

谈藏医放血疗法

索南才让

(青海省海南州藏医院,青海海南 813000)

[摘要] 藏医放血疗法,其方法简便,疗效奇特,是藏医传统临床十八疗法之一。这种疗法藏医名为“达日卡”或“达日嘎”,是在患者既定静脉和少数动脉部位用刀或针具割刺放出病血及与血同行的毒气,达到治病目的一种外治疗法,疗效好,深受广大人民群众欢迎。

[关键词] 放血疗法;渊源;简述;概述

[中图分类号] R291.4

[文献标识码] B

[文章编号] 1674-4721(2009)09(a)-086-03

放血疗法是藏医药学宝库中一颗绚丽夺目的珍珠。它的起源与传统藏医药一样历史悠久,源远流长。正如“自从有了人类,就有了医学”的科学论断那样,青藏高原自从有了人类活动之后,藏族先民与疾病斗争的过程中,掌握了喝开水吃熟食治疗不消化、用柏枝、艾蒿烟熏防止传染病、用滚热酥油止血疗伤等许多治病方法。从偶然被石块或犄角等尖物刺破肿胀或溃脓部位,排除血或脓,病情得到缓解的启发下,有意识地用尖石骨针等割刺放血来治疗病痛,这样便产生了原始的放血疗法。

1 放血疗法渊源简述

据藏族史书《大臣语录》记载,公元前300年左右,赤赞布被推为吐蕃首领时,就有了“有毒就有药”的说法,可见从那时起藏民族就懂得了一些植物、矿石、动物有治疗病痛效果的道理。史书《知识之总源》说道:“吐蕃王托托日年赞时有藏医的说法不可信,在此以前早有了叫苯医的医学。”苯医是一个与释迦摩尼同期的名叫辛饶木若其(西藏古代宗教苯教的创始人)的人的长子协吾赤协创立的,他总结了流传于民间的原始疗法,用苯教文字写成《医疗法九章》、《医学外治续·月光》、《外治术·花本》等多部医学书籍。根据上述史料,可推知距今2400余年前就有了藏医及藏医外治法。

公元3世纪吐蕃王托托日年赞(公元254~374年)时期,天竺名医布吉嘎西和布拉嘎则俩兄妹来藏行医,治好了很多患者,名声四传。国王闻听后,为促使西藏的医学得以进一步发展,延请至王宫,赐予厚礼,并将公主意吉若恰嫁给布吉嘎西。以后生子取名东格托觉尖,长大后授以《放血、艾灸疗法篇》等五卷药治和外治书籍,并传以医术,后来成为著名藏医。至此,医学典籍中第一次出现了“达日卡”(放血疗法)这一名词。

公元6~7世纪,吐蕃王美吾存即赤德祖赞(公元680~755年)迎娶金城公主,将公主带来的医书译为《月王药诊》(对此书也有天竺译本和西藏自己编著等不同说法),被医者视为珍宝。此书中专书放血疗法一章,说道:“艾灸放血为外治之最,放血法有截、穿和放血。”书中从禁忌证、舒适证、操作方法、脉位和主治功能等多方面进行了详细论述。

公元7世纪,吐蕃王赤松德赞(公元718~785年),聘请天竺医生达马拉札、汉地和尚马哈金达及“冲”地医生赞巴西拉三人来藏治病。这三名医生医术高明,被誉为三神医。他们翻译了许多医书,其中《放血疗法·铁莲花》是放血疗法的专

著。与此同时,“多保”地区的医生却马如孜著有《放血疗法》一书。上述著名藏医东格托觉尖的后裔,藏族九名医之首、名震三界的老玉妥·元丹贡布(公元708~832年)编著了藏医经典《四部医典》,奠定了藏医医学的基础,从此,藏医药学进入成熟时期。书中专章论述了放血疗法,成为历代放血疗法书籍无以比拟的范本。

此后,公元9世纪吐蕃王热巴布(赤祖德赞)时期,翻译了天竺尼马桑巴大师著的《吉巴主巴》和《放血术秘器五篇》。10世纪中期,天竺班智达达欧马释哇巴、尼保译师尤格仁钦、玛尔译师柔贝元奴和尤格比丘释迦洛哲等翻译了天竺医学巨著《八支心要》及《八支心要注解》,为藏医提供了前所未有的重要参考资料。10世纪末,大译师仁钦桑布翻译了天竺华布大师著的《八支精要》和尼泊尔班智达达哇万嘎著的《八支精要》的全译《月光》,进一步促进了藏医的繁荣,促进了藏医放血疗法的发展。

帝玛博士丹增彭措博采历代藏医药经典的精华,著有《帝玛医著》,书中《放血疗法教诲·澄清谬误》是论述放血疗法的专章,至今日仍作为所有藏医放血疗法实践的规范。本书选取的101个放血脉位,多依据此书。

2 放血疗法概述

2.1 放血疗法机制

放血疗法,藏名为“达日卡”或“达日嘎”。八邦温·嘎玛丹增成烈热吉的《四部医典释难》说:“达日”是刺破的意思,“卡”是将脏腑各自的脉道用刀具刺破放出坏血,刺破之刀口叫“卡”。藏医认为,人固有的血和赤巴等物质因内外因素引起紊乱,失去平衡而发生扩散伤热、波动热、炎肿、疮疡、痛风、黄水病等许多疾病。这些病变使体内精微运化功能衰弱,血液不能正常生化而变成坏血,造成脉管障碍,肌肤等组织炎肿、充血、淤血及溃烂。放血疗法通过割刺有关脉道和痛点,将坏血等排除体外,起到通经活络、去淤消肿等作用,达到治疗疾病的目的。

2.2 术前诊察

术前必须诊察病人是否适宜放血,所患疾病是否属于放血疗法的适应证,察看放血时机是否成熟。70岁以上老人和不满16岁儿童及隆偏盛型人、常食营养物和油脂类食品的人可以使用放血疗法。

2.3 适应证

凡是扩散伤热、瘟疫、祛除时疫后的成熟热及血或赤巴

引起的炎肿、陈疮、痛风、热型脓肿、丹毒、黄水病、疔痛、痞瘤(血瘤和水瘤)、肝炎、脾炎、麻风病、血紊乱症等疾病均可施用放血疗法。但是事先未分离病血或者是未成熟的瘟热、虚热、毒尚未消除的中毒症、疫热及体质衰弱患者不能施用放血疗法。

2.4 禁忌证

凡是意识病、灰色浮肿、胃火式微、消瘦痼疾、哮喘、不消化、呕吐血及胆汁患者、痢疾、呕吐、培根隆合并症、寒性赤巴病、瘟疫等禁止放血。但患者培根、隆、血、赤巴四合症者可以放血。

3 放血时机

施行放血疗法时,根据疾病情况分前期放血、中期放血和后期放血等三个阶段。

3.1 前期放血

血降于体腔,武器及石头等物击打引起的创伤发炎扩散和上腹腔坏血下落渗入脏器;伤口出血不止,鼻、口和子宫出血不止;血压增加,血紊乱;热症亢盛,波动热,热症来不及成熟等,发病急骤,不循常规发展成熟,也来不及服用促使疾病成熟或正常血、病血分离的药物,需要立即使用放血疗法者叫前期放血。

3.2 中期放血

患者恶寒消失,出现急剧刺痛、血脉亢盛,或出现沉重、麻木、胀满的感觉时,或在正常血与病血分离(割刺放血或从口鼻流出的血来察辨,正常血为鲜红而病血则显出其他颜色,血中无此两种颜色的血液相混合或服三果汤将正常血与病血分离)后,再使用放血疗法者称中期放血。

3.3 后期放血

凡血病和胆病散布,病血散布于脉道或食用不适当食物后引发热症致使遗留疾病复发,于术前3~5 d,服用促使疾病成熟和将病血分离的药汤将正常血和病血分离之后再施放血疗法者叫后期放血。

4 放血术前准备

放血前三天服用分离汤。帝玛尔的《澄清谬误》中说:好血、病血犹如乳融于水,可用三果汤如鸭分水般分离。如果事先不用分离汤分离而直接放血,则可造成坏血不出而好血却放尽并留下后遗症的弊病,在放血之前进薄酒等容易运化于血管的饮食,饱食后向阳烤火促使消化,待消化后血管饱满时,施术放血。

5 放血疗法的步骤

5.1 鼓脉法

鼓脉是于放血脉位上部三横指处衬以布垫,垫子上面用绳子绑扎使脉管暴露的一种方法。鼓脉后不宜立即进刀,还须用手按摩搓揉脉管,待脉管平直,血流饱满,皮肤有麻木感后再进刀放血,否则血不宜放出,而且疼痛更甚。

5.2 进刀法

进刀时不能使脉管褶皱,因此用左手拇指压迫血管并向下滑动,使脉管拉紧平直固定不动。通常在绑扎处下部三横指出进刀放血。进刀法有侧穿法、直划法、横断法、复切法、斜切法等六种。

5.3 辨脉位

上体疾病,一般于小尖脉,下体疾病,一般于大肠脉,身体

中部疾病,如通脉放血,对于较严重疾病,与其于细小脉多量放血,还不如于小尖脉和大腿内侧足大脉等大脉管一处放血为好。放血时必须准确掌握脉位和次序,否则造成将下部之血引向上部,导致正精逸失;或将上部之血迫降于下部,导致胃火熄灭等弊病。

5.4 察血象

辨察正常血和坏血。凡是刺破血管后刀口出血压力大,浓度稀而色黄,气味浓,血质疏虚,血液表面呈花白色如麻鸭之背,血中有白色泡沫、黏液、脓及胆汁者属于病血。病血放出后疼痛停止。

5.5 定血量

病血放尽后,若出现鲜红色血液便为正常血,则要立即停止放血,放血量应多一些,以降低血压。除此之外,一般在临床操作中要注意多次少量放血,但放血量多寡要根据患者体质强弱而定,这样才能做到利大于弊。如果放出的血中泡沫上面覆盖有红色血皮是正常血,应立即停止放血。正精比较虚弱者,放出的血如脓样或者水样,此时血量应适当控制,而一些不明医道者将上述血液误认为病血而大量放血,造成正精耗尽,最后转成难治的水肿病。

6 放血时的注意

6.1 血不外出

身体寒冷,刀具不利,饮食过饱,畏惧惊恐,相遇客人,切口过小,皮肤褶皱,鼓脉后立即进刀,进刀后立即松绑等原因均能造成施术后血不外出。如果注意防止,则可避免放血不出或无效果之嫌。

6.2 病血不出

有时虽于较大脉管放血,但病血仍不出时,弃去此脉,另找一大脉管借道,清晨放血,病血便可流出。因热邪伏于脉道阻碍血液畅通,脉道空虚无血可出者,应采用引导体内血液外出之法:诃子、毛诃子、余甘子、木通、五脉绿绒蒿、木藤蓼、獐牙菜、白草乌、大株红景天、巴夏嘎等煎汤凉服,或者冰片、亚大黄各等份研末,内服。待食物消化时用油渣饼或热糍粑温熨发汗,促血外出。或者三物汤即诃子、毛诃子、余甘子,加散剂即硃砂、丁香、螃蟹壳、硃砂研末,酒为引,于中午和午夜时分将汤、散同时服下,并进热性而有营养的食物,促血外出。

6.3 出血不止

术后血流不止者,可以放血的脉管喷以凉水激,或用干净冷石头和毡片浸水冷敷伤口或紧紧绑扎于伤口以压迫脉道。另外,出血不止、术后伤口发炎时可参照现代西医方法处理。

6.4 术后晕厥

如放血后发生晕厥者,宜用焦烟(柏枝加炒青稞面、酥油点燃之烟)熏鼻,并饮以热开水放少许糍粑之炒面水,再用凉水喷激面部。如晕厥严重,上法不效者,灌服其他动物的热鲜血。另外,病情危重者须按现代医学抗休克处理。

6.5 术后生风

如果放血后出现生隆(风)者,用植物油拌炒青稞面涂擦隆穴等部位,并令患者含红糖块,另外,服以红糖酒、骨汤、肥肉熬汤等以压抑风势。

7 放血疗法的优点

放血疗法具有治疗脉病(神经疾病),泄出病血,止痛消

常用中成药合理应用的初探

冉建新

(北京市第六医院,北京 100007)

[摘要] 中成药的合理应用,需以辨证施治为基础,选择适宜的剂型、科学的服药时间,并且重视用药禁忌。研究中西药间的相互作用及配伍规律,为合理联用中西药提供临床指导。

[关键词] 中成药;辨证;服药时间;用药禁忌;中西药联用

[中图分类号] R969.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1674-4721(2009)09(a)-088-02

中成药的应用历史悠久,并且随着中医药科技的不断发展,中成药的新剂型、新品种被大量开发,逐渐应用于临床。其具有标本兼治、疗效确切、服用携带方便等优点。但中成药品种繁多,成分复杂,是否合理应用将直接影响临床治疗效果及用药安全。现从以下几个方面加以阐述。

1 以辨证施治为基础,对症用药

辨证施治是中医的一个基本特点,也是传统医学治疗疾病的精髓。“同病异治”、“异病同治”是临床上常用的治疗法则。而中成药是在中医理论指导下组方制成的,当然在应用过程中也必须遵循辨证用药的原则。例如治疗感冒,就要辨证分型。风寒感冒应辛温解表,宜选用感冒清热颗粒、通宣理肺丸等;风热感冒应辛凉解表,宜选用银翘解毒软胶囊、板蓝根颗粒等;暑湿感冒宜清暑祛湿、解表,选藿香正气软胶囊、藿香正气水等。治疗肾虚阳虚,应温补肾阳,可用桂附地黄丸、右归胶囊等;治肾阴虚,应滋补肾阴,可用六味地黄丸、左归丸等。因此必须辨证施治,对症择药,否则就会出现用药不当,药不对证,延误病情,甚至发生种种滥用中成药的弊端。

2 选择适宜的剂型

中成药有多种剂型,临床上必须根据病情、病因及个体差异选择适宜的剂型,发挥最佳的治疗效果。口服液、合剂吸收快,且奏效迅速;丸剂、片剂携带方便,在服药过程中,经过崩解,释放而后吸收,进入血液循环较缓慢,其作用持久,适用于轻病、慢性病;颗粒剂、散剂、胶囊较液体制剂吸收慢,但比丸剂、片剂快。膏剂以滋补为主,其作用缓慢,适用于久病体虚者;注射剂药效迅速,适用于急症。骨折科疾病、妇科及皮肤疾病,可以选择口服剂型和外用剂型配合应用,以达到更好的药效。

3 选择合理的服药时间

中成药药效与服用时间有密切的关系,科学的给药时间,既可使药物产生最大疗效,又能减少药物用量,还可降低药物的一些不良反应^[1]。

[作者简介] 冉建新,工作单位:北京第六医院;职称:药师;学历:本科;科室:北京第六医院中药科;专业:中药药剂学专业。

3.1 清晨服药

清晨宜服补阳药、利水祛湿药、催吐药。如金匱肾气丸、壮腰健肾丸等滋补肾阳的药物宜清晨空腹服,祛湿药如四神丸等宜在天亮前服用。

3.2 午前服药

午前宜服发汗解表药及益气升阳药。如治疗感冒的解表药、治疗脾气下陷的补中益气丸、参术调中丸等,均应在午前服用。

3.3 睡前服药

睡前入夜宜服泻下药、滋阴养阴药,如六味地黄丸、知柏地黄丸等均应入夜时服用。安神养心药如安神补气丸、柏子养心丸等,在夜卧时服用较好。

另外,驱虫药在空腹时服并忌油。对胃肠有刺激的药物宜饭后服。治疗肝、肾、胃疾病的药物,宜在饭前 20 min 服用。

4 遵守用药禁忌

4.1 妊娠禁忌

孕妇用药严格遵循妊娠禁忌,妊娠慎用的用药原则。对毒性强、药性峻烈、破血逐瘀、通经、辛热滑利性中成药要禁用或慎用。

4.2 饮食禁忌

服药期间遵守饮食禁忌,否则会导致服药无效,甚至使病情加重。如寒性病服温热药时,忌食生冷食物;热性病服清热凉血、滋阴药时,应禁食辛辣食物和酒类;服解表透散药时,宜少食冷及酸味食物,因其具有收敛作用而影响药物解表透散功能^[2];服含有人参的中成药,不宜吃萝卜,萝卜有消食化痰、通气作用,而人参是补元气的药物,二者作用相互抵消。服药时还忌以茶代水,因茶叶中含有鞣酸,能与药物中的蛋白质、生物碱或重金属盐等起化学反应,产生沉淀而影响疗效。

5 中西药联合应用要合理

中西药联用大约始于 20 世纪初,时至今日,在临床应用极为普遍。中西药联用必须谨慎,为避免药物间的相互作用,中成药和西药要间隔 1 h 服用。中西药联用不能简单机械叠

肿,促使脓水腐肉成熟排出体外,从而根治脓水,使疮面颜色转好,肃清零星邪毒,减肥,驱病外达等功效,是各种外治法中最有显效的一种。

[参考文献]

[1] 宇妥·云丹贡布.四部医典(藏文版)[M].拉萨:西藏人民出版社,1982:3.

[2] 宇妥·云丹贡布.四部医典(汉译本)[M].马世林等译.上海:上海科学技术出版社,1987:193-196.

[3] 措如才郎.四部医典大详解[M].成都:四川民族出版社,2001:665.

[4] 卡曼姆多希日布嘉措.藏医外治法集萃[M].北京:民族出版社,2007:27.

(收稿日期:2009-07-21)