

中医学传承的探析和思考※

董峰¹ 李晓^{2*}

(1 山东中医药大学附属医院综合内科, 山东 济南 250011;

2 山东中医药大学附属医院心内科, 山东 济南 250011)

摘要: 笔者通过探析中医学传承的形式、内容及各自的特点, 提出几点关于中医学传承工作的思考。名老中医是当前中医药临床与学术领域的杰出代表, 是联系传统和实现中医发展的灵魂。要做好中医学的传承和发扬工作, 当务之急是要积极充分地继承好名老中医的学术思想和临证经验。

关键词: 中医学; 传承; 师承; 名老中医

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.001

文章编号: 1672-2779(2018)-17-0001-02

Analysis and Reflection on the Inheritance of Traditional Chinese Medicine

DONG Feng¹, LI Xiao²

(1. Department of Comprehensive Internal Medicine, the Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250011, China;

2. Department of Cardiology, the Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250011, China)

Abstract: The inheritance of traditional Chinese medicine will directly affect the future development of Chinese medicine. Through analyzing the form, content and characteristics of traditional Chinese medicine inheritance, the author puts forward some thoughts on the inheritance of traditional Chinese medicine. Famous traditional Chinese medicine is an outstanding representative of the current clinical and academic fields of traditional Chinese medicine. It is the soul of linking tradition and realizing the development of Chinese medicine. To carry out the work of inheriting and carrying forward the traditional Chinese medicine well, it is imperative to actively and inherit the academic thinking and clinical experience of the famous old doctor of traditional Chinese medicine.

Keywords: traditional Chinese medicine; inheritance; successions; famous doctor of traditional Chinese medicine

中医学是中国古代科学的瑰宝, 中医学的传承现状将直接影响着中医事业发展的未来。

1 中医学的传承形式

1.1 中医师承 作为祖国医学传承最传统的形式, 中医学师承教育主要包括父子传、师授徒承两种模式。中医学的传承与发展也得益于几千年来的师徒传授, 因其广泛而独具特色的特点, 中医师承在几千年的历史长河中始终占有主体地位。中医学讲究口传心授, 其中蕴含着很多的隐性知识^[1], 而中医师承是传播、转移中医隐性知识的最佳模式^[2]。家传习医者更有着得天独厚的优势, 从小即耳濡目染、朝夕临诊、抄方学案, 反复经历理论与实践的相互印证, 通过世代相传的临证经验的积累, 久而久之就形成了中医世家^[3]。在现代, 中医师承仍发挥着重要作用, 主要体现为遴选有丰富学术经验和技能特长的名老中医专家为指导老师, 选配优秀的中青年业务骨干为学术继承人, 展开针对性的培养^[4]。

1.2 流派传承 在中医学传承、发展历程中, 全国各地涌现出了诸多以地域性特色为代表的中医流派, 如河

间学派、易水学派以及后来出现的新安医派、岭南医派、燕京医派、齐鲁医派、川蜀医派等。这些医派的形成有着与其自身密切相关的时代性、地域性, 以当地特殊的地理气候环境以及历史文化背景为基础, 形成了独特的中医诊法、治则和处方用药特点, 学术经验颇为丰富和宝贵。中医流派是中医学的重要根基, 他们往往有着各自的学术观点及核心学说, 往往是在实践的基础上理论创新, 形成有独到见解的理论体系。此外, 中医学术流派更容易形成薪火相传的人才链、学术链, 如刘完素、罗知悌、朱丹溪、戴思恭诸家, 师承授受, 形成了对后世影响深远的河间学派^[5]。

1.3 院校教育 早在南北朝时期, 名医秦承祖便提出“置医学, 以广教授”的建议, 由国家创办中医学教育机构。在唐代正式设立“太医署”, 北宋继承唐朝中医教育制度设置专门的中医学教育机构“太医局”。明清时代, 由太医院兼管国家中医学教育, 培养医药专门人才。建国以来, 1956年国家在北京、上海、广州、成都建立4所中医学院。后来各省几乎都建立了中医院校, 中医学的教育传承事业得以蓬勃发展。作为中医人才培养和中医学术传承的主渠道, 院校教育具有规模宏大、培养规范、知识结构系统以及教育体系完整的优势和特色^[6]。院校教育承担着当代大批中医人才的

※ 基金项目: 国家科技支撑计划[No.2007BA110B01-048]; 国家中医药管理局全国名老中医药专家丁书文传承工作室项目

* 通讯作者: lixia0617@163.com

培养任务,有利于推进中医学规范化传承模式。

2 中医学的传承内容

2.1 传承医术 所谓传承医术是指继承中医专家行之有效的临证诊治经验和独特的技术手法。此阶段以临床实践为主要途径,师承教育具有明显而突出的优势。

2.2 传承医理 所谓传承医理是指继承中医理论知识和中医专家的学术思想,是从显性知识传承到隐性知识传承的重要过渡阶段。此阶段通过系统掌握传统中医基础理论,对中医理论有深刻、独到的认识和理解,并用这一理论体系指导中医临床诊治疾病。

2.3 传承医道 所谓传承医道是旨在继承中医专家的道德修养、独特的认知方法和临证思辨特点,掌握其临床模式及洞察疾病的能力。医术、医理多属于显性知识,可通过经验总结、医案整理等作为载体得以传播和继承,而医道因其独特的认知方法属于隐性知识,其显性化过程成为目前名老中医学术思想传承的难点所在。

3 关于中医学传承工作的思考

3.1 中医学的传承离不开中医隐性知识的显性化 1958年英国科学家迈克尔·波兰尼首次提出“隐性知识”的概念^[7]。中医学发展的经验积累性和中医本身的人文内涵决定了在中医的知识体系中更是存在着大量“只可意会,不可言传”的隐性知识,这些知识来源于历代医家对外部世界的感知和判断,基于主观的直觉、灵感、经验、感悟等潜在的形式存于中医学的理论体系之中。师承教育是传播转移中医隐性知识的最佳模式,然而,随着社会的进步发展,我们已不能仅仅满足于师徒间口耳相传、口传心授这样的方式来进行中医学的传承,必须在中医隐性知识显性化的道路上实现质的跨越。

3.2 中医学的传承离不开中医经典的反复研读 中医经典不仅是人类历史的珍贵宝藏,更是构成中医药理论的核心内涵,使得中医学生命的优质资源得以延续。国医大师邓铁涛教授说:“要学习好中医,就要从经典入手,因为经典是中医学之根,是后世各家学说之源头,必须下一番苦工夫才能学好。”^[8]其中,构建了中医理论体系的四大经典著作——《黄帝内经》《难经》《伤寒杂病论》《神农本草经》,是中医学的理论思想基础和精髓。历代著名医家无不通过研读经典,继承经典,通过大量的医学实践而在理论上有所创新,进而著书立说逐渐形成自己的学术观点和体系,推动着中医临床水平的提高和中医理论的发展^[9]。

3.3 中医学的传承离不开长期大量的临床实践 “熟读王叔和,不如临证多”,这句话充分体现了中医临床实践的重要性。邓铁涛教授说:“老百姓之所以对中医信赖,是因为中医疗效是肯定的,是经过几千年临床实践所证明了的。临床实践是中医的生命线,离开临床实践,中医就寸步难行。”可见,以临床实践为中心是中医药传承的关键,“早临床、多

临床、反复临床”是国医大师们认为学习、传承中医的不二法门。

3.4 中医学的传承离不开名老中医学术思想和临证经验的总结 国医大师、名老中医是中国传统医学中德高望重、医术精湛的名医大家,是当前中医学成就的标杆。他们是将古老而又博大精深的中国传统医药学的理论与临床实践相合,解决临床疑难问题的典范。名老中医学术思想是中医薪火相传的传帮带,是中医学人才培养、理论发展、临证总结与传承创新的必要途径。

名老中医临证经验传承应重视医案的整理、研读。医案是中医临证实践的记录,是名老中医诊疗思路的表述,体现了名老中医理、法、方、药的综合应用。名老中医传承工作室是一个极优的平台,通过名师面授、随师佐诊、整理医案、病例分析等,特别是通过大量的文字整理,可以很好地总结和传承名老中医的临证诊疗经验^[10]。

名老中医学术思想和临证经验的传承应结合现代科技手段。事实证明,数据挖掘的充分应用使得中医药在学术与经验传承方面的取效显著。综合传统与现代研究方法,开展前瞻性与回顾性研究,结合纵向课题与横向课题,有助于全面而系统地研究中医学学术思想的理论体系和精髓规律^[11]。综合采用现代计算机信息技术、数据库技术以及多种统计方法,可以实现大量病案信息数据的高效、精细整理和深度挖掘,原汁原味地展示名老中医的辨证规律和用药经验^[12]。运用深入访谈法、典型案例分析法、事物资料分析法等定性研究方法对名老中医、学术继承人及名医论著等进行研究,归纳总结出名医成才的普遍规律,以启示后人^[13]。

参考文献

- [1]冯慧卿.基于默会知识理论的中医学术传承探讨[J].中国中医基础医学杂志,2009,15(5):322-323.
- [2]赵宇明,王庆国.浅析隐性知识理论在中医学术传承中的重要意义[J].北京中医药大学学报,2012,35(2):82-83.
- [3]宋咏梅,刘更生,王振国.当代名老中医学术传承现状分析[J].江苏中医药,2010,42(10):70-71.
- [4]汤少梁,沈爱琴.从隐性知识管理角度解读当代中医传承困境[J].湖北中医药大学学报,2012,14(2):75-77.
- [5]王庆其.从文化传承研究中医学术流派探讨[J].浙江中医杂志,2012,47(7):469.
- [6]刘英锋,逢青林,黄利兴,等.对名医传承规律与传承模式研究的设想[J].中医药管理杂志,2010,18(12):1070-1071.
- [7]科洛波洛斯,弗雷保洛.知识管理[M].上海:上海远东出版社,2002:32.
- [8]毛德西,禄保平,张海杰,等.邓铁涛谈中医传承与创新[J].中医学报,2014,29(5):659-660.
- [9]李小时,雷根平,潘冬辉.促进名老中医学术传承培养新一代名医的策略与思路[J].时珍国医国药,2012,23(4):994.
- [10]刘晓倩,刘梅,黄琨,等.北京中医药大学中医师承管理与传承方式的思考[J].中医药管理杂志,2017,25(21):1-3.
- [11]徐春波,郝威威,顾晓静,等.名老中医临床经验与学术思想的传承研究[J].世界中医药,2010,5(4):297-298.
- [12]张惠敏,倪悦,李英帅,等.运用定性方法研究名医学术思想和经验传承初探[J].上海中医药大学学报,2012,26(1):21.
- [13]周学平,吴勉华,过伟峰,等.名医学术思想研究型传承模式的构建[J].中国中西医结合杂志,2011,31(12):1695-1696.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘骅漫 收稿日期:2018-06-01)

通识教育视域下的中医药院校入学教育探索[※]

——以新媒体平台实践为例

韩雅俊 戴冰星* 崔亚超 王宗辉

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450046)

摘要:与综合类大学相比,中医药院校的学生群体的学业压力相对更繁重,入学时的公共教育课程相对更少。在中医药大学入学时对其进行立体前导式的入学教育,培养中医药大学大学生适当的文化素养及个人综合素质,对其未来的个人发展尤为重要。该课题以新媒体平台实践为例,结合中医药传统文化,对中医药院校入学教育进行了大胆探索,并提出了一些可以应用新媒体的实践方法,可为入学教育的创新实践提供一定参考。

关键词:通识教育;入学教育;中医药院校;新媒体

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.002

文章编号:1672-2779(2018)-17-0003-03

Exploration on the Entrance Education of Colleges and Universities of Traditional Chinese Medicine under the View of General Education

--Taking the New Media Platform Practice as an Example

HAN Yajun, DAI Bingxing, CUI Yachao, WANG Zonghui

(School of Basic Medical Sciences, Henan University of Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: Compared with comprehensive universities, the academic pressure of students in colleges of traditional Chinese medicine is relatively heavier, and the public education courses in the enrollment period are relatively fewer. In the colleges of traditional Chinese medicine entrance with stereo leading type of entrance education, appropriate cultural quality and individual comprehensive quality are particularly important for their personal development in the future. Taking practice in new media platform as an example, combining with the traditional culture of Chinese medicine, the subject explores boldly entrance education colleges and universities of Chinese medicine, and putting forward some methods can be applied to modern network of new media practice, it can provide certain reference for the innovation of the entrance education practice.

Keywords: general education; entrance education; colleges of traditional Chinese medicine; new media

目前,国内对入学教育的研究多集中于综合类大学。相比而言,中医药院校的学生群体的学业压力相对更繁重,入学时的公共教育课程相对更少。同时,由于中医药专业课程设置周期更长,学生从人生观、价值观的形成到稳固的过程中,不确定因素更多。因此,在中医药大学入学时,及时对其进行立体前导式的入学教育,培养中医药大学大学生的文化素养、分析思辨能力、表达沟通技巧以及终身学习的能力,对其成长成才有重要作用。但由于学生进入大学之前的教育和生活环境有较大差异,兴趣爱好也相差较大,所以,入学教育的课程要有足够的广度,使学生有足够的机会接触新事物,转变思维方式,形成更成熟的价值观和更理智的择业观。我国《国民经济和社会发展的第十三个五年规划纲要》明确提出,大学要实行“通识教育和专业教育相结合的培养制度”^[1]。国内外高校通识教育都强调对综合性知识的掌握,重视跨学科学习,致力于促进人的全面发展。因此,大学运用通识教育理念进行入学教育很有必要,中医药大学亦是如此。该课题以新媒体平台实践为切入点,结合中医药传统文化,对中医药院校入学教育进行

了探索,并提出了一些可行的实践方法,可为入学教育的创新实践提供一定参考。

1 当前中医药大学新生入学教育研究现状

资料显示,目前国内中医药大学入学教育的研究内容主要涉及入学后的学习适应、心理问题、人际关系、思想政治教育等方面的研究^[2]。大致分为以下几类:根据具体某医学专业的特点,针对所需的业务素质、人文素质、心理素质、道德素质和身体素质等方面的要求,开展的入学教育研究体系;为使中医药大学新生树立专业思想,对开设中医文化教育课程的理论和实践研究;对新生适应性的调研结果与分析;基于专业导读理念,对新生入学教育模式的探究。但基于新媒体平台的中医药大学入学教育研究,相对较少。

2 当前入学教育方式的现状分析及实践经验借鉴

根据传统新生入学教育实践的调查,我们发现了中医药大学新生入学教育活动形式陈旧^[3];学生主导性差;大班教学导致的新生参与度和互动性差;来自学校多个部门开设的为新生介绍校园学习生活等相关情况的讲座形式过于呆板,内容比较枯燥;辅导员和学生互动交流的机会少,谈话内容上代沟明显^[4];在校内缺少符合当代“95后”“00后”的大学新生鲜明特征的针对性教育。这一系列原因导致学生在大学期间学习效果差

※ 基金项目:国家级大学生创新创业训练计划项目基金资助【No. 201610471001】

* 通讯作者:daibingxing@126.com

及自身素质的发展缺乏^[9]。该课题旨在探索更新颖、活泼、符合当代大学生特征的入学教育的模式和方法。

3 通识教育视域下的中医药院校入学教育应用

3.1 引入中医药特色文化 中医药大学是以培养中医药人才为特色的医科类高校,开设的专业大多是与中医、中药相关的专业,新生入学教育时加入中医药文化特色更有利于培养学生的中医思想,更容易使新生受中医思想的感染与熏陶,更有利于中医药文化的传播^[9]。我们探索了以下几种引入中医药文化特色的方式方法。

3.1.1 迎新晚会上表演中医药文化相关特色节目 开设一些太极剑展示、太极拳“舞动青春”表演、“(中草药改编版)走秀”、(拔罐艾灸插入版)话剧展示、(中医药改编版)歌曲,借助微信留言展板开展互动抽奖,猜字谜、中药名、中医名家等活动,让新生们在入学初期就能感受到浓厚的中医药文化氛围。

3.1.2 组织入学新生参观学校内中医药文化景点 以河南中医药大学为例,学校内有仲景广场、河南中药植物园、中医古籍馆、仲景馆、中药馆、校史馆、百药苑、百方苑、百穴苑、中医源、医药工程类专业实训园、药香苑、医德馆、中医药文化展厅等大小十多处中医药相关景点,新生们初入大学,对新学校的了解较少,以参观校园内中医药文化景点的方式,既可以增添趣味性,又可以使学生受博大精深的中医药文化的熏陶,增强其专业素养。此外,可借助学校内“杏林之声”广播站这一平台,开设为期两周的介绍校园内中医药文化景点的起源、寓意和具体位置的专题栏目,使入学新生感受到中医药文化的氛围。

3.1.3 设置中医药相关网络公开课 中医药专业的学生除了在学校设置的必修课程外,可以依自己的兴趣,选择更精细分类的其他中医药课程;而学校内非医学专业的新生可以为了解中医药文化,去选择一些自己感兴趣的网络课程,可以借助“中国慕课MOOC”“超星泛雅”“智慧树”等公开课平台,也可开设学校专用的APP,并利用学校的录播教室开设可直播、可回放、可评论的课程。

3.1.4 开设与中医药文化特色相关的竞技式比赛 开设不同难度、不同等级、不同比赛组(学生类、老师类)的中医药常识类比赛,相关题库在全校知识共享的新媒体平台上呈现,在学校内每年度定期开设此类比赛,供全校师生参与。这种方式可以每年掀起中医药文化热,可为入学新生深入钻研中医药文化提供展示自我的平台。

3.2 利用新媒体平台

3.2.1 思想道德素质教育 “中国传统文化”线上征文比赛:随着互联网时代的到来,越来越多的大学生习惯运用微信、微博等新媒体平台。在此大背景下,可每年举办一次“中国传统文化”主题的线上征文比赛。在中医院校,以弘扬中医药文化为切入点,扩展到多种传统文化的线上传播,有利于让新生更深刻地感受

到中国传统文化的魅力,升华学生的中医思想。

“中医兴衰谈”话题签到:“历史使人明智”,认识中医的发展历程有利于越来越多的同学更快地了解中医药文化,微信、微博、QQ都有话题讨论、签到的功能,用这些方式,可以促使入学新生阅读中医药经典著作,加深他们对中医药的理解,甚至可以使师生之间的思想碰撞升华到学术地步,使中医药文化的发展更上一步台阶。

健康青年摄影展:入学新生进入大学以后,与之接触最多的莫过于身边的学长学姐,潜移默化的感召力会影响到新生今后的选择。开设健康青年摄影展,宣扬身边的优秀学生干部、三好学生的优秀事例,可以第一时间影响入学新生的众多选择,在正能量的指引下,可以更快地提升入学新生的综合素质。

净化虚拟社交,健康上网:入学新生走进大学、初入社会,面对的诱惑越来越多,网络信息更是鱼龙混杂,入学新生对纷繁复杂的信息的辨识力还不是很强,很容易受到虚拟社交的不健康信息的迷惑,因此,开设“净化虚拟社交,健康上网”的素质教育视频培训很有必要,举出大学生可能遇到的网络社交蛊惑人心的事例,提供可供参考的处理办法,给大学生提供新媒体交流互动的平台,建立更清朗的网络环境。

3.2.2 文化素质教育 中国古代哲学直播读书会:在新生入学前,通过直播读书会的形式可以增强学生对哲学思想的学习,而中医的基础理论和古代的哲学思想又有着相辅相成的关系,中国古代哲学直播读书会可以为学生入学后学习中医药知识打下坚实的基础。

读书分享会:“书籍是人类进步的阶梯”,灵魂的交融与碰撞会激发创新的灵感,同学之间面对面的读书心得分享交流,有利于深掘文章的主旨思想,升华文章的菁华。借助新媒体平台,开设读书分享会能拉近学生之间的距离,提升学生的文化素质。

3.2.3 身体心理素质教育 运动打卡:“未病先防”是中医养生的重点,锻炼身体、增强体质是养护正气的很重要的方式。借助QQ等平台的功能,推行运动打卡的“全民运动”活动,既能提升身体素质,也能加强同学间的交流,促进入学新生的心理健康发展。

聊天室:自愿招募心理健康阳光、接受过相关培训的学生志愿者,需要心理咨询的学生可以在网络虚拟聊天室内预约时间,志愿者们在约好的时间内和他们进行匿名交谈,主要目的是开导遇到烦心事的入学新生。新生处在一种放松匿名的网络环境中,更愿意分享自己的心事,可减少面对面交流的胆怯,增强对隐私问题的保密,可减少新生心理疾病的发生,促进其身心健康发展。

心理辅导站线下预约:相比聊天室,心理辅导站线下预约是为出现较严重的心理障碍的大学生开设的线下指导解惑的平台,指导团队是学校的心理咨询老

师,可以为学生提供更专业、更完备的心理咨询服务。

3.2.4 职业生涯教育 职业生涯规划留言:借助网络平台,一对一针对学生职业方向的问题答疑解惑。通过这种方式来确定入学新生的性格特点与擅长领域,使学生明确目标和方向。除一对一留言以外,还可以开设各种兴趣(网络)社区,学生之间可以彼此分享心得,结识好友。

3.2.5 人格教育 “杏林”健康人生观邀答:是以入学新生身边的榜样人物(如历届优秀学生干部、国家奖学金获得者、“自强之星”获得者、“科研达人”、“音乐才子”)为嘉宾,录制邀答视频,解答新生提问的关于人生定位与人格确立方面的问题,分享大学以来的经验、体会,利用新媒体平台传播。

4 小结

通识教育视野下,该课题从多方位、多角度认识了中医药院校的特点,充分利用目前新媒体传播信息迅

速、分析数据高效、便于管理用户的特点,可为入学教育的创新实践提供一定参考。让我们以新颖、活泼、有较强吸引力的模式开展入学教育,全方位增强学生的德、智、体、心、能各种素质,培养有理想、有本领、有担当的新时代新青年,为祖国未来的发展贡献力量。

参考文献

- [1]康凯.对高等教育专业教育理念的思考[J].国家教育行政学院学报,2016(5):9-13.
- [2]邹军.医药类高职大学生入学教育研究[D].石家庄:河北师范大学,2014.
- [3]袁寿根.寄宿制普通高中高一新生入学教育的实践研究[D].上海:华东师范大学,2010.
- [4]闫晓玲,许连杰.高职院校学生思想教育与构建和谐校园文化关系研究[J].商情,2012(51):272-272.
- [5]朱丽姣,王贝贝.大学生学习行为结构现状分析——基于对南京农业大学社科学生的调查[J].文教资料,2009(11):202-204.
- [6]李国臣.侯占元“中医药发展思想”的现实意义——以《中医文化入学教育》课为例[J].医学信息,2015(9):5.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘旭初 收稿日期:2018-06-05)

对分课堂教学理念应用于中医术语学人才培养的实践探索※

倪菲¹ 于睿¹ 王彩霞¹ 崔家鹏^{1*} 袁东超¹ 杨茗茜¹ 曲金桥² 陈彦君¹

(1 辽宁中医药大学基础医学院,辽宁 沈阳 110847;

2 辽宁中医药大学附属医院西医诊断教研室,辽宁 沈阳 110847)

摘要:树立以学习者为中心、提高育人质量的理念已成为教育界共同关注的焦点。当前我国高等院校中医术语学人才极度匮乏,因此积极探索行之有效的中医术语学教学模式,是培养中医术语学人才的迫切需要;提高课堂教学质量更是中医术语学人才培养质量的关键。笔者创新性地将对分课堂这一新颖的教学理念应用于中医术语学人才培养的教育教学中,重点从课堂讲授、当堂作业、当堂讨论、考核评价、调查问卷5个方面进行探讨研究,旨在重点培养学生的自主学习与创新思维能力。

关键词:对分课堂;中医术语学;人才培养;教学理念

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.003

文章编号:1672-2779(2018)-17-0005-03

The Practical Exploration on the Application of the PAD Classroom Teaching Concept in the Cultivation of Traditional Chinese Medicine Terminology Talents

NI Fei¹, YU Rui¹, WANG Caixia¹, CUI Jiapeng¹, YUAN Dongchao¹, YANG Mingqian¹, QU Jinqiao², CHEN Yanjun¹

(1. Basic Medical College, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China;

2. Western Medicine Diagnostic Office, the Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

Abstract: It has become the focus of the education community to establish the concept of learner-centered and improve the quality of education. At present, China's colleges and universities are extremely short of TCM terminology, therefore, it is an urgent need to actively explore the effective teaching mode of Chinese medicine terminology, improving classroom teaching quality is the key to the quality of TCM terminology. The author innovatively will apply the new teaching concept of the divide classroom to the education teaching of Chinese medicine terminology, this paper focuses on five aspects of classroom teaching, classroom work, discussion, evaluation and questionnaire, the aim is to cultivate students' independent learning and innovative thinking ability.

Keywords: PAD classroom; TCM terminology; cultivation of talents; teaching concept

目前,我国高等中医院校大学本科层次的中医术语学教育还处于起步阶段,中医术语学人才极度匮乏,

以学习者为中心、提高育人质量已成为当前教育界共同关注的焦点^[1],而课堂教学质量更是中医术语学人才培养质量的关键。因此积极探索行之有效的中医术语学教学模式,是培养中医术语学人才的迫切需要,这对提高我国的学术地位,增强中医国际竞争力及话语权,特别是对中医药现代化、国际化都具有十分重要

※ 基金项目:国家中医药管理局中医基础理论术语国家标准修订项目[No.ZYYS-2013-[0001]-2];辽宁中医药大学教学改革研究项目[No.LNZYJG2018067]

* 通讯作者:cuijp1998@126.com

而深远的意义。

1 中医术语学人才培养的教学现状与困境

中医术语学概论是辽宁中医药大学首创的一门中医学之下的新兴课程,主要研究中医术语的理论、方法和应用,是培养中医术语学人才的一门基础学科,开创了中医术语教学史的先河。自开课以来多采用传统教学模式授课,课堂上师生互动很少,学生被动接受知识,难以培养思维能力与探索精神^[2]。也曾尝试采用过讨论式教学来引发学生主动学习的兴趣,方向虽然正确,但由于本门课程的知识晦涩抽象、不易理解,课堂大部分时间用于讨论导致讲授过少,缺乏内化吸收的过程,学生在学完本门课程的理论知识后对于中医术语的内涵仍然感到困惑,且没有充分发挥教师的价值,故未能取得理想的教学效果。笔者结合传统课堂与讨论式教学各自的优势,进行取舍与折中后,一种新颖的课堂教学模式——“对分课堂”应运而生,有效地解决了教与学过程中的各种矛盾,从而提高中医术语学教学质量。

2 对分课堂教学理念的提出与简介

“对分课堂”是复旦大学心理系张学新教授于2014年首次提出的一种创新性教学模式^[3]。其核心理念是一半课堂时间由教师支配进行讲授,而另一半时间则分配给学生以讨论的交流形式进行交互探讨式学习^[4]。与传统课堂类似之处在于对分课堂强调先教后学,教师讲授在先,学生学习在后;与讨论式课堂类似之处在于对分课堂强调生生、师生间互动,鼓励学生自主性学习^[5]。对分课堂的关键创新点在于将讲授和讨论巧妙分开,便于学生在中间有一定的时间自主安排学习,从而进行个性化的内化吸收。对分课堂把教学刻画为在时间上清晰分离的讲授(Presentation)、内化吸收(Assimilation)和讨论(Discussion)这三个过程,也可以简称为PAD课堂。

对每一个章节内容在讲授环节,教师通过单向讲授只需介绍教学内容的基本框架、重点与难点,不必覆盖细节^[6]。在内化吸收环节,学生根据个人的兴趣、能力与需求,在最合适的时间以最适宜自己的方式,深入理解教材并独立完成作业。讨论环节中,教师让学生每4~5人分成一组针对上次课的讲授内容和学生内化阶段的学习结果进行讨论。学生尽情享受自己的体会、收获和疑问,相互答疑与启发,在小组讨论后,教师组织全班对存在的疑难问题进行解答并做章节总结。对分课堂呈现的是一个模式变革,通过整合创新,将已有的教学元素重新组合,形成了一个新的结构,产生新的力量。

3 对分课堂在中医术语学人才培养教学中的应用研究

中医术语学概论课程共18学时,每周上课1次,每次连续2学时,每学时40 min,笔者在查阅国内外相关文献,并深入剖析“对分课堂”教学模式的核心理念后,根据中医术语学人才培养的教学现状以及对分课堂教学理念的特点,甄选所采用的教材,调整原有课程的讲稿、教案和课件中的教学内容,讲稿与课件保留教学内容的框架、重点和难点部分,删除细节内容;教案中的具体学时数与设计组织方案相应进行调整,选取适合对分课堂教学理念的内容实施“当堂对分”,主要从以下5个方面进行研究。

3.1 课堂讲授采用先教后学 改变传统课堂中教师进行事无巨细、全面覆盖的讲授。对分课堂的讲授原则是精讲和留白,针对中医术语学概论课程的教学内容,教师只有原来一半的时间进行讲授,因此无需细致覆盖与生动有趣,只做引导性、框架式的讲授,讲解学习目标、章节内容的逻辑结构,与其他内容的关联以及在本门课程中的地位等,给学生提供学习方法、技巧与策略,让学生能够更有效地完成课后学习。同时由于讲授时间有限和有专门的互动时间,对分课堂上则不需要采用提问等方式进行课堂互动。每次课教师只用30 min的时间讲授本节课内容的主要知识点、内容的框架、重点与难点,如中医术语学的基本概念、学科属性、理论体系的形成和发展分期等,提纲挈领地告知学生后,让学生自主阅读相关参考书籍并完成学习笔记,同时教师给出相关的思考题或习题。

3.2 学生独立完成当堂作业 作业是连接讲授与讨论的核心环节,也是实施对分课堂的重要抓手和成功的关键。改变传统形式的作业,让学生在听课、读书、完成笔记后,总结出学习过程中感受最深、受益最大、最欣赏的内容等,同时把自己明白但觉得其他同学可能存在疑惑的地方、自己不会的地方和想要了解的内容用问题的形式表述出来,在课堂讨论时求助同学。学生根据教师提出的思考题或习题彼此间不交流,进行10 min左右的独立学习和思考,在本上写出自己的解答,下课时教师进行回收,并根据完成、态度和创新三个维度进行评价。

3.3 合理分组进行当堂讨论 对分课堂与讨论式教学模式不同之处在于把讲授和讨论错开,让学生在中间有一定的时间自主安排学习中医术语学方面的知识,从而进行个性化的内化吸收,更加强调生生、师生间互动,鼓励学生自主性学习。中医术语学概论课程授课班级32人,按照自愿原则合理组合,4人分成1组,并选出组长负责,在学生写出当堂习题的解答后,小组

表1 32名学生对新教学理念的评价结果

问题		学生回答的选项分布百分比(%)				
1.我对该教学理念	非常喜欢	5.86	喜欢	72.29	不喜欢	21.85
2.我希望采用该教学法	多一些	63.72	少一些	27.71	不要采用	8.57
3.我对自学内容掌握	好	36.29	一样	38.00	不好	25.71
4.我做小组发言人	愿意	55.15	无所谓	37.14	不愿意	7.72
5.我花费的学习时间比平时	多一倍以上	35.29	多一些	57.14	一样多	7.57
6.我的检索、查阅能力	明显提高	5.00	有提高	52.15	无提高	42.85
7.我的自学能力	明显提高	8.00	有提高	67.71	无提高	11.43
8.我的归纳、总结能力	明显提高	5.86	有提高	83.71	无提高	10.43
9.我的表达能力	明显提高	3.72	有提高	67.71	无提高	28.57
10.我的学习积极性	明显提高	9.43	有提高	74.29	无提高	16.28
11.我发现、解决问题的能力	明显提高	10.00	有提高	75.00	无提高	25.00
12.我的学习兴趣	明显提高	15.35	有提高	62.86	无提高	21.79
13.培养了我的合作精神	是	70.57			不是	29.43
14.激发了我的学习潜力	是	73.43			不是	26.57
15.我对中医学术语的理解	更透彻	6.71	透彻	47.58	一样	45.71
16.我的探究性思维活动	明显增多	10.04	增多	60.86	一样	29.10
17.我对中医学术语的记忆比平时	更深刻	5.86	深刻	42.86	一样	51.08
18.我对中医学术语学知识的应用	明显增多	5.86	增多	62.71	一样	31.43
19.对我理解中医学术语的内涵	帮助很大	5.86	有帮助	71.28	帮助不大	22.86

先进行15 min的讨论,教师则在教室里巡视,监督每组的讨论情况,挑选出几个组做代表,进行14 min的全班交流,最后教师总结分析中医术语结构的难点和方法,探究中医术语的概念、构成、选择和类型,把学生遗漏的、需要深化与提升的知识点进行讲解,培养学生主动研究中医术语的意识,鼓励学生的创造性与想象力。

3.4 科学考核评定 每学期当堂作业9次,作业总分45分,学生当堂讨论情况为25分,期末考试占30分。每次作业满分5分,学生只要交了不拘形式与内容都给3分,如果写得态度认真就给4分,如果有新意或创意则给满分。这样学生在课堂上的表现和讨论的过程表现都充分体现出来,同时保证课堂上有效地讨论和内化吸收,真正实现了学生过程性的全面客观评价,极大提高学生的学习积极性。

3.5 学生调查问卷 课程末期向全班32名学生发放调查问卷,针对各个教学环节和总体效果收集学生的反馈和评价。调查维度主要围绕课堂讲授环节、当堂作业完成情况以及当堂讨论效果三个因素进行。问卷回收率为100%并且均为有效问卷。调查结果运用SPSS统计软件进行数据分析。结果如表1所示。

4 结语

从上面学生的调查问卷结果可以明显看出,大多数学生很喜欢“对分课堂”这种教学理念,也希望在课堂上多采用当堂对分的教学方法。“对分课堂”教

学理念先进、简明实用、切合实际,符合高等院校中医术语学的学习文化及学生的心理特点,极大促进学生主动学习,培养创造性思维,深受学生喜欢,同时教师在教学过程中也感到前所未有的愉快,这种以学习者为中心、提高课堂教学质量、培养创造性思维的育人理念必将成为中医术语学人才培养的关节点和生长点。

参考文献

- [1]韩天放,王博瑶,刘晓芳,等.对分课堂应用于《中医各家学说》课堂教学的可行性分析[J].教育教学论坛,2017,9(36):180-181.
- [2]田甜,徐雅,马淑然.对分课堂在护理专业中医学基础教学中的应用[J].中医教育,2016,35(5):70-72.
- [3]邱爱梅.“对分课堂”教学模式的理念及其实践[J].广东外语外贸大学学报,2016,27(3):140-144.
- [4]侯玲,陶虹,裴黎虹.“对分课堂”教学模式在基础医学概论课程中的应用初探[J].卫生职业教育,2017,35(18):31-32.
- [5]张学新.对分课堂:大学课堂教学改革的新探索[J].复旦教育论坛,2014,12(5):5-10.
- [6]吴小明.对分课堂教学模式在中医各家学说课程教学中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(12):11-12.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张欢 收稿日期:2018-06-08)

中医药学所具有的中华文化思维方式的五个方面:
一、哲理,坚持“天人合一”“形神合一”的整体观。
二、理念,坚持“大医精诚”“济世治人”的医德观。
三、诊断,坚持“四诊合参”“审证求因”的思辨观。
四、预防,坚持“正气存内”“邪不可干”的预防观。
五、治疗,坚持“扶正祛邪”“标本兼治”的中和观。

——叶建州、杨建宇摘编自《国医大师孙光荣教授中和医派临床经验集》

医学研究生转化医学理念的培养策略※

李晋 秦颖 罗果 王欢

(遵义医学院医学与生物学研究中心, 贵州 遵义 563003)

摘要: 目前, 医学研究生教育存在基础和临床分离, 基础研究生的科学研究与临床实际应用脱节, 而临床研究生在临床中遇到困难时, 不知道怎样利用现有的基础研究成果解决的现象。针对这一现状, 将转化医学理念融入到医学研究生的教育培养中势在必行。此处通过探讨搭建多学科交叉的转化医学平台、加强研究生转化医学意识的培养、多角度培养研究生的科研能力等方式培养医学研究生的转化医学能力。

关键词: 转化医学; 医学研究生; 医学理念; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.004

文章编号: 1672-2779(2018)-17-0008-03

The Cultivation Strategy of Translational Medicine for Medical Students

LI Jin, QIN Ying, LUO Guo, WANG Huan

(Research Center for Medicine & Biology, Zunyi Medical University, Guizhou Province, Zunyi 563003, China)

Abstract: At present, there is a separation status between basic research and clinical practice in postgraduate medical education. The scientific research of basic graduate students is out of touch with clinical practice, thus, when clinical postgraduates have difficulties in clinical practice, they do not know how to use existing basic research results to solve the phenomenon. In view of this situation, it is imperative to integrate the concept of translational medicine into the training of medical graduate students. Here through discussing in several aspects of constructing a multidisciplinary cross conversion medical platform, strengthening the cultivation of graduate students' transformation of medical awareness, and developing the research ability of graduate students to train medical postgraduates' ability of translational medicine.

Keywords: translational medicine; medical graduate students; medical concept; talent training

自1996年著名医学杂志《柳叶刀》正式提出“转化医学”(Translation Medicine)概念以来, 转化医学研究已成为国际生命科学发展的新趋势。所谓转化医学, 是将医学基础研究成果迅速有效地转化为可服务于临床实际应用的新兴科研思路, 是基础医学与临床医学之间的重要枢纽。转化医学的核心是冲破基础研究与临床医学之间的屏障, 加强科研与实际的结合, 一方面实现实验室到病床边(from bench to bedside)的转化, 把基础研究成果快速转化到临床应用领域; 另一方面, 把临床研究者转化成果的实际应用中遇到的问题及时反馈, 转回基础领域进行深入研究(from bedside to bench), 实现双通道效应的“B to B”(B-B——Bench to Bedside)模式^[1]。目前, 转化医学已经对包括医学研究生教育在内的新时期医学发展产生了深刻的影响, 探索适应现代转化医学要求的医学研究生培养模式, 特别是转化医学理念的培养模式已迫在眉睫。

1 医学研究生的培养现状

研究生作为我国高等教育的高层次人才, 在社会主义现代化建设中占有不可或缺的地位。研究生教育是我国高等教育体系的最高端和培养创新人才的最前沿, 其规模和质量标志着一个国家高等教育发达的程度和科学技术发展的水平。我国医学研究生的培养经

过20多年的教育实践, 无论在研究生培养的质量和规模上都取得了长足进步^[2]。在我国医学研究生教育得到迅速发展的同时, 也出现了很多问题, 比如随着医学学科的分工越来越细和研究的不断深入, 出现了基础医学与临床医学的鸿沟不断加大。基础医学研究生其培养的侧重点在于医学学术理论水平和实验研究能力, 临床医疗实践的机会较少, 许多基础研究所取得的成果, 不知道可用于解决哪些临床问题, 科研成果仅停留在论文的发表。他们虽然对疾病的发病机制有更深刻的认识和理解, 但这些成果并没有迅速给临床疾病诊断、治疗和预防带来福音, 与临床实际应用脱节; 临床研究生为了增强自身的临床技能, 大部分时间跟着导师出门诊、做手术, 还要负责查房、写病历等。这些临床工作花费了大量的时间, 他们往往没有更多的精力去查阅专业文献资料, 不能及时了解专业领域内最新进展, 更不可能进行深入的基础医学科学研究工作, 这就造成了临床研究生在临床中遇到困难时, 不知道怎样利用现有的基础研究成果解决。而医学研究远比任何一种生命科学研究都要复杂, 人的许多生命现象和生命过程不可能在实验室被设计或者重复出来。如果没有临床医生的努力, 没有临床医学的突破, 任何重大疾病研究都不可能取得真正突破。缺乏临床患者验证的研究是不切实际的, 基础和临床的密切结合将是未来医学研究的发展趋势。为解决目前的这一矛盾, 转化医学应运而生。转化医学的出现, 为消除基础与临床的屏障, 提高医学研究生的科研水平, 培

※ 基金项目: 遵义医学院第二批校级扶持学科—转化医学基金项目【No.4009403-16】



养全新的医学人才提供新的平台和途径^[3]。

2 医学研究生转化医学理念的培养模式探讨

2.1 搭建多学科交叉的转化医学平台 转化医学研究主张打破以往研究课题组单一学科或有限合作的模式,强调基础与临床等多学科通力合作,发挥各自优势,是跨专业的集合体。刚入学的基础研究生研究能力低下,而临床研究生临床实践经验缺乏,独立进行转化医学研究将极其困难或难以实现。研究生导师由于研究领域的限制,大多并不了解从基础到临床的所有知识,只是在某一方面经验丰富,这些因素限制了研究生转化医学理念的形成。而当前的体制往往忽略学科之间的交叉和融合,为了推动和实施转化医学,需要构建合理的多学科交叉的转化医学平台。只有强大和稳定的多学科交叉研究设施和平台并配备合理的转化医学科研指导团队才能把实验室发现的有意义结果转化为能提供临床实际应用的手段。近年来转化医学是我国重点支持项目,2011年7月,国家“十二五”科学和技术发展规划发布提出了“强化临床医学和转化医学研究”“系统推进转化医学平台的建设”“建立转化医学等研发平台”。2011年7月15日,国家自然科学基金“十二五”发展规划也提出了“重点支持转化医学以及整合医学的研究”^[4],科研院校需抓住时机,依托国家大力扶持转化医学项目的政策,以危害人类健康的重大疾病为中心,以临床生物样本库为基础,建立具有先进仪器设施的转化医学研究创新平台。推进转化医学的研究和平台建设,另一个关键是搭建合理的转化医学科研指导团队。需要包括分子生物学、细胞学、药学、临床医学、生物信息学等领域的科学家及研究生导师,各成员知识技能互补,临床和基础学科交叉,其目的是为了打破基础科学、临床医学及药物研发等专业之间的屏障,通畅各领域之间的信息交流,实现“B to B”模式。这一平台既为基础与临床学科的合作提供机会,也增加了基础研究生对临床知识的了解和重视,同时为临床研究生提供了进入基础研究的实验室,了解基础研究现状的机会,增进基础和临床的研究生相互学习,相互沟通交流,团结协作,切实保障研究生转化科研工作的展开,共同促进医学全面、可持续发展。

2.2 加强研究生转化医学意识的培养 当前基础医学和临床医学学科间的相互渗透、交叉、和综合形式日渐突出,研究生不仅要掌握自身专业的理论和技能,还需了解相关交叉学科的现状和知识,形成宽广的知识面,重视研究生转化医学教育,需从研究生阶段开始培养转化医学意识。首先,必须优化研究生课程体系,改变课程教学内容局限于基础知识或专业技能知识的现状,从专业化、单一化、传授型课程向综合化、多样化、创新型课程转变。这就要求研究生导师多参加

转化医学的教育和培训,基础医学的研究生导师要在科学研究过程中注重科研成果的转化应用,临床医学的导师则要对发现的临床问题进行反馈和深入研究,只有提升自身的转化医学理念,才能在课堂讲授时将基础和临床知识融会贯通,交叉互融,才能达到增强研究生基础和临床等交叉学科课程学习效果^[5]。其次,开展丰富的转化医学交流活动,如邀请国内外转化医学专家、学者、学科带头人进行讲座,基础与临床学科定期合作举行医学交流会,增加医学社团活动,保证学术交流的多样化、兴趣化。在学术交流中培养基础与临床研究生相互了解对方的研究领域,拓宽研究思路,培养研究生对交叉学科的兴趣,让学生接受更多、更新的医学信息,不断增强学生的转化医学意识。最后,尝试增加基础研究生到临床观摩和学习的机会,同时鼓励临床研究生走进实验室,多了解最新的科研发展动态,并针对自身的研究领域和相关学科领域找到感兴趣的交叉点,通过查阅文献,寻找既贴近临床,又能解决实际临床问题的课题研究方向。要让学生认识到转化医学研究的重要性和可操作性,从实际出发,建立转化医学理念。

2.3 多角度培养研究生的科研能力 转化医学要求科学研究应从临床实际问题出发,针对疾病的预防、发生发展、诊断及治疗等临床工作的多个方面提出科学问题,确定科研方向,转化医学的科研能力培养不应只是简单的实验室操作技术、方法的培训,探索适应转化医学理念的医学研究生科研能力培养模式十分必要。一方面,基础知识的积累不可或缺,扎实的基础知识是做好科研工作的前提和保障。我国高校在培养研究生时,前半年用于讲授基础课程,研究生应利用这个时间积累专业基础知识,才能为将来的研究工作打下良好的理论基础。进入实验室后,加强基本实验技能的培养是研究生科研能力培养的另一重要要素。研究生在这一阶段,应掌握常用的经典实验技术,了解科学研究的思维方式,加强阅读文献的能力,只有大量阅读相关文献,才能“站在巨人的肩膀上”,有了丰富的研究背景知识,才能在科研工作中少走弯路,而在大多数临床型研究生的培养过程则缺少这一阶段。对于研究生导师来说,应引导研究生积极参与到自己的研究课题中,为研究生从事科研活动提供更多的科研实践机会。在协助导师进行科研活动的同时,研究生的学术得到成长,科研能力得到增强。另一方面,在掌握了常用实验技能的同时,应增加基础研究生走进临床的机会,让他们能多接触临床病例,对疾病的临床症状及发生发展有更深切的认识和理解,在同临床医生学习诊治患者的同时发现问题、寻找思路和研究方法解决问题,为研究生阶段的科研选题打开视野,使选题贴近临床实际问题。对于临床研究生,除了临

床诊治能力训练方面,还应鼓励他们抽出时间多走进实验室参与到科研当中。学习和掌握一些常用实验技能,熟悉科研课题从申报、立项到实施、结题的全过程。通过科研能力的训练,使他们具备一定的科研思维,对于基础研究有较全面清晰的认识,从而提高其在未来转化医学研究中,所提临床课题及设计的可行性。在研究生培养阶段形成这种基础-临床-基础的良性循环,会使得研究生在今后的学习和工作上形成扎实的科研能力^[6]。

综上所述,转化医学在整个医疗行业的发展及医学研究生的教育培养过程中具有举足轻重的意义。基于我国医学研究生的培养现状和实践,这里归纳总结了医学研究生转化医学理念培养的的思路和策略。从搭建多学科交叉的转化医学平台、加强研究生转化医学意识的培养、多角度培养研究生的科研能力等方面,

初步探讨了医学研究生转化医学理念的培养途径和实施策略,提出了医学研究生培养的新思路。只有从真正意义上将转化医学理念融入到研究生教育阶段,才能培养出具有转化医学素养的医学高端人才,推动我国医疗事业的发展。

参考文献

- [1]刘仕勇,吕胜青,安宁.医学研究生转化医学理念的培养[J].中华医学教育探索杂志,2015,14(9):874-877.
- [2]韩丽萍,刘崇斌,龚永生.对医学研究生实施转化医学教育的初探[J].中国高等医学教育,2009(3):115-116.
- [3]吴丽娟,宋曼曼,王友信,等.以转化医学理念指导医学研究生培养[J].中华医学教育探索杂志,2011,10(10):1182-1183.
- [4]崔志文,夏烨,孙小娟,等.国内外转化医学发展历程与展望[J].生命科学,2012,24(4):316-318.
- [5]梁树辉,郭长存,王飘落,等.浅谈如何培养医学研究生的创新能力[J].中华神经外科疾病研究杂志,2017,16(1):51-54.
- [6]张宏家,刘欧,李艺影.转化医学理念下的医学研究生科研能力培养[J].临床和实验医学杂志,2012,11(2):157-158.

(本文编辑:张文娟 本文校对:徐尚福 收稿日期:2018-05-22)

医学细胞生物学课程翻转课堂教学的效果分析[※]

李 华 王晓玲 胡旭东 闫晓风 叶婷杰 孙祝美*

(上海中医药大学生物教研室,上海 201204)

摘要:为了培养学生自主学习的能力,本团队在医学细胞生物学课程教学过程中运用了翻转课堂教学的模式,深受学生喜爱并取得较好的学习效果。为进一步分析翻转课堂教学效果,本团队在翻转课堂的教学过程中从学生维度进行了课堂观察,内容包括学生在翻转课堂教学中的参与度及对核心知识的掌握程度,并请学生对该教学模式做了主观评价。结果表明,翻转课堂的教学模式,能达到预期教学目标,提高学生学习的自主性和学习热情,并受到学生的喜爱。

关键词:翻转课堂;医学细胞生物学;课堂观察

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.005

文章编号:1672-2779(2018)-17-0010-03

Analysis on the Effect of Flipped Classroom in Medical Cell Biology

LI Hua, WANG Xiaoling, HU Xudong, YAN Xiaofeng, YE Tingjie, SUN Zhumei

(Department of Biology, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201204, China)

Abstract: In order to cultivate students' autonomous learning ability, Our team used flipped classroom in medical cell biology. We found it was deeply loved and achieved good results. So that we wanted to further analyze effects by the classroom observation. Our observation included the participation of students in the classroom, the degree of core knowledge mastery and the feels of students. The results showed that flipped classroom can achieve teaching objectives, improve autonomy and enthusiasm for learning, and was loved by students.

Keywords: flipped classroom; medical cell biology; classroom observation

课堂观察,是指观察者带着明确的目的,凭借自身感官及有关辅助工具(观察表、录音录像设备),直接(或间接)从课堂上收集资料,并依据资料做相应的分析、研究。课堂观察,作为教师研究课堂的一种方式或方法,以其清晰的操作流程、精细化的研究风格深受教师推崇。可以由不同的人从不同的角度去分

析评价同一个课堂,它对改善学生课堂学习、促进教师专业发展等都有重要作用。翻转课堂(flipped classroom 或 inverted classroom)是指由教师创建视频,学生在课外观看视频中教师的讲解,查阅资料,回到课堂上师生面对面交流和完成作业的一种教学形态^[1]。与传统课堂教学不同的是把对知识传授和知识内化的顺序颠倒安排,形成让学生在课堂外完成知识学习、在课堂上完成知识吸收与掌握的新型课堂教学结构。这种教学模式改变了传统教学中的师生角色,并对课堂时间的使用进行了重新规划,利用信息技术自由安排学习时间,为学习者构建出个性化的学习环境,形成新

※ 基金项目:上海中医药大学第十五期课程建设项目【No.SHUTCMKCJSYB2016006】;上海中医药大学第十七期课程建设项目【No.SHUTCMKCJSZD2018008】

* 通讯作者:sunzhumei2000@126.com



型的学习文化。

医学细胞生物学课程是生命科学的基础。生命科学飞速发展,知识更新快,教材更新速度落后于知识更新速度。因此学习生命科学必须要学会自主学习。如果自主学习的意识不强,自主学习动力不足,就会忽略对知识的更新。本校医学细胞生物学课程是针对大学一年级学生开设的,在入学第一学期开课,是医学生进入大学接触到的第一门专业性课程。这一学期学生的学习正是由中学阶段的基础教育向专业课教育的转变阶段,也是学生进行学习方式转变的一个过渡时期。基于以上因素,本课程在教学过程中,选取“细胞膜”这一章节,进行翻转课堂的教学,我们相信并通过实践也证明了翻转课堂是非常有效的一种教学方法,能够培养学生的自主学习和沟通能力,也深受学生的喜爱^[2]。为进一步对该教学模式进行优化,对以后的教学实践进行指导,我们在翻转课堂教学中进行了课堂观察并分析,本文是对课堂观察的内容及分析结果进行总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究对象为大学一年级学生,1个自然班,23人。营养与食品卫生专业,生源来自全国各地理科生。前期中学生物学基础均较好。

1.2 研究内容

1.2.1 翻转课堂教学法 具体实施方法详见教学论文《翻转课堂在医学细胞生物学教学中的实践》^[2]。

1.2.2 课堂观察 课堂观察由本团队老师共同进行,关于课堂观察方法与设计本团队已有成熟经验^[3]。根据研究目的,设计了本次课堂观察主要是从学生维度进行,通过课堂现场观察和课后视频分析两个部分进行。内容包括以下四个方面:

(1) S-T分析教学视频获得师生行为及互动率的数据分析,确定教学模式属性。

(2) 课堂现场观察学生在讨论过程中参与的热情度。本观察项目可直接反映学生的喜爱程度,也间接反映了同学们前期学习效果。

(3) 学生对核心知识的理解和掌握。主要参考沈毅老师在《课堂观察》中的学生对核心知识的理解和运用的量表^[4],通过对视频和测试卷分析,研究学生对核心知识的理解和运用的情况。

(4) 请学生对该教学模式写一段话,可以是感想、评价、建议等畅所欲言。相当于学生对翻转课堂的观察。

1.3 结果分析方法 (1) 采用S-T教学分析法对教学过程进行定量和定性分析与评价,可以获取教学过程中的客观信息。方法参考王陆等著的《信息化教育科学

方法——发挥技术工具的威力》^[4]。

(2) 分析讨论热情度观察项目表格记录,比较分析学生讨论参与热情度及其变化规律。

(3) 分析学生对核心知识的理解和运用情况观察表,分析教学效果。

(4) 分析学生的心得体会,观察学生对该教学模式的评价。

2 结果

2.1 S-T分析教学模式符合前期教学设计 S-T分析是对教学过程中教师T行为和学生的S行为,进行分析。具体做法是通过观看课堂教学过程录像,以10 s为时间间隔,对观察内容进行采样,根据采样点的行为类别,以相应的符号计入到规定的表格,由此构成了S-T数据序列。

本项目的S-T分析分两阶段进行,第一阶段为学生自主讨论阶段,第二阶段为师生互动阶段。学生自由讨论阶段课堂录像的时间为40 min,每10 s对观察内容采样,共获得240个数据。其中教师T行为13次,T行为占有率(Rt)为5.4%;学生S行为共227次,S行为占有率为94.5%;该分析中用行为转化率(Ch)表示教学活动中师生活动的交换程度。Ch的计算方法为:T行为与S行为间的转换次数与总的行为采样数之比。我们把相同行为的连续称为一个连,在该分析中, $Ch = (\text{连数} - 1) / \text{总的行为采样数}$,所以在本阶段 $Ch = (12 - 1) / 240 = 0.046$,根据Rt-Ch图及教学模式的标准条件可查得,本教学阶段的教学风格为练习型($Rt \leq 0.3$),本次练习设计是自由讨论,符合前期的设计。师生互动阶段课堂录像的时间为35 min,共获得210个数据。其中教师T行为118次,T行为占有率(Rt)为56.2%;学生S行为共92次,S行为占有率为43.8%;行为转化率(Ch) = $(79 - 1) / 210 = 0.371$,本教学阶段的教学风格为混合型($0.3 < Rt < 0.7, Ch < 0.4$)。本部分内容的设计是教师对学生问题的解答,以及教师对相关知识点的梳理,教师行为占有率稍高,该教学风格也是符合前期教学设计的。

2.2 课堂现场学生讨论参与热情度的观察结果 课堂观察第一部分主要内容是在课堂现场进行,有本团队两位老师主持,主要观察各组学生在讨论过程中的参与度,直接反映学生的喜爱程度,间接反映学生的自主学习的效果。由于讨论是分3个阶段进行,所以观察表也是分三阶段设置,每一阶段都按时间又分为3个过程。观察发现在第一阶段讨论时,学生比较慢热,前2 min,发言的同学少,较多同学在低头看书,也许是内容不太熟练或者害羞尚需破冰;中间6~8 min同学们全部参与到讨论中,或积极发言,或认真倾听,或作出回应,或查阅教材相应内容;在最后的2 min里,

同学们仍讨论热烈(平均每组发言20人次以上),偶有同学出现精神涣散或走神现象。讨论第二阶段,重新组成小组讨论,同学们的讨论热情明显较第一次提高,前面2 min,几乎每个同学都已经参与了发言、回应、倾听,中间6~8 min同学们更是全部参与到讨论中,发言及回应次数明显比第一次讨论要增加(平均每组发言50人次以上);直到最后结束,没有发现有走神的同学。第三次讨论阶段,重新回到原来的组里,同学们的讨论热情不减,没有了破冰阶段,整个讨论过程中,没有人走神,全部参与讨论,要么发言,要么积极回应(平均每组发言50人次以上)。

2.3 观察学生对核心知识的掌握程度结果 本内容的观察主要是通过对学生测试卷答案分析和对教学录像分析汇总完成的。观察指标及结果见表1。85%以上的同学掌握了核心知识,达到了教学目标。

表1 学生对核心知识的理解和运用情况观察

观察指标	观察结果(总数23人)
能用自已的话去理解、表达所学知识	5人(各组代表)
分组讨论中,参与讨论,并能跟上同学的思路	22人完全能跟上,1人偶尔游离讨论外
能根据自己的理解用简图总结所学知识	11人完整画出,7人画出80%内容,2人画出60%内容,3人画出小于60%
对所学内容有拓展	4人
老师知识梳理中能跟上思路	20人

2.4 学生心得体会的分析 本次教学活动结束时,为了解学生对该教学形式的主观感受,请同学把他的感受用一段话写下来,不记名,学生可以不必有所顾忌隐瞒。全班同学有23人,其中有20人跟我们分享了体会。在20人中,其中17人(85%)表示喜欢或者正面评价了翻转课堂。1人(5%)给出了同学分组上的一些建议。在同学们的体会中,11人提到了同学们交流和分享的优势。同学们认为,在交流中,他们加深了对知识点的理解,也整合了知识点,在交流的过程中更能启发思考,学习效果更加明显。通过讨论对知识点的理解越来越深刻,进而把知识内化吸收。另外同学们也认为该形式比较新颖,有趣,有参与感,也能锻炼表达能力,增进同学关系,做到了快乐地接受知识。

3 讨论

翻转课堂教学模式不同于传统教学模式。首先,它是教学理念的翻转,以学生为中心,因材施教,学生是主动的自我学习,教师是有针对的个别指导;其次,它翻转了教学流程,将新知识学习放在课前,课上以小组协作学习以及教师答疑解惑为主,帮助学生们掌握课前自学的知识;同时,它翻转了教学

角色,学生是主动内化知识的自主学习者,教师是学生学习的指导者、资源的提供者、课堂活动的组织者,负责个别化指导和答疑解惑。翻转课堂的应用,也要跟教学内容及学生学情相适应。而课堂观察是可以由不同的人从不同的角度去分析评价同一个课堂,它对改善学生课堂学习、促进教师专业发展等都有重要作用。

通过对本次翻转课堂的课堂观察结果分析,我们可以获得下面几个信息,首先是对翻转后课堂教学视频分析发现,本次课堂教学两阶段教学风格为练习型(本教学设计为自由讨论)和混合型(本阶段的教学设计是教师对学生问题的解答,以及教师对相关知识点的梳理,教师行为占有率稍高),教学过程的实施是符合前期教学设计的。其次课堂翻转能有效提高学生的自主学习能力和学习热情。同学们在课堂外都合理地安排了时间进行自主学习,这一点可以在翻转课堂设计的测试卷成绩分析的提高中体现;在课堂讨论中同学们的参与热情也说明同学们在课前进行了有效的自主学习,只有进行了有效的自主学习,同学们才能积极参与讨论。第三,翻转课堂同样能够完成教学目标。由于既有同学的自主学习,又有课堂上的讨论,师生的互动,使同一个问题从多个角度去解释理解,更有利于同学们对知识的内化。对核心知识的掌握程度的观察分析发现85%以上同学掌握了本次内容的核心知识。第四,同学们喜爱这种新颖的教学模式。当然,通过课堂观察,我们也发现了一些在翻转课堂中的一些小问题,比如分组的问题(本次为按学号分组),有些小组里,个别同学活跃,而有些同学活跃度低,或者男女生比例不均等,以后的教学设计中可以更优化一些。

本教学团队通过对翻转课堂的教学过程进行了课堂观察和分析,我们认为,翻转课堂在大学教学中是既能有效完成教学目标又能锻炼学生自主学习能力和深受喜爱的教学模式。在以后的教学过程中,可以选取更多合适的内容进行该形式的教学,并要不断优化教学细节。

参考文献

- [1]张金磊,王颖,张宝辉.翻转课堂教学模式研究[J].远程教育杂志,2012(4):46-51.
- [2]孙祝美,王晓玲,胡旭东,等.翻转课堂在《医学细胞生物学》教学中的实践[J].中医药管理杂志,2017,25(17):43-45.
- [3]李华,黄品贤,董英,等.S-T课堂观察法在医学细胞生物学课堂中的实践[J].中医药管理杂志,2016,24(18):29-31.
- [4]沈毅,崔允潭.课堂观察——走向专业的听评课[M].上海:华东师范大学出版社,2007:108-111.
- [5]王陆,刘菁.信息化教学研究——发挥技术工具的威力[M].北京:教育科学出版社,2008:119-139.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李文君 收稿日期:2018-01-11)

微课在中医诊断学教学中的思索[※]

何磊 崔利宏 程凯 卢旻 樊尊峰 车志英*

(河南中医药大学中医诊断学科, 河南 郑州 450046)

摘要: 随着高校教学改革和中医诊断学自身的特点, 现今高校课程设置已经不能满足中医诊断学教学的需求。微课作为一种新型的教学模式有其独特的优势, 如趣味性、简单性、易记忆, 可以有效弥补教学中的不足, 并受到师生的欢迎。本文旨在介绍微课的特点及在中医诊断学教学中应用反思, 为微课教学改革提供借鉴。

关键词: 微课; 中医诊断学; 教学法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.006

文章编号:1672-2779(2018)-17-0013-02

Reflection on Micro-course in the Teaching of Diagnostics of Traditional Chinese Medicine

HE Lei, CUI Lihong, CHENG Kai, LU Yu, FAN Zunfeng, CHE Zhiying

(Discipline of Diagnostics of TCM, Basic Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: Along with advanced school teaching reform and traits of diagnostics of traditional Chinese medicine, college course offered couldn't meet diagnostics of TCM teaching requirements nowadays. As a new teaching model, Micro class has unique advantages, such as interesting, simplicity and easy to remember. It could effectively remedy deficiencies in teaching and be popular with teachers and students. This article attempts to introduce micro class's traits and some introspection in diagnostics of TCM teaching, and provides reference for micro class teaching reform.

Keywords: micro-course; diagnostics of TCM; teaching reform

中医诊断学是一门衔接理论与医学实践的桥梁学科, 具有知识点零碎、抽象等特点, 需要具有较强的逻辑思维能力, 授课时单凭教师照本宣科、平铺直叙的文字讲授, 既难激发起学生的学习兴趣, 也不利于学生对知识的透彻理解。随着科学技术的发展, 中医诊断学知识也不断更新、教学内容更加广泛、而课时却受到压缩等, 这是当前各高校教学面临的共同问题。随着现代教育技术发展, 微课技术已成为主要教学方法之一^[1], 而利用微课视频开展教学可以在一定程度上弥补传统课堂教学的一些不足, 满足当前教学的需要。在计算机、网络、移动通讯等技术普及的背景下, 探讨和研究基于微课的中医诊断学教学方法、改革创新对于提高教学质量具有重要的意义。

1 微课的概念

在我国, 微课的概念首先由广东省佛山市教育局教育信息中心胡铁生提出^[2]。根据教育部全国高校教师网络培训中心(2012, 11)的定义:“微课”是指以视频为主要载体, 记录教师围绕某个知识点或教学环节开展的简短、完整的教学活动^[3]。故微课的核心内容是教学片断, 但同时还包含与教学主题相关的教学设计、教学课件、教学反思、练习测试及学生反馈、教师点评等教学支持资源, 因此微课是以一定的结构关系和

呈现方式共同营造的主题突出的新型的教学改革。微课有别于传统单一的教学类型, 但又在传统基础上进行了继承和发展, 形成的一种更加便捷实用的新型教学资源。不仅丰富了授课方法, 增强了教学生动性, 还提高了学生学习兴趣, 推动了教学模式改革^[4]。

2 微课的特点

2.1 主题突出 微课是为了解决课堂教学中某个知识点(包括重点、难点、疑点等)教学, 或是反映课堂某个教学环节、教学主题的教学活动^[5]。教学目标单一, 教学内容精练, 主题突出, 教学指向明确, 微课的所有设计与制作都是必须围绕这个教学主题而展开的。例如微课《诊脉的方法》。此微课的教学主题是切诊一节中“脉诊的操作”这一知识点, 课程设计直接突出教学主题, 围绕脉诊操作进行设计, 分别从诊脉的时间、体位、平息、定三关、布指、指力指法, 五十动等方面进行讲解。使学生在学时既避免了课堂教学中可能发生的无关内容, 而且还可以在较短的时间内获取更多有用信息, 能较好地掌握相关知识点。

2.2 短小精炼 教学时间较短是微课重要特征。这区别于传统教学的40~45 min 1节课或当前网上的公开课, 微课的教学视频时长一般在10 min左右, 最长不超过20 min, 这符合视觉驻留规律。较短的时间有利于学生自由选择时间进行学习, 满足学生的个性化需求, 帮助学生合理有效地利用课余时间, 有效解决了学时少与教学内容多的矛盾^[6]。如微课《诊脉的方法》总时长在6 min左右, 非常适合学生随时学习, 即便是琐碎

※ 基金项目: 河南省中医药科学研究专项课题[No.2013ZY02032]

* 通讯作者: chezy365@126.com

时间,使学生可以突破时间的限制。

2.3 资源容量较小 微课视频及配套辅助资源的总容量一般在几十兆左右,视频格式多样,如rm、wmv等,均支持网络在线播放,适合互联网传播,实现在线学习,查看教案、课件等辅助资源;亦适合在移动通讯网络间传播,学生可以在手机等终端设备上随时随地学习,实现移动学习。

2.4 结构简洁,适于扩展 微课是以某一知识点为中心开展的教学过程,其制作简单,制作成本较低,而且具有很强的生成性和动态性,适合于教师及时对课程进行修改、扩展及生成,随着教学需求和资源应用环境的变化而不断地生长和充实,进行动态更新。

3 微课在中医诊断学中的应用

3.1 微课“诊脉的方法” 传统教学中,诊脉的手法依赖于教师的现场展示,但由于我校教学班属于大班上课,每班有人数约120人,教师的展示很难满足所有学生的需求,而微课教学完全可以弥补这一缺憾。通过视频集中展示脉诊的操作过程,在演示和讲解中完成教学过程,使学生获得直观的感受。

对“诊脉的时间”来说,《内经》曰:“诊法常以平旦,阴气未动,阳气未散,饮食未进,经脉未盛,络脉调匀,气血未乱,故乃可诊有过之脉。”何解?平旦者,阴阳之交也。阳主昼,阴主夜,阳主表,阴主里。凡人身营卫之气,一昼一夜五十周于身,昼则行于阳分,夜则行于阴分,迨至平旦,复皆会于寸口。故诊法当于平旦初寤之时,阴气正平而未动,阳气将盛而未散,饮食未进而谷气未行,故经脉未盛,络脉调匀,气血未至扰乱,脉体未及更改,乃可以诊有过之脉。通过微课展示,学生能较好的理解何为“平旦”,为何诊脉时选在此时。微课展示后,教师继续对后续知识交叉引导,可以有效提高课堂效率,而且这种学习形式极大地提高了学生的学习兴趣,丰富了他们的知识面,从而一举数得。

在课后练习测试及学生反馈中,微课教学收到较好的课堂效果,并且获得学生的一致认可。诊脉的其他知识点,如体位、平息、定三关、布指、指力指法、时长等,微课教学中亦取得满意的效果。

3.2 微课“中医问诊实训——胃痛” 中医诊断学实训教学的质量对于提高中医诊断学教学质量至关重要,是锻炼学生四诊技能,提高学生动手能力的重要途径,也是我校教学改革的重点之一。微课引入实训教学能有效促进学生的实践能力。

微课“中医问诊实训——胃痛”。以“胃痛”为例,首先展示,胃痛问诊的相关内容,如胃痛的部位、

性质、诱因、时间、伴随症状、疼痛时的喜恶、做过的检查等内容;其次以视频展示临床问诊经过,加强直观认识;再次,学生进行分组,每组分一个主题,进行讨论,然后以小组为单位完成问诊展示,展示中由1人扮演模拟病人,1人扮演模拟医生。学生在讨论时可以反复观察微课视频,从而有效提高了学生学习的主动性。实训考核中,我们认为,微课的直观性使学生有效获取相关知识,远远优于教师的口述讲解,有效地提高了实训教学的效果,促进了学生实践能力的提高。

4 反思

(1) 微课理论教学相对传统教学模式,是碎片化的学习资源,虽然主体鲜明、目的明确,但不利学生对整体知识的掌握和学习。因此微课的发展,需要按章节建立系列微课,各微课之间相互联系,使内容连贯,承前启后。

(2) 微课类型多种多样,可以依据不同教学内容制作适合教学的微课,如测验,讲授等。除理论、实训教学外,还可以制作以拓展知识、培养学习兴趣等为目的的微课,充分满足学生多样化、多层次的学习需要。

(3) 微课制作虽然简单,但系统的微课教学需要开发团体,以保证微课的质量。如果条件允许,视频后期制作需要专业团队提供技术支持,以便合理安排各种教学内容的穿插呈现、视频美化等工作,从而进一步提高微课视频的质量。

(4) 微课除了用于课堂展示外,应充分利用和发挥网络教学平台和其他通讯平台的资源共享功能,使学习可以突破时间与空间的限制。

总之,微课以趣味性、简单性、易记忆的特点,丰富了教师的教学方法,满足了学生的个性化学习需求、既可查缺补漏又能强化巩固知识,将持续推动着教学研究发展。伴随移动数码产品和无线网络的普及,微课跨时空特色将成为必不可少的教学模式和学习方法。

参考文献

- [1]王刚,郭育卓,欧阳钧.3D 微课软件系统在人体解剖学教学中的应用探索[J].解剖学研究,2015,37(1):69-71.
- [2]胡铁生.微课:区域教育信息资源发展新趋势[J].电化教育研究,2011(10):62-63.
- [3]叶利音,杨勤,刘美玉.“微课”在《医学物理学》教学中的可行性探析[J].生物技术世界,2016(5):299.
- [4]蔡蓉,李云海,林连美.基于微课的混合教学模式在《金匮要略》教学中的应用研究,2017,32(24):3646-3648.
- [5]李晓艳,田丽娜.高校“微课”教学设计促进教学效果策略研究[J].高等数学研究,2017(1):111-114.
- [6]刘凤峨.基于微课的混合式教学模式研究[J].英语广场,2017(1):72-73.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张良芝 收稿日期:2018-06-01)

研究 MDT 模式在肿瘤科中西医结合类别 临床规培教学中的优势※

高志隽¹ 臧建华¹ 熊顺兴² 赵克欣¹ 秦晨³

(1 青岛市中医医院肿瘤科, 山东 青岛 266033; 2 安顺市中医医院医教科, 贵州 安顺 561000;
3 山东中医药大学全科医学系, 山东 济南 250355)

摘要:目的 探讨MDT教学模式对比传统LBL教学模式在肿瘤科临床规培医师教学中的应用效果。方法 以50名在青岛市中医医院肿瘤科进行临床规培的中西医结合类别医师为研究对象, 随机分为试验组(MDT教学模式)25名和对照组(传统LBL教学模式)25名, 对比2组规培医师出科时的理论、临床实践考试成绩和他们的教学满意度。结果 试验组的理论及实践考试成绩分别为(85.5±6.6)分和(89.2±6.3)分, 显著高于对照组的(83.3±5.1)分和(80.4±4.8)分($P<0.05$)。试验组的教学满意度也明显优于对照组($P<0.05$)。结论 MDT教学模式应用于肿瘤科的教学, 可以显著提升临床规培医师的理论水平及临床处置能力, 值得在临床各教研室进行推广应用, 以此培养更优秀的医师走进临床。

关键词: 肿瘤学; 教学法; 中西医结合; MDT模式; 临床规培

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.007

文章编号:1672-2779(2018)-17-0015-03

Research on the Advantages of MDT Mode in the Standardized Training of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Residents in the Oncology

GAO Zhidi¹, ZANG Jianhua¹, XIONG Shunxing², ZHAO Kexin¹, QIN Chen³

(1. Oncology Department, Qingdao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Qingdao 266033, China;

2. Department of Medical Education, Anshun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Anshun 561000, China;

3. Department of General Practice, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China)

Abstract: **Objective** To investigate the application effect of the teaching models of MDT in the standardized training for Combine traditional Chinese and western medicine residents in the oncology. **Methods** A total of 50 clinical residents carrying out standardized training in the oncology department of our hospital were randomly divided into experimental group (MDT group) and control group (the traditional teaching group, LBL), 25 residents in each group. Theoretical examination results, clinical skills test scores and students' satisfaction with teaching of the 2 groups were compared. **Results** The theoretical and operational test scores of the experimental group were (85.5±6.6) and (89.2±6.3) respectively, which were higher than those of the control group (83.3±5.1) and (80.4±4.8) respectively ($P<0.05$). The questionnaire results showed that the students in the experimental group had significantly higher satisfaction than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The application of the teaching models of MDT in the standardized training for combined traditional Chinese and western medicine residents can significantly improve students' academic performance and Clinical disposal ability, which is worthy to be popularized and applied in the clinical teaching and research section, so as to cultivate excellent clinicians.

Keywords: oncology; teaching method; combined traditional Chinese and western medicine; MDT mode; clinical standardized training

多学科综合治疗 (multi-disciplinary treatment, MDT) 诊疗模式的推行, 让患者能够最大化获益高质量的诊疗策略, 同时转变了医师的治疗思维^[1]。本研究拟在肿瘤学中西医结合临床规培人员中尝试引入MDT模式, 能够提高学生的兴趣, 让规培医师更快地进入临床医生的角色, 更好地适应中西医结合肿瘤科的诊疗模式。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取山东中医药大学2016级、2017级中西医结合专业硕士研究生且于青岛市中医医院规培, 并在肿瘤科进行临床轮转者共50人为研究对象, 其中男13人, 女37人; 年龄23~25岁, 平均(23.7±1.4)岁。所有研究对象均身心健康, 且自愿参与本研究。按照随机原则将所有研究对象分为试验组($n=25$)与对照组($n=25$), 试验组男7人, 女18人; 平均年龄(23.4±1.1)岁。

对照组男6人, 女19人; 平均年龄(23.9±1.2)岁。2组研究对象性别、年龄等方面比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 组间具有可比性。

1.2 研究方法

1.2.1 教学方法 对照组学生在肿瘤科轮转学习采用LBL教学法: 由带教老师每周组织教学查房, 并重点给学生讲授肿瘤治疗需要外科、肿瘤内科、放疗科、介入科、病理科、影像科等多学科协作进行综合治疗, 同时可根据患者的一些具体特征给予个体化治疗, 当场提供讨论病例, 综合分析提供病例的辨证、证候演变、证候要点等, 对病情的演变做出展望, 并简要讲解西医诊疗进展。

试验组学生学习采用临床观摩MDT的形式, 主要包括以下3个环节: (1) 提前告知参与MDT的各专业专家(主要为肿瘤外科、肿瘤内科、肿瘤放疗科、中医肿瘤、介入诊疗科、病理科、影像科等)配合临床教学, 要求病例讨论中使用专业术语, 尽量引用教材中的内容, 选取我院肿瘤科3个中医优势病种: 肺、

※ 基金项目: 山东省“十三五”中医药重点专科建设项目基金; 青岛市医药卫生重点专科专项基金

肝、乳腺等恶性肿瘤的典型病例,相关科室专家从各自专业角度发言,减少超教材的治疗经验发言,同时注意保护患者的隐私。最后进行归纳总结,让学员对疾病有更加全面的认识。(2)安排学生先模拟多学科讨论,即提前熟悉病历,分角色查阅外科学、内科学、影像学、诊断学、病理学、肿瘤学等相关知识,并简单绘制发言提纲,模拟讨论时,每个人都必须要发言,按照各自所代表学科从诊断、诊断依据、临床表现、治疗等方面阐述,发言时间不少于5 min。发言结束后,由带教老师进行点评。(3)参加临床正式讨论时,要求学生携带教材方便随时查阅,全程观摩并记录关注点和问题,允许学生对模拟讨论时的疑问请教相关专业老师现场解答。

1.2.2 观察指标 学生出科前,对上述2组全部学生进行统一的理论笔试及临床实践考核,考核均以百分制记分,考核评判内容包括服务意识、动手能力、运用知识能力、交流技巧、随机处理能力,统计2组学生理论及实践考核成绩;另采用自制的问卷调查对比2组学生的教学效果满意度。

1.3 统计学方法 所得数据使用SPSS 17.0软件处理分析,计量资料用均数 $\pm$ 标准差表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

在2组临床示教结束后,进行肿瘤科出科理论考试和病例分析考试,对2组学生的考试成绩进行分析,试验组学生理论考试成绩、实践考试成绩均显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 2组学生考试成绩分析 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	理论考核成绩	临床实践成绩
试验组	25	85.5 $\pm$ 6.6	89.2 $\pm$ 6.3
对照组	25	83.3 $\pm$ 5.1	80.4 $\pm$ 4.8
t 值		1.324	6.512
P 值		0.314	0.037

2组学生满意度情况调查:试验组学生总体教学满意度达到100%,对照组总体教学满意度仅60%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 2组学生教学满意度分析 [例(%)]

组别	人数	非常满意	一般满意	不满意	满意度	P 值
试验组	25	20	5	0	25(100)	0.043
对照组	25	9	6	5	20(60)	

3 讨论

肿瘤学科的自身特点决定了治疗手段是多学科的,随着对肿瘤病理生物学认识的深化、各种治疗方法的创新和改进,肿瘤治疗的理念、策略和模式也在不断地演变,恶性肿瘤的治疗正在从多元化治疗模式向多学科综合治疗协作组(multi-disciplinary team, MDT)模式发展^[2]。肿瘤MDT涉及到遗传学、流行病学、分子生物学、

药理学、影像学、病理学、免疫学、中医药学等多个相关学科,其目的是使肿瘤患者治疗效果与生存质量并重。MDT彰显了以患者为中心的先进思想,优点不仅在于缩短了诊疗时间,更具有极大的经济效益和社会效益。

目前现有的临床教学模式中,大多数是以带教老师参照教学大纲讲解为主,学生实践机会较少,严重地削弱了学生的学习主动性和创造性。因此,探索新的教学模式至关重要。肿瘤MDT模式是由多个肿瘤相关学科的专家组成诊疗组,通过多学科会诊讨论,对某些疑难病例提出最佳的诊疗措施,最后由相关学科执行该治疗方案的全新的肿瘤诊疗模式^[3-4]。临床观摩是临床教学的重要组成部分,学生对MDT临床观摩的印象是既兴奋又认真,尤其是对影像学 and 病理学的专家现场释疑充满兴趣。MDT模式给学生灌输了肿瘤多学科联合综合治疗理念,使学生充分感受到“专业、分级、互动、优化和快速”五大特点,能更好地提升学生对肿瘤专业的学习兴趣,提高学生的自主能动性。通过MDT教学,让学生理论和实践相结合,加强学生的感性认识,让学生分析讨论病例并对于案例进行提前准备和讲解,这也是以最快的手段让其对肿瘤学知识有较为全面认知的过程,学生们受益匪浅。

MDT中不同专科的医生共享患者的全部临床资料;经过会诊和讨论,做出适合不同病人的个体化治疗方案,这点和中医学一直倡导的“因人而异”“辨证论治”的诊疗思想有异曲同工之处,使患者得到科学合理以及规范的治疗。中西医结合专业临床带教老师需掌握中医学在内的多学科的诊疗知识。MDT模式教学使在带教肿瘤学科学生的过程中,不局限于临床治疗方案的制定,或是简单地对于带教学生书写的病历进行修改,还必须要要有综合治疗的理念,对于不同学科、不同治疗手段进行合理运用与衔接。在中西医结合肿瘤学的临床带教中,培养学生从MDT的角度来形成对该疾病的整体认识,实现中医和西医学学科的优势互补,形成独具中国特色的中西医结合肿瘤学带教模式,更能培养出杰出的肿瘤学专业综合性医学人才。

中医学应该融入肿瘤治疗的全过程。中医药治疗肿瘤从整体观念出发,以未病先防、既病防变、病愈防复为主导思想,以扶正祛邪为原则,根据患者全身及局部情况的不同阶段,采取相应的治则治法。把中医扶正祛邪方法与西医各种治疗方法进行结合,取长补短,相辅相成,发挥两者综合优势,以获得患者延长生存期、提高生存质量的治疗目标,使患者带瘤生存成为可能,这是中西医结合治疗有别于单纯西医治疗的显著特征^[5]。因此,在临床带教学生的过程中,也要不断强化中西并重的治疗思想,培养他们将来独立行医可以更合理地给患者提供全面的诊疗服务。

既往认为如果对肿瘤学规培医师使用MDT方法教

学,学生们可能会出现由于没有一定的专业基础知识,不了解肿瘤各学科的特点及研究范畴,导致学生很难查找肿瘤相关文献或专著进行自主学习,最终出现学生对肿瘤新知识的难以理解^[6]。后来教师们逐渐认识到由传统 LBL 教学教出的学生,毕业后可能无法适应当今肿瘤学多学科协作诊治的模式。本研究显示MDT 教学不仅对学生的理论成绩没有影响,反而对学生在肿瘤 MDT 及个体化治疗中的应用能力有很大的提高。

本研究通过对比 MDT 的教学模式与传统教学模式在肿瘤学临床规培医师中的应用效果,结果显示,试验组理论及实践考试成绩明显优于对照组,提示MDT 教学模式在肿瘤学的临床规培医师中取得了更好的学习效果,学生的理论知识更为扎实,不是简单的死记硬背,而是彻底理解。满意度调查显示,MDT 的教学模式更受学生的欢迎,学生满意度达到100%,明显优于传统学习模式组。这充分说明,MDT教学模式更能

激发学生的学习兴趣,也获得了更加融洽的师生关系。参与MDT的不同学科带来各自学科最新的理论知识和技术进展,开阔了规培学生的视野,更加深了学生们对肿瘤学教材的认识,更有利于学生对教材中理论知识的记忆,以便更好地把握中医药在肿瘤治疗的全过程定位,提高学生在中西医结合综合诊疗肿瘤过程中的能动性,值得教学推广。

参考文献

- [1]龚小军,邵力伟.恶性肿瘤多学科综合诊疗模式的探讨[J].医学与哲学(B),2014,35(20):5-6.
 - [2]Department of Health. Manual for cancer services 2004[M]. London: Department of Health,2004:8.
 - [3]崔珍,马倩倩,周燕.临床肿瘤学教学体会[J].包头医学院学报,2016,32(7):151-152.
 - [4]李亚军,陈芳,王德婧,等.强化多学科综合治疗原则在头颈肿瘤学教学中的意义[J].中国医学创新,2014,11(21):99-101.
 - [5]何秀兰.对中医肿瘤临床教学的思考[J].现代中医临床,2017,21(5):52-54.
 - [6]何伟.临床肿瘤学教学方法研究[J].肿瘤基础与临床,2011,24(2):170-171.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:潘 琪 收稿日期:2018-05-22)

中医诊断学舌诊实验课教学实践之体会^{*}

马丽娜·阿新拜 沙塔娜提·穆罕默德 史 红^{*}

(新疆医科大学中医学院,新疆 乌鲁木齐 830011)

摘 要: 中医诊断学实验课是实现课程教学目标不可或缺的一个环节,是连接基础学科和临床各科的起到承上启下作用的一门桥梁课程。笔者根据中医诊断学实验教学的现状,指出中医诊断学实验教学的不足,并提出旨在提高学生实验课实践能力的教学设计方法,以期提高学生中医临床技能操作水平,强化中医临床辨证思维和培养实践动手能力。

关键词: 中医诊断学;实验教学;教学设计;舌诊

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.008

文章编号:1672-2779(2018)-17-0017-03

Experience in Teaching Practice of Tongue Diagnosis Experiment in Diagnosis of Traditional Chinese Medicine

Malina Axinbai, Shatanati Muhanmode, SHI Hong

(College of Traditional Chinese Medicine, Xinjiang Medical University, Xinjiang, Urumqi 830011, China)

Abstract: The experimental course of diagnosis of traditional Chinese medicine is an indispensable part of realizing the goal of curriculum teaching. It is a bridge course that connects the basic disciplines and clinical disciplines. Based on the current status of experimental teaching of diagnosis of traditional Chinese medicine, the author pointed out the deficiency of experimental teaching of diagnosis of traditional Chinese medicine, and proposed a teaching design method aimed at improving students' experimental ability in practice in order to improve students' TCM clinical skill operation level and strengthen TCM clinical practice, syndrome differentiation thinking and practical ability for training.

Keywords: diagnosis of traditional Chinese medicine; experimental teaching; instructional design; tongue diagnosis

中医诊断学是根据中医学基础理论,研究诊察病情、判断疾病、辨别证候的基础理论、基本知识和基本技能的一门学科。是连接基础学科和临床各科的起到承上启下作用的一门桥梁课程,旨在培养中医学相关专业学生分析能力、思辨能力。是中医院校课程体系中的主干课程,也是一门实践操作性很强的课程,因此中医诊断学实验教学是实现该课程教学目标不可或缺的一个部分。开展中医诊断学实验教学的目的,

不仅是要加强本科生传统中医诊法和辨证辨病的知识,同时也要提高中医临床技能操作水平,强化中医临床辨证思维和培养实践动手能力。

然而由于教材中有关技能培养的内容抽象而少,而临床见习基地又很不足,教师的实验教学模式及方法单一,缺乏系统的操作训练,影响了学生的学习积极性和主动性,致使部分学生临床动手能力差、中医辨证思维弱化,影响中医人才培养质量。笔者结合教学实践经验,通过教学设计,加强对学生技能训练,提高中医诊断学实验教学质量。

1 设计舌诊实验教学

1.1 舌诊实验的教学目标 明确中医诊断学舌诊实验教学

^{*} 基金项目:新疆医科大学Ⅷ期教育教学改革与研究项目【No. YG2015007】

^{*} 通讯作者:shihong_cyh@163.com

的教学目标,包括知识方面、能力方面(学习能力、专业能力、情感态度方面等)。

①知识方面。学习观察和描述舌诊的方法和注意事项;掌握正常舌象和病理舌象的表现和临床意义;熟悉舌的形态结构、舌诊原理和舌象分析要点。

②能力方面。学习能力:培养学生独立思考、分析归纳的能力;培养学生主动学习、发现问题、分析问题的能力。专业能力:熟练运用舌诊的方法;通过舌诊为“四诊合参”及诊断和证候的确立提供依据。情感态度方面:使学生在获得成功的情感体验,帮助他们树立自信心,激发他们的学习潜能;培养中医学专业兴趣,培养热爱中医事业的情感。

1.2 舌诊实验的教学重难点 教学重点在于正常舌象和病理舌象的表现和临床意义;舌的形态结构、舌诊原理和舌象分析要点。教学难点在于病理舌象分析要点和临床意义。针对教学重点和难点,可采用灵活的教学方法,例如启发式、讨论式、诱导式等,适时利用动画、动图、临床实例讨论等教学形式,充分调动学生的积极主动性,提高学生的学习兴趣,提高教学效果和质量。比如在望舌的实验教学过程中,运用多媒体展示若干较典型的中医舌诊图片,由学生回答其舌象特点及临床意义,并最后由老师作出分析和结论性意见。针对存在的问题及时分析、纠错。

2 学生专业背景知识与动手能力分析

首先,中医诊断学课程开设于大一第二学期,学生已经在第一学期学习了阴阳学说、五行学说、藏象学说、气血津液、病因病机等中医基础理论,具备了一定的中医思维能力。但是因为大部分学生是刚接触中医,其学习思维方式和高中也截然不同,大多死记硬背,加之许多同学基本不看或看不懂古籍,所以中医思维能力的形成仍处于起步阶段,不能融会贯通。因此在舌诊实验教学时可以将散在的基础理论进行有机结合及归纳,比如通过温病的卫、气、营、血四个阶段利用动画或动图展示舌象的动态变化;也可适当增加一些中医古籍相关的原文描述,帮助学生构建中医学习思维^[1]。其次,大学生进入大一第二学期,学生知识水平逐渐出现参差不齐的现象,一部分同学基础知识扎实,接受及理解能力强,成绩较好;另一部分同学学习方法不当或领悟能力不强,对课程有畏难情绪,成绩不理想。因此如何在舌诊实验教学时考虑学生的这些特点,是在进行教学设计时需要思考的。比如在实验课开始前,按照实验目的和要求,安排学生就相关理论知识画出思维导图,课前抽取同学进行汇报。并在课后根据每位同学的思维导图,进行有针对性的辅导。

3 组织舌诊实验教学

3.1 知识回顾 中医诊断学舌诊理论课和实验课之间有一些时间间隔,舌诊实验课开始前,如何高效地复习舌诊理论内容至关重要。“以问题为中心”,引导学生复习

可以达到事半功倍的效果。例如,可以提出以下问题,让学生做课前巩固:“舌诊的原理及舌面的脏腑分候?”“舌诊的方法及注意事项有哪些?”“舌象的分析要点?”“熟悉常见舌象及临床意义简表”,让学生带着这样的问题去复习舌诊理论内容,也同时起到了强化舌诊重点内容的目的,为舌诊实验教学起到铺垫作用。

3.2 舌诊实训 上课开始时随机抽取同学回答“知识回顾”的几个问题,了解学生知识掌握熟悉程度,并适时针对回答薄弱环节进行点评及补充,再次强调重点内容。实验教学要注重实训,①首先,制作符合教材的舌象图片PPT,通过多媒体手段,结合教材(《中医诊断学》全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材,李灿东主编,中国中医药出版社出版)表4-1临床常见舌象及临床意义简表,每一个舌象对应相应的舌象图片,以加深学生的直观印象,并逐渐建立舌象图片资料库,以便于学生共享和加强实训。②接下来,教师运用多媒体展示较典型的中医舌诊图片,以及让学生观看舌诊模型,并将学生分组进行相互观察,要求学生观察不同对象,让学生分析舌象特点及临床意义,写好观察记录和分析结果交给老师批阅并点评。最后由老师做出分析和结论性意见。③最后,采用案例讨论式教学,引入病案,组织学生分析讨论,最后老师总结,将上述的“问题引导式”教学方式进一步延伸,在病案的选择上,选择具有典型性的、并且符合教学大纲讲授要求的、具有典型舌象的病案,同时附一些辅助检查,尽可能真实完整地模拟临床并融入实验教学中,让学生对临床工作有较早认识,较早明确目标,促进其主动学习的积极性^[2]。

3.3 教师总结及拓展 将知识点关系理清、内容简化、重点突出。并提出思路的新问题或研究性的课题,引导学生利用文献检索研究,并跳出传统思维的束缚,训练早期的科研能力。比如提出“脾胃系病证中医证型及舌象与胃镜下表现的相关性研究”“舌象与中医体质的关系”“幽门螺旋杆菌感染与中医舌象的相关性研究”等拓展创新性方向。

4 评价舌诊实验课教学效果

4.1 实验教学方式多样 激发兴趣 增强主动性 中医诊断学是一门实践操作性很强的课程,实验教学对于学生提高中医临床技能操作水平,强化中医临床辨证思维和动手能力的培养,具有非常重要的意义^[3]。我们通过精心的教学设计,采用灵活的教学方式,应用问题引导式、启发式、临床实例讨论式、归纳法等教学方式,适时利用动画、动图、多媒体、图库等教学手段,通过课上提问、讨论并发表个人观点等采用及时性表现性评价。增强了学生的主动性、参与性,以表扬和鼓励为主,激发了学习兴趣,并通过加强舌诊的训练,促进了学生对理论知识的理解、记忆及运用。进而提

高学习成绩及学习能力,为日后临床打下坚实的基础。

4.2 模拟临床 拓展教学 提高技能 如何让学生将所学知识转化为临床技能至关重要,是要求学生“早临床、多临床、反复临床”的目的所在。“能合色脉,可以万全”是中医诊断学的较高境界,要使同学们真正掌握舌诊的内容,必须通过临床实践^[4]。因此我们在实验教学中,采用临床实例讨论式的教学方法,一定程度上缓解了临床教学资源不足的情况,解决了理论和实践脱节的弊端^[5]。使医学生们在实践中升华理论,培养了独立思考的能力,完善认识,理清思路,也提高了自身的临床素养。与此同时,通过拓展教学,激励了学生的创新科研精神,不断拓宽学生的思路,勇于科学探究、锐意创新。

5 教学体会

与以往传统教学模式不同,在倡导素质教育的今天,素质化、个性化、创新化教学显得越来越重要,但是由于年轻教师过于注重知识点的讲授,强调教师为中心,经常采用满堂灌的教学,加之临床经验不足,临床举例不多或不当,而使学生积极性不高、学习效果不好。因此上好中医诊断学实验教学课,激发学生的兴趣,培养辨证思维,提高临床技能,是对青年教师的基本要求,因此,应当坚持做教学反思,不断更

新和改进,提高教学效果。

6 结语

舌诊是中医的特色诊断方法,将其继承和发展是中医经典教育的重要任务。但是目前许多中医药院校学生普遍存在临床动手能力差、中医辨证思维弱的问题。并且教材中有关技能培养的内容少,临床见习基地不足,典型病例少,学生实践机会少等问题。所以更应当在实验教学中运用多种媒介,采用多种教学方法,合理设计教学过程,结合临床实例,拓展教学与思路,争取更好的教学效果,培养高质量中医人才。此外,要将实验教学和理论教学放在同等重要的位置,摒弃重理论、轻实验的错误思想,更要改变实验教学附属于理论教学的旧思想,使实验教学成为培养学生实践和创新能力的具有独立职能的重要平台。

参考文献

- [1]贾微,唐亚平,刘燕平,等.浅谈中医诊断学舌诊课堂教学设计[J].广西中医药大学学报,2018,21(1):107-109.
- [2]依秋霞,徐刚,魏红,等.“学而时习之”与中医诊断教学[J].实用中医内科杂志,2017,31(4):92-93.
- [3]孙雪莲,刘渊.《中医诊断学》实验教学的探索与思考[J].光明中医,2012,27(11):2360-2362.
- [4]张红梅,刘兰林,张永跟,等.以学生为主体的温病舌诊教学设计[J].湖北中医药大学学报,2015,17(5):128-129.
- [5]白蕊,陈文辉,汪磊,等.标准化病人合五步教学法在中医诊断学问诊教学中的应用[J].广西中医药大学学报,2016,19(1):137-138.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈 阳 收稿日期:2018-06-29)

中医本科临床课程一体化教学模式的探索与实践[※]

高锦飏 徐俊良 黄桂成 韩 旭

(南京中医药大学教务处,江苏 南京 210023)

摘 要:总结归纳南京中医药大学在解决中医本科专业理论教学与临床实践相脱节的问题,强化临床实践教学环节,着力提升医学生临床实践能力方面的经验。从优化临床课程设计、建立高水平临床师资队伍、加强教学基础条件建设、完善教学管理机制等方面着手,系统构建了中医本科临床课程一体化教学模式,为医教协同背景下深入推进中医本科教育教学模式的改革提供了借鉴与参考。

关键词:临床课程;一体化教学模式;床边教学;医教协同

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.009

文章编号:1672-2779(2018)-17-0019-03

Exploration and Practice of Integrated Teaching Mode of Clinical Courses for Undergraduate of Traditional Chinese Medicine

GAO Jinbiao, XU Junliang, HUANG Guicheng, HAN Xu

(Academic Affairs Office, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

Abstract: This paper summed up the experience of solving the problem of disconnection between theoretical teaching and clinical practice in Nanjing University of Chinese Medicine. Integrated teaching model of clinical courses has been established from the following aspects, such as optimizing the clinical curriculum design, establishing a high level of clinical teaching staff, strengthening the construction of teaching conditions, improving the teaching management mechanism and so on.

Keywords: clinical courses; integrated teaching model; bedside teaching; medicine-education cooperation

传统的高等医学本科教育模式主要沿用“理论基础教学、临床课程教学、毕业实习”三段式的教育模

式^[1],这一模式未能有效解决前期基础课程如何以临床问题为导向、临床课程与临床实践如何有效融通等问题,存在着重理论、轻实践,理论教学与临床实践相脱节,没有紧扣岗位胜任力形成理论与实践相融通的情况。为解决这一问题,南京中医药大学从临床课程教学改革着手,经过长期的探索与实践,逐步构建了

※ 基金项目:江苏高校品牌专业建设工程一期项目【No. PPZY2015A068】;江苏省高等教育教改立项研究课题【No. 2015JSJG037】



融理论教学与实践教学于一体的中医临床课程一体化教学模式,并称之为“床边教学模式”。

1 床边教学模式的定义

相对于传统意义上单指一种临床教学方式的狭义的床边教学概念^[1]而言,我校提出的床边教学模式是指一种整体化的教学模式,是实行临床课程入驻附属医院,边教学边临床,通过理论教学、床边授课、教学查房、病案讨论、门诊见习等教学手段,使案例式、讨论式、启发式等教学方法得以实施且逐步完善,将理论教学、临床见习、技能培训三者有机融合,互为补充的临床一体化教学模式。

2 床边教学模式的路径探索

早在20世纪90年代初期,我校在常州附属医院开展了两期教改班的初步探索^[2],到2004年学校制定了《南京中医药大学中医学专业临床课程一体化教学(床边教学)实施方案》,正式启动床边教学教改实践,首批中医学专业学生入驻五所附属医院开展床边教学,至2010年全面实施小班化教学(每班20~25人左右)^[3],同时实施规模进一步扩大,涵盖专业从原来的中医学专业扩展至我校所有医学本科临床专业,包括中医学、中西医临床、针灸推拿学专业,承担床边教学的附属医院增加至15家,医学本科专业培养全面转向“3+2模式”。经过十余年的实践探索,我校确立了基于临床为载体的理论课程教学模式,实现了在临床学临床、知识掌握于临床、思维形成于临床、能力培养于临床,很好地体现了医学教育的特殊规律。

3 实施床边教学模式的意义

床边教学是我校围绕“早临床、多临床、反复临床”的教学理念,突出中医理论与临床实践相结合,体现医教协同,遵循医学人才培养规律,培养临床医学专业人才的一项重要举措。通过先理论后临床见习的形式,学生对所学临床理论知识有了更加清晰的认识,临床思维能力得到了锻炼,临床实践操作能力得到了提高。学生有更充裕的时间和精力投入到对临床主要病种的掌握和思考,对临床各科主要病种的发病特点,临床表现,诊断和鉴别诊断以及常规诊疗方法和实际治疗措施有了更加切实的把握,真正在理论和实践上初步实现了从学校医学生到医院实习医生的无障碍过渡。同时,通过教学相长,促使临床授课教师对自身的专业知识进行查漏补缺、梳理更新,客观上也促进了临床一线医生业务水平的提高,为各附属医院培养了一批既精通临床带教、又擅于理论教学的床边教学师资,进一步充实和完善了附属医院的教學职能。

我们认为改革后的临床课程教学,采取理论授

课与临床实践相互贯通的一体化教学模式,有利于深入推进高等医学教育临床教学改革;有利于贯彻理论联系实际原则,突出医学教育实践性特点;有利于发挥附属医院临床资源优势,提高临床专业课教学质量;有利于巩固、深化课堂教学效果,培养临床思维能力和操作技能,为后续课程教学和毕业实习奠定基础。

4 开展床边教学模式面临的挑战

4.1 优化课程设计是根本前提 实施床边教学,将临床课程入驻附属医院,由医院完成临床课程教学任务,需要对课程进行全新的教学设计。与传统的校园课堂教学相比,除了基础的课堂知识讲授之外,床边教学模式还具备多样化的教学形式,包括教学查房、教学病例讨论、技能操作训练、课间见习、集中见习等,如何将这些教学形式有机衔接,充分利用好丰富的临床教学资源,将临床实践与理论教学真正融合在一起,是需要我们积极思考并努力实践探索的,这也是床边教学模式顺利实施并实现教改目标的基础所在。我校根据床边教学的特点,通过专项教学改革课题的形式,组织专家对各门临床课程的教学大纲进行了专项研究,形成了指导性的课程教学大纲。同时,根据教学需求,我校遴选指定了床边教学点的各课程负责人,并由课程负责人根据教学大纲的要求,结合本院的实际情况,分配具体的教学任务,制定详细的教学计划及教案,有效保证教学任务的落实,确保教学质量。

4.2 建立高水平课程师资队伍是关键 床边教学的实施意味着相关课程需要由临床师资来完成,临床师资教学水平的高低将直接决定课程的教学质量,因此建立一支专业结构合理、热心教学、善于教学的临床课程师资队伍,并持续推动师资教学水平的提高是核心关键。

4.2.1 实施严格的师资遴选制度 我校在《床边教学实施方案》中明确要求承担课程教学的临床师资必须是主治以上医师,且需要通过学校的任课教师资格审核,即经过严格的岗前培训,经过试讲考核等才具备任课资格。2012年开始要求承担课程教学的临床师资必须参加教师资格证考试,几年来取得教师资格证书,成为“双师型”(既有医师资格证,又有教师资格证)的人员比例不断提高,促进了临床师资教学能力的持续提升。

4.2.2 在严格遴选的基础上,常态化开展临床课程师资的培训指导 在改革初期,学校选派了教学经验丰富的专任教师常驻各附属医院进行全面的教學指导。同时,通过组织集中岗前培训、专家教学巡讲和示范教学等方式,建立了新教师培训、试讲制度,稳步提升临床



师资教学水平。

4.2.3 建立相应的教学激励与考核措施 为调动临床师资的教学积极性,更好地体现其教学工作价值,学校将临床课程师资纳入学校教师教学建设整体发展规划中,与学校专任教师一样,临床课程教师享有同样的激励政策,如参与年度“南京中医药大学杏林优秀教学奖”的评选,获奖人员在教师节接受统一表彰;参加学校教师教学竞赛,与校内专任教师进行交流学习,其中获奖优胜者还作为学校代表参加全国青年教师教学授课竞赛,很好地展示了我校临床课程教师的风采和教学能力。同时,各床边教学点还根据学校制定的激励政策,同步出台了具有本院特色的激励考核措施,如将教学工作与院内绩效考核相挂钩、帮助临床教师开展教改研究、探索院内教学团队建设等,引导教师不断加强教学责任心,提高教学能力和教学水平,有力地推动了师资队伍的建设。

4.3 完善教学条件建设是基础 随着社会经济建设的不断发展,我校各附属医院的发展步入了快车道,医院综合实力都得到了很大提升,客观上为学校床边教学的大规模实施提供了坚实的基础,我校从遍布全江苏省的30余家附属医院中遴选出了15家综合实力最强,教学经验最丰富的三级中医医院承担床边教学工作。在此基础上,各家床边教学点根据教学要求,均规划设立了相对独立的教学区,并系统加强了教室、示教室、学生宿舍等教学基础条件建设,同时在校方的帮助与指导下,全体床边教学点还建立了国家级临床实验教学示范分中心,使临床实践技能教学水平提升到了新的层次,更好地服务于临床课程教学;学校和医院建立了校院双方教学经费的共同投入机制,共同保障教师课时费、教学运行经费、住宿费、班主任津贴、学生活动经费等各项教学经费的投入。

4.4 建立高效的教学管理机制是必要保障 床边教学是一项系统性的工程,涉及前后期教学环节众多,为保证各项工作高效有序的运行,我校经过多年的改革探索,逐步建立起了完善的协同工作机制。

(1) 在管理层面建立了以教务处实践管理部门为总协调机构,其他相关部门(科室)、学院参与的校内沟通协作机制,根据床边教学不同环节的教学要求,将工作内容逐一细化分解到相关部门(科室),做到分工明确、责任到人。同时通过学校实践管理部门——附属医院科教管理部门——教研室,建立起了稳定高效的教学管理体系,保证了床边教学工作的顺利开展。

(2) 在专业层面提出建立全省大教研室的概念,即按临床课程划分,将我校所有床边教学点的教研室整合在一起,以学院相关教研室为龙头,定期组织各

床边教学点的课程师资召开教学研讨活动,对课程教学中发现的问题进行分析研讨,及时总结教学经验;商讨教学计划,落实新学期教学任务等。我们认为全省大教研室活动的常态化开展,有利于推进各项临床教学活动的顺利开展及教学质量的稳步提升,有利于推进临床师资队伍建设、打造专业教学团队,有利于提高学校与医院的教学协同效率、促进课程教学目标的顺利达成。

4.5 完善床边教学质量监控体系是重要举措 相较于传统的学校课程教学,床边教学打破了时间和空间的限制,呈现出很大的不可预知性,对床边教学的质量监控带来了很大的压力和挑战。我校在十多年的实践过程中,逐步建立了稳定的床边教学信息搜集、整理、总结及反馈评价机制,如将床边教学统一纳入学校整体的网上评教评学系统,各床边教学点的师生可以进行相互评价,相关评价数据的分析反馈很好地促进了床边教学质量的改进提高;建立了床边教学督导听课制度,不定期安排学校督导专家至各床边教学点进行随机听课,及时了解掌握临床课程的教学情况;组织开展床边教学专项检查工作,对床边教学各项环节进行全面深入检查,并对检查中发现的问题及时反馈并督促整改。通过一系列教学质量监控措施的开展,我校逐步建立起了完善的床边教学质量保障体系。

5 结语

十多年的教学实践证明,我校建立的中医临床课程一体化教学模式很好地体现了医学教育教学规律,在推进医学基础与临床课程整合,强化临床实践教学环节,提升医学生临床思维和临床实践能力方面^[9]做出了积极而有益的探索,这一模式高度契合了国家层面对医教协同深化临床医学人才培养改革的要求,也为进一步深化医教协同,深入推进医学教育教学改革^[6]提供了有益借鉴,相信随着临床课程一体化教学的继续深入推进,床边教学模式将更加完善,也必将在中医人才培养中发挥更加重要的作用。

参考文献

- [1]戴其舟.中医临床后期教学模式的研究[J].中医教育,2004,23(2):27-29.
- [2]刘平安,刘慧萍.中医学专业床边教学模式的探索[J].考试周刊,2015(28):153-154.
- [3]惠纪元,曾庆琪.扩大社会参与,加强合作教育——中医合作教育探索[J].中医教育,1994(1):10-11.
- [4]顾媛媛.中医临床床边教学模式的实践与探讨[C].第三届世界中医药大会论文集,2013:417-420.
- [5]教育部网站.教育部等六部门关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见[EB/OL].2014-06-30.<http://old.moe.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/moe/s7065/201411/178832.html>
- [6]中央政府网站.国务院办公厅关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见[EB/OL].2017-07-11.http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-07/11/content_5209661.html

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈明 收稿日期:2018-06-08)

加强实验室建设对于提高学生科研创新能力的 意义与思考※

姜 珊 林 燕* 闫永红

(北京中医药大学教务处, 北京 100029)

摘 要: 科研创新能力是中医药高素质人才的必备能力之一。在学生科研创新能力培养过程中, 实验室培养是关键环节。本文分析高校医学实验室发展及现状, 以及中医院校学生在实验室活动中存在的问题, 提出了对策与解决办法。从而更加切实有效地解决中医药高校医学实验室中的问题, 提高学生科研创新能力, 培养出高质量的中医药专业人才, 推动祖国中医药事业走向辉煌。

关键词: 中医药; 科研创新; 实验室建设; 人才培养; 能力提升

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.010

文章编号: 1672-2779(2018)-17-0022-03

The Significance and Thinking of Strengthening Laboratory Construction for Improving Students' Scientific Research and Innovation Ability

JIANG Shan, LIN Yan, YAN Yonghong

(Academic Affairs Office, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029)

Abstract: Scientific research innovation ability is one of the essential abilities of high-quality Chinese medicine talents. Laboratory training is a key step in the process of cultivating students' scientific research and innovation ability. This paper analyzed the development and current situation of medical laboratory in Colleges and universities, and the problems existing in the laboratory activities of Chinese medicine colleges and universities, and puts forward countermeasures and solutions. Therefore, we can effectively solve the problems in the medical laboratory of Chinese medicine colleges and universities, improve the students' innovative ability in scientific research, cultivate high quality Chinese medicine professionals, and promote the glorious cause of traditional Chinese medicine.

Keywords: Chinese medicine; scientific research innovation; laboratory construction; personnel training; ability enhancement

在21世纪, 科技竞争日趋激烈, 科研创新能力是中医药人才的必备能力之一。中医药学生的科研创新能力是中医药事业发展的支撑, 对国家中医药事业的发展以及自身价值的实现都具有重大意义。而在学生科研创新能力培养过程中, 实验室培养是关键环节^[1-4]。

实验室是进行日常教学、科研实践活动的重要场所, 根据其学科分类不同, 可将其分为化学、物理、医学等实验室。实验室作为高等教育的重要组成部分, 担负着专业理论实践和知识开发拓展的重任, 给学生提供相对开放的环境和创新实践的场所, 是知识创新的源头和科技人才培养的基地。其中, 医学实验室是中医药专业学生开展科学研究的主要场所。在实验室内不仅可以学习各种实验操作知识, 更可以在实验过程中培养其自身科研创新能力。中医药学生实验涉及多领域, 使用来自实验动物及人体等生物材料开展进行与微生物学、分子生物学、细胞生物学、免疫学、药理学、生理学、生物化学、病理学、组织胚胎学以及临床相关学科的研究活动。

如何结合中医药学生特点, 尽最大可能发挥出中

医药高校医学实验室的教学、培训等功能, 是中医药高校亟需解决的问题。而本文从高校医学实验室发展现状和改善措施方面出发, 结合中医药专业学生特点, 试图对此问题进行解答。

1 高校医学实验室发展及其现状

高校实验室是进行实验教学、学术交流、科学研究、和成果产出的重要基地。高校实验室建设完善程度直接反映了高校科研、教学水平的高低。其中中医药院校实验室是中医药专业学生开展科学研究的主要场所, 负责教授中医药专业学生实验知识, 培养科学素养。因此, 实验室建设与管理水平直接影响所培养学生素质^[5]。医学实验室发展至今, 基本设施基本完善。但仍存在问题, 主要包括以下几个方面。

1.1 对实验教学环节缺乏足够的认识 在医学院校中, 实验室管理机制不健全, 依然存在重课堂教学、轻实验教学的现象。由于学生招生人数日益增加, 给实验教学工作带来巨大压力, 老师工作量繁重, 难以对每个学生进行手把手指导。学生对于实验教学环节缺乏足够的重视, 难以意识到实验操作水平在科研创新能力培养和今后工作中的重要地位和作用。

1.2 部分高校硬件设施落后 对于一所高水平医学大学来说, 良好的硬件设施、完善的仪器设备是进行科学研究的基础。中医药事业发展的瓶颈之一正是中药材

※ 基金项目: 北京中医药大学校级教育科学研究课题 [No. XJ2X17069]

* 通讯作者: yanlin77211@163.com

成分复杂,有效单体很难分离鉴定。而新的提取方法和技术如微波辅助提取、二氧化碳超临界提取等极大地改变了天然药物中有效成分的提取效率,但目前多数高校的实验项目采用的仍是常规的提取方法,如常压回流提取,常压蒸馏回收浓缩,不但耗时较长,同时也容易对提取成分造成破坏。

1.3 实验室工作人员专业技能不足 实验室人员主要由实验技术人员和学生组成。一份浙江省高校的调查分析在对浙江省34所高校的1393名实验室人员进行调查后指出:高校实验技术人员缺乏专业技能培训,仅有五分之一的高校制定了专门针对实验技术人员的培训计划,80%的工作人员表示不了解或者学校无培训计划。而职称评审条件高、收入过低等问题也极大损伤实验室技术人员工作积极性。而实验室工作人员承担了大部分教学指导、实验准备、实验室管理任务,平均每天用于此三部分时间分别为2.2、2、3小时。如此繁重的工作更加重了开展有效实验的难度^[6]。

1.4 高校实验室安全问题突出 如上文所述,实验室教学、科研任务繁重,实验中使用危险品量也在不断上升。人员伤亡、中毒、火灾、环境污染等事故屡见报道。而实验室人员工作繁重,安全培训必然疏忽。平时很难发现安全问题,等到有安全事故发生时又不懂应急处理、及时施救,导致人员伤亡程度加重^[7]。

2 中医药院校学生在实验室活动中存在的问题

中医药是积淀了几千年的中华民族瑰宝,而现代科学技术却无法确切解释其治疗机理,导致其推广应用受阻。而中医药专业学生承担着传承发展祖国中医药事业的责任,如何利用其专业知识和科研能力探究中药治疗机理,将中医药事业发扬光大,是中医药专业学生应积极思考的问题,也是当今中医药实验教育的核心部分。如天然药物化学等实验课程是中医药学生的必修课程,通过实验将对中药材等理化性质有着更深的认识^[8]。

和其他专业学生一样,很多中医药专业学生对实验细节缺乏独立观察和思考的能力。如河南中医学院陈辉发现学生在进行芦丁的水解实验中,多数同学对水解过程中出现先浑浊,再澄清,最后变浑浊这一重要现象视而不见。对实验结果简单记入实验报告,却不对原因进行讨论和分析^[9]。

3 中医药院校实验室问题对策探讨

3.1 加大实验室投入力度 一流高校必须配备一流的实验室。早在20世纪80年代,北大就已得到约1500万美元的专项资金用于实验室的建设。时至今日,北大几乎所有规模较大的学院的仪器设备资产超过1亿元。在211工程、985工程之后,各中医药高校应抓住“双一流”建设的契机,对于实验室顶层精准设计,包括实验室建设要精准起步,高端定位和精准自我,深刻定位;中层精致运行,包括人才培养和实验室要适用;落地精细执

行,包括实验室师资建设入门、规划和评价的精细^[9]。

同时,对实验室的投入并不是盲目投入。高校应与社会资源相结合,校企合作共建。中医药高校更是应当如此,如由浙江中医药大学联合美国波士顿开放实验室有限公司和浙江波因医药科技有限公司设立的模式生物研究实验室正式成立,推进了实验教学内容与社会经济需求并轨,提高学生实践能力、创新创业能力,促进学校增强服务行业、区域经济和社会进步的能力^[10]。

3.2 加大实验室开放力度 各级领导和全体教师要对实验教学与科研工作高度重视,充分认识到其在本科教学中的重要地位,在人才培养过程中发挥着其他环节不可替代的作用。要制定合理规范的实验室开放制度,建立相应的奖励和监督机制。加大实验室开放力度,培养学生科研动手能力,为大学生创新能力、综合实践能力的培养搭建起一个良好的平台。

3.3 加强对实验室人员的技能培训 实验室技术人员是实验室建设成败的关键,人才培养和团队建设是其中的重中之重。而在中医药院校中,由于受传统观念的影响,实验教学在中医药院校中依然得不到足够重视,实验技术人员地位普遍偏低,激励机制缺乏。加之人事政策方面缺乏支持力度,从而严重制约了实验教学的发展。实验技术人员能力不足直接导致学生实验技能缺失,科研素养不足,社会竞争力差。而通过完善实验技术人员队伍建设规划,搭建个人发展平台;提高实验技术人员地位,调动工作积极性;合理定编设岗,优化人才结构;优化科学考核制度,建立培训机制等措施可有效解决此问题^[11]。

3.4 重视安全管理工作 安全是实验室重中之重。而最常见的问题如实验室空间紧张的情况下,不能保持设备之间的安全操作距离;不重视安全管理,忽视安全教育等均需要避免。只有坚持完善管理机制,落实安全责任;加大实验室安全设施投入,防范未然;加强安全教育,开设实验室安全管理课程;制订紧急预案,定期进行应急预案演习等措施,才能真正保证实验室的安全。

4 展望

随着中医药事业蓬勃发展,中医药实验教学越来越受到教育工作者的关注。中医药院校是我国中医药人才的培养基地,担负着传承中医药理论和发展经典文化的任务。中医药院校能否培养出创新型人才,实验教学具有关键作用。只有切实解决中医药高校医学实验室中出现的各种问题,才可能最高效地培养中医药专业人才,推动祖国中医药事业走向辉煌。

参考文献

- [1]何梦杰,谢珍连,甘广玉,等.以高校实验室为平台培养大学生的创新能力[J].广东化工,2018,45(3):214-215.
- [2]杨德昌.中国中医药科技开发交流中心启动中医药传承创新行动[J].中医药管理杂志,2018,26(3):91.

- [3]李庆海,张志国,范立华.提升中医药院校研究生综合实践能力的研究[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(2):6-9.
- [4]钟凌云,朱卫丰,黄艺,等.能力与素质相结合的中药学专业研究生培养路径探索[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(6):10-14.
- [5]曹蓓.高等院校实验室建设与管理探索[A].中华医学会.中华医学会第十三次全国医学科学研究管理学术会议暨2012第四届全国医学科研管理理论论文集[C].中华医学会,2012:4.
- [6]李成,朱海燕.高校实验技术人员专业发展状况与对策探讨——基于浙江省高校的调查分析[J].实验室研究与探索,2013,32(8):442-447,467.
- [7]崔钰.高校实验室安全管理问题分析与对策探讨[J].物流工程与管理,2016,38(5):305-306.
- [8]陈辉,孙彦君,郝志友,等.高等中医药院校天然药物化学实验课现状及改革探讨[J].中国科教创新导刊,2014(8):31,33.
- [9]董蕾.中国高校实验室建设发展之路——北京大学实验室与设备管理部副部长王兴邦访谈[J].中国现代教育装备,2005(1):21-24.
- [10]方秀芬.浙江中医药大学携手企业共建产学研合作创新平台[N].中国高新技术产业导报,2010-10-04(011).
- [11]陈四清,张明昊,呼海涛.中医药院校实验课教师队伍建设的现状与思考[J].中医药管理杂志,2015,23(20):35-37.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:王 坤 收稿日期:2018-06-12)

PBL+TBL 联合教学模式在药物化学教学中的运用※

杨家强

(遵义医学院药物化学教研室, 贵州 遵义 563003)

摘要: 为了提高药物化学教学质量,丰富理论课的教学方法和手段,针对过去传统教学模式存在的问题,在药物化学理论教学中开展PBL+TBL联合教学模式,该教学改革模式有机地融合了PBL、TBL教学方法,取长补短,既克服了PBL教学中问题过于分散的缺点,又使学生在TBL教学自学阶段有明确的学习目标及学习动力。该教学模式能有效提高学生的兴趣,培养学生的综合能力。

关键词: 药物化学; PBL; TBL; 教学方法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.011

文章编号:1672-2779(2018)-17-0024-02

The Application of PBL and TBL in the Teaching of Medicinal Chemistry

YANG Jiaqiang

(Laboratory of Medicinal Chemistry, Zunyi Medical College, Guizhou Province, Zunyi 563003, China)

Abstract: In order to improve the teaching quality of medicinal chemistry and enrich the teaching methods of the course, aiming at the existing problems of traditional teaching methods. The combination teaching mode of PBL and TBL is carried out in the teaching of medicinal chemistry. It integrates the teaching methods of PBL and TBL organically, Learn from others' strong points and close the gap. It can effectively improve students' interest in learning and cultivate students' comprehensive ability.

Keywords: medicinal chemistry; PBL; TBL; teaching method

众所周知,药物对维护人类生命和健康不可或缺,而药物的研制与开发、生产与使用能否科学、准确、合理,药学人员的素质起到举足轻重的作用^[1]。药物化学(Medicinal chemistry)作为药学类专业主要的专业课程,主要内容包括:新药研究与创造,药物的制备与工艺、理化性质、体内代谢、作用机制、临床应用等^[2]。作为一门交叉性学科,该课程涉及的药物多、知识面广、不同学科知识联系密切,同学们普遍反映学习较困难,有畏惧情绪。传统的教学模式注重学生对书本知识理解和记忆的培养,同学们缺少学习的主观能动性和思考的空间,已经不能满足该课程的需求。同时,近年我校的药学专业办学规模的不断扩大,招生人数日益增加,学生层次参差不齐。为提高药物化学的教学质量,培养优秀的药学从业人员,需要在传统教学模式的基础上,对该课程进行改革,引入一些新的教学理念、方法和手段。

1 TBL教学模式的认识

Larry Michaelsen等^[3]为适应20世纪末新入学人数增

长三倍所带来的教学压力,提出了TBL(team-based learned)教学模式,该模式丰富了课堂教学方法和手段,改变了传统教学模式以教师灌输为主,学生陷于被动接受知识的局面,通过团队小组成员之间的协作与集体智慧,使理论课教学能在传授给学生知识的基础上,进一步提升学生的认知能力,团队合作精神和人际交往能力,真正实现研究性、讨论式学习与互学互教的拓展性学习。

前期,我们在药物化学课程中引入了TBL教学模式,有效提高了学习的积极性,课堂气氛良好,问卷调查显示:有效培养了学生的思维 and 实践能力,同时培养和锻炼学生主动学习、交流、语言表达及获取信息能力,且对知识的理解更深刻,掌握更牢固^[4]。但是,在对已有教学过程进行分析总结时,也发现了TBL教学模式的一些不足,在教学过程中,学生并未对药物具体案例进行分析,不利于学生理论联系实际,对药物发现、生产、使用等过程的实践能力比较缺乏;同时,学生在自学阶段学习目标不明确。

Barrows等^[5]提出的基于问题的学习模式(problem-based learning,PBL),以问题为导向的教学方法,是基于现实

※ 基金项目:遵义医学院校级教育教学改革项目[No. XJJG2015-02-19]

世界的以学生为中心的教育方式。运用在临床医学中是以病例为先导,以问题为基础,以学生为主体,以教师为导向的启发式教育,以培养学生的能力为教学目标。PBL教学法的精髓在于发挥问题对学习过程的指导作用,调动学生的主动性和积极性。PBL教学法与案例分析有一个很大的不同点是PBL是以问题为学习的起点,案例分析是教师先讲解教材,在学生掌握一定的知识前提下,然后做案例分析。该教学方法能有效提高学生学习知识的兴趣与积极性,并在一定程度上启发学生的创新思维及培养发现问题、解决问题的实践能力。

基于上述实践经验与文献依据,为克服TBL教学模式在药物化学教学过程中的缺点,本项目拟在药物化学教学中引入PBL+TBL联合教学模式进行教学改革尝试,即以PBL教学中提出问题的方法辅以教师引导,并依据重要代表药物——发现思路——制备与性质——临床应用——构效关系及案例分析等思路设定好问题,这样既克服了PBL教学中问题过于分散的缺点,又使学生在TBL教学自学阶段有明确的学习目标及学习动力。该教学改革模式有机地融合了PBL、TBL教学方法,取长补短,优化教学方法和教学手段,不断提高药物化学的教学质量。

2 PBL+TBL联合教学的流程

(1) 分小组:学生根据个人意愿分成小组,每小组4~6人。

(2) PBL模式引导学生选择代表药物与典型案例:以教学大纲为基准,确定教学章节,引导学生选择代表药物,然后选择与该药物相关的典型案例,进一步引导学生设计问题。

(3) 布置学生自学并制作发言的PPT:布置学生依据设定好的问题,通过网络搜索引擎及文献数据库中寻找答案及解决问题的可能方法,各小组经过充分准备、讨论后整理成10 min的发言PPT。在正式发言之前,教师评阅PPT并给予适当的修改意见和建议。

(4) TBL模式课堂教学:在前期学习的基础上,1周后进行。①以单项选择题的形式,进行3~5 min的闭卷自测,检查同学们前期的学习效果。②以多项选择题的形式,检查小组的学习情况,时间大约6~8 min,允许小组成员交流讨论。③随着抽取小组成员发言,通过幻灯片展示所学习的内容,现场接受全班同学及授课教师的提问,大约需要10~12 min。④主讲教师即时反馈测试题目中的共性和个性问题,公布测试成绩,调动各组参与的激情,促进良性竞争,并进行简短的总结,加深同学们对知识的理解与掌握点评。此过程用时约8~10 min。⑤课堂应用训练:30~40 min。各小组围绕学习的代表药物,通过药物的发现、合成、理化性质、体内代谢、作用机制、结构活性关系、临床

应用及典型案例等逐层深入地提出问题,问题设计需要理论联系实际,注重实践和实用性,主要是为了培养学生运用知识解决问题的能力。每个小组结合问题,进行讨论,给出相应的答案,由主讲教师随机指定同学进行陈述,最后,主讲老师现场点评该问题。⑥总结:3~5 min,主讲老师需对本次教学要求掌握的内容进行总结归纳,对该教学过程进行梳理,包括典型案例、重点与难点问题等。⑦考核与成绩:由三部分组成,a.客观成绩:个人自学效果测试和小组测试的客观分数;b.各小组同学互评:对组员的参与度、积极性、贡献、合作沟通等能力进行相互评价,给出分数;c.主讲教师的评价:依据学生在教学活性过程中表现,教师需对综合能力进行评价,给出相应的成绩。

(5) 教学跟进与拓展:①通过课程教学的交流、讨论和学习,教师需指导各小组学生把各自负责的代表药物、案例等进行整理和完善,并放到网络平台上展示与分享,供广大师生学习和讨论;②在网络平台设讨论专区,接受有关此教学模式的意见和建议。

(6) 教学效果评价:①同学对教学过程的评价:以了解此教学模式对于学生的思维、实践能力、主动学习能力、交流能力、表达能力、获取信息能力、实习热情和积极性的影响程度;②试题考查:在完成整个药物化学课程的教学后,所有学生需要接受考试,通过设计合理的知识点、案例分析等内容的考核,分析试卷,比较学生在教学改革内容与传统教学内容中,对教学大纲要求知识点的掌握程度。

3 总结

结合我校药学专业学生的实际情况:基础比较差、自学能力比较低、主动学习的习惯还没有形成等问题。为了丰富教学方法与教学手段,我们在药物化学教学尝试引入PBL+TBL教学模式。丰富了教学方法,改变了传统教学模式以教师灌输为主,学生陷于被动接受知识的局面;通过团队小组成员之间的协作与集体智慧,使理论课教学能在传授给学生知识的基础上,进一步提升学生的认知能力,团队合作精神和人际交往能力,真正实现研究性、讨论式学习与互学互教的拓展性学习;通过设置合适的案例与问题,使学生对药物的发现、生产、使用等有更深刻、全面的认识。

参考文献

- [1]朱卞林.综合性大学高等药学教育发展的探索与实践[J].药学教育,2004,20(4):9-12.
- [2]杨家强.药物化学理论课教学方法探讨[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(1):17-18.
- [3]Michaelson L K. Team-based learning for health professions education: a guide to using small groups for improving learning[M]. Sterling, VA: Stylus, 2008: 9-31.
- [4]杨家强,黎刚,张磊.TBL教学模式在药物化学教学中的运用[J].广州化工,2015(1):205-206.
- [5]任婷,饶春梅,黄健,等.PBL教学在中医院校医学遗传学教学中的实践[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(9):14-15.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王刚 收稿日期:2018-06-01)

思政教育融入针灸专业课程教育探析[※]

李明月¹ 徐一兰² 陈波^{1*} 尚秀葵¹ 韩晓捷³

(1 天津中医药大学针灸推拿学院, 天津 301617;

2 天津中医药大学期刊编辑部, 天津 301617; 3 天津中医药大学马克思主义学院, 天津 301617)

摘要: 本文通过论述中医高等院校中医针灸专业开展思政教育的重要意义, 探索思政教育进入针灸专业课堂的具体举措, 包括针灸医籍中中国传统医德思想的研究和中国针灸国际化进程中社会主义核心价值观的研究。将思政教育融入到中医专业教育中来, 能够实现中医药专业教育、人文教育与思政教育的多重效果, 既是专业教育的需要, 又是思政教育的趋势。

关键词: 思政教育; 针灸专业; 中医教育

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.012

文章编号:1672-2779(2018)-17-0026-03

Discussion on the Integration of Ideological and Political Education into the Curriculum Education of Acupuncture and Moxibustion Major

LI Mingyue¹, XU Yilan², CHEN Bo^{1*}, SHANG XIU Kui¹, HAN Xiaojie³

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China;

2. Journal Editorial Department, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China;

3. College of Marxism, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China)

Abstract: This paper discusses the importance of ideological and political course teaching in acupuncture education, and explores the specific measures of conducting ideological and political teaching in acupuncture classes, which including the study of the Chinese traditional medical ethics by studying the acupuncture and moxibustion medical books and the study of socialist core values in the internationalization of acupuncture and moxibustion. The ideological education into the professional education of traditional Chinese medicine can achieve the multiple effect of professional education, humanistic education and ideological education, which is the need of professional education and the trend ideological education.

Keywords: ideological and political courses; acupuncture and moxibustion; TCM education

中医学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验^[1], 是中国古代科学的瑰宝, 也是打开中华文明宝库的钥匙。中医药走向世界, 针灸是先行兵, 针灸是世界传统医学最重要的组成部分。中医针灸兼具人文与医学科学的多重属性, 是我国独具特色的卫生资源、经济资源、科技资源、文化资源和生态资源, 是中华文明与“一带一路”沿线国家交流合作的最佳载体^[2]。针灸疗法作为一种非药物疗法, 深受世界各地人民的青睐, 到目前为止我国已经建立了16个中医药的海外中心^[3], 据世界卫生组织(WHO)最新统计目前有183个国家和地区使用针灸疗法。2010年针灸被列入了世界非物质文化遗产的代表名录, 成为世界的非物质文化遗产^[4]。

中医文化中蕴含着丰富的思想政治教育资源, 在高等中医院校中将针灸专业教育与思想政治教育相结合, 能够培养学生高尚的医德医风, 树立学生专业自信、文化自信, 培养爱国敬业的社会主义核心价值观。能够增强教育的文化感染力和思想影响力。因此, 将思政教育融入到针灸专业教育中来, 能够实现中医药专业教育、人文教育与思政教育的多重效果, 既是专

业教育的需要, 又是思政教育的趋势。笔者将思政教育与针灸学的专业教学融合创新进行研究与探索, 现将研究心得探讨如下。

1 思政教育与针灸专业教育融合是国家意志的体现

中医针灸是中华优秀传统文化的代表。2014年3月, 教育部印发《完善中华优秀传统文化教育指导纲要》, 提出: “促进思想政治教育中华优秀传统文化教育的紧密结合, 以爱国主义教育为核心, 深入挖掘中华优秀传统文化中蕴含的丰富思想政治教育资源, 进一步丰富中小学德育课和高校思想政治理论课的教学内容, 创新教学方法和手段, 提升教学效果。” “坚持中华优秀传统文化教育与培育和践行社会主义核心价值观相结合。” 2017年2月, 中共中央、国务院印发《关于加强和改进新形势下高校思想政治工作的意见》, 意见指出, “坚定中国特色社会主义道路自信、理论自信、制度自信、文化自信。要培育和践行社会主义核心价值观, 把社会主义核心价值观体现到教书育人全过程……, 要弘扬中华优秀传统文化和革命文化、社会主义先进文化, 实施中华优秀传统文化传承工程, 推动中华优秀传统文化融入教育教学, ……做好思想政治工作”。

可见, 中华优秀传统文化和高校思想政治教育的重要性及二者的融合问题已经受到国家高层的重视, 并在制度层面展开相关部署^[5]。中医药高等院校应该在

※ 基金项目: 天津中医药大学本科课程建设项目【No.2017KC-A05】

* 通讯作者: tjutcmchenbo@163.com



国家政策的导向下,重视思政教育与中医专业教育的融合,进行探索与研究。

2 思政教育与针灸专业教育融合是中医文化核心价值与中国特色社会主义理论之核心价值相融合的体现

中医药文化的核心价值是中医药文化的灵魂和精髓,主要体现为以人为本、医乃仁术、天人合一、调和致中、大医精诚等理念,可以用仁、和、精、诚四个字来概括。2012年,党的十八大报告首次以“倡导富强、民主、文明、和谐,倡导自由、平等、公正、法治,倡导爱国、敬业、诚信、友善”概括了社会主义核心价值观,积极培育社会主义核心价值观。中医文化核心价值与中国特色社会主义理论之核心价值观的理论内涵相辅相成,互相融合。中医文化“和”的核心价值观符合社会主义核心价值观国家的价值目标,即“富强、民主、文明、和谐”;中医文化“仁”的核心价值观符合社会主义核心价值观中社会的价值取向,即“自由、平等、公正、法治”;中医文化“精诚”的核心价值观符合社会主义核心价值观中公民的价值准则,即“爱国、敬业、诚信、友善”^[6]。

3 思政教育与针灸专业教育融合是中医针灸教学现状需求

目前我国高等中医院校的思政教育内容与形式都较为单调,缺少针对性和创新性,大都与专业课程没有交集,一方面使得学生忽视思政教育重要性,另一方面,专业课程教育缺失思政教育的引导,学生往往产生迷茫、困惑的情绪。

首先是中医院校学生对中医的误解或轻视。他们在高考选报专业时往往对中医没有充分的了解,大多认为中医是中国传统文化的代表,被其自身的神秘和魅力所吸引,然而真正开始学习时才发现充满挑战。中医学建立在古代朴素的唯物主义的理论上,与学生以往学习的现代学科的思维模式有很大差异,短期的学习很难形成中医思维,影响了其学习热情与积极性,甚至有的学生怀疑中医的科学性。此外,面对枯燥晦涩的古代医籍,大量需要记忆背诵的基本理论,很难让学生提起兴趣,甚至会让他们打退堂鼓,部分学生选择退学,重新参加高考。此外,由于近年来医患纠纷的频发现象,对医学生产生了很大的负面影响,主要表现为学习热情下降、对专业的喜爱度不高,甚至部分学生表示以后不会从事医疗行业,尤其不愿从事临床工作^[7]。因此,思政教育与针灸专业教育的融合十分重要,在专业教学中根据学生出现的思想情绪,及时分析纠正,帮助其树立科学的中医针灸学习观与学习方法。

4 思政教育进入针灸专业课堂的具体举措

4.1 针灸医籍中中国传统医德思想的研究 组织学生整

理收集古代针灸医籍医案,分析挖掘中国传统医德思想,引导学生自己归纳总结一名医生最基本的道德准则、职业操守和行医规范。以华佗为例,《三国志·华佗传》保存下来的十六则医案中,患者的身份有彭城夫人、甘陵相夫人、郡守、汉司空行车骑将军曹操、广陵太守陈登、李将军妻等达官贵人;也有府吏、县吏、军吏、督邮等下层吏员;还有东阳陈叔山小男等平民,甚至还有行路途中所遇的无名无姓的普通百姓。不论患者的身份地位高低,贫富贵贱,华佗都根据病情需要给与了精准的诊治,体现了一个从医者“仁”“精诚”的医德医风^[8]。

4.2 中国针灸国际化进程中社会主义核心价值观的体现

4.2.1 中国针灸的国际魅力——专业自信、文化自信 以讲座、视频、博文等不同途径与方法,从教师、外国记者、国际针灸临床与科研工作者等不同视角,介绍针灸走向世界的几次重大事件和其中几位贡献者、推动者的身平事迹,以及针灸当前在国际文化交流、民心相通、医疗卫生、经济社会等过程中的重要作用,由此树立学生专业自信,中华文化自信,学习针灸老一辈工作者以及当代国际针灸传播者的敬业精神,坚信中国针灸是中华民族伟大的瑰宝。

4.2.2 中日韩针灸国际标准之争——时代责任、历史使命 通过追踪最新文献、调研考察,让学生了解日本、韩国在中医针灸领域的工作进展,特别是在国际范围内对制定中医针灸相关国际标准所做的部署与工作,使学生深刻感受到日韩对中国针灸形成的倒逼机制,增强学生爱国主义情怀,让学生意识到时代责任,历史使命,刻苦学习专业知识,报效祖国培育,坚信国际针灸标准应当由中国主导制定。

4.2.3 西方针灸的崛起与演变——继承创新、奋进开拓 通过最新文献学习,网络新闻报道,结合海外华人针灸工作者访谈,让学生了解“西方针灸”的起因与本质,让学生理性地看待西方“反针灸”事件,让学生树立“西方针灸”“干针”不是独立于针灸范畴的医疗技术,而是中医针灸的一部分,让学生意识到现代科学在针灸学科发展中的重要推动作用,中国针灸专业学生不仅要学习掌握传统针灸知识,也应学好学会现代科学技术与研究方法,教育学生应当继承创新,奋进开拓,维护中国针灸权益,培养学生爱国、敬业的社会主义核心价值观。

5 小结

针灸既是中国的国粹,也是中国极具魅力的世界名片。思政教育与针灸专业教育相融合,通过对针灸名家及针灸典型医案的介绍,培养学生高尚的医德医风,树立艰苦奋斗的精神。在针灸学教育中通过介绍针灸在国际上的巨大影响力将有助于提高学生对专业的自信,有助于学生对中医文化、中华文明的认同,

有助于提高学生的爱国情愫。通过对中日韩“针灸”国标标准争夺、西方“反针灸”事件的剖析与反思,将激发学生学习热情,努力学好专业知识,让学生意识到标准化、规范化在中医针灸国际化进程中的重要性,让学生意识到科学证据、现代研究在中医针灸国际化过程中的重要支撑作用。

参考文献

- [1]王庆其.中医健康养生的理念及哲学智慧[J].中医药文化,2015(2):19-23.
[2]田林,魏纪湖,蓝崇.“一带一路”战略背景下中国传统医学的传承与创新[J].大众科技,2016(4):150-152,157.

- [3]蒋继彪.海外中医药中心发展策略研究[J].世界中西医结合杂志,2016(4):567-569,575.
[4]初铭宇.“中医针灸”列入人类非物质文化遗产代表作名录[J].今日科苑,2010(23):73.
[5]邢华平.中华优秀传统文化融入中医院校思想政治教育探析[J].医学教育研究与实践,2017(6):865-867,901.
[6]渠淑洁,韦兆钧,李源.“中医医史文献”专业思政课程学习——找寻中医经典理论与当代中国特色社会主义理论的结合点[J].广西中医药大学学报,2016,19(1):124-127.
[7]Rogol AD.Clinical and humanistic aspects of growth hormone deficiency and growth-related disorders[J].Am J Manag Care,2011,17(18):eS4-eS10.
[8]潘民中.大医华佗的医术、医德及医著[J].许昌学院学报,2005(6):34-37.
(本文编辑:张文娟 本文校对:陈泽林 收稿日期:2018-05-29)

医学院校临床实践教学的现状与对策分析※

徐丽伟 陈云峰

(长春中医药大学附属医院肿瘤血液科,吉林 长春 130117)

摘要:培养高起点、高水平、潜力大的高级临床医学人才是医学院校的重要人才培养目标。临床教学是实现人才培养目标的一个非常重要的环节,临床实习是每个医学生必经的学习阶段,作为临床经验匮乏的初学者,临床实践教学的质量直接影响到医学生的培养质量。临床实习生没有临床经验,在参与工作中小的差错即可造成重大事故,当前我国医学生临床实践由于受到诸多因素的影响,导致临床实习质量下降,存在较多问题。鉴于此,笔者在查阅万方、知网、维普等国内知名期刊收录网站的基础上,结合我校医学生临床实践教学的实际情况,对当前医学院校临床实践教学现状进行分析,并从多方面提出针对性的意见,以期为医学院校临床实践教学质量的提高提供参考。

关键词:医学院校;临床实践教学;现状;对策

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.013

文章编号:1672-2779(2018)-17-0028-02

The Present Situation and Countermeasure Analysis of Clinical Practice Teaching in Medical Colleges

XU Liwei, CHEN Yunfeng

(Hematology Department, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130117, China)

Abstract: Cultivating advanced clinical talents with high starting point, high level and great potential is an important talent training goal in medical colleges and universities. Clinical teaching is a very important part in achieving the goal of personnel training. Clinical internship is a necessary learning stage for every medical student. As a beginner who lacks clinical experience, the quality of clinical practice teaching directly affects the quality of medical students. Clinical interns do not have clinical experience. Small mistakes in participating in the work can cause major accidents. At present, the clinical practice of medical students in our country is affected by many factors, resulting in a decline in the quality of clinical practice. There are many problems. In view of this, the author analyzes the current situation of clinical practice teaching in medical colleges and universities based on the actual conditions of clinical practice teaching of medical students in our colleges and universities, referring to websites included in Wanfang, HowNet, Weipu and other well-known domestic journals. Put forward specific opinions in order to provide reference for the improvement of clinical teaching quality in medical colleges.

Keywords: medical college; clinical practice teaching; present situation; countermeasures

医学院校承担着教书育人、救死扶伤两个职能,近年来随着临床医学技术的不断发展、医学模式的转变等,临床实践重要性不断提高,高校如何在医学教学的“综合性、整体性、创新性、实验性”的基础上,引进先进的实验设备,加强医学生的临床技能训练,深化课程体系改革,提高学生的“临床基本技能、辅助检查技能、临床决策能力”,成为其需要思考的主要命题,因此明确医学院校临床实践教学存在的问题,并提出针对性的改进对策,对提高医学院校学生的实

践能力有着重要意义。

1 医学院校临床实践教学存在的问题

近年来,作为医疗行业后续人才的培养基地,医学院校加强了学生临床实践的管理,新的教学方法不断涌现,然而在实际临床实践教学工作中,仍然存在较多问题,具体表现在以下几点。

临床实践环节,是学生从理论知识向实践的过渡,同时是学生学习处理临床常见问题的重要环节。学生在校期间学习的知识与临床实践脱节,导致教师在设置临床实践教学计划时缺乏目标,甚至可能与实际相悖。其次,实习生进入医院,则成为医院的一位工作人员,需要承担基本的医疗工作,但当前的医学院校,

※ 基金项目:吉林省教育科学研究领导小组办公室教学改革研究项目[No.GH170304]



在进行临床教学实践的过程中,过于重视理论基础,而忽略了实践技能及医德医风的培养,导致医院主动性、积极性下降,部分医院甚至排斥学生的实习环节,造成“实习难”的问题^[1]。

1.1 临床实践模式过于传统 受学校实习基地、医院现状以及带教教师工作等多种客观因素的影响,当前学生实习仍然以集中实习、阶段实习为主,缺乏细节统筹性、计划性,仅强调实习时间的规定,而忽视了实习目标、内容、具体过程、师资、考核以及具体的质量评价等^[2]。

1.2 临床实践随机性太强 由于缺乏明确的学习目标,学生在进入临床实习时,不明白自己想要什么,要学习什么,因此在进入实习医院后,抓不住重点,导致学习效果差;教师教学多是随机而为,造成实习内容随机,学生无法提前预习所学知识^[3];而在老师带教过程中,带教老师对于教授的东西等没有明确规划,导致学习缺乏系统性,学生学习“一头雾水”;由于医院工作繁重,因此带教教师鲜有精力设计实习课程、教案等,多是依照实际临床治疗情况带教,教学内容缺乏统筹性、计划性,导致实践内容与理论课程不同步,学生结合理论、实践难度加大^[4]。

1.3 缺乏完善严格的考勤考核制度 部分学生不重视院内实习,无故缺勤现象普遍存在,导致带教教师教学内容无法有序进行,影响教学进程,同时影响带教老师的积极性;以往临床医生对学生考核相对宽松,学生理论知识、临床实践操作只要合格就认为学生过关,学生学习主动性明显下降^[5]。而带教老师在具体带教过程中,带教质量与个人评比、业绩等不挂钩,加之临床工作繁忙,因此带教积极性不高,从而影响了教学质量,导致医学生培养质量的下降。

2 具体应对策略

2.1 规划学生临床实践目标 召开实践教学工作会议,学校与实习医院联合,提供学生日常学习成绩单,使临床带教教师做到心里有数。各科室带教老师要求相对稳定,科学安排学生的实习轮转,将实习生考核纳入医生个人绩效考核内,提高带教老师的责任心、积极性;明确临床实践的意义,不断总结带教经验,将培养学生临床动手能力、临床思维能力作为主要培训目标。

2.2 岗前培训,明确学习内容及制度等 学生分配进医院后,医院带教老师、辅导员共同组织学生进行岗前培训,要求学生详细了解医院规章制度、要求等,对学生自我防范知识、医疗安全、医德医风的教育及学习,并签署《实习生实习要求及安全责任书》。带教老师按照计划组织实习生参与技能培训。对于学习过程中未能严格执行制度,或者表现较差学生,

可以退回学校,由学校处理。

2.3 持续改进教学质量 学生分配到相关科室后,由专人接待,告知其相关科室负责人、带教老师以及科室规章制度等,然后将学生分配给具体的带教老师。为提高临床实践质量,学生5人为1组,具体授课、临床实践进程等由临床带教老师统一制定;每周召开1次实习生座谈会,教师考核学生并接受学生的反馈,解答其疑虑,从而实现教学质量的持续改进。

2.4 建立模拟实训室,增加学生动手机会 建立模拟实训室,增加学生临床实践机会。利用各种医学模型,指导学生独立完成各种临床操作,学生可以反复练习,直至熟练掌握相关操作技巧;开展模拟诊疗,通过标准化病人(SP),让学生诊疗典型病例,使学生独立处理诊疗中面临的问题,从而提高学生分析问题、解决问题的能力。同时还应针对临床实践常遇到的问题,如急救、医闹等进行演练,锻炼学生的应变能力。

2.5 建立严格的考核制度 严格考勤制度,每月30号,由各科室教学秘书将考勤情况进行汇总、审核、落实后上报实践教学管理部门,对于早退、迟到、事假、旷工、违纪等学生,按照学校学籍管理规定执行。改变以往单纯理论知识、基本操作知识考核的办法,采用平时成绩加出科技能考试成绩相结合方法对学生进行全面考核,平时成绩主要包括基本操作、基础知识掌握情况、组织纪律、人文素质以及患者打分等。同时,医院针对带教老师的临床带教情况进行评比,将成绩与个人业绩、职称评定等挂钩,提高带教老师的责任心与积极性。

3 结论

总之,医学生专业技能、实践能力的高低将直接决定其日后工作质量,对提高我国医疗水平,构建和谐医患关系有重要意义。当前我国医学院校在学生的临床实践学习中仍然存在系列问题亟待解决,具体表现在教学计划、教学模式、教学制度等多方面,因此医学院校要联合实习医院通过建立完善制度、改良教学方法、完善考勤、考核制度等,提高学生学习积极性、主动性,从而提高其临床实践能力,并促进师生共同进步。

参考文献

- [1]冯晓东,孙伟娟,白俊敏.康复治疗学专业临床实习中存在的问题及对策研究[J].中国康复医学杂志,2016,31(6):680-682.
- [2]万伟英.护理专业本科生临床实习积极性的影响因素研究[J].中华护理教育,2015,12(5):374-376.
- [3]钱慧玲,吴敏,周芳,等.实习时间安排对手术室护生实习效果的影响[J].当代护士(下旬刊),2016(6):144-146.
- [4]解超芳,蒋仁莲,廖容,等.实习护生对基础护理的认知现状及其影响因素调查分析[J].现代医药卫生,2017,33(7):1007-1009.
- [5]王梅华,曹颖平,郑培燕,等.检验医学生临床实践技能形成性评价的思考与探索[J].中华检验医学杂志,2017,40(7):552-554.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈 灏 收稿日期:2018-05-15)

推进式教学法在中医内科临床教学中的应用体会

唐爱华¹ 苏红光²

(1 广西中医药大学第一附属医院内分泌科, 广西 南宁 530023;

2 广西中医药大学研究生学院, 广西 南宁 530001)

摘要: 推进式教学法在中医内科临床教学实践中主要遵循三大原则, 分三个时期连续而逐渐强化地对中医临床医学生进行指导教学。本方法在临床教学实践中取得了良好成效, 能显著扎实学生的中医临床基础理论知识, 激发学生的中医临床兴趣和自信心, 提高学生的中医临床动手能力, 扩展学生的中医临床思维, 增强学生的临床成就感, 应该推广应用于中医临床教学中。

关键词: 推进式教学法; 中医内科; 临床教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.014

文章编号:1672-2779(2018)-17-0030-02

Experiences on the Application of Propulsive Teaching Method in Clinical Teaching of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

TANG Aihua¹, SU Hongguang²

(1. Endocrinology Department, the First Affiliated Hospital of Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530023, China;

2. Graduate College, Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530001, China)

Abstract: The propulsive teaching method is a means that mainly follows three principles and provides continuous and progressive reinforcement in three periods to teach the clinical medical students of traditional Chinese medicine. Because of having achieved good results in clinical teaching practice, such as significantly strengthening students' basic theoretical knowledge of traditional Chinese medicine, promoting students' clinical interest in Traditional Chinese Medicine, Improving the clinical practice ability of Chinese medicine, expanding students' clinical thinking of traditional Chinese medicine and enhancing students' clinical sense of achievement and self-confidence, this method should be applied into the clinical teaching of traditional Chinese medicine.

Keywords: propulsive teaching methodology; internal medicine of traditional Chinese medicine; clinical teaching

临床实习是每个中医临床学生走向临床的第一步, 也是成为合格中医临床医生的必经之路。这个阶段, 是医学生学习期间完成质的飞跃的时期, 是医学生不断汲取新知识, 掌握新技巧, 拓宽新视野和形成临床思维的关键时期。中医临床教学在培养合格中医临床医生过程中起着举足轻重的作用, 不仅要求临床带教老师有负责的态度, 还要有因时因地因学生而变的合适的临床教学方法。笔者在对学医多年的临床指导和教学中, 运用“推进式”教学法, 取得了良好效果, 体会如下。

1 遵循三大原则

1.1 由易入难原则 中医学是祖国文化的瑰宝, 是我们民族的骄傲。祖国文化博大精深, 加之现代医院中西医结合发展模式, 不仅要求医学生掌握中医专业知识, 还要掌握一定的现代医学知识。采用“一步步”教学方法, 学生由于知识有限, 很难在短时间内掌握大量的知识, 更难以运用到临床实习过程中, 因此很难达到相应的临床教学预期效果。结合医学生初入临床, 缺乏全面、完善而系统的理论知识, 缺乏严谨的临床思维等实际情况, 在临床带教中, 应该持以由易入难原则, 无论对于理论知识的讲解, 还是临床病案的分析, 以及临床操作技能的演示及实践, 都应从简的疾病开始, 进而逐渐过渡到较大难度的疾病, 注重循序渐进的教学方法。如从消渴病(糖尿病)到消渴痹

病(糖尿病周围神经病变), 首先要掌握消渴病发生的病因病机、分型诊断及治疗, 然后再分析理解消渴病如何发展到消渴痹病、其发病机制及其辨证论治方法, 逐渐强化学生的临床知识衔接思维方式, 引导医学生逐渐进入临床角色。通过这个方法, 无形中加速了医学生理解、巩固基础理论知识的速度, 增强了医学生的临床信心和兴趣。俗话说: “知之者不如好之者, 好之者不如乐之者。” 只有在初涉临床时使学生们产生了印进性格的“乐之”, 才会在今后的临床学习及工作中获得不竭的动力而孜孜以求。

1.2 由简入繁原则 每个科室都有普通常见病, 也有疑难重病。临床带教的基本任务是引导学生掌握每个科室的临床常见病, 逐步掌握疑难重病。由于缺乏相关专科知识的学习和掌握, 对于初入科室的医学生, 应该首先给予科室常见疾病的临床指导学习, 经过一段时间的学习和锻炼后, 再给予疑难重病的指导教学。选取病例进行教学时, 首先应选取简单易于与其他疾病鉴别的常见疾病, 而后再逐渐选取高难度、较难以与其他疾病鉴别或合并其他系统疾病的病例^[1]。通过这种逐渐过渡、逐渐强化的教学模式, 可以帮助学生更好地掌握相关学科的临床知识, 更容易地完成相关学科临床学习任务, 为以后从事临床工作打下扎实的基础和经验。

1.3 由理论到实践原则 临床教学的主要和最终任务就是



引导学生由理论学习进入临床实践操作,培养医学生的临床思维能力,引导其由医学生转化为临床医生。中医临床教学具有很强的实践性,需要多动手,多实践^[2]。任何一次完整的临床带教,都应首先温习相关理论知识,包括疾病的相关理论知识,相关的实验室检查、中医临床操作技能、体格检查及临床接诊、沟通方法;其次,医学生跟随临床带教接诊和处理病人;再次,医学生单独接诊病人,带教老师在旁边予以指导;医学生对于接诊作出的基本诊断和相应处理进行讨论并做发言报告;临床带教对学生该次接诊及处理作出真实评价,并予相关建议和意见。在这个过程中,还要根据不同专业学生,结合不同专业科室特点,进行相关方面的侧重指导教学。经过这个方法,可以激发学生的学习兴趣,提高学生的自主动手能力和分析、解决临床问题的能力,逐渐增强学生的临床成就感和信心。

2 分三个时期

2.1 早期强调扎实理论知识 《医宗金鉴》有云:“书不熟则理不明,理不明则识不清,临证游移,漫无定见,药证不合,难以奏效。”可见掌握书本知识的重要性。储备一定的基础理论知识是进入临床学习、进行临床操作的基础前提和必备条件。临床学习早期强调理论学习,不但给学生充分的思想和知识准备,无形中更是增强了学生的临床兴趣和信心。正式进入临床学习前,要求学生提前温习掌握相关科室、相关疾病的理论知识,包括疾病特点、诊断及检查方法、中医的望闻问切、相关的体格检查、相关的实验室和影像学检查等。尤其进入临床学习后,临床带教要根据学生的不同专业等具体情况,在带领学生正式进入病床诊疗前,可以采取多媒体示范讲课的形式给予相关疾病进行简要的理论学习,进入病床诊疗后,可根据情况采取床边示范指导或查房后小讲课等方式带领学生学习理论知识。在这个过程中,要注重学生中医临床思维的培养,学会中医和现代西医的结合,培养并形成以中医为主,中医和西医结合的思维和想法^[3]。

2.2 中期强调临床技能操作 “学以致用”,学好了基础理论知识,还得学会运用到临床实践中。中医望闻问切和临床收集病情资料、体格检查等技能操作的掌握,是成功进行临床操作的重要前提,决定着临床判断的正确与否^[4]。因此,临床带教的过程中要注重对学生指导并强调中医望闻问切和临床收集病情资料、体格检查等技能操作。通过前期对中医望闻问切和临床收集病情资料、体格检查等技能操作和理论知识的温习,到这个阶段,应该要锻炼和逐步强化学生的临床动手和思考能力。经过对病人询问病情,进行体格检查,结合中医望闻问切,进行的每一步操作,带教老师在旁听、看,并给予指导,提出建议或问题。对相关科室的常见病,在这个过程中,要有针对性的指导和

教学,要特别注意跟学生强调医患沟通,体现中医的仁爱之心,体现人文关怀。

2.3 后期强调对疾病的诊断和处理 临床学习的最终目的是学会对疾病的诊断和治疗,通过分析结果,做出疾病判断并予相应处理。带教老师指导学生把所搜集到的所有病情资料,包括问诊、体格检查、中医望闻问切,以及疾病相关化验检查进行综合分析。根据不同病例,结合资料搜集,三到五个同学为一组,对病例进行总结,包括主诉、现病史、中医四诊、体格检查、辅助检查、做出的诊断和辨证分型、最终的治法方药及预后判断等。每一个部分先让学生讨论,再进行点评、分析和总结,包括学生案例分析思路是否正确、方法是否恰当,还要结合该疾病介绍相关诊治经验及新进展。在这个过程中,应该做到在老师的亲自带领下,每个人都有发言和动手的机会,加深印象,提升自我。带教老师总结和提出意见时可以适当增大知识的广度和宽度,以点带面,拓宽思路,引导学生学会知识衔接、学科关联,逐渐融会贯通,最终达理而悟。最后以发表观点和看法及动手情况决定学习分数,这样不但可以激发学生的积极性和主动性,还能大大提高学生的临床自信心和成就感^[5]。这个过程是比较需要耐心的,需要每位带教老师有较强的责任感和使命感,督促学生完成每一步的学习任务,较好地完成每个环节的衔接和实施。

3 小结

“推进式”教学法是以学生为主体,以临床为依托,以有责任心的临床带教老师为前提保障的教学方法,临床带教老师在这个过程中扮演着十分重要的角色,因此不仅要求临床带教老师有丰富的临床知识、熟练的临床技术,还要对学生有高度的责任心和耐心。中医临床教育的目的是培养具有扎实的中医药理论知识及临床技能,适应祖国医疗卫生工作需要的中医临床人才。在多年临床带教中,真切地体会到“推进式”教学方法不仅能提高教学质量,也促进了对人才培养模式的转变。在学习的过程中,该方法不仅能激发学生的学习主动性,提高学生的临床动手能力,促进形成中医临床思维,对增强中医临床毕业生的岗位适应性和社会竞争能力也有着深远影响。

参考文献

- [1]岳新,冯志海.病案教学法在中医内科临床教学中的应用体会[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(11):53-54.
- [2]关婕婷,周东海,王海燕,等.四步教学法在中医临床见习教学中的应用研究[J].现代中医药,2016,36(3):98-100.
- [3]曹敏,许能贵,林培政,等.“重经典、强临床”理念下的中医人才培养模式的研究和实践[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2015,17(2):8-11.
- [4]王海彤,孙霏,王新月,等.中医学专业主治医师临床教学查房技术规范研究[J].中医教育,2012,31(3):61-63.
- [5]高元元.中医学专业实习生出科考核标准化操作方案初探[J].西部中医药,2012,25(12):39-41.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王振刚 收稿日期:2018-06-05)

多元化教学模式在妇产科教学中的应用浅析

李 潇

(河南中医药大学第二临床医学院妇产科, 河南 郑州 450000)

摘要: 医学类大学作为我国的高等教育部门, 迫切需要在妇产科教学过程中, 加强对教学模式、教学方法的不断创新, 建立“以学生为中心”的教学理念, 将“授人以鱼”转变为“授人以渔”; 树立开放式课堂的教学观念; 选择多元化的带教模式, 例如案例式教学法、PBL教学法、翻转课堂、临床路径、启发式教学法等。分析各种教学方法的优点、适应群体, 根据具体授课情况展开运用, 从而提高教学质量, 培养出技术过硬的妇产科临床医生满足人民群众的就诊需求。

关键词: 多元化; 教学理念; CBL教学法; PBL教学法; 临床路径教学法; 翻转课堂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.015

文章编号:1672-2779(2018)-17-0032-03

An Analysis on the Application of Multicultural Teaching Mode in the Teaching of Obstetrics and Gynecology

LI Xiao

(Department of Obstetrics and Gynecology, the Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: As the higher education department of our country, medical university is in urgent need in the process of gynecology and obstetrics teaching, we will continue to innovate teaching methods and methods, establishing a "student-centered" teaching philosophy, transform "granting people to fish" into "granting people to fish", choosing a diversified model of teaching and learning, case-based learning, PBL teaching method, clinical pathway teaching method, flip classroom. The advantages of various teaching methods and adapt them to groups was analyzed. Based on the specific circumstances of the course, the quality of the teaching was improved, highly skilled gynecology and obstetrics clinicians was cultivated to meet the needs of the people.

Keywords: diversity; teaching philosophy; case-based learning; PBL teaching method; clinical pathway teaching method; flip classroom

医学类大学作为我国的高等教育部门, 承担着培育医学高级专门人才、发展医学科技文化、促进社会主义现代化建设的重大任务。随着国家计划生育二胎政策的逐步实施, 民众对妇产科的需求日益增加, 对妇产科临床治疗效果提出了更严格的要求。在这种大环境下, 就迫切要求妇产科教学中, 加强对教学模式、教学方法的不断创新、摸索, 选择多元化的带教模式, 从而提高教学质量, 培养出技术过硬的妇产科医生满足人民群众的就诊需求。如何提高教学质量, 运用多元化教学模式, 笔者提出了以下几点认识。

1 建立“以学生为中心”的教学理念

传统的授课模式是以教师为中心, 教师的授课依照教学大纲、教学计划进行, 从课程内容、授课方法、教学过程的实施等, 很少考虑学生的实际接收能力。“以学生为中心”是一种新的教学理念, 强调学生为主体, 教学是使学生获得知识、掌握技能、培养创新能力的过程。在整个过程中使学生参与到教学实践中, 使教学工作更符合学生学习需要以及临床技能的掌握。教学效果的评价应该是学生的学习效果, “教”只是教师传授知识和技能的手段和方法, 只有学生真正掌握了知识点并灵活地应用于临床中才是目的。

“以学生为中心”理念构建需要建立新的教学模式, 将“授人以鱼”转变为“授人以渔”。授课过程中强调学生是教学的主体, 是学生接受知识并能举一反三、扩展思维的过程。从教学环境上而言, 教室、图书馆、医院、实习基地等都是学习环境; 从教学内容

上而言, 从教师教什么重点转移到学生学什么; 从教学方法上而言, 教师要考虑如何使自己教好转变为如何使学生学好; 从教学评价上而言, 由评价教师教的怎么样转变为重点评价学生学得怎么样。在这个过程中, 学生的自主学习能力(包括阅读、思考和反思)得到了提高, 为以后的终身学习打下了坚实的基础。

2 树立开放式课堂的教学观念

长久以来, 学生在课堂上听老师授课, 一节节、一章章、一本本, 一门课程连接一门课程。这种单一化、统一型的教学模式, 使学生被动地学习, 缺乏独立思考、创新精神。近年来, 随着网络的发展, 课堂教学的概念发生了深远的变化。多媒体课件的应用, 翻转课堂、案例式、PBL等教学法的蓬勃开展, 小班授课、师生互动等方式不断拓展教学课堂空间及内涵。

为了提高教学质量, 在课堂教学中, 教师要做到以下几点: 从单一化向多元化转变。由于人们认知方式、理解能力不同, 可以允许学生以自己的理解能力, 对接触到的知识点, 进行思考、反思, 并形成自己的认识; 从封闭向开放转变。医学类教育实质上是一个开放、创造的过程, 要自觉用整体、辩证论治的观念处理教学工作, 冲破单纯“传道、授业、解惑”, 注重引导学生的临证思维发展, 关注学生理论学习、临床技能掌握; 从权威向平等转变。在教学过程中, 教师应增强师生之间的互动, 共同探讨, 起到很好的引导作用。

3 教学方法的改进

教学方法是教师在教学过程中运用的教学手段和



方式,包括教师的教法、学生的学法、教与学结合法。根据学科、课程、内容不同,选择符合学生实际情况的新的教学方法,如PBL教学法、案例式教学法等。这些教学方法都是教育学者们在教学实践中总结出来的,其目的在于充分调动学生学习的主动性,发散学习思维,提高学生分析问题、解决问题的能力,从而达到满意的教学效果。

3.1 案例式教学法 以案例为基础的教学模式(case-based learning, CBL)起源于20世纪20年代的哈佛商学院,是从临床案例入手,理论与实践相结合的启迪性的教学模式^[1]。CBL教学是一种“以病例为先导,以学生为主题,以教师为主导”的教学手段,目的是培养医学生将理论和临床相结合的能力^[2]。CBL教学的优势在于贴近临床,学生可以获得更多的临床技能实践机会,学生也需要在教学开始前进行一定的准备工作,不至于面对患者无从下手^[3]。案例式的教学法常被用于临床各学科的病例分析,鉴别诊断。它通过典型案例来展现讲授的内容,在运用过程中最关键的是案例的选择。案例的选择首先要符合教学内容,其次密切联系实际,从临床实践中优选案例,再次是所选案例具有典型性、完整性,通过案例展现的内容,能充分说明讲授的问题。案例中提供的条件不能模棱两可,应该使学生在案例阅读中有明确的信息,讨论后能得到确定的结论,从而掌握所讲授的知识点。案例式教学法的优点是理论联系实际,从现实的案例中获取相关知识点,通过学生的分析判断得到结论,从而激发其求知欲,联系相关的多学科知识进行分析,从而提高学习效果。这种教学方法更适合应用多学科知识去分析问题,然后得出相应结果的内容。对于单纯概念性、定义性、抽象性的内容不太适合。

3.2 PBL教学法 PBL教学法的特点是以“提出问题,建立假设,收集资料,讨论假设,总结”的五阶段教学代替“组织教学,复习旧课,上新课,巩固新课,布置作业”的传统教学,培养学生发散思维、横向思维以及灵活运用所学知识解决临床问题的能力,使其逐步成为一名合格的医生^[4]。通过临床案例中的问题来激发学生的学习兴趣、提高学生思考、分析和解决问题的能力^[5]。PBL教学法鼓励学生自主学习,这就对学生提出了比较高的要求,引导他们充分使用互联网、图书馆等学习工具,开展小组讨论,发现问题,解决问题。这种教学方法的使用更适合小班教学、研究生学习。

3.3 临床路径教学法 临床路径是医师、护士以及其他专业人员组成多专业小组,对特定疾病诊断或手术制定的有顺序和时间性的最适当临床服务计划,借以减少延迟康复和资源浪费,使患者获得最佳服务^[6]。由于临床路径管理体现了最佳临床实践活动的治疗计划,

适合于特定病种的大多数群体,规定了治疗的最低标准,确保治疗的关键步骤不被遗忘并得到及时实施等特点^[7]。但是目前看来,临床路径教学法在我院各临床科室教学中应用还不是很普遍,与带教老师受临床路径诊疗培训覆盖面不够、复杂或变异疾病无法有效建立临床路径等有一定的关系^[8]。这就需要临床大样本调查,需要花费更多的时间在临床路径的建设上,这种教学方法在未来有很大的发展空间。

3.4 启发式教学法 启发式教学法是老师们最常用的,也是效果较好的教学方法之一。常由老师提出问题,假设条件,让学生分析问题,解决答案,回答问题。在运用启发式教学法时,最关键的有两点:一是提问的内容,最好是重点、疑点或难点。同时还应具有启发性、思维性;二是提问的最佳时机。应在讲授过程中,学生已经开动思考,正在生疑并质疑所讲授的内容在未解疑之时,教师提出该内容中的问题,引起学生的共鸣,激发学生兴趣和探索心理,将取得较好的效果。提问的具体时间可安排在三个阶段:课前设置问题,即根据每章课程内容,事先提出问题,引起学生先行思考,自己尝试回答。这样便于让学生带着问题学习,提高学习效果;课中提问,对知识难点、疑点不急于给出答案,让学生寻找解疑方法,利用互联网、图书馆等学习工具找到答案,然后老师再讲述这部分内容,使学生对知识的难点、疑点理解深刻,有利于其掌握所学的知识;课后总结,将每章知识点串联,启发学生对理论的思考,并系统地深入发展。

3.5 翻转课堂 翻转课堂(flipped classroom)又被称为颠倒课堂,即知识传授通过信息技术的辅助在课前完成,知识内化是在课堂中,在老师帮助和同学协助下完成。它的核心思想就是翻转传统的教学模式^[9]。培养学生的自我导向学习能力,学生观看微视频学习,遵循了认知负荷理论,每部分的视频不超过10分钟,学生在短时间内可以集中注意力完成学习,提高了学习效率^[10]。翻转课堂式教学模式特点:利用视频来实施教学,第一,教学视频短小精悍,有较强的针对性,有利于学生的自主学习。第二,教学信息清晰明确。第三,重新建构学习流程。第四,复习检测方便快捷,并对自己的学习情况作出判断^[11]。但实施翻转课堂有待提高之处:首先微视频的制作质量有待提高,目前在视频中加入通关训练项目还未实现,视频的后期修饰还需完善;其次是仍有少部分学生的观念有待改变,在传统授课模式的影响下,这部分学生不能适应翻转课堂,觉得学习是个人的事情,不需要和别人讨论,自己的学习成果更不愿意与同学分享。因此在翻转课堂中,要充分了解学情,鼓励性格内向的学生参与其中,使其不再生活在自己的小世界里,真正领会到翻转课堂的魅力^[12]。

4 结语

妇产科作为一门实践性很强的临床学科,又涉及到女性的生殖健康,在治疗过程中强调个体化差异、辨证论治。单一的传统教学模式已经不能适应社会需求,多元化带教模式使临床资源充分利用,提高教学效率,扩展学生临证思维,促进师生互动,提高学生学习的能动性,值得积极推广并在教学实践中不断完善。

参考文献

- [1] Gupta K, Arora S, Kauahal S. Modified case based learning: Our experience with a new module for pharmacology undergraduate teaching[J]. International Journal of Applied & Basic Medical Research, 2014, 4(2):90-94.
- [2] 王国凤. CBL与PBL整合教学模式在内分泌临床见习中应用价值分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38(9):1065-1067.
- [3] 郑晓雅. CBL教学法在内分泌教学中的应用[J]. 教学医学教育, 2016, 30(5):34-36.
- [4] 焦虹, 肖兴军, 朱雨岚. PBL教学法在神经内科住院医师规范化培训教学中的应用探讨[J]. 卫生职业教育, 2017, 35(17):144-145.
- [5] 王国凤. CBL与PBL整合教学模式在内分泌临床见习中应用价值分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38(9):1065-1067.
- [6] 黄先涛. 临床路径管理的发展与现状[J]. 中国病案, 2014, 15(11):22-24.
- [7] 陈斗佳, 陈娅, 任明强, 等. 临床路径教学法在血液内科临床实习教学中的应用研究[J]. 继续医学教育, 2017, 31(8):43-45.
- [8] 袁方. 临床路径式教学法与传统教学法在培养临床思维中应用效果的比较[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2017, 11(10):1865-1868.
- [9] 林君芬, 张文兰, 黄国洪, 等. 颠倒课堂:教育技术应用新热点[J]. 教育信息技术, 2013(4):3-8.
- [10] 宋朝霞, 俞启定. 基于翻转课堂的项目式教学模式研究[J]. 中国中医药现代远程教育杂志, 2014(1):96-104.
- [11] 白玉芳, 苏占海, 祁存秀, 等. 翻转课堂教学模式在产科临床教学中的应用研究[J]. 课程教育研究, 2017(30):157-158.
- [12] 秦炜炜. 翻转学习:课堂教学改革的新范式[J]. 电化教育研究, 2013(8):15.

(本文编辑:张文娟 本文校对:周艳艳 收稿日期:2018-06-08)

健康教育在妇女保健中的作用研究

张娟

(山东省费县妇幼保健院妇产科, 山东 费县 273400)

摘要:目的 本次试验课题主要探讨健康教育在妇女保健中的作用。方法 通过随机的分组方式将2015年5月—2017年5月在院治疗的150例阴道炎患者分配到试验组和对照组, 对照组75例患者采用常规治疗, 试验组75例在常规治疗基础上加用健康教育干预, 对比2组治疗效果。结果 试验组阴道炎患者治疗效率优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 阴道炎患者的治疗效率能够通过常规治疗联合预防保健措施明显改善, 值得推广。

关键词: 妇科病; 预防保健; 健康教育

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.016

文章编号:1672-2779(2018)-17-0034-03

Study on the Role of Health Education in Women's Health Care

ZHANG Juan

(Department of Obstetrics and Gynecology, Fei County Maternal and Child Health Hospital, Shandong Province, Fei County 273400, China)

Abstract: Objective This experimental topic mainly discusses the role of health education in women's health care. Methods 150 patients with vaginitis treated in our hospital from May 2015 to May 2017 were randomly divided into experimental group and control group. 75 patients in control group were treated with conventional therapy, and 75 patients in experimental group were treated with health education intervention on the basis of conventional therapy. The therapeutic effects of the two groups were compared. Results The treatment efficiency of patients with vaginitis in the experimental group was better than that in the control group, and there had statistical differences ($P<0.05$). Conclusion The treatment efficiency of patients with vaginitis can be significantly improved by routine treatment combined with preventive and health care measures, which is worthy of popularization.

Keywords: gynecological diseases; preventive health care; health education

阴道炎是临床上常见的妇科疾病之一,临床发病率较高,其中中年妇女妇科疾病发病率最高,从文化水平和卫生习惯的角度上看,一般文化水平较高的人具有更好的卫生观念,能够养成良好的生活习惯,每日能够坚持清洗外阴者,妇科疾病的发病率较低,因此可以看出良好的生活习惯对预防妇科疾病有重要的作用^[1]。临床上常规治疗方法治疗阴道炎效果并不明显,我院开展本次临床试验,探讨常规治疗联合预防保健措施对阴道炎患者治疗的效果,本选择取我院阴道炎患者进行研究,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究在我院2015年5月—2017年5月选

取阴道炎患者150例,根据随机数字分组法分为2组。其中75例对照组患者年龄24~56岁,平均年龄(41.2±4.74)岁,其中有26例老年阴道炎患者,有21例滴虫性阴道炎患者,有28例细菌性阴道炎患者;试验组75例患者中年龄23~54岁,平均(43.2±3.78)岁,其中老年阴道炎患者24例,滴虫性阴道炎患者20例,细菌性阴道炎患者31例。2组一般资料差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 研究方法 对照组采用常规治疗,采用常规阴道炎治疗药物对患者进行抗炎治疗,药物治疗过程中,医生记录患者的不良反应及治疗疗效。

试验组:患者在常规治疗基础上进行预防保健措

施,具体措施为:(1)健康教育宣传:定期在医院内开展健康教育讲座,并对疾病的治疗和预防措施进行宣传,向患者详细的讲解阴道炎的相关知识,帮助患者了解预防保健知识;(2)心理预防措施:医务人员应宽慰心理存在障碍的患者,多与患者进行交流沟通,了解患者心理问题,及时解决患者疑问,帮助患者建立对抗疾病的信心;(3)生活预防保健:指导患者健康的饮食习惯和生活习惯,生活中均衡饮食,多食用富含蛋白质及维生素类的食物,日常生活中多进行有氧运动^[2]。

1.3 观察指标 治疗效果:治疗后患者阴道炎临床症状完全消失,白带异常及阴道瘙痒症状消失为显效;患者治疗后临床症状明显改善,且伴有轻微的白带异常及外阴瘙痒为有效;治疗后患者临床症状无改善,且外阴瘙痒及白带异常症状无变化,甚至加重为无效。

1.4 统计学方法 应用统计学软件SPSS 20.0对数据进行研究,计数资料应用卡方检验,同时计数资料采用率(%)进行描述,计量资料应用配对 t 检验,数据对比后得到的 P 值小于0.05,则差异具有统计学意义。

2 结果

2组患者治疗总有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$) (见表1)。

表1 2组治疗效率对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	75	40	33	2	73(97.33)
对照组	75	35	26	14	61(81.33)
χ^2 值					10.0746
P 值					0.0015

3 讨论

当前,随着人们生活水平逐步提升,女性健康成为了人们非常关心的一大话题,其中最关注的一大话题就是女性更年期综合征。一般情况下,当女性在45~55岁时,也就是绝经前后女性便会发生女性更年期的疾病,这一疾病是由卵巢功能衰退而导致的^[3-5]。由于现今的生活节奏极快,女性需承担非常多的压力,因此很多女性会提前进入到更年期。从实质上来讲,更年期是自然且正常的生理过程,但因个体存在一定差异,一些女性在这一时期可平稳地度过,但还有一些女性会出现情绪变化和阴道干燥、失眠和潮热等临床症状,而且更严重的是,女性在更年期极易出现子宫癌和子宫瘤,严重影响了其身体健康。当女性处于更年期时,需针对性地实施保健健康教育,让女性能够正确认识更年期^[6]。此外,由于很多因素都会对女性产生影响,所以需确保保健教育的综合性。

阴道炎作为临床妇科常见疾病之一,发病患者分布在各个年龄阶段,阴道炎发病原因是由于患者免疫

系统受到破坏,病菌侵入患者体内导致阴道菌群失衡,从而导致阴道炎疾病,对患者日常生活造成严重的影响。对阴道炎患者进行常规药物治疗效果并不明显,需要联合预防保健措施对患者进行更全面化的治疗。阴道炎在临床上主要分为老年阴道炎、外阴阴道炎、细菌性阴道炎以及滴虫性阴道炎几种类型,在临床治疗中主要采用药物治疗,其中乳杆菌制剂和抗生素的综合疗法在阴道炎治疗中取得了良好的效果,很多妇科疾病表现的并不明显,需要患者拥有较高的警觉性。针对老年阴道炎患者,给予常规药物治疗,增强患者阴道抵抗能力,有效抑制病菌的生长;外阴阴道炎,针对复发率较高的患者,采取抗真菌药物治疗,药物主要选用咪康唑栓剂、克霉唑栓剂;细菌性阴道炎患者的治疗主要采用抗菌药物杀灭患者体内的病菌,药物主要选用甲硝唑和克拉霉素,药物使用方式可根据患者实际情况进行全身或局部用药;滴虫性阴道炎主要是通过甲硝唑进行全身用药^[7-8]。通过常规用药对患者进行治疗,同时结合预防保健措施对患者进行干预,全面评估患者情况,根据患者不同病症原因采取针对性的治疗手段,在药物治疗同时,医护人员还应对患者开展健康教育、心理预防以及预防保健措施,对患者病情进行全面干预。在日常生活中患者需加强锻炼,在患病初期,疾病表现的并不明显,需要患者有较高的警觉意识,若疾病有萌芽状态,需立即去医院进行检查,采取及时治疗。临床上妇科病具有较高的发病率,同时也与生活习惯相关,为了做好妇科疾病的预防保健措施,应该增强妇女对卫生知识的了解,养成健康的生活习惯,实施如下:①大力宣传卫生保健知识,针对患者居住分布情况,可联系社区居委会一起进行健康知识宣传,开展健康讲座的形式对卫生知识进行推广和宣传,并给患者发放妇科卫生知识的小册子,帮助患者巩固相关知识,同时建立健康知识网站,大力宣传妇科知识的保健知识,还可以在院中安排专家为患者进行解惑,改善患者不良生活习惯,帮助患者养成卫生、规范的良好习惯^[9-11];②开展妇女保健活动和计划生育指导,定期开展广场练太极、健身等活动,增强身体体质,养成健康的饮食习惯,预防妇科疾病的发生;③妇科门诊中的医护人员应该学习新技术,重视妇科疾病的检查,提高妇科疾病检查的效率和准确性,能够迅速地发现问题,解决问题,及时排除安全隐患。本研究结果显示,采取常规治疗联合预防保健措施的试验组患者治疗效率为97.33%,明显优于采取常规治疗的对照组(81.33%), $P<0.05$,差异有统计学意义,提示常规治疗联合预防保健措施的治疗防治效果更佳。

综上,常规治疗联合预防保健措施实施在阴道炎患者的治疗过程中,能够明显提高患者治疗效果,缓

解患者临床症状,值得在临床上进一步推广。

参考文献

- [1]曲英菊.健康教育在妇女保健中的作用研究[J].河南医学研究,2015,24(9):117-118.
- [2]王小燕.健康教育在妇女保健中的作用研究[J].大家健康(学术版),2015,9(8):170.
- [3]黄勤,饶继美.健康教育在妇女保健中的作用研究[J].中国医药科学,2015,5(4):113-114,117.
- [4]罗艳,王若虹,徐芸.健康教育在妇女保健中的作用分析[J].中国医药科学,2013,3(20):118-119,137.
- [5]林毅途,杨春霞,麦健飞.健康教育在妇女保健中的作用研究[J].河北医学,2012,18(6):855-857.

- [6]张燕.更年期妇女保健和饮食营养研究[J].心理医生,2017(11):291-292.
- [7]周安莲.健康教育在妇女保健中的作用探析[J].中国保健营养,2017(20):433.
- [8]罗煜.长沙市社区妇女保健知识需求调查[J].实用预防医学,2015(12):1504-1506.
- [9]荆玉霞,杜雪平,孙艳格,等.北京月坛社区妇女保健需求调查[J].中国全科医学,2010(3):268-270.
- [10]陆艳双.综合保健方案在更年期妇女保健中的实施[J].数理医药学杂志,2017(3):445-446.
- [11]杨美剑.妇女保健与优生优育研究进展[J].实用妇科内分泌电子杂志,2017(4):10-11,13.

(本文编辑:张文娟 本文校对:郑波 收稿日期:2018-06-08)

喻昌《医门法律》医德思想及其养成

钟礼韬

(广州中医药大学马克思主义学院,广东 广州 510006)

摘要:当今国内医患关系严峻,医德医风建设成为构建和谐社会的重要内容。然树立医德医风须实现传统医学人文中道德内涵的复归。本文通过对喻昌《医门法律》一书进行分析,对其医德思想进行归纳总结,并从文化、环境、临床等方面对其医德思想的养成进行分析,为树立医德医风提供借鉴。

关键词:喻昌;医门法律;医德戒律;医德

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.017

文章编号:1672-2779(2018)-17-0036-03

Medical Ethics and Its Cultivation of Yu Chang in Principle and Prohibition for Medical Profession

ZHONG Litao

(School of Marxism, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510006, China)

Abstract: Nowadays, the relationship between doctors and patients is serious in China, and the construction of medical ethics has become the key content of constructing a harmonious society. However, to improve the doctor-patient relationship, we must first establish the medical ethics and realize the return of the moral connotation in the traditional medical humanities. This paper analyzes the forming reason of medical ethics in "Principle and prohibition for Medical Profession" to provides a reference for establishing medical ethics.

Keywords: Yu Chang; Principle and Prohibition for Medical Profession; medical ethics and discipline; medical ethics

喻昌是我国明清时期杰出的医学家、教育家,其不但医术精湛悬壶济世,同时兴办医学教育广收门徒,自言:“吾执方疗人,功在一时;吾著书教人,功在万里”^[1]。在这个思想的影响下,喻昌先后撰写了《寓意草》《尚论篇》《医门法律》等医籍。何兆雄^[2]指出喻昌的医德思想集中体现在《医门法律》中,其首创医德评价,并第一次提出了“笃于情”的医德核心思想,对后世医家的医德塑造有很大的影响作用。因此,本文对喻昌《医门法律》中的医德思想进行解读,并对其形成原因进行探究。

1 喻昌《医门法律》的医德思想

喻昌生于明末清初,处于明清朝代更迭的混乱时期,喻昌自幼熟读儒家经典,曾于明崇祯年间以副榜贡生入京就读,后因仕途不畅遂削发为僧,转投佛门。佛门中的喻昌除了诵读佛理之外还研究各家医典,特别是《黄帝内经》和《伤寒杂病论》等经典,在博览医书之后,年过半百的喻昌蓄发还俗,开始了游历和悬壶济世的生活,因其医术精湛深受百姓之爱戴。

《医门法律》成书于清代顺治十五年,时值清军入关之初,本就已是生灵涂炭的战争时期,然有医者有“术之不明”“问非所问,谀佞其间”“伪者售,圆滑者售”等以医敛财的不正之风。喻昌欲救百姓于水火之中,遂著《医门法律》一书,其内包含了多种疾病的治疗法则,为解医者的“术之不明”;亦阐述了医者的行为规范,为肃清医者“谀佞”“伪者”“圆滑者”的不正风气。“此书乃专为庸医误人而作,其分别疑似,既深明毫厘千里之谬,使临证者不敢轻尝。其抉摘瑕疵,并使执不寒、不热、不补、不泻之方,苟且依违迁延致变者,皆无所遁其情状,亦可谓思患预防,深得利人之术者矣”^[3]。其内的医德思想主要表现在以下几个方面。

1.1 为医立律 化用佛门戒律为医门之律是喻昌医德思想在《医门法律》中的一项重要体现。喻昌对于当时医生的不正医风深为不耻,遂提出以“以佛门戒律为医门立律”的思想:“治天下有帝王之律,治仙神有上天之律。至于释门,其律尤严。三藏教典,仪律居



三之一，由五戒而五百戒，由五百戒直造自性清净，无戒可言，而道成矣。医为人之司命，先奉大戒为入门，后乃尽破微细诸惑，始具活人手眼，而成其为大医，何可妄做聪明，草菅人命哉？”^[3]。喻昌认为，佛门通过戒律能规范僧侣的行为思想，故也应为医门立律约束医者的行为，有利于形成医者的道德自觉，产生善念因而行善。

1.2 规范诊疗 喻昌在《医门法律》中突破了以往医家对医德的论述模式，改变华而不实的单纯理论说教，通过结合临床实践，创造性地把医德的规法融入到诊疗规范中。其以“医者笃于情”的思想规范“医患沟通”；以“不精则杀人”的思想规范“遣方用药”，进行有规范的诊疗操作以提高临床诊治水平，使治无误。诊疗规范在一定程度上保障患者的生命健康，并具有避免风险的价值。在具体的临证中，喻昌透过“论、方、律”三个方面规范“遣方用药”，承“医为人之司命”的重任，减少临床失误。

1.3 医者笃于情 喻昌是中国首位提出“医者笃于情”思想观点的医者，秉着“医者仁术”的目的，喻昌认为行医要对病人怀有深厚的感情及同情心，即“笃于情”的思想，其中他特别强调“视人尤己”“作风正派”两点。首先，“视人尤己”即是将患者当作自身，对其所苦进行详尽的询问，关心体恤患者并根据病况给予施治，最终达到治病救人的崇高目的，“笃于情，则视人犹己，问其所苦，自无不到之处，庶可详求本末，而治无误也”。另外，“作风正派”指医者有为患者解除病痛的责任，事关生死，医者应有恻隐之心，不可孜孜汲汲、唯利是图、圆滑谄媚以及学不成、业不精而胡乱行医，“凡为医之道，必先正己，然后正物”。

1.4 博学精医 “医之为道，非精不能明其理，非博不能治其约”，喻昌主张医者要博览医典并善于变通，不能徒执常法、徒执方书、徒执家传。并且，治病救人是医之职责所在，必然要求医者医术之精湛，因此博学是精医的基础，精医是为医之职责所在。“博学”强调医者应保持求知之心，摒弃门户之见，故能“采折众议，以资论治之权变”。“精医”主要体现在对疾病的辨证论治原则，是医生的从医之德，更是历代医家用以要求自己的医德规范之一，辨证正确才能施治无误，实乃“医家第一要务”。

1.5 当为自讼之医 自讼之医便是要求医者要时刻对自己的行为进行审视，“凡治病，不问病人所便，不得其情，草草诊过，用药无据，多所伤残，医之过也”。医者行医过程当遵守医道，注重疾病的治疗规范，已然具备西方标准化的治疗模式雏形，有利于在临床实

践中减少医者的治疗失误，更好地治病救人。喻昌在《医门法律》中将医家诊治过程中容易犯的过失和疏漏之处以医家“戒律”的形式加以强调，提出“医为人之司命，先奉大戒为入门”。他认为若医者能做到自讼，则医门之律方能起效，医门之法方能大兴。

喻昌著《医门法律》一书以警戒当时的医者和百姓，力挽医术浅薄、医风不正之乱象；同时，通过《医门法律》传承其医学思想，以教导后人正确诊治外感内伤杂病的法则；并以“律”为规范，减少临床失误的发生，承医之重任^[4]。由此可见，喻昌在《医门法律》中所表露的医德思想是明确的，但其成因却是复杂的，本文主要通过其所受的教育、经历、社会背景以及临床实践等方面对《医门法律》的医德思想成因进行探究。

2 喻昌《医门法律》医德思想的养成

2.1 文化对其道德意识的塑造

2.1.1 儒家的仁爱思想 儒家是中国主流的传统教育文化，喻昌在皈依佛门之前更多的是作为一名儒士，因此，儒家思想对于喻昌后来《医门法律》一书中的医德思想也是有不可或缺的影响。儒家传统文化中的人本思想是喻昌《医门法律》医德观念形成的重要前提。儒家的人本思想强调了人生命之宝贵的生命观，如在《孝经》中曾提及：“天地之性，人为贵。”正是这种以人为本的思想，喻昌钻研医术，博学精医，为救治病人的性命不断提升自己。喻昌自行医以来注重患者生命，组方用药皆为仔细考究，谨防失治，时痛惜庸医治病误人性命，遂通过《医门法律》揭露庸医误治之恶，强调医之使命，应以人为本，重视生命。

“医者笃于情”是儒家人本思想在《医门法律》中的重要体现，主张医者应对患者怀有深厚的感情，体恤患者，认真用心，竭力帮助，即做到“视人尤己”，使患者感到被人关心体恤。“老吾老，以及人之老；幼吾幼，以及人之幼”（《孟子·梁惠王上》）。喻昌将儒家推己及人的儒家思想运用于临床中，对病人“视人尤己”，是《医门法律》中“仁爱”思想的重要体现。“诚致问，明告以如此则善，如彼则败，谁甘死亡，而不降心以从耶”^[5]，其大致的意思是医者诚挚地询问患者，详细地将病情告知，并告诫患者哪些做法对疾病的治疗有益处，哪些做法对疾病的治疗不利，只要感情真挚做到视人尤己，医者与患者间的感情自然能够变得亲近，从而改善医患的交流沟通，令医生与患者彼此间的关系和睦。强调医者对待患者应犹如对待自己，行医过程必仔细询问、认真治疗。

2.1.2 佛教的“为善”思想 佛教思想重视积德行善，如在《法句经》中描述：“诸恶莫作，众善奉行，自

净其意，是诸佛教”。喻昌在佛门之中受其影响颇多，乐于助人，行医为善，同时对于世医者误治、乱售之乱象寄希望于佛门戒律，皆因其发现在佛门中戒律对僧侣有十分明显的约束作用，遂喻昌化佛门戒律为医之律法，规定了医者行医之规范、道德之准绳。佛门主张“善恶有报”，其善恶报应论渗透在社会伦理生活中，唤起了更多人的道德自觉和自律，使人们认识到“善恶报应也，悉我自业焉”，并认识到“思前因与后果，必修德而行仁”^[6]。通过佛教戒律的这种形式，喻昌在《医门法律》中强调了医者行善的必要性，令其不敢轻易犯戒。“医为人之司命，先奉大戒为入门”，《医门法律》全书阐论的病症共有16门，每门之下皆立律例若干条，以令人醒目，以不敢轻忽的“医之罪”“医杀之”“医之过”警戒医生，充分体现其“以律戒之，谨防失治”的医德规范思想。

2.2 乱世下的医者仁心 因值朝代更替之际，喻昌自佛门还俗后行医之途多见战乱纷起、瘟疫横行，所见之百姓疾苦繁多，更有听闻庸医行事致人家破人亡，喻昌对此感慨良多，既有对这乱世之争的愤懑，更是有对庸医害人的痛恨，对医之职责进行了深刻的思考。自宋后资本主义萌芽始出，人们的价值取向逐渐地发生了转移，数百年来“仁、义、礼、智、信”为主导的价值观念逐渐为重利轻义的价值取向所取代，特别是当这些重利轻义的人接触医学，利用医学为自身谋取私利时，便造成了诸多的医疗乱象。其“不知《内经》为何书，仲景为何人，王叔和所说何语，只恃简洁歌诀，记诵数行，某证用某方，率尔操觚，草菅人命”^[7]。对此，喻昌著书育人，一方面呼吁医者应博学精医，贫富同视，也告诫病家谨慎择医；另一方面对庸医所为进行大胆的披露和猛烈抨击。

2.3 临床实践中医德规范的树立 喻昌医德思想的形成与其临床的实践过程是密不可分的。在行医的过程中，喻昌见到百姓疾苦，由于连年的战争导致民不聊生，在无法满足自身生存需求的条件下更是难以花钱看病。喻昌于心不忍，其内心愿为患者治疗疾病的职业素养胜过了那对名利的追逐，基于此，喻昌的医德思想在临床中逐渐形成，常遇家境贫苦的患者便改方换药，在保证能起到最大疗效的前提下给予成本最低廉的药物，甚至偶有无力负担治疗费用的患者，喻昌便免其费用，遂其深受百姓的拥戴，其医德思想受此正面反馈便更加确立起来。

此外，《医门法律》中提到当时有世医者“浅者售”“伪者售”“圆滑者售”的乱象，喻昌对此种行径颇为不齿，在临床实践中不断地对自身进行自省，进而提出了为医立律，为医定法的医德思想。

临床实践是医者道德培养的重要途径，喻昌在自身的临床实践中通过与病人的接触，不断加深自身的道德思想，并体悟到医门戒律对医者不正之风的约束力，从而形成了《医门法律》及其医德思想。

3 结语

喻昌《医门法律》中所蕴含的医德思想对现今的医疗环境有积极的改进作用，近年来医患矛盾的出现愈发频繁并愈演愈烈，从2002年—2012年，全国的“医闹”事件年增长率为10%^[8]。这些都无一例外地反映了当前医患关系的紧张形势，在当今医患关系愈演愈烈的时代背景下，凸显的是医者利益观的扭曲和患者对医者的不信任。尽管有关部门积极地对医疗体系进行整改，协调医患之间的矛盾，但是从目前的成效看来其作用相当有限，究其原因，是医者缺失了传统医学人文中的道德内涵。医患关系的改善，必须依靠弘扬传统医德医风，提高医疗的人文性来改善。

本文通过对《医门法律》医德思想的研究与分析，从中梳理出其萌生形成到发展成熟的过程，对于当今医院的医德医风建设具有极其重要的借鉴意义，主要表现为以下两个方面：首先，喻昌在《医门法律》中为多种疾病制定了治疗法则，以此规范临床诊治，减少失治误治，从而实现其高尚的医德思想。特别是对于中医这门学科，由于依个人经验对患者进行诊治，往往在治疗方案上较难以统一，因此形成历史上中医多流派的发展趋势。而喻昌医德思想的创新性在于对中医体系提出规范化、标准化的诊疗法则，该思想在当今医患关系紧张的环境下，为减少医患纠纷，提升治疗效率具有重要意义。另一方面，喻昌《医门法律》中的“法律”非指国家之法律，而是自省之法律，书中强调“当为自讼之医”注重内省的思想，对提高当今医务人员自身医德修养具有借鉴意义。医当“先奉大戒为入门”，让医务人员在临床实践中自觉依照医德规范和原则进行自我对照、自我总结、自我批评，通过不断地纠正自身错误的思想观念，从而树立医德医风，把自己培养成医德高尚的医务人员。

参考文献

- [1]陈祖武.清代学术源流[M].北京:北京师范大学出版社,2012:9.
- [2]何兆雄.中国医德史[M].上海:上海医科大学出版社,1988:201.
- [3]喻嘉言.喻嘉言医学三书[M].蒋力生,叶明花,校注.北京:中医古籍出版社,2004:305.
- [4]何彩云.喻昌《医门法律》医德思想研究[D].广州:广州中医药大学,2017.
- [5]清·喻昌.医门法律[M].上海:上海科学技术出版社,1983:198.
- [6]王月清.中国佛教善恶报应论初探[J].南京大学学报(哲学·人文科学·社会科学版),1998(1):60-67.
- [7]张崇,王立.重订伤寒的临床家喻嘉言[M].北京:中国科学技术出版社,1989:2.
- [8]张晶.正式纠纷解决制度失效、牟利激励与情感触发——多面相中的“医闹”事件及其治理[J].公共管理学报,2017(1):61-74.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘霁堂 收稿日期:2018-07-10)

以中医执业医师分阶段考试为导向的 中医诊断学实践技能课程构建^{*}

于晓飞 王科军 董正平 叶 蕾^{*}

(山东省滨州医学院中西医结合学院, 山东 烟台 264003)

摘要:自2016年开始, 国家中医药管理局开展了中医类别执业医师分阶段考试实证研究。针对第一阶段中对实践基本技能的要求, 我校尝试重新构建中医诊断学实践课中舌诊、脉诊、病史采集三部分内容。本文详细介绍课程内容及实施过程。经过一段时间的教学实践, 提高了考核成绩、强化了学生临床操作技能基本功, 取得了相对满意的教学效果。

关键词:中医诊断学; 教学改革; 实践教学; 中医执业医师

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.018

文章编号:1672-2779(2018)-17-0039-02

The Construction of Practice Skill Course of Chinese Medicine Diagnostics According to Traditional Chinese Medicine Practitioner Multi-station Examination

YU Xiaofei, WANG Kejun, DONG Zhengping, YE Lei

(Institute of Integrated Medicine, Binzhou Medical University, Shandong Province, Yantai 264003, China)

Abstract: State Administration of Traditional Chinese Medicine has carried out empirical research about TCM practitioner multi-station examination since 2016. According to the requirements about the practice basic skills on the first stage, We try to build new TCM diagnostics Practice lessons about Tongue diagnosis, pulse diagnosis, medical history collection. This paper introduces the course content and implementation process in detail. After a period of teaching practice, we not only improved the examination result, but also strengthened the students' clinical operation skills. Relatively satisfactory teaching results have been achieved.

Keywords: TCM diagnostics; teaching reform; practice teaching; practicing physician of traditional Chinese medicine

自2016年开始, 国家中医药管理局中医执业医师资格认证中心以五年制(及以上)中医学、针灸推拿专业为研究对象, 开展了中医类别执业医师分阶段考试实证研究。我校分别于2017年、2018年参加了实证研究考核。第一阶段实践基本技能中的舌诊、脉诊及病史采集隶属中医诊断学教学内容。针对考试要求, 我校尝试重新构建中医诊断学实践课程的内容, 并取得了初步成效, 分享经验如下。

1 舌诊

1.1 舌诊操作 结合执业医师分阶段考试对舌诊操作的要求, 由教师带领复习相关理论知识。然后学生两两一组, 进行舌诊操作练习。由于舌诊主要靠视觉观察, 考官很难判断学生观察的顺序、内容等。为了便于考官采分, 要求学生在操作的过程中, 辅以语言描述操作步骤及观察内容等。练习结束后, 请同学进行操作示范, 其他同学观摩并查找操作过程中的错误。经过2至3组同学的示范及纠错, 绝大多数同学能够基本掌握舌诊的正确操作过程及要点。

1.2 舌象辨识 辨识和描述舌象是中医临床基本技能之一, 也是中医执业医师分阶段考试舌诊技能操作的要求。由

于接触真实病人较少, 学生缺乏感性认识和病例的累积, 对舌象的辨识存在一定困难。多接触多观察, 是解决舌象辨识这个教学难点的重要手段。在教学过程中, 主要通过展示舌诊图谱、观察真人舌象两种方式进行。

(1) 观察舌诊图谱。前期收集大量舌象照片, 选取其中约50张清晰、典型的制作成A4纸大小的彩色覆膜图谱。图谱每页正面是舌象图片, 背面是对应的舌象描述。学生在练习过程中, 先观察、描述正面的图片, 再与背面的正确描述进行比对。另外教学仪器舌诊仪中存有一定数量的舌象图片, 也可以作为学生舌象辨识练习的素材。(2) 采集和辨识真人舌象。要求学生采集不少于3张舌象照片, 所采集的舌象存在舌质、舌苔、或舌下络脉至少一方面的异常。在课堂上展示, 请其他同学给出舌象描述。由于舌象的收集需要一定的时间, 一般在理论课内容讲解结束后, 布置作业。被采集对象不限, 但不能为同一人。期间常常会经历清明、五一假期, 一些同学会在假期期间采集亲朋好友的舌象; 不能回家的同学可以采集同学、朋友的舌象。因此可操作性高, 完成度也很好。同学们不仅在实践操作中练习、熟悉了舌诊的操作, 也提高了对舌诊的兴趣。

2 脉诊

2.1 脉诊操作 由教师边讲解边示范脉诊的正确操作。结束后, 学生2人1组进行脉诊操作联系。操作过程中, 要求学生口述操作要领, 诊脉部位、手法(选指、运

^{*} 基金项目: 国家自然科学基金[No.81703983]; 山东省中医药科技发展计划[No.2015-269]; 山东省属本科高校教学改革研究项目(重点项目)[No.2015Z026]; 滨州医学院科研启动基金[No.BY2014KYQD14]

^{*} 通讯作者: 857080615@qq.com

指、布指等)及注意事项。教师逐一点评并纠正不规范的操作,直至学生能够正确掌握脉诊的操作。

2.2 脉象辨识 辨识脉象是脉诊的目的,需要依靠人手指的主观感觉进行,需要长期、大量的练习建立相应的指感,因此是中医四诊中最难掌握的诊法。根据中医执业医师分阶段考试的要求,脉诊操作结束需要对脉象作出诊断。由于学生参加考试时还未进入大五临床实习,动手实践机会少,这就要求脉象识别训练要在中医诊断学实践部分完成。在见习基地及机会相对不足的情况下,借助现代化脉象模拟装置与脉诊仪增强学生体会。

(1) 脉象模拟装置强化指感。脉象模型装置可以模拟典型脉象,学生通过触按感知脉象,指感相对逼真。通过反复训练实践,可以在短时间内强化脉象指感,继而辨识典型脉象^[1]。(2) 借助脉诊仪采集、诊断脉象,体会真人脉象。首先,教师介绍脉诊仪及其操作方法,然后进行操作示范。当学生掌握操作方法后两两一组,借助脉诊仪采集脉象。当脉诊仪诊断为某一典型脉象时,请同学之间进行脉诊操作,互摸互练,体会真人的脉象指感。由于学生绝大多数身体健康,脉象多为生理性,因此这一实践存在一定的局限性,但可以在一定程度上与脉象模拟装置进行互补。

3 病史采集

病史采集是中医执业医师分阶段考试的重要内容(占总分40%),共两站:第一站是中医内科常见病证,第二站是中医外科、妇科、儿科常见病证。重点考察学生合理利用望闻问切四诊收集病情资料的能力。实践教学通过以下3个环节实现:

(1) 录制、观摩视频。筛选门诊及住院常见典型病例各1例,经患者同意后,配合经验丰富的临床医生进行录制。录制前根据病史采集要求及具体病情撰写脚本,以免有内容遗漏及疏忽。录制过程严格按照脚本进行。课堂上学生通过观摩视频,进一步熟悉病史采集的过程及内容,增加感性认识。(2) 模拟问诊及病例分析。每个同学提前准备1个病例并撰写详细的病史采集脚本,内容包括引言、主诉、现病史(主要症状的特点、病因与诱因、伴随症状、病情的发展与演变、诊疗经过、一般情况)、过去史(相关病史、药物过敏史、手术、外伤史)、个人史、家族史、结束语等。为更真实地模拟临床实际,不提前泄露病例,问诊分组采用课堂上临时抽签方式进行。2人1组,分别扮演医生与标准化病人,根据准备好的脚本进行模拟问诊。一人结束后角色互换,另一人再进行问诊。问诊过程中,教师及观看同学旁听、记录、评分,问诊结束后进行点评^[2]。对主诉及现病史的提问往往是医生诊断与鉴别诊断的思辨过程,是问诊的重点和难点。课堂中辅以病例分析,可以帮助学生进一步掌握问诊技巧。问诊结束后,请观看同学进行病例分析,完善病史采集内容。中医执业医师分阶段考试中病史采

集是由标准化病人配合完成,其中职业素质及人文关怀方面由标准化病人进行评分。模拟问诊过程中,每名同学不仅是医生,也都是标准化病人,能够对不同角色产生更真实的体会,有利于良好个人职业素质的养成。(3) 引入真实病人。在模拟问诊中,同学们作为标准化病人配合“医生”(医学生)陈述病情,却难以真实呈现“剧本病例”的面象、舌象和脉象。为了解决标准化病人的局限性,尝试引入真实病人^[3]。病人的选择:前来办公室,或是打来电话,寻求治疗的本校学生。从中选择临床表现、病证类型典型,并且表达能力较强,有意愿参与合作者。实践步骤:首先简要介绍病人,讲解实践目的和步骤。然后推选出一位代表进行问诊,问诊结束后其他同学可以作补充问诊。问诊结束后所有同学们轮流进行舌诊和脉诊。整个过程,所有同学做好笔记。真实病人离开课堂后,要求每一位同学书写门诊病历,内容包括:一般情况(姓名、性别、年龄),主诉,现病史(包含舌象、脉象),既往史,辨证,辨证分析。请2位同学上台分享,同学们提问互动。最后由教师进行点评,并分享自己的诊断和辨证依据,学生提问互动。

4 小结

中医执业医师分阶段考试尚处于实证阶段,是对现有考试形式的改革和有益尝试。即把现行的执业医师考试分为两个阶段:第一阶段考试安排在院校学生完成课程学习后、临床实习前进行,分为基本知识考试和临床基本技能考试。成绩合格者可以进行临床实习。第一阶段考试直接影响第二阶段考试,合格才能有资格参加第二阶段考试。第二阶段考试仍按目前规定时间进行。中医执业医师分阶段考试的目的仍然是加强中医医师队伍建设,提高其职业道德和业务素质。第一阶段考试设置在进入临床实习前这个节点进行,一方面有利于理论知识的巩固,另一方面强化了临床操作技能基本功,为顺利进入临床实习夯实了基础。

本文所述课程主要针对第一阶段临床基本技能设计。围绕考试内容及要求设计中医诊断学实践技能课,不仅更有针对性,同时也符合医学教育中加强对医学生实践能力培养的要求。目前,学校已参加了2次第一阶段考试(2017年、2018年)。第二次临床基本技能考试结束后,考官普遍反映学生的实践能力明显高于第一次,教学改革初见成效。在今后的工作中,继续以执业医师规范化考核为导向,设计更丰富的实践教学内容,增加学生动手机会,从而全面提高学生的中医临床诊疗水平。

参考文献

- [1]张锁,师建平,吴扬.基于卓越医生本科培养——中医诊断学四诊技能实训课程建设与实践改革探讨[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(5):44-45.
- [2]巴哈尔·哈德尔,王晓林,陈玉萍,等.《中医诊断学》模拟问诊实验教学的优劣研究[J].新疆中医药,2013,31(1):49-50.
- [3]董正平,丁晓洁,王斌胜,等.中医诊断学实践教学引入真实病人的尝试和体会[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(10):95-96.

(本文编辑:张文娟 本文校对:于京平 收稿日期:2018-06-08)

新疆中医人才培养模式构建的研究※

顾仁艳 热依汗古丽·乌修尔 由丽娜

(新疆医科大学第五附属医院中医科, 新疆 乌鲁木齐 830011)

摘要: 在分析新疆中医人才培养模式现状的基础上, 提出了新疆中医人才培养模式框架, 从人才培养的定位、课程建设、教学方法的建设、师资队伍的建设、实践教学的建设、人才培养质量的评价体系等方面入手, 为构建具有新疆特色的中医人才培养模式提供了方向和理论支持。

关键词: 新疆; 中医人才; 培养模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.019

文章编号: 1672-2779(2018)-17-0041-03

Study on the Construction of Talent Cultivating Mode for Traditional Chinese Medicine in Xinjiang

GU Renyan, WUXIUER Reyihanguli, YOU Lina

(Department of Traditional Chinese Medicine, the Fifth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi, Xinjiang 830011, China)

Abstract: On the basis of analyzing the condition of talent cultivating mode for TCM in Xinjiang, talent cultivating mode of TCM in Xinjiang is put forward. With discussion on some aspects such as position of talent cultivating, course construct, teaching methods construct, teaching team construct, practical teaching construct, and quality evaluation system of talent cultivating. To offer the direction and theoretical support for building characteristic talent cultivating mode of TCM in Xinjiang.

Keywords: Xinjiang; traditional Chinese medicine talent; cultivating mode

随着医学模式的转变, 中医人才培养模式也发生了深刻的变化。主要体现在: 从以疾病为中心转向以人的健康为中心; 从以病人为中心转向以个人、家庭和群体为中心; 从以医院为中心转向以社区为中心; 从以照顾病人为中心转向以健康促进、疾病预防和康复治疗相结合的卫生保健为中心^[1]。同时, 医生的角色也向多元化发展, 他们除了是医疗诊治者的角色, 还是医学教育者、医学科研者、健康管理师、预防保健提供者和终身学习者的角色。顺应医学模式的转变不仅有利于发展中医药事业, 还能在西医盛行的今天, 提高中医药在医学领域的地位, 真正做到习总书记强调的“中西医并重, 中医药互为补充, 协调发展”^[2]。

医学模式和医生角色的多元化改变要求对传统的中医教育模式进行相应的改革。研究探索出一条既符合中医医疗工作现状的要求, 又立足于中医药的长远发展的道路迫在眉睫, 根据人民群众对中医人才的需求, 做好顶层设计, 推动健康中国的建设。随着“一带一路”战略的深入实施、西部大开发的持续进行, 以中医为代表的中华文化正沿着新时代的丝绸之路, 被沿线国家、地区的人民认识和了解, 这为中医药文化“走出去”战略提供了难得契机, 中医的影响力在逐渐提高, 说明中医学发展已经越来越国际化、全球化, 也看得出中医将有更广阔的发展空间, 这就对新疆中医人才的培养提出了更高的要求。

1 新疆中医人才培养模式的现状和分析

当前, 新疆中医人才的培养大部分是通过院校教育

培养出来的, 给新疆中医特色医疗卫生服务体系的构建做出了很大的贡献。但是, 目前院校的毕业生的技能水平普遍满足不了社会需求, 毕业生的技能与岗位需求不完全匹配, 工作岗位较多, 但适合自身的条件和水平的岗位却不多, 这就对中医人才提出了更高的要求。当然, 还有一小部分中医人才是通过中医师承教育培养出来的。由于传承人数太少且局限于某些区域, 因此, 这种传承方式只是人才培养的小道。这种一对一的培养模式培养出的中医人才有着较强的技能, 但数量有限。目前, 新疆地区对中医人才的需求日益增加, 逐渐成为国内外共同存在和面临的问题, 随着“一带一路”倡议的提出和实施, 在新疆中医人才也日益受到更广泛关注。要想为社会公众提供更好的中医医疗卫生服务水平, 不仅要求培养一定数量的中医人才, 也要求培养高质量中医人才, 既掌握丰富的中医知识, 又有较强的专业技能, 并在中医科研领域中取得重大突破和进展的人才。

因此, 新疆中医人才培养模式的改革具有重要的意义。新疆中医院校要以本地区的经济、社会和行业需求为导向培养中医人才, 使其具备较强的科研能力与专业技能。目前, 新疆中医人才培养过程中存在着培养目标不明确, 原有的中医人才培养模式存在着缺陷与不足, 例如教学模式的单一化, 中医临床实践操作和其理论基础之间不能很好地衔接, 课程设置中对真正有意义的中医理论、中医临床等课程安排的比例较低, 中医传承不足, 师资能力不强, 临床实践中对临床技能操作的培养和锻炼不够, 理论和实践的创新意识不强, 地域特色不突出等问题, 新疆中医人才的输出在质量和数量上都不能满足社会需求。因此, 要想培养出更适应新疆地区的中医人才, 就必须对中医

※ 基金项目: 中华医学会医学教育分会和中国高等教育学会医学教育专业委员会医学教育研究立项课题【No.2016B-ZY022】

人才培养模式进行改革。

2 新疆中医人才培养模式模型的构建

新疆中医高等院校是新疆中医人才培养的基地,人才基本素质的构成内容,体现了高校对人才培养的基本要求。中医医疗及相关单位是中医人才输出的主战场,人才基本素质的构成内容,也体现了中医医疗及相关单位对人才培养和引进的基本要求。中医人才基本素质的构成内容是否合理、科学,直接影响到中医医疗及相关单位在引进人才时的甄选质量以及人才培养的质量。以保证提高中医教学质量、促进就业质量为目标,建立一个目标明确,对人才培养过程进行实时监控,对培养结果具有反馈机制的系统模型,主要从以下三个方面进行构建。

2.1 输入环节 进行人才培养的定位 从就业相关用人单位的实际工作过程中对岗位、技能的实际要求,制定相关的人才培养方案,保证专业定位的准确性,使专业建设、培养方向更适合就业的需求,根据用人单位的用工要求调整人才培养方案,调整专业方向。

2.1.1 中医人才培养的目标 培养掌握具有扎实的中医理论功底、丰富的中医临证能力、必备的现代医学知识、熟练的专业操作技能以及良好有效的医患沟通、科研创新能力,并成为以下方面的人才:(1)能从事中医辨证论治的临床工作人才;(2)能从事中医教学及管理工作的管理人才;(3)能从事中医科研工作的人才;(4)能从事中医预防保健的人才;(5)能提供中医健康教育及咨询的人才。

2.1.2 中医人才培养的要求 (1)掌握中医理论、中医临床必需的医学知识、现代医学的相关知识和中医医疗操作技能。(2)掌握中医临证方法,以患者为中心,运用中医望、闻、问、切收集患者的相关资料,分析和诊断相关健康问题,制定治疗措施,开展中医临床工作。(3)熟练运用中医预防保健知识,进行健康宣教,根据人们对健康的不同需求,向个体、家庭、社区提供中医药保健服务和相关健康咨询。(4)了解中医学及现代医学最新前沿及发展,积极参与科研工作。

2.2 培养环节 完成人才培养的全过程。

2.2.1 课程建设 课程设置中将提高真正有意义的中医理论、中医临床以及中医经典著作的课程安排的比例,并正确处理中医理论教学与实践教学的关系,把实践课提升到与理论课同等重要的地位,让学生通过实践教学,特别是临床实习阶段来巩固和内化所学的中医知识和技能。以整合课程为基础,以培养能力为目标,打破各个学科之间的界限,完善适应不同年级学生的医学基本操作技能手册的编写与实施。同时结合新疆少数民族高发心血管疾病、肿瘤疾病、包虫病等,而中医治疗新疆地方病的优势和特色需要有相关的教材的编写及课程的讲授。

2.2.2 教学方法的建设 不断丰富和拓展课堂教学方法,改变传统的单向灌输式教学方法,多采用现代的双向开放式、讨论式、参与式等教学方法。注重理论与实践的有机结合,针对不同的专业理论,通过教师的临床示教,使学生掌握基本操作流程,掌握正确的操作方法。结合临床教学见习、实习,使学生对患者疾病本身及患者的真实治疗目的有所了解,并能将学校学到的理论知识与临床的实际操作联系起来,达到学以致用目的。

2.2.3 师资队伍的建设 多元化的中医人才的培养,需采用专职教师与兼职教师相结合、老年教师与中青年教师相搭配、高级职称教师与初、中级职称教师相补充的模式。现有的专职教师必须具有扎实的中医理论和实践基础知识,而兼职教师必须具有丰富的中医临床经验。师资队伍的结构中既需要有临床和教学经验丰富的老年教师,又需要有了解医学最新进展和具有生动活泼的教学特点的中青年教师。职称结构中既需要有高级职称的教师以适应未来专业发展的需求,又需要有初、中级职称教师来强化学生专业技能的训练。在师资队伍的建设中,要组建一支由专业教师和实验教师组成的教学团队,保障理论知识和实践教学的顺利开展。

2.2.4 实践教学的建设 实践教学的建设,是对理论学习的巩固和加强,也是对中医临证技能的培养和锻炼。既要充分展现中医医疗岗位的实际要求,又要助于培养中医人才综合素质的要求,形成一个层次分明、目的明确的实践教学体系。即在开始学习中医及相关基础课程的同时,尽早让学生们接触临床,只有这种从理论到实践,再从实践到理论的不反复的过程中,才能使得理论和实践真正地有机结合,大大提高学生对中医专业学习的兴趣,使学生真正深刻地理解中医的理论知识,在此基础上才能加强对中医临证技能的运用,同时也为学生们创新能力的培养提供契机。

2.3 输出环节 进行人才培养质量的评价 中医的人才培养质量评价,应符合中医的自身规律,这就需要其评价体系具有差异性、层次性及多元性。人才培养的质量评价不仅对教育机构本身进行评价,还应有学校、学生、用人单位这些主体的共同参与。教学机构应对教师的教学态度、教学方法、教学内容、教学效果等进行监督、评价;对于学生本身,教学机构也应对学生的学习态度、学习内容及学习质量进行监测;学生就业后用人单位对学校培养出的人才的综合临证技能、岗位胜任能力等进行跟踪调查及评价。

首先,制定人才培养质量评价体系的标准。根据人才培养的目标规格,制定包括专业建设、课程设置、课堂教学、实践教学等一系列的质量评价体系,突破传统质量观念,构建“多层次、多反馈、多方参与”的教学监控体系。其次,切实可靠地监控人才质量。不拘泥于

传统教学评估体系中以学生分数的高低作为评价学生能力的标准,而应从学生的综合素质来判断。在思想素质上,考核学生是否热爱中医事业,具有为人类健康服务的奉献精神以及团队协作精神;在职业素质上,考核学生是否尊重病人的隐私,并积极与患者及其家属进行有效的沟通;在专业素质上,考核学生是否掌握了中医学的理论知识及相关操作技能,能否熟练地运用于临床中,是否掌握对急、危、重症病人的应急处理、实施抢救的能力。最后,人才培养的质量的评价,要符合用人单位就业质量的标准,根据社会及用人单位的反馈,及时调整专业方向、课程内容。

综上,对人才培养质量进行科学、合理的评价,需要学校、学生、用人单位这些主体的共同参与,才能形成高质量的、良性循环的人才培养模型。

3 结语

中医药教育不仅是我国中医药事业的重要组成部分,也是整个国民教育事业和现代化建设事业的重要组成部分,它关系到我国整体卫生保健水平和综合国力的提升,关系到经济繁荣、社会进步、人民生活质

量的提高,关系到我国优秀传统文化的传承^[9]。随着“一带一路”倡议的提出和实施,中国与沿线国家非常重视中医药领域的合作,在这种情况下,新疆需紧抓“一带一路”的机遇,构建完善的中医人才培养体系,加速新疆中医人才的培养,以满足新疆中医事业发展的需求。

新疆中医人才培养模式的构建,必须坚持中医人才培养模式的创新与人民群众日益增长的中医药健康需求相统一,必须立足于中医教育的长远发展需求和人类健康的发展需要,着力培养出有特色、高质量的中医人才。目前,新疆中医人才培养模式模型的构建仍然处于探索阶段,如何构建既能突显中医药特色,又能体现新疆地域特点,还能满足中医院校实际教学需求的中医人才培养体系,有待进一步探讨和研究。

参考文献

- [1]孙雪萍.中医院校护理学专业课程设置改革的构想[J].云南中医学院学报,2009,32(2):62-64.
- [2]潘秋予.现代医学模式下中医药事业发展构想[J].中国医疗管理科学,2017,7(5):5-10.
- [3]许时良,陈慧珍.中医人才培养模式的思考[J].中医药管理杂志,2017,25(22):75-76.

(本文编辑:张文娟 本文校对:胡永东 收稿日期:2018-05-25)

整合医学模式下中药模拟药房的建设与思考^{*}

谢伟 周丹 周鹏^{*} 刘睿^{*}

(天津中医药大学中医学院临床中药教研室,天津 300193)

摘要:本文在整合医学理念的指导下,结合模拟药房实训教学现状,提出可利用模拟药房作为教学平台和载体,针对实践教学过程中各个阶段,采用不同的教学手段和方法,从医院药学实践、药品质量管理、药店经营管理和药品营销等方面开展中医药相关课程,或相邻学科间更高层次的整合与优化,并可因人、因时、因地进行调整,以期推动特色化课程整合和学科融合,提高学生的整合学习能力,探索和构建符合中医药学科特点的课程教学模式。

关键词:整合医学;模拟药房;中药;整合课程;实践教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.020

文章编号:1672-2779(2018)-17-0043-03

Construction and Thinking of Simulated Pharmacy in Traditional Chinese Medicine under Holistic Integrative Medicine

XIE Wei, ZHOU Dan, ZHOU Peng^{*}, LIU Rui^{*}

(Department of Clinical Chinese Materia Medica, College of Traditional Chinese Medicine, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

Abstract: According to the actual condition of simulated pharmacy and under the guidance of holistic integrative medicine, the paper probes into the contents and forms of practical teaching in simulated pharmacy by different teaching methods and forms. For example, in each stage of practical teaching, the pharmacy education was conducted by the aspects of hospital pharmacy practice, drug quality management, pharmacy management, drug marketing. Therefore the author think that they are useful in developing students' learning capacity, curriculum integration and multi-disciplinary integration. Meanwhile, they are useful in exploring and constructing new instruction models with the guide of holistic integrative medicine.

Keywords: holistic integrative medicine; simulated pharmacy; traditional Chinese medicine; integrated curriculum; practical teaching

伴随着以“以患者为中心”的新型医院药房服务模式和“以患者为核心”的整合医学模式转变,在整合理念引领下的医药学科课程改革迎来了新的研究热潮。这

引起了广大中医药教育者的深入思考,如何才能在整合理念的指导下,利用模拟药房开展中医药相关课程或相邻学科间的整合优化,培养中药学类专业学生综合运用理论知识和技能解决实际问题的能力,全面提升他们的专业核心竞争能力,适合现代医药单位对药学人才综合素质的新需求呢?本文结合当前模拟药房实训教学现

^{*} 基金项目:中国工程院咨询研究项目[No.2018-ZD-001]

^{*} 通讯作者:zhoupeng346@126.com;lr_8000@163.com

状,针对其中的热点和难点提出了几点教学思考。

1 整合理念和模拟药房教学的有机结合

模拟药房是依照国家《药品经营质量管理规范》(简称GSP)标准建立的模拟实践/实训的教学平台和载体^[1]。对于国内各大中医药院校而言,开展模拟药房教学需要模拟现实药房的药品管理、处方调剂、药品咨询、用药评价、药店经营管理等多个工作岗位,其中涉及医、药专业众多相关学科知识和技能的应用。由于目前我国大多数中医药院校仍实施以学科为中心的教育模式,导致传统实训教学课程设置缺乏系统性及整体优化,很难开设与各课程相互融合优化的综合实训课程,不利于学生的实践技能和综合能力的提高。因此,我们可以在充分调研的基础上,根据中药学类专业人才培养的目标定位和要求,按照“整体优化,分段设计”的原则,利用模拟药房平台优化整合实训课程教学,如针对低年级开设基本技能实训课程、针对中间年级开设专业实训课程、针对高年级开设综合技能实训课程。不仅能使理论教学和实训教学紧密联系,避免脱节;还能使实训课程横向关联,优化整合,避免重复^[2]。此外还可以利用该平台广泛开展各种操作技能比赛和职业技能鉴定等活动,以期培养和完成学生医院药学实践能力、药品质量管理、药店经营管理与药品营销实践能力等专业核心能力的整合优化。

2 整合理念与模拟药房教学结合的优势

在整合理念指导下的模拟药房教学可以培养学生以整合为主导的思维模式。我们可以利用模拟药房的教学手段,将医、药专业相关学科的基础知识融入模拟药房的实践教学,让学生运用学习的医药学专业知识广泛参与指导药品管理、处方调剂、药品咨询、用药评价、药店经营管理等各个工作环节,在能力培养的基础上,融会贯通多学科知识和技术,提高学生解决实际问题的能力。

2.1 在药品管理环节 学生可通过模拟药房熟悉店员、药师、养护员、验收员、质量管理员等各岗位职责和管理制度,整合学习药品验收、分区分类陈列、养护管理、经营管理等相关知识和实践技能。

2.2 在中药斗谱编排环节 学生可以通过参与药柜和药斗的合理设置和快速查药调剂以确保用药安全有效的实战场景操练,优化整合中药学、中药鉴定学、中药炮制学、方剂学、中药调剂学各学科理论知识和实践技能。如通过中药斗谱的编排和查找可整合优化药物的性能特点、质地用量、种类来源,经典方剂的配伍规律和临床医生的特色用药等理论知识^[3]。

2.3 在中药调剂环节 学生还可以自由选择时间到模拟药房进行实物认药训练,解决学药而不认药的问题,如通过眼看、手摸、鼻闻、口尝、水试、火试、荧光显

示等方法直接观察药材、饮片或炮制品的形、色、气、味等特征。还能通过辨识中药饮片特征和真伪的训练,带动中药学、中药鉴定学、中药炮制学等多学科基础知识和实用技能的整合优化,如鉴别功效或形状相似药物:山药和天花粉、炙甘草和炙黄芪等,或相反、相畏药物:丁香与郁金,乌头类与半夏类的各种炮制品,进而增强学生辨药用药的整合实践能力。

2.4 在药品咨询和用药评价环节 学生可利用模拟药房开展情景教学,采用角色扮演法,针对感冒、咳嗽、胃炎、腹泻等临床常见疾病和症状进行问病荐药训练,指导患者合理用药;还可结合患者的年龄、性别、疾病等具体情况,精心设计各种不合理的处方,考察学生看诊断,查用药的处方点评能力,以利于培养学生独立开展医院药学工作的能力^[4]。

3 整合理念与模拟药房教学结合的局限性

在整合理念指导下的模拟药房教学可以融会贯通多学科知识,开展“教、学、做”一体化的实践教学,取得较好的教学效果,但也存在一些问题:如利用模拟药房开展的整合教学方案较混乱,具体整合路径和程度缺乏科学规范,整合方案制定的依据和评价标准不统一等^[5]。而且,现代中医临床整合用药思想是在掌握疾病的发生发展规律和用药规律,并因人、因时、因地进行调整后,重新构建的“症状-病-证-理-法-整合用药”用药框架^[6],若仅开展简单的问病荐药训练,很难切合临床实用,提高学生的医药实践能力。因此我们是否可以利用模拟药房,采用不同的教学方法和手段,针对实践教学过程中各个阶段,从医院药学实践、药品质量管理、药店经营管理等方面开展中医药相关课程,或相邻学科间更高层次的整合与优化,并可建立客观有效的评价体系,因人、因时、因地进行调整,以此推动特色化课程整合和学科融合,进而提高学生的整合学习能力,取得较好的教学效果,促进中医药各学科的发展,适合现代临床医药实践的需求呢?这些确实值得我们这些医药工作者进一步思考和注意。

4 深化整合理念和模拟药房教学结合的对策研究

由于模拟药房教学模式的理想化和简单化,自然会导致我们利用模拟药房开展的整合教学与真实世界的医药市场现况脱节,因此我们需要进一步创造条件深化教学改革,完善教学环节和标准,加强教学考核,提高实践教学质量,增强学生社会就业的核心竞争力。具体如下。

4.1 开展模拟药材市场的开放式教学 目前中药市场中存在中药品种混乱,真伪难辨,以次充优;一药数法,因地制宜;质量控制,各行其是等众多问题,即使是专门研究的资深专家也很难一眼辨清真伪优劣。所以我们需要创造条件,组织师生开展实地辨认药用植物、定期进行中药材市场调查、增加常用药材或贵重药材

伪品、次品和混淆品的鉴别,设计实用性较强的开放性实验,或针对专业基础较好的学生设计专题性实验或问病荐药训练,促使中医学各科知识和技术进行创新性整合优化,在综合性“温故”和提高性“知新”的基础上,促进学生整合学习能力的形成,全面提升学生的实践、应用与创新能力^[7-9]。

4.2 开展新时代交流模式的模拟教学 药品咨询服务不仅存在药师与患者之间,还存在药师与医师、药师与护士之间。而且咨询的方式多样,除了传统的面对面交流、书面沟通等,还包括电话、短信、微信等新时代交流模式,因此,我们可以设计不同的情境,灵活选用新时代交流模式,开展问病荐药、处方点评等实训,从而实现理法方药的融会贯通,提高学生的问病荐药技能^[4,9]。

4.3 开展医药管理软件教学 医院药房管理多存在药品种类繁多,库存积压,损耗量大、资金占用多,药品更新慢等问题。因此,如果学生能利用模拟药房学习并熟练掌握医药管理软件,就可以通过强化对药品的进销存、药品信息和质量管理、药店财务和经营分析等各个岗位和工作环节的系统训练,带动药品质量管理、药店经营管理与药品营销等相关知识和技能的整体优化,继而切实提高医药管理效率和水平^[10]。

5 结语

综上所述,虽然目前利用模拟药房进行整合教学改革理论与实践尚不完善,需要探讨的问题还有很多,但是因其投资少、利用率高、教学效果好,能满足中医药课程与学科全面优化整合的发展趋势,还是值得我们在国内同类教学实训建设中进一步推广和完善。

参考文献

- [1]李霁,杨长青,于锋,等.模拟药房实训体系建设初探[J].药学教育,2016,32(1):69-72.
- [2]张大伟,常征辉,李建生.中医学类专业临床技能实训课程体系建设及教学改革实践[J].中医杂志,2017,58(2):179-181.
- [3]翟华强,王燕平,金世元,等.略论中药斗谱的合理设置[J].中国中药杂志,2012,37(15):2330-2332.
- [4]尹桂华.模拟药房教学实践[J].中国药房,2012,23(8):765-766.
- [5]曾逸笛,曹泽标,杜佳,等.中西医结合诊疗方案的探讨[J].中国中西医结合杂志,2016,36(5):517-521.
- [6]刘尚建,王停,荆鲁.论现代中医临床整合用药[J].中国中药杂志,2006,31(11):947-949.
- [7]丁选胜,于锋,林生,等.模拟药房实践教学内容与形式的探讨[J].西北药学教育,2011,19(5):1022-1024.
- [8]张蕊,乐巍,吴德康.学生模拟药房工作的探索[J].时珍国医国药,2010,21(5):1226-1227.
- [9]方玲,金华,周鹏.基于PBL的临床中药学实训教学改革探讨[J].长春中医药大学学报,2011,27(3):504-505.
- [10]吴佳新.GSP模拟药房的建设与利用探讨[J].时珍国医国药,2014,25(12):3037-3038.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘洋 收稿日期:2018-06-05)

中国医学史形成性考核方式探讨与实践※

田艳霞

(河南中医药大学医史文献教研室,河南 郑州 450046)

摘要:中国医学史课程的性质和特点决定了其采用形成性评价的考核方式,更加有利于教学效果和学习效果的提高。在该课程考核方式的改革探索与实践过程中,河南中医药大学医学史教研室根据课程性质和形成性评价的考核原则,做好考核内容的设计,将考核和教学过程中的每一个环节结合起来,采用书面考核和口头考核的方法,增加学生互评、自评和小组评价等环节,达到了较好的效果。

关键词:中国医学史;形成性评价;考核方式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.021

文章编号:1672-2779(2018)-17-0045-03

Exploration and Practice on Formative Assessment of Chinese Medical History

TIAN Yanxia

(Department of Medical History, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: The nature and characteristics of the course of Chinese medical history determine the evaluation method of the formative assessment, which is more conducive to the improvement of teaching effect and learning effect. In the exploration and practice, the reform of the curriculum evaluation mode of Henan university of traditional Chinese medical according to the nature of the course of teaching and research section and formative assessment evaluation principle, completes the inspection content design, will assess and every link in the process of teaching, adopt the method of written test and oral test, increase students' mutual assessment, self-assessment and group assessment, achieved good effects.

Keywords: Chinese medical history; formative assessment; evaluation mode

1 中国医学史课程性质和考核方式

中国医学史是一门讲述中医药学的起源、形成、

发展历史和发展规律的课程,教学对象主要是医学专业的一年级新生。它不仅要向学生介绍中医学发展的历史,还有着引导学生入门、启发学生掌握中医思维能力的作用。它不同于其他医学基础课程,不以传授医学基本知识为目的,因此,传统的以掌握知识熟

※ 基金项目:河南中医药大学中医基石学科教研项目【No. 2016JSX06】

练程度作为衡量学生成绩标准的考核形式,就不太适合该课程的考核。

形成性评价,主要针对学生日常学习过程中的表现、所取得的成绩以及所反映出的情感、态度、策略等方面的发展来做出评价,是对学生学习全过程的持续观察、记录、反思而做出的发展性评价。其目的是激励学生学习,帮助学生有效调控自己的学习过程,使学生获得成就感,增强自信心,培养合作精神。该概念于1967年由美国哈佛大学的斯克里文在其所著的《评价方法论》一书中首先提出来,美国教育学家布卢姆将其引入教学领域^[1]。采用这种考核方式,能够全面考核学生的学习能力、理解能力、运用能力以及创新能力,可以及时了解学生的学习情况、改进教学方法、提高教学效果。医学史课程的性质和特点决定了采用这种考核方式,更加相得益彰。

2 中国医学史课程形成性考核具体实施方式

2.1 形成性考核项目构成及分值 2009年以来,河南中医药大学医学史教研室秉持“以学生为中心”的教育理念,结合中国医学史课程的性质和特点,对该门课程考核形式进行了改革探索与实践。在其后具体的实施过程中,又持续地根据教学效果、学生反馈、考核成绩等,不断修正考核项目的构成和分值,最终形成了形成性与终结性考核并重、口头测试与书面测试结合,教师评价、小组评价和学生自评、互评等多种评价方式并行的考核方式。

该课程的考核内容主要包括以下四个部分,体现于中国医学史教学过程中每一个环节。

项目一:包括考勤、提问等方面内容。

项目二:包括平时作业、阶段性测验等方面内容。

项目三:包括专题讨论、小组学习、学习记录、自评、互评、教师评价等方面内容。

项目四:期末考核,包括其它自选形式考核方式。

考核成绩所占比例如表1:

表1 各项目所占比例 (%)

项目一	项目二	项目三	项目四	合计
20	20	30	30	100

2.2 考勤、提问的考核 形成性考核方式强调的是将测评贯穿到教学的全过程,以此来掌握学生的学习情况,课堂授课是教学过程最重要的内容,我们对这部分考核采用的是考勤和提问两种形式,每项分别占总成绩的10%。考勤采取由老师不定时点名(包括课堂随机提问和随堂作业,分数分别计入考勤和其他相应考核项目),班长课前全班点名两种形式进行。老师的随机提问和随堂作业,如果学生没在课堂也算缺勤。考勤成绩满分10分,学生1次不到扣4分,学生3次以上(含3次)未到,考勤成绩为0分。教师通过提问这种考核方式可以了解学生对本门课知识点的掌握程度,根据学生回答问题情况分别给以相应分数,满分也是10分。

中国医学史在我校一般都是大班授课,因此老师要尽量保证每位学生回答1~2次问题。学生积极主动回答问题,可酌情加分。

2.3 平时作业考核 布卢姆认为,形成性评价最重要的价值在于当学生学习每个单元的科目内容及各种行为时所能向他们提供的帮助。在单元教学结束时,可以采用单元阶段性形成评价。具体的方式可以采用单元测试或小考的形式,来检查学生是否达到教学大纲中规定的教学目标和要求,以便改进措施,使下一单元的教学能顺利实施^[2]。我们在这一项目设置了平时作业这一考核内容,主要考察学生对前一阶段教材学习的掌握情况,除了测试一些重要医学史人物、著作、事件及医学发展规律之外,还会以指导学生查找资料、撰写医学史小论文等形式进行。一般每学期根据教材进度会设置2~3次作业,其中有一次会安排在随堂进行。随堂测试有两个目的,一是对学习内容阶段性测试;一是可以结合项目一进行考勤,不用次次点名,引起学生反感。通过学生平时作业的写作,达到及时掌握学生学习情况、培养学生写作能力的目的。

2.4 讨论课考核 我们将讨论式教学方式引入中国医学史课程教学中,主要以个人或小组合作、课堂之上和课堂之外相结合的方式。此项考核可以考查学生的综合能力和综合素质,考查学生的口头表达能力和团队合作能力。教研室在学期初集体备课时,从中医发展的历史进程中拟定出本学期所要讨论的题目,具体以小组讨论、分组辩论和PPT展示三种方式。如第一章“医药起源论”就采用了课外讨论的形式,通过学生自己课外查找资料、总结观点,然后以小组讨论的方式,形成小组的观点,最终课上展示。对一些热点问题或学生感兴趣的问题,如“近代中西医发展之路”“如何认识中医科学性”等可组织学生演讲或辩论。同时,在学期之始,我们会给学生一个医学古籍的书目,学生从中选一本进行课后阅读,然后以“读医书,谈心得”来做个人的PPT展示。讨论式教学方式可以促使学生自主性、探索性学习,让学生去思考,去研究,通过讨论辨析,可以更清楚、更深刻地理解正确的认识,摒弃错误的观点,也培养了学生思维的深刻性。此项考核指标占总成绩的30%,每次可根据情况分别给以优秀10~9分,良好8~7分,及格6分,不及格5分以下等四种情况。

形成性评价还注重让学生“从被动接受评价转变成评价的主体和积极参与者”,因此在考核过程中,也鼓励学生积极参与进来,增加了学生自评、小组互评等方式。学生自评主要是学生对自己的学习策略,努力程度和学习效果等做出的一个自我评价。互相评价主要以小组为单位,小组成员之间所做的评价。为了减少评价的主观性和随意性,我们将每一个评价标准进行量化,如讨论课量化计分标准如表2。

表2 讨论评分细则

优秀	良好	及格	不及格
观点正确,论证充分,思路清晰,逻辑性强,语言表达流畅	观点正确,论证较充分,思路较清晰,语言表达较流畅	观点正确,论证不太充分,有一定内容,基本能完整讲述	偏离主题,观点错误,思路混乱,语言混乱
10~9分	8~7分	6分	5分以下

再如讨论课前自主学习环节,也量化为相应分数,以鼓励学生学习的积极性和主动性,如查找资料,形成记录10次以上者得5分,小组学习1次不到者扣2分等。

2.5 期末考核 期末考核采用三种形式的考核方式,教师可根据本学期教学的总体情况和所教学生的学情,选择其中一种。一是书面开卷考试方式,主要考察学生通过一个学期以来的学习对中国医学史深入理解的情况。第二是学校医史馆现场考核。医史文物是学生看得见、摸得着的实物,能补充、完善课堂教学,可以激发学生学习中医药发展史的兴趣,有助于学生真实地感知中医药史,全面掌握所学知识,教学效果明显。2013年我校新医史博物馆建成后,开始逐渐重视其在医学史教学的作用,适当安排学生在医史博物馆上课。然而,授课方式还是传统的“老师讲,学生听”,只不过换了一个

“课堂”,虽然一定程度上提高了学生的兴趣,然而并没有充分发挥博物馆在教学中的重要作用。教研室总结经验之后,把博物馆教学纳入到考核评价之中,要求学生先以小组为单位自行参观博物馆,然后根据博物馆的文物,准备与讲解某一历史阶段医学发展的情况。讲解完毕后,讲稿和前期准备材料要作为期末作业上交。分数由两部分构成,一是现场讲演得分,一是讲稿得分。两者相加为期末考核分数,

总之,中国医学史形成性评价考核体现在教学过程之中的每一环节,包括考勤、提问、作业、小测验、课堂讨论、课下小组学习,期末博物馆实践等,注重学生互评、自评,统一评价标准,量化计分,以减少教师主观认识的偏差和随意性,力求评价客观、准确、公正,评价记录留存教研室存档备查。通过形成性评价考核方式的实施,从而达到培养学生自我学习能力、及时掌握学生学习情况、提高学习效果的目标。

参考文献

- [1]张延武.形成性考核方式在方剂学教学中的实践[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(5):107-108.
- [2]马永霞.试论形成性评价及其在教学中的应用[J].沈阳师范学院学报,1995(3):40-42.

(本文编辑:张文娟 本文校对:赵东丽 收稿日期:2018-06-01)

学术期刊中《黄帝内经》书名英译版本探析[※]

秦元刚

(河南中医药大学宣传部、新闻中心,河南 郑州 450046)

摘要:《黄帝内经》作为中医理论传统医学经典奠基之作,充分揭示了中医学的生命观、思维和认知方法,其构建的理论体系和医疗模式至今仍被传统医药学广泛运用和西方医学借鉴。中医翻译对于中医学术思想的外向国际传播有着重要影响。然而,译文中部分重要的中医专有名词术语的英译并不完全符合中医英语英译国际化。本文选取了近年学术期刊中具有代表性的九种《黄帝内经》书名英译版本“Yellow Emperor's Canon of Medicine”“Yellow Emperor's Inner Canon”“The Canon of Medicine”“Orthodox classics of Huangdi”“Huangdi Neijing”“Neijing”“Huang Di Nei Jing”“Nei Jing”“Huangdi's internal classic”,拟通过比较分析和综合论证等研究方法对书名英译进行定向对比探究,以促进中医英语专业术语的英译国际化的发展。

关键词: 学术期刊; 黄帝内经; 英译版本; 对外交流

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.022

文章编号:1672-2779(2018)-17-0047-03

Discussion on the English Versions of *Huangdi's Internal Classic* in Academic Journals

QIN Yuangang

(Publicity Department and Press Centre, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: As a classic and monumental work of traditional Chinese medicine, *Huangdi's Internal Classic* revealed the life philosophy, thinking and cognitive method of medicine. The structures of the theoretical system and medical model are still widely applied by Traditional Chinese medicine and borrowed by western medicine. The translation of Chinese medicine is vital to the international communication of academic thoughts of Chinese medicine. But part of English terms of Chinese medicine can't fully meet the requirements of International Standard Terminology of Traditional Chinese Medicine, hence, the paper studies nine most representative English versions of *Huangdi's internal classic* selected from academic journals by comparison, *Yellow Emperor's Canon of Medicine*, *Yellow Emperor's Inner Canon*, *The Canon of Medicine*, *Orthodox classics of Huangdi*, *Huangdi Neijing*, *Neijing*, *Huang Di Nei Jing*, *Nei Jing*, *Huangdi's internal classic*, and comprehensive argument was made to promote the internationalized standard terminology of traditional Chinese medicine.

Keywords: academic journal; *Huangdi's Internal Classic*; English version; foreign exchange

《黄帝内经》的理论体系是以古代的解剖知识、哲学思想为基础和指导,通过对生命现象的长期观察,

以及医疗实践的反复验证,由感性到理性,由片断到综合逐渐发展而成的。作为中医理论传统医学经典奠基之作,充分揭示了中医学的生命观、思维和认知方法,其构建的理论体系和医疗模式至今仍被传统医药

※ 基金项目:河南省高等学校重点科研项目【No.16B880010】

学广泛运用和西方医学借鉴。《黄帝内经》于2010年被列入《世界记忆名录》，充分证明了中医对世界医学和人类文明发展的伟大贡献。笔者对2007年—2017年公开发表并收录于中国知网CNKI论文数据库中的论文进行了关键词为“黄帝内经”的标准检索，搜索出10,146篇关于《黄帝内经》综合研究的学术论文。这些论文期刊均配有英译的期刊目录和论文摘要，对中医学术思想的外向国际传播产生着重要影响。然而，部分重要的中医专有名词术语的英译并不完全符合中医英语英译国际化（International Standard Terminology of Traditional Chinese Medicine, ISTTCM）。笔者以《黄帝内经》书名英译为例，从中摘录了九种具有代表性的《黄帝内经》书名英译译本：“Yellow Emperor’s Canon of Medicine” “Yellow Emperor’s Inner Canon” “The Canon of Medicine” “Orthodox classics of Huangdi” “Huangdi Neijing” “Neijing” “Huang Di Nei Jing” “Nei Jing” “Huangdi’s internal classic”，拟通过比较分析和综合论证等研究方法对书名英译进行定向对比探究，以促进中医英语专业术语的英译国际化的发展。

1 书名中的“黄帝”应译为“Huangdi”还是“Yellow Emperor”?

“黄帝”在中医药学研究中占有极其重要的位置，《黄帝内经》就是假托“黄帝”之名成书。长期以来，中国史学界对“黄帝”并没有统一的认识，有把他看作传说中的神话人物，也有把他看作真实的历史个人。据《史记》记载：“生日角龙颜，有景云之瑞，以土德王，故曰黄帝”。如把“黄帝”作为人名的认识角度，直译为“Yellow Emperor”易让不懂中国历史、医史的外国人将“Yellow Emperor”误解为“某位黄种人皇帝”，或“某位黄色皇帝”。从文化的角度看，黄色除了具有相同的颜色词概念外，在不同的文化中蕴含和反映的文化思想、民族特征也有差异。黄色在中国文化中是帝王的专用色，是中国人的崇尚色，让人联想的是王权与高贵。而在英美文化的基督教中，黄色却是背叛耶稣的犹太（Judas）衣服的颜色。黄色象征着胆怯、卑鄙、靠不住、嫉妒，被视为庸俗低劣的下等色。如yellow belly（可鄙的胆小鬼），yellow-livered（胆小的），yellow dog（野狗，杂种狗，卑鄙的人），yellow looks（可怕的脸色，诧异的眼神）。由此可见，“Yellow Emperor”的译法在很大程度上触犯了英美国的语言禁忌，会让不了解中国传统文化的西方读者产生消极的联想，故通过音译“黄帝”的方式能有效地回避和弱化英语语言忌讳。《中医英语翻译技巧问难》“探源明流篇第三十三——黄帝尊号及其翻译”中也

认为直译版本“Yellow Emperor”存有不妥之处。因为翻译不仅仅要从译者的角度来考虑问题，也要从读者的角度来分析问题^[1]。

2 书名中的“内”应译为“orthodox”“inner”还是“internal”?

“orthodox”有“传统”“正统”“正统信仰的，信仰正宗教义的”多层意思。从西方文化联想中，“orthodox”更偏向“of or relating to the Orthodox Church of the East”，如：Orthodox church（东正教会）^[2]。因此，可以看出“orthodox”是偏文化宗教类词，指某宗教的教义。如按照“Orthodox classics of Huangdi”的书名英译译本，易让宗教观念强的外国读者误以为《黄帝内经》和中国的某种宗教经典有关，这既妨碍了外国读者从书名中直观感受《黄帝内经》的医学特征，也与《黄帝内经》的医学著作性质不符。

《黄帝内经》书名中“内”在英文中也有“inner”和“internal”两种对应版本。“inner”在《朗文当代高级英语辞典》中被释义为“on the inside（内部的）”；“inner thoughts are ones that you feel strongly but do not always show to other people（想法未表达出来的，隐藏的，内心的）”。“internal”释义为“inside your body（体内的）”；“inside something rather than outside（内部的，里面的）”^[3]。《黄帝内经》书名中“内”字的多重理解，也极大地影响着书名英译译本的阐释。第一重理解认为，“内”与“外”是相对的。如《汉书·艺文志》所载书目，医经七家中就有《黄帝内经》《黄帝外经》《扁鹊内经》《扁鹊外经》《白氏内经》《白氏外经》等，说明书名分内外，并无深意。正如《医籍考》所说：“犹《易》内外卦及《春秋》内外传，《庄子》内外篇，《韩非子》内外储说，以次第名焉者，不必有深意。”因此，用“inner”和“internal”对应《黄帝内经》中的“内”都过于直译。第二重理解认为《黄帝内经》是讲内在人体规律和内求的书。要使生命健康长寿，不要外求，要往里求、向内求，所以叫“内经”。内求，首先是内观、内视，往内观看我们的五脏六腑，观看我们的气血怎么流动，然后内炼，通过调整气血、调整经络、调整脏腑来达到健康。因此，内求提供了认识生命的一种方法，这种方法不是像现代医学那样靠仪器、靠化验、靠解剖来内求。中医的内求，靠的是内观、体悟、直觉。故用“inner”和“internal”对应《黄帝内经》中的“内”都可说通。第三重理解认为医经分内外，是理论与临床，或理论的纯、驳而分的。例如《四库提要辨证》就认为纯者为内经，驳者为外经。近代《中医学概论》则谓《内经》是讲述医学基本知识的，《外经》是讲述医疗技

术的。若按此理,可作为医学专用词的“internal”显然比“inner”更合适。因此,通过众多译本对比分析,“internal”比“inner”能更大程度地体现和反映《黄帝内经》中“内”的多重内涵理解与研究。

3 书名中的“经”应译为“classic”还是“canon”?

在《朗文当代高级英语辞典》中,“classic”被释义为:“a book, play, or other work of art that is regarded as being a very fine example of its type and having lasting importance (经典作品;杰作,名著)”;“canon”释义为:“an established law of the Christian Church (基督教)教规”;“a generally accepted standard of behavior or thought (伦理或思想行为上的)规范,准则,标准”;“an official list of writings that are recognized as being truly the work of a certain writer or as being part of a larger collection of writings”^[2]。“经”在汉语中有两层意思:一是指经验、终结传统的具有权威性的著作;二是指宣扬宗教教义的著作“经”,有经典的意思。《黄帝内经》中“经”的内涵很明显指的是前者,而不是后者,医书名中的“经”应是指本书是医学的规范,也是医者们必须学习和遵循的。因此,在医学经典《黄帝内经》书名中“经”的英译中,“classic”比“Canon”适宜。

4 书名音译为“Huangdi Neijing”还是“Huang Di Nei Jing”?

中医学术语具有鲜明的民族语言特色,正是这些语言突出了中医的医理和特色。所以,很多中国中医文化特色词无论直译还是意译,都无法准确表达原文的内涵,故采用音译的翻译方式不仅能避免外国读者的理解偏差,更能突显我国中医药国际化的译语话语权。因此,《黄帝内经》作为中医文化特色词,英译时也可采用音译的方式进行。据文献记载,黄帝是少典与附宝之子,本姓公孙,后改姬姓,故称姬轩辕。居轩辕之丘,号轩辕氏,建都于有熊,亦称有熊氏。也有人称之为“帝鸿氏”。《史记·五帝本纪》中所述:“黄帝者,少典之子,姓公孙,名曰轩辕”。李绍连在《炎帝和黄帝谈论》一文中运用现代人类学、民族学、考古学和史学等多种学科的研究成果进行综合研究得出:黄帝不是一个具体人的姓氏,而应该是部落首领的称谓,是后人给予他们部落首领冠上的神圣称号。中国的一些少数民族直到近代其首领世代都袭用一个称号。例如,西藏两个宗教领袖历来都称“达赖”“班禅”,只是有时为了区别才在称号上加上第几世^[3]。按照1982年联合国批准、在全世界推广使用汉语拼音拼写中国的人名、地名和专有名词的相关规定,称号“达赖”和“班禅”正确的英译是“Dalai”和

“Panchen”,而不是“Da Lai”和“Pan Chen”。同理,“黄帝”按照相关规定也应译为“Huangdi”,而不是“Huang Di”。《黄帝内经》按照音译应为“Huangdi Neijing”或“Neijing”,而不是“Huang Di Nei Jing”或“Nei Jing”。此外,基于美国维基技术的全球性多语言网络百科全书—维基百科,“Huangdi Neijing”已列为英语官网中的正式词条。

5 书名译为“The Canon of Medicine”是否正确?

在美国维基百科中“The Canon of Medicine”指的是一部伊斯兰医学巨著—《医典》,它是1025年由哲学家、医学家、阿拉伯—伊斯兰医学和欧洲现代医学的奠基人——伊本·西拿(拉丁文名字为阿维森纳)著成的,《医典》融古希腊医学、印度医学、中国医学、阿拉伯医学与哲学于一体^[4]。而《黄帝内经》无论在影响力和成书时间上都优于和早于《医典》,因此,“The Canon of Medicine”的英文版本很容易让不了解中国文化的外国人将其与伊斯兰《医典》混为一团,不能客观地体现中国医著《黄帝内经》的世界医学地位和影响。

综上所述,将《黄帝内经》译为“Huangdi Neijing (Huangdi's internal classic)”^[5],既能体现其医学内涵和中医文化价值,又符合中医名词术语的英译规范,是比较符合中医英语英译国际化的版本。

参考文献

- [1]李照国.中医英语翻译技巧问难[M].上海:第二军医大学出版社,2009:111-115.
- [2]英国培生教育出版亚洲有限公司.朗文当代高级英语辞典英英·英汉双解[M].北京:外语教学与研究出版社,2012:1617.
- [3]李绍连.炎帝和黄帝探论[J].中州学刊,1985(5):97-99.
- [4]Huangdi Neijing. http://en.wikipedia.org/wiki/Huangdi_Neijing.
- [5]世界卫生组织(西太平洋地区).WHO 西太平洋地区传统医学名词术语国际标准[M].北京:北京大学医学出版社,2009:48.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李 晔 收稿日期:2018-06-08)

关于变更投稿邮箱的通知

由于我刊原邮箱服务商合同到期,原投稿邮箱于2015年7月1号停止使用,特通知各位读者、作者。为确保投稿及时送达编辑部,即日起请将稿件投至zgzyycjy@163.com 新邮箱,由此造成不便,敬请谅解。

感谢您一直以来对我刊的关注与支持!

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

咨询电话:010-57289308/57289309

官方网站:www.zgzyycjy.com

中国中医药现代远程教育杂志社编辑部

2015年2月10日

基于 Blackboard 在线教学管理平台下 构建层次化教学模式的探讨

——以中医基础理论课程为例

董秀娟

(海南医学院中医学院, 海南 海口 571199)

摘要: 面对医学教育中学生接受课堂教学存在的差异性, 确保每位学生能精确掌握专业课的内容, 在课堂教学的基础上, 课题充分利用Blackboard在线教学管理平台实现对不同层次学生的课外辅导, 并通过层次化教学设计, 推进每位学生对知识的掌握, 使医学院校学生的教学质量得以全面提高。

关键词: Blackboard; 在线教学管理平台; 层次化教学; 中医基础理论

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.023

文章编号:1672-2779(2018)-17-0050-03

Discussion on the Construction of Hierarchical Teaching Model Based on Blackboard Online Teaching Management Platform --Taking the Basic Theories of Traditional Chinese Medicine as an Example

DONG Xiujian

(Department of Traditional Chinese Medicine, Hainan Medical College, Hainan Province, Haikou 571199, China)

Abstract: In the face of Medical Education for students, there is the phenomenon the same class has different teaching effects for different students. To ensure that every student can accurately grasp the content of the course of TCM, the research results show that on the basis of classroom teaching, the topic makes full use of Blackboard online teaching management platform to realize the different levels of students extracurricular counselling, and through the Hierarchical teaching design, to promote each student mastery of knowledge, to improve the teaching quality of medical college students.

Keywords: Blackboard; online teaching management platform; hierarchical teaching; basic theory of traditional Chinese medicine

医学专业“救死扶伤”的职业特殊性, 决定了其教育本质为“精英教育”, 要求每个学生必须精确掌握并能熟练应用所学专业知识。“90后”这一新生代的大学生, 具有独立的个性和强烈的自我意识, 随着互联网教育的飞速发展, 他们在学习方面的需求已经呈现出多样化的特征。而另一方面, 中医作为医学专业, 其培养要求也越来越严格, 中医学基础课程知识的掌握是指导后续中医临床课程及中医预防医学相关课程的理论基础, 从而在人才培养中起着至关重要的作用。故中医类基础课程教学效果的好坏, 直接影响着后续中医课程的学习乃至未来中医人才的继承与培养。故中医类院校的专业必修课程的教学, 除了课堂授课之外, 要求学生必须通过自主学习达到预计的学习目标, 而教师作为自主学习的引导者, 如何调动起不同层次水平的学生主动性, 如何将要求掌握的知识分层次地传授给学生, 这已成为目前医学专业教育面临的一个问题。

网络教学的核心包括两个方面: 互动教学与个性教学, 前者是后者的基础, 后者是前者的发展和目标^[1]。Blackboard平台作为全球使用最普遍的网络教学平台, 以课程为中心, 为教学构建了良好教与学环境, 其功能涵盖教学、管理、测试、评价等各教学环节, 为混合式学习提供了强大的施教与学习虚拟环境^[2]。而目前

所探讨的Blackboard在线教学管理平台是通过应用现代信息技术, 建立一个教与学的互动平台, 激发教学双方主体的主动性和创造性, 即除课堂教学外, Blackboard在线教学管理平台可以通过教师对所教授课程的精心设计, 通过网络学习, 让不同层次的学生达到教学要求。课堂教学与Blackboard在线教学管理平台二者的无缝衔接将有助于提高医学院校人才培养的整体质量, 基本实现相关医学知识的全面掌握及关联知识的不断延伸。

课题以中医基础理论^[3]课程为例, 探讨在Blackboard在线教学管理平台下, 基于学生掌握知识层次的不同, 给予自主学习内容分层引导的模式, 完美完成教学目标。中医基础理论是构筑中医学理论的必修课程, 是学好中医学最关键的入门课程, 也是培养未来中医人才的基石所在。中医基础理论为理论基础类课程, 具有概括性、抽象性, 其讲授对象却是刚刚踏入大学大一的学生, 该类学生对医学知识知之甚少, 在实际教学中发现初学者普遍反映理解困难, 不易掌握, 但大一学生具有自身的学习优势, 精通于网络操作, 擅长于网络学习, 并且具有很强的自主性及学习的灵活性。基于课程的需要及学生的特点, 为提早让学生对中医产生兴趣, 使学生易于中医的入门学习, 课题对该课程的教学方法进行探讨, 在单纯的课堂授课、PBL、



CBL教学法之上,结合Blackboard在线教学管理平台,对学生的学习情况进行动态观察,并通过设置层次化的自主学习任务,实现学生学习中医基础理论从“初级学习-中级掌握-拓展延伸”不断提升的过程,即“层次化”教学模式引导学生学习。具体设计探讨如下。

1 实现Blackboard在线管理平台课后作业层次化设计

目前大学生必修课程的考试趋向于应用“机考”,机考的前提是教师按照教学大纲的要求准备海量的考试题库,该题库全面覆盖了所学课程的内容,从而确保学生对所学内容的全面掌握。在试题库的组建中,对试题库试题的难易度要求分为三个等级,即“A级-B级-C级”,难度逐渐提升,其中A级是最基本的级别,也称为“初级学习”,该部分内容要求必须精确掌握,包括认知和理解类题目;B级是将知识应用到新情况的题目,以及有目的培养学生分析信息或将信息分解或组成部分的能力,包括要求应用或者分析的题目,也称为“中级掌握”;C级是最难的或者最具有挑战性的,包括要求对信息进行评估的题目,信息内容之外进一步延伸的题目,甚至涉及“理法方药”的综合类题目,也称为“拓展延伸”。

以上试题库的等级要求可以直接链接应用于Blackboard在线教学管理平台,教师上完课之后可以将授课章节的试题进行课后测验,作为层次化教学设计的基础。即课后作业直接按照等级管理,即学生必须完成A、B 2个等级的目录后,才可能提交完成作业。而各章节中C级的课后作业则要求学生在继续讲授2个章节后完成,目的是为确保整体班级学生效率的提高。以中医基础理论课程为例,按照机考题库的设置,将各章节题型分列到中医基础理论Blackboard在线管理平台课后作业下,并按照题型的难易程度自动划分为A、B、C三个等级,在规定时间内要求学生答题上交作业,A级通过者自动进入B级的作业面,依次完成三等级作业,顺利完成该学生的成绩获得标准分。

2 认真备学生,遵守层次化教学模式推进学生进步

《师说》曰:“师者,所以传道受业解惑也。”而大学课堂的特点正是教师由简单的传授、灌输知识转化为对学习的指导与启发,由教“书”向教“学”转化,更加强调学生的自主学习能力,故就课堂授课而言,教师对学生的了解并不多,而在对学生进行课后Blackboard在线管理平台层次化教学指导时,需要教师做好备学生的工作。

备学生主要围绕备学生身心状况,学生的知识现状及对中医学相关知识的认知特点等内容展开。通过备学生基本了解每位学生的自身优势,教师要用发展的眼光、辩证的思想看待学生,研究学生的心理特点,探索不同层次的潜质^[4]。特别是通过课堂与课后作业情况,课题分析学生学习现状,积极采取针对个人的指

导教学。在实际的教学过程中发现,该指导性的教学需要精细完成,必要时教师要做到对每个学生进行面对面的沟通交流,真正意义上掌握学生普遍存在的性格特点,班级学习分层中学生所处的位置及未来培养发展的空间,最后了解知识掌握的程度。只有全面的了解授课对象的真实状态,教师才能做到尊重并承认学生之间存在的差异性,从学生实际情况出发,根据不同的情况分层指导、有的放矢地指导。

中医基础理论课程在备学生方面非常重要,因学习该课程需要的知识体系与现代科学内容和思维方式迥异,若用现代科学的思维框架去学习中医基础理论,则会干扰或妨碍对中医理论的认知和学习^[5]。鉴于此,教师授课中医基础理论课时首先必须做好备学生的工作,基于学生原有知识体系和学科特点,按教学大纲要求讲深讲透基本知识点外,主要结合不同阶段的具体内容,着重让学生通过Blackboard在线教学管理平台自主学习,教师要对学生的学习情况进行统计分析,对存在的问题提出改进方法,普遍问题要重点指导,个别问题要个别辅导,特别是处理好重点难点部分的指导学习。教师不断激发学习中医的兴趣,启迪学生掌握中医的思维方法,从而实现由困惑到接受最终投入的转变过程,并成为学习中医后续课程的良好开端^[6]。

3 完善Blackboard在线教学管理平台相关辅助教学资料的层次化管理

Blackboard在线教学管理平台是一个非常适合教学使用的平台,可以实现基于课堂、网络辅助的教与学活动,实现远程教育。同时发挥网络优势,通过采用混合课程,完美结合面授学习与在线学习优势。

学生在Blackboard在线管理平台进行自主学习,通过层次化的课后作业,对自身的学习现状进行了解,并可以通过自行在学习的方式提升学习质量,确保在层次化教学模式的推动下更好地掌握课程^[7]。基于此,课题需要教师充分利用在Blackboard在线教学管理平台,备各种教学方法,参考资料,为学生配套相应的学习资料。中医学博大精深,古医籍浩如烟海,面对这一知识宝库,教师应该有选择性地向学生提供指导。而基于学生个体差异性,教师应提供有利于学生学习的视频、音频、案例、情景模拟等各种学习资源,适应不同层次学生的要求,同时给予更多中医学知识延伸性及拓展性的指导。

以中医基础理论课程为例,结合不同章节的特点及学生层次的差异准备不同的材料,如绪论部分的学习多与中国传统文化相联系,古医籍的故事典故可作为辅助资料。对于中医学的哲学基础中医思维方式的形成与构建方面,教师应联系实际生活,采取取象比类法、推理演绎法给予解释。而对于藏象学习,教师

则应该联系现代西医解剖再引入中医思维的方式等。

4 结语

综上所述,为了尽量确保培养的每位中医类人才都是合格的,并保证一部分是可以继承发扬的优秀人才,其基础课程的知识传授非常重要,而课堂讲授仍然是教学的主要形式,为保证每位学生有较高的学习质量,层次化教学显得尤为重要,而结合Blackboard在线教学管理平台可以尝试实现此教学目的能及时有效给学生提供评价反馈,优化学习过程,改进学习方法,提高学习效率,弥补传统教学环境下评价单一、评价信息收集难、反馈慢等缺陷^[2]。同时亦可以达到学生自我学习,自我监督,自我反思,融会贯通,不断进步及终生学习的工具。作为中医类院校的大学教师,职责为培养治病救人的高素质技术人员,故教师应根据不同教学内容的要求,结合学生的学习现状,综合灵活运用多种教学方法,以求全面提高教学质量。同时

Blackboard在线教学管理平台下构建“层次化”教学模式的开展还需在教学资源的丰富性、教学管理的弹性、教学的服务性等方面进行统合与深化,进一步增强教学的个性化^[1],培养出符合时代需求的具有精湛专业技术的中医学人才。

参考文献

- [1]张锐丽,杨彦明,郑海燕.学员多样性需求与个性化教学对策研究[J].计算机工程与科学,2016,38(1):12-16.
- [2]黄燕青.基于 Blackboard 平台的混合式学习形成性评价探究[J].软件导刊·教育技术,2018,1(17):66-67.
- [3]孙广仁,郑洪新.中医基础理论[M].北京:中国中医药出版社,2013.
- [4]杨文俊.新课程背景下备课如何“备学生”[J].教育教学研究:考试周刊 2015(22):182.
- [5]王海军,张建英,于艳红.《中医基础理论》教学与中医兴趣的培养[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(8):42.
- [6]刘玉良.《中医基础理论》教学中应注重培养学生中医思维、兴趣和信心[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2011,3(13):19-20.
- [7]陈婉如,王津,赵仕伟.基于 Blackboard 平台的课程管理模式的探索与思考[J].价值工程,2014(11):222-223.

(本文编辑:张文娟 本文校对:宫爱民 收稿日期:2018-05-30)

关于提高儿科住院医师医患沟通能力的思考

岳冬梅¹ 王佳贺² 刘 畅¹

(1 中国医科大学附属盛京医院儿科,辽宁 沈阳 110004;

2 中国医科大学附属盛京医院内科,辽宁 沈阳 110004)

摘要: 医患交流和沟通能力是住院医师培训的重要内容,临床诊疗中应该加强医患交流与沟通能力的培养。本文通过阐述儿科住院医师医患沟通能力培养的重要性,探讨目前新入职的住院医师医患沟通能力可能存在的问题及原因,提出改善儿科住院医师医患沟通能力的有效措施。

关键词: 住院医师;儿科学;医患沟通

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.024

文章编号:1672-2779(2018)-17-0052-03

Thought on Improving the Ability of Pediatric Residents on the Communication between Doctors and Patients

YUE Dongmei¹, WANG Jiahe², LIU Chang¹

(1. Department of Pediatrics, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China;

2. Department of Internal Medicine, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

Abstract: Communication and communication skills between doctors and patients are important contents of the training of residents, and the cultivating of doctor-patient communication and communication skills should be strengthened in clinical diagnosis and treatment. This paper elaborates the importance of pediatric residency doctor-patient communication ability training, discusses the possible problems and causes of the new residents' communication skills, and puts forward effective measures to improve the pediatric residency doctor-patient communication ability.

Keywords: residents; pediatrics; communication between doctors and patients

良好的医患沟通不仅能够提高医疗质量,也是构建和谐医患关系的基本保证。近年来,由于普遍存在的医患关系紧张,儿科又是医疗纠纷的重灾区,由于儿科患儿病情变化快,一旦出现治疗不顺利,很容易产生敌对情绪,因此加强儿科医生医患沟通能力的培养显得非常重要。

1 我国儿科医患沟通教育的现状

在我国医学院校教学模式中,教师注重的常常是对医疗专业知识的培养。而医患沟通能力培养常常被

忽视。我国有些医学院校也开设有关医患沟通的课程,如医学心理学、医学伦理学等,但通常是不被学生重视的选修课。使得我国医学生普遍缺乏医患沟通意识,毕业后走上医疗岗位之前,基本都不具备良好的医患沟通能力。大多数医生医患沟通能力的取得,主要来自于医疗临床工作,在失误中不断摸索总结出来的^[1-3]。

2 儿科医生医患沟通能力培养的重要性

2.1 新的医学模式正逐渐向生物-心理-社会模式转变 患者在接受医疗服务的同时,追求更高层次的心理感受。



特别是在儿科,医生面对的是心智不够健全的儿童。此外,随着医疗相关法律法规的逐步完善,患者的维权意识也逐渐提高,对医疗方案及各种检查的选择同意权等已成医患沟通中的重要一环,与患儿家长进行有效的沟通,从而达到更优质的医疗服务效果。因此,为了顺应医学模式的转变,加强儿科住院医师医患沟通能力的培养尤为重要^[14-16]。

2.2 儿科医生成长的需要 医学是专业性极强的专业,儿科住院医师应在临床工作中积极参与、配合及理解患儿,使医患之间能够平等交流,从而使患儿积极配合治疗。加强儿科医生医患沟通技能培训是儿科医生医疗工作中的客观需求,也是体现社会和谐的重要环节。

2.3 减少医疗纠纷的需要 对于刚进入儿科临床的住院医师,由于临床经验的缺乏,技术操作不熟练,容易使患儿家长产生不信任感。此外医生对与患儿沟通的重要性认识不足,没有取得患儿及其家长的信任,一旦沟通不充分,就极易导致医患纠纷。因此,加强儿科医生医患沟通能力的培养,使其对医患关系有正确、清醒的认识,可以显著减少医疗纠纷的发生率^[17-19]。

3 加强儿科医学生医患沟通能力培养的措施

3.1 开设医患沟通课程 医院应该开设医患沟通相关理论课程,对刚入科的住院医师要秉承医者仁心的理念,爱护尊重患儿,加强人文教育。向患儿家属介绍病情既要实事求是,以赢得患者的信任,也要尽可能用通俗易懂的语言,学会与患儿家属换位思考,用责任心、爱心赢得患儿及家长的信任,从而尽量避免医疗纠纷的发生。其次聘请经验丰富的年资高医师为刚入科的住院医师进行培训,介绍儿科工作的特殊性,提前告知临床实际工作中容易出现医患纠纷的问题,和可能的应对措施,帮助住院医生充分认识目前所面临医疗形势,通过沟通技能培训内容,使青年医生尽快适应较为复杂的临床工作。此外,指导老师在住院医师接诊患儿之前不仅要掌握面临的基本医疗技术及临床操作,而且要了解儿童的心理,增强与患儿的亲和力,这样才能更好地与患儿及其家长沟通交流,减少彼此沟通不畅导致的误解、猜疑。

3.2 注重人文素养提高、培养爱患意识 在儿科工作,对住院医生需要加强爱心、耐心的培养。由于患儿年龄小,因此他们想表达的病情、就诊时的心理状况容易被忽视。儿童大都比较敏感,对外界的认知常常来源于直观感受,只有取得患儿的信任,才能容易地从患儿处获取相关病情信息。当患儿积极主动配合医生诊疗,应该给予鼓励的微笑;当患儿面对疾病折磨难过时,用温馨的微笑表示支持。其实,医学正如外国学者所言:有时去治疗,常常去帮助,总是去安慰。只有良好的交流沟通,视患儿如亲人,使患儿感受到自己的重要性,才能增强他们的治疗信心。

3.3 提高专业技术水平 医生沟通技巧来源于丰富的医学专业理论知识。精确诊断、治疗能够赢得患者的信任,是使医患沟通顺畅的基石。如果患儿家长所提出的问题没有得到圆满的解答,就会使沟通出现障碍,年轻的住院医师失去资本和底气与患儿及其家长交流,因此培养儿科医生医患沟通意识和提高自身医疗素养极其重要。由于儿科住院医师接触儿科不久,专业基础知识不够牢固,对各种疾病临床表现的复杂性及转归缺乏深刻认识,对于疾病鉴别也存在局限性,积极地向高年资医生学习是至关重要的。同时,在治疗儿科疾病的过程中,需要动态地观察患儿病情,及时发现病情变化、了解患儿及其家属的心理状态,并做出相应的处理和引导。帮助他们事先了解疾病发展的可能趋势,预先做好心理准备,尽可能地帮助患儿及其家长做出目前情况下最佳的治疗选择。

3.4 建立评价体系 为了让儿科临床医生重视医患沟通技能的培养,需要医院构建专门的评价指标体系,可以通过调查问卷方式了解患儿及其家长对住院医师医疗服务质量的反馈、诊疗意见和建议等内容。定期组织科室医护人员行医患沟通评比,对优秀住院医师给予奖励,对反馈欠佳医生寻找差距及不足、努力整改,以确保医患沟通顺利开展,进而减少或避免医患纠纷的发生。

3.5 推广信息化医患沟通 在互联网迅速发展的今天,信息化沟通能够将医生从繁琐的日常沟通工作中解放出来,医生只需要将患儿的病情及时准确地发布,让患儿家长实时了解患儿病情变化和诊疗进展,使他们更愿意配合疾病治疗。对于提高医院的医疗服务水平、树立更佳的医院形象和提升患儿及其家长就诊体验,都有不可忽视的作用。解决了医护人员每天繁重的沟通难题,使患儿及家长及时了解患儿病情变化和选择最佳的诊疗方案,更能主动配合临床医生进行治疗。另一方面,医院通过信息化建设可以收集大量的患儿诊断、治疗信息、医患沟通信息,经由大数据挖掘,通过总结和分析,即可促进医院诊疗水平的提高,利于科研数据的整理以及统计分析,也使将来医院为患儿提供更好的医疗就诊体验提供数据支持,即医患沟通也应该做到与时俱进^[10-13]。

总之,对儿科住院医师医患沟通能力的培养,是适应新型医疗模式环境、构建和谐医患关系的基本需要,也是培养未来高素质儿科医师的需要。提升医生的医患沟通能力,建立和谐的医患关系,有利于医院整体提高服务水平,进而提升患儿及其家长的就诊体验。因此加强儿科住院医师医患沟通能力的培养是成就优秀儿科医生最有效的环节之一。

参考文献

- [1]李国建.关于医学生医患沟通能力的培养[J].中国伦理学,2005,18(4):8-9.
- [2]许峰,卢仲毅,王兴勇,等.从医患关系现状看医患沟通在医学教育中的

- 必要性[J].西部医学,2004(1):91-92.
- [3]刘朝晖.目前医患关系现状及对策探讨[J].学理论,2009(10):50-53.
- [4]Wright TA, Cropanzano R, Bonett DG. The moderating role of employee positive well being on the relation between job satisfaction and job performance[J]. Occup Health Psychol, 2007, 12(2): 93-104.
- [5]杨慷,唐勇,张永强,等.如何培养实习医生医患沟通意识[J].检验医学与临床,2009(10):811.
- [6]徐又佳,张振方.医务人员的“医患沟通”能力是和谐医患关系中的重要保障[J].中国卫生法制,2007,15(1):32.
- [7]万智,郭霞,朱易萍.医患沟通在医疗行为中的重要性及在儿科实践中的体会[J].四川生理科学杂志,2015,37(4):223-225.
- [8]李冬梅,刘巍,修建华,等.儿科实习医生医患沟通能力培养的探讨[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(7):1009-1010.
- [9]刘巍,李冬梅.外科实习医生医患沟通能力培养的探讨[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(9):71-73.
- [10]王墨,李秋,赵晓东.通过医患沟通促进临床实习[J].中国高等医学教育,2007(4):1-3.
- [11]叶添文,朱巍,倪斌,等.临床教学中如何提高医学生与患者沟通技能[J].中国医学伦理学,2009,22(16):53-54.
- [12]徐美玉,赵建美.加强儿科实习医师医患沟通能力的体会[J].现代医药卫生,2008,24(15):2370-2372.
- [13]陆梅华.儿科住院医师工作现状和流失情况分析对策[J].上海交通大学学报(医学版),2010,30(2):151-153.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:刘雪雁 收稿日期:2018-06-08)

中医学专业预防医学课程设置的满意度和评价性调查

苏志刚 张楠 牛丽薇 迟宝峰*

(内蒙古医科大学公共卫生学院, 内蒙古 呼和浩特 010110)

摘要:目的 了解我校中医学专业学生对预防医学课程设置的满意度及需求状况,以提高教学质量。方法 以内蒙古医科大学2015级中医学专业学生作为研究对象,采用自编问卷对预防医学课程设置的满意度及需求性进行调查。结果 77.8%的学生对于教师对教学进度的把握满意,对于授课方式的满意度为73.5%;认为需要增加案例教学及增加过程考核比重的学生分别占89.7%和74.4%;有75.2%的学生认为需要增加社区或疾控中心见习。结论 中医学专业学生对于预防医学课程设置基本满意,但仍需进一步改革教学方法,激发学生学习兴趣,以提高整体教学质量。

关键词: 中医学; 预防医学; 课程设置; 满意度调查

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.025

文章编号:1672-2779(2018)-17-0054-02

The Survey of Satisfaction and Evaluation of Prevention Medicine Curriculum Provision on TCM Students

SU Zhigang, ZHANG Nan, NIU Liwei, CHI Baofeng

(School of Public Health, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010110, China)

Abstract: **Objective** To improve education quality through investigating the satisfaction and demands of the setting of preventive medicine from students of traditional Chinese medicine in Inner Mongolia University. **Methods** The grade 2015 TCM students were investigated on the satisfaction and demands of the setting of preventive medicine by using self-designed questionnaire. **Results** 77.8% of students were satisfied with the teaching schedule that was grasped by teachers. And the methods of teaching was satisfying to 73.5% of students. The students who want to add case teaching and increase the proportion of evaluation process respectively were 89.7% and 74.4%. 75.2% of students were willing to practice in the community or the Centers for Disease Control. **Conclusion** TCM students were basically satisfied with curriculum provision of preventive medicine. However teachers still need to improve teaching quality by reforming methods for inspire students' interest.

Keywords: traditional Chinese medicine; preventive medicine; curriculum; satisfaction

随着医学模式和健康观的发展演变以及卫生改革的深入,预防医学在现代医学中的地位日渐凸显,特别是近些年一些传统常见疾病的死灰复燃和新发疾病出现全球范围的流行,相关部门对公共卫生与预防医学更加重视,这也对我国的预防医学教育提出了新的更高的要求,但由于现行的医学教育体系将临床医学与预防医学彼此分割开来,导致预防医学教育现状仍很不乐观,重治疗、轻预防的现象仍十分严重。因此,为适应现代医学的发展模式,必须在医学教育中加强预防战略^[1]。“上医治未病”的中医防治疾病思想与预防医学的“预防为主”思想不谋而合,培养具有现代预防意识的应用型中医人才,不仅利于中医事业的发展,也能更好地满足人民的医疗卫生需求^[2]。基于此,笔者以内蒙古医科大学2015级中医学专业学生为对象,

开展了关于预防医学课程设置满意度及需求性的调查,以期为提高本校中医学专业预防医学课程的教学质量,改革相应培养方案提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 内蒙古医科大学2015级中医学专业本科生117人。

1.2 调查方法 采用自行设计的问卷,就学生对于预防医学课程满意度和需求性进行调查,共发放问卷117份,回收117份,回收率100%。

1.3 统计学方法 采用Epidata 3.0录入数据,SPSS 22.0进行数据整理分析。

2 结果

2.1 对预防医学课程设置的满意度 本次调查结果显示,总体而言,对于教师对教学进度的把握、教师的教学态度以及教学所用多媒体课件满意度较好,分别占77.8%、94.0%和82.9%,但对于激发学习兴趣的满意

* 通讯作者:cbf129@163.com

度较低,仅为28.2%。具体结果见表1。

表1 中医学专业学生对于预防医学课程设置的满意度分析
[人数(%)]

调查内容	人数	不满意	一般	满意
课程设置合理性	117	15(12.8)	60(51.3)	42(35.9)
理论学时安排	117	13(11.1)	58(49.6)	46(39.3)
对教学内容	117	1(0.9)	50(42.7)	66(56.4)
教师对教学进度的把握	117	0(0.0)	26(22.2)	91(77.8)
对所用教材	117	6(5.1)	45(38.5)	66(56.4)
授课方式	117	0(0.0)	31(26.5)	86(73.5)
多媒体课件	117	0(0.0)	20(17.1)	97(82.9)
理论联系实际	117	5(4.3)	50(42.7)	62(53.0)
教师教学态度	117	0(0.0)	7(6.0)	110(94.0)
激发学习兴趣	117	7(6.0)	77(65.8)	33(28.2)
教学效果	117	1(0.9)	62(53.0)	54(46.1)
对课程总体的满意度	117	1(0.9)	55(47.0)	61(52.1)

2.2 对教学改革的建议 就目前的课程设置而言,大多数学生希望改革教学方法,其中89.7%的学生希望增加案例教学内容,并有60.7%的学生认为应当开展PBL教学方法;希望增加与中医知识的结合度的学生占60.7%,认为应当增加过程考核比重和增加课外及学科前沿知识的学生分别占74.4%和82.9%。结果见表2。

表2 中医学专业学生对于《预防医学》课程设置的需性分析
[人数(%)]

内容	是	否
增加与中医知识的结合度	71(60.7)	46(39.3)
增加案例教学	105(89.7)	12(10.3)
增加课堂提问与交流	60(51.3)	57(48.7)
开设相应内容的实验课	60(51.3)	57(48.7)
增加课外及学科前沿知识	97(82.9)	20(17.1)
增加社区或疾控中心见习	88(75.2)	29(24.8)
增加双语教学内容	28(23.9)	89(76.1)
开展PBL教学方法	71(60.7)	46(39.3)
增加板书与多媒体的结合	90(76.9)	27(23.1)
增加过程考核比重	87(74.4)	30(25.6)

3 讨论

预防医学、基础医学和临床医学共同构成了现代医学,而现代医学模式的发展以及中医学自身发展的要求,亟待在校的中医学专业学生掌握更多的预防医学基本知识和技能,以便在医疗实践中更好地满足社会的需要和人民对健康的更高水平需求。

本次调查结果显示,中医学专业学生对于预防医学课程设置基本满意,但满意度并不高,仅为52.1%,同时,学生对于课程设置合理性和理论学时安排的满意度也不高,分别为35.9%和39.3%,这与刘霞等^[3]人的调查结果相类似。造成这种现象的原因是多方面的,主要原因可能是中医学专业学生对于预防医学这门课程的认识还不够,认为预防医学与自己所学专业无关。针对这方面原因,可以考虑在开课的第一节课,

安排资历较深的教师从预防医学的作用、对社会的贡献以及与中医学专业的关系等各个方面系统地介绍这门课程,便于学生对于本门课程产生较为全面的认识。另一方面的原因,可能是由于教师在授课过程中还没有很好地激发学生的学习兴趣,导致学生对于本门课程的学习兴趣缺乏,而本次调查结果也显示学生对于教师激发学习兴趣的满意度较低,仅为28.2%。对此,需要教师对教学方法、教学内容等方面进行合理而具有创新性的设计和改革,例如提高多媒体课件质量、开展PBL教学方法、增加案例分析等^[4-6],这样可以在一定程度上弥补传统教学方法中学生参与度欠缺的不足,最大限度地调动学生的学习积极性,从根本上解决中医学专业学生对于预防医学课程学习兴趣缺乏的状况。

本次调查发现,74.4%的学生认为应当增加过程考核比重,82.9%的学生希望增加课外及学科前沿知识,75.2%的学生认为应当增加社区或疾病预防控制中心见习。目前,本校中医学专业预防医学课程的考核方式主要是期末考试,这样容易造成学生平时缺乏学习动力,期末考试前突击学习的现象。因此,笔者认为可以对本门课程的考核方式进行改革,形成过程考核与期末考核相结合,笔试与非笔试考查相结合的全面考核体系,便于学生在课程的整个学习过程中养成良好的学习习惯。就教学内容而言,教师应认真、全面备课,在授课过程中积极传授本学科前沿知识和最新进展,以保证学生所学知识能够适应时代发展需要,在日后学习及工作中真正能有所应用。预防医学作为一门实践性很强的学科,许多内容只有经过实践,才能被学生更好地掌握。因此,在教学过程中,可以增加相应内容的见习,组织学生到社区、疾控中心以及医院的感控科进行参观,了解预防医学的具体工作内容,提升理论知识的掌握程度,做到理论与实践的良好结合。

通过本次调查,发现了中医学专业预防医学课程设置中存在的一些问题,便于在日后的教学过程中有针对性地进行教学改革,完善课程设置,提高教学质量,以培养出满足社会需求的复合型中医人才。

参考文献

- [1]王玉荣.新形势下非预防医学专业预防医学课程教学改革的探索[J].井冈山医学学报,2005,12(1):48-49.
- [2]徐荣谦.“治未病”之我见[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(17):1-2.
- [3]刘霞,徐刚,陈和利,等.中医院校《预防医学》课程教学现状及需求分析[J].中国中医药资讯,2012,4(5):419.
- [4]步怀恩,王泓午,赵铁牛,等.PBL在网络环境下预防医学教育中的应用[J].医学研究与教育,2010,27(2):89-90.
- [5]王晓燕,雷毅雄,王家骥,等.临床医学本科生开展特色预防医学实习的实践研究[J].中国高等医学教育,2007(1):43-44.
- [6]孙要武,祁艳波,王丽敏,等.临床医学专业预防医学教学改革的思考与实践[J].齐齐哈尔医学院学报,2002,2(4):474-475.

(本文编辑:张文娟 本文校对:高玉敏 收稿日期:2018-06-05)

论 著 WORKS

中医梦诊在神经衰弱症中的应用初探※

李 选 陈 静 张继红 贾成祥*

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450000)

摘 要: 梦诊源于《黄帝内经》, 经过后世医家的发展形成了一套完整的理论体系。而神经衰弱症多以失眠多梦为主要表现, 因此我们可以将梦诊作为一种辅助诊法对神经衰弱症进行辨证治疗: 依阴阳定虚实, 判别病性; 据五行分脏腑, 确定病位; 由症状辨证型, 选取方药。

关键词: 梦象; 梦诊; 神经衰弱症

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.026

文章编号: 1672-2779(2018)-17-0056-03

The Preliminary Study on the Clinical Application of Traditional Chinese Medicine Dream Diagnosis in Neurasthenia

LI Xuan, CHEN Jing, ZHANG Jihong, JIA Chengxiang

(Basic Medical School, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: The dream diagnosis originated from *Huangdi Neijing*. After the development of later medical experts, a set of complete theoretical system was formed. And the main manifestation of neurasthenia is insomnia and dreaminess, so we can use dream diagnosis as an auxiliary diagnostic method to treat neurasthenia. Firstly, it judges the body constitution weak or strong by using yin and yang to distinguish the state of disease. Secondly, it according to dream image by theory of five elements to confirm disease location. Thirdly, it determines type of syndrome on the basis of symptom to select the proper prescription.

Keywords: dream image; dream diagnosis; neurasthenia

梦是人体精神活动的特殊表现形式。历史上很多医家都对梦有着独特的认识, 认为梦反映了人体内部的脏腑功能状态, 甚至可以作为预示疾病的征兆。而神经衰弱是我国目前最常见的神经症之一, 其病因多样、病机复杂、病程漫长, 大部分病人有多梦的症状。笔者认为临床应重视梦诊, 通过对神经衰弱症患者梦境的分析, 指导临床辨证论治, 现具体分析如下。

1 神经衰弱症

神经衰弱症是由于大脑神经长期持续性过度紧张导致大脑兴奋和抑制功能失调, 从而形成以睡眠障碍为主的一组脑功能障碍症候群。主要表现为精神容易兴奋和脑力容易疲乏, 情绪烦恼, 入睡困难。临床上多伴头晕、头痛、失眠、健忘、多梦、眼花、耳鸣、心悸、气短、乏力、易激动、焦虑不安、记忆力减退、阳痿、早泄或月经紊乱等症状^[1]。因此神经衰弱可归属于中医的不寐、头痛、眩晕、百合病、脏躁、梅核气、惊悸、遗精、阳痿、虚劳等病证范畴。另外, 大部分神经衰弱病人以多梦为主症, 表现为睡眠不安, 梦境可怕, 夜间易醒, 醒后不忘, 并伴头昏、神疲、健忘、心悸等不适症状, 或者平素少梦, 突然夜梦增多。

梦不单独致病, 往往随着身体状态改变而出现相

应的梦境, 即“有诸内, 必形诸外”。六淫外袭、五脏内伤、厥气内客、情志过极、五神失常以及躯体内部的各种生理病理变化, 都可能引起发梦, 形成不同的梦象。除此之外, 梦也与最近的生活环境、自身的性格特点以及入寐前的情绪状态有关。

2 梦诊方法

《黄帝内经》结合阴阳学说、藏象学说、五神学说、营卫学说等详细解释了梦的成因, 搭建了梦诊的雏形。后世医家则在《黄帝内经》的基础上, 结合临床实践, 对病梦的辨证和用药提出了独特的见解, 进一步发展完善了梦诊的理论体系^[2]。

梦诊是对临床上望、闻、问、切四诊的补充和延伸, 即通过全面细致地分析患者梦的特征如梦象、梦量, 结合中医学基本原理解释梦因, 从而推测患者的心理状态和致病缘由, 是对临床上诊断和治疗疾病起到辅助作用的中医传统诊法。分析方法主要有以下三步。

2.1 依阴阳定虚实 判别病性 通过辨别梦象的阴阳属性, 可获知人体的阴阳盛衰情况, 从而判定疾病性质。总体上, 凡是偏于运动、外向、上升、弥散、温热、明亮、兴奋、生长的均属阳梦; 凡是相对静止、内守、下降、凝聚、寒冷、晦暗、抑制、杀藏的均属阴梦。如《素问·脉要精微论》中记载: “是知阴盛则梦涉大水恐惧; 阳盛则梦大火燔灼; 阴阳俱盛则梦相杀毁伤。”

2.2 据五行分脏腑 确定病位 通过区分梦象的五行属

※ 基金项目: 河南中医药大学国家级大学生创新创业训练项目
[No.201310471011]

* 通讯作者: zyjcx@126.com

性,可推知人体脏腑的相互关系,从而确定疾病位置。五行特性可概括为“水曰润下,火曰炎上,木曰曲直,金曰从革,土爰稼穡”,即生发条达属木,温热上亢属火,生化承纳属土,肃杀沉敛属金,寒藏润下属水。如《灵枢·淫邪发梦》云:“客于肺……见金铁之奇物,客于肝,则梦山林树木。”

2.3 由症状辨证型 选取方药 通过分析梦象可对病性和病位有初步的认识,之后仍应结合患者具体症状,运用八纲、脏腑、气血津液等辨证方法对疾病进行全面辨证。如《灵枢·海论》中“血海不足,则人常想其身小,狭然不知其所病”即为肝阴虚的表现。

3 辨证应用

神经衰弱的疾病表现多种多样,运用上述的梦诊方法,可将其分为虚实两大类,如表1。

表1 神经衰弱症分类

虚证	阴虚	心神失养、肺阴亏虚、肝阴不足、肾阴亏虚、肝肾不足、心肾不交
	阳弱	心脾两虚、心胆气虚、命门火衰
实证	过亢	肝火扰心、痰热扰心、气郁化火
	不畅	肝气郁结、痰气交阻、瘀阻脑络

其中,临床上以心神失养、命门火衰、痰热扰心、肝气郁结为多见,详细讨论如下。

3.1 心神失养 其证多见心神不宁,悲忧善哭,喜怒无常,多疑易惊,精神恍惚,舌质淡,脉弦。此证患者多梦悲伤之事而哭泣。《金匱要略·五脏风寒积聚病》云:“邪哭使魂魄不安者,血气少也。血气少者属于心,心气虚者,其人则畏,合目欲眠,梦远行而精神离散,魂魄妄行”。《金匱要略心典》云:“邪哭者,悲伤哭泣,如邪所凭,此其标有稠痰浊火之殊,而其本则皆心虚而血气少也。于是寤寐恐怖,精神不守,魂魄不居,为癫为狂,势有必至者矣。”“血虚脏躁,则内火扰而神不宁,悲伤欲哭。”由于脏躁之本为“心虚而血气少”,心主血藏神,心血亏虚则心神失养,故易梦悲哭,治宜养心安神。

3.2 命门火衰 其证多见身寒肢冷,面色恍白,腰膝酸软,阳痿,尿频,舌质淡胖,苔白、脉沉细无力。此证患者多梦大水泛滥。多因阳气虚衰,阴寒内盛所致,该理论在《黄帝内经》已有体现,如《灵枢·淫邪发梦》云:“阴气盛则梦涉大水而恐惧。”佛学著作《大智度论》亦有记载:身体不调时,身体中“若冷气多,则梦见水,梦见白”^[3]。《景岳全书》云:“命门为元气之根,为水火之宅。五脏之阳气,非此不能发。”人体的阳气有赖于命门之火的温煦充养,故治宜温补命门。

3.3 痰热扰心 其证多见心烦不寐,胸闷脘痞,泛恶暖气,伴口苦,目眩,头重,舌红苔黄腻,脉滑数。此证患者多梦大火。《灵枢·淫邪发梦》云:“厥气客于

心,则梦见山丘烟火。”厥气,即逆气,泛指因阴阳失调、气血逆乱、痰浊闭阻、食积停滞等因素导致的气机逆乱。气乱则神失其守,阳不守阴,阴不敛阳,发而为梦。《素问·脉要精微论》云:“阳盛则梦大火燔灼。”痰热上犯,心神被扰,治宜清化热痰、和中安神。

3.4 肝气郁结 其证多见郁闷不寐,烦躁多梦,胁肋胀痛,胸闷腹胀,暖气频作,纳少口苦,舌苔薄白,脉弦。此证患者多梦草木。如《灵枢·淫邪发梦》云:“客于肝,则梦山林树木。”王冰云:“茵香生草,草木之类也。肝合草木,故梦见之。”张志聪亦云:“梦伏树下,得春令之木气也,不敢起者,虽得时气之助,而亦不能胜。”肝属木,其性条达,其类草木,同类相召,同气相感,故肝气郁结时多梦草木,治宜疏肝理气,解郁安神。

4 医案分析

4.1 心神失养案 陈某,女,47岁,农民。初诊:2014年8月25日。主诉:失眠多梦,倦怠乏力3月余。病史:半年前患者母亲因老年痴呆自缢身亡,患者思念母亲,悲伤日甚,难以缓解。近三月来症状加重,失眠多梦,精神恍惚,心神不宁,喜怒无常,自诉经常在梦中看到已故母亲,向其忏悔没有尽到孝道,而痛哭不已,醒后继续悲伤,难以入睡,白天倦怠乏力,呵欠频作,不愿下地干活。食少纳呆,大便稀,舌质淡苔薄白,脉细弱。

梦境辨证:患者因受母亲亡故的精神刺激而诱发,常因梦已故母亲而痛哭不已。《灵枢·本神》云:“心怵惕思虑则伤神,神伤则恐惧自失”,心主血藏神,悲哀过极导致心血不足,心神失于濡养,则神不守舍,昼见悲忧善哭,精神恍惚,入夜则惊惕不安,难眠易醒,多梦悲伤之事而哭泣,加之四诊合参,辨为心神失养证。西医诊断:神经衰弱症。中医治则:养血安神,补益心脾。

方药:甘麦大枣汤合归脾汤加减:炙甘草10 g,小麦30 g,党参15 g,黄芪20 g,白术15 g,茯神10 g,酸枣仁18 g,远志5 g,广木香6 g,当归尾10 g,生姜5片,大枣5枚。7剂,水煎服。

2014年9月3日二诊:自诉:服药后睡眠有明显改善,做梦渐少,欲饮食,但仍思念母亲,处方:守上方加减七剂,嘱咐家人配合患者进行心理疏导。

4.2 肝气郁结案 李某,女,18岁,大学生。初诊:2015年9月30日。主诉:烦闷易怒,右肋疼痛,不寐多梦2周余。

病史:患者九月初刚入大学,因和室友性格不和,经常吵架生气,自觉右侧肋肋不适,时有疼痛,心情舒缓则痛减,入夜难以入睡,寐后多梦,自诉常梦在森林里独行,找不到出口,气愤不已,醒后更加烦闷,

腹胀纳差。查肝功和腹部彩超显示无异常，舌红苔薄白，脉弦细。

梦境辨证：患者因与室友吵架，情志不遂，失眠多梦，常梦在森林里独行迷路而生气。肝与木同气相求，森林为木气繁盛之处，梦森林而找不到出路表明患者体内肝气亢盛，郁怒不解，失于疏泄。正如《灵枢·淫邪发梦》所言：“肝气盛，则梦怒。”肝为刚脏，喜调达而恶抑郁，盛怒伤肝，肝气郁结，气机不畅，则见胁肋疼痛，肝木横逆犯脾，则见腹胀纳呆。故梦诊结合四诊可知，此为肝气郁结证。西医诊断：神经衰弱症。中医治则：疏肝理气，健脾和胃。

方药：柴胡疏肝散加减：柴胡9 g，白芍6 g，醋炒陈皮9 g，川芎6 g，香附6 g，枳壳6 g，白术9 g，枸杞子6 g，酸枣仁6 g，炙甘草5 g。7剂，冲水服。建议和室友沟通或者调换宿舍，保持心情舒畅。

2015年10月9日二诊：见患者笑容满面，自诉服药后胁痛症状明显缓解，在辅导员帮助调换宿舍后，睡

眠质量显著提高，情绪稳定。处方：守上方3剂善后，嘱咐患者以学习为重，与室友积极交流，培养良好的人际关系。

5 结语

梦是睡眠过程中的一种正常现象，梦有时可以启迪灵感，增进记忆，促进发明创造，调节心理平衡，而病理之梦则反映了人体的病变部位与性质。通过探究中医梦诊在神经衰弱症中的应用，拓宽辨证方法，启迪论治思维，使临床诊断更加全面。然而近代以后中医对梦境的研究进展缓慢，因此需要我们后辈中医学子更加努力，潜心研究，使梦境理论应用于更广阔的临床实际中。

参考文献

- [1]陈小媛,陈勇,李耀华.神经衰弱治疗的研究进展[J].中国民族民间医药, 2014,23(14):33-34,36.
- [2]陈子杰.《内经》梦学及中医梦证的研究[D].北京:北京中医药大学,2005:12.
- [3]柴文举,蔡滨新.中医释梦辨治[M].2版.北京:学苑出版社,1998:41.

(本文编辑:张文娟 本文校对:贾成祥 收稿日期:2018-06-05)

近几年半夏在我院临床应用情况分析

郑明井

(福建省明溪县中医院药剂科,福建 明溪 365200)

摘要:目的 通过对近几年来中药半夏在我院门诊的临床应用情况进行分析,为规范中药半夏临床合理应用提供参考。方法 统计我院2015年—2017年门诊中药饮片处方及使用了半夏的中药饮片处方,并对其进行一般性描述和回顾性分析。结果 含半夏的中药饮片处方占门诊总中药饮片处方量的19.54%;患者年龄分布情况随年龄增长呈高度集中趋势,半夏单剂量在《药典》规定范围3~9 g的处方占比96.48%,单剂量超范围使用处方占比3.44%;我院门诊科室使用半夏的频率以中医内科门诊应用最多。结论 中药半夏作为温化寒痰药,在我院门诊的临床应用情况基本合理。

关键词:半夏;临床应用;用药分析;医院管理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.027

文章编号:1672-2779(2018)-17-0058-03

Analysis on the Clinical Application of Pinellia in Our Hospital in Recent Years

ZHENG Mingjin

(Department of Pharmacy, Mingxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujina Province, Fuzhou 365200, China)

Abstract: **Objective** Through the analysis of the clinical application of Chinese medicine Pinellia in our hospital in recent years, it provides a reference for standardizing the rational application of Chinese medicine Pinellia. **Methods** The prescriptions of Chinese medicine decoction pieces in our hospital from 2015 to 2017 and the prescriptions of Chinese medicine decoction pieces using Pinellia ternata were collected, and their general description and retrospective analysis were carried out. **Results** The prescription of Chinese herbal medicines containing Pinellia ternata accounted for 19.54% of the total prescription of Chinese herbal medicines in outpatients. The age distribution of patients showed a high concentration trend with age. The single dose of Pinellia ternata in the scope of the Pharmacopoeia ranged from 3g to 9g, account for 96.48%. The proportion of single-dose over-range prescriptions was 3.44%. The frequency of use of Pinellia in the outpatient department of our hospital was the most widely used in traditional Chinese medicine clinics. **Conclusion** Chinese medicine Pinellia ternata as a warming chilling medicine, the clinical application in our outpatient clinic is basically reasonable.

Keywords: Pinellia; clinical application; medication analysis; hospital management

半夏为天南星科植物半夏*Pinellia ternata* (Thunb.) Breit的干燥块茎,生品性温味辛有毒,2015版《中国药典》一部列有其炮制品为姜半夏、法半夏、清半夏三种,皆为无毒之品,但功能与主治略有区别,其中姜半夏可温中化痰、降逆止呕,用于痰饮呕吐、胃脘痞满;法半夏攻专燥湿化痰,用于痰多咳喘、痰饮眩

悸、风痰眩晕、痰厥头痛。半夏首载于《神农本草经》,列为下品^[1],现为中医临床应用中较为常见的中药饮片之一。因此,为了进一步了解中药半夏在我院门诊的临床应用情况和规范中药半夏的合理应用,笔者回顾分析2015年—2017年中药半夏在我院门诊的临床应用情况,以期临床应用提供有用依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 利用医院HIS管理系统数据库,统计我院2015年—2017年门诊中药饮片处方及使用了半夏的中药饮片处方,其中门诊中药饮片处方共计61293张,含半夏的中药饮片处方共计11974张。

1.2 研究方法 本文通过回顾分析法,对所收集的含半夏的中药饮片11974张处方病人文献资料按每张处方的科别、年龄、性别、单剂量、药名(姜半夏或法半夏)录入Excel程序,利用其自带的检索功能,对数据信息等资料进行筛选、计数、排序,并加以收集分析整理。

2 结果

2.1 我院门诊含半夏中药饮片处方占比情况 我院2015—2017年门诊中药饮片处方共计61293张,含半夏的中药饮片处方共计11974张,含半夏的中药饮片处方占比为19.54%,各年份占比略有差别,见表1。

表1 我院含半夏中药饮片处方占比情况

年份	门诊中药饮片 处方数(张)	含半夏的中药 饮片处方数(张)	含半夏的中药 饮片处方占比(%)
2015年	17324	3014	17.40
2016年	20873	4383	21.00
2017年	23096	4577	19.82
合计	61293	11974	19.54

2.2 我院门诊含半夏中药饮片处方的年龄分布情况 通过调查后发现,我院门诊含半夏中药饮片处方的患者年龄分布情况随年龄增长呈高度集中趋势,60岁以上位居首位,占总数的38.68%,50~60岁占总数的20.07%,40~50岁占总数的21.80%,见表2。

表2 我院门诊含半夏中药饮片处方的年龄分布情况

年份	含半夏的中药饮片 处方数(张)	≤30岁	≤40岁	≤50岁	≤60岁	>60
2015年	3014	258	355	686	602	1113
2016年	4383	350	482	964	876	1711
2017年	4577	334	549	961	926	1807
总计	11974	942	1386	2611	2404	4631
占比(%)		7.87	11.58	21.80	20.07	38.68

2.3 我院门诊含半夏中药饮片处方的性别分布情况 经统计,我院门诊含半夏中药饮片的11974张处方中,性别(女)处方为7792张,占比为65.07%,性别(男)处方为4182张,占比为34.93%,见表3。

表3 我院门诊含半夏中药饮片处方的性别分布情况

年份	含半夏的中药饮片 处方数(张)	性别(女) 处方数(张)	性别(男) 处方数(张)
2015年	3014	2015	999
2016年	4383	2848	1535
2017年	4577	2929	1648
总计	11974	7792	4182
占比(%)		65.07	34.93

2.4 我院门诊含半夏中药饮片处方的半夏单剂量分布情况 经统计,我院门诊含半夏中药饮片的11974张处方中,半夏单剂量在《药典》规定范围3~9 g的处方张数为11552张,占比96.48%,单剂量超范围使用处方张数413张,占比3.44%,见表4。

表4 我院门诊含半夏中药饮片处方的半夏单剂量分布情况

年份	含半夏的中药饮片 处方数(张)	≤3 g 处方数(张)	3~9 g 处方数(张)	10~20 g 处方数(张)	21~29 g 处方数(张)	>30 g 处方数(张)
2015年	3014	2	2884	123	4	1
2016年	4383	4	4237	136	5	1
2017年	4577	3	4431	139	4	0
总计	11974	9	11552	398	13	2
占比(%)		0.08	96.48	3.32	0.1	0.02

2.5 我院门诊含半夏中药饮片处方的科室分布情况 经分析,我院门诊科室使用半夏的频次如下,在含半夏中药饮片的11974张处方中,中医内科门诊处方为6136张,占比为51.24%,便民门诊处方为2019张,占比为17.61%,中医妇科门诊处方为1385张,占比为11.57%,针灸推拿科门诊处方为1038张,占比为8.67%,其他门诊科室处方数1306张,占比10.91%,见表5。

表5 我院门诊含半夏中药饮片处方的科室分布情况

年份	含半夏的中药饮片 处方数(张)	中医内科 门诊处方张数	便民门诊 处方张数	中医妇科 门诊处方张数	针灸推拿科 门诊处方张数	其他门诊科室 处方张数
2015年	3014	1543	563	331	242	335
2016年	4383	2213	745	525	394	506
2017年	4577	2380	801	529	402	465
总计	11974	6136	2109	1385	1038	1306
占比(%)		51.24	17.61	11.57	8.67	10.91

2.6 我院门诊含半夏中药饮片处方的姜半夏和法半夏使用频率情况 我院门诊药房无半夏生品,供应的半夏炮制品有姜半夏和法半夏,从表6可以看出,在含半夏中药饮片的11974张处方中,使用姜半夏的处方为8551张,使用频率为71.41%,使用法半夏的处方为3423张,使用频率为28.59%。

表6 我院门诊含半夏中药饮片处方的
姜半夏和法半夏使用频率情况

年份	含半夏的中药饮片 处方数(张)	姜半夏处方数(张)	法半夏处方数(张)
2015年	3014	2209	805
2016年	4383	3155	1228
2017年	4577	3187	1390
总计	11974	8551	3423
占比(%)		71.41	28.59

3 讨论

从表1可知,含半夏的中药饮片处方与门诊中药饮片处方总数之比为19.54%,提示中药半夏在中医临床应用中较为常见,与其临床应用范围较广有关。半夏

为温化寒痰药,其味辛性温而燥,为燥湿化痰、温化寒痰之要药,味苦降逆和胃,为止呕要药,其辛开散结,化痰除痞,内服能消痰散结,外用能消肿止痛^[2]。临床可应用于湿痰、寒痰、呕吐、心下痞、结胸、梅核气、癭瘤、痰核等多种病证,常用经典方有二陈汤、半夏白术天麻汤、小半夏汤、大半夏汤、半夏泻心汤、小陷胸汤、半夏厚朴汤等。

如表2所示,使用半夏的患者年龄分布情况随年龄增长呈高度集中趋势,60岁以上位居首位,占总数的38.68%,50~60岁占总数的20.07%,40~50岁占总数的21.80%,即40岁以上患者使用半夏处方数之和约占处方总数的80.63%。究其原因,笔者认为主要包括3个方面,其一:老年人对于中药汤剂的接受程度比较高,认可程度也比较足;其二:提示40岁以后,人体机能逐渐衰退以及不良的现代生活方式如过量的啤酒、夏天长期使用空调和食用冷饮造成寒湿的疾病特点;其三:可能与儿童对中药汤剂服用顺从性不高和青年一代对中医认知度不高有关。

从表3可知,使用半夏的女性患者接近男性患者的2倍,女性患者占比为65.07%,男性患者占比为34.93%,同时40岁以上患者使用半夏处方数之和约占处方总数的80.63%,结合以上两点,提示可能与女性的生理和心理特点有关,特别是在女性更年期前后期间,易发各种疾病和身体各种不适,女性朋友需注重身体保健和心情舒畅。

从表4统计发现,使用半夏单剂量在《药典》规定范围3~9 g的处方张数占比96.48%,提示我院半夏临床使用单剂量合格率较高,但还有3.44%超范围使用,其中有15张处方半夏用量超过20 g,应引起我们高度重视。半夏刺激性毒性的形成是由半夏中蛋白结合草酸钙特殊针晶刺破黏膜细胞产生的机械性刺激和进入细胞产生的化学刺激共同作用产生的^[3]。经炮制后虽均能消除半夏生品刺激性毒性,但临床应用必须按《药典》规定的剂量使用,以免引起用药不良反应,药师在审核处方时应认真审核处方,对单剂量超范围使用、十八反乌头类中药同用的处方应退回医师修改或签字确认,确保用药的安全性。

从表5可以看出,我院门诊科室使用半夏的频次如下,频次最高的为中医内科门诊处方,占比达51.24%,其次为便民门诊处,占比为17.61%。这可能与我院规模不大、科室不健全有关,半夏临床应用于湿痰、寒痰、呕吐、心下痞、结胸、梅核气、癭瘤、痰核等多种病证与我院中医内科承担的诊治范围相符。便民门诊处方量也较多,可能与医改政策对便民门诊的诊费

优惠和使用中药饮片报销政策有关。

我院门诊药房无半夏生品,供应的半夏炮制品有姜半夏和法半夏,如表6所示,使用姜半夏的处方频次高达71.41%,使用法半夏的处方频次只有28.59%,究其原因,与姜半夏和法半夏的功能与主治各有侧重有关,其中姜半夏可温中化痰、降逆止呕,用于痰饮呕吐、胃脘痞满;法半夏攻专燥湿化痰,用于痰多咳嗽、痰饮眩悸、风痰眩晕、痰厥头痛,姜半夏不仅可温中化痰,还具有降逆止呕之功效,应用范围较广,而法半夏功专燥湿化痰^[4]。医生在临床应用时应根据不同病症选择用药,药师在调配处方时应按给付规定进行调配,万不可把姜半夏和法半夏随意替代。

通过本次对2015—2017年中药半夏在我院门诊的临床应用情况进行分析,可知中药半夏在我院中医临床应用中较为常见,应注意其用药的安全性;使用半夏单剂量在《药典》规定范围3~9 g的处方张数占绝大多数,我院半夏临床使用单剂量合格率较高,但还有超范围使用情况发生,临床应用必须按《药典》的规定的剂量内使用,以免引起用药不良反应,药师在审核处方时应认真审核处方,对单剂量超范围使用、十八反乌头类中药同用的处方应退回医师修改或签字确认,确保安全用药;经与临床医生沟通,个别医生对姜半夏和法半夏功能与主治不熟悉,存在二者代用情况,医生和药师应加强学习,确保在临床应用时应根据不同病症选择用药,药师在调配处方时应按给付规定进行调配,万不可把姜半夏和法半夏随意替代;针对使用半夏中老年女性患者较多情况,应重视对特殊人群的用药安全,对阴虚燥咳、血证、热痰、燥痰等应慎用,总之,中药半夏在我院门诊的临床应用情况基本合理,应继续重视其用药的安全,确保病人的生命安全和药物使用的合理性。

参考文献

- [1]王光明,周蓉.半夏的中药药理研究进展[J].中医药导报,2007,13(2):97-99.
- [2]郭建生.中药学[M].长沙:湖南科学技术出版社,2012:255-256.
- [3]龚千锋.中药炮制学[M].长沙:湖南科学技术出版社,2012:288.
- [4]廖建秀.浅谈中药半夏的炮制方法和临床应用[J].当代医学论丛,2017,15(10):142-144.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈文元 收稿日期:2018-07-20)

中醫藥

坤泰胶囊治疗卵巢早衰 50 例临床观察

王冬芹

(南京市秦淮区中医医院妇科, 江苏 南京 210006)

摘要:目的 探讨坤泰胶囊治疗卵巢早衰患者的临床疗效。方法 按照随机数字表法将100例卵巢早衰患者分为观察组和对照组。观察组(50例)给予坤泰胶囊口服,对照组(50例,后脱落8例)口服克龄蒙治疗,疗程均为3个月。比较2组患者治疗后的性激素变化情况及临床症状改善情况。结果 观察组FSH、LH和 E_2 水平治疗前后比较,差异无统计学意义($P>0.05$),而对照组治疗后FSH、LH水平较治疗前明显下降, E_2 较治疗前明显升高($P<0.05$)。治疗后对照组 E_2 水平高于观察组,FSH、LH水平低于观察组($P<0.05$),差异有统计学意义。2组患者治疗后的低雌激素症状及骨质疏松症状的改善情况比较,差异无统计学意义;对照组治疗后月经恢复情况明显好于观察组,差异有统计学意义($P<0.01$)。观察组患者未见明显不良反应,对照组的用药依从性明显低于观察组,且不良反应较多,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 坤泰胶囊治疗卵巢早衰患者的临床症状与克龄蒙相当,依从性更好,不良反应少,具有良好的安全性。

关键词:坤泰胶囊;卵巢早衰;激素水平;症状;天葵

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.028

文章编号:1672-2779(2018)-17-0061-02

Clinical Observation on Kuntai Capsule in the Treatment of Premature Ovarian Failure for 50 Cases

WANG Dongqin

(Department of Gynecology, Qinhuai District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210006, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical efficacy of Kuntai capsule in the treatment of premature ovarian failure. **Methods** 100 cases of premature ovarian failure were divided into observation group and control group by random number table method. The observation group given Kuntai capsule oral service, and the control group was treated with the treatment of Climen. The course of treatment was 3 months. The changes of sex hormones and the improvement of clinical symptoms were compared between the two groups. **Results** There was no statistically significant difference between FSH, LH, and E_2 in the treatment group ($P>0.05$), while the FSH and LH level in the control group significantly decreased before treatment, E_2 was significantly higher than before treatment ($P<0.05$). After treatment, E_2 level in the control group was higher than that in the observation group, and the level of FSH and LH was lower than that in the observation group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). There was no statistically significant difference between the two groups of patients with low estrogen symptoms and improvement of osteoporosis symptoms. In the control group, the menstrual recovery was significantly better than the observation group, and the difference was statistically significant ($P<0.01$). The patients in the observation group showed no obvious adverse reactions, and the medication compliance of the control group was significantly lower than that of the observation group, and the adverse reaction was more, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The clinical symptoms of Kuntai capsule in patients with premature ovarian failure are similar to that of Climen, but the compliance is better, and has less adverse reactions and good safety.

Keywords: Kuntai capsule; premature ovarian failure; hormone levels; symptom; tiangui

卵巢早衰是指女性在40岁之前由于卵巢内卵泡耗竭或医源性损伤等原因导致的卵巢功能衰竭的一种妇科内分泌疾病^[1]。发病率约为1%~3.8%^[2]。临床上主要表现为高卵泡刺激素(FSH>40 U/L)、高黄体生成素(LH>30 U/L)和低雌激素($E_2<25$ pmol/mL),性欲减退、淡漠,生殖器官萎缩等围绝经期症状。激素替代治疗是治疗卵巢早衰的常用方法,但因其存在一定的禁忌证,且常出现阴道不规则出血、水钠潴留等副反应,故患者的依从性不高。中医药治疗卵巢早衰弥补了以上不足,易为患者接受。本文就应用坤泰胶囊与克龄蒙治疗卵巢早衰进行研究,旨在探讨中成药坤泰胶囊在治疗卵巢早衰中的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2017年6月在我院妇

科门诊就诊并诊断为卵巢早衰的患者100例,按数字表法随机分为2组,其中观察组50例,年龄(38.5 ± 2.1)岁;对照组50例,年龄(38.8 ± 1.9)岁。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准^[3]:女性年龄在40岁以下出现高卵泡刺激素(FSH>40 U/L)、高黄体生成素(LH>30 U/L)和低雌激素($E_2<25$ pmol/mL),潮热汗出,失眠焦虑,性欲减退、淡漠,生殖器官萎缩等围绝经期症状。

中医诊断标准^[3]:妇女在绝经前后由于肾气渐衰,天癸将竭,冲任二脉虚衰致使阴阳平衡失调,脏腑气血不和而出现一系列绝经前后症状。临床表现为月经紊乱、烘热汗出、烦躁易怒、心悸失眠、忧郁健忘,腰

膝酸软,皮肤蚁行样感等症状。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准者;年龄30~40岁;患者知情同意。

1.4 排除标准 近3个月内使用雌激素或其他可能干扰症状的非激素类药物和食物及应用过催眠镇静药或抗抑郁药者;合并有内分泌疾病或心血管、脑血管、肝肾和造血系统等严重疾病者;有雌激素禁忌证者;患者依从性差,不能按要求服药者。

1.5 方法 观察组:给予坤泰胶囊口服(贵阳新天药业公司产品,国药准字Z20000083),每次4粒,每天3次。1个月为1疗程。

对照组:给予克龄蒙口服(DELPHARM Lille S. A.S, 国药准字J20080037),每次1粒,每日1次。1盒结束后,待月经来潮后第5天再次服用下1盒,或停药后无月经者,7 d后继续服用下1盒。1盒为1疗程。

2组均连续用药3个疗程。

1.6 观察指标 观察2组治疗前后性激素改善情况、月经恢复情况、低雌激素症状改善情况、骨质疏松改善情况,并记录治疗期间及治疗后2组不良反应的发生情况。

1.7 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,其中各项评价指标为非独立事件,故分别单独进行分析。

2 结果

2.1 性激素的改善情况 对照组中有8例患者因为出现严重的阴道不规则出血而退出试验。治疗前2组患者的FSH、LH和 E_2 水平差异无统计学意义($P>0.05$),观察组FSH、LH和 E_2 水平治疗前后比较,差异无统计学意义($P>0.05$),而对照组治疗后FSH、LH水平较治疗前明显下降, E_2 较治疗前明显升高($P<0.05$)。治疗后对照组 E_2 水平高于观察组,FSH、LH水平低于观察组($P<0.05$),见表1。

表1 性激素改善情况 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	FSH(U/L)		LH(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	56.58±26.35	57.08±29.21**	77.46±26.57	76.82±27.08**
对照组	42	59.36±27.68	43.85±30.29*	76.38±25.85	58.52±26.62*

组别	例数	E_2 (pmol/mL)	
		治疗前	治疗后
观察组	50	16.28±6.35	17.35±5.86**
对照组	42	17.08±6.68	32.25±14.56*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,** $P<0.05$

2.2 卵巢早衰症状的改善情况 2组患者治疗后的低雌激素症状及骨质疏松症状的改善情况比较,差异无统计学意义;对照组治疗后月经恢复情况明显好于观察组,差异有统计学意义($P<0.01$),见表2。

表2 卵巢早衰症状的改善情况 (例)

组别	例数	月经恢复	低雌激素症状改善	骨质疏松改善
观察组	50	28**	50*	43*
对照组	42	42	42	40

注:与对照组比较,** $P<0.01$,* $P>0.05$

3.3 2组患者用药不良反应及依从性 观察组患者未见明显不良反应并按疗程进行治疗;对照组中8例患者因为出现严重的阴道不规则出血现象,自行停药并退出治疗,用药依从性明显低于观察组,差异有统计学意义($\chi^2=7.58$, $P<0.05$),见表3。

表3 不良反应情况 (例)

组别	例数	阴道不规则出血	水钠潴留	乳房胀痛
观察组	50	0*	3*	4*
对照组	50	8	11	14

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

目前认为卵巢早衰的最有效治疗方法是激素替代治疗,但是长期的激素替代疗法存在增加子宫内膜癌、卵巢癌发病率的风险,而且有着诸多的不良反应及禁忌证,如乳房胀痛、水钠潴留、面部色斑、阴道不规则出血、肝肾功能损伤等。因此患者对激素的替代治疗存在不少的顾虑,临床依从性较差。

卵巢早衰在祖国传统医学上归为“绝经前后诸证”“闭经”“脏燥”等范畴,分为阴虚型、阳虚型和阴阳两虚型,以阴虚型最为常见。坤泰胶囊主要由熟地黄、黄连、白芍、黄芩、阿胶、茯苓组成,方中熟地黄补肾填精、滋阴养血;白芍敛阴,阿胶滋阴,两药养血以安神;黄连、黄芩清热燥湿、泻火解毒;茯苓益心脾,交心肾以安神。全方具有滋阴清热、交通心肾、安神除烦的功效。吴海燕^[4]研究发现坤泰胶囊能有效改善卵巢早衰患者血清性激素水平,降低FSH、LH、 E_2 等指标含量,疗效与用激素代替治疗相当,并能有效降低血脂水平。陈继明等^[5]研究发现坤泰胶囊在治疗围绝经期综合征患者的临床疗效与替勃龙相当,能明显改善临床症状,但其副反应更少、更安全。

本研究中对100例卵巢早衰患者研究表明,坤泰胶囊降低卵巢早衰患者的FSH、LH水平和提高 E_2 水平不如克龄蒙,但是在改善卵巢早衰患者临床症状上与克龄蒙相当,而且依从性较好,不良反应更少,具有良好的安全性。

参考文献

- [1] Kovanci E, Schutt A K. Premature ovarian failure: clinical presentation and treatment[J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2015, 42(1): 153-161.
- [2] 曹泽毅.中华妇产科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2005:2564.
- [3] 肖承惊.中医妇科临床研究[M].北京:人民卫生出版社,2009:125-126.
- [4] 吴海燕.坤泰胶囊对卵巢早衰患者血清FSH、LH、 E_2 及血脂水平的影响[J].中国妇幼保健,2016,31(8):1599-1600.
- [5] 陈继明,高红艳,李沁.坤泰胶囊治疗围绝经期综合征患者30例临床观察[J].中医杂志,2015,56(3):231-234.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陶静 收稿日期:2018-06-12)

参苓白术散加减治疗功能性消化不良脾虚气滞证 临床研究

李 佳 韩立娜 刘冬梅

(辽宁电力中心医院消化内科, 辽宁 沈阳 110000)

摘要:目的 探讨功能性消化不良脾虚气滞证应用参苓白术散加减治疗效果。方法 脾虚气滞证功能性消化不良患者100例, 随机分为对照组和试验组各50例。对照组患者予以常规西药治疗, 试验组患者予以参苓白术汤加减治疗。比较2组患者的治疗总有效率, 并比较2组患者治疗后的症状评分。结果 试验组治疗总有效率高于对照组, $P<0.05$ 。试验组治疗后的症状积分优于对照组, $P<0.05$ 。结论 功能性消化不良脾虚气滞证应用参苓白术散加减治疗后效果较好, 临床价值较高。

关键词: 功能性消化不良; 脾虚气滞证; 参苓白术散

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.029

文章编号: 1672-2779(2018)-17-0063-02

Clinical Study on Modified Shenling Baizhu Powder in Treating Functional Dyspepsia of Spleen Deficiency and Qi Stagnation Syndrome

LI Jia, HAN Lina, LIU Dongmei

(Department of Gastroenterology, Liaoning Electric Power Central Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of modified Shenling Baizhu powder in treating functional dyspepsia of spleen deficiency and qi stagnation syndrome. **Methods** A total of 100 patients with functional dyspepsia of spleen deficiency syndrome were randomly divided into control group of 50 cases and experimental group of 50 cases. Patients in the control group were treated with conventional western medicine. The experimental group was given modified Shenling Baizhu powder. The total effectiveness and the symptom scores were compared between the two groups. **Results** The total effective rate in the experimental group was higher than that in the control group $P<0.05$. The symptom score of the experimental group was better than that of the control group $P<0.05$. **Conclusion** The modified Shenling Baizhu powder in treating functional dyspepsia of spleen deficiency and qi stagnation syndrome has better effect and higher clinical value.

Keywords: functional dyspepsia; spleen deficiency and qi stagnation syndrome; Shenling Baizhu powder

功能性消化不良是指上腹痛、上腹胀、早饱和食欲不振等消化不良症状, 病情反复发作且症状持续时间较长, 病程通常一个月以上^[1]。进食后胃底容受舒张发生障碍, 胃窦十二指肠运动协调紊乱及内脏高敏等因素均与功能性消化不良发病存在关联, 并且患者的心理因素、环境因素和社会影响等均可对其病情造成影响^[2]。本研究对功能性消化不良脾虚气滞证应用参苓白术散加减治疗的效果进行分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2014年9月—2017年8月收治的脾虚气滞证功能性消化不良患者100例, 随机分为对照组和试验组各50例。所有患者均对本研究知情, 且本研究经医院伦理委员会审核批准。对照组男26例, 女24例; 年龄25~67岁, 平均(41.28±6.74)岁; 病程1~9年, 平均(4.12±1.04)年。试验组男28例, 女22例; 年龄23~69岁, 平均(41.35±6.62)岁; 病程最短7个月, 最长9年, 平均(4.08±1.19)年。患者基本资料比较, $P>0.05$, 具有可比性。

1.2 纳入标准 均表现出功能性消化不良且经检查后排除相应器质性疾病情况; 所有患者年龄均在18岁以上; 病程超过半年; 能积极配合医护人员完成治疗。

1.3 排除标准 恶性肿瘤, 存在心、肝、肾、肺等重要脏器功能不全的情况, 药物过敏, 妊娠期或哺乳期, 精神疾病史。

1.4 治疗方法 对照组予以常规西药治疗, 按照10 mg/次, 3次/d的标准于每餐前30 min口服吗丁啉(西安杨森制药有限公司生产; 批准文号: 国药准字H10910003), 同时按照0.9 g/次, 3次/d的标准于每餐前30 min口服乳酶生片(桂林南药股份有限公司生产; 批准文号: 国药准字H45020337), 连续治疗14 d。

试验组予以参苓白术散加减治疗, 方药组成为: 茯苓、白术各20 g, 薏苡仁、党参、扁豆、砂仁、山药各15 g, 枳实、柴胡各10 g, 莲子、桔梗各9 g, 甘草6 g。治疗过程中根据患者的临床表现给予其药物加减治疗, 其中气滞血瘀的患者加川芎及合欢皮各10 g; 患者膈下有热加山栀子和黄芩各10 g; 里寒腹痛的患者加肉桂和干姜各10 g; 将药物加水浸泡20 min后煎煮, 取汁后分早晚2次服用, 按照1剂/d的标准连续治疗14d为1个疗程, 治疗1个疗程后观察疗效。

1.5 评价指标 评价疗效, 评定治疗后症状积分。疗效判定标准为: 治疗后消化不良症状基本消失且症状积分减少85%以上为显效; 消化功能有所改善, 症状积分减少30%~84%为有效; 治疗后患者的消化功

能未得到改善且症状积分无明显变化为无效。症状积分评定包括：上腹胀痛、食欲不振、恶心呕吐和早饱等4项症状进行评分，其中无症状记0分，有轻微症状但不影响正常生活记1分，症状明显且对日常生活造成影响记2分，症状严重且患者无法忍受记3分。

1.6 统计学方法 用SPSS 22.0软件完成，计数资料以(%)表示，用 χ^2 检验，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，用 t 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者疗效比较 试验组治疗总有效率高于对照组，数据对比 $P < 0.05$ ，见表1。

表1 2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	50	27(54.00)	18(36.00)	5(10.00)	90.00
对照组	50	21(42.00)	12(24.00)	17(34.00)	66.00
χ^2 值					8.391
P 值					<0.05

2.2 2组患者症状积分比较 治疗后症状积分比较，试验组更优，数据对比 $P < 0.05$ ，见表2。

表2 2组患者症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	上腹胀痛	食欲不振	恶心呕吐	早饱
试验组	50	1.02±0.11	0.96±0.08	0.85±0.07	1.01±0.10
对照组	50	1.49±0.15	1.22±0.14	1.14±0.12	1.45±0.14
t 值		7.990	5.099	6.601	8.087
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

随着现代社会中人们饮食结构不断变化，消化系统疾病的发病率呈现出不断上升的趋势。功能性消化不良是临床上常见的消化系统疾病，患者发病后的临床表现无特异性，主要以食欲不振、恶心呕吐、上腹胀痛和早饱暖气等为主，患者在发病后多会伴有不同程度的焦虑、抑郁、失眠和头痛等症状，而这些症状主要是因为患者担心疾病较为严重所致^[3]。功能性消化不良患者发病后病程一般较长，经治疗后病情通常能得到缓解，但之后会出现复发的情况，导致患者的生活质量严重下降。

西医上认为功能性消化不良主要是因为患者胃底舒张功能障碍所致，因此在对功能性消化不良进行治疗时主要是采用促胃动力药和促消化药物完成。吗丁啉和乳酶生片是西医上治疗功能性消化不良的常见药物，其中吗丁啉是一种促胃动力药物，其能够直接阻断胃肠道得出多巴胺D2受体而起到促进胃肠运动的作用。

乳酶生则是一种助消化药物，其主要成分为人工培养的活乳酸肠球菌或乳酸杆菌的干燥制剂，进入人体后能抑制腐败菌的繁殖，并增加肠内酸度，从而起到助消化的作用^[4]。通过对患者消化功能的促进，通常能让患者的临床症状得到有效改善，但患者治疗后容易出现复发的情况。而患者在病情反复发作的过程中很容易产生焦虑、抑郁和恐惧等不良情绪，导致其正常生活受到严重影响。

中医认为功能性消化不良主要是因为患者受到外界湿邪之气侵袭后导致气滞湿瘀，气血流通不畅而导致患者的脏器受到严重影响，出现脾胃虚弱的情况，而中医理论认为脾气衰竭则会导致患者发生多种疾病，因此在对患者进行治疗时应先对其脾脏功能进行有效的调理^[5]。参苓白术散是由四君子汤衍生而来的方药，其是中医上健脾补气的常见方药。其方药中丹参平补脾气、滋润胃脏，白术和茯苓祛湿除痹、止泻止汗、除湿安神，山药、扁豆和薏苡仁清热祛湿、理气健脾、调理胃肠，莲子清热、温胃、降燥，诸药合用起到健脾除湿、清热理气的功效，让患者的病情得到有效改善^[6]。同时，参苓白术散还能有效改善脾脏功能失调导致的内分泌紊乱，促使消化酶分泌量和胃底容物消化速度的提升。现代药理研究表明，脾虚气滞证患者的植物神经会发生错乱，而植物神经是控制胃肠蠕动功能的主要神经，因此在采用参苓白术散对患者进行治疗时能让其胃肠蠕动得到有效促进^[7]。

本研究对功能性消化不良脾虚气滞证应用参苓白术散加减治疗的效果进行分析，治疗后试验组总有效率高于对照组，数据对比 $P < 0.05$ 。治疗后试验组症状积分低于对照组，数据对比 $P < 0.05$ 。综上，参苓白术散治疗脾虚气滞证功能性消化不良效果显著，值得推广。

参考文献

- [1]常庆军.功能性消化不良脾虚气滞证患者采用参苓白术散加减治疗的临床分析[J].中国继续医学教育,2017,9(3):175-176.
- [2]李宏伟.加味参苓白术散治疗功能性消化不良疗效分析[J].湖北科技学院学报(医学版),2016,30(5):403-404.
- [3]罗小娟.参苓白术散加减治疗功能性消化不良脾虚气滞证疗效评价[J].临床医学研究与实践,2016,1(21):121-122.
- [4]路德全.参苓白术散加减治疗脾胃虚寒型功能性消化不良的临床观察[J].当代医学,2016,22(5):156-157.
- [5]黄旭东.中药参苓白术散加减治疗功能性消化不良[J].中医临床研究,2015,7(20):82-83.
- [6]王梅,于漫,王淳,等.参苓白术散治疗功能性消化不良的meta分析[J].中国卫生统计,2014,31(6):939-942.
- [7]孟国奇.加味参苓白术散治疗功能性消化不良疗效观察[J].大家健康(学术版),2014,8(23):27-28.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘明华 收稿日期:2018-06-08)

浅析梦境在中医辨证中的临床应用※

徐小梦 陈宏 张亚同 贾成祥*

(河南中医药大学基础医学院 河南 郑州 450046)

摘要: 梦境的发生和变化与患者的健康有密切的联系,历代医家无不重视梦诊,通过对梦境的分析确定梦者的病变部位和病变性质等方面,从而采取合理有效的治法使患者痊愈。本文总结历代医家的经验,并结合《内经》中阴阳五行学说与藏象学说,通过对梦的形成,梦诊的基本原理以及具体应用三个方面的总结论述,将梦境用于中医的辨证即将梦象作为一种症状,通过分析归纳,进行解释,以指导临床治疗。

关键词: 梦诊;五脏;医案

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.030

文章编号:1672-2779(2018)-17-0065-03

A Brief Analysis on the Clinical Application of Dreams in the Syndrome Differentiation of Traditional Chinese Medicine

XU Xiaomeng, CHEN Hong, ZHANG Yatong, JIA Chengxiang

(Basic Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: The occurrence and change of dreams is closely related to the patient's health. All the doctors of the past dynasties pay great attention to the dream diagnosis, through the analysis of the dream to determine the pathological part of the dreamer and the nature of the lesion, so as to adopt a reasonable and effective method to cure the patient. This article summarizes the experience of the past dynasties doctor, combined with the *Neijing* of yin-yang five elements theory and zang-xiang theory, through the form of a dream, dream diagnosis and specific application of three aspects: the formation, the basic principle of summary and the application. In this paper, the dream is used in TCM syndrome differentiation as a symptom, through analysis and induction, interpretation, in order to guide the clinical treatment.

Keywords: dream diagnosis; five internal organs; medical case

1 梦的产生及梦诊原理

1.1 梦的形成 中医对梦的研究根源于古人对梦与健康关系的认识,出于对身体健康的关心,渴望从梦境中寻找疾病预示征象,通过对梦境实质变化的不断探索,并结合《内经》中阴阳五行学说、藏象学说等提出了中医释梦学理论的雏形,对梦的病因、病机、辨证、治疗等方面提出了不少颇有价值的见解。其中在梦的病因方面,《内经》认为梦的产生与外邪侵入、脏腑功能失调、情志因素影响等有关,即躯体外部的刺激、身体内部的生理病理状态及情志因素均可导致梦的发生。

1.1.1 机体外在刺激 早在我国古代就认识到躯体的外在刺激可以引人发梦。我国现存最早的医学著作《黄帝内经》不但认识到外部刺激可以引人发梦,而且认为外邪侵犯的部位不同,引起的梦境亦有区别。《灵枢·淫邪致梦》说:“厥气客于心,则梦见丘山烟火;客于肺,则梦飞扬,见金铁之奇物;客于肝,则梦山林树木;客于脾,则梦见丘陵大泽,坏屋风雨;客于肾,则梦临渊没居水中。”夫邪之所凑,其气必虚,此举五脏之不足,而发为梦者言之也。凡有梦至时,知

其邪在何脏腑,即宜攻之。邪气由外侵袭人体,有时没有固定的侵犯部位,却流溢脏腑,四处侵扰,使人体阴阳产生偏盛偏衰,从而使人睡卧不宁,故发为多梦。在现实生活中,因外界刺激而产生相应梦境的例子不胜枚举。如左侧胸肋受压,挤压了心脏,可以使心脏停搏数秒钟,这时梦者可因脑部的暂时缺血而梦到坠落万丈深渊;头部、胸部衣被过重,或手压在前胸,则多梦到怪物压身,先是呼喊不得,欲动不能,继则惊呼而惊醒。反之,如覆衣被过轻或露体而睡则常梦到在空中飞行,飘飘欲仙;红光照射睡眠者脸面,会梦到森林失火等。此外,从中医病因学说来看,六淫和饮食及季节变化也是发梦的重要因素。《灵枢·淫邪发梦》云:“正邪从外袭内,而未有定舍,反淫于脏,不得定处,与营卫俱行,而与魂魄飞扬,使人卧不得安而喜梦。”《备急千金要方·卷第二十七养性》中写道:“凡食五味,必不得暴嗔,多令人神惊,夜寐飞扬。”^[1]均为外邪饮食致梦的表现。

1.1.2 机体内部状态 机体内部状态即言脏腑生理病理状态下阴阳失调与功能失常对机体产生的影响,以及各种原因导致的病理产物(如瘀血、痰浊、水饮等)和寄生虫的作用及刺激,这些内在原因是引起发梦的另一类因素。《素问·脉要精微论》云:“故声合五

※ 基金项目:河南中医药大学“大学生创新学习项目”[No.CXXM[2012]05]

* 通讯作者:zyjcx@126.com

音，色合五行，脉合阴阳。是知阴盛则梦涉大水恐惧，阳盛则梦大火燔灼，阴阳俱盛则梦相杀毁伤；上盛则梦飞，下盛则梦堕；甚饱则梦予，甚饥则梦取；肝气盛则梦怒，肺气盛则梦哭。”可见，阴阳偏盛偏衰，脏腑气盛气虚是引起人们发梦的重要原因之一。此外，关于体内病理产物导致发梦亦有很多论述。皇甫中《明医指掌·痰证》中亦云：“夜寐不安奇怪梦，游风肿痛并无名……如斯怪异延缠病，都是痰涎里面生。”指出了痰浊是怪梦产生的重要因素。另有寄生虫的刺激影响，《素问·脉要精微论》云：“短虫多则梦聚众，长虫多则梦相击毁伤。”周学海《读医随笔》：“大抵虫证与痰证相类，痰多怪证，虫亦多怪证也……为怪梦纷纭。”即寄生虫亦会产生怪梦，梦境纷纭。

1.1.3 情志因素 情志（怒喜思悲恐）是五脏的外在表现，脏腑功能失调往往影响五志而表现出情志失常。如《灵枢·淫邪发梦》云：“肝气盛，则梦怒；肺气盛，则梦恐惧、哭泣；心气盛，则梦善笑；脾气盛，则梦歌乐……”陈士元《梦占逸旨》说：“过喜则梦开，过怒则梦闭，过恐则梦匿，过忧则梦嗔，过哀则梦救，过忿则梦骂，过惊则梦狂，此情溢之梦”。过度的情志刺激最终引起神魂的功能异常，神魂受伤，夜不安宁而致梦象。上述梦境虽由情志失常致梦，但深究其病机则知实乃五脏功能失调。

1.2 梦诊的基本原理 依据梦境的形成，我们可以从多方面了解到梦的产生，与外界环境、内在机体以及情志因素都有很大的联系。并结合《内经》中阴阳五行及藏象学说，依照中医整体观念和辨证论治的特点，我们可得知发梦的基本规律与脏腑阴阳及其所主的五色、五音、五味等密切相关。薛雪《医经原旨·梦》云：“肺虚者梦白物，金色白也。斩者，金之用也。虚者必怯，故见人斩血籍籍，多惊惕也。得其时则梦见兵战，得金王之时也。肾合水，故梦应之。得其时则梦伏水中，若有畏恐，得水王之时也。肝合木也。得其时则梦伏树下，不敢起；虽得木王之时，而肝气本虚，故梦伏而不敢起。心合火也，阳物，即属火之类也。得其时则梦燔灼，得火王之时也。脾气虚则梦饮食不足，食廩空虚，故欲得饮食。得其时则梦筑垣盖屋，得土王之时也。此皆五脏气虚，阳气有余，阴气不足。五脏气虚，即阴不足也。阴气不足则虚阳独浮，故云‘阳气有余’”^[2]。在这里，薛雪对《灵枢·淫邪发梦》作出解释，也同样运用了取象比类的方法和五行学说解释梦象并加以补充。在论述五脏气虚导致的梦境时，以与肝心

脾肺肾相对应的木火土金水五行等解释。如肺气虚，人就会梦到白色的物质，因肺与五色中白相对应，在肺金主令的时节就会梦见兵战，“金曰从革”故而会梦见战争肃杀、血液飞溅的场面；其他四脏亦予同法论知。而当五脏气盛，也可用同类相应的方法解释，如腰为肾之府，肾脏邪实人就会感觉腰脊相互分离而不相连属；心在声为笑，在变动为忧，脾在声为歌、在体为肉，故心脾两脏气盛就会梦到笑声连连、载歌载舞亦或恐惧弥漫，身体无力承重的画面。正如《灵枢·淫邪发梦》云：“心气盛则梦喜笑恐惧，脾气盛则梦歌乐，身体重不举，肾气盛则梦腰脊两解不属。”此外，五脏阴阳失调亦同样运用此法解释。《素问·阴阳应象论》曰：“清阳出上窍，浊阴出下窍。”水为阴邪，与阴气同类相感，故梦涉大水而恐惧、梦堕等其他阴象，阳主动，亲乎于上则梦飞。由此可知，我们可以从五脏阴阳分析梦的产生，辨证论治，以求获得一种可以帮助中医辨证识病的信息资源。

2 梦境医案文献

(1) 《归研录》记载沈鲁珍为章御臣诊治疾病一事：“章御臣屡梦白人，持刀自割其头，至流血即惊醒，渐至闭目即梦，众医莫措。松江沈鲁珍治之，曰：‘寐而见白人者，肺虚也。以独参汤，每剂一两，服之而愈。’”^[3]正符合《素问·方盛衰论》中“肺气虚，则使人梦见白物……”的理论。其中“梦白人”与肺于五行属白正是同类相感的体现。

(2) 《柳宝诒医案·神智》中论仲某之梦云：“入寐则梦境纷纭，神思烦扰，近日痰中带紫，必有热邪流入胆经，热熏入肝，故魂不能藏。当于泄胆清肝，缓缓调治，不能求速效也。”^[4]肝藏魂，魂之为言，如梦寐恍惚，变幻游行之境，皆是也，故梦境纷纭与肝脏息息相关。《四圣心源》中解释道：“神发于心，方其在肝，神未旺也，而已现其阳魂；盖阳气方升，未能化神，先化其魂，阳气全升，则魂变而为神。魂者，神之初气，故随神而往来。”

(3) 朱震亨《丹溪治法心要》载：“郑叔鲁年二十余，攻举业，夜读书，每四鼓犹未已，但阴著物，便梦交接脱精，悬空则无梦。饮食日减，倦怠少气。盖用心火太过，二火俱起，夜不得眠，血不归肾，肾水不足，火乘阴虚，入客下焦，鼓其精房，则精不得聚藏而欲走，故于睡梦之间，因阴着物，由厥气客之，遂作接内之梦。”^[5]梦交，最早见于《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》“脉得诸芤动微紧，男子失精，女子梦交。”并认为女子梦交与男子遗精相类似，盖由脏腑

阴阳两虚，不相维系所致。古人云：“有梦治心，无梦治肾”，对于梦交病因一方面认为是欲念偏盛，情思未遂，心火偏亢，心神不守，遂生梦交；另一方面则是素体虚弱，肾气不足，血虚失养，神无所护，而病梦交。正如“正气存内，邪不可干；邪之所凑，其气必虚”，此时患者体内阴阳失去平衡，若再有外邪来

犯，则病来速矣，今厥气客于外，故而发病。

参考文献

- [1]唐·孙思邈.备急千金要方[M].北京:中医古籍出版社,1999:1.
 - [2]清·薛雪.医经原旨[M].北京:中国中医药出版社,2015:1.
 - [3]清·王世雄.归研录[M].北京:人民卫生出版社,1861:3.
 - [4]清·柳宝诒.柳宝诒医案[M].北京:人民卫生出版社,1965:3.
 - [5]金·朱震亨.丹溪治法心要[M].北京:人民卫生出版社,1983:7.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:贾成祥 收稿日期:2018-03-26)

“脑为元神之府”对深层心理学的贡献

刘 宏

(辽宁中医药大学针灸推拿学院, 辽宁 沈阳 110847)

摘 要:李时珍“脑为元神之府”学说的学术意义可分为三个方面:第一,明确提出“元神”的概念,拓展了中医学关于“神”的认识,揭示了人的神包含先天元神与后天识神两个领域。第二,“脑为元神之府”是中医和道家养生的纲领,养生之要在于调神,所谓调神就是排除识神的过度干扰,使元神的活动得以恢复。第三,元神这一概念的提出,说明中国学者最早认识现代心理学所说的“无意识”的存在,比弗洛伊德的学说早七百余,是对心理学、特别是深层心理学的重要贡献。

关键词:脑;识神;元神;意识;无意识;心理学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.031

文章编号:1672-2779(2018)-17-0067-03

Contributions of "The Brain Housing Yuanshen" on Depth Psychology

LIU Hong

(College of Acupuncture and Massage, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

Abstract: There are three meanings of the saying "the brain housing Yuanshen" of Li Shizhen. Firstly, the concept of Yuanshen enlarged the domain of Shen in TCM revealing the Shen can be divided into Yuanshen and Shishen. Secondly, "the brain housing Yuanshen" is the capital principal in health care of Taoism and TCM which aimed at calming Shishen and recovering Yuanshen. Thirdly, the concept of Yuanshen revealed the category of unconsciousness in psychology 700 years earlier than Sigmund Freud. It has made great contribution to both TCM and Psychology.

Keywords: brain; Shishen; Yuanshen; consciousness; unconsciousness; psychology

“脑为元神之府”学说曾引起现代中医界的广泛关注,并引发“心主神明”与“脑主神明”的热议。为了使这场学术讨论更具积极意义,有两个问题应该加以注意。其一,必须明确“元神”的概念。其二,必须把讨论的范畴从单纯的中医学扩展到心理学。只有如此,才能真正认识到“脑为元神之府”学说的深刻学术价值。

明代医家李时珍(1518—1593)认为:“鼻气通于天。天者,头也、肺也。肺开窍于鼻,而阳明胃脉环鼻而上行。脑为元神之府,而鼻为命门之窍”^[1]。就目前已经查阅的资料来看,这是中医文献中最早提出“元神”的概念。

元神这一概念,原本出自道家养生实践(古代称为“丹道”“修仙”等)。由于医道同源的缘故,中国古代很多医学家如晋代的葛洪(284—364)、梁代的陶弘景(456—536)、唐代的孙思邈(581—682)等,都通晓道家养生经典和养生实践。李时珍也是如此。他的《奇经八脉考》就是涵盖医道两家的作品,其中说:

“奇经凡八脉,不拘制于十二正经,无表里配合,故谓之奇。盖正经犹夫沟渠,奇经犹夫湖泽,正经之脉隆盛,则溢于奇经。故秦越人比之:天雨降下,沟渠溢满,需妄行,流于湖泽,此发灵、素未发之秘旨也。八脉散在群书者,略而不悉。医不知此,罔探病机;仙不知此,难安炉鼎。时珍不敏,参考诸说,萃集于左,以备学仙、医者,筌蹄之用云”^[2]。

道家养生著作中明确提到“元神”的是《太乙金华宗旨》。该书在第二章“元神识神”中详细论述了元神、识神以及二者之间的关系。该书认为,人有两种神,一种叫做元神(原始之神),一种叫做识神(认知之神)。元神属于先天,能够自动化地调节全身各功能活动;识神属于后天,能够认识外部世界的变化并对其做出反应。二者相反而相成。元神被比喻为君,识神被比喻为臣。君明臣忠则国安,君弱臣奸则国乱。一般说来,识神的过度活动对元神形成了强烈的干扰,是造成人体健康问题的主因。此即所谓:“下识心,如强藩悍将,欺天君暗弱,便遥执纪纲,久之太阿倒

置矣。今凝守元宫，如英明之主在上，二目回光，如左右大臣尽心辅弼，内政既肃，自然一切奸雄，无不倒戈乞命矣”。道家养生实践的目的，就是要排除识神的干扰，恢复元神的正常活动。

元神这一概念曾在20世纪30年代的西方心理学界引起过轰动性的关注。1929年，瑞士心理学家荣格（Carl G. Jung，1875—1961）收到了他的好友魏礼贤（Richard Wilhelm 1873—1930）寄来的《太乙金华宗旨》的德文译本，阅后内心感到十分震撼。他为该译本写了前言，后来又写了长篇评述。荣格说：“我所强调的是，正是《太乙金华宗旨》这部著作，第一次把我推到了正确的方向上。”并且认为：“西方人将第一次理解并受益到一个可以满足我们精神上一切要求的东方智慧”^[3]。荣格对东方文化有着特殊的兴趣，他认真读过《易经》，读过老子的《道德经》，也读过孔子的书，并且研究过道家炼丹术，也研究过佛教的禅宗。

荣格是现代深层心理学（Depth Psychology）的著名学者，他曾师从奥地利心理学家弗洛伊德（Sigmund Freud，1856—1939）。

弗洛伊德是现代深层心理学的创始人。当初，弗洛伊德从事癔病的临床治疗工作。他在大量的临床实践中逐渐认识到，每个癔病病人都有一个诱因，只有让病人认识到这个诱因，才有彻底治愈的希望。然而在大多数病例中，病人对其诱因一无所知，因为它被深深地掩埋在意识的最底层。弗洛伊德用自创的“自由联想法”帮助病人找到并确认这个诱因，获得很好的疗效。

例如，有一次，一名女性患者来找弗洛伊德看病，她的症候很奇怪，只要她接触橡胶制品，无论是刀柄、门把手、橡胶手套或其他什么东西，凡是橡胶做的，她就会立刻产生不可名状的恐惧。弗洛伊德称之为“橡胶制品恐惧症”。弗洛伊德用他独创的“自由联想法（the talking cure）”为她诊治。自由联想法，就是让患者在无干扰的环境中，并在放松的状态下，畅所欲言。经过一段时间，那位女患者终于说起了一件早已遗忘的往事。那是一段患者幼年的经历。她小时候曾强烈地妒恨她的小妹妹，因为妹妹的降生夺去了她独享父母关爱的特权。有几次她走到妹妹的床前时，都想伸手掐死她。这种妒恨终于爆发了。有一次父亲买来两个气球，姐妹俩一人一个。她趁没人注意的时候，把妹妹的气球放在地上，心想这就是妹妹的脑袋，用脚狠狠地踩下去，“砰”的一声，气球爆裂了，她的内心同时也受到了不小的冲击。长大以后，姐妹之间十分要好，那段儿时的经历早已忘得一干二净。弗洛伊德分析了这件往事，并指出这就是她的“橡胶制

品恐惧症”的症结所在。从那以后，她的病症就完全消失了。

由此弗洛伊德得出推论，人的心理实际上包括两个部分，一个是人能够察觉到的部分，称为意识（consciousness）；另一个是不能够察觉到的部分，称作无意识（unconsciousness）。他曾用冰山来比喻意识和无意识的关系，认为意识相当于冰山露在水面的部分，而无意识相当于冰山潜藏在水下的部分，以此说明无意识是人的整个意识领域中最深层、同时也是最重要的部分。1900年弗洛伊德在《梦的解析》一书中公布了他的“意识与无意识”学说，奠定了现代深层心理学的基础。弗洛伊德本人也因此在现代心理学领域中获得如日中天的地位。

《太乙金华宗旨》一书令西方学者感到震惊的原因在于，意识与无意识这个被心理学界认为是石破天惊的发现，早就存在于中国古老的中医和道家养生著作中了。他们终于认识到，弗洛伊德所说的意识相当于中国古人所说的识神，弗洛伊德所说的无意识相当于中国古人所说的元神。

《太乙金华宗旨》在西方有多个译本，有的说原作者是吕洞宾，有的说是王重阳，其实都不对。真正的作者是生活在清朝康熙时代的修炼家潘易庵，1668年，他在江苏常州白龙精舍设坛扶乩，称得吕祖（洞宾）启示而集成《太乙金华宗旨》，其中详述识神与元神以及它们在修炼中所起到的作用。这就意味着深层心理在中国的存在要早于弗洛伊德两百三十多年。当然，李时珍的《本草纲目》成于1552年，比《太乙金华宗旨》早116年，所以说“脑为元神之府”这一学说是対深层心理学所做出的重要贡献。

当然，表述深层心理学原则性见解的书不只有《太乙金华宗旨》，还有很多，而且更早，只是西方人由于语言的关系无从得知而已。

《中和集》，作者是宋末元初的修炼家李道纯。书中说：“炼神，炼元神也，坎离合体成乾也。元神凝，则思虑之神泰定。其上更有炼虚一着，非易轻言，贵在默会心通可也。”这是七百多年以前的事情。

《紫清指玄集》，作者是南宋的修炼家白玉蟾。书中说：“人身只有三般物，精神与气常保全。其精不是交感精，乃是玉皇口中涎；其气即非呼吸气，乃知却是太素烟；其神即非思虑神，可与元始相比肩。”这是八百多年以前的事情。

《黄帝阴符经》，作者为黄帝，有可能是托名之作。不过据《史记·苏秦传》记载，苏秦曾读此书，所以成书不会晚于战国时期。书中说：“人知其神之神，而不知不神之所以神也。”这是两千多年前的事情。

《黄帝阴符经》是与老子的《道德经》同属于春秋



战国时期的道家经养生典著作。《黄帝阴符经》所说的“人知其神之神，而不知不神之所以神也”，意思是：人们都懂得“神”是奇妙的存在，却不懂得“不神”是更加奇妙的存在。实际上，这里的“神”指的就是识神；这里的“不神”指的就是元神。宋代道士白玉蟾曾指出：“其神不是思虑神，可与原始相比肩”。这是对《黄帝阴符经》的“神”与“不神”的进一步解释。在白玉蟾看来，前者是思虑之神（识神），而后者则是原始之神（元神）。

中医气功学的实践也证明了识神（意识）、元神（无意识）的存在。

有一名中年女性患者，她练功一个月左右的时候，自觉症状明显好转，于是练得更加用心了。有一天练功时，她的右小腿突然疼了起来，一连三天都如此。经过医学常规检查，证实腿部没有病变，嘱咐她坚持练功。又过了三天，腿疼消失了。后来通过深入了解，从患者的母亲那里得知，该患者四岁时，右小腿被牛踩断，由于是闭合性胫腓骨横断性骨折，再加上治疗及时得当，痊愈后没有留下任何后遗症。但这件事患者本人已经完全记不得了，是练功归根触动了这个四十年前的信息，使这个深深潜藏的信息由隐性转变为显性。

还有一名青年男性练功者，他练功近三个月。有一天练功时，突然眼前出现黑乎乎、毛茸茸的一张人脸，样子有些像老虎，心里十分害怕。从那天开始，每练功时，这张脸必定出现。他有一个武术师傅，说这可能是冲撞了“黑虎星”，带他去了太清宫请道士破解，但不管用。后来在咨询中，他母亲讲了这样一件事。他很小的时候，母亲在厨房做饭，把他留在厅里。突然，厅里传出“砰”的一声响，接着是猫叫孩哭。母亲到厅里一看，原来是家里养的一只大黑猫把花架上的一盆吊兰蹬翻，一齐落到孩子的前面。显然，所谓的“黑虎星”，不过是儿时惊吓中所见到的一张猫脸。事情解开之后，“黑虎星”就无影无踪了。

看来弗洛伊德是对的。人的根确实像一个容量巨大的仓库，堆放着自有生以来所有的经历。这些经历，作为事件，可能早已忘记；然而，作为信息，却从未丢失。

深层心理学原则性见解在中国具有两千多年的历史，却没有进入中国心理学家们的视线，倒是西方心理学家率先发现了这个事实，并给予高度的重视，这确实是一个值得深思的问题。

存在于中国古代的深层心理学有着更大的格局。很多修炼实践表明，元神的内涵，不仅延伸到弗洛伊德的个人无意识，也延伸到荣格的集合无意识，更延伸到宇宙万物之始，诚如明代修炼著作《性命圭旨》

所言：“若吾身亦一小天地者，周天行之健也”。

李时珍说“脑为元神之府”是有充分根据的。在道教修炼实践中，识神和元神各有所属之性，亦各有所居之府，二者相反而相成。识神属于后天，所居之府在胸中，被称为凡心。这一点与中医经典的认识是一致的，就是中医所说主神明的心。元神属于先天，所居之府在头，被称为天心。这一点中医经典没有详细论述，而在晋代著名的道家养生经典《黄庭内景经》中则有明确的描写。

《黄庭内景经》中指出：“一部之神宗泥丸，泥丸九真皆有房，方圆一寸处其中”。道家养生实践中最重视的部位是泥丸，那是元神所居之所。陈樱宁道长（1880—1969）在解释这段话时说：“泥丸即上丹田，在头顶中，针灸家名百会穴，乃脑也，为修炼家最重要之关键。当行功时，运周天火候，必后升前降，升到泥丸终，降自泥丸始，所谓还精补脑是也”^[4]。所以，“脑为元神之府”的说法是有道理的。道家养生实践还有一个重要的常规，就是二目垂帘、凝视鼻端，即《黄庭内景经》所说的“天中之岳精谨修，云宅既清玉帝游”。天中之岳是指鼻，云宅是指泥丸，玉帝则是指元神。正因为如此，李时珍才说：“鼻气通于天。天者，头也、肺也。肺开窍于鼻，而阳明胃脉环鼻而上行。脑为元神之府，而鼻为命门之窍。”

道家的养生实践经验也是中医的养生实践经验，在理论上，两者都是以“脑为元神之府”为纲；在实践上，两者都是以“凝神入气穴”为基本方法；同时两者都在贯彻《黄帝内经》关于“夫上古圣人之教下也，皆谓之虚邪贼风避之有时，恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来”的养生法则。

道家和中医学的养生实践具有两千多年的历史，形成了完整的理论体系和实践方法，积累了一整套行之有效的实践经验。这不仅是对中医学的贡献，同时也是对现代心理学、尤其是深层心理学的贡献。因为迄今为止，现代深层心理学疗法还在沿用弗洛伊德所创立的基本法则，即以医生为主导、帮助病人被动地深入自己的无意识，以取得疗效。道家和中医学的养生法则则是让病人自己成为主导、主动地深入自己的无意识。这种先进的理念和丰富的经验能够为深层心理学疗法的深入发展提供历史的和现实的借鉴。所以，认真研究“脑为元神之府”学说，对于中医学和心理学两方面都是具有积极意义的。

参考文献

- [1]李时珍.本草纲目[M].北京:人民卫生出版社,2005:1513.
- [2]李时珍.奇经八脉考[M].上海:上海科技出版社,1990:1.
- [3]通山.金华养生秘旨与分析心理学[M].北京:东方出版,1993:1-9.
- [4]陈樱宁.黄庭经讲义[J].道协会刊,1980(1):24-38.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李成林 收稿日期:2018-04-24)

刘志龙临证特色管窥※

黎崇裕 刘志龙

(珠海市中西医结合医院名医工作室, 广东 珠海 519000)

摘要: 刘志龙的临证特色可归纳为: 重视经方, 善抓“证眼”; 擅用经方, 不避时方; 阐明药势, 直达病所; 擅长守法, 灵活变方。刘志龙认为抓住“证眼”乃经方临床活用的最基本要素, 可居经方活用的领导地位, 可使经方深入浅出地运用于临床, 使用者亦可达见微知著之境, 抓住“证眼”, 即掌握经方方证的证候特征, 只要证候特征与经方方证相符, 处方便可信手拈来, 可不受后世创立的诸种辨证方法的限制。这是用好经方的一条捷径。

关键词: 名老中医; 临证特色; 刘志龙

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.032

文章编号: 1672-2779(2018)-17-0070-03

Clinical Features of Professor Liu Zhilong

LI Chongyu, LIU Zhilong

(Famous Medical Studio, Zhuhai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Guangdong Province, Zhuhai 519000, China)

Abstract: Professor Liu Zhilong's clinical features can be summarized as follows: attaching importance to the classics, "the eyes of evidence", making good use of the classics, don't avoid the shifang, explaining the potential, direct to the hospital, good law-abiding. Professor Liu Zhilong caught "the eye" is the clinical use of the most basic elements, can be in the leadership of the party, which can be used in clinical, made by a simple way to users can reach temperament, hold "the eye", namely to master the various syndromes characteristics, as long as the syndrome characteristic and the square card, convenient to hand, is not limited by later generations to create all kinds of syndrome differentiation methods. This is a shortcut to using the good square.

Keywords: famous veteran doctor of TCM; clinical features; Liu Zhilong

刘志龙 (1963—), 男, 医学博士, 教授、主任医师, 博士研究生导师, 全国第六批老中医药专家学术经验继承工作指导老师、广东省名中医, 兼任世界中医药学会联合会糖尿病专业委员会常委, 广东省中医药学会常务理事, 广东省中医药学会经方临床研究专业委员会主任委员, 广东省中西医结合学会糖尿病专业委员会副主任委员, 珠海市中医药学会会长。从事中医临床工作30年, 治学严谨, 学验俱丰。笔者跟随刘老师学习多年, 现将其临证特色粗浅归纳如下。

1 重视经方 善抓“证眼”

《左传·哀公十七年》云:“诸侯盟, 谁执牛耳?” 刘志龙教授亦云:“用经方, 谁执牛耳? ——无它, 唯‘证眼’尔!” 刘志龙教授认为, 抓住“证眼”乃经方临床活用的最基本要素, 可居经方活用的领导地位, 可使经方深入浅出地运用于临床, 使用者亦可达见微知著之境; 抓住“证眼”, 即掌握经方方证的证候特征, 只要证候特征与经方方证相符, 处方便可信手拈来, 可不受后世创立的诸种辨证方法的限制。这是用

好经方的一条捷径。

证眼的“眼”有眼目之意, 此眼目乃画龙点睛之笔, “证眼”大部分可以用方证的主证概括, 但不完全等同于方证的主证, 因为仲景所描述的特征性证候, 有时往往并不在主证范围之内。以小柴胡汤为例, 小柴胡汤的证眼是什么呢?

先看看小柴胡汤的“方证”。《伤寒论》第96条:“伤寒五六日, 中风, 往来寒热, 胸胁苦满, 默默不欲饮食, 心烦喜呕, 或胸中烦而不呕, 或渴, 或腹中痛, 或胁下痞硬, 或心下悸, 小便不利, 或不渴, 身有微热, 或咳者, 小柴胡汤主之。”涉及的主要症状有“寒热往来, 胸胁满闷, 默默不欲饮食, 烦躁易怒, 喜呕, 口苦, 咽干, 目眩, 口渴, 咳, 心下悸, 腹满, 小便不利; 舌苔薄白, 脉弦细或数, 或脉沉紧”, 有人归纳为少阳病八大证: 往来寒热、胸胁苦满、心烦喜呕、默默不欲饮食、口苦、咽干、目眩、脉弦。

而刘志龙教授在其编著的《100首经方方证要点》中提炼小柴胡汤的证眼为:“寒热往来, 胸胁苦满, 心烦喜呕”^[1]。同样地, 刘志龙教授认为其他方剂的“证眼”亦可归纳, 如: 麻黄汤的证眼: 无汗、脉浮紧; 桂枝汤的证眼: 自汗、脉浮缓; 柴胡桂枝干姜汤的证眼为: 口苦、便溏、肝气不舒 (肝区不适、胁痛、情绪不佳); 半夏泻心汤的证眼为: 上呕、中痞、下利; 葛根汤证眼为: 无汗、项背强几几; 五苓散证眼

※ 基金项目: 广东省首批名中医承项目【No.粤中医函〔2015〕20号】; 广东省中医药立项课题【No.20151093】; 省级中医药建设专项资金名中医传承工作室建设项目实施方案【No.粤中医办函〔2017〕17号】

* 通讯作者: zhuhailong@163.com



为：口渴、小便不利。

《伤寒论》第101条：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。凡柴胡汤病证而下之，若柴胡证不罢者，复与柴胡汤，必蒸蒸而振，却复发热汗出而解。”因“有柴胡证，但见一证便是，不必悉具”，所以临床上，小柴胡汤的证眼除了“寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕”之外，刘志龙教授认为脉弦也是证眼，休作有时也是证眼。而且刘志龙教授特别强调：“但见一证便是，不必悉具”不仅适用于小柴胡汤证，也适用于所有的经方方证，有是证眼使用其方。

2 擅用经方 不避时方

刘志龙教授在2000年以前用方以时方为主，2000年后受黄煌教授的影响，开始注重以经方为主。如受《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》：“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之”这一条文的启发，他用当归四逆汤治疗糖尿病周围神经病变，通过观察发现当归四逆汤能增强神经传导速度，改善临床症状，优于单纯西药治疗^[9]。但在运用经方的同时，并不避时方，如运用翻白草治疗糖尿病，运用药茶治疗糖尿病，活用张锡纯的玉液汤治疗糖尿病属气阴两虚者，把蚕茧、蜂房等作为糖尿病患者的免疫调节剂等，都取得了良好的效果。

案 杨某，男，71岁，患者检查发现2型糖尿病3年，用西药控制不理想，餐后血糖最高16.7 mmol/L，空腹血糖7.4 mmol/L，服用二甲双胍后头晕。于2014年3月11日慕名来诊，一直于刘志龙教授处用中药调理，后血糖逐渐降低，至2014年7月1日第7次复诊时空腹血糖6.7 mmol/L，餐后血糖未测。现夜尿2次，小便淡黄，多饮，乏力汗多，出汗后稍有恶风，牙龈肿痛；矢气多，稍有腹胀，大便正常；舌质淡胖有齿痕、苔薄白，脉沉弦。

西医诊断：2型糖尿病；中医诊断：脾瘅；辨证：脾肾阳虚，气虚表弱；治法：补肾健脾，益气固表；方用真武汤合四君子汤、桂枝汤化裁。

处方：炮附片（先煎）20 g，白术20 g，苍术30 g，茯苓15 g，白芍15 g，生姜10 g，党参15 g，炙甘草5 g，桂枝10 g，大枣15 g，露蜂房15 g，葛根100 g，山药30 g，厚朴15 g，陈皮10 g。水煎服，每日1剂，共14剂。

服药1个月后回访：患者服药后血糖平稳，诸症明显减轻。

按：此患者虽多饮、牙龈肿痛，但无舌红少津，反见舌质淡胖有齿痕苔薄白、脉沉弦之象，故而刘志龙教授辨证为阴证，乃属脾肾阳虚，气虚表弱。肾阳虚则夜尿频繁，舌质淡胖，脉沉弦；脾虚则矢气多，稍有腹胀，舌有齿痕苔薄白；气虚表弱则汗多，出汗后稍有恶风，多饮，牙龈肿痛、饮多乃因阳虚，虚热上浮所致，故而方用真武汤合四君子汤、桂枝汤化裁，

共奏补肾健脾、益气固表之功，加蜂房补阳而清热解毒，兼治牙龈肿痛之标；用葛根、山药健脾生津止渴治其饮多，《神农本草经》云葛根“主消渴”，刘志龙教授常用葛根治疗糖尿病之口渴多饮者，量常在30~100 g，因岭南地区葛根是民众煲汤药材，日常用一两斤乃常有之事，故而量大而安全，另加厚朴、陈皮行气之品，促进胰岛素的分泌，发挥其应有的降糖之用^[9]。

刘志龙教授认为时方辨证与经方辨证有明显的区别：时方辨证是把一个病分成若干个证型，需要临床医生经过抽丝剥茧，把患者的临床表现归纳成为某一类证型，辨清楚证型后才能确定相应的治法，而后才会有相应的选方，然而此时选方是可以多选的，并非是唯一的答案。而经方辨证则是辨别一个个方证，在临床上只要把患者的症状和方证进行准确的对应，或遵仲景原文或抓主证，这个方就出来了，不需要像时方辨证一样需要一个繁杂的辨证分析过程，经方辨证简便高效。当然时方里面亦有方证明确者，如温胆汤、逍遥散、五积散等，因此刘志龙教授临证虽然善用经方，但同时也不避时方，常经方时方合用而获佳效。

3 阐明药势 直达病所

病有病势，药亦有药势，临床通过辨证论治后最终还需落实到处方，但是方中之药如不明药势方向之所在，则方对，药不合，疗效亦不佳，时见中医名宿增减一味或某位药加减剂量，同样之方从不效达高效之功，这便是药势之功。如肉桂，刘志龙教授认为如一位老人，稳重厚实，药力直趋下焦，可引火下行，温肾中元阳，使上浮之龙潜归肾水，故临床见咽喉肿痛，只要是虚火所致者，不避“桂枝下咽，阳盛则毙”的说法，依旧使用肉桂并取得良好效果；桂枝如一位年轻小伙子，活力四射，善走肌表，温分肉，可达解表祛寒之功。

案 刘某，女，37岁，2016年6月14日初诊。

患者自诉头痛两年余。两年多前，患者在加拿大生小孩后没有像国内产妇一样坐月子，反而是产后食用冰冻之品，此后患者一直出现头痛至今。这次回国慕名前来刘志龙老师处就诊。患者形体中等，面色偏青暗，其头痛集中在巅顶部位且呈跳跃性、游走性疼痛，手足不温，无口干口苦，小便正常，大便偏稀，舌淡苔黄白润，脉细弦。

辨为厥阴头痛，头痛乃因血虚肝寒所致，处方用吴茱萸汤合当归四逆汤化裁：吴茱萸10 g，潞党参10 g，生姜片10 g，大枣10 g，全当归10 g，桂枝尖10 g，北细辛10 g，杭白芍30 g，白通草10 g，炙甘草10 g，正川芎15 g。7剂，水煎服，日1剂。

2016年6月21日二诊：患者就诊时喜笑颜开，说两年之病一周而愈，自己都觉得有点不太相信，现头痛已除，疲倦乏力，汗多不恶寒，大便偏稀，舌淡苔黄

白润,脉弦。产后气血不足,此时血虚已复,气虚露出端倪,故而改用补中益气汤加浮小麦调理善后。

按:《难经》曰:“三阳经受风寒,伏留而不去,则名厥头痛。”此乃言三阳之经上于头,因而头痛多属三阳经。然而阴病亦有头痛乎?太阴少阴二经之脉,皆上至颈胸中而还,不上循头。惟厥阴之脉,循喉咙之后,上入颞颥,连目上出额,与督脉会于巅,病亦有头痛。因而,刘志龙老师以产后头痛位置为巅顶处、手足不温、脉细弦为证候要素,辨为吴茱萸汤合当归四逆汤方证,用此合方化裁而得效^[4],王好古云:“冲脉为病,逆气里急,宜以(吴茱萸)主之。”故仲景吴茱萸汤、当归四逆汤方治厥阴病温脾胃,皆用此也。《本经逢源》曰:“吴茱萸气味俱厚,阳中之阴。其性好上者,以其辛也;又善降逆气者,以味厚也”,故而此案刘志龙教授借吴茱萸之药势上达巅顶且降逆气里急而获良效。

4 擅长守法 灵活变方

中医省疾问病,善于讲究谋略,古人云:“治病如打仗,用药如用兵”。浩瀚的中医古籍中,蕴涵着丰富的治疗韬略,它是中国古代医家治病疗疾的经验结晶^[5]。

“病来如山倒,病去如抽丝”,中医疗疾有“治急性病要有胆有识,治慢性病要有方有守”的提法,诚如岳美中先生所说:“一些慢性病,都是由渐而来,非一朝一夕之故,其形成往往是由微查的不显露的量变而到达质变,则其消失也需要经过量变才能达到质变。一个对症药方,初投时或无任何效验可见,若医生无定见,再加上病人要求速效,则必至改弦易辙。但这还不会有妨。最怕的是,药已有效,就是还未显露出来,正在潜移默化的量变阶段中,它的前进,好像儿童学步,屡起屡仆,屡仆屡起,无待扶持,方始成行。倘一中止药方,或另易它方,那将如患者东行向愈的光明前途,反而强扭之使西,不仅走向黑暗,前功尽弃,还恐怕枝节横生,造成另外一种疾病”^[6]。

2型糖尿病是慢性病,形成是一个缓慢的过程,其诊疗也非一朝一夕之功,所以在刘志龙教授的专家门诊,首次接诊的2型糖尿病患者都会明确告知“糖尿病减灶之计”。

“减灶之计”源自《史记·孙子吴起列传》,战国时期,韩国受到魏国的攻击向齐国求救,齐王派田忌为大将,孙臆为军师,率军进攻魏国都城大梁。魏军主帅庞涓急忙撤军救援。孙臆深知师兄庞涓狂妄自大,建议田忌采用减灶计(使齐军入魏地为十万灶,明日为五万灶,又明日为三万灶)麻痹魏军。庞涓轻敌,进入孙臆的包围圈被逼自杀。“糖尿病减灶之计”则

以1年为1个疗程,最初3个月每天1剂药,如果病情稳定,血糖逐渐下降,则减为3个月每2天1剂药,然后逐渐变为3个月每3天1剂药,3个月每7天1剂药,直至彻底停药为止。中药难闻难喝,使得很多2型糖尿病患者对此有一定的抗拒心理,此“糖尿病减灶之计”可以让2型糖尿病患者充满期待,期待不用每天喝中药,期待可以彻底停药,无形中提高了依从性,体现了中医临床医生的“进与病谋,退与心谋”的艺术^[7]。

案 李某某,男,53岁,2016年1月5日初诊。

主诉:发现糖尿病7个月。去年6月份体检发现糖尿病,现口服盐酸二甲双胍片(1天3次,1次0.5 g)控制血糖,血糖控制不稳定,近期餐后2小时血糖波动在8.4~16.3 mmol/L,空腹血糖波动在6.2~6.8 mmol/L,另口服苯磺酸氨氯地平片(1天2次,1次5 mg)以及酒石酸美托洛尔片(1天2次,1次25 mg)控制血压,血压控制稳定。现疲倦乏力,大便不成形,夜间咽部有痰,喜抽烟喝酒,舌淡苔黄厚腻,脉弦滑。无药物以及食物过敏史。抽血检查显示餐后2小时血糖13.76 mmol/L,糖化血红蛋白5.5%。

诊断:脾瘵(气阴两虚型),治当益气健脾,固肾滋阴。方用玉液汤化裁:生黄芪30 g,怀山药50 g,鸡内金15 g,粉葛根100 g,生苍术30 g,醋乌梅30 g,炮附片10 g,川黄连10 g,上肉桂5 g,淡干姜6 g,西洋参15 g。14剂,每日1剂,水煎服,分2次温服。

以此方为主随症加减,至2016年6月14日复诊,已停用降糖的西药,中药2天服用1剂,患者对此结果较为满意。

按:玉液汤是刘志龙老师临床治疗糖尿病的一张常用方,多用于苔黄,脉弦滑或弦数的糖尿病患者,对于改善症状有非常明显的效果,而且刘志龙老师临床常结合六经辨证来合方,如有太阳病证则合桂枝汤,有阳明病证则合白虎加人参汤,有少阳病证则合小柴胡汤,有太阴病证则合附子理中汤,有少阴病证则合真武汤,有厥阴病证则合乌梅丸,不受后世三消的限制,而是临床根据舌脉以及症状消息化裁之^[8]。

参考文献

- [1]刘志龙,黎崇裕.100首经方方证要点[M].北京:中国中医药出版社,2015:53.
- [2]陈威妮,刘志龙,段素静,等.当归四逆汤治疗糖尿病周围神经病变临床观察[J].新中医,2016,41(1):58-60.
- [3]黎崇裕,吴小秋,马召田,等.刘志龙辨治2型糖尿病“二要六经六类”法[J].上海中医药杂志,2018,52(2):35-38.
- [4]黎崇裕.经方治产后顽固性头痛案[N].中国中医药报,2016-07-08(4).
- [5]陈明.《伤寒论》治略与兵法三十六计举隅[J].中华中医药杂志,2005,20(1):52-54.
- [6]中国中医研究院.岳美中论医集[M].北京:人民卫生出版社,2005:15.
- [7]黎崇裕,李俊,吴小秋,等.刘志龙教授治疗2型糖尿病的中医临床艺术[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(5):76-78.
- [8]黎崇裕.玉液汤治疗糖尿病案[N].中国中医药报,2017-03-31(5).

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈春伊 收稿日期:2018-06-15)

吴伟温阳活血利水法治疗心力衰竭经验初探[※]

王士超^{1,2} 刘芳^{3,4*} 皮建彬² 王嵩¹ 褚庆民¹
张威¹ 温俊茂² 李荣¹ 吴辉¹ 吴伟^{1△}

[1 广州中医药大学第一附属医院(第一临床医学院)心血管科,广东 广州 510405;
2 广州中医药大学博士研究生2017级,广东 广州 510405;
3 广州中医药大学博士研究生2016级,广东 广州 510405;
4 广东药科大学附属第一医院共和门诊部疼痛诊室,广东 广州 510080]]

摘要:吴伟是广东省名中医,广东省高等学校教学名师。吴伟对心血管疾病的认识有许多独到的见解,心力衰竭就是其擅长治疗的病种之一。其师从国医大师邓铁涛教授、广东省名老中医黄衍寿教授,并结合自己多年临床经验,以阴阳为纲,将慢性心力衰竭简化为两类证候,其一为气阴虚血瘀水停,其二为气阳虚血瘀水停。心气(阳)虚是慢性心力衰竭发生发展的病理关键,常用益气温阳活血利水法治疗,基本方剂为《伤寒论》中的真武汤合五苓散加减。本文通过一个典型案例加以说明。

关键词:心力衰竭;益气温阳活血利水法;伤寒论;临床经验;邓铁涛;吴伟;虚劳;水肿
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.033 文章编号:1672-2779(2018)-17-0073-04

Discussion on the Experience of Professor Wu Wei in the Treatment of Heart Failure with Tonifying Qi and Warming Yang for Activating Blood and Diuresis Method

WANG Shichao^{1,2}, LIU Fang^{3,4}, PI Jianbin², WANG Song¹, CHU Qingmin¹, ZHANG Wei¹, WEN Junmao², LI Rong¹, WU Hui¹, WU Wei¹
(1. Department of Cardiology, the First Affiliated Hospital (First Clinical Medical School) of Guangzhou University of Chinese Medicine,

Guangdong Province, Guangzhou 510405, China;

2. Grade 2017 PHD Candidate, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China;

3. Grade 2016 PHD Candidate, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China;

4. Pain Consulting Room, Gonghe Outpatient Department, the First Affiliated Hospital of Guangdong Pharmaceutical University, Guangdong Province, Guangzhou 510080, China)

Abstract: Professor Wu Wei is a famous TCM physician of Guangdong Province, famous teachers of higher education in Guangdong province. Professor Wu has many unique views on the understanding of cardiovascular disease, and heart failure is one of the diseases that he is very good at. Professor Wu is learning from the Country Master of TCM, Professor Deng Tietao, another famous TCM physician of Guangdong Province-Professor Huang Yanshou. He combined with his many years of clinical experience, taking Yin and Yang as the outline, simplified the chronic heart failure into two kinds of syndromes, one is qi yin deficiency, blood stasis and water stop, the second is qi yang deficiency, blood stasis and water stop. Qi (yang) deficiency is the key pathological occurrence and development of chronic heart failure, treatment methods are: tonifying qi, warming yang, activating blood and diuresis, basic prescription is Zhenwu decoction combined with modified Wuling powder which are come from *Treatise on Febrile Diseases*. This article is illustrated by a typical case.

Keywords: heart failure; tonifying qi and warming yang for activating blood and diuresis method; *Treatise on Febrile Diseases*; clinical experience; Deng Tietao; Wu Wei; consumptive disease; edema

吴伟,男,主任医师,教授、中医心血管内科学博士生导师、博士后导师,广东省名中医,广东省高等学校教学名师,国医大师邓铁涛教授、广东省名中医黄衍寿教授学术继承人,医学、哲学双硕士学历。现任广州中医药大学第一附属医院大内科主任,第一临床医学院内科教研室主任、内科第一党支部书记,担任广州合浦学会会长,广东省中医药学会心血管病专业委员会主任委员,广东省中西医结合学会心血管病预防专业委员会主任委员等。吴教授从事中西医结合心血管病防治研究

以及中医内科学医、教、研工作30多年,在心脑血管疾病的中医药及中西医结合防治领域内颇有建树。在临床上,吴教授擅长治疗冠心病、心力衰竭、高血压、心律失常、急性缺血性中风以及心血管危险因素如血脂异常、糖尿病的管理与控制。笔者是广东省中医药局确定的吴教授学术继承人,日常临证跟师,深感获益匪浅。现将吴伟教授治疗心衰的经验简要总结。

1 病因病机

心力衰竭是各种心脏疾病导致心功能不全的一种临床综合征,绝大多数情况下是指心肌收缩力下降使心排血量不能满足机体代谢的需要,器官、组织血液灌注不足,同时出现肺循环和(或)体循环淤血的表现。慢性心力衰竭5年的生存率仅为25%左右,与恶性肿瘤相仿。心力衰竭(简称心衰),已成为现代流行病

※ 基金项目:广东省中医药局中医药强省建设专项第二批名中医承项目[No.粤中医办[2015]93号];广州中医药大学第一附属医院“创新强院”中医学术流派传承建设项目[No.2015LP01]

* 通讯作者:57052351@qq.com

△指导老师

学中最常见的病名之一^[1]。虽然西药治疗使心力衰竭患者的死亡率得到一定程度的降低,但总体来说,慢性心力衰竭患者的年死亡率仍然达到35%~45%。中医药在慢性心力衰竭的治疗方面已取得一定成效并达成一些共识。

心血管疾病多属于中医“心悸”“怔忡”“胸痹”等范畴。目前,常见的心血管病如高血压病、冠心病、心肌炎等引起心肌损伤,使心肌结构和功能改变,最终可发展至心力衰竭。心力衰竭在历代文献中多以“心水”“喘证”“水肿”“心悸”“怔忡”等病证描述^[2]。中医对心力衰竭(心衰)的认识经历了一个逐渐认识的过程,东晋王叔和最早提出了中医学“心衰”的概念。慢性心力衰竭是以心气、心阳虚为本病的病理基础,血脉瘀滞、水饮内停、痰浊不化是其主要的病理环节。病变早期以心气虚、心气阴两虚为主,中晚期以心肾阳虚为主,涉及肝、脾、肺,出现瘀血内阻、水饮停聚、痰浊不化的病理表现,为本虚标实之证^[3]。心力衰竭每因感受外邪、劳倦过度、情志所伤等诱发。这与心悸、胸痹心痛等病证日久,或被失治、误治,阳气渐衰,久病及肾导致的临床症状相似。

中医认为心衰病因有先天不足、外邪入侵、情志内伤及年老体衰等。各种病因可致心之气血阴阳受损,脏腑功能失调,血脉通行受阻,水饮内停等,从而引发本病^[4]。其中心脾肾阳虚是心衰病发展过程中的重要病机,心脾肾虚可引起心失温煦,鼓动无力,血运迟缓;脾肾阳虚可引起心失温煦,鼓动无力,血运迟缓;脾肾阳虚不能化气行水,导致水湿内停,从而导致心衰病发生。《景岳全书·肿胀》:“夫所谓气化者,即肾中之气也,阴中无阳,则气不能化,所以水道不通,溢而为肿”“此水肿之病,所以多属阳虚也,所以下为肿满,上为喘急,标本俱病,危斯亟矣”均论述了肾阳气亏虚致心衰水肿、喘促的发生。脾肾亏虚,痰浊水饮内停,上凌心肺则喘促,外溢四肢肌肤水肿。《素问·逆调论》:“夫不得卧,卧则喘者,是水气之客也。”张仲景《金匮要略·水气病脉证并治》:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿。”论述了水饮内停致身重而少气、喘咳不得卧、身重肢肿症状,与心衰的临床特征相符。

2 名医经验

吴教授认为,慢性心力衰竭的基本病因病机为先天不足、六淫及饮食劳倦损伤心体所致,包括气(阳)虚、血瘀、水停。《素问·举痛论篇》云:“劳则喘息汗出,内外皆越,故气耗矣。”说明慢性心力衰竭的主要病理基础是心气虚,进而气损及阳。终致他脏阳虚而使病情恶化。阳虚也可进而损及于阴,致气阴两虚、阴阳两虚,加重病情。气虚不能行血、水液不能输布,形成血瘀、水停,三者互为因果,形成恶性循环。

心主血脉。血能在脉管中运行不息,有赖于心气之充沛与肺主治节的功能正常;若心肺气虚,心阳亏

虚,则无力鼓动血液运行,导致血脉瘀阻。肺脉瘀阻,不能肃降通调水道下输膀胱;脾脉瘀阻,则运化失司,生化不能;肝脉瘀阻,则不能疏泄;肾脉瘀阻,则肾不纳气,不能化气行水,从而产生相应的脏腑功能失常的临床表现,如气促、胸闷、心悸、下肢水肿、肋下痞块等。因此,临证务必抓住气虚阳虚这一病理关键。慢性心力衰竭患者因心气虚,无力鼓动血液运行,导致脏腑经络瘀血。在疾病进程中,瘀血的程度从轻到重;由于血瘀不行,最终导致痰饮阻肺,水湿内停,此即所谓“血不利则为水”。因此,血瘀在本病的形成与发展中起着重要作用,并贯穿疾病始终。

目前对于慢性心力衰竭的辨证分型尚未统一。吴教授师从国医大师邓铁涛教授、广东省名中医黄衍寿教授,并结合自己多年临床经验,以阴阳为纲,将慢性心力衰竭简化为两类证候,其一为气阴虚血瘀水停,其二为气阳虚血瘀水停^[5]。临床实践中,我们发现,心气(阳)虚是慢性心力衰竭发生发展的病理关键,故常用的主要治法为:温阳活血利水法。其目的是补充心气,气足则血流;鼓舞心阳,并使虚衰之脏腑阳气得以恢复,阳回则阴消,水饮可化,瘀血见消,诸症可除。另外,温阳治法还须考虑心肾阳虚、心脾阳虚、脾肾阳虚及心阳暴脱之别,而分别兼用温补肾阳、温补脾阳、温补脾肾及回阳救逆的方法。证见心悸气短,畏寒肢冷,尿少浮肿,舌苔白,舌质淡黯,脉沉细或结代。常用基本方剂采用《伤寒论》中的真武汤合五苓散加减。

笔者在跟随吴教授临床过程中,随着实践和理论知识的不断积累,对导师运用其中的经典方药——真武汤治疗心力衰竭等心血管疾病有了更为深切的体会。广州中医药大学第一附属医院心血管科结合我科室多年的临床经验,通过中医辨证论治,根据真武汤的温阳利水法研制而成的中成制剂——心阳片,在心力衰竭的临床治疗上取得了很好的疗效。根据临床研究表明^[6],我院中成制剂心阳片能改善患者心功能、降低中医临床症状积分及明尼苏达心衰生活质量评分,与观察组治疗后比较有统计学差异;治疗组患者返院率与观察组之间未见统计学差异但有下降趋势,提示增大样本量及延长观察时限可能获得统计学差异;同时心阳片有良好的安全性和依从性。

3 经典溯源

《伤寒论》,为张仲景所著,中医四大经典之一,是我国现存最早的一部中医临床经典著作,确定了中医辨证论治体系的基本框架与临床理法方药应用的基本规范,为中医临床医学的发展奠定了坚实的基础,也是中医学发展的源泉。其所载诸方,药精效宏,一直有效地指导着中医临床各科的实践。《伤寒论》所论述的疾病,包括每经的兼变证、疑似证,绝大多数属于内科杂病范畴。仲景在《伤寒论》中对许多心血管系统的疑



难杂病作了系统和详细的论述,在临床上运用经方治疗冠心病、风湿性心脏病、高血压性心脏病、心力衰竭、心脏神经官能症等多种心脏疾病,疗效显著。

真武汤为张仲景所创,首见于《伤寒论》,是《伤寒论》著名方剂之一,为少阴阳虚水泛证的代表方剂。临床常用其治疗心血管疾病,取其温阳行水、强心益气之功,标本兼治。心下悸乃由心阳虚不能自持,阳不化水,水气上凌于心而致,故凡心肾阳虚之心悸、心下悸者,皆可用真武汤治之。《伤寒论》中共有两条原文论述真武汤证,分别出现在《伤寒论》太阳篇第82条:“太阳病发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身瞤动,振振欲僻地者,真武汤主之。”和少阴篇第316条:“少阴病,二三日不已,至四五日,腹痛,小便不利,四肢沉重疼痛,自下利者,此为有水气,其人或咳,或小便利,或下利,或呕者,真武汤主之。”方药组成及用法为:茯苓三两、芍药三两、生姜三两、白术二两、附子一枚,炮制,去皮,破八片。上五味,以水八升,煮取三升,去滓,温服七合,日三服。此两条所述尽管病因来路不同,但少阴肾阳虚弱,水气内停外泛是其共同病机,故皆以真武汤温阳利水。方中炮附子温肾暖土,以助阳气;茯苓健脾,淡渗利水;白术健脾燥湿,以扶脾之运化;生姜宣散水气,且助附子温阳散寒;芍药活血脉,利小便,缓急止痛。五药配伍,温肾阳,暖脾土,利水气。该方是中医温阳利水的基础方。

真武汤作为《伤寒论》中重要方剂之一,其治疗证属阳虚水泛的各种疾病疗效显著,在慢性心衰证属阳虚水泛者的治疗中属常用方剂。第82条为太阳病发汗表不解而致阳虚水泛的一种变证。该方的辨证提要为阳虚水泛之证。太阳病在表,本当发汗,误发虚人之汗,内伤少阴肾中阳气,少阴阳气亏虚,水寒之邪内盛,阳气外越,故见发热。肾为主水之脏,阳虚则主水无权,阴邪搏阳,故见心下悸,头眩。阳虚阴盛,周身经脉失于阳气的充养,故见身瞤动,振振欲僻地。清代的尤在泾持有这样的见解:“发汗过多,不能解太阳之邪,而反动少阴之气,于是身仍发热,而悸、眩、瞤动等作矣。”他认为:“少阴。肾之气乃水气也,心属火而乘水,水本克火,而今心火反而乘肾水故悸。针对上述病机,以温阳利水为治法,应用真武汤驱寒镇水扶阳。第316条是论述少阴病阳虚水泛的证治。少阴包括手少阴心和足少阴肾。心属火,主血脉,又主神明,为君主之官,对人体生理活动起着统领作用;肾属水,主藏精,内寓真阴真阳,为先天之本,生命之根。人体正常的生理活动,必须依靠心肾两脏的相互协调、相互制约。少阴经的病变主要表现为心肾两脏的脏腑功能紊乱,少阴病是伤寒六经病发展过程中的后期阶段,机体抗病力衰退,病情相对较为

危重,多表现为全身性虚寒证,以心、肾两脏阳气衰微为主要病变机理。其病变的部位均主要在心肾两脏,心阳具有推动血液在脉管中运行的作用,心阳不足,则推血无力,心力衰竭的根本也正是心脏泵血无力,两者说法不同,实则一致;肾主水,肾阳在水液代谢过程中起着极其重要的作用,故有肾为水脏之说,肾阳不足,不能温化水液,故水气泛滥。“少阴病,二三日不已,至四五日”而后出现腹痛、自下利,是阳虚寒证。“小便不利,四肢沉重疼痛”,小便不利是少阴阳虚不能气化津液。水的代谢不利变成一个致病的因素,就出现了四肢沉重疼痛。主水者,肾也。肾气、肾阳不能主水,水邪泛滥三焦,出现水病,出现水寒在上焦的渴,或者在中焦的呕,或者在下焦的下利。只有真武汤能复少阴的肾阳^[7]。本条为少阴阳虚水泛的证治。方中制附子辛热温阳补肾,散寒;白术苦甘温,健脾燥湿行水;芍药苦酸,养血和阴,调营敛阴,又可以制约附子之燥;茯苓淡渗,助白术健脾。全方共奏温阳化气利水之功。

真武汤以其良好的温阳利水作用而应用于慢性心衰的治疗,并且正越来越显示出其强大的生命力。因为在心力衰竭的慢性发展过程中,很大一部分病例显示出阳虚水泛的病理特征,这为真武汤辨证治疗提供了广阔的天地。六经辨证是张仲景全面继承《内经》关于六经的理论,结合外感病的临床实践所创立的包括邪正、阴阳、气血、脏腑、经络、气化、发展阶段等理论以及治法、方药在内的综合性临床辨证论治体系。《伤寒论》中的六经辨证不仅为阐述外感病的规律而设,而且对临床各科的辨证均有普遍指导意义。清代柯韵伯在《伤寒来苏集》中指出:“仲景之六经,为百病立法,不专为伤寒一科,伤寒杂病,治无二理。”

4 典型医案

患者张某,女,80岁,2016年7月以“胸闷伴四肢乏力2年余,活动后加重1月”主诉入院,2年前出现胸闷伴四肢乏力症状,在广东省某三甲医院诊断为缺铁性贫血、慢性非萎缩性胃炎伴糜烂,一直规律口服铁剂。1月前自觉活动后胸闷乏力症状加重,在外院测HGB为61 g/L,并行输血治疗。入院时,胸闷气促,不可平卧,乏力明显,时有咳嗽、咳黄黏痰,腹部胀满,神疲乏力,呼吸稍促,面色苍白,四肢不温,无夜间阵发性呼吸困难,纳眠欠佳,二便可。舌质淡黯,苔白滑,脉细弱无力。既往已确诊为:慢性心力衰竭;心脏瓣膜病(重度二、三尖瓣返流);心律失常,心房颤动;慢性阻塞性肺病,肺源性心脏病,肺动脉高压。平素规律服用地高辛、呋塞米、螺内酯、华法令等治疗;入院查体:慢性病面容;颈静脉怒张,心浊音界向左扩大,心律不齐,第一心音强弱不等,二三尖瓣可闻及收缩期杂音;颈静脉充盈,肝颈静脉回流征阳性;肝脏肋下触及,肋

下四横指,向左超过脐中线5 cm;双下肢凹陷性水肿。血常规:红细胞数 $2.44 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白量 62 g/L;白细胞数及中性粒均正常,肌酐:112 $\mu\text{mol}/L$,BNP:602 pg/mL,NTpro-BNP:1407 pg/mL,尿酸:691 $\mu\text{mol}/L$;心电图:慢率型心房颤动;肢导联低电压;T波改变。心脏彩超:动脉硬化,左房、右房、右室增大,右室壁增厚并运动明显减弱,主动脉瓣钙化并关闭不全(轻度),二尖瓣关闭不全(重度),三尖瓣关闭不全(重度),肺动脉关闭不全(轻度),肺动脉高压(中度),心包积液(少量),EF=60%。卵圆孔未闭可能。胸片:心脏明显增大,双侧胸腔少量积液未排。B超:肝脏增大,回声减低,肝右静脉内径增宽,未排肝淤血,胆囊内小结石;泌尿系彩超未见明显异常。入院诊断:慢性心力衰竭(右室心肌病、心房颤动、心功能Ⅲ级);心脏瓣膜病(重度二、三尖瓣关闭不全);冠心病;缺铁性贫血;慢性阻塞性肺病 肺源性心脏病;慢性肾衰竭 CKD3期;高尿酸血症。入院后,予以改善血流动力学治疗措施,包括应用利尿剂;结合心超结果,考虑患者心收缩功能尚可,患者虽存在房颤,但心室率不快,故间断使用洋地黄制剂而并未长期使用;延缓心室重构治疗措施,包括培哚普利+比索洛尔+螺内酯,根据患者血压、心率调整剂量;抗凝治疗措施,口服华法令。

中医药治疗上,四诊合参,辨证属心衰病,辨证为气阳虚血瘀水停。中药治疗以益气温阳、活血利水为法,方选真武汤和五苓散加减:炮附片15 g,干姜10 g,茯苓15 g,白芍15 g,白术15 g,猪苓20 g,泽泻20 g,黄芪30 g,党参20 g,丹参15 g,葶苈子15 g,炒麦芽20 g。每日1剂,水煎服。连进7剂后,患者诉咳嗽气促、腹胀等减轻,尿量增多,胃纳改善,下肢浮肿逐渐消退。心室率88次/min。舌质淡黯,苔白,脉细弱无力。考虑水肿已逐渐消退,但仍遗留有四肢不温、畏寒等,原方去猪苓、泽泻、葶苈子,加淫羊藿15 g,桂枝15 g,益母草15 g;再进7剂治疗后,患者气促、乏力、腹胀、纳差等症状进一步明显好转,双下肢水肿情况较入院前明显缓解。继续调理后复查血常规:红细胞数 $2.95 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白量78 g/L。出院带药以我院我科具有益气温阳、活血利水作用的中成药院内制剂心阳片长期服用;经门诊及电话随访,半年内病情稳定。

按:本病例中患者为老年女性患者,心力衰竭明确,基础病较多,心肺功能均差,经外院多次治疗仍有胸闷气促,并有腹胀、双下肢水肿等症状而入我院治疗。本次住院主要表现为以右心功能不全的体循环淤血的临床综合征。西医治疗上,结合患者慢阻肺病史及相关症状和体征,考虑患者为肺心病基础上的心衰,此次加重的原因考虑与贫血相关。纠正贫血后,予利尿以减轻前负荷,同时予加强“黄金三角”的使

用。中医治疗上,辨病辨证分析后,病机为气阳虚血瘀水泛,以益气温阳、活血利水为法,方用真武汤加减治疗后明显好转。患者胸闷乏力、气促、腹胀、水肿等心衰症状明显好转;水肿逐渐消退后,减去利水之药,以免伤阴太过;同时注意顾护脾肾。出院后用心阳片长期调理,可改善患者生活治疗,减少再次心衰发作入院的次数。中医药在治疗心衰病上,有不可忽略的优势。

5 小结

国医大师邓铁涛教授多次指出:“中医的‘整体观’和‘治未病’可以改善冠心病介入术后的不足”^[1],”“中医经典著作中的‘治未病’的理论是科学的、超前的理论”,这些都可以为现代医学提供了更多开阔的防治思路^[2]。邓铁涛教授在对传统五行学说进行科学总结的基础上提出五脏相关理论^[3]。作为邓铁涛教授的学术思想传承人,吴伟教授强调,我们必须传承和发扬“治未病”理论的精髓,在五脏相关理论指引下,发挥中医药“整体观”思维的优势,掌握心力衰竭等心血管疾病的基本病因病机及传变规律。在临床上,辨病为先,辨证为次是一般的诊疗程序。当然一时难于确立疾病病种时,可暂且按辨证治疗,但同时必须积极辨病^[4];在实践中,现代中医采用“五诊”,即在传统四诊基础上加体格检查、理化检查^[5],把中医经典理论和现代中医的创新理念贯穿于心血管疾病防治的全过程。《伤寒论》等中医学经典著作中的理论知识对临床工作均有极高的指导价值,名医名家经验又是对中医经典著作思想的进一步继承、发掘和提高。我们应该深入学习经典理论和名医思想,在进一步理解的基础上,用以更好地指导临床,发挥中医特色优势,解决临床患者病痛。我们在今后的临床工作中将进一步发掘祖国传统中医药学的瑰宝,为人民的健康生活服务,为祖国的中医药学复兴事业添砖加瓦。

参考文献

- [1] 吴伟,刘勇,赵英强.心衰作为心力衰竭的中医病名探究[J].中医杂志,2013,54(10):891-892.
- [2] 张迪,李文杰.真武汤治疗充血性心力衰竭溯源探析[J].中华中医药学刊,2016,34(4):841-842.
- [3] 林思炜,梁北南,陈丽霞,等.真武汤加减治疗心肾阳虚型慢性心力衰竭50例[J].实用医学杂志,2016,32(1):140-142.
- [4] 吴伟.中医名家学说与现代内科临床[M].北京:人民卫生出版社,2013:132-133.
- [5] 王嵩,吴伟.黄衍寿辨治慢性心力衰竭经验总结[J].中国中医药信息杂志,2012,19(10):89-90.
- [6] 褚庆民,陈宇鹏,吴伟,等.慢性心力衰竭中医简化辨证方案研究[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(8):131-133.
- [7] 刘渡舟.伤寒论校注[M].北京:人民卫生出版社,2013:151.
- [8] 金政,许书嘉,褚庆民,等.吴伟运用清热活血法干预冠状动脉慢性完全闭塞病变支架术后经验[J].广州中医药大学学报,2016,33(6):890-892.
- [9] 左强,方俊峰,卿立金,等.吴伟教授运用“治未病”理念防治病毒性心肌炎经验[J].中国中医急症,2015,25(5):811-812.
- [10] 魏伟超,吴伟,王创畅.邓铁涛五脏相关理论在慢性阻塞性肺疾病治疗中的应用[J].中医杂志,2017,58(23):2068-2070.
- [11] 吴伟,卿立金.“辨病为先,辨证为次”——现代中医临床思维模式的思考[J].中医杂志,2010,51(12):1061-1063.
- [12] 吴伟,王创畅.“五诊十纲”中医临床新思维探讨[J].中医杂志,2014,55(6):455-457.

(本文编辑:张文娟 本文校对:余文雯 收稿日期:2018-07-05)

刘鸿恩辨病以虚为重的思想源流探析

莫 为 徐江雁*

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450046)

摘要: 刘鸿恩, 清代河南医家, 著有《医门八法》流传。他在书中提出辨病应以“表里、虚实、寒热、阴阳”为主, 在“八法”的辨病基础上, 强调“虚、实”为要, 并特别关注对“虚”的辨病。他认为“虚”指的是机体多因气血亏耗波及五脏, 致使五脏“藏”的功能受到影响后, 内伤杂病多以“虚”为外在表现, 并于此提出“五脏皆无实证”的立论。故他在论述疾病上多着眼于从五脏的整体功能考虑, 重视补“虚”。关于他辨病重“虚”的思路, 通过研习其著作发现来源有二: 一是基于《内经》中五脏主“藏”, 失“藏”多“虚”的观点; 二是清朝年间医家治肝多从肝的整体功能出发, 多滋阴养肝。

关键词: 刘鸿恩; 辨虚; 思想源流

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.034

文章编号: 1672-2779(2018)-17-0077-02

An Analysis of Liu Hongen's Ideological Origin with the Deficiency of Disease

MO Wei, XU Jiangyan*

(Basic Medical School, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: Liu Hongen, Henan doctor of the Qing dynasty, wrote the Eight Methods of Medicine. In his book, he advanced disease should with "exterior and interior, deficiency and excess, chills and fever, yin and yang" is given priority. On the basis of "eight methods", it emphasize the importance of "deficiency and excess" and pay special attention to the "deficiency" differentiation. He thinks "deficiency" refers to the body for blood lose more affected the five internal organs, the five zang-organs affected the function of the "hide", after the internal injuries miscellaneous diseases with more "deficiency" is the external performance, and put forward "five zang-organs are no empirical" in this case, therefore, his disease more focus on considering from the function of the five zang-organs, attaches great importance to the "deficiency". As for the idea of "deficiency" of his disease, through the study of his works, there are two sources of discovery: one is based on the idea that the five zang organs are mainly "hidden" in the *Neijing*, and they lose the idea of "hiding" and "deficiency". The second is that during the Qing dynasty, the medical treatment of the liver was mainly from the overall.

Keywords: Liu Hongen; distinguish deficiency; thought source

刘鸿恩, 清代医家, 河南尉氏人。早年进士, 中年辞官回乡, 专研岐黄之术, 于1880年著成《医门八法》一书共四卷传世。卷一论八法与疫病, 卷二、三阐发杂病, 卷四论妇、儿之病, 合计七十六篇, 十余万字。刘氏辨病重“虚、实”的思想贯穿全书, 多数疾病是以“虚”为范畴来加以辨证论治。后人对该书评价道, 其书论病恰当, 方药精炼, 医家每遇疑难杂证时, 按方施治, 都是药到病除, 给予高度的赞赏。研究一个医家的学术思想, 需要对其学术思想进行剖析, 挖掘渊源, 研究刘氏辨病重“虚”的学术思想也是一样, 故笔者撰文抛砖引玉, 以待高明。

1 刘鸿恩辨病重“虚”思想简介

1.1 刘氏辨“虚”含义 “虚”指的是正气不足, 是以正气虚损为主的一种病理情况。刘氏认为的“虚”多以气血匮乏有关, 结合书中论“虚”的言论如《医门八法·自序》: “虚者, 气血也”。《医门八法·虚实》: “心之所有者, 气与血也, 心血亏者有之, 心气不足者有之, 无实也”。可以推断出刘氏辨“虚”的内涵: 气血是维系人体生命活动的根本。如果气血失调, 就会影响到五脏“藏”的功能出现衰退, 所以疾病表现多为“虚”。详说的话就是他辨“虚”着眼于从五脏的整

体功能出发, 注重对五脏的整体功能恢复的治疗。

1.2 刘氏辨“虚”理论应用 刘氏辨“虚”即围绕着五脏的整体功能辨析的思想, 贯穿于他对“虚”的病因病机、辨证论治始终。刘氏辨病多重肝, 他认为肝为五脏之贼, 万病之源。书中对“虚”的辨识多数是通过对于肝整体功能的辨析体现出来的。如《医门八法·虚实》: “肝亦无实证, 肝之盛血, 如笔之含墨, 墨少则分岔, 血少则肝张”, 从病因病机角度阐明了肝“虚”证是由于肝藏血功能失调引起的。另如他在《疮证》篇说道: “凡手足厥逆、精神困倦、大便溏泻、小便清频, 虚证也……其病全在肝, 乃血之不足”, 从临床表现叙述了肝失“藏”后疮证“虚”的证候。疾病多因五脏失“藏”而表现为“虚”, 所以对于“虚”治疗应该从对五脏功能恢复入手。再如《医门八法·寒热》篇指出在肝藏血功能失常后, 用乌梅滋阴补肝, 恢复肝藏的整体功能效用最佳。乌梅性酸, 酸甘敛阴。他于书中引《笔花医镜》之言强调: “乌梅, 补肝之良将也”^[1]。因他善用乌梅治肝, 故在后世被尊为“乌梅先生”。

综上, 刘氏将辨“虚”的思想应用在指导临床, 效验非常。因此, 阐明他辨“虚”渊源是非常重要的。

2 刘鸿恩辨病重“虚”的学术思想源流

2.1 五脏主“藏”, 失“藏”多“虚” 刘氏辨“虚”是

* 通讯作者: xujiangyan2008@163.com

站在五脏的整体功能角度来辨识的,这一观点最早可追溯至《内经》,《内经》是所有中医学学术思想的根。《内经》中对五脏整体功能做了阐发。从生理方面来说五脏主“藏”。《灵枢·本藏》有:“五脏者,所以藏精神血气魂魄者也”。因此病理上失“藏”多“虚”,《素问·通评虚实论》:“精气夺则虚”。

生理上五脏多主“藏”,深入分析原因有二。其一,气血是人体机能活动的前提。《素问》:“人之所有者,气与血也”。刘氏在《医门八法·阴阳》篇中引周敦颐的《太极图说》作了补充:“其在人身,则可以两言概之:曰血、曰气”。气血在人体内部是以精华存在,人体精气的化生离不开五脏的介入。如气的产生需要肺司呼吸、脾之运化、肾之摄纳等多个脏腑配合完成,血的生成也需要由心主血、脾主运化、肾主封藏的参与。五脏属阴,形似空腔,为化生后的精提供了贮藏的地方。其二,五脏贮藏的功能上到人体机能方面来讲是起到了调节人体精华物质、维持人体正常生理活动的作用。如《素问·五藏生成》中说到:“人卧血归于肝,肝受血而能视……指受血而能握”^[2]。故五脏多“藏”。

病理上当五脏失“藏”时,机体失去充养,多衰弱,故见虚证。《灵枢·本神》:“是故五脏主藏精者也,不可伤,伤则失守而阴虚,阴虚则无气,无气则死矣”。《医门八法·虚实》:“心之所有者,气与血也,心血亏者有之,心气不足者有之,无实也”。以上论述皆说明五脏整体的贮藏功能失调,导致疾病为亏虚的情况。

然五脏失藏又根于五脏的亏损,五脏的亏耗又多与气血缺少有关,而气血亏耗是多方面引起。如作息无规律,《素问·上古天真论》曰:“今时之人,以酒为浆,以妄为常……故半百而衰也”。或年老体衰,《素问·阴阳应象大论》曰:“年四十而阴气自半也,起居衰矣”。刘氏在此基础上认为五脏虚衰具体原因是由久病成虚或气血充养无力等造成的。《医门八法·带下》:“盖人之以身,内而脏腑,外而肢体,凡系虚证,皆血亏也,血亏则肝亏,血藏失调也”。《医门八法·泄泻》:“有因泻而虚者,本患泻泄,愈泻愈虚,阴血亏损,中气下陷是也”。

综上,《内经》中五脏主“藏”,失“藏”多“虚”的阐述为刘氏辨“虚”即辨病以五脏整体功能状态为重,提供有效的理论支撑,此为辨“虚”源流之一。

2.2 治肝从肝体出发重滋补的时代特点 研究一个医家的学术理论来源,对于分析其所处的时代背景是必要的。刘氏辨病正视“虚”即围绕着五脏的整体功能辨析的思路,与他所处时段医家在论治肝时常从肝体为阴出发,重用滋阴补养的药物来恢复肝体功能状态的学术观点有密切联系。

肝为刚脏,体阴而用阳。体阴是指肝的本体特性,

即肝位于腹中,属阴脏;肝主藏血之效,血归阴,肝需要阴血的濡养才可以施展它的正常生理功能。用阳是指肝有升发、疏泄气的具体功能。肝在外常表现出气常有余的征象,临床上多见实证。因此自明时就有“肝无补法”之说,如李中梓《医宗必读》中:“东方之木,无虚不可补……泻肝即所以泻肾”^[2]明确指出了肝多实,需泻不可补的观点。同期张景岳的《质疑录》中也有涉及到了“肝无补法”的叙述:“肝气有余不可补,补则气滞而不舒,非云血之不可补也”。从上述可知,这一时期医家对于肝的论述即肝常有余、肝无补法的言语已经成为一个被医界普遍接受的理论。但是他们在论述辨肝时,只是从肝用上,肝常有余来分析,忽视了对肝体为阴、血多不足的思考。

清代时“肝无补法”的观点为当时人所推崇,因而平肝、伐肝的治疗在清朝被广泛应用于临床。例如过度伐肝、平肝而忽视了肝血虚会出现头痛、眩晕等。加之这一阶段只主苦寒或是滥用温补的局面相当多,出现了很多失治误治的悲剧。对此刘氏也深有感触,他在书中对当时医家只从肝的具体功能出发,而忽视了肝的整体功能的辨析进行了痛斥。《医门八法·恶阻》:“平肝二字,历代名医恪遵之以为师,一遇肝经之证,则青皮、香附用之,不知肝血虚。故肝气燥,平之则虚者愈虚。而燥者更燥”。在这种背景下,医家对肝的辨析多转向从肝体的角度思考,完善了“肝有补法”之说。如清代魏之琇在治肝时,从肝体出发,重视养肝阴。他认为肝虚之由,大部分是由于医者误治所致。多数肝失疏泄之证,因为肝体失养,影响肝用所致。故用药上以补养肝阴为主,使肝体得养,则肝用自如。刘氏受此影响颇深。他在书中多处地方提及辨“虚”应从肝的整体功能出发,《医门八法·瘫痪》:“血者气之体,气者血之用,体亏则用废,血亏则气急”。故在治疗上也应以恢复肝的整体功能为主,反对用苦寒之品来泻肝体,提倡用乌梅来滋阴养血治肝体。《医门八法·方药之误》:“谓柴胡、香附可以平肝,殊不知肝经病证,盖因血之不足,施以表散克伐,则肝血愈虚,肝势愈张,肝脉愈大也……方药之误在此”。《医门八法·虚实》:“思之以久,忽的乌梅,用以敛肝应手皆效”。此为刘氏辨“虚”源流之二。

3 结语

刘氏辨病重“虚”的思想即从五脏的整体功能认识疾病的理论基础在于:一是《内经》中五脏主“藏”,失“藏”多“虚”的观点;二是清代医家辨肝多从肝的整体功能出发,重滋阴补虚。

参考文献

- [1]刘鸿恩.医门八法[M].郑州:河南科技出版社,2017:70.
- [2]王冰.黄帝内经素问[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:105.
- [3]李中梓.医宗必读[M].北京:人民卫生出版社,2006:16.

(本文编辑:张文娟 本文校对:苏亮 收稿日期:2018-06-12)

马纯政治疗胃癌经验浅谈

冯保荣¹ 徐伟玲¹ 马纯政^{2△}

(1 河南中医药大学硕士研究生2017级, 河南 郑州 450000; 2 河南省中医院肿瘤科, 河南 郑州 450000)

摘要: 胃癌目前是严重威胁人类生命健康的恶性肿瘤之一, 其发病率和死亡率逐年上升, 中医药在胃癌的治疗中越来越重要。马纯政教授行医30载, 在治疗胃癌中有自己独特的见解, 认为胃癌是正气不足, 毒邪内聚所引起, 在治疗上益气解毒法贯穿始终, 同时重视辨病与辨证相结合。

关键词: 马纯政; 中医药疗法; 胃癌; 益气解毒

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.035

文章编号:1672-2779(2018)-17-0079-02

Discussion on the Experience of Professor Ma Chunzheng in Treating Gastric Cancer

FENG Baorong¹, XU Weiling¹, MA Chunzheng^{2*}

(1. Grade 2017 Postgraduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Oncology Department, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: The gastric cancer is one of the malignant tumors that threaten the health of human life. Its morbidity and mortality are increasing year by year, and TCM is becoming more and more important in the treatment of gastric cancer. Professor Ma Chunzheng has been engaged medicine for 30 years, practicing medicine in the treatment of gastric cancer has its own unique insights, thinks cancer of the stomach is vital qi, poison evil caused by cohesive, throughout the treatment invigorate qi and detoxify method, at the same time attaches great importance to the combination of disease and dialectical.

Keywords: Ma Chunzheng; therapy of traditional Chinese medicine; gastric cancer; invigorate qi and detoxify

近年来恶性肿瘤在我国的发病率居高不下, 且呈年轻化状态, 已经成为我国居民第一位致死因, 已经对人类的生存发展提出了巨大的考验。马纯政教授在治疗恶性肿瘤方面有自己的见解, 提倡从中西医综合方面治疗恶性疾病, 认为西医治疗以手术、放化疗、介入及靶向治疗为主, 而中医药在改善症状、延长患者生命、提高生活质量方面有着不可替代的作用, 特别适合不宜手术、放化疗、晚期体弱患者。马纯政教授对多种恶性肿瘤均有自己的见解, 如较常见的胃癌、肺癌、食管癌、肝癌及肠癌等, 尤其对胃癌有自己独特的见解。

1 马纯政教授之胃癌病因病机

癌病是发生于五脏六腑、四肢百骸的一类恶性疾病的总称。多由于正气内虚, 感受毒邪, 情志怫郁, 饮食损伤, 宿有旧疾等因素, 使脏腑功能失调, 气血津液运行失常, 产生气滞、血瘀、痰凝、湿浊、热毒等病理变化, 蕴结与脏腑组织, 相互搏结, 日久积渐而成的一类恶性疾病。中医学对癌症的记录可追溯到殷墟时期, 《说文解字》如是说: “瘤, 肿也, 从病, 留声”。《圣济总录》说: “瘤之为义, 留滞不去也”, 而瘤字首见于宋·东轩居士的《卫济宝书》。中医对于现代胃癌虽未做特殊命名, 但类似胃癌症状的描述却不胜枚举。

胃癌属于中医学“胃痛”“腹痛”“胃反”“积聚”“胃反”“伏梁”等范畴^[1], 《灵枢》指出: “胃病者, 腹胀, 胃脘当心而痛。”《素问》曰: “胃脘当心而痛, 上支两肋, 甚则呕吐, 膈咽不通。”又如《难经》说: “心之积名曰伏梁, 起脐上, 大如臂, 上至心

下, 久不愈, 令人病烦心。”《诸病源候论》说: “诸脏受邪, 初未能成积聚, 留滞不去, 乃成积聚”。马纯政教授认为其发生多因饮食伤胃、七情怫郁、劳逸不均、正气亏虚, 导致寒凝、气滞、血瘀、痰聚, 蕴而化热, 聚成癌毒, 滞于胃脘, 形成本病。虚是胃癌形成的基础, 痰、瘀、火、毒是形成胃癌的关键因素^[2], 虚、痰、瘀、火、毒五者互为因果, 相互影响。因胃癌的发病率和死亡率逐年上升, 严重威胁人类的生命健康, 胃癌是难治性疾病, 病情险恶顽固, 单一方法很难达到理想的治疗效果^[3], 中医药在胃癌治疗方面有其独特的自身优势, 故马纯政教授提出了益气解毒法。马纯政教授经过长期临床实践认为胃癌是由正气亏虚、毒邪蕴结、日久伤阴伤血、伤气伤阳, 或阻滞气血, 导致虚实夹杂、虚实夹杂之证^[4], 所以治疗上采用益气健脾养血、解毒散结、化瘀导滞等法, 对于胃癌的治疗形成了自己独特的理论体系。马纯政教授在治疗上尤其重视益气解毒之法, 临证之时以益气解毒法贯穿始终。

2 马纯政教授之益气解毒法

马纯政教授在整体观念和辨证论治理论指导下, 在中药学和方剂学的基础上, 经过长期的临床实践, 组成了自己的经验效方, 从参虎饮到参虎半夏汤, 最终形成了益气解毒方。从方子组成上来看, 参虎饮益气解毒并重, 可根据具体证型加减; 在临床实践后, 马纯政教授认为参虎饮降逆方面还存在不足, 经过多种药物配伍比较后, 在参虎饮的基础上加上了降逆功效卓著的姜半夏, 组成了参虎半夏汤; 此后马纯政教授在长期临床实践和学习中, 最终化裁成了益气解毒方, 并总结出基本证型的加减用药: 气血双亏者加灸

△指导老师

黄芪、炒白术、茯苓、薏苡仁、枸杞子、炒山楂、焦建曲；瘀毒内阻型加白花蛇舌草、生蒲黄、五灵脂、砂仁等；脾胃虚寒型加菟丝子、淫羊藿、砂仁等；肝胃不和型加醋柴胡、枳壳、木香等；胃热伤阴型加太子参、何首乌、鸡血藤、（金钗）石斛、女贞子等；另外化疗期间可加用姜半夏、旋覆花、姜竹茹等药物以和胃降逆止呕，减轻消化道反应^[1]。

全方以益气解毒为基础理论，其中以生晒参为君药，行大补元气、补脾益气生津之效，壁虎、重楼为臣药主解毒散结消肿之功，君臣共效益气解毒；半夏味苦降逆和胃是止呕之要药，姜半夏尤长于降逆止呕为佐药，甘草药性甘平，取其清热解毒，调和诸药之效为使药。诸药合用，共奏解毒益气，降逆止呕，消肿散结之功。益气解毒方可根据不同的临床证型进行加减变化。脾胃为气血生化之源，后天之本，《素问·经脉别论》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行”。故气血双亏者加黄芪与白术，其为补中益气之佳品，二者助君药补气生血，焦建曲、炒山楂、炒麦芽消食和胃，健脾益气，改善纳食使气血有化生之源；寒凝、气滞、血瘀、湿聚，滞于胃脘，瘀毒内阻者加白花蛇舌草、生蒲黄、五灵脂、砂仁行解毒化瘀行气之功，红豆杉、蜂房以抗肿瘤；脾阳亏虚，胃络失于温养，脾胃虚寒者加菟丝子、仙灵脾、砂仁温补脾肾以助阳；肝气郁滞，横逆反胃，胃失和降，肝胃不和者加醋柴胡与枳壳、木香等，辛开苦降共行疏肝和胃之效，降香、白及降逆护胃以调和肝胃之气；久病胃热伤阴者加太子参、何首乌、鸡血藤、（金钗）石斛、女贞子等，其中太子参性甘微苦为清补之品与石斛共滋胃阴，何首乌及女贞子补肝肾之阴，鸡血藤为补血生血之品。患者在化疗期间因毒副作用会影响纳食，夜寐及二便，故可在治疗期间加改善食欲、睡眠及通便的中药，如姜半夏、旋覆花、姜竹茹以降逆止呕，远志、茯神、酸枣仁以养心安神，炒决明子润肠通便等，以求降低化疗毒副作用，提高疗效。

3 医案举隅

邵某，女，68岁。2017年12月患者出现胃脘部胀满不适，按胃炎治疗效果欠佳，2018年2月上述症状加重，伴泛酸、疼痛，腹胀，进食后加重，至当地人民医院行胃镜示：贲门-胃底腺癌，CT示：右侧包裹性胸腔积液，左肺下叶微结节灶，胃小弯旁增大淋巴结。拟定手术，后因手术台上心律不齐、血压升高未行手术。2018年4月来诊。症见：神志清，精神一般，时感胃脘部胀满不适，泛酸、疼痛，进食后加重，纳食欠佳，寐一般，二便调，舌质红、少津、苔白稍厚，脉滑数。西医诊断为贲门胃底腺癌。中医诊断为胃积。证候：脾胃亏虚，治则：健脾和胃、益气解毒。方药：

党参30 g，壁虎20 g，姜半夏12 g，生地黄9 g，姜厚朴10 g，茯苓15 g，白术15 g，陈皮12 g，猕猴桃根30 g，猫爪草30 g，半枝莲30 g，白花蛇舌草30 g，代代花10 g，炒山楂12 g，炒麦芽12 g，焦建曲12 g，生姜6 g，甘草6 g。4付，每日1付，水煎服。

二诊：患者服用上述中药后，患者神志清，精神一般，自诉胃胀、泛酸，进食后加重有所减轻，胃脘部仍有疼痛感，纳寐欠佳，二便调，舌质稍暗，苔白稍厚，脉沉细。处方：上方加九香虫20 g，姜竹茹30 g，茯神15 g，制远志12 g，炒酸枣仁15 g。3付，每日1付，水煎服。

三诊：患者服用上方后胃胀、泛酸症状较前缓解，纳寐较前改善，处方：上方去姜竹茹，调九香虫10 g，制远志10 g。14付，每日1付，水煎服。患者治疗告一段落，病情相对稳定。

按：初诊时患者神志清，精神一般，时感胃脘部胀满不适，泛酸、疼痛，进食后加重，纳食欠佳，寐一般，二便调，舌质红、少津、苔白稍厚，脉滑数。故辨证患者脾胃虚弱为主，瘀毒阻胃导致脾胃受纳、运化、升降失常，治则以健脾益气、解毒散结、化痰降逆为主。方药以益气解毒方化裁，其中党参补气健脾、养血生津，壁虎祛风定惊、解毒散结共为君药；姜厚朴、茯苓、白术健脾渗湿利水以消胸水，姜半夏、陈皮理气健脾降逆，白花蛇舌草、猫爪草、猕猴桃根清热解毒散结以加强抗肿瘤功效，上均为臣药以加强君药益气解毒之效；代代花、焦建曲、炒山楂、炒麦芽健脾消食以改善纳食为佐药，甘草取其补中益气、调和诸药之效为使药。二诊，患者服上药后胃脘胀满、泛酸症状好转，但疼痛未见明显改善，且夜寐较差，故加九香虫理气止痛；姜竹茹加强降逆力度；茯神、制远志、炒酸枣仁养心安神以助睡眠。三诊患者服上药后症状较前好转，纳寐明显改善，上方去性微寒姜竹茹，继续服药以巩固治疗。

4 总结

从长期的临床疗效观察看，马纯政教授化裁的益气解毒方提高了广大胃癌患者的化疗效果，有增效减毒的作用。综上所述，益气解毒法贯穿胃癌治疗的始终，可增强胃癌患者抗癌能力，提高机体免疫力，同时在化疗过程中减轻毒副作用，辅助化疗顺利完成、稳定病灶，提高患者生活质量、延长患者生存期。

参考文献

- [1]马纯政,张明智,刘培民,等.参虎饮加味联合化疗治疗晚期胃癌35例[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(11):1361-1362.
- [2]马亚丽,马纯政,刘培民,等.参虎半夏汤提高ⅢB-Ⅳ期胃癌化疗疗效及部分机制研究[J].世界中医药,2017,12(8):1808-1811.
- [3]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2014:446-447.
- [4]李宜放.王晔星学术思想与临床经验总结及晚期胃癌证治规律研究与生存评价[D].北京:北京中医药大学,2012.

(本文编辑:张文娟 本文校对:孙明月 收稿日期:2018-05-29)

浅谈补中益气汤治疗皮肤病※

邓碧云¹ 姜 枫² 钟 江^{3△}

- (1 广西鹿寨县中医医院皮肤科, 广西 鹿寨 545600;
2 广西中医药大学附属瑞康医院科技部, 广西 南宁 530011;
3 广西中医药大学第一附属医院皮肤科, 广西 南宁 530000)

摘要: 基于脾胃理论探讨了运用补中益气汤治疗皮肤病的理论依据: 皮肤病的润泽有赖于脾胃输布水谷精微; 健脾除湿是皮肤病治疗的根本大法之一。本文基于上述理论分析了补中益气汤治疗皮肤病的机制和适应证, 并列举了3个补中益气汤化裁治疗的皮肤病案例, 为从脾胃理论和运用补中益气汤治疗皮肤病提供理论支持和临床参考。

关键词: 补中益气汤; 皮肤病; 脾胃理论

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.036

文章编号:1672-2779(2018)-17-0081-03

Discussion on Buzhong Yiqi Decoction in the Treatment of Dermatoses

DENG Biyun¹, JIANG Feng², ZHONG Jiang³

- (1. Dermatology Department, Luzai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 545600, China;
2. Department of Science and Technology, Ruikang Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530011, China;
3. Dermatology Department, the First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530000, China)

Abstract: The use of the Buzhong Yiqi decoction in treating dermatosis based on spleen and stomach theory was discussed. The theoretical basis of the moist of dermatosis depends on the spleen and stomach to lose water subtle. The spleen and dehumidification is one of the fundamental solution of dermatosis treatment with Buzhong Yiqi decoction in the treatment of dermatosis mechanisms and indications, and lists the three dermatosis cases, which provide theoretical support and clinical reference for the treatment of skin diseases from spleen and stomach and the use of Buzhong yiqi decoction.

Keywords: Buzhong Yiqi decoction; dermatosis; theory of spleen and stomach

笔者有幸参加了广西壮族自治区中医临床技术骨干培养项目并跟随广西中医药大学第一附属医院皮肤科钟江主任学习半年, 钟江主任医师是广西中西医结合皮肤性病学会副主任委员, 曾师从成都中医药大学附属医院老中医、博士生导师艾儒棣教授, 擅长辨证运用中医、中西医结合方法治疗皮肤病、性传播疾病的治疗, 尤其是对运用脾胃理论治疗变态反应性疾病如湿疹、荨麻疹, 脱发、痤疮、银屑病等疾病的诊治有独到的经验。跟师过程中深刻体会到中医药治疗皮肤病的独特疗效, 增强了钻研中医理论的动力, 现结合跟师后运用所学运用补中益气汤从脾胃理论治疗皮肤病汇报点滴体会, 供同道参考, 也请方家指正。

1 皮肤病的润泽有赖于脾胃输布水谷精微

关于脾胃与皮肤之间的关系, 在《内经》中已作了精辟的阐述, 如《素问·经脉别论》云: “食气入胃, 散精于肝, 淫气于筋; 食气入胃, 浊气归心, 淫精于脉; 脉气流经, 经气归于肺, 肺朝百脉, 输精于皮毛……饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精,

上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行, 合于四时五藏阴阳, 揆度以为常也。”^[1]说明脾胃通过升清功能将饮食水谷精微, 上输于心肺, 外达及四末, 以化生卫气营血, 进而充养滋荣包括皮肤在内的周身。如若脾胃升清之力不足或受损, 不能为脏腑功能活动提供必要的物质基础如营血、津液等, 皮肤失养, 就可能发生各种皮肤病, 如皮肤色泽萎黄、暗淡无光, 甚则硬化、萎缩。李东垣在《脾胃论·脾胃盛衰论》中说: “饮食入胃, 阳气上行, 津液与气, 入于心, 贯于肺, 充实皮毛”^[2], 说明脾胃运化功能正常, 才能将水谷化成精微, 生化气血, 通过肺的宣发是皮肤得以润泽。反之, 若脾失健运, 气血不足, 肌肤无以濡养, 就会出现皮肤疾患。

2 健脾除湿是皮肤病治疗的根本大法之一

皮肤疾患虽现诸于外, 却与在内的脏腑有着密切的关系, 尤其是脾胃二脏。《素问·至真要大论》曰: “诸湿肿满, 皆属于脾。”^[3]脾主运化, 脾失健运, 则湿邪内生, 出现渗液、流滋之症, 如湿疹; 脾主肌肉, 脾虚生化乏源, 可出现四肢肌肉无力, 甚则皮痹、肌痹; 脾与胃相表里, 胃火上炎可出现口疮、口糜。李东垣在《脾胃论》中指出: “若饮食失节, 寒温不死, 则脾胃乃伤; 喜怒忧恐损耗元气, 既脾胃气衰, 元气

※ 基金项目: 国家自然科学基金项目[No.81460716]; 广西中西医结合人才小高地建设项目[No.桂办发[2011]51号]

△指导老师

不足,而心火独盛。心火者,阴火也,起于下焦,其系于心,心不主令,相火代之,相火,下焦包络之火,元气之贼也,火与元气不两立,一胜则一负,脾胃气虚,则下流于肾,阴火得以乘其土位。”^[2]由此阐发了“内伤脾胃、百病由生”和“有胃气则生、无胃气则死”的道理,说明脾胃内伤不仅引起内在五脏六腑发生病变,亦可导致四肢九窍不通而出现疾患,其补虚以补中益气丸为代表,泻实以三黄丸(黄芩、黄连、大黄,治三焦积热所致的痈疽疮痍等皮肤病症)为代表^[3]。此外,皮肤病的常用治法中的托法和补法,都是从补益气血的药物扶助正气、托毒外出或者恢复正气、助养新生促进伤口愈合^[4]。许多不明原因性皮肤损害,病因不清慢性皮肤病如银屑病、神经性皮炎、多形性红斑等等常规治疗疗效欠佳者,从调理脾胃入手论治,可以取得较好疗效^[5-9]。再从地域上讲,中医治病需要“三因制宜”,广西地处岭南,属亚热带气候,多湿热之邪^[10],皮肤病外因多与湿邪侵犯,或兼夹风、热等外邪,湿邪困脾,脾胃受纳、运化失职,湿邪内生,湿邪蕴久化热,故多用健脾祛湿之法。

3 补中益气汤治疗皮肤病的机制和适应证

补中益气汤是脾土派创始人李杲的代表方剂,在李氏代表作《内外伤辨惑论·卷中·饮食劳倦论》《脾胃论·卷中·饮食劳倦所伤始为热中论》均有论及,由黄芪一钱、人参三分、白术三分、当归二分、升麻二分、柴胡二分、陈皮二分、甘草五分组,有补中益气、升阳举陷之功效,治疗由于饮食失节、寒温不适、喜怒忧恐、劳役过度所致脾胃虚衰、元气不足、阴火上乘,而见气高而喘、身热而烦、头痛、或渴不止、皮肤不任风寒而生寒热、脉洪大之热中证,现临床多用于脾虚气陷证,症见饮食减少,体倦肢软,少气懒言,面色萎黄,大便稀溏,舌淡脉虚,久泄久痢,崩漏等;或气虚发热证,症见身热自汗,渴喜热饮,气短乏力,舌淡,脉虚大无力^[11]。补中益气汤用于脾虚所致的各种病证,适当化裁可广泛应用到皮肤病的治疗中,并取得理想的疗效。当然从脾胃论治皮肤病,并非一味地温补脾土、升阳举陷,而是要分清阴阳寒热虚实,辨证施治。有诸于内,必形于外,皮肤病的各种表现虽在皮肤,皆与身体内在功能变化有关,有多种慢性皮肤病中表现皮肤营养不良性,功能下降性,伴有困倦无力、气短懒言、遇劳累症状加重,病程长经久不愈,辨证属脾胃气虚身体正气不足者,应用补中益气汤治疗有很好疗效^[6]。

4 验案3则

案1 脂溢性皮炎。患者,刘某,女,25岁。主诉:反复面部皮肤油腻,红斑,瘙痒半年,时伴脱屑。自觉乏力,畏寒肢冷,汗多,动则汗出,大便稀不成形,日3~4次,舌淡、苔薄黄,脉沉细。西医诊断:脂溢性

皮炎。中医诊断:面游风。辨证:脾虚湿热,湿大于热。处方:黄芪20 g,炒白术15 g,陈皮15 g,党参30 g,仙灵脾15 g,当归10 g,川芎6 g,荆芥10 g,防风10 g,菊花10 g,浮萍10 g,白芍10 g,丹参15 g,山楂15 g。14剂,每日1剂,水煎早中晚饭后温服。

二诊:症状大减,红斑消退,面部油腻感减轻,无明显瘙痒,怕冷症状明显改善,大便正常,舌脉同前,中药守上方去浮萍,加豆蔻10 g,14剂巩固。

脂溢性皮炎是发生于头面积胸背等皮脂溢出较多部位的一种慢性炎症性皮肤病。西医认为本病病因和病机尚未清楚。在遗传性皮脂溢出素质的基础上,马拉色菌等微生物的定植与感染有关,精神、饮食、维生素B族缺乏、嗜酒等因素均可不同程度地影响本病的发生和发展。中医认为本病主要因素体湿热内蕴,感受风邪所致。本患者嗜食肥甘厚腻及辛辣之品,以致脾胃运化失常,化湿生热,湿热蕴阻肌肤而发本病。投以补中益气汤加减,健脾除湿清热。

案2 特应性皮炎。男,5岁,患儿反复四肢皮疹,瘙痒2年余。查体:四肢红斑,丘疹,丘疱疹,抓痕,少许渗出,结痂。患儿身体瘦弱,面色黄,细声细语,平时偏食,饮食量少,二便正常。舌淡苔腻,脉沉无力。其母有过敏性鼻炎病史。西医诊断:特应性皮炎。中医辨证:四弯风。证属:中气不足,脾虚湿蕴。处方:补中益气汤加减,薏苡仁10 g,太子参6 g,白术6 g,防风5 g,荆芥5 g,山药10 g,白扁豆8 g,陈皮5 g,茯苓10 g,白豆蔻10 g,半夏5 g,神曲6 g,甘草5 g。14剂,每日1剂,水煎早晚中饭后温服。嘱患儿及家长注意孩子饮食,按时吃饭,注意皮肤保湿,滋润。

二诊时家属代诉服药后无明显不适,食欲好转,红斑部分消退,无渗出,瘙痒减轻。原方加地肤子10 g,继服14剂。后随症加减治疗1个月皮疹消退,无新发皮疹。

特应性皮炎是一种与遗传过敏素质有关的慢性炎症性皮肤病。表现为瘙痒、多形性皮损并有渗出倾向,常伴发哮喘、过敏性鼻炎。西医认为特应性皮炎病因与发病机制目前还不很清楚,一般认为可能是遗传因素与环境因素相互作用并通过免疫途径介导产生的结果。中医方面,本病患儿病程2年,由于先天不足,禀赋不耐,脾失健运,湿热内生,复感风湿热邪,蕴聚肌肤而成。方以补中益气汤加减,祛湿健脾,疏风清热止痒,使脾胃气盛,气血得以充养,热除痒止则病愈。

案3 油风。患者,罗某,男,22岁,发现脱发1个月。自诉1个月前无意间发现后枕部片状脱发,局部无皮疹,无脱屑,无瘙痒疼痛。平素伴有头晕,失眠多梦,乏力。查体:后枕部见一椭圆形斑片状脱发,脱发区皮肤正常。舌淡、苔少,脉细。西医诊断:斑秃,

中医诊断：油风，中医辨证：心脾气虚。处方：党参20 g，黄芪30 g，炒白术15 g，当归10 g，茯苓20 g，山药15 g，龙眼肉10 g，酸枣仁10 g，远志10 g，何首乌10 g，白芷10 g，甘草6 g。14剂，每日1剂，水煎早中晚饭后温服。

二诊时，患者头晕失眠多梦症状明显好转，仍时感乏力，查体同前。中药守上方加防风10 g，豆蔻10 g，14剂。

三诊时诉无明显头晕，无失眠多梦，无明显乏力不适，查体：脱发区少许毳毛生长。中药守上方去酸枣仁、远志，14剂。1个月后电话随访，诉毛发已长出。

斑秃是一种突然发生的局限性斑片状脱发，可发生于身体任何部位。西医认为病因病机不完全清楚，目前认为可能与遗传、情绪应激、内分泌失调、自身免疫、神经精神因素等有关。绝大多数可在6~12个月内自然痊愈。本患者因饮食不节损伤脾胃，心神失守，

心脾气虚，精血不足，血不养发，肌肤失润，发无生长之源，毛根空虚而发本病。

参考文献

- [1]山东中医学院,河北医学院校释.黄帝内经素问校释(上册)[M].北京:人民卫生出版社,1982:305-306.
- [2]朱丹溪,李东垣,张子和,刘河间著.金元四大医家医学全书[M].太原:山西科学技术出版社,2012,434,439,458.
- [3]山东中医学院,河北医学院校释.黄帝内经素问校释(下册)[M].北京:人民卫生出版社,1982:1215.
- [4]李曰庆,何清湖.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:30.
- [5]穆怀萍.辨证运用补中益气汤治疗皮肤病体会[J].四川中医,2013,31(5):122-124.
- [6]冯爽,陈宏.陈宏教授从脾胃论治慢性荨麻疹经验总结[J].中医药信息,2015,32(2):86-87.
- [7]冯云倩,殷红武,王玉玺.王玉玺应用补中益气汤治疗皮肤病医案3则[J].吉林中医药,2013,33(2):195-196.
- [8]余晖,高建忠,柴吉敏.补中益气汤治疗皮肤病医案4则[J].光明中医,2017,32(13):1956-1958.
- [9]钟继珍,陈芳,郑吉林,等.黄莺教授从脾胃论治皮肤病[J].新中医,2014,46(12):24-25.
- [10]邓中甲主编.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2003:154.
- [11]徐志伟,吴皓萌,刘小斌,等.岭南医学流派的形成与特色[J].中华中医药杂志,2015,30(7):2272-2274.

(本文编辑:李海燕 本文校对:梁明坤 收稿日期:2018-05-22)

小柴胡汤治疗产后郁冒的探讨

龚红红 王文娜*

(河南中医药大学第一附属医院心内科,河南 郑州 450000)

摘要:小柴胡汤配伍灵活,应用广泛。本文主要研究小柴胡汤对产后郁冒、便秘、呕吐的作用原理、治疗作用,与产后脉证的关系以及一些体会。中医认为产后郁冒是影响产妇身心健康的疾病之一。多因新产失血过多,气随血脱,营卫虚不能固护肌表,寒邪乘虚侵袭肌表,腠理闭塞,卫气郁不能上宣外达,故而郁冒发热。本文旨在从中医理论出发,运用小柴胡汤治疗产后郁冒,取得较好疗效。

关键词:小柴胡汤;产后郁冒;便秘;呕吐

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.037

文章编号:1672-2779(2018)-17-0083-03

Discussion on Xiaochaihu Decoction in the Treatment of Postpartum Depression

GONG Honghong, WANG Wenna

(Department of Cardiology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Xiaochaihu decoction is flexible and widely used. This article mainly studied the role of Xiaochaihu decoction on postpartum craziness, constipation and vomiting, its therapeutic effect, and the relationship with postpartum pulse syndrome and some experiences. Traditional Chinese medicine believes postpartum diarrhea is one of the diseases that affect maternal physical and mental health. More due to excessive loss of blood in the heart, gas with the blood off, Ying Wei can not protect the muscle table, cold pathogen invade the muscle, convulsions and obstruction, Weiqi depression can not be declared on the outside, and therefore take the fever. This article aims to start from the theory of traditional Chinese medicine, the use of Xiaochaihu decoction to treat postpartum diarrhea, and achieved better results.

Keywords: Xiaochaihu decoction; postpartum depression; constipation; vomiting

1 小柴胡汤治疗产后郁冒

1.1 产后郁冒的病因病机 从字面上理解,多数人会认为郁就是郁闷,冒即是感冒。其实不然,产后郁冒指的是产妇产后头晕眼花,郁冒不舒,呕不能食,大便坚,头汗出,脉微弱,是产妇产后容易发生的病症

之一^[1]。出自《金匮要略》妇人产后病篇第二条:“产妇郁冒,其脉微弱,呕不能食,大便反坚,但头汗出。所以然者,血虚而厥,厥而必冒,冒家欲解,必大汗出。以血虚下厥,孤阳上出,故头汗出。所以产妇喜汗出者,亡阴血虚,阳气孤盛,故当汗出,阴阳乃复,大便坚,呕不能食,小柴胡汤主之。”^[2]本节中间有一大段,即“所以然者……呕不能食”,乃后

* 通讯作者:1596415630@qq.com

世医家植入之言，可能系传抄时误作正文并用者。原文“但头汗出”之后，应紧接“小柴胡汤主之”。《金匱要略·妇人产后篇》第一条已明确指出：“亡血复汗，寒多，故令郁冒。”从《金匱要略》可得知，产后郁冒是一个表里俱虚兼寒邪所感的疾病。故非“大汗出”，而是“头汗出”。《金匱要略》云：“新产妇有三病，一者病痉，二者病郁冒，三者大便难，何谓也？师曰：‘新产血虚，多汗出，喜中风，故另病痉；亡学复汗，汗多，故另郁冒；亡津液，胃燥，故大便难。’”^[3] 产后郁冒多由产后失血多汗，既伤津血，又损阳气，不注意产妇的起居饮食等受寒侵袭而致。由于本身体虚或产后耗伤气血导致正气内虚，寒闭于内，阳气不得伸展外达，反逆而上冲，故见头眩目晕，肝失疏泄，气机阻滞故郁闷不舒，卫阳被遏，但头汗出；气机郁闭，胃失和降，故呕不能食；大便难得成形，也是由于产后失血多汗，损伤津液，肠胃失润；正虚津血不足，故见脉微弱。可以简单地概括为产后亡血津伤气耗。

1.2 小柴胡汤治疗产后郁冒的原因 我们可以从小柴胡汤的方药组成和配伍来解释。本方可以概括为三个组合，其一方中柴胡苦平，入肝胆经，透泄少阳之邪，其质轻，苦味最薄，气味较重，能清胸腹以除烦，达到解郁的目的，并能疏泄气机之郁滞，使得少阳半表之邪得以疏散，为君药。黄芩苦寒，清泻少阳半里之热，攻以养阴退热，产后阴亏津伤，以黄芩为臣药养阴退热。柴胡之升散，得黄芩之降泄，两者相配，是和解少阳的基本结构。金元朱丹溪在论《妇人产后篇》指出：“产后诸病，……以黄芩、柴胡主之”“产后身热血症，一同伤寒”^[4]。故将柴胡与黄芩相配不失为一好的对药。其二胆气犯胃，胃失和降，佐以半夏，生姜和胃降逆止呕。其三由于邪从太阳传入少阳，源于正气本虚，故又佐以人参、大枣益气健脾，一者取其扶正以祛邪，一者取其益气以御邪内传，正气旺盛，则邪无内传之机。炙甘草助参、枣扶正，且能调和诸药，为使药。三组药物相互配合，柴芩味苦，夏姜味辛，参枣草味甘，诸药合用，形成辛开、苦降、甘调之法，形成一个完整的体系。以和解少阳为主，兼补胃气；以祛邪为主，兼顾正气。使邪气得解，枢机得利，胃气调和，则诸症自除。

小柴胡汤为和剂，一般服药后不经汗出而病解，但也有药后得汗而愈者，这是正复邪却，胃气调和所致。正如《伤寒论》所说：“上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解。”

1.3 验案 某产妇，28岁，产后20天，2010年6月2日初诊，诉产后目昏郁闷伴发热、咳痰、纳差10天。患者于

自然分娩后10天感寒，且多食肥甘滋腻之品，遂致感冒，伴见发热，体温39.2℃，咳嗽吐黄痰，颈部淋巴结肿大，经西医诊断为感冒。以头孢唑林、病毒唑静脉滴注治疗7天后，体温由39.2℃降至37.2~37.5℃，痰由黄变白，但痰量多而稠，乏力，时有汗出，口干，纳差，大便艰难，2天一行，神志清，精神差，面色苍白，舌边红，舌苔腻微黄，脉浮滑而略数。血常规显示：白细胞 $3.9 \times 10^9/L$ ，红细胞 $3.5 \times 10^{12}/L$ 。胸部X线提示：双肺纹理紊乱增粗。诊断为产后郁冒兼咳嗽，证属气血不足，寒闭卫郁而兼肺有痰热，治当补养气血，透邪解郁为主，兼以清肺祛痰，处方以小柴胡汤加减：柴胡18g，黄芩15g，党参15g，半夏15g，胆南星12g，鱼腥草30g，连翘15g，杏仁12g，川贝母9g，浙贝母9g，甘草9g，生姜3片，大枣4枚。上方3剂，日1剂，水煎取500mL，分2次空腹温服。

2010年6月6日复诊，患者发热已止，咳嗽次数、程度及痰量大大减少。再服3剂，于13日随访，患者已痊愈^[5]。

2 妇人产后病应用小柴胡汤的机理

小柴胡汤是治疗少阳证的基础方，也是代表方。那是否可以说产后郁冒是少阳证，或属于少阳证的范围？我们通常将少阳证的症候概括为：“往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕”。而产后郁冒是产妇产后头晕眼花，郁冒不舒，呕不能食，大便坚，头汗出，脉微弱，是产妇产后容易发生的病症之一。从某些症状来看，有些部分重叠，但并不能说两者完全等同。但此处却可以用小柴胡汤，这是因为小柴胡汤从少阳之枢，以达太阳之气，诸经病症皆可用，本来就不是单治少阳病的方子。医学认为产后郁冒属于产后亡血伤津，寒邪乘虚侵袭所致，津液亏虚乃主要病理基础，故产妇出现产后头晕目眩、郁冒不舒、呕不能食、大便坚、头汗出、脉微弱等症状。治疗上以小柴胡汤养血复阴多能取得显著疗效。

“产后郁冒，其脉微弱……小柴胡汤主之”，其中其脉微弱，乃卫外之气虚弱，阴血不足故弱。多因产后耗伤气血，津液不足，正气不足，容易受外邪侵袭，故其脉微弱。小柴胡汤方中柴胡，黄芩相配以清热疏散；人参，甘草以益气健脾。气血不足，津液亏虚，可加黄芪，当归，芍药以补气敛阴生津。

2.1 呕吐 仲景用小柴胡汤有呕吐症，如“呕而发热者，小柴胡汤主之”“伤寒五六日中风，往来寒热……心烦喜呕……小柴胡汤主之”。呕吐是指胃失和降，气逆于上，迫使胃中内容物从口中吐出的病症。产后失血过多，体质虚弱，复感外邪导致胃失和降，气机紊乱，气逆于上。小柴胡汤中用半夏、生姜（下转第95页）

不同方法炮制人中黄与甘草镇痛抗炎镇咳药理作用的比较研究[※]

夏云岭^{1,2} 王胜超^{1,2} 张悦¹ 陈祎甜¹ 张江山¹ 张振凌^{1,2*}

(1 河南中医药大学药学院中药炮制学科, 河南 郑州 450046;

2 呼吸疾病诊疗与新药研发河南省协同创新中心, 河南 郑州 450046)

摘要:目的 比较传统与新方法炮制的人中黄与甘草的镇痛、抗炎、镇咳药理作用的差异, 探讨人中黄的炮制目的, 验证新法炮制人中黄的可行性。方法 以甘草为阳性对照, 醋酸扭体法比较镇痛作用; 小鼠耳肿胀法比较抗炎作用; 氨水致小鼠咳嗽法比较镇咳作用。结果 同等剂量下, 与空白组比较, 传统法炮制人中黄组 ($P<0.01$) 及新法炮制人中黄中剂量组 ($P<0.001$) 可显著减少小鼠扭体次数, 抑制醋酸致小鼠疼痛反应; 传统法炮制人中黄组、新法炮制人中黄中剂量组对二甲苯致小鼠耳肿胀与空白组比较均无抑制作用; 传统法炮制人中黄组 ($P<0.05$)、新法炮制人中黄中剂量组 ($P<0.001$) 与空白组比较可显著减少咳嗽次数。传统法炮制人中黄组 ($P<0.01$) 及新法炮制人中黄中剂量组 ($P<0.001$) 与甘草组比较扭体次数明显减少; 与甘草组比较, 传统法炮制人中黄组镇咳作用显著减弱 ($P<0.001$), 新法炮制人中黄中剂量组镇咳作用无显著差异 ($P>0.05$)。与传统法炮制人中黄组比较, 新法炮制人中黄中剂量组咳嗽次数显著减少 ($P<0.001$)。结论 甘草经传统法及新法炮制成人中黄后, 镇痛作用显著增强, 抗炎作用减弱, 新法炮制人中黄镇咳作用略有增强, 传统法炮制的人中黄镇咳作用显著减弱; 与传统法比较, 新法炮制人中黄可达到更好的镇痛、镇咳作用。

关键词: 甘草; 人中黄; 炮制方法; 镇痛; 抗炎; 镇咳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.038

文章编号: 1672-2779(2018)-17-0085-03

Preliminary comparison of Analgesic, Anti-inflammatory and Antitussive effects of Manure-prepared Licorice Processed by Different Methods and Glycyrrhizae Radix et Rhizoma

XIA Yunling^{1,2}, WANG Shengchao^{1,2}, ZHANG Yue¹, CHEN Yitian¹, ZHANG Jiangshan¹, ZHANG Zhenling^{1,2}

(1. College of Pharmacy, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. Collaborative Innovation Center for Respiratory Disease Diagnosis and Treatment & Chinese Medicine Development of Henan Province, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: Objective To compare the difference of analgesic, anti-inflammatory and antitussive effect between manure-prepared Licorice processed by traditional and new methods and Glycyrrhizae Radix et Rhizoma, probe into the processing purpose of manure-prepared Licorice, test and verify the feasibility of the new method for processing manure-prepared Licorice. **Methods** The analgesic effects were observed by acetic acid writhing assay, and the anti-inflammatory effect were observed by mice inflammation models caused by xylene, while the antitussive effect were observed by ammonia-stimulated mouse cough assay. **Results** Under the same dose, the blank group, the traditional processing method group ($P<0.01$) and the new processing method medium dose group ($P<0.001$) can significantly reduce the number of writhing in mice and inhibit the pain response induced by acetic acid in mice; while compared with the blank group, the traditional processing method group and the new processing method medium dose group had little inhibitory effect on ear swelling induced by xylene in mice; and compared with the blank group, the traditional processing method group ($P<0.05$) and the new processing method medium dose group ($P<0.001$) can significantly reduce the number of coughs. Compared with the Glycyrrhizae group, the traditional processing method group ($P<0.01$) and the new processing method medium dose group ($P<0.001$) had significant analgesic effect on writhing responses induced by acetic acid; and compared with the Glycyrrhizae group, the antitussive effect of the traditional processing method group was significantly weakened ($P<0.001$), while there was no significant difference in antitussive effect of the new processing method medium dose group. Compared with the traditional processing method group, the new processing method medium dose group ($P<0.001$) had obvious antitussive effect. **Conclusion** After the Glycyrrhizae Radix et Rhizoma was processed to be Manure-prepared Licorice by traditional and new methods, the analgesic effect was significantly enhanced, while the anti-inflammatory effect was weakened. The antitussive effect of manure-prepared Licorice processed by traditional method was significantly weakened, while the antitussive effect of manure-prepared Licorice processed by new method was slightly enhanced. Comparing with the traditional processing method, manure-prepared Licorice processed by new method can achieve better analgesic and antitussive effects.

Keywords: Glycyrrhizae Radix et Rhizoma; manure-prepared Licorice; processing method; analgesic; anti-inflammatory; antitussive

甘草, 豆科植物甘草 *Glycyrrhiza uralensis* Fisch.、
胀果甘草 *Glycyrrhiza inflata* Bat. 或光果甘草 *Glycyrrhiza*

glabra L. 的干燥根和根茎。具有补脾益气, 清热解毒, 祛痰止咳, 缓急止痛, 调和诸药的功效^[1]。现代药理学研究表明, 甘草具有保肝、抗菌、抗病毒、镇咳、抗疟等多种活性^[2], 并具有抗炎镇痛的药理作用^[3], 人中黄, 是将甘草末置于竹筒中, 捣实封口, 浸渍于人粪坑中一段时间后的制成品, 其性寒凉, 味甘、咸, 归心、

※ 基金项目: 国家中医药管理局中药炮制技术传承基地建设项目
[No.2100601 中医(民族医)专项]; 河南中医药大学研究生科研苗圃
工程项目[No.MPYJS-2018-29]

* 通讯作者: zhangz6758@163.com

胃经, 主要具有泻火解毒, 清热凉血的功效, 多用于治疗天行热、瘟疫、疫戾、痰火、痘疹等疾病^[4], 现载于《中华本草》哺乳类。但是由于传统制作过程和生产环境不卫生, 造成该种炮制品濒于失传。本实验室前期总结人中黄由来及炮制方法历史沿革^[5], 考析其药性功效^[6], 探究炮制机理, 对其炮制前后的化学成分变化进行了分析对比研究, 发现甘草素、异甘草素、甘草查尔酮A、甘草次酸为升高类成分, 甘草酸和甘草苷为降低类成分^[7], 并在此基础上, 设计新的炮制方法, 制备成为新的人中黄炮制品^[8]。本实验首次以甘草为阳性对照, 比较人中黄的镇痛、抗炎、镇咳药理作用, 并对新法与传统方法炮制品进行了对比, 为传统炮制人中黄的作用机理和进一步研究提供参考依据。

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 器材 YP10002型电子天平 (上海衡际科学仪器有限公司), TGL-16gR型高速冷冻离心机 (上海安亭科学仪器厂), BS210S型1/1万电子天平 (北京赛多利斯天平有限公司), YSL-8A型多功能诱咳引喘仪 (济南益延科技发展有限公司), 8 mm打孔器。

1.1.2 药品与试剂 甘草饮片为安徽亳州市售药材, 经河南中医药大学董诚明教授鉴定为豆科植物甘草 *Glycyrrhizae uralensis* Fisch. 的干燥根及根茎; 人中黄样品由本实验室按照人中黄制备方法制备。二甲苯 (分析纯), 天津市福晨化学试剂厂, 批号20060823; 冰醋酸 (分析纯), 天津市富宇精细化工有限公司, 批号20170826。

1.1.3 动物 清洁级昆明小鼠, 体质量 (20±2) g, 由山东省实验动物中心提供, 许可证号SCXK (鲁) 20140007, 清洁级动物饲养室饲养。动物实验均符合河南中医药大学动物伦理审查指南的相关规定。

1.2 实验方法

1.2.1 样品制备

1.2.1.1 传统法人中黄样品制备 取直径约10 cm的新鲜竹子, 刮去青皮, 制成一端封口的竹筒, 将甘草粉末 (3号筛) 捣实于竹筒内, 胶塞封口, 熬蜡密封晾干。选无农药的粪池, 将密封好的竹筒沉于池底, 约60 d取出, 清水冲洗至无异味, 开竹取出, 日夜曝晒约7 d即可。

1.2.1.2 新法人中黄样品制备 取直径约10 cm的新鲜竹子, 刮去青皮, 制成一端封口的竹筒, 将甘草粉末 (3号筛) 夯实于竹筒内, 胶塞封口, 熬蜡密封晾干。将竹筒浸泡于一定浓度氨水桶中, 约60 d取出, 清水冲洗至无异味, 开竹取出, 日夜曝晒约7 d即可。

1.2.1.3 水煎液制备 取人中黄粉末, 装入茶包中, 加20倍量水浸泡0.5 h, 煎煮2次, 每次0.5 h, 过滤, 合并煎液, 浓缩至0.13 g·mL⁻¹, 自制人中黄高、中、低剂量组依次浓缩为0.26, 0.13, 0.65 g·mL⁻¹。

1.2.2 醋酸扭体实验 取雄性小鼠, 随机分为6组, 分别

为空白对照组、甘草 (阳性组)、传统法炮制人中黄组、新法炮制人中黄高、中、低剂量组, 每组10只, 空白对照组给予等体积生理盐水。连续灌胃给药7 d, 末次给药1.5 h后, 各鼠腹腔注射0.6%冰醋酸溶液0.2 mL, 观察15 min内小鼠的扭体反应 (小鼠腹部内凹, 后肢与躯干伸张, 同时臀部抬起) 次数, 并计算各组扭体反应镇痛率。镇痛率 = (空白对照组平均扭体次数 - 给药组平均扭体次数) / 空白对照组平均扭体次数 × 100%^[9-10]。

1.2.3 二甲苯致小鼠耳肿胀实验 取雄性小鼠60只, 分组同1.2.2。连续灌胃给药9 d, 于末次给药后1.5 h后, 用二甲苯0.04 mL/只均匀涂抹于右耳两面致炎, 左耳作为对照。致炎后1 h脱颈椎处死小鼠, 以8 mm直径打孔器取下耳缘左、右耳片, 称重, 以右、左耳片重量差表示肿胀度, 并计算肿胀抑制率。肿胀抑制率 = (空白对照组平均肿胀度 - 给药组平均肿胀度) / 空白对照组平均肿胀度 × 100%。

1.2.4 氨水致小鼠咳嗽实验 取小鼠60只, 雌雄各半, 分组同1.2.2。连续灌胃给药7 d, 末次给药后1.5 h, 将小鼠放入诱咳引喘仪中, 浓氨水喷雾15 s, 观察和记录小鼠咳嗽潜伏期 (开始喷雾氨水至发生咳嗽的时间) 和2 min内咳嗽次数 (以腹部收缩、口部张开为指标, 记1次咳嗽), 计算咳嗽抑制率。咳嗽抑制率 = (空白对照组平均咳嗽次数 - 给药组平均咳嗽次数) / 空白对照组平均咳嗽次数 × 100%。

1.3 统计学方法 实验数据用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 应用SPSS 19.0统计软件进行单因素方差分析, 组间两两比较采用LSD检验, $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对醋酸致小鼠扭体的影响 与空白对照组比较, 传统法炮制人中黄组 ($P < 0.01$) 及新法炮制人中黄中剂量组 ($P < 0.001$) 可显著减少小鼠扭体次数, 抑制醋酸致小鼠疼痛反应, 疼痛抑制率与新法炮制人中黄剂量呈现正相关。与甘草组比较, 传统法炮制人中黄组 ($P < 0.01$) 及新法炮制人中黄中剂量组 ($P < 0.001$) 扭体次数明显减少。与传统法炮制人中黄组相比, 新法炮制人中黄中剂量组对醋酸致小鼠扭体的抑制作用无显著差异 ($P > 0.05$)。

表1 对醋酸致小鼠扭体的影响 ($\bar{x} \pm s$)

组别	只数	给药剂量 (g·kg ⁻¹ ·d ⁻¹)	扭体反应 (次)	疼痛抑制率 (%)
空白对照组	10	-	61.0±10.08	-
甘草组	10	1.3	57.2±14.05 ^⑦	6.23
传统法炮制人中黄组	10	1.3	42.9±14.66 ^{1,4)}	29.67
新法炮制人中黄高剂量组	10	2.6	31.1±8.50 ^{2,5)}	49.02
新法炮制人中黄中剂量组	10	1.3	34.3±7.47 ^{2,5)}	43.77
新法炮制人中黄低剂量组	10	0.65	45.6±10.07 ^{1,3)}	25.25

注: 与空白对照组比较, ¹⁾ $P < 0.01$, ²⁾ $P < 0.001$; 与甘草组比较, ³⁾ $P < 0.05$, ⁴⁾ $P < 0.01$, ⁵⁾ $P < 0.001$; 与传统法炮制人中黄组比较, ⁶⁾ $P < 0.05$, ⁷⁾ $P < 0.01$

2.2 对二甲苯致小鼠耳肿胀的影响 与空白对照组比较,甘草组对二甲苯致小鼠耳肿胀有较明显的抑制作用($P<0.05$),传统法炮制人中黄组和新法炮制人中黄中剂量组则未显示抑制作用。

表2 对二甲苯致小鼠耳肿胀的影响 ($\bar{x}\pm s$)

组别	只数	给药剂量 ($\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$)	肿胀度 (mg)	肿胀抑制率 (%)
空白对照组	10	-	15.60±1.90	-
甘草组	10	1.3	10.45±2.88 ¹⁾	33.01
传统法炮制人中黄组	10	1.3	17.36±7.53	-11.30
新法炮制人中黄高剂量组	10	2.6	10.85±2.98 ¹⁾	30.45
新法炮制人中黄中剂量组	10	1.3	17.24±2.96	-10.50
新法炮制人中黄低剂量组	10	0.65	17.78±4.82	-13.94

注:与空白对照组比较,¹⁾ $P<0.01$

2.3 对氨水致小鼠咳嗽的影响 与空白对照组比较,甘草组($P<0.001$)、传统法炮制人中黄组($P<0.05$)、新法炮制人中黄中剂量组($P<0.001$)咳嗽次数均显著减少,咳嗽抑制率以新法炮制人中黄中剂量组最高,且镇咳作用与给药剂量呈现一定的正相关性。与甘草组比较,传统法炮制人中黄组镇咳作用显著减弱($P<0.001$),新法炮制人中黄中剂量组镇咳作用无显著差异($P>0.05$)。与传统法炮制人中黄组比较,新法炮制人中黄中剂量组咳嗽次数显著减少($P<0.001$)。与空白对照组比较,各给药组咳嗽潜伏期无显著差异($P>0.05$)。

表3 对氨水致小鼠咳嗽的影响 ($\bar{x}\pm s$)

组别	只数	给药剂量 ($\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$)	咳嗽潜伏期 (s)	咳嗽次数 (次)	咳嗽抑制率 (%)
空白对照组	10	-	42.45±8.82	20.25±6.16	-
甘草组	10	1.3	51.20±24.09	8.88±3.40 ²⁾	56.15
传统法炮制人中黄组	10	1.3	37.46±8.79	16.13±4.16 ³⁾	20.35
新法炮制人中黄高剂量组	10	2.6	53.39±28.85	7.75±2.44 ²⁾	61.73
新法炮制人中黄中剂量组	10	1.3	71.65±23.46	8.75±3.06 ²⁾	56.79
新法炮制人中黄低剂量组	10	0.65	71.98±31.23	12.13±2.48 ⁴⁾	40.10

注:与空白对照组比较,¹⁾ $P<0.05$,²⁾ $P<0.001$;与甘草组比较,³⁾ $P<0.001$;与传统法炮制人中黄组比较,⁴⁾ $P<0.05$,⁵⁾ $P<0.001$

3 讨论

实验前期研究^[8],通过比较12批市售人中黄样品和甘草中6种主要化学成分的含量,发现甘草素、异甘草素、甘草查尔酮A、甘草次酸为升高类成分,甘草酸和甘草苷为降低类成分;陈永强等^[11]通过筛分到的一株产 β -葡萄糖醛酸酶的黄曲霉HC-12对甘草进行液体发酵转化,表明甘草经黄曲霉HC-12转化作用后,甘草中的甘草酸水解为甘草次酸,动物药效学实验说明发酵后甘草的抗炎、镇痛活性较未发酵甘草有显著性提高;潘琼等^[9]实验发现甘草甜素具有显著的抗炎镇痛作用,而甘草甜素为甘草酸的钾、钙盐,分解可得到甘草次酸;甘草酸类药物在人体内的代谢过程已比较清楚,该类物质经胃酸水解或经肝中 β -葡萄糖醛酸苷酶(glucuronidase)分解为甘草次酸,接着在肝肠循环中经肠

内菌作用部分生成3-表-甘草次酸及少量的3-脱氢甘草次酸而起药理活性,故甘草酸类药物起药理功效的成分实质上是甘草次酸^[12]。本研究醋酸扭体实验中,同等剂量下比较,传统法炮制人中黄组($P<0.01$)、新法炮制人中黄中剂量组($P<0.001$)镇痛作用均显著强于甘草组。综上,说明甘草炮制为人中黄后镇痛作用显著增强,与人中黄中甘草次酸含量的升高有关。

传统人中黄是将甘草粉末捣实于竹筒内,密封晾干,沉于粪便池池底约60 d后清水冲洗至无异味,曝晒。便池中因有铵根离子而呈弱碱性,这与以天然甘草提取出甘草酸,再通氨生成甘草酸三铵、甘草酸单铵或甘草酸二铵相类同。二铵盐能使甘草酸在葡萄糖醛酸酶的作用下生成甘草次酸更容易,从而提高了甘草酸转化为甘草次酸的比率,甘草酸为五环三萜类齐墩果酸型结构,无论是 α 体还是 β 体,其苷元甘草次酸抗病毒、抗炎作用比甘草酸的活性强得多^[13]。故人中黄无论新老炮制方法,均提供氨碱环境,促进了甘草酸铵的生成,为甘草酸进一步转换为甘草次酸发挥药理作用奠定了基础。人中黄主要用于天行热、瘟疫、痰火、痘疹等热症,传染性、病毒性疾病。天行热,即温病,系指感受温邪所引起的一类外感急性热病的总称;瘟疫,瘟疫病邪中具有毒性者;痰火,体内痰浊与火邪互结或痰浊郁久化火的病理变化;痘疹,因患天花出现的疱疹。实验结果显示,甘草经新法及传统法炮制为人中黄后,抗炎作用不明显,镇咳作用不显著,可能与人中黄功效应用与甘草相比发生了变化有关。对中人黄药性及功效的探究尚需进一步研究。

参考文献

- [1]国家药典委员会.中华人民共和国药典(一部)[M].北京:中国医药科技出版社,2015:86-87.
- [2]Asl M N, Hosseinzadeh H. Review of pharmacological effects of Glycyrrhiza sp. and its bioactive compounds[J]. Phytotherapy Research, 2008, 22(6):709-724.
- [3]潘琼,徐力生,严建依,等.甘草甜素抗炎镇痛作用的研究[J].时珍国医国药,2013,24(4):827-828.
- [4]国家中医药管理局《中华本草》编委会.中华本草九·二十七卷[M].上海:上海科学技术出版社,2005:536.
- [5]王胜超,张振凌,刘艳,等.人中黄之由来及炮制方法历代沿革[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(11):150-152.
- [6]王胜超,张振凌,黄亚森,等.中药人中黄药性功效考析[J].辽宁中医药大学学报,2018(2):80-82.
- [7]王胜超,张振凌,于文娜,等.人中黄的 HPLC 指纹图谱及炮制机理初探[J].中药材,2017,40(5):1083-1087.
- [8]王胜超,张振凌,刘艳,等.人中黄炮制前后6种化学成分的含量变化及其质量评价[J].中国实验方剂学杂志,2017(9):11-16.
- [9]宋坤,陆兔林,李林.莪术不同炮制品镇痛抗炎作用研究[J].中医药学刊,2005,23(3):443-444.
- [10]俸婷婷,谢海波,林冰,等.桑白皮总黄酮的镇痛抗炎药理作用研究[J].时珍国医国药,2013,24(11):2580-2582.
- [11]陈永强,徐春,徐凯,等.微生物发酵转化甘草提高其药效的研究[J].四川大学学报(自然科学版),2007,44(5):1147-1150.
- [12]雍建平.甘草酸、甘草次酸衍生物的合成及生物活性研究进展[J].时珍国医国药,2012,23(6):1495-1498.
- [13]宋红波,刘茜,赵辉,等.甘草酸铵类制剂中甘草酸差异构体的分析[J].药物分析杂志,2012,32(5):883-886.

(本文编辑:李海燕 本文校对:韩宁宁 收稿日期:2018-07-25)

电针对认知障碍大鼠督脉红外温度的影响[※]

萨喆燕 黄倩茹 潘晓华 万 隆 王张颖 许金森*

(福建省中医药研究院, 福建省经络感传重点实验室, 福建 福州 350003)

摘要:目的 观察电针督脉穴对血管性认知障碍大鼠督脉红外温度的影响。方法 27只雄性SD大鼠被随机分为假手术组、模型组和电针组。采用左侧大脑中动脉栓塞再灌注法, 制备血管性认知障碍大鼠模型, 连续电针神庭、百会穴7d, Morris水迷宫测定各组大鼠学习记忆能力, 红外热像仪检测各组大鼠督脉温度。结果 干预7d后, 与模型组比较, 电针组大鼠定位航行逃避潜伏期缩短 ($P<0.01$)、空间搜索目标象限游泳时间百分比增加 ($P<0.05$); 同时, 电针组大鼠督脉经线及大椎穴红外温度显著高于模型组 ($P<0.01$)。结论 电针督脉穴能改善脑缺血诱发的督脉经穴温度下降的情况, 提高认知障碍大鼠学习记忆能力, 其机制有待进一步研究。

关键词: 电针; 督脉; 认知障碍; 红外温度

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.039

文章编号:1672-2779(2018)-17-0088-04

The Effect of Electro-acupuncture on Infrared Temperature of Governor Meridian in Rats with Vascular Cognitive Impairment

SA Zheyang, HUANG Qianru, PAN Xiaohua, WAN Long, WANG Zhangying, XU Jinsen

(Fujian Academy of Traditional Chinese Medicine, Key Laboratory of Propagated Sensation along Meridian of Fujian Province, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of electro-acupuncture (EA) at Governor Vessel (GV) points on infrared temperature of Governor Meridian in rats with vascular cognitive impairment. **Methods** 27 SD rats were randomly divided into sham group, model group and EA group. Focal cerebral ischemia was induced by left middle cerebral artery occlusion (MCAO) with nylon monofilament in model group and EA group. Rats of EA group were treated with EA at Shenting (GV24) and Baihui (GV20) for 7 days. The learning and memory ability was observed by Morris water maze and the infrared temperature of GV was detected by a thermal infrared imager. **Results** After 7-days treatment, the latent period of EA group was significantly shortened compared with the model group ($P<0.01$), while the percentage of swimming time in target quadrant increased ($P<0.05$). The infrared temperature of Da Zhui (GV14) and the average temperature of GV of EA group was significantly higher than that of model group ($P<0.01$). **Conclusion** The EA at GV points can change the temperature of GV induced by cerebral ischemia and improve the learning and memory ability of the cognitive impairment rats, while its mechanism needs to be further studied.

Keywords: electro-acupuncture; governor vessel; cognitive impairment; infrared temperature

经络“内属于脏腑, 外络于肢节”, 既是气血运行的通道, 又沟通于脏腑与体表之间。脏腑的病变可以在体表有所反应, 如内脏处于不同状态时, 经穴在压痛反应点^[1]、电阻值^[2]、穴位敏化^[3]、红外温度^[4]等方面存在差异。反之, 刺激体表某些部位或穴位, 亦可引起相关脏腑功能发生改变, 进而达到调整或治疗的作用。

经脉—脏腑间的这种特殊联系一直是中医经络现代研究的热点。近年来, 红外热成像技术的应用为经脉—脏腑相关的研究开辟了一条很好的思路。红外热成像技术能够直观反映机体体表热辐射状况, 可“司外揣内”通过体表经穴温度变化研究内脏的病理生理状况。本研究借助大脑中动脉栓塞再灌注法 (middle cerebral artery occlusion, MCAO) 制备的血管性认知障碍大鼠模型, 观察大鼠在不同状态下 (生理状态、局灶性脑缺血再灌注病理损伤态、电针干预态), 督脉

经穴红外温度变化的差异, 探讨电针督脉穴对血管性认知障碍大鼠的影响, 为经脉—脏腑相关理论研究提供一定的实验依据。

1 材料与方法

1.1 实验材料 3月龄雄性SD大鼠27只, 清洁级, 体质量 (250±20) g, 由福建医科大学实验动物中心提供, 许可证号: SCXK (闽) 2012-0001, 实验前7d适应性饲养于福建省中医药研究院比较医学中心。

Morris水迷宫视频跟踪与分析系统 (成都盟泰科技有限公司), Thermo Tracer TH9100型红外热像仪 (日本NEC公司), SDZ-II型华佗牌电子针疗仪 (苏州医疗用品厂有限公司), 小动物麻醉呼吸系统 (深圳瑞沃德生命科技有限公司)。

1.2 动物模型制备 术前12h大鼠禁食, 不禁水。称重后, 大鼠腹腔注射10%水合氯醛麻醉, 仰卧位固定, 颈正中切口, 依次分离左侧颈总、颈外和颈内动脉。结扎颈外动脉和颈总动脉近心端, 在颈总动脉分叉近端1mm处剪一小口, 插入栓线进入颈内动脉约18~22mm, 遇阻即停。固定栓线缝合伤口, 缺血2h后缓慢退出栓线至颈总动脉分叉处, 实现再灌注。动物放回笼中保

※ 基金项目: 国家自然科学基金面上项目 [No.81373733]; 福建省科技厅省属公益类科研院所基本科研专项 [No.2015R1035-14, 2016R1033-10]; 福建省卫计委卫生系统中青年骨干人才培养项目 [No.2015-ZQN-JC-35]

* 通讯作者: xujinsenjls@163.com

温饲养,苏醒后,恢复活动,正常饮食。假手术组只分离动脉,不结扎、不插线。

1.3 动物分组及处理 雄性SD大鼠27只,按随机数字表法分为假手术组、模型组、电针组,每组各9只。参考《实验针灸学》^[9],电针组选神庭和百会穴,0.5寸华佗牌无菌毫针,斜刺0.2~0.3 cm,连接电针仪,以针体轻微抖动为度,疏密波,频率2/10 Hz,每日1次,每次20 min。手术后24 h开始电针干预,连续7 d。假手术组、模型组,术后回笼饲养,给予同等条件抓取,不做任何干预。

1.4 神经功能缺损评分 大鼠清醒后,根据Longa法进行神经功能评分。0分:无神经功能缺失症状;1分:不能完全伸展右侧前爪;2分:行走时向右侧转圈;3分:行走时向右侧倾倒;4分:不能自发行走,意识丧失。造模24 h后将评分1~3分的大鼠纳入正式实验,剔除造模不成功和死亡的大鼠。

1.5 大鼠认知功能的测定 Morris水迷宫,高50 cm、直径120 cm的圆形水池,水深30 cm,水温维持(26±2)℃。水池等分成4个象限,任选1个象限放置平台,平台直径6 cm,没于水下2 cm。手术后第3天起进行定位航行实验和空间探索实验,由摄像系统记录大鼠游泳轨迹和找到平台的时间(逃避潜伏期)。

定位航行实验:实验历时4 d。按顺时针方向将大鼠依次从水池4个象限面向池壁放入水中,如果大鼠在90 s内爬上平台并且停留3 s以上,认为大鼠找到平台。若大鼠在90 s内没有找到平台,实验者将其引导上平台,停留10 s,潜伏期记为90 s。空间探索实验:术后第7天撤除平台,在原平台对侧象限将大鼠放入水中,所有大鼠须同一入水点,记录大鼠在90 s内跨越原平台区域的时间,并以大鼠在目标象限活动时间所占百分比为参考指标。

1.6 大鼠督脉红外温度检测 实验采用日本NEC公司生产的红外热像仪,型号Thermo Tracer TH9100,其主要参数为:检测温度范围-20~100℃,温度设定通常在32.1~42.8℃,最小温度分辨率为0.02℃,精确度为±2%。

大鼠麻醉后俯卧位固定,反馈式控温加热板置于动物腹下,实验中维持肛温在37.2℃;接入小动物麻醉呼吸机,吸入异氟烷持续麻醉。大鼠背部剃毛,暴露督脉处皮肤,适应室内环境20 min。实验室温度保持在(28±1)℃,室内无明显空气流动。拍摄时,调整红外热像仪的位置,使其正对被观察部位。在自然状态下拍摄2~3幅所观察部位红外热像图。电针组在第7天电针干预后30 min进行检测,另外2组与电针组同时进行检测。通过红外热像分析软件,测量督脉皮肤温度,可得到此段经线上的最低温度、最高温度和平均温度值。

1.7 统计学方法 数据用($\bar{x} \pm s$)表示,用SPSS 18.0统计软件分析处理。先进行正态检验,符合正态分布,多

组间比较用单因素方差分析,方差齐者用LSD检验,方差不齐者用Dunnett's T3检验;不符合正态分布的用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

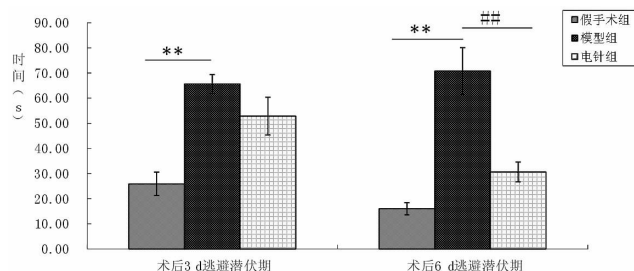
2.1 大鼠神经行为学评分 造模后1 d,与假手术组比较,模型组和电针组均出现不同程度的神经功能障碍($P < 0.01$),模型组与电针组比较无差异,说明模型制作成功;干预7 d后,模型组行为学评分无显著变化,电针组行为学评分则有明显变化,较干预前显著降低,且低于同期模型组($P < 0.01$),见表1。

表1 大鼠神经行为学评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	只数	术后1 d	术后7 d
假手术组	9	0.00±0.00	0.00±0.00
模型组	9	1.44±0.17**	1.89±0.26**
电针组	9	1.33±0.17**	0.44±0.26##△△

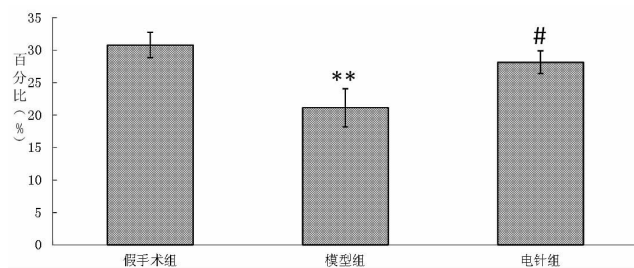
注:与假手术组相比,** $P < 0.01$;与模型组相比,## $P < 0.01$;与造模后1 d相比,△△ $P < 0.01$

2.2 大鼠认知功能测定 造模后第3天,开始水迷宫实验。我们选用逃避潜伏期作为定位航行实验的参数,目标象限百分比作为空间搜索实验的参数。结果显示,术后3 d模型组的逃避潜伏期明显长于假手术组($P < 0.01$),与电针组无显著差异;术后6 d电针组的逃避潜伏期显著缩短,且明显低于模型组($P < 0.01$),而模型组的逃避潜伏期仍明显长于假手术组($P < 0.01$),见图1。术后7 d,即在水迷宫第5天空间探索实验中,模型组目标象限百分比明显低于假手术组($P < 0.01$),而电针组目标象限百分比则显著高于模型组($P < 0.05$),见图2。



注:与假手术组相比,** $P < 0.01$;与模型组相比,## $P < 0.01$

图1 大鼠定位航行实验逃避潜伏期比较

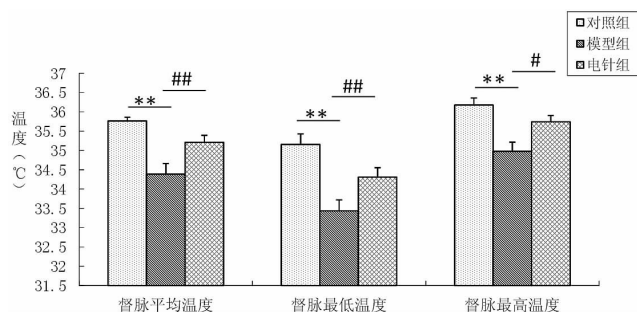


注:与假手术组相比,** $P < 0.01$;与模型组相比,# $P < 0.05$

图2 术后7 d大鼠空间搜索实验目标象限百分比比较

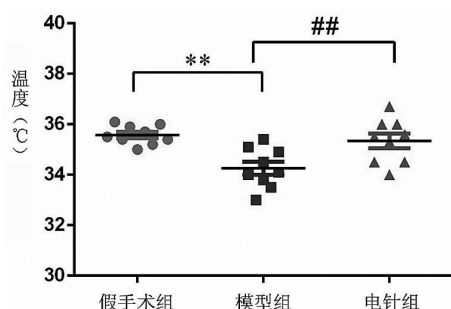
2.3 大鼠督脉红外温度检测 干预7 d后大鼠督脉红外热像

图显示,模型组督脉平均温度、最低温度、最高温度均显著低于假手术对照组 ($P<0.01$),而电针组大鼠的督脉平均温度、最低温度、最高温度则显著高于模型组 ($P<0.01$, $P<0.01$, $P<0.05$),见图3。此外,模型组督脉大椎穴的温度也显著低于假手术对照组 ($P<0.01$),而电针组督脉大椎穴的温度则显著高于模型组 ($P<0.01$),见图4。



注:与假手术组相比,* $P<0.01$;与模型组相比,** $P<0.01$,# $P<0.05$

图3 大鼠督脉红外温度比较



注:与模型组相比,** $P<0.01$;与假手术组相比,* $P<0.01$

图4 大鼠大椎穴红外温度比较

3 讨论

脑卒中是全球致死和致残的主要原因之一。在中国,每年新发脑卒中患者约200万人,其中70%~80%的患者因为残疾丧失自理能力^[6]。虽然临床治疗可以促进脑卒中患者一定程度上的康复,但是仍有超过1/3的患者在脑卒中后6个月内出现不同程度的认知功能障碍^[7]。这种由脑血管病危险因素、明显或不明显的脑血管疾病引起的,从轻度认知障碍到痴呆的一大类综合征被称为血管性认知障碍 (vascular cognitive impairment, VCI)^[8]。目前,我国已步入老龄化社会,伴随人口老龄化进程的加剧,脑卒中患者不断增加,导致VCI的发病率也随之增加,给家庭和社会都带来沉重的负担。因此,早发现、早治疗对于VCI的防治尤为重要。然而迄今为止,国内外尚无确切有效的干预措施能够治愈VCI,西医西药的治疗效果也非常有限。近年来,越来越多的临床报道显示针灸治疗VCI有较为理想的疗效,有助于减轻和改善VCI患者的注意力、推理、语言、学习和记忆等功能^[9-10]。

中医古代文献中没有对应VCI的确切病名,但有对其主要症状的描述和相关证名的记载,如健忘、不慧、善忘、多忘、好忘、呆痴、神呆等。VCI病位在脑,《灵枢·海论》指出:“脑为髓之海”,脑髓是精神意识

活动的物质基础,具有主持思维、产生智慧、发生情感、支配感觉、控制行为、统帅全身的作用,是人体生命活动根本之所在^[11]。经络“内属于脏腑,外络于肢节”,是运行气血、沟通上下的通道,将人体连成一个有机整体,因此经络与脑的关系是辨证论治认知障碍的重要环节。督脉属奇经八脉之一,是人体“阳脉之海”,对整个经络系统有统帅作用,《难经·二十八难》曰:“督脉者,起于下极之腧,并于脊里,上至风府,入属于脑”。由督脉的循行可见,督脉与脑、脊髓等关系密切,故历代医家认为“病变在脑,首取督脉”。因为督脉与脑有着深部、浅表的联系,又与诸经在头部并行或交会,所有头部疾患与精神系统的病症均可取督脉穴^[12]。

现代临床应用和动物实验也表明,督脉取穴治疗可减轻认知功能损害程度,改善认知功能。王旭凯等^[13]采用“醒脑通督”针法治疗缺血性卒中后认知障碍,可显著改善患者的精神状态和日常生活能力。刘兰群等^[14]通过电针四神聪、神庭、本神穴4周后,患者简易精神状态检查 (MMSE) 和蒙特利尔认知评估量表 (MoCA) 均优于非电针组,尤其在视空间与执行、计算、定向、注意与集中、言语及记忆方面的效果明显。冯晓东等^[15]发现电针神庭、百会可提高认知障碍大鼠脑组织中Beclin-1的表达,可能通过调控自噬网络系统改善认知障碍。蔡荣林等^[16]研究显示,电针督脉穴能显著提高认知障碍大鼠学习记忆能力,促进海马内血管内皮生长因子表达,提示电针可能通过促血管新生机制改善认知功能。本研究结果也显示,电针神庭、百会穴后,认知障碍大鼠神经行为学评分显著降低,神经缺损程度改善;同时,电针后,认知障碍大鼠学习记忆功能显著改善,水迷宫定位航行和空间搜索时间明显缩短。可见,有关督脉取穴治疗认知障碍的临床和基础研究亦从不同侧面反映了经络—脏腑的相关性。

从物理学角度,自然界中一切高于绝对零度的物体均可看作天然的红外辐射源,不断向周围空间发射红外辐射能。红外热像仪就是将物体发出的不可见的红外线转换成可见的热图像,通过不同的颜色显示反映被测物的不同温度。当机体发生某些生理或病理改变时,不同体表组织因其血流和代谢变化等产生温度改变,引起红外辐射改变,从而可反映不同机体状态^[17]。如红外热像图显示中风患者体表温度分布不同于健康人,尤其在两侧额头及面颊部红外温度分布不均匀不对称^[18],背部可出现督脉高温带断续、缩短的现象^[19]。本研究借助血管性认知障碍大鼠模型,发现在脑缺血再灌注损伤状态下,督脉温度明显下降,提示疾病状态下,机体气血失调,热平衡受到破坏或影响,反映在体表温度发生改变;而电针督脉穴干预后,相应的督脉温度明显升高,模型大鼠认知功能改善,提示电针可通过经络腧穴调节机体稳态,改善机体异常的机能状态。其具体的机制有待进一步研究。

参考文献

- [1]杨广印,潘晓华,黄倩茹,等.胃溃疡胃炎患者在督脉背段压痛反应定位的规律探析[J].云南中医学院学报,2017,40(4):70-73.
- [2]张凯,刘君,余延芬,等.足三阴经的郄穴体表电阻反应原发性痛经的研究[J].北京中医药大学学报,2017,40(3):254-258.
- [3]董亚琴,黄倩茹,万隆,等.与急性心肌缺血损伤相关体表敏化穴位的初步分布观察[J].中华中医药杂志,2018,33(2):672-674.
- [4]罗丽,任晓暄,郭孟玮,等.针刺关元对寒凝证类痛经大鼠三阴交穴区温度及TXB₂/6-keto-PGF₁α比值的影响[J].北京中医药大学学报,2017,40(1):48-51.
- [5]余曙光,郭义.实验针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2012:252.
- [6]中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室.中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J].中国康复理论与实践,2012,4(4):55-76.
- [7]Shim H. Vascular cognitive impairment and post-stroke cognitive deficits[J]. Curr Neurol Neurosci Rep, 2014, 14(1): 418-423.
- [8]中国防治认知功能障碍专家共识专家组.中国防治认知功能障碍专家共识[J].中华内科杂志,2006,45(2):171-173.
- [9]Deak F, Freeman W M, Ungvari Z, et al. Recent developments in understanding brain aging: implications for Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2016, 71(1): 13-20.
- [10]Min D, Xu-Feng W. An updated meta-analysis of the efficacy and safety of

- acupuncture treatment for vascular cognitive impairment without dementia[J]. Curr Neurovasc Res, 2016, 13(3): 230-238.
- [11]王永炎,张伯礼.中医脑病学[M].北京:人民卫生出版社,2007:26.
 - [12]周丽,胡慧,张允岭.针刺治疗血管性认知障碍的研究进展[J].医学综述,2013,9(23):4344-4346.
 - [13]马旭凯,杨发明,王维峰,等.醒脑通督针法对卒中后认知障碍的疗效观察[J].光明中医,2017,32(4):489-491.
 - [14]刘兰群,李惠兰,陈之罡,等.电针头部“神”穴对脑卒中后认知功能障碍的效果[J].中国康复理论与实践,2015,21(5):575-578.
 - [15]冯晓东,高玲莉,李瑞青,等.电针对脑缺血再灌注模型大鼠脑组织 Beclin-1 蛋白及基因表达的影响[J].中国康复医学杂志,2016,31(12): 1307-1310,1354.
 - [16]蔡荣林,程红亮,周婷,等.电针对血管性认知障碍大鼠学习记忆与海马内血管内皮生长因子及其受体 1,2 mRNA 表达的影响[J].针刺研究,2015,40(1):25-29.
 - [17]吴娟娟,程凯,嵇波,等.低频电针对心肌缺血损伤大鼠相关经穴和非相关经穴皮肤温度的影响[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(3):370-373.
 - [18]秦钰,张文征,陈颖,等.中风患者头面部红外热像图特征初探[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(1):54-55,76.
 - [19]魏鹏绪,辛随成.中风病机的背部红外热像研究——经络穴位红外热像原理的运用[J].中医杂志,2005,46(12):904-906.

(本文编辑:李海燕 本文校对:朱小香 收稿日期:2018-07-31)

肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝大鼠胰岛素抵抗的影响※

隋晓丹

(长春中医药大学附属医院肝脾胃病科,吉林 长春 130021)

摘要:目的 验证肝脂溶颗粒对NAFLD模型大鼠胰岛素抵抗的影响。方法 观察肝脂溶颗粒对实验性大鼠胰岛素抵抗的影响。结果 高剂量组大鼠空腹血糖、胰岛素和IR明显低于对照组 ($P<0.01$); 中剂量组大鼠空腹血糖、胰岛素和IR低于对照组 ($P<0.05$); 低剂量组大鼠空腹血糖、胰岛素和IR与对照组相比差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论 肝脂溶颗粒具有改善 NAFLD 大鼠 IR 抵抗的作用。

关键词: 非酒精性脂肪肝; 肝脂溶颗粒; 胰岛素

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.040

文章编号:1672-2779(2018)-17-0091-02

The Effect of Ganzhirong Granules on Insulin Resistance in Nonalcoholic Fatty Liver Model Rats

SUI Xiaodan

(Department of Liver-Spleen-Stomach disease, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: Objective To verify the effect of Ganzhirong granules on insulin resistance in rats with NAFLD. **Methods** The effects of Ganzhirong granules on experimental insulin resistance in rats was observed. **Results** Fasting blood glucose, insulin and IR in the high-dose group were significantly lower than those in the control group ($P<0.01$). Fasting blood glucose, insulin and IR in the middle-dose group were lower than those in the control group ($P<0.05$). Fasting blood glucose, insulin and IR were compared between the low-dose group and the control group ($P>0.05$). **Conclusion** Ganzhirong granules can improve the IR resistance of NAFLD rats

Keywords: nonalcoholic fatty liver disease; Ganzhirong granules; insulin resistance

非酒精性脂肪肝病 (nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD) 发病率呈逐年上升趋势,已成为21世纪全球重要公共健康问题之一。本实验通过观察肝脂溶颗粒对NAFLD大鼠胰岛素抵抗的影响,及胰岛素抵抗在NAFLD中的作用,并探明调节其作用的传导途径,为中医临床干预治疗非酒精性脂肪肝提供理论依据和新的思路。

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 动物 Wistar大鼠60只,雄性,体质量 (200±20) g。

1.1.2 药物 肝脂溶颗粒:长春中医学院附属医院制剂室,批准文号:长卫制药字 (96) 1367号。多烯磷脂酰胆碱胶囊:赛诺非安万特 (北京) 制药有限公司,批准文号:国药准字H20059010。

1.2 方法

1.2.1 非酒精性脂肪肝模型复制方法 大鼠适应环境1周后随机分为正常组9只、高脂组51只。正常组予普通饲料喂养,高脂组予高脂饲料 (88%基础饲料、10%猪油、2%胆固醇) 喂养,自由饮水。12周后随机选出7只大鼠 (正常组1只,高脂组6只),处死后取肝脏组织进行HE染色,验证造模情况。

※ 基金项目:教育部博士点基金[No.20112227110002]

1.2.2 实验动物分组及给药方法 12周后,正常组大鼠普通饲料喂养同时每日生理盐水灌胃。高脂组大鼠随机分为模型组、多烯磷脂酰胆碱胶囊对照组(简称:对照组)、肝脂溶颗粒高、中、低剂量组(简称:高、中、低剂量组)。继续高脂饲料喂养同时每日给予不同药物进行灌胃(模型组:生理盐水灌胃1 mL/100 g;对照组:多烯磷脂酰胆碱胶囊水溶液灌胃,按0.14 g/kg体重给药;高剂量组:100%浓度肝脂溶颗粒水溶液灌胃,按3 g/kg体重给药;中剂量组:70%浓度肝脂溶颗粒水溶液灌胃,按2.1 g/kg体重给药;低剂量组:30%浓度肝脂溶颗粒水溶液灌胃,按0.9 g/kg体重给药),连续灌胃4周后取材。

1.2.3 血标本采集 以2%戊巴比妥钠溶液腹腔内注射麻醉,腹主动脉采血4~5 mL,分离血清,置于-20℃冰箱保存备用。

1.3 观察指标 血清空腹血糖(FBG)及空腹胰岛素(FINS)的检测;FBG测定:采用全自动生化分析仪;FINS测定:采用放射免疫方法,125I-胰岛素放免分析试剂盒。

1.4 血清HOMA-IR计算方法 根据推荐公式计算胰岛素抵抗指数: $HOMA-IR = FINS \times FBG / 22.5$ 。

1.5 统计学方法 采用SPSS 16.0 统计软件处理数据,计量资料以均数加减标准差($\bar{x} \pm s$)表示。

2 结果

实验16周末各组NAFLD大鼠空腹血糖、胰岛素和IR均明显高于正常组($P < 0.01$),差异有显著统计学意义;而模型组大鼠空腹血糖、胰岛素和IR最高,明显高于各药物干预组($P < 0.01$),差异有显著统计学意义;高剂量组大鼠空腹血糖、胰岛素和IR明显低于对照组($P < 0.01$),差异有显著统计学意义;中剂量组大鼠空腹血糖、胰岛素和IR低于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义;低剂量组大鼠空腹血糖、胰岛素和IR与对照组相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。说明肝脂溶颗粒能够明显改善NAFLD大鼠胰岛素抵抗水平,疗效显著优于多烯磷脂酰胆碱胶囊。见表1。

表1 各组大鼠16周末血清FBG、FINS、IR比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	只数	FBG (mmol/L)	FINS (uIU/mL)	IR
正常组	8	4.63±1.52	7.98±0.45	1.74±0.32
模型组	9	12.04±1.47 [*]	13.06±0.73 [*]	6.98±1.19 [*]
对照组	8	10.92±0.93 [△]	12.07±0.38 [△]	5.86±0.51 [△]
高剂量组	9	5.47±0.93 [△]	8.48±0.62 [△]	1.98±0.48 [△]
中剂量组	8	8.31±1.75 [△]	10.68±0.56 [△]	3.91±0.76 [△]
低剂量组	9	10.26±1.84 [△]	11.75±0.21 [△]	5.34±0.27 [△]

注:与正常组相比,^{*} $P < 0.01$,[△] $P < 0.05$;与模型组相比,[△] $P < 0.01$,^{△△} $P < 0.05$;与对照组相比,[△] $P < 0.01$,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P > 0.05$

3 讨论

IR指肝脏、肌肉、外周脂肪组织对胰岛素的敏感性及其反应性降低,胰岛素的生物学效应下降。IR是NAFLD发生过程中的始动因素和重要因素^[1],IR是肝脏

脂肪贮积的首要原因,它不仅参与了首次打击,还参与了二次打击^[2],并且IR的严重程度与NAFLD的病情进展及预后密切相关^[3]。

IR主要通过脂肪分解作用和高胰岛素血症两种机制导致肝细胞脂质沉积。IR可减弱胰岛素对脂肪的调节作用,导致外周脂肪的分解增加和血清游离脂肪酸的增多,当肝脏内合成脂肪增加到一定程度,超过了肝细胞氧化利用及合成脂蛋白运送的能力时,便会导致肝细胞内过多脂肪的堆积。脂肪酸具有肝细胞毒性,不仅能够通过引起线粒体肿胀并增加其通透性,炎性浸润,肝细胞变性、坏死而诱导细胞凋亡,同时还能够刺激胰岛β细胞增加胰岛素的分泌,进而产生或加重高胰岛素血症。

IR时胰岛素的生物学效应下降导致高胰岛素血症,引起糖降解和脂肪酸的合成增加、ApoB-100的合成减少而加重甘油三酯的储积。而各种原因所致的脂肪肝均可以促进胰岛分泌胰岛素,同时肝细胞脂肪堆积又可以导致胰岛素清除率下降,从而形成脂肪肝与胰岛素抵抗的恶性循环。此外,IR还可以通过刺激微粒体的脂质过氧化物酶而易使肝脏发生氧化应激。范建高等^[4]研究证实几乎所有NAFLD患者都存在肝脏和外周胰岛素抵抗,并且不依赖于肥胖、糖耐量异常和糖尿病。

刘铁军教授总结多年治疗非酒精性脂肪肝的临床经验,依据《临证指南医案·湿》云:“而但湿从内生者,必其人膏粱酒醴必度。”非酒精性脂肪肝的发病多因嗜食肥甘厚味导致损伤脾胃,运化失司,湿热内蕴,伤及肝胆,疏泄失职,导致气机郁滞,血脉瘀阻,痰浊瘀积,肝脏脉络受阻,湿热瘀积互结于肝而成脂肪肝。自研肝脂溶颗粒^[5],由决明子、枳椇子、泽泻等组成。诸药合用,消而不伐,补而不滞,寒温并用,药性平和,共奏清热利湿、化痰消积之功效。本实验结果表明肝脂溶颗粒能够提高胰岛素的敏感性,改善胰岛素抵抗,恢复正常糖脂代谢,而达到预防脂肪肝的目的。其疗效与剂量呈正相关,且对胰岛素抵抗有治疗效果,且显著优于多烯磷脂酰胆碱胶囊。高脂饮食诱导导致NAFLD大鼠血清IR显著增高,这可能是大鼠引起非酒精性脂肪肝的机制之一,肝脂溶颗粒显著降低了血清IR,因此,肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝的防治作用,可能是通过改善胰岛素抵抗而完成的。

参考文献

- [1]Samuel VT, Liu ZX, Qu X, et al. Mechanism of hepatic insulin resistant non-alcoholic fatty liver disease[J]. J Biol Chem, 2004, 279(31):32345-32353.
- [2]Day CP. Pathogenesis of steatohepatitis[J]. Best Practice and Research Clin Gastroenterol, 2002, 16(5):663-782.
- [3]Ogawa W, Matozaki T, Kasuga M. Role of binding proteins to IRS-1 in insulin signalling[J]. Mol Cell Biochem, 1998, 182(1-2):13-22.
- [4]范建高. 脂肪肝与代谢综合征[M]. 国外医学·内分泌分册, 2002, 22(5):273-275.
- [5]隋晓丹. 肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝模型大鼠血清 Leptin 表达的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(8):94-95.

(本文编辑:李海燕 本文校对:侯立 收稿日期:2018-04-27)

不同三叶青提取物体外抗肿瘤细胞作用研究※

邱模昌 徐子金 杨章坚

(江西医学高等专科学校药理学系, 江西 上饶 334000)

摘要:目的 明确三叶青水、乙醇、乙酸乙酯三种提取物体外对乳腺癌细胞(MCF-7)的抑制作用,分析不同提取方式对肿瘤细胞抑制强弱差异。方法 MTT法检测三叶青三种提取物含药血清分别在2、10、50、100、200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 时对MCF-7细胞存活率的影响;采用流式细胞仪检测三种提取物含药血清在200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 浓度时对MCF-7细胞凋亡的影响。结果 三种提取物均具有与浓度相关的MCF-7细胞体外抑制作用($P<0.05$),作用强弱依次是乙酸乙酯提取物>乙醇提取物>水提取物;三种提取物均能促进MCF-7细胞凋亡(水、乙醇组 $P<0.05$,乙酸乙酯组 $P<0.01$);乙酸乙酯提取物比水提取物组、乙醇组具有更强的凋亡促进作用($P<0.05$)。结论 三种提取物均具有体外抗乳腺癌MCF-7细胞作用,其中乙酸乙酯提取物作用最强。
关键词: 三叶青; 乳腺癌细胞; 提取物; 细胞存活率
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.041 文章编号:1672-2779(2018)-17-0093-03

Study on the Effect of Different Extracts from Adix Tetrastigme on Antitumor Cells

QIU Mochang, XU Zijin, YANG Zhangjian

(Department of Pharmacy, Jiangxi Medical College, Jiangxi Province, Shangrao 334000, China)

Abstract: **Objective** To clarify the inhibitory effect of three extracts from radix tetrastigme water, ethanol and ethyl acetate on breast cancer cells (MCF-7), and to analyze the difference of different extraction sites on tumor cells. **Methods** MTT method of three kinds of green leaf extract serum respectively in 2, 10, 50, 100, 200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ on the survival rate of MCF-7 cells detected by three kinds of effects was made. The effect of extract serum at 200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ concentration of MCF-7 cell apoptosis by flow cytometry was carried out. **Results** The three extracts had MCF-7 cells in vitro and concentration dependent inhibition ($P<0.05$), the intensity of the effects followed by ethyl acetate extract ethanol extract, water extract; three extracts could promote the apoptosis of MCF-7 cells (water, ethanol and ethyl acetate group $P<0.05$, acetic ether group $P<0.01$), ethyl acetate extract than water extract group and ethanol group has stronger apoptosis ($P<0.05$). **Conclusion** all of the three kinds of extracts have the effect of anti breast cancer MCF-7 cells in vitro, and the ethyl acetate extract has the strongest effect.

Keywords: radix tetrastigme; breast cancer cell; extract; cell survival rate

三叶青 (Tetrastigmatis hemsleyani) 为葡萄科植物三叶崖爬藤的块根或全草,别名为金线吊葫芦、丝线吊金钟、三叶扁藤等^[1],为江西省道地药材。近年来,对于三叶青抗肿瘤活性研究较多,三叶青黄酮能显著地抑制肺癌 A549 细胞、SGC-7901 胃癌细胞、及 SMMC-7721 肝癌细胞的生长,并且具有浓度依赖性^[2-4]。三叶青乙酸乙酯提取物能有效抑制结肠癌 HT-29 细胞、白血病 HL60 细胞、颈癌 Hela 细胞^[5-7]的增殖。三叶青乙醇提取物在一定浓度范围内能抑制恶性黑色素瘤 A375 细胞的增殖,且呈剂量依赖关系^[8]。三叶青水提取物及其含药血清对人胃腺癌细胞 AGs 细胞均有较强抑制作用,并且其抑制作用呈现出剂量依赖性^[9]。三叶青各种方式的提取物体外抑制肿瘤作用均有报道,对其抗肿瘤活性差异尚未有具体研究。通过采取水、乙醇、乙酸乙酯三种不同的溶剂对三叶青进行提取,检测三叶青不同方式提取物的含药血清体外对乳腺癌细胞 (MCF-7) 存活率及凋亡的影响,根据不同提取方式对肿瘤细胞存活率及凋亡作用的差异,确定抑制肿

瘤活性最强的提取方式,为明确三叶青抗肿瘤的具体成分提供依据。

1 材料

1.1 药材 三叶青购自上饶市中医院,经江西医学高等专科学校药理学系汪亮副教授鉴定为 Tetrastigma hemsleyanum Diels et. Gilg。

1.2 细胞 人乳腺癌细胞 (MCF-7) 购自上海美轩生物科技有限公司。

1.3 仪器与试剂 ELX800 酶标仪 (美国 Biotek 公司), H4-2000 倒置荧光显微镜 (日本奥林巴斯公司), Annexin HS-1300-U 超净工作台 (山智精密仪器科技有限公司), MCO-18AC CO2 培养箱 (日本三洋公司), SY-5000 旋转蒸发器 (上海圣科仪器设备有限公司)。MTT (美国, Amresco 公司), RPMI 1640 培养基 (美国, Invitrogen 公司), 胎牛血清 (上海蓝季科技发展有限公司), V-FITC/PI 细胞凋亡检测试剂盒 (南京森贝伽生物科技有限公司), 水、95% 乙醇、乙酸乙酯、DMSO 均为分析纯。

2 方法

2.1 三叶青提取物溶液的制备 取三叶青饮片适量,分别加适量的水、95% 乙醇、乙酸乙酯作为提取溶剂,

※ 基金项目:江西省教育厅科学技术研究项目[No.GJJ151342];江西省教育厅科学技术研究项目[No.GJJ171211]

回流提取3次,每次1 h,合并提取液,过滤,滤液浓缩干燥,得三叶青水提取物浸膏、乙醇提取物浸膏、乙酸乙酯提取物浸膏。取3种浸膏适量,用1 mL DMSO溶解,用含10% (体积分数) 灭活新生小牛血清RPMI-1640 培养液稀释,分别配制成10、50、250、500、1000 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 溶液,备用。

2.2 细胞培养 取对数生长期的MCF-7贴壁细胞制成 1×10^4 个 $\cdot\text{mL}^{-1}$ 单细胞悬液,接种于96孔培养板,每组设6个平行孔,每孔100 μL ,24 h后吸弃原培养基,换用含1%胎牛血清的DMEM培养液。

2.3 MTT法检测三叶青提取物对MCF-7细胞存活率的影响

2.3.1 3种不同浓度提取物对存活率的影响 将备用MCF-7细胞分成6组,设对照组和实验组。对照组培养基不加任何药物;实验组分别加入不同浓度三叶青水提取物溶液、乙醇提取物溶液、乙酸乙酯提取物溶液,使其终浓度分别为2、10、50、100、200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 。上述各组细胞培养24 h后,加入5 $\text{mg}\cdot\text{mL}^{-1}$ 浓度MTT溶液每孔15 μL ,孵育4 h后吸弃上清。每孔加入DMSO 150 μL ,室温下放置30 min,振荡5 min,使结晶物充分溶解,选择490 nm波长,在酶标仪上测定吸收值,记录OD值为结果。

2.3.2 3种提取物对MCF-7细胞凋亡的影响 采用流式细胞Annexin V-FITC/PI双染法检测MCF-7细胞凋亡率。将备用MCF-7细胞分成4组,分别是:①对照组:培养基不加任何药物;②水提取物组:加入三叶青水提取物溶液,使其终浓度为200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$;③乙醇组:加入三叶青乙醇提取物溶液,使其终浓度为200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$;④乙酸乙酯组:加入三叶青乙酸乙酯提取物溶液,使其终浓度为200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 。上述各组培养24 h后采用不含DMEM的0.25%胰酶消化收集细胞,用PBS洗涤细胞2次,1000 $\text{r}\cdot\text{min}^{-1}$ 离心5 min,吸弃上清液,然后加入400 μL 结合缓冲液重悬细胞。分别加5 μL Annexin V-FITC和5 μL PI避光反应10 min,立即用FACScan进行流式细胞术定量检测, FITC+/PI+的细胞为凋亡细胞,凋亡细胞占总细胞数为细胞凋亡率。

2.4 统计学方法 采用SPSS 13.0软件进行统计分析,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,多组间比较采用单因素方差分析,检验水准取 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

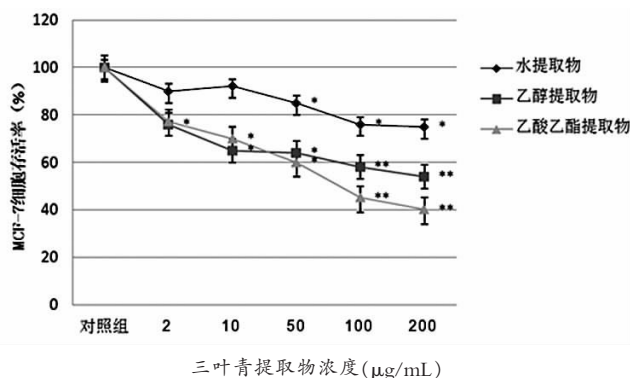
3.1 不同浓度三叶青提取物对MCF-7细胞存活率的影响 3种不同提取物,以各自对照组OD值为标准,对应存活率为(100 $\pm$ 0)%,实验组按照OD值与对照组OD值比值计算其相对存活率。经MTT法检测细胞存活率发现,三叶青的水、乙醇、乙酸乙酯提取物溶液,除低浓度(2 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 、10 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$)水提取物外,均能使

MCF-7细胞存活率下降($P<0.05$),且其对存活率的降低作用与提取物浓度成正相关;相同浓度下,3种提取物对MCF-7细胞存活率的降低作用依次是乙酸乙酯提取物>乙醇提取物>水提取物(见表1、图1)。

表1 不同浓度、不同提取方式三叶青提取物对MCF-7细胞存活率的影响 ($\bar{x}\pm s$,%)

提取物浓度 ($\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$)	MCF-7细胞存活率		
	水提取物溶液	乙醇提取物溶液	乙酸乙酯提取物溶液
0(对照组)	100 $\pm$ 0	100 $\pm$ 0	100 $\pm$ 0
2	89.82 $\pm$ 2.04	75.74 $\pm$ 3.54	77.04 $\pm$ 4.19
10	91.74 $\pm$ 1.98	65.32 $\pm$ 4.21	70.60 $\pm$ 4.73
50	85.15 $\pm$ 3.52	64.06 $\pm$ 4.86	60.42 $\pm$ 5.10
100	76.45 $\pm$ 3.60	58.29 $\pm$ 4.77	45.61 $\pm$ 5.45
200	75.20 $\pm$ 4.26	54.47 $\pm$ 5.91	40.33 $\pm$ 6.49

注:与对照组相比,* $P<0.05$,** $P<0.01$;n=6



注:与对照组比较,* $P<0.05$;浓度相同时,与其它提取物比较,** $P<0.05$

图1 不同浓度、不同提取方式三叶青提取物对MCF-7细胞存活率的影响

3.2 不同三叶青提取物对MCF-7细胞凋亡的影响 采用流式细胞Annexin V-FITC/PI双染法对三叶青的水、乙醇、乙酸乙酯3种提取物在高浓度(200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$)下影响MCF-7细胞凋亡的效果进行了检测。结果显示水提取物组、乙醇组较对照组细胞凋亡率明显提升($P<0.05$);乙酸乙酯组较对照组细胞凋亡率显著提升($P<0.01$);乙酸乙酯组较水提取物组、乙醇组,前者具有更强的促进MCF-7细胞凋亡的作用($P<0.05$),见表2。

表2 不同三叶青提取物对MCF-7细胞凋亡的影响

组别	加药处理	凋亡率($\bar{x}\pm s$,%)
对照组	未加药处理	5.21 $\pm$ 1.24
水提取物组	加三叶青水提取物(200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$)	15.60 $\pm$ 4.03*
乙醇组	加三叶青乙醇提取物(200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$)	17.32 $\pm$ 3.87*
乙酸乙酯组	加三叶青乙酸乙酯提取物(200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$)	29.45 $\pm$ 6.19**

注:与对照组相比,* $P<0.05$,** $P<0.01$;对其它提取物组比较** $P<0.05$;n=3

4 讨论

江西省中草药资源丰富,通过对中草药提取成分的研究有利于充分发掘中药治疗肿瘤的潜在作用。为中药抗肿瘤作用提供科学、客观的理论依据。三叶青

作为近年研究较多的抗肿瘤中药材之一,其体内抑抑制肺癌、胃癌、肝癌、结肠癌、黑色素瘤等均有报道。乳腺癌是全世界女性最常见的恶性肿瘤,在我国乳腺癌发病率也居女性恶性肿瘤之首,且仍在快速增长^[13]。研究结果显示,三叶青3种提取方式的提取物,在较高浓度(50 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$)下,共同培养24 h,均能不同程度地降低MCF-7细胞存活率,在高浓度(200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$)下,能使MCF-7细胞早期凋亡率明显提高。这说明3种提取方式的三叶青提取物均具有体外抗乳腺癌MCF-7细胞作用,其机制可能与促进癌细胞凋亡有关。

三叶青的主要有效成分包括黄酮类、三萜及甾体类、酚酸类、脂肪酸类化合物等,其中黄酮类成分为主要抗肿瘤活性成分^[14]。不同浓度三叶青提取物对MCF-7细胞存活率的影响结果中发现,3种提取物在50 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ (或更高)浓度下,对癌细胞的抑制作用呈现出较大差距,其中乙醇提取物和乙酸乙酯提取物对MCF-7细胞的抑制作用要高于水提取物。在50 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ (或更高)浓度下,乙酸乙酯提取物的作用又明显强于乙醇提取物。3种高浓度(200 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$)三叶青提取物对MCF-7细胞凋亡的影响均有较大的差异,对细胞凋亡的影响乙醇提取物>乙酸乙酯提取物>水提取物。这说明三叶青的乙酸乙酯提取物是三种提取物中抗肿瘤作用最强的。三叶青乙酸乙酯提取物中具体抗肿瘤的的成分及作用机

制还有待进一步研究。

参考文献

- [1]杨学楼,罗经,孙松柏,等.中药三叶青抗病毒作用的研究[J].湖北中医杂志,1989(4):40-41.
- [2]钟良瑞,魏克民.三叶青黄酮对肺癌 A549 细胞生长抑制与 MAPKs 通路关系的研究[J].中国药理学通报,2014,30(1):101-104.
- [3]冯正权,倪克锋,何煜.三叶青黄酮诱导 SGC-7901 胃癌细胞凋亡的实验研究[J].中国临床药理学与治疗学,2006,6(6):75.
- [4]张立明,樊瑞军,杨凤琴.三叶青黄酮诱导 SMMC-7721 肝癌细胞的凋亡的实验研究[J].时珍国医国药,2010,21(11):2850-2851.
- [5]刘跃银,夏红.三叶青乙酸乙酯提取物诱导人结肠癌 HT-29 细胞凋亡[J].湖南师范大学学报(医学版),2010,7(4):22-24,28.
- [6]徐彩菊,吴平国,姚亚萍,等.三叶青提取物对白血病 HL-60 细胞增殖抑制作用研究[J].浙江预防医学,2011,23(4):20-22.
- [7]李萍,彭昕.三叶青提取物诱导人宫颈癌 Hela 细胞凋亡的研究[J].中国现代医生,2014(23):4-6,9.
- [8]吕雯婷,顾书畅,丁丽,等.三叶青提取物对 A375 细胞增殖、酪氨酸酶活性及黑色素合成的影响[J].今日药学,2011,21(10):624-626.
- [9]丁丽,纪其雄,李鸿文,等.三叶青水提物及其含药血清对人胃腺癌细胞株的抑制作用[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(17):212-214.
- [10]吕晓皓,王蓓,陈建彬,等.三叶青散结抗癌方对三阴性乳腺癌新辅助化疗患者病理完全缓解率的影响[J].中医杂志,2014,55(23):143-146.
- [11]Westermann B. Mitochondrial fusion and fission in cell life and death[J].Nat Rev Mol Cell Biol, 2010,11(12): 872-884.
- [12]Zhao J, Zhang J, Yu M, et al. Mitochondrial dynamics regulates migration and invasion of breast cancer cells[J]. Oncogene, 2013,32(40):4814-4824.
- [13]杨芳,王林伟,袁静萍,等.乳腺癌综合治疗的发展和现状[J].医学新知杂志,2015(2):111-114.
- [14]林婧,纪明妹,黄泽豪,等.三叶青的化学成分及其体外抗肿瘤活性研究[J].中国药理学杂志,2015,50(8):658-663.

(本文编辑:李海燕 本文校对:吴 剑 收稿日期:2018-05-15)

(上接第84页)以和胃降逆止呕,其中孙思邈《备急千金药方·呕吐哕逆》推崇治疗生姜的止呕作用,指出:“凡呕者,多食生姜,此是呕家圣药”。

2.2 便秘 小柴胡汤治便秘,见于《伤寒论》第230条:“阳明病,胸胁硬满,不大便而呕,舌上白苔者,可与小柴胡汤。上焦得通,津液得下,胃气因和,身漐然汗出而解。”常因情志不遂,致使肝胆疏泄失常、胃肠腑气不降而形成便秘。用小柴胡汤和解少阳,运转枢机,通达内外,调达上下,疏泄肝胆气机,通降胃气。

2.3 现代药理研究 小柴胡汤的主要成分柴胡、黄芩有明显的解热、镇静、抗炎,抑制病毒、细菌的作用。可以将其药理研究概括为:(1)有解热抗炎、促进消化的作用;(2)有镇痰止咳祛痰的作用;(3)有保肝利胆镇静的作用。常用于治疗感冒、流行性感、疟疾、慢性肝炎、肝硬化、急慢性胆囊炎、胆结石、急性胰腺炎、中耳炎、产褥热、急性乳腺炎、睾丸炎、胆汁反流性胃炎、胃溃疡等。

现在市场上常见的一些中成感冒药,有的发汗太过,有的辛凉太过,对于体质虚弱的人群,易导致卫

气受损,损伤脾胃,达不到治疗目的。例如本篇中的新产妇耗伤气血致使体质虚弱,应谨慎用药。小柴胡汤既可疏利肝胆,清散郁热,透邪外解,又可调和肝脾肠胃,气血营卫,畅达气机,通行津液,扶正祛邪,从而达到治疗多种疾病的目的,不失为治疗产后疾病的良方。

3 结语

小柴胡汤具有解表散热,疏肝和胃的功效。用于外感病,邪犯少阳证,证见寒热往来,胸胁苦满、食欲不振、心烦喜呕、口苦咽干。治疗效果显著。从本文我们可以得知小柴胡汤除了可以和解少阳,治疗少阳证外,还可以治疗妇科疾病,如本篇的产后郁冒、呕吐、便秘等疾病。方中药物都是常见中药,且治疗效果显著,副作用小,使用方便,可以放心使用。

参考文献

- [1]范永升.金匱要略[M].北京:中国医药科技出版社,2008:368.
- [2]罗元恺.妇人产后病脉证治[J].新中医,1984(10):52-54.
- [3]李开琼.小柴胡汤加减治疗产后郁冒的体会[J].齐齐哈尔医学院报,2010,31(5):733.
- [4]朱丹溪.脉因证治[M].上海:上海科学技术出版社,1980:166.
- [5]刘春梅,崔玉衡.应用小柴胡汤治疗产后郁冒验案[J].河南中医,2013,32(12):1597.

(本文编辑:李海燕 本文校对:景 景 收稿日期:2018-06-12)

肾气丸在脑梗塞二级预防中的临床研究※

李锐争 林家坤 李哲仁 周云彪 甘健 许康春 李志峰 胡亚萍

(江西省萍乡市中医院脑病科, 江西 萍乡 337000)

摘要:目的 探讨肾气丸在脑梗塞肾气亏虚证二级预防中的临床疗效。方法 将80例脑梗塞肾气亏虚证患者随机分为对照组及治疗组各40例,基础治疗包括饮食调节,适度有氧运动,降糖、调脂、降压等对症治疗,治疗组在基础治疗上予口服肾气丸治疗,对照组在基础治疗上予口服阿司匹林片治疗,比较2组的1年累积复发率及脑卒中量表NIHSS评分。结果 治疗后,治疗组的卒中复发率明显低于对照组 ($P<0.05$),治疗组的NIHSS评分改善优于对照组 ($P<0.05$)。结论 肾气丸能明显降低脑梗塞肾气亏虚证患者的卒中复发率,改善NIHSS评分。

关键词: 肾气丸;脑梗塞;二级预防;中医疗法;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.042

文章编号:1672-2779(2018)-17-0096-02

Clinical Study on Shenqi Pill in Secondary Prevention of Cerebral Infarction

LI Ruizheng*, LIN Jiakun, LI Zheren, ZHOU Yunbiao, GAN Jian, XU Kangchun, LI Zhifeng, HU Yaping

(Department of Encephalopathy, Pingxiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Pingxiang 337000, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical efficacy of Shenqi pill in secondary prevention of cerebral infarction with kidney qi deficiency syndrome. **Methods** 80 cases of cerebral infarction with kidney qi deficiency syndrome were randomly divided into control group and treatment group, and every group contained 40 cases. Basic treatment included diet regulation, moderate aerobic exercise, reducing sugar, regulating fat, lowering blood pressure and other symptomatic treatment. The treatment group was treated with oral Shenqi pill on basic treatment, and the control group was treated with oral Aspirin tablets on basic treatment. The cumulative recurrence rate in one year and NIHSS score of the two groups were compared. **Results** After treatment, the recurrence rate of the treatment group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$), and the improvement of NIHSS score of the treatment group was better than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Shenqi pill can significantly reduce the recurrence rate of stroke and improve the NIHSS score in patients of cerebral infarction with kidney qi deficiency syndrome.

Keywords: Shenqi pill; cerebral infarction; secondary prevention; therapy of traditional Chinese medicine; stroke

脑梗死又称缺血性卒中或脑梗塞,是指各种原因所致脑部血液供应障碍,导致局部脑组织缺血、缺氧性坏死,而出现相应神经功能缺损的一类临床综合征。脑梗死是卒中最常见类型,约占70%~80%。脑血栓形成的病死率约为10%,致残率达50%以上,存活者中40%以上可复发,且复发次数越多,病死率和致残率越高^[1]。因此,中西医结合治疗,预防脑梗塞的复发,具有重要的意义。我科应用肾气丸在辨证为肾气亏虚证的脑梗塞患者的二级预防中取得良好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年7月—2017年12月江西省萍乡市中医院门诊及住院部诊治的脑梗塞肾气亏虚证患者80例。年龄53~69岁;男性52例,女性28例;采用随机数字表的方法随机分为对照组及治疗组,每组各40例,2组一般资料经统计学分析,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及纳入标准 缺血性脑卒中诊断符合中华医学会神经病学分会1995年全国第四届脑血管学术会议制定的各类脑血管疾病的诊断标准,并经CT或MRI确诊为缺血性脑梗死病灶。中医证候诊断标准:中医诊断及辨证标准参照1994年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》。肾气亏虚证:半身不遂,肢体软弱,偏身麻木,舌歪语謇,手足肿胀,眩晕,耳鸣,听力减退,腰膝酸痛,夜间多尿,舌质淡、苔白,脉象沉细,尤以右侧尺脉弱突出。患者及家属对本研究知情同意,能定期随访者。

1.3 排除标准 经头颅CT或MRI发现颅内出血性病灶或有明显出血倾向病史,如胃溃疡病等;合并严重感染,或半年内有重大手术史;合并心房纤颤;合并严重心功能衰竭,肺功能衰竭或其他严重躯体疾病,估计不能完成随访者。

1.4 治疗方法

1.4.1 基础治疗 包括进行脑梗塞二级预防教育,给予一般饮食调节和适度有氧运动,根据血糖、血脂与血压情况予以降糖、调脂、降压基础治疗。

1.4.2 治疗组 在基础治疗上予口服肾气丸(河南宛西

※ 基金项目:国家中医药管理局第三批全国优秀中医临床人才研修项目;江西省中医药管理局课题[No.2016B105]

制药厂),每次8粒,每日3次。治疗期间未加用其他活血化瘀及抗血小板聚集药物。

1.4.3 对照组 在基础治疗上予口服拜阿司匹林片0.1 g,每天1次。

1.5 观察指标 (1) 临床随访1年,发现患者神经功能缺损症状加重,经头颅CT或MRI发现颅内出血性病灶或新的颅内缺血性病灶,视为患者卒中复发,观察2组患者卒中的1年累积复发率。(2) 美国国立卫生研究院脑卒中量表评分(NIHSS):此为疗效标准之一,由医师完成评定,其评分时间分别在治疗前、治疗3月、治疗6个月和治疗12月。观察2组患者治疗前后神经功能缺损及严重程度。(3) 不良反应情况:根据《药品不良反应报告和监测管理办法》记录不良反应^[2],同时记录治疗前后血常规,凝血四项,肝肾功能,电解质,心肌酶谱,心电图等结果。

1.6 统计学方法 应用SPSS 20.0统计学软件分析数据,对于计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间分析采用方差检验,等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计意义。

2 结果

2.1 2组患者卒中复发率比较 治疗组1年后随访,无1例复发卒中,复发率为0;对照组1年后随访,有15例复发卒中,其中1例为脑出血,14例为脑梗塞,复发率为37.5%。治疗组复发率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 2组患者NIHSS评分比较 见表1,2组患者治疗后NIHSS评分呈现不同变化,治疗组NIHSS评分指标逐渐改善,对照组NIHSS评分指标逐渐加重,治疗组NIHSS评分改善情况优于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组患者NIHSS评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗3月	治疗6月	治疗12月
治疗组	40	13.70±2.61	13.10±2.33	12.58±2.49 [*]	11.38±2.48 ^{*△}
对照组	40	13.23±2.72	13.80±3.26	14.45±3.13	14.88±3.02

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

2.3 2组不良反应比较 对照组发生胃脘疼痛1例,发生率为2.5%;治疗组无不良反应发生,2组不良反应发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗前后2组患者血常规,凝血四项,肝肾功能,电解质,心肌酶谱,心电图检查均无明显变化。

3 讨论

脑梗塞的发病率、患病率和死亡率均与年龄呈正相关。55岁以后发病率明显增加,每增加10岁,卒中发生率约增加1倍。男性卒中的发病率高于女性。主要原因是随年龄增加,患者动脉粥样硬化发生率增加,易致脑血栓形成。因此,抗血小板聚集治疗是脑梗塞二级预防的重要内容,最常用的是阿司匹林肠溶片,

每天100 mg/d。对症治疗,包括降血压、降血糖与降血脂等。其次,是纠正不良的生活方式。应戒烟限酒,有氧运动。脑梗死是一个可防、可控的疾病,只要提高认识,控制饮食,改善生活方式,进行合理药物预防,就能降低脑梗塞的复发。西药在脑梗塞二级预防的长期应用,容易产生耐药性和副作用,如阿司匹林耐药性达47%,是脑梗塞复发率高的重要原因。中医认为肾气亏虚型脑梗塞患者肾气虚弱,命门火衰。现代社会人的生活与工作节奏紧张,劳欲过度,同时人平均寿命延长,都是肾气亏虚的原因。《黄帝内经·上古天真论篇》:“女子七岁,肾气盛,齿更发长……七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。丈夫八岁,肾气实,发长齿更。二八,肾气盛,天癸至,精气溢泻,阴阳和,故能有子。三八,肾气平均,筋骨劲强,故真牙生而长极……七八,肝气衰,筋不能动。天癸竭,精少,肾脏衰,形体皆极。八八则齿更发去。”《阴阳应象大论篇》:“酸生肝,肝生筋,筋生心……咸生肾,肾生骨髓,髓生肝”等观点^[3],认为肝肾亏虚与衰老相关,血脉属筋,归肝肾所主,肝肾亏虚,导致动脉粥样硬化,脑为髓海,肾气虚弱、命门火衰导致髓海空虚,化生痰瘀,痹阻脑络,出现口眼歪斜,偏瘫,肢体麻木等症。肾气丸是治疗肾气虚弱与命门火衰的代表方,药物组成包括熟地黄、淮山药、枣皮、茯苓、泽泻、丹皮、桂枝、附子。现代医学发现肾气丸有以下作用:(1) 延缓衰老,恢复精力;(2) 改善脂代谢,增强神经-体液调节;(3) 降低血糖,提高巨噬细胞吞噬功能,对动脉粥样硬化改善产生良好作用;(4) 降压作用等,桂枝辛温,辛助血行,温阳通脉,肾气丸具有降糖、降压、提高免疫力、抗动脉粥样硬化、增强组织器官血液灌注、刺激骨髓造血、调节下丘脑-垂体-性腺的功能。肾气丸能多方位治疗肾气亏虚型脑梗塞的病因,无阿司匹林的用药抵抗,肾气丸比阿司匹林片临床疗效显著,且无毒副作用。

本研究结果发现,治疗组的脑梗塞复发率明显低于对照组($P < 0.05$)。在神经功能缺损的NIHSS评分方面,治疗组的NIHSS评分较对照组明显改善,治疗组的NIHSS评分较治疗前明显改善,对照组的NIHSS评分较治疗前呈渐进性加重。表明肾气丸能改善肾气亏虚证脑梗塞患者的神经功能缺损症状。综上所述,肾气丸能降低肾气亏虚证脑梗塞患者的复发率,改善患者的神经功能缺损症状,值得进一步深入研究。

参考文献

- [1] 贾建平,陈生弟.神经病学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2016:175-184.
 - [2] 吴仪,郑筱萸.药品不良反应报告和监测管理办法[J].中国药事,2004,18(4):5-7.
 - [3] 王洪图.内经[M].北京:人民卫生出版社,2005:409-466.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:李月岚 收稿日期:2018-05-29)

宣上畅中渗下法治疗痰湿质慢性支气管炎临床分析※

孙素华¹ 张俊远¹ 刘青菊² 杨洪娟^{3*} 尚连勇¹

(1 河北省衡水市第二中医医院内科, 河北 冀州 053200;

2 河北省衡水市第二中医医院妇科, 河北 冀州 053200;

3 河北医科大学第一医院中西医结合肾病科, 河北 石家庄 050031)

摘要:目的 观察宣上畅中渗下法治疗痰湿质慢性支气管炎的临床疗效。方法 将60例痰湿质慢性支气管炎患者随机分为2组, 对照组30例予常规西药治疗, 治疗组30例在对照组治疗基础上应用宣上畅中渗下法治疗, 2组均以14 d为1个疗程, 治疗1个疗程, 治疗后6个月随访。观察2组治疗前与治疗后、随访6个月时痰湿体质评分及疗效。结果 2组慢性支气管炎患者治疗后、随访6个月时痰湿体质评分较本组治疗前降低 ($P<0.05$), 治疗组治疗后、随访6个月时痰湿体质评分均低于对照组 ($P<0.05$)。治疗组复发率6.67%, 死亡率3.33%, 临床总有效率93.33%, 对照组复发率20%, 死亡率10%, 临床总有效率83.33%, 2组复发率、死亡率、总有效率比较, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 治疗组临床疗效优于对照组。结论 宣上畅中渗下法能有效改善慢性支气管炎患者的痰湿体质偏向, 达到减缓疾病的进展和复发目的。

关键词: 慢性病; 支气管炎; 痰湿体质; 复发; 宣上; 畅中; 渗下

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.043

文章编号:1672-2779(2018)-17-0098-04

Clinical Analysis on Therapy of Smoothing Qi Movement and Promoting Qi Circulation to Alleviate Middle Jiao as well as Eliminating Dampness and Diuresis in the Treatment of Phlegm-Dampness Chronic Bronchitis

SUN Suhua¹, ZHANG Junyuan¹, LIU Qingju², YANG Hongjuan³, SHANG Lianyong¹

(1. Department of Internal Medicine, the Second Hospital of Traditional Chinese Medicine in Hengshui City, Hebei Province, Jizhou 053200, China;

2. Department of Gynecology, the Second Hospital Of Traditional Chinese Medicine in Hengshui, Hebei Province, Jizhou 053200, China;

3. Department of Nephrology of Integrated Medicine, the First Affiliated Hospital of Hebei Medical University, Hebei Province, Shijiazhuang 050031, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effects of phlegm-dampness chronic bronchitis with therapy of smoothing qi movement and promoting qi circulation to alleviate middle jiao as well as eliminating dampness and diuresis. **Methods** 60 cases of phlegm-dampness chronic bronchitis were randomly divided into 2 groups. 30 cases in the control group were treated with conventional western medicine. 30 cases in the treatment group were treated by therapy of smoothing qi movement and promoting qi circulation to alleviate middle jiao as well as eliminating dampness and diuresis on the basis of the control group. 14 d was one course. They were followed-up for 6 months after treatment. The scores of phlegm-dampness constitution and curative effect before and after treatment and after 6 months following-up were observed in the 2 groups. **Results** The phlegm-dampness constitution score of 2 groups of chronic bronchitis after treatment and 6 months was lower ($P<0.05$). The score of phlegm-dampness in the treatment group was lower than that of the control group after 6 months of treatment and followed up ($P<0.05$). In the treatment group, the recurrence rate was 6.67%, the mortality rate was 3.33%, and the total clinical effective rate was 93.33%. In the control group, the recurrence rate was 20%, the mortality rate was 10%, and the total clinical effective rate was 83.33%. The difference of the recurrence rate, death rate and total effective rate between the 2 groups were statistically significant ($P<0.05$), and the clinical effect of the treatment group was better than that of the control group. **Conclusion** Therapy of smoothing qi movement and promoting qi circulation to alleviate middle jiao as well as eliminating dampness and diuresis can effectively improve the phlegm-dampness constitution bias of chronic bronchitis patients, so as to slow down the progress and recurrence of disease.

Keywords: chronic disease; bronchitis; phlegm-dampness constitution; relapse; smoothing qi movement; promoting qi circulation to alleviate middle jiao; eliminating dampness and diuresis

感染是慢性支气管炎发生发展的最重要因素, 每日吸烟数 ≥ 20 支、感染、过敏、接触刺激性气体等属于影响老年慢性支气管炎急性发作的危险因素, 通过日常保健、饮食调护、预防感冒、腹式呼吸、适当休息、坚持锻炼等, 能够尽量避免相关危险因素对患者的影响, 降低急性发作的发生率^[1]。临床依据《中医体质学》^[2]将中医体质分为9种, 2016年1月1日—2016年12月31日, 我们应用宣上畅中渗下法治疗痰湿质慢性支气管炎30例,

并与常规西药治疗30例对照观察, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部60例均为河北省衡水市第二中医医院内科患者, 门诊10例, 住院50例, 随机分为2组。治疗组30例, 男18例, 女12例; 年龄33~60岁, 平均(45.21 $\pm$ 14.34)岁; 病程3~20年, 平均(9.46 $\pm$ 4.84)年; 合并2型糖尿病12例。对照组30例, 男16例, 女14例; 年龄35~60岁, 平均(43.53 $\pm$ 15.44)岁; 病程4~23年, 平均(8.68 $\pm$ 4.14)年; 合并2型糖尿病12例。2组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断参照《内科学》^[3]《呼吸科疑难问题解析》^[4]中慢性支气管炎的诊断标准。中医体质痰

※ 基金项目: 河北省中医药管理局中医药类科研计划课题[No. 2016286]

* 通讯作者: 13930161977@163.com

湿质诊断标准参照《中医体质学》^[2],总体特征:痰湿凝聚,以形体肥胖、腹部肥满、口黏苔腻等痰湿表现为主要特征;形体特征:形体肥胖,腹部肥满松软;常见表现:面部皮肤油脂较多,多汗且黏,胸闷,痰多,口黏腻或甜,喜食肥甘甜黏,苔腻,脉滑;心理特征:性格偏温和、稳重,多善于忍耐;发病倾向:易患消渴、中风、胸痹等病;对外界环境适应能力:对梅雨季节及湿重环境适应能力差。

1.3 纳入标准 符合上述中西医诊断标准及中医体质诊断标准者;年龄30~60岁;知情同意,自愿受试者。

1.4 排除标准 急性心肌梗死;近1个月有手术者;无法控制的心律失常;恶性肿瘤患者;其他疾病导致的咳嗽、咯痰、胸闷、喘息。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 予常规西药治疗。注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠(哈药集团制药总厂,国药准字H19980085)2.0 g,加入0.9%氯化钠注射液100 mL中,每日2次静脉滴注;盐酸左氧氟沙星氯化钠注射液(德州德药制药有限公司,国药准字H20010153)200 mL,每日1次静脉滴注。

1.5.2 治疗组 在对照组治疗基础上,应用宣上畅中渗下法治疗。药物组成:炒苦杏仁6 g,枇杷叶10 g,桔梗6 g,白豆蔻6 g,郁金10 g,厚朴6 g,枳壳6 g,通草6 g,滑石9 g,冬瓜仁18 g,黄芪9 g,党参9 g,麦冬6 g,五味子3 g。气虚明显者,黄芪、党参用量加大至30 g。日1剂,水煎2次取汁500 mL,分早、晚2次服。

1.5.3 疗程 2组均以14 d为1个疗程,治疗1个疗程,治疗后6个月随访。

1.6 观察指标 (1)记录患者临床症状、体征改变,中医舌、苔、脉象改变。(2)观察2组患者治疗前后体质积分变化,痰湿质患者体质积分标准^[2]见表1。

表1 痰湿质患者体质积分标准 (分)

请根据近1年的体验和感觉,回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
①您感到胸闷或腹部胀满吗?	1	2	3	4	5
②您感到身体学生不轻松或不爽快吗?	1	2	3	4	5
③您腹部肥满松软吗?	1	2	3	4	5
④您有面部油脂分泌过多的现象吗?	1	2	3	4	5
⑤您上眼睑比别人肿(仍轻微隆起的现象)吗?	1	2	3	4	5
⑥您嘴里有黏黏的感觉吗?	1	2	3	4	5
⑦您平时痰多,特别是咽喉部总感到有痰堵着吗?	1	2	3	4	5
⑧您舌苔厚腻或有舌苔厚的感觉吗?	1	2	3	4	5
判断结果:□是 □倾向是 □否					

1.7 疗效评定标准 显效:活动时偶有咳嗽,以晨起后咯痰明显,痰易咳出;无胸闷、喘憋,双肺偶可闻及干性啰音;痰湿质体质积分28~50分。有效:活动时偶有咳嗽、咯痰,痰易咳出;气短,无喘憋,双肺偶可

闻及干湿性啰音;痰湿质体质积分53~75分。无效:活动时时有咳嗽,咯痰,痰较易咳出;胸闷,平静状态下无喘憋,双肺偶可闻及干湿性啰音;痰湿质体质积分78~93分。复发:治疗后14 d到3个月期间因受凉、劳累、上呼吸道感染诱发慢性支气管炎急性发作^[3]。以(显效+有效)统计总有效率。

1.8 统计学方法 应用SPSS 19.0统计软件包进行统计学分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用率表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗前后痰湿质评分比较 见表1。

表1 2组痰湿质评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间	痰湿质评分
治疗组	30	治疗前	82.36±4.21
		治疗后	45.77±11.18 [*] △
		随访6个月时	49.56±10.53 [*] △
对照组	30	治疗前	81.55±3.41
		治疗后	69.81±5.82 [*]
		随访6个月时	76.20±4.71 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;治疗后、随访时与对照组比较,[△] $P < 0.05$

由表1可见,2组治疗后、随访6个月时痰湿质评分均较本组治疗前降低($P < 0.05$),且治疗组治疗后、随访6个月时痰湿质评分均低于对照组($P < 0.05$)。

2.2 2组疗效比较 见表2。

表2 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	复发率	死亡率	总有效率
治疗组	30	15(50.00)	13(43.33)	2(6.67)	2(6.67) [*]	1(3.33) [*]	28(93.33) [*]
对照组	30	9(30.00)	16(53.33)	5(16.67)	6(20.00)	3(10.00) [*]	25(83.33)

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$

由表2可见,2组复发率、死亡率、总有效率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗组疗效优于对照组。

3 讨论

痰湿质慢性支气管炎患者,首要目的是用中药及生活方式上改善患者痰湿体质,积极预防慢性支气管炎复发,措施主要有3个方面。

3.1 顺应四时 益气固表 避免感受外邪 慢性支气管炎患者多于冬初季节急性发作或者加重,与气温变化有关。中医养生需顺应四时,春夏养阳,秋冬养阴;春天阳气生发,可多活动,夏天长养万物,适当出汗,阳气得以适度外泄,使阴阳平衡。秋天阳气始收,易感燥邪,易生内燥,需养心宁志。冬天寒冷,阳气藏于内,适当进补,补充阴精。生活方式的改变尤为重要,规律作息,饮食有常,生活有节制,比如夏季多饮温热水,切勿贪凉,过食冷饮。冬季勿过食辛辣肥甘厚腻之物。感受外邪使慢性支气管炎反复发作,病

程较久损伤人体正气出现肺、脾、肾三脏的亏损, 正气亏虚则卫外不固, 不能抗御外邪, 导致本病的反复发作, 病情逐渐发展并加重^[9]。故需补气固表, 调和营卫。正如《素问·刺法论》所说: “正气存内, 邪不可干”。

3.2 禁忌寒凉 健脾温阳 减少痰饮内生 痰湿质慢性支气管炎患者的发病根源在内生痰饮, 病位在肺脾肾, 因肾阳不足则蒸腾气化作用异常, 脾阳不足则腐化水谷异常, 肺阳不足宣降失常, 致痰饮内生。肺为华盖, 居上焦, 为五脏中之至高者, 主气司呼吸、朝百脉、主治水, 其与痰浊生成密切。肺居上焦主表, 肾主下焦主里。因而肺之阳气充沛, 痰浊、瘀血不生, 则能行收敛之令, 则在外之气血, 由表而入里, 归藏于下焦^[9]。故从三焦论治, 寻求《素问·至真要大论》所说: “谨守病机, 各司其属, 有者求之, 无者求之, 盛者责之, 虚者责之, 必先五胜, 疏其血气, 令其调达, 而至和平, 此之谓也”。用宣上、畅中、渗下法以畅通三焦气机, 以辛温芳香之炒杏仁、桔梗、枇杷叶等宣发上焦, 以辛开苦降之豆蔻、郁金、厚朴、枳壳等调中焦枢纽之脾胃升降, 以利水渗湿之通草、滑石、冬瓜仁等淡渗通泻下焦。以黄芪、党参、麦冬、五味子固护津气, 若气虚明显者, 黄芪、党参用量加大至30 g, 配以温阳、通阳类药物。其对痰湿质慢性支气管炎患者的影响已在前期研究中报告^[7]。

3.3 大便通畅 通便豁痰 缓解咳喘程度 慢性支气管炎患者多有便秘情况存在, 保持大便通畅有利于喘息症状的缓解, 肺与大肠相表里, 肺的宣降失常则致大肠传导失司, 糟粕停滞大肠, 肺气肃降正常, 则大肠传导如常, 大便通畅; 若肺失肃降, 津液不能下达, 则大便秘结; 反之, 若大肠实热, 腑气不通或气虚便秘, 也可致肺气不利而咳喘。肺在五行属金, 对应秋天, 金性喜润而恶燥, 肺气壅塞, 脏腑气壅则脘腹胀满; 肠腑不通, 气逆于上则胸闷气喘; 肺为娇脏, 以净为用; 大肠为腑, 以通为和。若痰浊阻肺, 肺气失宣, 可致咳喘胸闷, 此若肠腑不通, 肺气不能下达, 则喘闷更重^[8]。故通便豁痰为治疗喘证的一种方法。

痰湿质慢性支气管炎的4例死亡患者原因分析: (1) 慢性支气管炎急性发作, 慢性阻塞性肺疾病, 慢性肺源性心脏病, 2型糖尿病合并呼吸衰竭、肺性脑病。因痰液阻塞气道窒息死亡。COPD患者存在气道阻塞, 急性加重时分泌物增多、气道痉挛等因素, 致使呼气和(或)换气功能均受到影响, 常易发生呼吸衰竭, 致死的直接原因多是窒息和脑水肿。保持呼吸道通畅是最基本、最重要的治疗措施。方法有: ①昏迷患者需仰卧位、头后仰, 使口张开; ②清除分泌物; ③人工气道^[9]。(2) 慢性支气管炎急性发作, 慢性阻塞性肺疾病, 慢性肺源性心脏病, 2型糖尿病合并胃肠道症状: 腹部下坠感、饮食差, 大便次数增多。因血糖控制不

佳、电解质紊乱、心肺功能衰竭死亡。(3) 慢性支气管炎急性发作, 慢性阻塞性肺疾病, 呼吸衰竭, 肺性脑病合并低蛋白血症, 反复住院, 长期呼吸机辅助呼吸脱机困难, 因呼吸衰竭死亡。(4) 慢性支气管炎急性发作, 慢性阻塞性肺疾病, 慢性肺源性心脏病, 2型糖尿病。因多脏器衰竭死亡。由此反思在临床治疗中: 在收治慢性支气管炎急性发作的重症患者时, 肺性脑病有可能与吸入高浓度氧, 动脉血氧分压升高过快, 呼吸驱动刺激下降, 呼吸抑制二氧化碳潴留有关。治疗应加强呼吸道管理, 保证气道通畅, 低流量吸氧, 给予适量呼吸兴奋剂, 有指征时应用呼吸机辅助呼吸^[10]。及时机械通气, 开放气道。COPD急性加重期患者应用NIPPV可降低PaCO₂, 减轻呼吸困难, 从而降低气管插管和有创呼吸机的使用, 缩短住院天数, 降低患者病死率^[11]。NIPPV需做好误吸的护理: ①指导患者尽量吐出痰液和唾液, 并配合拍背排痰, 必要时应用负压吸引器协助清除分泌物; ②避免通气过程中讲话; ③取半卧位或头高位(30°), 避免饱餐后使用; ④使用鼻罩进食时, 应嘱患者慢慢吞咽, 避免食物误入气管; ⑤使用促进胃动力药, 有利于减少误吸的危险^[12]。注意维持液体和电解质平衡; 注意补充营养, 对不能进食者需经胃肠补充要素饮食或予静脉高营养^[13]。注意低渗血症纠正^[14]。肺心病急性加重期继发血液黏度升高, 其高凝和血栓前状态的首选药物低分子肝素^[15]。注意记录24 h液体出入量、BNP监测、小剂量利尿剂静脉输液时始末应用, 及时识别并治疗伴随疾病及合并症。

通过临床观察, 治疗组与对照组治疗后、随访时痰湿体质评分均较本组治疗前降低, 且治疗组低于对照组治疗后、随访时。治疗组复发(复治)率低于对照组, 死亡率低于对照组, 治疗组临床总有效率优于对照组。说明调理痰湿质能改善患者体质、提高临床疗效。

宣上、畅中、渗下法目的是条畅气机、固护脾胃、温肺益肾、调和体质。在临床诊疗中, 采用三焦辨证, 宣上、畅中、渗下法是一种诊疗思路、思维方法, 实际运用中药物选择上不拘泥于某一个药物, 选用此类药物即可, 用药剂量据患者临床症状、体征改变, 中医舌、苔、脉象改变及体质积分调整在上方基础上波动范围控制在3~9 g, 使患者获益达到最大化。

在常规抗感染、祛痰、改善通气等治疗基础上, 应用宣上畅中渗下法, 改善患者痰湿质偏向, 提高了临床疗效, 也需要我们注意生活方式改变及慢性支气管炎患者急性发作期关于24 h液体出入量、糖皮质激素低剂量吸入性应用、呼吸机改善通气、呼吸兴奋剂的使用、血糖控制等对其复发、死亡的影响。

参考文献

[1]任永环, 仇世钦, 董小硕. 老年慢性支气管炎急性发作诱发因素及日常保

- 健[J].中国继续医学教育,2017,9(7):215-217.
- [2]王琦.中医体质学[M].北京:人民卫生出版社,2005:286-367,304-462.
- [3]陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:60-61.
- [4]辛建保.呼吸科疑难问题解析[M].南京:江苏科学技术出版社,2009:9.
- [5]张珂.慢性阻塞性肺疾病与瘀血关系的理论研究[D].郑州:河南中医学院,2013.
- [6]余磊,唐农,蒋春丽,等.从人体阴阳本体结构谈扶阳派唐农教授治疗血管性痴呆的经验[J].云南中医学院学报,2015,38(2):34-35.
- [7]孙素华,刘青菊,杨洪娟,等.宣上畅中渗下法治疗痰湿质慢性支气管炎临床观察[J].河北中医,2017(9):1306-1310,1315.
- [8]薛西林.肺与大肠相表里的临床应用[J].安徽中医临床杂志,2001,13(3):232.
- [9]薛文西,孟庆革.21例COPD患者急性加重期的死亡原因分析[J].中国现代医生,2008,46(12):84-85.

- [10]李红梅,陈建荣.慢性肺心病合并意识障碍的临床特征[J].实用医学杂志,2006,22(7):817-818.
- [11]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17.
- [12]孙佳.COPD急性加重期患者应用无创正压通气治疗时的不良反应及护理对策[J].护士进修杂志,2009,24(4):303-304.
- [13]牛建旭.COPD急性加重期的综合治疗[J].中国社区医师(医学专业),2010,12(16):45.
- [14]郭欣然,翁育清,谢灿茂.肺心病血栓前状态及抗凝干预疗效分析[J].中国实用内科杂志,2002,22(8):479-480.
- [15]旷英华,戴宏勋.慢性肺心病合并意识障碍42例临床分析[J].中外医疗,2008,27(17):28-28.

(本文编辑:李海燕 本文校对:郝巧玲 收稿日期:2018-05-25)

内服肾炎4号方联合中药保留灌肠 治疗慢性肾功能衰竭的临床观察※

张时文 黄琳 卢伟 吴鹏 刘瑜 吴建欣

(江西省赣州市中医院肾病科,江西 赣州 341000)

摘要:目的 观察内服肾炎4号方联合中药保留灌肠治疗慢性肾功能衰竭的临床疗效。方法 采用随机对照试验方法,选取60例慢性肾功能衰竭患者,随机分为治疗组和对照组各30例,治疗组在基础治疗上内服肾炎4号方联合中药保留灌肠,对照组进行单纯基础治疗。比较2组治疗的总有效率及治疗前后肾功能的变化情况。结果 对照组总有效率66.67%,治疗组总有效率86.67%,2组疗效比较有显著性差异($P<0.01$)。结论 内服肾炎4号方联合中药保留灌肠治疗慢性肾功能衰竭疗效确切,可减轻临床症状,降低血尿素氮、血肌酐,从而推迟透析和肾移植时间。

关键词: 肾炎4号方;中药保留灌肠;慢性肾功能衰竭;水肿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.044

文章编号:1672-2779(2018)-17-0101-03

Clinical Observation on the Combination of Nephritis Prescription No. 4 and Retention Enema with Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Chronic Renal Failure

ZHANG Shiwen, HUANG Lin, LU Wei, WU Peng, LIU Yu, WU Jianxin

(Department of Nephrology, Ganzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of nephritis prescription No. 4 combined with retention enema with traditional Chinese medicine in the treatment of chronic renal failure. **Methods** 60 patients with chronic renal failure were randomly divided into 2 groups, including treatment group and control group. On the foundation treatment, the combination of nephritis prescription No. 4 and retention enema with traditional Chinese medicine was applied in the treatment group, and the simple foundation treatment was applied in the control group. The total effective rate and change of renal function were observed. **Results** The total effective rate of the control group and the treatment group was 66.67% and 86.67%, and the difference on total effective rate between two groups was significant ($P<0.01$). **Conclusion** Taking the combination of nephritis prescription No. 4 and retention enema with traditional Chinese medicine to treat chronic renal failure curative effect is accurate. It can reduce clinical symptoms, reduce blood urea nitrogen and creatinine, thus delaying dialysis and kidney transplantation.

Keywords: nephritis prescription No. 4; retention enema with traditional Chinese medicine; chronic renal failure; edema

慢性肾功能衰竭 (chronic renal failure, CRF) 简称慢性肾衰,为各种慢性肾脏病持续进展的共同结局。它是以代谢产物潴留,水、电解质及酸碱代谢失衡和全身各系统症状为表现的一种临床综合征^[1]。CRF发展到终末期(即尿毒症期),透析和肾移植是维持患者生存的有效治疗手段,但由于治疗费用昂贵和医疗条件所限等原因,并不是所有患者都能够得到及时的救治;同时,尿毒症患者尽管进行长期血液净化治疗,血液透析患者的年死亡率仍然高达5%~20%^[2]。CRF起病缓

慢,病情冗长,全身多系统损害,应属于中医学“水肿”“癃闭”“关格”“溺毒”“虚劳”等范畴。CRF的病机为本虚标实,寒热错杂,笔者根据赣南地区的地理气候及饮食习惯等,认为本病主要病机是脾肾亏虚、湿浊瘀阻,于是自拟肾炎4号方内服并配合中药保留灌肠对CRF患者进行治疗,取得明显效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取60例患者,均为2016年12月—2017年12月在我院肾病科门诊或住院的病例,符合《肾脏病学》^[3]中关于慢性肾功能不全的诊断和分期标准,血

※ 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研项目【No.20161478】

肌酐 (SCr) 在150~707 $\mu\text{mol/L}$ 。其中男32例,女28例;年龄18~65岁;按照随机化原则将患者分为治疗组和对照组各30例,2组患者性别、年龄、病程、症状及肾功能等方面比较均无显著性差异 (P 均 >0.05),具有可比性,见表1。

表1 2组一般资料比较

组别	例数	男 ^①	女 ^①	年龄(岁) ^②	病程(年) ^③	血肌酐 ($\mu\text{mol/L}$) ^④	中医证候 积分(分) ^⑤
治疗组	30	18(60)	12(40)	47.54 $\pm$ 7.02	34.25 $\pm$ 10.02	356.79 $\pm$ 218.45	45.80 $\pm$ 16.36
对照组	30	12(40)	18(60)	49.71 $\pm$ 8.48	36.46 $\pm$ 9.83	419.26 $\pm$ 268.83	46.03 $\pm$ 16.55

注:①2组患者性别经 χ^2 检验, $\chi^2=1.071$, $P=0.300$ ($P>0.05$);②2组患者年龄经 t 检验, $t=1.079$, $P=0.284$ ($P>0.05$);③2组患者病程经 t 检验, $t=0.862$, $P=0.392$ ($P>0.05$);④2组患者血肌酐经 t 检验, $t=0.987$, $P=0.327$ ($P>0.05$);⑤2组患者中医证候积分经 t 检验, $t=0.054$, $P=0.957$ ($P>0.05$)

1.2 诊断标准及纳入标准 中医证候诊断参照《中药新药临床研究指导原则》标准:选取符合CRF辨证分型属于“脾肾气虚、湿浊瘀阻”的患者,主症:倦怠乏力,气短懒言、食少纳呆,腰酸膝软,恶心呕吐,肢体困重,食少纳呆,面色晦暗,腰痛。次症:脘腹胀满,大便不实,口淡不渴,舌淡有齿痕,脉沉细;脘腹胀满,口中黏腻,舌苔厚腻,肌肤甲错,肢体麻木,舌质紫暗或有瘀点瘀斑、脉涩或细涩。具备2个主症以上,或1个主症2个次症。

1.3 排除标准 (1) 已行血液或腹膜透析治疗患者;(2) 存在心脑血管(高血压肾病除外)、内分泌(糖尿病肾病除外)、肝脏、造血系统等严重疾病者;(3) 精神病患者以及孕妇、哺乳期妇女;(4) 对本疗法所用药物过敏者。

1.4 治疗方法 2组均给予低盐低脂优质低蛋白饮食,避免损害肾脏的各种因素,并针对患者的不同情况常规使用药物来控制高血压,控制血糖,纠正贫血、酸碱失衡、水与电解质紊乱及相应对症处理。治疗组加用口服自制肾炎4号方(制大黄10 g,积雪草20 g,黄芪30 g,党参15 g,黄连6 g,苏叶20 g,陈皮10 g,法半夏10 g,茯苓20 g,枳壳10 g,竹茹10 g,补骨脂15 g),每日1剂,共300 mL,分2次内服。同时配合给予我院肾病科灌肠协定方保留灌肠(生大黄30 g,生牡蛎30 g,蒲公英30 g,茜草20 g),每日1剂,取中药药液200 mL,灌肠前嘱患者排空大小便,保持药液温度37~38 $^{\circ}\text{C}$,患者取侧卧位,用一次性输液管插入肛门20~30 cm,将药液缓慢滴入,保留灌肠1~2 h,1次/日。治疗时间为2周。

1.5 观察指标 治疗前及治疗后生命体征、血、尿、粪常规、心、肝、肾功能,中医症状评分,以中医症状评分和肾功能为观察对照的重点。

1.6 疗效评价标准 显效:a中医临床症状、体征明显改善,症状积分减少 $\geq 70\%$;b Ccr增高 $\geq 30\%$;c Scr降低 $\geq 30\%$ 。有效:a中医临床症状、体征均有好转,症状积分减少 $\geq 30\%$;b Ccr增高 $\geq 20\%$;c Scr降低 $\geq$

20%;以上a项必备,b、c具备一项即可判定;稳定:观察症状改善及Scr没有恶化;无效:中医临床症状、体征无改变,甚或加重,症状积分减少 $<30\%$,BUN、Scr无明显改善或较治疗前反而升高。

1.7 统计学方法 采用SPSS 15.0软件作统计学处理,2组疗效比较用 χ^2 检验;治疗后主要生化指标比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

见表2~4。

表2 2组总疗效比较

[例(%)]

组别	例数	显效	有效	稳定	无效	总有效率
治疗组	30	9	11	6	4	26(86.67) [△]
对照组	30	4	4	12	10	20(66.67)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$

表3 2组中医证候总积分比较

(x $\pm$ s,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	45.80 $\pm$ 16.36	17.53 $\pm$ 7.15 ^{△*}
对照组	30	46.03 $\pm$ 16.55	25.77 $\pm$ 11.44 [△]

注:与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$;治疗后与对照组比较,^{*} $P<0.05$

表4 2组血肌酐值比较

(x $\pm$ s, $\mu\text{mol/L}$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	356.79 $\pm$ 218.45	155.98 $\pm$ 63.37 ^{△*}
对照组	30	419.26 $\pm$ 268.83	214.41 $\pm$ 75.4 [△]

注:与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$;治疗后与对照组比较,^{*} $P<0.05$

3 讨论

CRF是多种肾脏疾病慢性迁延的结果,其病机复杂,临床表现多种多样,治疗比较困难,预后较差。对于CRF的治疗,早、中期阶段均予以对症处理,有效保护残存肾功能,积极延缓疾病的慢性进展。晚期阶段国内外均采用透析和肾移植等作为替代疗法,但由于治疗费用昂贵,且具有一定的创伤性,故对于众多的CRF患者来说难以承受。我们查阅诸多历史文献及长期临床实践总结归纳:CRF应属于中医学“水肿”“癃闭”“关格”“溺毒”“虚劳”等范畴。CRF的病机为本虚标实,寒热错杂,笔者根据赣南地区的地理气候及饮食习惯等,认为本病的主要病机是脾肾亏虚、湿浊瘀阻,在长期的临床实践中,总结大量临床医案,并结合现代药理研究,紧扣“脾肾气虚、湿浊瘀阻”的病机之本,我们采取辨证施治,重于本而施于标,我们选用具有健脾益肾、活血泄浊的有效时方——自制肾炎4号方,方中制大黄、积雪草通腑泄浊,凉血解毒,此两药中积雪草和大黄素是国家名老中医、肾病专家王永钧教授用以延缓CRF的经验方“复方积雪草”^[5]的主要成分。研究证实从免疫抑制机理提示积雪草和大黄素通过抑制TNF α 诱导的肾小管上皮细胞C3的过度产生,减轻肾脏局部的免疫反应,从而保护肾功能、延

缓病程的进展^[6]。党参、茯苓益气健脾,助气血生化之源;黄芪补气助阳,更能助气机之开阖,且利于物质代谢的升降出入,具有正本清源之效,且黄芪具有抗过氧化、调节内皮素与一氧化氮的平衡、改善肾小球滤过屏障、改善血小板功能、抗蛋白非酶糖化等作用,并能改善水钠代谢、蛋白质及脂代谢,还能调节免疫系统,影响血液流变学,抑制炎症因子,减少纤维生成等作用^[7]。黄连、苏叶清热化湿,和胃止呕,此两药见于《温热经纬·薛生白湿热病篇》的苏叶黄连汤,为治疗肠胃湿热的经典方剂。枳壳、竹茹开郁清热理气散满,半夏、陈皮和胃降逆,茯苓利水消肿,诸药以辛热散之,以苦泻之,以淡渗利之,疏利脾胃之枢机,分消湿热,使升降和调,则浊毒之物自可剔除。补骨脂有补肾壮阳、补脾健胃之功能,起到扶正固本之作用。因此该方具有健脾益肾、活血泄浊的功效。“清阳出上窍,浊阴出下窍”,因直肠周围血管丰富,直肠黏膜具有很强的吸收功能,而且近年来的研究表明大肠具有半透膜的功能,可以通过弥散和超滤作用清除血液中的中分子物质,从而改善肾功能。中药灌肠方以大黄为主药,药液中大黄结合状态的蒽甙在肠内细菌酶的作用下,还原成蒽酮(或蒽酚)刺激肠黏膜,使肠黏膜充血,毛细血管壁的通透性增加,氮质等分泌到肠腔内,并抑制钠离子从肠腔转运至细胞,使大肠内水分增加,中远段结肠的张力增加,蠕动加快,从而发挥泻下排毒作用,降低了血肌酐、尿素氮,并改善了各项实验指标^[8]。牡蛎,其有效成分80%~90%是碳酸钙、硫酸钙,可中和胃酸,吸附毒素,含大量的Ca²⁺,肠黏

膜吸收后,可升高血钙水平,调节钙磷代谢,且其能增加肠道的渗透压,有利于周围组织向肠道内分泌毒素^[9]。蒲公英清热解毒,加强排毒之功,近年为来研究发现蒲公英的主要有效成分之一——阿魏酸有肾脏保护作用^[10-11]。茜草凉血止血,活血化瘀,与诸药共奏清热泄浊、活血化瘀之功,加强排毒作用。

总之,通过临床观察,应用内服肾炎4号方联合中药保留灌肠治疗CRF效果显著,可减轻临床症状,降低血尿素氮、血肌酐,推迟透析和肾移植时间。该治疗方法简单实用,费用低廉,为CRF患者提供了一种可参考并有效的治疗方法。

参考文献

- [1]陈灏珠,钟南山,陆再英.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:524.
- [2]尹道馨,张东亮,刘文虎.每日透析在维持性血液透析患者中的应用现状[J].中国血液净化,2010,9(4):215-219.
- [3]王海燕.肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1997:1385.
- [4]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:163.
- [5]朱晓玲,王永钧,王军,等.复方积雪草胶囊对肾小球硬化症大鼠肾组织细胞外基质的影响[J].中国中医药科技,2005,12(5):274.
- [6]朱晓玲,王永钧,张华琴,等.积雪草甙合大黄素对TNF α 诱导肾小管上皮细胞C3上调的干预作用[J].中国中医药科技,2010,17(1):32-33.
- [7]肖敏,樊均明.黄芪在肾脏疾病治疗中的作用机制[J].西部医学,2009,21(3):474.
- [8]彭涛,胡昭.中药灌肠在慢性肾衰竭中的治疗作用[J].江西医药,2005,40(3):130-131.
- [9]邱碧波,龙利,金晟,等.灌肠汤辨证治疗慢性肾衰竭临床研究[J].湖北中医杂志,2009,12(31):12.
- [10]阴健,郭力弓.中药现代研究与临床应用[M].北京:学苑出版社,1993:369.
- [11]李喜凤,邱天宝,胡亚楠,等.高效毛细管电泳法测定蒲公英中阿魏酸的含量[J].中国实验方剂学杂志,2010,11(16):7.

(本文编辑:李海燕 本文校对:吴洪皓 收稿日期:2018-05-25)

本刊郑重声明

近期有作者来电反映,有人借我刊名义从事征稿与广告活动,扰乱了正常的投稿秩序,影响了我们《中国中医药现代远程教育》杂志社的声誉。

中国中医药现代远程教育杂志社郑重声明:本刊从未与任何公司或个人签订组稿与广告合作协议,凡冒用我刊名义征稿和广告的中介机构均未获得我刊的任何许可,其工作人员均非我刊的工作人员,与之相关的经济与法律关系与本刊无关。均属违法行为,本刊将依法保留追诉权。

我社唯一投稿邮箱:zgzyycjy@163.com,没有其他征稿邮箱。中国中医药现代远程教育杂志社官方网址: <http://www.zgzyycjy.com> 收费只通过邮寄汇款,地址:北京市复兴门南大街甲2号配楼知医堂101室,邮编:100031,收款单位:中国中医药现代远程教育杂志社。杂志社不通过任何账户和个人卡号收费。请广大作者、读者相互转告,谨防上当。若有不明事宜,请来电垂询。

特此声明。

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

电话咨询:010-57289309 010-57289308

财务部:010-87363190

官网:<http://www.zgzyycjy.com>

中国中医药现代远程教育杂志社
2015年2月10日

真武汤合当归芍药散治疗原发性肾病综合征的临床分析

刘 阳

(长春市人民医院血液肿瘤肾病科, 吉林 长春 130051)

摘要:目的 探讨真武汤合当归芍药散治疗原发性肾病综合征的临床效果。方法 在我院2016年5月—2018年5月收治的原发性肾病综合征患者中随机抽取90例, 平均分为对照组和观察组。对照组患者采用常规西药内服治疗, 观察组在对照组基础上采用真武汤合当归芍药散治疗。对比分析2组患者的临床疗效、24 h尿蛋白定量、血脂、血浆白蛋白、肾功能、血清IL-8、IL-13以及不良反应发生率。结果: 观察组有效率97.78% (44/45), 高于对照组82.22% (37/45); 不良反应发生率13.33% (6/45), 低于对照组33.33% (15/45); 24 h尿蛋白定量、血脂、血浆白蛋白、肾功能、血清IL-8等临床指标改善情况优于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 真武汤合当归芍药散能够有效改善原发性肾病综合征的临床症状, 改善临床指标, 提高治疗效果, 且安全性较高, 值得推广和应用。

关键词: 真武汤; 当归芍药散; 原发性肾病综合征; 肾功能; 血浆白蛋白; 水肿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.045

文章编号:1672-2779(2018)-17-0104-02

Clinical Analysis on Zhenwu Decoction Combined with Danggui Shaoyao Powder in the Treatment of Primary Nephrotic Syndrome

LIU Yang

(Department of Neoplastic Hematologic Nephrology, Changchun People's Hospital, Jilin Province, Changchun 130051, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effect of Zhenwu decoction and Danggui Shaoyao powder in treating primary nephrotic syndrome. **Methods** A total of 90 patients with primary nephrotic syndrome admitted to our hospital from May 2016 to May 2018 were randomly divided into the control group and the observation group. The control group was treated with routine western medicine and the observation group was treated with Zhenwu decoction and Danggui Shaoyao powder on the basis of the control group. The clinical efficacy, 24h urine protein quantitative, blood lipid, plasma albumin, renal function, serum IL-8, IL-13 and the incidence of adverse reactions were compared and analyzed in the two groups. **Results** The effective rate of the observation group (97.78%, 44/45) was greater than that of the control group (82.22%, 37/45), the incidence of adverse reaction (13.33%, 6/45) was lower than that of the control group (33.33%, 15/45). The improvement of 24h urine protein quantitative, blood lipid, plasma albumin, renal function and serum IL-8 was better than the control group, and the difference between the groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Zhenwu decoction and Danggui Shaoyao powder can effectively improve the clinical symptoms of primary nephrotic syndrome, improve clinical indicators and the therapeutic effect, and have high safety. It is worth popularizing and applying.

Keywords: Zhenwu decoction; Danggui Shaoyao powder; primary nephrotic syndrome; renal function; plasma albumin; edema

原发性肾病综合征是由多种因素导致肾小球疾病的一组临床症候群, 主要表现为大量蛋白尿、血浆白蛋白较低、脂血高和水肿等症状, 是常见的肾脏疾病之一^[1]。在原发性肾病综合征治疗中, 主要以服用药物为主, 西药主要为糖皮质激素以及细胞毒药物, 虽然具有一定的疗效, 但不良反应发生率较高, 因此, 采用中药辨证论治逐渐普遍^[2]。本文以我院2016年5月—2018年5月收治的90例原发性肾病综合征患者为研究对象, 观察真武汤合当归芍药散的疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选择我院2016年5月—2018年5月收治的90例原发性肾病综合征患者, 分为对照组和观察组, 每组45例。所有患者经过尿蛋白定量、血脂以及肾功能检测, 符合原发性肾病综合征的诊断标准, 排除药物过敏、精神病、帕金森综合征、认知功能障碍、妊娠及哺乳期患者。对照组男25例, 女20例; 平均年龄为 (33.82±7.43) 岁; 平均病程为 (11.53±3.65) 年。观察组男26例, 女19例; 平均年龄为 (32.17±8.05)

岁; 平均病程为 (12.30±4.10) 年。本研究已获得我院伦理委员会批准, 所有参加研究的患者或其家属均已签署知情同意书。2组患者在年龄、性别、病程等一般资料上无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组: 采用常规西药治疗, 服用1 mg/(kg·d) 醋酸泼尼松片 (浙江仙琚制药股份有限公司, 国药准字H33021207), 剂量以小于或等于60 mg为宜, 于饭前30 min服用。服用8周后, 根据病情发展适量减少剂量。如果患者处于急性期, 根据其实际情况进行抗感染、利尿等处理措施。

观察组: 在对照组基础上, 服用真武汤合当归芍药散。药物配方: 白术10 g, 生姜10 g, 川芎10 g, 当归10 g, 芍药15 g, 制附子20 g, 泽泻20 g, 茯苓30 g。对于水肿较为明显的患者, 加入桂枝10 g, 猪苓15 g; 伴有热象的患者, 泽泻剂量加至30 g, 另外加连翘20 g, 石韦10 g; 对于血瘀明显的患者, 加全蝎10 g, 地龙10 g。加水200 mL煎制, 1次/d, 200 mL/次, 于饭后30 min服用, 8周为1个疗程。

1.3 观察指标 统计2组临床疗效、24 h尿蛋白定量、血

浆白蛋白、血脂、肾功能、血清IL-8、IL-13以及不良反应发生率。临床疗效根据2003年《肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要》制定^[3],分为痊愈、显效、有效和无效4个等级: (1) 痊愈: 临床症状完全消失, 24 h尿蛋白定量有3次以上皆低于0.2 g/d, 血浆白蛋白、甘油三酯、总胆固醇水平基本恢复正常; (2) 显效: 临床症状显著缓解, 24 h尿蛋白定量有3次以上皆低于1.0 g/d, 血浆白蛋白、甘油三酯、总胆固醇水平显著改善; (3) 有效: 临床症状有所缓解, 24 h尿蛋白定量有3次以上皆低于3.0 g/d, 血浆白蛋白、甘油三酯、总胆固醇水平皆有所改善; (4) 无效: 临床症状以及各项临床指标皆无变化。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计学软件处理本研究数据, 计数资料 [n (%)] 采用 χ^2 检验; 计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 采用 t 检验。 $P < 0.05$ 时, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者临床指标比较 治疗前, 统计2组患者的24 h尿蛋白定量、血浆白蛋白、血脂、肾功能、血清IL-8和IL-13, 组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 2组患者的临床指标皆比治疗前有所改善, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组患者的临床指标比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 详情见表1。

表1 2组患者治疗后临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	24 h尿蛋白定量	血浆白蛋白	肾功能	血脂
观察组	45	1.28±0.41	33.68±5.30	5.05±0.95	6.01±2.18
对照组	45	2.56±0.79	27.55±6.07	6.02±0.98	7.98±2.84
χ^2 值		12.963	5.103	4.767	3.691
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000
组别	例数	血清IL-8	血清IL-13		
观察组	45	195.21±59.18	226.72±38.91		
对照组	45	225.54±71.46	200.61±40.17		
χ^2 值		2.193	3.132		
P 值		0.015	0.001		

2.2 2组患者临床比较 对照组有效率 (82.22%) 低于观察组 (97.78%), 差异显著 ($P < 0.05$), 详情见表2。

表2 2组临床效果对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	45	21	10	13	1	44(97.78)
对照组	45	10	16	11	8	37(82.22)
χ^2 值						4.444
P 值						0.035

2.3 2组患者不良反应情况比较 在治疗过程中, 对照组患者有15例出现不良反应 (33.33%), 其中胃痛胃胀有4例, 腹泻2例, 感染3例, 痤疮1例, 失眠1例, 便秘4例; 观察组有6例出现不良反应 (13.33%), 其中胃痛

胃胀有2例, 失眠1例, 感染2例, 便秘1例, 组间差异具有显著性 ($P < 0.05$)。针对不良反应均做出相应的治疗措施, 未影响患者治疗进程。

3 讨论

原发性肾病综合征主要是由于肾小球毛细血管壁通透性增加, 引起蛋白尿、高脂血、水肿、低血浆白蛋白等症状。在原发性肾病综合征的临床症状中, 蛋白尿是最基本的一种病理变化, 其具有一定的肾毒性, 易损伤肾小管间质, 进而导致肾功能的恶化^[4]。在其临床治疗中以激素治疗为主, 其治疗效果显著, 但长期使用容易引起肾上腺皮质功能减退。在中医学上, 肾病综合征在中医中属于“阴水”范畴, 由脾肾阳虚而形成, 由于激素治疗易产生依赖性, 采用中医药联合激素治疗成为目前临床上的主要治疗方向, 在保证激素治疗效果的同时, 通过内服中药降低不良反应的发生率, 保护肾上腺皮质功能, 从而提高原发性肾病综合征的治疗效果^[5]。真武汤具有健脾温阳的功效, 有利于肾功能的改善; 当归芍药散具有化气利水、疏肝健脾的功效, 有利于控制胆固醇和血小板聚集, 因此, 真武汤合当归芍药散集二者之功效, 对原发性肾病综合征具有一定的改善效果。

在本研究中, 通过真武汤中附子、生姜、白术等药物的健脾祛湿、温肾助阳的功效, 加上当归芍药散中当归、芍药等药材的养血和营、疏肝健脾等效果, 原发性肾病综合征改善患者的肾功能, 降低尿蛋白量和血脂, 提高血清蛋白含量, 以促进临床疗效的进一步提高。因此, 研究结果显示, 观察组有效率 (97.78%) 比对照组 (82.22%) 高, 不良反应发生率 (13.33%) 比对照组 (33.33%) 低, 组间有统计学差异 ($P < 0.05$); 在临床指标上, 2组患者治疗后显著比治疗前改善, 且治疗前后差异具有显著性 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组患者的临床指标水平优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明真武汤合当归芍药散对原发性肾病综合征具有良好的治疗效果。

综上所述, 真武汤合当归芍药散在原发性肾病综合征治疗中具有显著的临床效果, 改善临床指标, 降低不良反应的发生率, 值得临床上推广和应用。

参考文献

- [1] 沈军. 加味当归芍药散治疗原发性肾病综合征的临床研究[J]. 中外医学研究, 2014, 12(4): 137-138.
- [2] 常银生. 真武汤治疗原发性肾病综合征的临床疗效[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(21): 199-200.
- [3] 邵颖. 辨证分型治疗原发性肾病综合征随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(2): 65-67.
- [4] 周铂凯, 徐也, 樊熠利, 等. 当归芍药散加减治疗(脾肾两虚型)原发性肾病综合征的临床研究[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(11): 90-91.
- [5] 仇晓燕, 李靖. 中西医结合治疗小儿原发性肾病综合征的系统评价与 Meta 分析[J]. 世界中医药, 2017, 12(6): 1451-1459.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 邢秀丽 收稿日期: 2018-06-01)

丹栀逍遥散治疗广泛性焦虑症(障碍)肝郁化火型 临床研究

施 丹

(本溪市康宁医院中西医结合病房, 辽宁 本溪 117019)

摘要:目的 分析加减丹栀逍遥散治疗肝郁化火型广泛性焦虑症(障碍)的临床效果。方法 选取2017年2月—2018年2月我院收治的80例肝郁化火型广泛性焦虑症(障碍)患者作为此次研究对象,采用随机数字表法将所有患者分为观察组($n=40$)与对照组($n=40$)。对照组予氟哌噻吨美利曲辛治疗,观察组给予丹栀逍遥散加减方治疗。采用汉密顿焦虑评分量表(HAMA)及焦虑自评量表(SAS)评估2组患者治疗前后的焦虑症状改善情况,并根据治疗前后的中医证候评分评估2组患者的临床疗效。结果 2组患者治疗后的HAMA及SAS评分均明显低于治疗前($P<0.05$)。观察组患者治疗后的HAMA及SAS评分均明显低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者的中医证候临床疗效明显优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 加减丹栀逍遥散治疗肝郁化火型广泛性焦虑症(障碍),疗效确切,可有效改善患者的焦虑症状,值得在临床大力推广和使用。

关键词: 丹栀逍遥散; 肝郁化火型; 广泛性焦虑症(障碍); 郁证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.046

文章编号:1672-2779(2018)-17-0106-03

Clinical Study on Danzhi Xiaoyao Powder in the Treatment of Generalized Anxiety (Disorder) of Pathogenic Fire Derived From Stagnation of Liver-qi Type

SHI Dan

(Ward of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Ningkan Hospital, Liaoning Province, Benxi 117019, China)

Abstract: Objective To analyze the clinical effect of Danzhi Xiaoyao powder in the treatment of generalized anxiety (disorder) due to stagnation of liver qi. **Methods** 80 cases of generalized anxiety disorder of pathogenic fire derived from stagnation of liver-qi type treated in our hospital from February 2017 to February 2018 were selected as the clinical research subjects, and all the patients were divided into observation ($n=40$) and control group ($n=40$). The control group was treated with flupenthiazide medrotrixin, while the observation group was given modified Danzhi Xiaoyao powder. The Hamilton Anxiety Scale (HAMA) and the self rating Anxiety Scale (SAS) were used to evaluate the improvement of the anxiety symptoms before and after the treatment of the two groups, and the clinical efficacy of the two groups was evaluated according to the TCM syndrome score before and after the treatment. **Results** The HAMA and SAS scores of the two groups after treatment were significantly lower than those before treatment ($P<0.05$). The HAMA and SAS scores of the observation group were significantly lower than those of the control group after treatment ($P<0.05$). The clinical efficacy of TCM syndrome in the observation group was significantly higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Modified Danzhi Xiaoyao powder is effective in the treatment of generalized anxiety (disorder) due to stagnation of liver qi, which can effectively improve the anxiety symptoms of the patients and is worthy of being popularized and used in clinical practice.

Keywords: Danzhi Xiaoyao powder; pathogenic fire derived from stagnation of liver-qi type; generalized anxiety (disorder); depression

广泛性焦虑症(障碍)是一种以广泛性、持续性焦虑为主要临床特征的神经症性障碍。患者常伴有不同程度的睡眠障碍,同时出现神经衰弱、紧张不安、抑郁烦躁等神经症性症状。随着工作和生活节奏的不断加快,人们的心理压力不断增加,广泛性焦虑症的发病率呈现出逐年上升趋势。有研究表明,丹栀逍遥散加减方治疗广泛性焦虑症(障碍)取得了良好的疗效^[1]。本文就加减丹栀逍遥散治疗肝郁化火型广泛性焦虑症(障碍)的临床效果作进一步分析,具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年2月—2018年2月我院收治的80例肝郁化火型广泛性焦虑症(障碍)患者作为此次临床研究对象,采用随机数字表法将所有患者分为观

察组($n=40$)与对照组($n=40$)。观察组:男性19例,女性21例;年龄20~71岁,平均年龄(33.4 ± 12.8)岁。对照组:男性18例,女性22例;年龄21~72岁,平均年龄(34.3 ± 12.4)岁。2组患者的基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 患者均符合ICD-10精神与行为障碍分类诊断标准;均符合《上海市中医病证诊疗常规》(第2版)中郁证的分型及诊断标准;均伴有口干而苦,烘热汗出,心悸不宁,多梦少寐,心烦易怒,胸闷胁胀,头晕头痛,便秘溲黄,舌红苔黄,脉弦数等临床症状;汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分均 ≥ 14 分。

1.3 排除标准 伴有抑郁症、恐惧症、精神分裂症、强迫症等其他精神障碍引发的焦虑症;高血压、冠心病、甲状腺机能亢进等躯体性疾病造成的继发性

焦虑症；合并严重的心、肝、肾以及血液系统疾病等相关药物禁忌症者或不能配合药物治疗者；抗焦虑药、催眠镇静药、兴奋药等药物戒断引起的焦虑症。

1.4 治疗方法 对照组患者给予氟哌噻吨美利曲辛（黛力新）（生产厂家：丹麦灵北制药有限公司，批准文号：H20130126；规格：0.5 mg×20片）治疗，0.5 mg/次，2次/d，早午各1次，连续治疗4周。

观察组给予丹栀逍遥散加减方治疗，方剂组成为：当归10 g，春柴胡8 g，茯苓15 g，白芍10 g，甘草5 g，焦白术10 g，生栀子10 g，牡丹皮8 g。随症加减用药：便秘较甚者加用枳壳或制大黄、枳实等；胸胁胀满较甚者加用黄芩、黄连、郁金、丹参、陈皮、枳壳、佛手，以理气清火除烦；失眠多梦者加用牡蛎、龙骨、珍珠母、酸枣仁、柏子仁，以宁心安神；口咽干燥者加用麦冬或沙参、天冬，以滋阴生津；汗出较多者加用浮小麦、碧桃干，以敛汗除烦；耳鸣者加用蒺藜、灵磁石。诸药以水煎服，取药汁200 mL，每日1剂，分早晚2次温服，连续治疗4周。

1.5 观察指标 比较2组患者治疗前后的焦虑症状改善情况及临床疗效。患者的焦虑症状改善情况采用汉密尔顿焦虑量表（HAMA）评分及焦虑自评量表（SAS）进行评估。汉密尔顿焦虑评分量表（HAMA）评分标准：总分≥29分，可能为严重焦虑；≥21分，肯定有明显焦虑；≥14分，肯定有焦虑；≥7分，可能有焦虑；<7分，没有焦虑症状，每2周测评1次^[2]。焦虑自评量表（SAS）评估标准：将50分作为界限，SAS分≥50分可判定为焦虑状态，评分越高，表明患者的焦虑情况越严重^[3]。

中医证候积分疗效指数：中医证候积分减分率=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。疗效评级标准：治愈：临床症状、体征完全消失，中医证候积分减分率≥90%；显效：临床症状、体征基本消失，70%≤中医证候积分减分率<90%；有效：临床症状、体征有所好转，30%<中医证候积分减分率<70%；无效：临床症状、体征无明显改善甚至加重，中医证候积分减分率<30%。治疗总有效率=（治愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

1.6 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行数据统计和分析，计量资料数据均用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验；计数资料以（%）表示，作 χ^2 检验， $P < 0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者HAMA、SAS评分比较 2组患者治疗后的HAMA、SAS评分均明显低于治疗前（ $P < 0.05$ ）。观察组患者治疗后的HAMA及SAS评分均明显低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 2组患者HAMA、SAS评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	HAMA评分		SAS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	22.28±2.96	10.23±2.10	66.2±6.5	33.6±4.2
对照组	40	21.67±3.02	16.35±3.46	65.8±6.2	47.1±3.8
t 值		0.912	9.563	0.282	15.075
P 值		0.182	0.000	0.389	0.000

2.2 2组患者中医证候疗效比较 观察组患者的中医证候疗效（95.00%）显著优于对照组（72.50%），差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 2组患者中医证候疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	13(32.50)	11(27.50)	14(35.00)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	8(20.00)	9(22.50)	12(30.00)	11(27.50)	29(72.50)
χ^2 值						7.439
P 值						0.006

3 讨论

广泛性焦虑症（障碍）在中医学属“惊悸”“郁证”“脏躁”“不寐”“百合病”等范畴。《内经》有云：“精神内伤，身必败亡”。广泛性焦虑症（障碍）多是由于禀赋不足，体质虚弱，忧思、郁怒、恐惧等七情伤致使肝气郁结所致，病位主要在肝和心，病机在于气机失调，属本虚标实之证^[4]。焦虑症患者由于肝气长期郁结，失于疏泄可见阳亢动风，临床主要表现为急躁易怒，情绪不宁，周身肌肉跳动，手足颤动等症状。

丹栀逍遥散加减方具有健脾养血，清热疏肝等功效，主治肝郁血虚，内有郁热证^[5]。方中炙甘草具有去痰止咳，补脾益气，缓急止痛的作用；牡丹皮可清热凉血止血；柴胡有解表退热，疏肝解郁，升举阳气的作用；栀子苦寒，具有凉血解毒，清热利湿，泻火除烦的功效；当归具有养血和血的功效；茯苓有健脾宁心，利水渗湿的功效；白芍具有柔肝止痛，养血敛阴，平抑肝阳的作用；白术可燥湿利水，固表止汗，益气健脾；上述诸药合用可发挥清热解毒的效果。本次研究中可知2组患者治疗后的HAMA、SAS评分均明显低于治疗前，且观察组患者治疗后的HAMA及SAS评分均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ），表明丹栀逍遥散加减方治疗广泛性焦虑症（障碍）有利于显著缓解患者焦虑症状。同时可知观察组患者的中医证候疗效（95.00%）显著优于对照组（72.50%）（ $P < 0.05$ ），提示肝郁化火型广泛性焦虑症（障碍）患者采用丹栀逍遥散加减方治疗，疗效显著。

综上所述，丹栀逍遥散加减方治疗肝郁化火型广泛性焦虑症（障碍），可有效缓解患者的焦虑症状，临床疗效显著，值得进一步推广和应用。

参考文献

- [1] 闫金海, 刘跃刚. 丹栀逍遥散加减治疗焦虑症临床观察[J]. 大家健康(学术版), 2013, 7(14):29-30.
- [2] 邓源. 丹栀逍遥散加减治疗焦虑性失眠 52 例[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(3):101-103.
- [3] 李峰. 丹栀逍遥散联合艾司唑仑片治疗失眠伴焦虑抑郁患者疗效观察[J].

内科学, 2016, 11(1):63-65.

- [4] 徐文君, 吴国伟, 徐海蛟, 等. 丹栀逍遥散合酸枣仁汤加减治疗广泛性焦虑症 35 例[J]. 浙江中医杂志, 2017, 52(7):494-494.
- [5] 孙伟岳, 杨优君, 金宏杰. 丹栀逍遥散治疗内科杂病案三则[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(9):694-694.

(本文编辑:李海燕 本文校对:樊旭升 收稿日期:2018-06-01)

中医综合治疗颈肩腰腿痛的临床分析

邹红顺 黄纪栋 彭平娟

(江西省都昌县中医院针灸科, 江西 都昌 332600)

摘要: 目的 研究中医综合方案治疗颈肩腰腿痛患者的临床效果。方法 以随机数字表法将50例颈肩腰腿痛患者分为2组, 分别接受中医针灸治疗(对照组25例)及中医综合方案治疗(观察组25例), 对比2组患者疗效差异。结果 观察组患者治疗有效率为96.0% (24/25) 高于对照组患者76.0% (19/25) ($P < 0.05$)。观察组患者治疗后关节疼痛评分低于对照组患者 ($P < 0.05$)。结论 中医综合方案相较于单纯针灸, 治疗颈肩腰腿痛效果更好, 患者疼痛缓解更为明显, 值得临床推广。

关键词: 中医综合方案; 针灸治疗; 颈肩腰腿痛; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.047

文章编号:1672-2779(2018)-17-0108-02

Clinical Analysis on Traditional Chinese Medicine Comprehensive Therapy in the Treatment of Cervicodynia-Omalgia-Lumbago-Skelalgia

ZOU Hongshun, HUANG Jidong, PENG Pingjuan

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Duchang County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Duchang 332600, China)

Abstract: **Objective** To study the clinical effect of comprehensive traditional Chinese medicine therapy in the treatment of neck and shoulder pain. **Methods** With random number table method, 50 patients with cervicodynia-omalgia-lumbago-skelalgia were divided into two groups, and they accepted the traditional Chinese medicine acupuncture treatment (control group of 25 cases) and the integrated scheme of traditional Chinese medicine treatment (observation group of 25 cases), and the curative effect was compared. **Results** The effective rate of the observation group (96.0%) was higher than that of the control group (76.0%) ($P < 0.05$). After treatment, the pain score of the patients in the observation group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Comparing with simple acupuncture, the comprehensive treatment of traditional Chinese medicine is better in treating the pain of neck and shoulder, and the pain relief is more obvious, which is worthy of clinical promotion.

Keywords: comprehensive plan of traditional Chinese medicine; acupuncture and moxibustion treatment; cervicodynia-omalgia-lumbago-skelalgia; arthromyodynia

颈肩腰腿痛是当前临床较为常见的一种临床变态反应性疾病类型, 患者由于过往上述部位慢性劳损或者无菌炎症引发疼痛症状, 病情严重者甚至会出现颈肩腰腿组织肿胀乃至功能障碍症状, 对其身体健康及生活工作造成不利影响^[1]。传统中医治疗颈肩腰腿痛具有良好效果。本研究将分析中医综合方案及中医针灸治疗该病患者的疗效差异, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究中50例颈肩腰腿痛患者入院时间均为2016年1月—2017年1月, 依据随机数字表法将其分为2组。观察组(25例)患者中男性14例, 女性11例, 年龄45~72岁, 平均(55.1±3.8)岁; 病程1~12年, 平均(4.1±0.7)年。对照组(25例)患者中男性15例, 女性10例, 年龄45~72岁, 平均(55.4±3.6)岁; 病程1~12年, 平均(4.4±0.6)年。本研究经过我院伦理委员会批准, 事前告知患者及其家属, 讲解后签订同意书。2组患者上述临床资料经统计学分析, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组患者接受中医针灸治疗, 针对颈肩痛患者, 医护人员左右交叉取穴, 包括阳溪、合谷、曲池、风池等, 确认患者产生针感后立即出针且不留针, 治疗1次/d; 针对腰痛患者, 医护人员取腰痛穴、臀痛穴, 包括环跳、委中、阳陵泉、肾俞、承扶、解溪等, 确认患者产生针感后立即出针且不留针, 治疗1次/d; 针对膝盖疼痛患者, 医护人员取膝痛穴, 确认患者产生针感后立即出针且不留针, 治疗1次/d。

观察组患者接受中医综合方案治疗, 医护人员在针灸治疗的基础上为患者进行中药辨证治疗。针对劳伤积损引发的气血瘀滞型患者, 以舒筋活血、行气止痛为治疗原则, 患者接受调荣活络饮加减治疗, 配方为当归、川牛膝各15 g, 赤芍12 g, 桂枝、青皮、川芎各10 g, 桃仁、红花、羌活各9 g, 大黄6 g, 有血瘀重者加制乳香、制没药, 有僵硬不适者加五加皮、伸筋草; 针对风寒湿邪、痹阻经络型患者以温经散寒、祛风除湿、通络止痛为治疗原则, 患者接受独活寄生汤加减治疗, 配方为续断、杜仲、威灵仙、五加皮、桑

寄生、牛膝各15 g,独活12 g,防风10 g,羌活、白芍、川芎、肉桂各9 g,有湿重者加苍术、薏苡仁,有寒湿者加苍术、黄柏;针对肝肾亏虚、气血虚弱型患者以补益肝肾、强筋壮骨为治疗原则,患者接受补肾活血汤加减治疗,配方为熟地黄、枸杞子、补骨脂、当归尾各12 g,肉苁蓉10 g,山茱萸、制没药、红花、独活、杜仲各9 g,有偏肾阳虚者加附子、肉桂,偏肾阴虚者加知母、黄柏。上述治疗均持续15 d,每日2次。

1.3 观察指标 (1) 治疗效果^[3]:治愈:患者治疗结束后疼痛症状完全消失,关节功能恢复正常,各部均无活动障碍症状;有效:患者治疗结束后疼痛感偶然出现,关节功能基本正常,活动时稍有障碍;无效:患者治疗结束后仍然存有剧烈疼痛感,关节活动障碍严重;(2) 使用视觉疼痛评分法观察2组患者治疗前后关节疼痛平均程度,评分范围0~10分,得分越高则代表疼痛程度越严重^[3]。

1.4 统计学方法 将本研究数据输入统计学软件SPSS 18.0表格中,分别以 $(\bar{x} \pm s)$ 、(%)表示计量资料、计数资料,并予以 t 检验、 χ^2 检验,如 $P < 0.05$,则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗效果比较 观察组患者治疗有效率(96.0%)明显高于对照组患者(76.0%) ($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
观察组	25	15	9	1	24(96.0)*
对照组	25	9	10	6	19(76.0)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 2组关节疼痛评分比较 观察组患者治疗后关节疼痛评分明显低于对照组患者 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组患者关节疼痛评分对比 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	25	3.6 $\pm$ 0.4	0.8 $\pm$ 0.1*
对照组	25	3.5 $\pm$ 0.5	1.4 $\pm$ 0.6

注:治疗后与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

颈肩腰腿痛患者的发病原因众多,例如软组织急性损伤、软组织慢性劳损、风寒湿因素、过敏性因素、免疫性因素等。以软组织急性损伤为例,人体软组织在受到突然性的外力打击或者重力压迫后,其力的作用超过人体软组织生理范围的牵拉、扭转接受范围,进而导致人体软组织出现损伤症状。同时这种损伤依据人体颈肩腰腿的不同位置,表现出不同的病变位置、疼痛大小以及影响范围,若急性损伤未得到及时处理

和休息则最终发展至慢性迁移性病变,也即持续性的颈肩腰腿痛症状。由于颈肩腰腿痛的病发较为隐蔽,其症状并不典型,大部分疼痛症状均是时有发生、时轻时重,部分疼痛症状甚至会在出现后自行缓解,因此颈肩腰腿痛在患者心目中并不是值得关注的疾病类型,由此也造成大部分颈肩腰腿痛患者错过最佳的治疗时间。然而就颈肩腰腿痛的后期发展以及病变影响来看,当前临床仍然需要加强对颈肩腰腿痛疾病的关注,避免病程迁延造成更加严重的后果。临床研究也证实^[4-5],颈肩腰腿痛病情严重者,其病患处关节面临着关节变形的威胁。

本研究分别给予观察组及对照组患者中医综合方案治疗以及单纯针灸治疗。其中针灸治疗是传统中医治疗颈肩腰腿痛患者最为常见的一种方案,其能够通过对学生特定穴位的针刺治疗,有效达到祛风除湿、活血化瘀、通利关节、温经散寒、疏通脉络、平衡阴阳等多种功效。临床研究也证实,中医针灸治疗颈肩腰腿痛患者效果良好,能有效缓解患者关节疼痛症状。而在中医针灸的治疗基础上,依据患者不同疾病分型给予针对性的中药内服治疗,亦具有良好效果。本研究中患者分型包括气血瘀滞型、痹阻经络型、气血虚弱型三种类型,因此选择三种汤药以分别达到舒筋活血、疏通经络、补益脾肾的治疗效果。临床研究显示^[6-11],中医综合治疗方案相较于常规针灸治疗,能进一步提升患者疼痛关节的活动能力。而本研究观察组患者在治疗效果、疼痛改善上均优于对照组 ($P < 0.05$),说明中医综合方案相较于单纯针灸,治疗颈肩腰腿痛效果更好,患者疼痛缓解更为明显,值得临床推广。

参考文献

- [1]路华杰,杨敏,彭晓艳.中医综合治疗颈肩腰腿痛 49 例[J].河南中医, 2015,35(5):1032-1034.
- [2]余晓军.用综合疗法治疗颈肩腰腿痛的效果研究[J].当代医药论丛, 2016,14(8):23-24.
- [3]夏剑锋.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床效果评价[J].中国社区医师, 2016,32(31):104-105.
- [4]靳发万.平衡针灸治疗颈肩腰腿痛 55 例临床观察[J].中国民族民间医药, 2016,25(10):105-106.
- [5]王静丽.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘(电子版), 2016,16(12):102-103.
- [6]卢建.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛临床疗效观察与分析[J].人人健康, 2016(10):105.
- [7]王静丽.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘, 2016,16(12):102-103.
- [8]路华杰,杨敏,彭晓艳.中医综合治疗颈肩腰腿痛 49 例[J].河南中医, 2015,35(5):1032-1034.
- [9]郑美琼,那涛,樊冰.中药熏洗结合运动手法、针灸理疗对颈肩腰腿痛治疗的临床体会[J].中国社区医师(医学专业), 2013,15(8):190-191.
- [10]范嗣达.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛临床疗效观察[J].双足与保健, 2017,21(6):12-13.
- [11]赵丽娜.颈肩腰腿痛中医针灸综合治疗的临床疗效[J].中医临床研究, 2017(34):30-31.

(本文编辑:李海燕 本文校对:冯 骏 收稿日期:2018-06-05)

清热解郁法治疗反流性食管炎患者睡眠障碍临床研究

周文博 黎明

(新余市中医院内二科, 江西 新余 338000)

摘要:目的 观察清热解郁汤治疗反流性食管炎伴睡眠障碍的临床效果。方法 纳入受试患者86例, 随机分为对照组40例, 观察组46例。对照组按反流性食管炎病常规治疗, 观察组在对照组基础上联合应用清热解郁汤中药汤剂治疗。6周后观察患者反酸次数及程度、睡眠质量, 并记录2组患者治疗有效率, 评估临床疗效。结果 试验组有效率为91.3%, 与对照组(87.5%)比较无明显差异($P>0.05$)。2组反酸次数及程度均较治疗前改善($P<0.05$), 观察组患者改善更加明显($P<0.05$)。但对照组睡眠情况较治疗前无明显改善($P>0.05$), 而观察组患者睡眠情况明显改善($P<0.05$)。结论 清热解郁汤联合兰索拉唑治疗胃食管反流伴睡眠障碍的疗效优于单用兰索拉唑治疗。

关键词: 反流性食管炎; 清热解郁; 睡眠障碍; 胃酸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.048

文章编号:1672-2779(2018)-17-0110-03

Clinical Study on Clearing Away Heat and Relieving Depression Therapy in the Treatment of Sleep Disorders in Patients with Reflux Esophagitis

ZHOU Wenbo, LI Ming

(Department of Internal Medicine, Xinyu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Xinyu 338000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of Qingre Jieyu decoction in treating sleep disorders in patients with reflux esophagitis. **Methods** 86 patients were randomly divided into control group (40 cases) and observation group (46 cases). The control group was treated with reflux esophagitis routine treatment, and the observation group was treated with Qingre Jieyu decoction combined with Chinese herbal decoction on the basis of the control group. After 6 weeks, the frequency and degree of acid reflux and sleep quality were observed, the effective rate of the two groups was recorded, and the clinical effect was evaluated. **Results** The effective rate of the experimental group was 91.3%, which was not significantly different from that of the control group (87.5%) ($P>0.05$). The frequency and degree of acid regurgitation in the two groups were improved comparing with those before treatment ($P<0.05$), and the improvement in the observation group was more significant ($P<0.05$). However, there was no significant improvement in sleep condition in the control group ($P>0.05$), while sleep in the observation group was significantly improved ($P<0.05$). **Conclusion** The efficacy of clearing heat and relieving depression combined with lansoprazole in the treatment of gastroesophageal reflux with sleep disorder is better than that of lansoprazole alone.

Keywords: reflux esophagitis; clearing heat and relieving depression; sleeping disorders; acid regurgitation

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃十二指肠内容物反流至食管引起烧心等症状,以及咽喉、气道等食管邻近的组织损害^[1]。反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)是GERD临床上最常见的一个类型。RE好发于中年人,男女比例无显著差异,但总体发病率低于西方国家。烧心、反酸是RE的主要症状,有时可伴有胸痛、咳嗽。然而近年来研究发现,57%老年RE患者存在不同程度的睡眠障碍(dys-somnia)^[2]。本文旨在探讨清肝解郁法对RE患者由于夜间胃酸反流导致的睡眠障碍的疗效,以期提高其睡眠质量及生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年10月—2016年9月前来我院消化科门诊就诊的反流性食管炎伴有睡眠障碍(RED)的患者86例,其中男38例,女48例。将所有患者随机分为对照组40例,男19例,女21例;年龄(43.1±12.9)岁;病程(5.64±4.22)年。观察组46例,男19例,女25例;年龄(44.6±13.1)岁;病程(5.37±4.28)年。经统计学检验,2组患者在性别、年龄及病程上无显著差别($P>0.05$)。结果见表1。

表1 2组患者性别、年龄、病程比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)	病程(年)
对照组	40	19	21	43.1±12.9	5.64±4.22
观察组	46	19	25	44.6±13.1	5.37±4.28

注:2组患者性别经卡方检验,无统计学差异;年龄及病程经 t 检验,无统计学差异($P>0.05$)

1.2 诊断标准

1.2.1 RE诊断标准 西医诊断标准按照《2014年中国胃食管反流病专家共识意见》^[3]进行诊断后纳入。其中:①对内镜检查显示糜烂性食管炎或非糜烂性食管炎;②无其他原因的烧心、胃部灼热感,胃酸反流等症状;③质子泵抑制剂经验性治疗有效^[4]。

1.2.2 睡眠障碍诊断标准 按照ICSD-3诊断标准^[5]:(1)主诉(满足至少1项):①入睡困难;②睡眠维持困难;③早醒;④不能按时上床睡觉;⑤没有父母或看护者的干预则无法入睡。(2)日间症状(满足至少1项):①疲劳或全身不适;②注意力、注意维持能力或记忆力减退;③学习、工作和/或社交能力下降;④情绪波动或易激惹;⑤日间思睡;⑥行为紊乱(如:多动、冲动、攻击);⑦兴趣、精力减退;⑧容易出错/发生事故;⑨

睡眠过度关注或对睡眠状况不满意。(3) 睡眠问题非单纯为无睡眠条件(无足够时间睡眠)或睡眠环境不合适所致。(4) 睡眠障碍和相关日间症状每周至少发生3次。(5) 睡眠障碍和相关日间症状至少持续3个月。(6) 睡眠问题不能用其他睡眠障碍来更好地解释。

1.3 中医诊断标准 中医辨证属于胆热犯胃证,参照2017年《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见》^[9]关于胆热犯胃证的诊断。主症:①口苦咽干;②烧心。次症:①胁肋胀痛;②胸背痛;③反酸;④嗝气或反食;⑤心烦失眠;⑥易饥。舌脉:①舌红,苔黄腻;②脉弦滑。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 兰索拉唑肠溶片(江苏康缘药业股份有限公司生产,每片30 mg),每日1片,每日1次,早餐前服用。戒烟酒,每餐不宜有饱腹感,睡前2 h禁饮食。共治疗6周。

1.4.2 观察组 给予在对照组基础上联合应用清热解郁汤(枳壳15 g,黄连9 g,姜半夏15 g,茯苓15 g,竹茹12 g,陈皮12 g,苍术15 g,瓦楞子15 g,炒麦芽9 g,郁金9 g)。随症加减:反酸明显者加乌贼骨12 g,浙贝母12 g;胃灼热感明显者加吴茱萸10 g;嗝气明显者加莱菔子10 g;失眠严重者加夜交藤30 g。中药每天1剂,武火煎煮20 min,文火继煮40 min,分2次早晚温服。戒烟酒,每餐不宜有饱腹感,睡前2 h禁饮食。共治疗6周。

1.5 疗效观察

1.5.1 RE症状 按照《反流性疾病问卷》^[7]中反酸发作频率及程度进行计分。

1.5.2 睡眠症状 按照《匹兹堡睡眠指数表》(PQSI)评定患者睡眠质量。主要根据前18个条目,按0~3级计分,累计各维度得分为PQSI总分,总分范围0~21分,PQSI得分>11分提示有睡眠障碍,而且得分越高,说明睡眠质量越差^[8]。

1.6 疗效判定标准 中医症状评分参考2002年版《中药新药临床研究指导原则》^[9]。治愈:主要症状、体征改善率≥70%;显效:主要症状、体征改善率≥50%;有效:主要症状、体征改善率≥30%;无效:主要症状、体征改善率<30%。

1.7 统计学方法 采用SPSS 20统计分析软件进行处理,其中计量资料采用均数±标准差表示,组间比较采用独立样本t检验,同组比较采用配对样本t检验,计数资料比较采用卡方检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率为91.30%,对照组总有效率为87.50%,2组总有效率比较,差异有统计学意义($P>0.05$),结果见表2。

表2 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	2	16	17	5	35(87.50)
观察组	46	4	21	18	3	43(91.30)

2.2 反酸次数及程度变化 治疗前,2组反酸次数及程度比较无明显差异($P>0.05$)。治疗后,2组患者反酸次数及程度分别与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。说明观察组和对照组都能降低反酸次数及程度。而治疗后联用中药的患者症状改善更明显($P<0.05$),提示联合清热解郁汤能够更好地改善反酸次数及程度。结果见表3。

表3 2组患者反酸次数及程度积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	40	7.45±2.31	3.32±1.63*
观察组	46	7.71±2.58	2.66±1.24**

注:本组内治疗前后比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,** $P<0.05$

2.3 睡眠质量变化 治疗前,2组患者均有不同程度的睡眠障碍,2组相比无明显差异($P>0.05$)。而治疗后,观察组患者的睡眠质量较治疗前改善($P<0.05$),而对照组无明显改善($P>0.05$)。说明联合清热解郁汤能改善患者睡眠质量,单用兰索拉唑对睡眠的改善效果不如观察组。结果见表3。

表4 2组患者睡眠积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	40	15.88±4.36	13.95±5.33
观察组	46	16.39±3.93	11.37±5.07**

注:观察组治疗前后比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后相比,** $P<0.05$

3 讨论

RED隶属于中医“反酸”“吞酸”“反胃”范畴,多属于“寒热错杂证”。本病发病率较高,病位在脾胃,与肝密切相关。以反酸、嗝气、嘈杂为主症,常伴痞满、恶心等症状。主要由于脾胃虚弱,肝气乘脾犯胃,热邪内聚而成。故而虚实夹杂,寒热并见。多因劳倦、饮食、久病伤及脾胃,脾气运化失调,清气不升,浊阴不降,胃气反逆,出现嗝气、反酸、烧灼样疼痛等症。胃失和降,浊气上犯,扰动心神,则致失眠,入睡困难。即《素问·逆调论篇》云:“胃不和则卧不安”。而平卧时患者食道下括约肌压力降低,胃酸逆流,也影响了患者睡眠。《灵枢·营卫生会》也说:“营气虚少,而卫气内伐,故昼不精,夜不冥。”脾胃虚弱,水谷精微生成过少,营卫不足,运行缓慢,卫阳昼不出表,夜不入阴,故而睡眠障碍。此外,脾胃的正常运化依赖肝气的疏泄和调节。此外,脾胃的正常运化依赖肝气的疏泄。肝气郁结,横逆犯脾,脾胃气机阻滞,则有脘腹痞满、纳差、腹胀等症;日久化热,热蕴生湿,则出现反酸、烧心;胃气不降,挟热上逆,热扰心神,故眠差,多梦。如《临证备要·吞酸》曰:“胃中泛酸,嘈杂有烧灼感,多因于肝气犯胃”。

西医认为RED是由于多种因素促成的上消化道动力障碍性疾病^[10]。主要机制是食管下括约肌压力降低^[11]、胃和食管解剖结构异常^[12]、食管黏膜屏障功能的损害^[13]、

胃和食管运动障碍^[14],以及生活方式及不良情绪等。然而目前对RE患者睡眠障碍的研究较少,其机制也未完全阐明。此外在治疗上,西医多采用H₂受体阻滞剂、质子泵抑制剂以及促动力药治疗RE,但对睡眠障碍无较好的方法。

笔者通过多年的临床诊治对RED患者有一定治疗经验;认为RED患者多属素体脾胃虚弱,运化失调,肝气乘脾犯胃,而呈现“肝郁胆热”的表现。因此采用清热解郁,疏肝和胃的治法,以期在改善症状的同时,降低患者不良反应,提高生活质量。清热解郁汤以温胆汤为基础方,其中半夏、苍术健脾燥湿;陈皮、枳壳行气健脾,使“气行则湿化”;瓦楞子制酸止痛;竹茹、黄连清热泻火;炒麦芽、郁金疏肝理气。诸药合用共奏清热解郁,疏肝和胃功效。郁热得解,患者反酸烧心症状得以消除,睡眠自然正常。

本研究显示,经过6周的治疗,患者反酸次数及程度都有了明显改善,提示兰索拉唑与中药都能够减轻RED患者的临床症状。清热解郁汤治疗RED患者伴有睡眠障碍有效率可达90%左右,与兰索拉唑无明显差异。但在改善患者睡眠方面,联合应用本方后疗效显著优于单用兰索拉唑。说明中医以整体观念为指导,对患者进行整体的治疗,在治疗原发病的同时,能改

善相关症状,提高患者的生活质量,也体现了中医中药辨证论治、随症加减的优势。

参考文献

- [1]葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:357.
- [2]李军,朱宇欣,彭超英.老年反流性食管炎患者心理健康状况评估和影响因素分析[J].中国康复理论与实践,2006,12(8):723-724.
- [3]中华医学会消化病学分会.2014年中国胃食管反流病专家共识意见[J].中华消化杂志,2014,10(24):649-661.
- [4]朱凤尚,陈锡美,王志荣,等.埃索美拉唑对胃食管反流病患者症状和生活质量的影响[J].世界华人消化杂志,2008,16(5):49-51.
- [5]张永华.睡眠障碍诊断标准及治疗指南的解读[A].中医对睡眠疾病的机理探讨和辨证论治新进展[C].中国睡眠研究会中医睡眠医学专业委员会,2015:72-73.
- [6]中华中医药学会脾胃病分会.胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(5):321-326.
- [7]许国铭.反流性疾病问卷在胃食管反流病诊断中的价值[J].中华消化杂志,2003,23(11):651-654.
- [8]李鹏,张妍,冯瑶,等.睡眠质量与产后抑郁状态的相关性研究[J].中国妇幼保健,2016,31(7):1369-1372.
- [9]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:124-129.
- [10]宫玮,王乐.胃食管反流病之反酸的中医古籍文献研究[D].北京:北京中医药大学,2013.
- [11]王菊莉,李晓伟.胃食管返流[J].中国乡村医生杂志,1998(3):13-14.
- [12]张澍田.胃食管反流病的发病机制[J].北京中医药,2008,27(3):165-166.
- [13]陈灏珠,林果为.实用内科学[M].13版.北京:人民卫生出版社,2009:1963.
- [14]王虹,高建萍,周磊,等.食管体部动力异常在胃食管反流病中的作用[J].胃肠病学,2004,9(1):13-16.

(本文编辑:李海燕 本文校对:金连宁 收稿日期:2018-05-29)

抗衰调经汤治疗卵巢早衰性月经过少 40 例

黄日亮

(江西省抚州市乐安县中医院妇科,江西 抚州 344300)

摘要:目的 研究卵巢早衰性月经过少应用抗衰调经汤治疗的临床疗效。方法 从2015年3月—2017年4月于我院接受治疗的卵巢早衰性月经过少患者中随机选取79例作为本次调查研究的对象,并依据治疗方法差异分为参照组39例与观察组40例。参照组予以西医人工周期治疗,观察组同时加用抗衰调经汤治疗。对2组的临床疗效进行对比分析。结果 经过治疗后,观察组患者的FSH、E₂、LH等激素水平、子宫内膜厚度、窦卵泡数以及卵巢体积恢复情况均优于参照组,且各项指标值差异均具有统计学意义($P<0.05$)。结论 卵巢早衰性月经过少患者应用抗衰调经汤治疗的疗效更优,更具推广价值。

关键词:抗衰调经汤;卵巢早衰;月经过少

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.049

文章编号:1672-2779(2018)-17-0112-03

Kangshuai Tiaojing Decoction in Treating Hypomenorrhea of Premature Ovarian Failure for 40 Cases

HUANG Riliang

(Department of Gynecology, Lean County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Fuzhou 344300, China)

Abstract: Objective To study the clinical curative effect of Kangshuai Tiaojing decoction in treating hypomenorrhea of premature ovarian failure. Methods During March 2015 and April 2017, 79 patients with premature ovarian failure were randomly selected as the objects of this investigation. According to the difference of treatment, they were divided into control group of 39 cases and observation group of 40 cases. The control group used Western medicine artificial cycle therapy, while the observation group was also given Kangshuai Tiaojing decoction. The clinical efficacy of the two groups was compared and analyzed. Results After treatment, the levels of FSH, E₂ and LH and endometrial thickness, the number of ovarian follicles and the volume of ovarian volume in the observation group were all better than those in the control group, and the difference in each index was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion The curative effect of Kangshuai Tiaojing decoction in treating hypomenorrhea of premature ovarian failure has better effect, in the treatment of the patients with too little better and more promotion value.

Keywords: Kangshuai Tiaojing decoction; premature ovarian failure; hypomenorrhea

月经量少指的是月经周期正常,但是行经时间少于2天,并且月经量明显减少。引起月经量少的病因

繁多,子宫因素、卵巢因素以及长期服用均是引起月经量少的相关因素。而卵巢早衰是妇科常见病的一种,

主要是指40岁以前出现月经稀少、闭经甚至不孕症状的妇女,同时可伴有高促性腺激素以及低雌激素等特征,对女性健康可产生较大影响^[1]。为此,本文主要对卵巢早衰性月经经过少应用抗衰调经汤治疗的疗效实施分析,并将结果作如下阐述。

1 资料与方法

1.1 一般资料 入选本次调查研究的对象均为2015年3月—2017年4月于我院接受治疗的卵巢早衰性月经经过少患者,从中随机选取79例,依据治疗方法差异分为参照组39例与观察组40例。参照组患者年龄27~36岁,平均年龄(31.5±1.5)岁,病程6~31个月,平均病程(18.5±4.2)个月;观察组患者年龄28~35岁,平均年龄(31.5±1.2)岁,病程7~30个月,平均病程(18.5±3.8)个月。上述2组一般资料差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 参照组:予以倍美力(生产厂家:新疆新姿源生物制药有限责任公司,批准文号:H20090170,规格:0.45 mg×28片/盒)0.3~0.625 mg/d,共持续服用25 d,在用药后10 d加用安宫黄体酮(生产厂家:浙江仙琚制药股份有限公司,批准文号:H33020715,规格:2 mg×100片/盒)4~8 mg/d。此为1个疗程结束,于下次月经来潮5 d,再次重复用药。

观察组:在上述治疗基础上加用抗衰调经汤。基本组方为:山药20 g,熟地黄20 g,旱莲草15 g,何首乌15 g,紫河车15 g,女贞子12 g,牡丹皮12 g,赤芍12 g,红花6 g,桃仁6 g,甘草6 g。每日1剂,水煎服,分2次服用,早晚各1次。1个疗程20 d,间隔10 d后,继续下一疗程治疗。2组均连续用药治疗3个疗程。

1.3 观察指标 对比观察2组治疗前后的激素水平及B超检查指标。激素指标主要有FSH、E₂以及LH;B超主要检查指标为子宫内膜厚度、窦卵泡数以及卵巢体积。

1.4 统计学方法 通过SPSS 21.0统计学软件对收集的数据实施分析处理,利用 n (%)表示计数资料, ($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,分别采用 χ^2 检验、 t 检验。若 $P<0.05$,则表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组FSH、E₂以及LH激素水平比较 观察组各项激素水平改善情况远优于参照组,且各项指标差异均具有统计学意义($P<0.05$),如表1所示。

表1 2组治疗前后FSH、E₂以及LH激素水平变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FSH(U/L)		LH(U/L)		E ₂ (pmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	39	48.92±1.64	15.42±4.03	41.31±4.26	18.26±1.77	55.46±5.41	97.49±1.64
观察组	40	49.14±1.87	12.46±3.17	42.17±3.52	15.32±2.06	56.13±1.07	101.52±2.18
t 值		0.555	3.634	0.979	6.796	0.768	9.267
P 值		0.580	0.001	0.331	0.001	0.445	0.001

2.2 2组治疗前后B超指标水平比较 观察组的子宫内膜厚度、窦卵泡数以及卵巢体积改善情况均优于参照组,且差异具有统计学意义($P<0.05$),详见表2。

表2 2组治疗前后B超指标水平变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	子宫内膜厚度(mm)		卵巢体积(cm ³)		窦卵泡数(个)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	39	3.43±1.25	7.35±1.26	2.53±0.43	3.62±0.22	1.48±0.35	2.24±0.53
观察组	40	3.37±1.13	8.46±2.02	2.47±0.36	3.92±0.41	1.52±0.26	2.73±0.62
t 值		0.224	2.922	0.673	4.037	0.578	3.771
P 值		0.823	0.005	0.503	0.001	0.565	0.001

3 讨论

卵巢早衰性月经量过少,常见于临床的妇科疾病。正常妇女在45~55岁左右,卵巢开始出现衰退现象,但是在多种因素的影响下,使妇女早于40岁就发生卵巢早衰。并且由于卵巢早衰,患者的促性腺素无法做出正常反应,导致体内的雌激素及高促性腺素水平处于异常状态^[2]。不仅可导致女性月经量少,甚至可造成不孕症。所以卵巢早衰也成为了当前解决生殖健康的一个难点问题。

采取雌孕激素代替治疗,可以对卵巢分泌激素进行模拟,增高能够对子宫发育发挥促进作用,能够使子宫内膜厚度增加,改善子宫发育,对子宫肌肉萎缩发挥良好的预防作用。但是不会对卵巢功能发挥改善作用,所以在停药后很容易发生疾病复发^[3]。中医学认为卵巢早衰性月经经过少为血枯、闭经、月经先后不定范畴^[4]。传统中医认为亡其津液为此病的病机,而现代中医学家认为治病机制为精气亏虚、血海不盈,所以治疗卵巢早衰性月经经过少主要方法是活血化瘀、理气疏肝、补肾填精以及健脾养血^[5]。抗衰调经汤的基本组方为山药、熟地黄、旱莲草、何首乌、紫河车、女贞子、丹皮、赤芍、红花、桃仁、甘草。组方中的山药具有健脾益胃、滋肾益精的功效^[6];熟地黄具有益精填髓、滋阴补血的功效;旱莲草具有补肾益肝的功效;紫河车、何首乌均具有养血、补肝益肾、补气益精的功效;女贞子具有滋补肝肾的功效;丹皮具有活血散瘀的功效^[8];赤芍具有活血祛瘀、归肝脾经的功效;红花具有活血通经、散瘀止痛的功效;桃仁具有破血行瘀、增加血运的功效^[10];甘草具有补气益中、调和药效的功效;上述诸药合用,可共奏补血填精、理气疏肝、补肾健脾的功效^[11]。从本次研究结果中可发现,观察组患者血清中的FSH、E₂以及LH激素水平改善情况以及子宫内膜厚度、窦卵泡数以及卵巢体积的改善情况均要远优于参照组,由此说明抗衰调经汤可使机体内分泌得到良好改善,促进卵泡成熟。

综上所述,针对卵巢早衰性月经经过少采用抗衰调经汤治疗的疗效确切,效果优良,临床推广应用价值较高。

参考文献

- [1]朱春仁,张烨.抗衰调经汤治疗卵巢早衰性月经经过少 32 例总结[J].湖南中医杂志,2015,31(3):68-70.
- [2]苏肖京.雌孕激素替代联合中药调经抗衰汤治疗卵巢早衰的疗效及其副作用观察[J].中国实用医药,2017,12(16):145-146.
- [3]谢静,应丹萍,韩兰香,等.自拟补肾调经汤治疗肾虚型月经经过少 45 例临床观察[J].中国民族民间医药,2015,24(4):53-54.
- [4]郑小平.补肾活血调经汤治疗 40 例多囊卵巢综合征的效果观察[J].中华

- 全科医学, 2016, 14(2):307-308.
- [5] Donnez J, Hudecek R, Donnez O, et al. Efficacy and safety of repeated use of ulipristal acetate in uterine fibroids[J]. Fertility & Sterility, 2015, 103(2):519-527.
- [6] 王晓红. 抗衰复巢汤与激素补充疗法结合治疗卵巢早衰的临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(20):134-136.
- [7] 杨连杰. 激素替代疗法联合中药补肾调经治疗卵巢早衰疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(23):2547-2549.
- [8] 李白云. 艾灸联合归肾活血调经汤治疗中年妇女月经过少 49 例疗效观察[J]. 河北中医, 2015, 37(9):1386-1387.
- [9] 郭羽. 中西医结合治疗卵巢早衰的疗效及安全性分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(13):94-95.
- [10] 柴丽宏, 李燕, 任蕊蕊. 补元汤治疗肾虚型卵巢早衰的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2015, 23(8):38-39.
- [11] 滕秀香, 姚海洋. 益肾疏肝汤治疗卵巢早衰肾虚肝郁证小样本前瞻性临床研究[J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45(11):104-106.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:潘富荣 收稿日期:2018-05-11)

混合痔术后应用复方荆芥熏洗剂的临床观察

刘良东

(安徽医科大学附属巢湖医院中医痔瘡科, 安徽 巢湖 238000)

摘要: 目的 观察混合痔术后复方荆芥熏洗剂应用的临床疗效。方法 将58例行混合痔外剥内扎术的患者随机分为2组。对照组30例, 术后给予高锰酸钾溶液坐浴治疗; 研究组28例, 术后在对照组基础上, 给予复方荆芥熏洗剂熏洗治疗。治疗结束后观察2组术后第1天、4天、7天肛门疼痛、肛缘水肿、创面肉芽生长情况。结果 2组术后第1天肛门疼痛、肛缘水肿、创面肉芽生长情况差异无显著性 ($P > 0.05$); 2组术后第4、7天肛门疼痛、肛缘水肿、创面肉芽生长情况差异有显著性 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论 混合痔术后复方荆芥熏洗剂的应用具有减轻疼痛、减少水肿、促进肉芽组织生长的作用。

关键词: 混合痔术后; 复方荆芥熏洗剂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.050

文章编号:1672-2779(2018)-17-0114-02

Clinical Observation on the Application of Compound Herba Schizonepetae Fumigation Lotion for Postoperative Mixed Hemorrhoids

LIU Liangdong

(Department of Hemorrhoids and Fistula of Traditional Chinese Medicine, Chaohu Hospital Affiliated to Anhui Medical University, Anhui Province, Chaohu 238000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical curative effect of compound Herba schizonepetae fumigation lotion on mixed hemorrhoid surgery. **Methods** 58 cases of mixed hemorrhoids were randomly divided into 2 groups. The control group of 30 cases was treated with Potassium Permanganate solution bath treatment. 28 cases in the study group applied compound Herba schizonepetae fumigation lotion treatment after surgery based on the control group based on the given. After treatment, the anus pain, anal edge edema and the growth of granulation in the two groups were observed on the first day, 4 days and 7 days after operation. **Results** There was no significant difference in anal pain, anal border edema and granulation growth on the first day after operation between the 2 groups ($P > 0.05$). There was significant difference in anal pain, anal border edema and granulation growth on the fourth, seventh day after operation in the 2 groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** The application of mixed hemorrhoid lotion with compound Schizonepeta can relieve pain, reduce edema, and promote granulation tissue growth.

Keywords: postoperative mixed hemorrhoids; compound Herba schizonepetae fumigation lotion

痔为肛肠外科的常见病、多发病, 俗话说“十人九痔”, 可见其发病率之高, 不但给患者带来一定的经济负担, 而且影响人们正常工作和生活。手术治疗是目前比较常见的、疗效显著的一种方法, 但术后不可避免地发生出血、疼痛、肛缘水肿、伤口延迟愈合等并发症, 严重影响患者术后的生活质量。因此, 术后缓解疼痛、减轻水肿、加速伤口愈合尤为重要。中药熏洗是中医常见的外治法, 对混合痔术后并发症疗效显著。本研究采用复方荆芥熏洗剂配合熏蒸机治疗混合痔术后患者, 观察其临床疗效, 并探讨其可能机制, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究收集安徽医科大学附属巢湖医院2017年10月—2017年12月中医痔瘡科收治住院并行手术治疗的混合痔患者58例。依据随机对照原则分为研究组和对照组。研究组28例, 其中男性14例, 女性14例; 年龄21~65岁, 平均 (45.82±12.80) 岁。对照组30例, 其中男14例, 女16例; 年龄12~69岁, 平均 (47.00±13.06) 岁。2组性别、年龄比较, 无明显差异 ($P > 0.05$)。见表1。

表1 2组一般资料比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)	平均年龄(岁)
对照组	30	14	16	22~69	47.00±13.06
研究组	28	14	14	21~65	45.82±12.80
P值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 诊断标准 参照2006年版《痔临床诊治指南》^[1]。

1.3 纳入标准 (1) 符合混合痔疾病诊断标准; (2) 无心、脑、肺、肾等重要器官严重疾病者; (3) 无血液系统疾病者。

1.4 剔除标准 (1) 不符合上述混合痔诊断标准; (2) 合并心、脑、肺、肾等重要器官严重疾病; (3) 合并血液系统疾病; (4) 合并肛周其他疾病 (肛裂、肛瘘、肛周脓肿等) 者; (5) 合并直肠恶性肿瘤者; (6) 伴有其他脏器功能不全或障碍者, 无法正规接受本方案治疗和系统观察; (7) 拒绝中医药治疗或不按时用药者, 病例不全者; (8) 对中药过敏不能耐受者或其他原因中途中断治疗者。

1.5 治疗方法 2组患者均行混合痔外剥内扎术; 术后予抗

感染、换药等常规治疗。对照组：术后第1天予以1:5000高锰酸钾溶液坐浴治疗。研究组：在对照组基础上，术后第1天予复方荆芥熏洗剂[国药准字Z37021090，药物组成：荆芥、防风、川乌（生）、草乌（生）、透骨草、蛤蟆草、苦参组成，由荣昌制药（淄博）有限公司生产，每包10g（相当于原药材28g）熏洗，利用郑州科瑞医疗器械贸易有限公司：熏蒸治疗机，每日2次。

1.6 观察指标 分别观察2组术后第1天、4天、7天肛门疼痛、肛缘水肿、创面肉芽生长情况。疼痛：采用视觉模拟评分法（VAS）^[2]进行评分（0分：无痛；<3分：轻度疼痛；4~6分：中度疼痛，尚能忍受；7~10分：重度疼痛，疼痛难忍）。水肿：0分：创面边缘光滑无水肿；1分：创面周围稍隆起，皮纹存在；2分：创面周围组织中度隆起，皮纹不明显；3分：局部组织重度隆起，皮肤发亮，皮纹消失^[3]。肉芽：0分：肉芽红润，质地坚实；1分：肉芽色泽苍白；2分：肉芽色泽发白或有炎性肉芽；3分：肉芽暗红、糜烂或坏死^[3]。

1.7 统计学方法 应用SPSS 17.0统计软件进行数据分析，计量资料应用 t 检验，用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示；计数资料应用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 认为有显著性差异。

2 结果

2.1 2组术后疼痛评分比较 术后第1天2组比较，差异无显著性（ $P > 0.05$ ）；术后第4天2组比较，差异有显著性（ $P < 0.05$ ），术后第7天2组比较，差异有显著性（ $P < 0.01$ ）。见表2。

表2 2组术后疼痛评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	术后第1天	术后第4天	术后第7天
对照组	30	4.97±1.56	2.93±1.64	1.23±0.97
研究组	28	5.18±1.57	2.04±1.45 [▲]	0.57±0.84 ^{▲▲}

注：与对照组比较，[▲] $P < 0.05$ ，^{▲▲} $P < 0.01$

2.2 2组术后水肿评分比较 术第1天2组比较，差异无显著性（ $P > 0.05$ ）；术后第4、7天2组比较，差异有显著性（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 2组术后水肿评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	术后第1天	术后第4天	术后第7天
对照组	30	1.93±0.79	1.37±0.62	0.87±0.68
研究组	28	1.96±0.69	1.00±0.61 [▲]	0.50±0.58 [▲]

注：与对照组比较，[▲] $P < 0.05$

2.3 2组术后肉芽生长情况评分比较 术第1天2组比较，差异无显著性（ $P > 0.05$ ）；术后第4、7天2组比较，差异有显著性（ $P < 0.05$ ）。见表4。

表4 2组术后肉芽生长情况评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	术后第1天	术后第4天	术后第7天
对照组	30	1.23±0.68	0.97±0.61	0.63±0.49
研究组	28	1.36±0.68	0.61±0.63 [▲]	0.32±0.48 [▲]

注：与对照组比较，[▲] $P < 0.05$

3 讨论

由于肛周神经分布广泛，齿线下组织由脊神经支

配，称为痛觉敏感区，术后疼痛刺激可引起肛门括约肌痉挛，导致肛门局部血液循环障碍，使局部组织缺血缺氧，从而加重疼痛^[4]。中医学认为由于手术直接损伤肛周经络及血脉，引起局部经脉阻滞，气血凝聚，湿热下注形成水肿，气血运行不畅，瘀滞不通，经脉失于濡养，而表现为不通则痛、不荣则痛^[5-6]。术后疼痛，临床上一般以止痛药对症治疗，但其不良反应往往较大^[7]。中医外治熏洗疗法历史悠久，根据术后湿热、瘀血为病因，以清热祛风除湿、活血化瘀止痛为治法。中药熏洗可使药物直接作用与患处，通过热力和药物的共同作用，使得局部毛细血管扩张，促进血液运行，改善血液循环，同时缓解肛内括约肌痉挛，降低肛管静息压，改善肛周静脉及淋巴液回流的障碍，从而降低痛觉神经兴奋性、肌张力及血管的通透性^[8]，起到消肿止痛的效果。

本方由荆芥、防风、川乌（生）、草乌（生）、透骨草、蛤蟆草、苦参组成，全方共奏祛风燥湿、消肿止痛之功。现代药理学研究表明荆芥含有多种挥发油，具有抗炎减轻肿胀的作用^[9]。防风中的主要活性成分包括色原酮、香豆素、挥发油等，主要作用集中在解热、镇痛和抗炎等方面^[10]。川乌、草乌具有较强的抗炎、镇痛及减轻肿胀的作用，且无耐受性、成瘾性^[11-12]。张小超等^[13]通过实验，多项结果表明苦参药物具备镇痛、抗菌、缓解炎症反应及减弱毛细血管通透性的功能。

本研究表明，复方荆芥熏洗剂不仅能够缓解术后水肿，减轻疼痛；而且具有促进肉芽组织生长，从而加速伤口愈合，缩短治疗时间。

参考文献

- [1]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组，中华中医药学会肛肠病专业委员会，中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006版)[J].中华胃肠外科杂志，2006，9(5):461-463.
- [2]Langley GB,Sheppard H.Problems associated with pain measurement in arthritis:comparison of the visual analogue and verbal rating scales[J].Clin Exp Rheumatol,1984,2(3):231-234.
- [3]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准·中医肛肠病诊疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1995:126.
- [4]王作端,罗鹏.长效止痛剂应用于肛肠病术后止痛300例临床观察[J].云南中医中药杂志,2007,28(1):11.
- [5]严丽,赵军超,周金凤.耳穴贴压缓解混合痔术后疼痛的效果观察[J].护理与康复,2012,11(2):185-186.
- [6]潘梅英,刘春强,罗艳,等.混合痔术后应用中药熏洗治疗方法的研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(28):22-23.
- [7]方芳,戴秋安,陈升恺,等.磁珠贴压耳穴在混合痔术后疼痛中的应用[J].西部中医药,2012(7):89-91.
- [8]王亚儒,李超敏.金玄痔科熏洗散治疗混合痔术后并发症疗效观察[J].河北医药,2011,33(22):3496.
- [9]王凤,温桃群,桑文涛,等.荆芥挥发油化学成分及药理作用研究现状[J].中南药学,2017,15(3):312-318.
- [10]刘双利,姜程曦,赵岩,等.防风化学成分及其药理作用研究进展[J].中草药,2017,48(10):2146-2152.
- [11]张轩,周斌,路慧丽.草乌甲素的药理作用机制及临床应用研究进展[J].慢性病学杂志,2016,17(11):1210-1213.
- [12]张云丽,吴永佩,刘丽婷.乌头类中药炮制配伍减毒增效的研究进展[J].中国医药指南,2017,15(32):10-11.
- [13]张小超,申莹,陈鹏,等.苦参胶囊抗炎镇痛作用研究[J].昆明医科大学学报,2013,34(2):4-10.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李晓博 收稿日期:2018-05-25)

逍遥散加生物反馈 对慢性功能性便秘伴焦虑抑郁的临床观察※

刘经州¹ 刘宝林^{1*} 高英杰¹ 杨红群² 贾国璞¹ 谢双喜¹ 宋春侠¹

(1 承德医学院附属医院肛肠科, 河北 承德 067000; 2 承德市妇幼保健院产科, 河北 承德 067000)

摘要:目的 观察逍遥散加生物反馈对慢性功能性便秘伴焦虑抑郁患者的疗效。方法 选取2015年1月—2017年12月承德医学院附属医院肛肠科门诊就诊的慢性功能性便秘伴焦虑抑郁患者90例, 随机分为观察组(口服逍遥散+生物反馈治疗)与对照组(口服黛力新+生物反馈治疗), 观察2组治疗后的排便情况和焦虑抑郁改善情况。结果 治疗后, 观察组的排便改善情况优于对照组 ($P<0.05$), 观察组焦虑抑郁的改善情况亦优于对照组 ($P<0.05$)。结论 逍遥散加生物反馈治疗慢性功能性便秘伴焦虑抑郁患者效果满意, 能够有效缓解患者临床症状。

关键词: 逍遥散; 生物反馈; 焦虑; 抑郁; 功能性便秘

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.051

文章编号:1672-2779(2018)-17-0116-03

Clinical Observation on Xiaoyao Powder Combined with Biofeedback on Chronic Functional Constipation with Anxiety-depression

LIU Jingzhou¹, LIU Baolin¹, GAO Yingjie¹, YNAG Hongqun², JIA Guopu¹, XIE Shuangxi¹, SONG Chunxia¹

(1. Proctology Department, the Affiliated Hospital of Chengde Medical College, Hebei Province, Chengde 067000, China;

2. Chengde Maternal and Child Health Hospital, Hebei Province, Chengde 067000, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of Xiaoyao powder and biofeedback on chronic functional constipation with anxiety and depression. **Methods** A total of 90 chronic functional constipation patients with anxiety and depression attending the anorectal clinic of the Affiliated Hospital of Chengde Medical College from January 2015 to December 2017 were randomly divided into the observation group (oral Xiaoyao powder and biofeedback treatment) and the control group (oral administration of Deanxit and biofeedback treatment). The defecation situation and the improvement of anxiety and depression after treatment in both groups were observed. **Results** After treatment, the defecation improvement in the observation group was better than that in the control group ($P<0.05$), and the anxiety and depression improvement in the observation group was also better than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Xiaoyao powder and biofeedback has satisfactory results in patients with chronic functional constipation and anxiety and depression, and can effectively relieve the clinical symptoms of patients.

Keywords: Xiaoyao powder; biofeedback; anxiety; depression; functional constipation

临床工作中我们发现, 便秘患者越来越多, 治疗难度越来越大, 慢性功能性便秘 (chronic function constipation, CFC) 作为其中重要的一种类型, 如今也越来越受到重视, CFC是指无明显器质性病变而以功能性改变为特征的排便障碍, 表现为大便量减少, 变硬, 排出困难, 或合并一些常见临床症状, 如排便时间延长, 直肠坠胀感, 排便不尽感, 甚至需要手法协助排便。CFC的并发症很多, 长期受到便秘困扰, 很可能产生焦虑抑郁, 从而降低患者的身体健康和生活质量, 给患者家属和社会造成不良的影响。本研究观察逍遥散加生物反馈治疗CFC合并焦虑抑郁患者45例, 取得了较好的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月—2017年12月承德医学院

附属医院门诊CFC伴焦虑抑郁患者90例, 其中男性42例, 女性48例; 年龄25~71岁, 平均年龄 (51.3±10.2) 岁; 病程6~23个月。按照随机数字表法将90例患者随机分为观察组和对照组, 各45例。其中观察组男性20例, 女性25例; 年龄25~68岁, 平均年龄 (50.2±9.1) 岁。其中对照组男性22例, 女性23例; 年龄28~71岁, 平均年龄 (52.4±11.3) 岁。2组患者基本情况包括年龄、性别比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有临床可比性。

1.2 纳入标准 (1) 所有患者均符合《国际功能性胃肠型疾病》罗马Ⅲ中关于功能性便秘的诊断标准; (2) 所有患者均经过汉密尔顿焦虑抑郁量表进行评定, 符合焦虑抑郁的诊断标准; (3) 所有患者均行结肠镜检查, 排除器质性疾病如结直肠息肉、肿瘤引起的便秘。

1.3 排除标准 (1) 严重心肺疾病患者; (2) 严重糖尿病、高血压病患者; (3) 生活不能自理、长期卧床患者。

※ 基金项目: 承德市科技支撑项目 [No.201701A053]

* 通讯作者: 283681356@qq.com

1.4 治疗方法 观察组口服逍遥散加生物反馈治疗：逍遥散方药组成：柴胡30 g，当归30 g，白芍30 g，白术30 g，茯苓30 g，甘草15 g，薄荷10 g，生姜10 g，加冷水1000 mL煎煮至200 mL药液，分2次口服，每次100 mL，7 d为1个疗程，治疗2个疗程；生物反馈：将粘贴式三导腹前斜肌体表电极与纵行的插入式肛管电极，分别置于体表和肛门括约肌内侧，构成回流电路，连接便秘生物反馈治疗仪，在计算机显示屏上观察患者在排便实验中的波形，选择与之对应的生物反馈课程，每天治疗1次，每次持续45 min，每周治疗7次，1周为1个疗程，治疗2个疗程。每次生物反馈治疗结束后患者自行训练排便动作，每天至少3次，每次约持续20 min。治疗过程中口服逍遥散和生物反馈治疗同时进行。对照组应用口服黛力新加生物反馈治疗：口服黛力新1次/d，1粒/次，生物反馈治疗同对照组。同样7 d为1个疗程，治疗2个疗程。

1.5 观察指标 根据bristol对大便的性状进行分型，治疗后根据大便分型情况分为3种治疗效果：显效、有效和无效。显效：治疗后患者大便次数和大便性状恢复到基本正常水平。有效：治疗后患者的大便次数和/或大便性状有所改善，但是均未恢复正常。无效：经过治疗患者大便次数和/或大便性状均无变化。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

焦虑抑郁情况：依据汉密尔顿焦虑抑郁量表进行评分，根据评分情况将治疗后焦虑抑郁改善情况分为3种治疗效果：显效、有效和无效。评分较治疗前明显降低为显效；评分较治疗前有所降低，但是降低不明显为有效；评分无变化为无效。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

1.6 统计学方法 应用SPSS 19.0对数据进行统计学分析，计数资料应用百分比或率(%)表示，组间比较应用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 大便治疗前后变化情况 观察组有效率为88.8%，对照组有效率为71.1%，2组有效率比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组大便情况比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	45	12	28	5	40(88.8)*
对照组	45	7	25	13	32(71.1)

注：与对照组比较，* $P<0.05$

2.2 焦虑抑郁治疗后变化情况 观察组有效率为86.7%，对照组有效率为64.4%，2组有效率比较，差异有统计

学意义($P<0.05$)见表2。

表2 2组焦虑抑郁情况比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	45	11	28	6	39(86.7)
对照组	45	8	21	16	29(64.4)

3 讨论

CFC是一种临床常见的慢性排便障碍性疾病，常见症状表现为排便次数异常，排便频率低于正常，每周排便次数不超过3次，每次排便时间过长，经常超过20 min，排便费力，用力努责，甚至可以发生脑血管意外导致死亡，CFC多伴有腹痛及腹胀等不适，还经常有排便不净感，有时需要手法抠便，甚至出现肠梗阻^[1]。随着经济社会的不断进步，人们饮食结构越来越趋于精细化，生活压力和工作压力的双重压力不断增大，CFC的发病率呈逐年上升的趋势^[2]，并向年轻化逐步发展。CFC患者长期不能得到有效治疗和缓解，经久不愈，可以导致焦虑和抑郁，焦虑抑郁反之还可以影响便秘，从而进一步加重便秘^[3]，这是一个恶性循环，如果不采取有效的干预措施，此类患者有可能选择自杀而结束自己的生命。

生物反馈治疗是一种新型的治疗功能性便秘的方式，它最早创立于上世纪60年代，通过电子记录仪描记人体正常情形下不能意识到的、与心理生理活动息息相关的某些生物信息，将它转换成可以被人体轻易察觉并感知的声光电等反馈信息，使人体可以通过自主意识来进行主动控制的生理和心理活动，达到治疗疾病和调理人体功能状态的目的^[4]。宋玉磊等^[5]对120例CFC患者应用生物反馈治疗进行治疗，结果显示总有效率达93.6%，6年以后的有效率为70.7%，具有良好的远期疗效。本研究中2组都应用生物反馈治疗便秘。通过一系列反馈信号传输给患者，使得CFC患者能够有意识地学会并可以随意控制排便，进而养成良好的排便反射和习惯，从而达到治疗疾病的目的。

黛力新是临床常用的抗焦虑抑郁药物，黛力新是商品名，学名是氟哌噻吨美利曲辛片，它是一种复方制剂，每一糖衣片含相当于0.5 mg氟哌噻吨的二盐酸氟哌噻吨，以及相当于10 mg美利曲辛的盐酸美利曲辛。氟哌噻吨是一种神经阻滞剂，剂量不同，其药理作用不尽相同。大剂量氟哌噻吨主要拮抗突触后膜的多巴胺受体，降低多巴胺能活性；而小剂量氟哌噻吨主要作用于突触前膜多巴胺自身调节受体(D₂受体)，促进多巴胺的合成和释放，使突触间隙中多巴胺的含

量增加,而发挥抗焦虑和抗抑郁作用。美利曲辛是一种双相抗抑郁剂,可以抑制突触前膜对去甲肾上腺素及5-羟色胺的再摄取作用,提高了突触间隙的单胺类递质的含量。两种成分的合剂具有协同的调整中枢神经系统的功能,抗抑郁、抗焦虑和兴奋特性。黛力新副作用较少,其中胃肠道副作用可引起口干和便秘,治疗焦虑抑郁便秘患者的同时有可能加重患者的便秘症状。

逍遥散出自《太平惠民和剂局方·卷九·治妇人诸疾》,其方药组成共有8味药:柴胡、当归、白术、白芍、茯苓、甘草、薄荷、生姜。其中柴胡解郁疏肝、畅达肝气,为君药。当归养血和血,白芍养血柔肝缓急止痛,当归、白芍与柴胡同用,补肝体而助肝阳,使血和则肝和,血充则肝柔,共为臣药。以白术、茯苓、甘草健脾益气,实脾以御木侮,使营血化生有源,共为佐药。方中加入少许薄荷,使得郁遏之气得以疏散,肝经郁热得以消散;生姜降逆和中,且能辛散达郁,亦为佐药。总以肝脾为核心,以气血为基础,以正气为中轴,为养血调肝的基础方,更是妇科疏肝解郁,和血调经的常用方。中医认为焦虑抑郁的基本病机是肝气郁结,而肝主疏泄,调畅气机,肝疏泄功能障碍,气机郁结,可出现抑郁不乐、悲忧善虑等情志不畅。中医学对便秘早有记载,如《黄帝内经》中将便秘称为“大便难”“后不利”;《素问》曰:“大肠者,传道之官,变化出焉”;《伤寒论》中将便秘分为“阳结”“阴结”“脾约”。中医认为便秘病机为:胃热过盛,伤津耗液,则肠失濡润;脾肺气虚,则大肠传送无力,肝郁气结,气机壅滞,或气郁化火伤津,则腑气不通,皆可影响大肠传导,则发为此病。可见肝郁气结和大肠传导失司互为因果关系,任何一方的加重均可以反过来影响另一方,这就不难理解便秘和焦虑抑郁可以形成恶性循环了。有资料表明,逍遥散确具有抗焦虑和抑郁的作用^[6]。宫文霞等^[7]经研究发现逍遥散中抗焦虑抑郁的主要有效药物是当归,且主要有效成分为阿魏酸松柏醇酯。人脑中海马区含有多种激素和神经递质受体,如乙酰胆碱(Ach)、去甲肾上腺素(NE)、肾上腺素(A)、多巴胺(DA)、5-羟色胺(5-HT)、谷氨酸(Glu)、 γ -氨基丁酸(GABA)等,均具有参与情绪、学习、记忆和行为等调节作用^[8]。其中5-HT和NE主要参与情感、睡眠、记忆、食欲等功能调节,是焦虑和抑郁发病的主要神经递质,既作为独立的神经递质,又作为NE前体的DA,主要参与情感、认知、思维等精神活动的调节,

在抑郁症的发病中起着同样重要的作用^[8]。禄颖等^[9]经过研究发现,以逍遥散冲剂干预更年期抑郁模型大鼠后,可使模型大鼠5-HT和DA的水平明显上调。刘金伟等^[10]用不同剂量逍遥散干预嗅球摘除抑郁模型大鼠,发现逍遥散可以有效提高模型动物海马与皮质部位5-HT和DA含量。本研究逍遥散加生物反馈治疗CFC伴焦虑抑郁45例,经过2个疗程的治疗后,排便改善有效共40例,总有效率达88.8%,明显高于口服黛力新加生物反馈组总有效率71.1%,差异有统计学意义($P<0.05$);焦虑抑郁情况比较,观察组的总有效率86.7%高于对照组的64.4%($P<0.05$),差异有统计学意义。

综上,逍遥散治疗焦虑抑郁,生物反馈治疗CFC,二者联合应用共同治疗CFC合并焦虑抑郁患者,中西医结合,安全无创伤,无副作用,操作方便,临床效果满意,社会效益显著,价格低廉,值得临床推广应用。但本研究仅对治疗2周后进行了疗效观察,长期疗效尚需进一步跟踪随访观察。

参考文献

- [1]葛宁,李宾,罗淑萍,等.生物反馈训练治疗功能性排便障碍性便秘效果观察[J].山东医药,2016,56(22):90-91.
- [2]刘田田,周国华,陈叶青.生物反馈联合抗焦虑抑郁药物治疗慢性功能性便秘合并焦虑抑郁的临床疗效研究[J].中国全科医学,2017,20(7):254-256.
- [3]李娟,陈银云,陈刚,等.生物反馈联合精神心理治疗对功能性排便障碍性便秘的临床疗效[J].中国现代医学杂志,2016,26(3):141-144.
- [4]井松梅.生物反馈治疗在功能性排便障碍性便秘的临床效果[J].中国全科医学,2017,20(7):141-143.
- [5]宋玉磊,林征,林琳,等.生物反馈治疗功能性排便障碍性便秘的远期疗效及影响因素分析[J].中华消化杂志,2013,33(1):42-46.
- [6]陈建丽,田俊生,周玉枝,等.基于代谢网络调控的逍遥散抗抑郁作用机制研究进展[J].中草药,2014,45(14):2100-2105.
- [7]宫文霞,周玉枝,李肖,等.逍遥散中当归的抗抑郁活性成分的研究[J].中草药,2015,46(19):2856-2862.
- [8]江东,郭维,孙琪,等.逍遥散抗抑郁作用机制研究进展[J].辽宁中医杂志,2018,45(1):214-217.
- [9]禄颖,苏晶,余铁群.更逍遥散对更年期抑郁模型大鼠雌激素及单胺类神经递质的影响[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(11):1223-1224.
- [10]刘金伟,曾南,苟玲,等.逍遥散对嗅球摘除抑郁模型大鼠行为学及脑内单胺类神经递质的影响[J].中药药理与临床,2012,28(5):4-7.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张学诚 收稿日期:2018-05-29)

恽铁樵有24篇医学著作,独特新见,西为中用,是上海铁樵中医函授学校的重要讲义。《十二经穴病候撮要》是依据《沈氏尊生书》辑成,主要介绍了经络脉穴的名称、位置及相关病候、循经各穴位的体表定位。病候内容包括病因病机和古医家论述,并且附有古方验方,尤其是铁樵按语,中西汇通,简明扼要,给读者学者以新的启迪,乃至今日,仍有借鉴和指导意义。

——邓孜、杨建宇摘编自《恽铁樵临证基础讲义》(民国名中医临证教学讲义选粹丛书)

中西医结合治疗糖尿病气阴两虚型临床观察

舒光辉

(江西省玉山县中医院内一科, 江西 玉山 334700)

摘要:目的 探究中西医结合治疗气阴两虚型糖尿病的临床疗效。方法 2015年1月—2017年6月选取所在科室54例气阴两虚型糖尿病患者进行分析,采用随机抽签分类法将所有的患者分为对照组和研究组,每组27例,对照组采用西医治疗,研究组采用中西医结合治疗,评估2组患者的治疗效果、血糖改善情况、证候积分以及生活质量改善情况。结果 相对于对照组,研究组患者的治疗效果、血糖改善情况、证候积分以及生活质量改善情况更好, $P<0.05$ 。结论 采用中西医结合治疗气阴两虚型糖尿病患者,患者的治疗效果显著,血糖指标、证候积分以及生活质量改善情况较好,值得临床借鉴。

关键词: 气阴两虚; 糖尿病; 中西医结合疗法; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.052

文章编号:1672-2779(2018)-17-0119-03

Clinical Observation on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Diabetes Mellitus of Deficiency of both Qi and Yin

SHU Guanghui

(Department of Internal Medicine, Yushan County of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Yushan 334700, China)

Abstract: **Objective** To explore the clinical curative effect of combination of traditional Chinese and western medicine in the treatment of diabetes of deficiency of both qi and yin. **Methods** Between January 2015 and June 2015, 54 cases of deficiency of both qi and yin patients with type 1 diabetes were analyzed. Using random lottery taxonomy, all of the patients were divided into control group and research group, and each group had 27 cases. The control group was treated with western medicine, and the research group applied combination of traditional Chinese and western medicine. The blood sugar, syndrome integral and improvement on the quality of life were evaluated. **Results** Comparing with the control group, the curative effect, blood glucose improvement, syndrome score and quality of life of the study group were better $P<0.05$. **Conclusion** Adopting the combining traditional Chinese and western medicine in the treatment of diabetes of deficiency of both qi and yin has obvious effect, blood sugar, syndrome integral, and improve the quality of life is good, and is worthy of clinical reference.

Keywords: deficiency of both qi and yin; diabetes; therapy of combination of traditional Chinese and western medicine; consumptive thirst

糖尿病主要指的是由遗传和环境因素相互作用导致的以慢性高血糖为特征的代谢异常综合症。糖尿病在疾病谱中的比重呈现逐年增长的趋势,使得人们对糖尿病的认识不断深入,临床上指出人们对糖尿病的预防可从单纯药物转变到改善生活方式,国内提倡的五驾马车防治糖尿病主要包括药物、饮食、运动、健康教育以及自我监测。饮食防治糖尿病目前成为防治糖尿病的研究热点。中医将糖尿病归属为“消渴”等范畴,日久可累及患者的五脏,严重的患者会出现脏腑功能衰竭^[1]。西药治疗糖尿病只能单纯地控制患者的临床症状,不能够对患者进行完全的根治,中西医结合治疗对该病患者的治疗效果显著,临床副作用小,可进行长期使用。本次研究就中西医结合治疗气阴两虚型糖尿病的临床疗效进行分析,总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2015年1月—2017年6月选取所在科室54例气阴两虚型糖尿病患者进行分析,采用随机抽签分类法将所有的患者分为对照组和研究组,每组27例。对照组,男13例,女14例;患者年龄52~80岁,平均(65.3±6.4)岁;病程3~10个月,平均(5.9±0.6)个月。研究组,男12例,女15例;患者年龄54~82岁,平均(66.4±7.8)岁;病程2~9个月,平均(4.8±0.8)个月。2组患者的基线资料差异不显著, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 根据我国糖尿病的临床诊断标准确诊为2型糖尿病的患者,患者的血糖控制基本稳定;临床医学专家辨证认为患者是气阴两虚型;且患者用药稳定^[2]。

1.3 排除标准 排除具有气阴两虚型糖尿病伴其他严重并发症的患者;排除具有继发性糖尿病的患者;排除近期内更换降糖药的患者。

1.4 治疗方法 对照组采用西医治疗,医护人员向所有患者讲述糖尿病的临床相关知识,同时调整患者的饮食习惯,指导患者进行适当的体育锻炼。联合口服药物二甲双胍,0.5 g/次,2次/d^[3]。研究组采用中西医结合治疗,其中西医治疗同对照组,中医治疗采用益气养阴方,基本处方:黄芪、灵芝草各30 g,葛根20 g,女贞子15 g,山药、天花粉、党参各15 g,五味子、鸡内金各10 g;伴有湿浊内阻的患者,加用藿香15 g,佩兰2 g;合并恶心呕吐的患者,加用生姜10 g,柿蒂15 g;合并阴虚内热的患者加用知母30 g,黄柏15 g;伴有瘀血阻滞的患者加用川芎12 g,当归15 g;温水煎服,每次取汁200 mL,早晚2次温服,同时给予患者糖尿病饮食,连用8周,1剂/d^[4-5]。

1.5 观察指标

1.5.1 治疗效果 根据我国糖尿病的临床标准将治疗效果分为显效:患者的血糖控制稳定,中医证候积分以

及生活质量改善评分高；有效：血糖控制逐渐稳定，中医证候积分以及生活质量改善评分逐渐改善；无效：血糖控制较差，中医证候积分以及生活质量改善评分较低，病情不稳定。

1.5.2 血糖改善情况 血糖指标主要包括糖化血红蛋白、餐后2 h血糖以及空腹血糖等。

1.5.3 证候积分 中医证候积分表主要是参照《中药新药临床研究指导原则（试行本）》以及其他相应的研究报告进行制定^[6]。主症主要包括2项：咽干口渴以及倦怠乏力等，分为3个等级，分数为2分、4分以及6分；次症主要包括多食易饥，口渴喜饮，气短懒言，分数为1分、2分、3分。

1.5.4 生活质量改善情况 采用2型糖尿病患者的生活质量评定量表进行评估，主要包括疾病、生理、社会、心理以及满意度等5个维度，总共87个条目。患者的评分越高，说明生活质量越好。

1.6 统计学方法 采用SPSS 25.0统计学软件对本次研究的观察指标开展统计，血糖改善情况、证候积分以及生活质量改善情况为计量资料，治疗结果为计数资料，分别以 $(\bar{x} \pm s)$ 、(%)表示，采用 t 检验、 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果比较 研究组患者的治疗总有效率(96.29%)显著高于对照组患者的治疗总有效率(74.07%)， $P < 0.05$ ，见表1。

表1 2组治疗效果分析 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
对照组	27	6(22.22)	14(51.85)	7(25.92)	20(74.07)
研究组	27	11(40.74)	15(55.56)	1(3.70)	26(96.29)
χ^2 值					5.3897
P 值					<0.05

2.2 血糖改善情况比较 研究组患者的糖化血红蛋白 $(7.5 \pm 1.9)\%$ ，餐后2 h血糖 (7.2 ± 3.5) mmol/L，空腹血糖 (7.6 ± 2.9) mmol/L；对照组患者的糖化血红蛋白 $(9.0 \pm 3.3)\%$ ，餐后2 h血糖 (8.9 ± 2.4) mmol/L，空腹血糖 (9.6 ± 2.6) mmol/L。2组相比， $P < 0.05$ ($t = 2.0468$ ； $t = 2.0814$ ； $t = 2.6682$)

2.3 证候积分比较 干预前，研究组患者的证候积分改善情况与对照组相比无明显差异， $P > 0.05$ ；干预后，研究组患者的证候积分改善情况明显好于参照组患者的证候积分改善情况， $P < 0.05$ ，见表2。

表2 2组证候积分比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	干预前	干预后
对照组	27	18.36 $\pm$ 4.35	16.05 $\pm$ 3.72
研究组	27	18.43 $\pm$ 4.32	18.75 $\pm$ 3.76
t 值		0.0023	6.8845
P 值		>0.05	<0.05

2.4 生活质量改善情况比较 研究组患者的生活质量改善情况明显好于对照组患者的生活质量改善情况， $P < 0.05$ ，见表3。

表3 2组生活质量改善情况比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	疾病	生理	社会	心理	满意度
对照组	27	38.13 $\pm$ 6.22	42.36 $\pm$ 3.52	42.13 $\pm$ 4.65	32.86 $\pm$ 7.72	36.52 $\pm$ 3.73
研究组	27	43.69 $\pm$ 5.81	32.14 $\pm$ 8.86	31.26 $\pm$ 8.86	42.08 $\pm$ 5.04	38.81 $\pm$ 4.06
t 值		2.0325	3.9845	3.2584	2.0255	4.2585
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

糖尿病作为一种社区的常见病和多发病，可对患者造成血管、神经病变等多种并发症。饮食目前已经成为治疗该病的基本防治方法，可随着中医学逐渐走进社区，使得中医元素逐渐加入饮食控制方案中，有效控制患者血糖的同时，改善患者的生活质量。

本研究中，研究组患者的治疗总有效率(96.29%)显著高于对照组患者的治疗总有效率(74.07%)；研究组患者的血糖改善情况、证候积分以及生活质量改善情况明显好于参照组， $P < 0.05$ 。究其原因：采用自拟的益气养阴方治疗，药方组成中黄芪甘温益气且生津止渴，灵芝发挥养肝阴而滋肾阴，同时具有益气生津之效；女贞子可补养肝肾之阴，退热生津，当归养血和营，合用黄芪具有补气养血等功效，葛根可退热生津止渴，黄芪配葛根升元气，天花粉可滋阴润燥，清热止渴；五味子可益气升阳，助脾散津，配伍鸡内金可健运脾胃、补而不滞；山药可益气养阴，补脾肺肾；党参可补气。诸药合用可发挥气生阴复津回、五脏安宁以及益气养阴等功效。现代药理学认为，黄芪具有增加肝糖原的合成，同时对糖代谢具有一定的调节作用，黄芪多糖可有效提高患者胰岛素刺激的丝氨酸磷酸化表达水平，同时改善胰岛素抵抗。灵芝草对可糖尿病大鼠糖、脂代谢紊乱发挥十分明显的调节作用，灵芝多糖可进一步促进胰岛 β 细胞葡萄糖转运子2蛋白的表达，同时促进葡萄糖的代谢，进而导致胰岛细胞 Ca^{2+} 内流促进胰岛素释放；女贞子对高血糖具有一定的预防和治疗作用，可增加糖尿病模型鼠肝糖原含量从而进一步降低血糖。葛根素可进一步改善糖尿病患者的血糖状况，增加患者对胰岛素的敏感性。山药具有滋补细胞、强化内分泌、补益强壮、增强机体造血功能等功效；党参可使得人体的红细胞增多、血红蛋白增加。知母、天花粉、鸡内金含有一定的微量元素，可降糖降脂，配伍运用可有效降低患者的三酰甘油；五味子可降糖、抗氧化、调脂，进一步改善糖尿病患者脂毒性。

结合上述研究，采用中西医结合治疗气阴两虚型糖尿病患者，效果显著，血糖指标、证候积分以及生活质量改善情况较好，（下转第126页）

冬病夏治穴位贴敷 对哮喘稳定期患者 Th1/Th2 平衡的影响[※]

李建红 马玉宝^{*} 周丽萍 金建宁 楚国庆 丁玉梅 马晓勇

(宁夏医科大学总医院中医科, 宁夏 银川 750004)

摘要:目的 通过观察冬病夏治穴位贴敷对哮喘稳定期患者外周血白介素-4 (IL-4) 和干扰素- γ (IFN- γ) 含量的影响, 探讨冬病夏治穴位贴敷治疗哮喘的作用机制。**方法** 采用双抗体夹心酶联免疫吸附法 (ELISA) 检测哮喘患者冬病夏治穴位贴敷治疗前后及健康人的IL-4、IFN- γ 含量。**结果** 治疗前哮喘患者IL-4含量高于健康对照组 ($P<0.05$), IFN- γ 含量低于健康对照组 ($P<0.05$); 穴位贴敷治疗后哮喘患者IL-4含量低于治疗前 ($P<0.05$), IFN- γ 含量高于治疗前 ($P<0.05$)。**结论** 哮喘患者存在Th1/Th2失衡, 穴位贴敷可能通过调整哮喘患者Th1/Th2失衡, 调节机体免疫功能, 从而达到治疗作用。

关键词: 冬病夏治; 穴位贴敷; 哮喘; IL-4 IFN- γ ; Th1/Th2失衡

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.053

文章编号:1672-2779(2018)-17-0121-02

Effect of Piont Application on Th1/Th2 Balance of Stable Asthma Patients Based on Winter Disease Treated in the Summer

LI Jianhong, MA Yubao, ZHOU Liping, JIN Jianning, CHU Guoqing, DING Yumei, MA Xiaoyong

(Department of Traditional Chinese Medicine, General Hospital of Ningxia Medical University, Ningxia, Yinchuan 750004, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of piont application on interleukin 4 (IL-4) and interferon gamma (IFN- γ) content of stable asthma patients based on winter disease treated in the summer, and to explore the mechanism of piont application of winter disease in summer treated of asthma. **Methods** Assaying the levels of IL-4 and IFN- gamma by double antibody sandwich enzyme immunoassay (ELISA) in asthma patients before and after treatment were observed. **Results** The content of IL-4 in the patients with asthma was higher than that of the healthy control group ($P<0.05$), and the content of IFN- gamma was lower than that of the healthy control group ($P<0.05$). The content of IL-4 in the patients with asthma after acupoint application was lower than that before the treatment ($P<0.05$), and the content of IFN- gamma was higher than that before the treatment ($P<0.05$). **Conclusion** There is Th1/Th2 imbalance in asthmatic patients. Acupoint application may adjust the immune function of the asthmatic patients by adjusting the imbalance of Th1/Th2 in asthmatic patients, so as to achieve the therapeutic effect.

Keywords: winter disease treated in the summer; piont application; asthma; IL-4, IFN- γ ; Th1/Th2 imbalance

支气管哮喘(bronchial asthma),简称哮喘,是一种由多种细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病^[1]。哮喘近年发病率不断上升,疾病负担也逐年增长,因此世界各国对哮喘防治工作和重视程度也在不断加强。目前普遍认为哮喘的发病机制与Th1/Th2型细胞因子比例失衡有着密切的关系^[2],冬病夏治治疗哮喘疗效确切,应用广泛,易于操作,副作用小,具有简、便、廉、验的特点,临床推广应用可有效降低哮喘的发病率和复发率,减少激素用量。本研究将探讨冬病夏治穴位贴敷对哮喘稳定期患者Th1/Th2平衡的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2011年7月14日—2011年9月23日宁夏医科大学总医院中医门诊哮喘患者共80例作为治疗

组,符合中华医学会呼吸病学分会哮喘学组2008年修订《支气管哮喘防治指南》的诊断标准。选取我院门诊体检80例健康人作为正常对照组。其中治疗组男43例,女37例;平均年龄(45.22±10.63)岁;对照组男44例,女36例,平均年龄(41.15±9.32)岁。2组年龄、性别比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 排除标准 合并其它严重脑血管疾病、恶性肿瘤,或其它疾病致衰竭者;不能配合治疗或坚持1个疗程治疗者;排除1周内进行其他中西医相似治疗手段的应用及保健品的服用;排除哮喘急性期患者。

1.3 治疗方法 用中药白芥子、细辛、甘遂、沉香等做成无铅膏药,治疗组于阴历初伏、中伏、末伏第1天,用无铅膏药分别贴敷于病人双肺俞、脾俞、膈俞及肾俞穴位,保留4~8 h,3次为1个疗程,治疗期间排除其他相关中西医治疗。正常对照组给予安慰剂贴膏。

1.4 观察指标及检测方法 采用双抗体夹心酶联免疫吸

※ 基金项目:宁夏自然科学基金项目[No.NZ10159]

* 通讯作者:mybzyk@163.com

附法检测治疗组冬病夏治治疗前后及对照组的IL-4、IFN- γ 含量。测量治疗组病人第1次数贴前及第3次数贴后血清细胞因子IL-4及IFN- γ 的变化情况。对照组在初伏第1次采血和其后的1个月后采血,观察IL-4及IFN- γ 的含量变化。清晨空腹抽取肘静脉血5 mL,将血液置于含肝素抗凝剂的离心管中,摇匀,3000 r/min离心,分离出血清,-20℃低温保存待测。采用ELISA法进行检查,具体步骤按照试剂盒说明进行。

1.5 统计学方法 采用SPSS 21.0统计软件进行统计,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较进行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗前,治疗组IL-4含量高于对照组,IFN- γ 含量低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与治疗前比较,治疗组治疗后IL-4较前下降,IFN- γ 较前升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后IL-4、IFN- γ 含量比较 ($\bar{x} \pm s$, pg/mL)

组别	例数	IL-4		IFN- γ	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	80	77.28 $\pm$ 18.72 [#]	45.12 $\pm$ 12.35 [▲]	28.35 $\pm$ 8.56 [#]	45.28 $\pm$ 10.23 [▲]
对照组	80	40.32 $\pm$ 9.54	39.56 $\pm$ 10.12	55.35 $\pm$ 12.34	56.28 $\pm$ 8.56

注:与治疗前比较,[#] $P < 0.05$;治疗后与对照组比较,[▲] $P < 0.05$

3 讨论

目前普遍认为哮喘是由多种细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。其发病率逐年上升,成为威胁全球公共健康问题之一。哮喘属中医“哮病”范畴,其临床表现以喉中哮鸣有声、呼吸困难甚则喘息不能平卧等为主,中医认为其病因为宿根内伏,遇感而动,具有缠绵难愈、反复发作等特点,严重影响患者生活质量和身体健康。冬病夏治穴位贴敷的理论来源为《素问·四气调神大论》中“圣人春夏养阳,秋冬养阴,以从其根”以及“不治已病治未病”的防重于治的思想,通过在三伏天对患者进行穴位贴敷、艾灸、穴位注射及口服汤药等方法,提升患者抗病能力,调整患者脏腑功能,从而达到减轻临床症状,提高患者生活质量,减少患者发病次数的目的。清代医家张璐首创三伏天穴位敷贴药物防治哮喘^[3],将药物外敷于穴位,从而达到治疗效果。中药穴位敷贴对减少激素用量,降低激素的副作用具有重要意义,也能有效降低哮喘患者的发病率和复发率。有研究通过荟萃分析证实冬病夏治治疗哮喘疗效较好,不良反应少^[4]。

穴位贴敷药物以白芥子、甘遂、细辛等组成,白芥子可温肺豁痰;甘遂逐痰利水消肿,细辛辛散温通,芳香透达。诸药多辛温发散,促进药物成分透皮吸收,

贴敷于各个腧穴,则共奏温阳利气、祛风散寒、益气固表、培元固本、通经活络之功^[5]。冬病夏治穴位敷贴疗法选穴多为背俞穴和募穴,俞募穴为五脏六腑之精气输注于体表的部位,是调节脏腑功能之要穴。冬病夏治穴位敷贴疗法选穴常取大椎、风门、定喘、肺俞、脾俞、肾俞等,可根据中医辨证及患者临床症状作为选穴的依据。

哮喘发病的重要机制之一是由Th2型淋巴细胞调节产生特异型IgE以及嗜酸性粒细胞在气道内和肺组织滞留引起的过敏反应导致的气道高反应和气道内炎症^[6]。Th细胞分为Th1、Th2两个亚群。Th1与Th2细胞因子在正常情况下之间处于平衡状态。近年来研究显示,哮喘患者的Th1/Th2比值较正常者低下, Th1/Th2细胞因子失调程度与疾病严重程度及IgE水平呈正相关。通过纠正Th1/Th2失衡,可以达到治疗哮喘的目的。IL-4和IFN- γ 是调节哮喘患者血清IgE浓度的一对重要因子。IL-4促进B细胞的活化和增殖,诱导IgE的合成,IFN- γ 则对IL-4有拮抗作用,抑制IgE的合成。IFN- γ 和IL-4是一对互为拮抗作用的细胞因子,分别代表Th1和Th2细胞亚群的功能,通过调整Th1/Th2失衡,促使Th1细胞向Th2细胞漂移,使免疫反应由Th2型向Th1型逆转,是目前治疗哮喘的最有效途径之一。

本研究通过检测哮喘稳定期患者治疗前后及健康人外周血中IL-4和IFN- γ 含量,证实哮喘患者存在Th1/Th2失衡,结论与以前研究吻合。冬病夏治穴位贴敷能够降低哮喘患者外周血中IL-4的含量,升高IFN- γ 的含量,改变Th0细胞分化方向,调整Th1/Th2的比例失衡,抑制IgE的生成,从而减轻气道炎症浸润,降低气道高反应性,抑制或减轻哮喘发生炎症反应,达到治疗目的。本研究为冬病夏治治疗哮喘提供了理论支持。但哮喘发病机制较为复杂,目前大多学者从免疫球蛋白、嗜酸性粒细胞、T淋巴细胞亚群、肿瘤坏死因子、细胞因子等方面探讨穴位贴敷对哮喘治疗的机理。因本研究样本较少,观察时间短,有待进一步标准化深入研究。

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.支气管哮喘防治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2008,31(3):177-185.
- [2]Liu LY, Mathur SK, Sedgwick JB, et al. Human airway and peripheral blood eosinophils enhance Th1 and Th2 cytokine secretion[J]. Allerg, 2006, 61(5):589-597.
- [3]张璐.张氏医通[M].北京:中国中医药出版社,1995:85.
- [4]范长秋, 蒋文凤, 陈毅, 等.“冬病夏治”治疗支气管哮喘临床疗效荟萃分析[J].中国中医基础杂志,2015,21(9):1117-1119.
- [5]朱正阳, 戚凯明, 宣丽华.冬病夏治不同穴位贴敷对过敏性鼻炎患者血清IgE的影响[J].中医杂志,2018,59(3):220-223.
- [6]周新.哮喘新药进展研究[J].临床肺科杂志,2009,14(6):711-713.

(本文编辑:李海燕 本文校对:姚 军 收稿日期:2018-05-25)

针灸结合肌内效贴布治疗慢性非特异性下腰痛 60 例[※]

张安邦 王铁刚 董敏 于晓东 陈广顺 王军*

(大庆市中医医院康复科, 黑龙江 大庆 163000)

摘要:目的 观察针灸结合肌内效贴布治疗慢性非特异性下腰痛患者的临床效果。方法 本研究选择我院收治的60例慢性非特异性下腰痛患者, 将其分为2组, 对照组患者30例, 观察组30例, 对照组患者采用常规方法进行治疗, 观察组患者采用针灸加肌内效贴布进行治疗, 观察2组患者的疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、功能障碍调查表(Roland-Morris)评分和Oswestry腰痛功能障碍指数(ODI)等指标。结果 治疗4周后, 观察组VAS评分明显低于对照组, $P<0.05$; 观察组Roland-Morris评分低于对照组, $P<0.05$; 治疗4、8周后ODI指数比较, 观察组明显优于对照组, $P<0.05$ 。结论 针灸结合肌内效贴布治疗慢性非特异性下腰痛效果肯定, 可有效改善患者的症状, 值得临床推广应用。

关键词: 针灸; 肌内效贴布; 慢性非特异性下腰痛; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.054

文章编号:1672-2779(2018)-17-0123-02

Acupuncture and Moxibustion Combined with Intramuscular Patch in the Treatment of Chronic Nonspecific Low Back Pain for 60 Cases

ZHANG Anbang, WANG Tiegang, DONG Min, YU Xiaodong, CHEN Guangshun, WANG Jun

(Department of Rehabilitation, Daqing City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Daqing 163000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of acupuncture combined with intramuscular patch on chronic non-specific low back pain. **Methods** In this study, 60 patients with chronic nonspecific low back pain treated in our hospital were divided into control group of 30 cases and observation group of 30 cases. Patients in the control group were treated with routine methods. Patients in the observation group were treated with acupuncture and intramuscular patch. The visual analog scales (VAS), Roland-Morris and Oswestry's low back pain index (ODI) were observed in both groups. **Results** The VAS pain scores of the control group and the observation group were higher than those of the observation group after 4 weeks of treatment. The VAS score of the observation group was significantly lower than that of the control group $P<0.05$. The Roland-Morris score of the observation group was lower than that of the control group $P<0.05$; Compared with the control group, the ODI index after 4 and 8 weeks of treatment was significantly better in the observation group than in the control group $P<0.05$. **Conclusion** Acupuncture combined with intramuscular patch has a positive effect on chronic non-specific low back pain, which can effectively improve the patient's symptoms and is worthy of clinical application.

Keywords: acupuncture and moxibustion; intramuscular patch; chronic nonspecific low back pain; arthromyodynia

慢性非特异性下腰痛(low back pain, LBP)是指以下腰部、腰骶部以及臀部组织等结构出现疼痛为主要临床表现的一种症候群。随着生活与工作方式的转变及不良姿势等因素的影响,下腰痛患者的患病率呈逐年增加趋势,其中近85%的患者不能明确其病因^[1]。临床研究显示,近60%~80%的成年人生活与工作中存在下腰痛症状。慢性非特异性下腰痛临床治疗方法较多,但特效的治疗方法未见相关资料显示^[2]。本次临床研究选择我院收治的慢性非特异性下腰痛患者30例,采用针灸结合肌内效贴布进行临床治疗,效果明显,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选择我院2017年5月—2018年5月收治的60例慢性非特异性下腰痛患者为研究对象,按照治疗方法的不同分为对照组与观察组,每组患者30

例。其中对照组中男15例,女15例;年龄为35~60岁,平均年龄(28.22±2.33)岁。观察组中男16例,女14例;年龄为36~60岁,平均年龄(29.01±2.24)岁。2组患者一般资料比较, $P>0.05$, 差异不具有统计学意义。所选患者均签署知情同意书。

1.2 纳入标准 (1) 符合非特异性下腰痛诊断标准;(2) 初次发病的患者;(3) 患病部位未做过其他创伤性治疗。

1.3 排除标准 (1) 排除椎间盘突出、强直性脊柱炎等骨科疾病的患者;(2) 排除伴心脑血管疾病、类风湿性关节炎、自身免疫系统疾病等全身重大疾病的患者;(3) 排除腰痛合并神经受累患者;(4) 排除精神疾病及传染病患者。

1.4 治疗方法 对照组采用常规方法,包括推拿、药物进行治疗。推拿方法:在患者腰痛部位进行推拿治疗,患者采取俯卧位姿势,治疗师采用滚法、揉法、弹拨法、点按法、拍打法(取肾俞、大肠俞、足三里、委中、阿是穴等)对患者进行推拿治疗,根据患者不同

※ 基金项目:黑龙江省中医药科研项目[No.ZHY16-087]

* 通讯作者:get5400get@163.com

的病情,采用不同的手法进行调整。每周治疗2次,连续治疗4周。药物治疗,采用布洛芬缓释胶囊,每次1粒,每日2次。

观察组采用针灸加肌内效贴布进行治疗。针灸治疗,选用委中、阳陵泉、大肠俞、腰夹脊、足三里、阿是穴等穴位,采用华佗牌无菌针灸针(0.40 mm×60 mm),直刺1~1.5寸,行平补平泻法,得气后留针30 min。每日1次,每周5次,4周为1个疗程。肌内效贴布疗法,根据患者症状、体征、病史等具体情况,分别予以个性化的贴扎方法。每日1次,每周5次,4周为1个疗程。

1.5 观察指标 在治疗前后,对2组患者进行疼痛视觉模拟量表(VAS)、功能障碍调查表(Roland-Morris)和Os-westry腰痛功能障碍指数(ODI)等进行评分与分析。

1.6 统计学方法 本次临床研究所收集的数据,采用统计学软件SPSS 18.0进行数据统计分析,结果以($\bar{x} \pm s$)表示,2组均数比较采用 t 检验,统计结果以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者VAS评分比较 治疗4周后,2组患者VAS疼痛评分明显降低($P < 0.05$),且观察组VAS评分明显低于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者VAS评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	7.56±1.77	4.12±0.95 ¹⁾
观察组	30	7.52±1.70	3.43±0.70 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$

2.2 2组患者Roland-Morris评分比较 治疗前,2组患者Roland-Morris评分无差异;治疗后,2组患者Roland-Morris评分均降低,且观察组Roland-Morris评分低于对照组, $P < 0.05$ 。见表2。

表2 2组患者Roland-Morris评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	16.80±1.35	5.41±1.10 ¹⁾
观察组	30	16.80±1.37	3.88±1.31 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$

2.3 2组患者ODI指数比较 2组患者治疗前ODI指数比较, $P > 0.05$,差异无统计学意义;2组治疗前后ODI指数比较, $P < 0.05$,差异有统计学意义。治疗4、8周后,观察组ODI指数明显优于对照组, $P < 0.05$ 。

表3 2组患者ODI评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗4周后	治疗8周后
对照组	30	44.30±6.01	35.66±3.87 ¹⁾	32.64±2.36 ¹⁾²⁾
观察组	30	43.48±5.09	27.03±1.04 ¹⁾³⁾	18.67±3.07 ¹⁾²⁾³⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与治疗4周比较,²⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,³⁾ $P < 0.05$

3 讨论

慢性非特异性下腰痛属于中医学的“腰痛”范畴,

此病主要由外感风邪、跌扑损伤、肾精亏虚等原因引起经脉阻塞,气血运行不通等导致。中医学对于此病常采用针刺、推拿等传统方法进行治疗^[1]。

针刺腰腿部的委中、阳陵泉、大肠俞、腰夹脊、阿是穴等相关穴位治疗下腰痛,属于远近配穴法,可使腰背部之脉络通畅,气血阴阳得以调和,使腰痛症状得以缓解与消除,体现了中医治疗疾病的整体观。窦汉卿《标幽赋》曰:“住痛移疼,取相交相贯通之经。”由此可见古人认为交叉刺法重在治疗痛证。现阶段,针刺可有效治疗脊神经后支源性下腰痛^[4]。其治疗机制是针刺能改善局部微循环及抑制疼痛,可使局部血管的通透性升高,使椎骨横突根部周围炎性充血、水肿症状减轻,致使炎症逐渐吸收、粘连松解和组织修复^[5]。此外,针刺信息可传达到脑区,产生中枢性镇痛效应。但针刺疗法可导致患者出现局部感染、内脏损伤等不良事件。由此临床治疗中可采用电针进行治疗,电针除了具有针刺的良好功效外,还具有疏通经络、活血止痛的作用,临床治疗中广泛用于骨科、神经外科疾病的各种痛症治疗^[6]。肌内效贴布是将X形贴布贴于下腰部的疼痛点,贴布的材质与人体皮肤相类似,可以有效地使皮肤与肌肉之间产生一定的间隙,同时X形贴布的贴扎设计具有相应的特点,可以有效增加固定端的血液循环状况,加速疼痛刺激物质的有效排出,可有效调节肌肉兴奋度并起到支持软组织的效果。

本次临床研究选用针灸结合肌内效贴布对慢性非特异性下腰痛患者进行治疗,电针刺激阿是穴,起到改善局部血液循环状况,促进组织新陈代谢的作用;刺激委中、阳陵泉、足三里等,起到调整全身机能,减轻患区疼痛的效果等。且通过本研究也证明,治疗4周后,观察组VAS评分明显低于对照组, $P < 0.05$;观察组Roland-Morris评分低于对照组, $P < 0.05$;治疗4、8周后,观察组ODI指数明显优于对照组, $P < 0.05$ 。由此表明,针灸结合肌内效贴布治疗慢性非特异性下腰痛效果明显,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 许世波,王连成,李平.针灸治疗对慢性非特异性下背痛患者肌肉力量和疼痛的影响[J].天津医科大学学报,2015,21(2):176-179.
- [2] 孙戴,林德快,林建强.推拿结合悬吊运动训练对慢性非特异性腰痛的临床疗效观察[J].颈腰痛杂志,2014,35(2):134-136.
- [3] 陈飞,刘洪举,丘云锋,等.穴位注射结合悬吊运动训练治疗慢性非特异性腰痛疗效观察[J].按摩与康复医学,2016,7(7):24-26.
- [4] 何高,张建湘,申才良,等.Roland-Morris功能障碍调查评估下腰痛患者的可靠性.中国脊柱脊髓杂志,2005,15(4):242-244.
- [5] 袁仕国,张佩,邹宇聪,等.慢性非特异性腰痛 Modic 改变分型的针刺疗效分析-附78例临床资料[J].江苏中医药,2016,48(1):56-58.
- [6] 袁启令,刘亮,马江涛,等.针刺治疗慢性非特异性腰痛的临床研究[J].中医正骨,2016,28(6):12-17.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 军 收稿日期:2018-05-22)

壮药酊联合手指点穴 治疗气虚血瘀型中风恢复期 37 例※

潘小凤 陆廷信 韦月梅

(南宁市武鸣区中医医院脑病科,广西 南宁 530199)

摘要:目的 观察壮药酊联合手指点穴对37例气虚血瘀型中风恢复期患者的半身不遂、偏身麻木、言语不利、口舌喎斜等主要症状的疗效。方法 将74例气虚血瘀型中风恢复期患者随机分为2组;壮药酊联合手指点穴观察组37例,阿司匹林片联合阿托伐他汀钙对照组37例,各组疗程均为3周,治疗1个疗程。观察半身不遂、偏身麻木、言语不利、口舌喎斜等主要症状的疗效。结果 观察组在半身不遂、偏身麻木、言语不利的改善方面与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 壮药酊联合手指点穴治疗气虚血瘀型中风恢复期患者,在主要症状改善方面优于药物对照组。

关键词: 半身不遂;气虚血瘀;中风;恢复期;壮药酊;手指点穴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.055

文章编号:1672-2779(2018)-17-0125-02

Zhuang Medicine Tincture Combined with Finger Points in the Treatment of Qi Deficiency and Blood Stasis Stroke in Convalescence for 37 Cases

PAN Xiaofeng, LU Tingxin, WEI Yuemei

(Department of Encephalopathy, Wuming District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangxi province, Nanning 530199, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of Zhuang medicine tincture combined with finger point in treating hemiplegia and blood stasis syndrome in convalescent patients with hemiplegia, deviant body numbness, bad speech, tongue and tongue and other main symptoms for 37 cases. **Methods** 74 patients with qi deficiency and blood stasis type stroke recovery period were randomly divided into two groups. 37 cases in the observation group took Zhuang Yao tincture combined with finger point, and 37 cases in the control group took Aspirin tablets combined with atorvastatin calcium. The treatment courses were 3 weeks for 1 course of treatment. The curative effect of hemiplegia, hemiplegia, speech discomfort, and mouth slanting were observed. **Results** There was a significant difference between the observation group and the western medicine group in the improvement of hemiplegia, hemiparalysis and speech discomfort ($P < 0.05$). **Conclusion** Zhuang medicine tincture combined with finger point acupuncture is superior to the drug control group in improving the main symptoms of stroke patients with qi deficiency and blood stasis.

Keywords: hemiplegia; qi deficiency and blood stasis; stroke; convalescence; Zhuang medicine tincture; finger points

中风(甬档呷)的学名是脑卒中,病位在脑,证属本虚标实,发病率、致死率高,中风病恢复期气虚血瘀的证候占据比例较大。西医采用药物和手术治疗,但副作用较多,故常在辨证论治的基础上采用多种治疗方法。笔者在临床实践中发现利用壮药酊联合手指点穴治疗气虚血瘀型中风恢复期,能够明显改善气虚血瘀型中风恢复期的半身不遂等主要症状。现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 74例均为我院脑病科住院患者,均符合《各类脑血管病诊断要点》中制定的诊断标准。观察组37例,男18例,女19例;年龄44~75岁,平均(61.29±9.18)岁;病程35~95 d,平均病程(61.97±20.28) d。对照组37例,男17例,女20例;年龄40~75岁,平均(62.54±8.82)岁;病程42~125 d,平均病程(70.83±24.62) d。2组患者性别、年龄及病程等经统计学分析均无显著差异($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[1]。气虚血瘀:半身不遂、偏身麻木、言语不利、口舌喎斜,感觉减退,面色白,气短乏力,自汗出,脉沉细,舌暗淡苔白腻。

1.3 排除标准 (1)不符合中风病诊断标准者;(2)严重的精神病患者及严重的心理障碍者,其它系统严重疾病等。

1.4 治疗方法

1.4.1 观察组 壮药酊所用壮药药方组成:三七(学名:金不换)60 g,两面针100 g,过江龙(学名:舒筋草)100 g,回头青(学名:香附)30 g,山辣(学名:沙姜)30 g,扶芳藤60 g,鸡血藤60 g,丁香20 g,茶辣(学名:吴茱萸)20 g,牛大力60 g,徐长卿30 g,南藤30 g,草乌5 g。加工方法:把上述药物粉碎,按重量配比称量后按1:8的75%酒精浸泡20 d,过滤去渣、装瓶,即得到本发明外用中药酊。

操作者每次以适量棉花缠指后,沾少许药液涂敷患者,作用于壮医食魁穴、中魁穴、无魁穴(壮医特定穴,在食指、中指、无名指次节关节中点上5分处取

※ 基金项目:广西卫生计生委科研课题项目[No.Z20170146]

穴)、人中、百会、合谷、足三里、委中、委阳、后溪、外关、涌泉、昆仑穴等穴位,采用点按揉法、叩法及滚法进行操作;每次操作20 min,每日1次,连续治疗3周为1疗程。

1.4.2 对照组 口服阿司匹林片100 mg,阿托伐他汀钙20 mg,1次/d,1片/次。

2组均以3周为1个疗程,服药期间,纠正不良饮食习惯,禁食生冷、肥甘厚味及辛辣刺激食物,少食多餐。

1.5 疗效评定标准和观察指标

1.5.1 主要症状单项的记录与评价 症状判定标准:观察半身不遂、偏身麻木、言语不利、口舌喎斜等症状,按相关症状无、轻、中、重度分为4级,分别评为0分、1分、2分、3分,统计积分,观察疗效。

1.5.2 主要症状综合疗效评定标准 按改善百分率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分 $\times 100\%$,计算症状改善百分率。症状消失为痊愈,症状改善百分率 $\geq 80\%$ 为显效,50% $\leq$ 症状改善百分率 $< 80\%$ 为进步,症状改善百分率 $< 50\%$ 为无效,症状改善百分率负值时为恶化。以痊愈和显效病例数计算总有效率。

1.6 统计学方法 所有资料用SPSS 11.5 统计软件分析研究数据,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

见表1。观察组在半身不遂、偏身麻木、言语不利、口舌喎斜等症状的改善方面与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示壮药酊联合手指点穴可显著改善半身不遂、偏身麻木、言语不利、口舌喎斜等症状。

表1 2组主要症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	半身不遂	偏身麻木	言语不利	口舌喎斜
观察组	37	1.63 $\pm$ 1.03	2.11 $\pm$ 1.531	3.17 $\pm$ 1.791	2.32 $\pm$ 1.65
对照组	37	2.12 $\pm$ 1.01	2.98 $\pm$ 1.30	3.93 $\pm$ 1.45	1.59 $\pm$ 1.03

3 讨论

中风(甬档呷)临床表现以猝然昏倒、不省人事,伴发口眼歪斜、言语不利、半身不遂或无昏倒而突然出现半身不遂为主要症状的一种疾病。一般发病后2周至6个月为缺血性中风恢复期,主要表现为气虚

血瘀、阴虚风动以及风火夹痰三型。中风病恢复期气虚血瘀的证候占据比例较大。

壮医从长期的临床实践中认识到,针灸、刺血、拔罐、刮痧等这一类的治疗方法,主要是通过外治的方法,在人体龙路、火路的某些体表气聚部位(即穴位)施以调气治疗,调整和畅通人体气血,增强人体抗病能力,加速邪毒化解或排出体外,使三气复归同步而达到治疗目的^[2]。壮医药穴指疗法是传统壮医药的发展。它能够疏通水道、气道、谷道三道,调节人体气血,平衡人体阴阳盈亏,以起到防病治病的作用^[3]。中医药民族医药的治疗有个体化、独效性的优势,因此,中医药民族医药治疗中风病恢复期(甬档呷)具有民族地区区域性人群需求与良好的发展前景。中风病恢复期(甬档呷)中医病因病机可归纳为,患者脏腑功能失调,气血逆乱,风夹痰瘀,扰于脑窍,窜犯经络,发为中风,发病日久,多见气虚血瘀,阴虚风动,风火夹痰证型。中医认为,气虚血瘀型中风恢复期多由于阴阳失调、气血逆乱、瘀血阻络、脑府失养所致,属本虚标实,气虚为本,血瘀为标。

壮药酊是以壮医药理论为基础,将壮药制作而成药酊,将药液涂敷在食魁穴、中魁穴、无魁穴(壮医特定穴,在食指、中指、无名指次关节中点上5分处取穴)、人中、百会、合谷、足三里、委中、委阳、后溪、外关、涌泉、昆仑穴等穴上,同时运用手指点穴手法点按揉、叩法及滚法,从而达到疏通龙路火路,调整气道谷道,益气活血通络的作用,使肢体功能恢复转好。

本研究中观察组主要症状临床疗效优于西药对照组($P < 0.05$),与西药相比,壮药酊联合手指点穴具有较好疗效,能显著改善半身不遂、偏身麻木、言语不利、口舌喎斜等症状,为临床治疗气虚血瘀型中风恢复期提供一种可行方法,值得临床进一步研究和应用。

参考文献

- [1]国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [2]黄汉儒.壮医理论体系概述[J].中医药基础医学杂志,1996,12(2):6.
- [3]赵建峰,陆廷信.壮医药穴指疗法治疗肝郁脾虚型功能性消化不良32例[J].中国中医药现代远程教育杂志,2013,11(22):72-73.

(本文编辑:李海燕 本文校对:梁振兴 收稿日期:2018-06-01)

(上接第120页)值得临床进一步的学习与借鉴。

参考文献

- [1]刘帮慧.中西医结合治疗气阴两虚型糖尿病末梢神经炎的临床观察[J].湖北中医药大学学报,2014,16(3):81-83.
- [2]李永浩.中西医结合治疗早期气阴两虚型糖尿病肾病的临床效果观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2017,38(7):761-763.
- [3]丁现琴,周璐璐.中西医结合治疗气阴两虚型糖尿病临床研究[J].亚太传统医药,2014,10(24):53-54.

- [4]崔琳琳,杨红芳.中西医结合治疗气阴两虚型糖尿病临床疗效观察[J].光明中医,2014,29(4):789-790.

- [5]李伟明,黄茂乌梅汤化裁联合西医治疗气阴两虚型2型糖尿病疗效观察[J].广西中医药,2017,40(2):28-29.

- [6]张颖.中西医结合治疗气阴两虚血瘀型2型糖尿病60例疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2016,11(3):392-394.

(本文编辑:李海燕 本文校对:占志洪 收稿日期:2018-05-11)

中国穴位埋线疗法系列讲座(82)

应用“眠五针”穴位埋线治疗失眠临床观察

陈娟娟¹ 杨才德^{2*}

(1 甘肃中医药大学针灸推拿学院, 甘肃 兰州 730000;

2 兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科, 甘肃 兰州 730020)

摘要:目的 观察应用“眠五针”穴位埋线治疗顽固性失眠的临床疗效。方法 将符合纳入标准的60例顽固性失眠患者, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组, 各30例。其中治疗组采用“眠五针”穴位埋线治疗, 对照组则采用口服唑吡坦治疗, 首次剂量为5 mg/d, 最大剂量为10 mg/d。1个疗程后观察2组的临床疗效。结果 治疗组总有效率为86.7% (26/30), 对照组总有效率为63.3% (19/30)。2组总有效率比较, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 “眠五针”埋线为主治疗顽固性失眠效果明显优于单纯口服唑吡坦, 值得临床推广。

关键词: 失眠; “眠五针”; 穴位埋线; 疗效观察

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.056

文章编号:1672-2779(2018)-17-0127-03

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (82)

Clinical Observation on "Mianwuzhen" Acupoint Embedding Thread Therapy in the Treatment of Insomnia

CHEN Juanjuan¹, YANG Caide²

(1. College of Acupuncture and Massage, Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 73000, China;

2. Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of "mianwuzhen" acupoint embedding thread therapy in the treatment of insomnia. **Methods** 60 patients with insomnia were randomly divided into treatment group of 30 cases and control group of 30 cases. Patients in the treatment group were treated with Yang's 3+ therapy at "mianwuzhen"; while the control group was treated with zolpidem orally, with the first dose of 5mg/d and the maximum dose of 10mg/d. The clinical observation after 1 course was observed. **Results** The total effective rate of the treatment group was 86.7%, the total effective rate of the control group was 63.3%, and the total effective comparison difference between the two groups was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Yang's 3+ therapy at "mianwuzhen" for insomnia is better than oral zolpidem, and is worthy of clinical reference and promotion.

Keywords: insomnia; "mianwuzhen"; acupoint catgut embedding; clinical effect observation

(上接第16期)

失眠亦称不寐,是由心神失养或心神不安所致,以经常不能获得正常的睡眠为特征的一类病证。其主要表现在睡眠时间深度的不足,轻度患者入睡困难,或者醒后不能再寐,而重度患者则彻夜不寐^[1]。笔者运用“眠五针”治疗失眠,取得了满意的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2015年4月—2017年4月的门诊和住院病例,将60例失眠的患者采用随机数字表法分为2组:治疗组30例,其中男17例,女13例;年龄28~60岁;病程1~16年。对照组30例,其中男12例,女18例;年龄29~63岁;病程最短1个月,最长13年。2组的一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中国精神疾病分类及诊断标准》(《CCMD-2-R》)失眠的诊断标准为:(1)以睡眠障碍为唯一的症状,其他的均继发于失眠,包括难以入睡,睡眠不深且易醒多梦和疲乏白天困倦的患者;(2)睡

眠障碍,每周至少发生3次,并且时间持续1个月以上;(3)失眠所引起的显著苦恼,或者精神活动率下降的患者;(4)无躯体性疾病或是精神障碍的患者。排除既往有滥用药物和酒精史的患者。

1.3 纳入标准 (1)能符合上述诊断标准的患者;(2)最近一段时间内,没有服用其他药物或者没有使用其他治疗方法的患者;(3)自愿接受治疗和检查者;(4)依从性好且签署知情同意书者。

1.4 排除标准 (1)有全身性疾病比如感染咳嗽或者疼痛手术和恶性肿瘤等与外界环境干扰的患者;(2)妊娠、哺乳期妇女;(3)合并有心血管疾病的患者;(4)合并有焦虑症、忧郁症和精神分裂症等严重的精神疾病的患者;(5)不愿意参与和观察者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 主穴:星状神经节。

配穴:安眠、内关、心俞、三阴交。

操作:以右侧的星状神经节为例。

体位:常取仰卧位使头部尽量向后仰,以便充分暴露颈部。口微微张开以减少颈前部肌肉的张力,并且容易触及到第6颈椎横突,操作者应站立于患者的右侧。

* 通讯作者:13993162751@163.com

定位：在环状软骨水平线，胸锁乳突肌的内侧缘，且与前正中线距离约为1.5 cm，胸锁关节上方平均为2.5 cm处。

定点：操作者用左手拇指在“定位”处轻轻按压皮肤，以病人可耐受为限度。当触及到颈动脉波动时，把颈动脉控制在拇指指腹腹下，将胸锁乳突肌颈总动脉以及颈内静脉推向外侧，使其与气管食管分开，同时向下按压并且可触及明显的抵抗感，此为第6颈椎横突前结节，此处为进针点。

针具和线体选择：针具采用为埋线针刀，选用3.4 cm长的7号埋线针刀，线体则用2 cm长4-0的PGA或PGLA线体^[2]。

穿刺方法：操作区域消毒3次，戴无菌手套。操作者左手的四指与拇指分开且四指抵于患者的颈部做卡颈的动作，以便确保操作时押手的相对稳定性；拇指在“定位”处，再次做“定点”时的动作以确保“进针点”的准确性，而后松开拇指，使拇指轻轻触及到皮肤。右手持针且针体的斜口面与拇指相对，针尖触及到“进针点”皮肤时，拇指和针尖同时向下移动。拇指将胸锁乳突肌颈总动脉和颈内静脉推向外侧，且触及到颈动脉波动，确认已经把颈动脉控制到指腹下才可以继续向下移动，当到达第6颈椎横突前结节时，有明显的抵抗感，且稍做停顿后，左手拇指固定右手向下快速突破皮肤，针尖所到之处即为第6颈椎横突前结节。此时可退针0.5 cm，右手持针固定不动，左手可将拇指轻轻抬起，使得颈部皮肤随之抬起为度，此时标志着穿刺成功，最后埋线出针，按压片刻，创可贴贴敷针孔^[3]。

安眠、心俞、内关、三阴交，可常规埋线。

3次为1个疗程，每次间隔15 d，治疗1个疗程后观察疗效。

1.5.2 对照组 对照组则采用唑吡坦治疗，首次剂量为5 mg/d，最大剂量为10 mg/d。

1.6 疗效评价标准 治愈：治疗1~2个疗程后3个月内没有复发且失眠症状消失；有效：治疗1~2个疗程后失眠出现次数减少且症状减轻；无效：治疗1~2个疗程后失眠的发作次数、症状与治疗前一样。

1.7 统计学方法 2组疗效用构成比的方式进行统计描述。组间总有效率的比较采用卡方检验。假设检验水准设为0.05，并计算出检验统计量及相应的P值，以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。所有数据均使用SPSS 19.0软件进行处理。

2 结果

如表1所示，治疗组总有效率为86.7%，对照组总有效率为63.3%，2组总有效率比较，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），说明杨氏“眠五针”穴位埋线为主治疗失眠效果明显优于口服唑吡坦。

表1 两组总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	13(43.3)	6(20.0)	11(36.7)	19(63.3)
治疗组	30	16(53.3)	10(33.3)	4(13.3)	26(86.7) ¹⁾

注：与对照组相比，¹⁾ $P < 0.05$

3 讨论

失眠是临床中最为常见的睡眠障碍类型，长期以来的失眠状态会对正常的生活工作都带来负面的影响，甚至可能会引发意外的事故^[4]。失眠对人的心理影响程度，取决于失眠患者的心理状态和对失眠的认识态度。有人虽患有严重的失眠，但是精神状态很正常，白天依旧工作如常。而有的人即使偶尔的失眠，也可导致头昏脑胀、精神萎靡、无精打采。

失眠在《内经》中称为“不得卧”“目不瞑”。认为是邪气客于脏腑，卫气行于阳，不能入阴所得。《素问·逆调论》记载有“胃不和则卧不安”。《景岳全书·不寐》中将不寐病机概括为有邪、无邪两种类型。即“不寐证虽病有不一，然唯知邪正二字则尽之矣。盖寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐。其所以不安者，一由邪气之扰，一由营气不足耳。有邪者多实证，无邪者皆虚证。”在治疗上则提出：“有邪而不寐者，去其邪而神自安也”。

关于穴位埋线治疗失眠的报道很多，王小兵等^[5]在用穴位埋线治疗失眠疗效观察中得出结论，埋线组总有效率为93.3%，药物组总有效率80.0%；付新求^[6]采用穴位埋线治疗失眠35例，总有效率为85.7%；郭爱松等^[7]通过穴位埋线治疗原发性失眠，治疗组选穴，三阴交、神门、百会、安眠等，常规埋线2周1次，总共治疗3次；对照组取相同的穴位进行针刺，行平补平泻手法，留针30 min，每10 min行针1次，每天1次，每周5次，总共治疗6周。结果显示治疗组有效率为91.43%，对照组有效率则为74.82%。“眠五针”治疗失眠，星状神经节埋线是必不可少的，因为星状神经节属于交感性神经节。交感神经的紧张程度，可影响多种内分泌腺的分泌程度，松果体在一昼夜中周期性地分泌松果体素（又称之为褪黑素），它可影响机体的睡眠与觉醒。因此临床观察证实利用利多卡因进行星状神经节阻滞能够改善睡眠，所以在星状神经节上进行埋线，使线体长时间刺激神经节从而调节睡眠。安眠穴属于经外奇穴，以安眠命名腧穴，足以说明其治疗的独特性。内关手厥阴心包经之腧穴也是络穴，八脉交会穴通阴维脉，“阴维维于阴，纲维诸阴经”。心俞属足太阳膀胱经经穴，为心之背俞穴。背俞穴是脏腑之气输注于背腰部的腧穴。心为君主之官，主血脉，藏神明，心神失养会出现失眠。三阴交属于足太阴脾经上的腧穴，也是肝、脾、肾三条阴经的交会穴，可以权衡体内阴阳。

穴位埋线治疗失眠，原理就如同针灸，是将线体

埋入体内特定的穴位上,且具有相对持久的穴位刺激作用,从而达到疏通经络、调理脏腑、调和阴阳的目的。穴位埋线的刺激是柔和的并且是持久的,对于人体是一个长期调节的过程,线体埋入体内后进行有机的分解、液化、吸收,对穴位产生刺激长达15 d或者更长的时间,从而使穴位产生“长效针感”,因此增加了临床的治疗效果。

本临床观察表明,“眠五针”埋线治疗失眠具有就诊次数少,且治疗简便,症状改善明显的特点,对患者症状的缓解,痛苦的减轻有确切的疗效。穴位埋

线治疗失眠临床疗效肯定,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]吴勉华,王新月.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:7.
- [2]杨才德,雒成林.穴位埋线疗法[M].北京:中国中医药出版社,2015:9.
- [3]杨才德.埋线针刀百问百答[M].北京:中医古籍出版社,2016:9.
- [4]赵忠新,张照环.应给予睡眠更多的关注[J].中华神经科杂志,2011,44(8):513-515.
- [5]王小兵,李永红.穴位埋线治疗失眠疗效观察[J].中国中医药信息杂志,2012,19(8):77.
- [6]付新求.穴位埋线治疗失眠35例[J].中国针灸,2014,34(1):92.
- [7]郭爱松,李爱江,冯来芳,等.穴位埋线治疗原发性失眠的临床研究[J].南京中医药大学学报,2013,29(4):331-334.

(本文编辑:李海燕 本文校对:高敬辉 收稿日期:2018-05-16)

(未完待续)

温针灸联合透明质酸钠注射治疗骨关节炎的临床分析

田会军

(江西省萍乡市人民医院关节外科,江西 萍乡 337000)

摘要:目的 探讨温针灸联合透明质酸钠注射治疗骨关节炎的疗效。方法 将2015年6月—2017年6月我院接收的140例膝骨关节炎患者随机分成观察组和对照组($n=70$),对照组采用透明质酸钠注射治疗,观察组采用温针灸联合透明质酸钠注射治疗。结果 经过治疗后,观察组的Lysholm膝关节评分(90.14 ± 7.47)分高于对照组(84.78 ± 5.25)分,观察组的生活质量评分(88.48 ± 8.26)分明显高于对照组(79.73 ± 7.21)分,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对膝骨关节炎患者使用温针灸联合透明质酸钠注射的方式进行治疗,患者的膝骨关节炎疾病的症状有所改善,拥有良好的治疗效果,值得推广。

关键词:温针灸;透明质酸钠;膝骨关节炎;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.057

文章编号:1672-2779(2018)-17-0129-02

Clinical Analysis on Warm Acupuncture and Moxibustion Combined with Sodium Hyaluronate Injection in the Treatment of Osteoarthritis

TIAN Huijun

(Department of Joint Surgery, Pingxiang People's Hospital, Jiangxi Province, Pingxiang 337000, China)

Abstract: Objective To investigate the curative effect of warm acupuncture combined with sodium hyaluronate injection in the treatment of osteoarthritis. Methods 140 patients with knee osteoarthritis in our hospital from June 2015 to June 2017 were randomly divided into two groups, with 70 cases in each group. The control group was treated with sodium hyaluronate injection, while the observation group was treated with warm acupuncture combined with sodium hyaluronate injection. Results After treatment, Lysholm knee joint score of the observation group (90.14 ± 7.47) was higher than that in the control group (84.78 ± 5.25) ($P < 0.05$). The QOL score of the observation group (88.48 ± 8.26) was significantly higher than that of the control group (79.73 ± 7.21), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion The warm acupuncture combined with sodium hyaluronate injection in the treatment of osteoarthritis can improve the symptoms, has good curative effect, and is worth promoting.

Keywords: warm acupuncture and moxibustion; sodium hyaluronate injection; osteoarthritis; arthromyodinia

膝骨性关节炎又称膝关节退行性病变或老年性膝关节炎,对于老年患者的身体健康有着一定程度的影响,是老年人最常见的一种慢性进行性骨关节疾病^[1]。老年患者患上这种疾病之后,就会出现膝关节肿胀、疼痛和屈伸活动受限等方面的问题,对于老年患者生存质量的提升有着严重的阻碍^[2-3]。若不采取有效的措施对患者进行治疗,就会导致患者疾病严重程度的提升,甚至导致老年患者最终残疾。目前西医对本症尚无特效疗法,多采用消炎、止痛的方式对患者进行治疗,但是患者的疾病若较为严重,就需要通过手术治疗的方式进行治疗^[4]。不过随着我国医疗技术水平的提升,对患者使用中西医结合的方式进行治疗,对患者疾病的改善有着良好的效果。因此我院将140例膝骨关节炎患

者进行了疾病的治疗研究工作,研究成果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2015年6月—2017年6月我院接收的140例膝骨关节炎患者随机分成观察组和对照组($n=70$),其中观察组男性34例,女性36例;年龄42~77岁,平均年龄为(59.5 ± 17.5)岁。而对照组男性32例,女性38例;年龄41~82岁,平均年龄为(61.5 ± 20.5)岁。2组一般资料如年龄、平均年龄和性别比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)所有患者均符合膝关节骨性关节炎的诊断标准;(2)所有的患者经过医院伦理委员会的批准进行疾病研究方面的工作,自愿签订了知情同意书。

1.3 排除标准 (1) 患儿患有严重心、脑、肝、肾、肺功能疾病和造血系统疾病；(2) 患者患有精神类型的疾病，并且在治疗期间对于医护人员的治疗工作拒不配合。

1.4 治疗方法 对照组采用透明质酸钠注射的方式进行治疗，在对患者进行治疗期间，为了提升患者的治疗效果，嘱咐患者在进行注射时通过平卧位的姿势躺在治疗台上进行注射，并且保持自身的膝关节处于伸直的状态。在进行注射之前，需要为患者的皮肤进行常规消毒，进而在膝关节内侧髌骨中上缘处注射2%盐酸利多卡因注射液2.5 mL，从而对患者做好局部麻醉的工作，以避免患者在注射期间感到疼痛，影响注射治疗的效果。然后将注射用的注射器的针尖与水平面呈45°方向进针，穿刺回抽无血液后，进而注入20 mg的玻璃酸钠注射液。注射完毕后无菌敷料覆盖固定，并轻揉膝关节。从而通过这种方式，保证药物被充分吸收入患者的体内。为了保证患者的治疗拥有良好的效果，医护人员需要每周为患者进行一次这种注射治疗的工作，有利于患者疾病的改善。

观察组不仅进行透明质酸钠注射治疗，还运用温针灸的方式改善自身的疾病。为了保证医护人员对患者的穴位进行针灸时拥有良好的效果，所进行的治疗工作需要以祛邪通络止痛为主。犊鼻、内膝眼、委中、足三里、阳陵泉，风湿者加膈俞、寒盛者加肾俞、湿盛者加阴陵泉。在对患者进行针灸前，需要利用酒精棉球对患者的局部皮肤进行消毒，进而使用0.30 mm×40 mm的毫针直刺进针1.0~1.5寸。然后将1.5 cm的艾条置于针尾点燃进行温针灸，1次1壮，一般灸2壮，以患者感觉温暖舒适为度。

1.5 观察指标 观察比较2组患者治疗前后Lysholm膝关节评分、生活质量评分。

1.6 统计学方法 应用SPSS 23.0软件分析，计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，计数资料采用百分比表示， $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后Lysholm膝关节评分比较 经过治疗后，观察组的Lysholm膝关节评分(90.14±7.47)分高于对照组(84.78±5.25)分，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，详见表1。

表1 2组患者治疗前后Lysholm膝关节评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	70	62.26±2.44	90.14±7.47
对照组	70	63.03±2.56	84.78±5.25
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05

2.2 2组患者治疗前后生活质量评分比较 经过治疗后，观察组生活质量评分(88.48±8.26)分明显高于对照组

(79.73±7.21)分，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，详见表2。

表2 2组患者治疗前后生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	护理前	护理后
观察组	70	68.25±6.26	88.48±8.26
对照组	70	68.44±6.03	79.73±7.21
<i>t</i> 值		0.22	7.98
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05

3 讨论

根据相关人员所进行的研究显示^[5]，膝骨关节炎属于中医“痹证”范畴，患者之所以会患上这种疾病，主要是由于风寒湿邪内侵或肝肾亏损，从而导致患者出现了这方面的疾病，对于患者的身体健康有着一定的影响。患者患上这种疾病之后，就会出现膝关节疼痛、僵硬、关节肿胀、活动障碍等方面的问题^[6]。因此为了帮助患者改善自身的疾病，可以通过温针灸的方式对患者进行治疗。温针灸是中医学的特色治疗方法，具有刺法和灸法双重作用。通过这种方式对患者进行治疗，能够通过热力作用于穴位，促进患者的血液循环，改善局部组织营养和代谢，进而消除炎症，解除疼痛，滑利关节，对于患者的身体健康有着极大地帮助^[7-9]。

根据我院所进行的研究显示，观察组使用温针灸联合透明质酸钠注射的方式对患者进行膝骨关节炎的治疗，治疗后的Lysholm膝关节评分明显高于对照组，同时观察组经过治疗后的生活质量评分也明显高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。以此表明，使用温针灸联合透明质酸钠注射的方式治疗膝骨关节炎，对于患者疾病的改善有着极大的促进作用^[9]。

综上所述，对膝骨关节炎患者使用温针灸联合透明质酸钠注射的方式进行治疗，患者的膝骨关节炎症状有所改善，拥有良好的治疗效果，值得推广。

参考文献

- [1] 邢士新, 郝高庭, 任锡禄, 等. 中药封包加玻璃酸钠关节腔内注射治疗膝骨性关节炎 60 例疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(9): 975-977.
- [2] 郝强, 李克嵩, 贾红玲, 等. 温针、点刺放血、拔罐联合治疗膝骨性关节炎[J]. 吉林中医药, 2014, 34(7): 743-745.
- [3] 麦凤香, 朱月芹, 曹海波, 等. 穴位埋线联合关节腔注射玻璃酸钠治疗膝骨性关节炎 60 例临床观察[J]. 世界中医药, 2014, 9(12): 1651-1658.
- [4] 鞠云根, 沈福祥, 方伟利. 独活寄生汤联合玻璃酸钠治疗膝骨性关节炎 60 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(12): 49-50.
- [5] 邓鹏鹏, 李帆冰, 钟晓君, 等. 玻璃酸钠治疗膝骨性关节炎的系统评价[J]. 昆明医科大学学报, 2014, 35(9): 105-108.
- [6] 应海舟, 黄芳, 应海芬. 温针灸与电针对膝骨性关节炎的治疗效果分析[J]. 浙江中医药大学学报, 2015, 39(2): 150-152.
- [7] 赵全明, 王伟卓, 郭雄. PAPSS2 在大骨节病和骨关节炎疾病中作用机制的研究进展[J]. 国外医学(医学地理分册), 2012, 33(2): 79-82.
- [8] 赵敏. 温针灸治疗膝骨性关节炎 35 例临床观察[J]. 陕西中医, 2014, 35(3): 359-360.
- [9] 马胜利. 温针灸联合透明质酸钠注射治疗骨关节炎的临床疗效分析[J]. 陕西中医, 2016, 37(1): 101-102.

(本文编辑:李海燕 本文校对:彭炳龙 收稿日期:2018-05-25)

胃复安穴位注射足三里 防治肺癌化疗后胃肠反应的临床观察

丁丽萍 李润香 李庆霞

(南昌市洪都中医院针灸科, 江西 南昌 330000)

摘要:目的 探讨胃复安穴位注射足三里防治肺癌化疗后胃肠反应的疗效。方法 采用随机数表法将2012年7月—2015年1月南昌市洪都中医院呼吸科收住的84例肺癌化疗患者分为观察组($n=42$)和对照组($n=42$),对照组采用格拉司琼治疗,观察组采用胃复安穴位注射足三里治疗,比较2组患者每周化疗开始后第1~3天胃肠道反应(食欲减退、恶心和呕吐)发生情况。结果 2组化疗开始后第1~2天恶心、呕吐有效率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);相比于对照组,观察组化疗后第3天恶心、呕吐有效率明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$);2组化疗开始后第1天食欲减退有效率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);相比于对照组,观察组化疗后第2~3天食欲减退有效率明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 胃复安穴位注射足三里可有效防治肺癌化疗后胃肠反应,值得在临床上推广应用。

关键词: 肺癌;化疗;胃复安;足三里;胃肠反应

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.058

文章编号:1672-2779(2018)-17-0131-03

Clinical Observation on Metoclopramide Injection at Zusanli (ST36) in the Prevention and Treatment of Gastrointestinal Reaction after Chemotherapy

DING Liping, LI Runxiang, LI Qingxia

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330000, China)

Abstract: **Objective** To investigate the therapeutic effect of Zusanli (ST36) injection of metoclopramide in the prevention and treatment of gastrointestinal reactions after lung cancer chemotherapy. **Methods** 84 lung cancer patients admitted to the department of respiratory medicine of Hongdu hospital of Nanchang city from July 2012 to January 2015 were randomly divided into observation group ($n=42$) and control group ($n=42$). The control group was treated with granisetron. The observation group was treated with metoclopramide point injection of Zusanli. The gastrointestinal reaction (loss of appetite, nausea, and vomiting) was compared between the 1st and 3rd days after the start of each cycle of chemotherapy in the two groups. **Results** There was no significant difference in the effective rate of nausea and vomiting between the 2nd day and the 2nd day after chemotherapy ($P>0.05$). Comparing with the control group, the effective rate of nausea and vomiting increased significantly in the observation group on the 3rd day after chemotherapy, and there had statistical differences ($P<0.05$). There was no significant difference in the effective rate of loss of appetite at the first day after the start of chemotherapy ($P>0.05$). Comparing with the control group, the effective rate of loss of appetite was significantly lower in the observation group after 2-3 days than in the control group. The difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Injection of Zusanli (ST36) of metoclopramide can effectively prevent and treat the gastrointestinal reaction after lung cancer chemotherapy, and it is worthy of being popularized and applied in clinic.

Keywords: lung cancer; chemotherapy; metoclopramide; Zusanli (ST36); gastrointestinal reaction

在全球范围内,每年新增癌症患者高达1100万,其中我国约占1/5^[1]。肺癌属于一种常见的恶性肿瘤,对患者生命健康造成巨大威胁。化疗是目前治疗肺癌的主要方法之一,但大部分患者会出现恶心、呕吐、躯体改变及焦虑、抑郁等情绪变化,进而严重影响患者康复和生活质量^[2]。目前临床主要以5-HT₃拮抗剂用于防治化疗性胃肠反应,虽效果明显,但如头痛头晕、乏力、便秘腹泻等副作用也不少,且价格昂贵。因此,如何经济有效地减轻化疗时引起的胃肠道反应是目前肿瘤防治研究的一大课题。本研究探讨胃复安穴位注射足三里防治肺癌化疗后胃肠反应的疗效,现结合具体结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2012年7月—2015年1月南昌市洪都中医院呼吸科收住的84例肺癌化疗患者,均经病理学或细胞学检查确诊。采用随机数表法将其分为观察组

和对照组,每组42例,其中观察组男26例,女16例;年龄36~78岁,平均年龄(59.3±11.6)岁;病理类型:鳞癌22例,腺癌8例,小细胞肺癌12例;分期:I期6例,II期16例,III期14例,IV期6例。对照组男28例,女14例,年龄35~75岁,平均年龄(58.6±12.4)岁,病理类型:鳞癌21例,腺癌7例,小细胞肺癌14例,分期:I期4例,II期17例,III期18例,IV期3例。2组患者基线资料差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$)。本试验研究方案经我院伦理委员会讨论通过,患者及家属了解并签署知情同意书。

1.2 纳入标准 (1) 18≤年龄≤75岁,性别不限;(2) KPS评分≥60分;(3) 化疗前24 h未使用止吐药,依从性好者。

1.3 排除标准 (1) 对多种药物过敏或过敏体质者;(2) 合并明显出血倾向、活动性溃疡或精神疾病者;(3) 哺乳或妊娠期妇女。

1.4 治疗方法 2组均采用含顺铂的化疗方案,包括顺铂+长春瑞滨、顺铂+多西紫杉醇、顺铂+吉西他滨、顺铂+紫杉醇,其中顺铂75 mg/m²,总剂量150 mg,第1~3天静脉给药。对照组予以格拉司琼(新乡东升制药有限公司生产,规格:3 mg/瓶,批准文号:国药准字H20050204)治疗,20 mL生理盐水+3 mg/d格拉司琼,静推;观察组在上述治疗基础上加用胃复安穴位注射足三里,取双侧足三里穴,取穴部位位于犊鼻下3寸,胫骨旁开一指并进行常规消毒,采用6.5号针头和5 mL注射器抽吸10 mg胃复安注射液,直刺足三里穴2 cm,无回血下缓慢注射胃复安注射液,每侧穴位注射5 mg,1次/d,连续3 d。

1.5 观察指标 观察指标包括2组患者每周期化疗开始后第1~3天胃肠道反应(食欲减退、恶心和呕吐)发生情况。参照世界卫生组织(WHO)对化疗药物所致不良反应标准判定如下^[3-4]:(1)恶心分度:0度:食欲正常无恶心;I度:轻微恶心但不影响进食;II度:明显恶心影响进食;III度:重度恶心完全不能进食;(2)呕吐分度:0度:无呕吐;I度:呕吐1~2次/d;II度:呕吐3~5次/d;III度:呕吐>5次/d,需治疗;(3)食欲减退分度:0度:正常饮食;I度:半流质饮食;II度:全流质饮食;III度:完全不能进食。完全缓解:恶心0度,呕吐0度,食欲0度;部分缓解:恶心I度,呕吐I度,食欲I度;未缓解:恶心II、III度,呕吐II、III度,食欲II、III度。总有效率=[(完全缓解+部分缓解)例数/总例数]×100%。

1.6 统计学方法 采用SPSS 19.0软件对所得数据进行统计学处理并作比较分析,数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者恶心程度比较 2组化疗开始后第1~2天恶心有效率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);相比于对照组,观察组化疗后第3天恶心有效率明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者恶心程度比较

组别	例数	时间	0度	I度	II度	III度	有效率(%)
观察组	42	第1天	11	12	17	2	54.8
		第2天	10	12	18	2	52.4
		第3天	14	13	12	3	64.3*
对照组	42	第1天	7	13	19	3	47.6
		第2天	5	10	21	6	35.7
		第3天	5	8	22	7	31.0

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 2组患者呕吐程度比较 2组化疗开始后第1~2天呕吐有效率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);相比于对照组,观察组化疗后第3天呕吐有效率明显升高,差异

有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表2 2组患者呕吐分度比较

组别	例数	时间	0度	I度	II度	III度	有效率(%)
观察组	42	第1天	20	7	10	5	64.3
		第2天	22	10	6	4	76.2
		第3天	20	13	6	3	78.6*
对照组	42	第1天	15	6	16	5	50.0
		第2天	10	5	17	10	35.7
		第3天	8	6	18	10	33.3

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.3 2组患者食欲减退程度比较 2组化疗开始后第1天食欲减退有效率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);相比于对照组,观察组化疗后第2~3天食欲减退有效率明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表2 2组患者食欲减退分度比较

组别	例数	时间	0度	I度	II度	III度	有效率(%)
观察组	42	第1天	9	14	12	7	54.8
		第2天	10	15	9	8	54.8*
		第3天	11	15	12	4	61.9*
对照组	42	第1天	9	10	16	7	45.2
		第2天	7	7	19	9	33.3
		第3天	5	6	22	9	26.2

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

肺癌属于一种严重危害人类疾病的常见病及多发病,具有病死率高、预后差等特点^[5]。近年来,随着经济的高速发展,我国老龄化和工业化进程不断加剧,其发生率呈逐年升高趋势。化疗是目前治疗恶性肿瘤的综合手段之一,但其易导致恶心、呕吐等胃肠反应,影响患者生活质量。作为足阳明胃经之合穴,足三里经针刺可行气导滞、温通经脉、益气生阳、养血活血、健脾和胃,进而促进胃肠蠕动^[6]。现代医学理论认为,针刺足三里有助于双向调节胃肠功能,使痉挛的膈肌趋于正常,增强机体免疫力。另外,针刺足三里可调节前列腺素、表皮生长因子的合成、分泌及释放,保护胃黏膜^[7-8]。胃复安是一种多巴胺D₂受体拮抗剂,同时还具有5-羟色胺受体激动效应,对5-羟色胺受体亦有轻度抑制作用。其主要通过作用于延髓催吐化学感受区中多巴胺受体而其阈值,发挥强烈中枢性镇吐作用^[9-10]。足三里穴位注射胃复安可有机结合针刺的经络功能和胃复安的药理作用,充分发挥协同治疗的双重作用,提高临床疗效。本研究得到结果,与对照组比较,观察组化疗后第3天恶心、呕吐有效率明显升高,观察组化疗后第2~3天食欲减退有效率明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),证实了足三里穴位注射胃复安降低恶心、呕吐及食欲减退发生率。综上所述,足三里穴位注射胃复安可通过经穴调理和胃复安的药理作用调

节胃肠功能,减少不良反应发生,提高患者生活质量,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1]王廷祥,饶远权,刘杏娥,等.肺癌患者化疗期间感染相关危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2014,24(4):887-888,891.
- [2]汪浩,项东阳,孟颖,等.阶段性认知行为干预对肺癌化疗患者情绪及生活质量的影响分析[J].护士进修杂志,2015,30(24):2266-2269.
- [3]张丽红,庄志江,张维真,等.旋覆代赭汤联合耳穴按压治疗肺癌化疗后胃肠反应的临床观察[J].中医药学报,2015,43(5):97-98.
- [4]陈芬荣,汪敏,隔姜灸改善非小细胞肺癌化疗病人胃肠道毒副反应的疗效观察[J].护理研究,2015,29(3):990-992.
- [5]成娅婷,田成旺,任涛,等.中药治疗非小细胞肺癌的临床应用及作用机制研究进展[J].药物评价研究,2016,39(2):293-299.

- [6]张燕,林世东,王彬彬.半夏泻心汤联合胃复安足三里穴位注射防治化疗后呕吐的临床研究[J].陕西中医药大学学报,2016,39(6):92-93.
 - [7]颜纯钊,彭艳,林亚平,等.针刺“足三里”对不同状态大鼠胃运动及中缝大核P物质、胃动素的影响[J].针刺研究,2013,38(5):345-351.
 - [8]沈宝玉,杨法树,杨育林.足三里、内关穴针刺治疗胃肠肿瘤化疗后胃肠道反应的临床观察[J].中华中医药学刊,2013,31(1):91-93.
 - [9]韩晓瑞,谢莎莎.胃复安与昂丹司琼在孕早期剧烈呕吐中的应用比较[J].中国妇幼保健,2017,32(20):5164-5166.
 - [10]孙慧芳,余桂芳,金善良,等.胃复安与雷莫司琼对全麻腹腔镜胆囊切除术患者呕吐及躁动的影响[J].现代生物医学进展,2016,16(10):1884-1886.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:万国强 收稿日期:2018-05-08)

针刀联合吡罗西康贴片 治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床观察

马苏杰 张建功

(河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450046)

摘要:目的 观察针刀联合吡罗西康贴片治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床疗效。方法 将60例屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的患者随机分为2组,治疗组30例采用针刀联合吡罗西康贴片治疗,对照组30例采用封闭注射联合吡罗西康贴片治疗。观察2组治疗后的临床疗效。结果 治疗组治愈率为93.3% (28/30),对照组治愈率为56.7% (17/30),治疗组复发率为3.6%,对照组复发率为41.2%,2组比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 针刀联合吡罗西康贴片治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效优于封闭注射联合吡罗西康贴片,复发率低。

关键词:屈指肌腱狭窄;腱鞘炎;针刀治疗;封闭治疗;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.059

文章编号:1672-2779(2018)-17-0133-03

Clinical Observation on Acupotomy Combined with Piroxicam Patch on Stenosis Tenosynovitis of Flexor Digitorum Tendon

MA Sujie, ZHANG Jianfu

(The Second School of Clinical Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract:Objective To observe the clinical efficacy of acupotomy combined with piroxicam patch in the treatment of stenosis tenosynovitis of flexor digitorum tendon. **Methods** 60 patients with stenosis tenosynovitis of flexor tendon were randomly divided into two groups. 30 patients in the treatment group received acupotomy combined with piroxicam patch. 30 patients in the control group received closed injection combined with piroxicam patch. The clinical efficacy in both groups before and after treatment was observed. **Results** The cure rate was 93.3% (28/30) in the treatment group and 56.7% (17/30) in the control group. The recurrence rate was 3.6% in the treatment group and 41.2% in the control group. The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupotomy combined with piroxicam patch is better than the combined injection of piroxicam in the treatment of flexor digitorum stenosing tenosynovitis, and has a lower recurrence rate.

Keywords: flexor digitorum stenosis; tenosynovitis; acupotomy treatment; closed treatment; arthromyodysplasia

屈指肌腱狭窄性腱鞘炎是临床上的常见病,又称为弹响指、扳机指,指因屈指肌腱腱鞘慢性无菌性炎症导致腱鞘狭窄,进而影响手指的屈伸功能,多发于拇指、中指或环指,以拇指最为常见。本病好发于中老年人,尤以长期从事家务劳动或手工劳动者多见。笔者跟随张建功教授学习,采用针刀联合吡罗西康贴片治疗本病,并与鞘内封闭联合吡罗西康贴片比较,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60例屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者为2016年4月—2018年5月河南省中医院骨伤病诊疗中心门诊病例,按照就诊先后顺序,随机分为治疗组和对照组各30例,治疗组男6例,女24例;年龄30~68岁,平均

40岁;病程最短8 d,最长4.5年;其中拇指29例,中指1例。对照组男7例,女23例;年龄33~67岁,平均41岁;病程最短7 d,最长5年;其中拇指29例,环指1例。2组患者性别、年龄、病程、发病部位等一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]制定:

(1)有手部劳损史;(2)手指活动不灵活,局部酸痛,晨起或劳累后加重;(3)掌指关节掌侧压痛,可触及结节,指屈伸活动受限,可有弹响声或绞锁现象。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 患者取仰卧位,手掌心向上,患手下垫无菌巾,在患指掌指关节掌侧触及压痛点或硬结,并做标记。常规消毒、铺无菌洞巾,在标记处给予2%利

多卡因1 mL局部麻醉,选用华有汉章一次性I型4号针刀(保定华有医疗器械有限公司),令患者半屈手指并维持该位置不动,术者左手固定压痛点或硬结处,右手持针,刀口与患指纵轴平行,针体垂直于皮肤表面,快速刺入皮肤后,慢慢探索进针,针尖穿过腱鞘时可有落空感,达腱鞘后,由手指近端向远端纵行切割,至阻力感消失后出针,术中必须始终保持刀口与患者纵轴平行,禁止调转刀口以免切断肌腱。令患者活动患指,若屈伸自如,无绞锁,扳机现象消失,即为松解成功;若仍有症状,可重复上述操作1次^[2],压迫止血后,患处予吡罗西康贴片(韩国SK制药株式会社,规格:48 mg,批号1380459205)外用,嘱患者72 h内保持刀口的干燥清洁,吡罗西康贴片2 d更换1次,7 d后复诊。术后嘱患指经常屈伸患指,以防止粘连发生。

1.3.2 对照组 患者取仰卧位,手掌心向上,患手下垫无菌巾,在患指掌指关节掌侧触及压痛点或硬结,并做标记。常规消毒、铺无菌洞巾,抽取2%利多卡因2 mL、曲安奈德10 mg、生理盐水1 mL,于标记处沿肌腱纵轴方向垂直皮肤,快速刺入,达增厚腱鞘后注入药液。若症状未完全消失,1周后可行第2次治疗。压迫止血后,患处予吡罗西康贴片外用,嘱患者72 h内保持刀口的干燥清洁,吡罗西康贴片2 d更换1次,7 d后复诊。

2组均治疗1~2次后评定疗效,并于治疗后3个月随访观察复发情况。

1.4 观察指标 采用视觉模拟评分(VAS)观察疼痛缓解情况。用一条长10 cm水平线,两端分别表明“0”和“10”,“0”代表无疼痛,“10”代表剧烈疼痛,患者根据自己的疼痛程度,在直线上标出相应数值,即为评分值。

1.5 疗效评定标准 根据国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[1]评定疗效。治愈:患指掌侧无肿痛,无压痛,手指屈伸活动正常,无弹响声及绞锁现象;好转:局部肿痛减轻,患指活动时仍轻微疼痛,或有弹响声,无绞锁现象;未愈:症状无改善。

1.6 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后VAS评分比较 见表1。

表1 2组患者治疗前后VAS评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	6.53 $\pm$ 1.32	2.08 $\pm$ 0.37 [●]
对照组	30	6.35 $\pm$ 1.14	3.45 $\pm$ 1.02 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;治疗后与对照组比较,[●] $P<0.05$

2.2 2组患者疗效比较 见表2。治疗组治愈率为93.3%,对照组为56.7%,2组比较差异具有统计学意义($P<0.05$),即治疗组疗效明显优于对照组。

表2 2组患者疗效比较

[例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
治疗组	30	28	2	0	28(93.3)
对照组	30	17	9	4	17(56.7)

2.3 2组患者治愈3个月后随访复发率比较 见表3。治疗组3个月后随访复发率为3.6%,对照组为41.2%,2组比较差异具有统计学意义($P<0.05$),即治疗组复发率显著低于对照组。

表3 2组患者治愈3个月后随访复发率比较

[例(%)]

组别	例数	复发	复发率
治疗组	28	1	1(3.6)
对照组	17	7	7(41.2)

3 讨论

屈指肌腱狭窄性腱鞘炎在临床上非常常见,生理状态下,为了使手指发挥正常的屈伸功能,屈指肌腱在其位于关节的部位(掌指关节或指指关节)进一步增厚,以约束肌腱的滑动方向,又称滑车,滑车有环形和十字形两种,掌指关节处的滑车为环形滑车。根据实体解剖测量,拇指的腱鞘滑车最窄,但最厚;中指和示指的腱鞘滑车最宽,但厚度比拇指滑车略薄。对于狭窄性腱鞘炎的形成原因,除与外因即受凉、劳损后导致机械摩擦增大而引起的慢性无菌性炎症有关,汪学松等^[3-4]认为,其形成还与内因即该部位的解剖结构密切相关,尤其是骨性突起(如籽骨)在一定程度上起促进作用。拇长伸肌腱位于两籽骨之间,上方覆盖籽骨横韧带,两粒籽骨从侧面包绕肌腱,从而形成一个三面为骨性结构、一面为纤维结构的骨纤维通道;当手指反复屈伸,屈指肌腱对滑车的刺激超过生理限度,滑车处产生充血、水肿甚至增厚,使包裹在内的屈指肌腱活动空间变小,从而产生屈伸手指时的“弹响”现象;以上生理结构也解释了拇指的发病率远高于其他四指的原因。一般认为^[5],常规保守治疗如针灸、理疗、按摩等治疗方法疗效有限,且复发率高,而开放手术损失大,恢复期较长,有术后形成瘢痕粘连的风险,影响治疗效果。而针刀治疗创伤小,并具有刀的松解作用,在狭窄性腱鞘炎的治疗中具有独特的优势,其有效性及安全性在解剖学研究中亦得到了理论支持^[6]。

针刀治疗目的主要是切开增厚的腱纤维鞘环,增大了骨纤维管道的空间,解除其对屈指肌腱的约束,减轻肌腱与纤维鞘之间的摩擦,从而消除炎症^[7-9],减轻疼痛,恢复手指的屈伸活动。曲安奈德能抑制炎症反应,促进炎症的吸收,利多卡因可缓解疼痛及肌肉痉挛,对早期以无菌性炎症为主的患指,可有较好的疗效,但此法容易复发,尤其对于纤维鞘明显增厚的患者疗效欠佳。吡罗西康贴片为NSAIDs外用贴片,是一种长效透皮控释贴片,胡晓等^[10]通过对国人体内进行吡

罗西康贴片连续用药的药理学试验,得出结论:吡罗西康贴片按2 d 1次,1次48 mg外用,连续使用2周,不会在体内产生蓄积现象,且无不良反应发生,安全性好。谢双利等^[10]通过Meta分析显示:针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的总有效率及痊愈率均明显高于封闭治疗,差异具有统计学意义。本研究也说明了针刀联合吡罗西康贴片治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效优于鞘内封闭注射联合吡罗西康贴片,且复发率更低。

参考文献

- [1]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:190-192.
- [2]李石良.针刀应用解剖与临床[M].北京:中国中医药出版社,2014:480-485.
- [3]汪学松,陈丹,崔正礼,等.骨性突起与狭窄性腱鞘炎相关解剖学的临床研究[J].中国临床康复,2003(23):3204-3205.
- [4]汪学松,邱贵兴,翁习生,等.籽骨与拇长屈肌腱狭窄性腱鞘炎的相关解剖学关系[J].中国组织工程研究与临床康复,2008(20):3959-3961.
- [5]罗涛,刘景.微创松解疗法治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎研究[J].中国骨伤,2013,26(5):438-440.
- [6]欧阳洁.针刀治疗狭窄性腱鞘炎的解剖学安全性研究[D].广州:南方医科大学,2010:1-52.
- [7]杨城,王琴.针刀治疗紧张型头痛疗效观察[J].上海针灸杂志,2010,29(3):161-162.
- [8]汪锋,吴子建.小针刀为主治疗第三腰椎横突综合征疗效观察[J].上海针灸杂志,2011,30(1):24-26.
- [9]胡晓,熊玉卿.进口吡罗昔康贴片连续用药的人体药理学[J].中国医院药学杂志,2010,30(11):928-930.
- [10]谢利双,周学龙,王占有,等.小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效的Meta分析[J].山东中医杂志,2016,35(6):522-525.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张董喆 收稿日期:2018-06-01)

火龙灸联合穴位贴敷辅助治疗肾病脾肾阳虚型水肿的临床观察

王燕

(南京中医药大学附属医院江苏省中医院南东11肾科,江苏 南京 210029)

摘要:目的 观察火龙灸联合穴位贴敷对肾病脾肾阳虚型水肿患者的临床疗效。方法 将60例肾病脾肾阳虚型水肿患者按随机数字表分为观察组与对照组,各30例,对照组采用常规中西药物治疗,观察组在此基础上采用火龙灸联合穴位贴敷治疗,治疗2个疗程后观察2组水肿程度、24 h尿量、体重等变化。结果 观察组水肿程度积分显著低于对照组 ($P<0.05$),观察组治疗有效率96.7%,高于对照组有效率60%,差异具有统计学意义。观察组24 h尿量显著大于对照组,体重下降明显 ($P<0.05$)。结论 火龙灸联合穴位贴敷对肾病脾肾阳虚型水肿有较好的治疗效果。

关键词: 火龙灸; 水肿; 穴位贴敷; 脾肾阳虚

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.060

文章编号:1672-2779(2018)-17-0135-03

Clinical Observation on Fire Dragon Moxibustion Combined with Acupoint Application in Treating Nephropathy Edema with Spleen and Kidney Yang Deficiency

WANG Yan

(Department of South East 11 Nephrology, Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of fire dragon moxibustion combined with acupoint application on nephropathy edema of spleen kidney yang deficiency. **Methods** 60 cases of nephropathy of yang deficiency of spleen and kidney edema were randomly divided into observation group and control group, with 30 cases in each group. The control group used conventional western medicine treatment. The observation group used fire dragon moxibustion on the basis of the control group. The TCM syndrome quantitative integral and curative effect after 2 courses of treatment was observed. **Results** The score of edema degree in the observation group was significantly lower than that in the control group ($P<0.05$). The effective rate in the observation group was 96.7%, which was higher than 60% in the control group, and the difference was statistically significant. The 24 h urine volume in the observation group was significantly higher than that in the control group, and the weight loss was significant ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of fire dragon moxibustion combined with acupoint application has good therapeutic effect on nephropathy with spleen and kidney yang deficiency edema.

Keywords: fire dragon moxibustion; edema; acupoint application; spleen and kidney yang deficiency

水肿是由于身体内的液体在组织间隙中滞留所致,用手指指端加压,维持压力10 s,皮下水肿部位可以出现凹陷。引起水肿的原因非常多,肾性水肿是其中之一,它是指因为肾脏疾病导致的液体在组织间隙中滞留^[1]。历代医家认为水肿发病机制主要为脾肾阳虚。如《诸病源候论·水肿病诸侯》云:“水病者,由肾脾俱虚故也。”中医认为,脾失健运,湿浊内停,湿性重浊

黏滞,故肾性水肿病程长且反复发作,以致迁延缠绵。有关文献报道,作为传统中医技术的艾条灸,在水肿治疗方面取得一定的疗效^[2]。火龙灸是在传统灸的基础上加以改良的一种灸法,药艾绒通过乙醇燃烧后产生的强大深透的温热刺激作用于人体的经络,激发机体阳气,调和阴阳,温通气血,驱邪外出,从而达到治疗疾病的目的。目前有研究者报道火龙灸用于慢性虚

损性疾病有较好的疗效^[3]。2016年5月—2017年4月我科对住院的60例肾脾阳虚型水肿患者采用火龙灸联合穴位贴敷治疗,取得较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年5月—2017年4月在我院肾科住院的肾脾阳虚型水肿患者60例。其中男38例,女22例;年龄36~65岁,病程最短8个月,最长19年。根据随机数字法将患者分为观察组和对照组各30例,2组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表1 2组患者一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	男	女	年龄(岁)	肌酐($\mu\text{mol/L}$)	24 h尿蛋白定量(g/24 h)
对照组	30	21	9	53.17 $\pm$ 8.70	165.28 $\pm$ 11.88	2.07 $\pm$ 0.53
观察组	30	23	7	53.53 $\pm$ 7.99	168.56 $\pm$ 12.12	2.16 $\pm$ 0.61
统计值	χ^2 值=0.341 t 值=-0.170 t 值=-1.059 t 值=-0.627					
P 值	>0.05 >0.05 >0.05 >0.05					

1.2 诊断标准 西医诊断标准:原发性肾小球疾病42例(按临床表现分型,慢性肾小球肾炎30例、肾病综合征12例)、慢性肾衰竭15例[按国际慢性肾脏病(CKD)分期,CKD 3期10例、CKD 4期5例]、狼疮性肾炎3例。

1.3 纳入标准 (1)符合水肿西医诊断标准^[3],下肢水肿程度积分 ≥ 1 分;(2)符合国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效诊断标准》脾肾阳虚水肿中医诊断标准,中医症候量化分级中级以上。所有患者均签署知情同意书。

1.4 排除标准 严重的心血管疾病者;血液系统疾病有出血倾向者、严重感染、恶性肿瘤者;精神神志异常者;感觉障碍者;对艾绒、酒精过敏者;选穴处皮肤破溃感染者;已行血液透析治疗者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予常规中西药治疗,具体为:(1)遵

医嘱中西药治疗,观察用药后效果及水肿消退情况;(2)密切观察患者血压、心率、体重、尿量,做好记录;(3)饮食宜低盐低脂优质低蛋白,控制饮水量,每日液体摄入量为前1日尿量加500 mL;(4)指导患者休息与活动,保护皮肤,避免压疮;(5)做好患者的情志疏导,鼓励患者积极配合治疗。

1.5.2 观察组 在对照组基础上加以火龙灸联合穴位贴敷治疗,操作均由正规培训中医护士执行。具体方法:(1)患者评估:评估患者体质及对热的耐受程度;做好解释工作。(2)操作步骤:调节室温至26℃,关闭门窗;患者取俯卧位,暴露腰背部,大毛巾铺于腰背部及下肢,其余部位毛巾包裹,围成防火墙;腰背部再纵向铺一层湿火龙巾,将艾绒均匀铺在湿火龙巾上,厚度约1 cm,部位为督脉大椎至腰阳关穴、两侧膀胱30~60 s经风门至气海穴;用注射器抽吸95%酒精以“之”字形均匀喷洒在艾绒上面;点燃艾绒后,背部火焰似一条“长龙”,待火燃烧30~60 s后询问病人感到背部有热感时,用湿毛巾扑灭火焰,并沿督脉及膀胱经点穴,(大椎、肺俞、至阳、脾俞、肾俞、腰阳关)按压15~30 s,热退后再洒酒精、点火、捂火,如此反复3~5次,取下毛巾擦干皮肤,以看到施灸部位皮肤明显潮红为度,配合饮用温开水200 mL。双侧脾俞至大肠俞贴敷温阳健脾膏,8 h后取下贴敷^[4]。以上治疗隔天1次,5次为1个疗程,2个疗程结束后进行评价。(3)注意事项:施灸时关注患者感受,防止烫伤;治疗后4 h内禁止淋浴,避免汗出当风。

1.6 疗效评价 (1)水肿程度积分,根据《中药新药临床研究指导原则》^[5],将其症状程度分为全身无可凹性水肿、晨起眼睑水肿或午后足肿,肿势隐约、眼睑及双下肢中度水肿、双下肢重度水肿、全身水肿或伴有胸腹水,由轻到重分别记0、1、2、3、4分。体重于每日晨起空腹测量,尿量测量为前1天7点排空尿液后开始

表2 2组中医症候积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	水肿程度	体重	夜尿次数	尿量	中医症候总积分
对照组	30	治疗前	6.10 $\pm$ 1.185	71.52 $\pm$ 12.86	6.03 $\pm$ 1.450	1325.9 $\pm$ 168.25	23.53 $\pm$ 3.014
观察组	30		6.13 $\pm$ 1.074	70.72 $\pm$ 11.65	6.07 $\pm$ 1.337	1298.77 $\pm$ 125.87	23.27 $\pm$ 3.129
Z 值			-0.023	-0.886	-0.149	-0.411	-0.434
P 值			0.982	0.375	0.882	0.681	0.665
对照组	30	1疗程后	3.20 $\pm$ 1.215	70.98 $\pm$ 16.98	4.170 $\pm$ 0.986	1521.13 $\pm$ 102.52	13.47 $\pm$ 2.080
观察组	30		4.20 $\pm$ 0.761	69.27 $\pm$ 14.25	4.20 $\pm$ 0.925	1505.84 $\pm$ 136.55	16.67 $\pm$ 1.709
Z 值			-3.312	-1.297	-0.493	-4.770	-5.167
P 值			0.05	0.195	0.622	<0.05	<0.05
对照组	30	2疗程后	1.67 $\pm$ 0.959	69.47 $\pm$ 19.73	3.30 $\pm$ 0.596	1784.1 $\pm$ 152.54	8.13 $\pm$ 1.570
观察组	30		13.83 $\pm$ 0.79	67.90 $\pm$ 15.62	4.17 $\pm$ 0.747	1846.65 $\pm$ 165.54	15.60 $\pm$ 1.940
Z 值			-5.957	-5.189	-4.223	-6.206	-6.678
P 值			<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

计算至次日7点晨起第1次排尿。住院期间由责任护士宣教患者并予记录。(2)中医临床疗效评价,参照《中药新药临床研究指导原则》:临床缓解为中医临床症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效为中医临床症状、体征明显改善,疗效指数 $\geq 75\%$;有效为中医临床症状、体征有好转,疗效指数 $\geq 30\%$;无效为中医临床症状、体征无明显改善,疗效指数不足30%。采用尼莫地平评分法:疗效指数=(治疗前VAS分值-治疗后VAS分值)/治疗前VAS分值 $\times 100\%$ 。

1.7 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示,两样本的数据比较使用独立样本 t 检验,配对样本的比较使用配对 t 检验,两样本的数据比较使用Mann-Whitney U检验;其配对样本的比较使用Wilcoxon配对符号秩检验。计数资料采用卡方检验。等级资料用Ridit检验。所有检验以 $P < 0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗前、治疗1个疗程后、治疗2个疗程后中医症候积分比较 见表2。

2.2 治疗2个疗程后疗效比较 见表3。

表3 2组疗效比较

[例(%)]

组别	例数	临床缓解	显效	有效	无效	总有效率	Z值	P值
观察组	30	0	2	27	1	29(96.7)*	-3.978	<0.05
对照组	30	0	0	18	12	18(60.0)		

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

中医学认为“水肿”病机主要为脾肾阳虚为本,瘀血、湿浊、浊毒为标,病位主要在脾肾。肾主水,肾阳亏虚,阳不化气,气化失常,阳虚不能蒸腾水液,开阖不利,水湿犯溢而导致头面及周身水肿,腰以下为甚,按之凹陷不易复起。如《素问·水热穴论》曰:“肾者,胃之关也,关门不利,故聚水而从其内也,上下溢于肌肤,故为跗肿”。脾阳不足,运化无力,气血化生不足,升清失司,清浊逆乱,则出现纳呆、面色萎黄或晄白、大便溏薄、水肿、蛋白尿、神疲乏力等。故《素问·至真要大论》言:“诸湿肿满,皆属于脾。”腰为肾之府,失于温煦,则出现形寒肢冷,腰膝冷痛酸重。肾与膀胱相表里,膀胱的气化有赖于肾气的蒸腾,膀胱气化失司,则出现少尿、夜尿频数。因此治疗肾病脾肾阳虚型水肿,最主要在于调理肺脾肾三脏,而其关键又在脾肾先后天之本^[6]。火龙灸属督灸法范畴,其热力渗透持久,具有调和阴阳、温通经脉、行气活血、消瘀散结、温阳益气、健脾祛湿、既有温通的作用,又有滋补的作用^[7]。督脉和六

阳经交汇于大椎穴,能够调节机体阳气气血。《血证论》^[8]:“膀胱称为太阳经,为水中之阳,达于外以为卫气,乃阳之最大者也。”在督脉和膀胱经上行火龙灸对振奋体内阳气起到叠加效应,背俞穴乃五脏六腑之精气输注于体表的部位,具有扶正固本、疏通经络、调节脏腑的功能。本研究中火龙灸风门、肺俞以益气宣肺,灸脾俞、肾俞两穴具有补肾健脾、调节气机,使水湿得化的功效;命门灸之培元固本,温经散寒;气海俞穴、三焦俞穴合用具有强肾补气、利尿消肿之功效。除此之外膀胱经是人体最大的一个排毒通道,艾灸产生的温热效应促使体内湿瘀之毒排除体外,同时辅以中药温阳健脾膏穴位贴敷,此配方以方中制附子、肉桂为温补脾肾;茯苓、白术健脾利水;甘草调和诸药,利用火龙灸、穴位按压、穴位贴敷3种协同作用促进中药成分通过皮肤快速进入体内,刺激特定穴位,循经直达脾肾二脏,达到温补肾阳,利湿消肿、升清降浊、调节免疫等作用,从而达到标本兼顾的作用。本研究中采用火龙灸联合穴位贴敷的方法对肾病脾肾阳虚型水肿患者进行治疗,结果显示1个疗程后,2组在尿量方面差异具有统计学意义($P < 0.05$),2个疗程后2组在水肿、夜尿次数、尿量、体重等方面差异均具有统计学意义($P < 0.05$),观察组总有效率96.7%,对照组60%,2组疗效比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$);且未发生明显不良反应;说明火龙灸联合穴位贴敷对肾病脾肾阳虚水肿患者有较好疗效。

本研究采用火龙灸联合穴位贴敷治疗肾病脾肾阳虚型患者水肿效果明显,同时能够缓解阳虚诸症,患者感觉舒适、操作简便、易于接受,由于此研究收集病例数偏少,观察时间较短,需要进一步增加病例数量进行疗效评估,同时加强对患者远期效果的观察与随访。

参考文献

- [1]罗金国,张传芳,曹泽慧.中西医结合治疗肾病综合征水肿概况[J].辽宁中医杂志,2010(37):198-199.
- [2]郭银雪,詹继红,毕莲,等.真武汤联合艾灸治疗阳虚型肾病综合征水肿30例疗效观察[J].甘肃中医学院学报,2012,29(4):69-70.
- [3]Kidney Disease:Improving Global Outcome (KDIGO)CKD Work Group.KDIGO2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease[J].Kidney Int Suppl,2013,13(1):1-150.
- [4]王红霞,党志博,赵长普,等.消微止痛膏穴位贴敷不同时间对肝胆疾病胁痛疗效的影响[J].中国老年学杂志,2015,35(8):4268-4270.
- [5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版,2002:162.
- [6]唐丽,王焜,刘春莹.刘春莹治疗糖尿病肾病水肿的临床经验[J].四川中医,2013,31(9):12-14.
- [7]王薇,李菊莲,宋志靖.火龙灸联合针刺治疗寒湿型腰椎间盘突出症48例[J].中医研究,2014,27(5):52-53.
- [8]唐容川.血证论[M].北京:中国中医药出版社,1996:14-15.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王涓 收稿日期:2018-05-22)

护理电子病历应用现状及应对策略分析※

田曙光 秦元梅* 暴银素 赵 争

(河南中医药大学第一附属医院科研部, 河南 郑州 450000)

摘要:目的 探讨护理电子病历应用现状并展望其发展前景,为今后各级医院及管理机构护理电子病历的应用和管理提供参考依据。**方法** 通过查阅国内外相关文献资料,综合分析当今电子病案,特别是护理电子病历的应用状况,并进行对策方面的探讨。**结果** 护理电子病历提高了护理人员工作效率与管理水平,但还存在着很多问题需要解决。**结论** 电子病案是医院信息系统的发展必然趋势和目标,护理电子病历是其中重要的组成部分,同样会发挥不可忽视的作用。

关键词: 护理电子病历; 电子病案; 现状; 应对策略; 医院信息系统

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.061

文章编号:1672-2779(2018)-17-0138-04

The Current Situation and Analysis of Countermeasures for Nursing Electronic Medical Records

TIAN Shuguang, QIN Yanmei, BAO Yinsu, ZHAO Zheng

(Department of Scientific Research, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract : Objective To discuss the current situation of application of nursing electronic medical records and look forward to its development prospects, so as to provide reference for the application and management of nursing electronic medical records at all levels of hospitals and management institutions. **Methods** Through consulting the relevant domestic and foreign literature, comprehensive analysis of the current electronic medical records, especially the status of the application of nursing electronic medical records, and the discussion of countermeasures. **Results** The nursing electronic medical record has improved the work efficiency and management level of nursing staff, but there are still many problems that need to be solved. **Conclusion** The electronic medical record is an inevitable trend and goal for the development of the hospital information system. The nursing electronic medical record is an important part of it and it will also play a role that cannot be ignored.

Keywords: nursing electronic medical records; electronic medical records; current status; countermeasure; hospital information system

护理电子病历是医院信息系统(hospital information system, HIS)的构成要素之一,是医院信息化建设的重要组成部分,覆盖了护理表格书写的各个环节^[1],是护士对患者病情观察和实施护理措施的原始记载,客观记录了临床护士的工作内容和过程^[2]。

1 护理电子病历系统主要功能

1.1 住院患者评估及安全告知 采取文档录入与选项相结合的方式,具体分为四部分。一是基本信息:入院患者所在科室、姓名、性别、年龄、住院号均为系统自动导入,床号、入院诊断、入院病因、入院时间需要手动录入;二是护理评估:患者入院体征需要录入,沟通能力、视力、过敏史、跌倒史、置管、疼痛、压疮等均列出规范化的标准选项,以复选方式通过点击完成资料录入,巴氏量表(指数)均可列出规范化的标准选项,以复选方式通过点击完成资料录入,并由系统自动计分,显示患者自理程度;三是风险评估:主要由压疮危险因素评估(Braden评分表)、跌倒坠床危险因素评估(Morse评分表)组成,均可列出规范化的标准选项,以复选方式通过点击,完成资料录入,并由系统自动计分,显示风险程度;四是患者安全告

知:将病室管理、压疮、跌倒的注意事项等纳入告知内容,护士签名,记录时间为电脑现有时间,将住院患者评估及安全告知单填写完成后即时打印,由患者或家属签字。

1.2 住院患者护理记录单 护理记录单(PIO)是护理病历的核心部分,护理记录过程要体现出病情动态变化,即以护理记录单方式记录。根据患者病情记录需要,护理记录单格式分为一般护理记录、危重护理记录单、特别护理记录单3种。科室可根据需要制作各类护理病历模版,其整体设计为表单式结构。全科所有住院患者的特殊医疗治疗及动态护理都能在此表中体现。患者的基本信息,如姓名、科别、床号、住院号等均为系统自动导入。日期、时间、体温、血压、心率、呼吸、脉搏、血氧饱和度、排尿、瞳孔直径均为填写录入,患者意识水平、清醒程度、瞳孔对光反射、心电图监护、吸氧院外带入管道、动脉采血、留置插管、吸痰、气管插管/切开、置入导管、皮肤、外伤、活动情况、特殊情况与处理,呼吸机均可列出规范化的标准选项。护士根据患者实际情况和落实的护理措施,点击选择相关内容即可,完成资料录入。护理记录单,按照护士根据医嘱和病情对患者治疗期间护理过程的客观记录要求,内容有时间、主诉、特殊治疗、病情观察及护理要点等。护士根据患者实际情况点击后进

※ 基金项目:河南中医学院科研苗圃工程【No.MP2015-35】

* 通讯作者:qinyuanmei69@163.com



行,对主要治疗和护理情况进行实时客观记录。涉及出入量等数据时,可以按护理要求对各种输入项目进行规范,对12 h和24 h出入量自动汇总的功能,并提供出入液量自动统计,大大提高了护士的工作效率,减少了错误书写、错误计算的发生。

1.3 体温单录入 测量体温是护士每天常规工作之一。体温单支持全病区 and 单人两种录入模式,录入体温、脉搏、呼吸、血压等数据后在图像一页会自动产生相应图形,图线粗细均匀,版面清晰美观。

1.4 医嘱单 护士处理医嘱是临床护理工作的一个重要组成部分,使用电子病历后,只要医生下达医嘱,护士从护士工作站就可直接处理医嘱,缩短了医嘱处理的等待时间,确保医嘱及时执行^[3]。同时,电子医嘱字迹清晰,避免因医生字迹潦草造成护士错误执行等情况的发生。

1.5 护理电子病历的质量控制

1.5.1 修改权限 一方面,同一时间只允许单一账户登陆,否则录入数据则无法保存。另一方面,不同级别的用户组具有不同的书写权限和阅读权限,护士长与组长具有修改护理人员所书写病历的权限,修改后所有原始记录、被修改的内容与时间均保留痕迹。

1.5.2 实时监控 管理人员通过实时远程调阅护理病历,实施病历书写的质量检查与控制。

2 护理电子病历系统的重要作用

2.1 有利于临床护理质量的提升 护理电子病历是将计算机信息技术应用于临床护理记录,并以此建立的一种以提高工作效率、改进医疗水平为目的的信息系统^[2]。因此,科学的护理电子病历的应用和管理不仅能够减少不必要的劳动,同时使得护士能够有更多的时间关注和照顾患者,有效提高了工作效率和护理管理质量^[4]。

2.2 有利于护理教学与科研 电子病历书写快捷、格式规范、版面整齐,且可以实现资源共享,有利于护理教学与科研^[5],在临床中已普遍使用。护理电子病历具有系统性、完整性、准确性,且数据之间存在一定关联,是护理教学和科研的重要资料来源,能丰富教学内容。电子病案是信息技术和网络技术在医疗领域中应用的必然产物,护理电子病历是电子病历的重要组成部分,规范护理电子病历录入为护理学员走上工作岗位打下坚实基础。

医疗创新是医改的核心要求之一,而电子病案作为一个大型的开放数据库,其中包括不同病型患者的重要临床数据、诊治经验、医疗结局等,这也为医生、专家研发出新的处方、治疗方法、护理方案等提供了良好的基础,也有利于不同科室的医疗工作人员之间进行专业知识交流和学习。护理电子病历作为电子病案的重要一环,同样具备此种作用。

3 护理电子病历系统应用中存在的问题

3.1 护理电子病历质量缺陷

3.1.1 护理记录存在的问题 (1) 不及时:临床护理文书书写制度规定,护理记录书写应体现“实时性”,即在完成护理观察、评估或措施后立即书写。护士不能及时记录病人病情变化及实施的护理措施等,只能在完成所有治疗护理工作后或在交接班前才能进行回顾性记录,导致记录与事实有出入,造成记录书写的不客观、不全面;(2) 不完整:护理记录不完整是指记录内容不全和存在遗漏。病人病情变化以及护理效果评价,各种药物阳性反应等情况需要记录,但护士因工作疏忽而没有记录;(3) 不一致:护理记录不一致主要表现在:不同的护士书写的护理记录不一致,护理记录与医师的病程记录不一致,病人提供的病史前后不符或由不同的家属提供的病史不一致,导致护理记录前后矛盾;漏记和错记导致护理记录与护理措施不一致^[6]。目前大多数医院电子护理病历的计算机系统不能有效识别并且及时制止复制、粘贴的操作,因此护理电子病历复制、粘贴的现象尤为严重,导致记录与患者实际病情不符、记录重复、前后不一致等问题;(4) 不专业:个别护理记录未能正确使用医学术语,如“脖子僵”“腿部搔痒”等描述部位不准确、重点不突出,应当正确使用“颈部”“下肢皮肤”等规范的解剖部位术语。

3.1.2 体温单存在的问题 (1) 漏填或不规范:如未按要求绘制,有漏填或错填;药物过敏、尿量记录、灌肠标志漏填;出入院、转科时间书写不规范等;(2) 数值与实际不符:由于护士在录入数据时不仔细,导致录入的数据错误,或者数据与栏目未能对应,或者体温单与护理记录单在同一时点记录数值不一致;多数医院护理电子病历系统体温单记录1周才可打印出来,不利于医护人员实时观察患者的一般状况。

3.1.3 医嘱单存在缺陷 (1) 漏项:如医嘱执行后缺少签名;特殊处置如灌肠、降温、皮试等漏写;(2) 不一致:签署执行时间提前或超时,与护理记录不吻合,或者没有用药医嘱,但护理记录中有用药记录;输入内容后未进行再次确认。

3.2 护理电子病历系统安全机制不健全 电子病案的安全性是病案信息化管理的关键问题。电子病案存在外部(如病毒感染、黑客攻击等)、内部(如故意对已确定或逻辑归档的病历资料篡改、删除等)和设备故障等致使文件损坏、数据丢失,以及病人诊疗信息、隐私被泄露等风险^[7]。

目前大多数医院的护理电子病历系统基本上还停留在通过公用程序中的用户名和密码验证来实现身份识别功能。而用户名和密码是明文或简单加密后保存在后台数据库中的,加之一些护理人员保密意识较差,

对自己的用户名和密码不能严格保密,易造成病案内部的泄漏或被篡改,且很难取证^[8]。

3.3 缺乏电子病历的相关法律法规 《中华人民共和国电子签名法》和《电子文件归档与管理规范》明确规定:电子病案在民事、刑事活动中不具有法律效力^[9]。因此,目前大多数医院仍然以纸质病案为主,或采用电子病案与纸质病历档案同步归档的“双轨制”,即医护人员按照电子病案系统功能和流程记录、整理,打印后签字,以纸质版归档,在病案档案质量管理上仍然以纸质病案为主,并没有真正体现电子病案低耗、快速和便捷的优势。

3.4 缺乏国家级的电子病历共享研究项目 电子病案最大的特点就是资源共享^[10]。由于我国的电子病案没有制定统一的数据标准,各公司开发的HIS系统数据互不兼容,很难建立全国统一的医院信息共享系统,宝贵的医疗信息资源得不到有效利用,患者的各种信息无法进行交流,造成信息资源的浪费。另外,电子病案信息共享范围难以界定、共享容易造成隐私泄露等给电子病案信息共享建设带来一系列的困难和障碍。

此外,对电子病历存在认识上的模糊性、经费投入有限、工作人员的专业性不足等都是亟待解决的问题。

4 应对策略

4.1 加强对护理电子病历的质量控制

4.1.1 加强对护理电子病历的规范化培训 制订电子护理病历的使用规范,按照各种功能设计和管理规范建立适应的表格化模块和文字化模块,以及与各个专科疾病相适应的各类表格评估表、表格模块,简化护士书写流程^[11]。护理文书是病案资料的组成部分,其真实地记录着对患者病情变化的观察及治疗,护理实施过程,是临床护理内容的客观反映,也是有效的法律依据^[12],以卫生部2010年3月1日颁发的《病历书写基本规范》和《专科护理病历书写质量标准》为依据,采取多种形式给予护理人员针对性的指导,保证护理电子病历书写做到准确、及时、完整、客观、真实、有效。

4.1.2 加强质量监管 建立与完善护理电子病历质量控制体系,实现病区护理组长、护士长和护理部3级监控体系,使护理文书书写标准化,并以此为切入点促进了护理质量持续改进与提高;开发适合本院实际的护理病历质量安全动态实时监控体系,持续在线跟踪,实时显示各项记录的完成情况,同时以护理操作时间为轴线,通过智能分析判断,设置警报提示,实现质量智能控制^[13-15]。二者有机结合,以此最大限度保证护理电子病历的质量。

4.1.3 增强法制观念 对护理人员进行护理记录相关法律法规培训,转变思想观念,提高护理人员的法律意识。强调护理电子病历系统用户名和密码的重要性,严格管理个人密码,不得随意泄露及借用,且信息科管理人员必须对各科室的权限进行监督管理,遇到越

权操作行为及时制止,必要时按相关规定进行处罚^[16]。

4.1.4 完善护理电子病历的研发 护理电子病历系统研发人员应当适时听取医护人员反馈意见,增加模板的设计并不断规范及完善模板,限制病史的复制、粘贴,按照病历规范书写要求和疾病特点限定使用模板,不断增加操作的舒适性和便捷性,增强护理电子病历系统运行稳定性,保证护理电子病历系统高效运行;尽快建立移动护士工作站,增加移动载体多样性,如护士使用PDA(非网络模式)在床旁直接采集患者的各项生命体征或者在床旁确认所执行过的医嘱执行项目,并可自动保存到各自的护理文书,提高护士的工作效率,避免了数据转抄过程中差错的产生。

4.2 加强安全与保密性 建立良好的电子病案所处的计算机环境以及存储体系及备份方案,有利于保障电子病案在生成、存储、传递、修改、增删过程中安全运行;实行电子病历分级保密管理、使用电子病案分级授权等,以保证电子病历的安全性和使用价值;结合网络传输安全、存储安全和确保电子病案的安全实时性,指纹识别技术、CA论证和第三方存储不失为目前解决电子病案安全性的有效措施^[17]。

4.3 加强电子病案信息共享建设 电子病历发展的最终目的是为了实现信息共享。病案质量是电子病案实现信息交流、资源共享的基础,因此统一建立适合我国国情的电子病案信息共享的标准、法律法规;不断创新开发系统的思维 and 理念,关注技术模式的研究和探索;加强电子病案的管理,使其规范化和制度化,如规范电子病案信息录入的时效性、设计标准的电子签名、建立严格的电子病案归档制度等;政府相关部门的大力支持,加大资金的投入。以此更好地加快我国电子病案信息化建设的步伐,从而逐步实现电子病案信息共享的这一最终目标。

此外,完善电子病案的法律法规,明确电子病案的整体管理流程以及电子签名的证据权力,确保电子病案的法律效力;不断建立和完善医疗流程规范、系统功能规范、病历信息安全规范等一系列制度;建立统一的集成和管理平台,大力推进医疗信息化的人才建设等都是加快我国电子病案发展步伐的有效举措。

5 前景展望

电子病案是医院病案管理的必然发展趋势。积极推进护理病历的电子化,有助于规范护理病历的书写,减少护士书写护理文书的时间,使护士的有效护理时间回归患者,提高护士工作效率和护理质量^[18]。但由于发展时间短,并没有在迅速的发展过程中走向成熟,而且电子病案还存在法律效力、安全性、保密性、隐私权等方面的问题,因此其发展目前仍然处于试点阶段,还没有被大规模地开发利用。相信在各方的努力下,电子病案一定会在医疗机构信息化系统中起到无可比拟的作用^[19]。

参考文献

- [1]石兰萍,谭丽君,陈惠燕.护理电子病历的临床应用研究[J].全科护理,2009,7(7):609-610.
- [2]马春丽,李武平.护理电子病历发展现状与对策[J].护理学报,2012,19(7):17-20.
- [3]王红,王惠娟,韩小琴,等.急诊信息管理系统在服务流程中的应用[J].护理管理杂志,2007,7(9):51-52.
- [4]刘素温,黄先涛,南茹.护理电子病历临床应用问题分析与对策建议[J].中国卫生质量管理,2014,21(5):55-57.
- [5]卿爱萍,李红梅.电子护理记录与手写护理记录临床效果比较[J].实用医院临床杂志,2008,5(1):87-88.
- [6]彭东风.从举证责任倒置分析护理记录中存在的问题及对策[J].中华现代护理杂志,2005,11(14):1165-1166.
- [7]韩晨光,李小明,韩慧娟,等.电子病历应用优势、注意问题与对策[J].中国医院,2007,11(5):42-44.
- [8]居益君,倪培耘.电子病案安全性的思考[J].中国医院统计,2009,16(1):81-82.
- [9]郑筠,杨佩璇,欧利民,等.电子病案的发展趋势——纸质病案和电子病案双轨制管理方法的应用[J].中国病案,2009,10(3):37-38.
- [10]刘争红,赵卉生.浅谈计算机网络技术在病案管理中的问题及前景[J].中国病案,2005,6(12):26-27.
- [11]张燕华,白艳玲.1020份护理电子病历书写缺陷分析与干预对策[J].中国病案,2012,13(2):22-24.
- [12]张华,刘春霞.医院信息化管理中护理文书存在的问题及对策[J].护理管理杂志,2003,3(6):36-37.
- [13]冯运,孙科芬,缪微.护理病历智能质控[J].中国信息化,2010(20):68-69.
- [14]王志琴,孙军红.护理电子病历的设计和质量管理[J].护理与康复,2009,8(2):151-152.
- [15]章雅杰,陈君英.护理病历质量监控系统的应用[J].中华护理杂志,2006,41(10):915-916.
- [16]祁美萍.我院护理电子病历应用现状调查分析[J].齐鲁护理杂志,2012,18(6):51-52.
- [17]黄云,周敏,王玉卓,等.从电子病历的发展历程谈医疗安全管理中的风险管理[J].中国医院管理,2007,27(10):53-55.
- [18]成雄,张玉洁,黄智勇,等.基于“军卫一号”工程的护理病历软件的开发和应用[J].中华现代护理杂志,2009,15(33):3545-3546.
- [19]池玲聪.电子病历的现状与发展趋势[J].电子技术与软件工程,2017(4):108-108.

(本文编辑:李海燕 本文校对:史艳敏 收稿日期:2018-06-08)

中西医结合护理在急性心肌梗死恢复期病人中的应用

梁海华 陈华香

(江西省兴国县人民医院内科,江西 兴国 342400)

摘要:目的 研究分析对急性心肌梗死恢复期患者实施中西医结合护理的临床效果。方法 选取2015年6月—2017年8月我院接收的急性心肌梗死恢复期患者42例,均分2组后予以临床护理,对照组使用常规临床护理,研究组则在此基础上实施中西医结合护理,对两种护理效果进行对比。结果 研究组患者的护理满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组患者的治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 临床上使用中西医结合护理方法对急性心肌梗死恢复期患者实施护理,可提高治疗效果,值得予以使用。

关键词: 中西医结合护理;急性心肌梗死;恢复期;胸痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.062

文章编号:1672-2779(2018)-17-0141-03

The Application of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing in Convalescent Patients with Acute Myocardial Infarction

LIANG Haihua, CHEN Huaxiang

(Department of Internal Medicine, Xingguo County People's Hospital, Jiangxi Province, Xingguo 342400, China)

Abstract: Objective To study the clinical effect of combining traditional Chinese and western nursing in patients with acute myocardial infarction. Methods From June 2015 to August 2017 in our hospital, 42 patients with acute myocardial infarction convalescence were divide into two groups. The two groups received clinical nursing. The control group used conventional clinical nursing, and the study group used combined traditional Chinese and western medicine nursing measures on the basis of the control group. The nursing effect was compared. Results The nursing satisfaction of the patients in the study group was significantly higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Comparing with the control group, the total effective rate in the group was significantly higher than that in the control group, and there was a statistically significant difference between the groups ($P < 0.05$). Conclusion The clinical application of traditional Chinese and western medicine nursing care for patients with acute myocardial infarction can improve the therapeutic effect, and is worth using.

Keywords: integrated traditional Chinese and western medicine nursing; acute myocardial infarction; convalescence; chest discomfort

急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)是临床心血管内科较为常见疾病,主要是由冠状动脉急性或持续性的缺血缺氧情况引起心肌坏死所产生,患者的临床症状通常表现为胸骨后或前区压榨性疼痛、出汗、恶心呕吐、发热、腹胀、心律失常以及恐惧不安等,严重时可导致患者死亡,对其生命安全造成很大的威胁^[1]。临床上在对急性心肌梗死患者治疗期间,必须对其护理措施加以重视,同常规护理模式相比,使用中西医结合方法对急性心肌梗死患者实施护理的应用效果更加明显。本文选取了我院的急性心肌梗死恢

复期患者,对其使用中西医结合护理的效果加以探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2015年6月—2017年8月收治的42例急性心肌梗死恢复期患者,经随机抽取后,将患者分为研究组、对照组,每组21例。研究组患者男性11例、女性10例,年龄48~79岁,平均(63.55±5.26)岁;对照组患者男性12例、女性9例,年龄49~80岁,平均(64.52±5.28)岁。2组临床基本资料对比显示,差异无统计学意义($P > 0.05$),可行比较。

1.2 纳入标准 (1)经临床检查显示,患者均符合急性

心肌梗死的诊断标准,且在疾病恢复期;(2)本次研究已经获得了医院伦理委员会的批准同意。

1.3 排除标准 意识不清,或是患有精神疾病,无法配合临床治疗、护理的患者。

1.4 护理方法

1.4.1 对照组 使用常规护理方法。护理人员需对患者的各项身体指标进行检查,告知患者治疗期间应注意的相关事项,并对患者实施饮食护理、用药指导等。

1.4.2 研究组 以常规护理为基础,实施中西医结合护理方法,具体操作方法如下。

(1)按摩护理:护理人员让患者选择舒适的体位,使用拇指端对患者的心俞穴、神门穴、厥阴俞穴以及内关穴通过揉与掐压的方式进行按摩,力道由轻逐渐加重,以患者可耐受为宜,30 min/次,1次/d。(2)针灸护理:选取患者的皮质下、心俞以及肾上腺等处的穴位,点压时间为60 s,将活心丹压上后使用胶布进行固定。将针体快速刺入患者的膻中穴等穴位,1次/d。(3)情志护理:多数患者会对自身疾病产生焦虑担忧等的情绪,护理人员应对患者实施心理护理措施,对患者予以鼓励和安慰,并告知患者具体的治疗方法与过程,帮助其缓解心理压力。同时,护理人员应对患者的错误认知进行纠正,予以情绪疏导,也可通过播放轻音乐等方式帮助患者舒缓心情。(4)辨证分型护理:对于气滞血瘀型的患者,护理人员可使用丹参注射液对患者进行静脉注射治疗,而中药则需进行热服,对患者进行活血化瘀与温阳补气治疗;对于心阳不振型患者,多由伤气过劳或后天失养所导致,护理人员应注意对患者实施保暖措施,嘱咐其多休息,按时对患者的病情加以观察,一旦有异常,及时向医生汇报。

1.5 观察指标 对2组患者的临床治疗效果、护理满意度情况进行对比,并详细进行临床记录。

疗效判定标准^[2]:(1)显效:患者胸骨疼痛、恶心呕吐等临床症状消失,经心肌酶检查显示结果正常;(2)有效:治疗后患者的临床症状有一定改善,心肌酶检查结果正常;(3)无效:治疗后患者的临床症状体征未有改善,甚至有加重迹象。治疗有效率=(显效+有效)/总数×100%。

护理满意度判定标准^[3]:通过调查问卷的形式对患者的护理满意度情况加以了解,共分为十分满意、一般满意以及不满意3个等级。护理满意度=(十分满意+一般满意)例数/总例数×100%。

1.6 统计学方法 应用SPSS 21.0统计学软件,统计、分析并处理2组的数据资料,计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。若 $P<0.05$,则差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者临床治疗效果比较 研究组患者的治疗有效率为95.24%,明显高于对照组的61.9%,差异有统计学

意义($P<0.05$),详见表1。

表1 2组患者临床治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	21	11(52.38)	9(42.86)	1(4.76)	20(95.24)
对照组	21	9(42.86)	4(19.05)	8(38.10)	13(61.90)
χ^2 值					6.929
P 值					0.008

2.2 2组患者护理满意度比较 研究组患者的护理满意度为90.48%,明显高于对照组的57.14%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 2组患者护理满意度比较 [例(%)]

组别	例数	十分满意	一般满意	不满意	满意度
研究组	21	12(57.14)	7(33.33)	2(9.52)	19(90.48)
对照组	21	8(38.10)	4(19.05)	9(42.86)	12(57.14)
χ^2 值					6.035
P 值					0.014

3 讨论

急性心肌梗死在临床上属于一种较为常见的心血管疾病,会对患者的身体健康、生命安全造成较大的威胁。临床上必须对该类患者的护理措施加以重视,同单纯实施常规护理模式相比,对急性心肌梗死恢复期患者实施中西医结合护理的应用效果更加明显,能够起到良好的治疗辅助作用,从而帮助患者更好地恢复身体。在中医学领域,急性心肌梗死属于胸痹范畴,主要是因患者情志不畅、吸烟过度以及精气亏损等因素诱发其气血瘀滞而产生,应用中西医结合护理的方式,能够将自然界整体观与辨证施治观同现代的护理模式相结合,对患者实施具有针对性的护理措施,其护理措施更加系统化、整体化,护理人员会围绕患者实施临床护理措施,更能体现以人为本的护理理念^[4]。护理人员在对急性心肌梗死恢复期患者实施中西医结合护理方法时,除实施针灸按摩护理、情志护理以及辨证分型护理外,给予科学合理的饮食调护也十分重要,应嘱咐患者多食用清淡易消化的食物,对每日的脂肪与盐的摄入量加以控制,告知患者应少食多餐,千万不可暴饮暴食,且尽量不要食用生冷辛辣等具有刺激性的食物^[5]。根据研究结果显示,在使用中西医结合护理后,患者的治疗有效率、护理满意度明显更高,由此可见应用中西医结合护理方法对急性心肌梗死恢复期进行治疗的效果更加明显,具有很高的应用价值。

综上所述,对急性心肌梗死恢复期患者实施中西医结合护理方法,临床效果显著,能够有效改善患者的临床症状,提高患者的护理满意度、治疗有效率以及总体的护理质量,值得推广应用。

参考文献

- [1]冯明华,罗琳,杨彦,等.早期康复护理措施在急性心肌梗死介入治疗中的应用效果[J].实用临床医药杂志,2017,21(22):4-6.
- [2]张玲.综合护理干预在老年急性心肌梗死患者PCI术后康复中的应用[J].

- 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(34):261.
[3]赵静.优化急诊护理流程在急性心肌梗死患者抢救中的应用价值[J].现代中西医结合杂志, 2016, 25(17):1919-1921.
[4]李英,王容芳.急诊优化护理在急性心肌梗死患者抢救过程中的效果观

- 察[J].实用临床医药杂志, 2017, 21(4):8-10.
[5]吕洪范,温敏.老年急性心肌梗死中西医结合疗效观察与护理 33 例[J].中国中医药现代远程教育, 2015, 13(2):126-127.
(本文编辑:李海燕 本文校对:陈华香 收稿日期:2018-06-05)

中西医结合护理对腹部术后胃肠功能紊乱的影响

周带红 周发汉

(江西省崇仁县中医院外科, 江西 崇仁 344200)

摘要:目的 分析接受腹部手术患者采用中西医结合护理对术后胃肠功能紊乱产生的影响。方法 随机在2016年1月—2017年6月于我院接受腹部手术治疗的患者中选择30例为研究对象,并依据数字表法随机分为观察组与对照组,每组15例。对照组予以常规西医护理方案实施临床护理,观察组采用中西医结合护理方案实施护理,对比分析2组的护理疗效。结果 观察组术后肠鸣音恢复,首次排便、排气以及进食时间均短于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组术后发生并发症的患者少于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 对腹部手术患者采用中西医结合护理,更利于患者术后恢复正常的胃肠功能。

关键词:腹部手术;胃肠功能紊乱;中西医结合护理;肠结

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.063

文章编号:1672-2779(2018)-17-0143-02

Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine on Gastrointestinal Dysfunction after Abdominal Operation

ZHOU Daihong, ZHOU Fahan

(Surgical Department, Chongren Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Chongren 344200, China)

Abstract: Objective To analyze the influence of integrated traditional Chinese and Western medicine on postoperative gastrointestinal dysfunction in patients undergoing abdominal surgery. **Methods** 30 cases of patients received abdominal surgery in our hospital during the period of June 2016 and January 2017 were selected. According to the digital table method, the patients were randomly divided into the observation group and the control group, with 15 cases in each group. The control group was given the routine western medicine nursing program to carry out clinical nursing, and the nursing effect of the two groups was compared and analyzed by the combination of traditional Chinese and Western medicine. **Results** After operation, the first defecation, exhaust and feeding time of the observation group were shorter than those of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The postoperative complications of the observation group were less than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of TCM and Western medicine for patients with abdominal operation is more conducive to normal gastrointestinal function after operation.

Keywords: abdominal operation; gastrointestinal dysfunction; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; intestinal knot

腹部手术是临床治疗腹部疾病的常用方法,而接受腹部手术治疗的,自身的胃肠道功能会因为手术麻醉、疼痛以及因畏惧疼痛而减少术后活动等因素的影响,很容易导致患者的胃肠功能出现紊乱的情况,严重阻碍了患者术后恢复^[1]。为了进一步改善患者预后,采取合理有效的护理措施具有积极意义,为此本研究对腹部手术患者接受中西医结合护理的效果实施分析,并将结果作如下总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经我院伦理会批准下,随机在2016年1月—2017年6月于我院接受腹部手术治疗的30例患者中开展本次研究,均签署了书面知情同意书,依据数字表法随机分为观察组与对照组,每组15例。观察组中男8例,女7例;年龄32~69岁,平均年龄(50.5±6.2)岁;其中阑尾炎8例、胆结石1例、腹部外伤4例、肠梗阻2例。对照组中男9例,女6例;年龄28~73岁,平均年龄(50.5±7.5)岁;其中阑尾炎9例、胆结石1例、腹部外伤4例、肠梗阻1例。2组一般资料比较,

差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 护理方法 对照组:术前宣教,告知术前相关注意事项,术前清洁肠道;术中严密监测患者各项生命体征,注意保暖;术后叮嘱患者严格禁食禁水,常规补液,建立心电监护、严格监测患者血压、心率等各项生命体征,保证引流管的畅通,记录引流量;注意口腔及皮肤的清洁,指导患者正确的排便姿势,对无法顺利排气、排便患者采取胃肠减压以及肛管排便措施;恢复饮食后告知相关饮食、用药注意事项。

观察组: (1) 腹部热敷: 术后1 d用温热的毛巾热敷患者腹部,毛巾温度不宜过高,注意热敷需注意避开切口,每次热敷20 min, 2次/d,热敷4~7 d; (2) 腹部按摩: 以肚脐为中心,用右手顺时针方向按摩腹部,对结肠和直肠部位进行重点按摩,15 min/次, 2次/d,持续按摩4~7 d;叮嘱患者尽早下床活动,定时更换体位,指导患者做下肢屈伸、缩肛以及自主收腹练习; (3) 咀嚼护理: 术后告知患者咀嚼2粒口香糖,每次咀嚼时间为20 min, 3次/d,直至恢复排气; (4)

穴位按摩：术后1 d开始，用拇指指腹按摩足阳明胃经、合谷、足三里以及脐周穴位，从上至下进行反复按摩，直至穴位出现酸胀感，每次按摩时间约为30 min，2次/d；（5）针灸治疗：针灸穴位应避免伤口位置，依据患者实际身体状况采用一次性无菌针灸针，对足三里、天枢、内庭、中脘等穴位进行针刺，留针时间为20 min，1次/d，直至恢复正常的胃肠功能；（6）情志护理：术前重视向患者讲解手术治疗的必要性和安全性，以及预期达到的治疗效果；密切观察患者术后的心理及情绪变化，适时给予安慰和鼓励，尽量满足患者的合理护理要求，告知患者疾病相关知识，告知患者及其家属术后胃肠功能恢复的相关注意事项、恢复方法及恢复过程，告知患者家属要加强与患者的沟通和鼓励，可利用舒缓音乐放松心情。

1.3 观察指标 记录对比2组术后胃肠功能恢复情况，主要为肠鸣音恢复、首次排便、排气以及进食时间；术后发生并发症的类型及发生率。

1.4 统计学方法 利用SPSS 20对研究数据进行统计学分析，计数资料以（%）表示，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，结果分别采用 χ^2 检验、 t 检验。若 $P < 0.05$ ，则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组术后胃肠功能恢复时间比较 观察组术后胃肠功能恢复时间短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 2组术后肠胃功能恢复时间比较 ($\bar{x} \pm s, h$)

组别	例数	肛门排气时间	进食时间	首次排便时间	肠鸣音恢复时间
对照组	15	22.46±2.67	38.42±4.29	35.24±3.24	18.56±1.48
观察组	15	14.87±2.54	30.44±4.37	28.36±3.57	12.58±1.43
t 值		7.977	5.047	5.527	11.254
P 值		0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 2组术后并发症类型及发生率比较 观察组术后并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），如表2所示。

表2 2组术后并发症发生情况比较 [例(%)]

组别	例数	腹痛	腹胀	便秘	肠梗阻	总发生率
对照组	15	2(13.33)	3(20)	2(13.33)	1(6.67)	8(53.33)
观察组	15	0(0.00)	1(6.67)	1(6.67)	0(0.00)	2(13.33)
χ^2 值						5.400
P 值						0.020

3 讨论

接受腹部手术治疗的患者，会因为手术麻醉刺激以及术后伤口疼痛等因素，使患者的胃肠功能受到不同程度的影响而出现胃肠功能紊乱，以腹胀、恶心呕吐以及便秘等为常见症状表现^[1]。术后胃肠功能紊乱若得不到及时纠正的情况下，使患者对营养物质的吸收

造成影响，不利于患者术后恢复，甚至会对治疗效果造成影响。所以帮助胃肠手术患者及时恢复胃肠功能成为了护理工作的重点内容之一。

中医认为，胃肠功能紊乱属“肠结”范畴，由于手术使患者机体造成损伤，进而出现破气、破血，容易出现精气亏损以及气滞血瘀的症状，而腑气不通，导致气机停滞，气行不畅则导致腹胀，所以纠正胃肠功能紊乱的主要机制就是理顺胃气，所以治疗原则为祛瘀通络，活血行气^[2]。通过采用腹部热敷护理，可以通过加温使局部血液循环得到改善，并且能够对皮肤感官产生一定刺激，还能够对大肠及小肠发挥刺激作用，增加局部新陈代谢，加快肠道蠕动，促进肠道加快排出气体；通过对腹部实施穴位按摩，可以使患者胃肠黏膜的氧和状况得到改善^[3]。所按摩的足三里穴位，是主要的足阳明胃经穴位，具有调理脾胃、通经活络、化积行滞、补气行气、补中益气以及扶正祛邪的功效，通过按摩足三里可以增加机体免疫力，增加肠道蠕动，使腹内压降低，更有利于恢复胃肠的正常功能^[4]。而通过腹部按摩还能够借助神经系统对机体分泌及消化道运动发挥调节作用，使局部血液供应增强，促进淋巴液形成，进而能够使静脉及淋巴液回流相应增加，进一步对胃肠蠕动发挥刺激作用，减轻胃肠功能紊乱状态^[5]。通过咀嚼护理，利用咀嚼口香糖的方式，可以增加患者的消化液分泌量，发挥增加肠道蠕动的作用。而通过对足三里等穴位采取针刺护理，可以有效发挥疏通经络、行气止痛、调和气血、理气消胀以及化积行滞的功效^[6]。同时辅以中医情志护理，进一步帮助患者调节心理状态，能够保持良好稳定的心情接受护理和治疗，更利于使患者术后舒适度相应提高，术后胃肠功能的恢复。而从本次研究结果中发现观察组术后胃肠功能恢复时间明显短于对照组，且术后发生并发症的患者数量少于对照组，由此表明通过采用中西医结合护理对腹部手术患者实施临床护理可以有效改善和促进患者术后胃肠功能的恢复，减轻或纠正患者胃肠功能紊乱症状，护理效果更为优良，具有较高的临床应用推广价值。

参考文献

- [1]柳瑞.中西医结合治疗腹部术后胃肠功能紊乱62例临床研究[J].中国中西医结合消化杂志,2016,24(11):880-883.
- [2]侯建威.中西医结合护理干预对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复的效果观察[J].实用临床医药杂志,2016,20(12):79-81.
- [3]郭四英.腹部手术后胃肠功能紊乱的预防与中西医结合护理[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(3):120-121.
- [4]田玉环,王珊珊,徐小娜.中西医结合护理在腹腔镜胆囊切除手术患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2016,22(16):2310-2312.
- [5]刘兰娟.腹部手术后胃肠功能紊乱的中西医结合护理分析[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(20):122-123.
- [6]冯文栋,郭慧梅,曹淑华.热敷配合针刺疗法对非创伤性妇科急腹症腹腔镜术后胃肠功能紊乱的影响[J].中国中医急症,2016,25(12):2352-2354.
- [7]张丽英.不同护理方法对腹部手术患者术后胃肠功能恢复的影响[J].现代中西医结合杂志,2015,24(7):778-779.

(本文编辑:李海燕 本文校对:吴青花 收稿日期:2018-04-27)

补肾活血中药干预多囊卵巢综合征致不孕症的 Meta 分析[※]

徐丽芳¹ 李 鹏^{2*}

(1 江西中医药大学附属医院药学部, 江西 南昌 330006; 2 江西中医药大学临床医学院, 江西 南昌 330004)

摘要:目的 对近10年来补肾活血中药干预多囊卵巢综合征致不孕症的文献进行Meta分析,以期评价补肾活血类中药干预多囊卵巢综合征的有效性和安全性。方法 以“补肾活血 (reinforcing kidney and activating blood)”“多囊卵巢综合征 (PCOS)”“不孕 (infertility)”等为主题词,在中国期刊全文数据库 (CNKI)、维普数据库 (VIP)、万方数据知识服务平台、PubMed、Medline、SpringerLink等中检索含有补肾活血类中药干预的随机对照试验或临床对照试验,并对文献结果进行Meta分析。结果 共有22篇临床研究文献入选,其中18篇文献为补肾活血中药联合西药与西药治疗进行比较,5篇文献为单用补肾活血中药与西药治疗进行比较。①补肾活血中药+西药组与西药组比较:在总有效率方面,18篇RCT文献总有效例数分别为729/863, 422/693, 异质性检验 $\chi^2=18.44$, 合并效应值OR=3.83, 95%置信区间[2.95, 4.96], 差异具有统计学意义;在妊娠率方面,妊娠例数分别为438/863, 210/693, 异质性检验 $\chi^2=30.46$, 合并效应值OR=2.83, 95%置信区间[2.06, 3.88], 差异具有统计学意义。②补肾活血中药组与西药组比较:在总有效率方面,5篇RCT文献总有效例数分别为97/137, 90/132, 异质性检验 $\chi^2=8.42$, 合并效应值OR=1.10, 95%置信区间[0.65, 1.87], 无统计学差异;在妊娠率方面,总妊娠例数分别为45/137, 26/132, 异质性检验 $\chi^2=2.89$, 合并效应值OR=2.22, 95%置信区间[1.24, 3.98], 差异具有统计学意义。③在安全性方面,10篇RCT文献报道不良反应例数在补肾活血中药+西药组与西药组中分别为23/412, 57/319, 异质性检验 $\chi^2=18.32$, 合并效应值OR=0.26, 95%置信区间[0.09, 0.80], 差异具有统计学意义。结论 补肾活血中药联合西药治疗多囊卵巢综合征在改善临床症状、体征及妊娠方面明显优于单用西药治疗,且中西药联合应用安全性要明显高于西药单用;而补肾活血中药单用于多囊卵巢综合征改善临床症状及体征上与西药比较无明显优势,但在妊娠率上有明显优势,但是由于纳入文献数量较少且文献质量评分较低,其有效性需要进一步观察及验证。

关键词: 补肾活血; 多囊卵巢综合征; 不孕; 中医药; 文献研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.064

文章编号:1672-2779(2018)-17-0145-04

A Meta-analysis of Reinforcing Kidney and Activating Blood Chinese Herbal Medicine in the Treatment of Infertility Caused by Polycystic Ovary Syndrome

XU Lifang¹, LI Peng^{2*}

(1. Department of Pharmacy, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

2. Clinical Medical School, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the effect and safety of reinforcing kidney and activating blood Chinese herbal in the treatment of infertility caused by PCOS by means of system evaluating literature published for 10 years. **Methods** The Cochrane Library, PubMed, SpringerLink, CBM, VIP, CNKI, Wanfang databases were searched through key words "reinforcing kidney and activating blood", "PCOS", and "infertility". The Cochrane collaborations software RevMan 5.3 was used for meta-analysis. **Results** A total of 22 clinical studies were selected, 18 of which were compared with Chinese herbal combined with western drug versus western drug on treating PCOS, and 5 studies were compared with Chinese herbal versus western drug on treatment for PCOS. The results of each group analysis showed that: Chinese herbal combined with western drug VS western drug: in the aspect of total effective rate, total effective numbers respectively were 729/863, 422/693 in former and latter, and heterogeneity test $x=18.44$, OR=3.83, 95% CI (2.95, 4.96). It has statistical significance. Chinese herbal combined with western drug VS western drug: in the aspect of the pregnancy rate, total pregnancy cases respectively were 438/863, 210/693, in former and latter, and heterogeneity test $x=30.46$, OR=2.83, 95% CI (2.06, 3.88). It has no statistical significance. Chinese herbal VS western drug: in the aspect of total effective rate, total effective cases respectively were 97/137, 90/132, in former and latter, and heterogeneity test $x=8.42$, OR=1.10, 95% CI (0.65, 1.87). It has statistical significance. Chinese herbal VS western drug: in the aspect of the pregnancy rate, total pregnancy cases respectively were 45/137, 26/132, in former and latter, and heterogeneity test $x=2.89$, OR=2.22, 95% CI (1.24, 3.98). It has statistical significance. Safety: 10 studies reported adverse effects. The group of Chinese herbal combined with western drug had lower adverse reaction rate than the western drug [$x=18.32$, OR=0.26, 95% CI (0.09, 0.80)]. It has statistical significance. **Conclusion** Reinforcing kidney and activating blood Chinese herbal combined with western drug were better than western drug in aspect of improving clinical symptoms and signs, promoting the pregnancy, safety on treatment of infertility caused by PCOS. Chinese herbal was only better than western drug in aspect of promoting the pregnancy. However, inferior quality and high risk of bias the reports involved in this study limits the reliability of this conclusion.

Keywords: reinforcing kidney and activating blood; polycystic ovary syndrome; infertility; Chinese medicine; literature research

多囊卵巢综合征 (PCOS) 是育龄妇女常见的一种内分泌紊乱综合症,其导致的不孕不育也是现代生殖

医学上的一大难题。PCOS呈发病多因性,临床表现多样性的特征,其主要发病机制尚未明确。西药停药后多项指标均会恢复原样,妊娠率低,且部分患者有不良反应,中医药因不良反应小,价格低廉,远期疗效好,开始备受青睐。近年来,中医药特别是补肾活血

※ 基金项目:江西省卫生计生委中医药项目【No.2015A087】

* 通讯作者:158488264@qq.com

类中药干预PCOS致不孕症的文献报道较多,以“补肾活血”“中医药”“多囊卵巢综合征”“不孕”为关键词,在期刊网上共搜索到22篇文献。为了论证补肾活血类中药干预PCOS致不孕症的有效性和安全性,现对近10年以来发表的文献进行Meta分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2003年1月—2016年10月发表的有关补肾活血类中药参与治疗PCOS致不孕症的临床研究文献。

1.2 研究方法

1.2.1 文献检索范围及策略 以“reinforcing kidney and activating blood”“Traditional Chinese Medicine”“PCOS”“infertility”等为主要检索词检索Cochrane Library、PubMed、Medline和SpringerLink,以“补肾活血祛痰”“多囊卵巢综合征”“不孕”为主题词,以“补肾活血”“中医药”为二次检索词,检索中国期刊全文数据库(CNKI)、维普数据库(VIP)和万方数据知识服务平台。

1.2.2 文献纳入标准

1.2.2.1 研究对象 PCOS伴不孕症的患者。

1.2.2.2 诊断标准 西医诊断标准为2003年荷兰鹿特丹PCOS会议修订的PCOS诊断标准;或者参照《妇科内分泌学》《中华妇科学》教材中PCOS的诊断标准;中医证候诊断标准参照国家《中药新药临床研究指导原则》《中医临床治疗术语》及《中医病证诊断疗效标准》中女性不孕和月经失调的诊断标准及中医辨证。

1.2.2.3 研究类型 临床随机对照试验,不论是否采用盲法;试验组采用补肾活血类中药治疗,加或不加西药,对照组单用西药治疗,西药的品种不限。

1.2.2.4 给药方法 可一种中药配方持续给药,也可拟定基本方根据月经周期进行加减;中药可以内服也可外敷,或两者结合;疗程不限。

1.2.2.5 疗效指标 评价总有效率和妊娠率,总有效率包括痊愈、显效、有效,测量的指标为卵泡发育、排卵评价、受孕率、激素水平、基础体温;评价安全性指标为不良反应,不良反应涉及对肝肾功能的影响以及有无卵巢过度刺激综合征(OHSS)、黄素化卵泡未破裂综合征(luteinized unruptured follicle syndrome, LUFs)、克罗米芬不良反应等。

1.2.3 排除标准 (1) 卵泡膜细胞增殖症等其他原因所致的与PCOS临床和内分泌征象相仿的疾病者;其男性不育症,女性输卵管不通、子宫因素等引起的不孕者;高泌乳素血症,甲状腺疾病等内分泌疾病;严重肝肾功能不全者;入组前3个月内使用激素者;有精神疾病不能依从者;过敏体质者;(2) 非临床治疗性综述,专

家治疗经验总结或个例。(3) 采用非补肾活血类中药治疗的;研究方法为治疗前后效果比较的;中药联合艾灸与西药比较的;中药联用针灸与西药比较的。

1.2.4 敏感性分析 依照排除方法进行,有效分析该研究结果的可靠性以及合并效应量的影响程度。

1.2.5 发表偏倚分析 在Meta分析结果中,以治疗组的样本数为纵坐标,以对照组和治疗组的疗效比值OR为横坐标对漏斗图进行绘制,分析判断是否存在发表偏倚。

1.2.6 统计学方法 采用Cochrane协作网提供的Review Manager 5.3软件进行Meta分析。技术资料用比值比(OR),各效应量均以95%置信区间(CI)表示。各纳入研究采用 χ^2 检验评价异质性,对无异质性($P>0.10$)的研究结果采用固定效应模型计算合并统计量,若有异质性($P<0.10$),先分析产生异质性的可能原因,必要时采用随机效应模型分析。此外,采用森林图表示Meta分析结果。

2 结果

2.1 文献质量评分 共检索到57篇,符合纳入标准的文献有22篇,根据研究目的,将这22篇文献分为两类,分别是18篇补肾活血中药+西药组与西药组,5篇补肾活血中药组与西药组,其中1篇文献涉及到补肾活血中药组,补肾活血中药+西药组与西药组的比较,除1篇文献是英文发表外,其余均是采用中文发表的。采用Jadad质量评分法来对临床研究文献的质量进行评价,结果发现:22篇文献Jadad评分(改良后) <3 分,为低质量文献,21篇只提到“随机分组”无具体描述,其中仅10篇文献提到了不良反应。

2.2 发表性偏倚分析 在Meta分析结果中,以每个样本OR值对数标准误[SE(logOR)]为纵坐标,以对照组和治疗组的疗效比值OR为横坐标绘制漏斗图,分析判断发表性偏倚。结果表明:补肾活血中药+西药组与西药组总有效率、妊娠率及不良反应漏斗图分布不对称,表明可能存在发表性偏倚;补肾活血中药组与西药组妊娠率漏斗图分布基本对称,表明无发表偏倚。

2.3 敏感性分析

2.3.1 补肾活血中药+西药组与西药组比较

2.3.1.1 总有效率 18篇RCT文献中总有效例数在补肾活血中药+西药组与西药组中分别为729/863, 422/693, 异质性检验 $\chi^2=18.44$, 自由度=17, $P=0.36$, $I^2=8\%$, 认为上述研究中无异质性,故采用固定效应模型,结果见图1。合并效应值OR=3.83, 95%置信区间[2.95, 4.96], 统计学显著性检验 $Z=10.08$, $P<0.00001$, 差异具有统计学意义,提示补肾活血中药+西药组与西药组的总有效率有显著性差异^[1-18]。

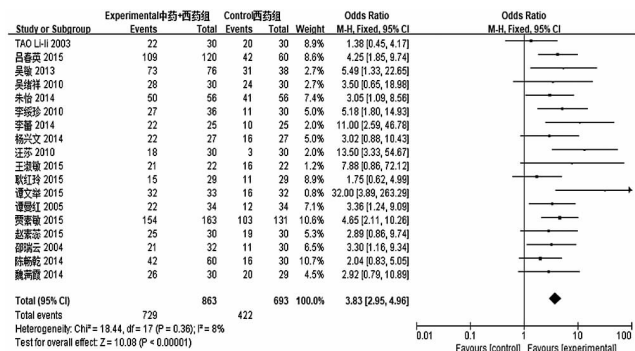


图1 补肾活血中药+西药组与西药组总有效率比较

2.3.1.2 妊娠率 18篇RCT文献中妊娠例数在补肾活血中药+西药组与西药组中分别为438/863, 210/693, 异质性检验 $\chi^2=30.46$, 自由度=17, $P=0.02$, $I^2=44\%$, 认为上述研究中存在低度异质性, 对异质性进行分析, 发现2篇文献在记录妊娠率上方法不同, 1篇对妊娠的判断标准与其他不一致。采用随机效应模型, 见图2。合并效应值OR=2.83, 95%置信区间 [2.06, 3.88], 统计学显著性检验 $Z=6.46$, $P<0.00001$, 差异具有统计学意义, 提示补肾活血中药+西药组与西药组的妊娠率有显著性差异^[1-18]。

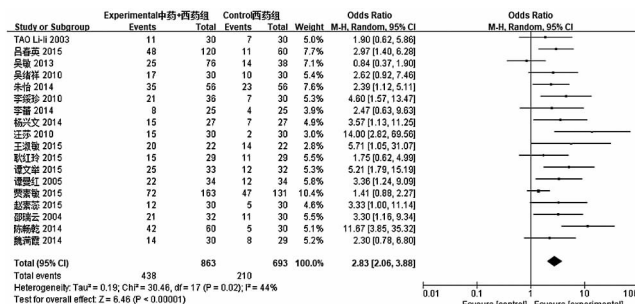


图2 补肾活血中药+西药组与西药组妊娠率比较

2.3.2 补肾活血中药组与西药组比较

2.3.2.1 总有效率 将5篇RCT文献中总有效例数在补肾活血中药组与西药组中分别为97/137, 90/132, 异质性检验 $\chi^2=8.42$, 自由度=4, $P=0.08$, $I^2=52\%$, 认为上述研究中存在中度异质性, 采用固定效应模型, 结果见图3, 合并效应值OR=1.10, 95%置信区间为 [0.65, 1.87], 统计学显著性检验 $Z=0.37$, $P=0.71$, 无统计学差异, 表明补肾活血中药单纯应用于PCOS与单用西药在总有效率方面比较无优势^[18-22]。

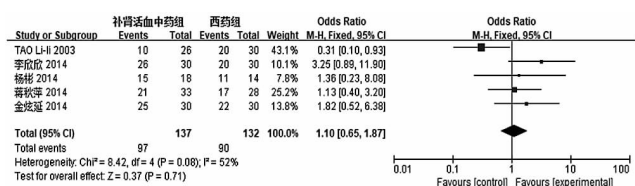


图3 补肾活血中药组与西药组总有效率比较

2.3.2.2 妊娠率 将5篇RCT文献中总妊娠例数在补肾活血中药组与西药组中分别为45/137, 26/132, 异质性检验 $\chi^2=2.89$, 自由度=4, $P=0.58$, $I^2=0\%$, 认为上述研究

中无异质性, 故采用固定效应模型, 结果见图4。合并效应值OR=2.22, 95%置信区间 [1.24, 3.98], 统计学显著性检验 $Z=2.68$, $P=0.007$, 差异具有统计学意义, 提示补肾活血中药组与西药组的妊娠率有显著性差异, 但因纳入的文献被评为低质量, 所以不能有力证明补肾活血中药组优于单用西药组^[18-22]。

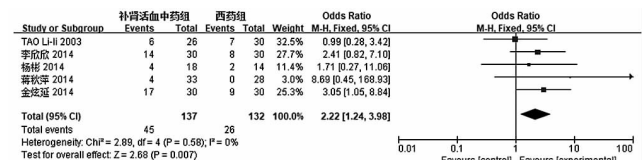


图4 补肾活血中药组与西药组妊娠率比较

2.4 安全性分析 18篇补肾活血+西药组与西药组比较文献中, 提及不良反应有10篇, 其中2篇文献报道对照组和治疗组在治疗期间均未观察到不良反应。10篇文献发生不良反应例数在补肾活血中药+西药组与西药组中分别为23/412, 57/319, 异质性检验 $\chi^2=18.32$, 自由度=7, $P=0.01$, $I^2=62\%$, 认为上述研究中存在中度异质性, 对文献进行分析, 发现部分文献对记录的不良反应类型不完全相同, 且统计方式也不完全一样。采用随机效应模型, 结果见图5。合并效应值OR=0.26, 95%置信区间 [0.09, 0.80], 统计学显著性检验 $Z=2.35$, $P=0.02$, 差异具有统计学意义, 表明补肾活血+西药组不良反应发生率低于西药组^[1-10]。5篇补肾活血与西药组比较文献中对不良反应没有明确的记录, 无法分析。

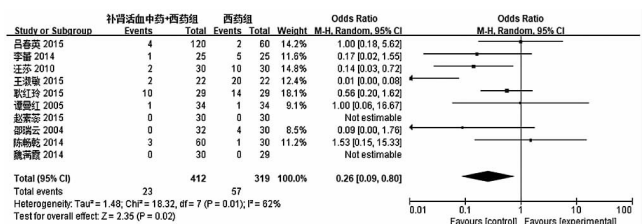


图5 补肾活血中药+西药组与西药组不良反应发生率比较

3 讨论

PCOS发病机制复杂, 主要表现为月经不调、不孕等。现代医家将PCOS临床症状分为5类: 肾虚血瘀、肾虚肝郁、肝郁脾虚、肝肾阴虚、脾虚痰湿, 其中^[10]肾虚血瘀证型占39.09%, 脾虚痰湿证型占32.72%, 痰瘀互结证型占28.18%, 可见肾虚血瘀是PCOS的主要证型之一。中医认为肾之阴精充盛, 源泉不竭则天癸应期而至, 卵泡得濡养而生长发育成熟, 肾之阳气鼓动, 气血调畅, 冲任盈满, 胞宫胞脉通达, 排卵动力充足, 卵子得以排出。现代医学发现补肾为主的中药含有调节下丘脑-垂体-卵巢轴的功能, 是促进卵泡发育的一种行之有效的治疗方法。

本文对检索到的22篇以补肾活血中药为主的文献进行Meta分析, 得出补肾活血中药联合西药治疗PCOS的总有效率和妊娠率均明显优于单用西药治疗, 且联

合治疗的不良反应更少,安全性更高;单用补肾活血中药治疗PCOS的妊娠率优于单用西药治疗,但总有效率方面差异不大,但由于18篇的中西药联合应用与西药单用的文献存在发表偏倚,且文献Jadad评分较低,影响了结果的可靠性;5篇单用补肾活血中药与西药比较的文献虽无发表偏倚,但因文献样本量小,存在异质性,同样影响了本次研究结果的可靠性。建议今后临床研究注重研究方法学的科学性,如采用“盲法”“随机数字表”等,同时扩大样本量,如采用“多中心”临床研究,以增加结果的可靠性,增强证据的级别。

参考文献

- [1]邵瑞云,郎丰君,蔡金凤,等.补肾活血中药家克罗米芬质量多囊卵巢综合征所致不孕的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2004,24(1):41-43.
- [2]李蕾.补肾促排卵汤治疗多囊卵巢综合征致不孕的临床研究[D].太原:山西中医学院,2014.
- [3]陈畅乾.150例多囊卵巢综合征患者的中西医结合治疗观察[D].长沙:湖南中医药大学,2014.
- [4]吕春英,刘永华,季春敏,等.补肾活血化痰调周法治疗多囊卵巢综合征性不孕症120例临床观察[J].河北中医,2015,37(4):520-522.
- [5]王淑敏.中药与克罗米芬治疗多囊卵巢综合征不孕症的临床效果[J].临床合理用药,2015,8(4C):120-121.
- [6]汪莎,谢新.中药周期疗法联合达英-35治疗多囊卵巢综合征不孕的临床研究[J].湖北中医杂志,2010,32(2):14-16.
- [7]谭曼红.中药助孕方加克罗米酚治疗耐克罗米酚的多囊卵巢综合征不孕[J].中国妇幼保健,2005(20):824-825.
- [8]耿红玲,许丽绵.中医周期疗法在PCOS不孕症患者促进排卵周期中的疗效观察[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(10):178-181.
- [9]赵素蕊,陈佳阳.燥湿化痰补肾活血方联合克罗米芬治疗痰湿阻滞型多囊卵巢综合征所致不孕症临床观察[J].世界中西医结合杂志,2015,10(9):1284-1286.
- [10]魏满霞.补肾活血方联合CC治疗PCOS排卵障碍性不孕的临床观察[D].长春:黑龙江中医药大学,2014.
- [11]吴敏.补肾化痰活血法治疗PCOS不孕不育76例[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(22):27-28.
- [12]李绥珍.补肾调经育子汤合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征所致不孕36例[J].山西中医,2010,26(6):26-27.
- [13]贾素敏.枸橼酸氯米芬片联合自拟中药方治疗多囊卵巢综合征的临床研究[J].实用妇科内分泌杂志,2015,2(2):71-73.
- [14]杨兴文.枸橼酸氯米芬与补肾促排卵汤联合治疗多囊卵巢综合征所致不孕症的临床观察[J].江西医药,2014,49(12):1491-1493.
- [15]谭文举,韩雯雯.来曲唑联合中药序贯治疗多囊卵巢综合征所致不孕症疗效观察[J].中医临床杂志,2015,27(1):65-67.
- [16]吴绪祥,梁光宇,姚玲.中药联合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征不孕症临床观察[J].湖北中医学院学报,2010,12(2):15-17.
- [17]朱怡,吴旭,杨蓉,等.中药联合克罗米芬治疗排卵障碍性不孕的临床效果[J].现代生物医学进展,2014,36(17):7067-7171.
- [18]TAO Li-li, CHEN Xiao-ping, GU Zheng-tian.中药联合复方醋酸环丙孕酮治疗多囊卵巢综合征致不孕症的疗效的研究[J]. Journal of Integrative Medicine, 2003, 9(2):98-103.
- [19]金炫廷.补肾活血中药治疗多囊卵巢综合征导致排卵障碍性不孕的临床研究[J].中国中药杂志,2014,39(1):140-143.
- [20]蒋秋萍.补肾调周法治疗多囊卵巢综合征的临床研究[D].扬州:扬州大学,2014.
- [21]李欣欣.益肾通经汤治疗肾虚痰瘀型多囊卵巢综合征的临床研究[D].济南:山东中医药大学,2014.
- [22]杨彬.益肾助阳活血化浊治疗多囊卵巢综合征的临床疗效观察[D].北京:北京中医药大学,2014.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王兆雷 收稿日期:2018-06-08)

中医药治疗汗证研究概况

陈旭 宁少华*

(河南中医药大学硕士研究生2016级,河南 郑州 450000)

摘要:汗证,现代医学称之为多汗症,是由于交感神经过度兴奋引起汗液过多分泌的一种疾病。其病理机制复杂,病情容易反复,影响患者的生活质量,西医目前尚无特效治疗方法。近年来,中医药治疗汗证的研究日益加深,并显示出较好疗效,现就汗证命名历史沿革、病因病机及治疗方法做一综述。

关键词:汗证;中医药疗法;研究概况;综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.065

文章编号:1672-2779(2018)-17-0148-03

Research Situation on Chinese Medicine in Treating Sweat Syndrome

CHEN Xu, NING Shaohua

(Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Sweat syndrome, modern medicine called hyperhidrosis, is due to the sympathetic nervous overload caused by excessive sweat secretion of a disease. Its pathological mechanism is complex, the condition is easy to repeat, affect the quality of life of the patient. Western medicine still has no special effect treatment method. In recent years, the study of Chinese medicine in the treatment of sweat syndrome is getting more and more deepened, and it shows a good curative effect.

Keywords: sweat syndrome; therapy of traditional Chinese medicine; research situation; review

汗证,现代医学称之为多汗症(hyperhidrosis, HH),是由于交感神经过度兴奋引起汗液过多分泌的一种疾病。患者通常会在无明显原因的情况下出现不同程度的流汗,浸透衣物鞋袜,在精神紧张、情绪激动、

气候炎热时加剧,极大地影响患者的生活质量及工作能力^[1]。同时,出汗过多使得患者在感染其他皮肤病方面危险增加,如湿疹、手足癣、跖疣等^[2]。目前西医疗法常用的主要有乙酰胆碱药物治疗、局部用药治疗、电离子渗透疗法、A型肉毒素治疗、外科手术治疗等。但仍存在疗效欠佳及副作用较大等问题。近年来中医

* 通讯作者:413353725@qq.com



领域对汗证的研究日益加深,本病使用中医药治疗已显示出很好的疗效,中医药治疗汗证存在广阔前景,现将中医药治疗本病的研究进展综述如下。

1 汗证命名及历史沿革

中医学有关“汗”的记载,上可追溯至《内经》,当时即对“汗”有了一定认识。《素问·阴阳应象大论》云:“阳加于阴,谓之汗”。“自汗”之名始见于《伤寒论·太阳篇》:“病自汗出,此为荣气和”。《金医要略·血痹虚劳病脉证并治》云:“脉虚弱细微者,喜盗汗也”,首载“盗汗”之名,并认为盗汗多由虚劳所致。“黄汗”也可见于《金匱要略》。晋·《肘后备急方》与金·《兰室秘藏》提出“阴汗”。隋·巢元方首次将自汗、盗汗进行区分,并在《诸病源候论》将汗证归结为虚劳。唐·《备急千金要方》有“白汗”之说。宋·《小儿药证直诀》补充“胃怯汗”。元·朱震亨《丹溪心法》云:“自汗属气虚、血虚、湿、阳虚、痰,盗汗属血虚、阴虚”,并提及“心汗”。明·虞天民《医学正传·汗证》将诸汗汇总于一处,统称为汗证。其后,诸医家补充有“红汗”“手汗”“胸腹汗”“额汗”“脾虚汗”“腋汗”“鼻汗”“偏沮”等。

2 汗证的病因病机

《内经》既已载有对汗的生理病理的阐释;汉·张仲景《伤寒杂病论》言汗多因外感而致,且以风、热、湿三邪为著,其病机涉及营卫不和、里热炽盛、少阳枢机不利、湿热郁蒸、阳虚汗漏、阳气暴脱等^[3]。隋·代巢元方将汗证归入虚劳候下。明·张景岳认为一般情况下“阳虚自汗,阴虚盗汗”,但“自汗盗汗亦各有阴阳之证,不得谓自汗必属阳虚,盗汗必属阴虚也”。金·成无己《伤寒明理论》云:“自汗之证,又有表里之别,虚寒之异焉;伤寒盗汗者,非若杂病之虚,是由邪气在半表半里使然也”。元·朱震亨在《丹溪心法·卷三》中指出:“自汗属气虚、血虚、湿、阳虚、痰”“盗汗属血虚、气虚”。清·王清任提出因瘀致汗,首创血府逐瘀汤止汗。自隋至清,内因致汗逐渐完善,饮食失节、起居失常、五志七情所伤、劳逸无度等致机体脏腑功能失调,气血阴阳亏虚,或内生湿、热、痰、瘀,阻碍水液代谢正常进行而发为汗证。

现诸多医家认为,汗证与五脏亦密不可分^[4]。《内经》言“汗为心之液”,另有“血汗同源”之说。肝主疏泄,水液代谢也受肝的疏泄功能调节,且肝藏血,为血海,血汗同源,由此调控汗液。脾胃运化之水谷精微所化生的津液是汗的生成之源。肺主宣发,宣发

卫气于皮毛肌腠,以温分肉,充皮肤,肥腠理,司开阖,将水液代谢后的津液化为汗液,并控制和调节其排泄。肾主水,主司和调节全身水液代谢。任何可引起心失所养、肝失疏泄、脾失健运、肺失宣降、肾失封藏的异常因素,皆可致汗出异常。

概而言之,汗证之病机纷繁,总不越虚、实二纲。虚症归于气血阴阳四纲,实证责之于湿、热、痰、瘀四因,致脏腑机能失调,营卫失和,汗出异常。

3 汗证的治则治法

汗证辨病,应首辨虚实,依据汗出时间、部位、色泽等,另辨寒热、气血阴阳、脏腑归经等。治疗当以虚者补之、实者泻之、脱者固之、寒者热之、热者清之为原则,调和气血阴阳,使汗出有度。

3.1 补虚 正不足则虚,或气虚、或血虚、或阴虚、或阳虚。气虚表现为汗出伴气短懒言、神疲乏力、恶风等;血虚表现为汗出伴面色少华、心悸失眠、脉细、舌淡等;阴虚主要表现为汗出伴咽干口渴、舌红少苔、脉细数等;阳虚则以汗出伴畏寒肢冷、舌淡苔白、脉弱为特征。

《临证指南医案》载:“气虚表弱,自汗不止者,仲景有黄芪建中汤,先贤有玉屏风散;如阴虚有火,盗汗发热者,先贤有当归六黄汤,柏子仁丸”。《证治汇补》言:“阳虚,用建中汤、参附汤;表虚,用桂枝加术汤;心虚,用归脾汤”。《景岳全书》所载言:“肺气虚者,固其皮毛,玉屏风散;脾虚者,壮其中气,补中益气汤;心虚者益其血脉,当归补血汤;肝虚者,理其疏泄,逍遥散;肾虚者,助其封藏,都气丸。”概而言之,阳气虚弱者,治疗当益气温阳,首选方剂如玉屏风散、建中辈等;气虚表若,营卫不和者,当用桂枝汤化裁;阴血不足者,酌情使用当归六黄汤等滋阴降火,或当归补血汤、柏子仁丸等养血滋阴。

王琦教授^[5]对于气虚体质表虚不固多汗用玉屏风散调体,取得良效。周文泉^[6]治疗多汗证调整阴阳,调畅气机,益气固表敛汗,以柴胡龙骨牡蛎汤合甘麦大枣汤化裁为主,总有效率达90%。王树新等^[7]用生脉散加减治疗正气虚损之多汗症,疗效明显,无一不良反应。史志永^[8]运用当归六黄汤合芍药甘草汤加龙骨牡蛎治疗阴虚内热型盗汗总有效率98%。

3.2 泻实 针对不同病邪或病理产物,常可分为清热、化湿、祛痰、逐瘀四法。里热迫蒸者多见汗出蒸蒸、或但头汗出、或手足汗出、口苦喜冷饮、大便干结、小便短赤、舌红苔黄脉数等;湿热者可见汗出而黄、口渴不欲饮、舌红苔黄腻、脉滑;痰邪或血瘀为患者,

常可表现为局部汗出增多,患痰邪者,或伴胸脘痞闷,纳呆呕恶,头晕目眩,或可见体表圆滑柔韧包块,苔腻,脉滑;患血瘀者,以多汗伴固定刺痛、肿块质硬而推之不移、面色黧黑,或唇甲青紫,或肌肤甲错,舌暗或有瘀斑,脉细涩或结代为主要临床表现。而病程久者,或病变重者,则会出现阴阳虚实错杂的情况,应细察审辨。

《医宗金鉴》云:“在阳明,谓之热越,白虎汤证也。若大热蒸蒸,汗出过多,则宜调胃承气汤”。火热为患者,一般选用白虎汤、承气汤治疗。《景岳全书》言:“外挟风湿,身重汗出,羌活胜湿汤,风湿相搏,时自汗出,防己黄芪汤”,湿邪为患者,多选用防己黄芪汤,又或羌活胜湿汤。痰证者,二陈汤化裁为主,佐以健脾行气之药,以行脾运,消痰水,《证治准绳》言:“痰证冷汗自出者,宜七气汤,或理中降痰汤”。至于因瘀血者,当视其瘀滞部位、脏腑之不同,随证以仲景桃核承气汤、逐瘀汤等治之。李七一教授^[9]用三黄石膏汤治疗湿热型汗证疗效显著;杨金鸽^[10]运用化痰利水法治疗顽固性手足自汗62例,治愈率82.3%,总有效率95.2%。

3.3 和解 经云:阴平阳秘,精神乃治。中医思想所追求的即是中正平和之道。汗证的治疗总归为调整机体至“中和”的状态。以调和营卫、和解少阳、调整阴阳、调和脏腑等为手段,以达气血阴阳脏腑调和之效,而使汗出有度。调和营卫可选用仲景之经方桂枝汤;和解少阳者则以小柴胡汤为宗。无论补虚或泻实,和解的思想当贯穿治疗之始终。

3.4 针灸、外敷及其他传统疗法 针灸方法治疗汗证,在《内经》已有记载,《灵枢·五邪》:“邪在肺,则病皮肤痛,寒热,上气喘,汗出……取之缺盆中以越之^[11]。经历代不断的完善发展,针灸治疗多汗的疗法从传统的针灸发展到针灸与火罐、中药等的结合疗法及耳针、穴位注射、敷贴、刺络放血等新法联合,疗效更为显著,操作简单安全,不良反应少^[12]。李永峰^[13]运用“九六补泻法”处方针刺(双侧)合谷、复溜治疗多汗病症效果显著。姚军^[14]运用针刺益气养阴组穴治疗汗症,肺卫气虚证采用益气组穴(百会、中脘、关元、列缺、合谷、内关、足三里)及配穴太冲;阴虚内热证采用养阴组穴(复溜、太溪、然谷、三阴交)及配穴太冲;气阴两虚采用益气养阴两组穴位及配穴太冲,疗效显著。林长根等^[15]用艾条悬灸神阙、涌泉穴治疗24例自汗、盗汗的患儿,半年后随访无自汗及盗汗,所有患儿均痊愈。

关于外敷法的记载,张仲景在《伤寒论》中的大

青龙汤方后注中载:“汗出多者,温粉扑之”;《张氏医通》:“阴囊湿者,以炉甘石煅过扑之,密陀僧末亦佳”。在临床上也常用煅龙骨、煅牡蛎、煅石膏、滑石等收敛药物,研粉外用,治疗汗证。董霞^[16]运用五倍子研末敷脐治疗晚期肿瘤患者多汗疗效好,起效快,无毒性。试验组有效率88.24%优于对照组的60%。

另外,推拿、药线点灸、中药熏洗等也在临床取得了较好的治疗效果^[17]。

4 讨论

汗证发病机制复杂,西医治疗效果往往不佳,近年来,中医药治疗这类患者发挥出了独特的优势。其中医病机概为正虚或邪实侵犯人体,致脏腑机能失调,营卫失和,汗出异常。目前中药内服法多以补虚(补益气血阴阳)、泻实(清泄湿、热,活血,化痰)、和解为主,外治法则包括针刺、外敷、推拿、中药熏洗等。疗效显著,弥补了西医治疗的不足。期待随着研究的加深,不断提高中医药的治疗效果,会有更多的中医特色疗法用于治疗本病。

参考文献

- [1]Amir M, Arish A, Weinstein Y, et al. Impairment in quality of life among patients seeking surgery for hyperhidrosis (excessive sweating): preliminary results[J]. Isr J Psychiatry Relat Sci, 2000, 37(1): 25-31.
- [2]Walling HW. Primary hyperhidrosis increases the risk of cutaneous infection: a case-control study of 387 patients[J]. J Am Acad Dermatol, 2009, 61(2):242-246.
- [3]李雪莹.《伤寒论》“治汗”八法探析[J].中医文献杂志, 2009(3):14-15.
- [4]陈国权.论《金匮要略》五脏汗证及其病机[J].国医论坛, 2013, 28(3):3-5.
- [5]王济,郑燕飞,李玲儒,等.王琦教授用玉屏风散调理气虚体质治疗多汗症验案分析[J].中医药通报, 2014, 13(4):20-22.
- [6]张晋,符峻波,周文泉.周文泉治疗多汗证临床数据挖掘研究[J].辽宁中医杂志, 2013(12):2418-2421.
- [7]王树新,贾淑霞,肖允楼.生脉散加减治疗多汗症疗效观察[J].中国社区医师, 2014, 30(9):71.
- [8]史志永.当归六黄汤合芍药甘草汤加减治疗盗汗 108 例临床体会[J].中国民族民间医药, 2015(17):105-105.
- [9]温沐秋,李七一.李七一教授运用三黄石膏汤治疗汗证经验[J].四川中医, 2018, 36(3):12-14.
- [10]杨金鸽.化痰利水法治疗顽固性手足自汗 62 例[J].实用中医内科杂志, 1999, 22(3):32.
- [11]黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社, 1963.
- [12]刘双双,胡幼平.针灸治疗多汗症的临床研究概况[J].针灸临床杂志, 2013(12):62-64.
- [13]马向丽,李永峰.李永峰教授“九六补泻法”在针灸临床中的运用[J].中医药导报, 2014(10):85-87.
- [14]姚军.针刺益气养阴组穴治疗汗症 95 例[J].中国针灸, 2014, 34(4):405-406.
- [15]徐彬彬,姜之炎,解诗韵.中医外治法治疗小儿汗病的研究进展[J].山东中医杂志, 2015(10):811-813.
- [16]董霞.五倍子研末敷脐治疗晚期肿瘤患者多汗症的临床观察[J].辽宁中医杂志, 2015(8):1460-1461.
- [17]李洁.大汗方治疗小儿汗证(阳明经腑证)的临床观察[D].成都:成都中医药大学, 2014.

(本文编辑:李海燕 本文校对:冯志海 收稿日期:2018-05-29)

《外科正宗》消风散治疗皮肤病研究进展

王海亮¹ 李长慧¹ 刘庆楠² 唐鹏² 景瑛^{1*}

(1 长春中医药大学附属医院皮肤科, 吉林 长春 130021; 2 长春中医药大学研究生院, 吉林 长春 130117)

摘要:目的 梳理《外科正宗》中消风散治疗皮肤病的最新研究进展,以明确消风散用于治疗各类皮肤病的疗效,及其现代作用机制,探索出消风散适用的病症。方法 通过现代文献研究探讨消风散运用于治疗皮肤病的临床疗效,及其与所治病症的内在联系。结果 现代对于消风散的临床研究显示,其对荨麻疹、湿疹、玫瑰糠疹、激素依赖性皮炎、痤疮等疾病均有较好的临床疗效。其形式可采用汤剂或配合多种外治法如擦剂、熏洗、针灸、紫外线照射、西药等;实验研究表明,消风散及其主要单味药物具有抗炎、抗过敏、调节免疫等作用;并且在治疗其它领域疾病方面也值得更加深入的研究。结论 消风散对于各类具有风、湿、热性质的皮肤病均适用,且可推广至其它领域的疾病。

关键词: 消风散; 临床应用; 实验室研究; 系统评价; 皮肤病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.066

文章编号:1672-2779(2018)-17-0151-04

Research Progress on Xiaofeng Powder of *Waiké Zhengzong* in Treating Skin Diseases

WANG Hailiang¹, LI Changhui¹, LIU Qingnan², TANG Peng², JING Ying¹

(1. Department of Dermatology, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China;

2. Graduate School, Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130117, China)

Abstract:Objective Through analyzing the newest clinical research about the prescription Xiaofeng powder of *Waiké Zhengzong*, to We discussed the modern literature to explore the clinical curative effect of Xiaofeng powder used in treatment of skin diseases and the internal relation of disease. Results The newest clinical research about the prescription Xiaofeng powder shows using in decoction or using with a variety of methods has a good effect in treating urticaria, eczema, pityriasis rosea, hormone dependent dermatitis, acne and so on. The laboratory studies show that it plays a good role in promoting the proliferation of anti-inflammatory effects, anti-allergic effects and immunization. It is worthy of researching deeply. Conclusion Xiaofeng powder is applicable for all kinds of skin diseases caused by wind-evil, damp evil, heat evil and can be extended to other areas of the immune disease.

Keywords: Xiaofeng powder; clinical application; laboratory studies; systematic evaluation; dermatosis

消风散在临床上应用非常广泛。关于消风散的记载书籍多达31部,不同组方的方剂多达39种版本,被应用比较广泛的为《太平惠民和剂局方》和《外科正宗》所载的消风散。其中以《外科正宗》所载的消风散在皮肤科临床中应用最广^[1]。近年来,众多学者对于消风散的研究显示,其运用于治疗各类皮肤病均疗效确切。

1 临床应用

消风散在皮肤科用于荨麻疹、湿疹、玫瑰糠疹、面部激素依赖性皮炎、脂溢性皮炎、痤疮、神经性皮炎、带状疱疹等疾病的治疗中均有较好疗效,临床运用时可配合多种治法,以增强疗效。

1.1 荨麻疹 荨麻疹是消风散疗效最为确切的疾病之一,运用时可配合过敏煎等其它方剂,或中西合用,或配合针灸等,对成人、小儿急慢性荨麻疹均有较好疗效,复发率较低,且无严重不良事件。王东^[2]运用消风散加减联合盐酸左西替利嗪治疗急性荨麻疹35例,对照组单独使用盐酸左西替利嗪,治疗组的有效率为73.7%,对照组的有效率为54.1%,治疗组的有效率显著高于对照组。3个月后治疗组复发率为21.4%,对照组的复发

率为45.0%,治疗组的复发率显著低于对照组,2组没有发现严重不良事件。吕荣锋^[3]运用过敏煎合消风散治疗慢性荨麻疹60例,对照组给予氯雷他定治疗,4周1个疗程,治疗2个疗程,治疗组总有效率为95.0%,高于对照组的70.0%,不良反应发生率为3.3%,明显低于对照组的41.7%,复发率为3.5%,显著低于对照组的23.8%。周振琴^[4]采用消风散加减配合针灸治疗慢性荨麻疹60例,对照组采用西替利嗪片、赛庚啶片、雷尼替丁片联合的治疗方法,试验组的有效率98.3%,明显优于对照组有效率83.3%,差异明显。袁锦权^[5]将64例小儿荨麻疹患儿随机分成治疗组和观察组,每组32例。治疗组予消风散加减联合地氯雷他定治疗,对照组予地氯雷他定治疗,疗程1个月,治疗组总有效率为84.3%,对照组总有效率75%。2组总有效率比较,差异有显著统计学意义。

1.2 湿疹 湿疹是消风散主要的适应症之一。消风散加减,或者中西合用,配合涂擦、中药熏洗,治疗湿疹疗效确切,较西药常规治疗具有一定优势。曾丹^[6]用四物消风散加减,对照组口服盐酸非索非拉定,2组总有效率在第2周时分别为63.9%、38.9%,治疗组明显优于对照组;在第4周时分别为83.3%、61.1%,治疗组有效率明显高于对照组,2组比较差异有统计学意义。唐英

* 通讯作者:jingying420@sina.com

等^[7]运用加减消风散汤剂治疗旋耳疮30例,对照组30例采用盐酸西替利嗪糖浆口服治疗,治疗14天后,治疗组愈显率80%,总有效率93%,对照组愈显率67%,总有效率74%,观察组明显优于对照组。雷晴^[8]运用局部外用苦参汤熏洗联合内服消风散加减治疗血虚风燥型慢性肛门湿疹患者34例,对照组单纯外用苦参汤熏洗治疗,疗程4周。治疗后2组患者在肛周瘙痒、肛门潮湿、皮损肥厚等症状缓解以及复发率方面,治疗组均优于对照组,差异有统计学意义。唐凯^[9]采用四物消风散联合派瑞松治疗血虚风燥证慢性肛周湿疹33例,对照组32例给予盐酸西替利嗪口服、派瑞松外涂治疗。治疗组总显效率明显高于对照组;2组治疗后各症状与治疗前比较,差异均有统计学意义;治疗组复发率明显低于对照组。王铁柱^[10]收集已发表的关于消风散治疗湿疹的临床随机对照试验及半随机对照试验,进行Meta分析,结果显示,与对照组比较,消风散在治疗湿疹总有效率、皮损形态评分改善、瘙痒评分改善以及皮损面积减小方面均优于对照组,说明消风散口服治疗湿疹较西药常规治疗有一定优势,但缺乏高质量试验进一步验证与支持。

1.3 玫瑰糠疹 消风散加减,或者联合窄谱中波紫外线治疗玫瑰糠疹疗效确切,无不良反应。陈芳^[11]运用中药煎剂消风散加减治疗风热蕴肤型玫瑰糠疹60例,治疗2周后,痊愈率为71.67%,总有效率为93.33%。徐萱^[12]运用消风散加减治疗风热型玫瑰糠疹,对照组予口服花藤子颗粒,2组均接受窄谱中波紫外线照射治疗及外用黄芩油膏,疗程2周。2组治疗均有效果,治疗1周后和2周后比较,治疗组PRSS积分、复发率、疗程均低于对照组,疗效指数、总有效率均高于对照组,差异具有显著性。在治疗期及随访期间,2组均未出现明显不良反应。汪文^[13]将83例玫瑰糠疹患者随机分组,对照组35例口服左西替利嗪片,外涂曲安奈德益康唑软膏治疗,治疗组48例在对照组的基础上加用凉血消风汤治疗,治疗组愈显率77.08%,明显高于对照组62.86%,具有显著性差异。

1.4 面部激素依赖性皮炎 王俊伟^[14]采用消风散联合薇诺娜舒敏保湿特护霜治疗面部激素依赖性皮炎35例,对照组给予氯雷他定片口服加舒敏保湿特护霜外用。4周为1个疗程,2组治疗期间均采用3%硼酸洗液湿敷。治疗组治疗后症候积分及有效率均优于对照组,治疗期间2组患者不良反应发生率差异无统计学意义。罗文辉^[15]将165例糖皮质激素依赖性皮炎患者随机分为治疗组、对照1组与对照2组,分别给予三黄消风散与冷喷联合治疗、三黄消风散治疗、咪唑斯叮治疗,3组均以

4周为1个疗程,治疗1个疗程后比较疗效。总有效率治疗组为94.83%,对照组1为81.13%,对照组2为62.96%,治疗组优于2个对照组,其中对照组1又优于对照组2,且治疗组治疗后症状评分改善程度优于2个对照组,其中对照组1又优于对照组2。三黄消风散治疗糖皮质激素依赖性皮炎疗效可靠,联用冷喷有明显的协同作用。王晨^[16]运用消风散加减治疗面部激素依赖性皮炎36例,对照组用皿治林、美能口服,2组均用盐水冷敷,4周为1个疗程,治疗组显效率88.89%,痊愈率38.89%,对照组显效率50.00%,痊愈率5.56%,2组差异有统计学意义。

1.5 痤疮 消风散加减治疗痤疮、吉非替尼引起的痤疮具有较好疗效。于亚涛^[17]采用消风散配合外用消痤面膜治疗痤疮30例,根据痤疮的严重程度不同,治疗时间相应地增长,总有效率97%。李正坤^[18]运用消风散加减治疗面部痤疮31例,治愈率95%。陈舒怡等^[19]用消风散辨证分型加减治疗吉非替尼引起的痤疮样皮疹32例,对照组30例采用尿素软膏外涂治疗。28天后通过CT-CAE分级的变化,比较2组疗效以及不良反应。结果治疗组有效率为86.6%,对照组为63.3%,2组比较有显著性差异,证实消风散治疗吉非替尼引起痤疮样皮疹疗效优于一般类固醇药物,不良反应较少。

1.6 其他 消风散加减治疗脂溢性皮炎、带状疱疹、神经性皮炎、接触性皮炎具有较好疗效。景红梅^[20]采用凉血消风散加减治疗脂溢性皮炎40例,对照组采用维生素B₆、维生素B₁口服治疗。治疗组有效率92.2%,对照组有效率77.8%。2组疗效比较差异有统计学意义。骆忠元^[21]采用消风散联合二黄酊治疗42例急性带状疱疹,7天为1疗程,连续治疗3疗程,结果痊愈34例,显效5例,有效3例,无效0例,有效率100.00%。陈赵文^[22]用消风散加减治疗神经性皮炎46例,对照组予以复方醋酸地塞米松乳膏治疗,观察组在对照组的基础上予以消风散加减,2组治疗30天后,观察组总有效率91.3%,明显高于对照组82.6%,差异有统计学意义。周萌^[23]将60例接触性皮炎患者随机分为2组各30例,治疗组以消风散治疗,对照组以氯雷他定片治疗,治疗4周后观察2组治疗效果。总有效率治疗组为80.0%,对照组为56.7%,差异有统计学意义;治疗组治疗后血清IFN- γ 水平下降,治疗前后比较,差异有统计学意义。

2 方剂及主要药物的现代药理研究

中药的现代药理实验研究有利于进一步认识中药的药理作用。消风散由当归、生地黄、防风、蝉蜕、苦参、胡麻仁、荆芥、苍术、牛蒡子、石膏、木通、甘草组成,具有疏风清热、凉血解毒、止痒的作用。

消风散的药效学及临床研究显示该方具有抗炎、抗过敏、止痒、抗变态反应及免疫调节的作用^[24]。荆芥、防风是消风散的主要组成药物,也是临床常用的祛风止痒的药对之一。卞如濂等^[25]研究发现,荆芥挥发油具有良好的抗过敏作用,荆芥油具有直接松弛豚鼠气管平滑肌的作用,荆芥油对大鼠被动皮肤过敏反应具有一定的抑制作用,荆芥挥发油对多种急性及慢性炎症模型均有较好的抑制作用^[26]。现代研究证实防风具有解热、镇痛、抗炎、抑菌、增强免疫、抗过敏等作用^[27]。吴贤波等^[28]通过实验发现防风醇提物可能通过抑制PAR-2表达,阻断肥大细胞脱颗粒,且选择性减少相关细胞因子分泌,继而抑制肥大细胞“瀑布效应”,达到抗过敏作用。蝉蜕具有免疫抑制及抗过敏作用,马世平等^[29]研究证实蝉蜕提取物能抑制非特异性免疫,对Ⅳ型变态反应及机体细胞免疫功能也有明显抑制作用,蝉蜕还具有解热、抗炎、抑菌的作用^[30]。苦参是常用的止痒药物,苦参碱和氧化苦参碱是苦参生物碱的主要化合物成分,具有抗炎、抗菌、免疫抑制等多种药理活性^[31]。苍术中的挥发油成份具有明显的抗炎作用,还有免疫调节作用^[32]。张明发等^[33]研究发现苍术及其活性成分 β -桉叶醇具有镇静、镇痛、抗电休克癫痫样惊厥和抗抑郁等中枢神经药理作用,这可能是苍术治疗炎症引起的瘙痒的机理。当归中含有挥发油、有机酸、酚酞类及其二聚体等化学成分,具有镇痛、抗炎的作用,同时还具有增强免疫功能的效果,当归的水提取物对特异性以及非特异性免疫功能都能够起到一定的促进作用^[34]。地黄的生理活性广泛,对心脑血管系统、中枢神经系统、免疫系统、脏腑系统有显著的作用,并具有细胞毒活性、抗炎等药理作用^[35]。地黄多糖可以增强机体的免疫功能,主要表现在促进免疫器官的生长和正常淋巴细胞增殖分化、增强巨噬细胞的吞噬功能、刺激细胞因子生成和释放等方面^[36]。甘草及其活性成分能提高吞噬细胞的吞噬功能、调节淋巴细胞数量与功能、抑制IgE抗体形成、抗炎症介质及前炎性细胞因子,具有抗炎、抗变态反应的药理活性。甘草黄酮类化合物、异甘草素、甘草多糖和甘草酸是其抗炎、抗变应性炎症的活性成分^[37]。牛蒡子的主要成分牛蒡子苷元在抗炎及免疫调节方面有显著作用,主要是对巨噬细胞和淋巴细胞增殖起作用^[38]。皂苷组分和多糖组分是知母的物质基础,雷霞等^[39]研究证实知母具有显著的抗炎及免疫调节活性。木通具有抗炎、抑菌的作用^[40]。有研究认为石膏中钙质有退热作用,石膏中微量元素有免疫、抗病毒作用^[41]。单味药物的药理研究发现消风散中多数药物的抗炎、抗过敏、免疫调节的作用,药物之间的

相互协同作用也构成全方抗炎、抗过敏、免疫调节功能的基础。

3 讨论

消风散及其变方目前在皮肤科的研究与运用越来越广泛,并且治疗荨麻疹、湿疹、玫瑰糠疹、面部激素依赖性皮炎、痤疮等疾病的疗效也得到了广大学者的证实与认可。在现代药理学、临床机制、动物实验的研究也呈现出多样性,从微观层面说明了消风散抗炎、抗过敏、免疫调节的作用。使用方法上灵活多样,在传统服用汤剂的基础上,研制出了消风止痒颗粒中成药制剂,方便患者服用,同时可配合多种外治法如擦剂、针灸、紫外线、面膜、西药等联合使用,丰富了治疗方法,提高了临床疗效。虽然有大量的临床报道,但缺乏高质量试验进一步验证与支持,特别需要高质量的多中心大样本随机双盲对照试验来验证。

消风散在临床应用中,要抓住其“祛风、清热、除湿”的功效特点,既要注重治疗疾病的种类,更要准确辨识疾病过程中风、湿、热的病证本质,方可治病求本,异病同治。只有准确地辨证施治,才能最大程度发挥出中医药的特色优势,取得较好的效果,提高疗效。消风散除了应用在皮肤科外,在眼科、口腔科、耳鼻喉科、肛肠科、肾内科、妇产科等科室也有应用^[24],故消风散可以在临床上广泛地使用。

参考文献

- [1]郝平生,王建峰.消风散之古今浅谈及临床应用[J].中国医学文摘(皮肤科学),2017,34(2):242-248.
- [2]王东.消风散加减治疗急性荨麻疹的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2017,36(1):21-22.
- [3]吕荣峰.过敏煎合消风散治疗慢性荨麻疹疗效观察[J].临床合理用药杂志,2017,10(1):25-26.
- [4]周振琴.消风散加减配合针灸治疗对慢性荨麻疹患者 IgE 水平的影响[J].现代诊断与治疗,2015,26(3):501-502.
- [5]袁锦权,卢金海,黄碧梅,等.消风散联合地氯雷他定治疗小儿慢性荨麻疹 32 例[J].辽宁中医杂志,2013,40(7):1415-1416.
- [6]曾丹,周维康,李惠,等.四物消风散加减治疗慢性湿疹的疗效观察及对慢性湿疹患者 TH1/TH2 平衡的影响[J].重庆医科大学学报,2015,40(12):1550-1554.
- [7]唐英,裴喜玲,魏博洋.加减消风汤治疗旋耳疮 30 例[J].江西中医药大学学报,2017,29(2):52-54.
- [8]雷晴,王建国,黄德铨.中药内服外用治疗血虚风燥型慢性肛门湿疹的临床观察[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(3):428-430.
- [9]唐凯,王晓燕,邓鹏,等.四物消风散联合派瑞松治疗慢性肛周湿疹 33 例临床观察[J].中医药导报,2015,21(4):68-70.
- [10]王铁柱,史琦,阎玥,等.消风散治疗湿疹疗效评价的 Meta 分析[J].中医药导报,2017,23(3):75-78.
- [11]陈芳.消风散加减治疗风热蕴肤型玫瑰糠疹临床观察[J].亚太传统医药,2016,12(20):137-138.
- [12]徐萱.消风散加减方联合 NB-UVB 治疗玫瑰糠疹风热证的临床疗效观察[D].南京:南京中医药大学,2016.
- [13]汪文.凉血消风汤治疗泛发型玫瑰糠疹 48 例疗效观察[J].山东中医杂志,2012,31(8):568-569.
- [14]王俊伟,张斌,郑双进,等.消风散联合外用膏药治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察[J].陕西中医,2017,38(2):184-185.
- [15]罗文辉.三黄消风散联合冷喷治疗糖皮质激素依赖性皮炎 58 例临床观察[J].湖南中医杂志,2014,30(1):62-64.

- [16]王晨,范建国,孙征涯.消风散加减治疗面部激素依赖性皮炎 36 例临床观察[J].浙江中医杂志,2013,48(12):891-891.
- [17]于亚涛,田淑英.消风散外用消面膜治疗痤疮 30 例[J].辽宁中医杂志,2005,32(6):547-547.
- [18]李正坤.消风散加减治疗面部痤疮 31 例疗效观察[J].云南中医中药杂志,2004,25(6):20-20.
- [19]陈舒怡,欧阳学农,林少琴,等.消风散治疗吉非替尼引起痤疮样皮疹 30 例[J].福建中医药,2016,47(6):59-60.
- [20]景红梅.凉血消风散治疗脂溢性皮炎 40 例[J].光明中医,2015,30(1):62-63.
- [21]骆忠元.消风散联合二黄酊治疗急性带状疱疹 42 例临床观察[J].实用中医内科杂志,2015,29(1):65-65.
- [22]陈赵文.中西医结合治疗神经性皮炎 46 例临床分析[J].当代医学,2013,19(9):150-151.
- [23]周萌,高宁,陈攀.消风散治疗变应性接触性皮炎的临床观察[J].广西中医药,2011,34(4):21-22.
- [24]黄晓青,朱凯云.消风散的药理药效研究及临床应用概况[J].江西中医药,2012,43(1):69-71.
- [25]卞如谦,杨秋火,任熙云,等.荆芥油的药理研究[J].浙江医科大学学报,1981(5):219-223.
- [26]王凤,温桃群,桑文涛,等.荆芥挥发油化学成分及药理作用研究现状[J].中南药学,2017,15(3):312-318.
- [27]王成章,张崇禧.防风国内外研究进展[J].人参研究,2008,20(1):35-41.
- [28]吴贤波,金沈锐,李世明,等.防风醇提物对肥大细胞 PAR-2 及相关细胞因子的影响[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(5):123-126.
- [29]马世平,瞿融,杭秉茜.蝉蜕的免疫抑制和抗过敏作用[J].中国中药杂志,1989,14(8):42-45.
- [30]高长久,张梦琪,曹静,等.蝉蜕的药理作用及临床应用研究进展[J].中国医药学报,2015,43(2):110-112.
- [31]智信,陈晓,苏佳灿.苦参碱药理作用研究进展[J].成都中医药大学学报,2017,40(1):123-127.
- [32]邓爱平,李颖,吴志涛,等.苍术化学成分和药理的研究进展[J].中国中药杂志,2016(21):3904-3913.
- [33]张明发,沈雅琴.苍术及其活性成分 β -桉叶醇的神经药理作用的研究进展[J].抗感染药学,2017,14(1):6-11.
- [34]李素琴,李雪芸.当归化学成分及药理作用研究进展[J].大家健康(学术版),2016,10(1):1023-1028.
- [35]李红伟,孟祥乐.地黄化学成分及其药理作用研究进展[J].药物评价研究,2015,38(2):218-228.
- [36]王志江,魏国栋,马思缙.地黄多糖的化学和药理作用研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(16):231-234.
- [37]李青原,金玉姬,黄茜茜,等.甘草及甘草提取物对各系统的作用概述[J].吉林医药学院学报,2014,35(2):139-144.
- [38]蔡恩博,王瑞卿,刘德民,等.牛蒡子苷元现代药理作用研究进展[J].世界科学技术-中医药现代化,2016,18(1):130-134.
- [39]雷霞,董文婷,笔雪艳,等.知母各化学拆分组分的抗炎及免疫调节活性[J].中药材,2015,38(9):1904-1907.
- [40]刘岩庭,侯雄军,谢月,等.木通属植物化学成分及药理作用研究进展[J].江西中医药大学学报,2012,24(4):87-93.
- [41]孙姝.石膏的药理作用与微量元素的探究[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(5):183.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘颖 收稿日期:2018-04-15)

中医药治疗糖尿病肾病的进展

朱丽娜¹ 张建伟^{2△}

(1 河南中医药大学硕士研究生2017级, 河南 郑州 450000; 2 河南省中医院肾病科, 河南 郑州 450000)

摘要:糖尿病肾病是糖尿病引起的严重和危害性最大的一种慢性并发症,是糖尿病全身性微血管病变表现之一,是导致终末期肾脏疾病的重要原因;近年来,随着临床研究的深入,越来越多的实践结果表明,中医药治疗糖尿病肾病有着明显的优势;本文从糖尿病肾病的中医认识,单味中药及其提取物、中成药及复方等方面的研究进展进行综述,以期对糖尿病肾病的中医药临床治疗提供参考依据。

关键词:糖尿病;肾病;中医药疗法;研究进展;消渴;水肿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.067

文章编号:1672-2779(2018)-17-0154-03

Progress on Chinese Medicine in Treating Diabetic Nephropathy

ZHU Lina¹, ZHANG Jianwei²

(1. Grade 2017 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Nephrology Department, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Diabetic nephropathy is a serious and harmfulness of diabetic chronic complications, one of the biggest is one of the diabetes systemic microvascular lesions in performance, is the important cause of end-stage renal disease. In recent years, with the deepening of clinical research, more and more practical results show that TCM has obvious advantages in treating diabetic nephropathy. In this paper, from the diabetic nephropathy TCM knowledge, single Chinese medicine and its extract, proprietary Chinese medicine and compound summarized the research progress of, so as to provide reference for TCM clinical treatment of diabetic nephropathy.

Keywords: diabetes; nephropathy; therapy of traditional Chinese medicine; research progress; consumptive thirst; edema

糖尿病肾病 (diabetic nephropathy, DN) 是由于糖尿病糖代谢异常为主因所致的肾小球硬化,并伴尿蛋白含量超过正常,临床特征为蛋白尿,渐进性肾功能损害,高血压,水肿,晚期可出现严重肾功能衰竭;近年来,糖尿病肾病在我国的发病率逐年上升,现代

医学治疗效果不甚理想,大量研究显示中医药在改善糖尿病肾病患者的临床症状、降低各项生化指标、保护肾脏等方面有独特优势,故运用前景十分广泛。现本文就近年来有关中医药治疗糖尿病肾病的文献进行综述。

1 病因病机

由于古代并无糖尿病肾病之病名,故对于糖尿病



肾病的病机,古代医家并无系统认识,根据其临床表现,当属传统医学“消渴”“水肿”“尿浊”“关格”“肾劳”等范畴。现代医家根据临床实践及经验总结,对糖尿病肾病的中医病因病机有不同的认识,《金匱要略》^[1]认为:“病者如热状,烦满,口干燥而渴,其脉反无热,此为阴状,是瘀血也,当下之”;《血证论》认为:“瘀血在里,则口渴。所以然者,血与气本不相离,内有瘀血,故气不得通,不能载水津上升,是以发渴,名曰血渴。瘀血去则不渴矣”,指出瘀血与消渴的形成关系密切;孔繁达等^[2]认为,糖尿病肾病的病邪包括瘀血、痰湿、浊毒,其中以瘀血最为常见,无论气虚、阳虚、阴虚均可导致瘀血生成;吕仁和^[3]认为糖尿病肾病由糖尿病迁延不愈、久病及肾导致,消渴病病程中痰浊、湿热、血瘀、毒邪、气郁等若干病理因素相互胶结,在肾络之中逐渐形成“微型癥瘕”,引起肾脏结构及功能改变;南征等^[4]认为毒损肾络是糖尿病肾病的主要病机和病理基础,也是糖尿病肾病难以治愈的重要原因。由于糖尿病经年不愈,各种生理与病理产物壅滞体内,逐渐化生湿毒、瘀毒、热毒、浊毒、郁毒等多种内生毒邪,毒邪进入肾络,依附、结聚、蕴结于局部并产生损伤,导致糖尿病肾病的发生,肾脏和络脉的密切关系是毒邪易损肾络的生理基础,南征创立的解毒通络保肾法对于糖尿病肾病取得显著疗效;金洪元教授^[5]认为,糖尿病肾病的病因病机关键在“痰湿、瘀血”。糖尿病的形成多为先天禀赋不足,后天又过食肥甘厚腻之物,伤脾生痰,化热灼阴,脾伤气虚,阴伤血亏,因虚致瘀,痰湿阻滞气血,成滞成瘀,有瘀必有痰,有痰必有瘀,痰瘀伤脾,阻于肾络,精气失摄,肾精失固,精气亏耗,失于化气、行水,瘀阻肾络,水肿尿浊。

2 糖尿病肾病的中医治疗

2.1 单味中药及其提取物的应用 黄芪^[6]作为补气固表、利水消肿之药,现代药理研究证实黄芪能扩张肾血管,增加肾血流量,降低血小板黏附度,改善糖脂代谢,保护肾脏血管内皮细胞功能,减少蛋白尿,还有利尿、降压等作用;葛根素注射液是从豆科植物野葛的干燥根中提取的单体异黄酮化合物,王树国^[6]研究结果表明应用葛根素治疗糖尿病肾病后尿蛋白明显减少,肾功略有改善,血流变学改善明显,降低血液黏度,抑制血小板聚集,降低血栓素TXA₂水平,调节血脂代谢等,对糖尿病肾病患者的肾脏有明显的保护作用,尤其是早期肾病的患者疗效尤为显著。目前认为,改善肾小球内血液动力学异常及高凝状态可减少尿蛋白的排出,葛根素可能通过此机制减少尿蛋白;大黄,主要成分为大黄素,现代药理研究表明^[7],大黄能抑制残余肾单位

高代谢、肾代偿性肥大、系膜细胞增殖,促进氮质排泄,减少尿蛋白,同时还对肾衰患者的高凝、高黏状态进行了有效改善,使得肾血流量增加,对残余肾功能予以保护,降低蛋白尿的发生,延缓糖尿病肾病的发展;牛蒡子,主要成分含有牛蒡子苷元、牛蒡酚等,王海颖^[8]以链脲佐菌素(STZ)诱导的糖尿病大鼠为动物模型,证实牛蒡子及其提取物能降低糖尿病肾病大鼠血糖水平,减少尿蛋白排泄率,改善糖尿病大鼠肾脏病变。

2.2 中成药的应用 黄葵胶囊^[9]治疗糖尿病肾病药理机制的研究主要包括减轻炎症反应、下调致纤维化细胞因子的表达、抑制氧化应激、抑制晚期糖基化终末产物的形成、保护肾小管上皮细胞以及改善血液流变学障碍等;黄葵胶囊临床疗效主要体现在降低尿蛋白水平、保护肾功能、改善患者临床症状、延缓糖尿病肾病的进展等方面;张新辉等^[10]选择60例早期及临床期糖尿病肾病患者,在用药3、6个月时进行随访,抽取空腹静脉血、留取尿液,对比2组生化指标及尿检结果,经观察发现,新肾康宁胶囊联合西药对早期糖尿病肾病可改善早期及临床期糖尿病肾病患者临床症状及中医证候,可明显改善肾功能、减轻肾小管损伤;李迎新^[11]以测定服药前后24 h尿蛋白排率,观察金水宝在临床中的疗效,通过对45例患者服药3个月后的实验室指标观察,发现其可有效降低肾小球滤过率,减少尿蛋白的排出,临床疗效显著;百令胶囊是将冬虫夏草菌粉低温发酵后再提取出来的中药制剂,发酵虫草菌糖中的腺苷可以有效清除自由基,降低脂质过氧化物水平,保护肾脏,同时百令胶囊可有效改善肾血流,抑制血小板;王叶菊等^[12]选择汉中市中心医院收治的糖尿病肾病患者100例,随机分组,对照组给予卡托普利,治疗组在对照组基础上加用百令胶囊,连续治疗6个月,结果表明,治疗组总有效率为94.0%,明显高于对照组,且治疗组尿白蛋白排泄率、血肌酐和尿素氮均显著低于对照组,证实百令胶囊在治疗糖尿病肾病发挥了积极作用,值得推广。

2.3 临床经验治疗 青海省中医院心肾科^[13]采用在接受糖尿病肾病基础治疗方式的同时给予固肾解毒通络法进行治疗,结果治疗组血糖、肾功能、24 h尿蛋白定量等指标较对照组均得到有效改善,提示本方对于糖尿病肾病患者而言,能够有效提升患者临床疗效;赵丽等^[14]对糖尿病肾病在西医治疗基础上采用温阳降浊汤进行中医治疗,观察组43例患者,临床治疗总有效率为97.67%,对照组43例患者,临床治疗总有效率为79.07%,2组患者的血尿素氮、血肌酐、24 h尿蛋白定量等数值比治疗前均有所下降,且观察组的改善效果

优于对照组,证实本方能有效改善病患的肾功能,治疗效果显著,值得在临床上推广使用;周培一^[15]将68例2型糖尿病肾病Ⅲ期气阴两虚夹瘀型患者随机分为对照组和观察组,观察组在西医治疗的基础上给予活血化瘀散结法,并随症加减,临床上能够有效降低尿微量白蛋白,缓解肾衰竭进展;卢聪^[16]在控制血压、血脂、血糖的基础上,对80例糖尿病肾病患者在对症治疗的基础上,给予益气养阴活血通络方治疗,观察2组各项肾功能指标[肾小球滤过率(GFR)、尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)、尿微量白蛋白(mAlb)、24 h尿蛋白定量],发现2组GFR均较治疗前显著升高,BUN、Scr、mAlb、24 h尿蛋白定量均较治疗前显著降低,且观察组治疗后GFR显著高于对照组,BUN、Scr、mAlb、24 h尿蛋白定量显著低于对照组,2组治疗方案对肾功能损伤均有效,但益气养阴活血通络方相较于西药单纯治疗糖尿病肾病效果更佳,更有利于减轻患者的肾功能损伤。

3 小结

综上所述,糖尿病肾病的发病机制复杂,现代医学对于本病发病机制的认识至今尚不全面,单纯西医药物治疗存在着一定的局限性,尚未取得令人满意的疗效,中药在改善肾血流量、保护肾功能、减少蛋白尿、改善糖尿病肾病患者临床症状方面疗效显著,具有一定的优势,且安全性高,临床上值得推广。

参考文献

- [1]路建饶,陈杰,陈观.传统医学对糖尿病发病机制的研究进展[J].时珍国医国药,2018,29(2):415-417.
- [2]孔繁达,苏润泽.糖尿病肾病中医病因病机探讨[J].中医药临床杂志,2013,28(9):2635.
- [3]于敏,张波,南征,等.南征教授“毒损肾络”理论学说探析及临床运用[J].中华中医药学刊,2010,28(2):243-246.
- [4]迪丽努尔·吐尔洪,马丽.金洪元教授中医治疗糖尿病肾病的经验[J].时珍国医国药,2012,23(9):2380-2381.
- [5]许成群,徐明松,王元.黄芪治疗糖尿病肾病研究近况[J].实用中医药杂志,2011,27(3):215-216.
- [6]王树国.葛根素治疗2型糖尿病肾病80例临床研究[J].中国伤残医学,2011,19(1):18-20.
- [7]熊智慧.大黄对糖尿病肾病患者血脂及TGF- β 131水平的影响研究[J].海南医学院学报,2012,18(8):1066-1068.
- [8]王海颖,牛芳子及其提取物改善糖尿病大鼠肾脏病变作用机制的实验研究[J].中国中医药科技,2003,10(4):223-226.
- [9]孟宪杰,张侃,时洪娟,等.黄葵胶囊治疗糖尿病肾病的研究概况[J].江苏中医药,2017,49(11):81-85.
- [10]张新辉,焦剑,孙亚南,等.新肾康宁胶囊联合西医治疗对糖尿病肾病患者肾功能及肾小管损伤的影响[J].山东医药,2017,57(30):1-4.
- [11]李迎新.金水宝治疗早期糖尿病肾病的疗效观察[J].中国社区医师,2016,32(7):105,107.
- [12]王叶菊,李翊嘉,曹小清.百令胶囊联合卡托普利治疗老年糖尿病肾病的临床研究[J].现代药物与临床,2016,31(6):826-829.
- [13]王玲.固肾解毒通络法治疗糖尿病性肾病疗效探讨[J].糖尿病新世界,2017,20(22):169-170.
- [14]赵丽,王翔.温阳降浊汤治疗糖尿病肾病临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(5):106-107.
- [15]周培一.活血化瘀散结法治疗Ⅲ期糖尿病肾病气阴两虚夹瘀证临床研究[J].中医学报,2017,32(2):209-212.
- [16]卢聪,赵进喜.益气养阴活血通络方治疗糖尿病肾病的临床效果[J].中国医药导报,2017,14(22):109-112.

(本文编辑:李海燕 本文校对:庞欣 收稿日期:2018-05-29)

动物类中药鉴定技术研究进展

许燕 肖洪贺 段双蕊 谢明*

(辽宁中医药大学药学院,辽宁 大连 116600)

摘要:动物药是中医药体系的重要组成部分,在我国具有悠久的历史。其疗效显著,经济效益可观,但市场上以假乱真,以次充好现象泛滥,对动物药的品质鉴别显得尤为重要。本文对近二十年来动物药鉴别技术和方法进行综述,以期对动物药的质量控制和规范化提供借鉴和参考。

关键词:动物类中药;中药鉴定;研究进展

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.17.068

文章编号:1672-2779(2018)-17-0156-05

Research Progress on Animal Traditional Chinese Medicine Identification Technology

XU Yan, XIAO Honghe, DUAN Shuangrui, XIE Ming

(College of Pharmacy, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116600, China)

Abstract: Animal traditional Chinese medicine (ATCM), has been used for thousands years, it is an important part of Chinese material medica. The efficacy of it is significant and it gives considerable economic benefits. However, it is vital to authenticate ATCM because of the common phenomenon of using fake or shoddy ATCM in the market. This paper reviews the identification methods of animal medicine over the past twenty years, so that to provide guidance and reference for controlling animal medicine's quality and market standardization.

Keywords: animal traditional Chinese medicine; identification technology; research progress

动物类中药应用历史悠久,早在中医经典著作《黄帝内经》和《伤寒论》中就记载了使用乌贼骨、水

蛭、牡蛎等动物药组方治病的例子。现存最早的药物学专著《神农本草经》中则收载有白僵蚕、羚羊角、麝香等67种动物药,占药物总量的18.36%,《唐本草》和《本草纲目》中分别收载动物药128种、461种;而

* 通讯作者:x6m6@163.com



当代《中华本草》和《动物本草》中收录的动物药更是高达1051种和1731种^[1]。2015版《中国药典》收载51味动物药药材,含动物药的成方制剂461味,占成方制剂和单味制剂总量的30.9%^[2]。由此可见,动物类中药一直备受医药学家和政府部门的重视,是中医药学遗产中的重要组成部分。同时,由于动物药富含蛋白质等生物信息大分子物质,这一性质与植物药富含次生代谢产物有着很大的区别,也极大增加鉴定研究的难度,从总体上来说动物药鉴定的研究相对薄弱但其对保证动物药品质量尤为重要^[3]。本文将近些年来动物类中药鉴定方法的内容和应用做一简要综述,以期对动物类中药的规范化质量控制提供新的思路。

1 传统鉴定方法

常见动物药的传统鉴定方法主要有性状鉴定、显微鉴定以及理化鉴定。传统鉴定方法不依赖于现代化仪器设备,具有简单快捷等诸多优势,尤其是具有丰富经验的老药工们,能够做到“辨状论质”,所以传统鉴别方法依然是快速甄别药材真伪优劣的有力手段,特别是在野外或缺乏仪器的实验室贫困地区等^[4]。

1.1 性状鉴定 性状鉴定是识别药材最基本、运用最广泛的方法,利用感官从动物药的表面特征(形状、颜色、纹路、突起、裂缝、附属物等),到药材断面特征(颜色、纹理等)、质地(光滑、粗糙、角质性等),注意找出具有专属性的性状特征。其具有简单明了的特点。目前大部分动物药仍采用这种方法。譬如:海马外形为“马头蛇尾瓦楞身”;羚羊角角弯中深锐紧小,有挂痕者为真,角内有“骨塞”“通天眼”^[5];牛黄表面有“乌金衣”;蕲蛇有“翘鼻头”“方胜纹”等特征^[6]。近年来,随着动物分类学和动物解剖学的发展,传统性状鉴别正在从经验化、通俗化向规范化、科学化方向发展^[7]。

1.2 显微鉴定 显微鉴定是指用解剖学的方法在显微镜下观察细胞形态、组织构造、细胞内含物等,在植物类药材中应用较早且广泛。由于动物药材组成复杂,显微鉴定的应用受到一定的影响和限制,起步较晚,发展较慢^[8]。近年来,随着显微鉴定技术在动物药鉴定中的发展,尽管动物类中药没有植物药那么多的鉴别特征,但大部分动物类中药也可通过显微鉴定加以区别。

康廷国等^[9]通过观察动物药残留毛显微特征,分析残留毛一系列特征性参数,成功鉴别了狗鞭、驴鞭、牛鞭、貂鞭、干家雀五种动物药材。苑冬敏等^[10]利用蝉蜕、黑蚱、蟋蟀、焰螬蝉、金蝉衣的残留毛显微特征

差异对蝉蜕的真伪进行了鉴别。邵燕等^[11]对鼠妇虫、虫和蛻螂虫的刚毛及体壁碎片特征进行了显微鉴别,为鳖甲煎丸的质量控制提供了科学依据。

1.3 理化鉴定 理化鉴别是针对中药所含主要化学成分或有效成分,采用物理或化学方法进行鉴别,一般用于性状相似又无明显显微鉴别特征且化学成分不同的药材^[12]。一般的理化鉴定方法都适用于动物药材,包括常规理化检查、光谱法、色谱法。

1.3.1 常规理化检查 蜂蜜的常规理化检查中,可测定其相对密度;蜂蜡和虫白蜡等可测定其熔点、溶解度或酸值、皂化值等物理常数,以控制其质量^[13]。刘惠娟等^[14]发现,正品燕窝于365 nm灯下显微蓝白色,而燕窝丝、燕窝球等加工品多显绿白色、蓝紫色或灰绿色。显微化学反应中燕窝的各种加工品及常见掺伪品对茚三酮、稀盐酸、碘、溴、麝香草酚蓝及碱性酒石酸铜的反应均与正品燕窝与之反应所得结果存在不同程度的差异。张贵均等^[15]发现熊胆中的菜胆在紫外灯下呈现玻璃样光泽的黄白色荧光,而金胆、人工引流熊胆皆呈淡金黄色荧光。魏越^[16]基于透光率测定的梅花鹿茸结果表明透光率可作为梅花鹿茸各规格、等级饮片鉴别的依据。

1.3.2 光谱法 光谱法是一种较为先进的鉴定方法,主要是以其中药成分中具有“指纹”性特征为依据,对药物进行鉴定^[17]。光谱分析操作简便、使用快捷、鉴定准确,对中药材样品的取量和破坏也相对较小,同时能够最大化地重现药材特性,提供更多的信息内容,很大程度上弥补了传统中药鉴定的不足,逐渐成为主要的常用鉴定手段之一^[18]。常见的鉴定动物类中药的光谱法有紫外光谱法、红外光谱法、近红外光谱法以及X射线衍射法。

1.3.2.1 紫外光谱法 王喜军等^[19]利用紫外光谱获得熊胆、猪胆、狗胆和羊胆汁的特征吸收,快速准确地对胆汁类药材作出鉴别。董玉秀等^[20]利用紫外光谱法鉴别了4个不同产地的10批鳖甲药材,发现尽管吸收强度不同,但10批鳖甲在紫外区均有2个最大吸收峰,光谱鉴别法可作为本品的质量控制指标之一。

紫外光谱的敏感度很高,对药材的纯度和杂质鉴别效果显著,但紫外光谱对相似度极高的中药会出现吸收相似的现象使得鉴别不准确;而红外光谱法制样简单,鉴别准确^[21]。

1.3.2.2 红外光谱法 Cho等^[22]试验证明,可以通过红外光谱技术确定鹿茸的原产地,这为评估鹿茸质量提供了依据。赵丽茹^[23]通过红外光谱分析技术,建立了哈蟆

油的红外特征光谱,为哈蟆油的质量控制提供了一定的依据。冀宪领等^[24]采用红外光谱法得到僵蚕和健康蚕醇溶部位的红外指纹图谱,两者指纹图谱明显不同;并且不同品种和季节的僵蚕红外指纹图谱也存在一定的差异。因此,用僵蚕醇溶部位的红外指纹图谱鉴别僵蚕,区别出不同品种和季节的僵蚕。

1.3.2.3 近红外光谱法 近红外光谱法是近年来发展较迅速的一种快速分析技术,有着光谱材料获取速度快、样品无需复杂预处理、对药材破坏小且使用化学试剂少、操作简便、成本低等优点,在动物药鉴定领域有着广泛应用。

魏道智等^[25]应用傅立叶变换近红外光谱仪对蜈蚣的不同种和异地的同一种以及混乱品种进行鉴别。结果表明近红外分析法可应用于蜈蚣种的分类以及蜈蚣药材的鉴定。杨文哲等^[26]以《中国药典》收录的5种海洋贝壳类中药饮片为研究对象,采用近红外光谱技术和主成分分析法研究该类饮片的鉴别。结果表明,该法能很好地区分牡蛎、石决明、珍珠母。

1.3.2.4 X射线衍射法 X射线衍射法是利用各药材的相组成、成分各不相同,被X射线照射而产生不同程度的衍射现象,产生特有的衍射图谱进而对中药进行鉴定的方法^[27]。

翁立明等^[28]用X射线衍射Fourier图谱分析技术对不同产地的10个全蝎样品进行分析研究。结果表明,9个样品衍射图谱的几何拓扑图形基本一致,说明X射线衍射Fourier指纹图谱鉴定法可用于动物中药材全蝎样品的分析鉴定和质量控制。王树春等^[29]采用X衍射Fourier谱对4个花鹿茸样品进行分析,它们的衍射图形的几何拓扑特征相同,可取它们共有的10个峰为花鹿茸的特征标记峰,以作为识别花鹿茸的依据。又用本法识别比较熊胆与伪品、天然熊胆与引流熊胆干燥品,结果引流熊胆与天然熊胆X射线衍射Fourier图谱有一定的参考价值,且X射线衍射Fourier图谱能识别熊胆伪品,是一种快速、简便易行的物理鉴定方法,可作为熊胆质量控制手段之一。

1.3.3 色谱法 色谱鉴定法包括薄层色谱法、气相色谱法、液相色谱法。也可以几种方法联用技术对中药进行鉴别^[17]。

1.3.3.1 薄层色谱法 薄层色谱法(TLC)操作简单、快速、经济、可靠,且可同时鉴别多个样品,独具特色。

张贵均等^[15]应用新的展开剂对14种市售熊胆进行薄层鉴定,展开效果良好,可用于熊胆的真伪鉴别。张小兰^[30]通过薄层色谱法对哈蟆油样品进行研究,建

立了哈蟆油的TLC指纹图谱,能够有效地监测哈蟆油的质量,作为其质量控制的手段,为名贵动物药哈蟆油的开发和利用奠定了基础。

1.3.3.2 气相色谱法 气相色谱法已广泛应用于中药材及中成药挥发性成分分析,在动物类中药的鉴定中也有一定的应用。

张皓冰^[31]采用气相色谱-质谱联用法,利用NIST标准谱库检索及结构分析确定了19种甾体成分结构,并提出了辨别麝香真伪的特征方法。王兆基等^[32]利用气相色谱分析测定药材中斑蝥素成份,研究发现青娘子与斑蝥一样含有斑蝥素但含量很低,而红娘子不含斑蝥素。

1.3.3.3 液相色谱法 HPLC指纹图谱仪器分析法具有很好的精密性、稳定性及专属性,应用广泛。

黄玉明等^[33]建立了蛤蟆油HPLC指纹图谱,并对蛤蟆油真伪及质量进行鉴定,结果可知这种方法可以有效检测出蛤蟆油质量,为蛤蟆油等动物类中药的临床应用、中药科科研等提供有利条件,为蛤蟆油等动物类中药的深入开发利用奠定基础。丁兴红^[34]运用HPLC测定了蕲蛇药材中黄嘌呤、尿嘧啶、尿苷和次黄嘌呤的含量,结果表明通过测定蕲蛇中尿嘧啶、黄嘌呤、次黄嘌呤和尿苷含量可以控制蕲蛇质量。陈申如等^[35]精确测定牡蛎提取物中的牛磺酸含量,采用高效液相色谱法测定牡蛎中牛磺酸含量,该方法专属性好,灵敏度高。

1.3.4 高效毛细管电泳法 高效毛细管电泳(HPCE)是近年发展起来的新技术,具有高效、快速、样本体积小和分析范围广阔等优点。由于动物类药材含有大量蛋白质及其水解产物,因此应用电泳技术对动物类药材进行鉴定是行之有效的。

张朝晖等^[36]对12种海马、海龙类药材采用HPCE进行鉴别研究,结果表明:该方法速度快、分辨力强、重现性好,为海龙、海马类药材的鉴别提供了一定的参考价值,也为动物类药材的鉴别提供了新的分析手段。此后,陈振德等^[37]应用HPCE对中药穿山甲及其炮制品蛋白多肽进行分析,结果显示穿山甲与穿山甲炮制品的酸性提取液HPCE图谱有一定差异,可有效地加以区分。刘兴国等^[38]用HPCE对蚂蝗及其混淆品菲牛蛭进行了鉴别,得出结论HPCE可快速准确地鉴别蚂蝗和菲牛蛭。

由于动物药化学成分的种类及含量高低与动物生境、采收季节、贮藏时间等诸多因素有关,故任何一种动物药的理化鉴别均应把常用的理化方法结合起来



进行综合分析,进而筛选出具鉴别意义的有效参数,作为某种动物药常用鉴定指标。

2 分子生物技术

近年来分子生物学技术在中药质量评价中的应用才刚刚开始,但其特有的优点与好处迅速体现,分子生物鉴定方法鉴定能力较强,相比传统中药的鉴别方法,其准确性高、重现性好、真实、稳定。在鉴定没有背景信息的中药样品及在方法通用性和可数字化方面具有优势,应用前景广阔。

DNA基因鉴定是近年动物类中药鉴定中较为重要的分子生物技术,该技术从基因层面上鉴别药材,具有较高的准确性。DNA基因鉴定包括DNA分子遗传标记,核酸探针杂交,DNA条形码分子鉴定法等^[4]。其中在动物类中药鉴定中发展较快较好的为DNA分子遗传标记和DNA条形码分子鉴定法。

2.1 DNA分子遗传标记 DNA分子遗传标记技术(DNA molecular markers)是DNA水平遗传变异的直接反映。这种技术是一种以不同生物的个体遗传物质,即DNA的差异为根本来鉴别不同物种的方法。其原理在于生物的外观性状、组织结构、细胞形态、蛋白质及化学成分除了受遗传因素的影响外,还关系着生物的生长环境、生理状态和发育阶段等。但是DNA是遗传信息直接载体,不会受到以上因素的影响,所以DNA分子的遗传标记技术在对药材鉴定方面有更高的可靠性和准确性^[39]。

用于DNA分子遗传标记的基因分为3种:一是叶绿体中的rbcL, matK, rpoC1, tmH-psdA等基因;二是核糖体中的18SrRNA, ITS1, ITS2等基因;三是线粒体中的Cytb, COI, 12S rRNA, 16S rRNA等基因。前两者适合鉴定植物,后两者则适用于动物鉴定^[40]。

吴平^[41]通过分析对乌龟、中华鳖和山瑞鳖线粒体12SrRNA基因片段序列来区分正品和混淆品。王义权等^[42]扩增了乌梢蛇及其混淆品的Cytb基因片段,通过比较蛇的Cytb基因246 bp的同源DNA序列,可以准确区分乌梢蛇及其混淆品。王建云等^[43]以梅花鹿血、鹿鞭、鹿茸、毛为鉴定对象,采用微量DNA提取技术扩增DNA片段,扩增产物纯化后用双脱氧链终止法测定其序列,发现梅花鹿毛、血、鹿鞭的DNA序列完全一致,证明其来源都是梅花鹿,而鹿茸由于其来源不详,与其他的梅花鹿DNA具有明显的差异。

2.2 DNA条形码分子鉴定法 DNA条形码(DNA bar-coding)是由加拿大动物学家Hebert等^[44]首次提出,是利用标准的、有足够变异的、易扩增且相对较短的

DNA片段自身在物种内的特异性和种间的多样性而创建的一种新的身份识别系统,它可以对物种进行快速的自动鉴定。DNA条形码技术具有以下几个显著的特点:(1)直接利用DNA序列进行物种的鉴定,基于生物的基因型,具有独一无二的可重复性,DNA序列在生物个体发育过程中不会改变,同种生物不同生长期的DNA序列信息是相同的,即使经过加工,形态发生变化,而DNA序列信息不会改变,较之传统的方法,扩大了检测样本的范围,同时样本部分受损也不会影响识别结果;(2)DNA条形码序列具有通用性,只需一对或几对通用引物,在不同物种之间具有可比性,可以形成统一的标准,适用于非专家物种鉴定。设计一套实验流程,技术人员就可完成鉴定工作;(3)准确性高,鉴别速度快,特定的物种具有特定的DNA序列信息,而形态学鉴别特征会因趋同和变异导致物种的鉴别失误,通过建立DNA条形码数据库,可一次性快速鉴定大量样本^[45]。DNA条形码由于其基因序列较短、有充足的基因变化、测序较为简单、鉴别度较高等优点正在逐年增加其在中药鉴定中的应用。特别是在名贵中药材方面发挥着重要的作用,不仅可以鉴别其真伪,亦能发现物种之间的生物亲缘关系,从而获得更加准确的物种分类信息。

王孟虎等^[4]在《动物类中药DNA条形码鉴定研究进展》一文中指出DNA条形码分子鉴定法是传统鉴别方法的有效补充。由于不同物种的DNA序列是由腺嘌呤(A),鸟嘌呤(G),胞嘧啶(C),胸腺嘧啶(T)4种碱基以不同顺序排列组成,因此对某一特定DNA片段序列进行分析即能够区分不同物种。崔丽娜等^[46]对金钱白花蛇及其混伪品共4个种11份样品的COI条形码序列进行研究。最终由所构建的系统聚类树可以看出,同属聚在一起,且各物种又形成相对独立的支,银环蛇COI序列可明显与混伪品区分开,为金钱白花蛇的鉴别提供了新的方法,在其他动物药基源物种鉴定中也具有较大的应用价值。张红印等^[47]以COI作为条形码序列,对蛤蚧实验样品进行DNA提取,PCR扩增和双向测序,最终得出结论运用COI条形码序列能够准确鉴定蛤蚧及其混伪品,为保障蛤蚧药材临床用药安全 and 市场监管提供新的方法。张蓉等^[48]采用线粒体COI基因,在靠近5'端设计了一对鹿类DNA条形码通用引物,对来源于鹿科动物3个属共计19份样本的鹿茸进行PCR扩增和序列测定,发现除梅花鹿、马鹿的个别样本外DNA条形码鉴别方法对90%的鹿茸样本可进行有效地鉴定。

但由于该技术是通过基因进行鉴定,对实验材料及提取方法有较高要求,对一些年代较久的动物药材,其DNA降解较为严重,为DNA提取技术提出了较高的要求;该技术只能鉴别其来源是否准确却不能鉴别其药用部位是否准确,这就需结合其他鉴别方法来准确鉴别其药用部位^[4]。

3 免疫鉴别法

免疫鉴别法是一种特异性很强的鉴别方法,以药材中含有的特异蛋白为抗原,制备出特异的抗体,再与检验品中的特异抗原结合产生沉淀反应,据此鉴别药材的真伪。丁培贤等^[9]利用虎、豹等骨骼中的特异抗原成分制备虎、豹骨等多种动物骨骼的抗体,还能将豹骨进一步鉴别为雪豹、云豹或金钱豹。

4 展望

传统鉴定方法是在长期的实践中总结和发展起来的,是前人智慧的结晶,在鉴定领域仍占据着重要的作用,是动物药鉴定的基石。随着技术的发展,传统鉴定方法逐渐向数字化技术发展。现代生物技术将成为动物研究鉴定的主流之一,我国的动物药鉴定研究,应当积极吸纳先进的科技手段,同时巩固发展传统鉴定方法,不断发展自己,走综合发展的道路,为动物类中药正本清源,净化动物药中药市场,促进中国传统医药的规范化、标准化和国际化的发展。

参考文献

- [1]傅鹏,朱华,万德光.中药动物药的现代研究亟待加强[A].中华中医药学会第九届中药鉴定学术会议[C].中华中医药学会,2008.
- [2]国家药典委员会.中国药典(一部)[M].北京:中国医药科技出版社,2015.
- [3]徐莹,陈晨,沈玉萍,等.动物药鉴定的研究现状与对策探讨[J].中草药,2014,45(4):578-581.
- [4]王孟虎,许亮,康廷国,等.动物类中药DNA条形码鉴定研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(15):227-234.
- [5]郑聪,尹改珍.浅谈中药羚羊角的性状鉴别[J].新疆中医药,2003,21(3):33-34.
- [6]胡妮娜,田淑琴,于景伟,等.传统中药鉴定方法的研究发展概况[J].中医药信息,2008,25(3):15-18.
- [7]张朝晖,徐璐珊.我国动物类药材鉴定研究进展[J].中国中药杂志,1997,22(11):643-645.
- [8]李国华.动物药鉴别研究进展[J].药物评价研究,2010,33(3):241-243.
- [9]康廷国,大场幸次,冯夏红,等.参茸鞭丸中五种动物类药材残留毛的显微鉴定研究[A].日本药学会118周年会,1998.
- [10]苑冬敏,康廷国.动物药残留毛的显微鉴定研究——蝉蜕及其混淆品的鉴别[J].中国现代应用药学,2008,25(1):31-34.
- [11]邵燕,辛俐华,孙金霞,等.鳖甲煎丸中3种昆虫药刚毛及体壁碎片的显微鉴别研究[J].中成药,2012,34(12):2358-2361.
- [12]张瑜,秦振娟,刘爽,等.中药鉴定方法研究进展[A].中国中药商品学术大会暨中药鉴定学科教学改革与教材建设研讨会论文集[C].中国商品学会,2015.
- [13]康廷国.中药鉴定学[M].9版.北京:中国中医药出版社,2012:442.
- [14]刘惠娟,徐纪文.燕窝及其掺伪品的鉴定研究[J].中国药科大学学报,1991(6):413-416.
- [15]张贵君,杨春华.14种市售“熊胆”的真伪鉴别[J].中医药信息,1995(2):17-18.
- [16]魏越,张振秋,李峰.基于透光率测定的梅花鹿茸不同规格、等级饮片鉴别研究[J].辽宁中医杂志,2016(1):122-124.

- [17]尧冬梅,吴增光.中药鉴定方法的研究进展分析[J].人人健康,2016(12):203-204.
- [18]杨玉玲.中药鉴定技术的研究与发展[J].中国医药导报,2012,9(11):11-12.
- [19]王喜军,孙晖,陈彩霞,等.胆汁类中药的鉴定方法研究 I—紫外光谱法[J].中医药学报,1991(6):51-52.
- [20]董玉秀,刘雅敏,王红霞,等.中药饮片鳖甲生片部分质量标准的实验研究[A].中华中医药学会第五届中药炮制学术会议[C].中华中医药学会中药炮制分会,2005.
- [21]李海滨,李春日,张志星.中药鉴别方法探析[J].亚太传统医药,2014,10(5):41-42.
- [22]Cho C H, Woo Y A, Kim H J, et al. Rapid qualitative and quantitative evaluation of deer antler (Cervus elaphus) using near-infrared reflectance spectroscopy[J]. Micro-chemical Journal, 2001, 68(2):189-195.
- [23]赵丽茹.哈蟆油的紫外与红外光谱鉴别研究[D].长春:长春中医药大学,2008.
- [24]冀宪领,盖英萍,牟志美,等.白僵蚕的红外指纹图谱鉴别研究[J].光谱学与光谱分析,2007,27(1):66-69.
- [25]魏道智,郭澄,吴秋业,等.蜈蚣的红外光谱鉴别研究[J].中国中药杂志,2004,29(7):639-640.
- [26]杨文哲,宫会丽,秦玉华,等.近红外光谱法鉴别常见海洋贝壳类中药饮片的研究[J].中国中药杂志,2014,39(17):3291-3294.
- [27]刘淑兰.中药鉴定方法的研究进展[J].中外医疗,2012,31(4):136-138.
- [28]翁立明,吴云山,吕扬,等.动物中药材全蝎的粉末X射线衍射 Fourier 图谱鉴别[J].中国医学科学院学报,2006,28(5):700-702.
- [29]王树春,吕杨,吴楠,等.中药材熊胆的X衍射 Fourier 谱分析[J].中草药,2000,31(3):214-215.
- [30]张小兰.中药哈蟆油的质量控制研究[D].长春:长春中医药大学,2008.
- [31]张皓冰,陶奕,洪筱坤,等.气相色谱/质谱(GC/MS)联用测定麝香中甾体成分的研究[J].中成药,2005,27(1):79-83.
- [32]王兆基,刘秋铭,栗晓黎,等.斑蝥、青娘子、红娘子鉴别研究(英文)[J].药物分析杂志,2011(9):1785-1789.
- [33]黄玉明,汤海燕,郭小玲,等.利用仪器分析方法鉴定和研究动物药的真伪及内在质量的控制[J].内蒙古中医药,2014,33(29):62.
- [34]丁兴红.HPLC法测定蕲蛇中核苷类成分的研究[J].浙江中医药大学学报,2011,35(6):906-908.
- [35]陈申如,胡阳,倪辉,等.高效液相色谱法测定牡蛎中牛磺酸含量[J].中国食品学报,2013,13(2):193-198.
- [36]张朝晖,范国荣,徐国钧,等.12种海马、海龙类药材高效毛细管电泳法鉴别[J].中国中药杂志,1998,23(5):259.
- [37]陈振德,许重远,庄志铨,等.穿山甲及其炮制品蛋白多肽高效毛细管电泳法鉴别[J].广东药学院学报,2000,16(4):302-304.
- [38]刘兴国,贾靓,田青存,等.蝎蝗及其混淆品非牛蛭的高效毛细管电泳法鉴别[J].时珍国医国药,2009,20(8):1871-1872.
- [39]张加力,肖兰华,梁昌盛.分子生物学技术在中药鉴定中的应用[J].亚太传统医药,2013,9(3):60-61.
- [40]崔丽娜,杜鹤,杜航,等.药用动物DNA鉴定技术的研究[J].吉林中医药,2012,32(5):485-486.
- [41]吴平,周开亚,徐璐珊,等.中药材龟甲的分子鉴定研究[J].药科学报,1998(4):304-309.
- [42]王义权,周开亚,徐璐珊,等.中药材乌梢蛇及其混淆品的DNA序列分析鉴别[J].药科学报,1999,34(1):67-71.
- [43]王建云,何牧.鹿鞭的微量DNA提取及序列鉴定[J].中国中药杂志,1997,22(10):579-583.
- [44]Hebert P D, Cywinska A, Ball S L, et al. Biological identifications through DNA barcodes[J]. Proceedings Biological Sciences, 2003, 270(1512):313.
- [45]许亮,谷丽艳,赵丹玉,等.DNA条形码(DNA barcoding)用于动物类中药鉴定的应用与展望[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(14):229-231.
- [46]崔丽娜,杜鹤,张辉,等.基于COI条形码序列的金钱白花蛇及其混淆品的DNA分子鉴定[J].世界科学技术-中医药现代化,2011,13(2):424-428.
- [47]张红印,石林春,刘冬,等.基于COI条形码序列的蛤蚧及其混淆品的DNA分子鉴定[J].世界科学技术-中医药现代化,2014(2):269-273.
- [48]张蓉,刘春生,黄璐琦,等.鹿茸饮片的DNA条形码鉴别研究[J].中国药理学杂志,2011,46(4):263-266.
- [49]丁培贤,贺天竺.生物免疫化学法鉴定虎、豹骨的研究[J].中国药理学杂志,1989,24(8):457-460.

(本文编辑:李海燕 本文校对:肖洪贺 收稿日期:2018-01-06)