

职业教育应用型人才培养教学改革实验教材

供护理、助产专业用

中医护理基本技术

主编 简亚平
主审 李世胜



人民卫生出版社

职业教育应用型人才培养教学改革实验教材
供护理、助产专业用

中医护理基本技术

主 编 简亚平

副主编 张毅敏 蒋爱民 石向欣

主 审 李世胜

编 者 (以姓氏笔画为序)

石向欣 张毅敏 陈晓育 唐 勇

唐 敏 蒋爱民 简亚平

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中医护理基本技术 / 简亚平主编. —北京: 人民卫生出版社, 2010.9

(实验实训实习教程系列丛书)

ISBN 978-7-117-13357-9

I. ①中… II. ①简… III. ①中医学: 护理学—教材
IV. ①R248

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 156332 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

中医护理基本技术

主 编: 简亚平

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京市后沙峪印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 10

字 数: 242 千字

版 次: 2010 年 9 月第 1 版 2010 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13357-9/R·13358

定 价: 22.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

总 序

“校本”(school-based)这一概念源自西方,是伴随着“教师即研究者”运动而兴起的。校本教材建设即“校本课程开发”(school-based curriculum development, SBCD)。这一想法于1973年7月在英国召开的教育革新国际研讨会上被正式提出,并成为会议讨论的中心议题,之后很快在发达国家中受到重视。

我国长期实行大一统的教育,“课程计划”、“教学大纲”和教科书都是由国家统一组织编写和审定,课程管理权高度集中,这是计划经济体制的产物。但随着社会转型,经济转制,教育转轨,学生地位转移等变革,1999年召开了全国教育工作会议并作出决策,为加快培养各类创新型人才而开放教育。随后我国校本教材应运而生。各级学校,千姿百态;各类教育、教材,争妍斗艳。

我院被评为国家级示范性职院后,一直在思考四个问题:何为示范?为何示范?作何示范?如何示范?《现代汉语大词典》诠释“示范”是“做出某种可供大家学习的典范”,示范性职院应把思想和行动统一到党的十七大精神上来;“切实把社会主义核心价值体系融入国民教育和精神文明建设全过程”,“推进学科体系、学术观点、科研方法创新”,“办好人民满意的教育”,“建设人力资源强国”。为此,不但要重视职院硬件建设,而且要加强职院软件建设,才能实践科学发展观,使高职教育以人为本,全面协调可持续发展。

自20世纪90年代美国哈佛大学首创“软实力”(soft power)概念以来,人们越来越认识到软实力的重要性,我们把校本教材建设列为加强职院软实力的一件大事。大事就要大力抓,大事全靠大家抓。学校高度重视教材建设,选拔院、系专家学者分别担任各分册教材的主编,骨干教师选择课题参编。采用行动研究的方法,在行动中研究,在研究中行动。围绕行业热点,针对企业焦点,突出教材重点,攻破学习难点。本书编写注重知识提要钩玄,技能提纲挈领,注重实践应用,培养职业能力。这套教材共14册,既各有侧重,又连为一体,旨在深化教学改革,惠及每个学生,掌握专业技术,提高整体素质。

“事莫名于有效,论莫定于有证”(王充:《论衡·薄葬》);“才以用而日生,思以引而不竭”(王夫之:《周易外传》卷四)。校本教材不完全是“编”出来的,更重要的是“用”出来的,“改”出来的,“评”出来的。这套教材采取四大措施来实施校本教材的精品工程:一是遵循高职教育的特点和教材建设的规律,制订校本教材评价指标体系,规范评分标准和程序;二是建立多层次、多渠道、多形式的校本教材信息反馈渠道,沟通教材管理者、编写者、出版者、使用者之间的信息交流;三是建立校本教材的社会监督机制,通过刊物或网站等媒体定期发布校本教材质量测评结果,增强校本教材编写、出版、使用的责任意识和风险意识;四是定期开展精品教材评审、推荐活动,扩大优质教学资源的影响,推动校本教材在建构、解构、重构中不断创新,把高职教育办成理想的教育,实现教育的理想!

李世胜

永州职业技术学院院长

2010年6月

前言

中医护理基本技术是将中医传统疗法应用于护理工作中,具有操作简便、疗效可靠、内容丰富等特点。随着社区卫生服务的大力发展,中医护理技术在临床护理中的地位日益重要。本课程旨在通过学习中医学的基本理论知识以及中医护理的基本技术,拓宽学生专科护理的知识领域,增强专科护理能力,充分满足未来职业岗位任职要求,提高学生的职业竞争能力。

本教材遵循“基础理论够用、适度,技术应用能力强”的宗旨,以突出“实用为主,够用为度”为原则,注重中医护理技术的实训指导和发展提高,力求在有限的教学时间内,最大限度地传授中医护理各项技能,培养实际操作能力,提高临床护理水平。

本教材在体例上力求创新,体现“理论、实践一体化”的思想,实现模块化教学。全书第一至第五章为本书的重点,各章均分为“理论知识”、“技能训练”、“护理实践”3个模块。“理论知识”模块适度介绍中医传统理论及实用技能;“技能训练”模块介绍各项技能操作的实训目的、操作准备、操作步骤、实训思考等;“护理实践”模块以病例的形式,将相关的中医护理问题展现出来,便于学生思考、实践。第六章为临床常见病证的中医护理,简要介绍内、外、妇、儿各科常见疾病的中医护理原则及方法。附篇以列表或图解方式介绍常用中药及方剂、食物性能分类、食疗方及常用穴位等。其中第六章和附篇的内容,旨在注重学习的可连续性和可拓展性,便于学生在实践工作中应用。

本教材是湖南省精品专业——护理专业教材建设内容之一,也是湖南省教育科学“十一五”规划课题“基于新农村建设重构高职医学人才培养新课程体系研究”(课题批准号XJK06AZC023)和“高职护理专业实训基地建设研究与实践”(课题批准号XJK06BZC008)的研究成果之一。本教材适用于高职高专护理专业及相关专业的中医护理教学,对于希望了解和掌握中医家庭护理常识的一般读者也有裨益。

本教材的编者均为从事中医教学、临床和护理工作多年的教师、医师及护士。鉴于编者的学识水平有限,编写时间仓促,书中难免存在疏漏之处,敬请广大师生和读者在使用中给予指正,以利今后进一步充实完善。

简亚平

2010年6月

目 录

第一章 中药疗法	1
理论知识.....	1
1-1 中药的性能	1
1-2 方剂制方理论及用法	3
1-3 中药的煎煮法	5
1-4 中药内服法的护理	6
1-5 药物外治法的护理	10
技能训练.....	16
1-1 中药的煎煮法	16
1-2 敷药疗法	17
1-3 贴药疗法	17
1-4 熏蒸疗法	18
1-5 药熨疗法	19
1-6 吹药疗法	20
1-7 超声雾化疗法	21
1-8 灌肠疗法	21
1-9 坐药疗法	22
1-10 中药离子导入法	23
护理实践.....	23
第二章 饮食疗法	25
理论知识.....	25
2-1 食物的性能	25
2-2 不同人群的食养	27
2-3 饮食的宜忌	31
技能训练.....	32
医院见习	32
护理实践.....	33
第三章 针灸疗法	34
理论知识.....	34
3-1 经络	34

3-2 腧穴	37
3-3 毫针刺法	41
3-4 三棱针疗法	47
3-5 皮肤针	48
3-6 皮内针法	50
3-7 耳针疗法	51
3-8 电针	56
3-9 穴位注射疗法	57
3-10 灸法	59
3-11 拔罐法	62
3-12 刮痧	64
技能训练	65
3-1 毫针刺法	65
3-2 皮肤针	66
3-3 皮内针	67
3-4 耳针	67
3-5 电针	68
3-6 穴位注射	69
3-7 灸法	69
3-8 拔罐	71
3-9 刮痧	71
护理实践	72
第四章 推拿疗法	74
理论知识	74
4-1 概论	74
4-2 推拿手法	74
4-3 常见疾病的推拿治疗	90
技能训练	90
4-1 推拿手法练习(一)	90
4-2 推拿手法练习(二)	92
4-3 推拿手法综合练习(一)	92
——头面颈项、上肢部操作常规练习	
4-4 推拿手法综合练习(二)	93
——腰背、下肢后侧操作常规练习	
4-5 推拿手法综合练习(三)	94
——胸腹及下肢前、内、外侧操作常规练习	
护理实践	95

第五章 养生保健	96
理论知识.....	96
5-1 养生的指导思想	96
5-2 养生的基本原则	97
5-3 养生的方法	98
技能训练.....	102
社区见习	102
护理实践.....	103
第六章 临床常见病证的中医护理	104
6-1 内科病证的中医护理	104
6-2 外科病证的中医护理	113
6-3 妇科病证的中医护理	115
6-4 儿科病证的中医护理	116
附篇	118
附一 常用中药及歌诀.....	118
附二 常用方剂.....	122
附三 常用食品性能分类.....	129
附四 常见病证食疗方.....	137
附五 常用穴位.....	146
参考文献	152

中药疗法

理论知识

1-1 中药的性能

中药的性能是指药物的性味和功能,主要包括四气、五味、归经、升降浮沉、毒性和功效主治等。中药治疗疾病,就是利用药物性能达到祛除病邪、消除病因、恢复机体脏腑功能、纠正阴阳偏盛偏衰的目的。

一、四气

四气又称四性,即寒、热、温、凉四种不同的药性。药物四气是从药物作用于机体所发生的反应以及对于疾病所产生的治疗效果概括出来的。它与疾病属性的寒(寒证)、热(热证)是相对而言的。

凡能够减轻或消除热证的药物,一般属于寒性或凉性;反之,能够减轻或消除寒证的药物,一般属于温性或热性。寒凉性药物多具有清热、泻火、解毒等作用,如黄芩、黄连、黄柏等;温热性的药物多具有祛寒、温里、助阳等作用,如附子、干姜、肉桂等。四气中温、热和寒、凉分别属于两类不同的性质,只是存在着程度上的差异,其中,温次于热,凉次于寒。

此外,还有一些药物寒、热之性不甚显著,作用比较和缓者,称为平性药。但这些平性药物实质上仍有偏温或偏凉的不同,没有超出四气的范畴,故仍统称为四气。

药物的四气是临床用药的重要依据,“疗寒以热药,疗热以寒药”,这是寒热药性应用的基本原则。

二、五味

五味主要是指辛、甘、酸、苦、咸五种药味。此外,有些药物具有淡味或涩味。但通常将淡归属于甘,涩归属于酸,以配合五行配属,故习称五味。药味的确定,与药物口尝时的实际滋味有一定的关系,但更主要的是通过对药物功效进行概括得出的。如蜈蚣经过临床治验,证实其有祛风作用,故确定其味为辛。味相同的药物,其作用相近或有共同之处。

辛味:能散、能行,具有发散、行气、活血、开窍、化湿等功效,常用于治疗表证、气滞、血瘀、窍闭神昏、湿阻等证,如麻黄、木香、红花、麝香、藿香等。

甘味：能补、能缓、能和，具有补益、缓急止痛、和中、调和药性等功效，常用于治疗虚证、脾胃不和、拘急疼痛等，如党参、熟地黄、甘草等甘味药。某些甘味药还具有解药食中毒的作用，故又有“甘能解毒”之说，如绿豆、甘草等。

酸味：能收、能涩，能生津，具有收敛、固涩、生津止渴等功效，常用于治疗虚汗、久泻、遗精、遗尿、出血等正虚无邪之滑脱不禁诸证，以及津伤口渴证，如五味子、金樱子、乌梅等。

苦味：能泄、能燥，能坚阴，具有清泄、降泄、通泄、燥湿、泻火存阴等功效，常用于治疗里实热证、肺气上逆之咳喘、热结便秘、湿证、阴虚火旺等，如黄连、杏仁、大黄、苍术、黄柏等。

咸味：能软、能下，具有软坚散结、泻下等功效，常用于治疗瘰癧、癭瘤、痰核、燥结便秘等证，如昆布、海藻、芒硝等。

淡味：有渗湿、利尿的功效，多用于治疗水肿、小便不利等证；涩味与酸味功能相类似，也有收敛固涩的作用，但涩味没有生津的功效。

四气和五味分别从不同的角度说明药物的作用，是临床辨识药物功效的重要依据，两者结合起来才能较全面地认识药物的功效。性味组合不同，其功效有较大差异，如黄连苦寒，能清热燥湿；芒硝咸寒，能软坚泻下；黄芪甘温，可以补气；芦根甘寒，能清热生津除烦。同时须注意性味一般只能表示药物的大体功效和某些共性，故有些性味相同的药物，其作用也不尽相同，如苦寒的板蓝根能清热解毒，而苦寒的龙胆却能清热燥湿泻火。

三、升降浮沉

升降浮沉是对药物在人体内的作用趋向进行的概括，是与各种疾病在病机和证候上所表现出来的趋势(病势)相对而言的。药物能改善或消除向下(如泄泻、脱肛、崩漏)、向内(如表证不解、疹毒内陷)等病势趋向的病证，说明其具有升浮作用；药物能改善或消除向上(如呕吐、喘咳)、向外(如自汗、盗汗)等病势趋向的病证，说明其具有沉降作用。一般来说，升浮药的作用趋于向上、向外，具有升阳、解表、催吐、开窍等作用；沉降药的作用趋于向下、向内，具有止呕、止咳、平喘、清热等作用。

药物升降浮沉的作用趋向，与药物本身的性味、质地有着密切的关系。升浮的药物大多具有辛、甘味和温热性；沉降的药物大多具有苦、酸、咸味和寒凉性。质地较轻的花、叶、枝类药物，如桑叶、薄荷等大都具有升浮作用；质地较重的根茎、果实种子、矿物及介壳类药物，如大黄、代赭石、龟甲等大都具有沉降作用。大部分药物升降浮沉的作用趋势是明显的，但有少部分药物升降浮沉的作用趋向不明显，或存在双重性，如麻黄既能发汗解表，又能宣肺平喘；川芎既能上行巅顶止头痛，又能下行血海通月经。

此外，药物升降浮沉的作用趋势，还常受到加工炮制和配伍的影响。如药物经酒炒则性升，姜汁炒则性散，醋炒则能收敛，盐水炒则能下行。在复方配伍中，升浮的药物，在同较多的沉降药物配伍时，其升浮之性可受到一定制约；反之，沉降的药物，在同较多的升浮药物配伍时，其沉降之性可受到一定制约。这说明升降浮沉在一定条件下，是可以相互转化，而不是一成不变的。

一般来说，病位在上、在表者，宜用升浮类药；病位在下、在里者，宜用沉降类药。病势上逆者宜降，病势下陷者宜升。

四、归经

归经是指药物对于机体某部分的选择性作用,主要对某经(脏腑及其经络)或某几经发生明显的作用,而对其他经则作用较少或没有作用。归经以脏腑、经络理论为基础,以所治具体病证为依据,指明了药物治病的适用范围。药物的归经不同,其治疗作用亦不相同。在临床用药时,首先应根据各经所表现的症状进行诊断,然后再用相应的药物治疗,这样有助于提高用药的准确性。如羌活善治太阳经头痛(颈项部),葛根、白芷善治阳明经头痛(前额部),柴胡善治少阳经头痛(头侧部),吴茱萸善治厥阴经头痛(头顶部)。

归经只是药物性能的一个方面。在应用药物的时候,如果只掌握药物的归经,而忽略了四气、五味、升降浮沉等性能,是不够全面的。因此,必须把几方面结合起来,以指导临床运用。

五、毒性

广义的毒性,其实指的就是药物的偏性。“是药三分毒”,在古代医药文献中“毒药”一词,基本上是药物的总称。因此,不可认为中药大都来源于天然药材,就毒性小、安全系数大。若辨证不当,或用药错误,如热证误用热药,寒证误用寒药,就会导致病情加重。

狭义的毒性,是指药物对机体具有一定的损害性,用之不当会对机体造成较大危害,甚至可能危及生命。许多中药学著作在药物性味下标注的“大毒”、“有毒”、“小毒”,不再是指药物的偏性,而是属于狭义的“毒性”范畴。应用具有毒性的药物,尤其是有大毒的药物,更需特别慎重,严格控制剂量,并通过必要的炮制、配伍、制剂等环节以减轻或消除其有害作用。有毒中药的合理应用,有时可以产生佳效。在保证用药安全的前提下,可以应用某些毒药治疗某些疾病,如用砒霜(三氧化二砷)治疗白血病等。

1-2 方剂制方理论及用法

方剂是在中医理论的指导下,在辨证立法的基础上,将药物按照一定的配伍原则组合成的一种处方。方剂的组成,既有其原则性,又有较大的灵活性。

一、方剂的组成原则

方剂的组成原则,前人总结为“君、臣、佐、使”。其具体含义是:

君药:又称主药,即针对主病、主证或主要病因起主要治疗作用的药物,是方剂组成中不可缺少的药物。

臣药:又称辅药,其含义有二:一是辅助君药加强治疗主病、主证或主要病因的药物;二是针对兼病、兼证或次要病因起主要治疗作用的药物。

佐药:含义有三:一是佐助药,即协助君、臣药发挥治疗作用,或直接治疗次要症状的药物;二是佐制药,即用以消除或减弱方中某些药物的毒性,或能制约方中某些药物峻烈之性的药物;三是反佐药,即病重邪甚,可能拒药时,配用与君药性味相反而又能在治疗中起相成作用的药物。

使药:含义有二:一是引经药,即能引导方中诸药直达病所的药物;二是调和药,即具有协调方中诸药作用的药物。

方剂的君、臣、佐、使原则,在具体应用中,应根据辨证立法的需要,以精简有效为原则,灵活应用,不一定君、臣、佐、使一应俱全。

二、方剂的组成变化

方剂的组成既有严格的原则性,又有极大的灵活性。特别是在选用成方时,必须结合患者的病情、体质、年龄、生活习惯、地域及气候等因素综合考虑,予以加减化裁,灵活运用,做到“师其法而不泥其方”。方剂的组成变化形式主要有三种:

1. 药味加减的变化(随症加减) 是指在主证、主药不变的情况下,随着次要症状或兼证的不同,增减其次要药物,以适应新的病情需要。

2. 药量加减的变化 是指方中药味不变,只增减药物剂量,或更换药味主次关系,其结果可改变原方药力的大小或扩大治疗范围,有时还可改变其主治证。

3. 剂型更换的变化 是指方剂中的药味完全相同,只是根据病情的轻重缓急,而更换剂型,故其主治亦有区别。

上述三种变化虽各有特点,但目的只有一个,就是适应更复杂的病情。因此,在临床上具体应用时,三种变化可分别单独使用,亦可合并使用。

三、方剂的剂型

方剂组成之后,还应根据病情和药物特点制成一定的形态,称为剂型。剂型的种类众多,既有丸、散、膏、丹等传统剂型,又有采用现代制剂方法,在保持传统制剂基础上创造出的针剂、片剂、糖浆剂等新剂型,每一种剂型都有其特点和适用范围。中医临床常用的剂型有:

1. 汤剂 将药物配剂后,加水煎煮,去渣取汁使用,称为汤剂,又称煎剂。汤剂是临床使用最广的一种剂型,其特点是:吸收快,作用迅速,便于加减,能灵活适用于每一个患者。一般作内服用,亦可外用(如洗浴、熏蒸、含漱等),适用于一般病证和急性病证。

2. 散剂 将药物研碎成为均匀混合的干燥粉末,称为散剂,有内服、外用两种。内服散剂量小末细者,可直接冲服;量大末粗者,可加水煎服,称为煮散。外用散剂末极细,可撒布或调敷患处,亦有作点眼、吹喉等外用。散剂的特点是:制作简便,便于服用携带,节省药材,不易变质等。散剂的吸收较汤剂稍慢,可作为急、慢性病的常用剂型。

3. 丸剂 将药物研成细末,以蜜、水或米糊、面糊、酒、醋、药汁等为赋形剂而制成的圆形固体剂型,称为丸剂。其特点是:吸收缓慢,药力持久,体积小,服用携带贮存方便。一般适用于慢性、虚弱性疾病。某些峻猛有毒,以及贵重、芳香不宜煎煮的药物,多配成丸剂使用。

4. 丹剂 用含汞、硫黄等的矿物,经过加热升华而成的一种化合制剂,称为丹剂,分内服、外用两种。其特点是:剂量小,作用大。目前所称丹者,有散剂如红升丹、白降丹等;有丸剂如至宝丹等;有锭剂如玉枢丹等。

5. 膏剂 膏剂分内服、外用两种。其特点是:用法简单,携带贮存方便。内服膏剂是将药物反复煎熬,去渣取汁,再用微火浓缩,加冰糖或蜂蜜收膏而成,常作滋补剂,分流浸膏、浸膏、煎膏等。外用膏剂是用油类将药物煎熬,去渣后加入黄丹、白蜡等收膏,常用作痹痛或跌打损伤外贴之用,现有软膏、硬膏两种。

6. 酒剂 又称药酒,是将药物浸泡于酒中,使有效成分溶入酒中,所得澄明浸出液的剂型,分内服、外用两种。其特点是:服用方便,节约药材。内服多用于体虚补养、风湿痹痛、跌打损伤;外用可消肿止痛,常用于痹痛或跌打损伤。

7. 糖浆剂 糖浆剂是将药物煎煮去渣取汁煎熬成浓缩液,加入高浓度蔗糖的药物水溶液。其特点是:口感好,便于服用。尤其适宜于儿童服用。

8. 片剂 将药物粉碎加工和提炼后与辅料混合,压制成圆片状的一种剂型,称为片剂。其特点是:用量准确、体积小、易于服用。若需在肠道中吸收的药物,又可外包肠溶衣,使之在肠道中崩解。

9. 冲剂 将药物浓缩浸膏,与适量辅料混合制成的颗粒状散剂,称为冲剂。用时冲入开水可迅速溶解成药液。其特点是:比丸剂、片剂作用迅速,较汤剂、糖浆剂体积小,重量轻,贮存方便,服用简单。

10. 针剂 即注射剂,是将药物经过提取、精制、配制等步骤而制成的灭菌溶液,供皮下注射、肌肉注射、静脉注射、穴位注射用的一种剂型。其特点是:剂量准确,给药方便,作用迅速,药物不受消化液或食物的影响,能直接进入人体组织。多用于各种病证及危重患者的抢救等。

此外,尚有茶、錠、饼、条、线剂等传统剂型,以及海绵剂、油剂、气雾剂、栓剂、霜剂、五官外科用制剂等新剂型,临证时应根据具体病情与方剂特点酌情使用。

四、方剂的用法

方剂的用法包括服药时间和服药方法。方剂用法的恰当与否,对疗效会产生一定影响。在疾病治疗过程中,应根据病情和药物的性能来决定不同的服法。

1. 服药时间 一般来说,宜在饭前约1小时服药,以利于药物尽快吸收。但对胃肠有刺激的方药,宜饭后服,以防产生不良反应,如治疗风湿的方药。滋补方药,宜空腹服用;治疟方药,宜在发作前2~4小时服;安神药,宜在睡前服;急证重病可不拘时间服用;慢性病应定时服用,使之能持续发挥药效。

2. 服药方法 运用汤剂,一般情况下是一日一剂,将头煎、二煎兑合,分两次或三次温服。但特殊情况下,亦可一日连服两剂,以增强药力。散剂和丸剂根据病情和具体药物定量,日服两次或三次。一般情况下出现服药呕吐,宜先服少许姜汁,或用鲜生姜擦舌,或嚼少许陈皮,然后再服汤药,或采用冷服、少量频饮的方法。对于昏迷患者,吞咽困难者,现多用鼻饲法给药。使用峻烈或毒性药,宜先进少量,而后逐渐加大,至有效止,不可过量,以免发生中毒。

1-3 中药的煎煮法

汤剂是中医临床最常用的一种剂型,其煎煮方法是否得当,往往影响到药物的疗效、用药的安全等。正如徐大椿在《医学源流论》中所说:“煎药之法,最宜深讲,药之效与不效,全在乎此。”

汤剂煎煮法

1. 煎药用具 以沙锅为佳。因沙锅具有导热均匀、化学性质稳定,不易与药物成分发

生化学反应等特点,且价格低廉。若无沙锅,可用白色的搪瓷器皿代替,但忌用铜、铁、锡等制成的器皿。因铜、铁、锡等化学性质并不稳定,易与药液中的药物成分发生化学反应,轻则降低疗效,重则产生毒副作用。

2. 煎前浸泡 中药干品在煎煮前一般应浸泡 30~60 分钟,既有利于有效成分的溶出,又可缩短煎煮时间,避免因煎煮时间过长,导致部分有效成分耗损、破坏过多。

3. 煎药用水 一般以水质纯净为原则,如自来水、河水、湖水、井水、泉水等都可以用作煎药用水。用水量则视药量大小而定,一般以液面漫过药物 2~3cm 为宜。

4. 煎药次数及取汁 一般来说,一剂中药应煎煮 2 次,第一煎(头煎)常取汁 200~300ml,第二煎取汁 150~200ml,2 次煎煮合并后的药液量以 400~500ml 为宜。小儿及服药困难者可酌情减量。对于质地厚重或滋补类药物可煎煮 3 次或更多。

5. 煎药火候及时间 煎药火候一般以先武火后文火为原则,即未煮沸前用大火,煮沸后改用小火保持微沸,以免药汁溢出,或水分迅速蒸发而影响有效成分的煎出。煎药时间的长短应根据药物的性质和质地等决定。一般药物,第一煎煮沸后再煮 20~30 分钟,第二煎煮沸后再煮 10~20 分钟;解表药及芳香性药物,宜武火急煎,以免药性挥发,降低疗效,故第一煎煮沸后再煮 10~15 分钟,第二煎煮沸后再煮 5~10 分钟;味厚滋补类药物,宜文火久煎,使药效尽出,故第一煎煮沸后再煮 40~60 分钟,第二煎煮沸后再煮 30~40 分钟。煎药过程中不要频频揭开锅盖,以尽量减少药物有效成分的挥发。

6. 特殊煎煮法 需要特殊煎煮的药物,医师会在处方中注明。

(1) 先煎:矿物、贝壳、角甲类药物,因其质地坚硬,有效成分不易煎出,一般要先煎 30 分钟左右,再纳入其他药物煎煮,如生石膏、生龙骨、代赭石、鳖甲等;毒性大的药物,久煎可减低其毒性,也宜先煎,如附子、川乌、草乌等。

(2) 后下:久煎则有效成分容易挥发或受到破坏的药物,煎煮时宜后下,即待其他药物煎好前 10 分钟左右再入锅煎煮。如藿香、薄荷、钩藤等。

(3) 包煎:细小的种子、花粉或研末的矿石类药物,煎煮时宜用纱布包裹。如车前子、葶苈子等含淀粉、黏液质较多的药物,煎煮时易粘锅糊化、焦化;蒲黄、海金沙等质地较轻,辛夷、旋覆花等药材有毛,易混入药液,在服用时对咽喉造成不良刺激,这些药物均宜包煎。

(4) 烊化:含胶质、黏性大的药物,易于溶解,同时又易黏附于其他药渣或锅底,既浪费药材,又容易熬焦,宜另行烊化,再与其他药液兑服。如阿胶、鹿角胶、饴糖等。

(5) 另煎:一些贵重药材,为尽可能减少浪费,要单独煎煮后,再将药液兑入到其他药液同服。如人参、西洋参、鹿茸等。

(6) 冲服:一些贵重的药物细粉,或易于溶化的药物,宜用煎好的其他药液或开水冲服。如三七粉、羚羊角粉、芒硝等。

1-4 中药内服法的护理

理、法、方、药是中医学辨证论治在临床上的具体运用。其中,治法是辨证论治中具有承上启下作用的一个重要环节,是指导临床运用方剂和创造新方的重要依据。治疗“八法”,即汗、吐、下、和、温、清、消、补 8 种治疗方法,是中医临床常用的内服治疗大法。护理人员掌握“八法”,有助于辨证施护的顺利进行。

一、汗法及护理

汗法又称解表法,是通过开泄腠理,宣通肺卫,使机体适当汗出,以解除外感六淫之邪所致表证的一种治疗方法。汗法常用于治疗感冒、流行性感冒、支气管炎、肺炎、急性风湿性关节炎及疮疡初起而见有表证者。

护理方法:

1. 汗法所用药物多为辛散轻扬之品,故不宜久煎,以免有效成分挥发而降低疗效。汤剂宜武火急煎,取汁温服;服药后可加饮热稀粥、热水、热饮料等以助药力,或卧床加盖衣被,促其发汗。病位在表,药后无汗者,可针刺大椎、曲池,以透邪发汗。

2. 药后要注意观察病情。重点观察有汗、无汗、出汗时间、出汗部位和汗量等。以遍身微微汗出为最佳,忌大汗。在一般情况下,汗出热退即停药。若汗出不彻,则病邪不解,需继续用药;而汗出过多,会伤津耗液、损伤正气,可给予患者口服糖盐水或输液;若大汗不止,易导致伤阴亡阳,应及时采取急救措施。

3. 汗出时,应及时用干毛巾或热毛巾擦干。汗止后,应及时更换衣被,并注意避风寒,防止汗出当风,加重病情。

4. 表证即使出现高热,亦不宜冷敷,避免“闭门留寇”,使邪无出路,热反更甚。

5. 服发汗解表药时,应禁用或慎用解热镇痛药,如阿司匹林等,防止汗出太过,身体虚脱。

6. 服药期间饮食宜清淡、细软、易于消化,宜多饮开水,忌黏滑、酸性和生冷食物。

二、吐法及护理

吐法又称涌吐法,是通过令患者发生呕吐,以消除停留在咽喉、胸膈、胃脘等部位的痰涎、宿食、毒物的一种治疗方法。常用于治疗痰涎壅盛、癫证、狂证、宿食、食厥、气厥、胃中残留毒物等。

护理方法:

1. 涌吐药作用迅速凶猛,易伤胃气,应中病即止。对年老体弱、婴幼儿、心脏病、高血压、孕妇、产后均应慎用或不用。

2. 服药应小量渐增,采取一次顿服法或两次分服法。一服便吐者,需通知医师,决定是否继续二服。顿服不吐者,可二次服用,也可用压舌板刺激上腭咽喉部,助其呕吐。呕吐时,应协助患者坐起,并轻拍患者背部,促使胃内容物吐出;不能坐起者,应协助患者头偏向一侧,并注意观察病情,避免呕吐物吸入呼吸道。涌吐药不可大剂量使用,以免涌吐太过伤害身体。

3. 吐后应温开水漱口,并及时清除呕吐物,撤换被污染的衣被,整理好床单。叮嘱患者避免坐卧当风,以防吐后体虚,复感外邪。

4. 服药后呕吐不止者,可根据所服催吐方药的不同进行解救。严重呕吐者,应注意观察体温、脉搏、呼吸、血压及呕吐物的量、气味、性状并记录。必要时给予补液、纠正电解质平衡等对症处理。

5. 服药期间应暂禁食。待胃肠功能恢复后,再给少量流质饮食,或易消化食物以养胃气。切勿骤进油腻或不易消化的食物,以免重伤胃气。

三、下法及护理

下法又称泻下法,是通过通导大便,排除肠胃积滞,使停留于肠胃的宿食、燥屎、冷积、瘀血、结痰、停水等从下而出,以解除里实证的一种治疗方法。适用于邪在肠胃所致的大便不通或热结旁流,以及停痰留饮,瘀血积水等邪正俱实之证。

护理方法:

1. 使用泻下类药物,必须根据病情和药性的不同,辨证用药,因病施护。
2. 服用泻下药后,大多会引起胃肠道反应,如腹痛、呕吐、便次增多等。服药前应向患者交代清楚可能出现的症状,服药后要特别注意观察泻下物的性状、颜色、气味及次数等,并做好详细记录。若泻下太过而致虚脱,应及时救治。
3. 泻下剂除润下方药外,均以攻伐为主,过则易伤正气,用时应中病即止;下法之峻剂,妇女月经期间、妊娠期间应慎用或禁用。对病后体虚、老年人、孕妇、产后便秘,宜用润下方药。
4. 服药期间忌食油腻及不易消化的食物,以免重伤胃气。

四、和法及护理

和法又称和解法,是通过和解少阳,调和机体表里、营卫、气血、阴阳、脏腑之间的功能,以解除少阳病及机体某些相互关系失于协调的病证的一种治疗方法。适用于邪犯少阳、肝脾不和、寒热错杂等邪在半表半里之证。

护理方法:

1. 服用和解少阳药,要仔细观察患者的体温、脉象以及出汗情况。服小柴胡汤时忌食萝卜,因方中有人参,而萝卜可破坏人参的药效;小柴胡汤以柴胡为主药,服药时忌同时服用碳酸钙、硫酸镁、硫酸亚铁等西药,以免相互作用产生毒副反应;服截疟药应在疟疾发作前2~4小时服用。
2. 服用调和肝脾药,应配合情志护理,使患者保持心情舒畅,以利于提高治疗效果。
3. 服用调和肠胃药,应注意观察腹胀及呕吐情况,并注意观察排泄物的性质和量。
4. 服药期间,饮食宜清淡易消化,忌生冷、油腻及辛辣之品。

五、温法及护理

温法又称温阳法,是通过温里助阳,散寒通脉,以祛除机体脏腑、经络间的寒邪,解除里寒证的一种治疗方法。常用于治疗胃及十二指肠溃疡、急慢性肠胃炎、血栓性脉管炎、类风湿关节炎等证属阳虚阴盛者。

护理方法:

1. 使用温里类方药,须辨证准确,注意因人、因地、因时制宜。平素火旺之人,或阴虚失血之体,或气候炎热之时,或南方温热之地,剂量宜轻,且不可久服,以免助火。若天气寒冷,或素体阳虚之人,剂量可适当增加。
2. 对于阴寒太盛,或真寒假热证,服药入口即吐者,可少佐苦寒或咸寒之品,或热药冷服,以免病势拒药而不纳。
3. 服用回阳救逆药时,昏迷患者可用鼻饲法给药;服药期间应严密观察患者神志、面色、体温、血压、脉象及四肢回温的病情变化。如服药汗止,肢体渐温,脉渐有力,为阳气来

复,病情好转;如服药后汗出不止,厥冷加重,烦躁不安,脉细散无根,为病情恶化,应及时采取急救措施。

4. 生活起居、饮食、服药等护理均宜“温”法护之,忌生冷寒凉。

六、清法及护理

清法又称清热法,是通过清热泻火,凉血解毒,养阴透热,以消除机体气血、脏腑等部位热邪,解除里热证的一种治疗方法。适用于由温、热、火所致的里热证。

护理方法:

1. 对邪热炽盛,服药格拒者,可少佐辛温之姜汁,或寒药热服。

2. 清热类药物性皆寒凉味多苦,寒凉之品易伤阳气,苦寒之品易伤胃气,故脾胃虚弱、阳虚及寒证者忌用。使用清热药应中病即止,不可过用,以免损伤正气。

3. 病室保持空气新鲜,并配备降温设施,以便根据患者发热程度调节室内温度。汗出较多者,应及时更换衣被。

4. 热病患者,心情易烦躁,情绪易波动,应注意做好情志护理,使患者保持心情舒畅。

5. 饮食宜清补,可以西瓜、梨以及凉性瓜果蔬菜等为辅食,鼓励患者多饮水或西瓜汁、梨汁等生津止渴之品。

七、消法及护理

消法又称消导法,是通过渐消缓散,导滞化积,以消除因气、血、痰、食、水、虫等壅滞而成的积滞、痞块,解除积滞停聚诸证的一种治疗方法。常用于治疗急性肠胃炎、慢性支气管炎、支气管哮喘、甲状腺肿、淋巴结肿大、肿瘤等。

护理方法:

1. 消导类方药多用于消除慢性有形积滞,其作用较下法缓和而以渐消缓散为主,制剂以丸剂为佳。

2. 消导类汤剂一般宜饭后服用。与西药同服时,应注意配伍禁忌,如山楂丸味酸,忌与复方氢氧化铝片、碳酸氢钠等碱性药物同服,以免酸碱中和,降低药效。

3. 消导类方药虽药性较缓和,但毕竟属于克消之品,故正气虚弱者,尚应慎用,或配补益扶正之品同用,以期消积而不伤正。

4. 饮食宜平补,宜食清淡、易消化的半流质或软食,勿过饱。婴幼儿应注意减少乳食量,必要时可暂时停止喂乳。忌食生冷、硬物、肥甘厚味之品。

八、补法及护理

补法又称补益法,是通过调补、补养、强壮以改善机体虚弱状态,增强体质,解除虚证的一种治疗方法。适用于多种慢性疾病而见正气虚弱者。

护理方法:

1. 补法运用之时,必须辨清气虚、血虚、阴虚、阳虚之不同,分别服用补气药、补血药、补阴药、补阳药,并可根据病情需要相互配合应用,如补气益血、阴阳双补、阳中求阴、阴中求阳等。

2. 补益方药宜作丸剂、膏剂、口服液、酒剂等,以利长期服用和保存。汤剂宜文火久