

# 中医硕士研究生细胞培养教学的探索与思考<sup>※</sup>

柴艺汇<sup>1</sup> 高洁<sup>2</sup> 吴大梅<sup>2</sup> 李静<sup>1</sup> 管连城<sup>3</sup> 李文<sup>2</sup> 秦忠<sup>2</sup> 陈云志<sup>2\*</sup>

(1 贵阳中医学院实验中心,贵州 贵阳 550025;2 贵阳中医学院基础医学院,贵州 贵阳 550025;  
3 贵阳中医学院研究生院,贵州 贵阳 550025)

**摘要:** 细胞培养技术应用于医学、药学及生命科学等各个领域,是硕士研究生开展医学研究的一项基本技能。根据近几年的细胞培养教学情况,全文将从教学内容、教学方法及模式、教学评价体系等方面入手,以提高学生实践操作与科研创新能力为基本落脚点,展开对硕士研究生细胞培养教学的一些探索与思考,为建设高端中医类科研型人才贡献力量。

**关键词:** 细胞培养; 教学改革; 中医专业; 硕士研究生

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.001

文章编号:1672-2779(2018)-16-0001-03

## Exploration and Thinking of Cell Culture Teaching for Postgraduate Students of Traditional Chinese Medicine

CHAI Yihui<sup>1</sup>, GAO Jie<sup>2</sup>, WU Damei<sup>2</sup>, LI Jing<sup>1</sup>, GUAN Liancheng<sup>3</sup>, LI Wen<sup>2</sup>, QIN Zhong<sup>2</sup>, CHEN Yunzhi<sup>2\*</sup>

(1. Experimental Center, Guiyang University of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550025, China;  
2. Basic Medical College, Guiyang University of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyan 550025, China;  
3. Graduate School, Guiyang University of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550025, China)

**Abstract:** Cell culture is a basic skill of medical research for graduate students, which is applied in medicine, pharmacy, life science and other fields. According to the teaching situation of cell culture in recent years, the full text will start with teaching contents, teaching methods and models, teaching evaluation system and so on, in order to improve students' ability of practical operation and scientific research innovation as the basic foothold. Some explorations and reflections on the teaching of cell culture for graduate students were carried out for the construction of high-end Chinese medicine type of scientific research talent contribution.

**Keywords:** cell culture; teaching reform; TCM specialty; postgraduate student

细胞是生命体进行生存活动的基本单元。目前药物的治疗靶点,疾病的作用机制及分子水平等更加精细化的研究方案均需要在细胞内进行。细胞培养技术开始于20世纪初,是指在无菌的环境下,从动物活体内取出组织,模拟体内生理环境,使其进行孵育培养并增殖。值得注意的是,国外许多综合类大学已经将细胞培养课程下放为本科必修课程,国内相关课程因起步较晚,主要集中在硕士研究生阶段学习,由于配套课程设置相对较为滞后,目前国内细胞培养尚不能满足现阶段人才培养的需求<sup>[1]</sup>。本文将根据近几年的教学经验,从教学内容、教学方法及模式、教学评价体系等方面入手,以提高学生实践操作与科研创新能力为基本落脚点,简要阐述对中医学类硕士研究生细胞培养教学的探索与思考。

## 1 硕士研究生细胞培养能力现状

中医类院校的研究生本科背景大多为中医学、中西医结合临床医学、针灸推拿学等专业<sup>[2]</sup>。上述专业大多以培养临床技能为主,实习阶段的大部分时间也均

在医院各个科室轮转,对于基础医学的研究也大多集中在生理学、病理学、药理学、生物化学等学科,整体实验动手能力较差。因此在开展课题研究的初期阶段,中医类硕士研究生几乎不具备独立开展细胞培养的能力。

目前,中医类硕士研究生对攻读期间内的科研成果要求越来越高,单纯的动物实验难以满足院校毕业的相关要求,学会并能顺利开展细胞实验就显得尤为迫切。由于本科阶段的相关知识欠缺,鲜有上手锻炼的机会,研究生需要花费大量时间与精力开展自主学习,不仅效率低,效果也不是非常理想。此外,细胞培养技术的发展较快,书本上的相关知识很难直接运用于实验中,研究生需要花费大量的精力积累实践经验后才有可能顺利完成实验<sup>[3]</sup>。正因为如此,接受正规且系统的细胞培养实验教学不光能帮助研究生顺利完成其培养计划,还能激发学习热情,提高动手的积极性。

## 2 教学内容的探索与思考

细胞培养技术较动物饲养相对较难<sup>[4]</sup>,根据近几年的教学经验及二级学院的相关要求设置三大教学内容模块:理论教学、实践操作、课题应用。其中,理论知识旨在帮助研究生建立细胞培养最基本的理论知识及培养过程中的注意事项,重点强调实验过程中需要

\* 基金项目:国家中医药管理局第四批全国优秀中医临床人才研修项目【No.国中医药人教发(2017)24号】;贵州省教育厅创新群体重大项目(黔教合 KY 字[2017]041);贵州省国内一流学科建设(GNYL(2017)008)

\* 通讯作者:1239638026@qq.com

注意的操作要点，建立无菌操作意识；实践操作部分旨在老师的指导帮助下完成，自己动手熟悉细胞培养的全过程，树立培养学生的实验信心；课题应用旨在帮助研究生独立完成导师或自己的相关科研课题，科学地完成实验步骤，顺利获取实验结果。

**2.1 理论教学** 理论教学的核心在于让学生掌握相关基本知识及当前学科的最新研究进展。基本知识内容包括：实验室安全知识培训，细胞培养的基本知识，细胞培养室的准备工作，细胞培养液的组成，细胞的原代培养、传代培养、生长状态观察、冻存与复苏、污染检查及应对方法等。由于许多研究生初进实验室做实验，安全意识较差，特在学生入室之前专门开设实验室安全培训，培训的内容主要有：实验室危险特点、危险品的防火防爆知识、实验室常见事故类型、实验室个人防护用品及安全设施、实验室事故应急处理方法等，帮助大家能够安全顺利地完成整个科研实验的研究工作。研究进展的学习以研究生自主探讨为主，内容包括：利用PubMed、知网、万方、维普、百度学术等信息平台查找相关文献，小组讨论、课堂讲授等。

**2.2 实践操作** 实践操作是整个教学环节中最重要的一个部分，细胞实验的顺利开展除了需要严格的无菌操作观念及熟练的操作技术外，还必须学会冷静面对不同种类细胞的培养要求，任何一个环节出了差错都有可能导致整个实验的失败<sup>[5]</sup>。为了更好地解决这一问题，刚刚进入实验室的研究生，一般采用亲自示范教学为主，同学自主实验为辅的模式进行培训，每一步操作必须得到老师的确认后方可进行，待无菌观念及基本操作熟练后，方可自主开展实践训练。

针对不同专业方向的学生，根据课题组实验需求选择不同的实践教学方案，推动教学内容的供给侧结构性改革，如：基础学科中中医基础理论、中西医结合基础专业的同学重点讲解肿瘤细胞传代、含药血清的制备、细胞活力、形态学、遗传学的检测手段等；中医内科学、中医妇科学等临床学科则重点突出讲解不同细胞培养方式的注意事项及要点指导、特殊造模及相关实验设计、利用不同的检测方法进行相关指标检测等。

**2.3 课题应用** 实践操作的学习最终落脚点还是在课题应用上，仅仅设置一个简单的实验最终考核研究生显然是无助于提高学生的细胞培养技术的。在课题应用方面，通过理论考核及观看其具体实验操作确认其是否已经熟练掌握细胞培养技术，从而帮助研究生指导课题实验方案顺利完成。

### 3 教学方法与模式的探索与思考

教学内容能否顺利被学生所接受的核心在于教学方法及模式是否科学合理，生动有趣的内容能够让学

生在愉悦的环境中轻松掌握知识<sup>[6]</sup>。在近几年的教学实践中，一般采用课堂授课、小组讨论会、互联网多媒体教学及AI（人工智能）学习成果质量检测等多种方式帮助研究生熟练掌握细胞培养技术。

**3.1 课堂授课** 课堂授课是整个教学方法与模式的基石环节，教师在课堂内进行授课不仅可以充分保障学生们的学习质量，还能督促后进学生定时学习，保证整个学科培养的稳定性。此外，课堂授课时一般采取启发式教学与成果教学相结合的方式。启发式教学不仅仅可以保证学生有充分的时间进行自主思考，还能提高学生对于知识的运用及掌握；成果教学是提高学生细胞培训兴趣的最好方式，例如：对于中医科学性的研究从未停止，常会引用一些中医方向上细胞培养的最新成果激励大家努力学习。

**3.2 小组讨论会** 小组讨论会是课堂教学的必要补充环节，既能帮助初入学校的研究生培养团队合作意识，还能带动大家自主学习的热情。根据细胞培养学科的特殊性，除采取每周开展2次PPT演示文稿汇报会展开技术探讨，分享心得体会外，还利用亿图图示专家、Adobe Photoshop等专业工具督促同学们绘制课题实验的技术路线图，尽早熟悉实验流程及步骤，成为一名合格的硕士研究生。

**3.3 互联网多媒体教学及AI学习成果质量检测的应用** 互联网多媒体教学是近年来教学方法与模式改革的方向之一<sup>[7]</sup>。丰富多彩的图片与视频替代了枯燥的文字，有助于帮助学生更加轻松地完成整个学科的学习。不同学科应当有不同的互联网多媒体教学方式，细胞培养学科注重的是知识的掌握与运用，特别是对于数据及正确操作方式的敏感程度。针对这一情况，利用问卷星、番茄表单等工具制作课后随堂测试卷，学生在手机端完成后，平台能依据AI技术动态分析学生的高频错误点，助力提升学科教学质量。另外，知识圈、小打卡等微信小程序的运用更是帮助学生在课堂授课结束后实时上传随堂笔记，不光可以帮助老师了解学生近期的学习情况，还能提高同学们的到课率，一举两得。

### 4 教学评价体系的探索与思考

教学评价体系可以指导与监督同学们顺利完成细胞培养学科的学习任务<sup>[8]</sup>。根据近几年的教学发现，单纯的文字或实验考核并不能有效地帮助硕士研究生提升细胞实验的实际应用水平，有的可能会疲于背诵考试重点而忽视技能操作，有的可能会过分重视实验的操作水平而忽视理论基础。为了更好地帮助学生科学地掌握细胞培养的应用，一般将教学评价体系分为4个组成部门：①理论知识部分；②实践技能操作部分；③实验报告与综述撰写部分；④平时成绩部分。理论知识部分采取选择题的形式通过卷面进行考核，帮助同学们建立培养细胞的正确观念；实践技能操作部分



重点考核学生培养细胞传代与开展检测的相关能力；实验报告与综述撰写部分旨在帮助学生了解最新的研究进展，为日后开展课题组内的细胞实验提供保障；平时成绩部分通过课后随堂测试卷及小打卡的完成效果进行评估，巧妙的利用艾宾浩斯记忆曲线确保细胞实验的教学质量。

## 5 结语

硕士研究生的培养更加注重个性化，学科化<sup>[9]</sup>。多维度的开展教学与实践活动不仅可以帮助学生树立正确的细胞培养观念，更能提升他们的自信心，帮助其顺利完成实验。熟练地掌握了细胞培养技术的研究生具有更加广阔的就业与科研发展前景。与此同时，针对细胞培养过程中易污染操作台、传代失败、检测手段运用不熟练等问题，本校实验中心已经开始积极探索基于AR（增强现实）技术的细胞教学实践活动，将

会以更加优秀的教学水平服务于中医类硕士研究生群体，为建设高端科研型人才添砖加瓦。

## 参考文献

- [1]梁洋,滕春波,朴善花,等.细胞培养实践教学体系的改革与探索[J].黑龙江畜牧兽医,2013(11):173-174.
- [2]张玥,李蕊,陈丹瑛,等.临床教学医院研究生细胞培养技术的教学实践与探索[J].继续医学教育,2016,30(8):56-58.
- [3]魏庆嘉,孙海艳.动物细胞培养技术研究现状与思考[J].畜牧兽医科技信息,2014(8):10-11.
- [4]马晓川.高校交叉学科教学中的细胞培养课程建设[J].教育现代化,2017,4(7):108-110.
- [5]曹蕊,严笠,孙雪健,等.细胞培养技术教学模式的探索与思考[J].中国比较医学杂志,2017,27(3):96-98.
- [6]钟启泉.教学方法:概念的诠释[J].教育研究,2017,38(1):95-105.
- [7]刘刚,李佳,梁晗.“互联网+”时代高校教学创新的思考与对策[J].中国高教研究,2017(2):93-98.
- [8]郭文革.高等教育质量控制的三个环节:教学大纲、教学活动和教学评价[J].中国高教研究,2016(11):58-64.
- [9]杨方琦,杨晓宏.从硕士研究生培养方向看我国教育技术发展[J].电化教育研究,2014,35(5):22-27.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李军 收稿日期:2018-04-27)

# “寻根、拓展、例证”三法在“中医学基础”教学中培育学生文化自信初探\*

杨 扬 王 娟 钱桂敏\* 周淑宁

(浙江医药高等专科学校中药学院,浙江 宁波 315100)

**摘要:** “中医学基础”是每一个投身中医药事业和健康产业学生的专业入门课。让学生建立一个较为纯正的中医思维，较为扎实的中医基础，会对其后续课程的学习以及今后从事相关领域的科研工作带来便利。中医学植根于中华传统文化，如果学生建立起一份对代表着传统文化的中医的认同与信任，那么其对祖国传统文化的自信势必高涨。笔者试图结合“中医学基础”的教学，探索运用“寻根、拓展、例证”三法，激发学生对中医学的兴趣，引导学生对中医学的认同与信任，进而培育学生对中华优秀传统文化的自信。

**关键词:** 中医学基础；教学研究；文化自信

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.002

文章编号:1672-2779(2018)-16-0003-03

## Exploration on Three Methods of "Seeking Root, Expanding and Exemplifying" on the Cultivation of Students' Cultural Confidence in the Teaching of Basis of Traditional Chinese Medicine

YANG Yang, WANG Juan, QIAN Guimin, ZHOU Shuning

(Department of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang Pharmaceutical College, Zhejiang Province, Ningbo 315100, China)

**Abstract:** Basis of traditional Chinese medicine is an introductory course for every student who will engage in Chinese medicine and health industry. It will be puzzled for their follow-up courses and future research in related fields, if the students did not establish a relatively pure thinking and without a solid foundation of TCM. TCM is rooted in traditional Chinese culture. The students will hardly have confident in the traditional Chinese culture, if they have not identity and trust on TCM. To cultivate students' confidence on the excellent traditional Chinese culture, stimulate students' interesting and guide the recognize and trust on TCM, the author tried to explore the application on the three methods of " seeking roots, expanding and exemplifying" by combination with the teaching of basis of TCM.

**Keywords:** basis of traditional Chinese medicine; teaching research; cultural confidence

“中医学基础”是每一个投身中医药事业，健康产业学生的专业入门课。中医药学深深印刻着中华传统文化的烙印，蕴含着我们本民族文化的基因。博大精

深、璀璨多姿的中华传统文化是滋养中医药学的深厚土壤，是中医药学历经千年而不衰的支撑，更是中华民族繁荣昌盛的不竭动力。

如果学生没有建立一个较为纯正的中医思维，没有打牢一个较为扎实的中医基础，会对其后续课程的学习以及今后从事相关领域的科研工作带来诸多障碍；如果学生没有一份对代表着传统文化的中医的认同与

\* 基金项目:浙江省宁波市高校联盟课程慕课《实用中药大观园》宁波市教育局【No.甬教高(2015)239号】

\* 通讯作者:21552615@qq.com

信任，那么其对祖国传统文化的自信势难高涨。

笔者在正式授课前与学生进行沟通交流，旨在了解大一新生对中医学的认知情况。其中，有近七成的学生没有接触过中医的治疗，缺乏感性认识，生病时多选择西医诊治。由此可见，学生对中医的接触机会很缺乏，对中医的认识不足，对中医的信任亟待加强。故笔者试图结合“中医学基础”的教学，探索如何引导学生认同、信任和热爱中医药，如何培育学生对中华优秀传统文化的自信。

### 1 寻根法——追寻中医根脉 推崇经典原文

**1.1 教学设计** 因中医学的发生发展离不开传统文化这一母体，故推崇的经典，不仅限于中医药领域的经典著作，同时也包括中华优秀传统文化领域内的其他经典著作。要让学生了解中医学，热爱传统文化，一定要让学生接触到经典原文，这样学生才能在心中建立一个对中医学的深刻印象。教学内容以教材的现代化解释为基础之外，将涉及该内容的相关经典著作举例提及。考虑到课堂学时有限，且学生在此前学习经历中接触古文的机会较少，因此，要让学生了解到“中医学基础”课堂上提到的诸如“阴阳”“五行”“气血”等概念并非只见于中医药著作中，其在中华优秀传统文化领域内的其他经典著作中也不鲜见。同时，介绍各概念在各著作中的内涵与关联，便于学生理解中医与传统文化间紧密相连的关系，更深刻地理解中医学的学科特性。

**1.2 实施与考核** 具体讲授时，考虑到绪论、阴阳五行、气血津液三章，涉及到古代文、史、哲学等相关知识较多，在完整讲授相关概念的同时，将涉及相关内容的经典著作的原文举例提及，并加以解释。如，在讲授事物的五行归类时，自然界五味、五色、五气、五季以及人体脏腑、官窍、形体、情志等内容用表格形式予以展示之外，同时联系《素问·阴阳应象大论》中的原文“东方生风，风生木，木生酸，酸生肝，肝生筋……”，再补充讲解《淮南子》中的相关原文，如“东方，木也……北方，水也”，以扩充学生视域，用还原式的思维，回归经典原文。为了不削减学生的学习兴趣，不取文意艰涩古奥的经典原文，多选通俗易懂便于讲解且易被学生接受的内容。课下，请学生任选传统文化的代表性著作三本，结合兴趣摘录相关原文30句，作为平时学习态度考核分的评价指标之一。

### 2 拓展法——立足基础理论 援引经典方剂

**2.1 教学设计** 中医不仅有天人合一的理念，执简驭繁的思维，更有不计其数的治病“武器”，针灸推拿千变万化的手法是武器，丸、散、膏、丹、汤等剂型不一，药味多寡悬殊的方剂更是个庞大的“武器库”。在讲授中医基础知识点的时候，拓展相关的经典方剂，展示中医治病抗邪的“武器”，使学生意识到中医认识疾病的方法是独特的，其治疗疾病的手段更是丰富的，使

其头脑中形成“中医如何识体，如何识病，如何治病”的完整认识。如此，有助于巩固学生对中医兴趣，提高对中医的信心，培育文化自信。

**2.2 实施与考核** 具体讲授时，笔者将气血津液、藏象两章与病因病机、辨证两章进行整合，按照“生理功能-病理变化-证候探究”的模式，使前后相贯，对照呼应，启发诱导学生理解脏腑的生理功能与系统联系，分析病理变化，探究证候归属，在此基础上援引经典方剂。如在讲授脾的生理功能之脾气主升时，联系辨证一章中气血津液辨证部分的气陷证和脏腑辨证一章的中气下陷证，同时介绍金元四大家中“补土派”的李东垣所创制的补中益气汤，再引出载于明代张介宾《景岳全书》的举元煎和民国时期张锡纯《医学衷中参西录》的升陷汤。举元煎和升陷汤均为补中益气汤的衍化方，体现了中医学术的一脉相承与历代医家的发挥创见。这对于梳理学生的中医学术脉络，增强学习兴趣，培育文化自信大有益处。

由于课堂教学的时限，对于经典方剂的援引，仅以给学生做展示为主，凸显中医治病武器库的强大，不对方剂本身做重点的阐释，留待后续课程去讲授。课下，请学生查阅相关方剂的组成与出处，作为平时学习态度考核分的评价指标之一，同时作为课程知识点的拓展，也为后续课程架起一座衔接的桥梁。

### 3 例证法——见证古今实效 甄选经典医案

**3.1 教学设计** 笔者常听到这样的提问，如“老师，现在的中医临床效果怎么样？”如何回答此类问题。所谓“事实胜于雄辩”，要让学生从内心认同中医，不怀疑中医的临床疗效，建立对中医的信心，也为了更好地帮助学生理解基本理论，强化学习兴趣。为使学生在课堂有限的时间内见证中医疗效，信中医，爱中医，医案无疑是捷径之一。因医案是沟通理论与临床的桥梁，是中医理法方药综合运用的真实体现<sup>[1]</sup>，是中医临床实践的真实记录。故笔者以经典医案作为例证，使学生对中医，我们本民族的原创医学有更深的理解与感触。

**3.2 实施与考核** 具体讲授时，笔者结合课程教学知识点，以疾病为核心，采取回溯性的方式从历代名家医案中甄选有代表性的医案，点拨学生，使其明白现代的治法用药，实宗于古法而更有创新。如在讲授常见的痰饮、瘀血病证时，提到胸痹，选用首届国医大师颜德馨教授治冠心病验案为代表，展示现代中医对该病的论治：“胸痹常感胸闷不适，腰间酸楚灼痛，夜间少眠，脉结代弦滑，舌紫苔白腻少津。高年气阴两亏，瘀浊交阻，心阳不振所致。”<sup>[2]</sup>药选全瓜蒌、薤白、丹参、川芎、桂枝等。又选清代《临证指南医案》所载徐案：“胸痹因怒而致，痰气凝结。土瓜蒌、半夏、薤白、桂枝、茯苓、生姜。”<sup>[3]</sup>再列汉代张仲景《金匮要略》所云：“胸痹不得卧，心痛彻背者，栝蒌薤白半

夏汤主之。”最后谈到《灵枢·本脏》所言：“肺大则多饮，善病胸痹……”。据所引文献显示，可以管窥历代对胸痹的病因病机的沿革，用药的异同之处。

出于课时的限制，医案本身不作大量的分析解读，点到即止。如此由近及远，回溯性地展示古今中医俱有实效，旨在带给学生启迪，深化内心对中医的肯定与认同。课下，请学生查阅相关资料，搜集最感兴趣的常见疾病的古今中医处方，作为平时学习态度考核分的评价指标之一。

#### 4 教学反思

“寻根、拓展、例证”三法的应用，让笔者初步达到了预期目标。期末结课时，学生反馈：对中医的认识，从陌生到产生兴趣，且对其疗效颇有信心。留给自己作为平时学习态度考核的作业使他们课后经常往返图书馆，一开始普遍觉得麻烦，但在翻阅资料过程中，接触到古文献，他们对中医植根于传统文化的祖国医学有了更深的认同与信任，对本民族的文化有了更全面的了解。学生说：“老师，原来中医是这么的有用，我们的传统文化是那么的丰富多彩，身为一名炎黄子孙，我感到无比的骄傲与自信。”

对于学生文化自信的培育，时刻不能停歇。只着眼于课堂教学是远远不够的，要引导学生联系所学，联系生活，启迪学生智慧。就中医学而言，要让学生

感受到中医的无处不在，大到自然界四季更迭，寒暑交替，小到个体生命的生长壮老已。要让学生认识中医的生命活力，古法亦能识今疾，古方亦可治今病。对于现代某些疾病的认知，历代中医典籍皆有所载，对于现代中成药的研发，多化裁于古方。要让学生明白中医与传统文化间的密切关系。强化对传统文化的熏陶，除多推荐学生阅读经典文化著作外，利用网络媒体手段亦是可取的方法，如观看中国诗词大会等节目，传递自强不息的奋斗精神、一丝不苟的工匠精神、实事求是的科研精神，涤荡学生的神魂<sup>[4]</sup>，进而提升对本民族文化的由衷热爱与自信。总之，基于“中医学基础”，运用“寻根、拓展、例证”三法，引发学生对中医的兴趣是第一步，建立对中医的认同与信任是第二步，最后使之上升为对祖国优秀传统文化的自信，并带着这份自信走出校园，走向社会，投身事业，面向更辉煌灿烂的人生。

#### 参考文献

- [1]于凌.古代医案引入中医基础理论教学的实践研究[J].中医教育,2018,37(1):44-46,49.
- [2]韩天雄,刑斌.餐芝轩医集——颜氏三代医人耕耘录[M].北京:中国中医药出版社,2009:226.
- [3]叶天士.临证指南医案[M].北京:人民卫生出版社,2006:192.
- [4]孟振豪,阮洪生,陈宏降.高职院校中药化学实用技术课程教学初探[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(16):9-11.

(本文编辑:李海燕 本文校对:阮洪生 收稿日期:2018-05-15)

## PBL 结合人文教学在生药学课程中的应用与效果分析※

牟玲丽 冯星 许藏藏 罗琼

(湖南师范大学医学院,湖南 长沙 410006)

**摘要:**生药学教学内容多而繁杂，无论教与学都存在较大的困难。同时，生药学蕴含着丰富的中国传统文、史、哲、医文化，是一门人文内涵极深的课程。针对学科特点，笔者尝试在生药学课程中采用PBL结合人文教学模式，通过考试成绩分析及学生问卷等形式考察教学效果。实践证明该教学模式能够有效提高教学质量，并有助于提升学生的人文素养和综合素质。

**关键词:**生药学；PBL教学；人文教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.003

文章编号:1672-2779(2018)-16-0005-03

#### Analysis on the Application and Effect of PBL Combined with Humanistic Teaching in Pharmacognosy Course

MU Lingli, FENG Xing, XU Cangcang, LUO Qiong

(Medical College, Hunan Normal University, Hunan Province, Changsha 410006, China)

**Abstract:** There are great difficulties both in the teaching and learning of pharmacognosy because of its various and complicated contents. At the same time, pharmacognosy contains abundant Chinese traditional literature, history, philosophy and medical culture, which is a course with profound humanistic connotations. Aimed at the characteristics of the subject, PBL combined with humanistic teaching mode was introduced. Examination score analysis and questionnaire results showed that applying the teaching model can effectively improve the teaching quality. Meanwhile, it is helpful to promote the students' humanity accomplishment and overall quality.

**Keywords:** pharmacognosy; PBL teaching; humanistic teaching

生药学是药学专业课程中最具代表性的费力难学的一门课程，内容涉及众多生药的来源、鉴别特征、

化学成分、药理功效等多方面，体系庞杂，极易混淆，无论教与学都存在较大的困难<sup>[1]</sup>。如何改进教学方法，激发学生的学习热情，接受并理解大量的生药学基本知识，是生药学课程教学迫切需要解决的问题。同时，

※ 基金项目:湖南师范大学教学改革研究项目

生药学蕴含着丰富的中国传统文、史、哲、医文化，是一门人文内涵极深的课程<sup>[2]</sup>。针对生药学课程自身的特点，笔者经过多年探索，尝试在生药学课程中采用PBL结合人文教学模式，该教学模式能够有效激发学生的学习兴趣及主动性，取得了良好的教学效果。

## 1 PBL教学

PBL教学是以问题为基础展开的一种以学生为中心的小组讨论式教学，学习方式基本上采取“提出问题-自学解疑-课堂讨论-总结归纳”的流程，让学生由被动接受知识变为主动学习，培养学生分析解决问题的能力<sup>[3]</sup>。具体教学过程可按照以下3个步骤展开。

**1.1 课前准备** 在授课前，由任课教师先对整个教学过程进行构思，精心设计与授课内容有关的问题，要求学生根据问题查阅资料进行自主学习，并分组对问题初步分析。需强调的是，问题的设计是PBL教学至关重要的环节，是引起学生兴趣的初始阶段，因此应符合学生的思维及知识水准，不能过于学术化、专家化，各问题之间也应有紧密的联系或层层递进，不能为了提问随意拼凑，流于形式。

以本校2013级药学专业生药学课程教学为例，该班级41人，由学生自由组合成5个学习小组。教师一般在课前一周将设计的问题告知学生，各学习小组根据问题进行组内预习及讨论。例如，对毛茛科生药川乌、附子的学习，教师可提出问题：（1）川乌和附子这两味生药为何在教材中编排在一起并列记载，二者有何内在联系？（2）二者在中医临床应用上属于同类药吗？若是，可否代用？若不是，有何区别？导致应用不同的原因在于什么？（3）很多人谈附子色变，对附子有恐慌感，为什么？如何正确使用川乌和附子？这些问题可引导学生自主查阅文献，了解川乌和附子这两味生药在来源、鉴别、化学成分、加工方法、药理作用、临床应用等方面联系和异同。

**1.2 课堂讨论** 在课堂上，各学习小组选取一位代表向全班进行汇报，其他小组的成员可提出疑议或者异议，之后就这些疑议或异议展开组间讨论，得出该问题最合理的解答或形成新的问题引导下一步的学习。例如，某学生了解到中药界有句俗语“人参杀人无过，大黄救人无功”，就此在课堂上提出质疑，引起了全班同学的激烈讨论。有学生认为，相对于贵重补药人参，大黄来源广泛价格低廉，得不到人们的重视，很少有人赞扬它的功劳。也有学生认为，大黄为苦寒泻之品容易伤人正气，人们一般避之唯恐不及，即便大黄救了人的性命，人们也不会感恩归功于它。另有学生提出，这句话就像中药界的一句警世名言，可能是为了

提醒人们消除对药物的偏见，辨证用药，毕竟任何事物都有两面性。这位学生的发言从药性上升到人生哲理的高度，赢得了同学们的一致赞同，同时也是生药学课堂人文化的一种体现。

**1.3 教师引导及总结** 在PBL教学中，教师并非旁观者而是作为组织者和引导者贯穿始终。比如课堂讨论中，教师并不直接参与讨论，但会围绕教学主题掌控大局。当学生表述有误时及时指正；当学生对某问题纠结困惑时，要通过提问开阔其思维；当论题跑偏时适时将讨论方向引回主题。最后阶段，教师的总结也至关重要，可以说学生课前自学准备是第一次学习的过程，课堂讨论是第二次学习的过程，而教师总结就是第三次学习的过程。教师总结不应是对知识点的重复罗列，而应是归纳、融合、提炼，构建清晰有序的知识网络。

与传统教学法相比，PBL教学以解决问题为重心，培养了学生解决问题的能力；学习过程中以学生为主导，提高了学生学习的主动性；以小组学习取代个体死记硬背，增进了学生的合作交流。因此，应用PBL教学方法，有利于提高学生分析解决问题的能力及合作精神，从而培养出更高素质的药学人才。

## 2 人文教育的渗透

药学是与生命息息相关的专业，而目前药学教育普遍存在着重科学轻人文的现象，导致不少药学生毕业后重药理、轻患者；或者缺乏责任意识仁爱精神等现象<sup>[4]</sup>。因此，重视并大力加强药学人文教育势在必行。生药学蕴含着丰富的中国传统文化，在课程中结合中医药典籍、民俗、典故或其它相关资料，适时适量地渗透相应的人文知识，能够在激发学生兴趣的同时提升课程的深度和广度，一方面促进对专业知识的理解掌握，另一方面也使得专业课程更富有生机和人性，从而潜移默化提升学生的人文素养、增强责任感。笔者在课程教学实践中主要从三方面渗透人文教育。

**2.1 人与自然、社会的和谐统一** 生药大多为天然来源的植物药、动物药和矿物药，这些均是大自然的宝贵资源。但因利益的驱使，人们对一些市场紧俏的生药如冬虫夏草、铁皮石斛等的过度采挖，使中草药资源急剧减少，还导致生态环境的严重破坏。例如在学习生药甘草时，可以补充介绍它具有固沙功能，而人们对甘草的过度采挖已成为当地沙尘暴的主要原因之一，课堂上可展示相关图片，如甘草采挖后沙化的土地，从而教育学生热爱自然，保护资源，实现人与自然的和谐共处<sup>[5]</sup>。另一方面，就目前中药材市场上出现的以假充真、以次充好的现象，如用红花冒充藏红花，马皮熬制假阿胶等，强调药材和人民的生命健康息息相关。



关，要不断增强鉴别药材真伪优劣的本领，把好生药的质量关，增强学生的责任感，培养良好的药学职业道德。

**2.2 求真务实 诚信教育** 鉴于医药行业的特殊性，诚信在药学人才的素质培育中显得尤为重要。笔者在生药学实验教学中，积极对学生进行诚信教育。例如各类生药的横切面和粉末显微特征观察，实验报告要求绘制生药的显微结构图。我们强调实验一定要实事求是，观察到什么就画什么，不可照抄书本。有时我们有意在实验中掺入生药的混伪品而事先并不告知学生，让学生就拿到的样本进行实验，根据实验结果考察学生的求真精神，避免学生互相抄袭实验报告，借以渗透诚信教育。

**2.3 中国传统文化的渗透** 生药学蕴含着中国传统文、史、哲、医文化，博大精深，很多生药不仅汇集了前人的智慧，也集中了很多趣闻传说。例如大黄攻下之力犹如冲锋陷阵的猛将，所以又名将军。再比如何首乌的传说，三国名将姜维与生药当归的故事等，这些传统文化与典故的应用，可很大程度激发学生对生药的兴趣，并在无形中提升了学生的人文素养。

必须指出的是，教学中人文渗透不能太多或者占用太长时间，以免喧宾夺主甚至使学生产生“审美疲劳”。另外，人文渗透应审时度势，教师可对相关资料进行处理和再加工，在适当的时机切入，并引导学生思考这个案例或者故事说明了什么，与我们所学的知识点有何联系？切忌生搬硬套、盲目堆砌，否则反而令学生产生反感情绪。

### 3 教学实践效果分析

本教学改革项目已在我校医学院2013级药学专业本科生中实施，通过期末考试成绩分析、问卷调查、教学质量评价等形式反映教学效果。在试卷难度、题型、题量都相当的前提下，将期末考试成绩与2012级药学生进行对比分析，结果见表1。

表1 医学院2013级药学生期末考核成绩分析 (%)

年级	90~100分	80~90分	70~80分	60~70分	60分以下	平均分
2013级	14.6	36.6	22.0	17.1	9.76	76.3
2012级	5.00	27.5	25.0	22.5	20.0	70.1

考核成绩说明，引入PBL结合人文教学模式后，药学本科生对生药学专业知识的掌握程度有明显进步，优良率明显上升，不及格率显著下降。由于我们只在各论少数生药中实施了PBL教学，在试卷分析中我们发现，经PBL教学的内容学生普遍得分较高。

其次，我们对2013级药学生展开了问卷调查，收回有效问卷35份，结果见表2。由学生问卷调查结果可

看出，绝大多数学生对本教学模式持肯定态度，特别是在活跃课堂气氛及综合素质的培养上，学生的认可程度最高。

表2 2013级药学生问卷调查结果 [人数(%), n=35]

指标(与传统教学相比)	较大提高	有所提高	没有提高	无法定论
学习兴趣	57.1	34.3	2.86	5.71
自主学习及解决问题能力	42.9	45.7	2.86	8.57
学生的交流合作	51.4	45.7	0	2.86
课堂气氛活跃度	85.7	14.3	0	0
专业知识掌握程度	37.1	42.8	11.4	8.57
人文素养	65.7	22.9	2.86	8.57
综合素质培养	68.6	20.0	0	11.4

另外，在本校每年度的教师教学质量评价中，2013级学生对生药学授课教师的评分均值为98.1分，明显高于2012级的均值94.6分，并且该教师的教学质量院内排名显著上升，进一步证明了教学效果的提高。

### 4 讨论

在生药学课程中应用PBL结合人文教学实现了教与学的统一、人文与科学的统一，一方面可激发学生的学习兴趣，活跃学生的思维空间，拓展视野，这对于培养出综合素质优良的药学专业人才具有重要的意义。另一方面，该教学模式对授课教师提出了更高的要求，教师作为整个教学过程的组织者、指导者和参与者，需要具备更扎实广博的学科知识及人文知识，以及更强的组织策划能力和临场应变能力，因此可极大程度上提高教师的业务水平。

在本项目实施过程中，我们也发现了一些问题。比如，课前自主学习阶段，学生获取资料最常用的方式就是网络搜索，然而网络信息鱼龙混杂，有很多不严谨甚至谬误之处，学生的筛选辨别能力有限，可能会引起误导。再比如，课堂讨论中，某些学生一直表现被动，不愿意参与讨论甚至逃避发言，这些学生有的可能性格内向，自信心不足或缺乏主观；有的可能适应了传统的填鸭式教学，一定程度上形成了思维惰性，缺乏主动探索问题的能力和积极性。对于这些问题，我们也在积极地探索解决办法，需要在以后的教学实践中不断地摸索改进。

### 参考文献

- [1]牟玲丽,翁榕安,冯星,等.浅谈生药学课程的教学改革[J].西北医学教育,2011,19(4):751-753.
- [2]包淑云,年四辉,张艳华,等.人文教育在生药学课程教学中的渗透[J].中国高等医学教育,2010(3):116-117.
- [3]朱丹,李琼,林军.基于PBL教学理念的生药学教学实践与思考[J].安徽农业科学,2016,44(11):286-288.
- [4]张裕强,曹合社.药学类大学生人文素质培养现状及路径研究[J].药学教育,2016,32(4):30-33.
- [5]张俊,杨莉,任华忠.生药学课程与素质教育的融合探索[J].产业与科技论坛,2016,15(20):109-110.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邓远雄 收稿日期:2018-05-16)

# PBL 在针灸临床带教中的应用<sup>※</sup>

张婉瑜 靳勇 黄恒璇

(广州中医药大学附属深圳平乐骨伤科医院治未病科, 广东 深圳 518010)

**摘要:** 目的 探讨PBL带教法在针灸科临床实习教学中的应用。方法 将在针灸科实习的60名2011级针灸推拿学专业本科实习生随机分成PBL带教组和传统带教组。通过2组实习生的教学效果比较, 评价PBL带教法在针灸临床实习中的应用效果。结果 2组的出科理论成绩均较入科前显著提高, 差异具有统计学意义 (均 $P<0.05$ ) ; 2组出科实践技能成绩比较, PBL带教组优于传统带教组 ( $P<0.05$ )。从出科教学效果评价结果来看, PBL带教组在改善实习生学习态度和提高实习生学习能力与素质方面较传统带教组有优势 (均 $P<0.05$ ) , 而2组在专业知识的掌握程度方面无统计学差异 ( $P>0.05$ )。结论 PBL带教法不仅能调动实习生的学习主动性, 改善学习态度, 还能提高带教老师的带教水平, 值得临床推广应用。

**关键词:** 针灸学; 临床教学; PBL带教法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.004

文章编号:1672-2779(2018)-16-0008-03

## The Application of PBL Teaching Method in the Clinical Teaching of Acupuncture and Moxibustion

ZHANG Wanyu, JIN Yong, HUANG Hengxuan

(Department of Preventive Treatment of Disease, Shenzhen Pingle Orthopedic Hospital Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Shenzhen 518010, China)

**Abstract:** Objective To discuss the application of problem-based learning (PBL) in clinical practice study of acupuncture and moxibustion. Methods 60 undergraduate students in Grade 2011 were randomly divided into PBL teaching group and traditional teaching group. According to the comparison of the teaching results between the two groups, we evaluated the application effect of PBL teaching method in clinical practice of acupuncture and moxibustion. Results Comparing with those before practice, the theoretical scores of both groups were significantly improved after practice (all  $P<0.05$ ) . The practical skill scores in PBL group after practice were significantly improved compared with those in traditional group ( $P<0.05$ ) . From the teaching effect evaluation, we could see that PBL group had advantages over traditional group in improving the learning attitude of interns and improving the learning ability and quality of interns (all  $P<0.05$ ) . However, there was no significant difference in the mastery of professional knowledge between the two groups ( $P>0.05$ ) . Conclusion PBL teaching method not only can mobilize the learning initiative of interns, improve learning attitude, but also improve the teaching level of teachers, which is worthy of clinical popularization and application.

**Keywords:** acupuncture and moxibustion; clinical teaching; PBL teaching method

针灸科作为临床应用性很强的一门学科, 是中医实习生向中医生逐步转变的一个重要阶段, 掌握针灸的基本操作技能和常见病的诊治对实习生将来走上临床工作岗位至关重要。传统的带教方法虽然在知识传授方面占有优势, 但这种把带教看作是知识从外到内输入的教学模式存在不可忽视的缺点, 例如带教效果不佳、实习生缺乏学习热情及主动性等<sup>[1]</sup>。PBL (problem-based learning) 教学法是一种以学生为主体的典型教学方法, 1969年由美国神经病学教授 Barrows 在加拿大的麦克马斯特大学首创, 目前已成为国际上较流行的一种教学方法<sup>[2]</sup>。PBL教学模式理念认为“问题是学习的起点, 也是选择知识的依据”, 因此教学过程中应“先问题, 后内容”。PBL带教法目前已在多个临床科室的实习生带教中得到实践, 并取得较好的效果<sup>[3-5]</sup>。2016年8月—2017年9月, 我科对本科室的部分针灸推拿专业本科实习生实施PBL带教法, 同期间对部分同专业实习生施行传统带教法, 通过2组带教学生的教学效果的对比分析, 旨在评价PBL带教法在针灸临床实习中的应

用效果, 具体报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 将2016年8月—2017年9月在深圳平乐骨伤科医院针灸科门诊实习的60名2011级针灸推拿学专业本科学生随机分为PBL带教组和传统带教组, 每组各30人, 随机分为5批次, 每批次12人, 实习周期为8周。2组实习生均为同级同班, 理论课授课均由同一批教师完成, 在性别、年龄、入科前理论考核成绩等方面差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。见表1。

表1 2组实习生一般资料比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)			入科前理论考核成绩(分)		
				最小	最大	平均	最高	最低	平均
PBL带教组	30	12	18	21	24	22.54±1.06	41	20	32.64±19.03
传统带教组	30	14	16	21	23	22.31±0.92	40	22	30.19±22.18

### 1.2 研究方法

1.2.1 PBL带教组 按照以下实习计划进行: ①前期准备: 依据广州中医药大学针灸学实习教学大纲和实习教学计划的要求, 结合我科的实际情况, 制定出6张问题卡, 每张问题卡均围绕一种针灸科常见疾病 (腰椎

\* 基金项目: 广东省临床教学基地教学改革研究项目【No. 2015JDB070】

间盘突出症、颈椎病、肩周炎、双膝关节骨性关节炎、狭窄性腱鞘炎、踝关节扭伤)展开设计,并附上相关典型病例;②带教老师每周一上午将问题卡派发到学生手里,要求学生在实习时间之外通过图书馆、网络等工具查阅相关资料;③实习过程中,学生以门诊跟诊为主,小组内的6个学生分别跟诊3位带教老师各2周,学生在跟诊期间必须把在临床遇到的问题记录在笔记本上,下班后查找相关资料;④每周五下午由带教老师组织小组讨论会,每个学生必须以PPT的形式阐述问题卡上的答案,同时分享自己在临床中发现的问题和查找的资料,组内成员间相互讨论交流,形成初步结论,最后由带教老师进行评述,分析难点,归纳重点,找出偏差或不足,对讨论结果给予客观的评价,做出最后总结,保持知识的统一性。

**1.2.2 传统带教组** 按照以下实习计划进行:①依据针灸学实习教学大纲和实习教学计划的要求,带教老师与学生实行“一对一”的传统带教模式;②实习过程中,学生以门诊跟诊为主,小组内的6个学生分别跟诊3位带教老师各2周,带教老师先为学生讲解针灸学临床的相关理论知识,进行临床示范操作,然后由老师带领学生进行临床实践,定期参加科室的常规授课。

**1.3 实习效果评价** ①2组学生在结束针灸科实习后进行统一的出科考试,理论知识部分实行统一命题,统一考试,统一阅卷。实践技能部分随机选取相同的2个病例,进行四诊和体格检查,独立完成病历书写,包括中西医诊断、鉴别诊断、治疗(含理、法、方、药、穴)等,每组选择1名学生作为代表,在征得患者同意后进行针灸操作治疗。2组考核的教师资历相同。②填写教学效果评价问卷。采用自制的教学效果评价调查表对2组学生进行问卷调查,以了解2组学生对实习中运用PBL带教法和传统带教法的评价。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 17.0统计软件,一般资料采用 $\chi^2$ 检验;学生的理论和实践技能考试成绩、教学效果评价调查表等计量资料用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,2组间比较采用成组t检验,组内比较采用配对样本t检验,检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 2组出科考核成绩比较** 无论是入科前还是出科时,2组实习生的理论成绩比较均无统计学差异(均 $P>0.05$ );与入科前理论成绩比较,2组的出科理论成绩均显著提高,差异具有统计学意义(均 $P<0.05$ ),说明PBL带教法与传统带教法均有利于实习生理论知识的掌握,2种带教法无明显差异。2组间出科实践技能成绩比较显示,PBL带教组高于传统带教组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),说明PBL在提高实习生实践技能上有显著优势。见表2。

表2 2组实习生出科考核成绩比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分,总分50分)

组别	人数	入科前理论成绩	出科理论成绩	出科实践技能成绩
PBL带教组	30	32.64±19.03	41.08±11.23 <sup>1)</sup>	44.23±7.17 <sup>2)</sup>
传统带教组	30	30.19±22.18	38.49±13.85 <sup>1)</sup>	35.11±12.34

注:与入科前理论成绩比较,<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与传统带教组比较,<sup>2)</sup> $P<0.05$

**2.2 2组教学效果评价问卷比较** 从2组实习生对教学的评价可以看出,PBL带教组在改善实习生学习态度和提高实习生学习能力与素质方面较传统带教组有优势(均 $P<0.05$ ),而2组在专业知识的掌握程度方面无统计学差异( $P>0.05$ ),可见PBL带教法有利于提高实习生的学习能力与素质,并有效改善实习生的学习态度。见表3。

表3 2组实习生教学效果评价比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	学习态度	学习能力与素质	专业知识
PBL带教组	8.11±3.23 <sup>1)</sup>	22.57±13.89 <sup>1)</sup>	13.26±6.15
传统带教组	6.02±4.79	15.34±16.03	11.78±7.44

注:与传统带教组比较,<sup>1)</sup> $P<0.05$

## 3 讨论

PBL教学法目前已被国内众多医学院校接纳和运用,该教学法的优势在于提高学生的学习主动性,能充分调动学生的参与热情,让学生充当学习知识的主人,将教师从授课者转变为指导者,本研究也充分证实了以上观点。

研究结果表明,PBL带教法在提高实习生实践技能水平上明显优于传统带教法,虽然2种带教法在提高实习生的理论成绩方面无明显区别,但根据实习生的教学效果评价问卷表显示,PBL带教组的实习生在学习态度和能力方面明显较传统带教组有优势。这可能是由于PBL带教法要求实习生主动提出问题并解决问题,从而提高了实习生主动解决问题的能力,进而强化了实习生主动学习的态度<sup>[6]</sup>。

PBL带教法在培养实习生实践技能方面主要存在两大优势:一是摒弃“填鸭式”的传统模式,调动实习生的学习热情与积极性。虽然传统带教法在理论授课上有系统全面的优点,但是对于实习生而言,该学的理论知识已经在学校学习了一遍。实习的主要目的不是掌握理论知识,而是将理论知识与临床实践关联起来,让实习生将学到的理论知识运用到临床实践中,当临床遇到疑问时再返回书本或文献中寻找答案,这种理论知识和临床实践相互帮助的良性关系有利于实习生最终完成从学生到临床医生的角色转换<sup>[7]</sup>。而作为以学生为主体的带教法,PBL带教法充分发掘培养实习生的自主学习和终身学习的能力,带教老师只为实习生提供支持和指导。该带教法有利于培养实习生的独立学习和思考能力,进而促使实习生从学生到临床医生角色的顺利转换<sup>[8]</sup>。

二是能促进带教老师的教学水平。传统带教法重知识传授,轻素质教育和能力培养,带教老师负责临

床工作，实习生只是负责观摩或协助带教老师工作，导致实习生经常游离于临床工作之外，缺乏对临床的思考，故较少向带教老师提出问题<sup>[9-10]</sup>。PBL带教法以问题为基础，实习生在实习前已经对科室临床常见疾病的诊治有了认识，带着相关问题进入临床实习，有的放矢，他们会不断向带教老师提出疑问，带教老师在回答实习生问题的时候也会有自己的思考和疑惑。带教老师根据实习生提出的问题不断寻找最确切的答案并且修改完善带教路径，最终提高了自身的带教水平和临床技能等综合能力。

综上所述，PBL带教法不仅能调动实习生的学习主动性，改善学习态度，还能提高带教老师的带教水平，值得临床推广应用。

#### 参考文献

[1]姜红,孙梦雅,李向红,等.PBL为核心的教学模式在新生儿科临床带教

- 中的应用[J].基础医学教育,2016,18(4):284-287.
- [2]赵迪,谭文华,车建华.PBL教学法在妇科技能操作教学中的应用效果研究[J].卫生职业教育,2018,36(1):89-90.
- [3]黄小燕,段然,张瑾,等.以“知行合一”为主导的教学策略在康复科针灸实习教学中的应用[J].中国康复医学杂志,2017(10):1172-1174.
- [4]吴穷,苏方.以案例为基础的PBL教学法在临床肿瘤学教学中的应用探讨[J].中华全科医学,2016,14(5):844-846.
- [5]周蓉,李迎春,陈蕾,等.翻转课堂结合PBL在生理学教学中的应用[J].基础医学教育,2018,20(1):12-14.
- [6]郭慧,刘娟,杨欢,等.浅谈针灸专业学生临床实习的带教体会[J].新疆中医药,2015,33(5):70-71.
- [7]向蓓蓓,周桂桐.以学生为中心的互动教学探讨[J].中医教育,2015(1):80-82.
- [8]张卫,陈少政,万文蓉,等.中医专业本科生针灸实习新方式的探索研究[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(12):73-75.
- [9]贾元斌,向志钢.加强实习基地带教管理 提高针灸推拿教学质量[J].中医药导报,2013(1):127-128.
- [10]蓝芳,谢丽萍,伍玉娟,等.PBL教学法在肾病科临床实习带教中的应用[J].教育教学论坛,2018(10):21-22.

(本文编辑:李海燕 本文校对:蔡少忍 收稿日期:2018-05-16)

## PBL 教学结合多样化考核 在中药药理学选修课教学中的应用<sup>※</sup>

吴 娇 薛金涛 荆 云

(新乡医学院药学院中药学教研室,河南 新乡 453003)

**摘要:**基于西医院校开设中药药理学选修课,授课对象具有年级不同、专业不同的多样性特点,分析该课程传统教学中存在的问题,并从教学方法、考核方法和教学效果评价等方面提出教学改革措施。从突出重点,注重中医药理论的联系;以学生为主体,采用“以问题为中心的教学法”;引入微信公众平台交流;多样化考核方式等4个方面进行中药药理学教学改革,并采用调研宝在线数据分析评价改革后的教学效果。

**关键词:**中药药理学; PBL; 多样化考核; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.005

文章编号:1672-2779(2018)-16-0010-04

### The Application of PBL Teaching Combined with Diversified Assessment in the Elective Teaching of Pharmacology of Traditional Chinese Medicine

WU Jiao, XUE Jintao, JING Yun

(School of Pharmacy, Xinxiang Medical University, Henan Province, Xinxiang 453003, China)

**Abstract:** Pharmacology of traditional Chinese medicine, as an elective course, is opened in western medicine colleges and universities. Since the subject of teaching has the diversity of different grades and different specialties, many aspects of the traditional teaching methods in this course were analyzed. Teaching reform measures, such as teaching methods, assessment methods and teaching effect evaluation, were put forward. The teaching reform of pharmacology of traditional Chinese medicine was carried out from 4 aspects: emphasizing the key points, paying attention to the connection of TCM theories, taking the students as the main body, adopting the problem centered teaching method, introducing the public platform communication of WeChat, and diversified examination methods. Furthermore, the teaching effect of evaluation after the reform was analyzed by online data through network survey platform.

**Keywords:** pharmacology of traditional Chinese medicine; PBL; diversification assessment; educational reform

高校选修课是学校学科建设的重要组成部分,对于拓展学生的视野、增强学生的综合素质意义重大,也是教学多样化和人才个性化的需要。作为专业主干课或必修课的补充和辅助课程,选修课起到拓宽学生

知识结构、培养学生自主学习能力和创新思维能力,促进学生综合素质全面提高的重要作用。

20世纪80年代中期王筠默主编的《中药药理学》出版,标志着中药药理学科正式形成,经过近40年的学科建设,2017年中国中医出版社出版了彭成主编的《中药药理学》,该教材是全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材,也是国家中医药管理局精选重点建设的“示范课程”之一,明确指出中药药理学是沟

\* 基金项目:河南省医学教育研究项目【No.Wjlx2016077,2014027】;新乡医学院教育教学改革研究项目【No.2014-XYJG-26,2017-XYJG-18】

通中西医、联系中西药、跨越医学和药学、衔接基础与临床的桥梁性课程，内容鲜明突出了一个理念“医药结合，学以致用”，四个特点“特、准、新、全”，以学生为中心，服务人才培养为目标<sup>[1]</sup>，对培养继承中医药学术与创新的医学人才、提高我国高等医学教育的质量具有重要意义<sup>[2]</sup>。经过数十年的学科建设，中医药理学已取得丰硕的研究成果，体系复杂，知识更新速度快，使得传统中医药理学的教学方式和考试体系难以与之适应。因此迫切需要进行课堂教学和考核方式改革，让学生为主体参与到整个教学过程，提高学生主动学习动力，从而提高教学质量<sup>[3]</sup>。

近年来，全国各高校已相继开展了大量关于中医药理学课程改革的探讨，加快推动了该学科的发展，随着教学理念的更新，很多新的教学方法被引入其教学改革中<sup>[4-6]</sup>。而考试作为主要的教学环节和教学手段，对“教”和“学”具有评价作用，对教学质量的提高至关重要<sup>[7]</sup>。考试可以提高教学质量，及时反馈教与学的信息，但是由于学校、教师和学生自身的原因，导致高校选修课教学过程中存在学生选课功利性强、缺席率、缺考率高等问题。本研究通过对中医药理学实施“以问题为中心”教学方法和“以学生为中心”考核方式改革，旨在培养学生在自主学习、协调合作、创新思维、实践以及学习展示方面的能力。

### 1 PBL教学法激活课堂气氛 督促教师把握学科前沿

由于中医药理学是一门中西医药药高度结合的新学科，与多个学科密切相关，比如中医药学概论、中医中药学基础、药理学等专业基础课程，也是我校第一学期面向全校各专业本科生的公共课（任选课）选修课，16学时，学分1.0分。我们的研究对象为新乡医学院药学院药学、药物制剂专业四年制2015—2016级和2013—2016级各专业（除药学、药剂学）共284名学生。采用“以问题为中心的教学法”（problem-based learning, PBL），整个学习过程以学生为主体，针对一节课的标题，首先由老师提出问题，由多名学生分别发表自己的见解，逐步引导学生发散思维，带动学生主动思考问题。然后导入与问题相关的若干篇原始文献<sup>[8]</sup>，这种研究性、设计性和综合性教学，激发学生的求知欲，提高了学生的探索思维能力，培养了学生浓厚的学习动力，较少采用先入为主的演示性和验证性的传统教学形式<sup>[9]</sup>。目标是为了发展学生的解决问题能力，培养出他们的自主学习和终生学习技能。学习成为学生一种内在需求，有助于培养成为具有自主学习能力的创新型人才。

另外，通过这些教学方法的改革，有益于督促承担中医药理学教学的教师不断钻研业务，及时把握本学科的研究前沿，补充相关学科基础知识，提高业务

素质。尤其是，在西院校讲授这门课程，需要穿插中医中药学基础内容，教学过程还需要不断探索，并在探索中完善、总结和创新。

### 2 多样化考核适合不同专业背景学生

中医药理学是在中医药理论指导下，运用现代科学的方法研究中药与机体相互作用及其作用规律的科学，是中西医结合的结晶。在西院校针对全校各专业开设中医药理学，授课对象存在不同年级、不同专业等多样性特点，但对中医药理学具有共同的学习兴趣。以往该课程考试仍采用一次性闭卷笔试的方式，使不同程度的学生把精力都放在了死记硬背上，疲于应对考试，严重束缚学生学习的主动性和创造性，限制了学生潜能的发挥，降低了学生对中医药理学的关注和学习热情。近两年，我院本科生各专业均有部分学生非常愿意关注该学科研究内容和研究动态，积极选修该课程。面对年级、专业、背景知识多样性的授课对象，更好拓展各论中代表方和方剂药理学研究的过程、研究方法、实验手段，有助于加深学生的记忆，也能启发学生思考，激发其对科研的兴趣，引领初学者进入本研究领域。因此，针对这一突出问题，非常有必要开展中医药理学考试体系的改革。我们连续两年在我校药学院开始实施选修课考试体系的改革，采用随堂回答问题1分/次、随堂作业1分/次、课前3 min汇报3分/次（微课、PPT）、撰写综述2分/次、讨论报告2分/次、期末考试5分等多种形式结合，实行5分制为考核合格最低标准。

**2.1 课前3 min学生演讲 教师前展后延引入主题** 我校药学院规定专业课程需要引入课前3 min，即每节课上课前，组织学生演讲，每次1~2人（组），每人（组）3 min，再由教师从演讲内容、演讲方式和形体语言3个方面进行点评。课前3 min改变了传统教学的死板，增添课堂的趣味性，活跃课堂气氛，提高教学效果，锻炼了学生的表达能力<sup>[10]</sup>。多年来这一教学活动获得了同学们的热情支持，但一直没有纳入课程考核体系。本研究将学生课前3 min综合表现，通过学生点评、教师评价，最终以2分计入该课程考核体系，充分调动了学生学习的热情，激发了学生学习的主动性、积极性，营造了良好的学习氛围，取得了较好的教学效果，提高了中医药理学的教学质量。在任教教师回顾已讲内容的基础上，层层启发引导出本节课的主题，学生围绕该主题，思考与学习目标相关问题，争取发言机会，阐述问题的多个方面，学生之间相互启发、交流、讨论，最后由老师简要总结，开启新的一章内容的展开。

**2.2 课下通过微信公众平台交流，及时汇报展示** 作为信息技术领域涌现的一个新生事物——微信公众平台，也为教育领域带来了新的契机。传统教学过程中存在的教学课时少、学生人数多、师生课外互动少、学生

专业技能培养欠缺等问题，一直困扰着广大师生。为便于师生、生生之间充分的探讨与合作，我们建立了新医中药学习交流平台（微信公众号：zyx-201705），主要用于中药学方面学习交流、课件分享、微课、学生课外辅导和疑难答疑等。部分学生的中药药理学随堂作业也已及时发布到该交流平台，授课期间获得阅读次数在100次以上。该微信平台为中医药理学提供了一系列的教学支持，如课前预习、课后学习、课程考核等环节。（1）课前预习主要包括对新内容重难点的预先告知，为课堂活动做准备，通过推送教学材料的方法减少课堂教学量；最新中医药理学科研究进展原始文献资料的分享，提供丰富多样的视音频引导材料等；（2）课后复习主要包括优秀学生作业赏析、消息回复、资料共享等；（3）课程考核主要包括系统数据分析、消息查询次数计算、调查投票反馈等。因此，微信公众平台具有推送与记录交互等功能，在支持学生课前学习和记录课堂互动信息的基础上提出问题的解决方案<sup>[11]</sup>。



图1 微信公众平台电脑端中医药理学教师课件和学生作业内容痕迹实例图

### 3 采用调研宝在线数据评价教学改革效果

我们采用调研宝在线数据分析系统，建立调查问卷，设4个客观、多选题（见图2~5），1个主观题，形成二维码，通过手机扫描二维码参与实名制评价选修课中医药理学教学效果。由图2可知，针对选修课考查更喜欢的考核方式统计结果表明：近两年，支持多样化考核的学生比率已增加到76%，赞同单一选择题、单一问答题和单一多种题型统一考试形式的学生比率已分别明显下降到14%、9%和1%。由图3~4可知，多样化考核在中医药理学中的应用评价统计结果表明：87%的学生认为多样化考核适用于中医药理学选修课程，倾向于选择随堂作业考核形式的学生比率达49%，各种形式自由选择组合的比率达43%，两者合计占

92%。图5表明，近两年不同学生对中医药理学各论章节中的内容关注上有所不同，但均主要集中在解表方药、温里方药、活血化瘀药和补虚药，获得39%~47%的高比率学生关注，而这4个章节也正是中医药理学教学大纲中要求的需要重点讲授的内容，其次还有29%~34%较高比率的学生对消食方药、祛痰止咳方药、安神方药等章节内容感兴趣，此部分内容通过新医中药学习交流平台释放参考课件、相关原始文献，供部分学生自由学习。

主观问题为通过中医药理学的学习，收获如何？比如有学生提出：“感觉小组讨论这个提议不错，可以以寝室为单位，因为大家平常做实验好多都是寝室几个人一组做了两年，配合默契，小组讨论更容易进行”“多分析一些生活中常用的已上市的药物，让同学们能够有分析中成药的能力”“老师的授课方式挺好，课前3 min让同学互动积极参与进来”“希望上课课堂气氛活跃，同学之间可以相互讨论，积极回答问题”等。

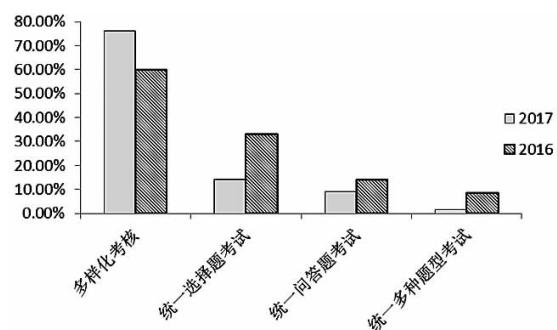


图2 选修课考查方式的选择情况分析

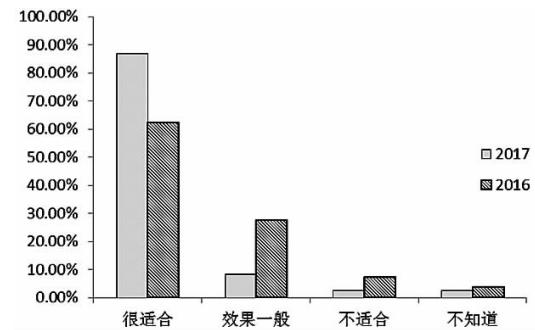


图3 多样化考核在选修课中医药理学中的应用评价情况

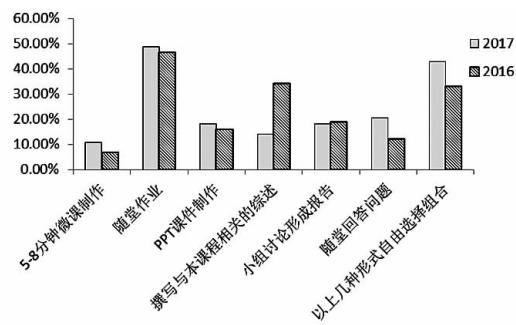


图4 中医药理学适合采用的考查方式选择情况

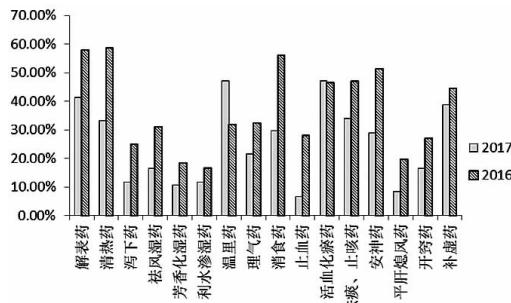


图5 对于中医药药理学中各论部分章节内容关注情况

#### 4 结语

中医药药理学作为一门新兴学科，是传统医学与现代分子生物技术最富活力的结合点，也是促使学生掌握中西医结合思维方法的一门重要学科。采用多种方式对中医药药理学进行考核，可以从多个方面考察学生对本门课程的掌握情况。通过多样化考核模式的探讨和调研扫描二维码问卷在线分析的结果，能激励教师反复思考并开创更有效的教学方式，从问卷分析中了解教学方式的优劣，进而不断完善教学手段与方法，并充分调动学生

学习本门课程的主观能动性，这样才能使中医药药理学教学更好地适应西医院校的人才培养要求。

#### 参考文献

- [1]彭成.中医药药理学[M].北京:中国中医药出版社,2017.
- [2]彭求贤,莫志贤.西医院校中医药药理学教学现状与改革探索[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(16):3.
- [3]李秀芳.《中医药药理学》课程教学改革现状分析[J].中国民族民间医药,2017,26(10):128-130.
- [4]曾嵘,王志琪,周晋,等.中医药药理学创新思维人才培养教学模式探讨[J].药学教育,2013,29(2):15-17.
- [5]何晓山,林青,游泽溥,等.中医药药理学实施案例教学法的研究[J].药学教育,2011,27(4):39-42.
- [6]姚立,彭彦.自主式、探究式学习在《中医药药理学》教学实践中的应用[J].教育教学论坛,2014(8):126-127.
- [7]胡旭光,唐春萍,王晖,等.中医药药理学考试体系的改革实践与探讨[J].中国现代药物应用,2012,6(15):135-136.
- [8]陈忻,赵晖,许利平,等.中医药药理课讨论式教学法的实践与研究[J].药学教育,2005,21(1):36-38.
- [9]赵蕊,柳朝阳,闫冬梅,等.“以问题为中心的学习”在中医药药理学教学过程中的应用效果分析[J].中国高等医学教育,2015(4):51-52.
- [10]张来宾,吕洁丽,闫福林.生药学课堂教学模式的改革[J].药学教育,2015,31(4):43-45.
- [11]严大虎,费瑞伟,陈露遥.微信公众平台支持下的问题教学活动设计[J].现代教育技术,2015,25(11):79-85.

(本文编辑:李海燕 本文校对:申远 收稿日期:2018-03-22)

## 医学院传染病教学中的人文教育<sup>※</sup>

江明洁<sup>1</sup> 贺劲松<sup>2\*</sup>

(1 广州中医药大学第四临床医学院, 广东 广州 518033; 2 深圳市中医院医务科, 广东 深圳 518022)

**摘要:** 医学人文教育是医学科学教育与医学人文教育的有机结合。由于传染病的特殊性, 患者更需要来自医护人员以及社会的关爱与理解。本文针对现行医学人文教育的困境, 就临床工作中对医学生关于传染病教学中医学人文教育的必要性进行探讨, 为高校教育及医院临床教学提供作为参考, 望推进医学人文教育的改革进程。

**关键词:** 医学人文; 传染病学; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.006

文章编号:1672-2779(2018)-16-0013-03

#### Medical Humanistic Education of the Infectious Diseases Teaching

JIANG Mingjie<sup>1</sup>, HE Jinsong<sup>2</sup>

(1. Fourth Clinical Medicine School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 518033, China;

2. Medical Affairs Department, Shenzhen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Shenzhen 518022, China)

**Abstract:** Medical humanities education is the organic combination of medical science education and medical humanities education. Due to the particularity of infectious disease, patients need more care and understanding from the medical staff and social. In view of the plight of the current medical humanities education, this article put forward countermeasure, as the reference of the teaching of the medical humanities both in the university and hospital when teaching infectious diseases, in order to promote the reform process of medical humanities education.

**Keywords:** medical humanities; infectious diseases; teaching reform

医学是人道的科学。我国几千年以来便有“济世救人, 仁爱为怀”“悬壶济世”“医乃仁术”“无恒德者不可作医”的行医准则。隋唐时期, “药王”孙思邈在《大医精诚》一文中对医德人文进行了论述, 提出医生既要有精湛的医术(精), 又要有高尚的品德

(诚)。美国Trudeau医生著名的墓志铭<sup>[1]</sup>: “to cure sometimes; to relieve often; to comfort always”, 其简洁而富有哲理的文字, 其中包含着深刻医学人文教育内涵, 它不仅涉及对“生物学的人”的生命救治与健康维护, 还需重视“社会性的人”在文化、信仰、心理等医学人文方面的需求。

教育的全球化趋势和医疗体制改革的深入, 为适应世界医学模式的深刻转变、满足我国医疗卫生服务

\* 基金项目:广东省深圳市科技计划项目【No.20160428175717223】

\* 通讯作者:hjsprayforyou@sina.com

的需要，在医学生的整个培养期间，不仅要培养医学生扎实深厚的医学理论知识和精湛的医疗技术，还需要加强医学生的医学人文教育，提高医患沟通能力，把医学生培养成为医术精湛、医德高尚的医生。

医学人文教育是人文与医学教育的融合，缺失医学人文教育的医学教育是残缺的教育。在传染病教学中进行医学人文教育，提高医学生人文素质，培养具有强烈社会责任感，推进高等学校人才培养模式以教学模式改革，为缓解医患矛盾，社会主义的和谐社会的构建打下基础。进入21世纪以来，在世界各地不断出现各种新发传染病的肆虐和潜在的旧传染病死灰复燃，严重危害人民生命安全，对国家经济腾飞以及社会和谐、国家安全造成阻碍与威胁，这对临床实践、临床教学与医学人文教育也提出了更高的要求。

现将传染病医学人文教育的重要性，从医学生心理和医学生临床工作的角度，就《中华人民共和国传染病防治法》中涉及的疫情通报、医疗救治、保障措施、法律责任等内容，以心理、隐私、伦理、法律等为切入点，进行医学人文的分析探讨。

## 1 医学生心理

现临考上医学生是20岁左右的青年，涉世不深，经验欠缺，在沟通技能技巧方面仍然需要加强培养与训练，这是医生必须要经历的心路历程。大多数学生初上临床难免对传染病病区产生恐惧、抵触心理<sup>[1]</sup>，对不同疾病的传染源、传播途径（如呼吸道传染病的飞沫传播、乙型病毒性肝炎血液、母婴、性传播等）不甚了解，且临床实践过程中不可避免地要接触携带各种疾病病原微生物的体液、分泌物、排泄物等，长此以往，对病人避而远之，缺乏临床实习的热情，缺乏积极主动性；再者，医学生临床操作及实践中，如若交流不当，将给患者造成心理阴影；另外，尚存在部分医学生，对传染病临床工作掉以轻心，忽视认识传染源、传播途径等问题的重要性。

针对以上情况，首先，在校期间，校方应发挥积极优化医学人文教育课程教学模式，发挥课堂教学的主导作用，培养具备临床背景及人文背景的授课教师，在进行感染病专业课教学时，适当融入些医学心理学和伦理学等相关人文课程内容，可以帮助学生主动理解人文社会科学的概念和理论。第二，在临床专业技能训练课时，通过理论联系实践，在进行入科教育时，组织医学生参与医护人文宣教，了解传染病病人住院常规临床路径，将人文关怀渗透于每个治疗阶段中，使其从心理上放松，从行为上规范，做好消毒隔离措施，及时避免不必要的职业暴露，使学生以更好的姿

态投入临床实习中。还应及时对学生就常见传染病进行及时普及传染源、传播途径、易感人群等方面的内容，包括接触每个病人及处置病人用物后均应洗手、消毒，避免交叉感染；当接触病人分泌物、血液或有可能接触的时候，要戴手套等，必要时可组织专题讲座、个体化指导及情景教学（PBL，案例教学法，媒体辅助教学法等）。

## 2 病史采集与疫情报告

病史采集是构建临床诊断的基石。医学生在学习病史采集时，首先，应予以医学人文的关怀，强调的是患病的人，其次是患什么病，以确保与患者人性化的医患关系，完成一个真实、完整、全面、温暖的病史采集。学生应学会专心倾听与表达，不断的目光交流与适当的记录，以鼓励患者进一步述说病情，特别是对于传染病患者，由于此病的特殊性，患者有难言之隐，此时，医者本着对患者负责、关爱的态度，应用各种方式引导患者倒出难言之隐，采用开放式提问保持耐心；同时病史采集时，应适当避开不必要的人员，如其他病人及其家属，不可大声询问隐私问题。病史采集过程后，我国法律明文规定，医疗系统发现传染病患者后应及时准确地进行疫情报告与公布。随着科技的进步，疫情的通报需要借助医院信息操作管理系统和网络的支持，这就带来了信息泄露的隐患。

在疫情的报告公布中，保护患者隐私权也体现着医学人文的方方面面。保护患者的隐私，也是良好医疗救助的前提。带教老师在临床工作中，要以身作则，告诉医学生规范准确报告疫情、保护患者隐私权的重要性，不虚报谎报，并根据各个医院情况，设置医院信息系统的保密工作，无论是电子材料还是纸质病历、检验报告单，都应专人妥善保管，让传染病患者放心地交代病情，安心地接受治疗。

但现实中不可避免地发现，有些医务人员忽视计算机和网络安全问题，缺少伦理学概念，无视患者隐私权，造成信息遗漏，甚至伪造病历，给患者带来不必要的损失，让不良商家有机可乘，加重患者焦虑或抑郁状态。

## 3 医患共同决策与医疗救治

医患共同决策是指医生与患者对诊断和治疗疾病所需的检查项目、治疗方案和生活方式调整等具体事情进行平等地讨论并达成共识。在临床工作与教学中，医学生应认真学习医患共同决策的内容及影响因素，弄清患者所知所想，予以医疗救助，同时纠正患者固有的错误理解，消除顾虑，在向病人交代治疗方案时，应以建议者的身份，通过各色途径向患者说明情况与



利弊，让患者成为最终方案的决定者。临床带教老师在教学中应以身作则，潜移默化地引导学生，使学生收获规范娴熟的技能、良好的沟通能力和高度的“爱伤”意识。在接诊传染病患者时，考虑到患者心理负担沉重，思想动态复杂，有自卑心理，教学中可适当增加与传染病患者的沟通技巧，教育学生尊重、保护患者隐私、加强心理疏导与鼓励。

现阶段，国家全面放开“二胎政策”，育龄妈妈在期待新生命的同时，乙肝家庭却为是否能孕育健康宝贝而踌躇，因此，医患共同决策体现着医学人文的方方面面，涉及个体化的患者、年龄、家庭环境、经济条件等。在由中国肝炎防治基金会2016年发起的兼具公益性和学术性的项目中<sup>[4]</sup>，通过乙肝母婴零传播工程移动医疗软件“小贝壳”的患者窗口和医生窗口，乙肝妈妈们可与传染病科、产科医疗专家沟通，制定个性化的乙肝母婴阻断方案，给予母婴健康保障，动态监测乙肝孕妇妊娠期间相关检查结果，及时调整治疗方案，及时排忧解难，充分体现了医患共同决策中的人文关怀。目前，已近百家医院加入“小贝壳”行动，服务于乙肝母婴的规范阻断，推进了医患共同决策，有利于为患者提供及时的救助。通过互联网平台等方式，推行医患共同决策，可提高医学生的整体素质，值得关注和推广应用。

#### 4 医患知情告知与法律责任

由于医学院校课程设置的局限性，人文氛围的缺乏，医学生在校期间虽已学习疾病主要的临床诊断与治疗，但难以形成“以患者为中心”的思维习惯，临床实践中难以代入角色，在治病救人同时予以人文关怀，同时，根据《中华人民共和国执业医师法》规定，医生在诊疗过程中有义务向患者告知病情，不管是好消息还是坏消息，医生有向患方告知的义务。

值得注意的是，随着传染病防治告知冲突事件的频发，社会越来越关注传染病告知中所涉及的伦理问题，而当患者要求医方为其保密而家属却向医方求证病情时，医者应如何取舍？有这么一则案例<sup>[5]</sup>，2015年3月，一对年轻男女于当地妇幼保健院进行婚前检查时，女方被查出疑似患有艾滋病，但这一情况院方和女方并未告知男方，随后，男方在婚后不久被查出患有艾滋病。事发后男方质疑院方为何在体检时不告知自己妻子疑似艾滋病一事，并起诉了知情的妇幼保健院。

医学生在人文教育中，还应关注其中的医学伦理学，并形成法制观念。在类似的案例中，医师告知义务的对象是患者本人，而不是家属，故医方除了履行

法定报告义务外，不应向第三方泄露患者病情。根据《艾滋病防治条例》第三十八条规定：艾滋病病毒感染者有将其感染及发病事实告知伴侣的义务；同时根据第六十二条规定，艾滋病感染者故意传播艾滋病的，依法承担民事赔偿责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

#### 5 保障措施与医疗保险

国家将传染病的防治工作纳入了国民经济和社会发展计划，国家卫生行政部门会同国务院有关部门，根据传染病的流行趋势，确定全国传染病预防、控制、监督、预测预警、监督检查等项目。随着我国医疗保险制度的逐步发展与完善，防治传染病的相关药物与疫苗，正一步步地进入医疗保障的服务范围内。

医学发展的日新月异和药物开发的更新换代，特别是对于疑难的传染性疾病，如对于艾滋病患者、病毒性肝炎患者，在没有找到更好的治疗方案之前，制定医疗方案时，不可一劳永逸，应教育医学生在结合患者特点的基础上，紧跟最新医疗信息和国家医疗保障福利，这是专业需求，也是医学人文的体现，选择最适合最大利益的药物，并鼓励患者积极治疗，予以亲切的人文关怀。2017年4月份，多种一线抗病毒药，如恩替卡韦、富马酸替诺福韦二吡呋酯片已纳入医保药物行列并进行了大幅度的降价，在长期服用抗病毒药物的慢性乙型肝炎、艾滋病等患者中引起巨大轰动，不少患者在医务人员的指导下对药物进行了安全的替换与跟踪，让患者们享受国家的医保福利。

#### 6 结语

对医学生进行传染病学医学人文教育之路，任重而道远。人文教育贯穿于医学生整个医学教育的始终，要把人文知识内化为人文品格和人文精神融于医学教育改革的实践中去。医学人文教育的一体化改革需要教育部门、医学高校、医院科教等多部门的配合，在临床工作及教学中，还应根据各个高校、医院的地域、经济、文化情况，运用合情合理的方法对医学生进行传染病医学人文教育，推进医学人文教育的改革进程。

#### 参考文献

- [1] Sophia FRANGOU.有时治愈，常常缓解，总是安慰(英文)[J].上海精神医学, 2012(6):350-351.
- [2] 张勤,管远志.医学教育中人文教育的必要性与对策研究[J].中华医学教育杂志, 2011, 31(5):698-700.
- [3] 张大庆.医学人文[M].北京:人民卫生出版社, 2016; 8.
- [4] 易明.侯金林为肝病患者谋福音[J].中国卫生人才, 2015(11):64-67.
- [5] 庞雪汀.妻子婚检查出艾滋丈夫感染诉医院索赔[N].北京青年报, 2016-01-13.
- [6] 高学松,段雪飞,范小玲,等.传染病学教学中人文教育现状与思考[J].中华实验和临床感染病杂志, 2014(4):580-581.

(本文编辑:李海燕 本文校对:莫雨晓 收稿日期:2018-06-19)

# 华佗是怎么死的? \*

## ——谈医古文教学中的文本细读

赵东丽

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450046)

**摘要:** 通过文本细读的方法, 可以发现, 华佗之死的主要原因并非作者所言“恃能厌食事”, 而是因曹操的猜忌, 所以华佗从开始为曹操治病就已经埋下了必死的结局。从文本出发观照细节, 可以抛开作者主观的刻意干扰, 获得更多客观真实的信息。在医古文教学中运用文本细读, 不但可以使学生深入理解作品, 而且能够深切体会古代文化在语言中的反映。文本细读的方法有关注字里行间内容、注意文中相互矛盾或不合理之处及留意语言中的空白或断流。

**关键词:** 古籍; 华佗; 医古文教学; 医家专记

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.007

文章编号:1672-2779(2018)-16-0016-03

**How did Hua Tuo Die?**

**--Discussion on the Text Reading in the Teaching of Ancient Medical Literature**

ZHAO Dongli

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

**Abstract:** Through the method of reading through text, it can be found that the main reason of the death of Hua Tuo is not what the author said " has talent does not want to serve others" , but because of Cao Cao's suspicion, so Hua Tuo from the beginning to Cao Cao treatment had buried a dead end. Starting from the text and looking at the details, we can get rid of the subjective interference of the author and get more objective and true information. In the teaching of classical Chinese medicine, the use of text reading can not only make the students understand the works deeply, but also deeply understand the reflection of the ancient culture in the language. The method of close reading involves noting the contents of the lines, noting the inconsistencies or irrationality in the text, and noting the gaps or gaps in the language.

**Keywords:** ancient books; Hua Tuo; medical ancient prose teaching; special journal of physicians

《医古文》教材中选了陈寿《三国志》中“华佗传”的内容, 在华佗之死这一部分, 作者是这样写的:

然本作士人, 以医见业, 意常自悔。后太祖亲理, 得病笃重, 使佗专视。佗曰: “此近难济, 恒事攻治, 可延岁月。”佗久远家思归, 因曰: “当得家书, 方欲暂还耳。”到家, 辞以妻病, 数乞期不反。太祖累书呼, 又敕郡县发遣。佗恃能厌食事, 犹不上道。太祖大怒, 使人往检: 若妻信病, 赐小豆四十斛, 宽假限日; 若其虚诈, 便收送之。于是传付许狱, 考验首服。荀彧请曰: “佗术实工, 人命所县, 宜含宥之。”太祖曰: “不忧, 天下当无此鼠辈耶?”遂考竟佗。佗临死, 出一卷书与狱吏, 曰: “此可以活人。”吏畏法不受, 佗亦不强, 索火烧之。佗死后, 太祖头风未除。太祖曰: “佗能愈此。小人养吾病, 欲以自重, 然吾不杀此子, 亦终当不为我断此根原耳。”<sup>[1][5]</sup>

如果跟随作者的指向, 学生会很快得出华佗之死的原因是由于他本人“恃能厌食事”。而且在作者的描述中, 华佗很有些咎由自取的意思。以妻子生病为借口, 在曹操的屡次征召下, 仍然不返。而曹操在这一事件的处理中, 没有任何可以指摘之处: 找人前去查

看, 如果妻子确实生病, 不但赐予小豆四十斛, 且宽延假日, 如果虚假, 再将其逮捕押送。这些举措简直合理到不容置疑。二者形象也在这一事件中充分展现了出来: 华佗孤傲, 倚赖自己有才能不愿意为食禄之事; 曹操就显得非常宽厚甚至仁慈。但真相确实如此吗?

如果我们把视线略微偏转, 来关注一下文中的细节, 就会发现恰恰相反。这里有几处值得思考的地方。

首先, “然本作士人, 以医见业, 意常自悔。”在文中第一部分, 作者就提到了华佗学识渊博, “兼通数经”, 但“沛相陈珪举孝廉, 太尉黄琬辟, 皆不就。”对于高官的察举或征辟, 华佗显得不屑一顾。也就是, 在“士人”所应持的“修身齐家治国平天下”与为医这两条路径, 华佗毫不犹豫地选择了“医”。当时如此决绝的选择, 如今怎么又“常自悔”呢? 他悔的是什么?

其次, 曹操召华佗来专视后, “佗曰: 此近难济, 恒事攻治, 可延岁月。”后面马上就接“佗久远家思归”。华佗的这句话出现得比较突兀, 到底背景如何? 华佗在什么情况下说的这句话?

再者, 曹操最后说的那句话“佗能愈此。小人养吾病, 欲以自重, 然吾不杀此子, 亦终当不为我断此根原耳。”前面咱们看到, 华佗已经说“此近难济”,

\* 基金项目:河南省科技厅软科学项目【No.182400410458】;河南中医药大学基石项目【No.2017JSX05】

难以治愈，可这里曹操却肯定地认为华佗能够治愈。文中这两处相互矛盾的话语说明了什么问题？

从这些细节的分析中，可见，华佗或许是在“专视”曹操后就预见到了自己的命运，所以常感到后悔，这种后悔是因作为“侍医”产生的。华佗那句话的出现，则可能是在曹操对其感到不满后。话语中已经显示出华佗的委曲求全——“恒事攻治，可延岁月”，常为您治疗，可以延长寿命。但在曹操确定华佗能治愈的前提下，华佗的任何表现都无法让曹操满意，所以后来的“远家思归”“数乞期不反”或许可以有与之前不同的其他解释。再结合《三国演义》中对曹操性格的描述，不难看出，正是曹操个性中的多疑这一特点才导致了华佗之死（以往总是说史书是现实的真实，而文学作品是虚构的真实，从这方面看，或许文学作品有其现实真实的一面，而史书却有其不得真实的一面）。确切地说，华佗之死的主要原因是曹操而非华佗。

文本、语言本身比作者更可靠。所以，通过文本细读，可以观照到一些作者无意透漏出的信息，这些内容比刻意展现出来的更客观更真实。作者由于其创作环境、背景、文化等方面的限制，或是故意或是无意，未必能完全“说真话”，反而会做出与历史并不十分相符的描述。如或受“权威”的影响不敢秉笔直书，或受当时主流思潮影响反映出一些比较主观的看法等。这时，如果一味跟着作者的指向走，那所获取的信息多半是片面甚至虚假的。而深入文本，从作者无意间流露出的细节考证，则能得到更多有用的信息。如《丹溪翁传》最后一句话，作者说：“若翁者，殆古所谓直谅多闻之益友，又可以医师少之哉？”<sup>[1][2]</sup>作者言此的用意是，想要提高丹溪翁的地位，哪里能因为他是医师而轻视他呢？但我们从中不是可以看出当时医师所处的地位之低吗？金元时期尚且如此，其他时期可见。《秦医缓和》中医和为晋平公诊视后，说：“非鬼非食，惑以丧志”<sup>[3]</sup>，重在讲晋平公致病原因是“惑蛊”，但从中也可以给我们提供更多其他信息：古代应该是认为“鬼”与“食”是两种很重要的致病因素。从这些非作者有意引导的内容中，我们能够有更多的收获。

那文本细读的主要方法有哪些呢？

首先，可以多关注语流中的次要内容，或那些非作者刻意引导的方面。以上例子即这一方面。

其次，关注字里行间的内容，尽量照顾到每句话的细节。

如《华佗传》中华佗治疗东阳陈叔山小儿的例子：

东阳陈叔山小男二岁得疾，下利常先啼，日以羸困。问佗，佗曰：“其母怀躯，阳气内养，乳中虚冷，儿得母寒，故令不时愈。”佗与四物女宛丸，十

日即除。<sup>[1][2]</sup>

“其母怀躯，阳气内养，乳中虚冷”，告诉我们，小儿得病与其母密切相关，而且主要是因母乳的问题。那“四物女宛丸”到底是给谁吃的，是给小儿还是其母？说法不一。“四物丸”或“四物汤”虽多用于妇女补血调血，但“四物女宛丸”这一药物却无相关记载<sup>[2]</sup>。文本细读可以帮助我们理解这一情节。从细节的观照即可发现，华佗在对小儿致病原因分析后，说了一句话：“儿得母寒，故令不时愈”。什么是“不时愈”？不能按时痊愈。也就是说，此病不但迁延日久，且很可能已经治疗过。再结合病情，小儿腹泻应该不是什么严重的疾病，一两副药就能够解决。但正因为其他医生未从小儿社会关系得到其根本致病原因，只知治“病”，未能全面考察，因时因地因人制宜，导致小儿服过药病就好了，但没多久又开始腹泻，才会“不时愈”。分析到这里，能看出，这个“四物女宛丸”应该是给小儿母亲的用药，调理好母亲的体质，小儿不从其母乳汁中接受寒邪，慢慢地（十日）病也就痊愈了。

再者，需要关注文中相互矛盾或者不合常理之处。

文本细读也需要带着疑问来读，做到“有疑”，在无疑处生疑，才能更好地理解文本。疑问的一个来源就是上下文中不一致的地方。同样《华佗传》中，华佗医治广陵太守陈登的寄生虫病，用药物打下三升左右的寄生虫，且“赤头皆动”“半身是生鱼脍”，陈登病愈。但接下来华佗说：“这个病过几年会再次发作，如果碰到好的医生才能救治”。那问题就来了，既然会再次发作，为什么华佗不提前给一些药呢？况且下文也确实有提前给药的例子：治疗李成的咳嗽时，华佗说，十八年后会再次发作，于是先给了两钱的药粉，待李成病愈，又给了两钱药——“复与两钱散”。在那个医案中，华佗可以提前给药，这里为什么就不行了呢？让学生关注这样一些细节，并加以讨论，可以更深入地了解文章内容。

关注文中不合情理的地方，也能获得更多有用的信息。如《华佗传》中治疗李成的咳嗽病例。李成拿到治疗疾病会再次发作的药粉回来后，有一个插曲。过了五六的时间，亲戚中有一个跟李成得了同样毛病的人，来找李成索药，他是这样说的：“卿今强健，我欲死，何忍无急去药，以待不祥？先持贷我，我差，为卿从华佗更索。”<sup>[3][4]</sup>“你现在还很强壮，我却要死了，你怎么忍心没有急症却藏起来药，等待疾病的发作呢？你先借给我，我好了，再帮你找华佗要一些。”读到这里，我们觉得很奇怪，为何语气中带着些不满与指责呢？这哪里是求人的正常态度？细细咀嚼，能够体味出，这一定不是第一次求药时所说的话。再从情理上来推求，不难理解，那个药既可以治疗亲戚，也同样

是李成的救命药。华佗当时就说：“若不得此药，故当死”。李成怎么可能把自己的救命药随随便便借给别人呢？所以，这样的语气，一定是因为多次求药无果，应该有些最后一搏的意思。这样的情节，再结合最后李成果然因华佗被拘捕，无药可服最终死去的结局，更能注解前面荀彧所说的那句话：“佗术实工，人命所县，宜含宥之。”

最后，需要关注语言中的断流或空白处<sup>[3]</sup>。如华佗治疗李将军妻子的病例，华佗诊疗后认为是“伤娠而胎不去”，小产过后胎儿未离开母体，而李将军却说“胎已去”，华佗指出，根据脉象胎未去，将军以为不然。到此，二人争论得正热闹的时候，还未见分晓，下面便直接写“佗舍去，妇稍小差”，华佗离开了，妇人稍微好转。那华佗是如何治疗的？妇人又怎么会好转呢？后来病妇再次发作时，华佗被召来，才说：“从脉象看，应该有两个胎儿……”。

语流的间断及空白让我们非常诧异，也带来了疑问：为何第一次跟李将军争论时华佗不说应当有两儿呢？却在再次被召来时才叙述缘由？“佗舍去”前到底发生了什么？致使华佗未能说完便离开？从这些细节的观照中，不难发现，虽说作者写“佗舍去”，似乎是华佗的主动行为，其实背后不知包含着多少的不得已。再通过对其中细节“呼佗视脉”“更呼佗”中“呼”的两次使用，地位较低的医生与高高在上的将军形成鲜明对比，其中细节可想而知。从中也能够对古代文人写作中的“为尊者讳”等文化有较清晰的认识。

#### 参考文献

- [1]王育林.李亚军.全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材《医古文》[M].北京:中国中医药出版社,2012:2,12,15,34.
- [2]何凌霞.“四物女宛丸”当作“四物女萎丸”[J].中医药文化,2012(6):46-48.
- [3]张雪.大学语文课“文本细读”教学的基本原则与实践探索[J].语文建设,2015(10):14-15.

(本文编辑:李海燕 本文校对:田艳霞 收稿日期:2018-05-29)

## 临床病理讨论法在病理学实验教学中的实践与探索<sup>※</sup>

张秋菊 李能莲 刘 靓\* 李亚玲 骆亚莉 张 立 李长天 黄 勇

(甘肃中医药大学基础医学院,甘肃 兰州 730000)

**摘要:**目的 了解临床病理讨论(c clinical pathological conference, CPC)教学法对病理学实验教学的影响。方法 选取2013级,2014级和2015级临床医学专业各两个平行班,分别设为对照组和试验组,对照组应用传统的教学方法,试验组应用CPC教学法。以教师评价、实验成绩以及理论成绩作为评估教学效果的指标。结果 试验组的教师评价、实验课成绩和理论课成绩3个指标均明显高于对照组( $P<0.05$ )。结论 CPC教学法可弥补传统的病理实验学法中的不足之处,提高成绩和学习兴趣以及病理学理论和临床实践结合的能力。

**关键词:**病理学;实验教学;临床病理讨论法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.008

文章编号:1672-2779(2018)-16-0018-03

**Practice and Research of the Clinical Pathological Conference Teaching Method in Pathological Experiment Teaching**

ZHANG Qiuju, LI Nenglian, LIU Liang, LI Yaling, LUO Yali, ZHANG Li, LI Changtian, HUANG Yong

(School of Basic Medical Sciences, Gansu University of Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730000, China)

**Abstract: Objective** To investigate the influence of Clinical pathological Conference (CPC) teaching method on pathological experiment teaching. **Methods** Two parallel classes of Grade 2013, 2014 and 2015 were selected as the control group and the experimental group respectively. The control group used traditional teaching method, and the experimental group adopted CPC teaching method. The teaching effect was evaluated by teacher's evaluation, experimental scores and theoretical scores. **Results** The scores of experimental group was significantly higher than the control group in both the teacher's evaluation, the experimental course and the theoretical course ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The CPC teaching method can make up for the deficiency of traditional method, improve scores and interesting of learning, and advance the combination of pathological theory and clinical practice.

**Keywords:** pathology; experimental teaching; clinical pathological conference method

病理学是介于基础医学和临床医学之间的桥梁学科，也是医学教育中第一门系统讲述疾病的形态学课程。由于病理学理论专业性较强、抽象难懂，而病理实验教学可巩固、强化对病理学理论的学习，因此病

理实验教学是病理学教学中不可或缺的部分。但传统的病理实验教学以带领学生观察、识别疾病形态结构变化为主，课程较为枯燥，学生的学习兴趣普遍较低，很难达到实验课的教学目的。因此，改革病理实验教学也是医学教育中重要任务之一。临床病理讨论(clinical pathological conference, CPC)教学法，是通过讨论临床病例，运用已掌握的知识，有针对性地解决临床

\* 基金项目:甘肃中医药大学教改课题【No.YB-201618】

\* 通讯作者:119259858@qq.com

实际问题，可将所学理论知识和临床实践有机结合起来。这种教学方法已广泛应用于各门医学课程的理论教学过程中用，但是在实践教学中应用相对较少。结合病理学实验课自身特点，我们借鉴并将CPC教学法应用于实验教学，并取得了一定成效。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取甘肃中医药大学临床医学专业2013级、2014级和2015级各2个平行班，每班平均人数为69人，分别设为对照组和试验组。对照组应用传统的教学方法，试验组应用CPC教学法。所有班级理论和实验均由同1位教师讲授。

**1.2 实验方法** 首先将每个班级以25~30人的标准分为大组，再将每个大组分为3~5个人的小组，CPC教学法以每小组为单位进行。每次实验课的时间为100 min。

**传统教学方法：**教师通过显微互动系统展示大体标本和组织切片标本(20 min)→学生自行观察(20 min)→学生作图(60 min)，经过这3个步骤完成教学过程。

**CPC教学法：**同样基于显微互动系统，教师向学生提供相关病例资料和组织切片标本(5 min)→每小组成员观察并相互讨论病例，给出诊断及诊断依据(30 min)→学生代表分析、讲解病例(20 min)→教师评价、总结(15 min)→学生作图(30 min)。经过5个步骤完成教学过程。

**1.3 效果评价** 学生成绩：主要以实验课和理论课成绩作为评价标准。实验成绩为本学期实验报告的平均成绩。理论成绩为本学期期末考试成绩，试卷从学校题库中随机抽取，连续3年所选题型和难易度均相当，严格按照学校相关规定评分阅卷。

**教师评价：**从课堂氛围、学生学习的积极性、大体和镜下标本识别的准确度以及理论和实践结合的程度来评估，给每班级评价，依次以“优”“良”“差”表示。

**1.4 统计学方法** 应用SPSS 20.0统计学软件分析，所有数据均以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示，组间比较采用独立样本t检验和随机区组设计的方差分析， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 教师评价** 在实验课教学过程中，CPC教学法明显改善了传统教学的课堂氛围，学生学习实验课的积极性、主动性也明显提高。3个年级试验组36学时实验课，教师评价的为“优”者达到100%，而对照组90%均为“良”。

**2.2 实验成绩** 对2013级、2014级和2015级3个年级的2个平行班的实验成绩进行统计分析，结果显示3个年级的试验组成绩均高于对照组， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义(见表1)。

表1 2013级、2014级和2015级病理学实验成绩 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	2013级(171人)	2014级(95人)	2015级(149人)
试验组	87.50±3.82*	89.55±1.92*	88.95±3.00*
对照组	84.91±4.03	85.83±3.15	86.06±4.61

注： $*P<0.05$

**2.3 理论成绩** 收集3个年级的病理学期末考试，应用随机区组设计的方差分析同样发现：试验组理论课成绩也显著高于对照组；而且在3个年级中，2014级学生的理论成绩最高，与2013级、2015级相比差异具有统计学意义，但2013级和2015级2个年级之间不存在差异( $P>0.05$ )。(见表2)。

表2 2013级、2014级和2015级病理学理论成绩 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	2013级(171人)	2014级(95人)	2015级(149人)
试验组	80.30±6.28	83.15±3.82*	79.55±6.71
对照组	77.92±6.02	79.14±8.92	70.13±13.79

注： $*P<0.05$

## 3 讨论

CPC是由哈佛大学医学院在20世纪初创建的，主要是对疑难病例或有学术价值的尸检病例的临床症状和病理诊断进行综合分析、讨论，以明确临床诊断与病理结果是否相符、治疗措施是否合适、分析病人死亡的原因和机制，仅应用于临床而不是教学。但是基于CPC能将基础与临床结合起来的特点，后来被广泛引入到病理学教学中。

病理学实验教学可使抽象的病理变化具体化、形象化，对理论授课起到了重要的支撑作用。传统的教学方法多是以教师带领学生“观察”大体和镜下标本为主，然后根据观察到的疾病的特点去画图，不仅实验课的大部分时间学生都浪费在画图上，而且学生对疾病的认识只是感性的，暂时的，死板的，存在与理论知识脱节的现象，未充分发挥病理实验教学的目的。

鉴于以上特点，本教研室尝试将CPC教学法应用于实验课的教学中，并结合实验室现有条件，准备了部分病例，在2013级、2014级和2015级临床医学专业学生中进行实践。经过3年的教学实践，整理相关数据发现，试验组不仅实验课成绩高于对照组，课堂氛围、学生的主观能动性、学习兴趣都得到了显著改善，而且病理学理论的成绩也有明显的提高( $P<0.05$ )，说明实验课对理论课的学习起到了支撑作用。CPC教学法用临病例为载体，以学生所掌握的理论知识为基础，以病理大体和组织切片为依托，使学生置身于临床诊断的情景之中，弥补传统教学方法中理论和实践脱节的不足之处，将病理学知识内化、融会贯通，值得进一步推广应用。同时，研究过程中还发现，2014级在三个年级中，2014级学生人数最少但理论成绩却是最高，因此推断小班上课比大班上课教学效果要好。

虽然CPC教学法在病理学实验教学中优势明显，但

由于教师在授课前需结合学校现有实验条件、疾病标本情况准备大量病例，不仅备课任务繁重，而且各个院校实验室建设情况又有所不同，所以要推广应用还存在一定困难。

#### 参考文献

- [1]张秋菊,李能莲,张立,等.遵循课程自身规律和特点开展病理学教学[J].南方医学教育,2017(2):32-33,31.
- [2]蒋式骊.在临床教学中开展临床病理讨论的实践和探讨[J].长春中医药

大学学报,2015(2):425-426.

- [3]杨梅松竹.临床病理讨论在病理学实验教学中的改革与创新探讨[J].基础医学教育,2015(9):785-787.
- [4]冯振中,武世伍,蔡兆根,等.临床病理讨论在病理学实验教学中的应用探讨[J].基础医学教育,2014(10):831-833.
- [5]钟本土.临床病理讨论在病理学教学中的应用[J].杭州师范学院学报(医学版),2007(4):271-273.
- [6]张秋菊,李能莲,张立,等.影响显微互动系统在医学形态学实验教学中使用的因素分析及对策[J].甘肃中医药大学学报,2016,33(3):109-110.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李丹 收稿日期:2018-05-29)

# 中国医学史课程实践体验式教学法训练项目的设计<sup>※</sup>

梁润英 刘文礼 田艳霞 郭风鹏 徐江雁 李贞莹

(河南中医药大学基础医学院,河南 郑州 450046)

**摘要:**中国医学史是一门专业基础课,我校开展实践体验式教学法,以学生为中心,通过训练项目的设计运用,拟培养学生文献搜集及利用能力、知识整合及拓展能力、语言表达能力、团队分工协作能力的训练,强化中医理论体系的认知与思维体系的构建培养,使学生在中医入门阶段形成对中医学的系统、科学认识,树立良好中医思维,为进一步学习中医基础课程和临床课程奠定坚实基础。

**关键词:**医学史;实践教学法;训练项目

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.009

文章编号:1672-2779(2018)-16-0020-03

#### The Design of Practical Experience Teaching Method Training Project in the Course of Chinese Medical History

LIANG Runying, LIU Wenli, TIAN Yanxia, GUO Fengpeng, XU Jiangyan, LI Zhenying

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

**Abstract:** The history of Chinese medicine is a professional basic course. The practice experience teaching method is carried out in our school. Taking students as the center and using the design of training projects, the training of students' literature collection and utilization ability, knowledge integration and expansion, language expression, team division and cooperation can be trained to strengthen the traditional Chinese medicine. The construction and cultivation of the cognitive and thinking system of the theoretical system makes students form a systematic and scientific understanding of traditional Chinese medicine at the beginning of traditional Chinese medicine, and set up a good thinking of traditional Chinese medicine, which lays a solid foundation for further study of basic courses and clinical courses of traditional Chinese medicine.

**Keywords:** medical history; practice teaching method; training project

实践体验式教学法,是一种以学生为中心,在教学过程中由教师担任教学组织者、帮助者和促进者的角色,利用多种教学资源通过情境模拟、师生互动、学生协作等形式实现教学内容的灵活开展,最终达到使学生有效地实现对所学知识建构目的的教学法。该教学法能最大程度发挥学习主体即学生的主观能动性,在整个学习过程中,学生始终占据主导地位,通过发现问题、解决问题达到知识的累积和经验的修正;体现了课堂教学形式的灵活性,实践体验式教学法主导的课堂教学,教师不再拘泥于传统的教学观念和教学方式,不单单是教材知识的呈现者,而是要成为教学活动的发起者、协调者、组织者以及帮助学生完成学习任务的监督者;展现了学生所学知识的实用性,由于要求学生在相对真实的情景中解决现实问题,切实

提高了学生发现、解决实际问题的能力,促使学生理解事物的本质和事物之间的相关性,使个人的知识在外部刺激下活化和深化,缩小了理论与实践的距离。

#### 1 开展实践体验式教学的意义

中国医学史课程是我校中医学、针灸推拿学及其相关专业的专业基础入门课程,往往在大学新生入学第一年开设。是以介绍中医药学的起源、形成、发展的历史过程与时代特点为主要内容的专业基础课。

通过本课程的学习,使中医药类专业学生在学医之初能够从时代发展的视角和历史进步的高度理清中医药学发展的脉络,探索和把握中医学不同时期的医学成就以及发展规律,在学习中锻炼学生发现问题、分析问题和解决问题的能力,在思想领域初步构建中医学的理论框架和知识结构,促使学生自身中医思维的萌发和成型,为更好地学习中医基础和临床课程知识奠定稳固的基础;使中医药相关类专业学生能较全面地了解中医药学的基础理论、基本特点和学术影响,有利于其更好地将中医药知识与所学专业课程有机地

\* 基金项目:河南省教育科学“十三五”规划课题【No.2017-JKCHYB-0077 16102042-2018】;河南中医药大学中医基石学科教育教学研究项目【No.2017JSJX09】

融合，从而提高人才培养质量。所以中国医学史课程的学习在中医药院校学生医学教育启蒙阶段具有非常重要的价值。

由于该课程涉及中医基础理论及临床各科知识点较多、专业术语密集，开课前学生中医学知识积累较少，对学生学习而言难度较大<sup>[1]</sup>。且由于传统教学中该课程与其他中医类课程都存在着实验与实训项目、临床实践学时设置较少，甚至缺失，理论教学所占比例过重，实践环节薄弱，学生学习兴趣不强，动手能力的培养效果不佳，中医思维和专业思想的形成受到较大约束和限制。目前关于该课程教学方法的研究多强调PBL教学法、讨论式、分享式阅读法等方面，对学生实践能力和中医思维构建的训练重视度不足。因此，如何在教学过程中有效增加形式多样的实践教学环节，弥补单纯理论教学的不足，弱化过度识记性内容比例，增强研究性、操作性内容的设置，提高课程教学质量和服务学、记、思、做等综合能力的培养水平，具有重要的应用价值。

## 2 实践体验式教学法训练项目的设计

鉴于中医基础类课程理论知识过多、实践环节缺乏，导致学生动手能力训练不足、中医思维体系构建困难等问题，我们以中国医学史课程教学为例，依托课程教学团队，根据课程覆盖不同专业的培养目标和要求，在课堂教学中，结合教学重点、难点，广泛利用社会中医药文化资源、学校教学资源及课程相关资源，合理设计实践环节及训练项目。

通过在2017级中医专业学生的实践运用，取得了好的效果。改变了沉闷的课堂气氛，调动了学生的积极性和主动性，增加了趣味性。教学团队初步设计了训练项目<sup>[2-3]</sup>，中医以及相关专业可以根据学生具体情况，老师上课选择一些条目，训练使用。

(1) 医药起源情景体验：引导学生思考原始社会为什么人的寿命短，疾病多？所患哪些疾病？得了疾病如何处理？实际到药园模仿原始人，寻找食物，在此过程中意外地发现了药物，药食同源，体会药物的起源。针刺疗法的起源，是先有穴位还是先有经络，经络是什么？古人是怎样想到用砭石刺激身体来治病的？学生实际按压穴位如合谷、足三里，体验穴位的刺激的感受。

(2) 查文献，课堂讨论医药起源问题上几种观点，医源于圣人、医源于巫、医源于动物的本能。鼓励学生勇于表达自己的观点，鼓励质疑。

(3) 查文献，就酒的发明以及现代运用课下准备内容，每组随机抽出一人上讲台进行讲解，考查学生自学能力，查阅文献、组织语言、掌握重点以及表达能力等，加强相关能力的培养。

(4) 《黄帝内经》的整体观念原则，《伤寒杂病

论》的辨证论治原则——设置场景再现中医是如何看病、治病的，强化中医思维。以小组为单位组织实施，考查学生的团队意识和团结协作精神。

(5) 十二经经络循行初步体验：在针灸铜人身上，让学生描绘十二经循行，一个学生描绘一经，知晓经络上存在有许多腧穴，针灸是如何通过经络发挥作用的，治疗效果显著。增强民族自豪感以及对祖国医学的热爱。

(6) 中医能够治疗急病吗？你认为中西医在当今是一种什么样的关系？查文献课下准备，课上小组之间就此开展辩论。通过辩论加深对中西医优势的认识。

(7) 知识拓展：中医历史上的温补派与反温补派，什么情况下用温补，有哪些方药。引导学生阅读温补学派医家的相关医著。

(8) 根据所学张仲景、孙思邈的生平事迹，探寻名老中医成才的因素：考察从医动机以及方法对成才的影响，鼓励学生结合自身情况，对未来进行职业规划和成长展望。

(9) 小组讨论：金元四大家创新对当代新一代中医有哪些启示。结合自身情况谈谈你的想法，为今后的中医创新奠定基础。

(10) 课下观看影片《大明劫》，归纳吴有性的“戾气”说，并与现代微生物的发现相比较，学会用比较的方法开展研究。

(11) 参观学校医史博物馆，了解针具的演变以及现代所用针具，了解韩国、日本等国所用针具，了解针灸的中外交流。

(12) 依据动静结合原则，骨伤手法复位，用小夹板固定，中药外治等方法，根据所学结合查阅资料，归纳中医伤科的特点，与现代伤科比较，培养中医思维，增强民族自信心。

(13) 法医学《洗冤集录》的成就，课下观看影片《大宋提刑官》，写一篇观后感。增强对宋代法医学水平的认识。

(14) 药物学史上有5次大总结，到图书馆借阅相关书籍查阅，了解5次总结的情况并熟记药物数量的变化，撰写读书报告，小组分享讨论。

(15) 课下准备，课堂讨论中医的传承教育方式有哪些方式？最值得推荐的是哪一种方法？

(16) 小组讨论：当今历史条件下，成为一名合格的中医应具备什么样的知识结构。

(17) 讨论：温病与伤寒的异同，温病、伤寒各自包含现在我们所说的那些病？温病和伤寒分别应该用什么辨证方法？

(18) 根据学生的爱好，引导学生阅读中医妇科著作，通过学习，加深对中医妇科的认识，并总结中医妇科治疗经、带、胎、产的特点。

(19) 查文献：了解当今中医在加拿大、澳大利亚等国的对外交流与传播情况。

(20) 讨论：西方医学的传入及影响。根据所学谈谈你是如何看待中医西医汇通问题的。

拟通过以上项目的训练，突出学生文献搜集及利用能力、知识整合及拓展能力、语言表达能力、团队分工协作能力的训练，强化中医理论体系的认知与思维体系的构建培养，以培养学生在中医入门阶段形成对中医学的系统、科学认识，树立良好中医思维，为进一步学习中医基础课程和临床课程奠定坚实基础。

本项目研究是我们教学团队的一种大胆尝试，已经在2017级中医专业开展运用此教学法，有一定的收获。希望这种方法对同仁们有一定的启发和帮助，助学生的成长一臂之力。

#### 参考文献

- [1]王三虎.医史教学目前存在的问题及对策[J].中华医史杂志,2003,33(2):123-124.
- [2]马丹,崔勿骄,马长春.基于中医药博物馆功能的现代教育发展模式探究[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(23):1-3.
- [3]王蕊芳.医史教育博物馆应成为大学生素质教育基地[J].辽宁中医药学院学报,2004,6(3):3.

(本文编辑:李海燕 本文校对:郭凤鹏 收稿日期:2018-04-26)

## 中医学优势浅谈

吉军

(中国中医科学院养生保健研究中心,北京 100700)

**摘要：**笔者结合自身长期临床经验，总结归纳出九大中医学优势：整体观念、辨证论治、恒动观念、实用的认知方法、重视预防与安全、心身结合治疗疾病、注重个性化治疗、药食同源协同治病、掌握适度原则。只有认清中医自身的诸多优势，并且充分发挥，才能有效地发展中医，壮大中医。

**关键词：**中医学；优势；思维方法；疗效

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.010

文章编号:1672-2779(2018)-16-0022-04

### Discussion on the Advantages of Traditional Chinese Medicine

Ji Jun

(Healthy Living Research Center, China Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

**Abstract:** Based on his own long-time clinical experience, the author summed up nine advantages of traditional Chinese medicine: the holistic view, treatment based on syndrome differentiation, concept of dynamic change, practical cognitive methods, emphasizing prevention and safety, treatment combining mind-body considerations, personalized treatment, drug-food synergism in disease management, and principle of moderation. Only by recognizing the many advantages of TCM and giving them full play can we effectively develop, strengthen and expand TCM.

**Keywords:** traditional Chinese medicine; advantage; thinking method; curative effect

近年来，中医界常有人士提出要充分发挥中医自身的优势，让广大患者都用中医防病治病，但中医的优势究竟有哪些，却很少能比较全面地讲清楚。笔者经过三十多年临床实践，不断体会总结，归纳比较，发现中医学有很多优势，其它医学体系很难比拟，而这些优势正是基于其正确理念而形成的。在诸多中医优势中，有些业界专家已经形成共识，比如整体观念、辨证论治、恒动观念三点，本文不做重点论述，有些优势则是本人在长期临床实践中体会到的，现对这些优势逐一论述，供同道研究参考。

### 1 整体观念

中医理论将人体看成一个有机的整体，人体各个部分相互联系，相互协调，密不可分，不能对人体轻易分割或破坏，只有保持其结构完整，才能保持自身气血运行的通畅。中医治病时要兼顾整体与局部，如果将其随意分割考虑处置，难免顾此失彼。如果随意破坏人体原有结构，会阻断气血运行通道而产生相应的病变。坚持整体观念不是不管局部病情，而是要努

力找到局部病情与整体的联系，找到局部发病的因果关系。中医在治病时，对于局部病证表现不是采用头痛医头的办法，而是从整体出发分析病因，加以调治。例如，很多皮肤病，表现在局部，中医治疗却从全身正邪变化考虑其发病机理，而且判断其发病因素时还要考虑气候、环境、饮食等因素的影响，从而为患者制订综合的防治方案。

中医重视人与自然的和谐，强调人体要适应自然界的变化，适应社会环境，才能获得健康。人的健康受到体内外诸多因素的影响，依据整体观中医会综合考虑发病因素，运用综合手段（不仅仅是药物、针灸、按摩、拔罐、刮痧等医用手段）维护健康治疗疾病，同时还要指导患者运用情志、运动、饮食等疗法治病，这种做法也是整体观的体现。

### 2 辨证论治

辨证论治是指医生通过四诊对疾病的表征、病位、病因、性质、正邪对比等方面综合判断，得出证候类型，进而据此制定治疗方案。中医讲求治病必求于本，

善于抓住疾病的本质，抓住患病的根本来治疗，而证候就是对疾病本质的概括。有了明确的证候才能做到“谨守病机”，抓住患病的关键采取相应的治疗措施，才能取得好的疗效。

在当今的中医临床实践中，多种因素导致的复杂性疾病、功能失调性疾病越来越多，应用多途径、多靶点综合治病，调节整体功能状态的辨证论治体系则越来越显示出强大的理论优势与技术优势，当然正确应用辨证论治，往往也能取得疗效优势。

审证求因是指中医在整体观念的指导下探求病因，除了解发病过程中可能作为发病的客观条件外，主要以临床表现为依据，通过收集、分析病证的症状、体征来推求病因，为治疗用药提供依据，这种方法亦称为“辨证求因”，它是中医探究病因的主要方法之一，也是中医病因学的一个主要特点<sup>[1]</sup>。笔者认为，审证求因体现“治病必求于本”之精神，辨证之后的求因有利于选用正确而适宜的手段治疗，对病因的探求有利于抓住病之关键，而且应当进行多层次的求因，力求做到更加精准<sup>[2]</sup>。

### 3 恒动观念

中医主张应用运动的、发展的观点看待健康与疾病，努力探索人体机能状况在一定周期内的变化规律。无论治疗与否，患者的病情都会不停的变化，既然如此，医生也应遵循客观规律，边治疗边调整，不可固守一方，贻误治疗最佳时机。虽然有的中医大夫一个方子用一辈子，但实际应用到不同患者身上，绝非一成不变，无限复制，总会因人而异地对其惯用方剂进行一定程度的调整，只不过外行人很难看清这种改动。

中医治病的总体目标是帮助患者恢复自身的阴阳平衡，中医养生则是引导人们保持阴阳平衡，而这种平衡是动态的平衡，“以平为期”。有学者认为，阴阳五行的动态平衡即是中和，它是维持人体健康的基本条件<sup>[3]</sup>。其理论基础就是《黄帝内经》所给出的经典做法：热者寒之，寒者热之，虚则补之，实则泻之。人的生命活动应无寒热虚实之偏，阴阳平衡，为了达到这个目标，中医治病养生所用手段不只是中药，只要有助于恢复阴阳平衡的手段均可应用，比如针灸按摩、情志疏导、饮食调节、音乐疗法、健身运动等。反之，人为地打破原有的阴阳平衡只能导致或加重疾病。

虽然治病方案随着病情变化而变化，但这种变化不是越大越好，越快越好，中医注重治病过程中病情恢复的平稳性。尽管医患双方都希望迅速治好疾病，但万事不可操之过急，令病情大起大落，病情变化过快过大会引发新的机体失衡，也就是新的病情。

### 4 实用的认知方法

中医应用传统文化中占主流的认知方法，即经验加直觉。有学者认为这种认知方法是中医学的特色<sup>[4]</sup>，

笔者认为，这不仅是中医的特色，更是中医学的优势。中医依靠经验和直觉从整体上、宏观上来认识和处理疾病与生命等复杂事物，而不是先把它们分割成一个个单元来认识，西方文化则主要是沿着“实证加推理”的方向发展其认知方法。运用这两种认知方法的医生看病就大不相同。医生诊治疾病本身就是一个认知病情的过程，也是一个了解患者的过程，而传统中医的认知方法主要有司外揣内、取类比象、心法和顿悟、试探与反证，至今中医仍然保留着这类认知方法，这些看似模糊、原始的认知方法具有很强的实用性，临床医生运用得当，就能诊治很多现代的疑难病症，为患者的有效治疗赢得宝贵的时间。要知道，患者最需要的是尽快治好疾病，早日消除病痛，医患双方不一定非要从微观层面搞清治好病的机理。很多疾病用现代的检测手段无法确诊，或者很长时间都难以确诊，且无相应的有效治疗方法，或者出现人们从未见过的怪病，搞不清病因和发病机理，无现成治病经验，但中医对此类疾病却能通过辨证施治，从宏观上抓住疾病的本质，通过积极治疗反而能够收到较好的疗效，这样就不会因无法从微观层面上确诊而延误治疗时机。

由于先人采用经验和直觉的认知方法，中医体系产生了很多特有的理论与治疗方法，这在临幊上能够指导医生解决很多疑难凶险病症。例如，根据同气相求理论，可治疗诸多病毒性传染病，大大降低这类凶险病种的死亡率。中医有自己的体质理论，很多疾病其实是体质出现偏颇，运用药物可以暂时纠正偏颇表现，但药物一停，病情又会复发，故有经验的中医重视体质纠偏，在用药治病的同时也用饮食、运动、疏导等手段配合纠正患者的偏颇体质。中医在实践中发明了很多独到的治疗大法，如行气、开窍、化湿、祛风、散结、泻火、温里、攻下等，为广大医生提供治疗疑难杂症的得力工具，每每用之，常收奇效。

### 5 重视预防与安全

重视养生防病，不治已病治未病的思想在维护健康、治疗疾病的过程中始终强调。“治未病”是中国传统医学的理论核心，体现了中医药预防保健的特色优势<sup>[5]</sup>。治未病的三种情形为未病先防，既病防变，瘥后防复。中医在临床时所治之病属于“既病”阶段，因此从治未病的角度来说，要注意防变，而且还会告知患者如何预防其所患疾病。

中医诊治疾病的手段对患者具有很好的安全保障。望闻问切对机体毫无损伤，常用的外治手段（如针灸、按摩、外敷、熏熨等）安全无害，内治用药在组方时大都尽量选用药食兼用的品种，或者依据丰富的中药方剂配伍理论，巧妙制约毒剧药味，以保证用药治病的同时不至于造成对患者的损害，如有必要针对严重病症运用峻烈药味时，也会强调病去十之六七即停药，

转而用平和之药善其后。

“有胃气则生，无胃气则死”，中医用药强调顾护胃气，以保证患者在治病过程中始终有充足的气血生化来源，进而让水谷精微供养周身。治病起效虽然大都较慢，但这是平稳过渡，来得更安全。有人喜欢用药显示自身技术高超，忽略养生的重要性，让大量慢性病患者长年用药，药停则病发，用药则病缓。如此反复，患者的脾胃多已受到伤害，脾胃一伤，气血生化必然受阻，体质随之下降，久而久之，患者康复无望。只有守住治病时的底线，保护好患者的胃气，才有可能保住患者的生命安全，从而为身体康复提供基础。

## 6 心身结合治疗疾病

中医主张“形与神俱”，中医在治疗躯体疾病时，非常注重精神因素对脏腑机能的影响，有经验的中医常常会关注患者精神层面出现的问题，帮助患者认清所患疾病的性质，指明患病的因果关系，以便患者能够用中医系统的治疗与康复。

据笔者观察，很多患者虽然以躯体异常表现来就诊，但其病情背后往往有情志因素的影响，当然，这些表现不一定就是西医所说的精神病，中医临床医生对于伴有心理疾病的患者会及时通过疏导解除患者的心理障碍、负担、焦虑、恐惧，帮助其树立信心，找到希望，告知其所患疾病的性质、发病原理、预后及对应的策略，这样自然会收到较好的疗效。

当今临幊上只重身体，不重心理的现象非常突出，很多患者四处求医，却从未有医生从精神层面上对其关怀、疏导和安慰，而这些恰恰是患者最为需要的。有些患者还在就医过程中受到医生的心理伤害，反而造成病情加重。中医历来重视人文关怀，在孙思邈《大医精诚》中集中体现了医生对患者的人文关怀和高尚医德。原卫生部长陈竺教授说：“和其他学科相比，医学的人文性尤其突出。医学是集科学的研究、技术创新和人文关怀于一体的，其基本任务是疾病的预防、诊断、治疗、康复，而根本目的是促进人类社会从个体到群体的身心健康。”<sup>[6]</sup>中医治病时在兼顾患者身心两个方面做得非常到位。

## 7 注重个性化治疗

辨证论治体系为临幊医生提供了抓住疾病本质的工具，但并未僵化地剥夺中医对每个患者个性化差异的调整余地。患者的病情表现在多样化，比如同样是肝火上炎，有些人会兼有血瘀证，有些人会兼有膀胱湿热，要对他们正确诊治，必须兼顾其个体的不同表现而处置，认清患者病情的个性差异，需要中医有很好的洞察能力，否则很难判断出不同患者病情的差异

所在。中医注重患者个体差异，因时因地因人调整治疗方案，而忽略病情的个性化表现，千人一方的做法，必然让部分患者因证方不完全相符而影响疗效。注重患者病情的个性化表现不是绝对的，也要兼顾其个性中的共性，这种做法才是最合理的。

中医之所以强调患者病情的个性化表现，是因为每个人天生就与其它人之间存在不同的差异，他们一旦患病，其病情也会表现出相应的个体差异，这种差异是不容忽视的，每个临床医生都应注意观察这种差异，并且为患者制订出有针对性的治病方案，进而获得更好的疗效。

## 8 药食同源协同治病

《黄帝内经》确立了中医饮食调养的总体原则：五谷为养，五畜为益，五菜为充，五果为助，气味合而服之。唐代大医孙思邈论述了饮食疗法的重要意义，他在《食治》中云：“安身之本必资于食，救疾之速必凭于药。不知食宜者，不足以存生也，不明药忌者，不能以除病也”。

先贤的正确理念为中医合理运用药食治病指明了方向。中医将一切进入人体的物质均予以考虑，综合评估各种因素对人体健康的影响。在中医看来，食物不只是营养来源，还在一定条件下用来调整人的机能，食物具有一定的偏性。例如：中医有个方剂叫五汁饮，适用于肺胃温病，其组成为甘蔗、梨子、藕、荸荠、鲜芦根。这个方剂全是由食材组成的，与药材组成的配方一样能够治病。药有药性，食有食性，但都离不开温热寒凉，升降浮沉，只不过中医大都对食物性质的研究没有药物那么系统。在临床治病时，中医会让寒证患者在服用中药方的同时多吃温热性的食物，少食寒凉性的食物，以便协同中药共同去除寒邪，尽快恢复阴阳平衡。多数中医重视药物的应用，忽略食物的调节作用，这样会让药物治疗效果得不到加强，如果患者的饮食偏嗜本身就是引发疾病的原因，不加以调控，那患者的病症很难治愈。只有药食协同方能收到最佳治病效果。

## 9 掌握适度原则

中医养生治病非常讲究适度，养生治病的措施不可不足，也不可太过。中医组方用药讲求中病即止，追求用药力度的恰到好处，这是适度原则的典型做法。中医主张治病不走极端，因为物极必反，北宋时期的著名科学家沈括对此有过精辟的举例：人们为了追求极度的酸味，在醋中加澄汁，结果所得到的不是更酸反而变甜。

有学者研究“中病即止”思想的现代意义，认为它有利于引导医学回归本来价值，有利于防止过度医



疗等<sup>④</sup>，临幊上有个别医生违背“中病即止”的原则，用藥没有节制，温补太过导致上火，苦寒泻下导致气陷，以毒攻毒导致中毒。有人为图速效，投药峻猛，病轻而药重，这样势必导致患者机体出现新的失衡，实际上是造成了新的疾病。如对热证患者过用寒凉中药，会导致患者热证表现消失而出现寒证表现，这也是误治的表现。

在中医看来，药物及其所组的方剂本身并无好坏之分，关键在于临幊医生如何正确应用、适度应用，过用补药、怕用泻药都不可取。“人参杀人无罪，大黃愈病无功”是人们对补药与泻药的偏见，也是迎合患者喜好来选药的不良习气，而中医是反对这种理念的，无论是补药还是泻药，都要用得对证，掌握适度，这样才能收到好的疗效。

## 10 结语

前面总结了中医学的诸多优势，由于笔者学识有限，难免挂一漏万，还请同道批评指正。需要强调的

是，这些优势是在正确认识与把握人的诸多本质特征的前提下，经过数千年实践积累形成并不断完善的，是经过长期临床实践检验的。当今的广大中医工作者对此应当深刻体会，自觉应用，充分发挥，大力宣传，增强学术自信，提高临床疗效，帮助更多患者康复。有人总是缺乏自信，打着学习先进的旗号，邯郸学步，不但别人的东西没有学好，自身的优勢还丧失殆尽。只有认清中医自身的诸多优势，并且充分发挥，才能有效地发展中医，壮大中医。

## 参考文献

- [1]王农银.中医基础理论[M].北京:中医古籍出版社,2003:128.
- [2]吉军.审证求因对治疗的重要性[J].中医药导报,2017,23(22):23.
- [3]梁东辉.论中医临床的思维特色与方法优势[J].环球中医药,2017,10(2):198.
- [4]王农银.中医基础理论[M].北京:中医古籍出版社,2003:6.
- [5]于晓彦,汤少梁,王高玲.“治未病”理念下的中医特色预防保健服务及政策研究[J].中国卫生政策研究,2015,8(2):71.
- [6]陈竺.医学首要特征是高度的人文性[N].健康报,2011-11-02(1).
- [7]唐旭,范俊德,王浩中.“中病即止”的医学哲学原理及现代意义[J].医学与哲学,2017,38(11A):80.

(本文编辑:李海燕 本文校对:吕 燕 收稿日期:2018-06-22)

# 湿疹的床边一体化教学设计

肖红丽 眭道顺 李东海

(广州中医药大学第一附属医院皮肤科, 广东 广州 510405)

**摘要:**根据铁涛班“强化实践能力培养”的教学理念,对湿疹课程进行了教学设计。按照湿疹章节教学的目的要求、重点难点,对教学方法、人员配置、教学内容、教学各个步骤流程及时间安排进行了详细的设计。采用床边教学方式,实施理论和临床“一体化”教学,学生直接在临幊中学习理论知识和临床实践技能,深入基层多实践,早进临幊早临证,了解诊治疾病最需要掌握的知识,明确学习目的,重点强化学生的临床能力,培养优秀的中医临床人才。

**关键词:**邓铁涛;湿疹;床边教学;一体化教学;中医临幊

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.011

文章编号:1672-2779(2018)-16-0025-03

## Integrated Bedside Teaching Design for Eczema

XIAO Hongli, SUI Daoshun, LI Donghai

(Dermatology Department, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

**Abstract:** According to the teaching concept of "strengthening clinical ability cultivation" in Tietao class, the teaching method of eczema is designed. According to the teaching purpose of eczema chapter, the teaching methods, personnel allocation, teaching contents, teaching procedures and time arrangement are designed in detail. The design is carried out by bedside teaching method, integrating theory and clinic. The students can learn theoretical knowledge and clinical skills in clinical practice directly. The integrated teaching method focuses on strengthening the students' clinical ability in diagnosis and treatment in order to cultivate excellent clinical talents of TCM.

**Keywords:** Deng Tietao; eczema; bedside teaching; integrated teaching; clinical medicine of TCM

广州中医药大学第一临幊医学院中医学专业“铁涛班”因国医大师邓铁涛而命名，是以培养“高素质、强能力的中医临床人才”为目标而选拔出的对中医有浓厚兴趣的优秀学生组建的班级。“铁涛班”在课程设置方面，对中西医相关课程进行了整合，减少课堂教學，提高自主学习比例，鼓励开展探究性教学模式

改革，实施理论和临床一体化教学，强化岭南中医药特色，强化实践能力培养，不断深化教学改革。

我院铁涛班从2015年9月组建第一批，本年级学生于2018年3月起开始进入临幊课程学习。皮肤科湿疹教学采用的教材是《中西医结合外科学》<sup>⑤</sup>。根据铁涛班“强化实践能力培养”的教学理念，50%的皮肤病各论

课程采用床边一体化教学的方式，重点培养学生的临床能力。以下为湿疹的床边教学设计。

## 1 教学目的要求

(1) 要求掌握的知识要点：湿疹的特点、诊断、鉴别诊断和治疗。(2) 要求熟悉的知识要点：湿疹的病因病理。(3) 要求了解的知识要点：湿疹的类型及不同部位的不同名称。

## 2 教学重点难点及解决办法

(1) 重点：湿疹的特点、诊断、辨证论治和外治法。(2) 难点：湿疹的鉴别诊断和外治剂型的选择。(3) 解决办法：学生进行床边临床病例讨论，教师重点分析，并结合大量典型皮损图片，加强学生对湿疹进行诊断及鉴别诊断的能力。

## 3 教学方法及人员配置

3.1 教学方法 采用理论和临床一体化教学模式，融合了案例式教学、启发式教学、探究式教学方法。

3.2 教师人员配置 带教老师1人，助教2人。

## 4 教学内容、教学过程设计、教学方法及时间安排(共120 min)

4.1 湿疹的基本知识(皮肤科病房示教室)(5 min) 介绍湿疹的定义、特点、流行性病学及皮肤科病房诊治情况。由带教老师讲述，举典型案例，利用典型湿疹图片进行形象讲述，以导入新课。重点讲述湿疹是一种过敏性炎症性皮肤病，其特点是皮疹对称分布、多形损害、剧烈瘙痒、有渗出倾向、反复发作、易成慢性。湿疹分为三类：急性、亚急性和慢性湿疹，采用各类特征性的皮疹图片加深学生的印象。并简要讲述湿疹的其它中医名称、流行病学和皮肤科诊治情况。我院皮肤科病房收治湿疹患者每年约100余例，居皮肤科住院患者总数第2位。

4.2 湿疹的病因病理(5 min) 由带教老师讲述，通过流程图介绍湿疹的西医病因病理和中医病因病机。

4.2.1 西医病因病理 ①湿疹发病的外在因素：物理因素，化学物质，生物因素，食物，生活环境；②湿疹发病的内在因素：慢性消化系统疾病，胃肠功能性障碍，精神紧张，过度疲劳，情绪变化，感染病灶，新陈代谢障碍，内分泌功能失调等；③西医病理：湿疹是由复杂的内外激发因子引起的一种迟发型变态反应。患者的过敏体质受遗传因素支配，故在特定的人群中发生，但又受健康情况及环境等条件的影响。

4.2.2 中医病因病机 湿疹由禀赋不耐，饮食不节，过食膏粱厚味和辛辣血腥之品，脾胃受损，脾失健运，湿热内生，或外感风邪，内外两邪相搏，风、湿、热

邪浸淫肌肤所致。急性者，以湿热为主；亚急性者多与脾虚湿蕴有关；慢性者则多病久耗伤阴血，血虚风燥，致肌肤甲错。

4.3 湿疹的诊断要点(5 min) 由带教老师讲述，结合临床病例，利用典型湿疹图片进行形象的详细讲解。主要根据湿疹的临床特点进行诊断，以图片展示各类型湿疹及特定部位湿疹的不同皮损表现及特点，加深理解。急性期皮损表现为多形性、有渗出倾向、瘙痒剧烈、对称分布等，慢性期皮损表现为苔藓样变等特征，亚急性期皮损介于急、慢性之间的皮损表现。

4.4 对湿疹典型临床病例进行病史采集、体格检查、病例分析及讨论(45 min) 每组学生以一个典型湿疹病例为载体，引导学生完成病史采集及体格检查，同时分组探究性地讨论疾病的病因、鉴别诊断及治疗措施，增加学生的参与度，提高临床诊疗思维能力。

4.4.1 分组 将所有学生(共33人)分为3组，每组11人，选取1名学生为组长，每组分配1名湿疹患者。要求学生穿好工衣，带教老师及助教带领各组学生到指定的患者床边。

4.4.2 病史采集及体格检查(15 min) 各组选取1名同学代表对患者进行采集病史、体格检查，其它同学可做补充，带教老师或助教需全程参与其中，针对同学在病史采集、体格检查过程中的遗漏和不当，可做指导和补充。

4.4.3 病例讨论(30 min) 每组学生完成病史采集及体格检查后回到示教室，由组长主持对病例展开探究讨论。针对每组病例，需完成以下问题：①发生本病的原因有哪些？本例患者的中、西医病因病理是什么？②结合病史及体格检查，为了明确诊断还需完善哪些辅助检查？③本病需与哪些疾病相鉴别？如何鉴别？④根据患者目前具体情况，应该采取什么治疗措施（包括中、西医治疗，内、外治法）？各组将讨论结果做好笔记，选派1名代表准备汇报。

4.5 学生汇报及教师点评(25 min) (1) 学生代表汇报15 min(每组5 min)。每组学生选派1名代表将本组的讨论结果汇报，不准照课本宣读，可根据手写笔记陈述。

(2) 教师点评(10 min)。带教老师根据学生汇报情况加以点评分析，针对病史采集、体格检查、诊断、治疗方案的错漏之处进行纠正和补充。

4.6 知识点强化(30 min) 湿疹章节重点要掌握的知识点是湿疹的特点、诊断和治疗。难点是湿疹的鉴别诊断和外治剂型的选择。教师对重要知识点加以强化，加强学生对湿疹进行诊断、鉴别诊断和制订适当诊疗



方案的能力。湿疹章节的重要知识点如下。

**4.6.1 湿疹的特点** 皮疹对称分布，多形损害，剧烈瘙痒，有渗出倾向，反复发作，易成慢性。

**4.6.2 湿疹的诊断** 主要根据皮损的特点进行诊断，结合病史及特征性临床表现又可分为急性、亚急性和慢性湿疹。

**4.6.3 湿疹的鉴别诊断** 结合典型图片进行对比讲解。

①急性湿疹与接触性皮炎相鉴别：急性湿疹的病因常不明确，皮损表现为多形性，境界不清，可发于任何部位，常对称分布，有复发倾向；接触性皮炎常可发现明显致病外因，皮损表现比较单一，境界清楚，主要发于接触部位，去除病因较快痊愈。

②慢性湿疹和神经性皮炎相鉴别：慢性湿疹常由急性转变而来，有反复发作的亚急性史，急性期先有皮疹后有痒感。慢性湿疹的皮损表现为暗红、浸润肥厚明显、色素沉着，周围出现小丘疹、丘疱疹，好发部位可在任何部位，常局限于外阴、阴囊、小腿伸侧、面部；神经性皮炎多先有瘙痒感，搔抓后出现皮疹，皮损表现为扁平丘疹，密集成片，苔藓样变，边缘见扁平发亮的丘疹，好发部位是颈、项、肘膝关节伸侧、肘窝、骶尾部。

#### 4.6.4 湿疹的治疗

**4.6.4.1 辨证论治** ①湿热蕴肤证表现为发病急，病程短，皮损潮红，有丘疱疹，抓破渗液流滋水，灼热瘙痒，伴心烦口渴，身热不扬，大便干，小便黄赤。舌红，苔薄白或黄、脉滑或数。治以清热利湿止痒之法，以龙胆泻肝汤合萆薢渗湿汤加减。②湿热浸淫证表现为发病时间短，皮损潮红，水疱，糜烂，渗液，灼热剧烈瘙痒，抓破滋水淋漓，浸淫成片，伴身热不扬，腹胀便溏，小便黄。舌红，苔黄腻，脉滑数。治以清热利湿、解毒止痒之法，以龙胆泻肝汤合五味消毒饮加减。③脾虚湿蕴证表现为发病较缓，皮损潮红，有丘疹，水疱不多，抓后糜烂渗出，瘙痒，伴纳少，神疲，腹胀便溏，易疲乏。舌淡胖，苔白腻，脉弦缓。治以健胃除湿止痒之法，以除湿胃苓汤或参苓白术散加减。④血虚风燥证表现为反复发作，病程缠绵，数年不愈，皮损色暗或色素沉着，或皮肤粗糙肥厚，剧痒，伴有口干不欲饮，纳差，腹胀。舌淡，苔薄，脉弦细。治以养血润肤、祛风止痒之法，以当归饮子或四物消风散加减。

**4.6.4.2 中医外治法** 根据皮肤病外用药物的使用原则进行讲述。①急性湿疹：外治宜清热安抚，避免刺激。初起仅有红斑、丘疹、少量水疱而无渗液时，可选用苦参、大飞杨、九里明、地肤子、荆芥等煎汤温洗，

或用10%黄柏溶液、三黄洗剂、炉甘石洗剂外搽。若水疱糜烂，渗出明显时，可选用地榆、黄柏、苦参、马齿苋、野菊花等煎汤，或10%黄柏溶液等湿敷。急性湿疹后期滋水减少时，可选用青黛膏、黄连膏外搽。②亚急性湿疹：外治原则为消炎，止痒，燥湿，收敛。可选用三黄洗剂、氧化锌油、3%黑豆馏油、2%冰片等外搽。③慢性湿疹：外治原则为止痒，可外搽青黛膏、5%硫磺软膏、10%~20%黑豆馏油软膏等。

**4.6.4.3 西医内用药物** 多采用抗组胺药，钙剂治疗。皮质类固醇激素适用于皮疹广泛、炎症严重的急性湿疹，合并感染时应选用有效抗生素。

**4.6.4.4 西医外用药物** ①急性湿疹：渗出明显时可用3%硼酸溶液湿敷，无渗出糜烂可用炉甘石洗剂外搽；②亚急性湿疹：皮质类固醇激素霜剂，或氧化锌糊剂等；③慢性湿疹：选用皮质类固醇激素软膏、10%硫黄软膏、20%黑豆馏油软膏。

#### 4.7 小结与思考（5 min）

**4.7.1 教师总结归纳知识要点及临床思路** ①根据学生在床边教学过程中的表现，肯定其优点，指出其不足，积累临床经验；②强调湿疹的特点、诊断要点及鉴别诊断；③一般湿疹的急性、亚急性、慢性期均可用中医辨证施治，配合中药外治，疗效较好。对急重泛发性湿疹，应及时中西医结合治疗；④西医主要用抗组胺药，常规治疗不能控制病情时，可短期、小剂量或中剂量使用皮质类固醇激素，病情稳定后，逐渐停用激素，改用中药治疗；⑤皮质类固醇激素外用药长期使用有一些副作用，特别是儿童、面部使用者应注意。

**4.7.2 布置思考题** ①如何鉴别慢性湿疹和神经性皮炎？②如何鉴别急性湿疹和接触性皮炎？③湿疹的辨证分型有哪几种，其治法及代表方剂是什么？④针对急性、亚急性及慢性湿疹的皮损特点，应如何选用外用药物？

广州中医药大学第一临床医学院“铁涛班”的设立，是一种探究性教学模式改革，是一种教学方法的自我突破，减少课堂教学的照本宣科，提高学生自主学习的积极性。深入基层多实践，早进临床早临证，学生直接在临床中学习理论知识和临床实践技能，了解诊治疾病最需要掌握的知识，明确学习目的，重点培养临床实践能力，必将造就优秀的中医临床人才。

#### 参考文献

- [1]郑泽棠.中西医结合外科学[M].广州:广东高等教育出版社,2007:677-682.

（本文编辑:李海燕 本文校对:林少健 收稿日期:2018-05-22）

# 护理教学中床边护理的应用价值分析

郝雪然<sup>1</sup> 李晓琳<sup>2</sup>

(1 中国医科大学附属第一医院老年病呼吸感染科, 辽宁 沈阳 110001;

2 中国医科大学附属第一医院心血管内科 辽宁 沈阳 110001)

**摘要:** 目的 对在护理教学中应用床边护理教学的价值进行分析, 以探讨此种护理教学模式的教学效果。方法 以2016年参加护理专业的学生200例作为研究对象, 按学号的奇偶数分为考查组和对照组。每组100名。考查组在常规护理带教方案的基础上进行系统的床边护理教学。对照组只采用常规护理带教方案进行带教。观察期满后, 将2组护生的理论考试成绩和护理技能操作成绩进行比较。结果 2组护生的理论考试成绩差异, 无统计学意义( $P > 0.05$ ) ; 2组护生的护理技能操作成绩差异, 有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 在护理教学中应用床边护理教学, 能够提高护生的技能操作水平, 为护生们以后的正式上岗做好坚实的基础, 得到了用人单位的一致好评, 值得在以后的临床护理带教中推广运用。

**关键词:** 护理学; 教学法; 床边护理; 技能操作

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.012

文章编号:1672-2779(2018)-16-0028-02

## Analysis on the Application Value of Bedside Nursing in Nursing Teaching

HAO Xueran<sup>1</sup>, LI Xiaolin<sup>2</sup>

(1. Department of Geriatric Respiratory Infection, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China;

2. Internal Medicine-Cardiovascular Department, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

**Abstract: Objective** To analyze the value of bedside nursing teaching in nursing teaching in order to explore the teaching effect of this kind of nursing teaching model. **Methods** 200 nursing students in 2016 were divided into experiment group and control group according to the odd and even number of student number. There are 100 people in each group. The experiment group carried out systematic bedside nursing teaching on the basis of routine nursing teaching program. In the control group, the routine nursing program was used only. At the end of the observation period, the scores of theoretical examination and nursing skill were compared between the two groups. **Results** There was no significant difference in the scores of theoretical examination between the two groups ( $P > 0.05$ ) . There was significant difference in nursing skill between the two groups ( $P < 0.05$ ) . **Conclusion** The application of bedside nursing teaching in nursing teaching can improve the skill level of nursing students and provide a solid foundation for nursing students to take up their posts in the future, which has been well received by employers. It is worth popularizing and applying in clinical nursing teaching in the future.

**Keywords:** nursing; teaching method; bedside nursing; skill operation

随着社会的进步, 人们的健康意识和对健康服务的要求也越来越高。护士是医疗健康服务的重要组成部分, 培养高素质的护理专业人才是刻不容缓的任务。护理教学是培养护理专业人才的重要环节, 传统的护理教学重理论轻实践, 导致刚毕业的护理专业学生在走上工作岗位的初期实际动手能力不足, 需要用人单位花费精力重新培养, 临床带教没有起到应有的作用。近年来, 我们改变了护理带教模式, 加强了床边护理教学的应用, 取得了满意的效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 以2016年护理专业的学生200例作为研究对象, 按学号的奇偶数分为考查组和对照组。每组100名。考查组护生男9名, 女91名; 年龄19~24岁, 平均(21.5±2.4)岁; 中专30名, 大专50名, 本科20名。对照组护生男11名, 女89名; 年龄18~24岁, 平均(22.5±2.1)岁; 中专31名, 大专49名, 本科20名。2组护生的性别、年龄、学历、观察周期等差异无统计

学意义, 具有可比性。( $P > 0.05$ )

**1.2 方法** 对照组只采用常规护理带教方案进行护理带教。

考查组在常规护理带教方案的基础上进行系统的床边护理教学。护生入科后, 由带教护士进行一对一的带教。入科第1周: 护生先熟悉病区环境、掌握各班的职责, 了解病区的特点。入科第2周: 熟悉病区常见病种的护理常规, 在带教老师的引导下运用护理程序全方位护理3~4位患者。从第3周开始: 带教老师主持1次床边护理查房作为示范, 并进行知识培训。每次选取1位护生作为主查护生, 由其自主从所分管患者中选取1位作为自己的查房对象, 并取得患者的同意。1~2天后由带教老师或护士长主持下, 主查护生进行床边查房, 并在结束后书写查房总结。主查护生进行自我介绍并感谢患者的配合, 床边汇报患者的基本情况、简要病史、护理诊断、护理措施、护理效果及现存的护理难点和护理问题。查房过程中, 主

查护生与患者进行交流并对患者进行体格检查和相关操作，讲解疾病相关知识并提出问题。带教老师对护生汇报的内容给予补充和修正，对疑难的护理问题提出指导性的意见。参加查房的护生则观察整个过程，对查房的内容进行讨论、提出疑问、陈述自己的观点。最后主持者从教学和护理的角度进行总结和点评，提出建议和要求。查房结束后发放调查表，听取护生和带教老师的意见，改进不足的地方<sup>[1]</sup>。

**1.3 观察指标** 观察期满后，将2组实习护生的理论考试成绩和护理技能操作成绩进行比较。理论考试主要是护理学基础的理论知识的考查，通过试卷的形式进行。护理技能操作考核主要是临床技能，主要包括对临幊上常用的护理技能的考核。比如：静脉注射操作、肌内注射操作、皮试操作、导尿管的操作、铺备用床、无菌技术的操作等方面。

**1.4 统计学方法** 将收集好的资料录入表格，用SPSS 24.0软件包进行统计学分析，分别通过t检验、秩和检验进行分析，检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P>0.05$ 为差异无统计学意义， $P\leq 0.05$ 将认为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组护生理论考试成绩比较** 对照组和考查组护生的理论考试成绩比较，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，说明床边护理带教对2组护生的理论成绩没有显著性影响，详细情况见表1。

表1 2组护生理论考试成绩比较 [人数(%)]

组别	护生数	80分以上(含80分)	60~80分(含60分)	60分以下
考查组	100	60(60)	31(31)	9(9)
对照组	100	55(55)	35(35)	10(10)

注：与对照组比较， $P>0.05$

**2.2 2组护生技能操作考核成绩比较** 2组护生的技能操作考核成绩对比，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )，考查组护生的技能操作考核成绩明显高于对照组，说明床边护理带教能够明显提高学生的临床护理操作技能，详细情况见表2。

表2 2组护生技能操作考核成绩比较 [人数(%)]

组别	护生数	80分以上(含80分)	60~80分(含60分)	60分以下
考查组	100	74(74)	23(23)	3(3)
对照组	100	54(54)	36(36)	10(10)

注：与对照组比较， $P>0.05$

## 3 讨论

护生在临床的过程中，经常会出现眼高手低的问题，理论知识都明白但临床实际操作技能欠缺，导致影响护生的学习活动。目前，医学院、护理学院等都越来越重视传统带教模式的改变。其中床边护理教学模式在临床学习中的应用越来越多。通过床边护理教学模式与传统的临床教学相结合，不仅有效实现了传

统教学方法的改变，还能够进一步提升护生的临床实践能力，应用优势明显。床边护理教学的方式符合以护生为中心的教学要求，保证了护生主动的参与教学活动，充分发挥了教师“主导”及护生“主体”的作用，实现了护生为主体的成功转换。这对于护生能够顺利成长为一名优秀的临床护士至关重要<sup>[2-3]</sup>。

本研究结果表明，对照组和考查组护生的理论考试成绩比较，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。对照组和考查组护生的技能操作考核成绩比较，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )，考查组护生的技能操作考核成绩明显高于对照组，说明床边护理带教能够明显提高学生的临床护理操作技能。

通过床边护理教学的实施，可以将临床护理实践中遇到的问题提前交给护生，他们可以在实践中掌握处理此类问题的方法，并且养成独立思考问题的能力，为他们以后的上岗工作打下良好的基础。另外，床边护理教学还可以增加护生的学习兴趣，进而提高教学质量和学习的效果<sup>[4-6]</sup>。通过解决临床中的实际问题，护生可以获得实际问题解决后的满足感，提高对自我的认知能力，能够更好地实现自我的价值。床边护理教学能够使护生学会换位思考，尝试体验患者的感受，学习以患者的立场去思考并解决问题，树立关爱的观念，设身处地为患者着想，学会倾听患者的心声，有利于建立和谐的护患关系，同时也有利于自身职业道德的建立<sup>[7-9]</sup>。

总之，在护理教学中应用床边护理教学，能够提高护生的技能操作水平，保持优秀的理论成绩，为护生们以后的正式上岗打好坚实的基础，得到了用人单位的一致好评，值得在以后的临床护理带教中推广应用。

## 参考文献

- [1]嵇秀明,冯世萍,周月琴.以护生为主体的床边护理教学查房实践[J].当代护士(上旬刊),2016(2):155-157.
- [2]洪小梅.体验式教学法在ICU新护士培养中的作用分析[J].基层医学论坛,2018,22(3):399-400.
- [3]姚春梅,刘霞,雷艳娟.床边护理教学查房中模式探讨[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(22):4261.
- [4]孙林霞,王玉芳.专科规范化床边护理教学查房的实施效果观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(10):1339-1341.
- [5]张敏,蒋萍,聂雷霞,等.移动智能手持终端ipad在护理教学查房中的应用效果[J].华南国防医学杂志,2016,30(3):178-180,219.
- [6]孔令瑜,雷良蓉,余红梅,等.运用课堂与床边相结合教学法提高护生实践技能[J].卫生职业教育,2015,33(9):84-85.
- [7]刘博.床边护理教学在护理教学中的应用价值分析[J].吉林医学,2014,35(33):7490-7491.
- [8]雷泽秋.实施床边二级护理查房在护生素质养成教育中的应用探讨[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(14):2155-2156.
- [9]李佳敏.高职《老年护理》床边教学的实践与探索[J].科技信息,2012(19):295.

(本文编辑:李海燕 本文校对:巩冰琦 收稿日期:2018-04-20)

# 西院校基于实用中医教学的思考和体会

叶 敏

(海军军医大学第二附属医院中医科, 上海 200003)

**摘要:** 随着教改的深入推进, 对教育模式的进一步探索, 在西院校开展中医教学, 当以“实用”为目的, 将有限的教学课时, 变得形象生动, 易于西医学生理解, 将中医课程打造成一门临床实用学科。本文针对笔者从2012年以来对中医学基础课程教育的任职经验, 以及西院校的中医教学实际需求, 谈了对中医教学改革的思考和体会。

**关键词:** 西院校; 中医教学; 实用

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.013

文章编号:1672-2779(2018)-16-0030-02

## Thinking and Experience of the Implementation of Traditional Chinese Medicine Teaching in Western Medical Colleges Based on the Premise of "Practicality"

YE Min

(Department of Traditional Chinese Medicine, the Second Affiliated Hospital of Naval Military Medical University, Shanghai 200003, China)

**Abstract:** With the deepening of education reform and further exploration of the education mode, it should be "practical" for the purpose in carrying out TCM teaching in Western Medicine College. Then the students in Western medical colleges can understand traditional Chinese medicine more vividly in limited teaching hours. In view of the author's experience in the education of basic courses of traditional Chinese medicine since 2012, the reform and thinking of TCM teaching for the actual needs in Western medicine colleges will be discussed.

**Keywords:** Western medical college; traditional Chinese medicine teaching; practical

目前, 随着教学改革的深入推进, 西院校中如何有效开展中医教学, 被越来越多的教育工作者重视。笔者所在教学单位为海军军医大学, 是一所以开展西医教学为主的综合性医学院校, 笔者从事教学工作6年来, 一直在思考如何让西医学生学好中医学, 爱上中医课, 能在将来的工作中会用中医药。笔者认为, 要做好这几点, 应当从“实用”二字出发, 我们应该从临床实际应用出发, 给西医学生带去实用的中医学课程。以下是笔者的一点思考和体会。

### 1 “辨证”和“辨病”相结合的教学方式

中医学是一门宇宙视角的生命医学, 是一门探究生命的功能医学, 是一门文理并存的自然医学, 是一门呵护生命的健康医学。中医理论博大精深、深奥难懂, 以整体观念、辨证论治为核心理论, 在教学过程始终贯穿, 对于西院校的学生来说, 这也是中医区别于西医的鲜明特征。但是中医这种以四诊收集临床信息, 以中医理论加以分析的诊疗模式, 是在古代那种历史条件下形成的, 随着历史的进步, 科学的发展, 人们对生命和疾病认识的不断深入, 显露出其不足之处。许多疾病早期症状隐匿, 单纯以外在表现无法察觉。因此, 笔者认为, 如何弥补中医诊疗的不足, 同时又能发挥中医的特长, 就必须辨证和辨病相结合, 同时也需要将这一点融会贯通在西院校的教学过程中。

在教学过程中, 施教者需告诉学生, 临床中许多

专药都是直接针对疾病的, 如百部抗痨<sup>[1]</sup>、常山截疟<sup>[2]</sup>, 可不必辨证。然而施教者还需告诉学生, 辨病只是指明了疾病的大方向, 所谓辨病识源, 要真正全面掌握疾病, 还需在整体观念下, 辨证识机。如2003年肆虐全球的SARS, 中医人一句SRAS属于“风温”的呐喊, 使中医药防治SRAS的疗效大增, 其成果最终获得了世界卫生组织的肯定<sup>[3]</sup>。在教学中, 辨病和辨证结合的中医诊疗观是教授传统中医药的优势, 也便于西医学生更加容易清晰地理解传统中医。

### 2 有针对性地选择中药

在传统的中医药大学教学系统里, 中药的教学系统详细, 以疗效及临床运用为主, 分为解表药、清热药、泻下药、活血化瘀药、化痰止咳平喘药、平肝熄风药、开窍药、补虚药等。这是为了中医科班出身的学生系统学习, 但是对于西院校的学生而言, 这样的分类显得有些种类繁多复杂, 不利于学生的理解记忆, 也无实际的临床应用意义。笔者认为对于西院校的学生, 并不在于交给他们大量的中药种类数量, 而是需要更有针对性的中药选择。

以补益药为例, 可以选择人参、当归、党参、黄芪、冬虫夏草、西洋参, 这些补益类药物在市场上被广泛推崇, 教师的职责是让学生充分认识其性味归经, 辨别其寒热属性, 引导其正确适应证。

我校作为海军军医大学军队院校, 笔者认为还需加重常用军队用途中草药的比重, 一些清热解毒解表

药也可以归于此类。避秽药，凡具有避除秽浊疫疠之气，抵御邪气作用的药物，这些药物多属辛味，具有解表散寒、解暑化湿等功效，可以治疗感冒、急性胃肠炎、中暑等军队常见病。如紫苏、藿香、生姜等。清热解毒药，凡能清热解毒，治疗各种热毒证的药物，这类药物药性寒凉，具有清热泻火、凉血解毒、清虚热等功效，可用于治疗各类感染、烧烫伤、中暑、湿疹、虫蛇咬伤等多种部队常见病，如金银花、蒲公英、青蒿、马齿苋等。止血药，凡能制止体内外出血的药物，此类药物具有收敛、凝固、清营、凉血等功效，各种出血性疾病是部队的常见病，在野战环境下出血性疾病更是战争死亡的首要原因，如大小蓟、三七、蒲黄、艾叶等。止痛药，凡具有止痛作用的药物，此类药物性辛温，有行气止痛、镇痛解痉等功效，可用于治疗各类跌打损伤等部队常见病，如延胡索、细辛、洋金花等。

### 3 中成药穿插于经典方剂的教学

对于中医医生或是中医院校的学生来说，学习方剂学时绕不开的记忆是背诵方歌。对于中医院校的学生来说，背诵方歌尚且是十分困难的事情，如果要求西医院校的学生去记忆方剂更有些强人所难。同时西医院校的中医学课程学时少，通常学习时间仅为一个学期。通过短短一个学期中医学的学习，就想让学生们在以后的行医生涯中，学会如何开方是不现实的，因此笔者认为我们需要在中药这部分的教学中，完成几部分关键点的学习。

第一是了解经典方剂。经典方剂是传统中医学几千年沉淀下来的精华，让西医学生看到传统中医的魅力，有助于推动和发展祖国医学。授课者需要让学生们了解祖国医学几千年来总结的经典方剂，比如桂枝汤、麻黄汤、四物汤、四君子汤、八珍汤、逍遥散、十全大补汤等。在了解这些经方后，我们想让学生掌握的是这些经方幻化出来的中成药，如逍遥丸、藿香正气滴丸，麻子仁丸，即为第二点，要求学生能掌握临床常用中成药。第三是最重要的一点：应当让学生牢记中成药的寒热属性。授课者要让学生明白，并不是所有的感冒都用小柴胡颗粒，也不是所有的咳嗽都用川贝枇杷膏。这一点也是目前临幊上实际存在的普遍问题，中成药在临幊上大范围的使用，呼吸科的西医医生往往不辨寒热、有痰无痰、新咳久咳，有咳嗽就用川贝枇杷膏，可能会造成治疗效果不佳，更有甚者可能会认为是中成药效果不好。因此笔者认为，为了弥补西医医师的这部分短板，应该从学生抓起，在课堂上就重视这部分的教学，选取临幊常见的疾病，

如感冒、咳嗽、便秘等，融会贯通中医学辩证论治的精髓，教给学生实用的临床辨证辨病用药的能力。笔者曾以感冒为例，写过类似的教学论文。风寒感冒当以正柴胡颗粒为主，风热感冒当选双黄连口服液为主，暑湿感冒当选藿香正气散为主<sup>[2]</sup>。

### 4 治疗中医疾病时实际操作运用的重要性

传统医学治病，除了中药方剂，还有博大精深又实施有效的其他治疗方法，比如针灸、推拿、拔罐、灸法、刮痧等，这些治法操作简洁又疗效明确，有些甚至是平时家中就可以自己操作。笔者认为，在中医课程体系设置中突出实践教学，增加临床实践课程比例，突出中医特色实用技术课程，增加针灸、推拿、火罐、刮痧等中医传统实用技术课程比重，教会西医院校的学生这些治疗手段，远比教会他们强记几个中药疗效、方剂组成有意义的多。

比如操作简单的刮痧疗法，其刮痧用具易得，无论是牛角类、玉石类，或者是最方便的陶器类，器材随处可见。其刮痧方法易学，知道刮痧板手持方法，了解刮痧次序及刮痧方向，掌握刮痧时间及程度，即是大致掌握了刮痧的诊疗要点。对于西医院校的学生，这些带有操作性质的诊疗方法，不仅形象生动，便于掌握和学习，而且比方剂更具有临床实用性。

总而言之，笔者认为，在西医院校中开展传统中医学的教学，需要与中医院校做出本质的区别，无论是从中医经典理论的传授，还是中药方剂、治疗方法的选择，都需要从“实用”出发，这样可以激发西医学生的上课积极性，增加临床操作运用的可能性，而不是以往将中医教学仅停留于课堂上，将教育成果体现在试卷上。

### 参考文献

- [1]杜彰.百部抗痨丸的制备与质量控制[J].山西中医,2009(12):50.
- [2]周泽琴,张雄飞,胡梁及,等.抗疟中草药筛选及其有效部位研究[J].亚太传统医药,2015,11(16):6-8.
- [3]石历闻.浅论SARS的病因及防治[J].南京中医药大学学报,2003,19(4):201-203.
- [4]叶敏.中成药在西医院校中医感冒教学中的运用[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(19):124-125.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孙大志 收稿日期:2018-05-22)

中医  
与  
医

# 中医妇科临床中的SOAP教学方法分析

崔明华<sup>1</sup> 李 韶<sup>2</sup> 李晓曦<sup>3</sup>

(1 长春中医药大学附属医院妇科, 吉林 长春 130021;  
 2 长春中医药大学附属第三临床医院针灸科, 吉林 长春 130000;  
 3 长春中医药大学附属第三临床医院护理部, 吉林 长春 130000)

**摘要:** 目的 分析中医妇科临床中的SOAP教学方法。方法 选取2017年4月—2018年3月在妇科轮转实习的60名中医学专业实习生, 将所有学生随机分为观察组( $n=30$ )与对照组( $n=30$ )。对照组采用传统临床教学方法, 观察组给予SOAP教学方法, 对比2组学生的中医妇科学考核成绩及其对教学效果的满意度。结果 观察组学生的中医妇科学理论成绩(除病例分析外)与对照组相比, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 其病例分析和临床辨证思维考核成绩明显高于对照组( $P<0.05$ )。观察组学生对教学效果的满意度显著高于对照组, 差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 与传统临床教学方法相比, SOAP教学法应用于中医妇科学临床教学中, 有助于提高学生的临床辨证思维能力, 提升教学质量和教学满意度, 值得临床借鉴和推广应用。

**关键词:** 中医妇科; 传统临床教学方法; SOAP教学方法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.014

文章编号:1672-2779(2018)-16-0032-02

## Analysis on the SOAP Teaching Methods in Clinical Gynecology of Traditional Chinese Medicine

CUI Minghua<sup>1</sup>, LI Tao<sup>2</sup>, LI Xiaoxi<sup>3</sup>

- (1. Department of Gynecology, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China;
2. Department of Acupuncture and Moxibustion, the Third Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130000, China;
3. Nursing Department, the Third Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130000, China)

**Abstract: Objective** To analyze the SOAP teaching methods in the clinical gynecology of traditional Chinese medicine. **Methods** from April 2017 to March 2018, 60 Chinese medicine clinical interns were randomly divided into two groups, the observation group ( $n=30$ ) and the control group ( $n=30$ ). The control group used the traditional clinical teaching method, and the observation group was given the SOAP teaching method. The examination results and their satisfaction with teaching effect were compared. **Results** There was no significant statistically difference in the scores of TCM gynecology except case analysis between the observation group and the control group ( $P > 0.05$ ), and the scores of case analysis and clinical dialectical thinking were significantly higher in the observation group than those in the control group ( $P < 0.05$ ). The satisfaction of the students in the observation group was significantly higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Comparing with traditional clinical teaching methods, SOAP clinical teaching method applied in clinical teaching of TCM gynecology helps to improve students' clinical thinking ability, the teaching quality and teaching satisfaction, and is worthy of clinical reference and application.

**Keywords:** gynecology of traditional Chinese medicine; traditional clinical teaching method; SOAP teaching method

中医妇科学是一门中医特色明显、专业性强的中医临床学科<sup>[1]</sup>。目前现代妇科学中非手术治疗方法仍然十分匮乏, 而中医妇科学的特殊诊疗方法显示了其独特的优势<sup>[2]</sup>。中医妇科临床教学的主要目的是通过门诊或病房的临床教学, 培养学生的临床辨证思维能力, 使学生将所学理论知识与基本技能充分运用于临床实际中, 完成理论学习向临床思维的转变<sup>[3]</sup>。SOAP教学方法是指临床医生在临床教学中, 以问题模式记录病历, 进行健康问题描述的一种教学方式<sup>[4]</sup>。此次研究中笔者在中医妇科临床教学中引入SOAP教学方法, 并与中医妇科学临床带教特色模式相结合, 取得良好的教学效果, 具体如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2017年4月—2018年3月在我院妇科轮转实习的60名中医学专业实习生作为此次的研究对象, 将所有学生随机分为观察组( $n=30$ )与对照组( $n=30$ )。观察组: 男性8名, 女性22名; 平均年龄(23.6±

3.0)岁。对照组: 男性10名, 女性20名; 平均年龄(23.5±3.5)岁。2组学生的年龄、性别、入科成绩等基本资料相比, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 方法** 对照组学生采用中医妇科传统临床教学方法, 即按照中医妇科教学目标及教学大纲要求, 以带教老师为中心, 以讲授为主要方式, 进行有计划的临床教学工作。观察组采用SOAP教学方法, 即将SOAP式问题描述法内涵与中医妇科临床教学特色相结合, 具体为: ①S: 即主观资料(subjective data), 也就是患者提供的包括主诉、既往病史、现病史、家族遗传史等基本资料。教学中可提醒学生应保持中医临床思维模式, 如按照患者的月经周期及月经量进行分类划分, 对月经过少、月经过多、月经先期、月经后期等进行中医辨证分析, 同时结合基础体温、性激素检查、B超等临床结果进行西医鉴别诊断; ②O: 即客观资料(objective data), 也就是医生在临床诊疗过程中所获得的患



者基本体征、实验室及其他辅助检查等资料。在中医妇科学临床教学中，指导学生进行中医四诊检查，即望诊、闻诊、问诊、脉诊，可通过望形态、神色、舌苔、舌质，切脉、妇科检查等获得基本病情资料；③A：即评估（assessment），是指医生通过综合分析及评估已获得的患者的主、客观资料，对其症状、体征及检查结果作出诊断、鉴别，并评估预后等。在中医妇科学教学中可通过对四诊资料的综合分析对患者进行中医辨病、诊断及病症分型。如“出血”就诊患者，可通过中医四诊了解基本病情，同时结合现代医学检查项目进行妊娠病、月经病及其他杂病的鉴别并给予合理的诊疗方案；④P：即计划（plan），是针对就诊患者的健康问题制定的合理诊疗，包括为明确诊断所需的各项检查及针对健康问题所采取的干预措施。在中医妇科学教学中也就是进行中医病症的论治，即列出中医辩证治法及组方用药，同时给予患者饮食、生活、运动等指导。上述SOPA临床教学过程结束后，对2组学生进行考核，并评估教学效果满意度。

**1.3 观察指标** 比较2组学生的中医妇科学考核成绩及其对教学效果的满意度。学生出科时对其进行出科考核，包括理论考核和辩证思维考核，采用考核试卷，内容包括客观题、简答、论述题以及病例分析题。教学满意效果采用教学满意度调查表，在学生轮转出科时发放并回收，其中共发放60份，回收60份，回收率为100%。教学调查表共20项，每项5分，总分100分，其中很满意：>90分；满意：75~90分；一般满意：60~75分；不满意：<60分。满意度=（很满意+满意+一般满意）例数/总例数×100%。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 19.0软件进行数据的统计与分析，计量资料数据用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，作t检验；计数资料以（%）表示，理论频数 $T>5$ ，用 $\chi^2$ 检验，理论频数 $T<1$ ，用确切率检验； $P<0.05$ 表明差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组学生中医妇科学考核成绩比较** 观察组学生的中医妇科学理论成绩与对照组相比，差异无统计学意义 $(P>0.05)$ ，其临床辩证思维考核成绩明显高于对照组 $(P<0.05)$ ，见表1。

表1 2组学生中医妇科学考核成绩比较 $(\bar{x}\pm s, 分)$

组别	例数	客观题	论述及简答题	案例分析题	临床辩证思维能力
观察组	30	24.14±5.13	40.07±6.54	9.03±2.32	23.15±3.07
对照组	30	23.41±4.69	40.93±4.81	6.91±2.91	17.08±2.14
<i>t</i> 值		0.575	0.580	1.148	8.884
<i>P</i> 值		0.284	0.282	0.028	0.000

**2.2 2组学生教学效果满意度比较** 观察组学生的教学效果满意度显著高于对照组，差异具有统计学意义 $(P<0.05)$ ，见表2。

表2 2组学生教学效果满意度比较

[例(%)]

组别	例数	很满意	满意	一般满意	不满意	总满意度
观察组	30	14(46.67)	9(30.00)	6(60.00)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	6(20.00)	10(33.33)	5(16.67)	9(30.00)	21(70.00)
$\chi^2$ 值						7.680
<i>P</i> 值						0.005

## 3 讨论

在传统中医妇科学临床教学中，带教老师通过带领学生对典型病例进行问诊后由老师总结并讲解，使学生被动地接受教学知识，缺乏独立思考及临床辨证思维能力。而SOAP教学方法则要求学生先根据四诊结果总结患者的主、客观资料，并进行疾病的辨证分型，从而给出诊断及治法，使学生能够循序渐进地运用中医辨证思维进行诊断及解决临床问题<sup>[5]</sup>。与传统教学方法相比，SOAP教学方法的优势在于以下几个方面：(1)将学生作为教学主体，充分调动起学习的积极性与主动性，激发了学生的学习兴趣，活跃了教学气氛；(2)提高学生运用各种手段查阅临床资料的能力，拓宽了学生的知识面，培养了其辨证思维和横向思维能力；(3)使学生充分合理利用所学理论知识，与临床实践紧密结合，形成了循序渐进的诊疗思路，提高了其临床辨证思维能力；(4)加强了学生的医患沟通能力，培养了其团队精神，使其更深入地了解医疗工作的性质及内容。本研究结果可知观察组学生的中医妇科学理论成绩（除病例分析外）与对照组相比，差异无统计学意义 $(P>0.05)$ ，其病例分析及临床辨证思维考核成绩明显高于对照组 $(P<0.05)$ 。可见SOAP教学方法有利于培养学生的临床辨证思维能力，使其充分利用医学理论根据四诊资料对疾病进行辨证分析及治疗。此外观察组学生对教学效果的满意度（96.67%）显著高于对照组（70.00%） $(P<0.05)$ ，表明SOAP教学方法应用于中医妇科学临床教学中，可充分发挥学生的主观能动性，通过积极查找资料、主动思考等活动，有利于提高教学效果和教学质量。

综上所述，SOAP教学方法应用于中医妇科学临床教学中，有助于培养学生的临床辨证思维能力，提高临床教学质量，值得在临床进一步推广应用。

## 参考文献

- [1]付灵梅,熊桀,雷磊,等.《中医妇科学》中月经病的中西医结合教学方法探析[J].湖南中医杂志,2014,30(5):111-112.
- [2]杨维,何军琴.临床医师中医妇科学教学模式的探讨[J].国际中医中药杂志,2013,35(8):751-752.
- [3]李仲平,张海霞.中医妇科教学中提高学生实践能力方法探索[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(19):80-81.
- [4]党慧敏,刘军花,安鹏,等.SOAP教学法在西院校中医临床见习中的应用[J].中医教育,2016,35(4):78-80.
- [5]王雪强,王茹,陈佩杰.SOAP评估记录法在康复治疗教学中的应用[J].中国组织工程研究,2015,19(5):805-809.

（本文编辑：李海燕 本文校对：陈欣 收稿日期：2018-03-02）



# 校企合作模式下高职类中药学专业问病荐药技能培养<sup>※</sup>

花 慧 马舒伟 姜雨辰 徐 磊 周淑宁

(浙江医药高等专科学校中药学院, 浙江 宁波 315100)

**摘要:** “问病荐药技能”是高职类中药学专业学生必备的零售药店药学服务工作岗位的主要技能之一。本文通过对社会药店药学服务病人满意度调研分析, 病人对药店营业员问病荐药能力满意度普遍较低。笔者根据自身多年教学经验分析了问题产生的原因。并提出采用校企合作模式来培养学生问病荐药技能, 以提高学生在就业岗位上的药学技术服务能力, 正确指导病人合理使用中成药。

**关键词:** 问病荐药; 校企合作; 合理使用中成药

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.015

文章编号:1672-2779(2018)-16-0034-03

## Technical Training of Recommended Medicine Skills in Higher Vocational Colleges under the Mode of School-enterprise Cooperation

HUA Hui, MA Suwei, JIANG Yuchen, XU Lei, ZHOU Suning

(Zhejiang Pharmaceutical College, Zhejiang Province, Ningbo 315100, China)

**Abstract:** The "to ask the skill of recommendation medicine" is one of the main skills of pharmacy service jobs in the retail pharmacies that students of Chinese medicine major. Through the investigation and analysis of the satisfaction of the patients in the pharmacy service of the social drugstore, the patient's satisfaction with the drugstore salesman is generally low. Based on many years of teaching experience, the author has proposed the school-enterprise cooperation model to train students to ask for the skill of recommending drugs, so as to improve students' technical service ability in the field of employment.

**Keywords:** asking for recommendation of disease; school-enterprise cooperation; rational use of Chinese patent medicine

“问病荐药技能”是指药店店员通过对病人或知情人进行全面、系统的询问, 获得疾病相关资料, 分析判断出证候类型, 对证推荐使用中成药。它是零售药店中药调剂工作岗位的主要技能之一。为培养学生的这一技能, 学校先后开设了中医基础理论、中医诊断、中药与方剂学、中成药应用这几门课程。通过这些课程的系统学习, 让学生基本掌握中医药的基础知识, 培养问病荐药技能。然而在多年的教学实践过程中, 笔者发现学生的这一技能培养存在诸多问题, 总体学生的问病荐药能力并未达到理想的要求, 用人单位对学生这项技能的满意度较低。本文就这一问题展开论述, 提出通过校企合作模式培养高职类中药学专业的学生问病荐药技能教学思路。

### 1 社会药店服务满意度调研

1.1 店员问病荐药的能力低 通过对病人发放问卷调查发现, 药店店员对中医药的理论知识掌握不够扎实, 对理论的理解应用能力较弱, 从而造成了不能自信运用所学理论分析问题、解决问题, 正确指导病人用药。对照教育部对高职高专人才培养目标的要求有一定的差距<sup>[1]</sup>。

1.2 问病荐药技能缺乏技巧 问病荐药既要强调它的技术性, 又要有一定的技巧。在实际操作过程中要将二

者有机集合在一起。一般问诊过程由主诉开始, 逐步深层进行, 店员要有目的、有层次、有序地询问。问病时态度要诚恳, 有耐心; 避免先入为主, 尽量让病人自己说; 要用通俗易懂的表述, 避免用专业术语。例如: 对咳嗽的问病荐药, 我们第一问是要探明它是外感还是内伤, 第二问有痰还是无痰, 第三问痰的颜色和质地, 第四问兼病兼证。

1.3 对药物临床应用功效了解不透, 不能精确指导用药 中成药种类繁多, 针对某一种病症同一种证型也有多种可以选用的药物, 甚至同种药物不同剂型用途也略有差异, 对于同类药品来说, 因为主要成分会有所差异, 作用重点也会不同。

1.4 荐药过程中忽略个体之间的差异和基础疾病 在问诊过程中, 容易忽略询问顾客的个人病史和既往健康史, 从而忽略个体差异以及基础疾病。如糖尿病病人, 高血压病人等。如: 高血压患者如患风寒感冒, 我们不能推荐使用风寒感冒颗粒, 因为风寒感冒颗粒中含有麻黄, 具有升压作用。

1.5 缺乏主动为病人进行全方位服务的意识 未来的药店的竞争将由过去的价格竞争过渡到全方位服务的竞争, 为病人提供优质的用药指导服务是每个药师具备的基本服务意识, 在问病荐药的同时还需重视对病人健康生活知识的宣传, 日常中医养生知识的普及等。

※ 基金项目:全国职业教育科研规划课题[No.2018QZJ155]

## 2 问题存在的原因分析

根据以上调研反馈的结果，我们进行了深入分析，总结，归纳原因有以下几点：

(1) 对这一技能的培养需要的周期较长，涉及的中医基础理论知识比较深奥，而高职类学生自身的学习能力较低，学生学习这些课程理解上有一定的难度，普遍感觉课堂教学枯燥难懂，对知识理解不透，一知半解，更谈不上运用所学中医基础理论解决问题。老师满堂灌，学生不耐烦，老师讲得累，学生打瞌睡，课堂上一个理论案例往往解释半天，但学生未必能够真正掌握，这一点在考试过程中的案例分析题的得分可以看出，题目内容一旦有变化，同学的答题结果大部分不知所措，极少部分略知一二。

(2) 教师对课程教学的深度、广度了解不够。高职类学生将来就业的部门以药店，药房为主，大多分配在一些工作相对简单的岗位，如营业员，调剂员等。而这些岗位具体技术等级要求并没有精确要求。如：对病症的要求，那些常见病，常见证型店员做到必须准确判断，应该用何种中成药治疗。由于没有标准，老师心里没有底，对课堂要讲授的内容把握不准，往往出现自己擅长什么讲什么的现象。这样对学生而言，心里也没底，对某些问题懂一些，而另外一些懂得少些，甚至不懂。

(3) 课程设置以理论教学为主，几乎没有设置实验课程，如中医基础理论、中医诊断、中药与方剂学、中成药应用这四门课程中仅中药与方剂学设置了少量课时实验，其他都是纯理论教学。这种教学内容的设置严重限制学生对中医思维的培养，对中医中药学知识的正确理解。所以学生在工作过程中会束手无策，碰到问题无从下手。于是就形成了差不多的做事方式，甚至为了获得更好的经济利益错误诱导病人用贵重药，错误用药<sup>[2]</sup>。

(4) 传统教学考评大多以理论考核为主，学生成绩好坏往往成为评价一个学生优劣的唯一标准，这种评价方式过分地强调了学生的显性素养而忽视了学生的隐形素养，和企业的用人需求是完全相悖的。事实上，企业在招聘人才的时候更多地是看重学生的态度、价值观和个人综合能力。特别是带有服务性质专业的学生在缺乏服务意识、对客户问题漠不关心时，那么势必会增加企业的客户维护成本、损害企业的形象和声誉，缺乏基本敬业精神的员工一定不会是合格的员工。很多时候，企业宁可要一个职业能力一般但是具有责任感和敬业精神的员工，也不愿意要一个工作马马虎虎、不遵守规章制度、不具备职业道德素养的员工，即使这个人能力非凡、学业优秀。

## 3 校企合作的模式解决问病荐药技能对策和建议

校企合作是通过建立各种校企合作平台，在职业

院校文化与行业、企业文化深度融合的基础上，以真实的科研实践、技术服务实践、生产实践和创新创业实践等为纽带，把教育教学活动与行业、企业的价值创造活动统一起来，以实现产教双方的相互协调、相互促进、共同发展，实现双方全面共赢的一种合作模式<sup>[3]</sup>。

问病荐药技能的训练是一个对实践场所有着非常高的要求，这个场所是不能通过学校建立实验场地简单复制的。它要求必须身临其境，与时俱进才能有所收获。因此，为了提高学生问病荐药技能，我们积极倡导采用校企合作的模式，以解决所面临的问题。这种合作模式是多样的，以课程教学目标要求设定的。具体建议如下：

(1) 教师下企业兼职，参与教学实践。通过这种方式，一方面让教师有机会深入了解学生就业岗位的实际状况，收集有关案例信息、药品使用信息等。教师根据这些资料确定专业培养方案、课程标准、教学内容、教学方式。从而在教学过程中有目的教学，做到心中有谱。最终达到提高老师的教学效率，教学质量。另一方面教师下企业也有利于在职人员再学习，企业可以借助老师在岗机会培训在职人员，解决他们在工作过程中遇到的难题。提高整个药店的店员的整体专业服务水平。这一措施对企业，对学校，乃至对整个社会发展，全民健康意识的提高都有着积极的意义和深远的影响。 (2) 将课堂搬进社会药店利用现有学生实习基地，将课堂搬进社会药店，教学中也可以将中成药样品搬进课堂，增强学生对理论知识的感性认识。教学同时增加了学生答疑、互动及现场模拟销售，生动有趣、逼真，学生印象深，记得住；这种方法缩短了学校与工作单位的距离，不失是理论与实践教学的好方法。 (3) 一对一师傅带徒弟的方式，选择企业中业务水平高的执业药师作为指导老师，采用一对一的方式进行指导。同时也可从企业引进具有较高专业能力的人才充实教师队伍。 (4) 围绕着问病荐药技能培养建立合理的课程框架体系，将这一技能的培养渗透到每一个课程中。以企业岗位需求进行顶层设计，来决定专业课程（中成药应用）、专业基础课程（中医基础理论、中医诊断、中药与方剂学）的授课内容，教学重点、难点。让课堂教学内容有针对性，目的性。借此提高课堂教学成效性。 (5) 建立药师问病荐药能力的标准评价体系，细化常见病问病荐药规范操作流程，规范合理用药。课堂教学内容安排从学生就业岗位需求出发，以临床常见的疾病为逻辑轴线，对教学内容进行整合，使宽泛的医药知识与专业需求紧密结合，使分散的知识结构与专业需求有效融合，使知识的学习过程和运用过程得到平衡。为此首先要确立常见病的种类，可以分为几个等级，最常见的为

一级，依次为二级，三级。如表1所示，对于常见病胃痛，在中医基础理论的教学过程中，我们需要同学明白胃的功能，与其他脏腑之间的关系，中医诊断课程中需学会胃的常见证型的诊断，以及治疗方法，中药与方剂学中那些药常用于治疗胃病，在中成药应用这门专业课程中则应以培养学生问病荐药能力为主要目标。以实践能力培养为重点开展教学活动。

表1 问病荐药项目分级表

级别	病症项目	学习要求	学习内容
一级	感冒、咳嗽、胃痛、头痛、泄泻、便秘、痛经、呕吐、虚劳	重点掌握	证型分类、中药、方剂、常用中成药
二级	月经不调、眩晕、失眠、儿科	熟悉	
三级	带下病、五官科、皮肤科	了解	

随着我国医疗体制改革的不断推进，必将带来我国医学、药学教学的变革。未来的职业教育应以培养

学生实践能力为重点。只有依据实际需求，建立符合社会需求的教学培养目标，才能使我们的教育跟上时代发展的步伐。只有不断改革教学手段，提高药学专业学生的实践能力，才能实现理论知识和实践技能的高度结合与统一。因此，通过校企合作，促进理论与实践相结合，知识和技能相结合，教学和实践资源优势互补，方可达到校企生三方互惠共赢的目的<sup>[4-5]</sup>。

#### 参考文献

- [1]宋兴寒,张进华,林光美.零售药店药学服务规范的探讨[J].海峡药学,2010,22(10):238-240.
- [2]孙师家.实用方剂与中成药[M].北京:化学工业出版社,2013.
- [3]汪建云.高职教育政校企协同合作的困境与突破[J].中国高教研究,2014(1):106-109.
- [4]苏小冬,张加乐.高职院校互惠式校企合作模式的探索与实践[J].中国职业技术教育,2013(16):70-72.
- [5]李衡.关于高职院校校企合作模式的研究[J].实验技术与管理,2014(11):170-172.

(本文编辑:李海燕 本文校对:马舒伟 收稿日期:2018-05-25)

## 思政教育融入中医专业教育的实践与研究<sup>\*</sup>

### ——以针灸学为例

张允芝<sup>1</sup> 陈波<sup>1\*</sup> 尚秀葵<sup>1</sup> 李明月<sup>2</sup> 韩晓捷<sup>3</sup>

(1 天津中医药大学针灸推拿学院,天津 301617; 2 天津中医药大学临床教学实训部,天津 301617;  
 3 天津中医药大学马克思主义学院,天津 301617)

**摘要:**探索思想政治教育在专业课教学中的应用方法与策略。分析高校思政教育进入专业课的意义,以及思政教育融入到针灸学教学之中的特点,介绍思政教育融入针灸教学的具体实践方法,发现把思想政治工作贯穿针灸教育教学全过程,有助于专业课程教学与思想政治理论课同向同行,形成协同效应;有助于提高学生专业自信,激发学习热情,中华文明认同;有助于坚持不懈培育和弘扬社会主义核心价值观。

**关键词:**思政教育;专业课教育;针灸教育

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.016

文章编号:1672-2779(2018)-16-0036-03

### Practice and Research on the Integration of Ideological and Political Education into the Professional Education of Traditional Chinese Medicine

#### --Taking Acupuncture and Moxibustion as an Example

ZHANG Yunzhi<sup>1</sup>, CHEN Bo<sup>1</sup>, SHANG Xiukui<sup>1</sup>, LI Mingyue<sup>2</sup>, HAN Xiaojie<sup>3</sup>

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

2. Department of Clinical Practice Teaching, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China;

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

**Abstract:** The methods of Ideological and political education in the teaching of professional courses and strategies were explored. The analysis of college ideological and political education into specialized courses, characteristics and the ideological and political education into the teaching of acupuncture, the practice method of Ideological and political education into the teaching of acupuncture was made, and found that the ideological and political work throughout the whole process of acupuncture education. Contributing to the teaching of Ideological and political theory courses with the counterparts, a synergistic effect was formed, which helps to improve the students' professional confidence and enthusiasm for learning, the Chinese civilization identity, unremittingly to cultivate and promote the socialist core values.

**Keywords:** ideological and political education; professional courses; education of acupuncture and moxibustion

2016年12月7日至8日，习近平主席在全国高校思想政治工作会议上强调，要坚持把立德树人作为中心

\* 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

环节，把思想政治工作贯穿教育教学全过程，实现全程育人、全方位育人，努力开创我国高等教育事业发展新局面。大学生思想政治教育是现阶段我国高等教育中一项重要的教育工作任务，其目的在于促使学生形成符合一定社会行为规范和社会各阶级所需要的思

想品德<sup>④</sup>。大学生正处在人生成长的关键时期，这一时期决定着大学生完整人格的塑造，专业知识技能掌握，未来职业道德的形成，这都需要共识引领，需要价值导航。

大学生思想政治教育在思想政治教育学科成立30多年来取得了极大成就，但是随着时代的不断发展也出现了一些新问题。高校未能将思政教育划为教学重点，课程检验不够严格。老师授课模式过于单调，教学内容不贴近生活，缺少现实性。大学生学习兴趣和积极性不高，投入精力较少等<sup>⑤</sup>。诸如此类问题，都让思政教育在高校学生教育中出现反馈差，收效低的现象。

与思政教育课在学校教学的重视程度，老师授课的模式与内容，学生的投入精力几个方面相对比，专业课显示出了极大的优势和受重视程度。将专业课教学与思政教育结合起来，就有极高的意义和优势。

## 1 思政教育进入专业课的意义

**1.1 拓展思想政治教育的有效途径 提高思想政治教育的实效性** 对思政教育本身而言，内容理论性，单一性极强，使学生不能将所学理论知识应用于实践。但如果在新形势下很好地进行学科交叉，将专业知识与思政内容相结合，就可使原本空洞泛化的知识更容易让学生接受。在未来的从业中，也可以更好地学以致用。培养学生对思政教育内容的兴趣和对专业知识的兴趣。

**1.2 潜移默化 提高学生的思想道德素质和爱国情怀** 在高校的课程安排中，专业课具有课时长，课时多，考核严格，学生重视程度高等特点。高校的课程设计具有一定的自主权，可以将专业课特色与思想政治课程相结合，在最直接的课程方面进行设计，实现专业课与思想政治教育的融合<sup>⑥</sup>。也可以与新媒体相结合，充分运用手机微信传媒优势，进行学生教育、服务与信息交流互动<sup>⑦</sup>。通过长时间，潜移默化地引导使大学生向主流价值观靠拢。并借助于专业发展史和正面事件的宣传，打造积极的主流意识，提高学生的思想道德素质和爱国情怀。

高校思想政治教育应根植于中国传统文化的土壤，充分发挥优秀传统文化在思想政治教育中的作用<sup>⑧</sup>。对于中医院校而言，中医为传统文化的精髓，当前又以针灸发展尤为迅猛，思政教育进入针灸专业课，有着更大的优势和发展前景。

## 2 思政教育进入中医针灸教育专业课的意义

**2.1 渗透传统文化的思政教育 符合我国国情** 将传统文化融入到高校思想政治教育中，对思想最活跃的大学生群体进行引导是十分必要的，基于中华传统文化的丰富内涵对大学生思想的充实、爱国主义的教育、价值观的树立和道德素养的提升是一种潜移默化的熏陶<sup>⑨</sup>。且培养中医药大学生的国际视野也是思政课的重要内容<sup>⑩</sup>。这有助于教育大学生树立坚定的理想信念，勇于担当历史使命和社会责任，实现中华民族伟大复兴的中国梦，完全符合我国国情。

**2.2 提高学生对中医针灸的文化自信** 习近平总书记指

出，“中华优秀传统文化是我们最深厚的文化软实力，也是中国特色社会主义植根的文化沃土。”中华民族几千年历史积淀而成的优秀传统文化博大精深、一脉相承，其作为一种取之不尽的文化资源，以其精华作为中华儿女供给养分。

中医是传统文化的代表之一，其所蕴含的不止有治病救人的理法方药，更有传统文化的精髓所在。通过思政教育在教学中潜移默化的作用，培养学生对传统文化的自信，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，自觉传承传统文化。

**2.3 了解历史发展 激励学生刻苦学习，传承发展针灸** 通过对针灸发展史，以及针灸名家及针灸典型医案的介绍，让学生了解针灸的发展经历，体会针灸医家优秀的医德医风，鼓励学生学习针灸老一辈工作者敬业精神和高尚的医德医风，树立刻苦学习，自觉传承发展针灸的意识。

## 3 思政教育进入针灸专业课的具体实践

**3.1 学生整理收集针灸医籍医案 学习培养医技医德** 学生通过整理收集针灸古典医案医话，从古典文献中挖掘中国传统医德思想；或者采访当代针灸名家。最后以PPT、微视频等方式在课堂中进行分析讨论案例中体现的医德医风。

在针灸教学过程中通过医案举例介绍针灸专业技能知识以及中国传统优秀的医德医风思想，在学习专业技能的同时，培养良好的医风医德。

**3.2 采用多种形式汇报分析针灸国际发展 树立学生爱国、敬业等核心价值观** 在授课中以讲座、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、推动者的生平事迹，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，坚信中国针灸是中华民族伟大的瑰宝。

**3.3 问卷调查 分析思政融入专业的参与度 认知和收获** 将思政教育元素体现在形成性评价中，通过教师讲授的内容，撰写思政相关的心得体会。通过问卷调查的方式评价学生思政融入专业课教学的参与度、认知和收获。

在进行针灸教育与思想政治结合的研究过程中，我们以《开学第一讲：国粹针灸世界名片》进行实践教学，取得了良好的学生反馈效果。通过介绍针灸的悠久历史进程，治疗的简便验廉，国家对传统医学事业的支持和发展政策，尤其是对针灸发展的高度肯定；在国际上与日俱增的巨大影响力，国际对针灸的适应症范围的确定也越来越广泛，同时还受到美国、欧洲、日本等地官方机构的广泛应用和高度认可。让同学们认识到针灸已经走出国门，为更多的人所接受和使用，

解除了更多人的病痛。

这一系列的具体事例，丰富了初次接触针灸学生对针灸历史进程和日后发展的了解。甚至改变了部分学生最初对针灸的认知，让学生加深对专业的了解。同时也让学生对学习针灸的未来前景充满信心，增强学生的专业自信，培养专业兴趣，为未来专业知识的学习打下牢固基础。让学生意识到不仅要学习掌握传统针灸知识，也应学会现代科学技术与研究方法。除了追求良好的疗效之外，也让针灸有“理”可依。让针灸具有现代科学性，才能扩大针灸事业在西方的发展，提高认可度。同时激励学生继承创新，奋进开拓，突破传统针灸的局限性，让其紧跟科技发展的脚步，扩大其所治疗适应证的范围，让古老的针灸焕发出新的生命力。

#### 4 小结

将思政教育融入到专业课教育，有助于坚持不懈培育和弘扬社会主义核心价值观，引导广大师生做社会主义核心价值观的坚定信仰者、积极传播者、模范践行者。在要用好思政教学这个主渠道外，加强专业课中思想教育，有利于提升思想政治教育亲和力和针对性，满足学生成长发展需求和期待，每个教师守好

一段渠、种好责任田，使各类专业课程教学与思想政治理论课同向同行，形成协同效应。

中医针灸学是在我国独特的历史、独特的文化、独特的国情下所形成，是我国古代优秀文化和科学技术的伟大宝库。针灸既是中国的国粹，也是中国极具魅力的世界名片。在教学中结合以思想政治教育，通过多种教育形式，提高学生对专业的自信，激发学生学习热情，以及对中医文化、中华文明的认同。从而培养出一批有理想、有信念、有能力、高素质的中医针灸人，为祖国针灸事业的发展增砖添瓦。

#### 参考文献

- [1]马中全.优秀传统文化融入大学生思想政治教育的支持体系研究[J].社科纵横,2017,11(32):159-162.
- [2]于伟峰,张策.当代大学生思想政治教育问题与对策研究[J].产业与科技论坛,2017,16(22):161-162.
- [3]李玮,李天罡.基于服务理念的高校思政教育微信公众平台的创建[J].中医教育,2015,34(4):55-57.
- [4]张作祥.中国传统文化在高校思想政治教育中的实践意义[N].光明日报,2015-12-11(7).
- [5]刘静洋.中华优秀传统文化融入高校思想政治教育的路径[J].沈阳大学学报,2017,19(5):610-614.
- [6]何兰萍.“一带一路”视域下中医药学生国际视野的培养路径研究——以思政课为载体[J].中医教育,2017,36(2):17-21.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈泽林 收稿日期:2018-05-22)

## 药剂专业本科毕业论文设计※

祝侠丽 贾永艳 周宁 田效志\*

(河南中医药大学药学院,河南 郑州 450046)

**摘要:** 毕业论文是培养学生综合能力的重要环节,同时又是各教学环节的延伸和检验。药剂专业本科毕业论文设计可培养学生综合运用所学专业知识和技能分析、解决实际问题的能力,为学生毕业后从事药物制剂领域的相关工作奠定良好的基础。本文就药剂专业本科毕业论文的课题设计、论文撰写、毕业答辩等方面进行论述。以期为本科生的毕业设计提供指导和参考,并进一步提高毕业论文的质量。

**关键词:** 药剂专业;本科生;毕业论文设计

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.017

文章编号:1672-2779(2018)-16-0038-03

### The Graduation Thesis Design of Pharmacy Undergraduate

ZHU Xiali, JIA Yongyan, ZHOU Ning, TIAN Xiaozi

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

**Abstract:** Graduation thesis is an important link in cultivating students' comprehensive ability, and it also is the extension of each teaching link and inspection. The graduation thesis design of pharmacy undergraduate could cultivate students' analysis and solution actual problem ability, based on their comprehensive professional knowledge and skills. This work could lay a good foundation for students to engage in pharmacy relevant field after graduation. In this paper, we discussed the graduation thesis design, the thesis writing and the graduation reply for the pharmacy undergraduate. This introduction may provide some guidance and reference for undergraduate in their graduation design, and further improve the quality of graduation thesis.

**Keywords:** pharmacy; undergraduate; graduation thesis design

随着国家对本科教学质量要求的不断提高,我校对本科毕业实习的重视程度越来越高,其中一方面就体现在对本科毕业论文要求的大幅提高。毕业论文的

设计是对以前所学知识的总结、检验与深化<sup>[1]</sup>;也是从理论学习到具体实践工作的过渡。药剂学是一门综合性应用技术学科<sup>[2]</sup>,研究内容较为广泛,药剂专业本科生毕业后可从事药学领域诸多方面的工作,如制剂的研发、生产、质检、市场及临床应用等。引用药剂学制剂设计一章的概念<sup>[3]</sup>,质量源于设计(Quality by Design, QbD),即药品的质量是通过制剂设计赋予的。同

\* 基金项目:河南省高等学校青年骨干教师培养项目【No.2016GGJS-081】

\* 通讯作者:1564998828@qq.com

理,本科毕业论文设计是本科毕业论文研究工作的起点,也是决定本科毕业论文质量的重要环节<sup>[4]</sup>。

本科毕业论文的质量也是学生创新和科研能力的集中体现<sup>[5]</sup>。本文将结合自身的工作学习经历,就药剂专业本科生在毕业论文的课题设计、论文撰写、毕业答辩等方面可能遇到的问题进行分析和总结。

## 1 毕业论文的选题

毕业论文的选题一般要在指导教师的指导下完成。不同实习单位又各自有一些区别。药剂专业同学毕业实习的地点大概包括医院药房,市场药店,高校或药物研究所的质检或科研实验室,以及药品生产企业的质检、研发或生产部门。

**1.1 实习地点为科研院所** 毕业论文的选题主要有制剂处方工艺的优化,如中药有效成分的提取,纯化,不同剂型的制备工艺等,不同制剂质量标准的制定或质量标准的提高研究。

**1.2 实习地点为制药企业** 在制药企业实习的同学也有可能进行制剂制备工艺或质量标准的研究工作,如果没有具体的科研项目,也可进行药厂GMP车间或制剂工作的设计,注意要和实习单位相关,如固体/液体,中药/西药等,毕业论文需附设计图纸。

**1.3 实习地点为药房或药店** 实习地点为药房或药店的同学可进行某种或某类药物的临床或市场用药调查,可通过实习单位用药记录档案,或设计问卷进行实际调研,论文中需对调查结果进行分析和讨论,并附调查问卷。

## 2 毕业论文的撰写

本科毕业论文结构上包括封面,目录,中英文摘要,关键词,正文,致谢,参考文献,附录等。简短,明确,有概括性。

**2.1 毕业论文的题目** 毕业论文的题目应简短、明确、有概括性,一般不宜超过20个字。例1:黄芩提取工艺的优化;例2:辣椒风湿膏的质量标准研究;例3:零售药店中药饮片使用的调查报告;例4:年产1000万片替硝唑的生产车间工艺设计。

**2.2 目录** 目录为论文中内容标题的集合,包括中英文摘要、前言、章节/各级标题序号和名称、结论或讨论、附录、参考文献附有相应的起始页码。目录一般在论文基本完成后添加,可采用Word自动生成目录功能。

**2.3 摘要(中英文)** 摘要用于概括全文内容,包括方法、观点、结果及结论,应能反映论文的精华,一般300字左右。英文摘要与中文摘要相对应,注意英文语法、时态、大小写、正斜体等。

**2.4 关键词(中英文)** 关键词是用于表达论文主题与核心内容的概念或词组,一般3~6个为宜,以分号隔开。英文关键词与中文关键词相对应。

**2.5 引言/前言** 引言,或称前言,列于正文之前,用以介绍该论文的选题背景,研究的目的意义,以及作者的构思,研究的目标等,以此引出正文。

**2.6 正文** 正文为论文的主体部分,要求观点明确,条理清晰,格式规范,逻辑性,系统性。内容包括仪器试剂、实验方法、实验结果与讨论、全文结论等,一般应在6000~8000字以上。在撰写正文时应特别注意图、表、层次标题以及量/单位的规范。**①**图可为实验结果图,如薄层色谱图、透射电镜图及制剂照片,也可能为Excel、Origin等软件制作图。图必须有图题,图题在图下方居中,图题的文字一般小于正文字号,正文中应明确对图的描述。**②**表常用三线表,一般在Word文档中插入表格,然后通过边框底纹调整为三线表;表必须有表题,表题在表上方居中,表题的文字一般小于正文字号,正文中应明确对表的描述。**③**层次标题应简明,层次不宜过多。各层次标题连续编号,各层次的序号均左顶格起排,编号与标题或文字间空一个字的间隙。**④**应严格执行GB 3100~3102-93《量和单位》的规定;如微米(μm)、微克(μg)、酸碱度(pH)、温度(℃)单位符号与数值间要留适当间隙。

**2.7 参考文献** 参考文献是论文中使用文献出处的目录表,凡引用文献或他人的观点,研究方法等均应编入参考文献目录<sup>[6]</sup>。引用而不标注参考文献的,属于抄袭<sup>[7]</sup>。正文引用参考文献处应以方括号上标注出。参考文献格式应规范,应以近期的文献为主,一般不少于10篇。

**2.8 致谢** 致谢是对该论文的形成作过贡献的组织或个人表示谢意的文字;语言要诚恳、恰当、简洁;字体应与正文有所区别。

**2.9 附录** 附录根据情况添加,如不宜在正文中出现的图、表、调查问卷以及车间设计图纸等,应清晰规范,必要时可使用彩图。

## 3 毕业论文答辩

毕业论文答辩是一种有组织、有准备、有计划、有鉴定的比较正规的审查论文的重要形式<sup>[8]</sup>。为了顺利通过毕业论文答辩,毕业生需要熟悉毕业答辩的流程及评分标准,并提前准备PPT。毕业答辩的流程一般为答辩人先进行毕业课题的汇报,专家组提出问题、答辩人回答问题,然后是专家打分并讨论是否通过答辩。答辩的评分标准具体院校制定,表1是我校药学院本科毕业论文答辩生的评分标准,由汇报表现、论文内容、基本理论、问题回答4个部分组成,专家根据具体情况进行打分。

表1 本科毕业论文答辩评分标准

项目	评分细则	分值
汇报表现	论述思路清晰,语言表达准确,概念清楚,论点正确。	30
论文内容	实验方法科学,分析归纳合理;结论严谨;论文结果有应用价值	25
基本理论	回答问题有理论根据,基本概念清楚。	25
问题回答	主要问题回答准确、深入有逻辑性。	20

毕业答辩PPT的制作应注意<sup>[9-10]</sup>:①模板应低调简洁。②内容应图文并茂,突出重点。首页包括论文题目、

答辩人、指导教师；主体部分主要包括选题背景/目的/意义、研究方法/结果/结论；最后为致谢。③文字不宜太多、太小、太拥挤！答辩前应熟知所汇报的内容、准备充分。回答问题时的技巧：①聆听，等专家问题说完。②自信，不断学习中！③谦虚，如果不会怎么办？不可强词夺理，亦不可直接说“我不会”。④微笑，相信微笑的力量。

#### 4 寻求问题解决的途径

在毕业论文选题、研究过程及论文书写时，会有诸多疑问，一方面可向指导教师请教，也可以自己主动进行文献检索获得答案。万变不离其宗，文献检索时可查询专业课教材如《药剂学》《中药药剂学》《生物药剂学与药物动力学》《药用高分子材料学》，或相关著作如《现代药剂学》《药物新剂型与新技术》；其次可去图书馆查阅药学相关期刊杂志，如《中国药学杂志》《药学学报》《中草药》等；再者就是2015年版《中国药典》，制剂相关内容在其第四部制剂通则。现在网络信息较为发达，同学们可能比较喜欢上网查资料，推荐蒲标网、百度学术、谷歌学术、学校图书馆、以及丁香

园，小木虫等专业网站进行查询。其中，学校网上图书馆实用性较强，如中国知网、万方、维普等中文资源，可通过主题词、篇名、作者等方式进行检索。

总之本科生在毕业论文设计的过程中累并快乐着，应且行且珍惜。预祝所有的毕业生实习工作顺利，学业有成、前途似锦！

#### 参考文献

- [1]尚万峰,李曼.大学生科研素质的培养——中日本科生毕业设计之思考[J].黑龙江教育(高教研究与评估),2012(5):54-55.
- [2]方亮.药剂学[M].8 版.北京:人民卫生出版社,2016:1.
- [3]崔福德.药剂学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2011:129-130.
- [4]李仁方.关于本科毕业论文开题工作的几点思考[J].西南科技大学高教研究,2011(3):8-10.
- [5]刘慧.高等教育新常态背景下提高本科毕业论文质量的探讨[J].高等农业教育,2016(6):44-47.
- [6]迟雪东.参考文献在医学论文中的作用、引用原则及标注、著录方法[J].医学信息,2005,18(8):947-948.
- [7]刘润兰,侯建春,李俊德.医学论文参考文献引用和著录的常见问题分析[J].世界中西医结合杂志,2009,4(11):825-827.
- [8]郭素华,杨素芳,林珠灿.加强毕业论文答辩工作培养学生综合能力[J].中医药管理杂志,2006,14(5):26-28.
- [9]蔡宇南,王朋娇.教学PPT设计制作中的常见误区及改进策略[J].中国信息技术教育,2015(5):97-99.
- [10]文兮.PPT出击,搞定毕业答辩[J].计算机应用文摘,2008(7):72.

(本文编辑:李海燕 本文校对:谢彩侠 收稿日期:2018-05-25)

## 提升高等院校教育科研管理水平的思考<sup>※</sup>

史冰洁<sup>1</sup> 马铁明<sup>2\*</sup> 刘争清<sup>3</sup> 许南阳<sup>1</sup> 尹萌<sup>1</sup>

(1 辽宁中医药大学高等中医药教育研究及评价中心,辽宁 沈阳 110847;

2 辽宁中医药大学针灸推拿学院,辽宁 沈阳 110847; 3 辽宁中医药大学教务处,辽宁 沈阳 110847)

**摘要:**教育科研对提高高等院校教育教学水平和人才培养质量具有重要的现实意义,如何做好教育科研管理工作随之成为了各高等院校面临的一项新课题。高等院校要深入挖掘教育科研管理体系中存在的问题,通过采取端正教育思想,转变部门职能,健全规章制度,建设管理团队等措施来提升教育科研管理水平,达到提高教育教学和人才培养质量的最终目的。

**关键词:**教育科研;管理水平;高等教育

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.018

文章编号:1672-2779(2018)-16-0040-03

#### Reflections on Improving the Management Level of Educational Research in Colleges and Universities

SHI Bingjie<sup>1</sup>, MA Tieming<sup>2</sup>, LIU Zhengqing<sup>3</sup>, XU Nanyang<sup>1</sup>, YIN Meng<sup>1</sup>

(1. Higher Education of Chinese Medicine Research and Evaluation Center, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine,

Liaoning Province, Shenyang 110847, China;

2. School of Acupuncture and Massage, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China;

3. Department of Teaching Affairs Administration, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

**Abstract:** Educational research has an important realistic meaning to improve the level of teaching and education as well as the quality of talent cultivation, so how to do well in managing the educational research has become a new topic for colleges and universities. Colleges and universities should excavate deeply the problems of the management system of educational research, and take measures such as correcting educational thoughts, changing departmental functions, perfecting the rules and regulations, and building the management team to improve the managing level of educational research, which finally aims to improve the quality of education and talent training.

**Keywords:** educational research; managing level; higher education

教育科研作为一种产生系统性、分析性知识和信息的手段，用以帮助人们认识教育现象，改进教育规

划和变革实践<sup>①</sup>，是高等院校办学过程中的一项重要内容，它在深化教学改革，提高教育质量，优化师资队伍，提高人才培养质量等方面具有重要的意义。教育科研质量和成果对于促进高校发展方向明晰化和教育决策科学化，不断提高办学效益和水平有着重要的指

\* 基金项目:辽宁教育科研管理智库项目【No.142】

\* 通讯作者:matieming999@sohu.com

导作用。提升教育科研管理水平是提高教育科研质量，转化科研成果的基础和保障，因此高等院校应该深入挖掘教育科研管理工作中存在的问题，并积极探讨解决问题的方式方法。

通过对部分高校教育科研管理体制的研究，我们发现并总结了高校教育科研管理存在的普遍问题，结合校本教育科研管理工作的现状对提高高校教育科研管理水平做出几点思考。

## 1 高校教育科研管理存在的问题

**1.1 教育科研思想观念方面** 从高校自身层面来说，为了提高声誉和影响力，高校的政策多倾向于鼓励学科专业领域的研究和成果。教育科研与专业科研相比，常常需要耗费大量的精力，不易出成果且见效慢，因此高校的个别领导缺乏对教育教学发展的长远眼光，在思想上就不重视教育科研，忽视教育科研对学校整体发展的重要性，致使教育科研长期处于学校工作的边缘地带。

从高校教师层面来说，教师是教育教学活动的具体实施者，也是开展教育科研工作的重要力量。然而大多数教师考虑到教育科研固有的缺点，以及其在教师职称评定中所占分量少等因素，在理念上自然而然地把教育科研当作“副业”，认为教育科研可有可无，积极性不高，不能自觉探索和运用先进的教学理念和经验，无法完成教育研究工作和教育成果转化，做不到教研服务于教学。

**1.2 教育科研管理机构方面** 教育科研管理机构对教育科研工作的组织和管理工作直接关系着高校教育科研的水平和质量。当前，大部分的高校并没有设立独立的教育科研管理机构，相关工作往往由教务管理部门或科学研究管理部门承担，而这两个部门的中心工作分别是教学管理和专业科研管理，部门中缺少专职从事教育科研管理的人员和专门用于教育科研管理的经费，导致教育科研管理人员失去很多参加教育科研管理专题学术会议和活动的机会，不能学习交流先进的教育管理知识和经验做法，更无法将其用于改善学校的教育科研管理工作。因此教育科研工作缺乏有效的组织与管理，常常被边缘化处理，这严重影响了高校教育科研的质量，不利于学校的教育教学改革和长远发展。

**1.3 教育科研管理制度方面** 建立健全教育科研管理制度是保障高校顺利、科学开展教育科研工作的基础。部分高校的教育科研管理制度还很不完善，管理模式缺乏科学性和合理性，普遍存在评价标准不健全、制度执行力度不够、过程管理不严谨、缺乏激励机制等情况。由于缺乏科学规范的教育科研管理制度，教师对教育科研的参与度不够，部分参与教育科研的教师只关注数量，不注重质量和教学成果的转化，使得教育科研存在一定程度的盲目性和随意性，高水平、高质量的教育科研项目

很少，影响了学校整体的教育科研水平。

**1.4 教育科研管理人员方面** 教育科研管理人员是教育科研管理体系的主体，教育科研管理水平很大程度上取决于教育科研管理队伍的综合素质和知识能力<sup>[2]</sup>。由于部分高校没有独立的教育科研机构或者教育科研工作由其他部门承担，因此高校教育科研管理人员存在的问题主要表现在：①数量不足，不能满足教育科研项目与研究日益增长的需要；②知识不足，不能从管理学专业的角度上去完善教育科研管理制度；③没有掌握现代化的信息技术，不能有效组织教育科研管理的相关工作；④缺少主持或参与教育科研工作的经验，无法充分了解教育科研项目的本质和特点。以上问题均导致教育科研管理人员对教育科研项目的研究运行和成果凝练过程认识不足，无法制定切实可行的教育科研管理制度，不能真正地为学校的教育科研工作服务。

## 2 提高高校教育科研管理水平的建议

**2.1 端正教育思想 转变教育观念 深化对教育科研工作的认识** 高校要充分认识开展教育科研工作的重要性，责成有关部门大力宣传教育教学理论，努力转变领导及教师的教育观念，深化他们对教育科研工作的认识，通过开展教育科研工作专题培训、专家讲座、教育思想大讨论活动、教育咨询活动，编撰教育科研工作简报，编写教育科研书籍和报刊等手段来系统宣传教育理论，丰富教师的教学理论知识，为教师开展教育科研活动发挥指导性作用，促进教师更加积极、主动地进行教育科研活动，为提高教学质量、改革教学方法、培养符合社会需要的优秀人才做出贡献。

**2.2 加大经费投入 转变部门职能 发挥教育科研管理机构的引领作用** 高校应该设立独立建制的教育科研管理机构对教育科研工作进行组织和管理，保证学校教育科研工作的顺利开展。高校要不断加大对教育科研管理机构的经费投入，不但要增加对教育科研项目的资助力度，更要保证教育科研管理机构的管理经费真正落实到位，确保各种教育科研活动能够顺利开展。

教育科研管理机构不仅是教育科研工作的管理者和组织者，更是开展教育科研的骨干力量，是引导高校教育科研发展的先锋。高校应该提高认识，加强领导，根据学校实际情况进一步拓展高等教育科研管理机构的职能，明确机构职责，划清与校内其他业务机构的工作界限，使其工作重心逐步由以管理教育科研为中心向以引领教育科研为中心转变。教育科研管理机构要不断开展院校研究，始终以校本发展、人才培养、师资建设等内容为中心进行教育研究活动，真正成为学校可以信赖的思想库和智囊团，为学校的发展和决策提供方向。

**2.3 健全管理制度 建立激励机制 调动全员参与教育科研的积极性** 管理制度建设是提高教育科研管理水平的

重要保证，完善的制度保障是促进教育科研发展的有力武器<sup>[3]</sup>。高校应结合本校教育科研工作的实际情况，制定新的制度，完善原有的制度，通过健全项目管理制度、经费使用制度、过程监管制度、成果审核制度，建立会议制度、报告制度、交流制度、培训制度等手段，逐步形成科学、合理的符合本校教育科研实际的教育科研运行机制，全面保证教育科研的顺利实施。

除了建立健全教育科研运行机制之外，高校还应该贯彻以人为本的理念，始终把广大教师放在教育科研的中心位置，确保教师的主导作用，优化资源配置，建立卓有成效的激励机制来激发和调动教师从事教育科研的主动性、积极性和创造性，通过教育科研工作来促进广大教师自身全面而自由的发展，实现提高高校教育教学水平和人才培养质量的目的。

**2.4 充实管理队伍 参加业务培训 提升教育科研管理人员的能力和水平** 高校要扩充教育科研管理人才队伍，进一步加强人员结构调整，适时引进具有管理背景及经验的人才，逐步建设一支高素质的教育科研管理团队。高校要在独立的教育科研管理机构中设置专职的教育科研管理人员岗位，通过制定相关政策，明确其业务职能，保证其职称晋升，为专职教育科研管理人员创造良好的工作氛围。高校还应该为专职教育科研管理人员提供参加业务培训和进修学习的机会，帮助其提升知识水平和业务能力。高校可以多为教育科研管理人员创造与业内人士及兄弟院校相关工作人员交

流合作的机会，使其能够在不断的交流学习中获得更多有益的知识和经验，拓宽自身业务发展的渠道，提高自身的能力和素质。建设一支高素质的教育科研管理团队能够鼓励团队成员发挥主观能动性和创造性，在自己的工作岗位上刻苦钻研、开拓进取，在不断的实践中总结经验，逐步为学校建立起一套符合本校自身实际，切实可行的科学合理的教育科研管理体系，为提高教育科研管理水平和教育科研质量保驾护航。

### 3 结语

提高教育科研管理水平是高校教育科研质量的重要保障，也是确保教育科研成果转化并顺利服务于教学的重要手段，高校应该不断探索本校教育科研管理工作在思想观念、组织机构、规章制度、团队建设等方面存在的问题，通过端正教育思想，转变部门职能，健全规章制度，建设管理团队等手段来提升教育科研管理水平，提高教育科研质量，使教育科研成果真正做到服务于教学，达到提高学校教育教学水平，提升人才培养质量，扩大学校办学效益，服务于社会经济发展的最终目的。

### 参考文献

- [1]周南照.加强教育科研 促进教育创新[J].教育研究,2003(9):3-12.
- [2]徐占林,赵志勇,孙艳红.高师院校教育科研管理运行机制与教育科学研究成果评价体系研究[J].世界华商经济年鉴·高校教育研究,2008(7):103.
- [3]王小飞,付茜.高等教育内涵式发展背景下的辽宁高校教育科研工作策略探究[J].辽宁医学院学报(社会科学版),2014,12(2):60-62.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张 剑 收稿日期:2018-05-11)

## 护理青年教师顶岗实践工作积极性问题分析及建议

黄伟坚

(广东江门中医药职业学院护理教研组, 广东 江门 529000)

**摘要:** “双师型”专业教师, 是职业教育学校大力发展的专业人才, 是对专业教师的必然要求。顶岗实践是提高专业教师的教学能力、专业实践能力的有效途径, 是职业教育学校必然趋势。文章针对广东江门中医药职业学院护理青年教师去医院进行顶岗实践, 在临床工作中的工作积极性问题进行分析, 对青年教师提供建议, 积极应对顶岗实践。

**关键词:** 护理学青年老师; 顶岗实践; 工作积极性; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.019

文章编号:1672-2779(2018)-16-0042-03

### An Analysis and Suggestion on the Enthusiasm of Nursing Young Teachers in Practice of Hospital

HUANG WeiJian

(Nursing Department, Jiangmen Chinese Medical College, Guangdong Province, Jiangmen 529000, China)

**Abstract:** Double-quality teachers are the talents vigorously developed in vocational education school and the inevitable requirement of professional teachers. Practice is to improve the teaching ability of professional teachers, are the effective way to practice professional ability and an inevitable trend of vocational education school. The article aimed at the nursing young teachers in Guangdong Jiangmen Chinese medical college to work in practice of hospital, analyzed the positive problem in clinical work. Incidentally, the article would make suggestions to respond positively to work in practice of hospital.

**Keywords:** young teachers of nursing; practice of hospital; enthusiasm; talent training

“双师型”教师, 是指既能讲授专业理论课, 又具有所教专业相关的职业岗位经历、资格或能力, 能按

岗位要求指导动手操作的教师<sup>[1]</sup>。目前广东江门中医药职业学院护理专业老师, 有80%以上为青年教师, 他

们的理论知识比较扎实，但缺少在医院临床一线工作的经历，所以他们的动手能力与操作技能能力有所欠缺。通过顶岗实践到医院临床一线工作，能让专业教师将专业理论、专业知识、专业技能运用到临床实践中去，从而得到深化和提高，使专业教师的知识结构和业务成长得到促进和改善。因此，最能综合性的提高护理青年老师的教学水平、业务水平与操作技能的途径，唯有到达医院临床一线进行顶岗实践。然而由于受到各种限制因素的影响，我们的护理青年教师在顶岗实践过程中出现工作积极性低下的问题，从而顶岗实践的效果也大受影响。

## 1 影响工作积极性因素

### 1.1 个人因素

**1.1.1 教学任务较重** 目前我院护理专业任课教师较少，与现在的护理学生数量形成比例结果跟国家规定的师生比相差较大。因此，护理青年老师每个学期担任的教学任务都非常繁重。他们既要保证顺利地完成每个学期的教学任务，又要保证教学质量不能下降，所以他们的教学压力非常大。另外，每年省里都举行学生组护理技能竞赛和教师组护理技能竞赛，护理青年教师作为主要骨干力量，学院每年要求青年教师积极参与教师组护理技能竞赛，并且同时安排青年教师参与培训辅导学生比赛，让学生在比赛中为学院争取得到好成绩。所以护理青年教师的时间与精力非常地有限，与顶岗实践相矛盾。

**1.1.2 家庭因素** 不少护理青年教师的年龄处在25~35岁，在此年龄段里，因为有婚恋、分居及小孩等问题困扰难以合理安排锻炼时间<sup>[2]</sup>。护理青年教师的重心此时都放在自己的家庭，对于顶岗实践的态度有所散漫。另外，我院80%的护理青年教师为女性，刚组建家庭不久，家里的孩子年龄较小，很需要家人的照顾与陪伴。但因为顶岗实践时间较长，与小孩子的照顾相矛盾，她们心思已不在顶岗实践上，所以她们对于参加顶岗实践，只是为了应付性地完成学院安排工作，从而造成了工作积极性低下问题。

**1.1.3 晋升职称因素** 很多护理青年教师本身学历有限，在科研立项的能力上较弱，为了评定晋升职称，所以他们在学历的提升、论文以及科研课题上花费大量时间。因此，教师本身在时间的分配上非常有限<sup>[3]</sup>。然而，学院安排青年教师的顶岗实践的时间比较长，大大地占据了护理青年教师为评定职称而准备材料的时间。这造成了青年教师心理上要承受非常大压力，也使他们几乎把所有的心思放在准备职称材料上。因此，青年老师为了能顺利地晋升职称，把所有的精力

都用在准备材料上，反而对于顶岗实践毫不在乎，态度有所松懈。

### 1.2 学校因素

**1.2.1 顶岗实践时间选择** 学院规定专业教师必须要完成每年的所规定的顶岗实践任务，原则上要求专业教师每年都要参加不少于一个月顶岗实践。但因为护理专业的老师教学任务非常重，所以护理青年教师去医院临床一线工作顶岗实践的时间只能选择在寒暑假期间内完成。但在平时的上课过程中已消耗了教师大量的精力，所以教师只能在寒暑假期间的时间调整自己的身心状态，以达到身体最好的状态面对下一学期的课程。但这与顶岗实践时间相矛盾，大大地打击了护理青年教师的积极性。

**1.2.2 顶岗实践激励措施** 学院要求每个护理青年教师必须参加医院的顶岗实践。对于已获得教师资格证及相关专业执业资格证的教师，在顶岗实践期间内可以一次性每天补助50元，不再报销其它任何费用。但是教师每天去医院顶岗实践的花费，其实已超过了学院补助费用。另外，有个别新进的护理青年教师暂时没获得教师资格证，根据学院的政策规定不符合补助的要求，所以他们没有得到学院的补助费用。正因为学院对青年教师顶岗实践的激励措施不到位，让护理青年教师在顶岗实践的过程中工作积极性降低。

**1.2.3 顶岗实践地点选择** 护理青年教师选择顶岗实践的医院较少，学院只安排青年教师在当地的三家大型三甲医院进行顶岗实践。为了方便管理顶岗实践的情况，学院暂时不让青年教师申请去省会中心城市的大型医院顶岗实践进修。因此，每年护理青年教师都只能在当地的医院顶岗实践，让他们对于当地医院临床工作有疲劳心理，不能认真地完成顶岗实践，使顶岗实践的效果下降。

**1.3 医院因素** 企业都是以盈利为目的，教师参与顶岗实践主要是学习实践技能<sup>[3]</sup>。这两者之间处于矛盾的状态。有些企业工作任务繁重，不愿意接纳顶岗实践<sup>[4]</sup>。有些医院虽然接受护理青年教师去医院进行顶岗实践，但是配合程度不高。一方面，医院认为教师来到临床只是为了见习而不参与临床一线工作，所以不安排带教老师进行带教。另一方面，因为进行护理操作的对象是病人，医院害怕青年老师在护理操作的过程中处理不当引起医疗纠纷，所以不愿意安排教师参与重要的专科护理操作，他们只能是做最基本的生活护理操作。最后，临床带教老师把他们当作是实习护生看待，不能真正放手让青年教师独立完成操作。因此，医院的种种原因引起青年教师在顶岗实践过程中工作积极

性低落。

## 2 提高工作积极性的建议

**2.1 教师自身方面** 护理青年教师应该把生活与工作的关系处理得当，放弃原有不好的思想观念；自己生活中遇到的难题解决好，特别是关于照料小孩的问题，可以在顶岗实践期间安排父母帮忙照料等；要时刻谨记到医院顶岗实践的目的，制订顶岗实践的学习计划，在不受生活与家庭的影响下，积极参加顶岗实践。对于确实与顶岗实践安排的时间有冲突的护理青年教师，可以向系部申请本年度不参加顶岗实践或适当地调整顶岗实践的时间。

护理青年教师应该淡化假期观念，充分利用寒暑假去充实自己。虽然说日常的教学任务非常重，平时基本没有空余的时间去进修，但不可否认顶岗实践是提高自己实践能力最为有效的一种方式。因此，参加医院的顶岗实践，到达临床一线工作可以快速提高自己的临床操作实践能力与动手能力，可以更好地充实自己。

护理青年教师为准备晋升职称的材料，已花费大量的空余时间。可我们进行反思，在假期进行顶岗实践锻炼期间护理青年教师可以把自己的科研课题带到医院，除了可以收集关于科研课题所需要的佐证材料外，还可以得到临床一线带教老师的建议与帮助，更可以与他们进行合作共同完成课题项目。这不仅仅为教师晋升职称提供所需材料，更能提高教师的科研水平与课题设计的能力。

**2.2 学校方面** 明确教师顶岗实践时间段的要求，具体时间由教师根据自己工作安排申请确定<sup>[1]</sup>。如按《职业学校教师企业实践规定》中要求职业学校专业课教师5年内不少于6个月到企业实践<sup>[5]</sup>，所以护理青年教师只须在5年时间内完成6个月的顶岗实践任务，但顶岗实践的时间可让教师自行安排。因此，护理青年教师除了在每个寒暑假完成顶岗实践外，学院也可以根据师资建设需要做好顶岗实践计划，调整教学任务，每学期力争1位教师下企业<sup>[6]</sup>，让青年教师进行全脱产的顶岗实践活动。

学院应为顶岗实践老师尽量创造条件，顶岗实践期间给予相应的顶岗实践津贴和差旅补贴等<sup>[7]</sup>。所以，除了每天补助费用50元外，还应给予相对应的伙食补助，交通补贴等。提高护理青年教师的顶岗实践期间的补助费用，有利于提高工作的积极性。另一方面，增加顶岗实践教师政策优惠，如完成当年顶岗实践任务的专业课教师参与年度考核评优加分，一个聘期内完成年均1个月以上顶岗实践任务的专业课教师可以做为

晋升职称一个硬件条件。最后，学院应鼓励青年教师到省会中心城市三甲医院进行全脱产的进修，并给予政策与补助费用上的支持。学院经过多种的激励措施，可提高护理青年教师顶岗实践的工作积极性。

**2.3 医院方面** 第一，医院应该与学院加强合作，可以达到双方共同盈利的目的。医院积极配合学院，主动参与护理青年教师的实践操作能力与动手能力的培养，教师才能更好地深入了解医院技能型人才的职业岗位需求、职业技能需求和职业素养需求，所培养出来的学生才能更好地为医院所用。第二，医院与学院明确安全责任管理制度，护理青年教师到医院顶岗实践前应在院内进行岗前培训，让他们了解医院的规章制度与操作流程规范。若护理青年教师在护理病人过程中出现操作安全问题、医患矛盾或医疗事故后，医院与学院应共同协商处理并解决问题。最后，护理青年教师已取得护士执业证，说明他们具有独立完成护理操作的能力。因此，临床带教老师应该把他们与实习护生区别对待，相信他们的操作能力，可对他们放手不放眼，让他们独立完成护理操作，多练习操作以便提高他们的操作实践能力。

护理青年教师对顶岗实践的工作积极性与自身、学院及医院三方面的问题息息相关，针对相关的问题提出对应的建议。只有正视问题，提高青年教师工作积极性，才能真正地提高实践操作能力，把实践操作能力与理论知识相结合，提升自身的教学素质，提高教学质量，并推动加强“双师型”教师队伍的建设。

## 参考文献

- [1]张君维.高职专业老师到企业顶岗实践实施途径探究[J].西南农业报:社会科学版,2012,10(7):208-210.
- [2]李瑛娟.高职院校教师企业顶岗实践培训实践探讨[J].昆明冶金高等专科学报,2017,33(2):38-43.
- [3]许碧娟.浅谈高职教育教师顶岗实践[J].太原城市职业技术学院党报,2011(12):20-21.
- [4]王蕊,高翔.基于项目课程教学的食品类专业教师顶岗实践研究[J].教育与职业,2010(18):49-51.
- [5]教育部.关于印发《职业学校教师企业实践规定》的通知[Z].教师[2016]3号
- [6]王升平.高职专业教师顶岗实践培养模式的有效性研究[J].科教导刊,2011:54-55.
- [7]胡幸鸣,葛永明,高水琴.有效推进高职教师到企业顶岗实践的管理与督导[J].高教论坛,2010(5):88-90.

(本文编辑:李海燕 本文校对:肖继红 收稿日期:2018-05-16)

《伤寒论》言脉有十字，曰大、浮、数、动、滑、沉、涩、弱、弦、微。脉象之区别，不止此十字，此十字及其浅者。然，促结代脉？易知，其理则较深……

《经》言：脉行数，时一止，名曰促。脉行迟，时一止，名曰结，脉止，干能自还者，谓之代。

——杨金生、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)

# 护患沟通技巧对门诊注射室工作满意度的影响

刘艳红 魏晓兰

(南昌大学第二附属医院门诊部,江西 南昌 330006)

**摘要:**目的 研究分析对门诊注射室工作中应用护患沟通技巧的临床价值。方法 选取2015年12月—2017年10月118例门诊注射室接收的待注射治疗患者为此次研究任务的主要对象,通过计算机产生随机数字,分为干预组和参照组,其中对照组为59例,行常规干预;干预组为59例,予以护患沟通技巧干预。比较2组临床护理满意度。结果 干预组满意度为98.31% (58/59),明显高于对照组满意度86.44% (51/59),差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 对门诊注射室应用护患沟通技巧干预,应用价值良好,值得推广。

**关键词:**护患沟通技巧;门诊注射室;工作满意度;临床价值

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.020

文章编号:1672-2779(2018)-16-0045-02

## Influence of Nurse Patient Communication Skills on Job Satisfaction in Outpatient Injection Room

LIU Yanhong, WEI Xiaolan

(Outpatient Department, the Second Affiliated Hospital Of Nanchang University, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

**Abstract: Objective** To study and analyze the clinical value of the communication skills of nursing patients in outpatient injection room. **Methods** From December 2015 to October 2015, 118 cases of outpatient injection room received for injection for the treatment of patients the main object of study task, by using computer generated random numbers, were divided into intervention group and control group. The control group of 59 cases received conventional intervention. The intervention group of 59 cases received communication skill nurse intervention. The clinical nursing satisfaction was compared. **Results** Statistical data were analyzed and the satisfaction of the intervention group was 98.31% (58/59) which was significantly higher than 86.44% (51/59) of the reference group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** It is worth promoting the application of communication skill intervention in outpatient injection room.

**Keywords:** protecting communication skills; outpatient injection room; job satisfaction; clinical value

随着临床医学技术的不断革新,人们对医院所提供的医疗服务要求逐步提升,作为医院接待量最多以及医疗服务内容最复杂的部门之一,门诊工作质量一直受到医院以及就诊群体的广泛关注<sup>[1]</sup>。根据现阶段临床研究表明,在门诊注射室中,积极实施护患沟通技巧,可以提升护理工作人员的沟通能力,有助于良好护患关系的构建,能够极大地提升患者对门诊注射室工作的满意度<sup>[2]</sup>。基于此,我院2015年12月—2017年10月对118例前往门诊注射室进行注射治疗的患者,积极研究应用护患沟通技巧的临床价值,研究成果十分良好,现将报告进行总结并报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院2015年12月—2017年10月118例门诊注射室接收的待注射治疗患者为此次研究任务的主要对象,通过计算机产生随机数字,分为干预组和对照组,其中对照组59例,男性29例,女性30例;年龄19~71岁,平均年龄( $44.03\pm0.97$ )岁;其中梅毒患者31例,骨质疏松患者12例,肿瘤患者16例。干预组59例,男性31例,女性28例;年龄20~72岁,平均年龄( $45.61\pm0.39$ )岁;其中梅毒患者29例,骨质疏松患者16例,肿瘤患者14例。对2组一般资料开展深入分析以

及对照,差异不明显 ( $P>0.05$ ),2组有良好的对比性。本研究获得了我院伦理委员会批准认可,同时所有患者以及患者家属均在知情的情况下,自愿签署了知情书以及同意书。

### 1.2 方法 对照组实施常规护患沟通。

干预组应用护患沟通技巧。一些患者在到达门诊注射室之前往往会较为疲惫,在病情的作用下,必然会出现烦躁不安等不良情绪,护理工作人员要站在患者角度出发,抱有同情心,主动接待患者并给予相应的处理,拉进护患关系,帮助患者稳定情绪<sup>[3]</sup>。在对患者注射的过程中,必然会因为多种因素的影响出现失误,此时护理工作人员除了在往日加强训练,还需要在失误出现时保持镇定,不因自身的慌乱引起患者的焦虑感,在结束注射后,要告知患者注意事项,避免出现意外情况<sup>[4]</sup>。一些患者会有药到病除心理,护理工作人员需要采用礼貌用语降低患者的消极感,帮助患者正视治疗过程,配合治疗完成。有些患者会在注射的过程中出现不良反应,护理人员需要提前告知,获得患者的了解和配合,降低护患矛盾发生情况<sup>[5]</sup>。同时护理工作人员必须要平等对待每一位患者,要正视每一位患者的合理要求,并尽可能满足,帮助患者度过治疗过程,在与患者交流沟通的过程中,护理工作人

员需要采用恰当的称呼，对于连续前往注射治疗的患者，则需要尽可能记住患者的名字，给予患者尊重感，帮助患者感受到理解和支持的重要性，从而构建良好的护患关系。另外，护理工作人员还必须要熟练掌握每一项护理流程，降低在护理过程中不良事件的发生，获得患者的信任感以及依赖感，同样有助于患者治疗配合度的提高，对缓解紧张的护患矛盾也有着积极的作用，护患关系缓和效果显著。在注射护理的过程中，重视无痛注射护理干预的重要性，除了提升自身的专业技能，降低患者注射疼痛外，还可以对患者采用播放音乐、观看视频等方式转移患者的注意力，帮助患者降低疼痛，同时也可以采用热敷、按摩等方式，促进患者血液循环，提高患者组织痛阈，帮助患者缓解疼痛感。

**1.3 观察指标** 比较2组工作满意度。我院通过采用问卷调查法，由患者以及患者家属填写我院自制的（百分制）工作满意度调查表格，客观评价护理工作人员的沟通技巧、沟通态度以及沟通效果、不良事件发生情况等，评价等级如下划分：非常满意（100~80分）、一般满意（79~60分）、不满意（59分以下）。

**1.4 统计学方法** 数据均采用SPSS 20.0软件进行统计学处理，计数资料（工作满意度）以%表示，采用卡方检验。计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用t检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

干预组工作满意度为98.31%，明显高于对照组工作满意度86.44%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 2组工作满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意度
干预组	59	46(77.67)	12(20.34)	1(1.69)	58(98.31)
对照组	59	32(54.24)	19(32.20)	8(13.56)	51(86.44)
$\chi^2$ 值				5.8940	
P值				0.0151	

## 3 讨论

注射是门诊工作的重要组成部分，同时也是容易产生医患纠纷的主要场所，根据研究表明，门诊注射的过程中，产生医患纠纷的主要因素多集中于护理工作人员的沟通模式上，不科学的沟通技巧十分容易引起一部分患者产生逆反情绪、抵抗情绪以及愤怒等不良情绪，十分影响医院门诊工作的顺利开展，因此，

如何选择更加科学、合理的工作模式，有效缓解门诊注射室内的医患矛盾，提升门诊注射室工作效率以及质量，是我院十分关注的焦点问题。

本研究结果表明，对前往门诊注射室接受注射治疗的患者，予以护患沟通技巧，能够显著提升患者对门诊工作的满意度（98.31%），并远远高于常规沟通干预后患者的门诊工作满意度（86.44%），差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。这是因为，作为与患者密切接触的门诊注射室，护理工作人员的工作任务繁重、细化，对大批量的就诊患者往往无法做到个个兼顾，同时也因为高强度的工作内容产生一定的烦躁、焦虑等不良情绪，而患者在病情的作用下，往往会因为护理工作人员的护理态度引起强烈的反应，从而引发护患矛盾，对门诊注射室的工作秩序带来极大的负面影响<sup>[6]</sup>。通过应用护患沟通技巧，与患者建立平等的关系，采用耐心、温和的护理态度，始终面带微笑地与患者进行交流，耐心解答患者的疑问，帮助患者解决问题，在出现工作失误的时候不紧张、不慌乱，稳定情绪，有条不紊地处理工作失误，避免造成患者慌乱，从而引发工作纠纷<sup>[7]</sup>。另外，在与患者沟通交流的过程中，也需要采用礼貌用语，尽可能地站在患者角度，杜绝出现消极语气，引发患者不适感，同时要与患者平等相处，尊重每一位患者，给予患者心理支持，获得患者信赖<sup>[8]</sup>。

综上所述，对门诊注射室工作中，予以患者护患沟通技巧干预，能够构建良好的护患关系，能够提升患者对门诊注射工作的满意度，缓解紧张的医患关系，有助于医院门诊服务质量的提升，具有一定的应用价值，值得在临床中推广。

## 参考文献

- [1]岑瑛群.护患沟通技巧在门诊注射室的应用[J].护理实践与研究,2011,8(4):34-35.
- [2]方春艳,谭银权,马丽珍,等.优化门诊注射室工作流程的效果观察[J].国际护理学杂志,2013,32(2):388-389.
- [3]江敏,胡友珍,黄素芳,等.强化服务意识减少门诊注射室护患纠纷[J].中国美容医学,2011,20(z1):57-57.
- [4]宋莉.门诊输液室护士与患者和谐沟通技巧[J].中国误诊学杂志,2011,11(30):7380-7380.
- [5]叶雪玲.门诊注射室患者心理护理的效果评价[J].中国实用护理杂志,2012,28(12):69-70.
- [6]叶贞,刘志森.我院门诊注射室临床护理带教管理体会[J].中国护理管理,2011,11(2):56-58.
- [7]贺文健.影响门诊注射室静脉输液患者满意度的因素与相应护理[J].国际护理学杂志,2013,32(4):873-875.
- [8]安博,梁婉琪.PDCA循环管理在门诊注射室中的应用[J].护理实践与研究,2015,12(9):96-97.

（本文编辑：李海燕 本文校对：刘洁 收稿日期：2018-03-18）

# 补肾接骨汤对四肢骨折后 疼痛肿胀症状及骨折愈合的影响

全文学

(龙井市中医医院骨伤科, 吉林 龙井 133400)

**摘要:** 目的 评价补肾接骨汤对四肢骨折后疼痛肿胀症状及骨折愈合的影响。方法 对收治的四肢骨折患者116例按照数字随机分组法分为2组各58例, 观察组采取补肾接骨汤治疗, 对照组采取接骨七厘片治疗。比较2组患者骨折恢复情况。结果 观察组治疗后疼痛VAS评分较对照组降低, 疼痛消失时间、肿胀消失时间及骨折愈合时间较对照组缩短, 骨痂形成评分高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 补肾接骨汤能减轻四肢骨折患者疼痛肿胀情况, 促使患者骨折较快愈合, 效果显著。

**关键词:** 补肾接骨汤; 四肢骨折; 疼痛肿胀; 骨折愈合

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.021

文章编号:1672-2779(2018)-16-0047-02

## Effect of Bushen Jiegu Decoction on Painful Swelling and Fracture Healing after Extremity Fracture

QUAN Wenxue

(Department of Orthopedics and Traumatology, Longjing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Longjing 133400, China)

**Abstract: Objective** To evaluate the effect of Bushen Jiegu decoction on painful swelling and fracture healing after limb fractures.

**Methods** 116 cases of limb fractures treated in our hospital were divided into two groups according to the randomized number, with 58 cases in each group. The observation group was treated with Bushen Jiegu decoction. The control group was treated with Jiegu Qiqi tablet. The fracture recovery of the two groups was compared. **Results** The VAS score of pain in the observation group was lower than that in the control group. The time of disappearance of pain, disappearance of swelling and fracture healing time in the observation group were shorter than those in the control group. The score of callus formation in the observation group was higher than that in the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Bushen Jiegu decoction can relieve the pain and swelling of patients with limb fractures and promote the healing of patients with fractures. The results are significant.

**Keywords:** Bushen Jiegu decoction; limb fractures; pain swelling; fracture healing

近年来, 四肢骨折发生率呈逐年增加趋势, 临床也加大了对四肢骨折的研究。尤其是四肢骨折患者若缺乏有效的治疗护理, 长久以来伴随的肢体肿胀与疼痛, 会影响患者骨折愈合, 致生活质量降低<sup>[1]</sup>。中医认为四肢骨折患者骨折恢复关键是应行气活血、止痛化瘀, 以此减轻肢体肿胀, 促使骨折较快愈合。我院就对四肢骨折患者采取中医补肾接骨汤治疗, 其效果现分析如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 随机抽查法选取2016年12月—2018年1月我院收治的116例四肢骨折患者, 患者未合并神经损伤、血管损伤; 临床表现为四肢局部疼痛肿胀; 无妊娠期、哺乳期女性; 心、肝、肾等脏器功能正常; 无药物过敏症; 患者知情研究, 签署了研究同意书; 医院医学伦理会审核批准通过本次研究。按照数字随机分组法分为2组, 对照组58例, 男32例, 女26例; 年龄18~65岁, 平均 (37.31±4.59) 岁; 骨折类型: 粉碎性骨折患者18例, 单纯性骨折患者16例, 稳定性骨折患者14例, 不稳定性骨折患者10例。观察组58例, 男35

例, 女23例; 年龄18~65岁, 平均 (38.10±4.63) 岁; 骨折类型: 粉碎性骨折患者15例, 单纯性骨折患者16例, 稳定性骨折患者15例, 不稳定性骨折患者12例。2组患者年龄、性别、骨折类型等资料经统计学软件处理后,  $P>0.05$ , 可进行比较。

**1.2 治疗方法** 由专业人员指导2组患者早期功能康复锻炼, 对照组患者口服接骨七厘片, 5片/次, 每天3次。观察组患者口服补肾接骨汤, 基本方: 续断、补骨脂、骨碎补各15 g, 丹参、自然铜各10 g, 黄芪30 g。辨证施治: 肢体肿胀者加红花、桃仁; 疼痛明显者加郁金。上述药方用水煎煮取药汁200 mL, 分早晚2次服用。2组患者连续用药1个月。

**1.3 观察指标** 采用视觉模拟评分量表 (VAS)<sup>[2]</sup>, 由患者自主评价骨折疼痛情况, 由我院自制正面印有0~10分长尺, 背面刻上相应表情, 0分: 无痛; 1~3分: 轻度疼痛, 微笑表情; 4~6分: 中度疼痛, 难过表情; 7~10分: 重度疼痛, 大哭表情。

**骨折愈合**<sup>[3]</sup>: X线检查骨折骨性愈合, 有骨痂形成。

**骨痂形成**<sup>[4]</sup>: 1分: 无骨痂形成; 2分: 形成云雾状

骨痂；3分：一侧出现骨痂形成；4分：双侧骨痂形成；5分：骨痂结构性形成。

**1.4 统计学方法** 由SPSS 20.0统计学软件对本研究中相关研究样本进行处理。计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用独立配对t检验，计数资料以%表示，采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者治疗前后疼痛程度比较** 观察组患者治疗前疼痛VAS评分 $(6.41\pm1.58)$ 分，治疗后 $(2.10\pm0.74)$ 分；对照组患者治疗前疼痛VAS评分 $(6.40\pm1.57)$ 分，治疗后 $(4.26\pm1.05)$ 分；2组患者治疗后疼痛VAS评分较治疗前降低，观察组治疗后疼痛VAS评分低于对照组，差异有统计学意义 $(t=12.806, P=0.000)$ 。

**2.2 2组患者各症状恢复时间比较** 观察组患者疼痛消失时间、肿胀消失时间及骨折愈合时间较对照组明显缩短，差异有统计学意义 $(P<0.05)$ ，见表1所示。

表1 2组患者各症状恢复时间比较 $(\bar{x}\pm s, d)$

组别	例数	疼痛消失时间	肿胀消失时间	骨折愈合时间
观察组	58	$13.82\pm1.63$	$14.01\pm1.86$	$34.82\pm3.79$
对照组	58	$23.47\pm2.52$	$23.69\pm2.79$	$51.30\pm5.84$
<i>t</i> 值		24.487	21.985	18.028
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

**2.3 2组骨痂评分比较** 观察组患者骨痂评分 $(3.75\pm0.58)$ 分，对照组患者骨痂评分 $(2.51\pm0.49)$ 分，2组比较差异有统计学意义 $(t=12.438, P=0.000)$ 。

## 3 讨论

四肢骨折患者多表现为剧烈疼痛、明显肿胀症状，而患者治疗后所存在的疼痛、肿胀等情况会限制患者肢体功能锻炼，进而会延长患者骨折愈合时间，影响患者身心健康，致患者生活质量降低。目前临床尚未明确骨折愈合及发生机制，有研究<sup>[5]</sup>认为骨折创伤后，机体生理生化变化，蛋白代谢紊乱及皮质醇分泌增加等，会加快蛋白分解速度；氨基酸释放，会抑制蛋白合成，致机体处于负氮状态；儿茶酚胺、胰高血糖素分泌，致高血糖症、乳酸血症发生；机体毛细血管痉挛，微循环障碍等，骨折端缺血，使骨折钙化；因此对四肢骨折患者，不仅需良好复位、稳定制动，也应采取有效药物促进患者骨折愈合。

中医认为四肢骨折患者肿胀、疼痛症状的治疗，应改善患者血液循环状态，恢复机体良好血供，改善骨折端缺血缺氧状态；同时加快代谢产物的排泄，以此减轻机体炎症症状，清除体内坏死组织，以此加快骨折愈合速度；另外增加骨端钙、磷离子数目，合成软骨素，使骨折钙化；另外中药的应用，提高机体抵抗力，改善骨痂质量，能加快肢体骨折端血肿吸收，促使间充质细胞的增生与分化，以此改善患者骨折症状。本研究结果调查发现，观察组患者骨痂评分

$(3.75\pm0.58)$ 分，对照组骨痂评分 $(2.51\pm0.49)$ 分，差异有统计学意义 $(P<0.05)$ 。此结果证实补肾接骨汤的应用，活血化瘀，血液循环状态改善，软骨组织修复，利于患者骨折端骨痂形成。因此，对患者采取补肾接骨汤治疗，能促使患者骨痂形成，对患者骨折愈合起到积极促进意义。

中医治疗四肢骨折时，因骨折气血损伤，血液循环不畅致瘀血形成，气血运行失常，不行则痛，不通则痛，致肢体疼痛肿胀。因此对四肢骨折患者采取中医补肾接骨汤治疗，坚持活血化瘀、消肿止痛、续筋接骨原则。药方中续断补肝肾，续筋骨，调血脉；补骨脂补肾壮阳，补脾健胃；骨碎补补肾强骨，续伤止痛；丹参活血祛瘀，通经止痛，清心除烦，凉血消痈；自然铜散瘀止痛，续筋接骨；黄芪补中益气，消肿止痛、活血化瘀；全方起到的功效对四肢骨折有显著效果，能显著减轻肢体肿胀、疼痛症状。本研究发现，观察组治疗后疼痛VAS评分低于对照组，疼痛消失时间、肿胀消失时间及骨折愈合时间较对照组缩短，差异有统计学意义 $(P<0.05)$ 。从本研究结果看出，骨折患者采取补肾接骨汤治疗，骨折端疼痛情况显著减轻，而患者因肢体疼痛减轻，能早期实施肢体康复锻炼，利于患者骨折功能尽快恢复。因此采取补肾接骨汤治疗四肢骨折，通过作用于肝、肾、气、血，能显著减轻患者肢体疼痛、肿胀症状，使患者肿胀、骨折愈合时间明显缩短。在现代药理研究中，续断、补骨脂、骨碎补能补充机体所需的钙盐及微量元素，能促使蛋白合成，以此加快骨质吸收速度，加快新骨生成，并能促进骨痂形成，使患者骨折较快愈合；另外能抑制炎症介质的释放，增加毛细血管通透性，减轻炎症介质渗出，缓解机体炎症反应，进而缓解肢体肿胀；黄芪、丹参通过抑制血小板聚集，减轻机体血液黏稠度，抵抗血小板活性，溶解纤维蛋白原，以此预防血栓形成，改善体内微循环，改善气血运行，减轻肢体疼痛。

综上所述，补肾接骨汤能减轻四肢骨折患者疼痛肿胀情况，促使患者骨折较快愈合，效果显著。临床可针对四肢骨折具体情况，辨证施治，以此充分发挥出中医对骨折的作用与效果，进而提高患者治疗效果，促使患者更好恢复。

## 参考文献

- [1]王强,刘卓,肖存,等.补肾断续汤结合髓内钉固定治疗胫骨中下段骨折不愈合的效果[J].中国医药导报,2017,14(12):81-84.
- [2]李颖,姜志强,黄宏兴,等.补肾健脾中药复方预防椎体成形术后再骨折的随访研究[J].中国骨质疏松杂志,2017,23(5):667-671.
- [3]唐蔚.椎体成形术配合补肾壮骨汤治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折疗效分析[J].实用中医药杂志,2017,33(1):11-12.
- [4]郑志永,张逊,任中华,等.补肾填髓汤治疗股骨骨折术后延迟愈合的临床研究[J].陕西中医,2017,38(2):196-198.
- [5]王鹏.补肾壮骨汤治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折临床研究[J].亚太传统医药,2017,13(9):150-151.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李官文 收稿日期:2018-05-29)



# 高危儿筛查法在儿童保健门诊的应用

黄才英

(江西省赣州市人民医院儿科，江西 赣州 341000)

**摘要：**目的 研究高危儿筛查法在儿童保健门诊的运用。方法 选取2016年12月—2017年12月接受治疗的120例常规儿童作为研究对象，运用电脑随机抽取的方式将患者分为对照组以及观察组各60例，对照组使用常规筛查方法，观察组则采用高危儿筛查法，对比2组筛查准确率，并分析新生儿筛查异常情况。结果 观察组诊断准确率91.67% (55/60) 显著高于对照组75.00% (45/60)。55例异常病例中，视觉障碍占据较大比例，为36.36% (20/55)，其次为听觉障碍，为32.73% (18/55)，智力发育障碍占据比例最少，为3.63% (2/55)， $P < 0.05$ 。结论 儿童保健门诊采用高危儿筛查法可提升筛查效率，提高筛查准确率，便于临床尽早对该病进行治疗，提高治疗效果，值得推广。

**关键词：**高危儿筛查法；儿童保健；常规筛查法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.022

文章编号:1672-2779(2018)-16-0049-02

## The Application of High-Risk Infant Screening in Children's Health Care Clinics

HUANG Caiying

(Pediatrics Department, Ganzhou People's Hospital, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

**Abstract:** Objective To study the application of high-risk child screening in children's health clinic. Methods From December 2016 to December 2017, 120 cases of normal children in our hospital for treatment were selected as the research objects. Using the computer random way, they were divided into control group and observation group, with 60 cases in each group. The control group used routine screening method, while the observation group used high-risk infant screening method. The screening accuracy rate and neonatal screening abnormal situation analysis was compared. Results The diagnosis accuracy rate of the observation group was 91.67% (55/60) which significantly higher than 75.00% (45/60) of the control group. In 55 cases of abnormal cases, visual impairment to occupy larger proportion is 36.66% (20/55), the second for the hearing impaired at 32.73% (18/55), developmental disorders account for at least 3.36% (2/55)  $P < 0.05$ . Conclusion Children's health clinic can improve screening efficiency, improve screening accuracy, and facilitate the treatment of the disease as early as possible.

**Keywords:** high-risk infant screening method; children's health care; routine screening method

随着社会的发展与进步，医疗条件也在进步，一些医疗方面的技术得到提升，并且在整体的治疗条件方面得到进步，不同类型的疾病治愈率也得到增长，因此对于一些疾病的早期诊断与治疗显得尤为重要，可以帮助患者尽早发现疾病，及时对疾病进行治疗，并且在康复方面优势更加明显。其中新生儿疾病方面的治疗也取得极大的进步，在听力、视力障碍方面的效果非常明显，虽然治疗方法方面得到进步，但是新生儿疾病在进行治疗的过程中也应该采用早发现、早诊断、早治疗的方式，这就要求对筛选方法的提升。常规进行筛查的过程中，主要对常规的听力、视力等进行筛查，全面性不足，因此需要对筛选方法进行改进，采用高危儿筛查法，提升筛查质量<sup>[1]</sup>。本文对高危儿筛查法在儿童保健门诊的运用进行研究，结果如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年12月—2017年12月在本院接受治疗的120例常规儿童作为研究对象，运用电脑随机抽取的方式将患者分为对照组以及观察组各60例，对照组男31例，女29例；年龄最小11个月，最大7岁，平均年龄为 $(4.21 \pm 2.67)$ 岁。观察组男32例，女28例；年龄最小10个月，最大8岁，平均年龄为 $(4.32 \pm 2.56)$ 岁。2组在告知患者家属试验细节后签署研究同意书。2组患者各指标比较，无显著性差异 ( $P > 0.05$ )。

**1.2 方法** 对照组采用常规方法进行筛查，在出生后对听力进行检查，对视力进行测试，之后对四肢等进行筛查，判断是否存在残疾。

观察组在上述检查的基础上使用高危儿筛查法，具体措施包括：①对高危儿童进行判断，结合产妇产前、产中以及产后的各项身体变化情况，判断新生儿是否存在高危风险，并且进行详细的登记，制定相应的检查方法，有计划地对新生儿进行各种筛查，防止出现遗漏的情况<sup>[2]</sup>。②听力、感觉筛查。听力是人体的重要功能性器官，在新生儿出生后可以直接进行听力的筛查，并且在新生儿出生后一段时间内指导家属进入到医院对听力各项器官进行全面系统的检查，防止出现遗漏的情况，提升检查的整体质量。同时对新生儿的感觉功能进行检查，可通过抚摸、接触等方式感知<sup>[3]</sup>。③肢体功能。采用人脸反应、俯卧抬头、手部支撑等方式对测试患者肢体各项功能，观察新生儿是否存在肢体方面的缺陷。同时指导新生儿进行头部、背部位置的弯曲、手部的握拳、四肢伸展等动作，对四肢活动能力进行检查<sup>[4]</sup>。④心肺功能检查。心肺功能检查也可作为筛查的步骤，可以通过新生儿心率、呼吸频率的变化情况进行筛查，及时发现心肺功能可能存在的问题，并进行及时的治疗。⑤智力检查，采用一些图像、应激反应检查的方式，对新生儿的智力进行

检查，必要时可采用相应的医疗机械设备，检查脑组织发育情况，对病情进行相应的判断。⑥知识宣传。积极向新生儿家属普及筛查的必要性，提升家属的配合度，同时将可能出现的各项疾病以及相应的治疗方法告知家属，帮助家属了解新生儿疾病的各项特征，为后期的治疗提供更加科学的条件。

### 1.3 观察指标 对比2组筛查准确率，分析新生儿筛查异常情况。

**1.4 统计学方法** 本研究数据均采用统计学软件SPSS 20.0进行处理，计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用t检验，计数资料采用 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组检查准确性比较** 观察组诊断准确率91.67%，显著高于对照组75.00%， $P < 0.05$ ，详见表1。

表1 2组患者检查准确性比较 [例(%)]

组别	例数	诊断正确	诊断失误	检查准确率
对照组	60	45(75.00)	15(25.00)	45(75.00)
观察组	60	55(91.67)	5(8.33)	55(91.67)
$\chi^2$ 值				6.000
P值				0.014

**2.2 新生儿筛查异常情况分析** 55例异常病例中，视觉障碍占据较大比例，为36.36%，其次为听觉障碍，为32.73%，智力发育障碍占据比例最少，为3.63%， $P < 0.05$ ，详见表2。

表2 新生儿筛查异常情况分析比较 [例(%)]

项目	例数	发病率(%)
视觉障碍	20	36.36
听觉障碍	18	32.73
肢体障碍	12	21.82
心脏疾病	3	5.45
智力发育障碍	2	3.63
合计	55	100.00

## 3 讨论

新生儿承载着家庭的希望，研究显示新生儿异常发生率在我国占据较高的比例，在10%左右，是正常儿童的近3倍，可见对其进行筛查是非常必要的，但是常规的筛查方法对于普通儿童适宜，但是对于高危新生儿来讲，在整体性方面存在一些问题，因此需要对方法进行改进，采用更加全面的检查方法对新生儿各项疾病进行判断，制定更加全面的检查方法，提升筛选质量<sup>[5]</sup>。

本研究可以看出，观察组诊断准确率91.67%，显著高于对照组75.00%；55例异常病例中，视觉障碍占据较大比例，为36.36%，其次为听觉障碍，为32.73%，

智力发育障碍占据比例最少，为3.63%， $P < 0.05$ 。原因分析为：①在筛查之前对其高危整体的判断，这样可以及时对高危新生儿各项情况进行分析以及判断，结合实际情况对疾病进行判断，提升工作效率，同时进行筛查的过程中具有一定的侧重性，对于高危新生儿的功能等各个方面进行详细的检查，防止出现遗漏的情况，提升整体的准确性<sup>[6]</sup>；②新生儿各项疾病的分析以及判断，对于治疗起到非常重要的作用，特别是脑损伤方面的疾病，在患病早期进行干预治疗，可以及早对病情进行控制，促进脑部功能的恢复，脑组织得到修复，高危筛查中不仅对新生儿的肢体等外部各项功能进行相应的筛查，同时对心脏以及脑组织等各项功能也进行筛查，可以全面提升整体的筛查效果，降低失误率，为疾病的资料提供更加准确的依据<sup>[7]</sup>；③高危儿筛查法进行筛查中可以发现，听力以及视力方面的疾病发病率较高，这些疾病在早期通过科学的治疗，治愈率达到80%以上，如不能及时进行治疗，通过后期的康复治疗，可以达到生活独立的目的，因此对于其的检查是非常必要的，可以及时地发现问题，并且尽早进行干预，可以更好地促进新生儿后期各项能力的恢复，使得其在整体的质量方面得到显著的提升，促进新生儿后期的生长发育，提升新生儿的生活质量；④在筛查的过程中对相应的疾病知识进行普及，可以降低家属的紧张心理，对不同类型的疾病进行详细分析整理，帮助家属掌握不同疾病的发病机制、发病特点以及后期相应的治疗方法，可以提升家属对新生儿疾病的各项认识，一旦出现疾病可以积极进行应对，并且可以及时发现新生儿在不同方面的异常，进一步提升判断准确率<sup>[8]</sup>。

综上所述，儿童保健门诊采用高危儿筛查法可提升筛查效率，提升筛查准确率，便于临床尽早对该病进行治疗，提高治疗效果，值得推广。

## 参考文献

- [1]杨志.高危儿筛查、管理与干预模式的探讨[J].中外医学研究,2017,15(32):157-158.
- [2]卢丽娟.高危儿筛查法在儿童保健门诊中的运用情况分析[J].中国社区医师,2017,33(17):153-154,156.
- [3]王朝霞,吴丽萍,彭伟.民乐县脑损伤高危儿筛查和规范管理模式的探讨[J].当代护士(下旬刊),2017(2):171-173.
- [4]林尧,刘颖,黄丽红,等.简易高危儿筛查法在低出生体重儿中的应用研究[J].中国妇幼保健,2016,31(11):2315-2317.
- [5]冉华树.高危儿早期智能筛查并干预 54 例临床分析[J].中外女性健康研究,2016(1):198-199.
- [6]刘淑萍.简易高危儿筛查法在儿童保健中的运用[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(36):186.
- [7]喻胜卫,傅炜钢.新生儿 20 项行为神经测查法对足月高危儿颅脑损伤的筛查价值[J].神经损伤与功能重建,2015,10(5):445-446.
- [8]罗艳.简易高危儿筛查法在儿童保健门诊中的应用[J].中国妇幼保健,2015,25(21):2988-2989.

(本文编辑:李海燕 本文校对:罗 锋 收稿日期:2018-05-16)

# 《伤寒论》关节疼痛的护理※

庞 灿

(西南医科大学附属中医医院门诊部采血中心,四川 泸州 646000)

**摘要:**《伤寒论》有八条原文六首方剂对三阴三阳不同病变阶段的关节疼痛进行辨证施护,注意煎药用水量、取药量及煎药时间,每次服药量以及每日服药次数;药后察汗,以微微似欲出汗为妙;勿汗出当风或久伤取冷,忌食生冷,顾护胃气,总之,《伤寒论》为骨关节疼痛提供了辨证施护的典范。

**关键词:**伤寒论;关节痛;护理;辨证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.023

文章编号:1672-2779(2018)-16-0051-02

**Nursing Care of Joint Pain in Treatise on Febrile Diseases**

PAN Can

(Outpatient Blood Collection Center, the Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine of Southwest Medical University, Sichuan Province, Luzhou 646000, China)

**Abstract:** Eight items and six prescriptions are used at various stages of joint pain in *Treatise on Febrile Diseases*. It pays attention to method and time of decocting herbal medicine, sweat and avoids eating anything raw or cold food after taking the medicine. In conclusion, it provides a model of nursing care of joint pain based on syndrome differentiation in *Treatise on Febrile Diseases*.

**Keywords:** *Treatise on Febrile Diseases*; joint pain; nursing; arthromyodinia

《伤寒论》为东汉末年张仲景所著,是中医四大经典医著之一,其创立的六经辨证论治体系对中医临床各科都有现实指导意义,关节疼痛在《伤寒论》中称为骨节疼、骨节疼痛、骨节烦疼、支节烦疼、四肢疼、四肢烦疼、四肢沉重疼痛,六经病脉证治中皆有所见。关节疼痛时可伴见肌肉疼痛,关节僵硬、肿胀、活动受限,多见于风湿性关节炎、类风湿性关节炎、骨性关节炎等骨关节疾病中,此类疾病病势缠绵难愈,严重者可致关节畸形,甚至残废,丧失行走能力,严重影响患者的身心健康,因此有必要从“众法之宗,群方之祖”的《伤寒论》中寻求辨证施护方法,以提高患者生活质量。

## 1 不同病变阶段 采用不同方药护理

《伤寒论》全书共398条,计115方<sup>[1]</sup>,涉及关节疼痛的条文共计8条,其中太阳病篇第35条、175条;阳明病篇第192条;少阳篇第146条;太阴篇第274条、305条;厥阴篇第353条,即六经之中皆有所见。有方有证者6条,有论无方者2条(192条、274条),表明《伤寒论》不仅为外感发热性疾病立法,亦为内伤杂病中骨关节疾病的辨证施护立法,也就是说可从六经论治骨关节病。太阳主一身之表,为六经藩篱,病变初起,风寒湿邪束表,邪在太阳,症见骨节疼痛,恶风无汗,用麻黄汤(35条)。骨节疼痛剧烈,掣痛不得屈伸,近之则痛剧,汗出恶风用甘草附子汤(175条)。病邪由表入里,进入表里分界处的半表半里之间,邪在少阳,

出现支节烦疼,微呕,心下支结,用柴胡桂枝汤(146条)。寒性凝滞主痛,湿性重着黏滞,寒湿皆为阴邪,风寒湿邪在由三阳经传入三阴经的过程中,损伤人体阳气,导致阴盛阳衰,气血亏虚,出现三阴虚寒证。若脾肾阳虚,不能温化水湿,邪在少阴,出现四肢沉重疼痛,腹痛,自下利,小便不利,用真武汤(316条);手足寒,骨节痛,脉沉,用附子汤(305条)。阴寒内盛,格阳于外,虚阳外浮,邪在厥阴,出现热不去,内拘急,四肢疼,又下利厥逆而恶寒,用四逆汤(353条)。

这些辨证施护方法,从风寒湿邪三者偏盛角度分析,关节疼痛初起,风邪偏盛,病邪在表,可通过微汗出的护理方法使邪从表解,方用麻黄汤、柴胡桂枝汤。湿邪偏盛,出现四肢沉重疼痛,用真武汤温阳化湿利湿。寒邪偏盛,出现肢冷畏寒,关节疼痛剧烈,屈伸不利,用甘草附子汤、附子汤,温阳散寒、活血化瘀、扶正祛邪。对于寒邪入里化热,《伤寒论》阳明篇192条中仅列出了其临床表现为“骨节疼,翕翕如有热状”,但未给出具体方药,可用《金匮要略》中的桂枝芍药知母汤,温经散寒、除湿清热。

从上可知,由于病变所在的阶段以及风寒湿邪偏盛的不同特点,《伤寒论》中给出了不同的方药护理。

## 2 注重药物的煎煮方法与煎药时间

由于各味药物的性质和质地有差别,煎药的方法有异,即使同一味药物治疗的病证及配伍的不同,其煎煮法亦有区别,通常发散药及芳香性药物宜后下,避免久煎,以免香气挥发,药性损失。有毒药物如附子,宜先煎久煎以降低其毒性,保证用药安全。一千

※ 基金项目:西南医科大学课题【No.西南医科大学[2016]4号】

多年前的《伤寒论》在其治疗关节疼痛的处方中均标明药物煎煮法，如先煎、破开、煎药用水量、取药量以及每次服药量和每日服药次数<sup>[2-3]</sup>，煎药时间的长短以煎药水量减少量来衡量，如麻黄汤提出先煮麻黄，煎药的水减少二升后，去上沫，再纳诸药同煎，去渣，温服八合<sup>[4]</sup>。甘草附子汤的附子用炮附子，去皮破开，“以水六升，煮取三升，去滓，温服一升，日三次”；服药后“复烦者，将服五合；恐一升多者，宜服六七合为始”。真武汤的附子亦用炮附子，去皮破开，“以水八升，煮取三升，去滓，温服七合，日三服”。附子汤、四逆汤中的附子用生附子，去皮破开，与诸药同煎。需要注意的是《伤寒论》没有提出附子要先煎，只提出麻黄要先煎，且麻黄汤煎煮时间比附子类方久，麻黄汤以九升水煮取二升半，要蒸发掉六升半水，附子汤与真武汤均是以水八升，煮取三升，要蒸发掉五升水，四逆汤以水三升，煮取一升二合，蒸发掉一升多水，这与现代临床附子宜先煎、久煎，麻黄不宜久煎的煎煮法不同<sup>[5]</sup>。

### 3 察汗为服药后护理时的主要观察指标

关节疼痛多为风寒湿三气杂至，注于经络，留于关节，使气血痹阻不通，不通则痛，就其原因，正如《素问·水热穴论》所言：“勇而劳甚则肾汗出，肾汗出逢于风，内不得入于藏府，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为跗肿，本之于肾”。由于劳勇汗出则玄府开，汗出逢风则玄府复闭，玄府闭已则余汗未出；汗出不彻，内伏皮里，聚而成湿而成痹证。本之于肾，表明此病的本虚是由于肾气亏虚。肾为先天之本，内涵元阴元阳，肾阳虚一方面不能温化寒湿，寒湿流注于筋脉关节，故出现四肢沉重疼痛。另一方面阳虚之体，外邪入里易从阴化寒，此即章虚谷所谓“外邪伤人，必随人身之气而变”。病变部位涉及在表的皮里玄府和在里的少阴肾，综观《伤寒论》治疗关节疼痛的六首方，大致可分为具有发汗解表，使闭于玄府的余汗从表而出的麻黄、桂枝类方和温补肾气、温阳散寒的附子类方两类方药。

麻黄，《本经》：“主中风，伤寒头痛，温疟，发表出汗……破瘕坚积聚”。现代药理研究证明麻黄具有抗炎镇痛作用，麻黄的挥发油具有发汗作用。桂枝，《珍珠囊》：“主伤风头痛，开腠理，解表发汗，去皮肤风湿。”现代药理研究证明桂枝具有镇痛镇静作用，能扩张血管、促进发汗。故含麻黄和（或）桂枝的方药服后应注意观察汗出的情况，因服药之后，玄府开通，风寒湿邪随汗而出，但以微微似欲出汗为妙。为达到微汗出的疗效，麻黄汤方后注“时取微似汗，不须啜粥”，药后不啜粥，防汗出过多。若如水流漓，但风气去，湿气在，病必不除；“若汗出多者温粉扑之”，以减少出汗量。柴胡桂枝汤方后注为“作如桂枝法”，即

“服已须臾，啜热稀粥一升余，以助药力。温覆令一时许，遍身微似有汗者益佳”。甘草附子汤方后注为“初服时得微汗则解”，表明气机宣通，邪与汗并，热达腠开，邪从汗出，因此察汗为服药后护理时的主要观察指标。汗出后应即时擦干汗水，更换上干燥衣物，否则，则如张仲景所言：“身劳汗出，衣里冷湿，久久得之，腰以下冷痛”。若不得小汗，有的患者会出现身微痒，这是由于邪郁在表，汗欲出不得出之故（23条）。有的患者会出现鼻衄症状（46条），柯韵伯云“血之与汗，异名同类，不得汗，必得衄，不得汗解而从衄解”。陈修园曰：“俾玄府通，衄乃止”。

附子，《本草求真》谓附子为“补先天命门真火第一要剂”。《本草汇言》：“回阳气，散阴寒，逐冷痰，通关节之猛药”。《伤寒论》关节疼痛的6方中有4首方中用了附子，表明其为治疗关节疼痛常用之药，现代药理研究证明附子具有镇静镇痛、抗寒强心作用，以及局部麻醉作用。附子类方有的患者药后出现眩晕症状，“其人如冒状，勿怪，此以附子、术，并走皮内，逐水气未得除，故使之耳”（174条）。这是服药后正气得药力之助，正气奋力祛邪外出所致，亦是病解之象，而不是病情恶化之征。但也应当警惕眩晕现象也会出现在大剂量附子服后药性发作之时。

最后，切脉推测疾病的转归，274条记载了“四肢烦疼，阳微阴涩而长者，为欲愈”。

总之，临床护理中应告之患者药后可能出现的服药反应，密切观察病情变化，预测病情转归。

### 4 药后饮食调护 忌食生冷 顾护胃气

脾胃为后天之本，气血生化之源，应时时顾护脾胃。胃气因和，上焦得通，津液得下，病易康复。《伤寒论》在麻黄汤方后的调护中提出“如桂枝法将息”，即“禁生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物”，以免生冷、肉食、恶臭食物伤胃。同时，治疗关节疼痛的方药后均注明宜“温服”，皆体现出时时固护胃气的思想。此外，张仲景亦提出勿“汗出当风或久伤取冷”的预防方法，风为百病之长，出汗时人体皮肤腠理疏松、毛孔开放，若汗出当风，或经常贪凉，风寒湿等邪气易从皮毛而入，进入肌肉腠理骨节之中，导致关节肌肉疼痛。

总之，《伤寒论》从方药、药物煎煮方法、药后临床反应以及饮食调护方面为骨关节疼痛提供了辨证施护的典范。

### 参考文献

- [1]李赛美,李宇航.伤寒论讲义[M].北京:人民卫生出版社,2017:4.
- [2]孙丽娜.仲景护理学说探微[J].辽宁中医杂志,2008,35(3):282-283.
- [3]胡慧.《伤寒论》煎药服药方法及药后护理初探[J].湖北中医杂志,2003,25(1):54-55.
- [4]丁庆刚.《伤寒论》麻黄先煎去上沫之煎服法[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(8):12-13.
- [5]李瑞煜,张定塑,韩雪,等.基于代谢组学方法的制附片煎煮过程成分变化规律及煎煮时限探讨[J].中草药,2016,47(1):38-45.

（本文编辑：李海燕 本文校对：马登尚 收稿日期：2018-05-15）



# 从“勿令九窍闭塞”探讨张仲景通腑思想的应用

盛国法

(郑州中医骨伤病医院中医内科,河南 郑州 450016)

**摘要:**“勿令九窍闭塞”是张仲景防病、治病的重要法则。通腑理论源于《内经》，依据“六腑以通为用，以降为顺”，历代医家习惯于将通腑指代为泻下大肠实邪的方法。本文从“勿令九窍闭塞”对《金匮要略》中张仲景应用通腑思想治疗杂病的探讨，认为张仲景所用的通腑思想范围更广，涉及“八法”中的下法、汗法、清法、消法、吐法、补法等多种治疗方法，使积滞、瘀血、水饮、湿热等多种邪气去有出路，人体恢复到元真通畅状态，有助于拓展通腑思想在临床杂病治疗中的应用。

**关键词:**九窍闭塞；通腑思想；元真通畅；张仲景；学术思想

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.024

文章编号:1672-2779(2018)-16-0053-03

## Discussion on the Application of Tongfu Thought from the Theory of "Don't Let The Nine Orifices Blocked"

SHENG Guofa

(Department of TCM Internal Medicine, Zhengzhou Traditional Chinese Medicine Orthopedics Hospital, Henan Province, Zhengzhou 450016, China)

**Abstract:** "Don't let the nine orifices blocked" is the important law of Zhang Zhongjing's disease prevention and treatment. The theory of tongfu is derived from the *Huangdi Neijing*, which is based on "when the six fu unobstructed and head down is good". The scholars used to refer to the method of purgation as the way to tongfu. This article discussed the application of tongfu thought in the treatment of miscellaneous diseases in *Jinkui Yaolue* by Zhang Zhongjing from the theory of "don't let the nine orifices blocked". It is think that the range of theory of Zhang Zhongjing's tongfu thought is wider than others. It involve many kinds of treatment methods, such as the purgative method, diaphoresis method, clearing method, digestion method, vomiting method, and tonifying method. To make the pathogenic factors such as the stagnate, blood stasis, excessive fluid, damp and hot and other have a way out, and the body restore to its undisturbed state. It is helpful to expand the application of tongfu thought in the treatment of miscellaneous diseases.

**Keywords:** nine orifices blocked; tongfu thought; unobstructed yuanzhen; Zhang Zhongjing; academic thought

“勿令九窍闭塞”出自《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》，是张仲景防病、治病的重要法则。通腑理论源于《内经》，依据“六腑以通为用，以降为顺”，历代医家习惯于将通腑指代为泻下大肠实邪的方法<sup>[1]</sup>。但《金匮要略》中对于杂病的诊治从人体脏腑经络的整体性出发，强调气血以通为顺，人体元真通畅为正常人的标准，对于疾病的预防和治疗又提出“勿令九窍闭塞”，且立法用药涉及通腑思想之处颇多，应用范围更广，本文将对该书中通腑思想的应用进行探讨，为其在临床杂病的治疗提供参考。

## 1 “勿令九窍闭塞”是张仲景防病治病的重要法则

“九窍”所指的概念，现代多数医家认为“九窍”是指目、耳、鼻、口及前后二阴，认为是人体沟通上下内外，气机出入升降的门户，但不同时代医家有不同解释。“九窍”源于《素问·生气通天论》<sup>[2]</sup>：“天地之间，六合之内，其气九州，九窍、五脏、十二节，皆通乎天气”“故圣人传精神，服天气而通神明”。同时也提出了九窍闭塞不通对人体气血、阴阳、脏腑的影响，如“失之，则内闭九窍，外壅肌肉，卫气散解，此谓自伤，气之削也”“阴不胜其阳，则脉流薄实，并乃狂；阳不胜其阴，则五脏气争，九窍不通”。《难经·三十七难》<sup>[3]</sup>亦有关于九窍的描述：“五脏不和，则九窍不通；六腑不和，则留结为痛”。《内经》和《难

经》关于九窍的理论，说明了九窍与五脏六腑之间存在着的生理和病理的联系，张仲景在其理论的基础上提出了“勿令九窍闭塞”的预防和治疗思想，且贯穿《金匮要略》中杂病辨治的各个方面，因此有医家认为仲景所言的“九窍”不单是指鼻、耳、眼等狭义“九窍”，而是指遍布人体上、下、内、外、经络、脏腑、四肢百骸，具有特殊功能的“门、孔、穴、空、关、隙、府、隧、道、焦”等窍隙组织，人体通过这些窍隙组织的开合而启闭，保持着机体的“元真之气”的畅通协调<sup>[4]</sup>。人体是一个整体，五脏元真之气以通为顺，巧妙运用通腑既可以去除闭塞九窍之邪气，又有助于引动人体气血的运行。因此，从“勿令九窍闭塞”探讨《金匮要略》中杂病通腑思想的应用，有助于更深层次理解张仲景防病、治病的法则。

## 2 《金匮要略》中通腑思想的应用探讨

张仲景在《金匮要略》中多处用到通腑思想，涉及“八法”中的下法、汗法、清法、消法、吐法、补法等多种治疗方法，通过对积滞、瘀血、水饮、湿热等病邪的去除，使得人体九窍闭塞得除，五脏元真通畅，达到预防和治愈疾病的目的。

**2.1 通腑导滞** 《金匮要略》中张仲景根据不同的病证，创立了不同的通腑方剂，腑气不通，邪无出路，气机郁滞，应用下法使闭塞邪气有出路，同时通过泻浊引

动人体脏腑气机运行。大承气汤出自《伤寒论》，在《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证并治》中也有记载：“腹满不减，减不足言，当须下之，宜大承气汤”<sup>[5]</sup>，大黄荡涤肠胃，逐实泻热，芒硝软坚润燥，厚朴、枳实行气散结，三药共同峻下荡涤腑实。在《金匮要略》中张仲景在痉病、腹满、宿食、实热下利、产后实热瘀结腹痛五处应用大承气汤，泄浊通窍，使脏腑气血运行通畅。此外仲景还应用温下之大黄附子汤，应用附片、细辛散寒通经止痛，大黄泻下通腑，去除闭塞的寒实之邪。又有小承气汤、十枣汤，以及治疗脾约的麻子仁丸等，张仲景在通腑导滞时不局限于苦寒，根据外邪入里、宿食郁滞化热、燥屎内结等，阻碍五脏元真之气运行等病机，灵活运用寒下、温下、峻下、缓下、润下等多种方法，丰富了通腑导滞的应用理论。

**2.2 上病下治** 张仲景在应用脏腑经络辨证的同时，重视整体性，在治疗上巧用通腑思想来泻热、散瘀、祛痰，起到上病下治的效果。中风篇中按照病情分为“在络、在经、入腑、入脏”四个阶段，邪气由经络深入于腑，腑失输泄，浊气上扰影响神志。“盖神藏于脏，而通于腑；腑病则神窒于内”<sup>[6]</sup>，因而腑气不通，气血逆乱，邪热内蕴上扰心神或灼津为痰蒙蔽清窍，而出现不识人等神志症状。在中风治疗中“风引汤”应用大黄为主药荡涤肠胃，泻内实之热，使风动得以平息。《金匮要略·妇人产后病脉证并治》中有“产后七八日……不大便，烦躁发热，切脉微实……日晡时烦躁者，不食，食则谵语……宜大承气汤主之”，《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》中“下利谵语者……小承气汤主之”等，通过通导大肠腑实治疗烦躁、谵语等神志病变。腑气不通，易阻碍气机，瘀热又易耗津，使脑窍失于濡养，而导致神志错乱。有医家临床观察发现，对急性脑血管病一周内出现大便秘结、腹胀、口苦、苔黄燥等中脏腑者，为腑气不通、邪热内蕴所致<sup>[7]</sup>。若及时应用通腑法，使秽毒之邪下泄，气机闭塞可通，腑气通畅，可使中焦气机升降正常，从而间接调理逆乱之血。胡建芳等<sup>[8]</sup>将通腑法和玄府理论相结合应用于中风病的研究，提高中风病的临床疗效和中医理论的创新及现代化。“瓜蒌薤白三方”是张仲景治疗胸痹的主方，薤白、瓜蒌是治疗胸痹要药，而在《中华人民共和国药典》中记载薤白可通阳散结，行气导滞；瓜蒌既可宽胸散结，又可润肠通便。胸痹为上焦阳虚，下焦阴寒水饮等上逆瘀阻不通所致，经过薤白瓜蒌散结通腑降气，引动阴寒水饮向下，使人体气机通畅。此上病下治之法为后世治疗中风、健忘、失眠等精神神志疾病和心脑血管疾病理论的发展奠定了基础。

**2.3 理血祛瘀** 《金匮要略》中有“病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热，此为阴伏，是瘀血也，当下之”，即通过攻下瘀血法，使闭塞之瘀血去而热无所

附。仲景在治疗瘀血证多用大黄，大黄本身既可活血逐瘀，又有通降阳明肠腑作用。通腑浊气下降，可引血下行，腑气以通为畅，通腑可使全身气机升降归于正常，血随气行，瘀随气散，祛瘀达络，使气血运行通畅，起到理气理血作用。在治疗虚劳干血时用大黄䗪虫丸，大黄活血逐瘀通便，杏仁理气润燥通便，既可助䗪虫、桃仁、水蛭、虻虫、蛴螬、干漆破血化瘀之功，又可使腑气得通，推动气血运行，共同起到理血祛瘀的作用。同时，通腑逐瘀泻热，可防止瘀而化热，热邪耗血动血。同理张仲景在产后腹痛应用下瘀血汤，也以大黄为主药，又加桃仁活血化瘀、润燥通便，助䗪虫破血逐瘀；治疗水血互结血室的大黄甘遂汤，治疗瘀热内结经水不利的抵当汤，都用通腑思想助理血逐瘀。

**2.4 逐水消痰饮** 《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中仲景多用通腑思想来助逐水祛痰消饮。痰饮为阴邪，易阻滞气机，又易闭塞人体的机窍，肺与大肠相表里，肺主水通调水道，腑气通利，既能助痰饮出又能使上下气机通畅。如肠间饮结成实，气机壅滞者用己椒苈黄丸，方中用防己、椒目和葶苈从小便利水，同时用大黄泻饮实，葶苈泄肺气利大肠，通过前后分消共同逐水消痰饮<sup>[9]</sup>。“支饮胸满者，厚朴大黄汤主之”，饮邪停于胸膈，壅滞肺气，方中大黄泻下通腑，枳实破气通腑，厚朴行气除满，通过行气导滞，使气机引动胸中饮邪下行。饮流胁下，气机阻滞者，用十枣汤。甘遂、芫花和大薊合用攻逐峻下，使腑气通利，引邪外出。留饮邪实者，仲景又用甘遂半夏汤，增强峻下利水之力，攻逐留饮。通腑推动气机，引饮邪下行，可使饮邪有出路，有助于饮邪的消除，上下之气血运行通畅，津液布正常。

**2.5 助泻热退黄** 黄疸发病，瘀热郁积，湿热邪气溢于血分，熏蒸体表发黄。《金匮要略》中治疗湿热黄疸的代表方剂茵陈蒿汤，方中用大黄既可引瘀热下行，又可通肠胃泻湿热<sup>[10]</sup>。而其他治疗黄疸的方剂中栀子大黄汤用大黄和枳实上下分消，除腑实于中，大黄硝石汤中亦用大黄和硝石通腑泻下瘀热。瘀与郁相通，湿热郁积于气分，瘀滞于血分，大黄与栀子相配，既可达气分除烦开郁，又可达血分泻热散瘀。因此仲景在治疗黄疸时，通过应用通腑思想，从根本上利湿泻热退黄。

另外，仲景在湿病治疗应用麻黄加术汤和麻杏苡甘汤，既有麻黄宣肺发汗，又有杏仁利气，助通泄之用，共同达到发汗祛湿的目的。在太阳中喝病中应用瓜蒂能吐能下，去除头面四肢郁闭水气，使水去而暑无所依，使暑湿俱去。通腑思想不仅用于实证，亦可用于虚证，如在阴吹的治疗仲景应用猪膏发煎补充胃中津液不足，使津液充足输布正常，(下转第61页)

# 王国方主任运用四逆散治疗乳癌的经验\*

马继恒

(丹阳市中医院肿瘤科, 江苏 丹阳 212300)

**摘要:** 乳癌是女性最常见的恶性肿瘤之一, 中医治疗乳癌有较好的优势。王国方主任认为乳癌的发病机制与肝郁脾虚有密切的关系, 同时与“痰”和“瘀”的病理因素相加发病, 临证时使用四逆散为基本方, 通过疏肝健脾, 解郁化瘀的基本大法, 临证时结合患者的具体表现辨治加减, 治疗与预防乳癌复发有较好的疗效。认为乳癌的主要病机为肝郁脾虚, 气滞痰凝。

**关键词:** 四逆散; 乳癌; 经验; 王国方; 乳岩

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.025

文章编号:1672-2779(2018)-16-0055-02

**Experience of Director Wang Guofang in the Treatment of Breast Cancer by the Application of Sini Powder**

MA Jiheng

(Oncology Department, Danyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Danyang 212300, China)

**Abstract:** Breast cancer is one of the most common malignant tumors in women. TCM has a good advantage in treating breast cancer. Director Wang Guofang believes that the incidence of breast cancer is closely related to liver depression and spleen deficiency. At the same time, it is closely related to "phlegm" and "blood stasis". Sini powder as the basic prescription, it will have a good effect in the treatment and prevention of recurrence of breast cancer. The main pathogenesis of breast cancer is liver qi stagnation and spleen deficiency, qi stagnation and phlegm coagulation.

**Keywords:** Sini powder; breast cancer; experience; Wang Guofang; mammary cancer

王国方主任, 是江苏省丹阳市名中医, 镇江市中医师承指导老师, 江苏省“333”工程人才, 从事肿瘤临床工作20余年, 擅长肿瘤的中医西医规范化个体化的治疗, 在肿瘤的中医治疗方面有独到的经验。近年来乳腺癌发病率逐年增高, 现代医学在治疗上仍有许多缺陷, 对某些基因类型的肿瘤治疗效果不佳。王主任治疗乳腺癌采用辨病与辨证相结合, 运用经方治疗, 现将王主任治疗乳癌的经验总结如下。

## 1 痘名

“乳岩”即现代医学之乳腺癌, 是女性最常见的恶性肿瘤之一。该病早期被称为“(乳)石痈”, 首见于《肘后备急方》<sup>[1]</sup>。南宋·陈自明在其所著《妇人大全良方》中首次提出“乳岩”之名, 自此, 后世多沿用此说<sup>[2]</sup>。现临床多采用国家中医药管理局诊疗规范中“乳癌病”为病名。

## 2 痘因病机

乳癌(乳岩)脏腑病机主要责之肝、脾。《外科正宗》<sup>[3]</sup>中指出:“忧郁伤肝, 思虑伤脾, 积虑在心, 所愿不得者, 致经络脾涩, 聚结成核”。《外科心法要诀·卷六》胸乳部乳岩篇歌诀云:“乳岩初结核隐疼, 肝脾两损气郁凝, 核无红热身寒热, 速灸养血免患攻。耽延续发如堆粟, 坚硬岩形引腋胸, 顶透紫光先腐烂, 时流污水日增疼。溃后翻花怒出血, 即成败证药不灵<sup>[4]</sup>”。因此乳岩产生的病机是素体正气不足, 脏腑功能低下,

加之饮食不当、外感邪毒或忧思郁怒, 日积月累, 导致气血运行失常, 冲任失调, 气滞血瘀, 凝结于乳中而成癌。正虚为病之本, 气郁、痰浊、瘀毒为病之标。本病的发生与肝, 脾, 冲任关系最为密切。其中最主要的病机为脾虚肝郁, 气滞痰凝<sup>[5]</sup>。乳癌的疾病本质是本虚标实, 脾虚肝郁为本, 痰凝气滞为标。

## 3 治法及方药

治疗当予以标本兼顾, 然气为生命之根本, 气病则生万病。王主任认为, 乳癌的发病与气的失调有关, 其中最根本的是气虚、气滞、气机郁结。基本病机为脾虚肝郁, 气滞痰凝。脾虚肝郁为本, 气滞痰凝为标。女子以肝为先天, 肝气失疏泄几乎贯穿乳腺癌疾病始末, 故治疗本病时重在疏肝理气<sup>[6]</sup>。朱丹溪在《格致余论》中言:“肝气横逆, 遂成隐核”。因此明清众多医家, 用疏肝理气的方药治疗乳腺疾病。首先, 乳癌患者或多或少存在一定的肝郁表现, 时常表现为多疑, 焦虑, 失眠, 对自身的细微表现过度地关注, 情绪波动等。肝气郁滞常常导致脾虚更甚, 脾虚肝郁为乳癌发病之本, 从内部影响疾病的的发生和发展, 是乳癌致病的内在因素之一。其次, 乳癌患者多数肥胖或消瘦, 多因脾虚痰湿或脾虚内热所致, 脾为后天之本, 脾虚则运化失常, 不能升清降浊, 致使痰湿、内热等病理产物生成, 致使乳癌发病, 而脾虚又进一步导致乳癌治疗的困难, 痰湿内生, 瘤毒缠绵难愈。因此健脾成为治疗乳癌的根本方法, 因此王主任常用四逆散方作为乳癌治疗的基本方, 既能健脾又能疏肝, 真正达到治病求本的效果。

\* 基金项目: 江苏省镇江市首批老中医药专家学术经验继承项目  
【No.镇医卫[2015]25号文】

四逆散出自《伤寒论》，由柴胡、白芍、枳实、(炙)甘草四味药组成，具有调和肝脾，透邪解郁，疏肝理脾之功效。其中君药柴胡入肝胆经，升发阳气，疏肝解郁，和解枢机。白芍清肝柔肝，敛阴养血，为臣。佐以枳实理气解郁，调达脾气，泄热破结。甘草为使，调和诸药，补脾和中。其组方精妙，内含三个基本配伍：柴胡与甘草、白芍与甘草、枳实与白芍。柴胡配甘草，即为小柴胡汤之雏形，此二味乃四逆散重要的配伍。柴胡味苦平，甘草味甘平，二药合用可以：补脾体、舒肝气、畅脾道。甘草配白芍，即为《伤寒论》芍药甘草汤，白芍甘草相伍，酸甘化阴，以生津血。枳实配白芍来源于《金匮要略》枳实白芍散。枳实《本经逢源》总结其功用为“入肝脾血分，消食泻痰，滑窍破气”；与白芍合用，共奏祛痰、宣畅气机之功。四药相合调和肝脾功能，具有疏肝健脾，解郁化痰的功效<sup>[7]</sup>。该方的配伍与乳癌的主要病机相吻合。

临证时以四逆散为基本方，师古而不泥古，根据患者病情辨证，加味或合方使用，但用药不宜繁杂而失去用方的本意。如痰湿较重的可合用二陈汤、海藻玉壶汤等；冲任失调的合用地黄汤类方；热毒蕴结合用仙方活命饮、清胃散；气血两虚的合用八珍汤或人参养荣丸；气阴两虚的合用沙参麦冬汤；血瘀内结则合用清代·王清任的逐瘀汤类方。有特殊可以适当根据临床症状辨证稍作加减，如失眠者可适当使用夜交藤、远志肉、酸枣仁、合欢花、玫瑰花、灵芝等；便秘者可用大黄、川朴、杏仁、桃仁、火麻仁等；自汗可选用浮小麦、煅龙骨牡蛎等。在此基础上选择少许辨病使用的药物如：夏枯草、路路通、天花粉、浙贝母、生牡蛎、鸡血藤、三棱、莪术、蜂房、猫爪草、龙葵等。然辨病使用药物不是随意加减，乃是根据患者寒热虚实及症状选择1~3味药物。根据《内经》：“间者并行”为原则，标本兼治，临证处方当灵活多变。

#### 4 医案举隅

2016年4月5日初诊：刘某，女，57岁，本地人。“乳腺癌术后1年余，胁痛咳嗽伴咳痰1周”就诊。病史：患者2015年4月6日在江苏大学附属医院行左乳腺癌根治术，IIa期(T3N0M0)，术后行TC(多西他赛+环磷酰胺)化疗6程，免疫组化：ER(+)，PR(+)，her-2(-)。现口服来曲唑治疗中(已服用半年)。最近复查2016年4月4日，乳腺B超：右侧乳腺小叶增生，腹部B超是：胆囊壁稍毛糙。就诊时：两胁部不适，痰少，难咳出，纳可，二便调，月经停经5年，咳嗽影响睡眠，舌质稍红，苔少而微黄，脉数。病机：肝郁气滞，兼有上焦虚热。治法：滋阴清热，疏肝健脾解郁。拟处方：二母宁嗽散合四逆散加味。具体处方如下：柴胡6g，白芍10g，山慈姑10g，白芥子10g，枳壳6g，杏仁10g，桔梗10g，川贝粉3g(冲服)，射干10g，

紫菀10g，知母10g，生甘草3g。服用7剂。

二诊：咳嗽好转，纳不馨，偶有咳嗽，诉胁肋部仍感少许刺痛不舒，大便稍难解，2天一行，余同前，舌质淡紫，少许瘀点，苔少，脉略细。病机：脾虚肝郁，兼有瘀血内结。拟疏肝健脾，活血化瘀，处方：四逆散合桃红四物汤加味。具体处方：醋柴胡10g，香附10g，枳实10g，生白芍30g，莪术10g，赤芍10g，当归6g，红花6g，桃仁10g，熟地黄9g，生地黄9g，川芎10g，蜂房6g，炙甘草6g，炒三仙各12g。服用14剂后症状明显缓解。三诊时症状明显改善，诉口干，余基本正常，舌质淡红，苔少，脉略数。予以上方：去桃仁、红花、赤芍，加服六味地黄丸巩固。后就诊基本按此方，制丸药服用。每半年复查，至今未见明显异常。

按：初诊时患者肝郁明显，脾虚之像不显，因外感致上焦虚热，因此治疗仍以标本兼顾为原则，清热润肺止咳为主，兼以疏肝解郁，此时外感标症为著，当治标为主，兼以治本。二诊时服药后咳嗽症状改善，但肝郁未见明显改善，结合四诊，考虑为肝郁不疏，脾虚失健，瘀血内结之像，予以疏肝健脾，活血化瘀治疗后效果明显。三诊时瘀血之像不显，祛邪不能太过，以防攻伐太过，损伤正气，去活血化瘀之品，并根据四诊资料，患者肝肾阴虚表现，因此服用汤药加用六味地黄丸。症状改善后均改丸药，缓图防复。整个处方过程中以“四逆散”为基本方，根据兼证的不同予以调整使用，辨证准确，处方灵活，效如桴鼓。临证时采用此法十之有七八。

#### 5 总结

乳癌是女性最常见的恶性肿瘤之一，现代医学仅根据临床病理及基因分型制定治疗方案，有一定的局限性。中医药治疗以人为本，辨病与辨证相结合是治疗的长处，王主任认为乳腺癌的基本病机为肝郁脾虚，气滞痰凝，因此在治疗过程中需重视疏肝健脾、化痰散结。其中本虚主要为脾虚肝郁，标实为气滞，痰湿凝结。以四逆散为主方，在患病的过程中侧重点也在不同时段有改变，必须明确患者自身的标本虚实，根据患者的病情加减使用往往可以收到好的效果。虽多数可以以此法治疗，但不能局限，一成不变，当根据患者自身的实际情况选择合适的治疗方药，真正做到辨证审因论治才是中医治疗的真谛所在。

#### 参考文献

- [1]巢元方.诸病源候论[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:183-192.
- [2]陈自明.妇人大全良方[M].太原:山西科学技术出版社,2006:369-373.
- [3]陈实功.外科正宗[M].北京:中国中医药出版社,2002:236.
- [4]吴谦.医宗金鉴(下册),外科心法要诀[M].北京:人民卫生出版社,1963:233.
- [5]周岱翰.中医肿瘤学[M].北京:中国中医药出版社,2011:187-188
- [6]秦英刚.花宝金教授以调肝健脾法治疗乳腺癌经验[J].中医学报,2013,28(1):6.
- [7]刘初生.薛伯寿以四逆散治疗脾胃病的经验[J].中国中医药信息杂志,2015,22(3):113.

(本文编辑:李海燕 本文校对:戎云霞 收稿日期:2018-05-25)

# 方玉甫教授潜阳封髓丹治疗痤疮经验

马洋洋<sup>1</sup> 方玉甫<sup>2\*</sup>

(1 河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450008; 2 河南省中医院皮肤科,河南 郑州 450002)

**摘要:** 痤疮是皮肤科常见的慢性炎症性疾病,其发病率高,严重影响患者生活质量。文章从病因病机、辩证思路、经典案例等方面入手,对方玉甫教授运用潜阳封髓丹治疗痤疮的经验进行探讨分析,以示方教授的临床辩证思路及遣药组方方法,以期为痤疮的辨证论治提供参考。

**关键词:** 潜阳封髓丹; 痤疮; 临床经验; 方玉甫

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.026

文章编号:1672-2779(2018)-16-0057-03

## Experience of Professor Fang Yufu in Treating Acne with Qianyang Fengsui Mini-pills

MA Yangyang<sup>1</sup>, FANG Yufu<sup>2</sup>

(1. The Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China;

2. Dermatology Department, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

**Abstract:** Acne is a common chronic inflammatory disease in dermatology, and its incidence is high, which seriously affects the quality of life of patients. From the etiology and pathogenesis, syndrome differentiation thinking and a classical case, experience of Professor Fang Yufu in treating acne with Qianyang Fengsui mini-pills was discussed and analyzed, which is used to show the clinical thought and sent the medicine method, so as to provide reference for the dialectical treatment of acne.

**Keywords:** Qianyang Fengsui mini-pills; acne; clinical experience; Fang Yufu

痤疮属于中医“粉刺”的范畴,是皮肤科最常见的慢性炎症性毛囊皮脂腺疾病,好发于青春期,男性略多于女性<sup>[1]</sup>。其皮损好发于面颊、额部和鼻颊沟,其次是胸部、背部、肩部。初发损害为与毛囊一致的圆锥形丘疹,通常以粉刺、丘疹及脓疱最为常见,少数严重者可出现结节、囊肿及瘢痕。

对于痤疮的治疗,目前西医以外用药物、系统治疗、物理治疗及联合治疗为主<sup>[2]</sup>,外用药物治疗以维甲酸、抗生素、过氧化苯甲酰等为主,系统治疗以口服药物为主,包括维A酸类、抗生素、性激素,物理治疗包括光学治疗、皮损内注射及外科治疗,主张及时适当治疗,适宜的治疗还应当减少外用和系统使用抗生素,以减少抗生素耐药的产生,建议和其他药物联合治疗<sup>[3]</sup>;与现代医学治疗方法相比,中医药治疗粉刺则具有副作用少,不易复发等优势,有时可收到西医药物无法取得的效果<sup>[4]</sup>。

方玉甫教授系河南中医药大学第二附属医院皮肤科主任医师,擅长皮肤损容性疾病的诊断和治疗,尤其擅长痤疮的诊治。从事皮肤疾病诊疗30年来,善于辨病和辨证相结合,在治疗痤疮方面有自己的独到见解,笔者有幸从师,特将方玉甫教授运用潜阳封髓丹治疗痤疮的部分临床经验介绍如下,以飨同道。

## 1 痘因病机

《素问·生气通天论》曰:“汗出见湿,乃生痤疮”及“劳汗当风,寒薄为皯,郁乃痤。”《外科正宗》曰:“粉刺属肺,渣属脾,总皆血热郁滞不散所致。”《医宗金鉴》记载:“此证由肺经热而成。”陈红风<sup>[5]</sup>主

编的《中医外科学》认为本病乃素体阳热偏盛,肺经蕴热,复受风邪熏蒸面部而发;或因过食辛辣肥甘厚味,肠胃湿热互结,上蒸于颜面而致;或因脾气不足,运化失常,湿浊内停,郁久化热,热灼津液,煎炼成痰,湿热瘀痰凝滞肌肤而发。可见痤疮的发生多责于湿、热、毒、瘀。

方教授根据李东垣的脾胃阴火学说,认为在治疗痤疮时七情内伤或饮食劳倦伤及脾胃,脾胃气虚;或因过用寒凉药物,克伐脾胃之气,或随着人们生活水平的提高,过食生冷、熬夜晚睡等因素而致脾胃阳气虚弱,不能运化水湿,水湿下注与肾,扰动肾阳,循阳明经而上熏于面,则见痤疮。

## 2 验案举隅

**案1** 患者,男,26岁,2017年3月25日初诊。主诉:面、口周下颏部丘疹、脓疱反复8年余,加重3月。平素性情一般,纳佳,眠可,大便干,小便可,无口干苦,偶有怕冷。既往体健,无特殊。舌红,苔腻,脉弦滑。中医诊断为粉刺,治以清热解毒、消痈散结,处方:柴胡10 g,薏苡仁30 g,白术10 g,桑白皮15 g,白花蛇舌草30 g,黄芩10 g,黄连10 g,金银花15 g,连翘18 g,浙贝母10 g,肉桂2 g,生地黄15 g,当归15 g,升麻10 g,牡丹皮10 g,皂角刺10 g。7剂,日1剂,水煎服。

2017年4月5日二诊:服药期间面、口周部脓疱明显减少,下颏部皮疹颜色暗红,仍散在丘疹、脓疱,舌淡苔薄白,脉弦。前方去黄连、肉桂、生地黄、当归、升麻、牡丹皮加砂仁6 g(后下),炙甘草6 g,黄柏12 g,制附片6 g(先煎),醋龟甲6 g(先煎),益母草15 g。7剂,水煎服。

2017年4月25日三诊:下颏部丘疹、脓疱明显减

\* 通讯作者:fangyufu62@163.com

少，一般情况可，无见新出丘疹脓疱，舌淡红，苔微腻，脉可。于上方加茯苓15 g，予10剂治疗，后病人未回诊，随访得知病人症状明显减轻，基本痊愈。

按：痤疮是临床常见多发病，治法多样，如何灵活应用古方尤为关键，恩师善从疏肝入手，辨证施治，取得了满意的效果。初诊患者热像较重，《兰室秘藏》中说：“清胃散治因服补胃热药，致使上下牙疼痛不可忍，牵引头脑，满面发热，大痛。足阳明之别络入脑，喜寒恶热，乃是手足阳明经中热盛而作也。其齿喜冷恶热”<sup>[6]</sup>。方教授认为面、口周为足阳明所过，处以清胃凉血之品，改善其口周皮疹及大便不畅症状。二诊患者舌质淡，且皮疹下颏部较多，考虑寒凉药物过重，且下颏部属肾，遂去清胃散改为潜阳封髓丹，方中潜阳封髓丹纳气归肾，同时皮疹颜色暗红，考虑虚火上浮日久，阳气推动无力，局部气血不畅，寒郁日久化热，虚实夹杂，故在扶阳潜阳的同时加上清热散结兼活血的药物，白花蛇舌草、金银花清热解毒，浙贝母、连翘散结消痛，益母草活血，诸药合用，温阳潜阳、清热散结活血，且顾护脾胃，故疗效显著。

案2 患者，女，32岁，2017年10月28日初诊。主诉：面部结节、脓疱6年余。平素易口腔溃疡，口异味，纳眠可，二便调，性情急躁，怕冷，月经量少，无血块及痛经。舌淡，苔腻，脉沉。中医诊断为粉刺，治以疏肝散结，温补肾阳。处方：柴胡10 g，薏苡仁30 g，白术10 g，金银花15 g，连翘18 g，浙贝母10 g，皂角刺10 g，制附子6 g（先煎），醋龟甲6 g（先煎），黄柏12 g，砂仁6 g（后下），炙甘草6 g。10剂水煎服。

2017年11月13日二诊：自诉未见新发口腔溃疡，皮疹明显减轻，仍有少许结节，建议行火针治疗促使结节软化。舌暗红，苔腻，脉弦，上方加益母草15 g，茯苓10 g，14剂水煎服。后随访得知，患者自觉路远，按原方在家服药近1月余，痤疮明显好转，口腔溃疡1月内未明显复发。

按：痤疮一般由毛囊及皮脂腺阻塞所致，治疗痤疮多不离清热之法。然此患者舌质淡，平素易口腔溃疡。明代赵献可在《医贯·口疮论》中说：“口疮，上焦实热，中焦虚寒，下焦阴火。各经传变所致，当分别治之。”恩师认为上焦实热者多为急性发作期，而中焦虚寒与下焦阴火者则为复发性证候，纵观病情，可见病机为阳虚阴盛，虚阳上浮。遂用潜阳封髓丹为基础方，同时考虑皮疹颜色较红，虚火转化为实火，配伍清热药物解除标实之症，寒热并用，攻补兼施。因结节难消，遂用火针“以热制热”，软坚散结，消块止痛。内治外治相结合，共奏佳效。

案3 患者，男，28岁，2018年1月24日初诊，主诉：面部潮红见丘疹、结节、脓疱6年余，纳可眠差，大便稀溏，手脚凉，平素性情急躁，舌淡，苔腻，脉

弦滑。使用多种祛痘药膏无效，曾口服清热解毒类中药治疗，未见明显效果。治以疏肝健脾，温补肾阳。处方：柴胡10 g，薏苡仁30 g，白术10 g，桑白皮10 g，蒲公英30 g，蒺藜20 g，金银花15 g，连翘18 g，浙贝母10 g，皂角刺10 g，合欢皮30 g，肉桂2 g，黄柏12 g，砂仁6 g（后下），甘草6 g，茯苓15 g。10剂水煎服，嘱其停用祛痘产品。

2018年2月5日二诊：自诉大便稀溏症状好转，仍有畏冷症状，舌淡红苔腻，脉弦。遂上方去浙贝母加制附子6 g（先煎），醋龟甲6 g。10剂水煎服。

2018年2月17日三诊：患者面部潮红症状明显改善，夜间可入睡，未见新发皮疹。舌边尖红，苔微腻，脉可。二诊方加莲子心6 g。10剂水煎服。患者至今未复诊，随访知患者病情好转，面已如常色，有色素沉着和瘢痕，嘱其定期观察，若无新出粉刺，则色素沉着3~6月会自然消退，瘢痕建议必要时采用激光治疗。

按：痤疮为临床常见病，以往治疗多从肺经血热、脾胃湿热、血分热毒等论治，采用清热除湿解毒凉血等法为主，但在临幊上一些患者治疗效果并不理想。该患者大量运用苦寒药物无效，说明病因不是一般的风火热毒之证，而是脾肾阳虚，虚阳上浮外越日久，由虚转实形成局部实火。故治疗应用封髓丹加减，从脾肾先后天论治，作用于中下焦，调和阴阳水火。二诊患者虽大便稀溏改善，但仍有畏冷，说明其肾脏阳气不足，故加辛热之附片温补肾阳，配合咸寒之龟甲，共奏通阴助阳之效。灵活辨证，去伪存真，故效验如神。患者面部潮红，多为外用药膏刺激引起，停用外用药后多可自行缓解。

### 3 讨论

潜阳封髓丹是清代郑钦安先生最常用的方子，是由潜阳丹和封髓丹组成。潜阳丹（砂仁、附片、龟板、炙甘草）主要用于真阳虚衰不能镇纳群阴，至群阴上腾，真阳被群阴阻塞不能归根所致病症，封髓丹（黄柏、砂仁、炙甘草）主要用于阳气外越，虚火上浮诸证，可收敛阳气使其回归本位。两方合用共奏补阳敛阳之功。潜阳封髓丹（龟甲、附片、砂仁、黄柏、炙甘草）主要用于阳虚致阴盛于下，虚阳上浮或外越所致病症。方中附片大辛大热，性善走窜而不守，能补火助阳，荡涤体内之阴寒；砂仁辛温可纳五脏之气归肾；龟甲质坚，禀金水之气，得水中之精气而生，可通阴助阳，黄柏味苦人心，气寒入肾，色黄入脾，可谓三才兼备；炙甘草禀土中冲和之阳气而生，可调和上下，又能伏火。通过医理、药物配伍全面剖析了潜阳封髓丹实意，具有温肾潜阳、纳气归肾、引火归原之功用。

三例患者均病程较长，面部皮疹较红，都有怕冷等阳虚症状；亦有患者因长期服用寒凉药物，伤及脾肾阳气，使阴寒内盛，虚阳浮越于外，形成虚实寒热



夹杂。恩师在治疗痤疮的过程中，但见寒热夹杂，以寒为主，皮疹以下颈部的病症均善于运用潜阳封髓丹加减，符合潜阳封髓丹的病机，故疗效显著。因此，在临床中我们要谨遵《内经》所云：“治病必于求本”的原则，谨守病机，明辨阴阳虚实、寒热真假，有是证用是药，方可药起沉疴。

#### 参考文献

[1]赵辩.中国临床皮肤病学[M].南京：江苏凤凰科学技术出版社,2017,4(2):

1288-1293.

[2]项蕾红,马英.痤疮治疗进展[J].皮肤性病诊疗学杂志,2017,24(4):227-231.

[3]YEHL,BONATILM,SILVERBERGNB.Topical retinoids for acne[J].Semin Cutan Med Surg,2016,35(2):50-56.

[4]张颂楠,毕新岭,顾军.聚合性痤疮的中医及中西医结合治疗进展[J].中国中西医结合皮肤病学杂志,2015,14(5):330-332.

[5]陈红风.中医外科学[M].北京：中国中医药出版社,2016;201-208.

[6]金·李东垣.兰室秘藏[M].北京：人民卫生出版社,2005:61.

(本文编辑：李海燕 本文校对：宋 坤 收稿日期：2018-05-11)

## 陈树泉柴胡桂枝干姜汤治疗下肢水肿经验

王丽霞<sup>1</sup> 陈树泉<sup>2\*</sup>

(1 山东中医药大学硕士研究生2016级，山东 济南 250014; 2 莱芜市中医医院肿瘤科，山东 莱芜 271100)

**摘要：**柴胡桂枝干姜汤临床适用于多种疑难杂病和怪病，且其症状也复杂多变。陈树泉导师对此方有自己独特的临床经验，从“证”与“症”方面入手，认为该方总的病理机制是少阳枢机不利，三焦气机失常，临床可出现多种复杂症状表现。但只要从仲景原意出发，抓住“寒热错杂”、“上热下寒”同时伴有情志异常的症状表现，就可以大胆选用柴胡桂枝干姜汤。同时应用此方治疗肿瘤患者下肢水肿病，同样取得较好的效果，从而进一步拓展了柴胡桂枝干姜汤的临床应用范围。

**关键词：**柴胡桂枝干姜汤；寒热错杂；水肿；肿瘤；陈树泉

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.027

文章编号:1672-2779(2018)-16-0059-03

### The Experience of Chen Shuquan in Treating Edema of Lower Extremity with Chaihu Guizhi Ganjiang Decoction

WANG Lixia<sup>1</sup>, CHEN Shuquan<sup>2</sup>

(1. Grade 2016 Graduate, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China;

2. Oncology Department, Laiwu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Laiwu 271100, China)

**Abstract:** Chaihu Guizhi Ganjiang decoction can cure many difficult and complicated diseases in clinic. Dr. Chen owns his special experience about it. From the point of syndrome and symptom, he holds the view that this decoction's pathomechanism is disorder of qi movement in shaoyang and sanjiao, if we can understand zhongjing, seize the main points of intermingled cold and heat and upper heat and lower cold and disorder in emotion, we can use Chaihu Guizhi Ganjiang decoction to treat cancer patients who have intermingled cold and heat, the result is good, which can enlarge the application of Chaihu Guizhi Ganjiang decoction.

**Keywords:** Chaihu Guizhi Ganjiang decoction; intermingled cold and heat; edema; tumor; Chen Shuquan

陈树泉是莱芜市中医医院副院长，国务院特殊津贴专家，山东省名中医药专家，山东中医药大学硕士研究生指导老师。长于内科杂病及恶性肿瘤的中医、中西医结合治疗，工于肿瘤综合治疗方案设计，在中晚期肝癌、肺癌、结肠癌、胃癌的治疗上积累了丰富的临床经验。

柴胡桂枝干姜汤是《伤寒论》中历代医家争议较多的一个名方，关于该方病机的讨论至今仍仁者见仁，智者见智。陈树泉导师研读《伤寒论》多年，善用古典经方治疗内科杂病，尤其是对柴胡桂枝干姜汤研究有其独到之处。陈师认为柴胡桂枝干姜汤归属为少阳病范畴更符合仲景原意，临证时只要病机把握准确，许多疑难顽疾，皆可取得佳效。本证临床辨证关键是邪犯少阳，枢机不利所致的“寒热错杂”证，特别是“上热下寒”证，对于因少阳枢机不利，三焦决渎失职所致水肿类疾病，柴胡桂枝干姜汤亦是有效良方。以此为切入点，开创性地用柴胡桂枝干姜汤治疗难治性下肢水肿，取得了理想的疗效。

### 1 关于对柴胡桂枝干姜汤病机的认识

关于对柴胡桂枝干姜汤病机的认识，争论颇多，现主要有四种观点：（1）少阳病兼水饮内停说<sup>[1]</sup>。伤寒后，邪入少阳，枢机不利，因手足少阳经常相互影响，足少阳枢机不利疏泄失常，手少阳三焦因之雍滞，决渎失职，水饮内结，持此观点的当代注家居多，如现行教材2版、5版《伤寒论讲义》。（2）少阳病兼津伤说<sup>[2]</sup>。汗后复下，津液已损，更因邪入少阳，胆火内郁，热耗津液，致亡津而内燥。持此观点医家如汪苓友：“小便不利者，因下后下焦津液不足也”；郝万山在谈及此证时解释本病为伤寒汗不得法，又下之过早，汗下两伤，津液受损，脾气被伤，邪传少阳。（3）邪陷少阳，胆火内郁兼太阴虚寒，即刘渡舟所说的“胆热脾寒”说<sup>[3]</sup>。（4）归厥阴之说<sup>[4]</sup>。胡希恕认为柴胡桂枝干姜汤方证由小柴胡汤方证发展而来，因津液伤重，由小柴胡汤方证“阴证机转”而来，正是说明大家先认识到了“半表半里”的“阳证”，后认识到“半表半里”的“阴证”，即厥阴病。

### 2 陈师对柴胡桂枝干姜汤证新解

2.1 病机之新解 陈师认为历代医家关于少阳兼水饮停

\* 通讯作者:lwcsq001@163.com

滞、少阳兼津伤论等说法都从不同角度、不同侧面抓住了柴胡桂枝干姜汤方证的部分病机，且都不能涵盖柴胡桂枝干姜汤证的本质所在，如果仔细体会《伤寒论》第147条文，津液不足是存在的，但是尚未到津亏内燥、化源不足的程度，因此条文中“渴而不呕”隐含了“该呕而未呕，并见渴”之意，故陈师认为此处的渴及小便不利是枢机不利、三焦气化失职所致。陈师以为刘渡舟用“胆热脾寒”来提领柴胡桂枝干姜汤之病机，只能算作临床使用证之一，而不可作柴胡桂枝干姜汤之病机。

陈师认为陈慎吾先生提出的柴胡桂枝干姜汤“少阳证有阴证机转”的论点甚为恰当，其治疗小柴胡汤证而有脾阳虚、心阳虚，阳虚不能化气，水湿内停之饮证取得效验；但陈师认为无论“阴证机转”如何，其前提是少阳证。张路玉指出：“小柴胡汤本阴阳二经之方，可随证之进退，加桂枝、干姜则进而从阳，若加瓜蒌、石膏则进而从阴。”陈师还认为从方药组成来看，柴胡桂枝干姜汤属半表半里的上热下寒证，从六经提纲来看，该方归属于少阳病范畴比较符合仲景原意。

**2.2 牡蛎作用之新解** 关于柴胡桂枝干姜汤中牡蛎的作用，可以先从讨论张仲景在《伤寒杂病论》中柴胡类方开始。《伤寒杂病论》中柴胡类方有6个：小柴胡汤、大柴胡汤、柴胡桂枝汤、柴胡加芒消汤、柴胡桂枝干姜汤、柴胡加龙骨牡蛎汤。其中小柴胡汤的经典方证为“往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕”；柴胡桂枝汤的经典方证为“发热微恶寒，支节烦疼，微呕，心下支结”；大柴胡汤的经典方证为“呕不止，心下急，郁郁微烦”；柴胡加芒硝汤的经典方证为“胸胁满而呕，日晡所发潮热，已而微利”，病机为少阳不和兼有阳明实热；柴胡桂枝干姜汤经典方证为“胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦者”；柴胡加龙骨牡蛎经典方证为“胸满烦惊，小便不利，谵语，一身尽重，不可转侧”。仔细研读这几条经文，非常明显的一个特点就是这几个方都有明显的精神情志症状存在，尽管柴胡加芒硝汤中没有明显的精神情志症状描述，但我们通过其病机可以推断出患者可以存在心烦等表现。翻阅历代文献，关于牡蛎，宋·唐慎微《证类本草》云：“出南海水中……止盗汗，去烦热，治伤热疾，能补养安神，治孩子惊痫。”《神农本草经》记载，“牡蛎味咸平，主伤寒寒热，温疟洒洒，惊恚怒气。”其中“烦热、惊痫”“惊恚怒气”正是用于治疗情志和精神疾病的明证。如前文所述，仲景柴胡类方大多有情志和精神疾病的表现，前5个柴胡类方虽治疗情志和精神疾病，但如果其症状进一步加重，就可选用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗。因此该方中的牡蛎，比起散结、逐饮等作用，陈师认为更加偏重于收敛心神。著

名经方家黄煌<sup>[5]</sup>在其《中医十大类方》柴胡类方柴胡桂枝干姜汤条目中也说道：“因心烦而用牡蛎。”

正是基于以上认识，陈师运用该方治疗常法罔效的水肿患者常收到意外之功。现用以下两个病案举例说明。

### 3 医案举隅

**案1** 患者胥某某，女，77岁，山东省莱芜市人，2015年7月初诊。患者因腰部疼痛进行性加重，2015年3月于某人民医院就诊，行骨扫描示：全身骨多发放射性浓聚及缺损，符合骨转移。2015年4月于我院就诊，行骨髓穿刺诊断为多发性骨髓瘤；给予激素及表柔比星、长春新碱化疗5周期，后因贫血、小便困难、少尿、双下肢水肿等并发症中止化疗。来诊时见患者双下肢水肿（Ⅲ度），自述小便困难，每天尿量为600~700 mL，应用螺内酯等利尿剂水肿仍未减轻，前医曾给予猪苓汤以利水育阴，服用10剂罔效，遂邀余会诊。症见双下肢水肿，纳差，尿少，胸胁满闷欲死，心烦不寐，口干不欲饮，舌质红，无苔，脉沉。详问病史，其女言患者既往患有干燥综合征病史15年，自患多发性骨髓瘤以来一直卧病在床。查体：患者卧床，精神较差，未触及瘰疬癧核，上肢皮肤干燥，无光泽，下肢水肿，按之凹陷不起。初诊辨证为阴津不足，水液内停，前医处方以猪苓汤似乎对症，然效果并不明显！患者上有口干舌燥，舌质红，无苔，上肢皮肤干燥等“上热”之表现；下有小便不利，双下肢水肿等“下寒”之体征，辨证考虑为寒热错杂、上热下寒证，应为柴胡桂枝干姜汤证。处方如下：柴胡12 g，黄芩9 g，干姜6 g，桂枝12 g，瓜蒌根30 g，牡蛎30 g，茯苓20 g，炙甘草10 g。

嘱患者家属以上药加水1500 mL，煮取750 mL，去渣再煎350 mL，先温服150 mL，后200 mL再分2次服用，每日1剂。5剂后患者之女欣然来告，言服药后小便量逐日渐增，下肢水肿也渐渐消退。故认为方药对症，继服7剂，守方其继服用12剂来人述：患者口干减轻，小便已渐正常，水肿亦消退。考虑患者身患多发性骨髓瘤（晚期），合并干燥综合征，两病皆是现代医学治疗的难题，而中药辨证却取得了理想疗效，为巩固效果，同时加用红豆杉皮以加强解毒抗癌的作用，后继用60余剂，患者竟可自行下床活动。

**案2** 患者张某某，男，65岁，山东省某学院干部，患者述5年前因肺肿瘤在省立医院行手术治疗，术后即出现双下肢水肿，伴有咳嗽，每遇立秋即咳嗽加重，立春则自行缓解，曾服用各种中西医药物治疗，效果不理想。患者于2015年10月8日来诊，诊时见患者双侧胫骨内侧到脚踝部肿胀，按之有凹陷，咳嗽，伴有少许白色黏稠痰，心情烦躁，爱发脾气，小便清长，夜尿多，无腰膝酸软、乏力等症状，舌淡红，苔薄黄，脉弦。患者主症为下肢肿胀，咳嗽。详辨其证，咳白



色黏稠痰，烦躁，舌质红，苔薄黄，可看出有“上热”之候；下肢水肿，立秋病发，立春缓解，可看出又兼有“寒证”之象，治疗宜从“寒”“热”两端入手，故仿柴胡桂枝干姜汤之意，处方如下：柴胡12 g，黄芩9 g，干姜6 g，桂枝12 g，天花粉15 g，牡蛎30 g，茯苓20 g，生姜10 g，大枣10 g，炙甘草10 g。7剂，上方为颗粒剂，每剂分早晚2次服用。

10月15日二诊：服药后咳嗽好转，下肢肿胀亦好转，舌脉同前。守方继服15剂。以上方连续治疗2月后，诸症基本消失。2017年10月初，电话随访患者，患者自服中药治疗后，立秋亦未出现咳嗽、水肿等症状。随访至2018年5月，患者已连续3年未再发作。

按：关于水肿，总体来说是人体水液代谢输布异常，水液积聚所致，其治疗方法有温阳化水、行气利水、淡渗利湿等方法，张仲景在《金匱要略》中说道：“病痰饮者当以温药和之”，由此可见治疗痰饮疾病，重点在于用“温药和之”。“诸病水液，澄彻清冷，皆属于寒”；饮为阴邪，得温则行，得寒则凝；我们在选用药物时，要注意选用一些温肺、温脾、温肾的方药温补阳气以治本；同时选择发汗、利小便、攻逐水饮的方药温化饮邪以治标，标本兼顾<sup>[6]</sup>。

肿瘤患者体质大多为正虚邪实，虚实夹杂<sup>[7]</sup>。据统计<sup>[8]</sup>，80%患者接受过放化疗，导致患者出现阳气亏虚，且多伴夹热、夹湿的病理机制。因此当患者出现水肿时，病机较难把握，治疗时也有难度。柴胡桂枝干姜汤治疗水肿，文献少有报道。陈树泉主任医师在熟读经典和长期临床基础上，发前人之未发，开创性地将柴胡桂枝干姜汤用于下肢水肿病的治疗，不仅拓展了柴胡桂枝干姜汤的治疗范围，同时也丰富了水肿病的治疗方法。

详思上述两个案例，患者患病时间较长，服用常规中西医治疗药物罔效，应用柴胡桂枝干姜汤后效果较为明显，细思该方组成，有桂枝、干姜等药性温热的药物以温化痰饮，配伍柴胡行气导滞，针对病机中

的“寒证”；黄芩、瓜蒌等药性寒凉的药物清热燥湿化痰，针对病机中的“热证”；“诸湿肿满，皆属于脾”，两方中皆用茯苓，以加强方药的健脾祛湿利水之效。案一患者患有干燥综合征多年，肺主皮毛，肺津亏虚，患者皮肤干燥与肺输布津液失常有很大关系，观其舌脉，亦是患者肺热津亏之象；后方患者咳白色黏稠痰，观其舌脉，亦是表现患者内有肺热。由此可以推出，临证时不论患者表现多复杂，只要抓住寒热错杂，尤其是“上热下寒”的关键病机，都可以大胆应用柴胡桂枝干姜汤，正如仲景小柴胡汤证所言“但见一证便是，不必悉具”。关于柴胡桂枝干姜汤的煎煮方法也是影响该方临床服用效果的重要因素。仲景原文说道：“以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎取三升。温服一升，日三服。”现在中药的煎煮方式及服用方法大多与古代不同，陈师经过长期临床试验发现若想柴胡桂枝干姜汤发挥最大疗效，煎煮方法一定要按照原文的煎煮方式，且服用次数要日3服，以保持药物在体内的有效浓度。

柴胡桂枝干姜汤作为经方，临床应用范围较广，但是只要我们临床把握好“寒热错杂”“上热下寒”的病机，再加患者临床有情志异常的表现，即便是难治性水肿，也可以大胆应用柴胡桂枝干姜汤。

#### 参考文献

- [1]李广浩,周端.试论柴胡桂枝干姜汤证[J].中医文献杂志,2014,32(1):40-43.
- [2]廖立行,陈建清.柴胡桂枝干姜汤属少阳剂[J].光明中医,2017,32(17):2463-2465.
- [3]张保伟.刘渡舟教授论柴胡桂枝干姜汤的内涵与应用[J].中医药学刊,2002(1):9-12.
- [4]冯世纶.胡希恕研究柴桂干姜汤方证三十年解读[N].中国中医药报,2015-06-29(004).
- [5]黄煌.中医十大类方[M].南京:江苏科学技术出版社,1995.
- [6]赵鼎,吕翠霞.浅议“病痰饮者，当以温药和之”[J].中华中医药志,2017,32(5):2229-2232.
- [7]张森,田劭丹,刘莉,等.恶性肿瘤患者体质特点及化疗后白细胞减少症体质原因分析[J].吉林中医药,2017,37(1):14-18.
- [8]萧百圆.肿瘤患者中医体质与化疗后毒副反应的关系[D].北京:北京中医药大学,2012.

(本文编辑:李海燕 本文校对:黄庆田 收稿日期:2018-05-25)

(上接第54页)浊气重新归旧路<sup>[11]</sup>。

综上所述，仲景在“勿令九窍闭塞”的指导下，多次巧妙恰当地应用通腑思想，涉及“八法”中的下法、汗法、清法、消法、吐法、补法等多种治疗方法，使闭塞在人体机窍的积滞、瘀血、痰饮、湿热等邪气去有出路，气机通畅，窍闭得通，又可使气血正常运行，助驱邪外出。因此，在应用通腑思想时应当灵活，还应注重祛邪不伤正。

#### 参考文献

- [1]张颖.通腑法防治中风病的理论研究[D].北京:中国中医科学院,2006(5):6-16.
- [2]王庆其.内经选读[M].北京:中国中医药出版社,2009:111-113.

- [3]扁鹊.黄帝八十一难经[M].高丹枫,王琳,校注.北京:学苑出版社,2007.
- [4]王春梅,汤利红,汪雪晴.张仲景“勿令九窍闭塞”治疗思想探微[J].时珍国医国药,2005(9):815-816.
- [5]张琦.金匮要略讲义[M].上海:上海科学技术出版社,2008:27.
- [6]尤怡.金匮要略心典[M].北京:中国中医药出版社,2009:38.
- [7]张晓文.浅谈通腑泻下法在老年病中的应用体会[J].河北中医,2005,35(1):63-64.
- [8]胡建芳.通腑法开通玄府治疗急性缺血中风的临床及实验研究[D].广州:广州中医药大学,2007;5-10.
- [9]刘斌江,徐月英.张仲景对大黄的配伍运用及煎服炮制[J].实用中医内科杂志,2012,26(8):26-28.
- [10]王庆夷,谢鸣.茵陈蒿汤中大黄配伍意义的探析[J].天津中医药,2014,31(5):281-283.
- [11]王阅军,刘红霞,张昱.浅析温病学中的“九窍不和，皆属胃病”理论[J].北京中医药,2013,32(3):224-225.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘飒 收稿日期:2018-05-16)

# 傅金英教授中医药治疗宫内组织残留经验介绍

郭 森<sup>1</sup> 傅金英<sup>2\*</sup> 张艳垚<sup>1</sup>

(1 河南中医药大学第二临床医学院研究生2017级,河南 郑州 450000;

2 河南省中医院妇产科,河南 郑州 450000)

**摘要:**目的 分析、总结傅金英教授运用中医药治疗宫内组织残留的经验。方法 通过跟师学习,聆听教诲,分析医案,总结经验。**结果** 傅金英教授认为宫内组织残留中医病机以“气虚血瘀”为主,治疗上以“益气养血,活血化瘀”为原则,并灵活随症加减。**结论** 傅金英教授运用中医药治疗宫内组织残留经验丰富,临床效果良好,值得推广。

**关键词:**宫内组织残留; 益气养血; 活血化瘀; 傅金英; 恶露不绝; 瘢痕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.028

文章编号:1672-2779(2018)-16-0062-03

## The Experience of Professor Fu Jinying in the Treatment of Intrauterine Residue with Chinese Medicine

GUO Miao<sup>1</sup>, FU Jinying<sup>2</sup>, ZHANG Yanyao<sup>1</sup>

(1. Grade 2017 Graduate, the Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract: Objective** To analyze and introduce the experience of Professor Fu Jinying in the treatment of intrauterine residue with traditional Chinese medicine. **Methods** Through studying with Professor Fu Jinying, listening to her, and analyzing medical histories, the experience was summarized. **Results** Professor Fu Jinying considers that the main reason of intrauterine residue is the deficiency of qi and blood stasis, so supplementing qi, nourishing blood and removing blood stasis is the basic treatment, achieved remarkable curative effect. **Conclusion** Professor Fu Jinying in the treatment of intrauterine residue with traditional Chinese medicine is effective, based on rich experience, and deserved to be generalized.

**Keywords:** intrauterine residue; reinforcing qi and nourishing blood; activating blood circulation to dissipate blood stasis; Fu Jinying; lochiorrhoea; abdominal mass

傅金英教授,主任医师,中医学博士,河南中医药大学中医妇科学硕士生、博士生导师,是河南中医药大学妇科学科带头人,从事妇科临床、教学工作二十余年,积累了丰富的临床经验,具有深厚的学术造诣。笔者有幸跟师学习,聆听教诲,现将导师灵活运用中医药治疗宫内组织残留经验介绍如下,供同道参考学习。

## 1 病因病机

宫内组织残留多由药流不全、人流不全、产后胎盘胎膜残留引起<sup>[1]</sup>,临幊上西医多采用清宫治疗,然而部分患者因抵触手术或手术效果不佳,造成宫内组织物长时间残留,引起阴道反复出血、腹痛、发热等不适,远期可导致宫腔粘连、月经不调、不孕等并发症。中医学古籍中未见有宫内组织残留的病名记载,但在“产后恶露不绝”“胎堕不全”“癥瘕”等病症中有类似症状的描述。傅金英教授在多年的临床工作中,充分认知到明·薛立斋所言的“小产重于大产,盖大产如粟熟自脱;小产如生采,破其皮壳,伤其根蒂也”,认为妊娠期气血充盛,下注冲任胞宫养胎<sup>[2]</sup>,此时若强行堕胎,则生采其根蒂,正如朽木易折、青枝难断,必对胞宫造成损伤,导致残留;残留物停滞胞宫,影响胞宫闭合复旧及新血归经,可致阴道淋漓出血;久则

致瘀,瘀则不通,不通则痛,故可致小腹疼痛;瘀久亦可化热,故可兼见发热。无论药流、人流或生产过程中,均耗气伤血,气虚易滞,运血无力,加重血瘀,瘀血不去,新血不归经,渐致崩漏,气随血泄,气虚亦甚;加之瘀血阻于胞宫,胞宫收缩乏力,亦不能促进残留组织外排,如此形成恶性循环。

## 2 治则治法

**2.1 基本治则** 傅金英教授认为,产后有“多虚多瘀”的生理特点,故需大补气血,以助胞宫收缩,促进残留物排出;又因宫腔组织残留乃有形之癥瘕实邪,故需活血化瘀、破血消癥促其消散吸收。本病的治疗原则为“益气养血、活血化瘀”,强调随症加减变化。

**2.2 治疗方法** 傅金英教授以经验方治疗宫内组织残留,临床效果颇佳。基础药物为:黄芪、党参、白术、茯苓、当归、川芎、赤芍、三棱、莪术、天花粉、紫草、姜黄、益母草、炮姜。黄芪、党参、白术、茯苓取四君子汤之意,益气健脾、大补元气,重在重用黄芪(基础量60 g,多可达120 g),一者大剂峻补中气、复元扶正,防诸破血行气药耗气伤血,二者益气以助生血、气血双补,三者其性升发,温养脾胃而生肌,补益元气而托疮,可助残留于子宫肌层之组织向宫腔内脱长。当归、川芎、赤芍取四物汤之意,补血活血,合四君子汤化方益气养血、鼓舞正气,与诸破血化瘀、消癥杀胚药物配伍,使活血而无耗血之虑,并使全方攻破兼施,补而不

\* 通讯作者:fujinying2003@163.com



滞，破而无损，瘀血去，新血生。方中重用三棱、莪术，二者为化瘀要药，既善破血，又善调气，能使一身气血畅通，瘀滞尽去<sup>[3]</sup>。正如张锡纯谓：“二者相近和平，而以治女子瘀血，虽坚如铁石亦能徐徐消除。”益母草活血化瘀、祛瘀通经。炮姜辛热、色黑入营、善走血分，助化瘀生新。宫内组织残留多伴有胚胎部分活性，临床表现为血清β-HCG持续不降，或彩超提示存在血流信号等，故经验性应用天花粉、紫草、姜黄消癥杀胚、清热凉血。现代药理学研究，三者均有一定的抗生育、终止妊娠功效<sup>[4]</sup>，且姜黄破血行气、通络止痛，紫草，直入血分、凉血活血，天花粉60 g，甘寒滋润，量大力专，重用又可制约黄芪之温燥，使得全方药性较为平和，无寒热偏颇之虞。

傅金英教授强调在临证中，注意药物的灵活加减应用。血压偏高者，酌情黄芪减量至30~50 g；大便稀溏者，改生白术为炒白术，加入干姜等健脾燥湿、温中散寒；大便干结者，加入肉苁蓉、火麻仁等润肠通便；心烦口渴者，加入梔子、芦根、麦冬等清热生津；腹痛者，加入延胡索、木香等行气止痛；腰部酸痛者，加入盐杜仲、补骨脂等补肝肾、强筋骨；身痛麻木者，加羌活、防风、秦艽等祛风通络。

傅金英教授指出，西医的各种辅助检查应贯穿于中医药治疗全程之中，既作为治疗效果的评定指标，又为下一步治疗提供依据。即每周复查彩超监测残留物大小情况，复查血清β-HCG值监测滋养细胞活性，排除妊娠滋养细胞疾病等。治疗期间需特别注意的是：宫内组织残留在阴道大量出血的可能性，故服药期间，若阴道急剧大量出血，需急诊入院，必要时进行介入下清宫、甚至切除子宫等紧急处理，切勿贻误病情。

### 3 医案

王某，女，19岁，孕1产0。2018年1月4日首诊。主诉：引产后阴道淋漓出血24天。病史：2017年12月11日，患者孕6月余行引产术，清宫后阴道淋漓出血，12月17日复查彩超考虑胎盘残留，大夫建议切除子宫。患者拒绝手术，后经人介绍，求治于我门诊。入院症见：阴道淋漓出血24天，量少，无腹痛，无腰酸下坠感，纳食一般，眠可，二便调。舌淡红，苔白腻，脉沉濡。1月2日外院彩超示：子宫左侧壁稍高回声（考虑胎盘植入），血β-HCG：47.1 MIU / mL ↑，诊断为宫内组织残留（胎盘植入），辨证为气虚血瘀。

首诊处方：黄芪60 g，党参20 g，炒白术15 g，茯苓15 g，当归15 g，川芎12 g，赤芍12 g，天花粉60 g，姜黄20 g，紫草30 g，莪术20 g，三棱20 g，益母草30 g，炮姜12 g，厚朴12 g，枳壳12 g，木香10 g，鸡内金15 g，焦三仙各15 g。7剂水煎服，早晚分服。

按：宫腔组织残留乃有形之瘕实邪，非破血逐瘀难消，此病治疗重在基础方药多量大，攻峻补猛，

使得祛邪不伤正，药效较速。加之理气药加强活血化瘀之效，焦三仙、鸡内金健脾胃，助中焦运化，亦利于药物吸收，增强药效。

2018年1月11日二诊：阴道少量深褐色分泌物，无腹痛等其他不适，纳眠可，二便调。舌淡红，苔腻，脉沉。复查彩超示：宫底肌层内稍高回声（44 mm×27 mm，考虑胎盘植入），血β-HCG：25.46 MIU / mL ↑。

二诊处方：守1月4日方，改黄芪80 g，加蜈蚣2条。14剂水煎服，早晚分服。

按：出血减少与大补元气、益气摄血有关，深褐色分泌物乃恶血外排。蜈蚣力猛性燥，善走窜通达，《本草便读》谓：其性走而有毒，散肿行瘀；《增广和剂局方药性总论》谓其可堕胎，去恶血，故加入蜈蚣通经化瘀。

2018年1月25日三诊：诉5天前、3天前均有腹痛后阴道排出血块，现阴道少量出血，无腹痛等其他不适，纳眠可，二便调。舌淡红，苔厚腻，脉沉。彩超示：宫腔内可探及55 mm×33 mm的混合团块儿回声，周界清，周边可见厚约8 mm的液性暗区。血β-HCG：15.9 MIU / mL ↑

三诊处方：守1月11日方，加佩兰12 g。7剂水煎服，早晚分服；大青盐500 g，吴茱萸500 g，炒热外敷小腹部，日1~2次。并告知患者有阴道继续排出血块儿、肉样组织可能，嘱注意观察阴道出血情况。

按：腹痛后排出血块，乃子宫收缩、残留物外排之故；彩超示宫腔内混合团块儿，此为肌层残留之胎盘组织由内脱出于肌层之势，是疾病向愈征象，故可续服原方，因患者舌苔厚腻，加入佩兰芳香化湿醒脾。吴茱萸辛苦香燥，配伍大青盐炒热外敷小腹部，取温中行气止痛之意。

2018年1月29日四诊：自诉夜间腹痛后阴道排出块状肉样组织，现阴道出血，同平素月经量，无腹痛等其他不适，纳眠可，二便调。舌红，苔腻，脉濡。彩超示：宫腔内可探及24 mm×17 mm的混合团块儿回声。

四诊处方：黄芪100 g，党参20 g，炒白术15 g，茯苓15 g，当归15 g，川芎12 g，赤芍12 g，莪术20 g，益母草30 g，厚朴12 g，木香10 g，鸡内金15 g，焦三仙各15 g，肉桂6 g，炮姜12 g，枸杞子12 g。10剂水煎服，早晚分服。嘱余药服完后，续服此方，并严密监测阴道出血情况。

按：阴道排出块状肉样组织即为肌层内脱于宫腔之胎盘组织，彩超示肌层高回声消失，宫腔内残留物明显缩小，故破血逐瘀药物可减量；血β-HCG持续下降，且处于较低水平，杀胚药物可减量；宜继续益气养血，活血化瘀，扶正促进机体修复。

2018年2月12日五诊：阴道少量出血，夹杂血块3~4天止，近十日无阴道出血，纳眠可，二便调。血β-HCG：6.7 MIU / mL ↑。（下转第66页）

# 气机通降在辨治心力衰竭中的意义\*

付 达 刘 真 郝晓丹

(石家庄市中医院心病一科, 河北 石家庄 050051)

**摘要:** 临床应用中医药辨证治疗慢性心力衰竭患者时发现多数患者均有喘满、二便不通、水肿等三焦气机通降失常的表现, 故以通利三焦气机为基本治则, 以痰饮、血瘀、积滞等为着眼点, 辨证施治, 邪在上焦者宣降肺气, 邪居中焦者健运脾胃, 邪留下焦者通腑理气, 使其气机通降有序、三焦通利, 临床诸症得以缓解。

**关键词:** 气机通降; 心力衰竭; 气滞血瘀; 心脉不畅; 虚劳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.029

文章编号:1672-2779(2018)-16-0064-03

## The Significance of Qi Descending in the Treatment of Heart Failure Based on Syndrome Differentiation

FU Da, LIU Zhen, HAO Xiaodan

(Heart Disease Department, Shijiazhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Shijiazhuang 050051, China)

**Abstract:** The clinical application of traditional Chinese medicine in the treatment of chronic heart failure patients found that most patients have asthma, abdominal distension, constipation, edema and other manifestations. Diagnosis and treatment based on an overall analysis of the illness and the patient's condition, clear the triple burner so as to cure, phlegm and retained fluid, blood stasis, stagnation point etc, regulate the triple warmer, clinical diseases can be alleviated.

**Keywords:** qi descending; heart failure; stagnation of qi and blood stasis; unobstructed heart pulse; consumptive disease

心力衰竭是各种心脏疾病的严重和终末阶段, 对患者的劳动能力、生活质量、寿命都存在巨大影响。通常心力衰竭一旦发生就不会停止, 随着病情的发展, 患者的生活质量下降、健康状况恶化, 逐渐丧失劳动能力, 反复住院, 耗费高额的医疗费用, 给家庭和社会都带来沉重的负担。根据我国2003年的抽样调查, 成人心力衰竭患病率为0.9%, 心力衰竭患者4年死亡率达50%, 严重心衰患者1年死亡率高达50%<sup>[1]</sup>。现代医学对心衰的治疗理念和方法在不断进步, 使心衰患者的预后较前有了明显改善, 但仍存在众多客观问题, 中医药因其在稳定病情、降低住院率、提高生活质量等方面具有优势, 被广泛地应用于心衰的治疗, 且取得了较好的临床疗效。

心力衰竭涉及中医“喘证”“水肿”“心悸”“怔忡”“痰饮”“心痹”等范畴。1997年国家技术监督局发布的“中医临床诊疗术语”中指出了“心衰”因心病日久, 阳气虚衰, 运血无力, 或气滞血瘀, 心脉不畅, 血瘀水停; 以喘息心悸, 不能平卧, 咳吐痰涎, 水肿少尿为主要表现的脱病类疾病, 并肯定了“心衰”的病名。笔者在临床应用中医药辨证治疗慢性心力衰竭患者时发现多数患者均有喘满、腹胀、二便不通、水肿等三焦气机通降失常的表现, 故以通利三焦气机为基本治则, 以痰浊、水饮、血瘀、积滞等为着眼点, 辨证施治, 邪在上焦者宣降肺气, 邪居中焦者健运脾胃, 邪留下焦者通腑理气, 使其气机升降有

序、三焦通利, 临床诸症得以缓解, 疗效好。现结合三则验案报道如下。

**案1** 李某, 女, 81岁。主因“间断胸闷气短2年余, 加重不能平卧2天”入院。症见: 胸闷喘息气短, 动则加重, 咳嗽咳痰, 痰黏不易咳出, 胃脘部胀满, 双下肢水肿, 睡差, 小便量少, 大便不通, 舌暗, 苔薄黄腻, 脉弦滑涌动。查体: 血压130/50 mmHg, 双肺呼吸音粗, 双肺可闻及哮鸣音及湿性啰音, 心率45次/分, 心律不齐, 腹部膨满, 肝区叩痛, 肠鸣音减弱, 双下肢指凹性水肿。既往“高血压病”“脑梗塞”“心律失常、Ⅲ度房室传导阻滞”病史, 西医诊断: 冠心病心力衰竭。中医诊断: 心衰病; 证型: 痰热阻肺、腑气不通、气机阻滞。治则: 清热化痰, 泻肺通腑, 调畅气机。患者腹胀明显、大便不通, 给予中药汤剂口服, 同时给予中药灌肠以助宣肺通腑之功。口服方选: 茅劳大枣泻肺汤、麻杏石甘汤、小承气汤合方加减, 金银花15 g, 鱼腥草30 g, 芦根50 g, 茅劳子15 g, 茯苓10 g, 车前子30 g, 蜜麻黄6 g, 炒苦杏仁10 g, 石膏30 g, 甘草6 g, 五爪龙30 g, 党参10 g, 白术10 g, 枳实10 g, 厚朴10 g, 玉米须30 g, 黄芩6 g, 清半夏6 g, 瓜蒌15 g, 炒槟榔10 g。外用方选: 麻杏石甘汤、升降散加减。金银花20 g, 连翘10 g, 麻黄6 g, 石膏30 g, 炒苦杏仁10 g, 甘草6 g, 大黄2 g, 炒谷芽30 g, 茅劳子10 g, 蝉蜕6 g, 僵蚕10 g, 片姜黄15 g, 芦根40 g, 鱼腥草30 g。服2剂并灌肠2剂后, 患者胸闷喘息仍在, 咳嗽改善, 灌肠初始为球状硬便, 后为稀便, 便后无心慌气短, 胃脘部胀明显减, 能进食少量流食, 下

\* 基金项目:河北省中医药管理局【No.2013196】



肢水肿较前消退，寐差减轻，舌淡红、苔薄黄腻，脉沉细小滑不齐。考虑患者腑气已通，瓜蒌减为10 g，去厚朴改为厚朴花、去槟榔防止通降太过伤正；加炒谷芽30 g通便同时顾护胃气；加地骨皮10 g以去虚热。再服2剂后，患者胸闷喘息咳嗽症状减轻，每日少量软便、有排气，胃脘部胀基本消失，三餐可进食流食，下肢水肿较前消退，夜间高枕卧位休息，寐尚安，舌脉同前，患者病势平稳，效不更方，服3剂后胸闷喘息症状明显减轻，食量可增至平素一半左右，夜间睡眠可，二便正常。

按：通畅三焦气机在本案中体现在以下两个方面：(1)宣肺降气法。方中选用麻杏石甘汤辛凉宣泄，清肺平喘；同时选用葶苈子、苦杏仁、茯苓、玉米须等泻肺利水，止咳平喘，使肺气得以宣发肃降，升降有序。(2)通腑降气法。方中选用小承气汤（用瓜蒌代替大黄，以防泻下太过伤正）轻下热结，行气消痞；选用清半夏燥湿化痰，消痞散结；槟榔下气、消积；石膏、黄芩清肠中积热。患者痰瘀食积结于腑中，与热邪相搏结，采用通腑降气的方法给予有形之邪以出路，引邪下行，通里攻下，荡涤肠胃积滞，则腑气得通，气机升降恢复。近年来对心衰病的病因病机认识已基本趋于一致，即本病为本虚标实、虚实夹杂之证。本虚为气虚为主，常兼有“阳虚”“阴虚”，标实以血瘀为主，常兼“痰”“饮”等，多因外感、劳累等加重<sup>[2]</sup>。笔者在传统中医理念基础上认为心衰病的发生是多种病理因素相互作用的最终结果，“本虚”与“标实”相辅相成，“本虚”决定心衰的发展趋势，“标实”是心衰的变动因素，两者彼此消长决定心衰的发展演变。本案中上焦痰热、下焦腑实均为“标实”所指，《素问·标本病传论》亦云：“急则治其标”，故在疾病发作期尽快解决“标实”，能使三焦气机通利、疾病迅速改善。

案2 谢某，男，74岁，主因“咳嗽、气短5年余，动则喘息伴下肢水肿3天”入院。症见：咳嗽、咳痰，痰色白量多，身体肥胖，动则喘息，倦怠乏力，四肢沉重，脘痞纳差，寐差，小便量少，大便黏滞不畅。舌暗淡、苔白腻，脉沉细。查体：BP 140/75 mmHg，双肺底可闻及散在湿性啰音，心率89次/分，律齐，心音低，腹部软，肝区叩痛，下肢水肿。既往“慢性支气管炎、肺气肿”病史。入院后查BNP 783 pg/mL。西医诊断：慢性阻塞性肺气肿；肺源性心脏病；心力衰竭；心功能Ⅲ级。中医诊断：心衰病；脾肺气虚；痰浊壅盛。患者应用利尿剂后频繁发作小腿肌肉痉挛，痛苦不堪，给予补钙等对症治疗效果不佳。遂停用利尿剂及大部分液体输注，仅给予参附注射液静点，中医治则为健脾益气、化痰平喘，选方“六君子汤合三子养亲汤”加减。党参15 g，黄芪15 g，茯苓15 g，炒白术20 g，苏子10 g，前胡10 g，白芥子10 g，炙甘草6 g，

陈皮10 g，清半夏9 g，厚朴6 g，焦三仙30 g。服3剂后患者咳喘、气短较前减轻，进食有所增加，水肿仍存，舌脉同前。原方加入车前子10 g，桂枝6 g，猪苓15 g，泽泻10 g，再服5剂后咳嗽、咳痰明显减轻，倦怠乏力、水肿均好转，小便量增加，大便通畅但不成形，舌质暗、苔白，脉沉。继以原方口服7剂后可独自室内活动，进食量明显增加，遂出院门诊序贯治疗。

按：本案通过健运中焦以通利三焦气机。《沈氏尊生书·三焦病源流》云：“中焦如沤，沤不利，则留饮不散，久为中满，此上不能纳，下不能出也”。中焦位于上焦及下焦之间，是气血生化之所，是人体气机升降出入的枢纽，是调节阴阳平衡的中转站。本案患者年高体虚，脏腑机能减退，久病脾肺气虚，脾虚运化失司则痰湿内生，肺气虚水道不利而水饮聚集，临床可见倦怠、四肢沉重、脘痞纳差、水肿，痰饮上凌心肺，可见咳嗽、气短、喘息。我们以健脾益气、化痰平喘为治则，培土生金，补脾气的同时兼补肺气，脾气运而痰浊散、肺气宣则水道通，同时佐以化痰利水之品，标本兼顾，中焦气机升降如常则三焦通利，临床疗效确切。

案3 李某，男，29岁，主因“动则喘息、气短3年，加重伴周身水肿、不能平卧1周”入院。症见：喘息气短，动则加重，夜间不能平卧，咳嗽、咳痰，痰色白质稀，周身水肿，腹胀，恶心呕吐，纳寐差，大便不畅，小便量少。舌质暗淡、苔白滑，脉细数。查体：BP 90/60 mmHg，双肺呼吸音低，可闻及湿性啰音，心率105次/分，律齐，心音低，腹部膨隆，肝区叩痛，移动性浊音阳性，肠鸣音减弱，下肢水肿。心脏彩超：全心扩大（LV 63 mm）、EF 39%、心包积液。肺部、腹部CT提示：胸腔、腹腔积液。西医诊断：扩张型心肌病心力衰竭；心功能Ⅳ级。中医诊断：心衰病阳虚水停、三焦壅塞。患者1年来曾反复就诊于国内多家知名三甲医院，均建议其行CRT治疗，患者本人拒绝。入我院后给予强心利尿等常规治疗，患者对利尿剂应用不敏感，加量应用尿量虽增加，但出现血尿酸、肌酐升高等情况，喘息、恶心、腹胀纳差等症状改善不明显，入院后第3天开始配合口服中药汤剂，治法：温阳利水、通利三焦，方选：五苓散加减。黑顺片9 g，党参9 g，猪苓10 g，白术15 g，茯苓15 g，泽泻15 g，桂枝6 g，清半夏9 g，柴胡10 g，枳壳10 g，车前子10 g，生姜6 g（后下），焦三仙30 g，甘草6 g。服2剂后小便量增多，水肿略改善，脘腹胀满症状减轻，舌脉同前。原方中黑顺片加至12 g，加炒杏仁9 g，厚朴10 g，再服5剂后二便通利，应用同等利尿剂的情况下尿量明显增加，水肿消退明显，进食量增加，喘息、咳嗽均减轻，可高枕卧位休息，睡眠改善，舌质暗淡，少苔，脉细，原方去车前子、生姜，再服5剂后诸症改善，水肿消退，可下地活动，无明显气短，食

欲、睡眠可，舌质暗，少苔，脉细。原方去泽泻、桂枝，加泽兰10 g，葶苈子10 g，黄芪15 g，知母6 g，五味子6 g。病情稳定后门诊随诊疗效稳定。

**按：**此例患者心衰病诊断明确，四诊所见提示三焦气化失常、水湿停滞是其病机关键所在。治此唯宜温化阳气，气化行则津四布，犹如旭日凌空，阴云自散，可使水湿遁去。《圣济总录·三焦门》指出：“论曰三焦有水气者，气滞不通，决渎之官内壅也……治宜导气而行之，气通则水自决矣”。以温阳为主要治则的同时应注重配合理气药物的应用，才能有效带动水湿的消散，水道通畅无阻则诸症顿消。此例通利三焦法是以温阳化气立法，辅以理气活血治疗并随症加减变化，待水道通调、肿消气平后，加用益气养心之品，以达补而不滞、标本兼顾之效。

中华中医药学会心病分会在《慢性心力衰竭中医诊疗专家共识》中将心衰的中医症型概括为“气虚血瘀”“气阴两虚血瘀”“阳气亏虚血瘀”3种基本类型，均可兼见痰饮证。其中“气虚血瘀证或兼痰饮”中医治法为“益气活血或兼以化痰利水”，代表方剂为“保元汤合血府逐瘀汤加减”；“气阴两虚血瘀或兼痰饮”中医治法为“益气养阴活血或兼以化痰利水”，代表方剂为“生脉散合血府逐瘀汤加减”；“阳气亏虚血瘀或兼痰饮”中医治法为“益气温阳活血或兼以化痰利水”，代表方剂为“真武汤合血府逐瘀汤加减”<sup>[2]</sup>。但随着近年来对心衰病研究的不断深入，已有部分学者提出心衰病的病因病机与三焦功能失常密切相关，杨祥坤教授<sup>[3]</sup>认为心衰病病位在三焦，涉及心肺、脾胃、肝肾等多个脏腑功能失调，并以肺不宣降为病机关键，根据本病的临床特点，治疗应遵循“六腑以通为用”的原则，以宣导三焦、泻肺豁痰、活血利水为法。华新宇<sup>[4]</sup>利用三焦理论分析慢性心力衰竭的病理特点，提出慢性心力衰竭的病理过程为心气虚→心阳虚→三焦失利→气水代谢失常→水不循常道→水停脏腑→三焦壅塞、痰瘀水停→脏腑阴阳俱虚与三焦壅塞虚实夹杂，

其中三焦失利、气水代谢失常是病机关键，强调疏导三焦行气利水当贯穿治疗慢性心力衰竭的全过程。王强等<sup>[5]</sup>等提出三焦壅塞为心力衰竭的最终病理基础、治疗心衰当通利三焦的理论，应用通腑疗法治疗慢性心力衰竭31例，治疗组心功能好转率高于对照组。《中藏经·论三焦虚实寒热生死顺逆脉证之法》云：“三焦者，人之三元之气也，号曰中清之腑，总领五脏、六腑、营卫、经络、内外、左右、上下之气也。三焦通，则内外、左右、上下皆通也。其于周身灌体，和调内外，营左养右，导上宣下，莫大于此也。”说明少阳三焦为津气运行之通道，其功能为运行水液和运行元气。三焦不通则脏腑气化失常，肺、脾、肾等输布水液的功能难以实现，水液运行受阻，浊液不能外排，而致水湿内停，变生诸证，上可及头，下可至足，外可至肌肤，内可及脏腑无所不至，进而产生痰饮、水肿、瘀血等病变，是心衰病的病机所在。反言之，因脏腑功能失调形成痰饮、水肿、瘀血、宿便等病理产物，亦可阻滞三焦水、气的运行，造成三焦壅塞，从而导致疾病缠绵反复、久治不愈。故此，心衰病其病位不仅在心，而已涉及三焦，关系五脏六腑。三焦以通为用，因此补益阳气是治疗心衰病的基础，而通利三焦气机是控制心衰病发展的关键，而祛除血瘀、痰浊、水饮、宿便是通利三焦气机的前提。临床医生临证时必四诊合参，注意疾病的发生发展规律，谨守病机变化，善于抓住疾病的主要矛盾，在缓解症状的同时应治病求本。

#### 参考文献

- [1]葛均波,徐永健.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2014:166.
- [2]冠心病中医临床研究联盟、中华医学会心血管病分会.慢性心力衰竭中医诊疗专家共识[J].中医杂志,2014,55(14):1258-1230.
- [3]王云振.杨祥坤教授从三焦论治慢性心力衰竭[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(10):84-85.
- [4]华新宇.慢性心力衰竭中医病机的三焦观[J].光明中医,2010,25(11):1963-1964.
- [5]王强,等.通腑泄浊法治疗腑实证慢性心力衰竭31例临床观察[J].四川中医,2012,30(8):91-92.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 强 收稿日期:2018-05-18)

(上接第63页)

五诊处方：守1月29日方，改黄芪60 g，减莪术，加淫羊藿30 g，巴戟天15 g。14剂水煎服，早晚分服。

**按：**服药期间宫内残留组织逐渐排出，瘀血得去，新血归经，故阴道出血止。现患者引产后2月余，月经未至，加入淫羊藿、巴戟天等补肾助阳之品，促使重阳转阴，月经来潮。

2018年3月12日六诊：末次月经：2018年3月7日，经期5天，量色质可，无其他不适，纳眠可，二便调。彩超示：宫腔少量积液。

#### 4 结语

导师傅金英教授以“益气养血，活血化瘀”为原则，运用中医药治疗宫内组织残留，临床效果良好。可避免过度清宫、甚至切除子宫等西医治疗对子宫的损伤，提高生活质量，值得临床推广。

#### 参考文献

- [1]吕艳芳.中西医结合治疗宫内组织残留23例[J].实用中医药杂志,2009,25(8):546.
- [2]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:20.
- [3]刘健,张玲娟,孙立峰.张锡纯对药[M].北京:人民军医出版社,2010:187.
- [4]钟赣生.中医学[M].9 版.北京:中国中医药出版社,2012:93,139,275.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李艳青 收稿日期:2018-05-15)

# 合用经方治疗眩晕症举隅

张 霞

(北京市朝阳区中医院内科，北京 100020)

**摘要：**《伤寒杂病论》是中医的经典著作之一，所记载的方子为经方。《伤寒杂病论》对眩晕的病因、病机、病位有准确的描述，经方中的泽泻汤、茯苓桂枝白术甘草汤、小半夏加茯苓汤均可治疗眩晕；另外病机相同时也可以异病同治，文中所举案例的病机与葛根汤、吴茱萸汤、白头翁汤方证的病机一致，即可应用。文章通过临床验案进行分析。

**关键词：**《伤寒杂病论》；眩晕；经方

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.030

文章编号:1672-2779(2018)-16-0067-03

## Examples of Using Integrated Classic Formulas to Treat Vertigo

ZHANG Xia

(Department of Internal Medicine, Chaoyang District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100020, China)

**Abstract:** The *Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases* is one of the classic academic works in traditional Chinese medical science, and the prescriptions in the book are classic formulas. The *Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases* discusses the etiology, pathogenesis and disease location of the vertigo accurately. In the classic formula, Zexie decoction, Fuling Guizhi Baizhu Gancao decoction and Xiaobanxia and Fuling decoction can treat vertigo. In addition, different diseases can be treated in the same way when the pathogenesis is the same. The article claims that when the pathogenesis of cases is same as the pathogenesis of indication which Gegen decoction, Wuzhuyu decoction, Baitouweng decoction can treat, and these decoctions can be used to treat these cases. The article analyzed the clinical cases.

**Keywords:** *Treatise on Febrile and Miscellaneous Diseases*; vertigo; classic formula

眩晕是临床常见病症，现代医学认为眩晕是由半规管壶腹嵴至大脑前庭神经系统不同部位的损伤，导致其功能下降、过强或两侧失对称，所引起的一种发作性的客观不存在而主观坚信自身或（和）外物按一定方向旋转、翻滚、飘浮、升降感的运动性幻觉<sup>[1]</sup>。中医将头晕、眼花为主症的一类病症称为眩晕<sup>[2]</sup>。笔者临幊上采取经方合用方法治疗眩晕症效果好，举隅分析如下。

### 1 泽泻汤合小半夏加茯苓汤合桂枝汤治疗眩晕

周某某，女，82岁。主诉：发作性眩晕反复发作18年，加重1周。患者18年前开始出现发作性眩晕，多在夜间睡眠时发作，曾在三甲医院神经科、耳鼻喉科就诊，检查头颅CT、核磁共振未见异常，未明确诊断，给予对症治疗，仍有反复发作。1周前无明显诱因眩晕发作3次，均在夜间3点至4点之间，睡眠中晕醒，天旋地转感，呕吐所进食物及酸味液体，呈非喷射性，晕时无耳鸣。头晕伴出汗和便意感，全身汗出，出汗时恶寒，伴寒战，需盖两床棉被，吐后、汗后头晕减轻，发作后周身乏力，每次发作半小时左右。面黄无华，平素足心热，睡觉时喜放在被外，素食十余年。既往：否认高血压史，否认糖尿病史。舌淡红、苔薄白，舌下紫络。脉沉细，右寸浮。辨证：眩晕，饮邪上犯，营卫不和。治法：渗利饮邪，调和营卫。方药：泽泻汤合小半夏加茯苓汤合桂枝汤。泽泻30 g，炒白术10 g，清半夏15 g，茯苓15 g，桂枝10 g，白芍10 g，大枣20 g，干姜5 g，炙甘草6 g。7剂，每天1剂，水煎

400 mL，分2次温服。

复诊：药后眩晕未作，无出汗，无恶寒，纳可，睡眠欠佳，眠后易醒，足心热，反酸。舌淡红，苔薄白，舌下紫络。脉左沉细，右沉弦。予六君子汤合天王补心丹方化裁。党参10 g，茯苓15 g，炒白术10 g，陈皮15 g，清半夏10 g，吴茱萸3 g，黄连3 g，柏子仁10 g，酸枣仁30 g，天冬15 g，麦冬10 g，当归15 g，丹参15 g，玄参15 g，桔梗10 g，五味子10 g，远志10 g，茯神15 g，炙甘草6 g。7剂。

三诊：药后睡眠好，头晕未作，无反酸。舌淡红，苔薄白，舌下紫络。脉沉细。予六君子丸，每次6 g，每日2次善后。

**按：**病因病机分析，患者夜间发作，说明是阴邪为患，吐后、汗后减轻为邪有出路能暂时缓解。根据《金匱要略》：“卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者，小半夏加茯苓汤主之”“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之”<sup>[3]</sup>，病邪为水邪、饮邪，水、饮均属阴邪，病变部位在膈间或心下。水饮之邪上犯，清阳被扰则眩晕；邪正相争，汗出而解，素体阳气不足，汗出伤阳，营卫不足则寒战，恶寒。反复发作，为水饮之邪未去根，故一诊以泽泻汤合小半夏加茯苓汤合桂枝汤治疗，症状缓解，未再发作眩晕，三诊以六君子丸善后。健脾化饮，水湿健运，饮无所生。治疗原则也体现了急则治标，缓则治本的大法。

### 2 吴茱萸汤合苓桂术甘汤治疗眩晕

赵某某，女，66岁。主诉：反复发作性眩晕5年，



加重1个月。患者5年前开始在冬季出现眩晕，每年于11月份左右出现头晕，视物旋转伴有呕吐。每年均到三级医院神经内科就诊，曾做头颅CT检查，未见异常。诊断“脑供血不足”，给予静脉点滴活血化瘀中药，及口服治疗头晕药物，均不能完全缓解。天气转暖后恢复正常。此次发作头晕1个月，午后加重。视物旋转伴呕吐，呕吐物为所进食物及黏液样物。发作时伴周身乏力，出汗、恶寒、心悸。望诊眼圈色黑。纳可。口不干不欲饮，平素怕热，易出汗，汗后怕风。舌暗苔薄白。脉沉略滑。辅助检查：B超显示颈动脉内膜增厚斑块形成。辨证：眩晕，寒饮上犯。方药：吴茱萸汤合苓桂术甘汤。吴茱萸5g，太子参30g，大枣20g，茯苓15g，桂枝15g，炒白术10g，生姜6g，炙甘草6g。7剂。

复诊：药后头晕减轻，无视物旋转，无呕吐。睡眠好。刻下：心下悸，眼睑易肿，恶热，汗多，怕风。舌红苔薄白。脉沉细。吴茱萸5g，太子参30g，大枣20g，桂枝15g，炒白术10g，生姜6g，炙甘草6g，白芍15g，柴胡10g，黄芩6g，清半夏10g，7剂。3月后因感冒就诊，诉药后头晕未作。

按：此例老年女性，天气寒冷时发病，眩晕、呕吐，心悸，下午较重，口干不欲饮。目窠色黑，脉沉。痰饮为阴邪，同气相求，天人相应，故痰饮为病逢气候寒冷时发作，天气转温则缓解；下午阳气渐少，阴气渐长，阴邪为病下午重。《伤寒论》云：“伤寒，若吐、若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者，茯苓桂枝白术甘草汤主之。”<sup>④</sup>“凡食少饮多，水停心下，甚者则悸，微者短气。”《金匮要略》曰：“水在心，心下坚筑，短气，恶水不欲饮。”<sup>⑤</sup>该例患者晕、呕吐，悸、不思饮、目窠色黑均为痰饮为患，脉沉亦为水，病机为痰饮上犯。根据《伤寒论》中“病痰饮者，当以温药和之”的治疗原则，又饮邪上犯与吴茱萸汤病机相同“干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。”<sup>⑥</sup>因此选用茱萸汤加苓桂术甘汤合方，治疗后症状大减，二诊有恶热，汗多，怕风。合上柴胡桂枝汤7服，药后诸症消失。

### 3 泽泻汤合葛根汤化裁治疗眩晕

张某，女，39岁。主诉：头晕、颈项痛3天。患者3天前开始劳累看电脑时间过长，临窗而坐颈部受风，头颈略紧自行按揉颈部。今晨出现颈肩疼痛，颈项僵硬，头晕，动则甚。无视物旋转，伴恶心无呕吐，面色黄，痛苦面容。无发热、恶寒。平素咽干，饮后仍干。1周前左眼充血，未经治疗。舌暗，舌体大、苔薄黄。脉浮。辨证：太阳经输不利，饮邪上犯。治法：

发汗解表，升津舒筋，健脾利水。方选泽泻汤合葛根汤加味。泽泻30g，炒白术10g，川芎10g，葛根30g，麻黄5g，桂枝10g，白芍15g，大枣15g，生姜10g，炙甘草6g，天麻15g，菊花10g。3剂，每日1剂。服药后3小时头晕减轻，仍颈项强，次日无头晕颈活动自如。服药3服后诸症消失。嘱其颈部避风寒，劳逸结合避免长时间电脑前工作。

按：此例为受寒后出现头晕、颈项痛，《伤寒论》云：“太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之。”<sup>④</sup>患者平素咽干，饮后无缓解，舌体大，说明水液代谢不正常，津不上承则咽干，水不化津则饮后仍干，水聚成饮，受寒后寒动其饮，饮邪上犯出现头晕，恶心的泽泻汤证。故病机为太阳经输不利，饮邪上犯。1周前开始左眼充血为肝经风火，方选葛根汤合泽泻汤发汗解表，升津舒筋，健脾利水，加天麻菊花清肝明目。药后效果明显。

### 4 苓桂术甘汤加味治疗眩晕头鸣

刘某某，男，72岁。主诉：头晕伴头鸣1周。患者1周前早晨起床时突然头晕，站立不稳，欲仆状，伴头鸣嗡声呈持续状，安静时明显，头胀痛，头晕呈发作性，自身不稳，平卧时轻，起则重，无耳鸣无视物旋转，心烦。平素睡眠差，右足麻，双手指端麻木。既往史：高血压10年，服药中，血压控制好。尿潜血10年，未经明确诊断。舌暗，舌苔黄腻。脉沉弦滑。辅助检查：头颅CT右侧基底节腔隙性脑梗塞。辨证：饮邪上犯，肝风上迫。治法：温化寒饮，降逆熄风。方药：苓桂术甘汤加味。茯苓30g，桂枝15g，炒白术10g，炙甘草10g，白头翁8g，生龙骨30g，生牡蛎30g，秦皮10g，白茅根10g，女贞子10g，旱莲草10g，茺蔚子10g，防风15g。10剂，每日1剂。

复诊：药后头晕愈，已无头鸣，无头痛，肢体麻木大减。

按：本例辨证分析，头晕欲仆，起则重，卧则轻为饮邪上犯；伴头鸣头胀痛心烦；肢体麻病机为风阳上迫、外窜经脉；多年尿血，久则多虚。治疗以苓桂术甘汤温化寒饮，白头翁、龙骨、牡蛎平肝镇肝熄风，秦皮清肝经热，有白头翁汤之意。《本草崇原》曰：“白头翁无风而摇者，禀东方甲乙之气，风动之象，有风而静者，得西方庚辛之气，金能治风也。”茺蔚子防风熄风通络，二至丸益阴养血，白茅根凉血止血。诸药合用切中病机。

### 5 白头翁汤合地黄饮子治疗眩晕

安某某，女，75岁。主诉：发作性眩晕2年，加重1个月。患者2年前开始出现发作性头晕，发作时自觉身



体腾空上升感，双眼与室内吊灯在同一水平线上，伴面色红，热感，紧张而抓住周围物品，无恶心呕吐，无耳鸣，每次发作约持续10分钟，自行恢复，发作后疲乏无力。因害怕发作，近2年不敢平卧睡眠，每晚斜卧在沙发上睡觉。近1个月发作频繁，症状同前，每周发作1~2次，发作时血压150~160 mmHg/90~100 mmHg，曾查头颅CT诊断为“腔隙性脑梗死”，静点“血栓通”1周，无明显效果。平素饮食尚可，大便干，每日1行，双足怕冷，双踝水肿。舌暗，舌体大，苔薄黄。脉双寸浮大，重按无力，关尺沉。既往史：高血压病史10余年，目前服用替米沙坦80 mg，每日1次，血压控制在150/80 mmHg。辨证：肝肾阴虚，肝风上迫。治法：补肝肾，熄肝风。方药：白头翁汤合地黄饮子化裁。白头翁10 g，秦皮10 g，黄连6 g，关黄柏10 g，生地黄12 g，熟地黄15 g，石斛15 g，山茱萸15 g，炙黄精10 g，麦冬15 g，五味子10 g，龟甲15 g，生牡蛎15 g，远志10 g，巴戟肉10 g，茯苓15 g，肉苁蓉10 g，葛根15 g。7剂，水煎服，每日1剂。

复诊：药后发作1次，时间约2~3分钟，头晕，无

明显升腾感。舌脉同前。继续服前方21剂。2个月后因咳嗽就诊，追问病史，前次服药后无眩晕发作，而且已经恢复平卧睡眠。

**按：**该例患者头晕伴身体的运动幻觉呈发作性，脉浮则为风，大则为劳，寸脉浮大，说明虚风在人体上部，发作时面红为风挟浮热上犯，厥阴肝阴不足，阴虚生热，《素问·天元纪大论》说：“厥阴之上，风气主之”，肝热易从风化，故出现发作性眩晕，关尺脉沉为病在里。病机为肝肾阴虚，肝热化风，肝风上迫。方中以白头翁汤清厥阴风热，地黄饮子去辛热之附子、肉桂以滋补肝肾之阴，加龟板、牡蛎平肝熄风。治疗切中病机。

#### 参考文献

- [1]栗秀初.眩晕的临床诊断[J].中国现代神经疾病杂志,2005,5(5):292-297.
- [2]周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,1988:312.
- [3]汉·张仲景.中医临床必读丛书·金匮要略[M].北京:人民卫生出版社,2011:44,46-47,64.
- [4]汉·张仲景.中医临床必读丛书·伤寒论[M].北京:人民卫生出版社,2012:35,41.
- [5]田代华.中医临床必读丛书·黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2012:120.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孟元 收稿日期:2018-06-12)

## 石膏和方解石的鉴定

卢红委 张付轩

(扬子江药业集团江苏龙凤堂中药有限公司，江苏 泰州 225300)

**摘要：**矿物药石膏和方解石由于性状的不同，出现了不同形态的石膏和方解石，它们主要成分是相同的，但是文献和《药典》对它们功效描述却有一定的差异，临床应用也不相同，这些问题在实际应用时易引起混淆。本文根据实际验收经验，参考文献，结合标本馆收藏标本，对上述几种矿物研究分析，以供参考。

**关键词：**石膏；明石膏；片石膏；纤维状石膏；红石膏；玄精石；方解石；鹅管石

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.031

文章编号:1672-2779(2018)-16-0069-03

#### Identification of Gypsum and Calcite

LU Hongwei, ZHANG Fuxuan

(Yangtze River Pharmaceutical Group Jiangsu Longfeng Tang Chinese Medicine Co., Ltd., Jiangsu Province, Taizhou 225300, China)

**Abstract:** Gypsum and calcite of target mineral, gypsum and calcite appear different forms of gypsum and calcite, their main components are the same, but the literature and pharmacopoeia have different descriptions of their efficacy, and their clinical applications are different. These problems are easily confused in the practical application. Methods according to our actual acceptance experience, reference literature, combined with the collection specimens of our company's specimen museum, the research and analysis of these kinds of minerals are studied with the reference of the common benevolence.

**Keywords:** gypsum; bright gypsum; sheet gypsum; fibrous gypsum; red gypsum; gypsum vitreum; calcite; tip or stalactite

石膏始载于《神农本草经》，列为中品，应用历史悠久，在历代经典方剂中应用广泛。方解石与石膏功效相近，性状也相近，且根据性状不同，都衍生有不同的药用品种；在实际应用中易产生混淆。现就其主要区别简述如下。

### 1 石膏

石膏为硫酸盐类矿石石膏族石膏，根据其性状分

为：纤维状石膏、雪花石膏、明石膏、玄精石、片石膏、红石膏。主要成分都为含水硫酸钙。但是其外观性状不同。

**1.1 纤维石膏** 为纤维状集合体，呈长块状，板块状或不规则形，大小不一。全体类白色，常附有青灰色或灰黄色片状杂质，有的半透明。质软，体重，手捻能碎。硬度1.5~2，比重2~3，易纵向断裂，断裂面具有

绢丝样光泽。并可见纤维状纹理。无嗅，味淡。以块大，色白，半透明，纵断面具有绢丝样光泽者为佳。主要成分为含水硫酸钙，其中CaO 32.0%、SO<sub>3</sub> 46.6%、H<sub>2</sub>O 0.9%。另外，尚有0.1%~1%的铁，0.01%~0.001%的锰、钠、铜、钴、镍等元素<sup>[1]</sup>。此种石膏符合2015版《中华人民共和国药典》标准（本品为硫酸盐类矿物硬石膏族石膏，主含含水硫酸钙（CaSO<sub>4</sub>·2H<sub>2</sub>O），采挖后，除去杂石及泥沙。性状：本品为纤维状的集合体，呈长块状、板块状或不规则块状。白色、灰白色或淡黄色，有的半透明。体重，质软，纵断面具绢丝样光泽。气微，味淡）<sup>[2]</sup>，为正品石膏。其辛、甘，大寒。归肺、胃经。具清热泻火，除烦止渴的功效。主产于湖北省应城、山东、山西、河南、湖南、云南、贵州、四川等省。全年可采、采挖后，去净泥土和杂石头。石膏《药典》规定本品含水硫酸钙不得少于95.0%<sup>[2]</sup>。本品置于有小孔的软木塞内，试管壁有水珠生成，小块变为不透明体。现代药理学研究，石膏经胃酸分解成可溶性钙盐，至肠吸收入血后，能增加血清内钙离子的浓度，可抑制体温调节中枢，减轻骨骼肌的兴奋性，减少血管通透性，故有解热、镇痉、消炎等作用。但也有认为石膏的退热作用与石膏所含的铁、铜元素有关。以上所述为石膏现代药理分析。临床作用表现在以下三个方面：（1）用于温热病邪在气分，高热，汗出，脉洪大等。代表方白虎汤，在气分和血分代表方为化斑汤、清温败毒饮；（2）用于肺热咳喘，鼻翼煽动，心烦口渴，代表方麻杏石甘汤；（3）用于胃火牙疼，代表方玉女煎。治疗胃火牙疼的清胃散，燥火伤肺，咳嗽气喘的石膏泻白散，具有疏风解表，清热泻下功效的防风通圣散；清热开窍的紫雪，另外还有竹叶汤、麻黄汤、白虎汤、清金一贯散，三黄石膏汤，竹叶石膏汤、玉葛石膏汤、石膏汤、石膏散。

**1.2 雪花石膏** 为白色细晶粒状，或细晶粒状聚合体，本种石膏不作石膏应用。该种石膏与《药典》规定纤维状聚合体不相符合，不作正品使用。

**1.3 明石膏** 主要产于山西、陕西、甘肃等少数省。成分与石膏同。呈薄板状，或棱形棱柱状，无色或灰绿色，透明，或夹有灰黄色絮状物。两面平滑，敲击时，自平滑面平行裂成片状，如云母片。气微，味淡。由于其为透明状，与石膏“半透明”性状不符合，不能作为正品石膏使用。

**1.4 片石膏** 白色 敲击易纵向断裂，为小薄片组成的柱状聚合体，断面具玻璃样光泽，该种石膏与《药典》品“纤维状聚合体，绢丝样光泽”不符合，不能作为正品石膏使用。

**1.5 玄精石** 主产于陕西、甘肃、青海、内蒙古、四川、云南。为硫酸盐类石膏族矿物石膏晶体。本品六边状椭圆形，边薄中厚，即习称“龟背状”。长0.3~3.5 cm，宽0.25~1.5 cm<sup>[3]</sup>。灰白色，灰绿色或淡黄白色，对光观察半透明，通常中间包裹青黑色或土黄色砂粒。光泽暗淡，质量较硬而脆，易纵裂开。呈条状，裂开面玻璃光泽。气微，味微咸。火中烧之能解体，层层剥落为片状，呈瓷白色，有的有黑白小点。主要含有含水硫酸钙，还含有铁、钠等离子及少量硅酸盐。具有清热明目消痰的作用，著名方剂有玄精石方、正阳丸、来复丹、珍珠散、玄晶石散、牛黄散。

**1.5 红石膏** 为硫酸盐类矿物硬石膏族红石膏。红石膏主产于辽宁、吉林、内蒙古、山东、甘肃等省区。全年可以采挖，除去泥土和杂石。红石膏呈扁平不规则块状，大小不等，半透明，表面粉红色，凹凸不平，常附有灰色泥土。质硬脆，用手指可以划刻。敲击时候垂直向断裂，断面有纵纹理，状如纤维。略带泥土气，味淡稍咸，嚼之粉性（物理性质除色泽外，余同石膏）。以肉红色，纯净薄片状、细丝纹、有光泽者为佳。红石膏主要成分为含水硫酸钙，尚含有少量的Fe<sup>3+</sup>、Fe<sup>2+</sup>、Mg<sup>2+</sup>、Cl<sup>-</sup>等。红石膏虽然为石膏族红石膏，但是根据其性味归经，把其归在寒水石项下。具有清热除烦，利尿、开窍的功效。常用方剂有桂苓甘露饮，玉屑无忧散，银粉散，碧雪，小儿肺热平胶囊，真珠散，玉露散，朴消散，白鹤散，水煮金花丸，紫雪散，太白丹，夺命丹，紫雪，一上散。

## 2 方解石

方解石为碳酸盐类矿石，遇稀盐酸反应产生二氧化碳气泡，由于产生环境不同，性状也发生了较大变化，功效也相差很远。根据性状不同分为方解石和鹅管石。

**2.1 方解石** 为碳酸钙盐类方解石族方解石。主产于河南、安徽、江苏、浙江等省区。为规则块状结晶，常呈斜方柱形，有棱角，白色或黄白色，表面平滑，有玻璃样光泽，透明或不透明。有完全解离，故晶体可以沿3个不同方向劈开。质坚硬而脆，硬度3，比重2.7，条痕为白色或淡灰色，敲击时多呈小块斜方体碎裂。断面平坦，用小刀可以划刻。气微，味淡。以色白，透明，有如寒水石之光泽，击碎后形具棱角者为佳。本品为碳酸盐类矿石，遇稀盐酸发生大量的二氧化碳气泡。无结晶水，在试管中加热无水珠生成。在《神农本草经》中列为中品，而今的寒水石包括方解石和红石膏两类。李时珍谓：“石膏有软硬两种。大块生于石中，作层如压扁米糕形，每层厚数寸，有红白二



色，红者不可服，白者洁净，细纹短密如束针，正如凝成白蜡状，松软易碎，烧之既白烂如粉。”在经典方剂中把方解石和红石膏列为寒水石，寒水石与石膏常相须为用。但是寒水石与石膏在功效方面又不完全相同。方解石味寒，苦、辛、咸，具有利尿、开窍、消肿的功效。常用方剂见红石膏项下。

**2.2 鹅管石** 为碳酸盐类方解石族细管状者。主产于四川、云南、贵州等地。全年可采，从洞顶打下，除去表面污物。鹅管石呈圆柱形或圆锥形，中空如管状，长3~7 cm，直径0.5~1.3 cm，管壁厚1~4 mm<sup>[3]</sup>，白色或淡黄白色。表面平滑，有的较粗糙，有颗粒及纵纹理。半透明至不透明。质硬脆，可折断，断面白色，具玻璃样光泽，中心具空洞状，壁厚者可见浅黄色环纹。无嗅，味淡。主要成分碳酸钙，尚含有镁、锶、钡等。鹅管石无毒、味甘、性平，具温肺，壮阳，通乳的功效。常用方剂有七宝散，治疗肺痿咳嗽；治疗支气管哮喘的鹅管石汤。

### 3 讨论

纤维石膏和方解石外观性状较好区别，纤维石膏和红石膏较难区分，区别点就是纤维石膏类白色，淡黄色；红石膏断面粉红色。片石膏小薄片组成柱状集合体，断面玻璃样光泽，雪花状石膏为石膏晶体，成雪花状或雪花状聚合体，明石膏全体透明，

较易区分。玄精石为石膏晶体，成龟背状。不同的微量元素含量，造就了不同性状的石膏：纤维石膏、明石膏、雪花膏、片石膏、红石膏、玄精石，也产生了不同功效和作用。性状是物质成分的体现。根据文献和《药典》规定，只有纤维状石膏作为正品应用，红石膏列在方解石项下，除具有清热泻火，除烦止渴的功效外，尚有利尿和开窍的功效。方解石和鹅管石为碳酸盐类矿物方解石族矿物，虽然主要成分相同，但是所含微量元素不同，性状不同，形成环境也不同：方解石形成与地下，鹅管石形成与地上。性味、归经，功效主治也有不同之处。矿物类药形成环境的不同，虽然主要成分相同，但是所含微量元素也不相同。方解石与石膏外观性状有很多相似之处，特别与石膏中明石膏较为类似，但是它们的主要成分相差很大，功效方面也就不同。根据唯物主义物质第一观点，那么由物质产生的功效也会产生不同的变化。马克思的辩证唯物主义观在这里得到了具体体现。这需要我们在实际生产应用中认真对待。以上所述仅供同仁们参考。

### 参考文献

- [1]李家实.中药鉴定学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:655.
- [2]国家药典委员会.中华人民共和国药典[M].一部.北京:中国医药科技出版社,2015:94.
- [3]南京中医药大学.中药大辞典[M].上海:上海科技出版社,2017:921,2912.  
(本文编辑:李海燕 本文校对:黄新兰 收稿日期:2018-05-11)

## 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：zgzyyycjy@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.zgzyyycjy.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：zgzyyycjy@163.com

电话查询：010-57289309 010-57289308

财务部：010-87363190

官 网：<http://www.zgzyyycjy.com>

中国中医药现代远程教育杂志社

2015年2月10日

# 爱罗咳喘宁对 COPD 大鼠细胞因子 (IL-4、IL-12、INF- $\gamma$ ) 的影响<sup>※</sup>

王 祎 陈婷婷 倪 普 朱一鸣 黄 华 冯宜飞 冯奕鹏 尚立芝\* 张红瑞\*

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450046)

**摘要:** 目的 观察爱罗咳喘宁口服液对慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 大鼠模型支气管肺泡灌洗液和肺匀浆中白细胞介素-4 (Interleukin-4, IL-4)、白细胞介素-12 (Interleukin-12, IL-12)、干扰素- $\gamma$  (Interferon- $\gamma$ , INF- $\gamma$ ) 的影响。方法 脂多糖 (Lipopolysaccharides, LPS) 加烟雾诱导COPD大鼠模型, 60只大鼠, 随机分为正常对照组, 模型组, 爱罗咳喘宁低、中、高剂量组和急支糖浆组。正常对照组和模型组灌胃生理盐水 (6 mL/ (kg·d)), 急支糖浆组给予急支糖浆口服液 (3 mL/d), 爱罗咳喘宁低、中、高剂量组分别灌胃 (2.5, 5, 10 g/ (kg·d)), 连续14 d。酶联免疫法 (Enzyme linked immunosorbent assay, ELISA) 检测各组大鼠支气管肺泡灌洗液及肺匀浆中IL-4, IL-12, INF- $\gamma$  含量。结果 模型组肺匀浆中INF- $\gamma$ 、IL-4和IL-12含量均显著高于正常组 ( $P<0.01$ ,  $P<0.05$ )。与模型组比较, 爱罗咳喘宁中、高剂量组中INF- $\gamma$ 、IL-4和IL-12均显著减少 ( $P<0.01$ ,  $P<0.05$ )。免疫组化检测肺组织中INF- $\gamma$  表达, 模型组INF- $\gamma$  表达显著强于正常组。爱罗咳喘宁中、高剂量组中INF- $\gamma$  表达较模型组减弱。**结论** 爱罗咳喘宁对COPD干预有效, 其机制可能通过减弱INF- $\gamma$ , IL-4和IL-12的合成与分泌而抑制COPD炎症过程。

**关键词:** 慢性阻塞性肺疾病; 肺功能; 支气管肺泡灌洗液; 白细胞介素-4; 白细胞介素-12; 干扰素- $\gamma$ ; 咳喘

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.032

文章编号:1672-2779(2018)-16-0072-04

## The Effect of Ailuo Kechuanning on Cytokine (IL-4, IL-12 and INF- $\gamma$ ) of Rats with COPD

WANG Yi, CHEN Tingting, NI Pu, ZHU Yiming, HUANG Hua, FENG Yifei, FENG Yipeng, SHANG Lizhi, ZHANG Hongrui

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

**Abstract:** **Objective** To study the effect of Ailuo Kechuanning on Interleukin-4 (IL-4), Interleukin-12 (IL-12), Interferon- $\gamma$  (INF- $\gamma$ ) in bronchoalveolar lavage fluid and lung homogenate of rats with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Methods** 60 COPD rats induced by Lipopolysaccharides (LPS) and smoke were randomly divided into normal control group and model group, which two were given normal saline (6mL/ (kg·d)), Ailuo Kechuanning group (2.5,5,10g/(kg·d)) and Jizhi Syrup group (3ml/d), lasting 14ds. Enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) was used to determine the levels of IL-4, IL-12 and INF- $\gamma$  in bronchoalveolar lavage fluid and lung homogenate. **Results** The levels of IL-4, IL-12 and INF- $\gamma$  in lung homogenate of model group were significantly higher than those of normal control group ( $P<0.01$ ,  $P<0.05$ ). Compared with the model group, the levels of IL-4, IL-12 and INF- $\gamma$  of the Ailuo Kechuanning group (5,10g/(kg·d)) were significantly decreased ( $P<0.01$ ,  $P<0.05$ ). The expression of INF- $\gamma$  of the model group was stronger than the normal and the Ailuo Kechuanning group in the detecting of lung tissue by immunohistochemistry. **Conclusion** Ailuo Kechuanning is effective in the intervention of COPD, and its mechanism may inhibit the inflammatory process of COPD by inhibiting the synthesis and secretion of IL-4, IL-12 and INF- $\gamma$ .

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease; lung function; bronchial alveolar lavage fluid; interleukin-4; interleukin-12; interferon- $\gamma$ ; cough and dyspnea

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是一种可以预防和治疗的常见疾病, 其特征是持续存在的、并呈进行性发展气流受限<sup>[1]</sup>。COPD的发病机制尚未完全明了, 目前普遍认为COPD是以气道、肺实质和肺血管的慢性炎症为特征, 由多种炎症细胞及炎症介质参与且相互作用所致, 中性粒细胞活化、聚集、释放弹性蛋白酶等多种生物活性物质引起慢性黏液高分泌状态并破坏肺实质。COPD的主

要临床表现为慢性咳嗽, 咳痰, 呼吸困难, 常出现急性加重, 多属于中医学“肺胀”“喘病”等范畴<sup>[2]</sup>。中医认为, COPD多表现为肺、脾、肾三脏的虚损, 而痰浊和瘀血在其发病过程中扮演了病理产物和致病因素双重角色, 互结为病, 恶性循环, 迁延难愈<sup>[3]</sup>。故而COPD的基本治法为化痰祛瘀, 调畅气机。爱罗咳喘宁中药方剂有理气化痰, 止咳平喘, 健脾固肾之效, 经多年临床和前期动物实验研究结果显示, 爱罗咳喘宁口服液能显著提高COPD患者和动物模型的肺功能, 改善肺组织结构, 但其作用机制不明<sup>[4]</sup>。白细胞介素4(IL-4)是由活化的Th2 (Th2型反应, 即体液免疫) 细胞产生的一种细胞因子, 而白细胞介素12 (IL-12) 是由活化的Th1 (Th1型反应, 即细胞免疫) 细胞产生的细胞因子<sup>[5]</sup>。在

\* 基金项目:国家自然科学基金面上项目【No.81573881】;河南省高等学校重点科研项目【No.15A360030】;河南中医药大学创新学习项目【No.CXXM[2016]0041】

\* 通讯作者:lzshang2014@163.com; zhr3962@163.com

COPD患者体内, Th2淋巴细胞产生的细胞因子降低, 而Th1淋巴细胞产生的细胞因子升高<sup>[6~7]</sup>。同时, 有研究显示肺组织炎症反应越严重, 血清IFN-gamma、IL-12、Th1/Th2, 及肺组织中IFN-gamma的mRNA与STAT4蛋白水平越高, 而肺功能及血清IL-4、IL-13及肺组织中IL-4 mRNA水平越低<sup>[8]</sup>。因此, 白细胞介素4(IL-4)和白细胞介素12(IL-12)的分子学检验对于分析COPD患者的病程与转归有重要意义。干扰素-γ(INF-γ)是一种多功能的细胞因子, 临床研究表明, INF-γ具有抑制肿瘤生成、抗病毒、调节机体免疫力等作用<sup>[9]</sup>。处于急性加重期的COPD患者易在活化巨噬细胞作用下加快白细胞介素-12(IL-12)的释放速度, 增加血液内IL-12浓度, 进一步刺激巨噬细胞及T细胞, 提高血液内INF-γ水平, 加重肺部组织损伤严重, 影响患者预后质量<sup>[10]</sup>。INF-γ直接参与COPD的发病过程, 与患者病情发展程度呈正相关性, 临床应用价值较高<sup>[11~12]</sup>。本研究通过观察爱罗咳喘宁对COPD大鼠支气管肺泡灌洗液及肺组织匀浆中参与炎症反应的白细胞介素-4(IL-4), 白细胞介素-12(IL-12), 干扰素-γ(INF-γ)的影响, 以期研究爱罗咳喘宁的作用机制。

## 1 材料与方法

### 1.1 材料

1.1.1 动物 7~8周龄SPF级wistar雄性大鼠60只, 体质量(250±20)g。由河南省实验动物中心提供, 合格证号SYXY(豫)2010-0001。

1.1.2 药物 陈皮10 g(批号1502001H), 茯苓15 g(批号1509001H), 姜半夏10 g(批号1503001s), 甘草6 g(批号1502001S)均选三九医药生产的中药配方颗粒, 红旗渠香烟(河南安阳厂, 烤烟型, 尼古丁含量1.1 mg/支, 焦油含量14 mg/支), 急支糖浆(太极集团重庆涪陵制药厂有限公司, 规格100 mL/瓶, 批号15090660)。

1.1.3 试剂与仪器 大鼠IL-4酶联免疫检测试剂盒(杭州联科生物有限公司, 批号230440715)、IL-12(北京诚林生物科技有限公司, 批号201504)、INF-γ(上海邦奕公司, DRE20041)ELISA检测试剂盒。红旗渠牌香烟(河南安阳卷烟厂, 烤烟型, 尼古丁含量1.1 mg/支, 焦油含量14 mg/支), 脂多糖(LPS, 北京索莱宝科技有限公司, 批号701C036)。小动物肺功能测量系统(德国leica公司)。BS210生物显微镜(麦克奥迪厦门销售有限公司), BSA124S-CW型万分之一天平(德国赛多利斯), 半自动轮转式切片机(德国leica公司, RM2245), DB-B1型烤片机(上海双旭电子有限公司), XH-C旋涡混合器(常州金坛精达仪器有限公司), B11-3型磁力搅拌器(上海司尔仪器有限公司), DHP-9050B智能型电热恒温培养箱(上海浪轩实验设备有限公司), ZWY-240型恒温摇床(上海智诚), BCD-206YH型海尔冰箱(青岛海尔股份有限公司)等由河南中医学院科研试验

中心提供。

### 1.2 方法

1.2.1 动物分组 将60只大鼠随机分为6组: 正常对照组, 模型组, 爱罗咳喘宁低、中、高剂量组和急支糖浆组, 每组10只。

1.2.2 模型制备 采用香烟烟熏4周加气管内滴注脂多糖(LPS)2次的复合因素复制COPD稳定期肺气虚证大鼠模型。实验第1、14日, 麻醉, 暴露气管, 1 mL注射器预装200 μL的LPS注入气管内, 立即竖起大鼠旋转, 以防窒息并使LPS均匀分布于两肺。实验第2~13日、15~28日将大鼠置于密闭烟室(侧面开直径0.5 cm<sup>2</sup>通气孔), 50 mL针筒抽取红旗渠香烟烟雾注入密闭熏烟箱内, 保持烟雾浓度为5%, 每日0.5 h。正常对照组不予烟熏, 但采用LPS注入相同的方法气管内注入等量的生理盐水代替LPS。

1.2.3 给药方案 爱罗咳喘宁组中剂量组按正常剂量生药量4.9 g/kg(稀释成6 mL)灌胃, 高剂量组按9.8 g/kg(稀释成6 mL)灌胃, 低剂量组2.45 g/kg(稀释成6 mL)灌胃, 每天2次, 10AM与4PM各给药1次。急支糖浆组给予急支糖浆口服液每天3 mL(稀释成6 mL), 分2次灌胃(按中剂量组成人用量7倍折算); 空白对照组及模型组给予同等剂量(6 mL)的生理盐水灌胃。以上各组连续灌胃14 d。

1.2.4 检测指标 (1)大鼠的一般状态: 包括皮毛、体重、饮食情况、活动度、死亡情况; (2)肺功能测定: 潮气量(Tidal volume, TV)、呼气峰流速(Peak expiratory flow, PEF)和50%潮气量呼气流量(Expiratory flow at 50% of lung volume, EF50); (3)血常规检查; (4)ELISA检测支气管肺泡灌洗液及肺匀浆中INF-γ、IL-4、IL-12的含量; (5)病理切片观察(固定, 脱水, 二甲苯透明, 石蜡包埋。连续冠状切片, HE染色, 光镜下观察病理变化); (6)免疫组化检测肺组织中INF-γ的表达(①切片脱蜡至水; ②过氧化物酶阻断; ③抗原热修复; ④滴加封闭液; ⑤滴加一抗, 4 °C过夜; ⑥滴加山羊抗兔IgG; ⑦滴加试剂SABC; ⑧DAB显色, 苏木素复染)。

1.2.5 统计学方法 数据处理采用SPSS 13.0统计学软件统计分析, 定量资料采用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )描述, 组间比较采用方差分析, 组间两两比较采用t检验, 相关性检验用Spearman等级相关分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 爱罗咳喘宁对大鼠一般状况的影响 正常组大鼠无死亡, 精神状况佳, 活动灵敏, 毛色乳白有光泽, 大、小便无异常。造模初期, 第1~14天时, 造模的大鼠出现不同程度的抵抗及烦躁, 第15天后神情倦怠, 体型消瘦, 毛色略黄无光泽, 体重下降, 饮食量及饮水量

减少，大便稀而致垫料潮湿，可闻及呼吸音增粗、呼吸频率增快、咳嗽、气喘、鼻部可见浅黄色分泌物等。灌胃后，治疗组的以上症状呈不同程度的改善，其中爱罗咳喘宁中剂量组的症状改善最为明显。其他各组均死亡2只大鼠。

**2.2 各组肺功能比较** 与正常组比较，模型组大鼠用力肺活量（Forced vital capacity, FVC）、1秒钟用力呼吸容积（Forced expiratory volume in one second, FEV<sub>1</sub>），以及FEV<sub>1</sub>/FVC均显著变小（ $P<0.05$ ）；与模型组比较，爱罗咳喘宁高、中剂量组FVC、FEV<sub>1</sub>，FEV<sub>1</sub>/FVC均不同程度增大（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 爱罗咳喘宁对各组大鼠肺功能的影响（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	只数	剂量(g/kg)	FVC(mL)	FEV <sub>1</sub> (mL)	FEV <sub>1</sub> /FVC(%)
正常组	9	-	6.50±0.11 <sup>a</sup>	5.41±0.01 <sup>a</sup>	83.32±0.08 <sup>a</sup>
模型组	8	-	3.54±0.08	2.12±0.12	59.88±1.51
爱罗咳喘宁组	8	2.5	4.61±0.11	2.98±0.12	64.64±1.09
	8	5	6.21±0.10 <sup>a</sup>	4.58±0.15 <sup>a</sup>	73.75±1.51 <sup>a</sup>
	8	10	5.71±0.12 <sup>a</sup>	4.21±0.20 <sup>a</sup>	73.37±1.66 <sup>a</sup>
急支糖浆组	8	10	6.31±0.15	4.52±0.23	71.63±1.53

注：与模型组相比，<sup>a</sup> $P<0.05$

**2.3 爱罗咳喘宁对肺匀浆中INF-γ、IL-4和IL-12含量的影响** 模型组肺匀浆中INF-γ、IL-4和IL-12含量均显著高于正常组（ $P<0.01$ ,  $P<0.05$ ）。

与模型组比较爱罗咳喘宁中、高剂量组中INF-γ、IL-4和IL-12均显著减少（ $P<0.01$ ,  $P<0.05$ ）。

免疫组化检测肺组织中INF-γ表达，模型组INF-γ表达显著强于正常组。爱罗咳喘宁中、高剂量组中INF-γ表达较模型组减弱。见表2。

表2 爱罗咳喘宁对肺匀浆中INF-γ, IL-4和IL-12含量及INF-γ表达的影响（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	只数	剂量(g/kg)	INF-γ(ng/L)	IL-4(ng/L)	IL-12(ng/L)	INF-γ(A)
正常组	10	-	1005.67(31.52)	20.71(0.75)	12.55±0.41	60.31±1.32
模型组	8	-	1460.51(76.61) <sup>2)</sup>	30.59(0.74) <sup>2)</sup>	18.66±0.31 <sup>1)</sup>	80.51±2.21 <sup>1)</sup>
爱罗咳喘宁组	8	2.5	1320.36(41.73)	30.11(0.19)	16.61±0.14 <sup>3)</sup>	75.47±1.35
	8	5	1131.32(32.62) <sup>3)</sup>	24.35(0.37) <sup>4)</sup>	13.41±0.25 <sup>3)</sup>	67.71±2.35 <sup>3)</sup>
	8	10	1103.46(55.74) <sup>4)</sup>	25.46(0.46) <sup>3)</sup>	14.43±0.31 <sup>3)</sup>	65.46±1.46 <sup>3)</sup>
急支糖浆组	8	10	1101.37(36.47) <sup>4)</sup>	22.13(0.32) <sup>4)</sup>	12.98±0.78 <sup>3)</sup>	64.15±2.57 <sup>3)</sup>

注：与正常组比较，<sup>1)</sup> $P<0.05$ , <sup>2)</sup> $P<0.01$ ；与模型组比较，<sup>3)</sup> $P<0.05$ , <sup>4)</sup> $P<0.01$

**2.4 爱罗咳喘宁对肺组织结构的影响** 正常组肺组织结构完整，肺泡腔内无渗出物。模型组肺内细支气管内有痰，肺泡上皮细胞不同程度的损伤，肺泡中有渗出液及炎细胞，肺泡间质炎细胞浸润明显，局部有肺大泡（肺气肿形成）。爱罗咳喘宁中、高剂量组和急支糖浆组炎症明显减轻。见图1。

**2.5 免疫组化检测肺组织中INF-γ的表达** 与正常组比较，模型组INF-γ表达明显增强，INF-γ阳性表达信号定位于肺泡上皮细胞胞浆和巨噬细胞胞浆。与模型组比较，爱罗咳喘宁中、高剂量组INF-γ表达显著增强。各组表达强度见表2，图2。

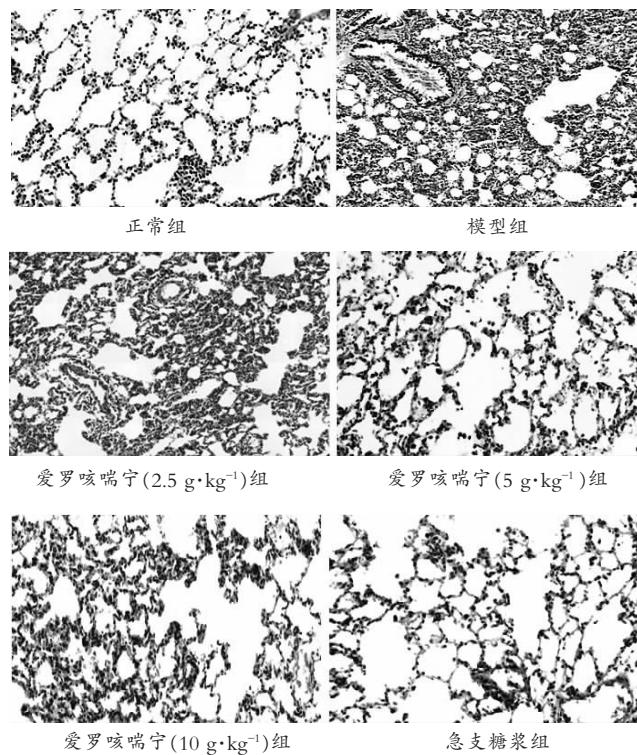


图1 各组肺组织结构改变(HE,  $\times 200$ )

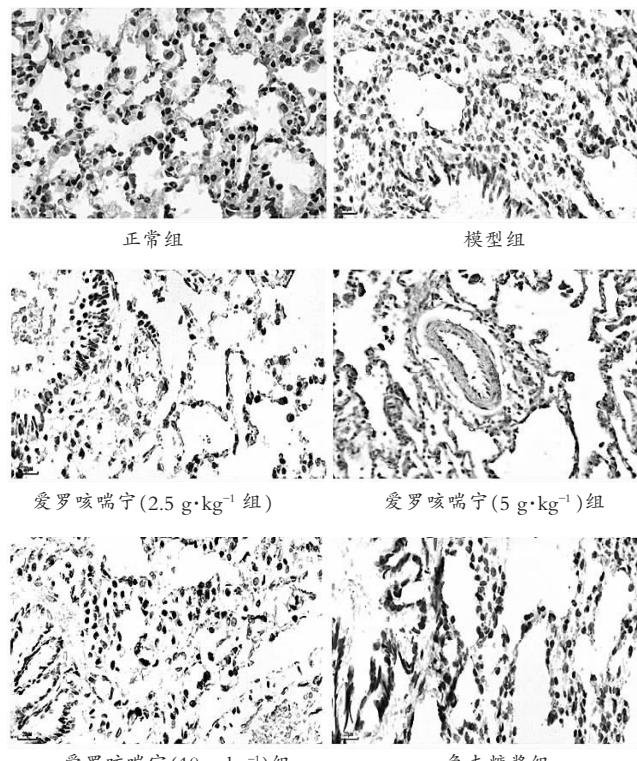


图2 肺组织中INF-γ表达(IHC,  $\times 200$ )

### 3 讨论

本研究结果显示，与正常组比较，模型组大鼠FVC、FEV<sub>1</sub>，以及FEV<sub>1</sub>/FVC均显著变小；与模型组比较，爱罗咳喘宁高、中剂量组FVC、FEV<sub>1</sub>，FEV<sub>1</sub>/FVC均不同程度增大，提示爱罗咳喘宁能改善COPD大鼠肺功能。基于此，该研究考虑可以用炎症细胞因子及其受体蛋白等生物指标来反映COPD患者的临床肺功能。血清



IL-6、TNF- $\alpha$ 、INF- $\gamma$ 等炎症介质的表达水平均同COPD合并肺部感染呈显著相关性，临床可将其作为评估患者病情发展、预测其预后质量的重要依据，全面提升诊疗针对性及有效性。模型组肺匀浆中INF- $\gamma$ 、IL-4和IL-12含量均显著高于正常组。通过各组对肺匀浆中INF- $\gamma$ 、IL-4和IL-12含量的比较，与模型组比较，爱罗咳喘宁中、高剂量组中INF- $\gamma$ 、IL-4和IL-12均显著减少。免疫组化检测肺组织中INF- $\gamma$ 表达，模型组INF- $\gamma$ 表达显著强于正常组。爱罗咳喘宁中、高剂量组中INF- $\gamma$ 表达较模型组减弱。肺组织结构光镜下显示，正常组肺组织结构完整，肺泡腔内无渗出物。模型组肺内细支气管内有痰，肺泡上皮细胞不同程度的损伤，肺泡中有渗出液及炎细胞，肺泡间质炎细胞浸润明显，局部有肺大泡（肺气肿形成）。爱罗咳喘宁中、高剂量组和急支糖浆组炎症明显减轻。免疫组化检测肺组织中INF- $\gamma$ 的表达，与正常组比较，模型组INF- $\gamma$ 表达明显增强，INF- $\gamma$ 阳性表达信号定位于肺泡上皮细胞胞浆和巨噬细胞胞浆。与模型组比较，爱罗咳喘宁中、高剂量组INF- $\gamma$ 表达显著减弱，提示爱罗咳喘宁可能通过抑制INF- $\gamma$ 的表达而对抗炎症反应。

综上所述，与正常组相比，模型组中INF- $\gamma$ 、IL-4和IL-12含量高于正常组，提示INF- $\gamma$ 、IL-4和IL-12均参与COPD病理过程。爱罗咳喘宁对COPD干预有效，其

机制可能通过抑制INF- $\gamma$ 、IL-4和IL-12的合成与分泌而阻滞COPD炎症过程。其详细机制有待深入研究。

#### 参考文献

- [1]柳涛,蔡柏蔷.慢性阻塞性肺疾病诊断、处理和预防全球策略(2011年修订版)介绍[J].中国呼吸与危重监护杂志,2012,11(1):1-12.
- [2]李建生,余学庆,王明航,等.中医治疗慢性阻塞性肺疾病研究的策略与实践[J].中华中医药杂志,2011,27(6):1607-1612.
- [3]张文江.病毒阻滞—慢性阻塞性肺疾病的病因病机初探[J].世界中医药,2012,7(1):7-8.
- [4]谢文英,张良芝,刘霖,等.爱罗咳喘宁口服液对慢性支气管炎大鼠白细胞介素-13和肿瘤坏死因子- $\alpha$ 含量的影响[J].中国新药杂志,2012,21(5):551-554.
- [5]赵莉,麦贤弟,黄花荣,等.哮喘患儿IL-4、IL-12与IgE水平的初步研究[J].临床儿科杂志,2001,19(1):9-10.
- [6]甄永强,吴立平,杨晓明,等.Th1/Th2炎性细胞因子在老年肺气肿与肺间质纤维化中的研究[J].临床和实验医学杂志,2012,11(19):1519-1521.
- [7]王元,孔宪明,曹兰芳,等.IL-12表达障碍与支气管哮喘关系研究进展[J].临床儿科杂志,2007,25(7):612-615.
- [8]AU Wang.Relationship of reduced lung function with Th1/Th2 polarization, STAT4/6 expression in rats of chronic obstructive pulmonary disease[J].Chinese journal of cellular and molecular immunology,2013,29(12):1233.
- [9]丁宏辉,彭伟鹏,陈科,等.稳定期慢性阻塞性肺疾病与血清炎性因子的相关性临床治疗分析[J].国际呼吸杂志,2015,35(9):660-662.
- [10]胡来明,吴永红.老年慢性阻塞性肺疾病患者血清炎性因子与BODE指数的相关性[J].中国临床保健杂志,2015,33(2):146-149.
- [11]易辉,王树立,崔江禹,等.COPD患者C反应蛋白、TNF- $\alpha$ 、IL-8、IL-6临床研究[J].现代生物医学进展,2011,11(3):534-537.
- [12]方芳,林云才,左强,等.血清炎性因子表达与慢性阻塞性肺疾病肺部感染BODE指数的关系[J].中华医院感染学杂志,2016,26(2):3309-3011.

(本文编辑:李海燕 本文校对:谢文英 收稿日期:2018-04-15)

## 天麻超微粉胶囊的制备工艺研究

王诗鹭 乔楚 刘桐

(中国医科大学附属第四医院药学部,辽宁 沈阳 110032)

**摘要:**目的 建立天麻超微粉胶囊的制备工艺。方法 以天麻素溶出度作为考察指标,确定适宜的天麻超微粉粒度。以吸湿性和流动性作为考察指标,筛选合适的辅料及比例,选择填充的胶囊型号制备天麻超微粉胶囊。结果 天麻超细粉的粒度 $D_{50}$ 为21.36  $\mu\text{m}$ 时天麻素的溶出度显著优于细粉( $P<0.05$ )。以微粉硅胶为辅料,药辅比为8:1,环境温度控制在68.7%以下,0号胶囊灌装,装量为0.48 g。结论 制剂工艺合理,经3批样品生产验证,具有较好的工艺稳定性,可为天麻微粉的应用提供基础和理论依据。

**关键词:**天麻;超微粉;天麻素;溶出度;制剂工艺

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.033

文章编号:1672-2779(2018)-16-0075-03

#### Research on the Preparation Process of Gastrodia elata Ultra Fine Powder Capsule

WANG Shilu \*, QIAO Chu, LIU Tong

(Department of Pharmacy, the Fourth Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

**Abstract: Objective** To optimize the preparation of gastrodia ultra fine powder capsule. **Methods** The differences of in vitro dissolution of Gastrodia elata was compared, in order to provide evidence for particle size control of Gastrodia elata. The appropriate excipients were selected by determining the angle of repose, the moisture absorption and the bulk density. The capsule model was selected to complete the preparation process design. **Results** When the particle size of Gastrodia ultrafine powder was 21.36  $\mu\text{m}$  ( $D_{50}$ ), the dissolution rate and the cumulative dissolution rate of fine powder was significantly higher than fine powder. The ratio of gastrodia ultra fine powder and micro silica gel was 8:1. Under this process, controlling environmental humidity below 68.7% and filling in 0 capsule shell with 0.48g. **Conclusion** The preparation process of the capsule prepared by the 3 batch has good stability and the finding provides a basis for the production and application of Gastrodia elata powders.

**Keywords:** Gastrodia elata; ultra fine powder; gastrodin; in vitro dissolution; preparation process

天麻是兰科植物天麻的干燥块茎，具有镇静、镇痛、抗炎和抗惊厥等功效，临床效果显著<sup>[1-3]</sup>，天麻素是

其主要有效成分。天麻为名贵中药，为了充分利用资源，中成药处方中常将其部分或全部干粉入药，如头

痛宁胶囊的制备工艺中将一部分天麻用水提取制备提取物，剩余部分以细粉形式入药制成胶囊<sup>[4]</sup>。天麻细粉的粒度对其有效成分的溶出有较大影响<sup>[5-6]</sup>，药效也有区别<sup>[7]</sup>。超微粉碎技术是近年来用于中药粉碎的综合性科学技术，利用机械或流体动力破坏固体内部凝聚力达到超细粉碎的目的。通过超微粉碎技术制备的中药具有有效成分释放快，生物利用度高，粉末分布均匀的优点。目前尚无天麻超微粉制剂的发表文献，本文利用超微粉碎技术粉碎天麻饮片，制成天麻超微粉，通过考察天麻素的溶出度、堆密度、休止角和临界相对湿度确定胶囊的处方组成和制备工艺，为天麻药材的合理利用、提升中药饮片的利用率提供实验依据。

## 1 材料与试剂

激光散射仪（Hydro 2000型，英国马尔文公司）；万能粉碎机（FW100型，天津泰斯特仪器有限公司）；振动式细胞级超微粉碎机（XDW-6型，济南天方机械有限公司）；Agilent 1200 高效液相色谱仪（美国安捷伦公司）；电子分析天平（AL204型，梅特勒-托利多仪器（上海）有限公司）；天麻素标准品（中国药品生物制品检定所，批号：110807）；乳糖、微晶纤维素和微粉硅胶为药用规格；甲醇、乙腈（色谱纯，美国Merck公司）；天麻饮片购自北京同仁堂沈阳大药房。水为重蒸馏水，其他试剂均为分析纯。

## 2 方法与结果

**2.1 天麻细粉和超细粉的制备** 天麻饮片在60 °C干燥3 h，碎至小块，以万能粉碎机粉碎，过200目筛制备天麻细粉，再用振动式细胞级超微粉碎机粉碎，装料系数为40%，0 °C研磨15 min、30 min和45 min制备不同粒度的天麻超细粉（I、II、III）。将天麻细粉和3种超细粉用粒度测定仪测定粒径分布，结果见表1。

表1 天麻细粉和超细粉的粒径分布

	天麻细粉	天麻超细粉 I	天麻超细粉 II	天麻超细粉 III
D <sub>50</sub> (μm)	72.36	37.18	21.36	15.24
D <sub>90</sub> (μm)	167.24	88.27	38.59	26.35

## 2.2 天麻细粉和超细粉中天麻素含量测定

**2.2.1 色谱条件** 色谱柱：Diamonsil C<sub>18</sub> (250 mm×4.6 mm, 5 μm)；流动相：乙腈-0.1%冰醋酸 (1:99)；流速：1.0 mL/min；柱温40 °C；检测波长220 nm；样量20 μL。

**2.2.2 对照品溶液制备和线性关系考察** 精密称取天麻素对照品13.1 mg，置于10 mL容量瓶中用流动相溶解定容，制成浓度为1.31 mg/mL的天麻素对照品储备液。再用流动相稀释成浓度为1.31、6.55、13.10、52.40和

104.80 mg/L的天麻素对照品溶液。按照色谱条件分析，测定天麻素色谱峰面积，以峰面积A为纵坐标，质量浓度C (mg/L) 为横坐标，绘制标准曲线方程。标准曲线方程为A = 27.9454C+5.9771，相关系数为0.9998，天麻素在1.31~104.80 mg/L线性关系良好。

**2.2.3 供试品溶液制备和样品中天麻素含量测定** 分别精密称取0.1 g天麻细粉和超细粉，置于25 mL容量瓶中，加入甲醇20 mL混匀，超声波提取15 min，冷却定容至25 mL，过0.45 μm滤膜，取续滤液作为供试品溶液。将对照品与供试品溶液用HPLC分析，测定其中的天麻素含量，结果见表2，天麻超细粉中天麻素含量高于天麻细粉，说明经过超微粉碎后天麻细胞壁破碎，饮片中能够提取出更多的有效成分。

表2 天麻细粉和超细粉中的天麻素含量

	天麻细粉	天麻超细粉 I	天麻超细粉 II	天麻超细粉 III
天麻素含量(%)	0.45	0.52	0.54	0.54

**2.3 天麻素体外溶出度的测定** 分别取天麻细粉和天麻超细粉各约2.0 g，按2015版《中国药典》第四部0931溶出度测定法中的桨法进行测定，以500 mL脱过气的水为溶出介质，37 °C转速100 r/min，分别于5、10、15、20、30、60、90和120 min取样5 mL，同时向溶出杯补充同温同体积介质，取出样品溶液过0.45 μm滤膜，续滤液按2.2.1色谱条件测定天麻素含量，换算成累计溶出率，结果见图1和表3，超细粉 I、II 和 III 溶出度显著高于细粉 (P<0.05)，3种天麻超细粉溶出度无显著差异，超细粉 II 和 III 的Td相似，高于超细粉 I 的Td。综合考虑天麻超细粉的粒度和溶出度，选择天麻超细粉 II 进行天麻超细粉胶囊的制备。

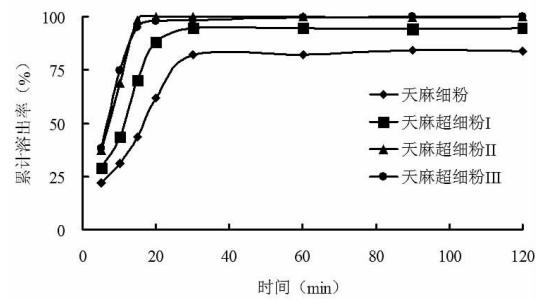


图1 天麻细粉和超细粉在水中的体外溶出曲线 (%)

表3 天麻细粉和超细粉中的天麻素溶出度参数

	天麻细粉	天麻超细粉 I	天麻超细粉 II	天麻超细粉 III
Td	30.71	14.01	6.73	6.01
m	0.6742	0.6793	0.8286	0.7347

注：以天麻超细粉(III)的天麻素溶出量测定结果为100%统计分析，Td为累积溶出63.2%的时间，m为曲线的形状参数

## 2.4 天麻超细粉胶囊的制备

**2.4.1 辅料种类和用量的选择** 天麻超细粉具有一定的吸湿性，流动性较差，需要用辅料来改善流动性和吸湿性方可制成胶囊。将天麻超细粉Ⅱ与乳糖、微晶纤维素和微粉硅胶以8:1比例混合均匀，置于温度25℃，相对湿度75%的恒温恒湿箱中进行吸湿实验，放置72 h后，称量质量增加情况，计算吸湿百分率。采用漏斗法，将混粉从3支串联漏斗中倒入，直至最下面的漏斗的圆锥体尖端接触到漏斗口为止，量取圆锥体底部直径和高度，计算休止角，结果见表4。天麻超微粉加入辅料后流动性均有所改善，吸湿程度降低，以微粉硅胶为辅料时，休止角为31.73°，吸湿百分率较低，因此选用微粉硅胶作为辅料制备天麻超微粉胶囊。

表4 天麻超细粉和辅料的休止角和吸湿百分率

	休止角(°)	吸湿百分率(%)
天麻超细粉	46.42	18.72
天麻超细粉-乳糖	41.96	13.48
天麻超细粉-微晶纤维素	36.75	11.61
天麻超细粉-微粉硅胶	31.73	10.97

将天麻超细粉Ⅱ与微粉硅胶分别以4:1、6:1、8:1和10:1比例混合均匀，测量休止角和吸湿百分率，如表5所示，辅料比例增加，休止角和吸湿率变化不大，因此选用天麻超微粉和微粉硅胶比例为8:1制备天麻超微粉胶囊。

表5 天麻超细粉和不同比例微粉硅胶的休止角和吸湿百分率

天麻超细粉-微粉硅胶比例	休止角(°)	吸湿百分率(%)
4:1	29.46	10.18
6:1	30.25	10.54
8:1	31.73	10.97
10:1	35.65	11.28

**2.4.2 临界相对湿度的测定** 取天麻超微粉Ⅱ-微粉硅胶(8:1)平铺于已经恒重的称量瓶底部，厚度约2 mm，置于相对湿度分别为20%、33%、42.8%、59.7%、75.3%、84.3%和92.5%的玻璃干燥器中，放置7 d后称量。以吸湿率为纵坐标，相对湿度为横坐标，测得样品的临界相对湿度为68.7%，见图2。在粉碎、过筛、分装和储存等多个环节以及制备天麻超微粉胶囊时，环境湿度应控制在68.7%以下，以避免水分的影响。

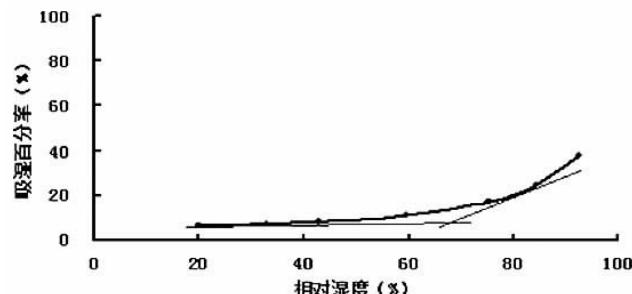


图2 天麻超细粉-微粉硅胶(8:1)的吸湿平衡曲线 (%)

**2.4.3 天麻超微粉胶囊的制备工艺和装量规格** 经测量天麻超微粉Ⅱ和微粉硅胶(8:1)的堆密度为0.72 g/mL，采用0号胶囊填充，每粒胶囊可填充约0.475 g细粉。因此确定天麻超微粉胶囊的制备工艺为：天麻饮片在60℃干燥3 h，砸成小块，以万能粉碎机粉碎，过200目筛制备天麻细粉，再用超微粉碎机粉碎，装料系数为40%，0℃研磨制备天麻超细粉，控制天麻超细粉的粒度D<sub>50</sub>约20 μm。将天麻超微粉和微粉硅胶按照8:1比例混合均匀，装入0号胶囊，装量为0.48 g/胶囊。按照设计的制剂工艺制备3批样品，各项指标均符合2015年中国药典中对胶囊剂的质量要求，表明工艺可行，产品符合要求。

## 3 讨论

天麻是我国名贵的药食两用植物，为了充分利用植物资源，中成药中天麻常以细粉直接入药，如何充分利用天麻的现有资源是天麻研究热点之一。超微粉碎技术是近年来新兴的物料加工技术，通过超微粉碎可提高细胞破壁率，促进有效成分的溶出，提高中药材利用率。并不是粉碎的粒度越小，对中药的提取越好。目前已有用超微粉碎技术加工天麻的文献报道<sup>[5-6]</sup>，但并未提出粉碎至多大粒径从经济学角度和药物溶出度来说是适宜的，本文以药物溶出度为考察指标，选择粉碎条件，制备适宜粒度的天麻超微粉。并以休止角、吸湿率、临界相对湿度和堆密度为指标，进一步将天麻超微粉制成胶囊。试验结果可进行工业化推广，为天麻保健品的开发提供参考。

## 参考文献

- [1]叶伟,梁文琴,祝婧,等.天麻炮制研究概况[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(1):146-148.
  - [2]易旭岚,周红燕,袁轶如.天麻钩藤饮联合西药治疗高血压的疗效及安全性分析[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(20):89-90.
  - [3]王守成,李应宏.天麻素注射液联合葛根素注射液治疗眩晕症120例[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(2):135-136.
  - [4]国家食品药品监督管理局.国家中成药标准汇编·中成药地方标准上升国家标准部分:经络·肢带·脑系分册[S].北京:人民卫生出版社,2002:59-61.
  - [5]杨芝芳,胡明勋,邓薇,等.天麻超微粉粒度对天麻素溶出率及抗惊厥作用的影响[J].中成药,2016,38(12):2700-2702.
  - [6]谢斯莹.天麻超微粉体外溶出度比较[J].信息化建设,2015(6):78-79.
  - [7]陶陶,徐坚,董佑忠,等.天麻超微粉与普通粉对大鼠脑缺血再灌注损伤神经细胞凋亡的研究[J].中国医药学报,2004(7):409-411,388.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:蔡婷婷 收稿日期:2018-04-15)

# HPLC 法同时测定胃康灵胶囊中芍药苷和甘草次酸含量

龙玉琼

(吉安市食品药品检验检测中心化学室,江西 吉安 343000)

**摘要:**目的 建立HPLC法测定胃康灵胶囊中芍药苷和甘草次酸的含量。方法 采用十八烷基硅烷键合硅胶柱 (Anglient ZORBAX SB-C18, 5 μm, 4.6×150 mm); 流动相0.1%磷酸溶液-乙腈梯度洗脱; 流速1.0 mL/min; 检测波长230 nm; 柱温: 30 ℃。结果 芍药苷在0.0250~0.3750 mg/mL线性关系良好 ( $r=0.99989$ ), 方法平均回收率99.5%, 甘草次酸在0.0265~0.3975 mg/mL线性关系良好 ( $r=0.99998$ ), 方法平均回收率98.8%。结论 经方法学验证, 此方法快速、简便, 准确、专属性强、重复性好, 可以作为胃康灵胶囊中质量控制指标。

**关键词:** HPLC; 胃康灵胶囊; 芍药苷; 甘草次酸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.034

文章编号:1672-2779(2018)-16-0078-03

## Determination on the Content of Paeoniflorin and Glycyrrhetic Acid in Weikangling Capsule by HPLC

LONG Yuqiong

(Chemical laboratory, Ji'an Center for Food and Drug Control, Jiangxi Province, Ji'an 343000, China)

**Abstract: Objective** HPLC method was established for the determination of paeoniflorin and glycyrrhetic acid in Weikangling capsule. **Methods** 18 alkyl silane bonded silica gel column (Anglient ZORBAX SB-C18, 5 μm, 4.6×150mm) . 0.1 % phosphate solution-acetonitrile gradient elution is fluid phase. The flow rate is 1.0mL/min. The detection wavelength is 230nm.Column temperature: 30 ℃. **Results** Paeoniflorin has a good linear relationship in the range of 0.0250 to 0.3750 mg/mL ( $R = 0.99989$ ) , the average recovery rate of the method is 99.5%, and glycyrrhetic acid has a good linear relationship in the range of 0.0265 to 0.3975 mg/mL ( $R = 0.99998$ ) , and the average recovery rate of the method is 98.8 %. **Conclusion** The method is fast, simple, accurate, specific and repeatable, and can be used as the quality control index in the Weikangling capsule.

**Keywords:** high performance liquid chromatography; Weikangling capsule; paeoniflorin; glycyrrhetic acid

胃康灵胶囊由白芍、白及、甘草等八味中药提取加工制成, 具有柔肝和胃, 散瘀止血, 缓急止痛, 止痛生新的功效<sup>[1]</sup>。其是急慢性胃炎, 胃、十二指肠溃疡, 胃出血常用药, 是近几年治疗胃炎、胃溃疡很好的一种中药复方制剂, 其处方出自张仲景《伤寒论》中记载的芍药甘草汤, 经过现代工艺加工而成。其中臣药甘草具有抗炎、抗菌作用, 也具有抗溃疡、解痉和促进胰腺分泌的作用, 因此很有必要保证胃康灵中甘草的含量<sup>[2]</sup>。其现行国家检验标准为2015年版药典, 其标准中仅针对君药白芍的芍药苷成分进行含量测定, 为提高药品质量, 保证用药安全, 且同时提高检验效率, 参考文献<sup>[1-3]</sup>建立本HPLC方法, 同时检测了君药白芍中芍药苷和臣药甘草中甘草次酸的含量, 获得了满意的结果。

### 1 仪器与试药

Agilent 1260 Infinity II 高效液相色谱仪 (安捷伦公司); BP211D电子分析天平 (赛多利斯公司); AR2140 电子天平 (梅特勒-托利多仪器上海有限公司); KW-1000DC恒温水浴锅 (金坛市中大仪器厂); 色谱柱: Anglient ZORBAX SB-C18, 5 μm, 4.6×150 mm; DAD 检测器; 芍药苷对照品 (中国科学院成都生物研究所, 批号MUST-17031901, 纯度99.3%), 甘草次酸对照品 (中国食品药品检定研究院, 批号110723-201514, 纯度99.3%), 乙腈为色谱纯; 水为超纯水; 磷酸为分析纯; 胃康灵胶囊样品共3批, 均由当地药店购买。

### 2 方法与结果

**2.1 色谱条件** 色谱柱: Anglient ZORBAX SB-C18, 5 μm, 4.6×150 mm; 柱温: 30 ℃; 流速: 1.0 mL/min; 进样量: 5 μL; 流动相: 0.1%磷酸溶液-乙腈梯度洗脱 (见表1); 检测器: 二极管阵列检测器, 检测波长: 230 nm, 以及190~400 nm紫外扫描光谱。此色谱条件下, 2种待测化学物质的对照品分离度大于1.5, 拖尾因子符合要求, 典型的色谱图见图1。

表1 0.1%磷酸溶液-乙腈梯度洗脱

时间(min)	0.1%磷酸溶液(%)	乙腈(%)
0	85	15
4	85	15
5	15	85
17	15	85

**2.2 供试品溶液的制备** 取样品内容物, 研细, 混匀, 精密称取0.8 g, 置50 mL烧瓶中, 加入盐酸1 mL, 氯仿20 mL, 水浴回流提取1 h, 过滤, 滤液蒸干, 用乙醇10 mL溶解, 即为A液, 备用。取上述滤渣挥干后, 转移置烧瓶中, 加乙醇15 mL, 回流1 h, 滤过, 即为B液, 合并A液和B液置25 mL量瓶中, 用乙醇定容, 混匀, 微孔滤膜过滤, 取续滤液, 即得供试品溶液。

**2.3 混合对照品溶液的制备** 取各对照品适量, 精密称定, 加乙醇制成每1 mL中含芍药苷0.25 mg、甘草次酸0.26 mg, 即得混合对照品溶液。

**2.4 阴性对照溶液的制备** 按处方量制备不含芍药和甘

草的阴性样品，按2.2项下方法制得。

**2.5 测定法** 分别精密吸取上述混合对照品溶液、供试品溶液、阴性对照溶液、按2.1项下色谱条件分别进行检测，结果表明混合对照品分离度好，阴性对照溶液无干扰，阳性对照溶液能达到分离（见图1~3）。

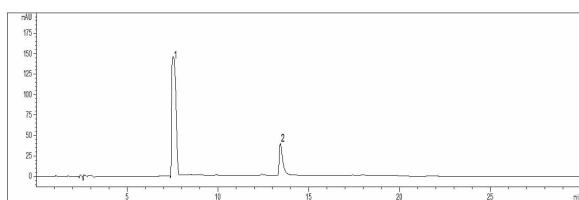


图1 混合对照品溶液色谱图

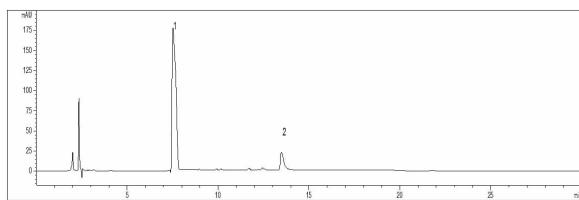


图2 供试品溶液色谱图

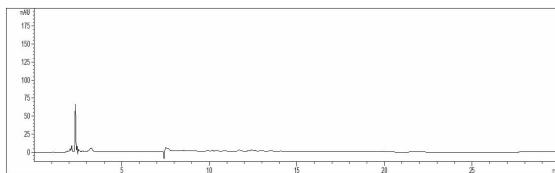


图3 阴性溶液色谱图

注：1.芍药苷(7.540 min);2.甘草次酸(13.384 min)

**2.6 线性关系的考察** 分别精密称取芍药苷、甘草次酸2种对照品，加乙醇稀释成一系列标准溶液，以对照品浓度为横坐标X，各自对应的峰面积为纵坐标Y，绘制标准曲线，2种化学成分的线性回归方程、r值及线性范围见表2。

表2 2种成分的线性范围、r值及回归方程

化学成分	回归方程	r	线性范围(mg/mL)
芍药苷	$Y = 18155.98318X + 64.20125$	0.99989	0.0250~0.3750
甘草次酸	$Y = 3942.66778X - 0.02062$	0.99998	0.0265~0.3975

**2.7 精密度试验** 精密吸取2.3混合对照液，按2.1项下色

谱条件和方法，注入液相色谱仪，连续进样6次，测定芍药苷和甘草次酸的峰面积，并以芍药苷和甘草次酸的峰面积分别计算相对标准偏差RSD为1.36%和1.17%。

**2.8 重现性实验** 取批号201609014供试品，分别多次进行含量的测定，考察实验的重现性，并以芍药苷和甘草次酸含量测定结果分别计算相对标准偏差RSD为1.42%和1.21%。

**2.9 加样回收率试验** 取已知含量的制剂（批号：201609014；芍药苷含量：0.439%；甘草次酸含量：0.234%）约0.8 g样品9份，精密称定，分别精密加入精密称定的对照品，照2.2项下方法制备成供试品溶液，按上述方法进行测定芍药苷、甘草次酸，分别计算其回收率（见表3），平均回收率分别99.5%和98.8%，其RSD分别为0.43%和0.82%。

**2.10 稳定性试验** 取2.3项下混合对照液，按2.1项下色谱条件和方法，于0 h、4 h、8 h、12 h、16 h、20 h、24 h分别进样测定，记录色谱图，测得芍药苷、甘草次酸2种成分的峰面积在24 h内无明显变化，并以芍药苷和甘草次酸峰面积计算相对标准偏差RSD分别为1.73%和1.47%。

**2.11 样品的测定** 取市售3批胃康灵胶囊，分别按2.2项下方法提取各样品供试品溶液，按2.1项下色谱条件及方法测定，结果见表4。

表4 样品中芍药苷、甘草次酸含量测定

批号	芍药苷(mg/粒)	甘草次酸(mg/粒)
201609014	1.757	0.934
201706041	1.721	0.983
201711002	1.752	0.976

### 3 讨论

**3.1 提取方法的选择** 本研究对样品的提取条件进行了考察，因甘草次酸显弱酸性，采用盐酸酸化后用氯仿提取，提取回收率高，重现性好，芍药苷直接用溶剂乙醇提取，有良好的回收率和重现性。故本法用盐酸酸化后用氯仿提取后滤过，滤渣再用乙醇提取，该提取方法甘草次酸和芍药苷均有良好的回收率和重现性。

表3 芍药苷、甘草次酸回收率

序号	样中芍药苷含量 (mg)	样中甘草次酸含量 (mg)	加入芍药苷 (mg)	加入甘草次酸 (mg)	测得芍药苷 (mg)	测得甘草次酸 (mg)	回收率芍药苷 (%)	回收率甘草次酸 (%)
1	3.5181	1.8753	1.61	0.92	5.1102	2.7904	98.88	99.47
2	3.5318	1.8825	1.58	0.95	5.1035	2.8121	99.47	97.85
3	3.5195	1.8760	1.61	0.96	5.1096	2.8104	98.77	97.34
4	3.4879	1.8591	2.93	1.67	6.4099	3.5196	99.73	99.43
5	3.5063	1.8690	2.87	1.65	6.3697	3.5063	99.77	99.23
6	3.5739	1.9050	2.82	1.64	6.3953	3.5198	100.05	98.46
7	3.5375	1.8856	4.16	2.34	7.6778	4.2087	99.53	99.28
8	3.5730	1.9045	4.11	2.31	7.6732	4.2081	99.76	99.72
9	3.5225	1.8776	4.19	2.36	7.6790	4.2044	99.20	98.59

**3.2 高效液相色谱法检测波长的选择** 参照中国药典2015年版一部及有关文献报道<sup>[2-5]</sup>,芍药苷在230 nm处有最大吸收,甘草次酸在249 nm处有最大吸收,本实验采用DAD检测器,同时选取230 nm和249 nm两个参比波长进行比较,通过光谱图对比,230 nm两个成分峰型较好,峰高响应值相当,最后选定检测波长为230 nm。

**3.3 流动相的选择** 参照中国药典2015年版一部及有关文献报道<sup>[2-5]</sup>,用0.1%磷酸溶液-乙腈为流动相按不同时间、不同比例分别实验记录图谱,比较图谱,结果以表1的梯度洗脱得到的图谱最为满意,两种化学成分在15 min内均出峰,且有良好的峰型及分离度。

**3.4 本方法的实用性** 该方法在一个色谱条件下,可同

时检测胃康灵胶囊中的芍药苷和甘草次酸两种成分,且重现性好,灵敏度高,方法简便快捷,可以作为胃康灵胶囊的质量控制。

#### 参考文献

- [1]国家药典委员会.中国人民共和国药典[M].一部.北京:中国医药科技出版社,2015:1178-1179.
- [2]罗育新.高效液相色谱法测定胃康灵胶囊中甘草次酸的含量[J].医药世界,2006(8):71-72.
- [3]朱飞.HPLC法测定胃康灵胶囊中芍药苷含量[J].黑龙江医药,2007(5):422-423.
- [4]曾赣惠,苏长安.反相高效液相色谱法测定胃康灵胶囊中芍药苷的含量[J].江西医药,2011,46(12):1133-1135.
- [5]张志宇,赵浩如,包汝泼.HPLC法测定胃康灵胶囊中甘草次酸的含量[J].海峡药学,2005(6):62-64.

(本文编辑:李海燕 本文校对:彭彩萍 收稿日期:2018-04-24)

## 高效液相色谱法测定头痛宁胶囊中天麻素含量的不确定度评定

苑 博 马海英 王 颖

(中国医科大学附属第四医院药学部,辽宁 沈阳 110032)

**摘要:** 目的 建立高效液相色谱法测定头痛宁胶囊中天麻素含量的不确定度评估方法。方法 结合CNAS-GL06-2006《化学分析中不确定度的评估指南》和JJF 1059.1-2012《测量不确定度评定与表示》,通过分析头痛宁胶囊中天麻素的测定过程,对各不确定度分量分析和计算,计算出合成标准不确定度和扩展不确定度。结果 天麻素含量为  $(1.12 \pm 0.02) \text{ mg/g}$ ,  $k=2$ 。测量不确定度的主要来源为标准品溶液配制、标准曲线拟合和回收率引入的不确定度,其次是稀释定容和样品重复性测定引入的不确定度,样品称量产生的不确定度较小,可忽略不计。结论 本文建立的不确定度评估方法可用于头痛宁胶囊中天麻素含量测定的评定,为提高测定结果的准确度提供数据支持。

**关键词:** 头痛宁胶囊;高效液相色谱法;天麻素;不确定度

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.035

文章编号:1672-2779(2018)-16-0080-03

#### Evaluation of Uncertainty in Determination of Gastrodin in Toutongning Capsule by HPLC

YUAN Bo\*, MA Haiying, WANG Ying

(Department of Pharmacy, the Fourth Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

**Abstract: Objective** To establish a method for the evaluation of the uncertainty in the determination of gastrodin in Toutongning capsule by RP-HPLC. **Methods** Based on the principle and method of JJF 1059.1-2012 Measurement Uncertainty Evaluation and Representation and CNAS-GL06-2006 Uncertainty Evaluation in Chemical Analysis, each components of uncertainty was calculated by analyzing the various variable parameters among the procedures. The combined standard uncertainty and the expanded uncertainty were then finally obtained by synthesizing the uncertainties of various component variables. **Results** The results showed that the content of gastrodin was  $(1.12 \pm 0.02) \text{ mg/g}$ ,  $k=2$ . The main sources of measurement uncertainty and the uncertainty introduced by the configuration of standard curve fitting, the preparation of standard solution and the recovery rate, followed by the repeated measurement and the thinning of standard solution, while the sample weighing of the uncertainty generated is small and negligible. **Conclusion** The method of the evaluation of uncertainty measurement established in this paper is reasonable and reliable for the evaluation of the uncertainty in the content determination of gastrodin in Toutongning capsule by RP-HPLC.

**Keywords:** Toutongning capsule; HPLC; gastrodin; uncertainty

头痛宁胶囊由天麻、土茯苓、制何首乌、当归、防风和全蝎六味中药制成,具有熄风涤痰、逐瘀止痛的功效,临床效果显著<sup>[1-3]</sup>。天麻为方中主药,笔者建立了HPLC法测定头痛宁胶囊中天麻素的含量,方法专属性强、简便快速、准确度高,可用于头痛宁胶囊中天麻素的测定。测量不确定度是与测量结果准确度相关的参数,可以表征合理的测量结果的分散性<sup>[4-7]</sup>,可以综合判定测量结果质量,评定测量条件和测量方法的可

靠性,目前还没有头痛宁胶囊中天麻素含量不确定度文章报道。本研究结合CNAS-GL06-2006《化学分析中不确定度的评估指南》和JJF 1059.1-2012《测量不确定度评定与表示》中规定的程序,对高效液相色谱法测定头痛宁胶囊中天麻素含量的不确定分析,对测量过程中影响测量结果的因素进行考察,分析了各不确定度分量对测量结果的影响,计算出测量结果的不确定度,为测量结果的评定提供可靠性依据。



## 1 材料与方法

**1.1 仪器与试药** Agilent 1200 高效液相色谱仪（美国安捷伦公司）；电子分析天平（AL204型，梅特勒-托利多仪器（上海）有限公司）；超声波清洗器（KQ-500DE型，昆山市超声仪器有限公司）；天麻素标准品（中国药品生物制品检定所，批号：110807）；乙腈（色谱纯，美国Merck公司）；头痛宁胶囊（陕西步长制药有限公司，批号为170456）。其他试剂均为分析纯。

**1.2 色谱条件** 色谱柱：Diamonsil C<sub>18</sub> (250 mm×4.6 mm, 5 μm)；流动相：乙腈-0.1%冰醋酸 (2:98 (v/v))；流速 1.0 mL·min<sup>-1</sup>；柱温40 °C；检测波长220 nm；样量20 μL。

**1.3 对照品溶液的制备** 精密称取天麻素对照品13.10 mg，置于10 mL容量瓶中用流动相溶解定容，制成浓度为1.31 mg/mL的天麻素对照品储备液。分别取适量天麻素对照品储备液用流动相稀释成浓度为1.31、6.55、13.10、26.20、52.40和104.80 mg/L的天麻素对照品溶液。

**1.4 供试品溶液的制备** 取10粒头痛宁胶囊内容物，混匀研细，精密称取0.5 g置于25 mL容量瓶中，加入70%乙醇20 mL混匀，超声波提取15 min，超声波提取温度为40 °C，冷却定容，过0.45 μm滤膜，取续滤液作为供试品溶液。将对照品溶液和供试品溶液按照色谱分析条件分析，按外标法以峰面积计算天麻素含量。

## 2 结果

**2.1 数学模型的建立与结果计算方法** 用外标法计算头痛宁胶囊中天麻素的含量，其数学模型见公式  $X = \frac{C \times V}{m \times 1000}$  式中，X是头痛宁胶囊中天麻素的含量 (mg/g)，C是天麻素色谱峰面积由标准曲线计算得到的天麻素浓度 (mg/L)，m为试样质量 (g)，V为定容体积 (mL)。天麻素浓度 (C) 与含量 (X) 之间存在线性关系，根据这一模型即可进行定量分析。

**2.2 不确定度来源因果图** 从测量模型上分析，评估影响测量结果准确度的各个不确定度分量，如图1所示。

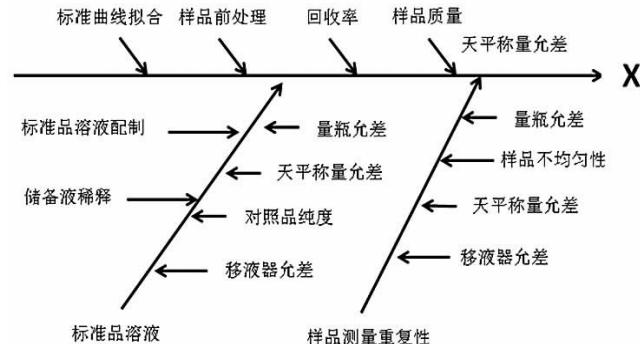


图1 高效液相色谱法测定头痛宁胶囊中天麻素含量的不确定度来源

**2.3 不确定度的来源识别** 根据测定天麻素的数学模型分析，其测量不确定度主要有以下几个环节引入，分别是标准品溶液配制和稀释、标准曲线拟合、样品重复性测定、试样称量、试液定容和回收率引入的不确定度。

**2.3.1 标准品溶液配制所引入的不确定度**  $u_1$  经查天麻素标准品证书上天麻素纯度为 (99.5±1.0) %，标准品纯度所引入的不确定度  $u_{1-1} = \frac{1.0}{2 \times 99.5} \times 100\% = 0.50251\%$ 。使用AL204型电子分析天平称量天麻素标准品，称量结果的示值误差扩展不确定度由天平的校准证书获得  $U=0.05 \text{ mg } (k=2)$ ，标准品质量为13.10 mg，则天平称量不确定度为  $u_{1-2} = \frac{0.05}{2 \times 13.10} \times 100\% = 0.19084\%$ 。使用10 mL容量瓶对标准品溶液定容，由校准证书可知，扩展不确定度  $U=0.01 \text{ mL } (k=2)$ ，由容量瓶定容引入的不确定度  $u_{1-3} = \frac{0.01}{2 \times 10} \times 100\% = 0.05000\%$ 。综合以上结果，标准溶液配制所引入的不确定度  $u_1 = \sqrt{u_{1-1}^2 + u_{1-2}^2 + u_{1-3}^2} = 0.53985\%$ 。

**2.3.2 标准品溶液稀释所引入的不确定度**  $u_2$  标准溶液采用5 mL移液管转移稀释，查移液管的标准证书，其扩展不确定度  $U=0.005 \text{ mL } (k=2)$ ，由移液器所引入的不确定度  $u_{2-1} = \frac{0.005}{2 \times 5} \times 100\% = 0.05000\%$ 。10 mL容量瓶所引入的不确定度  $u_{2-2} = \frac{0.01}{2 \times 10} \times 100\% = 0.05000\%$ 。综合以上结果，标准溶液稀释所引入的不确定度  $u_2 = \sqrt{u_{2-1}^2 + u_{2-2}^2} = 0.07071\%$ 。

**2.3.3 标准曲线拟合引入的不确定度**  $u_3$  以天麻素标准品溶液稀释配制的6种标准品溶液 ( $m=6$ ) 的拟合标准曲线，每个标准溶液测定3次 ( $n=18$ )，拟合得线性回归方程  $A = KC+b$  (K为1397.3, b为5.9771)，相关系数为0.9998。取某标准品液重复测定3次计算出平均质量浓度  $C_0=6.55 \text{ mg/L}$ 。绘制标准曲线的标准品浓度和响应值见表1，经计算标准液峰面积残差的标准差  $s = \sqrt{\frac{1}{n-2} \sum_{i=1}^n (I_i - \bar{I})^2} = 15.96$ ，式中  $I_i$  为不同浓度标准品溶液的响应值， $\bar{I}$  为根据标准曲线算出的理论响应值， $n$  为标准曲线的点数。因此，由天麻素的标准曲线拟合引入的不确定度可表示为  $u(s) = \frac{s}{K} \sqrt{\frac{1}{p} + \frac{1}{n} + \frac{(C_0 - \bar{C})^2}{\sum_{i=1}^n (c_i - \bar{c})^2}} = 0.03894$ ，其中  $p$  为对  $C_0$  的测定次数， $\bar{c}$  为标准品溶液的平均浓度。由标准曲线拟合引入的相对标准不确定度为  $u_3 = \frac{u(s)}{C_0} \times 100\% = 0.59452\%$ 。

表1 标准品溶液测量结果

序号	c <sub>i</sub>	C理论值	(c <sub>i</sub> - $\bar{c}$ ) <sup>2</sup>	I <sub>i</sub>	I理论值	(I <sub>i</sub> - $\bar{I}$ ) <sup>2</sup>
1	0.026	0.022	0.43	35.1	42.6	56.05
2	0.131	0.126	0.30	182.5	189.0	42.55
3	0.262	0.256	0.18	363.2	372.1	78.67
4	0.524	0.534	0.02	751.7	738.2	183.27
5	1.048	1.064	0.13	1492.5	1470.3	490.73
6	2.096	2.087	2.00	2921.8	2934.7	167.36

**2.3.4 样品重复性测定引入的不确定度**  $u_4$  按照1.4项下实验方法对样品平行操作，进行了8次重复测定，测定结果为1.281、1.279、1.283、1.281、1.278、1.279、1.286和1.282 mg/g，平均值  $\bar{X}=1.281 \text{ mg/g}$ ，标准偏差为  $S$

(X) 0.003 mg/g, RSD为0.21%。由重复测定引入的相对标准不确定度 $u_4 = \frac{RSD}{\sqrt{n}} = 0.07452\%$ 。

**2.3.5 样品称量引入的不确定度 $u_5$**  使用AL204型电子分析天平称量样品,由天平的校准证书获得称量结果的示值误差扩展不确定度 $U=0.05 \text{ mg}$  ( $k=2$ ),样品质量为500.0 mg,则天平称量的相对标准不确定度为 $u_5 = \frac{0.05}{2 \times 500} \times 100\% = 0.00500\%$ 。

**2.3.6 样品定容体积引入的不确定度 $u_6$**  使用25 mL容量瓶对样品供试液定容,由校准证书可知,扩展不确定度 $U=0.01 \text{ mL}$  ( $k=2$ ),由容量瓶定容引入的不确定度 $u_{6-1} = \frac{0.01}{2 \times 25} \times 100\% = 0.02000\%$ 。试验时温度控制在 $(20 \pm 5)^\circ\text{C}$ ,假设温度为矩形分布,温度变化 $5^\circ\text{C}$ 引起的不确定度可由温度范围和体积膨胀系数计算,其中供试液的体积膨胀明显大于容量瓶的体积膨胀,本次只考虑的体积膨胀,换算系数为 $\sqrt{3}$ ,水的膨胀系数为 $2.1 \times 10^{-4} \text{ }^\circ\text{C}$ ,温度变化所引入的不确定度可表示为 $u_{6-2} = \frac{2.1 \times 10^{-4}}{\sqrt{3}} \times 5 \times 100\% = 0.06063\%$ 。因此样品定容体积引入的相对标准不确定度 $u_6 = \sqrt{u_{6-1}^2 + u_{6-2}^2} = 0.06384\%$ 。

**2.3.7 回收率引入的不确定度 $u_7$**  在头痛宁胶囊中填加0.254 mg/g的天麻素标准品溶液,平行测定6次,经计算回收率结果为96.94%、96.17%、99.23%、98.47%、99.68%和100.29%,平均回收率 $R=98.46\%$ 。 $S(\bar{R}) = \sqrt{\frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (R_i - \bar{R})^2} = 1.6127$ ,由回收率引入的相对标准不确定度为 $u_7 = \frac{S(\bar{R})/\sqrt{6}}{R} \times 100\% = 0.66867\%$ 。采用t检验法,对平均回收率进行显著性检验,经查t检验临界值分布表, $t$ 大于 $t_{95.5}(2.58)$ ,回收率有显著性差异,天麻素的含量需要校正才能得出更准确的结果。

**2.4 合成相对标准不确定度和扩展不确定度** 通过对各个不确定度分量的分析和计算,天麻素含量测定结果的合成相对标准不确定度为 $u_{cr} = \sqrt{u_1^2 + u_2^2 + u_3^2 + u_4^2 + u_5^2 + u_6^2 + u_7^2} = 1.05\%$ ,其合成不确定度可表示为 $u(X) = u_{cr} \times \bar{X} = 0.0134 \text{ mg/g}$ 。取95%置信水平, $k=2$ ,相对扩展不确定度为 $U = k \times u(X) = 0.0268 \text{ mg/g}$ 。实验测得头痛宁胶囊中天麻素的平均值为 $\bar{X}=1.281 \text{ mg/g}$ ,则天麻素含量可表示为 $(1.28 \pm 0.027) \text{ mg/g}$ 。

#### 4 总结

各不确定度分量对测量结果的影响各不相同,其中对测量结果影响较大的因素有标准品溶液配制、标准曲线拟合和回收率引入的不确定度。其次为稀释定容和样品重复性测定,试样称量引入的不确定度相对较小。因此在实际工作中做好工作曲线的绘制与拟合,测量结果进行回收率校正,可以有效地提高测量结果准确度。

#### 参考文献

- [1]熊开菊,冯贵波,王慧.头痛宁胶囊治疗头痛的临床疗效[J].中药材,2014,37(8):1508-1510.
- [2]何娟,陈衍斌,许刚,等.头痛宁胶囊治疗头痛的实验研究[J].陕西中医,2017,38(7):975-977.

[3]国家药典委员会.中华人民共和国药典[S].一部.北京:中国医药科技出版社,2015.

[4]杨文凤,石颖,张慧文.HPLC法测定阿莫西林含量的不确定度评价[J].今日药学,2018,28(3):166-168.

[5]高小春,马扬光,施小明,等.HPLC法测定盐酸西那卡塞含量不确定度的评定[J].中国药师,2018,21(2):368-371.

[6]陈丽.高效液相法测定盐酸小檗碱片含量的不确定度评定[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(6):138-139.

[7]张震,毛艳华.HPLC法测定盐酸环丙沙星片含量的不确定度评定[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(19):185-186.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王琳 收稿日期:2018-05-04)

## 鹿茸

鹿茸为名贵常用中药。商品中分梅花鹿茸和马鹿茸,系梅花鹿和马鹿的幼鹿未骨化密生茸毛的幼角。

梅花鹿 *Cervus Nippon* Temminck. 当年幼鹿不生角,第二年开始生角,不分叉;第三年开始分叉,眉叉斜向前伸,与主干成一钝角,第二叉与眉叉相距较远。梅花鹿分布于我国东北、华北、华东、华南地区。四川主要分布在川西海拔2500~3500 m针叶和阔叶混交林。以东北及四川西部产者为最优。我国有六个亚种:东北亚种 *Cervus nippon hortulorum* Swinhonis, 华南亚种 *Cervus nippon pseudaxis* (kopschi) Eydoux & Souleytor Gervais, 四川亚种 *Cervus nippon sichuanicus* Guo, Chen & Wang, 台湾亚种 *Cervus nippon taiouanus* Blyth, 山西亚种 *Cervus nippon grassianus* Heude, 河北亚种 *Cervus nippon mandarinus* Milne-Eduards.

马鹿 *Cervus elaphus* Linnaeus. 在鹿茸基部即分出眉叉,斜向前伸,与主干几成直角。主干长,稍向后倾斜,并略向内弯;第二叉起点紧靠眉叉,第三叉与第二叉的距离远,有时主干末端复有分叉。马鹿分布于东北、宁夏、新疆、甘肃、青海、四川西部与西藏东部。我国现存七个亚种:东北亚种 *Cervus elaphus xanthopygus* Milne-Eduards, 阿尔善亚种 *Cervus elaphus alashanicus* Bobrinsk & Flerov, 甘肃亚种 *Cervus elaphus kansuensis* Pocock, 西藏亚种 *Cervus elaphus wallichi* Cuvier, 阿尔泰亚种 *Cervus elaphus sibiricus* Severtzov, 天山亚种 *Cervus elaphus songaricus* Severtzov, 塔里木亚种 *Cervus elaphus yarkandensis* Vlanford.

梅花鹿鹿茸的加工规格分为二杠锯茸、三叉锯茸、二杠砍茸、三叉砍茸、再生茸和初生茸。

马鹿鹿茸的加工规格分为三岔锯茸、四岔锯茸、再生茸、初生茸。

鹿茸收购时间,一般在6~9月,收购鹿茸分锯茸和砍茸两种方法。锯茸是在活体鹿空腹时将茸锯下,伤口及时采用药物止血和结扎压迫止血。砍茸,先将鹿处死,取下鹿头,然后将鹿茸连同头盖骨一起加工。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(2)》,人民卫生出版社,2017.

# 温心阳养肝血治疗冠心病并失眠症的临床观察※

陈勋善 余天泰<sup>\*△</sup>

(福建中医药大学附属南平人民医院心内科,福建 南平 353000)

**摘要:**目的 观察运用温心阳养肝血法治疗冠心病合并失眠症患者的临床疗效。方法 将符合临床诊断标准入选的90例患者,采用非随机同期对照研究法分为对照组和治疗组各45例,充分征求患者意愿并签署知情同意书,对照组采用西药常规治疗加用右佐匹克隆口服,治疗组在对照组常规治疗基础上加用桂枝甘草龙骨牡蛎汤合酸枣仁汤辨证治疗,疗程30 d,评价治疗前后临床心绞痛症状、失眠疗效、睡眠质量(PSQI)指标,再对数据进行统计分析。结果 治疗后心绞痛缓解疗效比较,治疗组总有效率91.1%,明显高于对照组75.5%,差异具有统计学意义( $P<0.05$ );失眠疗效比较,治疗组为91.1%,对照组为88.8%,统计学差异不明显( $P>0.05$ );疗程结束(30 d)发现治疗组比对照组PSQI总评分下降明显,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 在常规药物治疗基础上运用温心阳养肝血法(桂枝甘草龙骨牡蛎汤合酸枣仁汤)治疗冠心病并失眠症总体疗效可靠,安全性较高,不良反应少。

**关键词:**冠心病;失眠症;温心阳;养肝血;中医药疗法;胸痹;不寐

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.036

文章编号:1672-2779(2018)-16-0083-04

## Clinical Observation on Warming Heart Yang and Nourishing Liver Blood in Treating Coronary Heart Disease with Insomnia

CHEN Xunshan, YU Tiantai

(Department of Cardiology, Nanping People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Nanping 353000, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of warming heart yang and nourishing liver and blood on patients with coronary heart disease and insomnia. **Methods** 90 patients were selected according to clinical diagnostic criteria, and were divided into control group and treatment group with 45 patients in each group. The patients' willingness was fully solicited and informed consent was signed. The control group was treated with routine western medicine plus right zopiclone. The treatment group was treated with Guizhi Gancao Longgu Muli decoction combined with Suanzaoren decoction on the basis of routine treatment. The treatment course was 30 days. The clinical angina symptoms, insomnia efficacy and sleep quality (PSQI) indexes were evaluated before and after treatment, and then the data were statistically analyzed. **Results** The total effective rate of the treatment group was 91.1 %, which was significantly higher than 75.5% of the control group. There was significant difference between the two groups ( $P<0.05$ ). The curative effect of insomnia was 91.1 % in the treatment group and 88.8 % in the control group ( $P>0.05$ ). At the end of the treatment course (30 days), and it was found that the total psqi score of the treatment group was significantly lower than that of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** On the basis of conventional drug treatment, warming heart yang and nourishing liver and blood (Guizhi Gancao Longgu Muli decoction combined with Suanzaoren decoction) in the treatment of coronary heart disease with insomnia has the advantages of reliable overall curative effect, high safety and less adverse reactions.

**Keywords:** coronary heart disease; insomnia; warming heart yang and nourishing liver and blood; therapy of traditional Chinese medicine; chest discomfort; sleeplessness

冠心病是指冠状动脉发生粥样硬化使血管腔内径狭窄、闭塞或冠脉痉挛,导致心肌缺血、缺氧或坏死而引起的心脏病,心绞痛是心肌需氧和供氧之间不平衡导致缺氧而产生的临床表现<sup>[1]</sup>。失眠是指睡眠功能障碍综合征,入睡或睡眠维持困难的临床表现,睡眠的质量差,严重影响患者白天的活动<sup>[2]</sup>。冠心病是一种身心疾病,反复发作心绞痛等各种症状会使患者产生不同程度的心理压力,甚至部分患者合并焦虑和(或)抑郁,常伴有失眠表现。研究表明通过改善患者的睡眠障碍,对稳定患者的病情和提高生活质量有着直接

或间接的影响<sup>[3]</sup>。目前运用于临床的安眠西药常见为右佐匹克隆、舒乐安定、阿普唑仑等。但是安眠药物可能产生宿醉现象、记忆损伤等,长期口服易于产生耐药性及依赖性<sup>[4]</sup>。有研究表明采用中医药治疗冠心病合并失眠效果良好<sup>[5]</sup>。我院心内科进行了运用温补心阳滋养肝血法之桂枝甘草龙骨牡蛎汤合酸枣仁汤,治疗心阳不振并肝血亏虚证的冠心病伴失眠症45例的临床研究,疗效颇佳,现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取在我院我科住院及门诊的冠心病合并失眠症(辨证为心阳不振并肝血亏虚证)患者90例,研究时间为2016年1月—2017年1月。采用非随机同期对照研究法,尊重患者服药意愿及取得患者同意并签署同意书后,分为治疗组与对照组各45例,治疗组患

※ 基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室项目【No.国中医药人教发[2016]42号】

\* 通讯作者:12173999@qq.com

△指导老师

者45例，其中男20例，女25例；年龄61~81岁，平均(72.8±12.2)岁；冠心病史1~20年，平均(5.2±0.5)年；失眠病史0.5~3年，平均(1±0.5)年；平均3~7次/周。对照组患者45例，其中男21例，女24例；年龄62~80岁，平均(73.2±11.2)岁；冠心病史1.5~19年，平均(4.5±0.8)年；失眠病史0.5~2.5年，平均(1.2±0.6)年；平均4~7次/周。2组性别、年龄、病程等方面比较，无统计学差异( $P>0.05$ )。

**1.2 诊断标准** 冠心病诊断参照《实用心脏病学》<sup>[1]</sup>，失眠症诊断参照《中国精神障碍分类与诊断标准》<sup>[6]</sup>，并参照匹兹堡睡眠质量指数量表自评问卷(PSQI)<sup>[7]</sup>评分≥7分，中医诊断“不寐”<sup>[8]</sup>及“胸痹”<sup>[9]</sup>参照《中药新药临床研究指导原则》(1993年版和2002年版)。

**1.3 纳入标准** ①年龄61~81岁；②符合西医诊断标准；③符合中医“胸痹”及“不寐”诊断，以心阳不振并肝血亏虚证为主证；④同意中医药治疗。

**1.4 排除标准** ①新近发生的急性心肌梗塞、急性脑血管意外、急性左心衰竭、严重恶性心律失常、严重的肝肾功能衰竭及呼吸衰竭；②合并传染性疾病、严重精神障碍、恶性肿瘤患者；③除外无合并冠心病的患者；④胸痹以血瘀、寒凝、痰热、气滞为主证的患者；⑤不愿接受中医中药治疗的患者。

**1.5 治疗方法** 对照组：予以西医规范化治疗，包括病因治疗，去除诱发因素，积极控制可逆的高危因素，规律生活，健康饮食等；同时根据患者的具体病情及适应症选用抗凝、抑制血小板聚集、调脂稳定斑块、硝酸酯类、β-受体阻滞剂、钙拮抗剂药物等；加用右佐匹克隆睡前服，起始1 mg，必要时增加至2~3 mg，疗程30 d。

治疗组：选择心阳不振肝血亏虚证胸痹病伴不寐患者，参照对照组常规治疗，不予安眠西药。加用桂枝甘草龙骨牡蛎汤合酸枣仁汤为主方治疗，方剂组成：桂枝5 g，炙甘草10 g，龙骨30 g，牡蛎30 g，酸枣仁30 g，知母10 g，茯苓15 g，川芎10 g。阳虚显著者加入肉桂5 g；心阳浮越加用磁石20 g；血虚明显者加用熟地黄15 g，白芍15 g，当归10 g；气阴亏虚明显者加用党参15 g，麦门冬10 g，五味子10 g；大便稀溏则减少酸枣仁和知母的剂量。每日1剂，煎煮2次汤液合并混匀，2次煎煮药液约合300 mL，早、晚餐后30 min各温服150 mL，疗程30 d。

## 1.6 观察指标

**1.6.1 疗效评定标准** 2组患者心绞痛症状改善率比较。根据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[9]</sup>进行疗效评价。

显效：疗程结束后心绞痛发作次数和程度改善≥70%，硝酸甘油使用率减少≥70%，常规心电图缺血改变恢复正常或大致正常；有效：疗程结束后心绞痛发作次数和程度改善≥30%，硝酸甘油使用率减少≥30%，常规心电图缺血改变恢复≥50%；无效：疗程结束后心绞痛发作次数和程度同治疗前或多于治疗前，硝酸甘油使用量无减少，常规心电图缺血改变无改善甚至恶化。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

2组患者失眠疗效比较。参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[8]</sup>进行临床疗效评价。显效：治疗1个疗程(30天)后，每日睡眠总时间恢复正常或夜间睡眠总时间≥6 h，睡眠程度深，醒后日间精力饱满；有效：睡眠质量好转，睡眠时间增加≥3 h，睡眠深度增加，日间精力改善；无效：治疗后睡眠质量无改善，睡眠时间无增加，日间精力差。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

2组患者匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分比较：参照匹兹堡睡眠质量指数量表<sup>[7]</sup>分别对治疗后15 d和30 d进行总分评价。

**1.6.2 安全性观测** 治疗前后治疗组和对照组至少各查1次血常规、血糖、血脂、肝功能、肾功能、心肌酶、肌钙蛋白。不良事件总发生率=不良事件例数/总例数×100%。

**1.7 统计学方法** 数据采用SPSS 21.0软件进行统计分析；计数资料采用 $\chi^2$ 检验；计量资料，服从正态分布，用t检验，不服从正态分布，用秩和检验。

## 2 结果

**2.1 治疗后心绞痛改善疗效比较** 从心绞痛次数、含服硝酸甘油频度、心电图变化指标比较2组疗效，显示有统计学差异( $P<0.05$ )。见表1。

表1 2组心绞痛疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	45	21	20	4	41(91.1) <sup>①</sup>
对照组	45	17	17	11	34(75.5)

注：与对照组比较，<sup>①</sup> $P<0.05$

**2.2 治疗后失眠疗效比较** 从睡眠时间、深度、日间精力指标比较2组疗效，未显示统计学差异( $P>0.05$ )。见表2。

表2 2组失眠疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	45	19	22	4	41(91.1) <sup>①</sup>
对照组	45	18	22	5	40(88.8)

注：与对照组比较，<sup>①</sup> $P>0.05$



**2.3 治疗后睡眠质量(PSQI)评分比较** 分别比较2组治疗15 d和30 d的PSQI评分,2组治疗前后比较有统计学差异( $P<0.05$ ),2组治疗15 d PSQI评分未显示有统计学差异( $P>0.05$ ),2组治疗30 d PSQI评分显示有统计学差异( $P<0.05$ ),见表3。

表3 2组PSQI评分疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治疗前	治疗15天	治疗30天
治疗组	45	14.12±0.98	9.10±0.68 <sup>1)2)</sup>	5.56±0.88 <sup>1)3)</sup>
对照组	45	14.02±1.10	10.50±0.83 <sup>1)</sup>	8.15±1.47 <sup>1)</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>1)P<0.05</sup>;与对照组比较,<sup>2)P>0.05</sup>;<sup>3)P<0.05</sup>

**2.4 不良事件观测比较** 安全性方面,2组比较均未发现明显的血常规、血糖、血脂、肝功能、肾功能、心肌酶及肌钙蛋白异常。2组不良事件总发生率比较有显著差异( $P<0.05$ ),见表4。

表4 2组不良事件观测比较 [例(%)]

组别	例数	嗜睡	口苦口干	头晕	总发生率
治疗组	45	0	1	2	3(6.6) <sup>1)</sup>
对照组	45	3	5	4	12(26.7)

注:与对照组比较,<sup>1)P<0.05</sup>

### 3 讨论

冠心病的发病机理目前已经比较明确。临床表现多见于心绞痛、心肌梗塞、心律失常、心力衰竭等,近年来在生物-心理-社会医学模式指导下,发现冠心病伴发心理障碍十分常见,而且发现心理障碍成为罹患冠心病的危险因素,常见焦虑、抑郁、A型行为模式、精神应激等。其可能的机制为下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴失调,中枢神经系统功能失调和血小板5-羟色胺或去甲肾上腺素功能的改变<sup>[1]</sup>。而失眠是这些心理障碍的主要症状之一。失眠的改善有利于缓解心理障碍。临床中常运用心理疏导和药物治疗,常选择BZD作为常规药物,而近年来右佐匹克隆片作为治疗失眠的新药,因较少的副作用得到临床广泛运用,但其长期运用易产生耐药,突然停药有反跳现象<sup>[10]</sup>。

中医学冠心病属于“胸痹”范畴,失眠称为“不寐”。医圣张仲景指出胸痹的病机和脉象特点乃“阳微阴弦”,认为胸痹是上焦阳气不足,下焦阴寒太盛。脏象学说认为,心主神志,主血主脉,体现为心阳充沛,血液充盈,脉道通利。若心阳不振,心血亏虚,脉道不畅可现冠心病之心胸憋闷,心悸失眠等症。不寐总病机为阳盛阴衰,阴阳失交;虚证不寐多见心血不足,心胆气虚,心肾不交等。故胸痹病合并不寐治则当为调整脏腑阴阳气血,安神定志。桂枝甘草龙骨牡蛎汤来源于《伤寒论》,其功用为温补心阳,安神

定悸。方中桂枝为温阳通脉之要药,与炙甘草合为温补心阳的经典药组(剂量比为1:2),重用生龙骨牡蛎潜阳敛阳,重镇安神。酸枣仁汤来源于《金匱要略》,功能养血安神,清热除烦。重用酸枣仁为君药,性味甘酸,入心经、肝经,能养心益肝,宁心安神,方中川芎、茯苓、炙甘草补脾和胃,养血活血,缓急安神,知母、茯苓除烦安神定悸。以上二方皆为仲景所创之名方,合方而用可取温通心阳,滋养肝血,潜镇安神之效。临床证候特点为:体瘦肤干,面白肢冷,易疲劳而自汗出恶风,胸闷痛,心悸而烦,夜不能寐,大便秘结,舌质淡,脉虚细或结代<sup>[11]</sup>。临床运用须方证对应,随证加减。

现代药理研究表明,桂枝有强心、利尿功能,甘草能抗心律失常、抗利尿、降脂,龙骨、牡蛎能镇静、抗惊厥,牡蛎多糖具有抗血栓、降血脂作用,酸枣仁有镇静催眠及抗心律失常作用,能抑制血小板聚集,茯苓能利尿、镇静,并增强心肌收缩力,川芎嗪能扩张冠脉和脑血管,增加冠脉及脑组织血供,对中枢神经系统有镇静作用<sup>[12]</sup>。现代药理研究认为桂枝甘草龙骨牡蛎汤的药性主要表现在生龙骨和生牡蛎,具有平肝潜阳、镇静安神、抗惊厥作用<sup>[13]</sup>。有研究表明酸枣仁汤通过抑制PCPA失眠大鼠中脑胶质细胞的表达,从而发挥了治疗失眠作用<sup>[14]</sup>;有动物实验表明酸枣仁汤能明显抑制小鼠的活动兴奋性,促进模型小鼠入睡,延长了睡眠时间,且表现出剂量依赖性<sup>[15]</sup>。故从现代药理研究亦证明了桂枝甘草龙骨牡蛎汤和酸枣仁汤的镇静安眠的作用。

通过对本次临床观察进行数据统计和分析,2组冠心病疗效比较,治疗组冠心病心绞痛症状改善总有效率达到91.1%,显著高于对照组75.5%,2组数据比较有显著差异( $P<0.05$ ),表明在常规药物治疗基础上加用桂枝甘草龙骨牡蛎汤合酸枣仁汤治疗冠心病总体疗效优于对照组,改善冠心病症状疗效显著;失眠疗效比较,治疗组为91.1%,对照组为88.8%,统计学差异不明显( $P>0.05$ ),表明无论中药治疗组或是右佐匹克隆治疗失眠都有很好疗效,睡眠时间、深度、日间精力指标比较2组间未体现出差异;PSQI评分比较,2组15 d和30 d与治疗前有统计学差异( $P<0.05$ ),2组治疗15 d PSQI评分未显示有统计学差异( $P>0.05$ ),2组治疗30 d PSQI评分显示有统计学差异( $P<0.05$ ),表明短期治疗2组即可获得显著的疗效,但未体现出优劣,较长期的治疗PSQI评分显示治疗组优于对照组。分析PSQI评价指标与中医“不寐”疗效评价发现,在睡眠

质量、睡眠时间、睡眠效率、日间功能障碍4个指标基本一致，PSQI评价多了入睡时间、睡眠障碍、催眠药物3个指标，体现了该评价更为细致全面，结合临床分析，可能与右佐匹克隆的患者依赖性有关。2组不良事件观测比较，对照组明显高于治疗组( $P<0.05$ )，显示右佐匹克隆较中药组有更多的副反应。

综上分析，在常规药物治疗基础上运用温心阳养肝血法治疗冠心病并失眠症总体疗效可靠，安全性较高，不良反应少，值得临床研究并推广应用。

#### 参考文献

- [1]陈灏珠.实用心脏病学[M].上海:上海科学技术出版社,2016:858-1214.
- [2]中华医学学会神经病学分会睡眠障碍分组.中国成人失眠诊断与治疗指南[J].中华神经科杂志,2012,45(7):534-540.
- [3]王文莉.冠心病患者睡眠质量与病情发展转归相关性研究[J].中国当代医药,2012,19(9):47-50.
- [4]黎东,龚倩,王敏,等.改善睡眠药物在冠心病合并失眠中的疗效观察[J].北方药学,2017,14(5):17-15.
- [5]彭金祥,姚祖培.双心汤治疗稳定型冠心病合并抑郁的临床研究[J].山西中医,2014,30(11):14-16.
- [6]中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-3)[M].济南:山东科学技术出版社,2001:112-113.
- [7]戴晓阳.常用心理评估量表手册[M].北京:人民军医出版社出版,2010:69-72.
- [8]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则:第一辑[S].北京:1993:186-188.
- [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,2002:68-72.
- [10]魏欣,杨圣俊,任炳南,等.新型镇静催眠药的临床应用及其进展[J].中国医院用药评价与分析,2015,15(6):841-842.
- [11]黄煌.黄煌经方使用手册[M].北京:中国中医药出版社,2016:59-107.
- [12]高学敏.中医学[M].北京:中国中医药出版社,2012:53-432.
- [13]徐叔云,卞如濂,陈修.药理实验方法学[J].山西中医学院学报,2012,35(4):72-73.
- [14]王慧,罗坤,武静.酸枣仁汤对失眠大鼠暗中脑中缝背核神经胶质细胞的影响[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(21):235-239.
- [15]李玉娟,刘雯,杨静玉,等.酸枣仁汤的镇静催眠作用[J].沈阳药科大学学报,2002,19(2):115-116.

(本文编辑:杨杰 本文校对:叶明华 收稿日期:2018-04-27)

## 补肾通痹法治疗原发性骨质疏松症的临床观察※

杨月 林家坤 林俊 姚晓文 易健健

(萍乡市中医院骨科,江西 萍乡 337000)

**摘要:**目的 研究补肾通痹法治疗原发性骨质疏松症的临床效果。方法 选取我院2016年7月—2018年3月内分泌专科收治的原发性骨质疏松症患者60例，随机分为治疗组和对照组，每组30例；对照组口服碳酸钙D3片与阿法骨化醇软胶囊治疗，治疗组在对照组的基础上给予补肾通痹法治疗。治疗后对比2组的治疗效果、骨密度变化情况、疼痛强度及生存质量。结果 治疗组总有效率96.67%优于对照组的76.67%( $P<0.05$ )；2组治疗后骨密度较均高于治疗前( $P<0.05$ )，治疗后治疗组骨密度值高于对照组( $P<0.05$ )；治疗后治疗组疼痛VAS评分低于对照组，SF-36生存质量评分高于对照组( $P<0.05$ )。结论 补肾通痹法治疗原发性骨质疏松症效果显著，可以减轻患者疼痛，提升生活质量。

**关键词:**补肾通痹法；原发性；骨质疏松；痹证；虚劳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.037

文章编号:1672-2779(2018)-16-0086-03

### Clinical Observation on Tonifying the Kidney and Dredging the Arthralgia Therapy in the Treatment of Primary Osteoporosis

YANG Yue, LIN Jiakun, LIN Jun, YAO Xiaowen, YI Jianjian

(Department of Orthopedics, Pingxiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Pingxiang 337000, China)

**Abstract: Objective** To study the clinical effect of tonifying the kidney and dredging the arthralgia therapy in the treatment of primary osteoporosis. **Methods** 60 patients with primary osteoporosis treated in our hospital from July 2016 to March 2018 were randomly divided into the treatment group and the control group, with 30 cases in each group. The control group was treated with calcium carbonate D3 tablets and Alfacalcidol soft capsules, and the treatment group was treated with tonifying the kidney and dredging the arthralgia therapy on the basis of the control group. After treatment, the therapeutic effects, bone mineral density, pain intensity and quality of life were compared between the 2 groups. **Results** The total effective rate of the treatment group was 96.67% which was better than 76.67% of the control group ( $P < 0.05$ ) , and the bone density in the two groups was higher than that before the treatment ( $P < 0.05$ ) . The bone mineral density of the treatment group was higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ) . The pain VAS score of the treatment group was lower than that of the control group, and the SF-36 survival quality score of the treatment group was higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ) . **Conclusion** The tonifying the kidney and dredging the arthralgia therapy in the treatment of primary osteoporosis is effective, and can relieve pain and improve the quality of life.

**Keywords:** tonifying the kidney and dredging the arthralgia therapy; primary; osteoporosis; arthromyodynia; consumptive disease

骨质疏松症主要表现为骨组织结构成分变化，以骨质占比减少为特征，骨质疏松症的患者骨骼变得脆

弱，发生骨折的几率较正常骨骼大很多，是全身性的骨骼疾病，如不及时有效的治疗，会给患者的健康和生活带来严重的影响。原发性骨质疏松症多发于老年男性及绝经后的女性，主要临床症状表现为驼背、四肢及腰背缩短，疼痛等，在轻微外部力量作用下容易

\* 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研基金项目【No.2016B102】



发生骨折，且随着年龄的增加临床表现越为明显<sup>[1]</sup>。骨质疏松症在中医方面没有明确的病名，主要依据患者的症状可划归于中医“骨痿、骨痹、骨折、骨枯、腰痛、绝经前后诸症、虚劳”等范畴，是一种与年龄相关的退行性疾病，与衰老关系极为密切<sup>[2]</sup>。相关文献资料表明骨质疏松的发病原因与各种病因的肾虚有着较大的关联<sup>[3]</sup>，本文就在西医治疗的基础上联合中药补肾疗法治疗原发性骨质疏松症的临床疗效，做如下报道。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院2016年7月—2018年3月内分泌专科收治的60例原发性骨质疏松症患者，根据治疗方案的不同分为对照组和治疗组，每组30例。治疗组：男14例，女16例，年龄58~88岁，平均年龄（71.24±2.65）岁，病程1~21年，肾阳虚型13例，肾阴虚型17例，胸腰椎压缩性骨折2例；对照组：男13例，女17例，年龄56~89岁，平均年龄（71.82±2.83）岁，病程1~22年，肾阳虚型12例，肾阴虚型18例，胸腰椎压缩性骨折2例。2组一般资料具有可比性（P>0.05）。

**1.2 纳入标准** （1）骨密度检测T值≤-2.5；（2）心、肺、肝功能正常，无其他慢性代谢性疾病；（3）近1年内未使用药物治疗骨质疏松；（4）患者及家属知情同意参与研究。

**1.3 治疗方法** 对照组给予碳酸钙D3片（北京康远制药有限公司，规格0.5/片，国药准字：H20093675），服用方法：温水送服，1片/次，1次/天；阿法骨化醇软胶囊（上海信谊延安药业有限公司，国药准字：H20010619，规格0.5 μg/粒），服用方法：温水送服1片/次，1次/天。

治疗组在对照组基础上给予补肾通痹法：桑寄生30 g，杜仲30 g，狗脊30 g，续断25 g，骨碎补20 g，巴戟25 g，首乌20 g，肉苁蓉40 g，怀牛膝30 g，当归25 g，鸡血藤30 g，黄芪30 g，党参30 g，白术25 g，茯苓12 g，甘草3 g，1剂/天，每剂水煎2次，第1次加水没过药剂2 cm左右，武火煮沸后温火煎15~20 min，第2次加水没过药剂，温火煎20 min，每次于饭后温服。治疗疗程为1~2个月，治疗期间之前使用的治疗方法都需停用。期间辨证加减：肝郁型加柴胡、香附、枳壳等；血虚型加鹿茸、熟地黄等；痰湿阻滞加半夏、陈皮、茯苓等。

2组停药6个月后，电话随访1~2次。

**1.4 观察指标** 治疗后对比2组的治疗效果、骨密度变化情况、疼痛强度及生存质量。

疼痛强度评价：采用视觉模拟评分法（visual analogue scale/Score，VAS），即把一条长10 cm的线段从

左往右分为10等分，分别对应0~10数字，患者根据自身的疼痛程度选择相应的数字，数字越大表示疼痛越严重。

**骨密度测定：**采用双能X线吸收测定法，使用骨密度测量仪对患者L2~L4节腰椎进行骨密度测试。

**生存质量评价：**采用健康调查简表（short form 36 questionnaire，SF-36）对患者生存质量进行调查评分。主要针对患者身体健康程度及变化情况、心理健康程度、社会功能、生活活力等方面进行调查，每项依据患者满意情况给予1~5分，分数越高代表生存质量越高。

**1.5 疗效判定标准** 显效：骨密度恢复到正常水平或增加，无疼痛症状，有效：骨密度无明显增加，无疼痛症状或症状明显减轻好转；无效：骨密度无增加，疼痛症状无好转或者加重。总有效率=（显效+有效）/总例数×100%。

**1.6 统计学方法** 数据资料使用SPSS 20.0软件进行整理分析，计数资料用%表示，行χ<sup>2</sup>检验；计量资料以均值加减标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行t检验，P<0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组治疗效果对比** 治疗后治疗组的有效率明显高于对照组，且治疗组总有效率明显优于对照组（P<0.05），见表1。

表1 2组治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	有效	显效	无效	总有效率
治疗组	30	26(86.67)	3(10.00)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	17(56.67)	6(20.00)	7(23.33)	23(76.67)
		χ <sup>2</sup> 值			5.634
		P值			0.0152

**2.2 2组治疗前后骨密度T值对比** 治疗前2组骨密度T值比较，P>0.05，2组治疗后骨密度T值较均高于治疗前（P<0.05），治疗后治疗组骨密度T值高于对照组（P<0.05），见表2。

表2 2组治疗前后骨密度T值对比 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
治疗组	30	-3.85±0.78	-1.89±0.34	2.334	0.0089
对照组	30	-3.82±0.75	-2.78±0.54	3.776	0.0153
		t值		1.098	1.285
		P值		0.9543	0.0121

**2.3 2组治疗后疼痛VAS评分对比** 治疗后6月随访，2组患者表示疼痛症状均有明显改善，治疗组疼痛VAS评分低于对照组（P<0.05），具体见表3。

**表3 2组治疗后疼痛VAS评分对比** ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	轻度	中度	重度	VAS评分
治疗组	30	20	6	4	3.45±0.98
对照组	30	10	12	8	5.88±1.53
<i>t</i> 值					1.275
<i>P</i> 值					0.0138

**2.4 治疗后生存质量评分对比** 治疗后治疗组SF-36 生存质量评分为  $(62.05\pm4.29)$  分, 对照组评分为  $(51.31\pm4.17)$  分, 治疗组要显著高于对照组 ( $P<0.05$ )。

### 3 讨论

相关研究表明骨质疏松症多数是因人年龄的增长骨质量自然退化造成的结果, 如今随着社会科技的进步, 人类的平均寿命也越来越长, 老龄人口的比重也越来越重, 骨质疏松的发病率也越来越高。在我国65岁以上老年男性骨质疏松发病率为60.72%, 65岁以上老年女性的发病率则高达90.48%<sup>[4]</sup>。老年人因为随着年龄逐渐增长及工作量的减少, 需要进行的体力活动也在慢慢减少, 身体肌肉也因活动的减少造成失用性萎缩, 骨骼周边组织应力也逐渐变小。骨质疏松患者骨质为隐匿性进行性退化, 骨矿含有量逐渐减少, 特别是老年女性由于肢体活动量的减少及体内雌激素分泌水平下降导致体内各种微量元素、营养成分的吸收及代谢障, 从而患上骨质疏松症<sup>[5]</sup>。骨质疏松的主要症状为四肢乏力、腰背酸疼、活动意愿差。骨质疏松的患者由于骨量的流失及减少, 导致骨强度、韧度受损, 在轻微的外力作用下就容易发生骨折的危险, 给患者健康安全带来隐患<sup>[6]</sup>。对于骨质疏松的治疗, 西医方面以激素替代疗法、选择性雌激素受体调节剂等药物治疗为主, 西医药物的治疗见效快, 但用药不良反应多, 治疗费用高, 需要药物维持, 停用后容易复发。

在中医理论中骨质疏松依据患者的症状可划归于骨痿、骨痹、骨折、骨枯、腰痛、绝经前后诸症、虚劳等范畴, 是一种与年龄相关的退行性疾病, 与衰老关系极为密切, 其病机主要为肾亏骨枯髓减<sup>[7]</sup>。中医古籍《素问》中讲到“肾者, 蓄藏之本, 精之处也, 其华在发, 其充在骨; 肾不生, 则髓不能满; 肾之和, 骨也; 肾脂枯不长, 为骨痹; 骨枯而髓减为骨痿”, 其都指明骨质疏松的病机以肾亏, 肾虚引发。中医理论还认为肾主骨、肝主筋, 肾脏滋养精气, 肝脏滋养血气, 因精血同源, 肝肾同源, 肝为将军之官, 主疏泄藏血, 在体合面, 脾胃为后天之本, 气血生化之源。《素问》曰:“五脏六腑, 四肢百骸, 受气皆于

胃脾。”说明营养失调, 脾胃损伤, 无以化精血以滋养充骨而致发病; 同时血瘀阻络, 气血不畅, 脉络不通, 骨失气血滋养, 故清代王清任有“元气既虚, 必不能布于血管, 血管无气必停留而瘀”之说<sup>[8]</sup>。故血瘀也是骨质疏松症发生的重要因素之一。

本研究方中重用桑寄生、杜仲、狗脊、骨碎补温阳补肾, 益精填髓以治其本; 黄芪、党参、白术、茯苓为“补气之长”, 具有补气健脾, 升阳举陷的功效, 气为血帅, 气行则血行, 肺脾之气充足, 推动有力, 肉苁蓉、怀牛膝补肝肾, 强筋骨, 又能通血脉, 利关节, 且性善下行, 引诸药入肝肾二经为佐使药, 当归补血活血并善止痛, 续断入血行血以散瘀滞之血, 鸡血藤补血活血通络, 首乌、巴戟强筋健骨补肾。本方重补肾益精, 活血通络, 强筋健骨, 肾旺精足, 骨髓生化有源, 络脉瘀滞消散, 气机通畅, 气血津液布达于四肢百骸, 骨骼得以营养, 从而达到治疗原发性骨质疏松症的目的。

### 参考文献

- [1]高韬, 丁建辉.补肾通络汤加减治疗原发性骨质疏松症 30 例临床观察[J].湖南中医杂志, 2016, 32(2):57-58, 66.
- [2]王国栋, 王学超.补肾法治疗原发性骨质疏松症的临床观察[J].中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(9):30-31.
- [3]郭宁, 宫明, 于鹏.原发性骨质疏松症患者应用补肾通络方治疗的临床分析[J].中国医药科学, 2015, 5(17):90-92.
- [4]杨文宏, 史晓.补肾通络方结合西药治疗肾虚血瘀型原发性骨质疏松症的临床研究[J].上海中医药杂志, 2010, 44(7):36-37, 46.
- [5]王振, 张晓刚, 宋敏, 等.OPG/RANK/RANKL 系统与原发性骨质疏松症的关联性及补肾活血法的调节作用研究进展[J].中国骨质疏松杂志, 2016, 22(12):1601-1605.
- [6]陶宝琛, 魏成建, 白杨, 等.补肾健脾法治疗原发性骨质疏松症的 Meta 分析[J].中国药房, 2017, 28(6):795-799.
- [7]杜昕楠, 刘维.补肾活血中药治疗原发性骨质疏松症临床研究进展[J].河北中医, 2016, 38(5):796-800.
- [8]蔡乐乐.补肾健骨方治疗原发性骨质疏松症的疗效及对骨密度的影响[J].中国中医药现代远程教育, 2017, 15(12):97-98.

(本文编辑:杨杰 本文校对:周朝晖 收稿日期:2018-05-18)

### 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zgzyyycjy@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:zgzyyycjy@163.com

咨询电话:010-57289308/57289309

官方网站:www.zgzyyycjy.com

中国中医药现代远程教育杂志社编辑部

2015年2月10日



# 平心定悸汤治疗气阴两虚证快速性心律失常的临床研究

杨廷勇

(山东省枣庄市峄城区古邵镇中心卫生院中医内科, 山东 枣庄 277300)

**摘要:** 目的 研究气阴两虚证快速心律失常患者采用平心定悸汤治疗的临床效果。方法 选取我院2014年9月—2017年8月收治的气阴两虚证快速心律失常患者80例, 随机分为对照组和试验组各40例。试验组使用西药盐酸普罗帕酮片治疗, 试验组采用中药平心定悸汤治疗。比较患者疗效、症状积分、不良反应。结果 试验组治疗总有效率为85.00%, 高于对照组的80.00%, 但 $P>0.05$ 。治疗后症状积分比较, 试验组优于对照组,  $P<0.05$ 。试验组不良反应发生率为5.00%, 低于对照组的25.00%,  $P<0.05$ 。结论 气阴两虚证快速心律失常患者采用平心定悸汤治疗的临床效果较好, 能明显改善患者的临床症状, 并且药物不良反应较少, 具有较高临床价值。

**关键词:** 气阴两虚证; 心律失常; 平心定悸汤; 心悸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.038

文章编号:1672-2779(2018)-16-0089-02

## Clinical Study on Pingxin Dingji Decoction in Treating Tachyarrhythmia Due to Syndrome of Deficiency of both Qi and Yin

YANG Yanyong

(Department of TCM Internal Medicine, Gushao Central Health Hospital of Yicheng District, Shandong Province, Zaozhuang 277300, China)

**Abstract:** **Objective** To study the clinical effect of Pingxin Dingji decoction in treating tachyarrhythmia due to syndrome of deficiency of both qi and yin. **Methods** From September 2014 to August 2017, 80 patients with tachyarrhythmia due to syndrome of deficiency of both qi and yin were selected and randomly divided into control group and experimental group, with 40 cases in each group. The control group was treated with western medicine propafenone hydrochloride tablets, and the experimental group was treated with Pingxin Dingji decoction. The curative effect, the symptom scores and the adverse reactions of patients was compared. **Results** The total effective rate of the experimental group was 85.00%, which was higher than 80.00% of the control group, but the data was  $P > 0.05$ . Symptom score of the experimental group was better than that of the control group after treatment, and the data were compared  $P < 0.05$ . The incidence of adverse reactions of the experimental group was 5% which was lower than 25% of the control group, and the data were compared  $P < 0.05$ . **Conclusion** The Pingxin Dingji decoction in treating tachyarrhythmia due to syndrome of deficiency of both qi and yin has better clinical effect, it can obviously improve the clinical symptoms of the patients, and the adverse drug reaction is less. It has high clinical value.

**Keywords:** syndrome of deficiency of both qi and yin; arrhythmia; Pingxin Dingji decoction; palpitation

心律失常是指因窦房结激动异常或激动产生于窦房结以外, 激动的传导缓慢、阻滞或经异常通道传导, 即心脏活动的起源和传导障碍导致心脏搏动的频率和节律发生异常<sup>[1]</sup>。心律失常是心血管疾病中常见的一组疾病, 其可单独发生, 也可与其它疾病伴发。心律失常的发病原因主要为遗传因素和后天因素, 其中遗传因素主要是因多基因通道突变, 后天因素主要是各种心血管疾病。心律失常患者的预后效果通常与其病因、诱因、演变趋势和是否导致血流动力学严重障碍等有密切关联, 患者可因突然发病而致死, 也可因疾病持续而累积心脏致使心脏衰竭。本研究对气阴两虚证快速心律失常患者采用平心定悸汤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2014年9月—2017年8月于我院接受治疗的气阴两虚证快速性心律失常患者80例, 随机分为对照组和试验组各40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22例, 女18例, 年龄41~79岁, 平均( $54.92\pm8.45$ )岁, 其中12例为轻度, 20例为中度, 8例为重度; 14例合并冠心病, 16例合并高血压, 6例合并糖尿病, 4例合并病毒性心肌炎。试验组男25例, 女15例, 年龄39~78岁, 平均( $54.19\pm8.66$ )岁, 其中13例为轻度, 21例为中度, 6例为重度, 11例合并冠心病, 18例合并高血压, 5例合并糖尿病, 6例合并病毒性心肌炎。2组患者基本资料比较,  $P>0.05$ , 具有可比性。

**1.2 纳入标准** 所有患者均满足《内科学》和《中医病证诊断疗效标准》《中医虚证辨证参考标准》中对气阴两虚证快速性心律失常的诊断标准; 所有患者年龄均在80岁以内; 所有患者均以五心烦热、心悸气短、盗汗口干为主症, 以面色少华、头昏自汗和乏力倦怠为兼症, 均表现出舌红少苔、脉虚细数。

**1.3 排除标准** 排除患者中为急性心肌梗死、急性心肌

炎、严重心力衰竭和慢性心律失常的情况；排除患者中存在肝肾功能不全和电解质紊乱等情况；排除患者中处于妊娠期和哺乳期的女性；排除患者中安装有人工心脏起搏器的情况。

**1.4 治疗方法** 以西药盐酸普罗帕酮片完成对照组患者的治疗，让患者按照100~200 mg/次，3~4次/d的标准口服盐酸普罗帕酮片（上海信宜药厂有限公司生产；批准文号：国药准字H31020492），用药量根据患者的病情合理调整，连续治疗16周。

以中药平心定悸汤完成试验组患者的治疗，方药的基本组成为：桂枝、炙甘草各9 g，五味子12 g，苦参、玄参、川黄连各15 g，生地黄、黄芪、麦冬、丹参、党参、炒酸枣仁、甘松各30 g。根据患者的病情随证加减，其中心悸怔仲明显的患者加珍珠母、牡蛎、龙齿各30 g以重镇安神；胸闷明显、自感窒息且呼吸不畅的患者加薤白10 g、瓜蒌20 g以通阳利气、宽胸散滞；舌质紫暗且胸部刺痛的患者加赤芍15 g、三七20 g以通络止痛、活血化瘀；眩晕的患者加天麻10 g、钩藤15 g。将药物加水400 mL后浸泡1 h，煎煮30 min后取汁200 mL，然后加水400 mL进行第2次煎煮，取汁200 mL后将2次煎煮的药物混合，分早晚2次各200 mL口服，每日1剂，连续治疗8周为1个疗程，连续治疗2个疗程。

**1.5 观察指标** 评价患者疗效，对患者症状进行评分，并统计不良反应。症状积分评定主要是对患者心悸、胸闷、头晕、乏力和寐差等症状进行评分，其中患者无症状记0分，症状轻微且很少出现记1分，症状出现频率较高且对正常生活造成影响记2分，症状严重记3分。

**1.6 疗效判定标准** 治疗后临床症状基本消失，听诊及心电图无早搏且ST-T恢复正常且心功能恢复正常为显效；治疗后患者症状有所改善，听诊及心电图偶有早搏但较治疗前明显减少且心功能明显改善为有效；治疗后患者病情无明显变化甚至加重为无效。

**1.7 统计学方法** 数据处理用SPSS 22.0统计学软件完成，用百分率和 $(\bar{x}\pm s)$ 表示计数资料与计量资料，组间对比用 $\chi^2$ 检验和t检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组疗效比较** 治疗后与对照组比较，试验组治疗总有效率更高，但 $P>0.05$ ，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	40	24(60.00)	10(25.00)	6(15.00)	34(85.00)
对照组	40	22(55.00)	10(25.00)	8(20.00)	32(80.00)

**2.2 2组症状积分比较** 治疗后2组症状积分比较，试验组更优， $P<0.05$ ，见表2。

表2 2组症状积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	心悸	胸闷	头晕	乏力	寐差
试验组	40	0.62±0.14	0.52±0.21	0.14±0.15	0.45±0.22	0.85±0.33
对照组	40	0.89±0.11	0.83±0.18	0.36±0.11	0.96±0.37	1.12±0.26

**2.3 2组不良反应比较** 试验组不良反应发生率低于对照组， $P<0.05$ ，见表3。

表3 2组不良反应比较 [例(%)]

组别	例数	腹泻	口干	舌唇麻木	恶心呕吐	发生率
试验组	40	2(5.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(5.00)
对照组	40	2(5.00)	3(7.50)	4(10.00)	1(2.50)	10(25.00)

## 3 讨论

心律失常是临幊上常见的心血管疾病，属于中医“心悸”“怔仲”的范畴，临幊上以气阴两虚型最为常见，患者发病后以气短乏力、呼吸受阻、盜汗多梦和心悸怔仲为主要症状<sup>[2]</sup>。西医治疗主要是采用抗心律失常药物，其药物种类较多，主要分为钙通道阻滞药、β肾上腺素受体阻断药、选择性延长复极过程药物和钙通道阻滞剂等<sup>[3]</sup>。但西医治疗药物通常不能有效改善患者的临床症状，并且患者用药后的不良反应较多，不利于患者生活质量的提升<sup>[3]</sup>。

中医上认为气阴两虚证快速心律失常主要是因为患者久病体虚、心络失养加上其他因两虚导致血运无力，从而造成心络阻塞的情况，因此在对患者进行治疗时以活血化瘀、开郁散滞、益气养阴和宁心安神为主<sup>[5]</sup>。平心定悸汤是中医治疗气阴两虚证快速心律失常的常见方药，方药中生地黄益肾养阴、五味子、麦冬和玄参养阴生津，酸枣仁宁心安神、黄连和苦参泻热清火，丹参活血通脉，桂枝和甘松开郁散滞，炙甘草调和诸药，诸药合用起到宁心安神、养阴益气的功效，对气阴两虚证快速心律失常患者的病情有很好的改善效果<sup>[6]</sup>。

本研究对气阴两虚证快速心律失常患者采用平心定悸汤治疗的临床效果进行分析，试验组患者治疗总效率比较对照组更高，但 $P>0.05$ 。治疗后试验组症状积分低于对照组， $P<0.05$ 。试验组患者不良反应发生率低于对照组， $P<0.05$ 。综上，气阴两虚证快速心律失常患者采用平心定悸汤治疗的效果显著，值得推广应用。

## 参考文献

- [1] 韩爱, 张宝田. 心定悸胶囊治疗快速性心律失常的临床研究[J]. 影像研究与医学应用, 2017, 1(12):239-240.
- [2] 王凤, 徐华英, 杜文婷, 等. 益气养阴不同方药治疗快速性室性早搏气阴两虚证的系统评价[J]. 中国中医急症, 2016, 25(1):54-57, 75.
- [3] 常拓, 姚橘泉, 熊世磊, 等. 快速性心律失常的中医药研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(12):175-176.
- [4] 庞庆荣, 陈守强, 徐亮, 等. 名老中医治疗快速性心律失常用药规律的vareclus聚类分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(6):748-750.
- [5] 刘江. 平心定悸汤对气阴两虚证快速性心律失常的临床疗效研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2014.
- [6] 宗文静, 薛一涛, 吴桐, 等. 平心定悸汤联合针刺治疗气阴两虚型快速性心律失常30例[J]. 山东中医药大学学报, 2013, 37(5):402-404.

（本文编辑：杨杰 本文校对：张静 收稿日期：2018-04-27）

# 银杏叶提取物对糖尿病视网膜病变的临床观察

李 华<sup>1</sup> 秦立国<sup>2\*</sup>

(1 开原市中医医院眼科, 辽宁 开原 112300; 2 铁岭卫生职业学院康复系, 辽宁 铁岭 112000)

**摘要:** 目的 探讨银杏叶提取物对糖尿病视网膜病变的临床疗效。方法 随机选取90例患者为研究对象, 依据自愿原则分为对照组和观察组, 对照组42例采用常规治疗, 观察组48例加服银杏叶提取物, 观察并比较2组总有效率及临床指标变化。结果 观察组总有效率及临床指标变化均优于对照组, 差异具有统计学意义。结论 常规治疗联合口服银杏叶提取物能有效提高临床治疗效果。

**关键词:** 银杏叶提取物; 糖尿病; 视网膜病变; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.039

文章编号:1672-2779(2018)-16-0091-02

## Clinical Observation on Ginkgo Biloba Extract on Diabetic Retinopathy

LI Hua<sup>1</sup>, QIN Liguo<sup>2</sup>

(1. Ophthalmology Department, Kaiyuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Kaiyuan 112300, China;

2. Department of Rehabilitation, Tieling Health Vocational College, Liaoning Province, Tieling 112000, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the clinical effect of ginkgo biloba extract on diabetic retinopathy. **Methods** Ninety patients were randomly selected for the study. According to the voluntary principle, they were divided into the control group and the observation group. The control group of 42 cases was treated with routine treatment. 48 cases in the observation group were also given ginkgo biloba extract. The total effective rate and clinical indicators of the two groups was observed and compared, and the difference was statistically significant. **Results** The total effective rate and clinical index of the observation group were better than those of the control group, and the difference is statistically significant. **Conclusion** Conventional treatment combined with oral ginkgo biloba extract can effectively improve the clinical effect.

**Keywords:** ginkgo biloba extract; diabetes; retinopathy; consumptive thirst

糖尿病视网膜病变(diabetic retinopathy, DR)是糖尿病常见且严重的微血管并发症之一<sup>[1]</sup>, 主要表现为视网膜毛细血管基底部的增厚和血管通透性增加<sup>[2]</sup>, 该病的患病率为40.1%<sup>[3]</sup>, 若救治不及可能导致患者失明。银杏叶提取物(ginkgo biloba extract, GBE)提取于银杏的干枯叶, 其成分中的银杏内酯和银杏黄酮苷已广泛应用于神经系统及心脑血管疾病之中, 郭桂芬<sup>[4]</sup>的研究发现银杏内酯可有效改善视网膜血液供应, 保护视神经。本文通过比较研究, 旨在探讨银杏叶提取物对糖尿病视网膜病变的临床疗效。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年1月—2017年1月来院就诊的90例患者为研究对象, 依据随机、自愿原则分为对照组和观察组, 2组患者在性别、年龄、糖尿病病史, 糖尿病视网膜病变病程等方面进行比较均无统计学差异( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入标准** ①符合糖尿病视网膜病变诊断标准; ②无黄斑水肿; ③无眼部伴发疾病; ④无恶性肿瘤; ⑤无精神、神经疾病; ⑥无心、肺、脑等重要器官的器质性病变; ⑦未处于妊娠或哺乳期; ⑧无药物禁忌; ⑨患者知情, 自愿参与本研究。

**1.3 治疗方法** 对照组患者42例(80眼)给予口服或注射降糖药物控制血糖稳定, 给予羟苯磺酸钙分散片(国药

准字H20080644, 海南林恒制药有限公司)口服500 mg, 1次/日, 同时给予维生素B<sub>1</sub>、肌苷片、甲钴胺等对症治疗。观察组患者48例(92眼)在此基础上口服银杏叶滴丸(国药准字Z20040071, 浙江万邦药业股份有限公司)5丸, 3次/日。2组均连续治疗3个月, 观察并比较2组的总有效率及临床指标变化。

**1.4 观察指标** 治疗后观察2组总有效率、微血管瘤数量及视网膜出血面积变化。

**1.5 疗效判定标准** 显效: 视力提高2行及以上, 微血管瘤数目减少10%及以上, 视网膜出血面积显著减少; 有效: 视力提高1行, 微血管瘤数目减少在0~10%, 视网膜出血面积减少; 无效: 视力未改善, 微血管瘤及视网膜出血斑未减少甚至增加, 总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 17.0软件进行统计学处理, 计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示, 行t检验; 计数资料用率表示, 行 $\chi^2$ 检验,  $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组总有效率比较** 对照组总有效率为65.00%, 观察组总有效率为88.04%, 2组比较,  $\chi^2=25.77$ ,  $P<0.01$ , 差异具有统计学意义, 见表1。

表1 2组总有效率比较

[眼(%)]

组别	眼数	显效	有效	无效	总有效率	$\chi^2$ 值	P值
对照组	42例(80眼)	9例(18眼)	18例(34眼)	15例(28眼)	65.00	25.77	<0.01
观察组	48例(92眼)	16例(30眼)	26例(51眼)	6例(11眼)	88.04		

\* 通讯作者:56139749@qq.com

**2.2 2组微血管瘤数目比较** 治疗前2组微血管瘤数目比较,差异无统计学意义;对照组治疗后与治疗前比较,  $t=18.77$ ,  $P<0.001$ ,差异具有统计学意义,观察组治疗后与治疗前比较,  $t=41.46$ ,  $P<0.001$ ,差异具有统计学意义;2组治疗后比较,  $t=11.51$ ,  $P<0.001$ ,差异具有统计学意义,见表2。

表2 2组微血管瘤数目比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	眼数	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	42例(80眼)	18.88±1.33	14.03±1.89	18.77	<0.001
观察组	48例(92眼)	19.05±1.24	11.19±1.33	41.46	<0.001
<i>t</i> 值		0.87	11.51		
<i>P</i> 值		>0.05	<0.001		

**2.3 2组视网膜出血面积比较** 治疗前2组视网膜出血面积比较,差异无统计学意义;对照组治疗后与治疗前比较,  $t=4.16$ ,  $P<0.001$ ,差异具有统计学意义,观察组治疗后与治疗前比较,  $t=12.75$ ,  $P<0.01$ ,差异具有统计学意义;2组治疗后视网膜出血面积比较,  $t=3.99$ ,  $P<0.001$ ,差异具有统计学意义,见表3。

表3 2组视网膜出血面积比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	眼数	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	42例(80眼)	2.50±0.48	2.12±0.66	4.16	<0.001
观察组	48例(92眼)	2.58±0.43	1.79±0.41	12.75	<0.01
<i>t</i> 值		1.15	3.99		
<i>P</i> 值		>0.05	<0.001		

### 3 讨论

糖尿病视网膜病变是糖尿病微血管并发症之一,也是全球三大致盲病种之一<sup>[5]</sup>,其发展与糖尿病患者的高血糖程度有关<sup>[6]</sup>。其发病机制是复杂的,可能与多元醇途径激活、蛋白质非酶糖基化、氧化应激及炎性反应等有关,主要表现为视网膜毛细血管基底膜增厚和血管通透性增加,导致血-视网膜屏障被破坏,从而导致病变的发生,救治不及可带来不可逆的致盲后果。

传统医学认为糖尿病视网膜病变类似绿风内障、乌风内障、真阴暗耗、饮邪上犯、肝胃虚寒等致气血失和、脉络不利、神水瘀积而成本病<sup>[7]</sup>。按照国际标准制备的银杏提取物是一种强氧化剂,其主要成分含有24%银杏黄酮、5%~10%原儿茶酸和6-羟基犬尿喹啉酸等有机酸、6%银杏内酯和白果内酯等萜内酯类以及多种氨基酸和微量元素,活性成分银杏内脂、总黄酮醇苷具有调节微循环、扩张血管等功能<sup>[8]</sup>。可有效减少视网膜内皮损伤、抑制炎症、缓解视网膜缺血状态<sup>[9]</sup>,同时保护树突棘内骨架蛋白,维持树突稳定性,从而保

护神经。

本研究结果显示,观察组总有效率为88.04%,高于对照组的65.00%,该结果与彭剑晖等<sup>[10]</sup>研究银杏叶提取物治疗视网膜病变的疗效较为接近。观察组又优于对照组,差异具有统计学意义。同时,2组患者治疗后的临床指标明显优于各自组别的治疗前情况,且观察组治疗后的临床指标又明显优于对照组,在微血管瘤数目、视网膜出血面积等方面均显著减少,差异具有统计学意义。

综上所述,常规治疗联合口服银杏叶提取物能有效提高糖尿病视网膜病变的治疗效果,有利于控制或减少微血管瘤数目和视网膜出血面积,有利于提高患者的生活质量,值得临床应用。

### 参考文献

- [1]杨宇,田敏,吕红彬.糖尿病视网膜病变的治疗进展[J].眼科新进展,2015,35(5):497-500.
- [2]杜倩,田秋霞,付莉萍,等.银杏叶提取物对糖尿病大鼠视网膜病变的作用[J].中国病理生理杂志,2016,32(7):1323-1326.
- [3]朱学慧,于新,韩俊莹,等.住院中老年糖尿病视网膜病变患者生存质量的主要影响因素[J].中国老年学杂志,2017,37(7):1766-1768.
- [4]郭桂芳.银杏叶提取物对眼科疾病临床疗效研究[J].亚太传统医药,2014,10(14):125-126.
- [5]韩娅,王玲,刘伟仙,等.康柏西普玻璃体腔注射对糖尿病视网膜病变患者视力的影响[J].中国全科医学,2015,18(5):502-506.
- [6]李俊,严玉洁,姚保栋,等.血清维生素D与2型糖尿病视网膜病变关系的研究[J].复旦学报(医学版),2017,44(5):580-584.
- [7]王晓娟,吕金玉,胡媛媛.银杏叶滴丸对糖尿病视网膜病变视觉功能和泪膜稳定性的影响[J].陕西中医,2017,38(6):712-713.
- [8]韩永鹏,朱树健.银杏叶提取物临床应用的进展研究[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(23):4521-4522.
- [9]朱成义,伊琼,马金力,等.银杏叶提取物对糖尿病视网膜病变的临床疗效评价[J].国际眼科杂志,2016,16(2):361-364.
- [10]彭剑晖,王新华,徐学军,等.银杏叶提取物对糖尿病视网膜病变的临床疗效评价[J].光明中医,2017,32(6):836-837.

(本文编辑:杨杰 本文校对:刘文阁 收稿日期:2018-05-18)

### 藁木的鉴别要点

**药材鉴别** 树皮厚3~6 mm,木栓层常已除去。外表皮棕褐色而平坦,皮孔明显;内表面呈污黄色至棕色,平滑。用放大镜观察,点状突起不明显。质坚硬,折断面呈纤维性,切断面边缘整齐,其黄色程度较关黄柏鲜艳而深,不显绿色,气微,味苦,嚼之有黏性,可将唾液染成黄色。

**饮片鉴别** 饮片呈宽丝条状或小方块状。外表面黄褐色至黄棕色。外表面黄褐色至黄棕色,内表面暗黄色或淡棕色,具纵棱纹,切面纤维性,呈裂片状分层,深黄色,气微,味极苦。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(2)》,人民卫生出版社,2017.



# 补阳还五汤治疗气虚血瘀证慢性肾小球肾炎的研究

汪明亮

(江西省九江市中医医院北院急诊科,江西 九江 332000)

**摘要:**目的 观察补阳还五汤治疗气虚血瘀证慢性肾小球肾炎(CGN)的临床疗效。方法 将符合研究要求的64例气虚血瘀证慢性肾小球肾炎患者随机分为治疗组和对照组,每组各32例。在基础治疗的同时,治疗组加服补阳还五汤,对照组加服氯沙坦钾片,共治疗8周。观察2组患者治疗前后24 h尿蛋白定量(24 h UP)、尿红细胞计数(RBC)、尿微量白蛋白/尿肌酐(ACR)、尿纤维蛋白原降解产物(FDP)、血纤维蛋白原(Fb)、血抗凝血酶Ⅲ活性(AT-Ⅲ)等指标的变化。结果 与治疗前比较,治疗组24 h UP、尿ACR、尿RBC、血Fb降低( $P < 0.01$ ),血AT-Ⅲ升高( $P < 0.05$ ),尿FDP降低( $P < 0.05$ );对照组24 h UP降低( $P < 0.01$ ),尿ACR降低( $P < 0.05$ )。与对照组治疗后比较,治疗组尿RBC、血Fb、尿FDP均降低( $P < 0.05$ ),血AT-Ⅲ升高( $P < 0.05$ )。结论 补阳还五汤治疗气虚血瘀证慢性肾小球肾炎能降低24 h UP、尿ACR、尿RBC、尿FDP和血Fb水平,升高血AT-Ⅲ活性。

**关键词:**慢性肾小球肾炎; 补阳还五汤; 气虚血瘀证; 水肿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.040

文章编号:1672-2779(2018)-16-0093-02

## A Research on Buyang Huanwu Decoction in Treating Chronic Glomerulonephritis of Syndrome of both Qi Deficiency and Blood Stasis

WANG Mingliang

(Emergency Department, North Branch of Jiujiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China)

**Abstract: Objective** To observe the therapeutic effect of Buyang Huanwu decoction on qi deficiency and blood stasis syndrome in chronic glomerulonephritis patients. **Methods** 64 cases of chronic glomerulonephritis in line with the requirements of the study were randomly divided into treatment group and control group, with 32 cases in each group. At the same time of basic treatment, the treatment group was also given Buyang Huanwu decoction, while the control group was also given oral administration of losartan potassium tablets. Each group was treated 8 weeks course of treatment. Then the change of the 24 hour urinary protein quantification (24 hUP) , the Urinary microalbumin/urinary creatinine (ACR) , the urine red blood cell count (RBC) , the blood fibrinogen (Fb) and the blood antithrombin III activity (AT-III) were observed in two groups. **Results** Compared with the pretreatment, the 24 hUP, urinary ACR, urinary RBC, blood Fb decreased ( $P < 0.01$ ) , blood AT-III increased ( $P < 0.05$ ), and urine FDP decreased ( $P < 0.05$ ) in the treatment group; the 24 hUP decreased ( $P < 0.01$ ) and urine ACR decreased ( $P < 0.05$ ) in the control group. Comparing with the control group after treatment, the urinary RBC, blood Fb, and urine FDP reduced ( $P < 0.05$ ) and the blood-III elevated ( $P < 0.05$ ) . **Conclusion** Buyang Huanwu decoction can reduce 24 hUP, urine ACR, urine RBC, urine FDP and blood Fb levels, and increase blood AT-III activity in treatment the qi deficiency and blood stasis syndrome of chronic glomerulonephritis patients.

**Keywords:** chronic glomerulonephritis; Buyang Huanwu decoction; syndrome of both qi deficiency and blood stasis

我国慢性肾脏病(CKD)的患病率为10.8%,全国约有1.2亿CKD患者<sup>[1]</sup>,在CKD的病因构成中又以慢性肾小球肾炎(CGN)为主,气虚血瘀证又是CGN的临床常见证型。CGN西医常使用激素等药物治疗,容易出现药物副作用,中医中药在该病的治疗中具有较好的疗效且无毒副反应。笔者应用补阳还五汤治疗气虚血瘀证CGN患者,收效良好,报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究选择2016年1月—2017年12月在江西省九江市中医医院门诊治疗的CGN患者64例,均签署知情同意书。将符合研究要求的病例根据SPSS 16.0软件产生的随机数分为治疗组和对照组,各32例。2组均无脱落病例。治疗组男15例,女17例;年龄25~48岁,平均(36.4±9.5)岁;病程最短7个月,最长8年,平均(4.2±1.2)年。对照组男16例,女16例,年龄23~46岁,平均(35.1±8.7)岁,病程最短6个月,最长7年,

平均(4.5±1.4)年。2组患者性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 CGN诊断标准** 参照《中药新药治疗慢性肾炎的临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>: (1)起病缓慢,病情迁延,临床表现可轻可重,或时轻时重。随着病情发展,可有肾功能减退、贫血、电解质紊乱等情况出现。(2)可有水肿、高血压、蛋白尿、血尿及管型尿等表现中的一种(如血尿或蛋白尿)或数种。临床表现多种多样,有时可伴有肾病综合征或重度高血压。(3)病程中可有肾炎急性发作,常因感染诱发,发作时有时类似急性肾炎之表现。有时病例可自动缓解,有时病例出现病情加重。

**1.2.2 气虚血瘀证辨证标准** 气虚分脾肾气虚和肺肾气虚,与血瘀证的辨证标准均参考《中药新药治疗慢性肾炎的临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>执行。



**1.3 纳入及排除标准** 参照《中药新药治疗慢性肾炎的临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>制定。纳入标准: (1) 符合慢性肾小球肾炎诊断标准; (2) 排除常见继发性因素如糖尿病、系统性红斑狼疮、紫癜性肾炎、高血压等; (3) 辨证属气虚血瘀证; (4) 24 h UP<1.0 g; (5) 年龄在18~65岁; (6) 8周内未使用激素或免疫抑制剂者; (7) 自愿参加本研究并签署知情同意书。排除标准: (1) 精神病患者, 未签署知情同意书以及18岁以下或65岁以上患者; (2) 其他系统的严重疾患危及生命者; (3) 受有关治疗, 可能影响本试验效果者; (4) 合并其他脏器功能衰竭者, 有明显出血患者; (5) 妊娠或哺乳期妇女或月经量过多患者; (6) 过敏体质及对多种药物过敏者; (7) 肝功能异常患者; (8) 合并其他脏器纤维化者。

**1.4 治疗方法** (1) 基础治疗: 入选患者先进行1周的洗脱期调整, 血压高者予低盐(<3 g/d)饮食, 控制血压(予钙拮抗剂等控制血压), 有感染者控制感染, 以及支持对症等治疗。(2) 治疗组: 加用补阳还五汤颗粒剂, 药物组成为黄芪30 g, 当归10 g, 川芎10 g, 桃仁10 g, 红花10 g, 赤芍10 g, 地龙10 g。日1剂, 温水200 mL冲服, 分2次服。中药颗粒剂由广州一方制药有限公司生产。(3) 对照组: 加用氯沙坦钾片, 每次0.1 g, 每日1次, 口服, 氯沙坦钾片由杭州默沙东制药有限公司生产。受试患者用药为同一批号药物。共治疗8周。

**1.5 观察指标** 观察24 h UP、尿ACR、尿RBC计数、尿FDP、血Fb、血AT-Ⅲ等指标的变化。24 h UP采用缩二脲法检测; 尿ACR采用URO-300分析仪检测; 尿RBC计数采用UF-100全自动尿液分析仪检测; 尿FDP采用ELISA法检测; 血Fb、AT-Ⅲ采用西森美康CA 7000全自动血凝仪检测。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 16.0进行处理, 计数资料采用 $\chi^2$ 检验; 计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示, 采用t检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组24 h UP、尿ACR和尿RBC比较** 与治疗前比较, 治疗组24 h UP降低( $P<0.01$ ), 尿ACR降低( $P<0.01$ ), 尿RBC减少( $P<0.05$ ); 对照组24 h UP降低( $P<0.01$ ), 尿ACR降低( $P<0.05$ )。治疗后与对照组比较, 治疗组尿RBC降低( $P<0.05$ ), 见表1。

表1 2组24 h UP、尿ACR和尿RBC计数比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	24 h UP(g)	尿ACR(mg/mmol)	尿RBC计数(cells/uL)
治疗组	32	治疗前	0.75±0.23	47.51±12.34	112.14±24.54
		治疗后	0.51±0.17**	33.22±10.38**	99.41±15.16*△
对照组	32	治疗前	0.73±0.25	48.64±11.85	117.02±30.62
		治疗后	0.49±0.15**	34.57±9.75**	112.68±29.66

注:与本组治疗前比较, \* $P<0.05$ , \*\* $P<0.01$ ; 治疗后与对照组比较, △ $P<0.05$

**2.2 2组血Fb、血AT-Ⅲ、尿FDP比较** 与治疗前比较, 治疗组血Fb降低( $P<0.01$ ), 血AT-Ⅲ升高( $P<0.05$ ), 尿FDP降低( $P<0.05$ ), 对照组血Fb、血AT-Ⅲ、尿FDP均无显著变化( $P>0.05$ )。治疗后与对照组比较, 治疗组血Fb、尿FDP均降低( $P<0.05$ ), 血AT-Ⅲ升高( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组血Fb、血AT-Ⅲ、尿FDP比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	血Fb(g/L)	血AT-Ⅲ(%)	尿FDP(mg/L)
治疗组	32	治疗前	4.75±1.23	68.10±18.35	2.93±0.57
		治疗后	4.01±0.75**△	79.05±20.32*△	2.53±0.38**△
对照组	32	治疗前	4.81±1.34	69.04±24.91	2.81±0.54
		治疗后	4.74±1.48	68.00±23.02	2.79±0.60

注:与本组治疗前比较, \* $P<0.05$ , \*\* $P<0.01$ ; 治疗后与对照组比较, △ $P<0.05$

## 3 讨论

中医的古代书籍中并无“慢性肾小球肾炎”的病名, 根据其临床表现及发病特点, CGN属于中医“水肿”“肾水”“血尿”等范畴。依据《内经》理论“正气存内, 邪不可干”“邪之所凑, 其气必虚”, 认为慢性肾炎之发病, 是在正气不足的基础上, 复遭外邪或内伤因素, 导致脏腑机能损伤, 病理产物生成, 从而产生本虚标实的病机特点。本病的病机以肺、脾、肾三脏虚损为本, 而以外邪风寒、瘀血、湿热及痰瘀蕴结于肾为标, 使病势缠绵难愈。根据多年的临床经验, 笔者认为本病发生发展以气虚证为多见, 血瘀是主要病理产物, 是本病进展的重要环节, 气虚血瘀证是CGN临床常见证型。

补阳还五汤源自清代医学家王清任的著作——《医林改错》, 它主要由黄芪、川芎、红花、赤芍、当归、桃仁、地龙等7味药物组成, 具有补气、活血、通络的效果。方中重用黄芪, 以补益元气, 意在气旺则血行, 瘀去络通为君药; 当归尾活血通络而不伤血, 为臣药; 赤芍、川芎、桃仁、红花协同当归尾以活血祛瘀; 地龙通经活络, 力专善走, 周行全身, 以行药力, 为佐药。研究显示, 补阳还五汤具有改善血液流变学、抗血栓形成、抗动脉粥样硬化、抗脑缺血及再灌注损伤等作用<sup>[3]</sup>。本研究显示, 补阳还五汤治疗气虚血瘀证CGN患者不仅能减少患者蛋白尿和血尿, 还能改善患者凝血指标及降低尿纤维蛋白原降解产物, 是治疗CGN的有效方剂。

## 参考文献

- Zhang Luxia, Wang Fang, Wang Li, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey [J]. The Lancet, 2012, 379(3):815-822.
- 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:156-157.
- 王晚霞, 李荣亨. 补阳还五汤作用机制研究进展 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6(5):574-576.

(本文编辑:杨杰 本文校对:刘永芳 收稿日期:2018-05-08)



# 辨证治疗单纯疱疹角膜炎 48 例

邹新权

(湖南省娄底市娄星区花山街道社区卫生服务中心，湖南 娄底 417000)

**摘要：**目的 观察中药辨证治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的临床疗效。方法 随机将78例本病患者分为2组：治疗组48例，对照组30例。治疗组按照中医理论辨证论治，临床分4种证型(风热客目型、肝胆火炽型、湿热犯目型、阴虚夹风型)给予中药煎剂煎服，每日1剂，同时滴鱼腥草滴眼液。对照组给予西医常规治疗。2周为1个疗程，2个疗程后统计疗效。结果 治疗组治愈44例44眼，治愈率为91.67%，经统计学处理，疗效优于对照组 ( $\chi^2=7.730$ ,  $P<0.05$ )。结论 中药辨证治疗单纯疱疹病毒性角膜炎不但能提高疗效，而且能缩短疗程，降低复发率，是一种方便、安全、有效的治疗方法。

**关键词：**单纯疱疹病毒；角膜炎；辨证治疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.041

文章编号:1672-2779(2018)-16-0095-02

## Then Treatment of Herpes Simplex Keratitis Based on Syndrome Differentiation for 48 Cases

ZOU Xinquan

(Louxing District Huashan Street Community Health Service Center, Hunan Province, Loudi, 417000, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical curative effect of Chinese medicine in the treatment of herpes simplex viral keratitis based on syndrome differentiation. **Methods** 78 cases were randomly divided into treatment group of 48 cases and control group of 30 cases. The treatment group received the theory of traditional Chinese medicine syndrome differentiation and treatment, there were clinical four classification types (hot wind guest yard, courage lively, hot and humid type and yin deficiency wind type), and was given traditional Chinese medicine decoction, daily 1 agent, at the same time patients were given drops of houttuynia eyedrops. The control group was treated by routine western medicine. 2 weeks was a period of treatment. The curative effect was analyzed. **Results** 44 cases in the treatment group was cured, 44 eyes, the cure rate was 91.67%, after statistics processing, and the curative effect was better than that of the control group ( $\chi^2=7.730$ ,  $P<0.05$ ). **Conclusion** Chinese medicine in the treatment of herpes simplex viral keratitis based on syndrome differentiation can improve the curative effect, shorten the treatment course, reduce the recurrence rate, and it is a convenient, safe and effective treatment.

**Keywords:** herpes simplex virus; keratitis; treatment based on syndrome differentiation

单纯疱疹病毒引起的角膜感染称为单纯疱疹病毒性角膜炎，简称单纯疱疹角膜炎（HSK）。此病为最常见的角膜溃疡，而且在角膜病中致盲率占第1位，全球可能有超过1000万单纯疱疹角膜炎患者。本病的临床特点为反复发作，由于目前无有效控制复发的药物，多次发作后角膜混浊逐次加重，常最终导致失明<sup>[1]</sup>。2016年3月—2017年3月，笔者运用中药辨证治疗单纯疱疹病毒性角膜炎48例，48只眼，收到了良好的效果，现报告如下。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取我院2016年3月—2017年3月收治的单纯疱疹角膜炎78例患者，均用荧光素角膜染色检查，符合单纯疱疹角膜炎诊断标准，随机分为2组。治疗组：48例48眼，男32例，女16例，年龄16~75岁，平均（36.5±10.5）岁。初诊病程最长者1个月，最短2 d，平均12.3 d。对照组：30例30眼，男21例，女9例，年龄18~75岁，平均（35.7±12.3）岁。初诊病程最长者1个月，最短3 d，平均13.3 d。2组性别、年龄、病程等经统计学处理，差异无显著性（ $P>0.05$ ），具有可比性。

**1.2 诊断标准** 常有感冒史，或在劳累后发病，常有反复发病史；不同程度的视力下降，眼部沙涩疼痛，畏光流泪，眼睑难睁；胞轮红赤，黑睛可见星点状或树枝状混浊，2%荧光素钠溶液染色呈阳性，黑睛深层混浊状如圆盘，病变区知觉减退<sup>[2]</sup>。

## 1.3 治疗方法

**1.3.1 治疗组** （1）风热客目型。黑睛猝起灰白色星点散翳，胞轮红赤，视力下降，畏光流泪，疼痛，荧光素染色阳性。舌红，苔薄黄，脉浮数。银翘散加减：银花、连翘、荆芥、牛蒡子、竹叶、菊花、草决明各12 g，柴胡、黄芩、羌活各10 g，芥菜30 g，板蓝根30 g，甘草6 g。（2）肝胆火炽型。黑睛星点密集，成树枝状或地图状，胞轮红赤较显著，视力下降，畏光，流泪，疼痛，荧光素染色阳性。可兼见头痛，口苦，便结，苔黄，脉弦数。龙胆泻肝汤：龙胆草6 g，生地黄15 g，黄芩、泽泻、车前子、当归各12 g，柴胡10 g，羌活10 g，芥菜30 g，板蓝根30 g，甘草6 g。（3）湿热犯目型。黑睛生翳，胞轮红赤，反复发作，视物不清，羞明，流泪，兼见食欲不振，头重，胸闷，口黏，荧光素染色阳性。舌红，苔黄腻，脉滑数。三仁汤：杏仁10 g，

薏苡仁30 g, 黄芩、泽泻、车前子各12 g, 半夏10 g, 豆蔻10 g, 竹叶10 g, 荞菜30 g, 板蓝根30 g, 甘草6 g。(4)阴虚夹风型。角膜炎反复发作, 缠绵不愈, 眼内干涩, 微畏光, 轻度胞轮红赤。伴口干咽燥, 舌红少津, 脉细数。加减地黄丸加减: 生地黄、熟地黄、枸杞子、牛膝、当归各15 g, 枳壳、密蒙花、羌活、防风、菊花、荆芥各12 g, 荞菜30 g, 板蓝根30 g, 甘草6 g。每日1剂, 水煎2次, 取汁300 mL分2次口服。鱼腥草滴眼液点眼, 每日3~6次。

**1.3.2 对照组** 给予0.1%阿昔洛韦滴眼液或更昔洛韦凝胶点眼, 每日3~6次。阿昔洛韦0.3口服, 每日4次。

2组均以2周为1个疗程, 2个疗程后统计结果。

**1.4 疗效评定标准** 治愈: 黑睛星翳消失, 荧光素染色(-), 诸症消失; 好转: 黑睛星翳减少或范围缩小, 渐趋平复, 荧光素染色(+), 畏光刺痛、红赤流泪等症状减轻; 未愈: 黑睛星翳无变化或加重, 或引起其它病变, 荧光素染色(+), 症状无改善<sup>[3]</sup>。

## 2 结果

**2.1 2组临床疗效比较** 治疗组治愈44例44眼, 治愈率为91.67%, 对照组治愈20例20眼, 治愈率为66.67%, 经统计学处理, 治疗组疗效明显优于对照组 ( $\chi^2=7.730$ ,  $P<0.05$ ), 见表1。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	无效
治疗组	48	44(91.67)	3(6.25)	1(2.08)
对照组	30	20(66.67)	8(26.66)	2(6.67)

**2.2 2组复发率比较** 2组患者均随访1年, 治疗组复发2例, 复发率4.17%, 对照组复发6例, 复发率20%, 2组比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

**2.3 2组疗程比较** 治疗组1个疗程, 治愈: 21例21眼; 好转: 10例10眼。对照组: 治愈: 10例10眼; 好转: 7例7眼。治疗组疗程短于对照组。

## 3 典型医案

王某, 男, 33岁。2016年8月20日初诊。左眼畏光流泪、灼热疼痛、视力下降3 d。伴胁痛, 口苦咽干, 小便黄赤, 大便秘结。检查: 视力: 右眼1.0, 左眼0.3。右眼外观正常。左眼混合性充血, 角膜混浊, 2%荧光素钠溶液染色呈树枝状。舌质红、苔黄, 脉弦数。诊断: 单纯疱疹角膜炎(左眼)。辨证: 肝胆火炽证。治法: 清肝泻火。龙胆泻肝汤加减: 龙胆草6 g, 生地黄15 g, 黄芩12 g, 泽泻12 g, 车前子12 g(包煎), 当归12 g, 柴胡10 g, 羌活10 g, 荞菜30 g, 板蓝根30 g,

甘草6 g。5剂, 水煎, 每日1剂, 分2次服。鱼腥草滴眼液点眼, 每日3~6次。

二诊: 诸症减。视力: 右眼1.0, 左眼0.6。原法5 d。

三诊: 病情显著好转, 微畏光, 视物较明。查: 视力: 右眼1.2, 左眼0.8。左眼睫状充血消失, 角膜散在性混浊, 2%荧光素钠染色阴性。舌苔薄黄, 脉弦。肝火已清, 改用退翳明目。处方: 密蒙花10 g, 荆芥10 g, 防风10 g, 蝉蜕6 g, 柴胡10 g, 木贼6 g, 青葙子10 g(包煎), 决明子10 g, 黄芩10 g, 车前子10 g(包煎), 板蓝根30 g, 甘草3 g, 5剂。

2016年9月4日四诊: 诸症消失, 视力恢复。视力: 右眼1.2, 左眼1.0, 荧光素染色(-)。嘱鱼腥草滴眼液、珍珠明目液点眼, 每日3次, 以善其后。随访1年未复发。

## 4 讨论

单纯疱疹角膜炎, 属于中医“聚星障”“凝脂翳”范畴, 是眼科的常见病、多发病, 也是致盲的重要眼病之一。多由风热、肝胆火炽、湿热等上犯于目, 熏蒸黑睛, 致生翳膜。素体阴虚, 正气不足, 或热病之后, 津液耗伤, 则阴津亏乏, 复感风邪致病<sup>[2]</sup>。作者临床按4型辩证论治, 证药相符, 如桴应鼓。荞菜《本草纲目》记载“明目, 益胃”, 性味微寒、甘、淡, 有凉肝止血、平肝明目、健脾和胃、清热利湿等功效, 能治目赤疼痛、眼底出血、衄血、咯血、尿血。现代研究荞菜营养成分丰富, 药用价值很高, 富含草酸、酒石酸、对氨基苯磺酸及延胡索酸等有机酸; 天冬氨酸等人体必须营养物质20余种, 所含的橙皮甙能够消炎抗菌和抗病毒。板蓝根对流感病毒、腮腺病毒有抑制作用, 可增强免疫功能<sup>[4]</sup>。鱼腥草含鱼腥草素、挥发油、蕺菜苷等, 鱼腥草素对金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌等多种革兰阳性及阴性细菌, 均有不同程度的抑制作用, 挥发油还有抗病毒作用, 还能增强白细胞吞噬能力, 提高机体免疫力, 此外还有镇痛、止血、促进组织再生和伤口愈合等作用。中药辨证治疗单纯疱疹病毒性角膜炎不但能提高疗效, 而且能缩短疗程, 降低复发率, 是一种方便、安全、有效的治疗方法。

## 参考文献

- [1]葛坚.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2011:180.
- [2]彭清华.中医眼科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:128.
- [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:103.
- [4]高学敏.中医学[M].北京:中国中医药出版社,2011:111.

(本文编辑:杨杰 本文校对:罗建国 收稿日期:2018-04-26)

# 中医特色治疗对下肢创伤骨折术后康复的效果

胡雨珠 谢 琴

(南昌市洪都中医院骨科,江西 南昌 330008)

**摘要:**目的 探讨康复训练联合中医特色治疗对下肢创伤骨折患者术后膝关节僵硬的效果。方法 2016年1月—2017年12月,随机选取我院收治的下肢创伤骨折患者82例作为研究对象,全部患者行手术治疗且术后均出现膝关节僵硬情况,参考病历号奇偶数,按照1:1比例划分为对照组和观察组,每组患者41例,对照组患者行功能训练,观察组在此基础上联合中医特色治疗,观察对比2组患者临床疗效和生活质量。结果 观察组治疗总有效率为92.68%,明显高于对照组75.61%, $P < 0.05$ ;观察组患者QOL-100生活质量各项评分均高于对照组, $P < 0.05$ 。结论 下肢创伤骨折患者术后易出现膝关节僵硬问题,严重影响患者关节功能,给予其康复训练联合中医特色治疗效果显著,提高患者膝关节灵活性,值得推广。

**关键词:**创伤骨折;膝关节僵硬;康复训练;中医特色治疗;下肢康复;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.042

文章编号:1672-2779(2018)-16-0097-02

## Effect of Traditional Chinese Medicine Characteristic Treatment on Postoperative Rehabilitation of Lower Limb Trauma Fracture

HU Yuzhu, XIE Qin

(Orthopedics Department, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the effect of rehabilitation training combined with traditional Chinese medicine on the stiffness of knee joint after surgery for patients with lower limb trauma. **Methods** From January 2016 to December 2017, 82 cases of fracture of lower limb trauma patients in our hospital were randomly selected as the research objects. All the patients with surgical treatment and postoperative in knee joint stiffness conditions, according to the case number, even number and the proportion of 1:1, patients were divided into control group and observation group. 41 cases in the control group received function training, and the observation group was given traditional Chinese medicine characteristic therapy on the basis of the control group. The clinical curative effect and quality of life was observed. **Results** The total effective rate of the observation group was 92.68% which significantly higher than 75.61% of the control group  $P < 0.05$ . Comparing with the control group, the scores of QOL-100 life quality in the observation group were higher than that in the control group  $P < 0.05$ . **Conclusion** The patients with fracture of lower limb trauma with stiff knee problems seriously impacts on joint function, the rehabilitation training combined with traditional Chinese medicine characteristics treatment has remarkable effect, improve patients' knee joint flexibility, and is worth widely popularizing.

**Keywords:** lower limb trauma fracture; knee stiffness; rehabilitation training; TCM characteristic treatment; clinical curative effect; lower limb rehabilitation; arthromyodynia

下肢创伤骨折临床发病率较高,临床多行手术治疗,治疗后纠正患者关节障碍,促进其关节功能恢复,但术后容易出现膝关节僵硬情况,在增加患者痛苦程度的同时,严重影响膝关节活动灵活程度,若不及时治疗或控制甚至会遗留残疾,严重影响患者预后质量<sup>[1]</sup>。因此针对下肢创伤骨折患者术后膝关节僵硬情况,应制定科学有效的治疗及护理方案,其中康复训练联合中医特色治疗效果显著。本研究基于上述背景,探讨了康复训练联合中医特色治疗对下肢创伤骨折患者术后膝关节僵硬的效果,现详述如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2016年1月—2017年12月,随机选取我院收治的下肢创伤骨折患者82例作为研究对象,全部患者行手术治疗且术后均出现膝关节僵硬情况,参考病历号奇偶数,按照1:1比例划分为对照组和观察组,每组患者41例。对照组男23例,女18例,年龄32~64岁,平均( $48.23 \pm 2.61$ )岁,骨折类型:髌骨骨折18例,胫

骨平台骨折15例,股骨中段骨折8例;观察组男24例,女17例,年龄33~65岁,平均( $49.02 \pm 2.59$ )岁,骨折类型:髌骨骨折17例,胫骨平台骨折15例,股骨中段骨折9例。本研究经由我院伦理委员会批准,2组患者上述资料比较差异不明显( $P > 0.05$ ),表明可进行比较研究。

**1.2 治疗方法** 对照组行早期康复训练,患者术后恢复意识后,护理人员评估患者病情,判断是否存在异常情况,根据患者耐受程度制定早期康复训练方案,术后当天适当进行体位调整,促进患者血液循环。早期训练以消肿、预防关节僵硬、防止肌肉萎缩为主,指导患者进行踝关节跖曲背伸运动,患者仰卧,稍微抬高患肢进行练习,护理人员在一旁辅助,同时配合股四头肌舒缩训练,患者仰卧,保证肢体静止不动,持续收缩股四头肌,每次收缩坚持5 s,放松后稍微停顿后重复进行,25~35 min/次,3次/d。并且护理人员详细记录患者康复训练情况,根据患者恢复情况进行合

理调节,找出适宜训练项目,并对患者家属进行指导,告知其出院后需进行持续康复训练。

观察组在上述训练基础上行中医特色治疗,给予患者行气破瘀合剂,成分为乌药10 g,红花6 g,桃仁9 g,川芎10 g,莪术10 g,三棱10 g等,同时配合使用舒筋活血合剂,成分主要为鸡血藤20 g,续断10 g,川芎10 g,当归10 g等。配合适当按摩,医生手掌贴于患者髌骨,左右方向环形按摩,随后双手将膝关节夹住,由上至下摩擦,直至发热位置,最后对股四头肌进行拿捏,由膝盖开始揉捏,保证动作缓慢轻柔,30 min/次,3次/d,同时配合中频中医定向微波治疗,选取足三里、梁丘、穴髀关等穴位,将电极片贴于对应穴位上,通过微电流促进药物渗透。2组患者均以2周为1个疗程,持续治疗4~5周,出院后带自制伤药膏,主要成分为栀子20 g,生川乌20 g,生草乌20 g,白芷30 g,当归20 g,红花30 g等,患处外涂,1次/d,持续涂抹3~4 d。

**1.3 观察指标** (1) 治疗4周后临床疗效比较。显效:膝关节可自由活动,患者下蹲站起自如,膝关节屈曲度超过110°;有效:膝关节活动情况尚可,膝关节屈曲度超为90°~109°;无效:未达到上述标准,治疗总有效率为显效率和有效率之和<sup>[2]</sup>。(2)治疗4周后生活质量评价,具体使用QOL-100生活质量评分量表,包括生理机能、躯体疼痛、健康状况、社会功能4项,每项满分25分,分值越高表明生活质量越高<sup>[3]</sup>。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 24.0统计软件对本次数据进行分析处理,计数资料以例数(率)表示,行卡方检验,计量资料以均数±标准差表示,行t检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者临床疗效比较** 就治疗总有效率而言,观察组为92.68%,明显高于对照组75.61%, $P<0.05$ ,详见表1。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	41	18(43.90)	20(48.78)	3(7.32)	38(92.68)
对照组	41	15(36.59)	16(39.02)	10(4.39)	31(75.61)
$\chi^2$ 值				4.479	
P值				0.034	

**2.2 2组患者生活质量评分比较** 观察组患者QOL-100生活质量各项评分均高于对照组, $P<0.05$ ,详见表2。

表2 2组患者生活质量评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	生理机能	躯体疼痛	健康状况	社会功能
观察组	41	22.21±1.89	20.66±1.79	21.56±2.33	21.93±1.43
对照组	41	18.34±2.84	17.22±2.33	18.02±2.54	18.61±2.44
$t$ 值		7.264	7.497	6.576	7.517
P值		0.000	0.000	0.000	0.000

## 3 讨论

下肢创伤骨折多采取手术治疗,促进骨折愈合,改善患者关节功能,但是术后容易出现膝关节僵硬情况,影响患者预后质量,究其原因主要表现为如下方面:其一为患者膝关节长期固定,导致股四头肌出现挛缩粘连情况;其二为其膝关节长期屈曲,使得关节囊发生粘连,基于此针对下肢创伤骨折患者,应在术后给予患者有效治疗,具体以预防粘连为主<sup>[4-5]</sup>。

本研究选取下肢创伤骨折术后关节僵硬患者作为研究对象,给予其康复训练和中医特色治疗,研究结果显示:就治疗总有效率而言,观察组为92.68%,明显高于对照组75.61%, $P<0.05$ ;观察组患者QOL-100生活质量各项评分均高于对照组, $P<0.05$ 。具体原因分析如下:康复训练是预防粘连,避免出现膝关节僵硬情况的主要措施,医护人员根据患者实际情况,制定了早期、中期和晚期系统训练方案,具有较高的针对性,进而促进患者骨痂生长,并有效预防肌肉萎缩,同时能够促进膝关节功能恢复,提升其灵活度,有效避免出现关节僵硬问题,但单纯训练很难从根本上改变粘连问题,因此本研究中对照组各项指标不尽理想。在治疗过程中,可在康复训练基础上配合中医特色治疗,具体可行中药汤剂、中频和按摩治疗,主要成分为红花、当归、鸡血藤、川芎等药物,其中红花可祛瘀止痛、活血通经,鸡血藤可活血、补血、消肿止痛,川芎可祛风止痛,活血行瘀,诸药配伍共奏消肿解痛、疏通经络、解痉止痛功效<sup>[6]</sup>。此外医生配合开展中医中频治疗,遵循外伤治疗动静结合原则,对患者膝关节进行有效刺激,且在微波刺激下药物吸收效果更为理想,确实提高了患者关节灵活度<sup>[7]</sup>。

综上,下肢创伤骨折患者术后易出现膝关节僵硬问题,严重影响患者关节功能,给予其康复训练联合中医特色治疗效果显著,提高患者膝关节灵活度,值得推广。

## 参考文献

- [1]孙英霞,罗新,吕坤芳,等.下肢创伤骨折术后预防膝关节僵硬的功能训练研究[J].中国医学装备,2014,11(3):82-85.
- [2]罗高娣.优质护理服务预防下肢骨折患者术后膝关节僵硬的研究[J].世界中医药,2017,12(a1):45-46.
- [3]王晓梅,周会菊.优质护理服务预防下肢骨折患者膝关节僵硬的效果[J].河北医药,2014,43(19):3019-3020.
- [4]徐云钦,李强,申屠刚,等.复杂胫骨平台骨折术后并发膝关节僵硬的高危因素分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,30(4):364-367.
- [5]王梁谦,李修洋,蔡南川,等.中医手法松解促进下肢骨折术后功能康复58例的效果观察[J].中国中西医结合外科杂志,2015,21(5):506-508.
- [6]乔永军,张晓瑞,杨文学,等.骨搬运技术在下肢创伤后感染性骨缺损治疗中的应用[J].河北医学,2016,22(1):128-131.
- [7]石玮玮,鲁丽莎,马士辉,等.中医特色疗法联合早期康复在老年股骨颈骨折术后下肢深静脉血栓随机平行对照研究[J].四川中医,2017,36(4):203-206.

(本文编辑:杨杰 本文校对:万小萍 收稿日期:2018-05-18)

# 针药复合麻醉对老年术后早期认知功能与炎性细胞因子水平的影响

王洪南

(中国医科大学附属第一医院麻醉科,辽宁 沈阳 110001)

**摘要:**目的 探讨针药复合麻醉对老年患者术后炎性细胞因子和早期认知功能障碍的影响。方法 选择2016年10月—2017年10月我院58例老年患者为研究对象,根据入院编号的奇偶数将其分为2组,其中对照组采用单纯全麻,观察组采用针药复合麻醉,对比2组效果。结果 术前,2组MMSE评分比较无差异,  $P>0.05$ ;术后,与对照组比较,观察组MMSE评分改善明显,  $P<0.05$ ;与对照组比较,观察组术后24 h和48 h IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 以及IL-6水平平均较低,  $P<0.05$ ;同时,2组的麻醉苏醒时间、丙泊酚以及瑞芬太尼用量对比,  $P<0.05$ 。结论 给予老年患者针药复合麻醉有助于术后早期认识功能的恢复。

**关键词:**针药复合麻醉;炎性细胞;认知功能障碍;老年科;呆证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.043

文章编号:1672-2779(2018)-16-0099-02

## The Effect of Acupuncture Combined with Drug Anesthesia on Postoperative Early Cognitive Function and Inflammatory Cytokine Level in Senile Patient

WANG Hongnan

(Department of Anesthesiology, the First Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

**Abstract: Objective** To investigate the effects of acupuncture combined with drug anesthesia on postoperative inflammatory cytokines and early cognitive dysfunction in elderly patients. **Methods** In our hospital from October 2016 to October 2017, 58 elderly patients were selected as the research objects. According to the number of admission, they were divided into two groups. The control group adopted general anesthesia, and the observation group adopted acupuncture combined drug anesthesia. The effect of the two groups was compared. **Results** Before operation, there was no difference in MMSE scores between the two groups  $P>0.05$ . After operation, the MMSE score of the observation group was significantly improved comparing with the control group  $P<0.05$ . Comparing with the control group, 24h and 48h IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$  and IL-6 were lower in the observation group  $P<0.05$ . At the same time, the anesthetic wake time, propofol and remifentanil dosage were compared between the two groups  $P<0.05$ . **Conclusion** The acupuncture combined with drug anesthesia is helpful to restore the function of early postoperative cognitive function.

**Keywords:** combined acupuncture and medicine anesthesia; inflammatory cells; cognitive dysfunction; geriatrics; dementia

全麻是比较常见的一种麻醉方法,虽然具有较好的镇静、镇痛效果,但是术后容易出现诸多并发症,尤其是认知功能障碍,以人格改变、精神错乱、记忆受损以及焦虑等症为主要表现,也是独立能力和认知功能的一种变化。有研究发现,手术作为创伤性的一种治疗手段,术后应激会激活免疫系统,产生大量的炎性细胞影响术后认知功能。因此,本文对老年患者运用针药复合麻醉的临床价值进行了探讨,现报道如下。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选择我院2016年10月—2017年10月收治的老年患者58例为研究对象,按照入院编号的奇偶数将其分为2组,每组29例。对照组年龄62~76岁,平均( $67.8\pm8.3$ )岁;其中女性12例,男性17例;ASA分级:I级15例、II级14例。观察组年龄63~77岁,平均( $67.9\pm8.4$ )岁;其中女性11例,男性18例;ASA分级:I级17例、II级12例。2组的一般资料如ASA分级、性别比等对比无差异 ( $P>0.05$ )。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 对照组** 对照组行单纯全麻,即入室后,运用BENEVIEW-T8多功能监护仪(生产厂家:迈瑞公司)

对患者的呼气末二氧化碳分压( $P_{ET}CO_2$ )、血压、心率、血氧饱和度以及心电图进行监测,并且迅速建立静脉通道。然后给予患者麻醉诱导,即运用0.1 mg/kg维库溴铵+4  $\mu$ g/kg芬太尼+1~2 mg/kg异丙酚+0.05 mg/kg咪达唑仑,插入气管导管后,对患者进行机械通气,术中维持 $P_{ET}CO_2$  35~40 mmHg,呼吸频率10~12次/min,潮气量8~10 mL/kg,麻醉诱导成功后,穿刺桡动脉,对患者血压进行持续监测。同时,术中给予0.2~0.5  $\mu$ g/(kg·min)瑞芬太尼+4~8 mg/(kg·h)丙泊酚维持麻醉,术中每隔30 min追加2 mg维库溴铵和0.05~0.1 mg芬太尼,使脑电双频指数维持在40~60。

**1.2.2 观察组** 观察组则采用针药复合麻醉,即先行针刺麻醉诱导30 min,然后对患者进行气管插管全身麻醉,持续针刺刺激直到结束手术,其中麻醉诱导和维持麻醉与对照组一致,针刺方法如下:①取穴。选择双侧足三里穴、内关穴以及百会穴;②电针。运用0.35 mm×50 mm一次性无菌针灸针对患者进行针刺,进针得气后,与G6805-2型电针仪(生产厂家:上海华谊医用仪器有限公司)相连接,通电刺激直到结束手术。需要注意的是,选择疏密波波型,疏波为2/100 Hz,峰电

流为5 mA，控制好刺激强度，以患者耐受为宜，诱导30 min后，对患者进行全麻诱导。

**1.3 观察指标** ①运用简易智力状态检查量表（MMSE）分别评价2组术前1 d和术后3 d的认知功能，得分与认知功能呈正比关系；②麻醉苏醒时间、丙泊酚以及瑞芬太尼用量；③测定IL-6、IL-1 $\beta$ 以及TNF- $\alpha$ 。分别于术后24 h、48 h采集2组患者的5 mL静脉血，运用酶联免疫吸附法对IL-6、IL-1 $\beta$ 以及TNF- $\alpha$ 水平进行检测，运用ELISA试剂盒（生产厂家：深圳晶美公司）操作的过程中，严格按照说明书要求进行。

**1.4 统计学方法** 运用SPSS 16.5软件分析数据，计量资料比较运用t检验， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组MMSE评分比较** 2组术前1 d的MMSE评分对比无差异（ $P>0.05$ ）；术后3 d，观察组的MMSE评分高于对照组（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 2组MMSE评分对比  $(\bar{x}\pm s, \text{分})$

组别	例数	术前1 d	术后3 d
对照组	29	24.84±1.55	20.55±2.21
观察组	29	24.87±1.56	23.71±1.82
<i>t</i> 值		0.183	9.162
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05

**2.2 2组各项指标比较** 与对照组比较，观察组的瑞芬太尼、丙泊酚用量以及麻醉苏醒时间均较少（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 2组临床指标对比  $(\bar{x}\pm s)$

组别	例数	麻醉苏醒时间	丙泊酚	瑞芬太尼
		(min)	[mg/(kg·h)]	[μg/(kg·min)]
对照组	29	29.33±7.45	6.45±1.52	0.45±0.07
观察组	29	20.21±6.04	5.45±1.46	0.31±0.05
<i>t</i> 值		10.823	6.092	5.398
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05

**2.3 2组IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 以及IL-6水平比较** 观察组术后24 h和48 h的IL-6、TNF- $\alpha$ 以及IL-1 $\beta$ 的水平均低于对照组（ $P<0.05$ ），见表3。

表3 2组炎性细胞因子水平对比  $(\bar{x}\pm s, \text{pg/mL})$

组别	例数	IL-6		IL-1 $\beta$		TNF- $\alpha$	
		术后24 h	术后48 h	术后24 h	术后48 h	术后24 h	术后48 h
对照组	29	173.4±35.1	189.6±50.3	263.8±48.1	279.8±81.3	87.6±41.6	96.8±36.8
观察组	29	160.2±32.1	178.2±41.9	210.3±50.2	218.2±61.1	61.2±31.1	64.5±33.4
<i>t</i> 值		5.209	8.172	10.982	6.309	7.309	12.734
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

有文献报道，手术等因素会对机体内环境的稳定性及抑炎和促炎细胞因子之间的平衡造成破坏，影响

机体正常生理功能，其改变与认知功能障碍的发生和发展密切相关<sup>[1]</sup>。中医学上将认知功能障碍划分为“痴呆”“健忘”范畴，认为心、脑为该病的主要病位，所以治疗通常坚持醒神开窍、通络启闭的基本原则<sup>[2]</sup>。针药复合麻醉能够辅助镇痛效应，使麻醉药的用量减少，使术中脑部的供氧和供血均提高，避免了损伤脑部功能，有助于发挥脑保护作用。现代医学研究表明，“醒脑开窍针法”能够使血管和血液功能得到改善，使缺血区的血流量增加，将脑组织的自我保护机制激活，从而使机体的抗损伤能力提高<sup>[3]</sup>。同时，运用电针刺激百会穴可以保护脑损伤的神经元，对神经元坏死和凋亡进行抑制，使缺血损伤后的海马神经元和皮质得到保护，使患者的学习记忆功能得到改善<sup>[4]</sup>。此外，应激因素如麻醉、手术等使机体产生和释放大量的促炎细胞因子，这些细胞因子容易导致认知功能障碍的发生，通过使促炎细胞因子的产生减少，能够使中枢神经系统参与调控一些疾病的发生减少<sup>[5]</sup>。

综上所述，针药复合麻醉能够对IL-6、IL-1以及TNF- $\alpha$ 的升高进行抑制，预防认知功能障碍，有助于改善患者预后。

## 参考文献

- [1]顾小华,刘佩蓉,李超,等.针药复合麻醉对老年患者人工髋关节置换术麻醉耐受性及术后精神障碍影响的临床研究[J].上海中医药杂志,2018,52(1):54-57.
- [2]刘智,滕永杰.针刺复合全麻对老年肿瘤切除术患者术后认知功能及相关炎症因子的影响[J].中国医药导报,2017,14(22):76-79.
- [3]李伟.探究针药复合麻醉对老年患者术后早期认知功能障碍及炎性细胞因子TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 、IL-6的影响[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(46):8947-8949.
- [4]袁军,吴昱,李继勇,等.右美托咪定复合电针刺激对脑外介入治疗患者术后认知功能的影响[J].中国中西医结合杂志,2016,36(3):285-288.
- [5]余洁.针灸辅助全凭静脉麻醉对冠心病行腹部手术患者围手术期应激反应的影响[J].中华中医药学刊,2014,32(10):2558-2560.

（本文编辑：杨杰 本文校对：王俊 收稿日期：2018-05-11）

国医大师孙光荣教授重视“阴阳”对立统一、调和平衡的思想。在研究《中藏经》的过程中，提炼出了“寒热虚实生死逆顺”的八纲辨证，通过治疗使疾病得到控制，就要重视“调和阴阳”在治疗中的作用。《中藏经·人法于天地论第一》云：“阳生于热，热而舒缓；阴生于寒，寒则挛急。寒邪中于下，热邪中于上，饮食之邪中于中。”“人有百病，病有百候，候有百变，皆天地阴阳逆从而生。”其治疗之法，《中藏经·阴阳大要调神论第二》云：“阴不足则济之以水母，阳不足则注之以火精。”常以“石斛、麦冬、玉竹、生地黄、枸杞子、五味子、龙眼肉”补阴，以“菟丝子、鹿角胶、巴戟天、仙灵脾”补阳。

——雷燕、杨建宇摘编自《医道中和——国医大师孙光荣临证心法要诀》



# 五味消毒饮在下肢骨折术后肿胀中的应用

周发汉 周带红

(江西省崇仁县中医院骨伤科,江西 崇仁 344200)

**摘要:**目的 探究分析五味消毒饮加减应用于下肢骨折术后肿胀的治疗中所获取的临床疗效。方法 随机选择2015年3月—2017年3月于我院接受下肢骨折治疗且术后出现肿胀的患者42例为研究对象,并依据住院治疗顺序分为观察组与参照组各21例。参照组给予甘露醇常规治疗,观察组采用五味消毒饮加减治疗,对比分析2组的临床疗效。结果 观察组的肿胀缓解时间远短于参照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ) ;观察组患肢肿胀程度分级情况优于参照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ) ;观察组水泡发生率低于参照组,临床治疗总有效率高于参照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ) 。结论 针对下肢骨折术后肿胀采用五味消毒饮加减实施治疗可获取更为优良的治疗效果。

**关键词:**下肢骨折;肿胀;五味消毒饮;临床疗效

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.044

文章编号:1672-2779(2018)-16-0101-02

## The Application of Modified Wuwei Xiaodu Drink in Postoperative Swelling of Lower Limb Fracture

ZHOU Fahan, ZHOU Daihong

(Orthopedics Department, Chongren Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Chongren 344200, China)

**Abstract:** **Objective** To explore and analyze the clinical efficacy of modified Wuwei Xiaodu drink in the treatment of postoperative swelling of lower limb fracture. **Methods** 42 patients were selected in our hospital for the treatment of lower extremities fracture and postoperative swelling during the period of March 2015 and March 2017. The patients were divided into observation of 21 cases and the control group of 21 cases according to the order of hospitalization. The control group was treated with mannitol. The observation group was treated with modified Wuwei Xiaodu drink. The clinical efficacy of the two groups was compared. **Results** The swelling time of swelling in the observation group was much shorter than that in the control group ( $P<0.05$ ), and the degree of swelling degree of the affected limbs in the observation group was better than that of the control group ( $P<0.05$ ). The occurrence rate of the blisters in the observation group was lower than that in the reference group, the total effective rate in the observation group was higher than that of in the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Modified Wuwei Xiaodu drink in the treatment of postoperative swelling of lower limb fracture can achieve better therapeutic effect.

**Keywords:** lower limb fracture; swelling; Wuwei Xiaodu drink; clinical curative effect

下肢骨折是骨科临床的常见病,而负重及行走是下肢的主要功能,而发生骨折后通常需要采用手术治疗来恢复下肢的正常功能。但是接受手术治疗的骨折患者有较高几率因为微循环障碍、局部渗出缺血再灌注损伤以及炎症反应等因素的影响而伴有肢体肿胀的情况,如果没有对下肢骨折术后肿胀实施恰当有效的处理,极易导致术后切口感染、愈合不良、骨髓炎的发生,严重情况下还可导致截肢<sup>[1]</sup>。为了选择更适合的治疗方案,本研究对下肢骨折术后肿胀患者采用五味消毒饮加减治疗的效果与常规治疗效果进行对比分析,并将结果总结报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 在我院伦理会的批准同意下,随机选择2015年3月—2017年3月于我院接受下肢骨折治疗且术后出现肿胀的患者42例为研究对象开展本次研究。依据住院治疗顺序分为观察组与参照组各21例。观察组中,男13例,女8例,年龄18~62岁,平均年龄(40.0±7.3)岁,其中3例I度肿胀、13例II度肿胀、5例III度肿胀;参照组中,男11例,女10例,年龄16~63岁,平均年龄(39.5±7.8)岁,其中2例I度肿胀、11例II度

肿胀、8例III度肿胀。2组一般资料差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 经X线检查确认为下肢骨折,且均接受手术治疗,均签署了书面知情同意书,治疗依从性良好。

**1.3 排除标准** 心肾功能不全患者;患有精神及智力障碍患者;未按时用药治疗患者。

**1.4 治疗方法** 参照组:给予甘露醇(生产厂家:佛山双鹤药业有限责任公司,批准文号:H20043021,规格:250 mL/瓶)静脉滴注,3次/d。观察组:给予五味消毒饮加减,基本组方:野菊花、金银花各30 g,当归20 g,紫花地丁、川芎、蒲公英各15 g,荷花、川牛膝、桃仁各12 g,延胡索、泽泻各10 g,三七粉9 g,生甘草6 g。辨证加减:免疫力低下加生地黄15 g,茯苓30 g;肿胀范围大、积液多加用红藤、败酱草各30 g。2000 mL水煎服,每日1剂,早晚各服用1次150 mL。

**1.5 观察指标** 记录对比2组的临床治疗效果、肿胀缓解时间、水泡发生率以及治疗后肿胀程度分级情况。临床疗效判断标准:与健肢相比,患肢治疗后肿胀差值低于0.3 cm,消肿时间低于3 d为显效;与健肢相比,

患肢治疗后肿胀差值在0.3~0.9 cm, 消肿时间为3~6 d为有效; 与健肢相比, 患肢治疗后肿胀差值超过0.9 cm, 消肿时间超过6 d为无效<sup>[2]</sup>。总有效率=显效率+有效率。肿胀程度分级标准: 皮肤存在皮纹, 与正常皮肤相比存在肿胀, 且与健肢相比, 肿胀中心高度低于0.5 cm为I度肿胀; 与正常皮肤相比, 患肢皮肤较为紧张, 且肿胀中心高度在0.5~1.0 cm为II度肿胀, 皮纹消失, 且肤温升高, 但未见张力性水泡; 患者皮肤严重肿胀, 肤温显著升高, 且肿胀中心高度超过1 cm, 有张力性水泡存在为III度肿胀<sup>[3]</sup>。

**1.6 统计学方法** 利用SPSS 20进行统计学分析, 计数资料以例(%)表示, 计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示, 分别用 $\chi^2$ 检验以及t检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组临床治疗效果对比** 观察组的临床治疗总有效率高于参照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 观察组水泡发生率低于参照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 详情见表1。

表1 2组临床疗效、水泡发生率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率	水泡发生率
观察组	21	8(38.10)	12(57.14)	1(4.76)	20(95.24)	2(9.52)
参照组	21	6(28.57)	9(42.86)	6(28.57)	15(71.43)	8(38.10)
$\chi^2$ 值					4.286	4.725
P值					0.038	0.030

**2.2 2组肿胀缓解程度及肿胀缓解时间对比** 观察组患肢为I度肿胀的患者远多于参照组, III度肿胀的患者远少于参照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 观察组的患肢肿胀缓解时间短于参照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 如表2所示。

表2 2组治疗满意度及肿胀缓解时间比较 [例(%)]

组别	例数	I度肿胀	II度肿胀	III度肿胀	肿胀缓解时间(min)
观察组	21	13(61.9)	7(33.33)	1(4.76)	5.24±2.27
参照组	21	6(28.57)	9(42.86)	6(28.57)	7.81±2.76
$\chi^2/t$ 值		4.709	0.404	4.286	3.296
P值		0.030	0.525	0.038	0.002

## 3 讨论

下肢骨折术后较为常见的一种临床表现就是下肢肿胀, 肿胀产生的主要原因是骨折以及手术治疗造成患肢的小血管出现破裂出血, 并且增加了毛细血管的通透性, 使血液渗透到组织间隙。同时静脉回流由于患肢疼痛以及肌肉反射性痉挛等原因, 使血管壁出现扩张, 进一步增加了血管通透性, 最终引发水肿。而水肿属于病理改变, 如不能及时纠正, 则会对骨折及切口愈合造成影响, 使切口感染的几率增加, 不利于

术后恢复<sup>[4]</sup>。

目前针对骨折术后下肢肿胀常规治疗就是脱水消肿药物治疗, 而甘露醇为渗透性脱水剂的一种, 常用于治疗骨折术后下肢肿胀, 对症状起到缓解作用, 但是具有一定的用药不良反应。我国传统医学认为, 骨折术后导致人体的经络遭受损伤, 进而导致血溢外脉, 进而形成血瘀, 并且手术创口容易感染邪毒, 使局部位置出现红肿热痛。而在气滞血瘀、郁而化热的影响下导致热盛肉腐, 所以治疗本病主要的原则就是活血化瘀、舒筋通络、清热解毒以及利湿消肿<sup>[5]</sup>。本研究所选用的五味消毒饮加减为中药复方制剂, 主要成分有野菊花、金银花、当归、紫花地丁、川芎、蒲公英、荷花、川牛膝、桃仁、延胡索、泽泻、三七粉、生甘草。方中的野菊花、金银花具有清热解毒、抗菌消炎以及消肿止痛的功效; 当归具有活血通络的功效, 可进一步加快局部血液循环, 改善肿胀程度; 紫花地丁具有解毒利湿、凉血消肿的功效; 川芎、川牛膝具有活血行气、舒筋通络以及强筋健骨的功效; 蒲公英具有消肿散结、清热解毒的功效; 桃仁、荷花具有散瘀止血的功效; 延胡索、三七粉均具有活血止痛、理气散瘀的功效; 泽泻具有利水渗湿以及泄热的功效; 生甘草解毒祛瘀、止痛解痉的功效, 同时还能够引药上行, 调和诸药。上述诸药合用可共奏清热解毒、消肿止痛以及行气活血的功效<sup>[6]</sup>。通过辩证施治, 可进一步提高治疗效果, 方中加用的红藤以及败酱草具有祛瘀清热的功效, 可有效减轻严重肿胀; 生地黄、茯苓具有健脾补胃的功效, 可进一步增强患者机体抵抗力<sup>[7]</sup>。而从本研究结果中可发现, 观察组的肿胀缓解时间远短于参照组, 患肢肿胀程度分级情况优于参照组, 水泡发生率低于参照组, 而临床治疗总有效率高于参照组。由此表明针对下肢骨折术后肿胀采用五味消毒饮加减治疗可获取更佳的临床疗效, 具有较高的临床应用价值。

## 参考文献

- [1]张冬生, 张罗健.五味消毒饮加减治疗下肢骨折术后肿胀的临床研究[J].心理医生, 2017, 23(26):116-117.
- [2]苏松川, 黄文凭, 黄敏.五味消毒饮加减治疗下肢骨折术后肿胀临床疗效观察[J].现代中医临床, 2013, 20(2):54-55.
- [3]王琳琳, 王秀霞, 吴效科.五味消毒饮加减在盆腹腔巨大肿物伴发热治疗中的应用[J].中国中医急症, 2016, 25(2):271-278.
- [4]付海龙.肱骨近端骨折术后中医骨折3期治疗法的应用效果[J].中国中医药现代远程教育, 2017, 15(1):80-81.
- [5]赵崇智, 徐志强, 潘海文, 等.中医治疗骨折早期肿胀的研究进展[J].中国中医急症, 2016, 25(8):1564-1567.
- [6]张衍敬.中西医结合防治下肢骨科术后深静脉血栓临床分析[J].中国中医药现代远程教育, 2016, 14(15):98-99.
- [7]张伟.中西医结合外用疗法治疗跟骨骨折术前肿胀的护理[J].实用临床医药杂志, 2017, 21(2):154-155.

(本文编辑:杨杰 本文校对:降云志 收稿日期:2018-04-27)



# 中药周期疗法治疗卵巢早衰的临床观察

潘 永

(辽阳石化总医院药剂科, 辽宁 辽阳 111003)

**摘要:** 目的 分析探讨中药周期疗法治疗卵巢早衰的临床疗效。方法 选取我院2015年12月—2017年10月所收治的80例卵巢早衰患者作为研究对象, 将其随机分为研究组和对照组, 各40例; 对照组患者施以倍美力联合安宫黄体酮药物治疗, 而研究组在对照组患者治疗的基础上施以中药周期疗法, 观察并比较2组患者临床治疗效果, 统计患者治疗前后的症状积分、血清雌二醇、子宫内膜的厚度以及卵泡刺激素等指标水平。结果 研究组患者治疗总有效率为97.5%, 比对照组患者的75.0%明显偏高, 组间差异明显,  $P < 0.05$ ; 2组患者治疗前的症状积分、血清雌二醇、子宫内膜的厚度以及卵泡刺激素等指标水平差异不具有统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 而治疗后, 研究组患者症状积分、血清雌二醇、子宫内膜的厚度以及卵泡刺激素等指标水平均比对照组明显优越, 组间差异明显,  $P < 0.05$ 。结论 中药周期疗法对于卵巢早衰的临床治疗效果显著, 能有效提升患者卵巢的功能, 因而在临幊上具有广阔的应用价值。

**关键词:** 卵巢早衰; 中药周期疗法; 临幊疗效; 脏躁

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.045

文章编号:1672-2779(2018)-16-0103-02

## Clinical Observation of Chinese Herbal Medicine Periodic Therapy on Premature Ovarian Failure

PAN Yong

(Pharmacology Department, Liaoyang Petrochemical General Hospital, Liaoning Province, Liaoyang 111003, China)

**Abstract:** Objective To investigate the clinical effect of Chinese herbal medicine periodic therapy on premature ovarian failure. Methods 80 patients with premature ovarian failure were randomly divided into study group and control group from December 2015 to October 2017. In the control group, the patients were treated with pimeil and angong progesterone, and the study group was treated with Chinese traditional medicine periodic therapy on the basis of the control group. The clinical effect of two groups was observed and compared. Results The total effective rate of the study group was 97.5 %, which was significantly higher than 75.0 % of the control group. There was no significant difference in symptom score, serum estradiol, endometrium thickness and follicle stimulating hormone levels between the two groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, the levels of symptom score, serum estradiol, endometrium thickness and follicle stimulating hormone of the study group were significantly superior to those of the control group. Conclusion Chinese herbal medicine periodic therapy is effective in the clinical treatment of premature ovarian failure, which can improve the ovarian function effectively, so it has wide clinical application value.

**Keywords:** premature ovarian failure; Chinese herbal medicine cycle therapy; clinical effect; vertigo

卵巢早衰(POF)主要是指月经初潮年龄正常或青春期延迟及第二性征发育正常的女性于40岁之前因为诸多因素而导致卵巢功能减退的临床病症, 其临床症状主要表现为闭经、不孕不育以及月经失调等, 并同时伴有烦躁失眠、性欲下降、潮热汗出以及阴道干涩等症狀<sup>[1]</sup>。相关研究表明, 卵巢早衰在正常人中的发病率约为1%~3%, 而在继发性的闭经女性中为4%~18%, 属于妇科比较常见的疾病和疑难症状, 会对患者的生理及心理造成严重的影响。西医多运用激素实施人工周期药物治疗, 但其临床效果并不理想, 同时还会引发诸多副反应, 因而不能为患者所接受。此次研究以我院所收治的80例卵巢早衰患者作为研究对象, 对其分别予以倍美力联合安宫黄体酮药物治疗及中药周期疗法, 然后对比2组患者临床治疗效果, 旨在为相关的医学研究及临床实践提供借鉴。现将整个研究报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2015年12月—2017年10月所收治的80例卵巢早衰患者作为研究对象, 将其随机

分为研究组和对照组, 各40例; 所有患者均符合卵巢早衰相关诊断标准, 患者主要临床表现为烦躁、失眠、性欲减退及阴道干涩等。研究组患者年龄32~38岁, 平均年龄为( $36.42 \pm 2.16$ )岁; 患者闭经时间最短7月, 最长6年, 平均闭经时间为( $2.56 \pm 1.25$ )年。对照组患者年龄31~39岁, 平均年龄为( $37.56 \pm 2.24$ )岁; 患者闭经时间最短8月, 最长6年, 平均闭经时间为( $2.65 \pm 1.32$ )年。2组患者的一般资料包括年龄及闭经时间等均不具有显著性差异,  $P > 0.05$ , 具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者施以倍美力联合安宫黄体酮药物治疗, 倍美力药物每天剂量为0.625 mg, 持续服用21 d, 而在最后7 d联合服用安宫黄体酮药物, 每天剂量10 mg, 在停经7 d以后按照上述疗法持续治疗, 所有患者均持续治疗3个月为1个疗程。

研究组患者在对照组治疗的基础上施以中药周期治疗。倍美力联合安宫黄体酮药物治疗方法与对照组患者相同。其中, 中药周期治疗方法为: 在患者月经周期的4~5天, 治疗应以填精益髓及活血温肾为主, 此



时对患者施以1号方剂，组成为：黄芪、黄精各20 g，红血藤、菟丝子、淫羊藿、何首乌、巴戟天、肉苁蓉、仙茅、当归及丹参各15 g，紫河车3 g。在月经周期的15~24天，治疗应以滋阴敛汗、健脾益肾以及疏肝理气为主，此时施以2号方剂，方剂组成为：牡蛎、白芍各20 g，夜交藤、仙灵脾、菟丝子、获苓、山药、白术及熟地黄各15 g，外加白薇12 g，山茱萸、香附、制附片及柴胡各10 g。上述两方剂均每天1剂，每剂100 mL，并分早晚2次进行口服，持续用药3个月经周期<sup>[2]</sup>。

**1.3 观察指标** 观察并比较2组患者临床治疗效果，并统计患者治疗前后的症状积分、血清雌二醇、子宫内膜的厚度以及卵泡刺激素等指标水平。疗效评定标准如下：治愈：经治疗以后，患者的月经恢复来潮，且临床症状均明显改善；有效：经治疗后，患者的月经稀发，且其临床症状均有所改善；无效：经治疗后，患者的月经没有恢复来潮，且其各项临床症状均未见改善。

**1.4 统计学方法** 运用SPSS 19.0统计分析软件对此次研究所观察的数据资料进行统计分析，其中计量资料以均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ )表示，并予以t检验；而计数资料以百分比 (%) 表示，并予以 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者临床疗效比较** 研究组患者治疗总有效率为97.5%，比对照组患者的75.0%明显偏高，组间差异明显， $P < 0.05$ 。详见表1。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	40	32(80.0)	7(17.5)	1(2.5)	39(97.5)
对照组	40	18(45.0)	12(30.0)	10(25.0)	30(75.0)
$\chi^2$ 值					8.538
P值					0.003

**2.2 2组患者治疗前后的症状积分、血清雌二醇、子宫内膜的厚度以及卵泡刺激素等指标水平比较** 2组患者治疗前的症状积分、血清雌二醇、子宫内膜的厚度以及卵泡刺激素等指标水平差异不具有统计学意义 ( $P > 0.05$ )；而治疗后，研究组患者症状积分、血清雌二醇、子宫内膜的厚度以及卵泡刺激素等指标水平均比对照组明显优越，组间差异明显， $P < 0.05$ 。详见表2。

表2 2组治疗前后的症状积分、血清雌二醇、子宫内膜的厚度以及卵泡刺激素等指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	子宫内膜厚度 (mm)	卵泡刺激素 (U/L)	血清雌二醇 (ng/L)	症状积分 (分)
研究组	40	治疗前	5.32±1.25	70.48±23.82	14.25±6.58	15.36±3.18
		治疗后	5.99±1.26 <sup>a</sup>	62.36±15.58 <sup>a</sup>	17.15±6.89 <sup>a</sup>	10.58±2.36 <sup>a</sup>
对照组	40	治疗前	5.31±1.24	70.54±22.86	14.22±6.58	15.35±3.12
		治疗后	7.56±1.68 <sup>ab</sup>	40.36±12.37 <sup>ab</sup>	29.56±13.48 <sup>ab</sup>	5.56±1.64 <sup>ab</sup>

注：与治疗前相比，<sup>a</sup> $P < 0.05$ ；与对照组相比，<sup>ab</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

卵巢早衰是由于多种因素而引起女性卵巢功能较早的衰竭，其临床表现为女性于40岁之前出现不孕不育、闭经、雌激素水平降低，而促性腺激素水平上升等。因而卵巢合成并分泌性激素功能降低，从而对下丘脑-垂体轴相应负反馈调节作用降低，导致促性腺激素上升，而雌激素水平下降。相关医学研究表明，卵巢早衰导致血中雌激素含量不足以对子宫内膜产生刺激时，患者的月经将会从稀发逐渐趋于停止<sup>[3]</sup>。当前西医对卵巢早衰还缺乏有效的治疗方法，大多是以激素进行替代治疗（HRT），这具有一定的效果，但有可能会引发子宫内膜癌及乳腺癌等恶性疾病的危险。中医治疗能够进行整体的调控，并从多靶点，运用多方式进行调节，因而在女性卵巢功能障碍类型疾病中的治疗中表现出比较明显的优势<sup>[4]</sup>。

本研究以我院所收治的80例卵巢早衰患者作为研究对象，对照组患者施以倍美力联合安宫黄体酮药物治疗，而研究组患者在对照组患者治疗的基础上施以中药周期治疗，根据患者月经情况，在患者月经周期的4~5天，治疗应以填精益髓及活血温肾为主；在月经周期的15~24天，治疗应以滋阴敛汗、健脾益肾以及疏肝理气为主。结果表明研究组患者治疗总有效率为97.5%，比对照组患者的75.0%明显偏高，组间差异明显， $P < 0.05$ ；2组患者治疗前的症状积分、血清雌二醇、子宫内膜的厚度以及卵泡刺激素等指标水平差异不具有统计学意义 ( $P > 0.05$ )；而治疗后，研究组患者症状积分、血清雌二醇、子宫内膜的厚度以及卵泡刺激素等指标水平均比对照组明显优越，组间差异明显， $P < 0.05$ 。这与相关的研究结果相似<sup>[5-6]</sup>，表明中药周期治疗对于卵巢早衰患者的临床治疗效果明显。

综上所述，中药周期疗法对于卵巢早衰的临床治疗效果显著，能有效提升患者卵巢的功能，因而在临幊上具有广阔的应用价值。

## 参考文献

- [1] 李玉芹, 韦媛媛, 凌沛, 等. 中药周期疗法联合腹针治疗卵巢早衰 58 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 16(12):256-258.
- [2] 陶一蕾. 周期疗法治疗卵巢早衰 74 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(16):34-34.
- [3] 王晓静, 腰向颖. 中药周期疗法治疗卵巢早衰 40 例临床观察[J]. 中医临床研究, 2013, 20(16):86-87.
- [4] 王兵兵. 中药序贯周期疗法治疗卵巢早衰的应用价值评析[J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2016, 16(20):125-126.
- [5] 周瑞秀, 刘相云. 激素替代人工周期中药疗法治疗卵巢早衰的临床研究[J]. 中外医疗, 2015, 34(27):20-22.
- [6] 李艳红, 陈瑞雪. 中药周期疗法对卵巢早衰的指导作用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 26(2):134-135.

（本文编辑：杨杰 本文校对：张珍 收稿日期：2018-03-19）

# 中医药联合阿片类药物治疗癌痛

马超<sup>1</sup> 阎丽珠<sup>2\*</sup>

(1 天津中医药大学研究生院, 天津 300193; 2 天津中医药大学第二附属医院肿瘤科, 天津 300250)

**摘要:**癌痛是晚期肿瘤患者常见的临床症状之一,不仅严重影响患者的生活质量,而且不利于肿瘤的进一步治疗,故有效的镇痛治疗十分重要。单纯运用阿片类药物止痛会产生较大的毒副作用,但若联合中药治疗不仅能更好地控制癌痛,且中药能很好地解决诸如便秘、恶心呕吐等不良反应。两者联合使用可优势互补,达到无痛生存,提高患者生活质量的目的。

**关键词:**癌症;疼痛;阿片类药物;不良反应;中医药疗法;瘤积

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.046

文章编号:1672-2779(2018)-16-0105-02

## Traditional Chinese Medicine Combined with Opioids in Treating Cancer Pain

MA Chao<sup>1</sup>, YAN Linzhu<sup>2</sup>

(1. Graduate School, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China;

2. Oncology Department, the Second Affiliated Hospital of T Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300250, China)

**Abstract:** Cancer pain is one of the common clinical symptoms in patients with tumor. It not only seriously affects the quality of life of patients, but also is not conducive to the further treatment of tumor. Therefore, effective analgesia is very important. Simply using opioids can produce a large toxic side effect. But if with traditional Chinese medicine can not only better pain control and Chinese medicine can be a very good solution to adverse reactions such as constipation, nausea, and vomiting. The combination of the two methods can complement each other, achieve painless survival and improve patients' quality of life.

**Keywords:** cancer; pain; opioids; adverse reactions; therapy of traditional Chinese medicine; zhengji

国际疼痛研究协会(IASP)对疼痛的定义为:“疼痛是一种令人不快的感觉和情绪上的感受,伴随有现存的或潜在的组织损伤。”这也是癌痛的基本定义。癌痛是指由癌症、癌症相关性病变及癌症诊疗所致的疼痛。有效的镇痛治疗对于癌症患者具有重要的临床意义。笔者在临床跟随导师学习中,观察到香砂六君子汤加减联合阿片类药物治疗癌痛,常能取得不错的疗效,且针对阿片类药物的不良反应亦卓有成效,现报道如下。

## 1 癌痛的现状及常规治疗

据WHO统计,癌症患者的疼痛发生率约为30%~50%,晚期癌症患者疼痛的发生率高达75%以上<sup>[1]</sup>。“消除疼痛是患者的基本权利”,在癌痛的治疗上,我们不应只是简单地控制疼痛,而是应该达到持续有效缓解疼痛,限制治疗相关不良反应,最大限度改善癌痛患者的生活质量。

最新的NCCN指南指出,WHO三阶梯止痛法仍作为癌痛治疗的首选方法,主要药物为阿片类药物,但长期大量应用阿片类的毒副作用不容忽视。阿片类药物控制癌痛过程中便秘为最常见的不良反应,发生率约90%~100%,其次为恶心呕吐(大多出现于用药的初期),发生率约30%,嗜睡、皮肤瘙痒、尿潴留、呼

吸抑制等则较少见,据个体差异而论<sup>[2]</sup>。部分患者对阿片类的需求量越来越大,随着用量加大,不良反应出现亦更多且严重。

## 2 中医药对癌痛的认识及优势

**2.1 中医对癌痛的论述** 恶性肿瘤属于中医学“瘤积”“癌瘤”范畴。关于癌痛,在晋·葛洪《肘后备急方》中就有记载:“治卒暴症,腹中有物如石,痛如刺,昼夜啼呼,不治之百日死”,足见癌痛对患者的危害之大。古代先贤对于疼痛病机的理解,《黄帝内经》首次提出“不通则痛”及“不荣则痛”。正如《素问·举痛论》曰:“痛而闭不通矣”,是说“不通则痛”;而《素问·举痛论》曰:“脉泣则血虚,血虚则痛”,则是论述“不荣则痛”。

恶性肿瘤为慢性消耗性疾病,病久则由气及血,由血入络,是故痰瘀癌毒郁积络脉是癌痛的基本病机。癌毒留于络脉,影响络脉本身正常的生理活动,络脉之气运行受阻,和血脉失去关联,致气血受阻,津液不布,酿生痰浊。癌毒为无形之病邪,痰浊为有形之载体,癌毒因而附于痰浊之上,形成肿块,压迫毗邻组织,发生癌痛。此即“不通则痛”。癌肿为人身之贼,与正气势不两立,不断盗取人体精微物质,致使正气亏虚,元气颓败。正气亏虚,更无力制约癌毒,而癌毒愈强,正气愈亏,精微物质不能发挥正常的营养作用,此即“不荣则痛”。如此恶性循环,癌痛愈加

\* 通讯作者:1129289553@qq.com



难以控制，到晚期常虚实夹杂。临幊上癌痛病理属性大多总属本虚标实，是一种全身属虚，局部属实的疾病。本虚为脏腑气血阴阳的亏虚，标实为气滞、瘀血、痰浊、热毒互结，治疗应扶正祛邪。

癌痛以正气虚为主，而脾胃主纳运统血，为“气血生化之源”，有“后天之本”之称，历代名医皆重视脾胃功能，如李东垣《脾胃论·脾胃胜衰论》载“百病皆由脾胃衰而生也”。香砂六君子汤加减在原有香砂六君子汤的基础上加入升降法的思想，既有益气健脾、化生气血之品，善治“不荣则痛”，又有升降气机、行气化痰消瘀之类，且可治“不通则痛”。

**2.2 升降法在便秘中的应用** 精气学说是中医学的哲学理论，其认为构成宇宙万物的本原—精气，化为天地阴阳二气，天气下降，地气上升，天地阴阳二气氤氲交感，一升一降，方产生宇宙万物，并推动它们的发展变化。即所谓“天地合而万物生”。人体亦如是，在体内存在多个气机升降循环，升降正常才能保持健康，正如《素问·六微旨大论》曰：“升降出入，无器不有”。《素问·刺禁论》云：“肝生于左，肺藏于右，心部于表，肾治于里，脾为之使，胃为之市”。肝木从左而升，肺金从右而降，心火宜降，肾水宜升，其中脾胃的中枢作用尤为重要，即“中枢旋转，水木因之左转，火金因之右降”。升降失常，则会出现各种病理变化。

早在《素问·灵兰秘典论》就已指出：“大肠者，传导之官，变化出焉”。大肠的主要功能是传导糟粕，排泄废物。如果气机升降失常，则传导不利，导致糟粕堆积，形成便秘。便秘的主要病位在大肠，但与脾胃、肝肺、心肾的气机升降有密切关系，因此便秘的治疗重在调畅气机，以恢复大肠传导之官的功能。因脾胃为升降之枢纽，又“肺合大肠”，故主要重视脾胃及肺的气机。脾主升清，胃主降浊。脾宜升则健，胃宜降则和。脾胃升降失常，脾既不得运化，无力排便，又不得为胃行其津液而下输于肠道，大便干燥。治疗以恢复其升降为要，清气升则浊阴自降，香砂六君子汤加减治之。

中医药在癌痛的治疗中有积极的作用，一方面，中医药联合阿片类止痛可减少阿片类药物的用量从而减少不良反应；另一方面，中医讲究辨证论治，其多靶点、全面兼顾和个体化治疗的特点使得在临床中不仅可以控制癌痛，还可治疗其他诸如腹胀、乏力等一系列症状，整体调理病情，大大提高患者生活质量。

### 3 临床验案

一诊：患者王某，女，72岁。2017年2月17日就诊。患者1年前于天津肿瘤医院病理诊断为肺癌。经化

疗、放疗等一系列综合治疗后病情基本稳定，平日予硫酸吗啡控释片30 mg口服，每12 h 1次，疼痛控制尚可，伴有轻度便秘、乏力、食欲不振等症状。近2月疼痛控制欠佳，且腹胀便秘、乏力、食欲不振等愈加严重，现转求中医治疗。四诊：患者神志尚可，精神差，消瘦，乏力，胸痛，腹胀便秘，五六日一行，纳少，寐差，舌黯苔略黄厚，脉濡涩。处方：陈皮12 g，清半夏10 g，茯苓15 g，生白术20 g，党参15 g，鸡内金12 g，木香6 g，砂仁10 g（后下），升麻6 g，当归12 g，延胡索10 g，烫水蛭6 g，肉苁蓉10 g，桔梗6 g，甜杏仁10 g，熟大黄6 g（后下），甘草10 g。7剂，水煎服，每日1剂。硫酸吗啡控释片30 mg口服，每12 h 1次。

二诊：1周后复诊，精神渐好，患者自述疼痛控制良好，大便1~2日一行，乏力、食欲不振等症状好转。上方大黄减半，加牛膝10 g，继服14剂。

按：方中党参、白术、茯苓三者合用健脾益气，共奏“虚痛当补”之效。后天充，运化有权，气血生化有源，灌四傍、经脉以营养四肢百骸，使“荣则不痛”；白术生用，取其补而不滞的作用，助大肠传送之力。脾健，脾为胃行其津液，大便自能畅解。用当归、延胡索、烫水蛭增强行气活血之功，且气为血之帅，脾气健以行使其统血正常运行之职，使“通则不痛”；《本草纲目》云：“延胡索，能行血中气滞，气中血滞，故专治一身上下诸痛”。陈皮、半夏、木香、砂仁燥湿化痰，行气止痛；大黄泻下攻积，且有逐瘀通经止痛之效。肉苁蓉补肾助阳，润肠通便。桔梗、甜杏仁开宣肺气而助下焦通便，体现了“以通治痛”的原则；少佐升麻，乃取其升清降浊之意，清气一升，浊气自行，则大便通矣。甘草益气和中，调和诸药。诸药配合，具有益气健脾和胃、活血化瘀消瘀、润肠通便止痛之功，可使气血生化有源，脾升胃降有序，肠道传化有力。应用于临床，能有效减轻疼痛、便秘、食欲不振、乏力等症状。

治疗后患者生活质量有明显改善，故笔者认为香砂六君子汤加减在其中起到了增效止痛及减轻阿片类不良反应的作用。之前亦有临床研究<sup>[3]</sup>表明香砂六君子汤能有效改善肿瘤患者恶心呕吐、食欲不振等症状。综上，中药联合阿片类药物不仅能增强止痛效果，还能减轻阿片类不良反应，增强免疫力，提高患者生活质量，值得临床推广和进一步研究。

### 参考文献

- [1]魏于全,郝捷.肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2015:359-363.
- [2]王莉,贾佳,刘畅,等.阿片类药物治疗老年中重度癌痛不良反应分析[J].中国药物警戒,2011,8(9):553-554.
- [3]易成,潭杰明,王辛,等.香砂六君子汤加味对肿瘤患者食欲不振的改善效果[J].中药药理与临床,2003,19(5):18.

（本文编辑：杨杰 本文校对：郭庆伟 收稿日期：2018-05-22）



# 黄芪建中汤联合改良外剥内扎术治疗环状混合痔38例

刘卫华<sup>1</sup> 谌建平<sup>2\*</sup>

(1 南昌县幽兰镇中心卫生院外科,江西 南昌 330216; 2 南昌市洪都中医院中医外科,江西 南昌 330008)

**摘要:**目的 观察和评价黄芪建中汤联合改良外剥内扎术治疗环状混合痔的临床疗效。方法 将76例环状混合痔患者随机分为治疗组和对照组各38例,治疗组采用黄芪建中汤联合改良外剥内扎术,对照组采用单纯的外剥内扎术。结果 2组患者手术时间、住院时间、治愈率差异无统计学意义,治疗组愈合天数29~43 d,平均(35.3±6.5) d;对照组愈合天数31~46 d,平均(38.9±7.8) d,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组术后5 d疼痛评分、水肿评分、出血评分好于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 黄芪建中汤联合改良外剥内扎术治疗环状混合痔具有缩短切口愈合时间、减轻术后并发症的优点,值得临床推广。

**关键词:** 黄芪建中汤; 改良外剥内扎术; 环状混合痔; 痔疮

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.047

文章编号:1672-2779(2018)-16-0107-02

## Huangqi Jianzhong Decoction Combined with Improved Milligan-Morgan in the Treatment of Circumferential Mixed Hemorrhoids for 38 Cases

LIU Weihua<sup>1</sup>, CHEN Jianping<sup>2</sup>

(1. Department of Surgery, Youlan Town Central Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330216, China;

2. Department of TCM Surgery, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China)

**Abstract:** Objective To observe and evaluate the clinical effect of Huangqi Jianzhong Decoction combined with improved Milligan-Morgan in the treatment of circumferential mixed hemorrhoids. Methods 76 patients with circumferential mixed hemorrhoids were randomly divided into treatment group and control group, with 38 cases in each group. The patients in the treatment group were treated with Huangqi Jianzhong decoction combined with improved Milligan-Morgan, while those in the control group used Milligan-Morgan. Results There was no significant difference in the operation time, the time of hospitalization and cure rate between the two groups. The healing days of the treatment group were 29~43 days (35.3±6.5 days), and the healing days were 31~46 days (38.9±7.8 days) in the control group, there were significant difference between the 2 groups ( $P<0.05$ ). The pain score, edema score and bleeding score in the treatment group 5 days after operation were better than those in the control group, and the differences were significant ( $P<0.05$ ). Conclusion Huangqi Jianzhong decoction combined with improved Milligan-Morgan in the treatment of circumferential mixed hemorrhoids can shorten the wound healing time and reduce complications after surgery, and is worthy of promotion.

**Keywords:** Huangqi Jianzhong decoction; improved Milligan-Morgan; circumferential mixed hemorrhoids; hemorrhoids

混合痔是肛垫病理性增大、脱出和肛周皮下血管丛瘀滞扩张而形成的团块,早期可表现为单个点位痔核脱出,随着疾病的发展,痔核逐渐出现多个点位脱出甚至环绕肛周脱出。环状混合痔通常处于疾病后期,其主要临床表现为出血、脱出、疼痛、分泌物增多、瘙痒等<sup>[1]</sup>。临床中,我们采用充分扩肛以及切开部分内括约肌的改良术式联合口服黄芪建中汤治疗环状混合痔取得了良好的效果。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 所有病例来源于2013年7月—2016年10月住院患者,共76例,均符合混合痔的诊断标准<sup>[2]</sup>,痔核环状脱出。排除合并其他肛肠病者及其他严重心脑血管疾病、血液病、糖尿病者;排除孕妇和哺乳期妇女及精神病患者。将患者随机分为2组,每组38例,治疗组男17例,女21例,年龄25~63岁,平均(39.6±6.6)岁,病程3~23年;对照组男19例,女19例,年龄27~65

岁,平均(37.8±7.2)岁,病程4~21年。2组病例年龄、性别、病程等经统计学分析,差异均无统计学意义,具有可比性。

**1.2 治疗方法** 2组患者术前准备一样,耳穴埋针,常规灌肠,均取侧卧位,常规消毒铺巾,局部麻醉。

**1.2.1 治疗组** ①术前充分扩肛,以双手食指、中指能自由进出为准,完全显露内痔痔核。②同常规外剥内扎手术一样,剥离结扎各点痔核,各切口之间保留足够的正常组织,呈齿状结扎,防止肛门狭窄。③待处理完各点痔核后再次轻轻扩肛,避免暴力,以免残端结扎线脱落出血,选择后侧非正中的切口作部分内括约肌挑出并剪断,尽量避免产生新的切口。④最后修剪各切口使之引流通畅,凡士林纱条填塞,塔形纱块加压包扎。

**1.2.2 对照组** 作常规外剥内扎术,即上述②、④步骤。

**1.2.3 术后处理** 2组术后处理完全一样,保持普通饮食。控制大便1 d,以后每日大便1次为宜,常规便后中药坐浴、换药。

\* 通讯作者:cjp100@163.com

**表1 2组手术时间、住院时间、愈合时间、治愈率、肛门功能及术后并发症评分比较**

组别	例数	手术时间 (min)	住院时间 (d)	愈合时间 (d)	疼痛评分		水肿评分		出血评分		治愈率 [例(%)]	肛门狭窄 (例)
					3 d	5 d	3 d	5 d	3 d	5 d		
治疗组	38	45.8±10.6	11.1±4.1	35.3±6.5	4.6±1.5	3.1±1.4	1.8±1.3	1.3±1.0	1.3±0.5	0.5±0.4	31(81.6)	0
对照组	38	44.1±11.1	12.2±5.4	38.9±7.8	5.2±2.1	4.3±1.8	2.3±1.5	2.0±1.2	1.5±1.0	0.8±0.6	30(78.9)	1
P值		0.67	0.32	0.04	0.09	0.03	0.10	0.02	0.21	0.03	0.77	

治疗组术后1周开始口服黄芪建中汤。处方如下：黄芪30 g，肉桂15 g，赤芍15 g，白芍15 g，生姜15 g，炙甘草10 g，大枣15 g，麦芽50 g。以上药物为中药配方颗粒（广东一方制药有限公司），由患者自行冲服，每日1剂，分2次温服。

**1.3 观察指标** ①观察手术持续时间、住院时间及切口愈合时间。②观察术后并发症（术后3 d、5 d疼痛，切口水肿及出血评分），疼痛采用视觉模拟疼痛评分：根据视觉模拟疼痛表，以感觉无痛为0分，最痛为10分，指导患者根据自身感受评分；水肿评分标准，0分：创面边缘皮肤柔软无异常突起；1分：创面边缘皮肤突起<肛周1/4圈；2分：创面边缘皮肤突起>肛周1/4圈，而<1/2圈；3分：创面边缘皮肤突起>肛周1/2圈；出血评分标准，0分：无明显出血；1分：便后手纸带血或粪便外带血少量，无连续点滴状出血；2分：大便时出血较多血液，连续点滴状，经一般压迫处理可止血；3分：呈搏动性出血，出血量多，或有积血排出，需结扎等特殊处理。③观察愈合后肛门功能，有无肛门狭窄。④治愈率，参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>，治愈：症状消失，痔消失。好转：症状改善，痔缩小。未愈：症状、体征均无变化。治愈率=治愈/(治愈+好转+未愈)×100%。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 21.0软件包进行数据统计分析。计数资料采用 $\chi^2$ 检验，计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示，采用t检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2组患者手术时间、住院时间差异无统计学意义，治疗组愈合天数29~43 d，平均(35.3±6.5) d；对照组愈合天数31~46 d，平均(38.9±7.8) d，经t检验，差异有统计学意义( $P<0.05$ )。2组术后5 d疼痛评分、水肿评分、出血评分差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组38例中治愈率81.6%，好转率18.4%；对照组中治愈率78.9%，好转率21.1%，经卡方检验，差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗组无肛门狭窄患者，对照组有1例轻度肛门狭窄患者，经扩肛治疗后好转。具体数据见表1。

## 3 讨论

混合痔是临幊上常见疾病，其发病率较高，而环状混合痔则是肛肠科公认的较复杂、严重且难以完美处理的一种痔病，为国家中医药管理局公布的肛肠科

难治性疾病之一<sup>[3]</sup>。外剥内扎术是治疗混合痔的经典手术方式，但术后易出现肛缘水肿、肛门疼痛以及肛门狭窄等不良并发症。临幊上不少同道试图联合其他治疗方式来降低各种并发症，如联合注射术<sup>[4]</sup>、弹力线<sup>[5]</sup>，均有一定的效果。鉴于内括约肌痉挛是术后出现剧烈疼痛、造成一系列不良并发症的重要原因，切断部分内括约肌，使内括约肌得到松解，就能有效解除其持续痉挛状态，从而缓解术后出现的痉挛性疼痛及水肿等其他不良并发症<sup>[6]</sup>。改良外剥内扎术前充分扩肛，术后再次扩肛并选择性切除部分内括约肌，有效地解除内括约肌持续性痉挛状态，缓解了并发症的发生，是治疗环状混合痔较为理想的术式。黄芪建中汤源于《金匱要略》“虚劳里急，诸不足，黄芪建中汤主之”，由小建中汤加黄芪而成，因原方饴糖缺药，故以麦芽代之，且汉代桂枝经考证为今之肉桂。方中黄芪为补气要药，且可托毒生肌，为外科圣药，肉桂能解肌祛风、温通血脉，赤芍、白芍同用能缓急止痛、养血和营、活血止痛，麦芽温中健脾开胃，增强脾胃运化，炙甘草、大枣、生姜可补中益气、温中止血、调和营卫、缓和药性。根据辩证，黄芪建中汤可以运用于病机以“虚”为主的各科疾病<sup>[7-9]</sup>，尤以脾胃虚弱的消化性溃疡多见。环状混合痔术后多有气血亏虚之象，且切口也可看成类似消化道溃疡面而治疗，日本汉方界也有运用黄芪建中汤治疗手术创口愈合不良的记录<sup>[10]</sup>。如果术后湿热之象很明显的患者还是不能运用该方。

## 参考文献

- [1]张东铭.痔的现代概念[J].中华胃肠外科杂志,2001,4(1):58-60.
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:132.
- [3]刘扬,刘青,杨润清,等.PPH联合外剥内扎术及皮桥整形术治疗重度环状混合痔的临床疗效观察[J].中国普通外科杂志,2015,24(2):297.
- [4]徐瑞华.外剥内扎注射术加多切口括约肌松解术治疗环形混合痔临床效果[J].包头医学院学报,2016,32(6):61.
- [5]赵仑,柳越冬,真登辉.弹力线联合外剥内扎治疗重度混合痔临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(6):70-72.
- [6]张东铭.大肠肛门局部解剖与手术学[M].3版.合肥:安徽科学技术出版社,2009:81.
- [7]于贺,卢亚品,孙根,等.黄芪建中汤改善脾胃虚弱型恶性肿瘤患者生存质量20例[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(13):89-90.
- [8]刘波,张立国.黄芪建中汤治疗胃溃疡的研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(86):92-93.
- [9]许文倩,胡英还,秦雪梅,等.黄芪建中汤临床应用及实验研究进展[J].山西中医学院学报,2018,19(1):66-71.
- [10]大塚敬节.汉方诊疗三十年[M].北京:华夏出版社,2011:62.

（本文编辑：杨杰 本文校对：龚光辉 收稿日期：2018-04-15）

# 苏黄止咳汤联合孟鲁斯特钠治疗风盛挛急型咳嗽变异性哮喘 60 例

王 璐

(济宁市中医院肺病科, 山东 济宁 272000)

**摘要:** 目的 观察苏黄止咳汤联合孟鲁斯特钠治疗风盛挛急型咳嗽变异性哮喘的临床疗效。方法 将60例风盛挛急型咳嗽变异性哮喘患者随机分为2组各30例, 对照组给予孟鲁斯特钠治疗, 观察组在对照组治疗的基础上加用苏黄止咳汤治疗, 2组均治疗2周。观察2组患者治疗前后咳嗽评分、中医症候积分及有效率、血清中嗜酸性粒细胞(EOS)、血清免疫球蛋白E(IgE)、血浆炎症介质白细胞介素-6(IL-6)水平的变化。结果 观察组可有效改善咳嗽评分及中医症候积分, 其总有效率96.7%, 与对照组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ) ; 观察组在降低IgE、IL-6水平方面优于对照组( $P<0.05$ ) ; 但在降低EOS水平方面, 2组无明显差异( $P>0.05$ )。2组在治疗期间均未发生因药物所致不良反应。**结论** 苏黄止咳汤联合孟鲁斯特钠治疗风盛挛急型咳嗽变异性哮喘疗效显著, 无不良反应。

**关键词:** 咳嗽变异性哮喘; 风盛挛急症; 苏黄止咳汤; 孟鲁斯特钠

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.048

文章编号:1672-2779(2018)-16-0109-03

## Suhuang Zhike Decoction Combined with Azithromycin in Treating Cough Variant Asthma of Extensive Wind Evil Spasm Syndrome for 60 Cases

WANG Lu

(Pulmonary Disease Department, Jining Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jining 272000, China)

**Abstract :Objective** To observe the clinical effect of Suhuang Zhike decoction combined with Azithromycin for cough variant asthma of extensive wind evil spasm syndrome. **Methods** 60 cases of cough variant asthma of extensive wind evil spasm syndrome patients were randomly divided into two groups, with 30 cases in each group. Both groups received Azithromycin, while the observation group additionally received Suhuang Zhike decoction. The course of treatment for both groups lasted for 2 weeks. We observed the changes in the cough score, TCM syndrome score and effective rate, serum EOS, IgE, IL-6 content changes in both groups before and after treatment. **Results** The observation group showed better than the control group in improving cough score, TCM syndrome score ( $P<0.05$ ) . The total effective rate in the observation group was 96.7%. Levels of IgE and IL-6 in the observation group were lower than those in the control group ( $P<0.05$ ) , but there was no significant difference in decreasing EOS between the two groups ( $P>0.05$ ) . There was no adverse reaction during the treatment in both groups. **Conclusion** Suhuang Zhike decoction combined with Azithromycin on cough variant asthma of extensive wind evil spasm syndrome has significant curative effect. There was no adverse reaction during the treatment.

**Keywords:** cough variant asthma; extensive wind evil spasm syndrome; Suhuang Zhike decoction; Azithromycin

咳嗽变异性哮喘(CVA)<sup>[1]</sup>, 指的是以慢性咳嗽为主要或唯一临床表现, 夜间及清晨咳嗽较重, 容易被外界刺激因子诱发的一种特殊类型哮喘。2009年中华医学会呼吸病学分会哮喘学组制定了《咳嗽的诊断和治疗指南》(2009版), 明确了CVA为慢性咳嗽病因的主要因素之一。中医没有咳嗽变异性哮喘的病名, 但据其临床阵发性干咳、痉挛性咳嗽, 少痰, 咽痒等症, 当属中医“风咳”范畴。本病西医治疗与支气管哮喘治疗方法一致, 目前多以吸入型的糖皮质激素、 $\beta_2$ 肾上腺素受体激动剂、茶碱类、白三稀受体拮抗剂等药单独或联合治疗, 临床疗效肯定, 但治疗周期长, 增加了患者的经济和心理负担, 且多数患者在选择激素治疗上存在较大顾虑, 导致治疗不规范。中医药治疗具有一定的优势, 从整体出发辨证综合治疗, 临床毒副作用较少、安全经济。笔者运用苏黄止咳汤联合孟鲁斯特钠治疗风盛挛急型咳嗽变异性哮喘疗效显著, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

将于济宁市中医院2017年1月—2018年1

月收治的风盛挛急型CVA患者60例, 随机分为对照组和观察组各30例。2组患者性别及年龄分布如表1。

表1 2组患者性别及年龄构成比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)
观察组	30	14	16	46.87±4.89
对照组	30	11	19	46.17±6.63

2组性别经 $\chi^2$ 检验,  $\chi^2=0.617$ ,  $P=0.432$ ,  $P>0.05$ ; 年龄经F检验,  $P=0.516$ ,  $P>0.05$ , 无显著差异, 具有可比性。

**1.2 纳入标准** 符合西医《咳嗽的诊断与治疗指南》(2009版)、《中医咳嗽诊疗指南》(2011版)中CVA的诊断依据, 并辨证为风盛挛急证者。

**1.3 排除标准** 严重肝肾功能不全者; 合并慢性阻塞性肺疾病、肺结核、肺癌等其它可引起咳嗽的肺部疾病者; 妊娠或哺乳期妇女; 本研究药物无法耐受者; 正参加其它新药临床试验者。

**1.4 治疗方法** 对照组予以孟鲁司特钠片10 mg, 每晚1次, 口服(商品名: 顺尔宁, 规格: 10 mg/片, 生产企

业：杭州默沙东制药有限公司）。观察组在对照组治疗的基础上，加用苏黄止咳汤治疗，药物组成：炙麻黄6 g，蝉蜕6 g，紫苏叶9 g，紫苏子9 g，前胡9 g，五味子9 g，牛蒡子9 g，枇杷叶9 g，地龙9 g。日1剂，水煎取汁400 mL，分早晚2次饭后0.5 h温服。2组均治疗2周。

### 1.5 观察指标

**1.5.1 临床症状评分** 所有患者入组及接受治疗2周后均对患者按照咳嗽评分量表、中医证候总积分量表进行评分，并以尼莫地平积分法判定疗效。对比2组患者治疗前后咳嗽评分（参照2009版《咳嗽的诊断与治疗指南》）、中医证候总积分改善情况（参照《中医病证诊断疗效标准》）。

**1.5.2 实验室指标** 观察2组患者治疗前后血浆炎症介质白细胞介素-6（IL-6）、血清免疫球蛋白E（IgE）、嗜酸性粒细胞（EOS）的变化，分别于治疗前后抽取静脉血3 mL，以离心半径15 cm、转速3000 r/min离心10 min，于24 h内检测。

**1.6 统计学方法** 数据统计分析采用SPSS 17.0统计学软件，计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用t检验，计数资料采用 $\chi^2$ 检验，等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2组治疗前后咳嗽评分比较

见表2。

表2 2组治疗前后咳嗽评分比较 $(\bar{x}\pm s, 分)$

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	3.01±0.63	1.23±0.78
对照组	30	3.03±0.56	1.82±0.89

治疗前2组咳嗽评分比较，经t检验， $P=0.981$ ， $P>0.05$ ，差异无统计学意义，具有可比性。治疗后2组咳嗽评分比较，经t检验， $P=0.012$ ， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。说明观察组对患者咳嗽评分的改善优于对照组。

### 2.2 2组治疗前后证候积分比较

见表3。

表3 2组治疗前后证候积分比较 $(\bar{x}\pm s, 分)$

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	9.32±2.45	2.78±1.90
对照组	30	10.01±2.19	4.13±2.34

治疗前2组证候积分比较，经t检验， $P=0.634$ ， $P>0.05$ ，差异无统计学意义，具有可比性。治疗后2组证候积分比较，经t检验， $P=0.031$ ， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。说明观察组对患者证候积分的改善优于对照组。

### 2.3 2组中医证候疗效比较

见表4。

表4 2组中医证候疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	30	6(20.0)	17(56.7)	6(20.0)	1(33.3)	29(96.7)
对照组	30	3(10.0)	9(30.0)	12(40.0)	6(20.0)	24(80.0)

2组中医症候疗效比较，经秩和检验， $Z=-2.802$ ，

$P=0.005$ ， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。2组有效率比较，经 $\chi^2$ 检验， $\chi^2=4.043$ ， $P=0.044$ ， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。说明观察组有效率高于对照组。

### 2.4 2组治疗前后EOS%比较

见表5。

表5 2组治疗前后EOS%比较 $(\bar{x}\pm s, %)$

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	8.56±0.56	4.82±0.54
对照组	30	8.49±0.42	5.23±0.53

治疗前2组EOS%比较，经t检验， $P=0.813$ ， $P>0.05$ ，差异无统计学意义，具有可比性。治疗后2组EOS%比较，经t检验， $P=0.324$ ， $P>0.05$ ，差异无统计学意义。说明2组均可降低EOS%，且临床疗效相当。

### 2.5 2组治疗前后IgE比较

见表6。

表6 2组治疗前后IgE比较 $(\bar{x}\pm s, IU/mL)$

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	386.54±35.94	136.28±17.35
对照组	30	387.46±36.12	284.12±23.65

治疗前2组IgE比较，经t检验， $P=0.674$ ， $P>0.05$ ，差异无统计学意义，具有可比性。治疗后2组IgE比较，经t检验， $P=0.018$ ， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。说明观察组降低患者IgE含量优于对照组。

### 2.6 2组治疗前后IL-6含量比较

见表7。

表7 2组治疗前后IL-6含量比较 $(\bar{x}\pm s, ng/L)$

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	20.54±1.52	13.45±1.95
对照组	30	21.02±2.13	19.65±2.31

治疗前2组IL-6含量比较，经t检验， $P=0.560$ ， $P>0.05$ ，差异无统计学意义，具有可比性。治疗后2组IL-6含量比较，经t检验， $P=0.001$ ， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。说明观察组降低患者IL-6含量优于对照组。

## 3 讨论

目前，临幊上治疗CVA推荐应用糖皮质激素和支气管扩张剂治疗，其疗效是可以肯定的，不过两种药物的副作用较多及价格相对较高，使患者依从性变得较差，在临幊应用上也受到限制，进而影响了CVA的规范防治，造成患者病情反复发作，逐渐加重，预后较差。孟鲁司特钠是一种强效的选择性的白三稀受体拮抗剂，具有服用方便、不良反应小等特点，患者依从性较好。

中医学认为本病与风邪有密切关系，符合风邪致病的特性，当属中医“风咳”范畴。病因病机主要由风邪所致，风邪犯肺，肺失宣肃，气不布津，日久聚液成痰，或肺气亏虚，日久影响脾、肾功能，水湿代谢障碍，痰湿由内而生，形成伏痰，每遇风邪，引动伏痰，肺气不利，风、痰、气交阻搏结于气道，气道挛急发为咳嗽。（下转第132页）

# 海南南药穴位敷贴联合艾灸 治疗膝骨性关节炎气滞血瘀证的临床观察※

刘洪波<sup>1</sup> 韩平<sup>1\*</sup> 郑美艺<sup>2</sup>

(1 海南医学院第一附属医院中医科, 海南 海口 570102; 2 海南医学院中医院, 海南 海口 571199)

**摘要:** 目的 本研究以中医基础理论为指导, 结合临床实际, 应用海南特色药物穴位贴敷, 观察穴位贴敷和艾灸有机结合起来治疗膝骨性关节炎气滞血瘀证的临床疗效。方法 采用前瞻性随机对照临床试验设计方法。根据一般情况按照分层随机化的方法将62例膝骨性关节炎气滞血瘀证患者以1:1比例分成试验组、对照组。2组予以相同的常规基础治疗, 试验组在此基础上予穴位敷贴联合艾灸, 每日1次, 连续7 d。分别观察2组受试对象治疗前、治疗后临床症状体征计分、气滞血瘀证候积分以及Lysholm膝关节功能评分。结果 2组患者一般情况比较, 差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。2组患者治疗前临床症状体征计分、气滞血瘀证候积分以及Lysholm膝关节功能评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ) ; 治疗后比较, 差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 穴位敷贴联合艾灸能够降低膝骨性关节炎气滞血瘀证临床症状体征计分与气滞血瘀证候积分, 增加Lysholm膝关节功能评分, 是治疗膝骨性关节炎气滞血瘀证十分有效的方法。

**关键词:** 穴位贴敷; 艾灸; 膝骨性关节炎; 气滞血瘀证; 痹证; 外治法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.049

文章编号:1672-2779(2018)-16-0111-03

## Clinical Observation on Hainan Drug Acupoint Application Combined With Moxibustion in Treating Knee Osteoarthritis of Syndrome of Qi Stagnation and Blood Stasis

LIU Hongbo<sup>1</sup>, HAN Ping<sup>1\*</sup>, ZHENG Meiyi<sup>2</sup>

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Hainan Medicine University,  
Hainan Province, Haikou 570102, China;

2. College of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Hainan Medicine University, Hainan Province, Haikou 571100, China)

**Abstract: Objective** Based on the basic theory of traditional Chinese medicine, this study combines the clinical practice and applies the traditional Chinese medicine treatment. The clinical effect of acupoint application combined with moxibustion in the treatment of qi stagnation and blood stasis syndrome knee osteoarthritis was observed. **Methods** A prospective randomized controlled clinical trial design method was used. According to the general situation, 62 patients with knee OA qi stagnation and blood stasis syndrome were evenly divided into the experimental group and the control group according to the method of stratified randomization. The two groups were treated with the same conventional basic treatment, and the experimental group was treated with acupoint application and moxibustion once daily for 7 days. The scores of clinical symptoms and signs, syndrome scores of qi stagnation and blood stasis syndrome, and Lysholm knee function scores were observed before and after treatment in both groups. **Results** There was no significant difference in the general condition between the two groups ( $P>0.05$ ) . No significant difference was observed in the scores of clinical symptom scores, syndrome scores of qi stagnation and blood stasis syndrome, and Lysholm knee function scores before and after difference between the two groups after treatment ( $P<0.05$ ) . **Conclusion** Acupoint application combined with moxibustion can reduce the scores of clinical symptoms and signs and qi stagnation and blood stasis syndrome in knee osteoarthritis, and increase Lysholm knee function score, thus it is an effective treatment for knee osteoarthritis of syndrome of qi stagnation and blood stasis.

**Keywords:** acupoint application; moxibustion; knee osteoarthritis; qi stagnation and blood stasis; arthromyodynia; external therapy

膝骨性关节炎(knee osteoarthritis, KOA)<sup>[1]</sup>是一组以膝关节软骨破坏、变性及骨质增生等为主要病理特征, 以膝关节周围疼痛、功能障碍等为主要表现的临床综合征, 是一种骨关节类疾病, 好发于中老年人, 且女性多于男性, 也是最常见的慢性病、多发病之一。本研究旨在辨证论治理论的指导下, 观察穴位敷贴联合艾灸治疗KOA气滞血瘀证的临床疗效。

\* 基金项目: 国家中医药管理局第六批全国老中医药专家学术经验继承项目【No.人教发[2017]29号】

\* 通讯作者:hanping88@126.com

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 从2016年1月—2017年12月在海南医学院附属医院中医科住院治疗的KOA气滞血瘀证患者中, 选取符合纳入标准而无排除标准任一项的病例共62例。根据性别、年龄、部位等一般情况将62例病例按照分层随机化的方法以1:1比例分成试验组、对照组。

**1.2 诊断标准** 西医疾病诊断标准<sup>[2]</sup>, 参照2002年中华骨科学会制定的《骨性关节炎诊治指南草案》中KOA诊断标准。

中医证候诊断标准<sup>[2]</sup>, 参照《中药新药临床研究指导原则》的诊断标准制定。①临床症状体征: 疼痛拒按, 刺痛, 痛有定处; 肢体肿胀, 肌肉紧实; 局部青

紫瘀斑；活动不利，运作牵强；②舌脉象：舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，苔薄黄，脉弦涩。

**1.3 纳入标准** ①符合上述疾病诊断标准及症候诊断标准；②就诊之前1个月内未服用任何活血化瘀中药或中成药；③知情同意，自愿作为受试对象，参加临床试验并签署相关文件。

**1.4 排除标准** ①关节间隙显著狭窄或关节间形成骨桥连接而呈骨性强直者；②膝关节肿瘤、类风湿、结核、化脓及关节内骨折急性期者；③有明显膝关节内外翻畸形及患肢有血管神经损伤史者；④有合并心、脑、肝、肾等严重原发性疾病或无法配合治疗者。

**1.5 试验药品** 穴位敷贴组方及制作：海南鸡血藤、海南大驳骨、透骨草、川乌、草乌、海桐皮、当归、牛膝等。将诸药磨成粉末备用，使用时用凡士林膏调匀，湿度适宜，制成 $5\text{ cm} \times 5\text{ cm}$ 大小。艾条： $2\text{ cm} \times 3.3\text{ cm}$ 艾绒艾柱。

**1.6 治疗方法** 试验组：穴位敷贴，在敷贴药上加艾灸，每次20 min，每日1次，连续7 d。备选穴位：阳陵泉、内外膝眼、足三里、梁丘、血海、阿是穴等。

对照组：不予任何中药治疗。

2组予以相同的常规基础治疗，如非甾体类抗炎药等。

**1.7 观察指标** ①临床症状体征的计分与气滞血瘀证的证候积分：参照《中药新药临床研究指导原则》制定，临床症状体征的计分标准如下：疼痛、肿胀、活动功能按无、轻、中、重4个等级分别记为0、2、4、6分。气滞血瘀证的证候积分为各临床症状体征计分之和。②Lysholm膝关节功能评分：参照Lysholm膝关节功能评分标准，主要包括疼痛（25分）、步行（10分）、关节屈曲活动度（10分）、不稳定感（25分）、肿胀（10分）、上下楼梯（10分）、绞锁（10分）等，满分为100分<sup>[1]</sup>。③安全指标：包括X线检查，血、尿、大便常规检查，肝肾功能，心电图等。如实记录用药后出现的任何不良反应，包括全身反应及消化道反应等出现的时间及症状体征，是否需停药及处理措施等。

**1.8 统计学方法** 临床所收集的病例资料及时输入计算机，建立相应数据库，进行数据管理，统计分析用SPSS 17.0中文版电脑软件包。计量资料采用t检验，计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

## 2 结果

**2.1 2组患者一般情况比较** 试验组31例患者，其中男性18例，女性13例，平均年龄 $(65.9 \pm 5.6)$ 岁，左膝14例，右膝17例；对照组31例患者，其中男性21例，女性10例，平均年龄为 $(66.7 \pm 5.4)$ 岁，左膝17例，右膝14例。性别： $\chi^2=0.6593$ ,  $P>0.05$ ；年龄： $t=0.5632$ ,  $P>0.05$ ；部位： $\chi^2=0.6007$ ,  $P>0.05$ 。

**2.2 2组患者临床症状体征计分与气滞血瘀证证候积分比较** 治疗前，疼痛计分： $t=0.6369$ ,  $P>0.05$ ；肿胀计分： $t=$

$0.2538$ ,  $P>0.05$ ；活动功能计分： $t=0.6428$ ,  $P>0.05$ ；证候积分： $t=0.5954$ ,  $P>0.05$ 。治疗后，疼痛计分： $t=3.0477$ ,  $P<0.05$ ；肿胀计分： $t=2.6402$ ,  $P<0.05$ ；活动功能计分： $t=2.9689$ ,  $P<0.05$ ；证候积分： $t=5.8570$ ,  $P<0.05$ 。

**2.3 2组患者Lysholm膝关节功能评分比较** 见表1。

表1 Lysholm膝关节功能评分 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	治疗前	治疗后
试验组	31	$42.3590 \pm 4.4595$	$79.9573 \pm 6.1760$
对照组	31	$42.6312 \pm 4.5247$	$76.1584 \pm 5.9452$

注：治疗前， $t=0.2347$ ,  $P>0.05$ ；治疗后， $t=2.4272$ ,  $P<0.05$

## 3 讨论

现代医学认为，KOA为膝关节面软骨发生原发性或继发性退行性变及结构紊乱，伴随软骨下骨质增生、软骨剥脱，从而使关节逐渐破坏、畸形。有学者认为KOA病因主要是骨内静脉瘀血，骨内压增高，无菌型滑膜炎性增生和骨质疏松。KOA相当于中医的“痹证”“伤筋”范畴，孙晶等<sup>[3]</sup>认为该病外因是风、寒、湿的侵袭，内因则是肝肾亏虚，筋骨失养，久则痰瘀凝滞，属本虚标实之证。气滞血瘀是KOA的关键病理证候特征之一。多数学者认为通过药物改善骨内血流动力学和血液流变状态、降低骨内压、改善骨内微循环可以延缓软骨退变，促进软骨修复。李瑞达等<sup>[4]</sup>采用具有行气活血作用的身痛逐瘀汤，联合关节镜手术治疗气滞血瘀型KOA 30例患者中，临床控制20例，显效5例，有效3例，无效2例，总有效率93.3%。陈斌等<sup>[5]</sup>运用中药热敷配合补肾益气中药治疗KOA的研究中，通过对治疗前后采用VAS评分和膝关节功能评定以及总体疗效进行评定，结果显示，治疗组患者总有效率为91.89%，明显优于对照组的67.58%，差异具有统计学意义( $P<0.01$ )。钟晓辉等<sup>[6]</sup>采用中医手法治疗符合KOA患者41例，比较治疗前后的临床疗效，结果显示，临床治愈26例(49.06%)，显效14例(26.42%)，好转8例(15.09%)，总有效率为90.57%。梁红广等<sup>[7]</sup>分析了经手法治疗后的KOA的步态改变，指出推拿手法结合功能锻炼可以有效地改善膝关节疼痛，并且可以恢复膝关节的屈伸功能。

穴位敷贴联合艾灸源于清初吴谦的《医宗金鉴·正骨心法要旨》，采用外治法可以对KOA有很好的治疗作用<sup>[8]</sup>，本试验外治法穴位敷贴药物组成为海南鸡血藤、海南大驳骨、透骨草、川乌、草乌、海桐皮、当归、牛膝等。海南鸡血藤，别名上鸡血藤（海南植物志），亚热带地区资源最为丰富，海南产量品质较好，具有活血舒筋，养血调经的作用，实验证实鸡血藤酊剂给大鼠灌胃，对甲醛性关节炎有显著疗效。海南中药大驳骨<sup>[9]</sup>具有接骨续伤，活血止痛等功效，主治风湿痹痛，瘀血肿痛，经现代科学发现它具有修复损伤关节，使关节功能活动得到改善的功效。本方采用海南鸡血藤、海南驳骨草为君药，共奏行气、活血、祛风、止痛之效。当归性温，

味甘辛，是血中之气药，阴阳动静相配，故既能补血，又能和血，再加入活血祛瘀之牛膝，味苦酸，性平和，力专下肢活血化瘀之功，助君药活血化瘀止痛。川乌、草乌、透骨草能祛风散寒，止痛，主治膝骨性关节炎疼痛及四肢拘挛，达到舒筋活络而改善关节功能。海桐皮味苦，气辛、性平和，善循经行于腰膝，能祛风通络、蠲除下身痹痛，气行则血行，助补血活血药物之效。同时，加艾灸针对穴位刺激，增强药物渗透，加强疗效。

本研究对比KOA气滞血瘀证运用穴位敷贴联合艾灸治疗的临床疗效，通过观察临床症状体征疼痛、肿胀、活动功能与气滞血瘀证证候以及Lysholm膝关节功能评分等指标<sup>[10]</sup>，结果显示：治疗前2组比较差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )；治疗后2组比较差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )，表明穴位敷贴联合艾灸能够降低KOA气滞血瘀证临床症状体征计分与气滞血瘀证证候积分，增加Lysholm膝关节功能评分。本研究认为，气滞血瘀证是KOA较常见的证型。穴位敷贴联合艾灸选药精当、配伍合理、疗

效肯定，是治疗KOA气滞血瘀证十分有效方法之一。

#### 参考文献

- [1]刘建成,董宝强,张文静,等.基于经筋理论的银质针治疗膝骨性关节炎53例临床观察[J].江西中医药大学学报,2018,30(1):55-58.
- [2]胡志勇,张晋吉,赵玉敏,等.通痹药透方离子导入治疗膝骨性关节炎临床观察[J].中国实用医药,2015(10).
- [3]孙晶,蔡绍杰,黄伟.针灸治疗膝骨性关节炎的治法综述[J].湖北中医药大学学报,2017,19(4):120-125.
- [4]李瑞达.关节镜手术联合中药口服治疗气滞血瘀型膝骨性关节炎30例[J].内蒙古中医药,2016,35(16):24-25.
- [5]陈斌,袁普卫,李小群,等.中药热敷配合补肾益气中药治疗膝骨性关节炎的临床观察[J].辽宁中医杂志,2017,44(1):91-93.
- [6]钟晓辉,曾蔚林,胡俊辉,等.手法治疗膝骨性关节炎41例临床研究[J].中外医学研究,2016,14(32):143-145.
- [7]梁红广,龚利,李建华,等.手法治疗膝骨性关节炎的步态分析研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(11):75-78.
- [8]张超凡,刘俊昌,王新军.中医外治法治疗膝骨性关节炎机制[J].吉林中医药,2013,33(9):901-903.
- [9]刘文奇,刘洪波,刘娇莹,等.海南大驳骨对骨性关节炎模型大鼠膝关节软骨形态学的影响[J].海峡药学,2014,26(11):41-42.
- [10]包杭生,李逸群,吴峰,等.补阳还五汤对膝骨性关节炎患者WOMAC评分及关节液TNF- $\alpha$ 、PGE2、MMP-3水平的影响[J].广州中医药大学学报,2016,33(6):804-809.

(本文编辑:杨杰 本文校对:冯志成 收稿日期:2018-05-29)

## 筋针疗法配合手法治疗气滞血瘀型膝关节僵硬43例<sup>※</sup>

邓小玲<sup>1</sup> 王彦军<sup>2\*</sup>

(1 南昌市洪都中医院康复医学科,江西 南昌 330008; 2 江西省儿童医院康复科,江西 南昌 330006)

**摘要:**目的 总结和探讨采用筋针疗法配合手法治疗气滞血瘀型膝关节僵硬的临床疗效。方法 收集86例气滞血瘀型膝关节僵硬的患者，采用单盲、随机法分为筋针组和对照组各43例，筋针组采用筋针疗法配合手法治疗，对照组采用单纯的手法治疗。治疗过程中采用VAS疼痛评分标准、HSS膝关节功能评估标准进行疗效比较。结果 治疗第6周后2组VAS疼痛评分、HSS膝关节功能评分比较，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )；筋针组的总有效率明显优于对照组，差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 筋针疗法配合手法治疗气滞血瘀型膝关节僵硬疗效显著，值得临床应用。

**关键词:**筋针疗法；气滞血瘀型；膝关节僵硬；HSS评估；痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.050

文章编号:1672-2779(2018)-16-0113-03

### Tendon Acupuncture Therapy Combined with Manipulation in the Treatment of Knee Joint Stiffness of Qi Stagnation and Blood Stasis Type for 43 Cases

DENG Xiaoling<sup>1</sup>, WANG Yanjun<sup>2</sup>

(1. Department of Rehabilitation Medicine, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China;

2. Rehabilitation Department, Jiangxi Province Children's Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

**Abstract: Objective** To summarize and discuss the clinical effect of tendon acupuncture therapy combined with manipulation in the treatment of knee joint stiffness of qi stagnation and blood stasis type. **Methods** 86 cases of knee stiffness due to qi stagnation and blood stasis were collected. They were randomly divided into tendon acupuncture group and control group, with 43 cases in each group. Tendon acupuncture group was treated with tendon acupuncture combined with manipulation, while the control group was treated with simple manipulation. In the course of treatment, the VAS pain score standard and the HSS knee function evaluation standard were compared. **Results** The VAS pain score and HSS knee function evaluation standard were used before and sixth weeks after treatment. The stiffness of the knee joint in the tendon acupuncture group was significantly higher than that in the control group after manipulation. The difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The curative effect of tendon needle therapy combined with manipulative in the treatment of qi stagnation and blood stasis type stiffness of knee joint is remarkable, which is worthy of clinical application.

**Keywords:** tendon acupuncture therapy; qi stagnation and blood stasis type; knee joint stiff knee; HSS evaluation; arthromyodynia

膝关节僵硬的病名在中医古代文献中并未出现，但是现在临床中多将其归类到痹证(骨痹)的范畴<sup>[1]</sup>，临

床上主要表现为膝关节疼痛，肿胀，屈伸不利，跛行，甚至膝关节变形等。病因主要是外感风寒湿邪、过劳损伤、久病体虚、跌扑损伤等伤及筋骨，引起经脉气血瘀滞而痹阻<sup>[2]</sup>。病位初期在筋脉骨节肌肉，病程缠绵，日久伤及肝肾，引起肝肾亏虚之虚实夹杂症。近年我

\* 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研项目【No.2016A162】

\* 通讯作者:93633420@qq.com

科应用筋针疗法配合手法治疗膝关节僵硬，明显降低患者的疼痛感、缩短了治疗时间、提高了治疗疗效，现总结报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集2015年8月—2017年12月在南昌市洪都中医院康复医学科就诊并诊断为气滞血瘀型膝关节僵硬患者86例，年龄16~80岁，病程最短6个月，最长5年，平均2.5年。根据患者自愿，采用随机、单盲法分2组，筋针组43例，男28例，女15例；平均年龄（52.95±14.73）岁。对照组43例，男29例，女14例；平均年龄（52.56±17.04）岁。2组一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

**1.2 诊断标准** 参照中医证候分类标准《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>中的气滞血瘀型“骨痹”相关证候诊断标准。①临床症状：膝关节固定痛，屈伸不利，关节畸形，或行动时腰弯背驼，面色晦暗。唇舌紫暗，脉沉或细涩<sup>[4]</sup>。②查体：与健侧相比，膝关节疼痛、有机化血肿、步态行为异常、屈伸肌力下降等功能障碍。③患者自愿加入本试验，并签署治疗知情同意书，并符合医学伦理学。

**1.3 排除标准** ①心脑血管疾病、高血压及精神行为异常者；妊娠和哺乳期妇女；严重骨质疏松者等。②晕针病史者，主观不愿意接受针刺治疗者。

## 1.4 治疗方法

**1.4.1 基础疗法** 2组患者每日早晚均自行进行膝关节功能训练约30 min。

**1.4.2 筋针组（筋针疗法配合手法治疗）** ①筋针疗法：取穴：沿膝关节上下循阴阳经筋寻找筋节点，或沿屈伸膝关节后诱发的疼痛点上下寻找筋结点或压痛点，一般内侧在阴陵泉、血海、内膝眼直下3寸附近，外侧在阳陵泉、梁丘、足三里、上巨虚附近，按压该点有轻微压痛或酸胀感，并令患者活动患膝而疼痛减轻即是筋穴。针法操作：以30号1~1.5寸筋针，常规消毒上述局部筋穴后进针，沿皮下向诱发的痛点方向纵刺0.8~1.2寸，再屈伸活动膝部，以疼痛减轻或消失为标准，若无减轻则调整针刺方向，直至痛减或消失为止。如仍无效，可在内或外膝眼穴向压痛点皮下横刺，并活动膝部检测疼痛减轻程度。②手法治疗：屈伸膝关节：将患肢至于治疗床边，医者以一手固定股骨下端，另一手握住近踝关节处，并向下按压小腿，其活动度由小到大，力度由轻至重，以患者最大能耐受的程度为上限。俯卧位，点揉患者委中穴，以一手固定股骨下端，另一手握住近踝关节处，尽量将小腿向大腿根部压，以患者最大痛阈为限，每屈伸1次各持续20 s，整个治疗过程中，可根据膝关节活动时诱发的疼痛点随时调整筋针方向或者再次增加筋针取穴，每屈伸2次可让患者稍作休息，再继续治疗，可反复屈伸5~10次。

揉捏肌肉法：术者用手由上至下，对仰卧于治疗床上的患者膝关节周围各肌肉予以轻重快慢交替的揉捏，以轻度胀痛为度，约3~5 min。弹拨肌腱法：术者反复弹拨膝关节周围的肌腱韧带分开粘连组织（以髌韧带、半腱肌、半膜肌为主），以轻度胀痛为度，约3~5 min。推拿髌骨法：沿“米”字8个方向推拿髌骨，来回各30次。

**1.4.3 对照组（单纯手法治疗）** 手法治疗方法同筋针组。

2组每天治疗1次，每周6次，2周为1疗程，共治疗3个疗程。

**1.5 疗效评定标准** 治愈：肿胀疼痛消失，患膝屈曲>120°，伸直受限<5°；显效：肿胀疼痛基本消失，患膝屈曲90°~120°，伸直受限<10°；有效：肿胀疼痛减轻，患膝屈曲60°~90°，伸直受限<10°；无效：膝关节肿胀、疼痛及功能无明显改善<sup>[5]</sup>。

**1.6 观察指标** 采用国际上通用的视觉模拟评分法（visual analogue scale/score，VAS）和美国特种外科医院（hospital for special surgery，HSS）<sup>[6]</sup>膝关节评分标准，在开始治疗前和第6周后进行效果评估。前后评估环境舒适，均由一个人负责并记录结果。

**1.7 统计学方法** 采用SPSS 17.0软件进行数据统计学分析。2组比较采用独立样本t检验或单个样本t检验，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示。以 $P\leq 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组治疗效果比较** 见表1，筋针组的总有效率为100%，对照组的总有效率为93.02%，筋针组总有效率明显高于对照组， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。

表1 2组治疗效果比较

[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
筋针组	43	38	3	2	0	43(100.00)*
对照组	43	27	6	7	3	40(93.02)

注：与对照组比较， $P<0.05$

**2.2 2组治疗前、治疗第6周后VAS评分和HSS膝关节功能评分比较** 见表2，治疗前2组VAS评估和HSS膝关节功能评分比较， $P>0.05$ ，差异无统计学意义；而治疗6周后，2组VAS评分和HSS膝关节功能评分比较，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。

表2 2组VAS评分和HSS膝关节功能评分比较（ $\bar{x}\pm s$ , 分）

组别	例数	VAS		HSS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
筋针组	43	8.16±0.78	0.88±0.82	23.14±5.10	91.56±2.34
对照组	43	8.02±0.74	2.16±0.90	21.56±3.78	75.42±3.08
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

## 3 讨论

中医学认为膝关节僵硬是由于膝关节受到外伤或



手术后，筋骨、经络受损，气滞血瘀，经脉阻滞不通，筋骨失养，流注关节，长期制动后，运动骤减，致周围组织粘连，气血运行不畅，不能涵养经脉肌肉，日久肌肉失养而萎缩，筋脉挛缩，屈伸不利；瘀血日久不去，积而成块，关节僵硬、下肢活动障碍<sup>[7]</sup>。《内经》载本病“病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，寒气至，名曰骨痹”，指出病变部位在骨。《伤寒论》虽未论及痹病，但是提及由“骨节烦疼、掣痛不得屈伸，近之则痛剧”等证候。《金匮要略》记载“中风历节病”的病理为“筋伤”“骨萎”，临床主要表现为“历节痛，不可屈伸”，皆应属于痹症。膝关节僵硬由于疼痛原因，患者不能早期自主功能训练，越是如此越容易形成关节僵硬。严重者引起下肢运动功能障碍，限制下肢正常日常功能，形成步态异常，行走及上下楼困难，甚至发展成为永久性膝关节功能障碍，影响患者的生活质量。

现在对膝关节僵硬的治疗研究越来越多，治疗方法也多种多样。通过万方数据的统计，目前治疗方法主要包括：①非手术治疗：包括中药熏洗结合手法治疗<sup>[8]</sup>；中药熏洗外敷配合康复器治疗<sup>[9]</sup>；中药熏洗结合CPM机治疗<sup>[10]</sup>；中药涂擦结合功能锻炼治疗<sup>[11]</sup>以及综合康复等治疗。②微创治疗：包括在关节镜下进行膝关节微创松解术<sup>[12]</sup>及小切口松解术<sup>[13]</sup>；关节镜下行膝关节松解术再联合推拿手法治疗<sup>[14]</sup>；行骨关节神经阻滞术再配合中药熏蒸及手法治疗；针刀配合关节功能牵引治疗<sup>[15]</sup>等。③手术治疗：包括改良汤普森股四头肌成形术治疗<sup>[16]</sup>；全膝关节置换术治疗<sup>[17]</sup>等。而我科多年来致力于膝关节僵硬诊疗模式的探索，对膝关节僵硬患者进行康复治疗中深刻感受到，特别气滞血瘀型患者，多数此类患者由于僵直、疼痛、肿胀不敢进行膝关节功能训练，膝关节不活动的持续时间越长，关节活动功能也逐渐丧失、关节僵硬情况更严重，增加了治疗难度。

本课题组提出对膝关节僵硬拟“筋针疗法配合手法治疗”的新治疗方法。筋针疗法源自于刘农虞教授经多年临床实践总结，结合《内经》中的经筋理论研创出一种经皮下透刺的无感镇痛针法<sup>[18]</sup>，具有明显速效的镇痛作用<sup>[19]</sup>。但是取穴方面需要有一定的临床经验，进针操作简便易学、微痛安全、疗效即刻显著的特点。中医学理论认为膝关节僵硬出现的主要原因在于骨节失动则气血、津液运行不畅，造成气血瘀滞、经脉闭阻，筋骨关节失去温煦、濡养，加之稍受风寒之邪凝滞，导致关节僵硬、屈伸不利<sup>[20]</sup>、凝滞动则痛。患者心理上，由于早期膝关节骨折固定制动，不能进行简单的运动锻炼，后期造成肌肉痉挛关节僵硬，虽然可以进行简单运动锻炼，但是患者承受痛苦较大且难获得显著效果，疼痛对患

者产生了惧怕心理。所以在治疗上主要是采用了“筋针”以减轻患者的痛感，祛瘀疏通经络、提高痛阈，从而使患者尽可能地消除胆怯，在心理上建立治疗信心和治疗的依从性。而手法治疗是笔者通过多年的临床工作总结而得，可改善关节周围软组织舒张和收缩的灵活性，降低肌张力；增加或恢复膝关节的活动度；防止发生组织挛缩及炎性反应不可逆性产生；预防或降低膝关节运动时出现的肌肉，肌腱进一步损伤。而筋针疗法配合手法治疗，明显在筋针减轻患者痛苦下又加强了关节功能的训练，相得益彰，增强疗效。

本研究结果显示，筋针疗法配合手法治疗气滞血瘀型膝关节僵硬，患者易接受，能减少疼痛、增加依从性，操作简单、疗效显著、费用低，值得临床应用推广。

#### 参考文献

- [1]乔浩.膝关节僵硬中医康复方案临床疗效观察[D].成都:成都中医药大学,2014.
- [2]丁琼浩,敖亮,潘正刚,等.膝骨性关节炎的病因病机及用药分析[J].中医临床研究,2014(7):14-17.
- [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:78.
- [4]彭志华,张胜.灯盏细辛注射液穴位注射治疗膝骨性关节炎40例疗效观察[J].湖南中医杂志,2015,31(7):87-88.
- [5]刘臻,赵秦,王慧海,等.四指推法合并关节松动技术在膝关节前叉韧带断裂重建术后关节僵硬中的临床应用[J].现代中医药,2016,36(2):27-28,41.
- [6]毛健宇,李彦林,王国梁,等.减张技术解剖重建前交叉韧带结合术后快速康复治疗前交叉韧带断裂[J].中华创伤骨科杂志,2018(1):38-44.
- [7]张鑫,刘波,敬竹子,等.中医传统关节粘连松解术治疗地震骨伤康复患者关节粘连的临床疗效观察[J].中医正骨,2010,22(3):17-19.
- [8]文建新,漆成军.中药熏洗结合手法治疗膝关节僵直经验报告[J].中外医学研究,2011,9(3):94.
- [9]罗国强,罗根香,饶友凤,等.中药熏洗外敷配合康复器治疗伸直型膝关节僵硬疗效观察[J].实用中西医结合临床,2014,14(7):29-30.
- [10]吴英姿,周多莲.中药熏洗结合CPM锻炼治疗骨折术后膝关节僵硬39例[J].浙江中医杂志,2011,46(11):820.
- [11]张明丽.中药涂擦结合功能锻炼治疗膝关节僵硬的疗效观察[J].当代护士(专科版),2013(2):113-114.
- [12]高清元.关节镜下微创松解术治疗膝关节僵直59例分析[J].中外医学研究,2010,8(25):148-149.
- [13]陈大康,程智涛.关节镜辅助下联合小切口松解治疗膝关节僵直的疗效分析[J].创伤外科杂志,2014(6):553-553.
- [14]卢启贵,王平,黄东红,等.关节镜下松解术联合推拿手法治疗膝关节韧带重建术后膝关节僵硬[J].中医正骨,2013,25(9):45-46,48.
- [15]王卫强,麦志明,曾顺军,等.针刀配合关节功能牵引治疗膝关节僵硬疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2010,19(19):2371-2372.
- [16]杜洋,李静,陈升浩,等.改良汤普森股四头肌成形术结合合适术后处理治疗膝关节伸直僵硬25例病例报告[J].中国保健营养(中旬刊),2014,24(4):2006.
- [17]张军,郭克斌,熊元波,等.全膝关节置换治疗中老年膝关节炎126例[J].中国组织工程研究与临床康复,2010,14(35):6612-6615.
- [18]刘农虞.“筋针”的作用机制探析[J].中国针灸,2014,35(12):1293-1296.
- [19]刘农虞,任天培,向宇,等.“筋针”对软组织损伤即刻镇痛效果临床观察[J].中国针灸,2015,35(9):927-929.
- [20]姜海涛,洪潮.膝关节周围骨折术后康复治疗[J].上海医药,2015(24):7-9.

(本文编辑:杨杰 本文校对:宗洪波 收稿日期:2018-05-03)

# 电针腰夹脊穴结合肌内效贴布治疗慢性非特异性下腰痛的临床研究<sup>※</sup>

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 观察电针腰夹脊穴结合肌内效贴布治疗慢性非特异性下腰痛的临床效果。方法 将我院收治的60例慢性非特异性下腰痛患者分为观察组与对照组, 各30例, 对照组患者采用电针腰夹脊进行治疗, 观察组患者在对照组基础上加用肌内效贴布进行治疗, 观察2组患者治疗前后疼痛视觉模拟评分(VAS)及表面肌电中位频率斜率(MFs)。结果 治疗4周后, 2组患者的疼痛VAS评分均较治疗前明显降低( $P<0.05$ ), 且观察组低于对照组( $P<0.05$ ); 2组患者表面肌电MFs均升高, 且观察组表面肌电MFs高于对照组, 差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 电针腰夹脊穴结合肌内效贴布治疗慢性非特异性下腰痛, 具有良好的临床治疗效果, 值得临床推广应用。

**关键词:**肌内效贴布; 慢性非特异性下腰痛; VAS评分; 针灸; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.051 文章编号:1672-2779(2018)-16-0116-02

## Clinical Study on Electro-acupuncture at Jiaji Point and Intramuscular Patch in the Treatment of Chronic Nonspecific Low Back Pain

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 electroacupuncture at Jiaji acupoint and intramuscular patch on chronic nonspecific low back pain. **Methods** Sixty patients with chronic non-specific low back pain treated in our hospital were divided into observation group and control group, with 30 cases in each group. Patients in control group were treated with electro-acupuncture and lumbar vertebrae. Patients in observation group were given intramuscular patch on the basis of control group. After treatment with intramuscular patch, the visual analogue scale (VAS) rating and MFs were compared before and after treatment. **Results** After 4 weeks of treatment, the VAS pain scores of the two groups were significantly lower than before treatment ( $P<0.05$ ), and the VAS pain scores of the observation group was lower than that of the control group ( $P<0.05$ ). The surface myoelectric frequency slope of the two groups of patients (MFs) were elevated, and the surface electromyographic frequency slopes (MFs) in the observation group were higher than those in the control group, and there had statistical significance ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Electro-acupuncture at Jiaji points combined with intramuscular patch in the treatment of chronic non-specific low back pain has a good clinical effect, and it is worthy of clinical application.

**Keywords:** intramuscular patch; chronic nonspecific low back pain; VAS score; acupuncture and moxibustion; arthromyodynia

下腰痛(LBP)是康复科及骨科患者就诊的常见病之一。下腰痛主要指下腰部、腰骶部及以下组织疼痛为主要临床表现的综合症。相关文献表明, 成年人发生下腰痛的比率达80%左右。其中85%的患者找不到确切的原因<sup>[1]</sup>。非特异性下腰痛, 是指除腰肌劳损、腰椎间盘突出症、腰椎骨折、腰椎结核等以外原因不明的疾病, 而此种疼痛时间持续超过12周后可转变为慢性非特异性下腰痛。对于非特异性下腰痛的治疗方法虽较多, 但效果明显的临床治疗方法, 较为少见。为有效治疗非特异性下腰痛, 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, 采用电针腰夹脊穴联合肌内效贴布进行治疗, 治疗效果明显, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本次临床研究选择2017年3月—2018年3月来我院康复科就诊的慢性非特异性下腰痛患者60例, 所选患者均通过影像学与实验室检查确诊, 且符合慢

性非特异性下腰痛的临床诊断标准。所选患者按照本次临床研究治疗方法的不同, 分为对照组与观察组: 其中对照组患者30例, 男16例, 女14例; 年龄(60.68±6.66)岁; 病程(4.10±1.29)个月。观察组患者30例, 男15例, 女15例; 年龄(60.70±6.61)岁; 病程(4.12±1.27)个月。将2组患者的一般资料进行比较, 差异无统计学意义。

**1.2 纳入标准** ①所选患者均确诊, 且全部符合慢性非特异性下腰痛的临床诊断标准; ②患者的VAS评分≥4分, 并且能理解量表里的相关内容并配合临床治疗; ③近1周内未接受过相关的临床治疗; ④无全身重大疾病者。

**1.3 排除标准** ①排除不符合本次临床研究的患者; ②排除VAS评分<4分, 并且患者不能理解量表内容或配合临床治疗的患者; ③排除伴有严重骨质疏松、高血压及心脑血管疾病等重大疾病者; ④排除传染性疾病的患者, 及过敏体质者。

**1.4 治疗方法** 对照组患者采用电针腰夹脊进行治疗, 确定腰夹脊穴位置, 采用华佗牌无菌针灸针(0.25 mm

\* 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



$\times 40\text{ mm}$ ), 直刺1~1.5寸, 行平补平泻法, 得气后连接电针, 采用疏波, 留针30 min。每日1次, 每周5次, 4周为1疗程。

观察组患者在对照组基础上加用肌内效贴布疗法, 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疗程。

**1.5 观察指标** 疼痛视觉模拟评分(VAS): 让患者在10 cm长的白板上标记出疼痛程度, “0”为无痛; “10”剧痛; 中间的相应数字部分表示对应的痛感程度, 患者根据自己的疼痛程度在白板上做出相应的标记, 以反映其治疗后的疼痛度<sup>[2]</sup>。

表面肌电信号(sEMG): 以中位频率斜率(MFs)作为分析指标进行sEMG检测。患者维持直立位10 s, 然后做弯腰动作, 重复此动作3次, 弯腰的同时需记录腰部竖脊肌sEMG, 取3次弯腰动作的平均值。采用表面肌电分析系统Flex Comp Infiniti(TT)进行测量, 测量电极位于L1~S1棘突旁开3 cm肌腹隆起处。分别于治疗前、治疗后4周进行MFs评定<sup>[3]</sup>。

**1.6 统计学方法** 本次临床研究收集的数据采用统计学软件SPSS 18.0进行统计分析, 结果以( $\bar{x}\pm s$ )表示, 2组均数比较采用t检验, 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** 2组患者治疗4周后的疼痛VAS评分均较治疗前明显降低( $P<0.05$ ), 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	7.53±1.75	3.11±0.92 <sup>①</sup>
观察组	30	7.49±1.60	2.03±0.69 <sup>①②</sup>

注:与治疗前比较,<sup>①</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>②</sup> $P<0.05$

**2.2 2组患者MFs比较** 治疗前, 2组患者表面肌电MFs无差异; 治疗4周后, 2组患者表面肌电MFs均升高, 且观察组患者表面肌电MFs高于对照组患者, 差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组患者MFs比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	-3.39±1.22	2.35±1.33 <sup>①</sup>
观察组	30	-3.36±1.24	3.71±1.56 <sup>①②</sup>

注:与治疗前比较,<sup>①</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>②</sup> $P<0.05$

## 3 讨论

下腰痛是临床治疗中较为常见的肌肉骨骼疼痛综合征。相关文献显示, 下腰痛是仅次于感冒、腹泻等常见疾患而就诊的临床疾病<sup>[4]</sup>。相关调查资料显示, 近60%~80%的成年人在日常生活与工作中均存在下腰痛症状, 在年龄小于55岁的人群中, 下腰痛是导致丧失工作能力的首要原因。目前多数医疗工作者认为下腰痛的产生与生活环境、生活习惯、外伤、免疫状况、

压力以及组织缺血缺氧等密切相关<sup>[5]</sup>。因其下腰痛的病因产生较为复杂, 虽然临床治疗方法较多, 但常规治疗方法会出现显效慢、易复发的临床特点, 严重影响患者的正常生活和工作。

中医认为慢性非特异性下腰痛归“痹证”范畴。认为此病与机体先天肾气不足, 风、寒、湿、热邪气侵袭等有关。肾虚不固, 风、寒、湿、热邪气阻络, 气滞血瘀, 不通以致腰腿部痹阻疼痛。故中医治疗以活血化瘀、祛风通络、补肾驱邪为治疗原则。该病病理机制是肾气虚弱无以固摄, 当风、寒、湿入侵机体时, 致使患者出现气血流通受阻, 营卫功能减弱, 卫外失权等症状, 导致下腰部经筋脉络受阻而出现疼痛症状<sup>[6]</sup>。

夹脊穴可支配机体相应部位的各种功能, 如运动觉、痛觉、知觉、深浅反射等。针刺夹脊穴不但可以调节身体两经经气, 还可以疏通两经气血<sup>[7]</sup>。临床研究表明, 针刺夹脊穴不但可以有效改善机体的微循环运行、组织缺血、缺氧状态, 还可以减轻和解除神经根刺激的状况, 恢复和促进脊髓神经组织的再生<sup>[8]</sup>。通过本次临床研究证实, 电针刺激腰夹脊穴, 能使病变处的肌肉组织受到规律的电刺激, 使肌肉产生节律性的运动, 有效改善了病变局部组织的血液循环状况, 加速组织细胞间的代谢, 促进炎性物质的转运和降解, 以减轻患部组织的疼痛。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。通过本研究得出, 患者治疗4周后, 对照组与观察组的疼痛VAS评分均较治疗前明显降低( $P<0.05$ ), 且观察组低于对照组( $P<0.05$ ); 2组患者治疗后的表面肌电MFs比较, 观察组明显高于对照组( $P<0.05$ )。由此表明, 电针腰夹脊穴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]孙戴,詹强,孙栋,等.悬吊运动训练结合推拿治疗慢性非特异性下腰痛的临床观察[J].云南中医学院学报,2015,38(6):82-85.
- [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]张军,乔杰,刘强,等.急性非特异性下腰痛椎旁肌表面肌电图特点[J].中国中医骨伤科杂志,2013,21(12):11-16.
- [4]师东良,王予彬.核心稳定训练对非特异性下背痛的治疗作用[J].中国康复医学杂志,2011,26(7):695-698.
- [5]刘喆,郭险峰.悬吊运动训练对慢性非特异性腰痛的疗效观察[J].中国康复理论与实践,2012,18(7):669-670.
- [6]王懿娜,赵征宇.针刺腹部对应点治疗下腰痛32例临床观察[J].浙江中医杂志,2013,48(11):830-831.
- [7]张慧林,赵妍,贾亚俊,等.深刺腰夹脊穴应用电针治疗腰椎间盘突出症的应用研究[J].光明中医,2012,27(9):1820-1822.
- [8]孙毓,李伟,张志刚,等.电针夹脊穴为主综合治疗腰椎间盘突出82例临床观察[J].光明中医,2006,21(4):26-27.

(本文编辑:杨杰 本文校对:王军 收稿日期:2018-05-22)

# 认知训练结合针灸治疗脑卒中认知障碍的临床疗效时效性观察※

罗银星<sup>1</sup> 郑时珍<sup>1</sup> 郝 浩<sup>1</sup> 李 红<sup>1</sup> 林 玲<sup>1</sup> 程武波<sup>2\*</sup>

(1 重庆市合川区人民医院康复医学科, 重庆 401520; 2 重庆市合川区人民医院眼科, 重庆 401520)

**摘要:**目的 观察认知训练结合针灸治疗脑卒中认知障碍的临床疗效时效性。方法 将120名符合研究标准的患者随机分为治疗组和对照组。对照组给予营养神经、改善微循环、补液、纠正水电解质平衡紊乱等一般治疗。治疗组在对照组治疗基础上配合认知功能训练和针灸治疗。认知训练及针灸治疗均每天治疗1次,持续治疗4周。患者第1次治疗前及每周治疗后均以简易精神状态检查量表(MMSE)评价患者治疗前后的认知能力。结果 治疗1周后,2组MMSE评分无明显变化,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。2周后,治疗组MMSE评分开始提高,对照组变化不明显,2组差异有统计学意义( $P<0.05$ )。3周后,治疗组MMSE评分明显提高,对照组变化仍不明显,2组差异有统计学意义( $P<0.05$ )。4周后,对照组评分有所提高,但治疗组MMSE评分明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 针刺治疗结合认知训练,能有效改善脑卒中患者的认知功能,其疗效在持续治疗2周后开始显现出来,3周、4周后疗效更明显,与其疗程呈正相关。

**关键词:**脑卒中; 认知障碍; 认知训练; 针灸; 时效性; 康复

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.052

文章编号:1672-2779(2018)-16-0118-03

## Observation on the Clinical Efficacy Chronergy of Cognitive Training Combined with Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Cognitive Impairment in Stroke Patients

LUO Yingxing<sup>1</sup>, ZHENG Shizhen<sup>1</sup>, HAO Hao<sup>1</sup>, LI Hong<sup>1</sup>, LIN Ling<sup>1</sup>, CHENG Wubo<sup>2</sup>

(1. Rehabilitation Medicine Department, Hechuan People's Hospital, Chongqing 401520, China;

2. Ophthalmology Department, Hechuan People's Hospital, Chongqing 401520, China)

**Abstract:**Objective To observe the effect of cognitive training combined with acupuncture in the treatment of cognitive impairment in stroke patients. Methods 120 patients who met the criteria were randomly divided into treatment group and control group. The control group was given general treatment including nourishment nerve, improving microcirculation, rehydration, and correcting the imbalance of electrolyte and water. The treatment group was treated with cognitive function training and acupuncture treatment on the basis of the control group. Cognitive training and acupuncture treatment were treated once a day for 4 weeks. The cognitive abilities of patients before and after treatment were evaluated by mini mental state examination (MMSE). The patients were assessed before and after the first treatment. Results After one week of treatment, there was no significant difference in the MMSE scores between the two groups ( $P > 0.05$ ). After 2 weeks, the MMSE score of the treatment group began to increase, while the control group did not change significantly. The difference between the two groups was statistically significant ( $P < 0.05$ ). After 3 weeks, the MMSE score of the treatment group was significantly improved, while the control group remained unchanged. The difference between the two groups was statistically significant ( $P < 0.05$ ). After 4 weeks, the score of the control group improved, but the MMSE score of the treatment group was significantly better than that of the control group ( $P < 0.05$ ). Conclusion The acupuncture treatment and cognitive training can effectively improve the cognitive function of stroke patients. The effect of acupuncture can be seen after 2 weeks of continuous treatment. The curative effect is more obvious after 3 and 4 weeks, and it is positively related to the course of treatment.

**Keywords:** stroke; cognitive impairment; cognitive training; acupuncture and moxibustion; chronergy; rehabilitation

脑卒中后认知障碍,是指由急性脑血管病导致的记忆力、执行能力、注意力等各种类型的认知功能受损,包括轻度认知障碍至血管痴呆的不同程度认知功能损害<sup>[1]</sup>。不仅直接影响患者生存质量,而且影响患者其他神经功能障碍康复治疗中的主动配合能力,从而影响患者的全面康复。本课题通过对认知训练结合针刺疗法治疗脑卒中后认知功能障碍的观察,发现认知训练结合针刺疗法具有时效性。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2016年2月—2017年2月重庆市合川区

人民医院康复医学科收治的120名脑卒中后认知障碍患者为研究对象,因患者不合作提前出院而脱落5例,对实际完成的115名患者进行疗效分析。其中男68例,女47例;年龄25~65岁;平均(48.52±4.26)岁,均为右利手;病程3~182 d,平均14 d;缺血性患者73例,出血性患者42例,初发性脑卒中患者68例,复发性脑卒中患者47例。采取随机数字表法分为观察组58例,对照组57例,2组患者在年龄、性别、受教育程度、病情、病程等资料上,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 符合1995年全国脑血管疾病会议制定的诊断标准,并由MRI或CT确诊。临床存在注意、记忆、思维、语言等认知功能障碍,采用认知状态检测量表(MMSE)评定认知功能,文盲<17分,小学<20分,

\* 基金项目:重庆市合川区科委课题【No.合川-2015-41】

\* 通讯作者:chengwubo@163.com



中学或以上<24分。

**1.3 治疗方法** 所有患者均给予营养神经、改善微循环、补液、纠正水电解质平衡紊乱等一般治疗。治疗组在对照组治疗基础上进行认知功能训练和针刺治疗。

针刺治疗：根据王启才主编新世纪全国高等中医药院校规范教材《针灸治疗学》痴呆病的治疗方法进行辨证选穴治疗。穴位：主穴：（1）百会、四神聪、太溪、大钟、悬钟、足三里；（2）顶中线-颞前线、额中线-颞后线，每次选择1组，交替选用。配穴：肝肾阴虚加肝俞、三阴交；气血虚弱加气海、膈俞；痰浊闭窍加丰隆、中脘；瘀血阻络加膈俞、委中。操作：用苏州医疗用品厂制造生产的华佗牌30号不锈钢毫针，各腧穴均常规针刺；四肢穴得气后接HM6805-I经穴治疗仪（四川恒明科技开发有限公司），采用疏密波，频率50 Hz，刺激量以患者能耐受为度；四神聪刺向百会，头针强刺激；每次30 min，每日1次，每天上午8:30~11:30进行。

认知训练：参照人民卫生出版社出版的卫生部规划教材第3版《康复医学》和中华医学会神经病学分会2011年制定的《中国脑卒中康复治疗指南》。训练的总原则是对认知障碍领域的各个成分进行从易到难、由简单到复杂、由局部到整体的分级训练。结合临床经验，认知训练在实施时，还注重结合患者的性别、年龄、籍贯、工作性质及家庭情况等因素。认知训练项目包括：记忆训练、计算训练、时间感训练、书写训练、编故事、读报、分类、游戏、画图等。根据患者的情况制定个体化的训练方案，进行一对一的训练，每次30 min，由同一治疗师在当天针灸治疗结束后进行。

认知训练及针刺治疗均持续治疗4周。患者入院后在第1次治疗前及治疗1、2、3、4周后各进行1次评定。

**1.4 观察指标** 认知功能评定：采用简易精神状态检查量表（MMSE）评价患者治疗前和治疗1、2、3、4周后的认知功能。

**1.5 统计学方法** 用SPSS 13.0软件包，计量资料以均数加减标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用t检验，计数资料采用 $\chi^2$ 检验， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

表1 2组MMSE评分比较（ $\bar{x}\pm s$ , 分）

组别	例数	治疗前	治疗后1周	治疗后2周	治疗后3周	治疗后4周
对照组	57	4.68±0.79	5.15±1.21	6.12±1.14	7.58±1.13	13.15±1.11
治疗组	58	4.56±0.90	5.23±1.19	8.30±1.08	13.01±1.33	20.87±1.16

如表1所示，治疗前2组MMSE评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。1周后，2组MMSE评分无明显变化，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。2周后，治疗组MMSE评分

开始提高，对照组变化不明显，2组差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。3周后，治疗组MMSE评分明显提高，对照组变化仍不明显，2组差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。4周后，对照组评分有所提高，但治疗组MMSE评分明显优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

## 3 讨论

中医没有脑卒中后认知功能障碍的病名，其认识见于呆病、痴呆、痴证等病证之中，肝肾亏虚、气血不足、经脉失养、髓海不充，加之痰浊瘀血阻滞经络，蒙蔽清窍，使大脑失养，神机减退，则表现为记忆力减退、解决日常生活的能力下降、遇事善忘、智力逐渐减退等。病位在脑，病变脏腑主要在肾。因此，治疗以补肾为重、填精补髓先，同时活血化瘀、祛痰通络。

针灸具有疏通经络、调节阴阳、扶正祛邪的作用。百会与四神聪均位于病变所在“脑”。根据“四海”理论，“脑为髓海”。杨上善注曰：“胃流津液渗入骨空，变而为髓，头中最多，故为海也。是肾所生，其气上输脑盖百会穴，下输风府也。”百会穴属督脉，联系脑部，是调节大脑功能的要穴。《针灸大成》云：“百会主头风中风，言语謇涩，口噤不开”“呆痴，……失志痴呆，神门、鬼眼、百会、鸠尾……”。现代医学研究证实针刺百会穴有改善脑部血液循环，修复神经元，增强记忆力，抗抑郁等作用<sup>[2]</sup>。四神聪为经外奇穴，位于百会穴前后左右各旁开1寸处，《太平圣惠方》载：“神聪四穴，理头风目眩，狂乱癫痫，针入三分”。通过针刺百会与四神聪，直接作用于病灶，疏经通络，宁神醒脑。大钟穴，足少阴肾经之络穴；太溪穴，足少阴肾经原穴，《九针十二原》说：“肾也，其原出于太溪穴，太溪二”，有调节肾经气血的作用，补肾生髓。有研究表明针刺大钟、太溪组穴可激活脑部额叶、顶叶、中央前回、中央后回、额下回、丘脑、海马回等区<sup>[3]</sup>。太溪穴靶向性激活了血管性认知功能障碍患者的病变脑区，且对相关脑区具有整体性调节效应<sup>[4]</sup>。悬钟穴，属足少阳胆经，八会穴之髓会，也可补养脑髓。足三里，足阳明胃经之要穴，可调节脾土以补后天之土而壮先天之本，化生气血以助生髓之源，有报道称针刺悬钟、足三里组穴可激活脑部颞中回、额中回、额上回，同侧岛叶、枕上回以及对侧中央前回、中央后回、岛盖、角回等区<sup>[5]</sup>。因此，诸穴合用，可补肾填精补髓、醒脑调神益智。

在临床治疗中，目前认知功能的认知康复训练尚无统一标准，各种认知康复方法主要是针对认知缺陷进行不断重复的训练，并注意训练的目的性和趣味性。研究表明，认知康复训练对增强患者的定向能力、视

觉空间分辨力、掌握特定的技巧与技术、发挥代偿记忆、加强分析处理问题能力、促进功能活动有明显的作用<sup>[6]</sup>。

本研究结果显示，脑卒中后患者的认知障碍随着时间的推移，有一定的自我调节和改善趋势，但相当缓慢。针刺治疗与认知训练，能有效改善脑卒中患者的认知功能，其疗效在持续治疗2周后开始显现，3周、4周后疗效更明显，与其疗程呈正相关。因此，针刺治疗与认知训练需长期坚持，循序渐进。脑卒中患者心理负担、家庭经济负担较重，针刺治疗与认知训练是行之有效、操作简便、价廉的治疗方法，值得

推广应用。

#### 参考文献

- [1]林慧,丁晓娟,付斌.针灸配合药物治疗对脑卒中后认知障碍的影响[J].现代中西医结合杂志,2010,19(1):36-37.
- [2]翟文全.针灸配合康复训练治疗脑梗塞后认知功能障碍的疗效观察[J].大家健康,2012,9(6):18-19.
- [3]张帆,李晓陵,吴迪,等.针刺大钟、太溪组穴脑激活区功能MRI研究[J].磁共振成像,2016,12(7):481-485.
- [4]蒋垂刚,崔韶阳,聂彬彬,等.针刺太溪穴和非穴对轻度认知障碍功能性磁共振成像的影响[J].新中医,2012(1):93-95.
- [5]李庆,周定中,谢菊英,等.针刺足三里、悬钟对缺血性中风患者脑功能磁共振成像的影响研究[J].中国现代医生,2015,53(30):71-73,77.
- [6]李国辉,赖莹莹.针灸结合认知训练治疗轻度认知功能障碍临床观察[J].吉林中医药,2009,29(2):125-127.

(本文编辑:杨杰 本文校对:程武波 收稿日期:2018-05-22)

## 中国穴位埋线疗法系列讲座(81)

# 埋线疗法及其治疗颈椎病的临床观察

梁建军<sup>1</sup> 刘伯飞<sup>1</sup> 于守全<sup>1</sup> 杨建辉<sup>1</sup> 杨才德<sup>2\*</sup>

(1 河间建军中西医结合医院疼痛科,河北 河间 062450;  
 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:** 穴位埋线是指将羊肠线、蛋白线用特殊的方法埋入相应的穴位内,利用异种蛋白对穴位内产生的刺激来达到治疗的方法,目前主要用于疼痛科、骨科及一些慢性病症等,应用的范围越来越广。应用穴位埋线疗法将蛋白线注入穴位内在体内缓慢吸收起到长期刺激作用,以达到疏通经络,调节阴阳及脏腑气血功能的作用,提高机体应急能力,促进病灶部位血管床增加,血流量增大,血管的通透性和血液循环改善,从而使患者的症状减轻或消失,达到良好的治疗效果。

**关键词:** 颈椎病;针灸;埋线;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.053

文章编号:1672-2779(2018)-16-0120-03

#### Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (81)

#### Clinical Observation on Catgut Embedding Therapy in the Treatment of Cervical Spondylosis

LIANG Jianjun<sup>1</sup>, LIU Bofei<sup>1</sup>, YU Shouquan<sup>1</sup>, YANG Jianhui<sup>1</sup>, YANG Caide<sup>2</sup>

(1 Hejian Jianjun Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Hebei Province, Hejian 062450, China;

2. Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China)

**Abstract:** The acupoint catgut embedding is a method of embedding the catgut and protein lines into the corresponding acupoints with special methods, using the stimulation of the heterologous protein to acupoints to achieve the treatment. At present, it is mainly used in pain department, department of orthopedics and some chronic diseases and so on, and the scope of application is more and more widely. In order to dredge the meridians and collaterals, regulate the function of yin and yang and zang fu qi and blood function, the catgut embedding therapy can stimulate the function of yin and yang and zang fu qi and blood function, improve the body's emergency ability and promote the increase of the blood flow, the blood flow, the permeability of the blood vessel and the improvement of blood circulation, so as to improve the blood circulation and blood circulation. The symptoms of the patients relieved or disappeared, and achieved good therapeutic effect.

**Keywords:** cervical spondylosis; acupuncture and moxibustion; catgut embedding therapy; arthromyodinia

(上接第15期)

### 1 穴位埋线疗法及概况

穴位埋线疗法治疗的目的和运用的方法与针灸治疗是一脉相承的,是传统针灸疗法与现代医学工具结合的新疗法:(1)本法采用的刺激点是经络腧穴;(2)本法采用的手段为埋线,结合传统针刺的留针术。

现代的埋线疗法是在传统的针刺疗法的基础上不断发展建立起来的,人们采用“留针”的方法来巩固疗效,并逐渐变化为埋针,埋线疗法正是在留针和埋针的基础上继承和发展起来的。埋线疗法是将针灸的浅刺法、留针、植针术和现代组织埋藏法相结合,作为针灸学发展的一个重要分支,有新的改进与延伸,兼具有针刺疗法的特点,同时具有针刺“静以留之”的效果,由此形成了穴位埋线独特的治疗效果和操作方法。

\* 通讯作者:13993162751@163.com



## 2 埋线疗法的定义及操作方法

**2.1 定义** 穴位埋线疗法是将羊肠线或蛋白线埋入穴位内，利用异体蛋白对穴位的刺激达到疏通经络、调和气血、调整脏腑，达到类似针刺留针治疗效果的方法，它是一种融多种疗法（针刺、埋针、持久留针、穴位放血等）多种效应于一体的复合性治疗方法。

**2.2 操作方法** 埋线方法有穿刺针埋线法、三角针埋线法、切开埋线法等，我们这里只介绍穿刺针埋线法，因此法安全、方便、易操作、患者痛苦小等特点。

患者静卧手术床，定点，局部消毒，戴无菌手套，取已消毒的蛋白线（长约2 cm）放置在穿刺针针管前端，左手拇指、食指固定皮肤或者捏起皮肤，右手持针，针尖刺入所需深度，推针芯将线埋入肌层或皮下组织，将针退出，创可贴覆盖针孔。

## 3 穴位埋线疗法的研究进展及未来展望

穴位埋线疗法对许多慢性疾病有很好的疗效，尤其是针对疼痛科及骨科大部分疼痛疾病效果显著，近来埋线疗法在美容及减肥方面也有一定的治疗效果，应用范围越来越广。现代实验研究表明，穴位埋线能显著增强体内淋巴细胞的转化功能和巨噬细胞的吞噬功能，调节机体免疫，现代临床应用于内、外、妇、儿、皮肤、五官和骨科疼痛科等多种疾病。随着穴位埋线疗法的理论研究和实践的不断进展，埋线疗法本身系统化、规范化、标准化以及量化的不断完善和建立，埋线疗法也会像针灸、拔罐以及刮痧一样，走进老百姓的日常生活中。

## 4 埋线疗法在脊柱、四肢关节疾病治疗中的作用

我院是以骨科疼痛疾病为主的综合性医院，埋线疗法在我院得以广泛应用，包括颈椎、胸椎、腰椎病变引起的疼痛，四肢关节的炎症、增生退变引起的疼痛。临幊上埋线疗法治疗主要根据脊柱的生理解剖以及病理变化选取相应的夹脊穴为主要治疗部位进行治疗，夹脊穴周围组织中存在许多神经末梢，且脊神经后支内侧支与夹脊穴之间的距离最近，因此夹脊穴埋线可持续刺激深部神经末梢，促进血液循环，加强局部炎症吸收，解除其对周围神经血管的压迫，从而取得理想的治疗效果。

## 5 资料与方法

**5.1 一般资料** 选取我院住院颈椎病患者102例，按就诊先后顺序随机分为2组：治疗组52例中，男25例，女27例；年龄30~78岁，平均59.7岁；病程最短7 d，最长20余年，平均3.7年；其中颈型颈椎病6例，神经根型颈椎病22例，椎动脉型颈椎病12例，混合型12例；X线检查6例，CT检查46例。患者都有不同程度的骨质增生、生理曲度改变、韧带钙化、椎间盘突出等。对照组50例

中，男25例，女25例；年龄36~67岁，平均58.5岁；病程最短10 d，最长10余年，平均4.5年；其中颈型颈椎病4例，神经根型颈椎病20例，椎动脉型颈椎病15例，混合型11例；X线检查4例，CT检查46例。患者同样存在不同程度的骨质增生、生理曲度改变、韧带钙化、椎间盘突出等。2组在性别、年龄、程度上比较，差异无统计学意义，具有可比性。

**5.2 诊断标准** 颈肩部疼痛不伴有上肢疼痛麻木，及头痛、头晕、视物模糊、耳鸣、听力下降，心前区不适、心率快慢等。查体：引颈试验、臂丛牵拉试验、压顶试验等阳性，辅助检查：X线检查、CT检查，患者都有不同程度的骨质增生、生理曲度改变、韧带钙化、椎间盘突出等，并排除其他疾病。

**5.3 治疗方法** 治疗组：取颈夹脊穴、肩井穴、天宗穴、风府穴、风池穴、臂臑穴、阿是穴等。局部皮肤消毒，戴无菌手套，取已消毒的蛋白线放置在穿刺针针管前端，左手拇指、食指固定皮肤，右手持针，针尖刺入所需深度，推针芯将线埋入肌层或皮下组织，将针退出，消毒干棉球按压针孔无出血，创可贴覆盖针孔。每周1次，5~7次一疗程。

对照组：操作方法取穴同治疗组，以毫针针刺，留针30 min，每天1次，7 d一疗程。

**5.4 护理措施** ①指导患者卧床休息，保持患者颈部放松，解除局部肌肉痉挛。②早期减少颈部活动度，病重者佩戴颈托。③病情好转后开始进行颈部功能锻炼，如“米”操。④指导患者进食高营养、易消化饮食，忌食辛辣，忌烟酒。⑤日常生活指导。避免长时间低头伏案工作，工作时间长时要适当活动颈椎，避免长时间头偏向一侧，休息时可使用颈椎枕。⑥指导调节患者情绪，保持心理健康，积极配合治疗。

**5.5 疗效判定标准** 治愈：患者症状消失，能恢复原工作；有效：疼痛减轻颈椎及上肢活动改善；无效：症状体征均无改善。

## 6 结果

见表1。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
治疗组	52	40(76.92)	9(17.30)	3(5.77)	49(94.23) <sup>1)</sup>
对照组	50	30(60.00)	10(20.00)	10(20.00)	40(80.00)

注：与对照组比较，<sup>1)</sup>P<0.05

## 7 讨论

颈椎病又称颈椎综合征，由颈椎退行性变、骨质增生、生理曲度改变、韧带肥厚钙化、椎间盘突出引起，症状多样，病情复杂。中医根据症状可将其分属“痹证”“眩晕”等范畴。患者多为中老年人，因急慢

性损伤，风寒湿邪侵袭，致肾气亏虚、气血衰少，痹阻经络、气血瘀滞、经脉不通、筋骨肌肉组织失去气血濡养，导致局部循环障碍，处于慢性缺血缺氧状态，导致充血、渗出、水肿及无菌性炎症。

顽固性颈椎病的颈椎X线及CT表现颈椎退变严重，骨刺形成，颈椎严重变形，椎管内间盘突出较大，韧带肥厚钙化，造成椎管径变窄有关，治疗难度大。颈椎是人体的重要部位，病情严重者会造成残疾，卧病在床，丧失劳动能力。

穴位埋线疗法是融合多种疗法、效应于一体的复合型疗法，蛋白线作为一种异体蛋白，通过穿刺针注入穴位内，在体内的缓慢吸收过程中起到长期的刺激作用，以达到疏通经络、调节阴阳及脏腑气血功能的

作用，根据腧穴近治作用的理论取夹脊穴、肩井穴、天宗穴、风府穴、风池穴、臂臑穴、阿是穴等疏通经络、行气活血，蛋白线埋入穴位，提高机体的应激能力，促进局部血液循环，改善新陈代谢，提高组织的耐受性，使患者症状减轻甚至消失，达到良好的治疗效果。但X线片及CT检查颈椎的增生退变无明显变化，至于确切的治疗机理有待进一步研究和探讨。

#### 参考文献

- [1]黄国荣.穴位埋线疗法治疗单纯性肥胖症的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2010.
- [2]孙文善.微创埋线在疼痛治疗中的作用[J].中医外科杂志,2011,20(4):3-5.
- [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.

(本文编辑:杨杰 本文校对:叶花苓 收稿日期:2018-06-28)

(未完待续)

## 雷火灸法改善气虚血瘀证痛性糖尿病周围神经病变的疼痛临床观察

汤 娜 班 颖 宋 钝 杨 荔 芳 杨 玉 婷 王 鵠 金 潼 王 志 楠 曹 柏 龙\*

(北京中医药大学东直门医院东区内分泌科, 北京 101121)

**摘要:**目的 研究雷火灸改善气虚血瘀证痛性糖尿病周围神经病变的疼痛效果。方法 将145例患者按照数字表法随机分为治疗组70例和对照组75例，对照组使用注射胰岛素或口服药物控制血糖，并予西药注射用腺苷钴胺肌肉注射改善微循环治疗；治疗组在对照组治疗的基础上，加以雷火灸中医技术操作治疗，分别在治疗后3 d、7 d使用疼痛VAS评分法及Barthel评定对比患者日常生活活动能力。结果 治疗组患者VAS疼痛评分有明显改善，与对照组比较，差异有统计学意义( $P<0.01$ )。结论 雷火灸法改善气虚血瘀证痛性糖尿病周围神经病变的疼痛具有显著的临床效果。

**关键词:**雷火灸；糖尿病；周围神经病变；气虚血瘀证；生活质量；消渴；痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.054

文章编号:1672-2779(2018)-16-0122-03

#### Observation on the Effect of Thunder Fire Moxibustion on Pain of Diabetic Peripheral Neuropathy with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome

TANG Na, BAN Ying, SONG Dun, YANG Lifang, YANG Yuting, WANG Jing, JIN Tong, WANG Zhinan, CAO Bailong

(Endocrinology Department, East District of Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 101121, China)

**Abstract: Objective** To study the effect of thunder fire moxibustion on painful diabetic peripheral neuropathy with qi deficiency and blood stasis syndrome. **Methods** 145 patients were randomly divided into treatment group of 70 cases and control group of 75 cases according to the digital table method. The control group used insulin injection or oral medicine to control blood sugar and the Mecobalamin injection muscle injection to improve microcirculation. The treatment group was treated with thunder and fire moxibustion on the basis of the control group. 3 days and 7 days after the treatment, the VAS pain assessment scale and Barthel were used to assess the activities of daily living. **Results** The VAS pain symptom score of the treatment group was significantly improved ( $P<0.01$ ) comparing with the control group, and the difference was statistically significant. **Conclusion** Thunder fire moxibustion has significant clinical effect in improving the pain of painful diabetic peripheral neuropathy with qi deficiency and blood stasis syndrome.

**Keywords:** thunder fire moxibustion; diabetes; peripheral neuropathy; qi deficiency and blood stasis syndrome; quality of life; consumptive thirst; arthromyodynia

糖尿病周围神经病变是糖尿病的主要慢性并发症之一，其患病率可达50%以上<sup>[1]</sup>。其中25%患者表现痛性糖尿病神经病变(PDPN)，它是以疼痛为主要表现的一类神经病变<sup>[2]</sup>，以患者远端肢体的感觉、运动及营养障碍为主要特征，表现为肢体远端的麻木、刺痛、闪电痛或灼

痛，尤以下肢明显，属于神经病理性疼痛的一种，也是目前临幊上最复杂、最难治的糖尿病周围神经病变之一。长期的高血糖所产生糖毒性可以使毛细血管基底膜增厚，血管腔狭窄，血管内皮细胞增生、水肿，导致血管微循环障碍，而神经细胞缺氧、缺血，导致周围神经阶段性脱髓鞘，轴突变形<sup>[3]</sup>。大量研究证实，痛性糖尿病神经病变患者20%~30%会出现痛觉异常，并伴有睡眠

\* 通讯作者:caobailong2012@126.com



障碍和抑郁，会导致患者感觉日常生活疲惫不堪，严重影响患者的生活质量<sup>[4]</sup>。中医对糖尿病周围神经病变有着独特的认识，中医理论认为久病入络，因此活血化瘀在治疗临床慢性疾病中占有很重要地位，活血化瘀治疗方法是中医辨证论治的一部分，现代医学研究证实，活血化瘀能改变血小板的结构和功能，改善血液黏、稠、聚的状态，促进脂类物质的代谢，扩张血管，改善微循环，增加血流量，调整血液理化特征<sup>[5]</sup>。本研究采用中西医结合的方法，用雷火灸疗法+肌肉注射腺苷钴胺药物治疗70例气虚血瘀证痛性糖尿病周围神经病变患者，取得了较好的疗效，现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2017年3月—2018年5月，选择在我院内分泌科病房治疗气虚血瘀证痛性糖尿病周围神经病变患者145例，分为2组。治疗组70例，男性43例，女性27例；年龄35~70岁，平均61岁；病程平均13年。对照组75例，男性38例，女性37例；年龄35~70岁，平均56岁，病程平均11年。2组患者性别、年龄及病程差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，具有可比性。

**1.2 诊断标准** 痛性糖尿病神经病变（PDPN）西医诊断标准符合中华医学会《中国2型糖尿病病防治指南》（2007年）糖尿病诊断标准，同时表现有肢体针刺样、烧灼样疼痛。

**1.3 纳入标准** 年龄35~70岁，生活可自理；患者知情同意，清醒、安静状态下完成相关检查；临床辨证为气虚血瘀证型者；VAS评分≥4分者，温度觉测定值为32~35℃。

**1.4 排除标准** ①合并有哮喘、心血管病、脑血管病、感染性疾病、肝肾及造血系统疾病等严重原发疾病及孕妇、精神病患者；②有皮肤破损、溃疡者；③动静脉血管病变（静脉栓塞、淋巴管炎）等因素引起的神经病变患者；④疼痛觉测定值为35℃以上的患者。

**1.5 剔除标准** ①试验过程中因各种原因不能坚持治疗者；②临床资料不全或观察中自然脱离，失访者；③患者治疗过程中不愿意继续接受试验时，可退出；④治疗过程中，出现严重的不良反应者。

**1.6 治疗方法** 良好控制血糖是治疗糖尿病神经病变的基本措施，2组均采用口服药物或注射胰岛素控制血糖，并予肌肉注射腺苷钴胺1.5 mg，1次/日，疗程为1周。观察组在此基础上加以雷火灸灸法治疗。

雷火灸灸法的应用：雷火灸药物组成：沉香、木香、乳香、茵陈、羌活、干姜各9 g，人工麝香少许研细末，再去纯净艾绒28 g，加入药粉8 g研制而成。雷火灸操作者接受统一培训，具有本院中医适宜技术操作资格认证者。

操作流程：首先为患者做好雷火灸疗法解释工作，为入选治疗组的患者使用温度感觉测定仪测定温度觉

的阈值，认真评估患者的皮肤情况，以避免因对温度觉迟钝而造成的烫伤，然后协助患者取舒适体位，准备一个单孔雷火灸盒，先将雷火灸药点燃放入雷火灸盒并盖上盒盖，放在患者下肢阿是穴、阳陵泉、足三里穴位上施灸，盒上两侧松紧带固定在患者腿上，用一条棉质大浴巾在灸盒的底部围一圈，药条距施灸部位4 cm进行温和灸法，以病人感到皮肤温热舒适而不灼痛为度，每次20 min，每日1次，操作中随时观察病情，询问患者感觉，灸至局部皮肤发红，深部组织发热为度。灸毕将燃烧的雷火灸条取下，放入盛有水的小口瓶中，用纱布擦拭患者施灸部位皮肤，再次观察患者局部皮肤情况，并指导患者休息片刻再活动，注意局部保暖，慎防风寒，治疗当天用温水沐浴，与雷火灸疗法间隔4 h以上；治疗期间饮食宜均衡，禁食生冷、辛辣食物，忌烟酒；使用雷火灸治疗后不可以搔抓施灸部位的皮肤，以免损伤皮肤而感染。

**1.7 观察指标** ①采用VAS评分法对疼痛程度进行评定，即0分为无任何症状，10分为最疼痛；②采用Barthel评定患者日常生活活动能力。

**1.8 统计学方法** 建立数据库，用SPSS 18.0进行数据分析，计量资料比较采用t检验。

## 2 结果

见表1。

表1 2组VAS疼痛评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	男	女	入院时	第3天	第7天
治疗组	70	43	27	4.36±0.53	2.33±1.15	1.38±1.12
对照组	75	38	37	4.24±0.42	4.16±0.53	3.82±0.84

患者治疗3 d、7 d后，根据患者的疼痛VAS评分提示治疗组治疗痛性糖尿病周围神经病变总疗效优于对照组，治疗组患者VAS疼痛评分有明显改善，与对照组比较，差异有统计学意义 ( $P<0.01$ )。

## 3 讨论

痛性糖尿病周围神经病变是以疼痛为主要表现的一类神经病变，属于神经病理性疼痛的一种，也是目前临幊上最复杂、最难治的糖尿病周围神经病变之一，文献报道其发生率约为16%<sup>[6]</sup>，并随糖尿病患病时间延长而升高。痛性糖尿病周围神经病变属于中医“痹证”中“痛痹”范畴<sup>[7]</sup>，运用“简、便、廉、验”的中医适宜技术来改善糖尿病周围神经病变的疼痛症状，是广大医务工作者应加强关注的重点问题。关于“痛痹”的发病机理，中医认为与“火”及“瘀”有密切关系，《黄帝内经》言：“诸痛痒疮、皆属于火”。华佗《中藏经》则认为“风、寒、湿、热”为痹症的四大病因，清代叶天士提出了“久病入络”“久痛入络”理论<sup>[8]</sup>。

在中医“火”“瘀”经络病理理论的指导下，温灸疗法作为一种传统中医操作，具有悠久的历史，《备急灸法》即有“灸法有返死回生，妙夺造化之功”

的描述，表明灸疗在急救中的地位。雷火灸是对灸疗的改进和发展，最早称为雷火神针，雷火神针者一日“雷火”、一日“神针”，可见其效力如雷火般迅猛、如针般快捷，其热力和药力直达组织深层，产生类似针刺与艾灸的双重功效<sup>[9]</sup>。雷火灸以经络学说为原理，现代医学为依据，采用纯中药配方，在古代雷火神灸疗法的基础上，改变其用法与配方创新发展而成的中医适宜技术治疗法，它是利用药物燃烧时的热量，通过悬灸的方法刺激相关穴位，其热效应激发经气，使局部皮肤机理开放，药物透达相应穴位内，起到疏经活络、活血利窍、改善周围组织血液循环，具有温经散寒的作用<sup>[10]</sup>，其燃烧时的物理因子和药化因子，与腧穴的特殊作用、经络的特殊途径相结合，产生的一种“综合效应”，以改善糖尿病周围神经病变的疼痛症状。本研究中，2组患者下肢疼痛症状均有所缓解，但治疗组总有效率高于对照组，改善疼痛更加明显。研究以国际公认并广泛采用的疼痛VAS评分，在治疗组使用雷火灸疗法3 d、7 d后进行观察对比，证实其临床疗效的显著性，即雷火灸治疗法是一种行之有效的治疗

方法，大大提高患者的生存质量，有一定的临床应用价值。

#### 参考文献

- [1]Jack M, Wright D. Role of advanced glycation endproducts and glyoxalase I in diabetic peripheral sensory neuropathy[J]. Transl Res, 2012, 159(5):355-65.
- [2]齐月,于世家.木丹颗粒联合甲钴胺治疗痛性糖尿病周围神经病变的临床观察[J].世界中医药,2015,10(3):356-358.
- [3]牟崇云,于建花.中西医结合治疗糖尿病周围神经病变 74 例[J].中医药通报,2010,25(2):281.
- [4]李丽,冯洁,耿立成.糖尿病痛性神经病变发生机制研究进展[J].中国疼痛医学杂志,2011,17(1):46-47.
- [5]曹柏龙,苗桂珍,朱学敏.活血化瘀法治疗糖尿病周围神经病变的理论探讨[J].中国中医药现代远程教育,2008,11(6):1340-1341.
- [6]Dworkin RH, Panarites CJ, Armstrong EP, et al. Healthcare utilization in people with postherpetic neuralgia and painful diabetic peripheral neuropathy[J]. J Am Geriatr Soc, 2011, 59(5):827-836.
- [7]徐晗,吴敏.加味白薇煎治疗痛性糖尿病神经病变[J].长春中医药大学学报,2014,30(3):478-480.
- [8]范建华,冯文丽,袁志林.糖尿病周围神经病变的中医证治用药规律分析[J].中国医药指南,2012,10(8):219.
- [9]黄征宇.雷火灸热敏穴治疗颈型颈椎病颈痛的效果[J].护理研究,2018,32(2):130-133.
- [10]曲甜甜,黄勤,张大伟.中医特色护理干预经雷火灸治疗的腰痛临床分析[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(5):133-135.

(本文编辑:杨杰 本文校对:王立强 收稿日期:2018-05-18)

## 平乐平脊疗法治疗青少年特发性脊柱侧弯 60 例

徐弘洲<sup>1</sup> 宋永伟<sup>2</sup>

(1 河南省骨科医院颈肩腰腿痛二科,河南 郑州 450000;  
 2 河南省洛阳正骨医院颈肩腰腿痛三科,河南 洛阳 471002)

**摘要:**目的 观察平乐平脊疗法治疗青少年特发性脊柱侧弯的临床疗效。方法 2014年—2017年采用平乐平脊疗法治疗青少年特发性脊柱侧弯患者60例，对比治疗前后患者SAS积分、ODI评分及Cobb's角的变化。结果 疗程结束后患者的SAS积分、ODI评分及Cobb's角均减小，且3项指标治疗前后差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论 平乐平脊疗法治疗青少年特发性脊柱侧弯具有操作简便、安全有效等特点，值得临床推广应用。

**关键词:**青少年特发性脊柱侧弯；平乐平脊疗法；Cobb's角

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.055

文章编号:1672-2779(2018)-16-0124-04

#### Pingle Flat Ridge Therapy in the Treatment of Adolescent Idiopathic Scoliosis for 60 Cases

XU Hongzhou<sup>1</sup>, SONG Yongwei<sup>2</sup>

(1. Department of Cervicodynia-Omalgia-Lumbago-Skelalgia Two, Orthopedic Hospital of Henan Province, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

2. Department of Cervicodynia-Omalgia-Lumbago-Skelalgia Three, Luoyang Orthopedic Hospital of Henan Province, Henan Province, Luoyang 471002, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of Pingle flat ridge in the treatment of adolescent idiopathic scoliosis. **Methods** From 2014 to 2017, 60 patients with adolescent idiopathic scoliosis were treated with Pingle flat ridge therapy. The SAS score, ODI score and Cobb's angle before and after treatment were compared. **Results** The SAS score, ODI score and Cobb's angle of the patients decreased after treatment, and the differences of the three indexes before and after treatment were statistically significant ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** Pingle flat ridge in the treatment of adolescent idiopathic scoliosis is simple, safe and effective. It is worthy of clinical application.

**Keywords:** adolescent idiopathic scoliosis; Pingle flat ridge therapy; Cobb's angle

青少年特发性脊柱侧弯 (adolescent idiopathic scoliosis, AIS) 是严重影响青少年身心健康的疾病之一<sup>[1]</sup>。AIS 是小儿骨骼肌肉系统中最常见的畸形之一，其不仅会

造成身体外观异常，后期还可因胸廓畸形而引发心、肺功能障碍，影响青少年健康发育<sup>[2]</sup>。脊柱侧弯的治疗可分为两大类，即非手术治疗和手术治疗。早期病例



多采用非手术治疗，包括：体操疗法、表面电刺激疗法、牵引疗法、支具治疗以及推拿手法等<sup>[3]</sup>。手术疗法主要针对Cobb's角40°以上的严重侧弯患者，且脊柱侧弯矫形术是脊柱外科中难度较大的手术，手术过程复杂，术后易出现并发症<sup>[4]</sup>。针对40°以下的AIS早期病例，临幊上多数采用支具配合矫形操等治疗，疗程较长，患者依从性较差，疗效并不确切，且支具治疗失败后手术概率为7%~43%<sup>[5]</sup>。故而探寻有效的保守治疗方法势在必行。2014年—2017年我科采用我院独创的“平乐平脊疗法”治疗AIS 60例，现汇报如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 60例患者均符合《中医整脊科常见病诊疗指南》中AIS诊断标准<sup>[6]</sup>；男性22例，女性38例；根据Risser征分级<sup>[7]</sup>，6例患者属于Risser0级，2例患者属于Risser1级，9例患者属于Risser2级，13例患者属于Risser3级，24例患者属于Risser4级，6例患者属于Risser5级。年龄12~18岁，年龄中位数14.0岁；女性38例中月经来潮32例，月经年龄（year since menarche）为(18.7±14.2)个月，月经初潮年龄≥14岁3例，月经初潮年龄≥12岁6例，月经初潮年龄≥13岁29例。侧凸部位：胸腰椎侧凸29例，单纯腰椎侧凸17例，单纯胸椎侧凸14例；病程3~60个月，病程中位数16个月。

**1.2 治疗方法** 采用优值牵引、中药熏蒸联合手法松解及功能锻炼治疗方法，21 d为1个疗程，治疗2个疗程。

**1.2.1 优值牵引治疗** 优值牵引法<sup>[8]</sup>采用我院自制腰椎牵引器，俯卧位用骨盆牵引带牵引，牵引前排便，牵引重量为体重的1/3~1/2，逐渐增加，以病人耐受、未见症状加重为度，每次时间40 min，侧弯主要节段处于上下牵引带之间，每日3次，每次牵引解除后要求患者卧床30 min后再下地。每次牵引间隔4 h以上，21 d为1个疗程。每次牵引20~30 min时，双掌叠加，手臂垂直于病人侧弯节段棘突上及侧弯凸侧部位行高频率(60次/min)小重力(牵引重力的1/4~1/3，以患者耐受为度)的快速弹压手法1~2 min。

**1.2.2 中药熏洗疗法** 采用我院协定软伤外洗药1号方，方药组成：白芷15 g，莪术20 g，三棱20 g，威灵仙20 g，千年健20 g，川椒10 g，桃仁10 g，透骨草30 g，伸筋草30 g，红花10 g，艾叶10 g，五加皮20 g，海桐皮20 g，苏木10 g。具体操作：患者每次熏洗前，熏洗床中药水加热至(55±2)℃，即扶持患者仰卧平躺于熏洗床上，取屈膝仰卧位，一次性中单垫衬熏洗孔周围，腰背部悬空于熏洗孔上方。每次30 min，2次/d，连续治疗21 d为1个疗程。

**1.2.3 手法松解（颈胸骶手法）治疗** 骨盆区松解手法：患者俯卧位，双下肢平伸，术者站于患者一侧，一手

按于对侧髂后上棘向前外侧推，另一手拉对侧大腿下端向后内侧扳，达到最大限度后，双手在小幅度范围内发力，常感骶髂关节错动感，3次后仍没有错动感停止手法换对侧继续，不必强求错动感。胸椎手法：患者俯卧位，双下肢平伸，术者双手叠加，手掌部按于胸椎棘突上向前上方推按，迅速发力，手法自上而下进行一遍，每个棘突均听到“咯噔”声响，但不必追求弹响。颈胸段手法：患者选俯卧位，嘱患者头部旋转向一侧，并后伸头部，术者站于头顶，双上肢交叉，一手按于朝上的颤骨稳定头部不发力，另一手按于颈胸结合段棘突旁向前外侧发力，幅度要小，发力要迅速，常听到“咯噔”声响。

**1.2.4 功能锻炼** 治疗过程中每天行3~5次功能锻炼，以燕飞、仰卧起坐及形体塑造锻炼为主，每次燕飞及仰卧起坐10 min左右，形体塑造锻炼3~5 min（侧弯向右凸形体训练：身体向右侧弯，右手掐腰对抗，颈部向左侧，左手抱头牵拉，坚持10~15 s。侧弯向左凸形体训练：身体向左侧弯，左手掐腰对抗，颈部向右侧，右手抱头牵拉，坚持10~15 s）。治疗疗程结束后仍需坚持每天3次功能锻炼。

**1.3 观察指标** (1)中文版ODI：ODI原版共10个条目，包括对疼痛（疼痛程度、痛对睡眠的影响）、单项功能（提物、坐、站立、行走）和个人综合功能（日常活动能力、性生活、社会活动和郊游）3大领域的评定。本研究使用的是郑光新版ODI<sup>[9]</sup>，其中较原版删除了性生活1项，故只有9项，最高总分45分。记分方法是：实际得分/45（最高可能得分）×100%，如越高表明功能障碍越严重。

(2)焦虑自评量表（SAS）：由William W.K.Zung于1971年编制<sup>[10]</sup>，用以调查研究对象的焦虑情况，共20个项目。每个项目采用1~4级评分制。焦虑程度越高，评分则越高。1=很少或无；2=有时有；3=经常有；4=持续有，即为倾向，共15项；其余5项则为反向。将所有项目的得分相加后再乘以1.25，取整数部分则为标准分。根据标准分决定焦虑程度：标准分<50分为无焦虑；50~60分为轻度焦虑；60~70分为中度焦虑；≥70分为重度焦虑。

由专人负责记录患者治疗前及治疗2周后的SAS积分、ODI评分及Cobb's角。

**1.4 统计学方法** 数据采用SPSS 19.0进行系统分析，计数资料采用 $\chi^2$ 检验，计量资料采用t检验。

## 2 结果

治疗后患者的SAS积分、ODI评分及Cobb's角的数值均较治疗前减小，差异均具有统计学意义，P<0.01，见表1。典型影像资料见图1。

**表1 治疗前后指标比较** ( $\bar{x}\pm s$ )

时间	SAS评分	ODI评分	Cobb's角
治疗前	56.85±8.16	60.33±16.13	28.52±8.26
治疗2周后	38.42±4.16	44.22±12.85	12.77±2.99
t值	14.904	6.474	6.200
P值	0.006	0.001	0.001



注：患者，女，18岁，诊断为AIS，病程2年，治疗前Cobb's角为24.12°，治疗1周后Cobb's角为16.54°，治疗后2周复查Cobb's角为8.43°。

**图1 患者治疗前、治疗1周后及治疗后2周脊柱全长检查结果**

### 3 讨论

AIS病因尚不明了，目前认为是多因素作用的结果，包括脊柱生长力线不平衡引起的动静力系统失衡、生长发育因素、神经内分泌紊乱及遗传因素等<sup>[11-13]</sup>。脊柱侧弯在青春期发展最快，通常被认为与青春期骨骼尚未完全发育成熟有关<sup>[14]</sup>。AIS影响脊柱、心肺等多组织脏器的发育，可能造成心肺功能变差，生活能力和生活质量下降等。临幊上AIS占脊柱侧弯的80%左右<sup>[15]</sup>。国内对青少年脊柱侧弯的流行病学研究发现：近年来由于生活方式等改变，AIS在我国的发病率有逐年上升的趋势<sup>[16]</sup>。AIS由于发病年龄小、影响个人形象且青少年心理承受能力差等多种原因，青少年的个人心理压力较大，往往伴有焦虑沮丧等不良心理活动。因此早期预防、早发现、早治疗对治疗AIS有着至关重要的作用，早期预防及早发现事关AIS的大规模普查及筛查，暂不过多讨论。大量研究结果表明，在生长发育高峰期或尚有很大生长潜能的AIS患者极易发生畸形进展<sup>[17]</sup>，

而早期治疗的目的正是在于防止侧弯的进一步进展，临幊上早期治疗以保守治疗为主。

平乐平脊疗法共包含优值牵引疗法，中药熏洗疗法，松解手法治疗及功能锻炼4个治疗项目。优值牵引是在临床实践中我院颈腰痛中心独创，用牵引优值对脊柱病进行牵引治疗的方法，我们称之为优值牵引法<sup>[8]</sup>。采用优值俯卧位牵引，在起到固定与制动的基础上，可有效缓解两侧肌肉不平衡，缓解两侧肌肉痉挛，改善椎旁肌肉代偿情况，纠正脊柱力线，牵引过程中的脊柱侧弯旁的高频率按压是将术者的动能及重力势能转化为脊柱关节突关节错动的动能，经过长期的动能累积效应，纠正侧凸旁棘突侧偏，改善脊柱椎旁肌肉的代偿，使得脊柱椎旁两侧肌肉的不平衡回归于相对平衡。中药熏蒸治疗通过药力和热力的结合，使患部皮肤血管扩张，促进血液和淋巴循环，加快局部病理产物的代谢，可有效改善脊柱侧弯椎旁肌肉的病理变化，改善缓解脊柱侧弯的进展，同时也为关节松解创造了较好的环境，能有效代替支具治疗。颈胸骶松解手法是我院颈腰痛中心在临幊工作中总结的整脊手法之一，颈胸骶手法以整体观念为指导，不针对单一侧弯节段，纠正脊柱整体失衡，故而能达到良好的效果。首先通过对骶髂关节的纠正，改善骨盆旋转及错位，减轻脊柱侧弯代偿，稳定脊柱基石结构，继而采取胸椎手法纠正侧偏棘突，改善脊柱侧弯椎旁肌肉肌张力，减少侧凸肌肉代偿，改善病理变化，减轻炎症反应，减少弓弦效应带来的拉力。最后采取颈胸段手法，改善脊柱顶端力量失衡，减轻顶端失衡代偿，整体改善Cobb's角，使脊柱侧弯得到控制。而最后有效的功能锻炼则不可忽视，燕飞等功能锻炼能有效地平衡脊柱两侧的肌肉，缓解长期肌肉代偿，加强肌肉力量对脊柱的稳定，自我的形体塑造锻炼不仅有促进凸侧肌肉收缩，凹侧肌肉牵伸的作用，还能相应地加强脊柱凹侧薄弱的肌肉力量，稳定腰背部肌群，巩固治疗效果。

平乐平脊疗法在“平乐正骨”理论指导下，采取整体辨证思维，注重筋骨互用平衡。平脊疗法是洛阳正骨医院专科专病建设中颇具特色和代表性的治疗理论之一，在治疗颈椎、胸腰椎疾患中有着极其重大的作用。平乐平脊疗法重视筋与骨的相互依存、动态平衡关系，在具体操作中可达到优化治疗的目的<sup>[18]</sup>，应用本方法，本研究60例AIS患者功能活动得到了有效的改善，Cobb's角得到了控制，患者焦虑状况明显减轻。本法具有操作简便、安全有效等特点，值得临幊推广应用。

### 参考文献

- [1]康学文,王栓科,陈向东.不同类型青少年脊柱侧弯支具治疗疗效观察[J].中华矫形外科杂志,2008,1(16):70-71.
- [2]余升华,胡汉生,邱勤业,等.广州市中小学生脊柱侧凸现状及3年随访调查[J].广东医学,2014,24(35):3889-3892.
- [3]赵平,田青.青少年脊柱侧弯的临床诊治进展[J].医学与哲学(临床决策论坛版),2011,32(6):45.

- [4]陈艳.特发性脊柱侧弯的护理体会[J].护士进修杂志,2013,4(28):723-726.
- [5]Dolan LA, Weinert SL. Surgical rates after observation and bracing for adolescent idiopathic scoliosis: an evidence-based review[J]. Spine, 2007, 32 (19 Suppl):91-100.
- [6]中华中医药学会整脊分会.中医整脊科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012:114-118.
- [7]Nauh ML, Parent S, Phan P, et al. A modified Risser grading system predicts the curve acceleration phase of female adolescent idiopathic scoliosis[J]. J Bone Joint Surg Am, 2010, 92(5):1073-1081.
- [8]鲍铁周,宋永伟,郭艳幸.值牵引法治疗颈型颈椎病[J].中国骨伤,2005,18 (5):260-262.
- [9]郑光新,赵晓鸥,刘广林,等.Oswestry功能障碍指数评定腰痛患者的可信性[J].中国脊柱脊髓杂志,2002,12(1):13-15.
- [10]汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[M].中国心理卫生杂志(修订版),1999: 235-237.
- [11]邱勇,吴亮,王斌,等.特发性脊柱侧弯两侧椎旁肌的影像学差异及其临床意义[J].中华骨科杂志,2006,26(4):228-231.
- [12]邱贵兴,郭盛杰,刘勇,等.脊柱侧弯关节突中I、II型胶原和TGF-B表达的研究[J].中华医学杂志,2005,85(34):2391-2394.
- [13]Wu J, Qiu Y, Zhang L, et al. Association of estrogen receptor gene polymorphisms with susceptibility to adolescent idiopathic scoliosis[J]. China Journal of Modern Medicine, 2006, 31(10):1131-1136.
- [14]Parent S, Newon PO, Wenger DR. Adolescent idiopathic scoliosis: Etiology, anatomy, natural history, and bracing[J]. Instr Course Lect, 2005, 54(1):529-560.
- [15]郑振耀,唐盛平,郭霞,等.青少年特发性脊柱侧弯病因研究进展(一)[J].中国脊柱脊髓杂志,2002,3(2):139.
- [16]柯扬,刘汝洛.青少年脊柱侧弯流行病学研究进展[J].中国矫形外科杂志,2009,17(13):990-994.
- [17]Lonstein JE, Carlson JM. The prediction of curve progression in untreated idiopathic scoliosis during growth[J]. J Bone Joint Surg Am, 1984, 66(7):1061-1071.
- [18]孙贵香,郭艳幸,何清湖,等.平乐正骨筋骨互用平衡论——平乐正骨理论体系之平衡理论研究(二)[J].中医正骨,2012,24(10):73-76.

(本文编辑:杨杰 本文校对:秦庆广 收稿日期:2018-05-18)

## 针刺配合关节松动术治疗肩周炎的临床探讨

杨慧文 田会军 何敏 彭炳龙 贾芝和 胡华平 潘伟

(萍乡市人民医院骨科,江西 萍乡 337000)

**摘要:**目的 分析针刺配合关节松动术治疗肩周炎的临床疗效。方法 选取2016年3月—2017年10月110例肩周炎患者作为研究对象。根据随机数字法将其分为试验组与常规组。常规组仅采取关节松动术进行治疗,试验组在常规组基础上应用针刺治疗。统计并对比2组患者的治疗效果。结果 试验组患者的治疗总有效率优于常规组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 针刺配合关节松动术治疗肩周炎的临床疗效突出,能够显著减轻患者的疼痛感,恢复患者的机体功能,提高患者生存质量,值得推广普及。

**关键词:**针刺;关节松动术;肩周炎;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.056

文章编号:1672-2779(2018)-16-0127-02

### Clinical Discussion on Acupuncture Combined with Arthrodesis in Treating Periarthritis of Shoulder

YANG Huiwen, TIAN Huijun, HE Min, PENG Binglong, JIA Zhihe, HU Huaping, PAN Wei

(Orthopedics Department, Pingxiang People's Hospital, Jiangxi Province, Pingxiang 337000, China)

**Abstract: Objective** To analyze the clinical curative effect of acupuncture combined with arthroplasty for periarthritis of shoulder.

**Methods** From March 2016 to October 2017, 110 patients were selected as the study cases during this study period. According to the principle of random number method, 110 patients were divided into experimental group and routine group. The routine group was treated with arthrodesis, and the experimental group was treated with acupuncture on the basis of the routine group. The results were compared between the two groups. **Results** The total effective rate in the experimental group was significantly different from that in the routine group, and the data difference reached statistical standard ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Acupuncture combined with arthroplasty for periarthritis of shoulder has clinical curative effect, can significantly reduce the patient's pain, restore the patient's body function, improve the quality of survival, and is worthy of popularization.

**Keywords:** acupuncture; arthroplasty; periarthritis of shoulder; arthromyodinia

肩周炎也就是肩关节周围炎,其主要是指肩关节囊或关节周围软组织发生损伤、退变从而导致的慢性无菌性炎症,临床中以肩关节疼痛、活动功能障碍以及肌肉萎缩等为主要症状<sup>[1]</sup>。临床上的发病一般是以单侧为主,女性患者多于男性患者,一般是以50岁左右的中老年人为高发病人群,患者生活质量较差<sup>[2]</sup>。对此,为了更好地提升临床医疗服务水平,本文以我院部分患者为例,探讨针刺配合关节松动术对于肩周炎患者的干预效果,希望可以为今后相关工作者提供理论性帮助,具体研究如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将2016年3月—2017年10月作为本次研究时间段,在该时间段内总共选取110例患者作为研究对象。110例患者均满足肩周炎的基本指征,根据随机数字法将其分为试验组与常规组。试验组55例患者,其中男性21例,女性34例,平均年龄( $51.5 \pm 5.2$ )岁,平均病程( $8.9 \pm 2.1$ )个月;常规组55例患者,其中男性22例,女性33例,平均年龄( $51.8 \pm 4.9$ )岁,平均病程( $7.0 \pm 3.2$ )个月。2组患者的一般资料均无明显差异( $P > 0.05$ ),满足对比研究要求。

**1.2 治疗方法** 常规组仅采取关节松动术进行治疗。关节松动术包含被动的辅助运动和被动生理运动，应用澳大利亚Maitland关节松动术方式，根据手法进行分级，对于早期疼痛患者应用1级与2级治疗手法，对于病程比较长的关节活动障碍患者采取3级与4级治疗手法。被动辅助运动主要是让患者采取仰卧位，用拇指或大鱼际沿着边缘按压肱骨头，促使肱骨头从前往后滑动，采取俯卧位，用拇指或大鱼际边缘按压肱骨头，促使其从后向前滑动。被动生理运动时患者采取坐位，实行肩关节前屈、外伸、内外旋、内收外展等被动性运动。按照功能障碍类型应用相应手法，每天1次，每次30 min，以10次作为1个疗程。

试验组在常规组基础上应用针刺治疗。采取肩髃、肩髎、骨前、阿是穴、外关。每一个穴位采用75%乙醇棉球进行消毒，应用0.25 mm×(25~50) mm的一次性针灸针，针刺1~1.5寸，风寒、瘀血患者采取泻法，劳损患者采取补法，之后连接电针仪采用疏密波，留针30 min。每天治疗1次，以10次作为1个疗程。

**1.3 疗效评定标准** 统计并对比2组患者的治疗效果。本研究以《中医病症诊断疗效标准》作为参考，按照我院患者实际情况制定具体的疗效评定标准，显效：肩关节疼痛、肿胀以及僵硬等症状均基本消失，功能恢复情况理想；有效：疼痛、肿胀、僵硬等症状有明显缓解，在活动功能方面有明显的恢复，但在劳累之后会出现一定的疼痛感，休息后可自行缓解；无效：临床症状无均明显的改善或者是更加严重，患者生活无法自理。总有效率=（显效+有效）/总例数×100%。

**1.4 统计学方法** 本研究2组患者的一般资料、治疗效果等数据均采取SPSS统计学软件实行统计分析，计量资料采取均数加减标准差表示， $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

## 2 结果

试验组患者的治疗总有效率优于常规组，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )，详情见表1。

表1 2组患者治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	55	31	21	3	52(94.55)
常规组	55	13	33	9	46(83.64)

## 3 讨论

在当代医学中，肩周炎属于周围肌肉、关节囊、肌腱、滑囊等组织发生病变而形成非细菌性炎症反应的疾病，会导致关节内外组织发生退行性的病变，促使关节疼痛、活动功能下降<sup>[3]</sup>。肩周炎患者在检查时普遍会出现关节外展运动时“抗肩”的现象，屈肘过程中手无法触及到同侧的肩部，尤其是在手臂后伸时无法完成屈肘的动作，在平常生活中完成梳头、洗脸、穿衣、叉腰等动

作的难度较高，严重时会导致肘关节功能下降<sup>[4]</sup>。

肩周炎的基本病机大多数是以气血痹阻、经络不通为主，本病改变的经脉主要是以手三阳经为主，少阳经、阳明经为多气之经。属于气滞寒凝的症状，行气止痛为主要治疗原则<sup>[5]</sup>。另外，手足阳经的经气相互交接，调和足经气可以有效地调节手经气。对此，应用针刺中平穴、阳陵泉、条口可以达到一定的治疗作用，疏经通络，行气止痛<sup>[6]</sup>。中平穴也被成为“肩痛穴”，是肩周炎的长效性经验穴，其治疗原理是借助对大脑高级中枢的影响，从而实现良好的镇痛效果。

通过本研究的治疗经验发现，在针刺之前实行体格检查，除了局部疼痛、活动范围受限以外，在揣穴时存在特殊典型的表现，患者可以根据患肩寻找到明确的压痛点，并且患肩触及条不同，质地呈现索状结节<sup>[6]</sup>。与此同时，医生在腿部揣穴时，有90%肩周炎患者的同侧中平穴存在明显的压痛，按压患侧时中平穴相对于健侧有明显的痛感、酸胀感。与此同时，实行松动术时，嘱咐患者实行肩部上举、内旋、外旋等运动，患者多数会感觉肩部轻松，疼痛明显减缓同时运动幅度会明显超过针刺治疗之前，同时也有以部分患者表述出腿部的酸胀感有明显的强化，但是运动5 min之后会存在肩部的酸胀感，此时医师便可以放松手法，对患者实行局部放松并实行针刺强化针感<sup>[7-10]</sup>。

本研究结果显示，试验组患者的治疗总有效率优于常规组 ( $P<0.05$ )，充分证明针刺结合关节松动术相较于单纯手法治疗对肩周炎患者有着更加明显的效果，采取中医辨证分型可以有效地改善多种症状，从而提高患者的生存质量。

综上所述，针刺配合关节松动术治疗肩周炎的临床疗效突出，能够显著减轻患者的疼痛感，恢复患者的机体功能，提高患者生存质量，值得推广普及。

## 参考文献

- [1]郭艳明,王宁,谭政.滞针刺法联合关节松动术治疗肩关节周围炎88例疗效观察[J].颈腰痛杂志,2016,37(4):326-328.
- [2]乔钧,刘志浩,王会儒,等.肌内效贴配合关节松动术治疗老年非特异性下腰痛患者的临床疗效观察[J].老年医学与保健,2017,23(3):159-161.
- [3]王延武,王翀敏,陈华德,等.电针配合Mulligan动态关节松动术治疗肩袖损伤后肩关节疼痛:随机对照研究[J].中国针灸,2018,23(1):233-234.
- [4]张鑫,刘波,刘辉,等.持续静态牵伸训练配合关节松动技术在肘关节僵硬康复治疗中的临床疗效[J].中华物理医学与康复杂志,2016,38(3):231-233.
- [5]刘红艳.针刺配合天麻素穴位注射治疗脑梗死临床疗效及对血液流变学指标的影响研究[J].世界中西医结合杂志,2017,12(2):253-256.
- [6]章羽.针刺配合拔罐治疗小儿慢性咳嗽临床研究[J].中医学报,2017,32(6):932-935.
- [7]陈智昌,于成瑞.针刺、推拿治疗肩周炎53例研究[J].青岛医药卫生,1998(9):28-29.
- [8]张亚君.针刺治疗颈源性肩周炎20例[J].现代中医药,2014(1):59-60.
- [9]潘宁君,刘有富,潘海成,等.针刺董氏奇穴配合壮医竹药罐治疗肩周炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2016,32(3):208-209.
- [10]刘军.火针配合关节松动术治疗肩周炎疗效观察[J].中医临床研究,2015(15):76-77.

(本文编辑:杨杰 本文校对:文毅英 收稿日期:2018-05-25)

# 老年髋部骨折中医护理研究的现状与思考<sup>※</sup>

张留巧<sup>1,2</sup> 苗淑莹<sup>3\*</sup> 夏梦婷<sup>4</sup>

(1 湖南中医药大学研究生院,湖南 长沙 410208; 2 河南省中医院骨伤科,河南 郑州 450000;  
3 中南大学基础医学院病理生理学系,湖南 长沙 410078; 4 河南省人民医院,河南 郑州 450000)

**摘要:** 髋部骨折通常是指股骨颈及股骨转子间骨折,发病率高,病程长,并发症多,好发于伴有骨质疏松的老年人,是严重影响老年人身心健康和导致老年人行动障碍的首要原因。采用行之有效的护理措施,对于缩短病程,减少并发症,提高患者的生活质量至关重要。本文围绕近年来髋骨骨折中医护理的研究进行分析思考,针对性地诠释了一些不足和相应的改善措施,以期对整个髋部骨折中医护理工作起到一定的作用。

**关键词:** 老年科; 髋部骨折; 中医护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.057

文章编号:1672-2779(2018)-16-0129-04

## Analysis and Thinking on Traditional Chinese Medicine Nursing Research of Elderly Hip Fracture

ZHANG Liuqiao<sup>1,2</sup>, MIAO Shuying<sup>3\*</sup>, XIA Mengting<sup>4</sup>

(1. Graduate School, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China;  
2. Department of Orthopedics, Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;  
3. Department of Pathophysiology, School of Basic Medical Sciences, Central South University Hunan Province, Changsha 410078, China;  
4. Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** Hip fracture is usually refers to the femoral neck and femoral intertrochanteric fractures, with high incidence, long course and much complications. It often occurs in the elderly with osteoporosis. It is the leading cause of serious influencing physical and mental health and action disorders in the elderly. It is essential that adopting effective care measures to shorten the course reduce complications and improve the life quality of patients. In this paper, we give a review of TCM nursing on hip fracture in recent years, and pointed out some shortcomings and the corresponding improvement measures, hoping to have a good assistant effect on the whole hip fracture nursing.

**Keywords:** geriatrics; hip fracture; TCM nursing

髋部骨折是由骨质疏松引起的老年最常见的骨折之一,老年女性多发,随着我国人口老龄化速度的加快,髋部骨折发生率逐年上升。目前手术是治疗髋部骨折的有效方法。但是,由于老年机体脏器生理功能减退,应变能力减弱,修复能力低下,常伴其他疾病,全身状况较差,术后更容易发生并发症<sup>[1-2]</sup>。因此,采取优质、合理的护理干预,可以有效减少并发症的发生,促进骨折的愈合和髋关节功能的恢复,提高患者生存质量。中医具有很多有效护理手段和丰富的护理经验,且已取得了显著成效,现进行详细阐述。

## 1 中医情志护理

骨折通常突然发生,患者突然活动受限,自理能力丧失,出现焦虑、抑郁、失望等不良情绪。此强烈的情感刺激会使患者体内气血紊乱,脏腑气机升降失常,导致气滞血瘀,筋脉失于濡养,不利于骨折愈合。护理人员可以采用顺情解郁的方法(如中医五行音乐疗法)来帮助患者发泄苦闷、抑郁等不良情绪,以使

肝气疏泄。同时发挥同伴效应,列举康复实例,增加患者信心。有研究称,按摩患者的百会、肝俞、胆俞、合谷等穴位,加以五情相胜中的喜胜忧等方法可以帮助患者减轻疼痛、舒缓焦虑情绪。对于因疼痛或焦虑失眠的患者,可行耳穴镇静催眠法以提升其睡眠质量。李琼仲等<sup>[3]</sup>将100例老年髋部骨折患者随机分为对照组和干预组。对照组50例采取常规护理,干预组50例采用中医情志干预,包括交心谈心法;满足法(顺情从欲);开导法;健康教育;避免刺激;情志相胜疗法。结果显示干预组调查用焦虑自评量表(SAS)及调查用抑郁自评量表(SDS)评分显著降低,患者焦虑、抑郁等心理障碍得以有效缓解,同时患者生活质量、治疗依从性及对护理的满意度均显著提高。姜华奋<sup>[4]</sup>采用呼吸调节法、话语支持和松弛训练等情志护理后,患者康复积极性评分显著增高,焦虑评分显著降低。术后并发症、骨折愈合时间、住院时间显著减少,值得临床推广。吴丹<sup>[5]</sup>根据中医骨折三期理论,对髋部骨折患者进行辨证施护,结果显示应用中医骨折三期理论做中医情志干预,可以降低术后并发症的发生率,增进骨折愈合,有利于髋关节功能的恢复。杨金菊<sup>[6]</sup>认为应

\* 基金项目:河南省中医药科学研究专项课题【No.2013ZY02034】

\* 通讯作者:18673176715@163.com

针对患者不同阶段存在的主要心理障碍，结合患者文化程度、语言接受能力采用最适宜的方法进行心理护理，结果表明患者焦虑情绪明显改善。髋部骨折患者的康复在很大程度上取决于患者本身，而患者能否恢复，能有多大程度恢复，很大程度上取决于患者的信心。因此我们围绕患者所作的一切情志干预都是为了激发患者信心，使患者化被动为主动，积极参与治疗和护理。

## 2 辨证施膳

唐容川《血证论》、钱秀昌《伤科补要》均以“损伤之症，专从血论”为辨证论治的基础，根据损伤的发展分为初（伤后1~2周）、中（伤后3~6周）、后（伤后7周以后）三期，并按三期分别给予活血化瘀、生新续损、坚骨壮筋治疗，坚持临床必须结合患者个体情况的中医辨证整体观念进行护理。

根据骨折三期辨证施膳，患者在不同时期的饮食护理也存在差异。①初期饮食宜“破”法，由于受伤部位气滞血瘀，经络不通，以活血化瘀为主。中医认为，“瘀不去则骨不能生”“瘀去新骨生”。可见，消肿散瘀为骨折愈合之首要。饮食以清淡为主，如蔬菜、水果、豆制品、蛋类、鱼汤、瘦肉等，忌酸辣、燥热、油腻，如肥鸡、骨头汤、炖水鱼等，否则瘀血积滞，延缓关节功能的恢复。②中期饮食宜“和”法，此期瘀血未尽，骨痂初生，以和营止痛、祛瘀生新、接骨续筋为主。适宜食用丰富维生素、钙及蛋白质的食物，如骨头汤、田七煲鸡、银耳瘦肉汤、白鸽汤、动物肝脏等清补之品。③后期饮食宜“补”法，以补益肝肾、气血食疗为主。可用虾皮、豆制品、动物肝肾脏、排骨汤等调肝肾、补气血之品。

## 3 疼痛护理

髋部骨折术后，患者会伴随不同程度的疼痛，如果疼痛未得以有效缓解，会严重影响患者睡眠和手术切口的愈合，功能训练受到约束，康复时间延长，并发症发生率随之增加，给患者增添额外的痛苦和经济负担。所以及时对老年髋部骨折患者实施疼痛干预，意义十分重大。李芬等<sup>[7]</sup>在常规的物理止痛法、药物止痛法的基础上，结合中医特色的耳穴压豆法对试验组43例病患进行疼痛护理。取穴：耳廓的神门、交感穴、皮质下。结果显示试验组疼痛VAS评分、平均住院时间、并发症发生率显著降低，髋关节功能Harris评分明显增高，能有效缓解疼痛，加快髋关节功能恢复，减少并发症的发生率。李昂等<sup>[8]</sup>表示，镇痛给药要采用按需给药及按时给药相结合的方式，若疼痛评分≥4分，及时报告医生给予疼痛治疗，将疼痛评分控制在<4分。由于老年患者的疼痛耐受性较差，要在入院后及早采取镇痛措施，将疼痛评分

控制在较轻的范围内，以减少疼痛给老年人带来的身体和心理上的伤害。此外其支持的多模式镇痛及疼痛管理个体化原则，可以降低单一镇痛药物的剂量和副作用，并且制定个体化的诊疗和护理措施，值得临床推广。在评价病患的疼痛程度时，VAS评分操作简单方便，易宣教，缺点是分度不精确，而且忽略了诸如疼痛类型、身体姿势变动时疼痛感的变化等重要方面。

## 4 康复期护理

骨折患者长期卧床，易致关节僵硬、肌肉萎缩而不利于髋关节功能恢复，故应指导患者开展功能锻炼。从中医角度来讲，活动后气血流畅，筋骨得以温煦和濡养，促进骨折愈合。术后康复训练宜循序渐进<sup>[9]</sup>。术后1d即开始做踝关节、足趾关节及股四头肌的等长收缩训练。术后2~3 d使用CPM机训练，行髋膝关节屈伸练习、髋关节内收外旋伸展训练。术后3~7 d作离床和床边站立训练，根据患者髋关节功能恢复情况逐渐增加训练强度。术后2~3周协助患者拄拐离床活动，以患者不感疲劳为宜。注意做到三不：不负重、不做盘腿动作、不坐矮凳子。术后6~8周X线检查骨痂生长情况，行患肢逐渐负重锻炼，半蹲起立练习。3个月骨折愈合后去拐，并从事日常家务劳动或适当的活动。研究显示，家庭康复对患者的恢复疗效更显著。Ceder<sup>[10]</sup>表示，家庭康复比康复中心更能提高老年髋部骨折患者的主动性和积极性，从而更有利与髋部功能的恢复。Finkelstein<sup>[11]</sup>研究表明，由康复医师通过多媒体远程指导10例老年髋部骨折患者进行家庭功能训练，30 d后患者的健康状态、躯体功能、下肢功能、自我效能、社会功能均有所提高。但因样本量较少，推广有所限制。建议积极推广以家庭为主要场所的康复护理干预，使其成为促进老年髋部骨折患者术后身心功能恢复的重要途径。

## 5 并发症护理

**5.1 压疮护理** 压疮，中医又称席疮，其发生在内由于气血亏虚；在外由于久着席褥而使受压部位气血失于流畅，导致局部皮肤失养而坏死肉腐，形成疮疡。中医护理对压疮的防护工作也逐渐凸显优势。叶志英等<sup>[12]</sup>为老年骨折患者实施中医压疮预防护理措施：循环拍打法、末梢循环疏通法+摩腹法、按摩足阳明胃经重点穴位。患者着褥点局部皮肤循环良好，无压疮发生，胃肠道功能明显改善，便秘好转。王丽娟等<sup>[13]</sup>对骨折患者按照中医辨证分型进行护理。阴寒型给予阳合汤每日清洗外敷，湿热型给予四妙勇安汤每日清洗外敷，血瘀型给予血府逐瘀汤每日口服，辅以黄金散湿敷和中医推拿手法按摩，患者的压疮危险度显著降低，生活质量显著提升。杨春华等<sup>[14]</sup>认为，根据压疮临床分期特点和分型，采用有针对性的中医预防和护理，可以



更好地预防和治疗压疮发生，改善患者的生活质量。

**5.2 便秘护理** 中医认为骨断筋伤，气滞血瘀，肝失疏泄，浊气积聚，腑气不通，引发腹胀便秘。骨折患者便秘发生率高达80%以上，伤后1~5 d最易发生，老年患者尤甚，用力排便甚至容易诱发中风和心肌梗死。黄淑花等<sup>[15]</sup>在患者入院当天即采用晨起空腹饮用蜂蜜水或盐开水；支沟穴及腹部穴位按摩；每天练习排便动作；练习腹式呼吸运动等治疗髋骨骨折后便秘。结果显示不仅可以妥善解决患者生理需求，预防便秘，而且能降低因用力排便诱发中风和心肌梗死的危险性。沙淑艳等<sup>[16]</sup>运用腹针引气归元法：取穴中脘、下脘、气海、关元、滑肉门、外陵、大横穴，配合艾灸中脘、气海、足三里及腹部按摩：气虚者逆时针绕肚脐揉腹，血虚者顺时针绕肚脐揉腹。研究结果显示，观察组患者的便秘护理疗效显著优于对照组。同时因为效果稳定，无副作用，被患者普遍接受。王芬珍<sup>[17]</sup>对53例髋部骨折患者应用柴胡承气汤不保留灌肠，也取得了较好的治疗效果。马翠芹等<sup>[18]</sup>在生大黄灌肠的基础上结合护理干预，有效降低了老年髋部骨折患者便秘的发生，提高了患者的生活质量。何婉芳等<sup>[19]</sup>将髋部骨折术后便秘患者设置观察组和对照组各60例。对照组给予传统开塞露纳肛，观察组在传统治疗的基础上采用中药封包熥络疗法外敷腹部。封包方药：以济川煎加减（太子参30 g，肉苁蓉18 g，白术24 g，当归12 g，牛膝12 g，郁李仁12 g，火麻仁15 g，生大黄15 g，杏仁12 g，莱菔子12 g，厚朴6 g，枳壳12 g，升麻9 g），结果显示2组患者便秘发生率和首次排气排便时间有统计学差异（ $P<0.05$ ），中药封包熥络疗法对髋部骨折术后便秘有极好的预防意义。

**5.3 下肢深静脉血栓形成护理** 骨折患者术后气血亏虚，气虚不能行血，血脉痹阻。王清任在《医林改错》中指出“气虚血必瘀”，故气虚血瘀、瘀阻脉络为本病病机，治疗当以益气养血、活血通络为法。下肢深静脉血栓是术后常见并发症之一，发生率达35%~68%，其中1%~2%会出现致命性肺栓塞<sup>[20-21]</sup>。目前药物预防主要是低分子肝素，但其存在较大的术前或术后及某些内科疾病血液流变学改变<sup>[22]</sup>。因此，结合中医药来预防和治疗下肢深静脉血栓成为目前的研究热点。曹永菊等<sup>[23]</sup>为11例髋部骨折并发下肢深静脉血栓的患者在患肢抬高、抗凝药物常规治疗、功能锻炼基础上，给予中医骨伤护理干预，包括：骨伤推拿；中药熏蒸；穴位敷贴。结果9例患者血栓再通，效果显著。同样，邓物鲜<sup>[24]</sup>采用单纯皮下注射低分子肝素钙和活血化瘀中药配合推拿“散法”分别来治疗髋关节置换术患者，后者可以有效预防和减少下肢深静脉血栓形成。然而目前国

内外对于推拿在髋关节置换术后的康复作用的系统研究资料尚且缺乏，机理不明，有待深究。

## 6 结语

目前髋骨骨折中医护理仍存在一些不足：（1）缺乏多中心大样本随机对照临床护理研究，病例数少且部分研究缺乏对照组，倾向于回顾性研究，而前瞻性研究相对较少，中医护理方面也没有形成系统的护理方案；今后的临床护理研究应当按照严格的科研设计，遵守随机、对照、盲法、多中心原则，制定出行之有效的中医护理方案。（2）现有中医护理报道多数以经验交流总结和疗效观察为主，缺乏基础研究。（3）髋部骨折的中医护理同类型研究重复较多，缺乏横向对比，随访时间过短，给后续研究带来困难。（4）目前大部分中医护理研究不够细致，未将股骨颈骨折及股骨转子间骨折分开，这不利于更好的预后。今后的研究应注重分类研究，将更有利于经验总结和推广。（5）我国目前各医院床位极其紧张，康复护理干预场所局限于医院的康复中心和护理院，患者的康复治疗需求远不能满足，建议积极推广以家庭为主要场所的康复护理干预，节省医院空间，更有利于患者身心恢复。（6）中医辨证护理研究较少，有必要进行更深入的研究，以指导临床护理工作，比如按照骨折三期理论进行情志、饮食、功能锻炼护理，压疮可以按照压疮临床分期特点和分型实施准确的护理干预等，有助于实施针对性的护理措施，提高患者康复效率和生活质量。但是目前各国压疮的定义和分期标准不统一，缺乏横向对比，难以客观评价其准确性，增加了国际间压疮护理研究和交流的难度。（7）有效沟通是对患者进行情志护理的关键措施。传统护理方式中护士与患者沟通时目的性较强，通常为一问一答的形式，这种方式使护士获得信息不全面，沟通效果不理想。护士在与患者沟通时应注意尊重患者，在用词方面注意准确性和科学性，适当采用一些非语言性沟通方式来拉近医患之间的心理距离，不仅可以帮助患者减轻心理压力，乐观地面对病情，还为护理人员提供了有效、可行的护理模式。（8）目前部分研究对病患疼痛程度的评估只是采用了最简单常用的视觉模拟评分法（VAS）来评估疼痛程度，缺点是分度不精确，而且忽略了诸如疼痛类型、身体姿势变动时疼痛感的变化等重要方面；此外，许多病患对于疼痛量表的最高程度是什么样的感觉，并没有具体概念，导致无法对自己的疼痛进行准确定位，故应结合其他评估方法多方位多维度的评估疼痛，有助于护理人员更准确的实施疼痛护理。

针对目前髋部骨折中医护理研究中存在的不足，还要探寻更加缜密严谨的科研设计方案，进行更加深入的

辨证研究,以期更好地服务广大老年髋部骨折患者。髋部骨折患者发病率高,易导致压疮、下肢静脉血栓等严重并发症甚至死亡。因此,对患者采取优质、科学、合理的护理干预尤其重要,不仅要给予细致入微的照顾,还要从情志心理、辨证施膳、功能锻炼、预防并发症等各个方面进行调护,充分发挥中医护理的特色优势,有效提高手术疗效,改善预后,促进患者身心早日康复。

#### 参考文献

- [1]张英泽.老年髋部骨折——中国骨科医师面临的机遇和挑战[J].中华创伤杂志,2014,30(3):193-195.
- [2]陆晓生,彭昊,凌尚准.高龄髋部骨折外科治疗现状与进展[J].中国老年学杂志,2010,30(8):1159-1162.
- [3]李琼仲,曾国娣,陈翠玲,等.老年髋部骨折心理特征的中医情志护理干预的效果观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(11):1689-1690.
- [4]姜华奋.情志护理对胫骨平台骨折患者术后康复积极性及效果的影响[J].辽宁中医杂志,2014(3):553-555.
- [5]吴丹.中医骨折三期理论在髋部骨折患者术后护理中的应用体会[J].健康研究,2016(6):717-718.
- [6]杨金菊.老年髋部骨折病人心理护理与功能康复护理研究[J].全科护理,2012(5):392-393.
- [7]李芬,王晓芳.股骨粗隆间骨折围手术期中医辨证护理效果分析[J].云南中医学院学报,2015(3):65-66.
- [8]李昂,张春玲,孙胜男.疼痛管理对老年髋部骨折患者术后的影响[J].护理学杂志,2013(16):18-20.
- [9]葛向煜,王君俏,刘邦忠,等.渐进式功能锻炼对老年髋部骨折患者术后肢体功能恢复的影响[J].护理学杂志,2009(2):25-28.
- [10]Ceder L, Lindberg L, Odberg E. Differentiated care of hip fracture in the elderly. Mean hospital days and results of rehabilitation[J]. Acta Orthop Scand, 1980, 51(1):157-162.
- [11]Finkelstein J, Joshi A, Ronzman E, et al. Home automated telemanagement in post-hip fracture rehabilitation[J]. Value in Health, 2006, 9(3):A166.
- [12]叶志英,胡娟.中医护理预防老年骨折卧床患者压疮 68 例[J].中国中医骨伤科杂志,2013(9):58-59.
- [13]王丽娟,李洁,苏丽萍.中西医结合护理对老年胸腰椎骨折患者压疮危险度的影响[J].中国现代医生,2010(33):69-78.
- [14]杨春华,董晓华,马少剑.浅谈老年骨折患者压疮的中医护理[J].中外医学研究,2014(25):97-98.
- [15]黄淑花,高姗,姚信慧,等.中医护理路径预防老年髋部骨折患者便秘的研究[J].福建中医药,2012(5):56-57.
- [16]沙淑艳,顾爱媛.腹针配合艾灸治疗老年髋部骨折患者术后便秘的效果观察[J].护理实践与研究,2013(3):38-39.
- [17]王芬珍.柴胡承气汤不保留灌肠治疗髋部骨折后便秘的效果观察[J].护理与康复,2010(4):335-336.
- [18]马翠萍,陈美兰,李莎,等.生大黄灌肠配合护理干预对老年髋部骨折患者术后便秘的影响[J].内蒙古中医药,2012(20):140-141.
- [19]何婉芳,曾文磊,欧阳意霞,等.中药封包熥络疗法预防髋部骨折术后便秘的效果观察[J].护理学报,2012(18):59-60.
- [20]李永贤.髋部骨折患者并发下肢静脉血栓的预防及护理[J].中外医学研究,2012(34):101-102.
- [21]冯玉新.综合护理干预对老年髋部骨折术后下肢深静脉血栓形成的影响[J].中国实用医药,2012(23):226-227.
- [22]张田,江中潮,樊效鸿,等.中医综合疗法防治老年髋部骨折术后下肢深静脉血栓[J].世界中西医结合杂志,2010(9):787-788.
- [23]曹永菊,何青国.中医护理预防髋部骨折下肢深静脉血栓形成的体会[J].内蒙古中医药,2016(17):164-165.
- [24]邓物种.中药内服配合推拿防治髋关节置换术后 DVT 形成的临床观察[J].中医药导报,2010(12):57-58.

(本文编辑:杨杰 本文校对:刘晓辉 收稿日期:2018-05-29)

(上接第110页)本病病位在咽喉、气道及肺络,其位在上,故用轻宣之品,即“治上焦如羽,非轻不举”。苏黄止咳汤药物组成为:炙麻黄6 g,紫苏叶9 g,地龙9 g,蝉蜕6 g,紫苏子9 g,前胡9 g,枇杷叶9 g,五味子9 g,牛蒡子9 g。方中以炙麻黄、紫苏叶祛风解表,地龙、蝉蜕祛风解痉、宣肺平喘,枇杷叶清肺止咳,五味子收敛肺气、止咳化痰,紫苏子、前胡条畅气机,牛蒡子利咽;诸药合用共奏疏风宣肺、解痉止咳之功。现代药理研究表明,祛风药有舒缓气道、解痉止咳效果<sup>[2]</sup>。其中麻黄中含有麻黄碱,麻黄碱可以缓解支气管痉挛,松弛气道平滑肌,以达止咳、平喘、祛痰的作用<sup>[3]</sup>。另有研究示,麻黄具有一定的抗炎作用<sup>[4]</sup>,可使组织内EOS凋亡,对多类菌种也有抑制作用,还可防止本病进一步向哮喘发展<sup>[5]</sup>。紫苏叶能够抑制免疫球蛋白IgE产生,拮抗组织胺,从而发挥抗病毒的作用<sup>[6-7]</sup>。蝉蜕具有镇咳、祛痰、解痉平喘、抗炎、抗过敏、抑制免疫等作用<sup>[8]</sup>。地龙能显著提高巨噬细胞活化率,提高吞噬细胞的能力,明显增强巨噬细胞的免疫活性;可抑制嗜酸性粒细胞,减少内皮损伤和白蛋白渗出,有效缓解症状;还具有抗组胺、扩张支气管平滑肌的作用<sup>[9]</sup>。诸药合用对CVA有较好疗效。

EOS是CVA发作的主要效应细胞,会通过释放多种细胞毒产物和细胞因子,趋化其从外周血向呼吸道内转移,并引起支气管上皮脱落暴露神经末梢,从而增

加气道高反应<sup>[10]</sup>。IL-6是一种趋化因子,能够促进T细胞表面的IL-2表达,是一种重要的气道慢性炎症反应发生因子,主要在急性炎症反应中参与急性期反应蛋白合成<sup>[11]</sup>。本研究结果表明,观察组IL-6、IgE均低于对照组,但2组EOS水平相当。

综上所述,苏黄止咳汤联合孟鲁斯特钠治疗风盛寒急型CVA可有效改善临床症状,减轻炎性反应,提高免疫功能。

#### 参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(2009版)[J].中华结核和呼吸杂志,2009,32(6):407-412.
- [2]罗社文.恩泽治疗咳嗽变异型哮喘经验[J].中医杂志,2002,43(1):74-75.
- [3]沈映君,陈长郝.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,2012:37-38.
- [4]吴雪荣.麻黄药理作用研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(5):173.
- [5]任晓玲,张建春.麻黄碱的生物活性及测定方法研究进展[J].临床军医杂志,2010(38):4.
- [6]冯伟伟,阮为勇,王宇军,等.苏黄止咳胶囊与孟鲁司特治疗小儿肺炎支原体感染后咳嗽的疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(29):3239-3241.
- [7]王立芹.苏黄止咳胶囊对咳嗽变异性哮喘患者血嗜酸性粒细胞和呼出气一氧化氮的影响[J].中国基层医药,2015,22(9):1294-1296.
- [8]张驰,杨届.蝉蜕的药理作用及临床应用研究进展[J].湖南中医杂志,2014,30(11):194-195.
- [9]耿阵地.地龙药理作用研究进展[J].山东中医杂志,2000,19(9):550-551.
- [10]Nimi A, Amitani R, Suzuti K, et al. Eosinophilic inflammation in cough variant asthma[J]. Eur Respir J, 1998, 11(5): 1064.
- [11]朱明辉,胡广奋,陆婉晖,等.孟鲁司特联合沙丁胺醇气雾剂治疗咳嗽变异性哮喘的临床疗效及对 IL-6 TNF- $\alpha$  的影响[J].安徽医学,2015,36(2):191-193.

(本文编辑:杨杰 本文校对:陈文俊 收稿日期:2018-04-24)

# 中医情志护理改善 PICU 患儿家属心理的作用分析

王珊珊

(中国医科大学附属盛京医院第一小儿重症监护室,辽宁 沈阳 110010)

**摘要:** 目的 探究中医情志护理改善PICU患儿家属心理的作用,并评价和分析其对患儿家属的心理状况和满意度的影响。**方法** 选取2017年1月—2017年12月我院收治的PICU患儿的家属68例,将其随机分成2组,研究组34例,对照组34例。对照组患儿的家属采用常规的探视和询问模式,研究组患儿的家属在常规模式的基础上加上中医情志护理,由医护人员进行心理疏解。对比2组患者家属产生的焦虑、抑郁等心理状况。采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)对患者家属的焦虑抑郁心理情况进行评估。**结果** 从治疗效果方面看,研究组患儿家属SAS评分、SDS评分明显低于对照组( $P < 0.05$ ),研究组的护理满意度高于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 通过对PICU患儿的家属采用中医情志护理,有效改善了患者家属的抑郁、焦虑等消极的心理状况,缓解患者家属的压力,有利于提高患者家属的积极心态和生活质量。

**关键词:** 中医情志护理; PICU; 患儿家属; 心理护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.058

文章编号:1672-2779(2018)-16-0133-03

## Analysis on the Role of Traditional Chinese Medicine Emotional Nursing on Improving Family Psychology of Children in PICU

WANG Shanshan

(The First Pediatric Intensive Care Unit, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110010, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the psychological nursing effect of traditional Chinese medicine care on improving the families of children in ICU, and to evaluate and analyze their psychological status and satisfaction to the family members of the children. **Methods** 68 cases of family members of children treated in PICU in our hospital from January 2017 to December 2017 were randomly divided into two groups, with 34 cases in the study group and 34 in the control group. The families of the children in the control group were routinely visited and inquired, and the families of the children in the study group were treated with traditional Chinese medicine on the basis of conventional mode. The anxiety and depression of family members of the two groups were compared. Anxiety and depression were assessed by self rating anxiety scale (SAS) and self rating depression scale (SDS). **Results** The anxiety and depression of the families of the children in the study group were significantly lower than those of the control group ( $P < 0.05$ ), and the nursing satisfaction of the study group was higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Through the use of traditional Chinese medicine care to the families of PICU children, the negative psychological status of the patients' family members' depression, anxiety and so on can be effectively improved, and the pressure of the family members can be relieved and the positive mental state and the quality of life of the families of the patients was improved.

**Keywords:** traditional Chinese medicine emotional nursing; PICU; family members of children; psychological nursing.

PICU是儿童重症监护室的简称,而且患者病情十分严重,这对家属来说是极大的打击,因为ICU患者需要依靠医疗设备与仪器来保持患者的生命体征,所以患者对医疗环境的要求很高,为了防止ICU病房受到细菌感染和保持监护室的安静,患者家属不能陪同患者治疗,医院的病房没有陪护,而且家属不能进入,每天家属只能通过无声的视频看一看孩子,与孩子没有沟通,如果给孩子做外出检查,家长可以全程陪同,但下午就不能看孩子的视频了。虽然在一定程度上保证了患者的治疗效果,却增加了患者家属的心理压力<sup>[1]</sup>。现在越来越多的家属与医生发生矛盾冲突,是因为患者家属的心理压力被忽视,这是医患纠纷的重要原因,视频是每天下午1点半至5点,视频时孩子有可能是睡觉的,有时家属会要求看孩子清醒的时候,就容易产生医患纠纷,因此要重视患者家属的心理压力<sup>[2]</sup>。本文通过对ICU患儿的家属进行中医情志护理,减

少患儿家属抑郁、焦虑等的消极情绪,提高患者的生活质量和对医院的满意度以及更好地发展医患关系,现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 从2017年1月—2017年12月我院收治的PICU患儿中随机抽取68例,男40例,女28例,年龄最小28 d,最大14岁,平均年龄(4.1±1.2)岁,所有PICU患儿的亲属均为直系亲属,且患儿家属的学历在初中以上,确保亲属的理解与接受能力,2组患儿家属的一般资料具有可比性( $P>0.05$ ),同时经过医院伦理委员会批准。

### 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 患儿家属进行常规的护理措施。对照组患儿家属采用常规的询问模式,通过监控或视频给家长看孩子的状况,观看后医生会告诉家属患儿的身体情况等疑惑的问题。

**1.2.2 研究组** 患儿家属采用中医情志进行护理。研究组每天下午由医生给患儿家属视频看孩子、交代病情，护理人员交代护理方面的事宜，并评估患儿家属心理状态，给予中医情志护理，还要观察患儿家属的焦虑、抑郁等情绪变化，对其进行心理疏导等干预的护理方法。

**1.3 观察指标** 使用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）评价分析2组患儿家属焦虑、抑郁心理情况，比较分析2组患儿家属的护理满意度。

**1.4 统计学方法** 数据应用SPSS 18.0进行分析，其中计数资料以（%）表示，采用 $\chi^2$ 检验，计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用t检验， $P<0.05$ 提示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者焦虑抑郁情况比较** 研究组护理后SDS评分、SAS评分明显低于对照组（ $P<0.05$ ），具体见表1。

表1 2组患者家属焦虑抑郁情况对比  $(\bar{x}\pm s, \text{分})$

组别	例数	SDS评分		SAS评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	34	52.6±3.4	35.3±3.2	55.8±3.4	35.6±3.2
研究组	34	52.3±3.6	23.2±3.1	56.2±3.9	22.6±3.5
<i>t</i> 值		1.381	15.138	1.962	15.224
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

**2.2 2组患者家属护理满意度比较** 研究组患儿家属的护理满意度显著优于对照组（ $P<0.05$ ），具体见表2。

表2 2组患者家属护理满意度对比 [例(%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	护理满意度
对照组	34	9	14	11	23(67.6)
研究组	34	16	16	2	32(94.1)
$\chi^2$ 值		5.251	4.348	5.674	7.562
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

PICU是儿童重症监护室的简称，是高危患病儿童集中的地方，因为患儿的病情严重和病种复杂，这对家属来说是非常大的打击，而且患儿在住院期间会发生哭闹、恐惧、寻找母亲、分离性焦虑、甚至抑郁焦虑，这又进一步造成患者家属情志下降，产生焦虑、抑郁和紧张的心理状态<sup>[3]</sup>。有相关报道表明，PICU的患儿家属有2/3以上会产生焦虑和抑郁的消极心理，这与患者的年龄、与患者的关系和患者的性别等因素有关，焦虑和抑郁往往使PICU患儿家属产生暴躁和情绪低沉等行为，还会与医护人员发生冲突<sup>[4]</sup>。因此要使用中医情志护理为患者家属进行护理干预，医护人员要充分了解患者家属的心理状态及其行为表现，并于家属进行有效沟通，缓解患者家属的抑郁焦虑问题，优化心

理状态，用良好的模式来维护身心健康。中医情志护理是主要的心理治疗方法，而且具有深厚的理论基础，包括喜、怒、忧、思、悲、恐、惊，是人对客观事物做出的反应，如果出现情绪消极、情志过于激烈的情况，会影响人体内气血紊乱、内脏失调，降低生活质量<sup>[5]</sup>。中医情志护理可以调节患者家属的抑郁焦虑等不良情绪，从而患者家属可以保持精神愉快、心情舒畅，减少心理负担，以正确地看待患者的病情。

焦虑和抑郁是一种常见的心理疾病，也是情感障碍最常见的临床表现，影响PICU患者家属的心理健康状况和身体健康，有关研究表明，焦虑抑郁等负面情绪容易引起易怒暴躁等情绪，自我控制的能力降低，患者家属的机体抵抗能力降低，容易引起疾病的發生，生气伤害肝脏，暴躁伤害肝气，造成气血不畅，过度忧郁还会造成食欲不振、咳嗽、呕吐等现象，还容易引起与医护人员的冲突。因此积极的情绪可以使机体的抵抗能力加强，远离疾病，延年益寿，多与周围人交流也可以缓解压力和调整情绪，避免与医护人员发生冲突<sup>[6]</sup>。因此医院护理人员要对患者家属采取心理护理干预，了解分析患者家属的心理状况，采取有效的沟通，及时做出正确的心理调节和心理引导，调整患者家属的心态，掌握患者家属的心理变化水平，让家属从消极情绪中解脱出来，恢复家属正常的心理状况。相关研究表明，PICU患儿家属都会产生不同程度的焦虑抑郁等消极心理，本文通过对PICU患儿家属进行中医情志护理，有效地减轻了患者家属的焦虑抑郁等心理状况<sup>[7]</sup>。但是当前我国的医疗资源面临紧张状态，医院的工作人员工作压力较大，在这种情况下，医护人员与患者家属的沟通交流就比较少，因此患者家属的焦虑抑郁等消极心理得不到有效缓解，家属与医护人员的冲突也就处于较为紧张的状态，而且医护人员在对PICU患者进行救治的同时，忽略了患者家属的情绪问题<sup>[8]</sup>。所以医护人员除了要向患者家属介绍患者的病情、治疗的方式以及治疗的作用等方式，运用中医情志护理来对患者家属进行心理护理干预，减少患者家属的负面情绪，提高患者家属的生活质量，正确地面对患者的病情，缓解与医护人员的矛盾，从而使医院的护理水平整体提高，中医情志护理可以在临幊上广泛推广应用。

综上所述，家属是患者的情感和精神支柱，在亲人面临重大疾病的情况下，家属的心理也产生了负面影响，因此也要得到医护人员的关心照顾，医护人员要对家属进行心理分析和采取相应的护理措施，将情志护理应用于临床护理的操作过程。通过对患者家属采取中医情志



护理的干预措施，有效地改善了患者家属的焦虑抑郁等消极情况，使患者家属可以有效地配合医护人员的工作，缓解家属与医护人员的矛盾，提高家属的生活质量。

#### 参考文献

- [1]董娜萍.中医情志护理在急诊患者心理护理中的应用[J].重庆医学,2017,45(1):427-428.
- [2]张泽菊,张先庚,程艳,等.中医情志护理对孤寡老人抑郁心理的干预作用[J].中国老年学杂志,2017,37(24):101-102.
- [3]孙虹,张海莲,李彩福.ICU 护士的患者安全文化与心理资本的相关性研究[J].重庆医学,2017,46(6):857-859.
- [4]张秀红.舒适护理在 ICU 护理中的应用效果分析[J].中国地方病防治杂志,2016,22(12):1424.
- [5]唐敏.中医情志护理干预对改善冠心病病人心理状态的影响[J].蚌埠医学院学报,2017,42(4):543-545.
- [6]孙红.针刺及情志护理对 ICU 重症患者压疮及便秘治疗效果的影响[J].四川中医,2016,35(5):213-216.
- [7]何林.心理护理干预在 ICU 急性心肌梗死患者治疗中的应用效果观察[J].国际心血管病杂志,2017,43(1):24.
- [8]徐婷,陈健.探究 ICU 重症肌无力危象患者的心理护理效果[J].世界中医药,2016,44(3):501-502.

(本文编辑:杨杰 本文校对:杨芳 收稿日期:2018-05-08)

## 急性阑尾炎患者护理中应用护理管理的临床分析

邹君

(景德镇市第三人民医院手术室,江西 景德镇 333000)

**摘要:**目的 探讨分析在急性阑尾炎患者护理中实施护理管理的效果。**方法**以我院2016年10月—2017年12月进行治疗的60例急性阑尾炎患者为本研究的对象,60例患者按照入院号随机分为对照组和观察组,每组30例,对照组患者实施常规护理管理,观察组患者以常规护理管理为基础实施护理管理,在研究结束后对2组患者护理前后的护理满意度、护理工作质量进行对比分析。**结果**观察组护理满意度高、护理工作质量均高于对照组,差异存在统计学意义,  $P < 0.05$ 。**结论**急性阑尾炎患者护理中实施护理管理,对患者的生理以及心理等都有一定的帮助,临床值得应用。

**关键词:**急性阑尾炎;护理管理;肠痈

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.059

文章编号:1672-2779(2018)-16-0135-02

### Clinical Analysis on the Application of Nursing Management in Patients with Acute Appendicitis

ZOU Jun

(Operating Room, Jingdezhen Third People's Hospital, Jiangxi Province, Jingdezhen 333000, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the effect of nursing management in patients with acute appendicitis. **Methods** From October 2016 to December 2017, 60 cases of patients with acute appendicitis were selected the objects of the present study. According to admission, they were randomly divided into control group and observation group, with 30 cases in each group. The control group applied routine nursing management, and the observation group applied nursing management on the basis of routine nursing management. At the end of the study, the nursing satisfaction with nursing care and nursing quality were analyzed. **Results** The nursing satisfaction and nursing quality of the observation group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant  $P < 0.05$ . **Conclusion** The nursing management in patients with acute appendicitis is helpful to the patients' physiology and psychology, and it is worthy of application.

**Keywords:** acute appendicitis; nursing management; periappendicular abscess

急性阑尾炎是外科常见病,居各种急腹症的首位。该疾病临床表现为持续伴阵发性加剧的右下腹痛、恶心、呕吐,多数病人白细胞和嗜中性粒细胞计数增高。右下腹阑尾区(麦氏点)压痛,则是该病重要体征。对于急性阑尾炎的治疗,临床采取腹腔镜手术治疗,但是手术护理也是极为重要的。将护理管理应用到急性阑尾炎患者护理中,能够减少患者因疾病而发生的并发症,同时还可以提高治疗效率。我院选取2016年10月—2017年12月进行治疗的60例急性阑尾炎患者作了相关研究,并对研究数据进行了统计分析,详细研究报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 取我院2016年10月—2017年12月治疗的60例急性阑尾炎患者为研究对象,并使用入院号将其随机分为对照组和观察组,每组30例。经过诊断,所

有患者病情均符合急性阑尾炎诊断标准。对照组患者中,男性12例,女性18例,年龄42~73岁,平均年龄( $58.51 \pm 3.18$ )岁。观察组患者中,男性17例,女性13例,年龄39~76岁,平均年龄( $57.59 \pm 3.09$ )岁。2组患者一般资料无差异( $P > 0.05$ ),可比。

**1.2 护理方法** 2组患者都进行了常规的护理管理,内容有规范操作、观察病情、病房管理等。观察组的护理管理内容有:(1)合理分配工作。首先需要全面评估护理人员的爱好、工作能力、生活习惯等,根据评估情况来分配工作。(2)营造工作氛围。为护理人员配备先进的医疗设备,优化格局,从而缓解护理工作人员的压力<sup>[1]</sup>。同时还要在日常工作中做到关心和理解护理人员,充分尊重护理人员,调动护理人员的积极性和主动性,激发工作责任感,同时还要让护理工作人员参与到日常

护理管理以及决策中，倾听他们对于各项工作的意见和建议，不仅可以发现优秀护理人员，同时还可以提高团队意识<sup>[2]</sup>。(3) 制定和完善奖励、考核制度。根据护理工作复杂性、工作质量、技能水平等来制定合理的奖励和考核制度。对于优秀护理人员给予相应的奖励，激发工作的热情。同时还可以采用全面的良性竞争方法来激励护理工作人员，促进护理工作质量的提升<sup>[3]</sup>。

**1.3 观察指标** 比较分析2组护理满意度和护理工作质量。采取我院自制的问卷调查表分析护理满意度，护理满意度以患者对于30例护理人员的评价进行分析，评价标准有非常满意、满意、不满意；护理满意度以我院自制护理满意度工作评价量表进行评分，由护理部对护理人员的护理工作质量进行评分，评分项目有护理人员的应急能力、熟练操作程度、护患沟通交流能力以及工作责任心，每一项满分为100分，分值越高说明护理工作质量越好。

**1.4 统计学方法** 本研究使用SPSS 19.0进行数据统计分析和处理，计数资料以(%)表示，采取 $\chi^2$ 检验；计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示，采取t检验， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 护理满意度比较** 观察组护理满意度高于对照组， $P<0.05$ ，详情见表1。

表1 2组患者护理满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	30	20	7	3	27(93.33)
对照组	30	5	15	10	20(66.67)
$\chi^2$ 值					4.8118
P值					0.0282

**2.2 护理工作质量比较** 观察组护理工作质量优于对照组， $P<0.05$ ，详情见表2。

表2 2组护理工作质量比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	应急能力	熟练操作程度	护患沟通交流能力	工作责任心
观察组	30	87.4±12.5	88.1±11.4	78.8±9.5	80.8±7.4
对照组	30	95.2±10.4	94.9±9.5	89.9±7.5	92.6±6.4
$t$ 值		2.6273	2.6098	5.0230	6.6060
P值		0.0110	0.0149	0.0000	0.0000

## 3 讨论

急性阑尾炎是外科常见病，是发病于阑尾的一种炎症性疾病，它是在管腔堵塞与细菌感染的共同作用下产生的，发病率占到同期普遍外科疾病急诊病例的10%~15%，症状表现为腹痛、胃肠道症状、部分病人有右下腹皮肤过敏等现象；体征方面表现为：压痛、腹膜刺激症状、右下腹的包块；目前的治疗方法是手术以及非手术，其中手术治疗主要是阑尾切除术，非

手术治疗包括：一般治疗、抗生素治疗和对症治疗。急性阑尾炎的发病基本上研究认为是由于梗阻的原因，也就是阑尾腔。20世纪初和20世纪中叶有一些研究报道，认为阑尾腔内的粪食或者是消化道粪便，水分被吸收之后，形成了干结的所谓粪食，堵塞了阑尾腔，那么有时候就造成了这种急性阑尾炎<sup>[4-10]</sup>。除此之外就是阑尾的淋巴由于水肿增生，造成阑尾管腔的压力增高，也会出现急性阑尾炎的这种表现。针对患者的这种情况，临床在急性阑尾炎患者护理中实施了护理管理，并取得了较好的效果。通过研究发现，观察组护理满意度、护理工作质量均高于对照组，差异存在统计学意义， $P<0.05$ 。具体原因如下：根据急性阑尾炎行腹腔镜手术患者的特点，临床实施了护理管理，加强护理工作的管理，能够有效解决存在的问题<sup>[11-14]</sup>。将护理管理应用到急性阑尾炎患者护理中，合理分配工作能够充分调动护理人员的积极性和主动性，实现优质资源配置最大化。营造工作氛围可以缓解护理人员的工作压力，有利于提高护理质量<sup>[15]</sup>。制定奖励制度能够激发护理人员的积极性，同时还可以约束护理人员，最大程度地减少工作中的失误，避免一些不必要的护患纠纷<sup>[16]</sup>。

综上所述，在急性阑尾炎患者护理中实施护理管理，可以提高护理满意度和护理工作质量，临床价值较高。

## 参考文献

- [1] 郑利芬.腹腔镜阑尾炎切除术围术期系统护理体会[J].河南外科学杂志, 2017, 23(6):175-176.
- [2] 崔紫藤.临床护理路径在腹腔镜手术治疗急性阑尾炎患儿中的应用效果[J].河南医学研究, 2017, 26(18):3451-3452.
- [3] 许春蓉.小儿急性阑尾炎腹腔镜手术围手术期护理进展[J].当代护士(下旬刊), 2016(10):29-32.
- [4] 桑艳.急性阑尾炎患者腹腔镜术后护理体会[J].临床合理用药杂志, 2015, 8(23):161.
- [5] 陈虹屹.手术室护士对急性阑尾炎腹腔镜手术患者的心理护理[J].内蒙古中医药, 2015, 34(1):180.
- [6] 马喜云.腹腔镜手术治疗 29 例小儿阑尾炎的护理探讨[J].中外医疗, 2013, 32(9):19-20.
- [7] 贾玲梅.急性阑尾炎行腹腔镜老年患者的手术护理[J].医疗装备, 2016, 29(3):185-186.
- [8] 蒋换军.早期手术治疗老年急性阑尾炎 32 例综合护理体会[J].基层医学论坛, 2015(6):832-833.
- [9] 秦荷芹.急性阑尾炎手术患者中应用护理干预的效果[J].世界最新医学信息文摘, 2015(32):223.
- [10] 李英连, 陈秀萍, 赵海燕.探析计划生育手术与异位妊娠相关因素的临床疗效[J].辽宁医学杂志, 2015(5):268-269.
- [11] 朱华.对急性阑尾炎手术患者实施心理护理干预的效果分析[J].当代医药论丛, 2015(19):94-95.
- [12] 徐雪梅.人性化护理对急性阑尾炎术后疼痛的效果分析[J].大医生, 2017(10):148-149.
- [13] 甘爱群.人性化护理对急性阑尾炎患者术后疼痛的影响[J].河南医学研究, 2017(21):4028-4029.
- [14] 杨琼芬.围手术期优质护理对改善急性阑尾炎患者术后疼痛的效果[J].实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(49):90-92.
- [15] 杜芬菲.综合护理在急性阑尾炎患者中的应用效果[J].临床合理用药杂志, 2017, 10(9):165-166.
- [16] 梅宝.急性阑尾炎患者的术后护理体会[J].临床医药文献电子杂志, 2015, 2(31):6489.

(本文编辑:杨杰 本文校对:谢剑 收稿日期:2018-05-18)

# 中西医结合护理老年股骨颈骨折患者的应用

乔 娇

(中国医科大学附属第一医院运动医学科,辽宁 沈阳 110001)

**摘要:**目的 研究中西医结合护理在老年股骨颈骨折患者中的应用效果。方法 选取我院2015年2月—2017年8月收治的老年股骨颈骨折患者100例,随机分为对照组和试验组各50例。对照组患者给予常规护理措施,试验组患者给予中西医结合护理。比较患者护理后的不良情绪评分和疼痛评分,以及患者的护理满意度。结果 2组患者护理后的不良情绪评分及疼痛评分比较,试验组更优,  $P < 0.05$ 。2组患者护理满意度比较,试验组更优,  $P < 0.05$ 。结论 中西医结合护理在老年股骨颈骨折患者中的应用效果较好,能有效改善其不良情绪和疼痛,具有较高临床价值。

**关键词:**中西医结合护理;老年科;股骨颈骨折

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.060

文章编号:1672-2779(2018)-16-0137-02

## The Application of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing in Elderly Patients with Femoral Neck Fracture

QIAO Jiao

(Department of Sports Medicine, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

**Abstract: Objective** To study the effect of integrated traditional Chinese and western medicine nursing in elderly patients with femoral neck fracture. **Methods** 100 patients with femoral neck fracture from February 2015 to August 2017 were selected in our hospital, and they were randomly divided into control group and experimental group, with 50 cases in each group. The routine nursing measures were given to the control group, and the patients in the experimental group were treated with traditional Chinese and western medicine nursing. After nursing, the scores of bad emotion, pain after nursing and the patients' satisfaction with nursing was compared. **Results** The score of adverse emotion and pain score in the experimental group were better than those in the control group  $P < 0.05$ . The care satisfaction in the experimental group was better than that in the control group  $P < 0.05$ . **Conclusion** The application of integrated traditional Chinese and western medicine nursing in elderly patients with femoral neck fracture is better, which can effectively improve their bad mood and pain, and has high clinical value.

**Keywords:** integrated traditional Chinese and western medicine nursing; geriatrics; femoral neck fracture

股骨颈骨折是老年人较为常见的骨折类型,在青壮年中的发病率相对较低<sup>[1]</sup>。老年股骨颈骨折患者发病原因较为明确,主要是患者的骨质疏松和骨强度下降,以及患者髋周肌群退变导致股骨颈发生骨折的几率上升<sup>[2]</sup>。本研究对中西医结合护理在老年股骨颈骨折患者中的应用效果进行分析,报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2015年2月—2017年8月于我院接受治疗的老年股骨颈骨折患者100例,随机分为对照组和试验组,每组各50例。对照组男26例,女24例,患者年龄65~87岁,平均( $73.6 \pm 25.48$ )岁。试验组男27例,女23例,患者年龄66~85岁,平均( $73.59 \pm 5.63$ )岁。2组患者基本资料比较,  $P > 0.05$ ,具有可比性。

**1.2 护理方法** 对照组患者给予常规护理,主要是做好术前准备,配合医生完成对患者的手术治疗,并在术后密切观察患者病情变化情况等。试验组采用中西医结合护理,具体如下。

**1.2.1 术前护理** (1) 常规护理。老年患者的脾胃功能一般较弱,这样不利于其营养摄入,因此在术前应为其准备高热量、高蛋白且富含钙和胶原的食物。同时,术前应让患者在气垫床上去半卧位或平躺,并指导患者定时翻身以防止压疮。术前指导患者进行床上大小便训练,并在术前常规备皮配血等,术前1 d晚上给予患者安眠药物以促使其睡眠充足。(2) 情志干预。老

年股骨颈骨折患者的疼痛耐受性较低,并且其在骨折后会导致日常生活受到严重限制,很容易导致其在治疗过程中出现各种不良情绪。根据中医理论,情志好坏直接影响脏腑的功能,其中尤其容易导致患者出现肺气损耗和肝气失调,因此需要给予患者有效的情志护理。其中护理人员应积极与患者进行沟通交流,鼓励其积极配合治疗以促使疾病尽快康复。同时,引导患者家属采用中医情志相胜法对患者进行情志干预,根据悲胜怒的中医理论先为患者讲述一些悲伤的事情,让其烦躁情绪得到消除,然后在根据喜胜悲的中医理论与患者一起回忆家庭生活中的欢乐以促使其悲伤情绪消除,从而促使患者保持良好心态。在患者因不良情绪而表现出肝郁气结的情况时,还可以让患者服用疏肝解郁汤,让其肝气得到有效调节,从而促使其不良情绪的改善。另外,可以为患者讲述成功治愈的案例,帮助其建立治愈的信心。(3) 合并症护理。老年患者多存在高血压、糖尿病和高血脂等合并症,这些合并症不仅会导致其正常治疗受到影响,还会导致其术后恢复受到影响。因此,在术前应给予患者有效的合并症护理。其中主要是根据患者的实际病情对其血压、血糖和血脂等进行严格控制,确保患者的各项指标处于正常范围。对于存在心血管疾病的患者,应在手术前对其心功能进行评价,为手术治疗提供参考。

**1.2.2 术后护理** (1) 常规护理。手术后首先要让患者

去枕平卧且将头偏向一侧，对患者的生命体征变化进行记录。根据患者的疼痛情况给予其镇痛处理，降低术后应激反应。密切观察患者足背的血液运行情况，防止其发生下肢深静脉血栓。定时为其更换切口敷料并保持切口的清洁和干燥，在进行切口护理的过程中应严格按照无菌操作要求完成。（2）饮食护理。患者术后6 h内应禁止饮食，之后护理人员可为患者准备留置食物，手术后1 d可指导患者使用富含维生素、蛋白质和易消化吸收的食物，让患者多食用新鲜蔬菜和水果。手术后应根据患者体质给予其相应的饮食滋补，其中偏寒者以牛羊骨炖汤以温阳补肾；肝肾两虚者给予其松子仁、核桃仁、牛肉和羊骨髓等以补益肝肾。另外，根据患者的实际病情给予其身痛逐瘀汤以活血化瘀，独活寄生汤以补肾壮骨，促使患者骨折尽快愈合。（3）并发症护理。患者治疗过程中的并发症较多，护理人员应根据实际情况给予患者有效的护理以降低其并发症发生率。其中首先，要指导患者卧床休养足够的时间，并且要根据患者的情况延长其患肢的制动时间，指导并协助患者定时翻身，防止其出现人工髋关节脱位的情况；其次，患者气血不足且筋骨不利，护理人员应密切观察其受压部位的情况并定时用酒精对其受压部位进行按摩，每日用温水进行擦拭，从而防止患者发生压疮；再者，患者的免疫功能下降，护理人员要给予患者有效的吸痰排痰处理，并严格观察其导尿情况，严格按照无菌操作要求处理尿管，防止患者发生感染；另外，应根据实际情况为患者按摩热敷三阴交和足三里等穴位，促使患者更好地排尿以防止尿潴留。（4）康复训练。护理人员应根据患者的恢复情况为其制定合理的康复锻炼计划，主要是在手术后对患者的患肢进行按摩，促使局部血液循环。对于存在局部血液循环不畅的患者，应根据实际情况给予其局部热敷处理，还可以采用中医针灸对患者的穴位进行针刺，促进其局部血液循环。之后根据患者的恢复情况对其进行肢体的被动运动，患者患肢功能有所恢复后可根据实际情况指导其下床进行免负重练习，然后根据患者的情况逐渐开展负重练习，促使其功能恢复。

**1.3 观察指标** 对患者的不良情绪和疼痛进行观察并评分，调查患者的护理满意度。不良情绪评分用SAS量表和SDS量表完成，疼痛评分用VAS量表完成，分数越高代表不良情绪或疼痛越严重。满意度调查用自制量表，分为非常满意、基本满意和不满意3个选项。

**1.4 统计学方法** 数据处理用SPSS 22.0统计学软件完成，用百分率和 $(\bar{x}\pm s)$ 表示计数资料与计量资料，分别进行 $\chi^2$ 检验和t检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 不良情绪及疼痛评分比较** 2组不良情绪和疼痛评分比较，试验组优于对照组， $P<0.05$ ，见表1。

表1 不良情绪及疼痛评分比较 $(\bar{x}\pm s, \text{分})$

组别	例数	SAS	SDS	VAS
试验组	50	21.87±4.62	23.56±6.14	1.62±0.54
对照组	50	39.25±8.69	37.59±7.18	3.49±0.87

**2.2 护理满意度比较** 2组护理满意度比较，试验组高于对照组， $P<0.05$ ，见表2。

表2 护理满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度
试验组	50	32	16	2	48(96.00)
对照组	50	23	14	13	37(74.00)

## 3 讨论

老年患者的耐受性一般较低，其在发生股骨颈骨折后经常会因为疼痛较重而出现烦躁不安和焦虑等不良情绪，导致其治疗依从性受到影响<sup>[3]</sup>。同时，患者的身体各项机能较弱，并且多存在各种慢性疾病，在手术治疗后很容易出现各种并发症，对其治疗效果造成严重影响，并影响其术后正常恢复<sup>[4]</sup>。因此，在老年股骨颈骨折患者手术治疗过程中应给予其有效的围术期护理，确保其治疗顺利完成。

中西医结合护理是结合中医理论和西医常规护理的一种护理方式，其不仅能有效促使患者手术治疗效果的提升，还能有效促使患者术后恢复速度的提升。对于老年股骨颈骨折患者而言，手术前应先给予其情志干预，让其保持良好心态接受治疗，并且要给予其有效的合并症护理，将合并症的病情控制在稳定状态<sup>[5]</sup>。术后首先要给予患者疼痛护理和切口护理，防止患者切口感染；同时要给予患者有效的饮食护理，根据患者的体质辨证分型给予其相应的食物，从而促使其更好地恢复；另外还要针对患者的情况给予其并发症预防，防止人工髋关节脱位、压疮、感染和下肢深静脉血栓等的发生；最后根据患者的恢复情况给予其相应的康复锻炼指导，让其积极开展锻炼以促进恢复速度的提升<sup>[6]</sup>。

本研究对中西医结合护理应用于老年股骨颈骨折患者中的效果进行分析，2组患者护理后的不良情绪及疼痛评分比较，试验组更优， $P<0.05$ 。2组护理满意度比较，试验组更高， $P<0.05$ 。综上，中西医结合护理在老年股骨颈骨折患者中的应用效果显著，值得推广。

## 参考文献

- [1]柴亚鹏,杨孝丽,韩晓强,等.老年股骨颈骨折围手术期的中西医结合治疗研究[J].临床医学研究与实践,2017,2(36):126-127.
- [2]邸金波.老年股骨颈骨折的中西医结合康复护理效果评价[J].中国医药指南,2017,15(33):285-286.
- [3]马绮慈.中西医结合护理在老年股骨颈骨折患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2017,3(9):28-30.
- [4]张霞.老年股骨颈骨折围手术期的中西医结合护理[J].中国老年保健医学,2016,14(5):105-106.
- [5]崔丽娟.中西医结合护理在股骨颈骨折合并糖尿病患者中应用[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(2):206-207.
- [6]吴永秀.老年股骨颈骨折的中西医结合康复护理体会[J].内蒙古中医药,2014,33(22):178-179.

(本文编辑:杨杰 本文校对:张杭州 收稿日期:2018-04-20)

# 中西医结合康复护理 在人工全髋关节置换术后患者中的应用

何百花 钟凌英

(江西省宁都县人民医院手术室,江西 赣州 342800)

**摘要:**目的 分析在人工全髋关节置换术后应用中西医结合康复护理的效果。**方法** 选取2017年2月—2018年2月我院收治的87例实施人工全髋关节置换术治疗患者分组护理,对照组41例实行常规护理,研究组46例实行中西医结合康复护理,对比临床护理效果。**结果** 对照组髋关节功能改善优良率、复位满意度以及生活质量评分低于研究组,平均住院时间长于研究组,并发症发生率高于研究组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 人工全髋关节置换术后应用中西医结合康复护理,髋关节功能恢复好,复位满意度高,安全性良好,生活质量提升明显,对患者术后的康复具有积极促进作用。

**关键词:** 中西医结合康复护理; 人工全髋关节置换术; 满意度; 痢证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.061 文章编号:1672-2779(2018)-16-0139-02

## The Application of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Rehabilitation Nursing in Patients after Total Hip Arthroplasty

HE Baihua, ZHONG Lingying

(Operating Theatre, Ningdu County People's Hospital, Jiangxi Province, Ganzhou 342800, China)

**Abstract: Objective** To analyze the application effect of integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation nursing after total hip arthroplasty. **Methods** 87 cases of total hip arthroplasty from February 2017 to February 2018 were selected. They were divided into control group of 41 cases applied routine nursing and study group of 46 cases applied integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation nursing. The clinical nursing results were compared. **Results** The good rate of improvement, satisfaction and quality of life in the control group were lower than that of the study group. The average time of hospitalization of the control group was longer than that of the study group. The incidence of complications of the control group was higher than that of the study group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** After total hip arthroplasty, the combination of traditional Chinese and Western medicine rehabilitation nursing has good recovery of hip joint function, the satisfaction of reduction is high, the safety is good, the quality of life is improved obviously, and it has positive effect on the recovery after the operation of the patients.

**Keywords:** integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation nursing; total hip arthroplasty; satisfaction; arthromyodinia

人工全髋关节由人工骨头、人工髋臼两个部分组成,人工全髋关节置换术主要用于改善髋关节疼痛、纠正关节畸形以及恢复关节功能,是临床治疗髋关节疾病的重要方法之一,在临床骨科治疗中得到广泛的应用<sup>[1]</sup>。在实施人工全髋关节置换术中对患者采取适当的护理干预可以提高临床手术疗效,对患者预后具有重要的意义。为探究中西医结合康复护理在人工全髋关节置换术后患者的应用效果,本研究选取87例实施人工全髋关节置换术患者分组护理,现将其临床护理结果归纳如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2017年2月—2018年2月我院骨科收治的87例实施人工全髋关节置换术患者,将其按照护理方法不同分为2组。对照组:41例,男性27例,女性14例,年龄38~74岁;平均年龄( $57.4\pm15.6$ )岁;病程1~5年,平均病程( $3.2\pm0.7$ )年。研究组:46例,男性28例,女性18例;年龄40~78岁,平均年龄( $56.9\pm15.2$ )岁;病程1~7年,平均病程( $3.3\pm0.6$ )岁。对2组患者一般资料处理分析,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 年龄 $\geqslant 38$ 岁;符合人工全髋关节置换术手术标准;知晓研究目的,自愿参加。

**1.3 排除标准** 骨肿瘤患者;髋关节感染患者;肝、肾功能不全患者<sup>[2]</sup>。

## 1.4 护理方法

**1.4.1 对照组** 予以常规护理。(1)体征护理:对患者呼

吸、意识恢复、脉搏等基本体征进行监测,做好预防和处理准备。(2)体位护理:协助患者保持平卧位,并适当地将患者患肢外展,并对患肢抬高约8~10 cm,促进静脉回流。(3)用药护理:叮嘱患者遵从医嘱定时、定量的服药,保证患者服药的依从性。(4)心理护理:在患者进行手术治疗期间,在术前要密切观察患者的心理变化,做好患者疾病和手术知识的宣教工作,让患者对疾病知识、手术过程等有基本的认知,消除其恐惧感,针对患者提出的疑惑要耐心解答,鼓励患者倾诉内心的情感,并对患者表现的负面心理进行心理疏导,同时也要做好患者家属的心理安抚工作,让患者家属可以给予患者更多的支持,在手术结束后,也要加强患者的心理干预,帮助患者树立信心,鼓励患者配合治疗。

**1.4.2 研究组** 予以中西医结合康复护理。(1)翻身训练:协助并引导患者定期进行翻身练习,3~5次/d,并鼓励患者要坚持,为避免伤口出血,在术后24 h保持平卧位,24 h后为防止压疮的发生可以定时进行翻身,并保持患者身体清洁。(2)肢体护理:术后2 d,可以对患者的患肢进行被动训练,并对切口进行紫外线照射,2次/d,30 min/次。同时可以辅助中药烫疗,即将中药制成药包,中药成分包括防风15 g,羌活8 g,大黄10 g,荆芥15 g,透骨草15 g,红花10 g,桂枝10 g,姜黄8 g,木香8 g,伸筋草8 g,独活6 g,草乌6 g等,用微波炉加热至温度在50~60 ℃,将其放置在患肢处,并防止对患

者造成烫伤，用药方法：早晚各1次，2次/d，疗程为1周。（3）饮食护理：术后患者以清淡、易消化食物为主，并适当对腹部进行按摩，促进肠蠕动，同时辅助针刺，选择患者足三里、大肠俞等穴位进行针刺，如果效果不佳则可以尝试不保留灌肠治疗。（4）功能锻炼：在患者坐位平衡力恢复后，可以鼓励患者缓慢站立，并尝试短距离行走，以提高患者下肢承受力，并结合患者恢复情况为患者制定功能锻炼计划，促进患者关节功能的恢复。（5）并发症预防：在护理过程中，加强了患者并发症的预防，包括术后应用抗生素预防感染的发生、术中根据出血情况适当应用止血药物、对患肢适当抬高并予以按摩等以预防下肢深静脉血栓发生等。

**1.5 观察指标** （1）髋关节功能改善优良率评估标准：用Harris评分评估患者的髋关节功能，总分为100分，并分为优、良、差3级，优：评分>90分；良：评分50~90分；差：评分<50分，优良率=（优患者例数+良患者例数）/总患者例数×100%<sup>[3]</sup>。（2）复位满意度评估标准：用Matta评分评估患者髋臼骨折复位情况，满意：复位≤1 mm，无疼痛症状，X线提示骨性关节炎无改变；一般：复位1~3 mm，疼痛症状轻微，X线提示骨性关节狭窄；不满意：复位>3 mm，疼痛症状明显，X线提示骨性关节炎改变明显；满意度=（满意+一般）例数/总例数×100%<sup>[4]</sup>。（3）生活质量评分：应用生活质量自评表（QOL）对患者生活质量进行评估，总分为100分，患者的评分高低与患者生活质量好坏成正比<sup>[5]</sup>。

**1.6 统计学方法** 使用SPSS 22.0统计学软件对本研究中的数据进行处理，髋关节功能改善优良率、复位满意度等计数资料表示为（%），采用 $\chi^2$ 检验，平均住院时间计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用t检验， $P<0.05$ 表示差异存在统计学意义。

## 2 结果

**2.1 髋关节功能改善优良率比较** 对照组髋关节功能改善优良率为85.37%，低于研究组的97.83%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表1。

表1 2组患者髋关节功能改善优良率比较 [例(%)]

组别	例数	优	良	差	优良率
对照组	41	11(26.83)	24(58.54)	6(14.63)	35(85.37)
研究组	46	13(28.26)	33(71.74)	1(2.17)	45(97.83)
$\chi^2$ 值					4.549
P值					0.033

**2.2 复位满意度比较** 对照组患者复位满意度为80.49%，低于研究组患者的95.65%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表2。

表2 2组患者复位满意度比较 [例(%)]

组别	例数	满意	一般	不满意	满意度
对照组	41	9(21.95)	24(58.54)	8(19.51)	33(80.49)
研究组	46	13(28.26)	31(67.39)	2(4.35)	44(95.65)
$\chi^2$ 值					4.900
P值					0.027

**2.2 平均住院时间以及生活质量评分比较** 对照组患者平均住院时间长于研究组，生活质量评分低于研究组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表3。

表3 2组患者平均住院时间以及生活质量评分结果（ $\bar{x}\pm s$ , 分）

组别	例数	平均住院时间	生活质量评分
对照组	41	26.82±3.46	88.9±7.5
研究组	46	23.14±2.27	94.6±4.1
$t$ 值		5.925	4.462
P值		0.000	0.000

**2.4 并发症发生率比较** 对照组并发症发生率为9.76%（4/41），包括2例感染、2例出血，研究组无并发症发生，差异有统计学意义（ $\chi^2=4.704$ ， $P=0.030<0.05$ ）。

## 3 讨论

康复护理对人工全髋关节置换术的疗效保证具有重要作用。随着中医学的广泛应用，人们逐渐将中医护理应用到临床患者的护理干预中，并取得良好的护理效果。与西药比较，中药具有毒副作用少、安全性高等特点，因此更受到临床患者的认可。在本研究中，对照组采取常规护理，研究组采取中西医结合康复护理，在对患者进行翻身训练、肢体护理、饮食护理、功能锻炼、并发症预防中增加了中医方面的紫外线照射、中药烫疗以及针刺等护理干预，结果显示，研究组的髋关节功能改善优良率、复位满意度以及生活质量评分高于对照组，平均住院时间短于对照组，并发症发生率低于对照组，该研究结果说明采取中西医结合康复护理于人工全髋关节置换术护理中，取得良好的护理效果，利于患者髋关节功能的恢复，安全性高，提高了患者满意度和生活质量。对护理结果的原因进行分析，中医护理中羌活、大黄、伸筋草、防风等药物具有强筋、健骨、健脾、化湿、补气的作用，紫外线照射可以促进切口的愈合，降低了感染的发生，针刺可以提高机体的循环，起到活血、疏通经络等功效，因此，中西医结合康复护理的整体护理更具有优势。

综上所述，在临床人工全髋关节置换术护理中采取中西医结合康复护理，可以提升护理效果，对患者髋关节功能改善、生活质量水平的提高具有重要意义，且安全性较高，具有护理应用价值。

## 参考文献

- [1]文丽,王翠平.康复护理干预对骨科全髋关节置换术康复效果及自理功能的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(2):98-100.
- [2]陈利红,岑子娟,姜益华,等.全髋关节置换术围术期的快速康复外科护理[J].浙江医学,2016,38(6):447-448.
- [3]梁燕红.中医护理对全髋关节置换术后并发症的影响[J].光明中医,2017,32(4):585-586.
- [4]杨春练,陈玲炫,陈培英.医护一体化模式在提高全膝关节置换术后患者肢体活动度中的应用[J].光明中医,2016,31(1):135-137.
- [5]董昌海,苏世彪,梁发树,等.中西医结合预防髋关节置换术后VTE的研究[J].光明中医,2017,32(18):2684-2686.

（本文编辑：杨杰 本文校对：曾明凤 收稿日期：2018-05-25）

# 针灸对机体代谢组学的影响机制探讨及差异性比较\*

张 驰<sup>1</sup> 肖 玲<sup>1</sup> 刘 涛<sup>1</sup> 刘 密<sup>2</sup> 张国山<sup>2\*</sup> 常小荣<sup>2\*</sup>

(1 湖南中医药大学研究生院,湖南 长沙 410007; 2 湖南中医药大学针灸推拿学院,湖南 长沙 410007)

**摘要:** 针灸在治疗某些疾病上具有其独特的优势;然而,针刺、艾灸属于不同的刺激方式,对其治病起效的本质、是否具有差异性,因尚未深入研究而缺乏统一的认识。代谢组学是一种整体性的研究方法,与针灸的整体性调节效应相契合。因此,通过探讨针灸起效时机体的代谢组变化,来阐明两者的作用机制及其差异;对今后基础研究及临床应用扩展新思路、新方法及提高临床疗效具有十分重要的意义。

**关键词:** 针灸; 代谢; 代谢组学; 机制

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.062

文章编号:1672-2779(2018)-16-0141-04

## Study on the Influence Mechanism of Acupuncture and Moxibustion on the Body Metabolomics and the Difference Comparison

ZHANG Chi<sup>1</sup>, XIAO Ling<sup>1</sup>, LIU Tao<sup>1</sup>, LIU Mi<sup>2</sup>, ZHANG Guoshan<sup>2</sup>, CHANG Xiaorong<sup>2</sup>

(1. Graduate School, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China;

2. College of Acupuncture and Tuina, Hunan University of Traditional Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China)

**Abstract:** Acupuncture and moxibustion have their unique advantages in the treatment of certain diseases. However, acupuncture and moxibustion belong to different modes of stimulation. Whether they have different effects on the therapeutic effect of the disease or not is uniformed due to the lack of further research understanding. Metabolomics is a holistic approach to research that fits the holistic regulatory effect of acupuncture. Therefore, by exploring the body's metabolomics changes during the onset of acupuncture and moxibustion, the mechanism of action and the differences between the two mechanisms are elucidated. It is of great significance for the future basic research and clinical application to expand new ideas, new methods and improve the clinical therapeutic effect.

**Keywords:** acupuncture and moxibustion; metabolism; metabolomics; mechanism

代谢组学(Metabolomics)首次由Nicholson教授提出;主要是应用核磁共振(Nuclear Magnetic Resonance, NMR)等技术对生物体系(细胞、组织或生物体)代谢产物中相应的生物标志物进行定量检测分析<sup>[1-4]</sup>;以此发现其在受刺激时,涉及的代谢通路中关键的内源性代谢产物的时间变化规律。简而言之,代谢组学是一种以生物体系局部代谢的产物变化来反映出其整体代谢组学变化的系统生物学研究方法,最终来揭示生命活动代谢的本质。

针刺与艾灸均是以经络腧穴理论为基础,通过刺激人体的经络、腧穴或特定部位,以此来达到防治疾病的中医外治疗法。针刺是利用特制的金属针具对特定腧穴进行刺激,属机械性刺激,具有由点及线、由浅入深、靶点较小、范围较窄的刺激特点,与生物力学关系密切,其临床作用以调和阴阳、扶正祛邪、疏通经络、行气活血等为主。艾灸是借助艾绒燃烧时产生的火热作用力对特定腧穴进行刺激,属温热性刺激,具有由点及面、由中散边、靶点较大、范围较广的刺激特点,与生物传热学关系密切,其临床作用以温

通经络、行气活血、祛湿逐寒、消肿散结、回阳救逆及防病保健等为主。由此可见,同是作用于经络腧穴的两种外治疗法,因刺激方式的不同,其临床作用也各有优势;但对其具体治病机理以及本质上的差异尚不明确,现以针灸起效时机体的代谢组学变化展开论述。

### 1 针刺对机体代谢组学影响的相关研究

尽管早在上个世纪就有学者提出针刺腧穴时局部可能有嘌呤信号分子ATP参与的猜想,但针刺效应的研究却是在近几年成为热点。2009年英国Geoffrey Burnstock教授在《Medical Hypotheses》中提出“嘌呤信号及其受体是传递针灸刺激信号的重要物质”的假说<sup>[5]</sup>:针灸以机械性和温热性刺激作用于腧穴局部皮肤的角质细胞、成纤维细胞,使其释放ATP(三磷酸腺苷),通过激活P2X3、P2X2/3或腺苷等嘌呤信号分子,引起末梢感觉神经的兴奋,神经兴奋信号经背根神经的传导至脊髓,再在中间神经元通路的支持下传到脑干部位,最后到达大脑皮层,产生相应的机体效应。孟智宏等<sup>[6]</sup>选取脑梗死的动物模型,对其施以针刺刺激后检测血液中ATP的含量,结果显示其明显增加;ATP虽作为生物体内的直接能源物质,但其却来源于机体摄入的其他能源物质(如糖类、脂类等)在相应酶作用下的转化;最后在ATP酶的作用下产生热能和动能,来维持机体的基础代谢需求。这次实验证实了机体在针刺

\* 基金项目:国家自然科学基金项目【No.81603705, No.81774438】;  
湖南省自然科学基金项目【No.2017JJ3245】

\* 通讯作者:tcmzgs@163.com; xrchang1956@163.com

的刺激下确实能发生物质代谢，而其代谢途径中关键的代谢物质很有可能就与ATP有关。

此外，Tang等<sup>[7]</sup>选取大鼠的百会及涌泉穴对其进行电针刺激，在NMR技术的支持下发现大鼠体内的饱和脂肪酸、甘油三酯的含量升高，而磷脂酰胆碱及不饱和脂肪酸的含量下降。郭玲玲<sup>[8]</sup>采取与Tang相似的刺激方式，刺激结束后通过对大鼠的血浆、肝脏、肾脏HMR技术的检测，并对生成的大鼠代谢产物谱进行分析得知：血浆中主要体现的是CH<sub>3</sub>的变化，肝组织主要是葡萄糖含量的变化，而肾脏主要体现在磷脂胆碱和不饱和脂肪酸的调节。Wu Q等<sup>[9]</sup>对功能性消化不良患者选取足阳明胃经上的腧穴进行针刺，然后应用NMR技术观察患者的血浆中代谢产物的变化；结果显示葡萄糖、高密度脂蛋白、醋酸盐、磷脂酰胆碱的含量有所增加，而亮氨酸、N-乙酰糖蛋白、乳酸盐和低密度脂蛋白的含量下降。另外周丹<sup>[10]</sup>通过对胃溃疡大鼠进行合募配穴针刺治疗；并在治疗结束后，利用LC-MS技术对提取大鼠的血清和尿液分析发现：针刺刺激不同的腧穴可产生不同的标志性代谢产物。

上述实验结果显示：针刺刺激机体腧穴时，不同的腧穴产生关键物质不同。目前主要考虑是ATP，其不仅仅作为能量物质，并能在相应酶的作用下产生相应的信号传导分子；这些分子的信号传导至脊髓、大脑，使其做出相应的反射释放相应的物质或信号至机体对应部位；最终使其做出应答，达到针刺刺激的作用效果。但不可否认ATP可能仅是引起的某些腧穴局部组织物质代谢变化的关键物质之一；至于该过程是否存在多物质或多通道的参与还需要更多的实验去证实。

## 2 艾灸对机体代谢组学影响的相关研究

王耀帅等<sup>[11]</sup>选取急性高脂血症模型大鼠，采取艾灸干预方式来观察施灸对腧穴皮肤物质的代谢变化，结果发现局部皮肤的缝隙连接蛋白43 (Cx43) 表达增加。作为细胞之间重要的通讯物质-43 (Cx43)，是否是艾灸引起腧穴皮肤效应时的代谢关键物质，还有待进一步研究。顾一煌<sup>[12]</sup>研究发现艾灸能够有效地促进机体肝糖原和肌糖原的分解代谢。另外，在研究艾灸对鼠线粒体功能能量代谢影响的实验<sup>[13]</sup>中发现：异柠檬酸、葡萄糖、油酸、腺苷和胆固醇含量升高，而含量降低的有尿素、缬氨酸、天冬氨酸、谷氨酰胺、苯丙氨酸、天冬酰胺、鸟氨酸、组氨酸、酪氨酸、色氨酸，硬脂酸和胱氨酸。周次利<sup>[14]</sup>从尿液代谢组学探讨艾灸对机体影响，结果显示：随艾灸干预程度的增加，2, 5-二羟基-1H-吲哚、3, 4, 5-三羟基戊酸、3, 4-二羟基丁酸、3-甲基己二酸、尿囊素、D-苏糖醇、L-苏糖醇、苏糖酸等物质的含量增加，而经过一段时间恢复期后，大鼠上述的尿液代谢物含量下降，表明艾灸在某种程度下能够影响机体的代谢物浓度，还呈现出了一定的正相关联系，证实艾灸的确能够

对机体产生一定的物质代谢的变化。随着更深层次的研究还发现：剂量组与正常组比较，两者差异性代谢物存在22个，而此22个差异代谢物参与的影响最显著的代谢通路是Vc代谢，而此主要与糖、氨基酸等代谢相关；说明艾灸可能通过影响机体的糖、氨基酸等物质的代谢来引起相应的效应，而关键的代谢物质很可能就与Vc有关。Vc参加体内的氧化还原反应，可以保持巯基酶的活性和谷胱甘肽的还原状态；参与体内多种羟化反应，可以促进胶原蛋白的合成，促进胆固醇的代谢<sup>[15]</sup>。

另外，有研究发现机体在艾灸的干预影响下，葡萄糖醛酸和维生素C的含量明显提高，机体的抗氧化及解毒效力增强。除此之外，丙酮酸也有较明显的升高，而其是体内三大能源物质代谢的中间产物。在此实验中，参与了三羧酸循环，缬氨酸、亮氨酸、异亮氨酸生物合成，丁酸甲酯代谢，丙酮酸代谢，丙氨酸、天冬氨酸和谷氨酸代谢，糖酵解或糖易生，半胱氨酸和蛋氨酸代谢，甘氨酸、丝氨酸和苏氨酸代谢8条代谢途径，是差异代谢物中参与代谢途径最多的，再次说明艾灸能够增强机体能量的代谢。

艾灸除了能够影响机体的能量代谢外，有研究表明，艾灸亦影响着机体的微量元素代谢<sup>[16]</sup>。陈闽等<sup>[17]</sup>在研究艾灸对鼠胃黏膜保护作用及血清铜锌的影响时发现其显著增加了血清中锌的含量，同时降低铜含量及铜/锌比值。丁氏<sup>[18]</sup>认为锌铜在体内呈彼此消长关系，用艾灸纠正羟基脲造成的小鼠阳虚状态后，测定其肝脾锌铜含量，结果显示：艾灸可提高肝脾DNA中锌含量而降低铜含量。艾灸可降低血清铜含量，而提高血清锌含量，其作用机制可能是通过增强足三里的消化吸收，促进锌的吸收量，抑制铜的吸收量完成的。王氏等<sup>[19]</sup>对老年人保健灸前后头发锰、锌、铜、铁、钙的含量进行比较，发现灸后老年人头发中锰的增加有非常显著意义，锌、钙的增加有显著意义，铜、铁虽增加，但与灸前比较，差别不明显。何氏<sup>[20]</sup>发现艾灸能使老年人头发锌的含量升高，铜的含量降低，起到调节铜锌代谢的作用。

目前，艾灸刺激机体引起其物质代谢变化能予以肯定，却对引起其物质代谢变化的关键物质缺乏统一的认识。综上，存在如下几种可能：某些蛋白信号分子的传递、某些通道开闭或铜锌等微量元素的影响成为机体物质代谢变化的关键；此外，艾灸能引起机体三大能源物质间的能量交换，即此物质代谢变化过程还存在着ATP参与的可能。而在上述的针刺刺激机体实验中，亦不能排除ATP是关键产物的可能；在针刺与艾灸二者之间是否存在有某些联系或差异还有待进一步挖掘。

## 3 针刺与艾灸的异同

早在2010年，美国Maiken Nedergraard教授在《Nature Neuroscience》发表了他最新的研究成果：嘌呤信号腺苷及A<sub>1</sub>受体在针刺腧穴的局部皮肤中参与了其信号传

导<sup>[21]</sup>;次年,《The Scientist》报道了Geoffrey Burnstock教授对嘌呤信号的存在参与针灸信号传递的假说<sup>[22]</sup>,该假说描述了针刺与艾灸刺激腧穴时局部皮肤内信号传导的本质:主要是通过嘌呤物质参与之间的信号传导;该假说为后期的更深层次实验研究提供了方向。为了证实该假说,范亚朋等<sup>[23]</sup>选取完全弗氏佐剂(CFA)造模诱导形成的小鼠炎症疼痛模型为实验对象,研究结果证实艾灸“足三里”穴的确有显著的镇痛作用;并且CFA诱导的疼痛模型的小鼠在艾灸的刺激下,腧穴的局部皮肤内ATP的含量显著提高;此时,对该部位给予ATP分解剂后,其镇痛的效果下降;而给予ATP分解抑制剂后,其镇痛的效果又呈上升趋势。该实验结果能够初步确认:艾灸对机体的镇痛效果是通过刺激腧穴局部,使其产生嘌呤物质来发挥作用。

而贲卉等<sup>[24]</sup>实验研究却得出了与此不同的结论:选取不同的刺激方式(针刺、电针、艾灸)刺激人体的腧穴时,发现腧穴局部皮肤内的一氧化氮(Nitric Oxide, NO)含量较对照组明显增高,另外不同的刺激方式,引起NO浓度升高的程度均不一样:表现为艾灸组>电针组>针刺组。因此,其认为针刺、艾灸引起机体物质代谢的关键物质是NO。而NO是改善血液运行的重要物质,其机理是否对腧穴局部的活血化瘀作用还有待进一步研究证实。

此外,钟欢等<sup>[25]</sup>曾做过如下实验研究:利用NMR技术研究人体血清在针刺与艾灸的不同刺激影响下代谢的异同。从研究结果来看:针刺与艾灸对代谢物的影响即存在协同作用又有拮抗作用。两者以同等的调节力度来比较各自对机体代谢影响的差异时发现:艾灸引起机体代谢物浓度的变化程度较针刺更大。比较二者的差异性代谢产物LDL/VLDL变化;通过引起代谢物浓度变化的趋势来看:针刺与艾灸对血清中脂质物质代谢的调节表现出截然相反的结果;针刺能够引起高低密度脂蛋白的降低,此结果亦在临床中得到了验证:针刺在治疗高脂血症时疗效的肯定。在对肌酸的调节方面,针刺与艾灸也表现出不同的调节结果。针刺组的肌酸浓度显著升高而艾灸组的浓度明显下降。肌酸的生化效应主要是把线粒体中的能量以磷酸肌酸的形式送到肌原纤维处,以迅速补充ATP的含量,满足机体运动的需要;构成了肌酸-磷酸肌酸能量传递系统<sup>[26]</sup>。在没有外源性供给的情况下血清中肌酸水平的下降可被认为是动员到骨骼肌纤维进行能量代谢,这也可能预示着艾灸在增强肌肉能量代谢上有较明显的优势。艾灸与针刺对代谢物中缬氨酸、亮氨酸、异亮氨酸调节作用一致,但艾灸组浓度调节力度明显低于针刺组,这三种氨基酸称为支链氨基酸,亦属于必需氨基酸。据相关研究表明:支链氨基酸能够加快肌蛋白的合成代谢来促进骨骼肌的合成<sup>[27]</sup>。血清中的支链氨基酸的变化可能与骨骼肌合成及脂肪代谢相关。因

此,艾灸对二者的影响体现在其的变化。作为体内含量最丰富的非必需氨基酸-谷氨酰胺,其代谢的主要作用是为三羧酸循环提供中间产物,亦是体内三大物质合成的前体<sup>[28]</sup>,不仅为生物合成提供原料,也为细胞代谢提供能量<sup>[29]</sup>;通过对在其被针刺与艾灸调节能力的实验发现,针刺与艾灸均能使其显著升高,且艾灸的作用效果远大于针刺。

综上所述,针刺、艾灸均能引起机体物质代谢并产生某些效应;在目前的实验研究中发现产生效应的机制以ATP的起始参与为主,尤其是腧穴局部细胞内的线粒体;但ATP并非唯一的关键物质,还发现包括嘌呤类物质、NO、微量元素等在内的其他物质。但针灸二者产生效应是否存在路径和大小的差异,以及物质代谢的关键产物是上述物质还是另有其他,都有待进一步实验探究。在艾灸与针刺对人体血清代谢物调节作用<sup>[29]</sup>的整体代谢组学研究实验中,两者表现出一定的差异,艾灸更倾向于对骨骼肌能量代谢、合成代谢的调节,针刺更倾向于对脂质代谢的调节,两者均能对血清支链氨基酸、谷氨酰胺等进行调节,但艾灸有较针刺更迅速地调节作用。

#### 4 分析与展望

目前,研究针灸对机体的影响多从神经、免疫方面来进行探讨,如细胞、炎性因子、关键蛋白表达等<sup>[30-32]</sup>,且学者多认为艾灸在调节免疫系统病症方面要优于针刺,在神经系统病症或疼痛类疾病方面针刺占有优势。虽然针灸在治疗疾病中,各占优势,而二者对机体代谢组学影响的机制及其差异性方面尚缺乏统一的认识。因此,笔者本着综百家之言,取其精华,愿能为后期的动物实验研究提供相应的归纳与总结,亦为今后的大样本、多中心、多学科交叉的临床实验提供方向、理论指导以及实践经验,在探索针灸本质前行中更进一步。

#### 参考文献

- [1]Nicholson J K, Connelly J, Lindon J C, et al. Metabonomics:a platform for studying drug toxicity and gene function[J]. Nat Rev Drug Discov, 2002, 1(12): 153-161.
- [2]Nicholson J K, Lindon J C, Holmes E. “Metabonomics”:understanding the metabolic responses of living systems to pathophysiological stimuli via multivariate statistical analysis of biological NMR data [J]. Xenobiotica, 1999, 29 (11):1181-1189.
- [3]Price K E, Lunte C E, Larive C K. Development of tissue-targeted metabonomics[J]. J Pharmaceut Biomed, 2008, 46(4):737-747.
- [4]Lindon J C, Holmes E, Nicholson J K. So what’s the deal with metabolomics[J]. Anal Chem, 2003, 75(17):384A-391A.
- [5]Burnstock G. Acupuncture:a novel hypothesis for the involvement of purinergic signaling[J]. Med Hypotheses, 2009, 73(4):470-472.
- [6]孟智宏,杜元灏.针刺对脑梗死鼠脑心组织及血液ATP、ADP、AMP及能荷的影响[J].天津中医药,2005, 22(3):233.
- [7]Tang Y, Guo LL, Zhang Q, et al. Effect on electric acupuncture to 1H-NMR spectrogram of senescence accelerated mouse/prone8kidney[J]. Journal of Chengdu University of TCM, 2009, 32(2):1-4.
- [8]郭玲玲.电针对SAMP8小鼠血浆、肝肾组织1HNMR谱图的影响[D].成都:成都中医药大学,2012.
- [9]Wu Q, Zhang Q, Sun B, et al. 1H NMR-based metabonomic study on the metabolic changes in the plasma of patients with functional dyspepsia and the effect of acupuncture[J]. J Pharm Biomed Anal, 2010, 51(3):698-704.

- [10]周丹.合募配穴对胃溃疡大鼠代谢物谱表达调节的研究[D].长春:长春中医药大学,2010.
- [11]王耀帅,王士超,张建斌,等.不同灸法对高脂血症大鼠施灸局部Cx43表达的影响[J].时珍国医国药,2012,23(6):1548-1549.
- [12]顾一煌.艾灸对力竭运动小鼠肝糖原、肌糖原的影响[J].江西中医药,2008,39(31):61-62.
- [13]刘钧天.艾灸不同作用因素对APP/PS1双转基因AD小鼠线粒体功能-能量代谢影响研究[D].北京:北京中医药大学,2015.
- [14]周次利,陆嫄,吴璐一,等.艾灸生成物干预大鼠尿液代谢组学研究[J].中国组织工程研究,2015,19(15):2387-2393.
- [15]杨建辉.维生素C生物学活性研究进展[J].现代诊断与治疗,2012,23(5):434-437.
- [16]陈闻.艾灸对大鼠的胃粘膜保护作用及与血清铜锌含量的关系[J].针刺研究,1995,20(2):45-47.
- [17]陈闻.艾灸对实验性胃溃疡大鼠血锌、铜含量的影响[J].镇江医学院,1994,4(1):7-8.
- [18]丁光霞.艾灸对“阳虚”小鼠肝脾DNA中锌铜含量的影响[J].上海针灸杂志,1986,5(1):24.
- [19]王玲玲,吴中朝,徐兰凤,等.保健灸对老年人头发中锰锌铜铁钙含量的影响[J].中国针灸,1994,14(2):35.
- [20]何基渊.艾灸足三里对老年人头发铜锌含量的影响[J].上海针灸杂志,1987(2):6.
- [21]Goldman N, Chen M, Fujita T, et al. Adenosine A<sub>1</sub> receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture[J]. Nat Neurosci, 2010, 13(7):883-888.
- [22]Geoffrey Burnstock. Puncturing the Myth Purinergic signaling, not mystical energy, may explain how acupuncture works[J]. The Scientist, 2011.
- [23]范亚朋.穴位局部ATP参与艾灸镇痛作用研究[D].成都:成都中医药大学,2014.
- [24]贾卉,荣培晶,高听妍,等.手针、电针、温灸对穴位NO含量影响的实验比较观察[J].世界科学技术-中医药现代化,2010,12(1):47-50.
- [25]钟欢,余畅,呙安林,等.基于~<sup>1</sup>H-NMR技术探讨艾灸与针刺对血清代谢物的调节作用[J].世界科学技术-中医药现代化,2016,18(3):402-409.
- [26]朱蔚莉,李可基.肌酸补充与骨骼肌糖代谢[J].体育科学,2006(1):71-73.
- [27]Zhai G, Wang-Sattler R, Hart DJ, et al. Serum branched-chain amino acid to histidine ratio: a novel metabolomic biomarker of knee osteoarthritis[J]. Ann Rheum Dis, 2010, 69(6):1227-1231.
- [28]刘彩凤.复方谷氨酰胺肠溶胶囊治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J].山西大同大学学报(自然科学版),2016,32(1):54-55,72.
- [29]Daye D, Wellen KE. Metabolic reprogramming in cancer: unravelling the role of glutamine in tumorigenesis[J]. Semin Cell Dev Biol, 2012, 23(4):362-369.
- [30]刘明雪,魏焦禄,卢圣锋,等.针刺、艾灸对佐剂性关节炎大鼠血清TNF-α、IFN-γ的影响差异[J].成都中医药大学学报,2012,35(3):13-14.
- [31]崔瑾,严洁.艾灸或针刺膈俞穴对环磷酰胺致白细胞减少大鼠诱生粒细胞-巨噬细胞集落刺激因子的作用[J].中国组织工程研究与临床康复,2007,11(28):5473-5476.
- [32]崔瑾,申定珠,熊芳丽.针刺、艾灸膈俞穴对低白细胞模型大鼠白细胞及骨髓造血功能的调节作用[J].上海针灸杂志,2005,24(6):41-43.

(本文编辑:杨杰 本文校对:刘未艾 收稿日期:2018-05-11)

## 心脏神经官能症常用方剂分类综述\*

包宇<sup>1</sup> 杨涵<sup>1</sup> 王潇凡<sup>1</sup> 王恒涛<sup>1</sup> 杨丽萍<sup>2\*</sup> 李改<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450046; 2 河南中医药大学基础医学院,河南 郑州 450046)

**摘要:**心脏神经官能症又称功能性心脏不适,是最为常见的神经官能症类型。临床研究表明:心内科无器质性心脏病患者中心理疾病的发病率为30%,心脏神经官能症占绝大多数。中医药在辨证治疗心脏功能性不适方面存在明显优势。临床治疗心脏神经官能症文献较多,涉及的方剂种类广泛,但是辨证治疗心脏神经官能症的报道较少。以脏腑、八纲为理论基础,辨证论治心脏神经官能症,对于提高其临床治疗效果有着极为重要的意义。现将治疗心脏神经官能症的常用方剂按照脏腑、八纲辩证进行分类,以期为临床治疗心脏神经官能症提供更加便捷、有效的选方用药。

**关键词:**心脏神经官能症;辨证论治;常用方剂;分类;心悸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.063

文章编号:1672-2779(2018)-16-0144-04

### A Review of Common Prescriptions for Cardiac Neurosis

BAO Yu<sup>1</sup>, YANG Han<sup>1</sup>, WANG Xiaofan<sup>1</sup>, WANG Hengtao<sup>1</sup>, YANG Liping<sup>2\*</sup>, LI Gai<sup>2</sup>

(1. The First Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

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

**Abstract:** Cardiac neurosis, also known as functional heart discomfort, is the most common type of neurosis. Clinical studies have shown that the incidence of mental illness was 30% in patients with no organic heart disease in cardiology, the heart neurosis accounts for the vast majority. TCM has obvious advantages in syndrome differentiation and treatment of cardiac functional discomfort. There are many literatures about cardiac neurosis, involving a wide range of prescriptions, but there are few reports on the treatment of cardiac neurosis by syndrome differentiation. Based on the theory of zang fu organs and the eight principles, syndrome differentiation and treatment of cardiac neurosis is of great importance for improving its clinical therapeutic effect. The commonly used prescriptions for the treatment of cardiac neurosis are classified according to syndrome differentiation of zang fu organs and eight criteria, in order to provide a more convenient and effective prescription for clinical treatment of cardiac neurosis.

**Keywords:** cardiac neurosis; treatment based on syndrome differentiation; common prescriptions; classification; palpitation

心脏神经官能症是以心血管系统疾病为主要临床表现的综合征。患者常表现为胸闷、气短、呼吸困难、

心悸、乏力、心前区疼痛、焦虑等类似于器质性心脏病的临床症状,但各项检查并无异常<sup>[1]</sup>。现代医学认为本病主要是在紧张、焦虑、情绪激动、精神创伤等刺激下,中枢神经系统兴奋和抑制发生障碍,受植物神经调节的心血管系统发生紊乱,引起交感神经张力过高所致<sup>[2]</sup>。由于心血管无明显器质性病变,所以现代医

\* 基金项目:国家自然科学基金项目【No.81373790】;河南省科技攻关项目【No.182102310263】

\* 通讯作者:bioylp@126.com

表1 临床治疗心脏神经官能症常用方剂分类使用情况

证型	病因病机	临床表现	常用方剂
肝郁气滞	愤怒恼怒,情志不遂,肝气郁结,气机上逆,心肝血虚	心悸气短,胸闷胸痛,善太息,头晕目眩,舌质淡白,脉细弦	柴胡疏肝散、逍遥散
心肾不交	久病体虚,房劳过多耗伤心肾之阴,阴虚火旺,心肾不交	心悸易惊,胸闷胸痛,潮热盗汗,五心烦热,腰膝酸软,耳聋耳鸣,舌红少苔,脉细数	天王补心丹、交泰丸
心脾两虚	思虑劳神,过度劳累,损伤心脾,气血生化乏源,心血暗耗	心悸气短,失眠健忘,头晕目眩,神疲倦怠乏力,纳呆食少便溏,舌淡,脉细弱	甘麦大枣汤、归脾汤
胆胃不和	胆气不足,情志不遂,导致胆胃不和,胆失疏泄,气郁生痰,痰火扰心	心悸不能,心胸烦热易怒,胸闷,咽干,口苦,头晕目眩,耳鸣,舌红苔薄黄,脉滑数	温胆汤、柴胡加龙骨牡蛎汤
心气血虚	大惊猝空,忤犯心神,心气紊乱,失血过多或忧思不解,暗耗阴血	心悸不宁,气短乏力,动则益甚,善惊易恐,恶闻声响,舌质淡红,苔薄白,脉细微沉	安神定志丸、养心汤
气滞血瘀	情志不遂或久病人络致瘀,心脉痹阻不同	胸胁胀闷疼痛或刺痛拒按,胁下痞块,经闭,痛经,舌质紫暗或见瘀斑,脉涩。	血府逐瘀汤、麝香保心丸

学认为本病在治疗上重在心理疏导,对于病情严重者,则给予黛力新、安定、倍他乐克等抗焦虑药、镇静药、β受体阻滞药、植物神经调节药以缓解症状,但总体治疗效果不甚理想<sup>[3]</sup>。中医根据本病发作时的临床表现,将心脏神经官能症归于“胸痹心痛”“心悸”“怔忡”“郁证”范畴<sup>[4-5]</sup>,从整体观念出发,以脏腑辨证、八纲辨证为核理论,辨证施治,系统调理人体的生理、病理状态。临床总结出以心脏和心神为中心,“从心论治”“从肝论治”“从脾论治”“从肾论治”<sup>[6]</sup>等众多行之有效的经典方剂。

## 1 心脏神经官能症方剂分类依据

方剂是临床辨证论治的产物,是根据具体病证制定出的针对性治疗用药方案,其产生都以辨证为根本依据,即“法随证立,方从法出”。在疾病的治疗效果上中医强调方证对应,即临床疗效取决于方药与病证之间的对应程度,方药的针对性越强,临床治疗效果越显著。《灵枢·口问》载:“悲哀愁忧则心动,心动则五脏六腑皆摇”。《类经》云:“心为脏腑之主,而总统魂魄,并赅意志,故忧动于心则肺应,思动于心则脾应,怒动于心则肝应,恐动于心则肾应”。由此中医认为,心脏神经官能症的发作与肝、脾、心、肾等相应脏器的气血阴阳的亏虚或太过有着密切关系<sup>[7-8]</sup>,在治疗时应当具体问题具体分析,若病机为肝气郁结,治当疏肝解郁,顺气降逆;若病机为心脾气血两虚,治当益气补血,补脾养心;若病机为心肾不交,阴虚火旺,治当滋阴清火,交通心肾;若病机为胆胃不和,痰火扰心,治当清热豁痰,宁心安神;若病机为心气虚、心血虚,治当养血益气,补养心神;若病机为气滞血瘀,治当活血行气,通络复脉。

## 2 基于辨证治疗心脏神经官能症常用方剂分类

脏腑辩证和八纲辩证是中医辨证治疗临床各科疾病的重要方法,根据心脏与其他脏腑的生理、病理联系,结合心脏神经官能症患者的临床表现,临床以心脏为中心,整体观念为指导,运用五行的生克制化理

论总结出众多行之有效的方剂,经临床检验效果良好。本文在查阅相关文献的基础上结合中医学理论将治疗心脏神经官能症的常用方剂按照证型(病因病机)分为6类。具体情况见表1。

**2.1 肝郁气滞类** 柴胡疏肝散为疏肝理气、解郁散结代表方剂。方中重用柴胡条达肝气而疏利肝胆之气机;香附为“气病之总司”“气中之血药”;川芎为“血中之气药”,二药合用,活血行气;陈皮理气行滞;白芍养血柔肝,缓和里急而止痛;甘草调和诸药。逍遥散中用柴胡疏肝解郁;白芍滋阴柔肝;当归养血活血;白术、茯苓健脾益气;生姜温胃和中;少许薄荷,增强柴胡发散郁热、疏理肝气作用;炙甘草调和诸药。两方均能治疗肝气郁结型心脏神经官能症。赵俊坡<sup>[9]</sup>用逍遥散加减治疗女性心脏神经官能症,逍遥散组64例,谷维素组47例,均治疗4周,逍遥散组总有效率95.31%,谷维素组总有效率78.72%,逍遥散组明显优于谷维素组。崔萍<sup>[10]</sup>运用柴胡疏肝散联合黛力新治疗心脏神经官能症,A组柴胡疏肝散38例,B组黛力新37例,C组柴胡疏肝散加黛力新40例,均治疗8周后,C组有效率为97.5%,高于A组和B组,柴胡疏肝散结合黛力新治疗肝郁气滞型心脏神经官能症效果比单独使用西药或中药效果好。

**2.2 心肾不交类** 天王补心丹重用生地滋肾水而制虚火,除烦热,养血生津润燥;天冬入心经以泻火;当归、丹参补血活血;人参、麦冬、五味子补养心肾之阴;桔梗载诸药上行于心;酸枣仁、柏子仁、远志三药共养心神。现代研究表明,天王补心丹抗惊厥、抗焦虑、抗心率失常、镇静作用明显,且能够增强机体的免疫力、抗氧化、抗疲劳能力。交泰丸由黄连、肉桂组成。黄连主人心经,擅泻心火,清心除烦;肉桂主人肾经,性擅走下,引火归元。本方药味虽简,但配伍独特,黄连与肉桂配伍,一阴一阳,以清温并用之法,使阴阳相济,心肾相交。刘新等<sup>[11]</sup>用天王补心丹治疗48例心脏神经官能症,天王补心丹组24例,心得安组24例,2

组均治疗14天。天王补心丹组总有效率97.8%，心得安组总有效率75%。天王补心丹治疗效果优于心得安。王宏伟等<sup>[12]</sup>用交泰丸敷脐治疗心脏神经官能症30例，24 h换药1次，敷脐后患者感觉有苦、辛之味为佳。治疗3周，总有效率96.7%。

**2.3 心脾气血两虚类** 甘麦大枣汤方用小麦补心健脾，安神除烦；大枣、甘草益气和中。三药合用使心气充、阴液足。现代研究表明：甘麦大枣汤能够改善心脏神经官能症患者一系列植物神经功能紊乱的症状<sup>[13]</sup>。归脾汤是治疗心脾气血两虚的经典方剂，方以人参“补五脏，安精神，定魂魄”；白术、炙甘草、黄芪补气健脾；茯苓、酸枣仁、远志宁心安神；当归、龙眼肉滋养营血；木香理气，使补气养血补而不滞。诸药合用，心脾同治。陈辉等<sup>[14]</sup>用甘麦大枣汤治疗心脾气血两虚型心脏神经官能症患者65例，总有效率96.9%。严建英等<sup>[15]</sup>以归脾汤为主方治疗心脏神经官能症患者46例，总有效率91.31%。发现归脾汤能使心脏自主神经功能指标和肱动脉内皮依赖性舒张功能升高，血浆中CRP、TNF- $\alpha$ 水平降低，这可能是归脾汤治疗心脏神经官能症的重要机制。

**2.4 胆胃不和，痰火扰心类** 温胆汤重用祛“风痰湿之要药”半夏；竹茹主归胃、心、胆经，清化热痰，止呕除烦；枳实、陈皮燥湿化痰理气；甘草健脾和中；茯苓渗水利湿以绝生痰之源。黄连温胆汤由温胆汤加黄连而来，增强清心火能力。柴胡加龙骨牡蛎汤，方用柴胡、桂枝、黄芩，治少阳往来寒热、身重；龙骨、牡蛎、铅丹重镇安神；生姜、半夏和胃降逆；大黄清泻里热，釜底抽薪；茯苓宁心安神；人参、大枣益气养营，扶正祛邪。动物实验表明：柴胡加龙骨牡蛎汤对抑郁症模型大鼠脑中的单胺氧化酶、神经营养因子、下丘脑-垂体-肾上腺轴都有一定的良性调节作用<sup>[16]</sup>。临床多用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗焦虑、抑郁症、失眠等神经精神疾病<sup>[17]</sup>。三方均适用于胆失疏泄，气机不利，心胆不宁型心脏神经官能症。李晓乐等<sup>[18]</sup>用黛力新联合温胆汤治疗胆郁痰扰型神经官能症，黛力新组30例，黛力新加温胆汤组30例，2组均治疗4周，黛力新总有效率66.7%。黛力新加温胆汤组总有效率93.3%。黛力新加温胆汤组治疗效果明显优于黛力新组。杨军用等<sup>[19]</sup>用柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗心脏神经官能症60例，柴胡加龙骨牡蛎汤组30例，谷维素组30例，2组均治疗21天，柴胡加龙骨牡蛎汤组总有效率93.33%；谷维素组总有效率76.67%。柴胡加龙骨牡蛎汤组治疗效果优于谷维素组。

**2.5 心气血虚类** 安神定志丸方用龙齿、磁石、琥珀等质重之品，重镇安神定志；远志安神益智、祛痰开窍；酸枣仁、柏子仁养心安神；石菖蒲安神聪耳，开窍辟秽，四药合用健脾养心，化痰祛湿；党参补气健脾，茯神宁心安神；甘草补中益气，调和诸药。养心汤以人参、黄

芪补心益气；川芎、当归养血活血；茯苓、远志、柏子仁、酸枣仁、茯神泄心热，宁心神；五味子收敛神气；半夏去扰心之痰涎；肉桂引药以入心经，诸药相伍使心气得充，心血得养，诸症悉除。临床用养心汤加减治疗多种心血管系统器质性或功能性疾病，如心率失常，冠心病，更年期心血管神经症<sup>[20]</sup>。安神定志丸、养心汤均有益气补血、养心安神功效，可用于治疗心血虚，心气虚，心神失养型心脏神经官能症。张爱菊等<sup>[21]</sup>用安神定志丸治疗心胆气血型心脏神经官能症47例，治疗7天，总有效率91.49%。季向东等<sup>[22]</sup>用加味养心汤治疗心脏神经官能症52例，治疗20天，总有效率94.3%。

**2.6 气滞血瘀类** 血府逐瘀汤重用黄芪为君药以补气，气旺则血行；当归尾功擅活血散瘀；赤芍、川芎、桃仁、红花助当归尾活血祛瘀；地龙为血肉有情之品，行散走窜，通经活络，合而成方，使气旺血行，瘀去络通。麝香保心丸方药组成：人参、肉桂、牛黄、蟾酥、苏合香、麝香、冰片，由大队的芳香温通药物组成，苏合香、麝香、蟾酥、冰片芳香开窍、活血止痛；人参、肉桂培本固元，益气扶正。现代药理研究表明麝香保心丸具有清除体内氧自由基，扩张冠状动脉，改善冠脉血流等作用<sup>[23-24]</sup>。中医理论提出“久病入络”“久病致瘀”，血府逐瘀汤和麝香保心丸主要用于心脏神经官能症频繁发作，长久不愈，体内有血瘀、气滞者。陈曦等<sup>[25]</sup>用麝香保心丸治疗心脏神经官能症56例，麝香保心丸组28例，西药倍他乐克组20例，麝香保心丸组总有效率92.8%。倍他乐克组总有效率78.5%。麝香保心丸治疗效果优于倍他乐克。陈兴旺<sup>[26]</sup>采用血府逐瘀汤联合逍遥散治疗心脏神经官能症30例，连续用药30天，总有效率93%。

### 3 问题与展望

心脏神经官能症是以心血管功能性障碍为主要病因的临床综合征。临床结合心脏神经官能症患者的症状表现，审证求因，根据病因病机确立治疗方法，总结出众多行之有效的方剂。文章在查阅大量文献基础上结合中医基础理论、中医诊断学、中医学、方剂学、中医内科学，将临床治疗心脏神经官能症的常用方剂按照证型(病因病机)进行分类，以期为临床治疗本病和选方用药提供更加便捷有效的途径，提高中药治疗心脏神经官能症临床疗效。但在查阅文献的同时发现，临床在运用方剂治疗心脏神经官能症上也存在不足之处，如运用方剂治疗心脏神经官能症的文献报道较多，但辨证施方治疗不同证型的心脏神经官能症文献报道较少；检验方剂治疗心脏神经官能症疗效的较多，研究其治疗机制的较少；对方剂治疗心脏神经官能症的总结较多，但存在归类不准确，总结不全面等问题。这可能与心脏神经官能症复杂的病因病机有着直接关系。在今后的研究中应当注意以下问题：①在运用方

剂治疗心脏神经官能症时应当与中医理论相结合，辨证施治。②在结合中医理论的基础上，结合现代医学的研究方法与仪器，在微观中把握宏观，建立具有中医特色的多系统、多方位的机制研究方案，进一步揭示不同证型方剂治疗心脏神经官能症的作用机制，从而使中医治疗心脏神经官能症的优势得到更大的彰显。

#### 参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].11版.北京:人民卫生出版社,2002:1494-1497.
- [2]邱婷婷,郑祖艳,宿慧,等心脏神经官能症的治疗[J].长春中医药大学学报,2011,27(1):59-61.
- [3]杨朝章.中西医结合治疗心脏神经症的临床效果观察[J].中医临床研究,2017,9(28):111-113.
- [4]李思宁.中医学对心脏神经官能症的认识及治疗进展[J].中医研究,2004(6):51-52,54.
- [5]李姜昊,陈波.心血管神经症的中医药治疗进展及优势[J].中国中医急症,2018(4):734-736.
- [6]常艳宾,周亚滨.心脏神经官能症的中医药治疗进展[J].中医药信息,2013,30(4):143-145.
- [7]张元贵,宋银枝,林丰夏,等.从五脏相关谈针刺五俞穴治疗心脏神经官能症[J].光明中医,2017,32(4):479-481.
- [8]纪雯.心脏神经官能症中医辨证规律的研究[D].咸阳:陕西中医药大学,2015.
- [9]赵俊坡.逍遥散加减对女性心脏神经官能症患者炎症因子的影响[J].河北中医,2016,38(3):412-416.
- [10]崔萍.柴胡疏肝散联合黛力新治疗心脏神经官能症疗效观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(1):17-19.
- [11]刘新,刘静.天王补心丹治疗心脏神经官能症疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2000(14):1345.
- [12]王宏伟,吴秀芝,朱会友.交泰丸敷脐治疗心脏神经官能症30例[J].中国中医药信息杂志,1999(10):67.
- [13]孙国香.甘麦大枣汤加味联合西药治疗心脏神经官能症26例[J].浙江中医杂志,2017,52(6):455.
- [14]陈辉.甘麦大枣汤加味治疗心脏神经官能症65例临床观察[J].中医临床研究,2012,4(9):93-94.
- [15]严建英,李文静,王丽华,等.归脾汤对心脏神经官能症患者心脏自主神经功能、炎症因子及血管内皮功能的影响[J].世界中西医结合杂志,2017,12(9):1249-1252.
- [16]李佳.近5年柴胡加龙骨牡蛎汤抗抑郁作用研究进展[J].中医药临床杂志,2015,27(8):1175-1178.
- [17]杨杉杉,周亚滨.柴胡加龙骨牡蛎汤的研究进展与临床应用概况[J].国医论坛,2018,33(1):68-70.
- [18]李晓乐,孙玉新,吕瑞民.黛力新合温胆汤加减治疗心脏神经官能症胆郁痰扰型临床观察[J].云南中医中药杂志,2017,38(7):29-31.
- [19]杨军用,甘霞,杨百京.柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗心脏神经官能症60例[J].中医临床研究,2017,9(10):81-82.
- [20]陈波,孙天强.中药养心汤药理及临床应用研究进展[J].亚太传统医药,2018,14(3):85-88.
- [21]张爱菊.安神定志丸加减治疗心脏神经官能症47例的临床研究[J].北方药学,2012,9(2):50.
- [22]季向东,姜俊香,唐琳,等.养心汤加味治疗心脏神经官能症52例[J].新中医,2007(11):47.
- [23]皇甫海全,于海睿,孙静,等.麝香保心丸对心血管保护作用的研究进展[J].天津中医药,2017,34(7):502-504.
- [24]陆培培,马杰,马丽红.冠状动脉微循环障碍及麝香保心丸作用机制研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(15):1741-1743.
- [25]陈曦,于大川,宋亚丽.麝香保心丸治疗心脏神经官能症56例[J].吉林大学学报(医学版),2009,35(3):558.
- [26]陈兴旺.逍遥散合血府逐瘀汤治疗心脏神经官能症30例[J].河南中医学院学报,2005(5):52.

(本文编辑:杨杰 本文校对:杨丽萍 收稿日期:2018-05-15)

## 我国动物药本草考证研究进展\*

肖洪贺 杨洋 高佳 许燕 段双蕊 谢明\*

(辽宁中医药大学药学院,辽宁 大连 116600)

**摘要:**动物药是传统中药的重要组成部分,历史悠久,临床疗效显著,但由于时代变迁,地域相隔,动物药原动物基原混淆不清,对其开发与利用造成一定影响。本文通过查阅近50年文献,并结合现代和古代本草学著作,从动物药的本草论著、动物本草考证研究方面,综述了我国动物药本草研究现状,旨在提炼前人宝贵经验,为动物药的本草学研究提供参考。

**关键词:**动物药;本草考证;综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.064

文章编号:1672-2779(2018)-16-0147-05

### Research Progress of the Animal Medicine Bencaological Study

XIAO Honghe, YANG Yang, GAO Jia, XU Yan, DUAN Shuangrui, XIE Ming \*

(College of Pharmacy, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116600, China)

**Abstract:** The animal medicine, a significant component of the TCM, has been used to prevent and cure diseases for thousands years with remarkable efficacy. However, due to the changing times and territorial distance, the animal medicine's original source is not clarified clearly, which obstructs its development and utilization. In this paper, we reviewed the animal medicine research development by consulting bencao literature both modern and ancient nearly last 50 years in order to summarize the valuable experience and to provide some reference for the animal medicine bencaological study.

**Keywords:** animal medicine; bencaological study; review

动物药是中药资源的重要组成部分,素有“血肉有情之品”“行走通窜之物”之说,动物药备受历代

医家所青睐,其功效常常是植物药、矿物药所不能替代的。清代医家唐容川在《本草问答》中有云:“动物之功利,尤甚于植物,以其动物之本性能行,而且具有攻性”。温病医家叶天士言:“久则邪正混处其间,草木不能见效,当以虫蚁疏逐,以搜剔络中混处之邪”,可见动物药确有一般植物药不可比拟的功效<sup>[1]</sup>。

\* 基金项目:辽宁中医药大学大学生创新创业项目【No.201610162070】

\* 通讯作者:x6m6@163.com

但由于古代文字、刻板、绘图、印刷等条件限制,一些传世的本草著作成为孤本,随着朝代更替,时代变迁,各个医家在相互印证、抄录、翻刻的过程中,真伪相杂或篡改原著时有发生,加之动物药原动物基原复杂,古代分类学不够完善,致使本草所载的动物药名实不符,或同名异物、或同物异名,或一名数物,或一物数名,严重影响动物药的科学研究及临床应用。为此,20世纪60年代,我国中医药学者开展了全国范围内的本草考证和资源普查工作,并取得了丰硕成果。本文查阅CNKI中近50年关于动物药本草研究的文献,并结合现代和古代本草学著作,将动物药本草学研究情况加以综述,旨在总结前人宝贵经验,为动物药的本草考证及开发利用提供参考。

## 1 动物药本草论著

**1.1 古代主流本草中动物药收载情况** 动物药在我国的应用历史悠久,远在战国时期《山海经》的“五藏山经”中便有关于麋、鹿、犀、熊、牛等药用动物的记载。我国现存最早的药学专著《神农本草经》,共收载药物365种,其中动物药67种(18.4%)。公元6世纪初,梁代陶弘景在《神农本草经》的基础上,增加了《名医别录》的365种药物,编撰成《本草经集注》,共记载药物730种,其中动物药113种(15.5%)。公元657年(唐显庆二年),唐政府组织苏敬等编撰的《新修本草》,共载药物850种,其中动物药128种(15.1%)。公元973年(宋开宝六年),由刘翰、马志等编撰的《开宝本草》,共载药983种,其中动物药达149种(15.2%)。公元1108年(宋大观二年),由唐慎微编撰的《经史证类备急本草》(简称《证类本草》),共载药物1746种,其中动物药达326种(18.7%)。明代著名医药学家李时珍编撰的《本草纲目》,共收载药物1892种,其中动物药461种。清代赵学敏编撰的《本草纲目拾遗》,共增药物706种,其中动物药122种<sup>[2-4]</sup>。从以上的主流本草中不难发现,动物药种类随着我国传统医学的发展而不断增加,从最初汉代的67种,增加到清代的近600种,足见对各代医家对动物药的重视。我国历代本草著作动物药收录情况见表1。

表1 我国历代本草著作动物药收录情况

年代	书目	载药总数	动物药数	比例(%)
汉代	《神农本草经》	365	67	18.4
梁代	《本草经集注》	730	113	15.5
唐代	《新修本草》	850	128	15.1
宋开宝年间	《开宝本草》	983	149	15.2
宋大观年间	《证类本草》	1749	326	18.6
明代	《本草纲目》	1892	461	24.4
清代	《本草纲目拾遗》	706	122	17.3

**1.2 现代本草中动物药收载情况** 动物药的资源考察、文献整理工作起始于20世纪60年代,经历半个世纪的

实地调研和系统的考察,采集了大量药用动物和动物药材资料,并编撰了一系列动物药专著。主要的专著有《中国药用动物志》《中国中药资源志要》《中国海洋药物辞典》《中国动物药志》《中华本草》《动物本草》《中国动物药资源》,这些研究成果,对于保护药用动物资源、扩大新药源,开发中药新药,丰富现代药用动物学内涵,起到了极大的推动和促进作用<sup>[5-6]</sup>。我国现代本草著作动物药收录情况见表2

表2 我国现代本草著作动物药收录情况

年份	书目	药用动物数
1979	《中国药用动物志》第一册	347
1983	《中国药用动物志》第二册	485
1994	《中国中药资源志要》	1590
1994	《中国海洋药物辞典》	1431
1996	《中国动物药志》	1546
1999	《中华本草》	1047(动物药)
2001	《动物本草》	1567
2007	《中国动物药资源》	2215
2013	《中国药用动物志》第二版	2341

**1.3 药典中动物药收载情况** 由南京中医药大学编撰的《中药大辞典》(2006年第3版),收载药物6008种,其中动物药740味,占12.3%<sup>[7]</sup>。2005年版《中国药典》<sup>[8]</sup>共收载药材553种,其中动物药52种,占9.4%,收载中成药制剂570种,含动物药的制剂达165种,占28.9%。2010年版《中国药典》<sup>[9-10]</sup>共收载药材641种,其中动物药52种,占8.1%,收载中成药制剂1071种,含动物药的制剂376种,占35.1%。2015版《中国药典》<sup>[11]</sup>共收载药材618种,其中动物药51种(紫河车未被收录),占8.3%,收载中成药制剂1491种,含动物药的制剂达461种,占30.9%。近3版《中国药典》收载动物药的数量基本不变,但含有动物药的成方制剂数量呈现大幅度增加。中药配伍是中医用药的特色和优势,被药典收录的动物药成方制不断增加,能够说明动物药越来越受到临床大夫的重视和青睐。2015版《中国药典》收载动物药见表3。

表3 2015版《中国药典》收载动物药

动物种类	药材名称
环节动物门	水蛭、地龙
软体动物门	瓦楞子、石决明、牡蛎、珍珠、珍珠母、蛤壳、海螵蛸
节肢动物门	九香虫、土鳖虫、五倍子、虫白蜡、蜂房、蜂蜡、蜂蜜、蜂胶、桑螵蛸、斑蝥、蝉蜕、僵蚕、冬虫夏草、蜂胶、全蝎、蜈蚣
两栖纲	哈蟆油、蟾酥
爬行纲	龟甲、鳖甲、乌梢蛇、金钱白花蛇、蛇蜕、蕲蛇、龟甲胶、蛤蚧
哺乳纲	牛黄、水牛角、血余炭、穿山甲、猪胆粉、羚羊角、鹿角、鹿角霜、鹿茸、麝香、体外培育牛黄、鹿角胶、阿胶
鱼纲	海龙、海马
鸟纲	鸡内金

## 2 动物药本草考证研究

本草考证一词，最早由本草学家谢宗万先生于1963年提出。他指出，本草考证就是历代本草所收载的药物从品种方面加以考证，找出古人药用的正品。谢宗万先生在《中药品种理论与应用》<sup>[12]</sup>中，对本草考证做了定义：中药品种的本草考证，是通过历代本草文献研究，结合当今药材市场调查鉴定，核实古今用药品种的延续与变迁，考订出传统药用正品和法定正品，使古为今用，达到正本清源，辨明是非，澄清混乱，保证用药安全有效的目的。谢宗万先生认为：“考证并从而确定历代本草所收中药材的原植（动）物品种，不但对如实反映用药的历史事实，研究不同历史时期药物品种的变迁情况有所帮助，而且特别对正确地继承古人药物生产和临床用药经验有现实意义”。

关于动物药本草学考证研究，参考的古籍文献除了前文提及的《神农本草经》《本草经集注》《新修本草》《开宝本草》《证类本草》，还有《名医别录》《本草图经》《药性论》《雷公炮炙论》《本草蒙筌》《本草纲目》《本草纲目拾遗》《本草备要》《本草便读》等专题类本草。纵观本草考证专家学者的论著，主要从药用动物的名称历史沿革、原动物基原、功效主治、性味归经、采收炮制、配伍、用法用量等方面，对历代本草中动物药进行深入考证研究，或分析动物药品种混乱产生的历史原因，或梳理道地药材地域变迁历史，或归纳整理动物药药用特点，最终确定动物药的正统基原，为其现代研究提供文献依据。

**2.1 环节动物门** 张卫<sup>[13]</sup>、刘晓帆<sup>[14]</sup>通过系统的本草文献梳理，对水蛭的基原进行了详实考证，指出传统中医使用的水蛭具有生于水中、个头较小且能吸食人及牛马血的水蛭的特点，结合《中国植物志·环节动物门·蛭纲》中关于水生吸血类水蛭的记载，确定具有以上3个特性的水蛭的品种有2个属8个种，考虑我国古代医疗活动的地域因素，最终锁定古代沿用的正品水蛭为日本医蛭 *Hirudo nipponica* Whitman、丽医蛭 *H.pulchra* Song、南京牛蛭 *Poecilobdella nanjingensis* sp. Nov.、菲牛蛭 *P.manillensis* (Lesson) 以及湖北牛蛭 *P. hubeiensis* Yang 5个品种，而《中国药典》收载的水蛭为水蛭科动物蚂蟥 *W. pigra* Whitman、水蛭 *H. nipponica* Whitman 或柳叶蚂蟥 *W. acranulata* Whitman 的干燥体，经与《中国动物志》对比，发现药典所载的水蛭科动物蚂蟥 *W. pigra* Whitman 和柳叶蚂蟥 *W. acranulata* Whitman 应分别为黄蛭科 (Haemopidae Sawyer) 宽体金线蛭 *W.pigra* Whitman 和尖细金线蛭 *W. acranulata* Whitman，水蛭 *H. nipponica* Whitman 为《中国动物志》中的日本医蛭 *Hirudo nipponica* Whitman。尽管与古代药用品种有所不同，但药典所载的水蛭科动物蚂蟥 *W. pigra* Whitman 和柳叶蚂蟥 *W. acranulata* Whitman 均含有水蛭素，故张卫

等建议《中国药典》保留原有日本医蛭 *H. nipponica* Whitman，增补菲牛蛭 *P. manillensis* (Lesson)。

**2.2 软体动物门** 我国动物学家邓明鲁教授在本草考证方面作出重大贡献，其带领团队对《本草图经》中的动物药进行了梳理、考证。邓明鲁等<sup>[15]</sup>对《本草图经》中牡蛎、海蛤、蛤蝓、石决明、真珠、乌贼鱼、紫贝、马刀、贝子、甲香等20中软体药用动物的原动物基原进行了考证。章明珠<sup>[16]</sup>、江波等<sup>[17]</sup>对虻虫的原动物基原进行了考证，确定虻虫的原动物基原为复带虻 *Tabanus bivittatus* Mats，药典记载与本草考证结果相符。蔺爽等<sup>[18]</sup>对海螵蛸的使用方法、功用主治、临床应用和配伍规律等进行了考证。

**2.3 节肢动物门** 刘向东等<sup>[19]</sup>对《本草图经》中蝼蛄、蜣螂、雀瓮、蚕、衣鱼、蜂蜜等21味药用昆虫的原动物基原进行了本草学考证。秦燕等<sup>[20]</sup>对蚱蝉、蝉蜕及蝉花名称的沿革、本草记载及基原考证等进行了考证，明确了蚱蝉和蝉蜕的原动物为蝉科昆虫黑蚱 *Cryptotympana pustulata* Fabr.，蝉花的原昆虫为蝉科昆虫山蝉 *Cicada flammata* Dist.。律光明等<sup>[21]</sup>对五倍子的考证指出，五倍子性酸涩寒，具有较强收敛之功，本草中的功效记载有解毒消肿、生肌敛疮、乌发、养血调经等，炮制方法以炒、焙为主。蔺爽等<sup>[22]</sup>对蜈蚣的功效主治、炮制配伍、用法用量等进行了考证，赵荣国等<sup>[23]</sup>对桑螵蛸的名称沿革、原动物基原及其着生植物进行了考证，李娜等<sup>[24]</sup>对全蝎的功用主治、临证应用、配伍规律、炮制方法等进行了考证。陈璐等<sup>[25]</sup>通过查阅古今中医药文献，对冬虫夏草的品种、产地和药性论述中存在的争议等进行了本草学考证。闻崇炜等<sup>[26]</sup>对僵蚕的考证，指出僵蚕基原最初为“食桑者，四月头番蚕，病风自死”，目前也可用白僵菌感染家蚕4~5龄幼虫制得。河南颖川和山东棣州是僵蚕的重要历史产区，而当前主产区为江浙、安徽、四川、广东等地，规格等级最初要求为“色白、条直、质硬”，后又增加了“断面光亮”及其他显微特征分析。谭承佳等<sup>[27]</sup>对蜣螂的考证发现，蜣螂在处方中常以蜣螂、推屎虫心、黑牛儿、大乌壳硬虫名称出现，结合《名医别录》中的“鼻头扁者为真”和《本草纲目》中的“鼻高目深、背负黑甲、身黑光、昼伏夜出、见灯光则来(趋光性)”以及推粪球的特性，确定其基原为金龟子科昆虫蜣螂 *Catharsius molossus* (Linnaeus)，与现药典记载相符。

**2.4 两栖纲** 肖井雷等<sup>[28-29]</sup>结合史书记载、形态学、遗传学、银带及同工酶电泳对哈蟆油原动物基原进行了考证，指出我国东北地区的林蛙有黑龙江林蛙 (*Rana amurensis* Boulenger)、桓仁林蛙 (*Rana huanrenensis* Liu, Zhang and Lliu) 和东北林蛙 (*Rana dybowskii* Guenther)，哈蟆油的动物基原为东北林蛙 (*Rana dybowskii* Guenther)。

**2.5 爬行纲** 高士贤等<sup>[30]</sup>结合现代分类学观点,对《本草图经》中爬行动物爪蟾、石龙子、鳌、蛤蚧、蚺蛇胆、金蛇、乌蛇、白花蛇等药物的原动物基原进行了考证。包华音等<sup>[31]</sup>对壁虎进行了名称、品种、产地生境、药用部位、采收与炮制、性味归经与功能主治等方面的本草考证。吴丹勇等<sup>[32]</sup>对《本草图经》中龟甲及秦龟动物基原做了详细考证,明确《本草图经》所载龟甲、秦龟二者实为一物。其龟甲的动物来源应该是乌龟属*Chinemys*和水龟属*Clemmys*多种龟类。林喆等<sup>[33]</sup>对乌梢蛇的考证发现,乌梢蛇的炮制方法主要有酒浸、焙、生用、粉碎、炒等。

**2.5 哺乳纲** 邓鸿等<sup>[34-35]</sup>对《本草经集注》中鹿及其药用部位进行了本草学考证,明确了鹿茸、鹿角并鹿角胶、鹿髓、鹿血、鹿肉和鹿脑的古籍出处以及性味功效,并确认“鹿鞭”与“鹿肾”并非同物异名,前者指鹿的阴茎,后者指鹿的肾脏。鹿的阴茎首载《备急千金要方》,称鹿茎筋;鹿鞭一词首见《医林纂要探源》,鹿的肾脏首载《名医别录》,称鹿肾。熊付良等<sup>[36]</sup>对《本草图经》中牛及涉及到牛的动物药如牛黄、牛乳等进行了考证。邓鸿等<sup>[37]</sup>对驴鞭进行考证,确认为驴的阴茎。林贺等<sup>[38]</sup>对鹿茸的功效主治、配伍、用量等做了本草考证,李娜、李冬、于森、胡丽娜等对鹿角胶<sup>[39]</sup>、羚羊角<sup>[40]</sup>、刺猬皮<sup>[41]</sup>、穿山甲<sup>[42]</sup>、虎骨<sup>[43]</sup>的功效主治、配伍、用量等进行了考证。

### 3 结语

虫类药既有“虫蚁飕络”“行走通窜之物”之说,性喜攻逐走窜,通经达络,搜剔疏利,无处不至;又有“血肉有情之品”易被人体消化吸收的特点,且资源丰富,而备受各代医家青睐<sup>[44-47]</sup>。国医大师朱良春善用虫类药治疗类风湿性关节炎、风湿性关节炎、强直性脊柱炎等顽痹病症,收效显著,并有成方制剂益肾蠲痹丸传世<sup>[48-50]</sup>。此外,中医认为动物药具有蠕动走窜,搜剔络脉,松动病根之功,正对肿瘤病根深藏、药难透达的特点,在恶性肿瘤的治疗方面也有不错的疗效<sup>[1,51-53]</sup>。由于时代久远,动物药品种和药性理论方面均存在不统一甚至混乱的现象,加之动物药原基原动物种类繁杂,用药品种混乱现象相当普遍,这些问题,直接影响了动物药的发展和广大患者的医疗体验。在今后的科研中,应加大力度继续做好动物药的本草考证研究,归纳、分析历代药性学说及其演变历史脉络,分析药材品种混乱产生的历史原因,结合现代分类学观点做到药用动物基原明确,名称统一,并运用现代技术鉴定其基原和品质,保障动物药市场的品质。

### 参考文献

- [1] 赵冬梅,刘素宾.动物药在治疗肿瘤中的应用及其药理研究[J].中医药学刊,2004,22(4):757-759.
- [2] 邓明鲁,高士贤.《本草纲目》中动物药本草学研究概况[J].吉林中医药,1984(5):34-36.
- [3] 迟程.动物药潜在资源的开发和利用[J].成都中医药学院学报,1989(4):39-41.
- [4] 陈天羽,杨学连,陆昕怡,等.我国药用动物品种沿革与发展[J].中国中医药信息杂志,2015,22(3):1-5.
- [5] 黄璐琦,李军德,唐仕欢.《中国药用动物志》补遗与修订思考[J].中国中药杂志,2010,35(21):2927-2930.
- [6] 李建平,林喆,邓明鲁.中国动物药概况[J].中药研究与信息,2003,5(8):24-27.
- [7] 吴旭,王宏洁.动物药炮制机理研究概况[A].2010 中药炮制技术、学术交流暨产业发展高峰论坛论文集[C].中华中医药学会,2010:138-142.
- [8] 张辉,胡嵘,林喆,等.对 2005 年版《中国药典》中动物药质量标准的商榷[J].中国中药杂志,2006,31(6):526-528.
- [9] 高晓晨,孙佳明,刘冬,等.2010 年版《中国药典》中动物药质量标准商榷[J].吉林中医药,2013,33(7):703-704.
- [10] 国家药典委员会.中国药典(一部)[S].北京:中国医药科技出版社,2010.
- [11] 国家药典委员会.中国药典(一部)[S].北京:中国医药科技出版社,2015.
- [12] 谢宗万.中药品种理论与应用[M].北京:人民卫生出版社,2008.
- [13] 张卫,张瑞贤,李健,等.中药水蛭品种考证及资源可持续利用发展探讨[J].中国中药杂志,2013,38(6):914-918.
- [14] 刘晓帆.龟甲、水蛭的品种与质量研究[D].北京:北京中医药大学,2013.
- [15] 邓明鲁,高士贤,刘向东,等.《本草图经》中药用软体动物的初步研究[J].长春中医药大学学报,1991(3):43-45.
- [16] 章明珠,来复根.中药虻虫的本草考证与鉴别[J].浙江中西医结合杂志,1995,5(2):62.
- [17] 姜波,高士贤,黄文华.虻虫的本草考证[J].长春中医药大学学报,1992,9(3):53-54.
- [18] 蔡爽,曲晓波,胡丽娜,等.动物药整理研究(十)海螵蛸[J].吉林中医药,2009,29(10):882-883.
- [19] 刘向东,张景龙,王永生,等.《本草图经》药用昆虫考[J].长春中医药大学学报,1991,7(3):48-53.
- [20] 秦燕,邓明鲁,高士贤.蝉类药的本草学研究[J].长春中医药大学学报,1991,7(2):21-22.
- [21] 律光明,胡丽娜,李娜,等.动物药整理研究——五倍子[J].吉林中医药,2009,29(12):1070-1072.
- [22] 蔡爽,曲晓波,李娜,等.动物药整理研究——蜈蚣[J].吉林中医药,2009,29(7):615-616.
- [23] 赵荣国,高士贤.桑螵蛸的本草考证[J].吉林中医药,1991(5):33-34.
- [24] 李娜,于森,胡丽娜,等.动物药整理研究——全蝎[J].吉林中医药,2009,29(9):805-80,824.
- [25] 陈璐,万德光,国锦琳.冬虫夏草的本草新考[J].吉林中医药,2014,34(10):1022-1023.
- [26] 闻崇炜,石莉,赵烨清,等.僵蚕本草源流考证[J].时珍国医国药,2017(1):171-173.
- [27] 谭承佳,李玲,何霖,等.蜣螂的本草考证[J].中药材,2017,40(4):978-981.
- [28] 肖井雷,姜大成,刘玉翠.哈蟆油的原动物分类阶元探讨[J].长春中医药大学学报,2005,21(2):40-40.
- [29] 肖井雷.名贵中药哈蟆油原动物基原的探讨[A].中华中医药学会第九届中药鉴定学术会议论文集——祝贺中华中医药学会中药鉴定分会成立二十周年[C].中华中医药学会中药鉴定分会:中华中医药学会,2008:3.
- [30] 高士贤,邓明鲁,吴丹勇.《本草图经》中爬行纲药用动物的考证[J].长春中医药大学学报,1991,7(3):46-47.
- [31] 包华音,刘杨.壁虎的本草考证[J].山东中医药大学学报,2015,39(4):348-350.
- [32] 吴丹勇,高士贤,邓明鲁.《本草图经》中龟甲及秦龟的考证[J].长春中医药大学学报,1991,7(3):62-63.
- [33] 林喆,胡丽娜,李娜.动物药整理研究——乌梢蛇[J].杏林中医药,2009,29(11):982-984.
- [34] 邓鸿,杨洗尘.鹿鞭与鹿肾的本草考证[J].中药材,1990,13(12):42-43.
- [35] 邓鸿,熊付良,杨洗尘.《本草图经》的鹿类及其药用部位的研究[J].长春中医药大学学报,1991,7(3):59.
- [36] 熊付良,邓鸿,杨洗尘.《本草图经》的牛及其药用部位初探[J].长春中医药大学学报,1991,7(3):60-61.
- [37] 邓鸿,熊付良,魏秀德.驴鞭的本草考证[J].吉林中医药,1991(5):35.
- [38] 林贺,曲晓波,王露霏,等.动物药系列整理研究——鹿茸[J].吉林中医药,2009,29(1):60-62,88.
- [39] 李娜,曲晓波,姜宗文,等.动物药整理研究——鹿角胶[J].吉林中医药,2014,34(1):74-76.
- [40] 李娜,蔡爽,胡丽娜,等.动物药整理研究——羚羊角[J].吉林中医药,

- 2009,29(4):323-325.  
[41]李冬,曲晓波,李娜,等.动物药整理研究——刺猬皮[J].吉林中医药,2009,29(5):422-423.  
[42]于森,李娜,胡丽娜,等.动物药整理研究——穿山甲[J].吉林中医药,2009,29(6):514-516.  
[43]胡丽娜,李娜,于森,等.动物药系列整理研究——虎骨[J].吉林中医药,2009,29(2):157-159.  
[44]王新志,许可可.虫类药治疗中风研究现状[J].北京中医药,2015,34(7):526-528.  
[45]董雯.虫类药在脑病中的应用[J].湖北中医杂志,2015,4(6):48.  
[46]动物药的临床应用[J].中医杂志,1986(4):13-18.  
[47]高想,朱良春.虫类药的应用历史与展望[J].中华中医药杂志,2010,25(6):807-809.  
[48]邱志济,朱建平,马璇卿.朱良春治疗颈椎病经验和特色选析——著名

- 老中医家朱良春教授临床经验[J].辽宁中医杂志,2003,30(6):427-428.  
[49]邱志济,朱建平,马璇卿.朱良春治疗顽痹使用对药的经验[J].辽宁中医杂志,2000,27(6):247-248.  
[50]孟庆良,周子朋,郑福增.益肾蠲痹丸联合西药治疗强直性脊柱炎 100 例[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(11):123-124.  
[51]任小娟,张少华,图雅,等.动物药治疗恶性肿瘤研究进展[J].现代中医药,2004(4):69-71.  
[52]张飞春,张科源,贾振宇,等.壁虎冻干粉抑制肿瘤新生淋巴管实验研究[J].河北中医,2011,33(9):1383-1384.  
[53]刘德贵,苗艳波,张铁光.简述有毒动物药的抗肿瘤作用临床研究[J].吉林中医药,1998(6):61.

(本文编辑:杨杰 本文校对:谢明 收稿日期:2018-05-11)

## 人脸识别技术在中医药临床试验中的应用<sup>※</sup>

刘智<sup>1,2</sup> 陈静<sup>1</sup> 高睿<sup>1</sup> 王祯<sup>2</sup> 王辉<sup>1,2</sup> 郑文科<sup>1,2</sup>

(1 天津中医药大学中医药研究院,天津 300192;

2 天津市现代中药重点实验室-省部共建国家重点实验室培育基地,天津 300192;

3 天津康林德医药科技有限公司,天津 300384)

**摘要:** 在中医药临床试验中,质量控制不佳是现阶段中药临床研究面临的主要问题,而研究者与受试者的依从性管理是中药临床研究质量控制的前提,较高的依从性管理可以提高临床研究试验进度,保证临床研究的真实、有效。但在中医药临床试验实施过程中如何通过有效的方法提高临床试验的依从性仍然是一个未解决的科学难题。本文将人脸识别技术引入中医药临床研究领域,通过借助人脸识别的技术方法对参与试验的人群进行身份信息采集,将研究者与受试者身份信息绑定,通过人脸识别算法判断研究者与受试者在长期的临床试验过程中参与临床研究身份的真实性,从而保障临床试验质控评价真实有效的一种技术方法。

**关键词:** 人脸识别;人工智能;临床试验;依从性;质量控制;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.065

文章编号:1672-2779(2018)-16-0151-03

### The Application of Face Recognition Technology in Clinical Trials of Traditional Chinese Medicine

LIU Zhi<sup>1,2</sup>, CHEN Jing<sup>1</sup>, GAO Rui<sup>1</sup>, WANG Zhen<sup>2</sup>, WANG Hui<sup>1,2</sup>, ZHENG Wenke<sup>1,2</sup>

(1. Institute of Traditional Chinese Medicine, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 3001922, China;

2. Tianjin Modern Key Laboratory of Traditional Chinese Medicine-Provincial Ministry of State key Laboratory cultivation Base, Tianjin 3001922, China;

3. Tianjin Clinda Medical Technology Co., Ltd., Tianjin 300384, China)

**Abstract:** In the clinical research of traditional Chinese medicine, quality control is an important guarantee for the success of clinical research. And the compliance management of researchers and subjects is the premise for quality control of clinical research. Higher compliance management can improve the progress of clinical trials and ensure the authenticity and effectiveness of clinical research. But in the implementation of clinical research of traditional Chinese medicine, how to improve the compliance of researchers is still an unsolved scientific problem. In this paper, face recognition technology is introduced into clinical research. By using the technology of face recognition, we collect the identity information of the people involved in the experiment. And binding researchers and subjects' identity information, the identity authenticity to participate the clinical research of researchers and subjects in the long-term clinical trials by the face recognition algorithm is identified, and thereby to ensure the authenticity and effectiveness for clinical trial quality control evaluation.

**Keywords:** face recognition; artificial intelligence; clinical trials; compliance; quality control; therapy of TCM

随着我国科学技术的飞速发展,进入21世纪后计算机科学技术与图形识别技术有了飞速的发展,个人身份识别已经成为当前汇集各种前沿科学的最先进的科学技术并应用于交通、金融、公安、医疗、教育等各种领域<sup>[1]</sup>。特别是在以信息安全为导向的中医药临床研究与应用,中医药临床试验中研究者与受试者的身

份的准确是保证临床试验成功的重要标准,传统的方式是根据身份证信息识别方式,但随着社会的发展与进步,传统方式已经不能满足行业的需求,随着生物技术与电子信息技术、图形影像学技术的结合,新的身份识别的模式不断涌现,目前较常用的方式有指纹识别法<sup>[2]</sup>、虹膜识别法(眼球识别)<sup>[3]</sup>、人脸识别法<sup>[4]</sup>。虹膜识别与指纹识别在实际应用过程中都会存在一定的弊端,相比较而言人脸识别方法交互方式更加友好,在不影响操作的过程中完成识别功能,有很好的临床

<sup>※</sup> 基金项目:国家自然科学基金青年项目【No.81503456】;创新团队:天津市高等学校“创新团队培养计划”【No.TD13-5047】

应用前景。

## 1 人脸识别技术发展与现状

人脸识别技术是根据人面部的结构特征快速检测与识别的一种生物识别技术<sup>[5]</sup>。人脸识别系统的研究起源于20世纪60年代，高尔顿(Galton)在1888年和1910年在《nature》首次提出利用人脸进行识别的概念，对人脸的识别能力进行了详细的分析，这种方法展现比较呆板，很依赖环境变化及人脸的姿态变化，缺乏自动获取与识别信息的能力。80年代后随着生物影像学与计算机学的发展得到了逐步的提高，神经网络学与统计学技术的出现，越来越多的科学研究人员热衷于人脸检测识别技术，其成为热门的研究课题之一，haar特征匹配、BP神经网络<sup>[6-7]</sup>、马尔科夫模型等数学方法应用到了人脸识别技术<sup>[8]</sup>。如贝尔胡米尔(Belhumeur)等提出的Fisherface人脸识别算法，2001年Viola.P发表论文提出的Haar-Like方法，目前这些算法都是非常成熟的检测方法，识别率较高，应用到不同的领域<sup>[9-10]</sup>。2014年至今，国内外的研究者对人脸检测进行了更深入的研究，随着人工智能的引入，智能深度学习成为主要的技术方法，深入学习+大数据(海量的人脸识别库)成为人脸识别的关键。

## 2 中医药临床试验过程中面临的问题

在药品市场国际化的引导下，国际上开展临床试验的数量迅速增长，药物研发的全球化趋势与格局逐步形成<sup>[11]</sup>。在这种趋势下，中国临床试验飞速发展，越来越多的国际化临床试验在中国开展，中医药临床试验研究的质量也正被全世界广泛关注。在中医药临床研究中，由于复方药物成分的复杂性从研发、生产到上市销售都需要严格控制质量。严谨的中医药临床研究证据的产生是对临床研究者、受试者及政府部门政策制定者最重要的决策之一。由于临床试验周期较长，过程质量控制范围广，难度大，很难对临床试验质量进行有效的控制。现阶段的质量控制缺乏主动有效的测控与评价方法。因此，在中医药临床试验中探索引入新型的技术，建立质量控制的测量评价方法是目前临床研究的重点。

中医药临床试验中依从性(compliance)是指受试者/研究者执行方案的客观应答的程度，包括受试者依从性和研究者依从性<sup>[12]</sup>。在临床试验中，依从性可定义为受试者按照方案规定的药物剂量和疗程服用试验药物的程度<sup>[10]</sup>以及研究者实施过程中对方案的遵照程度<sup>[13]</sup>。中医药临床试验中观察一种试验药品能否发挥其应有的疗效，首先取决于该药物是否被正确的人按照方案正确地服用，不依从或依从性差是导致治疗无效最常见

的原因<sup>[14]</sup>。受试者在随机、入组、筛选、访视、取药等重要的过程节点不能遵从研究方案进行临床试验工作；或者受试者不能依从研究者给予的方案进行正确的用药，临床研究得到的数据将会出现过多的人为因素偏倚，使最终的研究结果不真实，或缺少价值。随着《药品临床试验管理规范》(GCP)越发的完善，受试者的依从性将会引起越来越广泛的重视<sup>[15]</sup>。

## 3 人脸识别技术应用在临床试验中的方法及步骤

人脸识别技术的工作原理：利用计算机技术与图形影像技术相结合对人脸部的视觉特征比对筛选再进行系统性的甄别与鉴定，主要用于人机交互、跟踪监控、安全监控和身份识别等<sup>[17]</sup>，近十余年逐渐进入医学临床领域<sup>[18]</sup>。

针对目前已知的中医药临床研究中存在的受试者/研究者依从性不佳的症结，人脸识别技术可以设计成一种人脸识别系统，通过人脸识别系统将临床研究者与受试者绑定，每个研究者下分管不同的受试者，研究者与受试者可以相互监督，保证长期的临床试验过程中各重要环节参与人员的真实、可靠与安全，例如：对受试者入组筛选识别、受试者随机识别、受试者随访识别、受试者取药识别等质量控制过程节点容易出现人为偏倚的环节进行识别。人脸识别的过程分为5个步骤，已经初步被应用于药物的临床试验中。

人脸识别技术应用于药物临床研究的基本步骤为：扫描受试者影像→自动或半自动设置标志点→提取面部特征数据→与已知图像比较并归类学习新图像<sup>[19]</sup>。具体见图1。

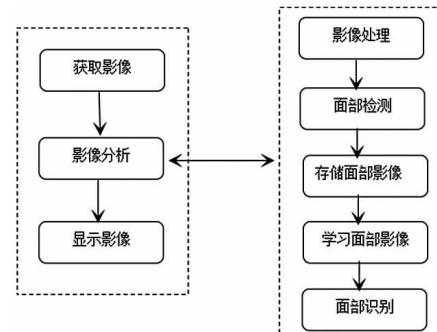


图1 人脸识别系统工作流程图

人脸识别技术在临床试验中的主要作用：

1) 受试者签署知情同意书识别(signed informed consent form recognition, SIR)。在中医药临床试验中，受试者的伦理审查制度非常严格，研究者要严格遵照方案执行，研究者在临床试验前要充分告知受试者知情同意书对受试者的利益和带来的相关风险，受试者也要认真阅读并签署知情同意书，在这个环节中，人脸识别会动态捕捉已经绑定的研究者与受试者

的身份信息，当受试者签署知情同意准备参与临床试验时就需要做真实身份验证的准备，但人脸识别只会保留患者的图像信息，不会存储受试者的身份信息，保证了临床试验中对于患者身份信息的保密。

2) 受试者随机、入组、筛选识别 (randomized screening recognition, RSR)。受试者随机、入组与筛选是临床试验开始的基线，入组基线是否均衡是衡量临床试验质量的重要指标<sup>[19]</sup>。若随机、入组的受试者在不满足方案的要求下希望找人替换身份而进行随机或入组的，就可能造成临床试验的质量出现问题。人脸识别系统在受试者进行随机时对受试者进行智能人脸识别，因在签署知情同意书时已经采集图像信息，在此阶段只对采集图像的比对与智能分析。若出现受试者图像信息与信息库中图像信息不符，人脸识别系统会进行报警，保证临床试验基线入组真实、可靠。

3) 受试者随访期信息识别 (interview recognition, IR)。随机对照临床试验 (randomized clinical trials, RCT) 是一个长期的过程，临床试验方案一般会规划很多次访视期（窗口期）来对受试者进行观察、检查、治疗。在访视过程中，经常出现受试者与原签署知情同意书的受试者信息不一致的情况，这严重违背临床试验的方案。引入人脸识别系统在随访期的每次治疗、检查对受试者进行图像采集识别，判断受试者的真实性，保证临床试验的顺利进行。

4) 受试者取药识别 (take medicine recognition, TMR)。随机对照试验中药品的管理也是临床试验质量管理规范的重要指标之一，临床试验方案会对药品的物流、管理、配发做相应的严格规定，不同组别的药品由指定的管理者分发给不同组别的病人。对药品配发做人脸识别的保护，不同组别的受试者需要进行人脸识别信息验证后会自动获得相应组别的药品，这样可以保证在长期的临床试验期内，受试者与药品盲法的隐秘性，不会因为个人的偏倚导致盲法信息被泄露，保证了临床试验质量。见图2。

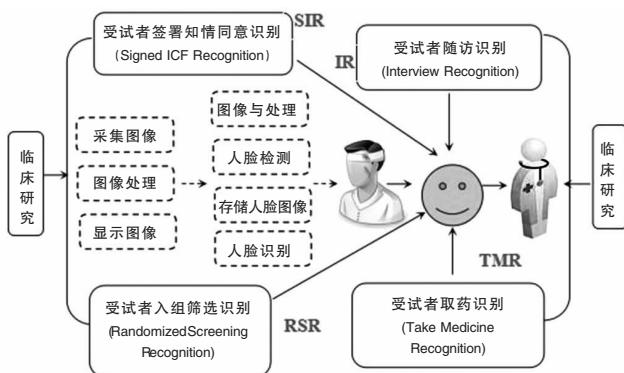


图2 中医药临床研究质量控制中人脸识别系统的应用

#### 4 总结

人脸识别技术在中医药临床研究中有很好的应用前景，尤其在中医药临床试验质量控制方面，人脸识别系统有着高效、简单、非侵入性及易推广的特点。在中医药临床试验过程中，中医学与计算机图形影像学等多学科交叉应用可以快速提高中医药临床研究的质量与水平，人脸识别系统作为人工智能的排头兵更可为临床研究领域做出卓越的贡献，随着大数据智能分析与个体化移动医疗的出现，移动终端人脸识别系统应用也即将应用于中医药的临床科研，相信会给临床试验提供更大的助力。但不可否认，人脸识别系统虽然已经经过了50多年的研究历史，但是在临床应用中还是会有一些问题，受试者在进行人脸识别时经常受到光照、姿态、遮挡和年龄等因素的干扰，使得识别出现一些误差，如何进一步完善和发展人脸识别技术以及在临床中如何更加快捷、便利地应用，是临床学者们下一步要面对的重要课题。

#### 参考文献

- [1]魏育成,赵彩云.生物特征识别技术应用及发展——身体就是身份证——生物特征识别技术及其在安防领域的应用[J].中国安防,2009(4):38-44.
- [2]王蕴红,朱勇,谭铁牛.基于虹膜识别的身份鉴别[J].自动化学报,2002,28(1):1-10.
- [3]Jiang X, You X, Yuan Y, et al. A method using long digital straight segments for fingerprint recognition[J]. Neurocomputing, 2012, 77(1): 28-35.
- [4]李刚,高政.人脸自动识别方法综述[J].计算机应用研究,2003,20(8):4-9.
- [5]方明,朱紫叶.试论人脸识别技术的现状和发展[J].大家健康,2015,9(16):286.
- [6]高鹏毅.BP神经网络分类器优化技术研究[D].武汉:华中科技大学,2012.
- [7]杨家荣,许伟,谈宏志.基于人工神经网络的车间产能预测[J].软件,2014,35(8):22-25.
- [8]Heisele B, T Serre, T Poggio, A component-based framework for face detection and identification[J]. International Journal of Computer Vision, 2007, 74(2): 167-181.
- [9]Viola P, Jones M. Robust real-time face detection[J]. International Journal of Computer Vision, 2004, 57(2): 137-154.
- [10]Viola P, Jones M. Rapid object detection using a boosted cascade of simple features[J]. IEEE CVPR, 2001, 1(2): 511.
- [11]李海燕,吉萍.《药物临床试验质量管理规范》(GCP)在临床研究中的价值及我国研究者的依从情况[J].北京大学学报(医学版),2010,42(61):637.
- [12]张盖.中药临床试验中研究者依从性保障[J].实用药物与临床,2012,15(3):189.
- [13]Achilleas Thoma, Ted Haines, Eric Duku, et al. How to Become a Successful Clinical Investigator[J]. Clinics in Plastic Surgery, 2008, 35(2):305-311.
- [14]胡咏梅,赵嘉云,江济华,等.某院药物临床试验受试者脱落原因浅析及对策探讨[J].安徽医学,2012,33(2):214-216.
- [15]卢根娣,张鹭鹭.药物临床试验中受试者的依从性管理[J].解放军医院管理杂志,2008,15(3):293-295.
- [16]张翠平,苏光大.人脸识别技术综述[J].中国图象图形学报,2000,5(11):885-894.
- [17]Loos HS, Wieczorek D, Wurtz RP, et al. Computer-based recognition of dysmorphic faces[J]. Eur J Hum Genet, 2003, 11(8): 555-560.
- [18]Kosilek RP, Frohner R, Wurtz RP, et al. Diagnostic use of facial image analysis software in endocrine and genetic disorders: review, current results and future perspectives[J]. Eur J Endocrinol, 2015, 173(4): M39-M44.
- [19]赵鹏,史新立,刘文博.乳房植入体产品的临床试验及上市后临床随访[J].华西医学,2012,27(9):1421-1422.

(本文编辑:杨杰 本文校对:刘春香 收稿日期:2018-05-04)

# 髂腰肌与脊柱退行性病变相关性研究※

张 荣<sup>1</sup> 范华雨<sup>2</sup> 程 坤<sup>3\*△</sup>

(1 河南中医药大学硕士研究生2017级,河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学硕士研究生2016级,河南 郑州 450000;

3 河南省洛阳正骨医院·河南省骨科医院颈肩腰腿痛一科,河南 郑州 450000)

**摘要:** 脊柱退行性病变随着发病率的逐步升高对人们社会生活及心理健康造成了极大的负面影响。研究表明核心肌群的力学改变与脊柱病变相关,而髂腰肌作为核心肌群之一对于维持脊柱的稳定性及活动度具有重要作用。通过查阅近10年的文献资料,我们发现目前针对脊柱退行性病变以髂腰肌为主的治疗方式较局限,现对其与脊柱退行性病变的相关性及与髂腰肌治疗相关的手法、针灸等治疗方案进行总结以期推广临床应用。

**关键词:** 髂腰肌; 脊柱退行性病变; 核心肌群; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.066

文章编号:1672-2779(2018)-16-0154-03

## Study on the Relationship between Iliopsoas and Spinal Degenerative Diseases

ZHANG Rong<sup>1</sup>, FAN Huayu<sup>2</sup>, CHENG Kun<sup>3\*△</sup>

(1. Grade 2017 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

3. Department of Cervicodynia-Omalgia-Lumbago-Skelalgia One, Luoyang Orthopedic Hospital of Henan ProvinceOrthopedic Hospital of Henan Province, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** The spinal degenerative disease has a great negative impact on people's social life and mental health with the increasing incidence. Studies have shown that the mechanical changes in the core muscles are associated with spinal lesions, and that the iliopsoas as one of the core muscles plays an important role in maintaining the stability and mobility of the spine. By reviewing the high-quality literature data in the past 10 years, we found that the treatment of iliopsoas mainly for the spinal degenerative diseases is relatively limited, and its relevance to spinal degenerative diseases and the treatment related to iliopsoas muscle are currently used. Acupuncture and other treatment programs are summarized to promote clinical applications.

**Keywords:** iliopsoas; spinal degenerative disease; core muscles; arthromyodinia

脊柱退行性病变多指脊柱局限性节段的改变,多由于常年负累、不良体位、外伤及慢性炎症所引起,以骨关节、韧带、椎体及椎间盘等的退行性变为临床表现形式<sup>[1]</sup>。有学者提出其可从督脉论治即“年老伛偻者甚多,皆督脉虚而精髓不充之故”<sup>[2]</sup>。近年来国内外文献针对髂腰肌与脊柱退行性改变的阐述较少,笔者在此对该方面进行归纳总结,就髂腰肌生物力学特征及临床相关疾病特点进行详细阐述。

## 1 目前国内外对髂腰肌的认识

**1.1 髂腰肌生物力学特征** 髂腰肌作为髋肌前群肌组成之一,由髂肌、腰大肌、腰小肌所组成,是脊柱核心稳定性肌群的重要组成部分,该肌是构成屈髋功能的主要单位。传统观点认为其功能是前屈和外旋髋关节,而单大卯等<sup>[3]</sup>研究认为该肌具有内旋髋关节的功能。通过构筑学特征将骨骼肌分为速度型及力量型,刘建等<sup>[4]</sup>测量去除脂肪及筋膜后的髂腰肌肌构筑指数并分析,认为该肌倾向于速度型,对屈髋时的幅度和速度有影响。

## 1.2 髂腰肌是重要核心肌群之一

核心肌群的说法众多,

其中一种认为支持腰-骨盆-髋的29对肌肉为此肌群,与骨骼、韧带共同构成维持人体稳定性的系统。核心肌群分为稳定及动力两个系统,位置较深的肌群主要分布于脊柱周围,参与脊柱的稳定,又称为稳定肌;位于表浅的肌群走行较长,通过回缩产生向心力控制脊柱的运动方向,又称为运动肌。其中髂腰肌属于动力系统,分布于腰椎及骨盆。目前对于多裂肌及腹横肌等的研究较多,髂腰肌的相关研究还较匮乏。

## 2 髂腰肌与脊柱的相关性

核心肌群主要维持脊柱活动及其稳定性,并且能够控制脊柱在冠状面、矢状面、水平面三个方向的运动。运动肌群(如髂腰肌与竖脊肌等)共同协作控制脊柱的旋转、侧弯等活动,并且可以对抗较强的外力冲击。作为髂腰肌的重要组成,腰大肌和髂肌上部同时运动时可屈曲股部及骨盆,当一侧腰大肌收缩时会产生脊柱同侧弯曲;远端支撑时双侧腰大肌收缩能够牵拉脊柱向股部移动,产生弯腰动作及骨盆前倾,该肌能够稳定脊柱与骨盆。腰大肌的支撑力联合背部竖脊肌肌力维持了正常腰椎生理曲度并共同维持脊柱稳定。髂腰肌不仅单独作用于腰椎节段,其对骨盆、颈胸椎的活动均有影响。研究表明脊柱伸展应力腰椎段有73.73%来自于腰大肌作用力,通过脊柱周围韧带(如前纵韧带、后纵韧带等)作用带动颈胸椎运动<sup>[5]</sup>。

※ 基金项目:河南省中医药科学研究专项【No.2017ZY2123】

\* 通讯作者:ck3338@126.com

△指导老师



腰大肌起始肌腱位于T12-L5椎体及横突，周围神经走形较为复杂，且分支较多。髂腰肌长期受牵拉、扭转出现劳损性损伤会导致肌肉内神经循行之处发生病变，常见表现为腰痛、腹股沟压痛、腹股沟至股骨小转子周围疼痛、患侧下肢肌力下降和（或）感觉异常等<sup>[6]</sup>。髂腰肌劳损性腰痛常误诊为腰椎间盘突出症或髋关节疾病等，延误病情，产生不必要的治疗费用，且对患者身心造成压力，因此，强调髂腰肌自身损伤能够引起疼痛是十分必要的。

### 3 髂腰肌与脊柱退行性病变的相关性

目前，大多数观点认为核心肌群与慢性非特异性下腰痛（chronic non-specific low back pain, CNSLBP）关系密切，而腰椎节段性失稳、失控则是CNSLBP发生的重要影响因素之一<sup>[7]</sup>。有学者<sup>[8]</sup>认为，腰部肌肉肌力下降引起的腰椎失稳与腰痛互为因果。另外，腰椎间盘突出症（lumbar disc herniation, LDH）常与腰痛有着直接关系。

人体维持直立状态的重要结构包括脊柱、骨盆及下肢，其中骶骨是脊柱与骨盆的重要连接。骶骨偏位、骨盆倾斜与下肢功能性短缩能够代偿性或适应性地引起脊柱畸形以维持身体平衡。骶骨偏位与腰椎侧弯相关性强，限于胸腰椎活动度较小，故一侧腰大肌痉挛可导致同侧腰椎侧凸、胸椎侧凹和旋转<sup>[9]</sup>。腰椎运动节段的稳定性指在负荷的情况下保持腰椎结构不超出正常形变范围，腰椎刚度及活动度的下降表明腰椎出现失稳。腰大肌面积萎缩及肌力改变会造成腰椎节段生物力学失稳，进而影响脊柱上段及骨盆结构。

一般来说，腰椎退变是引起腰椎间盘突出的基本病因，如今由于生产方式的改变，脑力性劳动增加，久坐成为新的发病因素。久坐使腰大肌长时间处于松弛状态，对腰椎牵拉力量减弱，椎间盘纵向受力增大，椎间隙变窄，腰曲减小，久之诱发腰椎间盘突出。卧位时深压LDH患者腹部腰大肌位置可出现压痛阳性、肌张力增大，肌肉变硬或出现结节、条索样改变<sup>[10]</sup>。

腰大肌双侧肌力的不对称造成腰椎失稳，椎间盘所受剪切力增大，是造成腰椎间盘突出的重要解剖因素之一。白玉等<sup>[11]</sup>对比LDH病人MRI上腰大肌横截面积的分析结果支持这一观点，同早年陈进军等<sup>[12]</sup>得出的研究结果类似，但陈进军等<sup>[12]</sup>还认为椎间盘突出方向与腰大肌萎缩侧一致。田媛等<sup>[13]</sup>研究发现LDH病人受累侧髂腰肌体积均匀减少、萎缩等表现的确能在CT和MRI上表现出来，退变的髂腰肌有时可见被脂肪组织替代。

### 4 从髂腰肌论治脊柱退行性病变

4.1 治疗腰椎间盘突出症 LDH的典型表现是腰腿疼。在中医学上可对应“痹病”“腰痛病”“痿证”等病名，古代经典《素问·痹论》云：“风寒湿三气杂至，

合而为痹也”，又云“所谓痹者，各以其时重感于风寒湿气也”。风、寒、湿、气滞、血瘀等可引起LDH的发生，且与膀胱经、督脉等有紧密联系，如清代沈金鳌《杂病源流犀烛》：“年老伛偻者甚多，皆督脉虚而精髓不充之故”。现代医学将LDH的发病归因于腰椎、韧带及椎间盘等的退行性病变。治疗LDH的疗法分为手术及保守治疗，但具有手术指征的患者较少，通常采用保守治疗即可。常见保守治疗有手法、针灸、中药熏蒸及中药内服等。

根据髂腰肌在LDH中的表现及力学特征，赵明宇<sup>[14]</sup>、白玉等<sup>[10]</sup>用MRI评价腰腹部联合手法治疗LDH，证实该手法可以恢复两侧腰大肌力学平衡，缓解腰大肌痉挛，改善腰椎侧弯曲度，流通经脉气血，气行则血行，血荣则不痛，对本病治疗有较好的评估和指导作用。吴国良<sup>[15]</sup>运用阿是穴理论结合针灸深刺髂腰肌，治疗LDH总有效率高达96.25%。有学者针刺腰部常规穴位配合天枢穴（腰大肌经过）也能明显缓解腰痛并改善功能障碍<sup>[10]</sup>。

4.2 髂腰肌局部治疗缓解腰痛 治疗脊柱缓解腰腿痛效果不佳可以考虑髂腰肌损伤。髂腰肌劳损的概念首先由张睿<sup>[6]</sup>提出，即髂腰肌在突然受力状态下产生牵拉、扭转等造成的损伤。其提出治疗髂腰肌劳损使用反阿是穴理论，利用针灸深刺髂腰肌肌腱或肌腹，临床治疗中有效率为95.5%。付涛等<sup>[16]</sup>提出使用黄氏理伤手法治疗髂腰肌劳损，以推法、按法为主要手法，沿肌肉纤维走行至痛点进行按压，肌肉松弛后再按肌肉纤维走行推按。此法可以加快肌肉修复、促进血液循环、加快炎症吸收。

髂腰肌损伤的特点是腰部喜暖怕冷，僵硬疼痛，直腰不易，髋关节活动不能自如。侯毅等<sup>[17]</sup>提出的利用髂腰肌手法松解术作用于直腰困难的腰痛疗效显著，该手法通过直接作用于治疗点达到松解肌肉痉挛、缓解腰痛的目的，术中需注意推开腹直肌是必要的。

因为腰大肌位置较深，姚亚杰<sup>[18]</sup>、张佳信等<sup>[19]</sup>使用针刀对腰大肌损伤引起的腰腿痛病人进行治疗。腰大肌损伤多表现一侧腰疼、大腿前侧及L5神经性疼痛为症状的腰腿痛。曲天义等<sup>[20]</sup>治疗腰大肌紊乱症选择中药熏洗、微波配合手法，能够有效缓解肌肉痉挛，促进软组织修复，加快病理产物吸收。

目前通过训练核心肌群稳定性治疗下腰痛在运动学及康复学逐渐广泛应用，增强核心肌群稳定性可以有效缓解并预防非特异性下腰痛，锻炼可徒手训练或结合器械训练，而节律性呼吸也是训练的一方面<sup>[21]</sup>，结合中国传统五禽戏还可以有效降低复发率<sup>[22]</sup>。

### 5 结语

髂腰肌作为脊柱核心肌群之一，对维持脊柱-骨盆-下肢的稳定性十分重要。目前人们将腰腿痛的治疗重

点集中于脊柱本身的病变，而忽略了髂腰肌这一重要肌肉，我们应当加强脊柱退行性病变与髂腰肌联系的观念，另辟蹊径，减少误诊误判。目前MRI、CT、超声和肌电图能够很好帮助诊断髂腰肌疾病，相信随着技术的不断发展，人们对髂腰肌相关疾病的认识会越来越清晰。

#### 参考文献

- [1]黄忠.浅谈脊柱退行性病变[J].按摩与康复医学,2011,2(1):45-47.
- [2]林一峰,牛维.脊柱退行性疾病从督脉论治探讨[J].安徽中医学院学报,2002,21(5):4-6.
- [3]单大卯,伍勰.髂腰肌对髋关节功能的实验性研究[J].西安体育学院学报,2006,23(1):67-70.
- [4]刘建,王玉洁,刘艳枚.人髂腰肌的构筑学研究[J].遵义医学院学报,2013,36(6):515-517.
- [5]韦以宗,谢冰,谭树生,等.腰大肌作用力与脊柱伸展应力关系的生物力学实验研究[J].中国临床解剖学杂志,2008,26(5):543-546.
- [6]张睿.谈谈髂腰肌劳损的诊断(附 25 例临床报告)[J].中国中医骨伤科杂志,2010,18(7):42-43.
- [7]Rackwitz B,Limm H,Wessels T, et al. Practicability of segmental stabilizing exercises in the context of a group program for the secondary prevention of low back pain. An explorative pilot study[J]. Europa Medicophysica,2007,43(3):359-367.
- [8]Standaert CJ,Herring SA,Pratt TW.Rehabilitation of the athlete with low back pain[J].Current Sports Medicine Reports,2004,3(1):35-40.
- [9]郑星,蒋伟,黄玲.髌骨偏位合并腰大肌痉挛致脊椎侧弯 120 例分析[J].中国美容医学,2012,21(7):49-50.
- [10]毛科丽.针刺腰大肌治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中国中医药科技,2016,23(5):581-582.
- [11]白玉,李沛.腰腹部联合手法治疗腰椎间盘突出症的 MRI 影像学评价[J].风湿病与关节炎,2014,3(5):33-36.
- [12]陈进军,唐华平,陈武.腰椎间盘突出与腰大肌横断面积关系的 CT 探讨[J].中国现代医学杂志,2003,13(4):45-47.
- [13]田媛,敖国昆,李红,等.髂腰肌病变的影像特点及临床特征[J].医学影像学杂志,2012,22(4):635-638.
- [14]赵明宇,黄桂成,王凯,等.腰腹部联合手法治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J].新中医,2012,44(5):109-111.
- [15]吴国良.深刺髂腰肌针灸方法治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J].广州中医药大学学报,2013,30(5):667-669.
- [16]付涛,冯希,杨颖婷.黄氏理伤手法治疗髂腰肌劳损临床观察[J].实用中医学杂志,2017,33(7):834-835.
- [17]侯毅,肖丹.髂腰肌松解术在腰痛按摩治疗中的应用[J].中医外治杂志,2011,21(2):58-59.
- [18]姚亚杰.针刀治疗腰大肌损伤性腰腿痛 43 例临床分析[J].中国社区医师,2015,31(21):99-100.
- [19]张佳信,叶新苗.针刀治疗腰大肌损伤 28 例[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(8):50-55.
- [20]曲天义,刘仍军.中药熏洗微波配合手法治疗腰大肌紊乱症 100 例[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(6):202-203.
- [21]乔梁,李晨光,王拥军,等.以脊柱稳定性理论阐释下背痛的脊柱失稳因素相关研究进展[J].世界科学技术—中医药现代化,2015,17(8):1715-1720.
- [22]宁兴明,何栩,虞亚明,等.五禽戏配合核心肌力训练治疗非特异性腰痛的临床研究[J].中医正骨,2015,27(11):25-28.

(本文编辑:杨杰 本文校对:吕婧 收稿日期:2018-05-08)

## 针刺治疗青少年近视的临床研究综述

丁英霞<sup>1</sup> 姚笑<sup>2\*</sup>

(1 山东中医药大学针灸推拿学院, 山东 济南 250355; 2 山东省中医院小二推拿中心, 山东 济南 250014)

**摘要:**近年来,青少年近视的发病率不断上升,近视的治疗与预防成为我国一个亟需解决的问题。青少年近视的治疗方案多样,其中针刺治疗青少年近视在临幊上应用广泛。通过搜集整理近年来针刺治疗青少年近视的文献,从针刺取穴、补泻手法、针刺与其他外治方法对比等方面,比较不同方法对青少年近视治疗效果的差异,探讨针刺治疗近视的机理,寻找针刺治疗近视优化方案,希望对临床青少年近视的治疗有帮助。

**关键词:**近视; 针灸; 临幊研究; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.067

文章编号:1672-2779(2018)-16-0156-03

### A Review of Clinical Research on Acupuncture in the Treatment of Adolescent Myopia

DING Yingxia<sup>1</sup>, YAO Xiao<sup>2</sup>

(1. College of Acupuncture-Moxibustion and Massage Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China;

2. Pediatric Massage Center, Shandong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China)

**Abstract:** Because of the incidence of adolescent myopia has risen in recent years, and the treatment and prevention of myopia has become an urgent problem in China. There is a variety of adolescent myopia treatment in the clinical medicine, and acupuncture treatment is one of them, which is widely used. Through the collection and collation of acupuncture treatment of adolescent myopia in recent years, from acupuncture points, reinforcing and reducing methods, acupuncture and other external treatment, this paper compared the effects of different methods on the treatment of adolescent myopia, attempt to explore the mechanism of acupuncture treatment of myopia, find the optimum method of the adolescent myopic treatment, and hope to be helpful to the treatment of clinical adolescent myopia.

**Keywords:** myopia; acupuncture and moxibustion; clinical research; review

近视中医称为“能近怯远”。“久视伤血”，用眼过度，是造成近视的一个重要原因。在《内经》中有“诸脉者皆属于目”和“目者，肝之官”的记载，所以治疗眼睛疾病时多从肝出发，同时离不开其他脏腑。现代医学研究认为青少年近视是指眼在调节松弛状态

下，平行光线经眼的屈光系统屈折后聚焦在视网膜之前，因而看不清楚远处的目标。

在中医外治法中治疗近视的方法有很多，其中现代研究较多的是针刺治疗青少年近视。通过针刺可以疏通经络，行气活血，使目得以濡养。影响针刺的效果有很多因素，包括选穴、手法、得气等。通过对文献的搜集，发现针刺治疗取穴上有经穴、奇穴之分，

\* 通讯作者:yaoxiao-yes@163.com



经穴以眼周穴位为主，主要是攒竹、四白、睛明、太阳，奇穴主要是鱼腰、下精明、太阳；针刺手法有捻转补泻与提插补泻之分；治疗方法上有独用针刺治疗近视，也有针刺结合他法治疗。

### 1 不同取穴组合对治疗青少年近视疗效的影响

傅甜等<sup>[4]</sup>研究不同针刺取穴组合治疗青少年近视的临床疗效，方法：随机分为A组（86例，170眼）、B组（85例，170眼）、C组（85例，170眼）和D组（85例，170眼），取穴上：A组针刺攒竹、鱼腰、四白、睛明、太阳、合谷、印堂穴，B组针刺攒竹、太阳、四白、睛明穴，C组针刺攒竹、鱼腰、太阳、四白、睛明、印堂穴，D组针刺攒竹、鱼腰、太阳、四白、睛明穴。疗程每周1次，10次为1疗程。结果：总有效率A组75.88%，B组76.47%，C组74.71%，D组75.29%，4组临床疗效差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。4组取穴都有攒竹、太阳、四白、睛明，不同的穴位有鱼腰、印堂、合谷、印堂。取穴均是眼周穴位，结果显示，只使用眼周四穴与多于四穴相比，效果没有太大差异。

攒竹、太阳、四白、睛明、鱼腰、印堂均为眼周腧穴，攒竹、睛明都是足太阳膀胱经腧穴，足太阳膀胱经起于目内眦，且有支脉从巅入络脑。针刺此两穴一方面可以对眼睛起到局部的刺激，另一方面可以通过对脑的作用，反射性对眼进行调节。四白为足阳明胃经的腧穴，针刺四白穴一方面起到局部的刺激作用，另一方面阳明经多气多血，可以促进气血的运行。太阳为经外奇穴。针刺攒竹穴作用为消除眼部水肿，改善头痛、头晕、眼睑痉挛不适感；针刺太阳穴作用为治疗头晕目眩以及视力下降；针刺四白穴作用为改善眼部干涩症状，提高视力，减缓眼袋形成；睛明位于眼眶内，针刺该穴可达眼后部接近视动脉、视神经，可直接作用于眼周局部，调节经络之气血，缓解睫状肌痉挛，治疗流泪、头痛目眩，降低眼压，消除视疲劳。青少年多具有惧针心理，所以临床取穴时可以少而精，减少患者痛苦。

### 2 奇穴与经穴临床疗效的对比

陶晓雁等<sup>[2]</sup>针刺眼周奇穴治疗青少年近视疗效观察，方法：将320例（640只患眼）青少年近视患者随机分为治疗组和对照组，每组160例（320只患眼）。取穴上：治疗组取鱼腰、下睛明、太阳穴，对照组取攒竹、丝竹空、四白穴。疗程：治疗1个疗程。结果：治疗组总有效率为95.3%，对照组为92.2%，2组比较差异具有统计学意义（ $P<0.01$ ）。提示针刺腧穴有效，且治疗组疗效优于对照组。治疗组治疗后裸眼远视力与对照组比较差异具有统计学意义（ $P<0.01$ ）。提示针刺能提高裸眼远视力，且奇穴优于经穴。由此可见在治疗近视上，奇穴的效果优于经穴，临床可以使用奇穴进行治疗。

针刺奇穴，可使眼周血管平滑肌紧张度降低，血管痉挛解除，管腔通畅，血流速度加快，改善局部神

经、肌肉的血液供应，消除缺血和缺氧状态，有利于视觉神经功能的恢复、眼的屈光系统的调节和视疲劳症状的缓解。所以临幊上选穴时可以选用鱼腰、下睛明、太阳穴，以提高临床疗效。

### 3 不同补泻手法对针刺疗效的影响

陶晓雁等<sup>[3]</sup>观察捻转补泻法与提插补泻法对青少年近视患者裸眼远视力的影响，方法：将120例（240只患眼）青少年近视患者随机分为捻转补泻组和提插补泻组，每组60例（120只患眼），另设戴镜组60例（120只患眼）作对照。两治疗组均针刺攒竹、鱼腰、丝竹空、太阳、风池、足三里、光明、三阴交穴，分别采取捻转补泻法和提插补泻法。疗程上，每周治疗3次，10次为1疗程，共治疗1个疗程。结果：捻转补泻组总有效率为87.5%（105/120），优于提插补泻组的69.2%（83/120， $P<0.05$ ）；捻转补泻组、提插补泻组治疗后裸眼远视力均明显提高（均 $P<0.05$ ）；戴镜组裸眼远视力无改善（ $P>0.05$ ）；捻转补泻组较提插补泻组裸眼远视力提高更明显（ $P<0.05$ ）。结论：针刺治疗青少年近视临床效果肯定而持久，且捻转补泻法优于提插补泻法。

针刺手法是影响针刺疗效的重要因素，通过研究发现捻转补泻优于提插补泻，可能是因为捻转手法可以对局部结缔组织有反复的牵拉作用，而且捻转包含了提插的作用，刺激量大于提插补泻，针感加强，使疗效加强。所以在操作时可以使用捻转补泻手法来加强治疗效果。

### 4 单纯针刺与针刺结合他法的比较

柴芳芳<sup>[4]</sup>分析针刺配合梅花针治疗青少年假性近视疗效方法：选取80例假性近视青少年患者作为研究对象，随机分为试验组和对照组各40例。对照组患者单纯行梅花针治疗，试验组患者同时给予针刺、梅花针治疗。取穴上，针刺取肝俞、风池、攒竹、翳明、头维、太阳、丝竹空与鱼腰穴。梅花针取太阳、四白、球后、承泣、风池、百会、四神聪、阳白穴。

疗程上1次/天，6天后间隔1天，1个月为1个疗程。结果：试验组青少年假性近视治疗总有效率为97.5%，高于对照组的80.0%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。试验组患者视力变化值达（ $0.375\pm0.120$ ），高于对照组的（ $0.171\pm0.118$ ）。2组患者治疗后的视力及治疗前后变化值比较，差异均具有显著统计学意义（ $P<0.01$ ）。结论：针刺联合梅花针治疗疗效高于单纯梅花针治疗。

蔡文丽<sup>[5]</sup>研究针刺结合中药熏眼治疗青少年近视患者的临床可行性，将60例青少年近视患者依据治疗方法的不同分为研究组30例，治疗组30例。对照组用针刺治疗，研究组针刺加中药熏眼。针刺选穴取患侧鱼腰、四白透下睛明穴以及太阳穴。中药熏眼方以防风、蝉衣、黄芩等。针刺每周治疗3次，一疗程10次。熏眼1天2次，9天为一疗程。结果：研究组总有效率93.3%，



对照组70.0%。结论：针刺结合中药熏洗治疗青少年近视患者，临床疗效优于单独使用针刺治疗，可以缩短患者临床视力恢复时间。

针刺对近视有很好的疗效，但是一法独用难免势单力薄，如果和其他方法合用，可以起到相互促进、相互增强的效果。所以临床可以考虑多法合用。

## 5 针刺治疗与其它疗法的比较

何明<sup>[6]</sup>观察耳埋与针刺治疗青少年假性近视的疗效，将96例青少年假性近视患者随机分为耳埋组和针刺组，每组48例。选穴上，耳埋组主穴取眼、目1、目2、肝、肾、心、脾、胃；配穴取脑、内分泌、神门。针刺组取双侧承泣、睛明、风池、翳明、合谷、足三里。疗程上，2组均以治疗1个月为1疗程，共治疗3个疗程后观察疗效。结果：耳埋组总有效率为95.83%，针刺组为93.75%，2组比较， $\chi^2=0.313$ ,  $P>0.05$ ，差异无统计学意义，说明两种方法治疗青少年假性近视的总有效率相当。

耳穴对青少年来说接受度高于针刺，所以治疗青少年假性近视时除了针刺治疗可以考虑耳埋的方法。

## 6 小结

青少年近视发病率高，寻找最优治疗方案，从患者最能接受的角度出发成为一种需求。本文从选穴方案、操作手法、多法联用角度比较，得出以下结论：

①眼周取穴时取攒竹、太阳、四白、睛明四穴的疗效与多于此四穴疗效差异不大，故可仅取此四穴。②奇穴治疗近视的效果优于经穴，故可作为临床选穴参考。③捻转补泻操作疗效优于提插补泻。④提倡多法联用，达到1+1>2的临床效果。但是针刺治疗近视的研究还存在一些问题：如有些研究的对象是真性近视，而有些研究的对象是假性近视，缺少相同治疗条件下真性近视与假性近视的疗效可比性；其次，针刺治疗近视的临床及基础性研究尚不完全、作用机理尚未明确；再次，针刺治疗近视仍然存在着一定的痛苦和风险，研究开发痛苦更小、安全性更高的新疗法也是近视临床研究的任务之一。

## 参考文献

- [1]傅甜,童波,王连方,等.不同针刺取穴组合治疗青少年近视的临床疗效[J].中国现代医生,2017,55(25):66-69.
- [2]陶晓雁,茹凯,郎松,等.针刺眼周奇穴治疗青少年近视疗效观察[J].上海针灸杂志,2010,29(10):643-645.
- [3]陶晓燕,赵百孝,韩笑,等.捻转补泻法与提插补泻法对青少年近视患者裸眼远视力的影响:随机对照研究[J].中国针灸,2014,34(5):465-468.
- [4]柴芳芳.针刺配合梅花针治疗青少年假性近视疗效分析[J].亚太传统医药,2016,12(3):103-104.
- [5]蔡文丽.针刺结合中药熏眼治疗青少年近视患者的临床可行性[J].中医临床研究,2016,8(22):91-93.
- [6]何明,罗荣芬.耳埋与针刺治疗青少年假性近视的疗效观察及护理[J].中医外治杂志,2014,23(3):37-38.
- [7]李学惠,刘英才,巩凤梅,等.针刺治疗青少年轻中度近视眼临床观察[J].中国针灸,2003,23(3):147.

(本文编辑:杨杰 本文校对:高苒 收稿日期:2018-05-08)

# 早期胃癌筛查指标的研究进展

席小霞 刘进进

(河南中医药大学第一附属医院消化内科，河南 郑州 450000)

**摘要：**目前胃癌的发病率和死亡率高居第二位，仅次于肺癌。早期胃癌（early gastric cancer，ECG）是指癌组织仅限于黏膜层或黏膜下层，不论是否有淋巴结的转移。早期胃癌的预后良好甚至可以治愈，5年生存率高，可达到90%以上，然而我国早期胃癌的诊断率低于10%。由于胃癌的发病隐匿，大部分患者发现时已是晚期胃癌，因此大规模的筛查早期胃癌至关重要。本文就初步筛查早期胃癌的指标作一综述。

**关键词：**早期胃癌；诊断指标；内镜；基因；血清学；有机化合物

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.16.068

文章编号:1672-2779(2018)-16-0158-03

## Research Progress of Early Gastric Cancer Screening Index

XI Xiaoxia, LIU Jinjin

(Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** Currently, the incidence and mortality of gastric cancer is the second highest after lung cancer. Early gastric cancer (ECG) means that the cancer tissue is confined to the mucosa or submucosa, whether or not there is lymph node metastasis. The prognosis of early gastric cancer is good and even can be cured. The 5-year survival rate is higher than 90%. However, the diagnosis rate of early gastric cancer in China is less than 10%. Because of the insidious onset of gastric cancer, most patients are found to have advanced gastric cancer, so large-scale screening for early gastric cancer is critical. In this paper, the preliminary screening index of early gastric cancer was reviewed.

**Keywords:** early gastric cancer; diagnosis indicator; endoscope; gene; serology; organic compound

我国是胃癌的高发国家，目前胃癌患者约占全世界的一半，进展期胃癌的5年生存率低于30%<sup>[1]</sup>。若能准确地诊断出早期胃癌，可使早期胃癌患者的5年生存率达90%，明显高于进展期胃癌。然而，目前我国的

早期胃癌诊断率低于10%，远远低于韩国（50%）和日本（70%）<sup>[2]</sup>。因此，早筛查、早诊断、早治疗是提高胃癌患者生存率的关键。由于胃癌起病隐匿，大多数胃癌患者早期无明显临床症状，仅表现为上腹不适、



反酸、嗳气、食欲减退等非特异性的消化道症状，通过调节饮食或服用抗酸药等缓解症状而进一步忽视身体健康状况。目前早期胃癌的诊断主要依靠胃镜和病理活检等检查手段，然而患者的就诊率低、胃镜的昂贵、操作者经验、取材的受限限制了这一技术的应用。近年来，早期胃癌的筛查指标成为研究热点。本文就早期胃癌的筛查指标从内镜检查、血清学检查、基因、有机化合物检测等方面作一综述。

## 1 内镜检查

胃镜检查是目前筛选早期胃癌最重要的手段，胃镜加病理活组织是诊断早期胃癌的金标准<sup>[3]</sup>。近几年内镜的应用得到了迅速的发展，尤其是放大内镜、色素内镜、窄带成像技术、超声内镜等的出现大大提高了早期胃癌的诊断率。目前的电子放大内镜放大倍数可达100倍左右，可以更好地观察胃黏膜的细微结构和微血管形态，有助于发现微小的病灶<sup>[4]</sup>。色素内镜是应用染色剂对胃黏膜染色，使病变部位与周围黏膜对比更加强烈，轮廓更加清晰<sup>[5]</sup>。窄带成像技术（narrow band imaging，NBI）能够强调血管和黏膜表面的细微结构，有助于发现病变，并确定病变范围及血管分布<sup>[6]</sup>。超声内镜(endoscopic ultrasound，EUS)利用超声探头辅助内镜诊断，可观察到早期淋巴结有无转移和癌肿的浸润程度，为早期胃癌的诊断提供了有价值的检查方法<sup>[7]</sup>。然而内镜的不足之处在于患者的依从性差、检查过程中痛苦、费用高等因素，限制了胃镜大规模地筛查早期胃癌患者。

## 2 血清学检查

**2.1 胃蛋白酶原 (pepsinogen，PG)** 人胃黏膜主要含有两种天冬氨酸蛋白酶，根据免疫原性不同分为PG I 和PG II。PG I 主要由胃底腺主细胞和颈黏液细胞分泌，PG II 主要由胃体和胃底黏液泌酸腺主细胞分泌，此外还有胃窦幽门腺也可分泌。胃黏膜组织发展为癌前病变或者胃癌时，胃蛋白酶发生基因突变，以致胃黏膜失去分泌PG I 的功能，PG I 含量减少，由于PG II 由多种细胞分泌，其含量相对稳定。PG I 浓度和（或）PG I /PG II 的比值下降对萎缩性胃炎有提示作用，PG I 浓度≤70 μg/L且PG I /PG II ≤3.0通常作为诊断萎缩性胃炎的指标<sup>[8]</sup>。PG I 浓度≤70 μg/L且PG I /PG II ≤7.0通常作为我国胃癌高发地区早期胃癌的筛查指标。但需要注意的是当PG I 浓度和PG I /PG II 比值正常时也可提示胃黏膜病变部位在胃窦<sup>[9]</sup>。

**2.2 胃泌素-17 (gastrin-17，G-17)** 血清G-17主要是由胃窦G细胞合成、分泌，可反映胃窦黏膜萎缩情况<sup>[10]</sup>。李林等<sup>[11]</sup>研究指出胃泌素对胃肿瘤细胞的生长、转移、恶化起到了一定作用。Kang等<sup>[12]</sup>研究表明胃癌患者血清胃泌素G-17明显增高，可作为早期胃癌筛查指标之一。

**2.3 基质金属蛋白酶9 (matrixmetalloproteinase9，MMP-9)** 近年来发现了一类锌离子依赖性内肽酶，即

基质金属蛋白酶（MMPs）能够有效地降解基底膜和细胞外基质。已有较多的临床研究发现 MMPs 家族在肿瘤的侵袭和转移发展过程中起重要作用<sup>[13]</sup>。MMP-9是 MMPs 家族中的主要成员，胃癌患者体内 MMP-9 的表达水平与肿瘤体积、浸润深度、淋巴结转移以及临床分期存在相关性，同时胃癌组织MMP-9过表达的患者淋巴结转移显著较早，肿瘤的浸润深度较大，且患者预后大多不良<sup>[14]</sup>。

**2.4 热休克蛋白 (HSP)** 热休克蛋白是一组高度保守的蛋白质，近年来的研究表明 HSP 在多种肿瘤组织中过表达，与肿瘤的生长和分化、抵抗细胞凋亡和不良预后均有着密切的关系。其中 HSP60 目前最受关注，认为癌细胞产生的 HSP60 释放至循环系统，致使外周血中 HSP60 呈高水平，外周血中 HSP60 对早期诊断胃癌有重要的临床意义<sup>[15]</sup>。李桂青等<sup>[16]</sup>研究显示 HSP60 在正常胃黏膜组织中低表达而在胃癌组织中高表达。张占东等<sup>[17]</sup>研究发现胃癌组织中 HSP-60、-90 和-27 的阳性表达率分别 52%、48% 和 52%，其中 HSP-90 是胃腺癌的独立预后指标。

**2.5 白介素-11** 白介素-11属于造血因子超家族gp130家族，主要来源于间质细胞和骨髓基质细胞，研究<sup>[18]</sup>显示 IL-11 与肿瘤的发生密切相关。IL-11 作为 STAT3 信号通路的上游因子，而 STAT3 信号通路是胃癌发生中最重要的炎性信号通路之。IL-11 与其特异性受体结合，诱导 gp130 的同源二聚化，而后激活 STAT3 信号通路，促进了胃癌的发生发展<sup>[19]</sup>。徐峰等<sup>[20]</sup>首次比较了 IL-11 在早期胃癌和胃炎之间的表达特异性，结果显示 IL-11 在早期胃癌组中显著高于胃炎组，提示 IL-11 与胃癌的发生存在一定的关系。

## 3 基因检测

**3.1 微小RNA miRNA** 是一类参与基因转录但不编码蛋白质的一类单链小分子 RNA，主要通过调节转录因子在转录及转录后水平调节基因的表达<sup>[21]</sup>。有研究表明 miRNA 可以在血液中稳定存在，miRNA 通过调控癌基因和抑癌基因影响细胞的增殖、分化、凋亡<sup>[22]</sup>。如 miR-21 的过度表达通过调控抑癌基因 RECK 来促进胃癌细胞的快速增长并增强其侵袭力<sup>[23]</sup>。Peng 等<sup>[24]</sup>研究发现胃癌患者中 miR-191 过度表达，而在健康人中低表达，提示 miR-191 在早期胃癌的诊断中可能有很高的敏感性。Song 等<sup>[25]</sup>研究发现血清中 miR-221、miR-376、miR-774 可区分胃癌患者和健康者，其敏感度和特异度分别为 58.8% 和 82.4%。

**3.2 DNA定量分析** 正常人细胞内 DNA 含量或染色体倍数（通常为二倍体）相对稳定，大约为 7 pg。在多数情况下恶性肿瘤细胞染色体数目和 DNA 含量均增加。因此，DNA 定量分析可作为早期肿瘤的判断提供了理论基础。任本等<sup>[26]</sup>对早期胃癌和癌前病变的胃黏膜组织进行了 DNA 定量分析，发现重度不典型增生，轻、中度不典型增生的异倍体检出率分别为 52.17%、8.33%。郭建文等<sup>[27]</sup>对早期胃癌标本进行 DNA 定性分析发现 DNA 异

倍体随着组织病理分级的增高而增高，低度、中度、重度恶性异倍体率分别为 45.5%、92.3%、98.4%。因此肿瘤恶化程度越高，DNA 异倍体数目随之增加。

**3.3 胃组织钠氢交换蛋白检测** 钠氢交换蛋白 1 (NHE1) 是一种跨膜蛋白，广泛存在于真核细胞中，具有调节细胞内 pH 的作用。研究表明 H<sup>+</sup> 和酸性环境在肿瘤的发生发展过程中起到了至关重要的作用，肿瘤在酸性环境中新陈代谢更加旺盛，恶性增值的速度加快<sup>[28]</sup>。进一步研究显示这一现象的出现与 NHE1 的 mRNA 的高表达有关，使得肿瘤细胞的 H<sup>+</sup> - Na<sup>+</sup> 交换加快，因而改变细胞外液为偏酸性而细胞内液仍保持偏碱性或中性，从而避免肿瘤细胞发生凋亡<sup>[29]</sup>。黄益领等<sup>[30]</sup>研究发现胃癌样本组织中 NHE1 的 mRNA 表达以及蛋白的合成明显高于正常胃黏膜组织。

#### 4 挥发性有机物检测

挥发性有机化合物 (volatile organic compounds, VOCs) 是人体呼出气的一部分，主要包括烃类、氮烃类、硫烃类和氧烃类等，其中少部分可能与人体癌症代谢有关 (内源性 VOCs)，大部分随人体呼吸排出体外 (外源性 VOCs)。不同的癌症释放不同类型和 (或) 不同分子量的内源性癌症相关特异性 VOCs<sup>[31]</sup>。VOCs 的检测在肺癌和乳腺癌患者相对较成熟，而在胃癌患者的研究相对较少。XU 等<sup>[32]</sup>研究了 37 例胃癌、32 例胃溃疡和 61 例不严重的病变，使用纳米传感器、气相色谱和质谱法进行呼出气 VOCs 分析，成功区分了胃溃疡和胃癌 (其灵敏度和特异度分别是 90%、89%)、早期胃癌与晚期胃癌 (其灵敏度和特异度分别是 89% 和 94%)。因此，检测呼出气中的 VOCs 并进行对其定量、定性分析，可实现对早期胃癌的预警作用。

#### 5 结语

胃癌是临幊上一种常见的恶性肿瘤，每年大约有 16 万人死于胃癌。目前，我国早期胃癌的诊断率低，因此提高对早期胃癌的筛选对降低胃癌的病死率有关键作用。为了提高早期胃癌的检出率，应充分结合各种检测指标 (内镜、血清学、基因以及有机化合物检测)，以实现早期胃癌患者的早发现、早诊断、早治疗，争取提高早期胃癌患者的生存率和生活质量水平。

#### 参考文献

- [1] Fock K M, Talley N, Moayyedi P, et al. Asia-Pacific consensus guidelines on gastric cancer prevention[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2008, 23(3): 351-365.
- [2] Isobe Y, Nashimoto A, Akazawa K, et al. Gastric cancer treatment in Japan: 2008 annual report of the JGCA nationwide registry[J]. *Gastric Cancer*, 2011, 14(4): 301-316.
- [3] Leake P A, Cardoso R, Sevaratnam R, et al. A systematic review of the accuracy and indications for diagnostic laparoscopy prior to curative-intent resection of gastric cancer[J]. *Gastric Cancer*, 2012, 15 (1):38-47.
- [4] Matsumoto T, Kudo T, Jo Y, et al. Magnifying colonoscopy with narrow band imaging system for the diagnosis of dysplasia in ulcerative colitis: a pilot study[J]. *Gastrointest Endosc*. 2007, 66(5): 957-965.
- [5] 韩惠娟,祁金锋.甲苯胺蓝色素胃镜诊断胃癌及其癌前病变的价值[J].医学研究杂志,2009(3):98-100.
- [6] 刘岚,王云霞,郭建强.内镜黏膜下剥离术和内镜下黏膜切除术治疗早期胃癌的 Meta 分析[J].*中国老年学杂志*,2015(7):1804-1808.
- [7] 杨爱明,陆星华,鲁重美,等.超声内镜在上消化道粘膜下肿瘤诊断中的应用[J].*中华消化内镜杂志*,2000(3):31-33.
- [8] Miki K, Morita M, Sasajima M, et al. Usefulness of gastric cancer screening using the serum pepsinogen test method[J]. *Am J Gastroenterol*. 2003, 98(4): 735-739.
- [9] 房静远,刘文忠,李兆申,等.中国慢性胃炎共识意见[J].*胃肠病学*,2013 (1):24-36.
- [10] Watson S A, Grabowska A M, El-Zaatari M, et al. Gastrin - active participant or bystander in gastric carcinogenesis?[J]. *Nat Rev Cancer*, 2006, 6(12): 936-946.
- [11] 李林,张立新,艾冬琴,等.血清胃蛋白酶原和胃泌素-17 检测在胃癌筛查中的应用[J].*海南医学*,2015(22):3335-3337.
- [12] Kang J M, Kim N, Yoo J Y, et al. The role of serum pepsinogen and gastrin test for the detection of gastric cancer in Korea[J]. *Helicobacter*, 2008, 13(2): 146-156.
- [13] Lian P L, Liu Z, Yang G Y, et al. Integrin αvβ6 and matrix metalloproteinase 9 correlate with survival in gastric cancer[J]. *World J Gastroenterol*, 2016, 22(14): 3852-3859.
- [14] Burlaka A P, Ganusevich I I, Gafurov M R, et al. Stomach Cancer: Interconnection between the Redox State, Activity of MMP-2, MMP-9 and Stage of Tumor Growth[J]. *Cancer Microenviron*, 2016, 9(1): 27-32.
- [15] Tong W W, Tong G H, Kong H, et al. The tumor promoting roles of HSP60 and HIF2alpha in gastric cancer cells[J]. *Tumour Biol*, 2016, 37(7): 9849-9854.
- [16] 李桂青.HSP60 和 p53 在胃癌中的表达及意义[J].*临床消化病杂志*,2014 (1):11-14.
- [17] 张占东,杨巍,马飞,等.热休克蛋白 27,60 和 90 在胃癌中表达及其临床价值[J].*中国免疫学杂志*,2016(7):1042-1049.
- [18] Howlett M, Chalinor H V, Buzzelli J N, et al. IL-11 is a parietal cell cytokine that induces atrophic gastritis[J]. *Gut*, 2012, 61(10): 1398-1409.
- [19] Wu D, Tao J, Ding J, et al. Interleukin-11, an interleukin-6-like cytokine, is a promising predictor for bladder cancer prognosis[J]. *Mol Med Rep*, 2013, 7(2): 684-688.
- [20] 徐峰,丁西平,殷实.白介素-11 在早期胃癌组织中的表达及临床意义[J].*安徽医科大学学报*,2016(9):1353-1355.
- [21] Xie M, Li M, Vilborg A, et al. Mammalian 5'-capped microRNA precursors that generate a single microRNA[J]. *Cell*, 2013, 155(7): 1568-1580.
- [22] Yan W, Qian L, Chen J, et al. Comparison of Prognostic MicroRNA Biomarkers in Blood and Tissues for Gastric Cancer[J]. *J Cancer*, 2016, 7(1): 95-106.
- [23] Chan S H, Wu C W, Li A F, et al. MiR-21 microRNA expression in human gastric carcinomas and its clinical association[J]. *Anticancer Res*, 2008, 28(2A): 907-911.
- [24] Peng W Z, Ma R, Wang F, et al. Role of miR-191/425 cluster in tumorigenesis and diagnosis of gastric cancer[J]. *Int J Mol Sci*, 2014, 15(3): 4031-4048.
- [25] Song M Y, Pan K F, Su H J, et al. Identification of serum microRNAs as novel non-invasive biomarkers for early detection of gastric cancer[J]. *PLoS One*, 2012, 7(3): e33608.
- [26] 任本,朱晓玉,徐令鸽,等.胃癌及癌前病变 DNA 含量与细胞增殖活性检测的临床意义[J].*中国肿瘤临床*,2003(1):21-23.
- [27] Kang S B, Marchelletta R R, Penrose H, et al. A comparison of linaclotide and lubiprostone dosing regimens on ion transport responses in human colonic mucosa[J]. *Pharmacol Res Perspect*, 2015, 3(2): e128.
- [28] Milosavljevic N, Poet M, Monet M, et al. Functional characterization of Na<sup>+</sup>/H<sup>+</sup> exchangers of intracellular compartments using proton-killing selection to express them at the plasma membrane[J]. *J Vis Exp*, 2015(97):e52453.
- [29] 黄益领,张加坤,张日沅,等.胃组织 NHE1 蛋白检测诊断早期胃癌的可行性分析[J].*中华全科医学*,2016(2):336-338.
- [30] Hakim M, Broza Y Y, Barash O, et al. Volatile organic compounds of lung cancer and possible biochemical pathways[J]. *Chem Rev*, 2012, 112(11): 5949-5966.
- [31] Xu Z Q, Broza Y Y, Ionsecu R, et al. A nanomaterial-based breath test for distinguishing gastric cancer from benign gastric conditions[J]. *Br J Cancer*, 2013, 108(4): 941-950.

(本文编辑:杨杰 本文校对:吴冬 收稿日期:2018-05-18)