纏絲那段的針柄，中指置近針身，將所應刺入的分寸露出，再以左手拇指爪甲切按所針的穴上，稍用力壓迫，使局部銳敏性消失，餘指按穴位的上下，姿勢固定，勿令病員搖動，於是醫生要沉着正形，聚精會神的，針一到皮膚切不要因循停留，即行刺入，直至皮內（約一厘米的四分之一，合市尺的一分深度），方感不痛。應斜進者（45度）則斜下之，例如合谷，風池，風府，瘡門等。應直入者（90度）則由上而下直入之，例如內關，關元，曲池，三陰交等。應橫刺者（25度）則沿皮膚針之，例如上星，頭維，百會，列缺等。

二、進針：以前章的姿勢持針，刺入皮膚後，用平補平瀉法，一左一右，緩緩捻進，一面留神病員呼吸和表情，以作輕重之手法動作。當病員呼氣時，則手法較重而緊，吸氣時，則手法較輕而緩，徐徐捻轉，直至應針入分寸，既使病員不覺有疼痛之苦，又可免傷筋骨，或生畏懼，倘左轉重病員說痛，則變爲右轉重，右痛則變左，靈活運用，不必泥於成規。

三、刺針不痛法：1.徵取病員合作並要注意

工具，病員初次針灸，如有精神驚恐緊張時，先向病員說明，現在毫針與過去的針不同，手法緩進與過去急進不同，安全消毒與過去不消毒不同。病員如係遠行或勞役之後須先休息，再行針治。我們醫生要端正安靜，神與手合，手與針合，集中精神，注意病員，同情體貼，勿外其志，使病員心平氣和，勿生驚恐爲主。再者工具必需在用前審慎檢查，尖鈍否？有倒成鈎否？彎曲銹滯否？2.施手術時之注意：進針前先以左手拇，食指在穴位周圍循按之，指力按摩其上下左右，然後以拇指切穴上，用力不可過重，使皮膚敏感減低。進針時以前章進針法進針，用平補平瀉，一左一右，捻轉而進，輕重緩急，臨時機宜。進針後，病員說痛，用拇，食指循切所針之穴（刺激點）上下左右，不住推切，再將針微提，或左右鬆動。退針時亦用平補平瀉法，徐徐捻退出。再者當病員說痛，不可即行退針，須詳細審察原因，若因針轉動快，則可少緩，因手法重，則可少輕，因針入急，則應變慢，如針下緊沉（多因捻轉過急所致而礙針）應以指切按穴位之四旁，或左右鬆動細轉，或在痛穴下邊穴再進一針。（未完）