

密的实验观察。谨不揣浅陋，就正于同侪。

北京中医学院(北京 100029) 郝万山

药味要紧 份量更要紧

临证时，有些医生往往重视处方中药味的选择，却忽略了每味药份量的斟酌。实际上，在处方中，药物份量的不同不仅对处方疗效起着举足轻重的作用，有时还会改变整个方子的功能与主治。

药物份量问题为历代医家所重视。《内经》中就有：“病有新久，方有大小”之名训。王清任对此更为重视，说过：“药味要紧，份量更要紧。”程钟龄在总结自己多年的临床体会时也告诫大家：“药虽与病相称，而用之过量，则仍不称矣。”已故名医岳美中把这个问题与医生年久积累的经验同样重视，说：“中医不传之秘在用量上。”

药物份量的恰当与否，与疗效息息相关。古方小承气汤、厚朴三物汤、厚朴大黄汤三者都由大黄、厚朴、枳实组成。但其药量在三方各有不同，因此功效亦不同。临证中这种体验更为多见。

贺学泽的《医林误案》中载有一普通案例能予我们一点启示。患者为一14岁男孩，因“脑震荡”收入院观察治疗，醒后述头晕头痛。证见头晕、轻微头痛、神惫厌动，对话懒言声低，不欲饮食，但无瘀征。舌淡、苔少，两脉细弱。一派虚象。由于欲速战夺功，遂与大剂量八珍汤三剂。不料药后诸证非但未除，反添腹胀新证。二诊，仍用八珍汤，但份量改小，并加入行气消胀之品。三剂药后，头痛头胀症除，胃纳始开，惟头晕尚存。再以原方出入，数剂而收全功。作者叹曰：“同为八珍汤，彼效此误在剂量。”

笔者治一病例，患者为一中年妇女，自诉腹胀、便溏、腰冷痛、乏力、浮肿已数年，多方医治，服药数百，病情不见好转，并日渐疲乏。观阅以前诸方不外理中、补脾、温肾。应该说治法是无误的。但剂量多是常用量。余见此症，沉思良久，延用前医之药，使用前医之量，再重复也是没有出路的。进而再思，旷日持久的痼疾，非大剂量难拔。于是，抓住份量这一关键，苍、白术用量高达80克、100克，附子亦由10克增至30克、50克。以后又恐附子孤将难于取胜，再加上肉桂、干姜、细辛辅佐之。数剂下去，病人腹胀、浮肿渐消。十余剂后，感到身体有力气，能够胜任日常工作及家务劳动。

根据病情把握好药物份量常是解决某些疑难重病的重要途径。治疗痹证卓有成效的天津中医学院王士福教授讲：“治痹之秘在于重剂。”他治疗寒凝血滞于

阴络、营气不通所致之寒痹，川乌和草乌并用各30克（配以生甘草30克，且与二乌同先煎一小时）；他治疗关节局部肿痛、红肿，并有灼热感之热痹，石膏量少则120克，多则250克。他认为着痹乃湿痰流注于关节所致，应重用豁痰之剂，平常之方就用半夏60克、南星60克。临床实践证明，采用重剂止痛效果好，大大地减轻了病人的痛苦，缩短了疗程。

名家治病并非都用重剂，也常常轻剂取胜，即所谓“四两拨千斤”。已故上海名医程门雪治疗一位温病后期、气阴极虚的老妇一案便是很好的佐证。三十年代初，一张姓老妇，温病高热已退，气阴亏虚，大便经旬不解，肠内有燥屎，手指蠕动。主人邀请有名医家会诊。高手荟萃，众说纷纭。有的提出“急下可以救其阴液”，有的主张“扶正可以防其虚脱”。程氏考虑患者高龄体弱，再加上大病之后，经不得大剂、重剂，力排重议，使用轻剂清养气阴药，另以雪羹（海蜇、荸荠）煮汁顿服。结果，药后三日，燥屎得下，性命得救。

在正确运用药物的剂量上，笔者体会，一味药的份量大小，不仅在数量上影响药效，而且还会通过量的积累达到质变，改变药物的作用趋向。

北京市第一低压电器厂医务室(北京 100053)

刘小粟

建议采用粉末剂和粗末浸泡剂

粉末剂和粗末浸泡剂均属于古方中的散剂。前者是将药物加工研磨、过筛，使其呈细粉末状。除直接内服或外用以外，还是制备丸、片等剂型的基础。后者是将药物加工成粗末再煎，古称为“煮散”。现将“煮”改为用开水浸泡当茶饮。除具有汤剂的特点外，还具有剂量小，携带、服用方便，节省药物等特点，克服了汤剂的不足之处。

近年来，医者喜用汤剂，处方用药多，而且剂量越来越大。个人认为，疗效是否显著，既取决于药物的有效成分含量，更取决于诸药中有效成分的浸出量。增大剂量不一定能提高疗效，药物的有效成分不一定与处方用药量成正比。因中药有贝壳、矿物、根茎等，而贝壳和矿物类药物质地坚硬，虽打碎再煎，仍有大小之别，即使饮片，也有厚薄之分。质坚硬、块大的、厚的其有效成分煎出慢。而质软的、薄的、花草类则易煎出。由于药物的有效成分不能充分煎出，有相当一部分残留在药滓里，用药量越大而药滓里所含有效

成分越多。此外,汤剂还受容器、水量和火候等因素的影响。如医者交待不详或病人掌握不好煎服法,都会影响药物的疗效。而该两种剂型病人易掌握。就拿粗末浸泡剂来说,服时只须先用温开水将其湿润,再以适量的开水冲入,定时振摇或搅拌,约一小时,过滤或直接服用。但不能直接用开水冲服,因为有些药物含淀粉多,如山药、茯苓等,在骤然高温下,表面可形成一层胶糊状物,药物某些成分可在表面结成薄膜,中心未全浸透,不利于有效成分的浸出。

粉末剂或粗末浸泡剂小剂量可达到大剂量汤剂的同样效果。这与诸药中所含有效成分的浸出量有关,而有效成分的浸出量又与粉碎程度、时间和温度均有密切关系。粗末剂其粉碎程度大而末成粉末状,增大了与水的接触面,药物的共溶作用相对增加,有利于有效成分浸出。开水作为媒液温度虽高而不极,加上盖,可保持一定的温度,有利于有效成分浸出。有人用赭石、珍珠母、乌梅、板蓝根、鸡血藤、黄柏、甘草、菊花、大青叶10种药物分别以水煎法与暖瓶浸泡法进行实验,结果表明,10种药物中经暖瓶浸泡后的总煎出物及其部分已知药物成分含量,均高于传统煎煮法。

综上所述,鉴于粉末剂和粗末浸泡剂除具有汤剂的特点外,还具有工艺简单,运输、携带、使用方便,疗效显著,省力、省时,节约费用和药材等优点,适合医疗和预防要求,是较理想的中药剂型。故建议推广采用粉末剂和粗末浸泡剂。

贵州省遵义市忠庄医院(贵州 563000) 王东发

我用大黄止血的经验

大黄性味苦寒,有泻下攻积,清热泻火,活血止血,祛瘀等功效,唐容川《血证论》中强调,血证不论病程长短,其势多急,均耗伤元气较重,故以止血为第一要务,并说治血证“多用凉药,少用热药”。实践证明,出血证用寒凉药止血是积极的治疗手段。大黄苦寒泻火止血,已广泛应用于临床。如上消化道出血,不论缓急,大黄粉10克,加温水适量搅匀口服,进药后令病人在床上翻滚几次,让大黄药液与胃壁充分接触,对粘膜出血灶有直接止血作用。日服三次。我用大黄粉治疗上消化道出血300例,一般2~3天大便潜血转阴。若服三七粉止血,需5~7天大便潜血才能转阴。脑血管意外病人,急性发作期,普遍存在大便秘结,甚则昏迷,对抢救不利。用大黄粉20~30克,加温水150毫升混匀,保留灌肠,日一次,连续3次,可使大便通畅,升高的血压下降,又有止血作用,能缓解病情,加快清醒,减少合并症。大黄苦寒清胃泻

火,健胃增加饮食,对病人恢复有利。衄血或倒经,多用苦寒凉血止血,大黄为首选药。子宫功能性出血,我喜用归脾汤加黄芩、棕榈炭、鹿角霜、阿胶、大黄,止血效佳。用温清饮(生地、当归、白芍、川芎、黄芩、黄连、黄柏)加大黄治疗30例多囊肾血尿,一般3~7剂血止,复发率低。血小板减少性紫癜症或牙衄、鼻衄,单服大黄15克水煎服,或生地、栀子、荷叶、阿胶加大黄水煎服效更佳。外伤出血,大黄粉、明矾粉、五倍子粉按比例混匀备用。用时将上药粉用温开水调糊状或粉剂直接敷创伤灶包扎,可以迅速止血。上三味药等份水煎加防腐剂称止血液,可以内服治上消化道出血,也可用于外伤出血。如拔牙出血,用药棉浸湿药液直接贴附出血灶止血。

中国人民解放军海军青岛疗养院

(山东266000) 马山

蜂蜜治疗骨伤科褥疮

褥疮治疗方法较多,但用蜂蜜治疗者,鲜有报告。笔者近几年来,用本品试治于骨伤科病人发生的褥疮,效果很好,现将方法介绍如下。

取市售蜂蜜,用量视溃疡面积的大小、深浅而定。溃疡面积小而表浅(面积小于 $3 \times 3 \times 0.1$ 厘米)者,先用双氧水或生理盐水清洗创面、待干。取蜂蜜适量直接涂于患处,外用敷料固定。每日更换1次。溃疡面积大、长久不愈、深达肌层(面积大于 $3 \times 3 \times 1$ 厘米以上)者,先用毛白杨树叶煎汁冲洗或湿敷后,取适量蜂蜜加入云南白药0.5~2克,调成糊状,然后填入伤口或外涂创面,用无菌纱布块覆盖固定,隔日换药1次,至愈为止。溃疡一般在2~8周内愈合。

例如:郑某,女,76岁。因股骨颈骨折卧床1月而并发骶部及右臀部褥疮各1处,面积约 $3 \times 3 \times 0.1 \sim 3 \times 2.5 \times 0.3$ 厘米,色灰暗,表面有少许稀薄分泌物。如上法每日换药治疗25天溃疡愈合。

蜂蜜性平、味甘,补中止痛,解毒杀虫。云南白药具有化瘀消肿、止痛解毒、防腐生肌等功用。褥疮在骨伤科,尤其在伤势严重之自主活动能力失常者容易发生。作者依据蜂蜜和云南白药的药理作用,试治于此类褥疮,未见有感染及不愈者。经临床实践证明,两药合用有清洁创面、控制渗出、促进伤口早日愈合等作用。它不仅适用于创面小的单纯性溃疡,而且对病史较长、创面较大较深或已有感染的慢性溃疡,也有独特的疗效。

空军司令部研究所门诊部

(北京100085) 赵传铭