

## 四段式教学模式在针灸学教学中的探索<sup>※</sup>

陈易<sup>1</sup> 王延燕<sup>1</sup> 孟建霞<sup>2</sup> 柴一峰<sup>1△</sup> 徐琬梨<sup>3\*</sup>

(1 北京中医药大学枣庄医院治未病二科、针灸科, 山东 枣庄 277800;

2 北京中医药大学硕士研究生2015级, 北京 100029;

3 山东中医药大学中医学学院中医诊断学系, 山东 济南 250000)

**摘要:** 本文主要结合当代教学现状与针灸学教学特点, 解决如何讲好它, 如何让学生吸收、接纳, 并培养具有高阶思维、高阶能力的学生, 以适应市场需求和具有中医思维模式等问题进行研究和思考。通过吸取教育教学改革创新的研究成果, 建立了一套突出传统针灸学理论教学方法的四段式教学模式, 即预习质疑、精讲多练、拓展生成、复习巩固。它能更加明确教学的目的, 突出人文医学教育理念, 使针灸治疗内容教学能反映针灸治疗的科学特性, 符合中医教育成才的发展规律。将四段式教学模式引入到针灸学教学中后, 使得抽象难记的经络腧穴, 手法难显的刺灸补泻轻车驾熟, 复杂深奥的治病诠释尽然。

**关键词:** 针灸学; 中医; 教学改革; 四段式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.001

文章编号:1672-2779(2018)-15-0001-03

### Exploration on Four-stage Teaching Mode in the Teaching of Acupuncture and Moxibustion

CHEN Yi<sup>1</sup>, WANG Yanyan<sup>1</sup>, MENG Jianxia<sup>2</sup>, CHAI Yifeng<sup>1</sup>, XU Wanli<sup>3</sup>

(1. Department of Preventive Treatment of Disease and Acupuncture-Moxibustion, Zaozhuang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Shandong Province, Zaozhuang 277800, China;

2. Graduate 2015 Graduate, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

3. Department of TCM Diagnosis, College of Traditional Chinese Medicine Shandong University of Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250000, China)

**Abstract:** In this paper, combining with the characteristics of contemporary teaching present situation and the acupuncture teaching, how to speak it, how to let the students to absorb, acceptance, and cultivate high-level thinking and the ability to advanced students were solved, so as to adapt to market demand and mode of thinking of traditional Chinese medicine research and thinking. Through the education teaching reform and innovation in the absorption of research results, a prominent theory of traditional acupuncture teaching method of four sections of teaching mode was set up, namely the preview question earnestly, the more practice, expand to generate, review to consolidate. It can be clearer about the teaching purpose, outstanding medical humanities education idea makes acupuncture teaching content can reflect the acupuncture science characteristic, conforms to the law of development of Chinese medicine education to become a useful person. The four sections of teaching mode in the teaching of the acupuncture was introduced, which makes abstract difficult-to-remember meridians, technique to show the thorn moxibustion fill diarrhea light horse ripe, complex esoteric interpretation necessarily cure.

**Keywords:** acupuncture and moxibustion; traditional Chinese medicine; teaching reform; four-stage

针灸学是以中医基础理论为指导, 研究经络腧穴、刺灸方法、针灸疾病治疗及防治规律的一门学科<sup>[1]</sup>。针灸学是针灸推拿和中医专业高等教育中的必修课程, 也是针灸从理论到临床实践的必修内容, 如何讲好它, 如何让学生吸收、接纳, 并培养具有高阶思维、高阶能力的学生, 以适应市场需求和具有中医思维模式, 在此基础上教学模式的改革创新显得尤为重要和关键<sup>[2]</sup>。针对针灸学教学中遇到的一些问题, 结合教学改革的指导思路, 提出了四段式教学模式, 即预习质疑、精讲多练、拓展生成、复习巩固, 使针灸学教学改革

充分体现现代教育的研究成果与中医特点相结合, 更加明确了教学的目的, 突出人文医学教育理念<sup>[3]</sup>。

### 1 教学现状

目前, 我国高等教育大规模扩张, 教学资源的紧缺, 高等教育中的各种矛盾凸显, 古板的教学方式与学生信息化需求不匹配, 造成培养质量在一定程度上受到影响。培养的学生千篇一律, 缺乏创新性、独立思考能力, 这也影响了用人单位的积极性, 造成毕业生就业的困难和用人单位缺人的尴尬, 这种怪现象的背后, 是高层次、高能力、独立创造性人才的缺乏, 是教育模式僵化的反映。当前中医受到前所未有的发展机遇, 中医高阶人才缺口较大, 如何改革中医教育、教学模式是当务之急, 是中医人才培养和振兴中医的关键所在。本科教育是中医教育的基础, 大学课堂教学模式是教学质量的基础, 建立符合中医人才成

※ 基金项目: 国家自然科学基金项目[No.81503500]; 山东省自然科学基金[No.ZR2014HQ039]; 山东中医药大学校级基金项目[No.SJ2017ZZ18]

\* 通讯作者: 13869142792@163.com

△ 指导老师

长规律和人文医学素质的培养是改革教学模式的目标。

## 2 针灸学特点

针灸学内容丰富, 包含有经络腧穴学、刺法灸法学、针灸治疗学等内容, 每一篇章内容迥异, 课本内容编排思路与方法各不相同。其中经络腧穴内容丰厚, 经络循行相似度高, 腧穴较多, 定位准确困难。刺法灸法的治疗手段多种多样, 各个操作方法和注意事项各不相同, 动手实践要求较高。针灸治疗的疾病复杂多样, 疾病鉴别诊断不易<sup>[4]</sup>。这些针灸学内容的特点, 一方面给教学带来了困扰, 也使得学生的接纳度具有了一定的挑战性。

面对中医教学现状中普遍存在的问题, 以及针灸学的特殊性, 为了提高教学质量, 增加学生课堂效率, 转变教师为中心的灌输性教育模式, 形成师生互动的良好课堂氛围。在结合教育教学改革创新的研究成果, 提出四段式教学模式, 即预习质疑、精讲多练、拓展生成、复习巩固, 将其融入到针灸学教学的内容中, 帮助改善教学质量, 缓解教与学结合困难的矛盾。

## 3 四段式教学模式

**3.1 预习质疑** 预习就是课前自学, 质疑是通过预习提出自己的疑问。预习质疑是学生课前自发学习, 锻炼独立思考能力的途径。通过预习可以梳理知识点与疑难点, 节约课堂笔记时间, 重点关注疑难点和疑惑点, 提高上课效率。针对经络腧穴学章节, 每节课时间较短, 所需要讲解的要点多, 很多非重点穴位, 不能在课堂上直接讲授。另外经络循行复杂, 关键节点很难分清经络走向。这些问题在教学过程中将作为学生预习作业, 通过自我学习和课堂讲授可以降低记忆难度。刺法灸法章节实际操作较多, 教师通过提前实训课来加强学生操作能力, 提高学生切实感受度, 帮助理解书本知识。针灸治疗的疾病章节中由于课时安排, 疾病相关的机制讲解较少, 针灸治疗原则和治疗方法作为重点论述, 这就需要学生在老师指引下, 对相应疾病提前回顾所学的有关的解剖、生理、病理, 深刻理解疾病发生机制。

预习质疑是老师的引导与学生主动参与, 二者互动的过程。在这当中需要教师充足的备课, 全面把握学生课堂情况, 了解学生困惑, 掌握学生学习记忆规律。对于学生而言, 预习质疑是自我学习能力的锻炼, 分析解决问题的过程, 调动学习与课堂兴趣的积极手段<sup>[5]</sup>。

**3.2 精讲多练** 精讲要求教师讲清讲透知识要点、难点, 多练要求学生对于已学知识多层次、多方法、多角度的反复练习。精讲多练是从育人与受育者角度出发的。由于针灸学课时安排较少, 内容较多, 短时间学生接受与记忆能力有限, 这就需要老师挑选重点、难点进行精炼讲解。经络腧穴章节重点讲述经脉的名称、分

布规律、循行与交接规律, 以及奇经八脉、十五络脉的概念、分布和作用, 以及重点腧穴的主治作用、定位方法。刺法灸法章节重点讲解毫针的基本操作方法和补泻手法, 以及常用灸法的操作方法、适用证。针灸治疗的疾病章节需精讲一般病证的针灸治疗原则、作用和针灸处方的选穴原则、配穴方法。对于十二经别、十二经筋、十二皮部和头针、耳针等, 只需要简单提及。精讲并不是少讲, 而是详略得当, 主次分明, 迎合记忆曲线和科学编排的体现。

人体经络循行相似度高, 所属腧穴较多, 定位精准困难, 这就需要课堂内外的多加练习, 从模拟人体到实体, 结合挂图、视频等多媒体手段, 加深学生视觉印象, 提高理解能力, 增强记忆力。刺法灸法的内容学习, 更离不开实际操作, 课本对于操作的文字描述较多, 难以记忆和想象, 通过实操的练习, 可以直观地掌握针灸技术。多练并不是题海战术、文字游戏, 而是符合临床实际需求的实实在在的操作。

**3.3 拓展生成** 拓展是指以已学知识和讲授内容为基垫, 结合自身学习能力, 进而衍生出对相似与未涉及讲授知识领域的学习、掌握。这不单单是举一反三的能力, 而是自学能力、思维模式、理解顿悟等多维度能力的综合。针灸学毕竟只是针灸内容的一个缩影, 更多的针灸知识需要借助文献、书籍、网络、临床的挖掘与认知。例如针灸治疗的疾病章节中只是记载了常见病多发病针灸诊疗, 对于疾病也知识从单一病种角度论述, 而实际临床中疾病种类较多, 复合型疾病较多, 病程变化迥异。这就需要借助已学知识进行拓展生成, 利用中医针灸理论知识, 借助逻辑、推理、整合等思维进行分析综合。在教学过程中教师可以通过临床案例来锻炼学生拓展能力, 激发学生独立学习、思考、判断能力, 摆脱填鸭式教学<sup>[6]</sup>。对于刺法灸法的实际操作, 可以将学生分组, 老师先示范个别穴位刺灸操作, 让学生各个小组对于其他不同疾病, 进行刺灸操作, 在操作中锻炼手法, 从中思考、解决问题, 同时锻炼团队合作能力<sup>[7]</sup>。

**3.3 复习巩固** 复习是对已学知识进行回顾与梳理, 以加强记忆与理解。对于针灸学的学习, 首先需要引导学生对已学的解剖、中医基础理论、生理、病理进行针对性的复习回顾, 为下节课做好准备。其次, 针对本节课所学针灸知识, 通过课后作业、小论文、背诵等方式, 帮助复习巩固。复习巩固需要从本节课内容到本单元内容, 再到本章节, 最后到本课程, 从点到线, 再到面的全面复习。从经络腧穴到刺法灸法, 再到治疗, 前后贯穿性复习, 这样可以理解针灸治疗的规律与疾病发展的过程, 从中梳理与总结出针灸特殊的诊疗方式。老师可以通过课堂提问、试卷测试等灵活方式, 及时提醒和帮助学生复习巩固。

#### 4 结语

针灸学是中医教育课程中重要的部分,通过对于本课程教学模式的思考探索,形成预习质疑、精讲多练、拓展生成、复习巩固的四段式教学模式,这是师生互动,课内课外相结合,以锻炼学生独立思考、创新思维模式的教学方式。通过这种教学模式的转变以帮助提高课堂效率,培养出符合中医临床思维和就业需求的高层次、高纬度的人文医学生<sup>[8]</sup>。

#### 参考文献

[1]徐恒泽.针灸学[M].北京:人民卫生出版社,2006:1.

- [2]魏睦新,谢立群,魏飞.从市场需求谈中医高等教育改革[J].中华中医药学刊,2008,26(10):2089-2091.
- [3]王成磊,程乐森.医学教育改革视阈下关于强化医学生人文医学教育的思考[J].社区医学杂志,2013,11(6):67-69.
- [4]刘密,潘思安,张国山,等.《针灸学》四特性教学方法及教学手段改革的研究和实践[J].中国医学创新,2014,11(9):84-86.
- [5]张自演,贾德斌.质疑解惑——四段式单元教学法初探[J].江西教育,1986(3):22-23.
- [6]陈茂珍,方熙茹.从以问题为基础的教学模式谈中医临床课教学改革[J].中国中医药现代远程教育,2005,3(2):50-51.
- [7]王建新,姜延秋.实施课堂“四段式”课下“二结合”增强教学实效性[J].现代教育科学,2008(11):58-59.
- [8]唐宗贤.试论“四段式”教学法[J].语文教学与研究,1986(8):7.

(本文编辑:张文娟 本文校对:贾红玲 收稿日期:2018-05-15)

## 针灸治疗学教学中自主学习与传统教学的实践比较<sup>※</sup>

张雯 齐保玉 赵迪 梁晓伦 钟正 肖炜 曲珊珊\*

(南方医科大学中医药学院,广东 广州 510515)

**摘要:**自从实行教育改革以来,自主学习作为教育界热门研究课题,一直是各高校推进教育改革的重要研究领域。该课题紧跟教育改革的步伐,通过对162名在校大学生进行自主学习与传统教学模式的对比研究,分析发现自主学习与传统教学方式在教学效果方面有着显著性差异。自主学习模式教学弥补了传统教学模式中学生被动学习的不足之处,拓宽了学生学习的自由度,更大程度地调动了学生的主动性,激发学生学习的兴趣,明显提高教学效果,培养学生自主学习知识的方法和能力。

**关键词:**自主学习;针灸治疗学;混合教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.002

文章编号:1672-2779(2018)-15-0003-04

### The Practice Comparison between Autonomous Learning and Traditional Teaching in the Acupuncture and Moxibustion Therapy

ZHANG Wen, QI Baoyu, ZHAO Di, LANG Xiaolun, ZHONG Zheng, XIAO Wei, QU Shanshan

(School of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University, Guangdong Province, Guangzhou 510515, China)

**Abstract:** Since the implementation of educational reform, autonomous learning has become an important research field pushing forward the reform of education in colleges and universities. This study compared the autonomous learning and traditional teaching mode among 162 college students. The result indicated that autonomous learning and the traditional teaching method have significant differences in teaching effects. Autonomous learning mode remedied the deficiency of passive-learning in the traditional teaching mode, broadened the students' freedom of study, mobilized the initiative of students, and aroused the interest of students, as the teaching effect was improved obviously. It's important to cultivate students' autonomous learning methods and abilities of knowledge.

**Keywords:** autonomous learning; acupuncture and moxibustion therapy; blending learning

自主学习(autonomous learning)在20世纪80年代由Henri Holec首先引入教育界,其核心价值是培养学生“控制自我学习的能力”<sup>[1]</sup>。有别于传统教学中教师充当教学的中心与重心,学生作为知识的被动承受者,过分依赖教师的模式;自主学习是一种以学生为主、教师为辅,具有独立性、自律性、创造性等特点的新型教学模式。在自主学习过程中,教师角色需要发生转变,Smith<sup>[2]</sup>曾提出“教师-学习者自主”的观念,要求教师同时以教育者与学习者的身份参与到自主学习

中去。教师只有充分认识到教学自主的重要性,拥有“自主进行(教师)职业行为的能力”<sup>[3]</sup>,做到自主性教学,才能更好地培养学生自主学习的能力,引导学生主动学习知识,推动自主学习进程。

新形势下高等教育对传统教学向自主学习转化的需求日趋紧迫,国内外对自主学习的研究早已开展多年,并取得了一定的成绩,但自主学习模式尚未成熟,普及自主学习仍面临诸多方面的困难,为紧跟教育改革的步伐,进一步探索学生自主学习模式的特点,提高教学质量,本研究以针灸推拿核心课程的教学作为切入点,通过改变其教学模式,比较两种不同教学模式的结果,分析自主学习的可能优势,具体总结如下。

#### 1 自主学习与传统学习模式的调查

本研究调查对象为南方医科大学在校学生,选取3

※ 基金项目:广东省质量工程项目[No.C1033550];广东省质量工程项目针灸推拿学特色专业建设[No.C1034458];南方医科大学高水平大学-创新人才培养项目[No.2017JG03]

\* 通讯作者:s2qu@163.com

表1 自主学习与传统教学对课堂教学效果的影响比较

[人数(%)]

问题	教学模式	评价				
		非常低(少/差)	较低(少/差)	一般	较高(多/好)	非常高(多/好)
课堂学习注意力	自主学习**	4(2.47)	7(4.32)	28(17.28)	91(56.17)	32(19.75)
	传统教学	0(0.00)	15(9.26)	94(58.02)	47(29.01)	6(3.70)
对新知识的学习理解程度	自主学习	1(0.62)	14(8.64)	64(39.51)	76(46.91)	7(4.32)
	传统教学	0(0.00)	8(4.94)	77(47.53)	69(42.59)	8(4.94)
对于基础知识的复习程度	自主学习	2(1.23)	21(12.96)	60(37.04)	67(41.36)	12(7.41)
	传统教学	0(0.00)	11(6.79)	79(48.77)	66(40.74)	6(3.70)
对于知识点记忆的深刻性	自主学习**	3(1.85)	9(5.56)	34(20.99)	84(51.85)	32(19.75)
	传统教学	1(0.62)	14(8.64)	103(63.58)	39(24.07)	5(3.09)
知识点串联	自主学习**	3(1.85)	9(5.56)	30(18.52)	95(58.64)	25(15.43)
	传统教学	0(0.00)	24(14.81)	83(51.23)	50(30.86)	5(3.09)
跨学科联系	自主学习**	1(0.62)	5(3.09)	39(24.07)	93(57.41)	24(14.81)
	传统教学	2(1.23)	21(12.96)	100(61.73)	35(21.60)	4(2.47)
学习氛围	自主学习**	1(0.62)	5(3.09)	20(12.35)	101(62.35)	35(21.60)
	传统教学	0(0.00)	25(15.43)	99(61.11)	33(20.37)	5(3.09)
同学之间团队合作	自主学习**	1(0.62)	7(4.32)	17(10.49)	98(60.49)	39(24.07)
	传统教学	15(9.26)	49(30.25)	79(48.77)	18(11.11)	1(0.62)
自己的参与程度	自主学习**	4(2.47)	16(9.88)	45(27.78)	78(48.51)	19(11.73)
	传统教学	4(2.47)	21(12.96)	91(56.17)	39(24.07)	7(4.32)
师生互动情况	自主学习**	2(1.23)	3(1.85)	14(8.64)	86(53.09)	57(35.19)
	传统教学	3(1.85)	27(16.67)	106(65.43)	22(13.58)	4(2.47)

注:与传统教学比较,\* $Z > 1.96, P < 0.05$ ; \*\* $Z > 2.58, P < 0.01$ 

个具有同等教学水平的班级,共有学生162名。

选择《针灸治疗学》中在难易程度、教学大纲的要求上相近的某两个疾病章节作为一组,首先采用传统教学方式,围绕第一个疾病的诊断、针灸治疗及临床应用,对162名调查对象展开第一次教学活动;第一次教学活动结束后,采取自主学习(学生为主,教师为辅)方式,围绕第二个疾病对162名受试对象展开第二次教学活动,受试者自主学习有关该疾病诊断、针灸治疗及临床应用方面的内容,对于学习过程中产生的疑问,可以通过提出问题寻求教师辅导意见或自行查阅资料予以解决。

按照上述方法,选择三组不同疾病重复进行上述教学活动,完成教学活动后,全体162名学生均参与教学调查,对包括两种教学模式中发现问题、提出问题和解决问题等方面,以及对两个疾病概念、诊断、鉴别及治疗的掌握等方面进行评价。

基于问卷星收集问卷,采取不记名调查问卷的方式,对两种不同教学模式的教学成果进行最后的评价,问卷主要包括课堂教学效果、能力提高、单元学习时间和相关阅读四大模块,根据问卷评价结果分析比较两种教学模式之间的差异。

所有数据采用SPSS 22 for Windows软件进行统计分析,两种不同教学模式的评分采用配对设计Wilcoxon秩和检验,具有统计学意义的检验水准 $\alpha=0.05$ 。

## 2 自主学习与传统学习模式的调查结果

通过对问卷第一模块——课堂教学效果的分析,

发现自主学习在对于课堂学习注意力、知识点记忆的深刻性、加强知识点串联、跨学科联系、学习氛围、同学之间团队合作、自己参与程度、师生互动情况等 方面明显优于传统教学 ( $P < 0.01$ )。对接受调查的162名学生上述各方面进行进一步比较发现,101名学生表示自主学习时课堂学习的注意力有了进一步提高,101名学生认为自主学习能够更加深刻地记忆知识点,102名学生认为自主学习过程中自身对知识点的串联程度比传统教学过程中提升至少一个等级,107名学生认为自主学习对于跨学科的知识联系更加有帮助,117名学生认为自主学习学习氛围较好,137名学生认为自主学习加强了同学之间的团队合作,81名学生认为自主学习提高了自身的参与度,137名学生表示自主学习过程中师生互动有了加强。详见表1。

通过对问卷第二模块——能力提高的分析发现,自主学习在提高学生主动学习能力、自主思考能力、启发性能力、临床思维训练等方面明显高于传统教学 ( $P < 0.01$ )。对接受调查的162名学生上述各方面进行进一步比较发现,96名学生认为自主学习更能培养主动学习能力,123名学生认为自主学习更加有利于学生的自主思考,117名学生认为自主学习对学习更具启发性,127名学生认为自主学习更能训练临床思维。详见表2。

通过对问卷第三模块——单元学习时间的分析发现,自主学习时,学生花在学习上的时间明显增多,分配自己预习时间、课后拓展时间等方面明显高于传统

表2 自主教学与传统教学对能力提高的影响比较

[人数(%)]

问题	教学模式	评价				
		非常低(少/差)	较低(少/差)	一般	较高(多/好)	非常高(多/好)
主动学习能力	自主学习**	0(0.00)	4(2.47)	24(15.43)	108(66.67)	26(16.05)
	传统教学	1(0.62)	11(6.79)	96(59.26)	42(25.93)	12(7.41)
自主思考能力	自主学习**	0(0.00)	2(1.23)	18(11.11)	100(61.73)	42(25.93)
	传统教学	1(0.62)	13(8.02)	111(68.52)	32(19.75)	5(3.09)
启发性能力	自主学习**	0(0.00)	4(2.47)	25(15.43)	94(58.02)	39(24.07)
	传统教学	0(0.00)	15(9.26)	111(68.52)	27(16.67)	9(5.56)
学习效率	自主学习	4(2.47)	15(9.26)	56(34.57)	76(46.91)	11(6.79)
	传统教学	1(0.62)	13(8.02)	76(46.91)	63(38.89)	9(5.56)
临床思维训练	自主学习**	0(0.00)	4(2.47)	19(11.73)	99(61.11)	40(24.69)
	传统教学	1(0.62)	30(18.52)	96(59.26)	31(19.14)	4(2.47)

注:与传统教学比较,\* $Z > 1.96, P < 0.05$ ; \*\* $Z > 2.58, P < 0.01$

表3 自主教学与传统教学对单元学习时间的的影响比较

[人数(%)]

问题	教学模式	评价				
		非常低(少/差)	较低(少/差)	一般	较高(多/好)	非常高(多/好)
自己预习时间	自主学习**	5(3.09)	25(15.43)	46(28.40)	70(43.21)	16(9.88)
	传统教学	15(9.26)	37(22.84)	83(51.23)	25(15.43)	2(1.23)
课后拓展时间	自主学习**	1(0.62)	10(6.17)	64(39.51)	71(43.83)	16(9.88)
	传统教学	1(0.62)	25(15.43)	98(60.49)	36(22.22)	2(1.23)

注:与传统教学比较,\* $Z > 1.96, P < 0.05$ ; \*\* $Z > 2.58, P < 0.01$

表4 自主教学与传统教学中相关阅读工具对学习的影响比较

[人数(%)]

问题	教学模式	评价				
		非常低(少/差)	较低(少/差)	一般	较高(多/好)	非常高(多/好)
教材	自主学习*	2(1.23)	22(13.58)	78(48.15)	50(30.86)	10(6.17)
	传统教学	0(0.00)	10(6.17)	79(48.77)	63(38.89)	10(6.17)
教辅书籍	自主学习	4(2.47)	21(12.96)	70(43.21)	59(36.42)	8(4.94)
	传统教学	3(1.85)	16(9.88)	93(57.41)	44(27.16)	6(3.70)
电子数据库	自主学习**	4(2.47)	13(8.03)	62(38.27)	70(43.21)	13(8.02)
	传统教学	5(3.09)	27(16.67)	95(58.64)	32(19.75)	3(1.85)
百度等搜索引擎	自主学习**	5(3.09)	15(9.26)	57(35.19)	71(43.83)	14(8.64)
	传统教学	8(4.94)	27(16.67)	89(54.94)	31(19.14)	7(4.32)
丁香园等公众平台	自主学习**	8(4.94)	22(13.58)	58(35.80)	60(37.04)	14(8.64)
	传统教学	13(8.02)	27(16.67)	91(56.17)	28(17.28)	3(1.85)

注:与传统教学比较,\* $Z > 1.96, P < 0.05$ ; \*\* $Z > 2.58, P < 0.01$

教学 ( $P < 0.01$ )。进一步比较发现,在接受调查的162名学生中,有81名认为自主学习延长了预习时间,有73名学生认为自主学习丰富了课后拓展时间。详见表3。

通过对问卷第四模块——相关阅读的分析发现,传统教学在学生利用教材方面优于自主学习 ( $P < 0.05$ ),自主学习在引导学生利用电子数据库、百度等搜索引擎、丁香园等公众平台等方面明显优于传统教学 ( $P < 0.01$ )。对接受调查的162名学生上述各方面进行进一步比较发现,有50名学生认为传统教学更加依赖教材,有68名学生认为自主学习在推动学生使用电子数据库方面优于传统教学,有51名学生认为对百度等搜索引擎的使用在自主学习中得到了加强,有69名学生认为自主学习更促使自己关注丁香园等公众平台。详见表4。

### 3 自主学习与传统学习模式的比较

教学模式是教育过程中的一个重要组成部分。改进教学模式对合理分配教学资源,提高教学质量具有不可替代的作用,是推动教育的一个关键环节。

既往研究表明,传统教学是经由历史检验继承下来的教育体制与方法,是一种具有中国特色的教学方式<sup>[4]</sup>。传统教学模式以教师为中心,可以使教师更加全面地把控教学过程。在新知识与难点知识的学习过程中,传统教学中教师所扮演的角色是无可替代的,尤其是医学相关专业,经验传授是其教育教学过程中重要的组成部分。而自主学习让学生自己提出问题、搜索资料并解决问题,这种与传统教学对于探索问题所出现的认知“冲突”<sup>[5]</sup>,能够拓宽课堂学习自由度,更好

地激发学生的学习兴趣和,培养其自我分析与辨析能力,提升学生的自主学习能力。

基于学生反馈和教师观察,既往教学过程中发现,在针灸推拿核心课程的学习过程中,传统的教学模式与方法不能很好地维持学生学习的可持续性,一旦脱离教师,学生很难自主学习新知识。本研究发现自主学习能够打破传统教学模式中的局限,教师与学生角色的有效转变,使得学习的氛围变得更加平等、自由;在自主学习过程中,发现问题后,学生能够通过电子数据库、网络等多种渠道获取相关信息,而非局限于教材及教辅书籍,解决问题的过程中,锻炼了学生获取信息、分析资料、去伪存真的能力,也加强了学生与教师、团队之间的交流与合作,提高了学生自身在学习中的参与度。这种“以学生为中心”的学习模式,可以通过在讨论问题过程中产生的“矛盾与冲突”提升学生的学习兴趣,引导学生通过调动更多的可利用资源来探索问题的答案,提高其自主学习、解决问题的能力。在自主学习过程中,学生会主动花费更多的时间和精力去获取知识,而学生作为主导者,对自己的学习具有决策权,能够根据自身情况合理地调配学习时间,不拘泥于有限的课堂,而是在一段相对长的时间里自主控制学习进度,自主地

安排时间学习重点、难点知识。

优秀的教学模式与良好的学习方法是提升自主学习能力、提高教学质量的重要保障。在本研究中,自主学习与传统教学相比较,具有明显优势,更加适合新的社会形势对教育体制改革的要求,但是在由传统教学模式向自主学习模式转化的过程中不可冒进,要综合社会特色、学校资源、教师素质与学生自身情况特点等因素,进行合理妥善改革。针灸治疗学以学生为主的自主学习模式,尚在探索中。如何更好地开展混合教学,进一步提高教学质量,培养学生的创新能力,仍有待进一步研究。

#### 参考文献

- [1]Holec H. Autonomy and Foreign Language Learning[M]. Oxford: Pergamon Press, 1981.
- [2]Smith R C. Teacher education for teacher-learner autonomy. In Gollin Jetal (eds.). Symposium for Language Teacher Educators: Papers from Three IALS Symposia[M]. Edinburgh: IALS, University of Edinburgh, 2003.
- [3]Little D. Learning as dialogue: The dependence of learner autonomy on teacher autonomy[J]. System, 1995, 23(2):175-181.
- [4]杨茜.回溯中国教育传统及其对现代教育之重建[J].中国教育学刊,2016(1):9-31.
- [5]隋勇,秦波.高校开展翻转课堂教学改革的初步思考[J].重庆第二师范学院学报,2017, 30(3):118-121.

(本文编辑:张文娟 本文校对:赵晓山 收稿日期:2018-03-19)

## 大专院校中药化学课程理论教学体会<sup>※</sup>

孙媛程斌\* 阮洪生 周爱珍\* 陈宏降

(浙江医药高等专科学校中药学院,浙江 宁波 315100)

**摘要:** 中药化学是应用现代科学理论与技术研究中药化学成分的科学,在中医药现代化进程中有着重要作用。中药化学属中药学专业课程中较难学的一门课,同时大专院校的学生化学基础普遍薄弱,并且学生思想上不重视。为了提高学生的学习兴趣,提高中药化学课程理论教学质量,笔者结合教学一线亲身体会,对这门课从整体观的教学理念及课堂趣味化等方面,总结几点自己的体会。

**关键词:** 中药化学; 整体观; 趣味化; 理论教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.003

文章编号:1672-2779(2018)-15-0006-03

### Experience of Theoretical Teaching of Chemistry of Chinese Materia Medica in Higher Vocational College

SUN Yuan, CHEN Bin, RUAN Hongsheng, ZHOU Aizhen, CHEN Hongjing

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

**Abstract:** Chemistry of Chinese materia medica is the subject which applied the theory of modern science and technology to study the chemical composition of traditional Chinese medicine, and plays an important role in the modernization of traditional Chinese medicine. Chemistry of Chinese materia medica is a more difficult major, however, the students of colleges and universities generally has weak chemical basis, and didn't pay attention to it. The authors summarized some own experiences and suggestions combines the teaching experiences, which contain holistic view and funny math, to improve the students' interest in learning and the quality of Chemistry of Chinese materia medica teaching.

**Keywords:** Chemistry of Chinese materia medica; holistic view; interesting; theoretical teaching

中药化学是中药学专业的一门专业基础课,是结合中医药基本理论和临床用药经验,主要运用化学的

理论和方法及其他现代科学的理论和技术研究中中药化学成分的学科,其内容主要包括中药中有效成分的化学结构、理化性质、提取分离方法及主要类型化学成分的检识与结构鉴定<sup>[1]</sup>。该课程采用现代化学方法研究传统中药,在教学中占据特殊而重要的地位,是沟通传统中医药与现代技术之间的桥梁,尤其在中药现代

<sup>※</sup> 基金项目:全国教育信息技术研究课题[No.146242060];浙江省教育技术研究规划重点课题[No. JA016]

\* 通讯作者:79200929@qq.com

化和国际化的发展形势下,中药化学课程显得尤为重要<sup>[2]</sup>。同时,中药化学所涉及的知识内容既是药用植物学、中药制剂分析等必不可少的基础,又与中药药剂学、中药炮制学、中药鉴定学等专业课程互相交叉渗透,具有承上启下、联络贯通的重要作用。中药化学与中药开发、生产、加工、质量评价、临床应用等密切相关<sup>[3]</sup>,对于中药学专业人才培养目标的实现起着至关重要的作用。

大学生是高等教育的主体,是高等教育的受教育者和受益者,也是高等教育过程的参与者和体验者,但传统的课堂教学方法已无法满足现代大学生的需求,因此,PBL法<sup>[4]</sup>、目标教学法<sup>[5]</sup>、启发式教学、Seminar教学法<sup>[6]</sup>、研究性教学法<sup>[7]</sup>、PDCA循环法<sup>[8]</sup>、情景教学法<sup>[9]</sup>等广泛应用于中药化学。中药化学属中药学专业课程中比较难学的一门课,同时大专院校的学生化学基础普遍薄弱,并且误以为这门课与专业联系不多,思想上不重视,因而学生很难学好这门课<sup>[10]</sup>。在实际教学过程中,摸索出恰当有效的教学方法显得尤为重要。为了激发学生的学习兴趣,提高教学质量,培养高素质应用型人才,笔者在中药化学课堂教学过程中,总结出以下六点教学体会。

## 1 教学体会

### 1.1 加强中药化学整体观的教学理念

中药化学的背景是中医药基本理论和临床用药经验,主要运用化学的理论和方法及其他现代科学的理论和技术研究中药化学成分。当前中药化学的局势,无论是科研,还是教学,均背离中医药基本理论和临床用药经验。在培养中药学专业学生的过程中,我们要具有中药化学整体观的教学理念,强调中药化学不同于其他类的化学,侧重在“中药”。其次,中药化学是中药学专业知识结构体系中一门非常重要的专业基础课程,主要知识点融汇贯穿于中药学专业课程之中。因此,中药化学的教学应加强与中药学专业其他课程关联性的渗透,增强学生对中药学专业整体性的认识,培养学生中医药思维,提高学生综合能力。中药化学与中药炮制、中药制剂、中药鉴定等专业课程有着紧密的联系,在授课过程中,要多将相关的知识点串联。比如,延胡索采取醋制的炮制方法。延胡索的有效成分为生物碱类成分,用水煎煮后有效成分的溶出量少,但醋炒后延胡索中的生物碱与醋酸结合生成易溶于水的醋酸盐,使水煎液中溶出的总生物碱含量增加,从而增强延胡索的镇痛作用。生物碱类成分从理化性质看最典型的特点就是碱性能与酸结合成盐,所以依据这个特点选择醋炒的方法,使有效成分的溶出率增加,药性增强。防止学生在学习的过程中只注重课程的内容及相关知识点的记忆和掌握,忽略了专业的整体性,最

终造成缺乏专业的技能与思维。所以在教学的过程中要有意识地培养学生中医药思维,建立课程体系的整体观,为学生今后从事中药相关工作奠定良好的专业基础。

### 1.2 引导学生多关注行业现状

学生在校期间大多数时间都是在学习课本理论知识,自己没有太多意识去关注行业的最新动态。但是走出校园后,课本知识是远远不够的,身为学生专业道路上的启蒙者,我们教师有义务多培养学生学会课本知识,再跳出课本,放宽视野,多关注行业现状。例如,《台湾及更广亚洲地区的肝癌与马兜铃酸及其衍生物广泛相关》论文刊出后,含马兜铃酸的中药立即被推至舆论的旋涡中,这些舆论中不乏故意诋毁中医中药者。在这样一种公众疑惑、质疑、恐慌等情绪背景下,作为当代中药学专业的大学生,我们的学生不能只埋头于课本知识,两耳不闻窗外事,要以自己所学知识告知身边的亲朋好友事实,因而笔者及时地引导学生关注此次事件,在任课程班级中开展了“关于马兜铃事件—你怎么看?”主题讨论课。首先介绍事件发生的背景,以及马兜铃酸的基本情况,其次说明民众们的恐慌情绪以及专家们的回应。然后请同学们畅所欲言,发表自己的观点。最后,总结学生们的想法和观点。同学们从药材基原、加工炮制、配伍应用等方面一一进行了梳理,更加明白中医中药的整体观及配伍,并且明白了以单一的化学成分作为中药质量控制标准的局限性。关于这一点,有学生说:“不回避问题,是解决问题的第一步;承认并认识局限,是克服局限的前提”。最后,对于恶意诋毁中医药的言论,有学生说:“对于建议我们虚心接受,对于谩骂请你慢走”。

### 1.3 及时跟进学情 做到因材施教

当代大学生思想活跃,想法层出不穷,教师需要及时跟进学情,从而做到因材施教。为了保证教学质量,在学期初上课前,教师通过查看前期考试成绩,与辅导员、班主任以及与前期课程授课老师交流,以及与学生交谈、问卷调查等多种方法,初步了解了学生的一些学情情况,便于在授课时做到因材施教。以大多数同学的情况确定集体教学的主要内容、方法和总体进度;对基础较好的学生,在掌握基本知识的前提下,额外拓展行业最新研究方法;对基础薄弱并且对这门课没有信心的学生,着重激发起学习的兴趣,一个真正伟大的教育工作者,不会试图把学生带进他个人知识的殿堂,而会将他们引到心灵的门口,提高自发学习的兴趣。

### 1.4 知识性和趣味性相结合

教师的教学方法对提高教学效果具有关键的作用。中药化学需要有机化学、分析化学、生物化学等学科作为前期基础课,涉及知识面广泛,而学生普遍化学基础差,更有大批化学基础

非常薄弱的文科生；且化学成分结构、理化性质等方面对大专学生而言比较抽象，学习本门课程难度相当大，从而造成学生对本门课程的学习兴趣不大。“兴趣是最好的老师”，因而如何调动学生的学习兴趣和提高学生的学习效率是我们中药化学任课教师首先要去攻克的难题。教师要合理使用多种教学方法，注重引导和激发学生的内部学习动机。兴趣是内部学习的动机之一，培养学习兴趣是关键，这是提高学习投入的最佳办法，起到事半功倍的效果。如举例说明青蒿素、紫杉醇、甜菊苷、麻黄碱等有效成分在抗炎、抗病毒、抗肿瘤等方面的药理作用及研究热点。此外，学生对一门课程产生兴趣，与任课教师的授课风格息息相关。老师平易近人、风趣幽默，学生自然会更愿意放下手机抬起头，听老师上课。如以牵牛花为例，讲述花色色素颜色随PH值变化的知识点。牵牛花是旋花科牵牛属一年生缠绕草本植物，其花叫“勤娘子”，因为它是一种很勤劳的花，每当公鸡刚啼过头遍，时针还指在“4”字左右的地方，绕篱萦架的牵牛花枝头，就开放出一朵朵喇叭似的花来。牵牛花是个大自然的“魔法师”，它的颜色会一日三变，早上是红色，中午是紫色，到了晚上，又会变成蓝色。牵牛花在一天内不断变换颜色的主要原因就是其中所含的花色素，会随着PH值的变化而变化，在酸性条件下是红色，中性条件下是紫色，碱性条件下是蓝色。将枯燥的化学成分性质与生活中身边比较有趣的现象结合起来，学生在轻松愉悦的状态下，很容易就吸收了知识点，并且印象深刻。

**1.5 善于总结记忆技巧** 中药化学知识琐碎，尤其是各种化学识记方法繁杂，不仅需要学生理解其反应原理，而且需要记住反应现象，从而能在实际的操作中灵活应用。这就需要任课老师在平时的授课过程中，多总结一些简单快速的记忆技巧。笔者在授课过程中，经常以一些通俗易懂的方式总结知识点，帮助同学们在课堂上，不仅消化原理，同时记住知识点。比如，黄酮的化学识记方法中，锆-柠檬酸反应可区别C<sub>3</sub>-与C<sub>5</sub>-位羟基黄酮，二者均可跟二氯氧锆（ZrOCl<sub>2</sub>）生成鲜黄色的锆配合物，但二者对酸的稳定性不同，当再加2%柠檬酸甲醇溶液，用水稀释后，C<sub>5</sub>-位羟基黄酮溶液的黄色显著减退，但C<sub>3</sub>-位羟基黄酮溶液仍呈显黄色。原理是C<sub>5</sub>-位羟基与C<sub>4</sub>-酮基黄酮锆配合物性质不稳定，而C<sub>3</sub>-位羟基与C<sub>4</sub>-酮基黄酮锆配合物性质稳定，最终造成了这样的差异。如果上课时，老师只是一味地强调这个反应对鉴别C<sub>3</sub>-与C<sub>5</sub>-位羟基黄酮很重要，要求大家掌握，学生只靠死记硬背，很容易混淆。笔者上课时，以“1314一生一世”，感情很牢固，配合物性质很稳定，作为记忆切入点，C<sub>3</sub>-位羟基与C<sub>4</sub>-酮基黄酮锆配合

物性质稳定，最终颜色不会褪去。学生很快就记住，并且不容易忘记。

**1.6 多媒体的灵活应用** 在开始学习中药化学课程前学生没有相关实验经历，对实验室陌生，并且实验仪器接触也少，如果教师课堂上只通过单纯的描述教学手段讲解一些化学仪器和现象，学生会感觉比较抽象、枯燥，理解困难，进而逐渐丧失学习兴趣。如果教师充分利用多媒体技术，比如图像视频等各种手段让学生直观地观察仪器和现象，并结合讲解，学生接纳度会提高，教学效果也会提升。一些大专学生对理论知识的学习积极性不高，缺乏兴趣。针对大专学生形象思维非常活跃和对直观的东西感受力强的特点，教师更应发挥多媒体教学的优势。如，溶剂提取法中的渗漉法操作从药材湿润→静置→垫棉花→样品装筒→加石块→加液、排气→渗漉→收集滤液止，这一系列过程，如果只是用苍白的语言重复书上的步骤，学生脑子里不仅没有形成直观的印象，反而会对这么枯燥的操作过程产生抵触心理。再比如，虹吸现象是连续回流法的重要原理，单一的语言描述很难将这么抽象的现象表达清楚，所以借助一些动画片视频直观和形象的特点，给学生看演示动画或相关操作视频，伴随解说，达到事半功倍的效果。此外，中药化学课程中，各章节涉及大量的颜色反应，在制作PPT时，有意将反应最终的颜色以相对应的颜色标识，以一种直观的视觉效果加深学生的印象。

## 2 总结

在中药化学这门课的教学过程中，要加强中药化学整体观的教学理念，强调中医药基本理论和临床用药经验的背景；及时跟进学情，做到因材施教；知识性和趣味性相结合，培养学生兴趣，并总结记忆技巧。此外，引导学生学会课本知识，跳出课本知识，放宽视野，多关注行业现状，培养高素质人才。

## 参考文献

- [1]匡海学.中药化学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2011:4.
- [2]何永志,邓雁如,高缨,等.《中药化学》教学改革的一点体会[J].天津中医药大学学报,2007,26(4):208-209.
- [3]杜方麓.中药化学[M].北京:中国中医药出版社,2006:1.
- [4]才谦.《中药化学》教学中应用PBL教学法的设想[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(12):213-215.
- [5]田树草,张永平.目标教学法在中药化学课程教学中的应用[J].药学教育,2003,19(3):25-26.
- [6]陈建真.Seminar教学法在中药化学教学中的应用[J].中国高等医学教育,2008(6):85-87.
- [7]林珠灿,凌伟坚,李煌,等.基于研究性学习的中药化学教学探索与实践[J].基础医学教育,2013,15(9):837-838.
- [8]陶华明,殷勇冠,朱全红.PDCA循环在《中药化学》理论教学中的应用[J].中国医药导报,2011,8(3):114,117.
- [9]邹忠杰,李光禧.中药化学课程教学改革的探究[J].中药与临床,2013,4(1):47-48.
- [10]孟振豪,阮洪生,陈宏泽.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:张文娟 本文校对:蔡红蝶 收稿日期:2018-04-27)

## 多种教学方法在生理学教学中的整合应用<sup>※</sup>

朱 璨<sup>1</sup> 李尧锋<sup>1</sup> 陈代勇<sup>1</sup> 彭 芳<sup>1\*</sup> 史 琴<sup>1</sup> 陈天琪<sup>1</sup> 周 慧<sup>1</sup> 王 嫣<sup>1</sup> 罗 坤<sup>1</sup> 田维毅<sup>2</sup>

(1 贵阳中医学院生理学教研室, 贵州 贵阳 550025; 2 贵阳中医学院教务处, 贵州 贵阳 550025)

**摘要:** 生理学是重要的医学基础必修课程, 其理论性强、内容抽象, 学生往往难以理解和掌握。主流的LBL、PBL、TBL、CBL、RBL、ReBL等教学法各有利弊, 单一的教学方法已无法满足现代医学教育的需求。因此, 将多种教学方法有机结合在一起, 以提高教学质量, 培养学生综合能力, 是未来教学模式的发展趋势。本文就常用几种教学方法的特点展开讨论, 并简要介绍在生理学教学中整合应用多种教学模式的实践体会, 为深化教学改革、提高教学质量提供参考。

**关键词:** 生理学; 教学方法; 整合应用; LBL教学法; PBL教学法; TBL教学法; CBL教学法; RBL教学法; ReBL; E-learning教学法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.004

文章编号:1672-2779(2018)-15-0009-03

### The Integrated Application of Multiple Teaching Methods in Physiology Teaching

ZHU Can<sup>1</sup>, LI Yaofeng<sup>1</sup>, CHEN Daiyong<sup>1</sup>, PENG Fang<sup>1\*</sup>, SHI Qin<sup>1</sup>, CHEN Tianqi<sup>1</sup>, ZHOU Hui<sup>1</sup>, WANG Yan<sup>1</sup>, LUO Kun<sup>1</sup>, TIAN Weiyi<sup>2</sup>

(1. Department of Physiology, Guiyang College of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550025, China;

2. Office of Academic Affairs, Guiyang College of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550025, China)

**Abstract:** Physiology is an important compulsory course of basic medicine, which is too theoretical and content abstract to understand and grasp. Teaching methods like lecture-based learning (LBL), problem-based learning (PBL), team-based learning (TBL), case-based learning (CBL), research-based learning (RBL) and resources-based learning (ReBL) both have advantages and disadvantages. Each single teaching method has been unable to meet the needs of modern medical education. Therefore, the organic combination of such teaching methods, in order to improve the quality of teaching and cultivate students' comprehensive ability, is the future development trend of the teaching mode. This article has discussed the characteristics of some common methods of teaching, and briefly introduced the practical experience of integrated application of various teaching methods in physiology, so as to provide reference for deepening teaching reform and improving teaching quality.

**Keywords:** physiology; teaching methods; integrated application; LBL teaching method; PBL teaching method; TBL teaching method; CBL teaching method; RBL teaching method; ReBL; E-learning teaching method

医学生理学是一门研究正常人体生命活动规律的科学, 是基础医学的主干学科之一, 具有承上启下的重要作用。但是, 生理学也因其理论性较强、内容繁多、机制复杂, 使学生望而生畏。如何帮助学生高效全面地学习生理学, 为今后的学业奠定坚实的基础, 是我们生理学教师亟待解决的问题。近年来, 随着教学改革的深入, 在传统的讲授式教学 (lecture-based learning, LBL) 的基础上, 出现了基于问题 (problem-based learning, PBL)、基于团队 (team-based learning, TBL)、基于案例 (case-based learning, CBL)、基于研究 (research-based learning, RBL)、基于资源 (resources-based learning, ReBL) 的多种教学方法。但教学过程中因班级、人数、内容不同, 单一的教学方法很难满足实际工作需求。

因此, 在充分认识到各种教学方法利弊的基础上, 结合实际教学工作, 恰当选择多种教学法进行有机整合, 以达到“授人以鱼”和“授人以渔”的目的显得十分重要。下面本文将对各主流教学法的特点做一阐述, 并简要介绍我室在生理学教学中整合应用多种教

学法的实践体会。

#### 1 各类主流教学法的特点

**1.1 LBL教学法** 即传统的课堂教学, 通过教师灌输式教学, 使学生掌握大量知识的教学法。LBL通常为大班授课, 能节省教学资源; 讲授的知识系统、全面; 对学生基础能力要求不高, 教师可照顾到各知识层面的学生; 现代丰富的教学资源, 也使LBL能提升学生的学习兴趣。当然, LBL弊病也较多, 首先以教师为主体、学生被动接收知识, 不利于培养学生主动学习和独立思考的能力; 最重要的是, LBL培养的学生或许应试能力强, 但创新能力和综合运用能力差, 而在医学中, 综合运用能力恰恰是最重要的。

**1.2 PBL教学法** PBL是以学生为中心, 以问题为导向, 以小组讨论形式, 在教师参与下, 围绕某一医学相关问题进行的学习过程, 最早由美国的神经病学教授Barrows于1969年首先引入了医学教育领域<sup>[1]</sup>。PBL以学生为主体, 变被动学习为主动学习, 学生围绕问题自行搜索资料、讨论分析、解决问题, 这有助于提高学生的自主学习能力、团队协作能力和对知识的综合运用能力。PBL的缺陷也很明显, 首先学生将精力都投注到解决问题上, 忽略了基础知识系统连贯的学习; 其次, 学生查阅资料、分析讨论、总结汇报所花费的时间远远多于LBL教学, 明显加重了学习负担; 此外,

※ 基金项目: 贵州省教育厅师资团队建设项目【No.黔教高发[2017]158号】; 贵州省教育厅教学内容和课程体系改革重点项目【No.黔教高发[2013]446号】; 贵阳中医学院教学改革研究项目【No.贵中医改合字[2015]52号】

\* 通讯作者: 1090038488@qq.com

我国对PBL师资力量、教学经验和教材相对缺乏,相配套的评价体系尚不完善。

**1.3 TBL教学法** TBL是以团队协作为基础,以教师讲授和学生讨论相结合的一种教学方法,由Larry K Michaelsen于2002年提出<sup>[2]</sup>。教学过程为:课前告知学生预习要点——学生自学——课堂测验1(独立完成)——课堂测验2(组内讨论完成、代表发言)——教师精讲——课堂作业(组内讨论完成、学生自评)——组内互评。TBL以小组合作为基础,通过各环节学习,实现了学生自主学习、讨论学习和互助互学,这对学生分析问题、解决问题、团队合作和人际交往能力均有较大提高。TBL的弊端类似于PBL,包括加重学生负担、对学生的素质以及师资的要求较高。但较PBL而言,TBL强调的是带着学习目标的课前及课堂的学习,其更偏向于基础、学科跨度较小、对学生能力要求也较低,且更注重通过团队合作获取和强化知识,团队之间取长补短、形成良性竞争机制。

**1.4 CBL教学法** CBL是以病例为导向、以学生为主体、以教师为主导的案例式教学<sup>[3]</sup>。教师根据教学目标设置经典案例,有意识引导学生围绕案例进行搜索、分析和判断,积极寻找各种可能的答案,以培养学生自主学习、沟通协作和理论联系临床的能力。从某些方面而言,CBL可以看成是PBL的延伸加强版,PBL通常采用小型标准化案例,而CBL案例更偏向于临床诊断治疗的探讨,内容也较为复杂,因此,CBL要求学生具备一定的理论基础和实践经验。学生结合自身已具备的医学素养,对同一案例可能产生不同的观点,在互动讨论中拓展其创造性思维。另外,CBL存在的缺陷与PBL、TBL类似。

**1.5 RBL教学法** RBL本着以学生为中心的原则,把科研融入教学,通过设计综合性实验、探索性实验,在导师指导下,学生参与科研全过程<sup>[4]</sup>,将学习、探究和实践有机结合,帮助学生建立严谨的科研思路,激发其探索未知的主动性,以达到培养复合型、高素质创新型人才的目的。实施过程为:启发学生研究课题——学生撰写课题申请书——导师修正——实验——提交论文和结题报告。RBL注重学生科研创新能力和沟通协作精神的培养,但RBL教学成本高和师资要求较高。

**1.6 ReBL、E-learning教学法** ReBL是高等教育随着全球网络信息化的发展衍生的教学模式,是学生利用各种教学资源如标本、文字、图片、动画、视频等开展教学实践活动,完成学习任务的过程,也可以理解为“自主学习”<sup>[4]</sup>。ReBL将学习目标和信息文化整合起来,使学生成为积极的学习者,能培养学生搜集、加工处理、评价信息的能力,并且在强化学生自我更新、自我发展和终身学习的观念与能力中起到了重要作用。但在ReBL中,学生仍需花费较多的精力和时间,加重其学习负担。

随着时代发展,一种全新的利用网络进行教学的模式——E-learning应运而生<sup>[5]</sup>,通过在交互式环境中提

供网络课程、多媒体课件等内容,设定学习模式和教学管理,使教学资源、教学管理和师生交流获得了更好的发展空间,但目前E-learning教学在国内医学教学的应用尚不普及。

## 2 整合应用的实践体会

由于师资力量有限,我室本科生理学课程仍以大班授课为主,我们发现:(1)大班学生人数较多(大于100人),且学习层次不同,单一的LBL、PBL、CBL、RBL等教学都无法满足教育需求;(2)学生多处在一下学期或大二上学期,前期只学习过解剖学和组织胚胎学,缺乏临床知识背景和实践经验,CBL的案例大多无法完全运用于教学;(3)RBL要求导师具备丰富的科研经验,实现“一对一”或者“一对二”的精英教育模式,而在大班授课的背景下,“一对一百”显然不可能完成。

针对以上问题,我室尝试以LBL为基础,整合PBL、TBL、ReBL,并适当补充CBL、RBL、E-learning,以激发学生的学习热情,培养其自主学习、团队协作能力以及对知识的综合运用能力,提高生理学教学质量<sup>[6-8]</sup>。学生调查问卷显示多种教学方法的整合应用在生理学教学中取得了较好的效果,现将一些教学体会阐述如下。

(1)首先LBL能照顾到各层次学生的需求,在大班中应用尤为普通,教师掌握授课进度,保证大部分学生能系统连贯地掌握所学知识,从而在一定程度上控制教学质量、完成教学任务。(2)在重点、难点内容的学习中,我们整合PBL、TBL和ReBL,通过设置医学相关问题,引导学生围绕问题搜集查阅教学资源,如图书、网络精品课程、慕课、微课、直播课等,从而调动学生的主动性,培养并锻炼学生自主学习、综合分析和解决问题的能力。例如,在学习血浆渗透压时,我们设置了如下问题:血浆晶体渗透压和血浆胶体渗透压如何形成?有何生理作用?临床输液配液为何常选用5%葡萄糖或0.9%氯化钠溶液?营养不良时出现水肿的原因是什么?在这些问题的引导下,学生通过查找资料、小组讨论,不仅加深了对血浆渗透压生理意义的理解,将基础知识和临床实际紧密联系起来,并且自主学习的能力也得到了大幅度的提升。在学习神经纤维兴奋传导的特点时,我们设置如下问题:神经纤维兴奋传导的特点有哪些?临床上局部麻醉药普鲁卡因镇痛的原理是什么?低温麻醉的原理是什么?学生围绕一系列问题去搜集、讨论分析并提出解决方案,在此过程中其综合素质能力均能得到较大提高。(3)在学习与临床联系非常密切的内容时,我们会适当补充CBL,比如,在学习动脉血压的影响因素中,给予简短案例“患者,女,25岁,右下腹撕裂样疼痛半小时入院,停经45天,阴道不规则出血7天。查体:神志欠清、表情淡漠,血压72/49 mmHg,血HCG 1001 IU/L,妇科B超提示右侧附件混合性包块,盆腔积液深2 cm”。提问患者的临床诊断是什么?正常血压范围值

是多少?患者血压降低的主要原因是什么?提问时偏向病理生理机制和诊断,避免偏向临床治疗。这是一个典型的妇科急重症——异位妊娠破裂出血,大失血使患者循环血量大大减少,与血管容积不相适应,故出现血压降低,危及生命。CBL学生通过小组合作对案例内容进行检索、分析和判断,不仅能加深学生对基础知识的掌握,也提前让学生接触临床,并促进组间良性竞争,对提升学生综合素质大有裨益。(4)在实验课中,我们引入了E-learning和RBL。我校建有虚拟仿真实验中心,我室亦自行拍摄制作了实验教学视频,包括BL-420S生物信号系统、血型血压、反射弧的分析、期前收缩、心血管活动的调节、呼吸运动的调节等。通过局域网络在各实验室同步播放,确保每名学生都能清楚地学习实验过程。除了大纲要求的实验任务外,我们鼓励并启发学生对实验进行深入的思考,条件允许下可通过实验进行科学验证。比如,在“刺激频率与骨骼肌收缩形式”实验中,除了观察肌肉收缩形式外,还鼓励学生同步观察骨骼肌电位变化,并对实验结果进行讨论分析,这不仅温习了基础理论知识,更重要的是启发了学生对科研的兴趣。

### 3 结语

综上所述,各种教学方法均有其优缺点,应该根据实际授课对象、授课内容整合应用。对于医学生而

言,生理学属于基础阶段的主干课程,以LBL为基础,对于内容抽象、难以理解的知识点可采用PBL、TBL、ReBL,对于与临床联系较密切的知识点可采用CBL,在实验课中适当补充E-learning和RBL,形成多种教学方法整合应用的立体教学模式。实践证明,这一教学模式有助于提高学生自主学习的能力,全面提升学生的综合素质。一言以蔽之,教无定法,教学方法不会一成不变,对不同授课对象和授课内容,我们应灵活选用、有机整合,从而取得最好的教学效果。

### 参考文献

- [1]张苏丽,王雯,刘慧荣.PBL学模式在医学生理学中的应用研究[J].基础医学教育,2016,18(11):868-871.
- [2]MICHAELSEN L,SWEET M,DEAN X,et al.Team-based learning:small group learning's next big step[M].New York:John Wiley&Sons Inc,2008:1-99.
- [3]唐晓露,朱晓燕,王长楠,等.医学生理学教学中LBL+PBL+CBL教学模式应用的体会[J].基础医学教育,2016,18(2):96-98.
- [4]赵万红,龙瑞,朱克刚,等.我国高等医学教学模式改革的思考[J].医学与哲学,2014,35(4A):74-77.
- [5]周蓉,吴晓燕,陈蕾,等.E-learning在医学院校生理学教学中的应用初探[J].基础医学教育,2015,17(8):725-727.
- [6]史琴,彭芳,周慧,等.交互式教学法在我校生理学教学中的做法和体会[J].贵阳中医学院学报,2017,39(3):86-88.
- [7]彭芳,陈代勇,朱臻,等.百一测评在生理学教学中的应用[J].成都中医药大学学报,2018,20(1):47-49.
- [8]陈代勇,彭芳,朱臻,等.教学方式的时空延伸方法比较[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2018,20(1):32-28.

(本文编辑:张文娟 本文校对:钱海兵 收稿日期:2018-05-22)

## 中医诊断学双语教学困境及教学模式探索<sup>※</sup>

李修阳 向楠 英振昊\*

(山东中医药大学中医学院,山东 济南 250355)

**摘要:**通过分析中医诊断学双语教学过程中遇到的具体问题,指出双语教学的困境所在。主要表现为教学定位不清晰、教学对象不明确、教材编写缺乏规范性和统一性、师资队伍薄弱和考核方式模糊等方面。通过梳理现阶段中医诊断学常见的双语授课模式,探讨恰当的教学模式应当遵循的正确原则,为中医诊断学双语教学模式的改革和创新提供借鉴与思路。

**关键词:** 中医诊断学; 双语教学; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.005

文章编号:1672-2779(2018)-15-0011-03

### Exploration on the Dilemma and Teaching Mode of Bilingual Teaching of Traditional Chinese Medicine Diagnostics

LI Xiuyang, XIANG Nan, YING Zhenhao

(School of Traditional Chinese Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China)

**Abstract:** By analyzing the specific problems encountered in the bilingual teaching process of TCM diagnostics, this paper points out the dilemma of bilingual teaching, which is mainly manifested in obscure teaching orientation and selection of target students, lack of standardization and uniformity of teaching materials, weakness of teaching staff and unclear assessment, etc. By analyzing the bilingual teaching mode of TCM diagnostics in present stage, the principles that the appropriate teaching mode should follow was discussed, so as to provide reference and thought for the reform and innovation of bilingual teaching mode of TCM diagnostics.

**Keywords:** traditional Chinese medicine diagnostics; bilingual teaching; teaching mode

随着中医药的国际化发展逐步上升为国家战略,国际合作与交流日渐频繁。复合型中医双语人才面临

较大的缺口,也亟待高校培养出合格的相关人才来填补这一需求。近些年来双语教学也是很多中医院校的教学改革热点,但因为中医学本身的学科特点,与外语的结合面临重重困难,既没有固定的教学模式可寻,也没有标准的课堂示范可供参考,因此发展相对缓慢。中医诊断学是中医学的主干课程,也是架设中医

※ 基金项目:山东中医药大学教育教学研究课题[No.ZYY2017015、No.ZYZ2017015]

\* 通讯作者:yzhdoctor@163.com

基础理论与临床实践的桥梁课程<sup>[1]</sup>。国内许多中医院校先后开展了中医课程（包括中医诊断学）的双语教学改革工作，也取得了较为显著的成效。但是囿于诸多因素的限制，现尚无固定的教学模式可循，也面临诸多困境。在很多院校中医课程的双语课堂中，学生积极性并不高，甚至出现排斥此类课程的现象，教师教学热情明显受挫，教学效果不理想，教学改革工作难以推进。

### 1 中医诊断学双语教学面临的主要问题

**1.1 教学定位和教学对象不明确** 在许多中医院校开展的中医诊断学双语教学中，教学定位和对象尚不明确。中医学是根植于中国传统文化和哲学的一门学科，理论与实践是融为一体的。学生是要通过这门学科获得基本专业知识和临床技能的。因此，中医诊断学的双语教学在本质上不同于工科院校或综合性大学的双语教学定位，不是引入原版教材、引进国际上先进的科技知识和成果这种“知识输入型”教学理念就能解决的。教学内容也不是简单专业术语与西医学名词在翻译上的单纯对应<sup>[2]</sup>。其教学定位一定是在培养学生中医基础理论与临床技能的基础上再进行双语表达。中医是根本，双语只是让学生多了一种表达中医的方式和途径，扩大中医的传播面。在教学对象上，也不同于普通学科可以在所有班级全面铺开，而是要选择有一定英语基础，并且有学习意向和热情的同学。如果随意选择普通班级试用双语教学，势必难以开展。众所周知，中医院校的学生英语基础相对比较薄弱，在专业课程都难以听懂，尚需时间进行消化的情况下，教师再运用英语进行授课，不但增加了学生的听课负担，还无形地将专业课内容进行了压缩。最终导致学生不仅专业知识没有学习扎实，专业外语也没有掌握多少，教学效果可想而知。

**1.2 教材缺乏规范性和统一性** 首先，体现在教材上。不仅是中医诊断学，国内中医院校几乎所有中医课程的英语教材都没有国际通用版本，因此翻译也就没有规范性。大部分双语或者全英教材是给来华学习中医的留学生编写的，部分高校也有自编教材，但是自编教材在系统性和统一性方面的欠缺，也成为制约中医诊断学双语教学工作的一个主要问题。另外，中医诊断学属于专业基础课程，涉及整个中医学课程体系中最基本的概念等知识内容，专业术语翻译的不规范、不统一，会严重影响其他相关课程的教学工作。世界中医药联合会正在着手出台中医术语的规范化翻译，但其完善、成熟及被多方认可，尚需一段不短的时间<sup>[3]</sup>。

虽然自编教材和现有的教材有一些翻译方面的争议，但是在实际教学过程中，这些其实并不是最重要的，因为学生会用多种翻译方式进行表达也不是坏事，只要能把中医理论吃透，自己也会去甄别，尽可能地选择更贴切、更符合中医特点的表达即可。

**1.3 师资队伍薄弱** 教师是教学工作的核心，任课教师水平高低在很大程度上决定了教学效果的优劣。目前，从事中医诊断学双语教学工作的教师多是中青年专业教师，其来源主要有两部分。一部分是中医诊断学专业的青年教师，一部分是外语专业但有中医相关学习背景的教师。前者由于缺乏系统的外语专业培训，平时的外语积累主要在阅读外文文献上，缺乏口头训练，在使用外语讲授专业课程时存在着语音、语法、表达方式等不同层面的问题。后者虽然在外语表达的驾驭上比较自如，但是中医的相关专业术语及其深层次理论的解释却需要深厚的中医理论基础甚至是临床经验作为支撑，而这正是外语专业教师的短板。因此，和其他中医课程的双语教学一样，中医诊断学的双语教学也需要既能精通中医药理论，又能熟练掌握外语尤其是口语表达的复合型师资。但是目前我国在这方面的拔尖人才并不算多，师资方面的缺乏也直接影响到教学效果。因此，各中医院校应该定期组织教师进行相关的进修，加强院校之间双语教学师资的培训交流。

**1.4 考核方式模糊** 在中医诊断学双语课的考核方式上，目前很多已经开展双语教学的院校的考核标准比较模糊，甚至只是流于形式，没有真正纳入到对学生的期末考核。有些学校只是进行简单的专业术语的外语词汇考核，不能全面地考察学生对知识的接受和理解程度。考核的结果在学生本门课的期末成绩中所占比例很少。这样的考核方式无疑把外语和中医分割开了，我们学习双语课的目的不是简单掌握几个外语专业术语，而是要真正地把中医和外语融合起来。学会在临床上运用外语表达中医，把中医的理论真正传播到国际上去，让更多人了解中医药，理解中医药，受益于中医药。

## 2 中医诊断学双语教学模式的探索

**2.1 教学模式探索呈现多样化** 正是认识到了上述问题，国内很多院校开展了许多相关的教学模式探索。例如，在传统教学法的基础上，田氏<sup>[4]</sup>创建了多媒体教学结合PBL教学方法的中医诊断学双语教学模式。教学效果显示：与传统教学方法相比，运用PBL教学后，在多方面提高了教学效果。吴氏<sup>[5]</sup>创新性地提出了基于“可汗模

式”的中医诊断学双语教学模式,充分利用多媒体和互联网,拓展学生的知识面,增加教学互动。杨氏<sup>[6]</sup>把Blackboard教学平台引入到中医诊断学双语教学中,为学生提供丰富的学习资源,开辟学生课外学习自主空间,延伸了传统课堂时空,从而提高了教学效率,保证了教学质量的长效提高。陈永等<sup>[7]</sup>将中医诊断学双语教学定位在提高中医诊断学知识及实践技能内容为主、提高英语运用为辅,教学内容以中医辨证分型、病案分析为主题,采用以解决问题为导向、循序渐进的教学模式,激发学生自主学习、加强实践技能的兴趣,提高了教学效果。吴秀艳等<sup>[8]</sup>探讨了基于TBL模式的情景模拟案例式教学在中医诊断学双语教学中的应用效果,发现TBL教学法、情景模拟法和案例教学法的有机融合能极大地激发学生的学习兴趣,提高学生查阅文献、自学、沟通和团队协作能力,提高了英语运用能力和四诊操作及辨证思维能力。

**2.2 正确教学模式应当遵循的原则** 中医诊断学是一门实践性很强的学科,其中涉及的四诊、辨证技能都是需要医生在跟病人面对面交流和互动中练习并掌握的。因此,教学模式的设计上应当本着实用的原则,课堂中恰当地创设情景进行学习,在情景中涉及到的交流内容以及表达又需要借助语言,英语表达在实践中得以运用,不仅有了语境,而且通过实际应用,学生对常用中医英语的表达方式掌握地更加牢固,也能无形中养成用英语进行临床思维的习惯。笔者在双语实践教学中发现,学生是课堂的主体,教学的所有设计要以服务学生为根本宗旨。双语不是硬生生地塞进课堂的,而应该是与整个课堂融为一体的,学生是很乐意去接受的,综合能力的提升也是在不知不觉中获得的。这就需要我们教师进行正确教学模式的设计、贯彻和执行。

首先,教学定位和教学对象一定要明确,教学定位一定是培养能够进行双语交流的中医药人才。教学对象一定是适合进行双语教学的学生,大部分开展中医诊断学双语教学的院校都是选择在中医本硕连读班或者针推外向班进行推行。一来这些学生中医基础都很好,接受能力也较强;二来在这些班级中也有为数不少的同学有出国或者从事中医外事交流工作的意愿。另外,双语教材的编写要规范,参考国内外相关教材,完善知识体系。学校应定期组织双语教师进行相关培训,通过会议等方式增进全国中医双语教学人员的交流,打造一支强有力的师资队伍。最后,在考核方式上,一定要体现双语评价。英文部分要记入期

末考试成绩。可分书面和口头两部分。这两部分成绩都是平时成绩,其中书面表达部分可以是平时相关的英文病历书写以及随堂专业核心词汇的考核成绩汇总。口头部分主要指参与课堂角色扮演和课堂主持讨论同学的额外赋分,评分标准根据其表达准确度,包括英语语法、语音语调、流畅度,词汇应用等方面进行评分,评分具体标准参照外语专业的口语考核评分标准制定。

中医是中华文化的瑰宝,是中国教育输出的一个重要资源。伴随着中医药国际化进程的不断加快,培养符合国际化要求的复合型人才已成为当今高校教育工作的重点,双语教学是实现上述目标的一种很好的手段。中医诊断学作为中医学的基础和骨干课程,其双语教学正处于一个不断摸索的过程,也尚无固定模式可循,还需要从事双语教学的一线教师不断摸索、总结,进行不断的完善,从中逐渐找寻适合中医药国际化人才培养的模式和方法。

#### 参考文献

- [1]朱文锋.中医诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2009:1.
  - [2]杜彩凤.《中医诊断学》双语教学的困境与对策[J].山西中医,2011,27(3):56-57.
  - [3]钱峻,张稚鲲.《中医诊断学》双语教学思考[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(5):56-57.
  - [4]田松.创建适合《中医诊断学》双语教学的PBL教学模式[J].中华中医药学刊,2007,25(7):1497-1498.
  - [5]吴传云,董昌武,周雪梅,等.基于“可汗模式”的《中医诊断学》双语教学初探[J].广西中医药大学学报,2013,12(4):98-99.
  - [6]杨爱萍,王文竹.利用Blackboard教学平台辅助《中医诊断学》双语教学探索[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(16):77-78.
  - [7]陈永,乐敏敏,易悝钱.中医诊断病案分析双语课程的研究与实践[J].环球中医药,2012,5(12):940-941.
  - [8]吴秀艳,王天芳,薛晓琳.TBL模式的情景模拟案例式教学在中医诊断学双语教学中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(13):77-78.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:徐璇琬 收稿日期:2018-04-19)

#### 关于变更投稿邮箱的通知

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

感谢您一直以来对我刊的关注与支持!

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

咨询电话:010-57289308/57289309

官方网站:www.zgzyycjy.com

中国中医药现代远程教育杂志社编辑部

2015年2月10日

# 中医院校外科无菌术的教学体会<sup>※</sup>

赵润璞<sup>1</sup> 黄舒园<sup>2</sup> 陈潇雨<sup>1</sup> 屈颖伟<sup>1</sup> 赵 第<sup>2</sup> 刘远运<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学第一临床医学院外科学科, 河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一临床医学院, 河南 郑州 450000)

**摘要:** 无菌术是临床医学的一个基本操作规范。作为一名医务工作者, 正确的无菌观念及准确的无菌操作技术是其必备的基本素质。对于中医院校而言, 培养学生的无菌观念, 是外科临床教学的一个重点。本文通过总结中医院校学生在无菌术教学方面存在的问题及体会, 提出相应的方法及对策, 为完善中医人才无菌术教学改革提供有益的借鉴。

**关键词:** 无菌观念; 中医院校; 外科临床; 教学体会

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.006

文章编号:1672-2779(2018)-15-0014-03

## Teaching Experience of Aseptic Surgery in University of Traditional Chinese Medicine

ZHAO Runpu<sup>1</sup>, HUANG Shuyuan<sup>2</sup>, CHEN Xiaoyu<sup>1</sup>, QU Yingwei<sup>1</sup>, ZHAO Di<sup>2</sup>, LIU Yuanyun<sup>2</sup>

(1. Department of Surgery, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. The First Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** Aseptic surgery is a basic operative rule in clinical medicine. As a medical worker, correct aseptic concept and accurate aseptic manipulation are essential qualities. For Chinese medicine colleges, cultivating students' aseptic concept is a key point in clinical teaching. By summarizing the problems and experiences in the teaching of aseptic surgery, this paper puts forward the corresponding methods and countermeasures to provide a useful reference for the improvement of the reform of the teaching of aseptic skill in traditional Chinese medicine.

**Keywords:** aseptic concept; university of traditional Chinese medicine; surgical clinic; teaching experience

无菌术是保证各类诊疗操作及外科手术顺利进行的基本措施, 无菌技术掌握的好坏, 关系到医源性感染是否发生, 直接影响手术患者的预后及医院的医疗效果, 是决定诊疗效果及手术成败的关键, 树立无菌观念严格无菌操作也是医学生临床教学和实习的重要内容。对于中医院校而言, 大多数学生在进入临床实习前对于无菌技术的操作并没有进行系统的培训, 多侧重于理论学习, 而中医外科学没有形成完整的无菌术理论体系, 致使学生无菌观念淡薄, 临床上无菌技术操作不熟练等问题。因此, 培养中医院校学生的无菌观念及无菌技术就显得尤为重要。

### 1 目前中医院校学生违反无菌原则的原因

**1.1 学生缺乏无菌意识** 大多数中医院校学生在学校教育阶段注重中医理论知识的学习, 未接触到西医临床中的具体无菌操作, 或虽接受过无菌技术的操作培训, 但在培训时未予重视; 学院教学中的实验操作以动物实验居多, 学生认为实验对象是动物而不是人体, 认为动物实验不必遵照无菌原则操作, 无菌意识薄弱<sup>[1]</sup>; 学生实习阶段专注于手术操作技术的训练及临床知识的学习, 往往忽略了无菌技术的学习; 在教学过程中发现, 有些学生职业规划不明确, 认为自己以后不会从事外科专业, 不需要手术操作, 未能树立无菌观念。

**1.2 学生无菌操作不熟悉** 在教学过程中发现, 有部分学生虽有无菌意识, 但多是理论知识的学习, 未能进行实际操作训练, 出现一些违反无菌操作的动作, 例如出现消毒时未能按照一致顺序消毒、脱碘超过消毒范围、戴手套时手套外面碰到未戴手套的手、穿手术衣时超越无菌范围等; 或出现一些例如使用被污染的器械、用手摸没有进行消毒灭菌的物体、交换位置时动作不正确等, 违反了无菌原则, 并没有做到真正的无菌操作<sup>[2]</sup>。这都是由于学生对无菌操作的理解不够透彻而导致的, 可以看出学生不能把学习到的知识灵活运用。

**1.3 教学设计的缺陷** 在无菌技术教学过程中, 中医专业的教师大都不具有无菌操作的意识, 也就不能很好地引导学生树立无菌观念; 能够进行无菌技术教学的专业, 由于教学条件不足, 教师只能通过理论知识的传授来教学, 实验室并没有严格按照无菌环境布置, 也未能给学生配备足够的无菌设备, 学生不能将无菌技术的学习与理论学习联系起来, 缺乏系统性。另外很多教师不从事实际临床工作, 在动物实验中多注重实验步骤的实施, 很少讲授无菌技术, 这也是学生无菌技术和无菌观念薄弱的原因之一。从事临床工作的教师授课时, 对于无菌技术的教学过于独立, 并没有与整个手术过程的教学相结合, 加上一部分教师责任心不强, 对学生的无菌操作要求不严格, 或没有及时指出学生的错误, 从而使学生将操作错误习惯化。

※ 基金项目: 河南省高等教育教学改革研究与实践项目资助[No. 2017JX42]; 河南中医药大学第一附属医院医学教育教学研究项目资助[No. JXKT-201706]

## 2 培养学生无菌观念的方法

**2.1 增强学生的无菌意识** 在教学中,要向学生强调无菌观念的重要性,特别是初次讲授无菌操作时,一定要针对细节纠正学生的错误操作,并进行反复训练,使学生充分认识到无菌观念的重要性。教学过程中,带教老师的行为和观念都对学生的学习起到重要影响,因此,教师本身应该严格遵守无菌原则,树立严谨的无菌观念,在进行无菌操作时,要对学生的操作进行指导,让学生们深刻体会无菌操作的重要性。在实际的操作过程中,引导学生明确绝对无菌和相对无菌。例如洗手前是有菌,泡手后是相对无菌,手套是绝对无菌的,戴手套时只能用手接触其内面,并且穿好手术衣、戴好手套的手也是绝对无菌的。也可以通过讲解医院中由于无菌技术操作不规范引发的医疗事故的真实事例,增加教学的有趣性,帮助学生了解无菌技术的重要性,加强学生对无菌技术的重视程度。在动物实验中,带教老师也要教导学生按照无菌操作进行,从教学阶段就使无菌观念深入学生脑海。

**2.2 提高学生无菌技术的熟练性** 在教学过程中,要让学生真正地理解无菌技术,提高无菌技术的熟练性,就要通过多种渠道让学生了解和练习无菌技术,可以通过录像和模型操作的方式,加强学生的感性认识;也可以通过建立模拟手术室,使学生真正感受手术室的氛围;利用实验室开放和实习前强化训练巩固和加强无菌观念和技术培养。在进行术前无菌准备的教学中,教师可边进行亲身示范边讲解操作要点,教师示范后由学生独立完成,教师进行监督,当学生操作完后再指出操作过程中存在的不足。在穿戴手术服方面,教师可在讲解的过程中同时带领学生完成手套及手术衣等的穿戴。在学生实践过程中,教师应该密切观察学生是否严格按照无菌技术要求进行操作,如消毒范围是否合适、消毒顺序是否一致、交换位置时动作是否规范、是否存在小动作(手放错位置、乱摸、随意走动等),若学生存在违规操作需严肃批评并要求其纠正<sup>[9]</sup>。

## 2.3 教学对策的改革

**2.3.1 通过实训有效建立医学生的无菌观念** 实训课内容的选择,无菌技术并非独立的操作技术,而是在穿刺、换药、手术等医疗护理操作过程中,全程都需要注意的一系列原则和方法,故无菌技术的训练也应依托于具体医疗操作技术来练习。对于不同层次不同专业的学生,因其将来工作岗位不同,对具体医疗操作训练的需求不同,所以无菌技术实训的侧重点也应有所不同。如对于预防、检验专业的学生来说,训练的侧重点应放在无菌环境的建立和操作人员自身无菌条件的保持上,故在消毒环境,戴口罩、帽子,洗手、戴无菌手套等实训内容上应予以更多的训练;对于护

理专业学生或基层卫生员培训来说,注射、换药、消毒等操作应占更大的实训比例;而对于临床专业的本科学生来说,训练内容的侧重点应与临床相关技能挂钩,如穿刺、清创、手术等。但是不管选择什么实训内容,最终的目的还是要建立起学生的无菌观念。

**2.3.2 在示教过程中印证理论知识** 实训课的教学建立在理论课的基础上,教学时如果只罗列各项操作时的无菌技术要领,不仅显得内容繁多且杂乱,学生也往往摸不清头绪。因此,掌握无菌原则、树立无菌观念、培养无菌意识是教学的首要任务。教师在无菌操作的示教过程中,应结合理论知识进行讲解,如各个操作阶段自身的无菌等级、物品的无菌等级及其变化等。特别是在一些看似不合理、不方便的操作细节处,应解释这样做的原因,帮助学生理解无菌操作的内涵,即一切操作都以不违反无菌原则为前提,严格区分无菌等级,防止不同等级的物品和区域随意接触。只有这样,才能使学生在每一步操作中都能自觉分析无菌状态,遵守无菌原则。

**2.3.3 引入问题引导式教学** 教师通过提出问题或引导学生发现问题的方法,让学生深入思考,探讨问题背后的科学知识,提高解决问题的技能,并培养自主学习的能力。这样学生在操作中可以发现问题的关键,在以后的操作中更加注意,将无菌观念牢牢掌握,并贯穿于今后所有的操作手术中,并且积极动手去验证,达到让学生主动学习的教学目的。

**2.3.4 增加师生座谈以及病例讨论** 在教师的指导下,以学生活动为主,由实习小组成员围绕某一个中心问题,进行思考分析提炼,各抒己见,通过讨论或辩论活动,获得知识或巩固知识,使学生在学习中成长,在应用中成熟。

**2.3.5 充分利用动物实验加强无菌观念的培养** 动物实验是外科无菌技术、基本技能操作、手术步骤和方法的综合训练,可以通过建立一定的外科实验动物模型,使学生在实验室完全按照医院清创缝合术进行操作,既锻炼了学生外科无菌术、打结、缝合等基本技能,同时锻炼了学生的临床分析思维能力、自主能力、动手能力及团结协作能力。另外,应该注重对中医专业教师的无菌观念及无菌技术培养,提高教学水平。

**2.3.6 严格学生考核标准** 在实训考核中可采取模块化考核,并采用倒扣的评分模式,即把需要考核的无菌操作分为准备、操作、效果评估等几大模块,各模块又可根据操作要点进行细分,每一操作要点有不同分值,有违反或遗漏即扣分,对于一些严重违反无菌原则的操作,则将该模块所有分值全扣。严格的考核评估标准有助于端正学生的学习态度,在一定程度上巩固了学生的无菌观念和技术。

## 3 结语

中医院校学生的临床实习中,往往对西医临床的

各项操作不够熟练,未树立系统的无菌观念,院校对无菌技术教学比较薄弱。在临床教学活动中,教师通过言传身教、灵活运用多种教学方法来巩固学生的无菌意识及提升无菌操作技能,有利于学生从多角度、全方位形成无菌的概念,培养无菌观念,并不断提高自身综合素质,为临床工作打下良好的基础,为完善中医人才无菌术教学改革提供有益的借鉴,培养符合

现代医学发展需要的人才。

#### 参考文献

- [1]胡吉富,刘茂希,杨立,等.外科学无菌技术教学的改革体会[J].中国医疗前沿,2011,18(6):79-80.
- [2]黎思怡.浅谈外科学实验中中学生无菌观念的培养[J].现代医药卫生,2010,26(4):629-630.
- [3]王艳.外科手术学中无菌术的教学体会[J].当代医学,2013,19(12):162.
- [4]陈永春,李公启,金海峰,等.设计性动物实验在外科手术学教学中的应用研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2010,31(19):3127-3128.

(本文编辑:张文娟 本文校对:卢鹏 收稿日期:2018-05-15)

## 天然药物化学的教学实践与体会<sup>※</sup>

赵焕新<sup>1,2</sup> 贾献慧<sup>1,2</sup> 杜成林<sup>1,2</sup> 唐文照<sup>1,2\*</sup>

- (1 济南大学·山东省医学科学院医学与生命科学学院, 山东 济南 250200;  
2 山东省医学科学院药物研究所, 山东 济南 250062)

**摘要:**目的 天然药物化学是本校药学和制药工程专业必修的一门专业课,在人才能力培养方面具有重要作用。为进一步提高天然药物化学的教学质量,对近年来在该门课程上的教学实践与体会进行了总结。**方法** 根据参与的天然药物化学教学工作,在授课方式、授课内容、课后反馈、优化师资知识体系等方面进行分析总结。**结果** 灵活的教学方法,丰富且与时俱进的授课内容,及时的反馈制度以及教师知识体系的不断更新均可有效提升天然药物化学的教学质量,适应人才培养的需求。**结论** 通过对天然药物化学的教学工作进行总结,为该课程的教学研究及改革提供了参考。

**关键词:** 天然药物化学; 教学实践; 案例教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.007

文章编号:1672-2779(2018)-15-0016-03

### Teaching Practice and Experience on Medicinal Chemistry of Natural Products

ZHAO Huanxin<sup>1,2</sup>, JIA Xianhui<sup>1,2</sup>, DU Chenglin<sup>1,2</sup>, TANG Wenzhao<sup>1,2</sup>

- (1. School of Medicine and Life Sciences, University of Jinan-Shandong Academy of Medical Sciences, Shandong Province, Jinan 250200, China;  
2. Institute of Materia Medica, Shandong Academy of Medical Sciences, Shandong Province, Jinan 250062, China)

**Abstracts: Objective** Medicinal chemistry of natural products, a required course for the students of pharmaceutical and pharmaceutical engineering specialities in our college, plays an important role in cultivating students' ability. In order to improve teaching quality of this course, the teaching experience in recent years was summarized. **Methods** The skills in teaching methods, teaching contents, after-class feedback and improving teaching ability were summarized according to the experience of teaching medicinal chemistry of natural products. **Results** The flexible teaching method, abundant and up-to-date contents, timely feedback system and updated teachers' knowledge can improve the teaching quality effectively. **Conclusion** These teaching experiences on medicinal chemistry of natural products can provide useful information for the teaching research and reform of this course.

**Keywords:** medicinal chemistry of natural products; teaching practice; case teaching

天然药物化学是运用现代科学理论与方法研究天然药物中化学成分的一门学科,包括了化学成分的结构特点、理化性质、提取分离、结构鉴定及生物活性等<sup>[1]</sup>,是本校药学和制药工程专业必修的一门专业课,在人才能力培养体系中占有重要地位。由于天然药物活性成分的结构类型、理化性质多样,波谱特征复杂,使得本课程的知识点繁琐、内容抽象,学生普遍反映学习压力较大、学习过程枯燥无味<sup>[2]</sup>。针对这一现状,为激发学生的学习兴趣,提高教学效果,同时培养学生分析问题、解决问题的能力 and 科研探索的精神,本文基于天然药物化学的教学实践,在授课方式、授课内

容、课后反馈、优化师资知识体系等方面进行分析总结,为该课程的教学研究及改革提供参考。

#### 1 采用案例教学 激发学生兴趣

在课堂教学中如何有效抓住学生的眼球成为提升授课效果的关键。教学过程中除了向学生讲授基本的理论知识外,实例的列举与穿插在调动学生课堂积极性方面发挥了重要作用。如在讲醌类化合物时,辅酶Q10作为萘醌类化合物的代表,除了列举其在高血压、心脏病等疾病的辅助应用外,还列举了其在美容方面的应用,并展示了几款日常的含辅酶Q10的化妆品,此时学生反应热烈、课堂气氛活跃,学生们意识到天然产物离我们并不遥远,除了药用它还与我们的日常生活密切相关。

随着社会及科学技术的不断发展,天然药物的研究方向及研究热点也在与时俱进,相关的科研成果及

※ 基金项目:济南大学教学研究项目[No.J1750];济南大学重点教学研究项目[No.JZ1609]

\* 通讯作者:twzsd@sina.com

学术前沿知识为理论教学提供了真实素材。将其灵活穿插到授课内容中,既丰富了教学内容,又激发了学生的学习兴趣。如在讲授黄酮类化合物时,根据笔者的科研经历对结构骨架比较特殊的高异黄酮类进行了举例与拓展,介绍了对该类化合物的分离鉴定,基于该类化合物成功申报的各类项目,以及近期北京大学屠鹏飞团队对于该类化合物在抗神经炎症方面取得的重大进展<sup>[9]</sup>,不仅加深了学生对这类结构的印象,提升了教学效果,同时激发了学生的求知欲望,引导其向更高、更深的领域进行探索。通过将药物研发、科研动态或生活中的具体实例与课堂知识点的有效衔接,不仅可以调动学生的学习兴趣 and 动力,同时还能促使学生理清知识点与实例的关系,有利于学生更加深入地理解和应用所学知识。

## 2 引导学生思考 提升学习效率

天然药物化学内容众多,涉及到多种结构类型不同的化合物。如何帮助学生对这繁杂的知识点进行有效学习是每位教师应思考的问题。通过对教学内容的整体分析,发现苯丙素、醌类及黄酮类三章内容关系密切,而萜类和挥发油、三萜及其苷、甾体及其苷类三章内容也有较多的共性及联系。因此在授课中注重引导,鼓励学生积极思考,找寻不同成分之间相互关联的主线并进行分析、归纳、总结,取得了事半功倍的效果。如在学习黄酮类化合物时,讲到基于该类成分含有酚羟基,且不同位置、数目的羟基可导致酸性强弱不同,故可以采用pH梯度萃取法进行提取分离。在明确其分离原理后,当学习到醌类化合物时,学生们能够根据其结构特点举一反三,主动说出该类化合物的酸性特征以及可以采用的提取分离方法。

此外,在以往的教学过程中,往往采用老师讲、学生听的“灌输式”单向模式,课堂上留给学生思考、讨论的时间较少,不利于学生上课积极性的调动及思维的拓展。基于该问题,在对授课内容进行充分准备的同时,设计了相关思考题,并在授课过程中适时抛出,让学生思考、讨论,然后选取部分同学对讨论结果进行陈述。如在讲到醌类化合物时,学生们很容易理解可采用pH梯度萃取法对不同酸性的醌类化合物进行分离,此时抛出一个思考题“试根据学过的理化性质,对该分类过程的实验现象进行描述”。该问题重点考察了学生对化合物成盐前后溶解性的改变,以及对醌类化合物显色反应的理解及灵活应用。由不同组的陈述结果看,学生们对于化合物溶解性在提取分离中的应用掌握较好,但普遍忽略了样品转移到碱液中后颜色发生变化,后经教师引导,能迅速反应出相关的实验原理及现象,另有学生补充说明了加入弱碱如碳酸氢钠后,可能还会有气泡产生的现象。最后经教师

总结、点评后,学生不仅了解了该提取分离方法的实验现象,同时将所学的理化性质进行了巩固,提升了学习效率;此外,积极的思考和讨论,调动了学生的课堂积极性,也培养了学生的思维拓展能力。

## 3 理论结合实践 巩固授课效果

天然药物化学是一门理论性较强的学科,通过课堂学习,要求学生掌握天然药物中主要活性成分的结构特点、理化性质、提取分离以及结构鉴定的基本理论;同时它又是一门实践性及应用性学科,要求学生能够学以致用,具备发现问题、分析问题、解决问题的能力。由于该学科各章节的知识点较多,如何调动学生的学习兴趣、帮助其消化吸收相关理论知识尤为关键。以往的授课采用先进行理论教学,待课程结束后再集中开展实验的方式。但在实践中发现,由于理论学习与实验的间隔较长,开展实验时学生还需花费一定精力去复习前期学习的知识,对于通过实验来巩固课堂学习的效果欠佳。在本学期,教学团队对天然药物化学的授课内容进行了优化,在保证前后章节连贯性及逻辑性的基础上,调整了部分内容的授课次序,使理论课与实验课能紧密结合。如在黄酮类化合物一章授课完毕后,立即开展了从槐米中提取芦丁的实验。此时学生刚刚结束该类化合物的理论学习,熟悉其结构特点、理化性质、提取分离方法以及波谱特征,对该实验的原理、步骤理解较为透彻,实验过程的实施忙中有序,且能善于思考并能自主利用课堂知识解释相关实验现象。实验课的及时开展,不仅改善了理论教学模式的抽象性,巩固了课堂理论知识,同时激发了学生的学习兴趣,提升了其发现问题、解决问题的自信及成就感。

为进一步拓展理论结合实践的范围,除了利用相关的天然药物化学实验外,另鼓励学生进入教师实验室进行观摩学习,积极进行科研立项或参与课题研究。设立若干大学生科研小组,以教学团队成员为指导老师,公布研究方向及题目,学生根据个人兴趣报名参加。通过查阅文献资料、参与课题讨论以及进行相关实验,学生与真实的科研工作进行了零距离接触。积极参与课题研究,不仅对所学理论知识进行了消化吸收,更锻炼了其科研思维,增强了其创新能力。

## 4 加强相互沟通 建立反馈体系

以往的教学工作在与学生的沟通交流方面略显薄弱,重结果而轻过程。针对该问题,借助于网络交流工具建立反馈体系,除了对学生提出的专业问题进行答疑外,另外对学生反馈的在授课过程中存在的问题进行汇总及分析,及时地了解学生对课堂授课的反应及接受程度,并在此基础上对教学进度和内容进行适度调整。通过与学生的相互沟通,还能起激励和督导

作用,引导学生重视平日专业知识的点滴积累,避免“平时不努力,临时抱佛脚”的现象。

### 5 优化知识结构 提升教师水平

科技的进步势必带动学科的发展,同时给教师带来了一定的挑战。为能正确引导学生解决问题,要求教师不但对课程内容熟练掌握,还要及时追踪前沿技术,不断更新自身的知识体系,做到与时俱进、教学相长。教师团队在夯实理论知识的基础上,通过积极阅读相关专业文献、参加学术会议、开展或参与课题研究等方式,不断拓展知识的深度和广度,提升自身的专业素质。如高效液相技术在天然药物的研究过程中有着非常重要的作用,常见的检测器有UV检测器、示差检测器、蒸发光散射检测器等,可分别用于检测有紫外吸收及无紫外吸收的化合物,但需要在不同的检测器上进行。而当前的技术发展已经实现了仅需一个通用型检测器(如电喷雾检测器CAD)即可满足有紫外吸收及无紫外吸收化合物的检测需求,大大提高

了分析效率<sup>[4]</sup>。诸如此类知识点的更新,对于拓展课本内容,更好地服务于教学工作奠定了基础。

天然药物化学是一门知识面广泛的学科,且随着科学技术的不断发展,越来越多的新颖结构、生物活性被发现,从而也推动了该学科的与时俱进。作为一名教师,在教学过程中还需不断地探索、总结,对于该门课程的讲授应立足教材但又不能局限于教材,既要传递基础知识又要与当前的研究成果相结合,把握好教学的广度与深度,让学生在打好理论基础的同时,能紧跟时代的脚步,促进其专业素养的提升。

### 参考文献

- [1]李洪娟,王春华,侯桂革,等.天然药物化学课程教学分析[J].基础医学教育,2017,19(7):498-501.
- [2]张阿琴.天然药物化学教学改革初探[J].教学教育论坛,2015(4):98-99.
- [3]Liao LX, Song XM, Wang LC, et al. Highly selective inhibition of IMPDH2 provides the basis of antineuroinflammation therapy[J]. 2017, 114(29): E5986.
- [4]李心怡,蒋运斌,马逾英.电喷雾检测器在药物 HPLC 分析中的优势及应用进展[J].中国药房,2017,28(15):2152-2156.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘拥军 收稿日期:2018-04-24)

## 微课在高职药物分析信息化教学中的应用<sup>※</sup>

张海红

(江西卫生职业学院药学系,江西 南昌 330052)

**摘要:** 药物分析是高职药学专业的专业核心课之一,为学生从事药品质量控制岗位的工作奠定良好的基础。传统的药物分析教学在教学资源、教学方法、教学环境方面缺乏创新和活力,教学效果与教育教学目标差距甚大。微课以高效性、便捷性、移动化等优势促进课堂教学模式的转变。如何合理运用微课促进高职药物分析信息化教学,需要教师进一步探索、创新信息化教学理念和教学设计,设计制作优质微课,摸索出微课教学实施的有效方式,促进高职药物分析课程的信息化教学改革与实践。

**关键词:** 微课; 信息化教学; 药物分析; 高职

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.008

文章编号:1672-2779(2018)-15-0018-03

### The Application of Micro-courses in the Information Teaching of Pharmaceutical Analysis Curriculum in Higher Vocational Education

ZHANG Haihong

(Department of Pharmacy, Jiangxi Health Vocational College, Jiangxi Province, Nanchang 330052, China)

**Abstract:** Pharmaceutical analysis curriculum is one of the major core courses in pharmacy major of higher vocational education. It established a good foundation for students to engage in the work of drug quality control. Traditional teaching of pharmaceutical analysis lacks innovation and vitality in teaching resources, teaching methods and teaching environment. The gap between teaching effect and teaching goal was big. Micro-courses promoted the transformation of classroom teaching mode with the advantages of efficiency, convenience and mobility. How to rationally use micro-courses to promote information teaching of pharmaceutical analysis in higher vocational education, it needs teachers to further explore and innovate the information teaching idea and teaching design, design and make micro-courses with high quality and find out the effective way to implement the micro-courses. This would promote the information teaching reform and practice in higher vocational pharmaceutical analysis course.

**Keywords:** micro-courses; information teaching; pharmaceutical analysis; higher vocational education

药物分析是高职药学专业的专业核心课之一。该门课程开设对接学生未来工作岗位,培养学生具备

全面控制药品质量的意识和能力,为学生在药品研究、生产、流通和临床使用领域从事药品分析检验、药品质量研究与管理、药品安全评价与分析等工作奠定良好的基础。课程内容丰富,涉及知识面广,涵盖了无机化学、有机化学、分析化学、药物化学、药剂学等

※ 基金项目:江西省高等学校教学改革研究课题【No. JXJG-17-80-4】

多个学科的知识,对学生专业基础课程的掌握要求高,学生学习难度较大。

传统的药物分析教学以板书、PPT为主要教学资源,教师讲授为主要教学方法,在这种单向、缺乏活力的教学环境下,学生课堂上无精打采,对学习内容理解困难,教学效果与教育教学目标差距甚大。随着多媒体技术的发展、网络的普及、各种智能终端的涌现,信息技术已经深入教育领域,对当前的教育教学方式起到巨大的变革作用。国家鼓励号召教育信息化,开展了各省及全国职业院校信息化教学大赛,旨在引导督促教师充分利用现代信息技术手段,开发信息化教学资源,构建信息化教学平台,在教师的组织和指导下,发挥学生的主动性、积极性和创造性,对创新型人才的培养具有重大意义。近年来,微课、慕课、翻转课堂等教学手段已被越来越多地应用到日常教学中,使信息化教学面临新的环境,对教师教育理念、教学设计、教学思路的改革提出了新的挑战。微课既是一种信息化教学资源,也是一种信息化教学方式,它以高效性、便捷性、移动化等优势促进课堂教学模式的转变,能够充分利用现代信息技术和终端设备,方便教学过程交流中的交流和互动,使教学内容更加生动有趣,是推动职业教育课程改革的新方向<sup>[1]</sup>。

## 1 微课与信息化教学的融合

**1.1 微课的内涵** 微课又名“微课程”,是依据教学目标,以教学视频为核心载体,基于一个学科知识点(重点、难点、考点)或教学环节(如导入、活动、实验操作等)而设计开发的微型优质学习资源,其内容短小精悍,时长5~10分钟,支持多种学习方式。微课的核心资源是微视频,同时包括微教案、微课件、微反思、微练习等辅助性教学资源。微课在传统教学的基础上对教学内容进行提炼加工,以精炼、形象、生动的形式展现出来,充分体现了教师的教学理念和教学设计。在高等教育领域,微课促使高校课堂教学范式的转变,促进高等教育资源的重新分化组合,将进一步解决高等教育成本和教育质量统一问题,促使高等教育国际化和大众化,使终身教育和个性化教育成为可能<sup>[2]</sup>。

**1.2 微课成为信息化教学平台的新时尚** 信息化教学的开展第一要务是创建信息化教学环境,信息化教学环境主要包括以教学内容为主的信息化学学习资源(如视频、动画、案例、习题等)、信息化教学平台

(网络教学平台、手机同步学习APP)以及网络覆盖的校园环境。现代高职学生均为95后,具有非常显著的数字化特征,热衷网络和信息技术,通过网络“视”“听”是他们获取信息的主要途径。研究调查显示,学生由于睡眠不足和作业压力等原因,课堂专心听讲的平均时间只有10分钟<sup>[3]</sup>。传统的课堂教学视频,时间长,重点不突出,内容的展现形式缺乏生动性,学生往往难以坚持看完,学习效果差强人意。而以“短小精趣”著称的微课,以其生动活泼的形象,可以瞬间抓住学生的眼球,吸引学生注意力,微课形式多元化、内容新颖,更能将教学内容与信息化教学方式有机融合,充分发挥出现代信息技术的主导优势。

**1.3 微课改革传统教学 促进信息化教学方式转变** “互联网+”已经深入到社会生活的方方面面,它改写了现代人类的生产、生活和学习方式。信息化教学即是“互联网+教学”模式下的创新型教学方式,为了适应当今职业教育培养目标,信息化教学强调“以学生为中心”,充分发挥学生的主观能动性,它更强调学习的主动性、教学过程的互动性。在教师方面,教师通过探索微课的内涵和实践,不断优化教学设计,把微课植入信息化教学平台,结合信息化教学设计,以各种形式辅助开展信息化教学。微课与信息化教学方式的融合,也进一步提升了教师信息技术的应用能力,为深度开展信息化教学积累实力。在学生方面,学生不受课堂的约束,应用智能手机、电脑、ipad等充分利用零碎时间实现移动学习、泛在学习、碎片化学习。微课的教学方式充分迎合了学生的学习需求特点,在降低学习难度、提高学习兴趣、培养学习自主性方面具有显著效果。

## 2 高职药物分析微课的设计与制作

**2.1 微课的内容选取** 高职药物分析课程内容分为两部分。第一部分为基本知识 with 基本技能;第二部分为常用药物类别分析的专论,主要介绍了常用药物的结构与性质、鉴别、检查及含量测定方法等内容。以各类药物的结构为出发点,分析其性质,进而分析其鉴别、检查和含量测定的方法,具有相应的规律性。药物分析是一门实践性较强的课程,在教授理论知识的同时,开展了相当比例的实训课,要求学生掌握常用药物的分析操作方法,能独立完成药物的质量分析检测。鉴于药物分析课程中药物结构的复杂性、鉴别试验的抽象性、含量测定试验操作的精准性要求,在选取制作

微课的内容上,分为:①药物的结构分析微课。突出药物结构中性质关系最密切的结构特征的学习。②药物的鉴别反应微课。将鉴别反应过程中出现的现象如颜色变化、沉淀的产生、气体的生成等现象以具体直观的形式展示出来。③含量的计算微课。步骤解析常用含量测定方法的公式,将繁杂的公式简单明了化。④药物分析试验操作微课。通过试验操作视频,分析讲解试验操作要点,正确的仪器使用方法。将药物分析课程中的重点、难点、疑点进行分解,化难为简,突破学习障碍,学生可以根据自身学习状况,有选择性地选取相应微课进行学习。

**2.2 微课的制作** 微课不同于一般的教学视频,它不是教学过程的实录,它目标明确,要求“短而精”,信息化教学中微课的制作首先要求教师更新学习信息化教学理念,重新进行教学设计。在制作过程中,尽量采取新颖、生动、活泼的形式,结合教学内容特点,微课的呈现可以采用讲解法、演示法、情景剧等方法,使教学内容变得更富有感染力。利用现代信息技术手段,可以灵活运用不同的制作微课的方法,例如拍摄法,教学PPT结合录屏法、白板结合拍摄法等。在高职药物分析教学中,实验教学由于受仪器场地及实验室的管理限制,无法完全满足学生利用自由时间进行课余学习,用拍摄法演示实验、仪器的标准操作,学生有不明白的地方可以反复观看,既节约了资源,又提高了学习效率。

### 3 微课在高职药物分析教学中的应用探究

**3.1 结合教学方法 提升微课教学质量** 微课是教与学的一种资源,同时也是教学方式,但应用微课进行信息化教学并不是简单地给学生观看微课视频,微课作为一种教学手段,只是教学设计中的一个环节,它不应该脱离具体的教学过程而独立存在。因此,如何使微课发挥最好的作用,还需要教师仔细研究剖析微课内容特征,结合高职学生的学习特点和学习需求,将微课与具体的教学方法进行无缝有机融合。在仪器设备的使用和技能操作教学中,微课的开展可以融入理实一体化教学法中;学生错误操作范例可以引入案例教学法;学科研究进展或药物质量安全事件专题等可以结合情境教学法进行。结合恰当的教学方法,可以优化微课的实施效果,指导微课教学的过程设计,提升微课教学质量。

**3.2 设计教学环节 巧妙应用微课** 信息化教学强调运用信息技术合理安排开展课前、课中、课后三个环节的

教学内容和教学活动。信息化教学理念强调引导学生自主学习,在传授学生知识的同时,培养提高学生的学习能力。微课本质上仅仅只是教学的辅助工具,教学理念的优化和创新才是核心<sup>[1]</sup>。在教学过程中,教师转变教学观念,可将不同内容、不同特点的微课应用于课前预习、新课导入、深入讲授、课后复习等环节。例如讲授维生素C的分析:课前,通过超星学习通发布预习任务通知,学生自行观看维生素C的结构特点微课;课中,导入新课环节,引入临床常用的维生素C制剂及其临床应用的微课,充分激发学生的探知欲;教学过程中,通过维生素C的鉴别试验微课,让学生深刻体验在维生素C溶液中加入硝酸银,产生黑色沉淀的过程,既具有直观性,又能提高学生学习兴趣;课后,在网络教学平台发布维生素C含量计算的习题微课,帮助学生课后复习和总结。设计微课在教学环节中的巧妙应用,借助网络教学平台的高效、即时、互动性,充分发挥微课在信息化教学中的价值,微课不再仅仅是一段视频,而是融合了教学思路的一整套教学资源体系。

### 4 结语

微课作为一种创新型教学模式,革新了传统课堂教学方式,发展了以学生为主体的教学模式,为课堂教学注入了新的活力。在高职教育教学中,微课调动学生积极性,启发学生思维,提高学生学习兴趣,实现了远程个性化学习,取得了良好的教学效果。在信息化教学建设浪潮的推动下,微课以信息化学习资源的形式,很好地丰富和促进了信息化教学平台的建设,但微课在教学中的应用,也对教师的专业实践水平和信息化素养提出了新的要求。如何合理运用微课促进高职药物分析信息化教学,需要教师进一步探索、创新信息化教学理念和教学设计,设计制作优质微课,结合高职学生特点和药物分析教育目标,摸索出微课教学实施的有效方式,促进高职药物分析课程的信息化教学改革与实践。

### 参考文献

- [1]王国川.“微课”推动职业教育课程改革[J].中国培训,2014(10):38-39.
- [2]黄慕雄.微课、慕课建设应用热潮对教育技术专业人才培养的机遇与挑战[J].电化教育研究,2016(7):14-18.
- [3]张新祥,杨舒.信息化背景下大学微课建设现状分析和对策研究[J].职教论坛,2015(23):82-85.
- [4]张月娟,周芳亮.教育信息化背景下高校教育模式的探讨[J].中国教育信息化,2016(19):14-17.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘永飞 收稿日期:2018-05-08)

# 多元融合实践教学模式在中医美容学教学中的应用<sup>※</sup>

李佳凝 武淑娟 虞跃跃 孙娜 齐峰 崔健美\*

(华北理工大学中医学院, 河北 唐山 063210)

**摘要:**在高速的社会发展和科技创新的新形势下,全面推行多元教学模式是顺应新时代的需要,其中实践教学是高校培养人才的重要教学环节。中医美容学具有基础和应用学科的双重特点,尝试多元化融合实践教学模式,集中体现在加强和改革实践教学环节、教学方式、考核评价方式等方面,是提高学生的临床实践操作能力,更好地培养中医美容创新人才的教学改革举措。

**关键词:** 中医美容; 实践教学模式; 人才培养; 教育改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.009

文章编号:1672-2779(2018)-15-0021-03

## The Application of Multiple Integration Practical Teaching Model in the Teaching of Traditional Chinese Medicine Cosmetology

LI Jianing, WU Shujuan, YU Yueyue, SUN Na, QI Feng, CUI Jianmei

(College of Traditional Chinese Medicine, North China University of Science and Technology, Hebei Province, Tangshan 063210, China)

**Abstract:** Under the new situation of high speed social development and scientific and technological innovation, the full implementation of multiple teaching models is in conformity with the needs of the new era, in which practical teaching is an important teaching link for the training of talents in colleges and universities. The traditional Chinese medicine cosmetology has the dual characteristics of basic and applied subjects. The application of multiple fusion practical teaching mode is concentrated on strengthening and reforming the practical teaching sections, teaching mode and assessment methods. It is a teaching reformation of improving the students' clinical practice ability and cultivating the creative talents of traditional Chinese medicine.

**Keywords:** traditional Chinese medicine cosmetology; practical teaching mode; talent cultivation; education reform

中医美容学是以中医药基本理论为指导,运用自然疗法,探讨研究形体养护、损美性疾病诊治的理论、技能及其规律,以达到防病健身、维护人体形神美为目的的一门学科<sup>[1]</sup>。本学科符合实践教学的要求和特点,在教学的过程中既要注重培养学生扎实的中医美容学理论,更要注重培养学生实践操作能力和创新能力。然而,在以往教学中往往存在理论教学与临床实践结合不紧密,表现为学生理论知识的实践运用能力不强,中医整体临床思辨和临证能力不高,独立思考和创新能力欠缺。为了改善当前现状,本文将在教学过程中进行以下几方面的实践和探讨。

### 1 加强中医美容学实践教学模式的重要性

中医美容学是祖国医学浩博内容中的一个方面,旨在运用中医中药、针灸推拿等各种技术手段来达到维护、修复、改善与塑造人的形神美的目的。中医美容学的历史源远流长,课程的开展需要具备多门中医相关课程的基础理论知识,如中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学、针灸学等,其教学目标在于掌握中医美容基本理论、基本方法及损美性疾病诊治。本学科作为一门医学学科,是以人的生命、健康、容貌为研究对象,以治疗、改善损美疾病为目的,它要求学生不光具备丰富的专业理论储备,更要具有熟练的临床操作技能。要想掌握和应用任何医学理论和技

术,必须经过反复实践。因此,中医美容学科的教学必须重视实践教学,突出实践教学,以提高学生的临床实践技能。另外,传统的中医美容理论在新时代表代化科技手段飞速发展的时代背景冲击下与日俱进,对学生的实践创新能力素养提出更高要求。实践教学内涵是一种强调能力培育的教育理念<sup>[2]</sup>,因此我们采用多元融合实践教学模式以提升中医美容学实践教学质量,适应教育改革和发展的需要。

### 2 加强中医美容学多元实践教学模式的内容

**2.1 有针对性地强化专业美容医师观念** 在2002年卫生部颁发的《医疗美容服务管理办法》中规定了中医美容属于医疗美容科范畴,要求从事中医美容者必须具备医师资格和临床工作经验,这就意味着中医美容行业对从业者的要求逐步提高,医学教育的背景和临床实践经历都成为从业的基本要求,这也顺应了“专业美容”的行业发展趋势。因此,我们在教学中应有针对性地帮助学生树立职业观念,提升其职业认同感和社会责任感,通过了解医学美容网站、医美医疗纠纷案例和相关法律法规等各种方式,明晰国内医学美容卫生事业的现状,明确生活美容与中医美容的联系与区别以及这一职业的道德要求与法律规定。以时代背景的大环境,激发学生主动参与学习实践的自主性和能动性。

**2.2 优化多元实践教学环节 培养学生实践能力** 根据中医美容学课程性质及特点,在对理论知识的课堂讲授中,应突出重点内容,简化重复内容,尤其是与临床实践相关的内容应作为教学重点。对于整门课程来说,

※ 基金项目:华北理工大学校级教育教学改革研究项目【No.Z1416-16】;华北理工大学青年科学研究基金资助【No.Z201632】

\* 通讯作者:cjm2188@126.com

教学重点应放在损美性疾病诊治这一部分,该部分内容涉及面广、知识点过多、学生掌握起来有一定难度。因此,在具体讲授过程中,教师可以先采取该疾病“标准化病人”为例,简要回顾与串讲其中所涉及的中基、中诊、中药、针灸等相关知识点,将各学科基础知识点横向融合,将理论知识巩固打牢;然后再以个案学习的方式,探讨临床“非标准化病人”的病因病机分析、治疗方法等,采用模拟临床场景和环境,将学生带入临床意境,将理论和临床实践充分融合,使学生深刻理解中医美容学的整体观和辨证观。除课程讲授环节外,在教学环节中还可以通过开展各种主题活动和比赛,如中药美容、经络美容、食膳美容等美容手段以及针刺、艾灸、刮痧等操作技能竞赛活动,提高学生学习兴趣,也使学生在实践中对所学知识更好掌握和运用。在课外的实践教学中,对医学生实践操作能力的要求下,需要学生更多地接触患者和临床,因此,在课程教学中增加实训基地、临床见习实习等多种环节强化学生基本技能,完善技能实践中心设施建设,充分利用,定时开放,加强实践培训,使学生实践能力和思维能力大大提升。

**2.3 加强改革教学方式 提高学生临床实践能力** 在课时有限的前提下,我们倡导探究为主的方法,强化学生自主学习,增加启发式教学内容比例,发挥学生主体性,引导其发现问题,提高其解决问题的创新实践能力培养。在目前的教学中,我们实践了教学方式的改革,尝试采用讨论式教学法(包括PBL学习法和CBL教学法),调动学生的学习积极性,使学生掌握学习的主动权。具体实施方法为:教师在课前根据教学大纲的要求,精心选取并设计与教学单元内容针对性强的案例发给学生预习,学生查阅资料后以小组形式分组讨论制定辨证施治方法,课上进行自由探讨和教师总结<sup>[3]</sup>。通过问题的驱动、小组的探讨、老师的引导多效融合,使学生能真实、完整地掌握现代中医诊疗病患的完整程序,感受到中医美容方法的确切疗效,激发学生学习中医美容的兴趣,增强对学习的信心。在这种教学方式引导下,学生学会了利用各种学习资源和环境:图书馆、病案室、网络等,也是提高学习效率、节约学习时间的良好途径。新的医学知识日新月异,正确处理教与学的相互关系,教学生如何学习比灌输知识更重要,授人以渔才是更好的教育方式。

**2.4 采用多元实践教学手段 提高学习兴趣和效率** 在传统的以讲授为中心,采取大班全程灌输式教学中,学生普遍学习热情不高、学习效率低,为了吸引学生注意力、提高学习兴趣,需要教师在讲授中不断优化新的教学手段和方法,其中信息技术手段,尤其是多媒

体技术的多重应用在中医美容课程的授课中必不可少。多媒体可以较为直观形象地展示文字、图片、视频内容,图文声情并茂,具有动态性和互动感,有利于活跃课堂氛围,多角度调动学生的情绪、注意力和兴趣。尤其对于中医美容课程来讲,会涉及多种损美性皮肤病,其不同的皮损特点和表现靠单纯讲解枯燥、抽象,采用图片或视频形式展示病例病案,可以极大调动学生学习兴趣,加深记忆理解,对知识点的掌握程度也明显提高。此外,本门课程涉及的多种中医自然疗法治疗手段,所采用的中药及针灸器具及其相应操作技法,也可以通过多媒体的展示,加速学生对知识点的理解与记忆。

**2.5 采用多元化的实践能力评价模式 改革考核评价方式** 健全有效的考核评价方式不仅能激励学生学习,而且能帮助学生有效调控自己的学习过程,促使学生更加积极地参与到各种实践活动中,使学生在过程中获得成就感,增强自信心,培养学习兴趣、开发潜能。本学科传统的评价体系存在一定的缺陷,重视理论教学,评价方式采用传统的学期末一次性考试决定学生的成绩,单一的终结性评价方式未能完全反映学生创新和实践能力的水平。因此,我们逐渐采用多元化的实践能力评价模式,重视实践能力,按比例计入期末考试成绩。具体实践能力考核内容包括:撰写中医美容学论文(如综述、临床病例报告和中医特色治疗等);在PBL教学法中收集学习资料以及课堂反馈的评价;实践教学过程中参与病例讨论并发言;参与临床技能竞赛;参与社会实践活动;增加技能考核的比例,对其临床操作能量化的内容尽量做到指标量化。总之,我们运用多元化的评价指标和多样化的评价方式,促使学生开展自主、协作、探究性学习,促进了学生的成长与发展,加强了个性化人才培养。

**2.6 开展课外实践 提高科技创新能力** 大学生创新精神和实践能力的培养,不仅需要理论教学和实验、实习教学等第一课堂,还需要与学术讲座、学生社团、校园文化、勤工俭学、社会服务等第二、第三课堂密切结合<sup>[4]</sup>。因此,除了在校的课堂时间,我们鼓励学生积极参与各种课外活动,提倡学生成立相关的社团组织、义工活动,以青年志愿者的形式,利用节假日及周末在周边社区活动中心从事医疗服务活动。同学通过这种类型的社会医疗实践活动,真正深入社会、深入基层百姓身边,开展义诊及健康咨询等活动,及早接触社会,不仅能锻炼自身医学理论及临床实践技能水平,而且能全面深入了解社会,提高社会责任感,增强医学职业道德及职业精神。

**2.7 培养学生人文关怀能力 重视医患沟通环节** 随着社会的发展和进步,传统的生物医学模式已经不再适用于

现代社会和人群,随着医学人文精神的回归,新的社会-心理-生理医学模式已经形成和发展,新的医学模式使医患沟通比以往任何时候显得更重要。一位合格的医生必须具备人文关怀能力,有些疾病不仅仅通过身体方面的治疗就可以解决,还要加上心理的疏导,医患合作的基础是医患交流,因此,良好的医患沟通技巧和人际交往能力也成为对医学生和从业人员的必备要求。在我们的学校教学中也要充分重视医患沟通教育,让学生具备医学修养的同时更要学会如何与患者、求美者沟通,充分尊重患者的知情权、选择权,使患者积极支持、配合医疗工作,减少不必要的医患纠纷。沟通是一门艺术,只有用心去体会患者的需求,用真诚去感染对方,用渊博的医学知识和熟练的技术使患者产生安全感,用高超的语言驾驭能力在医患交流中化解矛盾,营造和谐,才是一个合格的医务工作者。

### 3 总结

中医美容学专业人才创新实践能力的培养是个连

续性的过程,创新人才的形成依靠长期经验和多种创新实践活动的开展而实现其能力的积累<sup>[9]</sup>。在日常的教学活动中,构建基于实践能力培养的多元融合实践教学模式,将实践技能的培养纳入日常教学,使学生职业意识的培养、实践技能的培训常规化、普及化,既能提高学习效果,提高学生获取知识的主动性、科学思辨能力和实践动手能力,又促进了教师和学生双方的共同发展,实现了教学相长。最终学有所成,成为合格的医学美容专业的从业医师。

### 参考文献

- [1]刘宁,吴景东.美容中医学[M].北京:人民卫生出版社,2012:56-83.
- [2]余建潮.构建面向创新人才培养的实践教学体系[J].中国高等教育,2015(5):53-55.
- [3]孙娜,齐峰,吴范武,等.浅析案例式教学在《中医美容学》中的应用[J].教育教学论坛,2014,2(6):56-57.
- [4]郑春龙,邵红艳.以创新实践能力培养为目标的高校实践教学体系的构建与实施[J].中国高教研究,2007(4):85-86.
- [5]孙宏志,郭红阳.基于中医学创新人才培养的实践教学体系构建[J].医学教育研究与实践,2017,25(5):660-664.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王洪彬 收稿日期:2018-04-20)

## 思维导图构建在药剂学实验教学中的应用研究<sup>※</sup>

李瑞娟<sup>1</sup> 刘佳<sup>1</sup> 金蓉<sup>2</sup> 赛那<sup>1</sup> 李海欧<sup>1</sup> 吕晓洁<sup>1</sup> 顾艳丽<sup>1\*</sup>

(1 内蒙古医科大学药学院,内蒙古 呼和浩特 010110;

2 内蒙古医科大学基础医学院,内蒙古 呼和浩特 010110)

**摘要:**将思维导图引入药剂学实验教学,选取炉甘石洗剂的制备作为具体实验思维导图的示范,在实验预习、课中应用、实验评价及课后助记等诸多环节中,探索学生自学及教师指导与思维导图相结合的方法,以帮助师生构建清晰的知识网络和思维能力,增强课前实验预习的兴趣和效果、课中实验操作的积极性和针对性、课后知识点记忆的持续性和系统性。

**关键词:**药剂学实验;思维导图;实验预习;课中应用;实验评价

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.010

文章编号:1672-2779(2018)-15-0023-03

### Study on the Application of Mind Mapping in the Experimental Teaching of Pharmaceutics

LI Ruijuan<sup>1</sup>, LIU Jia<sup>1</sup>, JIN Rong<sup>2</sup>, SAI Na<sup>1</sup>, LI Haiou<sup>1</sup>, LYU Xiaojie<sup>1</sup>, GU Yanli<sup>1</sup>

(1. Pharmaceutical College, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010110, China;

2. Basic Medical College, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010110, China)

**Abstract:** Mind mapping was introduced into pharmaceutical experiment, in order to explore combination of mind mapping and students' self-study ability, teachers' guidance and other links. Preparation of calamine lotion was selected as a demonstration of the specific experimental mind mapping. Using the software of mind mapping to make a general mind map of pharmaceutical experiment will enhance the effect and interest of pre-class preparation, the enthusiasm and ability of in-class operation, the persistent memory of post-class knowledge.

**Keywords:** pharmaceutical experiment, mind mapping, experimental preview, experimental operation, experimental evaluation

教育过程包括师生双方的活动,学生既是教育的客体,又是教育的主体,教师的主导作用在于充分发挥客体的主观能动性<sup>[1]</sup>。要研究教师该怎么教,首先就

要理解学生是如何学。本文将已在教育领域产生积极影响的思维导图,引入药剂学实验教学中,选取炉甘石洗剂的制备作为具体实验思维导图的示范,构建以混悬剂为中心词,以定义、制备条件、质量要求、制备方法、质量评价等为关键词的思维导图,帮助教师与学生构建清晰的知识网络,实现课前充分预习、课中积极参与、课后良好记忆的效果,不断增强实验教

※ 基金项目:内蒙古医科大学精品在线开放课程项目【No. NYJPZK2018006】;内蒙古医科大学校级精品课程【No. NYJP-KC201609】

\* 通讯作者: liruij8609@126.com

学的质量和效益。

## 1 传统药剂学实验教学存在问题与发展方向

**1.1 学生做实验存在的问题** 药剂学实验是将药剂学理论付诸于实践技能操作的重要环节<sup>[2]</sup>。药剂学实验内容涉及广泛,单元操作过程复杂。在传统药剂学实验教学中,学生主动学习研究的积极性不高,课前预习不深入,课中操作不熟练,导致实验结果不理想,实验教学质量不够高,整体学习研究显得较为被动<sup>[3]</sup>。

如果学生在课前进行了充分的预习,实验教学效果会得到显著提升。但是学生以往预习只是抄写实验讲义,简单“复制”“粘贴”实验原理和操作步骤,而对于深层次的实验原理和复杂的操作步骤,没有清晰的知识网络思路,对于整体框架和知识点关联把握不准确<sup>[4]</sup>。在课堂上,学生主动学习、主动观察、主动思考不够,对实验原理、实验现象、操作步骤认识不深、观察不细、把握不准,遇到问题往往束手无策,不知从哪个方向下手,也不注重交流互动,学习研究整体上还较为被动。

**1.2 实验教学中存在的问题** 有时,教师在实验前,对实验的每个细节讲解地过于详细,以至于没有突出知识点之间的关联性,而忽略了学生的掌握程度;有时,教师为了顺利完成实验教学任务,往往只关注于学生能否按流程将实验做完,而不关注学生的实验操作正确与否以及实验结果与讨论部分是否全面<sup>[5-6]</sup>。这种实验教学方式,一定程度上制约了药剂学实验教学的发展,不能很好地起到培养药剂专业人才的作用。所以,教师讲解为辅,帮助学生构建清晰知识网络,对于研究药剂学实验的新型“教与学”方法显得尤为重要。

**1.3 实验教学改革方向** 教师给学生构建出清晰的知识网络,加强实验课前预习,培养良好的实验习惯,强化实验操作技能,提高实验课的主观能动性,重视实验细节的教学过程,增强课后良好记忆的效果,推进药剂学实验教学改革既是当前需要引起重视的课题,也是实验教学的发展方向,而引入思维导图就为实验教学改革提供了有效途径。

## 2 思维导图的特点及其作用

**2.1 思维导图的特点** 思维导图是由英国“记忆之父”托尼·博赞创立的一种可视化语义网络,其核心思想即通过形象思维将某一领域内知识元素之间的逻辑思维呈现表达出来<sup>[7]</sup>。思维导图的结构布局利于激发左右脑的思维能力和通过文字、色彩、图案、符号度等来加以修饰思维导图的末端分支节点,可以增强学生

的记忆力、想象力及创造力。

思维导图的制作方法从手绘逐渐发展到基于计算机的思维外化软件,目前广泛使用的思维导图软件有MindManager、Xmind、iMindMap、MindMaster、MindMeister和MindNode等<sup>[8]</sup>。

**2.2 思维导图的教学应用** 思维导图最早用于商业,现已拓展到教育领域中。在国外,一些学校甚至还将思维导图作为必修课,如澳大利亚、新西兰等国家<sup>[7]</sup>。近年来,思维导图在国内引起了重视,被广泛应用于小学、初中、高中以及大学的多门课程教学中,学生可以通过思维导图展示出发散思维的过程,教师可以通过思维导图展示出“教与学”兼容并举的过程<sup>[8]</sup>。

## 3 思维导图构建在药剂学实验教学中的应用分析

**3.1 课前预习** 在课前学生要对药剂学实验的相关基础理论知识进行预习,在绘制思维导图的过程中理顺课程内容的内在联系,对课程知识点进行有效的资源整合。本文以“混悬型液体药剂的制备及其质量评定”的实验为示范,以MindMaster的免费版为制作软件,学生要在实验课前对混悬剂的理论知识进行预习<sup>[9]</sup>。首先,把中心主题“混悬型液体药剂”放于中央,点击中心框边的小“+”,开始向四周支出7个子主题,作为第一节点,分别标上“定义”“制备混悬剂的条件”“混悬剂的质量要求”“混悬剂质量评价方法”“混悬剂的物理稳定性”“混悬剂的稳定剂”“混悬剂的制备方法”。然后,在每个“第一节点”上再增加多个子主题,为第二节点,在每一个子主题上用关键词或图片说明该内容。如果需要从更深层次上解释说明“第二节点”的含义,则以同样的方法,再以“第二节点”子主题为中心向四周支出子主题和添写内容。为了突出注意,可以添加标注内容。各个子主题之间可以插入关系线将子内容联系起来,建立知识的纵向、横向联系,形成知识体系的整体框架。

学生课前预习混悬剂知识点,可以深刻熟悉混悬型液体药剂的定义、制备条件和质量要求,深入理解混悬剂的物理稳定性和各种稳定剂的定义、作用和种类,掌握混悬剂的处方设计、制备方法和质量评价方法。学生对理论知识有了深入的理解和掌握,才能在课中实验环节积极思考、主动参与,将理论转化为实践。

**3.2 课中应用** 在药剂学实验课堂上,以“混悬型液体药剂炉甘石洗剂的制备及其质量评定”的教学过程为例,教师先用8~10分钟以思维导图的方式,从“处方

设计、处方分析、实验制备、实验结果评价、思考题”5个方面清晰地讲解实验课内容的主要结构和层次、关键知识点、注意事项,呈现知识点之间的关联,构建知识点的整体框架。同时教师借助有趣的图形帮助学生记忆知识点,对学生进行发散性思维启发及引导,使学生从宏观方面把握实验课知识点的脉络,摆脱以往疲于应付大量过于细化的知识信息,而把握不住教师的思路。教师将课前学生预习混悬剂的思维导图和课中讲解炉甘石洗剂实验内容的思维导图进行结合,引导学生进行积极深入思考,展开学生之间、师生之间互相交流讨论,使课前的理论预习能顺利转化为课中的实践操作。思维导图被引入实验课堂,利于加强学生对相关概念的理解能力和记忆力,在做实验过程中学生不会再重现“看一眼讲义,做一步实验”的木偶式操作,而是能够将实验操作步骤完全印入脑中,带着深入的思考,自信自主地去做实验,这样将使实验教学走出僵局,使学生真正能够掌握这门技能<sup>[10]</sup>。

学生做完实验后,上交实验报告本,教师要将学生预习实验所绘制的思维导图列入评分标准,予以打分,判断学生对所做实验内容的思维状况以及理解的清晰度和深度。教师制定药剂学实验成绩的新评价体系,包括课前预习制作的思维导图、课中实验操作规范、实验结果与讨论、实验相关问题的解答情况,以及实验报告的撰写完整和规范性,完善传统实验报告中单一的实验结果成绩。

**3.3 课后助记** 在课后,学生将自己制作的课前预习思维导图和课中教师讲解的思维导图进行结合互补,开展课后复习帮助记忆<sup>[11]</sup>。同时,在课后,学生也可以对知识点进一步深入理解,完善所绘制的思维导图,使知识储备更加充足,知识运用更加灵活<sup>[12]</sup>。通过对知识点思维导图的逐步完善修改,能够激发学生的学习积极性,促进学生在更高层次的深入思考,培养学生对知识的运用能力,达到“学以致用”。

#### 4 结语

近年来,思维导图作为一种“工具”在思考决策的领域内被广泛使用,其强大的思维功能在教学领域的延伸发展引起了国内外教育学者的高度关注<sup>[13]</sup>。本文作者以药剂学实验的教育教学改革方向为指导,将思维导图引入本学科实验的“教与学”中,积极探索思维导图的教育应用价值。思维导图作为一种可视化教学辅助工具,一方面利于教师优化教学结构,另一方面帮助学生快速增加知识积累量并形成系统的知识框

架,使知识点直观形象不再孤立,方便提取加工。

思维导图被应用于药剂学实验的课前预习、课中实验讲解及评价、课后复习记忆等各个教学环节中,这种新型教学模式体现出多方面优点:首先,富有弹性的思维导图能优化教师的课堂教学设计<sup>[14]</sup>。其次,图文并茂的思维导图能提高学生的学习兴趣,让学生乐学,达到“知之者不如好之者,好之者不如乐之者”的境界<sup>[15]</sup>。再次,“左右脑”构造模式的思维导图能增强记忆力,激发想象力,促进联想力与创造力,让学生系统地掌握学习内容,有效地复习与记忆<sup>[16]</sup>。思维导图在药剂学实验教学中的应用研究为实验教学提供了新颖的教学方法与教学理念,对于推动实验教学的改革与发展具有积极的促进作用。

#### 参考文献

- [1]傅丽雯.心理应激在教学过程中的应用[J].时代教育,2013,5(5):293-294.
- [2]孟胜男,胡容峰.药剂学[M].北京:中国医药科技出版社,2016:1-5.
- [3]姚飞虹,喻莉萍,张辉,等.新建本科院校药剂学实验教学改革及实践[J].中国现代药物应用,2013,7(14):249-250.
- [4]惠岑悻,周宜君,王文蜀,等.浅析思维导图在高校有机化学实验教学中的应用[J].实验室研究与探索,2013,32(3):153-157.
- [5]托尼·布赞著,叶刚译.思维导图[M].北京:中信出版社,2009:4-5.
- [6]刘丽丽,殷玉婷,陈丽华.思维导图构建在《药剂学》教学中的运用与探讨[J].时珍国医国药,2016,27(4):973-975.
- [7]于昊.思维导图及其教学应用研究[D].大连:辽宁师范大学,2016.
- [8]蒋政.思维导图在计算机原理教学中的应用[J].计算机时代,2010(1):64-66.
- [9]孟胜男,胡容峰.药剂学实验指导[M].北京:中国医药科技出版社,2016:16-18.
- [10]廖秀慧.思维导图在高中英语说明文教学中的应用[J].课程教学研究,2012(9):60-62.
- [11]张茹.利用思维导图培养学生理解力的研究[D].济南:山东师范大学,2013.
- [12]钱月.中学历史图示教学法的继承与发展研究[D].北京:首都师范大学,2013.
- [13]李玉,柴阳丽,闫寒冰.思维导图对学生学业成就的影响效应——近十年国际思维导图教育应用的元分析[J].中国远程教育,2018(1):16-28.
- [14]张敏,杨凤梅,朱晓红.利用思维导图提高学生学习效率的探索[J].中国医学教育技术,2010,24(4):340-343.
- [15]郑伟.巧用思维导图提高课堂复习效率[J].文理导航(中旬),2018(1):53.
- [16]金玉兰.应用思维导图特点提升课堂教学效益[J].新课程导学,2018(4):53.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张屏 收稿日期:2018-05-04)

中国脉学,与生理合,与解剖不合,故当心知其意,不可泥于迹象。奇经八脉,医者类都以为难治。若从形态上着想,求其神理,不求其迹象,则心与神会,古说皆可通。若从阳路、阴路、横行、直行,从解剖上求其起造,则杳不可得,盖本无其物,自难晓也。

奇经凡八脉,不拘制于十二正经,无表里配合,故谓之奇。

——刘景源、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)

# 药用植物学课程中微课模式的设计与探索<sup>※</sup>

高长久 张朝立 吴宜艳 王晶华 吴兆华 张艳华 孟令锴\*

(牡丹江医学院药学院, 黑龙江 牡丹江 157011)

**摘要:** 药用植物学是一门培养学生操作技能和创新思维的重要专业基础课, 注重理论与实践紧密结合的应用型学科。理论与实践有机结合、融为一体的“理实一体化”教学模式, 虽有诸多优势, 同时也存在一些不足。故提出并探索“微课”教学模式, 对其进行补充与优化。这种全方位、立体化的教学模式为培养适应新时代发展的药学类应用型本科人才提供有力保障。

**关键词:** 药用植物学; 微课; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.011

文章编号:1672-2779(2018)-15-0026-03

## Design and Exploration of Micro-class in Pharmaceutical Botany

GAO Changjiu, ZHANG Chaoli, WU Yiyang, WANG Jinghua, WU Zhaohua, ZHANG Yanhua, MENG Lingkai\*

(College of Pharmacology, Mudanjiang Medical University, Heilongjiang Province, Mudanjiang 157011, China)

**Abstract:** Pharmaceutical botany is an important basic course to cultivate operation skills and innovative thinking of students, and an applied discipline that integrates theory and practice. Though the teaching pattern of "integration of theory and practice", which combines theory and practice, has various advantages, it also has some disadvantages. Therefore, this paper puts forward and implements the teaching pattern of "micro-class", and further supplements and optimizes it. This teaching pattern, in all-directional and three-dimensional way, provides support for the cultivation of undergraduate talents of applied pharmacy that meet the new needs of times.

**Keywords:** pharmaceutical botany; micro-class; teaching pattern

随着移动“互联网+”和4G时代的到来, 特别是手持移动数码产品的普及, 学习方式呈现出可视化、趣味化、碎片化等特点。伴随着以开放、共享为理念的网络教育资源运动的蓬勃发展, 在高等教育教学过程中应用现代信息技术与专业课程相融合, 更便捷、更有效、更趣味地展示专业教学内容, 已经成为当前高等教育改革的一种必然趋势<sup>[1]</sup>。基于“微课”的移动学习、远程学习、在线学习这种新型的教学模式和学习方式走进高校, 逐渐引起众多高等院校教育工作者的重视和实践, 结合自身教学的特色, 将“微课”应用到实际的高校教学改革中去。

药用植物学 (pharmaceutical botany) 是运用植物学的知识与方法来研究具有医疗保健作用的植物, 包括其形态组织、生理功能、分类鉴定、资源开发和合理利用等内容的一门理论与实践紧密结合的应用型学科<sup>[2-3]</sup>, 是 (中) 药学专业学生学习生药学、中药学、天然药物化学等相关课程所必修的一门专业基础课, 在课程体系中有承前启后的重要地位<sup>[4]</sup>。前些年笔者提出并践行理论与实践有机结合、融为一体的“理实一体化”教学模式。通过教学实践, 理论支撑实践, 实践强化理论, 二者相互促进, 取

长补短, 收到教与学的良好效果。但仍存在如教学资源种类和数量不充足, 户外教学资源掌握不充分, 天气原因导致教学时间难以掌控, 任课教师工作量极大增加等不足之处。

本研究立足于高校课程建设这一人才培养主阵地, 发挥现代教育技术的优势, 在已有的研究工作基础上, 从“微课”的教学思路、规划、设计、制作、应用、评价等方面, 开展全面的探索与实践, 对“理实一体化”教学模式进行补充与优化。

### 1 微课的内涵

“微课”是指按照新课程标准及教学实践要求, 以视频为主要载体, 记录教师在课堂内外教育教学过程中围绕某个知识点 (重点、难点、疑点) 或教学环节而开展的精彩教与学活动全过程, 有资源丰富、自主学习、学习方式多样化等教学特征<sup>[5]</sup>。

### 2 微课的规划

根据药用植物学的课程教学大纲、课程标准、专业培养目标等要求, 归纳出本课程所有的重点、难点、考点、疑点<sup>[6]</sup>, 并根据药用植物学“微课”在课前、课中、课后使用的教学思路对其进行规划。如表1。

### 3 微课的设计

微课由于是课程的一种教学形式, 因而教学设计是必不可少的环节<sup>[7]</sup>。通过药用植物学教学设计, 明确微课教学目标, 充实微课视频内容, 同时采用适合高校学生的相关教学方法, 在具体的教学策略方面也要注重对实践技能以及知识运用能力的培养。如表1。

※ 基金项目: 黑龙江省大学生创新创业训练计划项目 [No. 201710229014]; 牡丹江医学院高等教育教学改革项目 [No. JY2016011]; 牡丹江医学院高等教育教学改革项目 [No. JY2016037]

\* 通讯作者: 56275076@qq.com

表1 药用植物学微课的规划与设计

教学阶段	课前	课中	课后
微课的规划	对药用植物学整体学习内容概括	围绕各章节具体知识点进行讲解	对课程重点、难点、考点、疑点进行归纳总结
微课的设计	绪论, 细胞→组织(6类)→器官(6类)→植物体(植物分类)	生组织、基本组织、保护组织、分泌组织、机械组织、疏导组织; 植物器官; 根、茎、叶、花、果实、种子; 植物分类; 门、科、属、种。	与教学大纲相对应, 强化重点、难点、考点、疑点等知识

#### 4 微课的制作

药用植物学教学内容包括植物解剖学、植物形态学和植物分类学三方面, 因本课程知识点繁杂, 概念抽象, 难于记忆等特征<sup>[8]</sup>, 故“微课”采用分层次、渐入式的方法进行制作, 并且录制场所多样化(如课堂、实验室、野外等), 激发学生学习兴趣, 提升教学效果, 促进学生对教学内容的掌握和实践技能的提高。如表2。

表2 药用植物学微课的制作

教学部分	章节	具体内容	微课的制作
植物解剖学	植物的细胞	原生质体、后含物、细胞壁	知识点1: 植物细胞的形态和基本结构。 知识点2: 后含物产生、种类、形态等。 知识点3: 细胞壁分层、纹孔、胞间连丝。
		分生组织、基本组织、保护组织、分泌组织、机械组织、输导组织、维管束及其类型	知识点1: 植物组织的产生、分类。 知识点2: 各种植物组织的形态结构、类型及生理功能等。 知识点3: 维管束的组成、类型。 知识点4: 植物显微特征图与构造图, 详图与简图。
植物形态学	植物的器官	根、茎、叶、花、果实、种子	知识点1: 植物器官的产生、功能、分类。 知识点2: 各器官的外部形态、类型及其生理功能; 知识点3: 各器官的显微构造特点。
		植物分类学	知识点1: 植物的分类与命名及检索表分类与使用方法。 知识点2: 重点科(属)特征及其代表性药用植物的名称。 知识点3: 某种具体代表性药用植物类型、形态特征(主要)、分布、入药部位、功效与临床应用等。

#### 5 微课的应用

“微课”主要是用来辅助本课程的日常教学, 对其教学内容与形式的补充和优化<sup>[9]</sup>。为了提高学生学习的效率、效果以及增强课程的灵活性, 药用植物学微课全程贯穿于该门课程的前、中、后三个环节并发挥作用。如表3。

表3 药用植物学微课的应用

学习阶段	学习目标
课前	通过预习, 学生对本课程所学习的内容做大致了解
课中	学生有目的的对各章节某些知识点进行复习, 查缺补漏, 强化巩固知识
课后	对所学习重点、难点、疑点、考点进行归纳与总结

#### 6 微课的评价

药用植物学微课的评价是微课设计与应用的最后一个环节, 对微课持续提升起到积极的作用<sup>[10]</sup>。本门微课的评价从选题、内容、结构、制作技术、效果及问题的解决等方面进行评价。评价主体除学生外, 还包括同行专家评价和教师的自我评价。如表4。

表4 药用植物学微课的评价

	评价标准		评价主体	
	一级标准	二级标准	学生	教师
微课的选题	具体明确, 大小适当	针对性强, 重点、难点、疑点、热点突出		
微课的内容	内容科学	安排合理, 符合学生认知规律		
微课的结构	主线清晰, 逻辑性强	难易适当, 讲解透彻		
	结构完整, 具有一定的独立性和完整性	片头知识背景和片尾知识小结		
微课的制作技术	选用合理, 画面清晰, 图像稳定, 影音同步性和流畅性好	视频事件精短又能完成教学任务	听课学生依据评价标准, 按等级逐项对微课进行评价, A(优)、B(良)、C(中)、D(差)	同行专家和微课制作教师按照评价标准逐项对微课评价和自我评价, A(优)、B(良)、C(中)、D(差)
	视频画面清晰美观, 语言通顺流畅, 发音标准清晰, 观看感受良好	教学过程深入浅出, 形象生动, 启发引导性强, 有利于提升学生学习的积极性和主动性		
微课的效果	教学目标达成好, 有效解决实际教学问题	促进学生思维的提升, 能力的提高		
对微课意见与建议				

#### 7 结语

本项目的研究与实施将有效探索现代教育技术与课程建设的融合, 突破教师传统的听评课模式, 通过“微课”的设计与制作, 可提高教师自身的教学设计能力, 强化信息技术在教学中的深度应用, 提升教师教学的综合能力。

药用植物学微课的建设内容是按专题和系列围绕某些知识点而设计的, 更好地满足学生对不同知识点的个性化学习、按需选择学习, 又能强化巩固知识, 并且不受时间和地点的限制, 课前、课中、课后可以通过“微课”进行自主学习, 培养学生发现问题、分析问题和解决问题的能力。

在药用植物学实践教学中学生可以利用“微课”开展移动学习。在实验过程中, 学生可边看微课边实验, 以达到指导实验规范操作, 准确识别显微特征的

目的;在野外实习过程中,学生可边看微课边实习,以帮助其掌握药用植物的种类、分布、外部形态、入药部位、功效以及临床应用等相关信息。进而使学生能够全面掌握从植物的细胞、组织、器官到植物体,从微观到宏观认识和鉴别药用植物等内容,为培养适应新时代发展的药学类应用型本科人才提供有力保障。

#### 参考文献

- [1]余泰,李冰.微课在高校实验教学中的应用探究[J].实验室研究与探索,2015,34(4):199-201.  
 [2]黄宝康.药用植物学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2016:1.  
 [3]郑承剑,韩婷,黄宝康,等.药用植物学PBL教学模式的应用[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(7):91-92.  
 [4]高长久,孟令籍,梁启超,等.理实一体化模式在药用植物学课程中的应

- 用[J].实验室科学,2016,19(3):132-134.  
 [5]孟亚鹏,何冬梅,韩桂琪.微课在医学院校教学课程中的应用[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2015,17(4):40-41,44.  
 [6]敖菊平.浅谈微课在PHOTOSHOP课程教学中的实践[J].课程教育研究:学法教法研究,2016(21):39-40.  
 [7]田建平,胡远艳,张俊清.思维能力训练在药用植物学课程教学中的实践[J].中医教育,2012,31(2):49-50.  
 [8]谢晋,张群林.《药用植物学》教学难点思考与突破[J].中国校外教育(下旬刊),2014(3):125.  
 [9]张欣,尚坤,刘明军,等.基于微课与慕课理念的中医药网络课程平台建设对课堂教学辅助作用的研究[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(5):101-102.  
 [10]王尉,刘建晓.微课应用于课堂教学的评价设计——以五官科护理教学为例[J].卫生职业教育,2017,35(8):55-56.

(本文编辑:张文娟 本文校对:杨旭东 收稿日期:2018-05-11)

## 心内科研究生师承教育方法的思考<sup>※</sup>

张晶晶<sup>1</sup> 朱明军<sup>2\*</sup> 李彬<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450000;  
 2 河南中医药大学第一附属医院心脏中心,河南 郑州 450000)

**摘要:**临床实习对于研究生教育来说,是至关重要的环节,起到承前启后的作用,而带教老师也扮演着不可或缺的角色。师承作为带教方式的一种,是独具特色的中医人才培养模式,贯穿于研究生整个学习期间。尤其对于中医内科研究生来说,师承无疑对学习名老中医临床思维、学术经验至关重要。要发挥师承在研究生生涯中的作用,更快更好地成长为一名心内科中医临床大夫,笔者认为以下几点尤为重要。

**关键词:**心内科;研究生;师承;中医人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.012

文章编号:1672-2779(2018)-15-0028-03

### Reflections on the Master-apprentice Education for Postgraduates in Cardiology

ZHANG Jingjing<sup>1</sup>, ZHU Mingjun<sup>2\*</sup>, LI Bin<sup>2</sup>

(1. The First Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000 China;  
 2. Heart Center, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000 China)

**Abstract:** Clinical internship is a crucial link for postgraduate education. It plays a role as a link between the past and the future. The teacher is also playing an indispensable role. As a kind of teaching method, Master-apprentice education is a unique Chinese medicine talent training model that runs through graduate students for three years. Especially for graduate students of TCM internal medicine, master-apprentice education is undoubtedly of great importance for learning the clinical thinking and academic experience of old and famous Chinese medicine practitioners. To develop the role of teachers in the career of graduate students, and to grow into a doctor of traditional Chinese medicine for internal medicine, we believe that the following points are particularly important.

**Keywords:** cardiology; postgraduate; master-apprentice; TCM talent training

临床实习对于临床专业的研究生来说起到一种承前启后的作用,连接了本科时期课堂理论知识以及为以后成为一名正式的住院医师打基础。对于心内科的研究生来说,心血管疾病复杂、多样,且大多为危重疾病,临床实践显得尤为重要。而中医内科心病方向的专业硕士研究生,除了临床实践以外,师承教育也作为院校教育的一种补充,是独具特色的中医人才培养模式。中医辨病辨证思维、望闻问切、临证组方遣药等对于刚入学的研究生来说,只是书本上抽象的基

础知识,要想深入的领会学习,必须通过师承途径,经过朝夕临诊,耳濡目染,口授心传,个别指导,衣钵相传,才有可能真正打开中医学这扇神秘的大门。心内科常见的冠心病、心律失常、心力衰竭、心肌病等分别属于中医的胸痹、心悸、怔忡、水肿、晕厥等,相关的证型、方药远不像课本上那样典型,需要在长期的临床跟师中学习、锻炼,总结经验。

#### 1 师承教育

自《黄帝内经》以来,师承教育一直都是中医传承的主要途径,学生可通过临床跟师、抄方学案、口传面授的方式来继承老师的临床经验和学术思想,其注重的是“因人制宜”的个性化教育,与注重标准化的系统教学方法不同。中医能够数千年薪火相传,其经

※ 基金项目:河南省创新型科技团队[No.C20130050];河南省高校科技创新团队支持计划[No.13IRTSTHN012]

\* 通讯作者:zhumingjun317@163.com

典的传承方式起到了决定性作用。历史悠久的民间师承传授方式为我国古代培养了大量的优秀医生,为中医的传承和创新作出了巨大的贡献。不论过去,还是现在,中医师承传授的优势在中医药人才的培养上优势十分明显<sup>[1]</sup>。2006年《中医药事业发展“十一五”规划》中把“开展院校与师承相结合的教育模式试点工作”列为重点任务。而河南地处中原,是我国古代文化的发源地,这里名医荟萃,又有着浓厚的中医药文化底蕴,医圣张仲景的故乡就在南阳。河南省从1954年开始,一直走在全国中医药师承教育的较前列<sup>[2]</sup>,经过这一段时期的摸索,总结出了一套独具特色的中医师带徒办法。

## 2 中医思维的重要性

在师承的过程中,心内科研究生要以形成中医思维为目标,以培养临床能力为核心。中医思维的培养是中医师承教育的重中之重。医学教育的最终目的是培养能够救死扶伤的临床医生,而成熟敏锐的临床思维及临床实际操作能力正是中医师承传授的关键所在。在中医学理论建立的基础上,中医学子跟师出诊所论证每一个病患的过程均是在不断建立自己的临床诊疗思路,或产生新的思维火花,亲身临证之余接受老师的批评指正及正确示范,逐渐提高自己的临床实操水平,这正是经典的师承传授模式。同时,中医师承教育注重“早临床、多临床、反复临床”的教学理念正是由于中医思维及临床能力的形成需要千锤百炼,不断磨砺,只有这样,才能有效地培养出一批批中医学名师和名家,为中医药的更好发展助力。思维方式的形成必须以一定的知识储备为基础,扎实的中医基础理论是建立中医思维的基础,更是进行中医临床思维基本条件,其中以下提到的中医经典学习、医案教学等均为培养临床思维的重要途径。

## 3 怎样进行“师承”

**3.1 背诵经典** 在中医几千年的传承中,留下了如《黄帝内经》《伤寒论》《金匱要略》《温病条辨》等被历来医家所推崇,列为必读之书的经典著作。王冰序《素问》云<sup>[3]</sup>：“将升岱岳,非径奚为,欲诣扶桑,无舟莫适”,即是阐明如欲在医学领域登堂入室、登峰造极,没有掌握有效的方法将很难达到目的,而中医学的“径”和“舟”就存在于经典。国医大师周仲瑛<sup>[4]</sup>也说：“学习经典是掌握中医仁术的必由之路,而对经典领悟能力的提高,又需要在临床实践中不断探索和思考。”背诵一直被视为中医教育的重要基础方式,然而纵观全国中医院校经典课程的教育,其课时安排以及总的地位逐渐下降,大学公共课程、西医基础课程、中医基础理论、中医诊断、中药方剂等课程的安排几乎占满了本科教育的全部,甚至有些中医院校把《黄帝内经》《伤寒论》设为选修课程,这都是造成经典

背诵缺失的一大因素。另外,经典背诵枯燥乏味、加之接触中医之初无法悟得其中含义,这也影响了学生学习经典的积极性。而随着研究生入学以来的临床轮转、门诊跟师的所见所学,掌握的知识越来越多,对中医的理解逐渐加深,越发觉得只有背诵才能将中医理论知识把握牢固,才有可能在中医临床应用时游刃有余,才会跟上老师的辨证思路,久而久之有助于自己中医思维的形成。就心内科的冠心病来说,研究生要熟练掌握历代医家长期的临床实践和理论探索,吸取临床辨证及用药经验,例如<sup>[5]</sup>《素问·脉要精微论》曰：“涩则心痛。”《灵枢·邪气脏腑病形》曰：“心脉缓急为心痛引背,食不下。”又如《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证并治》第4条：“胸痹不得卧,心痛彻背者,瓜蒌薤白半夏汤主之”,第9条：“心痛彻背,背痛彻心,乌头赤石脂丸主之”等。熟背经典,再结合临床实际运用,唯有此,才有可能培养出具有中医思维模式,在临床辨证论治中能娴熟精进,灵活运用中医理论与方法为现代人类健康事业服务的专门人才,使中医得以更好地传承和发展。

**3.2 侍诊抄方** 侍诊抄方是中医师承教育中不可或缺的重要方法,是师徒传授一种经典形式,在抄方的过程中,学生可能更容易对中医知识结构、思辨规律有切实的体会,为中医临床水平的进一步提高奠定基础。但这种学习方法并不拘泥于形式上的固定,在跟师的过程中可以准备纸笔记录,也可用手机、相机拍摄舌苔、病例等,尽可能将患者的病历资料详尽记录,门诊后再加以完善、总结。抄方不应一味纠结于处方本身,这也是大多学生容易出错的地方之一,学生跟诊过程中往往把精力放在处方本身,老师每开出一张处方,学生便如获至宝拍照等方法保存,以为如此便可以掌握老中医的学术精华,其实不然,抄方其实是一个系统的学习过程,真谛本不在于“方”,而在于如何“选方”“用方”,如何达到“识方”“懂方”的目的。古人讲“用药如用兵”,其实用方似“布阵”,只有明了阵式的架构,才可准确出击,收获效验。因此,跟师临诊时,不应一味低头“抄方”,而应常常抬头“看方”,看如何辨证选方,看如何据证调方,看如何活用成方。通常门诊病人量过大时,老师没有办法在诊治的过程中详细讲述,这就需要学生用大量的课余时间去做研病例和处方。整理病例的过程实际是个思考过程,思考老师从接诊到开方是如何望闻问切、从众多症状中抓住主症,如何进行辨证论治,如何引经据典,如何选方用药,期间提出问题到查阅资料、请教老师再到解决问题,对于知识的掌握又起到了巩固的作用,日积月累,就会对老师诊治某种疾病的思路有一些心得体会。在跟师抄方的过程中不求老师字字相传,只需要学生用心体会、不断挖掘、总结归纳,这样学生

便能够更加清晰地认识老师的学术思想、诊疗风格,才能更好地将老师的经验和学术传承,绵延发展,既构成了人才链和人才群体,又发展了中医学术理论<sup>[6]</sup>。

**3.3 医案书写** 中医医案是记录中医医师诊治病患的过程的资料,是临床经验传承的有效载体,在中医学术的继承发展中有着重要的地位,章太炎<sup>[7]</sup>先生指出:“中医之成绩,医案最著”。中医医案发源很早,前汉时代名医淳于意就开始有了诊籍,也就是最早的医案记载后世历代名医,大多数都把他们的临床经验写成了医案,一直流传到现在。医案不仅记录疾病发展每一阶段的病情、病机、立法和处方,还反映了医家理论、临床各方面的知识以及思维活动。记录医案是中医临床医师工作的一个重要环节,在研究生跟师过程中,医案的书写也应该成为基本临床技能学习和训练的重要内容之一。研究生往往有固定的跟师时间,能基本掌握心内科疾病的诊疗常规,且熟悉导师用药的经验及特点,对患者的随访也相对方便,对典型病例的搜集更为便利也更有意义。书写医案要求有扎实的中医理论基础以及丰富的临床基础,除此还要多读历代医家医案,取其精华去其糟粕。在书写医案的过程中要避免华而不实的写法,叙述病情要简洁,抓住和病机相关的主要矛盾,文字要简洁流利,病机立法要准确且精辟,且研究生的医案书写要有导师的反馈再强化,有针对性地提高医案书写能力,同时也提高了师承的效率,让学生能更快更好地学习心内

科常见病的辨证论治,能够更好地体味导师们中医思维方式、临证经验和用药特点,深层次地挖掘临证经验和学术理论的历史源流。

综上所述,中医师承教育是中医药教育的一大特色和优势,是培养和造就中医药人才的有效模式。中医学具有明显的经验医学特色,研究生脱离了大学时枯燥的书本知识学习,临床跟师成了学习中医的主要途径,是走向临床工作的桥梁。师承实际是培养中医人才的捷径,然而在这条道路上唯有掌握合适的方法并且不懈努力,才能真正发挥它的作用。然而由于师承教学成果评价无明确目标,仅以学生临床实际诊疗水平评价,且随意性强,因此就更加突出了在师承中的自我学习方法和能力,院校也要进一步规范师承教育的管理方式,以共同推动中医人才队伍建设,促进中医药事业的发展。

#### 参考文献

- [1]赵泽洲.“中高职贯通”的发展模式[J].中外企业家,2014(9):164,166.
- [2]杨自文,刘文礼,徐江雁.河南中医师承教育发展状况(1949—1989年)研究[J].中医学报,2018,33(1):77-80.
- [3]张志峰.熟读经典,培养中医思维[J].医学与哲学,2008,29(11):74-75.
- [4]叶放,金妙文,王志英,等.周仲瑛教授学术成就撷英[J].南京中医药大学学报,2007,23(6):273-277.
- [5]毛静远,张伯礼,等.当代名中医诊治冠心病临证经验集要[M].北京:中国中医药出版社,2017:8-13.
- [6]吴鸿洲,程磐基.古今中医教育模式的比较研究[J].上海中医药杂志,2000,34(12):10-13.
- [7]严奇澜,顾植山.中医文献学[M].北京:中国中医药出版社,2002:258-265.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李明 收稿日期:2018-05-15)

## “科研反哺教学”在中医体质学课堂教学中的应用

李英帅 王 济 李玲孺 郑燕飞 杨 正 侯淑涓

(北京中医药大学中医学学院中医体质与生殖医学研究中心,北京 100029)

**摘要:**教学和科研是高校的两大职能,也是高校教师的主要工作。高校教师在传授知识的同时,将科研活动中的新成果、新技术、新理论等学科发展前沿内容及时补充入课堂教学中,在此过程中培养学生的科研思维和素养,提升教学质量。本文对近年来作者在中医体质学教学过程中科研反哺教学模式的应用情况进行总结,以期为教学研究与改革提供指导。

**关键词:** 科研; 教学; 中医体质学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.013

文章编号:1672-2779(2018)-15-0030-03

### The Application of "Scientific Research Back Feeding Teaching" in the Classroom Teaching of Physique of Traditional Chinese Medicine

LI Yingshuai, WANG Ji, LI Lingru, ZHENG Yanfei, YANG Zheng, HOU Shujuan

(Research Center for physical and Reproductive Medicine of Traditional Chinese Medicine, School of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract:** Teaching and scientific research are two major functions of colleges and universities, as well as the main tasks of university teachers. While imparting knowledge, university teachers supplement the new achievements, new technologies and new theories in the scientific research activities into the classroom teaching in time. In this process, the students' scientific research thinking and quality are cultivated and the quality of teaching is improved. In this paper, the author summarized the application of the teaching model of scientific research back feeding teaching of physique of Chinese medicine in recent years, and provides guidance for the research and reform of teaching.

**Keywords:** scientific research; teaching; physique of traditional Chinese medicine

2017年国务院印发了《关于加强和改进新形势下高校思想政治工作的意见》,强调高校肩负着人才培

养、科学研究、社会服务、文化传承创新、国际交流合作的重要使命。其中,教学与科研始终是高校的两

大重要职能,相辅相成、缺一不可。

### 1 教学促进科研 科研反哺教学

首先,人才培养是大学最基本的职能,教学的重要性毋庸置疑。教学是科研的基础,指导并推进科研的发展,是储备科研后备力量的必要途径。高质量的教学会有效推动教师的科研工作。教师要讲好一门课,绝不能局限于课程知识之内,必须要拓宽知识的广度,挖掘知识的深度,这个知识积累的过程有助于推进科研领域的工作。在备课过程中,教师需阅读大量与课程相关的研究材料,这将促使教师对专业问题深入思考,启发科研灵感。此外,课堂中师生互动的作用也不容忽视,也许在与学生的讨论过程中,教师会获得新的科研思路。因此,教学可以成为科研的强大动力。

科研是教学的目的,对教学具有反馈作用。著名科学家钱伟长曾指出,“教学没有科研做底蕴,就是一种没有观点的教育”。科研有助于完善教学体系,推动教学改革,提高教学质量;有助于让学生更深入地了解科学,增强学习激情,明确发展方向;有助于扩大教师的职能,打破传统的教学观念,提高教学效率;有助于理论和实践结合,推动社会进步。

因此,科学合理地把握教学与科研的关系,努力实现以教学推动科研,以科研促进教学,形成教学与科研的良性互动关系,促进二者共同发展,对于提高教师总体水平、提高教学质量、提高学校知名度、培养新世纪合格人才都是非常关键的<sup>[1]</sup>。

### 2 中医体质学课程特点

“以人为本,因人制宜”,重视个体化诊疗是中医学的重要思想。中医体质学是以中医理论为基础,以人类体质为研究对象,以指导疾病防治和养生康复为研究目的的一门学科。包含体质相关理论、体质基础研究、体质相关性疾病预防、诊断、干预,以及体质学派传承等一系列重要命题的学术体系。属于基础理论与临床应用、传统医学与现代相关学科紧密结合的新兴交叉学科,是国内高等中医药院校唯一的新兴重点学科。

这一课程旨在通过对中医体质研究新理论、新方法、新成果的介绍与阐释,使学生系统掌握中医体质学的基本概念、基本原理、基本规律,对中医基础理论的延伸和创新有新的认识,并对生命科学产生新的认识。强化学生的中医体质理论基础,掌握体质辨识方法等实用性内容。

### 3 科研反哺教学的应用体会

自1978年王琦教授等人提出“中医体质学说”以来,历经40年研究发展历程,先后承担国家重点基础研究发展计划(“973”计划)项目、国家自然科学基金重点项目、国家“十一五”科技支撑计划等国家级及省部级课题40余项。以“中医体质”为关键词,可检索到3325篇中文文献。科研成果获得国家、省部级

科技奖励19项,并在全国乃至世界范围得到广泛应用。2005年,《中医体质学》创新教材的出版标志着体质学进入中医药高等教育体系。“如何将科研成果为教学服务”是体质学授课教师一直努力研究并不断实践的命题。现就科研反哺教学在中医体质学教学实践中的几点体会论述如下。

**3.1 丰富教学内容 提升教学质量** 中医体质学是理论与实践紧密结合的一门学科,其研究自2006年起飞速发展,新成果层出不穷,原有教材内容需要不断更新,才能使学生了解体质学最新研究动态。

如体质学相关概念中,原来主要是“中医体质”“中医体质学”等内容,随着研究不断发展,已衍生出更多的新概念。流行病学调查研究发现,单纯体质者占1/3,而两种、三种或多种体质兼夹出现的情况占2/3<sup>[2]</sup>,因此需要理清“兼夹体质”的概念。随着临床研究的深入,在原有的“体病相关论”基础上,增加了反映异病同治的“体质土壤论”<sup>[3]</sup>、反映皮肤损美性疾病与体质关系的“肤体相关论”<sup>[4]</sup>等内容,在原有的“体质可调论”基础上,增加了反映调体用方规律的“辨体用方论”<sup>[5]</sup>、反映辨体-辨病-辨证诊疗模式的“主病主方论”<sup>[6]</sup>等内容。

对科研的关注使教师能够及时将最前沿的学术成果不断充实到自己的课堂中,弥补了原有课程知识与最新研究之间的“断层”,这样的教学方式确保学生学到的不是陈旧的知识,而是与时俱进的内容,对于其他课程的学习、临床实践、科研设计等都有所帮助。

**3.2 诠释重点难点 提升学习兴趣** 中医体质学的重点、难点内容集中在理论部分,而理论课程的讲解往往容易陷入枯燥、难懂的困境,如果对理论问题用现代研究成果进行解释,则理解起来相对容易,也能够激发学生的学习兴趣。

如体质与证候的关系,从理论上讲,体质与证候是两个密切相关,但又处于不同层次的认知模式。体质是生命、健康、疾病的载体,体质可综合反映机体整体状态特征;证候是疾病状态下的临床类型,反映疾病演进过程中的病理特征。体质为本,证候为标,体质影响着证候的形成、从化与转归。为了加深学生的理解,以体质与证候的代谢组学比较研究<sup>[7]</sup>为例加以说明,如证候组的尿液中乳酸、肌酐含量高于体质组,说明证候组普遍产能不足,能量消耗较大。同时,与健康人相比,体质组同样存在代谢水平偏低的情况。这一结论初步证实了证候与体质存在差异,且证候组人体机能紊乱程度重于体质组。又如二甲胺和马尿酸,二者均来自于消化道微生物产生的腐败产物,反映了肠道微生物菌群的失调。证候组与体质组比较含量没有变化,说明组间存在共性。这一结论初步证实了证候与体质有着相似的功能改变,体质可能是证候产生的背景。

中医学课程必然有其传统内核,但在医学飞速发展的今天,如何用现代语言诠释传统理论,让更多的人理解、接受传统理论,是每一个中医人、每一个中医学教师应该思考的问题。中医体质学的教学也是如此,这就要求教师能够及时查阅文献,关注科研动态,将现代研究成果科学、合理地应用到教学中,使教学更易做到“深入浅出”,有助于学生的学习与理解。

**3.3 渗透科研思路 提升科研能力** 教学不仅要“传道授业解惑”,更要“授人以渔”。中医体质学是架接传统与现代医学的桥梁,将科研内容渗透于教学过程中,有助于培养学生的科研思路,了解科研方法的使用,提升科研创新能力。

如体质可分的现代研究,从量表编制-标准建立-流行病学调查-宏观研究-微观研究,层层深入进行讲解,充分展现了研究体质分类的科研思路;宏观研究中涉及了生物物理学研究方法,如近红外图像识别技术、睡眠床垫监测技术等,微观研究中则应用了系统生物学研究方法,如基因组学、代谢组学、蛋白组学、转录组学、肠道微生物学实验技术等。通过课程学习,使学生了解了科研设计思路,学会如何利用适宜的科研方法开展研究工作,激发学生的科研兴趣,有效指

导大学生科研实践。

此外,科研对教学的促进不限于教学内容方面,在大学课堂中,学者型教师对于学生影响更多的是他们思考问题的方式、严谨的科研态度和刻苦的学习精神。

#### 4 结语

实践证明,实施科研反哺教学模式,既能够丰富教学内容、提升教学质量,又能够诠释重点难点、提升学习兴趣,还能渗透科研思路、提升科研能力。教学科研深度融合、科研反哺教学作为保证教学质量、提高办学水平的重要途径,对于加快我国的应用型高等教育发展具有战略意义。

#### 参考文献

- [1]赵婀娜,葛亮亮,邓睿.教学科研之辩:教学与科研,一碗水如何端平[N].人民日报,2015-04-27.
- [2]朱燕波.中医体质分类判定与兼夹体质的综合评价[J].中华中医药杂志,2012,27(1):37-39.
- [3]董伟,倪诚,英孝,等.基于“体质土壤”学说的痰湿体质异病同治学术传承研究[J].中华中医药杂志,2014,29(6):1771-1774.
- [4]王济,张惠敏,李玲孺,等.王琦教授“肤-体相关论”的提出及其在皮肤病诊疗中的应用[J].北京中医药大学学报,2013,36(7):476-479.
- [5]王琦,倪诚.辨体用方论(一)[J].天津中医药,2009,26(1):1-4.
- [6]王琦.主病主方论[J].中华中医药杂志,2014,29(1):9-13.
- [7]袁卓珺.阳虚体质、阴虚体质与脾胃虚寒证、胃阴亏虚证的代谢组学比较研究[D].北京:北京中医药大学,2011.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张妍 收稿日期:2018-04-26)

## 课程整合在医学图像处理教学中的探索

肖寒 程敬海 李鹏

(上海健康医学院医学影像学院,上海 201318)

**摘要:**“医学图像处理”是医学影像技术专业本科生的一门专业必修课程,具有多学科集成、应用范围广和理论与技术并重等特点,在整个培养方案中占有非常重要的地位。以课程整合来重构“医学图像处理”的课程内容和结构,充分体现了学生的主体作用,能够达到更好的教学效果。文中立足于上海健康医学院“医学图像处理”课程教学改革实践,阐述了该课程整合的形式、过程和体会。

**关键词:**课程整合;图像处理;工程数学;医学信息学;医学影像诊断学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.014

文章编号:1672-2779(2018)-15-0032-03

### Exploration and Practice of Curriculum Integration in Medical Image Processing

XIAO Han, CHENG Jinghai, LI Peng

(College of Medical Imaging, Shanghai University of Medicine & Health Sciences, Shanghai 201318, China)

**Abstract:** Medical image processing is a professional required course for undergraduate students of medical imaging technology. It has the characteristics of multidisciplinary integration, wide application and emphasis on theory and technology, and occupies a very important position in the entire training program. The use of curriculum integration to reconstruct the content and structure of medical image processing fully reflects the main role of students and can achieve better teaching results. Based on the teaching practice of "medical image processing" course in Shanghai University of Medicine & Health Sciences, the paper presents the form, process and experience of the integration of the course.

**Keywords:** curriculum integration; image processing; engineering mathematics; medical informatics; medical image diagnosis

课程整合的理论最早可以追溯到19世纪赫尔巴特提出的统觉论<sup>[1]</sup>,他认为应该将支离破碎的教学内容加以整合,以利于完整人格的形成。从现代教育的观点来看,课程整合就是根据人才培养的需要,进行门类归并、内容梳理和统整、教学方法的革新等,实现课

程的系统集成和重构<sup>[2]</sup>。随着社会经济的快速发展,社会需求的多样化更需要复合型、创新型的人才<sup>[3]</sup>。因此传统的课程有必要进行有机的整理合并,通过整合课程来全方位提高人才的素质<sup>[4]</sup>。

上海健康医学院在多个专业中开设了“医学图像

处理”课程，如医学影像技术、放射治疗技术、医疗设备应用技术等专业。课程组的教师结合多年在此课程中的教学经验与实践，在学院多个教研室的支持下，对“医学图像处理”课程进行了整合开发。本文就该整合课程的教学实践与体会，以及教学中遇到的一些问题进行探讨，旨在为同行提供一些借鉴。

### 1 课程目标与整合的形式

“医学图像处理”是医学影像相关专业本科生的一门专业必修课程，通过课程学习能够掌握数字图像的基本概念、了解常见的图像处理算法，能够在图像工作站上对医学图像进行处理，同时了解医学图像DICOM格式和PACS网络系统配置，并对图像三维重建、分割、配准、融合等技术有初步了解，为后续高层次的学习奠定基础。

为了实现课程目标，课程组以原有的“医学图像处理”课程为主体，将“工程数学”“医学信息学”“医学影像诊断学”等三门课程的部分内容进行筛选后，加入到“医学图像处理”课程中，然后对课程所有内容进行重新组织和设计，整合成一门全新的“医学图像处理”课程。课程整合有多种形式，如专题综合式，模块关联式、主题嵌入式、学科融合式等<sup>[9]</sup>。课程组选择了学科融合式对“医学图像处理”课程进行整合。该课程涉及多个领域，有复变函数、线性代数等数学基础领域，也有影像诊断等医学领域，还有计算机网络、计算机图像等信息领域，通过各不同学科的融合，统一构造在图像处理的知识与技能的主线上，让学生视域拓展的同时，破除了知识结构的碎片化，通过学科的关联提高了学生的综合应用能力<sup>[9]</sup>。

### 2 课程的整合过程

2.1 课程目标的调研 “医学图像处理”课程在整合之前，课程组对课程的总体目标进行了充分的调研。虽然该课程已经开设并讲授了多年，但是课程组认为到专业目标岗位第一线去调研仍然很有必要。结合我校“医工并举”的办学特点，我们确定了调研的对象为医院放射科一线技师、医疗器械安装工程师、医疗器械维修工程师等岗位的往届毕业生。我们通过发放问卷、电话访谈、见面访谈等形式展开调研，试图弄清楚学生通过学习“医学图像处理”课程，到底应该掌握哪些知识和技能。

调研结果汇总与筛选后，共采集到有效样本数95份，其中放射技师样本40份，安装工程师样本25份，维修工程师样本30份。表1列出了三类不同岗位人员调研结果分析的汇总情况。能够看出，三类人员都认为医学图像处理基本概念、常见的图像处理算法和图像增强算法等非常必要（均为65%以上）；频域变换、图像分割、图像配准与融合等有一定的必要（60%~40%）；图像的压缩编码等没有必要（10%以下）。出乎意料的是，对于图像三维重建、DICOM标准、PACS网

络等认为很有必要（超过80%）。课程组经过集体讨论后最终确定了整合后的课程目标。

表1 课程目标调研汇总结果 (%)

调研内容	医院技师	安装工程师	维修工程师
数字图像的基本概念	92	89	88
图像线性变换基本算法	95	74	67
图像增强的基本算法	87	72	65
图像频域变换方法	60	50	45
图像分割	45	40	34
图像配准与融合	46	30	26
图像压缩编码	13	3	10
图像三维重建	80	70	80
DICOM标准	60	90	92
PACS网络配置	70	92	95

2.2 课程整合门类的确定 根据课程目标，课程组将知识与技能大类与目前学院开设的课程进行对应，以求课程整合的门类。数字图像的基本概念、线性变换等基本算法和图像增强等属于原有“医学图像处理”课程内容。图像频域变换需要用到复变函数、线性代数等数学知识，课程组经过商定将“工程数学”整合到课程中。DICOM标准和PACS网络的配置等属于“医学信息学”的内容，也将这门课程整合进来。最后图像三维重建、分割、配准和融合等，需要一定的影像诊断知识，课程组商定将“医学影像诊断学”的部分内容也加入到课程中。最终确定了以原有的“医学图像处理”课程为主体，将“工程数学”“医学信息学”“医学影像诊断学”等三门课程的部分内容整合到新课程中的方案。

2.3 课程内容的重构与设计 整合后的课程包含多个学科门类，但是作为一门完整的课程，其内容需要具备系统性和严密的逻辑性。课程组经过多次讨论，对整合后的课程内容进行认真分析，理清了各知识要点在认知和学习中的逻辑先后次序，对理论内容和实训内容进行重构与设计。最终确定的知识与技能结构大类如表2所示。

表2 课程知识与技能结构大类

大类	建议学时	原所属课程
矩阵及其运算	4	工程数学
数字图像的基本概念	4	医学图像处理
图像线性变换基本算法	4	医学图像处理
图像空间域增强	6	医学图像处理
复变函数、傅里叶变换	6	工程数学
图像频域变换方法	4	医学图像处理
胸部影像诊断基础	8	医学影像诊断学
图像三维重建	8	医学图像处理
DICOM标准与PACS	8	医学信息学
图像分割	6	医学图像处理
图像配准与融合	6	医学图像处理

2.4 教学资源开发 课程组根据重构后的课程内容，编写了教学大纲。因为涉及多个学科，经过多次讨论后统稿并最终定稿，形成了统一的授课标准。经过课

程组全体老师的共同努力,编写了校本教材和配套的实训手册,对整合后的课程内容进行了有机的融合,避免了让学生同一门课中使用多本教材的尴尬。实训条件方面充分利用了学院现有的计算机机房和PACS系统实训室,并增购了图像三维处理软件系统。

### 3 课程教学的实施与效果

整合后的“医学图像处理”课程开设在医学影像技术、放射治疗技术、医疗设备应用技术等专业的第三学年第二学期。整个课程一共64学时。学院配备了不同学科的共5名教师授课,其中高级职称教师2人,博士学位教师4人。课程实训使用学院计算机机房、PACS实训室、X线DR实训室等多个实训场所。课程的考核采用理论考核与实训项目考核结合的形式,两种考核形式各占50%。

课程经过整合后,教学效果得到明显的提升。对已经授课的二届学生进行满意度调查后发现,有70%的学生认为整合后的课程内容衔接很好,有系统性,20%的学生认为好。大多数学生觉得整合后的课程更有整体性,能够将图像处理相关的知识与技能串起来,更便于理解和接受,提高了学习的效率。

### 4 课程整合的一些思考

在“医学图像处理”整合课程的教学和开发过程

中,也发现有一些问题需要注意。第一,在整合的课程内容选取上,不能求“全”。课程虽然是由多学科的不同课程整合在一起,但毕竟是一门课程,应该以某一门课程作为主线,其他加入的课程为主线课程服务,而且加入的内容也要经过筛选,有所取舍。第二,整合课程需要校本自编教材的支持。因为整合后课程涉及多个学科,授课内容也经过重构和设计,教学时需要使用一本统一的教材,不能让学生在多学科内容时使用不同的教材,学生会觉得无所适从。第三,教学中不同教师之间要注意授课内容的衔接。整合后的课程因为涉及多个学科,让某一位教师来承担整个课程的教学比较困难,不同教师授课时应该意识到是在讲授同一门课程,要注意授课内容的前后关联。

### 参考文献

- [1]李岩.赫尔巴特道德教育思想的理论基础探析[J].内蒙古师范大学学报(教育科学版),2008,21(8):7-10.
- [2]张健.高职课程整合:困境、价值与突破[J].职教论坛,2013(24):75-79.
- [3]蔡建国.浅议整合课程[J].职教论坛,2004(6X):25-25.
- [4]王绍晶.课程整合是新课程的基本理念[J].辽宁科技学院学报,2009,11(2):61-63.
- [5]车丽娜,韩登亮.学校课程整合的基本范式及现实启示[J].现代基础教育研究,2017(4):148-155.
- [6]曾立胜.加强实验整合提高专业综合应用能力[J].实验科学与技术,2004,2(4):53-54.

(本文编辑:张文娟 本文校对:叶素梅 收稿日期:2018-05-11)

## PBL 教学法在儿科学教学中的探讨

李冰 王玮 程琳\*

(漯河医学高等专科学校医疗系,河南 漯河 462000)

**摘要:**高等医学教育教学方法在不断地进行改革,以问题为导向的教学方法(problem-based learning, PBL)在医学教学领域中广泛应用。为提高儿科学教育质量,在儿科学教学过程中应用PBL教学法,根据儿科学教学的特点,合理使用PBL教学法,高质量地完成儿科学的教学任务,来不断提高医学生的综合能力。结果发现,PBL教学法可以加深医学生对理论知识的理解和记忆,从而提高医学生对儿科学的学习热情,使儿科学教学质量不断提升。

**关键词:** PBL教学法;儿科学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.015

文章编号:1672-2779(2018)-15-0034-03

### Discussion of PBL Teaching Method in the Teaching of Pediatrics

LI Bing, WANG Wei, CHENG Lin

(Medical Department, Luohe Medical College, Henan Province, Luohe 462000, China)

**Abstract:** The teaching methods of higher medical education are constantly being reformed, and the problem-based learning (PBL) is widely used in the field of medical teaching. In order to improve the quality of pediatrics education, the PBL teaching method is applied in the course of pediatrics teaching. According to the characteristics of the teaching of pediatrics, PBL teaching method is used reasonably and the teaching task of pediatrics is completed high quality to improve the comprehensive ability of medical students. The results show that PBL teaching method can deepen the understanding and memory of medical students' theoretical knowledge, thus improve the enthusiasm of medical students to study pediatrics and improve the quality of pediatrics teaching.

**Keywords:** PBL teaching method; pediatrics; teaching reform

儿科学是研究小儿生长发育、卫生保健及疾病预防的一门综合性医学科学,是临床医学专业学生的必

修课,是临床医学范畴中的二级学科<sup>[1]</sup>。目前,儿科学临床教学多数仍然采用课堂教学、病例讨论、临床见习等方法,这些教学方法对医学生掌握临床基础知识是十分有效的。由于儿童在解剖、生理、病理以及疾

\* 通讯作者:893691128@qq.com

病的发生、发展、诊断和防治等方面都与成人有很多不同,在每个年龄阶段也各有特点;因此,儿科学的教学任务就是如何将儿童动态变化的特点全面传授给学生,并且传授临床实践经验,让学生不断加深儿科学医学理论知识的探索和临床的紧密联系。在高等医学教育过程中越来越多的证明,传统的教育方法与临床的不一致,当学生在接触临床实际问题时,感到在课堂学的知识与临床脱轨,由此可见传统教学方法不能满足当今医学人才的培养需求,如何改革医学教育模式和方法,培养新时代的新型医学人才,是我们医学教育者需要不断探讨的问题。

随着我国教育事业的深入改革,高等医学教育教学方法也在不断地进行改革,广大教师在教学中感受到传统教学模式的诸多弊端,为提高医学教育质量,在教学过程不断改革。PBL教学法得到世界医学教育界的肯定,在我国的高等医学教育中也在广泛推广。因此,广大教师如何在高等医学教育中合理应用PBL教学法,值得每一位医学教育者认真思考。

### 1 PBL教学法的概述

PBL教学法是以问题为导向的教学方法(problem-based learning, PBL),是基于现实世界的以学生为中心的教育方式,1969年由美国的神经病学教授Barrows教授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>[1]</sup>。PBL强调以学生的主动学习为主,而不是传统教学中的以教师讲授为主;PBL将学习与更大的任务或问题挂钩,使学习者投入于问题中;它设计真实性任务,强调把学习设置到复杂的、有意义的问题情景中,通过学习者的自主探究和合作来解决问题,从而学习隐含在问题背后的科学知识,形成解决问题的技能和自主学习的能力。以问题为导向的教学方法,运用在临床医学中是以病例为先导,以问题为基础,以学生为主体,以教师为导向的启发式教育,以培养学生的能力为教学目标。PBL教学法的精髓在于发挥问题对学习过程的指导作用,调动学生的主动性和积极性。

PBL教学法与案例分析有一个很大的不同点是PBL是以问题为学习的起点,案例分析是教师先讲解教材,在学生掌握一定的知识前提下,然后做案例分析。PBL教学法是跨学科的学习方式,可以促进学生不断地思考,学生为解决问题需要查阅课外资料,归纳、整理所学的知识与技能,有利于培养学生的自主学习精神;改变了“我讲你听,我做你看”“预习-听课-复习-考试”四段式教学方法,让呆板孤立的知识片化作整体

知识链,触类旁通,突出了“课堂是灵魂,学生是主体,教师是关键”的教学理念。

### 2 PBL教学法对儿科学教师的要求

**2.1 扎实的理论知识 不断交流学习** 教师要有扎实理论知识,经常进行同行之间的交流学习,同时还要有积极向上的态度。随着医学科学的快速发展,儿科学的理论、技术不断更新,教师必须迅速接受新的知识开拓自己的视野,不断提高自身素质,丰富知识内容以扩大自身知识储备<sup>[2]</sup>。应注重相关领域的知识学习和教师的交流,以充分准备儿科学课程。还要熟悉包括心理学、基础医学在内的相关学科知识,了解学生的心理和生理特点,使设计的问题能带动学生回忆以前所学知识,并将这些知识恰当应用到要解答的问题中去,同时引导学生去探求还没有学习到的更深层次的医学问题<sup>[3]</sup>。不断提高学生学习积极性和逻辑思维能力,在解答问题中,引发学生的共鸣,增加学习的积极性,锻炼学生们多方面的能力,逐渐形成自主学习的意识。

**2.2 合理的问题设计** PBL教学方法会改变传统教学方法呆板、单纯的知识传授,主要手段是提出问题和解决问题。必须主题明确,一个项目需要有一个明确特定的问题,这个问题需要精心设计,学生才能围绕该问题展开探究。在设计问题前,儿科学教师需要充分掌握该课程的重点、难点和疑点,教师根据学习目标、学习者的特征,选择合理的临床模拟病例,作为学生学习和谈论的基层,再提出问题,问题始终围绕着病例开展。这些问题必须涵盖教学目标所要求课程中掌握的全部内容,做到基础知识、临床理论和临床实践相结合。

**2.3 融洽的师生关系 营造良好的学习氛围** 教师是知识的继承者和传播者,是学习的组织者和传授者,是学习过程的引导者和促进者,又是学生智力的开发者和个性的塑造者。师生之间应该是相互尊重、相互促进的关系。融洽的师生关系,可以激发学生的学习兴趣;教师要有扎实的专业知识、全新的理念、良好的职业素质和丰富的人文底蕴,来赢得学生的认可和尊重;教师还要具备良好的组织管理能力,控制课堂节奏等技巧,才能调动学生积极性、主动性和自觉性。

### 3 PBL教学法对学习儿科学学生的要求

学生扎实基础知识,熟悉并掌握儿科学大纲要求的知识,融会贯通其他相关专业课的内容。思维活跃并且应富有逻辑性,进行正确的推理并不断产生新思路<sup>[4]</sup>,逐步进行分析、总结。由于儿科患者的特殊性,诊疗过程中采集病史大多数依靠家长的陈述和亲自动手

查找,因此,培养良好的沟通能力和动手能力,为接触临床工作做好准备,避免诊疗过程中遗漏重要的信息,提高治疗的依从性,减少医患纠纷。

#### 4 PBL教学法在儿科学教学中的作用

**4.1 有助于引起学生的学习兴趣** 兴趣是学习的动力之源,教师要善于和学生交流,不能局限于课堂,课后与学生的沟通也很重要,这样有助于教师了解学生的兴趣爱好。有利于教师在PBL教学中根据学生情况有针对性地设计问题,而不是教师凭空想象学生感兴趣的问题。由于教材的更新比较慢,新的学术更新很快,所以教材很难有学生感兴趣的热点问题,因此,教师要挖掘教材外新的学术信息,用心设计问题;把课堂部分主动权交给学生,不仅为学生提供主动学习的机会,还能培养学生学习的主动性和发现问题的能力,激发学生学习的兴趣。

**4.2 有助于提高学生的综合能力** 在PBL教学过程中,不仅能使学生儿科学学习中收获丰富的专业知识,学生通过学习中的主动参与和解决问题,不断提高学生学习积极性和逻辑思维能力,还能培养学生的主体意识、竞争意识、创新意识和团队合作精神,从而提高学生的综合能力。

**4.3 富有生活化 理论联系实际** 在PBL教学中,学生在解决问题的过程中,需要将课堂和课外、学校和医院紧密联系在一起。学习活动不能脱离真实的情境,问题的设计要富有生活化。生活化的问题环境有助于学生与儿科临床实际相连,通过各种渠道搜集信息,扩充知识量,从而解决问题。这种以生活化的真实问题有助于引发学生兴趣,激发学生的学习性,促进学生学习动机的转变,提升学生学习效率。

#### 5 PBL教学法对儿科教学质量的影响

**5.1 激发学生主动学习 提高教学质量** 在儿科学教学过程中应用PBL教学法,为学生设计诸多问题,引导学生带着问题进行学习,能够拓展学生的逻辑思维,激发学生主动学习。让学生在思考和解决问题过程中成长,能够对儿科学知识有更深入的理解和认知。如此,学生能够积极主动地深入学习,这是为教学质量的提高奠定良好的基础<sup>⑥</sup>。

**5.2 激发学生的学习兴趣 提升教学质量** 在儿科学教学过程中应用PBL教学法,与传统教学法之间存在着明显的差异。PBL教学中学生直接参与,带着问题去学习,给学生带来新鲜感,能够调动学生的积极性,激发学生的学习兴趣,增强学生对知识的掌握和教学效果,从而提升教学质量。

## 6 结论

PBL教学法作为一种新的教育方法,它为学生们营造了一个轻松、主动的学习环境,让学生能够自主地、积极地畅所欲言,充分表达自己的观点,同时也可以十分容易地获得来自其他同学和老师的信息;让学生在问题讨论中加深对正确理论的理解,还可以不断发现新问题,解答新问题,加深儿科学知识的掌握。另外,还可锻炼学生们多方面的能力,如文献检索、查阅资料的能力,归纳总结、综合理解的能力,逻辑推理、口头表达的能力,主导学习、终身学习的能力等,这些将对今后开展临床工作打下良好基础。

总之,PBL教学法在教学过程中,不断激发学生的学习兴趣、逻辑思维能力和自主学习能力,提高学生的综合素质,提高教学效果和教学质量。

#### 参考文献

- [1]崔明辰,王振敏.儿科学[M].西安:第四军医大学出版社,2015:1-2.
- [2]Barrows H S.A taxonomy of Problem-Based Learning methods[J].Med Education,1986,20(6):481-486.
- [3]李健,庞新维.高校教师的知识储备与课堂教学[J].高教论坛,2007(1):146-147.
- [4]王向文,赵淑玲,刘建平,等.PBL教学法在儿科学教学中的应用[J].中国医药导报,2017,14(7):138-141.
- [5]崔晓阳,李益,廖虎,等.PBL教学法在我国医学教育中的应用级存在问题[J].医学教育探索,2010,9(4):439-442.
- [6]郝奇俊,刘艳阳,黄织春,等.改变旧的的医学教学模式,提高教学质量——浅谈PBL教学法在心血管内科临床见习教学中的应用[J].内蒙古医科大学学报,2014(S2):321-323.

(本文编辑:张文娟 本文校对:孟凡勇 收稿日期:2018-05-11)

### 黄柏的临床注意事项

★黄柏生用泻实火,清热燥湿,泻火解毒力强;清炒用,可缓解其苦寒之性,免伤脾胃;盐水炙,其入肾泻相火之力增强,并清退虚热;酒炙,善清上焦血热;炒炭用,其清热泻火之力减,但清热止血之功增,可用于邪热炽盛或虚火内灼所致之尿血、便血、崩漏下血等。

★黄柏、黄芩、黄连均为苦寒之品,均能泻火燥湿,清热解毒。然黄柏泻肾间相火而坚阴,退虚热,又清下焦湿热;黄芩善清肺热而解肌,并退邪热,并能安胎;黄连泻心火见长而除烦,又善治胃热呕吐,并治消渴。素有黄芩清肺火而治上焦,黄连泻心胃火而治中焦,黄柏泻肾火而坚阴善治下焦。如用于清热解毒,三药可通用。

★黄柏主含有效成分为小檗碱,能与大黄中的鞣质生成鞣酸小檗,能与黄芩中的黄芩苷、金银花所含成分绿原酸等发生沉淀,这些沉淀物在体内缓慢分解,可以起到长效作用。故黄柏可与其联合应用同煎,可发挥更好的临床疗效。

——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。

# “互联网+”背景下中医药与细胞生物学 翻转课堂模式探索<sup>※</sup>

孙 铮<sup>1</sup> 刘艳秋<sup>1</sup> 孙晓昕<sup>1</sup> 谢明征<sup>2\*</sup>

(1 大连医科大学中西医结合学院, 辽宁 大连 116044; 2 大连医科大学附属第一医院, 辽宁 大连 116001)

**摘要:** 细胞生物学是现代前沿生命科学之一, 在医学科学中占有重要地位。临床医学生无论借助中医、西医角度从微观世界认识人体和疾病, 细胞无疑是认识生命规律和疾病发病机制的重要载体。中西临床医学专业学生学习细胞生物学相关课程有利于完善中医及西医知识框架, 加深对生命规律及临床疾病知识的理解和认识。以互联网平台为主体, 开展以设置问题为引导的课前学习和以解决和探索问题为主导的中医药与细胞生物学翻转课堂授课形式, 有利于培养迎合时代需求的中西医临床医学人才。

**关键词:** “互联网+”; 翻转课堂; 中西医临床医学专业; 细胞生物学; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.016

文章编号:1672-2779(2018)-15-0037-02

## Exploration on Flipped Classroom Mode in Chinese Medicine and Cell Biology Course under the Background of "Internet +"

SUN Zheng<sup>1</sup>, LIU Yanqiu<sup>1</sup>, SUN Xiaoxin<sup>1</sup>, XIE Mingzheng<sup>2</sup>

(1. College of Integrative Medicine, Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116044, China;

2. The First Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116001, China)

**Abstract:** Cell biology is one of the frontiers of modern life science, occupying an important position in medical science. The clinical medical students with both traditional Chinese medicine and western medicine from the perspective of microscopic world and human disease cells, Cell is undoubtedly an important carrier of the understanding of the laws of life and disease. The pathogenesis of traditional Chinese medicine and Western medicine clinical medicine majors of cell biology curriculum is conducive to the improvement of traditional Chinese medicine and Western knowledge framework, and deepen our understanding of the laws of life and clinical knowledge of disease understanding and understanding. With the Internet platform as the main body, to carry out setting of guided learning before class and to solve and explore the Chinese medicine and cell biology led to the problem of flipping the classroom teaching form, is conducive to training Chinese and Western clinical medical talents to meet the needs of the times.

**Keywords:** "Internet +"; flipped classroom; major in integrated medicine; cytobiology; teaching reform

对于一些理论与实践联系密切的教学课程来说, 形成教学思想, 探索教学手段, 以适应当代大学生的自身特点和时代特征, 具有重要的现实意义。中医药与细胞生物学对于中西医临床专业医学生来说是一门较为重要的基础课, 其理论、方法和技术已经渗透到基础医学和临床医学的各个领域。以往课程的传统教学模式通常以教师讲解和传授知识为主, 学生在学习过程中只是被动地学习和接受, 这种教学方法不利于学生自主学习、独立思维和团队协作等能力的培养。如果能够在相对有限的学习时间中, 提高教师教学效率, 降低学生学习难度, 培养学生实践和创新能力, 是当前高等医学院校亟待进行的改革。

翻转课堂教学模式, 是基于互联网平台将传统的课堂教学过程翻转过来的新型课堂教学形式, 如表1, 即: 课前让学生完成知识学习, 课上完成知识的吸收和内化, 课后实现知识的延伸和拓展<sup>[1]</sup>。它将学的责任与权利

由教师转移给学生, 学生可根据个人的能力和水平分配自己的时间和调整学习策略, 教师则可在缩减课上讲授时间的同时不影响教学目标的完成, 并为学生提供即时的帮助和反馈<sup>[2-3]</sup>。在中医药与细胞生物学教学过程中尝试“翻转课堂”, 对于中西医临床专业本科学生无疑是新尝试与新挑战, 于此同时也为细胞生物学在中医药中应用切实地引入翻转课堂提供有价值的参考。

表1 中医药与细胞生物学翻转课堂实施步骤

实施步骤	教师活动	学生活动
课前	①制定教学目标, 将知识内容划分成知识单元, 确保学生的基础学习, 并通过网络搜索细胞生物学在中医药领域的应用及最新的研究进展; ②根据每单元主干内容, 提出问题并引导学生进行扩展性学习; ③线上即时交流, 答疑指导。	①自行分组, 通过网络查询了解中医药在细胞生物学方面的前沿问题, 并制作PPT, 在课上为同学们进行讲解; ②有问题及时和老师进行线上交流。
课中	①点评学生制作的PPT, 并协助讲解的小组解答同学提出的问题, 引导同学对知识的更深入理解; ②根据本节课所讲的内容, 布置问题, 鼓励组员协同分工, 阐明知识点。	①每组根据课前所查阅的文献资料, 为同学们进行讲解, 并解决同学所提出的问题, 记录不能解决的问题, 并在课下予以解答; ②参加课堂讨论等课堂活动; ③记录问题, 查缺补漏; ④实验课有学生自行讲解后, 亲自实践操作。
课后	①与同学进行交流, 对同学提出的问题予以解答; ②处理一些课上同学提出, 为得到解答的问题, 并及时反馈。	①对课上未解决的问题, 自己进行探索; ②与老师进行交流, 分享心得体会; ③归纳整理课上知识要点。
反馈	多元评价	PPT展示

※ 基金项目: 中华医学会医学教育分会和中国高等教育学会医学教育专业委员会医学教育研究立项课题【No.2016B-YY005】; 辽宁省教育科学“十三五”规划立项课题【No.JG18DB117】; 大连医科大学本科教学改革研究项目中西医结合专项【No.DYZL17005, No.DYZX17013】

## 1 中医药与细胞生物学课程构建及设计特点

依据2016年10月中西医结合学院提出的中西医临床医学生培养目标和专业转型方案,为培养学生创新能力,形成中西医结合思维和方法,加深学生对中医药的深入理解及开发应用,在第二学期针对29人小班开设中医药与细胞生物学课程。由于该课程不同于其他临床专业的医学细胞生物学,课程内容除了讲授细胞生物学基础理论的同时还涵盖了细胞生物学在中医药领域的应用及最新的研究进展。授课教师依据大纲制定教学目标,将知识内容划分成知识单元,确保学生在基础学习(包括绪论、细胞生物学技术、细胞的基本结构三个章节,共6学时)铺垫后,再开展翻转课堂教学,保证了翻转课堂实践的顺利进行。课程的授课模式从传统的课堂讲解,课后作业转变为课前学习和课堂探究。课前学习包括提前给学生提供课件及教学材料,并围绕课程单元提出问题进行扩展性学习;课堂探究鼓励组员协同分工,阐明知识点,在教师引导下促进知识细节的深入理解,更大程度挖掘学生的实践潜能<sup>[4-5]</sup>。

## 2 课前学习-知识的前期积累与丰富

结合每节单元内容,设置启发和探索性的问题作为课前思考,例如:在细胞膜与跨膜运输章节介绍了水通道蛋白的结构特点及功能,那么水通道蛋白的生物学功能在中医药领域如何应用?我们学校的哪位专家学者在此领域有创新性的发现从而推动了新药研发?提出的问题与同学们身边的名家名师相关,以达到提高同学们兴趣的目的。尽可能针对与当今研究热点的章节开展翻转课堂,引入与单元相关的主题如细胞核与细胞遗传中端粒酶与衰老/癌症关系,从中医未病先防角度阐释中医药延缓衰老的端粒酶机制。授课教师提前将PPT课件、视频链接、中英文参考文献及文献检索数据库链接发送到公共平台(QQ群或者百度云)<sup>[6]</sup>。课前安排学习任务的授课形式激发了同学们的求知欲,也敦促授课教师实时更新授课内容、掌握知识前沿,达到教师“教”与学生“学”之价值共创。

## 3 课上互动-课前任务掌握程度的体现

课堂互动是考查学生思考、表述能力的重要环节,包含学生自己创建内容、独立解决问题、互动探究活动等。教师在上课前获得学生的自主学习效果、存在的主要问题等信息,将以上内容作为课堂互动的中心内容设计教学活动。具体表现在组织学生专题展示、针对单元疑问讨论、学生共性问题的解答、探求问题的形式方法以及实验课程同学们切身参与的动手操作

等。如果课上互动环节设计地较为理想,将会极大地调动同学们积极思考、参与翻转课堂的主动性。学生根据个人的能力和水平分配自己的时间,调整学习策略,真正地实现“反客为主”,借助多层次多方位交流促进知识的理解和掌握。

## 4 课后活动与反馈-补充与改进

课后反馈包含学生“学”的反思和教师“教”的反思,见表2。对于任课教师来说其不断的学习和反思是一名合格教师所具备的基本素质。翻转课堂能够帮助教师切合实际理性思考,教师在完成课程教学之后,反思教材重点是否突出、平台提供的信息量是否有利于学生发现问题、提出问题,授课方式的改革是否促进了学生的全面发展<sup>[7-8]</sup>。综上审视教学效果,总结经验和教训,形成创新型思维模式,与时俱进。同时,学生作为授课对象,借助翻转课堂平台应该深刻反思自己对单元知识的理解掌握、灵活运用。整理所学知识,并针对薄弱点进行强化训练,可以利用多媒体网络课件进行课后的复习,形成自主学习意识和能力,以拓展和加深对英语知识的理解和应用,增强自身知识储备。

表2 课后反馈模糊评价表

评价主体	课前	课中	课后
教师评价	线上答疑	①PPT展示	①知识总结 ②自主学习
		②答疑	
		③课堂讨论	
		④实验操作	
学生自评	①学习态度 ②文献查找	①课堂讨论	①知识归纳 ②问题探索 ③及时交流
		②课上表现	
		③问题探索	
小组互评	①参与度 ②资料收集	小组成员表	①问题解决 ②互相交流
		现	
评价等级	A、B、C、D	A、B、C、D	A、B、C、D

## 参考文献

- [1]王煜,王亚男,李姣,等.基于翻转课堂的细胞生物学实验教学设计和实例应用[J].中国细胞生物学学报,2016,38(7):843-849.
- [2]续洁琨,唐炳华.将翻转课堂模式应用于中医药院校生物化学教学中的思考[J].教育教学论坛,2016,12(52):211-213.
- [3]张晶,薛雅蓉,华子春.翻转课堂在细胞生物学教学实践中的应用[J].中国细胞生物学学报,2015,37(10):1414-1417.
- [4]黄阳,刘见阳,印培培,等.“翻转课堂”教学模式设计的几点思考[J].现代教育技术,2014,12(24):100-106.
- [5]李鹏辉,郑立红,任晓旭,等.翻转课堂教学模式的设计与思考—以《医学细胞生物学实验》课程为例[J].中国继续医学教育,2017,9(2):20-23.
- [6]彭仁海,卢全伟,马雪梅,等.细胞生物学网络课程的构建与实施评价[J].中国细胞生物学学报,2012,34(8):808-11.
- [7]陈怡,赵呈领.基于翻转课堂模式的教学设计及应用研究[J].现代教育技术,2010,24(2):49-54.
- [8]张延洁,张璐,范志祥,等.学分制下细胞生物学自主学习的引导策略研究[J].中国细胞生物学学报,2017,39(5):623-628.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王茜 收稿日期:2018-05-15)

# 中医养生学科建设模式的思考<sup>\*</sup>

许瑾 吕沛宛 李欢 赵广森 侯江红<sup>\*</sup>

(河南中医药大学第二临床医学院·河南省中医院, 河南 郑州 450000)

**摘要:**目前中医养生学正在渐渐进入大众视线,但其相关的现状研究大都停留在理论阶段的探讨,对于模式的具体建设缺乏实际操作经验,河南省中医院国医健康管理中心作为国家“十二五”中医养生学重点学科代表之一,从其学科构建的“学术、科研、教学、商务、服务”五大平台实际经验出发,与大家共同探讨中医养生学科的发展及模式。

**关键词:** 中医养生学科;平台建设;服务;学科模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.017

文章编号:1672-2779(2018)-15-0039-03

## Thought on the Construction Mode of the Discipline of Traditional Chinese Medicine Health Maintenance

XU Jin, LYU Peiwan, LI Huan, ZHAO Guangsen, HOU Jianghong

(The Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

**Abstract:** At present, TCM life-cultivation is gradually stepping into the public's eyes, but most of its related research stays in the theoretical discussion, and lacks of practical experience in concrete construction mode. As one of the key national "Twelfth Five-Year" disciplines of TCM life-cultivation, National Medical Health Management Center of Henan Province TCM Hospital starts based on its five practical experience platform including "the academic, research, teaching, business, service" in order to explore the development and mode of TCM life-cultivation discipline.

**Keywords:** discipline of traditional Chinese medicine health maintenance; platform construction; service; subject pattern

历史追溯到原始社会时期,我们的祖先为了生存下来,于是有了钻木取火构木为巢、神农尝百草知药性……生存的过程中,面对残酷的自然环境,各种疾病问题也随之出现,我们的祖先基于对抗自然环境、抗御及防治疾病的需要,接着开始研究如何解决遇到的疾病问题,如何去适应自然的问题,于是渐渐有了《黄帝内经》《难经》《伤寒杂病论》《神农本草经》等著作的问世。纵观中国古代的发展史,也是中医的发展史,而中医的发展史中涵盖了中医养生的发展,换句话说中医养生学是智慧的中国人民在长期的生产及生活实践中不断沉淀、完善、丰富而发展起来的,它是中华民族传统文化的有机组成。

历史发展到了今天,我们需要的不单单只是生存下来,而是如何能更有质量地生存,所以今天的我们仍在说“养生”,并且给了中医养生学一个完整的定义:根据生命发展的规律,采取能够保养身体,减少疾病,增进健康,延年益寿的手段,所进行的保健活动,并用这种理论和方法指导人们保健活动的实用科学。到了上世纪的80年代,国家专门设立了中医养生学课程,经过近30年的积累与发展,中医养生学逐步形成一个具有鲜明特色及教、医、研等功能的学科,2012年,根据《中华人民共和国国民经济和社会发展的第十二个五年规划纲要》和《卫生事业发展“十二五”规划纲要》,国家中医药管理局印发了中医药事业发展“十二五”规划,并首次设立中医预防与保健重点专科

及中医养生学重点学科。2016年2月18日,国家中医药管理局,根据《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》等精神,提出了与中医药事业相关的若干意见,明确指出中医药事业的发展目标,即到2030年形成传承、创新、丰富、发展中医理论新格局,全面提高中医理论水平和防病治病能力。

### 1 中医养生学科内涵

中医养生学不仅仅是一门学科,更是贯穿了人整个生命过程中各个阶段的一门事业,中医养生学的内容也不仅仅是探讨未病先防,在已有疾病治疗的过程中,我们采用的“扶正祛邪”思想所涉及到的与“扶正”相关的方法都属于中医养生学的范畴,在病后的恢复阶段,如何去减少复发,如何去减少不良因素对疾病造成的伤害及病后的身体康复也涵盖了中医养生知识,除此之外,中医相关领域各个学科的内容也与中医养生学有所关联。

### 2 中医养生学科的建设核心

从养生学科的内涵来看,中医养生学科的建设模式无法单一为一种,我们允许多种建设模式共存,但前提必须有一个核心为指导,而中医养生学科的建设核心就是“服务”。

如果服务是中医养生学科建设的核心,那么服务的对象就是所有希望延年益寿的人,从目前社会调查学分析,饮食生活无规律、熬夜、生活压力大、缺乏运动等等已成为当年轻人的标签,这样的社会现状如果不全民普及养生,50年后中国的人均健康指数将令人担忧,所以年轻人也需要参与养生,我们的服务根据人群的年龄不同、职业不同、所处阶段不同,以

<sup>\*</sup> 基金项目:河南省科技厅科技攻关计划项目[No.152102310097]

<sup>\*</sup> 通讯作者:hjh3757779@sohu.com

及季节的不同,服务对象也是多种多样的,服务对象多种多样就决定着服务的方式也应灵活变通,大致可划分为:定时定点、集中与分散、共性与个性、需求与必需几种不同方式,养生没有固定的方式方法,也不能单一地认为哪种方式最好,只要有养生的观念,随时随地都能养生,而我们的服务所遵循的宗旨就是:围着强身健体、预防疾病、健康调养的原则去养生保健。

而对于一个学科而言,我们的工作不仅仅只是服务,在服务的核心指导下,我们还需要去开展理论学术研究、方法研究、技术研究、人才培养及产品研究。

张雪亮<sup>[1]</sup>认为中医养生学科涵盖的范围较广,内容繁复,无论是理论还是各种具体的养生方法,与中医其他学科往往无明显清晰的界限,且中医养生学科的范围大,内容多,使得这种无序纷乱的研究始终不能完整地进入科学化、条理化、个体化状态。但一个学科的建设离不开理论的支撑,中医养生学以中医基础理论为指导,涉及到多个学科内容的一门学科,而从古至今,不同历史时期的历史背景不同、社会发展特点不同、各医家观点不同,这就要求我们对于养生的理论学术研究要做到精细、精准及深入、全面,真正做到对于古今文献有关养生理论及各个医家的学术思想系统地整理、归纳、研究、阐发,并通过教学、科普等方式进行理论推广,既为养生学的研究与发展提供参考视角,又使得博大精深的中医养生理论得以全民传承,而不是沉底于历史大海。

对于中医养生学的方法研究也应在传统方法上去继承、创新、应用并推广,寻找养生方法的进步与发展,而发展的目的是为了更好的服务。

同时养生学科的发展离不开适宜技术的继承和创新,推广及应用,到底怎么去评判技术适宜?如何去制定技术行业规范?怎样去创新发展?这些都需要今后对于技术投入的研究,而技术的研究离不开理论研究的基础,方法研究的保障,同时还需要人才培养作为后备军。

李金田等<sup>[2]</sup>认为中医养生学相关养生理论研究成果突出,应初步建立中医养生人才培养模式。对于人才的培养也是我们需要研究的方面,人才的培养应涵盖养生范围内不同方面,例如养生技术人才、科普推广人才、养生旅游人才等,同时人才培养的层次也要涵盖高中低不同层次面,这也是为了能更好地服务到各层次群体。

学科的建设需要带动养生保健产业的发展,而所谓的中医养生保健产业则是指与中医相关的养生保健技术、服务、产品所能够带来的社会经济领域的附加值。郑志坚<sup>[3]</sup>认为目前中医养生学的发展现状:形式很

好,领导支持,市场认可,但市场比较混乱,老百姓良莠难辨,管理者也缺乏好的抓手。陈书华等<sup>[4]</sup>认为目前现阶段养生保健产业发展迅速,养生市场不规范,养生方法良莠不齐。所以我们除了研究产品适应市场的能力,还应该使养生产业规范化、标准化、严格化。以学科的发展带动产业的发展,产业的发展去更好地立足于实践和服务。

所以说学科的发展在服务的核心指导下,开展理论学术研究、方法研究、技术研究、人才培养和产品研究,而各个研究的具体落足点均离不开相关平台建设。

### 3 中医养生学科建设平台

中医养生学科建设体系不是纸上谈兵的空话,要落地到实处,我们认为需要平台建设作为支撑,应该怎样去建设平台?

**3.1 建立学术平台** 建立学术平台,给养生学科的理论学术研究提供学术交流的机会,与其他学科不同的是,养生学科的特点决定了目前的养生各医家分散在各临床科室、基础学科、营养学、中医药学等各个专业,他们对于养生的学术思想和各自观点需要学术平台进行相互交流、合作、只有这样才能促进学术研究的进步与提升。

**3.2 建立科研平台** 养生学科所需要的技术与方法研究需要科研平台给予提供支撑和绩效评价,有了这个平台,我们研究的养生适宜方法及养生技术是否具有有效性、标准性及规范性才能做到评估及推广。

**3.3 建立教学平台** 人才的培养离不开教学,而教学的进行离不开教学平台,对于教学平台的建设应涵盖不同学历层次及不同方面,普及养生专业人才,不仅能提高就业率同时也能普及大众参与养生的热情,而教学平台承担了以上重任。

**3.4 建设商务平台** 商务平台是产品研究与输出的重要中介,另外从目前社会现状看,民间的相关养生机构设置数量要高于医院相关科室设置,现有的医院相关治未病科室大都仅限于形式,而两者的协同发展需要贸易平台的建立去搭桥,另外养生服务在越来越受到境外人士推崇的今天,我们也需要商务平台去提升境外交流服务能力并更好地实现成果转化。

**3.5 建立服务平台** 学术研究、方法研究、技术研究、人才培养及产品研究的核心是“服务”,目的也是“服务”,最后回到我们的这个核心,服务必须要有服务平台,这是建设中医养生学科的基本需要,没有平台的支撑,服务就只能纸上谈兵。

目前国务院印发的《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》明确指出:到2020年,中医药产业要成为国民经济重要支柱之一;到2030年,中医药服务领域实现全覆盖,中医药健康服务能力显著增强,

对经济社会发展作出更大贡献。在目前中医药发展的大好形式下,作为国家“十二五”中医养生学重点学科之一,基于中医养生学科的自身特点、社会现状及目前的发展经验,我们提出以服务为核心,通过相应平台的建立,带动学术、方法、技术、产品的研究及人才培养的中医养生学科建设模式,在此希望能引起其他十家中医养生学重点学科的关注及讨论,为了中医养生学科事业的发展,为了2030年战略目标的实现

作出我们应有的贡献。

#### 参考文献

- [1]张雪亮.对中医养生学学科建设若干问题的思考[J].中国中医基础医学杂志,2002,8(1):64-65.
- [2]李金田,赵鲲鹏.中医养生学学科建设的现状、存在的问题与建议[A].第十次全国中医养生康复学术会议论文集[C].中华中医药学会,2012.
- [3]郑志坚.中医养生学的现状及未来发展思考[J].中国临床保健杂志,2011,14(1):111-112.
- [4]陈书华,周亚东.论中医养生思想研究的当代价值[J].淮海工学院学报(人文社会科学版),2013,11(24):83-85.

(本文编辑:张文娟 本文校对:赵广森 收稿日期:2018-05-18)

## PBL 教学模式在康复临床教学实践中的应用及评价方式研究<sup>※</sup>

梁永瑛 郭艳明 周帅亮 李德华 岑珏 陈含 谭政

(上海中医药大学附属光华医院康复科,上海 200052)

**摘要:**目的 探讨PBL教学模式在康复临床实习教学实践中的应用效果及评价方式。方法 以在康复科实习的2011级和2012级中西医结合专业五年制5年级实习学生为研究对象,共60人,分为非PBL教学组(30人)和PBL教学组(30人),非PBL教学组采用传统教学法,PBL教学组在传统教学法的基础上采用PBL教学法。采用书面理论考试及基于量表的形成性评价,评价包括学生能力、学习态度和互动协作等。结果 PBL教学组理论考试成绩为88.83分,非PBL教学组理论考试成绩为85.52分,2组比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。其中PBL教学组病例分析15.33分,非PBL教学组病例分析13.41分,2组比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。PBL教学组形成性评价量表显示学生自评和学生互评、学生互评和导师评价之间呈显著相关,学生自评和导师评价之间呈低度相关。结论 PBL教学不仅对学生学习的积极性、自主学习的能力、语言表达能力和思维与辩论能力等主观学习方面有提高,而且可提高学生记忆和理解等客观方面的学习能力。可通过学生自评、互评、导师评价三个维度的全向评价来补充体现PBL教学效果。

**关键词:** PBL; 以问题为基础的学习; 康复科; 临床实习

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.018

文章编号:1672-2779(2018)-15-0041-03

### Study on the Application and Evaluation Method of PBL Teaching Model in the Practice of Rehabilitation Clinical Teaching

LIANG Yongying, GUO Yanming, ZHOU Shuailiang, LI Dehua, CEN Jue, CHEN Han, TAN Zheng

(Department of Rehabilitation, the Affiliated Guanghua Hospital of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200052, China)

**Abstract:** **Objective** To Study the application and evaluation method of PBL teaching model in the practice of rehabilitation clinical teaching. **Methods** The research object is the students of 5-year program of combination of traditional Chinese and Western medicine at grade 2011 and 2012 in clinical practice of our hospital rehabilitation. A total of 60 people were divided into non PBL group (30) and PBL group (30 people). The non PBL teaching group used the traditional teaching method, and PBL teaching group used the traditional teaching method and the PBL teaching method. The result was evaluated by written theory test and the formative evaluation scale, includes the students' ability, the learning attitude and the interaction and cooperation. **Results** The score of theoretical examination of PBL teaching group was 88.83 points, the score of theoretical examination of non PBL teaching group was 85.52 points, and the difference between two groups was statistically significant ( $P<0.05$ ). The case analysis of PBL teaching group was 15.33 points, the case analysis of non PBL teaching group was 13.41 points, and the difference between the two groups was statistically significant ( $P<0.05$ ). The PBL teaching group formative assessment scale showed that there was a significant correlation between students' self evaluation and mutual evaluation, students' mutual evaluation and tutor evaluation, but there was a low degree of correlation between the self-assessment of the students and the evaluation of the tutors. **Conclusion** PBL teaching not only improves students' learning motivation, autonomous learning ability, language expression ability, thinking and debating ability, but also improves students' learning of objective aspects such as memory and understanding. The teaching effect of PBL can be complemented by the omnidirectional evaluation of three dimensions of self-assessment, mutual evaluation and tutor evaluation.

**Keywords:** PBL; problem-based learning; rehabilitation; clinical practice

临床实习是一个医学生向医生角色转换的重要阶段,是学习医学知识,临床技能,临床思维的关键时刻。在临床带教中,各科室都存在实习时间短、掌握

内容相对较多等矛盾,如何在短期内完成临床教学任务,是临床实习教学所要思考的问题。除了小讲课、病例讨论、教学查房以及操作手法演示等,可以尝试构建以问题为基础的学习方法(problem-based learning, PBL)作为基础模式来提升学生获得新知识和新技能能

※ 基金项目:上海中医药大学附属光华医院院级课题建设项目

力。PBL是以问题为中心、以学生为主体、以小组讨论为形式，在辅导教师的参与下，围绕某一医学问题或专题或具体病例等进行研究的学习过程<sup>[1]</sup>。学生通过解决问题的过程获得知识，从而锻炼解决实际问题、寻找和应用资源的能力，培养团队合作意识和交流能力。这一学习过程将极大地挖掘学生的学习潜力，产生意想不到的学习效果<sup>[2-3]</sup>。因此，我们把PBL教学模式运用到康复临床实习教学中，以期提高医学生临床思维，分析问题和团结协作能力，取得了较好的教学效果，现介绍如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 在我院康复科实习的2011级和2012级中西医结合专业五年制5年级实习学生共60人，分为PBL教学组（30人）和非PBL教学组（30人），2011级学生作为非PBL教学组，其中男生13名，女生17名，平均年龄22.3岁。2012级学生作为PBL教学组，其中男生14名，女生16名；平均年龄22.6岁。学生的性别、年龄无显著性差异，样本具有可比性。2组学生均无PBL学习经历。所有带教老师为高年资主治医师，均掌握传统教学方法和PBL教学方法。

## 1.2 研究方法

**1.2.1 非PBL教学组** 采用传统教学法，每周1次教学查房，小讲课，日常操作技能演示等。教学查房为本科室优势病种，小讲课讲解与临床实习密切相关的知识。本科室实习结束后组织学生进行出科考试。

**1.2.2 PBL教学组** 在传统教学的基础上进行PBL教学，①根据临床实习教学大纲要求，结合科室实际，选择具有代表性的疾病为学习重点，编写出PBL教学病例，病例编写由PBL教学组成员进行讨论，修改，最后定稿。②每次讨论前告知讨论相关内容，使学生有时间准备，6~8人一组，在小组讨论时学生将已知、未知、将知的信息进行总结，提出需要解决的问题。③由负责教师对学生的讨论结果进行总结评价，对学生未能解决的问题做出解释，提出自己对学生讨论过程所出现问题的意见和建议。④每次讨论前均鼓励学生进行自主学习，对相关内容及提出的问题通过上网，图书馆资料查询或通过请教医院专家等方式获得相关医学知识。

## 1.3 评价方法

**1.3.1 教学效果评价** 2组学生本科室实习结束后，采用理论考试和病例分析相结合的形式，总分100分，分别占80%和20%。理论考试由康复教研室统一出题。

**1.3.2 学生形成性评价** 设计课堂评价表，通过学生自我评价、相互评价与指导教师评价进行分析。形成性评价包括课程知识、问题解决、互动及沟通技巧、学习态度、课前准备五部分，总分100分。

**1.4 统计学方法** 数据采用SPSS 15.0软件处理，2组资料进行 $t$ 检验，用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示。数据的特征性分析用描述性分析。

## 2 结果

**2.1 2组出科考试成绩比较** PBL教学组总分平均88.83分，病例分析部分得分平均15.33分，而非PBL教学组总分平均85.52分，病例分析部分得分平均13.41分，经统计学比较，2组差异均有统计学意义。见表1

表1 2组学生出科考试成绩比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	人数	总分	概念得分	病例分析得分
PBL教学组	30	88.83±88.83	73.5±2.714	15.33±1.43
非PBL教学组	30	85.52±4.65	72.118±2.913	13.41±2.40
$t$ 值		-2.044	-1.294	-2.472
$P$ 值		0.048	0.207	0.020

**2.2 PBL教学组学生自评、学生互评及导师评价的描述性统计及两两相关性分析** (1) 学生自评和学生互评均高于导师评价分值，3组数据中位数均高于平均数，说明数据的波动比较小。见表2。

表2 学生自评、学生互评和导师评价的描述性统计

评价	人数	均值	标准差	中位数
学生自评	30	87	8.9	91.5
学生互评	30	92.1	1.6	92.3
导师评价	30	74.9	6.6	75.5

(2) 学生自评和学生互评、学生互评和导师评价之间显著相关，学生自评和导师评价之间低度相关。见表3。

表3 学生自评、学生互评和导师评价的两两相关性

相关性分析	人数	相关系数	$P$ 值
学生自评和学生互评	30	0.614	0.063
学生自评和导师评价	30	0.492	0.001
学生互评和导师评价	30	0.549	0.000

## 3 讨论

PBL教学作为一种全新的教学模式，不仅是对教师，对接受传统医学教育的医学生来说也是一种挑战，在整个教学过程中无论是教师还是学生都面临角色的转变。在临床教学中，可将PBL教学视作一种在导师引导下，学生围绕临床问题进行讨论学习的教学形式<sup>[4]</sup>。本次PBL教学研究主要是依托临床真实病例来进行讨

论,我们对病例的选取非常谨慎,将病人临床信息隐含在复杂不良环境中,让学生去抽丝剥茧获取有用的临床信息,学生们在病例的讨论过程中会不断遇到无法解决的临床问题,负责教师需要不断地引导讨论方向,解决学生们在讨论过程中遇到的问题。这样在学习过程中才能激发学生的学习兴趣和培养了他们一定的临床思维能力。

通过对PBL教学,我们发现PBL教学过程中学生们都需要一个适应的过程,刚开始学生们对病例的讨论明显缺乏逻辑性,条理性及目的性,课前准备也欠充分。但经过第一次的讨论后,开始适应PBL教学模式,明确课前需要准备的内容,课前准备也相对比较充分,懂得了利用互联网、图书馆等方式来帮助自己解决问题,做到有的放矢。表明学生可以在一个较短的时间适应PBL这种自主学习的方式。在课堂讨论过程中,每组的学生都同属于一个班级,彼此都比较熟悉,但学生还是由刚开始的拘谨、约束,到热烈、自由的交流、讨论,同时由于负责教师在平时的临床工作中与学生也有一定接触,自然给学生们创造了一个相对比较宽松的课堂环境,调查表明学生们普遍对PBL教学这种小组讨论方式有很高的热情。PBL教学集中学习讨论的时间相对有限,但需要学生在课下做大量的准备工作,在准备过程中需要查阅大量的课外资料,使学生锻炼了文献收集、整理能力,激发学生的自主学习兴趣,在查阅文献及小组讨论时主动思考,培养学生从“学会”自然过渡到“会学”,提高学生的自学能力、综合分析能力和创新能力<sup>[5]</sup>。

出科考试结果显示PBL教学组与非PBL教学组在客观题方面无显著性差异,但在主观题方面却显示出优越性。初步证实PBL教学不仅对学生学习的积极性、自主学习的能力、语言表达能力和思维与辩论能力等主观学习方面有提高,而对学生记忆并理解等客观方面的学习也没有落后。

我们在实践中发现,一些学生很有热情,积极发言,准备的也很充分,讨论得一次比一次好,但个别学生发言并不积极,没有认真地参与到讨论之中,准备也很不充分,甚至有的学生根本没有准备。每种教学方式都有它的局限性,一些学生的语言表达能力不强,不善于交流,导致其在讨论过程中缺乏积极性,融入到集体之中比较困难。指导教师作为讨论的促进者,应促使所有的学生都积极加入讨论,促使学生讨论问题、分析已知和未知信息并确定自己的学习目标<sup>[6]</sup>。

在小组讨论中,指导老师要注意在有限的时间按照教学设计完成教学内容的学习,指导老师不仅要观察小组内每个学生讨论发言是否围绕主题进行,还要知道在学生讨论跑题时,如何恰当地干预,引导讨论,而不是强行打断。

另外,关于PBL的教学成绩评估一直受传统教学考试模式的限制,对PBL的教学效果一直缺乏有效、准确且一致的评估办法。目前,我们的评估方法仍以传统考试为主,以理论考试和病例分析成绩作PBL教学组与非PBL教学组教学效果的评估分析,这种评估方法相对比较简单,容易操作,但存在很多不足,无法有效地体现PBL讨论的重要意义,评价欠全面,忽略了对学生学习过程的监控。PBL教学不仅仅是培养学生临床思维,病例判断能力,更主要的是培养学生的主动学习能力,进而使学生可以更好地掌握基础知识。PBL评价问卷是对学生的态度、心理、情感等因素的评价,可以包括知识层面、技能层面、态度层面、自我反思、学习中碰到的困难、解决策略、学习设想等方面的真实情感体验评价<sup>[7]</sup>。

在具体的PBL评价问卷时,可从学生自评、互评、导师评价三个维度进行评估<sup>[8]</sup>,我们研究发现学生自评和学生互评分数均高于导师评分,但学生互评与导师评价有一定相关性。可将学生自评和学生互评作为导师评价的补充。因此,通过三个维度的全向评价可作为体现PBL教学效果的一种模式。

#### 参考文献

- [1]Gade S,Chaff S.Case-based learning in endocrine physiology:an approach toward self-directed learning and the development of soft skills in medical students[J].Advances in Physiology Education,2013,37(4):356-360.
- [2]Liu SB,Peng B,Song YL,et al.Application of case-based learning in clinical intemship teaching of conservative dentistry and endodontics [J].Shanghai Journal of Stomatology,2013,22(6):711-714.
- [3]Raurell-Torredat M,Olivet-Pujol J,Romero-Collado A,et al.Case based learning and simulation:useful tools to enhance nurses' education? Nonrandomized controlled trial[J].Journal of Nursing Scholarship,2014,11(7):132-137.
- [4]Bestetti RB, Couto LB, Romao GS, et al. Contextual considerations in implementing problem-based learning approaches in a Brazilian medical curriculum: the UNAERP experience[J]. Medical Education Online,2014,19(1):24366.
- [5]刘红,吴静,林香春.PBL教学法在消化科实习学生临床思维能力培养的评价[J].中国现代医学杂志,2014,24(6):61-64.
- [6]罗黎力,杨晓燕,高晓琳,等.基于问题的学习方法(PBL)在高等医学教育中的应用[J].教育教学论坛,2017(15):170-171.
- [7]虎力,徐平,王静,等.质性分析在中医经典课程 PBL 教学评价中的实践[J].中国高等医学教育,2015(5):103-104.
- [8]梁燕,汪青,鲁映青,等.对 PBL 中学生互评、学生自评和导师评价的分析[J].中国高等医学教育,2011(8):25-26.

(本文编辑:张文娟 本文校对:申定珠 收稿日期:2018-04-19)

# 河南中医药健康养生小镇建设中的文化内涵提升<sup>※</sup>

——以豫西百草园为例

张 慧

(河南中医药大学管理学院, 河南 郑州 450046)

**摘要:** 随着经济社会的发展和人们生活水平的提高,人们更加重视健康养生。而中医药文化又是我国传统文化中留下来的精髓。习近平总书记曾在全国卫生与健康大会上强调要实现中医药健康养生文化的创造性转化和创新性发展。而具有丰富中医药资源的特色小镇正是搭建中医药健康养生文化“双创”的重要平台。本文以此为背景分析中医药健康养生文化与特色小镇的有效融合,并结合国内外的经验借鉴,以河南省豫西百草园为例,分析河南中医药健康养生小镇建设的现状、存在的问题,以及文化内涵的提升策略。

**关键词:** 中医药健康养生; 特色小镇; 文化内涵

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.019

文章编号:1672-2779(2018)-15-0044-05

## Promotion of Cultural Connotation in the Construction of Traditional Chinese Medicine Health Preserving Town in Henan --Taking Baicaooyuan of the West of Henan Province as an Example

ZHANG Hui

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

**Abstract:** With the development of economy society and the improvement of living standard, people pay more attention to health preservation. Traditional Chinese medicine culture is the essence of Chinese traditional culture. At the national health and health conference, general secretary Xi Jinping stressed the need to realize the creative transformation and innovative development of TCM health culture. The town with rich resources of traditional Chinese medicine is an important platform for the establishment of "double innovation" of TCM health culture. It's based on this background that effective integration between the culture of traditional Chinese medicine health preservation and the characteristics town is studied in this paper. Moreover, the construction, the existence question and the cultural connotation of promotion strategy of Henan traditional Chinese medicine health small town, in the western herbals of Henan province as an example, were analyzed connecting with the domestic and foreign experience for reference.

**Keywords:** traditional Chinese medicine health preservation; characteristic town; cultural connotation

### 1 关于中医药健康养生文化

2016年8月19日,习近平总书记在全国卫生与健康大会上强调:“要坚持古为今用,努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展,使之与现代健康理念相融相通,服务人民健康。”

中医药文化的内涵<sup>[1]</sup>是中华民族优秀传统文化中体现中医药本质与特色的精神文明和物质文明的总和,它以中国传统哲学、文学、史学为基础;由中医药精神文化、行为文化、物质文化三个方面构成,包含中医药文化理念、文化实践、文化环境三个层面;体现中医药的人文属性;具有塑造中医药文化核心理念和价值观念,形成中医药学思维方式和认知,揭示中医药学规律,影响中医药事业传承与发展 and 增强中华民族文化认同与自信,扩大中华文化影响力的功能。

养生文化是中国传统文化中不可或缺的组成部分。《庄子·内篇》最早出现“养生”一词,养即保养、培养、补养,生就是生命、生存、生长的意思,养生就是指根据自身的发展规律达到保养生命、增进健康。《中国大百科全书》将养生的概念定义为:“以调阴

阳、和气血、保精神为原则,运用调神、导引吐纳、四时调摄、食养、药养、节欲、辟谷等手段,以期达到健康长寿的方法。”有关养生的理论和方法称之为“养生术”“养生之道”。

学术界也都将养生文化融入中国传统文化的体系框架中分析,主要包括以儒释道为核心的传统哲学思想指导下的养生,以“流水不腐,户枢不蠹”理念为指导的中国传统保健体育养生,和以《黄帝内经·素问》“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补精益气”为理论指导的食疗药膳养生等。

综上所述,中医药健康养生文化起源于中华优秀传统文化,是以中医药学为理论基础,以中医健康养生理念为指导,有助于促进人们身心健康的理论、规律、方法、习俗和技术的总和<sup>[2]</sup>。中医养生康复学作为中医学的组成部分,贯穿了中医学良好的医学思想和观点,如整体观念,辨证论治,未病先防,三因制宜等;运用中医学一切独特的理论,如阴阳、五行、脏象、气血、精气神、情志等;使用了中医学独具风格的治疗方法,如针灸、气功、按摩、中药、食疗等,具有独特的东方色彩和民族风格<sup>[3]</sup>。

《中医药文化建设“十三五”规划》明确提出要“梳理中医药健康养生文化内涵”“推动中医药健康养

※ 基金项目:河南省政府决策研究招标课题[No.2017B309]

生文化转化创新,进一步提升丰富中医药文化宣传教育基地内涵,遴选推出一批集中医药健康养生文化展示、体验、传播于一身的中医药健康养生文化体验基地,打造中医药健康养生文化转化传播平台”。而具有丰富中医药资源的特色小镇正是搭建中医药健康养生文化创造性转化、创新性发展的重要平台。

## 2 关于特色小镇

我国是世界上产生村镇聚落最早的文明古国之一,从古代开始,就有“镇”的定义,乾隆《吴江县志》卷4中注释“有商贾贸易者谓之市,设官防者为之镇”,镇的职能主要是军事。在宋代,出现了贸易镇成为介于县治和草市之间的一级商业中心。近现代逐渐成为联系城乡经济纽带作用的较低级的城镇居民点<sup>[4]</sup>。村镇丰富的自然景观、历史遗存、民居风貌、民风民俗等历史文化资源与特质,反映了社会历史发展变化的痕迹,同时也是小镇旅游特色体现的根本,村镇的这些核心构成要素成为旅游业发展中不可替代的一个重要组成部分。

《国民经济和社会发展的第十三个五年规划纲要》提出了加快发展特色小镇的要求,国家发展改革委《关于加快美丽特色小(城)镇建设的指导意见》将特色小(城)镇划分为特色小镇、小城镇两种形态。特色小镇主要指聚焦特色产业和新兴产业,集聚发展要素,不同于行政建制镇和产业园区的创新创业平台。特色小镇是指以传统行政区划为单元,特色产业鲜明、具有一定人口和经济规模的建制镇。本文研究对象属前者特色小镇范畴。

特色小镇是相对独立于市区,具有明确产业定位、文化内涵、旅游和一定社区功能的发展空间平台<sup>[5]</sup>。它不是行政区划上的概念,也不是建制镇、工业园区、经济开发区、旅游区四者的简单叠加。它是应对新型城镇化建设的一种新业态,是一种全产业链融合、各种创新要素聚合的产业升级和经济转型平台<sup>[6]</sup>。产业是其核心,文化是其灵魂。在形态上,倾向小而精致,形态自由不受行政区划限制,规划面积控制在3平方公里左右,建设用地面积为1平方公里左右,按照3A及以上景区标准建设发展;在产业上,强调内生性,要最好突出当地非常有基础和极具优势的一个特色产业,紧紧围绕产业发展,形成具备产业、文化、旅游、社区功能的生产、生活、生态三位一体空间;在文化上,要彰显特色的传统文化。传统文化得到充分挖掘、整理、记录,历史文化遗存得到良好保护和利用,非物质文化遗产活态传承。形成独特的文化标识,与产业融合发展。优秀传统文化在经济发展和社会管理中得到充分弘扬。公共文化传播方式方法丰富有效。居民思想道德和文化素质较高<sup>[7]</sup>。

我国特色小镇设计的灵感来自欧美,如瑞士的达沃斯小镇、美国的格林威治对冲基金小镇、法国的普

罗旺斯小镇、希腊的圣多里尼小镇等,虽然体量都不太大,但十分精致独特,产业富有特色,文化独具韵味,生态充满魅力。在国内新型城镇化建设的背景下,2015年浙江省率先提出特色小镇的设计理念,并全面开展特色小镇的实践建设。随后,江苏省等长江三角洲地区仿效推广开来。迄今为止,全国已初步建成颇具特色的包括非遗、民俗文化、工艺品、体育竞技、书法美术、高科技体验、健康养生等在内的十大类别共计403个国家级特色小镇。

在众多的特色小镇建设的类型中,中医药健康养生小镇是指以“健康”为特色小镇开发的出发点和归宿点,借助于祖国丰富的中医药资源优势和得天独厚的中医药文化基础,以健康产业为核心,将健康、养生、养老、休闲、旅游等多元化功能融为一体,形成较好生态环境的特色小镇。主要包括宗教文化养生型、长寿文化养生型、温泉养生型、医养结合型、生态养生型、养老型等几种类型<sup>[8]</sup>。

《中医药文化建设“十三五”规划》提出要建设并遴选推出融健康养生知识、养生保健体验、休闲娱乐于一体的中医药健康养生文化体验场馆。国家中医药管理局发布的《中医药发展战略规划纲要》和《中医药健康服务发展规划》鼓励中医药企业开发健康旅游产品,打造一批特色鲜明、优势明显的中医药文化小镇。随着国家政策的大力支持,各地具有中医药特色的健康养生小镇也相继涌现。

浙江推出以企业为主体,以项目为载体,聚集中医养生、医疗、康复等资源,提出在农村打造中医药特色小镇,如磐安江南药镇、桐庐健康小镇、瓯海生命健康小镇等是其中的代表。海南三亚市海棠湾上工谷中国中医药国际健康旅游小镇,由万茂联合投资发展有限公司投资50亿元打造,旨在建设成为一个集中医药康养、旅游观光、运动医学、会议会展、康养民宿、休闲度假和特色农业于一体的“世界中医药康养及文化旅游目的地”。河北易县则依托“紫荆关边塞文化避暑休闲旅游区”,深入挖掘中医易水学派创始人张元素中医文化理论并提出打造中医药健康旅游示范景区——蔡家峪中医药文化旅游小镇,未来将通过让农民种植中草药花海和打造特色民宿美食村等形式丰富特色小镇的文化内涵<sup>[9]</sup>。这些小镇建设的先进经验也为河南省打造中医药健康养生小镇提供了积极的借鉴作用。

## 3 河南中医药健康养生小镇建设的现状及存在的问题

河南是中华民族的主要发祥地之一,是华夏民族始祖、人文初祖黄帝的故里,是医圣张仲景的故乡。自古以来,中原医林兴盛,名医大家辈出,中药资源丰富,群众基础深厚,是中医药文化的重要发源地。

### 3.1 河南中医药健康养生小镇建设的现状

#### 3.1.1 河南省政府积极推进中医药健康养生小镇建设 2017

年以来,河南省先后制定出台了《“健康中原2030”规划纲要》《“十三五”中医药发展规划》和《关于加强中医药文化建设的指导意见》,明确了要加快中医养生保健服务体系建设,支持社会力量举办规范的中医养生保健机构,提升中医养生保健服务能力。建设中医药文化传播载体,建设好中医药文化传播平台的任务。对河南中医药健康养生小镇建设工作提出工作要求和工作目标:

(1) 立足河南“三山二水”(“三山”即太行山、伏牛山、大别山,“二水”即黄河、淮河)优势和特色,打造包括体育、旅游、养老产业在内的健康休闲产业集聚区。积极发展以健康为主题的旅游产业,形成一批具有特色医疗、健康养生、休闲疗养、体育健身等功能的知名健康旅游基地,把河南建成全国重要的健康旅游目的地。

(2) 大力发展中医药文化产业,打造南阳张仲景、洛阳平乐正骨、焦作四大怀药等中医药文化品牌。发展中医药健康旅游服务,开发禅修体验、太极修为、素食药膳等旅游产品,培育身心修养旅游中心,建设一批中医药健康旅游示范区和示范基地。

(3) 发展中医药健康旅游服务。推动中医药健康服务与旅游产业有机融合,发展以中医药文化传播和体验为主题,融中医诊疗、康复、养生、休养、文化传播、商务会展、中药材考察于一体的健康旅游。充分利用我省中医医疗资源、中药材资源、历史文化资源,开发特色中药保健品、功能食品、药酒、药妆等健康旅游产品和线路,建设一批中医药生态休闲旅游景区、休闲养生养老基地,打造中医药主题健康旅游示范基地和健康旅游综合体。支持举办高层次中医药健康旅游展览、会议和论坛,打造具有河南特色的中医药健康旅游品牌。

(4) 积极打造河南十大中药材种植基地,大力发展现代中药材产业、观光、养生综合示范区。十大中药材种植基地包括:焦作四大怀药种植基地、西峡山茱萸种植基地、济源市冬凌草种植基地、方城县裕丹参种植基地、禹州禹南星种植基地、封丘县金银花种植基地卢氏连翘种植基地、南召辛夷种植基地、汝阳杜仲种植基地、嵩县柴胡种植基地、唐河栀子种植基地。

(5) 有重点开展健康养生小镇建设工作。河南省在全省范围内有重点推出,荥阳市王村镇的生态养生樱花小镇、许昌中医药药膳健康养生养老示范区、广武镇“温泉·医养·古镇”文化旅游产业园、周口蓝城养老特色小镇、蓝城桃花源理想养生小镇等健康养生小镇。

**3.1.2 河南经济社会的发展助推健康养生小镇建设** 2012年国务院批复《中原经济区规划》,提出要推动中原城市群扩容发展。2014年出炉的《国家新型城镇化规划》,明确将中原城市群列为国家重点培育发展的中

西部地区三大跨省级城市群之一。2016年8月,国务院决定设立中国(河南)自由贸易试验区。2017年全省生产总值44988.16亿元,比上年增长7.8%,位列全国第五,中部地区第一。全年财政总收入5238.35亿元,比上年增长10.7%。2017年末全省总人口10852.85万人,其中城镇常住人口4794.86万人,常住人口城镇化率50.16%,比上年末提高1.66个百分点。

随着近年来河南省经济发展、社会进步和城镇化进程的加速,人们对健康的追求、对美好生活的向往也越来越强烈。社会上中产阶级的规模逐步扩大,60、70后对传统文化乡镇生活的回归愿望增强,80、90、00后群体个性化、差异化的需求不断上涨。尤其是大城市病、雾霾污染的出现、城市竞争压力的加大,更加激发了人们对健康生活的热情和动力。一些有经济实力的人撤离城市,到山清水秀的地方去办公、居住。由于人类是群居族类,他们一去就是一个群体,一个产业和兴趣圈子。而广大农民也同时拥有改善生活环境,建设美丽乡镇,就地就业脱贫的意愿和要求。这样融合城市的人才、技术、资金和农村的土地、劳力、乡情民意、新鲜空气、山川河流、植物动物的健康养生小镇建设工作便在河南省自上而下、自下而上地同步开展起来。

**3.1.3 河南具备经验丰富、实力雄厚的中医药人才队伍** 以河南中医药大学为中心的中医药人才队伍规模不断壮大,实力不断增强,同时辐射全省,大力开展校地、校企合作。目前在卢氏、济源、西峡等地建有14个中药材规范化种植示范基地,承担全省30多个、70余万亩中药材规范化种植基地的技术指导任务,带动了近30万药农致富。与济源市、新乡市、信阳市新县、焦作市、灵宝市、南阳市、禹州市、许昌市人民政府等开展校地合作;与宛西制药、羚锐制药、辅仁药业、太龙药业、济人药业和柘城县人民医院等多家企事业单位签订校企合作协议;在人才培养、医院建设与医疗服务、中医药资源开发、中医药产业等多方面进行合作,全方位服务经济社会发展。

**3.1.4 河南健康养生小镇发展势头良好** 近年来河南省遇到经济发展又好又快、郑州及中原城市群引领效果明显、城镇化快速推进的良好机遇期,在省市政府推动下,河南健康养生小镇发展势头日趋良好。目前已有国家级、省级健康养生小镇10个,市县健康养生小镇200多家。并呈现出以下特点。

**3.1.4.1 全省都推进 重点有突出** 河南省18个地市、10个直管县建设有健康养生小镇。目前已有国家级、省级健康养生小镇10个,市县健康养生小镇200多家。郑州、许昌、信阳、焦作、三门峡、安阳、南阳等地建设标准高,投资规模大,经济社会效益好。如表1所示。

表1 河南健康养生小镇建设概况一览表

地区	项目	面积 (平方公里)	投资额 (亿元)	特色
郑州	海纳城	2.0	50.0	健康、教育、旅游
	长寿山温泉小镇	0.2	9.6	温泉养生
许昌	陈化店健康养生小镇	4.8	34.0	温泉养生
	云祥小镇	3.7	28.0	禅修养生
焦作	温县赵堡镇	22.7	11.5	太极健身、怀药养生
	老家·莫沟	0.8	3.0	生态农业、健康养生
漯河	三河湾生态康养小镇	4.0	10.0	医疗养生
安阳	龙泉小镇	1.3	1.5	花卉、水果、养生
	洹水古寨	4.8	1.6	药材、苗木、养生
三门峡	豫西百草园	19.3	1.8	中药种植研发、养生、体育

注:数据来源:根据河南省发展改革委相关文件整理而成

**3.1.4.2 覆盖面积大 投资密度强** 由调查取样数据来看,10个项目投资规模达到151亿元人民币,占地面积63.6平方公里,每平方公里投资密度达到2.4亿元。其中投资超50亿的1项,投资超10亿的4项;占地面积超过10平方公里的有2项,占地面积超过3平方公里不足10平方公里的有4项,占地面积3平方公里以内的有4项;郑州海纳城总投资50亿,每平方公里投资密度达到25亿元,漯河三河湾生态康养小镇投资10亿,每平方公里投资密度达到2.5亿元。

**3.1.4.3 产业全覆盖 注重大健康** 河南省的健康养生小镇初步实现一、二、三产业的全覆盖。从第一产业的中药材种植、培育、研究,到第二产业的中药材加工、生产、销售,以及第三产业的旅游、住宿、餐饮、医养服务,均在一定程度上逐步推进和全面铺开。在中医药健康养生产品方面,涵盖了包括中医药疗、汤疗、针疗、食疗、未病治疗和武术强身、参禅修身、运动健身、静心养身在内的大健康体系。

### 3.2 河南中医药健康养生小镇建设中存在的问题

**3.2.1 对中国传统文化及中医药文化挖掘研究不足** 文化是健康养生小镇的精神财富。当地人文、地貌、历史、民俗、节庆、历史名人、历史故事、传统风俗、奇特地貌、特殊物产都可以是项目的文化图腾和IP。历史文化研究不足就是使项目缺失历史厚重感、文化存在感和游客认同感。

**3.2.2 立项和设计缺少中医药文化基础** 河南中医药健康养生小镇建设的前期参与方以地方政府、开发商、农村基础组织、村民为主体,医疗部门往往在开发后期才参与。这就必然存在健康养生小镇立项与设计缺少中医药文化基础,缺乏健康养生文化的支撑,呈现出缺失核心精神与灵魂的问题。

**3.2.3 河南中医药健康养生小镇产业缺乏“双创”文化** 第一产业还是以简单中医种植为主;第二产业多是对中药材的初级加工分拣包装销售,产品技术含量低,产品附加值低,销售渠道单一;第三产业主体还是低端

农家乐,中医药健康养生更多的是一种宣传营销模式,处于辅助地位。纵观全省健康养生小镇产业对“双创”精神理解领会还要进一步加强,切实把“双创”融入到项目产业中来。

### 4 文化内涵提升

以三门峡豫西百草园为例,分析河南中医药健康养生小镇建设中的文化内涵提升。豫西百草园位于河南省三门峡市卢氏县最南端,是河南、山西、陕西三省交界处。卢氏县横跨长江、黄河两大流域,自然风光秀丽,动植物资源丰富,是我国传统的中药材种植基地,拥有中药材1225种,被称为“天然药库”。其中卢氏连翘品质、产量均居全国第一。近几年来,卢氏县加强交通和旅游基础设施,高速高铁畅通,旅游公路、星级酒店、游客中心先后建成,支线机场正在设计论证,这些因素极大地促进当地旅游经济的发展。

百草园深处豫西山区,依托当地山川河流的生湖泊湿地等生态资源,以中草药养生文化为主题,将健康、养生、养老、修身养性、保健、休闲、体育等理念融为一体,打造中药农业为本、品牌产学研结合、风尚创客聚集、特色养生服务、旅游配套齐全产业园区。2017年累计接待游客50余万,综合收入7600万,带动就业600人,取得了显著的经济和社会效益,成为河南省中医药健康养生的一张名片,为中医药健康养生小镇的建设探索出新的发展理念和思路。

为什么一个地处西南一隅的百草园会取得如此的成绩,它与省内其他健康养生项目相比优势在哪里?在分析百草园的成功经验时,有自然资源丰富、旅游设施齐全、管理服务到位等各种因素,但究其核心则是百草园项目对中医药健康养生文化的探索、凝炼、总结和运用,即把中医药文化作为项目立项的基础、把文化引领作为日常管理的方式、把宏扬中医药文化作为发展的目标,特别是对中医药健康养生文化进行了创造性转化和创新性发展。

**4.1 深入研究挖掘当地中医药文化发展历史** 在立项之初,就把当地中医药文化发展历史做为项目的核心精神。百草园的名字就是源自中国中医药神农尝百草而来,而卢氏县也是传说中神农采药的活动区域。在此基础上,百草园深挖我国中医药名人卢熬在卢氏县的历史活动遗迹,从河洛文明、道家养生、中医中药等方面入手,发掘整理卢熬燕齐游学、抗击暴秦、隐居卢氏、观天修身、医救百姓、化羽成仙的故事。同时结合民间传说,结合史书县志整理完成了扁鹊在卢氏山中采药救治虢国太子的故事。

通过对中医历史文化的研究和研发,使神农氏、扁鹊、卢熬成为百草园中医药文化的IP,百草园还建立起卢熬庙、卢熬雕像、卢熬功德碑亭突出这一文化标志。从而从文化基础上强化了百草园中医药这一独

特性标志,增加了游客的历史带入感、文化认同感、记忆识别感。

**4.2 突出中医药大健康养生文化** 中医药健康养生文化源远流长内涵丰富,是祖国特有的珍贵财富。百草园项目以中医药大健康养生文化为主题实现四化,一是中药种植标准化,即初步实现中药材种植专业规范、标准统一、生态种植、科学管理确保中药材的医用效果;二是旅游观光科普化,建立了道医、儒医、佛医、武医、金钗馆、兰草馆6个主题馆,集中展示2000多种中药标本和中药加工制造工艺。初步实现以中草药观光休闲为基础,以中草药知识为内涵,以传承中草药文化为特色的科普游学教育示范基地,增加游客的参与性、认识性、获得感和满足感;三是产品研发品牌化,联合高校和科研院所建立中药科研团队,利用绿色经济、低碳技术、生物科学、信息技术提升中草药的二次开发和升级换代,重点研发医用产品、药用原料、中药饮品、保健食品、养生食品、芳香产品、美容食品,形成自主品牌和知识产权进行推广和营销,实现旅游、购物良性循环机制;四是道医康养生态化,百草园建立牡丹芍药养生馆、金银花养生馆、皂角养生馆、玫瑰养生馆、葛根养生馆,采用饮尝、汤疗、香熏、艾灸、拔罐、刮痧等方式让游客体验中医药养生保健。设立名老中医专家工作室、开设中医药文化研修班、举办健康养生讲座提升健康养生的品质和品味。

**4.3 经营管理倡导创新文化** 百草园项目在经营管理中不墨守成规、不照抄照搬而是倡导创新文化。一是结合当地历史、文化、民俗有针对性的研发出50年代故事——00后系列故事,通过故事来传播文化增加游客的带入感、认同感;二是创新培育鲁冰冰花花卉草药品种。以鲁冰冰花为主题推广宣传宏扬歌颂母爱精神,形成园区独特的文化现象和文化气质;三是建立屠呦呦中药文创园。以“我有嘉宾,鼓瑟鼓琴”之风,以大众创业、万众创新的精神,创建青年大学生中医药创客基地。创新开发中医药文创产业和医药产业,形成鲜明的企业创新文化理念。

#### 参考文献

- [1]胡真.中医药文化的内涵与外延[J].中医杂志,2013(2):192-194.
- [2]梁尚华.关于中医药健康养生文化“创造性转化与创新性发展”的研究与思考[J].中医药文化,2017(6):50-53.
- [3]马少华,申亚梦.浅谈中医养生康复在老年产业中的应用[A].中华中医药学会养生康复分会第十二次学术年会暨服务老年产业研讨会论文集[C].中华中医药学会养生康复分会,2014.
- [4]周一星.城市地理学[M].北京:商务印书馆,2003.
- [5]张雪蕾.城乡一体化过程中陕西省蓝田县玉山小镇旅游开发策略研究[D].西安:西安建筑科技大学,2015.
- [6]朱莹莹.浙江省特色小镇建设的现状与对策研究——以嘉兴市为例[J].嘉兴学院学报,2016,28(2):49-56.
- [7]住房和城乡建设部,国家发改委,财政部.关于开展特色小镇培育工作的通知:建村[2016]147号[A/OL].2016-07-21.
- [8]何莽.基于需求导向的康养旅游特色小镇建设研究[J].北京联合大学学报(人文社会科学版),2017(4):41-47.
- [9]杨吉华.文化特色小镇建设的理念创新与主要模式[J].人文天下,2017(9):66-71.

(本文编辑:张文娟 本文校对:赵楠 收稿日期:2018-07-03)

## 慕课在中医院校研究生思政课程教学中的应用

赵琛 王良滨 潘彦舒

(北京中医药大学研究生院,北京 100029)

**摘要:**目的 发现“慕课”(大规模开放式网络课程)教学模式在研究生思政课程教学中的优势和不足,并对未来研究生思政课程改革及网络教学的运用进行思考。**方法** 本研究将“慕课”这一新型教学模式运用到北京中医药大学研究生思想政治理论课程“马克思主义与社会科学方法论”教学过程中,通过问卷调查方法分析教学效果。**结果** “慕课”教学模式具有较好的教学启发性和针对性,更加易于理解,也更具兴趣性,但教学互动性有待提高。**结论** “慕课”教学模式的应用为未来中医院校研究生思想政治理论课程改革提供了启迪和方向。

**关键词:**慕课;思想政治课程;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.020

文章编号:1672-2779(2018)-15-0048-03

### The Application of MOOC in the Teaching of Postgraduate Ideological and Political Theory Course in University of Chinese Medicine

ZHAO Chen, WANG Liangbin, PAN Yanshu

(Graduate School, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract: Objective** To discover the advantages and disadvantages of the MOOC (Massive Open Online Course) in the teaching of postgraduate ideological and political theory course, and think about the reform of the course and the application of online teaching.

**Methods** This study applies the MOOC to the teaching process of Marxism and Social Science Methodology Course in Beijing University of Chinese Medicine. **Results** MOOC has better teaching enlightenment and pertinence, and is easier to understand and more interesting, but the teaching interactivity needs to be improved. **Conclusion** The application of MOOC provides enlightenment and direction for the reform of the postgraduate ideological and political theory course in Chinese medicine colleges

**Keywords:** MOOC; ideological and political course; teaching reform

#### 1 现状与背景分析

“慕课”,是大规模开放式网络课程(MOOCs)的

简称,是近年来受到全球关注的网络教学新模式,它是一种以开放访问和大规模参与为目的的在线课程<sup>[1]</sup>,

它起始于2011年秋季,来自190多个国家的16万人注册了斯坦福大学的一门“人工智能导论”的免费课程<sup>[2]</sup>,大型网络在线学习平台由此孕育而生。2013年,北京大学和清华大学宣布加入哈佛大学和麻省理工学院发起的“慕课”平台,同年,复旦大学和上海交通大学宣布加盟由耶鲁大学、斯坦福大学等高校共建的“慕课”平台<sup>[3]</sup>,大规模开放式网络教学模式正式进入我国高等教育领域。

与传统教学方式相比,“慕课”具有以下几个显著特点:(1)大规模:在授课人数上没有特别的限制,与传统课程只有几十个或几百个学生不同,一门“慕课”课程动辄上万人。(2)在线:指学习是在网上完成的,学生可根据自身实际情况,自行安排学习时间,学习没有时空约束,不受时空限制。(3)开放:学习者只要有上网条件就可以免费学习优质课程,这些课程资源是对所有人开放的,都不需有学校的学籍,可以自由选择课程进行学习,进入学习“教室”无门槛<sup>[4]</sup>。

目前,国内高校对于“慕课”的引入还处在初步探索阶段,除少数“985”高校建立网络课程联盟外,大多数高校仍沿用传统授课模式。因此,“慕课”的开发和推广具有着广阔的前景和深远的意义。积极将大规模开放式网络教学模式运用到高等教育体系中,特别是研究生教育体系中,对于深化研究生培养机制改革,创新教学模式,提高学生学习效率,最终促进学生整体素质提高和身心健康发展都有着重要的推动作用。

研究生思想政治理论课程是研究生思想政治教育重中之重,也是研究生课程体系建设中的重要环节。2010年,中共中央宣传部、教育部在《关于高等学校研究生思想政治理论课课程设置调整的意见》(教社科[2010]2号)中指出:“研究生思想政治理论课是对研究生进行系统马克思主义理论教育的公共必修课。加强和改进研究生思想政治理论课,对于贯彻党的教育方针,培养德才兼备、全面发展的高层次创新人才,巩固马克思主义在意识形态领域指导地位具有重要意义。”该意见中同时提出:“鼓励各地各高校在教学总体要求一致的前提下,积极创新教学模式,不断总结教学经验,为实施研究生思想政治理论课课程新方案奠定基础。”

结合我校研究生思想政治理论课程教学的实际情况,存在着授课师资短缺、授课模式单一,学生学习兴趣不强,参与课程学习较为被动等问题。授课教师和学生都期待着对于思想政治理论课程授课模式的改进和创新,以利于提高学生学习兴趣,更好地服务于学生的思想政治教育和整体素质的提高。

## 2 研究方法

### 2.1 教学组织形式

在2014级临床医学专业学位硕士研究生进行试点,在研究生思想政治理论课程“马克思主义与社会科学方法论”教学班中(每班约70人)选择一个班级作为课题实验班,该班采取课堂教学与“慕课”教学模式相结合的学习方式。总学时中的20%采用“慕课”教学,慕课资源来自超星学术视频公开课——社会科学方法论,以每段20 min左右的“慕课”形式展现,学生以视听为主,教师提前布置相关问题并进行课堂互动。

**2.2 问卷调查** 本学期课程结束时,对该班级全体学生进行问卷调查。调查使用自主设计的《研究生思政授课方式改革效果调查问卷》,问卷共设计8道问题,其中客观性试题7道,主观性试题1道。在客观性试题中,主要从网络资源与传统教学模式混合教学的必要性、网络资源与课堂教学内容结合的紧密性、新型授课模式的启发性和针对性、思政课学习遇到困惑时的解决方式、网络资源运用于课堂教学带来的最大收获、新型教学模式存在的问题、网络资源运用于思政课教学的学时比例等7类问题调查学生的想法;主观性试题请学生写下对网络资源运用于思政课教学这一新型学习模式的意见和建议。本研究共发放问卷70份,回收有效问卷67份,有效问卷回收率为95.71%。问卷回收后,对客观性试题的答题情况通过SPSS统计软件进行数据分析,主观性试题通过分类汇总归纳出共性问题、意见和建议。

## 3 研究结果与分析

### 3.1 网络资源与传统教学模式混合教学的必要性、与课堂教学内容结合的紧密性、新型授课模式的启发性和针对性的调查结果 见表1。

表1 网络资源与新型授课模式相关的调查结果

调查内容	选项	人数	百分比(%)
网络资源与传统教学模式混合教学的必要性	有必要	58	86.57
	没有必要	6	8.96
	无所谓	3	4.48
与课堂教学内容结合的紧密性	内容结合非常紧密	21	31.34
	内容有一定联系	45	67.16
	内容没有联系	1	1.49
	说不清	0	0.00
新型授课模式的启发性和针对性	好	44	65.67
	一般	22	32.84
	不满意	1	1.49

从上述3个问题的回答可以看出,多数参与调查的研究生对于将网络资源与传统教学模式混合后的新型教学模式比较认可,超过6成的参与调查学生认为新型教学模式具有较好的教学启发性和针对性。但是,在“慕课”资源与课堂教学的结合紧密性上,大部分学生认为有一定联系,仅有约3成的学生认为结合非常紧密,这也提示授课教师在选择“慕课”资源时应更加

贴近课堂讲授内容,在注重延展性的同时,也应注重紧密性和关联性。

### 3.2 思政课学习遇到困惑时的解决方式、网络资源运用于课堂教学的学习收获方面的调查结果 见表2。

表2 思政课学习遇到困惑时的解决方式、网络资源运用于课堂教学的学习收获方面的调查结果

调查内容	选项	人数	百分比(%)
思政课学习遇到困惑时的解决方式	与老师进行面对面的沟通交流	23	34.33
	通过短信、QQ等方式询问老师	11	16.42
	自己在网上查资料解决	31	46.27
	其它	2	2.99
网络资源运用于课堂教学的学习收获	加深了对于教材中内容的理解	10	14.93
	拓宽了知识领域	35	52.24
	生动的模式提高了学习兴趣	21	31.34
	其它	1	1.49

从学生的反馈可以看出,当我们将网络教学模式引入学生的思政课学习中时,学生遇到问题时的求解方式也随之发生了转变。更多的学生开始借助网络资源自主解决遇到的问题,这一比例超过了与老师进行面对面交流的学生。从课堂教学效果上看,“慕课”资源在展现形式上的生动性以及学科领域的拓展性得到了充分显现,通过“慕课”的学习模式,使学生不再拘泥于枯燥的课本内容和刻板的听课方式,可以在更加易于理解和更具兴趣性的平台中进行学习。

### 3.3 新型学习模式存在的不足以及网络资源应占总学时比例相关问题的分析 见表3。

表3 新型学习模式存在的不足以及网络资源应占总学时比例的调查结果

调查内容	选项	人数	百分比(%)
新型学习模式存在的不足	课程内容安排不够合理	5	7.46
	教与学的互动性有待提高	43	64.18
	课程灵活性大,学习针对性不强	14	20.90
	其它	5	7.46
网络资源应占总学时比例	1/2	14	20.90
	1/3	31	46.27
	1/4	14	20.90
	1/5	8	11.94

从调查数据得出,“慕课”资源在研究生思想政治理论课程教学中的应用,给学生带来了全新的学习体验,但由于思政课教学内容的思想性和理论性较强,授课教师在组织“慕课”模式教学时,应特别注重教与学的互动性,在鼓励学生运用网络资源自主探索的同时,也应多设计师生互动环节,帮助学生理解知识的重点和难点。目前将网络资源运用于课堂教学的总学时比例应在1/3左右,待课程模式不断完善后可适当提高学时比例。

### 3.4 研究生对于将网络资源运用于思政课教学这一新型

**教学模式的观点分析** 调查问卷的最后一题是开放性主观试题,请研究生写下对于将网络资源运用于思政课教学这一新型教学模式的意见和建议。共收到各类意见和建议45条,现归纳如下:(1)提高“慕课”资源质量,包括音质、清晰度、内容的生动性和紧密性等。(2)课堂互动性有待提高,应增加教与学的互动环节。(3)网络教学所占学时比例可适当提高。(4)采用新型教学模式后,教师的讲解应更有针对性。

### 4 思考与启示

通过此次对“慕课”在中医药院校研究生思想政治理论课程教学中应用效果的调查,我们看到了中医药院校研究生思想政治理论课程改革的方向和初步成果。同时,针对发现的问题,也对我们今后应改进和完善的内容有了启迪。研究生思想政治理论课程教学具有一些不同于其它学科的固有特点,这就提示我们,在遴选网络资源、优化课堂组织形式、加强师资队伍的培训建设等方面都要更加注重贴近思政课的教学规律,激发学生学习兴趣,力争让学生由被动学习变成主动学习。使“慕课”模式真正成为提高研究生思想道德素质,巩固马克思主义在意识形态领域指导地位的新途径。

### 参考文献

- [1]郝丹.国内MOOC研究现状的文献分析[J].中国远程教育,2013(11):42-50.
- [2]“慕课”已正式进入正规的高等教育体系[N].中国青年报,2013-05-23.
- [3]顾小清,胡艺龄,蔡慧英.MOOCs的本土化诉求及其应对[J].远程教育杂志,2013(5):3-11.
- [4]邓宏钟,李孟军,迟妍,等.“慕课”发展中的问题探讨[J].科技创新导报,2013(19):212-213.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王红 收稿日期:2018-04-24)

### 鹿角临床应用的注意事项

★鹿茸过期不采,其茸毛脱落后而骨化,则变成鹿角。鹿角同鹿茸比较,其补益之力大减,而温里散结之力量倍增,主要用于急慢性疮疡、骨蚀、骨痹、血瘀作痛、骨刺、乳腺增生、急慢性乳腺炎等,亦就是说,鹿角亦有鹿茸之功效,只是力度不如鹿茸而已,故临床中要注意禁忌证。

★鹿角在《神农本草经》中附于“鹿茸”条下,鹿茸、鹿角分为独立的两味中药则是始于明代李时珍《本草纲目》:“鹿角,生用则散热行血,消肿辟邪;熟用则益肾补虚,强精活血;炼霜熬膏,则专于滋补矣。今人呼煮烂成粉者,为鹿角霜,取粉熬成胶,或只以浓汁熬成膏者,为鹿角胶。”

★传统中医学认为,鹿茸与人参是齐名的名贵中药,价格昂贵,鹿角是鹿茸的代用品,鹿角的作用较弱,使用其剂量宜加大。

——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.

# 银花感冒合剂治疗儿童急性上呼吸道感染 150 例 临床研究<sup>※</sup>

胡香玉 刘 坦\*

(平顶山市中医医院儿科, 河南 平顶山 467000)

**摘要:**目的 观察银花感冒合剂治疗儿童急性上呼吸道感染的临床疗效。方法 选取300例急性上呼吸道感染且中医辨证属风热证的患儿,采用数字随机法分成治疗组和对照组各150例,治疗组口服银花感冒合剂,对照组口服利巴韦林颗粒,均3 d为1个疗程,2个疗程后统计治疗效果。结果 治疗组总有效率为96.0%(144/150),对照组总有效率74.7%(112/150),经统计学处理,2组有显著性差异( $P<0.05$ ),治疗组治疗效果优于对照组,且银花感冒合剂对本证患儿发热等症状改善明显。结论 银花感冒合剂是治疗儿童上呼吸道感染风热证的有效制剂。

**关键词:**急性上呼吸道感染;银花感冒合剂;风热外感;儿科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.021

文章编号:1672-2779(2018)-15-0051-03

## Clinical Research on Lonicerae Mixture in the Treatment of Acute Upper Respiratory Tract Infection in Children for 150 Cases

HU Xiangyu, LIU Tan \*

(Department of Pediatrics, Pingdingshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Pingdingshan 467000, China)

**Abstract :** **Objective** To study the clinical effects of Lonicerae mixture in treating acute viral upper respiratory tract infection in children. **Methods** 300 cases of acute upper respiratory tract infection children, which belong to wind-heat type cough in traditional Chinese medicine, were randomly divided into observation group and control group, with 150 cases in each group. The observation groups were given Lonicerae mixture, and the control group was treated with oral new Boleyn granule, 3 days for 1 course. The curative effects were evaluated after 1~2 courses. **Results** The total effective rate of the observation group was 96%, the total effective rate of the control group was 74.7%, and after statistics analysis there was a significant difference ( $P<0.05$ ) between two groups, so the curative effect of the observation group was better than that of the control group, meanwhile the Lonicerae mixture has obvious improvement on fever and other symptoms. **Conclusion** Lonicerae mixture is an effective medicament for the treatment of acute viral upper respiratory tract infection in children.

**Keywords:** acute upper respiratory tract infection; Lonicerae mixture; wind-heat; pediatrics

儿童急性上呼吸道感染是由各种病原体引起的上呼吸道感染(简称儿童上感),是儿童最常见的疾病,发病率大约占所有儿科门诊患儿的60%以上<sup>[1]</sup>。其病原体以病毒为主<sup>[2]</sup>,可占原发上呼吸道感染的90%以上,细菌较少见,主要包括鼻病毒、冠状病毒、流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、柯萨奇病毒、埃可病毒、单纯疱疹病毒、EB病毒等。但是,西医治疗上,目前我国尚无专门针对此病的特异性抗病毒药物<sup>[3]</sup>,且目前国内外治疗该病普遍存在过度、广泛滥用抗生素现象。本病归属于中医学的“感冒”,亦可称为“伤风”“伤寒”“外感发热”等。小儿脏腑娇嫩,卫外机能不固,加之寒热不知自调,常因气候骤变,冷暖失常,外邪侵入,发生本病;同时小儿为“纯阳之体”“阳常有余”,外感时邪,易于化热,故临床以风热证最多见<sup>[4]</sup>,本院研制的银花感冒合剂,在本院临床应用的10余年,取得了很好的临床效果。为进一步观察、分析和探讨银花感冒合剂的有效性,笔者对该制

剂进行了深入的临床研究,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取300例来自2014年12月—2015年11月平顶山市中医医院门诊的急性上呼吸道感染中医辨证为风热证患儿,采用随机数字法分为治疗组和对照组。治疗组150例,其中男83例,女67例;年龄1~3岁53例,4~6岁42例,7~9岁37例,10~14岁18例;平均病程(2.00(1.00, 2.25))d;发热者116例,咽部充血者66例。对照组150例,其中男89例,女61例;年龄1~3岁49例,4~6岁45例,7~9岁39例,10~14岁17例;发热者113例,咽部充血者68例;平均病程(2.00(1.00, 3.00))d。2组临床资料经统计学处理差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照《诸福棠实用儿科学》<sup>[5]</sup>制定以下诊断标准:(1)发热:体温37.3~38.5℃;(2)咽充血,咽干或咽痛;(3)鼻塞、流涕、喷嚏,或流泪、微咳;(4)血常规:白细胞计数偏低或正常。

**1.2.2 中医辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>与《中医病证诊断疗效标准》制定以下诊断标准,

※ 基金项目:河南省中医药科学研究专项课题[No.2015ZY02088]

\* 通讯作者:115509107@qq.com

辨证属外感风热证，临床症状为发热、恶风、汗出、头痛、咽痛、鼻塞、流涕、咳嗽、口渴等，舌质红、苔薄白或薄黄，脉浮数或指纹紫滞。

**1.3 纳入标准** (1) 符合《褚福棠实用儿科学》中急性上呼吸道感染的诊断标准：起病急，鼻腔、咽部或喉部的急性炎症，症见发热，咳嗽，流涕，鼻塞，喷嚏，咽红；(2) 病程<3 d；(3) 年龄1~14岁；(4) 中医辨证属风热证：发热，恶风，头痛，鼻塞，流浊涕，喷嚏，咳嗽，痰稠色白或黄，咽红肿，舌质红、苔薄黄，脉浮数或指纹浮紫；(5) 呼吸道病毒检测阳性；(6) 家长签署知情同意书。

**1.4 排除标准** (1) 有严重细菌感染者；(2) 合并下呼吸道感染者；(3) 有严重并发症者；(4) 合并有脑、心、肝、肾、内分泌、血液等其他疾病者。

### 1.5 研究方法

**1.5.1 治疗药物** 银花感冒合剂（平顶山市中医院制剂室，批号：20150105，规格：250 mL/瓶），组成：主要成分金银花、连翘、薄荷、大青叶等。利巴韦林颗粒（四川百利制药有限公司生产，批号：国药准字H51023510，规格：0.15 g×12袋）

**1.5.2 治疗方法** 治疗组口服银花感冒合剂，1~3岁10 mL，4~6岁15 mL，7~9岁20 mL，10~14岁30 mL；每日3次，3 d为1疗程。

对照组口服利巴韦林颗粒15 mg/(kg·d)，每日3次，3 d为1疗程；观察2个疗程，同时治疗组与对照组均给予临床对症治疗，如止咳、退热等。

**1.6 观察指标** 比较2组的退热起效时间及退热时间。观察2组患儿治疗后，恶风，头痛、鼻部症状、咳嗽、全身情况等方面的变化及不良反应。

**1.7 疗效评价标准** 痊愈：用药1~2 d内体温下降至正常，恶风、汗出、头痛、咽痛、鼻塞、流涕、咳嗽、口渴等临床症状基本消失，咽充血等体征基本消失；显效：用药1~2 d内体温下降至接近正常，恶风、汗出、头痛、咽痛、鼻塞、流涕、咳嗽、口渴等临床症状大部分消失，咽充血等体征减轻；有效：用药1~2 d内体温有所下降但反复，恶风、汗出、头痛、咽痛、鼻塞、流涕、咳嗽、口渴等临床症状有所好转或部分消失；无效：用药2~3 d后体温不降，临床症状及体征无明显改善或者病情持续加重<sup>[9]</sup>。

**1.8 统计学方法** 所得数据运用统计学软件SPSS 21.0进行统计分析，计数资料采用卡方检验，计量资料进行正态分布检验，符合正态分布的数据，用均值±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用 $t$ 检验进行分析，不符合正态分布的数据，用中位数和四分位数间距描述(Md, (P25, P75))，采用Wilcoxon秩和检验进行分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义， $P < 0.01$ 表示差异有极显著统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组疗效比较** 疗程结束后，2组患儿急性上呼吸道感染症状有改善，但治疗组总有效率和治愈率均高于对照组，经Ridit方法统计分析，2组间有显著性差异( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	150	91(60.7)	39(26.0)	14(9.3)	6(4.0)	144(96.0)
对照组	150	46(30.7)	40(26.7)	26(17.3)	38(25.3)	112(74.7)

**2.2 2组平均退热起效时间、退热时间比较** 治疗组退热作用平均起效时间早于对照组，平均发热时间少于对照组，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组平均退热起效时间、退热时间比较 ( $\bar{x} \pm s, h$ )

组别	例数	起效时间	退热时间
治疗组	150	1.5 ± 0.2	20 ± 1.0
对照组	150	4.1 ± 0.4	30 ± 2.0

**2.3 安全性评价** 在治疗观察期间，观察组有1例出现胃部胀满不适，经询问后考虑与患者生冷饮食有关，休息后症状消失。治疗组、对照组无明显过敏反应。

## 3 讨论

急性上呼吸道感染具有临床发病率高，临床症状较重，干扰患儿正常的生活和学习等特点。但是目前西医对病毒感染尚无理想的治疗措施，抗病毒药物病毒唑及金刚烷胺等尚存在着疗效不够确切、副作用多等问题<sup>[7]</sup>。临床多采用对症治疗，但治疗效果不佳，且预防手段单一，无法满足临床工作者需要，中药治疗小儿急性上呼吸道感染具有诸多优势，体现在改善临床症状、缩短病程，而且还能提高患儿的整体免疫力，实现标本兼治，具有较高的安全性。利巴韦林作为广谱抗病毒药物在我国广泛用于儿科，治疗病毒性肺炎，上呼吸道感染等；其引发的不良反应也越来越多，利巴韦林不良反应风险来源包括天然风险及临床不合理使用，如联合用药不当，超说明书用药<sup>[8]</sup>。针对于目前我国抗生素在儿科应用中存在的诸多问题，从整体观念、辨证论治角度开展中医药补充或替代抗生素治疗小儿上呼吸道感染，具有重要的意义<sup>[9]</sup>。

感冒风热证当以疏散风热为主要治则。银花感冒合剂由金银花、连翘、薄荷、桑叶、白茅根、大青叶、黄芩、玄参、天花粉、生石膏、前胡、淡豆豉、水牛角粉等药物组成。其中金银花、连翘、大青叶疏散风热兼清热解毒；薄荷、桑叶、淡豆豉、水牛角粉辛凉宣透；黄芩、生石膏、花粉清泻肺胃积热；白茅根、玄参清热凉血兼以滋阴，全方集合“汗法、清法、凉法、润法”四法于一方，共奏辛凉宣透、清热解毒、凉血护阴之功效，药证合拍，故奏佳效。

通过对治疗300例小儿急性上呼吸道感染的临床观察发现，治疗组患儿治疗后症状体征改善明显，治疗

总有效率达到96%，两者均明显优于对照组，同时治疗组退热病例的疗程也明显短于对照组，适合在临床推广使用。

#### 参考文献

- [1]李虹.小儿肺炎与小儿感冒的鉴别诊断及预防[J].中国现代药物应用, 2011,5(9):46.
- [2]吕燕宁,黄芳,高志勇,等.北京地区2009年5—12月急性上呼吸道感染病毒病原学调查[J].中国卫生检验杂志,2010,20(10):2476-2478,2481.
- [3]彭碧苗,王启跃,徐秀余.利巴韦林注射液不良反应分析[J].临床合理用药,2010,3(15):103-104.

- [4]汪受传.中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社,2002:6.
- [5]胡亚美.诸福棠实用儿科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2015:1247-1251.
- [6]郑筱萸.中药新药临床指导原则和评价(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:58.
- [7]申昆玲.小儿呼吸道感染的抗病毒治疗[J].中国实用儿科杂志,2003,12(1):6.
- [8]李清芳,刘欢,张丹丹,等.利巴韦林儿童应用风险分析与建议[J].中国药物警戒,2018,15(2):83-89.
- [9]李立,廖星,赵静,等.中国小儿急性上呼吸道感染相关临床指南的解读[J].中国中药杂志,2017,42(8):1510-1513.

(本文编辑:张文娟 本文校对:赵玉敏 收稿日期:2018-05-15)

## 2014年10月—2017年9月 我院门诊中药配方颗粒的使用情况分析

熊立 胡翠云

(合肥市滨湖医院药学部,安徽 合肥 230601)

**摘要:**目的 分析2014年10月—2017年9月合肥市滨湖医院门诊中药配方颗粒的使用情况和趋势,以更好地保障临床用药。方法 利用计算机信息管理系统,统计并分析2014年10月—2017年9月合肥市滨湖医院门诊中药配方颗粒的销售量和销售金额数据。结果 门诊中药配方颗粒销售金额2014年10月—2017年9月呈先降后升的趋势,门诊中药配方颗粒占全院中药配方颗粒比例一直呈下降趋势。单品销售金额前20味的品种超过半数相对稳定,白及粉、山药、三七粉、茯苓一直在前5位徘徊,补虚药、活血化瘀药、清热药占销售金额的前3位。销售数量排序前20味的单味中药配方颗粒榜内组成药物超过半数相对稳定,山药、茯苓、黄芪、丹参一直在前5位徘徊,补虚药、清热药、活血化瘀药和利水渗湿药占销售数量的前4位。结论 中药配方颗粒在合肥市滨湖医院临床治疗中非常重要,并且在门诊使用过程中中药配方颗粒的品种、类别的选择已形成自己的特点,以补虚药为主。做好中药配方颗粒阶段性统计工作,对门诊中药配方颗粒的使用和管理有着积极的意义。

**关键词:** 中药配方颗粒; 销售金额; 销售数量

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.022

文章编号:1672-2779(2018)-15-0053-03

### Analysis on the Application of Outpatient Prescriptions of Traditional Chinese Medicine Formula Granules in Hefei Binhu Hospital from October 2014 to September 2017

XIONG Li, HU Cuiyun

(Department of Pharmacy, Hefei Binhu Hospital, Anhui Province, Binhu 230601, China)

**Abstract: Objective** To investigate the usage and variation of outpatient prescriptions of TCM formula granules in Hefei Binhu Hospital from October 2014 to September 2017, so as to make better clinical medication guarantee. **Methods** Consumption sales and sums of outpatient prescriptions of TCM formula granules in Hefei Binhu Hospital from October 2014 to September 2017 in the hospital database were analyzed. **Results** Consumption sums of outpatient prescriptions of TCM formula granules from October 2014 to September 2017 showed a trend from decline to raise. More than half of the consumption sums of categories of top 20 single pieces were stable. Rhizoma Bletillae, Rhizoma Dioscoreae, Radix Notoginseng and Poria hovered top 5. The tonic, blood-activating and antipyretic drugs ranked top 3. The sales of top 20 were slightly different, Rhizoma Dioscoreae, Poria, Radix Astragali and Radix salviae miltiorrhizae hovered top 5. The tonic, antipyretic, blood-activating and dampness drugs ranked top 4. **Conclusion** TCM formula granules play an important role in clinical treatment in Hefei Binhu Hospital. There are their own characteristics in TCM formula granules types and categories, mainly treated with tonic drugs. The utilization analysis has active significance for the clinical use and management of TCM formula granules.

**Keywords:** TCM formula granules; consumption sum; consumption amount

为了更好地保障临床用药,分析2014年10月—2017年9月合肥市滨湖医院门诊中药配方颗粒的使用情况和趋势,结果如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 资料来源** 合肥市滨湖医院已全面覆盖电子信息化管理系统,从计算机工作平台调出2014年10月—2017年9月原始数据,包括中药配方颗粒药品名称、规格、单位、销售数量、销售金额等信息,使用Excel表格对

数据结果进行统计与分析。

**1.2 收集数据** 收集合肥市滨湖医院2014年10月—2017年9月合肥滨湖医院门诊中药配方颗粒的总体销售数据(销售金额和销售数量)进行对比。

**1.3 统计分析** 对单味中药配方颗粒的使用情况进行统计,将单味药中药配方颗粒年销售金额、销售数量最大的前20味进行排序后对比分析;把中药配方颗粒按作用功效进行分类,将销售金额和销售数量排名前20

的各类别中药配方颗粒的分类分布情况进行对比分析。

## 2 结果

**2.1 2014年10月—2017年9月中药配方颗粒的总体使用情况** 目前合肥市滨湖医院正在使用的中药配方颗粒共有299种,从总体使用情况看,2014年9月—2017年9月门诊中药配方颗粒销售金额占全院中药配方颗粒销售金额的比例分别为23.38%、17.37%、16.43%,比例有所下降,而单就中药配方颗粒的销售金额来看,2014年9月—2017年9月呈现先降后升的趋势,但2014年9月—2015年9月门诊中药配方颗粒销售金额为3年内最高。门诊和全院中药配方颗粒销售金额见表1。

表1 2014年10月—2017年9月门诊中药配方颗粒销售金额情况

年份	门诊中药配方颗粒 销售金额(万元)	全院中药配方颗粒 销售金额(万元)	门诊占全院 比例(%)
2014年10月—2015年9月	44.93	192.19	23.38
2015年10月—2016年9月	40.25	231.74	17.37
2016年10月—2017年9月	43.31	263.61	16.43

**2.2 2014年10月—2017年9月门诊单品种中药配方颗粒销售金额前20位的排名情况** 2014年10月—2017年9月门诊中药配方颗粒销售金额前20位的品种超过半数相对稳定,相同品种的中药配方颗粒为13种。白及粉、山药、三七粉、茯苓一直在前5位徘徊。销售金额排名前20位的单味中药配方颗粒见表2。

表2 2014年10月—2017年9月  
销售金额排名前20位的单味中药配方颗粒

序号	2014年10月—2015年9月		2015年10月—2016年9月		2016年10月—2017年9月	
	药名	销售金额(万元)	药名	销售金额(万元)	药名	销售金额(万元)
1	白及粉	1.55	茯苓	1.25	白及粉	1.57
2	山药	1.32	山药	1.10	山药	1.15
3	三七粉	1.09	白及粉	0.93	三七粉	1.08
4	茯苓	1.08	柴胡	0.90	燀桃仁	1.03
5	柴胡	0.92	三七粉	0.86	茯苓	0.99
6	炒酸枣仁	0.84	燀桃仁	0.85	党参	0.92
7	当归	0.76	炒酸枣仁	0.82	黄芪	0.89
8	甘草	0.75	赤芍	0.79	砂仁	0.88
9	黄芪	0.66	当归	0.77	炒酸枣仁	0.80
10	党参	0.65	砂仁	0.74	当归	0.79
11	太子参	0.64	甘草	0.69	甘草	0.78
12	赤芍	0.63	党参	0.62	白术	0.75
13	砂仁	0.61	牡丹皮	0.61	赤芍	0.69
14	阿胶	0.60	丹参	0.60	炒白术	0.67
15	白术	0.58	全蝎	0.57	红花	0.64
16	红花	0.55	炒白术	0.54	麦冬	0.58
17	酒萸肉	0.53	太子参	0.53	柴胡	0.56
18	炙甘草	0.46	白术	0.51	玄明粉	0.52
19	炒白术	0.45	炙甘草	0.50	川芎	0.50
20	大黄	0.44	酒萸肉	0.45	姜半夏	0.49

**2.3 2014年10月—2017年9月门诊单品种中药配方颗粒销售数量前20位的排名情况** 2014年10月—2017年9月

门诊中药配方颗粒销售数量前20位的单味中药的中药配方颗粒超过半数相对稳定。相同品种的中药配方颗粒为12种。山药、茯苓、黄芪、丹参一直在前5位徘徊。销售数量排名前20位的单味中药配方颗粒见表3。

表3 2014年10月—2017年9月  
门诊单品种中药配方颗粒销售数量前20位的排名情况

序号	2014年10月—2015年9月		2015年10月—2016年9月		2016年10月—2017年9月	
	药名	销售金额(万元)	药名	销售金额(万元)	药名	销售金额(万元)
1	山药	5.61	茯苓	6.46	黄芪	5.95
2	茯苓	5.60	丹参	4.76	茯苓	5.13
3	黄芪	4.40	山药	4.68	山药	4.91
4	丹参	3.72	赤芍	4.39	丹参	4.69
5	白芍	3.67	黄芪	3.77	赤芍	3.82
6	当归	3.61	当归	3.69	当归	3.75
7	赤芍	3.54	白芍	3.30	薏苡仁	3.64
8	地黄	3.27	大枣	3.12	党参	3.54
9	甘草	2.65	地黄	2.69	白芍	2.90
10	熟地黄	2.60	牡丹皮	2.57	白术	2.89
11	党参	2.52	泽泻	2.56	甘草	2.78
12	柴胡	2.46	甘草	2.45	地黄	2.71
13	川芎	2.32	柴胡	2.41	陈皮	2.68
14	牡丹皮	2.31	党参	2.39	炒白术	2.47
15	白术	2.22	熟地黄	2.28	川芎	2.31
16	炒白芍	2.17	川芎	2.16	燀桃仁	2.28
17	石斛	2.08	炒白芍	2.09	熟地黄	2.26
18	连翘	2.05	连翘	2.01	鸡血藤	2.13
19	泽泻	1.89	炒白术	2.00	黄芩	2.00
20	姜厚朴	1.85	白术	1.95	黄柏	1.85

**2.4 2014年10月—2017年9月门诊单品种中药配方颗粒销售金额排名前20按功效分类分布** 将门诊单品种中药配方颗粒销售金额排名前20按功效分类分布,补虚药、活血化瘀药、清热药占前3位。具体见表4。

表4 2014年10月—2017年9月  
门诊单品种中药配方颗粒销售金额排名前20按功效分类分布

药物 分类	2014年10月—2015年9月		2015年10月—2016年9月		2016年10月—2017年9月	
	种数	构成比(%)	种数	构成比(%)	种数	构成比(%)
止血药	1	5	1	5	1	5
活血化瘀药	2	10	3	15	4	20
补虚药	10	50	8	40	8	40
清热药	2	10	3	15	2	10
利水渗湿药	1	5	1	5	1	5
安神药	1	5	1	5	1	5
化湿药	1	5	1	5	1	5
收涩药	1	5	1	5	0	0
泻下药	1	5	0	0	0	0
平肝熄风药	0	0	1	5	0	0
外用药物	0	0	0	0	1	5
化痰止咳药	0	0	0	0	1	5
合计	20	100	20	100	20	100

**2.5 2014年10月—2017年9月门诊单品种中药配方颗粒销售数量排名前20按功效分类分布** 将门诊单品种中药

配方颗粒销售数量排名前20按功效分类分布,补虚药、清热药占前2位,活血化瘀药、利水渗湿药占3、4位。具体见表5。

表5 2014年10月—2017年9月  
门诊单品种中药配方颗粒销售数量排名前20按功效分类分布

药物 分类	2014年10月—2015年9月		2015年10月—2016年9月		2016年10月—2017年9月	
	种数	构成比(%)	种数	构成比(%)	种数	构成比(%)
补虚药	10	50	11	55	9	45
利水渗湿药	2	10	2	10	2	10
活血化瘀药	2	10	2	10	4	20
清热药	4	20	4	20	4	20
解表药	1	5	1	5	0	0
化湿药	1	5	0	0	0	0
理气药	0	0	0	0	1	5
合计	20	100	20	100	20	100

### 3 讨论

3.1 中药配方颗粒的总体使用情况分析 由表1可见,门诊中药配方颗粒销售金额占全院所有中药配方颗粒销售金额的比例在2014年10月—2017年9月呈逐年下降趋势,主要是由于住院中药配方颗粒销售金额的增长。就每年的销售金额看,2015年10月—2016年9月比2014年10月—2015年9月有所下降,2016年10月比2015年10月—2016年9月有所增长,但仍没能超过第1年,分析原因可能与院内停车位紧张、停车加强管制造成门诊就诊人数有所下降,中药配方颗粒使用量受到影响。

3.2 各类别和单味中药配方颗粒的使用情况分析 由表2、4综合分析得知,单品销售金额前20味的品种超过半数相对稳定,白及粉、山药、三七粉、茯苓一直在前5位徘徊,补虚药、活血化瘀药、清热药占销售金额前20位的前3位。

由表3、5综合分析得知,销售数量排序前20味的单味中药配方颗粒榜内组成药物超过半数相对稳定,山药、茯苓、黄芪、丹参一直在前5位徘徊,补虚药、清热药、活血化瘀药和利水渗湿药占销售数量前20位的前4位。

所以,无论从销售金额还是销售数量前5名来看,单味药山药和茯苓都是榜上有名的,补虚药、活血化瘀药、清热药排名也是靠前的。分析其原因可能是中医科门诊病人以老年患者居多,又多以气血阴阳不足、脾胃虚弱证、中风后遗症为主,现代药理研究表明,山药具有抗氧化、抗衰老、调节免疫、抗肿瘤、降血糖等作用<sup>[1]</sup>;茯苓除有利水通淋、清利湿热、健脾消肿、宁心之功效<sup>[2]</sup>外,现代药理研究表明其还具有抗肝纤维化、利尿、免疫调节、调节肠道菌群、抗炎、抗肿瘤、增强机体免疫力、抗衰老、抗糖尿病等多种生物活性<sup>[3]</sup>。补虚药能补充人体气血阴阳之不足,改善脏腑功能增

强体质,以提高抗病能力<sup>[4]</sup>;活血化瘀药能通畅血行、消散瘀血并通过活血化瘀达到止痛、调经、疗伤、消癥等作用<sup>[5]</sup>;清热药能清除热毒、消肿排脓<sup>[6]</sup>,还具有控制炎症、消除感染、调节机体功能、增强免疫力等多种药理特征<sup>[6]</sup>。所有这些功效都对老年人多发病、常见病有很好的治疗和调理作用。

### 4 结语

本研究分析用药特点得知,合肥滨湖医院作为滨湖新区新型三级甲等大型综合医院,自2011年9月中医科开建建立中药房以来,门诊针对中药配方颗粒品种和类别的选择已越来越成熟,逐渐形成自己的特点,以补虚药为主,门诊病人以老年患者居多,多有气血不足、阴阳失调、脾胃虚弱的症状,长期用中药调理,逐步使患者气血阴阳平衡、脾胃功能恢复,提高老年人的身体健康素质,改善生活质量。

同时,应该意识到中药配方颗粒的管理是滨湖医院药学部工作乃至中医治疗不可或缺的关键部分,笔者通过对中药配方颗粒使用情况的调查分析和统计,初步掌握了滨湖医院的用药特点和用药习惯。这些数据为药库合理安排、控制库存量,从优制定中药配方颗粒的采购计划与量化管理,保障临床用药提供了可以借鉴的依据。

### 参考文献

- [1]邵礼梅,许世伟.山药化学成分及现代药理研究进展[J].中国药学报,2017,45(2):125-127.
- [2]刘丹丹,戴娜,范婧莹.茯苓抗肿瘤药理作用研究[J].中国医药生物技术,2009,4(4):291-294.
- [3]徐硕,姜文清,邝咏梅.茯苓的化学成分及生物活性研究进展[J].2016,31(3):327-330.
- [4]黄兆胜.中药学[M].北京:人民卫生出版社,2002:303,412.
- [5]陈培丰.清热解暑法在恶性肿瘤治疗中的意义和作用机制[J].浙江中医药大学学报,2001,25(5):11-12.
- [6]王智新,刘巍,刘东育.中药治疗肿瘤的常用方剂[J].现代医药卫生,2005,21(11):1407-1408.

(本文编辑:张文娟 本文校对:徐晓娣 收稿日期:2018-06-21)

### 鹿茸的中药材鉴别专用术语

大挺:特指鹿茸主枝。

二杠:花鹿茸具一个分枝。

三岔:特指鹿茸具两个分枝。

门庄:特指鹿茸离距口约1 cm处出的侧枝。

血片:又称血茸片。特指梅花茸尖部切片,质量最优。

蛋黄片:又称鹿茸粉片。特指梅花茸中上部的切片,质量次之,用鹿茸粉片加工成粉末入药,称鹿茸粉。

骨片:特指梅花茸下部的切片,质量最差。

——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。

# 八段锦研究态势的文献计量学研究

郁 静

(上海中医药大学图书馆, 上海 201203)

**摘要:**目的 针对八段锦相关研究文献开展定量的文献计量学研究,探讨我国八段锦的研究态势。方法 从研究趋势、机构、交流平台、资助来源和研究方向5个角度,对CNKI收录的八段锦研究相关期刊论文、学位论文、会议论文进行文献计量分析研究。结果 共筛选八段锦研究论文844篇,其中以期刊论文为主,其次学位论文和会议论文,两者数量相当。研究表明:我国八段锦研究经历了萌芽、起步阶段,目前进入快速增长的阶段;中医药类高校和体育类高校是主要研究机构;《中国老年学杂志》等22个学术期刊和全国体育科学大会等7个学术会议构成了主要交流平台;相关研究受到多种资助支持,国家级资助是主要资助来源;当前研究内容集中在临床干预或辅助治疗及疗效分析、对亚健康(体质)与心理健康的调节作用、中医健康管理3个方向上。结论 选取不同类型的研究论文开展定量的文献计量学研究,对八段锦研究态势的研究结果更加科学。

**关键词:** 八段锦; 文献计量; 研究态势; 文献研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.023

文章编号:1672-2779(2018)-15-0056-04

## A Bibliometric Research of Status and Trends of the Eight-section Brocade

YU Jing

(Library of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

**Abstract: Objective** To explore the research status and trends of Eight-section Brocade in China, through a quantitative bibliometric research on the literatures of Eight-section Brocade. **Methods** The bibliometric research aimed for the trends, author affiliations, communication platform, funding sources and research directions of the Eight-section Brocade papers in CNKI, including journal article, thesis, and proceeding paper. **Results** A total of 844 papers were selected, most of which was journal article, and the numbers of thesis and proceeding papers were similar. The research showed that the research of the Eight-section Brocade in China had gone through the stage of germination, start-up, and now was entering the phase of rapid growth; Universities of TCM and Sport were the main author affiliations; the core communication platform including twenty-two journals and seven academic conferences, such as Chinese Journal of Gerontology and The Annual meeting of China Sport Science Society. The research is supported by various kinds of findings, which national level funding is the main source. There were three directions have been focused on: a) the therapy research and the efficacy analysis of clinical intervention or adjuvant therapy; b) the role of regulation on sub-health and mental health; c) the health management of TCM. **Conclusion** The results of the research status of Eight-section Brocade were more scientific, because of various types of papers was selected into the quantitative bibliometric research.

**Keywords:** Eight-section brocade; bibliometrics; research status; literature research

八段锦起源于宋代,是一套针对一定脏腑、病症而设计的,形体活动与呼吸运动相结合的健身法,可强身益寿、祛病除疾<sup>[1]</sup>。作为传统的体育养生方法,八段锦健身作用和辅助一些慢性疾病效果方面早已被承认,但其临床治疗的效果缺乏客观指标作为评价依据<sup>[2]</sup>。近年来,八段锦的养生、保健、康复以及临床治疗的效果越来越受到重视,不仅深入探讨八段锦对疾病治疗的评价指标和作用机制,而且开始关注八段锦对心理健康的影响,研究结果层出不穷。

文献计量学是利用数学和统计学的方法,注重定量分析知识载体的交叉学科,可以用来描述、评价和预测科学研究的现状与学科发展趋势,应用范围甚广<sup>[3-5]</sup>。但是,仅对期刊文献进行文献计量分析,来评价和反映某一领域的研究情况,具有一定局限性<sup>[6]</sup>。故本文尝试针对八段锦研究相关的期刊论文、学位论文和会议论文三种类型的文献进行文献计量学研究,客观、系统地探讨八段锦的研究态势,以期对相关研究者提供参考借鉴。

### 1 资料与方法

**1.1 数据来源** 本文选择中国知网网络出版总库(CN-KI)为数据来源。因为本文主要分析八段锦的学术研

究情况,所以在跨库检索设置时选择学术期刊、博硕士论文和会议论文。应用和技术为主的专利,以及报纸、年鉴、标准、成果等其他非学术资源不在检索之列。检索主题为“八段锦”,文献发表时间不限,检索日期为2018年5月4日。

**1.2 分析方法** 将全部1676篇检索结果导出至Excel中进行处理。首先通过人工识别,删除重复的文献和通知、纪要、人物访谈、科普介绍等类型的文献,共获取期刊论文、学位论文和会议论文三种类型的八段锦相关研究论文844篇。然后对文献的机构、基金、会议信息进行清洗,将相同内容的不同表达进行统一化处理。最后利用文献计量方法对选定文献的年代、机构、期刊与会议、基金资助、关键词5个方面的信息进行分析,探讨现八段锦的主要研究进展。

### 2 结果与讨论

**2.1 研究态势分析** CNKI中收录的八段锦研究论文始于1982年,截止检索当日共收录学术研究论文844篇,其中以期刊论文为主(623篇),学位论文和会议论文数量较少(分别为129篇、92篇)。

从全部论文发表的年代趋势看,八段锦研究共经

历了3个阶段，分别是1982年—2006年的萌芽阶段（年均发文量1.12篇/年，最高年发文量7篇）、2007年—2014年的快速起步阶段（2014年发文量比2007年年发文量增长了8.33倍，最高发文量达到112篇）和2015年—至今的快速增长阶段（年均发文量123.33篇，是第二阶段的2.4倍）。八段锦研究年代态势见图1。

从不同文献角度看，虽然学位论文、会议论文的发文规模明显少于期刊论文，但两者也从高层次人才研究和学术交流的角度反映出八段锦研究受关注的程度和发展趋势。如图1所示，期刊论文、学位论文和会议论文发表的趋势相似，经历了萌芽、起步和发展的3个阶段。与期刊论文的快速增长相比，自2015年后学位论文、会议论文发表趋于稳定（年均发文量分别为17.33篇/年、11.67篇/年）。

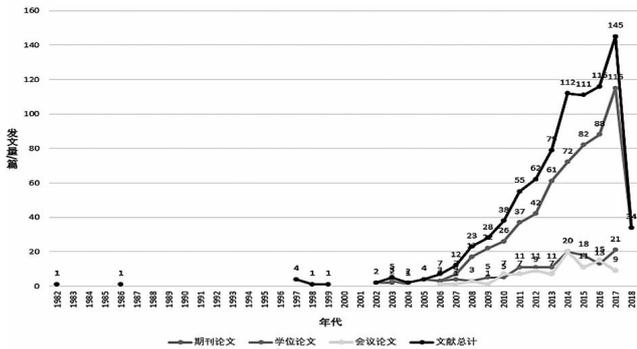


图1 八段锦研究年代态势图

2.2 主要研究机构分析 主要发文机构是学术研究的主体，体现八段锦研究的主要力量。如图2所示，八段锦研究主要集中在中医药高校和体育高校（含综合类高校的体育学院/部）。广州中医药大学（53篇）、北京中医药大学（50篇）、福建中医药大学（44篇）、南京中医药大学（36篇）、北京体育大学（26篇）、郑州大学（13篇）、武汉体育学院（12篇）是主要的代表机构，期刊论文、博硕士论文和会议论文发文量均排名靠前。

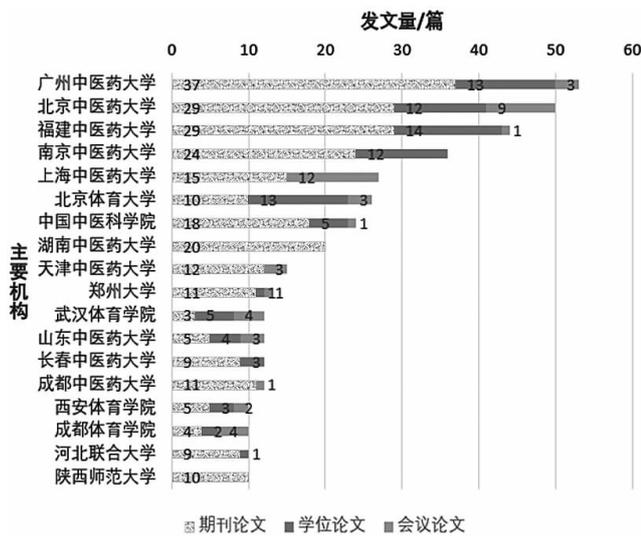


图2 八段锦主要研究机构分布图(发文量≥10篇)

2.3 主要交流平台分析 学术期刊、学术会议是科学研究交流的主要平台。623篇八段锦期刊论文发表在278个期刊上，分布较为广泛。其中载文量6篇以上的期刊有《中国老年学杂志》《当代体育科技》等，有22个（占期刊总数的7.91%），合计载文量198篇（占期刊论文的31.78%），是八段锦研究成果的主要交流期刊，见表1。

表1 八段锦研究主要发表期刊统计(发文量≥6篇)

期刊名称	发文量(篇)	比例(%)
中国老年学杂志	19	3.05
当代体育科技	17	2.73
护理研究	14	2.25
搏击(武术科学)	14	2.25
中国中医药现代远程教育	12	1.93
辽宁中医药大学学报	10	1.61
新中医	9	1.44
湖南中医杂志	9	1.44
辽宁中医杂志	9	1.44
长春中医药大学学报	9	1.44
运动	8	1.28
中医药导报	7	1.12
按摩与康复医学	7	1.12
中华武术(研究)	6	0.96
中国医药科学	6	0.96
中国运动医学杂志	6	0.96
内蒙古中医药	6	0.96
少林与太极	6	0.96
护理学报	6	0.96
武术研究	6	0.96
河北中医	6	0.96
福建体育科技	6	0.96
合计	198	31.78

八段锦相关的会议论文共91篇，但仅有71篇论文标注了参与的会议主题名称。经统计，收录八段锦研究论文≥3篇的学术会议共有7个，如全国体育科学大会、中国医学气功学会学术研讨会、世界医学气功学会学术交流会等，论文合计40篇，占标注会议主题的56.34%。八段锦研究主要学术会议见表2。

表2 八段锦研究主要学术会议统计(发文量≥3篇)

会议名称	发文量(篇)	比例(%)
全国体育科学大会	10	14.08
中国医学气功学会学术研讨会	8	11.27
世界医学气功学会学术交流会	7	9.86
中国中西医结合学会精神疾病专业委员会	5	7.04
全国学术会议	4	5.63
中国运动生理生化学术会议	3	4.23
中国生理学会运动生理学专业委员会会议	3	4.23
中国针灸学会学术年会	0	0
合计	40	56.34

2.4 主要资助分析 支持八段锦研究的资助共有153个，来源较为广泛。共产出了基金论文292篇。八段学术论文产出≥5篇的主要资助见表3。八段锦基金论文产出最多的4

个资助均是来源于国家级资助, 国家体育总局健身气功管理中心 (31篇)、国家中医药管理局 (23篇)、国家科技支撑计划 (14篇) 和国家自然科学基金 (11篇)。作为健身气功和中医经典疗法八段锦在我国中的地位可见一般。此外, 福建中医药大学校内资助发表论文8篇 (占标记资助来源论文的2.74%), 与北京市中医药科技发展基金、湖南省教育厅科学研究项目等省级资助产出相当。

表3 八段锦研究资助来源统计(发文量≥5篇)

资助来源统计表	发文量(篇)	比例(%)
国家体育总局健身气功管理中心	31	10.62
国家中医药管理局	23	7.88
国家科技支撑计划	14	4.79
国家自然科学基金	11	3.77
江苏省中医药局科技项目	11	3.77
北京市中医药科技发展基金	9	3.08
湖南省教育厅科学研究项目	8	2.74
福建中医药大学校内资助项目	8	2.74
上海市卫生和计划生育委员会中医药科研基金	7	2.40
湖南省科学技术厅科技计划项目	7	2.40
吉林省中医药管理局	6	2.05
广东省中医药局课题	6	2.05
河北省科学技术研究与发展计划项目	6	2.05
中国医学气功学会资助课题项目	5	1.71
北京市科委专项项目	5	1.71
广东省科技计划项目	5	1.71

**2.5 主要研究方向分析** 关键词是研究论文的核心, 代表文献的主要研究内容。经统计, 八段锦研究论文中明确标记关键词八段锦的有601篇, 占71.21%。另有词频≥15的关键词21个, 分布情况见表4。根据关键词的含义及文献主要研究内容, 21个代表关键词可以归纳为3个研究方向, 分别是: 1) 八段锦临床干预或辅助治疗研究及疗效分析, 包括2型糖尿病 (40)、慢性阻塞性肺疾病 (30)、运动疗法 (23)、生存质量 (21)、腰椎间盘突出 (15) 等关键词; 2) 八段锦对大学生亚健康 (体质) 与心理健康调节作用研究, 包括健身气功 (88)、大学生 (29)、心理健康 (20)、亚健康 (18) 等关键词; 3) 八段锦对老年人的中医健康管理研究, 包括老年人 (42)、气功 (23)、高血压 (19)、养生 (16) 等关键词。

表4 八段锦研究关键词(词频)及所属研究方向统计

研究方向	关键词	词频	比例(%)
	八段锦	601	71.21
临床干预或辅助治疗研究及疗效分析	2型糖尿病	40	4.74
	慢性阻塞性肺疾病	37	4.38
	糖尿病	26	3.08
	运动疗法	23	2.73
	抑郁	21	2.49
	生存质量	21	2.49
	中老年人	18	2.13
	肺功能	16	1.90

续表4 八段锦研究关键词(词频)及所属研究方向统计

研究方向	关键词	词频	比例(%)
	八段锦	601	71.21
大学生亚健康(体质)和心理健康调节作用研究	腰椎间盘突出症	15	1.78
	健身气功	88	10.43
	生活质量	32	3.79
	大学生	29	3.44
	心理健康	20	2.37
	亚健康	18	2.13
老年人的中医健康管理研究	老年人	42	4.98
	健身气功·八段锦	37	4.38
	太极拳	23	2.73
	气功	23	2.73
	养生	16	1.90
	功法	15	1.78
	高血压	19	2.25

### 3 讨论

本研究共筛选CNKI收录的八段锦三种类型的研究论文844篇, 定量的文献计量学研究结果表明: 我国八段锦研究态势整体呈现快速增长的趋势。前期经历了萌芽、起步的发展阶段, 目前处于快速增长的阶段。博硕士学位研究和会议交流的已趋于稳定, 期刊论文增长迅速。以广州中医药大学、北京中医药大学、福建中医药大学、南京中医药大学为代表的中医药类高校和以北京体育大学、郑州大学、武汉体育学院为代表的体育类高校是八段锦的主要研究机构和主要成果产出机构。经过多年发展, 八段锦研究领域已形成了以《中国老年学杂志》《当代体育科技》等22个学术期刊和全国体育科学大会、中国医学气功学会学术研讨会、世界医学气功学会学术交流会等7个学术会议为核心的主要交流平台。八段锦研究在我国受重视程度较高, 得到了国家与各省市中医药、科技、教育、卫生主管部门和高校自主规划等不同途径的资助支持, 其中国家体育总局、国家中医药管理局、国家科技支撑计划和国家自然科学基金等国家级高水平资助是主要的资助来源。八段锦讲究“天人合一”, 是一种从“整体论”角度来改善人体生理机能的方法<sup>[7]</sup>, 越来越受到关注。目前研究内容主要集中在临床干预或辅助治疗及疗效分析、对大学生亚健康(体质)与心理健康的调节作用、对老年人的中医健康管理三个方向上。

文献计量方法已是较为成熟的领域、学科或主题研究进展的分析方法, 但是分析数据或文献数据来源的选择对分析结果的客观性和科学性具有一定的影响。在坚持学术研究原则的同时, 纳入具有独创性和较高学术价值的博硕士学位论文<sup>[8]</sup>和聚焦学科大前沿与热点的会议论文<sup>[9]</sup>, 扩展文献计量学研究对象的类型, 可以有效提高研究进展分析结果的综合性 and 科学性。

## 参考文献

- [1]刘春雨,韩小燕,高会军.八段锦健身功效研究进展[J].玉林师范学院学报,2012,33(2):91-94.
- [2]秦月兰,刘宇,陶美伊.健身气功八段锦在临床上的应用进展[J].当代护士(中旬刊),2014(7):10-11.
- [3]胡力,肖宏.基于CNKI文献大数据视野下生药学学科发展及研究进展分析[J].中国中药杂志,2018,43(4):689-695.
- [4]贾敏,谢雁鸣,姜俊杰.疏血通注射液治疗进展性脑梗死的文献计量分析[J].中医药导报,2016,22(17):56-58.
- [5]张丽月,陈向荣,林静,等.基于文献计量的埃博拉病毒研究进展分析[J].

- 现代中西医结合杂志,2015,24(23):2609-2613.
- [6]彭佳华,梁瑞宁.2005—2015年中文数据库收录妇科冲任相关文献计量学分析[J].中国民族民间医药,2016,25(16):38-41.
- [7]马莹,黄怡然,夏晶,等.利用复杂度分析八段锦改善老年人平衡功能的生物力学研究[J].长春中医药大学学报,2018,34(2):315-318.
- [8]魏沛骏,许春利.2006—2015年我国体育类博士学位论文文献计量分析[J].长春师范大学学报,2017,36(8):102-106.
- [9]徐欣欣,王海宁.基于CNKI会议论文文献计量及共词分析的国内档案学研究概观[J].山东档案,2016(2):10-14.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李艳红 收稿日期:2018-06-15)

# 活血止痛汤治疗妇科痛经急症临床分析

张艳丽

(江西省南昌市湾里区妇幼保健计划生育服务中心妇科,江西 南昌 330004)

**摘要:**目的 研究中药活血止痛汤对妇科痛经急症患者的作用。方法 选取2016年3月—2017年6月在妇科进行治疗的痛经急症患者共100例。将所有患者平均分为2组,中药护理组和常规护理组各50例。对2组患者提供推拿治疗,并对中药护理组额外提供中药辅助调理。结果 经过治疗后,中药护理组有效率为92.0% (46/50),常规护理组有效率为78.0% (39/50),2组比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 使用中药活血止痛汤配合治疗妇科痛经急症,可以有效缓解患者病情。

**关键词:** 中药活血止痛汤; 痛经; 急症

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.024

文章编号:1672-2779(2018)-15-0059-02

## Clinical Analysis on Huoxue Zhitong Decoction in the Treatment of Gynecological Dysmenorrhea

ZHANG Yanli

(Department of Gynecology, Wanli District Maternal and Child Protection and Family Planning Service Center, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China)

**Abstract: Objective** To study the effect of Chinese herbal medicine Huoxue Zhitong decoction on patients with dysmenorrhea. **Methods** From March 2016 to June 2017, a total of 100 patients with dysmenorrhea were treated in our hospital. The patients were divided into two groups on average, with 50 people in each group. One group was recorded as a TCM nursing group, another group was recorded as a routine nursing group. The two groups of patients were provided with massage therapy, and the Chinese medicine nursing group was provided with additional TCM adjuvant conditioning. **Results** After treatment, the therapeutic effect of the two groups was calculated, the effective rate of the TCM nursing group was 92.0%, the effective rate of routine nursing group was 78.0%  $P<0.05$ , and the difference was statistically significant. **Conclusion** The use of traditional Chinese medicine Huoxue Zhitong decoction in the treatment of dysmenorrhea can effectively relieve the patient's condition.

**Keywords:** Chinese herbal medicine Huoxue Zhitong decoction; dysmenorrhea; emergency

月经是每个女性都会进行的生理反应,但一部分患者在月经期间疼痛难忍,而导致面色苍白、冒冷汗甚至昏厥,严重影响了患者的正常生活。痛经可由多方面因素引起,一是由于气血不畅通,二是由于生活习惯不规范<sup>[1]</sup>。为了帮助女性患者缓解月经时痛苦,本试验通过对患者配合中药辅助治疗,分析了中药在痛经急症患者治疗中的作用,具体描述如下文。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年3月—2017年6月在我院妇科进行治疗的痛经急症患者共100例。将所有患者平均分为中药护理组和常规护理组各50例。中药护理组,年龄16~40岁;轻度痛经10例,中度痛经32例,重度痛经8例;痛经时长最短3个月,最长10年。常规护理组患者,年龄13~45岁;轻度痛经12例,中度痛经28例,重度痛经10例,痛经时长最短6个月,最长15年。2组患者的基本资料比较,差异不具有统计学意义 ( $P<0.05$ ),可以进行对比分析。

患者自述情况:腹部胀痛,伴有下坠感,痛感严重时可扩展至阴道、腰部,时常会产生手脚出汗、面色苍白等症状。

**1.2 纳入标准** (1) 患有痛经急症的女性患者;(2) 腹部不定时突发阵痛;(3) 月经周期稳定且发作时处于月经期;(4) 发生腹痛痉挛,昏厥的患者;(5) 不具有药物过敏史;(6) 自愿参加本次试验。

**1.3 排除标准** (1) 具有精神障碍,不具备良好的语言表达能力;(2) 具有其他疾病,如脏器衰竭,造血系统异常等;(3) 由于生殖系统发生炎症而导致的腹痛;(4) 对中药过敏患者;(5) 不同意参加本次试验。

**1.4 护理方法** 对常规护理组患者提供推拿按摩治疗,主要流程是:医护人员将双手搓热,然后按摩患者腹部,按摩时间为3~5 min;之后按揉患者的气海穴、地机穴、关元穴、三阴交穴、水道穴及中极穴,每个穴位按揉1~2 min;最后按揉患者的腰眼穴、肾俞

穴,对八髎穴进行推擦<sup>[2]</sup>。对产生昏厥的痛经急症患者,采取掐血海穴、人中穴以及合谷穴的方式,刺激患者。

对中药护理组患者,在提供推拿按摩治疗的基础上,额外配合中药进行辅助调理。活血止痛汤药方:延胡索20 g,丹参20 g,川芎12 g,赤芍10 g,九香虫6 g,生蒲黄10 g,香附6 g,三七6 g,广木香8 g,五灵脂13 g,当归23 g,益母草30 g,红花6 g,泽兰20 g,北细辛10 g,郁金13 g,桃仁20 g。针对不同病症的患者进行不同中药的加量或减量。血块积瘀过多,加入苏木10 g,三棱15 g,莪术12 g;气血不畅,腹胀,则增加青皮13 g,枳实10 g;胸部胀痛,加入王不留行10 g;寒气较重,加入吴茱萸20 g,干姜10 g;肾虚,加枸杞子20 g。中药用专用的煎锅进行熬制,患者早晚服用中药2次,每次1副药,剂量为200~250 mL,在经期前一天开始服药。治疗第1个月,患者服药4~5副,第2个月服用2~3副,痛经停止时可以停止用药。组内患者连续服药3个月,并且在服药期间,要保证充足的睡眠,避免过度劳累,禁止使用凉寒气重、油腻的食物,保持情绪积极乐观。

同时,对2组患者进行健康指导,向患者讲解发病原因,以及如何正确应对,使患者对疼痛的发生有所了解,用专业知识回答患者提出的问题,认真倾听患者讲述自身病情<sup>[3]</sup>。治疗期间,护理人员应着重关注患者的饮食,叮嘱患者饮食以清淡为主,禁食辛辣、大荤、海鲜以及过甜过咸的食物。日常进餐时,可以吃一些活血的食物,配合治疗。由于患者突发阵痛,且伴随四肢无力,食欲不振等不良反应,造成患者生活质量降低,极易产生负面心理,医护人员应当予以适当指导,与患者进行沟通,帮助患者缓解压力,促进患者治疗的配合程度以及积极性,协调了医患之间的关系,减少了医疗纠纷的发生。

**1.5 观察指标** 记录患者治疗前生理状况,治疗后叮嘱患者定期回医院复查,并对治疗效果进行评价,采用扣除对应项目积分的方法进行评价,评分越高则说明疗效越好,满分为100分,初始为100分。扣分项目:(1)患者治疗后,腹部仍有明显痛感,-5分;(2)面色苍白,-0.5分;(3)四肢麻木冰冷,-1分;(4)冷汗不止,-1分;(5)无法正常坐卧,-1分;(6)产生休克,-2分;(7)严重影响工作、学习等日常生活,-1分;(8)无法行走,必须卧床休息,-1分;(9)腰部疼痛,-1分;(10)疗程结束后,疼痛天数每增加1 d,-0.5分。

**1.6 疗效评价标准** 治疗效果评价分为以下等级:评分为90~100分,为治疗效果显著:患者疼痛感完全消失,且对护理非常满意;评分为60~89分,为疼痛缓解:患

者疼痛有所缓解,但仍存在微弱痛感,可能产生一些伴随反应,对护理较满意;评分低于60分,为无效:患者疼痛感完全没有缓解,甚至加重,且伴随面色苍白、无力、无法行走等行为,对护理不满意。有效人数=治疗显著人数+疼痛缓解人数,有效率=(有效人数\总人数)×100%。

**1.7 统计学方法** 本次试验数据采用常规的办公软件Microsoft office进行整理归纳,数据的处理使用常规的SPSS 13.0进行处理,计量单位使用百分率,组间使用 $\chi^2$ 分布进行检验,当 $P<0.05$ 时,说明差异具有统计学意义。

## 2 结果

治疗后中药护理组治疗有效率为92.0%;常规护理组治疗有效率为78.0%。2组比较, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义,如表1所示。

表1 2组患者治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
中药护理组	50	28	18	4	46(92.0)
常规护理组	50	19	20	11	39(78.0)
$\chi^2$ 值		1.269	5.374	4.286	4.781
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

痛经是由多方面因素引起的错综复杂的病症,若患者日常生活中行为不规范、性生活过于频繁,则会导致气血紊乱不通畅,久而久之就会导致胞宫经血瘀滞。如果气血不和,则会导致内分泌失调。若经常生气,过度劳累者,则会产生胸部胀痛,四肢乏力,大量出汗等症状<sup>[4]</sup>。采用中药活血止痛汤,主要是通过调理患者气血,补血养气,活血化瘀,使患者可以经血畅通,达到暖宫、止痛的效果。

通过整理数据,可知中药护理组治疗有效率为92.0%;常规护理组治疗有效率为78.0%。2组患者的治疗效果存在差异,且 $P<0.05$ 。对数据进行分析研究,可以明显看出,中药护理组患者治疗有效率较高,由此可见,使用中药活血止痛汤对妇科痛经急症患者进行辅助调理,有助于缓解患者疼痛程度,减少并发症的发生率,提高治疗的有效率,具有一定的积极作用,值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1]张丽梅.活血止痛汤治疗妇科痛经50例疗效观察[J].黔南民族医学报,2016,29(3):172-172.
- [2]李翠红,荀世宁.针灸联合中药热敷治疗原发性痛经的临床疗效分析[J].临床医学研究与实践,2017,2(6):145-146.
- [3]熊涛.活血止痛汤治疗气滞血瘀型头痛的疗效分析[J].光明中医,2016,31(17):2526-2527.
- [4]卫斌颖,安红军.中医药分期治疗对子宫腺肌病患者免疫调节作用的影响[J].亚太传统医药,2017,13(9):122-123.

(本文编辑:张文娟 本文校对:赵有新 收稿日期:2018-04-26)

# 中药师干预对中药临床合理应用的影响

潘永

(辽阳石化总医院药剂科, 辽宁 辽阳 111003)

**摘要:**目的 分析探讨中药师干预对中药临床合理应用的影响。方法 选取2016年5月—2017年10月收治的80例行中药治疗的住院患者作为研究对象, 将其随机分为研究组和对照组, 各40例; 对照组患者施以临床常规治疗, 而研究组患者在临床常规治疗的基础上施以中药师干预, 然后观察并比较2组患者不良反应的发生情况。结果 研究组患者治疗后不良反应发生率为5.0% (2/40), 比对照组患者的20.0% (8/40) 明显偏低, 组间差异明显,  $P < 0.05$ 。结论 中药师干预对于中药的临床合理应用具有积极的意义和价值, 能够有效减少不良反应的发生, 改善临床治疗效果, 因而在临床上具有广阔的应用价值。

**关键词:** 中药; 临床合理应用; 中药师干预

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.025

文章编号:1672-2779(2018)-15-0061-02

## The Influence of Chinese Pharmacist Intervention on the Reasonable Clinical Application of Chinese Medicine

PAN Yong

(Pharmacology Department, Liaoyang Petrochemical General Hospital, Liaoning Province, Liaoyang 111003, China)

**Abstract: Objective** To analyze the effect of Chinese medicine pharmacists intervention on the rational clinical application of Chinese medicine. **Methods** 80 patients admitted to our hospital from May 2016 to October 2017 were randomly divided into study group and control group, with 40 cases in each group. In the control group, patients were treated with clinical routine therapy. While in the study group, patients were treated with Chinese pharmacists. **Results** The incidence of adverse reactions after treatment was 5.0%, which was significantly lower than 20.0% in control group, and the difference between groups was obvious  $P < 0.05$ , which was statistically significant. **Conclusion** The intervention of Chinese pharmacists has positive significance and value to the clinical application of Chinese medicine, which can effectively reduce the occurrence of adverse reactions and improve the clinical therapeutic effect, so it has wide clinical application value.

**Keywords:** Chinese medicine; reasonable clinical application; intervention by Chinese medicine pharmacists

近年来, 由于用药的不合理而引起的临床安全事件逐年增多, 对医院的形象及社会稳定造成较大影响。相关研究表明, 全球大约有35%的患者由于用药的不合理, 而导致病情恶化, 甚至引起死亡<sup>[1]</sup>。在患者的临床治疗中, 药剂师发挥着极其重要的作用, 尤其是中药师, 若中西药的配伍不科学, 将会增加不良反应, 影响临床治疗效果, 严重时将会威胁患者的生命安全<sup>[2]</sup>。因而加强中药师的临床干预对于保证中药的合理应用, 保证患者健康具有积极的意义和价值。本研究以我院所收治的80例行中药治疗的住院患者作为研究对象, 对其分别予以临床常规治疗和中药师干预, 观察并比较2组患者不良反应的发生情况。研究报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院2016年5月—2017年10月收治的80例行中药治疗的住院患者作为研究对象, 将其随机分为研究组和对照组, 各40例; 研究组患者中, 男性24例, 女性16例; 患者年龄24~75岁, 平均为(43.6±2.5)岁。对照组患者中, 男性25例, 女性15例; 患者年龄25~76岁, 平均为(44.2±2.6)岁。2组患者的一般资料, 包括性别、年龄等均不具有显著性差异,  $P > 0.05$ , 具有可比性。

**1.2 研究方法** 对照组患者施以临床常规中药治疗, 即

安排同一位药剂师依照常规程序抓药, 并遵照医嘱服用药物。研究组患者在临床常规治疗的基础上给予中药师干预, 具体措施如下。

(1) 构建严格的监测机制: 在治疗过程中应对患者进行定期随访, 规划好随访的时间和程序, 对患者其后续治疗情况进行紧密的随访和追踪, 及时得到患者所反馈的信息, 从而为临床的合理用药提供参考依据<sup>[3]</sup>。在随访过程中如果出现药物的不良反应, 应及时制定针对性措施进行处理, 最大限度地将不良反应所引起的后果降至最低, 以保证患者健康。

(2) 开展用药服务和指导: 临床医师在开完处方以后, 中药师对药方进行仔细的核对, 如果发现问题应立即与医师进行沟通, 切实做好中药的调剂工作。应积极发挥和调动中药房窗口的作用, 推动中药的咨询服务与用药指导, 向患者讲述关于中药的基本知识, 并对患者及其家属的疑惑与问题进行耐心细致的解答。同时应定期对医护人员进行培训, 增强其责任感与安全意识, 注重用药的合理性与安全性, 将处方的质量作为工作的考核指标, 以督促医务人员用药的合理性与规范性<sup>[4]</sup>。定期召开用药总结座谈会, 对本阶段用药情况进行总结, 提出所出现的问题, 并制定相应的解决方案。

(3) 构建药历：药历属于临床中药师较为重要的书面证明资料，具有一定的法律效应。通过构建药历能够让医生详细地了解患者的基本情况，包括其用药史、疾病状况及药物过敏史<sup>[5]</sup>。因而，临床医师应当依照患者的实际情况构建患者的完整药历，主要涉及个性化的给药方案、抢救措施及用药指导等，这样有助于保证工作的有效性与规范性。同时，还要做好对应的存档工作，以方便后期调用和查看。

(4) 用药服务和指导：对患者给予详细的用药指导，是每一位中药师的责任和义务，通过认真细致地给予用药指导，有助于提升患者治疗的依从性，构建和谐医患关系。当前，随着人们生活水平的提升，其用药意识也在不断加强，越来越多的患者要求临床中药师能够给予用药服务和指导。中药师在对每份处方调配好以后，还应根据患者病情向其讲述中药的服用方法、可能会出现不良反应及其相关的注意事项，特别是对于药物的煎服过程中所出现的特殊情况应怎样处理<sup>[6]</sup>。若出现不良反应，应当立即停药并来院就诊。积极开展用药服务和指导，提升患者对药物的认知水平和治疗的依从性，有助于患者的康复。

**1.3 观察指标** 观察并统计2组患者在治疗过程中不良反应的发生情况，可能的不良反应包括胃肠道系统损坏、呼吸系统损坏、神经系统损坏以及血液系统损坏等。

**1.4 统计学方法** 运用SPSS 19.0统计分析软件对本研究所观察的数据资料进行统计，其中计数资料以百分比(%)表示，并予以 $\chi^2$ 检验，若 $P<0.05$ ，则表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

研究组患者治疗后不良反应发生率为5.0%，比对照组患者的20.0%明显偏低，组间差异明显， $P<0.05$ 见表1。

表1 2组患者不良反应发生情况比较 [例(%)]

组别	例数	胃肠道系统 损坏	呼吸系统 损坏	神经系统 损坏	血液系统 损坏	发生率
研究组	40	1(2.5)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.5)	2(5.0)
对照组	40	4(10.0)	2(5.0)	1(2.5)	1(2.5)	8(20.0)
$\chi^2$ 值						4.114
$P$ 值						0.04

## 3 讨论

临床上对于疑难杂症的治疗多是施以西药治疗，但这往往很难使患者治愈，或是达不到比较理想的治疗效果，因而，越来越多的医学工作者主张运用中西医结合的方式进行治疗，实践证明中西医结合有助于

改善临床治疗效果，大大缩短患者的治疗时间<sup>[7]</sup>。然而中药其化学成分与药理作用相对较复杂，在治疗过程中经常会因炮制方法不当、剂量把握不适宜以及配伍不当等，而导致不良反应的发生，影响治疗效果，不利于患者的康复和治疗。

为了保证中药在临床上的合理应用，应充分发挥中药师的干预和指导作用，并要加强以下几方面工作：(1) 构建完善的药品服务体制机制，尽可能地减少患者在治疗过程中的不良反应，保证患者的用药安全。(2) 定期组织中药师培训，对《中药方剂学》及《临床用药须知》等相关知识进行学习，不断提升自身的专业知识与技能水平，从而改善临床服务质量<sup>[8]</sup>。(3) 医护人员应端正其工作态度，恪尽职守，始终秉承“以患者为中心”的原则，做好每一项工作，避免由于工作态度的不端正而致使患者在治疗过程中出现不良反应，影响患者的临床治疗效果。(4) 强化中药师的临床培训，避免药房处置错误等不良事件的发生，进一步保证用药的合理与安全，改善患者的治疗效果。

本研究以我院所收治的80例行中药治疗的住院患者作为研究对象，对其分别予以临床常规治疗和中药师干预，然后观察并比较2组患者不良反应发生情况。结果表明，研究组患者治疗过程中不良反应的发生率比对照组患者明显偏低，组间差异明显， $P<0.05$ 。这与相关的研究结果相似<sup>[9-10]</sup>，表明中药师干预对于保证中药临床应用的安全性，促进临床治疗效果至关重要。

综上所述，中药师干预对于中药的临床合理应用具有积极的意义和价值，能够有效减少不良反应的发生，改善临床治疗效果，因而在临床上具有广阔的应用价值。

## 参考文献

- [1]穆静霞.中药师干预对中药临床合理应用的影响分析[J].饮食保健,2017,4(6):155-156.
- [2]戴冬华,曲悦.中药师干预对中药临床合理应用的影响分析[J].中国继续医学教育,2015,16(32):176-177.
- [3]蒋小峰.中药师干预在中药临床合理应用中的作用[J].临床合理用药杂志,2015,20(12):30-31.
- [4]楚中亚,李冉,智勇,等.中药师在中药临床合理应用中的作用探讨[J].心理医生,2015,21(14):231-232.
- [5]王惠霞,毛国富,丰奕恒.临床药师干预对某院中成药注射剂使用的影响[J].大家健康旬刊,2017,11(8):245-246.
- [6]阎大虎.中药临床合理用药监督工作中药师的作用探究[J].世界中医药,2015,18(2):1344-1345.
- [7]张健,裴慧,黄帅,等.临床药师干预对我院中药注射剂临床使用的影响[J].中国药房,2014,10(47):4511-4512.
- [8]刘玲玲,邢亚群,王迪生,等.临床药师干预对中药注射液合理使用影响分析[J].淮海医药,2017,35(5):593-595.
- [9]陆少雁,余长春,林森.药师干预对中药注射剂合理应用的效果分析[J].今日药学,2017,26(6):412-414.
- [10]杨书琴.中药临床合理用药监督工作中药师的作用分析[J].临床医学研究与实践,2016,10(21):125-126.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张珍 收稿日期:2018-03-19)

## 浅谈“飞经走气”之青龙摆尾※

罗明 阳仁达\* 兰伟 孙璐 朱重政 黄文韬

(湖南中医药大学研究生院, 湖南 长沙 410208)

**摘要:** 针刺治疗是针具和手法的结合。在针刺得气后, 为达到一定的治疗目的, 往往需要施展一定的手法。“青龙摆尾”针刺手法源于明代医家徐凤的“飞经走气”四法之一, 该手法自创立以来在针灸界影响颇大, 深受后世医家的重视, 许多医家根据临床实践在此基础上进行了创新。笔者通过查阅文献, 总结历代医家对该手法的论述及现今临床运用情况, 并提出自己的一些看法。

**关键词:** 飞经走气; 青龙摆尾; 临床; 展望

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.026

文章编号:1672-2779(2018)-15-0063-03

### Discussion on the Technique of "Promoting Qi Flow along Meridians" Green Dragon Wagging Tail

LUO Ming, YANG Renda, LAN Wei, SUN Lu, ZHU Chongzheng, HUANG wentao

(Graduate School, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

**Abstract:** The treatment of acupuncture is a combination of needles and manipulations. In order to achieve a certain therapeutic purpose, it is often necessary to develop certain techniques after acupuncture. The technique of "Green Dragon Wagging Tail" is one of four of the Ming Dynasty physician Xu Feng's "Promoting Qi Flow Along Meridians". Since its establishment, the technique had a great influence in the acupuncture and moxibustion circles, and was deeply valued by later generations of medical scientists. Many medical scientists had made innovations on the basis of clinical practice. The author consulted literature, summarized the discussion of successive dynasties physicians for the technique and the clinical application in contemporary, and put forward some views.

**Keywords:** promoting qi flow along meridians; Green Dragon Wagging Tail; clinical medicine; expectation

青龙摆尾又名“苍龙摆尾”, 其作为明代针刺手法的一大创新, 具有激发经气, 促使气血加速运行, 增强循经感传, 从而达到“过关走节”的作用<sup>①</sup>。《针灸大全·金针赋》:“若夫过关走节, 其法有四: 一曰青龙摆尾……”。那么青龙摆尾的手法如何呢? 根据徐凤《针灸大全·金针赋》:“……如扶船舵, 不进不退, 一左一右, 慢慢拨动。”徐氏认为, 先进针至皮下, 达到一定的深度后, 不进不退, 一左一右地拨动针柄, 如船夫摇舵一般。但是随着针灸的不断发展, 后世古今医家在继承徐凤的手法之后, 皆有所创新。

#### 1 继徐凤之后的古代医家对青龙摆尾之论述

**1.1 汪机论青龙摆尾** 《针灸问对》曰:“……行针之时, 提针至天部, 持针摇而按之, 如推船舵之缓, 每穴左右各摇五息, 如龙摆尾之状。兼用按者, 按则行卫也。”汪机将穴位结构分为天、地、人三部, 针刺时先直接刺入地部, 得气后, 缓缓将针提到天部, 行针, 气至后, 向左手方向摇摆后下按针身, 将针刺入地部, 气至后退到天部, 再向右手方向摇摆, 刺入地部, 气至后再退到天部。每次行针的时间为5息(约17秒)。

**1.2 李梴论青龙摆尾** 《医学入门》曰:“……以两指

扳倒针头, 朝病所, 如扶船舵, 执之不转, 一左一右, 慢慢拨动九数, 甚三九二十七数……”。李梴强调先将针刺入天部, 行针得气后将针扳倒, 调整针尖朝向病所, 同时以九数或九的倍数左右拨动针柄, 激发经气, 直到经气流通, 产生循经感传。

**1.3 杨继洲论苍龙摆尾** 《针灸大成》曰:“……凡欲下针之时, 飞气至关节去处, 便使回拨者, 将针慢慢扶之, 如船之舵, 左右随其气而拨之, 其气自然交感, 左右慢慢拨动, 周身遍体……”。杨继洲之手法类似汪机, 提倡先将针直刺入地部, 气至后再提针到天部, 把针尖指向关节, 再下按, 如船夫摇橹之势, 慢慢扶, 一左一右慢慢拨动, 直至经气向关节方向传导。再慢慢将针退回天部, 将针尖逆着关节方向, 操作手法同前, 如此反复操作至周身经气通畅。

#### 2 现代针灸家对青龙摆尾之论述

**2.1 郑魁山青龙摆尾针法** 进针得气后, 医者随患者呼吸节奏扶针柄向左右前后(45°以内)四个方向交替缓慢如钟摆式拨动针体, 不断重复, 往返拨针如“江中舡上舵”, 达到激发经气之功。操作毕, 缓拔针, 速压针孔<sup>②</sup>。

**2.2 陆瘦燕青龙摆尾针法** 操作时, 针刺得气后, 保持进针深度, 扳倒针身, 使针尖朝向病所, 勿捻转, 握持针身, 左右缓缓摇动针体, 如船夫摇橹之状。摇摆九阳之数, 直至循经感传, 此为补法。泻法的操作同

※ 基金项目:湖南省教育厅创新课题项目[No.CX2017B452];湖南中医药大学“一方研究生科研创新项目”[No.YF201709]

\* 通讯作者:yangrd11@163.com

补法，只是在拨动针体的时候行六阴之数。另外，陆瘦燕认为在应用本法时，若进针后迅即得气，则可纯用补法，如下针后感觉沉紧涩滞，此邪气大盛，必须先用泻法，去其邪实，然后真气才能随至<sup>[6]</sup>。

**2.3 陆寿康青龙摆尾针法** 针刺得气后，退针至天部，将针尖指向病所、握持针柄，保持深度，然后轻轻压下针身，左右缓缓拨动针柄（45°以内），如摇桨之状，拨动时行九阳之数，使经气感传。操作结束后，缓出针，速压针孔<sup>[4]</sup>。

**2.4 管遵惠青龙摆尾针法** 强调管氏下针十法（进、退、捻、留、捣、弹、搓、努、盘、飞），针刺得气后，提针至天部，顺势调整针尖指向病所，执住针柄保持深度，左右或前后（45°以内）慢慢拨动针体，往返拨针如扶船舵之状，行“九阳之数”，使针刺感应逐渐扩散。操作毕，缓出针，疾压针孔<sup>[5]</sup>。

**2.5 杨兆民青龙摆尾针法** 进针得气后，将针退至浅层，调整针尖指向病所，再次得气后，慢慢摆动针柄，如同手扶船舵航向一样，由此诱导循经感传<sup>[6]</sup>。

**2.6 李家康青龙摆尾针法** 针刺前，先调整患者呼吸至平稳后，采用爪切式进针，嘱其咳嗽，随咳下针，针刺得气后，提针到皮下，按倒针身，角度为30°~50°，使针尖指向病所。手执针柄，保持进针深度，向前后、左右慢慢拨动针柄。进针时按天部行针3次、人部行针9次、地部行针6次，退针时按地部行针9次、人部行针3次、天部行针6次。每层行针3次，整个手法共行针54次。配合患者呼吸进行补泻，呼气时进针得气后，在吸气时将针柄一左一右一上一下拨动此为补法；若在吸气时进针，得气后在呼气时将针柄一左一右一上一下拨动，此为泻法<sup>[7]</sup>。

### 3 青龙摆尾手法的应用

青龙摆尾作为“飞经走气”四法之一，其要义在于疏通经络，调畅气血，可用于气滞血瘀的各类疼痛、癥块等，现将临床运用举例如下。

于宏君等<sup>[8]</sup>将58例落枕患者随机分为青龙摆尾针法组30例和普通针刺组28例。除手法不同外，其余均相同，共治疗2个疗程。结果：青龙摆尾针法组效果优于普通针刺组（ $P<0.01$ ）。

周光涛等<sup>[9]</sup>在84例三角肌下滑囊炎患者肩三角肌隆起处寻找阿是穴，针刺行青龙摆尾手法结合拔罐，1个疗程后的治愈率为84.5%。

王加等<sup>[10]</sup>将60例膝骨关节炎患者随机分为治疗组和对照组，每组各30例。两组选取相同的穴位，治疗组采用青龙摆尾手法，对照组运用电针疗法。结果：治疗组疗效优于对照组（ $P<0.05$ ）。

张慧等<sup>[11]</sup>将60例心肌缺血患者随机分为手法组和药物组，每组30例。手法组根据辨证，选用适当的穴位予以青龙摆尾手法治疗；药物组口服复方丹参滴丸，治疗结束后比较各自的疗效，发现手法组整体疗效优于药物组（ $P<0.05$ ）。

### 4 讨论与展望

综观古代医家对“青龙摆尾”的论述，笔者发现徐凤的手法为源，其“一左一右，慢慢拨动”渗透了后世古代医家的手法之中。汪机在徐凤的手法基础上提出了拨动针柄的时间，并强调了“按”法，认为按压可使卫表之气抵达深部，充分发挥表阳之气对体内深部的治疗作用。李挺在徐凤的基础上提出了针向病所和“九数”，天部属阳，九为纯阳之数，针刺在天部得气后，将针尖指向病所并行纯阳之数，是天部之阳结合纯阳之数，可大大增强循经感传，达到“气至病所”之功。杨继洲提出青龙摆尾中的补泻应通过患者的病情灵活掌握，倡导经气当过关走节乃至流变全身。我们知道，在循经感传中，关节是经气流通的“最大阻力”之所在，经气若能通过关节，则一通百通。杨继洲强调经气的过关走节，通过关节经气的畅通从而达到全身经气畅通，最终达到补虚泻实调和阴阳的作用。全身经气畅通为该法之根本所在。

观夫现代医家对“青龙摆尾”的论述，笔者发现杨兆民和郑魁山基本继承了徐凤的手法，杨兆民认为针尖要指向病所，但没有强调经气的过关走节。郑魁山在徐凤的基础上结合患者的呼吸和开阖补泻手法，在行针的过程中结合患者的呼吸，让患者密切配合，达到了“治神”的目的，因为治神是疗效的关键。如：《灵枢·九针十二原》曰：“粗守形，上守神”，强调上工针刺守神，此外《素问》云：“形弊血尽而功不利者何？神不使也”，说明针刺没有疗效很重要的原因是未治神。出针按压针孔是开阖补泻中的补法，不使经气外泄也。陆寿康、管遵惠在汪机手法的基础上融合了开阖补泻，倡导急闭针孔。陆瘦燕结合了李挺和杨继洲的手法，并根据进针得气的时间及针下有无沉紧涩滞而行补泻手法，初下针得气快则为虚证，行补法；初下针，针下沉紧涩滞则为实证，当先用泻法再用补法。该手法具有迅速出击，驱除实邪的特点，但仅根据针下的感觉来判虚实，笔者持保留意见。因为术者针下的感觉会因时、因地、因人而不同，有时候针下的沉紧涩滞或许正是得气之征。正如《针经指南·标幽赋》曰：“气之至也，如鱼吞钩饵之浮沉”。李家康在前人的基础上融入了呼吸补泻、捻转补泻、九六补泻，重视天地人三部。

在临床运用上,“青龙摆尾”可用于气滞、血瘀的各类病症,如膝关节骨性关节炎、三角肌下滑囊炎、心肌缺血、落枕等。

综上所述,关于“青龙摆尾”的手法历代医家均有自己的独到见解,可以说是百花齐放,百家争鸣。但是笔者在查阅数据库的时候发现关于“青龙摆尾”的文献较少,缺乏基础性研究,也缺乏大样本的临床随机对照研究,其机理的研究实属空白。这或许与历代医家关于该手法的论述不统一有关。那么总结统一该手法和加强该手法的基础及临床研究将是今后要走的路。

#### 参考文献

[1]王富春.针法大成[M].北京:人民卫生出版社,2011:84-85.

- [2]田大哲.郑魁山针灸心法传录[M].北京:人民卫生出版社,2011:35-36.  
[3]陆瘦燕,朱汝功.陆瘦燕朱汝功论刺灸[M].上海:上海科学技术出版社,2014:125.  
[4]陆寿康.刺灸灸法[M].北京:中国中医药出版社,2003:34.  
[5]郭翠萍,管遵惠.管遵惠老师高级补泻手法简介[J].针灸临床杂志,2005,21(1):7-8.  
[6]杨兆民.刺灸灸法[M].上海:上海科学技术出版社,2000:42.  
[7]李家康.青龙摆尾针法治疗坐骨神经痛 50 例[J].湖北中医杂志,1998,20(1):48-49.  
[8]于宏君,王富春,张婷.青龙摆尾针法治疗落枕 48 例临床观察[J].长春中医药大学学报,2012,28(4):675-676.  
[9]周光涛,杨翊.圆利针青龙摆尾针法配合拔罐治疗三角肌下滑囊炎 84 例[J].上海针灸杂志,2014,33(9):860-861.  
[10]王加,冯程,李瑛.青龙摆尾针法治疗膝关节骨性关节炎 30 例[J].湖南中医杂志,2014,30(12):76-77.  
[11]张慧,崔小灿,刘伟.青龙摆尾针法对 ST 段改变的疗效观察[J].中国实用医药,2012,7(25):243-244.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈涛 收稿日期:2018-05-08)

## 桂枝汤加重镇安神药组方治疗人工荨麻疹浅析<sup>\*</sup>

莫兴群 唐秀江 王兴 覃昌兴

(广西壮族自治区河池市宜州区中医医院外二科,广西 河池 546300)

**摘要:**通过分析桂枝汤加重镇安神药组方的君、臣、佐、使的处方结构及复方药的相关药理,从而确定桂枝汤加重镇安神药组方治疗人工荨麻疹的中医机理及相关药理。调营卫、和阴阳,重镇安神是桂枝汤加重镇安神药主要作用,与之相关的药理即是镇静催眠,抗焦虑。

**关键词:**人工荨麻疹;桂枝汤;重镇安神药;病因病机;现代药理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.027

文章编号:1672-2779(2018)-15-0065-03

### A Brief Analysis on Guizhi Decoction and Zhongzhen Anshen Prescription in the Treatment of Artificial Urticaria

MO Xingqun, TANG Xiujiang, WANG Xing, QIN Changxing

(Surgical Department, Yizhou District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangxi Zhuang Autonomous Region, Hechi 546300, China)

**Abstract:** By analyzing the prescription structure of Guizhi decoction and the related pharmacology of compound medicine, the mechanism and related pharmacology of Guizhi decoction and Zhongzhen Anshen prescription for artificial urticaria were determined. The main function of Guizhi decoction and Zhongzhen Anshen prescription is adjusting ying-wei, regulating yin-yang. And the pharmacology associated with it is sedation, hypnosis, and anti-anxiety.

**Keywords:** artificial urticaria; Guizhi decoction; Zhongzhen Anshen medicine; etiology and pathogenesis; modern pharmacology

人工荨麻疹 (urticaria factitia) 又名皮肤划痕症,是荨麻疹的特殊类型,是指搔抓或用钝性物体在皮肤上轻压划过,数分钟后沿抓痕或划痕出现的条状风团样隆起,部分病人伴瘙痒,不久即消退。其病理机制复杂,有研究<sup>[1]</sup>表明,IgE抗体介导了人工荨麻疹的发生,也有学者发现人工荨麻疹的患者肥大细胞存在某些功能的异常;张秋玲等<sup>[2]</sup>从“生物-医学-社会发展”的角度,阐述了人工荨麻疹的发病可能与精神抑郁症状及焦虑症状有关。无独有偶,周小强等<sup>[3]</sup>学者的研究也表明,生活事件导致的心理应激能够引起人工荨麻疹。该病程迁延,自然人群发病率为2%~5%<sup>[4]</sup>,多见于青壮年<sup>[5]</sup>,易反复发作,病程长,治疗上药物治疗效果欠理想,一经停

药即反复,给患者的心理及生活质量带来严重影响。

本研究团队治疗人工荨麻疹三十余年,积累了丰富的临床经验,认为营卫不和,阴阳不调,心神不宁是人工荨麻疹的病机所在。以营卫立法,着眼于和阴阳,辅以重镇安神,结合临床经验,制定了桂枝汤加重镇安神药组方,主要由桂枝汤加生龙骨、生牡蛎、磁石、珍珠母、琥珀组成。我们前期的研究数据表明,桂枝汤加重镇安神药组方治疗人工荨麻疹疗效确切,疗程一般2月,停药后不复发,治疗期间患者无特殊不适。对照组(西替利嗪滴剂),停药后7天内即会复发。现将桂枝汤加重镇安神药组方治疗人工荨麻疹的相关中医机理做进一步探索。

#### 1 中医关于荨麻疹的论述

荨麻疹相当于中医的“瘾疹”“痞瘤”“赤白游

<sup>\*</sup> 基金项目:广西壮族自治区自筹经费项目[No.Z20170256]

风”，中医对本病的认识很早，《素问·四时刺逆从论》中已有瘾疹之名。《诸病源候论·风瘙痒身体瘾疹》曰：“邪气客于皮肤，复逢风寒相折，则起风瘙痒瘾疹。”《诸病源候论·风候》：“夫人阳气外虚则多汗，汗出当风，风气搏与肌肉，与热气相生。”《医宗金鉴》此证俗名鬼饭疙瘩，由汗出受风或卧露乘凉，风邪多中表虚之人，初起皮肤作痒，次发扁疙瘩，形如豆瓣，堆累成片。又如《外科大成》曰：“游风者，为肌肤倏然焮赤肿痛痒感，游走无定，风热壅滞，营卫不宣，则喜行而数变矣。”如《素问》：“风邪客于肌中则肌虚，真气发散，又挟寒搏皮肤，外发腠理，开毫毛，淫气妄行，则为痒也”。病因不外乎体虚、风邪、寒热不当、营卫不和。

当代各位医家对于荨麻疹病因病机的认识，虽发于皮肤、部位在肌表营卫，但发病原因与脏腑功能失调有密切关系，其发病原因多为：禀赋不耐，腠理失密，外感风热、风寒、风湿之邪或饮食失节，过食辛辣、膏粱厚味之品，致脾胃失调，湿热困脾，化热动风或卫外不固，汗出受风或外邪久郁化热伤及阴液或平素体弱，气血不足，加之风邪外袭，郁于皮毛肌腠之间，以致内不得疏泄，外不得透达，正邪相搏而发疹；或者精神紧张而肝郁不舒，气血失和，风邪内伏而发病。

## 2 营卫之说

《灵枢·营卫生会》：“人气受于谷，谷入于胃，以传与肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外。”又有“营卫者，精气也。”《灵枢·邪客》：“营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血，以荣四末，内注五脏六腑，以应刻数焉。卫气者，出其悍气之慄疾，而先行于四末分肉皮肤之间而不休者，昼日行于阳，夜行于阴。”营气柔顺，卫气刚悍，二者阴阳内外，互根互用，相反相成。许多慢性病迁延不愈及人的精神涣散与营卫减弱密切相关。《素问·汤液醪醴论》云：“精坏神去，营卫不可复收。何者？嗜欲无穷，而忧患不止，精气弛坏，营泣卫除，故神去之而病不愈也。”《伤寒论》平脉法亦载：“阴阳相抱，荣卫俱行，刚柔相搏，名曰强也”。成无己注云：“阴阳相和，两气相抱，而不相戾，荣卫流通，刚柔相得，是为强壮”，进一步证实仲景已经认识到荣卫流通是人体健康标志之一。

## 3 阴阳之说

中医阴阳学说起源于《易经》，成熟于《黄帝内

经》，中医理论体系中最核心的基本理论当属阴阳学说。《素问·阴阳应象大论》：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。治病必求于本。”这句话指出，阴阳是自然界事物运动变化的根本规律，人依赖于自然而生存，人的生命活动遵循自然阴阳运动的基本规律，因此人之疾病发生的根本原因是“阴阳失调”，治疗疾病必须抓住阴阳这个根本。又曰：“阴在内，阳之守也；阳在外，阴之使也。”《素问·金匱真言论篇》：“阴中有阳，阳中有阴。”《素问·阴阳别论》：“谨熟阴阳，无与众谋”，张介宾在《景岳全书》曰：“凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲阴阳既是相互对立制约，又是相互转化，相依相召的。《素问·至真要大论》：“谨察其阴阳所在而调之，以平为期。”《素问·阴阳离合论》曰：“阳予之正，阴为之主”，阳施予正气，万物方生；阴为主持，群形乃立。《素问·疟论》曰“阴阳上下交争，虚实更作，阴阳相移也。”综合各家所言，阴阳是不可分离和孤立存在的，它们是互为根本，即相互包含，相互依存的。

## 4 桂枝汤加重镇安神药组方分析

### 4.1 桂枝汤为全方之主方

桂枝汤是为仲景群方之冠，是解肌发汗，调和营卫第一方。王明炯等<sup>[6]</sup>认为，桂枝汤中君药桂枝，助卫阳，通经络，解肌发表，能温通上下内外，透彻皮毛，下焦肾阳，中焦脾阳，上焦心阳皆能得到桂枝温化以复阳气。桂枝配芍药，是于温散中寓恢复营卫之意，芍药配桂枝，是固表中有微汗之道焉。生姜辛温，既助桂枝辛散表邪，又兼和胃止呕；大枣甘平，既能益气补中，又可滋脾生津。姜枣相配，是为补脾和胃、调和营卫的常用组方，共为佐药。炙甘草调和药性，和桂枝辛甘化阳以实卫，和芍药酸甘化阴以和营卫，功兼佐使之用。纵观全方，发中有补，散中有收，邪正兼顾，阴阳并调。桂枝汤的主证为太阳中风表虚，具有内调脏腑和气血，外调营卫的作用，桂枝汤的配伍还具有协调阴阳，温通血脉的作用。甄维等<sup>[7]</sup>认为桂枝汤具有解肌和营，补中益气，升降气机，疏肝理气，温通经脉五大功效。陈涛等<sup>[8]</sup>总结各家学说强调选用桂枝汤时可借助六经辨证或者脏腑辨证，脏腑辨证应着眼于调和营卫、脾胃、阴阳。

### 4.2 重镇安神药为全方之佐药

《素问·至真要大论》：“诸痛痒疮，皆属于心。”艾儒棣<sup>[9]</sup>总结临床经验得出，龙骨、磁石等重镇安神药可以有效缓解患者瘙痒不适

感,改善睡眠。龙骨、琥珀,性味甘平,入心、肝经,质重而镇,有镇惊安神功效,主治心神不宁,心悸失眠,健忘等症。磁石、珍珠母,性味咸,寒,入心、肝经,镇惊安神,味咸入肾,又有益肾之功,故能顾护真阴,镇摄浮阳,安神定志。牡蛎,咸,微寒,归肝、胆、肾经,重镇安神,常用龙骨相须为用。沈冬等<sup>[10]</sup>自拟重镇活血搜风汤(磁石20g,牡蛎母20g,石决明20g,桃仁10g,红花10g,乌梢蛇10g,秦艽10g,漏芦10g)治疗结节性痒疹取得显著效果,明显改善了患者的瘙痒症状。

## 5 相关药理研究

**5.1 桂枝汤的相关药理** 桂枝汤是临床常用的复方之一,其组方简单,但活性成分十分复杂,施学丽等<sup>[11]</sup>研究发现桂枝汤调和营卫的机制与11 $\beta$ -羟类固醇脱氢酶1型(11 $\beta$ -HSD1)有一定的相关性,研究者通过反向分子对接技术发现11 $\beta$ -HSD1是桂枝汤的潜在靶点。袁海建等<sup>[12]</sup>研究表明,桂枝汤对实验队伍的汗腺分泌、体温、免疫功能、胃肠蠕动及血压有双向调节的作用,还可以发挥抗炎、抗过敏、镇痛、镇静等药理作用。冷治文等<sup>[13]</sup>发现,桂枝汤也具有较好的镇静作用。此外,桂枝汤中的单味中药也具有多种活性成分。甘草有强心、抗炎、抗过敏之功。陈红等<sup>[14]</sup>研究发现桂枝、芍药两味药的不同剂量均可使酵母所致发热大鼠的体温降低,同时能使安定所致低体温大鼠体温回升,提示桂枝汤中桂枝、芍药对体温有明显的双向调节作用;生姜对体温调节仅有单向升温作用;大枣有一定程度的单向解热作用。

**5.2 重镇安神药的相关药理** 按照“生物-医学-社会发展”理论,社会心理因素在人工荨麻疹的病因中占有一席之地,精神焦虑更容易导致人工荨麻疹。所以,人工荨麻疹的治疗,从抗焦虑、抗抑郁出发是有据可循的。重镇安神药的主要有效成分为无机盐、糖类,基本药理作用是镇静,联合药理作用包括抗肿瘤、抗氧化、影响中枢神经系统、影响心血管系统<sup>[15]</sup>。吴露婷等<sup>[16]</sup>总结出,重镇安神药具有镇静催眠、抗抑郁、抗癫痫、抗惊厥。龙骨和磁石为中药常用药对之一,有学者研究<sup>[17]</sup>表明,龙骨、磁石水煎剂对小鼠有镇静催眠作用,且同浓度的龙骨镇静催眠作用强于磁石,机理可能是通过降低脑组织内某些单胺类递质的含量,从而调节中枢神经系统兴奋与抑制的过程。李影等<sup>[18]</sup>通过A甲基旁酪氨酸(APTM)诱导小鼠悬尾实验,证明珍珠母不同炮制品均具有抗抑郁作用。珍珠母富含

钙、铁、钠、钾等微量元素,这些微量元素可抑制神经和骨骼肌兴奋,作用于睡眠期,主要影响快动眼睡眠期<sup>[19]</sup>。

人工荨麻疹是多因素作用的结果,既包括遗传、免疫调节,也涉及精神、心理因素。现代医学主要采用抗组胺药、白三烯抗体拮抗剂,对顽固性慢性荨麻疹,双倍或三倍抗组胺药,使用免疫抑制药、糖皮质激素等都是荨麻疹指南推荐的手段。但是,大部分患者存在停药后病情反复,除此之外,嗜睡、头晕等副作用明显,患者依从性差。况且,临床经验总结显示抗组胺药对人工荨麻疹患者效果并不显著,且不良反应多,停药后即反复。中药复方汤剂在治疗人工荨麻疹方面逐渐显示出其独特的优势。本研究团队在临床上应用桂枝汤加重镇安神药组方治疗人工荨麻疹取得了良好的效应,使得人工荨麻疹患者摆脱了抗组胺药的长期依赖,还他们一片无瘙痒的宁静生活,大大地提高了该人群患者的生活质量。

## 参考文献

- [1]黎华,毕惠嫄,黄民.CYP450酶翻译后对其活性影响的研究进展[J].药学学报,2011,46(5):487-492.
- [2]张秋玲,侯素春,詹淑霞,等.人工荨麻疹与精神抑郁及焦虑症状的相关性研究[J].中国麻风皮肤病杂志,2016,32(9):556-558.
- [3]周小强,刘利萍.人工荨麻疹与心理应激的相关性分析[J].数理医学杂志,2016,29(2):181-182.
- [4]刘刚.中西医结合治疗顽固性人工荨麻疹38例临床观察[J].中国民间疗法,2017,25(3):64-65.
- [5]史翠霞,曹伟.子痫前期的发病机制及临床治疗[J].中国医药科学,2015,5(8):25-28,39.
- [6]王明炯,薛丽君.“营卫”的临床发微[J].长沙医学院学报,2016,6(4):43-47.
- [7]甄维,陈宪海.浅谈桂枝汤功效[J].世界中西医结合杂志,2014,1(29):92-94.
- [8]陈涛,沈一平.桂枝汤原方临床应用分析[J].浙江中医药大学学报,2016,9(40):654-656.
- [9]易景媛,刘鸿畅,艾儒棣.重镇安神药在皮肤病重的应用[J].四川中医,2013,31(11):33-34.
- [10]沈冬,姚福军,刘瓦利.重镇安神止痒法对结节性痒疹患者瘙痒程度改善的观察[J].中国临床医生,2009,1(37):46-48.
- [11]施学丽,郭超峰,夏猛.基于反向分子对接技术研究桂枝汤调和营卫的潜在作用靶点[J].中国药房,2017,25(28):3479-3482.
- [12]袁海建,李卫,金建明,等.临床研究进展[J].中国中药杂志,2017,42(23):4556-4564.
- [13]冷治文.桂枝汤类方中桂芍用量变化探析[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(2):730-732.
- [14]陈红,周爱香,郭淑英,等.桂枝汤及方中单味药对体温单向调节作用的研究[J].中国实验方剂学杂志,1998,4(1):13-16.
- [15]魏珍珍,白明,苗明三.安神药物的现代研究[J].中医学报,2013,11(29):1646-1648.
- [16]吴露婷,刘圣金,吴康德,等.矿物类中药重镇安神药理作用及临床应用研究进展[J].中国现代中药,2015,9(17):892-898.
- [17]李光华,周旭,贺弋.龙骨、磁石对小鼠镇静催眠的研究[J].宁夏医学院学报,2011,2(32):82.
- [18]李影,孙佳明,张静,等.珍珠母不同炮制品对小鼠抗抑郁作用研究[J].吉林中医药,2014,34(4):388-389.
- [19]范中有,任文,赵峰.滋阴活血安神法治疗慢性失眠症178例[J].浙江中医杂志,2009,44(4):257.

(本文编辑:张文娟 本文校对:蓝广和 收稿日期:2018-05-08)

# 孙中林主任医师运用体外培育牛黄经验<sup>※</sup>

 闫旭 孙中林<sup>△</sup>

(北京市通州区梨园社区卫生服务中心中医科, 北京 101100)

**摘要:** 体外培育牛黄是中药现代化产物, 是天然牛黄的最佳替代产品, 与传统牛黄对比达到源于天然优于天然境界。牛黄具有清心开窍, 化痰解毒, 凉肝熄风等功效, 对于治疗高热神昏、中风惊厥、咽喉肿痛、疔疮疔肿以及西医的疑难病症如慢性胃炎伴肠上皮化生、糖尿病足、恶性肿瘤, 有明显改善症状, 提高疗效的作用。体外培育牛黄是国家一类中药新药, 药学研究表明, 体外培育牛黄的性状、结构成分及其含量、药理、临床疗效与天然牛黄基本一致, 无明显不良反应。

**关键词:** 体外培育牛黄; 中医药疗法; 名医经验; 孙中林; 慢性胃炎; 肠化生; 糖尿病性坏疽; 胃癌

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.028

文章编号:1672-2779(2018)-15-0068-03

## Experience of Chief Physician Sun Zhonglin on in Vitro Cultivation of Calculus Bovis

YAN Xu, SUN Zhonglin

(Department of Traditional Chinese Medicine, Liyuan Community Health Service Center of Tongzhou District, Beijing101100, China)

**Abstract:** In vitro cultivation of calculus bovis is a modern product of traditional Chinese medicine. It is the best substitute for natural bezoar. Bezoar has the efficacy of clearing the mind, eliminating phlegm and detoxifying, cooling the liver and extinguishing the wind, such as the treatment of high fever deity, stroke convulsion, sore throat, furuncle and furuncle of the western medicine, such as chronic gastritis with intestinal metaplasia, diabetic foot and malignant tumor. In vitro cultivation of bezoar is a new national Chinese medicine. Pharmacology studies show that the characteristics, structural components, pharmacological and clinical effects of bovine rearing in vitro are basically the same as that of natural bezoar, and there is no obvious adverse reaction.

**Keywords:** in vitro cultivation of calculus bovis; therapy of traditional Chinese medicine; experience of famous doctor; Sun zhonglin; chronic gastritis; intestinal metaplasia; diabetic gangrene; gastric cancer

孙中林老师是北京同仁堂中医医院中医内科主任医师, 北京市级名老中医。孙老从事临床工作40余年, 重点研究心脑血管、糖尿病、癌症中晚期调理, 在患者中享有较高声誉, 笔者有幸随师待诊, 对孙中林主任运用人工体外培育牛黄治疗各科疾病有较深体会。

### 1 牛黄的概述

牛黄 (Calculus Bovis) 为哺乳纲偶蹄目牛科脊椎动物牛的胆囊、胆管以及肝管中的结石, 是我国传统名贵中药, 又名“丑宝”“犀黄”“各一旺”。在我国用药史已有两千多年之久, 被历代医家所重视, 始载于《神农本草经》:“牛黄乃百草之精华, 世之神物, 诸药莫及”“味苦平, 主惊痫, 寒热, 热盛狂瘵, 除邪逐鬼”。

### 2 中医学对牛黄的运用

传统中医学认为牛黄为《本经》上品, 性味苦、甘、凉, 入心、肝经, 有清心开窍, 豁痰定惊, 清热解毒之功, 为开窍醒神, 化痰解毒之要药, 在临床上多用于治疗高热或痰热蒙蔽清窍所引起的高热烦躁, 神昏谵语及惊痫抽搐等症。如安宫牛黄丸、局方至宝丹均含有牛黄成分。牛黄为解毒要药, 在临床上用于咽喉肿痛腐烂、各种热毒疮痍及疔毒、瘰疬、癌肿等, 主要代表方

剂为牛黄解毒丸、六神丸、西黄丸、安宫牛黄丸等。

### 3 体外培育牛黄的药理学研究

现代药理学对牛黄的研究认为, 牛黄的主要成分为胆红素、胆汁酸、胆固醇、无机元素、蛋白质及氨基酸等成分。牛黄对中枢神经系统具有镇静和抗惊厥作用<sup>[1]</sup>、解热镇痛作用<sup>[2]</sup>; 在心血管方面主要有抗心律失常作用<sup>[3]</sup>、保护心肌线粒体和防止心肌损伤的作用、降低血压、抑制血栓形成和降血脂作用; 在消化系统方面有对消化系统平滑肌解痉作用、保肝和利胆作用; 在呼吸系统方面有呼吸兴奋和解除气管平滑肌痉挛作用<sup>[4]</sup>; 免疫系统方面增强机体特异性免疫和非特异性免疫功能; 牛黄有很显著的抗炎作用; 牛黄有明显的抗氧化作用, 抑制自由基和脂质过氧化作用; 牛黄还有抗肿瘤<sup>[5]</sup>和抗衰老等作用。体外培育牛黄是在研究天然牛黄形成的原理和基础上, 模拟牛体内胆结石形成原理和生化过程产生的优质牛黄, 经过药学研究和指纹图谱表明, 其性状、结构、成分及其含量基本与天然牛黄相同且稳定性更高, 经临床观察证实其疗效等甚至优于天然牛黄, 可等同于天然牛黄使用。

在临床中孙中林主任医师, 主张“中医为体, 西医为用”, 运用中医望、闻、问、切手段收集辨证要素, 并综合西医的实验室检查和医学影像检查结果, 综合诊断, 治疗以中医辨证为主, 用药精炼, 不仅重视药物的配伍及归经, 而且能够结合现代药理学的最新成果, 疗

※ 基金项目:北京市中医药双百工程[No.JB081]

△指导老师

效稳定、持久，其中以牛黄的运用最为突出。

#### 4 医案举例

**4.1 慢性胃炎伴肠化生** 才某某，男，63岁，于2016年9月就诊。主诉：胃脘疼痛胀满间断发作5年，近1月余症状加重时与情绪不稳，工作劳累相关，常感胃脘及右肋胀痛，餐前饥饿时疼痛加剧，得食后稍减，但食后饱胀，时有暖气，夜间烧心，大便时溏，黏腻不爽，日1~2次，胃纳欠佳，夜眠不安，体重略有下降。胃镜示：慢性浅表性胃炎，（胃窦）黏膜中度慢性炎，伴中度肠化（大肠型），肠化上皮有增生。中医四诊见舌苔中黄略厚，质泛红，脉沉细。西医诊断：慢性胃炎（中度肠化），中医诊断：胃脘痛，证属心脾两虚、肝胃不和、瘀毒内停。治法：益气活血，疏肝健脾，清热解毒。方药：生黄芪10g，当归10g，炒白术10g，陈皮6g，鸡内金10g，焦麦芽10g，蒲公英30g，人工体外培育牛黄0.15g，柴胡6g，香橼6g，佛手10g，冬瓜子30g。中药10剂，1剂/天，水煎400mL，早晚温服。

二诊：服药后精神状态好转，乏力口苦，胃脘胀满减轻，舌苔黄厚略减，但劳累后胃脘胀满时作。上方加砂仁6g，再进10剂。

三诊：服药后上述诸证均明显减轻，乏力困倦已无。

四诊：服药已30剂，上述大部分症状明显改善，时有因饮食不节致胃中不适，烧灼感。患者自行胃镜复查。其结果：仍为慢性糜烂性胃炎、反流性食管炎（轻度）。病理切片：慢性炎症（+）、肠化（-）、异型增生（-）。服药月余，患者诸症悉减，化验改善，患者继服中药调理一段时间。1年后随访患者诸症未犯。

**按：**现代医学认为胃黏膜肠上皮化生与不典型增生或异型增生为癌前病变，在产生胃癌之前需经过多年持续的癌前病变，早识别、早预防对降低胃癌的发生有着重要的意义。当前现代医学对于胃癌前病变缺乏有效的治疗方法。

本患者过度饮酒，嗜食肥甘厚味，再加情绪因素失控、脾失健运、胃失和降、肝失疏泻，是本病的重要病因，祛除病因是本病的关键治疗之一，也是预防为主，防治结合的重要体现。

**4.2 糖尿病性坏疽** 沈某，女，82岁，2015年4月6日初诊。主诉：右下肢及足趾发黑疼痛半年，加重2个月。现病史：患者半年前右下肢红肿疼痛，白天尤重逐渐行动受限，疼痛肿胀加重，逐渐连及足趾，2个月来右足趾发黑疼痛加重，经外院多方会诊治疗效果不明显，病情日渐加重昼夜疼痛难忍，面色苍白无华，心悸，精神疲惫，胃纳欠佳，口中秽臭，大便干燥，舌苔中黄质红，脉濡细。个人史：平素喜食肥甘厚味，患糖尿病44年伴高血压、冠心病、脑梗死、慢性肾功能不全、消化性溃疡、高血脂、脂肪肝、贫血、泌尿系感染、低蛋白血症、心衰等20多种疾病。辅助检查：2010年7

月CT查脑梗塞，彩超显示双侧颈动脉斑块，2011年4月摄片左侧股骨头坏死。化验：肌酐、尿酸、尿素氮均异常。中医诊断：消渴脱疽，气血两虚、肝肾不足、瘀毒内停。西医诊断：糖尿病性坏疽、糖尿病足、脑梗塞、高血压、慢性肾功能不全等。治法：益气补肾，活血解毒。处方：桃红四物汤加减。药物组成：生黄芪20g，枸杞子30g，山萸肉10g，川芎12g，丹参30g，桃仁30g，红花10g，桂枝10g，蒲公英30g，连翘30g，酒大黄6g，厚朴6g，体外培育牛黄0.1g，黄连6g，陈皮6g，炒白术10g。10付。

2015年4月16日复诊。昼夜疼痛减轻，右下肢肿胀、足趾发黑未见改善，口重秽臭减轻，大便已通，但时有不畅，精神状态向好，心悸好转。唯喉中有痰，右侧肢体活动不便。考虑患者中风后遗症致不遂，在上方基础上加强化痰开窍之剂（基于患中风日久，多脏腑虚损，其气渐衰，气血津液运行输布失常，致水湿停聚，痰浊内生）。上方加冬瓜子30g，再进10付，以后连续服用上方加减80付后，患者整体状态回升，精神好转，面色转红润，心悸气短减轻明显，大便通畅，尤以右下肢及足趾颜色逐渐由紫黑色改变为暗红色，并可下地扶杖走路，睡眠饮食已基本正常，右下肢及足趾部已无疼痛感。在此基础上，上方加减以调气血，益肝肾，健脾胃，排瘀毒为主，至今病情稳定，糖尿病足未再发展加重。

**按：**本患者年老体弱，患有多种慢性病和并发症，患者（患20余种病）病种多、病程长、年龄大。患病期间病情多次反复，病情危重经救治有所好转和缓解。但留有严重并发症。糖尿病并发下肢坏死，高度致残。从中西医来看均属疑难病，病程迁延，变化莫测，难以治愈。在病机上是本虚标实（虚、痰、瘀、毒均有），在治疗上扶正气为先，祛邪通络为主。其中桂枝、大黄，寒温并用，桂枝外散风寒，内温经脉。大黄荡涤胃肠，通腑祛瘀。桂枝、大黄均能入血分，故二药同用，可攻逐瘀热。该患者平素嗜食肥甘之味较多。日久积聚成实。二药配伍以温为主，以下次之，大黄仅桂枝半量。川芎、丹参、桃仁：丹参苦泄血滞，为凉血活血祛瘀要品，川芎之功重在活血行气。桃仁是方中主药，长于破血行瘀，所以本方又寓意桃核证所见的瘀热互结，脱疽之证。连翘、公英、黄连清热解毒，消肿散结，为火毒疮疡要药。《内经》曰：“诸痛痒疮皆属于心，尤以黄连，连翘善清心火、泻湿热，善散血中之气聚，为疮家圣药之称”。

孙老认为关键之药为体外培育牛黄（天然牛黄替代产品），被誉为“百草精华，中药精品”，解毒开窍，对脱疽有举足轻重之要，画龙点睛之妙。因为痰瘀毒贯穿本病始末，解毒开窍，活血化瘀是治疗本病重要手段，而且牛黄可以抑制血栓形成和抗氧化作用。

本病是本虚标实之证，以气血两虚、肝肾不足为本，湿热、瘀毒为标。虚、痰、瘀是导致本病的直接病因。气虚不统血，血滞脉道为瘀；肾元不足，脾虚生湿，聚而成痰。痰浊所过阻碍气血，而致瘀；痰瘀互结，筋脉四末失养，而出现四肢疼痛，昼轻夜重，瘀久成毒，腐蚀筋脉肌肉，则为脱疽（糖尿病性坏疽）。本病正气虚损，耗伤气血，痰瘀互结，久病入络。根据以上分析益气养血，补益肝肾为主兼解毒化痰，利湿化痰，使正气恢复，邪气渐退，坏死麻木的肢体得以恢复，自主行走。

**4.3 胃癌** 梁某某，男，75岁，于2016年2月3日因进食哽咽1个月就诊。患者于同年1月出现进食困难，伴呕吐胃内容物及白色黏液痰涎，就诊于某三级医院，化验检查前列腺特异抗原6.23 ng/mL，血清CA19-9测定27.19 μ/mL，癌胚抗原11.10 ng/mL，肌酐117 μmol/L。PET-CT检查，食道下段贲门、胃底及胃小弯侧胃壁增厚及代谢活跃，符合恶性肿瘤表现。诊断为食管胃结合部腺癌，腹腔淋巴结转移，伴高血压、反流性食管炎、肾功能不全。院方认为手术意义不大，患者拒绝手术，故来我院内科治疗。患者面色黧黑，神疲乏力，骨瘦如柴，进食梗阻呕吐，纳少腹胀，便溏而黏滞，舌苔淡黄而厚，舌质淡，脉沉细无力。中医诊断：噎膈，证属脾肾两虚，痰湿内停，瘀毒内结。治疗以健脾益肾，利湿化痰，解毒散结为法。处方：生黄芪30 g，当归10 g，桃仁10 g，炒白术10 g，焦山楂10 g，黄芩10 g，蒲公英30 g，连翘30 g，陈皮6 g，枸杞子30 g，冬瓜子30 g，清半夏9 g，酒大黄6 g，厚朴6 g，丹参10 g，体外培育牛黄0.1 g。10剂。

二诊：10天后，进食梗阻症状改善，可进半流食，呕吐、便溏减轻，原方继服10剂。三诊，神疲乏力减轻，呕吐未再发作，食欲增加，仍呕吐少量黏液，舌淡红，舌质淡润，脉沉细，原方去冬瓜子加炒谷芽30 g，10剂。四诊，服药60剂，在307医院腹部CT检查，腹腔淋巴结较前缩小，胃壁明显变薄，症状明显好转，原方基础上随症加减，服药至今，带癌生存良好，虽是胃癌晚期，生活质量较高，心态平和，病情稳定。

**按：**本病关键在于脾胃虚弱，痰瘀互结，胃气上逆，患者年高体弱，水湿内停，运化无力，水湿内停，运化无力，湿聚为痰，阻于中焦，胃气上逆，饮食难下，呕吐黏液，气机郁滞致瘀血内结，脾虚伤阳，日久伤肾。本病胃癌晚期，病位在胃，与肝、脾、肾关系密切，本病既有痰瘀瘀积邪实一面，又有气血大亏脾胃虚弱一面，本虚标实，治疗原则攻补兼施，重在益气养血，健脾调胃，佐以清热解毒软坚散结。现患者服药1年余，生活质量较高，带癌生存，病情稳定。

## 5 结语

体外培育牛黄具有清心、豁痰开窍、凉肝息风、

清热解毒等功效，用于治疗热性病神昏、中风痰迷、痉厥抽搐、癫痫发狂、口舌生疮、臃肿疔疮等症。体外培育牛黄是国家一类新药，药学研究表明体外牛黄的性状、结构、成分及含量，药理及临床疗效与天然牛黄基本一致，无明显不良反应<sup>[9]</sup>。体外培育牛黄可作为天然牛黄的理想替代品。

## 参考文献

- [1]王筠默.牛黄的药理研究及临床应用[J].中草药通讯,1976(5):39.
- [2]赵文静,郝丽莉,于庆芝.实用动物药研究[M].哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,2003:280.
- [3]杨敬格,袁惠南.牛黄的药理研究概况[J].赣南医学院学报,1989(Z2):123-127.
- [4]汪世元,陈孝平,蔡红娇,等.体外培育牛黄诱导人肝癌 Hep G2 细胞凋亡的实验研究[J].华中科技大学学报,2005,34(6):754-756.
- [5]蔡红娇,裘法祖,刘仁泽.体外培育牛黄的药学研究[J].中国天然药物,2004,6(2):335-338.

(本文编辑:张文娟 本文校对:顾红岩 收稿日期:2018-05-08)

## 鹿角的品种

注意:目前国内人工饲养的鹿,多用于生产鹿茸,无鹿角商品,故商品鹿角来源于野生鹿,其次为鹿角脱盘。我国野生梅花鹿极少,故商品中所见鹿角基本多为马鹿的角。

鹿角,为常用中药。系鹿科动物马鹿和梅花鹿的雄鹿已长成骨化的角或锯茸后翌年春季脱落的角茎(在春季自然脱落的角,质量最优)。分别习称“马鹿角”“梅花鹿角”。“鹿角脱盘”目前商品中主要以马鹿角和鹿脱盘为主。

“马鹿角”,为鹿科动物马鹿 *Cervus elaphus* Linnaeus. 已骨化的角。多呈分枝状,通常分成4~6叉,全长50~120 cm,主枝弯曲,直径3~6 cm,角柄长2.5~3.5 cm,基部具盘状突起,习称“珍珠盘”。周边常有稀疏细小的孔洞。侧枝多向一侧伸展,第一枝习称“眉叉”,与珍珠盘相距接近,与主干成直角或钝角伸出;第二枝靠近眉叉处伸出,习称“坐地分枝”;第三枝(叉)距第二叉较近。表面灰褐色至灰黄色,有光泽,中下部常具疣状突起,并有长短不等的断续纵棱,习称“苦瓜棱”,角尖平滑。质硬,断面外圈骨质白色至淡褐色,中部多呈灰褐色至青灰色,具蜂窝状孔。无臭,味微咸。

“梅花鹿角”,为鹿科动物梅花鹿 *Cervus nippon* Temminch. 已骨化的角。呈分枝状,通常3~4分叉,全长30~60 cm,直径2.5~5 cm,主枝稍向后弯曲,侧枝多向两侧伸展,枝端渐细。角柄长2~3 cm,眉叉与“珍珠盘”相距较近,第二叉与眉叉相距较远。主枝略方圆,末端常分成2叉或不分叉。表面黄棕色至灰棕色,枝端灰白色。枝端以下具明显骨钉,骨钉断续排列成纵棱,习称“苦瓜棱”。顶部灰白色至灰黄色,有光泽。质硬,断面骨密质白色,习称“丝瓜瓤”中心部骨松质,灰色,并有细蜂窝状。

鹿角托盘,呈盘状或扁盘状,直径3~6 cm,高1.5~4 cm,表面灰褐色至灰黄色,有光泽,中部具蜂窝状细孔。底面平坦,蜂窝状,多呈黄白色至黄棕色。珍珠盘周边常有稀疏细小的孔洞。上面略平或呈不规则的半球形,质坚硬,断面处圈骨质,灰白色,中部类白色。无臭,味微咸。

——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。

# 李真教授用半夏泻心汤治疗痤疮的临床经验

宁少华 陈旭\*

(河南中医药大学第一附属医院硕士研究生2016级, 河南 郑州 450000)

**摘要:** 痤疮是较为常见的皮肤病, 多发于面部, 对外貌的影响比较大, 对患者造成较大的心理压力, 引起了各医家的广泛关注。李真教授对于痤疮的治疗有独特的见解, 在遣方用药时注重继承与创新, 善于临证化裁, 运用半夏泻心汤治疗痤疮临床疗效确切, 值得临床参考。

**关键词:** 李真; 痤疮; 半夏泻心汤; 临床经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.029

文章编号:1672-2779(2018)-15-0071-02

## Clinical Experience of Professor Li Zhen in Treating Acne with Banxia Xiexin Decoction

NING Shaohua, CHEN Xu

(Grade 2016 Graduate, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** Acne is a relatively common skin disease. It is relatively frequent on the face and has a large impact on the external appearance. It causes greater psychological pressure on the patient and has aroused widespread concern among physicians. The author found that during his outpatient visit to Professor Li Zhen, he had unique insights on the treatment of acne. He paid attention to inheritance and innovation when he was on medication, was good at clinical identification, and used Banxia Xiexin Decoction to treat acne. The clinical effect is definite and is worthy of clinical reference.

**Keywords:** Li Zhen; acne; Banxia Xiexin decoction; clinical experience

李真, 国家二级教授, 原河南中医药大学第一附属医院院长, 兼任世界中医联合会糖尿病分会副会长, 擅长运用中西医结合诊治内科常见病及疑难杂症。李真教授博学多思, 注重继承与创新, 师古而不拟古, 善于临证化裁。在运用半夏泻心汤治疗痤疮方面取得了良好的临床效果。

### 1 疾病的认识

痤疮, 中医学称为粉刺, 是指一种以颜面、胸、背等处生丘疹如刺, 可挤出白色碎米样粉汁为主要临床表现的皮肤病。目前西医多认为痤疮的发病原因主要有雄性激素水平过高、皮脂腺分泌功能过于旺盛、毛囊导管角化过度以及局部的细菌感染等。其次, 遗传、免疫、血液流变学等因素也被认为与痤疮发生有关<sup>[1]</sup>。临床上以粉刺、炎性丘疹、囊肿、结节等为主要表现, 对外貌美观造成了极大的困扰。目前西医治疗痤疮多采用内服维A酸类药物、抗真菌药、雌激素、雄激素拮抗剂、糖皮质激素等, 外用过氧苯甲酰、抗生素、维A酸类等药物, 以及光疗法等物理疗法<sup>[2]</sup>。虽然治疗效果较好, 但存在副作用大、易反复、耐受性差等问题。越来越多的人开始尝试使用中医药治疗痤疮。李师在临床中发现痤疮的病因病机无外乎湿热为患与湿热致瘀两方面。

**1.1 湿热为患** 痤疮的发病因素多与湿热有关。国医大师王琦教授<sup>[3]</sup>认为湿热内蕴是痤疮发生的根本因素。湿主要分为内湿与外湿, 内湿多因脾虚所致的运化水液失常引起, 或多因饮食不节, 嗜食肥甘厚味, 辛辣刺激, 致水湿内生, 湿郁化热成毒, 熏蒸于上; 或者工作学习过于紧张, 情志失调, 气郁化火, 火热与湿相合、日久蕴结成毒、郁于颜面、胸背而发。外湿则主

要因为久居湿地, 住处潮湿或者冒雨涉水, 以致于湿邪侵入体内, 聚而成为痤疮。主证可分为肺胃湿热证、肠道湿热及脾虚湿热。

**1.1.1 肺胃及肠道湿热** 肺主表, 外合皮毛, 肺的宣发和肃降对体内水液输布、运行和排泄有疏通和调节的作用, 与痤疮的发生关系紧密。《素问·至真要大论》云: “太阴之胜, 火气内郁, 疮疡于中, 流散于外。” 肺在上焦, 为娇脏, 易感外邪, 风寒湿热之邪外客于肺, 壅阻于肌表, 阳气被阻, 郁而发为痤疮, 外感邪气, 阳气被郁是发病的病机关键。其丘疹色红, 或有痒痛, 伴舌红, 苔薄黄, 脉浮数等。肺与大肠相表里, 肌表与大肠有着紧密的联系, 若饮食不节导致胃肠道功能失调, 腑气不通, 肠道糟粕郁于体内, 郁而化热。手阳明大肠经和足阳明胃经均上行于面部, 胃肠积热或湿热内蕴循手阳明大肠经和足阳明胃经上行于面部, 郁聚于毛孔则易发痤疮。肺胃热加肠道湿热, 两热相加, 致使病情加重。

**1.1.2 脾虚湿热** 脾主运化, 包括运化水湿及水谷两方面。脾的运化功能正常被称为“脾气健运”, 只有脾气健运, 人体的消化吸收功能才能健全, 才能维持正常的生理活动。脾主升清, 脾气将精微物质通过心肺的作用化生气血, 濡养全身。若脾气虚, 使脾失健运, 水湿失于运化, 湿郁而化热, 壅滞气机, 则使清气不升, 面部肌肤失于气血濡养, 毛囊失于宣泄, 则发为痤疮。且脾喜燥恶湿, 脾失健运则痰湿内生, 凝滞皮肤, 且面部血液丰富, 肌肤薄弱, 凝滞于面部则发为痤疮。《素问·至真要大论》曰: “诸湿肿满, 皆属于脾”, 这也就是脾虚生湿的发病机理。

**1.2 湿热致瘀** 朱丹溪提出“血受湿热, 久必凝浊”, 是

热性病湿热致瘀的理论基础。湿热为患的病证在病理发展过程中大多都会出现瘀血证候，因此有“湿瘀相关说”。明代李梴《医学入门》也认为湿热可致血瘀，“盖阳气无形、阴血有质、必湿热涩血、而后发为痼疽”。湿阻气机，会导致气机失常，气滞影响血液运行，则导致血瘀，瘀血阻络，则无以营养肌肤，则发为痤疮。

李真教授认为痤疮的病机无外乎“湿”与“瘀”两方面，两者相互影响，互为因果，故在治疗方面应以清热祛湿及活血化瘀为主。根据多年临床经验，李师发现半夏泻心汤治疗痤疮在临床上有较好的效果。半夏泻心汤出自张仲景的《伤寒论》，组成药物有清半夏、黄连、黄芩、甘草、干姜、人参、大枣，功用为辛开苦降，清热利湿。半夏泻心汤的七味药大致可以分为三类，一是苦温药，清半夏与干姜；二是苦寒药，黄连与黄芩；三是甘温药，人参、大枣与炙甘草。第一类与第二类治病祛邪，第三类扶正补虚。半夏泻心汤，可以使“中气得和，上下得通，阴阳得位，水升火降”（成无己《注解伤寒论》）。清半夏辛苦温，主要作用为燥湿，湿热蕴结，如油入面，难分难解。湿去，热邪则散去，湿邪从二便排出需降气，而半夏为降气的主要药物。解决湿热郁结的方法是以祛湿为主，清热为辅，故以半夏为君。干姜属辛温药物，为臣药，可以温化湿气，同时避免芩连寒凉太过损伤脾胃。湿属阴邪，温化是解决湿邪的最佳方法。要解决闭塞的病态，就要有辛味药，半夏、干姜均属辛味药，走而不守，“辛以散结”，有利于消散内郁的湿浊。黄芩、黄连以清热燥湿为佐药，凡湿热为患者皆可用之。芩连苦寒清降，清泻里热以和阳，人参、大枣、炙甘草三味为使药，一是补益脾胃之气，气足有利于湿气的消散；二是利于清气上升，清气上升才会利于浊气下降。调畅气机，促进脾之运化。李师结合临床经验易人参为丹参，丹参有凉血消痈，祛瘀止痛的作用，且古代诸医家皆认为“一味丹参，功同四物”（四物即四物汤）。《滇南本草》亦有“丹参……一味可抵四物补血之功”的记载。

## 2 医案举隅

王某，女，29岁，2018年3月10日就诊。主诉：面部起丘疹2周。患者平素喜食辛辣刺激食物，2周前患者面部出现丘疹，形如粟米，色红，能挤出白粉样油状物，以下颌部为多，背部与前胸散在数个，且常伴有口干、口臭，大便黏，舌红，苔黄腻，脉滑有力。西医诊断为痤疮；中医诊断为粉刺，证属脾虚胃肠湿热。处方：清半夏9g，黄芩30g，黄连10g，丹参30g，甘草30g，干姜6g，蒲公英30g，连翘30g，土茯苓20g。7付，水煎服，日1付。同时予甲硝唑3片粉碎加芦荟胶敷于患处，日1次。并嘱患者清淡饮食，勿过食辛辣刺激食物。复诊时患者面部痤疮颜色变淡，口臭好转，大

便黏未见明显好转。加薏苡仁30g，余不变，7付，煎服法同前。患者三诊时，痤疮消失，遗留少量痘印，未予中药口服，嘱继续用芦荟胶外敷。4月1日就诊时，告愈。

## 3 小结

李师认为痤疮特点符合湿热致病的发病特征。首先，发病部位多是面部及胸背部（火性炎上）；其次，皮疹形态呈多型性：丘疹常色红，甚至出现脓疱、囊肿（痈疽原是火毒生），皮肤油腻（湿性浊，即秽浊垢腻），易复发（湿性黏滞，缠绵难愈），食辛辣、肥甘厚腻食物（易生湿热）后加重，皆是湿热亢盛之象；而半夏泻心汤具有辛开苦降，清热利湿的作用。且现代研究表明<sup>[4]</sup>黄芩有抑制雄性激素受体的转录，可以有效治疗痤疮。丹参酮可以抑制皮脂腺分泌、对抗雄激素，还可以通过减低丙酸睾酮水平发挥雌激素样作用来实现调节内分泌，使得人体内激素水平的高低更趋向于平衡<sup>[5]</sup>。甘草中化学成分比较多，目前约有464种之多，按结构分为黄酮类、香豆素类、三萜皂苷和苷元类、二苯乙烯类。其中，黄酮类（包括黄酮、异黄酮、黄酮醇、二氢黄酮、查耳酮等，其中以异黄酮类为主），香豆素类，木脂素类以及二苯乙烯类化合物由于含有杂环酚羟基，与女性体内的雌激素极为相似<sup>[6]</sup>，同时研究表明甘草酸和甘草次酸可通过抑制糖皮质激素的失活代谢，延长甚至提高内源性和外源性糖皮质激素的有效血浓度和时间，加之它们对糖皮质激素受体的部分激动拮抗作用，在单独应用时表现出温和的激素样作用<sup>[7]</sup>。故甘草对于痤疮的临床治疗有明显的临床疗效。李师每遇痤疮喜加蒲公英及连翘，蒲公英清热解毒消痈散结，《本草正义》说：“蒲公英，其性清凉，治一切疔疮、痈疡、红肿热毒诸证。可服可敷，颇有应验，而治乳痈乳疔，红肿坚块，尤为捷效”。且现代药理表明蒲公英具有广谱抑菌活性，并且可有效抑制炎症反应。连翘能解肌透表，性能托毒外出，为发表疹癰要药。土茯苓味甘淡平，可解毒除湿，有抗炎镇痛的功用。李师在治疗痤疮时，善于临证化裁，师古而不拟古，运用半夏泻心汤加减治疗痤疮收效明显，值得临床参考。

## 参考文献

- [1]陈景华.美容保健技术[M].北京:人民卫生出版社,2010:118.
- [2]肖宜敏.中西医疗痤疮概况[J].内蒙古中医药,2016,35(1):145-147.
- [3]俞若熙,倪诚,王琦.王琦教授从湿热体质论治痤疮的理论探析[J].中华中医药杂志,2012,27(4):878-881.
- [4]张宏丽.双黄连消痤丸对兔耳痤疮模型血清雌二醇、睾酮含量的影响[D].哈尔滨:黑龙江省中医药科学院,2015.
- [5]戴艳,仇姝,阮衍泰,等.丹参酮治疗女性青春期后痤疮疗效观察及对血清睾酮水平的影响[J].皮肤与性病,2017,39(5):314-316.
- [6]韩静,邵瑞,王跃飞,等.甘草化学成分植物雌激素活性研究进展[J].天津中医药,2017,34(3):212-216.
- [7]张明发,沈雅琴.甘草酸及其苷元甘草次酸的糖皮质激素样作用[J].现代药物与临床,2011,26(1):33-35.

（本文编辑：张文娟 本文校对：韩景辉 收稿日期：2018-04-26）

# 孟泳教授治疗慢性咳嗽经验拾萃

贺启萌<sup>1</sup> 孟泳<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学第二临床医学院, 河南 郑州 450002; 2 河南省中医院肺病科, 河南 郑州 450002)

**摘要:** 慢性咳嗽是呼吸内科常见病、多发病, 久治不愈则影响患者的身心健康和学习生活。孟泳根据其深厚的理论基础和长期的临床经验, 认为肺、胃、肝三者的气机失调是慢性咳嗽的主要病机, 治疗上重视以“疏肝气”“宣肺气”“降胃气”为法, 取得了较好的疗效。

**关键词:** 慢性咳嗽; 病因病机; 疏肝气; 宣肺气; 降胃气; 临床经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.030

文章编号:1672-2779(2018)-15-0073-02

## Experience of Professor Meng Yong in Treating Chronic Cough

HE Qimeng<sup>1</sup>, MENG Yong<sup>2</sup>

(1. The Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;

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

**Abstract:** Chronic cough is very common to see in respiratory diseases, which affects physical and mental health and even intellectual development of patients. According to profound theoretical basis and long-term clinical experience, Professor Meng Yong believes that the dyspnea of the lung, stomach, and liver is the main pathogenesis of chronic cough. The treatment focuses on "soothing liver qi", "ventilating lung qi", and "descending stomach qi", and the therapeutic principles and methods has achieved good results.

**Keywords:** chronic cough; etiology and pathogenesis; soothing liver qi; ventilating lung qi; descending stomach qi; clinical experience

咳嗽是呼吸内科门诊中最常见的症状之一。在专科门诊中, 慢性咳嗽的比例高达 10%~38%<sup>[1]</sup>。而慢性咳嗽(chronic cough)通常是指时间超过8周, 根据胸部X线检查有无明显异常分为两类: 一类为X线胸片有明确病变者, 如肺炎、肺结核、支气管肺癌等; 另一类为X线胸片无明显异常, 以咳嗽为主要或唯一症状者<sup>[2]</sup>。

孟泳教授从事呼吸内科临床工作近30年, 在呼吸内科常见病、疑难病诊治方面积累了丰富的经验, 尤以治疗咳嗽、哮喘等病证著名。笔者有幸跟随孟泳教授临床学习, 其从气机方面认识治疗慢性咳嗽的经验独到, 故将其治疗慢性咳嗽的经验总结如下。

### 1 孟泳教授治疗慢性咳嗽的理论基础

慢性咳嗽的病因复杂多样, 许多患者初诊时常常不能明确病因, 仅仅对症治疗, 没有祛除病因, 此后咳嗽持续发作, 影响患者的日常生活和工作质量。西医认为胸片正常且不吸烟的慢性咳嗽病人, 大多由鼻后滴漏综合征、咳嗽变异性哮喘、胃食管反流性咳嗽等三种疾病引起<sup>[3]</sup>, 由于其病因复杂多样, 临床表现也不尽相同, 给治疗带来了一定的难度, 而孟泳教授从中医思维出发, 重新认识慢性咳嗽, 从中医方面治疗慢性咳嗽积累了丰富的经验。

孟泳教授熟读中医经典, 其中对咳嗽的病因病机见解深刻。《黄帝内经·素问·咳论》中提到:“五脏六腑皆令人咳, 非独肺也。”孟泳教授认识到人体是一个有机的统一的整体, 其以五脏为中心, 通过经络系统把六腑、五官、九窍及全身组织器官有机地联系起来, 共同来完成人体各种正常的生理活动。咳嗽虽然是肺系的疾

病, 但是其他脏腑经络的功能失调, 都有可能影响到肺, 引起肺气的宣发和肃降失常, 使肺气上逆而作咳, 故有孙思邈《备急千金药方·咳嗽》中的“风咳、寒咳、支咳、肝咳、心咳、脾咳、肺咳、肾咳、胆咳、厥阴咳”十咳说。孟泳教授根据多年的临床经验, 认为在临床上一些久治不愈的慢性咳嗽, 除久病多致体虚外, 还可能与生活环境改变、工作及生活压力过重、空气质量差等因素相关, 从而引起机体脏腑功能失调, 影响到肺气, 此种咳嗽的发生常与肺、胃、肝三者的气机失调有关。因此治疗上应注重疏肝气, 宣肺气, 降胃气。

### 2 重视疏肝气

慢性咳嗽者, 多数患者因社会及生活环境改变、工作及生活压力过重等影响情绪, 终日郁郁, 日久使肝木郁滞以致气血运行不畅, 津液输布失常, 痰液停聚于肺, 影响到肺的宣发和肃降功能, 从而导致慢性咳嗽。其治之道, 贵在疏理肝气以解郁。孟泳教授总结了临床上慢性咳嗽常见的郁证: 气郁和湿郁, 其治法不同。

气郁咳嗽, 此型慢性咳嗽除了咳嗽外, 往往伴有咽喉部梗阻感、时有胸闷、咳痰不爽, 孟泳教授采用疏肝调气法以调气畅郁, 止咳之效甚捷。中医将咽喉部梗阻感, 通常称为“梅核气”。此乃肝气郁结所致, 当从肝论治之。方以《太平圣惠方》金铃子散为基础方加减, 其中仅有川楝子、延胡索二味药组成, 川楝子、延胡索皆可疏肝理气, 畅达气机, 而川楝子又能泄气分之热, 延胡索又能行血分之热, 除疏肝解郁外尚有泄热之功效。孟泳教授用此方加减治疗咽炎导致的干咳、久咳, 临床上获得了良好的疗效。

湿郁咳嗽，此病机多为脾虚肝旺湿郁。孟泳教授发现，久咳患者长期求医，已经用过多种中药和西药，其中不乏苦寒伤脾胃之药，尤其是随意去药店自购阿莫西林、头孢、罗红霉素等，错误地认为抗生素可治百病，未规范应用抗生素的结果导致中焦脾胃虚弱，运化功能失常，津液失布，湿邪停滞于机体，此时再服用大苦大寒伤正之品无异于雪上加霜，致使脾胃更虚，湿聚于中，土虚木乘，肝气横逆犯脾，进一步使脾虚加重，导致咳嗽病程增长成为慢性咳嗽。孟泳教授认识到中焦脾胃乃生痰之源，痰湿内生从而阻滞气机，导致咳嗽久治不愈。用疏肝解郁法以调气化湿，使肝气得疏，脾胃得养，则咳嗽自然慢慢恢复。方以《太平惠民和剂局方》二陈汤合张仲景《伤寒论》小柴胡汤加减。孟泳教授每于此方中加秦艽，秦艽属于祛风湿类中药，并不是止咳药，而孟泳教授用之，在于药理研究发现，很多祛风湿类药物都有止咳、抗过敏的作用<sup>14</sup>。秦艽味辛、苦，性微寒，有祛风湿、舒筋络、清虚热之功效，其味辛能行气机，苦能泄热，性寒能清热，其补虚之功又能改善患者久病体虚的体质，针对湿郁之慢性咳嗽，每加减用之，确有奇效。

### 3 重视宣肺气

孟泳教授认为，慢性咳嗽的病因病机还与外感失治误治有关，加之过早使用抗生素而致邪气伏肺，稍有不慎，风邪诱发，则伏邪外风共发，咳嗽则作。此类患者多表现为“风盛”的体质特色。故孟泳教授认为临床部分慢性咳嗽患者病机关键在于风邪犯肺，肺气失宣，气道挛急。且肺气以清肃为顺，郁而不宣，肺气上逆则为咳，宜宣肺气理气机，应予程钟龄《医学心悟》止嗽散为基础方临床加减用之，本方温润和平，不寒不热，既无攻击过当之虞，大有启门驱贼之势。

孟泳教授用此方加白僵蚕，其味辛、咸，性平，归肝、肺两经，有息风止痉，祛风止痛，化痰解毒散结，且有祛风止痒之功。僵蚕蛋白有刺激肾上腺皮质、对抗炎性刺激的作用。尤善息风化痰，宣肺止咳<sup>15</sup>；再加防风，其所含主要成分挥发油、甘露醇等，除具有抗菌作用外，尚能消除黏膜肿胀，提高对刺激物反应的阈值，降低气道黏膜对刺激性气体的敏感性。动物实验证实，能延长氨水致豚鼠咳嗽的潜伏期，减少咳嗽次数<sup>16</sup>；孟泳教授应用之，对治疗慢性咳嗽每于咽痒剧咳者，确有佳效。

而遇咳嗽日久，兼有咽部干涩或刺痛，或有咽部痹阻之异物感，或咽部作痒有痰不去，口干不欲饮，或频繁漱口不欲咽，或饮水即呛咳，舌质暗，边有瘀斑，咽后壁滤泡色暗，孟泳教授更加当归、桃仁两味，因当归有“主咳逆上气”之效（《神农本草经》），桃仁亦有“止咳逆上气”之用（《别录》）；孟泳教授临床加减应用之，明显改善患者咳嗽症状。

### 4 重视降胃气

咳嗽的发生与脾胃功能失调有密切的联系。首先，《黄帝内经·灵枢·营卫生会篇》：“人受气于谷，谷入于胃，以传于肺，五脏六腑，皆以受气。”李中梓《医宗必读·痰饮》：“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”；肺与脾胃通过经络相连，《黄帝内经·灵枢·经脉》云：“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠还循胃口，上膈属肺”，手太阴肺经与足太阴脾经，同属太阴，“同气相求，同声相应”，病理生理必然会相互影响，故《黄帝内经·素问·咳论》总结为“此皆聚于胃，关于肺”。因此，咳嗽与脾胃密切相关。

临床观察结果<sup>16-17</sup>显示，以半夏泻心汤为基础方加减治疗胃食管反流性咳嗽，可获得较好疗效。孟泳教授跟进现代临床研究结合中医经典对咳嗽的论述，《黄帝内经·素问·咳论》：“脾咳之状，咳则右胁下痛，阴引肩背，甚则不可以动，动则咳剧”“脾咳不已，则胃受之；胃咳之状，咳而呕，呕甚则长虫出”。沈金鳌《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》：“肺不伤不咳，脾不伤不久咳，肾不伤不喘”，孟泳教授发现慢性咳嗽，久治不愈者，脾土必损，故对于慢性咳嗽不论病因有无胃食管反流，但见有脾胃之明显症状者，即可在张仲景《伤寒论》半夏泻心汤的基础上加减化裁。

基于以上中医病因病机及临床研究结果，临床上孟泳教授用半夏泻心汤为基础方加减治疗慢性咳嗽以胃食管反流性咳嗽为病因者，多获佳效。

### 5 总结

孟泳教授从气机的病因病机学说上认识慢性咳嗽，治疗上则重视以“疏肝气”“宣肺气”“降胃气”为治法，同时也兼顾“因人制宜、灵活化裁”的遣方用药原则，根据患者病因不同，症状不同，灵活加减，临床上对于以咳嗽变异型哮喘为因引起的慢性咳嗽，孟泳教授加炙麻黄、地龙等善于解痉平喘的药物以减轻气道痉挛从而使咳嗽得以缓解；以鼻后滴流综合征为因引起的慢性咳嗽，孟泳教授酌加辛夷、白芷等芳香开窍之药以疏通鼻络，宣散气机，使咳嗽得以长时间减轻。孟泳教授从气机上分析治疗慢性咳嗽，灵活化裁，使得患者症状明显改善，给医者较大启发。

### 参考文献

- [1] 赖克方, 钟南山. 慢性咳嗽[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1.
- [2] 中华医学会儿科学分会呼吸学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2015版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5): 323-354.
- [3] 江毅芳, 乐家振, 杨海斌. 慢性咳嗽的病因分布及其治疗研究[J]. 临床肺科杂志, 2011, 16(9): 1359-1360.
- [4] 张万义. 风咳辨证选药[J]. 中医临床研究, 2016, 8(3): 16-17.
- [5] 张子臻. 防风治咽痒剧咳效佳[J]. 中医杂志, 2003, 44(6): 411.
- [6] 郑秀丽. 张之文教授运用加减半夏泻心汤治疗胃食管反流性咳嗽经验总结[J]. 亚太传统医药, 2009, 5(10): 42-43.
- [7] 宋健. 沈舒文教授运用半夏泻心汤治疗胃食管反流性咳嗽经验[J]. 河南中医, 2011, 31(3): 227-228.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 王宁 收稿日期: 2018-04-24)

# 张建伟教授从脾肾论治肾性蛋白尿的经验

宋卫丽<sup>1</sup> 张建伟<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学硕士研究生2017级, 河南 郑州 450002;

2 河南中医药大学第二附属医院肾病科, 河南 郑州 450002)

**摘要:** 张建伟从事中医肾脏病临床、教学及科研工作二十余年, 对肾性蛋白尿的防治有自己独特的系统认识。其认为肾性蛋白尿的发病以脾肾亏虚为本, 以湿热、瘀血为标。治疗上强调以补肾健脾为本, 佐以祛湿降浊、活血化痰, 标本兼顾。

**关键词:** 肾性蛋白尿; 张建伟; 临床经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.031

文章编号:1672-2779(2018)-15-0075-02

## Experience of Professor Zhang Jianwei in Treating Renal Proteinuria from Spleen and Kidney

SONG Weili<sup>1</sup>, ZHANG Jianwei<sup>2</sup>

(1. Grade 2017 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;

2. Nephrology Department, the Second Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

**Abstract:** Professor Zhang Jianwei has been engaged in the clinical, teaching and research work of TCM kidney disease for more than 20 years, has his own unique system knowledge in the prevention and treatment of renal proteinuria. Teacher Zhang believes that the deficiency of spleen and kidney is the primary factor, with dampness and heat, blood stasis as the target, Treatment emphasizes the principle of strengthen the kidney and invigorate the spleen, supplemented by dampness, phlegm, blood circulation, and specimens considerations.

**Keywords:** renal proteinuria; Zhang Jianwei; clinical experience

张建伟教授, 主任医师, 博士研究生学位, 硕士生导师, 河南省中医院肾病科主任, 中华医学会肾病委员会河南省分会委员, 从事中医肾脏病临床、教学及科研工作二十余年, 不断探索中医治疗肾性蛋白尿的新思路, 并取得了良好的疗效。笔者有幸随师学习, 受益颇多, 现将老师对本病的治疗经验进行总结。

### 1 概述

蛋白尿是肾脏疾病常见的症状之一, 也是最早出现的临床表现之一。蛋白尿的产生多是由于炎症、免疫、代谢等因素引起肾小球滤过膜分子屏障和(或)电荷屏障的损伤, 肾小球滤过膜通透性增高, 大量蛋白滤过到肾小球滤液中, 超过肾小管的重吸收能力。蛋白尿可出现在肾脏疾病的各个阶段, 又反复难消, 是影响疾病进展的重要因素。持续大量蛋白尿会引起肾小球基底膜增厚、系膜基质增加而致肾小球硬化, 最终出现肾功能衰竭。因此, 减少蛋白尿的排泄, 降低肾小球滤过和内压, 是延缓肾病发展的关键。在中医学理论中, 并无“蛋白尿”这个名称, 但是根据蛋白质的性质和作用可知它是中医学中“精气”“阴精”“精微”的组成部分, 尿中出现大量蛋白一般归属于“尿浊”, 并且蛋白尿的发生往往伴有肾脏疾病的其他表现如水肿、血尿、高血压、肾功能损害等, 所以亦可属于中医“腰痛、水肿、尿血、眩晕、虚劳”等病症的范畴<sup>[1]</sup>。吾师多采用中西医结合的方法, 在使用西药对症治疗的同时, 对肾性蛋白尿的患者进行中医辨证, 取得显著疗效。

### 2 病因病机

2.1 以脾肾亏虚为本 中医基础理论认为蛋白乃人体内

部的精华物质, 是构成和维持人体生命活动的基本物质。《素问·金匱真言论》云:“夫精者, 身之本也。”古人通过观察饮食水谷消化吸收及糟粕排泄的过程, 认识到人体必须吸收食物中的精华物质才得以维持生命。脾主运化, 主升清, 变饮食水谷为水谷之精, 是人体赖以维持生命活动的精微物质, 再由脾气转输的作用输送到其他四脏, 分别化为精、气、血、津液, 内养五脏六腑, 外养四肢百骸、皮毛筋肉, 即《素问·玉机真藏论》所谓“脾为孤脏, 中央土以灌四旁”, 人体之精在供给脏腑生理活动需要的同时, 又将其剩余部分输送于肾中, 以充养肾藏先天之精, 《素问·上古天真论》说:“肾者主水, 受五脏六腑之精而藏之”。肾的藏精功能主要依赖肾气的封藏作用。肾精化生肾气, 肾气的封藏作用使精藏于肾中而不妄泄, 保证肾精发挥其各种生理功能。故《素问·六节藏象论》说:“肾者主蛰, 封藏之本, 精之处也”。若脾不升清, 肾气不固, 则水谷精微物质的吸收和输布失常, 精微从下而泄, 形成蛋白尿。因此蛋白尿的产生与脾肾功能失调有着密切的关系。

2.2 以湿热、瘀血为标 脾脏有运化水湿、肾脏有主水之功, 正常情况下, 津液的代谢, 是通过胃的摄入、脾的运化和转输、肺的宣散和肃降、肾的蒸腾气化, 以三焦为通道, 源源不断输送到全身的<sup>[2]</sup>。脾属土, 为湿土之脏, 其性喜燥恶湿, 若脾失健运, 水液不能正常地输布而化为湿浊, 或久居湿地、淋雨涉水、冒受雾露等外湿停留体内, 或多食肥甘厚腻、嗜食饮冷等而湿浊内生, 湿邪阻滞气机, 困遏中焦, 致脾气不升;

肾属水，为寒水之脏，若肾气亏虚，肾失蒸化，则水液运化和输布失常，输于肾或膀胱的水液不能分清降浊，导致水湿停聚，湿性趋下，扰乱下焦，致封藏失职；如此反复，又进一步加重脾肾亏虚，清浊俱下，精微物质从尿液排出，形成蛋白尿。徐灵胎云：“有湿则有热，虽未必尽然，但湿邪每易化热。”因此，湿热之邪是肾性蛋白尿发展的加重因素之一。瘀血既是病理产物，又是致病因素，脾肾气虚则运血无力，脾肾阳虚则脉道失于温通而滞涩，“精血同源”，肾阴亏虚，肾精不足则脉道失于濡养而僵化，“津血同源”，津液亏虚，无以充血则血脉不利，气、血、精、津亏损均能引起血行不畅，形成瘀血；气行则血行，湿浊停聚体内，阻遏脉络，气机不畅，导致血液运行不畅，也可形成瘀血；瘀血损伤肾络，肾络痹阻，致血不循常道，精液外溢尿中，可出现不同程度的蛋白尿。所以，瘀血阻络是肾性蛋白尿发展的加重因素之二。

### 3 经验总结

在治疗上，吾师认为补肾健脾是治疗肾性蛋白尿的根本大法，祛湿降浊、活血化瘀是治疗肾性蛋白尿的关键。自拟主方（黄芪、熟地黄、山药、山萸肉、菟丝子、杜仲、续断、桑寄生、牛膝、当归、白术、茯苓、丹参、川芎），方中重用黄芪，黄芪味甘，性微温，归肺、脾二经，具有补气健脾、升阳举陷、益卫固表、托毒生肌、利水消肿、行滞通痹等功效<sup>[3]</sup>，临床应用广泛。现代医学表明黄芪具有增强机体免疫功能及降低蛋白尿，减轻炎症细胞对肾脏的损害，从而达到保护肾脏的作用<sup>[4-5]</sup>。熟地黄填精益髓、滋阴补肾；山药双补脾肾，既补脾以助后天生化之源，又补肾以固精；山萸肉补养肝肾，又能涩精；三药配伍，并补肝脾肾，以补肾阴为主。菟丝子补肝肾，益精髓；桑寄生补肝肾，强筋骨，兼祛湿邪；杜仲、续断补肝肾，强腰膝，温补肾阳，与熟地黄、山药、山萸肉合用平衡阴阳；牛膝其性善下行，补肝肾，强筋骨，又能逐瘀通经，方中配伍牛膝意在引诸药下行于肾，亦能活血通肾络，并使诸药补而不滞；当归养血补肝，与补肾之品合用共补精血；白术健脾益气，燥湿利水，对于脾虚湿滞证有标本兼顾之效，被誉为“脾脏补气健脾第一要药”；茯苓健脾利水渗湿，与白术配伍顾护脾胃；川芎温通血脉，既能活血祛瘀，又能行气通滞，为“血中气药”；丹参活血养血，祛瘀而不伤正，养血而不留瘀，又能清热凉血，既能助川芎活血之效，同使诸药补而不滞，又能避免诸药过于温燥；全方阴阳气血平调，以治本为主，祛邪为标，标本兼顾。加减变化：偏阴虚内热者，变熟地黄为生地黄、太子参，加知母、黄柏、牡丹皮、地骨皮、鳖甲等滋阴清热之品；偏阳虚者，可加巴戟天、淫羊藿、肉苁蓉、补骨脂、益智仁、沙苑子等补肾壮阳；湿热壅盛，配以猪

苓、泽泻、益母草、泽兰、黄柏、车前草、半枝莲、白花蛇舌草、土茯苓等清热利湿之品，又脾主运化水湿，治疗中都要注意顾护脾胃，采用健脾运脾化湿之品，如：佩兰、苍术、豆蔻、薏苡仁、砂仁、荷叶等；另活血化瘀法应该贯穿肾性蛋白尿治疗的始终，现代药理研究证明活血化瘀之品可改善肾脏血液高凝状态，促进肾脏血液循环，治疗上多佐以桃仁、红花、鸡血藤、地龙、僵蚕、水蛭等活血化瘀之品，其中地龙、僵蚕、水蛭等虫类药物“无微不入，无坚不破”，其活血化瘀通络之功尤为突出，现代医学研究证明，虫类药物不仅可以活血化瘀，改善肾络瘀滞，而且还具有减少蛋白尿的排泄，减少免疫复合物的沉积，改善肾脏病理变化，从而达到保护肾功能的功效<sup>[6]</sup>。

### 4 典型医案

何某，女，64岁，2017年12月18日以“发现泡沫尿2月余”为主诉来诊。患者2月前无明显诱因发现尿中有泡沫，自感口中有氨味，乏力明显，腰酸困，间断双下肢水肿，纳食一般，夜寐尚可，舌质红，有裂纹，苔黄腻，脉弦细。查尿常规：蛋白尿2+，肝功能未见明显异常，彩超示：双肾弥漫性病变并右肾缩小，右肾囊肿并囊壁钙化，左肾囊肿，左肾结石。既往高血压病病史3年。中医诊断为尿浊（脾肾亏虚），西医诊断为慢性肾炎。中医治以补肾健脾，祛湿降浊，活血化瘀为法。拟定方药：黄芪30g，太子参20g，熟地黄20g，炒山药30g，菟丝子15g，酒萸肉15g，牛膝15g，炒牛蒡子12g，玄参10g，炒白术15g，茯苓30g，炒僵蚕10g，全蝎5g，甘草6g。15剂，水煎服，日1剂，早晚分服；同时予以肾炎康复片5片，每日3次，口服，益气养阴、健脾补肾；使用缬沙坦胶囊80mg，每日1次，口服，控制血压，减少蛋白尿；服药后，患者临床症状明显改善，偶有腰酸困，复查尿常规蛋白转阴，再守上方加盐杜仲15g，桑寄生15g。继服7付巩固疗效，随访至今未见复发。

上述是张教授从脾肾论治肾性蛋白尿的思路分析，我们虽将其进行初步归纳，但并不能反映临床之精髓；在临床实践中，张教授强调首先辨证准确，才能指导正确的选方用药，我们应该根据患者的具体情况辨证治疗，并不拘泥某方而机械地应用。

### 参考文献

- [1] 芦宇, 马进. 肾性蛋白尿的中医治疗[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(3): 92.
- [2] 石柱珍, 金智生. 从湿、瘀论治糖尿病肾病蛋白尿[J]. 光明中医, 2017, 32(24): 3546-3547.
- [3] 李淑芳. 中药黄芪药理作用研究进展[J]. 湖北中医杂志, 2013, 35(6): 73-75.
- [4] 邓海鸥, 林凯, 黎映兰, 等. 黄芪多糖对老年早期糖尿病肾病 TNF- $\alpha$ 、IL-6 和免疫功能的影响[J]. 中药材, 2014, 37(4): 713-716.
- [5] 王晓男. 中药黄芪治疗糖尿病肾病临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(6): 182-184.
- [6] 任聪, 孙岚云. 运用虫类药物治疗慢性肾炎蛋白尿之经验[J]. 江苏中医药, 2016, 48(12): 13-14.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 和菲 收稿日期: 2018-04-24)

## 老中医蔡长福小青龙汤治疗哮喘病学术经验

白玉忠<sup>1</sup> 何乃举<sup>2</sup> 季清华<sup>3</sup> 谭长涛<sup>4</sup> 邵爱华<sup>2</sup> 张丽萍<sup>2</sup> 李明松<sup>5</sup> 朴武军<sup>2</sup> 蔡文举<sup>6</sup>

- (1) 吉林省扶余市三骏乡苏家村卫生室, 吉林 扶余 131226; 2 汪清县中医医院门诊内科三, 吉林 汪清 133200;  
3 汪清县东光镇卫生院门诊内科, 吉林 汪清 133217; 4 汪清县仁和中医诊所门诊内科, 吉林 汪清 133200;  
5 汪清县人民医院门诊中医科, 吉林 汪清 133200;  
6 马鞍山市江南蔡氏经方医馆门诊内科, 安徽 马鞍山 243000)

**摘要:** 小青龙汤乃仲景千古名方, 蔡长福用六经辨打破外有表证内有停饮的用法, 两阳夹一阴, 常常招外邪, 因为太阳经不能保外, 阳明经不能保里, 肺上两阳不顾, 肺为华盖, 离外感最近, 两阳一虚, 肺不能自保, 只要咳嗽那就离不开肺, 肺通皮毛, 通十万毛孔也有表证, 咳嗽就是这样来的, 通过小青龙汤加减合其它方应用取得了良好的临床疗效。

**关键词:** 蔡长福; 小青龙汤; 咳嗽; 学术经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.032

文章编号:1672-2779(2018)-15-0077-03

### Academic Thought of Veteran Practitioner of TCM Cai Changfu in the Treatment of Cough with Dyspnea with the Application of Xiaoqinglong Decoction

BAI Yuzhong<sup>1</sup>, HE Naiju<sup>2</sup>, JI Qinghua<sup>3</sup>, TAN Changtao<sup>4</sup>, SHAO Aihua<sup>2</sup>, ZHANG Liping<sup>2</sup>, LI Mingsong<sup>5</sup>, PU Wujun<sup>2</sup>, CAI Wenju<sup>6</sup>

(1. Clinic of Sujia Village, Jilin Province, Fuyu 131226, China;

2. Department of Internal Medicine, Wangqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Wangqing 133200, China;

3. Outpatient Department, Dongguang Hospital, Jilin Province, Wangqing 133217, China;

4. Department of Internal Medicine, Renhe Clinic of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Wangqing 133200, China;

5. Department of Internal Medicine, Wangqing County People's Hospital, Jilin Province, Wangqing 133200, China;

6. Department of Internal Medicine, the Medical Pavilion of Jiangnan Cai's Classic Prescriptions, Anhui Province, Maanshan 243000, China)

**Abstract:** Xiaoqinglong decoction is a famous prescription of Zhongjing. Cai Changfu used syndrome differentiation of six meridians to break the treatment method of exterior syndrome and fluid retention. Two yang with one yin often incurs the intruding of exogenous pathogenic factors, for the taiyang channel cannot protect the outside, the yangming Channel cannot protect the inside, which causes two yang is disregard. The lung is the florid canopy, through fur, closest to exogenous pathogenic factors. With two yang and one deficiency, lung cannot protect itself, which causes cough with dyspnea consequently. Using Xiaoqinglong decoction combined with other prescriptions can obtain a good clinical effect.

**Keywords:** Cai Changfu; Xiaoqinglong decoction; cough; academic thought

安徽民间老中医蔡长福精研伤寒六经辨证, 声誉远扬, 弟子遍布各地, 我们拜师蔡老门下耳濡目染, 得其言传身教, 感悟颇深, 我们把蔡老用小青龙汤治疗哮喘病的学术经验总结如下。

小青龙汤写在太阳篇上, 太阳风太阳寒到一定时候, 肺受寒, 时间久了肺就受病。大椎穴、肺俞穴也都在太阳经上。

肺通皮毛, 通十万毛孔, 与大肠相表里, 肺感冒, 有人认为肺没有感冒, 《伤寒论》没写方, 那是《伤寒论》没看懂。什么方? 小青龙八味药: 麻黄三两, 桂枝三两, 干姜三两, 细辛三两, 半夏半升, 五味子半升, 芍药三两, 炙甘草三两。那些药是做什么的? 是不是有甘草干姜汤在里面? 肺萎大口地吐白痰, 兼着表证无汗还喘。这几味药喝下去, 能量集中到肺, 太阴寒水能不化吗? 连带着化痰饮, 痰饮怎么化? 寒水化成汗水走掉了, 稠痰黏痰, 有半夏也就化掉往下走了。有的人肺门泡大, 不就是黏液覆膜, 肺门变小了, 喉咙发出吼吼的声音, 干姜把黏液化掉, 也就好了。

见过小孩久咳, 用小青龙病情好好坏坏, 第二天

来, 我原方不动, 又放石膏40 g, 杏仁20 g, 喝过就好了, 我注意他吐痰黏, 但还没有化黄痰, 化黄痰就严重了, 肺就受损了。这是青龙证时间久了化热而成。

有位老人家咳嗽很久了, 化了黄痰, 无汗, 小青龙有效, 病情好好坏坏, 我又用了这个思路, 石膏杏仁再加上黄芩射干, 射干就能化黄痰, 一付药也就好了。病不是治不掉, 辨证容易认证难, 就是我们认不清证。

通用小青龙汤就知道手太阴有病了。你再把小青龙条文仔细看看, 就知道怎么用了。

小青龙加上葛根方子又变了, 肺上就这几味药, 来回变, 赶到中焦病, 小柴胡汤, 桂枝汤。张仲景的思路就是这么清楚。

有的人脱衣服就咳嗽, 受凉就咳嗽, 小伙子中年人多, 早在肾亏过度, 甘草干姜汤, 大口白痰往外吐, 炙甘草领头多用, 干姜多用。这是肺虚肺寒, 这种太阳病长期不解, 一滴汗, 寒气直接入手太阴肺, 肺为华盖最为上, 离外感最近, 它跟太阳就靠在一起, 肾虚脾虚, 太阳受凉, 肺就直接受凉, 炙甘草60 g, 干姜30 g。严重了炙甘草可以用到80 g, 100 g, 120 g, 甘

草干姜比例2:1。桂枝汤不动加上干姜，一付药喝过就能好。这是阳旦汤。

还有一种脱衣服就咳嗽，吐的痰黏黄，难吐，黄芩汤就可以用上了，就是桂枝汤加上一味黄芩，这是阴旦汤。

有的人干活一累，一滴汗，心里就砰砰跳，双手要按着才好过一点，心阳虚，脚挛急，脚抽筋，这叫心悸，大汗淌过，突然心里受凉了，就要用上桂枝甘草汤，就是桂枝汤去白芍。有的人淌汗不敢脱衣服，脱衣服就怕冷，特别难过，用芍药甘草汤。这些都还是桂枝汤变来的。张仲景多么伟大，他把桂枝汤用神了，后人很难理解，有的人还把桂枝换掉用荆芥防风，有的人把白芍去掉用赤芍山楂，这都是没理解老祖爷的用意。老祖爷不但用白芍，还倍白芍。

#### 咳嗽医案实录：

**案1** 王某，女，40岁。2017年4月2日初诊。干咳，前年开始冬天咳嗽，嗓子痒，喝水缓解怕冷，无汗，颈椎还好，喜睡，易累，易困，有压力时头晕，后背冷，腰痛，纳可，喝水量大，小便频，不黄，憋不住，肚子胀，大便可。舌红干。处方：小青龙汤加当归四逆汤加小柴胡加白虎汤加麻附辛甘草干姜汤。药物组成：桂枝20g，五味子20g，白芍15g，柴胡30g，黄芩15g，生石膏30g，知母15g，干姜30g，炙甘草60g，麻黄15g，制附子20g，细辛15g，当归30g，生姜50g，红枣25g。5付12天，药后咳嗽好转。蔡师解析：患者血里没有热气，胃虚，支气管虚不可发汗，用当归四逆汤。晚上咳是肺的问题，白天咳是肺与胃的问题。这种咳嗽久治不愈就会发展成肺癆。我以前治疗一个把肋骨咳断两根的病人，我就用十全大补汤加麻黄治好的，那是太虚了。

**案2** 汪某某，男，61岁。2017年6月20日初诊。咳嗽7年，痰黄白黏稠，严重时暴咳，为了治疗咳嗽，拜访全国名医，服用1000多付中药，2009年在上海看病时，肺下叶开刀，拿掉一叶肺，之前身体很好，就这样越治越虚。

患者体胖，面暗，唇稍黑，纳可，肚子胀，咳嗽时整个后背痛，身上也痛，腹胀，时常口渴，喝水多，不及时喝水就吐白沫，不怕风吹。脉细软无力，寸脉不到顶，寸沉。

方一：桂枝柴胡各半汤合小陷胸合射干麻黄麻杏石甘汤麻附辛加减。药物组成：桂枝30g，白芍30g，炙甘草30g，柴胡40g，黄芩30g，天花粉30g，葛根60g，黄连20g，瓜蒌20g，麻黄20g，杏仁20g，生石膏60g，厚朴40g，射干20g，五味子20g，大黄20g，枳实20g，槟榔20g，细辛10g，制附片20g，干姜60g，生姜50g，红枣25g。1付3天水煎服。

方二：小柴胡汤合瓜蒌薤白桂枝汤加减。药物组成：柴胡苗40g，黄芩20g，炙甘草60g，天花粉20g，瓜蒌20g，厚朴40g，杏仁20g，枳实20g，桂枝20g，薤白30g，制附片20g，干姜30g，黄连20g，生石膏40g，知母20g，生姜50g，红枣25g。1付3天水煎服。

2017年6月28日复诊药后感觉好一些，肚子胀缓解，咳嗽时眼泪鼻涕往下流，动喘而咳。

方一：小青龙汤加甘草干姜汤炮。药物组成：干姜60g，炙甘草30g，麻黄15g，桂枝15g，细辛15g，五味子20g，姜半夏15g，白芍15g，紫菀15g，款冬花15g，生石膏40g，芦根30g，射干20g，杏仁15g，麦冬50g，黄芩20g。3付6天水煎服。

方二：枳实薤白桂枝汤合射干麻黄汤加减。药物组成：枳实20g，瓜蒌30g，薤白40g，桂枝10g，厚朴40g，干姜60g，炙甘草20g，茯苓40g，杏仁20g，射干15g，款冬花15g，紫菀15g，黄芩20g，五味子20g，黄连20g，麦冬50g。3付6天水煎服。

2017年7月11日药后暴咳消失，各症状好转，感觉舒服很多。

**案3** 齐某某，女，9岁。2017年10月4日发烧39度多来诊，无汗，怕冷，咳嗽暴喘，大便可。处方：姜半夏4g，生麻黄9g，桂枝9g，白芍20g，生甘草15g，细辛5g，五味子10g，干姜10g，生石膏20g，柴胡20g，黄芩10g，射干5g，款冬花5g，杏仁5g，生姜12g，红枣15g。1付4顿。

2017年10月5日药后发汗，热退身安。

因咳嗽暴喘继续治疗，咳时两肋痛，从很小到现在一咳就喘，去医院吃药，严重时候喷剂治疗，一直反反复复。处方：厚朴15g，桂枝15g，白芍15g，炙甘草15g，杏仁10g，陈皮10g，茯苓20g，姜半夏10g，射干10g，柴胡15g，黄芩10g，五味子10g，紫菀5g，干姜10g。4付10天2顿药后孩子家长自述病好了，继续把药服用完。

**案4** 朱某某，男，6岁。2018年1月15日初诊。咳嗽，喉中水鸡声，稍有黏痰，不算黄，流鼻涕，大便不好解。葛根2g，桂枝7g，麻黄6g，炙甘草10g，白芍10g，干姜10g，五味子6g，杏仁3g，紫菀5g，款冬花5g，生石膏10g，柴胡10g，黄芩6g，厚朴10g，枳实5g，槟榔5g，大黄8g，射干6g，姜半夏5g。2付5天。

2018年1月20日喉中水鸡声消失，咳消失，大便秘解，有时一天2次。蔡师解析不论什么咳嗽都是表虚脏腑虚，常常二阳合病，太阳虚阳明虚，久虚不能抗邪，二阳常常咳嗽，二阳就是太阳阳明，这两经最容易受风寒，二阳受风寒为何会咳嗽？

因为太阳经不能保外，（下转第85页）

# 浅谈恶性肿瘤病因病机之正虚癌毒<sup>※</sup>

屈帅勇<sup>1</sup> 马纯政<sup>2\*</sup>

(1 河南中医药大学硕士研究生2016级, 河南 郑州 450002;

2 河南中医药大学第二附属医院肿瘤科, 河南 郑州 450002)

**摘要:** 多数人均认为“癌毒”“正虚”是恶性肿瘤发生发展的主要病因病机。目前被认可的“癌毒”学说不仅包括病因之“癌毒”,也涉及其作为病机的内容。“正虚”是肿瘤发生发展的病因病机已成为共识,但其涉及的内容甚广,是一个概括性的总结,临床应根据实际情况加以辨别。

**关键词:** 癌毒; 正虚; 病因; 病机

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.033

文章编号:1672-2779(2018)-15-0079-03

## A Brief Discussion on the Pathogenesis of Malignant Tumor about Weakened Body Resistance and Cancer Toxin

QU Shuaiyong<sup>1</sup>, MA Chunzheng<sup>2\*</sup>

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;

2. Oncology Department, the Second Affiliated Hospital of Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

**Abstract:** The majority of people think that weakened body resistance and cancer toxin are the main pathogenesis of the occurrence and development of tumor. Currently the theory of cancer toxin includes not only the cause of cancer poison, but also involves its pathogenesis as the content. It has become a consensus that weakened body resistance is the pathogenesis of the occurrence and development of tumor. But it is a summary of clinical should identify according to the actual situation.

**Keywords:** cancer toxin; weakened body resistance; etiology; pathogenesis

随着现代饮食、生活节奏、工作方式等的不断改变,疾病谱也发生着巨大的变化,其中恶性肿瘤的发病逐渐上升,成为威胁人们生命健康的主要疾患之一。恶性肿瘤属于现代医学范畴,其病因病理至今仍不能十分明确,中医学参与恶性肿瘤的治疗以来,在预防术后复发、减轻放疗与化疗的副作用、术后身体机能恢复等方面取得了较为可观的效果,也在其病因病机方面作出巨大贡献,多数人均认为“癌毒”“正虚”是该病发生发展的主要病因病机,此文结合以往医家对恶性肿瘤的“癌毒”“正虚”的探讨作进一步的系统梳理,以飨同道。

### 1 病因病机之“癌毒”学说

**1.1 病因之“癌毒”** “癌毒”的提出是基于中医之“毒邪”理论,“毒”最早用于描述中药之性能,用于对中药的分类,如《神农本草经》“三品分类法”。至《瘟疫论》的问世,“毒邪”逐渐渗入“瘟疫”范畴,用来描述病因,后世医家在此基础上逐渐发挥,总结为“邪之甚者,为之毒”,包括外感六淫之毒和内生之毒如“风毒、湿毒、热毒、寒毒、火(热)毒、痰毒、瘀毒”。此为广义之癌毒,所有可以致癌的病因均可称之为“癌毒”,如钱伯文<sup>[1]</sup>认为肿瘤的形成与热毒关系密切,或外感热毒,或内生火毒。孙秉严<sup>[2]</sup>则认为癌的

发生是先内有脏腑功能、机体阴阳失调,加之六淫、外伤、七情诱发,逐渐累积而产生一种“毒”,并导致了“癌”的发生。

国医大师周仲瑛教授<sup>[3]</sup>首先系统地提出了“癌毒”的概念,认为“癌毒”为单独的一种致病因素,但这种致病因素不是生来具有,有其自身的形成原因和特点,其认为它的形成原因包括外邪侵袭、情志失调、饮食不节,它与毒邪、病邪、致癌物质、癌细胞等有相关性但又明显不同,具有猛烈性、顽固性、流窜性、隐匿性、损正性的特性。李忠等<sup>[4]</sup>认识到癌毒既与一般的六淫邪气不同,亦不隶属于内生五邪及气滞、血瘀、痰凝诸邪,而是由各种致病因素综合作用而产生的一类特殊毒邪。李俊玉<sup>[5]</sup>认为,癌毒包括了一切外源性致癌因素。凌昌全<sup>[6]</sup>提出癌毒是指已经形成的和不断新生的癌细胞或以癌细胞为主形成的积块。李栋等<sup>[7]</sup>则认为,肿瘤患者的本质为正虚,在此基础上,体内邪盛而生癌毒。癌毒与其它病理因素如痰浊、瘀血、湿浊、热毒多同时胶结存在,共同为病。

**1.2 病机之“癌毒”** “癌毒”既是恶性肿瘤的病因,也是其病机关键,可作为单一病机的总结。中医辨证论治主抓病机,病机是病变实质的反映,“审证求机”是中医理法方药过程中的关键环节,周仲瑛先生认为癌毒是恶性肿瘤的病机关键,恶性肿瘤的治疗务必以“消癌解毒”为首要。另“癌毒”与其它病因合而致病形成复合病机,但以“癌毒”的特点为主要表现,其中最多见

※ 基金项目:河南省中医药科学研究专项课题[No.2017ZY2104]

\* 通讯作者:mchzh666@126.com

的为痰(湿)、瘀。“癌毒”与痰瘀互结形成有形之肿块,作为其藏毒之所,留着不去,日久耗伤人体之气,正气无力抵抗毒邪,则导致其攻窜流注,形成新的肿块。有形之癌瘤停积,日久化热,可形成毒、瘀、痰(湿)、热的复杂病机,根据以上病机,分别形成了消癌解毒法、化痰散结法、活血化瘀法、化湿泄浊法、清热泻火法等。祁烁等<sup>[8]</sup>认为癌毒为阴毒、实邪,“阴成形有余”,易形成有形之肿块,并逐渐耗散,损伤人体正气,气滞、血瘀、痰凝是基本病机的外在表现,为机体肿瘤发病创造了必要的土壤环境,根本病机为气血阴阳不相顺接,“癌毒”是恶性肿瘤的病机的核心。

根据“癌毒”理论提出抗癌解毒为癌症的基本治疗大法。随着现代实验室研究逐渐对中医中药的深入,发现目前可以分为三类解毒抗癌药物,即清热解毒药如白花蛇舌草、半边莲、半枝莲、苦参、天花粉、凤尾草、土茯苓、山慈菇,这类中药可以诱导癌细胞的凋亡<sup>[9]</sup>;以毒攻毒类药物如蜂房、全蝎、水蛭、蟾蜍、斑蝥、蜈蚣、壁虎等,此类中药或可以抑制肿瘤细胞的生长,或可以直接杀伤癌细胞<sup>[10]</sup>;最后一类为软坚散结类,如急性子、石见穿、龟板、牡蛎、昆布、鳖甲、穿山甲等,肿瘤以“瘤体”为其主要的病灶,属有形之实邪,软坚散结类药物可以作用于瘤体,使其形散而气无所聚,从而抑制其转移<sup>[11-12]</sup>。

## 2 病因病机之“正虚”

### 2.1 病因之正虚

“积”与肿瘤异名而性质相似,现代多把肿瘤归属于“积聚”辨证论治。“邪之所凑,其气必虚”“壮人无积,虚人有之”。《医宗必读》所言:“积之成者,正气不足,而后邪气踞之”。明代申斗垣《外科启玄·论癌发》曰:“癌发四十岁以上,血亏气衰,厚味过多所生”。清代《外证医案汇编》云:“正气虚则成岩”。赵养葵在论噎膈时言:“惟男子高年者有之”。由此可见古代先贤早已认识到“积”的发生与正气不足有明确的关系。后世医家郁仁存<sup>[13]</sup>认为,内虚是肿瘤发生发展的关键因素。其所述内虚是指由于先天禀赋不足,或后天失养引起脏腑虚亏,或由于外感六淫、内伤七情、饮食不节等因素引起起气血功能紊乱,脏腑功能失调。刘嘉湘<sup>[14]</sup>认为“无虚不成瘤”,具体提出了“正虚致瘤,扶正治瘤”“扶正法治疗恶性肿瘤”“肿瘤是一种全身属虚,局部属实,本虚标实之病证”。他认为肿瘤的形成是在正气虚弱的情况下,六淫邪毒入侵机体,加之脏腑功能失调,终致血瘀、气滞、痰凝、毒聚等病理产物生成,内外致病因素合而致肿瘤形成。

### 2.2 病机之正虚

“正虚”是肿瘤发生发展的主要病机,正气的强弱直接关系到肿瘤患者的整体预后。正气不足包括气、血、阴、阳的不足,各种肿瘤涉及的脏腑不同,气血阴阳的亏虚也各有偏重。正虚存在于肿瘤患者的整个病程中,初期正气无力抗邪导致肿瘤的发

生,中晚期肿瘤一直存在体内损耗人体正气,导致病情恶化。刘嘉湘<sup>[15]</sup>教授认为肿瘤之正气亏虚责之于先天之肾和后天之脾胃,平调肾之阴阳、补益脾胃为治疗肿瘤的主要大法。肿瘤是一个局部属实,整体属虚的疾病<sup>[16]</sup>,肿瘤逐渐进展的过程亦即正气与邪气斗争的过程。肿瘤初期治疗虽以攻邪实为主,但勿要忘扶助正气;中晚期肿瘤不能被正气驱除体外,则逐渐耗损正气,正气愈虚,病情逐渐恶化;若及时保养正气,则有可能出现正邪相持的“带瘤生存”的状态<sup>[17-18]</sup>。赵志强<sup>[19]</sup>认为导致正虚的原因很多,各个脏腑原因不一,如肺癌多是由烟毒内熏、邪毒侵肺等伤及正气,正气难以御邪,邪毒久滞,逐渐累积成肿瘤;肝癌多由疫毒、酒毒、虫毒等因素伤肝,阻隔经络气血,日久成为积聚,留于胁下,酿生癌毒。田建辉<sup>[20]</sup>在前人的基础上结合现代对肿瘤的研究提出“正虚伏毒”为肺癌发病的核心病机,并认为“正虚”是指以脾肾亏虚、气阴两虚为关键,“伏毒”具有“毒自内生,深伏血道,内藏脏腑,流注全身,伺机为患,正盛则伏而不发,正虚则出而为病”的特征。

正气虚弱包括气血阴阳的不同,治疗也分补气、补血、温阳、益阴的不同,扶正以补气为首,现代药理研究表明,扶正可以提高机体的免疫功能,增强机体抗癌能力,养正积自除;其还可以改善癌症发生发展的免疫微环境,提高机体免疫功能,但有些扶正中药也有一定的杀灭或抑制癌毒的作用。

## 3 总结

恶性肿瘤属于现代医学病名,随着中医深入恶性肿瘤的治疗以来,逐渐形成了自己独特的见解,认为“正虚邪实”是其病理本质,因恶性肿瘤有其不同于其它疾患的特点,在前人的理论上并结合大量的临床实践,周仲瑛率先提出了“癌毒学说”,且逐渐完善,形成了完整的理论体系。恶性肿瘤的形成是一个正邪抗争、渐变的过程,涉及的病机变化复杂,“正虚”“癌毒”是对该病病因病机的一个高度概括,但并不是唯一,涉及的脏腑、病情、个体不同,也会有相应的变化,治疗上扶正与攻癌解毒也常常相辅相成,临床当思“变通”。

## 参考文献

- [1]钱伯文.肿瘤的辨证施治[M].上海:上海科学技术出版社,1980:12-13.
- [2]孙秉严.治癌秘方[M].北京:华夏出版社,1992:8.
- [3]程海波,吴勉华.周仲瑛教授“癌毒”学术思想探析[J].南京中医药大学学报,2010,25(6):866-869.
- [4]李忠,刘丹,刘杰,等.肿瘤中医“耗散病机假说”的建立和固摄法的提出[J].南京中医药大学学报,2006,22(3):140-142.
- [5]李俊玉.癌毒的病因病机及临证治法的概念探析[J].江西中医药,2005,36(8):14-15.
- [6]张金峰,凌昌全.癌毒学说运用经验[J].中医杂志,2008,49(8):693.
- [7]李栋,程海波,周红光,等.“癌毒”学说内涵探讨及“消癌解毒方”抗癌生物学机制研究[J].辽宁中医杂志,2011,38(12):2360-2361.
- [8]祁烁,陈信义,董青,等.中医肿瘤病机再思考[J].中医学报,2018(3):345-349.
- [9]潘磊,陈培丰.清热解毒中药抗肿瘤作用机理研究进展[J].中华中医药学

- 刊,2007,25(3):569-571.
- [10]章永红,章迅,叶丽红,等.论癌症以毒攻毒治法[J].南京中医药大学学报,2012,28(2):105-108.
- [11]李超,樊巧玲.从“毒邪”论治恶性肿[J].山西中医学院学报,2012,13(3):134-135.
- [12]王国娟,孙珏,余文燕,等.化痰散结法治疗肿瘤的研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(1):333-338.
- [13]唐武军,王笑民.郁仁存治疗肿瘤“内虚学说”初探[J].北京中医药,2011,30(3):186-188.
- [14]吴继.刘嘉湘扶正法治疗恶性肿瘤经验[J].辽宁中医杂志,2010,37(6):992-993.
- [15]任华萍.试论和法及其在肿瘤病治疗中的应用[J].上海中医药杂志,2008,42(5):26-28.
- [16]卢世秀.肿瘤治疗中的扶正祛邪与扶正抑邪探讨[J].世界科学技术:中医药现代化,2006,8(1):36-38.
- [17]林吉品.中医药治疗恶性肿瘤临证思考[J].实用中医内科杂志,2008,22(1):9-10.
- [18]赵智强,吴勉华,赵延华.论恶性肿瘤中医辨治体系的建立[J].中医杂志,2015,56(11):906-908.
- [19]田建辉.“正虚伏毒”为肺癌发病的核心病机[J].上海中医药杂志,2016,50(12):10-13.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:刘亚南 收稿日期:2018-04-15)

## 化瘀滋阴中药治疗复发性霉菌性阴道炎※

王 静

(武汉市中医医院妇科,湖北 武汉 430014)

**摘要:**复发性霉菌性阴道炎是妇科临床常见病、多发病,治疗手法多样,但难在如何防止复发。本人在临床上总结出治疗复发性霉菌性阴道炎的中医内服治疗方法,认为该病因脾失健运则不能运化水湿,致湿邪久蕴,变生带下缠绵难愈或愈后即发,阴虚内热,血热妄行,溢出血络之外而成瘀。自拟化瘀滋阴中药口服治疗复发性霉菌性阴道炎,现报道如下。

**关键词:**化瘀滋阴;霉菌性阴道炎;糖尿病;消渴;带下病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.034

文章编号:1672-2779(2018)-15-0081-03

### Removing Blood Stasis and Nourishing Yin Chinese Medicine in the Treatment of Recurrent Mycotic Vaginitis

WANG Jing

(Gynecology Department, Wuhan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hubei Province, Wuhan 430014, China)

**Abstract:** Recurrent mycotic vaginitis is a common gynecologic disease and frequently occurring disease. There are various treatments, but it is difficult to prevent recurrence. I summed up the treatment of recurrent mycotic vaginitis in traditional Chinese medicine, and thought that the cause of spleen transport lost health can not transport water wet, cause dampness of long connotations, cause leukorrhagia that lingering or easy to relapse. Yin deficiency heats, blood heat, overflow blood and blood stasis to become blood stasis. Self prepared Huayu Ziyin oral medicine for recurrent fungal vaginitis is reported as follows.

**Keywords:** removing blood stasis and nourishing yin; mycotic vaginitis; consumptive thirst; leukorrheal diseases

霉菌性阴道炎(VVC),又称外阴阴道假丝酵母菌病,是妇科临床常见病、多发病。复发性霉菌性阴道炎(RVVC)指霉菌性阴道炎一年内发作4次及以上<sup>[1]</sup>,是妇产科临床常见的顽固性疾病,75%的妇女一生中至少有1次霉菌性阴道炎发作,5%~10%的妇女表现为反复发作的复发性霉菌性阴道炎<sup>[2]</sup>。主要症状为外阴瘙痒、疼痛、性交痛、尿痛。随着广谱抗生素和甾体类激素的广泛应用,该病的复发率在逐年增高。复发性霉菌性阴道炎因为复发率高,症状痛苦,影响日常生活,对妇女身心健康造成很大影响,是门诊所见较多的难治疾患之一。尽管现在有很多学者对该病的治疗有了一定的研究,但在防止复发方面,至今仍未有新的突破<sup>[3]</sup>。目前文献报道该病的疗效判定标准着眼于真菌培养阴性,但尚未有观察复发的研究。发作时用治疗霉菌的栓剂阴道纳药,或配合口服抗真菌药物,治疗期间可以控制霉菌发作,但停药后会在短期内复发。有人用提高免疫力的疗法如香菇菌多糖片口服,或用

改善阴道环境的阴道益生菌药物等,均在短期内有复发,临床所见患者由于长期患病及用药而痛苦不堪,影响妇女身心健康,甚至因性交不适而导致夫妻感情不和。特别是一些复发性霉菌性阴道炎一即有免疫力低下患者,如糖尿病,或较长时间应用抗生素的患者等。笔者在临床工作中逐渐总结出治疗该病的经验,发觉除了急性发作期阴道纳药外,平时坚持配合化瘀滋阴中药内服,对防止复发有较好疗效。

霉菌性阴道炎属于中医“阴痒”“带下”范畴。《素问玄机原病式·附带下》:“故下部任脉湿热甚者,津液涌溢而为带下。”《丹溪心法》认为带下过多与痰湿有关,主张燥湿为先,佐以升提。《女科撮要》提出带下过多乃由脾胃亏损,阳气下陷所致,主张健脾升阳止带。《沈氏女科辑要笺正·带下》归纳带下病因为“总不外湿火、相火、阴虚”。明张三锡在《医学准绳六要·治法汇》中主张“阴中痒,亦是肝家湿热,泻肝汤妙”,同时又指出“瘦人燥痒属阴虚”。现代中医对复发性霉菌性阴道炎的中药内服的相关研究较少。有报道认为该病尤其是复发性霉菌性阴道炎与机体正气虚衰有关,主要涉及脾肾二脏。肾阳不足则气化失司,脾

※ 基金项目:武汉市中青年医学骨干人才项目【No.武卫生计生[2017]51号】

失健运则不能运化水湿，致湿邪久蕴，变生带下缠绵难愈或愈后即发。治疗原则须标本兼治，祛邪与扶正并举。现代医学认为复发性霉菌性阴道炎的发病机理与自身免疫力低下、阴道抗病力下降有关；体质是疾病产生的根本原因，且在疾病的发生、发展及转归过程中起主要作用，体质差往往会导致多种疾病的发生，而决定人体正气盛衰又与脾肾功能有关<sup>4</sup>。

### 1 病因病机

外感六淫，内伤七情，饮食劳倦所致肝郁脾虚，湿浊下注；素体阴虚，或久病失养，暗耗阴津，相火偏旺，阴虚失守，复感湿邪，伤及任带而致带下过多。淋雨涉水，或久居湿地，感受湿邪，蕴而化热，伤及任带而致，或脾虚生湿，湿蕴化热，阴虚内热，血热妄行，溢出血络之外而成瘀；或虚火久蒸，干血内结，瘀滞不通，久则瘀血不去，新血难生。邪热灼伤津液，造成血脉中津液不足，而致血行不畅，从而形成热瘀之证。

### 2 医案举例

患者王某，女，26岁，未婚，有性生活史，无孕产史。患I型糖尿病多年，用胰岛素泵治疗，血糖控制在正常范围。2012年9月2日初诊，主诉为反复发作霉菌性阴道炎4个月。患者就诊时诉4个月来每个月反复霉菌性阴道炎发作，阴道用药后可缓解，但下次月经干净后甚至停药后几天便又复发，曾在外院用臭氧治疗，仍无明显疗效，来诊时已自行阴道纳药，为求中医治疗前来本院门诊就诊。问病史，患者血糖控制可，月经周期规律，经期、经量、经色正常，稍有痛经。舌暗红，苔薄，脉细滑。二便尚正常，睡眠，胃纳可。糖尿病患者极易因阴道内环境的破坏和微生态的改变而并发霉菌性阴道炎，且糖尿病并发霉菌性阴道炎较为顽固，反复迁延难愈。本案患者已自行阴道纳药，一般经过抗霉菌的治疗，症状均会缓解。目前治疗的重点在于防止霉菌性阴道炎反复发作。该患者中医辨证为带下，证型为虚火上炎，瘀热蕴结。处方：熟地黄30g，肉桂3g（后下），龟板15g（先煎），牛膝10g，砂仁6g，苍术10g，生地黄30g，黄柏10g。共7剂，水煎服，日1剂，早晚各1次200mL分服，并嘱治疗期间勿同房。

2012年9月9日二诊，诉未发作霉菌性阴道炎，血糖正常，但睡眠欠安，上方加夜交藤30g，共7剂，服法同前。

2012年9月18日三诊，诉未发作霉菌性阴道炎，睡眠正常。9月16日月经来潮，稍感痛经。上方去夜交藤，加元胡10g。患者一直坚持复诊，中药内服2个月，第2个月无痛经症状，且2个月未有霉菌性阴道炎发作。之后1年随诊，一直未复发，血糖正常。

### 3 讨论

霉菌性阴道炎，中医称为“带下”“阴痒”的范

畴。故治疗以清热、利湿、解毒、杀虫、止痒为法。并且近年来随着各种抗生素的滥用，导致阴道内菌群失调，均能使念珠菌侵入阴道，明显增高了念珠菌性阴道炎的发病率，导致对于药物的治疗要求比较高。在其发病因素中，包括糖尿病、服用避孕药或抗生素、雌激素的应用、偏嗜甜食等。临床以外阴、阴道瘙痒疼痛、白带增多、腰痛、尿频、尿急、尿痛等症状为主，中医学认为其病机主要为湿热下注。清朝萧垞著所著《妇科经论》中记载：“妇人阴痒，多属虫蚀所为，始因湿热不已”。《傅青主女科》云：“夫带下俱是湿证。”古今医家论治“带下”均以湿热为主要病机，中医脏腑病机认为，“带下”是由于肝、脾、胃功能的失调，肝经湿热或肝郁，脾虚化火生湿，湿热之邪随经下注，蕴结阴器或湿热久蕴生虫，发为阴痒，甚则为痛<sup>5</sup>。故除湿止痒为本病的广泛治则。

但本人临床所见，大多复发性霉菌性阴道炎的患者舌苔并无湿热之黄腻苔，反而是舌质暗红，无明显舌苔，湿热之症候不显，观其舌脉，反而是瘀热之象，虚火上炎，真阳不能下潜，胞脉气血不通，湿、热、瘀不能化，蕴结于下焦所致。现代医学认为，念珠菌通常是一种腐物寄生菌，可生存在正常人体的皮肤、黏膜、消化道或其他脏器中，有时在阴道中存在而无害。但在机体抵抗力降低的条件下，可变为致病的因素。因此，生殖道抵抗力减低是感染的重要因素<sup>6</sup>，在1~2周的阴道炎急性发作的治疗期间，因为用药，则阴道炎症消失，但停药后，阴道黏膜并未完全修复，有很多细小的创面，此时的阴道黏膜非常脆弱，抵抗力降低故又感染念珠菌。所以，停药间隔期间坚持中药内服，对阴道黏膜的修复、生长，平衡阴道的酸碱度，大有裨益。中医认为，肝经络阴器、主藏血为风木之脏；肾藏精主生殖，开窍于二阴，补肝肾填精，方能增强正气，抵御外邪。

本人所用方药，并无常见清热利湿之品。而以熟地黄为君药，熟地黄性甘，微温。归肝、肾经，补血养阴，填精益髓；用生地黄取其清热生津之作用，现代药理研究表明地黄可增加细胞免疫功能，促进网状内皮系统的吞噬功能和增加外周血T淋巴细胞的作用<sup>7</sup>；带下、阴痒病反复发作，病灶在下焦，但患者舌质红，脉细，辨证属阴虚内热，是肾中虚阳上浮。肉桂引火归元，补火助阳，如《本草从新》载有：“肉桂，辛甘大热……气厚纯阳……补命门相火之不足……引无根之火，降而归元”；龟板，其功效为滋阴、潜阳、补肾、健骨。临床常用于治疗肾阴不足、骨蒸劳热、带下、腰痛、阴虚风动等病证。《本经》曰：“主漏下赤白，破癥瘕……”。《本草通玄》认为：“龟甲咸平，肾经药也。大有补水制火之功……”。由上可知，龟板运用于妇科临床历史悠久，现代临床仍用于滋阴，潜阳，补肾，专补阴衰，善滋肾损。现代医学表明，养阴药有直接消散血凝的作用，养阴方

可从驱邪和扶正两方面达到调节免疫的目的,养阴生津法可以增液生津,使津液充沛,则血液化生有源,血液充足,又可濡养脏腑,脏腑得以濡养,才可以发挥正常的生理功能<sup>[1]</sup>;配伍一味化痰药牛膝,牛膝的功效如《寒温条辨》记载:“牛膝,生用其性下走如奔,破血症,通经闭,引诸药下行”。除了活血化痰外,还可引药下行,直达下焦病所,并可补益肝肾;苍术燥湿健脾,用于湿阻中焦,治疗脾虚湿聚,水湿内停。尹秀芝等<sup>[2]</sup>对苍术的萃取物进行了系统的多梯度体外抑菌实验,结果显示苍术对15种真菌有不同程度的抑制作用;黄柏性寒而沉,归肾经和膀胱经,能清热燥湿,泻火解毒,消肿祛腐。牛膝、苍术、黄柏为三妙丸,为主治湿热下注之经典方,方药中配伍砂仁健脾祛湿,并可防止方中熟地黄滋腻碍胃。反复阴痒为患,热盛伤津,湿热为患亦有不少,因湿热内滞,气化不展,伤阴损阳,久则因实致虚,虚虚实实,虚实夹杂,故治疗以三妙丸清热燥湿,使热清湿去,气机畅通,则阴生阳长,全方清利不伤阴,滋补不助湿热,泻中有补,寓补于泻,更佐活血通络,使湿热渐去,阴平阳秘,病情告愈<sup>[3]</sup>。全方共奏滋阴潜阳,

清热化湿之功。复发性霉菌性阴道炎长期发作,因自身免疫力下降,属功能性疾病,提高正气乃治疗之道。在很多功能性疾病的治疗上,中医方法简单,并且有其独到的治疗效果。中医界应保持自身应有传统思维模式,在治疗方式上应采取最有效最简洁的方法<sup>[4]</sup>。

#### 参考文献

- [1] 丰有吉,沈铿.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:268-269.
- [2] 余琳,苏凌春.中药调周法配合克霉唑栓治疗复发性念珠菌阴道炎的疗效观察[J].河南医学研究,2014,23(5):27-30.
- [3] 王平珍,徐建梅,张健民,等.中医升阳除湿法加外用药物治疗霉菌性阴道炎临床观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(5):40-41.
- [4] 刘丽芬,柴天川.扶正方药对复发性念珠菌性阴道炎小鼠模型的抗真菌作用研究[J].时珍国医国药,2009,20(3):535-536.
- [5] 任桂华,张静.加味桂芍四妙汤配合中药外洗治疗复发性霉菌性阴道炎临床观察[J].时珍国医国药,2013,24(6):1467-1468.
- [6] 王朴.生地黄的现代药理研究与临床应用[J].中国中医药现代远程教育,2008,6(8):986.
- [7] 李航,杨少山.浅谈阴虚血瘀的机理及其治法[J].中医杂志,2011,52(23):2062-2064.
- [8] 邓爱平,李颖,吴志涛,等.苍术化学成分和药理的研究进展[J].中国中药杂志,2016,41(21):3904-3913.
- [9] 朱存成.三妙丸的临床应用[J].陕西中医,2011,32(11):1547.
- [10] 张晓春,黄尊华,王艳宇.复发性念珠菌性外阴阴道炎中医药治疗思路[J].四川中医,2009,27(12):49-51.

(本文编辑:李海燕 本文校对:曾春晖 收稿日期:2018-05-08)

## 血尿方联合来氟米特治疗紫癜性肾炎血尿经验浅析

邢楠楠<sup>1</sup> 丁 樱<sup>2\*</sup>

(1 河南中医药大学研究生处,河南 郑州 450000; 2 河南中医药大学第一附属医院儿科,河南 郑州 450000)

**摘要:**紫癜性肾炎是过敏性紫癜最严重的并发症,临床中分为多种类型,主要以蛋白尿和(或)血尿为主,临床治疗较难。丁樱教授治疗紫癜性肾炎临床经验丰富,且擅长中西医结合治疗。血尿是紫癜性肾炎发病过程中最常见的临床表现之一,主要表现为肉眼血尿或镜下血尿,因其病情顽固,病程长,易反复,一直是临床中面临的极为棘手的问题。丁樱教授根据多年临床经验,予自拟血尿方联合来氟米特治疗紫癜性肾炎血尿型取得良好的临床效果。来氟米特作为新兴免疫调节药物,具有很好的消除血尿和蛋白尿的功能,血尿方则发挥其凉血止血、活血化痰的功效。

**关键词:**紫癜性肾炎;血尿;血尿方;来氟米特;血淋

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.035

文章编号:1672-2779(2018)-15-0083-03

### Analysis on the Experience of Hematuria Prescription Combined with Leflunomide in Treating Hematuria of Henoch-Schonlein Purpura Nephritis

XING Nanan<sup>1</sup>, DING Ying<sup>2</sup>

(1. Graduate Department, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Department of Pediatrics, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** Henoch-Schonlein purpura nephritis is the most serious complication of Henoch-Schonlein purpura, and is divided into various types in clinical medicine. Professor Ding Ying is experienced in the treatment of Henoch-Schonlein purpura, nephritis is and specializes in integrated Chinese and Western medicine treatment. Hematuria is one of the most common clinical manifestations in the pathogenesis of Henoch-Schonlein purpura nephritis, mainly manifested as hematuria of the naked eye or microscopic hematuria, because of its stubborn condition, long course and easy repetition, and it has been a very difficult problem in clinic. Based on years of clinical experience, Professor Ding Ying has been given a good clinical effect in treating Henoch-Schonlein purpura nephritis with leflunomide combined with leflunomide. Leflunomide as a new immune regulatory drug, has a good elimination of hematuria and proteinuria function, hematuria side play its cooling blood to stop bleeding, blood circulation effect of stasis.

**Keywords:** Henoch-Schonlein purpura nephritis; hematuria; hematuria prescription; leflunomide; blood stranguria

紫癜性肾炎即过敏性紫癜时肾实质的损害,是儿科最常见的继发性肾小球疾病,也是过敏性紫癜最严

重的并发症。杨霏云等<sup>[1]</sup>报道大约20%~60%的过敏性紫癜患儿病程中可伴尿检异常,若以肾活检为准,则90%以上的患儿有不同程度的肾损害,可直接影响过敏性紫癜的预后。丁樱教授系全国第四批名老中医药

\* 通讯作者:dingying3236@sina.com

学术经验指导老师，在近40余年小儿肾脏病的临床实践中，治疗小儿紫癜性肾炎（HSPN）方面积累了丰富的经验，笔者有幸跟随恩师临床学习，受益良多，现将导师治疗肾性血尿的一部分经验介绍如下。

### 1 病理病因病机

本病的病理改变为继发性紫癜性毛细血管内皮增生性肾小球肾炎，主要表现为血尿和蛋白尿。目前对HSPN的认识主要集中于以IgA为主的免疫球蛋白与补体结合形成免疫复合物沉积在肾小球内，同时可伴有IgG、IgM沉积，引起系膜增生而出现一系列血尿、蛋白尿等肾脏损害表现<sup>[2]</sup>。除此之外，如遗传、炎症介质、凝血机制等因素也对本病产生一定的影响，这与中医之血瘀凝滞的理论相符。肾性血尿，分为肾小球性和非肾小球性血尿，主要表现为肉眼或镜下。中医将其称为“溺血”“尿血”“血淋”等。恩师根据多年丰富的临床经验及患儿的舌苔脉象，认为本病病机为风热相搏或血热妄行，或日久瘀血阻滞导致血液不循脉道而溢出脉络之外，从而造成紫癜反复新出，缠绵难愈。因此认为“热”“虚”“瘀”为本病的根本病机特点，强调该病早期以“风热”“血热”为主，治法当疏风清热凉血；后期以“阴虚”“气虚”为主，治法则当养阴益气；血瘀贯穿该病始终，兼以活血化瘀。此乃治疗本病的关键<sup>[3]</sup>。

血尿属“血症”范畴，虽经典中医理论认为止血为治疗血症的重要方法之一，但丁樱教授指出，对于血尿的治疗若单纯使用大量止血药，易造成出血虽止，瘀血内留之弊，故在临床中常可见病情反复缠绵不愈，给患儿及家长造成困扰。因此丁樱教授强调无论血尿之新久，病程之长短，在运用止血药的同时需适当佐以活血化瘀药，或使用既能止血又能活血的药物，做到止血而不留瘀，从而提高止血疗效，印证了“瘀血不去，新血不归”“祛瘀止血”的中医理论。血尿方即是遵循“扶正祛邪、养阴清热、化瘀止血并用”的原则提炼而成，其组成为：生地黄、牡丹皮、三七粉、茜草、仙鹤草、白及、大蓟、小蓟、当归、黄芩、连翘、旱莲草、女贞子、甘草。临床应用效果显著。

### 2 医案举隅

李某，男，10岁，31 kg。2016年1月6日初诊，以“腹痛20天，双下肢皮肤紫癜16天，发现尿检异常1天”为主诉至我处就诊，查尿常规：尿蛋白2+，隐血-，24 h尿蛋白定量：2079.21 mg/24 h，990.21 mg/L，67.07 mg/kg，诊为“紫癜性肾炎”收入我病区。住院期间行肾脏穿刺术，肾脏病理示：HSPN（IIIa，小球

纤维细胞性新月体6.67%）。经全科病案讨论后决定以足量激素联合雷公藤多苷片治疗，出院后规律在我院门诊就诊，经3月治疗后患儿尿蛋白持续转阴，但尿隐血持续波动在（+~3+），家长为求进一步治疗遂至丁老师处初诊（2016年4月22日）。症见：紫癜无新出，未诉不适，舌质红，苔黄厚，纳差，眠可，二便调。查尿常规：尿蛋白-，隐血2+，尿红细胞3~6 HP。丁樱教授中医四诊后指出，该病属中医“血尿”范畴，病情考虑可能与反复感染有关，兼内热积盛，脾虚纳差，治疗当以“清热解毒，活血化瘀”为原则，处方以血尿方加减，具体用药如下：生地黄15 g，牡丹皮10 g，墨旱莲15 g，茜草15 g，酒女贞子15 g，白及15 g，当归10 g，以清热凉血活血止血；藕节10 g加强止血功效；大小蓟10 g，仙鹤草10 g，黄芩10 g，连翘15 g以清热解毒；鸡内金10 g，砂仁6 g以理气健脾；甘草3 g，黄精15 g以补气养阴，健脾益肾，二者共为佐使。日2次温服。

2016年5月17日二诊：患儿未诉特殊不适。查尿常规：尿蛋白-，隐血3+，尿红细胞212.3/μL，镜下红细胞+/Hp。西药继续当前用量，中药守4月22日方，此次复查尿红细胞数较前增多，实验研究表明三七可缩短凝血时间、凝血酶原时间和凝血酶时间，同时增加血小板数，提高血小板的黏附性，并诱导血小板释放ADP，血小板凝血因子Ⅲ和Ca<sup>2+</sup>等止血活性物质，发挥止血作用<sup>[4]</sup>。同时实验研究表明三七还具有活血化瘀的作用，可抑制血小板聚集作用，可明显抗凝，防止血液黏度增加<sup>[5]</sup>以止血不留瘀，遂加三七粉1.5 g，日2次温服。

2016年6月7日三诊：患儿低热，体温最高为37.8℃，咽红，纳眠可，二便调。查尿常规：尿蛋白-，隐血±，镜下红细胞3~6 Hp。西药继续前用量，中药守二诊方，因血尿与感染，尤其是上呼吸道感染有关，故急则治其标，根据经验予柴胡15 g，鱼腥草20 g，以疏风解表，清热解毒，1周后自行减去所加2味药。

2016年7月5日四诊：患儿在家自测尿蛋白持续-，尿隐血波动在（--~+）因饮食生冷，腹泻，纳少，眠不安，余未诉不适。查尿常规：尿蛋白±，隐血3+，镜下红细胞6~10 Hp。西药继续当前用量，效不更方，故继续守4月22日方，加芡实15 g以固肾涩精，根据相关文献研究显示芡实具有消除轻度尿蛋白的功效<sup>[6]</sup>。加酸枣仁20 g以宁心安神，日2次温服。

2016年7月26日五诊：患儿未诉特殊不适，纳可，眠不安，二便调。查尿常规：尿蛋白-，隐血-，镜下

红细胞0~1 HP。来氟米特按照原量继服7周后，每隔4周减5 mg至减停。患儿目前病情稳定，主要以眠不安为主，故加夜交藤20 g，酸枣仁加至30 g以安眠。随后定期复诊，尿蛋白持续-，隐血持续-，于2016年12月13日停药后患儿病情稳定，随访1年病情未反复。

### 3 讨论

血尿方为丁樱教授的临床经验用方，多年来用于治疗HSPN血尿，特别是难治性紫癜性肾炎血尿常年不消者，常效如桴鼓。血尿方药物组成：生地黄、牡丹皮、三七粉、茜草、仙鹤草、白及、大蓟、小蓟、当归、黄芩、连翘、旱莲草、女贞子、甘草。生地黄、牡丹皮、大蓟、小蓟凉血止血；三七、茜草化瘀止血；白及、仙鹤草收敛止血；当归活血养血；黄芩、连翘清热解毒；墨旱莲、女贞子调肝补肾；甘草调和诸药，集凉血止血、化瘀止血、收敛止血、活血养血于一方之中，符合“止血不留瘀”的理论，同时又兼清热解毒、调肝补肾。丁教授认为扶正与驱邪相辅相成，任何阶段都不能顾此失彼，故宜攻补兼施，临床应用中常随证加减，若兼风热或伴咽部感染加金银花、凌霄花、猫爪草、冬凌草、桔梗、木蝴蝶等，以清热解毒，清利咽喉；兼血热，加水牛角、紫草；兼阴虚，加知母、黄柏；气阴两虚，加黄精。本案例中患儿初诊时可见尿隐血波动，故辨证为血热妄行兼血瘀，患儿长期应用激素，易造成阴虚火旺，后期治疗注意滋阴养血为主。舌质红，舌苔黄厚，考虑患儿内有中焦湿热，阻滞气机，影响脾的运化，使血热妄行兼脾不统血，遂加入砂仁、鸡内金等消积清热，藕节以加强凉血化瘀之效，黄精以益气养阴，四诊时患儿见尿中有微量蛋白尿，考虑患儿已持续转阴，不予过度用药，辅以芡实帮助恢复脾肾功能，防止精微物质漏出，消除蛋白尿。后续患儿蛋白及隐血持续转阴，逐渐减量至停药。

张格妙等<sup>[7]</sup>研究发现来氟米特是一种新型的、相对低毒并且具有抗细胞增殖和免疫抑制作用的免疫调节药，为人工合成的异恶唑类药物，它通过多种途径调节免疫反应，抑制二氢乳酸脱氢酶活性而抑制噬啉的

从头合成，抑制B细胞增殖，减少抗体生成，抑制酪氨酸激酶活性和细胞粘附，影响细胞信号转导对中性粒细胞趋化和对辅助性Th1细胞的活化有抑制作用，由于来氟米特以上独特的免疫抑制作用，以及临床使用中发现的疗效好、安全等优点，近年应用来氟米特治疗紫癜性肾炎的血尿和蛋白尿均有良好疗效。国内有对照研究显示来氟米特对于尿蛋白和血尿的消失有明显疗效，同时还可以明显改善肾功能。丁师临床治疗紫癜性肾炎血尿型常以血尿方加减配合来氟米特使用，运用来氟米特时按照0.3~0.5 mg/(kg·d)，首次加倍连用3天。直至转阴后可考虑减量（具体减量计划应根据患儿对于药物敏感度及隐血消失时间）。

此外，在临床跟诊过程中，丁教授提到过敏性紫癜的反复与过敏性因素及感染性因素密切相关，感染因素中最常见的是咽部感染，都修波等<sup>[8]</sup>认为咽部感染的轻重与血尿的病情变化有直接密切的关系，临床上肾炎患者常有反复扁桃体炎病史。对于血尿的治疗应在止血的同时清除感染灶，遵循“攻补兼施”“驱邪务尽，善后务细”的原则。总之，过敏性紫癜是一种变态免疫反应，治疗是为了维持体内环境的稳定，来氟米特联合中药正是起到如此之效，故在临床中对肾性血尿止血兼活血，祛邪扶正，中西医结合方能取得良好的效果。

### 参考文献

- [1]杨霏云, 自克敏. 小儿肾脏病基础与临床[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000:236, 238.
- [2]秦黎, 刘雁, 李平, 等. 儿童毛细血管内皮增生性紫癜性肾炎 50 例临床与病例分析[J]. 临床儿科杂志, 2018, 36(1):30-34.
- [3]管志伟, 丁樱. 活血化瘀法联合雷公藤多苷片对小儿紫癜性肾炎凝血状态影响[J]. 中国中西医结合儿科学, 2010, 2(4):312.
- [4]张玉萍, 余琼. 三七素的止血活性及其神经毒作用实验研究[J]. 山东中医杂志, 2010, 1(29):43-45.
- [5]金楠, 周莉. 三七花中总皂苷对大鼠血液流变学的影响[J]. 中国药师, 2007, 10(12):1193-1195.
- [6]杨晓曦, 张庆林. 中药芡实的研究进展[J]. 国际药学研究杂志, 2015, 42(2):160-162, 164.
- [7]张格妙, 崔建军, 方琪玮. 来氟米特治疗小儿紫癜肾炎临床观察[J]. 中国药物与临床, 2015, 15(11):1616-1618.
- [8]都修波. 丁樱教授小儿肾性血尿症治经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(7):80-81.

(本文编辑:李海燕 本文校对:范淑华 收稿日期:2018-04-15)

(上接第78页)阳明经不能保里，肺上两阳不顾，肺为华盖，离外感最近，两阳一虚，肺不能自保，只要咳嗽那就离不开肺，肺通皮毛，也有表证，太阳表证那就是桂枝汤，阳明表证葛根汤，肺也有表证，仲景留下小青龙汤，两阳夹一阴，常常招外邪，人体生病就是这样来的。

不化热两阳夹一病还好治，就怕体虚久病，太阳

久虚常常不解，阳表表虚葛根汤证常常不解，阳明经化经热，一时化了经热，这样的咳嗽两阳夹一阴就不好治疗了，我们临床上任意加减，桂枝汤葛根汤小青龙汤，有寒加热药，有热加寒药。如果柴胡证出现胸胁苦满，柴胡汤任意加减。如再耽误下去，经热常常不解，致生肺病，可能预后不良。

(本文编辑:李海燕 本文校对:何乃文 收稿日期:2018-05-04)

# 内外结合治疗复发性流产的理论探讨及临床治验

沈 华 张文红

(山西中医学院附属医院不孕不育科, 山西 太原 030024)

**摘要:** 复发性流产是目前临床上比较常见的疾病, 相当于中医“滑胎”“数堕胎”, 其病因复杂多样, 西医常针对病因治疗, 效果不明显, 而中医治疗复发性流产, 将月经周期分为卵泡发育期、卵泡期、排卵期、黄体期、月经期五个周期进行调治, 同时结合中药热敷外治法, 以达到孕前“预培其损、暖宫助孕”的原则, 待怀孕后中西医结合保胎治疗, 临床疗效显著。  
**关键词:** 复发性流产; 滑胎; 预培其损; 内外同治; 保胎

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.036

文章编号:1672-2779(2018)-15-0086-02

## Theoretical Discussion and Clinical Experience on the Combination of Internal and External Therapy in the Treatment of Recurrent Abortion

SHEN Hua, ZHANG Wenhong

(Infertility Department, the Affiliated Hospital of Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030024, China)

**Abstract:** Recurrent abortion is a relatively common disease in clinical practice at present, which is equivalent to "slippery fetus" and "number of abortions" in traditional Chinese medicine. Its etiology is complex and diverse. Western medicine often aims at etiological treatment, but the effect is not obvious. TCM treatment of recurrent abortion divides the menstrual cycle into five periods: follicular development, ovulation, luteal phase and menstrual period. At the same time, combined with the Chinese medicine hot compress external treatment method, pre-pregnancy and pre-culture its damage was achieved. The principle of "warm uterus is to help pregnancy", combined with integrated traditional Chinese and western medicine after pregnancy, and the clinical efficacy is remarkable.  
**Keywords:** recurrent abortion; habitual abortion; preculture; internal and external treatment; fetal preservation

复发性流产(RAS),是指妊娠12周以内连续3次或3次以上妊娠终止,出现的自然流产<sup>[1]</sup>。复发性流产的发病原因复杂,主要与解剖、内分泌、染色体、感染、免疫等因素有关。有研究表明,40%~50%的复发性流产与免疫因素有关,其中与抗心磷脂抗体(ACA)、抗精子抗体(AsAb)、封闭抗体的缺乏等因素密切相关<sup>[2]</sup>。该病中医称之为“滑胎”“数堕胎”<sup>[3]</sup>。其病名首见于叶天士《叶氏女科证治·安胎》,书中曰:“妊娠有三月而堕者,有六七月而堕者,有屡孕屡堕者,由于气血不足,名曰滑胎”。

近年来,该病的发生呈上升趋势,其病因及治疗越来越受到人们的重视。中医在治疗此病时,推崇孕前温补肾阳,滋补肾阴,燮理阴阳,预培其损,内外同治;孕后中西结合,补肾益气,养血安胎,以固胎元,取得良好效果。

### 1 孕前调养 预培其损 内外同治

复发性流产患者妊娠前后多是由于脾肾素虚,过劳伤肾,或思虑过度,劳伤心脾,脾肾亏虚,气血衰少,胎失所养,致停止发育,胎气不固,屡孕屡坠。或由于肝郁脾虚,日久化热,扰及冲任,致胎元不固,胎失所养而成。《校注妇人良方》谓:“夫人以胃气壮实,充任荣和,则胎得所,如鱼得渊。”因此,未孕之前的调养尤为关键。流产后应严格避孕一段时间,在此期间投以温肾健脾、补益气血之药,同时,给予暖宫温通之中药热敷下腹部,待肾气充、脾气旺,气血充盈之时再摄精成孕,方能孕而长养,且能瓜熟蒂落。

《妇科要旨·种子》曰:“种子之法,即在于调经之中”,即“调经”是“种子”的重要手段。根据月经生理过程中阴阳消长、气血盈亏的规律变化采用补肾调周,循期辨证的方法调理月经,使月经规律地满溢泻以达到孕前调养的目的。

#### 1.1 内治法

**1.1.1 卵泡发育期** 卵泡发育期,约为月经周期的第4~13天,此期卵泡逐渐发育成熟,雌激素水平相应升高,子宫内膜增生,即中医所说的阴长阳消期。每次月经过后,血海空虚,需要一个逐渐蓄积恢复的过程,即卵泡发育过程。卵泡的发育与阴精的滋长相关,根据此特点,采用补养肾精,化生气血之品,使精血充盈,气血和调,以达到促进卵泡发育并长成的目的。药用熟地黄、炒山药、女贞子、枸杞子、当归、川芎、菟丝子、仙灵脾等。同时,根据“孤阳不生,独阴不长”的理论,于补阴药中适当加入补阳之品,正所谓“善补阴者必于阳中求阳”之理。

**1.1.2 排卵期** 排卵期约为月经周期的第14天,此期是卵泡成熟至排卵的时期,是重阴转化为阳的重要时期,亦是调月经,促生育的关键时期。针对该期特点,主要采用补益肾阴肾阳,活血化瘀以促进排卵,方药:红花、桃仁、仙茅、仙灵脾、赤芍、泽兰叶、三棱、莪术、鸡血藤、路路通等。同时嘱患者树立排卵意识,在性生理上唤起原有节律活动,诱发排卵。正如袁了凡所言“凡妇人一月经行一度,必有一日氤氲之候……顺而施之,则成胎也”之论。

**1.1.3 黄体期** 黄体期,约为周期的第16~28天,即排卵

后至行经前的时间,正常为14天左右,中医学认为此属于阳长阴消期。排卵后黄体形成,分泌黄体激素,基础体温上升,呈双相曲线,阳开始生长,阳长则阴消,物质转化为能量,子宫内膜在增生的基础上呈现分泌现象,为孕卵着床准备条件。用药以温补肾阳为主,药用:熟地黄、仙茅、仙灵脾、肉桂、鹿角霜、覆盆子、炒山药、党参等。

**1.1.4 月经期** 月经期是黄体退化,重阳转阴之时。排卵后,女子体内阳长阴消,重阳必转阴,转化的结果是排泄月经。治疗应因势利导,采用养血活血调经,药用以桃红四物汤加减。

中医学认为,肾为先天之本,主封藏与生殖。胞络系于肾,肾气以载胎。脾为后天之本,气血生化之源,先天肾气又赖后天脾胃水谷之精所濡养。脾气健运则气血充足,胎得所养。肾气壮实,冲任自固,则孕育正常。因而在补肾的基础上,根据气血阴阳的消长、转化,调整月经周期,可以达到促进卵泡发育,恢复正常排卵,纠正黄体功能不健的作用,从而建立起正常的月经周期,为受孕创造良好的条件,同时,从根本上恢复患者的阴阳消长转化平衡,使人体真正达到阴平阳秘的状态,改善机体的生殖免疫功能,预防再次流产的发生。

**1.2 外治法** 在治疗复发性流产时,常嘱患者避孕3~6个月,夫妻双方避孕期间往往采用中药热敷疗法,此疗法是传统中医外治法之一,结合药物与热敷的双重作用,疗效明显,在临床中应用以达到暖宫温通,调理助孕的目的。

具体方法:选用当归、川芎、艾叶、香附、桂枝、熟地黄、白芍、鹿角霜、乌药、吴茱萸、路路通、鸡血藤等药物包入纱布包中,放在冷水里浸泡20 min,然后上锅蒸煮,蒸煮期间可加入少许透皮剂,蒸煮60 min后取出,用毛巾将热敷包包裹置于下腹部,每次20~30 min,每日1次。此方法简单,易于操作,患者在家可自行治疗。使用3个月后,停止治疗,可自行受孕。

## 2 孕后保胎 以固胎元

胎元不固的主要原因是气血亏虚,肾气不固。孕后胚胎着床,有赖母体气血以养之。肾为先天之本,肾精充足,则胎元健固;脾为后天之本,脾气健运,气血充盛,则胎元得养。但此时阴阳气血有偏,易受邪扰,需根据孕妇身体状况适当调理。临床上多采用补肾健脾,补益气血、调理冲任之法健固胎元。同时应及早安胎,即使没有出现胎漏、胎动不安的征象,也需辨其证候,积极保胎治疗,一般应治疗至超过以往流产的孕周,以防再次堕胎。

“胞络者系于肾”,肾气不足胎失所系,必致滑胎,因此,自拟滋肾保胎方。方中使用熟地黄、炒山药滋阴补肾、养血益精;菟丝子补肾填精;枸杞子、续断固肾

强腰以系胎;杜仲、桑寄生补肝肾以安胎;黄芩、炒白术为安胎之圣药,诸药合用,共奏益气健脾、固肾安胎之功。现代药理学研究证明,菟丝子能兴奋性腺轴功能,有绒毛膜激素样作用,使黄体生成素增加,有利于妊娠的正常进行;续断含有大量维生素E,有抑制子宫收缩及镇痛作用,可促进子宫发育;杜仲、桑寄生有镇静镇痛作用;炒白术、黄芩有抑制子宫收缩的作用;杜仲、菟丝子、黄芪、桑寄生调节免疫功能。诸药合用,有很好的疗效。如有阴道出血可加苎麻根、茜草炭、煅龙骨、煅牡蛎、乌贼骨等药物收涩止血,清热安胎。在使用中药的基础上加用绒毛促性腺激素及黄体酮肌注以提高黄体功能,促进蜕膜组织生长,有利于孕卵的生长发育,并有抑制子宫收缩的作用。同时配合心理调护,使患者思想负担减轻,诸气顺通,疗效显著。

## 3 医案举隅

患者,赵某某,28岁,2013年10月初诊,自述结婚2年,自然流产2次,均于停经50余天,胎停育后自然流产,平素月经后推,3~5个月一潮,量少,色暗红,有块,乳房胀痛,经期腹痛、憋胀,烦躁易怒,舌质淡红,苔薄白,脉细弱。末次月经:2013年9月28日。辨证属肾虚血瘀型,方药:当归15 g,川芎15 g,川牛膝12 g,桃仁15 g,红花15 g,三棱9 g,莪术9 g,炒白术15 g,炒山药15 g,杜仲15 g,川断15 g,胆南星10 g,炒苍术10 g,路路通15 g,鸡血藤12 g,7剂。之后根据月经周期调理月经,随证加减,预培其损。同时使用中药热敷疗法治疗6个月。

2014年3月15日复诊,末次月经:2014年2月6日,现停经38天,尿妊娠试验为弱阳性,腹部隐痛,腰困,舌淡,苔白,脉细滑弱,辨证属于肾气不足,血不荣胎,因患者有2次自然流产史,为防止胎元不固,再拟补益气血、固肾安胎之药:炒白术15 g,炒山药15 g,杜仲15 g,川断15 g,桑寄生15 g,仙灵脾15 g,菟丝子20 g,巴戟天15 g,枸杞子10 g,木香6 g,砂仁6 g,竹茹10 g,甘草6 g。共5剂,同时,给予绒毛促性腺激素及黄体酮隔日肌注,随之复诊。2014年3月28日B超可及2个妊娠囊,均可见胎芽及原始心管搏动,随证加减保胎至孕3个月,随访至2014年11月顺利分娩。

## 4 小结

复发性流产是妇科常见疾病,近年来该病的发生率呈上升趋势,直接影响到广大妇女身心健康和家庭稳定,笔者采用孕前调养,内外同治,孕后早保,辨证施治,中西结合的方法取得良好疗效,通过临床观察总结,为拓宽和提高中医药在该领域的应用提供依据。

## 参考文献

- [1] 乔杰. 生殖医学临床诊疗常规[M]. 7版. 北京: 人民军医电子出版社, 2013: 58.
- [2] 罗丽兰. 不孕与不育(上册)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 476-479.
- [3] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 219-224.

(本文编辑:李海燕 本文校对:杜彩凤 收稿日期:2018-06-15)

# 车前五苓散治疗恶性肿瘤水液代谢异常疾病

刘芳芳<sup>1</sup> 刘培民<sup>2△</sup>

(1 河南中医药大学硕士研究生2017级, 河南 郑州 450002;  
2 河南中医药大学第二附属医院肿瘤科, 河南 郑州 450002)

**摘要:** 恶性肿瘤后期出现水液代谢异常的疾病, 在临床中十分常见。恶性肿瘤患者后期出现水液代谢异常的疾病与正气的虚衰、邪气的盛实有着密切的联系。介绍运用车前五苓散治疗恶性肿瘤引起的水液代谢异常疾病的临床体会。认为气机运行不畅、水湿内停是其主要病机。治疗上, 应重在调畅机体气机, 化气行水。梳理恶性肿瘤引起的水液代谢异常常见疾病的病因病机、临床表现并列临证中典型医案, 为恶性肿瘤引起的水液代谢异常疾病提供治疗的思路和方法。

**关键词:** 车前五苓散; 恶性肿瘤; 水液代谢异常; 痰湿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.037

文章编号:1672-2779(2018)-15-0088-02

## Cheqian Wuling Powder in the Treatment of Malignant Tumor with Abnormal Metabolism of Water and Fluid

LIU Fangfang<sup>1</sup>, LIU Peimin<sup>2</sup>

(1. Grade 2017 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;  
2. Department of Oncology, the Second Hospital Affiliated of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

**Abstract:** Diseases with abnormal metabolism of water and fluid in the late stage of malignant tumor are very common in clinical practice. It is closely related to the deficiency of positive qi and the excess of pathogenic qi. This paper discusses the Cheqian Wuling powder's application on treatment of malignant tumor with abnormal metabolism of water and fluid. It is considered that this disease's main pathogenesis is that functional activity of qi being not smooth and retention of water-damp. About treatment, should regulate qi activity and activate qi to excrete water. And clarifying the etiology and pathogenesis and clinical manifestations of the disease, and enumerating medical cases will provide ideas and methods for the treatment of diseases of malignant tumor with abnormal metabolism of water and fluid.

**Keywords:** Cheqian Wuling powder; malignant tumor; abnormal metabolism of water and fluid; phlegmatic hygrois

肿瘤在古代医籍中散见于“积聚”“癥瘕”“息奔”“岩”“失荣”等病证中。如《难经·论五脏积病》所述:“肺之积, 名曰息奔, 在右肋下, 覆大如杯。久不已, 令人洒淅寒热, 喘咳, 发肺痛。”而肿瘤后期出现的水液代谢异常疾病可见于“悬饮”“支饮”“鼓胀”和“水肿”等描述。如《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》:“饮后水流在肋下, 咳唾引痛, 谓之悬饮”。临床中, 恶性肿瘤引起的水液代谢异常, 常见的西医疾病名称有心包积液、胸腔积液、腹腔积液及肢体水肿等。本病的出现往往是由于病程日久, 正气耗伤, 脏腑虚损, 造成机体产生病理产物, 而无力运化。水液代谢异常主要是由于水液分布、代谢异常。水为阴邪, 不自动, 赖气以动。治疗此类疾病时重在调畅气机, 化气行水。车前五苓散则为治疗水液代谢异常的要方, 临证中在辨证施治基础上运用车前五苓散加味治疗肿瘤相关水液代谢方面疾病, 往往取得良好效果。

### 1 恶性肿瘤水液代谢异常的病因病机

肿瘤是发生于五脏六腑、四肢百骸的一类恶性疾病。病因多为正气内虚, 感受邪毒, 情志怫郁, 饮食损伤, 宿有旧疾等因素, 使脏腑功能失调, 气血津液运行失常<sup>[1]</sup>。《素问·经脉别论》:“饮入于胃, 游溢精气,

上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行, 合于四时五脏阴阳, 揆度以为常也。”因此, 肿瘤患者出现水液代谢异常多与肺、脾、肾密切相关。《内经》有云:“是以升降出入, 无器不有”“出入废则神机化灭, 升降息则气立孤危”。由此可见, 机体任何异常的表现都与气机的升降出入异常有关。因此, 肿瘤患者中晚期出现水液代谢异常的临床表现, 与气机的升降出入异常密切相关。病程日久, 脏腑虚损, 功能失调则产生痰饮、水湿、瘀血等病理产物, 致全身气机运行不畅, 三焦气化失司, 气血津液停滞则出现水液代谢异常, 最终致气滞血结水停。故水液代谢异常基本病机为气机运行不畅、水湿内停。

### 2 水液代谢异常的临床表现

肿瘤患者晚期出现水液代谢异常的临床表现主要有心包积液、胸腔积液、腹腔积液和肢体水肿。中医病名主要有悬饮、鼓胀和水肿等。

**2.1 悬饮** 悬饮的临床表现主要有咳嗽、胸闷、气短、呼吸困难, 甚则不能平卧。水液主要在胸肺部, 如《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》:“饮后水流在肋下, 咳唾引痛, 谓之悬饮”。西医病名主要见于肺癌及乳腺癌后期出现的心包积液、胸腔积液。

**2.2 臌胀** 臌胀的临床表现主要为腹大胀满、绷紧如鼓, 皮肤萎黄, 纳差, 乏力, 小便不利等证。喻嘉言《医

门法律·胀病》：“凡有癥瘕、积块、痞块，即是胀病之根”。西医病名主要见于腹腔恶性肿瘤，如肝癌、胰腺癌、卵巢癌等疾病后期出现的腹腔积液。

**2.3 水肿** 水肿的临床表现主要为头面、眼睑、四肢水肿，甚至全身浮肿、皮肤肿处按之凹陷，食少纳呆、小便不利等证。西医病名主要见于恶性肿瘤后期出现的低蛋白血症。

### 3 车前五苓散方药分析

车前五苓散是在五苓散的基础上加一味车前子。五苓散的方证散见于《伤寒杂病论》的多处条文。首见于《伤寒论》71条：“太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈；若脉浮、小便不利、微热、消渴者，五苓散主之。”五苓散主治水湿内停，膀胱气化功能减弱，以致口渴，水入则吐，小便不利，并有表证未解而头痛发热诸症<sup>[2]</sup>。脾虚不运，脾不制水，水湿泛滥肌肤、经脉，故水肿身重。五苓散原方中重用泽泻为君，泽泻甘、寒，消水，养五脏，益气力<sup>[3]</sup>，归肾、膀胱经。猪苓清热利水渗湿，归脾、肾、膀胱经；白术味苦，甘、温，健脾益气，燥湿利水，归脾、胃经；茯苓味甘、淡，平，益气健脾利水渗湿，归心、肺、脾、肾经；桂枝甘、温，温阳化气以助利水，归心、肺、膀胱经。现代研究也表明五苓散既能祛除蓄积之水液，又能减少癌细胞转移扩散，抑制癌细胞生长，从而达到改善患者生存质量的目的<sup>[4]</sup>。车前子味甘、寒，主气窿，止痛，利水道小便，归肝、肾、肺、小肠经。在五苓散化气利水的基础上增加了利水之功。故车前五苓散具有温阳化气、利湿行水的作用。

### 4 典型医案

**案1 悬饮。**连某，男56岁。确诊肺癌1年2个月，多周期化疗后。2018年2月1日来诊，刻见：微恶风寒，发热十余日，体温37.8℃左右，精神差，咳嗽，咳痰，胸痛，胸闷，气短乏力，纳差，睡眠差，小便黄，大便可。舌质淡胖，舌苔白厚，脉细。彩超提示：右侧胸腔大量积液。辨证为饮停胸胁，表郁轻证。治法：解表化气利水。处方：车前五苓散合桂枝二越婢一汤。药物组成：车前子10g（包煎），猪苓10g，茯苓10g，泽泻15g，生白术12g，桂枝10g，白芍10g，麻黄7g，生石膏12g，炙甘草8g，生姜4片，大枣4枚。上方5剂，水煎，日1剂。服用5剂后，电话回访：已不再发热，胸闷气短，咳嗽症状减轻。

**按：**患者老年男性，病久体衰，正气亏虚，外感风寒之邪，故有乏力、微恶风寒、发热。饮停胸胁则有咳嗽，咳痰，胸痛，胸闷，气短。加之舌脉，辨证为饮停胸胁，表郁轻证。有表证者，当先解表。故用车前五苓散合桂枝二越婢一汤，用意为解表化气利水。桂枝二越婢一汤重在解表，用于治疗表郁轻证，轻宣

解表，发散郁表寒邪。同时加用车前五苓散以解表化气利水。“若脉浮，小便不利，微热，消渴者，五苓散主之。”正可谓有是证用是方。五苓散中本有桂枝，有解表化气之功。再加上益气健脾，淡渗利水药物，使表邪发散，饮邪从小便去。

**案2 臌胀。**石某，女，48岁，确诊胰腺癌2年4个月，肝多发转移，多疗程化疗后。2018年1月5日来诊，刻见：精神差，皮肤黯黄，乏力，纳差，腹部胀满，心下痞满不适，口渴不欲饮，睡眠差，小便不利，大便难。舌质黯，舌下络脉青紫迂曲、苔白，脉沉弱。彩超提示：腹腔中等量液体。辨证为气虚血瘀水停证。治法：益气活血，化瘀利水。处方：车前五苓散加味。方药如下：车前子10g（包煎），猪苓10g，茯苓10g，泽泻15g，生白术12g，桂枝8g，木通6g，桃仁8g。上方7剂，水煎服，每日1剂。复诊时，患者诉口渴、小便不利症状明显减轻，腹部胀满不适好转。现仍乏力，睡眠较差。守上方加党参10g，继续服用7剂。2018年3月12日复查彩超：少量腹腔积液。不适症状均已好转。

**按：**患者老年女性，患胰腺癌两年余，且多疗程化疗，年老体衰，病程日久，加之化疗损伤正气，正气亏虚，故见乏力；患者皮肤黯黄，舌质黯，舌下络脉青紫迂曲，均为血瘀之象。腹部胀满，心下痞满，小便不利为水湿内停，气机运行不畅，出现气滞血瘀水停之证。“血不利则为水”，运用车前五苓散温阳化气，利湿行水，再加入活血化瘀药。则有益气活血、化瘀利水之效。

### 5 讨论

在治疗肿瘤相关水液代谢异常的疾病时，应首先抓住全身气机运行不畅，三焦气化失司，气血津液停滞的病因病机，从整体上调畅全身气机，气为血之帅，气行则血行，气行则水行。晚期恶性肿瘤患者往往由于病程日久，正气损伤，气机失常，则痰饮、瘀血等病理产物停滞。因此，在病程中往往表现为本虚标实。治疗时，应兼顾本虚之证，疏肝健脾益肾，化气行水。而车前五苓散中药物入肝、肾、肺、脾、膀胱经，均可扶正固本。车前子归肝、肾、肺、小肠经，专于利水渗湿，加强本方的利水之效。故临床中，在辨证准确前提下应用本方加味疗效确切。同时，处方时也应根据辨证灵活加减用药。若水湿内停伴有血瘀证，“血不利则为水”，当加桃仁、红花等活血化瘀药以化瘀利水；兼有气虚则加党参、黄芪益气，气行则血行；兼有阳虚者，加用附子、干姜以温阳化气利水。

### 参考文献

- [1]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:447-448.
- [2]周凤梧.实用方剂学[M].山东:山东科学技术出版社,1991:449-450.
- [3]清·顾观光.神农本草经[M].北京:学苑出版社,2007:51.
- [4]郭国华.临床中药辞典[M].湖南:湖南科技出版社,1994:156,364,483.

(本文编辑:李海燕 本文校对:黄莉 收稿日期:2018-05-04)

# 中西医结合治疗慢性肺炎临床研究并医案1则

李东方

(重庆市垫江县中医院肺病科, 重庆 408300)

**摘要:** 探讨慢性肺炎有效的治疗方法, 总结近10年来慢性肺炎诊断、治疗进展。目前慢性肺炎与肺癌误诊率高, 确诊复杂, 抗生素治疗慢性肺炎缺乏依据, 乙酰半胱氨酸治疗慢性肺炎样本量小, 缺乏大规模循证医学依据, 手术治疗需评估风险与获益。祖国传统中医药治疗慢性肺炎疗效显著, 简、便、验、廉, 现将文献总结及临床报道介绍如下。

**关键词:** 中西医结合疗法; 慢性肺炎; 癌变; 咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.038

文章编号:1672-2779(2018)-15-0090-02

## Clinical Study on the Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Chronic Lung Inflammation for One Case Report

LI Dongfang

(Department of Pulmonary Disease, Dianjiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 408300, China)

**Abstract:** The effective treatment of chronic lung inflammation was explored, and the diagnosis and treatment progress of chronic lung inflammation in the last 10 years was summarized. At present, the misdiagnosis rate of chronic lung inflammation and lung cancer is high, and the diagnosis is complex. Antibiotic treatment is lack of chronic lung inflammation. Based on the small sample size of acetylcysteine in treating chronic lung inflammation, there is lack of evidence for large-scale evidence-based medicine. Surgical treatment needs to assess risk and benefit. The curative effect of traditional Chinese medicine in the treatment of it is remarkable, simple, convenient, laboratory and cheap. The literature summary and clinical report are introduced as follows.

**Keywords:** therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; chronic lung inflammation; carcinogenesis; cough with asthma

慢性肺炎为病程在4周以上症状未完全消失、影像未完全吸收的肺炎<sup>[1]</sup>。必须进一步进行病原学诊断, 需要警惕某些特殊病原体或酷似感染性肺炎的非感染性肺浸润。慢性肺炎诊断相对复杂, 治疗周期较长, 恢复时间较长, 患者依从性差, 容易发生支气管扩张、肺气肿、肺心病等, 并逐渐进展为肺功能不全, 部分患者肺泡上皮癌变<sup>[2]</sup>。

### 1 慢性肺炎的CT表现

CT具有高密度分辨率, 可清楚显示阴影的形态、边缘、密度。吴天文<sup>[3]</sup>对68例患者行胸部CT及增强CT扫描, 发现77%病灶为下肺, 以局灶病变为主, 病灶轮廓无特异性, 影像诊断准确20例, 误诊30例, 待诊有12例。赵洪民<sup>[4]</sup>收治50例慢性肺炎患者, CT表现局灶性病变32例, 病灶直径在1.3~6.0 cm, 平均3.5 cm; 病变位于右肺19例 (59.4%), 左肺13例 (40.6%); 肺叶、肺段实变18例。确诊16例, 误诊为肺癌26例, 待诊8例。籍光彦<sup>[5]</sup>对34例慢性肺炎的胸部CT发现, 局部性病灶贴近胸膜 (或叶间裂) 有20例, 12例呈及长轴贴紧胸膜。殷莉等<sup>[6]</sup>回顾性分析57例肺癌的临床表现及误诊原因, 误诊率37.75%, 其中20例误诊为肺炎, 经抗感染治疗后病灶未见吸收。炎性肿块病灶密度改变较大, 与肺癌有相似之处, 但其病变内部低密度区域边缘空洞内壁较光滑, 且病灶边缘较光滑。机化性肺炎、炎性假瘤及慢性肺炎是肺炎的不同转归, 与肺癌、结核球, 其它良性肿块有相似之处。通过观察并分析不同层面的CT图像对于局限性机化性肺炎、局限性慢性肺炎很有必要, 经常在病灶中心层面可呈圆形或类圆形结节, 在离开中心层的病灶多呈不规则形, 多边形或类圆形或

楔形, 可见尖角突起, 肺窗可见周围渗出性改变, 这些提示慢性炎症征象。慢性肺炎的影像由于缺乏特异性, 变化多端, 有些患者影像学甚至没有改变。少部分较小的周围型肺癌边缘可无分叶, 边缘光滑, CT缺乏特异性, 随访病灶增大迅速, 肿瘤的迹象逐渐明显。

### 2 治疗进展

赵江玮<sup>[7]</sup>采用中药益肺汤 (黄芪、大枣、甘草、葛根、茯苓、防风、薄荷、麻黄) 合并西药氨溴索、红霉素治疗慢性肺炎在临床疗效及肺功能方面较对照组 (西药组) 有明显改善。黄华萍<sup>[8]</sup>对54例慢性肺炎患者应用N-乙酰半胱氨酸0.6 g/d, 1.2 g/d, 1.8 g/d, 经24周治疗后, 临床研究发现, N-乙酰半胱氨酸1.2 g/d, 1.8 g/d, 病灶吸收明显, 呈明显疗效关系。李德忠等<sup>[9]</sup>通过对慢性肺炎90例的临床研究发现, 运用中医药参芪益肺糖浆 (黄芪、党参、白术、紫河车、冬虫夏草、鸡内金等) 治疗慢性肺炎较对照组N-乙酰半胱氨酸1.2 g/d治疗慢性肺炎3个月后复查, 治疗组在临床症状改善方面 (退热、止咳、气促、啰音吸收) 优于对照组, 病灶吸收治疗组有效率58.89%, 较对照组31.87%有显著差异。殷莉<sup>[10]</sup>回顾性分析151例肺癌, 误诊57例, 误诊率37.75%, 其中20例误诊为肺炎, 经抗感染治疗后病灶未见吸收。对于慢性的治疗, 早期病原菌不明确时, 控制感染, 选用广谱、抗菌力强的抗生素, 且要早期足量, 重症患者可联合用药; 由于慢性肺炎多发生于老年、婴幼儿免疫功能低下人群, 治疗效果差, 要积极应用血浆、白蛋白及免疫球蛋白等支持治疗, 提高应用, 加强护理, 对于长期卧床者加强气道湿化, 保持呼吸道通畅, 加强健康教育, 增强体质, 戒烟等措施。对于主要病理变化为慢性

炎症细胞的浸润和成纤维细胞的增生,同时伴有不同程度的纤维化及肉芽组织形成,可使肺组织正常结构受到破坏,并且由于缺乏抗菌药物的指征,目前对于慢性肺炎的治疗,尚无循证医学证据。

### 3 临床病例资料

患者老年男性,62岁,既往有长期吸烟史,以“咳嗽、咯血15天”为主要表现入院;患者入院前1天行胸部CT提示右上肺占位性改变(如图1)。入院后完善相关检查:血常规、肝肾功,痰细菌学检查,抗酸染色未见异常。入院诊断:肺部阴影待查:肺部肿瘤?肺炎?入院后给药哌拉西林他唑巴坦4.5g,每8h 1次,痰热清注射液20mL等抗感染,止血、化痰止咳等对症治疗,治疗期间行电子纤维支气管镜检查及支气管肺泡灌洗,支气管镜下见气管及各级支气管通畅,右上叶支气管黏膜充血、稍肿胀;支气管肺泡灌洗液培养未见细菌生长,脱落细胞检查见碎裂红细胞碎屑中见较多淋巴细胞,中性粒细胞。治疗半月后复查胸部CT:右上肺病灶未见改变,遂行CT引导下经皮肺穿刺活检术,病检报告提示:慢性炎症,局部慢性纤维组织增生;免疫组化:CK(+、肺泡上皮细胞)、TTF-1(+、肺泡上皮细胞)、CK7(+、肺泡上皮细胞)、P40(+、细支气管黏膜下)、LCA(+)、CD56(-)。患者咳嗽,痰中带血好转,患者因自身原因要求出院。出院后中药口服半月,半月后复查胸部CT。提示病灶明显吸收(如图2)。方药如下:金银花15g,连翘15g,百部15g,杏仁10g,浙贝母10g,枇杷叶15g,生地黄20g,郁金15g,炙甘草12g,白术15g,茯苓20g,郁金15g,鱼腥草20g,小蓟15g,牡丹皮15g;水煎服,每日1剂。半月后复查胸部CT,右上肺病灶明显吸收。



图1 胸部CT

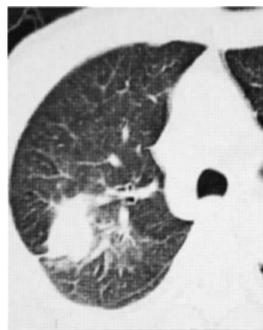


图2 胸部CT

### 4 讨论

慢性肺炎的病理表现为慢性炎性细胞(单核巨噬细胞浸润及成纤维细胞增生),伴不同程度的纤维化及肉芽组织形成,可有肺组织正常结构的破坏。其中机化性肺炎是慢性肺炎的一种类型。慢性肺炎患者的临床诊断无特异性,可无临床症状,或有咳嗽、咯血、胸痛、低热等呼吸系统症状。近年来,随着社会人口的老齡化、免疫损害宿主增加、病原体变迁及抗生素耐药率增加因素,肺炎的诊治面临越来越多的问题,肺炎炎症易于发生机化或转为慢性,慢性肺炎临床表现及影像学的非特异性,

CT可见局灶性斑块状增高密度影,误诊为“肺癌”比例较高,甚至高达50%以上,必须加强对肺癌高危人群的早期筛查,对于男性长期吸烟(吸烟指数>400支/年)、以及有肿瘤家族史,早期行低剂量CT扫描。肺癌的CT表现有常见有分叶及细短毛刺,但少数小的周围型肺癌缺乏以上特征,密切随访,对于高危人群积极行经皮肺穿刺活检、电子纤维支气管镜检查早期鉴别诊断。

对于治愈慢性肺炎,目前国际国内尚未明确有效药物,手术往往作为治疗的唯一措施,由于手术本身的有创性及花费比例较高,及患者的依从性较差,对于目前临床医学领域尤其是呼吸内科工作者面临重大挑战。近10年来治疗慢性肺炎的临床文献发现中医药、NAC等治疗慢性肺炎取得显著疗效。其中NAC机制可能在于其非特异性的抗炎作用(抗氧化、抑制炎症细胞的浸润、清除炎症介质,影响成纤维细胞增生及抑制胶原蛋白合成。黄世香等<sup>[11]</sup>应用聚类分析对慢性肺炎中医证型研究认为慢性肺炎除气虚、阴虚及痰浊以外,尚有瘀血内阻情况存在,既有痰、瘀等邪实之标,又有气虚、阴虚正虚之本。故中医治疗当以补益肺气,化痰散结,肺为娇脏,不耐寒热,寒则阳气易伤,热则肺津易灼。治疗中当以养阴润肺之品,沙参、麦冬、生地黄等;无论外感六淫或其他因素,导致肺失宣肃,津液停为痰湿,痰湿凝结,脉管不通,血液凝滞。中医治疗慢性肺炎多清热解毒、化痰通络、补益正气为主。本例患者体质尚可,咳嗽夹杂黄痰,以清热、解毒、散结、凉血、止血为要,选用金银花、连翘、鱼腥草、郁金、生地黄清热解毒,清肺生津;白术、茯苓健脾,培土以生金,小蓟、牡丹皮凉血止血,甘草调和诸药。通过上方治疗,本例患者病灶吸收良好,中医药治疗效果显著。避免抗生素滥用,针对目前对于慢性肺炎西医治疗的局限性,采取中医药治疗,对提高患者依从性,减少手术创伤,极大降低医疗费用,有积极的临床意义。

### 参考文献

- [1]Avijgan M. Specificity and sensitivity of clinical diagnosis for chronic pneumonia[J]. East Mediterr Health J, 2005, 11(5/6):1029-1037.
- [2]刘晶.慢性炎症与肺癌发病关系的临床研究进展[J].中华结核与呼吸杂志, 2013, 36(8):603-605.
- [3]吴天文.对于老年慢性肺炎患者临床的临床影像诊断分析[J].影像技术, 2015(2):5-7.
- [4]赵洪民.慢性肺炎的影像学表现及其临床意义[J].临床医药文献杂志, 2015, 2(26):5509,5512.
- [5]籍光彦.慢性肺炎的影像表现及临床意义[J].中国医药指南, 2010, 8(36):277-279.
- [6]殷莉.肺癌57例误诊分析及文献复习[J].临床误诊误治, 2009, 22(11):15-16.
- [7]赵江玮.中西医结合治疗慢性肺炎的临床疗效观察[J].中西医结合心血管杂志, 2015, 3(17):86-87.
- [8]黄华萍.N-乙酰半胱氨酸治疗慢性肺炎的临床研究[J].中华肺部疾病(电子版), 2017, 10(3):267-270.
- [9]李德忠.参芪益肺糖浆治疗慢性肺炎的临床疗效观察[J].湖北民族学院学报(医学版), 2013, 30(2):56-57.
- [10]殷莉.肺癌57例误诊分析及文献复习[J].临床误诊误治, 2009, 22(11):15-16.
- [11]黄世香,岑定善,黄杰,等.应用聚类分析对中医慢性肺炎中医证型研究[J].中医临床研究, 2014, 6(24):82-83.

(本文编辑:李海燕 本文校对:程 序 收稿日期:2017-12-29)

# 大陵穴对大鼠踝部损伤成纤维细胞修复的影响<sup>\*</sup>

涂国卿 邹来勇 曹耀兴 朱玉辉 李丰

(江西中医药高等专科学校附属医院针灸科, 江西 抚州 344000)

**摘要:**目的 研究针刺大陵穴对大鼠踝部软组织损伤成纤维细胞修复的影响。方法 造模成功后将大鼠随机分为空白对照组、常规针刺组及平衡针刺组, 每组31只。分别给予不治疗, 常规针刺及平衡针刺等方法干预。每天1次, 连续治疗21 d后进行组织学检查及成纤维细胞检测。结果 治疗前后各组组织学评分比较, 平衡针刺组有显著性差异 ( $P < 0.01$ ); 治疗后各组比较, 平衡针刺组与常规针刺组及空白对照组比较都有显著性差异 ( $P < 0.01$ ), 常规针刺组与空白对照组无显著性差异 ( $P > 0.05$ )。平衡针刺组成纤维细胞形态规则, 呈梭形, 其细胞核为卵圆形, 位于细胞中央, 数量最多。成纤维细胞表达为阳性。治疗结束后3组成纤维细胞增殖速度达到峰值, 平衡针刺组的增殖速度明显高于其他2组。结论 平衡针刺能较好地调节成纤维细胞的表达, 增加其数量, 能更好地修复损失组织, 达到较好的治疗效果。

**关键词:** 平衡针刺; 大陵穴; 软组织损伤; 成纤维细胞; 增值指数; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.039

文章编号:1672-2779(2018)-15-0092-03

## Effect of Daling (P7) on Repair of Fibroblast in Rats with Ankle Injury

TU Guoqing, ZOU Laiyong, CAO Yaoxin, ZHU Yuhui, LI Feng

(Department of Acupuncture and Moxibustion, the Affiliated Hospital of Jiangxi College of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Fuzhou 344000, China)

**Abstract: Objective** To study the effect of acupuncture at Daling (P7) on the repair of fibroblasts of ankle soft tissue injury in rats. **Methods** Rats were randomly divided into blank control group, regular acupuncture group and balanced acupuncture group, with 31 rats in each group. No intervention, regular acupuncture or balanced acupuncture was applied, one time a day for 21 days. Histological examination and fibroblast detection were carried out. **Results** There were significant differences in the balance acupuncture group before and after the treatment ( $P < 0.01$ ). After the treatment, the balance acupuncture group had a very significant difference compared with the conventional acupuncture group and the blank control group ( $P < 0.01$ ). There was no significant difference between the conventional acupuncture group and the blank control group ( $P > 0.05$ ), and the balanced acupuncture group was balanced. The fibroblast morphology was regular and spindle shaped, and its nucleus was ovoid in the center of cell. The proliferation rate of the three groups reached the peak after the positive expression of fibroblasts. The proliferation rate of the balanced acupuncture group was significantly higher than that of the other two groups. **Conclusion** Balanced acupuncture can better regulate the expression and increase the number of fibroblasts, which can better repair the loss tissue and achieve better therapeutic effect.

**Keywords:** balance acupuncture; Daling (P7); soft tissue injury; fibroblast; increment index; arthromyodynia

踝关节扭挫伤是临床常见病、多发病, 导致患部疼痛、瘀肿及功能障碍等, 严重影响患者的生活质量。目前临床治疗方法多为中草药外敷, 很少有针刺治疗者<sup>[1]</sup>。本研究通过平衡针刺大陵穴, 分析平衡针刺大陵对踝部软组织损伤修复的影响, 探索软组织损伤修复与成纤维细胞这一关键的细胞信号通路的具体关系, 为临床应用提供实验依据, 现报道如下。

### 1 材料与方法

**1.1 动物分组及造模** 93只体质量为(200±10)g的清洁级Wistar种大鼠, 在相同条件下单笼适应性喂养半月后。用10%硫化钠溶液脱除大鼠左后腿踝部鼠毛, 用自制撞击器(质量120g), 固定高度, 撞击接触面(直径0.4cm), 在大鼠左后腿踝部外侧连续打击4次, 造成局部软组织损伤模型。造模成功后将大鼠随机分为空白对照组、常规针刺组及平衡针刺组, 每组

31只。

### 1.2 动物干预方法

**1.2.1 空白对照组** 不进行针刺, 常规喂养及观察。

**1.2.2 常规针刺组** 选取病变部位昆仑、丘墟、解溪、太溪。常规酒精棉球消毒, 采用提插针刺手法, 直刺0.2~0.3寸, 留针15 min。

**1.2.3 平衡针刺组** 穴位定位参照李忠仁主编的《实验针灸学》“常用实验动物针灸穴位”, 大陵穴: 腕关节内侧横纹中心, 桡侧腕屈肌腱与指浅屈肌腱之间。根据“病在左, 取之右”及突出单穴疗法之原则, 都取右侧大陵穴。选用13 mm 0.5寸一次性毫针, 常规酒精棉球消毒, 采用提插针刺手法, 直刺0.2~0.3寸, 以大鼠出现剧烈的抽搐样表现为宜, 快速针刺, 快速出针不留针。

以上3组, 每天治疗1次, 连续治疗21 d。实验过程中, 每天观察伤肢肿胀和瘀斑等症候。

**1.3 组织学检查** 组织学观察评分标准: 6分: 软组织同

<sup>\*</sup> 基金项目: 江西省自然科学基金资助项目[No.20161BAB205203]

正常组织；4分：肌纤维肿胀，肌组织内瘀血、水肿、出血灶明显减轻或大部分消失，血管增生，胶原纤维增生，已基本恢复正常；2分：肌纤维肿胀伴有变性，肌组织内瘀血、水肿、出血灶稍有减轻或部分消失，纤维母细胞侵入，血管增生或胶原纤维增生，与对照组相比较略有减轻；0分：肌纤维肿胀伴有透明样变性，肌纤维明显坏死，肌纤维组织内伴有严重瘀血、水肿、出血。

**1.4 成纤维细胞免疫组织化学检测** 于术后21 d处死大鼠，并取损伤处瘢痕的软组织，体积分数为4%的甲醛固定，乙醇逐级脱水，二甲苯透明，石蜡包埋，将蜡块标本切成5 μm厚的石蜡切片，对石蜡切片脱蜡后行苏木精-伊红染色，并在光镜下进行组织形态学观察。

免疫组织化学检测:采用链霉亲和素-过氧化酶连接法 (SP法) 检测增殖细胞核抗原。二甲苯脱蜡，乙醇逐级 (体积分数为100%→体积分数为95%→体积分数为80%→体积分数为70%) 至自然水化，蒸馏水洗；采用0.01 mol/L枸橼酸钠缓冲溶液，高温高压修复抗原；蒸馏水洗，PBS 5 min冲洗3次；体积分数为3%的H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>阻断内源性过氧化物酶10 min，PBS 5 min冲洗3次；滴加适当比例稀释的增殖细胞核抗原单克隆抗体，4℃过夜；PBS 5 min冲洗3次，滴加山羊抗小鼠IgG抗体-HRP多聚体，37℃孵育40 min；PBS 5 min冲洗3次，DAB显色液；苏木精液复染细胞核1 min，体积分数为95%、体积分数为100%的乙醇脱水，二甲苯透明，中性树脂胶封固。每批染片均有已知阳性同一蜡块作阳性对照，及PBS为一抗做阴性对照。细胞核呈黄色或棕黄色者为阳性。在显微镜下每张切片随机选择5个视野 (每个视野中至少200个细胞)，计数增殖细胞和正常细胞数目，按公式：增殖指数 (%) =增殖细胞数/总细胞数×100% 计算增殖细胞占总细胞数的比例，并计算出平均增殖指数。

**1.5 统计学方法** 数据处理采用SPSS 13.0统计软件进行分析，计量资料用平均值±标准差 ( $\bar{x}\pm s$ )表示，结果以P< 0.05为差异显著的标准。

## 2 结果

**2.1 组织学观察评分** 结果显示：治疗前各组评分比较无明显差异 (P>0.05)；治疗前后各组比较，平衡针刺组有显著性差异 (P<0.01)，常规针刺组有显著性差异 (P<0.05)，空白对照组没有显著性差异 (P>0.05)；治疗后各组比较，平衡针刺组与常规针刺组及空白对照组比较都有显著性差异 (P<0.01)，常规针刺组与空白对照组无显著性差异 (P>0.05) (见表1)。

表1 3组治疗前后组织学评分 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	只数	治疗前	治疗后
平衡针刺组	31	0.50±0.06 <sup>1)</sup>	3.2±0.3 <sup>2)5)</sup>
常规针刺组	31	0.52±0.03	0.7±0.4 <sup>3)6)</sup>
空白对照组	31	0.51±0.05	0.61±0.3 <sup>4)</sup>

注：治疗前各组比较，<sup>1)</sup>P>0.05。治疗前后各组比较，平衡针刺组，<sup>2)</sup>P<0.01；常规针刺组，<sup>3)</sup>P<0.05；空白对照组，<sup>4)</sup>P>0.05。治疗后各组比较，平衡针刺组与常规针刺组及空白对照组，<sup>5)</sup>P<0.01；常规针刺组与空白对照组，<sup>6)</sup>P>0.05

**2.2 组织形态学观察** 伊红染色结果显示，平衡针刺组治疗组成纤维细胞形态规则，呈梭形，其细胞核为卵圆形，位于细胞中央，数量多。免疫细胞化学结果显示，成纤维细胞表达为阳性；常规针刺组成纤维细胞形态较规则，呈梭形，其细胞核为卵圆形，位于细胞中央，数量一般，成纤维细胞表达为阳性；空白对照组成纤维细胞形态不规则，其细胞核为卵圆形，位于细胞一侧，数量较少，成纤维细胞表达为弱阳性。

**2.3 成纤维细胞增殖指数** 0~6 d各组增殖较缓慢，3组细胞的生长曲线均呈平缓上升趋势；7~9 d细胞的增殖速度加快，从9 d开始平衡针刺组 (系列1) 的增殖速度明显高于常规针刺组 (系列2) 与空白对照组 (系列3)，第21天，3组增殖速度达到峰值，平衡针刺组的增殖速度明显高于其他2组。见图1。

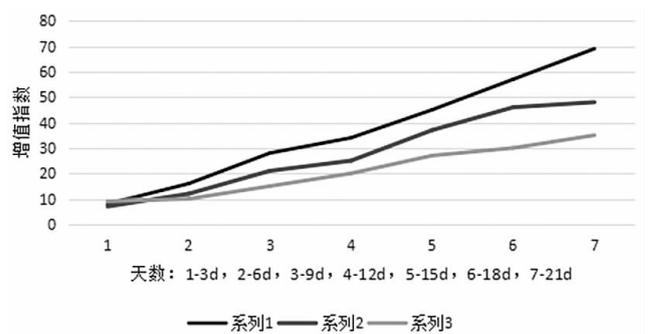


图1 成纤维细胞增殖指数

## 3 讨论

踝关节扭伤属中医学“筋痹”“痹症”范畴，是由于外伤因素，使踝部的经脉受损，气血运行不畅，经络不通，气滞血瘀而致<sup>[2]</sup>。制定便捷、合理、高效的治疗方案是未来的研究趋势，最大限度恢复运动功能、降低并发症发生率是未来研究的最终目标<sup>[3]</sup>。其主要表现为踝关节肿胀、疼痛，局部瘀斑和功能障碍等，如处理不及时或不当，常常遗留踝关节不稳及后期创伤性关节炎。针刺治疗软组织损伤可提高痛阈，减轻局部炎症反应，促进组织修复，从而起到缓解疼痛、减轻肿胀的作用<sup>[4-5]</sup>。目前有腧穴与脑功能特定联系、针灸镇痛机制<sup>[6]</sup>等方面相关研究的报道。

根据《灵枢·官针》：“巨刺者，左取右，右取

左”，《灵枢·终始》：“病在下者，高取之”，故独取健侧大陵穴。大陵穴，是临床上常用的特定穴，属手厥阴心包经，为手厥阴心包经之输穴、原穴。大陵穴位于腕掌侧横纹头之中点，桡侧腕屈肌腱与掌长肌之间的凹陷处，为手厥阴心包经之原穴，因其在五输穴中为输穴，属土，据其“输”主体重节痛的理论，此穴还具有理气止痛、舒筋活络、祛风止痹的作用。大陵是心包经的输穴、原穴，与三焦经相表里，在王文远教授的平衡穴位里称为踝痛穴，能治疗小腿、踝关节及足底疼痛等病变；在名医李柏松先生的“八字治疗法”中大陵穴为治疗踝关节疼痛的反应点。在治疗方面临床取用原穴能使三焦原气通达，从而激发原气，调动体内的正气以抗御病邪，有研究<sup>[7]</sup>认为针刺大陵穴能促进血管舒张，故巨刺大陵穴可行气活血、化瘀通络、消肿止痛。研究表明<sup>[8]</sup>：针刺大陵穴则可能更倾向于对自主神经及客观语言等非主观因素产生影响。

“平衡针刺法”是在继承传统医学的基础上，吸收现代科学理论而发展起来的一门现代针灸学。平衡针刺采取远距离取穴，即“病在上，取之下；病在下，取之上；病在左，取之右；病在右，取之左”；突出单穴疗法，原则上是一病一穴，一症一穴；突出快速针刺亦称三快针法，即进针快、找针感快、出针快，整个针刺过程控制在3 s之内；突出即时效应亦称一针见效。平衡针刺具有取穴少、疗效好、安全价廉，突出安全、突出有效、突出简便、价格低廉等特点，充分地发挥了机体自身调节平衡的独立性，同时产生异向思维，采用头痛医脚，脚痛医手的平衡取穴方法。涂国卿<sup>[9]</sup>采用“整体平衡疗法”（平衡针刺法加平衡推拿法）治疗腰椎间盘突出症，并与常规针刺和推拿方法对比，观察两者镇痛效果与镇痛时效，表明“整体平衡疗法”对比传统针刺和推拿疗法治疗腰椎间盘突出症具有更好的镇痛效果，体现了中医整体观的优越性。韩笑<sup>[10]</sup>采取平衡针腰痛穴对比传统针刺治疗腰椎间盘突出症，结果：2组治疗后比较，疼痛改善率及疼痛分级指数总分、视觉模拟量表评分、现时疼痛状况，平衡针组略显优势，既体现在即时效果，也表现在远期疗效方面（ $P < 0.05$ ）。结论：平衡针能很好地改善腰椎间盘突出症的疼痛症状，既有即时效果，也有远期疗效。

成纤维细胞（fibroblast，FB）是主要的软组织损伤修复细胞，它是高度异型的间充质细胞，是疏松结缔组织的主要细胞成分，细胞呈梭形或扁的星状，具有突起，也是致密结缔组织如肌腱、韧带分泌胶原的主要细胞。成纤维细胞可以分泌多种生长因子（如TGF-

b，PDGF，bFGF）、激素（如IGF-I，IGF-II）及细胞素（如IL-1，TNF- $\alpha$ ）。成纤维细胞能够维持各种生长因子、细胞素、基质金属蛋白酶及金属蛋白酶组织抑制因子的合成与分解平衡。因此Lekic等<sup>[11]</sup>认为，它是创伤修复的工程师、建筑者和管理员。了解与控制FB的生物学行为是促进软组织损伤修复、创伤愈合、预防瘢痕形成的基础与关键<sup>[12]</sup>。FB在软组织损伤修复过程中的作用是极为重要的。它的增殖及凋亡将影响着各种生长因子及基质的合成及释放，影响着肉芽组织及瘢痕粘连的形成。在组织损伤修复的不同时期，FB的增殖与凋亡都有不同的意义<sup>[13]</sup>。关于FB对软组织损伤修复中作用的研究日益深入，但人多数是关于皮肤创伤修复的研究，从FB对肌肉、肌腿、韧带、筋膜等组织的损伤修复角度研究的却不多，但FB在这些组织损伤中的修复过程及机制是基本一致的。

本研究显示：治疗前后各组组织学评分比较，平衡针刺组有显著性差异，常规针刺组有显著性差异，空白对照组没有显著性差异；治疗后各组比较，平衡针刺组与常规针刺组及空白对照组比较都有显著性差异；平衡针刺组治疗组成纤维细胞形态规则，呈梭形，其细胞核为卵圆形，位于细胞中央，数量最多。成纤维细胞表达为阳性，治疗结束后3组成纤维细胞增殖速度达到峰值，平衡针刺组的增殖速度明显高于其他2组。说明平衡针刺能较好地调节成纤维细胞的表达，增加其数量，能更好地修复损失组织，达到较好的治疗效果。

#### 参考文献

- [1]胡志立.疏血化瘀膏外敷配合针刺治疗踝关节急性扭伤100例[J].中国中医骨伤科杂志,2015,23(7):65-66.
- [2]周伟,牛相来,马军虎,等.三棱针放血配合针刺治疗踝关节扭伤50例[J].中国针灸,2015,35(1):43.
- [3]王琳瑛.急性踝关节扭伤的治疗进展[J].中医正骨,2014,26(3):67-68.
- [4]武晓冬,王佩.针刺镇痛机理研究概述[J].中国中医基础医学杂志,1999,5(12):59.
- [5]王文远,郭芙蓉,王钵,等.针刺臀痛穴对软组织损伤修复过程中病理及超微结构变化研究[J].中国针灸,2007,27(5):352-355.
- [6]胡卡明,王承平,谢慧君,等.针刺穴位与非穴位激活不同脑区的效应观察[J].中国针灸,2006,26(3):205-207.
- [7]樊展,王华,喻建兵,等.电针“大陵”穴对室性心动过速大鼠心率、心律失常时间及血管活性肠肽含量的影响[J].针刺研究,2010,35(2):124.
- [8]李贞晶,孙忠人,孙巨义,等.神门、大陵针刺效应特异性探讨[J].中国针灸,2012,32(4):325-328.
- [9]涂国卿,邹来勇,曹耀兴,等.“整体平衡疗法”治疗腰椎间盘突出症镇痛效果与时效观察[J].中国中医药信息杂志,2013,20(4):71-72.
- [10]韩笑,马文珠,王文远.平衡针改善腰椎间盘突出症疼痛的随机对照研究[J].针刺研究,2013,38(1):57-63.
- [11]Lekic P, McCulloch CA. Periodontal ligament cell populations: The central role of fibroblasts in creating a unique tissue[J].Anat Rec, 1996, 245(2):327.
- [12]王益民,韦福康,刘敏.成纤维细胞与创伤修复的研究进展[J].中国修复重建外科杂志,2000,14(2):126-128.
- [13]汲广成,乔晋琳,李金牛,等.成纤维细胞与软组织损伤修复[J].中华中医药学刊,2014,32(7):1569-1572.

（本文编辑：李海燕 本文校对：汤群珍 收稿日期：2018-04-20）

# 粉葛中淀粉含量与葛根素含量的相关性研究<sup>※</sup>

赵婧文 张建逵\* 魏巍 李晓晨 李丽 牛蕾

(辽宁中医药大学药学院, 辽宁 大连 116600)

**摘要:**目的 本实验研究粉葛淀粉含量与药用成分相关性。方法 采用分光光度法测定淀粉含量, 采用HPLC法测定葛根素含量, 并对所测数据进行相关性分析。结果 淀粉含量范围为8.34%~88.91%, 葛根素含量范围为0.1337%~0.4296%。结论 粉葛中的淀粉含量与葛根素含量呈负相关 ( $P<0.05$ )。

**关键词:** 粉葛; 淀粉; 葛根素; 相关性; 中药化学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.040

文章编号:1672-2779(2018)-15-0095-03

## Study on the Correlation between Starch Content and Puerarin Content in Puerariae thomsonii Radix

ZHAO Jingwen, ZHANG Jiankui, WEI Wei, LI Xiaochen, LI Li, NIU Lei

(School of Pharmacy, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116600, China)

**Abstract: Objective** To study the correlation between starch content and puerarin content in Puerariae thomsonii Radix. **Methods** The content of starch was determined by spectrophotometry. The content of puerarin was determined by HPLC. **Results** The starch content range was 8.34%~88.91% and the puerarin content range was 0.1337%~0.4296%. **Conclusion** The starch content was negatively correlated with the puerarin content in Puerariae thomsonii Radix ( $P<0.05$ ).

**Keywords:** Pueraria thomsonii; Starch; Puerarin; correlation; chemistry of Chinese materia medica

粉葛为豆科植物甘葛藤 (*Pueraria thomsonii* Benth) 的干燥根, 具有解肌退热, 生津止渴, 透疹, 升阳止泻, 通经活络, 解酒毒等功效<sup>[1]</sup>。粉葛淀粉含量较高, 粉性较强, 其主要药用成分为葛根素; 传统鉴定经验认为粉葛“凡粉性足者为佳”, 而在市场上销售的大多为栽培药材, 淀粉含量较高, 此结论是否依然成立? 本实验采用分光光度法与HPLC法分别测定淀粉含量与葛根素含量, 探讨两者之间的相关性, 为粉葛栽培药材提供质量控制依据。

### 1 实验材料

**1.1 仪器** UV-3010紫外可见双光束扫描分光光度计 (日本日立集团); BP 211D型电子分析天平 (德国赛多利斯公司); 水浴锅 (天津奥特赛恩斯仪器有限公司); 1100型高效液相色谱仪 (美国Agilent公司), 包括G1314A型VWD检测器, G1311A型四元泵。AT-130型柱温箱 (大连中汇达科学仪器有限公司), KQ-250型超声清洗器 (昆山超声仪器有限公司), FW100型高速万能粉碎机 (天津市泰斯特仪器有限公司), TD6001C型电子天平 (天津天马衡基仪器有限公司)。

**1.2 试剂与试药** 甲醇色谱纯 (天津市大茂化学试剂厂); 甲醇分析纯 (天津市恒兴化学试剂制造有限公司); 其它试剂均为分析纯。无水乙醇 (天津市富宇精细化工有限公司); 高氯酸 (天津市西青鑫源化工厂); 葛根素 (上海源叶生物科技有限公司); 浓硫酸 (国药集团化学试剂有限公司); 乙酸乙酯 (天津市科密欧化学试剂有限公司); 可溶性淀粉 (Solarbio科技有限公司);

葛根素 (上海源叶生物科技有限公司, 批号: YM0510YA14)

**1.3 样品** 在2017年9月, 从不同药店购进10批不同产地的粉葛饮片, 所有样品均为生饮片, 未经炮制。均经辽宁中医药大学药学院张建逵副教授鉴定粉葛为豆科植物甘葛藤 (*Pueraria thomsonii* Benth) 的干燥根。具体来源见表1。

表1 粉葛饮片样品来源

编号	收集地	产地
S1	辽宁省大连市北京同仁堂大药房	安徽
S2	浙江省杭州市九泽堂大药房	广西
S3	辽宁省锦州市宝汇大药房	云南
S4	北京市同芝堂东单大药房	安徽
S5	黑龙江省双鸭山市老百姓医药超市	广西
S6	湖南省长沙市乐安堂大药房	湖南
S7	陕西省西安市华仁堂大药房	西安
S8	海南省海口市源安隆药品超市	广西
S9	辽宁省沈阳市南京同仁堂大药房	广西
S10	辽宁省鞍山市沛芝堂医药连锁店	四川

### 2 实验方法

#### 2.1 粉葛淀粉含量测定

**2.1.1 试液的配制** 2%蒽酮试剂: 精密称取1 g蒽酮, 加入50 mL乙酸乙酯, 超声使全部溶解, 4℃避光保存备用。80%乙醇; 9.2 mol/L高氯酸<sup>[2]</sup>。

**2.1.2 供试品溶液的制备** 精密称量0.01 g样品粉末于15 mL离心管中, 加入80%乙醇溶液8 mL, 80℃水浴30 min, 静置或离心, 沉淀后弃上清液, 此步骤重复3次, 后2次分别水浴10 min, 残留物加入6 mL的9.2 mol/L高氯酸, 快速振荡摇匀, 反应5 min, 静置或离心, 沉淀后上清液移入100 mL容量瓶中, 重复3次, 用6 mL蒸馏水洗涤残渣2次, 清洗液移入容量瓶中, 蒸馏水定容, 摇

※ 基金项目: 辽宁省大学生创新创业训练计划项目 [No. 201610162008]

\* 通讯作者: lnzyzjk@sina.com

匀,即得。

**2.1.3 样品测定** 精密量取1 mL供试品溶液于15 mL离心管中,蒸馏水补足至2 mL,空白对照试管中只加入2 mL蒸馏水。每只试管中加入0.5 mL 2%蒽酮试剂,并缓慢加入5 mL 98%的浓硫酸,迅速摇匀,于沸水浴中准确计时1 min显色,取出迅速置于冰水浴中冷却5 min,取出后室温放置5 min,于630 nm处测定吸光度值。

**2.1.4 标准曲线的绘制** 精密称取0.05 g淀粉于小烧杯中,加入18 mL 9.2 mol/L高氯酸,完全溶解后转移到100 mL容量瓶中,蒸馏水冲洗,移入容量瓶,定容,即为标准品溶液,待用。分别量取0、0.2、0.4、0.6、0.8、1 mL标准品溶液于15 mL离心管中,用蒸馏水补充至2 mL,检测方法同“2.1.3”项下的样品测定方法,以浓度为横坐标,吸光度为纵坐标,绘制标准曲线,回归方程为 $Y=3821.8X+0.287$ , $r=0.9993$ 。结果表明,淀粉含量在0~0.25 mg/mL内具有良好的线性关系。

### 2.1.5 方法学考察

**2.1.5.1 重现性实验** 精密称取S2样品粉末0.01 g,按“2.1.2”项下方法制备成供试品溶液,显色后在630 nm处测定吸光度,平行测量5次,结果见表2。测得粉葛淀粉的RSD值为0.36%,表明仪器重现性良好。

表2 重现性实验考察结果

序号	1	2	3	4	5	$\bar{x}$	RSD(%)
吸光度	0.344	0.341	0.342	0.342	0.341	0.342	0.36

**2.1.5.2 稳定性实验** 精密称取S2样品粉末0.01 g,按“2.1.2”项下方法制备成供试品溶液,分别于0、5、10、15、20、25、30 min在630 nm处测定吸光度。结果见表3。测得粉葛淀粉的RSD值为1.02%。表明此方法在30 min内稳定。

表3 稳定性实验考察结果

时间(min)	0	5	10	15	20	25	30	$\bar{x}$	RSD(%)
吸光度	0.366	0.366	0.369	0.367	0.360	0.360	0.361	0.364	1.02

**2.1.5.3 重复性实验** 精密称取S2样品粉末5份,每份0.01 g,按“2.1.2”项下方法制备成供试品溶液,显色后在630 nm处测定吸光度,结果见表4。测得粉葛淀粉含量RSD值为2.4%,表明此方法重复性良好。

表4 精密度实验考察结果 (%)

序号	1	2	3	4	5	$\bar{x}$	RSD(%)
含量	38.7	37.7	37.7	37.2	39.4	38.14	2.40

**2.1.5.4 加样回收率实验** 精密称取S2样品粉末5份,每份10 mg (淀粉含量为38.7%),按“2.1.2”项下方法制备成供试品溶液,精密吸取1 mL供试品溶液(含淀粉0.0387 mg)于15 mL离心管中,并加入0.4 mL淀粉标准品溶液,蒸馏水补足至2 mL,将混合液进行显色并测

定吸光度,结果见表5。测得粉葛淀粉的平均回收率为103.1%,RSD值为1.6%<sup>[3]</sup>。

表5 加样回收率测定结果

取样量 (mg)	样品平均含量 (mg)	对照品加入量 (mg)	A	实测总量 (mg)	回收率 (%)	平均回收率 (%)	RSD (%)
10.6	0.0387	0.04	0.411	0.0806	104.75		
10.5	0.0387	0.04	0.438	0.0790	100.75		
10.6	0.0387	0.04	0.441	0.0806	104.75	103.17	1.60
10.5	0.0387	0.04	0.439	0.0795	102.10		
10.5	0.0387	0.04	0.440	0.0801	103.50		

## 2.2 葛根素含量测定

**2.2.1 色谱条件** 采用Waters symmetry-C<sub>18</sub>(250 mm ×4.6 mm, 5 μm) 色谱柱,以甲醇-水(25:75)为流动相,检测波长为250 nm,流速为1.0 mL·min<sup>-1</sup>,柱温为25 ℃。在该色谱条件下,对照品溶液和供试品溶液色谱图见图1。

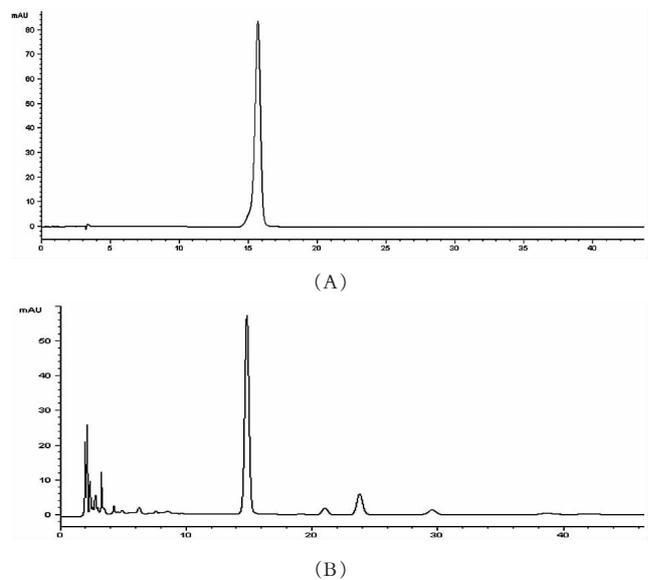


图1 对照品溶液(A)和供试品溶液(B)的色谱图

**2.2.2 对照品溶液的制备** 取葛根素对照品适量,精密称定,加30%乙醇制成每1 mL含80 μg的溶液,即得。

**2.2.3 供试品溶液的制备** 取本品粉末(过三号筛)约0.8 g,精密称定,置具塞锥形瓶中,精密加入30%的乙醇50 mL,密塞,称定重量,加热回流30 min,放冷,再称定重量,用30%乙醇补足缺失的重量,摇匀,滤过,取续滤液,即得。

**2.2.4 测定法** 分别精密吸取对照品溶液与供试品溶液各10 μL,注入液相色谱仪,测定,即得。

**2.2.5 标准曲线的绘制** 精密称定5 mg葛根素标准品,置于5 mL容量瓶中,用30%乙醇定容,即为标准品溶液,待用。分别量取0.1、0.2、0.3、0.4、0.5 mL标准品溶液于5 mL容量瓶中,用30%乙醇定容,按“2.2.4”项下方法进行测定。以浓度为横坐标,色谱峰面积为纵坐标,绘制标准曲线,回归方程为 $Y=37925X-83.926$ , $r=0.99990$ 。结果表明葛根素含量在0~0.1 mg/mL

内具良好的线性关系<sup>[1]</sup>。

### 3 实验结果

表6 粉葛淀粉及葛根素含量测定结果 (%)

编号	淀粉含量	葛根素含量
S1	8.34	0.4296
S2	47.80	0.1951
S3	65.90	0.2546
S4	6.038	0.3936
S5	14.45	0.3130
S6	88.91	0.2034
S7	28.96	0.2376
S8	50.82	0.2517
S9	58.03	0.1337
S10	75.65	0.1705

对表6中淀粉含量及葛根素含量进行相关性分析,得到回归方程为: $Y = -0.002X + 0.375$   $r = 0.8019$  ( $P < 0.05$ ), 因此, 淀粉含量与葛根素含量呈负相关。

### 4 讨论

按照2015版《中国药典》的规定<sup>[1]</sup>, 粉葛中葛根素含量不得少于0.30%, 照此标准, 上述10批药材中仅有3批合格, 合格率仅为30%, 因此。相关部门对该药材

的质量应加强监管。

经相关性分析表明, 粉葛淀粉含量与药用成分呈负相关。粉葛药材中, 淀粉含量越多则有效成分越少, 因此对于目前的粉葛药材, “粉性足者为佳”这一经验并不完全适用, 本实验说明栽培药材淀粉含量越高, 其药用成分含量就越低, 两者含量关系密切。这是因为栽培药材的生长环境条件优越, 淀粉作为初生代谢产物积累就较多, 而葛根素作为次生代谢产物含量就较低, 因此, 在中药材栽培过程中, 不能一味追求产量, 还要考虑到人工栽培技术对药材质量的影响。可以通过控制其淀粉生成量或消耗自身淀粉, 如剪秧、逆境等环境加速淀粉消耗<sup>[4]</sup>, 来提高栽培粉葛药材中葛根素的含量。

### 参考文献

- [1]国家药典委员会, 中华人民共和国药典(一部)[S].北京:中国医药科技出版社, 2015:289-290.
- [2]张贵君.中药鉴定学[M].北京:科学出版社, 2009:97-98.
- [3]刘思琦, 刘春生, 文刚, 等.不同产地丹参中淀粉与有效成分含量的比较[J].中国医药导报, 2015, 9(12):125-129.
- [4]刘春生, 王学勇, 刘仁权, 等.甘草药材中淀粉含量和甘草酸含量的相关性研究[J].中国中药杂志, 2009, 34(21):2831-2832.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王冰 收稿日期:2018-03-02)

## 肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝大鼠 肝脏组织 TNF- $\alpha$ 表达的影响\*

隋晓丹

(长春中医药大学附属医院肝脾胃病科, 吉林 长春 130021)

**摘要:**目的 验证肝脂溶颗粒对NAFLD模型大鼠肝脏组织TNF- $\alpha$ 表达的影响。方法 观察肝脂溶颗粒对实验性大鼠肝脏组织TNF- $\alpha$ 表达的影响。结果 高剂量组大鼠肝脏组织内TNF- $\alpha$ 的表达低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 中剂量组大鼠肝脏组织内TNF- $\alpha$ 的表达与对照组比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 低剂量组大鼠肝脏组织内TNF- $\alpha$ 的表达高于高、中剂量组及对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 肝脂溶颗粒具有降低NAFLD大鼠肝脏组织TNF- $\alpha$ 表达的作用。

**关键词:** 非酒精性脂肪肝; 肝脂溶颗粒; TNF- $\alpha$

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.041

文章编号:1672-2779(2018)-15-0097-03

### Effect of Ganzhirong Granules on the Expression of TNF- $\alpha$ in Liver Tissue of Rats with Nonalcoholic Fatty Liver

SUI Xiaodan

(Department of Liver-Spleen-Stomach Disease, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

**Abstract: Objective** To verify the effect of Ganzhirong granule on the expression of TNF- $\alpha$  in liver tissue of NAFLD rats. **Methods** The effect of Ganzhiyan granule on the expression of TNF- $\alpha$  in liver tissue of rats was observed. **Results** The expression of TNF- $\alpha$  in liver tissue of high-dose group was lower than that of control group ( $P < 0.05$ ). The expression of TNF- $\alpha$  in liver tissue of middle-dose group was compared with that of control group ( $P > 0.05$ ). The expression of TNF- $\alpha$  in the liver tissue of the dose group was higher than that of the high and middle dose groups and the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Ganzhirong granules can reduce the expression of TNF- $\alpha$  in liver tissue of NAFLD rats.

**Keywords:** nonalcoholic fatty liver; Ganzhirong granule; TNF- $\alpha$

本实验通过观察肝脂溶颗粒对NAFLD模型大鼠肝脏组织TNF- $\alpha$ 表达的影响, 及肝脏组织TNF- $\alpha$ 表达在非酒精性脂肪肝中的作用并探明调节其作用的传导途径, 为中医

临床干预治疗非酒精性脂肪肝提供理论依据和新的思路。

### 1 实验材料

1.1 实验动物 Wistar大鼠60只, 雄性, 体质量 (200 $\pm$ 20) g。

1.2 药物 肝脂溶颗粒: 长春中医学院附属医院制剂室,

\* 基金项目:教育部博士点基金[No.20112227110002]

批准文号：长卫制药字(96)1367号。多烯磷脂酰胆碱胶囊：赛诺非安万特(北京)制药有限公司，批准文号：国药准字H20059010。

### 2 实验方法

2.1 非酒精性脂肪肝模型复制方法 大鼠适应环境1周后随机分为正常组9只、高脂组51只。正常组予普通饲料喂养，高脂组予高脂饲料(88%基础饲料、10%猪油、2%胆固醇)喂养，自由饮水。12周后随机选出7只大鼠(正常组1只，高脂组6只)，处死后取肝脏组织进行HE染色，验证造模情况。

2.2 实验动物分组及给药方法 12周后，正常组大鼠普通饲料喂养同时每日生理盐水灌胃。高脂组大鼠随机分为模型组、多烯磷脂酰胆碱胶囊对照组(简称：对照组)、肝脂溶颗粒高、中、低剂量组(简称：高、中、低剂量组)。继续高脂饲料喂养同时每日给予不同药物进行灌胃(模型组：生理盐水灌胃1 mL/100 g；对照组：多烯磷脂酰胆碱胶囊水溶液灌胃，按0.14 g/kg体重给药；高剂量组：100%浓度肝脂溶颗粒水溶液灌胃，按3 g/kg体重给药；中剂量组：70%浓度肝脂溶颗粒水溶液灌胃，按2.1 g/kg体重给药；低剂量组：30%浓度肝脂溶颗粒水溶液灌胃，按0.9 g/kg体重给药)。连续灌胃4周后取材。

2.3 肝脏组织标本采集 腹主动脉取血处死大鼠，打开腹腔完整分离肝脏，快速取下肝脏组织一部分置于10%中性缓冲福尔马林溶液中(PH 7.4)固定，常规脱水后，石蜡包埋备用。

2.4 观察指标 免疫组化法检测肝脏组织TNF-α的表达。

2.4.1 免疫组织化学染色方法 石蜡切片常规脱蜡进水；热修复抗原；染色。

2.4.2 表达结果判定 在光镜下观察切片，根据免疫组化染色强度进行半定量判定。表达细胞的胞浆中可见棕黄色颗粒为阳性结果的判定标准，颜色越深，表示表达越强。如细胞胞浆中未出现棕黄色颗粒则为阴性结果。

TNF-α计分标准，按染色区变化和染色强度分为0~4分：0分：无染色或染色极弱。1分：局部弱染、染色区<25%。2分：局部染色稍强、染色区25%~50%。3分：肝窦周围和汇管区染色增强，染色区50%~75%。4分：肝窦周围和汇管区染色呈强染，染色区>75%。

2.5 统计学方法 采用SPSS 16.0统计软件处理数据，计量资料数据以均数加减标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示。

### 3 实验结果

正常组肝组织内偶见少量淡黄色颗粒，TNF-α蛋白表达极弱；模型组肝组织内可见明显增多的棕黄色颗粒，主要以汇管区和肝窦周围最为显著；其它药物干预组肝组织内棕黄色颗粒与模型组相比明显减少，表达强度也减弱，药物组中高剂量组肝组织内棕黄色颗粒相对较少，表达强度较弱；中剂量组与对照组

相似，肝组织内棕黄色颗粒数量级表达强度均高于高剂量组；低剂量组肝组织内可见广泛黄色颗粒，表达强于其它药物干预组。

半定量评分结果显示：各NAFLD模型组大鼠肝组织内TNF-α的表达明显高于正常组( $P < 0.01$ )，差异具有统计学意义；模型组大鼠肝组织内TNF-α的表达明显高于各药物干预组( $P < 0.01$ )，差异具有统计学意义；高剂量组大鼠肝组织内TNF-α的表达低于对照组( $P < 0.05$ )，差异具有统计学意义；中剂量组大鼠肝组织内TNF-α的表达与对照组比较( $P > 0.05$ )，差异无统计学意义；低剂量组大鼠肝组织内TNF-α的表达高于高、中剂量组及对照组( $P < 0.05$ )，差异有统计学意义。见表1。

表1 各组大鼠16周末肝脏组织TNF-α蛋白表达比较

组别	只数	TNF-α
正常组	8	0.007±0.009
模型组	9	0.058±0.006*
对照组	8	0.038±0.052 <sup>Δ</sup>
高剂量组	9	0.025±0.013* <sup>Δ</sup>
中剂量组	8	0.034±0.037* <sup>Δ</sup>
低剂量组	9	0.046±0.024* <sup>Δ</sup>

注：与正常组相比，\* $P < 0.01$ ，\*\* $P < 0.05$ ；与模型组相比，<sup>Δ</sup> $P < 0.01$ ，<sup>ΔΔ</sup> $P < 0.05$ ；与对照组相比，\* $P < 0.05$ ，\*\* $P > 0.05$

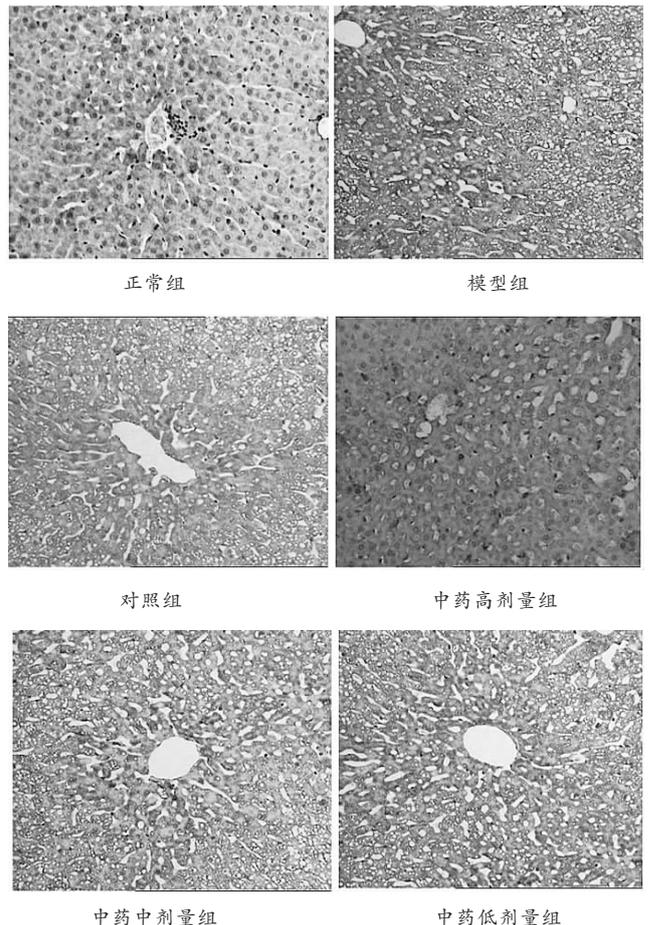


图1 大鼠肝脏组织TNF-α表达免疫组化染色 (×200)

#### 4 讨论

TNF- $\alpha$ 是机体炎症反应和免疫应答反应的主要调节因子,TNF- $\alpha$ 作为炎性细胞因子<sup>[1]</sup>可以通过增加氧自由基的产生和脂质过氧化<sup>[2]</sup>等方面引起脂肪性肝炎<sup>[3]</sup>和脂肪性纤维化。TNF- $\alpha$ 还是NAFLD发病过程中胰岛素抵抗的一个关键性介质<sup>[4]</sup>,在脂肪组织中TNF- $\alpha$ 水平与胰岛素抵抗呈正相关<sup>[5]</sup>,TNF- $\alpha$ 主要通过干扰胰岛素信号转导、抑制葡萄糖转运、减少PPAR $\gamma$ 的合成及调节FFA<sup>[6]</sup>参与介导肝脏及外周组织的胰岛素抵抗,还能够直接或间接损伤 $\beta$ 细胞,导致胰岛素分泌缺陷。

刘铁军教授总结多年治疗非酒精性脂肪肝的临床经验,针对湿热瘀积证自研肝脂溶颗粒<sup>[7]</sup>,由决明子、枳椇子、泽泻等组成,诸药合用,共奏清热利湿、化痰消积之功效。

实验结果表明肝脂溶颗粒能够显著降低大鼠肝脏组织TNF- $\alpha$ 表达,进而减轻TNF- $\alpha$ 对胰岛素信号传导的影响和其细胞因子的毒性作用,达到治疗NAFLD的目的。其疗效与剂量呈正相关,且对降低大鼠肝脏组织TNF- $\alpha$ 表达疗效优于多烯磷脂酰胆碱胶囊。高脂饮食诱

导致NAFLD大鼠肝脏组织TNF- $\alpha$ 表达明显增高,这可能是大鼠引起非酒精性脂肪肝的机制之一,肝脂溶颗粒显著降低了肝脏组织TNF- $\alpha$ 表达,因此,肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝的防治作用可能是通过降低肝脏组织TNF- $\alpha$ 表达而完成的。

#### 参考文献

- [1]Ribeiro PS,Cortez-Pinto H,Sola S,et al.Hepatocyte apoptosis,expression of death receptors,and activation of NF-kappaB in the liver of nonalcoholic and alcoholic steatohepatitis patients[J]. Am J Gastroenterol,2004,99(9):1708-1717.
- [2]Pessayre D,Berson A,Fromenty B,et al. Mitochondria in steatohepatitis[J]. Semin Liver Dis,2001,21(1):57-69.
- [3]Duvnjak M,Leroti I,Barsi N,et al. Pathogenesis and management issues for non-alcoholic fatty liver disease[J]. World J Gastroenterol, 2007,13(34):4539-4550.
- [4]HOTAMISLIGIL G S, SHARGILL N S, SPIEGELMAN BM.Adipose expression of tumor necrosis factor-alpha:direct role in obesity-linked insulin resistance[J].Sci,1993,259(5091):87-91.
- [5]林克荣,杨慧莹.非酒精性脂肪肝患者血清肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、脂联素水平与胰岛素抵抗的相关性[J].世界华人消化杂志,2007,15(24):2613-2618.
- [6]Hui JM,Hodge A, Farrell GC,et al.Beyond insulin resistance in NASH:TNF-alpha or adiponectin? [J]. Hepatology,2004,40(1):19-22.
- [7]隋晓丹.肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝模型大鼠血清 Leptin 表达的影响[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(8):94-95.

(本文编辑:李海燕 本文校对:侯立 收稿日期:2018-04-27)

## 痛风颗粒提取工艺研究<sup>\*</sup>

李庆杰<sup>1</sup> 李振华<sup>1</sup> 王琦<sup>2</sup> 都帅<sup>2</sup> 王巍<sup>3\*</sup>

- (1 长春中医药大学附属医院实验中心,吉林 长春 130021; 2 吉林农业大学中药材学院,吉林 长春 130118;  
3 长春市中心医院血液科,吉林 长春 130041)

**摘要:**目的 通过工艺改良使痛风颗粒的制备工艺达到优化。方法 以提取物出膏率、醇浸出物量及综合评分为考察指标,采用正交试验法对提取工艺进行筛选。结果 经筛选,最终确定最佳提取工艺为,依次向处方药材中加入10、8、8倍量水,共煎煮3次,每次1 h。结论 该提取工艺简便,可操作性强,可以作为痛风颗粒提取工艺。

**关键词:** 痛风颗粒; 提取工艺; 正交实验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.042

文章编号:1672-2779(2018)-15-0099-03

### Research on the Extraction Technology of Tongfeng granules

LI Qingjie<sup>1</sup>, LI Zhenhua<sup>1</sup>, WANG Qi<sup>2</sup>, DU Shuai<sup>2</sup>, WANG Wei<sup>3\*</sup>

- (1. Experimental Center, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China;  
2. College of Chinese Medicinal Materials, Jilin Agricultural University, Jilin Province, Changchun 130118, China;  
3. Hematology Department, Changchun Central Hospital, Jilin Province, Changchun 130117, China)

**Abstract: Objective** To determine the feasible preparation technology of Tongfeng granules, and to optimize the preparation process of Gout granules through technological improvement. **Methods** The optimum extraction conditions of the granules were determined by orthogonal test. **Results** The medicinal herbs were boiled three by 10, 8, 8 times of water and 1 hour each time. Three pieces of decoctions were mixed, which was added amount of silica powder and soluble corn starch. Moldability and melting of the granules are good. **Conclusion** The preparation technology is simple, convenient and feasible, and properties of the granules prepared by it are stable, so this technology can be used to the granules.

**Keywords:** Tongfeng granules; extraction technology; orthogonal test

痛风颗粒作为长春中医药大学附属医院临床基础上总结出来的经验方,在临床应用10余年,该方药可以有效缓解痛风性关节炎患者急性发作期症状,

同时降低患者的复发率,因此开发为院内制剂,更广泛地应用于临床,为广大痛风患者提供安全、有效、毒副作用小的有效中药,同时对痛风颗粒的院内制剂开发,可以为进一步的新药研发奠定研究基础。为将其开发成有效、安全、质量可控的医院制剂,对痛风颗粒的制备工艺进行了系统研究。报道如下。

<sup>\*</sup> 基金项目:吉林省科技厅重点科技攻关项目【No. 20150204072YY】

\* 通讯作者:1353201535@qq.com

## 1 材料与仪器

DZF 型真空干燥箱 (上海博迅), SH-2型电热恒温水浴锅, DHG-9140 电热恒温鼓风干燥箱, 摇摆式颗粒机 (上海天和制药机械厂), CP225D 型双量程电子分析天平 (德国 Sartoris), JH2102 电子天平 (上海精密科学仪器有限公司)。

## 2 方法及结果

### 2.1 提取工艺的研究

**2.1.1 药材吸水率的测定** 按处方比例取苍术9 g, 厚朴10 g, 茯苓15 g, 透骨草15 g, 双花15 g, 连翘15 g, 黄连5 g, 黄柏12 g, 红花10 g, 丹参15 g, 乳香 (炙) 5 g, 没药 (炙) 5 g, 地龙10 g (总计141 g) 加水1000 mL 浸泡, 每间隔30 min查看药材的渗透情况, 药材达到完全渗透为2 h, 然后将剩余的水倒出, 计算出处方中药材的吸水率为179%, 根据结果, 确定处方首次提取时要加1.5倍量的水。见表1。

表1 不同浸泡时间药材吸水率的测定

浸泡时间(min)	0	30	60	90	120
剩余水量(mL)	1000	805	745	635	730
吸水量(mL)	0	195	255	265	275
吸水率(%)	0	138	181	188	195

**2.1.2 正交实验** 提取效果的好坏主要是由三因素决定的, 即: 水量、提取时间、提取次数, 利用正交表  $L_9(3^4)$  进行三水平三因素试验, 见表2。考察指标: 干浸膏出膏量、醇浸出物。

综合评分=出膏量/最大出膏量 $\times$ 30%+醇浸出物量/最大醇浸出物量 $\times$ 70%<sup>[1-6]</sup>。

表2 水煎煮的因素水平表

因素	A	B	C
	加水量 (倍数)	煎煮次数 (次数)	煎煮时间 (小时)
1	6	1	1
2	8	2	1.5
3	10	3	2

试验方法: 分别称取苍术、厚朴、茯苓等组方药材共9份, 每份141 g, 按照表2进行试验, 将提取液滤过后合在一起, 在浓缩成稠膏后, 通过减压干燥机进行减压干燥, 最后进行重量的称量, 根据实验数据进行干浸膏重量和出膏率<sup>[7]</sup>的计算。醇浸出物的测定: 用精密天平称取过2号筛的供试品粉末约2 g, 放入150 mL的锥形瓶中, 用移液管准确地量取50 mL无水乙醇于锥形瓶中, 严密封口后, 用电子天平称量重量, 静置的放置1 h后, 将冷凝管与锥形瓶装置连接在一起, 经过加热使其回流至沸腾, 并使液体持续进行1 h的微沸状态。时间停止后将装置放冷, 卸下锥形瓶, 再次将锥

形瓶密封, 用精密天平精密地称定其重量, 减少的部分通过无水乙醇来补充, 震荡混合均匀后, 用干燥的滤器将提取液过滤, 用移液管精密移取25 mL滤液于恒重的蒸发皿中, 将其放在水浴锅上水浴蒸干, 首先在105 ℃的烘箱中干燥3 h后再放在干燥器中冷却0.5 h, 快速准确且精密地称定其重量。利用干燥品计算供试品中醇溶性浸出物的含量。实验结果以出膏率占30%, 醇溶性浸出物的量占70%进行加权, 计算正交试验结果, 见表3~4。

表3 正交试验 [ $L_9(3^4)$ ] 及结果

试验号	因素				考察指标		综合评分
	A	B	C	D	出干膏量 (g)	干浸膏中醇 浸出物量(g)	
1	1	1	1	1	21.03	3.7460	43.2900
2	1	2	2	2	34.68	6.2115	71.5400
3	1	3	3	3	37.11	7.4453	82.7200
4	2	1	2	3	26.02	4.5990	53.2700
5	2	2	3	1	33.89	6.8843	76.1800
6	2	3	1	2	38.01	7.6243	84.7300
7	3	1	3	2	29.69	5.9393	66.0400
8	3	2	1	3	36.89	7.9971	86.7100
9	3	3	2	1	42.08	9.2380	100.0000
出膏量	K1	30.94	25.58	31.98	32.33		
	K2	32.64	35.15	34.26	34.13		
	K3	36.22	39.07	33.56	33.34		
	R	5.28	13.49	2.28	1.79		
干浸膏中醇 浸出物量	K1	5.8009	4.7614	6.4558	6.6228		
	K2	6.3692	7.0310	6.6828	6.5917		
	K3	7.7248	8.1025	6.7563	6.6805		
	R	1.9239	3.3411	0.3005	0.08877		
综合评分	K1	65.85	54.20	71.58	73.16		
	K2	71.39	78.14	74.94	74.10		
	K3	84.25	89.15	74.98	74.23		
	R	18.40	34.95	3.40	1.08		

表4 方差分析结果表

指标	方差来源	偏差平方和	自由度	方差	F值	显著性(P)
出膏量	加水量 (A)	43.58	2.00	21.79	8.99	
	煎煮次数(B)	288.85	2.00	144.425	59.58	<0.01
	煎煮时间(C)	8.22	2.00	4.11	1.69	
	误差	4.85	2.00	2.43	1.00	
干浸膏中醇 浸出物量	加水量 (A)	5.8619	2.0000	2.9310	480.04	<0.01
	煎煮次数(B)	17.4620	2.0000	8.7310	1429.984	<0.01
	煎煮时间(C)	0.1473	2.0000	0.07365	12.06	
	误差	0.01221	2.0000	0.006105	1.00	
综合评分	加水量 (A)	534.59	2.00	267.30	257.58	<0.01
	煎煮次数(B)	1915.94	2.00	957.97	923.17	<0.01
	煎煮时间(C)	22.88	2.00	11.44	11.02	
	误差	2.08	2.00	1.04	1.00	

注:  $F_{0.05}(2,2)=19, F_{0.01}(2,2)=99$

根据方差的计算结果可以得知, A和B两因素水平的变化都对试验结果产生了极为明显的影响, 结合直

观分析,煎煮法条件宜为A<sub>3</sub>B<sub>3</sub>C<sub>1</sub>,即:加10倍量水,煎煮3次,每次1h。

2.1.3 验证试验 按照选出的最佳试验条件,重新获得3份样品进行验证,得到的出膏率和药材中醇浸出物提取率的RSD分别为1.49%和0.88%,重现性良好,故确定A<sub>3</sub>B<sub>3</sub>C<sub>1</sub>为最佳提取工艺。

表5 工艺验证实验

试验号	试验条件	药材量 (g)	干浸膏重 (g)	干浸膏出膏率 (%)	醇浸出物重 (g)
1	A <sub>3</sub> B <sub>3</sub> C <sub>1</sub>	141	42.04	29.82	9.1255
2	A <sub>3</sub> B <sub>3</sub> C <sub>1</sub>	141	40.85	28.97	9.0498
3	A <sub>3</sub> B <sub>3</sub> C <sub>1</sub>	141	41.64	29.53	9.1687
均值			41.74	29.44	9.1047
RSD(%)			1.47	1.49	0.88

## 2.2 制剂工艺的成形性研究

2.2.1 辅料和润湿剂的选择 本实验采用湿法制粒,需加入适量辅料以满足制备工艺和制剂要求,常用辅料有:蔗糖、糊精、可溶性淀粉、微粉硅胶等多种,通过实验最终确定了微粉硅胶和可溶性淀粉进行制颗粒研究,选用50%~75%的乙醇为湿润剂,用于改善软材的干湿度。见表5。

表5 制颗粒结果

试验号	浸膏 (g)	可溶性淀粉 (g)	微粉硅胶 (g)	辅料总量 (g)	制颗粒情况
1	100	60	10	70	过筛容易,颗粒成型性好
2	100	55	15	70	过筛容易,颗粒成型性好

根据上述结果,选择1号比例作为本制剂的辅料用量。

2.2.2 湿颗粒干燥温度的确定 通过设定了不同温度的干燥箱对湿颗粒的干燥温度进行了选择,当干燥箱的温度为80℃时干燥的颗粒状态很好,很容易整粒,所以最终确定湿颗粒的干燥温度为80℃。

2.2.3 颗粒流动性的确定 通过固定漏斗法测定颗粒休止角,考察颗粒的流动性,平均休止角为32.1°,表明颗粒流动性良好。

2.2.4 颗粒临界相对湿度的确定 经试验,当温度在25℃,相对湿度在43%以下时,颗粒吸湿率较低。所以在颗粒分装和贮存时,要控制温度、相对湿度,并采取防潮效果好的复合膜。

2.2.5 中试样品生产试验结果 通过确定的制剂的制备工艺,对痛风颗粒进行了中试的生产,根据颗粒成型性是否良好,得到最终颗粒的平均成品率为99.7%,说明该制备工艺十分稳定可靠,规模化生产十分可行<sup>[8-12]</sup>。

## 3 小结

通过对处方中中药的有效成分进行成分研究分析,认为其都易溶于水,所以采用水煎煮的提取方法对处

方进行提取。通过改变加水量、煎煮次数以及时间对痛风颗粒的提取工艺进行考察,最终得到了最适宜的提取条件,根据验证实验得到的结果,认为本品的提取工艺稳定可靠,可以作为痛风颗粒提取工艺。

## 参考文献

- [1]国家药典委员会.中华人民共和国药典(一部)[M].北京:中国医药科技出版社,2015.
- [2]林启焰,谢凡,程雪梅,等.正交试验优化滋肾养阴颗粒剂提取工艺[J].中成药,2017,39(1):213-215.
- [3]吴国军.一种复方中药提取工艺的优化及颗粒剂制备[D].大庆:黑龙江八一农垦大学,2014.
- [4]刘剑,闫建坤,赵学智.正交试验法优选温肾调经颗粒剂水提取工艺[J].北方药学,2013,10(3):40-41.
- [5]陈文娟,胡道德.正交试验法优选复方四参颗粒剂的提取工艺[J].天然产物研究与开发,2013,25(8):1133-1136.
- [6]徐菲菲.苍藿平胃颗粒剂的研究[D].合肥:合肥工业大学,2012.
- [7]颉都,张彬,刘继军,等.正交试验优选益母草的提取工艺研究[J].中国民族医药杂志,2010,16(2):40-41.
- [8]那溪元,刘毅,殷明阳,等.麻杏止咳平喘颗粒剂成型工艺研究[J].中草药,2016,47(5):767-770.
- [9]王佩,刘晓昱,徐红.复方茯苓无糖颗粒剂成型工艺的研究[J].中华中医药学刊,2014,32(2):354-356.
- [10]易艳东,林世和,马威,等.清脉颗粒剂成型工艺的优选[J].中国医院药学杂志,2014,34(12):975-977.
- [11]张毓,钟晓明.中药颗粒剂成型工艺的研究进展[J].海峡药学,2010,22(1):27-28.
- [12]夏新华,胡岚.复方芩柏颗粒剂成型工艺的研究[J].中国中药杂志,2000(9):16-18.

(本文编辑:李海燕 本文校对:位 鸿 收稿日期:2018-01-17)

## 黄连的鉴别要点

### 1. 药材鉴别

味连:多集聚成簇,常弯曲,形如鸡爪(俗称:鸡爪黄连),单枝根茎长3~6cm,直径0.3~0.8cm。表面灰黄色或黄褐色,粗糙,有不规则结节状隆起、须根及须根残基,有的节间表面平滑如茎杆,习称“过桥”。上部多残留褐色鳞叶,顶端常留有残余的茎或叶柄。质硬,断面不整齐,皮部橙红色或暗棕色,木部鲜黄色或橙黄色,呈放射状排列,髓部有的中空。气微,味极苦。

雅连:多为单枝,略呈圆柱形,微弯曲,长4~8cm,直径0.5~1cm。“过桥”较长。顶端有少许残茎。

云连:弯曲呈钩状,多为单枝,较细小。

### 2. 饮片鉴别

目前国内只有味连饮片,因雅连生产极少,珍稀,价格较贵。云连只有部分省区应用,常为地方习用。

味连饮片呈不规则薄片,外表皮灰黄色至黄褐色,粗糙,有较细小的须根及须根痕,切面鲜黄色至红黄色,具放射状纹理,有的可见髓部中空。气微,味极苦。

### 3. 炮制应用

酒制黄连:清上焦火热,如目赤、口疮。

姜汁制黄连:善清胃和胃,止呕。用寒热互结,湿热中阻,痞满呕吐。

吴茱萸汁制黄连:善疏肝和胃,止呕。用于肝胃不和,呕吐吞酸,厥阴头痛等。

——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。

通气散外敷治疗膝骨关节炎 40 例临床观察<sup>※</sup>

孟君 高建成

(成都大学附属医院康复医学科, 四川 成都 610081)

**摘要:**目的 观察通气散外敷治疗膝骨关节炎的临床疗效。方法 40例膝骨关节炎患者进行外敷通气散治疗, 比较膝骨关节炎治疗前后的临床疗效。结果 参与治疗患者40例, 治疗过程中无明显不良反应, 其中显效26例, 有效8例, 无效或加重6例, 总有效率85%。结论 通气散外敷治疗膝骨关节炎疗效显著, 易于操作, 经济实惠, 值得推广及进一步研究。

**关键词:** 膝骨关节炎; 通气散; 中药外治

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.043

文章编号:1672-2779(2018)-15-0102-02

## Clinical Observation on External Application of Tongqi Powder in the Treatment of Knee Osteoarthritis for 40 Cases

MENG Jun, GAO Jiancheng

(Department of Rehabilitation Medicine, the Affiliated Hospital of Chengdu University, Sichuan Province, Chengdu 610081, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of external application of Tongqi powder in the treatment of knee osteoarthritis.

**Methods** 40 cases of knee osteoarthritis were treated with external application of Tongqi powder. **Results** There were no obvious adverse reactions in the treatment of 40 patients, including 26 cases had remarkable effect, 8 cases were effective, 6 cases were ineffective or aggravated. The total effective rate was 85%. **Conclusion** The external application of Tongqi powder in the treatment of knee osteoarthritis is effective, is easy to operate and economical and is worthy of popularization and further study.

**Keywords:** knee osteoarthritis, Tongqi powder; external treatment of traditional Chinese medicine

膝骨关节炎(简称为KOA),是临床常见的一种慢性、进展性关节疾病,发病较早,多在精力旺盛,体力充沛的中年期就开始出现症状,其特征是关节软骨出现原发性或继发性退行性病变,并伴有软骨下骨质增生。临床表现主要有膝部疼痛,功能受限。最近的流行病学研究表明:60岁以上人群中临床症状的发生率高达37%。随着社会人口的老龄化和肥胖人口的增多,膝骨关节炎的发病可能逐步增加,它对医疗保健和公共卫生系统影响也必将越来越重要<sup>[1]</sup>。目前全球老龄人口正以比总人口增长更快的速度递增,膝骨关节炎已成为当今世界人类健康的主要问题,给社会和家庭造成沉重的经济负担<sup>[2]</sup>。因此,膝骨关节炎的防治是疾病研究的一个极为重要领域。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择符合诊断标准的40例患者,均来自成都大学附属医院康复科,其中男性患者16例,女性患者24例。

1.2 纳入标准 (1)符合膝骨关节炎诊断标准;(2)近2周内未使用其他药物或其他疗法的患者;(3)年龄40~70岁;(4)X线检查膝关节正侧位片符合Kellgren和Lawrence放射学诊断标准0、I、II、III级表现的患者。

1.3 诊断标准 西医诊断标准:参照美国风湿学会2013年提出的标准。(1)近1个月内反复膝关节疼痛;(2)X片

(站立或负重位)示关节间隙变窄、软骨下骨硬化和(或)囊性变、关节缘骨赘形成;(3)关节液(至少2次)清凉、黏稠,WBC<2000个/mL;(4)中老年患者(>=40岁);(5)晨僵<=30 min;(6)活动时股摩擦(音)感。符合1、2或1、3、5、6或1、4、5、6即可诊断。

中医诊断标准:据1995年国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》,膝骨关节炎属于“骨痹”范围。骨痹多诊断为“退行性骨关节病变”“骨关节骨赘”及“肥大性改变”等,临床症状多为膝关节疼痛,活动受限,重者甚至关节畸形。病因为年老体弱,气血亏虚,筋骨失于濡养,导致膝关节退化。(1)初起多见腰腿、腰脊、膝关节等隐隐作痛,屈伸、俯仰、转侧不利,轻微活动稍缓解,气候变化加重,反复缠绵不愈。(2)起病隐匿,发病缓慢,多见于中老年。(3)局部关节可轻度肿胀,活动时关节常有嘎刺声或摩擦声。严重者可见肌肉萎缩。关节畸形,腰弯背驼。(4)X线摄片检查:示骨质疏松,关节面不规则,关节间隙狭窄,软骨下骨质硬化,以及边缘唇样改变,骨赘形成。(5)查血沉、抗“O”、类风湿因子等与风湿痹症、尪痹相鉴别。

1.4 影像学分级 参照Kellgren和Lawrence影像分级方法。(1)0级:正常;(2)I级:可能有骨赘,关节间隙可疑变窄;(3)II级:有明显骨赘,关节间隙可疑变窄;(4)III级:中等量骨赘,关节间隙变窄较明确,有硬化性改变;(5)IV级:大量骨赘,关节间隙明显

※ 基金项目:成都市卫生局联合攻关项目[No.成卫科教函(2014)2号]

变窄,严重硬化性病变及明显畸形。

## 1.5 治疗方法

1.5.1 试验用药及方法 通气散50 g,用80~100℃纯净水40 mL调敷成糊状,用无菌纱布包裹后敷在患侧膝盖上,覆盖面积约14 cm×10 cm,覆盖位置以内外膝眼、血海、梁丘的连线为覆盖的边缘线,覆盖时间10h,10 h后,由受试者自行取掉覆盖物,每天1次。

通气散由著名川派名医高诚宗(原国家领导人保健医生)传承而来,其组成药物为二郎箭、大黄等7味药,按照特定的比例配伍后制成中药粉剂而成,使用时取适量粉剂用开水调制糊状,然后敷在患处。

二郎箭,又名鹅不食草、地胡椒。为菊科一年生草本植物石胡荽的全草,在我国南北各地均有分布。二郎箭性辛、温,归肺、肝经,具有通窍散寒、消肿止痛、止咳化痰的功效。目前,对二郎箭的药物治疗研究非常活跃,研究表明二郎箭有明确的抗炎活性、抗肿瘤活性。

大黄,为蓼科多年生草本植物掌叶大黄、唐古特大黄、南大黄的根状茎。主产于四川、青海等地,秋末冬初采收。其性苦、寒,走而不守,有活血逐瘀之功,外用可治疗跌打损伤、疮痈肿痛、和毒蛇咬伤等。大量文献资料都在大黄逐瘀消散治疗积聚肿块、行气散瘀治疗跌打损伤、清热解毒以治疗痈肿疔疮等方面有充分的研究和报道。

所选药物均由省中药饮片公司生产配送,在我院统一配伍研磨为粉末后使用。

1.5.2 疗程 7 d为1个疗程,共2个疗程。

1.6 观察指标 膝关节关节炎自评量表(Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index, WOMAC):本量表从疼痛、关节僵硬、生理功能这3个维度进行计算总分,得分越高,病情越重。

1.7 疗效评价标准 结合《中药新药临床研究指导原则·中药新药治疗骨性关节炎的临床研究》(2002年版)中所制定的积分量表法和国家医药管理局颁布的疗效判定法拟定疗效标准如下:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。将临床痊愈、显效、有效合并为总有效病例数,进而计算总有效率。显效:症状全部消失或主要症状消失,关节功能活动基本恢复正常,能参加正常工作和劳动,主要检查指标基本正常,疗效指数>70%但<95%;有效:主要症状基本消失,主要关节功能活动基本恢复或有明显进步,生活不能自理转为能够自理,或失去工作和劳动能为转为工作和劳动能力有所恢复,主要检查指标有所改善,疗效指数>30%但<70%;无效:治疗前后症状、体征无改变,疗效指数<30%。

## 2 结果

通过治疗前后膝关节关节炎自评量表(WOMAC)得

分,结合疗效指数的计算方法,得出显效26例,有效8例,无效或加重6例,总有效率85%。

## 3 讨论

膝关节关节炎,当属于祖国传统医学之“痹证”“骨痹”“膝痹”“鹤膝风”等范畴。历代文献对其病因、症状和体征有很多具体的描述。最早见于《素问·痹论》:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为著痹也。”认为膝关节关节炎发病与风、寒、湿三邪密切相关,并根据其病因分为“行痹”“痛痹”“着痹”。《素问·长刺节论》指出:“病在骨,骨重不可举,骨髓酸痛,寒气至,名曰骨痹”。《素问·阴阳应象大论》提到“肾主骨髓”“肾之合,骨也”。《素问·脉要精微论》指出:“转摇不能肾将惫矣,骨者,髓之府,不能久立,行则振掉”“膝者,筋之府,屈伸不能,行则矮俯,筋将惫矣”。故而,传统中医认为膝关节关节炎以外邪入侵,痹阻络脉为发病的重要因素,气滞血瘀,痰瘀痹阻络脉为发病的重要环节。而或因长期劳损、肝肾亏虚,或因跌仆扭伤、筋骨受伤,或因年事已高、骨质脆弱,或因血瘀气滞、风寒湿邪阻滞经络,等等原因均可归结为膝部气血痹阻、经络不通,骨失所养、不通则痛。

现代医学认为膝关节关节炎发病机制是软骨基质成分改变,软骨细胞功能减退,胶原纤维的网状结构破坏和蛋白聚糖的降解。老龄化、软骨细胞与基质合成代谢平衡被破坏、免疫反应和关节力学的改变是发病的重要因素。有研究证实,雄激素、肥胖、关节创伤、体育运动、受损伤后自身免疫反应、遗传因素、先天及后天畸形、代谢或内分泌障碍、骨质疏松、关节废用和神经控制失调等在发病机制中起一定的作用<sup>[1]</sup>。

目前,针对膝关节关节炎的研究工作十分活跃,中医治法主要有中药内服、针灸推拿疗法、针药结合、中药塌渍、手法治疗、中药导入及综合治疗等。但关于中药外敷疗法治疗膝关节关节炎的相关报道数量相对较少。如何使更多有价值 and 确切疗效的中药方剂运用于治疗膝关节关节炎对于临床治疗来说是一个值得关注的问题。针对膝关节关节炎“不通则痛”的发病机制,将传承自著名川派医家高诚宗先生的对膝关节关节炎有确切疗效的“通气散”,采用中药配方粉末调敷的方法,对该病进行临床观察,发现“通气散”疗效显著,值得临床推广,为今后治疗膝关节关节炎提供了宝贵的经验。

## 参考文献

- [1]刘华,李化光.膝关节骨性关节炎流行病学研究进展[J].中国矫形外科杂志,2013,21(5):482-485.
- [2]陈伟,吕红芝,张晓琳,等.中国中老年人膝骨性关节炎患病率流行病学调查设计[J].河北医科大学学报,2015,26(5):487-490.
- [3]王家双.膝骨性关节炎病因与诊治进展[J].广东医学,2006,27(4):482-485.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李奎君 收稿日期:2018-06-12)

# 血府逐瘀汤治疗稳定型心绞痛的 临床疗效评价及安全性分析

安娜

(辽河油田总医院中医科, 辽宁 盘锦 124000)

**摘要:**目的 探讨血府逐瘀汤治疗稳定型心绞痛的临床疗效及其用药安全性。方法 选取2017年1月—2018年1月我院收治稳定型心绞痛患者72例,依据随机数字表法随机分为对照组和治疗组,各36例,对照组给予常规西医治疗,治疗组在对照组的基础上应用血府逐瘀汤治疗,2组患者进行为期4周的治疗。比较2组患者临床疗效,中医证候积分变化情况,统计患者不良反应,并分析其安全性。结果 治疗后,治疗组临床总有效率为88.89%,对照组临床总有效率为75.00%,治疗组优于对照组 ( $P < 0.05$ );对比2组患者治疗前后中医证候积分变化,治疗组患者中医证候积分降低更为明显 ( $P < 0.05$ );对比2组患者发生不良反应情况,结果显示无差异 ( $P > 0.05$ )。结论 血府逐瘀汤具有活血化瘀、行气止痛之效,可以改善患者临床症状,对于稳定型心绞痛有较好的治疗效果,安全性良好,值得临床推广应用。

**关键词:** 血府逐瘀汤; 稳定型心绞痛; 安全性; 胸痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.044

文章编号:1672-2779(2018)-15-0104-03

## The Evaluation on the Clinical Effect and Analysis on the Safety of Xuefu Zhuyu Decoction in the Treatment of Stable Angina Pectoris

AN Na

(TCM Department, Liaohe Oilfield General Hospital, Liaoning Province, Panjin 124000, China)

**Abstract: Objective** To investigate the clinical efficacy and safety of Xuefu Zhuyu decoction in the treatment of stable angina pectoris. **Methods** From January 2017 to January 2018 in our hospital, 72 cases of patients with stable angina, according to random number table method, were randomly divided into control group and treatment group, with 36 cases in each group. The control group was given conventional western medicine treatment, and the treatment group was given Xuefu Zhuyu decoction on the basis of the control group. Two groups of patients were treated for 4 weeks. The clinical efficacy of the two groups of patients, the change of TCM syndrome differentiation, the adverse reactions of the patients and their safety was compared. **Results** After treatment, the total effective rate of the treatment group was 88.89%, the total effective rate of the control group was 75.00%, and the total effective rate of the treatment group was better than that of the control group ( $P < 0.05$ ). Comparing with the change of TCM syndromes before and after treatment in the two groups, the reduction of TCM syndromes in the treatment group was more obvious and the results were significantly different ( $P < 0.05$ ). Comparison of adverse reactions between the two groups showed no difference ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Xuefu Zhuyu decoction has the effect of invigorating blood, removing blood stasis and relieving pain. It can improve the patients' clinical symptoms, has good treatment effect and good security. It is worthy of clinical popularization and application.

**Keywords:** Xuefu Zhuyu decoction; stable angina pectoris; safety; chest discomfort

稳定型心绞痛又称为劳力型心绞痛,主要是由于劳力引起的心肌缺血导致胸部及附近部位出现疼痛,伴及心功能障碍,经休息或者含服硝酸甘油缓解<sup>[1]</sup>。此病的发病机理十分复杂,可严重危害人类身体健康。近年来应用中医药治疗稳定型心绞痛疗效显著,且中药汤剂加减灵活,不良反应小,为防治冠心病心绞痛作出了积极的贡献<sup>[2]</sup>。血府逐瘀汤具有活血化瘀、行气止痛的功效,现在对于治疗冠心病心绞痛临床应用广泛<sup>[3]</sup>。本研究通过对72例稳定型心绞痛患者进行临床分析,对血府逐瘀汤在此方面的疗效和安全性进行评价,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集我院2017年1月—2018年1月收治的稳定型心绞痛患者72例,其中男性34例,女性38例,根据随机数字表法随机分为对照组和治疗组,各36例。对照组男性17例,女性19例,年龄40~70岁,平均年龄(53.39±8.43)岁,病程2~5年,平均病程(3.39±1.23)

年;治疗组男性17例,女性19例,年龄41~72岁,平均年龄(54.17±7.35)岁,病程2~6年,平均病程(4.19±1.59)年,2组患者各项基本临床资料相比无差异 ( $P > 0.05$ )。

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准:参照《实用内科学》<sup>[4]</sup>中对于稳定型心绞痛的诊断标准,突然发生于胸骨上段或中段之后的压榨性、闷胀性或窒息性疼痛,亦可波及大部分心前区,可放射至左肩、左上肢前内侧,达无名指和小指。其病程在30 d以上,性质在30~90 d内无改变,每次发作持续3 min以上,每7天发作2次以上。心电图缺血性ST段下降超过0.05 mV,或T波倒置超过2 mm,有明显的心肌缺血表现。

中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>中有关胸痹的诊断标准,患者均属气滞血瘀型,临床表现:胸痛胸闷,胸胁胀满,心悸气短,神倦乏力,头晕目眩,心烦不寐,纳谷少馨,口唇紫暗,舌质暗淡或紫暗或有瘀斑,脉象弦或细涩或结代。

1.3 纳入标准 符合冠心病稳定型心绞痛诊断标准；符合中医辨证为气滞血瘀型；年龄40~70岁；直系亲属知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 不符合西医、中医诊断标准者；(2) 属于急性心肌梗死、高危不稳定型心绞痛者或者其他疾病所造成的胸痛者；(3) 合并严重高血压、糖尿病、心肺功能不全及其他严重疾患而限制运动者；(4) 年龄在40岁以下、70岁以上患者；(5) 已知对本药的组成成分过敏者；(6) 妊娠或哺乳期妇女；(7) 严重肝肾疾病及心功能Ⅲ级以上者；(8) 智力障碍，精神、神志障碍，不能正确回答问题者。

1.5 治疗方法 对照组口服单硝酸异山梨酯片(欣康)(20 mg×48片，口服，1片/日，日2次，国药准字H10940039，鲁南贝特制药有限公司提供)；治疗组在对照组基础上加用血府逐瘀汤治疗，本方组成为：生地黄、红花、桃仁、当归、桔梗、赤芍、枳壳、川芎、柴胡、牛膝各10 g，甘草6 g，中医院制剂室煎制的中药浓煎剂，每日1剂，日2次，温服，每次1包，100 mL/包。2周为1个疗程。2组进行为期4周的治疗并观察疗效。

### 1.6 观察指标

1.6.1 疗效评价标准 参照《中药新药治疗临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>中对于患者症状的疗效观察。无效：中医证候积分降低<30%，临床症状体征未见改善；有效：中医证候积分降低≥30%，临床症状体征明显改善；显效：中医证候积分降低≥70%，临床症状及体征基本消失。

1.6.2 中医症状积分 监测患者胸痛胸闷、头晕目眩、心悸气短等症积分变化，其严重程度按照0~6分评级，分数越高症状越严重。

1.6.3 安全性分析 治疗过程中，给予2组患者常规检查，观察2组患者是否出现心悸、头晕头痛甚至出现胃肠道反应等变化，并进行相关记录。

1.7 统计学方法 采用SPSS 17.0进行统计学分析，计量资料用均数±标准差表示，采用t检验；计数资料采用率(%)表示，采用卡方检验，统计值P<0.05为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 临床疗效比较 经过治疗后，对照组临床总有效率为75.00%，治疗组临床总有效率为88.89%，治疗组较对照组改善明显(P<0.05)。如表1。

表1 2组患者临床总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	20	12	4	32(88.89)*
对照组	36	13	14	9	27(75.00)

注：与对照组比较，\*P<0.05

2.2 治疗前后中医证候积分变化比较 对2组患者治疗前后中医证候积分变化进行比较，治疗组患者证候积分明

显降低，治疗组较对照组改善明显(P<0.05)。如表2。

表2 治疗前后中医症状积分变化比较 (x̄±s,分)

组别	例数	时间	胸痛胸闷	心悸气短	头晕目眩
治疗组	36	治疗前	4.13±1.28	4.19±1.56	4.51±1.24
		治疗后	2.26±0.98 <sup>ab</sup>	1.89±0.43 <sup>ab</sup>	2.18±0.93 <sup>ab</sup>
对照组	36	治疗前	4.87±1.45	4.24±1.85	4.54±1.28
		治疗后	3.14±0.99 <sup>a</sup>	2.39±0.73 <sup>a</sup>	3.59±0.88 <sup>a</sup>

注：与治疗前比较，<sup>a</sup>P<0.05；治疗后与对照组比较，<sup>b</sup>P<0.05

2.4 安全性比较 对照组发生轻度头痛2例，胃部不适1例，头晕1例，不良反应的发生率为11.11%(4/36)；治疗组出胃部不适2例，头晕1例，不良反应的发生率为8.33%(3/36)，2组患者尚未因严重的不良反应而发生退出试验的情况，其不良反应未经特殊处置可自行缓解，2组患者不良反应发生率差异无统计学意义(P>0.05)。

## 3 讨论

稳定型心绞痛是指患者由于冠状动脉固定性狭窄，心肌负荷的增加而引起心肌出现急剧或者暂时性缺血与缺氧的临床综合征<sup>[6-7]</sup>。中医学虽然没有稳定型心绞痛这个病名，但是历代医家的论述可将稳定型心绞痛归于“胸痹”“心痛”等病证的范畴内<sup>[8]</sup>。探究其病因病机可知胸痹心痛的发生发展可由各种原因引起，但最终引起血瘀这一病理现象，血液瘀阻不通，不通则痛，故引发胸痹心痛，治疗应以活血化瘀为主<sup>[9]</sup>。

血府逐瘀汤出自《医林改错》，乃清代名医王清任所创方剂<sup>[10]</sup>，具有活血祛瘀、行气止痛的功效，是活血化瘀的代表方剂，对于稳定型心绞痛的治疗效果显著<sup>[11]</sup>。方中桃仁性平味苦，具有活血祛瘀之效，药理表明其有效成分具有抗动脉粥样硬化、抗血小板聚集及抗心肌缺血的作用<sup>[12]</sup>。红花性温味辛，可活血祛瘀通络，主要成分红花黄色素有抗心肌缺血、抑制血小板聚集、抗氧化等作用<sup>[13]</sup>。川芎上行头目，下调经水，中开郁结，为血中气药，川芎中含有的川芎嗪可扩张冠状动脉，增进冠脉流量，有效缓解心绞痛<sup>[14]</sup>。赤芍性微寒味苦，清热凉血，祛瘀止痛，其主要成分为赤芍总苷，赤芍总苷可以抗血栓，抑制血小板和红细胞聚集，抗动脉粥样硬化等<sup>[15]</sup>。当归性温味甘平，补血活血止痛，有效成分能够通过抗氧化和清除自由基以及抗血栓作用的相互协调，从而产生抗动脉粥样硬化的作用，来减少心绞痛发生<sup>[16]</sup>。生地黄味甘苦性寒，能够清热凉血、养阴生津。此方桃仁、红花共为君药，活血化瘀以止痛；赤芍、川芎助君药活血祛瘀，牛膝活血通经，祛瘀止痛，引血下行，共为臣药，且牛膝能降低血黏度，并有抗动脉粥样硬化的作用；桔梗、枳壳，一升一降，宽胸行气，生地黄、当归清热活血、养血益阴，柴胡疏肝解郁，升达清阳，与枳壳、桔梗同用，尤善理气行滞，使气行血行，以上均为佐药；甘草调和诸药为

使药, 桔梗并能载药上行兼有使药之功。纵观血府逐瘀汤之配伍, 其活血行气相伍, 既行血瘀又解气郁, 祛瘀与养血同施, 活血而不耗血, 行气又不伤阴, 祛瘀又能生新, 具有活血化瘀、行气止痛功效<sup>[9]</sup>。

综上所述, 血府逐瘀汤能显著帮助改善稳定型心绞痛患者临床症状, 降低心绞痛发生频率, 且无明显副作用, 临床上值得推广。

#### 参考文献

- [1]胡美菊.血府逐瘀汤加减治疗冠心病稳定型心绞痛疗效分析[J].心血管病防治知识,2016(10):42-44.
- [2]张传玲,王永霞.血府逐瘀汤联合西药治疗气滞血瘀型稳定型心绞痛20例[J].中医研究,2014,27(7):20-21.
- [3]孙学佳.血府逐瘀汤加减治疗冠心病稳定型心绞痛疗效分析[J].系统医学,2016,1(8):134-136.
- [4]陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].14版.北京:人民卫生出版社,2013,(9):1952-1955.
- [5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:295.
- [6]黄杰宏.血府逐瘀汤加减治疗冠心病稳定型心绞痛疗效分析[J].中医临床研究,2015,7(29):51-52.
- [7]龚昌银.血府逐瘀汤加减缩短稳定型心绞痛患者心绞痛持续时间的效果分析[J].中国继续医学教育,2016,8(9):177-178.
- [8]郑晓辉,李琼静,唐燕玲,等.血府逐瘀汤对冠心病稳定型心绞痛的疗效及预后分析[J].北方药学,2017,14(2):117-118.
- [9]王军如.中西医结合治疗冠心病稳定型心绞痛疗效分析[J].实用中医药杂志,2015(6):525-525,526.
- [10]代升平,吴哲兵.中西医结合治疗稳定型心绞痛气虚血瘀证临床研究[J].实用中医药杂志,2017,33(6):647-648.
- [11]张志刚,边文贵.保元汤合血府逐瘀汤治疗气虚血瘀型冠心病临床观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015(5):94-95.
- [12]王晨希,孙伯青.血府逐瘀汤治疗冠心病稳定型心绞痛伴高同型半胱氨酸血症[J].吉林中医药,2017,37(7):689-692.
- [13]罗明,袁春梅,吴芝勋,等.西医联合血府逐瘀汤治疗冠心病72例的疗效[J].实用临床医学,2015,16(9):6-7,25.
- [14]唐希军.血府逐瘀汤加减治疗冠心病稳定型心绞痛疗效分析[J].中医临床研究,2016,8(13):103-104.
- [15]赵磊.血府逐瘀汤加减治疗冠心病心绞痛临床观察[J].中国中医急症,2013,22(8):1415-1416.
- [16]周津,丛洪良,陈慧玲,等.血府逐瘀汤合丹参饮加减治疗心血瘀阻型冠心病疗效分析[J].中药材,2014,37(9):1705-1707.
- [17]王长城,朱华峰.中西医结合治疗冠心病心绞痛的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2013,22(23):2552-2553.
- [18]田荣静.血府逐瘀汤加减方治疗冠心病的 Meta 分析[J].中国药业,2014(15):35-37.
- [19]郭惟,庄振杰,鲁可,等.血府逐瘀汤辅助治疗不稳定型心绞痛的 Meta 分析[J].中国药房,2017,28(27):3809-3812.

(本文编辑:李海燕 本文校对:赵兰波 收稿日期:2018-04-15)

## 麝香保心丸在高通气综合征中的临床应用

李军军<sup>1</sup> 魏凌雪<sup>2\*</sup> 路国锋<sup>1</sup>

- (1 福建中医药大学附属第三人民医院急诊内科, 福建 福州 350108;
- 2 福建中医药大学附属第三人民医院门诊部, 福建 福州 350108)

**摘要:**目的 评价麝香保心丸治疗高通气综合征的临床疗效。方法 将40例高通气综合征患者分为对照组和研究组各20例,对照组患者常规治疗,研究组在对照组基础上应用麝香保心丸治疗,比较2组患者症状消失时间及3月复发率。结果与对照组比较,研究组症状消失时间缩短 ( $P<0.05$ );3个月内研究组未见复发,对照组复发率10%。结论 麝香保心丸治疗高通气综合征,疗效发挥迅速,能够减少发作,值得临床推广。

**关键词:** 中医急诊;高通气综合征;麝香保心丸;治未病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.045

文章编号:1672-2779(2018)-15-0106-03

### The Clinical Application of Shexiang Baoxin Pills in Hyperventilation Syndrome

LI Junjun<sup>1</sup>, WEI Lingxue<sup>2</sup>, LU Guofeng<sup>1</sup>

- (1. Department of Internal Medicine, the Third People's Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350108, China;
2. Emergency Department, the Third People's Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350108, China)

**Abstract: Objective** To evaluate the clinical efficacy of Shexiang Baoxin pills in the treatment of HVS. **Methods** Forty patients with HVS were randomly divided into a control group and a study group, with 20 cases in each group. The patients in the control group were given routine treatment. The study group was treated with Shexiang Baoxin pills on the basis of control group. The symptoms disappearance time and the recurrence rate within three months between two groups of patients were compared. **Results** Patients in the study group had shorter time to disappear ( $P<0.05$ ). No recurrence was found in the study group within 3 months, and the recovery rate in the control group was 10%. **Conclusion** The effect of Shexiang Baoxin pills in the treatment of HVS is rapid and can reduce the recurrence of HVS. It is worthy of further clinical research and application.

**Keywords:** TCM emergency treatment; hyperventilation syndrome; Shexiang Baoxin pills; preventive treatment of disease

随着经济的发展,人们生活方式的改变,生活节奏的加快,精神压力的增高,高通气综合征(过度通气综合征)发病率逐年上升<sup>[1]</sup>。高通气综合征(hyperventilation syndrome, HVS)在急诊科室为较常见的急症,

且临床发现有增长趋势。该病多以胸闷呼吸困难为主诉急诊,甚至以意识水平下降、晕厥就诊。多由120送入或家属背入、扶入、抬入急诊抢救室。笔者在工作中临床应用麝香保心丸治疗HVS,效果较好,特总结如下,以期中医药在急诊科的临床应用提供更广阔的天地,为人们健康事业作出贡献。

\* 通讯作者:03511j007@163.com

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年9月—2017年8月就诊我科的40例HVS,按计算机随机数字表法分为对照组和研究组。对照组20例,女性18例,男性2例;年龄18~39岁,平均(23.21±2.77)岁。研究组20例,女性17例,男性3例;年龄14~39岁,平均(24.83±2.37)岁。2组在性别、年龄、病情方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 对照组:给予常规治疗:立即心电监护,给予面罩扣于口鼻限制通气,给予心理安慰,消除恐惧心理,嘱患者放松,嘱其减慢呼吸频率。对于少部分患者,特别是病人自己或陪同人员情绪极度紧张时可给予安慰性吸氧(1 L/min),或开通静脉,给予输液治疗。立即心电图,心肌酶学、血常规及生化电解质等检查。研究组:在常规治疗基础上同时舌下含服麝香保心丸2粒,如患者出现恶心则改温开水口服。

## 2 结果

见表1~2。

表1 2组各时间段症状消除率比较 [例(%)]

组别	例数	<30 min	30~60 min	>60 min	1 h内症状消除率
对照组	20	7(35.00)	8(40.00)	5(25.00)	15(75.00)
研究组	20	12(60.00)	7(35.00)	1(5.00)	19(95.00)

注: $\chi^2=4.082;P=0.043$

表2 2组3月内复发率比较 [例(%)]

组别	例数	复发	复发率
对照组	20	2	10
研究组	20	0	0

研究组1 h内症状消失率高于对照组( $P<0.05$ )。所有患者症状均在2 h内症状完全消失,研究组平均用时29.08 min,较对照组42.17 min明显缩短,差异有统计学意义。同时3个月内研究组未见复发,而对照组复发率10%。

## 3 讨论

**3.1 概念** 1998年北京协和医院呼吸科在《中华结核和呼吸杂志》发表论著,论证了我国存在HVS患者,提出了HVS<sup>[2]</sup>的概念,认为HVS是由于通气过度超过生理代谢所需而引起的一组症候群。指出HVS定义的内涵是躯体症状是由呼吸调节异常导致过度通气引起的。同时指出器质性疾病伴随的过度通气状态不属于HVS,因此在HVS的诊断过程中,要注意与器质性疾病引起的过度通气状态鉴别。在治疗方面提出腹式呼吸训练治疗能成功缓解症状,其机理在于降低呼吸频率。并且指出仅给予一般性的神经官能症的治疗药物例如谷维素、镇静剂常常不能缓解病情。

10年之后,2008年在浙江省医学会呼吸病学分会

成立三十周年学术会议上浙江大学医学院附属二院呼吸内科才再次提出这10年相继有相关病例报道,例数不多,而且对HVS的诊断并不确切,且与过度通气状态混淆。再次通过文献复习和临床病例分析,总结出HVS患者在中国并不少见且有不少病人以呼吸深快,极度恐惧伴四肢僵直或抽搐等急性发作的形式急诊就诊,症状多样,极易导致漏诊和误诊,需要作出更多的努力来避免仅仅注重于某一个症状的描述或某一种疾病的诊断。早期诊断HVS可避免不必要的检查与治疗。提出应加强对医务人员对该病的认识;开展中国HVS的流行病学调查;对相关患者进行宣教,消除患者疑虑;深入研究HVS的发病机制<sup>[3]</sup>。

**3.2 发病机制** HVS<sup>[4]</sup>是由于某种诱因引起呼吸过快导致血中二氧化碳分压下降,pH值上升而出现呼吸性碱中毒而所导致的一系列症状。呼吸中枢调节异常在其发病中的作用越来越受到重视。HVS患者高级中枢神经系统的前反馈调节出现异常,在焦虑和应激反应等因素诱发下,可发生超过生理代谢需要的过度通气。过度通气呼出大量二氧化碳,使二氧化碳分压迅速降低,发生低碳酸血症和呼吸性碱中毒。低碳酸血症时脑血管收缩导致脑血流下降、脑缺氧,出现头晕、视物模糊、头晕、黑朦甚至晕厥。碱血症造成组织缺氧,并继发血钾及游离钙降低,可出现肢体麻木、无力甚至强直痉挛和抽搐,严重时可引起心肌缺氧缺血,心电图出现ST-T改变和心律失常。

**3.3 临床表现** 该病发作均有明确的诱因,如生气、情绪激动、工作压力大、劳累等。主要症状表现有:胸闷,呼吸急促,伴有肢体麻木,或抽搐,部分患者有胸痛、头晕眼花,甚至有晕厥或一过性的意识丧失。查体多没有明确的阳性体征,仅仅表现为呼吸急促,心率过快。少数伴低血钾。治疗后可以在短时间内缓解症状。其发病女性多见,占90.48%<sup>[4]</sup>,这与笔者在临床所见基本一致。

**3.4 治疗方法** 早期无定义,治疗无特殊。自1998年韩江娜等<sup>[2]</sup>明确提出概念后,多采用腹式呼吸训练治疗,2008年浙大二院提出通过心理疏导及腹式呼吸训练治疗后好转,原因是该病常与焦虑或抑郁合并,在HVS被诊断出来,并有效的治疗之前,单纯的抗焦虑或抗抑郁药物治疗并无多大效果。只有直接针对HVS加以治疗,抗焦虑或抗抑郁药物治疗才可能起到辅助作用,同时强调这些药物也非必须。2010年到2011年首都医科大学宣武医院急诊科通过对比临床研究,发现给予面罩扣于口鼻重复呼吸+心理安慰与采用镇静、补液,维持水电解质平衡+心理安慰疗效没有统计学差异,疗

效相当。至此，临床上同仁多采用重复呼吸法治疗该病。

HVS有约15.6%反复发作的情况<sup>[9]</sup>，对于反复发作及难治性的HVS患者，采用参赭镇气丸治疗难治性HVS<sup>[10]</sup>可取得较好疗效，中药汤剂治疗效果更好，可应用越鞠丸为基本方加减<sup>[7]</sup>、逍遥散<sup>[8]</sup>等，临床疗效满意。南京军区福州总医院急诊科较多遇到HVS的患者，年青军人多，均为口罩罩住口鼻治疗法治疗，无需其他过度治疗，约0.5~1.5 h均可好转。笔者总结出HVS主要表现胸闷呼吸难以以及“爪形手”手麻，这与武警南京医院急诊科总结发现一致：所有青年士兵患者均出现呼吸困难、胸闷、心慌、口唇及四肢麻木<sup>[11]</sup>。可能由于笔者单位地处福建省大学城，主要负责大学城师生及海西（福州）国家高新区人员的健康医疗工作，接触年轻人比较多。发现其HVS发病率较高，分析与现代人生活方式改变及各种压力大以及熬夜劳累损伤阳气有关。对于该病，应加强认识，避免误诊、过度检查和治疗，同时加强心理指导。

**4.5 论证** 温通心脉的麝香保心丸为什么能治疗HVS？该病的发病机制关键点为呼吸中枢调节异常，而“先天之来谓之神”，正常人生下来就会呼吸，是自然而然的事情，故调节功能属于中医“神”的范畴，而中医认为心主神志<sup>[12]</sup>。所以该病机制与心相关。而该病的诱因多为焦虑生气和应激反应，此乃属于中医的肝气郁结，气机不畅。心主神明的物质基础是心主血脉。心阳充足则人精力充沛，充满阳光，而心阳不足的人则像林黛玉一样，容易触景生情，心为外景所动，容易抑郁焦虑，从而在压力下出现过度通气，发生本病。麝香保心丸能温通心脉，一能温心阳，改善心阳不足；二能芳香行气从而解郁，而现代研究也表明该方能治疗冠心病，改善冠状动脉供血，促进血管新生，且能治疗冠心病并发的抑郁，亦即是“双心疾病”。能治疗器质性病变，更能治疗早期的功能改变。同时临床分析该类患者多体型不胖，平时手脚偏凉，面色偏白，也就是白面书生型，也即是黄煌老师所说的“桂枝体质”：患者肤色白而缺乏光泽，皮肤湿润而不干燥，口唇暗淡而不鲜红，体型偏瘦者多。多见于循环系统疾病、消化道疾病、营养不良患者。桂枝体质是适合长期服用桂枝以及桂枝汤类方的一种患者体质类型。也就是温阳类的药物。这类患者在疾病状态中多表现为心肾阳气的不足，易于表虚，易于阳越，易于气脱。对于该类患者，临床发现多伴有手脚凉，乃为阳虚。麝香保心丸含有肉桂，与桂枝同属于肉桂树的产物，但肉桂性热，力强而功专走里，且有苏合香、麝香温

阳，故而长期服用麝香保心丸温阳通脉，能改善患者阳虚体质，减少疾病发生，降低医疗费用，提高生活质量。同时笔者发现，麝香保心丸不仅能治疗胸闷心悸，同时还能预防紧张，比如在上台演讲时可以先含一到两粒，可有效缓解紧张。平时偶发的非器质性心慌心悸都能应用，且疗效不错。麝香保心丸舌下含服可平复情绪，用于情绪应激状态下的机体反应。对于女性更年期亦有较好应用价值。对于精神易紧张者，服用可减少外界对机体的影响。一个人阳气充足，充满阳光，是不容易发生该疾病的。对此类患者建议平时适当活动四肢，参加适当体育活动，适度运动提升阳气。此乃动则生阳，可改善阳虚情况，减少疾病发生。

HVS病位在心，心阳不足是其本质，气机不畅是其表现，而麝香保心丸温通心阳，芳香行气，故可治疗该病，且标本兼治。其年轻人高发，女性多发，胸闷伴手麻“爪型手”是其典型表现。治疗以口罩罩口鼻，心理安慰加麝香保心丸疗效可靠。且费用低廉，标本兼治。方便携带、服用，不用煎煮。目前国家大力提倡治未病，发展中医药健康养生事业，正符合国家形势、人民利益。值得深入研究，临床推广。

#### 参考文献

- [1]朱敏,许生敏.56例青年士兵高通气综合症的临床分析[J].中国现代医学杂志,2015,25(21):69-71.
- [2]韩江娜,朱元珏.高通气综合症的临床诊断与治疗[J].中华结核和呼吸杂志,1998,21(2):98-101.
- [3]杨燕,徐峰,陈西圆,等.高通气综合征5例并文献复习[C].浙江省医学会呼吸病学分会成立三十周年庆典活动暨呼吸病学学术年会,2008:181-183.
- [4]王涛,秦俭,王晶,等.过度通气综合征84例临床分析[J].临床肺科杂志,2011,16(10):1620-1621.
- [5]陈培俊.高通气综合征32例临床分析[J].中外医学研究,2012,10(11):117.
- [6]于金源,庞彩苓,王增祥,等.参赭镇气丸治疗难治性高通气综合征临床观察[J].中国中医急症,2013,22(9):1058-1059.
- [7]胡晓菊,左明晏.中西医结合治疗高通气综合征[J].湖北中医杂志,2009,31(1):44-45.
- [8]路必顺,彭承环.中西医结合治疗高通气综合征临床分析[J].中西医结合研究,2013,6(5):157,159.
- [9]李赛美.名师临床带教与四大经典汇通[M].北京:中国中医药出版社,2012:111.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈淑娇 收稿日期:2018-05-15)



# 五行散佐治痛风性关节炎 90 例临床研究

查迎旭 胥丽 帅文洁

(成都市第一人民医院急诊科, 四川 成都 610000)

**摘要:**目的 评价五行散外敷佐治痛风性关节炎(gouty arthritis, GA)的临床疗效。方法 将本院90例痛风性关节炎患者随机分为A组和B组各45例, A组接受痛风性关节炎西医常规治疗, B组接受痛风性关节炎西医常规治疗外加五行散外敷治疗, 观察2组治疗期间症状严重程度, 包括血尿酸(BUA)、尿酸(UUA)、复发率及不良反应发生率。结果 与治疗前相比, 2组病情严重程度均降低( $P < 0.05$ ), 同时, B组病情改善程度优于A组( $P < 0.05$ )。2组治疗前后BUA、UUA差值比较, B组较A组显著降低( $P < 0.05$ )。A组复发率17.8% (8/45)、B组复发率8.9% (4/45), B组较A组显著降低 ( $P < 0.05$ )。结论 五行散可显著改善痛风性关节炎急性期症状, 并在治疗过程中, 能促进患者BUA、UUA代谢, 降低血清水平, 降低复发率, 明显改善患者预后, 为临床治疗痛风性关节炎拓展了新策略。

**关键词:** 五行散; 外敷; 痛风性关节炎; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.046

文章编号:1672-2779(2018)-15-0109-03

## Clinical Study on Wuxing Powder in the Treatment of Gouty Arthritis for 90 Cases

ZHA Yingxu, XU Li, SHUAI Wenjie

(Emergency Department, Chengdu First People's Hospital, Sichuan Province, Chengdu 610000, China)

**Abstract: Objective** To evaluate the clinical effect of Wuxing powder external application in treating gouty arthritis (GA). **Methods** 90 GA patients were divided into group A of 45 patients and group B of 45 patients. Group A received normal treatment for GA, while group B received external application of Wuxing powder external application. The severity of the symptom expressed by the two groups, including BUA, UUA, recurrence rate and had reaction rate were observed. **Results** Compared with before treatment, the severity of the disease in both groups decreased ( $P < 0.05$ ). At the same time, the degree of improvement in group B was better than that in group A ( $P < 0.05$ ). The comparison of BUA and UUA before and after treatment, a statistical significance is reflected by the decrease difference ( $P < 0.05$ ). The reoccurrence rate of group A is 17.8% (8/45) and that of group B is 8.9% (4/45). Group B decreases more greatly than group A ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Wuxing powder can obviously improve the acute symptoms of GA. During the treatment process, it promotes BUA and UUA metabolism of patients and reduces serum level. It obviously improves patient's condition and provides new strategies for clinical treatment of GA.

**Keywords:** Wuxing powder; external application; gouty arthritis; arthromyodynia

痛风性关节炎(gouty arthritis, GA),是一种因体内血清尿酸值升高、尿酸盐结晶沉淀在局部组织病变。关节腔内的尿酸盐沉积后将引起白细胞吞噬、炎性细胞释放细胞因子等,反过来进一步加重炎症反应,从而导致局部组织被侵蚀、溶解<sup>[1]</sup>,最终表现出痛风性关节炎相关临床症状<sup>[2]</sup>,需要长期饮食控制及药物治疗,目前临床治疗方案常采用非甾体抗炎药加秋水仙碱控制痛风急性期发作,但临床疗效不尽人意,单用西药治疗复发率较高<sup>[3]</sup>,同时对胃肠道、脏器功能损伤较大<sup>[4]</sup>,因此,亟需探索一种治疗方案,快速、有效控制急性期症状,降低复发率,改善痛风性关节炎患者预后,提高生活质量,因此,本研究拟通过对五行散外敷结合临床常规西医治疗的疗效观察,作临床疗效分析,以论证中药五行散外敷佐治痛风性关节炎急性发作期具有良好的促进作用。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择本院急诊科及血液科2016年3月—2016年6月收治的痛风性关节炎患者90例,参照1977年美国风湿病协会制定的经典诊断标准<sup>[5]</sup>,采用随机对

照法将90例患者分为常规治疗组(A组)和常规治疗外加五行散外敷治疗组(B组)各45例。

其中,2组患者年龄、性别比例、病程、初始血尿酸值等基线水平比较,差异不具有统计学意义( $P > 0.05$ ) (见表1)。

表1 2组患者基线水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	男	女	年龄(岁)	病程(月)	血尿酸(mol/L)
A组	45	39	6	44.1±22.1	55.2±2.1	671±24.5
B组	45	41	4	42.6±20.5*	53.7±5.4*	649±56.8*

注:与A组比较,\* $P > 0.05$

**1.2 纳入标准** 符合急性痛风性关节炎的中西医诊断标准;年龄18~80岁;急性起病,发病在48 h之内,并伴有关节红肿热痛拒按者;知情同意,自愿接受7 d的治疗及检查。

**1.3 排除标准** 肝肾功能受损者;继发性痛风性关节炎;伴有精神病、老年痴呆等依从性差、不能配合者等;由于骨关节炎、创伤性关节炎或者类风湿性关节炎等疾病引起的关节病变者;外敷部位表皮严重损害不能施行外敷疗法者;期间自行运用其他相关敷料进行治疗者;合

并心脑血管、肝、肾和造血系统等严重疾病者。

**1.4 中药五行散方剂简介** “五行散”又称“六味活血散”，是我院已故四川省名老中医黄柱程根据《医宗金鉴》外方，以紫荆皮、赤芍、细辛等入药研制而成，方中香附理气，有良好的止痛作用，赤芍清血分实热，散瘀血留滞，可行瘀、止痛、凉血、消肿，诸药合用可活血化瘀、消肿止痛、抗菌消炎，对于各种急慢性骨质损伤、关节炎具有显著而确切的疗效<sup>[6]</sup>。五行散方中，紫荆皮为主药，具有活血消肿，行气止痛的作用，佐以香附以添行气理气之力，另有独活，能“宣通百脉、调和经络、通经骨而利机关”，更添菖蒲，用其开通关窍，引导活血行气之药由表入里，充分发挥药效<sup>[7-8]</sup>。

### 1.5 研究方法

**1.5.1 治疗方法** A组采用：乐松60 mg口服，每天3次；地塞米松10 mg静脉注射，每天1次；非布司他片 40 mg口服，1天1次。B组在A组治疗的基础上外加外敷中药五行散，具体方法如下：清洁局部皮肤，取中药五行散用温水调和至黏稠糊状，以不滴水为宜，根据患者痛风炎症范围的大小取半径大于痛风结节3 cm的医用纱布，用油膏刀将调制后的五行散均匀平摊于纱布，厚薄适中，将摊好药物的纱布四周反折敷于痛风结节处，加盖敷料或棉垫，以绷带固定，松紧适中。治疗组每日更换敷料1次，每日1贴，疗程共计7 d。

### 1.5.2 护理方法

**1.5.2.1 一般护理** 保持室内温湿度及光线适宜，在操作前做好解释，取得患者同意。指导患者注意休息，关节处注意防寒保暖。

**1.5.2.2 专科护理** 清洁皮肤，确保皮肤完整、无破损，评估患者关节炎炎症范围大小，取中药五行散用温水调和，水温以40℃左右为宜，不宜过烫，以免烫伤皮肤，不宜过凉，以免失去药效。根据患者痛风炎症范围的大小制作敷料覆于患处，并加以纱布、绷带覆盖，操作前、过程中及操作后应密切观察患者病情变化及敷料所覆盖的皮肤情况，观察有无过敏情况，如出现丘疹、水泡、红肿、瘙痒，应立即取下药膏，清洁皮肤并告知医生及时处理。每日1贴，敷足7 d。在治疗过程中，告知患者勿自行对患处采用冷热敷，因冷敷可使局部炎症局限，不利于活血化瘀，热敷可使局部肿胀，加重炎症扩散。在治疗过程中，鼓励患者多饮水以促进尿酸排泄。在关节疼痛缓解后，可适当运动以促进血液循环。

**1.5.2.3 情志护理** 关心患者，了解患者在疾病的各个阶段所表现的心理状态。患者会因为疾病的迁延不愈影响其战胜疾病的信心，应根据患者不同的性别、年龄、

职业、文化水平做好个体化的健康宣教，主动让患者参与到医疗当中，了解疾病的发生发展，减轻患者的心理负担，保持情志畅达；患者也会因关节的疼痛难耐表现出烦躁、焦虑等情绪，医务人员应以精湛的医疗技术、娴熟的操作手法以及极大的耐心帮助患者，增强患者战胜疾病的信心。

**1.6 观察指标** (1) 痛风严重程度积分：参照《中药新药临床研究指导原则》初步对患者疼痛进行评分，不痛为0分，疼痛最高值为10分，研究期内每日于中药五行散外敷结束后询问患者1次，与患者共同评价；(2) 治疗前后血尿酸(BUA)、尿酸(UUA)对比分析；(3) 复发率：7 d研究期结束后继续随访患者1月，如1月内痛风症状再次加重，则算复发1次，复发率(%) = (发作例数/总例数×100%)。

**1.7 统计学方法** 采用SPSS 10.0版统计分析软件，计量资料数据以( $\bar{x} \pm s$ )表示，方差齐，两两比较采用SNK-q检验，方差不齐，采用秩和Kruskal-Wallis H检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者疼痛评分比较** 经过7 d治疗后，B组患者疼痛评分相较于A组显著降低( $P < 0.05$ )，加用五行散外敷的痛风性关节炎患者比单纯用西药治疗的患者在临床症状上缓解更明显。如表2。

表2 2组患者疼痛评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
A组	45	7.52±1.53	4.56±1.67
B组	45	7.83±6.42*	2.12±0.45 <sup>▲</sup>

注：治疗前，与A组比较，\* $P > 0.05$ ；治疗后，与A组比较，<sup>▲</sup> $P < 0.05$

**2.2 2组患者血尿酸水平比较** 经过7 d治疗，B组患者实验室指标较治疗前明显改善，血尿酸水平明显下降，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。如表3。

表3 2组患者治疗前后血尿酸水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ , mol/L)

组别	例数	治疗前	治疗后
A组	45	671.54±24.52	435.74±46.35
B组	45	649.67±56.81*	221.53±67.23 <sup>▲</sup>

注：治疗前，与A组比较，\* $P > 0.05$ ；治疗后，与A组比较，<sup>▲</sup> $P < 0.05$

**2.3 2组患者1月内复发率比较** 7 d研究期结束后继续随访患者1月，A组中有8例患者症状加重，复发率17.8%，B组中有4例患者症状加重，复发率8.9%，B组复发率较A组显著降低( $P < 0.05$ )。如表4。

表4 2组患者复发率比较 [例(%)]

组别	例数	复发人数	复发率
A组	45	8	17.8
B组	45	4	8.9

注：与A组比较，\* $P < 0.05$

### 3 讨论

痛风性关节炎 (gouty arthritis, GA) 是我国一种常见病、多发病, 是以尿酸排泄障碍、嘌呤代谢紊乱所致血尿酸水平升高的一种疾病, 急性期表现为关节红、肿、热、痛等症状, 此病迁延不愈, 长期困扰患者, 减低生活质量。单纯采用西医治疗, 临床治疗效果不尽人意, 西医治疗主要选择秋水仙碱、秋水仙碱、别嘌醇等药物, 虽然对减轻急性期症状有明显作用, 需较大量、长期使用, 但由于副作用大, 临床应用受到了限制。

我国一些中药外用制剂常采用具有清热解毒利湿作用的药物, 通过局部外敷作用达到除湿散瘀化结、消肿止痛的目的。祖国医学认为, 痛风的病因病机是由风寒湿邪客于阴分, 阻遏气机, 气滞血瘀, 郁而发热。《丹溪心法》中就有关于痛风的描述: “四肢百节走痛是也” “他方谓之白虎历节风证”; 《类证治裁》认为痛风是“寒湿郁痹阴分, 久而化热攻痛”。《证治准绳》则说“风湿客于肾经, 血脉瘀滞”所致。笔者认为, 虽然其本质为风寒湿阻遏, 但在急性期则为郁热之证, 风湿热胶结。治疗应以清热利湿、祛风通络为先<sup>[1]</sup>。中药“五行散”为我院自制中药, 以紫荆皮、赤芍、细辛、延胡索、冰片等入药, 以桃胶、西黄蓍胶、聚乙烯醇、甘油、高岭土等增强其粘附力从而研制而成, 方中紫荆皮为其主药, 有活血、通淋、解毒之功效, 佐以延胡索理气, 使之具有较好的止痛作用; 赤芍清热凉血、散瘀止痛; 细辛解表驱寒、通窍而温肺化饮; 冰片清热消毒散肿; 诸药合用可活血化瘀、消肿止痛、抗菌消炎, 能“宣通百脉、调和经络、通经骨而利机关”, 使其充分发挥药效。因此, 笔者认为, 探讨一种疗效确切、毒副作用较小的中西医结合的方法来治疗痛风性关节炎, 对快速控制急性期症状、缩短用药时间及改善生存质量非常关键。

**3.1 五行散联合常规西医治疗痛风性关节炎有显著优势** 中药外敷治疗法对患处的血液循环具有积极的促进作用, 可以促进药物吸收, 使炎症肿胀现象明显减轻, 使关节晨僵得到改善, 疼痛得以缓解, 关节功能迅速恢复<sup>[2]</sup>。五行散为本院自制外敷中药, 以紫荆皮、赤芍、细辛、延胡索、冰片等入药研制而成, 本研究通过五行散联合西医治疗, 结果显示, 加用五行散外敷的痛风性关节炎患者比单纯用西药治疗的患者在临床症状上缓解更明显 ( $P<0.05$ ), 中医证候积分显著降低 ( $P<0.05$ ), 同时, 加用五行散外敷的痛风性关节炎患者明显降低血、尿酸水平及复发率 ( $P<0.05$ ), 明显改善了患者预后。

**3.2 治疗要点及外敷注意事项** 五行散不宜调制过稀, 以免药物浓度不够, 外敷面积应超过痛风结节3 cm左右; 治疗组每日定时更换敷料1次, 每日1贴, 敷足7 d; 在外敷的过程中, 有条件者可以适当增加红外线烤灯治疗, 温度不宜过高, 以免发生烫伤。在红外线烤灯治疗的同时抬高患肢, 促进局部吸收, 局部过敏者, 立即停止使用; 此外, 对于痛风性关节炎急性发作期的患者, 应注意饮食的调护, 忌食高嘌呤类食物如海味、动物内脏、骨髓等, 蔬菜如韭菜、豌豆、花菜等, 忌烟酒, 同时防冻、避免受潮受寒而加重病情。

根据以上研究, 笔者认为, 痛风性关节炎患者, 应早期采用西医联合五行散外敷治疗方案, 对于快速改善疼痛症状、促进血尿酸排泄、缩短住院时间具有明显优势; 同时, 该方案发生不良反应少, 复发率低, 疗效确切, 安全有效, 笔者预期通过更大样本、多中心研究验证本研究结果, 将此方案作为一固定化治疗方式, 为临床治疗痛风性关节炎拓展了新策略, 值得临床推广运用。

#### 参考文献

- [1] Mythilypriya R, Sachdanandam PS, Sachdanandam P. Ameliorating effect of Kalpaamruthaa, a Siddha preparation in adjuvant induced arthritis in rats with reference to changes in proinflammatory cytokines and acute phase proteins[J]. Chem Biol Interact, 2009, 179(2-3):335-343.
- [2] Sabina E P, Rasool M, Mathew L, et al. 6-shogaol inhibits monosodium urate crystal induced inflammation-an in vivo and in vitro study[J]. Food Chem Toxicol, 2010, 48(1):229.
- [3] Ma ZS, Oiu MC. Recent development in the risk factors of gout[J]. Geriatr Health Care, 2000(6): 48.
- [4] Martin W J, Herst P M, chia E W, et al. Sesquiterpene dialdehydes inhibit MSU crystal induced superoxide production by infiltrating neutrophils in an in vivo model of gouty inflammation[J]. Free Radic Biol Med, 2009, 47(5):616.
- [5] Wallace SL, Robinson H, Masi AT, et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout[J]. Arthritis Rheum, 1977, 20(3): 895-900.
- [6] 王林, 陈述坤, 付远中, 等. 中药“五行散”巴布剂的制备工艺与质控标准[J]. 中医药信息, 2002, 19(4):62.
- [7] 郑太蓉. 五行散外敷用于安装永久心脏起搏器术后囊袋水肿[J]. 中国医药指南, 2011, 9(36):412-413.
- [8] 曾学军. 《2010年中国痛风临床诊治指南》解读[M]. 中国实用内科杂志, 2012(6):438-441.
- [9] 党万太, 周京国, 谢文光. 不同中医证型痛风患者的临床指标对比分析及意义[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(10):1323-1327.
- [10] 江苏新医学院. 中药大辞典[M]. 上海: 人民出版社, 1975:836-837.
- [11] 胡建岳, 张明. 白虎加苍术汤加减合用四黄散外敷治疗急性期痛风性关节炎 64例[J]. 浙江中医学院学报, 2000, 24(6):30.
- [12] 周晓莉, 白薇, 陈旭东. 通络止痛胶囊治疗湿热型类风湿性关节炎的临床研究[J]. 中国新医药, 2004(5):68-70.
- [13] 戴思思, 徐业, 陆月红, 等. 外敷法治疗急性痛风性关节炎的临床观察[A]. 中华中医药学会第十七届全国风湿病学术大会论文集[C]. 中华中医药学分会第十七届风湿病学术大会, 2013:404-405.
- [14] 塔娜, 李常胜. 蒙药消肿九味散外敷治疗痛风性关节炎临床研究[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(12):15-17.
- [15] 王静. 探析个体化护理在急性痛风性关节炎护理中的应用效果[J]. 护理与康复, 2017, 2(11):159-160.

(本文编辑:李海燕 本文校对:胥丽 收稿日期:2018-03-30)

# 复方丹参注射液治疗慢性肺心病 36 例

王子燕

(福建中医药大学附属人民医院肺病科, 福建 福州 350004)

**摘要:**目的 评估复方丹参注射液配合西医手段治疗慢性肺心病的临床疗效及其对血 $PO_2$ 、 $PCO_2$ 的影响。方法 选取慢性肺心病患者72例, 随机分为治疗组(复方丹参注射液+西医治疗)36例、对照组(单纯西医治疗)36例。结果: 治疗组在改善咳嗽、气短、尿少、浮肿、肺部啰音等症状方面优于对照组。治疗后, 治疗组 $PCO_2$ 低于对照组、 $PO_2$ 高于对照组, 差异有统计学意义。结论 复方丹参注射液具有降低二氧化碳潴留, 提高血氧含量作用, 且配合西医治疗慢性肺心病总体疗效优于单纯西医治疗, 表明复方丹参注射液配合西医治疗慢性肺心病, 方法可行, 值得深入研究和推广。

**关键词:** 复方丹参注射液; 肺心病; 血气分析; 喘证; 心悸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.047

文章编号:1672-2779(2018)-15-0112-02

## Compound Danshen Injection in the Treatment of Chronic Pulmonary Heart Disease for 36 Cases

WANG Ziyan

(Pulmonary Disease Department, the Affiliated People's Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350004, China)

**Abstract: Objective** To evaluate the clinical efficacy of compound Danshen injection combined with western medicine in the treatment of chronic pulmonary heart disease and its effect on blood  $PO_2$  and  $PCO_2$  partial pressure. **Methods** 72 cases of chronic pulmonary heart disease were randomly divided into treatment group (compound Danshen injection and western medicine treatment) of 36 cases and control group (western medicine alone) of 36 cases. **Results** The treatment group was better than the control group in improving cough, shortness of breath, less urine, edema and pulmonary rales. After treatment, the  $PCO_2$  of the treatment group was lower than that of the control group. After treatment, the  $PO_2$  partial pressure of the treatment group was higher than that of the control group. The difference was statistically significant. **Conclusion** Compound Danshen injection can reduce carbon dioxide retention and increase blood oxygen content. Combined with western medicine in the treatment of chronic pulmonary heart disease, the overall curative effect was better than that of western medicine alone. It indicated that the compound Danshen injection combined with western medicine for chronic pulmonary heart disease was feasible and worthy for further research and promotion.

**Keywords:** compound Danshen injection; pulmonary heart disease; blood gas analysis; dyspnea; palpitation

现代医学对慢性肺心病的治疗主要是以抗感染、平喘、化痰、抗右心衰等来缓解症状, 缺点是反复发作, 需要反复治疗, 长此以往, 药物不良反应及毒副作用逐渐有所表现, 远期疗效欠佳。中医方面认为, 痰饮和瘀血及其之间相互影响为本病的病理因素, 活血化瘀为该病不可或缺的治疗原则, 张瑞荔等<sup>[1]</sup>也认为瘀血在慢性肺心病中占有重要的地位。我科在2015年2月—2017年12月在常规西医治疗的基础上加用复方丹参注射液联合治疗该病, 取得不错的临床效果, 具体汇报如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取福建省人民医院2015年2月—2017年12月肺病科住院并确诊为慢性肺心病的患者72例, 随机分为治疗组(复方丹参注射液+西医治疗)36例、对照组(单纯西医治疗)36例。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参考人民卫生出版社出版的7年制规划教材《内科学》<sup>[2]</sup>中慢性肺源性心脏病的诊断标准。

**1.2.2 中医诊断标准** 参照科学技术出版社出版的普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》<sup>[3]</sup> 肺胀诊断标准。以咳、痰、喘、胀为特征。

### 1.3 治疗方法

**1.3.1 对照组** 予单纯西医治疗, 包括氧疗、抗感染、化痰、平喘、止咳、调节免疫、抗右心衰、营养支持、调节酸碱失衡、纠正电解质紊乱等, 14 d为1个疗程。

**1.3.2 治疗组** 在对照组治疗基础上加用复方丹参注射液。

### 1.4 观察指标与检测方法

**1.4.1 疗效观察** 于入院当天、第14天进行咳嗽、咳痰、气短、尿少、浮肿、肺部啰音症状评分。症状分级量化标准如表1。

表1 症状分级量化标准

症状	无0分	轻3分	中6分	重9分
咳嗽	无	白天间断咳嗽, 不影响工作和生活	白天咳嗽或夜间偶咳, 有时影响睡眠	昼夜频咳或阵发, 影响工作及休息
气短	无	一般活动后气短	稍活动后气短	平素不活动也感气短
尿少	无	尿量稍少, 24 h尿量<1000 mL	尿量减少, 24 h尿量400 mL以下	尿量明显减少, 24 h尿量100 mL以下
浮肿	无	晨起或晚间轻微浮肿	指陷性浮肿+	指陷性浮肿++以上
啰音	无	偶闻, 或在咳嗽或深快呼吸后出现	散在	满布

1.4.2 证候疗效判断标准 临床控制：症状、体征消失或基本消失，疗效率>90%；显效：症状、体征明显改善，疗效率>70%；有效：症状、体征均有好转，疗效率>30%；无效：症状、体征无明显改善，甚或加重，疗效率不足30%。

证候疗效率= (治疗前总积分-治疗后总积分) / 治疗前总积分×100%。

总有效率= (临床控制+显效+有效) 例数/组内例数×100%

1.4.3 血液学指标检测 于入院当天、治疗第14天行血气分析，测PO<sub>2</sub>、PCO<sub>2</sub> (未吸氧)。

1.5 统计学方法 应用统计软件SPSS 2.0进行数据统计分析。P≤0.05被认为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患者治疗前后的症状、体征积分情况 见表2。经秩和检验表明：2组治疗前在咳嗽、气短、尿少、浮肿、肺部啰音等方面具有可比性，P> 0.05；治疗后，2组比较，P< 0.05，表明治疗组对咳嗽、气短、尿少、浮肿、肺部啰音等症状的改善方面明显好于对照组。

表2 2组治疗前后的症状、体征积分情况比较

组别	例数	积分 (分)	治疗前(个)					治疗后(个)				
			咳嗽	气短	尿少	浮肿	啰音	咳嗽	气短	尿少	浮肿	啰音
治疗组	36	0	0	0	0	0	0	12	15	18	20	3
		3	6	4	4	5	3	19	16	15	10	18
		6	16	22	23	21	13	3	4	2	5	10
		9	14	10	9	10	20	2	1	1	1	5
		0	0	0	0	0	0	4	9	11	13	1
对照组	36	3	5	4	3	4	5	14	14	14	10	10
		6	17	21	25	23	12	16	8	5	8	20
		9	14	11	8	9	19	2	5	6	5	5

2.2 2组患者治疗前、后血气分析指标 见表3。经t检验，治疗前2组PCO<sub>2</sub>、PO<sub>2</sub>具有可比性 (P> 0.05)；治疗前后，2组PCO<sub>2</sub>、PO<sub>2</sub>比较差异有统计学意义 (P< 0.05)，表明两种治疗方法均有效；治疗后2组比较，P< 0.05，表明治疗组在改善血气指标方面作用比对照组好。

表3 2组治疗前、后血气分析指标 (x̄±s, mmHg)

组别	例数	时间	PCO <sub>2</sub>	PO <sub>2</sub>
治疗组	36	治疗前	61.48±10.53	70.37±21.64
		治疗后	49.24±9.75	90.45±10.72
对照组	36	治疗前	60.34±11.19	71.26±20.59
		治疗后	55.05±10.76	79.85±19.62

2.4 2组总体疗效比较 见表4。经秩和检验：P< 0.05，表明治疗组总体疗效明显优于对照组。

表4 2组总体疗效比较 (例)

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效
治疗组	36	3	17	13	3
对照组	36	1	7	20	8

## 3 讨论

中医文献未提到肺心病的记载，但根据慢性肺心病的临床表现，可将其归于“肺胀”“喘证”“咳嗽”等范畴。在病机上，中医认为，素体久病致使肺气虚，气虚则无以推动血行，因此慢性肺心病多存在血瘀表现，且《金匱要略》有云：“病人胸满，唇痿舌青，口燥，但欲漱口不欲咽，无寒热，脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有瘀血”。姬乃萍等<sup>[4]</sup>也认为活血化瘀是治疗慢性肺心病的中药原则。复方丹参注射液，主要作用是保护心肌缺血缺氧，改善血液流变学等，经过现代工艺提取，中医方面具有祛瘀活血、舒筋通络等功效。丹参味苦，性微寒，《本草纲目》<sup>[5]</sup>对其有较为详细的论述，丹参专入血分，其功在活血行血，具活血化瘀、通经活络等功效；现代药理研究表明<sup>[6]</sup>：丹参兴奋人体内前列环素合成酶的活性，增加体内前列环素含量，扩张血管，有利于增加人体内血流，降低水钠潴留等，同时降低肺动脉压，具有抗血栓，改善人体微循环等功效。

从本研究的数据统计结果看，表1、表3提示：复方丹参注射液辅助西医治疗的总体疗效更好。在症状改善方面，治疗组对咳嗽、尿少、浮肿、肺部啰音等症状的改善上更优，提示：复方丹参注射液辅助治疗慢性肺心病，能够改善咳嗽、气短、尿少、浮肿、肺部啰音等临床症状，同时提高了临床总体疗效。表3提示：经治疗，2组PCO<sub>2</sub>、PO<sub>2</sub>分压较治疗前均有明显差异，且治疗后2组比较，治疗组优势明显，表明复方丹参注射液更有利于改善慢性肺心病患者的二氧化碳潴留并增加血氧含量，从而起到了改善肺部通气功能的作用。

本研究观察及统计数据表明在治疗慢性肺心病中使用复方丹参注射液辅助治疗，能够更有效地改善临床症状及血气情况，且未见明显的毒副作用，目前样本量偏小，下一步工作需进行系统的大样本多中心的研究，力争取得更信服的结果，以期该方法在临床推广应用。

## 参考文献

- [1]张瑞荔,文继红,汪林芬.肺心病从痰论治[J].云南中医中药杂志,2010,31(12):14-15.
- [2]王吉耀.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:38-44.
- [3]王永炎.中医内科学[M].上海:科学技术出版社,2004:75-80.
- [4]姬乃萍,简锦妮.银杏达膜注射液对肺源性心脏病急性期的疗效观察[J].内蒙古中医药,2010,29(19):20-21.
- [5]Cox C E,Carson S S,Govert J A, et al.An economic evaluation of prolonged mechanical ventilation[J].Crit Care Med,2012,35(8):1918-1927.
- [6]Sellares J,Ferrer M,Cano E.Predictors of prolonged weaning and survival duringventilator weaning in a respiratory ICU[J].Intensive Care Med,2011,37(5):775-784.

(本文编辑:李海燕 本文校对:徐顺贵 收稿日期:2018-05-15)

# 艾灸对稳定型心绞痛患者血管内皮细胞功能的影响

胡欣妍

(大连市第二人民医院·大连市中西医结合医院心内科, 辽宁 大连 116011)

**摘要:**目的 观察艾灸对稳定型心绞痛患者血管内皮细胞功能的影响。方法 将在我院确诊为稳定型心绞痛患者56例, 随机分为对照组和艾灸组。对照组患者给予常规治疗稳定型心绞痛的西药, 艾灸组在对照组基础上加用艾灸治疗2个疗程。观察2组患者治疗前后症状, 用酶联免疫吸附法检测患者血浆可溶性细胞间粘附分子-1 (sICAM-1)、可溶性血管细胞粘附分子-1 (sVCAM-1) 含量, 用硝酸还原法检测血浆一氧化氮(NO)含量, 用放射免疫法检测内皮素-1(ET-1)含量。结果 治疗后艾灸组比对照组症状明显改善 ( $P<0.05$ )。治疗后, 艾灸组患者较对照组患者血浆sICAM-1、sVCAM-1、ET-1含量明显下降, NO含量升高 ( $P<0.05$ )。结论 艾灸能够改善稳定型心绞痛患者症状, 并能够保护患者血管内皮细胞。

**关键词:** 艾灸; 稳定型心绞痛; 内皮细胞

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.048

文章编号:1672-2779(2018)-15-0114-02

## The Effect of Moxibustion on the Function of Endothelial Cells of Stable Angina

HU Xinyan

(NO.2 People's Hospital of Daliano · Department of Cardiology, Dalian Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Liaoning Province, Dalian 116011, China)

**Abstracts:Objective** To observe the effect of moxibustion on the function of endothelial cells of stable angina. **Methods** 56 patients of stable angina in hospital were randomly divided into control group and moxibustion group. The patients in control group were given western drugs to deal with stable angina, and the patients in moxibustion group were treated with additional moxibustion treatment on the basis of control group. The symptoms of patients were observed and enzyme linked immunosorbent assay method was used to test the levels of plasma soluble intercellular adhesion molecule-1 (sICAM-1) and soluble vascular cellular adhesion molecule-1 (sVCAM-1). The nitric oxide (NO) levels were tested by nitrite reduction method and endothelin-1 (ET-1) was measured with radioimmunoassay method. **Results** The symptoms of moxibustion group were significantly improved than that of control group after treatment ( $P<0.05$ ). After treatment, plasma sICAM-1 and sVCAM-1 ET-1 levels in moxibustion group were significantly lower than those in control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Moxibustion can not only improve the symptoms of stable angina, but also protect endothelial cells.

**Keywords:** moxibustion; stable angina; endothelial cells

稳定型心绞痛是由于冠状动脉粥样硬化造成动脉管腔固定严重狭窄, 当心肌需氧量增加时, 发生粥样硬化的冠状动脉不能发生相应的扩张, 引起心肌供血供氧不足而产生心绞痛。细胞间粘附分子-1 (ICAM-1) 和血管细胞间粘附分子-1 (VCAM-1) 在动脉粥样硬化的发生发展过程中起到重要作用, 两者溶解于血液的部分, 即溶解性细胞间黏附分子-1 (sICAM-1) 和溶解性血管细胞间黏附分子-1 (sVCAM-1) 含量可以在一定程度上反映ICAM-1和VCAM-1含量, 一氧化氮 (NO) 和内皮素-1 (ET-1) 均是内皮细胞分泌的, 能够维持血管的正常张力, sICAM-1、sVCAM-1、NO、ET-1均是反映内皮细胞功能的指标。艾灸是中医针灸的主要疗法, 能够治疗多种疾病。但是临床上并未广泛应用艾灸治疗心绞痛, 本研究观察艾灸对稳定型心绞痛的治疗作用。

### 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取2012年6月—2017年10月在我院就诊且确诊为稳定型心绞痛患者56例, 男27例, 女29例, 年龄56~78岁, 平均 (63.4±7.5) 岁。随机分为对照组

和艾灸组, 对照组28例, 男13例, 女15例, 年龄57~78岁, 平均 (62.3±6.8) 岁。艾灸组28例, 男14例, 女14例, 年龄56~77岁, 平均 (63.2±7.9) 岁。2组患者在性别、年龄、病程、病情等方面比较, 不具有统计学差异, 具有可比性 ( $P>0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 对照组患者给予常规治疗稳定型心绞痛的药物, 艾灸组在对照组治疗基础上加用艾灸治疗: 患者取仰卧位, 采用艾条作施灸材料, 将艾条一端点燃, 施灸膻中、心俞、神门、内关、巨阙等穴位, 距皮肤5~10 cm处悬灸, 每穴灸10~15 min, 以皮肤红晕为度, 10 d为1个疗程, 2疗程后观察病情。

### 1.3 观察指标

**1.3.1 临床疗效标准** 显效: 心绞痛发作次数和持续时间减少80%以上, 心电图恢复正常; 有效: 心绞痛发作次数和持续时间减少50%~80%, 心电图ST段下移0.05 mv以上; 无效: 心绞痛发作次数和持续时间减少不到50%; 加重: 心绞痛发作次数增多、持续时间延长。

1.3.2 血浆sICAM-1、sVCAM-1、ET-1、NO含量 血清sICAM-1和sVCAM-1含量使用酶联免疫吸附法(ELISA)测定,试剂盒购自法国DICON公司。ET-1含量采用放射免疫法检测,试剂盒购自北京科美东雅生物技术有限公司;测定NO采用硝酸还原法,试剂盒购自南京聚力生物工程研究所,严格按照试剂盒说明操作。

1.4 统计学方法 计量资料以均数±标准差表示,采用SPSS 15.0软件中单因素方差分析对结果进行分析, P<0.05为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患者疗效比较 见表1。

表1 2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	加重	总有效率
对照组	28	15(53.6)	7(25.0)	3(10.7)	3(10.7)	22(78.6)
艾灸组	28	17(60.7)	9(32.1)	2(7.1)	0(0.0)*	26(92.8)*

注:与对照组比较,\*P<0.05

2.2 2组患者血浆sICAM-1和sVCAM-1含量比较 见表2。

表2 2组患者血浆sICAM-1和sVCAM-1含量比较 ( $\bar{x}\pm s, \mu\text{g/L}$ )

组别	例数	时间	sICAM-1	sVCAM-1
对照组	28	治疗前	136.98±27.95	412.36±34.65
		治疗后	132.25±22.71	405.58±35.46
艾灸组	28	治疗前	139.54±31.42	420.59±36.41
		治疗后	112.34±31.08*	362.13±15.46*

注:与对照组比较,\*P<0.05

2.3 2组患者血浆NO和ET-1含量比较 见表3。

表3 2组患者血浆NO和ET-1含量比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	ET-1(ng/l)	NO(umol/l)
对照组	28	治疗前	89.23±12.34	53.28±12.35
		治疗后	84.91±10.25	65.23±15.35
艾灸组	28	治疗前	88.59±24.25	56.37±24.65
		治疗后	62.7±8.92*	71.8±12.8*

注:与对照组比较,\*P<0.05

## 3 讨论

稳定型心绞痛的病理基础是动脉粥样硬化,关于动脉粥样硬化的发生机制,曾有不同的学说,其中占主导地位的观点是ROSS提出的内皮损伤学说,该学说认为内皮细胞损伤或功能障碍是动脉粥样硬化的使动环节和决定因素。当血管内皮细胞受到损伤时,ICAM-1和VCAM-1表达增加,ICAM-1和VCAM-1介导了白细胞和内皮细胞的黏附,促进了动脉粥样硬化的形成和发展<sup>[2-3]</sup>。NO和ET-1属于内皮衍生生长因子,由血管内皮细胞合成和释放,NO能够舒张血管,ET-1具有强烈收缩血管的作用,正常情况下,两者处于平衡状态,以维持血管的正常张力。如果内皮细胞受损或者功能障碍,ET-1产生增多,NO减少,导致血管收缩,引起冠

状动脉收缩、管腔变窄,加重心肌缺血<sup>[4]</sup>。有报告指出,NO和ET-1的比例失调造成血管狭窄,是冠心病血瘀证的病理基础<sup>[5]</sup>。

稳定型心绞痛相当于中医“胸痹”,中医认为该病病机是心脉痹阻,不通则痛。由于阴寒、瘀血、痰浊等实邪阻滞心脉,或者因气虚、阴虚、阳虚导致血行无力引起心脉痹阻所致。艾叶为纯阳之品,性味辛温,艾灸通过腧穴、经络的传导作用,起到温通经络、除寒祛湿、活血化瘀的作用<sup>[6]</sup>。通过改善血液循环,可有效治疗心绞痛。心绞痛患者常合并高血压、糖尿病、血脂异常等其他疾病,需长期服药,对肝肾损伤较大,患者的依从性较差。本研究观察到,艾灸可有效减少心绞痛发作频率和持续时间。同时艾灸能够降低患者血浆中ET-1、sICAM-1、sVCAM-1含量,增加NO含量。曾有报道表明,艾灸能提高高血压患者血浆NO含量,降低ET-1含量,这与本研究结果一致<sup>[7-8]</sup>。

结合本研究,推测艾灸可通过以下几方面治疗稳定型心绞痛:扩张冠状动脉,改善心肌血液供应;扩张血管,降低心脏的前、后负荷,降低心肌耗氧量。同时保护血管内皮细胞,防止动脉粥样硬化的形成和发展。有报告表明,艾灸能够降低高脂血症患者血浆胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白,升高高密度脂蛋白<sup>[9]</sup>,降低血糖<sup>[10]</sup>。动物实验表明<sup>[8]</sup>,艾灸能显著降低大鼠血压的作用。而血脂异常、糖尿病、高血压等都是冠心病的危险因素。由此推测艾灸还可通过控制心绞痛的危险因素,间接对心绞痛起到预防和治疗作用。因此,艾灸疗效确切,副作用小,值得临床应用。

## 参考文献

- [1]吴焕淦,马晓芃,周次利,等.灸法研究现状与战略思考[J].世界中医药,2013,8(8):845-851.
- [2]Kaul K, Hodgkinson A, Joanna M, et al. Is inflammation a common retinal-renal-nerve pathogenic link in diabetes? [J]. Cur Diabetes Rev, 2010, 6(5): 294-303.
- [3]Bucolo C, Leggio GM, Drago F, et al. Eriodictyol prevents early retinal and plasma abnormalities in streptozotocin-induced diabetic rats [J]. Biochem Pharm, 2012, 84(1): 88-92.
- [4]朱大年,王庭槐,罗自强,等.生理学[M]. 8版.北京:人民卫生出版社,2013:87-146.
- [5]余运贤,梁晖,黄键,等.急性脑梗塞血瘀证与一氧化氮、内皮素相关性研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(7): 501.
- [6]唐照亮,宋小鸽,王宁新,等.艾灸活血化瘀作用机制的研究[J]. 安徽中医学院学报, 2004, 23(2): 24-27.
- [7]彭丽辉,冯玲娟,陈筑芳,等.艾灸对高血压病患者血压及NO、ET、SOD、MDA的影响[J]. 中国针灸, 2004, 24(3): 157-159.
- [8]王莹,曾永蕾,江莉,等.艾灸对慢性心衰模型大鼠心功能及ET的影响[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24(4): 326-328.
- [9]李建萍,姚永年,何培达,等.艾灸治疗血脂异常患者的临床研究[J]. 中国针灸, 2015, 25(11): 825-827.
- [10]廖辉,席萍,陈强.针刺、艾灸、针灸胃脘下俞穴治疗糖尿病临床观察. 中国针灸, 2007, 27(7): 482-483.

(本文编辑:李海燕 本文校对:丁立萍 收稿日期:2018-05-11)

# 骨宁煎联合中药外敷 治疗胫骨骨折术后患者的临床观察

张琼

(抚顺市中医院骨科二病房, 辽宁 抚顺 113008)

**摘要:**目的 观察胫骨骨折术后患者应用中药复方骨宁煎联合中药外敷的疗效。方法 选取2016年1月—2018年1月于抚顺市中医院骨科二病房行胫骨骨折术后的患者50例, 通过随机信封法分为试验组与对照组, 对照组25例, 应用口服双氯芬酸钠胶囊治疗; 试验组25例, 在对照组的基础上应用中药外敷联合骨宁煎口服。观察2组患者治疗后的疼痛评分及小腿周径差值。结果 治疗后试验组患者的疼痛评分及周径均优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 中药复方骨宁煎联合中药外敷治疗胫骨骨折术后可以减轻患者术后疼痛, 加速患者康复, 临床疗效优异, 值得临床推广。

**关键词:** 胫骨骨折术; 中药外敷; 骨宁煎; 小腿周径

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.049

文章编号:1672-2779(2018)-15-0116-02

## Clinical Observation on Guning Decoction and External Application of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Postoperative Patients with Tibial Fracture

ZHANG Qiong

(Ward Two of Orthopedics, Fushun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Fushun 113008, China)

**Abstract: Objective** To observe the effect of the combination of traditional Chinese medicine and Guning decoction on the patients with tibial fracture. **Methods** From January 2016 to January 2018 in ward two of orthopedics of Fushun Hospital of Traditional Chinese Medicine, 50 cases of postoperative patients with tibial fractures, through the random envelope method, were divided into experiment group and control group. 25 cases in the control group took oral diclofenac sodium capsule. 25 cases in the experiment group applied external application of traditional Chinese medicine combined with Guning decoction. After treatment, pain score and leg circumference were observed. **Results** The pain score and circumference of the experimental group was better than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Chinese medicine compound Guning decoction combined with external application of traditional Chinese medicine can reduce postoperative pain and accelerate recovery of patients after tibial fracture surgery, which is worthy of clinical promotion.

**Keywords:** tibial fracture; external application of traditional Chinese medicine; Guning decoction; circumferential diameter of the calf

胫骨骨折是骨科常见病, 多发病, 其发病率居于全身骨折发病的第1位, 任何年龄人群均可发病, 以高能量的损伤伴有不同程度的软组织损伤为主。术后容易出现较多的并发症, 特别是粉碎性的胫骨骨折术后容易发生延迟愈合、血栓、感染、骨不连的并发症, 同时疼痛可伴随患者整体的治疗过程<sup>[1]</sup>。胫骨骨折中大多数患者合并软组织的损伤, 因此在治疗中较为棘手, 所以应用正确的术式和术后及时康复治疗可改善患者关节活动度及功能, 减轻骨关节疼痛, 提高患者的生存质量。祖国医学认为该病患者发生骨折, 属于骨断筋脉分离, 气血不相接, 不通则痛, 辨证属于气滞血瘀为主。我科应用自拟中药复方骨宁煎联合中药外敷可以减轻患者疼痛, 加快患者恢复, 有较好的临床疗效, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年1月—2018年1月于抚顺市中医院骨科二病房行胫骨骨折术后的患者50例, 采用随机分组, 其中试验组25例患者, 男13例, 女12例; 年

龄21~66岁, 平均年龄为(41.1±9.2)岁。对照组25例患者, 男13例, 女性12例; 年龄21~67岁, 平均年龄为(41.7±9.3)岁。经统计学分析, 2组患者年龄无统计学差异 ( $P > 0.05$ ), 可以进行比较。

**1.2 纳入标准** 均符合《骨关节疾病治疗指南》中胫骨骨折患者的诊断标准, 均经过CT或MRI检查可确诊并且有明确的手术指征的术后患者<sup>[2]</sup>。

**1.3 排除标准** (1) 严重心脑血管疾病患者; (2) 伴发严重感染患者; (3) 严重意识障碍患者; (4) 白血病及恶性肿瘤患者; (5) 有出血倾向的患者; (6) 不同意参加试验的患者。

**1.4 观察指标** 应用NRS评分量表观察治疗前后2组患者的疼痛情况。测量2组患者治疗前后的小腿周径, 具体方法为: 嘱患者行仰卧位, 先测量髌骨长度, 即髌骨上缘至髌骨下缘的距离, 然后测量髌骨下缘髌骨长度处的小腿周径, 是为小腿周径长度。患者的周径差=患侧小腿周径-健侧小腿周径。

**1.5 治疗方法** 对照组患者口服双氯芬酸钠缓释胶囊

50 mg, 日2次。试验组在对照组的基础上口服中药复方骨宁煎(由生黄芪50 g, 熟地黄15 g, 白术15 g, 茯苓20 g, 木香15 g, 续断15 g, 淫羊藿15 g, 丹参10 g, 自然铜10 g等组成), 常规水煎煮150 mL, 日2次, 10 d为1个疗程。中药外敷(由黄芪、芒硝、冰片、当归、红花等组成)研粉药粉, 后与黄酒1:1的比例进行调制糊状, 均匀涂抹于患侧肢体, 同时加用神灯照射治疗20 min, 每日熨烫1次, 10 d为1个治疗周期。共观察2个周期。

**1.6 统计学方法** 采用统计学软件SPSS 19.0进行分析, 计数资料采用  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 计量资料应用  $t$  检验, 率的比较应用卡方检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

经过治疗干预后, 试验组的疼痛NPS评分、小腿周径差均优于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 详见表1。

表1 2组NRS评分、周径差比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	NRS评分(分)		周径差(cm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	25	5.10±1.23	1.20±0.18 <sup>1)</sup>	4.10±1.52	0.97±0.11 <sup>1)</sup>
对照组	25	5.20±1.36	2.75±0.56	4.20±1.78	1.87±0.23

注:与对照组比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

目前针对胫骨平台骨折的手术方法主要:(1)有切开复位固定术:该方法主要应用外科单钢板锁定手术,该方案可以减少手术造成的局部组织的感染、坏死、血栓等并发症,术后患者的恢复时间较短,但是术后患者的稳定型较双侧钢板固定技术差,所以临床一般根据患者的具体病情应用不同的切开复位术;(2)关节镜下辅助技术:随着医学技术的不断进步关节镜辅助下的精度平台骨折手术广泛应用于临床,该术式较传统的切开复位术疗效结果差异不明显,但是该术式具有创口小、解剖复位率较高、膝关节康复效果好等特点;(3)球囊成形术:该技术是近年来平台压缩性胫骨骨折的术式,但是目前该技术因为球囊体积较小、抗压能力较弱,仅此进行骨折处复位时具有一定的局限性,同时该方案还具有定位较难、学习曲线长等问题,使得该术式的临床应用受限制<sup>[3]</sup>。在现代医学的不断发展下,颠覆了以往平台后骨折较为少见的这一观点,针对胫骨平台后骨折多数学者认为应用后内侧入路支撑钢板固定技术,具有稳定性良好、恢复快、并发症少等特点<sup>[4]</sup>。中医认为“肝肾同源”,肝

肾两脏主藏血生髓,精血和骨髓对于骨具有滋养的作用,由于外伤跌破使得下肢精血不得相通,气滞血瘀。现代医学认为骨折发生后大血管或者局部的组织损伤,引起毛细血管破裂。组织间隙压力升高,导致静脉回流和淋巴回流受阻,进一步可使毛细血管渗透压升高,加重渗出,形成恶性循环。有效地消退局部组织水肿可以防止深静脉血栓的形成等并发症,促进组织愈合。骨宁煎中生黄芪、白术、茯苓补气健脾。熟地黄补血。淫羊藿滋补肾气,强壮筋骨。木香理气和中。续断、自然铜接骨续筋,自然铜是骨伤科要药,对于跌打损伤具有良好的效果。丹参补血活血<sup>[5-6]</sup>。诸药配合共奏补肾强腰,活血化瘀之效。研究显示胫骨骨折术后患者的下肢深静脉血栓为临床常见疾病,主要高发于骨科术后及长期卧床患者,并有较高的肺动脉栓塞发生率,危及患者生命安全。针对胫骨骨折术后患者虽然应用抗凝治疗,但是仅可降低深静脉血栓发生率为45%~50%。中药外敷属于中医外治法范畴,其具有操作简单、安全性高、价格便宜、疗效良好等特点。同时应用中药温热之法,能够被广大患者接受,本研究应用中药外敷熨烫技术,冰片联合芒硝可以开窍醒神、清热止痛、清热消肿。药理学研究显示:冰片和芒硝的制剂外敷可以镇痛、抗病毒等,还可扩张周围组织的血管,增加血管通透性,可以促进炎症周围的血运,减轻术后局部炎症,减轻腰椎周围肌肉和神经水肿,配合黄芪、红花、当归可以增强补气活血之效果<sup>[7-8]</sup>。本研究显示中药骨宁煎联合中药外敷治疗胫骨骨折术后可以减轻患者术后疼痛,加速患者康复,临床疗效优异,值得临床推广。

## 参考文献

- [1]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].4版.北京:人民军医出版社,2012:1-10.
- [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:172.
- [3]陈红卫,匡红,潘俊,等.后内侧入路治疗胫骨平台后内侧劈裂骨折[J].中华创伤杂志,2013,29(9):853-856.
- [4]陈红卫,张根福,潘俊,等.改良前外侧入路胫骨近端锁定加压钢板固定治疗胫骨平台后外侧骨折[J].中华骨科杂志,2013,33(9):935-940.
- [5]刘国华,王志义,刘丹平,等.中医药局部方法促进胫骨骨折愈合的机理探讨及研究展望[J].辽宁医学院学报,2010,31(2):185-186.
- [6]黄修海,刘跃晖,张登科,等.冰片加芒硝外敷佐治急性重症胰腺炎24例[J].中国中西医结合杂志,2001,21(5):390-391.
- [7]邓森,杨渝勇,曹国永,等.下肢创伤后深静脉血栓形成的危险因素及其与D-二聚体的相关性[J].武警医学,2014,25(5):475-477.
- [8]齐鲁,毕荣修.冰硝散外敷辅助治疗胫骨干骨折后患肢肿胀的疗效观察[J].大家健康,2015,9(12):92-93.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王佛有 收稿日期:2018-05-08)

# 中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死临床分析

王志相 杜兰翔 钟良钰 吴秋敏

(江西省赣州市中医院骨科, 江西 赣州 341000)

**摘要:**目的 探讨中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死的疗效。方法 选择2016年4月—2017年4月来我院进行非创伤性股骨头治疗的患者61例作为研究对象。按照随机数字方式将研究对象分成对照组(30例)与观察组(31例)。对照组患者采用西医治疗,观察组患者在对照组西医治疗的基础上进行中医治疗,最终观察2组患者的治疗满意度与住院时间。结果 观察组治疗有效率93.55%(29/31)明显高于对照组患者83.33%(25/30)( $P<0.05$ )。观察组患者住院时间明显短于对照组。在治疗满意度方面,观察组的满意度高于对照组( $P<0.05$ )。结论 采用中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死疾病,其治疗效果良好,患者的住院时间缩短,值得临床借鉴。

**关键词:** 中西医结合疗法; 非创伤性股骨头坏死; 骨疽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.050

文章编号:1672-2779(2018)-15-0118-03

## Clinical Analysis on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Nontraumatic Osteonecrosis of the Femoral Head

WANG Zhixiang, DU Lanxiang, ZHONG Liangyu, WU Qiumin

(Department of Orthopedics, Ganzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

**Abstract: Objective** To investigate the effect of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of nontraumatic osteonecrosis of the femoral head. **Methods** 61 cases of nontraumatic femoral head treated in our hospital from April 2016 to April 2017 were selected as the research subjects. According to the random number method, the subjects were divided into the control group (30 cases) and the observation group (31 cases). The patients in the control group were treated with western medicine. The patients in the observation group were treated with traditional Chinese medicine on the basis of the treatment of Western medicine in the control group. Finally, the satisfaction of the two groups of patients and the time of hospitalization were observed. **Results** The effective rate of treatment in the observation group (29 cases, 93.55%) was significantly higher than that of the control group (25 cases, 83.33%), and there was a statistically significant difference between the two groups ( $P<0.05$ ). The hospitalization time in the observation group was significantly shorter than that in the control group. In terms of treatment satisfaction, the satisfaction of the observation group was higher, and the difference between the two groups was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of nontraumatic osteonecrosis of the femoral head has good therapeutic effect and shorter hospitalization time, which is worthy of clinical reference.

**Keywords:** integrated therapy of traditional Chinese and Western medicine; nontraumatic osteonecrosis of the femoral head; necrosis

非创伤性股骨头坏死是骨科领域的常见病,近年来其发病率呈上升趋势,一般患病人群众多集中于20~50岁群体。随着生活水平的提升,人们对非创伤性股骨头坏死疾病的警惕性也相应提升,选择有效的非创伤性股骨头治疗方式是临床重点思考的问题<sup>[1]</sup>。就当前而言,已经能够进行股骨头坏死早期诊断,国际骨循环研究学会多次对非创伤性股骨头坏死进行深入研究探讨,但当前仍然没有一种临床医学所公认的、高效且理想的治疗方式。据相关报道,采用中西医结合方式治疗非创伤性股骨头坏死疾病的有效性比较高。为促进非创伤性股骨头坏死疾病治疗的有效性<sup>[2-3]</sup>,本文主要探讨中医学结合治疗非创伤性股骨头坏死治疗效果,以提供有效的治疗方式,详细报道如下文。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择来我院进行非创伤性股骨头治疗的患者61例作为研究对象,将其按照随机数字方式分成对照组与观察组,所有患者均符合非创伤性股骨头治疗

的相关诊断标准。所有患者均表现为髋关节疼痛,且存在活动受限。应用X线片以及MRI对患者两侧髋关节前后进行摄像检查。对照组30例患者,其中男性17例,女性13例;年龄19~69岁,平均年龄(32.56±2.35)岁;0期患者8例,I期患者7例,II期患者9例,III期患者6例;16例患者有长期饮用白酒历史,14例患者原因不明,均无明确的创伤史。观察组31例患者,男性16例,女性15例;年龄18~71岁,平均年龄(32.69±2.43)岁;0期患者8例,I期患者8例,II期患者8例,III期患者7例;17例患者有长期饮用白酒历史,14例患者原因不明,均无明确的创伤史。2组在性别、年龄等一般资料方面,均没有明显差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 治疗方法

**1.2.1 对照组** 对照组以西医疗方式为主。首先,患者要进行一般性的治疗,嘱咐患者卧床休息,将烟酒等不良嗜好戒掉,进食一些脂肪含量少的食物,减轻

负重。然后采用西医方式治疗。采用Seldiger技术监测,对患者进行血管造影,观察患者股骨头的具体情况。造影后,首先将导管插入到旋股内。注入30~50万U的尿激酶以及10~30 mg的婴碱。同时还需要为患者注射复方丹参注射液10~30 mL。对用药以后患者股骨头的供血改善状况进行观察。

**1.2.2 观察组** 观察组患者采用中西医结合治疗的方式,西医治疗方式与对照组患者相同,同时对患者进行中医治疗。以患者非创伤性股骨头坏死类型为基础将其分成气滞血瘀型、寒湿阻络型、脾肾阳虚型、肝肾阴虚型。所以可以结合患者的具体情况选择蠲痹汤治疗。组方为透骨草15 g,当归15 g,黄芪15 g,生姜10 g,肉桂10 g等。其中还包括:炒杜仲12 g,补骨脂12 g,三七粉3 g,结合患者实际情况加减应用。将药物研制成细末,浸泡以后将其敷到患者的主穴处。每天2次,共敷用40~60 min,1个疗程为20~30 d。

**1.3 疗效评价标准** 按照 Harris髓关节功能评定标准对患者的疼痛程度、关节功能、髓关节活动度以及有无畸形这4个方面进行评价。将治疗效果分成显效、有效、无效3个级别。显效:90~100分;有效:80~90分;无效:少于80分。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 17.0统计软件对所搜集的资料进行统计学分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,用t检验,计数资料用 $\chi^2$ 检验。当 $P < 0.05$ 时,差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者治疗效果比较** 观察组患者治疗有效率(29/31, 93.55%)明显高于对照组患者(25/30, 83.33%),差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 2组患者治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	11	14	5	25(83.33)
观察组	31	12	17	2	29(93.55)
$\chi^2$ 值		6.3520	9.6520	8.6987	8.6520
P值		0.0210	0.0102	0.0102	0.0320

**2.2 2组患者住院时间以及治疗满意度评分比较** 在住院时间方面,观察组患者住院时间比对照组短。就治疗满意度而言,观察组患者治疗满意度比对照组高,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组患者住院时间以及治疗满意度评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	住院时间(d)	治疗满意度评分(分)
对照组	30	53.26 $\pm$ 2.31	63.58 $\pm$ 7.32
观察组	31	26.35 $\pm$ 3.26	89.57 $\pm$ 5.32
$\chi^2$ 值		6.9857	7.6982
P值		0.0210	0.0248

## 3 讨论

目前,临床医学尚未提出一个明确的非创伤性股

骨头血性坏死病因,其疾病产生原因比较复杂,非创伤性股骨头疾病并不属于一种单纯性疾病。其中一种说法是:非创伤性股骨头坏死主要是由血液循环障碍引起的,其主要原因是患者缺血<sup>[4]</sup>。由于缺血,患者的骨组织出现坏死状况,正常血供区的纤维肉芽会侵入到患肢的坏死骨髓,并在患者的表面形成贴附性的新骨,骨头逐渐坏死<sup>[5]</sup>。动脉供血不足以及出现静脉回流障碍,骨组织会因为极度缺血而坏死,正常血液供应区的纤维肉芽组织会直接侵入到骨髓中进行修复。当坏死骨头比较广泛时,这种新生骨小梁形成速度也不能有效地恢复患者股骨头生物力学性能。而患者骨头大量坏死时,其功能便丧失了。因此,在早期采用预防性的措施,对于修复患者患肢,促使其新骨形成具有重要的作用。早期对非创伤性股骨头坏死情况进行防治,有助于阻退患者骨头坏死进展,缓解患者病情。另者,对非创伤性股骨头坏死患者进行早期治疗,能加快患者坏死区修复过程新骨的形成,促使患者股骨头力学强度尽快恢复,避免患者股骨头塌陷。Seldige技术、股骨头髓芯减压技术、髓关节置换术、带血管蒂骨移植术均属于临床医学用于非创伤性股骨头坏死治疗的常用方式。介入治疗能促进患者股骨头血液运行情况得到有效的改善,经皮股骨头髓芯钻孔减压联合活血化淤药物能有效地缓解患者股骨头高压状态。而人工关节置换术能有效地缓解患者的疼痛度,促使患者的关节功能得到有效的保留。另一方面,采用西药治疗也是西医常用治疗方式。给予非创伤性股骨头坏死患者西药,其具有抗骨吸收以及抗炎的作用,能修复坏死骨细胞,促使股结构性能有效提升,减缓坏死骨吸收,加快坏死骨修复<sup>[6]</sup>。修复坏死骨细胞,避免患者的骨结构性能下降,促进新生骨形成,并另一方面缓解患者坏死骨吸收。在西药治疗的基础上采用中药方式治疗。中药药方具有活血化淤、疏经活络、滋阴补阳、补肾壮骨的功能<sup>[7]</sup>。中药药理研究认为:中药复方能减少患者坏死骨细胞脂肪小滴形成,促使患者微循环得到有效改善,促使患者骨质量与骨矿密度提升。在采用中药治疗的过程中,医生根据患者的实际情况,为其选择更合理的治疗方式,通过加减中药方促使药物的治疗效果增加,帮助患者尽快地恢复健康<sup>[8]</sup>。因此,采用中西医联合治疗早期非创伤性股骨头坏死,两种效用叠加,治疗效果显著。

从本研究结果来看,观察组患者治疗有效率(29例, 93.55%)明显高于对照组患者(25例, 83.33%)。观察组患者住院时间明显短于对照组;在治疗满意度方面,观察组的满意度更高,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者以中西医方式治疗为主,患者的治疗有效性得到有效提升。与此同时,患者的住院时间缩短了,患者的治疗满意度提升。由

此可见,采用中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死疗效显著。

综上所述,采用中西医结合治疗非创伤性股骨头疾病,能有效提升疾病治疗的有效性,提升患者的治疗满意度,减少患者住院时间。中西医结合治疗方式值得在非创伤性股骨头坏死疾病治疗中推广。

#### 参考文献

- [1] 韦标方,曾平.手术治疗早期非创伤性股骨头坏死的临床研究[J].山东医学高等专科学校学报,2015,15(2):90-96.  
[2] 吉立新.股骨头缺血性坏死介入治疗16例分析[J].中国误诊学杂志,2016,7(1):164-166.

- [3] 任平霞,耿桂荣,闫强,等.中西医结合治疗早期非创伤性股骨头坏死62例[J].光明中医,2011,26(10):2082-2083.  
[4] 尹广政.中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死疗效分析[J].实用中西医结合临床,2015,15(8):49-50.  
[5] 胡江红.针灸法治疗早期非创伤性股骨头坏死的疗效分析[J].光明中医,2016,31(23):3470-3471.  
[6] 王振华,刘鹰,梁东升.中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死的疗效分析[J].中国医学工程,2015,20(3):86-86.  
[7] 黄解元.中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死72例临床观察[J].现代医药卫生,2015,28(12):1884-1885.  
[8] 刘志丹,张秀华.中西医结合治疗早期股骨头坏死临床疗效分析[J].光明中医,2017,32(4):560-562.

(本文编辑:李海燕 本文校对:朱小明 收稿日期:2018-04-10)

## 中西医结合治疗胫骨骨折的临床观察

田会军

(江西省萍乡市人民医院关节外科,江西 萍乡 337000)

**摘要:**目的 分析外固定支架结合切开内固定术配合消肿汤治疗胫骨骨折的效果。方法 将2016年3月—2017年10月作为本次研究时间段,选择60例胫骨骨折患者作为研究案例。采取随机数字法将60例患者分为试验组与常规组各30例,2组患者均采取外固定支架结合切开内固定术进行治疗,试验组在上述治疗基础上于手术完成后的第2天服用消肿汤。统计并对比2组患者治疗后的疼痛视觉模拟评分以及关节肿胀指数。结果 术后1个月与术后3个月时试验组患者的疼痛视觉模拟评分、关节肿胀指数相对于常规组而言均存在明显的优势( $P < 0.05$ )。结论 外固定支架结合切开内固定术配合消肿汤治疗胫骨骨折的效果突出,能够显著改善患者的关节功能,提升患者生存质量,促使骨折更加顺利愈合,值得推广普及。

**关键词:** 外固定支架; 切开内固定术; 消肿汤; 胫骨骨折

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.051

文章编号:1672-2779(2018)-15-0120-02

### Clinical Observation on Integrated Therapy of Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Tibial Fracture

TIAN Huijun

(Department of Joint Surgery, Pingxiang People's Hospital, Jiangxi Province, Pingxiang 337000, China)

**Abstract: Objective** To analyze the effect of external fixation combined with incision internal fixation to treat tibial fracture. **Methods** From March 2016 to October 2017, 60 patients with tibial fractures were selected as the study cases. The method of random numbers methods was used. 60 patients were divided into experimental group and routine group. The control group was treated with external fixator combined with incision fixation. On the basis of the above treatment, the experimental group took Xiaozhong decoction on the second day after the operation. The visual simulation score and joint swelling index were compared between the two groups. **Results** One month and 3 months after operation, the visual analogue scale and joint swelling index of the experimental group had obvious advantages relative to the control group, and the difference between the two groups was statistical ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The external fixator combined with incision of detumescence soup and internal fixation in the treatment of tibial fracture effect is outstanding, can significantly improve the joint function of patients, improve the quality of survival, facilitate the healing of fractures, and is worthy of popularization.

**Keywords:** external fixation; open internal fixation; Xiaozhong decoction; tibial fractures

胫骨骨折是临床上较为常见的一种膝关节疾病,目前关于该疾病的治疗方式较多,其中切开内固定术是治疗效果较为理想的一种,但是因为手术过程中会存在较多的骨膜剥离,手术的操作较为复杂,导致手术之后很容易发生术后感染,导致患者的预后效果下降<sup>[1]</sup>。为了更好地提升临床干预水平,本研究以我院部分无典型特殊性的患者为例,探讨外固定支架结合切开内固定术治疗时消肿汤的应用价值,现报道如下。

#### 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,在该时间段内选择60例胫骨骨折患者作为研究案例。采取随机数字法将60例患者分为试验组与常规组,各30例。试验组患者中,男性16例,女性14例;平均年龄(38.6±3.2)岁。常规组患者中,男性15例,女性15例;平均年龄(37.9±2.8)岁。2组患者的一般资料无明显差异( $P > 0.05$ ),具备对比研究价值。

**1.2 治疗方法** 2组患者均采取外固定支架结合切开内固定术进行治疗。让患者采取仰卧位,应用硬膜外麻醉方式,在小腿前内侧开通安全通道并作为外固定螺钉的进入位置。在外固定支架模具的引导之下放入,和胫骨的纵轴成垂直关系。采取外固定支架非跨踝关节实行固定,在C臂机的观察下完成远端螺钉的置入,同时应用T型夹固定。在近端垂直胫骨位置拧入2枚外固定螺钉,并借助执行夹固定之后和外固定杆连接。在切开复位之后实行内固定,复位完成之后拧紧螺丝。手术之后对患者实行早期康复训练。

试验组在上述治疗基础上于手术完成后的第2天服用消肿汤。药物组成主要是茯苓20 g,薏苡仁20 g,牛膝15 g,猪苓10 g,泽泻10 g,苍术10 g,海风藤10 g,海桐皮10 g,砂仁10 g,甘草6 g,根据患者的实际症状适当调整每一种药物的具体用量和加减药物。如关节刺痛、面色晦暗患者,可加红花10 g,丹参10 g,当归10 g;对于关节红肿且有疼痛感患者,可加草解10 g,黄柏8 g,知母8 g;对于关节疼痛、腰膝酸软的患者,可加枣皮15 g,熟地黄10 g,桂枝10 g。上述药物每天1剂,连续7 d,分早晚2次口服用药。

**1.3 观察指标** 对比2组患者治疗后的疼痛视觉模拟评分以及关节肿胀指数。

疼痛视觉模拟评分、关节肿胀指数以患者主诉、临床检查进行评价,分数越低说明患者疼痛感越轻、肿胀情况越轻<sup>[2]</sup>。

**1.4 统计学方法** 本研究数据均采用SPSS统计学软件进行统计与分析,计量资料采取均数加减标准差表示, $P<0.05$ 代表差异具有统计学意义。

## 2 结果

术后1个月与术后3个月时试验组患者的疼痛视觉模拟评分、关节肿胀指数相对于常规组而言均存在明显的优势,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),详情见表1。

表1 2组患者疼痛视觉模拟评分、关节肿胀指数 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	疼痛视觉模拟评分(分)		关节肿胀指数	
		术后1个月	术后3个月	术后1个月	术后3个月
试验组	30	4.25±1.21	3.01±1.02	1.24±0.24	0.41±0.06
常规组	30	6.21±1.42	4.60±1.21	3.24±0.23	1.41±0.32
P值		0.023	0.012	0.033	0.012
t值		6.214	6.448	6.589	6.871

## 3 讨论

外固定支架结合切开内固定术是临床中关于胫骨骨折的有效治疗方式之一,同时对于患者软组织损伤也并不大,能够一定程度地维护骨折端的血供状况,

规避出现股外露、感染等症状的发生,可以为骨折的愈合提供一定的生理性条件<sup>[3]</sup>。另外,外固定架的应用能够一定程度提升清创、复位固定的效率,可以有效控制术后感染的发生率,对于后期的创面处理、药物更换等有一定的改进效果<sup>[4-5]</sup>。

在骨折发生之后,骨折端会形成多种炎性介质、蛋白质,会导致患处出现疼痛、肿胀等症状,活动能力比较差<sup>[6]</sup>。对此,在复位固定骨折的过程中还需要有效清理关节内游离体与坏死的组织,同时将骨赘进行处理缓解疼痛<sup>[7]</sup>。在中医学领域中,损伤时间长之后会出现水肿,同时会导致静脉受阻、气滞血瘀,发生瘀血久停等症状。消肿汤配方中的茯苓、泽泻等药物具备利水渗湿、健脾宁心疗效<sup>[8]</sup>。薏苡仁具备舒展筋骨、缓解痹症功效。猪苓、砂仁等药物具备理气止痛、燥湿健脾等功效。本研究消肿汤配方能够实现消肿止痛、清热利湿的疗效,显著改善患者的关节肿胀、疼痛等问题。

本研究结果显示,术后1个月与术后3个月时试验组患者的疼痛视觉模拟评分、关节肿胀指数相对于常规组而言均存在明显的优势。这一结果充分证明在外固定支架结合切开内固定术的治疗基础上应用消肿汤可以显著提升整体治疗效果,能够有效改善患者的血流动力学、缓解微循环障碍,从而达到提高患者生存质量的目的。

综上所述,外固定支架结合切开内固定术配合消肿汤治疗胫骨骨折的效果突出,能够显著改善患者的关节功能,提升患者生存质量,促使骨折更加顺利愈合,值得推广普及。

### 参考文献

- [1]郭晓辉,刘锋卫.有限内固定结合外固定支架与双侧钢板内固定治疗胫骨平台骨折(schatzker V、VI型)的疗效评估[J].中国现代医学杂志,2015,25(3):79-82.
- [2]陈农,马易群,周凯华,等.临时跨关节外固定支架固定联合延期内固定治疗复杂胫骨平台骨折[J].中华创伤骨科杂志,2016,18(4):312-317.
- [3]连乐峰,毛照民.骨折基本方加减配合外固定支架治疗开放性胫腓骨骨折疗效观察[J].陕西中医,2015,36(4):431-433.
- [4]温建强,许勇鹏,赖少勇,等.加味桃红四物汤结合有限内固定及外固定架治疗胫骨平台骨折的临床观察[J].广州中医药大学学报,2016,23(1):19-22.
- [5]石晓云,高金宝,张三兵,等.自拟补阳还五汤联合切开复位内固定术治疗胫骨平台骨折疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(31):3450-3452.
- [6]许建,刘天泽,郑寿鹏.有限内固定结合外固定支架治疗复杂胫骨平台骨折的疗效分析[J].创伤外科杂志,2017,19(6):443-446.
- [7]王宏亮,孙剑波,和佳敏.自拟骨愈复灵汤配合切开复位钢板内固定术治疗桡骨远端骨折的临床疗效研究[J].中国中医急症,2015,24(7):1220-1222.
- [8]陈科明,白龙,叶军,等.延期切开复位内固定术治疗高能量 Pilon 骨折疗效观察[J].海南医学,2016,27(9):1503-1504.

(本文编辑:李海燕 本文校对:彭炳龙 收稿日期:2018-05-04)

# 益气养阴消瘀通络方结合胰岛素泵 治疗糖尿病视网膜病变临床观察

褚 威

(辽宁省辽阳市第三人民医院中医科, 辽宁 辽阳 110000)

**摘要:**目的 探讨益气养阴消瘀通络方结合胰岛素泵治疗糖尿病视网膜病变的临床效果。方法 选取本院医治的80例糖尿病视网膜病变患者为研究对象,采用随机方法将其分为试验组与对照组各40例。对照组患者给予常规的胰岛素泵治疗,治疗组患者在胰岛素泵治疗的基础上,结合中医益气养阴消瘀通络方进行治疗,并在2组患者治疗4周后,对治疗效果进行观察比较。结果 2组患者治疗后空腹血糖、餐后2 h血糖及糖化血红蛋白等指标检查结果显示,试验组优于对照组 ( $P<0.05$ ); 2组患者的 $T_3$ 、 $T_4$ 、 $FT_3$ 、 $FT_4$ 等甲状腺功能检测指标比较,试验组优于对照组 ( $P<0.05$ )。结论 对糖尿病视网膜病变患者采用益气养阴消瘀通络方与胰岛素泵结合治疗,可对患者的血压及血糖起到控制及改善作用,使患者的预后质量大幅提升,值得临床推广。

**关键词:** 糖尿病; 视网膜病变; 中西医结合疗法; 益气养阴消瘀通络方; 消渴; 目翳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.052

文章编号:1672-2779(2018)-15-0122-02

## Clinical Observation on Upplementing Qi for Nourishing Yin and Removing Stasis for Dredging Collaterals Recipe Combined with insulin Pump in the Treatment of Diabetic Retinopathy

CHU Wei

(Department of Traditional Chinese Medicine, Liaoyang Third People's Hospital, Liaoning Province, Liaoyang 110000, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of supplementing qi for nourishing yin and removing stasis for dredging collaterals recipe combined with insulin pump in the treatment of diabetic retinopathy. **Methods** 80 patients with diabetic retinopathy were selected as the research object, and they were randomly divided into experimental group and the control group, with 40 cases in each group. The control group was treated with conventional insulin pump. The treatment group was treated with the treatment of upplementing qi for nourishing yin and removing stasis for dredging collaterals recipe based on the treatment of islet pump. After two weeks of treatment, the therapeutic effect was observed and compared between the two groups. **Results** Before and after treatment, fasting blood glucose, postprandial 2 hours blood glucose test results and glycosylated hemoglobin showed that the experimental group was better than the control group ( $P<0.05$ ). The detection index  $T_3$ ,  $T_4$ ,  $FT_3$ ,  $FT_4$ , thyroid function in the experimental group were better than those of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The supplementing qi for nourishing yin and removing stasis for dredging collaterals combined with insulin pump in the treatment of diabetic retinopathy can control and improve the blood pressure and blood sugar of patients, so that the quality of prognosis of patients is greatly improved, so it should be widely promoted in clinical practice.

**Keywords:** diabetes mellitus; retinopathy; combination therapy of traditional Chinese and Western medicine; supplementing qi for nourishing yin and removing stasis for dredging collaterals recipe; consumptive thirst; nebulous eye screen

在糖尿病性视网膜病变(DR)患者中,1型糖尿病发生糖尿病视网膜病变早且严重<sup>[1]</sup>。糖尿病性视网膜病变是具有特异性改变的一种眼底病变,是最重要的糖尿病性微血管病变表现,是严重的并发症之一<sup>[2]</sup>。本研究通过对糖尿病性视网膜病变患者采用益气养阴消瘀通络方结合胰岛素泵治疗取得了满意的临床疗效,现将结果汇报如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院2015年2月—2016年2月诊治的糖尿病视网膜病变患者80例为研究对象,采用随机方式将其分为试验组与对照组各40例。试验组患者中,男23例,女17例;年龄56~75岁,平均年龄为(65.8±4.1)岁;病程为1.2~8.5年,平均病程为(3.8±1.1)年。对照组患者中,男20例,女20例;年龄为59~74岁,平均年龄为(64.9±4.2)岁;病程为1.9~7.9年,平均病程为(3.4±0.6)年。2组患者的年龄、性别、病程等一般情况比较,差异无统计学意义,具有可比性( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入与排除标准** 排除非糖尿病原因而引起的视网

膜病变患者,全部患者经诊断均与糖尿病诊断标准相符合,即①静脉血浆葡萄糖 $\geq 11.1$  mmol/L (200 mg/dl); ②空腹静脉血浆葡萄糖 $\geq 7.0$  mmol/L (126 mg/dl); ③口服葡萄糖耐量试验时,2 h静脉血浆葡萄糖 $\geq 11.1$  mmol/L (200 mg/dl)。

**1.3 治疗方法** 对照组患者采用胰岛素泵进行治疗,胰岛素泵由美国美敦力公司生产,血糖仪采用罗氏卓越型血糖仪。经对患者的空腹血糖、餐后2 h血糖等各项指标进行测量后,安置胰岛素泵,将速效胰岛素放置于容器内,通过导管分别与针头及泵连接,将针头置于腹部皮下组织,采用具有可调程序的电子计算机控制胰岛素注入,并注意观察患者治疗前后的血糖、血压以及药物剂量等各项指标。试验组患者在以上基础上结合益气养阴消瘀通络方治疗,处方:黄芪10 g,紫草8 g,金银花8 g,僵蚕8 g,地龙5 g,黄连2 g,丹参2 g,桑白皮28 g,全蝎3 g,以水煮煎服,每天1剂,分2次温服,治疗过程不使用其他药物。

**1.4 统计学方法** 应用SPSS 16.0统计学软件进行数据分

析, 计量资料以均数±标准差表示, 采用t检验, 计数资料以 $\chi^2$ 检验, 检验标准为 $\alpha=0.05$ ,  $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2组患者治疗后空腹血糖、餐后2 h血糖及糖化血红蛋白等指标检查结果显示, 试验组优于对照组 ( $P<0.05$ ); 2组患者的 $T_3$ 、 $T_4$ 、 $FT_3$ 、 $FT_4$ 等甲状腺功能检测指标比较, 试验组优于对照组 ( $P<0.05$ )。见表1~2。

表1 2组患者治疗后空腹血糖、餐后2 h血糖及糖化血红蛋白比较 ( $\bar{x}\pm s$ , mmol/L)

组别	例数	空腹血糖	餐后2 h血糖	糖化血红蛋白
试验组	40	8.55±1.21	8.96±1.02	7.00±1.03
对照组	40	9.92±1.51	9.00±1.51	9.86±1.55

表2 2组患者治疗后 $T_3$ 、 $T_4$ 、 $FT_3$ 、 $FT_4$ 等甲状腺功能检测指标比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	$T_3$ (ng/mL)	$T_4$ ( $\mu$ g/dL)	$FT_3$ (ng/mL)	$FT_4$ ( $\mu$ g/dL)
试验组	40	1.55±0.85	9.41±2.99	3.50±1.10	1.08±0.27
对照组	40	2.88±0.92	13.07±3.21	7.25±1.19	2.66±0.44

## 3 讨论

糖尿病久之, 耗气伤津, 伤气阴, 致气血两亏。气虚致运血不足, 津亏致载血不足, 终至脉络瘀阻、失养筋脉, 致症于肢体, 故发疼痛、麻木之症。基本病机为气阴两虚、脉络瘀阻而致, 故中医以益气养阴治其本, 化瘀通脉治其标, 标本兼顾则为正治<sup>[9]</sup>。经多年临床研究发现, 对于糖尿病视网膜病变患者而言, 采用中西医结合方式进行治疗, 能显著提高患者的治

疗效果, 提高患者的预后生活质量。本研究通过对患者的治疗效果进行比较, 试验组患者在接受益气养阴消瘀通络方结合胰岛素泵治疗后, 空腹血糖、餐后2 h血糖、糖化血红蛋白及甲状腺功能检测等指标均明显下降, 优于对照组, 差异具统计学意义 ( $P<0.05$ )。

糖尿病视网膜病变是糖尿病患者重要的并发症之一, 主要由血糖升高引起。而黄连、丹参、桑白皮、全蝎均为活血祛瘀药材, 对患者的血液循环有促进作用, 具有良好的治疗效果<sup>[9]</sup>。本研究在采用以上中药治疗的同时, 结合胰岛素泵对患者进行血糖控制, 起到了标本兼治的作用, 在抑制患者出现低血糖现象的同时, 还可对患者脑部功能起到保护作用, 防止出现脑部障碍性症状。这与文献中“益气养阴消瘀通络中药对糖尿病肾病大鼠胃动力障碍的干预作用”的研究结果相同<sup>[9]</sup>。

综上所述, 采用益气养阴消瘀通络方结合胰岛素泵治疗糖尿病视网膜病变患者, 可有效控制糖尿病视网膜病变患者血压情况, 改善患者的血糖等生化指标, 提高治疗效果, 使患者的预后质量有效提高, 值得临床广泛应用。

## 参考文献

- [1]公媛媛, 司晓东. 益气养阴消瘀通络汤结合胰岛素泵治疗糖尿病高血压35例[J]. 河南中医, 2015, 35(5):1066-1068.
- [2]郭倩, 陈志强, 方敬, 等. 益气养阴消瘀通络中药治疗IV期糖尿病肾病的临床研究[J]. 北京中医药大学学报, 2016, 39(9):779-782.
- [3]梁生光. 中医综合疗法辨治糖尿病周围神经病变临床研究[J]. 河南中医, 2014, 8(11):387-388.
- [4]陈志强, 方敬, 王月华, 等. 益气养阴消瘀通络中药治疗早期糖尿病肾病的临床观察[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2015, 16(11):962-964.

(本文编辑:李海燕 本文校对:曹英军 收稿日期:2018-05-04)

## 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: zgyycjy@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.zgyycjy.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: zgyycjy@163.com

电话查询: 010-57289309 010-57289308

财务部: 010-87363190

官 网: <http://www.zgyycjy.com>

## 中国穴位埋线疗法系列讲座(80)

## 三点一线式蝶腭神经节埋线术治疗变应性鼻炎

杨永兵<sup>1</sup> 杨才德<sup>2\*</sup>

(1 嘉峪关市同乐社区卫生服务站中医科, 甘肃 嘉峪关 735100;

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:** 变应性鼻炎是临床反复发作的常见病及多发病, 常诱发哮喘等其他疾病, 其发病率逐年上升, 严重影响患者生活质量。本文简要介绍“三点一线式蝶腭神经节”埋线术治疗变应性鼻炎的操作方法、注意事项等, 以期为临床治疗变应性鼻炎提供参考方法, 从而扩大穴位埋线疗法的应用范围。

**关键词:** 蝶腭神经节; 穴位埋线; 变应性鼻炎

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.053

文章编号:1672-2779(2018)-15-0124-03

**Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (80)****The Three Points and One Line Sphenopalatine Ganglion Acupoint Catgut Embedding in the Treatment of Allergic Rhinitis**YANG Yongbing<sup>1</sup>, YANG Caide<sup>2</sup>

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Jiayuguan Tongle Community Health Service Station, Gansu Province, Jiayuguan 735100, China;

2. Integrated TCM &amp; Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China)

**Abstract:** The allergic rhinitis is a common and frequently occurring disease of clinical relapse. It often induces asthma and other diseases. The incidence of allergic rhinitis is increasing year by year, which seriously affects the quality of life of patients. This paper briefly introduces the three points and one line sphenopalatine ganglion acupoint catgut embedding in the treatment of allergic rhinitis operation methods and precautions etc. This can provide a reference for clinical treatment of allergic rhinitis, so as to expand the scope of application of acupoint catgut embedding therapy.

**Keywords:** sphenopalatine ganglion; acupoint catgut embedding; allergic rhinitis

(上接第14期)

变应性鼻炎主要表现为鼻痒, 打喷嚏, 连续阵发性喷嚏, 流清涕, 特别是晨起清水样鼻涕, 有些患者有鼻部、眼内角及咽部发痒等症状, 由于鼻黏膜充血水肿, 引起鼻塞, 甚至导致嗅觉减退。变应性鼻炎治疗不及时, 可诱发鼻窦炎、过敏性哮喘、过敏性结膜炎、慢性咽炎, 甚则导致中耳炎、嗅觉丧失等。治疗通常用鼻内和口服给药, 停药后无长期持续疗效, 因此对持续性变应性鼻炎需维持治疗。“三点一线式蝶腭神经节”埋线术治疗变应性鼻炎<sup>[1-2]</sup>临床效果较好, 疗效持久, 患者易接受, 具有中医简便廉验的优势。“三点一线式蝶腭神经节”埋线术<sup>[3]</sup>根据面部骨骼、肌肉、神经、血管等生理和病理特点选择治疗部位、进针角度和深度, 综合针灸学、解剖学、针刀医学<sup>[4]</sup>、埋线疗法等知识确定操作方法, 针对变应性鼻炎发作症状及反复发作特点进行治疗, 现简要介绍操作方法及注意事项。

**1 治疗部位选择**

**定点:** 颧弓下缘与下颌骨冠突后缘交界处的体表

投影点。

**定位:** (以右侧为例) 左手拇指按在右侧下颌骨乙状切迹内, 拇指尖即为进针点。右手持针, 针刺方向与矢状面呈75°, 与额状面呈15°, 与水平面呈15°, 总的进针方向为鼻根与鼻尖连线的中点处<sup>[7]</sup>。

**2 操作方法**

**体位:** 仰卧位或侧卧位或端坐位。

**消毒:** 在术区用碘伏常规消毒, 带无菌手套。

**备针:** 选用4-0#PGLA线体, 剪为3 cm长数段, 选用7#埋线针刀 (7.0 cm长), 将3 cm线段放入埋线针刀前端1.5 cm, 另外1.5 cm留在针体之外<sup>[4]</sup>, 备用。

**操作:** 左手拇指按压下颌骨乙状切迹内, 拇指尖处即为进针点, 0.5%碘伏消毒液皮肤常规消毒, 术者戴无菌手术手套, 右手持针, 针刺方向为鼻根与鼻尖连线的中点处。触摸同时, 嘱患者头向左侧倾斜一点, 将神经节点、进针点、术者视线三点连成一线, 故“三点一线式蝶腭神经节埋线术”。

**刺入:** 快速突破, 缓慢推进。

**埋线:** 到达位置后旋转针体<sup>[4]</sup>360°埋线、出针, 按压3~5 min, 穴位埋线贴贴敷针孔。

**疗程:** 2周1次, 两侧交替进行, 3次为1个疗程,

\* 通讯作者:13993162751@163.com

需2个疗程，次年再巩固1个疗程。

### 3 典型医案

患者张某某，男，62岁。2012年起每当花粉季节和冷热空气交替时即可出现鼻痒，打喷嚏，晨起时流大量清水样鼻涕，眼内角发痒，冬季病情稍轻，每次发病严重影响正常生活，烦躁易怒。行鼻内窥镜检查示：鼻黏膜苍白，双下鼻甲水肿，总鼻道及鼻底可见清涕，明确诊断为过敏性鼻炎。给予埋线针刀疗法治疗，主穴：蝶腭神经节，配穴：迎香、风池、肺俞、足三里。治疗1次后患者自诉晨起打喷嚏次数稍减，余无明显变化。第2次治疗加印堂、星状神经节、曲池，治疗后患者自诉晨起打喷嚏次数明显较少，流清水样鼻涕，鼻痒较前改善，眼内角痒无变化，情绪较前明显好转，睡眠好。治疗同前，3次治疗后患者自诉症状明显改善，偶尔有喷嚏。为进一步巩固疗效，患者经过2个疗程的穴位埋线治疗后，无打喷嚏，流鼻涕，鼻痒等症状出现。

### 4 讨论

变应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR) 又叫过敏性鼻炎，是易感个体接触过敏原后，所导致的包含IgE介导的炎症介质释放和多种免疫活性细胞、细胞因子参与的鼻黏膜慢性炎症性疾病。在变应性鼻炎中，副交感神经兴奋是引起和维持过敏性鼻炎过度反应的主要原因。粉尘、花粉、枕头和衣物中的羽毛、动物皮屑、被褥、屋尘螨等可诱发过敏性鼻炎的发生。经常有阵发性痉挛性喷嚏发作，少则3~5个，多则十几个或者数十个，多在早晨起床时，晚上刚睡时或者接触过敏原后立刻发作，大量清水涕，重者清鼻涕如自来水不知不觉流下来，患者很时痛苦，发作时有的患者鼻塞，多数患者鼻孔处发痒，就想揉鼻子，越揉越痒，有些患者眼内角奇痒，总想揉一揉，结果是越揉越痒，甚至有些患者想把眼睛抠出来。发作期：可伴有耳痒、暂时性耳鸣、听力减退、头痛、颈项僵痛，或伴有其他变态反应性疾病的相应症状 (如干咳、吐痰、气短、气喘、皮肤瘙痒、腹痛等)。本病发病率近10年有明显上升趋势，在发达国家尤为突出，中国发病率为37.4%。变应性鼻炎治疗一般以药物治疗为主，药物治疗应考虑以下因素：疗效、费用、效果、服药时间、药物毒副作用、药物不良反应等。经常使用鼻内给药和口服给药两种方法，鼻内给药有两方面的优势，一是高浓度药物可直接作用于鼻部，二是避免或减少了全身毒副作用。口服药物具体有：(1) 抗过敏药：口服氯雷他定片，或者左西替利嗪胶囊，或者西替利嗪胶囊都可以有效治疗鼻塞、鼻痒、喷嚏等症状，适用于过敏性鼻炎初期或刚患有过敏性鼻炎患者。(2) 糖

皮质激素：鼻用糖皮质激素，如丙酸氟替卡松鼻喷雾剂每日2次，早晚各1次，1次各1喷，可有效缓解鼻塞、喷嚏、流清水样鼻涕等症状。对不能耐受鼻内给药的重症患者，可采用口服糖皮质激素进行短期治疗，如醋酸泼尼松片，每次10 mg，每日4次，服用1周后减为每次10 mg，每日2次。(3) 色酮类药：对缓解鼻痒有一定效果，氯霉素滴眼液 (润舒) 对缓解眼部症状有一定效果。(4) 中成药：辛芩颗粒，每次1袋，每日3次，可以缓解过敏症状。(5) 中成药滴剂：选用辛芩滴鼻液，每日3次，每次1~2滴。儿童变应性鼻炎和老年患者变应性鼻炎的治疗原则与成人一样，但应注意口服药物和鼻内给药之间的不良反应及毒副作用。口服药物不足之处就是疾病反复性强。穴位埋线治疗过敏性鼻炎起效快、痛苦小，属中医适宜技术和针灸的范畴，也是目前提倡的好技术、好方法。

在变应性鼻炎中，副交感神经功能亢进使鼻腺体分泌增多、毛细血管扩张、充血，临床上主要表现为鼻子发痒、鼻塞、流清水样鼻涕、眼内角发痒、干咳等症状。而刺激物受体能被非特异性刺激如粉尘微粒、花粉、冷空气等刺激并通过鼻肺反射发生效应，临床表现为阵发性喷嚏。蝶腭神经节是中枢神经系统通过植物神经调节鼻腔内毛细血管、鼻腔内黏膜、感觉的开关。而针灸刺激具有双向调节的作用，以副交感占优势的过敏性鼻炎，经针灸刺激抑制副交感神经，或兴奋交感神经，来调节两者之间的失衡状态，使失衡转为平衡。针刺蝶腭神经节而刺激鼻腔内自主神经，降低鼻黏膜神经的过敏现象，稳定鼻腔毛细血管、鼻腔内黏膜、感觉的正常功能状态。而中医针刺本身就能调节人体的免疫系统，来抑制过敏现象，这一结论已经为大量临床医生研究所证实。通过干预蝶腭神经节治疗过敏性鼻炎的许多方法中，采用电灼蝶腭神经节、翼管神经切断术、岩浅大神经切断术等方法治疗时，均能使鼻内副交感神经兴奋降低，产生很好的临床效果，但是远期疗效并不稳定，而且手术风险较高，手术创伤较大，难度也高，术后有眼睛、鼻腔内、口腔内发干现象出现，患者依从性也低。由于过敏性鼻炎诱发因素较多，自身免疫低下是其发病主要因素，这些阻断疗法不仅不能根本上改变过敏症状，也无法提高自身免疫功能，还阻断了神经递质在蝶腭神经节中双向调节的作用，所以治疗效果总体不佳，临床一般不采纳手术治疗。穴位埋线疗法是古人针灸的延伸与变迁，三点一线式蝶腭神经节埋线术治疗过敏性鼻炎，不但有效改善过敏症状，还可以“长效针灸”使患者自身免疫功能强大，抗病能力增强，抵御外邪，中医认为“正气存内，邪不可干”就是此意，穴位埋

线疗法痛苦小、创伤小、起效快、收费低,患者容易接受,属中医绿色疗法,多数患者疗效持久,对症状有反复的患者可以再给予1个疗程的治疗,和传统针灸针刺治疗过敏性鼻炎相比,蝶腭神经节埋线术治疗次数少,方便患者,给医生节约了治疗时间,并且能有效缩短疗程,短期内控制病情,缓解症状,起到双向良性调节作用,成为目前通过蝶腭神经节治疗过敏性鼻炎的首选方法。

中医学认为本病的发生与肾、脾、肺、大肠功能失调有关,以肺脾气虚和肝肾阴虚为主,故中医辨证论治,配手太阴肺经和手阳明大肠经腧穴或者局部取穴进行调理治疗,并且配合鼻旁阿是穴。如:颧髻穴<sup>[9]</sup>为手太阳小肠经穴,系手太阳小肠经与手少阳三焦经之会穴,行于目眶下,抵于鼻旁,可见其穴可调节面部经脉之气,以治五官疾患中之鼻鼽,颧髻在鼻处,下关为与肺经相表里的大肠经穴,有宣肺通鼻之功,为治疗鼻病要穴。足三里能健脾和胃、补肾健体、疏通经络、疏风化湿,提高人体自身免疫力,还有迎香

穴具有疏散风热、通利鼻窍的功效,上星具有清利头目、疏风通窍的作用。

蝶腭神经节埋线还可以治疗三叉神经痛,尤其是三叉神经上颌支疼痛,还可以治疗过敏性鼻炎、面肌痉挛等疾病,也可以对面部、咽部、眼部的疾病有良性干预。发挥蝶腭神经节在治疗方面的作用与价值,特别是推广“三点一线式蝶腭神经节埋线术”,是临床中医大夫又一攻克变应性鼻炎的利剑,而穿刺是否成功是这一项技术的关键,所以要求操作者必须熟练掌握西医解剖知识、中医针灸理论、针刺技术手法、穿刺经验与技巧,并且反复多加练习,方能得心应手。

#### 参考文献

- [1]杨才德, 魏成林. 穴位埋线疗法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 27-30, 362.
- [2]杨才德, 包金莲, 李玉琴, 等. 埋线针刀-穴位埋线的新武器[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(4): 63-64.
- [3]杨才德. 埋线针刀百问百答[M]. 北京: 中国古籍出版社, 2016: 331-335.
- [4]庞继光. 针刀医学基础与临床[M]. 深圳: 深圳海天出版社, 2006: 9-10.
- [5]刘冠军. 针灸学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2001.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 高敬辉 收稿日期: 2018-06-28)

(未完待续)

## 推拿治疗小儿过敏性鼻炎临床研究进展

张 驰<sup>1</sup> 谌东曙<sup>2</sup> 常小荣<sup>3\*</sup>

- (1 湖南中医药大学研究生院, 湖南 长沙 410007; 2 湖南省益阳市新市渡镇卫生院二门诊, 湖南 益阳 413000; 3 湖南中医药大学针灸推拿学院, 湖南 长沙 410007)

**摘要:** 小儿过敏性鼻炎的主要病因是肺脾气虚、肾气亏虚。小儿推拿既能治病, 又能保健, 同时增强小儿的自身免疫力, 促进生长发育。另可配合针灸、中药等治疗小儿过敏性鼻炎, 拥有疗效显著、绿色安全、无副作用等特色, 值得在临床上进一步推广使用。

**关键词:** 小儿过敏性鼻炎; 推拿疗法; 鼻鼽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.054

文章编号: 1672-2779(2018)-15-0126-03

### Clinical Research Progress of Massage in Treating Allergic Rhinitis in Children

ZHANG Chi<sup>1</sup>, CHEN Dongshu<sup>2</sup>, CHANG Xiaorong<sup>3</sup>

(1. Graduate School, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China;

2. Outpatient Department, Health Center of Xinshidu Town, Hunan Province, Yiyang 413000, China;

3. College of Acupuncture and Tuina, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China)

**Abstract:** The main causes of infantile allergic rhinitis are deficiency of lung and spleen and deficiency of kidney qi. Children's massage can not only cure disease but also health care. It can also improve the immune ability of children and promote growth and development. Massage can also be combined with acupuncture and Chinese medicine to treat allergic rhinitis in children. It has the characteristics of remarkable curative effect, green safety, no side effect and so on. It is worthy of further popularization in clinical practice.

**Keywords:** allergic rhinitis in children; massage therapy; biqiu

过敏性鼻炎 (allergic rhinitis, AR) 即变态反应性鼻炎<sup>[1]</sup>, 隶属中医“鼻鼽、嚏、鼽水、鼽嚏”范畴, 以鼻痒、喷嚏、鼻塞或鼻分泌物亢进为主要临床表现。此外, AR还可引起患儿睡眠障碍、食欲下降、精神涣

散, 严重者可影响面部正常生长发育的情况; 且易合并支气管哮喘、上气道咳嗽综合征、分泌性中耳炎和睡眠呼吸障碍等症。AR的易反复性和难以根治性, 使其成为亟待解决的健康问题, 引发医学界的高度重视与研讨。而小儿推拿治疗AR疗效可观、简单安全、绿色无毒副作用, 并能增强小儿免疫力、促进生长发育,

\* 通讯作者: xrchang1956@163.com

获得医患广泛认可。现将近年推拿治疗小儿AR的文献综述如下。

## 1 病因病机

《内外伤辨》云：“元阳本虚弱，更以冬月助其会，故病者善嚏，鼻流清涕，塞甚出浊涕，嚏不止。”祖国医学认为，小儿先天娇嫩，肺脾未充，出现肺脾气虚，卫表不固，外邪侵入鼻窍，肺气难宣，而致津液停滞，壅塞鼻窍。故治法上除宣肺通窍以外，还应补益肺脾、扶正治本。推拿疗法是运用经络腧穴、卫气营血原理，采取手法物理刺激经穴和神经以平衡阴阳、调和气血、通畅经络、增强体质与改善脏腑功能，达扶正祛邪之效。用推拿方式补脾肺之气治疗小儿AR取得了显著的疗效<sup>[2-5]</sup>。

## 2 临床研究

### 2.1 单纯推拿

时亚娟等<sup>[6]</sup>将包括7个随机对照试验，含有491例患者的研究数据进行Meta分析，结果显示单纯推拿治疗小儿AR的疗效优于药物，推拿结合药物或者针刺的疗效优于单独使用药物或针刺。陈薇<sup>[7]</sup>通过对120例小儿AR缓解期的患儿采取内舒鼻喷雾剂和推拿配合治疗。结果显示：治疗后总有效率为98.3%；其后随访复发率仅为37.5%（对照组复发率为55.6%），说明推拿手法对小儿AR具有显著的疗效，且能有效预防AR复发。另外，史珊怡等<sup>[8]</sup>报道采用推拿手法治疗2例典型的小儿AR，结果表明推拿治疗小儿AR临床效果颇佳，见效快。廖品东教授<sup>[9]</sup>通过对鼻炎的病因病机深入研究及小儿推拿治疗AR疗效观察后，打破“一证一方”的思维，总结出了以宣肺通窍为其基本治疗原则，辨证论治的基础方：予以开天门，推坎宫，揉太阳，揉掐耳背高骨，黄蜂入洞（以食、中二指指端置于两鼻孔下揉约30~40 s），揉迎香穴、上迎香穴，扳鼻梁，擦鼻旁，临床疗效显著。陈韶<sup>[10]</sup>采用局部通窍推拿法治疗：开天口、推坎宫、运太阳、揉印堂、揉鼻通、按揉迎香、按揉上星、掐山根、自印堂向下直推至迎香。与常规推拿手法对照，总有效率达到93.33%（对照组总有效率83.33%），治疗组疗效明显优于对照组。

在常用小儿推拿临床疗效研究的基础上，又出现一批以自创或流传的小儿推拿方式疗效的研究：如叶兰等<sup>[11]</sup>将60例AR患儿随机分成刘氏小儿推拿组（开天门、推坎宫、揉太阳、掐总筋、分阴阳、揉印堂、鼻通、迎香、揉、擦膻中、补肺、脾、肾经、揉、擦肺俞、摩腹、拿风池、揉曲池、合谷、足三里、推三关、捏脊等）和氯雷他定组，比较两者疗效。结果显示治疗后2组患儿的症状积分均明显下降，推拿组总有效率90.0%，氯雷他定组总有效率73.3%。小儿推拿组在改

善AR主症方面优于氯雷他定组。叶兰等<sup>[12]</sup>其后选取30例小儿AR以观察小儿推拿鼻部五步操作法的实用性，并对比刘氏小儿推拿治疗。治疗组在刘氏小儿推拿基础上加用鼻部五步操作法<sup>[13]</sup>：按揉山根穴、推山根及鼻翼、扳动鼻软骨、按揉迎香及鼻通穴、推鼻根至迎香。2组综合有效率分别为：治疗组>对照组（96.67%>90.00%）。观察结果表明，刘氏小儿推拿疗法联合鼻部五步操作法治疗小儿AR疗效肯定，可较好地缓解症状，控制病情的发展，减少鼻炎复发率。

此外，邵琪教授独创的小儿推拿鼻部八法治疗肺气虚寒型鼻鼾，以开天门、按揉（印堂、迎香、鼻通、下关）、擦鼻翼、猿猴摘果、点按（风池、风府、大椎及颈椎2~4棘突）、横擦（头项及项背之交）、拿肩井为主要操作。蒋灵鸽<sup>[14]</sup>对64例AR患儿采用小儿推拿鼻部八法与氯雷他定合糠酸莫米松联合应用治疗AR（肺气虚寒型）的疗效进行对比研究。结果显示小儿推拿鼻部八法显效率为70.0%、总有效率为93.33%，均高于对照组显效率43.33%、总有效86.67%。并3月后随访2组复发情况，提示小儿推拿鼻部八法较西药氯雷他定与糠酸莫米松联合应用效果更佳，且远期疗效治疗组较对照组更有优势，有效降低复发率。

## 2.2 综合推拿

### 2.2.1 推拿配合针灸

小儿AR采用针刺疗法疗效颇佳，但具有一定局限性。AR为寒邪侵袭中焦，滋肺乏源，肺气虚无力抗邪，故而发病。艾灸背俞穴以及中焦腧穴以温补脾肺、扶正散寒；按摩以调畅气机、补益中焦，以资肺府。

张镇峰<sup>[15]</sup>观察52例AR患儿运用推拿结合针刺颈胸部夹脊穴治疗，治疗组选用推拿及针刺颈部的方式，对照组选用颈部推拿及针刺头面部腧穴治疗。结果显示：治疗组的治愈率为76.9%（对照组仅为11.5%）、总有效率为96.2%（对照组为61.5%），可见运用此法治疗AR疗效显著。王显印等<sup>[16]</sup>观察推拿结合艾灸治疗36例小儿鼻鼾疗效，采用艾条温和灸背俞穴以及中焦局部的腧穴，并按揉中脘、下脘、天枢、足三里等穴位的推拿结合艾灸治疗方式，结果表明艾灸结合推拿临床总有效率可达94%，疗效可观。黄启嘉<sup>[17]</sup>采用神阙灸配合推拿治疗小儿AR的临床研究，另予小儿推拿或口服盐酸左西替利嗪片治疗作为对照。治疗结果显示：治疗组优于对照组，且对照组中小儿推拿较口服西药疗效更佳。神阙位于脐部，是胎儿生命之根蒂，呼吸之根本，与肺脾肾紧密相关；且与“一源三歧”之冲任督三脉联系互通。艾灸神阙穴温通肺脾肾及周身经脉，通督温阳，促进气血畅通；与其他腧穴合用，共奏增

强免疫、治愈疾病之功。王立军等<sup>[18]</sup>观察药饼灸联合推拿疗法治疗48例肺虚感寒型变应性鼻炎疗效,运用推拿疗法联合隔药饼灸的治疗方法,围绕肺虚感寒,以通利鼻窍、益气补肺为原则。选取肉桂、附子制成圆药饼,上置艾柱放于肺俞、膏肓穴治疗并联合推拿手法;治疗有效率高达89.6%,远大于对照组70.2%,取得了较好的临床疗效。

**2.2.2 推拿配合中药** 中药方剂主要以玉屏风散和川芎茶调散为基础,配合推拿手法,共奏益气固表、祛风散寒、宣通鼻窍之效。杨宗保等<sup>[19]</sup>采用推拿结合玉屏风散并桂枝汤煎剂治疗28例AR患儿,治疗效果总有效率为85.71%。牟瞳<sup>[20]</sup>观察60例采用推拿配合中成药治疗小儿AR(肺脾气虚型)疗效。予以小儿推拿配合口服通窍鼻炎片治疗,对比单纯口服通窍鼻炎片治疗。结果显示推拿配合中药治疗总有效率为96.67%,而单纯口服药总有效率为83.33%,且在临床主要症状改善及控制病情复发方面前者均优于后者。运用中成药配合小儿推拿治疗小儿AR,可以改善患儿临床症状,且能有效减少病情复发。殷文秀<sup>[21]</sup>通过观察73例采用中药内服结合推拿手法治疗小儿AR,使用黄芪、白术、防风、川芎、白芷、辛夷等中药口服,治疗结束后有效率为94.5%,且治疗3个月后疗效仍可高达86.3%。

**2.2.3 推拿配合其他** 现代医学认为,对脊柱适当的刺激可兴奋中枢,使脊髓参与活动的神经元数量增多,提高脊髓机能活动,有效提高患儿整体抗病能力<sup>[22]</sup>。章文宇等<sup>[23]</sup>采用脊柱整骨合用一指禅穴位推拿治疗小儿AR,通过脊柱整骨、胸椎旋转复位扳法以及一指禅推揉迎香、上星、风池、足三里穴等局部推拿治疗方式;刺激“总督一身之阳”之督脉并调节与脏腑功能联系紧密的足太阳膀胱经;兼顾整体与局部,达培补元气,通督祛风、散寒通络、宣通肺窍、温阳健脾之效。在其对120例小儿AR患者的临床疗效观察中,总有效率为91.67%。邵先桃等<sup>[24]</sup>探析选择性脊柱推拿治疗小儿鼻鼾,取得了较好的临床疗效。

### 3 分析与展望

小儿AR易反复发作,病程长、治愈率低。在治疗上,现代医学主要是避免接触变应原并以使用抗组胺类和激素类药物为主;药物治疗常产生耐药性、依赖性和一些不良反应,且疗效欠佳。近些年来,应用推拿治疗小儿AR的报道较多;而此主要是以经验总结为主,缺乏普遍认可的相应的辨证分型、诊疗标准及评价指标,且很多临床观察存在样本量不够、缺乏随机对照等前瞻性研究等问题,目前尚且不能客观评价推拿治疗小儿AR的确切疗效。

目前,值得肯定的是应用推拿手法或者配合针灸、中药或其他方式治疗小儿AR取得了非常可观的疗效。其经济绿色安全、无副作用、避免就医痛苦、易为家长和患儿所接受等优势,使其值得在临床上广泛应用。另外,祖国医学治疗成人AR有采用穴位注射、敷贴的临床报道,随着小儿推拿治疗AR方式的成熟,治疗可以向多元化、个性化发展,进一步提高其疗效,充分挖掘出中医特色治疗小儿AR的价值。

### 参考文献

- [1]李振吉.中医药常见名词术语辞典[M].中国中医药出版社,2001:375.
- [2]Giebiada M, Górski P, Antczak A. Evaluation of eicosanoids in nasal lavage as biomarkers of inflammation in patients with allergic rhinitis [J]. Arch Med Sci, 2014, 10(6):1123-1128.
- [3]Ratner P, Van Bavel J, Mohar D. Efficacy of daily intranasal fluticasone propionate on ocular symptoms associated with seasonal allergic rhinitis [J]. Ann Allergy Asthma Immunol, 2015, 114(2):141-147.
- [4]Mosbech H, Canonica GW, Backer V, et al. SQ house dust mite sublingually administered immunotherapy tablet (ALK) improves allergic rhinitis in patients with house dust mite allergic asthma and rhinitis symptoms [J]. Ann Allergy Asthma Immunol, 2015, 114(2):134-140.
- [5]Miller DR, Turner SW, Spiteri-Cornish D. Maternal vitamin D and E intakes during early pregnancy are associated with airway epithelial cell responses in neonates [J]. Clin Exp Allergy, 2015, 45(5):920-927.
- [6]时亚娟,张娟,赵颖,等.推拿治疗小儿变应性鼻炎的系统评价[J].辽宁中医杂志, 2018, 45(2):229-232.
- [7]陈薇.推拿治疗小儿过敏性鼻炎复发的疗效观察[J].浙江中医药大学学报, 2013, 6(3):781-782.
- [8]史珊怡,冯燕华.推拿治疗小儿过敏性鼻炎2例典型病例报道[J].哈尔滨医药, 2016, 36(1):81-82.
- [9]蒲娟,周慧,陈安静,等.廖品东教授运用小儿推拿治疗小儿鼻炎的临床经验[J].按摩与康复医学, 2015, 6(18):51-52.
- [10]陈韶.局部通窍推拿法治疗小儿肺虚感寒型变应性鼻炎的临床研究[D].杭州:浙江中医药大学, 2017.
- [11]叶兰,李江山,李铁浪,等.刘氏小儿推拿治疗过敏性鼻炎的临床疗效观察(英文)[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2016, 14(3):202-206.
- [12]叶兰,李江山,李铁浪,等.鼻部五步操作法治疗小儿过敏性鼻炎30例疗效观察[J].湖南中医杂志, 2016, 32(2):97-99.
- [13]符明进.小儿推拿[M].长沙:湖南科学技术出版社, 2004.
- [14]蒋灵鸽.儿推鼻部八法治疗肺气虚寒型AR的疗效观察[D].广州:广州中医药大学, 2017.
- [15]张镇峰.推拿结合针刺颈胸部夹脊穴治疗变应性鼻炎52例[J].河南中医, 2014(b11):90.
- [16]王显印,薄新萍.艾灸按摩结合治疗儿童过敏性鼻炎36例[J].中国民族民间医药, 2012, 21(12):111.
- [17]黄启嘉.小儿推拿法结合神阙灸对儿童过敏性鼻炎的临床研究[D].南京:南京中医药大学, 2011.
- [18]王立军,冯鑫鑫,黄建华,等.药饼灸联合推拿疗法治疗肺虚感寒型变应性鼻炎48例[J].浙江中医杂志, 2015, 50(11):840.
- [19]杨宗保,刘琼,王晨光.推拿结合中药治疗小儿过敏性鼻炎28例(英文)[J]. World Journal of Acupuncture-Moxibustion, 2014, 24(3):66-68.
- [20]牟瞳.小儿推拿配合中成药治疗小儿过敏性鼻炎脾肺气虚证60例临床观察[D].长春:长春中医药大学, 2014.
- [21]殷文秀.中药内服结合推拿手法治疗小儿过敏性鼻炎73例临床观察[J].浙江中医杂志, 2014, 49(8):592.
- [22]邵先桃,熊磊.治疗痉挛型小儿脑瘫的选择性脊柱推拿疗法[J].中国医疗前沿, 2008(20):3-4.
- [23]章文宇,方雪婷.脊柱整骨合一指禅穴位推拿治疗小儿过敏性鼻炎120例[J].浙江中医杂志, 2013, 48(5):318.
- [24]邵先桃.选择性脊柱推拿治疗小儿过敏性鼻炎探析[A].中华中医药学会推拿分会第十四次推拿学术交流会论文集汇编[C].中华中医药学会推拿分会, 2013:2.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张国山 收稿日期:2018-05-18)

# 火针联合推拿治疗肱骨外上髁炎的临床观察

李 玮

(北京市海淀区中医医院针灸科, 北京 100086)

**摘要:**目的 观察火针联合手法治疗肱骨外上髁炎的临床疗效。方法 选取2016年1月—2017年12月于我院针灸科门诊就诊的肱骨外上髁炎患者64例,采用随机数字表的方法随机分为对照组和观察组。观察组予火针联合推拿手法治疗,对照组予普通针刺治疗,疗程2周。对比2组患者治疗后视觉模拟评分(visual analogue score)、Mayo肘关节功能评分(Mayo elbow performance score, MEPS)以及临床疗效。结果 治疗后,2组患者VAS评分较治疗前明显下降,MEPS评分较治疗前明显升高,且观察组VAS评分明显低于对照组,MEPS评分明显高于对照组,差异有统计学意义,  $P < 0.05$ ;观察组治愈19例,好转11例,无效2例,总有效率93.75%(30/32);对照组治愈9例,好转17例,无效6例,总有效率81.25%(26/32);观察组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。结论 火针联合推拿手法治疗能够明显减轻肱骨外上髁炎患者的疼痛程度,改善肘关节功能,临床疗效显著。

**关键词:**火针;手法;肱骨外上髁炎;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.055

文章编号:1672-2779(2018)-15-0129-03

## Clinical Observation on Combination Therapy of Fire Needle and Manipulation in the Treatment of External Humeral Epicondylitis

LI Wei

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Haidian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100086, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical efficacy of the combination therapy of fire needle and manipulation maneuver on the external humeral epicondylitis. **Methods** 64 cases of external humeral epicondylitis patients who got treatment in acupuncture department of our hospital between January 2016 and December 2017 were selected. They were randomly divided into the observation group and the control group by random number table. The observation group received combination therapy of fire needle and manipulation maneuver, while the control group received the general acupuncture treatment. After two weeks, we compared the visual analogue score (VAS), Mayo elbow performance score (MEPS) and clinical efficacy of the two groups. **Results** Comparing with before treatment, the two groups' VAS were significant decline and the MEPS were significantly increased after treatment ( $P < 0.05$ ). The observation group's VAS was significantly lower than the control group, and the MEPS was significantly higher after treatment ( $P < 0.05$ ). In the observation group, 19 cases were cured, 11 cases were improved, 2 cases were failed, and the total effective rate was 93.75%. In the control group, 9 cases were cured, 17 cases were improved, 6 cases were failed, and the total effective rate was 81.25%. The total effective rate in the observation group was significantly higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Combination therapy of fire needle and manipulation maneuver can significantly reduce the pain and improve elbow function of the external humeral epicondylitis patients. The clinical efficacy was obviously.

**Keywords:** fire needle; manipulation maneuver; external humeral epicondylitis; arthromyodynia

肱骨外上髁炎,又称“网球肘”,是临床常见的一种骨科疾病,主要表现为肱骨外上髁的局限性疼痛,对肘关节功能影响较大,严重影响患者生活质量。非手术治疗是目前治疗该病的主要方式,主要包含口服止痛药药物、调整运动方式、注射自体全血和富含血小板血浆、冲击波与电刺激、中医针灸、局部注射、理疗等<sup>[1]</sup>。中医学认为,该病属于“伤筋”“肘痛”“肘劳”等疾病范畴,中医推拿、针灸、水疗、激光、蜡疗、离子导入等中医外治法对该病均具有一定的临床疗效<sup>[2]</sup>。但是单一治疗方式的治疗期相对较长,疗效不确切,因此本研究采用火针、推拿手法联合治疗该病,临床疗效显著,现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究共纳入64例肱骨外上髁炎患者,按随机数字表法分为对照组及观察组,每组各32例。对照组男性18例,女性14例;年龄20~49岁,平均年龄(39.18±9.42)岁;病程0.5~8个月,平均病程(3.86±

2.12)月。观察组男性21例,女性11例;年龄22~52岁,平均年龄(41.24±10.05)岁;病程1~7个月,平均病程(4.25±1.97)月。2组患者在性别、年龄、病程方面的差异无统计学意义,  $P > 0.05$ ,具有可比性(见表1)。

表1 2组患者一般资料比较

组别	例数	男	女	平均年龄(岁)	平均病程(月)
对照组	32	18	14	39.18±9.42	3.86±2.12
观察组	32	21	11	41.24±10.05	4.25±1.97
检验统计量		0.59		0.85	0.76
P值		0.44		0.4	0.45

**1.2 诊断标准** 参照2012年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>制定:(1)好发于前臂劳动强度较大的工种,多数无明显外伤史,但可有长期伸腕动作负荷过度的历史;(2)肘外侧疼痛,疼痛呈持续渐进性发展,作拧毛巾、握锹、打毛线等动作时疼痛加重,常因疼痛而致前臂无力,握力减弱,甚至持物落地,休息时疼痛明显减轻或消失;(3)肘外侧

压痛,以肱骨外上髁处压痛为明显,桡骨头、环状韧带部、肱桡关节间隙等也可出现压痛;(4)伸腕抗阻试验阳性,前臂抗阻旋后试验阳性;(5)X线检查无异常。

**1.3 纳入标准** (1)符合上述肱骨外上髁炎诊断标准,且近1月内未接受西药、针刀、手术等其它治疗者;(2)病程在1年以内;(3)年龄18~60岁;(4)患者本人或家属自愿签署知情同意书者。

**1.4 排除标准** (1)有颈椎病、肩周炎、关节炎等疾病者;(2)有严重心脑血管疾病、血液系统疾病及恶性肿瘤者;(3)有凝血功能障碍、高热、糖尿病感染性疾病等针灸禁忌症和晕针史者;(4)患有严重精神疾病患者。

**1.5 治疗方法** 观察组:火针治疗:患者取坐位,将患侧肢体自然平放在治疗台上,用紫药水标记阿是穴、手三里、曲池穴,用75%酒精常规消毒,选用中粗钨锰火针,将针身前段于酒精灯上烧至白亮,对准标记穴位直刺约0.5 cm,急进急出,每穴点刺3次,出针后以无菌棉球按压针孔片刻,嘱患者针刺处24 h不能沾水。每周治疗2次,共治疗2周。手法治疗:(1)用拿法、滚法放松患肢前臂,约5 min;(2)用按法、揉法按揉阿是穴、手三里、合谷、曲池穴,每个穴位约1 min;(3)术者一手握住患肢腕部,另一手握住肱骨下端,牵引拔伸肘关节,并做旋转运动,约2 min,然后极度屈肘关节3~5次;(4)用弹拨法拨离粘连的肌纤维组织,约2 min;(5)用搓法及擦法搓擦患肢上下臂,每次手法治疗约20 min。每日1次,共治疗2周。

对照组:采用普通针刺患侧阿是穴、手三里、曲池、合谷穴,平补平泻,进针得气后,留针30 min。每日1次,共治疗2周。

## 1.6 观察指标

**1.6.1 VAS评分** 即视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale/Score),在纸上划一条10 cm的横线,0~10分别代表不同程度的疼痛,0分表示无痛,10分表示剧痛,患者自己对感觉到的疼痛强度做出评分。

**1.6.2 MEPS评分** 即Mayo肘关节功能评分(Mayo elbow performance score),该评分满分100分,包括疼痛(疼痛程度、是否需服止痛药、疼痛是否影响关节活动)45分、关节活动度20分、关节稳定性(内外翻是否稳定)10分及日常生活功能(梳头、吃饭、个人卫生、穿衬衣、穿鞋)25分。总分 $\geq 90$ 分为优,75~89分为良,60~74分为中,<60分为差。

**1.6.3 疗效评定标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[9]</sup>:治愈:疼痛压痛消失,持物无疼痛,肘部活动自如;好转:疼痛减轻,肘部功能改善;无效:症状无改善。总有效率=(治愈例数+好转例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

**1.7 统计学方法** 采用SPSS 17.0统计软件进行统计分

析,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用t检验或非参数检验,计数资料采用卡方检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者治疗前后VAS评分比较** 治疗前2组患者VAS评分无明显差异, $P>0.05$ ;治疗后2组患者VAS评分较治疗前明显下降,且观察组评分明显低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ ,具体见表2。

表2 2组患者治疗前后VAS评分比较  $(\bar{x}\pm s,分)$

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	32	5.68 $\pm$ 1.64	2.81 $\pm$ 1.36 <sup>a</sup>
观察组	32	5.83 $\pm$ 1.59	1.74 $\pm$ 0.98 <sup>ab</sup>

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P<0.05$

**2.2 2组患者治疗前后MEPS评分比较** 治疗前2组患者MEPS评分无明显差异, $P>0.05$ ;治疗后2组患者MEPS评分较治疗前明显升高,且观察组评分明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ ,具体见表3。

表3 2组患者治疗前后MEPS评分比较  $(\bar{x}\pm s,分)$

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	32	65.45 $\pm$ 8.66	76.81 $\pm$ 5.74 <sup>a</sup>
观察组	32	62.38 $\pm$ 7.93	81.96 $\pm$ 6.17 <sup>ab</sup>

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P<0.05$

**2.3 2组患者疗效比较** 观察组总有效率93.75%,对照组总有效率81.25%;观察组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ ,具体见表4。

表4 2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率
对照组	32	19	11	2	30(93.75)
观察组	32	9	17	6	26(81.25) <sup>b</sup>

注:与对照组比较,<sup>b</sup> $P<0.05$

## 3 讨论

肱骨外上髁炎常见于网球运动员、砖瓦工、纺织工、钢琴表演家等,是由于肘部急、慢性损伤造成前臂伸肌总腱微小撕裂,产生无菌性炎症,进一步发生渗出、增生、钙化、瘢痕、粘连等病理表现,导致微血管神经束受卡压而出现肘部疼痛<sup>[4]</sup>。本病属于中医学“伤筋”“肘痛”“肘劳”等疾病范畴,中医学认为本病的发生是由于风寒湿邪积聚肘关节,或者长期劳损引起局部气血凝滞,脉络瘀阻,筋脉失养而致,治疗当以祛风散寒、温经通络、温养血脉为主<sup>[9]</sup>。

火针最早见于《黄帝内经》,称为“燔针”“粹针”,结合了普通针刺及灸法的双重作用,具有温经散寒,通经活络的功效。《灵枢·经筋》记载:“燔针劫刺,以知为数,以痛为输”,说明治疗经筋病的两大治则为“燔针劫刺”“以痛为输”,意为火针疗法及阿是穴的应用。现代研究表明高温刺激可扩张局部血管、加快血液循环,改善肱骨外上髁的局部血供及淋巴循

环,促进炎性渗出物吸收,消除局部挛缩、粘连、钙化,促进损伤肌腱的恢复,恢复肘关节功能<sup>[6-7]</sup>。因此本研究采用火针密刺阿是穴,配以手三里、曲池穴,达到温经通络、驱邪外出的功效。

推拿手法具有疏通经络,行气活血,滑利关节,扶正祛邪的功效。本研究首先采用拿法、滚法等手法缓解患肢肌肉痉挛和疲劳,增强肌肉的活动能力和韧带的柔韧性,改善局部血液循环,有助于炎性渗出物的吸收;再用按法、揉法按揉阿是穴、手三里、合谷、曲池,通过点穴激发经络之气,恢复气血运行;再用牵引、拔伸松解粘连,滑利关节,解除前臂旋转和伸腕功能障碍;接着以弹拨法拨离粘连的肌纤维组织,消肿散结,解痉止痛,增强软组织弹性;最后以擦法、搓法温通经络,行气活血,提高局部温度,松弛组织,缓解痉挛<sup>[8]</sup>。各种推拿手法合用以达到行气活血、温经止痛的功效。

综上所述,火针及推拿手法对肱骨外上髁炎均有一定的疗效,因此本研究采用火针与推拿手法联合治疗该病,有效率高达93.75%,明显高于单纯普通针刺治疗,能够明显减轻肱骨外上髁炎患者的疼痛程度,改善肘关节功能。

#### 参考文献

- [1]王金伟,鲁宜.非手术治疗肱骨外上髁炎的研究进展[J].中华肩肘外科电子杂志,2016,4(2):123-126.
- [2]中华中医药学会.肱骨外上髁炎[J].风湿病与关节炎,2013,2(3):77-78.
- [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,2012:190-191.
- [4]代飞,向明.肱骨外上髁炎病因与发病机制的研究进展[J].中华肩肘外科电子杂志,2017,5(2):142-144.
- [5]薛平辉,曲崇正.火针治疗肱骨外上髁炎的临床观察[J].按摩与康复医学,2015,6(12):2-22.
- [6]景绘涛,陈敏.燔针劫刺的研究现状[J].湖北中医杂志,2013,35(2):69-70.
- [7]陈永韶,庞祖才,陈展鹏.病干预措施在肱骨外上髁炎治疗中的作用[J].按摩与康复医学,2014,5(7):25-27.
- [8]李洪波.推拿治疗肱骨外上髁炎32例[J].实用中医药杂志,2016,32(8):803-804.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张松青 收稿日期:2018-06-26)

## 针灸治疗颈椎病的临床观察

金力

(辽阳石化总医院中医针灸科,辽宁 辽阳 111003)

**摘要:**目的 探究针灸在治疗颈椎病中的应用效果。方法 选取我院2015年12月—2017年9月所收治的颈椎病患者120例作为研究对象,随机均分为对照组和研究组各60例,对照组采用常规理疗治疗,研究组在对照组常规理疗的基础上采用中医针灸治疗,分别对2组患者的临床效果进行观察,并记录数据。结果 研究组治疗有效率达到91.7%,而对照组患者治疗有效率仅为73.4%,2组数据差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 针对颈椎病患者,中医针灸治疗的整体疗效显著,明显优于常规理疗的治疗方式,因此,值得在临床实践中推广。

**关键词:** 针灸; 颈椎病; 临床效果; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.056

文章编号:1672-2779(2018)-15-0131-03

### Clinical Observation on Acupuncture and Moxibustion in Treating Cervical Spondylopathy

JIN Li

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Liaoyang Petrochemical General Hospital, Liaoning Province, Liaoyang 111003, China)

**Abstract: Objective** To investigate the effect of acupuncture and moxibustion in treating cervical disease or pain. **Methods** 120 patients were treated in our hospital between December 2015 and September 2017. The patients were divided randomly into control group and study group. The control group was treated with conventional physiotherapy, while the study group was treated with acupuncture and moxibustion on the basis of routine physiotherapy in the control group. The clinical effects of two groups of patients were observed and data were recorded. **Results** The results showed that the effective rate of the study group was 91.7%, the effective rate of the control group was 73.4%, and the difference between the two groups was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** For the clinical treatment of cervical spondylosis patients, the overall curative effect of acupuncture and moxibustion therapy is remarkable, is superior to that of conventional physiotherapy, so it is worth popularizing in clinical practice.

**Keywords:** acupuncture and moxibustion; cervical spondylosis; clinical effect; arthromyodynia

颈椎病是一种临床常见病,常由椎间盘退行性变、颈椎肥厚增生以及颈部损伤等原因引起,临床上主要分型包括颈型、脊髓型、交感神经型、神经根型、椎动脉型、混合型等,其中又以颈型、神经根型和椎动脉型颈椎病发病率最高,占全部颈椎病70%以上<sup>[1-2]</sup>。中医认为,颈椎病的主要诱因是颈部血运不畅、跌打损伤等,而针灸治疗可以有效促进患者肌肉纤维的收缩和伸展活动,进而达到消除其肌肉疲劳的效果。针

灸治疗方法<sup>[3]</sup>,以中医理论为基础,针刺即将针具(即直径为0.4 mm的毫针)按一定的角度直接刺入到患者穴位,采用不同手法,通过旋转或者抽提等方式,对人体的特定部位造成刺激,达到治疗疾病的效果。本文探讨采用中医针灸治疗颈椎病或疼痛患者的临床疗效,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9月收治已

确诊的120例颈椎病患者作为研究对象，将其随机分为研究组和对照组，各60例。研究组患者年龄29~67岁，平均年龄(49.2±5.4)岁，其中男女比例为33:27。对照组患者年龄31~66岁，平均年龄(49.8±4.4)岁，其中男女比例为31:29。对2组患者的一般资料进行统计学分析，结果 $P<0.05$ ，符合分组研究的基本要求，具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组采用常规治疗，即患者在颈椎病治疗过程中取仰卧位，患者颈椎部位被枕颌带牵引，牵引质量一般控制在5~7 kg，整个牵引项目持续时间为15 min，之后要对颈椎肌肉放松10 min左右，然后对患者继续进行牵引15 min和颈椎肌肉放松10 min的重复操作，这种治疗方式的持续时间至少为1个月。研究组采用在常规治疗基础之上进行中医针灸治疗，首先是取穴，主要是天柱、颈百劳、大杼、肩井、大椎、风池、夹脊、合谷等穴位，此时要根据颈椎患者的实际疼痛情况进行选穴，患者进行针灸时取正坐位，颈部肌肉保持松弛舒适，银针进行消毒后，直接刺入相关的穴位，1.3寸左右，留针时间大概为30 min，每天针灸1次，治疗时间持续1个月。

**1.3 观察指标** 观察2组患者治疗后的临床表现，将治疗效果分为显效、有效及无效3个标准。显效：患者治疗完成后，其颈椎功能恢复正常，且临床症状全部消失，患者可以正常工作、生活和学习；有效：患者治疗完成后，其颈椎功能虽有明显改善，但临床症状仅有部分消失，例如仅肩颈处疼痛基本消失，颈部以及相关肢体的功能基本恢复正常；无效：患者治疗完成后，其临床症状与颈椎功能基本上均没有任何改善，部分患者病情甚至加重。

**1.4 统计学方法** 采取统计学软件SPSS 19.0对上述汇总数据进行统计和处理，以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

研究组的临床治疗有效率为91.7%，对照组的临床治疗有效率为73.4%，2组患者疗效对比，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表1。

表1 2组患者治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	60	35(58.3)	20(33.3)	5(8.3)	55(91.7)
对照组	60	20(33.3)	24(40.0)	16(26.6)	44(73.4)

## 3 讨论

颈椎病是一种临床常见病，该病症是由于颈椎间盘或椎间关节退变，进而压迫了邻近的血管、脊髓或周围交感神经等所导致的。近年来，颈椎病的发病率

逐年上升，而且颈椎病患者的发病年龄也逐渐趋于年轻化，患者的病症通常有头晕不适、肩部、酸痛、颈项强直、上肢麻木等，给患者的日常生活带来了一定的麻烦，目前已成为危害人类健康的主要疾病之一，并引起了医学界越来越多的重视。因而绝大部分的患者迫切希望得到有效临床治疗。临床常用的治疗方式包括手术治疗及非手术治疗，由于颈椎病目前并没有特效疗法直接治愈患者，而手术治疗方法不仅复杂而且伤害较大，因此其多采用非手术的治疗方法，例如中医针灸、推拿和牵引理疗等，而此时我国博大精深的中医针灸法则显示其不可替代的医学价值和意义，优越性十分显著，临床上针灸疗法对各种类型的颈椎病治疗效果都十分显著。大量临床研究资料表明<sup>[4-6]</sup>，针灸治疗颈椎病可显著改善患者颈椎部位的微循环，调整其毛细血管的通透性，可有效缓解患者的疼痛、水肿和炎症等临床病症，同时也可显著放松颈椎部肌肉纤维并缓解痉挛。

从中医理论可知，颈椎病可被划分到“骨痹”等范畴中。从中医病因病机来看，颈椎病是由于外邪侵袭、损伤跌倒、劳累过度，进而导致颈项部位经络气血运行受阻，经筋聚结，荣卫失养，不通则痛，故颈项部位疼痛、僵硬甚至活动不利。中医认为，颈椎病是由于邪气聚集在患者的阿是穴和夹脊穴等位置，而风池等作为人体的湿热之气化阳之处，大椎则是阳气上行头颈的必经之处，通过针具（即直径为0.4 mm的毫针）按一定的角度直接刺入到患者穴位形成刺激，从而可达到扶正养血和逐邪外出的目的，有着抑制神经兴奋，缓解神经水肿，改善局部微循环，增加阿片肽释放的作用，达到对颈椎病的临床治疗<sup>[7]</sup>。

针灸作为一种比较古老的中医治疗方法，主要是通过刺激患者相应的穴位，进而达到治疗目的的，对人体基本上不会产生伤害，故而具有不可替代的医学价值<sup>[8-10]</sup>。本研究结果表明：中医针灸治疗方法治疗颈椎病明显优于常规治疗方法，60例颈椎病患者采用中医针灸治疗方法进行治疗，治疗结束后，其中有35例患者临床治疗效果为显效，20例患者临床治疗效果为有效，有效率达到91.7%，有效改善了患者病症、缓解疼痛，治疗效果显著且无任何副作用，同时也提高了颈椎病患者患者的生活质量，具有积极的临床应用价值。

综上所述，针对颈椎病患者的临床治疗，中医针灸治疗的整体疗效显著，明显优于常规理疗的治疗方式，因此，值得在临床实践中推广。

## 参考文献

[1] 马志伟. 温针灸结合康复理疗治疗椎动脉型颈椎病效果观察[J]. 河南医

- 学研究,2016,25(11):1994-1995.
- [2]顾灵溪. 针灸推拿在椎动脉型颈椎病治疗中的应用效果观察[J]. 中国医药指南,2017,15(21):191-192.
- [3]朱彬彬,童钟. 针灸治疗颈椎病疼痛的临床疗效评价及应用[J]. 按摩与康复医学,2015,20(6):31-32.
- [4]林桂红,许淑仙. 针灸联合理疗康复在颈椎病治疗中的应用研究[J]. 护理研究,2017,31(24):3010-3013.
- [5]杜义琴. 针灸在治疗颈椎疾病或疼痛中的应用效果探讨[J]. 特别健康,2017,16(19):15-16.
- [6]张荣丰. 针灸在治疗颈椎疾病或疼痛中的应用效果[J]. 内蒙古中医药,2015,20(2):91-91.
- [7]石洋. 三伏贴联合温针灸治疗颈型颈椎病的临床效果观察[J]. 影像研究与医学应用,2017,1(8):245-246.
- [8]李长杰. 神经根型颈椎病针灸治疗的方法及效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘,2017,10(59):10-12.
- [9]陈志雄. 针灸不同方案治疗颈椎病疼痛的临床随机对照[J]. 光明中医,2017,32(19):2829-2830.
- [10]汪凡. 不同针灸疗法治疗颈椎病颈部疼痛的疗效评价[J]. 浙江中医药大学学报,2014,38(5):538-541.

(本文编辑:李海燕 本文校对:苏洲 收稿日期:2018-04-20)

## 眼针联合醒脑开窍针刺治疗急性脑梗死探讨

赵厚勇 张京 傅桥 胡茜

(江苏省沛县人民医院针灸科,江苏 徐州 221600)

**摘要:**目的 探讨眼针联合醒脑开窍针刺治疗急性脑梗死应用价值。方法 本研究72例急性脑梗死患者均是本院2014年6月—2017年5月收治,将其分成试验组和常规组,2组均36例,常规组采取药物治疗,试验组基于常规组增加眼针联合醒脑开窍针刺治疗,对比2组患者神经功能缺损和恢复情况。结果 治疗前,所有患者神经功能缺损和恢复情况几乎相同 ( $P>0.05$ ),经一段时间治疗后,试验组患者的神经功能恢复和缺损情况明显优于常规组 ( $P<0.05$ )。结论 对急性脑梗死患者应用眼针联合醒脑开窍针刺治疗具有较高的价值,有助于改善患者神经功能,且临床效果较理想,值得在临床上推广应用。

**关键词:** 眼针;醒脑开窍针刺法;急性脑梗死;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.057

文章编号:1672-2779(2018)-15-0133-03

### Discussion on the Eye Acupuncture Combined with Xingnao Kaiqiao Acupuncture in Treating Acute Cerebral Infarction

ZHAO Houyong, ZHANG Jing, FU Qiao, HU Qian

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Peixian People's Hospital, Jiangsu Province, Xuzhou 221600, China)

**Abstract: Objective** To explore and study the application value of eye acupuncture combined with Xingnao Kaiqiao acupuncture in treating acute cerebral infarction. **Methods** 72 patients with acute cerebral infarction were treated in the hospital from June 2014 to May 2017 were selected. The patients were divided into the experimental group and the routine group. The two groups had 36 cases respectively. The control group took drug treatment, the experimental group applied eye acupuncture combined with Xingnao Kaiqiao acupuncture based on the control group. The nerve function defect and recovery of the two groups were compared. **Results** The neurological deficit and recovery of all patients were almost the same before treatment ( $P > 0.05$ ). After a period of treatment, the neurological function recovery and defects of the experimental group were obviously superior to those of the control group, and the statistical difference was significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The application of eye acupuncture combined with Xingnao Kaiqiao acupuncture is of high value to the patients with acute cerebral infarction, and is helpful to improve the neurological function of the patients, and the clinical effect is ideal. It is worth popularizing and applying in the clinical treatment of acute cerebral infarction.

**Keywords:** eye acupuncture; Xingnao Kaiqiao acupuncture; acute cerebral infarction; stroke

脑梗死是一种较为多见的急性脑血管疾病,在脑血管疾病中具有较高的发病率,随着近几年人们生活习惯和饮食习惯改变,脑梗死发病几率也随之增长,已经成为国内发病率最高的脑血管疾病,具有致残率和病死率高的特点,通常伴随着神经运动功能障碍的症状,治疗后并发症较多,给患者及其家庭的生活造成了极大不利影响,因此,寻找到科学合理、有效的治疗方法已经成为了当前脑血管科室医疗研究的重点。本文针对急性脑梗死患者,研究早期介入眼针联合醒脑开窍针刺治疗的效果和应用价值,具体研究内容如下。

#### 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 本研究72例急性脑梗死患者均是本院

2014年6月—2017年5月收治,将其分成试验组和常规组,2组均为36例,其中男女患者比例为1:2,患者年龄44~79岁,平均年龄(63.59±5.35)岁。本研究患者均需进行CT或者MRI检查诊断。2组患者在病因、脑梗死位置等一般资料对比上无差别 ( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入标准** CT或者MRI诊断符合脑梗死临床标准者;患者和家属知晓且同意治疗方案者。

**1.3 排除标准** 存在其他脑出血疾病者;存在心肝肾等器官疾病者。

#### 1.4 方法

**1.4.1 常规组** 给予患者降低颅内压,控制血压、血糖,调节血脂、血黏度,改善脑循环及纠正水、电解质平衡紊乱等常规药物治疗。

**1.4.2 试验组** 在常规药物治疗的基础上早期介入针灸治疗。针灸方法采用眼针联合醒脑开窍针刺法。眼针：取患者双侧上焦区、下焦区、肝区、胆区，对针刺部位皮肤进行常规消毒，采用华佗牌0.20 mm×25 mm一次针灸针，在选好的经区上，找准经区界限，向应刺的方向沿皮刺入，可刺入真皮达到皮下组织，不可再深。留针10~15 min。起针时用右手捏住针柄缓缓拔出，左手用棉球按压针孔片刻，以防出血。醒脑开窍针刺：选择三阴交、人中、内关、委中、尺泽以及极泉。上肢不遂者加肩髃、曲池、手三里、合谷，下肢不遂者加足三里、阳陵泉、悬钟、解溪。对患者上述穴位皮肤进行消毒，采用华佗牌0.30 mm×40 mm一次性针灸针对患者两侧内关直刺10~15 cm施以捻转泻法；针刺极泉时，在原穴位置下1寸心经上取穴，避开腋毛，直刺进针10~15 cm，用提插泻法，以患者有麻胀和抽动感为度；人中采用重雀啄方法：向鼻中隔方向斜刺5~10 cm，直到眼球湿润或流泪；三阴交采用提插补法，在胫骨后缘和皮肤位置，保持45°刺针15 mm左右，直到下肢抽动3次；委中、尺泽等穴位均采用提插泻法，均直刺15 mm左右，直到上肢体抽动3次为准<sup>[1]</sup>，其他诸穴采用常规针刺，平补平泻。上述针刺治疗每日1次，10次为1个疗程。

**1.5 观察指标** 患者神经功能缺损情况可用卒中量表(NIHSS)进行评分，患者神经功能缺损情况随着评分降低而减小缺损，即好转；而患者神经功能恢复情况可借助改良Rankin量表(MRS)进行衡量，其神经功能恢复情况随着分值的增高而越好<sup>[2]</sup>。

**1.6 统计学方法** 本研究数据均用统计学软件SPSS 21.0处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间对比用 $t$ 检验，计数资料以百分率(%)表示，行 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 说明差异具有统计学意义。

## 2 结果

从表1可知，2组患者治疗后神经功能均有所改善，但试验组患者神经功能缺损和恢复情况均明显优于常规组( $P < 0.05$ )。

表1 2组患者神经功能缺损和恢复评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	NIHSS评分		MRS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	36	9.12±3.59	4.28±2.85	4.53±0.48	7.42±1.13
常规组	36	9.23±3.47	6.19±3.14	4.61±0.39	5.63±0.94
$t$ 值		0.132	2.702	0.776	7.307
$P$ 值		0.895	0.009	0.440	0.000

## 3 讨论

急性脑梗死是一种常见的脑血管疾病，其发病主

要是由于各种原因造成脑部血液供应障碍，脑组织出现缺血、缺氧性坏死，出现相应的神经功能缺损，以半身不遂，口眼喎斜，言语不利为临床特征。该病随着年龄的增长，患病率和致残率提高。近几年，临床上采用了多种治疗、药物等方法，虽然可有效疏通血管，恢复血供，促进神经细胞的再生，但临床效果往往并不十分理想，而中医药治疗如针灸、中药、推拿等就显示了很大的优势，本研究主要探讨针灸早期介入对急性脑梗死患者神经功能恢复的影响。该病属于中医“中风”范畴。其发病因素较为复杂，肝肾阴虚，气血亏虚是发病之本，风、火、痰、瘀为致病之标，二者相互因果，加之过度疲劳、情绪激动等因素，引发患者阴阳失调，气血不通、经脉瘀阻，上犯于脑，最终出现脑梗死<sup>[3]</sup>。眼针是著名针灸学家彭静山所创。《内经》：“五脏六腑之精气皆上注于目而为之精……此则眼具五脏六腑也。”指出眼和五脏六腑均有密切联系。而十二经脉更是和眼缭绕纠缠，表里互通，比如：手少阴心经“上夹咽，系目系”，手太阳小肠经“从缺盆循颈，上颊，至目锐眦……抵鼻，至目内眦，斜络于颧”，足太阳经“起于目内眦，上额，交巅”，足少阳胆经“至目锐眦后”，足厥阴肝经“从目系下颊里，环唇内”等。因此说明眼针既可调节五脏六腑之精气，又可疏通十二经脉之气血。现代医学研究又表明，眼针治疗可兴奋大脑皮质，改善局部血液循环，改善脑组织病灶缺氧缺血情况，促进侧肢循环的建立，抑制脑细胞死亡，恢复缺血半暗带，有效促进并恢复神经元细胞功能<sup>[4]</sup>。而醒脑开窍针刺法则为石学敏教授创立的治疗“中风”病主要针刺手法。其中，内关为心包经络穴，可以疏通气血，调理心神；督脉入络脑，脑为元神之府，人中为督脉之要穴，可以通督脉调脑神；三阴交可滋补肝肾，并可通调足三阴经之经气；极泉、尺泽、委中则可以疏通肢体经络，促进气血运行。上述诸穴相配用于治疗“中风”疾病，既可有效改善患者肢体功能和肌肉功能，又可兴奋大脑皮质细胞。本试验显示，2组患者治疗前神经功能比较无差别，通过治疗，所有患者神经功能均有所改善，但早期介入眼针配合醒脑开窍针刺治疗的患者神经功能缺损和恢复情况明显比常规组更优( $P < 0.05$ )。

总之，眼针联合醒脑开窍针刺法早期介入治疗急性脑梗死应用价值较高，主要体现为神经功能得到显著的改善，患者的肢体痉挛和言语功能障碍明显降低，患者预后恢复情况良好，患者病情得到有效控制，且

安全性高,操作简单方便,可在急性脑梗死治疗中推广应用。

#### 参考文献

- [1]文奎,朱和材,袁浩,等.醒脑开窍针法不同应用时机对急性脑梗死患者认知功能障碍的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(26):2875-2878.  
[2]青松,雷东君,舒熙扬,等.电针配合醒脑开窍针法治疗缺血性中风42例

临床观察[J].基层医学论坛,2017,21(13):1684-1686.

- [3]陈超.醒脑开窍针刺法治疗脑干肿瘤伽马刀术后出血案1则[J].江苏中医药,2015,47(9):46-47.  
[4]孙秀业.眼针对急性脑梗死患者神经功能缺损影响的临床研究[J].针灸临床杂志,2017,33(12):36-37.

(本文编辑:李海燕 本文校对:赵菊艳 收稿日期:2018-04-27)

## 穴位按摩配合拔罐对产后乳房胀痛的改善之研究

高丹

(中国医科大学附属第一医院产科,辽宁 沈阳 110001)

**摘要:**目的 研究穴位按摩配合拔罐法对产后乳房胀痛的改善效果。方法 选取我院行自然分娩产妇80例,随机分为对照组和试验组各40例。对照组产妇给予常规治疗及护理,试验组产妇在对照组基础上给予穴位按摩配合拔罐法治疗。比较2组产妇产后72h乳房胀痛发生情况,产后72h乳房硬度,产后72h乳汁充盈情况。结果 产妇产后72h乳房胀痛发生情况比较,试验组优于对照组 ( $P < 0.05$ )。产妇产后72h乳房硬度比较,试验组优于对照组 ( $P < 0.05$ )。产妇产后72h乳汁充盈状况比较,试验组优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 穴位按摩配合拔罐法能有效改善产后乳房胀痛的情况,具有较高临床价值。

**关键词:** 穴位按摩;拔罐法;产科;乳房胀痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.058

文章编号:1672-2779(2018)-15-0135-02

### Study on Acupoint Massage and Cupping Therapy on the Improvement of Postpartum Breast Distention and Pain

GAO Dan

(Obstetrics Department, the Affiliated First Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

**Abstract: Objective** To study the effect of acupoint massage combined with cupping therapy on postpartum breast pain. **Methods** Eighty cases of natural parturient in our hospital were selected, and they were randomly divided into control group and experimental group, with 40 cases in each group. The control group was given routine treatment and nursing. The experimental group was given acupoint massage combined with cupping therapy on the basis of the control group. The postpartum breast distention of the puerpera of 72h, the breast hardness of 72h and the postpartum lactation of 72h was compared. **Results** The incidence of breast distention of 72h after delivery in the experimental group was better than that in the control group ( $P < 0.05$ ). Postpartum 72h breast hardness comparison in the experimental group was better than that of the control group ( $P < 0.05$ ). The postpartum lactation of 72h in the experimental group was better than that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Acupoint massage combined with cupping therapy can effectively improve the postpartum breast swelling pain, which has high clinical value.

**Keywords:** acupoint massage; cupping method; obstetrics; breast distention and pain

母乳是喂养新生儿的最佳食物,其相对于乳制品而言能更好地被新生儿吸收,并且含有新生儿生长发育所需的各种营养物质<sup>[1]</sup>。临床研究表明,使用母乳喂养新生儿能明显提升其治理和身体机能的发育。但一些产妇在产后会出现乳房胀痛的情况,导致其难以正常开展母乳喂养,影响产妇及新生儿的身体健康。本研究分析穴位按摩配合拔罐法对产后乳房胀痛的改善效果,报道如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年2月—2017年4月于我院行自然分娩的产妇80例,随机分为对照组和试验组,每组各40例。对照组产妇年龄23~37岁,平均年龄(28.74±5.42)岁,孕周37~42周,平均(39.16±0.84)周。试验组产妇年龄22~37岁,平均年龄(28.69±5.54)岁,孕周37~41周,平均(39.25±0.75)周。2组产妇基本资料比较, $P > 0.05$ ,具有可比性。

**1.2 纳入标准** 所有产妇均为初产妇;所有产妇在产前

的健康状态均较好,不存在各种躯体疾病和心理疾病;新生儿状态良好;所有产妇产后均未发生各种产科疾病。

**1.3 排除标准** 存在妊娠合并症的产妇;早产的产妇;不能遵医嘱接受治疗的产妇;产后出现精神疾病的产妇。

**1.4 方法** 对照组产妇给予常规治疗和护理,主要是产后密切观察其各项生命体征的变化情况,并指导其正确进行母乳喂养等。试验组产妇在对照组基础上采用穴位按摩配合拔罐法治疗,具体如下。

**1.4.1 乳房按摩** 在产妇分娩后,护理人员首先要指导产妇进行乳房的按摩,具体方法为:先用热毛巾对乳房进行热敷,确保乳房被全部覆盖,持续时间为10~15 min;之后让产妇保持半卧位,用手轻轻对乳房进行按压,持续2 min;之后用右手食指、中指和无名指的指腹进行按摩,从乳房根部按照螺旋式按摩直到乳晕处;之后从乳房根部开始向乳头方向进行牵拉式的按摩,持

续3~5 min,按摩过程中应尽量与产妇保持沟通交流,确保其能够耐受;最后将双手手指放于乳晕处,托住产妇的乳房并向胸壁方向轻轻挤捏,持续3~5 min。

**1.4.2 穴位按摩** 穴位按摩在产妇产后2 h进行,先用43℃左右的热毛巾对产妇乳房进行热敷,持续5 min后将凡士林均匀涂抹与产妇乳房上。之后选取产妇膻中、少泽、乳根、肩井和乳中等穴位,以点按法对各个穴位进行按揉,按揉时间为每个穴位1 min,每日给予产妇3次按摩。在产妇产后出现胸闷不舒和胸肋胀满的情况时,应指导其保持仰卧位,然后对其乳房周围进行按摩,并对其两肋进行轻擦,然后选取太冲、阳陵泉、期门、章门和三阴交等穴位进行点按,每个穴位1 min。之后选取产妇背部脾俞、肝俞和膈俞等穴位进行禅推法按摩,每个穴位2 min。

**1.4.3 拔罐法** 拔罐法主要是选取产妇的肩井、肝俞、膻中和太冲等穴位进行拔管治疗,先采用皮肤针对产妇太冲穴进行叩刺,出现轻微出血或局部皮肤发红为宜,之后对其它穴位进行拔管治疗。拔管的过程中每个穴位留罐时间均为10 min,每日拔罐1次。

**1.4.4 心理护理** 在对产妇进行治疗和护理的过程中,还要与其进行密切沟通交流,掌握其心理状态的变化情况,并给予其有效的心理护理。其中主要是为产妇讲解产后乳房胀痛的原因,介绍产后乳房护理的相关技巧,以温水清洗乳房,严禁使用肥皂或酒精接触乳头,在哺乳期佩戴大小合适且透气性良好的纯棉胸罩,防止对乳腺管造成压迫而影响泌乳。

**1.5 观察指标** 观察产妇产后72 h乳房胀痛的发生情况,产后72 h乳房硬度,产后72 h乳汁充盈情况。其中乳房胀痛分为0~3级,0级为无胀痛,1级为轻微胀痛但不影响生活,2级为胀痛明显且对正常生活有轻微影响,3级为严重胀痛且影响正常生活<sup>[2]</sup>。乳房硬度分为1~3级,1级为乳房如嘴唇般无硬结和严重肿胀感,2级为肿胀明显且触膜如鼻尖,3级为肿胀严重且触摸如额头<sup>[3]</sup>。

**1.6 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 产妇乳房胀痛发生情况** 产后乳房胀痛发生情况比较,试验组优于对照组, $P < 0.05$ ,见表1。

表1 乳房胀痛发生情况 [例(%)]

组别	例数	0级	1级	2级	3级
试验组	40	0(0.00)	29(72.50)	7(17.50)	4(10.00)
对照组	40	0(0.00)	12(30.00)	16(40.00)	12(30.00)

**2.2 产妇乳房硬度** 产妇产后72 h乳房硬度比较,试验组优于对照组, $P < 0.05$ ,见表2。

表2 乳房硬度 [例(%)]

组别	例数	1级	2级	3级
试验组	40	33(82.50)	5(12.50)	2(5.00)
对照组	40	15(37.50)	16(40.00)	9(22.50)

**2.3 产妇乳汁充盈情况** 产后乳汁充盈情况比较,试验组优于对照组, $P < 0.05$ ,见表3。

表3 产妇乳汁充盈情况 [例(%)]

组别	例数	24 h	48 h	72 h
试验组	40	10(25.00)	22(55.00)	8(20.00)
对照组	40	4(10.00)	12(30.00)	24(60.00)

## 3 讨论

乳房胀痛是产妇产后分泌后常见的情况,其不仅会对产妇的身体健康造成影响,还会对新生儿的母乳喂养造成严重影响,因此在产妇产后应及时给予其有效的乳房护理,避免乳房胀痛对产妇及新生儿带来不良影响<sup>[4]</sup>。根据临床研究,产妇产后体内激素水平发生剧烈变化,并且在产后72 h内会出现乳汁大量分泌的情况,这样就会导致一些产妇在分娩后出现乳房胀痛的情况,影响其正常的母乳喂养<sup>[5]</sup>。

对于产妇产后乳房胀痛的处理,常规方式以乳房热敷为主,其能够在一定程度上改善乳房的肿胀和疼痛,但最终的效果很难达到理想状态<sup>[6]</sup>。穴位按摩和拔罐法是中医上常见的治疗方法,根据产妇产后的实际情况,主要是以内脉络瘀阻导致乳房出现胀痛,因此可根据实际情况选取其相应的穴位进行按摩和拔罐治疗,从而起到疏通经络、调和气血及促进血液循环的作用,让产妇乳房胀痛得到有效缓解<sup>[7]</sup>。

本研究分析穴位按摩配合拔罐法对产后乳房胀痛的改善效果,产妇产后72 h乳房胀痛发生情况比较,试验组更优, $P < 0.05$ ;产妇产后72 h乳房硬度比较,试验组更优, $P < 0.05$ ;产妇产后72 h乳汁充盈情况比较,试验组更优, $P < 0.05$ 。综上所述,穴位按摩配合拔罐法在产后乳房胀痛的预防护理中应用效果显著,能明显改善产妇的乳房肿胀情况,并促使其更好地分泌乳汁,为其母乳喂养及产后恢复起到较好的促进作用,值得推广。

## 参考文献

- [1]徐明哲.产后乳房胀痛护理两种方法的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2017,11(23):185-186.
- [2]张双娥,王晶霞,张慧珍.循证护理干预在预防产后乳房胀痛中的应用[J].长治医学院学报,2017,31(5):384-387.
- [3]何为会.穴位按摩配合拔罐法在改善产后乳房胀痛方面的应用价值[J].当代医药论丛,2017,15(12):143-144.
- [4]杨晓燕,王艳.实施个性化护理缓解产妇产后乳房胀痛的临床观察[J].中国实用医药,2017,12(1):165-167.
- [5]徐小英.乳房穴位按摩对减轻乳房胀痛和促进乳汁分泌的效果[J].中西医结合护理(中英文),2016,2(8):113-115.
- [6]顾馨.产后早期乳房按摩对产后乳房胀痛和泌乳的影响[J].医疗装备,2015,28(13):176-177.
- [7]苗满花.护理干预对产后乳房胀痛、硬度及泌乳的影响[J].中国卫生产业,2014,11(32):115-117.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孙曼妮 收稿日期:2018-03-19)

# 肿瘤化疗后中医护理对胃肠道反应的改善之研究

田莉

(中国医科大学附属盛京医院肿瘤一科, 辽宁 沈阳 110022)

**摘要:**目的 研究肿瘤化疗后应用中医护理对胃肠道反应的改善效果。方法 选取2015年1月—2017年6月于我院实施化疗的肿瘤患者100例, 随机分为对照组和试验组各50例。对照组实施常规护理, 试验组实施中医护理。比较2组患者胃肠道反应发生情况、患者护理满意度。结果 试验组患者胃肠道反应发生率为16.00%, 低于试验组患者的34.00%,  $P < 0.05$ 。试验组的护理满意度96.00%高于对照组的72.0%,  $P < 0.05$ 。结论 肿瘤化疗后应用中医护理能有效降低患者胃肠道反应发生率, 促进患者恢复速度, 对其治疗效果的提升有很大帮助。

**关键词:** 肿瘤; 化疗; 中医护理; 胃肠道反应

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.059

文章编号:1672-2779(2018)-15-0137-02

## Study on Traditional Chinese Medicine Nursing on Gastrointestinal Reaction after Tumor Chemotherapy

TIAN Li

(Oncology Department, the Affiliated Shengjing Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

**Abstract: Objective** To study the effect of TCM nursing on gastrointestinal reaction after tumor chemotherapy. **Methods** 100 cases of tumor patients undergoing chemotherapy in our hospital from January 2015 to June 2017 were selected. 100 cases were randomly divided into control group and experimental group, with 50 cases in each group. The control group received routine nursing. The experimental group implemented TCM nursing. Patients' gastrointestinal reactions and nursing satisfaction was compared. **Results** The incidence of gastrointestinal reaction in the control group was 16.00%, which was less than 34.00% in the experimental group  $P < 0.05$ . The nursing satisfaction in the experimental group was 96.00% which was higher than 72.0% in the control group  $P < 0.05$ . **Conclusion** The application of TCM nursing after tumor chemotherapy can effectively reduce the incidence of gastrointestinal reaction in patients, and promote the recovery of the patient. It is very helpful to improve the therapeutic effect.

**Keywords:** tumor; chemotherapy; traditional Chinese medicine nursing; gastrointestinal reaction

化疗是肿瘤治疗中较为常见的一种方法, 其在很多肿瘤的治疗中均有较好的应用效果, 因此临床应用率较高<sup>[1]</sup>。但化疗药物通常具有刺激性, 药物进入人体后容易导致机体出现各种不良反应, 影响患者的正常治疗效果, 并且会对患者的心理造成不良影响<sup>[2]</sup>。本研究对肿瘤化疗后应用中医护理对患者胃肠道反应的改善效果进行分析, 报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2015年1月—2017年6月于我院接受化疗的肿瘤患者100例, 随机分为对照组和试验组各50例。对照组男26例, 女24例, 年龄41~79岁, 平均(61.81±6.94)岁, 其中肺癌22例, 胃肠道肿瘤17例, 淋巴瘤9例, 鼻咽癌2例。试验组男27例, 女23例, 年龄37~78岁, 平均(61.26±6.85)岁, 其中肺癌21例, 胃肠道肿瘤15例, 淋巴瘤8例, 鼻咽癌6例。2组基线资料比较无显著差异, 具有可比性。

**1.2 方法** 对照组实施常规护理, 主要是在患者化疗时做好相应的准备, 并在化疗后给予患者对症处理等。试验组在常规护理基础上实施中医护理, 具体如下。

**1.2.1 环境护理** 在患者化疗过程中护理人员要为其营造良好的滨海环境, 其中不仅要保证病房空气清新且

卫生良好, 还要根据实际情况使用消毒水对室内地面进行擦拭, 保持室内1 d通风2次及以上, 将室内温度控制在24~27℃, 空气湿度就控制在55%~65%。根据季节温度不同指导患者做好保暖防寒工作。另外, 患者治疗过程中可为其在窗台上摆设一些绿色植物, 营造惬意的环境。

**1.2.2 情志护理** 肿瘤患者多会因为病情严重而产生不良情绪, 因化疗对患者的身体刺激较大而很容易导致其不良情绪加重, 因此在开展护理工作的过程中还要给予患者有效的情志护理。根据中医理论, 情绪波动较大或产生不良情绪会导致患者正气耗损、阴阳失衡、血气失和, 并且会导致脏腑功能出现紊乱。不利于患者治疗的顺利完成且会加重患者化疗后的不良反应。因此, 在对患者进行护理时可以采用情志相胜法改善患者的不良情绪, 其中主要是让患者家属多陪伴患者, 并在与患者沟通交流时多与其回忆日常生活中的甜蜜瞬间, 从而帮助其消除沮丧; 同时可帮助患者回忆其曾经战胜过的困难, 让患者能够更加积极地面对肿瘤本身和治疗带来的痛苦。在患者抑郁情绪较重时, 护理人员可根据医嘱给予患者疏肝解郁汤, 改善其抑郁情绪。在患者存在烦躁不安情绪时, 护理人员可给予

其清新凝神的药物，如在患者枕下放置银杏叶起到凝神的作用，让患者服用酸枣仁和远志等药物以养心。

**1.2.3 饮食干预** 根据中医理论，肿瘤患者多为阴寒阳虚体质，化疗药物在很大程度上会加重其体内寒性和内虚，在寒毒入侵后会导致患者的脾脏运化和胃肠动力受到影响，导致其出现相应的不良反应。因此，在患者化疗过程中可以给予其有效的饮食干预，调节脾胃并祛除寒毒，从而促使患者不良反应的改善。其中主要是以清淡饮食为主，给予患者开胃健脾膳食。其中可以用山楂、瘦肉和菜油为患者制作山楂瘦肉丁，用黄芪、山药和白砂糖为患者制作黄芪山药羹，使用炒麦芽、炒山楂和红糖为患者制作麦芽山楂饮，用绿豆、鲜青果、竹叶和橙子为患者制作生津滋胃饮，用猪肚、白术、槟榔、粳米和生姜为患者制作白术猪肚粥等，从而帮助患者调理肠胃，补益脾脏，促使其脾胃功能的改善。

**1.2.4 中药内服** 患者在化疗过程中的药物不良反应较强，其很容易导致患者心理受到影响，因此在患者化疗后应及时为其讲解可能出现的不良反应，让其做好心理准备，并且要在患者化疗后给予其中药附子理中汤。方药的基本组成为：熟附子和干姜各20 g，炒白术、党参、炙甘草各15 g，将药物加水煎煮后取汁250 mL服用，每天用药1剂。服药过程中让患者每日多喝水，每日的饮水量应根据患者的尿量适当调整，保证患者的尿量在2500 mL左右，在患者尿量减少时应及时告知主治医师并采取相应措施。

**1.2.5 针灸按摩护理** 给予患者艾灸和按摩护理，艾灸的穴位主要选取内关、足三里和神阙等穴位，采用隔姜艾灸，先完全暴露选取的穴位，将生姜切为厚度在0.2 cm左右的薄片置于患者的穴位上，然后将艾条点燃后置入艾箱，将艾箱置于患者穴处，以患者有温热感为宜，每个穴位艾灸时间控制在15 min左右，每日1次。推拿按摩主要是对患者的腹部进行按摩，先让患者保持仰卧位并将膝盖屈曲，在患者腹部涂抹滑石粉后以拇指揉压法和腹部旋转法进行推拿按摩，每次时间控制在3 min，连续100次左右。

**1.3 观察指标** 观察患者不良反应，并调查患者护理满意度。满意度调查用自制量表完成，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** 使用SPSS 22.0统计学软件处理研究数据，计数资料(%)用 $\chi^2$ 检验，计量资料( $\bar{x} \pm s$ )用 $t$ 检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 不良反应** 根据表1，试验组不良反应发生率为16.00%，低于对照组的34.00%， $P < 0.05$ 。

表1 2组不良反应比较

组别	例数	恶心	呕吐	腹泻	纳差	发生率
试验组	50	2(4.00)	2(4.00)	3(6.00)	1(2.00)	16.00
对照组	50	5(10.00)	3(6.00)	5(10.00)	4(8.00)	34.00

**2.2 满意度** 根据表2，试验组满意度96.00%明显高于对照组的72.00%， $P < 0.05$ 。

表2 2组满意度比较

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度
试验组	50	28(56.00)	20(40.00)	2(4.00)	48(96.00)
对照组	50	24(48.00)	12(24.00)	14(28.00)	46(72.00)

## 3 讨论

化疗在肿瘤患者的治疗中通常有很好的效果，能让患者的病情得到有效改善，但化疗药物造成的不良反应容易对患者的情绪和治疗依从性造成影响<sup>[1]</sup>。合理的护理措施是改善患者化疗后不良反应的重要措施，其不仅能让患者的不良反应发生率得到控制，还能让患者的舒适度得到提升，因此在患者化疗过程中必须结合实际情况给予其针对性的护理措施<sup>[4]</sup>。

中医上认为肿瘤化疗患者出现胃肠道不良反应主要是因为患者脾胃虚弱，加上药物的影响而加重患者的胃气不和和脾气亏虚，导致其出现各种不良反应<sup>[5]</sup>。因此在对患者进行化疗的过程中需要给予其有效的护理措施，改善其脾胃虚弱的情况。其中首先要针对患者的不良情绪给予其情志护理，促使其保持良好的心态；同时要给予患者药膳护理，调节其肠胃功能；再者要给予患者药物护理，采用中药方剂改善患者的脾胃状态；最后要给予患者针灸按摩护理，促使其临床症状的改善<sup>[6]</sup>。

本研究分析肿瘤化疗后应用中医护理对胃肠道不良反应的改善效果，试验组的不良反应发生率16.00%低于对照组的34.00%，试验组的护理满意度96.00%高于对照组的72.00%， $P < 0.05$ 。综上所述，中医护理能有效降低肿瘤化疗患者胃肠道不良反应发生率，值得推广。

### 参考文献

- [1]刘少红,蒋璐杏,王欣.中西医综合护理对肿瘤患儿化疗所致胃肠道反应的效果观察[J].临床医学工程,2017,24(9):1287-1288.
- [2]马玲莉.中医护理干预对肿瘤患者化疗后消化道反应的影响[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(15):131-132.
- [3]卢永华,张红丽,李姣,等.中医护理干预对肿瘤患者化疗期间的胃肠道反应及负性情绪的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(12):84-87.
- [4]余少娜,凌云巧.中医护理干预对肿瘤化疗患者胃肠道反应的影响[J].内蒙古中医药,2017,36(6):178.
- [5]杨小梅.中医护理对改善肿瘤化疗后胃肠道反应的应用效果分析[J].内蒙古中医药,2016,35(9):157.
- [6]苏秋平,张伟,朱颖.中医护理干预对肿瘤化疗患者胃肠道反应的影响[J].航空航天医学杂志,2016,27(2):251-252.

(本文编辑:李海燕 本文校对:谷 萧 收稿日期:2018-05-11)

# 中医护理管理运用护理质量评价的意义分析

王海燕

(兰陵县中医医院护理部, 山东 兰陵 277700)

**摘要:**目的 探究护理质量评价运用于中医护理管理中的意义。方法 选取我院46名临床护理人员, 随机分为2组, 分别进行常规中医护理管理(常规组)及护理质量评价管理(研究组), 比较2组护理人员提高情况。结果 研究组护理人员理论知识、操作技能等方面评分均显著高于常规组( $P < 0.05$ ), 且医务人员及患者对研究组护理质量满意度均高于常规组, 差异显著( $P < 0.05$ )。结论 护理质量评价运用于中医护理管理能够有效提高护理人员的护理质量, 值得推广。

**关键词:** 护理质量评价; 中医护理管理; 访谈

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.060

文章编号:1672-2779(2018)-15-0139-02

## Analysis on the Significance of Nursing Quality Evaluation in Traditional Chinese Medicine Nursing Management

WANG Haiyan

(Nursing Department, Lanling County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Lanling 277700, China)

**Abstract: Objective** To explore the significance of nursing quality evaluation in traditional Chinese medicine nursing management. **Methods** 46 clinical nurses in our hospital were randomly divided into routine TCM nursing management (routine group) and nursing quality evaluation management (study group), and they used routine TCM nursing management and nursing quality evaluation management respectively. Comparison of the improvement of nursing staff in two groups was made. **Results** The scores of theoretical knowledge and operation skills of nursing staff in the study group were significantly higher than those in the routine group ( $P < 0.05$ ), and the satisfaction degree of the medical staff and the patients to the nursing quality of the study group was higher than that of the routine group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The application of nursing quality evaluation in traditional Chinese medicine nursing management can effectively improve the quality of nursing. The nursing quality of nursing staff is worth popularizing.

**Keywords:** nursing quality evaluation; TCM nursing management; interview

随着我国经济的发展, 患者及其家属对护理质量的要求也随着增加, 以往我国医疗产业对西医及其护理工作关注度较高, 但随着近些年中医药产业的发展, 更多的学者开始关注中医及其护理管理<sup>[1]</sup>, 但常规中医护理管理方法已逐步无法适应目前环境, 有学者指出<sup>[2]</sup>, 在中医护理管理中应用护理质量评价方法进行干预能够有效提高护理质量, 并发挥中医护理的优势。本研究特选取2016年11月—2017年12月我院46名临床护理人员进行对比研究, 现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年11月—2017年12月我院2个科室的46名临床护理人员, 其中男性7名, 女性39名, 年龄24~40岁, 平均(33.41±3.29)岁, 工作时间3~16年, 平均(9.39±1.23)年, 受教育程度: 大专23名、本科19名、研究生4名, 主管护师4名, 护师13名, 护士29名。全部护理人员均对本研究知情且自愿参与, 按照所在科室将其分为常规组及研究组, 每组23名护理人员, 其中常规组男性3名, 女性20名, 年龄(32.79±3.01)岁, 工作时间(9.48±1.16)年, 受教育程度: 大专11名、本科10名、研究生2名, 主管护师2名, 护师7名, 护士14名; 研究组男性4名, 女性19名, 年龄(34.10±3.61)岁, 工作时间(9.29±1.43)年, 受教育程度: 大专12名、本科9名、研究生2名, 主管护师2名, 护师6名, 护士15名。2组护理人员一般情况及工作经验等均无显著差异( $P > 0.05$ )。

**1.2 研究方法** 常规组进行常规护理管理。研究组进行

护理质量评价管理, 具体方法为: (1) 根据《中医护理工作指南》相关要求, 结合我院实际工作情况, 制定护理服务制度及规范, 同时制定中医护理质量评价标准; (2) 成立质量评价专家组, 在全院内组织护理质量评价小组, 由护理部主任任组长, 由副主任护师以上职称, 且具有丰富临床护理经验且责任心较强的护理人员任组员, 负责进行护理质量评价, 同时专家组应建立有效的中医护理技能手册, 护理考核标准, 健康教育记录等考核制度; (3) 对护理人员进行访谈, 由专家组对护理人员进行定期或不定期的访谈, 访谈内容为护理人员对中医护理理论知识的掌握水平, 包括辨证施护的具体方法及内容, 护理意识及疾病症候分型等<sup>[3]</sup>, 在访谈结束后, 将护理人员存在的问题及缺陷及时进行告知; (4) 对患者进行访谈, 专家组对各组护理人员所负责的患者进行抽样访谈, 访谈内容为护理人员是否对患者进行了用药、饮食及起居护理等中医特色护理服务, 并对患者的康复知识、养生知识及对自身疾病的了解程度进行评估; (5) 现场检查, 专家组通过不定期地到临床科室进行现场检查, 掌握护理人员的具体工作情况, 了解其辨证施护的实施情况, 同时了解其对患者的护理意识、护理态度及健康教育水平等情况, 同时对护理文书的规范书写等情况进行检查并评价<sup>[4]</sup>; (6) 专家组对已进行访谈的部分患者进行随访调查, 对患者的救治过程、给药方法等进行评价, 并对中医护理方案进行检查; (7) 及时反馈, 专家组应按时召开工作会议, 将近一段时间检

查工作中发现的问题进行汇总并及时告知护理人员,同时由全员讨论,探究其改正方法,并通过对护理人员进行培训等方法,促进护理人员业务水平的提高。

**1.3 观察指标** 采用自制评分表,对2组护理人员的理论知识、技能水平、护理管理及护理质量等方面进行评价,各项满分均为100分,分数越高表明其业务水平越高,另在各组相应科室,随机选取12名医务人员及90例患者,使其对护理人员工作质量及护理满意度进行评价。

**1.4 统计学方法** 数据采用SPSS 18.0统计软件进行分析,数据采用平均值±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,2组比较采用 $t$ 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组护理人员综合评分比较** 研究组护理人员理论知识、操作技能等方面评分均显著高于常规组( $P<0.05$ ),如表1所示。

表1 2组护理人员综合评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	理论知识	操作技能	护理管理	护理质量
常规组	23	65.29±8.24	62.31±5.74	59.52±5.71	65.36±5.76
研究组	23	89.32±8.41	85.63±6.57	83.26±6.42	90.32±6.71
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 医务人员对2组护理质量的满意度比较** 医务人员对研究组护理质量满意度为100%,对常规组护理质量满意度为75.00%,2组差异显著( $P<0.05$ ),如表2所示。

表2 医务人员对2组护理质量的满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
常规组	12	4(33.33)	5(41.67)	3(25.00)	9(75.00)
研究组	12	8(66.67)	4(33.33)	0(0.00)	12(100.00)
$P$ 值		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

**2.3 患者对2组护理质量的满意度比较** 患者对研究组护理质量满意度为98.89%,对常规组护理质量满意度为86.67%,2组差异显著( $P<0.05$ ),如表3所示。

表3 患者对2组护理质量的满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
常规组	90	41(45.55)	37(41.11)	12(13.33)	78(86.67)
研究组	90	64(71.11)	25(27.78)	1(1.11)	89(98.89)
$P$ 值		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

随着近些年患者对护理质量的要求不断提高,通过有效方式促进护理工作提高护理人员提高护理质量成为相关人员研究的重点,而对于中医护理管理工作,其工作难度更大,由于中医与西医存在显著区别,其护理理念以“养”为主<sup>[5]</sup>,因此对于中医护理人员,其不仅需掌握现代护理理论与技能,还应熟练掌握中医辨证施护方法,并对医学基础、药学及自然科学等领域具备一定的了解程度。

本研究通过建立护理质量评价制度及成立护理

质量评价小组,对研究组护理工作评价,通过对护理人员进行访谈,了解其对中医护理理论知识及技能的了解程度,初步判断其业务水平,之后对各护理人员所负责的患者进行抽样调查,通过评价患者对疾病相关知识的掌握能力及患者在日常生活中饮食、起居等生活方式<sup>[6]</sup>,了解护理人员对患者进行护理工作的质量及方法,而通过现场检查,进一步明确各护理人员对患者进行护理的方法及根据患者具体病情进行辨证施护的能力,并通过对护理记录等文书的书写,考核护理人员对具体护理工作的业务水平。在对护理人员进行考核及评价后,评价小组应及时将发现的问题告知护理人员<sup>[7]</sup>,使其及时改正,并将问题进行整理,在召开工作会议时进行全体讨论,以便寻求更为有效的整改方法,并根据实际问题制定下一步计划并对制度及规范进行完善,在改善护理方法后,评价小组对已进行访谈的患者进行随机抽选,并进行随访,以调查护理人员在发现问题后的整改情况。

本研究结果显示,研究组护理人员理论知识、操作技能等方面评分均显著高于常规组( $P<0.05$ ),表明护理人员通过评价制度,能够树立以患者为中心的服务意识,并提高其护理理论及操作技能,使护理质量得到显著提高,且医务人员及患者对研究组护理质量满意度分别为100.00%及98.89%,对常规组护理质量满意度分别为75.00%及86.67%,2组差异显著( $P<0.05$ )。表明护理质量的提高得到了医务人员及患者的认可,而护理人员与医务人员的有效配合,能够促使患者更快的恢复<sup>[8]</sup>,因此在一定程度上促进了患者满意度的提高。

综上所述,采用护理质量评价法对中医护理管理方式进行干预,能够有效提高护理人员的护理质量,将有限的护理资源更好地发挥,且该方法能够受到医务人员及患者的认可,在一定程度上促进了患者治疗效果,值得推广。

### 参考文献

- [1]陶秀霞.浅析中医护理及健康宣教对老年膝关节炎改善生存质量的影响[J].中国继续医学教育,2015,7(22):223-224.
- [2]李华,章旭萍,蒋萍,等.结对互助式培训模式应用于中医护士对其护理技能及护理质量的影响效果[J].中华全科医学,2016,14(5):847-849.
- [3]朱建芳.综合医院中医科门诊运用PDCA循环实施护理质量管理初探[J].实用临床医药杂志,2015,29(20):195-197.
- [4]常丽,张淑美,周丽,等.流程管理在中医院护理质量管理中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2015,1(4):129-131.
- [5]江琳,张雅丽,王小冬,等.基于ISO9000标准的中医院临床护理教学质量评价指标体系的构建[J].护理管理杂志,2015,15(9):626-628.
- [6]陶敏,但小红,谢江渝.中医特色护理中医护理查房的成效提升研究[J].中西医结合护理(中英文),2016,2(6):17-19.
- [7]黄谊娜.品管圈管理对针灸科护士工作效能感与糊里至来年个的影响[J].中医药管理杂志,2015,23(13):35-37.
- [8]赵雯.护理质量评价在中医护理管理中的应用价值分析[J].中医临床研究,2015,7(5):117-118.

(本文编辑:李海燕 本文校对:胡文胜 收稿日期:2018-05-11)

# 心肌梗死患者应用中医护理的价值研究

王岩

(中国医科大学附属第一医院心血管内科, 辽宁 沈阳 110010)

**摘要:**目的 研究心肌梗死患者应用中医护理的价值。方法 选取我院2015年3月—2017年3月收治的心肌梗死患者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,试验组患者在对照组基础上给予中医护理。比较患者护理前后的不良情绪评分,患者护理后的左室射血分数和住院时间,患者的护理满意度。结果 2组患者护理前不良情绪评分比较,无显著差异;护理后评分比较,试验组更优, $P < 0.05$ 。2组患者护理后左室射血分数和住院时间比较,试验组更优, $P < 0.05$ 。2组患者护理满意度比较,试验组更高, $P < 0.05$ 。结论 心肌梗死患者应用中医护理的效果较好,能明显改善患者的不良情绪,缩短其住院时间,具有较高临床价值。

**关键词:**心肌梗死;中医护理;应用价值;胸痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.061

文章编号:1672-2779(2018)-15-0141-02

## Study on the Value of Traditional Chinese Medicine Nursing in Patients with Myocardial Infarction

WANG Yan

(Vasculocardiology Department, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110010, China)

**Abstract: Objective** To study the value of nursing methods in nursing of patients with myocardial infarction. **Methods** 100 patients with myocardial infarction treated in our hospital from March 2015 to March 2017 were randomly divided into the control group and the experimental group, with 50 cases in each group. The patients in the control group were given routine nursing, and on the basis of the control group, the patients in the experimental group were given the traditional Chinese medicine nursing. The scores of adverse emotions before and after nursing, the left ventricular ejection fraction and hospitalization time after nursing and the nursing satisfaction of patients was compared. **Results** There was no significant difference in the bad mood scores before nursing, and the score of the experimental group was better after nursing  $P < 0.05$ . After nursing care, left ventricular ejection fraction and hospitalization time in the experimental group were better than those in the control group  $P < 0.05$ . The patients' nursing satisfaction in the experimental group was higher than that of the control group  $P < 0.05$ . **Conclusion** The application of TCM nursing method in patients with myocardial infarction is better, which can significantly improve patients' bad mood and shorten their hospitalization time and has high clinical value.

**Keywords:** myocardial infarction; TCM nursing; application value; chest discomfort

心肌梗死是指因冠状动脉急性持续性缺血缺氧导致的心肌坏死,其可并发心律失常、休克和心力衰竭,严重时危及患者生命安全<sup>[1]</sup>。心肌梗死患者多发生在冠状动脉粥样硬化狭窄的基础上,其在某些诱因作用下导致冠状动脉粥样斑块破裂,血肿的血小板在破裂的斑块表面聚集而形成血栓,导致冠状动脉管腔阻塞,从而出现心肌缺血坏死的情况,心肌耗氧量剧烈增加或冠脉痉挛也可导致患者发生急性心肌梗死<sup>[2]</sup>。本研究对心肌梗死患者应用中医护理的效果进行分析,报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 从我院2015年3月—2017年3月收治的心肌梗死患者中选取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41~78岁,平均(54.28±4.95)岁,其中前壁心肌梗死24例,下后壁心肌梗死15例,高侧壁和正后壁梗死11例。试验组男27例,女23例,患者年龄43~76岁,平均(54.39±4.87)岁,其中前壁心肌梗死26例,下后壁心肌梗死15例,高侧壁和正后壁梗死患者9例。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,主要是在患者入院后密切观察其病情变化,给予吸氧、多功能监控以及心理护理等。试验组在对照组基础上采用中医护理,具体如下。

**1.2.1 辨证施护** 患者入院后对其进行全面的评估,其中不仅要了解患者的疼痛部位和性质,还要了解其发作时间。观察其舌苔情况、脉象和面色,并且要对患者皮肤表面的温度和湿度进行测定,根据各项指标对其进行综合评估,并对患者的证型进行分类,对于阴寒凝滞的患者,其治疗过程中应积极做好保暖措施,对于气滞血瘀的患者应给予行气通络的治疗,对于阳气虚衰的患者应注意顾护阳气。

**1.2.2 饮食护理** 在患者治疗过程中,要为其搭配合理的饮食结构,确保其营养摄入充足且均衡。对于心肌梗死患者,其日常饮食量应控制在一定范围内,尽量避免患者出现饱胀的情况,让患者多食用牛奶、鸡蛋和瘦肉等营养丰富的食物,并且要增加日常饮食中的新鲜蔬菜和水果。患者治疗过程中应禁止其食用生理刺激食物、油腻食物和辛辣食物,避免对消化系统造成刺激。患者的饮食应以易消化的食物为主,避免患

者发生便秘的情况,并且要指导患者在排便时不能太使劲,避免因腹压过高而导致心脏负荷加重。实际饮食护理中可根据患者的证型进行辨证施护,其中心阴不足和气血亏虚的患者可给予其猪心、玉竹、党参和当归等进行食疗。

**1.2.3 情志护理** 心肌梗死患者多存在各种不良情绪,其中焦虑、抑郁和恐惧等较为常见,而这些不良情绪均会对患者的治疗依从性造成影响,因此需要根据实际情况给予其有效的情志护理。其中护理人员可以在患者治疗过程中多与其进行沟通交流,引导患者多想一些积极乐观的事情,并在患者治疗过程中多与其分享其感兴趣的新闻,满足其合理要求,从而让不良情绪得到改善。对于存在恐惧心理的患者,应多给予其关怀和鼓励,并且要联合家属多给予患者陪伴,从而帮助其建立治愈的信心。

**1.2.4 按摩耳穴** 在患者治疗过程中还可以给予其按摩耳穴护理,首先需要将未进行炮制的王不留行清洗干净,常规消毒后将其粘贴于大小合适的胶布上,选择患者的耳穴神门、皮质、心下和交感穴等作为主穴,根据患者的证型选择相应的配穴,然后将带有王不留行的胶布粘贴于患者双耳的相应穴位,每次粘贴时间为5 min,每日给予患者治疗2次,在患者粘贴后出现酸麻胀疼等感觉时给予患者穴位按摩,每3日对患者粘贴的胶布进行1次更换,并在更换时观察患者粘贴部位的皮肤变化情况。

**1.3 观察指标** 对患者护理前后的不良情绪评分进行观察,对患者护理后左室射血分数(LVEF)和住院时间进行统计,并对患者护理满意度进行调查。不良情绪评分用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)完成,分值越高代表不良情绪越严重。用自制量表完成满意度调查,分为非常满意、基本满意和不满意。

**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,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 患者护理前后不良情绪评分** 护理前2组患者不良情绪评分无显著差异,护理后试验组评分更优, $P<0.05$ ,见表1。

表1 2组患者不良情绪评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	时间	SAS	SDS
试验组	50	护理前	46.25±5.73	48.62±6.48
		护理后	21.33±4.18	20.58±4.22
对照组	50	护理前	46.94±5.62	48.51±6.73
		护理后	32.15±4.59	31.64±5.43

**2.2 患者LVEF和住院时间** 2组患者治疗后LVEF与住院时间比较,试验组更优, $P<0.05$ ,见表2。

表2 2组患者治疗后LVEF和住院时间比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	LVEF(%)	住院时间(d)
试验组	50	63.25±5.24	17.25±6.58
对照组	50	57.18±5.03	26.92±7.14

**2.3 患者护理满意度** 患者护理满意度比较,试验组更高, $P<0.05$ ,见表3。

表3 2组患者护理满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度
试验组	50	27(54.00)	21(42.00)	2(4.00)	48(96.00)
对照组	50	20(40.00)	15(30.00)	15(30.00)	35(70.00)

## 3 讨论

心肌梗死是临床上常见的心血管疾病,患者发病后通常会出现原有的心绞痛加重且每次发作的时间延长的情况,典型患者会出现突然发作剧烈而持久的胸骨后或心前区压榨性疼痛、神志障碍、心律失常和发热等症状,对其正常生活造成严重影响<sup>[1]</sup>。临床上对心肌梗死患者的治疗主要以挽救濒死的心肌,缩小梗死面积,保护心脏功能和及时处理并发症为原则,一般能取得较好的效果<sup>[2]</sup>。

中医上认为心肌梗死属于胸痹的范畴,其主要是因为外邪入侵、饮食不节和脏腑亏虚所致<sup>[3]</sup>。在对患者进行治疗时,其多存在各种不良情绪且病情较为严重,因此需要给予其有效的护理配合。中医护理强调从整体入手,确保护理工作具有针对性,因此在对心肌梗死患者进行护理时应注重患者的营养,给予患者脏腑濡养、耳穴按摩和辨证施护,从而起到养血宁心安神、疏肝益气补肾,并提升患者抵抗力的作用<sup>[4]</sup>。在实际的护理中,辨证施护不仅能有效促使患者治疗方案的顺利实施,还能让患者的痛苦得到减轻,促使其更好地配合医护人员的工作,从而让其治疗效果得到提升。

本研究分析心肌梗死患者应用中医护理的效果,2组患者治疗前不良情绪评分比较无显著差异;护理后评分比较,试验组更优, $P<0.05$ 。2组患者护理后左室射血分数和住院时间比较,试验组更优, $P<0.05$ 。2组患者护理满意度比较,试验组更优, $P<0.05$ 。综上所述,在心肌梗死患者治疗过程中中医护理的应用效果显著,值得推广应用。

### 参考文献

- [1]刘萍.中医护理干预对急性心肌梗死患者心理和疗效的影响研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(28):140-141.
- [2]陈瑾,李小玲.中医综合护理干预在急性心肌梗死患者中的应用价值分析[J].中国现代医生,2017,55(14):148-151.
- [3]闫瑞.中医护理干预对急性心肌梗死患者情绪与疗效的影响[J].首都食品与医药,2017,24(6):96.
- [4]管四君.中医护理对心肌梗死患者的效果研究[J].中国现代药物应用,2016,10(8):209.
- [5]于利娜,钱文茹.中医护理干预对急性心肌梗死患者心理和疗效的影响研究[J].河北医学,2015,21(10):1734-1736.
- [6]李秀敏,吕燕,张瑞芹.中医护理干预在心肌梗死患者中的应用价值研究[J].内蒙古中医药,2015,34(10):157.

(本文编辑:李海燕 本文校对:兰晶 收稿日期:2018-04-03)

## 穴位治疗晕动病的现状综述<sup>※</sup>

包宇<sup>1</sup> 石炎萍<sup>1</sup> 王潇凡<sup>1</sup> 侯超峰<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:** 晕动病又称运动病, 据流行病学调查显示, 约有80%的人有晕动病的经历, 而在航海和航天活动中大约有35%~67%的工作人员有过体验。晕动病发作时严重影响着人们的工作生活。中医将晕动病归于“眩晕”范畴, 针灸是临床治疗晕动病常用方法。但由于目前临床对于晕动病的针灸治疗存在取穴多样、没有统一标准等问题, 出现治疗效果不一的现状。因此总结针灸治疗晕动病常用有效穴位, 对提高针灸治疗晕动病的效果具有重要意义。现将近20年来针灸治疗晕动病的穴位进行搜索、收集、分类、整理, 以期为临床治疗晕动病提供更加有效、便捷的取穴。

**关键词:** 晕动病; 常用穴位; 针灸; 耳穴; 临床应用; 眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.062

文章编号:1672-2779(2018)-15-0143-04

### Summary of the Current Status of Acupoint Therapy for Motion Sickness

BAO Yu<sup>1</sup>, SHI Yanping<sup>1</sup>, WANG Xiaofan<sup>1</sup>, HOU Chaofeng<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 450008, China;  
2. Basic Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

**Abstract:** Motion sickness is also known as kinetosis. According to the epidemiological survey, about 80% people have the experience of motion sickness. And there are about 35%~67% workers which have the motion sickness in navigation and aerospace activities. Motion sickness affects people's work life seriously. In traditional Chinese medicine, the motion sickness is attributed to the category of vertigo. Acupuncture is a commonly used method for clinical treatment of motion sickness. However, there are many problems in clinical acupuncture treatment for motion sickness, such as multiple selection points, no uniform standard and so on. There is a current situation of different therapeutic effects. Therefore, summarizing the commonly used effective acupuncture points for acupuncture treatment of motion sickness is of great significance for improving the effect of acupuncture for the treatment of motion sickness. Now we have searched, collected, sorted and sorted acupuncture points for acupuncture and moxibustion for 20 years, in order to provide more effective and convenient acupoint selection for clinical treatment of motion sickness.

**Keywords:** motion sickness; common acupoints; acupuncture; auricular points; clinical application; vertigo

晕动病是机体在不适宜的运动环境刺激下, 表现出以头晕、胸闷、心慌、恶心、呕吐不止、面色苍白, 甚至脱水、电解质紊乱、休克等前庭和自主神经反应为主的症候群<sup>[1]</sup>。晕动病在发作时强烈的恶心呕吐等前庭神经植物功能紊乱, 使人们在乘坐交通工具时非常不适, 严重影响着人们的生活和工作。对于晕动病的发病机制, 目前尚不清楚, 主要是“神经不匹配学说”“前庭冲突学说”“中枢乙酰胆碱递增学说”, 三种学说都认为晕动病发作与前庭系统的功能障碍有关<sup>[2-3]</sup>。现代医学治疗多采用苯海拉明、山莨菪碱等中枢抑制药、抗交感药、抗胆碱能药以及抗组胺药物, 以抑制中枢神经, 解除胃肠道的痉挛, 在一定程度上缓解患者在旅途过程中的头晕、恶心、呕吐、心慌、胸闷等症状<sup>[4]</sup>。但是西药只能解除一时不适, 不能从根本上纠正晕动病患者的易感体质, 复发率较高, 且患者每次出行前均需要服用此类药物。在长时间反复使用此类药物后会使得机体敏感性降低, 停药后反跳性增强, 加重患者

晕动的症状, 甚至会出现口干、眩晕、嗜睡等不良反应。中医认为晕动病的病因包括“无风不作眩”“无痰不作眩”“无虚不作眩”“无瘀不作眩”<sup>[5]</sup>, 以及“脾胃气虚论”<sup>[6]</sup>。针灸、耳穴是中医临床治疗晕动病的常用方法。运用中医针灸、耳穴辨证治疗晕动病在临床已取得良好的疗效, 能够显著减少晕动病发生次数, 甚至能从根本上改善患者易感体质, 且基本无不良反应。

### 1 晕动病的中医病因病机概述

中医将晕动病归属于“眩晕”范畴。《医林准绳·眩晕》载:“仓卒之间, 首如物蒙, 心如物摇, 招摇不定, 目昏花, 如立舟船之上, 起则欲倒, 恶心冲胸, 呕逆奔上, 得吐少苏, 此真眩晕也”, 与晕动病发病时情况极为相似。中医认为晕动病是内外因共同作用的结果。髓海不足, 气血亏虚及痰浊中阻, 是该病的根本原因, 旋转、摇摆、颠簸则是外在诱因, 内因在外因的引动下导致机体气机逆乱, 升降失和, 脑失充养, 痰浊上逆, 上扰清空而发为晕动病。从中医脏腑辨证角度来看, 素体脾胃虚弱与晕动病的发作有着密切关系。脾胃虚弱恰逢舟车的旋转、摇摆、颠簸而劳顿使脾胃虚甚, 脾胃气机运行不畅, 升降失常, 胃气上逆

※ 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

则发为恶心、呕吐。脾阳不升，髓海失养，脾失健运，水谷不化，聚而成痰，上犯清空从而头痛、眩晕。

## 2 临床治疗晕动病取穴原则

根据晕动病平时不发，发后可愈，愈后如常人，发作时恶心、呕吐、头痛、眩晕的症状特点，临床针灸取穴治疗晕动病多采用发时治标，平时治本的原则<sup>[7]</sup>。结合“头为诸阳之会，脑为神明之府，神能驭气”的中医理论，临床取头穴，以调经脉之气血，升督脉之阳气，安神醒脑，从标治疗晕动病；根据晕动病发作时恶心、呕吐、头晕、胸闷等症状，取脾胃经脉循行路线上或经现代研究表明具有特殊治疗作用的穴位，以畅脾胃之气机、复脾胃之功能，健脾益胃从本治疗晕动病；结合“脾为生痰之源”“无痰不作眩”“无虚不作眩”“无瘀不作眩”的中医理论，临床将头穴与体穴配合使用以健脾醒脑、豁痰开窍，标本兼治。另外中医耳穴也广泛运用于治疗晕动病。《灵枢·口问》曰：“耳者，宗脉之所聚也”。手足三阴三阳经皆上循于耳或别络于耳，故耳与五脏六腑，全身组织器官的生理功能和病理变化有直接或间接的联系。根据耳穴的分布理论，人体的耳朵犹如一个倒立的胎盘，一般与头面相应的耳穴多分布在对耳屏与耳垂处，与消化道相应的耳穴多分布在耳轮脚周围，所以临床多采用耳屏、耳垂和耳轮脚部位的耳穴进行按压或贴服治疗晕动病。

## 3 临床穴位治疗晕动病方法

中医临床在治疗晕动病时，多单用头穴治疗，或单用体穴治疗，或头穴配合体穴治疗，或采用耳穴治疗。总结出包括晕痛针、健脾醒脑、皮内针埋穴、阶梯习服联合针刺、耳穴贴压等多种治疗晕动病方法，

临床检验效果良好。

**3.1 单用头穴、体穴治疗晕动病** 百会位于头顶正中线与两耳尖连线的交叉处，四神聪位于百会前、后、左、右各旁开1寸，百会、四神聪都处于人之巅顶，是全身阳气聚集之处，具有调和阴阳、益脑安神作用。现代研究表明：百会、四神聪浅表部位有丰富的血管和神经，针刺可以增加大脑局部的血液循环，清除脑组织在缺血缺氧状态下产生的自由基，具有改善脑缺血、保护脑组织的作用<sup>[8,9]</sup>。临床多用百会、四神聪治疗头疼、头晕。内关为手厥阴心包经的输穴，能宁心安神、理气止痛，并且对心率有双向调节作用<sup>[10]</sup>。翳风是疏风降逆、行气开窍的要穴。翳风和内关同用，有降逆止呕的作用。神阙（脐）是人体经脉气血运行的交通枢纽，皮下无脂肪，血液循环丰富<sup>[11]</sup>。针刺内关、翳风配合脐部药物贴敷，可以明显改善晕动病发作时患者心烦、心慌、烦躁不安、恶心、呕吐等症状。中渚是三焦经气血强盛之处，针刺此处，可以充养气血。委阳是三焦的下合穴，能够疏利三焦气机。中渚、委阳两穴合用，能够使三焦气机通畅，脾胃化生之气血顺利抵达头面诸窍，改善晕动病发作期间的头晕、目眩、面色苍白等症状。

**3.2 头穴配合体穴治疗晕动病** 天枢、中脘是足阳明胃经重要穴位，也是保健要穴，有舒调肠腑、理气和胃、化湿降逆的作用，主治胃肠不适，恶心，呕吐。足三里是足阳明胃经的下合穴，是十二经脉气血出入之处，针刺足三里穴可以增加胃肠道的蠕动，缓解胃肠的痉挛疼痛<sup>[12]</sup>。气海是宗气所汇之处，有补气、调气之功效，通过一定的补泻手法，可以统调肝脾肾三脏的气虚证，补益先天之本和后天之本。关元为先天之气

表1 临床治疗晕动病的头穴、体穴及头穴配合体穴使用情况

作者	使用穴位	干预措施		总有效率(%)	
		治疗组	对照组	治疗组	对照组
宁德春 <sup>[14]</sup>	印堂、太阳、四神聪	四神针向周围平刺，印堂向下刺达鼻根；太阳穴直刺0.8~1寸	无	97.00	无
秦升 <sup>[15]</sup>	印堂、太阳、四神聪	四神针向周围平刺，印堂向下刺达鼻根；太阳穴直刺0.8~1寸	口服苯海拉明0.3~0.6 mg每日3次	97.00	70.00
耿炜 <sup>[16]</sup>	中渚、委阳	中渚直刺8 mm，委阳直刺30 mm，留针10 min	无	94.70	无
杨尊求 <sup>[17]</sup>	内关、翳风、神阙	出发前30 min双侧内关穴皮内针埋穴，神阙、双侧翳风敷贴晕车贴	乘车前30 min，口服苯海拉明25 mg	92.06	80.65
董建萍 <sup>[18]</sup>	百会、四神聪、天枢、中脘、气海、关元	前、左、右神聪透百会，后神聪透后头项针40~50 mm 天枢、中脘、气海、关元直刺，留针40 min	乘车前30 min，口服苯海拉明50 mg	90.32	82.14
高昱 <sup>[19]</sup>	百会、四神聪、内关、合谷、足三里	百会逆督脉平刺，四神聪向百会平刺均15~20 mm，内关穴直刺10~15 mm，合谷直刺15~25 mm，足三里直刺25~50 mm，均留针20 min 行针2次	乘车前30 min，口服苯海拉明50 mg	98.00	74.00
卢岩 <sup>[20]</sup>	百会、四神聪、内关、合谷、足三里	百会逆督脉平刺，四神聪向百会平刺，均15~20 mm，内关穴直刺10~15 mm，合谷直刺15~25 mm，足三里直刺25~50 mm 留针20 min	延缓针刺治疗	96.00	0.00
张琦 <sup>[21]</sup>	百会、四神聪、内关、合谷、足三里	百会逆督脉平刺，四神聪向百会平刺均0.5~0.8寸，内关、合谷直刺0.5~1寸 足三里直刺1~2寸，留针20 min	阶梯习服法	66.67	75.00

海,是养生吐纳,吸气凝神之地,可以固阳补元气,培元固本,增强机体的正气和抗邪能力。现代研究发现,通过针刺天枢、中脘、气海、关元,对机体内分泌系统,消化系统都具有良性的调整作用,并且能够提高机体免疫力<sup>[13]</sup>。天枢、中脘、气海、关元四穴合用以调理脾胃之气血阴阳,改善素体脾胃气血亏虚,配合四神聪和百会镇静安神,开窍醒神,达到标本兼治的效果。临床治疗晕动病的常用头穴、体穴及头穴配合体穴具体情况见表1。

**3.3 耳穴治疗晕动病** 耳神门在三角窝中1/3的上部,具有镇静安神、开窍醒脑作用<sup>[21]</sup>;内耳在耳垂正面中央,主治内耳眩晕症,耳鸣;交感在对耳轮下脚前端与耳轮内缘,主治胃肠痉挛、自主神经功能紊乱;胃在耳轮脚消失区,主治胃肠痉挛,恶心呕吐,前额痛。临床研究表明:神门、内耳、交感、胃等耳穴具有良好的镇静、镇痛功能,能调节大脑皮质的兴奋和抑制,调节内分泌,激发人体内部反馈调节能力,维持人体功能的平衡和稳定<sup>[23]</sup>。神门、内耳、交感、胃在耳部清晰,易于取穴,穴位的药物贴敷或手指按压都有较好的治疗效果,易于晕动病患者在长期旅途使用。临床治疗晕动病经常使用的耳穴具体情况见表2。

表2 临床治疗晕动病的耳穴使用情况

作者	使用耳穴	使用方法	总有效率(%)
李月 <sup>[24]</sup>	神门、内耳、交感、心、内分泌	王不留行籽贴敷配合指压,出行前使用	90
张雪莹 <sup>[25]</sup>	神门、内耳、胃、肾	王不留行籽贴敷,出行前使用	90
陈叙波 <sup>[26]</sup>	神门、内耳、交感、胃、外耳、脑点	王不留行籽贴敷,出行前使用	95
钱智敏 <sup>[27]</sup>	神门、交感、胃、心	小磁粒贴敷,出行前使用	78

#### 4 临床治疗晕动病常用穴位统计

在查阅大量文献后,依据论文发表的时间,将常用的穴位按照临床工作者使用年份进行查找,并统计出近20年来常用穴位使用的频次,最后进行穴位的收集、整理、归类,最终找到运用穴位治疗晕动病相关文献共18篇,整理以“四神聪”为代表包括头穴、体穴、耳穴的9个常用穴位。具体情况见表3。

表3 临床治疗晕动病最常用的穴位的使用年份和使用频数

常用穴位	使用年份(年)	使用频数总数/(18次)
四神聪	2011、2012、2014、2015、2017	5/18
百会	2014、2015、2017	4/18
内关	2011、2014、2015、2017	4/18
神门	1999、2006、2013、2014	4/18
内耳	1999、2006、2013、2014	4/18
合谷	2014、2015、2017	3/18
足三里	2014、2015、2017	3/18
胃	1999、2006、2014	3/18
交感	1999、2006、2013	3/18

#### 5 小结

中医认为晕动病发作时的头疼、眩晕、恶心、呕吐等症状是标,而素体的脾胃虚弱是本,故已发时宜治其标,未发时宜治其本。针灸一直是临床治疗晕动的常用方法,多选用体穴、耳穴、头穴进行针刺、穴位按压贴敷,标本兼治。通过查阅有关穴位治疗晕动病的文献资料,对穴位治疗晕动病的疗效进行考证,对其常用穴位进行收集、整理、统计,一方面为临床治疗晕动病提供思路;另一方面为临床提供更加准确有效的针灸取穴,使针灸治疗晕动病更好地运用于临床。但由于穴位治疗晕动病的文献不足,所以检索到的相关参考文献有限,收集的穴位不多,且有些穴位存在取穴不便等问题。根据中医针灸学理论,十二经脉和奇经八脉中可供治疗晕动病的穴位很多,如“去痰之要穴”丰隆,“去湿之要穴”阴陵泉,以及“大肠募穴”天枢等,都对头痛、眩晕、恶心、呕吐、腹痛有良好的疗效,且取穴位置方便,患者易于接受。但临床用其来治疗晕动病的相关文献报道较少。晕动病从现代医学或中医学理论分析,其发病原因都较繁杂。因此在选择常规穴位治疗的基础上,还应结合晕动病的病因,辨证论治,不断创新,寻找患者易于接受的新治疗穴位,并结合现代科学技术从细胞、分子亚显微水平进行大样本、多中心的不同穴位之间比较或者不同穴位组合比较,以期获得最佳治疗效果。

#### 参考文献

- [1]韩晨霞,李峰,刘燕,等.晕动病的中西医研究进展[J].河北中医,2013,35(7):1097-1100.
- [2]岳阳,姜树军,徐洪涛.晕动病的发病机制研究进展[J].转化医学杂志,2015,4(6):382-384.
- [3]罗琳,朱晓斐,盛文博,等.晕动病的发病机制及诱因的研究进展[J].继续医学教育,2013,27(7):70-74.
- [4]傅伟强,谭志雄.碳酸氢钠联合苯海拉明治疗眩晕症疗效观察[J].吉林医学,2015,36(12):2591-2592.
- [5]傅强,关若丹.晕动病的病机及治疗[J].河南中医,2004(7):16-19.
- [6]易华波.浅谈运用健脾化饮法预防晕动病[J].江西中医药,2013,44(7):37-38.
- [7]许雪莲,牛子军.针刺梁丘、合谷防治晕动症体会[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(89):120.
- [8]连清,刘伟超,王伟光,等.“调神益智”针刺治疗颈性眩晕的临床研究[J].中国中医急症,2016,25(4):575-578.
- [9]韩艳丽,张志军,王宝亮.针刺四神聪百会治疗失眠 68 例[J].河南中医,2017,37(12):2194-2196.
- [10]林红.针刺内关穴对正常人脉率调节作用的观察[J].中国针灸,2000(10):47-49,4.
- [11]邓晶晶.针刺对腹部术后胃肠运动功能紊乱的调整作用及机理研究[D].广州:广州中医药大学,2010.
- [12]任彬彬,余芝,徐斌.针刺对胃肠运动双向调节作用概述[J].中国针灸,2012,32(8):765-768.
- [13]肖爱佛,李长辉.俞募配穴法在针灸中的应用研究进展[J].亚太传统医药,2018(3):73-74.
- [14]宁德春,秦升.晕痛针法治疗晕动病 30 例疗效观察[J].中医临床研究,2012,4(4):29.
- [15]秦升,宁德春.晕痛针法防治晕动病的临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(24):34.
- [16]耿炜,袁冉冉,胡怀珍,等.针刺中渚、委阳穴治疗晕动病 19 例[J].中国针灸,2017,37(11):1249-1250.
- [17]杨尊求,苏华新.皮内针埋穴配合穴位敷贴治疗晕动病的临床观察[J].

- 湖北中医杂志,2011,33(7):71.
- [18]董建萍,唐懿.头穴透刺结合腹针治疗晕动病59例临床观察[J].黑龙江中医药,2017,46(1):58-59.
- [19]高昱,李霞.健脾醒脑针刺法防治晕动病临床研究[J].河南中医,2015,35(11):2842-2843.
- [20]卢岩,马凤君,王彤,等.健脾醒脑针刺法防治晕动病疗效对照观察[J].中国针灸,2014,34(6):543-546.
- [21]张琦,冷辉,石磊.阶梯习服方案联合针刺治疗晕动病临床研究[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(5):162-165.
- [22]李虹.药物配合针刺加耳穴贴压治疗颈性眩晕32例临床观察[J].中医药导报,2007(6):69-70.
- [23]林小婷.耳穴贴压在耳眩晕护理中的应用观察[J].中医药导报,2014,20(8):140-141.
- [24]李月,于恒.耳穴贴压配合指压法对航海运动病的疗效观察[J].中医药信息,2013,30(4):66-67.
- [25]张雪莹.姜片敷脐配合耳穴贴压治疗晕动症疗效观察[J].中国中医药科技,2014(z2):171-171.
- [26]陈叙波,郑富国,贾宁.耳穴贴压防治晕动病的疗效观察[J].中医临床研究,2014,6(23):26-27.
- [27]钱智敏.晕动片及磁贴防治晕动病45例疗效观察[J].中国针灸,1999,19(S1):35-36.

(本文编辑:李海燕 本文校对:杨丽萍 收稿日期:2018-04-26)

## 辨证施治血管性痴呆研究进展与思考<sup>※</sup>

周流畅<sup>1</sup> 庞喜乐<sup>1</sup> 刘立瑾<sup>1</sup> 李薇<sup>1</sup> 郑浩涛<sup>2</sup> 邬周科<sup>1,2\*</sup>

(1 广州中医药大学第四临床医学院,广东 深圳 518033; 2 深圳市中医院脑病与心理病科,广东 深圳 518033)

**摘要:** 血管性痴呆在临床上缺乏有效治疗手段,而其防治在当今时代凸显出重要意义。其中医临床证型多样,各医家证候分型及辨证选方多有不同。文章从中医“呆病”入手,对目前血管性痴呆的临床研究进行归纳整理、总结展望,以期进一步规范中医证型及诊治标准,协助临床诊疗。

**关键词:** 血管性痴呆; 中医证型; 研究进展; 呆证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.063

文章编号:1672-2779(2018)-15-0146-03

### Research Progress and Reflection on Syndrome Differentiation Treatment of Vascular Dementia

ZHOU Liuchang<sup>\*</sup>, PANG Xile<sup>1</sup>, LIU Lijin<sup>1</sup>, LI Wei<sup>1</sup>, ZHENG Haotao<sup>2</sup>, GUO Zhouke<sup>1,2</sup>

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

2. Department of Encephalopathy and Psychiatry, Shenzhen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Shenzhen 518033, China)

**Abstract:** Vascular dementia is lack of effective treatment in clinical medicine, and its prevention has shown great significance in today's era. There are many kinds therapeutics to do with it in traditional Chinese medicine. However, the syndromes are quite different in TCM, and there is no syndrome standard so that different doctors have different syndrome differentiation. In order to further standardize the TCM syndrome type and diagnostic standard, this review article summarized and classified recent vascular dementia TCM clinical research.

**Keywords:** vascular dementia; TCM syndrome differentiation; research progress; dementia

血管性痴呆 (vascular dementia, VD) 即多发性梗塞性痴呆和血管性认知障碍,多由于一系列脑血管疾病造成患者脑实质受损而导致的认知功能障碍综合征,临床多急性起病,病程呈阶梯式变化,常见症状为记忆力减退、认知功能下降等。该疾病的发生与脑卒中复发次数、病灶数目与侧向、是否伴随糖尿病、饮酒和受教育程度有关<sup>[1]</sup>。随着全球脑血管病发病率逐年上升、人口老龄化进程不断加速、人们对于生存质量要求的提高,使其预防、诊断及治疗受到广泛关注。近年来,一些研究表明中医药对于血管性痴呆的治疗效果显著,许多医家运用中医理论对血管性痴呆患者实行辨证施治,患者在临床症状、生存质量等方面,取得较理想的改善。本文将从血管性痴呆的中医辨证分

型入手,通过辨证施治、专方治疗等,总结治疗进展与疗效,为临床医生们提供参考。

#### 1 中医辨证分型

《内经》最早有相关记载:“脑为髓之海……髓海不足则脑转耳鸣,胫酸眩冒”。王清任曾指出“高年无记性者,脑髓渐空”“有瘀血也令人善忘”的观点。《医学心悟》中有“肾虚则智不足”的论述。古人的叙述强调了肾虚髓海不充、体内血瘀日久等中医证型可致人“善忘”。

近年来关于血管性痴呆的中医辨证分型有许多研究,其中肾虚髓亏、肝肾阴虚、痰蒙清窍、瘀阻清窍、心肝火旺、心脾两虚、气虚血瘀这7种证型被认为是血管性痴呆的最基本证型<sup>[2]</sup>。《中医内科学》教材<sup>[3]</sup>将痴呆分为髓海不足、脾肾两虚、痰浊蒙窍、瘀血内阻和心肝火旺这5型。谢颖桢等<sup>[4]</sup>认为最常见的3类证候分别为:肝肾精亏、痰瘀内阻,脾肾两虚、痰瘀内阻和肝脾肾虚、痰瘀内阻;根据血管性痴呆的演变过程和动态变化,可将其分为平台期、波动期和下滑期,并提倡采

<sup>※</sup> 基金项目:广东省中医药局建设专项[No.201707060738];广东省中管局课题 [No.20182122]; 广东省深圳市科创委学科布局[No. JCYJ20160428174825490]; 广东省深圳市科创委自由探索项目[No. JCYJ20170307154620600]

\* 通讯作者:szzyygzk@126.com

取先分期后分型的方法辨证施治。刘玉等<sup>[5]</sup>通过分析整理治疗血管性痴呆的方药,总结出其主要证型集中在血瘀证、痰浊阻滞、气虚证、血虚证、阴阳亏虚和肝阳上亢。伍大华<sup>[6]</sup>分析血管性痴呆虚证中常见的证候类型有肾精亏虚、髓海不足、肝肾不足,实证主要是瘀阻脑络和痰浊蒙窍。石江伟等<sup>[7]</sup>通过血管性痴呆量表(SDSVD)研究血管性痴呆患者发现,血管性痴呆的病位涉及三焦且多个器官常相兼为病,统计中可见肾精亏虚、痰瘀阻络为最常见的证型。

综上,本文认为髓海不足、脾肾两虚、痰浊蒙窍、瘀血内阻为血管性痴呆的常见证型,而补益脾肾、活血化痰、化痰通窍为常用治法。

## 2 “呆病”经典方的辨证施治

辨证施治是中医诊疗过程中应遵循的核心思维。血管性痴呆属中医学“呆病”范畴,以《中医内科学》教材<sup>[1]</sup>为参考,取近年来研究报道中发病频率较高的4类证型的辨证施治,分别论述如下。

**2.1 髓海不足型** 作为血管性痴呆辨证分型中虚证的主要证型,其症状主要为智力减退,善忘,思维迟钝,词不达意,伴疲倦,腰膝酸软,头晕耳鸣,面部潮红,舌瘦色淡,苔薄白,脉沉细弱。治法为补肾益髓、填精养神,方选七福饮加减。程玥等<sup>[8]</sup>研究发现七福饮能显著改善血管性痴呆大鼠的记忆、认知障碍,增加大鼠在水迷宫实验中穿越平台次数及目标象限活动时间( $P<0.01$ )等,认为相关机制可能与其改善胆碱能神经功能、抗氧化和减少神经细胞凋亡有关。张彦红等<sup>[9]</sup>采用受试者前后自身对照比较的方法,发现苁蓉总苷胶囊对于本证型患者可起到显著改善其认知功能及生活能力的作用,同时对腰膝酸软、头晕耳鸣等相关中医证候具有显著的治疗作用。

**2.2 脾肾两虚型** 临床上该证型患者除了有记忆力减退的症状外,还表现出神情呆滞,寡言少语,纳呆,口齿不清,伴腰膝酸软,纳差,少气懒言或四肢不温,腹痛喜温喜按,五更泄泻,舌淡白,舌体胖大,苔白,或舌红少苔或无苔,脉沉细,双尺尤甚。治法为补脾健肾、益气生精,方选还少丹加减。吴天晨等<sup>[10]</sup>以还少丹加减作为治疗组,尼莫地平作为对照组,均治疗2个疗程,简易精神状态评价量表(MMSE)前后对比显示治疗组总有效率90.7%,多数患者的症状经过前后对比均有改善,相反,对照组仅为46.9%,2组有显著性差异( $P<0.05$ )。赵云等<sup>[11]</sup>研究显示还少丹治疗脾肾两虚型血管性痴呆能显著改善患者MMSE及日常生活能力量表(ADL)评分结果,差异具有统计学意义,疗效确切。

**2.3 痰浊蒙窍型** 该证型可见智力减退,神情呆滞或喃喃自语,时哭时笑,或沉默无语,呆若木鸡,伴脘腹痞满不适,口多涎沫,纳差,头昏、沉重感,舌淡,苔多白腻,脉滑。治法为豁痰开窍、健脾化痰,方选

洗心汤加减。康萍香等<sup>[12]</sup>研究的治疗组选用洗心汤联合奥拉西坦,结果该组患者的ALD评分升高、MMSE评分降低,经对比,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),说明治疗组患者的日常生活能力的认知功能皆有改善,研究发现其血脂改善情况同样优于对照组。刘华<sup>[13]</sup>所选的研究对象为年龄在65岁以上的血管性痴呆患者,对照组给予依达拉奉注射液,治疗组在此基础上加用洗心汤,经比较,2组治疗前各量表评分无明显差异( $P>0.05$ ),治疗后,治疗组MMSE、中医智能综合量表评分低于对照组,ADL、脑卒中专门化生活质量表(SS-QOL)评分高于对照组,且差异均具有统计学意义( $P>0.05$ ),显示洗心汤可改善本证型老年患者的中医证候、认知功能及认知功能等。

**2.4 瘀血内阻型** 该证型可见善忘,言语不利,反应迟钝,易心烦急躁伴口唇色暗,肌肤甲错,眼眶晦暗,舌紫暗或有瘀点,脉细涩或结代。治法为活血化瘀、开窍醒脑,方选通窍活血汤加减。该证型血管性痴呆患者除认知功能障碍的表现,常伴随各种精神行为症状(BPSD),濮正平等<sup>[14]</sup>将奥卡西平、通窍活血汤对于瘀血型患者激越行为的治疗效果进行了对比,发现通窍活血汤起效较慢,适合疾病稳定期维持治疗,其不良反应少且认知功能改善作用优于奥卡西平。武宏<sup>[15]</sup>共观察40例瘀血型血管性痴呆患者,其使用通窍活血汤加减治疗总有效率超过90%,在服药1~3个疗程后,其中17例记忆力、认知功能显著改善,23例痴呆程度未进展,认知功能有所改善。进一步显示通窍活血汤加减治疗该证型血管性痴呆有较好疗效。

## 3 专方、中成药治疗

近年来,许多医家结合自己的临床经验,基于中医辨证分型,提出了一些创新性的经验方。汤湘江等<sup>[16]</sup>的研究中试验组( $n=40$ )予补肾活血汤辨证施治,对照组( $n=40$ )予都可喜、尼莫地平,2组血管性痴呆患者MMSE及ADL评分均升高,且试验组的改善程度均优于对照组( $P<0.01$ ),其血液流变学相应指标同样优于西药对照组,并且未发现任何明显的副作用。邹俊杰等<sup>[17]</sup>将口服醒智颗粒的患者作为试验组,口服尼莫地平为对照组,经过3个月的治疗后,2组经比较,中医证候积分、MMSE、ADL、长谷川痴呆量表(HDS)评分均有所改善,醒智颗粒的疗效较尼莫地平更优。缪峰等<sup>[18]</sup>将符合条件的患者随机分为2组,试验组( $n=70$ )予补肾化痰颗粒,对照组( $n=70$ )予都可喜,以研究补肾化痰颗粒对于肾精亏虚、痰浊蒙窍证型的疗效,结果显示补肾化痰颗粒显著改善认知功能、同型半胱氨酸检测(Hcy)水平和血液流变学指标。高虹等<sup>[19]</sup>的研究中试验组选用参芪益智汤治疗,对照组选用吡拉西坦片,4周治疗后,2组经对比,其MMSE、ADL、血管性痴呆的中医辨证量表(SDSVD)积分对

轻度疾病患者，试验组的认知及日常活动积分均显著高于对照组。

#### 4 中西药结合疗法

临床上对于疾病治疗，中西药有各自的优缺点，根据患者自身状况与病程进行适时选择、适当运用，有利于提高临床疗效、减少不良反应、降低复发率。古春青等<sup>[20]</sup>研究的治疗组为奥拉西坦注射液的基础上加用还少丹治疗VD，对照组单用奥拉西坦注射液，2组痊愈率分别为69.05%和42.50%，有显著性差异 ( $P < 0.01$ )；总有效率分别为97.62%和92.50%，无显著性差异；停药后随访发现，2组复发率经对比有显著性统计学差异 ( $P < 0.01$ )。李雪琴等<sup>[21]</sup>将血管性痴呆患者随机分为2组，对照组 ( $n=30$ ) 静滴长春西汀、胞二磷胆碱加上口服尼莫地平片，治疗组 ( $n=30$ ) 在对照组基础上再予七福饮加减，2个疗程后，发现治疗组在升高HDS、MMSE和降低ADL评分方面明显优于对照组。

#### 5 针药结合疗法

除中药疗法外，针灸也是中医疗法的重要组成部分。冯宏伟<sup>[22]</sup>将脑梗死后血管性痴呆的患者 ( $n=50$ ) 分为2组，对照组予尼麦角林片，试验组在此基础上予中药（温胆汤加减）、针灸（取穴：百会、四神聪、悬钟、太溪等）治疗。结果发现针药结合治疗脑梗后血管性痴呆疗效显著，对于智力、生活能力等方面的改善均优于对照组，2组HDS、ADL、MMSE评分经对比具有显著性差异。孙远征等<sup>[23]</sup>将患者随机分为3组，对照组予都可喜片，针刺组予以针刺（主穴取百会、神庭、本神，配穴取丰隆等），针药组在针刺基础上加用脑得生丸。统计分析显示3组均有较好疗效，其中针药组和针刺组的MMSE、ADL、HDS评分具有统计学差异，针药结合组治疗效果最佳。痴呆患者多以呆傻愚钝为主要表现，是为属性阴的症状特点，然头为诸阳之会，针刺头部穴位可以起到激发阳气，扶正祛邪及醒脑开窍的作用。通过对治疗血管性痴呆的常用穴位总结，也可以发现主穴多以头部穴位为主，上述的诸多现代研究证实了针灸治疗血管性痴呆的疗效，因此针灸尤其是头针被广泛应用于痴呆的治疗且疗效显著。

#### 6 思考与展望

由于近年来脑血管病的发生发展呈不断增长的趋势，血管性痴呆的发病率也随之增加，其所导致的认知功能障碍严重影响了患者日常生活能力与社交能力，降低了患者的生存质量，因此对于这类疾病的临床研究亟待开展。

西医对于该疾病尚缺乏FDA批准的治疗药物，目前多使用胆碱酯酶抑制剂、NMDA受体拮抗剂、钙离子拮抗剂等缓解症状，且缺少大规模、多中心、随机对照试验。

中医治疗血管性痴呆具有显著疗效、不良反应少<sup>[14]</sup>，

与西药协同使用还可提高疗效、减少西药副反应、降低复发率<sup>[20]</sup>等特点，正逐渐受到医家和患者的重视。但笔者认为，大量血管性痴呆的中医辨证分型研究尚缺乏统一分型标准，对于中药、中西药结合、针药结合治疗该病的疗效，缺乏可比性与可重复性。其次，临床观察研究的样本量小，结果缺乏可信度。同时，治疗手段较为单一，对于病程变化中的综合治疗应用研究较少，如中西药结合、针药结合、药物治疗结合饮食、家庭护理等。值得一提的是，血管性痴呆是可防可控的，若在脑卒中发生后能及时干预，对高血压，吸烟，高胆固醇血症和糖尿病等诸多危险因素进行严格把控，便可预防血管性痴呆，降低该病的发病率。因此，社会媒体及医疗机构加强对该疾病的宣传普及已经迫在眉睫。

#### 参考文献

- [1]邢姝玲,黎凯.血管性痴呆的发病因素及中医证型的相关性研究[J].山西中医,2009,25(2):37-38.
- [2]马宏博,司国民,彭敏.血管性痴呆中医证候分布规律文献分析[J].世界中西医结合杂志,2012,7(3):185-186,221.
- [3]吴勉华,王新月.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:159-161.
- [4]谢颖贞,张云岭,梅建勋,等.血管性痴呆的证候观察分析[J].北京中医药大学学报,1999(2):37-39.
- [5]刘玉,秦秀德,梁伟雄.从血管性痴呆的方药分析论其证型分布[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(17):222-224.
- [6]伍大华,祝皓.血管性痴呆的辨证规律文献研究[J].中医临床研究,2011,3(20):109-111.
- [7]石江伟,刘小溪,贾玉洁,等.天津市334例血管性痴呆患者中医证候研究[J].天津中医药,2015,32(9):533-536.
- [8]程玥,张雪,陈淑娟,等.七福饮对血管性痴呆大鼠认知障碍及神经病理改变的影响[J].中成药,2015,37(9):2066-2069.
- [9]张彦红,朱磊,梁伟雄.苁蓉总苷胶囊治疗髓海不足型轻中度血管性痴呆40例[J].中医研究,2012,25(6):41-44.
- [10]吴天晨,许若晴.还少丹加减治疗血管性痴呆32例临床观察[J].湖南中医杂志,2012,28(5):43-44.
- [11]赵云,李志轩.还少丹治疗肝肾亏虚型血管性痴呆80例[J].河南中医,2010,30(4):380-381.
- [12]康萍香,齐晓霞,高霞,等.洗心汤加减联合奥拉西坦治疗痰浊蒙窍型血管性痴呆的临床研究[J].陕西中医,2016,37(1):35-37.
- [13]刘华.洗心汤对老年血管性痴呆中医智能综合评价及生活质量的影响[J].四川中医,2016(11):101-103.
- [14]濮正平,费玉娥,林勇,等.奥卡西平与通窍活血汤治疗瘀血内阻型血管性痴呆患者激越行为疗效比较[J].浙江中西医结合杂志,2014(8):659-661,668.
- [15]武宏.通窍活血汤加减治疗血管性痴呆40例[J].陕西中医,2006,27(11):1337-1338.
- [16]汤湘江,老膺荣,杨志敏,等.补肾活血汤加减治疗血管性痴呆的临床研究[J].广州中医药大学学报,2005,22(6):8-11.
- [17]邹俊杰,邹勇.醒智颗粒治疗血管性痴呆随机平行对照研究[J].亚太传统医药,2014,10(11):88-90.
- [18]缪峰,李会琪,袁有才.补肾化痰颗粒治疗血管性痴呆肾精亏虚痰浊蒙窍证[J].长春中医药大学学报,2015,31(1):124-126.
- [19]高虹,刘文华.参芪益智汤治疗脑血管性痴呆60例临床研究[J].光明中医,2015(5):992-994.
- [20]古春青,张慧俭,任珊.还少丹加减联合奥拉西坦注射液治疗血管性痴呆42例[J].河南中医,2013,33(9):1441-1442.
- [21]李雪琴,王致道.七福饮加减治疗血管性痴呆30例疗效观察[J].中国中医急症,2010,19(3):417,431.
- [22]冯宏伟.中医治疗脑梗死后血管性痴呆的临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(33):149.
- [23]孙远征,薛建琴.针刺配合脑得生治疗血管性痴呆的临床观察[J].针灸临床杂志,2008,24(12):7-8,58.

(本文编辑:李海燕 本文校对:林松俊 收稿日期:2018-05-08)

# 中医药治疗骨质疏松症的研究进展<sup>※</sup>

王佳辰

(上海市浦东新区大团社区卫生服务中心中医科, 上海 200120)

**摘要:** 检索近10年国内外治疗骨质疏松症新技术研究以及中药治疗骨质疏松症试验研究的文献, 总结近10年来中药治疗骨质疏松症研究取得的进展、目前存在的问题, 以及未来的研究方向。随着医学研究的不断深入, 近些年来在骨质疏松症的防治方面取得了许多可喜的成果, 但仍然存在如: 缺乏统一的辨证分型标准和疗效判定标准; 临床报道多为疗效观察和验案总结, 缺乏大样本量的随机双盲对照试验, 在中药作用机制方面的研究较少等问题。

**关键词:** 中医; 中药; 骨质疏松症; 研究进展; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.064

文章编号:1672-2779(2018)-15-0149-03

## Research Progress on Chinese Medicine in the Treatment of Osteoporosis

WANG Jiachen

(Department of Traditional Chinese Medicine, Community Health Center of Datuan in Pudong New Area, Shanghai 200120, China)

**Abstract:** The new research on osteoporosis in the past 10 years and the literature on the treatment of osteoporosis by traditional Chinese medicine was retrieved, and the progress of the study of osteoporosis in the past 10 years, the existing problems and the future research direction were summarized. With the deepening of medical research, many gratifying achievements have been made in the prevention and treatment of osteoporosis in recent years, but it still exists, such as: lack of a unified standard of syndrome differentiation and evaluation of curative effect, the clinical reports are mostly the observation of curative effect and the summary of the case, the lack of a random double blind control test with large sample. In the traditional Chinese medicine, there are few problems in the study of the mechanism of action.

**Keywords:** traditional Chinese medicine science; Chinese herbal medicine; osteoporosis; research progress; arthromyodynia

骨质疏松症是指许多因素综合作用导致机体的骨质量与骨密度下降, 使得人体的骨微结构遭到破坏, 增加骨骼脆性, 患者比常人更容易出现全身性骨病<sup>[1]</sup>。自21世纪以来, 随着人均寿命的提升与社会人口老龄化的加剧, 由骨质疏松症引发的病死率与致残率也呈现出逐年上升的趋势<sup>[2]</sup>。骨质疏松症已经对人们的身体健康造成严重威胁, 同时对家庭与社会造成较大的经济负担。有研究表明: 全球的骨质疏松症患者约有2亿人, 已经引起了医学界的充分关注<sup>[3-4]</sup>。据我国2006年的流行病学研究结果显示: 我国50周岁以上的人群中, 骨质疏松症患者约有6944万人, 保守估计有2.1亿人具有骨量减少的症状<sup>[5]</sup>。

骨质疏松症的治疗药物种类繁多, 目前临床常用的主要包括钙和维生素D, 骨转换抑制剂, 骨形成促进剂与解偶联剂四大类<sup>[6]</sup>。对于抗骨质疏松药物的联合使用以及序贯应用问题, 目前临床上尚无相关指导标准, 钙剂和维生素D的联合应用是公认的<sup>[7]</sup>。骨质疏松症属于中医“腰背痛”“骨痿”“骨痹”的范畴, 认为其发病机理在于机体具有血瘀、脾亏、肾虚等症状, 其治疗方法在于对机体进行调节, 从多个方面进行调和, 最终达到改善机体负钙平衡与激素失调的功效<sup>[8]</sup>。相对于西药治疗作用单一, 收效缓慢, 不良反应明显, 疗效甚微, 患者难以坚持长期治疗<sup>[9]</sup>, 在骨质疏松症的治

疗方面, 中药治疗表现出一定优势。

### 1 病因病机

骨质疏松症是现代概念, 在历代医书中并没有关于该病的记载, 但医书中描绘的“腰背痛”“骨痿”“骨痹”等症状与当今的骨质疏松症的临床表现较为相近, 许多学者都相信原发性的骨质疏松症属于骨痿的范畴, 其疾病的本质源于肾虚。大量研究表明: 肾虚会从多个方面影响到机体的骨代谢过程, 首先肾虚可以导致机体出现内分泌紊乱, 使得机体各类激素代谢异常, 造成调节局部骨代谢的因子的功能发生紊乱; 其次肾虚将改变机体微量元素的含量, 导致机体血清锌含量下降, 进一步对骨骼功能造成影响; 此外肾虚对机体骨质疏松症有关基因的调控与表达也会造成不利影响, 从多方面主导骨功能的变化<sup>[10]</sup>。

脾虚同样也是骨质疏松症的重要发病机制之一, 脾胃功能衰退失调将导致机体气血运行不畅, 导致骨骼无法得到足够的滋养, 从而成为骨质疏松症的隐患。中医认为骨质疏松症的病因以肾虚为主、脾虚为辅, 同时机体出现肝肾失调、血瘀等症状会促进骨质疏松症的发展<sup>[11]</sup>。

### 2 辨证论治

**2.1 辨证分型** 目前对于骨质疏松症的辨证分型还未得到一个较为统一的说法, 较为常见的分型包括: 分为3型, 即肾阴(阳)虚血瘀型、肾虚火炎型; 分为4型, 即为肾阴(阳)虚型、脾虚型、血瘀型; 分为5型, 即脾肾气虚型、肾精不足型、肝肾阴虚型、湿寒入侵型、血瘀

<sup>※</sup> 基金项目: 上海市浦东新区卫生和计划生育科技发展专项基金资助[No.PW2015C-2]

气滞型。可见骨质疏松症的辨证分型虽然未得到统一定义,但都是表现为以肾虚、脾虚为主要的致病机理<sup>[13]</sup>。学者谢雁鸣等<sup>[14]</sup>通过调查发现原发性骨质疏松症的一些疾病症状,其主导因素为肾阴虚,肾阳虚,气血亏损,血瘀,气滞等,其中以气血不足,肾虚,脾虚为最常见。进一步说明了骨质疏松症的病机以肾虚为本。

**2.2 治则治法** 中医治疗原发性骨质疏松症的临床用药是以补益肝肾为主,健脾益气,活血化痰为辅<sup>[15]</sup>。故在防治骨质疏松症的验方中,运用最多的药物为补益药,其次为活血化痰类药物。

### 3 抗骨质疏松常用中药

滋补药主要在于改善患者机体的肾阴虚、肾阳虚症状,起到补气、补血的功效,帮助患者滋阴补阳,调和气血,益气健脾<sup>[16]</sup>。伊伟恩等<sup>[17]</sup>筛选了记载治疗骨质疏松症组方用药的43部古代文献,合计271首方剂,共68味中药,其中药物运用频率由高到低依次为:熟地黄>淫羊藿>黄芪>骨碎补>补骨脂。以上药物大都属于补益药,性味上多以甘味为主,药性多偏温,归经大多属肝、肾经。由此可见,补益药在防治骨质疏松症中具有极其重要的地位。

**3.1 淫羊藿** 淫羊藿可全草入药,主治肾二经,为补命门、益精气、强筋骨、补肾壮阳之要药。淫羊藿总黄酮可以维持骨代谢的均衡状况,减少骨量丢失,从而预防骨质疏松症的出现,淫羊藿总黄酮还可以通过减少分泌肾上腺皮质激素从而减少骨坏死发生率<sup>[18]</sup>。淫羊藿苷对骨细胞I型胶原基因的表达与BGP合成具有促进效果,可对骨细胞体外培养起到促增殖、分化的影响<sup>[19]</sup>。

**3.2 熟地黄、黄芪** 熟地黄,功效滋阴补血,主要用于腰膝酸软、肾阴虚的治疗之中。黄芪,入肝肾二经,现代研究表明其有提高免疫力、改善心脏的供血情况,减缓细胞衰老的能力。欧莉等<sup>[20]</sup>学者用熟地、黄芪,共选取64例骨质疏松症患者展开研究,对照组患者口服钙尔奇进行治疗,治疗组用熟地黄配伍黄芪为主药治疗,6个月后治疗组能显著减轻骨质疏松引起的腰背疼痛症状,本次研究结果表明:使用熟地、黄芪对骨质疏松症患者实施治疗可以有效改善患者的临床症状,改善患者机体骨代谢水平情况,提高骨密度,同时提高性激素水平。

**3.3 补骨脂** 补骨脂,味辛、苦,性温,归脾、肾二经,主要用于治疗命门火衰、脾阳不足之证。卞琴等<sup>[21]</sup>学者通过研究齐墩果酸,补骨脂素,淫羊藿苷对由皮质酮引发的大鼠骨质疏松骨髓间质干细胞基因表达的影响,发现补骨脂素可以逆转干细胞基因表达谱中关于调节细胞周期、骨分化、细胞代谢以及Notch信号通路等12种基因的功能。

**3.4 续断** 续断,俗称“和尚头”,具有定经络、强筋骨、补肝的作用。科学研究表明:续断皂苷具有促进

骨细胞生长的功效,可以改善机体内碱性磷酸酶的活性,从而提高机体骨钙素的含量。有实验表明川续断皂苷VI具有促进大鼠体外骨髓间质干细胞增殖分化的效果,可以促进机体的骨骼形成<sup>[22]</sup>。

**3.5 杜仲** 杜仲具有强筋骨之功效。杜仲提取物对去卵巢大鼠骨质疏松症具有明显的防治作用,可升高血清雌二醇水平,降低雌二醇缺乏引起的体质量增加,调节机体骨代谢平衡,显著提高机体骨密度,改善骨小梁微结构<sup>[23]</sup>。

**3.6 牛膝** 牛膝可以活血化瘀,具有滋补肝肾的功效。王艳等<sup>[24]</sup>观察川牛膝在去卵巢大鼠体内的抗骨质疏松作用,结果发现川牛膝在去卵巢大鼠体内能抑制骨量丢失、改善骨生物力学性能,预防骨质疏松的发生。高卫辉等<sup>[25]</sup>还发现杜仲配伍牛膝可显著提高去卵巢骨质疏松大鼠血清雌二醇水平和股骨骨密度绝经后骨质疏松症。

**3.7 骨碎补** 骨碎补具有续伤止痛之效。骨碎补当前关于骨质疏松的研究热点在于骨碎补总黄酮,其能够起到增加机体骨量、改善骨骼质量、增强骨细胞的活性,促进其增殖分化过程,增加钙沉积与骨骼的矿化作用<sup>[26]</sup>。临床上强骨胶囊的主要成分就是骨碎补总黄酮,其能够有效缓解患者因骨质疏松症引起的骨痛,提高机体骨密度<sup>[27]</sup>。

**3.8 桑寄生** 桑寄生,味苦、甘,性温,归肝经。桑寄生水煎液可对抗维甲酸致大鼠骨质疏松,能明显提高骨质疏松模型大鼠左股骨骨重、骨重/骨长、骨重/骨直径等指标,且能降低大鼠血清中骨钙素、碱性磷酸酶的含量<sup>[28]</sup>。

## 4 总结

我国是一个发展中国家,随着医疗卫生事业的进步和经济水平的提高,老年人比例的逐年增加,我国正逐渐步入老年化社会,目前对骨质疏松症尚无切实有效的治愈方法,加上骨质疏松引起的高致残率,骨质疏松以及骨质疏松性骨折防治的重要性不言而喻。

中药作为中华历史上有着悠远流传历史的医学瑰宝,其对骨质疏松症的治疗与预防具有极其重要的应用价值。近些年来,在中药治疗骨质疏松症的研究方面取得了一系列令人满意的成果,但其仍存在一些问题有待解决。第一,目前临床上针对骨质疏松症的辨证论治,尚无一个统一的辨证标准,这对临床诊断造成了一定困难,需要整理出一套规范化的临床诊断标准才能取得新发现、新突破。第二,中药治疗由于其作用效果显现慢,所以当前西药仍然占了较大的比例,中药多用于辅助治疗,建议在安全、经济、有效的基础上,选择适宜的中药治疗,调整好中药与西药的使用配比,提高治疗效果,降低不良反应发生率。第三,临床报道多为疗效观察和验案总结,成果零乱,试验研究缺乏长期观察和跟踪报道。第四,现有的临床研究获取的样本数量较小,有的没有设置好对照比较,试验结果说服力不足。第五,对中药复方疗效的研究重复性较多,在中药作用机

制方面的研究较少,应加强协作,筛选出有效的中药方剂集中研究,阐明其作用机制。

### 参考文献

[1]张智海,刘忠厚,李娜,等.中国人骨质疏松症诊断标准专家共识(第三稿·2014版)[J].中国骨质疏松杂志,2014,20(9):1007-1010.  
[2]Anonymous. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy[J]. NIH Consensus Statement, 2000, 17(1):1-45.  
[3]肖建德.实用骨质疏松学[M].北京:科学出版社,2004:5.  
[4]戴如春,张丽,廖二元.骨质疏松的诊治进展[J].中国医刊,2008,43(4):4-6.  
[5]中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会.原发性骨质疏松症诊治指南(2011年)[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2011,4(1):2-17.  
[6]张燕燕,卢春燕,刘斌,等.骨质疏松症的药物治疗[J].中国骨质疏松杂志,2007,13(11):609-813.  
[7]冯颖瑜,修玲玲,苏磊.骨质疏松症的药物治疗[J].医学综述,2014,20(1):105-109.  
[8]丁桂芝,刘忠厚,周勇.中西医结合防治骨质疏松症的基础与临床研究进展[J].中国骨质疏松杂志,1997,3(2):83.  
[9]黄剑虹,陈智锐.微创配合金天格胶囊治疗椎体骨质疏松性压缩骨折[J].中外医疗,2007,26(24):35.  
[10]王新祥,张允岭,黄启福.对骨质疏松症中医主要病机的现代病因学的认识与探讨[J].中西医结合学报,2010,8(12):1119-1123.  
[11]徐隽斐.糖尿病合并骨质疏松症的中西医结合治疗进展[J].老年医学与保健,2012,18(4):249-252.  
[12]冯维斌,唐彩萍,薛冬梅,等.2型糖尿病合并骨质疏松的辨证分型及中医治疗[J].现代中西医结合杂志,2001,10(20):149-151.  
[13]葛继荣,郑洪新,万小朋,等.中医药防治原发性骨质疏松症专家共识(2015)[J].中国骨质疏松杂志,2015,21(9):1023-1028.  
[14]谢雁鸣,朱芸茵,葛继荣,等.基于临床流行病学调查的原发性骨质疏松症中医基本证候研究[J].世界科学技术·中医药现代化,2007,9(2):38-44.  
[15]黄佩慈,马勇.中医治疗原发性骨质疏松症组方配伍规律探析[J].世界

中西医结合杂志,2012,7(11):926-928.  
[16]谭新,刘芳,叶竹,等.近五年中医药治疗骨质疏松文献分析[J].中国骨质疏松杂志,2011,17(4):359-363.  
[17]伊伟恩,刘德果,李姿蓉,等.骨质疏松症中医用药规律的古代文献研究[J].湖南中医杂志,2017,33(2):116-118.  
[18]吴天顺,陈扬,钱文斌,等.中药抗骨质疏松症研究进展[J].深圳中西医结合杂志,2016,26(16):190-192.  
[19]肖强兵,邹季.淫羊藿对体外培养大鼠成骨细胞I型胶原表达和BGP影响的实验研究[J].中国中医骨伤科杂志,2007(9):41.  
[20]欧莉,曾小红,赵鹏,熟地,黄茂为主药治疗绝经后骨质疏松症的临床观察.北京中医药,2011,30(8):605-606.  
[21]卞琴,黄建华,杨铸,等.三种补肾中药有效成分对皮质酮致骨质疏松大鼠骨髓间充质干细胞基因表达谱的作用[J].中西医结合学报,2011,9(2):179-185.  
[22]牛银波,潘亚磊,李晨睿,等.续断防治骨质疏松的研究进展[J].中国药理学通报,2013,29(7):892-894.  
[23]路瑶,陈兰英,官紫祎,等.杜仲提取物对去卵巢骨质疏松大鼠骨代谢、骨密度及骨微结构的影响[J].中药材,2016,39(11):2624-2628.  
[24]王艳,周广举,严宗逊,等.川牛膝在去卵巢大鼠体内的骨保护作用[J].中国骨质疏松杂志,2015,21(8):918-921.  
[25]高卫辉,吴芬芬,段小青,等.杜仲-牛膝药对干预去卵巢骨质疏松大鼠雌二醇和骨密度的影响实验研究[J].中南药学,2016,14(8):820-823.  
[26]刘康,吴风晴,吴连国,等.骨碎补总黄酮对骨质疏松模型大鼠OPG/RANKL/RANK轴系统的影响[J].中国现代应用药学,2015,32(6):652-656.  
[27]WHITESIDE L A. Surgical technique: Transfer of the anterior portion of the gluteus maximus muscle for abductor deficiency of the hip[J]. Clin Orthop Relat Res, 2012, 470(2): 503-510.  
[28]赵华伟,汪晶,崔瑛,等.基于“病证-效应-生物样本分析”方法的桑寄生补肝肾强筋骨功效物质及归经研究[J].世界科学技术·中医药现代化,2016,18(4):626-631.

(本文编辑:李海燕 本文校对:严红梅 收稿日期:2018-04-19)

## 中医药治疗慢性前列腺炎研究进展<sup>※</sup>

陈晓文<sup>1</sup> 张斌<sup>1</sup> 黄秀琴<sup>2</sup> 李强<sup>2</sup> 陈琦<sup>2</sup> 王万春<sup>2</sup> 严张仁<sup>2\*</sup>

(1 南昌市洪都中医院外科,江西 南昌 330008; 2 江西中医药大学附属医院中医外科,江西 南昌 330006)

**摘要:**慢性前列腺炎是常见的难治性男科疾病之一,临床治疗方法多种多样,但疗效均不确切。中医药因其临床疗效显著、操作简便,得到了广大临床医师及研究者的青睐。本文对近年来中医内治、外治、内外结合治疗等方面进行了综述,为进一步研究中医药治疗慢性前列腺炎提供借鉴。

**关键词:**慢性前列腺炎; 中医药; 研究进展; 癃闭

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.065

文章编号:1672-2779(2018)-15-0151-05

### Research Progress of Chinese Medicine in the Treatment of Chronic Prostatitis

CHEN Xiaowen<sup>1</sup>, ZHANG Bin<sup>1</sup>, HUANG Xiuqin<sup>2</sup>, LI Qiang<sup>2</sup>, CHEN Qi<sup>2</sup>, WANG Wanchun<sup>2</sup>, YAN Zhangren<sup>2</sup>

(1. Surgical Department, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China;

2. Department of Surgery of TCM, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

**Abstract:** Chronic prostatitis is one of the common refractory male diseases. Clinical treatment methods are various, but the curative effect is not exact. Chinese medicine has been favored by clinicians and researchers because of its definite curative effect and simple operation. This article reviewed the internal and external treatment of TCM in recent years on, combined treatment of internal and external treatments and so on, and provided reference for further study on the characteristics of traditional Chinese medicine for chronic prostatitis.

**Keywords:** chronic prostatitis; Chinese medicine; research progress; uroschesis

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是中青年男性常见的一种生殖系炎症性疾病,随着当今社会压

力的增大和生活节奏的加快,罹患本病的男性人口越来越多,有研究显示其发病率为2.2%~9.7%<sup>[1]</sup>。中医学尚没有“前列腺炎”这一明确的病名,但依据本病的临床表现将其归属于“精浊”“劳淋”“白浊”“白淫”等范畴。本病常见症状表现为慢性反复发作的膀胱刺激征(尿频、尿急、尿痛等)及骨盆区域隐痛不

※ 基金项目:国家自然科学基金[No.81460730];江西省科技计划项目课题[No.20171BAB205082]

\* 通讯作者:57671388@qq.com

适,部分还伴有性功能障碍(阳痿、遗精、早泄等)。由于该病的病因和发病机制复杂,而且具有发病缓慢、病情顽固、缠绵难愈的特点,使CP的诊治及疗效判定等较为棘手,为男性病科临床难治性疾病<sup>[2]</sup>。近年来,中医药在治疗CP方面取得了较为显著的疗效,现综述如下。

### 1 病因病机

中医对CP的发病原因、病理的认识,多是依据古代文献记载和近当代学者的学术研究。研究认为<sup>[3]</sup>,CP多由阴部不洁,邪入精室,逆而为乱;嗜食肥甘厚味,酿生湿热,蕴注于下;忍精不射,败精滞留,精关失固;情志失调,气郁血滞,肝郁化火,致病情迁延难愈。湿热瘀结是本病主要病因,气血瘀滞始终贯穿始末,病久终致脾肾虚衰,且日久入络,则气虚血瘀<sup>[4]</sup>。本病病机特点是本虚标实,而已标实居多<sup>[5]</sup>。标实多见湿热、浊毒、血瘀、气滞、寒凝,本虚多为脾、肾亏虚。亦有观点认为<sup>[6]</sup>,长期反复感染(湿浊内蕴)是致病的关键因素,而病机特点多以体虚(脾虚肝郁、中阳不足)。本病病因较多,主要与手淫、房事过度,忍精不射等错误性行为相关,或过度酗酒,长期久坐,过食辛辣厚味,外感湿热毒邪,情绪失调等相关,以上各种因素常混杂而致<sup>[7]</sup>。曾氏<sup>[8]</sup>认为本病急性发作期以清热利湿泄浊、活血化瘀通络为主,辅以健脾疏肝、通利气机;慢性反复发作者则强调以健脾疏肝、通阳调气为主,利湿泄浊、化痰散结为辅。综合本病以湿热浊毒郁滞、蕴热耗气伤阴为标,而脾虚肝郁、中气不足、疏导抗邪无力为本。此外,因CP患者多有不同程度的抑郁倾向或表现(肝郁)。因此,在治疗的同时注意加入疏肝解郁之品以舒畅情志,顾护CP患者的心理健康。

### 2 中药内治

**2.1 辨证分型论治** 韦光业<sup>[9]</sup>辨证论治CP 55例,将慢性CP分4型,针对每个类型分别给予不同的中药治疗方案:①肝郁湿热型,治以疏肝解郁、理气安神为主。药用神曲、柴胡、浙贝母、川芎、合欢花、荔枝核、香附、大枣、栀子、白芍、陈皮、甘草;②气滞血瘀型,治以疏肝解郁、消肿化痰为主。药用川芎、生地、浙贝母、丹参、当归、牡蛎、莪术、红花、炮甲、桂枝、甘草;③肾虚精亏型,治以滋阴补肾、降火为主。药用熟地黄、生地黄、红藤、枸杞、山药、茯苓、杜仲、山茱萸、桑葚、炙甘草;④湿热下注型,治以去热燥湿,清热凉血为主。药用龙胆草、黄连、当归、栀子、黄芩、木通、苦参、甘草、川贝母、泽泻、柴胡、生地黄。结果按以上方法进行治疗,总有效率96.7%。郭庆升<sup>[10]</sup>将本病分3型施治。①中气不足、脾不统血、肾不摄纳。治以补中益气、温肾化浊。方选补中益气汤加减;②阴虚火旺,兼夹湿浊。治以滋阴降

火,泄热化浊。方用知柏地黄汤加减;③寒滞肝脉,湿浊化热。治以辛温达下,化湿泄浊,佐清内热。药用乌药、川楝子、肉桂、青陈皮、当归、白芍、甘草、橘核、杜仲、生牡蛎、虎杖、土茯苓等随症加减。按以上方法进行治疗,结果均收效较好。郑坤玉<sup>[11]</sup>辨证论治CP 55例:①湿热下注证,方选用程氏萆薢分清饮加减;②阴虚火旺证,方选用知柏地黄丸加减;③肾气亏虚证,方选用济生肾气丸加减;④气滞血瘀证,方选用自拟活血华浊加减。结果治愈18例,显效24例,总有效率89.1%。张钧<sup>[12]</sup>辨证论治CP 98例:①湿热瘀阻型,给予薏苡附子败酱散联合桂枝茯苓丸;②气滞血瘀型,给予血府逐瘀汤;③正虚邪恋型,给予清新莲子汤+茯苓丸。结果观察组痊愈26例,显效13例,有效9例,总有效率为97.96%。

**2.2 侧重一法论治** 成爱军<sup>[13]</sup>总结本病主要病机是“湿”邪内侵,久而化热,以祛除湿邪为主(黄芪、山药、萆薢、苍术、薏苡仁、生地黄、车前子、瞿麦、土茯苓、泽泻、猪苓等随症加减)临床观察CP 113例,1周内痊愈18例,显效90例,其中显效病例在治疗1个月,痊愈75例。研究认为湿热、瘀血阻滞等是CP的病理基础,故治以清热利湿、活血祛瘀为主,自拟清热利湿祛瘀汤(黄柏、栀子、篇蓄、牡丹皮、车前子、黄芩、赤芍、红花、川牛膝、丹参、泽泻、甘草)取得较好疗效<sup>[14]</sup>。

**2.3 专方专药为主随症加减治疗** 魏明刚等<sup>[15]</sup>用自拟中药方剂(篇蓄、瞿麦、灯芯草、滑石、菟丝子、益智仁、茯苓、甘草)为主,湿热中阻加黄连、苏叶;肾阳亏虚加桂枝、制附子;血瘀加川芎、红花;下焦湿热较重加白花蛇舌草、荔枝草。同时配合中成药三金片。张扬等<sup>[16]</sup>用大黄牡丹汤为主,下焦湿热者可加黄柏;阴虚者改生地熟地为熟地。观察CP 30例,结果显示,治愈3例,显效24例,总有效率96.67%。田明涛等<sup>[17]</sup>用自拟基本方(半边莲、鱼腥草、红花、桃仁、泽兰、茯苓、车前子、滑石、桂枝、甘草)加减。会阴、耻骨区、阴茎等处疼痛或发痒不适,加青皮、川楝子、橘核;尿道滞涩、尿频、尿不尽等加木通、王不留行、萆薢、败酱草;阳痿、早泄、性功能减退加淫羊藿、鹿胶。观察CP 70例,结果显示,治愈5例,显效38例,有效18例,有效率87.1%。袁海鑫等<sup>[18]</sup>用萆薢分清饮合桃核承气汤,湿热重者加败酱草;瘀血重者加莪术、皂角刺;肾虚明显者加续断、山药、补骨脂;气虚者加党参、黄芪;前列腺质地硬者加穿山甲、三棱、皂角刺;阴虚者,加女贞子、旱莲草;性功能减退者加淫羊藿、肉桂;腰痛者加狗脊、杜仲;早泄、阳痿、不育者加肉苁蓉、巴戟天、紫石英;遗精者加桑螵蛸、金樱子;神经衰弱者加远志、黄精、生龙骨、生牡蛎;

会阴部、下腹、阴囊坠痛者加川楝子、延胡索、香附等。观察CP 45例,结果显示,治愈9例,显效12例,有效18例,总有效率86.67%。

### 3 中药外治

**3.1 中药保留灌肠** 直肠给药时,药物主要是通过直肠黏膜吸收,进入静脉或淋巴系统,随血液或淋巴液运行至全身或局部,从而达到治疗作用的。中药灌肠,在很大程度上提升了药物的吸收总量、速度及生物利用度等方面的指标<sup>[19]</sup>。同时,药物不经过消化道的处理,其有效成分大量保留,有助于提高疗效,是一种具有较高实用价值中医外治法。张向辉等<sup>[20]</sup>用赤芍10 g,泽兰10 g,丹参10 g,乳香4.5 g,没药4.5 g,青皮6 g,川楝子6 g,蒲公英20 g,红花4.5 g等药物浓煎后灌肠,治疗65例CP辨证为气滞血瘀型的患者,取得了较好的临床疗效。李培祥<sup>[21]</sup>单纯应用前炎汤(没药、野菊花、蛇舌草、王不留行、黄连各30 g,威灵仙20 g,柴胡、橘核、荔枝核、三棱、通草各10 g等,每日1剂,煎煮2次取汁200 mL)保留灌肠治疗CP 98例,对照组应用左氧氟沙星氯化钠注射液保留灌肠治疗CP 98例30 min以上。治疗组每晚将药液加温至35~37℃,保留灌肠30 min以上,每日1次,10次为1个疗程。疗程结束,停药5 d后继续进行第二疗程。对照组将药液保留灌肠30 min以上,每日1次,10次为1个疗程。1个疗程结束,停药5 d后继续进行下一疗程。结果显示治疗组与对照组总有效率分别为90.82%和83.67%,2组总有效率差异无显著性,但治疗组显著高于对照组,有显著性差异( $P<0.01$ )。裘顺安等<sup>[22]</sup>观察中药(蒲公英30 g,赤芍12 g,红藤30 g,丹参20 g,桃仁12 g,大黄20 g,莪术12 g等,水煎取药液100 mL,)灌肠联合抗生素治疗慢性前列腺炎的疗效。对照组予抗生素治疗。结果显示:中药灌肠总有效率为93.75%,对照组总有效率为87.5%。2组有显著差异,治疗组优于对照组。

**3.2 中药尿道灌注** 正常男性的尿道分为前列腺部、膜部和海绵体部。尿道嵴位于前列腺部,其两侧的沟内有前列腺的开口。应用尿道灌注法给药,药物可以沿着前列腺小管的自然管道弥散吸收,具有药物浓度高、弥散范围广泛的优点,能治疗潜在的尿道炎症,临床疗效显著<sup>[23]</sup>。马华刚等<sup>[24]</sup>应用脉络宁注射液后尿道灌注为主治疗CP 118例,将普通导尿管润滑后插入至后尿道部位,注入脉络宁注射液10 mL和生理盐水10 mL,并配合中药(萆薢、白花蛇舌草、丹参、王不留行、穿山甲、泽兰、川楝子、红藤等)保留灌肠,结果显示治愈92例,有效18例,总有效率为93.22%。

**3.3 中药坐浴** 中药坐浴是一种药物治疗与物理治疗相结合的方法。一方面,中药坐浴时,药液的温热作用使皮肤的汗腺、毛囊等附属器官开放,提高了药物有

效成分的吸收,促进炎症致病介质及代谢产物的排出;另外,中药药液本身所具有的活性成分经肛门、会阴、阴囊等局部皮肤、黏膜等直接渗透吸收,达到前列腺周围区域,可以有效促进局部血液循环和炎症吸收<sup>[25]</sup>,这种治疗方案的双重作用大大提高了疗效,在临床上的应用较为广泛。张桂芳等<sup>[26]</sup>使用自拟中药方(主要药物有丝瓜络、青皮、川楝子、王不留行、红花、牛膝、大黄、萆薢、石菖蒲等)水煎取药液约2500 mL,放温至43~44℃坐浴,每日1次,每次约20 min,治疗CP 56例,6周为1个疗程,疗程结束后,总有效率为94.64%。商月娥等<sup>[27]</sup>应用自拟野菊花汤(野菊花60 g,白芷、露蜂房各15 g)坐浴配合男康片口服治疗观察组CP 80例,单纯应用男康片口服治疗对照组CP 40例。28 d为1个疗程,结果观察组有效率77.5%,对照组有效率65.0%,观察组优于对照组。任天彬<sup>[28]</sup>应用黄柏、苍术、木通、龙胆草、车前子、大黄、蒲公英、路路通、赤芍、薏苡仁、丹参等药物为基本方,煎取药液约2600 mL,水温40~50℃坐浴,每日2次,每次30~40 min,治疗7 d后进行疗效分析。结果临床治愈33例,显效15例,有效6例,无效8例,总有效率87.10%。李多多等<sup>[29]</sup>评价通前络汤(赤芍30 g,白芍30 g,丹参20 g,王不留行20 g,黄芪20 g,元胡15 g,白术15 g,桃仁12 g,水蛭10 g,红花10 g,甘草10 g,蜈蚣3 g)坐浴熏洗法治疗气滞血瘀型CP 52例的临床疗效,对照组口服前列欣胶囊。4周1个疗程。结果治疗组痊愈4例(7.84%),显效15例(29.41%),有效23例(45.10%),总有效率82.35%。对照组痊愈2例(4.17%),显效11例(22.92%),有效21例(43.75%),总有效率70.83%。2组总有效率比较,经卡方检验,差异有显著性( $P<0.01$ ),治疗组明显优于对照组。

**3.4 中药穴位贴敷** 腧穴乃脏腑气血汇聚之处,具有独特的生理功能。每个腧穴都具有其生理病理的特殊性,并在接受外界刺激后能发挥其双向调节作用,在一定程度上能延长药物的理化作用在局部腧穴的停留时间或作用于全身而产生整体调节作用<sup>[30]</sup>。穴位贴敷疗法是在中医理论基础的指导下,通过特定部位对药物吸收,从而直接或间接作用于患处来达到治疗目的。周萍等<sup>[31]</sup>利用中药穴位贴敷疗法治疗湿热瘀阻型CP患者80例,随机将其分为治疗组和对照组,每组40例,治疗组予中药穴位贴敷,对照组予泽桂癃爽胶囊口服。疗程30 d。穴位贴敷组取穴神阙、关元、中极、会阴,每日贴敷2 h。对照组口服泽桂癃爽胶囊,每次0.88 g,每日3次。治疗30 d后,2组患者在中医证候积分、NIH-CPSI评分方面均较治疗前显著降低( $P<0.05$ ),WHOQOL-BRIEF评分均较治疗前显著升高( $P<0.05$ ),其中治疗组改善程度明显优于对照组( $P<0.05$ )。孙鹏<sup>[32]</sup>观察自制

中药穴位贴敷治疗CP 27例临床疗效，自制方药组成：  
 ①清热散：大黄30 g，栀子30 g，黄柏20 g，天花粉20 g，白芷20 g，青黛30 g。②温阳散：苍术20 g，附子30 g，肉桂30 g，丁香10 g，干姜30 g，小茴香30 g。③化痰散：白胡椒30 g，乳香15 g，没药15 g，冰片5 g。④消水散：甘遂30 g，冰片5 g，面粉30 g。根据患者不同证型应用，湿热型：清热散贴神阙、秩边（双侧）；化痰散贴中极穴。寒湿型：温阳散贴神阙、秩边（双侧）；化痰散贴中极穴。兼小便不利：消水散贴神阙穴。隔日1次，每次12 h。10次为1个疗程。经过2~6个疗程的治疗后，治愈13例，有效11例，未愈3例，总有效率为89%。张瑞敏<sup>[33]</sup>将CP患者90例随机分为2组，治疗组予磁疗穴位贴敷联合盐酸坦洛新缓释片口服，取穴神阙、关元，贴敷24 h；盐酸坦洛新缓释片，每晚1次，每次0.2 mg。对照组予单纯盐酸坦洛新缓释片口服，服法同治疗组。治疗2周后，2组治疗CP均有效，治疗组总有效率95.56%，对照组77.78%，组间比较，治疗组疗效更为显著，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

**3.5 针灸治疗** 针灸疗法是一种中医特色疗法，治疗CP疗效确切，是治疗CP的有效方法之一，且具有良性双向调节作用，在临床上应用十分广泛。现代医学证明，针灸具有扩张血管和淋巴管，促进血液循环，抑制毛细血管通透性升高的作用，能够有效减少炎性物质的分泌，还能够促进炎性渗出物的吸收，起到消除炎症的作用。针灸治疗CP的机制可能正与此密切相关。

**3.5.1 针刺治疗** 李世昌等<sup>[34]</sup>将100例CP患者随机分成2组，治疗组60例给予针灸治疗，针刺秩边、气海、中极、关元、三阴交、阴陵泉等穴位，对照组40例，予口服普乐安片。结果显示治疗组总有效率为95.0%，对照组总有效率为87.5%，2组比较差异有统计学意义（ $P<0.01$ ）。徐秀梅等<sup>[35]</sup>运用矩阵针法针刺法治疗慢性非细菌性前列腺炎，以中极、关元、归来、水道等穴位为主穴，配合针刺夹阴、重阴穴。根据中医理论辨证，以少腹部坠痛为主者加合谷、阴交；湿热明显者加曲池、阴陵泉；以寒湿证为主要表现者加尺泽、丰隆；若体质虚弱者加手足三里；肝郁气滞明显者配合谷、太冲穴；肾虚为主证者加后溪、太溪穴。10 d为1疗程，连续治疗3个疗程后进行患者NIH-CPSI症状评分比较。结果显示针刺疗法组患者前列腺液白细胞计数改善情况较口服普乐安片组疗效显著。

**3.5.2 艾灸与热敏灸治疗** 付勇等<sup>[36]</sup>采用热敏灸疗法治疗CP，在CP患者常见的热敏穴位如中极、命门、阴陵泉、三阴交等进行热敏化腧穴探查，随之实施艾条温和灸，艾灸时间以热敏灸感消失为度，每日2次，共治疗5 d，第6天始，改为每日1次，继续治疗25 d。结果显示热敏灸治疗组NIH-CPSI改善状况优于非热敏灸

疗法组。李国栋等<sup>[37]</sup>运用隔姜灸气海、中极、足三里、三阴交、关元、次髎等穴位，配合盐酸坦索罗辛口服治疗慢性非细菌性前列腺炎，每日1次，以28 d为1疗程。结果显示治疗后患者血清中CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>、IgA、IgG及IgM等免疫细胞因子水平均较治疗前显著提高；NIH-CPSI评分、疼痛与不适症状评分均较治疗前显著降低；总有效率为90.0%，优于单纯使用盐酸坦索罗辛口服对照组。

**3.5.3 刺络放血、埋线治疗** 周红军<sup>[38]</sup>应用刺络放血法治疗CP，取患者至阴、次髎等穴，行刺络放血疗法，常规消毒后，用三棱针依次点刺双侧至阴、次髎穴，放血完毕后予局部留罐10 min。每周1次，以4次为1个疗程。结果显示患者前列腺液常规中白细胞计数较前明显下降，治愈率达87.5%，总有效率为100%。贾天鹏<sup>[39]</sup>利用穴位埋线治疗CP患者68例，将统一规格的羊肠线（0号2 cm）置入水分、关元、曲骨、归来等穴位，保留15 d，休息2~3 d后，以上法再进行1次治疗，保留15 d。结果显示总有效率为97.1%。

**3.6 中药栓剂治疗** 栓剂是一种常温下为固态，遇人体正常温度及以上时可以迅速溶解，由药物与适当基质混匀所制成的制剂<sup>[40]</sup>。栓剂给药所发挥的作用主要是由栓剂在腔道的局部作用及药物经腔道黏膜吸收入血的全身作用构成。该法在很大程度上避免了药物对胃肠道及肝脏的刺激损害，提高了药物的吸收率，临床上应用较为广泛。

郑进福等<sup>[41]</sup>观察应用水蛭栓剂治疗CP的临床疗效，治疗组给予水蛭栓剂（每粒栓剂内含水蛭粉0.5 g）推入患者直肠的2~12 cm处，每日早晚各进行1次；对照组予特拉唑嗪，每次2 mg，每晚服用1次；左氧氟沙星，每次100 mg，每日2次。4周为1个疗程，1个疗程后观察对比2组患者NIH-CPSI、最大尿流率、残余尿量、前列腺体积等。结果显示水蛭栓剂对CP的治疗效果显著，能够有效改善患者各项临床症状，改善血液循环，具有较高的临床应用价值。李海松等<sup>[42]</sup>采用丁桂散联合前列安栓治疗Ⅲ型前列腺炎（气滞血瘀型），前列安栓每晚睡前1粒，纳肛，塞入肛门约3~4 cm处。丁桂散每天21时换药1次。28 d为1个疗程。疗程结束后，观察NIH-CPSI、中医证候评分。结果显示丁桂散敷脐联合前列安栓纳肛治疗Ⅲ型前列腺炎（气滞血瘀型）安全、有效。

#### 4 中西医结合治疗

梁栋龙等<sup>[43]</sup>辨证分4型：①湿热下注型用清热通淋方（瞿麦、丹皮、黄柏、柴胡、茯苓、赤芍、丹参、萆薢、败酱草、车前子、蒲公英、茵陈、甘草）；②气滞血瘀型用活血化瘀方（桃仁、川楝子、川芎、萆薢、当归、柴胡、泽泻、怀牛膝、丹参、玄胡、红花、甘

草);③肝肾阴虚型用养肾清肝方(女贞子、淮山药、车前子、栀子、黄柏、黄芩、柴胡、泽泻、苍术、菟丝子、生地、炙甘草);④肾阳不足型用温补肾阳方(黄芩、杜仲、山萸肉、补骨脂、肉桂、制附子、熟地、车前子、炙甘草)日1剂水煎服,配合巴洛沙星片、盐酸坦洛新缓释胶囊口服治疗CP 80例,并与单纯巴洛沙星片、盐酸坦洛新缓释胶囊口服80例对比观察。结果显示,治疗组治愈20例,显效31例,有效14例,总有效率81.25%;对照组治愈9例,显效35例,有效10例,总有效率67.5%。治疗组优于对照组( $P<0.05$ )。陈孝敏等<sup>[44]</sup>用自拟清精化浊汤(白花蛇舌草、败酱草、红藤、王不留行、牛膝、茯苓、苦参、萆薢、车前子、泽兰、丹参、柴胡、黄柏、菟丝子)日1剂水煎服,联合盐酸左旋氧氟沙星、盐酸坦洛新缓释片口服治疗CP 49例,并与单纯盐酸左旋氧氟沙星、盐酸坦洛新缓释片治疗CP 49例对比观察。结果显示,治疗组痊愈4例,显效18例,有效22例,总有效率89.8%;对照组痊愈3例,显效10例,有效20例,总有效率67.3%。治疗组优于对照组( $P<0.05$ )。

## 5 结语

中医药治疗CP有明显的特色和优势,应用中药内服、外用、内外结合及针灸等方法治疗慢性或反复发作的前列腺炎,已得到了国内外广大学者的普遍认同。但中医药治疗CP也存在一些问题,如诊断、疗效判定标准和中医证候判断标准不统一,使得临床试验结果可信度不高、重复性差;同时对治疗作用机理缺乏深入研究。因此,我们需要进一步深入研究,不断完善对CP中医药治疗可靠性、科学性的论证,并力求达到临床和实验研究的科学化和规范化,使中医药对CP在治疗与研究上取得更大的成功。

## 参考文献

[1]杨凯,朱勇,曾庆琪.曾庆琪教授辨治慢性前列腺炎经验[J].世界中医药,2014,9(1):59-60.  
[2]Alexander RB, Ponniah S, Hasday J, et al. Elevated levels of proinflammatory cytokines in the semen of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Urology, 1998, 52(5):744-749.  
[3]邓国兴,张娟娟,弓明燕,等.慢性前列腺炎辨证选方经验[J].天津中医药,2016,33(11):672-674.  
[4]张敏建,邓庶民,郭军,等.慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南(试行版)[J].中国中西医结合杂志,2007,27(11):1052-1056.  
[5]韩桂香,牛培宁,曾庆琪.论肝郁气滞在慢性前列腺炎发病及病程中的意义[J].吉林中医药,2015,35(1):13-15.  
[6]焦刚亮,牛培宁,曾明月,等.曾庆琪教授经验方前列腺炎Ⅲ号[J].中医药学报,2016,44(3):84-86.  
[7]吴红光,罗洪,王图超,等.浅谈慢性前列腺炎的证治[J].贵阳中医学院学报,2009,31(2):72-73.  
[8]吴骏,曾庆琪.慢性前列腺炎外治法临床研究进展[J].世界中西医结合杂志,2011,6(5):434-437.  
[9]韦光业.55例慢性前列腺炎中医治疗临床观察[J].医学信息,2015,28(10):318-319.  
[10]郭庆升,张保良.慢性前列腺炎治验举隅[J].河北中医药学报,2010,25(2):24,33.  
[11]郑坤玉.中医药治疗慢性前列腺炎55例临床观察[J].中国民族民间医药,2015,24(14):91-92.

[12]张钧.中医治疗慢性前列腺炎的临床效果分析[J].社区中医药,2017,33(8):96-98.  
[13]刘爱军.慢性非细菌性前列腺炎中医治疗经验 113 例[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(31):167-168.  
[14]黄新飞,宁克勤,王庆,等.清热利湿祛瘀法治疗慢性前列腺炎的临床疗效及对患者局部免疫的影响[J].世界中医药,2017,12(12):3023-3026.  
[15]魏明刚,熊佩华,张玲,等.辨证应用中中药治疗中老年慢性前列腺炎临床研究[J].长春中医药大学学报,2012,28(5):785-786.  
[16]张扬,张平,卢子杰,等.大黄牡丹汤加减治疗ⅢB型慢性前列腺炎30例临床观察[J].江苏中医药,2013,45(12):35-37.  
[17]田明涛,吴金峰.中药复方治疗老年慢性前列腺炎的效果及机制探讨[J].老年医学与保健,2012,18(1):52-54.  
[18]袁海鑫,辛士永,王虔,等.草薢分清饮合桃核承气汤治疗ⅢA型慢性前列腺炎的临床观察[J].中国男科学杂志,2014(9):53-55.  
[19]王省博,卢子杰,苏昀.慢性前列腺炎中医外治法研究进展[J].南京中医药大学学报,2014,30(3):297-300.  
[20]张向辉,屈森林.中药灌肠治疗慢性前列腺炎(气滞血瘀型)临床研究[J].河南中医学院学报,2009,24(141):46-47.  
[21]李培祥.前炎汤保留灌肠治疗慢性前列腺炎98例[J].山西中医,2011,27(9):40-41.  
[22]裘顺安,郭贤德.中西医结合治疗慢性前列腺炎疗效观察[J].浙江中医药大学学报,2007,31(1):84-85.  
[23]曾俊.药物尿道灌注治疗慢性前列腺炎120例[J].长江大学学报(自科版),2005,2(6):162-163.  
[24]马华刚,邢立,郑波.脉络宁后尿道灌注为主治疗慢性前列腺炎118例[J].中医外治杂志,2000,9(4):17.  
[25]王彬,李海松,党进,等.慢性前列腺炎中药外治探讨[J].环球中医药,2012,5(7):499-501.  
[26]张桂芳,雒焕文.中药坐浴治疗前列腺炎综合症56例的临床观察[J].内蒙古中医药,2010,36(6):34-35.  
[27]商月娥,冯中贤,王建一.自拟野菊花汤坐浴治疗慢性前列腺炎80例疗效分析[J].河北中医药学报,2009,24(4):28.  
[28]任天彬.中药坐浴治疗慢性前列腺炎62例[J].中医外治杂志,2009,18(3):33.  
[29]李多多,马薇,王彬,等.通前络汤坐浴熏洗法治疗气滞血瘀型慢性前列腺炎52例[J].中国临床医生杂志,2015,43(12):40-43.  
[30]田从豁,彭冬青.中国贴敷治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2010:6.  
[31]周萍,王琰,王燕,等.中药穴位贴敷治疗慢性前列腺炎湿热瘀阻证40例临床研究[J].江苏中医药,2016,48(9):58-60.  
[32]孙鹏.中药穴位贴敷治疗慢性前列腺炎27例[J].中国民间疗法,2008(12):11.  
[33]张瑞敏.磁疗穴位贴敷联合盐酸坦洛新缓释片治疗慢性前列腺炎90例[J].山东中医杂志,2017,36(10):853-855.  
[34]李世昌,赵黎.针刺与艾灸治疗慢性前列腺炎疗效分析[J].四川中医,2011,29(11):112-113.  
[35]徐秀梅,徐彦龙.矩阵针法配合针刺三阴穴治疗慢性非细菌性前列腺炎31例[J].西部中医药,2013,26(12):57-59.  
[36]付勇,章海凤,张波,等.热敏灸治疗慢性前列腺炎不同灸位30例[J].江西中医学院学报,2012,24(3):34-36.  
[37]Li Guo-dong, Li Shu-yi. Effect of ginger-partitioned moxibustion on Immunocytokines in patients with chronic nonbacterial prostatitis[J]. J Acupunct Tuina Sci, 2015, 13(2):116-120.  
[38]周红军.次髂、至阴穴刺血治疗慢性前列腺炎32例[J].上海针灸杂志,2013,32(10):871.  
[39]贾天鹏.穴位埋线治疗慢性前列腺炎68例临床观察[J].甘肃中医,2011,24(5):48-49.  
[40]刘磊,屈云云.中药栓剂的概况及应用进展[J].黑龙江医药,2010,23(1):98-100.  
[41]郑进福,陈俊辉,马华蛟.水蛭栓剂治疗慢性前列腺炎效果评价[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(17):74-76.  
[42]李海松,王彬,韩亮,等.脐疗联合栓剂治疗Ⅲ型前列腺炎(气滞血瘀型)80例临床研究[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2013,20(2):19-23.  
[43]梁栋龙,余南生,谢礼豪,等.中医辨证联合坦洛新治疗Ⅲ型前列腺炎合并性功能障碍的临床研究[J].中国性科学,2017,26(12):76-79.  
[44]陈孝敏,董策,郑俊斌.自拟清精化浊汤联合中药治疗慢性前列腺炎98例[J].中国中医药科技,2017,24(2):222-223.

(本文编辑:李海燕 本文校对:喻文球 收稿日期:2018-05-08)

# 糖尿病前期的治疗研究进展

王文娜<sup>1</sup> 龚红红<sup>1\*</sup> 刘超<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学中西医结合内科研究生2016级, 河南 郑州 450000;

2 郑州大学第二附属医院老年医学二病区, 河南 郑州 450000)

**摘要:** 糖尿病前期 (prediabetes mellitus, PDM) 又称为糖调节受损 (Impaired sugar regulation, IGR) 是指血糖水平介于正常人与糖尿病患者之间的异常状态, 包括空腹血糖受损 (impaired fasting glucose, IFG)、糖耐量低减 (impaired glucose tolerance, IGT) 以及IFG和IGT并存, 2型糖尿病由糖尿病前期发展而来。该期具有高度可逆性, 如果在此阶段加以干预, 对降低2型糖尿病发病率具有重要意义, 本文就糖尿病前期的治疗进展方面进行综述。

**关键词:** 糖尿病前期; 健康教育; 医学营养治疗; 运动治疗; 药物治疗; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.066

文章编号:1672-2779(2018)-15-0156-03

## Research Progress and Treatment of Prediabetes Mellitus

WANG Wenna<sup>1</sup>, GONG Honghong<sup>1</sup>, LIU Chao<sup>2</sup>

(1. Grade 2016 Graduate, Integrated College of Traditional Chinese and Western Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Ward Two of Gerontology, the Second Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** Prediabetes mellitus (PDM), also known as impaired glucose regulation (IGR), refers to abnormal blood glucose levels in normal and diabetic patients, including impaired fasting glucose (Impaired fasting) . Glucose, IFG), impaired glucose tolerance (IGT) and IFG and IGT coexist, and type 2 diabetes develops from prediabetes mellitus. This period is highly reversible. If intervention at this stage is of great significance in reducing the incidence of diabetes, this article reviews the progress of treatment in prediabetes mellitus.

**Keywords:** prediabetes mellitus; health education; medical nutrition therapy; sports therapy; medication; consumptive thirst

根据国际糖尿病联合会 (IDF) 统计<sup>[1]</sup>, 2015年中国糖尿病患者数为1.1亿, 居全球首位。糖尿病前期 (prediabetes mellitus, PDM) 又称为糖调节受损 (Impaired sugar regulation, IGR) 是指血糖水平介于正常人与糖尿病患者之间的异常状态, 包括<sup>[2]</sup>空腹血糖受损 (impaired fasting glucose, IFG)、糖耐量低减 (impaired glucose tolerance, IGT) 以及IFG和IGT并存, 2型糖尿病由糖尿病前期发展而来。我国糖尿病患病人群以2型糖尿病为主, 占总糖尿病人数的90.0%以上<sup>[3]</sup>。大庆研究是我国在糖尿病前期人群中进行糖尿病预防干预研究的里程碑, 研究显示<sup>[4]</sup>, 6年生活方式干预 (饮食和 (或) 运动干预) 使受试IGT患者14年后的2型糖尿病累计发生率下降43%, 芬兰和美国随后也进行了糖尿病预防研究, 这些研究<sup>[5-6]</sup>均证实2型糖尿病是可以被预防的。糖尿病前期是由正常糖耐量向糖尿病转化的过渡阶段, 糖尿病的危害从本期已经开始, 因此糖尿病前期是糖尿病预防控制的重点和关键期。以下将从健康教育、医学营养治疗、运动治疗、药物治疗方面对糖尿病前期治疗的研究进展进行综述。

### 1 教育与管理

糖尿病前期患者的教育非常重要, 通过教育使患者认识、了解疾病, 并对饮食和运动进行指导, 实行生活方式干预。并定期随访及给予社会心理支持以确

保患者生活方式改变能长期坚持下来。

### 2 医学营养治疗

糖尿病前期患者都需接受个体化医学营养治疗, 应由相关专业人员指导完成。应在评估患者营养状况的前提下设定合理的营养治疗目标及方案。

叶景虹等<sup>[7]</sup>观察个体化营养治疗对糖尿病前期患者的影响, 8个月后, 干预组的逆转率 (88.57%) 明显高于对照组 (2.86%), 2组逆转率差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。研究证实对于糖尿病前期患者, 早期个体化临床营养治疗干预能够纠正糖耐量异常, 并且逆转率高于既往研究, 认为临床营养治疗是糖尿病前期的生活干预的首选方法, 临床营养治疗是贯穿糖尿病防治全程的治疗方式。在1项评估低生糖指数、低糖负荷饮食与糖尿病前期结局之间关系的研究中<sup>[8]</sup>发现, 在糖尿病前期患者中, 饮食的糖负荷与糖尿病风险呈正相关。此外, 低糖负荷饮食使得糖尿病前期患者的逆转率增加, 但未发现低升糖指数饮食与糖尿病前期转归之间的关系。《中国糖尿病医学营养治疗指南》(2013版)<sup>[9]</sup>建议糖尿病前期患者接受个体能量平衡计划, 对于肥胖或超重的个体应减重, 推荐IGT患者低能量、低脂、低饱和脂肪酸和低反式脂肪酸、富含膳食纤维、适量补充微量营养素, 定时定量进餐的饮食方案, 同时应合理分配各膳食营养因素在膳食中的比例, 并且以低生糖指数的全谷类食物 (糙米、燕麦、大豆等) 部分替换饮食中碳水化合物, 地中海饮食可预防2型糖尿病的

\* 通讯作者: 145376703@qq.com

发生,同时建议控制血压、限烟、限酒。

### 3 运动疗法

《体力活动/运动与糖尿病美国糖尿病学会立场声明》(2016版)建议<sup>[10]</sup>:“对于糖尿病高危人群及糖尿病前期患者推荐进行生活方式干预,包括至少每周进行150 min的运动和通过饮食改变来减轻5%~7%体重,以预防或延缓糖尿病发生”,认为长期坚持规律运动是糖尿病和糖尿病前期患者血糖管理和整体健康的关键焦点。运动方案应根据个人特点和健康状况而异。

罗曦娟等<sup>[11]</sup>比较相同运动时间和频率下,中等强度抗阻和有氧运动对IGR人群血糖的干预效果,结果显示,有氧运动组较干预前空腹血糖平均下降6.17%,OGTT 2hPG平均下降20.39%;抗阻运动组较干预前FPG平均下降4.81%,OGTT 2hPG平均下降16.50%;对照组FPG平均上升0.52%,OGTT 2hPG平均下降8.79%;有氧运动组、抗阻运动组在干预前后FPG、OGTT 2hPG降低率方面与对照组相比均有显著性差异( $P<0.01$ ),有氧运动组、抗阻运动组在干预前后FPG、OGTT 2hPG降低率方面无显著差异( $P<0.01$ )。王正珍等<sup>[12]</sup>的研究显示12周有氧运动对糖尿病前期人群的血糖( $P<0.01$ )、空腹胰岛素( $P<0.01$ )和胰岛素( $P<0.05$ )产生良好的调节作用。有学者还进行了关于糖尿病前期人群的运动处方制定的研究<sup>[13]</sup>,该研究根据《ACSMY运动测试与运动处方指南》等开发专用“糖尿病前期人群有氧、抗阻运动处方软件”,根据基线测试结果(心肺耐力测试、肌肉力量测试等)为干预对象制定个性化运动处方,11个月后的总回访率达到88.9%,2个运动干预组的回访率达到92.3%和96.3%,患者具有良好的可行性和依从性。侯沛伟等<sup>[14]</sup>的研究中为对糖尿病前期患者制定了包括有氧运动与抗阻运动在内的运动干预方案,与运动干预前比较,在糖尿病健康教育、饮食干预的基础上,8周的运动干预使受试者的糖脂代谢指标均得到明显改善,运动前后糖脂代谢指标变化差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),同时对受试者进行KCNJ11基因多态性分析发现,不同的KCNJ11基因多态位点,对运动干预的敏感性存在差异。有研究<sup>[15]</sup>发现,因个体遗传学差异,大约有20%的糖尿病前期患者无法通过运动干预改善糖脂代谢。有学者认为<sup>[16]</sup>通过运动干预无法显著获益的糖尿病前期人群需考虑从其他途径尽早干预。并非所有个体都会出现运动后胰岛素敏感性的预期改善,并且这些个体被认为是运动耐受性的。限制热量是增强运动对外周和肝脏胰岛素敏感性的一种方法<sup>[17]</sup>。

糖尿病前期患者应在接受健康教育的基础上,进行个体化的医学营养治疗及运动疗法,对运动有耐受性或者运动受限制者需考虑从其他途径尽早干预。

### 4 药物治疗

DPP研究<sup>[17]</sup>显示,二甲双胍干预每年可使IGT转化为糖尿病的风险下降38%。STOP-NIDDM研究中,阿卡波糖能够降低糖尿病前期人群的糖尿病发生风险。降低IGT患者心肌梗死风险91%,降低任一心血管事件风险49%<sup>[18]</sup>,并且阿卡波糖是全球唯一拥有IGT适应证的口服降糖药<sup>[19]</sup>。DREAM研究<sup>[20]</sup>选择TZDs药物罗格列酮对糖尿病前期人群进行干预,经过3~5年随访,结果表明在生活方式建议基础上加用罗格列酮使糖尿病发生风险下降近2/3。LEAD研究<sup>[21]</sup>证实了利拉鲁的早期启用对 $\beta$ 细胞的保护作用。荟萃分析表明<sup>[22]</sup>,其可降低61%糖尿病的发生,并逆转72%IGT恢复为正常的糖耐量。二甲双胍和阿卡波糖在糖尿病前期人群中长期应用的安全性证据较为充分<sup>[23]</sup>。虽然在国外二甲双胍是被批准使用于糖尿病前期的,但中国目前没有批准二甲双胍治疗IGT的适应证。国内外指南尚未广泛推荐药物干预作为预防糖尿病的主要手段。《中国2型糖尿病防治指南》中指出糖尿病前期患者在强化生活方式6个月以上干预效果不佳,且合并有其他危险因素时才可给予口服药进行干预。

糖尿病前期患者应接受健康教育,由专业人员为其制定个体化医学营养及运动方案,糖尿病前期患者是否应用药物仍有争议,糖尿病前期人群不管是否采用药物干预措施,生活方式的干预都应长期坚持。

### 参考文献

- [1]刘子琪,刘爱萍,王培玉.中国糖尿病患病率的流行病学调查研究状况[J].中华老年多器官疾病杂志,2015,14(7):547-550.
- [2]肖新华.糖尿病前期的药物干预[J].医学研究杂志,2017,46(12):1-2.
- [3]迟家敏,汪耀,周迎生,等.实用糖尿病学[M].北京:人民卫生出版社,2010:549.
- [4]Li G, Zhang P, Wang J, et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study[J]. Lancet Diabetes Endocrinol, 2014, 2(6):474-80.
- [5]Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance[J]. N Engl J Med, 2001, 344(18): 1343-1350.
- [6]Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin [J]. N Engl J Med, 2002, 346(6): 393-403.
- [7]叶景虹,钱梦华,邹弘,等.个体化营养治疗对糖尿病前期患者转归的影响及因素分析[J].中国慢性病预防与控制,2014,22(5):529-532.
- [8]He F. Diets with a low glycaemic load have favourable effects on prediabetes progression and regression: a prospective cohort study [J]. Journal of Human Nutrition & Dietetics, 2018 (suppl1). DOI:10.1111/jhn.12539.
- [9]中华医学糖尿病分会,中国医师协会营养医师专业委员会.中国糖尿病医学营养治疗指南(2013)[J].中华糖尿病杂志,2015,7(2):73-88.
- [10]Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, et al. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association[J]. Diabetes Care, 2016, 39(11):2065-2079.
- [11]罗曦娟,王正珍,朱玲,等.抗阻和有氧运动对糖尿病前期人群血糖干预效果的比较研究[J].中国运动医学杂志,2015,34(9):831-837.
- [12]王正珍,王艳.有氧运动对糖尿病前期人群胰岛素敏感性的影响[J].成都体育学院学报,2013,39(9):1-8.
- [13]罗曦娟,王正珍,朱玲,等.糖尿病前期人群的运动处方:设计与实施[J].

- 北京体育大学学报, 2014, 37(11):62-66.
- [14]侯沛伟, 鱼芳青. 运动干预对糖尿病前期人群基因 KCNJ11 多态性与脂质代谢关系的影响[J]. 卫生研究, 2018, 47(2):237-241.
- [15]夏小慧, 夏惠芸, 刘荣娟, 等. KCNJ11 基因多态与糖尿病前期人群运动干预敏感性的相关研究[J]. 中医糖尿病杂志, 2017, 25(8):686-690.
- [16]Julian M. Gaitan, Arthur Weltman, Steven K. Malin. Enhancing Exercise Responsiveness across Prediabetes Phenotypes by Targeting Insulin Sensitivity with Nutrition[J]. Journal of Diabetes Research Volume, 2017(6):1-8.
- [17]Chiasson JL. Acarbose for the prevention of diabetes, hypertension, and cardiovascular disease in subjects with impaired glucose tolerance: the study to prevent non-insulin-dependent diabetes mellitus (STOP-NIDDM) Trial [J]. Endocrinol, 2006, 12(suppl1):25-23.
- [18]Chiasson J L, Josse R G, Gomis R, et al. Acarbose treatment and the risk of cardiovascular disease and hypertension in patients with impaired glucose tolerance[J]. JAMA, 2003, 290(4):486-494.
- [19]董静莲, 张会敏. 糖尿病前期药物治疗现状[J]. 天津医药, 2016, 28(1):70-73.
- [20]王战建, 苏杰英. 糖尿病预防的最新循证医学证据(一)——DREAM 研究简介[J]. 临床荟萃, 2007, 22(6):444-445.
- [21]Buse J B, Rosenstock J, Sesti G, et al. Liraglutide once a day versus exenatide twice a day for type 2 diabetes: a 26-week randomized, parallel-group, multinational, open-label (LEAD-6) [J]. Lancet, 2009, 374(1):39-47.
- [22]扎迦利. 美国内分泌学会关于糖尿病前期的会议共识[J]. 糖尿病天地·临床刊, 2009, 3(9):397-404.
- [23]中华医学会糖尿病分会. 中国 2 型糖尿病防治指南[J]. 中国糖尿病杂志, 2018, 10(1):8.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:刘萧萧 收稿日期:2018-06-15)

## 中医适宜技术对糖尿病周围神经病变的作用效果研究进展

汤娜 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:** 糖尿病周围神经病变是糖尿病常见的并发症, 目前, 对于糖尿病周围神经病变尚缺乏特效的治疗方法, 随着中医适宜技术的研究不断深入和推广, 本文从根据糖尿病周围神经病变的病因采用中药熏洗疗法的作用机理, 从中药熏洗法的治疗机理、操作方法、注意事项及相关研究者的作用效果来综述中药熏洗在糖尿病周围神经病变中医护理干预中的应用研究进展。

**关键词:** 中药熏洗; 糖尿病; 周围神经病变; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.15.067

文章编号:1672-2779(2018)-15-0158-03

### Research Progress on the Effect of Suitable Technology of Traditional Chinese Medicine on Diabetic Peripheral Neuropathy

TANG Na, CAO Bailong

(Endocrinology Department, East District of Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 101121, China)

**Abstract:** Diabetic peripheral neuropathy is a common complication of diabetes. At present, for diabetic peripheral neuropathy is still lack of effective methods. Along with the research of traditional Chinese medicine appropriate technology development and promotion, according to the etiology of diabetic peripheral neuropathy, the mechanism of traditional Chinese medicine fumigation and washing therapy, the treatment mechanism and operation method of traditional Chinese medicine fumigation and washing were discussed in this paper. The application of herbal fumigation in nursing intervention of diabetic peripheral neuropathy was reviewed.

**Keywords:** Chinese medicine fumigation; diabetes; peripheral neuropathy; consumptive thirst

糖尿病是我国最常见的慢性疾病之一, 目前中国糖尿病患病率约为9.7%, 约有9240万患者, 而且还有约1.5亿的糖尿病高危人群<sup>[1]</sup>。糖尿病周围神经病变(DPN)是糖尿病最常见、危害性最大的并发症, 主要累及感觉神经、运动神经及植物神经, 临床表现以四肢末端对称性、多发性麻木、疼痛、蚁行感等感觉障碍为主<sup>[2]</sup>。糖尿病周围神经病变发病率高达60%~90%, 也是导致糖尿病足、截肢的重要原因, 严重影响了患者的生活质量<sup>[3]</sup>。目前, 对于糖尿病周围神经病变尚缺乏特效的治疗方法。近年来, 随着中医适宜技术的研究不断深入和推广, 如中药熏洗、手法按摩、针灸疗法、电蜡疗热敷法、穴位贴敷法、红外线疗法等方法, 均有一定改善周围神经病变症状的疼痛效果, 可以大大地改

善患者的生活质量, 且具有针对性强、肝肾毒副作用小、持续时间长的特点, 较西医治疗具有一定的优势<sup>[4]</sup>。本文就中药熏洗法中医适宜技术对糖尿病周围神经病变的作用效果研究进展综述如下。

#### 1 中药熏洗法概述

中药熏洗疗法是中医学的传统外治疗法, 是利用中药煎汤后趁热在皮肤或患处进行熏蒸、淋洗的治疗方法(一般先用药汤蒸气熏疗, 待药液温时再淋洗), 此疗法是借助药力和热力, 通过皮肤、黏膜作用于机体, 促进血管扩张及血液循环, 继而改善局部及全身的组织营养、代谢, 调节局部及全身神经、肌肉、器官的功能, 从而达到预防和治疗疾病的目的<sup>[5]</sup>。

#### 2 中药熏洗法治疗机理

中药熏洗法治疗机理是建立在中医理论上, 通过热力及药力的相互结合、协同作用, 使患者肌肤

\* 通讯作者: 13520999571@126.com

腠理张开,中药经张开的肌肤腠理直接到达疾病所在部位,加速机体的血液循环,改善局部营养状况和全身功能。糖尿病周围神经病变归为中医学“痹”“筋痹”“消渴病痹症”范畴,中医认为其病因病机为阴虚、气虚、阳虚、血虚,兼有(痰)瘀阻滞脉络,中医学根据本病的特点,将其归为“痹症”范畴,早期病机为阴虚血瘀、气虚血瘀、痰瘀阻络,晚期为阳虚血瘀、肝肾亏虚,故治疗上主要采用补虚泻实法,常选用活血通络药物以增强疗效<sup>[9]</sup>。

### 3 中药熏洗操作方法

高晓莉研究<sup>[7]</sup>,具体操作方法:每日将中药熏洗方煎煮后,趁热倒入木桶中,室温下晾至温度计测试为50~70℃,在沐足桶中放入踏脚凳,患者坐位,将足部放在桶内踏脚凳上,用治疗单将桶口及足部盖严,利用热气熏双下肢5~10 min,待水温下降至37~39℃时撤除踏脚凳,将双足浸泡在药液中,并用毛巾蘸药液淋洗,淋洗时淋至患者足三里穴(位置在小腿前外侧,在犊鼻下3寸,距胫骨前缘一横指),足三里为足阳明胃经合穴,也是胃的下合穴,此穴可从除燥热入手治疗消渴,又能健脾益气,以助消除痰浊瘀血。浸泡时水面没过三阴交穴(位置在小腿内侧,脚踝骨的最高点往上3寸处),三阴交为足太阴脾经穴,可调脾经之气,既可健脾统血、活血化瘀,又可健脾助运、化痰祛浊。大量临床实践研究表明,三阴交联合足三里可补患者脾胃功能,对纳运具有辅助效果,并可疏通经络及调理人体气血。每次熏洗15~20 min,中药熏洗完毕后用柔软的毛巾擦干局部皮肤,特别是足趾间隙。

安玉珍<sup>[8]</sup>操作方法:每日将煎好的足疗中药用熏蒸盆盛2/3满,能到达膝部为宜,温度控制在37~39℃,尤其是对皮肤感觉差的患者,熏蒸及泡脚时一定要控制好水的温度,防止烫伤皮肤。先利用蒸气来熏双足至膝关节,熏蒸时间5~10 min,再用熏蒸后的水泡脚15~20 min,浸泡前后保持皮肤清洁,泡足后指导患者及时做好足部的保暖,不要受凉,对于皮肤干燥者可涂润肤膏,以保证皮肤柔软,防止皲裂,并对皮肤颜色、温度改变以及足背动脉搏动情况和足部神经感觉进行评估。

### 4 中药熏洗注意事项

(1) 发热、急性炎症、昏迷、皮肤化脓破溃的患者,精神病患者,恶性肿瘤、有出血倾向、严重心脏病、哮喘发作的患者严禁中药熏洗<sup>[9]</sup>。(2) 患者不宜空腹及进餐前后半小时内进行中药熏洗。(3) 年老、体质虚弱、水肿的患者不可单独熏洗,且熏洗的时间不宜过长,以防虚脱,熏洗后应静卧休息半小时。(4) 中

药熏洗时忌同时应用肥皂或其他溶液,以免影响药效。

### 5 中药熏洗法作用效果

5.1 有效改善糖尿病周围神经病变的症状和体征 韩庆龙<sup>[10]</sup>将118例糖尿病周围神经病变患者随机分为2组,治疗组60例,对照组58例,对照组常规控制饮食,血塞通注射液0.4 g,硫辛酸注射液0.3 g静脉滴注,每日1次,治疗组在对照组基础上使用中药熏洗,药物组成:艾叶20 g,赤芍30 g,牛膝30 g,当归50 g,桂枝20 g,红花30 g,黄芪30 g,苏木25 g,细辛20 g,川乌25 g,草乌20 g,桃仁20 g,每日1剂,以3周为1个疗程,研究证实通过中药熏洗温热和药力的双重作用,热能松解肌筋、疏松腠理、活血通脉,药物在热能的作用下通过皮肤、腧穴等直接吸收入血、输布全身而发挥药效,中药熏洗治疗组临床疗效明显优于单纯西药治疗组,其糖尿病周围神经病变症状体征改善明显,值得临床推广。

管静辉<sup>[11]</sup>将60例糖尿病周围神经病变的患者随机分为治疗组和对照组,患者依然要服用降血糖的药物或是注射胰岛素控制体内血糖,治疗组患者采用温经通络药物丁香、花椒各6 g,红花、当归、桂枝、川牛膝、桃仁、鸡血藤各25 g煎煮后,先熏患者双下肢,待药液温度降至30~40℃时再进行患肢的洗浴,每天1次,15 d后总有效率达90%,对照组患者注射维生素B<sub>1</sub>、B<sub>12</sub>注射液治疗,总有效率为70%,结论:采用温经通络熏洗方治疗糖尿病周围神经病变具有显著疗效,并且治疗方法简单,患者容易接受。

曾艳红<sup>[12]</sup>对136例糖尿病合并下肢周围神经病变的患者,应用中药泽泻、牛膝各15 g,桂枝、茯苓、红花、丹参、苦参、黄芪、当归各20 g,血藤、生地黄各30 g煎煮后熏洗双下肢和护理干预;熏洗时间为30~60 min,10 d为1个疗程,3个疗程后发现总有效率为94.85%,大多数病人自觉麻木、疼痛等临床症状改善,且纳入的136例病人未出现头晕、心悸等异常情况,提示中药熏洗治疗是有效、安全的。

5.2 有效改善糖尿病周围神经病变患者神经传导速度 陈秀芝<sup>[13]</sup>将2型糖尿病合并周围神经病变病人60例随机分为对照组30例和治疗组30例,对照组予甲钴胺注射液静滴,治疗组在对照组基础上加用药物:炙乳香15 g,炙没药15 g,当归15 g,川芎15 g,益母草15 g,细辛10 g,桂枝10 g,桃仁9 g,红花9 g,鸡血藤15 g,路路通15 g,生大黄15 g,水煎250 mL,兑入1000 mL温开水中,双下肢浸泡30 min,每天1次泡浴双下肢。结果:治疗组总有效率为99.67%,对照组总有效率为73.3%,治疗组明显优于对照组,神经传导速度较前增加5 m/s以上或

恢复正常。

彭宝虹<sup>[14]</sup>将符合诊断标准的140例糖尿病周围神经病变患者随机分为治疗组与对照组,在常规治疗基础上,治疗组加用自拟糖痛方:生黄芪12 g,桂枝10 g,白芍15 g,当归10 g,鸡血藤15 g,怀牛膝15 g,桃仁10 g,元胡10 g,银花藤15 g,生甘草6 g,苏木6 g,煎煮后足部熏洗每日1次;1个月为1个疗程。结果治疗组有效率为87.1%,对照组为61.4%,证实中药熏洗不仅能改善糖尿病周围血管神经病变患者症状,也能改善其神经传导速度,效果显著,安全性好,值得临床进一步推广研究。

张清颜<sup>[15]</sup>采用随机数字表法将91例糖尿病周围神经病变的患者分为对照组和观察组,观察组在常规治疗基础上,使用足浴方:鸡血藤15 g,五灵脂12 g,桃仁12 g,生地黄15 g,川芎15 g,红花12 g,当归15 g,没药10 g,乳香10 g,丹皮15 g,赤芍15 g,熬制成药汤500 mL,倒入足浴桶,加温水至4000 mL,嘱患者双腿没入药液,液面至少高于踝关节5 cm,1次/天,结果:观察组总有效率93.48%,明显优于对照组的77.78%,观察组能够明显改善糖尿病周围神经病变患者的神经传导速度,在提高患者的生存质量和改善预后方面具有重要意义,值得临床推广。

**5.3 预防糖尿病周围神经病变患者糖尿病足的发生** 潘冰雪<sup>[16]</sup>将60例糖尿病周围神经病变患者随机分为对照组和干预组各30例。对照组实施糖尿病周围神经病变的常规护理和健康教育,干预组在对照组的基础上采用中药方剂:川牛膝18 g,生地黄20 g,鸡血藤20 g,牡丹皮9 g,桂枝9 g,云茯苓15 g,当归15 g,白芍12 g,制川乌9 g,丹参20 g,细辛3 g,黄芪30 g,煎煮后熏洗泡足中医护理干预,结果:中医护理干预可改善糖尿病周围神经病变的症状,改善血液循环,提高足部神经传导功能,有助于糖尿病周围神经病变的病情控制,提高治疗效果,通过热能疏松腠理、活血通络,促进血液循环、改善末梢神经营养,也能有效预防糖尿病周围神经病变患者糖尿病足的发生及改善病人临床症状。

各研究常用中药配方中的红花具有活血祛瘀之功效;桂枝具有温经通络、助阳化气、散寒止痛之功效;当归具有补血调经、活血止痛之功效,可治疗血虚血瘀、风寒痛痹者;透骨草具有祛风除湿,舒筋活络,止痛之功效。红花可与当归、川芎相须为用,有活血祛瘀、通经止痛之功效;桂枝可与当归等配伍,可宣导活血、化瘀止痛<sup>[17]</sup>。针对糖尿病性周围神经病变下肢和足部缺血,微循环障碍的病理改变,重新恢复足部

循环是贯穿整个治疗过程中最重要的环节<sup>[18]</sup>。体表皮肤温度与皮肤血管状态和局部血流量有密切的关系,皮肤温度升高,表明血管舒张,血管的弹性、顺应性增强,血管容积增大,肢端皮肤温度增高,说明其血流量加大,血管扩张使末梢血液微循环得到改善<sup>[19]</sup>。

## 6 小结

研究证明中药熏洗治疗糖尿病周围神经病变疗效显著,尤其表现在改善病人自身感觉症状方面,且病人依从性较高,操作方法简单。虽然目前对于糖尿病周围神经病变的中药熏洗疗法研究活跃,但仍然存在一些不足之处,因此,未来研究中需要注重糖尿病周围神经病变疗效的标准化、规范中药熏洗操作方法,运用现代科技深入中药熏洗作用机制方面的探讨,联合中西医结合多元化治疗手段,不断探索新的方式、方法,且在有条件的情况下,进行大样本多中心的研究,更进一步提高临床疗效,降低糖尿病周围神经病变的病人截肢率、致残率和致死率,改善病人的生活质量。

## 参考文献

- [1]任胜卫,谢立信.角膜共焦显微镜对糖尿病周围神经病变筛查的意义[J].中华糖尿病杂志,2013,5(4):241-244.
- [2]徐霄,胡祝红,罗艳.中药涂擦联合 TDP 治疗糖尿病周围神经病变疗效观察[J].山东中医药大学学报,2015,39(4):325-326.
- [3]李凤娇,周佩如,黄洁微,等.120 例糖尿病病人周围神经病变相关因素分析[J].护理研究,2015,29(7):2487-2489.
- [4]李新安,侯建明.糖尿病周围神经病变中西医结合治疗进展[J].中医临床研究,2012,4(5):117.
- [5]邱晓堂,张永杰.中药熏洗治疗糖尿病周围神经病变疗效观察[J].中国中医药信息杂志,2013,20(4):74-75.
- [6]张淑芳,宋慧丽,吕树泉,等.糖尿病周围神经病变中医研究进展[J].国际中医中药杂志,2016,38(7):663-664.
- [7]高小莉,金莉莎.中药熏洗合并穴位贴敷预防糖尿病周围神经病变的护理研究[J].临床护理杂志,2014,13(3):28-30.
- [8]安玉珍,陈丽霞.2 型糖尿病患者周围神经病变中药熏洗足部的护理[J].护士进修杂志,2014,29(13):1196.
- [9]陈佩仪.中药熏洗法[M].中医护理学基础,2012:135-137.
- [10]韩庆龙,张高峰,徐峰,等.中西医结合治疗糖尿病周围神经病变临床观察[J].湖北中医药大学学报,2013,15(5):52-53.
- [11]管静辉.温经通络熏洗方治疗糖尿病周围神经病变的临床护理[J].中国现代药物应用,2013,7(7):94-95.
- [12]曾艳红,刘乾梅,陈品萍,等.中药熏洗用于糖尿病下肢周围神经病变的疗效观察及护理干预[J].中国护理管理,2013,13(S1):154-155.
- [13]陈秀芝,李建树,赵冰清.活血化瘀法治疗糖尿病周围神经病变的临床观察[J].实用中西医结合临床,2013,12(4):25-26.
- [14]彭宝虹.自拟糖痛方治疗糖尿病周围神经病变的临床研究[J].世界中西医结合杂志,2012,7(10):874-876.
- [15]张清颜.足部护理干预对 46 例糖尿病周围神经病变患者神经传导速度和临床疗效的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(1):81-82.
- [16]潘冰雪.糖尿病周围神经病变患者的中医护理干预[J].护理实践与研究,2013,10(16):151-152.
- [17]张磊,王馨曼.中药熏洗联合西药治疗糖尿病周围神经病变疗效的系统评价[J].护理学报,2015,22(12):36-42.
- [18]馮淳,陈佩仪,陈琳莹.糖尿病周围神经病变诊断、治疗和护理的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2014,23(12):1363-1364.
- [19]徐国鑫,孙晓晶.对糖尿病感觉障碍患者进行按摩护理的效果评价[J].医学与哲学,2013,34(2B):48-51.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王立强 收稿日期:2018-03-19)