

· 中医英译 ·

中医基本理论名词术语英译探讨(七)

再论几个中医基本术语的
翻译问题

陕西中医学院(陕西咸阳 712083)

李照国

阴阳、气、命门、三焦、针灸等是中医理论中最为基本的几个概念。本文根据笔者以往的探讨和新近的研究,拟对这几个术语的翻译问题提出一些新的看法,以便能在翻译中更好地再现这几个概念及其相关术语的基本内涵。

一、关于“阴阳”的翻译问题 目前人们都普遍接受了 Yin Yang 这个音译形式。这是中医名词术语的翻译上难得的一对业已统一的译语。但如果就此认为“阴阳”的翻译上已无新可探,即又似乎显得太武断了。“阴阳”是中医理论中一对最基本的概念,中医名词术语中很大一部分都与其有直接或间接的关系。如果我们能对“阴阳”的翻译形式作以功能性的调整,使其能承载更多的信息量,那么,这对译好其他相关术语将有重要的作用。如何调整呢?笔者以为可以通过如下两个办法来进行:

1. 将 Yin Yang 动词化 Yin Yang 长期以来一直只作为名词使用。这种用法本身并没有什么问题,只是在表示其他一些概念时(如滋阴,壮阳等)不得不求助于另外一些词语的补充(如将“滋养胃阴”译作 nourishing stomach-yin,将“滋补肾阴”译作 nourishing the kidney-yin 等等)。这样就使译语显得冗长、拗口。但是,如果我们将 Yin Yang 动词化,使其能直接表达“滋阴”、“壮阳”这样一些概念,便能较好地解决这样一些问题。这样我们便可将“滋养胃阴”、“滋补肾阴”简洁地译为 yining stomach, yin-ing kidney。其他相关术语的翻译可依此法进行。

2. 把 Yin Yang 转化为构词成份(morpheme) 阴阳在中医语言中使用地非常广泛,将其音译形式 Yin Yang 转化为构词成份,会使许多与其有关的术语的翻译大为精练。由于目前我们只将阴阳当成名词使用,从而使得很多译语都显得较为繁琐,如:肾阴虚: the deficiency of kidney yin, 肾阳衰微: the declination of kidney-yang, 肝阴虚: the deficiency of liver-yin, 肝阳上亢: the sthenia of liver-yang。如我们将 Yin Yang 转化为构词成份,那么以上译

语便可精练为:肾阴虚: nephroyinpenia, 肾阳衰微: hyponephroyang, 肝阴虚: hepatoyinpenia, 肝阳上亢: hypernephroyang。以上这样译语从现代翻译学上讲,为“词素层仿造法”翻译,从词汇学上讲,属科技英语构词法的一般形式。所以这种翻译法既符合翻译理论,也符合科技语言的构成机制,是值得推广的。需要说明的是,作为动词及构词成份的 Yin Yang,其发音与汉语拼音应基本一致,但在有些情况下为了与译语的发音相协调,也应作适当的调整(如汉语拼音 Yang 中的 g 在英语上应相应地发 [g] 的音)。当然,作为动词及构词成份的 Yin Yang 均应小写。

二、关于“气”的翻译 “气”的翻译目前还不太统一,现行的几部汉英中医辞典都将其译为 vital energy。但由于李约瑟在撰写《中国科技史》时将其音译为 Qi,遂为西方社会所普遍接受,以后国内的很多中医翻译工作者也都先后采用了这一音译形式。从目前的发展趋势来看, Qi 已逐步取代了 vital energy 而为人们所普遍接受。同阴阳的翻译一样,笔者认为对“气”的音译形式 Qi 也应作两方面的规定。一是将 Qi 动词化,使其能表达补气、益气这样一些基本概念。二是将 Qi 转化为构词成份,这样我们就能将诸如 the deficiency of stomach-energy(胃气虚), the disorder of stomach-energy(胃气不和)等译语改译成 hypogastroqi, ataxiagastroqi 这样一些简洁的形式。

三、关于“命门”的翻译 现在较为流行的译语为 the gate of life。就翻译本身来讲,这种直译法未尝不可。但由于文化背景的不同, the gate of life 在英语语言中除了给人一种玄而又玄的莫名其妙之感外,很难会使人将其与医学科学联系在一起。那么,究竟该怎么翻译命门呢?对此笔者曾与一些国外学者交换了看法,认为最好还是采用“词素层仿造法”将其译为 vitaport 较为妥当。该词是由 vita-(拉丁词源,意为“生命”,如 vitality: 生命力; vitamine: 维生素; vitalism: 生机论)和 port(拉丁词源,意为“门”。如 portal canal area 肝门区)两部分构成,语义上基本与中医上的“命门”相吻合。这种译法既保持了中医语言的特色,又顺乎英语语言的构词法则。这样也能帮助我们较好地翻译与命门有关的其他中医名词术语。

如“命门之火”、“命门火旺”、“命门火衰”等术语在现行的汉英中医辞典中大都译为如下形式: fire in the gate of life, hyperactivity of fire from the gate of life, declination of fire from the gate of life。如果我们将“命门”译作 vitaport, 那么以上译语则可简化为: vitaportopyria, hypervitaportopyria, hypovitaportopyria。

四、关于“三焦”的翻译 在中医名词术语的翻译上, 三焦的译法最为混乱。有的译成 three warmers, 有的译成 three heaters, 也有干脆音译成 sanjiao 的。译者似乎都着意要在译语中再现“焦”的“内涵”, 所以翻来译去总是在 warmer 或 heater 上兜圈子。由于这两个词语都含有具体的实际所指 (specific referent), 所以不论译者多么用心, 译出的名儿总是有点离奇怪诞。笔者以为, 对于“三焦”似不宜采用直译法来处理, 而应根据“词素层仿造法”来进行。笔者在以往的翻译中, 就是采用这种方法将“三焦”译为 tripyrogen, 较易为国外读者所理解。这个词由以下三部份构成: (1) tri- 拉丁词源, 意为“三”。如 tricotism (三重博), triconodonta (三尖牙类)。(2) pyro- 拉丁词源, 意为“热”。如 pyrogen (热源)。(3)-gen 希腊词源, 意为“原”。如 antigen (抗原), glycogen 糖原。tripyrogen 在语义学上与 three warmers/heaters 基本吻合, 但前者是符合现代科技英语构词法的一个科学译语, 后者却不是。从理论和实际上来看, 用 tripyrogen 来翻译“三焦”是比较恰当的。上焦、中焦、下焦可依次译为 suprapyrogen, mesopyrogen 和 infrapyrogen。

五、关于“针灸”的翻译 针灸的译语 acupuncture and moxibustion 业已国际化, 但因词形偏长, 使用时多有不便。为了简化起见, 我们可以将这两个术语掐头去尾组合成 acumoxi 这样一个较为简洁的词。作为一个构词成份, acu- 已在中医英语上约定俗成地用以专指 acupuncture, 由其构成的许多译语现在已广为流行。如 acupoint (穴位), acuthera (针刺疗法), acusyneope (晕针), acuesthesia (针灸麻醉) 等等。在英语中“艾”被译作 moxa 这也是尽人皆知的。所以用 acumoxi 代替 acupuncture and moxibustion 有广泛的语用学基础。另外, 这样译法也符合现代科技英语构词法的发展趋势。在现代英语中, 为了快速传递信息, 人们常常采用这种方法来简化词语。如将 smoke and fog 简化为 smog, 将 motor hotel 简化为 motel, 将 formal translation 简化为 fortran, 将 breakfast

and lunch 简化为 brunch。类似例子不胜枚举。在中医名词术语的翻译上, 我们也可适当地采用这种手法来简洁中医译语。

中医英译之我见

伦敦中山针灸学会 张丽梨

我从事临床及中医药教育工作有十多年, 有不少体会。由于名词术语英译不统一, 加上不少术语英译生硬地把西医语言套上, 使西方人士很容易误会, 引起错误百出, 即如肾阴虚译作 deficiency of kidney yin, kidney 被误解成西医之 kidney, yin 是汉语, deficiency 是英语, 与中医之“虚”的意思。有所不同, 为什么我们不用汉语拼音造一个新字 Shen Yin Xu 呢? 这样教者易教, 学者也易学易明。

在中草药方面, 我也参考过不少国内专家之英文本或中译文本, 很多中草药名用拉丁文, 其实拉丁文在西方国家也不普遍使用, 在西方国家出售中草药之店铺绝大部分是华人开设, 即使少数西方人士开设也多雇用华人职员, 能知中草药之拉丁文的人士实在凤毛麟角, 用汉字加上汉语拼音是最恰当的, 否则发生误会, 配错药, 受害者是患者而不是给药者。传统方剂也最好用汉字兼汉语拼音, 何必画蛇添足要译成使中国人也不大明白之英文呢?

其实中医名词英译权全在我们手中, 为了保持中医中药的独特性, 西方人士要学习中医也乐意, 并不一定要译成其他语言教授。

最后, 再提出几点意见: (1) 疾病名称用外国医学名称为病名的。可在译名后加上原名。(2) 所用西药可在译名后加上商品原名或化学原名。(3) 检验名称也可在译名后加上原名, 以方便海外华人阅读。

中医基础理论关键性词语的英译

江西省儿童医院(南昌 330006)

余文海

中医基础理论中某些关键性词语, 即极为专一性的某些专业术语, 在英文中很难找到词义对应的词语, 因而翻译起来多种多样, 有的词不达意, 甚至词义相悖。鉴于此, 笔者认为有必要根据中医术语的确切涵义和英语构词法创造新的英文中医学词语。现就若干关键性词语分别英译并解释如下:

一、阴阳 “阴阳”一词, 在英语中没有对应词, 只好用汉语拼音。但如果“阴”和“阳”分别隔开写时, 则每一个字的起首第一个字母要大写, 如: “Yin”,

“Yang”; 如果合在一起写时, 只把前一个字起首第一个字母大写, 如: “Yinyang”。这样既紧凑又美观, 不需用“and”连接。

二、阴阳学说 “阴阳”不是简单的狭义词, 而是一种具有包括宇宙万物在内的意义广泛的理论学说。“阴阳”有自己独特的理论系统, 并且有逻辑推理和逻辑论证性, 是一门科学。因此, 必须独立创造一个新的单词。根据英语构词法, 在“Yinyang”后面用“O”这个字母将含有“逻辑学”意义的“logy”连接起来, 写作“Yinyangology”, 其涵义是“阴阳学(说)”。并可派生出“Yinyangological”。〔阴阳学(说)的〕。“Yinyangologically”, [在阴阳学(说)上和]“Yinyangologist”(阴阳学家)等。这样译既简明精练, 又保留了“阴阳学说”这一词语原有的韵味和风格。

三、五行 “五行”是指世界由木、火、土、金、水五种要素成份组成。但它们并不是孤立的、各自互不相干的, 而是相互作用和相互制约着的即“相生相克”的物质运动体系。因此, “五行”似应译作“Five Interdependent Elements”。这样译不致使外国读者产生“五种互不相干的元素”这样一种误解或偏见。

四、卫 根据英语构词法, 拟译作“Peridefense”。因“卫”是在人体周身最外层部位, 且其涵义抽象, 故选用带有抽象涵义的不可数名词“defense”, 并在其前面冠以含有“外周性的”意义的“peri”作为前缀, 构成一个新词, 作中医“卫”的专有英语名词。起首第一个字母“P”在任何情况下都要大写。

五、气 根据英语构词法, 拟译作“Vitaenergy”。因“气”是人体生命活动的动力, 故选用含有“生命”意义的“vita”与表示“能量”。“精力”的“energy”合二为一, 构成另一个新词, 用作中医“气”的专有英语名词。起首第一个字母“V”在任何情况下都要大写。

六、营 “营”是营养血液的不可缺少的本质性基质, 与血液有着不可分割的关系。在翻译时, 选用了含有“血液”意义的“hema”作为表示“本质”、“要素”的“essence”的前缀, 合起来构成另一个新词, 写作“Hemaessence”, 用作中医“营”的专有英语名词。起首第一个字母“H”在任何时候都要大写。

七、血 中医所述的“血”与现代医学的“血”在涵义上完全一致, 其译词就用现有的“blood”。起首第一个字母“b”的大写或小写可根据一定的需要而定。

八、五脏 拟译作“Five Genetic Organs”。

九、六腑 拟译作“Six Excretory Viscera”。

因“五脏”均属具有“产生”、“生发”功能的脏器, 而“六腑”均是具有“排泄”功能的脏腑, 故以“genetic”和“excretory”分别用作“脏”和“腑”的定性修饰词, 以示区别。

以上拙见, 旨在抛砖引玉, 还望各位同道不吝指正。

如何理解和翻译 “齿为骨之余”等?

陕西中医学院(陕西咸阳 712083)

李永安

我们在理解和翻译“齿为骨之余”, “爪为筋之余”时, 应把以下两点考虑进去: (1)中医的整体观念, 即齿与骨和肾, 爪与筋和肝各是密切相关的整体。齿和骨、爪和筋各同出一源, 齿和爪分别是骨和筋延续的一部分。(2)中医的脏象学说, 即齿和肾, 爪和肝在生理功能和病理变化上有着特定的联系。齿和爪分别是肾和肝的表象。由此可见, 如果将“余”理解为“延续在外的一部分”, 就充分体现了以上两点。我们不妨将“齿为骨之余”试译为: The teeth are the outward extending part of the bone;

“爪为筋之余”, 译为 The nail is the outward extending part of the tendon.

至于“发为血之余”, 我们则不能理解为“发是血延续在外的一部分”。中医认为, 头发有赖于血液的濡养。青壮年时, 由于精血充盈, 则发长而有光泽; 老年人精血虚衰, 毛发变白而脱落, 这是正常规律。但临床所见未老先衰, 头发枯萎, 早脱早白, 在一定程度上与血虚有关。在这里, 将“发为血之余”理解为发是血之功能状况的外在表象, 即通过观察头发的状况, 可察知血的功能状况, 比较合理。我们不妨试译为: The hair of the head is the outward manifestations of the blood.

目前, 有人将上面三句翻译时, 用了一个关键词“surplus”, 例如“发为血之余”被译为: The hair of the head is the surplus of the blood. 在这里用“surplus”, 我认为有些不恰当。surplus的解释为 amount (of anything) in excess of requirement, 即“多于需求而剩余的东西”。这既不符合中医理论和原句本意, 外国读者恐怕很难理解。

中医中许多名词和术语的翻译尚未定形, 我们通过争鸣, 力求最终达到规范化。因而, 今特撰此文, 以求教于译界同仁。

· 农村基层园地 ·

乙型肝炎病毒携带者的 中西医结合治疗

甘肃省会宁县人民医院传染科(甘肃 743200)

周大勇 南吉成 梁 忠 沈万川 王丽梅

我科自 1989 年 5 月~1992 年 9 月采用中西医结合与西医疗法对比治疗观察 82 例无症状乙型肝炎病毒表面抗原携带者(AsC), 现总结报告如下。

临床资料 82 例 AsC 系从 105 例现有资料中剔除不合格(资料不全或未能坚持治疗者)病例后的观察对象。凡具备以下三项者为病例选择对象: (1)无明显自觉不适症状及肝病体征(巩膜无黄染、肝脏不肿大); (2)肝功能检查正常或大致正常、转氨酶不超过临界值 10%; (3)用反向间接血凝法查 HBsAg 滴度在 1:16 以上, 且持续 6 个月未转阴、并经酶标法查乙型肝炎病毒标志物(HBV·M)中 HBsAg、HBeAg、抗-HBc 三项阳性(“三阳”)或其中两项阳性者。上述选择标准符合 1990 年上海会议“病毒性肝炎防治方案”诊断标准[见: 中华传染病杂志 1991; 9(1): 52]。82 例随机分为中西医结合治疗组(以下简称治疗组)41 例、西药对照组(以下简称对照组)41 例。治疗组中男 33 例, 女 8 例, 年龄最大 45 岁, 最小 5 岁, 平均 23.8 岁。对照组: 男 28 例, 女 13 例, 年龄最大 40 岁, 最小 7 岁, 平均 24.4 岁。全部病例在治疗前或治疗开始时均作肝功能、转氨酶、HBsAg 滴度及 HBV·M 检查。

治疗方法 (1)对照组: 聚肌胞 4 mg, 肌肉注射, 1 次/2 d; 云芝肝泰冲剂 5 g, 开水冲服, 2 次/d; 益肝灵 70 mg, 维生素 B₁ 20 mg, 3 次/d, 口服。住院患者酌情输液。(2)治疗组: 除不用聚肌胞外, 其余西药应用同对照组, 另加用中药“太乙煎”, 每日 1 剂, 煎 2 次共约 400 ml, 早晚各 200 ml 温服。太乙煎组方: 太子参 10~20 g 生黄芪 30 g 生何首乌 30 g 白花蛇舌草 30 g 半枝莲 15~30 g 夏枯草 15 g 蚤休 15 g 炒白芍 12 g 生大黄 5 g 泽兰 10 g 生甘草 10 g。头胀脘闷者加赤芍 12 g、厚朴 10 g; 口苦咽干者加连翘 12 g、野菊花 12 g; 季肋部胀痛者加丹参 12 g、柴胡 6 g; 溲黄便秘者加木通 4 g, 重用生大黄至 15 g; 腰背酸困者加桑寄生 15 g、仙灵脾 9 g; 鼻衄出血者加旱莲草 15 g、白茅根 9 g。

结 果 依据 1990 年上海会议标准, 用 HBV·M 复制标志衡量疗效, 以 HBsAg、HBeAg

均转阴者为显效, 单项 HBeAg 转阴者为有效, HBV·M 无变化而其轻微之症状消失者为略有效, 其它几项变化不作有效统计。结果治疗组 41 例中显效 13 例, 有效 15 例, 略有效 8 例, 总有效 36 例, 占 87.8%; 对照组 41 例中显效 4 例, 有效 10 例, 总有效 14 例, 占 34.1%。两组总有效率比较, 经统计学处理, $P < 0.01$, 有非常显著性差异。

讨 论 乙型肝炎病毒(HBV)虽不是引起肝脏炎症的直接因素, 但至少“启动”效应。因而作为 AsC 的治疗, 抑制 HBV 就成为最重要的治则。AsC 由于免疫功能低下和伏湿病理产物形成了病毒赖以生存和复制的条件, 故可导致长期携毒状态。中医认为 AsC 为正虚湿瘀、伏毒伤肝, 故用太乙煎平补气血, 化湿活血, 泻火解毒, 力求在辨证用药上灵活有机地融入现代研究的有调整机体免疫功能和抑制血中 HBV 的药物。太乙煎以清补益气的太子参为首药, 煎服用以治疗乙型肝炎病毒携带者, 其组方既考虑中药性能特点, 又注重现代研究证据, 使全方补气而不助湿邪, 清热毒而不伤正气, 防传变而利于全程治疗。结果 HBV 转阴率和总有效率均明显优于对照组。且费用较低、服用方便, 适合于非住院治疗并易于在基层推广。

中西医结合治疗胆道炎症所致 的肝损害者 61 例

江苏省昆山市锦溪人民医院(江苏 215324)

丁厚中 杨玲燕

胆囊炎、胆管炎常并发炎症性肝损害。我们在 4 年中, 联合应用丹参、山莨菪碱、强力宁治疗 61 例炎症性肝损害患者, 与对照组比较, 效果较好。现报告如下。

临床资料

全部患者共 91 例, 随机分为用药组 61 例与对照组 30 例。91 例均有明显的消化道症状: 腹痛、恶心、呕吐。用药组男 25 例, 女 36 例, 年龄 21~79 岁, 有发热 53 例, 黄疸 34 例, 腹水 3 例, 血清谷丙转氨酶(ALT)61~320 u/L, 总胆红素(BT)22~350 $\mu\text{mol/L}$ (34 例), WBC $8.27 \times 10^9 \sim 30.12 \times 10^9/\text{L}$, 诊断: 胆囊炎、胆囊结石 55 例, 胆管炎、胆管结石 26 例, 并发腹膜炎 14 例, 感染性休克 5 例。对照组男 22 例, 女 8 例, 年龄 26~76 岁, ALT 78~280 u/L, BT 20~276 $\mu\text{mol/L}$ 23 例, WBC $9.13 \times 10^9 \sim 24.10 \times 10^9/\text{L}$, 有发热 18 例, 黄疸 23 例, 腹水 1 例, 诊断: 胆囊炎、胆囊结石 19 例, 胆管炎、胆管

结石 11 例；并发腹膜炎 6 例，感染性休克 3 例。

治疗方法

两组治疗均用青霉素类、头孢类抗生素及丁胺卡那霉素、灭滴灵抗感染，纠正水、电解质平衡及酸碱平衡紊乱，输血、血浆、白蛋白，应用保肝极化液及维生素 K，重者抗休克治疗，适当应用地塞米松。用药组手术治疗 34 例，保守治疗 27 例；对照组分别为 16 例和 14 例。手术方法：胆囊切除或胆囊造瘘、胆总管切开减压取石、T 形管引流或胆肠内引流术。

用药组在上述治疗的同时，加用复方丹参针剂（上海新岗制药厂生产，2 ml/支，批号 890304）16 ml，山莨菪碱（654-2）10~20 mg（上海第一制药厂生产，批号 89-0402），加入 10% 葡萄糖液 500 ml 静脉滴注，1 次/d，20~40 滴/min；取强力宁（浙江省海宁制药厂生产，20 ml/支）缓慢静脉推注，60 ml/次，2 次/d。连续用 10 天为 1 个疗程，复查 ALT、BT 正常者则停用；若 ALT 降至 80~100 u/L，BT 正常，则将强力宁改为 60 ml/d，续用 10 天至 ALT 正常时停用。对施手术者，术后 1~3 天内停用 654-2，至肠蠕动恢复，肛门排气后再续用。

结果

治愈标准：ALT 及 BT 正常，消化道症状消失，不发热，手术切口 I 级愈合。平均治愈时间：用药组与对照组分别为 10.63 ± 5.20 天（ $\bar{x} \pm S$ ，下同）和 21.51 ± 9.38 天（ $P < 0.01$ ）；消化道症状消失时间分别为 6.41 ± 1.24 天和 8.63 ± 2.31 天；ALT 恢复正常时间分别为 10.32 ± 4.38 天和 19.61 ± 6.83 天；BT 恢复正常时间分别为 8.10 ± 3.64 天和 12.87 ± 4.56 天（ P 均 < 0.01 ）。手术与非手术治疗对治愈时间的影响无明显差别（ $P > 0.05$ ）。对照组有 2 例老龄患者手术后并发多器官衰竭而死亡。余 89 例均获痊愈出院。

讨论 强力宁可抑制参予肝细胞炎性反应中的磷酸脂酶 A_2 和前列腺素 E_2 的生成，使内源性皮质激素的活性增强，并抑制肝脏对其的还原作用，减轻肝细胞对毒素的刺激反应和致敏反应，阻止肝细胞的坏死。丹参有抗氧化作用，可降低氧自由基的产生，是钙拮抗剂。其活血化瘀，可改善肝脏的血液供应，促进肝细胞的再生、代谢和修复，能使肝大复常。山莨菪碱可解除肝微血管痉挛，改善微循环，纠正组织缺氧。三种药均可保护肝细胞膜。诸药合用对炎性肝细胞损害有较明显的效果，具有疗程短、恢复快、无毒副作用等优点。但手术和其他综合治疗措施在整个治疗中仍占有重要的位置。

高危妊娠产妇用怀牛膝 引产 122 例

淮阴市妇产儿童医院妇产科（江苏 223002）

姜 萍 马晓萍

我院高危产科于 1987 年 1 月~1988 年 12 月，采用怀牛膝对 122 例高危妊娠产妇进行引产，报道如下。

资料与方法

一、一般资料 122 例中年龄 22~40 岁，平均 25.95 岁。其中初产妇 100 例，经产妇 22 例。122 例产妇妊娠时间最少 33 周，最多 45 周，平均 40.79 周。

二、引产原因 妊娠高血压综合征 44 例（其中轻度 2 例，中度 36 例，重度 6 例），过期妊娠 37 例，胎动减少 10 例，臀位 8 例（经产妇 5 例，初产妇 3 例），羊水过少 6 例，胎儿宫内窘迫 3 例，贫血 2 例，胎盘老化 2 例，巨大儿 2 例，胎儿宫内发育迟缓 1 例，双胎 1 例，瘢痕子宫 1 例，心肌炎 1 例，其他 4 例，共 122 例高危产妇。

三、引产方法 （1）怀牛膝的制备：怀牛膝为苋科多年生草本植物牛膝的根，其长度约 20~30 cm，将其洗净晒干，切成 4 cm 长，再从中选择直径大于 0.3 cm 的怀牛膝，放入铝盆中，按注射器消毒标准，高压蒸气消毒怀牛膝。（2）怀牛膝引产操作过程：①术前用 0.3% 温肥皂水 800 ml 灌肠，排去直肠内大便。②用 1% 新洁尔灭棉球消毒外阴、阴道和宫颈。③将消毒的怀牛膝插入宫颈，超过宫颈内口，插入 3 根以上，再从 3 根中间插入，以免损伤宫颈内膜，插入的根数根据宫颈的成熟度，直至不能插入为止。由于怀牛膝粗细不等，有的插入 5~6 根，有的插入 10 根以上，将一块消毒的新洁尔灭纱布塞入阴道内，挡住怀牛膝，防止滑脱。④取出怀牛膝的方法：常规消毒外阴、阴道，取出纱布，怀牛膝。检查子宫颈口扩张、宫颈容受、子宫颈质地、子宫颈位置、胎先露高低等情况。

结果

一、宫颈 Bishop 评分 评分越高，引产成功率越高。122 例产妇中，一次引产成功 93 例，宫颈 Bishop 评分 6~9 分，平均 7.45 分；二次引产成功 7 例，宫颈 Bishop 评分 6~8 分，平均 6.86 分。引产成功 100 例，成功率 81.97%。22 例产妇引产未成功，Bishop 评分 5~7 分，平均 6.14 分，失败率 18.03%。

二、放置怀牛膝至引起宫缩时间 引产成功 100 例中, 放置怀牛膝至引起宫缩时间, 最短 1 h, 最长 24 h, 平均 11.57 h。弱而不规则的宫缩, 逐渐转变为强而有力的规则宫缩, 持续 15~20 s, 间隔 3~4 min, 说明已进入产程。

三、放置怀牛膝到取出时间 最短 3 h, 最长 24 h, 平均 19.76 h。放置怀牛膝后, 较早进入产程, 就应取出怀牛膝。即使是不规则宫缩, 也应随时取出怀牛膝。

四、取出怀牛膝时宫口开大程度 取出怀牛膝时宫口开大平均 1.88 cm, 最大宫口开大 3 cm。

五、引产成功后分娩方式 引产成功 100 例, 阴道分娩 78 例, 占 78%, 剖宫产 22 例, 占 22%。

六、引产成功的产程开始时间 阴道分娩的 78 例产妇, 放置怀牛膝到产程开始时间, 最短 3 h, 最长 58 h, 平均 21.59 h。

七、引产成功阴道分娩的总产程和产后出血量 引产成功后, 阴道分娩的 78 例产妇, 总产程平均 7.94 h (2 h 55 min~18 h)。产后出血量平均 175 ml (100 ml~320 ml)。

八、引产成功阴道分娩的新生儿体重和 Apgar 评分 引产成功阴道分娩的新生儿体重平均 3394.2 g, 最轻 1650 g, 最重 4300 g。新生儿 Apgar 评分 9.47 分, 1 例为 6 分。

讨 论

怀牛膝的药理作用, 对未孕子宫呈弛缓作用, 对已孕子宫有强烈的收缩作用, 并有降压及利尿作用 (见: 江苏新医学院, 中医学, 第 1 版, 南京: 江苏人民出版社, 1972: 185)。高危产妇采用怀牛膝引产的机理如下: (1) 干燥的怀牛膝放入宫颈, 因颈管内膜是柱状上皮, 能分泌粘液, 怀牛膝吸收粘液中的水份, 开始变粗, 缓慢机械地扩张宫颈。(2) 怀牛膝的化学成份被颈管内膜吸收, 促进子宫收缩, 宫口扩张。(3) 妊娠高血压综合征产妇用怀牛膝引产, 怀牛膝的成份被颈管内膜吸收后, 有降压和利尿作用。在产程中无 1 例病情加重。(4) 怀牛膝引产扩张宫口的过程中, 避免了催产素升高血压和子宫破裂的副作用。由于不使用催产素静脉滴注, 未取出怀牛膝之前, 不需专人护理宫缩情况。

本组病例无 1 例发生因怀牛膝引产引起的上行感染和产褥感染。怀牛膝引产价廉, 此法简便易行。此法不仅适用于高危产妇引产, 也适用于足月妊娠和中期妊娠引产。

温经活血膏外敷治疗新生儿硬肿症 57 例观察

甘肃华亭县第一医院 (甘肃 744100)

康文昭

我院 6 年来采用自制中药温经活血膏外敷配合西药治疗新生儿硬肿症 57 例 (下称外敷组), 并与对照组 55 例比较, 现报告如下。

临床资料 病例均来自本院 1986~1992 年收治的新生儿硬肿症患者, 共 112 例, 男 82 例, 女 30 例, 发病日龄为生后当日~19 日。四季均有, 其中 10 月中旬~次年 3 月的寒冷季节发病占 88%。入院最早者为发病当日, 最晚者为病后 20 日。入院时日龄为 1~39 天, 平均 9.8 天。根据入院时临床表现, 按照诸福棠等主编《实用儿科学》(第四版, 北京: 人民卫生出版社, 1995: 501) 标准, 将 112 例分为轻症组 77 例和重症组 35 例两大组。每组再按入院先后顺序号分为奇、偶数两组, 随机抽得奇数组为温经活血膏外敷组, 偶数组为对照组。其中外敷组轻症 39 例, 重症 18 例; 对照组轻、重症分别为 38、17 例。一般情况相似。

治疗方法 全部病例均采用电热褥及加衣被复温保温, 补足热量及适当补液支持治疗, 常规抗生素治疗。有合并病、并发症同时积极处理。重症均给 654-2、激素、低分子右旋糖苷和复方丹参液治疗。外敷组于入院 12 h 内开始外敷。处方: 川乌、草乌各 7.5 g, 肉桂 6 g, 桂枝、生姜、丁香各 10 g, 当归、红花、川芎、赤芍各 15 g。研细末过筛。用凡士林 500 g 调成软膏, 加温敷于硬肿区, 一般每日换药 1 次, 轻症或恢复期可 2 日换药 1 次, 直至痊愈。注意事项: (1) 软膏外敷时务必加温, 但应防止烫伤; (2) 换药时暴露部位务必注意保暖。

结 果 对照组轻症 38 例中, 痊愈 34 例, 痊愈率 89.5%; 平均痊愈天数 3.7 天。外敷组轻症 39 例中, 痊愈 38 例, 痊愈率 97.4%; 平均痊愈天数 2.8 天, 比对照组缩短 0.9 天 ($P < 0.05$)。重症对照组 17 例, 痊愈 11 例, 痊愈率 64.7%; 平均痊愈天数 7.8 天。外敷组 18 例, 痊愈 14 例, 痊愈率 77.8%, 平均痊愈天数 6.6 天, 比对照组缩短 1.2 天 ($P < 0.05$)。临床观察发现, 外敷温经活血膏后, 大多数轻症病例 24 h 内硬肿即明显地变软、缩小, 无其它合并症, 尤其由寒冷诱发者多在 3 天内痊愈。而对合并或继发于其它严重疾病如败血症、肺炎、颅内出血以及炎热季节发病者较难改善。

体会 中医学认为新生儿硬肿症的发生主要因先天禀赋不足, 元气虚弱, 生后复感寒邪, 寒凝经脉而使气血不行, 气滞血瘀; 少数可因外感邪热, 邪阻经脉而致血瘀。现代医学研究也证明“血瘀”是本病最重要的病理环节之一, 不论“寒冷型”或“感染型”及其它原因诱发者, 硬肿区均有血流缓慢、血液瘀滞以至微血栓形成, 甚至发生弥漫性血管内凝血。温经活血膏能温阳祛寒、行气活血、通经化瘀, 改善硬肿区的血液循环, 阻断微循环障碍的恶性发展, 起到治疗作用, 特别对“寒冷型”更为适应。

加味止痒合剂配合西药治疗 老年皮肤瘙痒症 130 例

解放军第 405 医院(山东蓬莱 265600)

张继龙 姜秀丽

我们自 1991 年以来, 应用加味止痒合剂配合西药治疗老年皮肤瘙痒症患者 130 例, 疗效满意, 现总结如下。

临床资料 全部病例均查肝、肾功能及血糖, 排除肝、肾功能不全及糖尿病引起的瘙痒症, 将所有病例随机分为两组: 中西医结合组 130 例, 男 85 例, 女 45 例; 年龄 50~85 岁, 平均年龄 67 岁; 病程 2 个月~16 年。全身瘙痒者 100 例, 四肢瘙痒者 30 例, 冬春季痒甚者 110 例, 夏秋季痒甚 20 例。西医组 50 例, 男 34 例, 女 16 例, 年龄 52~82 岁, 病程 2 个月~14 年, 全身瘙痒者 42 例, 四肢瘙痒 8 例, 冬春季痒甚者 44 例, 夏秋季痒甚者 6 例。

治疗方法 西医组: 甲氰咪胍 0.2 g, 脑益嗪 25 mg, 维生素 E 100 mg, 均每日 3 次。中西医结合组: 在西药治疗基础上加服加味止痒合剂: 徐长卿 30 g 防风 10 g 当归 10 g 首乌藤 30 g 苦参 15 g 白鲜皮 30 g 刺蒺藜 30 g。每日 1 剂, 水煎 2 次, 分 2 次服, 10 天为 1 个疗程, 共治疗 1~2 个疗程。

结果 按下列标准判定疗效: 痊愈: 瘙痒完全消失, 随访 6 个月无复发; 显效: 瘙痒基本消失, 仅留少量抓痕, 随访 6 个月未加重; 好转: 瘙痒减轻; 无效: 治疗后瘙痒无改善。结果: 西医组痊愈 30 例, 占 60%, 显效 11 例, 好转 5 例, 无效 4 例, 总有效率为 92%。中西医结合组痊愈 122 例, 占 93.8%, 显效 8 例, 总有效率 100%。两组痊愈率比, $\chi^2 = 31.6$, $P < 0.005$, 中西医结合组显著优于西医组。

体会 老年皮肤瘙痒症中医认为阴血不足, 血虚风燥, 肌肤失养, 治宜养血润肤、疏风止痒, 加味

止痒合剂中徐长卿祛风止痒, 除湿散瘀, 活血化瘀; 苦参清热燥湿, 祛风杀虫; 防风发表, 祛风, 胜湿, 止痛; 当归补血活血; 首乌藤养心安神, 养血通络, 止痒; 白鲜皮清热燥湿, 祛风解毒; 刺蒺藜平肝疏肝, 祛风止痒。诸药合用, 养血, 散风, 止痒, 配合西药止痒、抗衰老, 增加免疫功能, 效果良好, 值得应用。

口疮冲剂的疗效观察

河南省人民医院口腔科(郑州 450003) 郭立合

河南医科大学口腔系 石爱梅

我们将复发性口疮(口疮)分为阴虚、脾虚、瘀滞三型, 1985~1988 年间共治疗 56 例, 效果满意。报道如下。

临床资料 56 例中, 男 25 例, 女 31 例; 年龄最大者 77 岁, 最小者 16 岁, >60 岁 3 例, <21 岁 3 例, 21~60 岁青壮年 50 例; 病史最长 40 年, 最短 0.5 年, 多数均在 1~10 年之间。病例选择均符合以下条件: 口疮发作至少每月 1 次以上, 病史在 1 年以上, 或口疮发作无间歇期或此起彼伏连续不断病史在 6 个月以上; 6 个月内未经其它治疗者。

治疗方法 (1)阴虚型: 口疮遇劳即发, 伴头晕头痛、耳鸣、失眠多梦、五心烦热等症。舌质红或尖红, 苔黄薄或无苔, 脉细数。治则: 滋阴降火, 补气收敛, 方用六味地黄汤。(2)脾虚型: 口疮伴食欲不振、脘腹不适、腹痛便溏等胃肠道症状。舌体胖, 质淡红, 苔白腻或微黄, 脉细数。治则: 健脾除湿, 补气收敛。方用平胃散。(3)瘀滞型: 口疮伴月经来去而复发或经量过少或淋漓不止并有口干、心烦、小腹胀痛等症。舌质暗红或有瘀斑, 苔白或微黄。脉细涩。治则: 调理气血, 补气收敛。方用桃红四物汤。以上各方中均加党参、黄芪、川芎、牛膝、五倍子各 15 g, 甘草 6 g。将上药分别加工制成冲剂 I、II、III 号(每包含生药 45 g), 开水冲成混悬液 300 ml, 含服, 每日 3 次, 每次 1 包。同时服用维生素 C 0.3 g、复方维生素 B 30 mg、谷维素 30 mg, 每日 3 次。部分患者证候复杂, 归属某一型困难而表现为混合型者, 则相应混合用药。

结果 按下列标准评定疗效: (1)治愈: 治疗后 1 年内不复发。(2)有效: 治疗后 3 个月内不复发或 3 个月后复发其症状比治疗前明显减轻。(3)无效: 治疗前后无变化。结果: 56 例中痊愈 13 例, 有效 35 例, 无效 8 例, 总有效率为 86%。

讨论 口疮冲剂各型方剂在于调节脏腑功能,

加党参、黄芪以补气,五倍子以收敛,川芎、牛膝活血,维生素为补充、配合治疗。“含服”目的在于尽可能延长药物直接接触溃疡病灶时间。服后吸收反馈于局部而起长时间、反复加强对口疮病灶的作用。多数患者除口疮愈合迅速外全身症状改善比较明显,如原有身困、纳差、失眠多梦等症,服药后食欲改善、精神好转、睡眠做梦减少、身感有力。部分患者治疗前白细胞总数低,治疗后有不同程度回升。个别患者服药后胃肠蠕动加快,偶感恶心而无呕吐。休息15 min左右上述症状自消。未发现有其它不良反应者。

槟榔治疗幽门螺旋杆菌感染 32 例

中国人民解放军第 187 医院(海口 571159)

邓世荣 凌利霞 黄伟平 龙仕柏 杨秀华

我院于 1992 年 1 月~1993 年 2 月应用槟榔治疗幽门螺旋杆菌(HP)感染 32 例,并与雷尼替丁组进行对照,旨在探讨槟榔短程根除 HP 的可行性。

临床资料 凡符合如下条件者可作为研究对象:(1)胃镜证实有胃窦部糜烂或十二指肠溃疡。(2)幽门前胃窦大弯侧粘膜标本分离出 HP,同时尿素酶试验阳性。(3)无活动性出血和幽门梗阻。(4)1 周内未服抗溃疡药和抗生素。(5)心电图、肝功能、肾功能正常。将符合上述条件的 64 例随机分为两组:治疗组(槟榔组)32 例,男性 27 例,女性 5 例;年龄 15~65 岁;其中糜烂性胃炎 8 例,十二指肠球部溃疡 24 例,溃疡灶直径 0.3~1.2 cm。对照组(雷尼替丁)32 例,男性 26 例,女性 6 例;年龄 16~62 岁,其中糜烂性胃炎 7 例,十二指肠溃疡 25 例,溃疡灶直径 0.3~1.1 cm。两组病例的性别、年龄及溃疡大小均有可比性。

治疗方法 治疗组:取新鲜干槟榔(海南槟榔)8 g,用清水 150 ml 浸泡 1 h,再用温火煎水至 50~70 ml,每日上午空腹口服 1 次,2 周为 1 个疗程。对照组:以国产雷尼替丁 0.15 g 口服,每日 2 次,2 周为 1 个疗程。

结 果

一、疗效标准 治疗前,治疗结束 3 天内和 6 个月后分别作胃镜检查,取出幽门前胃窦大弯粘膜标本作尿素酶试验、HP 培养及 W-S 染色,治疗后 3 项检查全部阴性者为 HP 清除,治疗结束 6 个月后复查 HP 仍阴性者为根除。胃窦糜烂灶完全愈合为治

愈,愈合 $\geq 50\%$ 为好转,愈合 $< 50\%$ 为无效。十二指肠溃疡完全愈合或仅留疤痕为治愈,溃疡灶缩小 $\geq 50\%$ 为好转,缩小 $< 50\%$ 为无效。

二、治疗结果

1. 糜烂性胃炎治疗结果 治疗组:治愈率 75%(6/8),好转率 25%(2/8),全部有效。对照组:治愈率 43%(3/7),好转率 29%(2/7),总有效率 72%(5/7)。两组对比,治疗组治愈率和总有效率均显著高于对照组($P < 0.01$)。

2. 十二指肠溃疡治疗结果 治疗组治愈率 63%(15/24),好转率 33%(8/24),总有效率 96%(23/24)。对照组治愈率 28%(7/25),好转率 32%(8/25),总有效率 60%(15/25)。治疗组治愈率和总有效率均显著高于对照组($P < 0.01$)。

3. HP 治疗结果 治疗组 HP 清除率为 69%(22/32),HP 转阴病例治愈率为 95.5%(21/22),HP 未转阴者治愈率仅 20%(2/10),6 个月 HP 根除率 62.5%(20/32)。对照组 32 例治疗结束时和 6 个月后复查 HP 无一例转阴,HP 清除率和根除率均为 0。治疗组 HP 清除率和根除率均显著高于对照组($P < 0.001$)。

4. 糜烂性胃炎和十二指肠溃疡复发率 治疗组 6 个月后糜烂性胃炎复发率 16.7%(1/6),十二指肠溃疡复发率 6.7%(1/15),分别低于对照组的 66.7%(2/3)和 85.7%(6/7), $P < 0.01$ 。

5. 不良反应 治疗组 2 例在治疗第 2 天出现恶心、上腹阵发性隐痛,口服普鲁苯辛后缓解。对照组无明显副作用。两组病例治疗结束复查心电图、肝功能、肾功能均正常。

体 会 近年来研究认为 HP 与中医广义上的邪气相似,是慢性胃炎和消化性溃疡的主要原因之一,祛邪——清除 HP 也是治疗慢性胃炎和消化性溃疡的重要措施。本组用槟榔治疗 HP 感染的糜烂性胃炎及十二指肠溃疡,治愈率、HP 清除率、根除率均高于对照组, P 均 < 0.01 。治疗结束 6 个月后,复发率低于对照组,差异均非常显著($P < 0.01$)。提示:槟榔短程治疗 HP 感染近期和远期疗效均优于雷尼替丁。我们以往的调查证实,长期小剂量服用槟榔对人体没有明显害处,因此槟榔治疗 HP 感染是一种安全、有效的方法,值得推广。