

微课联合 Sandwich 教学法 实现护理专业学生从课堂到临床的过渡^{*}

嵇玲瑛¹ 吴 蓓² 何咏群³

- (1 广州中医药大学第一附属医院三骨科, 广东 广州 510405;
2 广州中医药大学第一附属医院综合科, 广东 广州 510405;
3 广州中医药大学第一附属医院护理部, 广东 广州 510405)

摘要:目的 评价微课联合Sandwich教学模式在实现护生从课堂到临床过渡的应用效果。方法 将2011级86名护生作为对照组, 实施常规临床带教模式; 2012级108名护生作为试验组, 实施常规带教模式基础上的微课联合Sandwich教学课程。实习结束后, 比较2组护生课堂教学成绩, 采用自制评价量表对2组护生就不同培训模式的效果进行问卷调查。结果 试验组护生课堂教学成绩高于对照组 ($P<0.05$); 试验组护生认为微课联合Sandwich教学模式对于提高临床衔接度、批判性思维、健康教育影响等有较好效果 ($P<0.05$)。结论 微课联合Sandwich教学模式有利于实现护生从课堂到临床过渡。

关键词: 护理实习生; 临床实习; 微课; Sandwich教学法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.001

文章编号:1672-2779(2018)-04-0001-05

The Transition of Nursing Students from Classroom to Clinic in Combination with Microcourse and Sandwich Teaching Method

Ji Lingying¹, Wu Bei², He Yongqiong³

- (1. Orthopedics Department, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China;
2. Integrated Department, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China;
3. Nursing Department, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

Abstract: Objective To evaluate the effects of microcourse and Sandwich teaching model in making no distance from classroom to clinical for nursing trainees. **Methods** Grade 2011 including 86 nursing trainees was the control group which carried out the routine clinical teaching pattern. Grade 2012 including 108 nursing trainees was the experimental group which carried out the microcourse and Sandwich teaching course basing on the routine clinical teaching pattern. The students' classroom performance after the internship was compared between the two groups. In addition, the trainees were investigated using self-made rating scale about the effect of different training patterns. **Results** The classroom performance of the experimental group was higher than that of the control group ($P<0.05$). The effect of clinical convergence, critical thinking and health education of the experimental group were better ($P<0.05$). **Conclusion** Microcourse combined with Sandwich teaching model is beneficial to the transition of nursing students from classroom to clinic.

Keywords: nursing trainees; clinical practice; microcourse teaching; Sandwich teaching

护理学是一门具有灵活实践性和应用性很强的学科, 对护理专业学生(简称“护生”)实践能力的培养是护理教学的关键。护理临床实践教学的重要性和必要性得到大家共识, 随着《面向新世纪卫生人才: 实行转化教育强化互相依存世界中的卫生系统服务》报告^[1]的发表、护理学定义为一级学科及《关于推进和规范医师多点执业的若干意见》的公布, 护理工作将在未来的国民医疗卫生保健方面起到越来越重要的作用, 提高护生综合能力的“能力本位”教育已提上各护理学校的日程。微课是指以微型教学视频为主要载体, 针对某一学科某个知识点(如重点、难点、疑点、考点等)或教学环节(如学习活动、主题、实验、任务等)而设计开发的一种情景化、支持多种学习方式的新型

网络课程资源^[2]。德国海德堡大学医学院的Sandwich模式^[3], 通过安排学生小组讨论、交叉学习、小结汇报等教学环节, 有效提高了学生自主学习能力和思考能力。将此两种教学方法有机结合, 应用于护生的临床实践教学环节中, 探讨其在提高护生核心岗位胜任力中的作用, 为实现护生从课堂到临床“0”过渡提供尝试。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利取样法, 选取2011级本科护生86人作为对照组, 女生78人, 男生8人; 年龄平均21.34岁。2012级本科护生108人作为试验组, 女生98人, 男生10人; 年龄平均21.78岁。此两届护生均来自广州中医药大学、长春中医药大学、广西中医药大学护理学院本科班。2组护生年龄、性别、入实习成绩考核比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 教学方法

1.2.1 教学安排 对2011级护生实施常规临床带教模式, 而2012级护生在接受常规临床带教的基础上, 增加微

^{*} 基金项目: 广东省高等教育教改项目[No.粤教高函[2015]173号]; 广州中医药大学校级课题高等教育教学改革项目[No.广中医教[2015]43号]

课和Sandwich教学法。在2011级护生集中授课环节,授课者为广州中医药大学护理学院全体本科护生,实施护生自由选题,每人授课20 min,每个月集中授课1次,共8次,每次由护理教研室课堂教学老师评分及评价,共有42人授课,最后完成授课任务40人。2012级护生采用自由报名参加授课,由带教组老师选定授课方向,并由不同专科课堂教学老师进行授课前辅导,分不同系统进行授课,每人授课8~12 min,每个月集中授课1次,共8次,同样由护理教研室课堂教学老师评分及评价,共有40人授课,全部完成授课任务。授课方向参考2011级护生离院前关于科目重要性的调差问卷结果,最后选定内科(包括心血管系统、呼吸系统、血液系统、消化系统、神经内科系统、内分泌系统)、外科(心血管外科、骨科)等科目,结合我院师资及实习安排的情况,最后选定的2012级微课及Sandwich授课方向如表。

表1 2015—2016学年护生授课及Sandwich教学实施安排

序号	时间	分项	解剖	生理/病理	体查/检验	诊断/药学	护理
1	2015年8月	心血管	学生1	学生2	学生3	学生4	学生5
2	2015年9月	呼吸科	学生6	学生7	学生8	学生9	学生10
3	2015年10月	内分泌	学生11	学生12	学生13	学生14	学生15
4	2015年11月	神经内科	学生16	学生17	学生18	学生19	学生20
5	2015年12月	血液	学生21	学生22	学生23	学生24	学生25
6	2016年1月	骨科	学生26	学生27	学生28	学生29	学生30
7	2016年2月	肝胆外	学生31	学生32	学生33	学生34	学生35
8	2016年3月	儿科	学生36	学生37	学生38	学生39	学生40

1.2.2 教学关键环节

1.2.2.1 课程案例设置、教师及护生准备 确定好方向后,针对每次的主题挑选3位授课老师及1位指导老师,授课老师均为临床护理工作4年以上,通过教师资格考试。指导老师为相应专科经验丰富的护理管理者。在护生入实习后,以自愿原则报名参加微课讲授。在8月第一场开场前,由带教主管组织8场以上Sandwich专题讨论,确定好案例、设置问题的方向(表2)及5位护生授课的专题及相应指导教师。此案例及问题将于每次上课前1周发至护生的QQ群,让全体护生提前预习。

1.2.3 教学安排

1.2.3.1 微课安排 在课程实施当天,集中所有护生及参与教师聆听护生以微课形式讲授相应系统的核心解剖、生理、病理、体查、检验、诊断、药学、护理等方面的知识点,这些知识点由师生共同讨论决定,选取临床使用频率高,能提高护生综合护理评估、诊断及处理能力的知识点展开讲授。授课完成后,由课堂教学经验丰富的老师对每位护生进行点评。微课环节控制在1 h完成。

1.2.3.2 Sandwich主体教学安排 (1)入场:微课环节结束后,所有同学按编号分成3组,每组36人,分别进入3个已布置好的科室进行该系统的Sandwich教学环节,时长2.5学时(110 min)。每一组护生按进入科室

的先后顺序,随机领取由A1、B1、C1、D1、E1、F1至A6、B6、C6、D6、E6、F6的编号牌,A编号的六位护生入座A组坐席,B编号六位护生入座B组坐席,以此类推。(2)开场及小组讨论(25 min):授课教师根据教学内容给出案例的一般信息或播放视频,提出本次课堂教学目标,提出6个有针对性的临床护理问题,供A~F 6组护生进行小组讨论。每组讨论1个问题。(3)交叉学习(20 min):小组讨论结束后,编号内带“1”“2”“3”“4”“5”“6”者进行重新组合,“1”组坐A组位,“2”组坐B组位,重新组合成新的小组,进行交叉学习。每名护生在新小组里汇报各自带来的小组讨论结果。使新小组成员能分享6个问题的讨论结果,并获得补充的意见及建议。(4)结果汇报(30 min):A、B、C、D、E、F组护生再次集中,由教师随机指定每组1名代表发言,并将结果书写在不同颜色的纸条上,贴于白板上。(5)教师小结(20 min):教师围绕本次课堂的学习目标进行小结,重点讲授护生没有表达清的内容,简单讲授护生已基本表达的内容。(6)“鱼缸”环节(15 min):由教师再次从A~F组中随机抽取编号重新建组,讨论新问题,其他同学聆听,或进入小组提出个人见解,参与讨论。通过小组讨论+交叉学习+护生汇报+教师小结+小组讨论的方式完成本系统的Sandwich临床护理教学。

1.2.3.3 课后复习 课题组在每次微课及Sandwich教学环节均安排专人现场摄像及视频整理,将每位护生的授课及Sandwich教学于课后以视频的方式公布于护生的QQ群及微信群内,供全体护生学习及复习,以期其更好通过课后的专科考试环节。

1.2.4 评价方法

1.2.4.1 2组护生教学能力比较 对比2011级及2012级参与授课护生的课堂教学成绩。课堂教学成绩表由课题组设计,内容基本相同,两级差异只在授课时间上,对授课效果评价具有一致性。

1.2.4.2 调查问卷 由护理教研小组研制,2个年级护生就集中培训授课对其未来临床护理工作的影响进行问卷调查。主要了解相同培训时间、不同培训方式对护生的临床衔接度(5个条目)、批判性思维(6个条目)、临床护理质量提升(6个条目)、人际关系(6个条目)、健康教育(4个条目)共计5个维度的影响,以Likert 5级计分法(1=没有作用,5=很有作用)计量,总分为135分,得分越高表示护生认为其所属学年的培训方式越好。两级护生于实习结束总结会后当场填写,30 min后回收,回收率为100%。

1.2.5 统计学方法 采用SPSS23.0软件进行统计分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)统计描述,并进行 t 检验;计数资料用构成比统计描述,并进行 χ^2 检验;所有统计检验均采用双侧检验,检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 则认为差异有

表2 所选取的案例及设置问题

主题	
心血管	<p>案例 截取某一时间北京卫视关于长途司机开车途中突发急性心肌梗死过程的视频</p> <p>设置问题 A. 什么人群在什么情况下容易诱发心肌梗死? B. 为什么心肌梗死患者需要多次抽血和做心电图? C. 心肌梗死治疗的药物方案与观察要点? D. 心肌梗死再灌注治疗方法选择与优缺点比较? E. 心肌梗死患者什么时候可以下床活动, 如何掌握活动量? F. 如何区别心肌梗死患者心源性休克和低血压状态?</p>
呼吸科	<p>案例 截取某一时间某电台关于**医院急诊科接诊并处理一位慢性阻塞性肺疾病病人的报道</p> <p>设置问题 A. 什么样的人容易患有COPD? B. 如何判断COPD患者急性发作? C. COPD急性发作期急救药物种类有哪些? 具体使用注意事项? D. 如何指导稳定期患者进行功能锻炼?(呼吸功能及其他功能锻炼) E. 什么情况下需要家庭氧疗? 家庭氧疗的注意事项? F. COPD为什么会营养不良? 核心指标? 在整个过程护士应如何进行干预?</p>
内分泌	<p>案例 临床案例: 张某, 72岁, 男性, 退休教师, 主诉: “反复呕吐7 h”。入院症状: 呕吐, 口干多饮, 消瘦, 疲倦乏力, 剑突下胸闷, 胸部疼痛, 偶有下腹部隐痛, 纳眠差, 小便量多, 近1月来体质量约减少10斤。生化结果示: pH 7.173, β-羟丁酸7.54 mmol/L, 葡萄糖28 mmol/L, 诊断: 2型糖尿病; 糖尿病性酮症酸中毒。入院后处理: 0.9%氯化钠+普通胰岛素组、0.9%氯化钠、林格氏液等补液治疗。</p> <p>设置问题 A. 如何合理安排输液治疗? 胰岛素组什么时候改用5%葡萄糖注射液做溶剂? 什么时候停用? B. 老张住院3天后, β-羟丁酸0.25 mmol/L, 葡萄糖13.2 mmol/L, 改为三餐前普通胰岛素+甘精胰岛素睡前皮下注射; 五天后改为诺和锐(门冬胰岛素)早晚餐前注射。老张使用的普通胰岛素、甘精胰岛素、诺和锐30R属于哪种类型的胰岛素? 使用注意事项是什么? C. 老张身高165 cm, 体质量: 59 kg; BMI: 21.67 kg/m², 如何合理安排他1日3餐?(供选用的有以下食材: 面食、米饭、鸡蛋、鱼肉、瘦肉、牛奶、绿叶蔬菜、植物油)。D. I型糖尿病与II型糖尿病治疗的区别? E. 如何判断糖尿病足的进展及做好足部护理的宣教? F. 糖尿病病人在出院前该如何教会其进行自我管理?</p>
神经内科	<p>案例 截取美国电视连续剧“医者仁心”中关于一出院病人在出院前突发脑卒中的视频</p> <p>设置问题 A. 视频中患者出现了哪些症状? 你初步诊断他属于哪种类型的脑卒中? 依据? B. 分析导致视频中男主角脑卒中的可能原因? C. 为什么高血压是引发脑卒中的最重要原因? D. 作为护理人员, 我们应如何指导视频中患者的家属进行日常护理和病情观察? E. 如何对家属和患者进行家庭康复指导? F. 脑卒中患者临床中常见危急并发症?</p>
血液	<p>案例 截取安徽卫视某一时间播放的关于春晚童星邓鸣贺确认白血病而去世的报道</p> <p>设置问题 A. 血液肿瘤的分型及各型的鉴别要点、依据。B. 作为管床护士你将如何观察血液肿瘤病人的病情变化? C. 为什么说M3过去是所有急性白血病中最恶的疾病, 而现在是预后最好的? D. 诊断明确后予维甲酸(ATRS)和三氧化二砷(AS2O3)治疗, 如何做好用药护理? E. 化疗第五天, 实验室检查示: D-二聚体9872ug/L\uparrow; 3P试验(+); 你会考虑出现什么问题? 可能会有哪些临床表现? F. 经过化疗后骨穿提示完全缓解出院, 你要交待患者出院后注意事项。</p>
骨科	<p>案例 脊柱骨科腰椎间盘突出症的临床案例</p> <p>设置问题 A. 该病人的诊断是什么? 依据是? B. 什么样的人群易发此病? 为何? C. 如案例所诉, 该患者需选择怎样的治疗方案? D. 手术后为何原有症状较前加重? 该如何解决? E. 当引流管引出淡红色清亮血性液体时, 患者出现什么问题? 该如何处理? F. 术后该如何活动?</p>
肝胆外	<p>案例 临床案例: 董某, 63岁, 男, 主诉: 腹痛腹胀1月余, 肛门停止排气排便3天。入院肠镜提示: 距离肛门60 cm处可见一大小约3 cm\times3 cm菜花样肿物, 肠腔狭窄; 全腹CT提示横结肠近脾区可见一肿物, 肠壁增厚明显, 周围可见肿大淋巴结; 排除禁忌症后行剖腹探查术。术后予常规处理; 术后当天, 心电监护提示: BP85/52 mmHg, P: 102次/分; 术后第1、2、3天医生予患者行腹腔热灌注治疗, 过程顺利; 术后第6天, 患者肛门排气, 听诊肠鸣音3次/分, 予拔除胃管, 全流饮食, 术后第8天, 患者诉腹痛腹胀, 发热(38.1$^{\circ}$C), 查体: 腹肌紧张, 全腹压痛、反跳痛, 右盆腔引流管引出褐色浑浊含残渣液体约200 mL。</p> <p>设置问题 A. 该患者出现了什么问题? 依据是什么? B. 入院后医嘱予留置胃管行胃肠减压, 胃管置入多长, 为什么? C. 患者术后留置多条管道, 如何做好患者的管道护理? D. 患者术后当天发生了什么? 作为当班护士, 你该如何处理? E. 术后第8天又出现了什么情况? 该如何处理? F. 如何对患者做好健康指导?</p>
儿科	<p>案例 临床案例: 刑某, 1岁, 女, 主诉: “大便次数增多3天, 呕吐发热半天”。入院症见: 患儿大便次数增多至10余次/日, 每次量不等, 水样便, 色黄, 无酸腐恶臭味, 无夹粘液脓血, 发热, 呕吐, 哭时少泪, 皮肤稍干, 纳眠差, 口渴, 饮水少, 小便减少。查体: 体温: 38.8$^{\circ}$C, 脉搏: 126次/分, 呼吸: 36次/分, 体质量: 10.5 kg。患儿神志清楚, 皮肤稍干燥。前囟稍下陷, 口腔粘膜干燥, 无疱疹。舌质略红, 苔薄白微腻, 指纹紫滞达风关。入院后完善相关检查, 血分析: 白细胞总数9.82E+9/L、肌酸激酶MB同工酶94 U/L; 总二氧化碳19.0 mmol/L、阴离子间隙21.0 mmol/L, 轮状病毒检测阳性。入院后予补液、利巴韦林雾化吸入、辅酶Q₁₀胶囊、维生素C静滴等对症支持治疗。</p> <p>设置问题 A. 六个月内的母乳喂养儿, 不容易发生腹泻, 为什么? B. 该患儿是属于生理性腹泻还是病理性腹泻? C. 腹泻的患儿可以用止泻剂吗? D. 如何指导家长合理喂养婴儿? E. 给腹泻婴儿进行液体疗法时, 需要遵循哪些原则, 如何实施? F. 针对该案例中的患儿, 护理重点是什么?</p>

统计学意义。

2 结果

2.1 2组护生的课堂教学成绩比较 试验组护生课堂教学成绩为(87.64 \pm 6.51)分, 对照组为(79.45 \pm 7.82)分, 2组比较差异有统计学意义($P=0.000$)。

2.2 两个年级护生就不同方式的集中培训授课对未临床

床护理工作的影响比较 试验组护生认为2015—2016学年集中授课形式对未临床护理工作产生影响的各维度得分均高于对照组, 其中临床衔接度、批判性思维、对未来工作整体影响、健康教育影响得分2组相比差异有统计学意义, 对人际关系影响得分2组相比差异无统计学意义, 见表3。

表3 不同方式的集中培训授课对未来临床护理工作的影响
($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	临床衔接度 (16分)	批判性思维 (24分)	对未来工作的整体影响 (24分)	对人际关系影响 (24分)	健康教育影响 (16分)
对照组	86	11.56 ± 2.49	15.69 ± 4.16	14.81 ± 4.83	16.63 ± 4.59	10.63 ± 3.44
试验组	108	13.60 ± 1.97	18.56 ± 4.24	17.29 ± 4.05	18.69 ± 3.50	12.67 ± 2.90
P值		0.001	0.021	0.048	0.064	0.023

3 讨论

3.1 微课联合Sandwich教学法实施于临床教学, 提高护生授课能力及学习积极性 对于微课, 从相关文献^[4-5]中获知, 是根据新课程标准和课堂教学实际, 以教学视频为主要载体, 记录教师在课堂教学中针对某个知识点或教学环节而开展的精彩教与学活动中所需各种教学资源的有机结合体, 时间在10 min以内, 有明确的教学目标, 内容短小精洁。在本研究中, 通过临床教师对授课护生进行面对面指导, 让护生掌握授课技巧, 精彩诠释10 min授课的每个环节, 复习临床高频率使用知识点。负责拍摄的护生用视频记录下这些精彩瞬间, 课后整理并上传至微信、QQ群, 方便每位护生“拿来”即学, 支持翻转学习、移动学习和碎片化学习等多种新型学习方式, 不仅提高护生授课能力, 也提高护生学习的积极性。Sandwich教学法, 最早源于苏格兰^[6], 在高等医学教育中的应用源于德国海德堡大学医学院, 我国是在近几年逐步将Sandwich教学法应用于国内医学教育^[7-9]。这种教学模式无论对教师和学生素质的培养, 还是对医学教育的完善都是有益的, 从长远看是医学教育发展的必然趋势^[10]。将两者按照一定先后顺序有机结合, 应用于护生临床实习教学中, 发挥各自的优点, 促进护生各方面能力全方位提升, 国内尚无先例。

临床实习阶段是护生将理论转变为实际应用的重要阶段。护生学习积极性的高低直接影响其自身的学习效率, 如何在实习过程中, 通过一定的方法使护生保持自始至终较高的学习积极性是临床带教老师所面临的难题。临床护理工作重要职责之一是疾病健康教育的宣教者, 如何在短时间内, 通过护生简要的宣教, 让患者了解、熟悉乃至掌握疾病的相关知识, 没有较好的传授能力是很难实现的。通过微课教学形式, 让护生在10 min内运用各种教学手段将教学目标有重点地讲述清楚, 这锻炼了护生讲授、总结、演示等能力。在课程安排上特意将微课教学安排在Sandwich教学前, 可为其他护生系统梳理临床使用频率最高的相关知识点, 为后续Sandwich教学在相应系统案例教学中的应用完成理论铺垫。因有前期教师的指导, 2012级授课护生对重难点的把握明显好于2011级护生 ($P=0.000$)。因2011级授课护生直接由实习主管部门指定人员完成, 部分护生到后期存在积极性不高、临时抱佛

脚的现象, 所以该学年后期部分护生出现授课质量低、选题随意、授课时间明显不足的现象。相反, 在2015—2016学年, 实施自愿报名以后, 授课者保证质量, 听课者也受益匪浅, 两者的学习积极性自始至终都非常高。

3.2 联合此两种教学法进行分系统的学习, 使护生思维接近临床护理工作思路 在微课教学环节, 组织相关护生讲授分系统中使用频率高的解剖、病理、生理等相关知识点, 完成对前期理论知识的系统梳理。从表3的问卷调查反馈可知, 2012级护生较2011级护生更加认为微课联合Sandwich教学应用于分系统学习的集中培训模式对其未来临床护理工作衔接、培养护生批判性思维、对未来临床护理整体工作的影响、提高对病人的健康教育质量, 具有显著性促进作用 ($P<0.05$), 但对于人际关系的影响差异不明显 ($P=0.064$)。在Sandwich教学分系统案例教学中, 前期微课教学的知识点直接进行应用, 让参与的护生现学现用, 完全符合Sandwich教学的理论-实践-理论的程序。所有选定的案例均符合我们日常护理工作的逻辑, 即见到病人、查体了解症状后确定护理诊断, 实施护理措施, 根据病人的病情进展开展针对性、阶段性的护理。绝大部分同学都赞同Sandwich教学法实施的案例引出方式使护生思维更接近临床接收病患、评估病情、确定诊断、实施护理计划的工作思路。

3.3 符合团队合作为基础的跨专业教育, 提高护生岗位核心胜任力, 最终实现护生从课堂到临床“0”过渡的目标 护生授课内容涉及病理、生理、体查、检验、药理等内容, 有些内容是一般护理工作不甚熟悉的。为了更好地指导护生上好这节课, 临床护理教师要向其他部门: 如病理科、检验科、药学部等多个部门的老师咨询请教, 所以这是符合团队合作为基础的跨专业教育。从护理学科的特点和发展趋势看, 护理岗位核心胜任力主要包括评判性思维、人际沟通交流能力、信息处理能力和终身学习能力^[11]。护生核心能力的主要影响因素为自主学习能力、原有教育基础、工作年限等, 自主学习能力水平的高低对提高护生岗位核心胜任力起到决定性作用^[12]。在此模式的应用过程中, 护生必须通过自学、查阅存书、查阅文献等方式来做准备, 这一过程需要使用一定的信息技术。在准备过程及课程开展过程中, 教师与护生、护生与护生的沟通合作在不断加强, 护生总结知识、语言表达等能力及批判性思维不断得到提升, 最终影响其终身学习能力, 达到提高护生岗位核心胜任力的目的。整个实习过程虽然只有短短的10个月左右, 但通过这8次微课联合Sandwich教学法的应用, 由点及面, 使护生理论联系实际, 将课堂与临床紧密结合起来, 极大缩短了课堂与临床的距离。

4 总结

本临床教学实践改革打破不同卫生学科之间存在的“学科壁垒”——即医疗、护理、检验、药理等不同专业领域的知识和技能,以患者和就医人群的需求为中心,提高自主学习能力以最终提高护生的岗位核心胜任力为衡量依据,推行以系统、团队合作为基础的跨专业教育,提高护生团队协作能力、对知识信息有效的截取使用能力、融会贯通临床各学科知识和技能,这正符合第3代卫生人才教育改革的宗旨^[1]。

综上所述,我院教学团队在延续原有临床实践教学体系的基础上,实施建立在团队合作基础上的微课及Sandwich教学法,通过引入临床实习阶段的综合病例讨论,精心设计教学题概,发挥微课教学及Sandwich教学法的优点,对实现护生从教学到临床“0”过渡的目标有积极意义。

参考文献

[1]Julio Frenk, Lincoln Chen, Zulfiqar A Bhutta, et al. Health professionals for a

- new century: transforming education to strengthen health systems in an inter-dependent world[J]. Lancet, 2010, 376(9756): 1923-1958.
- [2]林玲. 微课在高职生理学实验教学中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(7):10-11.
- [3]曹华, 苏曙光. Sandwich教学法在人机交互设计教学中的应用[J]. 大学教育, 2014, 10(16):12-114.
- [4]胡铁生. “微课”: 区域教育信息资源发展的新趋势[J]. 电化教育研究, 2011(10):61-65.
- [5]黎加厚. 微课的含义与发展[J]. 中小学信息技术, 2013(4):10-12.
- [6]Martin E. Effectiveness of different models of work-based university education[M]. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1997.
- [7]李海英, 吴允佳, 索桂海. 三明治教学模式在新生儿疾病临床教学中的应用[J]. 交通医学, 2017, 31(3):302-304.
- [8]郝广华, 韩振华, 董新. 案例教学法结合 Sandwich教学法在心血管内科临床见习教学中的运用[J]. 西北医学教育, 2016, 6(3):486-488.
- [9]龙海燕, 吕英, 范良菊. “三明治”教学模式在成人健康护理学中的应用与实践[J]. 护理研究, 2016, 30(10):3521-3523.
- [10]陈星星, 晏丹, 袁修学. Sandwich教学法在我国医学教育改革中的应用[J]. 教育教学论坛, 2015, 8(31):99-100.
- [11]曹梅娟. 护理本科人才培养整体胜任力标准框架模型的构建[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(6):536-538.
- [12]高静, 杨翔宇, 吴晨曦. 基于岗位胜任力模型的护理创新人才培养模式的构建[J]. 成都中医药大学学报(教育科学版), 2016, 18(1):29-31.

(本文编辑:李海燕 本文校对:林雪梅 收稿日期:2017-10-27)

新时期预防医学实践教学改革的探索[※]

苏雄 刘颖 王艳玲 李乌云塔娜 王诗淇 赵灵燕*

(内蒙古医科大学公共卫生学院, 内蒙古 呼和浩特 010110)

摘要:实践教学是培养人才的关键环节,其改革要解决的核心问题是让学生从被动学习到主动学习,进而培养学生解决实际问题的能力。新时期下,公共卫生与预防医学事业快速发展,教学者要与时俱进,转变思想,大胆创新,努力探索预防医学实践教学改革的措施。结合我院实际情况,阐述预防医学实践教学过程中的改革思路与创新方法,力争“十三五”期间,使预防医学实践教学在质量和方式方法等方面有所突破。

关键词:新时期;预防医学;实践教学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.002

文章编号:1672-2779(2018)-04-0005-03

Exploration on Practice Teaching Reform of Preventive Medicine in the New Period

SU Xiong, LIU Ying, WANG Yanling, LI Wuyuntana, WANG Shiqi, ZHAO Lingyan*

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

Abstract: Practical teaching is a key link in cultivating talents. The core problem of the reform is to promote students to change from passive learning to active learning, and then develop their ability to solve practical problems. With the rapid development of public health and preventive medicine in the new era, teachers should keep pace with the times, change mindset, create boldly and strive to explore the measures of practice teaching reform of preventive medicine. Combined with the actual situation of our hospital, the reform ideas and innovative methods in the practice teaching of preventive medicine were expounded. We aim to make the practice teaching of preventive medicine breakthrough in terms of quality, mode and method during the 13th Five-Year Plan.

Keywords: new period; preventive medicine; experimental teaching; education reform

近些年,随着禽流感病毒、埃博拉病毒的出现,预防医学为人类提供了有效防控这些病毒的对策和措施,其作为医学门类的重要分支,越来越受到人们的重视。预防医学课程实践性很强,该专业培养的人才主要在疾病预防控制、卫生事业管理部门、出入境卫

生检验检疫局、高等院校、社区卫生服务等领域发挥主导作用。以社会发展需求为导向,预防医学专业人才培养目标要满足社会发展的需要,知识结构、培养模式、操作技能、综合素质培养要与我国公共卫生事业的发展相吻合。预防医学开设的专业基础课程主要有流行病学、职业卫生与职业医学、环境卫生学、营养与食品卫生学等。通过实践教学可使学生牢固树立起预防医学显著特征的群体观念,构建宏观思维模式,使其善于从宏观角度发现问题、分析问题并解决问题,

※ 基金项目:内蒙古医科大学校级科技创新团队【No. YKD2017KJXTD015】

* 通讯作者:lingyan_zhao@163.com

从而全面提高学生的综合素质和业务能力。实践教学是除理论教学之外的所有教学环节,包括实验教学、技能训练、综合实训、见习和实习等等,只有注重实践教学与探索联动,才能培养出适应我国公共卫生事业发展的宽口径复合型预防医学专业人才^[1]。

1 改革实验教学内容

设置科学合理的教学内容对于培养优秀的人才至关重要,同时能够体现科研带动教学、教学促进科研相辅相成的辩证关系^[2]。依照贴近生产生活实际,结合国家公共卫生执业医师实践技能考试的内容和要求,反映预防医学发展趋势的原则,适当增大带有设计性、综合性、创新性思维的实验内容在实验教学中的比例,是提高实验教学质量的有效途径,有利于培养学生的创新思维、创新意识和创新精神,有利于培养学生的综合能力^[3],有利于带动学科建设和实验教学的发展,更能赋予预防医学实验教学无限的想象空间。例如,目前在预防医学专业《“营养与食品卫生学”》的实验教学内容中,开设有食品中亚硝酸盐含量的测定,该次实验就可改编为设计性实验内容。

1.1 教学方法

1.1.1 选题 实验前一个月告知学生,将“食品中亚硝酸盐含量的测定”作为本次自主设计性实验内容。班长将学生按照2~4人/组随机组合成若干实验小组,小组成员讨论后进行选题。

1.1.2 确立实验方案 学生充分利用学校图书馆资源,在CNKI(中国知网)、维普期刊网、万方数据库等相关数据库中搜集关于“食品中亚硝酸盐含量的测定”方面的文献资料,了解国内外研究进展。每组进行详细讨论后制定出实验方案,于实验课前2周提交实验方案至实验教师。实验中心针对学生提交的实验方案和学生进行讨论,根据实验方案的创新性与可行性,给出改进建议,最终确定本次实验方案。

改进后的“食品中亚硝酸盐含量的测定”不仅仅是分析检测“火腿肠中亚硝酸盐含量的测定”,还联想到了用不同方法分析检测“火腿肠中亚硝酸盐含量的测定”“不同食品中亚硝酸盐含量的测定”和“同一食品不同储藏时间段中亚硝酸盐含量的测定”等等内容,实验材料也是涉及很多种类(表1)。

表1 传统实验方案和改进后实验方案举例

组别	实验方案
传统实验方案	火腿肠中亚硝酸盐含量的测定(格里斯试剂比色法) (1)火腿肠中亚硝酸盐含量的测定(催化光度法、荧光光度法、原子吸收光谱法、滴定法、高效液相色谱法等)
改进后实验方案	(2)蔬菜(水果)、黄酒、腌(腊)制等食品中亚硝酸盐含量的测定 (3)蔬菜(水果)储藏不同时间过程中亚硝酸盐含量的测定 ...

1.1.3 实验准备与进行 实验教师根据实验方案进行实验材料准备。学生按照实验方案进行实验,实验教师

进行必要指导。实验结束,撰写实验报告,并对实验结果进行认真分析、与其他小组进行讨论交流。

1.2 预期教学效果评价 设计性实验具有新颖性和自主性的特点,极大地激发了学生的学习兴趣,且培养了学生求真务实的科学价值观。学生在课堂上非常踊跃地思考问题,提高了自学能力,解放了思维。教师与学生之间的沟通明显增加,有利于学生对理论知识的综合性理解和掌握,有利于加强实践动手能力,有利于增强对知识的记忆力。通过小组讨论培养了学生的协作团队能力。

以上这些实验方案都很贴近生活,设计性实验的开设打破了传统注入式教学模式,充分发挥学生在学习活动中的主体地位,使其科研能力得到锻炼^[4]。通过文献检索、课题设计、实验操作和完成实验报告这一系统训练,学生初步掌握了科学研究的基本步骤。

发现、提出、分析和解决问题的过程,是建构知识、培养能力、提升素质、塑造人格的过程,能够激发本科生敢于质疑、敢于超越、敢于创新的认识,这与创新意识的求新、求异、求变高度契合^[5],这就为学生今后走向工作岗位奠定良好的科研基础^[6]。

2 编写《预防医学实习指导》

当今科学的内在发展趋势为多学科、多专业间越来越多的相互交叉、相互融合和相互渗透。然而,目前预防医学专业实验课相对分散,教学内容也有重复,无形中增加了学生的负担,导致学生对专业的实验操作技能缺乏系统性训练。针对该现象,要制定出独立的实验教学大纲,科学地安排实验内容,把各门专业实验课程进行优化整合,打破学科间界限,深入分析,充分论证,根据预防医学专业课程内部存在的关联性与逻辑关系,聘请该领域专家教授共同编写《预防医学实习指导》,该书可分为流行病学与统计学实验教学、理化实验教学、生物学实验教学和突发公共卫生事件应急处理四大模块,每一模块的实验内容都要能反映当前社会实践的需要,具有较强的可操作性,以达到提高学生的综合分析问题、解决问题能力。统一使用《预防医学实习指导》可以使实验仪器设备得到合理有效的利用,减少教学资金的重复投入。

3 利用多媒体等教学手段完善实验教学方式

利用新的教学方式可有效地提高学生的学习兴趣。例如实验微课的应用,微课具有针对性强、目标明确和教学时间短等特点,视频作为微课的主要载体,通常能够记录某个知识点或教学环节中开展的简短完整的教学活动。如对一些实验过程或重要实验规范进行录制,直接用于实验微课教学,这样既节省时间,又可达达到教学目的^[7]。通过文字、图形、图像、视频、动画和声音等多种信息的结合,可充分调动学生的学习热情,改善学生的学习效率,从而提高教学质量^[8]。

4 建立科学的实验教学考核评估办法

根据预防医学对应就业岗位所需的知识、能力、素质为落脚点,建立科学的实验课成绩评定办法,是检查教学效果,全面考核学生的实验技术操作能力的重要环节。我院采取平时考核加期末考核的方式来进行实验课成绩的评定,考核指标涉及多个实验环节。实验中心统一制作学生实验打分表(表2),打分表可由指导教师根据学科需要进行进一步细化或补充考核指标。打分表由指导教师填写,每次实验结束,依据考核指标现场逐项打分,确保能够真实地反映出学生实验技术水平。学期结束时,教师依据每次实验的难易程度进行分配权重,最后计算出加权平均值,即为该学生本学期实验课的总成绩。此考核评估办法能有效督促学生认真完成实验操作,比较客观地给出了实验课程综合成绩。

表2 学生实验打分表

考核指标	比例(%)	学生得分
预习	10	a
实际操作	50	b
实验效果	30	c
纪律和卫生	10	d
合计	100	a+b+c+d

5 拓展实践教学内容

根据我国公共卫生机构等相关部门对公共卫生人才岗位的要求,创建以岗位胜任力为导向的本科生实践教学大纲。学院积极与疾控中心交流合作,为学生搭建实践教学平台,学生把理论知识得以深化理解,进而提升了学生的实际工作能力。

目前内蒙古医科大学公共卫生学院实习基地除本部外,区内与内蒙古综合疾病预防控制中心、内蒙古地方病防治研究中心、内蒙古自治区健康教育研究所,以及呼和浩特市、包头市、巴彦淖尔市、呼伦贝尔市、满洲里市、通辽市、赤峰市、鄂尔多斯市、乌海市、锡林浩特市、兴安盟等14个盟市的疾病预防控制中心建立了预防医学实践教学实习基地。学院注重加强与区外的相关单位学习交流,现与北京市通州区疾病预防控制中心建立了实践教学实习基地。

邀请疾病预防控制中心、卫生监督所、出入境检验检疫局等相关单位的专家教授来校进行学术讲座。安排学生参与疾控中心举办的突发公共卫生事件的应急演练,以提高学生现场组织协调能力、处置应急反应能力。针对自来水生产、食品加工等食品卫生问题,要多进行现场实践教学,带学生到现场观摩实习。例如我院就定期安排学生到呼和浩特金河水厂、内蒙古伊利乳业有限公司生产基地一线参观学习,学生参与社会实践的能力明显提高。

同时,积极创建多渠道、多层次和多形式的预防医学实践活动,例如联合市内社区卫生服务机构开展

社区卫生诊断工作,现场调研及相关数据录入由学生完成;早期慢性病筛查和远期随访可由学生参与完成;同卫生监督部门深入餐饮机构、公司企业等单位进行协助监督。

6 强化实验技术队伍建设

近日,国家层面印发了《关于深化职称制度改革的意见》(以下简称《意见》)^[9]。《意见》强调,目前未设置正高级职称的职称系列均设置到正高级。这意味着实验系列技术人员也可以参评正高级职称,这极大地增强了实验系列人员的工作积极性、主动性和创造性。另外,教育部办公厅印发的《教育部人才工作领导小组2017年工作要点》的通知中强调,要向用人单位主体放权,落实高校人员聘用自主权、薪酬分配自主权,将高校教师职称评审权直接下放至高校^[10]。这就意味着高校可以更加灵活地激发人才活力,完善创新型人才培养机制。实验技术人员要抓住机遇,将更多的时间和精力利用到进修、深造、项目申报,使自己的专业技术水平进一步提高,让自己在本职岗位上做出成绩,为实践教学改革的进行出谋划策。

7 结语

实践教学对学生综合素质和专业能力的提升有着重要的意义,与理论教学具有同等重要的地位,是理论教学无法替代的^[11]。创新实践教学理念,引领实践教学改革的源动力^[12]。新时期下,实践教学是所有高校面临的一项长期而艰巨的系统工程,任重道远。教学者要不断总结教学经验,增开新的实验内容,探索和改革实践教学方法,从而引导学生真正能从实践教学中掌握本领。

参考文献

- [1]陈国元,杨克敌,运络珈,等.预防医学实验教学示范中心的建设与探索[J].实验技术与管理,2010,27(8):5-8.
- [2]吕梅香,汪朝阳,何广平,等.综合化学实验教学改革的实践[J].实验室研究与探索,2010,29(4):117-119.
- [3]易昆南,于菲菲.在综合性、设计性实验中培养学生的创新能力[J].实验技术与管理,2007,24(8):8-9.
- [4]王兰芳,匡兴亚,史哲溪.预防医学实验教学中开展设计性实验的研究[J].实验技术与管理,2016,33(12):183-185.
- [5]安宁.本科学科科研能力培养及优化路径[J].实验技术与管理,2016,33(12):196-199.
- [6]陈国元,杨克敌,刘烈刚,等.预防医学实验教学中心改革效果评价[J].医学与社会,2011,24(7):96-99.
- [7]张霞,李伟,王育红.东北大学化学实验教学改革的探索[J].实验技术与管理,2007,24(2):123-125.
- [8]杨渊,瞿湘园,易宗妮.高校预防医学实验教学改革的微课应用[J].教育教学论坛,2016(38):275-276.
- [9]新华社.中共中央办公厅国务院办公厅印发《关于深化职称制度改革的意见》[EB/OL].2017-01-08.http://news.xinhuanet.com/politics/2017-01/08/c_1120268031.htm
- [10]中新网.教育部:落实高校人员聘用自主权下放职称评审权[EB/OL].2017-08-04.http://www.chinanews.com/gn/2017/08-04/8295702.shtml
- [11]谷春秀,周考文,李亚秋.仪器分析实验教学改革的实践[J].实验技术与管理,2011,28(3):244-249.
- [12]李磊,王惠娟,赵丽萍,等.高等学校预防医学实验教学体系的构建与优化[J].山西医科大学学报(基础医学教育版),2010,12(S1):6-8.

(本文编辑:李海燕 本文校对:高玉敏 收稿日期:2017-11-17)

传承传统文化的有益尝试[※]

——谈中医药文化进中小学课堂

张清林¹ 张洪雷^{2*}

(1 南京中医药大学信息技术学院, 江苏 南京 210023;

2 南京中医药大学人文与政治教育学院, 江苏 南京 210023)

摘要: 中医药作为一门课程走进中小校园, 是国家大力推广中医药文化、建设“健康中国”和提升文化自信的重要战略举措。目前, 针对中小学中医药课程“缺少教学大纲和课程标准的指引”“缺少相关专业背景的执教师资”“缺少科学有效的考核评价体系”和“缺少连贯教学梯度”等问题, 中小学的中医药教学必须尽快做出相应的调整: 课程定位要科学, 教学内容的选择要科学, 考核评价的体系要科学。唯有这样, 中医药课程才能真正地深入到中小学的一线课堂, 国家才能把中医药文化的种子传播到青少年的心田上。

关键词: 中医药文化; 传统文化; 中小学课堂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.003

文章编号:1672-2779(2018)-04-0008-04

Beneficial Attempts to Carry on Traditional Culture

—Discussion on Traditional Chinese Medicine into Primary and Secondary Schools

ZHANG Qinglin¹, ZHANG Honglei²

(1. School of Information Technology, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China;

2. School of Humanities and Political Education, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

Abstract: Traditional Chinese medicine, as a special course, will be introduced into primary and secondary schools. It is our nation's significant strategy to promote the culture of traditional Chinese medicine, accelerates the construction of "Healthy China" and enhances the cultural self-confidence. However, it remains to be a problem how to put it into practice at present, owing to "lack of guidance to teaching syllabus and curriculum standard", "lack of teachers with professional background", "lack of scientific and effective evaluation system" and "lack of consistent teaching gradient" in terms of traditional Chinese medicine curriculum in primary and secondary schools. Therefore, corresponding adjustments must be made in traditional Chinese medicine teaching in primary and secondary schools as soon as possible. Scientific orientation, scientific choice of the teaching materials and scientific evaluation system should be taken into consideration. Only in this way can traditional Chinese medicine truly go deep into the primary and secondary school classroom, and the culture of traditional Chinese medicine take root in heart of young people throughout our country.

Keywords: traditional Chinese medicine culture; traditional culture; class in primary and secondary schools

今年秋季开学初, “浙江省发布了全国首套小学中医药教材《中医药与健康》, 对五年级学生开设中医药课程”一事, 在整个教育界和中医药领域都引起了强烈的反响。在国家的大力倡导和扶持下, 经过多少代中医药人的共同努力, 振兴和传承中医药这一宝贵的传统文化, 终于取得了一次突破性的进展。作为中华优秀传统文化重要组成部分的中医药文化, 必须从中小抓起, 才能更好地传承和发展。十八大以来, 习近平总书记不止一次地强调“希望广大中医药工作者增强民族自信, 深入挖掘中医药宝库的精华, 推动中医药走向世界, 切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好, 在建设健康中国、

实现中国梦的伟大征程中谱写新的篇章”。因此想要让中医药文化得到很好的传承和发展, 必须要依靠青少年; 要想让中医药文化走向国门、走向世界, 必须首先在国内弘扬, 并且首先在青少年这一群体中弘扬。从这个意义上说, 在中小学推广中医药课程有很强的现实意义, 对中医药的长远发展也将产生重要的影响。

1 中医药文化进中小学课堂的价值分析

1.1 是落实“健康中国”发展战略的需要 中共中央、国务院在2016年印发的《“健康中国2030”规划纲要》中, 就曾很明确地指出: 健康是促进人全面发展的必然要求, 是经济社会发展的基础条件。实现国民健康长寿, 是国家富强、民族振兴的重要标志, 也是全国各族人民的共同愿望。青少年是祖国的未来, 他们的健康更关系着中国未来的发展。所以通过推动中医药课程进入中小学课堂, 能使学生从小就树立起健康的意识, 并且将科学有效的中医药知识内化于心, 外化于行, 真正落实到自己的日常生活学习中^[1]。从自身做起, 然后去影响身边的每个人, 从而使国家“健康

[※] **基金项目:** 江苏省社科基金项目[No.15ZHB007]; 江苏高校哲学社会科学重点研究基地重大项目[No.2015JDXM015]; 江苏省研究生教育教学改革研究与实践课题[No.JGZZ15_076]; 江苏高校优势学科建设工程资助项目(PAPD)江苏中医药文化软实力与影响力研究

^{*} **通讯作者:** zhlareyouok@163.com

中国”的发展战略真正地落到实处。

1.2 是继承和发扬优秀传统文化的需要 中医药文化是中华传统文化的精华，它凝聚了中华民族哲学智慧、独特健康理念及其实践经验的结晶，是我国卫生与健康事业的显著特色和优势。对它的传承必须要当成一份长久的事业来做。要想发扬这一优秀的传统文化，就必须先继承，然后才能发展创新。但目前中医药文化的弘扬出现了后继无人的尴尬局面，一些名老中医的临床诊疗技术、临床诊疗经验、方药正在慢慢地丢失。此外青年一代对于中医药的不感兴趣与不了解，使得一部分人生出了“中医是伪科学”的片面乃至错误的想法，这些都大大增加了对中医药文化传承的难度。所以，让国人、尤其是青少年一代了解中医药文化，就成了迫在眉睫的事情。把中医药知识通过科普课程的形式传递给中小学生，是对这一文化的继承；让学生从小培养对这一传统文化的兴趣^[2]，鼓励学生钻研下去，并让一部分学生能够树立起未来从事中医药相关工作的理想，是对这一传统文化的最有效的弘扬。如果青少年一代都能从心底产生对中医药文化的认同感和归属感，又何愁这一文化得不到传承？

1.3 是大力加强文化自信的需要 文化自信是一个民族、一个国家以及一个政党对自身文化价值的充分肯定和积极践行，并对其文化的生命力持有的坚定信心^[3]。中国近代史屈辱沉重，在人类文明史上，如此集中的、全世界的列强联合起来瓜分一个国家，这是十分罕见的。但中华文明就是在那样的艰难时事里，还能保持强大的向心力和凝聚力，以及坚韧的生命力，终于在艰难困苦中一步一步熬了过来、挺了过来，终于迎来今天的伟大复兴。这主要得益于当时无数仁人志士的那份自信，对中国传统文化的自信。而在当今时代，之所以在社会上会产生“中医是伪科学”的错误思想，归根结底就是这部分人文化自信的缺失。所以要想让中医药文化振兴，并且走出国门、走向世界，国人就必须先树立起对中医药的“文化自信”。中小学教育作为教育的基础阶段，是帮助学生树立正确的世界观、人生观和价值观的重要时期^[4]。同时，中小學生是未来弘扬中医药事业的接班人，让这部分人建立起对中医药文化的自信就显得尤为重要。而让中医药课程走进校园，就能使得这一文化真正融合到学生的日常生活去，成为他们成长过程中的一个重要支柱。

让中医药文化走进中小学课堂，是一件具有跨时代意义的大事件。但也不可否认，由于准备时间短和经验不足等原因，在快速推进的过程中，也存在着不少问题。

2 中医药文化进中小学课堂的问题审视

2.1 缺少教学大纲及课程标准的牵引 在中小学的教学中，任何一门学科的开展都离不开相关教学大纲和课

程标准这两根指挥棒。教学大纲是根据课程计划，以纲要的形式编订的某门学科教学内容的指导性文件，它体现了国家对该门课程的教材和教学的基本要求，是考核、评估之纲^[5]。可以说，缺少了大纲的指引，开展出来的课程就缺少了内在的灵魂，而变得空泛和没有深意。同时教学大纲相当于该课程领域内的“宪法”，具有普遍性和强制性，是对该课程直接的、统一的、刚性的控制。而课程标准是国家对某门学科进行基本规范的纲领性文件，是编写课程教材、开展教学活动、进行课程与教学评估以及考试命题的依据。这是对于多数学生能够达到的“最低标准”，在教学过程中往往是一种间接的、指导性的、弹性的“规范”。而当前对于中小學生中医药课程的教学，只有一本教材，而缺少了这两项最重要的指导性的文件。那势必就会造成一线教师无路可循的状态：每个学段的学生应该掌握些什么？应该掌握到什么程度？如果这些问题不能得到妥善的解决，那由此开展出来的中医药教学的成效就可想而知了。

2.2 缺少相关专业背景的执教师资 教师是一门课程的引导者，孔子云：“导而弗牵”，这就意味着教师在讲课时，要用引导的办法让学生跟着自己的指挥棒去走。但是，不能生拉硬拽，强迫学生去学习。这就体现了教学方法选择的艺术性，要尽可能地让自己的教法活起来，让学生好接受、愿意学。这在中小學生的教育中就显得更为重要。因为中小學生是有区别于中医药大学里的学生，他们的行为习惯、心理状态与大学生有着很大的差别。因此，启用中医药大学里的任课教师去执教，可能很难承担起中小學生的教学任务；而让中小学老师去执教，他们又不具备中医药的知识背景。如果仅仅靠短期培训的话，那么由不太专业的老师向学生传递知识，是否会有问题？所以，进入中小学开展中医药课程，要求我们的相关老师不仅是要有中医药的知识结构，更要有教育学、教育心理学、课程论、教学论等相关的知识背景。而这样交叉学科的人才，在当今大学的专业设置中，是凤毛麟角的。

2.3 缺少科学有效的考核体系 考核并不是我们教育的最终目的，但却是关键的、必不可少的一个环节，它可以促进学生的学习，改善教师的教学。当前中小學生的教育现状是：考核比重大的课程多讲，考核比重小的课程少讲，不考核的课程不讲。因此，缺乏一个科学有效的中医药课程的考核体系，最直接的后果就会导致该课程逐渐沦为學生心目中可有可无的课程，在学校的教学课时被不断地压缩，从而背离了国家试图在中小学中传播中医药传统文化的初衷。

2.4 缺少连贯的教学梯度 当前中小学各门教学课程的开展，我们都提倡一贯性。无论是九年的义务教育阶段，还是三年的高级中学教育阶段^[6]，每个学段都是应

该达到一定的教学目标，而学段与学段之间也有一定的承接关系。而当前推行的在五年级开展中医药的相关课程，就忽略了中小学课程应当体现的一贯性的原则。任何教学活动的开展都应该是循序渐进的，更何况中医药这样一个对于大多数孩子都相对陌生的领域。如果不从低年级把学习中医药的“地基”给打牢，那之后的学习可能就会虎头蛇尾，直到有一天大楼的轰然倒塌。

存在这些问题，并不意味着我们不能在中小学开展中医药的通识教育。在贯彻落实中医药这一全新的学科走进中小学课堂的过程中，必然会存在一些问题，甚至出现一定偏差。这说明把一个全新的课程推广到中小学，是一个漫长的过程。尽管如此，这样传承和弘扬传统文化的理念是不应当被怀疑的。中医药和古典文学、京剧、书法等一样，都是五千年中华文化的瑰宝。通过对中医药知识的学习，可以让学生感受五千年中华文化的魅力，建立中华文化的自豪感^[7]，形成文化自信。通过中医药教学，还能够使中医药这个古代瑰宝一代又一代的传承下去。但我们必须要时刻思考的问题是，对于这一课程该怎么开展下去？

3 中医药文化进中小学课堂的对策建议

3.1 科学确定课程的定位 首先我们需要确定的是中医药课程在中小学里，是作为一门什么样的课程而存在？对于中医药这门课程的初创阶段，应该是科普性更重要。因为目前对于这门课程，国家的教育部门、地方的教育部门和学校都还有太多的工作没有完成。所以把中医药课程开设成选修课或者是特色的地方校本课程，更有利于它初期的推广。在以学校教师为主体，在具体实施国家课程和地方课程的前提下^[8]，充分发挥当地中医院和中医药大学的作用，加强中医药专家学者与中小学一线教师的互动沟通，将中医药教学送进中小校园，以“咬定青山不放松”的信念和毅力，把这份事业作为一个长期的工作，坚持不懈地开展下去。

3.2 科学选择教学内容 毋庸置疑，中医药内容确有一些晦涩难懂的东西，比如中医文化里的阴阳平衡、五行相生相克、天人合一等内容，都与哲学、玄学有着密切的关系，它容易让人望而生畏，进而失去学习的兴趣。此外，中医药里面的一些东西也有模棱两可的一面，即使是非专业的成年人都难以决断，对于中小学的孩子们更是难以辨别。因此，传递给中小学生的中医药知识，既要把博大高深的中医药文化和知识点化繁为简，又要由浅入深地进行教学，让学生一步一步地去接受^[9]。这样的工作可以从三个方面进行设计：一是让中小学生学习去了解一些中医药方面的名人轶事。比如神农尝百草、扁鹊四见齐桓公、何首乌的传说等等，

以这些故事为切入口，带领学生慢慢走近中医药的世界里，培养他们对这一领域的兴趣。二是可以学习一些粗浅的、生活化的中医药药理结论。比如告诉孩子常吃油炸类食物容易上火，喝菊花茶可以败火，肉类食物要和蔬菜搭配着吃等。而这些结论背后的药理知识，对中小学生来说，大可不必理会。对于中小学生的中医药知识的普及讲不到那么深，也不必那么深。在学习了这些中医药知识后，能让学生的生活更加健康，可以让学生终身受益，对于一般的学生就足够了。如果能因此激发一部分学生对于中医药的兴趣，就可以让他们从小树立起学习中医药知识的理想，从而为长大后从事中医药相关工作做好准备。三是在理论学习的同时，可以积极地做好实践教学工作。对于中学生而言，学校可以与当地中医院展开合作办学，带领学生去参观中医临床治疗。同时也应当注意，要尽可能地去参观那些相对温和的临床治疗，比如针灸、刮痧等等。而对于小学生而言，去参观中医养身类的活动，比如观看太极拳、八段锦、五禽戏等的表演，就显得更加的适合。

3.3 着力解决考核评价问题 既然将其定性为科普类的选修课课程或者是校本课程，传统纸笔测试的手段固然可以，但这必然不应该是主要手段，要注意考核评价方式的多元化。我们考核的目的并不是想让学生学习很高深的中医药理论知识，而是想把中医药这一星辉灿烂的文化，通过开展相关课程的教学，传递给青少年，让他们用科学的中医药知识武装头脑、强健体魄，过上健康的生活，进而促进学生的全面发展。必须要注意两个方面：一要注重去考核评价学生的学习过程。学习的结果和成效固然重要，但是学生学习成长的过程更加重要。每个学生都是有个性化的个体，我们无法用一个统一的尺度和标准去衡量。在让每一个学生达到“最低”课程标准的前提之下，更应该注重学生对中医药这一学科兴趣的培养。鼓励学生对自己感兴趣的方向深入学习，并且可以举办成果展示、中医药知识大赛等活动，使得考核评价的方式变得更加生动有趣。二要注重多方面评价主体相结合。由于中小学现有教师对中医药知识的匮乏，只有学校教师给出的评价结果，得出的结论必然片面。这就可以让与学校合作的中医院、社区医院，包括是家长都参与进来评价，学生之间也可以展开互评和自评。把这些评价结果综合起来看，得出的评价结果才能更加的公正客观，对学生的成长也更加的有利。

传统文化是一个民族的基因，在每一个炎黄子孙的身上，都已经深深地烙印上了中华传统文化的印记。优秀的传统文化，是国家富强、民族振兴和人民幸福的精神保障，是支撑中华民族屹立于世界先进民族之林的重要软实力。中医药文化作为优秀传统文化的重

要组成部分,对于改善国民身体素质、提高国民生活质量产生了积极深远的影响。让这部分传统文化走进中小學生,让未来的主人翁了解、熟悉和应用中医药知识,继承和发扬中医药文化,才能使这古老的中医药文化薪火相传、生生不息。

参考文献

- [1]王玉平.理想信念教育取得实效的重要路径[J].共产党员(河北),2015(20):18-19
- [2]张妤.《文化生活》教学中南京本土课程资源的开发和利用[D].南京:南京师范大学,2014.
- [3]陈佳琳.从社会个体生成论看如何践行文化自信[J].吉林师范大学学报

- (人文社会科学版),2013,41(6):51-54.
- [4]季卫锋.让科学交流精彩纷呈[J].吉林教育,2008(1):90-91.
- [5]吕英花.我国高等法医学教育中的教材建设若干问题研究[D].北京:首都师范大学,2005.
- [6]韦祖庆.“学”乃教学设计之本[J].湖南第一师范学院学报,2014,14(5):24-30.
- [7]陈晓玲.从档案文化视角谈海峡两岸档案界的交流与合作[J].办公室业务,2009(6):52-54.
- [8]戴军.浅议社区文化对建设校本课程的优势与障碍[J].开封教育学院学报,2007,27(1):59-61.
- [9]李敏.合理运用多媒体技术实现英语教学整体优化[J].科学咨询(决策管理),2008(5):66.

(本文编辑:李海燕 本文校对:林合华 收稿日期:2017-10-30)

中西医整合思维模式下腧穴解剖学的教学特点[※]

阎卉芳¹ 刘霞² 钟欢² 刘迈兰² 刘密^{2*} 常小荣^{2*}

(1 湖南中医药大学基础医学院,湖南长沙410208; 2 湖南中医药大学针灸推拿学院,湖南长沙410208)

摘要:腧穴解剖学是中西医结合领域中现代医学解剖学与传统医学针灸学相融合的综合课程,既是解剖学和针灸学的结合与延伸,更是中西医整合思维方式的互补。腧穴定位、穴位疗效分析、慎针禁针机制等方面被作为切入点来探讨腧穴解剖学教学过程中中西医思维方式的不同并且比较中西医思维方式各自的优缺点,以期优势互补,更好地为临床实践服务。

关键词:腧穴解剖学;解剖学;针灸学;教学特点

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.004

文章编号:1672-2779(2018)-04-0011-03

The Teaching Characteristics of Acupoint Anatomy under the Integrative Thinking of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine

YAN Huifang¹, LIU Xia², ZHONG Huan², LIU Mailan², LIU Mi^{2*}, CHANG Xiaorong^{2*}

(1. School of Basic Medical Sciences, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China;

2. College of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: Acupoint anatomy is a comprehensive course of anatomy and acupuncture, and it is not only a combination and extension of anatomy and acupuncture, but also a complementation of the integrative thinking of traditional Chinese medicine and Western medicine. The acupoint location, curative effect analysis of the acupuncture point and the mechanism of careful acupuncture and needle prohibition is used as a starting point to analysis the differences between thinking way of traditional Chinese and Western medicine, in order to complement each other and better serve clinical practice.

Keywords: acupoint anatomy; anatomy; science of acupuncture and moxibustion; teaching characteristics

腧穴解剖学是一门研究腧穴层次解剖结构的学科,是中西医结合领域中现代医学解剖学与传统医学针灸学相融合的综合课程。针对中医针灸临床发展的需要,50年代末期开始中医界对经络、腧穴的解剖定位和结构开始了探索^[1],其中以上海中医药大学严振国教授为首的研究团队开展了大量的腧穴解剖基础学研究,并编写了系列教材,在国内率先开设了腧穴解剖学课程的教学^[2]。以系统解剖学为基础,局部解剖学为依据,腧穴学为线索^[3],以腧穴的体表定位、操作方法、进针层次、毗邻结构为主要研究对象,旨在提高针灸疗效的

同时,避免针刺意外^[4]。

腧穴解剖学作为现代医学解剖学与传统医学针灸学相整合的综合课程,是一门典型的中西结合课程。中医是中国优秀传统文化的结晶,西医是现代文明的产物。两种医学站在不同角度和层次把握人体的健康,为维护健康服务,有很强的互补性^[5]。中西医整合思维模式是取两法之长,从简单“混合”到有机“结合”,最终到相互借鉴,完全“整合”,是中西医结合不断优化发展的必然趋势^[6]。腧穴解剖学作为一门中西合璧的交叉学科,学生已有系统解剖学,局部解剖学以及针灸学的学科知识作为基础,腧穴解剖学是二者的结合与延伸,更是中西医思维方式的互补,取长补短,而不应是简单重复。本文将从定位、疗效分析、慎针机制等方面作为切入点来探讨腧穴解剖学的中西医整合思维方式。

[※] 基金项目:湖南省普通高校教学改革研究项目【No.2015-214】;湖南中医药大学湘杏学院教学改革研究项目【No.2014-18】;湖南中医药大学针灸学省级优秀教学团队、《针灸学》省级精品及微课课程资助

* 通讯作者:newmean9722@qq.com;xrchang1956@163.com

1 腧穴定位与解剖定位结合

众所周知, 针灸治病, 取穴为先。历代文献对腧穴定位的描述相对比较模糊, 这与当时对人体解剖结构认识的局限性有关。目前解剖学知识已被引入中医学, 采用现代人体解剖学的标准体位和方位术语, 应用人体解剖学知识进行腧穴定位, 可以避免应用传统定位方式所带来的困扰。

解剖学的定位多利用体表标志, 如骨性标志、肌性标志、皮性标志等。距离测量时多采用“厘米”等通用的度量单位。例如: 心尖搏动的位置平对左第五肋间, 锁骨中线内1~2 cm; 肾门的体表投影平对第一腰椎水平, 距后正中线5 cm处。使用体表标志定位的优点在于, 表述明确, 位置固定, 标准统一, 既有利于揭示腧穴与神经、血管组织及脏腑器官之间的密切关系, 便于教师授课讲学, 也有利于学生准确的定位记忆。然而, 世界上没有两片相同的树叶, 同样也没有完全相同的两个人, 解剖学试图将形态各异的个体归纳到一个统一的标准里, 首先, 忽视了个体差异的存在, 如同样5 cm的距离, 在一个瘦小体型和一个高壮体型的人身上, 其跨度是不一样的。其次, 解剖学定位为了统一标准避免歧义, 强调唯一姿势也就是在标准的解剖学姿势下进行定位, 忽视了部分腧穴动态性的特征。第三, 强调腧穴的解剖学定位, 可能忽略了对腧穴名称中所包含的相关内容的阐述。例如: “合谷”穴, 其解剖定位是: 在手背第1、2掌骨间, 当第2掌骨桡侧的中点处。毫无疑问, 借助于解剖学定位, “合谷”穴的位置是相当明确的, 但是解剖学定位不能解释其命名来源的深意。唐代的孙思邈在《千金翼方》中指出: “凡诸孔穴, 名不徒设, 皆有深意。”明确指出, 腧穴的名称不是随意就设定的, 它们的名称中均包含着深刻的意义, 其命名过程均反映出丰富的传统文化内容, 是历代医家以其所居部位和作用为基础, 结合自然界现象和医学理论等采用取类比像的方法为依据来确定腧穴位置而定的, 是经过深思熟虑反复推敲的, 绝非信口而为。“合谷”: 合, 汇聚的意思; 谷, 是两山之间的空隙。合谷名意指大肠经气血汇聚于此并形成强盛的水湿风气场。本穴所处位置肌肉间隙较大如同位处山谷之中, 故而得名^[1]。此种形象的深意, 是不能以解剖学定位来领会的。

与解剖学定位不同, 腧穴的体表定位强调相邻结构相互作用所形成的位置关系, 而不是绝对的、静止的纵横坐标体表定点。距离测量采用的是“骨度折量系统”相对值的比值概念, 如“同身寸”的方法。例如: 足三里的定位在小腿外侧, 犊鼻下3寸; 张口于耳屏前方凹陷处取听宫穴, 握拳于掌横纹头取后溪穴等。其优点在于骨度分寸法不是孤立地测量人体的某些局部, 而是测量的局部与整体的比例关系, 尺度可以根

据测量对象的形体作相应的伸缩, 更加准确和科学。但是根据活动标志来取穴的方法, 在表述、理解和执行的过程中容易出现歧义和偏差。首先, 人体解剖结构的相对关系可能随着体位的变动而更改, 即在不同的体位下, 腧穴定位的描述可能有较大差异。如“养老”穴, 在现代人体解剖学标准体位状态下和在屈肘、掌心向胸的体位状态下, 描述就大不相同。其次, 不同个体之间的解剖结构存在相当程度的变异问题^[2], 如部分个体的掌长肌腱变异缺如, 使“大陵”“内关”“间使”“郄门”的定位遇到问题。应用现代解剖学知识可以对解剖结构变异后腧穴的定位以及部分解剖变异造成的取穴问题提出解决办法, 如掌长肌腱缺如时, 上述四穴可在桡侧腕屈肌腱尺侧取穴。人体解剖结构变异繁杂而琐碎, 将现代解剖学知识的引入, 将使对腧穴定位与解剖结构关系的研究更为深入, 并进而提高腧穴定位的准确性。

综上所述, 解剖定位和传统腧穴定位二者各有利弊。解剖定位从内部结构出发, 着眼于局部, 并倾向于标准化, 把个体差异统一到一个标准里面。腧穴定位从活体表面出发, 把局部结构放到个体整体里面研究, 并强调个体差异^[3]。腧穴解剖学应结合两种定位方式的优缺点, 优势互补, 将体表标志与“骨度”折量系统结合, 定位与形象和功能相结合, 既运用解剖形态学基础知识, 使定位标准趋于明确, 又能将标准化和整体化相结合, 在寻找人群普遍规律和共同点的同时也兼顾个体差异。

2 局部解剖结构与整体效应相结合

腧穴解剖学研究腧穴的层次结构和毗邻关系, 可以从现代医学特别是形态学角度, 对针灸推拿治疗的原理作一些理论上的诠释。如临床上治疗周围性面瘫多选用局部穴“攒竹”“鱼腰”“地仓”“颊车”等, 但刺激方式不同, 效果也不尽相同, 上述诸穴若采用透针刺, 疗效最为快捷。从人体解剖的角度看, 攒竹透鱼腰、地仓透颊车, 针体正好横贯眼轮匝肌和口轮匝肌, 能最大限度地调整、修复两肌的功能^[4]。欣甫根据人体皮肤神经划节原理, 针刺位于第一、二胸皮节上的定喘穴, 进而作用于位于同一节段内的肺及支气管的交感神经, 从而调整肺及支气管的机能, 达到止咳定喘的目的^[5]。吴新贵针刺“睛明”穴治疗呃逆, 使针刺信息由三叉神经传入中枢, 从而抑制迷走神经的兴奋性, 做到针至呃止^[2]。大量相关研究已经证实, 针灸对神经、内分泌和免疫系统均具有良性调节作用。针灸刺激穴位局部结构后, 可能产生的生物信号作用于神经、内分泌、免疫系统相应器官组织, 通过生物活性物质(激素或细胞因子等)作用于靶细胞后诱导细胞信息传导, 从而引发相应的生物效应或基因表达, 最终使针灸效应得以发挥^[3]。除了针灸以外, 按摩也是

如此,某些按摩手法可以通过在患者身体上的特定穴位或病灶处施加力量,转换成渗透到人体内的能量,来改变人体机能,达到最终治疗疾病的目标^[7]。

西医解剖善于拆分,以切割分解的方式解析人体,而中医则着眼于机体整体的疗效与反应,腧穴解剖学在教学过程中可以引导学生将两种思维方式结合,既着眼于机体整体效应,又通过解剖拆分的方式解析穴位周围相关结构,将局部结构的拆分与刺激穴位所获得的整体效应联系起来,寻找两者之间的联系,以求补充和发展针灸学理论,为针灸治疗有效提供理论依据。

3 局部解剖结构与慎针机制相结合

在剖析人体结构不全面或者有偏差的时候,盲目草率地进行医疗行为,轻者达不到预计疗效,重者可能造成难以弥补的医源性损伤^[8]。早在《黄帝内经》中已有“刺禁论”章节专门论述禁针和慎针的问题。运用现代解剖知识可以证实:禁针和慎针处多为内有重要脏器、大血管、眼周或不便针刺的部位。

腧穴解剖学运用西医解剖学知识解析腧穴针下解剖层次结构,可以在一定层面上明晰其禁针和慎针缘由。不仅可以为禁针穴位提供理论依据,也可以为慎针穴位提供安全的针刺深度、针刺方向,既能防止针刺意外事故发生,又能避免对慎针穴位弃而不用,或用而不敢达到一定的深度,而达不到该穴应有的治疗效果^[9]。例如:“风池”穴是足少阳胆经的经穴之一,它是一个常用穴位,但也是一个易引起针刺意外的危险穴位。风池穴的局部解剖结构研究表明,针刺风池穴引起危险的器官是脊髓上端或延髓。如果刺中脊髓上端,脊髓损伤严重可引起高位截瘫。如果针刺经枕骨大孔后,可刺入延髓。延髓是脑的一部分,延髓下端接脊髓上端,延髓内的网状结构有生命中枢,它管理人的心跳、呼吸等活动,一旦被损伤,可发生心跳、呼吸停止,造成死亡。如果深刺刺伤椎动脉,椎动脉损伤严重时,可引起枕下三角处大出血。临床医生对风池穴常用的针刺方向有朝鼻尖方向、朝对侧目内眦方向或平刺朝风府方向等。通过对局部解剖结构的分析,朝鼻尖方向安全度较高,因为鼻尖位置低于目内眦,刺入枕骨大孔伤及延髓的可能性较低。朝向鼻尖和朝向对侧目内眦均要控制针刺深度,否则有较高的危险性^[10]。

同时,随着对腧穴形态解剖认识的发展,一些古人认为禁针的部位,现代针灸医师已敢于针刺,例如:古人有“腹深似井,胸薄如饼”之说,结合解剖学知识,我们可以知道,腹部针刺因肠道表面覆盖脏腹膜,光滑而有移动性,不易被伤及,故可深刺;而胸部有心肺等脏器仅可浅刺方才安全。

4 小结

陈凯先认为,中西医结合要分三个层次,第一层

次是两种医疗手段的综合运用;第二层次是理论上的结合,形成新医学和新药学;第三层次是思维方式的融合,也就是哲学层面的融合。可见,思维模式的整合是中西医结合的最高层次,也是最难的层次^[9]。例如:从传统中医学来看,在经验、规律、机制三者之间最关键的是“经验”层面,很多治疗方式有效但机制未明,因此中医又可以认为是一种“经验医学”。而现代西方医学是循证医学,更注重“规律”和“机制”,西医的检查可靠、可信,病情分析客观,却缺少中医整体的、多靶点的、多层次的作用和调节。而且,限于目前人类的认识和研究水平,越是多靶点、多层次的作用和调节,其影响因素和不可控因素越多,其“规律”和“机制”就越难以阐明。

腧穴解剖学可以将中西医两种思维方式结合,一方面运用西医循证的观点,从形态学上为穴位治疗有效寻找理论依据,另一方面又要时刻谨记中医的整体观,任何中医治疗方式,都是整体的、多靶点的、多层次的作用和调节,而不能以单一机制或者理论来概括。因此,在教学过程中,应该积极引导多方位多层次思考和归纳,当从形态学上不能找到相关的根据的时候,也不要钻牛角尖,而应及时改变思维方式,发散思维,寻找另外的切入点。通过腧穴解剖学这门中西医结合课程探索中西医思维模式上的整合,对推动中西医结合进程、优势互补具有十分重要的理论意义和实践价值。

参考文献

- [1]陈太羲.人形解剖学图稿引言[J].南京中医学院学报,1990,6(4):5-8.
- [2]邵水金,张黎声,张建华,等.严振国《腧穴解剖学》教案绪论[J].上海中医药大学学报,2010,24(3):5-8.
- [3]张黎声,邵水金,张建华,等.以促进学生发展为核心的腧穴解剖学课程设计与实践[J].上海中医药大学学报,2013,27(6):4-6.
- [4]耿樱.腧穴解剖研究方法5年进展评述[J].北方药学,2012,9(2):31.
- [5]吴寒斌,余琳.试论中西医思维模式的分野与整合[C]//中国中西医结合学会心身医学专业委员会.全国中西医结合心身医学学术交流会议论文集,2013:8.
- [6]王君平.中西医融合是趋势[N].中国中医药报,2012-9-24(3).
- [7]万超,杨坤,王俊华,等.高等中医药院校经络腧穴学教学方法初探[J].中医教育,2014,33(4):41-42.
- [8]宋世安,吕炳强,魏志刚,等.解剖变异和针灸穴位之理论探讨[J].针刺研究,1999,24(2):153-155.
- [9]黄龙祥.走出中医看中医[J].科学文化评论,2007,4(2):59-70.
- [10]邵浩清.《穴位解剖学》教学要点探讨[J].南京医科大学学报(社会科学版),2001,1(3):201-202.
- [11]魏欣甫,王樟连.穴位解剖与针灸临床疗效探讨[J].浙江中医药大学学报,1987(3):50-51.
- [12]吴新贵.针刺睛明穴为主治疗呃逆122例[J].上海针灸杂志,1998(5):26-27.
- [13]杨宗保,严洁,姚雯.应用细胞信号转导理论研究针灸效应机理述评[J].江西中医学院学报,2009,21(3):41-45.
- [14]张诚.关于经络腧穴与人体解剖关系的模型研究[J].现代医药卫生,2011,27(9):1358-1359.
- [15]严振国,张建华,顾洪川,等.头颈部“危险穴位”针刺安全深度的研究[J].上海针灸杂志,1996,15(3):37-38.
- [16]张建华,余安胜,赵英侠,等.风池穴的解剖结构和针刺深度[J].针刺研究,2003,28(2):141-142.

(本文编辑:李海燕 本文校对:袁宜勤 收稿日期:2017-12-04)

生药实验混合式教学模式探析[※]

李海燕 吴剑峰 李艳萍 岑志芳 曾煦欣 邝嘉乐 邝婉容

(佛山科学技术学院药学院, 广东 佛山 528000)

摘要: 结合“互联网+”时代校内外的教学条件和药学就业岗位的需求, 对传统生药实验教学模式进行改革探索, 通过建设实验教学网络资源数据库、调整实验教学项目、增加课外实践活动、设置考核评价体系, 建立一种“线上+线下学习, 课内+课外实践”的混合式教学模式, 充分调动学生的学习兴趣, 培养创新思维, 提高对生药进行真伪优劣鉴定的能力。

关键词: 生药学; 混合式; 实验教学; 教学模式; 互联网+

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.005

文章编号: 1672-2779(2018)-04-0014-03

Discussion on the Hybrid Teaching Mode of Pharmacognosy Experiment Teaching

LI Haiyan, WU Jianfeng, LI Yanping, CEN Zhifang, ZENG Xuxin, KUANG Jiale, KUANG Wanrong

(Department of Pharmacy, Foshan University, Guangdong Province, Foshan 528000, China)

Abstract: With the "Internet+" era of school teaching conditions and pharmacy job requirements, we have reformed the traditional experimental teaching mode of pharmacognosy. Through the construction of experimental teaching network resource database, adjusting experiment teaching project, more extracurricular activities, setting up assessment system, a hybrid teaching mode of "Online and offline learning, class and extra-curricular practice" was established, which can fully mobilize the students interest in learning, cultivate innovative thinking, improve the identification ability of the authenticity of the pros and cons of crude drug.

Keywords: pharmacognosy; hybrid; experimental teaching; teaching model; Internet+

生药学 (pharmacognosy) 是我国高等教育药学类专业的主要专业课程之一, 具有较强的实践性和应用性, 运用多学科知识和现代技术, 对生药的真实性及品质优良度做出科学评价, 探讨生药资源的开发和可持续利用, 保证临床用药的真实、有效和安全^[1]。实验教学环节是生药学课程教学中的一个重要环节, 也是医学院药学专业实现培养和提高学生实践能力和创新能力的重要教学环节。在“互联网+”时代^[2], 获取信息的渠道呈现多元化, 学生的视野和素养也在不断发生变化, 学生不再单纯地从教材、任课教师获取知识, 就业岗位对人才的需求也在不断发生改变。本校以往的生药学课程实验教学, 由于受教学理念、教学条件等诸多因素的影响, 教学模式^[3,4]偏重于基本理论的验证与基本实验操作技能的培养, 以验证性实验为主, 以教师讲解传授为主。在生药的基源鉴定、性状鉴定、显微鉴定、理化鉴定、DNA分子鉴定等鉴定方法中, 以显微鉴定为主, 缺乏对实验的综合分析与实验创新能力的培养。导致学生学习的主动性和创新能力不足, 动手能力不够, 难以适应信息时代就业岗位的需求。

通过查阅文献资料发现, 国内一些院校对生药实验教学改革进行了改革, 在教学方法、教学方式、教学思路 and 教学体系等方面提出具体的方法和措施^[5-11]。本文

围绕我校药学专业“高素质地方性应用型人才”的培养目标, 紧密结合药学岗位的需求, 根据我校现有的教学资源 and 教学条件, 对生药实验的教学模式进行探索研究, 在有限的实验教学学时的条件下, 充分利用各种资源, 建立一种“线上+线下学习, 课内+课外实践”的混合式教学模式, 旨在使实验教学实现以学生为主体, 激发学生学习兴趣, 促使学生积极参与实践, 进行科学的研究探索, 提高学生对生药进行鉴定的实践能力, 强化独立规范操作意识和团队协作精神, 具有实验创新能力。

1 “线上+线下学习, 课内+课外实践”的混合式教学模式结构框架

随着互联网信息建设的蓬勃发展, 生药学课程网络学习资源不断丰富, 学生线上学习成为一种趋势, 通过网络实验课程的建设, 学生可以获得大量生药性状、显微鉴定的图片信息, 及显微鉴定、理化鉴定、DNA分子鉴定等操作技术视频示范, 并进行虚拟仿真实验反复模拟操作, 大量验证性实验可以通过线上学习完成, 有效节约实验教学课程学时。课内教学可以灵活使用线上资源, 与天然药物化学、药物分析实验课程有效融合, 重点加强学生实践操作技能训练, 增加综合性实验, 增设设计性实验, 锻炼学生创新思维。课外+线下时间鼓励学生参与多种科学研究和创新活动, 将课外活动成果纳入实验考核体系, 有效推动学生个体化和自由化的发展, 提高学习热情。详见图1。

[※] 基金项目: 广东省佛山科学技术学院校级教改项目【No.201434】; 广东省佛山科学技术学院高建子项目【No.y2016-zr109】

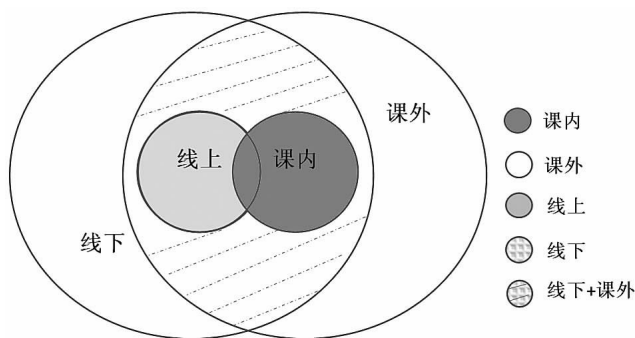


图1 混合式教学模式结构框架

2 教学活动方式

详见表1。

3 教学活动程序

具体活动程序如下：教师建设和完善实验网络教学资源库→学生线上预习，自主设计实验方案，网上提交→教师线上审核检查，授权进入实验室→课内学生操作，团队互助，记录分析实验结果，完成实验报告；教师进行实验操作指导，纠正错误，进行实验考核→课外+线下，参加各种实验基金、教师科研课题、科学活动，纳入实验成绩考评；教师指导学生完成项目研究，并不断完善网络实验教学资源库。

4 教学效果

我校生药实验课程仅28学时，混合式教学模式

的建立，充分整合利用了线上、线下、课内、课外资源，学生对生药学的学习兴趣得到提高，主动在线上和课外增加实践活动，如主动组织参观学校附近的中医药博物馆、到学校附属医院中药房参观见习、开展以“如何辨认真假生药材”的系学生品牌活动等，极大提高了对生药进行基源鉴定、性状鉴定的能力；主动浏览网络数据库的图片和操作视频，在实验室进行显微操作及识别生药显微特征的能力增强；与天然药物化学、药物分析实验课程项目整合了大黄、黄连、六味地黄丸成分测定等实验，极大提高了理化鉴定的能力；主动积极参与课外的各项实验室开放创新基金学术基金、大学生创新创业项目的申报，主动参与教师科研课题小组研究，学习的广度和深度得到拓展，提高了综合实验和创新能力；参加考研学生数量增多，其中一名学生考取生药方向的硕士研究生，实践运用效果较好。

5 结语

顺应时代发展，结合岗位需求，围绕“以学生为主体，突出学生的动手能力，特别是创新能力的培养”的实验教学目标，结合本校教学条件，通过建设实验教学网络资源数据库、调整实验教学项目、增加课外实践活动、设置考核评价体系，初步探索建立一种生药实验“线上+线下学习，课内+课外实践”的混合

表1 教学活动方式

教学活动方式	线上	课内	课外	线下
内容	(1)实验教学大纲。 (2)实验指导。 (3)实验教学课件。 (4)生药性状图片及显微鉴定特征图片数据库。 (5)鉴定方法技术视频、生药理化鉴定图片及视频，DNA分子鉴定图片及视频。 (6)最新动态、友情链接。	(1)调用部分线上数据库。 (2)调整实验项目，减少验证性实验，增加综合性实验，增设设计性试验。 (3)综合性状鉴定、显微鉴定、理化鉴定、DNA分子鉴定技术和方法。 (4)与天然药物化学、药物分析的实验有机承接融合，如已将大黄、黄连的TLC、HPLC鉴定纳入天然药物化学实验课程，已将大黄的紫外分光光度法鉴定纳入药物分析实验课程。 (5)考核。	(1)课后的线上学习。 (2)生药标本馆建设。 (3)附属医院中药房参观学习。 (4)实验室开放创新基金、学术基金、大学生创新创业项目、挑战杯比赛、毕业论文、科研项目等。 (5)药学系品牌活动。	(1)包括课内的学习。 (2)余同课外。
功能	提供线上学习资源，移动标本馆，提供师生互动学习平台，充分利用碎片化时间，体现资源利用的自由化个体化。 自学+共学。	提供实践操作的场所，充分利用实验室资源，以学生为主体，进行反复操作练习及创新训练。 自学+互学。	提供线上的学习资源。 增加实践操作技能训练机会，激发学习兴趣，进行科学探究，培养创新能力。 自学+互学+共学。	提供课内的教学实践操作。 增加实践操作技能训练机会，激发学习兴趣，进行科学探究，培养创新能力。 自学+互学+共学。
教师活动	建设和完善网络教学资源数据库，修订教学大纲，编写实验指导，设计实验项目，检查学生参与在线学习情况，答疑，审核实验方案设计。建立考核评价体系。	进行实验教学指导，纠正学生操作，解答疑难问题，进行考核。	参与指导，培养学生科学研究兴趣，培养创新思维，将课外活动纳入实验考核评分体系。	参与指导，培养学生科学研究兴趣，培养创新思维，将课外活动纳入实验考核评分体系。
学生活动	课前预习，主动充分利用资源进行学习，多次观看图片及教学视频，反复模拟操作练习；分组设计实验方案，在线提交；模拟考核。	进行真实操作练习，动脑思考，发现问题并解决问题，完成实验报告，进行独立操作和团队协作的训练，完成考核。	积极参与各项课外+线下活动，锻炼解决问题的能力，提高创新能力。	积极参与各项课外+线下活动，锻炼解决问题的能力，提高创新能力。

式教学模式, 在我校试用后取得良好的教学效果, 不仅充分调动了学生的学习兴趣, 培养创新思维, 提高学生对生药进行真伪优劣的鉴定能力, 而且促使教师与学生在教学互动中实现了由“导+学”向“自学+互学+共学”方式转变。

参考文献

- [1]蔡少青.生药[M].6版.北京:人民卫生出版社,2014.
 [2]李鑫辉,李彩云,何宜荣,等.互联网教育对中医经典课程教学改革的影响和启示[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(22):14-16.
 [3]祝崢,张东方,靳鑫,等.生药实验PBL教学模式改革设计与实施[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(7):80-82.
 [4]周霆,高宁.生药课程教学模式探索与实践[J].中国医药导报,2012,9(28):143-144.

- [5]刘惠娟,毕志明,李会军.生药实验教学改革新体系的探索与建立[J].药学教育,2009,25(1):50-52.
 [6]白云娥,漆小梅,赵正保.生药多种教学方式的应用[J].山西医科大学报:基础医学教育版,2005,7(6):597-599.
 [7]王翔飞,王琪,刘雯霞.生药教学方法探讨与学生能力的培养[J].中国医药导报,2009,6(26):105-106.
 [8]高春华,刘建云,戚薇.生药实验教学改革[J].中国现代药物应用,2009,3(1):196-197.
 [9]包淑云,年四辉,张艳华.《生药》教学方法初探[J].中国医药导报,2010,7(3):136.
 [10]孙莲娜,余成浩,韩婷.从内容和方法着手,切实提高生药教学效果[J].成都中医药大学学报,2008,10(1):40-41.
 [11]杨月娥,段宝忠.浅谈我院生药实验教学的改革[J].大理学院学报,2006,5(6):86-88.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邵继征 收稿日期:2017-10-24)

五位一体教育教学质量保障体系运行实践[※]

——长春中医药大学针灸推拿学院实践技能人才培养

刘明军 张欣 景宽 刘飞 陈永智 卓越
周丹 李慧璟 王宏 陈邵涛 仲崇文 刘京丽*

(长春中医药大学针灸推拿学院, 吉林 长春 130117)

摘要: 目前全国各高校十分重视教学质量, 不断完善校内教育教学质量保障体系, 但我国高等教育中仍然存在着很多问题。为了提高学生实践技能培养质量, 长春中医药大学针灸推拿学院构建了针灸推拿专业“五位一体”模式教育教学质量保障体系, 即“教学质量标准系统+教学运行管理系统+教学质量监控系统+教学条件保障系统+教学质量评价反馈系统”, 在严抓实践教学内涵建设的基础上, 认真执行“五位一体”模式下的实践教学质量保障体系, 因此, 实践技能型人才培养取得了良好效果, 学生的专业实践能力和沟通、协调、服务能力不断提升, 不但在竞赛中获奖, 还受到了多家基层单位及用人单位的好评。

关键词: 五位一体; 实践技能; 人才培养; 教学管理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.006

文章编号:1672-2779(2018)-04-0016-04

Practice on the Five-in-One Teaching Quality Guarantee System

—Practical Skills Talent Training in Acupuncture and Massage College of Changchun University of Chinese Medicine

LIU Mingjun, ZHANG Xin, JING Kuan, LIU Fei, CHEN Yongzhi, ZHUO Yue,
ZHOU Dan, LI Huijing, WANG Hong, CHEN Shaotao, ZHONG Chongwen, LIU Jingli

(School of Acupuncture and Massage, Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130117, China)

Abstract: At present, colleges and universities attached great importance to the quality of teaching, and constantly improve the schools educational teaching quality guarantee system. But there are still a lot of problems in our higher education. In order to improve the quality of training students' practical skills, acupuncture and massage college in Changchun University of Chinese medicine built acupuncture and moxibustion and Tuina major, Five-in-One teaching quality guarantee system, which is teaching quality standard system, the teaching operation management system, teaching quality monitoring and control system, teaching support system and teaching quality evaluation feedback system. On the basis of practice teaching connotation construction strict, it seriously implemented the Five-in-One mode of practice teaching quality guarantee system. Thus practical skills training achieved good results, and students' capacity of professional practice and communication, coordination, and service were improved. Students not only wined in the competition, but also got the praise by the number of grass-roots units and the employers.

Keywords: Five-in-One; practical skills; quality guarantee; talent training; teaching management

2012年3月颁布的《教育部关于全面提高高等教育质量的若干意见》中指出:完善人才培养质量标准体

系;建立健全符合国情的人才培养质量标准体系,落实文化知识学习和思想品德修养、创新思维和社会实践、全面发展和个性发展紧密结合的人才培养要求;鼓励因材施教,探索科学基础、实践能力和人文素养融合发展的人才培养模式;结合专业特点和人才培养要求,分类制订实践教学标准。但是,目前高等中医

[※] 基金项目:吉林省教育科学“十三五”规划课题[No.GH16227];吉林省哲学社会科学规划基金项目[No.2016B215];吉林省高教学会高教科研课题[No.JGJX2017D90]

* 通讯作者:291194962@qq.com

药院校的实践人才培养中仍然存在着一定的问题,导致实践教学效果未能达到应有的效果。

1 高等教育质量保障体系的现状与存在的主要问题

我国的高等教育在改革开放后改变原有的发展模式,并且获得了空前的进步,高校的学生规模以及学校自身的基础建设都发生了显著性的转变。随着大众化教育的推进,同时由于经济和社会的快速发展,对未来新型人才也提出了新的要求,普通高校学生数量的增加与自身教学资源 and 条件的建设之间的矛盾在教学质量上日益凸显。自2003年教育部开展本科教学工作水平评估以来,各高校更加重视教学质量,纷纷加强了校内质量保障部门的建设,并不断完善校内教育教学质量保障体系,但目前我国高等教育质量保障体系中仍然存在着如下问题。

1.1 实践教学质量保障理念薄弱 一直以来,我国的高校都十分重视教学质量的监控,采取了各种评价方式,但教学质量却并未因监控的各种措施而得到相应的有效的提升。通过文件查阅与调研了解到,教学质量的提升除教学质量监控体系的监督作用以外,对教学所需的人力、物力和财力等方面支持的重视不够,使得全校师生的积极性受到了抑制,从而缺乏提升学校内部教学质量保障体系建设的自发性和主动性,久而久之,高校本身对于内部教学质量保障体系的建设与实践应用逐渐失去了整体考虑和全局意识,而所谓的教学质量保障体系也没能真正承担起对教学质量保障的责任^[1]。

1.2 高校实践教学质量保障体系“重外在,轻内涵” 在评价一个高校的教学质量保障时,人们往往看重的是学校的实践教学场所基础设施建设,如实验室、实训室、实验仪器与耗材、实训器材等,却没有看见因教育理念、教师素质、课程建设、教学管理等引起的教学质量的滑坡,对于教学质量的“内涵”没有进行深层次的思考和给予过多的关注^[2]。

1.3 缺乏质量保障的发展性眼光 一直以来,普通高校内部教学质量保障按照一贯的规律的过程进行,高校在自我认识和思想上过于守旧,实施上停留在经验层面,不重视毕业生离开学校之后的发展情况。而中医药院校毕业生在临床工作实践中的表现,尤其是毕业三年内的临床适应阶段,正是检验其实践教学的关键之所在。由于高校对以往毕业生质量的反馈收集不全面,且未能及时应用于实践教学质量保障体系的调整完善,所以在校学生在校教育阶段的教学质量保障相对滞后且封闭,而高校也缺乏改进质量保障体系的主动性与迫切性^[3],因此,对实践教学质量保障的长远发展存在欠缺。

2 “五位一体”教学质量保障体系

长春中医药大学针灸推拿学院通过文献研究、调

查走访等形式,对当前我国高等教育教学质量保障体系进行了深入研究,借鉴国外教育发达国家高等教育教学质量保障体系的优点与特色,结合自身实际状况^[4],探索“以生为本、注重过程、全员参与、即时反馈、内外结合”的高等教育教学质量保障体系的构建原则的合理性,构建了长春中医药大学针灸推拿学专业“五位一体”模式教育教学质量保障体系,即“教学质量标准系统+教学运行管理系统+教学质量监控系统+教学条件保障系统+教学质量评价反馈系统”。而教学内涵建设是内在根本,教学质量保障体系是外在保证,二者不可分割。因此,长春中医药大学针灸推拿学院在严抓实践教学内涵建设的基础上,认真执行“五位一体”模式下的实践教学质量保障体系,确保学生实践技能培养的质量^[5]。具体如下。

2.1 教学内涵建设 长春中医药大学针灸推拿学院共有针灸推拿学和康复治疗学两个专业,由于专业特点,对学生实践技能的培养在整个人才培养过程中十分重要,因此,学院全体格外重视实践教学内涵建设。这种重视首先体现在学院对实践教学的顶层设计上,例如,在人才培养方案修订时,特别提出要围绕人才培养目标,突出专业特色和专业的同时,突出人才培养的“三度”,即“加强专业理论教学精度,加大实践教学力度,加宽课外培养广度”,力争做到知识、能力、素质的全面发展;而课程建设则是提出要重视实践应用^[6]。其次是实践教学的内涵建设,重点是综合实践能力的培养及其考核,一是人文情怀的培养,在实训、实验及教学实习、毕业实习中培养对医学的兴趣爱好、与同学间的团结协作、与患者之间的良好沟通;在试验中注重动物伦理,培养对动物的关心、安抚,有效利用实验动物,合理选用试验后动物的处死方法等。二是实践技能的培养,通过实训、实验和教学实习、毕业实习,采用丰富的实训手段、大量实训室练习、临床实习、针推实践技能竞赛、兴趣社团、免费医疗社会实践等形式,提高中医类专业学生对所学专业技能的兴趣,促进对技能练习的熟练度和灵活运用能力的提升。三是创新思维的培养,主要通过实验及参与科研培养学生的创新思维,在常规验证性实验中培养学生的动手能力和科研意识;在设计性实验和大学生创新创业训练项目、本校“大学生研究训练计划(SRT)”项目中,鼓励学生查阅文献、自主设计个性化实验,给予学生自主练习和独立处理问题的机会,促进创新思维、发现问题能力、解决问题能力的培养^[7]。在实践教学的整个过程中,进行贯穿始终的考核,通过随堂实训考核、实验报告、设计性实验、教学实习考核及记录、毕业实习手册、毕业前多站式考核(OSCE)等形式,对人文情怀、实践技能、创新思维进行综合评价,并将所有成绩计入学生档案,例如:

考核方法上采用理论闭卷、技能操作（目测、体测、仪器测定）相结合的方法；考核方式上以电脑随机抽取试题库中试题用于期末理论闭卷考试，学生随机抽取题签进行手法技能操作考核；考核评价体系上，除了目测、体测外，还运用上海中医药大学自行研制的手法测力仪，动态检测推拿手法的形态特点和操作规范^[8]。

2.2 实践教学质量保障体系运行 在学院的“五位一体”教学质量保障体系的统一管理下，对实践教学的相关管理、标准不断进行改革、实践，针灸推拿学专业的实践教学从各个方面进行规范要求，为教学提供了保障^[9]。

2.2.1 教学质量标准系统 根据学校的实践教学相关管理规定，结合专业特点，进一步细化了本学院实践教学环节的教学质量评价指标，而且不同课程，标准各有不同，在评价指标体系中明确了各项指标内涵，对每项指标又进行分级处理，并确定了各评价等级的标准，既保证了教学质量评价时的客观性和可操作性，也使学生的形成性评价有据可循、落到实处。

2.2.2 教学运行管理系统 一方面从教学管理角度制定完备的实践教学运行管理规定，例如：《针灸推拿学院教学工作管理办法》《针灸推拿学院学生实习管理办法》中对学生实训、实验教学及最后一年的实习均进行了严格规定，为将理论知识转化为临床实践技能提供了组织及管理上的保障。而且，将这些规定认真加以执行，使实践教学的运行管理实现了规范化和常态化^[10]。另一方面，以教学检查的形式强化实践教学运行的管理：一是开学集中教学检查与沟通，开学初全院教学管理人员均深入教学一线进行检查，并与实训中心及时沟通，确保实践教学仪器设备、实验实训耗材准备充分等；二是期中教学检查，重点检查实践教学的教师到岗情况、学生出勤情况、教学计划执行情况、教学备品到位情况等。三是随机教学检查，主要是不定期深入实验室、实训室听课，到实习基地检查，检查内容包括除常规的实验或实训教学秩序及教学计划执行情况外，还包括各类实验进展和完成质量情况、实习学生在岗情况及具体临床实习表现等^[11]。

2.2.3 教学质量监控系统 按照学期分段，初步建立了实践教学质量监督机制，与理论教学评价同时进行，考察教师整体实践教学质量。每学期末组织教师评学、学生评教、同行评教、管理评教等全方位、立体化教学质量监控^[12]。学院全体师生及教学管理人员，在规定时间内，登录网上系统，按照每一类评价的标准和等级，分别为具体的任课教师和每个上课班级的学生进行网上评价，而后系统自动进行汇总整理，形成初步评价数据，再由学校的专人做出分析，形成教学质量报告，发放到教学管理人员和师生手中，使所有参与者都能及时了解当学期教师教学和学生学习情况，

以便于在今后的教学和学习中能够加以改进提高^[13]。

2.2.4 教学条件保障系统 学院设有实训中心时，围绕“实践教学”这一中心，以服务与保障为落脚点，综合性实验实训教学系统建设，搭建实验教学平台、实训教学平台、临床实习教学平台，在教学经费和教学资源使用等方面，对教师教学、学生学习给予最大限度的支持和便利。学院不断优化教学条件，改善实训教学硬件设施，发展建设了“五行宫”临床实训基地、“三才轩”针灸推拿实验实训中心，面积近1000平方米，建设了“推拿手法练功室”“针灸推拿点穴室”“推拿技能实训室”“刺灸法灸训练室”等多个实训场所；购置仪器设备总值3000万元；拓展省内外临床实训基地（三级甲等医院）6个。根据学校改革需要，学院实训中心归属于创新实践中心之后，学院仍然经常与创实中心沟通、协商，改善实验、实训教学条件，添置必需的仪器设备，提供充足的实训或实验用耗材，使学生能够在实验室和实训室得到全面的练习^[14]。

2.2.5 教学质量评价反馈系统 质量信息统计、分析、反馈的目的是改进教学，提升教学管理工作的水平。学院通过定期组织教师及在校生座谈会、问卷调查等教学质量评价反馈活动和结合现代技术和微信、QQ网上留言、反馈信箱等形式，随时收集在校学生对实践教学的反馈信息，教师对学生学习状态的评价总结等，获得实训、实验中教师授课、教学管理、教学资源等方面的存在问题和改进建议^[15]。另外定期对毕业生及用人单位进行调研，收集学生毕业后在工作岗位上的发展情况，了解他们在专业领域的优势和短板，以此获得实践教学的远期效果。将以上三方面定期及平时获得的教学质量反馈信息进行整理，并及时进行处理，应用于实践教学的调整与改进^[16]。

3 结语

通过这种“五位一体”模式的实践教学质量保障体系的探索与实践，真正体现了对学生实践技能培养的重视，符合现代高等教育的特点和质量要求，长春中医药大学针灸推拿学院近年来学生的专业实践能力和沟通、协调、服务能力不断提升，在历届全国针推技能大赛中都多次获得了个人及团体奖励，受到了曾经开展社会实践活动的社区、疗养院、乡村卫生院等基层单位及用人单位的好评，这说明“五位一体”模式的实践教学质量保障体系真正起到了提高教学质量的作用，但通过体系的运行过程和多方面的调研、反馈，也发现了一些不足，例如规章制度的有待健全、实践与理论教学质量评价系统的分离等，因此这一体系还需要长期的不断完善和发展，才能更好地为实践技能人才培养质量的提高服务。

参考文献

[1] 杨宝山. 实践能力评价的现状、问题与方法[J]. 教育研究, 2012, 33(10): 69-74.

- [2]杨道宇.学生实践能力的三维内涵[J].现代大学教育,2012(4):6-11.
[3]何万国,漆新贵.大学生实践能力的形成及其培养机制[J].高等教育研究,2010,31(10):62-66.
[4]汤继芹,韩涛,袁玲华,等.针灸推拿专业培养模式的改革与实践[J].现代生物医学教育,2013,13(25):4967-4971.
[5]刘明军,张欣,韩永和,等.以完善、创新的人才培养模式造就一流的推拿专业人才[J].吉林省教育学院学报,2013,29(1):32-33,51.
[6]刘京丽.新时期高等学校教学质量管理体系的构建[J].吉林省教育学院学报,2013,28(3):27-28.
[7]刘明军,王之虹,张欣.小儿推拿学教学模式改革与实践[J].长春中医药大学学报,2013,29(4):375.
[8]张欣,王之虹,刘明军,等.国家精品课程《推拿手法学》实训课程体系改革的研究与实践[J].吉林省教育学院学报,2013,28(3):45-46.
[9]张欣,刘明军,王之虹.构建合理选修课程体系、完善针灸推拿专业人才培养方案[J].中医教育,2012,31(4):12-14.
[10]张欣,王之虹,刘明军,等.创新人才培养模式打造实用技能型推拿人才[J].中医教育,2013,32(4):27-28,32.
[11]陈晔,徐晨.地方高校大学生创新实践能力培养的研究与探索[J].高等理科教育,2011,97(3):104-107.
[12]周志平,郭素珍,张明轩,等.高校学生科研与创新实践能力的培养[J].教育理论与实践,2010,30(8):12-14.
[13]李秋明,张欣.《推拿手法学》考核模式改革实践及体会[J].长春中医药大学学报,2010,26(10):807.
[14]张琼,陈佑清.“知识型实践能力”及其教育意蕴和培养策略[J].教育发展研究,2010,30(24):41-46.
[15]孙爱晶,范九伦,赵小强.卓越背景下实践教学方法改革与学生工程实践能力培养[J].中国大学教学,2013(6):7,79-80.
[16]何万国,程华.应用型本科院校大学生实践能力培养模式[J].实验室研究与实践,2013,32(6):345-348.
(本文编辑:李海燕 本文校对:单纯筱 收稿日期:2017-10-20)

中医药大学生岗位胜任力提高探讨[※]

路永坤¹ 刘 宾² 杨海燕^{1*} 李燕梅¹

(1 河南中医药大学第一附属医院脑病一区,河南 郑州 450000; 2 河南中医药大学教务处,河南 郑州 450046)

摘要: 胜任力是指能显著区分优秀绩效和一般绩效的个体特征,包括表层特征和深层特征。结合胜任力理论,除了加强医学知识储备外,笔者从明确学习目的,端正学习动机,明确社会角色,强化职业道德,加强传统文化教育,培养中医思维,加强临床技能培训,提高动手操作能力,增强医患沟通能力培养,减少医患矛盾五个方面探讨如何提高中医药大学生临床胜任力。

关键词: 胜任力; 胜任力模型; 动机; 职业道德; 中医思维; 技能; 医患沟通; 能力提升

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.007

文章编号:1672-2779(2018)-04-0019-03

Discussion on Improving Post Competency of Chinese Medicine Students

LU Yongkun¹, LIU Bin², YANG Haiyan¹, LI Yanmei¹

(1. Ward One of Encephalopathy, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Educational Administration Office, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Competency refers to the individual characteristics that can significantly distinguish excellent performance from general performance, including surface features and deep features. Combined with competency theory, except strengthening the reserve of medical knowledge, the author aimed five aspects to explore how to improve the clinical competence of college students of Chinese medicine, which is clearing learning purpose and correct learning motivation, defining social roles and strengthening professional ethics, strengthening traditional culture education and training Chinese medicine thinking, strengthening clinical skills training and improving manipulative ability, enhance the ability of communication between doctors and patients and reduce the contradiction between doctors and patients.

Keywords: competency; competency model; motivation; professional ethics; TCM thinking; skills; doctor-patient communication; hoisting capacity

胜任力是指能将某一工作(或组织、文化)中表现优异者与表现平平者区分开来的个人潜在的、深层次特征,它可以是动机、特质、自我形象、态度或价值观、某领域的知识、认知或行为技能-任何可以被可靠测量或计数的,并且能显著区分优秀绩效和一般绩效的个体特征^[1]。冰山模型是胜任力模型的典型代表。水上部分代表表层的胜任特征,如知识、技能等;水下部分代表深层的胜任特征,如社会角色、自我概念、

特质和动机等。后者是决定人们的行为及表现的关键因素。洋葱模型是从另一个角度对冰山模型的解释。它在描述胜任力时由外层及内层,由表层向里层,层层深入。最表层的是基本的技巧和知识,里层核心内容即个体潜在的特征。

胜任力是以绩效为导向的。在某个岗位上高胜任力的人一定是高绩效的,而高能力却不一定等于高绩效。胜任力与员工所承担的工作任务密切相关,它是员工高质量地完成本岗位各项工作所必备的基本特征,是个人能力与工作情景的有效匹配。只有个人能力为工作所需时,它才能称为胜任力^[2]。医学是一门实践性科学,由于其岗位的特殊性,对胜任力有着更强烈的要求^[3]。结合胜任力理论,除了加强医学知识储备

[※] 基金项目:河南省高等教育教学改革研究资助项目【No.2014SJGLX224】;河南省高等教育教学改革研究与实践项目【No.2017SJGLX327】;河南中医药大学教育教学改革研究项目【No.2017JX13】

* 通讯作者: yanghaiyan100@sina.com

外,笔者从以下几个方面探讨如何提高中医药大学生临床胜任力。

1 明确学习目的 端正学习动机

学习动机是影响学生学习积极性的重要因素,在教育教学活动中,激发学习动机有助于促进学习行为,提高教学效果。根据动力来源,学习动机可以分为内部动机和外部动机。前者是指个体内在的需要引起的动机,动机的满足在活动之内,指向学习任务本身,如:有的学生刻苦学习是由于具有强烈的求知欲或兴趣。后者是指个体由于外部诱因所引起的动机,动机的满足在活动之外,如就业期望、得到认可等。他们活动的动机不在于学习任务本身,而在于学习得到的结果^[4]。部分学生选择医学专业是因为生活中出现亲友或亲近人员疾病缠身,甚至因病去世等事件;或是家中有人从事医疗行业,从小受其影响等^[5],也有部分学生只是按照家人意愿填报的志愿等。中医药大学生要明确自己的学习目的,端正学习动机。张剑等^[6]调查研究表明目前医学生的外部学习动机多于内部学习动机。自己为什么学医对学习本身,毕业后工作态度、表现及最终成就有重要意义。因此,应激发学生对医学的兴趣,从而激起他们的内部学习动机,并善于利用就业压力等外部动机,逐步转化为内部动机,促进医学生的发展。

2 明确社会角色 强化职业道德

一个从业者完成职业的好坏及其工作积极性高低,在一定程度上取决于他的职业价值观念^[7]。医学生将来所从事的职业是救死扶伤,服务于社会,奉献社会,回报社会的一种职业,是体现自己人生价值的高尚职业,对学生个人以及社会都有重要的意义^[8]。临床实习阶段是确立医德信念的关键时期。医学生在进入临床实习后,会遇到各种各样的情况,加上社会矛盾以及负面的职业评价,其人生观、价值观会出现反复和自我怀疑。对此,要以正面教育为主,聘用一批医术高、医德好的医生作为学生实习阶段的带教老师,言传身教,为学生树立良好的学习榜样^[9]。通过榜样的示范作用使学生从内心升起职业自豪感和崇高的使命感,从而产生学好医学知识,将来治病救人、维护民众健康的愿望。将学生们原先以满足个人需求为中心的动机,调整到与行医者应具备的思想道德和职业素质相一致的动机。对于他们高于社会岗位需求的职业期望,要尽早通过思想教育、心理辅导和就业指导工作加以调整,并借机鼓励他们努力学习,提升自己的竞争力。

3 加强传统文化教育 培养中医思维

中医学本身是临床医学,其理论具有深厚的中国古代文化底蕴。它融汇了秦汉以前的天文、气象、哲学、数学、农学、军事等多学科的成果,在古代朴素的唯物论和辩证法指导下,通过医疗实践经验的积累,

并经过归纳总结和推理演绎,从感性认识上升到理性认识,形成了中医学的理论体系。中医学的人文特征要求中医大学生必须具备一定的的人文修养才能掌握传统文化中的思维方法^[10]。中医思维模式是在中医理论体系的形成和中医医疗实践不断发展的过程中逐渐形成的,是把天、地、人、时的统一关系作为研究对象,以形象思维和整体思维为主导,并有机地结合抽象思维方式,建立起相应的理论框架,即以五脏为中心、经络为联系的整体观念和以人体为中心与自然界息息相关的“天人合一”观^[11]。因此,中医思维方式就是中国文化、中国哲学的思维方式,就是整体关联的思维方式。例如,中医对人体解剖生理的认识绝不离开整体来谈部分,更不能离开功能来谈结构。中医所说的脏腑完全不同于西医解剖学、生理学所指的实体,而是按照五行学说所构建的人体功能,强调人是一个自我调节、自我控制的和谐的整体^[12]。因此学习中医应加强传统文化知识的学习,“将中医放到传统文化的大背景下”^[13],以东方文化的思维方式继承它。必须将传统思维教育贯穿于中医专业课程教学的始终。

4 加强临床技能培训 提高动手操作能力

临床技能培训是培养合格临床医师的必要途径,也是医学教育的重点和难点^[14]。《本科医学教育标准》明确提出要注重对医学生临床技能的培养。河南中医药大学成立了临床技能培训中心,负责培训工作的组织、计划、实施,强化管理。培训包含理论授课、技能训练和外语培训。理论授课包括基本操作知识和极危重症诊治。技能训练在多功能临床技能模拟训练中心进行,学生可以在中心进行心肺复苏、电除颤、气管插管、气管切开、胸穿、腹穿、腰穿、骨穿、无菌术等。学校聘请专科教师给予现场演示、指导,保证每名患者都能学到、练好。并强化临床实习,进行多学科轮转,以加强临床综合能力的培养。

5 增强医患沟通能力培养 减少医患矛盾

医患沟通,是对医学理解的一种信息传递过程,通过交流使医患双方都能充分有效地表达对医疗活动的理解、意愿和要求,为患者的健康服务^[15]。1999年公布的“全球医学教育最低基本要求”中,全面、细致地描述了医学院校培养的医生所必须具备的几项素质,其中最重要便是职业价值态度、行为、伦理以及沟通技能,都是目前高等医学教育所必须达到的基本目标^[16]。目前,很多患者对医疗活动缺乏了解,怀着过高的期望值就医。花了钱没有达到预期的效果,容易对医生产生不满情绪,引起医疗矛盾,甚至导致医疗纠纷。近年来,我国医患矛盾日益加深,医患纠纷愈演愈烈,其中部分原因在于医患沟通没有做到位。因此,应当加强医学生医患沟通能力的培养,减少医患矛盾,构建和谐和谐社会。

参考文献

- [1]薛琴.胜任力及相关概念辨析[J].商场现代化,2008(3):277-278.
[2]侯天霞.知识型员工培训新思路:基于胜任特征[J].人力资源,2007(7):42-45.
[3]谢向辉,申昆玲,王爱华.关于医学生岗位胜任力培养的几点思考[J].继续医学教育,2015,29(6):58-59.
[4]芦王英,刘晓静,季晓辉.医学教育的重要原则之一:激发学生的学习动机[J].中国高等医学教育,2010(1):26-27.
[5]赵海敬,范健文,杨磊,等.关于高校课堂教学中师生角色互换的探究与实践[J].教育教学论坛,2013,7(9):188-189.
[6]张剑,钱沿,甘雅芬,等.医学生学习动力的调查分析及对策[J].赣南医学院学报,2005,25(4):558-561.
[7]鲍文华,杨晓东.构建医学人文素质教育的新理念[J].黑龙江高教研究,2015(8):139-141.
[8]王甜,黄中岩.新形势下医学院校学生职业道德教育工作模式的探讨[J].牡丹江医学院学报,2015,36(6):118-119.

- [9]马婷.医学生职业价值观培育探析[J].学校党建与思想教育,2015(20):34-35.
[10]张伯礼,张俊华.中医临床思维方法养成的思考[A]//第三届世界中医药教育大会.第三届世界中医药教育大会论文集,2013:1-3.
[11]殷学超,王维民,江维康.建立中医思维模式[J].辽宁中医杂志,2002,29(8):487-487.
[12]邵浩生,凌立君,王凤良.从传统哲学理论看现代中医临床思维的培养[J].南京中医药大学学报,2006,22(1):15-17.
[13]贾成祥.中国文化与中医思维惯性的分析[J].河南中医学院学报,2003,18(3):78-79.
[14]刘理,郑维扬.以临床技能中心建设为契机加强临床实践教学改革[J].医学教育探索,2009,8(8):971-972.
[15]张海郁,徐辉,阮积晨,等.加强医学生医患沟通能力培养的几点思考[J].浙江医学教育,2008,3(7):99-101.
[16]王燕.从医患关系的现状论医学生沟通能力的教育[J].山西高等学校社会科学学报,2015,27(4):98-100.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘向哲 收稿日期:2017-11-14)

基于混合学习理念的翻转课堂教学模式 在中医护理学教学中的应用※

梁小利^{1,2} 梁清芳² 杨玲娜² 吴际军² 钟晓利²

(1 四川护理职业学院护理系,成都 610100; 2 成都中医药大学护理学院,成都 611137)

摘要:目的 将基于混合学习理念的翻转课堂教学模式应用于中医护理学教学中,评价其教学效果,为在护理专业其他课程教学中推广应用提供依据。方法 采用整群抽样法抽取2014级护理本科两个班的学生作为研究对象,随机分为试验组($n=84$)和对照组($n=82$),试验组采用基于混合学习理念的翻转课堂教学模式,对照组采用传统的教学模式,并采用课程成绩、评判性思维能力(中文版)测量表(CTDI-CV)和自行设计的教学满意度调查问卷进行效果评价。结果 试验组的课程成绩、评判性思维能力和总体教学满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 基于混合学习理念的翻转课堂教学模式有利于提高学生的课程成绩、评判性思维能力和教学满意度,值得在护理专业其他课程中进一步推广应用。
关键词:混合学习;翻转课堂;中医护理学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.008

文章编号:1672-2779(2018)-04-0021-03

The Application on Blending Learning-based Flipped Classroom Teaching Mode in the Teaching of Traditional Chinese Medicine Nursing

LIANG Xiaoli^{1,2}, LIANG Qingfang², YANG Lingna², WU Jijun², Zhong Xiaoli²

(1. Nursing Department, Sichuan Nursing Vocational College, Sichuan Province, Chengdu 610100, China;

2. Nursing School, Chengdu University of Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 611137, China)

Abstract: Objective Applying the blending learning-based flipped classroom teaching mode in the teaching of TCM nursing, in order to evaluate its teaching effect and to promote the basis for the its application in the teaching of course in nursing specialty. **Methods** Using the cluster sampling method to extract two class of grade 2014 nursing undergraduate students as the research object, they were randomly divided into experimental group ($n=84$) and control group ($n=82$). The experimental group used the blending learning-based flipped classroom teaching mode, and the control group used traditional teaching mode. The effect was evaluated by using course scores, critical thinking ability (Chinese version) inventory (CTDI-CV) and self-made teaching satisfaction questionnaire. **Results** The course scores, total teaching satisfaction and critical thinking ability of the experimental group were higher than those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Blending learning-based flipped classroom teaching mode can improve the course scores, critical thinking ability and teaching satisfaction of students, and it is worthy of further popularization and application.

Keywords: blending learning; flipped classroom; traditional Chinese medicine nursing; teaching reform

翻转课堂教学模式(flipped classroom teaching model)起源于美国,又称为颠倒课堂或反转课堂,是一种混合了直接讲解与建构主义学习的新课堂教学组织形式,它把“教师白天在教室讲课,学生晚上回家做作业”的传统教学结构颠倒安排,让学习者在课外时间完成针对知识点和概念的自主学习,课堂变成教

师和学生的互动场所,通过解答疑惑、合作讨论等策略促进知识内化的教学模式^[1]。混合学习(B-Learning)是在恰当的时间,通过适当的学习技术与适当学习风格相契合,从而取得最优化学习效果的学习方式。它综合了面对面教学和在线学习的优势,把面对面的课堂教学和基于网络的在线学习两种学习模式整合,发挥教师的引导、启发、监控教学过程的主导作用,充分体现学生作为学习过程主体的主动性、积极性与创

※ 基金项目:成都中医药大学校教改项目资助[No.JGYB201535]

造性,以达到降低成本、提高效益^[2]。本课题通过将翻转课堂与混合学习相结合,构建基于混合学习理念的翻转课堂教学模式,并在中医护理教学进行实践应用,取得了较好效果,为在今后的护理教学改革中推广应用提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2016年3月—2016年5月,以班级为抽样单元,采用整群抽样法抽取我院2014级护理本科4班84人和5班82人为研究对象,通过抽签法分为试验组(4班)和对照组(5班)。2组护生的性别、年龄等一般资料和评判性思维能力等经统计分析差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 教学方法 对照组采取传统的灌输式教学法进行中医护理学基础课程授课,即课堂上教师进行信息的传递,将知识传授给学习者,课下学习者完成作业,将知识内化;试验组采用基于混合学习理念的翻转课堂教学模式进行授课,具体方法如下。

1.2.1 准备阶段

1.2.1.1 学生准备 开课前向学生介绍基于混合学习理念的翻转课堂教学模式的基本理念、教学目的和意义,使学生做好心理准备,获得学生的支持和配合。学生分成8~9人1组,每组推选1名组长,负责组织学习、讨论。

1.2.1.2 教师准备 教师提前准备教学进程表、翻转课堂教学设计、自主学习资料如学习任务单、导学方案、自测题、学习指导、微视频、教学课件、参考书等学习资源,其中,微视频的制作是根据中医护理学基础的教学内容,结合学生认知特点,将单个知识点制作成微视频,主题突出,内容精简。学习任务单主要是对学生课前自主学习提出要求,主要包括本次授课内容的要求、教学目标、重点难点等。通过创建班级QQ群平台,将上述自主学习资料上传至QQ群,邀请班级所有学生加入,以保证学生可以通过智能手机和电脑等工具获取自主学习资料。

1.2.2 课前学习阶段 学生根据学习任务单和导学方案,通过QQ群观看微视频课件、学习相关资料、查找网络资源、做自测练习等,在课前完成自主学习与效果检测。

1.2.3 课前互动阶段 通过QQ群,学生把自主学习过程中遇到的疑难问题在群上提出,可及时与同学或老师进行沟通、讨论和交流。

1.2.4 课堂学习和巩固阶段 教师根据课程内容和学生在课前学习中遇到的疑问,提出一些有代表性和探索性的问题,根据分组安排组织学生讨论,讨论形式可

以采用探究式和情景式等。小组成员间通过讨论交流,总结出问题答案,每组选1名代表进行发言,教师对发言进行评价和总结,对多数学生存在疑惑的共性问题 and 不足进行重点讲解,并及时与学生交流互动。并通过发放过关测试题巩固学生自主学习成果,学生当堂完成过关卡,教师针对问题进行点评。

1.2.5 课后总结拓展阶段 课后教师将学生在学习过程中遇到的问题总结整理,连同知识拓展资源上传至班级QQ群,便于学生课后复习总结和课外拓展。教师根据学生的评价反馈情况对教学模式进行调整和完善。

1.3 效果评价 在试验前、后分别对2组研究对象进行评判性思维能力(中文版)测量表(CTDI-CV)^[3]的评分,并在试验后对2组研究对象进行教学满意度调查问卷的调查对教学效果进行评价。

1.3.1 CTDI-CV 是由香港理工大学护理学院彭美慈教授等结合中国实际护理教育现状修订的,共包含7维度:寻找真相、开放思想、分析能力、系统化能力、评判性思维自信心、求知欲以及认知成熟度。其信度系数为0.90,共有70个子条目,其中正性条目30个,负性条目40个,每个条目回答从“非常赞同”到“非常不赞同”6个等级,分别赋值,负性条目赋值为1~6分,正性条目反向赋值。CTDI-CV总分为70~420分,>350分表示有很强的正性评判性思维能力,280~350分表示正性评判性思维能力,210~279分表示中等评判性思维能力,<210分表示负性评判性思维能力。

1.3.2 课程考核成绩 采用相同的《中医护理学基础》期中测试试卷对2组护生进行测试,试卷总分为100分,测试完毕由同一教师按照相同的参考答案及评分标准对试卷进行评分。

1.3.3 教学满意度调查问卷 通过查阅文献及专家咨询,自行设计的教学满意度调查问卷,用于进行中医护理学教学满意度调查。

1.4 统计学方法 所有数据均采用SPSS 13.0软件进行统计分析。

2 结果

2.1 2组学生干预后评判性思维能力比较 从表1可以看出,干预后2组学生的评判性思维能力除评判思维的自信心和认知成熟度两个维度外,其余各维度得分比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 2组学生的《中医护理学基础》期中测试成绩比较 2组学生的《中医护理学基础》期中测试成绩差异有统计学意义($t=3.143, P<0.05$),表明基于混合学习理念的翻转课堂教学模式有利于提高学生的成绩。

2.3 2组学生的教学满意度评价比较 从表2可以看出,2

表1 2组学生干预后评判性思维能力比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	寻找真相	开放思想	分析能力	系统化能力	评判思维的自信心	求知欲	认知成熟度	总分
试验组	84	56.28 ± 8.78	57.53 ± 9.46	54.35 ± 5.76	49.64 ± 5.98	46.43 ± 10.66	57.32 ± 7.69	48.38 ± 5.31	348.91 ± 30.59
对照组	82	48.16 ± 7.02	49.62 ± 8.53	47.43 ± 7.65	43.12 ± 6.01	45.21 ± 8.38	47.49 ± 6.90	47.56 ± 6.57	304.76 ± 31.42
t值		2.314*	2.258*	2.140*	2.117*	1.126	3.238*	0.877	4.827*

注:与对照组比较,*P<0.05

组的教学满意度评价比较差异有统计学意义 (P<0.05)。

表2 2组学生教学满意度评价比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意
试验组	84	35(41.7)	37(44.0)	9(10.7)	3(3.6)	0(0)
对照组	82	17(20.7)	28(34.1)	32(39.1)	4(4.9)	1(1.2)

注:与对照组比较,*P<0.05

3 讨论

3.1 有利于提高学生评判性思维能力 本研究显示,试验组学生除评判思维的自信心和认知成熟度两个维度外,其余各维度得分均高于对照组,差异有统计学意义 (P<0.05),说明基于混合学习理念的翻转课堂教学模式有利于提高学生的评判性思维能力,这与陈雪蕾^[4]、刘涛^[5]的研究结果一致。国内外护理教育界已将培养评判性思维能力作为高等护理教育的一个重要培养目标^[6]。翻转课堂是基于建构主义、实用主义和认知主义理论的教学方法,其顺应了当前信息化发展趋势,使课堂教学不再局限于固定的时间和地点,而是引导学生充分利用网络资源自主学习,基于混合学习理念的翻转课堂教学模式更加强调“以学生为中心、以任务为驱动”^[7],学生借助已有的知识和经验,通过完成任务和解决问题构建知识体系,以学习小组为单位积极进行自主学习、团队协作、交流探索、追求成功;教师设计教学情景,启发学生思考,帮助学生解决疑惑,与学生一起探寻真知^[8],从而促进学生批判性思维能力的提升。

3.2 有利于提高学生的自主学习能力 翻转课堂与传统课堂最主要的区别体现在学生与教师的地位与在学习中所体现的角色上,传统课堂教师主宰课堂,翻转课堂的核心部分是课前的知识传递,学习方式灵活,学生成为学习的真正主人,主动探究知识,与同学老师一起研究学习中的问题。教师成为学生思想的引导者、学习的促进者,完全体现了以学生为主导,有利于学生自主学习能力的培养^[9]。

3.3 有利于提高教学满意度 本研究显示,试验组的教学满意度明显高于对照组,差异有统计学意义 (P<0.05),与冯蓉^[9]的研究结果一致。随着信息化时代的发展,学生的学习理念也发生了相应的变化,传统教学以教师讲授为主,容易造成使学生的吸引力和学习兴趣降低,最终导致学习效果不理想,教学满意度不高。

而基于混合学习理念的翻转课堂,学生可结合自身情况自主选择学习内容,灵活安排学习时间和学习地点,最终完成知识的传授过程,打破了传统教学模式对学生学习空间及时间的限制,提高了学习兴趣和学习效率^[10],从而使教学满意度得到有效提升。

综上所述,在中医护理学的教学中采用基于混合学习理念的翻转课堂教学模式,有利于提高学生的评判性思维能力和自主学习能力,有效提高学生的学习效果和教学满意度,值得在护理专业其他课程教学中推广应用。

参考文献

- [1]马秀麟,赵国庆,郭彤.大学信息技术公共课翻转课堂教学的实证研究[J].远程教育,2013,31(1):79-85.
- [2]陈怡.基于混合学习的翻转课堂教学设计与应用研究[D].武汉:华中师范大学,2014.
- [3]彭美慈,汪国成,陈基乐,等.批判性思维能力测量表的信效度测试研究[J].中华护理杂志,2004,39(9):644-647.
- [4]陈雪蕾,戴小红.翻转课堂教学模式对护理本科生批判性思维能力的影[J].华夏医学,2015,28(1):142-144.
- [5]刘涛,梁春光,崔慧霞,等.基于网络平台的翻转课堂对专升本护理专业学生评判性思维的影响[J].卫生职业教育,2017,35(13):75-76.
- [6]李小妹, Marcia A. Petrini, Kawashima, 等.中国与日本护理本科生评判性思维能力的比较[J].中华护理杂志,2005,40(17):730-733.
- [7]陈雪蕾,林平,李玲,等.教育环境对护理本科生批判性思维能力的影[J].护理学杂志,2010,25(2):5-7.
- [8]罗丽蓉.翻转课堂对大专护生评判性思维能力及学习满意度的影响研究[J].卫生职业教育,2016,34(18):106-108.
- [9]冯蓉,许红,何曙芝,等.翻转课堂在《妇产科护理》教学中的实施与效果评价[J].护理学报,2015,22(17):15-17.
- [10]宋朝霞,俞启定.基于翻转课堂的项目式教学模式研究[J].远程教育杂志,2014,32(1):96-104.

(本文编辑:李海燕 本文校对:蒋晓静 收稿日期:2017-11-07)

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

523 精神与青蒿素发明[※]

刘霖堂 李燕君

(广州中医药大学马克思主义学院, 广东 广州 510006)

摘要: 文章对50年前我国医药卫生领域开展的一项重大工程——523项目有关资料进行研究, 对该项目的优秀成果青蒿素的研发过程进行梳理, 认为我国在十分困难的条件下能完成523项目, 发明出具有世界水平的抗疟新药——青蒿素, 得益于一精神, 即523精神, 并指出: 战备精神、奉献精神、协作精神、科学精神和群众观念等是523精神主要内容。

关键词: 523精神; 523项目; 青蒿素; 科学精神

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.009

文章编号:1672-2779(2018)-04-0024-04

523 Spirit and the Invention of Artemisinin

LIU Jitang, LI Yanjun

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

Abstract: The article studied a major Project—the 523 project which launched 50 years ago in the Chinese medicine field. By doing research on the materials of the 523 Project, the article summarized the development process of the outstanding achievements of the project of artemisinin, and finally came to a conclusion that the reason why China can finish the 523 Projects in very difficult conditions and made the world-class invention—a new type of antimalarial drug artemisinin is that they have 523 Spirit. Combat spirit, dedication spirit, cooperative spirit, scientific spirit and concept of the masses are the main contents of the 523 Spirit.

Keywords: 523 Project; 523 Spirit; artemisinin; scientific spirit

2015年10月5日, 我国医药工作者屠呦呦教授因发现青蒿素获得诺贝尔生理学或医学奖。消息传来, 国人欢欣鼓舞。不少人开始对青蒿素发明历史表现出浓厚兴趣, 一些参加过523项目和青蒿素研发的专家也开始写一些回忆文章, 其目的就是让人们记住这段火红的历史, 从这段历史中汲取一些对目前工作有价值的元素。523精神是523项目的灵魂, 是成就青蒿素发明的精神向导, 已成为大家关注的焦点概念。但翻阅有关资料, 我们发现人们对523精神内容的研究不够, 专一研究523精神的文章不多。研究523精神离不开523项目, 离不开青蒿素发明。

1 523项目

20世纪60年代中期, 越南战场抗药性恶性疟疾横行, 非战斗减员高出战伤减员4倍以上, 抗药性疟疾已成为双方共同敌人。越南政府紧急向我国政府求助救治恶性抗药性疟疾药物。1967年5月23日, 国务院召集由解放军总后勤部、国家科委、卫生部、化工部、国防科委和科学院领导参加的协作会议, 成立全国疟疾防治药物研究领导小组, 制定研制规划, 形成523项目。项目要求组建一支多部门、多地区、多学科、多专业、军民合作、科技骨干固定的研发队伍, 力争3年时间研制出安全、高效的救治恶性抗药性疟疾新药。

523项目起初进展并不顺利, 尽管3年内相继发明防疟1号、2号、3号片供给越南前线, 但效果远未达到规划要求。直到1971年10月屠呦呦教授发现青蒿素,

并对之进行一系列临床研究、结构测定, 剂型、工艺改进, 研制出疗效明显的青蒿素药物, 并于1981年经国务院批准, 523项目才宣告结束。523项目前后历时13年, 全国60多个科研单位、500多名科研人员参与, 取得以青蒿素药物为代表的、具有国际先进水平的科研成果89项, 荣获全国科学大会奖15项, 荣获国家部委、省市科学成果奖12项^①。

2 青蒿素发明

发现和发明是两个不同的概念, 但二者又联系紧密。发现是本然的发觉和再现, 揭开本然面纱, 回答是什么、为什么问题, 通常是科学的任务; 发明是基于本然的创造和建构, 形成人工自然, 回答能做什么、如何做问题, 通常是技术任务。没有科学发现, 难有技术发明, 广义的发明涵盖着发现。

523项目意义下的天然药物青蒿素发明显然是广义的发明。纵观青蒿素发明全程, 其发现阶段包括中草药制疟信息筛选、青蒿素粗提、动物模型试验、药效毒性分析、有效单体结晶、临床试验、药效检验、化学结构测定、活性基团确定等环节; 青蒿素发明阶段包括提取原材料优选、工艺改进、质量分析方法提出、质量标准优化、方便剂型设计、降低复燃率、临床试验、临床规范确定、分子结构改造、高效衍生物开发、药效毒理分析、临床试验等阶段。显然, 青蒿素发明是一个庞大而又复杂的系统工程。西方国家对我国在20世纪60~70年代间科研设备简陋、人才匮乏的条件下, 能研制出像青蒿素这样具有国际水平的科技成果百思不解。殊不知, 是中国共产党强有力的领导及其迸发的523精神弥补了这些不足, 创造了奇迹。

※ 基金项目: 广东省教育教学改革研究课题 [No.A1—AFD015151Z1574]

3 523精神导引青蒿素发明

不少学者把523项目与同时代的“两弹一星”相对比,认为523项目是医药领域里“两弹一星”不无道理。“两弹一星”的成功离不开“热爱祖国、无私奉献,自力更生、艰苦奋斗,大力协同、勇于登攀”的两弹一星精神鼓舞,523项目的代表性成果青蒿素的发明同样是523精神激励之结果。正如原全国523领导小组负责人陈海峰所说:“青蒿素的研发经验再次表明,没有523精神,就不可能有青蒿素抗疟今日的辉煌。”^[23]

追踪523项目缘起、发布及实施足迹,探索青蒿素发明过程,我们可从如下5个方面概括523精神。

3.1 战备精神 战备精神可从紧急性和统一性两方面理解。战备源于国家安全,关系国家存亡,它要求全体国民要有紧迫意识和统一意识。

战备精神的紧急性表现在完成任务的时间性和达到目标的坚定性。523项目有着严格的时间要求,原定3年完成任务。严格的时间限制使每个参与单位和参加人员都有强烈时间观念,与时间赛跑是所有参与者的座右铭。广东523小组的江静波教授,在女儿农村插队溺水身亡时坚持让老伴去处理后事,而不离开抗疟一线。广州523小组李国桥教授60年代一直在海南用针灸防治疟疾,接到参加523项目针灸组通知后,他更坚定了针灸防治疟疾的信心。但当发现针灸在防治疟疾方面的局限性后,他毅然放弃钟爱的针灸防治方法,毫不犹豫转到疟疾临床研究组。北京药物所屠呦呦夜以继日翻阅中医药古文献,从2000多种方药中整理出一张含有640多种草药的《抗疟单验方集》,逐一验证,经过190次失败后最终提取对疟原虫抑制率100%的青蒿素。

全国523领导小组始终坚定目标,坚定必胜信念。523项目开始时并不顺利,原定3年任务并未达到目标,一些人产生畏难情绪。全国523小组在多个会议上批评这一思想,鼓励大家树立必胜信念,并确立了发现苗头、及时上报、马上决策、集中力量、迅速行动的工作机制。1971年10月,中国中医研究院中药所屠呦呦发现对疟原虫抑制率100%的青蒿提取物。1972年3月,全国523办公室在南京及时召开会议报告这一结果,马上安排解放军302医院、海南昌江地区医院协作进行临床试验。同时,山东寄生虫研究所、云南药物所受南京会议精神启发,先后从黄花蒿提取出抗鼠疟较好的提取物。1974年1月,全国523办公室马上在北京汇聚三地专家,提出统一计划,分工合作,共同推进青蒿研究的决定。这次会议为青蒿素的发明奠定了基础。

523项目是一项战备项目更是一项政治工程,党中央对此高度重视,号召参与人员思想要高度统一。卫生部黄树则副部长在1981年总结523工作时指出“在523大协作中真正做到了思想上目标一致,计划上一

安排,任务上分工合作,专业上取长补短,技术上相互交流,设备上互通有无,充分发挥了部门、单位的人才和设备优势”^[24]。中央领导毛泽东、周恩来一直关注523项目进展,适时做出指示。1969年,毛主席亲自审阅523任务执行报告。1970年,523原制定3年研究工作期满,523的各项研究工作正深入开展,为加强领导,周恩来指示调整全国523领导小组,并批准1971到1976的5年计划。围绕523项目的管理,不但有全国523领导小组,中央军委、卫生部以及各省市也都成立523领导小组。所有参与人员,上至中央领导,下至乡镇卫生防疫部门员工思想高度统一,只有一个心思“急战备之所急,想战备之所想”^[25]。

3.2 协作精神 全国523办公室负责人陈海峰说:“创新药物的研究与开发是一个庞大而又复杂的系统工程。西方国家对我国在20世纪60~70年代间科研设备简陋、人才匮乏的条件下,能研制出像青蒿素这样具有国际水平的科技成果百思不解。殊不知,这奇迹是全国社会主义大协作解决了当时战备任务时间要求紧、实验仪器设备条件差和科技人员短缺的矛盾而创造出来的。”^[26]大协作是全国523项目的工作方式,但是523式的协作有其特有含义。那就是这种协作是政治目标一致的协作、中央顶层设计下的协作和无私自愿的协作。

协作的动力有两个方面,一是经济动力,二是思想动力。思想动力往往是根本动力,它最持久、最有韧性。经济动力也很重要,但往往不持久,有强制性。参与523项目的每个科技人员都经过精心选拔,有过硬的政治素养,他们的协作动力是发自内心的精神动力。他们有强烈的爱国主义和国际主义精神,他们把参与523项目视为党和人民给与的荣誉,把完成523项目视为应尽责任,视为对党和人民的忠诚。他们不论在城市实验室或在山区农村试验场,都团结一心,相互协作。

协作分自组织协作和他组织协作。自组织协作是自发形成的协作,达到目标往往需要较长时间;他组织协作有外部指挥者参与,指挥者定下目标,适时给出指令,协作行动迅速,达到目标快。523项目的组织过程是他组织协作,全国523领导小组作为外部指挥者一直是项目的领导者。这种协作要求参与者具备忠诚意识和权威意识。参与523项目的每一个组织和个人都把523办公室的指示奉作权威,不折不扣地执行。一个例子是:1974年10月,在云南耿马县开展疟疾临床研究的李国桥教授突然接到523办公室指示,马上验证新发现的青蒿提取物“苦蒿结晶Ⅲ”,10月份,疟期将要过去,疟疾病人难找,而“苦蒿结晶Ⅲ”又是新药,临床方案需要研究。而李国桥教授接受任务,马上行动,动员周边两县卫生院,翻山越岭寻找病号,大胆设计临床方案,连续工作两个月完成18例疟疾病人的

用药验证, 做出对青蒿素的肯定结论^[23]。

523项目的参与者在相互协作中, 每一个参与者都是一个主体, 作为主体都能根据523办公室给与的任务, 挖掘自身潜能, 发挥自己特长, 自愿自为自主。但是, 他们所有的行为又都不是以自我为中心, 或自私的, 都是从523项目全局出发。各省根据全国523办公室意见都成立了各省的523小组, 各省的523小组按专业分工又成立有523分小组。譬如化学合成组、中医中药组、现场防治组、驱避剂组、凶险疟疾救治组等等。这些小组既独立工作又无私协作。如北京523小组、山东523小组和云南523小组相对独立地提取出青蒿素, 在提取的方法上都各有创新。由于开始都是实验室提取, 提取量很少, 但为满足全国523其他研究机构需要, 云南523小组、山东523小组都无私地供给兄弟单位。

3.3 奉献精神 奉献精神是忘我精神, 为了目标、理想不怕吃苦、不怕委屈和不怕牺牲的大无畏精神。在523项目实施中, 有多少人坚守无私奉献精神, 默默无闻、任劳任怨地工作着。

他们不怕牺牲。广州中医学院李国桥教授是523临床研究组主要成员。为了探索疟疾发病规律, 观察针灸的有效穴位或试验新药疗效, 自身感染疟原虫, 忍受连续高热病痛进行试验观察, 甚至写下免责声明。他们为了工作舍弃亲情。北京药物所是青蒿素的主要发明单位, 该所钮心懿教授丈夫刚刚去死, 即忍着悲痛, 带领科研工作组到海南作临床试验。该所老专家傅永教授为加快中草药研究进度, 带着实验小动物和必要设备进驻海南岛农场, 开展中草药调查, 收集到较好的药方, 立即采药就地粗提, 进行抗疟试验。他们不畏艰险。为摸清我国青蒿资源分布与产量, 523小组青蒿资源调查队连年背负行囊, 翻山越岭, 顶烈日, 冒酷暑, 风餐露宿, 走遍我国山山水水。他们不怕委屈, 忍辱负重。在“文革”期间, 尽管中央对参加523项目的科技人员有所保护, 但他们仍未能置之度外, 不少专家白天参加批判会被批判、被检讨, 晚上还要回到实验室完成工作。

3.4 科学精神 科学精神即是以科学理论为指导, 以科学态度、科学方法观察和处理问题。523项目是一项庞大的战备工程, 在这项工程的制定和实施过程中, 从全国523办公室到全体参与人员时时不忘科学精神, 处处弘扬科学精神。

3.4.1 从实际出发, 以科学态度审视523项目 上世纪60年代中期, 我国科技水平低下, 科研设备、科技人员匮乏, 研究机构分散, 规模小, 独立研发新药能力低下, 加之当时美苏大国对我国的封锁, 外部援助已不可能, 但社会主义制度的优越性却能提供集中力量办大事的优势。全国523办公室科学分析这一态势, 制定

了523项目“远近结合、中西医结合、医药为主, 重在创新, 统一计划, 分工合作”的工作方针。当523项目3年未能达到目标时, 全国523办公室以科学态度向中央反映, 中央很快制定了5年计划, 但5年后理想青蒿素药物还不够明确时, 中央又制定4年计划, 最终发明了理想青蒿素药物。

3.4.2 科学认识中医药经典, 从传统医药中发现新药 中医药经典是中华民族几千年防病治病的经验总结, 其中蕴涵着丰富的科学内容, 是现代医学急需挖掘的宝库。面对浩瀚的传统中医药经典, 全国523办公室成立了523中医中药组。他们一方面遍查经典医药著作, 寻找祖传治疟秘方、验方, 一方面对这些方剂中的草药进行粗提、药效筛选和安全性实验, 进而临床观察。大胆猜测, 小心求证, 他们先后从数以千计的中草药中发现常山、鹰爪、仙鹤草、陵水暗罗、青蒿等10余个抗疟草药, 对它们的提取物继续验证, 最终选择了青蒿。

3.4.3 用现代科学思维发现和改进青蒿药物 在多次提取青蒿素失败后, 屠呦呦认识到青蒿素温度较高时分解的可能性, 改用低沸点乙醚提取获得成功。云南药物所罗泽渊用溶剂汽油浸、浓缩法使青蒿素的提取纯度再进一步。以后全国523办公室不但按照现代药物研究方法, 进行临床验证、分子式测定、有效基团确定完成青蒿素的发现, 而且从长远考虑制定了青蒿素衍生物以及复方的青蒿药物研发规划。

3.4.4 为523项目研发提供自由学术氛围 523项目的工作机制是协作, 全国523办公室给出的每一个工作任务都经历了充分研讨和交流, 是集体智慧的结晶。一旦任务确定, 各个部门务必完成, 不得更改。任务的产生过程是民主而科学的。全国523办公室举行的会议很多, 但会议议程很简单, 都是专家汇报, 专家研讨, 形成决议, 以全国523办公室名义发布。

3.4.5 群众观念 群众观点马克思主义唯物史观的现实反映, 是我党的优良传统和作风。在523项目实施过程中, 一切相信群众、一切依靠群众、一切为了群众, 充分发挥人民群众创造性的群众观点得到充分体现。

全国523中草药专题研究组除从中华医药经典文献中寻找抗疟药方外, 还组织多个民间调查组深入云南、广东和江苏等地向民间郎中、赤脚医生和百姓请教治疟药方。他们就地对药方中的中草药进行粗提, 马上进行药效实验和初步临床观察。广东调查组首先从民间获知植物鹰爪有抗疟效果, 他们快速测定出其有效成分, 定名为鹰爪甲素, 并进一步确定其化学结构中的有效基团为过氧化物。这一发现为后来青蒿素化学结构测定提供了启发^[4]。南京523中草药研究小分队在江苏高邮县调查, 他们发现该县卫生局组织防疫站、公社卫生院、村卫生所, 组成101人8个青蒿群防群治小

组,用青蒿鲜汁、煎剂、余剂、丸剂等于1969年到1972年治疗184个疟疾病人,有效率80%以上。他们从青蒿鲜、干品对比,枝叶嫩、粗对比,煎药时间长、短对比,用药量大、小对比中,摸索出青蒿治疗疟疾疗效的规律^[1]。这一调查成果为全国523办公室选择青蒿研究方向提供了支持。1975年2月,全国523办公室会议确定523项目的青蒿素方向。接着,全国523办公室分别于1975年4月、1975年12月、1976年7月围绕青蒿资源调查、提取方法、青蒿素质量标准、青蒿素药物剂型、临床方案、生产工艺、化学结构测定、化学结构改造等组织全国力量进行三次会战。正是靠这三次群众性的会战,一种新的临床新药青蒿素诞生了。

在523项目实施中,群众观点还表现在向群众积极普及医药卫生知识方面。523临床研究组长期深入疟区探寻疟疾临床规律,进行新药临床检验。但他们每到一地首先开展的工作是对群众进行疟疾防治知识宣传,让老百姓了解疟疾形成原因和疟疾防范简便方法,赢得老百姓的好感和支持。正因为得到老百姓的支持,

最初的青蒿素粉剂、栓剂在海南、云南得到试用和推广。李国桥教授在云南耿马救治的第一例恶性疟孕妇,就是用粉剂鼻饲法获救的。

523项目已成历史,523项目的直接成果青蒿药物为中华民族带来的荣耀有目共睹。作为世界抗疟领域的首选药物,青蒿药物正在为人类做出贡献,但引导青蒿素发明的523精神才是留给我们的更有价值的精神财富,没有523精神就不会有青蒿素今日的辉煌,新的时期我们更需要去倡导523精神。

参考文献

- [1]原全国523办公室.疟疾研究成果选编(1967—1980).1981.
- [2]张剑方.迟到的报告——五二三项目与青蒿素研发纪实[M].广州:羊城晚报出版社,2006.
- [3]原全国523办公室.卫生部黄树则副部长在各地疟疾防治研究小组办公室负责同志工作座谈会上的讲话(1981-03-05).523与青蒿素资料汇集(1967—1981).2004.
- [4]523抗疟药专业组.523抗疟药物专业组科研工作报告(1981.3.2).523与青蒿素资料汇集(1967—1981).2004.
- [5]江苏省高邮县卫生局.探索运用青蒿防治疟疾的新途径(1977.4).523与青蒿素资料汇集.2004.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王玉学 收稿日期:2017-11-28)

关于提升青年教师教学能力的思考

全岩¹ 任伟宏² 陈恒¹ 徐立然^{1*}

(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,河南 郑州 450000)

摘要:近年来青年教师已成为高校教师队伍的主力,青年教师的教学能力直接关系到高校的教学质量。本文从分析青年教师存在的问题入手,提出提升青年教师教学能力的几个措施:加强师资培训,组织教学比赛,重视课后反思,改革青年教师考核评价制度,建立和完善对青年教师的激励机制,平衡安排教学与科研。

关键词:青年教师;教学能力;教学反思;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.010

文章编号:1672-2779(2018)-04-0027-03

Reflections on the Promotion of Junior Teachers' Teaching Ability

TONG Yan¹, REN Weihong¹, CHEN Heng², XU Liran^{1*}

(1. The First School of Clinical Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;
2. The First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: In recent years, junior teachers have become the main force of college teachers, and the teaching ability of junior teachers is directly related to the quality of teaching in colleges and universities. This paper analyzed the existing problems of junior teachers, and put forward several measures to enhance the teaching ability of junior teachers as follows: strengthening the training of teachers, organizing teaching competition, paying attention to class reflection, reforming of junior teachers' evaluation system, establishing and improving the incentive mechanism of junior teachers, a balanced arrangement of teaching and scientific research.

Keywords: junior teachers; teaching ability; teaching reflection; talent training

近年来随着高等教育的发展,教学规模不断扩大,教师队伍也逐渐发展壮大,特别是青年教师,已成为高校教师队伍的主力,同时也是高校可持续发展的中坚力量,是高等教育事业的希望和未来^[1]。教学能力包括对教学大纲、教材和学生特点等方面的理解掌握能力,设计和准备教学的能力,知识传授的能力,言语表达能力、课堂组织管理能力等;还包括教学反思能

力和教学监控能力,青年教师教学能力发展水平的高低直接影响到教学效果的好坏,最终影响到学生知识的掌握程度及其理解能力的发展水平。因此,教师的教学能力是影响教学质量和效果的关键性因素^[2]。青年教师教学能力的提升直接关系到高校的教学质量,影响本科生培养的效果^[3]。

以本院部为例,承担临床课程教学任务的教师均来自附属医院的临床工作人员,其中大部分为青年教师。目前,青年教师对教学的热情度不高,多数仅仅

* 通讯作者:xuliran666@sina.com

当作教学任务来完成,并没有深入教学活动去思考和改进教学方法。青年教师大多数拥有较高的学历,专业知识扎实,思维活跃,精力充沛,富有创新开拓的精神;同时又因为未受过专业的师范教育,教学方法和教学设计有所欠缺,加之工作年限短,教学经验有限,教学效果并不十分理想。本文就以我院部青年教师存在的问题进行分析并对如何有效地提升青年教师教学能力进行初步探讨。

1 医学院校青年教师的现状分析

1.1 教育培训缺乏 我院青年教师大多来自医学院校医学相关专业毕业的硕士研究生和博士研究生,不仅从事附属医院的临床工作,还担任学校相关专业的本科教学工作。本学科的专业知识扎实,但没有经过专业的教育学、心理学理论知识的培训,缺乏完整系统的、基础性的教育理论和技能训练,专业拓展能力受到局限,专业化水平不高,在教学中不能灵活掌握教学规律、教学方法,从而影响教学效果^[1]。

1.2 教学动力不足 目前青年教师面临着工作压力,生活压力较大,经济负担较重,忽略了教师职业的社会价值,过度强调经济效益和个人发展,缺乏对教育事业的热爱和重视。甚至导致青年教师不愿担任教学任务,轻教学重临床,只愿意从事临床工作从而获取较多的个人报酬,缺乏对教学工作的热爱,对教学工作重视不够。

1.3 教学方法不得当 因为青年教师对课程的认识不到位,备课时没有通览教材,对课程标准理解不够深入和全面,没有明确的教学目标和周密的授课计划,没有合适的教法选择和精致的教学设计,不能准确把握教学内容的深度和广度,导致教学方法单一,没有层次,重难点不突出,甚至照本宣科,念课件,更谈不上深入浅出,旁征博引。另外,青年教师因为工作年限不长,对学生学习情况了解不够,学情分析不全面,教学组织能力有所欠缺,授课效果不理想。

1.4 师生互动缺乏 有的青年教师因参加工作时间短,对学生学习情况的研究较少,不了解学生的知识储备和学习思维习惯,不能很好地选用合理的教学方法组织课堂教学,课堂讲授中多采用传统的填鸭式、满堂灌的教学方法,很少采用启发式、问题式、情景式、讨论式等教学方法,缺乏教学情境的创设和智慧的启迪,不重视或者忽视对学生学习兴趣、学习方法和思维方法的启发和诱导,课堂沉闷枯燥,师生间缺少交流和互动,教学效率低^[2]。

1.4 重科研轻教学 目前国内多数医学院校都非常重视教师的科研成果^[3],例如年终考核、职称晋升、岗位聘用等都与青年教师的科研课题、发表论文质量和数量、论著和获奖等科研指标相关,教学评价体系中着重强调代课的课时数量,而授课质量的评价仅仅流于形式,

忽视了青年教师在教学中的投入和风险,无切实有效的评价体系,也无相应的奖惩措施。青年教师队伍重科研而轻教学,不重视教学,态度不认真,不愿花费精力和时间去提高教学水平和教学质量,将精力投入到科研中去,从而阻碍青年教师教学能力的提升。

临床课程青年教师的成长不仅仅需要自身的努力,高校制度与机制上的大力支持、浓厚的教研实践氛围、良好的成长平台均是其能力提升的保障。只有使用创新教学理念指导临床课程青年教师突破传统思维束缚,改变千篇一律的教学方法,发挥探索临床教学未知领域的主动性,才能帮助他们破茧成蝶,也使高校临床课程教育进入有效发展的快车道。

2 提高青年教师教学能力的几点方法

培养医学专业青年教师对教学工作的热爱;建设有利于青年教师成长的外部环境,提高青年教师自身教学素质。

2.1 加强师资培训

2.1.1 开设青年教师培训班 该培训班主要从三个方面对青年教师进行训练,第一方面的培训包括高等教育政策法规、教师职业道德修养、高等教育学、高等教育心理学和普通话培训,第二方面则主要针对具体岗位进行专业教学能力培训,使得青年教师能够尽快掌握一定的教学方法和技巧,从而尽快完成从学生到职业教育角色的转换。通过近几年来这种师资培训,我校青年教师的教学能力较以往有了显著的提高。第三方面,培养青年教师的教学组织管理能力和师生之间互动的能力;根据青年教师自身特点及专业特点,依托特色培养项目,定向发展多层次教学团队^[4]。

另外,重视学校文化培训,大力宣讲学校的办学思想、办学定位、教育理念、大学精神和校风校训,增强教师的荣誉感、归属感和使命感;发掘学校教育教学的先进个人和典型事例,引导青年教师热爱教学工作,并全身心地投身教学工作。

2.1.2 定期开展示范性教学活动 定期开展优秀教师公开示范教学活动,他们通常有着丰富的教学经验和教学技巧,这样青年教师通过不断的观摩和学习就能够有效地提升自身教学能力。

2.2 组织教学比赛 定期开展校级或院级理论课和实验课的教学比赛活动,通过教学比赛有意识地把青年教师的兴趣引导到教学工作中来。为青年教师搭建教学实践平台,鼓励青年教师广泛参与各种教学比赛,在教学比赛中青年教师展示了教风教态、教学责任心、教案设计和编写能力、对所教课程内容的理解和熟悉程度、课堂教学组织能力、教学方法和技巧、语言表达、图示板书、多媒体课件在课堂教学中的运用以及教学特色等,同时也可以与其他参赛教师进行交流学习,共同提高,促进青年教师教学能力协调发展,提

高教学能力^[7]。青年教师比赛是提高青年教师教学能力和水平的重要途径,是教师培养和发展的主要内容。不过也不能过分重视教学竞赛的结果,正确引导青年教师参与到教学比赛中,并从中有所收获,倡导公平公正的教学比赛氛围,以日常教学内容为基础,确保教学比赛反映青年教师课堂授课的真实效果,不能为了“比赛”而去参加教学比赛,而是从比赛中不断学习以提高自己的教学能力。

2.3 重视课后反思 教学反思就是教师对自己在教学过程中已经进行的各个环节,以及每个环节的各个方面进行重新认识^[8]。目前青年教师多数能够积极做好课前准备和课堂授课,然而往往容易忽略授课后的反思和总结。在课堂教师的实施过程中,教师的原有认知与教学实践往往有一定差距,需要教师对自己原有的认知结构重新思考、重新评价和再次构建。所以课后反思实质上是教师对自己已进行的认知活动的自我意识和自我调节,是一种更深层次的思考。通过课堂的教学效果和学生的反馈信息,对自己的授课效果给予正确客观的评价,并提出改进措施,对教学质量的提高非常有帮助。青年教师在授课后一定要及时的做好教学反思和总结,及时记录和分析自己教学过程中存在的缺点和不足,通过和其他教师以及学生开展讨论来提高自己的教学能力。教学活动是课前、课上和课后多环节的统一体,及时有效的课后反思总结能够不断推动青年教师教学能力的提高。

2.4 改革青年教师考核评价制度 首先,高校应制订合理的教学考核计划,突出教学的重要性,增强教学在考核中的分量,考核内容应该具体包括教学工作量、教学质量、教学创新等。青年教师的教学表现应与教师的聘用、晋升、终身职位和工资等级挂钩,正确引导青年教师合理地分配教学、科研的时间和精力。其次,充分发挥师生评价和教学督导的作用。教学督导组在对青年教师的教学情况进行督导时,不仅要指出青年教师在教学过程中存在的问题,更重要的是,提出改进意见、建议和方法,指导青年教师解决问题,促使青年教师提高教学能力。再次,改进考核督导手段。可以将教师的授课情况记录下来,让教师本人以旁观者的眼光冷静地观察分析整个教学过程,有利于青年教师更加直观、生动地观察自己在教学中的表现,更加深刻全面地反思和改进自身存在的问题。

2.5 建立和完善对青年教师的激励机制 在学校管理层面,坚持以人为本,为青年教师创造良好的环境,以利于其多方面和多层次发展。建立和完善对青年教师的激励机制,激发青年教师的内在动机,促进青年教师提高自身素质和教学能力。然而,根据我国现阶段的状况,从事医学教育工作和临床医疗工作这两者之

间在收入上有着巨大的差异。为此,需要通过建立合理的薪酬体系,给予青年教师合理的报酬。此外教师是学识修养较高的一类群体,除提高相应收入之外,还应重视其精神需要的满足。增加青年教师奖励项目,单独设立一些青年教师奖励和荣誉项目,给予青年教师一定的经济支持和物质帮助,使青年教师自觉主动地投入教学中;定期对青年教师教学质量进行专项评估和奖励等,比如定期开展“公开课”活动,举办青年教师教学比赛,评比青年教师优秀教学奖等,通过树立榜样、表彰先进等一系列活动,发挥先进模范带头作用和引领作用,营造浓厚的教学氛围。

建立教学与科研并重的激励机制,在教师的业绩评价、职务晋升标准的制定和考核、奖励金的制度设计、学术水平的评价以及评先评优中,应把教师的教学研究成果、教学效果等作为核心要素予以体现,并加大对教学能力考查的比重,使不论以科研为主的教师还是以教学为主的教师都具有同等的地位和待遇,激发青年教师不断提升自身教学能力的内在动力^[9]。

2.6 平衡安排教学与科研 医学专业青年教师在自己工作中要注意平衡教学和科研之间的关系。由于我国医学专业院校现有绩效评价体制尚在完善之中,且多数医学专业青年教师在参加教学工作的同时,也身处科研工作的第一线,部分青年教师中不同程度存在“轻教学、重科研”“教学是软指标、科研是硬指标”等不良倾向。针对这一观念,除了要引导青年教师充分正确认识到教师职业的责任感、使命感、荣誉感,更要注重强调教学和科研之间相辅相成的关系。通过教学可以掌握扎实的专业基础理论,不断明确本专业研究的热点和发展方向,而且通过教学能够提高青年教师展示自己科研思路、科研成果的能力;而科研中的很多新成果新技术可以引入到教学内容当中,拓宽学生的知识面。协调好教学和科研之间的关系会更好地促进青年教师教学能力的提高。

参考文献

- [1]田焱.论加强高校青年教师的培养[J].内蒙古中药,2008(20):37-38.
- [2]刘登群,粟永萍,李蓉,等.浅谈医学专业青年教师的教学能力培养[J].西北医学教育,2010,5(18):37-38.
- [3]教育部,财政部,人力资源和社会保障部,等.关于加强高等学校青年教师队伍建设的意见[Z].2012-09-20.
- [4]赵海善.医学分院青年教师教学能力培养的几点建议[J].内蒙古中药,2014,33(9):133-133.
- [5]胡伟军,张伟,翟羽,等.对医学院校青年教师教学能力建设的研究与实践[J].西北医学教育,2013,21(4):731-732.
- [6]魏建平,朱慧,胡鸿毅,等.浅谈高等中医药院校青年教师的专业化发展[J].中医教育,2011,30(5):72-74.
- [7]赵菊珊,马建离.高校青年教师教学能力培养与教学竞赛[J].中国大学教学,2008(1):58-61.
- [8]张理中,杨情.高校青年教师培养途径探析[J].中国高校师资研究,2007(5):48-51.
- [9]罗秋兰,陈有禄,黄秉臻.高校教师教学能力提升的妨碍因素及对策研究[J].教育与职业,2012(36):80-82.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李志鹏 收稿日期:2017-12-01)

定性研究与定量研究相结合模式 开展中医课程评价初探[※]

李旸旸¹ 于河^{1*} 王云辉¹ 胡亚靖¹ 白俊杰¹ 王思成² 吴宇峰¹ 刘铁钢¹ 谷晓红¹

(1 北京中医药大学中医学院, 北京 100029; 2 中国中医药管理局科技司, 北京 100027)

摘要:目的 本研究应用定性定量相结合的方法创建教学质量评价方法学模式, 以促进教学效果提高, 教师与学生达到教学相长。**方法** 采取定性定量相结合的方法评价北京中医药大学暑期使用workshop方式开展的《社会学定性研究方法介绍及其在中医领域中的应用》授课, 获得学生们对该课程及所采用workshop授课方式的满意度评价, 指出课堂教学中教师与学生所存在的问题并探索其产生的相关原因。通过发放调查问卷的形式收集资料。**结果** 共收到49份问卷, 定性研究部分采用主题分析方法, 5种主题浮现: 选课原因、授课方式、授课内容、课程必要性、定性研究解决问题。定量研究部分使用方差分析统计方法, 结果显示上课前后学生对定性研究的认识程度有了显著变化, $P < 0.01$, 学生对课程的理解、课程满意度明显提高。**结论** 定性研究在中医教学中起着重要作用, 我们在课程评价中应该更多地尝试定量研究与定性研究相结合的评价模式, 以更好地探索影响课堂满意度的因素, 对教学质量进行客观评价。

关键词: 定性研究; 定量研究; 课程评价

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.011

文章编号:1672-2779(2018)-04-0030-04

A Preliminary Study on the Pattern of Combining Qualitative with Quantitative Methodology for the Evaluation of Traditional Chinese Medicine Courses

LI Yini¹, YU He¹, WANG Yunhui¹, HU Yajing¹, BAI Junjie¹, WANG Sicheng², WU Yufeng¹, LIU Tiegang¹, GU Xiaohong¹

(1. School of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

2. Department of Science and Technology, State Administration of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100027, China)

Abstract: Objective To build up an evaluating model to appraise the teaching quality by using qualitative combined with quantitative methods to achieve a better teaching effect to benefit both teachers and students. **Methods** A pilot workshop was conducted in Beijing University of Chinese medicine, which is about the application of qualitative research methodology in Chinese medicine. Qualitative and quantitative method were used to appraise the teaching quality by semi-structured questionnaire after course to evaluate and acquire the students' satisfaction, expectation, barriers about the course and the acceptance about workshop teaching, and to analyze the reasons involved. **Results** 49 questionnaires were collected and 5 main themes emerged by thematic analysis: reasons for taking this class, the pattern of teaching, teaching contents, necessity of giving this course and qualitative methodology. In addition, there is significant difference about the understanding of qualitative method before and after the workshop $P < 0.01$. Thus an evaluating model was conducted by using semi-structured questionnaire which combined quantitative with qualitative methodology in sequence to critical appraise the teaching quality and satisfaction. **Conclusion** Qualitative methodology is needed in Chinese medicine teaching and both qualitative and quantitative should be involved in appraising the teaching quality and satisfaction.

Keywords: qualitative research; quantitative research; curriculum evaluation

课堂教学作为教育的主要方式广泛应用于各大高校。中医院校的教育教学及发展有其自身的特点, 需要综合考虑学生类型、专业、年纪等因素^[1]。中医学是一门实践性非常强的学科, 不同于其它学科, 它与临床存在密切的关系。然而当前中医药“教”与“学”之间, 教学与临床、科研之间均存在着脱节现象, 这就要求学生不仅要掌握好理论知识, 进而熟练应用临床辨证的基本技能, 还要掌握科学的临床实践方法, 这就对课程内容的设置提出了更高的要求。因为中医

学学习有不同于其它学科的特殊性和复杂性, 及时进行中医课程评价, 获取同学对课程满意度的看法, 同时将其应用于中医教学培养模式具有十分现实的意义。

目前, 定量设计作为现代研究方法的主流更被广泛地应用于课程评价中, 这与其能够提供较直观且真实的科学数据密不可分^[2]。但教育本身具有复杂性, 很难用一种方法去评价, 若只通过定量研究去进行课程评价, 学生只能在预先设定好的框架内作答, 在评价过程中处于被动地位。定性研究, 是社会学领域的一种基本研究方法, 指在自然环境中, 通过现场观察、体验或访谈收集资料, 对社会现象进行分析和深入研究, 并归纳总结出理性概念, 对事物加以合理解释的过程^[3]。定性研究在教育中更强调从学生的角度描述问题, 教学现象的分析需要同时借助定性研究的方法。

※ 基金项目:北京中医药大学教育科学专项课题【No.XJZX17004】; 北京中医药大学新奥传承研究项目【No.1000062720024】;北京中医药大学师承博士后项目【No.1000062620141】;北京中医药大学教育科学研究项目【No.XJY12047】

* 通讯作者:Yuhe221@126.com

单独使用定量研究和定性研究，都有着一定的局限性，都无法同时解决所有的教育教学问题^[4]。因此笔者认为应用定性定量相结合的课程评价模式，才能够更科学地得到学生对中医课堂满意度的看法，找出影响学生对课堂满意程度的因素。

本文针对学生对《社会学定性研究方法介绍及其在中医领域中的应用》workshop的课后满意度，我们采用定性研究与定量研究相结合的方法，通过发放电子调查问卷的方式，探索在校学生对workshop授课方式的接受度，评价学生的课堂满意度，探索影响学生对课堂满意度的因素及具体原因，从而实现以教学相长为目的的中医课程教学模式体系的改革与发展。

1 应用定性研究分析原数据

1.1 研究方法 我们于2016年7月5日和2017年7月5日北京中医药大学两期暑期学校授课中，使用workshop方式开展了《社会学定性研究方法介绍及其在中医领域中的应用》课程介绍，并于结束后，通过电子邮箱对参与课程的59名同学发放电子调查问卷，收到49份问卷反馈。对参与调查问卷的同学进行编号，不以真实姓名出现。

我们将电子调查问卷有关定性研究的部分通过主题分析的方法^[5]进行分析，步骤如下：（1）反复阅读并理解原始资料；（2）采用每行编码的方法对原始资料进行编码，逐步产生初始编码；（3）仔细分析阅读提炼出的初始编码，对比、归纳初始编码，形成副主题，进而形成主题；（4）反复理解阅读，将编码、副主题、主题与原文进行分析，形成文字名称定义。

1.2 结果 共获得资料49份，产生初始编码34个，如表1所示。

表1 原始资料编码汇总

主题	副主题
选课原因	兴趣
	拓展视野
	学分
	未来规划
授课方式	使用workshop授课方式
	不使用workshop授课方式
授课内容	理论结合实践
	老师带领做一个定性研究项目
	简单部分略讲
	增加选题方面内容
	课前准备
课程必要性	增加课程时间
	解决定量研究不能解决的问题
	便于医学科研究
	新型研究方法
	学校缺少相关课程
定性研究解决问题	多多益善
	应用定性研究
	不应用定性研究

1.2.1 选课原因 这里的主题“选课原因”包括四个方面：“兴趣”“扩展视野”“学分”“未来规划”。其中副主题“未来规划”主要包括如下编码：“为科研做准备”“帮助医学研究”“可用于论文”。大部分同学还是基于在科研中自身的未来规划而选修了这门课程，小部分同学因专业兴趣的强烈程度选修定性研究方法课程。

1.2.2 授课方式 本次课主要采用的是workshop授课方式，强调在实践中学习。这里就赞不赞同使用workshop授课方式对同学们进行调查。

1.2.2.1 使用workshop授课方式 副主题“使用workshop授课方式”主要包括以下两个主编码：“技巧”“授课效果”。主编码“技巧”主要包括“情景模拟”和“一对一教学”两个副编码。主编码“授课效果”主要包括“可使定性研究更便于掌握”“便于互动，提高兴趣”和“体验真切”三个副编码。绝大多数同学支持使用workshop授课方式，归其主要原因可能与workshop特色是当场进行的讨论相关。在讨论中可以锻炼自身定性研究访谈技巧，亦便于老师一对一的因材施教，以教促学，以学代用。例如同学1：“访谈训练需要一对一的因材施教”。

1.2.2.2 不使用workshop授课方式 副主题“不使用workshop授课方式”主要包括如下编码：“中国教育环境”、“人数太多”。中医院校班级普遍人数较多，尤其是大多作为选修课的方法学课程，而workshop最理想的状态是少量同学进行密集讨论，因此许多同学参与程度太低，难以达到workshop理想授课效果。此外，中医教育传统讲究“师承”，传统的教学方式普遍采用的以教师为中心教学模式，教育大环境造就workshop授课方式接受度较低。

1.2.3 授课内容 授课内容接受程度直接决定学习效果，从授课内容上听取同学意见进行教改是教学要做的第一步。

1.2.3.1 模拟实例分析 同学大多认为定性研究较抽象，学习后理解层面多停留其表面，掌握它除了必须熟知它的基本定义及内容，最好的方法就是进行实例分析。这种方法更有利于学生自身对定性研究的理解及应用。例如同学7：“多举例让大家更简单易懂的明白定性研究是如何进行研究的。”

1.2.3.2 老师带领做一个定性研究项目 同学希望在课程结束后，定一个主要课题，让老师带领大家按步骤从访谈、转录、编码、分析一步步进行。这可以课后帮助同学巩固与分析，实战经验对于定性研究的学习是个很大的促进。

1.2.3.3 简单部分略讲 因为课程时间有限，所以同学认为定性研究中相对浅显易懂的内容可以通过课前预习自行消化，老师上课时可以用更充裕的时间去讲难点、

重点及大家感兴趣的延伸内容。

1.2.3.4 增加选题方面内容 一个好的选题是一篇好论文的关键,从实际情况上看,同学们都希望能用定性研究的方法来进行论文的书写,并希望选题角度价值度高、新颖独特,但不是所有的选题都需要定性研究方法。同学们在如何选题方面的需求非常迫切。例如同学8:“所以希望老师可以在定性研究选题上多给我们一些启示。”

1.2.3.5 课前准备 副主题“课前准备”主要包括“课前提供参考资料”“课前根据选课同学制定授课方式”和“选定研究题目”三个主编码。

1.2.3.6 增加课程时间 学校缺少定性研究相关课程的设立,必要地增加授课时间,很大程度上能够影响同学们的课程接受度,有利于课堂总体满意度的提高。

1.2.4 课程必要性 主题“课程必要性”包括“解决定量研究不能解决的问题”“便于医学科研究”“新型研究方法”“学校缺少相关课程”和“多多益善”五个副主题。

1.2.5 定性研究解决问题 这里包括“应用定性研究”和“不应用定性研究”两个方面。副主题应用定性研究主要包括以下几种编码:“对定性研究更有兴趣”“研究需要”“实用性”“更适用于研究领域”和“可简化问题”。研究表明大多同学课后会应用定性研究来解决研究中的问题,除了兴趣使然,更主要是因为定性研究有明显适用于医学领域的优势,更具有实用性。中医学是人文属性的学科,以人为本的整体观思想贯穿科研研究中,定性研究方法因具有突出的人文关怀特点与中医学思维特点不谋而合而更多地被应用于该专业的科研课题中。例如同学13:“而护理本身就是以患者为中心,在护理领域会较多的运用定性研究。”副主题不应用定性研究主要包括“不适合现有领域”“根据研究方向而定”和“了解不深入”三个主编码。中医科研急需将其特色与规范性有机结合起来才能将中医药科研成果国际化,比起定性,定量研究更适合,这可能是产生该结果的原因,根据自身研究方向所需理性选择研究方法是可取的。

2 应用定量研究分析原数据

关于使用定量研究方法所提出问题的分析,我们对其使用1~10分的尺度进行打分,其中10分代表肯定性答案及最强强度(例如:非常好,非常了解,总是如此,非常满意,非常乐观,特别喜欢等),1分代表否定性答案及最强程度(例如:非常差,一点不了解,从不,非常不同意,非常悲观,特别讨厌等),5~6分代表一般。

定量研究分析结果如下图所示:

表2 定量研究分析结果 ($\bar{x} \pm s$)

项目	人数	积分
课前定性研究了解程度	49	2.41 ± 1.779
课后定性研究了解程度	49	7.18 ± 1.364
workshop接受度	49	7.53 ± 1.660
课堂氛围	49	8.12 ± 1.481
本课程解决实际问题	49	6.67 ± 1.761
课程内容设计	49	8.10 ± 1.262
对未来科研帮助	49	7.41 ± 1.398
应用其解决实际问题能力	49	6.41 ± 1.337
整体满意度	49	8.4082 ± 1.07855

研究数据表明课前同学对定性研究的了解普遍较低,均值仅为2.41,而在经过课堂讲解后,同学们对定性研究的认识均值显著提升至7.18 ($P < 0.01$)。课程总体满意度较高,均值为(8.4082 ± 1.07855) ($P < 0.01$)。

表格化的评价观察不能深入课堂教学之中,这种定量方法在课堂教学质量评价中的弊端影响着满意度相关因素的界定。要探索影响学生对课堂满意度的因素及具体原因,构建一个既符合教育规律又符合中医学特色的课程评价模式,需要定性研究的参与。

3 讨论

3.1 选题的研究意义 目前,中医院校教育普遍存在着轻方法学的学习而重临床、轻科研重人文的特点,这与中医学的学科性质有关,它理应当有自己的特色与规律。中医学本就是人文属性的学科,临床水平是医学生培养过程中的重中之重,同时学生临床水平的高低也是评价一门课教学质量的重要指标。以往研究表明,学生对于选修课教、学的满意度相对来说低于专业课^[9],提高医学生对于选修课的满意度是中医教育面临的一个很大的问题。方法学课程作为非中医学专业类课程,虽多为选修课,却与科研息息相关,医学生运用好方法学知识是中医药走向国际化、标准化的一个重要途径。目前对于中医院校的课程评价研究多集中在中医临床经典课程中^[7],探索方法学类选修课程的满意度相关因素的研究较少。学校中关于研究方法的课程大多为定量研究,这就在无形中忽略了定性研究的重要性。其中定性研究作为近些年医学领域新兴的方法学,因在医学方法学领域应用普遍性低于定量研究,在课程设置方面的关注度普遍低于定量研究,然而它对于医学科研研究的重要性却又和定量研究一样不容忽视。因此选择《社会学定性研究方法介绍及其在中医领域中的应用》这样一门以介绍如何通过应用方法学技术及手段去深入开展研究,不断充实和发展中医理论和规律的一门课程为主的选修课程来进行满意度的调查显得很有必要。

3.2 课堂教学满意度调查结果分析 我们通过49例电子调查问卷,发现通过定性研究课程的学习,绝大多数同学

认识到定性研究课程对中医科研的必要性,甚至要求增加课时或是将其改为必修课,已有研究表明,采用定量研究与定性研究方法相结合的评价模式和综合评价方法,将有助于客观、公正、合理地评价中医辨证论治的疗效^[9]。定量数据显示,相比于学生课前对定性研究的认识程度,课后认识程度显著提高。教和学之间存在相关性,课程最本质的目标就是提高学生对所授知识的掌握程度,因此调查学生对课堂讲授知识的理解及接受程度可以作为检验课程效果评价指标,学生对教授内容了解深入是对课堂满意度的一个变相肯定。

选课原因也是评价课程满意度相关因素的一个重要指标。学生固然对定性研究方法感兴趣、想扩充视野,但选修本门课程主要是考虑未来专攻科研领域的需要,因为中医科研结论除了强调定量研究所提供的准确的科研数据,定性研究所提供的人文相关的科学结论也不可或缺。同时获取学分是重要原因之一,整体上说同学们选修定性研究课程理性因素大于感性因素。在教学中尽量让学生避免选课的盲目性和随意性,有助于提高学生的整体课堂满意度,加强课程的教学质量。

workshop授课是以老师启发学生、辅助学生、共同探讨问题为核心,建立一种全新师生关系^[10]的授课方式。它作为一种新型教学法获得学生广泛认可,可将各种定性研究知识与具体中医研究问题相互贯穿,使学生身临其境的参与讨论、分析,对学生思维能力的培养非常有利。但仍有少数同学不支持该授课方式,课堂人数多等因素不容忽略。这或许可以说明,人数可能是影响本课程满意度的原因之一,人数相对减少可以提高同学对课堂的满意度评价。workshop在中医教学中是否广泛推广应用需要结合具体授课情况来分析。

课程内容是影响学生临床、科研能力的因素之一,直接决定着医学生的课堂满意度。中医课程内容贯穿古今,还需与西医课程相结合,涉及面广,综合性强。因此,课程内容要增强授课方式、授课条件和授课时间安排的科学性和合理性^[11]。大部分学生在本课程结束后,可以较清楚地掌握访谈的操作步骤,但在实践上一知半解,需结合访谈实例介绍。由此可以看出,在非专业课程的课程中,案例分析、小组讨论等既容易被学生接受和又适合中医学科特点的课程内容设定会提高学生的满意度。此外,高年级学生科研和临床能力普遍高于低年级,对自身要求更明确,会采取相对积极主动地态度对待课程的学习。这就要求老师课前了解授课对象的学习层面,以满足不同学生对课程层次的需要^[12]。同时,课前准备也是知识能否顺利讲授的重要保证,这就要求我们提前预测学生的需求及思路,制订周密的授课引导计划,促进教学相长。

3.3 课堂教学质量评价中定量和定性方法综合运用探讨 通过这次利用定性研究与定量研究相结合方法,对使用workshop方式开展《社会学定性研究方法介绍及其在中

医领域中的应用》课程介绍的调查,我们不难发现,这两种方法对中医课程教学评价都是不可或缺的。中医学基于现代中医基础与临床发展的需要,对中医人才的培养提出新的要求,中医课堂教学需要改变原有模式,这就要求着课堂教学的发展需重视课程评价。评价方法是灵活多样的,定量研究方法倾向于描述与课程满意度相关因素的数量关系,最终结果通过统计运算和量化分析,得出量的关系上的课程评价结论。其具有标准性和客观性高,结论更加科学和精确的优势,不论是在中医学课程评价还是其他学科中均不可或缺。而定性研究部分用文字而非数字解释和说明事物或现象^[12],倾向于从参与者的角度描述课程评价相关因素,学生通过描述性和解释性的语言直接作答,更注重对研究对象自身的关怀。在医学研究领域,定性研究能提供一种特殊的技术以获得人们的想法、感受等方面的较深层反应的信息^[13],中医学课程评价应以中医的特色和优势为核心,因此许多与中医教育相关课程评价都许加入定性方法来进行全面客观地评价。通过定性研究的设计,学生可以根据自己的认知,更直面地展示出自己的想法、建议、意见、原因,而不只是限定在设计评价者的思维模式里,具有一定灵活性。

课程评价既是基础教育课程改革与发展的重要内容之一,同时它也是制约基础教育课程改革与发展的一个十分重要的因素^[14]。中医课程评价中应该更多尝试定性定量相结合评价模式,使课程评价方法走向多元化,为教学改革提供依据,提高学生课程满意度,使教师教学相长,了解学生学习困难、兴趣、需要,以提高教学质量,让学生直接获益。

参考文献

- [1]于河,王思成,白俊杰,等.多元教学法在中医经典课堂应用的实践与探索[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(14):1-4.
 - [2]陈为为.新课程标准下定性评价方法引入中小学生学习效果的实验研究[D].上海:华东师范大学,2009.
 - [3]于河,刘建平.定性研究方法及其在医学领域内的应用[J].循证医学,2008,8(5):292-296.
 - [4]史建伟.教育研究应当坚持定量研究和定性研究相结合[J].长江师范学院学报,2012,28(10):18-21.
 - [5]于河,刘建平,王思成.应用定性研究方法描述中医医患交流过程[J].北京中医药大学学报,2010,33(11):732-736.
 - [6]韩小园.硕士研究生课堂教学满意度研究[D].重庆:西南大学,2008.
 - [7]陈楚杰,潘华峰,叶晓亮,等.中医药院校研究生中医类课程评价——以广州中医药大学为例[J].中医教育,2016,35(1):49-52.
 - [8]刘建平.定量与定性研究方法相结合的中医临床疗效评价模式[J].中国中西医结合杂志,2011,31(5):581-586.
 - [9]申新华,刘克,刘伟,等.人体解剖学 workshop 教学实践[J].基础医学与临床,2016,36(6):869-871.
 - [10]夏国园,潘传德,戚肖肖.医学通识课程公选课学习效果影响因素 Logistic 分析[J].中国高等医学教育,2007(7):59-61.
 - [11]罗春香,王卫红,邓常青,等.医学本科生选课设置的调查研究与启示[J].中华医学教育探索杂志,2007,6(2):174-176.
 - [12]谢雁鸣,廖星.定性研究现状分析[J].北京中医药大学学报,2008,31(4):232-236.
 - [13]侯凤刚.中医临床应用定性研究法的必要性[J].中医学报,2011,26(2):167-169.
 - [14]董建春.论发展性课程评价制度建设[J].中国教育学报,2008(4):52-55.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:高飞 收稿日期:2017-11-20)

欧美实践教学法 对我国应用型医学人才培养模式的启示^{*}

刘惠敏 喻菁钰 彭婷 刘平安 张国民^{*}

(湖南中医药大学教务处, 湖南 长沙 410208)

摘要: 在对医师数量和质量有更高需求的时代背景下, 医教协同成为了医学教育改革的焦点。而促进医学生临床思维和批判性思维的培养, 增长医学实干能力和创新能力, 推动被动的医学生过渡并转变为主动的临床医生, 提高成功的应用型医学人才产出效率为其必然的要求。本文通过欧美国家的尝试、探讨和分析, 总结其对中国临床医学本科生教学模式的启示。

关键词: 应用型医学人才; 医教改革; 教学模式; 教学启示

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.012

文章编号:1672-2779(2018)-04-0034-04

The Inspiration of Practical Teaching Mode of Europe and the United States Practice Teaching to the Training of Applied Medical Personnel in China

LIU Huimin, YU Jingyu, PENG Ting, LIU Pingan, ZHANG Guomin

(Academic Affairs Office, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: In the era of higher demand for the quantity and quality of physicians, medical collaboration has become the focus of medical education reform. And promoting the medical students clinical thinking and the cultivation of critical thinking and increase medical work ability and innovation ability, promoting the medical students passive transition and change to active clinical doctors, improving the success of practical medical talents output efficiency as its inevitable demand. This paper is based on the experiment, discussion and analysis of European and American countries, and summarized the teaching mode and teaching revelation of Chinese clinical medical undergraduates.

Keywords: applied medical talents; medical education reform; teaching mode; teaching inspiration

在中国《本科医学教育标准—临床医学专业》的颁布试行背景下, 探讨高等医学院校进行教学改革和创新人才培养模式的话题热度正在向医学教育关注和改革中逐级攀升。欧美国家的医疗模式和医学生的培养模式由于历史的原因比我国目前的状况成熟和完善许多, 因此是我们借鉴和学习、吸取先进成果并内化成符合我国国情与模式的优良材料。为了促进培养医学生临床思维和批判性思维、提高医学实干能力和创新能力, 推动被动的医学生向主动的临床医生的过渡和转变, 本文试借欧美对临床医学本科生能力的激发和训练的探索, 分析和讨论我们应该如何做。

1 医学院教育到临床的过渡

1.1 梅奥诊所基于梅奥医学院医学生的标准化考试成绩和临床评估的多学科纵向分析 标准化的考试普遍存在于所有的医学教育中, 用于客观的评价医学生的表现。美国的医学院标准化考试主要有: 医学院入学考试 (The Medical College Admission Test, MCAT), 以选择在医学院表现可能更好的更可能获得成功的学生; 美国执业医师考试 (the United States Medical Licensing Examination, USMLE), 第一步考核基础医学重要概念, 于医学

院入学后两年完成, 第二步考核临床知识和技能, 于医学院的第四年完成, 其余部分在进入临床后陆续完成; 此外, 还有国家医学检验局 (The National Board of Medical Examiners, NBME) 的综合基本医学考核。

该研究评估了梅奥医学院于2000~2009年录取学生的特点, 收集的信息包括了他们本科的平均学分绩点 (GPA)、MCAT、标准化考试成绩、教员评价 (faculty assessments, FAS) 和NBME考核成绩。对于成绩、教员评价和NBME考核, 研究人员评估了其中不佳表现 (小于10个百分点) 在USMLE 1中截断点的预测值之间的相关性, 也比较了MMS学生和来访学生的教员评价分数, 而对于NBME, 确定了第一次参加国家考试人员分数会在排名10%及其以下的梅奥医学院学生的百分比。结果显示: 医学院入学测试和USMLE 1和2有稳固的相关性, 而USMLE 1和2能独立地预测在所有见习 (clerkship) 时期的NBME的考核分数; USMLE 1的截断点与不佳NBME表现的第220~223名相一致; USMLE 1分数在MMS和来访学生中相似; 此外, 对于大多数学年和见习期间, NBME分数对于MMS和来访学生是相似的。种种数据可见: MCAT、USMLE1和2、以及接下来学生在临床所表现的因素与在整个见习期间的NBME分数有极大相关。这有力地说明了学生在重要考核中的表现是能够从前期预见的。利用这一特点, 在每一阶段考试和教员评价后, 学生们某一方面不足能够得到及时发现并干预和纠正, 这将提升医学教育的效能。同时, 这也告诉我

^{*} 基金项目: 全国教育科学规划单位资助教育部规划课题 [No. FIB160493]

^{*} 通讯作者: 834095773@qq.com

们多层次的标准化考试有着可观的价值。

在本项目的结果中,除了环环相关的标准化考试结果,最有趣也最吸引笔者的是,FAS也与NBME分数息息相关,相比MCAT、USMLE1和2,FAS与NBME考核分数相关性更加稳定和突出,这肯定了临床病患照顾能力对考试准备的影响,并使得见习表现成为医学生在今后临床成绩的风向。尽管医学生常反映夹在病患照顾的职责和通过NBME考试中需要承受的压力很大,但基于教员的观察和指导得出的FAS,研究者得到了有力证据:积极的病患照顾过程是标准化考试的绝佳准备^[1]。

1.2 见习教学的推动 见习是医学生走向临床的第一步,是为了巩固和验证专业理论知识的同时,培养学生的临床思维和决策能力,促进学生主动学习,以更快地实现从学生到医生角色的转变^[2]。但住院病人自我保护意识强,见习时病人依从性差,招生人数多、实践机会严重不足等弊端常常显现,严重影响了教学的实施和教学质量的提高^[3]。

但我们不能因为问题的存在而以畏难的方法应对,尤其梅奥诊所的研究启示见习是如此重要的过程,则更应思考怎样推动见习教学。笔者认为:一方面,我们可以在见习时间上根据学生的意愿进行灵活调整,例如:将见习方案在选课系统中供学生自主选择,这既减少每次见习时的人数和珍惜可利用或依从性高的病例,让学生有更多的机会,也让学生根据自己的情况平衡了病患照顾和课业之间的压力。另一方面,提高见习时的效率也应得到注重。梅奥诊所FAS评价的项目提示了我们,以下方面在学生见习时需得到重点考察:临床知识的掌握、病史获取、检查技巧、与患方的交流、团队工作和以病人为中心的方法(patient-centered approach),我们可以此为参照,设计系统的说明和考察量表,根据这几个方向全方位观察、指导和评估学生的表现,让学生充分讨论,相互学习,使其立体地成长起来。

2 模拟教学的开展

2.1 英国圣海伦斯诺斯利和布莱克浦教学医院的医学本科生意外模拟训练(UMUST)项目 从1993年来,英国全国医学总会(General Medical Council, GMC)便不断号召,英国医学院最后一年的医学生应尽可能向初级医生靠近。最初,方案推荐:最后一年的医学生应紧紧跟随初级医生以学习该角色的要求和责任。接着,出现了助理(assistantship)这样的角色,GMC将其定义为初级医生的助手,并置于为初级医生适当监管的职责之下。但其仍然面临患者同意程度不够而持续出现问题,并也存在着初级医生自觉对于紧急事件的病患照顾准备不够充分的现象

UMUST项目是自2009年来以利物浦大学为依托在

两家关系极为密切的国家医疗服务基金会支持的医院开展的,根据同学们的兴趣,一共33名最后一年的医学生在这两家试点医院自愿加入,并分为8个小组进行。在星期一的早上,他们为参加UMUST项目安排时间,学生们跨基金会承担起他们个人临床轮转的责任。尽管学生们会提前得知他们会在哪个礼拜执行他们的任务,但他们不会得到具体的时间或日期的通知。每名患者配带好医院的传呼机,传呼即为学生奔向临床技能模拟中心的指令,这能充分制造逼真的意外紧急事件场景。

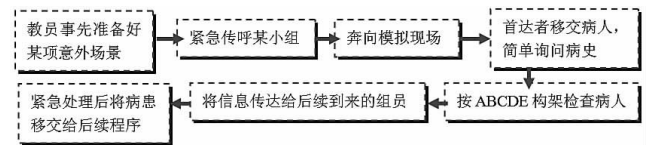


图1 UMUST项目场景实现过程

该计划为期一年,包括一系列四个模拟场景。为了确保真实性和最佳的教育成果,方案与初级医生实践的场景相关,每个方案的设计和开发考虑了各个相关利益关注的群体,也包括初级第一年医生(Foundation Year 1 doctors, FY1)。本项目的评分由教员在项目进行期间应用一种基于ABCDE指南名为Objective Simulation Assessment Tool或OSAT的评分工具得出,20名FY1医生分为两个小组选取场景案例、发放调查问卷和获取参与者的反馈信息并进行总结,数据由SPSS for Windows处理分析。结果显示,UMUST项目在帮助高年级医学生过渡为初级医生十分有价值,受试者能够享受这样的训练并认为这样的训练在医学生的本科教育中实用而有效。

笔者认为,这样的训练既模拟了临床的实际情况,又较为有效,并节约时间。精心编排的现场案件、简单的操作过程和材料制造了逼真的场景,十分有借鉴意义,没有什么能比在仿真的现场,将输入的知识输出为实用的经验,更有助于知识记忆和理解,得到深化巩固,同时也容易将医学院学习阶段所利用教学材料和所传授的知识发挥最大化的效能。国内的医科大学可根据自己的条件对其进行调整设计,在现尚未积极推广的阶段,设置其为选修课或限选课进行试点将会是不错的选择。

2.2 案例教学法的模拟化使用 在我国,医学院教育也常常用到起源于美国哈佛大学商学院的案例教学,早在近10年前,就有文献对其进行描述和评价。教师要根据教学目的和内容的需要,挑选典型案例进行分析研究。典型的案例讨论要结合临床医学现实的路径进行,包括案例中的核心症状体征是什么?最重要的疑难问题是什么?帮助确诊的关键手段是什么?解决问题的方法有哪些?应制定怎样的诊治实施计划等。案例教学的实施大致可分成案例引入、案例讨论、概括总结三个基本环节,其本质的同UMUST非常类似,

即学以致用。但目前,医学院校普遍对于案例的使用并不充分,三个环节未能展开,完整发挥其作用,问题尤其于讨论环节最为明显。这样的讨论往往只是局限于某个点或者有限的范围,学生在学习之后并不能举一反三,在变化的临床病情中灵活思考也非常局限。

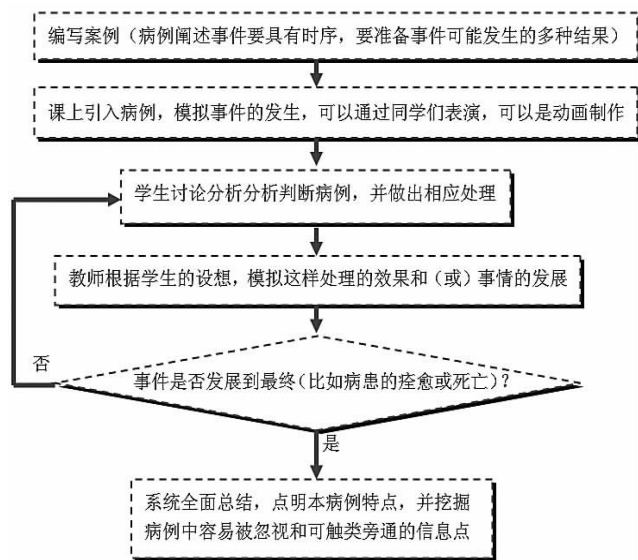


图2 有效案例教学示范

笔者认为,案例教学法^[5]在医学院教育中本是十分经典而有效的方法,若能将其充分使用,则有事半功倍的效果。鉴于UMUST项目等此类模拟化训练的效果,案例在引入时可提前选择自愿的同学用以现场模拟的演示方法,如:一个同学扮演医生,一个同学扮演病人,医生提问,病人根据病案所提供信息予以回答,以模拟就诊过程,增加其场景感,这更符合心理学中情景、生理或心理状态是长时记忆重要提取线索^[6]的规律。同时,演示要有开放性,要注意展现的阶段性和模拟临床病情发展多种可能,适时暂停以引导同学们讨论,讨论的结果反馈于演示,让演示呈现由讨论结果而出现病情的下一步变化。这样的案例呈现将使课堂变得更加生动,学生的思考也将更为开阔。虽然此类病例编写十分讲究和需要大量时间的消耗,但笔者相信对于模拟和仿真科技尚待普及于医学院的现况,这样的方案因其经济的投入、可重复利用性和由医学生成长所获得的回报是十分值得实践的。

2.3 更多模拟场景的构建 再比较,UMUST项目对于案例教学还有其额外的优越性,体现在紧张的情景能使大脑和全身肌肉充分参与,能使记忆痕迹和理解更多元化,甚至激发医学生的潜能。法学院以模拟法庭为其学生重要实践学习方法,同理,除了多种急诊意外事故的模拟,我们为什么不同理考虑更多临床模拟情景呢?比如结合案例拓展出“模拟诊疗室”“模拟病房”等等简单经济有效的场景,让学生置身于成为专

业临床医生的场景,老师提供信息供其参考判断,推断下一步病情发展及其处理方法,这将有助于临床思维的多向延伸和记忆的巩固。

3 讨论

基于上述材料和其他文献的检索,从宏观的过程来看,西方于医学生的培养在理论和临床的过渡阶段十分重视,在推动医学生转变为能够综合应用知识照顾病患的医生方面做了许多努力、尝试和探讨,并能将临床成效用标准化可视数据评估分析。我国虽有类似方式或内容的报告,如“实践—理论—实践”为本的本科生导师制^[7]、以模拟医学为基础的启发式神经病学实践教学模式探索^[8]。这些实践和思考具有十分重要的意义,但报告的实用性、客观性和普遍性探索常常不够,缺乏数据和可观衡量指标的支持和长期效果反馈。相比之下,比如梅奥医学院则选择了国家级的各考试作为比较项目,UMUST项目则以FY1考试成绩和OSAT为评价标准同时发放多层、全面的调查问卷,并进行了多年的跟踪和效果评估。同时,我国医学教育质量参差不齐,部分医学院教育有“重理论轻临床”之嫌,继而进入临床时又可能因前期教育的不够出现“赶鸭子上架”的状况,造成理论和临床的脱轨。怎样让医学生循序渐进、阶梯式提升、快速高效成为临床思维活跃的临床医生也将成为我们长期探讨的话题。

从具体的方法来看,欧美更有大量的材料可供借鉴,比如我国现行住院医师规范化培训培训即从西方借鉴而来,笔者对其长期效果持乐观态度,同时也认为,UMUST项目非常实用,且符合记忆的规律,有助于提高学习效率,值得借鉴、推广、拓展。梅奥诊所的研究则说明,曾经可能较之不那么受重视的见习与今后临床成效有极大关系。见习是医学生迈向医生的第一步,是这个复杂而漫长过程的过渡和成长的开头。怎样促进医学生投入见习和提高见习的效能也应进入我们思考问题之流。其中FAS评价的项目主要包括:临床知识的掌握、病史获取、检查技巧、与患方的交流、团队工作和以病人为中心的方法(patient-centered approach),这给我们未来进一步的探讨指出了可参考的方向。

尽管每个试验都有其不完美的地方,但上述材料都比较好地反映了应用型医学人才的部分特点。

除此之外,西方尚还有许多经验,比如:以问题为基础的学习(problem basic learning, PBL)^[9]、床旁教学、走出教室走进社区(out of the classroom and into the community)的学习^[10]等等。这都能被我们讨论和借鉴,成为我国应用型医学人才培养的储备方法,并促进形成有中国特色的医疗体制的丰富材料。

参考文献

- [1] Petra M. Casey, Brian A. Palmer, Geoffrey B. Thompson, et al. Predictors of medical school clerkship performance: a multispecialty longitudinal analysis of standardized examination scores and clinical assessments[J]. BMC Med Educ. 2016, 16(1): 128.
- [2] 潘红飞, 李强. 儿科临床见习教学存在的问题及改革措施[J]. 右江医学, 2008, 36(3):357-358.
- [3] 马建梅, 李雪萍, 黄伟, 等. 加强诊断学教学改革培养应用型医学人才[J]. 承德医学院学报, 2014, 31(5):448-449.
- [4] Simon Watmough, Helen Box, Nick Bennett, et al. Unexpected medical undergraduate simulation training (UMUST): can unexpected medical simulation scenarios help prepare medical students for the transition to foundation year doctor?[J]. BMC Med Educ. 2016, 16(1): 110.
- [5] 冯兵, 袁发焕. 当前临床医学教学中存在问题及对策[J]. 检验医学与临床, 2008, 5(11):698-700.
- [6] 彭聃龄. 普通心理学[M]. 北京: 北京师范大学出版社, 2012.
- [7] 朱苏月, 季学磊, 朱峰岭, 等. 临床教学模式改革中实施以“理论—实践—实践”为主的本科生导师制探析[J]. 中国高等医学教育, 2016(6):98-99.
- [8] 莽靖, 何金婷, 崔杨, 等. 以模拟医学为基础的启发式神经病学实践教学模式探索[J]. 中国实验诊断学, 2014, 18(12):2084-2085.
- [9] 余雨, 王娟. 以问题为基础的教学模式在骨外科学教学中的应用[J]. 重庆医学, 2015, 44(26):3735-3737.
- [10] Emily Milford, Kristin Morrison, Carol Teutsch, et al. Out of the classroom and into the community: medical students consolidate learning about health literacy through collaboration with Head Start[J]. BMC Med Educ. 2016, 16(1): 121.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:文红艳 收稿日期:2017-11-21)

中医本科生内经选读考试成绩影响因素分析^{*}

丁晓洁 孔祥勇 王樱霖 王馥恩 徐文娟 董正平^{*}

(滨州医学院中西医结合学院, 山东 烟台 264003)

摘要:目的 探讨生源地、科类(文史/理工)、性别、班级等因素是否对内经选读考试成绩有影响。方法 运用SPSS 19.0统计软件,采用频率统计、均值比较、多元线性回归的统计学方法对中医学专业2013级学生的内经选读期末考试成绩进行影响因素分析。结果 生源地和性别与考试成绩有较强的相关性,女生的成绩优于男生,来自农村学生的成绩优于城镇和城市的学生;文理科知识背景对考试成绩没有影响;行政班和教学班对考试成绩的影响可能与班级学风、教师授课水平、班级人数多少有关。结论 在今后的内经选读教学中既要考虑共性,又要注重学生的个性化,因材施教,采用相关策略引导学生发挥各自的优势,使其达到一致的水平。班级管理上应注重培养良好的学风。

关键词: 中医学; 内经选读; 考试成绩; 生源地; 科类; 性别; 行政班; 教学班

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.013

文章编号:1672-2779(2018)-04-0037-03

Analysis on Influence Factors of Neijing Selected Readings Test Scores of Traditional Chinese Medicine Undergraduate Students

DING Xiaojie, KONG Xiangyong, WANG Yinglin, WANG Zhuoen, XU Wenjuan, DONG Zhengping^{*}

(College of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Binzhou Medical University, Shandong Province, Yantai 264003, China)

Abstract: Objective To investigate factors such as student-home-based, liberal arts and science, gender, class, ect whether or not affect test scores of Neijing selected readings. **Methods** Analysis on Neijing selected readings final test scores influence factors of traditional Chinese medicine professional the class of 2013 students was made by using statistical methods such as frequency statistics, the mean comparison, multiple linear regression of SPSS19.0 statistical software. **Results** Student-home-based and gender have strong correlation with test scores. The girls' test scores are better than the boys'. From the countryside students' test scores are better than students in towns and cities. Liberal arts and science academic background has no effect on test scores. Administrative class and teaching class whether or not affect test scores may be related to the class style of study, teachers' teaching level and class size. **Conclusion** We should not only consider the general character, but also pay attention to the individuation of the students in Neijing selected readings teaching in the future. We should adopt strategies to guide students to play their respective advantages, make its reach a consistent level according to their aptitude. We should also pay attention to cultivate a good style of study in class management.

Keywords: traditional Chinese medicine; Neijing selected readings; test scores; student-home-based; category; gender; administrative class; teaching class

内经选读是我校中医学专业本科生第三学年开设的一门必修专业基础课,不仅是最重要的基础课程,也是培养中医药专门人才、提高中医药文化素质的重要课程。学生对内经选读这门课程知识的理

解和掌握程度直接关系到后续课程的理解和掌握。考试成绩可以客观反映学生本门课程知识的理解和掌握程度。影响考试成绩的因素有很多方面,如课程本身、试卷的难度、教师的教学水平、班级学风以及学生的知识背景、努力程度、心理状态、家庭背景等。本文主要从中医学专业学生的生源地、文理科、性别、班级等方面,对内经选读课程成绩的影响因素进行讨论和分析,为改进内经选读的教学方法提供参考。

^{*} 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-ZY014];山东省应用型人才培养特色名校工程建设项目[No.2013];滨州医学院青年骨干教师培养计划经费资助

^{*} 通讯作者:dongzhengping@sina.cn

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取中医学专业2013级在校生为研究对象。从生源地、科类（文史/理工）、性别、班级等方面对内经选读课程成绩的影响因素进行讨论和分析。2013级共4个行政班，分2个教学班授课，A教学班98人，B教学班97人，同一教师授课，有192名学生参加内经选读期末考试（A教学班97人，B教学班95人）。

1.2 研究方法 对中医学专业2013级学生的内经选读期末考试成绩进行影响因素分析，探讨生源地、文理科、性别、班级等因素是否对学习成绩有影响。生源地可以反映其家庭背景，家庭背景可以影响学习动力；文理科可以反映其知识背景；性别从某种程度上可以度量学习态度；班级有行政班级和教学班级两个不同概念：不同行政班的学风可能影响学习成绩；教学班之间可能有大小班授课或授课教师教学水平不同等差异。

1.3 统计学方法 将学生姓名、学号、行政班、教学班（A/B班）、性别、科类（文史/理工）、生源地、总分等信息录入Excel 2007，然后导入SPSS 19.0。将变量视图中变量的类型转换为数值型，调整宽度。变量赋值如表1所示。采用SPSS 19.0对数据进行频率统计、均值比较、多元线性回归分析。 $P<0.05$ 表示有显著差异； $P<0.01$ 表示差异极显著。

表1 变量赋值

变量名称	赋值
教学班	A=0 B=1
性别	男=0 女=1
科类	理工=0 文史=1
生源地	农村=0 城镇=1 城市=2

2 结果

2.1 频率统计 在SPSS 19.0对话框里，依此选择“分析-描述统计-频率”选项，对总体样本的集中趋势、离散和分布情况进行统计描述并绘出直方图。结果如表2、图1。结果显示样本符合正态分布。

表2 总体样本的描述统计

项目	数值
N 有效	192
缺失	0
均值	69.30
均值的标准误	1.072
中值	70.00
标准差	14.860
方差	220.817
偏度	-0.637
偏度的标准误	0.175
峰度	0.737
峰度的标准误	0.349
极小值	22
极大值	99

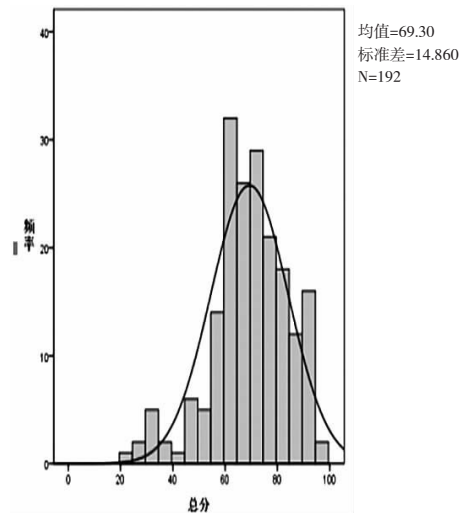


图1 总体样本的直方图

2.2 均值比较 在SPSS 19.0对话框里，依此选择“分析-比较均值-均值”选项，将总分设为因变量，将行政班、教学班、性别、科类、生源地设为自变量，依此选取均值、个案数、标准差、中值、均值的标准误、极小值、极大值、方差、峰度、峰度的标准误、偏度、偏度的标准误进行单变量统计描述，并进行Anova、相关性度量（Eta）和线性检验（R）（自变量有三个以上水平时才能选用）分析。Eta值（0~1）越接近于1，说明因变量与自变量之间的联系强度越高。线性检验R值越接近于1，说明两者线性相关性越强，回归方程的预测性越好。

Anova分析显示性别以女生居多，文科生较多，来自农村的学生较多，各行政班、教学班人数相当；各行政班成绩具有极显著性差异（ $P=0.001$ ），说明班级学风可能影响学习成绩；男女生成绩有极显著性差异（ $P=0.001$ ），女生成绩普遍高于男生；不同生源地成绩有显著性差异（ $P=0.036$ ），生源地为农村的学生成绩优于城镇和城市的学生；文理科不同知识背景的学生成绩无显著性差异（ $P=0.120$ ），说明文理科不同知识背景对本门课程的学习成绩影响不大，也从一定程度上反映没有必要进行文理分班授课，成绩评定也无需区别对待；不同教学班成绩无显著性差异（ $P=0.301$ ），因本文的研究对象是同一教师授课、不同的教学班人数相当，说明教学班成绩是否与教师授课水平、班级人数多少有关，有待进一步研究。

相关性度量（Eta）显示自变量与总分联系强度（Eta值）从高到低依此为行政班、性别、生源地、科类和教学班，说明行政班、性别、生源地与总分之间有较强的相关性。

自变量行政班和生源地具有三个以上水平，线性检验显示行政班与总分之间无线性相关（ $R^2=0.000$ ），即行政班对成绩没有影响；生源地与总分之间具线性

相关,但回归方程的预测性较差($R^2=0.023$)。

为进一步明确行政班、教学班、性别、文理科、生源地与总分之间的相关关系,需进行多元线性回归分析。

2.3 多元线性回归分析 在SPSS 19.0对话框里,依此选择“分析-回归-线性”选项,将总分设为因变量,将行政班、教学班、性别、科类、生源地设为自变量,进行回归分析,第一次回归分析结果显示自变量行政班、科类差异没有统计学意义,因此剔除这两个变量后进一步作回归分析,第二次回归分析结果显示自变量教学班差异没有统计学意义,因此剔除教学班变量后再进一步作回归分析,第三次回归分析结果显示性别和生源地差异均有统计学意义,且与考试成绩之间有线性关系,回归方程成立,但拟合度不高(调整 $R^2=0.072$)。

另外,多元线性回归统计显示行政班与考试成绩无相关性,而教学班与考试成绩有相关性,与均值比较结果不一致,这可能是由于教学班与行政班两个变量之间有很强的相关性造成的。教学班常根据行政班来划分,行政班和教学班对考试成绩的影响可能与班级学风、教师授课水平、班级人数多少有关。

3 讨论

3.1 文理科背景对考试成绩的影响 我校中医学专业招生自2007年开始文理兼收,文理班混合教学。本文统计分析结果显示文理科学生考试成绩没有统计学差异,且文理科知识背景与考试成绩之间没有相关性。诸多研究^[1-5]也显示文理科知识背景对学生大多数课程考试成绩没有影响,文理班混合教学不影响整体教学质量,医学专业文理科兼招可行,没有必要进行文理科分班授课。

3.2 行政班和教学班划分对考试成绩的影响 由于本文研究对象的各行政班和教学班之间人数相当,统计结果无法显示大小班授课对考试成绩的影响,大小班授课是否对考试成绩有影响也是我们今后可以深入研究的问题之一。目前,我国的教育界普遍对在高校实施小班授课持肯定态度^[6-7],认为实施小班授课能够提高学生的学习效果。望军等^[8]研究认为小班授课适用于精英教育,大班授课更适用于大众教育;在我国,对教学资源与师资队伍相对丰富的一本院校(如“211”“985”院校),学生学习能力较强,可采用精英教育,尽量实行小班授课;在二本及三本高校,根据其实际情况,采用大班授课是可以被接受的。

3.3 性别和生源地对考试成绩的影响 本文研究结果显示性别和城乡差异对考试成绩有影响。关于性别与教育之间的关系一直是比较敏感的话题。由于性别决定

生理和心理两方面的差异,使其获得与之相适应的心理特征和行为模式,对各种社会活动产生一定的影响,也体现在某些课程的考试成绩中。目前,性别和城乡差异对考试成绩是否有影响研究结果不尽一致。陈丽^[9]认为性别对数学成绩的影响不大,但是对成绩波动有一定影响;后天的努力、掌握适当的学习方法和培养自学的的能力才是提高成绩的关键。晏书红^[10]认为英语应用能力测试中,考生的性别对测试成绩有显著性影响,女生的英语成绩明显比男生好。谭荣波等^[11]研究认为城乡大学生的高考成绩不存在显著差异,他们在大学四年的学习总体上也不存在显著差异;但是学生的性别、专业及城乡与性别、专业与性别的交互作用对学习成绩有显著影响。本文的统计结果只能说明内经选读课程的情况,至于性别和生源地是否对考试成绩有显著影响,也不排除研究对象男女生比例、城乡人数比例不均衡的因素影响,所以笔者的结论非决定性,仅供改进内经选读教学方法借鉴参考。

诚然影响成绩的因素是很多的,我们仅选取部分因素做探索性研究,对于一些其他的相关因素我们将在以后逐步进行全面研究。本文的研究结果可以为改进内经选读教学方法的提供参考,该研究方法也可以推广应用到中医学专业其他课程的考试成绩影响因素分析研究中。

总之,在今后的内经选读教学中既要考虑共性,又要注重学生的个性化,因材施教,采用相关策略引导学生发挥各自的优势,使其达到一致的水平。班级管理上应注重培养良好的学风。

参考文献

- [1]董海燕,张红,刘重斌,等.《生理学》课程文理科生学习效果评价——以湖州师范学院护理专业为例[J].湖州师范学院学报,2016,38(2):108-111,116.
- [2]蓝海江,潘晓明,陆朝华,等.文理科学生“计算机应用基础”课程成绩统计分析 & 教学对策[J].柳州师专学报,2015,30(5):83-86.
- [3]谢锦灵,祝水英.医专全科医学专业文理科生学习差异性调查分析[J].改革与开放,2014(20):52-53,55.
- [4]许华山,严发萍.文理科类生源医学生医学主干课程成绩比较分析[J].科技创新导报,2009(10):195.
- [5]储全根,阚峻岭,徐麟,等.中医专业文理科生源地学习成绩对比分析研究[J].中医教育,2006,25(2):6-9.
- [6]王朋朋,杨晓冬,李伟,等.高校小班教学模式改革的探讨[J].教育教学论坛,2015(14):96-97.
- [7]李宏敏.我国高校实施小班化教学的问题及解决策略[J].大学教育科学,2009(2):32-36.
- [8]望军,贾碧,邸永江.高校小班授课与大班授课的利弊分析[J].教育教学论坛,2016(19):223-224.
- [9]陈丽.普通高校大学生高等数学成绩影响因素的实证分析[J].科协论坛(下半月),2013(8):171-173.
- [10]晏书红.高职院校英语应用能力考试成绩和 SPSS 统计分析[J].鄂州大学学报,2014,21(9):73-75.
- [11]谭荣波,蔡华清.地方本科院校大学生学习成绩的城乡差异调查与分析[J].上海教育评估研究,2015,4(6):25-28,44.

(本文编辑:李海燕 本校校对:杨毅 收稿日期:2017-11-21)

以高校内部质量保障体系建设为核心的 本科教学工作审核评估实践研究[※]

许南阳

(辽宁中医药大学高等中医药教育研究及评价中心, 辽宁 沈阳 110847)

摘要: 高等学校本科教学工作审核评估的核心是学校内部质量保障体系的建设, 教学质量保障体系运行是否有效决定着人才培养质量。内部质量保障体系不断完善不仅是保证人才培养目标的达成, 也是学校自我发展的需求。

关键词: 审核评估; 质量保障; 本科教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.014

文章编号:1672-2779(2018)-04-0040-02

Study on Undergraduate Teaching Audit with the Construction of Internal Quality Assurance System in Colleges and Universities

XU Nanyang

(Center of Higher TCM Education Research and Assessment, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

Abstract: The core of undergraduate teaching audit in colleges and universities is the construction of internal quality assurance system. Whether teaching quality assurance system runs effectively determines the quality of talent training. The continuous improvement of the internal quality assurance system is not only to ensure the goal of talent training, but also to meet the needs of self-development of universities.

Keywords: audit; quality assurance; undergraduate teaching

高等学校本科教学工作审核评估的核心是学校内部质量保障体系的建设, 教学质量保障体系运行是否有效决定着人才培养质量。内部质量保障体系不断完善不仅是保证人才培养目标的达成, 也是学校自我发展的需求。

1 高校审核评估背景

教育部公布的《关于开展普通高等学校本科教学工作审核评估的通知》(2013年[10]号)^[1]全面启动了高校的审核评估工作, 这是区别于分等评估、认证评估的新一轮的高等教育教学评估活动。本次评估特点在于不设指标体系、不做横向比较、不对学校分类、不做评估结论。引导高校建立自律机制, 督促厘清自身办学定位, 加强内部质量保障体系建设, 更加强化自身内涵建设, 自我改进。

辽宁省高校审核评估工作于2015年开始, 成立了辽宁省普通高等学校本科教学工作审核评估专家委员会, 并于2017年5月下发了《辽宁省普通高等学校本科教学工作审核评估实施方案》^[2], 正式启动省内审核评估工作。到2018年底分三批完成31所高校的审核评估工作。评估基于学校自己设定的培养目标和与之相适应的培养标准, 重点对学校人才培养目标与培养效果的“五个度”进行评价, 即培养目标与培养效果的达成度; 办学定位和人才培养目标与国家和社会经济发展需求的适应度; 教师和教学资源条件的保障度; 教学和质量保障体系运行的有效度; 学生和社会用人单位的满意度。审核项目除国家规定的定

位与目标、师资队伍、教学资源、培养过程、学生发展和质量保障6个项目外, 增加了服务辽宁的新项目。审核方式为线上和线下相结合, 专家通过“全国高校教学基本状态数据库”“辽宁省普通高等学校本科专业数据库及信息平台”和“辽宁省普通高等学校本科教学审核评估系统”, 完成线上线下审核评估内容。外加在规定时间内进校现场考察, 完成走访、访谈、听课等环节, 总计时间为5天。

2 高校内部质量保障建设

随着高校自主办学的进一步扩大和高等教育竞争加剧, 高校内涵式建设与发展促使高校以建设内部质量保障体系为核心进行了由外部向内部的评估模式转变。教学质量保障体系是指以提高和保证教学质量为目标, 运用系统方法, 依靠必要的组织结构, 把学校各部门、各环节的教学质量管理活动严密组织起来, 将教学和信息反馈的整个过程中影响教学质量的一切因素控制起来, 形成的一个有明确任务、职责、权限, 相互协调、相互促进的质量管理的有机整体。体系建设涉及到高校、政府、行业、企业等多方面^[3]。

高校内部质量保障体系是高校教育质量保障体系的主要组成部分, 是以高校自身为出发点, 根据确立的办学定位与培养目标, 按照教育学基本规律和教育政策, 为确保高校本科教育教学达到既定的质量标准而采取的各种措施和机制的总和。该体系具有全员、全面、全程性的特性, 遵循全面质量管理程序。根据“计划(Plan)-执行(Do)-检查(Check)-处理(Action)”的“PDCA”循环, 高校内部质量保障体系实行“标准-检查-反馈-改进-再检查”的闭合循环机制。

[※] 基金项目: 辽宁中医药大学教学改革研究立项项目 [No. LNZYJG2015067]

3 学校内部教学质量保障体系建设实践

根据审核评估项目及要素,梳理学校内部教学质量保障体系内容,本着“以评促建、以评促改、以评促管、评建结合、重在建设”的方针,深入自评,切实整改。

3.1 教学质量保障体系 学校出台了《关于进一步完善全校教学质量保障体系的指导意见》,针对教学工作各环节建立了《主要教学环节质量标准》,后又制定了《本科教学质量标准及评价办法》,划分目标、过程、条件和评估质量标准四部分,内容涵盖了影响本科教学质量的关键因素和人才培养过程的各个环节。标准的制定为学校教师开展教学工作提供了制度依据,为管理部门开展教学评估提供了标尺,为教学工作顺利开展提供了重要保障。

学校逐步形成和完善了“一体二全三层四段”的质量保障体系。实施主体为“三层级”即校级、院级、教研室;实施阶段为“四阶段”即目标、监控、反馈、改进;实施人群和实施阶段为“二全”,即包括学校、学院、教师、学生等利益方全员参与和包括整个人才培养的全过程;“一体”为内部教学质量保障体系形成一个闭环循环的有机整体。该体系以学生为主体,由学校教务处、高等中医药教育研究及评价中心、各学院、教研室、教学督导专家等共同执行。有利于充分发挥各层级教学组织或单位的责任意识,保证教学规章制度的有效实施;有助于教师在教学过程中及时发现问题,适时判断和及时处理,切实保证教学计划的运行;同时又形成了浑然一体的信息网络通路,有利于校级决策的调整和实施的顺畅,保证学校教学有序运行,有效达成人才培养目标。

学校成立了高等中医药教育研究及评价中心,中心人员由一名主任、一名科长和三名研究人员组成,专门负责学校教学质量保障评价体系的运行工作。先后出台和修订了《关于进一步完善全校教学质量保障体系的指导意见》《关于实行本科课堂教学三级听课(评议)制度的规定》《辽宁中医药大学教学督导工作条例》等15篇文件。从质量管理角度做了规定,为教学质量保障体系的顺利运行提供了制度依据。

3.2 质量监控和改进 学校2012年利用教务网络管理系统启动学生网上评教,并不断总结工作经验,创新方式方法。采用数据挖掘技术进行评教数据分析,由单一的结论变成对各个环节的评价,指向性更强,以更有效地指导教师和各教学单位提高教学质量和教学管理水平。

不断完善本科课堂教学三级听课评议制度,各级教学管理人员完成规定的听课学时,并认真填写听课记录,对所听取的教师课堂教学质量进行评分。鼓励一线教师按照三级听课制度的相关要求,结合自身专业特点对其他教师的课堂教学活动进行交互式同行听课。在教学例会上定期通报三级听课情况,反馈教学

单位的成绩和不足,保证听课制度不流于形式,有效推进教学质量的提高。

建立教学督导制度,定期召开教学督导工作会议,修订《辽宁中医药大学教学督导工作条例》,目前共有校级教学督导10人。教学督导专家实行例会制度,并参与教师教学评比、教学资料检查等活动;坚持督导听课制度,并将发现的问题及时反馈给教师本人和各教学单位管理者,必要时约谈教师,以便于更快更好地解决问题;结合听课情况撰写阶段性工作总结,在教学例会上对学校领导及各教学单位进行反馈。

学校从2012年起按辽宁省教育厅要求及时发布本科教学质量报告,经过自我总结和梳理,对涉及教学质量的核心数据做到全面、客观地反映本科教学质量现状及存在的主要问题,提出整改措施,接受社会评价与监督。

3.3 存在问题及对策

3.3.1 深入质量观宣传 学校大多数教师还缺乏对教学质量保障体系的深度学习,教学质量保障观念不强,导致对教学工作全过程、全面、全员进行质量改进活动的认证尚有欠缺,全面的教学质量观没有普遍形成。学校需要加大教学质量文化宣传力度,促进广大师生重视质量、关心质量,营造和谐的质量文化氛围。

3.3.2 加强质量保障体制建设 教学质量标准还没有全覆盖,质量标准实施不到位,学校自身教学基本状态分析数据的整理和利用不充分,学院部的内部教学质量保障体系建设还未完全建立,且保障机制效率偏低。学校需要深入质量标准的研究与实践,规范本科教学基础数据库,加大教学基本数据库利用和分析,提高教学质量管理人员参与度,建设学院部二级教学质量保障机制,完善和提升教研室开展教研、质量活动的频度和质量。

3.3.3 提高质量反馈效率 质量信息收集渠道和方式不完整,对质量信息的分析和利用不全面,反馈存在不及时、效率低、无跟踪的现象。学校将要加大第三方评估机构对人才培养质量信息的调查和评估,同时优化反馈流程,使学生评教、听评课、教学督导等意见和建议分门别类、分时间点点反馈,并做好教学质量档案建设。

3.3.4 敦促改进措施落实 教学专项评估缺少规划,质量改进机制还不完善,缺少质量改进工作的管理办法和奖惩制度。学校需要健全教学评估检查制度,加强专项评估实施。加强质量监控和质量改进管理队伍建设,加强对质量改进工作的督查考核,出台质量改进工作的评价考核制度。

参考文献

- [1]教育部.关于开展普通高等学校本科教学工作审核评估的通知:教高[2013]10号[Z].2013-12-05.
- [2]辽宁省教育厅·辽宁省普通高等学校本科教学工作审核评估实施方案:辽政教督室[2017]3号[Z].2017-05-15.
- [3]申天恩.试析教育部普通高等学校本科教学工作审核评估核心环节[J].上海教育评估研究,2014(3):4-7.

(本文编辑:李海燕 本文校对:成泽东 收稿日期:2017-11-23)

针灸学课程兴趣驱动—实践贯通—强化能力 教学模式的实施及效果[※]

刘琼 刘霞 贲定严 钟欢 舒文娜 马明珠 刘迈兰 刘密* 常小荣*

(湖南中医药大学针灸推拿学院, 湖南 长沙, 410007)

摘要: 为了继承发扬针灸事业, 培养理论扎实、动手能力强的复合型针灸人才。从构建“兴趣驱动—实践贯通—强化能力”教学模式入手, 充分整合利用现代化教学资源 and 实践教学条件, 合理安排课程, 科学分配学时, 采用以学生为主体, 老师为主导的互动式教学形式, 达到了调动学习积极性, 培养学生综合素质, 提高师资水平目的。

关键词: 针灸学; 兴趣驱动; 实践贯通; 强化能力; 教学资源; 电子教材

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.015

文章编号:1672-2779(2018)-04-0042-03

Implementation and Effect of Teaching Mode of Interests Driven-Whole Process Training-Strengthening Ability in Acupuncture and Moxibustion Course

LIU Qiong, LIU Xia, BI Dingyan, ZHONG Huan, SHU Wenna, MA Mingzhu, LIU Mailan, LIU Mi, CHANG Xiaorong
(College of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

Abstract: In order to inherit and develop the acupuncture and moxibustion, it is necessary to cultivate a compound acupuncture talent with strong theory and practical ability. Based on the construction of the teaching mode of "interests driven-whole process training-strengthening ability", we fully integrated the use of modern teaching resources and practice teaching conditions, arranged courses reasonably, allocated hours scientifically and adopted the interactive teaching mode with students as the main body and teachers as the leading part to achieve the purpose of mobilizing learning enthusiasm, cultivating students' comprehensive quality and improving teachers' level.

Keywords: science of acupuncture and moxibustion; interests driven; whole process training; strengthening ability; teaching resources; E-textbooks

针灸学是高等中医院校中医类专业(不含针灸推拿专业)的专业课、核心课以及必修课, 它由经络总论、腧穴总论、经络腧穴各论、刺灸法、其它疗法及常见病症的针灸治疗等部分组成^[1]。主要针对中医临床五年制、中医临床七年制、中西医结合专业、康复专业、护理专业而设立, 依据每个专业对针灸基础及临床的实际需求来分配课时。针灸学不仅是一门对于基础知识要求非常高的学科, 而且也是一门实践性非常强的课程, 大部分中医院校将该课程开设于大学三年级, 建立在学生具备一定的专业素养之上, 让学生能够更加快速地掌握基础理论及操作技能。该学科具有承上启下的作用, 并能直接形成学生的核心专业技能, 为后续见习、实习和就业服务^[2]。由于针灸学是一门要求动手能力强的学科, 掌握其理论体系固然重要, 而对学生临床思维能力和创新能力的培养也不容忽视。所以整个教学过程应着眼于掌握针灸理论知识和不断提升专业技能前提下, 真正达到运用针灸防治疾病的目的。

的。目前针灸教学存在着基础理论学习与临床实践应用脱节的现状。由于中医院校专业课程繁多, 大部分学校仍然处于“填鸭式”教育模式, 侧重于基础理论教学, 而忽视了学生操作技能的培养^[3]。严重影响综合型中医人才的成长。所以说教育模式的改革势在必行, 要想培养学生的学习及实践能力, 就需要实施“兴趣驱动—实践贯通—强化能力”的新型教学模式, 培养学生学习兴趣及动手能力。

1 充分整合利用教学资源、实践教学条件等, 将理论实践有机结合

针灸学的学习对学生中医专业基础知识及正常人体解剖学专业知识要求较高, 但在前期学生基础知识相对薄弱且水平参差不齐, 在一定程度上影响了学生对该学科的兴趣及接受程度, 传统且单一的课堂教学模式很难改变这一现状。因此, 多元化针灸学教学模式的引入有利于提升教学质量, 合理化利用教学资源和实践教学条件是实现理论与实践融会贯通的关键^[4]。

1.1 合理运用多元化教学资源 随着科学技术发展, 电子产品日益普及, 网络成为大家日常沟通交流的平台, 大量网络学习平台及数字化教材应运而生。我校将现代化教学方式融入传统教学模式中, 将纸质教材与电子教材有机结合, 增加学生学习兴趣的同时, 更是突破了单一讲授式的教学瓶颈, 提高了教学效率。

1.1.1 针灸学教学网络平台的建设 我校运用现代化技术

[※] 基金项目: 湖南省普通高校教学改革研究项目[No.2015-214]; 湖南省普通高等学校“十三五”专业综合改革试点项目《针灸推拿学》[No.湘教通[2016]276号]; 湖南中医药大学湘杏学院教学改革研究项目[No.2014-18]; 湖南中医药大学针灸学省级优秀教学团队、《针灸学》省级精品课程、《针灸学》微课课程资助

* 通讯作者: newmean9722@qq.com; xrchang1956@163.com

手段丰富现有教学资源搭建了教学网络平台,包括:精品课程、针灸之声、慕课、云班课等网络课程的研发。学生在课堂上未能解决的问题,课后可以通过教学平台答疑解惑。只需点开平板电脑、手机和其它电子阅读器就能实现随时随地轻松学习,让学习更加方便和快捷。

1.1.2 针灸学教学微课的建设 微课是数字化教学资源,是指运用信息技术按照认知规律,呈现碎片化学习内容、过程及扩展素材的结构化数字资源。微课时间较短,一般控制在10分钟以内,它具有主题突出、内容具体、反馈及时、针对性强等特点,相对于较宽泛的传统课堂,“微课”的问题聚集,主题鲜明,更适合教师的需要^[5]。它打破了传统的课堂教学模式,更大程度上调动了学生主动学习能力,增加了课堂教学的多样性及趣味性。穴位的定位和操作注意事项是针灸学中的重点,同样也是难点,单一依靠老师的讲述很难让所有学生明确它的具体操作。我们以穴位为切入点,一个穴位就是一个小微课,包含该穴位的具体定位图片,解剖结构,以及操作示范视频。学生通过对微课的学习加深了对穴位的印象,让穴位的记忆更加简单。

1.1.3 《针灸学》慕课的建设 慕课是大规模网络开放课程的简称,具有开放性、大规模性、人机互动和精品化等特点^[6]。慕课打破了学习人群、地域、时间的限制,任何层次的学习者,学生可以根据自身学习的需求选择学习的内容,丰富了课后学习资源,同时也增加了老师教学素材。

数字时代的到来,改变了纸质教材不易携带、不好保存等缺点,加强了师生间的交流,增加了学习的趣味性和多样性,打破了呆板而陈旧的单一授课模式,纸质教材与数字教材的完美结合是提高教学质量的有效途径。

1.2 良好实践教学条件 针灸是以一门实操性极强的学科,培养学生疾病诊察能力、辨经能力、取穴能力及针灸技能的运用能力尤为重要^[7]。我校根据培养实用型针灸人才的要求为学生搭建了良好的实践学习环境。建立了针灸学教学实验室,老师和学生可以在实验室中模拟真实诊疗环境,让学生充分发挥主观能动性,通过自己思考来诊疗疾病。在教学实验室中,学生可以通过老师的指导下互相点穴,穴位定位正确后即可根据操作规范进行针刺或艾灸的操作。临床病房教学基地的建设也是培养学生临床技能的先决条件,我校第一附属医院针灸推拿科就是我们针灸学教学临床病房基地。该科室门诊量大,常见疾病种类繁多,学生可以在见习的过程中不断积累临床经验。我校还设立了针灸陈列馆,各类针灸针、艾条、艾柱等针灸相关用具和历史资料均有陈列,让学生在浓浓的历史氛围中体会针灸古往今来,更加直观地了解针灸的发展进程。除以上实践教学平台之外,我校还设立了针灸

产学研教学基地(株洲扶阳罐、正清药业集团)教学基地,以及完善了为针灸临床课使用的针灸学标准化病人培训。学生能够在良好的实践教学环境中不断完善自己的中医素养。

2 教学安排合理科学,对课程重点、难点、关键内容把握准确,学时分配合理

科学而有合理的课程安排是保障教学质量和提升学习效率的前提,依据循序渐进、突出重点、击破难点的教学理念,将针灸学课程分为针灸理论、实训、运用三大模块。

针灸理论模块包括绪论、经络总论和腧穴总论,一共9个课时,经络和腧穴总论就是该部分的重点。经络腧穴理论部分是针灸学课程的特色理论,这部分要求学生不仅有很强理解能力,还需要有实际画经能力。十二经脉、奇经八脉、十五络脉、十二经筋、十二经别、十二皮部的走行循行规律以及与体表和脏器的联系都必须理解和掌握,所以老师应该注重培养学生的立体思维能力,让学生具备一定的空间构图知识,才能更好地掌握重点内容。

针灸实训模块包括经络腧穴各论、刺灸法总论和刺灸法各论,一共40个课时。因经络腧穴各论内容繁多且复杂包括十二正经、奇经八脉的经脉循行以及穴位分布,可以说是针灸学中的重点之重,有关穴位的定位、功效和主治的掌握是针灸穴的核心内容,所以课时最多。其次是刺灸法各论,首先在了解刺灸法总论的基础上进行具体操作手法学习。有了前期的经络腧穴理论,掌握了穴位的定位以及操作注意事项,就可以更好地完成针灸技术手法的学习。这部分课程基本上是实操内容,大部分课时在针灸教学实验室完成,学生将学到的理论知识付诸实践,开始锻炼动手能力,也让学生可以更好地将理论与实践相结合。

针灸运用模块包括针灸治疗总论和针灸治疗各论,主要讲针灸治疗常见疾病的诊疗思路以及选穴依据,是将理论和临床结合的关键课程。这部分内容建立在扎实的基础知识和娴熟的操作手法之上。当学生具备一定的针灸素养后,可以根据所学知识阐明针灸治疗常见疾病诊疗思路和治疗方案,是进入临床的关键一步。

我们通过循序渐进的教学方法,让学生一步一个脚印,从针灸起源与发展简史入手,了解针灸现代研究进展,掌握中医经络腧穴和刺灸知识,提高临床思辨、针灸操作以及综合运用能力。

3 教学活动突出学生主体性及多向互动,突出重点、难点的有效解决过程,以提升学生能力为目标

传统教育模式以课堂讲授为主要教学形式,老师为主体,学生处于被动式接受知识,并不能完全调动学生学习积极性。反而以学生为主体,采用多项互动式教学方式,以知识点、病例为基础,以问题为先导,

分析讨论为核心,老师只引导,更能培养学生发散思维和解决问题的能力。如:以腧穴归经、定位和主治为基础,分析各经穴位主治的异同点;从临床常见疾病为切入点,讨论不同病症的首先治疗方案,以及如何将刺灸法结合起来优化疗效。课堂上不仅需要以学生为主体,还需要加强学生与老师、学生与学生之间的互动,学生不仅掌握了基础知识,又拓展了思考能力,调动了学生学习的积极性和主动性,提高了学生综合素质及临床思维能力。以学生为主体的互动式教学提高了学生综合素质,促进了师资水平的提高,达到了教学相长目的^[8-9]。

4 小结

针灸学是现代中医体系的重要组成部分^[10],学好针灸学是成为复合型中医人才的必要条件。我校充分利用教学资源,将传统教材与现代化数字教材相结合,完善实践教学条件,准确把握课程重点、难点、合理分配课时,以“兴趣驱动—实践贯通—强化能力”的教学模式不断提高学生临床操作能力及拓展其理论知

识,为促进我国针灸现代化发展输送了大批具有牢固的专业思想、求实的工作态度、优秀的职业素质以及良好的医患沟通能力的针灸实用人才。

参考文献

- [1]钟兰,诸毅晖,顾健,等.针灸学讨论课教材与教学模式的探索性研究[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2013,15(2):12-13.
- [2]陈文君,丘红燕,梁文.针灸学一体化教学探讨[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(23):23-24.
- [3]丘红燕,陈文君,梁文.针灸学理论与实践一体化教学模式的研究[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(21):18-19.
- [4]林永青,何琪,郑明常,等.构建《针灸学》立体教学模式的方案探析[J].中医药管理杂志,2014,22(7):1057-1058.
- [5]邹逸凡,李丹,马明珠,等.微课在针灸学经络循行教学中的应用与实践[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(13):3-5.
- [6]刘霞,刘红华,曹佳男,等.慕课在针灸教学中的应用和展望[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(11):147-149.
- [7]张秦宏,孙忠人,岳金换,等.基于能力培养的《针灸学》教学改革实践[J].时珍国医国药,2013,24(10):2498-2499.
- [8]朱英,陈日兰,杜艳,等.互动式教学在针灸学课堂理论教学改革中的应用[J].广西中医学院学报,2012,15(2):119-120.
- [9]励如波,金技丽,许敏迪,等.医护互动式教学在临床实习带教中的实践与思考[J].解放军护理杂志,2009,26(17):65-66.
- [10]徐彦飞,张彦丽.以培养应用型人才为目标创新《针灸学》教学模式[J].国医论坛,2012,27(5):49-50.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张国山 收稿日期:2017-11-10)

中医院校康复治疗学专业人才培养模式的探索[※]

石瑜 王蝶 杨沫 白晓琳 吴志明*

(云南中医学院针灸推拿康复学院, 云南 昆明 650500)

摘要:中医院校康复治疗学专业人才培养,承担着为社会培养高质量、高水平的康复治疗师使命。中医药院校开设康复治疗学专业,不仅要求学生能够掌握中西医基本理论和基本知识,还能够熟练运用现代康复治疗技术和中医康复方法。本文主要以笔者所在学院为例,从人才培养目标、课程体系、教学计划、师资队伍建设和实践教学方面进行细致分析,以此与同道共同探讨学习和分享。

关键词:中医院校;康复治疗学;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.016

文章编号:1672-2779(2018)-04-0044-03

Discussion on Talent Training Mode of Rehabilitation Therapy in University of Traditional Chinese Medicine

SHI Yu, WANG Die, YANG Mo, BAI Xiaolin, WU Zhiming

(School of Acupuncture-Massage-Rehabilitation, Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650500, China)

Abstract: The talent training of rehabilitation medicine in colleges and universities of traditional Chinese medicine undertakes the mission of cultivating high quality and high level rehabilitation therapists for the society. Setting up rehabilitation medicine in colleges and universities of traditional Chinese medicine requires not only students to master the basic theories and basic knowledge of traditional Chinese medicine and Western medicine, but also skilled use of modern rehabilitation techniques and rehabilitation methods of traditional Chinese medicine. Taking the Yunnan University of Traditional Chinese Medicine as an example, this paper made a detailed analysis of the personnel training objectives, curriculum system, teaching plan, teaching staff construction and practical teaching, in order to discuss and share with colleagues.

Keywords: universities of traditional Chinese medicine; rehabilitation therapy; personnel training

康复医学是一门新的医学学科,它诞生于上世纪40年代,至80年代初引入我国,经我国康复工作者30多年的不懈努力,康复医学得到了快速的发展,康复治疗学专业人才培养也从本世纪初开始设置。随后在

全国医学类院校相继开设了康复治疗学专业本科教育,加大对康复医学人才培养的力度。随着我国现代医学科技的进步、社会经济的不断发展及人民生活水平的日益提高,人们对疾病的治疗已不再只满足于生命的延长,而更关注于功能能力的恢复、生活质量及社会参与能力的提高等。目前我国在三级医院及部分二级医院都设立了康复医学科,再加上社区康复医疗机构的建立,这些部门对康复治疗专业人才的需求不断增

※ 基金项目:云南中医学院针灸推拿康复学院重点课程项目支持
【No.30751201000】

* 通讯作者:kmwuzhiming@126.com

加,这给中医院校康复治疗学专业人才培养带来了机遇和挑战。如何在中医院校办出特色,培养复合型康复专业人才,以适应社会所需要。现就中医院校康复治疗学专业人才培养特色,以云南中医学院为例做一初浅分析。

1 人才培养目标

康复医学是研究有关功能障碍的预防、评定及治疗的一门医学学科^[1]。具有多学科、多专业联合的特点。它注重人的社会性,充分体现了生物-心理-社会的医学模式。康复医学也是一门应用性、技能性很强的学科。基于康复治疗学专业是多学科交叉的新兴医学应用技术专业的特点^[2],对中医院校康复治疗学专业的人才培养就要有明确的定位及培养目标。总体培养目标即是培养德、智、体、美、劳全面发展,掌握中西医基本理论和基本知识,具有较强的中西医康复操作技能,能够熟练掌握现代康复理论技术,又能熟练运用现代康复治疗技术和中医康复方法的应用型专门技术人才,能从事康复治疗教学、临床、科研的高级康复治疗师。

2 课程体系

课程体系是保证康复治疗学专业人才培养的核心所在。中医药院校开设康复专业,一定要走中西医结合道路,充分吸收现代康复医学的专业特长和全面开设现代康复医学的课程,再结合中国传统康复技术^[3]。中国传统康复技术中的中医药、针灸、推拿、治未病(养生)、气功等,经历了千百年的历史检验,不仅行之有效且独具特色,是中国康复医学领域中的一面旗帜。我校在康复专业人才培养方面,充分利用和发挥中医传统康复的优势并与现代康复医学紧密相结合,形成了我校康复治疗学专业的一大特色。在康复治疗学专业课程设置中,紧紧围绕现代康复治疗技术的基础和理论,增加中医康复方法。除公共课外,专业基础课与专业课并重,专业基础课13门,包括正常人体解剖学、功能解剖学、生理学、病理学(含病理生理学)、中医学概论、西医诊断学(含医学影像学)、临床疾病概要、传统功法学、推拿手法学、医学统计学及流行病学、康复医学概论、人体发育学、人体运动学、针灸学;专业课13门,包括康复功能评定学、物理治疗学、作业治疗学、语言治疗学、假肢与矫形医学、社区康复学、神经康复学、肌肉骨骼康复学、儿童疾病康复学、内外科疾病康复学、康复心理学、中医养生学、中医骨伤科学。专业基础课及专业课总学时数为1600多学时。除此之外在任选专业课中开设了中医气功学、整脊保健学、推拿治疗学、中医儿科学、中国医学史等具有中医传统康复特色的课程,使学生

既能掌握现代康复治疗技术又能灵活运用中医传统康复治疗方法,中西结合,取长补短,融会贯通。在专业教材的使用上,着眼康复治疗学发展的趋势,突出中医特色,提高学生康复治疗技术水平,以适应社会需求为原则,选择专业教材。我校从2012届首届康复治疗学专业学生开始全部使用卫生部“十二五”规划教材,确保高水平、高质量并且适合我校实际的教材进入课堂。

3 教学计划

制定好教学计划是确保人才培养目标完成的重要环节和关键。教学计划也是规范教师行为,保证教学质量的首要措施。我校在实施教学中,严格按照本专业教学大纲及质量控制标准,合理地制定教学计划,并在教学计划中,突出中国传统康复的特色。由于康复治疗学专业是一个实践性、操作性很强的专业,在培养计划上,着重康复治疗技术的实践教学、操作技能的训练和综合素质的提升为主要任务。如物理治疗学、作业治疗学、语言治疗学、康复功能评定学、推拿手法及功法等主要专业课,实践操作技能训练占40%,确保学生动手能力的培养和提高。

4 师资队伍建设

教师是人才培养和完成教学计划的主体。要培养一批高水平的康复治疗师,就必须要有了一支高素质的师资队伍。我院康复治疗学专业办学时间较短,师资不足。教研室有6位专职教师,其中正高1人,副高1人,中职4人,具有博士学位1人,硕士3人。我院在加强对师资队伍的建设上有几点措施:(1)通过到省外或省内著名的康复医学科进行短期进修学习,充实自己的专业知识;(2)要求每位教师每年必须参加2~3次全国康复医学学术会议来提高专业素养;(3)积极鼓励年轻教师攻读康复专业博士;(4)教研室集体备课、说课,教师间相互听课及学院教学督导听课制度,监督教学质量;(5)聘请院内外专家、学者到学院讲学,汲取先进的教学理念和教学方法;(6)为保证教学质量及人才培养的顺利进行,我院聘请了省二院国家级重点专科康复医学科的康复专家及临床经验丰富的康复治疗师为我院的兼职教师并与附属医院康复科的教师共同承担教学工作;(7)增加高素质人才引进。

5 实践教学

实践教学是康复治疗学专业人才培养的重要关键环节,也是学生熟练运用康复理论知识与实践技能相结合的重要途径。从第二学年进入专业基础课开始,就开启了实践教学模式。实践教学包括以下两大部分。

5.1 基本技能训练与临床思维模式的培养 康复治疗学专业是一个对实践操作能力要求很强的专业,为保证教学质量,充分贯彻我院对康复治疗学专业人才培养中强调的“早临床、多临床、全程临床”的教学要求,首先加强了康复实训室的建设,我院现有运动疗法实训区、作业疗法实训区、言语认知室、功能评定区及儿童康复区等康复实训区,投入康复仪器设备400多万元,大大满足了教学及学生技能训练所需的条件。在专业课程如物理治疗学、作业治疗学、语言治疗学、康复评定学等主干课程的实践教学中,安排学生在实训室内完成,使学生在实训室内就能掌握相关课程的教学内容及手法操作。通过反复练习,强化对康复知识的理解和掌握,对康复操作技能的培养起到了很好的促进作用。在临床康复课程如神经康复学、肌肉骨骼康复学、内外科疾病康复学、儿童疾病康复学、假肢与矫形等课程的教学,则聘请附属医院康复医学科的康复医生、康复治疗师及康复工程师承担。在一些临床常见病、多发病的康复教学中,组织学生到教学医院康复科去见习或面对病人实地教学,增强学生对临床疾病的认识,加深了对疾病从诊断、评定、康复治疗的全面把握,对培养学生临床思维能力及进入临床实习奠定了基础。

为增强学生康复技能的培养,我们还开放实训室,学生可在课后到实训室进行相关技能的训练,并指定专门老师负责指导,解惑答疑。同时也会安排几个高年级的同学来指导低年级的同学进行一些技能训练。

创办康复模拟医院,进行情景教学,并按照康复治疗的优势病种分为神经康复、肌肉骨骼康复、心肺康复、儿童疾病康复等不同病区,由教师指导培训低年级的学生来扮演标准化病人。如脑卒中、脊髓损伤、骨折、关节置换术后、冠心病、COPD、小儿脑瘫、自闭症等患者,根据教学内容的需要,组织学生到不同病区进行教学。这种模拟医院的教学形式,对康复学生提高临床综合处置能力,包括从对病人的问诊开始,到对疾病的诊断、评定的方法、康复的目标、康复处方、康复治疗手段及预后转归等都得到全面系统的锻炼,为临床实习及今后的工作打下坚实的基础。

5.2 临床实践 临床实践我院分为三个部分,即社会实践、课间见习及毕业实习。学生在第一学年、第二学年暑期各安排2周到医疗机构康复医学科进行暑期社会实践。学生以生源地为主,到医疗机构进行社会实践,了解功能障碍患者或残疾人的康复诊疗过程,从而培养学生临床诊疗知识、康复评定、康复治疗技术及服务意

识。课间见习安排要求在康复专业理论学习阶段,教师结合教学内容,组织学生到教学医院进行床边教学、模拟实训、临床病例讨论等方法,加强学生对康复专业知识的掌握和实践技能的提高。在第四学年安排了45周的毕业实习,学生将严格按照康复治疗学专业实习大纲要求完成毕业实习,这其中也包含有在针灸科、推拿科、中医内科、骨伤科等中医临床科室的实习。

临床实习基地不仅是康复治疗学专业人才培养方案中一个非常重要的教学环节,也是培养合格的、高质量康复人才的必要保证。我院以附属医院为依托,并与省内几家大医院康复医学科作为临床实习基地且密切合作。我院制定有完备的康复治疗学专业实习大纲及实习计划,各临床实习基地都制定有专门的实习管理制度,由医教科负责管理并组织实施,学生按照实习大纲及实习计划要求完成毕业实习。学生除完成现代康复医学所规定的内容外,为了突出中医院的办学特色及人才培养优势,在实习大纲及计划中增加了中医传统治疗手段所占的比例,安排学生到针灸科、推拿科、中医内科、中医骨伤科等中医科室去熟悉中医诊治疾病的方法,将中医传统治疗手段与现代康复医学治疗技术有效地融合,提高对功能障碍患者诊治的疗效。承担实习的医院定期按计划给实习生进行专题授课,组织病例讨论,对实习生执行严格的出科考核制度及实习成绩评定。通过严格的临床实习,来保证人才培养的质量,为社会输送合格的、高质量、高水平的康复治疗师是每位教师所应担负的社会责任和义务,必须很好地履行。

6 结语

中国的康复医学虽然起步较晚,但在国家和政府的高度重视下,无论是康复医疗和康复教育都得到了快速的发展,正面临着难得的机遇。同时,当今国际康复界也愈加关注与重视中国传统康复的技术与理念,部分中国传统康复治疗技术已经被广泛采纳与使用^[4]。经过十余年的努力,中医院校康复治疗学专业人才培养已经取得了显著的成果,是一支不可忽视的主力军之一,为我国康复医学事业的发展做出了很大的贡献,今后的道路仍将任重而道远。

参考文献

- [1]陈立典.康复医学概论[M].北京:人民卫生出版社,2012:4.
- [2]何静杰.康复治疗学专业本科生教学的研究与探讨[J].中国高等医学教育,2008(7):61-62.
- [3]高根德,方针.中医院校现代医学课程设置研究[J].浙江中医学院学报,2005,29(2):72-73.
- [4]褚立希.中国康复治疗学教育发展的思路[C]//中国康复医学会康复医学教育专业委员会.中国康复医学会教育专业委员会换届大会暨2012第二届全国康复教育学术大会论文集.2012:347.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘自力 收稿日期:2017-11-21)

创新医院文化建设载体的实践与思考

——以思想政治工作为例

张东瑛 王亚萍

(南京医科大学附属常州第二人民医院组织科, 江苏 常州 213003)

摘要: 医院文化建设载体是医院文化内化于员工之心并外化于行的重要途径, 而创新则是在医院文化主体“人”的成长和医院发展共赢的基础之上所采取的有效举措。本文以思想政治工作为例, 通过对思想工作现状分析、载体策划思路定位、创新举措实践思考等, 立足医院实际, 积极探索总结, 以期充分利用样本人群和组织的本质特征, 达到带动和引领医院文化, 服务中心工作, 促进医院发展的目的。

关键词: 医院文化载体; 思想工作; 创新举措; 医院管理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.017

文章编号:1672-2779(2018)-04-0047-02

Practice and Reflection on Innovation of Hospital Culture Construction Carrier --Taking Ideological and Political Work as an Example

ZHANG Dongying, WANG Yaping

(Organization Department, Changzhou Second People's Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Jiangsu Province, Changshu 213003, China)

Abstract: Hospital culture construction Carrier is an important way to hospital culture internalized in the heart of the staff and outside of the line, and innovation are effective measures based on the development of win-win in the people's hospital culture and hospital to grow. In this paper, taking the ideological and political work as an example, through analyzing the present situation of ideological work carrier analysis, positioning, planning ideas innovation practice thinking, based on the actual situation of the hospital, and we actively explored the summary, in order to make full use of the essential characteristics of the sample population and organization, to drive and lead the hospital culture, service center, promote the development of hospital.

Keywords: hospital culture carrier; ideological work; innovative measures; hospital management

医院文化是医院主流意识的综合反映, 而文化建设载体则是医院文化内化于员工之心并外化于行的的重要途径^[1]。在当下公立医院改革和现代医院管理制度建设的大环境下, 作为医院文化建设主体的医院党员(干部、人才)和党组织, 在践行医院文化建设过程中具有一定的代表性和现实意义。笔者以此作为样本人群, 通过创新工作载体开展思想政治教育工作^[2], 引领医院文化, 服务个人成长, 推动组织发展。

1 现状分析

1.1 医院现状 常州市二院前身是地方康复医院, 有80年建院史, 作为地方仅有的两所三级甲等综合性医院之一, 医院体量扩张、员工人数增长、多院区分布, 医改深入等客观现状急需医院认清形势, 通过提炼文化, 统一思想行动, 凝心聚智谋发展。作为医院思想政治工作重点对象的占全院职工总数23%的近600名党员, 分布在市区南北四个院区13个在职党支部, 加上分布在全院80多个职能科和临床医技科室的近250名护士长以上管理干部、50多名博士等高层次人才, 传统的思想政治工作方式已远不能满足他们的成长发展需求。

1.2 行业现状 卫生作为救死扶伤的行业, 一直是社会及大众的关注焦点, 而医务人员作为医院工作的核心, 担负着维护患者生命与健康以及维持医院良好秩序的重要责任, 其政治思想水平决定着医院的前进与发展。然而, 在当今社会西方强势文化冲击、国内各种思潮

交织激荡、信息化对传统意识形态话语权的制约, 给转型期的卫生人带来了困惑。思想政治工作方法单一, 思维传统, 专职队伍地位弱化等业内共识问题, 是摆在我们面前需要突破解决的一个重要课题。

2 载体策划思路定位

基于党员(干部、人才)的先锋模范作用和党组织的示范引领作用特征, 通过对思想政治工作的创新探索, 丰富教育内涵, 提升受众基本素养, 引起思想共鸣, 统一行动方向。对于样本人群中的重点——党员, 我们倡导“关键岗位有党员、突击攻关有党员、困难面前有党员”, 引领树立“一个党员一面旗”的党员团队精神, 党建就是生产力的发展理念逐渐深入人心。

思想政治工作从党委层面画思想主线, 启发学习思路; 从支部层面扣专业需求, 结合工作实际; 从个人层面树优秀典型, 搭建展示平台。同时与企业、高校、医联体、乡镇等行业内外单位进行党建结对共建, 优势互补、合作共赢, 积极探索医院党建工作新思路, 通过深化多层次、经常性的思想工作工作机制, 进一步推进医院党建工作围绕中心、服务发展。

3 创新举措实践思考

我们在健全深化经常性教育工作机制、拓展思想教育载体、丰富思想工作内涵等方面不断转变理念、改进方法、探索路径, 改变传统思想教育“重灌输、轻互动”“重形式、轻载体”“重一般性需求、轻多

样化需要”“重流程设计、轻效果评价”^[3]的现象，更多地关注党员（干部、人才）主观需求、党组织内生动力、医院党建核心任务，以此增强党员意识、提高党性觉悟、发挥党员作用、凝聚党组织活力，由党内带动党外，引领正向文化，提炼医院核心价值。

3.1 确立主题 引导思考 根据医院中心工作，紧扣医院党建工作实际，每年明确一条教育主线，确立一个教育目标，贯穿全年，并分层次围绕主题开展系列教育活动，给全体党员和一线组织理清年度学习思路，让大家学习成长有方向、发展进步有目标。近年来策划的年度教育主题有“同心梦圆、聚力发展”“牢记宗旨、向我看齐”“我是党员、不忘初心”等。

3.2 专题轮训 提升认知 基于对“党员”身份的情感有待增强、党员行为方式与“党员”角色期望的匹配度尚待提高的现状，策划开展“我的政治生日”主题教育活动。围绕入党周年纪念这一通俗易懂，而又与每个党员息息相关的切入点，组织每季度一次，一年四季主题教育活动，确保每个党员在一年内轮训一次。刻意用“我”作为主体定位，使参与人员有“归属”和“担当”的心理体验，从而达到激发内升动力的活动目的。活动设重温入党誓词、我的成长分享、我的生日感言、生日礼物派送等四个环节。一改思想教育“满堂灌”的传统授课模式，关注活动前期策划，分类型、分层次，用身边人说身边事，用身边事感动身边人，使与会人员“学有参照、赶有目标”，在全院积极营造一种党员干部带头，努力向善向上，不断奋发进取的学习和工作氛围。定制印有“医院院徽和设计的活动LOGO”U盘作为礼物，从外观上看“体型小”便于携带，从内涵上看“体量大”内容丰富。精心挑选拷贝学习内容，为每人定制的《二院党员手册》，人性化的设计和选材给难以保证时段集中学习的医务党员奉上了一顿“精神自助大餐”，以期达到1+1>2的效应，让受众在真切感受组织温暖的过程中净化了心灵，启迪了心智，获得成长。

3.3 搭建平台 树立典型 我们认为，思想政治工作的内生动力源于每位受众的参与度和关注度，医院文化建设工作视野在全院，每个员工，只要立足岗位，兢兢业业，就能吸引到组织的视线，获得发出声音的机会，只有这样，广大员工才有热情关注医院发展，找到归属。为此，我们创建了“我的舞台我代言”“党员在线”“二院力量”等多媒体教育沟通平台，并先后推出了“感动的力量、智海拾贝、同心梦圆”3大专题，发布热点新闻、党内实务、典型案例、优秀人物、先进集体、思想感悟等信息，用身边人说身边事，用身边事感动身边人，用思想的声音凝聚人心、焕发组织的活力。

3.4 强化重点 分类推进 思想政治工作需要激发以点带面的“辐射”效应，抓住教育工作的重点，能达到事半功倍的效果。我们选定了新党员、新提拔党员干部、

高层次人才和（潜）学科带头人作为工作的重点，采用不同的教育理念和方式，进行有针对性的强化培育。

针对新党员（包括新职工党员和医院新发展的党员），倡导“党员”要举好“模范旗”。通过设计制作新党员手册，提升党员意识和组织归属感；通过策划开展“我与医院共奋进，医院发展我尽责”新党员三年跟踪考核，要求每一位新党员结合自身发展实际，制定“从‘心’起航”三年规划，定期梳理，对照完成，来加强新党员对自身发展的要求；通过开展“如何做有激情和担当的二院人”新党员主题教育活动，来提升新党员的责任担当。

针对管理干部，倡导“干部”要举好“奉献旗”。党员干部作为医院发展的中流砥柱，他们的一言一行将影响带动一大批职工，甚至决定着二院未来发展的方向。针对这一部分同志的教育，召开了“岗位建功，你我同行”主题大讨论，启发大家在“立足岗位、科教融合、人性服务、降本增效、质量管理、文化提升”等方面沟通互动。分享对角色转变、岗位理解、科室发展的思考和感悟。

针对高层次人才、学科带头人的教育。倡导“人才”要举好“创新旗”。创新是引领发展的第一动力，而创新驱动实质上是人才驱动，对于医院的长远发展来说，抓好高层次人才和学科带头人的示范引领作用科技强院的重中之重，我们组织策划的“党员先锋（标兵）岗”创建活动，更是激励人才、学科带头人围绕医院中心战略布局，带好团队、锐意进取、真抓实干。

3.5 项目管理 整合资源 介于多院区物理空间相隔甚远的医院发展客观需求，在党建工作项目化管理方面策划了“书记约谈日”活动，以专科发展、人才培养、新技术新项目研讨、科研项目推进、服务提升、文化建设等作为约谈内容，把我院所有有“书记”职务的党团干部作为约谈负责人，旨在提出一个有可行性的建议，开展一次有针对性的约谈，解决一个有实际意义的问题。活动推出半年，即收到申报项目32项，大家在活动过程中激荡思想、互通有无、共商共赢、协同发展。

4 结语

近年来通过对思想政治工作方法及载体的创新探索，在丰富思想工作教育内涵、增强教育受众认可度、提升党员表率作用、团队精神倡导等方面取得了一定的实效，“爱院、爱岗、爱人，敬业、勤业、精业”的二院精神，在过程中被赋予了新的内涵，润物细无声的思想政治工作在医院文化建设中发挥着她所特有的潜移默化作用。

参考文献

- [1]杨丽丽.新医改背景下综合类公立医院文化载体研究——基于5家医院管理类期刊的研究[J].科教导刊(中旬刊),2014(11):210-211.
- [2]王伟平,纪翠萍.运用医院文化载体创新思想政治工作[J].青岛医药卫生,2005,37(4):302-304.
- [3]刘虎,陈旭.以立项方式加强和改进高校党内主题教育的思考[J].学校党建与思想教育,2010(34):38-39.

(本文编辑:李海燕 本文校对:居正 收稿日期:2017-11-23)

中医药科研实验室的安全管理探讨

陈丽娟 贾连群 杨关林

(辽宁中医药大学中医藏象理论及应用教育部重点实验室·辽宁省中医转化医学研究中心, 辽宁 沈阳 110847)

摘要:随着社会的发展与科学技术的进步,如何将中医药标准化、国际化已经成为当今中医药事业的一大议题,与此同时,作为培养高质量中医药技术、科研人员的中医药实验室的建设日益受到广泛重视。越来越多的中医药科研实验室建设,使得实验室的安全问题逐渐凸显,如何最大程度地减少中医药科研实验室安全隐患,保证实验室的安全是中医院校乃至社会各界的重大议题。本文从中医药科研实验室特殊性、实验室主要安全隐患以及如何建设完善的中医药科研实验室管理体系等多个方面进行探讨,以期中医药科研实验室的安全管理提供新思路。

关键词: 科研实验室; 安全; 实验室管理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.018

文章编号:1672-2779(2018)-04-0049-03

Discussion on the Safety Management of Traditional Chinese Medicine Research Laboratory

CHEN Lijuan, JIA Lianqun, YANG Guanlin

(Key Lab of Ministry of Education for TCM Viscera-State Theory and Applications, Ministry of Education of China

(Province-Ministry Co-construct), Liaoning University of Traditional Chinese Medicine Liaoning Province Translational

Medicine Research Center of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

Abstract: With the development of the society and the progress of science and technology, how to standardization and internationalization of traditional Chinese medicine has become a hot topic in today's medicine, at the same time, as training high quality technology, scientific research personnel of traditional Chinese medicine research laboratory construction is becoming more and more widely attention. A growing number of traditional Chinese medicine research laboratory construction, the security problem of laboratory highlights gradually, how to reduce to a great extent of traditional Chinese medicine research laboratory safety hidden danger, ensure the safety of laboratories is the colleges and universities of traditional Chinese medicine, and even major issues of the social from all walks of life. Particularity based medical research laboratories, laboratory major safety concerns, and how to construct perfect Chinese medicine research laboratory management system and so on several aspects were discussed, so as to provide new way of traditional Chinese medicine research laboratory safety management.

Keywords: traditional Chinese medicine research laboratory; safety; laboratory management

作为培养中医人才基地和摇篮的中医院校,肩负着培养中医创新型人才,振兴中医的历史使命。为培养高质量的中医药科研技术人员,强化中医药科技创新平台建设,越来越多的中医院校建设科研实验室,中医药科研实验室迎来了良好的发展契机^[1]。随着进入实验室学习的中医药科研人员及医学生逐年增长,实验室所承担的工作量日益增大,实验室安全问题已经成为一个不可忽视的课题^[2]。实验室的建设、使用是一把“双刃剑”,它推动中医药的不断发展,为中医药的标准化、国际化做出重大贡献,但由于个别工作人员和学生缺乏安全意识,学校对实验室管理机制的构建不够全面,对安全隐患重视不足等因素,导致实验室安全事故频发,危害中医药学生乃至高质量科研人员的人身安全。此外,中医药科研实验室涉及诸多人类疾病的病原、病因、机理的研究以及疾病预防、诊断、治疗、康复、保健等科学研究,在此过程中产生诸多医学实验室废物,加之实验室中常有技术不熟练的科研工作者或者中医院校学生,医学实验室废物处理不当,会直接污染环境,也会对人类造成直接或间接的严重危害。近年来高校安全形势对此类实验室安全问题提出了更高的要求^[3],因此探讨中医药科研实验室的安全管理如下:

1 中医药科研实验室目前的管理现状及存在的安全隐患

1.1 中医药科研实验室安全文化氛围缺失 安全意识不足

根据相关研究显示^[4],目前我国实验室的安全管理普遍存在“说起来确实重要、忙起来可以不要、干起来要往后靠、出事才知真重要”的被动局面,中医药科研实验室作为起步较晚的实验室同样面临这一问题,而造成这一局面的首要因素是实验室安全文化的缺失,安全意识的薄弱。

对于中医院校管理层人员而言,大部分人重视教学科研,轻视安全工作,将有限的科研经费用于更容易提升科研水平,创造价值上,如引进高端人才、购置实验试剂或仪器设备等,远比用于实验室安全设施建设或安全设备的购置更能有效提升高校的知名度。换言之,中医院校有足够的知名度,足够高的学术水平才可以更好的立足。在这样的思维定式下,中医院校管理层人员愈加重视高质量中医人才的培养,中医药科研成果的产出,而在安全工作上不断放松警惕,日积月累,中医药科研实验室安全隐患不断地增加,最终引发重大安全事故。

由于对实验室安全工作缺乏重视,中医院校也会在很大程度上忽略对科研人员及医学生安全文化氛围的培养。实验室安全文化氛围的营造有所欠缺,实验

室安全教育形式单一,安全观念的培养和梳理缺乏有效途径,科研人员及医学生的安全价值观、责任感和使命感不强^[4],这些均导致中医药科研实验室使用人员安全意识薄弱,为实验室安全埋下重大隐患。

1.2 中医药科研实验室安全管理体系不完善 一个实验室安全管理体系的建立和完善与否是医学高校实验室安全管理工作成熟的标志。该安全管理体系主要体现在专业的安全管理人员团队、安全管理设施、安全管理条例以及安全管理宣传教育等多个方面。中医药科研实验室普遍存在以上一方面或多方面的安全隐患。

建立一支责任心强、业务素质高的安全管理人员队伍是做好实验室安全管理工作的必要条件^[5],但实际上多数中医院校没有专业的实验室安全管理人员,更有甚者,有些高校认为科研实验室的安全工作就由学校保卫处和实验室处负责,没有健全的安全管理团队,管理机构参差不齐、职责不统一、职能交叉、多头管理的现象比较突出,势必在安全管理上存在漏洞,安全管理信息不能及时上传下达,安全责任不能落实到个人,安全检查不及时,久而久之,便给安全隐患提供了舒适的温床供其滋生。

中医药科研实验室的安全保障除了需要一支优秀的安全管理团队,还需要完善的安全管理设施,正如古语所言“巧妇难为无米之炊”,在没有完备的安全管理设施的前提下谈安全管理无异于天方夜谭。由于最初的安全管理意识淡薄,经费紧张等多种原因,很多中医药科研实验室在建立初期便缺乏对实验室安全管理设施的规划,这对实验室安全而言无异于“硬伤”,如实验室无统一的有毒、有害气体净化处理设备,若实验产生的废气直接排放到大气中,会造成环境污染等;也有因经费不足,试验场地小所造成的安全通道堵塞,实验设备摆放达不到安全距离,环保设施不满足要求,又或因为安全意识不够所导致的没有在适当位置设有紧急呼叫、报警设备、紧急喷淋设施和其他急救设施等。再加之中医药科研实验室存在人员流动性大,进入实验室的诸多医学生处于学习阶段,实验技术不熟练等诸多特点,这些均使实验室的安全面对严峻的考验。为使中医药科研实验室安全管理有章可循,安全检查有法可依,每一所中医院校都应该具有完善详尽的科研实验室管理条例。而事实上,国内很多中医药科研实验室没有完善的实验室安全管理条例,即使有健全的规章制度,但具体落实措施的可操作性和持久性凸显不足,执行不力,导致“有法不依,执法不严”。张玉汝等^[6]在高校实验室的安全隐患调查中以广东省高校为例指出,虽然从政府到高校均具备相对完善的实验室安全管理条例,但在执行过程中仍有诸多安全死角,例如进入实验室的学生技术不过关,安全意识淡薄;实验室没有系统的实验室安全培训,管

理人员与学生对待安全均不能给予足够的重视等。

以上诸多原因,再加之中医院校扩招,国家重视中医科研成果产出等,实验室紧张甚至超负荷运转的情况非常突出,导致实验室的安全管理制度更难落到实处,不利于实验室安全运行^[7]。

1.3 中医药科研实验室理化生物安全隐患较多 中医药科研实验室不同于其他高校实验室,它是医学科研工作开展科研工作和医学生动手实践的主要场所,配备了很多药品、试剂、仪器设备等。除了与其他实验室所共有的化学危害、物理危害以外,还具有其特殊的生物危害。其中化学危害主要包括教学科研所需要的大量强酸、强碱类具有强腐蚀性的物品、有毒害的化学试剂、有机磷农药类、有毒害的药品以及乙醇等易燃易爆品或金属汞等挥发性强的化学药品。物理危害主要包括用水、用火、用电时操作不当造成引发烧伤、火灾、爆炸和触电等意外事故,或是使用液氮罐、高速离心机、高压氧气罐等仪器设备时操作不当引发机械伤害,以及一些辐射危害。生物危害是医学高校实验室特殊的安全隐患,主要指动物咬伤引起的疾病传播,细菌、病毒、真菌等微生物引发的各种感染、过敏、中毒,寄生虫感染以及动物实验用过的实验动物不进行无害化处理对环境等造成的影响等。

以上这些安全隐患均长期存在于中医药科研实验室,一旦发生将给实验人员人身安全、高校发展等带来巨大的危害。

2 中医药科研实验室针对安全隐患的具体措施

据相关文献研究,加强师生安全教育、加强安全检查与整改、加强安全投入、完善实验室安全管理体系等,是我国高等院校实验室普遍需要改进的问题^[8-9]。针对以上中医药科研实验室存在的安全问题,我们应该结合中医院校特点,借鉴国内外先进实验室的安全管理模式,不断更新安全管理体制和思想,树立“以人为本,安全第一,预防为主”的方针^[10],不断总结完善中医药科研实验室安全管理措施。笔者通过总结分析提出以下具体措施。

2.1 完善实验室安全管理设备,建立实验室准入体系 中医药科研实验室的安全管理应从源头抓起,其规划与设计应在保证安全的前提下进行。中医院校相关领导应当充分认识实验室安全的重要性,增加资金投入,对旧的实验室进行水电路改造,确保水电安全;在指定位置增设“三废”配有统一标示的回收容器,确保废液、废渣、实验耗材等废弃物可以统一收集,分类存放,并有专人管理,定期由学校交给有资质的环保公司统一处置。对于新建立的实验室,在设计初期一定要请专业的设计团队合理设计,确保水电安全,建立统一的污水处理系统,空气净化系统,符合实验室建立的相关规定。

同时在实验室建设门禁管理系统、红外安防及监控系统等,对实验室及危险物品实行24 h监护,防止外人接触和进入实验室,杜绝危险物品的流失和不正当使用。在半封闭式管理的前提下,中医院校要建立实验室准入培训的长效机制,实验室的“开放”是建立在行之有效的实验室安全教育系统,严格执行实验室安全准入制度上的。对进入实验室的科研工作人员或者医学生,均要求学习,培训,并通过考试。具体实施方式如下:(1)利用现代网络信息技术建立实验室安全管理题库和考试系统,要求进入实验室的人员必须学习题库内容,并自行考试,考试成绩合格后方可申请进入实验室。(2)进入实验室的人员需在实验室管理人员的安排下进行统一培训,并发放实验室准入证明。(3)实验室内的实验仪器在使用前需要网络申请,对于科研工作者,进入实验室时统一基础分数,根据其在实验过程的表现加减相应分数,高于某一分数时可优先使用仪器,低于某一分数时不再被允许进入实验室;对于医学生,可将在实验室的表现纳入学分教育或实验教学和实践活动前的必修课内容,进而约束学生时刻注意实验室安全。(4)实验室管理人员对进入实验室的人员采取不定期安全知识考核,不合格者需暂离实验室重新进行安全学习,重新通过考试后方能再进入实验室。

2.2 建立完整的中医药科研实验室安全管理团队,培育良好的实验室安全环境文化 由于医学高校实验室的安全隐患的特殊性,无论是高校保卫处还是实验室的管理人员,都无法兼职完成其安全管理问题,故而,建立一支责任心强、业务素质高的安全管理人员队伍是做好实验室安全管理工作的必要条件^[9]。该团队应由中医院校主管领导和实验室主任组成一级安全管理层,实验室安全管理专职人员和科研课题负责人或医学生导师组成二级安全管理层,科研工作人员和医学生组成三级安全管理实施层。建立紧密结合的“校、实验室、实验主体人员”的三级安全管理模式,逐步完善中医药科研实验室安全管理机制,长效监督机制,并逐级签订安全责任状,实行安全责任制,将安全责任明确到人,做到“横向到边,纵向到底”的安全管理框架,坚持“安全第一,预防为主”的方针,确保实验室安全工作万无一失。

在完善安全管理团队的前提下,更要营造良好的实验室安全氛围,使安全意识逐步深入人心,使安全常态化。具体措施如下:(1)在每层实验室门禁处设立“安全角”,编写印发实验室安全技能手册、宣传单等放于此,引导进入实验室的人员查阅观看,做到“安全知识随手看”。(2)定期组织安全讲座或观看安全纪录片,从情感、道德上影响进入实验室人员,提高他们的安全素养,增强其责任感和使命感,变被动

接受为主动学习安全知识。(3)在走廊或者各个实验室门前制作安全宣传画和安全责任门牌,提示安全操作和实验室内的风险源及控制方法等。(4)为每一台仪器建立完善的SOP,规范化操作,避免因操作不规范酿成安全事故,引发不必要的损失。

2.3 完善实验室安全管理条例,安全管理宣传教育等 通过学习国内外先进的安全管理模式,根据自身实验室特点不断补充完善的实验室安全管理条例,并制作画板张贴条例于实验室明显位置,方便每一位进入实验室的人员都能看到。与此同时,更重要的是安全条例的下达工作,谨防安全条例成为摆设。可从学校层面印发规范的《中医药科研实验室安全管理条例手册》,对于科研工作者,组织其学习该手册,与准入制度并行,强调该手册重要性,要求每一位进入实验室的科研工作者熟知其中内容。对于中医院校学生,可开设实验室安全常识选修课,凡是要进入实验室学习的医学生必须选修该课程并达到合格;也可以通过校园广播,实验室开放日等形式在日常生活中向学生传递实验室安全管理的重要性,耳濡目染地改变学生对安全管理不够重视的态度。

3 结语

安全无小事,中医药科研实验室的安全管理是一项长期而持续性的工作,它关系着中医药研究标准化、国际化的进程,关系着中医药理论和技术方法的继承和创新,关系着科研人员的生命健康。社会及中医院校必须坚持“以人为本,预防为主”的实验室安全建设理念,提高科研人员和医学生的安全素质和安全意识,减少安全事故的发生,保障实验工作者的人身财产安全,打造中医院校安全、健康的实验室环境,为培养更多更优秀的中医药创新人才提供坚实后盾。

参考文献

- [1]游志恒,郝新莲,葛林.中医院校实验室安全工作的分析与探索[J].中国现代教育装备,2012(5):42-44.
- [2]孙立权,范强锐,陆捷.加强高等学校实验室安全管理的几点思考[J].现代科学仪器,2008,11(2):126-129.
- [3]张志强,李恩敬.高等学校实验室安全教育探讨[J].实验技术与管理,2011,28(1):186-188.
- [4]李丁,曹沛,王萍,等.高校实验室安全管理体系构建的探索与实践[J].实验室研究与探索,2014,33(3):274-277.
- [5]杨玉强,李维卫,梁建光,等.综合型大学大型仪器设备共享平台的设计[J].实验技术与管理,2008,25(3):162-164.
- [6]张玉汝,王敬华.高校实验室的安全隐患与规制对策—以广东省高校医学实验室为例[J].东莞理工学院学报,2014,21(6):98-102.
- [7]刘照同.高等学校实验室安全探讨[J].实验技术与管理,2005,22(4):112-114.
- [8]方莹,赵旒.高校实验室安全工作的思考与实践[J].实验室研究与探索,2013,32(8):486-488.
- [9]刘义全,鲍洪刚,宋世军.高校实验室安全管理问题的思考[J].实验科学与技术,2012,10(1):173-175.
- [10]汪晓军,王晓欢.医学实验室安全管理的探讨[J].海峡预防医学杂志,2014,20(3):71-72.

(本文编辑:李海燕 本文校对:袁东超 收稿日期:2017-06-09)

体质调节法在痰湿质缺血性中风患者 二级预防中的临床研究[※]

肖科金 郑庆丹 高兆玉 朱胜华 蔡超群*

(岳阳市中医医院脑病二科, 湖南 岳阳 414000)

摘要:目的 评价体质调节法在痰湿质缺血性中风患者二级预防中的疗效。方法 将170名痰湿质缺血性中风患者随机分为2组, 治疗组86例采用体质调节法予拜阿司匹林肠溶片+二陈汤颗粒剂治疗, 对照组84例采用拜阿司匹林肠溶片治疗, 观察复发率、病死率及Barthel指数、NIHSS量表、中医体质分类与判定表等指标, 比较2组的疗效。结果 治疗组在复发数、病死数及Barthel指数、NIHSS量表、中医体质分类与判定表等指标上与对照组相比, 效果更佳, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 体质调节法应用在痰湿质缺血性中风患者二级预防中确有疗效, 值得进一步研究推广。

关键词: 缺血性中风; 体质调节法; 痰湿质; 二级预防

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.019

文章编号:1672-2779(2018)-04-0052-03

Clinical Study on Constitution Regulation Method on Secondary Prevention of Phlegm-dampness Ischemic Stroke

XIAO Kejin, ZHENG Qingdan, GAO Zhaoyu, ZHU Shenghua, CAI Chaoqun

(Encephalopathy Department, Yueyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hunan Province, Yueyang 414000, China)

Abstract Objective To explore the clinical effect of constitutional regulation method on secondary prevention of phlegm-dampness ischemic stroke. **Methods** 186 patients with ischemic stroke of phlegm-dampness were randomly divided into two groups. The treatment group of 86 cases was given Aspirin enteric-coated tablets and Erchen decoction granule. The control group was treated with Aspirin enteric-coated tablets. The recurrence rate, fatality rate, Barthel index, NIHSS scale, constitution classification and decision list of traditional Chinese medicine were compared between the 2 groups. **Results** The treatment group was superior to the control group in the recurrence rate, fatality rate, Barthel index, NIHSS scale, constitution classification and decision list of traditional Chinese medicine. The difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Constitutional regulation method on secondary prevention of phlegm-dampness ischemic stroke has significantly clinical effect. It is worthy of further study and promotion.

Keywords: ischemic stroke; constitutional regulation method; phlegm-dampness constitution; secondary prevention

脑梗死又称缺血性卒中, 是一种严重危害人类健康和生命质量的疾病, 其不仅致残率高、患病率高, 且具有较高的复发可能, 而再发性脑梗死更会进一步降低患者的生活质量, 增加患者的死亡风险, 因此, 脑梗预防的重要性就显而易见了。

中医早已提出了“治未病”的思想, 而体质作为中医基础理论的一个探索分支, 自从被提出以来, 就为疾病的预防、治疗带来了新思路。不同的体质与疾病之间的易感和趋向性是值得我们进一步研究的。

因此, 笔者试从中医体质切入, 应用体质调节法对痰湿质缺血性中风患者进行干预调节, 研究表明体质调节法对卒中二级预防确有积极作用, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 186例均为湖南中医药大学附属岳阳医院神经内科2014年1月—2016年12月门诊患者。随机分为2组, 治疗组93例, 年龄40~72岁, 平均56.22岁, 病程最短1个月, 最长2年, 平均(7.44±2.32)月; 对照组

93例, 年龄42~78岁, 平均58.48岁, 病程最短2个月, 最长2年, 平均(8.03±3.94)个月。2组病例在年龄和病程分布上具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 脑梗死诊断标准(参照2007年《中国脑血管病防治指南》^[1])。(1)临床特点: ①多数在静态下急性发病, 动态起病者以心源性脑梗死为多见, 部分病例在发病前可有短暂性脑缺血发作。②病情多在几小时或几天内达到高峰, 部分患者症状可进行性加重或波动。③临床表现决定于梗死灶的大小和部位, 主要为局灶性神经功能缺损的症状和体征。(2)辅助检查: ①血液检查。②影像学检查: 头颅计算机断层扫描(CT)、头颅磁共振(MRI)、弥散加权成像(DWI)、灌注加权成像(PWI)、经颅多普勒超声(TCD)、血管影像、磁共振血管成像(MRA)、CT血管成像(CTA)等。

1.2.2 中医诊断标准

1.2.2.1 中风病中医诊断标准 参照1996年国家中医药管理局《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[2]制定。(1)主症: 神志昏蒙、偏瘫、偏身感觉异常、言语謇涩或不语、口舌歪斜。(2)次症: 头痛、饮水发呛、瞳神变

※ 基金项目: 湖南省中医药科研计划立项项目[No.2015150]

* 通讯作者: caichaoqun690@163.com

化、眩晕、共济失调、目偏不瞬。(3)急性起病，多有诱因，常有先兆症状。(4)发病年龄多在40岁以上。具有2个(含2个)主症以上或1个主症、2个(含2个)次症以上，结合(3)、(4)项即可确诊；或结合影像学检查确诊。

1.2.2.2 痰湿质诊断标准 痰湿质评分大于40分(参照中医体质分类与判定表)。

1.3 排除标准 (1)后循环梗死(POCI)、进展性卒中、短暂性脑缺血发作、脑梗死后脑出血以及脑动脉炎患者。(2)由风湿性心脏病、脑寄生虫病、脑肿瘤、脑外伤、冠心病及其他心脏病合并房颤而引起的脑栓塞患者。(3)有出血倾向者或3个月内发生过严重出血者。(4)糖尿病合并其他严重并发症。(5)合并未控制的高血压或其它严重肝、肾、造血及代谢系统疾病者。(6)谷丙转氨酶、谷草转氨酶≥正常值上限的1.5倍，肌酐>正常值上限。(7)妊娠、哺乳期妇女。(8)过敏体质及对本药成分过敏者。(9)正在参加其他试验或参加其他药物试验结束未超过3个月者。

1.4 治疗方法 治疗组：予拜阿司匹林肠溶片(100 mg，每晚服用)+二陈汤颗粒剂(由法半夏3 g，橘皮3 g，茯苓2 g，炙甘草1 g，生姜3 g，乌梅1 g)冲服，每日1次；对照组：对照组用药：予拜阿司匹林肠溶片(100 mg，每晚服用)。在本试验药物治疗中风病的疗程中，不得使用其他治疗本病证的中西药物；如疗程中伴有感染、高血压、高血糖及高脂血症等，均可予常规处理，例如合并高血压病者可予降压药，糖尿病患者予降糖药物，高脂血症者予降血脂药。

1.5 观察指标 (1)Barthel指数的评分；(2)美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)评分变化；(3)中医体质分类与判定表；(4)患者复发数；(5)患者死亡数。

1.6 统计学方法 采用SPSS 20.0处理，计数资料比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组及对照组分别有7例、9例自行退出。故治疗组及对照组有效病例为86例、84例。治疗组复发6例，死亡2例；对照组复发12例，死亡5例，2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者复发数及死亡数比较 (例)

组别	例数	复发数	死亡数
治疗组	86	6	2
对照组	84	12 ¹⁾	5 ¹⁾

注：与治疗组比较，¹⁾ $P<0.05$

剔除死亡及复发患者，治疗组与对照组经治疗后Barthel指数较前增加，NIHSS量表评分较前降低；与对照组相比，治疗组Barthel指数增加更明显，NIHSS量表评分降低更显著，差异有统计学意义($P<0.05$)。结果见表2。

表2 2组患者Barthel指数及NIHSS量表评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	Barthel指数	NIHSS量表
治疗组	78	治疗前	46.31±12.54	14.55±6.78
		治疗后	72.73±9.19 ¹⁾	6.12±5.74 ¹⁾
对照组	67	治疗前	44.99±14.51	15.25±7.10
		治疗后	61.26±10.47 ¹⁾²⁾	9.83±5.22 ¹⁾²⁾

注：与治疗前比较，¹⁾ $P<0.05$ ；与治疗组比较，²⁾ $P<0.05$

治疗组及对照组在治疗后再次行中医体质分类，治疗组中平和质26例，痰湿质33例；对照组中平和质6例，痰湿质49例；结果显示体质调节确可改变部分患者体质，差异有统计学意义，具体见表3。

表3 2组患者治疗后体质分类比较 (例)

组别	例数	平和质	痰湿质	其他
治疗组	78	26	33	19
对照组	67	6 ¹⁾	49 ¹⁾	12

注：与治疗组比较，¹⁾ $P<0.05$

3 讨论

体质与人的先天禀赋和后天环境密切相关，是个体在发育过程中形成相对稳定和持久的状态，同时又具有一定的可调性。体质在生命中的各个方面都有着不可替代的作用，在健康状态下，其具有着抵御疾病、适应环境的作用，而在病理状态下，其又有着某些疾病的易感性和倾向性^[3-4]。体质与疾病的发生发展有着极为密切的关系，现代研究^[5-6]认为主要体现在以下几点：(1)疾病的倾向性和易感性，即不同的体质对不同的致病因子敏感性不同，因而在相同环境下体质影响着疾病的发病与否；(2)发病后的病理变化规律，即发病后疾病是否转变、如何转变均与体质特征相关，疾病的阴阳虚实寒热，也需以体质为基础；(3)疾病的转归和预后。同时，在疾病和环境的影响中，体质也潜移默化地在原有基础上调整、改变。因此，体质与疾病是相互影响、相互作用的。

痰湿体质作为中医体质分型中的一种，是结合中医传统文献和现代临床观察总结而得的理论成果。钱彦方^[7]通过对中医基础理论及经典文献的总结归纳，指出早在《黄帝内经》中就有了对肥人、脂人、膏人等不同体质的特征性阐述，其也被认为是最早对痰湿质的记载。宋代杨仁斋提出：“肥人气虚生寒，寒生湿，湿生痰，故肥人多寒湿。”这是对肥人多气虚、多寒湿特性的最早描述。朱丹溪在前面理论基础衍生出“肥人多痰湿之体”的观点，并在《格致余论》中写道“肥人多痰饮”“肥白人多湿”，准确描述了痰湿质生理病理特性。现代研究中进一步提出了痰湿体质的定义，是以水液内停、痰湿凝聚、黏滞重浊为主要特征的状态。痰湿质患者多嗜食肥甘厚味，加之体胖动少、脾气亏虚，易致痰气内蕴，一旦感受外邪，则邪随痰化，痰湿壅滞，涩阻脉络，气血不畅而化瘀，“邪气反缓，正气即急，正气引邪，喎僻不遂”，发为中风。现代病理生

理研究也显示了痰湿质与脑梗塞的发病有着密切联系。王琦等^[9]指出痰湿体质存在微循环障碍；苏庆民等^[10]则发现痰湿体质人群的血脂、血糖及胰岛素水平均较其它人显著升高；相关研究^[10-13]明确了痰湿质在脑梗塞发病中的倾向性，显示痰湿患者更易发生中风。因此，痰湿体质是脑梗塞发病的一个重要体质基础。

中医体质学自成立以来就提出了“体质可调”^[14]这一关键性观点，为众多疾病的防治提供新思路和新方法。体质是由先天禀赋及后天养成共同作用形成的一个相对稳定的状态，但在每个个体的生命过程中，由于外在环境、自身素质等众多因素的作用，体质也在时刻进行着改变和调节，以适应周围的变化。因此，体质处于一个动态稳定的状态，通过药物或其他外在治疗手段是可以调节各类体质的偏颇状态，以达预防疾病、改善预后的作用^[9]。因此通过改变痰湿体质对卒中等相关疾病的易感性和倾向性来达到预防疾病是可行的。本研究即通过体质调节法改善痰湿质人群体质，判断其对脑梗塞二级预防的作用。二陈汤是调节痰湿体质主方，主要有理气健脾、燥湿化痰的作用。古人用二陈汤为治痰湿通用者，如《本草纲目》用其呕啰反胃、除湿痰饮，《古今名医方论》应用二陈汤治肥盛之人，湿痰为患。方中半夏功专燥湿祛痰，痰湿停聚必阻滞气机，脾虚不运亦致气滞不行，配以陈皮理气化痰，二者皆以陈旧者佳，除痰不留热，行气不伤正。茯苓、炙甘草健脾祛湿，生姜降逆和胃，加以乌梅收敛固涩，以杜生痰之源，收散相辅，诸药合用，方奏调节体质之功。

本研究通过调节痰湿质患者体质来观察其预后及

脑梗再发情况，显示其确有疗效，借此说明中医体质理论运用于临床的可能性及可行性。体质调节法即通过改善人类体质，来促进疾病的预后，预防疾病的发生，确实值得我们中医人进一步探索研究，亦为卒中二级预防提供新思路。

参考文献

- [1]中国脑血管病防治指南编写委员会.中国脑血管病防治指南[S].北京:人民卫生出版社,2007.
 - [2]国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[S].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
 - [3]匡调元.人体体质学——中医学个性化治疗原理[M].上海:上海科技出版社,2003:40.
 - [4]王琦.中医体质学[M].北京:中国中医药科技出版社,1999:70.
 - [5]尤劲松,黄培新.从体质学说及遗传基因多态性研究中风病证候浅析[J].中医药学刊,2004,22(8):1494-1496.
 - [6]张洪钧.中医学“未病”概念的探讨[J].天津中医药,2008,25(4):307-308.
 - [7]钱彦方.肥人痰湿体质学说的形成及现代研究[J].陕西中医学院学报,1996,19(3):5-7.
 - [8]王琦,叶加农.肥胖人痰湿型体质的血液流变学及甲皱微循环研究[J].中国中医基础医学杂志,1995,1(1):52-54.
 - [9]苏庆民,王琦.肥胖人痰湿型体质血脂、血糖、胰岛素及红细胞Na⁺-K⁺-ATP酶活性的检测及特征[J].中国中医基础医学杂志,1995,1(2):39-41.
 - [10]杨国防,贾翔,董旭辉,等.中风患者痰湿质与发病症候的相关性研究[J].中国医药指南,2008,6(24):257-259.
 - [11]张云云,张海梅,郭德莹,等.168例缺血性脑卒中患者体质特点研究[J].上海中医药杂志,2008,42(2):31-34.
 - [12]蒋宏杰,骆斌.不同体质类型脑血栓患者血液流变学、微循环观察分析[J].安徽中医临床杂志,2002,14(4):155-156.
 - [13]柳琳,蔡三郎.浅析中医体质学说与亚健康状态[J].中医药导报,2007,13(7):9-10.
 - [14]王琦.中医体质三论[J].北京中医药大学学报,2008,31(10):653-655.
 - [15]张惠敏,李英帅,王济,等.基于“体病相关-体质可调”理论的慢病防控方法学探讨[J].中华中医药杂志,2015,30(6):2070-2072.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:蒋 葵 收稿日期:2017-11-10)

系统论解读疾病认识身体智慧[※]

张 艳

(漯河医学高等专科学校基础部,河南 漯河 462002)

摘要: 首先叙述系统论及其特点,然后通过对“疾病”二字的说文解字,体现生命是具有时间维度的动态性以及空间、时间和功能有序性的自组织系统。结合病理学课程内容,分别从生理性自组织维持健康功能、病理性自组织是机体委曲求全的自我保护、发生疾病时,机体强大的自我修复力,三个方面详细阐述生命的强大自组织性,从中认识身体智慧。

关键词: 系统论; 疾病; 智慧; 病理生理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.020

文章编号:1672-2779(2018)-04-0054-03

Analyzing the Disease and Body Wisdom from System Theory

ZHANG Yan

(Department of Basic Medical Science, Luohe Medical College, Henan Province, Luohe 462002, China)

Abstract: Firstly, the system theory and its features were described, then the word "disease" embodies that life is a self-organized structure of temporal dynamic property and order in space, time and function. In combination with the course content of pathology, it elaborates the strong self-organization of life, so as to realize the wisdom of the body. It presents from the following respects: physiological self-organization maintaining health, pathological self-organization being the self-preservation of the body and the strong healing energies to disease.

Keywords: system theory; disease; wisdom; pathophysiology

1 系统论

系统一词来源于古希腊语,指由若干要素以一定

结构形式联结构成的具有某种功能的有机整体。在这个定义中包括了系统、要素、结构和功能四个概念,表明了要素与要素、要素与系统、系统与环境三方面的关系。

※ 基金项目:河南省医学教育教学改革与研究项目[No.Wjlx2015140]

奥地利生物学家冯·贝塔朗菲是第一位探索系统普遍规律的科学家。1968年他在其著作《一般系统论》中对“系统”做了概述：提出系统包含要素与要素、要素与系统、系统与环境三方面的关系，而且具有时间维度的动态性以及空间、时间、功能上的有序性。

2 “疾病”二字字里藏医，体现生命是功能强大的自组织系统

2.1 解读“疾病”二字 病理学侧重从形态学角度研究疾病的发生发展规律，因此先对“疾病”二字进行剖析。“疾”是会意字，甲骨文字形，病字框内的矢指人中箭，是“有的放矢”的矢，说明“疾”是有靶标的、是可见的，因此针对的是形体出现的问题^[1]。又段玉裁《说文解字注》：“矢能伤人，矢之去甚速，故从矢会。”本意指急性病。一般说来，邪气盛正气也足时，发病快、病势急，但好得也快。来势急去得快，称之为疾^[2]。综合而言，“疾”指身体出现的急性病。

“病”是象声词，病字框中出现丙字，结合天干、五行、五脏之间的关系，丙对应为阳火，而火对应为心，因此“病”针对的是心理出现的问题^[3]。“病”于段玉裁《说文解字注》：“析言之则病为疾加，浑言之则疾亦病也”^[4]。也就是说，病是急性转为慢性的疾病，或者是深部的、不容易治疗的疾病。因此，躯体病、急性病称为“疾”，而心理精神功能障碍方面的或深部的、不容易治疗的疾病称为“病”。当然身与心是相互影响、互为一体的，所以就组成了词语“疾病”，契合了当今的生物-心理-社会医学模式。

可以看出，古人在造字时已经把身体看做一个系统，而且研读古文时发现，古人很注意“疾”和“病”使用分寸。如大家广为熟悉的《扁鹊见蔡桓公》，蔡桓公病情依次为“君有疾在腠理，不治将恐深”“君之病在肌肤，不治将益深”“君之病在肠胃，不治将益深”“在骨髓，司命之所属，无奈何也”。病情的发展体现了生命是具有时间维度的动态性以及空间、时间和功能有序性的系统。

2.2 生命是功能强大的自组织系统 如果一个系统靠外部指令而形成组织，就是他组织；如果不存在外部指令，系统按照相互默契的某种规则，各尽其责而又协调地自动地形成有序结构，就是自组织。自组织现象使游离态的混沌物质通过自组织运动产生有序的生命运动。如果在一个特定环境下，存在自组织现象，那么这个特定环境就存在生命现象。

新陈代谢是生物体最基本的特征，也是生物与非生物最本质的区别。自组织系统具有开放性，人体无时无刻不在与外界进行物质、能量和信息的交换，从环境中吸取有序能，并向环境排出系统在代谢过程中

产生的无序能，唯有如此才能得到维持生命活动必需能量，才能表现出生长发育、生殖、遗传变异、刺激反应、适应性等生命活动的基本特征。而系统内的无序能又可以用熵表达。因此，生命在系统开放的前提下使整体系统成为减熵和有序能增加的过程。在系统内有序能达到一定程度时系统就会自发地转变为在时间、空间和功能上的有序状态，产生一种新的稳定的有序结构。这就是生命的自组织性^[5]。

3 病理学课程内容体现生命的强大自组织性

3.1 生理性自组织，维持健康功能 机体内细胞和组织经常受到内外各种环境因素的影响，并通过自身的反应和调节机制做出反应，这种反应不仅能保证细胞和组织的正常功能，还能促进人体更加和谐地与环境共处，与时俱进。这种反应称为适应。生理性自组织是指为适应环境所形成的组织结构上的重建，这种重建不会影响生命功能的其他方面，从而使机体有更高的内稳态水平，是促进健康性质的自组织，是应该充分运用的功能^[6]。适应在形态学上可表现为萎缩、肥大、增生和化生。以其中的萎缩、肥大和增生为例来说明自组织系统自发地走向“目的点”功能在维持健康方面的体现。

3.1.1 萎缩 发育正常的实质细胞体积变小或伴数量减少，致器官或组织缩小称萎缩。萎缩的细胞体积变小源于细胞器减少，这样可以减少细胞对氧和代谢物质的需求，以适应降低了的血液供应、神经内分泌刺激和工作负荷。如女性绝经后卵巢、子宫、乳腺开始萎缩，老年人几乎所有器官都发生不同程度的萎缩，以适应降低了的新陈代谢。恶性肿瘤晚期等耗竭性疾病导致的全身性营养不良时，通常脂肪组织首先发生萎缩，其次是肌肉，再次是肝、脾、肾等器官，而心、脑的萎缩发生最晚，体现了机体舍末保本的自我保护机制。

3.1.2 肥大和增生 组织或器官内实质细胞的体积增大、数量增加分别称为肥大和增生。肥大的基础是细胞器增多，相应地做功增加，代谢和功能均增强。对于细胞分裂增殖能力活跃的组织细胞如子宫、乳腺等，其体积增大可以是肥大和增生的共同结果。如妊娠子宫从正常的壁厚0.4 cm，重100 g增大到厚达5 cm，重达1000 g，妊娠子宫的增大以肥大为主，早期也包含有增生，以适应不断增大的胎儿对营养摄取的增多。

从某种意义上来说，上述皆是机体根据自身能量状态和能量需求，全身或局部组织不断调整的结果，是维持自身绿色生态的机制。

3.2 病理性自组织，是机体委曲求全的自我保护机制 病理性自组织是指机体形成的为“适应”环境变异，组

织结构上的重建，但它是以牺牲机体其它暂时“不重要”的功能为代价的重建^[1]。是身体在不得已的情况下被迫采取的折中办法，不是自我毁灭，是为了救亡图存。但若机体所处环境不改善甚或变本加厉，这种重建持续进行，就会使当初的次要矛盾转变为主要矛盾，引发局部疾病的出现。

如动脉粥样硬化是以动脉管壁增厚、变硬和弹性减退为特征的动脉疾病，是心血管疾病系统中最常见的疾病。关于它的发病机制目前最具说服力的是损伤应答学说。该学说认为动脉粥样斑块是血管壁对内皮细胞损伤的慢性炎症反应结果。动脉粥样硬化的危险因素较多，其中高脂蛋白血症是动脉粥样硬化的主要危险因素，高脂蛋白血症可以直接引起血管内皮细胞的功能障碍，这对机体而言是灾难性的。为了使损害最小化，脂蛋白沉积在局部大中动脉血管壁的内膜层，局部血管壁以“舍己救人”、顾全大局。但脂蛋白于管壁内膜是异物，这又会引起机体的清除反应，于是单核细胞和中膜平滑肌迁入内膜吞噬脂质形成肌源性泡沫细胞；平滑肌细胞增生迁移，合成细胞外基质，形成纤维帽；泡沫细胞坏死崩解形成粥样坏死物，粥样斑块形成。对应于病理变化分别是脂纹期、纤维斑块期和粥样斑块期。脂纹期是可逆的，若不良生活习惯继续，才会形成粥样斑块。可以看出，粥样斑块始于脂质沉积于内膜，而脂质之所以沉积于局部动脉内膜，是机体为了防止有毒的脂蛋白随着血液流动对全身血管的内皮细胞造成广泛的损害。基于此，机体暂时性地将脂蛋白沉积于局部动脉内膜，形成脂纹期，此时的病变是可逆的。是机体不得已的临时的自我救护方法，只有在身体主人对此视而不见、继续不良生活方式的前提下，才会继续发展至动脉粥样硬化。

病理性自组织是我们应该规避的，规避的方法就是身体主人对身体早期发出的信号有觉察，改变自己的身心生活方式，改变机体内环境，局部的病理性重建就会停止并恢复至正常。

3.3 发生疾病时，机体强大的自我修复力 局部组织和细胞损伤后，机体可自发地对所形成的缺损进行修补恢复，即修复。修复根据损伤组织的范围和组织细胞的再生能力，选择不同的修复方式。若损伤范围小，组织再生能力强，则通过再生完成修复。反之，则通过纤维性修复，即由肉芽组织填补组织缺损，以后逐渐成熟并转变为瘢痕组织。

另外，面对损伤，机体不仅修复，而且在早期往往会有炎症的出现。炎症的“炎”两个“火”，火上加火，说明机体内发生了一场无硝烟的战争，战争的双方分别是损伤因子和机体的免疫系统。因此炎症的本

质是致炎因子对机体的损伤和机体抗损伤与修复之间的矛盾斗争过程。如艾滋病患者后期身体羸弱，外界环境的风吹草动都可能是致命的，原因就在于抗感染能力低下，而抗感染就是由炎症来行使的。因此炎症是指具有血管系统的活体组织对致炎因子所致局部损害而发生的防御性反应。这种防御体现为局限和消灭损伤因子，清除和吸收坏死组织和细胞，并修复损伤。因此讲解炎症的意义时首先强调对机体有利的一面，即防御的作用，其次才是由于防御的这场“战争”的战场发生于体内，难免给机体带来某种程度的副作用。所以炎症同样体现了机体强大的自我修复能力。

4 结语

生命，尤其是人类生命，是大自然创作的最杰出代表。人体各器官共同构成了有机整体，洞察人体自身的宏观和微观世界，其完美、巧妙、精细、丰富，令人叹为观止。通过系统论方法的解读，可以看出即便病理状态下的身体也蕴含了无穷的智慧，能够针对不断变化的内外环境做出恰到好处的应对。人大部分所谓的疾病是人体在调节、清理身体垃圾所表现的暂时现象，此时不应把它当成病因或疾病去消灭，而应该敏锐觉察身体的呼唤，及时改善身体所处的内外环境，恢复健康水到渠成。

参考文献

- [1]张艳.浅析人文教育在病理教学中的渗透[J].中国中医药远程教育,2013,11(14):49-50.
 - [2]徐文兵.字里藏医[M].合肥:安徽教育出版社,2012:137-140.
 - [3]俞梦孙.系统·生命·疾病·路线[J].医学与哲学,2013,34(3A):1-5.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:徐雪平 收稿日期:2017-12-05)

石菖蒲的鉴别要点

1. 药材鉴别

药材呈扁圆柱形,常有分枝,多弯曲,长3~20 cm,直径0.3~1 cm。表面棕褐色或灰棕色,粗糙,有疏密不均的环节,节间长0.2~0.8 cm,具细纵纹,一面残留须根或圆点状根痕;叶痕呈三角形,左右交互排列,有的其上有毛鳞状的叶基残余。质硬,断面纤维性,类白色或微红色,内皮层环明显,可见多数维管束小点及棕色油细胞。气浓香,味苦辛。

2. 饮片鉴别

饮片呈扁圆形或长条形厚片。外表皮棕褐色至灰棕色,可见环节及根痕。切面类白色或略带浅红色,呈纤维性,有明显筋脉点即油室点。气味浓烈,味苦、辛。

——本文摘自祝之友教授主编《神农本草经药物解读——从形味性效到临床》,人民卫生出版社,2017

卵巢早衰患者中医体质分类与中医证型相关性研究

卢军 陈燕芬* 杨翠玉 方米泥

(普宁市中医医院妇科, 广东 普宁 515300)

摘要:目的 研究卵巢早衰患者中医体质与证型的关系,为临床防治卵巢早衰提供新的思路与方法。方法 以200例卵巢早衰患者为病例组,200例健康女性为对照组。以《中医体质分类与判定表》对入选病例进行中医体质分类;运用logistic回归分析探讨对卵巢早衰发病有影响的中医体质类型;运用对应分析探讨卵巢早衰患者中医体质类型与中医证型之间的关系。结果 2组中医体质构成比不同,平和质、气虚质、阴虚质和气郁质在2组间的分布差别显著($P<0.01$);logistic回归分析提示:影响卵巢早衰发病的体质有平和质、气虚质、阴虚质、气郁质;对应分析提示:气虚质与气血虚弱证存在对应关系,气郁质与肾虚肝郁证、心肾不交证存在对应关系,血瘀质与肾虚血瘀证存在对应关系。结论 卵巢早衰与中医体质类型有密切的关系,气虚质、阴虚质、气郁质是卵巢早衰的易感体质,平和质是保护体质;卵巢早衰患者中医体质类型与中医证型存在对应关系。

关键词: 卵巢早衰; 体质; 证型; 气虚质; 阴虚质; 气郁质; 平和质

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.021

文章编号:1672-2779(2018)-04-0057-04

Study on the Correlation between TCM Constitution and TCM Syndromes in Patients with Premature Ovarian Failure

LU Jun, CHEN Yanfen, YANG Cuiyu, FANG Mini

(Department of Gynecology, Puning Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Puning 515300, China)

Abstract: Objective To study the correlation relationship between TCM constitution and TCM syndromes in patients with premature ovarian failure, and to provide new ideas and methods for clinical prevention and treatment of premature ovarian failure. **Methods** 200 cases of premature ovarian failure patients were selected as the case group, and 200 cases of healthy women were selected as the control group. The classification of Chinese medicine was classified according to the classification and determination of constitution in TCM. Logistic regression analysis was used to explore the types of TCM constitution that had an effect on premature ovarian failure. The relationship between TCM constitution and TCM syndromes was discussed. **Results** The composition ratio between the case group and the control group was different. The distribution of gentler, qi deficiency, yin deficiency and qi stagnation were significant in the two groups ($P<0.01$). Logistic regression analysis affects the onset of premature ovarian disease with a moderate constitution, qi deficiency, yin deficiency and qi stagnation. Corresponding analysis tips that there was a correspondence between qi deficiency with qi deficiency syndrome, qi stagnation with kidney-deficiency liver-depressed syndrome and heart-kidney imbalance, and the corresponding relationship between blood stasis and kidney deficiency and blood stasis syndrome was existed. **Conclusion** Premature ovarian failure is closely related to the type of TCM constitution. Qi deficiency, yin deficiency, qi stagnation were susceptible to premature ovarian failure. The gentler in constitution is the protection one. The correlation relationship between TCM constitution type and TCM syndromes in patients with premature ovarian failure was existed.

Keywords: premature ovarian failure; constitution; syndrome; qi deficiency constitution; yin deficiency constitution; qi stagnation constitution; gentler constitution

卵巢早衰 (premature ovarian failure, POF) 是指女性在40岁以前由于多种病因所致的卵巢功能衰竭,临床表现为继发性或原发性闭经,以血清中雌二醇(E_2)水平下降和促性腺激素水平上升为特征^[1]。卵巢早衰除了引起不孕症、闭经等妇产科疾病外,尚与骨质疏松、心血管疾病与老年性痴呆等密切相关^[2],严重影响患者的生理与心理健康。目前,卵巢早衰的发病原因尚不明确,与遗传、免疫、医源性等因素相关^[3-5]。西医主要以激素替代疗法为主,其安全性及不良反应尚不明确^[6]。近年来,体质与疾病的易感性研究为卵巢早衰的防治提供了新的思路^[7-9]。为了探讨卵巢早衰患者中医体质和中医证型的相关性,笔者对200例卵巢早衰

患者的中医体质和中医证型分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例组200例来源于2015年1月—2017年7月在我院妇科门诊确诊为卵巢早衰的患者。对照组为200例来自同期在我院体检中心体检的健康女性。2组年龄、民族、籍贯、学历、怀孕次数、生产次数等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),2组病例的基线特征基本一致,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考《妇产科学》^[10]和《生殖内分泌疾病诊断与治疗》^[11],并结合本病临床特点制定:(1) 40岁以前出现月经停止 ≥ 4 个月;(2) 2次以上(间隔至少1个月)血清FSH ≥ 40 IU/L;(3) 血清 $E_2 < 73.2$ pmol/L。

* 通讯作者:drchenyanfen@163.com

表1 9种中医体质类型在2组体质分布比较

[例(%)]

组别	例数	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	血瘀质	气郁质	特禀质	合计
病例组	200	12(6.00)	43(21.50)	14(7.00)	42(21.00)	11(5.50)	8(4.00)	12(6.00)	53(26.50)	5(2.50)	200(100.00)
对照组	200	77(38.50)	18(9.00)	21(10.50)	17(8.50)	15(7.50)	13(6.50)	15(7.50)	16(8.00)	8(4.00)	200(100.00)
χ^2 值		61.057	12.091	1.534	12.426	0.658	1.256	0.357	23.977	0.716	
P值		0.000	0.001	0.215	0.000	0.417	0.262	0.550	0.000	0.398	

1.2.2 中医辨证分型标准 参照《中医妇科常见病诊疗指南》^[12] 中的证候分类, 将卵巢早衰分为如下6种证型: 肝肾阴虚、肾虚肝郁、脾肾阳虚、心肾不交、肾虚血瘀、气血虚弱。

1.2.3 中医体质辨识标准 参照《亚健康中医体质辨识与调理》^[13] 中《中医体质分类与判定》标准, 将中医体质分为如下9种: 平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质。

1.3 纳入标准

1.3.1 病例组纳入标准 (1) 符合西医诊断标准; (2) 自愿参加并签署知情同意书。

1.3.2 对照组纳入标准 (1) 18~40岁健康女性; (2) 月经规律, 性激素水平正常; (3) 无严重躯体疾病及精神疾病者; (4) 自愿参加并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 严重肝、肾功能不全或合并有心、肝、肾和血液系统原发疾病者; (2) 肿瘤患者及精神病患者; (3) 文盲、严重认知障碍, 未能完整填写调查表内相关内容者; (4) 临床医生认为不适宜参加本项研究的患者。

1.5 剔除标准 (1) 发现不符合纳入标准的病例, 予以剔除; (2) 未按研究要求填写临床调查表, 导致无效问卷者, 予以剔除。

1.6 中医体质评估方法 采用王琦教授制定的《中医体质分类与判定表》, 研究对象根据自己近1年的感觉独立完成, 若患者遇到有理解困难的项目, 临床医生及时向患者作出恰当解释, 使患者所选项目能够客观反映患者的真实情况。临床医生再根据《中医体质分类与判定》标准辨识中医体质。

1.7 中医证型评估方法 采用中医四诊信息采集表, 由患者配合临床医师完成填写, 通过四诊分析并记录患者的不适症状及舌象与脉象, 根据“证候分类标准”判定中医辨证分型。

1.8 统计学方法 应用SPSS 19.0软件进行统计学分析。计数资料采用构成比描述, 2组比较采用 χ^2 检验; 中医体质类型与卵巢早衰的关系采用Logistic回归分析; 卵巢早衰患者中医体质类型与中医证型的关系采用对应分析。

2 结果

2.1 2组中医体质分布情况 9种中医体质类型在2组间比较: 平和质、气虚质、阴虚质、气郁质在2组间分布差异有统计学意义 ($P<0.01$), 详见表1。

对照组以平和质最为常见, 占38.50%; 8种偏颇体质共占61.50%, 分布相对平均, 从4.00%到10.50%。病例组中, 平和质仅占6.00%; 8种偏颇体质共占94.00%, 气郁质最多, 占26.5%; 气虚质、阴虚质分别占21.50%、21.00%。

2.2 中医体质与卵巢早衰相关性分析 建立Logistic回归模型。因变量Y的赋值: 卵巢早衰=1, 健康女性=0; 自变量 X_i 为暴露因素, 共有9个自变量, 即9种中医体质类型, X_1 为平和质, X_2 为气虚质, X_3 为阳虚质, X_4 为阴虚质, X_5 为痰湿质, X_6 为湿热质, X_7 为血瘀质, X_8 为气郁质, X_9 为特禀质。结果提示: logistic回归方程为: $Y = -0.470 \times \text{常量} - 1.389X_1$ (平和质) + $1.341X_2$ (气虚质) + $1.347X_4$ (阴虚质) + $1.668X_8$ (气郁质)。

根据logistic回归分析显示: OR值小于1的自变量为阳虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、特禀质, 提示阳虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、特禀质与卵巢早衰发病无关 ($P>0.05$)。OR值大于1的自变量为气虚质、阴虚质、气郁质, 相应的比数比分别为3.822、3.012、6.300, 提示气虚质、阴虚质、气郁质为卵巢早衰的易感体质 ($P<0.05$)。自变量的回归系数为负值, OR值大于1的自变量为平和质, 说明平和质是卵巢早衰的保护体质 ($P<0.05$), 详见表2。

表2 卵巢早衰中医体质Logistic回归分析

体质分类	B	P值	Exp(B)	95%CI
平和质	-1.389	0.032	0.249	(0.070, 0.890)
气虚质	1.341	0.035	3.822	(1.100, 13.281)
阴虚质	1.374	0.031	3.012	(1.131, 13.816)
气郁质	1.668	0.009	6.300	(1.519, 18.488)
常量	-0.470	0.410	0.625	

2.3 卵巢早衰患者中医体质与证型相关性分析 200例卵巢早衰患者中医证型肾虚肝郁证54例, 占27.00%; 肝肾阴虚证49例, 占24.50%; 气血虚弱证34例, 占17.00%; 脾肾阳虚证26例, 占13.00%; 肾虚血瘀证

19例,占9.50%;心肾不交证18例,占9.00%。详见表3。

表3 中医体质与证型分布规律 [例(%)]

体质分类	肝肾阴虚证	肾虚肝郁证	脾肾阳虚证	心肾不交证	肾虚血瘀证	气血虚弱证	合计
平和质	3	1	3	1	1	3	12
气虚质	4	9	10	5	0	15	43
阳虚质	3	5	4	0	2	0	14
阴虚质	17	6	4	2	5	8	42
痰湿质	6	2	0	3	0	0	11
湿热质	1	1	2	1	3	0	8
血瘀质	2	3	1	0	6	0	12
气郁质	11	25	2	5	2	8	53
特禀质	2	2	0	1	0	0	5
合计	49(24.50)	54(27.00)	26(13.00)	18(9.00)	19(9.50)	34(17.00)	200

使用对应分析了解中医体质类型和中医证型的相关性,得到表4的因子负荷数值。见表4。

表4 中医体质与证型对应分析的因子负荷

项目	因子1	因子2
中医体质类型		
平和质	0.131	-0.666
气虚质	0.715	-0.771
阳虚质	-0.510	-0.239
阴虚质	-0.173	0.097
痰湿质	0.227	1.310
湿热质	-1.372	-0.624
血瘀质	-2.006	-0.217
气郁质	0.255	0.516
特禀质	0.229	1.248
中医证型		
肝肾阴虚证	-0.085	0.577
肾虚肝郁证	0.112	0.413
脾肾阳虚证	0.046	-1.076
心肾不交证	0.489	0.408
肾虚血瘀证	-1.934	-0.385
气血不足证	0.731	-0.665

分别以因子1和因子2作为横轴和纵轴绘制二维图,得到中医体质分类与中医证型对应分析图,见图1。对应分析的因子负荷图分析原则:落在由原点出发相同象限或相同区域的不同变量的类别间存在联系,距离越小联系越密切。据此可知,气虚质与气血虚弱证落在相同的象限,两者存在对应关系,提示气虚质较其他体质人群更容易出现气血虚弱证;同理,气郁质较其他体质人群更容易出现肾虚肝郁、心肾不交证;血瘀质较其他体质人群更加容易出现肾虚血瘀证。

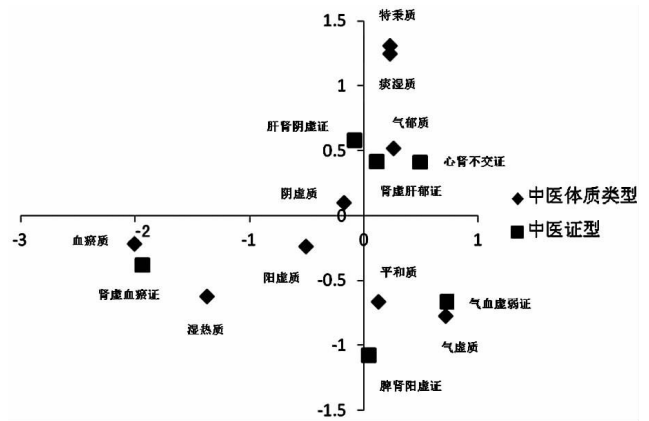


图1 中医体质类型与中医证型对应分析图
(二维图共解释100%信息)

3 讨论

3.1 卵巢早衰患者易感与保护中医体质类型 体质是指人体生命过程中,在先天禀赋和后天获得的基础上所形成的形态结构、生理功能和心理状态方面,综合的、相对稳定的固有特质,这种体质特点或隐或现地体现于健康和疾病过程中^[14]。

中医学认为妇科疾病与体质关系密切^[15]。如先天肾气不足,在青春期常发生子宫发育不良、月经后期、闭经、月经过少等;在生育期容易发生月经后期、闭经、不孕症等;更年期易出现早发绝经现象。

本研究显示,卵巢早衰组与正常组人群中中医体质分布存在明显差异;卵巢早衰与女性体质类型相关,气虚质、阴虚质、气郁质为卵巢早衰发病的易感体质,而平和质是卵巢早衰的保护因素。

中医学古籍中并无卵巢早衰的病名记载,与其临床表现相似的记载包括血枯经闭、月水先闭、经水早断等,“早”体现了该病发病时间的特点^[16]。月经是女子发育成熟后,脏腑、天癸、气血、经络协调作用于胞宫的生理现象。月经的产生,肾起主导作用,与肝、脾关系尤为密切。《金匱要略·妇人杂病脉证并治》指出:“妇人之病,因虚、积冷、结气,为诸经水断绝^[17]。”妇人之虚主要体现为肾气亏虚和气血亏虚。肾气的盛与衰,关乎天癸的至与竭,是月经正常与否的关键;气血的盛与衰,关乎冲任血海的盈与亏,影响月经的藏与泄。此外,妇人易为七情所伤,抑郁忿怒,每使气郁,忧思不解,每致气结,气血失调及脾肝功能失常发生月经异常。

3.2 卵巢早衰患者中医体质类型与中医证型相关性 中医体质类型体质是对个体未病或已病状态下所表现的阴阳、气血、津液状态的描述;中医证候类型是对人体疾病状态下脏腑、气血、阴阳盛衰情况及病因、病

位等方面的概括；体质还表现为对某些病因和疾病的易感性，以及疾病传变转归中的某种倾向性，从而影响证候的性质、从化与转归^[18]。本研究显示：气虚质、阴虚质、气郁质是卵巢早衰的易感体质；肾虚肝郁证、肝肾阴虚证、气血不足证、脾肾阳虚证是卵巢早衰的高发证型。气虚质人群更容易出现气血虚弱证；气郁质人群更容易出现肾虚肝郁、心肾不交证；血瘀质人群更加容易出现肾虚血瘀证。

本研究虽表明中医体质与中医证型存在一定潜在联系，但二者并不完全一致。如200例患者中阴虚质占21.00%、气郁质占26.50%，关系密切的证型分别肝肾阴虚证为24.5%、肾虚肝郁证为27.00%，对应关系明显；而阳虚质患者占7.00%，脾肾阳虚证患者却为13.00%，差距较大；加之痰湿、湿热、特禀等体质与卵巢早衰发病关系不紧密，故仍需客观、科学地看待中医体质与证型之间的联系^[19]。

中医体质参与并影响病机与证候的形成，通过开展中医体质调理，改善女性易感体质，可能为中医药防治卵巢早衰提供新的思路和方法。临床上辨证论治仍是中医认识与治疗疾病的基本原则，希望通过辨质与辨证相结合，建立“辨证—辨病—辨质”三维论治体系，形成立体的疾病防治动态模式，把“治未病”思想广泛运用到妇科疾病领域的防治中。

参考文献

- [1] De Vos M, Devroey P, Fauser BC. Primary Ovarian insufficiency[J]. *Lancet*, 2010, 376(9):911-921.
 [2] Chenyue Ding, Hong Li, Yun Wang, et al. Different therapeutic effects of cells

derived from human amniotic membrane on premature ovarian aging depend on distinct cellular biological characteristics[J]. *Stem Cell Research & Therapy*, 2017, 8(1):173.

- [3] Yingying Qin, Xue Jiao, Joe Leigh Simpson, et al. Genetics of primary ovarian insufficiency: new developments and opportunities[J]. *Human Reproduction Update*, 2015, 21(6):787-808.
 [4] Espeche LD, Chiauzzi V, Ferder I, et al. Distribution of FMR1 and FMR2 Repeats in Argentinean Patients with Primary Ovarian Insufficiency[J]. *Genes*, 2017, 8(8):194.
 [5] 张秀, 鲁雅, 王佩娟. 卵巢早衰的病因研究进展[J]. *湖北中医药大学学报*, 2017, 19(1):118-120.
 [6] 赵凤敏. 卵巢早衰激素补充治疗[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2016, 16(1):373-374.
 [7] 闵佳钰, 孙淑娟, 包蕾, 等. 《中医体质分类与判定》标准颁布后5年内中医体质学的文献计量学分析[J]. *中华中医药杂志*, 2016, 31(2):599-601.
 [8] 郭海燕, 谭毅, 古琼芳, 等. 中医体质辨识在亚健康分类以及健康指导中的干预效果分析[J]. *中国实用医药*, 2017, 12(14):186-187.
 [9] 王济, 王琦. 从研究方法的运用看中医体质学学科发展[J]. *中华中医药杂志*, 2017, 32(6):2380-2382.
 [10] 沈铿, 马丁. 妇产科学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2015:240-245.
 [11] 李蓉, 乔杰. 生殖内分泌疾病诊断与治疗[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2014:136-150.
 [12] 中华中医药学会. 中医妇科常见病诊疗指南(ZYYXH/T203-246-2012)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2014:101-103.
 [13] 王琦, 靳琦. 亚健康中医体质辨识与调理[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016:146-156.
 [14] 孙淑英. 中医体质辨识对亚健康的分类及健康指导干预的效果探究[J]. *四川中医*, 2016, 34(12):56-59.
 [15] 谈勇. 中医妇科学[M]. 10版. 北京: 中国中医药出版社, 2016:25-28.
 [16] 范为之, 姜心禅, 关永格, 等. 卵巢早衰的中医治疗优势及特色[J]. *新中医*, 2016, 48(12):3-5.
 [17] 沈勃. 卵巢早衰病因病机的古代文献研究[J]. *中医文献杂志*, 2016, 34(6):13-15.
 [18] 宋昊琳, 郭刚, 林合华, 等. 大数据时代中医体质养生应对的四维向度[J]. *云南中医学院学报*, 2017, 40(1):77-81.
 [19] 王济, 王琦. 大数据技术在中医体质学中的应用的思考[J]. *中华中医药杂志*, 2017, 32(3):901-903.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王启芬 收稿日期:2017-11-28)

本刊郑重声明

近期有作者来电反映,有人借我刊名义从事征稿与广告活动,扰乱了正常的投稿秩序,影响了我们《中国中医药现代远程教育》杂志社的声誉。

中国中医药现代远程教育杂志社郑重声明:本刊从未与任何公司或个人签订组稿与广告合作协议,凡冒用我刊名义征稿和广告的中介机构均未获得我刊的任何许可,其工作人员均非我刊的工作人员,与之相关的经济与法律关系与本刊无关。均属违法行为,本刊将依法保留追诉权。

我社唯一投稿邮箱:zgzyycjy@163.com,没有其他征稿邮箱。中国中医药现代远程教育杂志社官方网址:<http://www.zgzyycjy.com> 收费只通过邮寄汇款,地址:北京市复兴门南大街甲2号配楼知医堂101室,邮编:100031,收款单位:中国中医药现代远程教育杂志社。杂志社不通过任何账户和个人卡号收费。请广大作者、读者相互转告,谨防上当。若有不明事宜,请来电垂询。

特此声明。

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

电话查询:010-57289309 010-57289308

财务部:010-87363190

官 网:<http://www.zgzyycjy.com>

中国中医药现代远程教育杂志社
2015年2月10日

谈春夏养阳秋冬养阴

张亚萌¹ 周思雨² 关徐涛³

- (1) 河南中医药大学中医内科学硕士研究生2015级, 河南 郑州 450000;
(2) 河南中医药大学中医内科学硕士研究生2016级, 河南 郑州 450000;
(3) 河南中医药大学第一附属医院血液肿瘤科, 河南 郑州 450000

摘要:“春夏养阳, 秋冬养阴”出自《素问·四气调神大论》, 对此历代医家对其有不同的解释, 笔者认为此养生原则指的平人四季当固阴护阳, 偏重有时, 而非病已成时如何“谨察阴阳所在而调之, 以平为期”。在疾病状态下, 人体阴阳气机相对平衡的状态遭到破坏, 不可再片面运用“春夏养阳, 秋冬养阴”的理论指导实践, 应当辩证论治, 合理遣方用药。

关键词: 春夏养阳; 秋冬养阴; 阴阳消长; 顺应天时

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.022

文章编号:1672-2779(2018)-04-0061-02

Study on Recuperating Yang in Spring and Summer and Recuperating Yin in Autumn and Winter

ZHANG Yameng¹, ZHOU Siyu², GUAN Xutao³

- (1. Grade 2015 Graduate of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;
2. Grade 2016 Graduate of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;
3. Department of Hematological Oncology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: The theory of TCM recuperating yang in spring and summer, recuperating yin in autumn and winter is come from *Suwenosiqi Tiaoshen Dalun*. There are different explanations for this by the medical doctors. The author believes that the principle of health maintenance is protecting yin and yang in the four seasons with the principle of time, instead of the disease, how to "observe the Yin and Yang" and "adjust it to a flat". In the state of disease, the state of the relative balance of the human yin-yang plane is destroyed. The theory of spring and summer raising yang, autumn and winter breeding yin should not be applied unilaterally. The treatment should be based on syndrome differentiation and reasonable.

Keywords: recuperating yang in spring and summer; recuperating yin in autumn and winter; ebb and flow of yin and yang; comply with the days

长期以来, 因受到某些中医学派的影响, 部分医家与学者将“用寒远寒”“用热远热”作用指导养生的原则, 加之媒体的宣传扩大了影响, 大众也广泛接受了夏季养生多以西瓜、凉茶“清凉解暑”, 追求空调营造的低温以少出汗、不出汗, 秋冬之时, 则多服用牛羊肉或参芪虫草以“冬令进补”。可谓“春夏不知养阳, 秋冬不知养阴”。“春夏养阳, 秋冬养阴”最早是在《素问·四气调神大论》中提出的, 其中对此有如下阐述:“夫四时阴阳者, 万物之根本也。所以圣人春夏养阳, 秋冬养阴, 以从其根, 故与万物浮沉于生长之门……从阴阳则生, 逆之则死, 从之则治, 逆之则乱。”^[1]自《黄帝内经》以来, 历代的医家对其是见仁见智。

1 历代医家最具代表性的见解

(1) 唐代王冰从“阴阳互制”理论出发, 认为“养阴制阳”, 故曰“春食凉, 夏食寒, 以养于阳; 秋食温, 冬食热, 以养于阴”^[2]。通过互制, 达到互养, 扶阳消阴, 壮水制火, 使阴阳平衡协调。春夏阳气亢盛, 应多食寒凉之品以制约其阳盛, 秋冬因其偏胜, 应多食温热之品达制约阴盛的目的。但阴阳总是处于一个此消彼长的动态平衡状态, 这种消长变化于阴阳偏盛

有着本质的区别。王冰的阐释虽合医理, 但与“春夏养阳、秋冬养阴”这种顺应四时阴阳变化调养阴阳的观点相去甚远, 故后世医家较少附和。

(2) 明代马蒔认为:“圣人于春夏而有养生长之道者, 养阳气也; 于秋冬而有养收藏之道者, 养阴气也。”^[3]强调人应顺应春生、夏长、秋收、冬藏的生化作用和规律养生, 即春夏应顺温、热生长之气养阳, 秋冬应顺冷、寒收藏之气养阴。即是从顺应四时阳气生长规律立论出发, 告知大家春夏顺其生长之气, 当养人之阳气, 秋冬顺其收藏之气, 当养人之阴气。后世医家一般认为, 马蒔阐释“春夏养阳, 秋冬养阴”为“顺气而养”较符合经旨。

(3) 明代张介宾从“阴阳互根”的角度提出了: 春夏养阳是为了养秋冬之阴, 使得秋冬少患阴盛之病; 秋冬养阴是为了养春夏之阳, 使得春夏少患阳盛之疾。《类经》曰:“夫阴根于阳, 阳根于阴, 阴以阳生, 阳以阴长。所以圣人春夏则养阳, 以为秋冬之阴, 秋冬则养阴, 以为春夏之阳, 皆所以从其根也。”^[4]张介宾还从体质及预防学的角度加以论述:“今有春夏不能养阳者, 每因风凉生冷, 伤此阳气, 以至秋冬多患泄泄, 以阴胜之

为病也。有秋冬不能养阴者，每因纵欲过热，伤此阴气，以致春夏多患火症，此阳胜之为病也。”张介宾提出的“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”这种阴中求阳、阳中求阴的治疗方法是“阴病治阳，阳病治阴”治疗原则的具体运用，于后世有重大影响^[4]。

(4) 清代张志聪从“阴阳盛衰对比”立论，在《素问集注》说：“四时阴阳之气，生长收藏，化育万物，故为万物之根本。认为春夏之时，阳盛于外而虚于内；秋冬之时，阴盛于外而虚于内。故圣人春夏养阳秋冬养阴，以从其根，而培养之。”^[5]根据阴阳盛衰对比，春夏体内存在相对的阳虚，故当养其内虚之阳；秋冬体内存在相对的阴虚，故当养其内虚之阴。此观点亦有所牵强，后世医家亦较少附和。

2 当代医家的不同看法

吴伟^[6]认为春夏季节阳有余而阴不足，而恣食生冷寒凉之品，远热近寒，恣意损伤阳气，而相应地注重保育了阴气。秋冬季节阴有余而阳不足，恣食辛辣温热之品，远凉近热，恣意耗伤阴气，相应地注重保育了阳气。故“春夏养阳，秋冬养阴”论是告诫人们春夏阳盛于外，并非阳气亢盛，而是人体顺应春夏生长之性的正常反应，所以慎勿裁伐而应惜之养之；秋冬之时，阳敛于内，阴盛于外，亦非阴气独盛，而是人体顺应秋冬收藏之性的正常反应，所以不能伤阴而助阳，而应顺应自然，惜其阴气。魏凤琴^[7]把“春夏养阳，秋冬养阴”理论与体质学说相结合，认为要达到“春夏养阳，秋冬养阴”的养生日标，不论在饮食调养、运动锻炼等各方面，都必须根据各自的不同体质特征，选择相应的养生方法和措施。并且认为张志聪的认识，更适宜于指导阴阳平和质和偏阴体质的人适时养生，王冰的认识适宜于指导偏阳体质的人“春夏养阳”。金荣疆^[8]认为“春夏养阳，秋冬养阴”的“养”不应理解为“积蓄、积存、助长”，应为“保养、调养”之意，顺应时节调养阴阳，具体方法为“春导阳生，夏泄阳热，秋滋阴长，冬避阴寒”。王红玉^[9]认为“春夏养阳，秋冬养阴”的基本含义是要求人们顺应大地四时的变化，调节情志，调整饮食以及作息时间，以养护阳气。谷松^[10]认为对于“春夏养阳，秋冬养阴”不能简单地理解为春夏只对人身之阳进行调理，秋冬只对人身之阴进行调理，而参合四时气机升降浮沉、素体阴阳盛衰，辨证论治，“以平为期”使“阴平阳秘”。黄大宇^[11]认为“春夏养阳，秋冬养阴”二句为互文修辞，其主要精神应理解为：一年四季中，要根据每个季节的阴阳偏盛偏衰特点，采取相应的治疗或保健方法来调节阴阳，使身体保持阴阳平衡。

3 “春夏养阳，秋冬养阴”之己见

3.1 “春夏秋冬”应为“一年四季” 笔者认为，此处

的春夏秋冬，并非传统季节的春夏秋冬，而是一个周而复始阳气渐盛渐衰的过程，阴阳之间通过持续相互消长的运动变化，达到动态平衡的状态。《素问·脉要精微论》中“冬至四十五日，阳气微上，阴气微下；夏至四十五日，阴气微上，阳气微下”的条文，亦说明冬至之后阳气逐渐旺盛，阴气逐渐消减。故冬至进食温补之品，是顺应阳气生长升发，实则是符合天人相应之理的^[12]。冬至之后，阳气逐渐生发，夏至之后，阴气开始旺盛。人体应当根据四时的阴阳变化而调理阴阳。可见冬至之后应当注重固护阳气，夏至之后应当保重阴液。并非说夏至之后就不用养阳、冬至之后就不用养阴。不论是常人还是病患，四季都应注意顾护阳气和阴液，不可对经典生搬硬套。

3.2 “养”当为“护” “春夏养阳，秋冬养阴”讲述的是在平人状态下如何协调阴阳，是为一条养生原则，而非病已成时，如何地谨察阴阳所在而调之，以平为期。对于平人来讲，滥用温阳滋阴药，犹如杀人于无形。“阳化气，阴成形”。阳气是机体生命活动的原动力，阴液是生命的物质基础。故春夏养阳应注意不要伤及阴液，秋冬养阴注意不要耗损阳气。不论是平人还是病患，四季都应注意顾护阳气和阴液^[13]。

3.3 因人制宜 按照中医学“因人制宜”的原则，养生不能一言以蔽之。素体阳盛之人，秋冬应预养其阴以防春夏出现内阳联合外阳亢而为害的病理状况，春夏之际也应注意阴液的保养。素体阴盛阳虚之人，春夏预培其阳以防秋冬阳虚更甚；秋冬之时也应注意阳气的保养^[14]。在疾病状态下，人体阴阳气机相对平衡的状态遭到破坏，不可再片面运用“春夏养阳，秋冬养阴”的理论指导实践，应当辨证论治，合理遣方用药。

参考文献

- [1]王冰.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2014:22.
- [2]马蔚.黄帝内经素问证发微[M].北京:学苑出版社,2011:19-20.
- [3]邓月娥.“春夏养阳,秋冬养阴”诸说辨析[J].福建中医学院学报,2006,16(5):44-45.
- [4]张晓平.“春夏养阳,秋冬养阴”本义探讨.中医杂志,2011,52(2):175-177.
- [5]夏清华,曹勇,程科.春夏养阳秋冬养阴的四时养生观[J].中国临床康复,2010,10(23):158-159.
- [6]吴伟.“春夏养阳,秋冬养阴”之我见[J].河南中医,2004,24(9):16.
- [7]魏凤琴.“春夏养阳,秋冬养阴”中的体质观[A].中华中医药学会第八届中医体质研讨会暨中医健康状态认知与体质辨识研究论坛论文集[C].中华中医药学会体质分会,2010:2.
- [8]黄文静,陈莹,李政杰,等.“春夏养阳,秋冬养阴”本意探析[J].四川中医,2012,30(4):46-48.
- [9]王红玉,李志庸.“春夏养阳 秋冬养阴”的现实指导意义[J].中华中医药学刊,2008,26(4):846-847.
- [10]邹晓明,谷松.“春夏养阳,秋冬养阴”管窥[J].中医杂志,2008,49(5):474-476.
- [11]黄大宇.《内经》“春夏养阳,秋冬养阴”析疑[J].中医研究,2004,17(3):11-12.
- [12]冷玉林.论“春夏养阳,秋冬养阴”之本义及四季养生[J].中医研究,2016,36(2):65-67.
- [13]史连和.春夏养阳与秋冬养阴的含义解析[J].江苏中医药,2011,43(8):9-10.
- [14]白睿鑫.阴虚体质与阳虚体质的四季养生方略[A].中华中医药学会第八届中医体质研讨会暨中医健康状态认知与体质辨识研究论坛论文集[C].中华中医药学会体质分会,2010:237-240.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王冰 收稿日期:2017-11-24)

从调畅气机论治功能性便秘

张 晓¹ 牛学恩²

(1 河南中医药大学第二临床医学院, 河南 郑州 450002; 2 河南省中医院肝胆脾胃科, 河南 郑州 450002)

摘要: 本文从调畅气机探寻功能性便秘的病因病机及治疗原则, 认为功能性便秘责之周身气机不畅, 气滞致通降失常, 传导失职, 糟粕内停, 不得下行, 治疗上以调畅气机为原则, 采用复脾胃升降之序、肝肺左升右降之法。

关键词: 便秘; 调畅气机; 脾胃; 肝; 肺

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.023

文章编号:1672-2779(2018)-04-0063-02

Treatment of Functional Constipation from Regulating Qi Activity

ZHANG Xiao¹, NIU Xueen²

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

2. Department of Hepatology and Gastroenterology, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: In this paper, we explored the etiology and pathogenesis and treatment principles of functional constipation from the point of view of regulating the qi activity. We thought that the functional constipation is not good for the whole body and the qi stagnation leads to loss of normalcy, conduction dereliction of duty. Treatment should be regulating the qi activity. The method of ascending and descending of spleen and stomach and the left side of liver and lung went up and down on the right were adopted.

Keywords: constipation; regulating the qi activity; spleen and stomach; liver; lung

功能性便秘 (functional Constipation, FC) 是由非器质性病变引起的以持续性排便困难、排便次数减少或排便不尽感为主要表现, 并与肠易激综合征诊断标准不符的肠道功能性疾病^[1]。长期便秘可引起结肠憩室、肛周疾病、结肠黑变病和泻剂结肠等, 且为心脑血管疾病的常见诱因之一。严重便秘患者还可伴有失眠、烦躁、抑郁、易怒、强迫观念及行为等心理障碍^[2]。目前西医治疗大多数是对症处理, 远期疗效欠佳, 病情易反复, 中医药注重治病求本, 发挥其整体观念优势, 笔者从调畅气机着手治疗本病疗效显著。

1 病因病机

功能性便秘属中医“便秘”“大便难”“肠结”等范畴, 其中最早的记载见于《黄帝内经》中的“大便难”“不便”等。便秘的病因主要有饮食不节、情志失调、年老体虚、感受外邪等。饮食入于胃, 经脾胃运化, 水谷精微为身体所受用, 而其剩下之糟粕由大肠传导而出, 经魄门排解出体外, 其中糟粕即为大便。如脾胃运化功能康健, 大肠传导如常, 则大便自然通畅, 其中大肠传导功能是排便正常的关键, 正如《黄帝内经·素问》中所言:“大肠者, 传导之官, 变化出焉。”饮食不节、情志失调或者体弱劳病致脏腑功能失调, 则易致脾胃运化失司, 大肠传导功能失常, 糟粕滞于肠道, 积聚过久, 则便质坚硬干涩, 难出于魄门, 发为便秘。古代医家对便秘病因病机的论述颇丰, 如《诸病源候论·大便难候》曰:“大便难者, 由五脏不调, 阴阳偏有虚实, 谓三焦不和, 则冷热并结故也”, 认为便秘由脏腑不调, 三焦不和, 冷热并结所致;《素问·举痛论篇》:“热气流于小肠, 肠中痛, 痒热焦渴, 则

坚干不得出, 故痛而闭不通矣”, 认为热邪内犯可以导致便秘;《景岳全书·秘结》:“秘结者, 凡属老人、虚人、阴脏人及产后、病后、多汗后, 或小水过多, 或亡血失血、大吐大泻之后, 多有病为燥结者。盖此非气血之亏, 即津液之耗”, 认为便秘可由气血阴阳亏虚所致。综合而言, 便秘的基本病机为大肠传导失常, 气机不畅, 糟粕内停, 同时与肝、肺、脾、胃、肾等脏腑的功能失调密切相关^[3]。笔者认为大肠传导失常, 责其根本为周身气机不畅, 气虚或气滞均可致通降失常, 传导失职, 糟粕内停, 不得下行。气机调畅与脏腑功能正常密切相关, 脾气主升, 胃气主降, 脾胃为气机升降之枢纽, 肝气左升, 肺气右降, 左升右降, 中气斡旋, 一气周流, 故气机升降有序与脾胃、肝、肺甚为密切, 治疗本病应注重调整脾胃、肝、肺之机能。

2 治则治法

2.1 脾升胃降 中气斡旋 正如《慎斋遗书》曰:“诸病不已必寻到脾胃之中, 方无一失。万物从土而生, 亦从土而归。”脾属阴土, 喜燥恶湿, 主运化水谷, 其气以升为健, 胃属阳土, 喜润恶燥, 主收纳、腐熟水谷, 以通降为顺。胃气降, 则浊气下降, 下排糟粕。脾与胃同居中焦, 为“仓廩之官”, 是后天之本, 气血生化之源。脾胃为人体气机上下升降之枢轴, 故斡旋中气, 即升降胃、生清降浊之法, 实为调畅全身气机之关键, 无论是枢轴不转, 还是轮周不转, 皆当以斡旋中气为要, 正所谓“握中央而驭四旁, 复升降而交水火。”脾宜升则健, 胃宜降则和, 脾升胃降协调, 则达以营养濡润全身、下传糟粕。《素问·五藏别论》云, “六腑者, 传化物而不藏, 故满而不能实”, 胃的主要生理特性是主

通降,胃气向下通降运动以下传糟粕。故治疗本病时应重视调和脾胃,即调和升降,在用药时可用甘草、茯苓之类药物以健脾,半夏之类药物降胃气。

2.2 肝升肺降 阴阳平衡 肝主疏泄,调畅全身气机,并具有调畅情志的机能,大肠的降浊功能有赖于肝疏泄功能的辅助。亦如《金匱要略》云:“肝主疏泄大便,肝气既逆,则不疏泄,故大便难。”故肝气郁结,导致大肠传导失职,则出现大便秘结及烦躁抑郁,胸胁痞满、暖气频作等症状。并且功能性便秘患者常伴有不同程度的心理障碍,条畅肝气,不仅能改善大便秘结的症状,还能调畅情志,患者身心症状兼能有所减轻。《灵枢·经脉》曰:“肺,手太阴之脉,起于中焦,下络大肠,还循胃口,上膈属肺。”又曰:“大肠手阳明之脉……络肺,下隔属大肠。”肺与大肠通过经脉相互络属,肺气肃降,促进大肠传导,有利于糟粕排出。又如唐容川《血证论·便秘》云:“肺与大肠相表里,肺遗热于大肠则便秘,肺津不润则便秘,肺气不降则便秘。”又曰:“大肠司燥金,喜润而恶燥,与肺相表里,故病多治肺之法治之。”且肺居上焦为华盖之脏,主持诸气,凡脏腑经络之气,皆肺家之所播散,肺有通调全身气机的作用。《素问》曰:“左右者,阴阳之道路也”,平调阴阳,必重调节一气升降之道路“肝肺”,肝气左升为阳,肺气右降为阴,升降有序则气机周流。又如《医碥·五脏生克论》云:“气有降则有升,无降则无升”,气升发因于肺气之肃降,肺气肃降,有利于肝气的升发,肝气条达,有利于肺气的肃降,故治疗本病时调和肝气左升、肺气右降,亦是调和阴阳,气机升降有序,则亦能阴平阳秘。故在用药时可运用生麦芽、薄荷之类药物疏肝,运用杏仁之类药物以降肺气。

3 医案举隅

案 患者李某,女,50岁。便秘10年余,加重1周。患者10余年前出现便秘,大便2~3天一行,时有服用番泻叶方能排便,平素心烦易怒,胸闷气短,口舌糜烂,身倦乏力,近1周腹胀痛不适,服用番泻叶后仍未排便,伴有烦躁不安,胸胁胀满,乏力,纳眠欠佳,小便正常。舌红,苔薄腻,脉弦。查体:腹部压痛(+),反跳痛(-)。行电子结肠镜、肛门指诊、妇科彩超等相关检查均未见明显异常,排除器质性疾病,诊断为功能性便秘。辨证:气秘。治法:顺气导滞。方药:法半夏12g,茯苓15g,甘草6g,生麦芽30g,薄荷9g,杏仁10g,橘皮15g,生白芍12g。14剂,水煎服,日1剂,早晚各温服1次。2周后复诊,患者诉大便2~3日一行,排便诸症较前均改善,守上方继续服用2月余,患者大便1~2日一行,排便通畅,余症消失。

按:患者为中年女性,年过中旬,便秘日久,纳

食欠佳,脾胃渐虚,且服用苦寒泻下之类药物损伤脾胃,且患者平素情志不畅,急躁易怒,胸胁胀满,肝气郁结,木旺乘土,气郁化火,木火刑金,致使肝气不升,肺气不降,脾胃升降失职,则大肠传导功能失司,故治疗本病时应注重调畅气机,脾胃为全身气机升降之枢纽,肝气左升,肺气右降,调和脾胃、肝肺是治疗本病的关键,本方源于黄元御之下气汤,并结合名老中医麻瑞亭的临床经验,依据疾病的中医病机特点,对黄元御的下气汤进行加味而组成加味下气汤,方中茯苓健脾渗湿,治在脾而助其升,法半夏和胃降逆,治在胃而助其降,二味药调理脾胃气机,使升降有序;生麦芽疏调肝气,开郁散结,诚如张锡纯所说:“生麦芽虽为脾胃之药,而实善舒肝气,散郁结。”薄荷轻清以疏肝,助乙木之左升而解木之郁热;橘皮、杏仁入气分,清理肺气,降逆;生白芍养阴柔肝,使不伤肝阴;甘草调和诸药,且为培补中气的代表药,备冲和之正味,秉淳厚之良资,入金木两家之界,归水火二气之间,培植中州,养育四旁,交媾精神之妙药,调济气血之灵丹。故有“脾胃者,精神气血之中皇,凡调剂气血,交媾精神,非脾胃不能,非甘草不能”^[4]。全方其中茯苓与法半夏共为君药以达脾升胃降,生麦芽疏肝达木,橘皮、薄荷健脾燥湿、升达肝木为臣药以助君药调畅气机;杏仁宣发肺气,使无郁滞为佐药;佐以生白芍养阴柔肝;甘草补益中焦、调和诸药为使药,全方共奏中焦升降有序、肝气左升、肺气右降,则恢复大肠传导功能。现代药理研究表明,陈皮、茯苓、清半夏能促进胃肠蠕动;生麦芽对胃酸和胃蛋白酶有促进作用,提高机体的免疫力;杏仁有扩张支气管平滑肌作用。全方调畅气机,复其左升右降之常,充分体现了促进气机升降归常,达胃善纳而脾善磨,肝不郁而肺不滞,升降平衡,则诸症自愈。

4 结论

中医治疗本病,擅于发挥其整体观念的优势,而不是一味的泻下通便,泻下通便只是治标之策,笔者以中医的整体观念及辨证论治为理论指导,功能性便秘在探析本病时认为脾胃、肝、肺与气机的关系最为密切,通过调和脾胃、肝、肺之脏腑之气,达到左路木火升发,右路金水敛降,中焦土气斡旋,故能一气周流,本病则愈。

参考文献

- [1]杨洋,程遥,史海霞,等.功能性便秘合虑抑郁状态中医诊疗思路[J].辽宁中医杂志,2017,44(3):492-493.
- [2]李延青,于岩波.功能性便秘的诊断与治疗[J].中国实用内科杂志,2011,31(2):158-160.
- [3]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:250.
- [4]黄元御.黄元御药解[M].孙治熙.北京:中国中医药出版社,2012:6-10.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李振华 收稿日期:2017-11-14)

王洪京应用健脾益气温中类对药 治疗脾胃病的临床经验[※]

刘青 贾伟 郝建 王洪京*

(滕州市中医医院脾胃肝胆病科, 山东 滕州 277599)

摘要: 王洪京主任医师擅长脾胃疾病的治疗, 临床善用健脾益气类(如茯苓与白术、黄芪与白术、黄芪与山药、人参与白术、人参与防风、黄芪与防风、人参与升麻、黄芪与薏苡仁、黄芪与升麻等)和温中类(如桂枝与白芍、高良姜与香附、砂仁与白豆蔻、乌药与小茴香、肉桂与葛根等)对药, 分别用于治疗脾胃病的脾胃气虚证和脾胃虚寒证, 现整理如下。

关键词: 王洪京; 健脾益气类; 温中类; 对药; 脾胃病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.024

文章编号:1672-2779(2018)-04-0065-02

Clinical Experience of Wang Hongjing in Treating Spleen and Stomach Disease through Herb Couples for Strengthening Spleen and Invigorating Qi and Warming Spleen and Stomach Drugs

LIU Qing, JIA Wei, HAO Jian, WANG Hongjing

(Department of Hepatology and Gastroenterology, Tengzhou City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Tengzhou 277599, China)

Abstract: Chief Physician Wang Hongjing is good at the treatment of spleen and stomach diseases and is good at the application of couplet medicines for fortifying the spleen and replenish qi (such as Poria cocos and Atractylodes macrocephala, Astragalus membranaceus and Atractylodes macrocephala, Astragalus membranaceus and Dioscorea Opposita, Ginseng and Atractylodes macrocephala, Ginseng and Saposhnikovia Divaricata, Astragalus membranaceus and Saposhnikovia Divaricata, Ginseng and Cimicifuga Heracleifolia, Astragalus membranaceus and Semen Coicis, Astragalus membranaceus and Cimicifuga Heracleifolia etc.) and mild class drugs (such as Ramulus Cinnamomi and Radix Paeoniae Alba, Alpinia Officinarum and Cyperus Rotundus, Fructus Amomi and cardamon fruit, Radix Linderae and Fructus Foeniculi, Cinnamomum Cassia and Pueraria Lobata etc.) in clinical practice. He uses appellate couplet medicines to treat spleen and stomach diseases such as syndrome of deficiency of spleen-qi and stomach-qi and deficient cold of spleen and stomach. It is now arranged as follows.

Keywords: Wang Hongjing; strengthening spleen and invigorating qi; warming spleen and stomach; herb couples; spleen and stomach disease

王洪京医学博士、主任医师。荣获“山东省名中医药专家”“全国优秀中医临床人才”等称号, 2015年国家中医药管理局确定设立“全国基层名老中医药专家王洪京传承工作室”。他从事临床工作34余年, 擅长脾胃疾病的治疗。笔者侍诊之余, 将其应用健脾益气类和温中类对药治疗脾胃病的经验整理如下。

1 健脾益气类

1.1 茯苓与白术 茯苓甘淡渗利, 健脾补中, 利水渗湿, 宁心安神; 白术甘温补中, 补脾燥湿, 益气生血, 和中消滞, 固表止汗。茯苓以利水渗湿为主; 白术以健脾燥湿为主。二者合伍, 一健一渗, 水湿则有出路, 故可脾健、湿除、肿消、饮化。王师认为二药配伍主要治疗脾虚不运、痰饮内停、水湿为患的病人。用量: 茯苓10~15 g; 白术10~15 g。

1.2 黄芪与白术 黄芪味甘微温, 入脾、肺经, 补中益

气, 健脾利水, 升阳固表, 既主肌表之水湿, 又主在里之水气; 白术补脾益气, 健脾运湿。二药合伍, 一能增强补益中气、升阳之功, 二能鼓舞脾胃气化、振奋生机、补脾气以化水、运脾气以行水、升脾气以降水、彻表彻里之水湿。王师认为此药对临床常用于治疗: (1) 久泻、久痢、慢性肝炎、内脏下垂、脱肛、重症肌无力等辨证属于脾胃气虚或中气下陷者; (2) 气虚水湿停滞之肌痹、水肿者。有研究证实^[1]: 黄芪能促进和调节机体代谢和免疫功能, 诱导干扰素, 有护肝、抗肝纤维化等作用, 对慢性乙型肝炎等肝病用药情况进行分析, 以黄芪使用频率最高。用量: 黄芪10~30 g; 白术10~15 g。

1.3 黄芪与山药 黄芪补益脾气; 山药益脾气养脾阴。二者伍用, 气阴并调, 相得益彰, 奏益脾气养脾阴之效。用于治疗消化性溃疡、慢性胃肠炎属脾胃气虚或兼有阴虚者。王师治疗溃疡病, 常辨证选用二药, 认为有补气护膜止血之功, 兼护其阴, 有利于溃疡的愈合。用量: 黄芪10~30 g; 山药10~30 g。

※ 基金项目: 全国基层名老中医药专家王洪京传承工作室项目

* 通讯作者: whj1005@126.com

1.4 人参与白术 人参大补元气，益脾肺之气，鼓舞脾胃运化；白术补脾气运脾湿。二者均为补气健运脾胃要药，合用相得益彰。奏补气健脾，促脾胃运化，振奋后天之本之大功。临床凡脾胃不足、脾虚不运、脾虚湿滞、脾虚气弱瘀阻等所致诸多病证均可应用。临床人参一般可用党参代替。用量：人参3~9 g；白术10~15 g。

1.5 人参与防风 人参大补元气，鼓舞脾胃气化；防风祛风胜湿，散肝气，鼓脾气上升。二药合伍，人参得防风补而能升更增补益之功；防风得人参则疏通而不伤正。共奏鼓舞脾气、升发清阳之功。用于治疗脾虚湿滞不化之证。王师认为慢性腹泻属脾虚湿滞不化用之较宜。用量：人参3~9 g；防风6~10 g。

1.6 黄芪与防风 黄芪补气益气升阳而固表；防风疏风解表，胜湿，散肝气，鼓脾气上升。二者合伍，补中兼疏，不敛邪，不散泄伤正。共奏益气固表御外风、鼓舞脾气升发清阳之功。王师临床常用此药对治疗气虚易感、表虚自汗、脾虚泄泻等证。用量：黄芪10~30 g；防风6~10 g。

1.7 人参与升麻 人参补脾胃元气，益气生津；升麻升清气。二者合用，补益升运并施，正合脾之生理特性。共奏益气升清降浊之功。用于治疗脾胃气虚下陷、脾虚不摄诸证。王师临床对内脏下垂、慢性泻痢、脱肛等属气虚下陷者，均用为要药。用量：人参3~9 g；升麻6~10 g。

1.8 黄芪与薏苡仁 黄芪补益脾肺元气，运毒托毒；薏苡仁健脾止泻，清利湿热，解毒排脓。二者合用，一能补气健脾、渗湿止泻，一能运毒托毒。共奏补气健脾止泻、运毒托毒之功。主要用于治疗脾虚湿盛之泄泻。另外，肿瘤病人化疗、放疗期间用之，有扶正解毒、抗肿瘤、康复体力、减轻放化疗毒副作用等作用。有研究证实^[2]：薏苡仁其抗肿瘤作用是多方面的综合作用，包括直接的抑瘤作用、抑制肿瘤血管生成、免疫调节作用等。用量：黄芪10~30 g；薏苡仁15~30 g。

1.9 黄芪与升麻 黄芪补气升阳，托毒解毒；升麻升清气，透解邪毒。二药合伍，一能补气升阳，一能补托透解邪毒。主要用于治疗脾虚清气不升诸证，如泄泻、脱肛、内脏下垂、眩晕、低血压等。另外，肿瘤病人属脾气虚弱、邪毒内盛者亦可用之。用量：黄芪10~30 g；升麻6~10 g。

2 温中类

2.1 桂枝与白芍 桂枝与白芍两药均为建中汤要药。桂

枝辛甘而温，能温胃散寒，故能暖脾护胃；白芍酸苦阴柔，能柔肝缓急，不致肝邪犯胃。二药合伍，温润得宜，建中和胃。用于治疗中焦虚寒胃脘痛。用量：桂枝3~9 g；白芍5~15 g。

2.2 高良姜与香附 香附辛散苦降，药性缓和，为理气之良药，能通行三焦，疏肝解郁，善行血中之气而理气活血，调经止痛，《本草纲目》称其为“气病之总司”；高良姜辛辣芳香，温热行散，功专温胃散寒，行气止痛，健胃消食，《本草从新》称其“暖胃散寒，消食醒酒，治胃脘冷痛”。二者合用，相得益彰，温中散寒、理气止痛甚效。临床慢性胃炎，胃溃疡，十二指肠球部溃疡，辨证属于寒凝气滞者均可使用。王师临床体会，香附重于理气，高良姜偏于散寒，合用擅治属于寒凝气滞的胃脘痛者，因其辛香走窜、温则流通之故。用量：高良姜6~10 g；香附6~10 g。

2.3 砂仁与白豆蔻 砂仁辛散温通，醒脾和胃，行气止痛，温脾止泻，理气安胎；白豆蔻辛温香燥，温中化湿，健胃止呕，行气止痛。砂仁香窜而气浊，功专于中、下二焦；白豆蔻芳香而气清，功专于中、上二焦。二者合伍，宣通上、中、下三焦之气机，以开胸顺气，行气止痛，芳香化浊，醒脾开胃，和中消食。临床用于治疗脾胃虚寒、运化失职、湿浊内蕴、气机不得宣畅者，见纳呆食少、胸闷不舒、脘腹胀痛、反胃、呕逆等症。小儿胃寒消化不良、吐乳等症亦可用之。王师认为砂仁、白豆蔻同为辛散温通、芳香化浊之品，二者常相须而用。用量：砂仁3~6 g；白豆蔻3~10 g。

2.4 乌药与小茴香 乌药辛温香窜，行气止痛，偏走下焦，为理气止痛之上品；小茴香辛温，温肾散寒。两药伍用，为理气止痛良药。临床多用于寒凝气滞而致小腹冷痛者。王师认为临床上，可在此药对基础上，加入广木香、吴茱萸等散寒止痛之品，其效更佳。用量：乌药6~10 g；小茴香3~6 g。

2.5 肉桂与葛根 肉桂补脾阳，生命火，鼓舞气化；葛根鼓舞胃气，升提脾气。二者合伍，温补升提并施。共奏升脾气、温脾（肾）阳、鼓舞气化之功。用于治疗脾肾阳虚的泻痢之证。王师善用二药合伍治疗老年人慢性腹泻辨证属脾肾阳虚、湿浊内盛、清浊不分者。用量：肉桂6~10 g；葛根10~15 g。

参考文献

[1]高倩,谭兴华,袁冬生.黄芪在治疗慢性乙型肝炎中的药理作用[J].实用肝脏病杂志,2010,13(6):464-465.

[2]温晓蓉.薏苡仁化学成分及抗肿瘤活性研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(3):135-137.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王海清 收稿日期:2017-11-20)

杜长海从肝论治反流性食管炎经验[※]

杨天翼¹ 宗湘裕¹ 杜长海¹ 于雪飞²

(1 北京市怀柔区中医医院消化科, 北京 101400; 2 北京市顺义区仁和镇卫生院, 北京 101300)

摘要: 本文对杜长海名老中医从肝论治反流性食管炎的经验进行总结。本文主要从对该病的病因病机的认识, 到该病辨证论治及经验方等方面进行阐述。杜老认为肝失疏泄、胃气不和为主要病机, 以疏肝理气, 和胃降逆为中心治法, 创立和胃降逆颗粒进行临床治疗取得较好的临床效果。

关键词: 杜长海; 反流性食管炎; 肝胃不和; 临证经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.025

文章编号:1672-2779(2018)-04-0067-02

Experience of Du Changhai in the Treatment of Reflux Esophagitis Diseases from Liver

YANG Tianyi¹, ZONG Xiangyu¹, DU Changhai¹, YU Xuefei²

(1. Department of Gastroenterology, Huairou District Hospital of Traditional Chinese Medicine 101400, Beijing 101400, China;

2. Shunyi District Renhe Town Community Health Service Center, Beijing 101300, China)

Abstract: This article summarized the clinical experience of Professor Du Changhai in treating reflux esophagitis diseases by using liver theory. This article elaborated on etiology and pathogenesis of the disease, the diagnosis, treatment of the disease and prescriptions. The main Chinese medicine pathology is liver dysfunction and dysfunction of stomach by Professor Du, which founded Chinese medicine Hewei Jiangni granules, while the prescription has achieved good clinical results, taking the soothing of the liver and regulating qi and descending the stomach as the central treatment method.

Keywords: Du Changhai; reflux esophagitis disease; liver-stomach disharmony; clinical experiences

胃食管反流病是成人消化系统中常见的慢性疾病, 近年来患病率不断上升, 给家庭和社会带来了一定的经济和精神负担。反流性食管炎(RE)是该病的一个亚型^[1]。主要表现反酸、烧心、胸痛等症状, 内镜下可见不同等级的黏膜损伤表现。该病具有发病率高、复发率高的特点, 严重影响生活质量, 甚至产生担忧情绪^[2-3]。目前西医以PPI或H2受体拮抗剂为主要治疗药物, 但因药物不良反应较多, 停药后易反复等弊端, 无法达到满意效果。

杜长海名老中医是北京中医药薪火传承“3+3”工程基层老中医传承工作室指导老师、2016年被评为全国基层名老中医药专家传承工作室指导老师。杜老多年从事中医脾胃病研究及治疗40余年, 在治疗反流性食管炎经验甚为丰富, 已形成自己独到的中医思维体系, 杜老根据中医通降理论, 自拟和胃降逆颗粒(免煎颗粒)治疗反流性食管炎临床疗效显著, 发表相关论文多篇, 并多次荣获北京市中医管理局科技成果奖、怀柔科技进步奖。笔者有幸随师待诊, 受益匪浅, 现将导师临床经验总结如下。

1 对病名及病因病机认识

中医无反流性食管炎病名, 但根据其临床表现, 应归为“吐酸”、“嘈杂”、“噎膈”、“胸痛”、“反胃”等范畴。《证治汇补·吞酸》曰:“大凡积滞中焦, 久郁成热, 则木从火化, 因而作酸者, 酸之热也; 若课寒犯胃, 顷刻成酸, 本无郁热, 因寒所化者, 酸之寒也”, 此说明吐酸不仅有热亦有寒, 并与胃密切相关。杜老认为该病多与情志有关, 现代人生活节奏快, 压力大, 故肝胃不和证多见, 正如《寿世保元·吞酸》

曰:“夫酸者肝木之味也, 由火盛制金, 不能平木, 则肝木自甚, 故为酸也”, 说明吞酸与肝气密切相关。究其基本病机乃为肝气犯胃, 胃失和降。

杜老认为该病虽病在食管, 属胃所主, 但与肝胆关系密切。清末唐容川在《血证论》指出“木之性主于疏泄, 食气入胃, 全赖肝木之气以疏泄之, 而水谷乃化”。肝主疏泄, 喜条达恶抑郁。肝气调和, 舒畅气机, 通而不滞, 散而不郁, 则脾升胃降, 使脾主运化、升清、降浊的功能得以正常发挥。水谷通过脾的运化形成水谷之精微物质, 再通过脾的升清作用, 输布全身。注之于脉而形成营、血、津液等精微物质。为五脏六腑四肢百骸提供能量 起到营养, 润滑作用。而糟粕则随着脾的降浊功能排除体外。若肝失疏泄, 木郁制酸, 伤及脾胃, 则脾胃升降失常, 胃气上逆, 上逆则吐酸。肝气郁滞或气郁化火, 滞则不畅, 致肝气犯胃, 影响脾胃运化, 运化失司, 胃失和降, 故而患病。《丹溪心法》亦云“气血冲和, 万病不生, 一有拂郁, 诸病生焉”。

2 确立治法 制定主方

肝主疏泄, 木疏土达, 反之则土不畅, 正如叶天士曰“肝为起病之源, 胃为传病之所”, 《素问·至真要大论》:“诸逆上冲, 皆属于火”, “诸呕吐酸, 暴注下迫, 皆属于热”。杜老认为肝脏体阴而用阳, 故易伤及脾胃, 故根据病因病机, 杜老以疏肝和胃为法, 自制和胃降逆颗粒, 使肝之郁滞得解, 疏泄得开, 则木气条达, 自不横逆犯胃, 胃气通降复常, 诸症消失。该方以柴胡疏肝散和左金丸加减而成, 主要有柴胡12g, 香附10g, 苏梗10g, 白芍15g, 枳壳10g, 黄连10g, 吴茱萸3g, 段瓦楞子15g, 炙甘草9g。君药: 柴胡、枳壳, 柴胡为苦辛寒之品, 归肝、胆经, 具有疏肝解郁、解表退热、升举

※ 基金项目: 全国基层名老中医药专家杜长海传承工作室建设项目[No.国中医药人教发[2016]41号]

阳气之效。《神农本草经》：“主心腹肠胃结气，饮食积聚，寒热邪气，推陈致新”；枳壳，善行气开胸，宽中除胀。《本草纲目》提及柴胡可治阳气下陷，枳壳功能利气。故柴胡为升，枳壳为降，一升一降，恢复脾胃升降功能，又可疏肝理气，助脾胃运化，共为君药。臣药：香附、苏梗、白芍，香附，性辛、甘、平，归肝、脾经，《本草纲目》称其为“此乃气病之总司，女科之主帅”，疏肝解郁，理气调中之佳品，白芍苦寒之品，亦归肝脾经，具有柔肝止痛，平抑肝阳之效。香附与白芍取辛开苦降之义，苏梗宽胸利膈，诸药合用，条畅肝之气机，通降胃气，共为臣药。佐药：黄连、吴茱萸，煅瓦楞子，其中黄连、吴茱萸取自《丹溪心法》之左金丸，黄连乃大苦大寒之品，可清热燥湿，泻火解毒，吴茱萸辛、苦、热之性，可降逆止呕，散寒止痛，助阳止泻，两药一寒一热，一阴一阳，苦降辛开，以收相反相成之效。煅瓦楞子性乃咸平，归肝、胃、肺经，有制酸止痛之功，现代研究证实煅瓦楞子中主要成分为碳酸钙，故能中和胃酸，减轻反酸、烧心之症。使药：炙甘草，调和诸药。随症加减：呕恶痰涎，胸膈满闷可加清半夏、生姜、陈皮，取自小半夏汤，理气化痰，降逆止呕；呃逆者加代赭石、旋复花，取自旋覆代赭汤，降逆化痰，益气和胃；胸痛者加川芎、当归、红花，行气活血、气行则血行；脘腹胀满者加大腹皮行气宽中；失眠者加夜交藤、川芎，一静一动，安神养心。

3 验案举隅

彭某，男，68岁。2017年2月初诊。主因“反复反酸烧心1年余”就诊。患者1年前无明显诱因出现反酸、烧心，严重时吐酸水，伴有口干口苦，心烦，胃脘部胀

满，夜不能寐，大便干结，小便调。舌体瘦，色红，苔薄白干，脉弦细。近期胃镜示：慢性浅表性胃炎，HP(-)，病理示：肠化生(++)。经服雷贝拉唑后症状略有好转，但停药后易反复，遂慕杜老之名前来就诊。中医诊断：吐酸病 肝胃不和证。西医诊断：非糜烂性胃食管反流病，慢性浅表性胃炎伴肠化生。处方如下：予和胃降逆颗粒加白及、海螵蛸、蒲公英、大腹皮，服7剂。二诊：反酸、烧心症状好转，但仍夜寐一般，故加夜交藤、川芎，再服七剂，症状完全消失。并嘱其患者注意生活方式，定期复查。1月后电话随访，患者症状未再反复。

按：本案患者由于脾胃素虚，肝胃不和，故气机阻滞，肝经遏制致肝失疏泄，影响胃的升降纳化，临床故见胃失和降及肝气不舒之症。本案杜老以独创和胃降逆颗粒为基础方，根据患者临床症状加减，如反酸、烧心较重，加白及、海漂线制酸止痛，蒲公英清热解毒、散结消壅，具有防癌变之效。杜老认为大肠乃传导之司，故应通降腑气，故加大腹皮行气导滞。首剂之后症状明显改善，效不更方，遂复诊时故守原方，因患者夜寐一般，故再加川芎、夜交藤养血安神，二者一静一动，养血不滞血^[4]。诸药合用，疏肝理气，和胃降逆，配伍精当，疗效显著。

参考文献

- [1]林三仁,许国铭,胡品津,等.2006年中国胃食管反流病共识意见(三亚)[J].胃肠病学,2007,12(4):233-239.
- [2]Bor S,Lazebnik LB,Kitapcioglu G,et al.Prevalence of gastroesophageal reflux disease in Moscow[J].Dis Esophagus,2015(29):159-165.
- [3]吴欢,陈芷珉,孙晓红.反流性食管炎和非糜烂性反流病者的疾病认知和既往诊治情况调查[J].胃肠病学,2010,14(4):200-204.
- [4]王宏伟.朱生樾应用对药治疗反流性食管炎经验举隅[J].山西中医,2008(24):8-10.

(本文编辑:李海燕 本文校对:宗湘裕 收稿日期:2018-01-02)

冯兴华治疗瘀血痹学术思想

马桂琴 冯兴华* 何夏秀 刘宏潇

(中国中医科学院广安门医院风湿病科,北京 100053)

摘要：本文介绍了冯兴华教授疏肝化痰法治疗痹病的学术思想，指出瘀血痹是基于气血理论肝气痹进一步发展的结果，并阐述了冯兴华教授运用辛香行气法治疗瘀血痹，而行气行的是肝之气，最后介绍了用疏肝化痰法治疗瘀血痹的典型病案。

关键词：冯兴华；瘀血痹；疏肝化痰；辛香行气；医案

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.026

文章编号:1672-2779(2018)-04-0068-03

Academic Thought of Professor Feng Xinghua in Treating Blood Stasis Arthralgia

MA Guiqin, FENG Xinghua, HE Xiaxiu, LIU Hongxiao

(Rheumatology Department, Guang'anmen Hospital of Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100053, China)

Abstract: This paper introduced academic thought of Professor Feng Xinghua in treating rheumatism. It pointed out blood stasis arthralgia is based on the theory of qi and blood, is the further development of liver qi bi, and expounded Professor Feng Xinghua in treating blood stasis arthralgia with therapy of spicy substance for promoting qi which promoting circulation of liver qi, finally introduced the typical medical treatment of blood stasis arthralgia with Soothing liver and removing blood stasis method.

Keywords: Feng Xinghua; blood stasis arthralgia; soothing liver and removing blood stasis; spicy substance for promoting qi; medical cases

冯兴华教授业医五十载，是我国著名的中医风湿病学术带头人、风湿病大家，笔者试将老师治疗瘀血

致痹的学术思想及应用心得与同道分享。

风湿病的病因病机较复杂，主要有外感六淫邪气，营卫气血失调，脏腑阴阳内伤，痰浊瘀血内生^[1]四个方面。瘀血作为病理产物同时又作为致病病因加重了风

* 通讯作者:fxh2188@sina.com

湿痹病的病情。冯兴华教授认为瘀血作为致病因素和病理产物贯穿了以关节病变为主要表现的风湿病，对造成内脏损害的风湿病，瘀血在某些疾病的发展阶段也起到很重要的作用。瘀血痹的关节表现为：关节刺痛，固定不移，疼痛夜甚，拒按，关节面色暗，同时伴有目眶色黯黑，面色青灰，口唇紫暗，舌下络脉迂曲怒张等。瘀血往往同时与痰浊并见谓之痰瘀痹，证见关节畸形，肿胀，屈伸不利，并伴有痰核，硬结，瘀斑等。

1 瘀血致痹与肝气痹

冯兴华教授认为，瘀血痹是基于中医气血理论而提出的。瘀血痹是肝气痹进一步发展的结果。早在《素问·痹论》就指出：“淫气忧思，痹聚在心”^[2]，《中藏经》也说：“气痹者，愁思喜怒过多，则气结于上……宜节忧思以养气，慎喜怒以全真，最为良矣。”^[3]明·李梴《医学入门》：“周身擎痛麻者，谓之周痹，乃肝气不行也”^[4]。冯教授继承前贤思想，进一步提出痹病非独由风寒湿诸邪气而导致^[5]，同时发展了叶氏理论认为，瘀血于风湿病而言，无论在经在络均可导致瘀血痹的产生。

2 辛香行气法治疗瘀血痹

冯兴华教授认为，从分析瘀血痹的代表方剂可以充分体会到瘀血痹的治法。王清任身痛逐瘀汤（《医林改错》）来源于趁痛散（《丹溪心法》）。处方中有川芎、当归、桃仁、红花、五灵脂、没药、牛膝、地龙等活血化瘀的药物，配伍香附、羌活、秦艽。其中香附以行气见长，《本草正义》^[6]谓：“香附，其甚烈，香气颇浓，皆以气用事，故专治气结为病”，本方用香附意在行气，推动血行。方中用羌活、秦艽过去认为是治疗痹病，用以祛风除湿，老师认为羌活、秦艽尚有行气之功，乃是由于羌活、秦艽两味药都是辛味之品，辛味能行能散，在大队的活血化瘀的药物中加羌活、秦艽可以增强本方行气的功能，如果身痛逐瘀汤无羌活和秦艽就不能称之为身痛逐瘀汤了。

同时冯兴华教授认为行气主要是行肝之气，以行肝气法治疗气滞血瘀证，是因为肝主疏泄，主全身的气机调畅。如身痛逐瘀汤用香附理气，香附入肝经，行肝气。再如李东垣之复元活血汤（《医学发明》）治疗跌堕，恶血结于胁下，方中柴胡用意一是引药入肝经，二是行气，因柴胡是肝经第一要药，疏肝理气，也是行肝气；另外王清任之血府逐瘀汤（《医林改错》）方中内含四逆散，意在疏理肝气，调畅气机。因此可以更加清楚地体会行气化瘀的行气是疏肝气，行肝气。

3 验案赏析

案1 王某，女，47岁。初诊：2010年8月13日初诊。主诉：四肢多关节肿痛1年余，加重1个月。现病史：患者1年前劳累、受凉后出现双手多关节肿痛，服

用芬必得后症状渐缓解。其后1年间，反复发作全身多关节肿痛，外院诊断为类风湿性关节炎，给予甲氨蝶呤10 mg，口服，每周1次，及雷公藤多苷20 mg，口服，每日3次，服用3个月后出现肝损害，自行停药。刻下症：双腕关节及双PIP、MCP关节周围皮温高，右肘关节肿痛，屈曲不能伸直，晨僵>2 h，乏力，纳呆。舌红苔黄厚，脉滑数。化验室检查：ESR 49 mm/h，H-CRP 45.97 mg/L，RF 362 IU/mL，CCP 2978 IU/L。西医诊断：类风湿性关节炎。中医诊断：痹证（风挟湿热，痹阻关节）。治以祛风清热利湿、活血通络。方选身痛逐瘀汤加减。处方：羌活10 g，秦艽10 g，防风10 g，金银花30 g，连翘15 g，土茯苓30 g，苍术12 g，生薏米30 g，当归12 g，赤芍15 g，丹参30 g，红花10 g，乌梢蛇15 g，生黄芪45 g，生甘草6 g。水煎服，日1剂。同时加用雷公藤多苷20 mg，口服，每日3次。9月20日二诊，关节肿痛明显减轻，右肘关节已能伸直，晨僵<1 h，乏力减，口干，腰膝酸软，舌红苔薄黄，脉细数。仍守上方，减草薢、防己，加骨碎补15 g，枸杞子10 g，以补益肝肾。11月2日三诊，关节肿痛基本消失，右腕关节稍肿，余无关节肿痛，舌淡红苔薄，脉细数。化验室检查，ESR 27 mm/h，H-CRP 7.2 mg/L，血尿常规及肝功能均正常。上方继服30剂，以巩固疗效。

按：此病例有如下特点，关节红肿热痛，舌红苔黄厚腻，脉滑数，伴有血沉、C反应蛋白等炎症指标增高，属活动期湿热阻络证候，按照通行的方法，首选清热利湿法治疗，但冯教授认为，类风湿性关节炎西医病理属于滑膜的恶性增生，血管翳的侵蚀导致软骨及骨的破坏，属于瘀血痹的范畴，所以必须用活血药，在方剂的选择上也可以行气逐瘀之身痛逐瘀汤配伍清热利湿的药物，本例在中西合参把握病理的基础上，方药丝丝入扣，因此取得了很好的疗效。

案2 何某某，男72岁。初诊日期：2016年11月7日。主诉：肩踝诸关节痛数月加重2周。关节无红肿，无发热，以酸痛为主，关节活动范围正常，口唇紫暗，双肘、双手掌及手指伸侧面散在斑片样皮疹。舌质暗，舌下络脉迂曲、苔薄黄，脉弦滑。既往有腰椎间盘突出史，慢性湿疹病史。诊断：关节风湿症，腰椎间盘突出症，慢性过敏性皮炎。中医辨证：瘀血阻络，治法：活血行气，化瘀通络，方以血府逐瘀汤合身痛逐瘀汤合方。处方：生地黄20 g，桃仁12 g，红花12 g，赤芍15 g，炒枳壳10 g，柴胡10 g，川芎10 g，怀牛膝10 g，莪术15 g，土鳖虫10 g，醋五灵脂10 g，乳香6 g，羌活8 g，独活12 g，炙甘草10 g，白鲜皮20 g，制香附15 g，砂仁6 g（后下）。7剂。复诊日期：2017年11月11日。诉服上药4剂，关节疼痛消失。

按：本病例是作者临诊病例。此病例特点是周身关节痛，关节不肿，痛以酸痛为主，口唇紫暗，舌质

暗，诊断为瘀血阻络，以活血通络化瘀止痛为治，又考虑到老年高龄，口唇紫暗及舌下络脉迂曲，参照王清任血府逐瘀汤适应症，故以血府逐瘀汤和身痛逐瘀汤治疗，辨证准确，效如桴鼓。

4 总结

冯兴华教授运用辛香行气法治疗瘀血致痹的思想并不是无源之水，无根之木，而是来源于对经典的传承体悟和多年的临床实践，来源于对疾病病理的中医、西医的把握，启示我们理论的传承、经典的学习与临床实践为提高中医学术水平的必然途径，二者相辅相

成绝不可分割。

参考文献

- [1]王承德,沈不安,胡荫奇.实用中医风湿病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2009:16-21.
- [2]郭霁春.黄帝内经素问校注[M].北京:人民卫生出版社,2013:396.
- [3]李聪甫.中藏经校注[M].北京:人民卫生出版社,2013:66
- [4]明·李梴,医学入门[M].田代华,张晓杰,何永,等,整理.北京:人民卫生出版社,2006:668.
- [5]冯兴华.痹病非独外感风寒湿热[J].北京中医药,2007,26(1):30-31.
- [6]浙江省中医管理局《张山雷医集》编委会编校.张山雷医集(上)·本草正义[M].北京:人民卫生出版社,1995:275.

(本文编辑:李海燕 本文校对:冯兴华 收稿日期:2017-11-21)

赵杰主任临证运用干姜治疗抑郁症摘要

赵明瑜¹ 赵杰² 王杰^{2*}

(1 山西中医药大学针灸推拿学院专硕研究生2015级,山西 太原 030000;

2 山西中医药大学针灸推拿学院,山西 太原 030000)

摘要:赵杰主任临床上擅长运用经方扶阳法治疗抑郁症,认为抑郁症的根本原因就是阳虚,主倡“阳主阴从”是达到“阴平阳秘”之关键,治疗疾病当以扶阳为先,扶助阳气即是扶助生命,留住阳气即可延续生命。用干姜、附子、肉桂、吴茱萸等温热药帮助抑郁症患者提升阳气,常常产生意想不到的疗效。本文列举数则赵杰主任应用干姜治疗抑郁症病案,以期对中医临床实践提供参考。

关键词:干姜;经方;抑郁症;赵杰;附子理中汤;半夏泻心汤;柴胡桂枝干姜汤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.027

文章编号:1672-2779(2018)-04-0070-03

The Clinical Application Summary of Chief Zhao Jie in Treating Depression with Dried Ginger

ZHAO Mingyu¹, ZHAO Jie², WANG Jie²

(1. Grade 2015 Graduate of College of Acupuncture and Massage, Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030000, China;

2. College of Acupuncture and Massage, Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030000, China)

Abstract: Dr. Zhao Jie is good at using classic formulas to treat mental and emotional diseases. Dr. Zhao Jie considers that deficiency of yang is the primary cause of depression. He advocates that yang dominated and yin subordinated is the key point to achieve balance of yin and yang. Supporting yang is the first and best step to treat diseases. This article listed Dr. Zhao Jie' clinical application on using dried ginger to treat depression, which hopes to provide reference for TCM clinical practice.

Keywords: dried ginger; classic formulas; depression; Zhao Jie; Fuzi Lizhong decoction; Banxia Xiexin decoction; Cahihu Guizhi Ganjiang decoction

干姜，温里药，味辛，性热，归脾、胃、肾、心、肺经。本品辛开温通，功能温中散寒，回阳通脉，温肺化饮^①。《神农本草经》：“干姜，味辛温，主胸满咳逆上气，温中止血，出汗，逐风湿痹，肠癖下痢，生者尤良，久服去臭气，下气，通神明。”《医学起源》：“干姜其用有四，通心助阳；去脏腑沉寒痼冷；发诸经之寒气；治感寒腹痛。”《本草求真》：“仲景四逆，白通，姜附汤皆用之。”

现代药理学研究，干姜有镇静、镇痛、抗炎、对心血管作用能使血压暂时性升高、抗凝血作用，对消化系统有止呕、抑制溃疡、刺激肾上腺髓质释放儿茶酚胺的作用。干姜在方剂配伍中有广泛的运用。理中汤是治疗中焦虚寒证的代表方剂，方中以大辛大热之干姜为君药，温脾阳，祛寒邪，扶阳气。如此作用的

类方还有温脾汤、大建中汤、乌梅丸等。四逆汤是回阳救逆的代表方剂，方中干姜守而不走，与走而不守的附子同用，脾肾兼顾，破阴回阳之力尤强，如此配伍的方剂有通脉四逆汤、四逆加人参汤、白通汤、回阳救急汤等。小青龙汤是治疗外感风寒，水饮停肺喘咳的常用方，方中干姜与细辛、半夏、五味子配伍，既温肺化饮以散邪，又收敛肺气而不伤正。如此配伍运用的方剂还有苓甘五味姜辛汤、厚朴麻黄汤。半夏泻心汤主治寒热互结之痞证，方中干姜辛热以温中散寒，苓连苦寒以泄热开痞。与此方相类的甘草泻心汤、黄连汤等皆能辛开苦降调和肠胃。此外，少腹逐瘀汤、虎潜丸等方剂都有干姜的运用。

在《伤寒论》113方中，包含干姜的方剂有22首，其中8首的条文提到“烦”^②。(1)干姜附子汤第61条：“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕，不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附

* 通讯作者:zydrwj@163.com

子汤主之。^[2]”(2)白通加猪胆汁汤第315条：“少阴病，下利，脉微者，与白通汤；利不止，厥逆无脉，干呕，烦者，白通加猪胆汁汤主之。”(3)茯苓四逆汤第69条：“发汗，若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之。”(4)柴胡桂枝干姜汤第147条：“伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦者，此为未解也，柴胡桂枝干姜汤主之。”(5)栀子干姜汤第80条：“伤寒，医以丸药下之，身热不去；微烦者，栀子干姜汤主之。”(6)甘草干姜汤第29条：“伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急，反与桂枝，欲攻其表，此误也。得之便厥，咽中干，烦躁吐逆者，作甘草干姜汤与之，以复其阳。”(7)甘草泻心汤第158条：“伤寒中风，医反下之，其人下利，日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕心烦不得安……此非热结，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也。甘草泻心汤主之。”(8)乌梅丸第338条：“……蛔厥者，其人当吐蛔。今病者静，而复时烦者，此为脏寒。蛔上入其膈，故烦，须臾复止；得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人常自吐蛔。蛔厥者，乌梅丸主之。又主久利。^[3]”

赵杰主任善用经方治疗疑难杂症，屡起沉疴。常用的含有干姜的处方有干姜甘草汤，理中汤，大建中汤，乌梅丸，干姜附子汤，四逆汤，小青龙汤，厚朴麻黄汤，干姜黄芩黄连人参汤，半夏泻心汤，甘草泻心汤，黄连汤，肾著汤……笔者有幸成为他的学生，亲聆教诲，受益良深，撷取其应用于姜治疗抑郁症病案数则，浅述如下。

1 附子理中汤治疗抑郁症

郝某某，男，64岁，顽固性失眠、烦躁，焦虑伴抑郁，面色潮红。患者乏力，没有精神，与同伴的体力相比，容易受累，也容易受寒邪侵犯而为病。脉诊：左寸沉滑关沉细紧涩尺沉弦，右寸弱滑关沉紧尺沉。处方：炙甘草15g，干姜30g，附子60g，党参30g，吴茱萸30g，麦冬30g。5剂，日1剂，分早晚温服。药后患者安然入睡，且醒后乏力消失。

按：患者脾阳虚寒，运化能力低下，阳气运行受阻，致使阳气不能循常道运行，浮越于外，出现脸面潮红。“阳不入于阴”导致失眠。患者右关沉紧，属太阴虚寒证，用附子理中汤治疗，方中干姜守而不走，与走而不守的附子同用，脾肾兼顾，破阴回阳之力尤强。寸脉浮滑，加麦冬。左关脉沉紧，内有久寒，肝阳升发不利，故而出现烦躁、焦虑等情绪低落的症状，加吴茱萸。全方宣散中焦阴寒，阳气正常运行，故患者睡眠恢复正常，焦虑、抑郁症状缓解。

赵杰主任常常使用附子理中汤类方，如四逆汤、甘草干姜汤、干姜附子汤，有实邪，右关脉滑实加熟大黄成为温脾汤；消化不良，食欲减退用砂半理中，

加减化痰治疗抑郁症，常常收获奇效。

2 半夏泻心汤治疗抑郁症

张某，女，47岁。初诊：患者诉时有心悸，心慌，焦虑。入睡困难1年余，服用米氮平半片，阿普唑仑半片。脉证：左寸沉弱关滑（内弦）尺沉，右寸弱关沉滑尺沉。处方：黄芩10g，枳实10g，白芍30g，柴胡15g，熟大黄10g，黄连10g，附子30g，炙甘草15g，干姜15g，桃仁10g，吴茱萸10g。12剂，日1剂，分早晚温服。二诊，前半夜睡好，情绪好转。脉诊：右寸浮滑关滑尺浮弦，左寸沉弱关弦滑尺沉滑。处方：黄连10g，黄芩10g，白芍30g，阿胶10g，麦冬30g，姜半夏15g，党参15g，炙甘草10g，生姜30g。12剂，日1剂，分早晚温服。

按：患者有心慌、心悸，右关脉沉中有滑，沉是脾胃虚寒，滑说明内有痰浊等代谢产物堆积而造成痞证，所以用半夏泻心汤消痞散结，调和胃肠。患者左关脉滑实，属于少阳阳明合病，加大柴胡汤治疗。方中柴胡疏解少阳，枳实、熟大黄消积祛实，黄芩、黄连清热燥湿，助祛实之力。其中干姜在一诊中使用，二诊中换成生姜，右关脉从沉滑变为浮滑为佐证，说明寒邪由里宣散至表，病情减轻。

3 柴胡桂枝干姜汤治疗抑郁症

高某，女，38岁。初诊：主诉：头顶疼，焦虑、失眠，胃脘部不适，记忆力下降，便秘，常服通便药，舌乳头突出，但苔白腻。劳拉西泮1片/日，佐匹克隆1片/日，西酞普兰1片/日，坦度螺酮1片/日。脉诊：右寸沉弱关沉细弦尺沉弱，左寸沉弱关沉细紧微滑尺沉细紧。处方：柴胡10g，黄芩10g，细辛10g，附子30g，炒酸枣仁60g，麦冬30g，桂枝15g，炙甘草15g，党参30g，姜半夏10g，生姜30g，大枣5个。14剂，日1剂，分早晚温服。

二诊：主诉：药后睡眠好转，佐匹克隆减半，劳拉西泮减半，余不变。脉诊：右寸沉弱关滑内弦尺沉紧，左寸沉弱关弦沉细挟滑尺沉紧。处方：柴胡10g，黄芩10g，炒枣仁60g，细辛10g，附子45g，炙甘草15g，干姜30g，党参30g，砂仁10g，桂枝15g，天花粉15g，牡蛎30g。14剂，日1剂，分早晚温服。方中所用附子均为免煎颗粒。药后，患者睡眠改善明显，继续服中药调理。

按：患者舌乳头突出，但苔白腻，右关脉是浮滑挟有弦象，为脾胃虚寒，同时还伴有郁热，故用理中汤温补中焦，加砂仁化湿行气，黄芩清解郁热。左关脉弦细沉，为肝郁血虚之象，用柴胡可疏肝解郁，酸枣仁宁心安神。在二诊后使用干姜，是在祛除郁热之邪过后素体寒象的本质暴露，故加大干姜的用量以温补脾阳。加减变化，如果是左脉沉、弦、紧，可考虑使用吴茱萸汤、乌梅丸等升发肝阳。

4 结语

山西中医药大学中西医结合临床学院医院赵杰教授从事临床、教学二十余载,擅长大量运用附子、干姜(生姜)、肉桂(桂枝)等温阳药治疗重大疑难病症,尤其对抑郁症有自己独到见解,并有较好疗效。

抑郁症最为突出的四个特征:社会机能减退,表现在不想与人交往;睡眠障碍,表现在入睡慢、早醒或睡眠过多,造成白天乏力、没有精神;食欲下降;性欲下降。赵杰主任认为,抑郁症的根本是人体阳气不足。人的社会机能、生理机能的正常运作,全靠人体阳气,负性事件、生活压力都会消耗人体阳气,若不能及时恢复,就会出现身体的不适,表现出来的症状就是抑郁、心境低落。赵老师主倡“阳主阴从”是达到“阴平阳秘”之关键,疾病不愈乃损伤阳气。治疗疾病当以扶阳为先,常言道:“脾气好”,就是人的脾胃功能好,所以,其中至关重要是顾护脾胃之阳。

干姜是温暖脾胃中焦的主药,赵老师在临床上运用干姜积累了丰富的实践经验,主要秉承仲景先师“扶阳气,顾胃气”的思想,再结合现代中药药理学研究,切准病机,施方用药,效之应桴。

干姜的应用指征,主见脘腹冷痛、不喜食冷,脉

象主见右关脉沉紧弦。关脉沉主胃肠功能减弱,弦紧主寒。寸脉沉而弱,合干姜桂枝汤并用。若关脉沉弦挟有弱象,干姜加党参。尺脉沉,干姜、附子并用。若中焦有浊气,胃气上逆,舌苔白腻,关脉弦滑,加半夏。若关沉弦挟有滑实象,舌苔黄腻,常加熟大黄;若关脉弱而滑,还兼有舌乳头突出则用干姜黄芩黄连人参汤。

赵老师结合现代中药药理学研究,解释为干姜可使毛细血管扩张,此为干姜温中作用的生理基础。寒是因为血管壁痉挛,肠黏膜痉挛,消化液分泌也减少。这个时候要用干姜温中刺激肠黏膜,使其兴奋,然后带动肠壁下面的毛细血管网也兴奋,让肠黏膜由原来的寒性状态变成了热的状态,热的状态下血循环的量增多,胃肠道里面的消化液变得更有活性,加强微循环以利于疾病的康复。本文只撷取赵老师数则抑郁症病案作一简单介绍,以期对临床实践有指导意义。

参考文献

- [1]高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2007:239.
- [2]孟小斐,钱秋海.从《伤寒论》组方浅析干姜的“除烦”作用[J].江苏中医,2014,46(1):67-68.
- [3]熊曼琪.伤寒学[M].北京:中国中医药出版社,2007.
- [4]胡随瑜,王素娥,张春虎.抑郁症临床症候分层与中医辨证分型的关系[J].中西医结合学,2011,9(9):933-936.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李跃进 收稿日期:2017-10-31)

李坤寅辨治子宫内膜异位症痛经经验总结

李亚希¹ 欧银凤¹ 李坤寅^{2Δ}

(1 广州中医药大学第一临床医学院中医妇科学,广东 广州 510000;

2 广州中医药大学人事处,广东 广州 510000)

摘要:近年来,子宫内膜异位症发病率逐年增长,多数伴有盆腔疼痛症状,严重影响女性生活质量。本文通过临证学习总结李坤寅教授辨证论治子宫内膜异位症痛经临床经验,并撷取李坤寅教授治疗子宫内膜异位症痛经经验案一则,以飨同道。李坤寅教授认为子宫内膜异位症痛经的基本病机为肾虚血瘀,中药治疗应以补肾活血,化瘀止痛为法,随胞宫冲任藏泻,以月经周期为动态周期,分阶段以进行调治。同时配合调畅情志,调整饮食,坚持运动,起居规律。

关键词:子宫内膜异位症;痛经;临床经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.028

文章编号:1672-2779(2018)-04-0072-03

The Experience Summary of Professor Li Kunyin in Treating Endometriosis Dysmenorrhea

LI Yaxi¹, OU Yinfeng¹, LI Kunyin²

(1. Department of Gynecology, the First Clinical Medicine School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510000, China;

2. Personnel Office, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510000, China)

Abstract: In recent years, the incidence of endometriosis has increased year by year, and most of them are accompanied with pelvic pain symptoms, which severely influence the quality of life of women. This article summarized Professor Li Kunyin's clinical experience in treating dysmenorrhea of endometriosis based on syndrome differentiation, and drew a case of Professor Li Kunyin's experience in treating endometriosis pain. Professor Li Kunyin believes that the basic pathogenesis of endometriosis dysmenorrhea is kidney deficiency and blood stasis, traditional Chinese medicine treatment should be based on tonifying the kidney and activating blood circulation, removing blood stasis and relieving pain, and regulates in stages, at the same time, combined with unobstructed mood, adjust diet, and adhere to exercise and sleeping on time.

Keywords: endometriosis; dysmenorrhea; clinical experience

子宫内膜组织(腺体和间质)出现在子宫体以外的部位时,称为子宫内膜异位症,简称内异症。近年

来子宫内膜异位症发病率更逐年增长,在育龄期妇女的发病率为10%~15%,伴有盆腔疼痛达80%,合并不育者50%,严重影响女性健康^[1-2]。中医古籍中无“子宫内膜异位症”的名称记载,根据其主要症状和体征,

可归属于“痛经”“癥瘕”“不孕”等病症。

李坤寅教授从全国第三批名老中医欧阳惠卿教授，系广州中医药大学第一附属医院教授，博士生导师。从事临床余30年，经验丰富，擅长治疗多囊卵巢综合征、子宫肌瘤、子宫腺肌症、子宫内膜异位症等疑难杂病。吾幸侍其临诊学习，现将李坤寅教授治疗子宫内膜异位症痛经的经验总结如下。

1 肾虚血瘀为基本病机

张景岳在《景岳全书》中记载：“瘀血留滞作癥，惟妇人有之。其证则由经期，或由产后，凡内伤生冷，或外受风寒，或郁怒伤肝，气逆而血留，或忧思伤脾，气虚而血滞，或积劳积弱，气弱而不得，总由血动之时，余血未尽，而一有所逆，则留滞日积，而以成癥矣”。瘀血凝结于冲任、胞脉，致冲任、胞脉气血运行不畅，日久成瘀，瘀血久而结成癥瘕。《诸病源候论》云：“月水不通，久则血结于内生块，变为血瘕，亦作血瘕。”“血瘕病，……令人腰痛，不可以俯仰，横骨下有积气，牢如石，小腹里急苦痛，背脊疼，深达腰腹下挛，阴里若生风冷，子门癖，月水不时，乍来乍不来，此病令人无子。”这一论述与现代医学对子宫内膜异位症的认识极为相似^[1]。《诸病源候论》云“妇人月水来腹痛者，由劳伤血气，以至体虚，受风冷之气客于胞络，损伤冲任之脉”。《妇科玉尺》云：“至如痛经一症，乃将行经而少腹腰腿俱痛，此瘀血。”李教授认为，先天禀赋不足，或大病久病，或手术损伤，或房劳多产，可损伤肾气。肾阳不足则血失温煦，运行迟缓，血液瘀滞；肾阴不足，内生虚火，热灼血瘀。瘀血阻络，凝滞胞宫、胞脉而发病。

2 分阶段调治

李教授认为随月经周期性变化，冲任胞宫气血消长，患者周期性出现痛经、下腹坠胀、肛门坠胀感，有些甚至严重影响正常日常生活和工作。应随胞宫冲任藏泻，以月经周期为动态周期，分阶段以进行调治。

经前期以阳长为主，以利于排泄月经，而行经期阳盛转阴，以排除经血^[2]。李教授辨治本病经前期、行经期治疗以活血化瘀、理气止痛为主，使气血运行通畅，促进月经的排出，以达到缓解疼痛的效果。常使用白芍、五灵脂。三七、益母草、牛膝、没药之品以活血化瘀，五灵脂、生蒲黄活血祛瘀的同时，更有散结止痛之效，木香、乌药、延胡索之品理气止痛。伴腰骶部疼痛明显者，加杜仲、川续断以补肝肾、强筋骨。

经后期血海空虚，子宫藏而不泻，是新周期物质形成的基础时期^[3]。肾为先天之本，主先天之精，肾精充足是月经正常来潮的前提条件。脾主运化，为后天之本，脾化生气血以充养先天肾精。气血运化失调，血液运行不畅通，不通则痛。李教授经后期中药辨治以补益肾精、健脾益气为主，常用熟地黄、酒萸肉、

淫羊藿、桑寄生、菟丝子、续断之品固肾益精，白术、黄芪、山药、茯苓、陈皮之品以健脾益气。

3 调畅情志 调整饮食 坚持运动

除了准确的辨证用药，必要的心理疏导对子宫内膜异位症痛经治疗至关重要。患者的情绪往往对月经有着重大的影响，情志所伤往往会影响肝经气机，导致肝气郁结，肝主疏泄，有调节血液、疏导气机的作用。李教授在和患者的交谈过程中，鼓励患者建立乐观的生活态度，放松心情，遇见问题不要焦虑。同时建议患者调整饮食，尽量少食辛辣、油炸等刺激之品。加强体育锻炼，坚持每日运动，养成好的体魄。改变不良的生活作息，避免熬夜，起居规律。

4 医案举例

患者蔡某，女，31岁。2016年3月28日初诊。主诉：痛经进行性加重1年余。月经于14岁来潮，平素月经规律，经期5天，周期25~27天。近1年余经前出现下腹部疼痛，月经第2~3日痛经剧烈，需服止痛药（具体不详）。末次月经（LMP）：3月6日，6日净，量中，色鲜红，有血块，痛经，需服止痛药，伴腰酸，伴肛门坠胀感。现咽痛，纳可，眠欠佳，多梦易醒，二便调。舌尖红，苔薄白，脉细。未避孕。2016年3月15日B超检查示：子宫大小约55 mm×40 mm×40 mm，内膜厚约8 mm，右侧卵巢见一大小约14 mm×12 mm囊性无回声，考虑卵泡，左侧附件区未见明显异常。2016年3月16日查血清CA 125：44.14 U/mL。妇检：外阴发育正常，已婚已产式，阴道畅，壁光滑，可见少量白色分泌物，宫颈柱状I°上皮异位，3点处见一大小约3 mm×4 mm纳氏囊肿，后穹窿可触及一大小约1 cm×3 cm的硬性结节，触痛明显。子宫前位，常大，质中，活动度可，双附件区未扪及明显异常。西医诊断：子宫内膜异位症。中医诊断：痛经 肾虚血瘀。处方：桑寄生、菟丝子、续断、白术、何首乌、丹参、乌药、白芍、夏枯草各15 g，竹茹、川芎各10 g，木香、甘草各6 g。共7剂，日1剂，水煎服。

4月9日二诊：LMP：3月30日，5日净，量中，色鲜红，有血块，仍诉经前及经期腹痛，需服止痛药，腰酸伴肛门坠胀感。纳可，睡眠较前改善，二便调。舌淡暗，苔薄白，脉细。避孕套避孕。处方：牡蛎30 g，黄芪、茯苓、何首乌各20 g，桑寄生、酒萸肉各15 g，醋莪术、醋三棱、淫羊藿、三七、竹茹各10 g，甘草6 g，陈皮5 g。共10剂，日1剂，水煎服。

4月23日三诊：今日月经来潮，量中，色暗红，有血块，下腹隐痛，较前缓解，未服止痛药，腰酸伴肛门坠胀感。自觉乏力，咽痛，偶头晕，纳可，眠一般，多梦易醒，二便调。舌淡暗，苔薄白，脉细。避孕套避孕。处方1：益母草30 g，白芍、醋延胡索、黄芪、乌药、盐牛膝、夏枯草各15 g，五灵脂、三七、木香、

醋没药、大黄各10 g, 甘草6 g。共5剂, 日1剂, 水煎服。处方2: 山药30 g, 桑寄生、茯苓各20 g, 菟丝子、熟地黄、续断、淫羊藿、柏子仁、酒萸肉各15 g, 竹茹、三七各10 g, 甘草6 g, 陈皮5 g。共10剂, 日1剂, 水煎服。嘱患者先服处方1, 大黄后下, 若腹泻, 改同煎, 续服处方2, 并嘱其注重生活调摄, 放松心情, 避免进食辛辣刺激之物。

随后患者定期14~20日于门诊复诊, 处方依上方随症加减, 坚持服药4个月经周期, 痛经明显减轻, 不需服用止痛药, 且能正常工作, 腰酸伴肛门坠胀感较前明显缓解。

按: 患者痛经进行性加重1年余, 初诊恰逢经前, 考虑患者同房未避孕, 治以补肾健脾, 理气止痛为主, 以菟丝子、桑寄生、续断、何首乌补肾益精, 白术健脾益气, 白芍养血止痛, 丹参活血化瘀, 乌药、木香、川芎理气止痛, 夏枯草清肝泻火, 甘草调和诸药。二诊以桑寄生、酒萸肉、淫羊藿、何首乌补肾益精, 莪术、三棱

行气止痛, 三七活血止痛, 牡蛎软坚散结, 黄芪、陈皮、茯苓健脾益气, 竹茹清热凉血, 甘草调和诸药。三诊恰逢经期, 以五灵脂、延胡索、没药、三七、白芍活血止痛, 益母草、牛膝活血通经, 木香、乌药理气止痛, 黄芪健脾益气, 夏枯草清肝泻火, 大黄祛瘀, 甘草调和诸药, 经后期以菟丝子、淫羊藿、熟地黄、酒萸肉、桑寄生、续断补肾益精, 茯苓、陈皮、山药健脾益气, 柏子仁养心安神, 竹茹清热凉血, 三七活血止痛, 甘草调和诸药。患者痛经明显改善, 随后复诊随症加减即可。

参考文献

- [1]石一复, 李娟清. 子宫内腺异位症的定义和发病有关理论[J]. 现代实用医学, 2007, 19(11):849, 863.
- [2]Giudice LC. Endometriosis[J]. New Engl J Med. 2010, 362(25):2389-2398.
- [3]周艳艳, 尤昭玲, 冯光荣. 试析血瘀与子宫内腺异位症[J]. 中医临床研究, 2014, 19(6):48-49.
- [4]温利丹, 支艳. 中医时间医学在月经病中的应用[J]. 中医学报, 2017, 32(5):780-783.
- [5]魏飞跃, 文乐兮, 尤昭玲. 月经组方用药规律探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(3):39.

(本文编辑:李海燕 本文校对:甄玉花 收稿日期:2017-12-26)

吕海江运用息风法治疗疑难眼病验案举隅

沈瑞翔¹ 吴改萍^{2*} 吕海江³

- (1) 河南中医药大学硕士研究生2015级, 河南 郑州 450000;
- (2) 河南中医药大学硕士研究生2016级, 河南 郑州 450000;
- (3) 河南中医药大学第三附属医院眼科, 河南 郑州 450000

摘要: 风广泛存在于自然界中, 风邪致病广泛, 易兼加寒、湿、热、暑邪伤人, 病症变化多样。吕海江老师认为, 风有外风和内风。外风侵眼, 主要表现为目痒、畏光、白睛红赤, 黑睛生翳等症; 内外风又常合而伤眼, 主要表现为眼部组织跳动或偏离正常位置。临床治疗应分清内风外风, 外风当疏散, 内风当平肝潜阳、滋阴息风、养血息风, 实则泻其标, 虚则补其本, 标本同治。同时辨清风邪兼杂的他邪, 随症加减, 才能取得满意的临床效果。

关键词: 吕海江; 祛风法; 名医经验; 眼病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.029

文章编号:1672-2779(2018)-04-0074-03

Proved Cases of Lyu Haijiang in Treating Difficult Ophthalmopathy with the Application of Expelling Wind Method

SHEN Ruixiang¹, WU Gaiping², LYU Haijiang³

- (1. Grade 2015 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;
2. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;
3. Department of Ophthalmology, the Third Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Pathogenic wind is widespread, and often with cold, damp, heat and summer heat to hurt people. It leads to the changing of various diseases. Lyu Haijiang teacher believed that wind divided into exterior wind and inner wind. Exterior wind in ophthalmopathy is mainly for eye itching, photophobia, hyperemia of bulbar conjunctiva, eye black students at other symptoms. Inner wind and the exterior wind often hurt the eye, leading to diseases mainly manifested by eye tissue jumping or deviating from the normal position. The clinical treatment should distinguish between the inner wind and the exterior wind, the exterior wind should be evacuated, the inner wind should be the calming of the liver and the latent yang, the nourishing the yin and the breath, the nourishing the blood and the wind, in fact, it would be diarrhea, the deficiency would supplement the original, the specimen should be treated together. Differentiation of pathogenic factors of wind pathogen and miscellaneous pathogen, in order to achieve satisfactory clinical results, we should identify the pathogen of wind evil and miscellaneous, and select drugs according to specific conditions.

Keywords: Lyu Haijiang; expelling wind method; experience of famous doctor; ophthalmopathy

吕海江, 男, 1950年人, 河南中医药大学教授, 硕士生导师, 第五届全国名老中医学术经验传承指导

老师, 师承于已故眼科名家张望之先生, 从事眼科临床及教学40余年, 形成了自己独特的经验。笔者在门诊上发现吕教授善用祛风法治疗眼科疑难病, 疗效颇佳。

* 通讯作者: 826472081@qq.com

吕老师认为,风有外风和内风。风为阳邪,性主动,善行而数变,常兼夹寒、湿、热、暑邪伤人。外来风邪侵犯眼部,主要表现为目痒、畏光、白睛红赤,黑睛生翳等症状,多见于结膜炎、角膜炎等外障眼病,临床特点是发病迅速,变化较快,病程较短^[1]。内风多源于人体内部阴阳失衡而肝阳化风、热极生风、阴虚风动、血虚生风。眼科临床上,内风与外风常常合而致病,表现为“动”,分为动态的“动”——眼部组织发生肉眼可察见的,有规律或无规律的跳动,例如眼球震颤、胞轮振跳等疾病;静态的“动”——眼部组织虽无跳动,但偏离正常的生理位置,例如风牵偏视、上胞下垂等疾病。内外风合而伤人,导致眼科疑难重病,病情复杂,病程较长,治疗难度较大。吕老师善于总结前人的经验,结合临床,在治疗眼科疑难风证方面形成了自己独特经验。下面举例介绍吕老师运用祛风法治疗的几则疑难病案。

案1 患者赵某,女,16岁,河南通许人。于2016年7月6日首诊,以“发现双眼眼球震颤8年,加重伴视力下降3月”为主诉,8年前无明显诱因出现双眼眼球震颤,震颤呈水平位,幅度不大,家长未予重视,未作任何治疗。近3月来,患者眼球震颤频率增大,视力下降明显,遂来门诊求治。患者证见双眼眼球震颤,呈水平位,视力不佳,查视力:双眼0.15,均不能矫正。面色白,雀斑较多,头发稀疏而黄,体型消瘦,月经周期短,约20天一行,经色红黏稠,经量较大,大便干,2~3日一行,小便正常,纳眠可,观其舌红少苔,切其脉细数而稍有力。

西医诊断:眼球震颤。中医诊断:轱辘转关,证属阴虚风动。治法:滋阴清热,平肝息风。处方:天冬12g,麦冬12g,钩藤20g,川牛膝12g,天麻12g,全蝎6g,蜈蚣2条,生白术12g,石决明20g(另包),蝉蜕10g,伸筋草12g,制鳖甲10g(另包),醋龟板10g(另包),茯苓12g。15付,水煎分早晚温服。

二诊查患者视力:右:0.15,左:0.2,较前次有所提高,眼球震颤频率无明显变化,后枕部偶发轻微疼痛不适,舌红少苔,脉弦细,大便3日一行,未觉不适。上方去白术、茯苓,加炒僵蚕10g,川芎12g,白芍30g,炒京子15g。20付,水煎分早晚温服。

上方加减治疗半年余,查患者视力:右:0.25,左:0.3-1,放松状态下眼球震颤频率明显减少,幅度减小。考虑到病人学业紧张,将该方打成分制水丸,方便服用,继服3个月,以观后效。

按:此病人是较为典型的由于先天禀赋不足,肾精虚损,加之学业紧张,又病久耗伤肝肾之阴,久则阴虚风动。阴津不能濡养目珠及其联属的筋脉肌肉,阴虚致极而生风,又阴虚不能制阳,则生虚热,故见眼球震颤,大便干,舌红少苔,脉细数。方中二门冬、

鳖甲、龟板滋阴清热,钩藤、天麻、全虫、蜈蚣、石决明、蝉蜕、炒僵蚕、川芎镇肝熄风止痉,川牛膝祛瘀通经,引热下行,伸筋草、白芍濡养拘急之筋脉,京子清利头目,全方共奏滋阴清热,镇肝熄风之功。眼球震颤临床很难治愈,服药或手术疗法只能缓解症状,故嘱长期用药,以期减少震动频率及幅度,提高视力,扩大视野。

案2 患者张某,女,60岁,河南郑州人。于2017年7月4日首诊,来时以“发现视物重影2天”为主诉,问其诱因,2天前因与他人吵架,加之连日休息不好而出现复视,头目轻微胀痛,既往有高血压病、多发性甲状腺结节,查血压155/86 mmHg,患者症见:视物重影,头目轻微胀痛,口苦,纳食一般,平素易生气,夜间梦多,大便正常,小便黄,观其舌边尖红,苔薄黄,切其脉弦数有力。西医诊断:①复视;②高血压病;③甲状腺结节。中医诊断:风牵偏视,辨证属肝阳上亢证。治法:平肝息风,健脾固本。处方:制白附子10g(先煎),秦艽15g,防风10g,羌活10g,木瓜15g,伸筋草30g,炒僵蚕12g,全蝎6g,蜈蚣2g,黄芪20g,乌梢蛇10g,茺蔚子20g,白芍10g,甘草10g。10付,水煎分早晚温服。

以上方加减治疗2月,患者复视完全消失,睡眠质量较之前明显提高,口苦症状消失,患者满意而归。

按:《诸病源候论·目病诸侯》中云:“人脏腑虚而风邪入于目,而瞳子被风所射,睛不正则偏视。”《证治准绳·杂病·七窍门》中亦云:“目珠不正……乃风热攻脑,筋络被其牵缩紧急,吊斜目珠子,是以不能运转。”^[2]可见风牵偏视主要责之于正气亏虚,内外风合邪,阻滞经络而致病。此病人由于连日休息不佳,正气不足,感受风邪,又素体肝郁脾虚,肝风内动,外风引动内风,内外风合而致病,发病迅速。治疗上首要平肝息风,不忘健脾扶正,若由原发病引起的,应积极治疗原发病。方中白附子、炒僵蚕、全虫、蜈蚣、乌梢蛇、茺蔚子、白芍平肝息风,秦艽、防风、羌活疏散外风,黄芪、甘草补益脾气,助邪外出,木瓜、伸筋草舒缓拘急之经脉,使偏斜的目珠恢复至正常位置。全方共奏平肝息风、健脾固本之效。

案3 患者吴某,女,65岁,河南许昌人。于2017年3月12日初诊,来时以“双眼眼睑不自觉跳动1年”为主诉,此前在当地医院多次治疗,症状时轻时重,迁延不愈,休息不佳时症状加重。患者症见:双眼眼睑颤动,牵连口角抽动,面色少华,口唇色淡,头昏目眩,纳可眠差,二便调,察舌质淡红,脉弦细。西医诊断:眼睑痉挛。中医诊断:胞轮振跳,证属血虚生风。治法:健脾养血,柔肝祛风。处方:黄芪30g,当归30g,熟地黄30g,白术30g,茯苓20g,白芍10g,龙眼肉20g,防风10g,(下转第134页)

调和肝脾、燥湿解毒法治疗宫颈高危型 HPV 感染探析[※]

戴宁 马捷 范盎然 张睿 于姣姣 张炜悦 张蔚 刘梦 林炳岐 李峰^{*}

(北京中医药大学中医学院, 北京 100029)

摘要: 探讨总结北京中医药大学中医学院李峰教授治疗宫颈高危型HPV病毒感染的临床经验。李教授认为肝脾不和、湿毒蕴于带脉为本病的基本病机, 确立了“调和肝脾、燥湿解毒”为本病的基本治则, 并选一验案举证。调和肝脾、燥湿解毒法治疗宫颈高危型HPV感染疗效肯定, 值得推广。

关键词: 调和肝脾; 燥湿解毒; HPV

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.030

文章编号:1672-2779(2018)-04-0076-03

Research on Harmonizing Liver and Spleen and Eliminating Dampness and Detoxification in Treating High-risk Type HPV Infecting the Cervix

DAI Ning, MA Jie, FAN Anran, ZHANG Rui, YU Jiaojiao, ZHANG Weiyue, ZHANG Wei, LIU Meng, LIN Bingqi, LI Feng
 (School of Preclinical Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: Research and summary on the clinical experience of treating high-risk type HPV infecting the cervix by Professor Li Feng, who comes from School of Preclinical Medicine, Beijing University of Chinese Medicine were made. Professor Li thought that the etiology and pathogenesis of high-risk type HPV infecting the cervix is in coordination between the liver and the spleen and dampness and toxin in the belt channel, discussed and analyzed harmony the liver and the spleen and eliminating dampness and detoxification in treating high-risk type HPV infecting the cervix in the clinical practice, and chose medical reports to confirm it. The curative effect of harmony the liver and the spleen and eliminating dampness and detoxification in treating high-risk type HPV infecting the cervix is definite. It is worth of spreading.

Keywords: harmonizing liver and spleen; eliminating dampness and detoxification; HPV

子宫颈癌的发病率居于女性恶性肿瘤发病率之首, 并且发病人群的年龄越来越低^[1]。人乳头瘤病毒 (Human Papilloma virus, HPV) 是一种双链环形的DNA病毒, 由于HPV不同的型别, 导致子宫颈癌发生的危险性高低不同, 将其分为以16、18、31、33、35型等为代表的高危型和以6、11、42型等为代表的低危型两种。持续的、大量的、高危型HPV病毒感染是子宫颈癌发病的主要原因。中医认为“上工不治已病治未病”, 强调预防对于疾病发生发展的重要性。因此, 降低高危型HPV病毒的数量、缩短感染进程是预防子宫颈癌的重要手段。二十世纪以来, 中医药治疗宫颈高危型HPV感染的报道越来越多, 中医药的疗效和安全性得到了证实^[2-6]。在侍诊北京中医药大学中医学院李峰教授时发现, 采用调和肝脾、燥湿解毒法治疗宫颈高危型HPV感染, 可以取得令人满意的效果, 现探析如下。

1 探析宫颈高危型HPV感染的中医病因病机

人乳头瘤病毒是现代医学的词汇, 中医古籍中不

曾见到。但在临床中, 根据宫颈感染HPV病毒后出现白带量多的特点, 可将其归属为中医“带下病”“瘕聚”的范畴^[7]。“带下”一词可追溯于《黄帝内经》, 《素问·骨空论》言: “任脉为病, 男子内结七疝, 女子带下瘕聚。”《素问宣明论方·妇人门》云: “夫带下之造化, 但分经络, 标本殊异, 为病之本气也。其病所发, 正在过带脉之分, 而淋漓以下, 故曰带下也”, 指出了带下病名的由来, 由于带脉固守失职, 导致阴液下流, 故称带下。《灵素节注类编·营卫经络总论》云: “带下之病, 多由脾虚带脉弛缓, 以致津液下泄, 故名带下”, 说明脾虚导致带脉弛缓, 约束不利, 津液下泄, 发为带下。《中西汇通医经精义·冲任督带》云: “脾病则女子带下”, 说明脾病是导致女子带下病的原因。《难经正义·二十八难》云: “带脉之所从出, 则贯肾系, 是当属肾, ……盖其根结于命门也。环腰贯脐, 居于身之中, 又当属脾, 故脾病则女子带下”, 说明带脉出于肾、根结于命门, 环行于腰部, 入脐, 并且归属于脾脏, 所以脾肾两虚则出现带下病。《素问·骨空论篇》云: “带下, 湿浊下淫也”, 脾主运化水液, 脾失健运, 水液运化失司而成湿; 脾主升清, 脾虚清阳不升, 湿邪下注, 发为带下。《素灵微蕴·带下解》云: “肾主蛰藏, 肝主疏泄, 己土湿陷, 抑遏

[※] 基金项目: 北京中医药大学在读研究生项目【No. 2017-JYB-XS005】

^{*} 通讯作者: lifeng95@vip.sina.com

乙木生发之气，郁怒生风，竭力疏泄，木能疏泄而水不蛰藏，其在男子，则病遗精，其在女子，则病带下”。《素问悬解·经络论》云：“肾主蛰藏，肝主疏泄，寒水旺则结为疝瘕，风木旺则流为带下，无二里也”。《素问·六节藏象论》云：“肾者，主蛰，封藏之本，精之处也”。肝主疏泄，包括疏通全身气机、运行输布血液与津液、以及调畅情志三方面作用；肝肾同源，若肝疏泄太过，津液运行输布太过，则肾水不能蛰藏升发太过之肝气，导致阴精外泄，女子则发为带下病。明清时期，傅山详细阐述了带下病的病名、病因、病位、病机。《傅青主女科·带下》言：“夫带下俱是湿症……故病带着，惟尼僧，寡妇，出嫁之女多有之，而在室女则少也”。这里用了“症”而非“证”，说明带下病的症状均是湿邪为患导致的，也就是说湿邪是本病的病理基础。嗜食饮酒则伤脾，脾虚则生湿；情志不畅，郁怒伤肝；跌打损伤、敦伦无度伤及肾脏，带脉通于肾，肾气通于肝，导致肝疏泄失职，横克脾土，脾虚运化无权而成内湿；长期久处湿地则生外湿；湿邪蕴于带脉发为本病。并且本病多见于出嫁之女，多由于经期产后损伤冲任，外感湿毒之邪阻塞胞络，或肝气郁结、疏泄失调、气滞血瘀、瘀血蕴结，或脾虚生湿、湿邪化热、久遏成毒、湿毒下注，最终导致瘕聚的发生，这也与现代医学中高危型HPV病毒连续地感染宫颈导致宫颈癌的发生是一致的。所谓正气存内邪不可干，邪之所凑其气必虚，所以，笔者认为正气不足为带下病发病的生理基础。

综上所述，长期忧思郁怒、七情内伤及六淫邪毒、或胎、产、房事刺激，伤肝损脾及肾、冲任失调，而致气血紊乱，湿毒内蕴，发为本病；肝脾不和、湿毒蕴于带脉为本病的病机。本病病位在带脉，与肝脾肾三脏密切相关。

2 调和肝脾、燥湿解毒治疗宫颈高危型HPV感染

女子以肝为先天，肝主藏血，经、带、胎、产、乳均有赖于营血的充盛。情志不遂，肝气郁滞，横克脾土，脾虚运化失司，水液代谢障碍而成湿邪，湿邪日久化毒，因此，肝脾不调，湿毒蕴于带脉为本病的病机。《傅青主女科》云：“肝郁而气弱，脾土受伤，湿土之气下陷，是以脾精不守不能化营血以为经水，反变成白滑之物。”所以，调和肝脾、燥湿解毒为治疗宫颈高危型HPV感染的原则。

在临床跟师的过程中发现，导师多用调和肝脾的当归芍药散合清热利湿的二妙散为底方，配以清热解毒的药物进行加减化裁治疗本病。当归芍药散见于《金匮要略》，由当归、芍药、白术、川芎、泽泻、茯苓组成。《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》曰：“妇人怀妊，腹中疝痛，当归芍药散主之”，《金匮要略·妇人杂病脉证并治》曰：“妇人腹中诸疾病，当归芍

药散主之。”方中白芍为君药，芍药甘寒养阴，苦寒敛阴、泻热；入肝经，既可补肝血以养血调经，又可泻亢盛之肝气以平抑肝阳。当归味甘质润，甘则善补，入血分，可养血活血调经，为妇科之要药。泽泻、茯苓味甘而淡，均能利水渗湿，泽泻兼有泄热之功，茯苓又有健脾宁心之用，二者相合可加强清利下焦湿邪之效。白术甘温而气味芳香，入中焦脾胃能益气健脾，芳化湿浊，且味苦而燥，能燥脾湿，“脾主运化，喜燥恶湿”，故白术为“健脾补气之要药”；《本草秘录》中记载“白术，尤利腰脐之气”，带脉系于腰脐，白术可以通过利腰脐以达到治疗带下病的作用，故为治疗带下病的要药。川芎，味辛性温，善“下调经水，中开郁结”，能活血调经，为血中之气药、妇科要药。由此观之，当归芍药散为调和肝脾的代表方剂，治疗肝脾不调所致的带下病十分适宜。此外，有研究显示，在现代医家运用当归芍药散治疗妇科病的研究中，带下病居第二位^[6]。二妙散见于《丹溪心法》，由苍术、黄柏组成，具有清热燥湿的功效，治疗湿热下注引起的诸症。方中苍术味辛而苦，性温，燥湿之力强，可以直达中焦病所，为燥湿强脾之主药。但是带下病病位在下，仅治疗中焦并不能解决全部问题，所以配伍苦寒入肾经的黄柏，可以清利下焦湿热，二者同用以达到标本兼治的目的。此外，配伍清热解毒之品以增强本病的治疗效果。土茯苓具解毒、除湿之用，《本草正义》言：“土茯苓，利湿去热，能入络，搜剔湿热之蕴毒”；白花蛇舌草为苦寒之品，有较强的清热解毒作用，可以治疗热毒所致诸证；贯众味苦微寒，具有清热解毒、凉血止血、杀虫之用，《神农本草经》言：“主腹中邪热气，诸毒，杀虫”，《本草纲目》言：“治下血崩中，带下。”叶下珠可以平肝清热、利水解毒^[9]。诸药合用，共奏调和肝脾、燥湿解毒之功。

3 验案举隅

患者王某，女，37岁。2016年12月25日首诊。2016年12月6日于北京同仁医院检查HPV病毒相对定量示：HPV 16:1.20 E+4，HPV 39:2.50 E+3。既往胆囊结石病史。刻下：带下量多，色白，无异味，月经量较少，乏力，多噩梦，大便秘结，舌淡边有齿痕，苔薄，脉细滑。治以调和肝脾、燥湿解毒，予以当归芍药散合二妙散化裁：炒白芍15 g，当归12 g，柴胡12 g，茯神20 g，炒枳壳15 g，炒栀子15 g，黄柏9 g，苍术9 g，炒薏苡仁30 g，土茯苓9 g，白花蛇舌草9 g，叶下珠8 g，绵马贯众5 g，生甘草8 g，百合30 g，知母15 g，刺五加5 g，炙淫羊藿5 g，炒鸡内金12 g，桑葚15 g，防风9 g。每日1剂，水煎服，早晚饭后温服。服药14剂。

2017年1月4日复诊，患者服上方无明显不适，正值经期，眠差多梦，遂在原方去绵马贯众、加炒酸枣仁30 g，制远志12 g，玄参15 g，金钱草15 g，嘱其经

净后服用。

服药2个月后,2017年3月29日三诊,患者症状明显改善,但仍有便秘,考虑到春天气温回升,天气转暖,在天人相应理论的指导下,在前方基础上去柴胡、防风、刺五加,加全瓜蒌15g,秦艽9g,嘱其2个月后复查。

2017年6月4日四诊,2017年5月25日于北京同仁医院复查HPV病毒相对定量示:HPV 16:3.91 E+2, HPV 39: 3.75 E+2,因相对定量值为小于1.0E+3,提示病毒量非常低,遂停止治疗,嘱其定期复查。

4 讨论

李教授认为宫颈高危型HPV感染的病机为肝脾不和,湿毒蕴于带脉,采用调和肝脾、燥湿解毒法治疗宫颈高危型HPV感染,选用调和肝脾的代表方剂——当归芍药散,合清热燥湿的基础方——二妙散,配伍清热解秽药以达到治疗目的,不仅可以改善患者的临

床症状,还可以降低高危型HPV病毒载量,值得推广。

参考文献

- [1]何鑫,陶绘丞,刘晨,等.医院机会性筛查人群 HR-HPV 感染的流行病学特征及与宫颈癌前病变的关系[J].首都医科大学学报,2015,36(2):219-225.
- [2]王晓娟.加味四妙汤辅助治疗宫颈 HPV 感染效果观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(29):3267-3269.
- [3]赵鸿达,冯晓玲,赵颜,等.苦参凝胶治疗宫颈 HPV 感染患者的随机对照临床研究[J].中国中药杂志,2016,41(21):4072-4075.
- [4]程锦梅,童燕,陈书辰,等.加味四妙汤在宫颈人乳头瘤病毒感染的临床效果[J].中药药理与临床,2015,31(3):149-150.
- [5]周永丽,徐成康,尹秋梅,等.灵芝孢子粉抗宫颈人乳头瘤病毒感染作用研究[J].中国医药科学,2017,7(2):28-30,66.
- [6]孙红,朱勤贤,顾伯林.益气除湿解毒汤治疗宫颈 HPV 感染的临床研究[J].南京中医药大学学报,2017,33(3):232-234.
- [7]张秀娟,李军.浅析傅青主论治带下病特点[J].四川中医,2014,32(11):15-16.
- [8]蒋惠芳.当归芍药散治疗妇科病的现代临床文献研究[D].杭州:浙江中医药大学,2015.
- [9]戴卫波,肖文娟.叶下珠药理作用研究进展[J].药物评价研究,2016,39(3):498-500.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘燕 收稿日期:2017-11-27)

上下相资汤验案 2 则[※]

王锦锦¹ 刘金星^{2*}

(1 山东中医药大学第一临床医学院研究生2016级,山东 济南 250014;

2 山东中医药大学附属医院妇科,山东 济南 250014)

摘要:精液不液化症、精液量少是引起男性不育的主要原因之一。刘金星教授从事中医妇科教学及临床工作数十年,对不孕不育症有较系统深入的研究并取得了良好的临床疗效。上下相资汤源于清代名医傅山遗著,处方出自清代陈士铎补充整理的《石室秘录》,而后流传于世,由熟地黄、山茱萸、萹蓄、人参、玄参、沙参、麦冬、当归、五味子、车前子、川牛膝组成。原方治疗血崩之后,口舌燥裂,不能饮食。刘金星教授临床运用此方辨证加减,治疗精液不液化症、精液量少,效果显著。

关键词:精液;不液化;不孕不育;上下相资汤;名医经验;刘金星

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.031

文章编号:1672-2779(2018)-04-0078-03

Two Proved Cases of Shangxia Xiangzi Decoction

WANG Jinjin¹, LIU Jinxing²

(1. Grade 2016 Graduate, the First Clinical Medical College of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China;

2. Department of Gynecology, the Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China)

Abstract: Non liquefaction of semen and less semen is one of the main causes of male infertility. Professor Liu Jinxing has been engaged in gynecology teaching and clinical work for decades, has systematic and in-depth study of infertility and achieved good clinical efficacy. Shangxia Xiangzi decoction is from the Qing Dynasty famous doctor researched work, and the prescription is from Qing Dynasty Chen Siduo complement of the *Chambers and the Secret Record*, and then spread all over the world, composed of cooked rehmannia root, cornel, luxuriant, ginseng, radix scrophulariae, straight ladybell, dwarf lilyturf, angelica sinensis, fructus schisandrae, plantain seed and radix cyathulae. The original prescription deals with tongue dryness after metrorrhagia. Professor Liu Jinxing in treatment of non liquefaction of semen and less semen with modified prescription, and achieved remarkable effect.

Keywords: semen; non liquefaction; infertility; Shangxia Xiangzi decoction; experience of famous doctor; Liu Jinxing

刘金星教授,医学博士,山东中医药大学妇科教研室副主任,山东中医药大学附属医院主任医师,博士研究生导师。山东省高层次优秀中医临床人才学科

带头人,全国优秀中医临床人才。从事中医妇科的教学、临床及科研工作。具有坚实的理论基础、深厚的专业知识和丰富的临床经验,对不孕不育症有较系统深入的研究并取得了良好的临床疗效,对男性精液不液化症更有着独到的学术见解。笔者有幸师承刘金星教授,获益颇多,现将刘金星教授运用上下相资汤加

※ 基金项目:山东省中医药科技发展计划项目[No.2009-036]

* 通讯作者:ljsx276@sina.com

减治疗精液不液化症、精液量少经验总结如下。

上下相资汤源于清代名医傅山遗著，处方出自清代陈士铎补充整理的《石室秘录》，而后流传于世，由熟地黄、山茱萸、葳蕤、人参、玄参、沙参、麦冬、当归、五味子、车前子、川牛膝组成。原方治疗血崩之后，口舌燥裂，不能饮食。刘金星教授临床运用此方辨证加减，治疗精液不液化症、精液量少，效果显著。

1 精液不液化症

患者，30岁，2016年3月21日初诊。主诉：婚后2年未育，性生活正常，已排除女方不孕因素。平素腰腿酸软，健忘多梦，阴囊潮湿感，时有耳鸣，手足心热，时有烘热。舌质红，苔薄黄，脉细数。2016年3月18日查精液常规示：精液量：2.30 mL，液化时间：>1 h，液化状态：不完全液化，酸碱度 (PH) :7.40，粘稠度：适中，精子总活力 (PR+NP)：46.81%，前向运动力 (PR)：42.55%，精子总数：30.21×10⁶，精子浓度：15.56×10⁶/mL，正常形态精子率：68.09%。诊断：精液不液化症。治宜滋阴清热利湿。方用上下相资汤加减，药物组成：熟地黄30 g，山茱萸9 g，葳蕤9 g，玄参、沙参各12 g，麦冬30 g，当归12 g，党参15 g，五味子9 g，车前子6 g，川牛膝15 g，虎杖30 g，车前草12 g，仙灵脾15 g，盐知母12 g，瞿麦15 g，蜈蚣2条。14剂，水煎服，日1剂，分早晚2次温服。

2016年4月6日复诊，诉轻微腰酸，纳眠可，二便调。中药上方加威灵仙15 g，30剂，水煎服，日1剂，分早晚2次温服。复方玄驹胶囊4盒，4粒，每日3次，口服。复查精液常规：精液量：2.80 mL，液化时间：40 min，液化状态：不完全液化。

2016年5月7日三诊，诉腰酸明显减轻，性欲减退，纳眠可，二便调。中药上方加远志12 g，肉苁蓉15 g，葫芦巴9 g，阳起石30 g，生地黄30 g。14剂，水煎服，日1剂，分早晚2次温服。

2016年5月22日复查精液常规：精液量：3.30 mL，液化时间：30 min，液化状态：完全液化。停药2个月，其妻怀孕，后生一健康男婴。

2 精液量少

患者，29岁，2016年7月19日初诊。主诉：结婚3年，性生活正常，未避孕未育2年半，配偶做多项检查均未见明显异常。排除女方不孕因素。多次精液常规检查，精液量均在0.5~1.5 mL。查睾丸发育正常。患者感腰酸、乏力，阴囊潮湿，前胸后背见痤疮，口干，心烦，纳可，眠欠佳，二便调，舌质红、苔薄白、脉弦细。

2016年7月18日查精液常规示：精液量：1.30 mL；液化时间：30 min；液化状态：液化；酸碱度 (PH)：7.50；黏稠度：适中；精子总活率 (PR+NP)：46.00%，

前向运动力 (PR)：32.51%；精子浓度：39.89×10⁶/mL；精子形态学：4 (3.0×4.0)。诊断：少精症。治以补肾填精养阴生精。方用上下相资汤加减，药物组成：熟地黄30 g，山茱萸9 g，葳蕤9 g，玄参12 g，沙参12 g，麦冬30 g，当归12 g，党参15 g，五味子9 g，车前子6 g，川牛膝15 g，虎杖30 g，车前草12 g，仙灵脾15 g，盐知母12 g，天花粉15 g。14剂，水煎服，日1剂，分早晚2次温服。服药30剂后，自述症状较前明显减轻，查精液量为1.5 mL，大便质稀，日3~4次，遂上方加防风12 g，复服药30剂，查精液量为2.6 mL，自述近期牙龈肿痛，遂初诊方药加连翘15 g，继服14剂，查精液量为3.3 mL，pH 7.5，液化时间：30 min，精子计数：39×10⁶/L，总活动率：75%。停止服药1个月后，配偶怀孕，后生一健康女婴。

按：精液不液化症、精液量少是导致男性不育的常见原因之一。正常情况下，男性的精液在刚刚射出体外时是液化状态，并在很短的时间内会凝固成胶冻状或凝块状，经过10~30 min，精液会逐渐化成水样液体。如果精液排出体外超过30 min仍呈胶冻状，属于液化延迟；超过60 min仍然不液化，则属于病理状况，称为精液不液化。精液不液化使精子活动受限，减缓或抑制精子进入子宫腔受精而引起不育症。现代医学认为导致精液不液化的原因包括慢性前列腺炎、精索静脉曲张、支原体感染、慢性附睾炎等^[1]。中医学没有“精液不液化”病名的明确记载，将其归属“淋浊”“精滞”“精稠”“精热”“白浊”等范畴。究其病因或肾阴亏虚、虚火灼津，或因嗜食肥甘厚味，酿湿蕴热，湿热互结下焦，熏蒸精室，热灼阴精，或房事不节，相火妄动，下汲肾水，或久服燥热之品，耗损肾阴，总由阴亏火旺，热灼肾精所致。正常健康男性每次射精排出的精液一般为2~6 mL，一次排精的精液量不足1.5 mL或仅有数滴者称为精液量少。现代医学认为精液量少的主要原因是睾丸发育不良或内分泌功能紊乱，使得产生精液的附属性腺如精囊和前列腺等发育不良或者功能失调；精囊或前列腺本身的病变也可使精液产生不足；尿道狭窄等使得精液排出受限也是导致精液量少的原因。《内经》中即有关于本症的记载，《诸病源候论》称之为虚劳少精。清代医家陈士铎《辨证录·种嗣门》中提出“节少以养其胃，益之补精添髓之方”之法。《石室秘录》卷六“燥证门”载“欲使口舌之干者重润，必须使精血之竭者重生。补精之方，六味丸最妙。然而六味丸，单补肾中之精，而不能上补口舌之津也。虽补肾于下，亦能通津于上，然终觉缓不济急。吾今定一奇方，上下兼补，名上下相资汤。熟地一两，山茱萸五钱，葳蕤五钱，人参三钱，元参三钱，沙参五钱，当归五钱，麦冬一两，北五味二钱，牛膝五钱，车前子一钱，水煎服。此方补

肾为君，而佐之补肺之药，子母相资，上下兼润、精生而液亦生，血生而津亦生矣，安在已死之症，不可庆再生耶”。

3 小结

“肺肾相关”理论源于《黄帝内经》。《素问·阴阳应象大论》曰：“肺生皮毛，皮毛生肾”。《灵枢·本输》曰：“肾上连肺”。《灵枢·经脉》曰：“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺。从肺系，横出腋下，下循臑内……”；“肾，足少阴之脉，其直者从肾上贯肝膈，入肺中，循喉咙，挟舌本。其支者，从肺出，络心，注胸中”。肺肾经脉相连，经气互通。《医编·五脏生克说》曰：“肺受脾之益，则气愈旺，化水下降，泽及百体，是为肺金生肾水”。《杂证会心录》曰：“肾与肺，属子母之脏，呼吸相应，金水相生。……肺属太阴……金体本燥，通肾气而子母相生”。《时病论·卷之四》曰：“金能生水，水能润金”。《医医偶录》曰：“肺气之衰旺，全恃肾水充足，不使虚火炼金，则长保清宁之体”。肺金生肾水，肺为肾之母，肺阴充足，下输于肾，充盈肾阴；肾阴为诸阴之本，肾阴充盈，上滋于肺，使肺阴充足^[2]。刘金星教授临证多年，临床患者多表现为阴虚火旺的特点，认为其原因主要责之于肾阴精不足，病机多属

肾精亏虚热扰精室。故用上下相资汤加减补肾填精、养阴生津。并分析指出，肾藏精，为生殖之本，肾为金之子，火上刑金。故本方熟地黄、山茱萸补肾补水为君；佐玄参、沙参、麦冬、葶苈滋肺阴，金水相生，水足以制火；车前子“养肺强阴益精”，利水通窍、载热下行，泄肾中之虚火，牛膝补肝肾强腰膝；五味子滋肾、生津。方中含增液汤以滋水，生脉散以养阴益气。“善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭，阴阳双补，往往事半功倍。于补阴气药中，加仙灵脾补阳药，可使“阳得阴助而生化无穷”，从而使阴阳达到相对平衡。动物实验证明，仙灵脾有促进精液分泌的作用^[3]。“阳化气，阴成形”，“形不足者，温之以气”，故用党参补后天之气，使气盛则形立。虎杖、车前草、盐知母清热利湿，于补肾中加以开阖之品，助真阴得复其位。全方补肾阴为主，佐以润肺之品，上养肺阴，下补肾水，少以温阳，阴阳互资，以达肾阴阳平衡，故收良效。

参考文献

- [1]肖玮琳,宋小松.男性精液不液化相关因素分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(5):604-605.
 - [2]张朝宁,李金田.“肺肾相关”理论探讨及现代研究进展[J].新中医,2016,48(1):200-201.
 - [3]吴巡保.中西医结合治疗精液异常不育症[J].湖北中医杂志,1999,21(4):174.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:丁怡 收稿日期:2017-11-07)

荨麻疹中医病因病机认识

杨娅男 张东生*

(营口经济技术开发区中心医院皮肤科·营口市第六人民医院,辽宁 营口 115007)

摘要:荨麻疹是临床常见的变态反应性皮肤病,严重影响患者的生活质量,多种病因可致其发生。中医作为治疗荨麻疹的有效手段,倍受关注。本文就中医治疗荨麻疹的机理进行讨论,从肝、脾、肺、肾等脏腑进行辨证论治,以期更好地指导临床治疗。

关键词:荨麻疹;病因病机;瘾疹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.032

文章编号:1672-2779(2018)-04-0080-02

The Traditional Chinese Medicine Pathogenesis of Urticaria

YANG Yanan, ZHANG Dongsheng

(Dermatology Department, Yingkou Development Zone Center Hospital, Yingkou Sixth People's Hospital, Shandong Province, Yingkou 115007, China)

Abstract: Urticaria is a common allergy disease, which can be caused by variety reasons, and seriously affects the life quality of patients. As an effective means to treat urticaria, traditional Chinese medicine is concerned. This paper discussed the mechanism of traditional Chinese medicine in the treatment of urticaria from liver, spleen, lung and kidney, in order to better guide the clinical treatment.

Keywords: urticaria; pathogenesis; hidden rashes

荨麻疹为现代医学病名,来源于古希腊人。食物、药物、感染、吸入物、物理因素甚至精神因素等均与荨麻疹的发生密切相关^[1-3],现代医学认为其发病机制为肥大细胞活化释放组胺和其他炎症介质引起血管扩张及血管通透性增加,导致真皮水肿。中医“瘾疹”

“鬼风疙瘩”“风疹块”“赤白游风”均属荨麻疹范畴,《中医外科学》等书中多采用“瘾疹”作为荨麻疹的中医病名。荨麻疹是一种常见的反复发作的皮肤黏膜过敏性疾病,据统计,15%~25%的人一生中至少发生过一次^[4]。西医学对荨麻疹的治疗存在治愈率低、远期疗效差、药物抵抗或依赖、经济负担重等问题。而目前对荨麻疹的中医治疗多采用活血、祛风、凉血、

* 通讯作者:99194964@qq.com

熄风、清热、解毒等法，临床疗效较好。本文从脏腑论治荨麻疹，现论述如下。

1 肝

现代中医对“瘾疹”病因病机的认识，继承了古代医家的主要观点，也就是说主要条件仍是“风邪”所为，当然此处的“风邪”既包括外感之风邪，也包括内生之风邪。“诸风掉眩，皆属于肝”是病机十九条中对肝脏病因病机的高度概括。肝为风脏，而风在荨麻疹的发生发展中起重要作用^[5-6]。同时，“气血失和”是荨麻疹发生的基本病机，肝脏在调和气血中又发挥着重要的作用。首先，肝主调畅气机、调畅情志；又肝藏血，主疏泄。历代医家对情志导致荨麻疹亦有论及，例如《医学入门》中有“赤白游风属肝火”的记载。现代人因生活、工作压力大而易情绪紧张、焦虑抑郁，肝郁日久失其调畅全身气机的功能，进而出现气血失和，因而荨麻疹的发病率也日渐升高。

2 脾胃

《丹溪心法》曰：“瘾疹多属脾”。《政治要诀》载：“瘾疹……病此者……有人一生不可食鸡肉及章鱼动风之物，才食则丹随发，以此得见系是脾风。”荨麻疹的发生虽与外界理化因素有关，但机体内环境是关键，虚、痰、瘀的存在则是重中之重。脾胃为后天之本，营卫气血生化之源。“邪之所凑，其气必虚”，后天脾胃不足，气血生化乏源而致气血不足，气虚卫外不固易致外风袭肤、逗留肌肤，血虚不能濡养肌肤，且血虚易生风，而出现风团、瘙痒等症；脾胃同居中焦，共主运化，若脾气亏虚，则水谷或水湿不归正化，易致痰浊、湿浊内生，甚至湿蕴化热，湿邪或湿热流注肌肤，或与风合蕴于肌肤，阻滞营卫，肌肤失养，发为瘾疹。同时，相当部分的荨麻疹患者因长期皮肤瘙痒，寝食不安，忧思过度，终致脾虚食减，进而加重病情或发作频繁，即发病及病情与脾气亏虚均密切相关。现代中医以调理脾胃为原则治疗荨麻疹也取得了较好的临床疗效^[7]，进而反证荨麻疹的发病与脾胃相关。

3 肺

肺主气属卫，司呼吸，在体合皮毛，主一身之表。《诸病源候论》载：“人肤虚，为风所折，则起瘾疹。”以风邪为主导的外感六淫，均可导致荨麻疹。肺主皮毛，肺虚卫气不固、风邪袭表，致营卫不和是荨麻疹发病的重要原因；肺卫不固，风寒或风热之邪搏于肌肤，或内传于肺或其它脏腑，致使营卫失调而发生急性荨麻疹；慢性荨麻疹多因病程日久，气阴两伤，气虚卫表不固易受邪侵，阴虚血燥而生风，终致内外相合，同气相求，遇寒、遇热而发或遇劳即发。人之皮毛乃营卫荣养护卫之处，卫气虚弱，容易邪气外束，

搏击肌肤，可见风团，营卫失和，则皮肤瘙痒^[8]。肺气虚弱，汗孔开阖失司，若汗多者，邪气容易侵犯并滞留于人体，若汗少者，则体内代谢产物不能排出，郁留于肌肤，都可引起邪气内留，营卫不和，风邪夹杂寒、湿、热邪影响气血运行，或脏腑功能失调则容易迁延不愈。

4 肾

《素问·四时刺逆从论》早有“少阴有余，病皮痹瘾疹”的记载。唐王冰注云：“肾水逆连于肺母故也，足少阴脉从肾上贯肝膈入肺中，故有余病皮痹隐疹。”这是瘾疹作为中医病名出现最早的记载。荨麻疹的发病，一般是在先天体质因素的基础上，因感风、寒、湿、热之邪，或饮食不慎，或七情内伤等诱发。肾为“先天之本”，内藏元阴、元阳，是一身阴阳之根本。慢性荨麻疹反复发作、经久不愈，最终会耗伤人体的阴精血液，引起肾阴虚，进一步发展可能导致阴阳俱损。中医学认为，肾为“脏腑之本、十二经脉之根、呼吸之本、三焦之源”，因此有学者提出，顽固性、难治性慢性荨麻疹与肾虚密切相关，因此在其治疗时应认真观察患者的肾阴肾阳之间关系，维持二者的动态平衡。现代医学认为，某些类型的荨麻疹如遗传性家族性荨麻疹综合征、家族性冷性荨麻疹、迟发性家族性、局限性热荨麻疹等的发生与遗传因素相关。这与肾为先天之本在某些程度上不谋而合^[9-10]。

总之，荨麻疹属临床反复发作的难治性疾病。本病病机复杂，约75%的患者找不到致病原因，尤其是慢性荨麻疹。现代医学治疗本病常选用抗组胺药物和激素类药物，其效果多不理想，对人体会产生毒副作用，且停药易于复发。中医药治疗荨麻疹理论完善，疗效明确，临床疗效好、副作用小、复发率低，因此具有一定优势，值得进一步推广和应用。

参考文献

- [1] Ben-Shoshan M, Blinderman I, Raz A. Psychosocial factors and chronic spontaneous urticaria: a systematic review[J]. Allergy, 2013, 68(2):131-41.
- [2] 李建业, 胡卫红, 刘运周, 等. 556例荨麻疹与食物过敏特异性IgG抗体分析[J]. 西部医学, 2011, 24(2):383-385.
- [3] 范团起, 李卫红. 过敏性疾病吸入组变应原检测及脱敏治疗分析[J]. 中国现代医学, 2009, 47(11):20-22.
- [4] 刘长发, 王玉玺. 王玉玺主任医师脏腑辨证论治荨麻疹的临床经验[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(18):22-240.
- [5] 狄伟, 张晓杰. 张晓杰从肝论治皮肤病经验介绍[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(12):5098-5100.
- [6] 杨英. 荨麻疹从肝论治举隅[J]. 中国民间疗法, 2003, 11(8):6-7.
- [7] 华华, 李炎昌, 张烨文. 调理脾胃治疗慢性荨麻疹法的经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(6):702-703.
- [8] 任雷生, 谢扬. 从肺脾论治变态反应性皮肤病[J]. 河南中医, 2009, 29(12):1239-1240.
- [9] 展照双, 王加锋. 从“冬不藏精, 春必病温”探讨荨麻疹发病机制[J]. 山东中医杂志, 2014, 33(11):879-899.
- [10] 王明香, 马望琪. 温补肾阳法治疗慢性顽固性荨麻疹30例[J]. 陕西中医, 2013, 34(6):723-724.

(本文编辑:李海燕 本文校对:杨芳 收稿日期:2017-11-14)

论“谷病”与“胰腺病”的临床意义

季清华¹ 何乃举² 谭长涛³ 邵爱华² 张丽萍² 李明松² 朴武军² 蔡文举⁴

(1 汪清县东光镇卫生院门诊科, 吉林 汪清 133217; 2 汪清县中医医院内科, 吉林 汪清 133200;
3 汪清县仁和中医诊所内科, 吉林 汪清 133200;
4 马鞍山市江南蔡氏经方医馆门诊内科, 安徽 马鞍山 243000)

摘要: 仲景在《金匱要略·黄疸病脉证并治》中提出谷病两千多年了, 没有医家完美地注解“谷”病与胰腺病的来龙去脉, 也是脏腑学的一大漏笔, 蔡氏经方四代人共同努力, 在临床诊治中运用取类比象的方法, 论述了谷与胰腺的生理病理, 填补“谷”脏, 阐述了中医传统五脏为六脏的理论学说, 一直有效地指导着临床实践活动。

关键词: 蔡氏经方; 谷病; 胰腺病; 学术争鸣

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.033

文章编号:1672-2779(2018)-04-0082-06

Discussion on the Clinical Significance of "Cereal Disease" and "Pancreatic Disease"

Ji Qinghua¹, He Naiju², Tan Changtao³, Shao Aihua², Zhang Liping², Li Mingsong⁴, Pu Wujun², Cai Wenju⁵

(1. Outpatient Department, Dongguang Hospital, Jilin Province, Wangqing 133217, China;

2. Department of Internal Medicine, Wangqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Wangqing 133200, China;

3. Department of Internal Medicine, Renhe Clinic of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Wangqing 133200, China;

4. Department of Internal Medicine, Wangqing County People's Hospital, Jilin Province, Wangqing 133200, China;

5. Department of Internal Medicine, the Medical Pavilion of Jiangnan Cai's Classic Prescriptions, Anhui Province, Maanshan 243000, China)

Abstract: Zhongjing has proposed cereal disease in the jaundice article of *Jingui Yaolue* for more than two thousand years, but there is no perfect annotation of causes and effects of cereal disease and pancreatic disease, which is a large defect of visceral theory. By four generations of Cai's joint efforts, they summarized the diagnosis and treatment experiences in clinical practice, discussed the physiology and pathology of "cereal" and pancreas with the method of "analogy by classification", supplemented "cereal" organ, expounded the theory of traditional Chinese medicine from five organs to six, which has been effective in guiding clinical practice.

Keywords: Cai's classic prescription; cereal disease; pancreatic disease; academic contention

“

对于“谷病”的认识, 学术尚无定论。本刊选编此文, 旨在引起广大读者对经典的探究热情, 至于文中观点, 不代表本刊学术意见, 本刊亦不做任何评判。希望大家争鸣讨论。 ——编者

”

中医有五脏六腑, 肝胆相照, 脾胃相连, 肺与大肠为表里, 心与小肠为表里, 肾与膀胱为表里, 天地学十二生肖与脏腑对应, 此处缺一脏一腑, 这一脏一腑是什么? 这是多年来的第一个困惑; 困惑二: 有人说三焦对应心包, 三焦到底是哪个器官? 困惑三: 胰腺到底是什么? 这是在临床学习中思考最多, 下功夫最多的问题。

胰腺的西医解剖, 胰腺位于腹上区和左季肋区, 为一长条状腺体。其右侧端为胰头部分, 被十二指肠紧紧环抱, 后面与胆总管和下腔静脉相邻。胰颈为头、体之间的部分, 其前上方为十二指肠上部和幽门, 其后面有肠系膜上静脉和脾静脉合成门静脉。

胰体较长, 为胰的中间大部分, 其前面隔囊与胃后壁相邻, 后面与左肾和左肾上腺等相接, 胰腺尾部延伸至脾处, 于脾密切相连。可以说胰腺是人体最重要的消化器官之一, 它的生理和病理变化都与生命息

息相关。

久病卧床不起之人, 甚至久病不能饮食的, 他还能活着, 太阳病了, 阳明也病了, 为什么他还能活下来? 胃是仓库, “谷”是粮囤, 仓满, 谷也满。你三五天不吃饭, 人还能继续活下去, 这是因为仓无粮, 谷还有余粮。

何为余粮? 余粮就是胃的营养储存在粮囤里面, 所以仓库绝粮, 人还不绝, 这才有粮囤之称。脏腑有病不用怕, 只要“谷”不病, 人就能活下去。

历代对胰腺的相关记载认为胰腺为胰脏, 是血非肉, 是肉非肉。关于胰腺是否算千古之谜, 前人写的不多, 后人论的不够, 王清任曾多次到疫病暴死者乱葬岗中和死刑场观察人体内脏结构, 却不曾对胰腺有系统的描述。李时珍捡尸解剖人体也没把这胰腺说清。民国名医张锡纯论有胰脏, 却也没有论到位, 只留下一个猪胰子汤。

张仲景在《伤寒论》中没有提到“谷”, 只是在《金匱要略·黄疸病脉证并治》中讲到: “风寒相搏, 食谷即眩, 谷气不消, 胃中苦浊, 浊气下流, 小便不通, 阴被其寒热流膀胱, 其身尽黄名曰黄疸。”分有胃疸、谷疸、酒疸、女劳疸、黑疸。《医宗金鉴》黄疸篇提到: “面目身黄欲安卧, 小便浑黄疸病成”, 却谁

也没有说出这黄疸是哪个脏的病。

后人论黄疸病，认为病在肝上，还有人论黄疸病是胆囊的病，还有人论是胃的病，还有人论是脾脏的病，这几个论述后人纠结了几千年没有搞明白。

当初我也不明白，这也是我一辈子困惑没有解开的谜，很多疑难病治不掉好，不明白，不知道是“谷”的原因。

我在临床对这种病反反复复思索，为什么后人论的不一致？在临床上，指导没有方向，诊断没有目的，达不到理想的临床效果，没有一个正确的思路，我们后人一误再误，一误就是两千年。

在“谷疸”篇，仲景提到“谷疸之为病，寒热不食，食即头眩，心胸不安，久久发黄为谷疸，茵陈蒿汤主之。”两千年以来，这么多注释《伤寒论》的大家对这几句话一带而过，没有把这几句话当脏腑的生理病理去理解，都认为这是医学的术语，没有人去思索它，就这样一误就是两千年。

很多人读《伤寒论》用《伤寒论》方几十年都没想到在人体的脏腑里“谷”是一个主要的脏腑。对于这个病我二十年前也治好了不少，但是始终对这个病没有定位，方向不明。

我当时就只是按照方子去治病，就知道茵陈蒿汤能治疗黄疸病，这样也是每每见效，哪怕效果反反复复，就是治好了，也没有明确的目标和方向，二十年前也误治了不少人。

仲景说“谷”得病，当以十八日为界。治疗十天以上症状不好转的，这就很难治疗了。根据仲景这一句话，就知道“谷”的重要性。那时候没有仪器解剖，仲景就已经清楚这个道理。

两千年以来，有多少学者，有多少医家没有提到“谷”这个理论，是他们没有发现，还是他们对仲景所说的“谷”没有搞懂。当时看了脏腑解剖图，才恍然大悟，“谷”在胃底下，与胃是连体，脾拿了能活，胆拿了能活，肝拿去了也能活，如果胰腺拿了人就活不了。如果胰腺拿了，脏腑连体就连不上了，人的脏腑连不上必然要死，所以胰腺不能开刀，一旦开刀人体内的营养上下不能交通，营养得不到输送，一切脏腑的营养断源，人就没有活的可能了。

胰腺在人的脏腑中是一个重要的器官，好比自来水那个弯头的地方，这个弯头一拿掉，上下不能连接，营养不能输送，人的营养绝源，就等于仓库里绝粮，又好比粮囤里断粮，好比长江断流。

“谷”就是粮囤。有了这个粮囤，人就能活，没有这个粮囤，人必死无疑。人不吃饭可以活七天。不吃

饭还能活，就是粮囤起的作用。我这才恍然大悟，知道人的心切掉当时马上就死，“谷”拿掉一样活不长。

这几年反复研究琢磨，好多大病误治而死，问题的关键就是在“谷”上，“谷”在脏腑里就是后天生命的源头，得了胰腺病去手术放疗化疗就是生命结束的快些。

急性胰腺炎爆发几个小时就死，我知道“谷”西医叫胰腺，胰腺就是仲景所说的“谷”。仲景在伤寒论中提到太阳之为指的是膀胱，阳明之为病指的是胃，少阳之为病指的是胆，太阴之为病指的是脾，少阴之为病指的是肾，厥阴之为病指的是肝，六经上的六个病，指的都是脏腑。由此我推断黄疸篇上提出的谷疸之为病可能就是指某一个脏器的病变。

看到胰腺解剖图，胰腺就在胃后，谷和胃是连体，靠的很近。我知道十一椎上长的是脾，十二椎上长胃，那十三椎上应该长什么？后人认为是三焦，三焦是有名无形。

三焦是有名无实，没有提到哪脏哪腑，吾认为前人没有论到位，把“谷”忘了。本人认为十三椎上应该是谷的家园，合情合理，千古之谜，当时恍然大悟，“谷”就是胰腺。“谷”在人体中是一个非常重要的脏器，千古之谜这才有了头绪。中医两千年来没有人提，后人没有弄明白，这是中医脏腑学的一个大漏笔，好多病到了后期都与“谷”有关。

胰腺的外形与谷穗相似。

何谓胰腺？在我看来它状如谷穗，小穗成簇连体，谷去皮后俗称小米。谷米咸，微寒，无毒，入药有清热、解渴、滋阴、补脾肾和肠胃，利小便治水泻等功效。

《本草纲目》记载：“养成交额气，去脾胃中热，陈者：苦，寒。治胃热，利小便。”仲景借谷穗的造型，借五谷这个谷的名称，给胃外的这个人体器官起了个名词叫“谷”。“谷”北方统称小米，过去北方万民以小米为主食。

根据仲景的意思“谷”在五谷中那是宝中之宝。百姓有谷就有饭吃，就能活命，脏腑有这个“谷”的存在，人就不能亡。我们看仲景老人家多么伟大，他借用“谷”这个名称写出胃外这个“谷”。

自然界万物不能无“谷”，无“谷”者，万民无粮，脏腑无“谷”，无“谷”就没有这个脏器，六脏六腑一切都不存在。看“谷”在人的体内多么重要，这也是仲景偶或论“谷”与脏腑，借谷论病理，借谷论生死。

谷在中国北方有较广泛的种植，一般成熟后成金

黄色，由形状、色泽上来看胰腺与“谷”大有相似之处，中医素有形象比类的方法，这样看来大概食用小米对胰腺会有帮助。仲景又有谷疸病一称，胃疸就是谷疸，本人认为谷疸就是胰脏的病。

“谷”是人体的粮囤，民以食为通天，五谷又为杂粮，没有它人类就不能生存，人有个器官也叫谷，谷在人体内就是脾胃后天的粮囤。肝外有胆，胃外有谷，谷在胃下，上有胃底，下有小肠的上口，胰的大头被十二指肠的小弯内紧紧抱住，胰的小头是脾脏。

脾受凉也有表症，可以传给谷，那谷也可以受寒，这叫脾寒传谷，应该用干姜散。胃不能纳食，谷接受不了营养，形成谷虚，胃底生热，可以传给十二指肠，十二指肠是小弯狭窄的地带。

十二指肠若被胃底的热耗，能引起十二指肠肿胀，热传给谷，谷有大头肿胀，胰头生热，胰头坏死，谷一肿胀能引起胆道闭塞。胆管从谷而过，谷一肿胀，胆汁不能排泄工，影响消化，不能升降。那就引起胆道闭锁，时间一久，引起肝管膨胀，导致肝管结石，胆汁不能排泄，谷里藏着强碱，人体内酸碱不能中和，必生大病。

“谷”一肿胀，脾经的血管膨胀，血进而出，最终引起脾大。等到脾肿大时，十二指肠小弯上下不通，高酸强碱不能排泄，酸和碱在十二指肠处不得升降，常常生湿热，湿热强碱高酸纠缠在一起，医不能误汗，何为误汗？就是湿热高酸强碱具备了，不能发汗。医不能误烧针，为什么不能烧针？强碱高酸是湿热，就怕火针，火能透肉入血，黄疸病的病源就在血里，一见火针，黄疸顿时爆发。

医不能误热敷，什么叫热敷？艾灸也算，用热药外敷也算，这时候湿热强碱就要爆发时，就怕火上浇油。湿热见热敷，见艾灸，就像火上浇油，不烧艾还好，烧过艾条会导致焦骨烂肉，热血沸腾，黄疸顿时爆发，小便如皂汁，甚至于小便解不下，全身黄如橘色，好比火山爆发，百药无救，必死无疑。仲景说这是黄疸病已成，大剂量的茵陈蒿汤加减使用，还有挽救的可能，不然的话百无一个能活。

仲景黄疸篇提到，误汗者身必发黄，误烧针者身必黄，误热敷者身必黄。这叫医误，患者黄疸病具备了，医还不知，这叫医误者有罪。

人体中的器官都有月字旁，比如肺、肾、肝、脾、胆、肠、胃等等，为何这个谷字这么奇特，就不用月字旁。何谓“谷”？右边一撇不是字，加上一捺就叫人，人字头上加两点，加上两点念火字，火字下面加口字，加上口字念谷字，万丈深渊也叫谷。

五谷杂粮也算谷，张仲景借这个谷字，谷字的造型就是谷穗，谷穗的造型和胰腺的造型一模一样。谷穗是黄色，胰腺它的造型像香蕉，它似肉非肉，似血非血。

胰腺是个软体，为什么这个软体能存强碱？能容纳强碱，它能叫酸碱平衡，究竟这个胰腺的本质是什么？还没有搞明白。为什么能存强碱高酸，这也是千古之谜。这个高酸强碱尿到体外，树能烧死，草木不能生长。

“谷”本人命名为人体中的粮囤。所谓的粮囤就是堆放粮食的。粮囤是荆条编出来的，比水缸大，用牛屎和泥土混合得黏糊糊的，糊上后晒干而成。粮囤能吸潮又防虫，老鼠不敢往里钻，囤是盛东西的意思。

胰腺与脂肪层的关系，我们可以认为胰腺和脂肪是一体的，就好像肝与筋膜的关系，肝是脏，筋膜是肝的外发系统，筋属肝。人体的脂肪层就是胰腺的外发系统。

谷是人体的后天能量物质转换的中心，是后天一切的根本之根本，谷轻易不会受邪，因为谷有外膜护卫不受邪气侵入，那外膜就是人体的油膜，就是脂肪层。人体之所以能一直保持恒温靠的就是这层油膜在脏腑本能之气的燃烧下不断地给人体提供热量，供给人体正常的生理活动。

我们看到北极熊，冬天前它们就大量进食，储存油膜，储存脂肪来过寒冬。在零下几十度的地方，它们也能生存下来，就因为它们有一层厚厚的油膜脂肪层，这能让它的体温恒定不下降，度过寒冬，这是动物本能。

人与动物相比也是如此。体质好的人不怕冷，是脏腑功能强，他的脂肪层附在肝腑上，寒气不得透入脏腑，人活地潇洒自然。脂肪膜是正常的热量，就怕外邪侵袭，外邪侵袭化热，这种热与本人的能量不冲突，必然产生反应，邪热过大，谷就要生病了。“谷”除非不病，要是病了就是湿热黄疸，这就是它的本性。

《神农本草经》把药物研究透了，张仲景根据人体虚实寒热的变化对方剂已经有了定论。百病起于外感伤寒，伤寒的早期，是经络受寒，寒邪携带日久，经气化热，这股积热的来源就是脂肪燃烧的热量，经气化热日久不解，内热积聚越来越大，引起了一系列的疾病。

“谷”是人体的粮囤，是人体的营养储存室，食物进入人体之后，在十二指肠这段小弯肠中缓慢行走，被胰腺吸收，营养被吸收转化输送之后，多余的营养就转化为脂肪储存起来。

脂肪是人体中储存能量的组织，脂肪的热量非常高，人之所以是恒温动物，其实靠的就是这个脂肪层。脂肪层能调节人的体温，使人体保持在37度左右，人就能抵抗风寒。

胰腺不病，“谷”不病的人，饿了之后，如果坚持一段时间，会发现肚子反而不那么饿了，那是粮囤里有存谷，脂肪被提取出来分化吸收，供人体使用了。如果人的“谷”坏了，粮囤里存谷不足，那么人一饿胃就不舒服，就必须马上吃东西，不吃东西低血糖，人就要晕倒了，高血糖病用降血糖的办法治疗是个错误。

“谷”的本质就是这种谷香味道，谷无病产生出来的体香很浓，是其它香味不能替代的，它的香味特殊，有稻谷之香味。

关于这个粮囤，自古至今没有哪位大家把它弄清楚说明白。只有在伤寒论杂病黄疸篇中出现这个谷，出现这个粮囤，这是仲景所提。肝外有胆，胃外有谷，这个谷也算脏器吧，因为它长在胃底下，长在十二指肠中间，所以叫胃外有谷。

谷的外形像是谷穗，又像香蕉的体形，是个软体，似肉非肉，似血非血，长在胃的底下，与腹膜与脊相连，大头进入十二指肠小弯之间，相抱很紧，小头外边就是脾脏。大家看一看，胃底之下，小弯以里，小头长着脾脏，脾脏为足太阴，足太阴是三阴之首，主宰津液表里传送，脾受邪，从小头也可以传邪入谷里，它们在三阴中也称表里。

仲景说，太阴病兼表证，一不能下，下则伤津，脾下痛，时痛时止，就是这种疼法。下后，邪陷于里，这就是太阴表证的症状，仲景立法桂枝倍芍汤。这种外邪长期不解，必然外邪传于谷，谷必然要病。

我们看看胰腺热病形成的时候，如果内热没有及时排除的话，胰腺内热之下分泌出来的体液就好比强碱，可以把人体的好肉好血全部腐化。

临床发现有些人经过放疗化疗，最后血肉都消耗没了，光剩下一个大肚子躺在医院里，就是死不掉，这又是为什么？因为他“谷”不病，血肉无病，而化疗放疗化的好血好肉，最后是把维持生命的血肉化掉了，但是人还不死。

在临床上观察到“谷”不坏大肠癌还能挽救，“谷”不坏肝癌还能挽救，“谷”不坏糖尿病还能挽救，“谷”不坏肺癌还能挽救，“谷”不坏食道癌还能挽救，“谷”不坏贲门癌还能挽救，“谷”不坏尿毒症还能挽救，“谷”不病心脏肥大、心衰竭还能挽救，“谷”不病百病还能重生。

医圣张仲景对谷的认识多么深奥，仲景以脏腑的本能论，也是对人的脏腑后天本能的大总结，所以才想出了这个“谷”的名称。自然界五谷丰登，百姓就能享受生活的安乐和健康，如果自然界有了自然灾害，谷缺了丰收，缺谷就是缺粮，百姓就要饥荒挨饿。

“谷”，这是仲景所提，在人体内这个谷又叫胰脏，百姓有粮吃，就不会挨饿。人体内这个谷，若不病，人就健康，活得自然，活得健康，活得舒畅。

肝外有胆，胃外有“谷”，他是腑之外脏。这个谷是五脏六腑的核心，是后天生命的根本之根本。“谷”能收能放，能纳能藏，藏的是五脏六腑最高的精华，能储藏五脏六腑需要的东西。

谷好比万亩良田之囤，又好比五脏六腑的粮仓，谷不能病，病了就失去粮囤，毁掉五脏六腑，后天生命就不存在了。我们看张仲景描述的“谷”在人体内多么重要，之所以有粮囤之称。

谷病也就是胰腺病在当今太普遍，十个人中有九个人有胰腺病，得胰腺病的百分之九十都是热病。胰腺化寒的也有，但是比较少，这种人肾脏不亏，长期受寒，小便不黄，痞下常常疼，常常呕吐，吐后难受，脏无它热者，可以半夏干姜散服用即可。

“谷”受邪一般是化热，形成热病，谷的大头藏在十二指肠小弯里，阳明经热长期不解，也会传给谷，少阳经热长期不解，也会传给谷，如果大肠有热，肠热反流，也上传于谷。

几路来热，就把谷包围了，大家看看可像铁桶烤山芋，邪热传于里，日久耗谷，哪有谷不病之理？看看谷承受着五脏六腑的压力，被围在五邪的中心，大肠邪、太阳邪、阳明邪、少阳邪、太阴邪。大家看看是不是五邪炼谷，五热灼谷，谷被五邪围在中间，它的承受能力有多强，时时刻刻生存在水深火热之中，轻易不会生病，谷要病了，上下不能升降，左右不能徘徊，失去了粮囤，就失去了后天的一切。

人无谷便难以生存，五脏失去粮囤，我们看看还能活吗？之所以生也是谷，死也是谷，谷在身体多么重要，是后天的根本之根本。

谷要病了，初步有哪些症状表现：头面出油，掉头发，旋顶光，大吃大饮，饿了难受，吃了就发困，吃了就想睡觉，吃了就头晕，皮肤病皮肤不能沾衣服，沾衣服就热，高血压、高血糖、高血脂，小便隐血，小便蛋白，身上发黄，淌油汗，淌黄汗，血小板减少，胃窦炎、结肠炎、乳腺病、口臭、口甜、口咸、口苦。

胰腺的湿热病，就是仲景讲的黄疸病，有明黄暗黄之分，明黄：面黄身黄目黄小便黄；暗黄：不见面

黄身黄目黄，只是有时小便黄。但我发现他们有个共同点，几乎所有的患者下眼睑鼓起，发黑发暗，上面有乌点麻点。

据史料记载这种黄疸爆发流行叫瘟黄，死亡率更高，死人最暴，难以控制，仲景说就是谷疸病。

有些人因为谷热引起的皮肤病，不能见热气，不能盖被子，不能穿衣服，见热就发，夜里难眠，夜里痒盛，难安眠，难入睡，这是谷热黄疸病暴发日久，热入血室，属于温热病，死亡率最高。

在临床上不可轻易的发汗，仲景说黄疸病禁发汗，湿热引起的皮肤病暴发期一旦感冒，那就有表证，表证一定要发汗，不汗者解不掉，只能辛凉解表方麻黄连翘赤小豆汤加上茵陈蒿汤加白虎汤，可以解除这种痛痒，错用辛温解表苦了病人，那谷病会大肆爆发，命悬胰腺。

胰液一旦在体内泄露，那排出来的大便臭气熏天，就像尸体腐臭的味道，十分恶心。那就是胰液的强碱腐化了人体内部的脏腑所致的。我碰过一个患者，拉完大便之后，那气味差点能把我熏晕过去。

有的人拉出来的大便气味非常刺激，像辣椒水一样，能把眼睛熏的眼泪直流。由此可见那胰腺的碱性有多么的强，人体是血肉之躯，一旦胰腺坏了，体内强碱泄漏，那就好比核泄漏一样的可怕，好肉能烧死烧化，这就叫体内活化石，再好的身体，不能超过十日。

谷病者，湿热小便难，解到体外，好比皂角汁。病人描述小便解到树上，树很快就烧死了。要是解到草上，草就枯黄很快也会烧死。胰腺里产的是强碱，肠里积累的是氨气甲烷，这种病大承气汤是泻不掉的。

谷为什么能产生高碱？粮受潮湿必然霉变，粮食统称五谷，谷就怕霉变腐烂，霉变有五种，有白霉、青霉、绿霉、黑霉，腐霉为白霉在谷外，谷没有大的伤害，黄霉在谷的外侧，黑霉在谷的里侧，毒气最大。

青霉、绿霉、黄霉，长期不解化为乌霉，乌霉有毒，五霉合在一起化为有毒的物质。霉变日久必然产酸、产热，而且这个热量非常大，人手不敢轻易触碰。

五谷霉变产酸为什么会有这么高的酸毒，粮食为谷，五谷是宝中之宝，谷内有大量的营养和蛋白，谷内有蛋白，有淀粉有糖，这几种营养合在一起必然能产有毒的高酸，有营养的五谷霉变常常产，没有营养东西不会产毒，黄土永远不会霉变，因为里头没有营养。

我们如果能想清楚这个问题，谷病就是人体内吃进去的高级营养不能消化，而在体内发酵霉变而产生

的毒气。

仲景描述谷病者以十八日为期，治之十日不差者，想活命很难。我们看仲景两千年便描述了谷疸之为病，这种高碱热毒，两千年来都没有被各大医家所重视，后人只说黄疸肝炎，有人说是胆病肝病，没有认识到这个碱产于谷。

这个谷是仲景所提，《内经》没有写，后人没有注。在多年的临床中反复琢磨，反复思考才有了这一重大发现。这种病人谷里有热，这时候用上附子，就好比在高酸里加上硫磺，如果病人小便浑黄，这时候用上乌头，就好比火浇油。

如果湿热淤积体内，有了附子乌头，那患者体内立刻好比火山爆发。同理，我们在首先诊断先看有没有三阳表证，太阳经有没有腑热证，小便有没有起沫？小便臭不臭？阳明经有没有化热？口可干？口可臭？放屁可臭？放屁可响？大便可好解等；再看看少少阳有没有胆热、可有胆结石、可有胆囊炎等，再看看有没有谷热，有没有湿热，附子轻易不能使用。

胰腺热病是人体深层热病，是阳明热病肝胆热病发展的终末阶段，也是人死亡的关键！肾亏骨空引起能量不足，不能抗外界风寒，外邪进入于骨腑化热，三阳热，腑气之热，三焦之热，热气弥漫，少阴之水不能救上火，热无出路归于脾下，气不能上通下达，左右不能排泄，引起高碱热气毒气无出路，胰腺不能承受，爆发就在一时，命悬胰腺。

所以急性胰腺炎一旦发作短短数小时内就可以导致死亡。胰腺热病突然爆发，以急性胰腺炎为代表，患者酒足饭饱之后，湿热污浊之物强加于脆弱的胰腺，胰腺不能承受而自我毁灭，强碱横行体内，损害多个脏腑，血液毒素增加，人体陷入大崩溃，就像一个人不能承受社会各种压力选择了自残自杀！

急性胰腺炎只是一个表象，胰腺平时就积累了大量热邪，犹如火山口，高热强碱一直等待时机喷涌而出。

肝胆直接相连，被十二指肠环抱，此处上下能降，左右相通，是人体的中心枢纽地带，是五脏六腑的中心，是脏腑气血交汇的关键所在，为什么肝癌、肝硬化后期会突然门静脉大出血？这好比是人体的粮仓失火，后院起火，邪上而不下，其热不降，热归于谷，谷不能承受，谷必然病。

谷不能病，谷病者好比仓库缺粮，民以食为天，谷病者脏腑没有支援，气血就不能再生，脏腑血气紊乱，该升的不升，该降的不降，不降者热气飞腾而不下，冲击门静脉，突然间门静脉血管爆破，这好比洪

水突然暴发冲破围堤河坝，洪水暴发是人民的大灾，门静脉爆破后生命就快结束了。洪水暴发还有修补的可能，门静脉暴破，生命再也不能挽回，就算医圣在世也难以回天。

胰腺热病缓慢发作，就是慢性胰腺炎、胰腺结石、胰腺癌、胆囊闭锁，肝胆坏死、糖尿病，以及各种黄疸。为何人死亡时候淌油汗？这就是最后一滴脾津。

人体冒油冒汗不同，冒油时热势已经深入，冒白汗，人体还可以。黄汗也是因为里面有油。油汗夹杂变成黄色，脂肪氧化，就变黄，为什么黄帝规定脾的颜色是黄色？因为脾的膏质一旦跑出人体就会变黄，如果人体内部有热，内热熏蒸导致这个膏质也会变黄。治疗胰腺病，好比消防员救火，刻不容缓！中医不懂谷，中医走不远。

谷不能病，谷病则断粮绝食，断绝后天的一切。仲景说：“谷疸之为病，寒热不食，食即头眩，心胸

不安，久久发黄为谷疸。”这个谷是仲景的原意，那么到底谷是什么？这是两千年不解之谜，没有哪个医家对谷有论述。谷疸之为病，后人只认为是医学的术语，草草带过。我们看“少阳之为病”，少阳提的是胆，那么“谷疸之为病”，这不是空话，不是术语。谷指的是西医的胰腺，人到晚年的病多和胰腺有关，三阳长期外感，经热长期携带导致入里化热导致胰腺炎、胰腺结石、胆结石、胆道闭锁，肝管结石，十二指肠溃疡，脾肿大，高血脂、高血压、高血糖、冠心病，胃窦炎、结肠炎，尿毒症等。

谷疸之为病是仲景所提，《金匱要略·黄疸病脉证并治》中仲景提出谷已经差不多两千年了，没有医家完美注解这篇文章，也是脏腑学的一大漏笔，我们的中医学必然能从21世纪起有跨越性的进步，突破性的飞跃。这是中医学的重大突破，也是中医学的创新。

(本文编辑:张文娟 本文校对:赵志刚 收稿日期:2017-11-23)

寰枢关节整复术与“异病同治”

程少民

(大连市妇女儿童医疗中心, 辽宁 大连 116037)

摘要:寰枢关节整复术是中医手法治疗寰枢关节紊乱的有效手段, 在治疗颈部疼痛、颈性眩晕、偏头痛等由寰枢关节紊乱引发的疾病时已被广大临床医生所认识和采纳。本文从神经性耳鸣、三叉神经痛、抽动秽语综合征、过敏性鼻炎4例看似与寰枢关节紊乱无关的病例选用寰枢关节整复术进行治疗的体会, 阐述寰枢关节解剖生理的复杂性和临床表现的多样性, 真正体现中医“异病同治”治疗原则的意义。

关键词:寰枢关节紊乱; 手法治疗; 异病同治; 痹证; 神经性耳鸣; 三叉神经痛; 抽动秽语综合征; 过敏性鼻炎
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.034 文章编号:1672-2779(2018)-04-0087-03

Atlantoaxial Joint Technique Taxis and Treating Different Diseases with the Same Treatment

CHENG Shaomin

(Dalian Women and Children Medical Center, Liaoning Province, Dalian 116037, China)

Abstract: The atlantoaxial joint technique taxis is an effective traditional Chinese medicine manipulation to treat atlantoaxial joint disorder. It has been recognized and accepted by clinicians in the treatment of cervical pain, cervical vertigo, migraine and other clinical diseases caused by atlantoaxial joint disorder. This article, from the experience of the treatment of atlantoaxial joint technique taxis on four patients with nervous tinnitus, trigeminal neuralgia, Tourette's syndrome and allergic rhinitis who seem to have no relationship with atlantoaxial disorders, elucidated the complexity of anatomy and physiology and the diversity of clinical manifestations in atlantoaxial joint, illustrated the significance of the principle of treating different diseases with the same treatment in traditional Chinese medicine.

Keywords: atlantoaxial joint disorder; technique taxis; treating different diseases with the same treatment; arthromyodynia; nervous tinnitus; trigeminal neuralgia; Tourette syndrome; allergic rhinitis

寰枢关节连接头颅与颈椎, 为颈部活动的枢纽, 颈椎50%的旋转活动由寰枢关节完成, 一半的屈伸运动与寰枢有关^[1]。寰枢关节周围有颈脊神经、脊髓、颈上交感神经节、椎动脉等重要神经、血管通过。寰枢关节间不存在侧屈运动或运动范围极微。寰枢关节旋转30°以上可引起对侧椎动脉扭转和牵拉, 旋转达45°时同侧椎动脉也被扭转^[2]。颈上神经节是交感神经干中的最大神经节, 位于第2颈椎水平。颈交感神经的分布

范围极为广泛, 既分布到头部和颈部, 也分布到上肢。

小关节错位是颈椎病中最常见的病因^[3], 寰枢关节因其特殊结构与功能更容易发生错位。临床通常把程度轻的寰枢关节错位叫做寰枢关节紊乱症或寰枢关节错缝^[4]。

寰枢关节紊乱引发的颈部疼痛是骨科常见疾病, 由此引发的颈性眩晕、偏头痛也被广大临床医生所认识, 采用各种寰枢关节整复手法进行治疗取得很好的

疗效。但是,分别以耳鸣、面部感觉异常或疼痛、不自主颈部摇动或眨眼、鼻塞流涕等为主诉却由寰枢关节紊乱引发的患者多就诊临床各科,被分开诊断为相应的专科疾病后对症治疗,往往使病情迁延而影响康复。

笔者对这类经专科检查诊断后治疗不理想而就诊中医科的患者既往多单用针刺疗法治疗,目前则进行相应的骨科检查,明确寰枢关节紊乱诊断,施以寰枢关节整复术,病情会迅速缓解,或再配合针刺治疗,疗效明显提高。

1 寰枢关节整复术介绍

1.1 治疗手法

患者姿势:患者正躺,面朝上,双手轻松置于腹部。

操作过程:以右侧向前旋转矫正为例,术者半蹲于患者头部右侧,左手张开手掌轻托于患者枕部,将患者头部轻轻抬离床面使颈部前屈15°左右,并向术者方向轻拉使颈部侧屈15°左右;右手拇、食指张开,以拇指的第1、2指间关节掌尺侧面扣住第1颈椎之横突,四指绕过面颊指向鼻尖方向。左、右手协调动作,使头部沿术者拇指——掌心——四指——患者鼻尖弧线方向旋转几下以放松肌肉。待感觉手下无对抗的时候,在旋转到终末有固定感时,以右手拇指发力为主,沿弧线方向提推,常可以听到一声或多声弹响,一般响声清脆为佳。再以同样方法在左侧旋转扳动一次,但力度小于前次,以平衡左右肌肉张力为主。

手法操作时应遵循轻、柔、稳、准的原则,旋转幅度应适度,力量不应过大,不可粗暴行术,不要过分追求弹响,老年患者更需如此。在术前和术后要根据患者颈部肌肉紧张情况进行适度的放松,以揉、拿、轻度牵拉手法为主,老年患者尤其注意,并在治疗结束后平躺数分钟,并左右轻度旋转头部,无不适感后方可坐起。

1.2 疗程设定

每周治疗2次,5次为1个疗程。连续3次治疗无效停止治疗。

1.3 疗效观察

参照《中医病证诊断疗效标准》拟定。优:症状及体征消失,随访半年未见复发;良:症状及体征基本消失,不影响日常工作;可:症状及体征有所改善,劳累后或天气变化症状加重;差:症状、体征无改善。

2 医案介绍

2.1 神经性耳鸣

患者女,32岁。于2013年7月因“突发右耳耳鸣”就诊西医院耳鼻喉科,经专科检查、电测听、脑CT等检查诊断为“神经性耳鸣”,予对症输液改善脑循环等治疗。因效果不显就诊我针灸科,检查右

侧风池穴处压痛,综合辨证属“胆火上扰”,针刺选右侧风池、耳门、听宫、率谷、百会、阳陵泉、丘墟等穴。电针取风池、听宫两穴,频率2 Hz,时间30分钟,每日1次,经14次治疗后痊愈。2014年3月,又发右耳耳鸣,症状同前,就诊我处。此次检查触诊时发现上颈段右侧有明显肌紧张,触之有胀厚感,在寰椎右侧横突处有明显压痛,并有右侧高于对侧的隆起感。开口位X线片见齿状突偏歪,齿突到两侧块间距不等宽;两侧寰枢关节间隙不等宽,右侧寰枢关节间隙宽于左侧,诊断为“寰枢关节紊乱”,治疗时先行局部放松按摩,再行寰枢关节整复术。复位后耳鸣症状明显缓解,第二天晨起后耳鸣完全消失。

按:现代医学在治疗神经性耳鸣时常首选血管扩张剂,而供应耳部的血液主要来自椎动脉,椎动脉向上行走至寰椎侧块上关节面后方转向后内,通过椎动脉沟经枕骨大孔入颅,错位的寰椎使经过椎动脉沟的血管受到挤压或牵扯。调整寰枢关节紊乱则可直接改善被扭转或牵扯的椎动脉的血流状况,从而达到治疗目的。另外,此类患者大多伴有轻度头晕症状,在颈椎旋转到极限位时会更明显,但比耳鸣症状相对较轻,也常被患者忽略,在寰枢关节复位后立刻感觉头脑清醒很多。

2.2 三叉神经痛

患者女,31岁。5年前拔牙后出现右上颌部疼痛,呈放电样,右颧部不能触碰,咀嚼时可诱发剧痛。经医院头颈MRI检查无异常发现,诊断为“三叉神经痛(第2支)”。给予卡马西平片口服,最多时每次口服4片(0.4 g),每日3次,仍不能完全控制疼痛,但每天昏昏欲睡,严重影响生活质量。4年前来我科就诊寻求针刺治疗。取穴:右侧风池、四白透下关、太阳透下关,下关、率谷、百会、阳陵泉、丘墟等穴。电针取风池、四白两穴,频率2 Hz,时间30 min,每日1次,经20次治疗后疼痛明显减轻,每日早晚各1片卡马西平片口服就可保证1天正常生活。因惧怕针刺而停止治疗。2014年10月,上症又发,自服卡马西平片0.2 g,每日3次,仍不能完全控制疼痛而就诊我处。此次检查触诊时发现右颧部不能触碰,咀嚼时可诱发剧痛,上颈段右侧有明显肌紧张,在寰椎右侧横突处有明显压痛,并有右侧高于对侧的隆起感,右侧风池穴压痛明显大于左侧。诊断为“寰枢关节紊乱”,治疗时先行局部放松按摩,再行寰枢关节整复术。复位后右上颌部疼痛减轻,右颧部可以触碰,配合针刺治疗(方法同上),连续治疗5 d,每日早晚口服1片卡马西平片,面部疼痛消失,可以正常进食咀嚼。

按:我国著名颈椎病专家潘之清教授,在他主

编的中国第一部《颈椎病》专著中曾提出颈椎病是三叉神经痛的又一重要病因,他分析了500余例三叉神经痛患者,其中96%存在颈椎病,尤其以上端颈椎病多见。寰枢椎关节出现旋转性移位,造成上颈部肌肉痉挛,椎动脉管腔变细、交感神异常兴奋、局部椎管变窄等因素最终影响了分布走行于颈髓背外侧的三叉神经脊髓核与三叉神经脊束,激发了传达面部皮肤、黏膜痛觉的神经传通路,产生了经典的三叉神经痛发作^[1]。笔者在临床也发现许多非典型的三叉神经痛发作,表现为半侧面麻木,触摸时感觉迟钝,如果属于寰枢关节紊乱而且病程短者,行寰枢椎关节整复术1次而愈。

2.3 抽动秽语综合征 患者女,12岁。因“不自主摇头、眨眼”就诊儿童医院,经检查诊断为“抽动秽语综合征”。因害怕西药副作用就诊我科。检查发现:患儿不自主摇头、右眼眨眼明显,颈部肌肉紧张,在寰椎右侧横突处有明显压痛,并有右侧高于对侧的隆起感。开口位X线片见齿状突向左偏歪,齿突到两侧块间距不等宽,右侧寰枢椎关节间隙宽于左侧。追问病史,患者诉发病前一周上体育课进行跳箱活动后出现颈部疼痛不舒,继而不断扭动颈部以求缓解。综合诊断为“寰枢椎关节紊乱”,治疗时先行局部放松按摩,再行寰枢椎关节整复术。复位后颈部摇动停止,眨眼时作。1周后行第2次寰枢椎关节整复术,不自主摇头、眨眼均停止,至今未发。

按:本例患者发病时间短,有明确的剧烈运动后出现颈部疼痛不舒,继而不断扭动颈部以求缓解的病因,结合触诊阳性发现和X线片表现诊断不难。颈上交感神经节发出的节后纤维分布于眼部及颈动脉丛,调节眼循环和瞳孔括约肌、眼睑肌,颈上交感神经节是位于C1-3横突前方,当上位颈椎错位后,横突随之偏移,即可牵扯、刺激颈上交感神经节,引起眼部或其他五官器官出现症状^[2]。通过诊断、治疗的分析,对抽动秽语综合征的病因有了进一步的认识,不妨将此类称作“继发性抽动秽语综合征”。

2.4 过敏性鼻炎 患者女,35岁。2015年4月因“经常出现喷嚏、鼻塞、大量流涕1个月”就诊。就诊前经耳鼻喉科检查除外器质性病变而诊为过敏性鼻炎。就诊时检查发现颈部肌肉紧张,以上段为重,在寰椎右侧横突处有明显压痛,并有右侧高于左侧的隆起感。开口位X线片见齿状突略偏歪,齿突到两侧块间距不等宽,相差1 mm。诊断为“寰枢椎关节紊乱”,治疗时先行局部放松按摩,再行寰枢椎关节整复术。复位后鼻塞、流涕症状缓解,一周后告知症状全部消失。

按:鼻部血管舒缩功能由植物神经支配,副交感神经成分来自面神经分支岩浅大神经,交感神经成分来自颈内动脉上的交感神经丛之岩深神经。上位颈椎错位后,推拉、牵张颈上交感神经节或颅底(茎乳孔)的软组织,引起交感和副交感神经纤维的刺激或压迫,进而出现物理刺激性的神经抑制或兴奋,使所支配的器官功能发生障碍。时间较久其支配的器官成为“去神经敏感性”而过敏反应加重。纠正关节紊乱,神经功能可渐次恢复正常而使过敏现象自愈^[3]。

3 讨论

寰枢椎关节整复术能够纠正寰枢椎正常解剖位置改变(如关节松动与位移)引发症状而被称为寰枢椎紊乱型颈椎病或寰枢椎关节错缝、寰枢椎关节紊乱等疾病。

寰枢椎关节紊乱患者因其临床表现复杂多样,主诉各不相同而就诊于各个专科。在诊疗过程中,笔者认为对就诊的患者应根据现代解剖生理学研究成果,把寰枢椎关节所涉及的颈脊神经的分布区域、椎动脉的供血范围、颈上交感神经所支配的器官与组织、上颈段脊髓的结构功能等各部分发生异常而可能出现的临床症状为关注点;着重注意上颈段的触诊感受,如发现上颈段有明显肌紧张,触之有左右不对称的胀厚感;在寰椎左、右横突处有明显不对称压痛,并有一侧高于对侧的隆起感;寰枢椎关节动态触诊提示最大限度左右旋转的终末感不对称,就可初步诊断“寰枢椎关节紊乱”。调查发现正常人寰枢椎开口位X线片中也存在齿状突偏移以及寰枢椎关节间隙不平行对称现象^[4],因此,寰枢椎开口位X线片应作为排除畸形、脱位、骨折的重要手段。但如果存在齿状突偏移及寰枢椎关节间隙不平行对称征象,加之触诊时的阳性发现,诊断准确率则明显提高。

中医科应充分发挥传统中医整体治疗的优点,借助现代医学诊察手段和研究成果,探究不同疾病的共同发病机理,系统考虑分析并且综合治疗,真正体现“异病同治”治疗原则,为提高疗效做出努力。

参考文献

- [1]张秀芬,俞杰,郭长春,等.针刀结合手法治疗寰枢椎紊乱型颈椎病的临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2000,8(3):19-22.
- [2]Selecki BR. The effects of rotation of the atlas on axis: experimental work[J]. Med J Aust, 1969, 1(8):1012.
- [3]龙层花. 颈椎病治疗学[M].北京:世界图书出版公司,2012.
- [4]薛传疆,温鑫柱,周波.寰枢椎关节紊乱的临床诊疗研究概述[J].国际中医中药杂志,2009,31(2):182-184.
- [5]郭韧,张路.手法整复寰枢椎旋转性半脱位治疗三叉神经痛4例报告[J].世界中医药,2014,9(8):1048-1049.
- [6]莫亚仿.正骨手法治疗寰枢椎关节失稳应注意的几个问题[J].中国骨伤,2009,22(2):94-95.

(本文编辑:张文娟 本文校对:苗 裕 收稿日期:2017-11-21)

三七川归颗粒水溶性成分提取及成型工艺研究

 王萍萍¹ 张浩²

(1 威海市中心医院门诊药剂科, 山东 威海 264400; 2 长春中医药大学药学院, 吉林 长春 130117)

摘要:目的 考察三七川归颗粒方中药材水溶性成分的最佳提取工艺和成型工艺。方法 将乙醇提取后的药渣与川芎、当归等药材合并, 采用正交试验法, 以阿魏酸的含量为指标, 筛选最佳提取工艺; 采用湿法制粒技术, 通过单因素试验法, 优选三七川归镇痛颗粒成型工艺。结果 最佳提取工艺为药材加入12倍水, 加热提取3次, 每次1 h; 颗粒剂的成型工艺为取处方量药材提取物, 加入30%淀粉和5%蛋白糖混合均匀, 用60%乙醇湿法制粒, 干燥, 即得。结论 通过实验得出水煎工艺稳定、可靠, 成型工艺简单、成本低, 适合大工业生产。

关键词: 提取工艺; 正交试验; 阿魏酸; 含量测定; 成型工艺

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.035

文章编号:1672-2779(2018)-04-0090-04

Research on the Extraction Technology of Water-soluble Constituents from Sanqi Chuangui Granules and Its Forming Process

 WANG Pingping¹, ZHANG Hao²

(1. Outpatient Pharmacy Department, Weihai Central Hospital, Shandong Province, Weihai 264400, China;

2. College of Pharmacy, Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun, 130117, China)

Abstract: **Objective** To optimize the extraction technology of water-soluble constituents from medicinal materials of Sanqi Chuangui granules and its forming process. **Methods** With the content of asafetida sour as markers, the extraction technology for the residue after ethanol extraction and *R. Angelica sinensis*, *L. wallichii* Franch. was optimized by orthogonal experimental design, we selected the forming process using wet granulating technology by single factor experiment. **Results** The optimize extracting procedure for the decoction of water is 12 times of water cooking 3 times (1 hour each time), the best forming process was: 10% starch and 5% aspartame were added to prescription herbs extract, the granule was prepared by wet granulating technology with 60% ethanol and dry. **Conclusion** The optimize extracting was reliable, fundamental steady and the forming process was feasible, and it is comfortable for big factory production.

Keywords: extraction technology; orthogonal experimental design; asafetida sour; content determination; forming process

三七川归镇痛颗粒由三七、川芎、当归、藿香、甘草五味药材组成, 具有活血化瘀、消炎止痛、调节免疫等功效, 临床可用于治疗妇女月经不调、痛经等症。

在前期的研究过程中我们已经完成了对方中脂溶性成分提取工艺的摸索, 并确定了最佳提取工艺。川芎、当归为方中臣药, 二者共有的主要成分为阿魏酸。阿魏酸(ferulic acid)化学名称为4-羟基-3-甲氧基肉桂酸, 分子式为 $C_{10}H_{10}O_4$, 易溶于热水、乙醇、乙酸乙酯等^[1-3], 是该处方发挥消炎镇痛作用的主要水溶性成分。

综合前期药理学实验结果, 为充分提取处方中药材的有效成分, 拟采用煎煮法对药方中水溶性成分进行提取。本试验以阿魏酸的含量为指标, 采用 $L_9(3^4)$ 正交试验对方中药材的水溶性成分最佳提取工艺进行筛选, 并用药材提取物进行颗粒剂成型工艺的研究。

1 材料

1.1 仪器 电热数码恒温水浴锅(金坛市电热仪器厂); BP211D电子分析天平(上海精密仪器厂); LXJ-IIIB型离心机(上海安宁科学仪器厂); UV-935型紫外可见分光光度计(大连依利特仪器公司); DZF-6050型真空干燥箱(天津泰斯特仪器分公司); 超声波清洗器(昆山

市超声仪器有限公司); 岛津液相色谱仪(日本岛津制作所); Mini-CG型湿法混合快速制粒机(创志机电科技发展有限公司)。

1.2 试剂 本实验所用药材均购于黑龙江千草药业股份有限公司; 阿魏酸对照品(中国食品药品检定研究院); 色谱甲醇(美国Fisher公司); 色谱乙腈(美国Fisher公司); 盐酸, 磷酸, 乙醚均为分析纯(北京化工有限公司); 硅藻土(天津康达精细化工有限公司); 碳酸钠(上海精细化工责任有限公司); 娃哈哈纯净水(杭州娃哈哈集团有限公司)。

2 方法与结果

为了最大可能提出处方中药材的有效成分, 乙醇提取后的药渣需要与川芎、当归二药合并, 继续进行水煎操作。

2.1 阿魏酸含量测定方法的建立

2.1.1 对照品溶液的制备 精密称量阿魏酸对照品14700 mg, 置250 mL量瓶中, 加85%乙醇使溶解, 稀释至刻度, 用微孔滤膜(0.22 μ m)滤过, 滤液另器保存, 备用^[6-10]。

2.1.2 供试品溶液的制备 取供试品约1.5 g, 精密称定, 置100 mL具塞锥形瓶中, 加入4.5 g硅藻土和70 mL纯化水, 超声处理15 min, 离心25 min (2500 r/min), 取上

清液35 mL置于分液漏斗中，用稀盐酸调节pH=2.5~3.5，用乙醚20 mL，萃取3次，分层，合并乙醚层，用5% Na₂CO₃溶液萃取3次，每次50 mL，合并水层，稀盐酸调节pH=2.5~3.5，用乙醚45 mL萃取3次，合并乙醚层，挥去溶剂，残渣用85%乙醇适量使溶解，定容至10 mL，以微孔滤膜滤过(0.22 μm)，即得^[6-10]。

2.1.3 测定波长的选择 取阿魏酸对照品溶液，稀释到适宜浓度，在290~530 nm波长范围进行扫描，结果见图1。

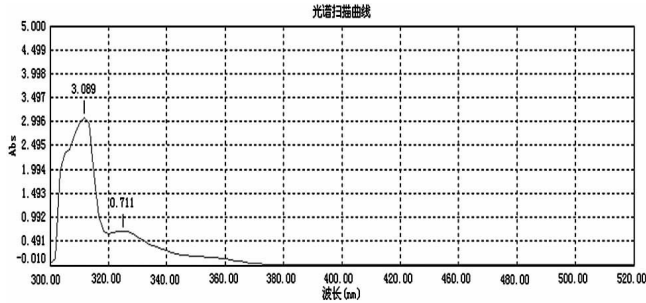


图1 阿魏酸对照品紫外扫描图

图1结果显示，阿魏酸对照品在315 nm处有最大吸收，结合文献报道，确定最大波长为315 nm。

2.1.4 色谱条件 色谱柱为Agilent HC-C18柱(4.6 mm×250 mm, 5 μL)；检测器为紫外检测器流动相为A(79.9%)：水-磷酸二氢钾-庚烷磺酸钠，B(20.1%)：乙腈；柱温为30℃；流速为1 mL/min；检测波长为315 nm。

2.1.5 系统适应性试验 取阿魏酸对照品溶液和供试品溶液，分别注入高效液相色谱仪中，记录色谱图，结果见图2。

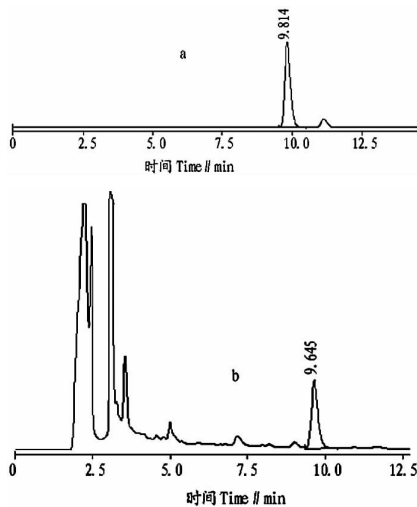


图2 对照品(a)和供试品(b)高效液相色谱图

图2结果表明，供试品中阿魏酸色谱峰与其他色谱峰可以较好分离，其出峰时间与对照品一致。

2.1.6 方法学考察

2.1.6.1 标准曲线的制备 精密吸取对照品溶液3 μL, 5 μL, 10 μL, 15 μL, 20 μL进样，记录峰面积，以对照品进样量(μg)为横坐标，峰面积积分为纵坐标，绘制

标准曲线。得回归方程为 $Y=5023.9+1521.7X$ ， $R^2=0.9997$ 。见表1及图3。

表1 阿魏酸对照品标准曲线数据表

取样量(μL)	3	5	10	15	20
含量(μg)	3.75	6.25	12.5	18.75	25.00
峰面积	10673.50	14736.25	25005.90	33224.39	43294.10

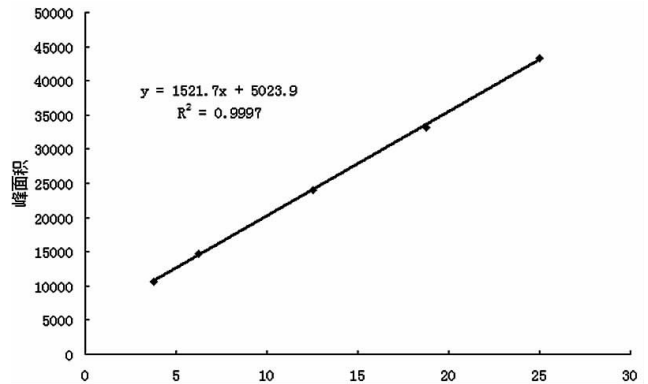


图3 阿魏酸对照品线性关系曲线

结果表明，阿魏酸的含量在3.75~25.00 μg范围内，线性关系良好。

2.1.6.2 精密度试验 精密吸取对照品溶液，按色谱条件连续进样5次，测定峰面积，结果表明阿魏酸对照品溶液的RSD值为1.94%，证明仪器和所建立的分析精密度良好。

2.1.6.3 重复性试验 分别取同一批样品5份，按照“2.1.2”项下方法制备成供试品溶液，按色谱条件进样5次，测定峰面积，结果表明其RSD值为2.26%，证明所建立的试验方法重复性良好。

2.1.6.4 稳定性试验 取供试品溶液，在室温条件下放置，分别在第0、4、8、12、24 h取样，依法测定峰面积，结果表明其RSD值为1.72%，证明供试品溶液至少在24 h内稳定。

2.1.6.5 回收率试验 精密吸取已知含量的供试品溶液5份，精密加入对照品0.013 mg，测定峰面积，计算含量，结果表明，平均回收率为97.23%，RSD值为2.15%，表明此方法可行。

2.2 水提工艺的考察 根据文献报道及预试验结果分析，影响该处方水提工艺的主要因素有加水倍量、提取时间和提取次数，因此我们分别考察这3个因素，确定其水平范围。

2.2.1 药材吸水率的考察 加水量是影响药材提取效率的主要因素之一，为了使加水量更加准确，需要对药材的吸水率进行测定。

按处方比例将二氧化碳超临界及乙醇提取后的药渣与川芎、当归等药材混合，共三份，每份120 g，加1000 mL水浸泡至药材无白芯，滤出全部未被吸收的水

液,称量体积,计算吸水量,求得药材的吸水率,结果见表2。

表2 药材吸水率考察

序号	干药材重(g)	吸水量(mL)	吸水率(%)
1	120	250	208.3
2	120	266	221.6
3	120	260	216.6

表2结果显示,药材的吸水率约为215%。

2.2.2 正交实验因素水平的确定 根据吸水率测定结果,药材吸水率在2倍以上,根据工厂生产经验,选择加水量为10、12、14倍量;根据药厂一般生产情况,确定煎煮时间分别为1、1.5、2 h,确定煎煮次数分别为1、2、3次。

2.2.3 正交试验 采用 $L_9(3^4)$ 正交试验法,以提取物中目标物质阿魏酸的含量为考核指标,分别称取处方量药材9份,按表3中的因素水平设计提取试验,滤过,合并滤液,浓缩,干燥至恒重,依法测干膏中阿魏酸的含量,结果见表4。

表3 正交试验因素水平表

水平	A加水量	B煎煮时间(h)	C煎煮次数
1	8倍量	1	1
2	10倍量	2	2
3	12倍量	3	3

表4 正交试验表与结果

实验号	因素				阿魏酸含量 (mg/g)
	A	B	C	D	
1	1	1	1	1	0.1105
2	1	2	2	2	0.2003
3	1	3	3	3	0.3812
4	2	1	2	3	0.2469
5	2	2	3	1	0.4039
6	2	3	1	2	0.1559
7	3	1	3	2	0.4551
8	3	2	1	3	0.2187
9	3	3	2	1	0.3699
Ij	0.231	0.271	0.162	0.295	
IIj	0.269	0.274	0.272	0.270	
IIIj	0.348	0.302	0.413	0.282	
极差	0.117	0.031	0.251	0.025	

表5 正交试验方差分析表

方差来源	离差方和	自由度	F值	F临界值	显著性
A	0.021	2	21	19	*
B	0.002	2	2	19	
C	0.095	2	95	19	*
D	0.001	2	1	19	

$F_{0.05}(2,2)=19$ $F_{0.01}(2,2)=99$

以上试验结果显示,以干膏中阿魏酸为评价指标,

影响水提工艺因素作用的顺序为煎煮次数>加水量>煎煮时间,其中加水量与煎煮次数的影响具有显著性差异。综合考虑,确定最佳水提工艺是 $A_3B_1C_3$,即加入12倍量于药材质量的水,煎煮3次,每次1.0 h。

2.2.4 验证试验 取10倍于处方量的药材,共3份,分别加水12倍量加热提取3次,每次1.0 h,滤过,浓缩,干燥至恒重,测定阿魏酸含量,结果提取物中阿魏酸的含量分别为0.4570 mg/g、0.4625 mg/g和0.4545 mg/g, RSD小于2%,证明此工艺稳定可行。

2.3 颗粒成型工艺研究

2.3.1 稀释剂加入量的考察 复方镇痛颗粒的脂溶性和水溶性提取物混合后颜色为棕黑色,药物颜色虽然与药效无关,但可能会影响患者的顺应性,因此考虑在提取物中加一定量着色剂或稀释剂调整颜色。考虑到提取物本身的颜色很深,用着色剂可能不好调整,因此先采用加稀释剂的方式对颜色进行调整。

按生药量折算脂溶性和水溶性提取物的质量,粉碎后过80目筛,按质量比加入不同质量的淀粉,混合均匀,平铺于白纸上,观察^[11-15]。结果见表6。

表6 稀释剂的选择

淀粉(%)	颜色
5	黑色
10	深棕黑色
15	棕黑色
20	深棕色
25	棕褐色
30	浅棕色

表6结果表明,含30%淀粉时颗粒颜色最好。

2.3.2 甜味剂加入量的考察 药物提取物本身极苦,直接制剂必然影响患者口服时的口感,需要加入一定量甜味剂进行矫味。考虑到糖尿病患者的需求,拟选择蛋白糖作为甜味剂。

取药材提取物,粉碎后过80目筛,加入30%淀粉混合均匀,等比例分成5份,按表格中比例加入甜味剂,混合均匀,品尝^[11-15]。结果见表7。

表7 矫味剂的选择

淀粉(%)	颜色
2.0	味苦微酸
3.0	味苦微酸
4.0	味苦
5.0	甜味
6.0	太甜

表7结果表明,5.0%时口感较好。

2.3.3 润湿剂的考察 药物提取物具有较大的粘性,不能用纯水作为润湿剂,因此考察不同浓度乙醇对制剂效果的影响。

取药材提取物适量, 粉碎后过80目筛, 加入30%淀粉和5%蛋白糖混合均匀, 等比例分成5份, 分别加入不同浓度乙醇适量, 制软材, 过30目筛制颗粒, 观察颗粒性质^[11-15]。结果见表8。

表8 润湿剂的选择

润湿剂	制粒情况
50%乙醇	结块
60%乙醇	完整
70%乙醇	松散
80%乙醇	松散
90%乙醇	松散

表8结果表明, 用60%乙醇作为润湿剂较为合适。

2.4 颗粒剂的小试放大 取药材提取物约200 g, 置湿法制粒机中, 加30%淀粉和5%蛋白糖混合, 加60%乙醇适量, 制软材, 用摇摆式制粒机过30目筛制颗粒, 用流化床干燥至颗粒水分小于3%, 即得。

2.5 颗粒成型性评价 取制备的颗粒剂, 分别过一号筛和五号筛, 计算不能通过一号筛的颗粒和能通过五号筛的粉末总和在颗粒总干重中所占比例。成型率(%)=(通过一号筛而不能通过五号筛的重量/样品颗粒重量)×100%。经测定, 该复方颗粒剂的成型率为95.0%, 符合《中华人民共和国药典》2015年版四部中对颗粒剂的相关规定^[16]。

2.6 流动性的考察 采用固定圆锥槽法: 取漏斗固定于水平放置的坐标纸上方适宜高度处, 使漏斗下口距坐标纸的距离为H; 取制备好的颗粒适量, 沿漏斗壁缓慢倒入漏斗中, 直到颗粒的圆锥体尖端接触到漏斗口为止, 此时由坐标纸测出圆锥体底部的半径R, 计算出休止角($\text{tg}\alpha=H/R$), 重复测定3次^[11-15]。

结果颗粒剂的平均休止角约为30°, 证明自制颗粒剂流动性良好。

2.7 临界相对湿度的测定 取颗粒约1 g, 共7份, 分别置已称重的称量瓶中, 精密称定, 将称量瓶盖打开, 分别放入湿度表格中环境中, 25 °C恒温放置24 h, 取出, 加盖后精密称定, 计算吸湿百分率^[11-15]。

表9 临界相对湿度的考察结果

	相对吸湿百分率						
相对湿度(%)	25.56	40.54	48.54	58.00	66.00	79.50	84.00
处方颗粒增重(%)	0.07	0.20	0.21	0.51	3.89	5.54	10.98

结果表明, 颗粒剂在湿度超过58%之后吸湿性明显增加, 判断颗粒剂的临界相对湿度约为60%, 因此在生产过程中环境湿度至少要低于60%。

3 讨论

试验中阿魏酸含量测定是在315 nm波长处进行的。根据文献报道, 阿魏酸在286 nm和215 nm处也有吸收,

对此我们进行了波长扫描, 结果显示阿魏酸在315 nm处吸收值为最大。

颗粒剂是一种中间剂型, 根据原处方生药量折算, 提取物服用量约为3.5 g, 服药量不算大, 可以进一步将其制备成胶囊剂或者片剂, 发挥其可以根据病情轻重增减药量的优势。

本处方原工艺是将所有药材经水煎煮、滤过, 滤液浓缩后经相应处理制备成大蜜丸给患者服用; 经前期药理学实验表明, 部分药材的醇提物与水提物混合后的混合物比全部药材的水提物镇痛作用强很多, 证明原提取工艺无法提取出药材中具有镇痛效果的脂溶性成分, 而现在的提取工艺更完整地保留了处方中的活性成分, 更有利于药学的发挥。

研究中是选用脂溶性和水溶性中最主要的活性成分的含量作为考核指标进行了提取工艺的筛选, 但一个复方药效的发挥不仅仅与这些主要活性成分有关系, 具体与哪些成分的含量或者与哪些成分的组合有关, 还需要进行深入细致的研究。

参考文献

- [1]赵鑫华.加味消炎止痛方的药理作用及其机制的研究进展[J].中药新药与临床药理,2008,19(1):77-79.
- [2]张翠英,章洪,戚琼华.川芎的有效成分及药理研究进展[J].辽宁中医杂志,2014,41(10):2264-2266.
- [3]张焕,王一涛,严灿,等.当归与川芎药理作用研究进展与比较[J].时珍国医国药,2008,19(2):293.
- [4]张翠英,章洪,董宇,等.基于药效成分丹酚酸B和阿魏酸在大鼠血浆的药代动力学研究丹参与川芎配伍[J].中国中药杂志,2015,40(8):1589-1593.
- [5]高秀艳,宋士军,崔同,等.阿魏酸对大鼠离体胸主动脉环的舒张作用及其机制[J].郑州大学学报:医学版,2013,48(4):459.
- [6]潘明凤.川芎的化学成分研究与多指标成分的含量测定[D].成都:西南交通大学,2014.
- [7]冯敬骞,杨义芳.当归、川芎及其药对的超临界提取物的GC-MS成分分析[J].中国医药工业杂志,2009,40(10):754-757.
- [8]吕光华,程世琼,陈金泉,等.HPLC测定川芎药材和饮片中游离阿魏酸和总阿魏酸的含量及其质量评价指标[J].中国中药杂志,2010,35(2):194-198.
- [9]HPLC同时测定川芎、当归SFE-CO₂萃取物中7种成分含量及阿魏酸松柏酯稳定性考察[J].中国实验方剂学杂志,2017,23(9):24-29.
- [10]项好,张贵君,甘德全.HPLC测定CO₂超临界萃取的当归油药效组分[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(6):64-67.
- [11]张荷兰,陆鸿奎,王春光,等.复方翻白草颗粒剂的制备工艺研究[J].中国药房,2016,27(10):1392-1395.
- [12]严云良,戴晓燕,吴巧凤,等.4种中药颗粒剂吸湿过程的数学模型应用研究[J].中华中医药杂志,2012,27(11):2963-2965.
- [13]沈涛,李季文,梁海宁,等.多指标优选益气温本颗粒澄清工艺[J].中国药房,2016,27(1):76-79.
- [14]文瑾,刘起华.参柏颗粒两种制粒工艺的比较研究[J].中成药,2011,33(9):1615-1617.
- [15]张兆旺.中药药剂学[M].北京:中国中医药出版社,2003:394.
- [16]国家药典委员会.中华人民共和国药典(一部)[S].2015年版.北京:中国医药科技出版社,2015.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王化宇 收稿日期:2017-10-24)

益母草药材中盐酸水苏碱的含量测定

陈 茜

(锦州市妇婴医院中药局, 辽宁 锦州 121000)

摘要: 目的 建立益母草药材中盐酸水苏碱含量测定的方法。方法 采用薄层色谱法测定益母草药材中水苏碱的含量, 测定波长为 $\lambda_s=510\text{ nm}$ 。结果 实验表明该药材的盐酸水苏碱在2.3~16.4 μg 范围内的浓度与峰面积有良好的线性关系, 且 $r=0.9994$, 所以用此方法测定益母草药材中的水苏碱简便易行。结论 本法结果精确、回收率高、重复性好, 并能有效地测定出益母草中的盐酸水苏碱的含量。

关键词: 益母草药材; 水苏碱; 薄层色谱法; 中药化学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.036

文章编号:1672-2779(2018)-04-0094-02

Content Determination of Hydrochloric Acid in Herba Leonuri

CHEN Xi

(Traditional Chinese Medicine Bureau of Jinzhou Maternal and Infants Hospital, Liaoning Province, Jinzhou 121000, China)

Abstract: Objective To establish a method for determination of the content of stachydrine in Herba leonuri. **Methods** TLC method was used to determine the content of stachydrine in Herba Leonuri. The wavelength was $\lambda_s=510\text{ nm}$. **Results** The experimental results indicated that there is a good linear relationship between the concentration and peak area of stachydrine hydrochloride in the medicinal materials of 2.3 μg to 16.4 μg , and $r=0.9994$, so the stachydrine in Herba Leonuri was simply determined by this method. **Conclusion** The method is accurate, high recovery and reproducible, and can effectively determine the content of stachydrine in Leonurus japonicus.

Keywords: Herba Leonuri; stachydrine; thin layer chromatography; chemistry of Chinese materia medica

益母草 (*Leonurus heterophyllus*^[1]), 是一年或者两年生草本唇形科植物。味辛苦、性凉。作用活血祛瘀、利尿消肿, 用于调节女性的月经和缓解痛经, 还可治疗胎漏难产、产后恶露不止、尿血以及便血等症。益母草有多种化学成分, 包括生物碱类、黄酮类、挥发油类等。其中主要的有效成分为生物碱, 即为益母草碱 (leonurine, leo)、水苏碱 (Stachydrine, sta)、益母草啉和益母草宁等。其中盐酸水苏碱为益母草药材中的主要活性生物碱, 本文主要采用了薄层层析法来对益母草药材中盐酸水苏碱的含量进行测定。

1 材料与方法

1.1 仪器 双波长薄层色谱扫描仪CS-930(日本岛津)^[2]; 卧式层析槽; 恒温水浴锅; 喷雾器; 微量定量毛细管; 平整干净的玻璃板; 烘箱; 研钵; 量筒。

1.2 材料和试剂 益母草药材; 羧甲基纤维素钠 (CMC) 的水溶液; 由海洋化工厂提供的硅胶G (青岛); 来源于中国药品生物制品检定所的盐酸水苏碱 (产品批号: 110713-203116); 其他的试剂都是AR级的分析纯。

1.3 薄层色谱法的层析条件与显示剂 展开剂的配制是将正丁醇-盐酸-醋酸乙酯按4:1.5:0.5的比例配好, 且先倒入卧式层析槽中, 盖上表面皿, 以待之后实验使用。显色剂则选用稀碘化铋钾试液。

1.4 研究方法

1.4.1 薄层色谱的制备 将羧甲基纤维素钠 (CMC) 的水溶液与硅胶G混合于研钵中, 缓慢加入适量的水研磨,

直至成糊状后取出, 并均匀地平铺在玻璃板上, 铺板时可轻敲玻璃板以使其涂布均匀, 整个平铺面要求无气泡, 无疙瘩, 特别是边角的部分必须涂布均匀。完成铺板后, 在干净平整的阴凉处晾干, 再放入烘箱烘干, 约30 min后拿出, 备用。

1.4.2 益母草供试品溶液和盐酸水苏碱对照品溶液的制备 取出益母草药材适量, 研磨一定时间, 使其成粉末状, 再精密称定该细粉大约1 g并通过二号筛。将筛选后的粉末放置于锥形瓶中, 向瓶中加入50 mL的99.7%乙醇试剂, 然后将其加热回流1.5 h, 再放冷、滤过。滤过后的滤渣及容器需用50 mL的EtOH分3次洗涤, 之后滤过、再合并滤液, 再放到恒温水浴锅中蒸干。蒸干后的残渣加入使其溶解的EtOH适量, 再转移到10 mL的量瓶中, 然后同样用EtOH稀释至刻度并摇匀, 放于离心机中以5000 r/min的速度离心5 min, 最后取其上清液作为实验所需的供试品溶液。精密吸取2 μL (1) 与4 μL (2) 的供试品溶液。

精密称取出适量的盐酸水苏碱对照品, 再加入EtOH制备成每1 mL中含有2 mg的盐酸水苏碱的溶液作为实验用的对照品溶液^[4]。(对照品溶液实际的浓度为 $C=2.04\text{ mg/mL}$)。精密吸取对照品溶液1 μL (a)、2 μL (b)、4 μL (c)、6 μL (d)、8 μL (e)。

用微量定量毛细管分别蘸取益母草供试品溶液和盐酸水苏碱对照品溶液, 于不同硅胶G薄层板的原点 (距层析板下端2.0 cm处, 斑点间距为1 cm) 上点样, 并作好供试品与对照品的标记。点样完毕再放入卧式

层析槽中层析,直至展开剂上升到距上边沿0.5~1 cm时,立即取出硅胶G板,此时若斑点较为模糊,可用稀碘化铋钾试液喷湿以显色,用薄层色谱仪CS-930扫描测定^[4]。

2 结果

2.1 标准曲线的制备 对照品溶液1 μL (a)、2 μL (b)、4 μL (c)、6 μL (d)、8 μL (e), 所得峰面积值如表1所示。建立坐标曲线,对照品溶液的点样量设置为横坐标,峰面积设置为纵坐标。所得的线性回归方程为: $y=22389.1x+8129.8$, $r=0.9994$ 。结果表明该药材的盐酸水苏碱在2.3~16.4 μg范围内的浓度与峰面积拥有良好的线性关系^[5]。

表1 对照品溶液峰面积值

编号	点样量(μL)	峰面积值
a	1	30518.9
b	2	52908.0
c	4	97686.2
d	6	142464.4
e	8	187242.6

2.2 精密度试验结果 分别吸取6份对照品溶液2 μL,其次在同样的硅胶G薄层板上点6个点,按上述方法测定,其峰面积积分值相对标准偏差RSD为1.8% (n=6),证明此方法精密度较为良好。

2.3 稳定性试验结果 对实验中所用的同一块硅胶G薄层板上的同一斑点进行扫描测定,每小时1次,共测定5次计算的峰面积值的相对标准差RSD=1.58%, (n=5),结果表明斑点稳定性较好。

2.4 重现性试验结果 取同一样品,按照上述供试品溶液的制备方法制成5份,按上述测定方法分别依法测定,所得的结果RSD=1.93%,结果表明该方法的重现性好。

2.5 样品含量测定结果 先精密吸取4 μL的供试品溶液,2 μL与4 μL的对照品溶液按上述方法测定,用薄层扫描法来对其进行扫描,在波长为λ_s=510 nm时,可测量供试品吸光度积分值和对照品吸光度积分值^[6],再用两点法计算,即得供试品的含量。结果见表2。

表2 供试品溶液含量测定结果

编号	A(供试品)	A(对照品1)	A(对照品2)	含量(mg)	平均含量(mg)
1	0.414	0.408	0.443	0.551	
2	0.427	0.433	0.459	0.523	0.539
3	0.403	0.421	0.478	0.543	

2.6 回收率试验及结果 在此采用加样回收法进行回收率试验,首先在已知含量的益母草药材中加入盐酸水苏碱的对照品适量,即加入对照品贮备液1 mL,再按含量测定的方法进行测定,结果见表3。

表3 益母草药材的加样回收率实验

1组	2组	3组	回收率(%)	平均回收率(%)	RSD(%)
2.754	2.303	4.649	97.15		
2.559	2.303	4.488	97.78	98.21	1.34
2.861	2.303	4.874	99.70		

注:1组为5 g益母草药材中盐酸水苏碱的含量(mg);2组为5 g益母草药材中加入的盐酸水苏碱的量(mg),也即为精密加入1 mL对照品溶液的量;3组为加入后按照上述所写方法测出的总盐酸水苏碱的量(mg)

3 讨论

《中华人民共和国药典》2005年版的益母草含量测定法是以比例为1:8:3的乙酸乙酯-正丁醇-盐酸的混合液为展开剂,再以稀碘化铋钾试液与三氯化铁乙醇溶液(10:1)的混合溶液作为显色剂^[7],应用该方法在此药材上实验后,所表现出来的分离效果较差。再用双波长扫描法来替代《药典》的单波长扫描法后,明显提高了结果的精确性。2010版的《中华人民共和国药典》测定益母草中盐酸水苏碱含量是采用高效液相色谱-蒸发光散射检测器检测的方法^[8-9]。该方法需采用氨基色谱柱,流动性则选用比例为90:10的乙腈-水的混合液,此外还需采用硅藻土拌样甲醇回流提取法提取,并制备成供试品溶液,该法操作上相对简捷。但蒸发光散射检测器有着较大的局限性——为避免不挥发物沉积在加热室及光学检测池体中,它的流动相要求全部蒸发。所以,只能使用挥发性的化合物来调节流动相的pH值,例如氨、醋酸和三氟乙酸等。

实验结果表明,此次实验选用的展开系统有较好的分离度,且所得斑点较为清晰;此方法简便易行,测定的含量结果比较稳定。且实验过程中所用仪器试剂及操作步骤相对简便易行,可用该方法快速检测该药材。

参考文献

- [1]Zhi-Ke Liu, Da-Rong Wu, Yi-Ming Shi, et al. Three new diterpenoids from *Leonurus japonicus*[J]. Chinese Chemical Letters, 2014, 25(5):677-679.
- [2]汪爱霞,张惠萍,安双生,等.前列素片盐酸水苏碱定量测定方法改进[J]. 中成药, 2012, 34(6):1188-1190.
- [3]周洁菁,许钊,王欲斌,等.脑脉利颗粒中盐酸水苏碱的含量测定[J]. 医学信息, 2015(10):313-313.
- [4]李向军,王超,王永,等.中药薄层色谱影响因素分析及应用[J]. 中国药业, 2011, 20(14):13-15.
- [5]邢庆芳.益母康颗粒中盐酸水苏碱快速鉴别的方法研究[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(4):26-26.
- [6]高英,陈静才,张在国,等.益母草颗粒的质量研究[J]. 黑龙江科技信息, 2015(17):21.
- [7]邓仙梅,赵斌,贾天柱,等.对《中国药典》2010年版茺蔚子薄层鉴别方法的改进[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(4):893-894.
- [8]张玉萌,项菲菲.益母草饮片盐酸水苏碱、盐酸益母草碱含量测定[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(2):73-74.
- [9]南小航,宋婷,彭菲,等.不同产地益母草饮片盐酸水苏碱含量差异分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2012, 32(1):40-42.

(本文编辑:张文娟 本文校对:薛飞 收稿日期:2017-12-08)

六君子汤加味对慢性阻塞性肺疾病 稳定期肺脾气虚证患者的临床观察[※]

涂思义¹ 高燕玲² 严桂珍¹

(1 福建中医药大学附属第二人民医院呼吸内科, 福建 福州 350003;

2 福建中医药大学附属康复医院康复科, 福建 福州 350003)

摘要:目的 观察六君子汤加味对慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期肺脾气虚证患者的临床疗效。方法 将60例符合入选标准的COPD稳定期患者(中医证属肺脾气虚证)随机分为予六君子汤加味结合沙美特罗氟替卡松组(治疗组)30例和沙美特罗氟替卡松组(对照组)。两组在治疗前,治疗4周后分别行CAT评分、hs-CRP和HDACs测定。结果 治疗后两组CAT评分、hs-CRP和HDACs值改善明显,舒利迭加六君子汤加味组均优于舒利迭组($P<0.05$)。结论 六君子汤加味对COPD稳定期肺脾气虚证患者有效。

关键词:慢性阻塞性肺疾病;六君子汤;CAT评分;hs-CRP;HDACs;咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.037

文章编号:1672-2779(2018)-04-0096-04

Clinical Observation on Modified Liujunzi Decoction in the Treatment of Stably Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Lung Spleen Qi Deficiency Syndrome

TU Siyi¹, GAO Yanling², YAN Guizhen¹

(1. Department of Respiratory Medicine, the Second People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

2. Rehabilitation Department, the Affiliated Rehabilitation Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

Abstract: Objective To observe the effects of modified Liujunzi decoction in the treatment of stably chronic obstructive pulmonary with lung spleen qi deficiency syndrome. **Methods** Sixty subjects with stably chronic obstructive pulmonary with lung spleen qi deficiency syndrome were recruited and randomly divided into two groups, which were interfered with modified Liujunzi decoction combined with salmeterol xinafoate and fluticasone propionate powder for inhalation and salmeterol xinafoate and fluticasone propionate powder for inhalation respectively. All patients received an evaluation at baseline and after treatment. They were assessed by CAT scores, hs-CRP and HDACs. **Results** There was a notable improvement ($P<0.05$) in the CAT scores, hs-CRP and HDACs in the two groups after treatment. However, modified Liujunzi decoction combined with salmeterol xinafoate and fluticasone propionate powder for inhalation group was better than salmeterol xinafoate and fluticasone propionate powder for inhalation group. **Conclusion** Modified Liujunzi decoction is benefit for the treatment of stably chronic obstructive pulmonary with lung spleen qi deficiency syndrome.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; Liujunzi decoction; CAT scores; hs-CRP; HDACs; cough with asthma

慢性阻塞性肺疾病(Chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是可以预防和治疗的疾病,其主要特征是气流受限持续存在,且不完全可逆、进行性发展^[1]。COPD患病人数多,目前居全球死亡原因的第4位,其急性加重直接影响患者的死亡率和预后^[2]。减少COPD急性加重的次数,加强稳定期管理和治疗,提高患者生活质量,对减轻社会负担有着极其重要的意义。近年来,中西医结合治疗COPD日益受关注,以期达到“标本兼治”,改善患者临床症状,阻止或减缓肺功能恶化,提高生活质量,延长生存时间的目的。本研究以观察六君子汤加味对COPD稳定期患者治疗前后自我评估测试(COPD assessment test, CAT)评分、血清超敏C-反应蛋白(high-sensitivity C-reactive protein, hs-CRP)值、血清组蛋白去乙酰化酶(histone deacetylases, HDACs)活化水平的改变来评估六君子汤加味

对COPD肺脾气虚证急性加重风险的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为福建中医药大学附属第二人民医院2015年5月—2017年5月的门诊COPD稳定期患者60例。采用数字表法将患者分成2组。治疗组30例,男28例,女2例;年龄(62.60±5.74)岁;病程(11.92±5.02)年;吸烟史(30.17±7.17)年。对照组30例,男29例,女1例;年龄(60.00±6.80)岁;病程(11.53±4.90)年;吸烟史(28.50±8.11)年。2组患者性别、年龄、病程、吸烟史的差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组2013年发布的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[3]。

诊断标准: (1)有危险因素接触史;(2)症状:慢性咳嗽,咳痰,气短或呼吸困难,喘息和胸闷;(3)肺功能检查:明确存在持续的气流受限,即吸入

※ 基金项目:福建中医药大学临床专项校管课题[No.XB2015019]

支气管舒张药后,第1秒用力呼气容积/用力肺活量(FEV_1/FVC) $<70\%$ 。(4)排除其他疾病所致。

1.2.2 COPD稳定期诊断 患者咳嗽、咳痰和气短等症状稳定或症状轻微,病情基本恢复到急性加重前的状态。

1.2.3 中医肺脾气虚证诊断标准 诊断参照中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会2011年修订的《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》^[4]。

肺脾气虚证:(1)咳嗽或喘息、气短、动则加重;(2)神疲、乏力或自汗,动则加重;(3)恶风,易感冒;(4)纳呆或食少;(5)胃脘胀满或腹胀或便溏;(6)舌体胖大或有齿痕,舌苔薄白或腻,脉沉细或沉缓或细弱。具备(1)、(2)、(3)等的2项,加(4)、(5)、(6)中的2项。

1.3 纳入标准 (1)年龄在40~85岁;(2)西医诊断均符合COPD稳定期诊断标准;(3)中医诊断符合肺脾气虚证;(4)患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)由支气管哮喘、支气管扩张、肺癌、肺结核等其他因素引起的慢性咳嗽喘息者;(2)合并严重心、脑、肝、肾疾病,免疫系统疾病等严重原发性疾病及精神病患者;(3)合并全身其他部位感染者;(4)对使用药物过敏者;(5)不愿意配合者,完全不能交流的患者,不愿意签署知情同意书者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 30例,(1)西医常规治疗:舒利迭(沙美特罗50 μg /氟替卡松250 μg 粉吸入剂,葛兰素史克公司,注册证号:H20140164),1吸,吸入,早晚各一次。(2)加用六君子汤加味。药物组成:党参30g,茯苓10g,白术9g,陈皮9g,法半夏9g,甘草3g,黄芪30g,防风9g,丹参10g。每日煎服1剂,每剂煎2次,共煎取300mL,混合后分为2袋,采用塑料真空包装保存备用,早晚各服用1袋,由我院中药房煎药室制备。

1.5.2 对照组 30例,为西医常规治疗,同治疗组。2组均连续治疗3个月。

1.6 观察指标 2组患者治疗前后CAT评分、血清hs-CRP值、血清HDACs值。

1.6.1 HDACs测定方法 应用密度梯度离心法分离出外周血单核细胞,提取组蛋白,测定HDACs活性水平。使用美国Cayman公司的HDACs活性炭荧光分析试剂盒。严格按照试剂盒说明操作。

1.6.2 hs-CRP测定方法 应用酶联免疫吸附(ELISA)法检测血清中hs-CRP水平,采用美国MARKET公司生产的ELISA试剂盒。严格按照试剂盒说明操作。

1.7 统计学方法 采用SPSS 21软件进行统计分析。计量资料符合正态分布的数据采用 t 检验,数据以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示。 $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

CAT评分、血清hs-CRP值、血清HDACs值属于计

量资料,均符合正态分布,采用 t 检验。2组患者CAT评分、血清hs-CRP值、血清HDACs值治疗前组间比较,无统计学差异($P>0.05$);CAT评分、血清hs-CRP值治疗后较治疗前显著减少($P<0.05$);血清HDACs值治疗后较治疗前显著增加($P<0.05$);治疗后CAT评分、血清hs-CRP值、血清HDACs值组间比较,有统计学差异($P<0.05$)。具体详见表1。

表1 2组CAT评分、hs-CRP值、HDACs值比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CAT评分		hs-CRP值(mg/L)		HDACs值(mol/g)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	26.37 \pm 4.51	20.05 \pm 4.70 ^{①②}	9.76 \pm 2.63	5.28 \pm 1.59 ^{①②}	13.32 \pm 4.12	19.51 \pm 5.07 ^{①②}
对照组	30	26.70 \pm 5.72	23.77 \pm 5.20 ^③	9.67 \pm 2.74	7.08 \pm 1.83 ^③	13.25 \pm 4.37	14.69 \pm 4.68 ^③

注:2组治疗后与治疗前的组内比较^① $P<0.05$;治疗后2组之间比较^② $P<0.05$

3 讨论

COPD与肺部对香烟烟雾等有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。在COPD的发生及发展中起着关键性的作用的是慢性炎症,相关实验研究证实:COPD患者以中性粒细胞、巨噬细胞、T细胞等炎症细胞增高为特征,气道、肺实质、肺间质乃至肺血管中都存在广泛的炎症反应^[5-6]。肺部炎症可导致间质纤维化、气道损伤、肺泡组织的破坏,呈进行性发展的特征,最终导致肺部结构不可逆损害^[5]。导致COPD患者出现呼吸困难、活动受限。由于缺氧、二氧化碳潴留及感染,经多种炎症介质的作用导致血管内皮、肺泡上皮受损,使得组织纤溶酶原激活物分泌增加,引起血液高凝状态。因此,控制气道炎症是最终控制COPD病情进展的关键。西医稳定期治疗常使用支气管扩张剂、糖皮质激素等药物控制病情^[7]。

COPD属于中医学“肺胀”“喘证”的范畴,中医学认为本病的发生有内因和外因两个方面,内因乃久病肺虚,外因乃感受外邪。该病早期病变在于肺部,肺为娇脏,易受邪侵,宣降失常,日久肺气亏虚,脾为肺金之母,子病及母,后致肺脾两虚。稳定期是以本虚为主,“脾为后天之本,生痰之源;肺主气司呼吸,为贮痰之器”,脾气亏虚,运化功能失司,水液输布失常,痰湿内生,上渍于肺,壅塞气道,气机不畅,无法司呼吸、布津行血,为咳、为痰、为瘀,即土虚不能生金。肺虚卫外不固,更易受外邪侵入,致疾病加重。因此,临床上治疗COPD稳定期常采用培土生金之法^[8]。六君子汤是补脾代表方剂,临床常以此方培土生金,健脾益肺,本方中党参健脾益气以补中土为君药,白术、茯苓健脾利湿为臣药;法半夏和胃止呕,与陈皮共为佐药,甘草和胃安中为使药。在六君子汤方基础上加黄芪补肺气、健脾胃,与防风、白术组成玉屏风散益肺气、固卫表,丹参活血祛瘀,全方具有益气固表、健脾化痰、活血化瘀功效。贾泉林认为屏

风六君子汤加味可明显改善COPD缓解期患者临床症状及生活自理能力^[9]。李寿澎认为六君子汤通过健脾益气化痰,祛邪固本,能保护药物对胃肠的损伤。改善缺氧对胃肠的影响,帮助胃肠功能恢复,使病人进食量增加,营养不良得到纠正,从而增强免疫机能及抗病能力,有效防止反复感染,阻止病情发展加重^[10]。

hs-CRP是正常人体血浆蛋白的重要组分,由人体肝细胞合成、分泌。当机体感染或损伤时,其在血清中的浓度可迅速升高,其改变早于外周血白细胞计数及中性粒细胞百分率^[11]。感染得到有效控制和组织损伤修复后hs-CRP可迅速下降,其改变与疾病的控制、修复同步^[12]。血清中hs-CRP的浓度不受抗生素、免疫抑制剂、糖皮质激素等药物的干扰,血清hs-CRP测定,有助于早期明确诊断,疾病控制情况^[13]。相关研究^[14]证明稳定期中重度慢阻肺患者hs-CRP水平与肺功能具有正相关性。COPD稳定期患者免疫功能低下,肺部结构改变,容易导致下呼吸道细菌定植,促进气道炎症反应。故检测hs-CRP可评估COPD控制情况。

HDACs在各种炎症反应基因表达中起重要作用。目前研究表明HDACs的降低在COPD的发病过程起关键作用,并且与糖皮质激素抵抗有关^[15-18]。大多数COPD稳定期患者存在“激素抵抗”。近年,相关研究发现糖皮质激素的抗炎作用是通过募集组蛋白去乙酰化酶来抑制炎症基因的表达^[19]。COPD的慢性炎症反应是由各种炎症转录因子参与、放大并保持炎症反应的结果^[20]。因此,恢复HDACs的活性、改善机体对糖皮质激素作用的敏感性有助于控制和改善COPD病情。

COPD急性加重涉及宿主、病毒、细菌和环境污染等多个因素的相互作用,最常见的是气管-支气管感染。陈谨等通过测定COPD缓解期患者痰中CD4、CD8、白介素-8、hs-CRP水平及下呼吸道细菌定植量,发现细胞免疫功能及气道炎症情况与细菌定期情况呈明显正相关性^[21],同时,气道内细菌定植或复感乃AECOPD的主要诱因。卢峰等发现六君子汤可提高COPD患者外周血组蛋白去乙酰化酶(HDACs)活性,从而稳定染色体结构,下调炎症基因的转录和表达,减少炎症介质的产生^[22]。叶瑞海等研究发现,随着AECOPD患者严重程度增加,外周血HDACs浓度呈下降趋势,而炎症性蛋白CRP、PCT浓度显著上升,HDACs表达水平和炎症蛋白PCT浓度呈负相关^[23]。张伟等认为六君子汤可通过提高气道谷胱甘肽合成以纠正氧化/抗氧化失衡,减少气道炎症反应等,通过研究,针对肺气虚予玉屏风汤、脾气虚予六君子汤,电镜下发现上述中药可缓解大鼠细支气管、终末细支气管官腔或周围炎症细胞浸润及分泌物阻塞,恢复纤毛粘连、倒伏、脱落,改善气道

高反应性和气道重塑^[24-25]。陈明锐表示六君子汤可明显改善COPD缓解期患者临床症状、营养状态(BMI、ALB等指标),提高生活质量评分,降低呼吸困难评分^[26]。张堪宝等研究提示,通过提高细胞免疫功能及中医补益肺脾治疗可明显缓解患者临床症状、减少急性加重次数^[27]。刘小云发现六君子汤可增加大鼠胸腺系数,从而提高细胞免疫功能^[28]。

本研究结果表明,治疗组CAT值的降低、血清hs-CRP水平的下调及血清HDACs水平的上调均优于对照组($P<0.05$),说明在西医治疗的基础上加用六君子汤加味能够提高临床疗效,减少急性加重风险。综合相关文献及本课题研究结果可发现六君子汤加味可通过改善患者胃肠道功能,提高营养状态,改善生活质量,同时亦可通过抗氧化、调节细胞及体液免疫、调节炎症基因表达等诸多途径,改善患者临床症状,减少患者急性加重风险。

参考文献

- [1] Vestbo J, Hurd SS, Agust AG, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary[J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2013 Feb 15; 187(4):347-65.
- [2] 乔翠霞, 李素云. 慢性阻塞性肺疾病的流行病学研究现状[J]. *中国老年学杂志*, 2010, 11(30):1618-1620.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J]. *中华结核和呼吸杂志*, 2013, 36(4):255-264.
- [4] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)[J]. *中医杂志*, 2012, 53(1):80-84.
- [5] Hogg JC, Chu F, Utokaparch S, et al. The nature of small-airway obstruction in chronic obstructive pulmonary disease[J]. *N Engl J Med*, 2004, 350: 2645-2653.
- [6] Grashoff WF, Sont JK, Sterk PJ, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: role of bronchiolar mast cells and macrophages[J]. *Am J Pathol*, 1997, 51:1785-1790.
- [7] 殷晓明, 胡晓荃, 张金惠, 等. 老年慢性阻塞性肺病稳定期血浆前白蛋白、脑钠肽及C反应蛋白水平与肺动脉高压的相关性[J]. *中国老年学杂志*, 2013, 33(20):5152-5153.
- [8] 许建中. 慢性阻塞性肺疾病中医诊治探讨[J]. *江苏中医药*, 2006, 27(7):4-5.
- [9] 贾泉林. 屏风六君子汤治疗慢性阻塞性肺疾病缓解期64例[J]. *实用中医药杂志*, 2010, 26(8):542-543.
- [10] 李寿澎. 六君子汤治疗肺胀心得[J]. *中医杂志*, 2005(46):295-296.
- [11] 李芳. C反应蛋白测定在AECOPD的临床意义[J]. *临床肺科杂志*, 2010, 15(4):576-577.
- [12] 梁世廉. AECOPD治疗前后C反应蛋白变化的临床意义[J]. *临床肺科杂志*, 2008, 13(5):562-563.
- [13] 李芳. C反应蛋白测定在AECOPD的临床意义[J]. *临床肺科杂志*, 2010(4):576-577.
- [14] Wilkinson TM, Patel IS, Wilks M, et al. Airway bacterial load and FEV1 decline in patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003, 167(8):1090-1095.
- [15] Qu Y, Yang Y, Ma D, et al. Expression level of histone deacetylase 2 correlates with occurring of chronic obstructive pulmonary diseases[J]. *Mol Biol Rep*, 2013, 40:3995-4000.
- [16] Barnes PJ. Corticosteroid resistance in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease[J]. *Allergy Clin Immunol*, 2013, 131: 636-645.
- [17] Hakim A, Adcock IM, Usmani OS. Corticosteroid resistance and novel anti-inflammatory therapies in chronic obstructive pulmonary disease: current evidence and future direction[J]. *Drugs*, 2012, 72:1299-1312.
- [18] Mroz RM, Noparlik J, Chyczewska E, et al. Molecular basis of chronic inflammation in lung diseases: new therapeutic approach[J]. *Physiol Pharmacol*, 2007, Suppl 5(Pt 2): 453-460.
- [19] Barnes PJ, Adcock IM, Ito K. Histone acetylation and deacetylation: importance in inflammatory lung diseases[J]. *Eur Respir J*, 2005, 25(3):552-563.

[20]ITO K, CHARRON C E, ADCOCK I M. Impact of protein acetylation in inflammatory lung diseases[J]. Pharmacol Ther, 2007, 116(2):249-265.
[21]陈瑾, 何耀红, 呼玮, 等. 老年慢性阻塞性肺疾病稳定期患者下呼吸道细菌定植与细胞免疫功能缺陷的关系研究[J]. Chinese General Practice, 2014, 17(10):1124-1128.
[22]卢峰, 王世聪, 陆顺意, 等. 培土生金法对 COPD 患者外周血 HDACs 活性的影响[J]. 福建中医药大学学报, 2013, 23(6):12-14.
[23]叶瑞海, 张鸣华, 慈晓, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者外周血组蛋白去乙酰化酶 2 的表达及临床意义[J]. 浙江医学, 2013, 35(10):911-913.
[24]张伟, 邵丽萌, 张心月, 等. 六君子汤对慢性阻塞性肺疾病大鼠核因子 KB 和 γ -谷氨酰半胱氨酸酶表达的干预作用[J]. 实验研究, 2007, 39(4):

57-59.
[25]张伟, 张心月, 邵丽萌, 等. 五种中药不同方剂影响各型慢性阻塞性肺疾病大鼠气道病理改变的特点[J]. 实验研究, 2007, 39(4):57-59.
[26]陈明锐, 杨远富. 六君子汤对慢性阻塞性肺疾病稳定期营养不良的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(7):721-722.
[27]张堪宝, 窦惠芳, 王冬冬, 等. 胸腺五肽配合加味六君子汤治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的临床观察[J]. 临床合理用药, 2014, 7(2):131-132.
[28]刘小云, 张常然, 牛媛媛. 中药六君子汤对慢性支气管炎模型大鼠细胞免疫功能的影响[J]. 中华微生物学和免疫学杂志, 2009, 29(11):975.
(本文编辑:张文娟 本文校对:陈志斌 收稿日期:2018-01-02)

手法配合威灵骨刺膏 治疗第三腰椎横突综合征的临床观察

谭福柱¹ 王明利² 崔欣美² 臧萌^{1*}

(1 黑龙江中医药大学附属第一医院骨伤二科, 黑龙江 哈尔滨 150040;
2 黑龙江中医药大学研究生学院, 黑龙江 哈尔滨 150040)

摘要:目的 观察“手法配合威灵骨刺膏”治疗第三腰椎横突综合征的临床疗效。方法 将符合诊断纳入标准的96例患者随机分为3组, 每组各32例, 治疗组采用“手法配合威灵骨刺膏”治疗, 对照组1采用单纯手法治疗, 对照组2采用威灵骨刺膏治疗。治疗后根据3组症状和体征的前后积分值的变化进行治疗评价。结果 “手法配合威灵骨刺膏”组优于单纯手法组和单纯威灵骨刺膏组, 在体征、症状方面有显著的改善, 经t检验与Ridit检验, 有显著差异性 ($P<0.05$), 具有统计学意义。结论 “手法配合威灵骨刺膏”治疗第三腰椎横突综合征在疗效方面显著。其手法具有调整脊柱的力学平衡和结构对称, 一方面可以松解骶棘肌痉挛, 另一方面可以松解对脊神经后外侧支在第三腰椎横突上的卡压, 症状才能得到消除。而威灵骨刺膏具有行气活血、舒筋通络、解痉止痛; 2种治疗方法作用互补, 有利于提高第三腰椎横突综合征的临床疗效。

关键词: 手法; 威灵骨刺膏; 第三腰椎横突综合征; 痹证; 外治法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.038

文章编号:1672-2779(2018)-04-0099-03

Clinical Observation on Manipulation Combined with Weiling Guci Ointment in the Treatment of Third Lumbar Transverse Process Syndrome

TAN Fuzhu¹, WANG Mingli², CUI Xinmei², ZANG Meng^{1*}

(1. Department of Orthopedics and Traumatology, the First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Harbin 150040, China;

2. Graduate College, Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Harbin 150040, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of "manipulation combined with Weiling Guci ointment" in the treatment of the third lumbar transverse process syndrome. **Methods** 96 patients who met the criteria of diagnosis were randomly divided into three groups, with 32 in each group. The treatment group was treated with "manipulation combined with Weiling Guci ointment", the control group one was treated with simple manipulation, and the control group two was treated with Weiling Guci ointment. After treatment, the treatment evaluation was performed according to the changes of the scores of the symptoms and signs of the three groups. **Results** The "manipulation combined with Weiling Guci ointment" group was better than simple manipulation group and Weiling Guci ointment group, there were significant improvement in physical signs and symptoms, through t test and ridit test, there was significant difference ($P<0.05$), and the difference had statistical significance. **Conclusion** The "manipulation combined with Weiling Guci ointment" in the treatment of the third lumbar transverse process syndrome has significantly curative effect. The method has the adjustment of the mechanical balance and structural symmetry of the spine, on the one hand can release the sacral muscle spasm, on the other hand, it can release the posterior lateral branch of the spinal nerve in the third lumbar transverse process of the compression, symptoms can be eliminated. And Weiling Guci ointment has the ability of promoting qi and blood circulation, relaxing the tendons and collaterals, relieving pain and relieving pain. The two therapeutic methods complement each other and improve the clinical effect of the third lumbar transverse process syndrome.

Keywords: manipulation; Weiling Guci ointment; third lumbar transverse process syndrome; arthromyodynia; external therapy

第三腰椎横突综合征又称为腰三横突周围炎或腰三横突滑膜炎。现代医学认为本病属于急慢性软组织

损伤的范畴。在临床上是引起腰腿疼痛常见的疾病之一。多发生于中青年及其体力劳动者。其原因多是腰部软组织损伤形成病理改变发生粘连、瘢痕、挛缩、堵塞等对通过腰脊神经外侧支产生卡压而引起以腰、

* 通讯作者:1186843288@qq.com

臀部酸痛及腰部活动受限为主的综合征^[1]。在临床上治疗该病的方法较多,例如针灸、按摩、拔罐等。但单纯使用一种治疗方法其疗效有一定的局限性,所以笔者采用董氏手法配合中药外敷治疗第三腰椎横突综合征疗效显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2016年10月—2017年10月来自黑龙江中医药大学附属第一医院骨科特诊室确诊并符合第三腰椎横突综合征诊断标准和纳入标准,在观察中排除脱落的病例后,随机选取的90例患者,其中男48例,女42例;年龄20~60岁,平均(40.789±11.277)岁;病史最短1个月,最长1年,平均(5.411±3.402)月。

1.2 诊断标准 根据国家中医药管理局于1994年颁布的《中医病症诊断疗效标准》^[2]符合以下几条。①有突然弯腰扭伤史、腰部受凉或长期慢性劳损史。②一侧或双侧慢性腰痛、腰部前屈疼痛或早晨起床疼痛加重者,久坐直起时较困难,有时可向下肢放射至膝部。③第三腰椎横突处压痛明显,并可触及条索状硬结。④多见于长期从事体力劳动的青壮年。⑤X线摄片可示有第三腰椎横突过长或左右不对称。

1.3 纳入标准 ①符合第三腰椎横突综合征的诊断标准。②适宜非手术疗法适应证的患者,宜保守治疗的。③年龄在18~65周岁,性别不限,排除其它腰椎疾病和全身性疾病。④有程度不同的腰扭伤病史。⑤第三腰椎横突部有明显压痛。⑥有过局部软组织及肌张力过大,腰部屈伸旋转活动出现不同程度的受限,但无腰椎神经根卡压刺激症状及其感觉异常障碍。⑦腰部X线片可有腰椎轻度侧弯或生理曲度变直,无其他异常骨质变化。⑧确诊为第三腰椎横突综合征者,能够按计划疗程坚持治疗者,并配合本课题研究者,治疗期间未使用其他方法治疗者。

1.4 排除标准 ①不符合诊断标准者,不合作者包括不能坚持治疗或加用其他治疗,影像资料收集和疗效评定者。②应排除脊柱、骨盆、髌骨有其他器质性病变者,例如结核、肿瘤、骨质疏松、骨折等患者。③应排除合并心肝肾肾功能不全、脑血管及造血系统严重疾病的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 采用手法(小斜搬)配合威灵骨刺膏治疗。先用手法,再用威灵骨刺膏。

1.5.1.1 手法操作程序 小斜搬手法:患者侧卧位,患侧

的下肢在上呈屈膝屈髋位,健侧的下肢在下呈伸直位,术者站立于患者腹侧,一手置于其患侧臀后部并且向前下方用力,另一手及前臂置于患者肩部并且向后方用力。两者同时柔缓不发力推搬,使腰椎产生15°左右的旋转。

1.5.1.2 威灵骨刺膏组成及用药方法 (1)方药组成:威灵仙、香加皮、赤芍、当归、防风、骨碎补、白芷、生川乌、生草乌、羌活、独活、乳香、沉香、白芥子、细辛、花椒、穿山甲、阿胶、紫荆皮、磁石。

(2)用药方法:外用。洗净局部皮肤,将膏药加温软化,贴于第三腰椎横突两侧。1天换1次药。做完手法,再继续贴。

1.5.2 对照组1 采用单纯手法治疗。

1.5.3 对照组2 采用单纯威灵骨刺膏治疗。其方药组成及使用方法同于上述的治疗组。

手法治疗隔日1次,治疗7次为1疗程,威灵骨刺膏治疗每日2贴,7日为1疗程,所有病例治疗2个疗程记录治疗前后评分,进行统计学分析,得出结论^[3]。

1.6 观察指标 根据证候量化分级标准、青岛医学院附属医院治疗评分标准和日本骨科学会(JOA)腰腿痛疗效评定标准制定。见表1。

表1 证候分级记分标准

主症 \ 计分	三级(3分)重度	二级(2分)中度	一级(1分)轻度	0级(0分)无
休息痛	腰部疼痛难忍,休息后无明显减轻。	腰部疼痛明显,休息后疼痛有所减轻。	腰部轻微疼痛,休息后疼痛基本消失。	正常
活动痛	腰痛难以忍受,不能进行活动。	活动劳累后腰痛明显加重,难以忍受。	活动劳累后,出现腰部疼痛感。	正常
压痛	腰三横突处压痛难忍,可触及明显条索状硬节。	腰三横突处痛(+),局部肌肉紧张,触摸有僵硬感。	腰三横突处压痛(+),局部肌肉紧张,触摸僵硬感不明显。	正常
合计	总计评分为0分(正常)-12分(最重)病情;重度高于9分;中度9-5分;轻度低于5分			

1.7 疗效判定标准 根据中药新药治疗TLVTPS的临床指导原则^[4]及其国家中医药管理局1994年颁布的《中医病症诊断疗效标准》^[2]中的第三腰椎横突综合征的标准评定疗效。①治愈:腰部疼痛消失,功能恢复正常;疗效指数≥70%。②好转:腰部疼痛明显减轻,活动功能基本恢复,劳累后仍然觉的疼痛不适;疗效指数30%≤, <70%。③未愈:腰部疼痛无明显减轻,活动功能仍然受限;疗效指数<30%。计算公式:疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。

1.8 统计学方法 数据输入SPSS 17.0统计软件进行分

析, 计量资料用 t 检验, 多个样本均数比较采用方差分析, 计数资料采用 χ^2 检验, 等级资料采用Ridit检验。得出统计学结果。

2 结果

2.1 3组治疗后临床疗效观察

表2 3组治疗后的总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	32	23	8	2	93.75
对照组1	32	13	13	6	81.25
对照组2	32	14	11	7	78.13

表格2所示: 用Ridit分析数据, 治疗组 $R=0.3880$, 对照1 $R=0.5589$, 对照2 $R=0.5531$ 。 R 平均值越低于0.5, 其治疗效果越好。治疗后的治疗组疗效分别与对照组1和对照组2进行疗效比较, 均为 $P<0.05$, 有显著性差异。对照组1与对照组2疗效比较, $P>0.05$, 无显著性差异。从以上结果可以看出上述的3种治疗方法均有效, 治疗组的疗效要优于对照组1与对照组2。

2.2 3组治疗前后疼痛综合量化评分比较

表3 3组治疗前后疼痛综合量化评分标准比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	7.42 \pm 0.98	2.35 \pm 0.88
对照组1	7.56 \pm 0.86	3.43 \pm 0.84
对照组2	7.39 \pm 0.94	3.85 \pm 0.92

表格3所示: 治疗组与对照组一相比较, $P=0.008<0.05$, 有显著性差异, 治疗组的效果要优于对照组1; 治疗组与对照组2相比较, $P=0.011<0.05$, 有显著性差异, 治疗组的效果要优于对照组2; 对照组1与对照组2比较, $P=0.926>0.05$, 没有显著性差异。结果表明: 治疗组的治疗后的疼痛综合量化评分要优于对照组1和对照组2。

2.3 手法及药物治疗注意事项 (1) 术者在手法操作时, 应始终贯穿脊一盆一髓三维框架结构的理念, 达到“手摸心会”、“手随心转”、“法从手出”的良好效果。(2) 手法力度应以患者能够忍耐为度, 做到手法轻、旋转柔、节奏匀, 贯彻安全第一的原则。(3) 中药外敷温度要适宜(不能超过40°), 避免烫伤。

2.4 手法及药物安全性评价 (1) 手法是治疗第三腰椎横突综合征常用治疗方法, 而本手法动作轻柔缓和, 角度在正常生理范围内。根据生物力学原理来调节脊柱三维立体平衡, 结合现代脊柱力学三维

空间理论, 实现三维体的脊柱同步运动, 从而增强了人工手法复位的效果^[9]。(2) 威灵骨刺膏外用避免口服对胃肠道引起的不良反应, 而且安全有效。(3) 手法配合中药外敷在临床应用患者均无任何不良反应。

3 讨论

第三腰椎横突综合征是在临床上常见病, 多发病, 中青年甚多且发病率高, 其病因病机多由于急性腰部外伤, 闪挫、慢性劳损、外感风寒湿邪侵袭均可导致经络气血阻滞不通, 瘀血留滞于腰部而发为此病。其治疗方法甚多包括手法疗法、针灸疗法、放血疗法、拔罐疗法、内服中药疗法、外敷中药疗法、综合疗法和手术疗法等。考虑到某一种治疗方法时, 在临床上仍有着一定的局限性。例如内服药对消化道引起的不良反应, 甚至有患者不愿服用。所以笔者采用手法配合威灵骨刺膏治疗将成为病人最易认可的临床治疗方法, 其手法安全有效、操作简单, 无痛苦。威灵骨刺膏方便有效、费用低廉、患者最容易接受。

手法将人体框架力学调整平衡, 松懈肌肉缓解痉挛松解粘连, 改善局部软组织微循环, 促进炎症水肿吸收及其损伤修复。威灵骨刺膏具有活血化瘀, 利水消肿, 行气通络止痛之效。促进局部血液循环, 消除瘀血水肿止其疼痛。手法是调整腰椎小关节的力学平衡的基础, 而威灵骨刺膏可以促进软组织血液循环, 达到镇痛目的。所以二者相结合, 相辅相成起到了方法不同效相同, 共同达到了治疗第三腰椎横突综合征的目的, 符合祖国医学整体观念和治病求本的基本观点。

参考文献

- [1] 施祀. 中医骨伤科学(普通高等教育“十五”国家级规划教材)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 202-203.
- [3] 董华, 董清平, 徐英杰, 等. 董氏手法结合针刺内夹脊穴治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国医药学报, 2013, 41(10): 109-110.
- [4] 中药新药治疗第三腰椎横突综合征的临床指导原则(草案)[S]. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3(5): 52-53.
- [5] 李义凯. 中国脊柱推拿手法全书[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2005.
- [6] 张小芳, 董侃强, 吴铅谈. 刺血疗法治疗第三腰椎横突综合征的研究进展[J]. 中医正骨, 2017, 27(1): 66-68.
- [7] 郭珈宜, 崔宏勋, 李峰, 等. 平乐郭氏正骨流派学术思想的传承与创新[J]. 中医正骨, 2017, 27(1): 71-74.
- [8] 司明智, 殷安乐. 手法配合功能锻炼治疗第三腰椎横突综合征[J]. 中医正骨, 2016, 16(5): 16-25.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 董清平 收稿日期: 2017-12-04)

补肾壮骨膏治疗老年性骨质疏松症 84 例

徐祖旺 周重刚 余学文 李昌杰 汪洋

(九江市中医院骨2科, 江西 九江 332000)

摘要:目的 运用补肾壮骨膏口服治疗老年性骨质疏松症, 观察其对骨密度和腰背疼痛改善的效果。方法 将84例老年性骨质疏松患者随机分为治疗组和对照组各42例, 对照组口服碳酸钙D3片, 每日1次; 治疗组给予补肾壮骨膏口服, 每日2次。治疗前和治疗12周后通过疼痛评分和骨密度检查, 对比2组治疗效果。结果 治疗组总有效率85.71% (36/42); 对照组总有效率57.14% (24/42), 2组对比有显著性差异 ($P<0.05$)。结论 补肾壮骨膏有明显的抗骨质疏松、增加骨密度、强筋健骨止痛作用, 疗效优于碳酸钙D3片。

关键词: 补肾壮骨膏; 骨质疏松; 碳酸钙D3; 老年科; 痹证; 骨痿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.039

文章编号:1672-2779(2018)-04-0102-02

Bushen Zhuanggu Plaster in the Treatment of Senile Osteoporosis for 84 Cases

XU Zuwang, ZHOU Chonggang, YU Xuewen, LI Changjie, WANG Yang

(Department of Orthopedics and Traumatology, Jiujiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China)

Abstract: Objective The use of Bushen Zhuanggu plaster oral in the treatment of senile osteoporosis, and to observe the therapeutic effect and mechanism analysis of bone mineral density and low back pain improvement. **Methods** 84 patients with osteoporosis were randomly divided into treatment group and control group, with 42 cases in each group. The control group was given oral calcium carbonate tablets D3, once a day. The treatment group was given Bushen Zhuanggu plaster 20 ml orally, 2 times a day. Before and after 12 weeks of treatment, the pain score and bone mineral density were examined, and the therapeutic effects of the 2 groups were compared. **Results** The total effective rate of the treatment group was 85.71% (36/42). The total effective rate of the control group was 57.14% (24/42). The comparison of the two groups showed significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** Bushen Zhuanggu plaster has a definite anti-osteoporosis effect, increases bone density and relieves pain, and is better than calcium carbonate D3 tablet.

Keywords: Bushen Zhuanggu plaster; osteoporosis; calcium carbonate D3; geriatrics; arthromyodynia; atrophic debility of bones

随着人口老龄化的到来, 据预计到21世纪中叶我国老年人口将达到4亿, 其中骨质疏松患者将近2亿。老年性骨质疏松症常表现为腰背与关节疼痛, 其重大危害是骨折与并发症, 严重者可致残甚至致命, 缩短平均预期寿命, 影响患者生活质量。笔者自2015年6月—2017年6月采用补肾壮骨膏治疗老年性骨质疏松症, 取得了较为满意的疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院2015年6月—2017年6月门诊及住院病人确诊为老年性骨质疏松症患者84例, 治疗组42例, 男性23例, 女性19例; 年龄62~83岁, 平均71.2岁。对照组42例, 男性20例, 女性24例; 年龄60~79岁, 平均70.6岁。2组患者均有不同程度腰背疼痛和关节痛, 骨密度比平均峰值骨密度低2.5个标准差SD。

1.2 诊断标准 中医诊断标准符合国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》的骨质疏松症诊断标准; 西医诊断标准参照中国老年学会骨质疏松委员会于1999年制定的《中国人原发性骨质疏松诊断标准(试行)》, 以骨矿密度低于同性别2个标准差为标准。

1.3 纳入标准 (1) 同时符合上述中医及西医老年性骨质疏松症诊断标准且为第一诊断; (2) 年龄60~85岁, 男女不限; (3) 患者知情并同意参与临床研究; (4) 血、尿常规及肝肾功能检查结果正常。

1.4 排除标准 (1) 年龄60岁以下或85岁以上; (2) 对治疗药物过敏; (3) 伴有明显的心肝肾或消化系统疾病, 可能影响治疗效果者; (4) 抑郁及精神病患者; (5) 由外伤导致胸腰椎及其它处骨折者; (6) 未按规定服药, 不能坚持完成服药疗程, 治疗中断及放弃者; (7) 继发性骨质疏松症。

1.5 治疗方法 治疗组给予补肾壮骨膏药物组成: 续断30 g, 龟甲胶46 g, 当归30 g, 怀牛膝30 g, 肉桂18 g, 补骨脂30 g, 鹿角胶90 g, 杜仲30 g, 枸杞子46 g。用法: 煎汤取汁, 浓缩后制成膏剂每袋20 mL; 口服, 每日2次, 连续服药12周; 对照组给予碳酸钙D3片(惠氏制药有限公司, 批准文号H10950029, 每片含碳酸钙1.25 g, 维生素D3 200单位) 1片咀嚼后口服, 每日1次, 连续服药12周。

1.6 观察指标及疗效评定标准 观察2组患者服药前、服药12周后全身疼痛缓解情况, 检测2组患者治疗前、治疗12周后骨密度指标。疼痛评分标准^[1]。0级: 无疼痛; 1级: 注意力集中时感觉疼痛; 2级: 注意力分散时感觉疼痛; 3级: 夜间疼痛或疼痛影响睡眠。疗效评估标准^[2]: 显效: 疼痛消失、疼痛较前减轻2级或3级, 骨密度值较前明显恢复; 有效: 疼痛由3级或2级减轻为1级, 骨密度值较前升高; 无效: 疼痛未减轻或加重, 骨密度无变化或降低。

1.7 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行独立样本数据处理,骨密度值和疗效评分数据比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示2组差异有显著性差异。

2 结果

2.1 2组一般资料比较 2组病例性别、年龄等及治疗前骨密度、疼痛评分对比差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2.2 2组临床疗效比较 治疗12周后治疗组总有效率85.71%,对照组总有效率57.14%。2组对比有显著性差异($P<0.05$),见表1。治疗组骨密度 -2.0 SD以上18例, $-2.0\sim-2.5$ SD 17例, -2.5 SD以下7例;对照组骨密度 -2.0 SD以上9例, $-2.0\sim-2.5$ SD 16例, -2.5 SD以下17例,2组对比差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	42	21	15	6	36(85.71)
对照组	42	10	14	18	24(57.14)

3 讨论

原发性骨质疏松症II型即为老年性骨质疏松症,由于全身性骨量减少和骨组织微细结构退化引起骨脆性增加、骨密度降低^[2],在临床上表现为腰背疼痛和病理性骨折,可严重影响生活质量,甚至致残、致命、缩短预期寿命^[3]。刘敏等^[4]研究发现,68.9%老年骨质疏松患者表现为腰背痛,腰背痛伴四肢痛者为17.8%,四肢痛占13.3%。髌关节骨折是骨质疏松病理性骨折危害最严重、病死率最高的骨折,骨折后有近15%~20%患者残废,约50%患者将永久面临病残或生活不能自理。人的骨密度在30~50岁时达到峰值,随后正常骨的骨量以每年女性0.5%、男性0.3%的速度丢失,骨密度是决定骨强度的主要因素之一^[5],临床上常以骨密度值来诊断骨质疏松症及作为预测骨质疏松骨折的危险性和疗效的有效参数,但骨强度却是由骨密度和骨质量的完整性决定,骨密度只能反映骨强度的70%左右,因此在使用骨密度诊断和评估时,尚需结合考虑其他相关资料。有学者发现,骨质疏松症早期常无任何症状,当骨量丢失达12%时才会出现腰肌酸软、腰背疼痛、跟骨疼痛、长管骨隐痛、乏力畸形等症状^[6],所以出现症状应及时进行干预治疗。目前临床上防治骨质疏松的药物常以抑制骨吸收和促进骨形成的西药较为常用,如钙剂、活性维生素D、降钙素、氟化物等,但疗效不一,且长期服用副反应重,总体上未形成系统且行之有效的治疗手段。

骨质疏松属于中医学“骨痿”范畴,中医藏象学理论认为肾藏精主骨生髓,肾与骨的生理病理变化密切相关,肾为先天之本。《素问·上古天真论》曰:“女子七岁,肾气盛,齿更发长……,七七任脉虚,太

冲脉衰少,天癸竭,地道不通;丈夫八岁,肾气实,发长齿更……,八八天癸竭,精少。肾气衰,形体皆极,则齿发去。”记载了骨骼与年龄及肾精盛衰的关系,说明肾精衰少是产生骨质疏松症的基础。现代医学研究也证明,肾虚者下丘脑-垂体-性腺轴功能减退致性激素水平下降,进而引起成骨功能下降,单位体积内骨量减少,造成骨质疏松^[7]。肾为先天之本,脾为后天之本,脾胃失养,日久则气血生化无源而致血虚,而精血又同源,日久精也必虚,如此循环后天累及先天则导致了肾虚,精不生髓,无髓以养骨,则骨必脆,发为骨质疏松症。《内经》指出:“骨痿者补肾以治之”,因此本病的治疗当以补肾健脾为主。补肾壮骨膏方中续断补肝肾,续筋骨;补骨脂补肾助阳、纳气温脾,二药合用共为君药,功治腰背酸痛,足虚无力;杜仲补肝肾壮腰膝强筋骨,与怀牛膝合用,补肝肾强筋骨之力增强,枸杞子平补肝肾,共为臣药;龟胶、鹿角胶为血肉有情之品,温补肝肾,养血滋阴,当归养血补血活血,使其温而不燥,精血兼顾,共为佐药;肉桂补火助阳,引火归元,是为引经药。诸药合用,为补肾健脾、壮骨强筋之方,共达改善治疗骨质疏松症状之效。现代药理研究也表明,补肝肾类中药具有促进骨形成和抑制骨吸收,降低骨转换率,维持和升高骨矿密度,增强骨生物力学性能作用^[8]。杜仲叶醇^[9]能增加大鼠股骨骨小梁的宽度和密度,减少骨小梁间隙,可能通过其微弱的性激素样作用来实现。续断^[10]能改善骨质疏松性骨折愈合骨痂的生物力学性能,具有促进骨折愈合的作用。

综上所述,笔者认为中药补肾壮骨膏治疗老年性骨质疏松症,能有效改善患者疼痛症状,提高骨密度值,作用优于碳酸钙和维生素D3的复合制剂,值得临床进一步研究和推广应用。

参考文献

- [1]董利,郭厉华.雌激素辅以钙剂治疗绝经后骨质疏松疗效观察[J].中国骨质疏松杂志,2006,12(2):187-188.
- [2]郑玉琴,李霞,石英杰.补肾壮骨汤治疗老年性骨质疏松症的临床观察[J].中国骨质疏松杂志,2007,13(8):571-572.
- [3]吕燕碧,陈丽华,梁爱先,等.生活方式干预老年骨质疏松患者生存质量的临床研究[J].当代医学,2017,23(12):1-3.
- [4]刘敏,黄兆民,朱双罗,等.高压氧治疗对老年骨质疏松症疼痛的疗效研究[J].中国医师杂志,2003,5(11):1488-489.
- [5]江南,李春梅,张艺,等.肝肾同补治疗绝经后骨质疏松症的临床研究[J].中国医药信息,2017,34(5):146-148.
- [6]焦翔,张志宏,李瑾.老年性骨质疏松所致骨折的血清钙磷和IGF-1的调查分析[J].标记免疫分析与临床,2004,11(2):128-129.
- [7]沈尹.肾的中西医结合研究成就[J].中西医结合杂志,1998,(基础理论研究特集):8.
- [8]崔亮界.补肾健脾化痰方治疗原发性老年骨质疏松症临床观察[J].四川中医,2016,34(10):138-139.
- [9]马文礼.中医药治疗骨质疏松症研究进展[J].天津中医学报,2005,24(2):107-108.
- [10]姚定友,方鹏飞.骨质疏松症的中药治疗进展[J].西北药学杂志,2005,20(2):94-96.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张平 收稿日期:2017-11-21)

凉血四物汤联合医学护肤品 治疗继发性面部毛细血管扩张症的临床观察

肖巍

(广州紫和堂幸和中医门诊部, 广东 广州 510310)

摘要:目的 观察凉血四物汤联合医学护肤品治疗继发性面部毛细血管扩张症 (secondary facial telangiectasia, SFT) 的疗效和安全性。方法 选择SFT患者60例, 随机分为治疗组和对照组各30例。治疗组给予凉血四物汤联合医学护肤品治疗, 对照组给予口服维生素E软胶囊治疗, 12周为1个疗程, 治疗后评估2组患者皮损情况和临床症状。结果 治疗组的临床治愈率为93.33% (28/30), 优于对照组16.67% (5/30), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 凉血四物汤联合医学护肤品治疗SFT疗效良好, 不良反应少。

关键词: 凉血四物汤; 继发性面部毛细血管扩张症; 医学护肤品; 血症; 皮肤科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.040

文章编号:1672-2779(2018)-04-0104-03

Clinical Observation on Liangxue Siwu Decoction Combined with Medical Skin Care Products in the Treatment of Secondary Facial Telangiectasia

XIAO Wei

(Guangzhou Zihetang Xinghe Traditional Chinese Medicine Clinic, Guangdong Province, Guangzhou 510300, China)

Abstract: Objective To observe the curative effect and safety of Liangxue Siwu decoction combined with medical skin care products in the treatment of secondary facial telangiectasia (SFT). **Methods** Selecting 60 cases of patients with SFT, they was randomly divided into treatment group and control group, with 30 cases in each group. The treatment group used Liangxue Siwu decoction combined with medical skin care products for treatment. The control group used oral vitamin E capsules for treatment. The course of treatment was 12 weeks for both groups. The skin lesions and clinical symptoms of patients of 2 groups were evaluated at the end of treatment. **Results** The cure rate of the treatment group was 93.33%, which was higher than 16.67% of the control group. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Liangxue Siwu decoction combined with medical skin care products has a good therapeutic effect and less adverse reactions in the treatment of SFT.

Keywords: Liangxue Siwu decoction; secondary facial telangiectasia; medical skin care products; blood disease; dermatology

近年来, 很多非法添加激素类药物的化妆品在市场上违规销售, 很多女性使用此类化妆品一段时间后, 面部皮肤角质层变薄, 皮肤屏障功能严重受损, 造成继发性面部毛细血管扩张症 (secondary facial telangiectasia, SFT) 的发病率快速上升, 已经成为皮肤科门诊的疑难杂症。SFT俗称“红血丝”“烂苹果”, 其临床表现为面部的片状、丝状、星芒状或者点状的红斑。遇到高温、寒冷外界刺激或情绪激动时症状加重, 且很难消退。SFT不但影响患者的颜值, 而且严重影响皮肤汲取营养, 久而久之导致皮肤供养不足, 造成皮肤粗糙、干燥、过早衰老等症状, 这给患者的正常生活带来极大的困扰, 亟需临床医生为她们提供一种安全可靠的治疗方法^[1-3]。我们根据中医理论, 采用凉血四物汤配合医学护肤品联合治疗SFT, 疗效较为满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年3月—2017年9月在紫和堂幸和中医门诊部就诊的继发性面部毛细血管扩张症患者, 共60例。采用随机数字表法将患者随机分为2个组, 即治疗组和对照组, 每组各30例。

1.2 诊断标准 患者应符合文献中毛细血管扩张症的诊断标准, 面部皮肤毛细血管呈持续性丝状、星状或网状扩张, 压之褪色, 可伴有皮肤干燥紧绷、瘙痒, 对

环境敏感, 乳酸试验阳性者^[3]。

1.3 纳入标准 (1) 符合诊断标准者; (2) 排除原发性病变; (3) 皮损总面积在体表面积5%以内; (4) 签署知情同意书者。

1.4 排除标准 (1) 合并有心、脑血管、肝、肾和免疫、内分泌及造血系统等严重的原发性疾病, 精神病患者; (2) 已知对本药组成分过敏者; (3) 近2周内使用过类固醇药物者; (4) 妊娠及哺乳期妇女。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 治疗组口服凉血四物汤, 药物组成: 生地黄、茯苓各20 g, 当归、川芎、赤芍、黄芩、陈皮各10 g, 生甘草6 g。每日1剂。所有中药材饮片由广州中医药大学大药房有限公司提供, 煎液由广州紫和堂幸和中医连锁门诊部中药房统一煎取200 mL, 分早晚2次温服, 每次100 mL, 经期停药。治疗组患者联合医学护肤品治疗, 采用衡美肤复颜肌活修复精华 (广州青岚生物科技有限公司) 外用, 早晚各1次, 观察期间不得更换或合用其它同类产品。

1.5.2 对照组 口服维生素E软胶囊 (吉林万通药业有限公司, 国药准字H22021973), 10 mg/次, 每天2次。

1.5.3 治疗期注意事项 避免风吹、日晒、高温刺激, 忌食酒、辛辣、鱼虾等刺激性食物; 禁用糖皮质激素制剂。

1.5.4 疗程 2组疗程均为4周。

1.6 观察指标及疗效评定标准

1.6.1 疗效评价 观察并记录治疗前后患者皮损面积和皮损评分等情况，皮损评分按0~3分计分。0分：皮肤不干燥，弹性好，光滑，无红斑、鳞屑和丘疹；1分：皮肤轻度干燥，弹性好，光滑度差，有少量红斑和鳞屑；2分：皮肤中度干燥，弹性较差，光滑度差，有中等量红斑和鳞屑，有少数丘疹；3分：皮肤很干燥，弹性和光滑度差，鳞屑多，红斑、丘疹明显。

1.6.2 疗效判定标准 以客观体征为依据分为4级来评定，临床治愈：面部毛细血管扩张消退率>90%上；显效：面部毛细血管扩张消退率为60%~89%；好转：面部毛细血管扩张消退率为20%~59%，无效：面部毛细血管扩张消退率<20%。有效率=(临床治愈患者数+显著有效患者数)/患者总数×100%。

1.7 不良反应和病情复发记录 治疗期间密切观察2组患者在治疗过程中出现的不良反应和病情复发，并详细记录不良反应和病情复发的程度、发生时间、持续时间、消退时间等情况。

1.8 统计学方法 统计所得具体的数据采用SPSS 19.0软件进行分析，年龄、病程以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)来表示，以t检验来比较；2组患者治疗效果以[例(%)]表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ ，则差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组基线资料比较 治疗组30例患者平均年龄为(35.05±6.21)岁，平均病程为(10.51±3.27)个月；对照组30例患者平均年龄为(34.82±6.14)岁，平均病程为(10.22±3.71)个月，2组患者的年龄和病程对比，差异没有统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2.2 2组临床疗效比较 结果见表2，临床治愈率，治疗组为28.00%，对照组为6.00%；临床总有效率，治疗组为93.33%，对照组为16.67%，经Ridit分析，2组比较差异有统计学意义，提示治疗组的临床疗效优于对照组，治疗组典型患者治疗前后皮损变化情况见图1。

表2 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	10(33.33)	15(50.00)	3(10.00)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	0(0.00)	2(6.67)	3(10.00)	25(83.33)	5(16.67)



图1 治疗组SFT患者治疗前(左)和治疗后(右)皮损变化

2.3 2组治疗前后靶皮损面积以及皮损评分比较 如表3所示，2组的靶皮损面积和皮损评分治疗前比较，无统计学差异($P>0.05$)，治疗组靶皮损面积和皮损评分治疗后明显减少($P<0.01$)，对照组靶皮损面积和皮损评分治疗后明显高于治疗组($P<0.01$)。

表3 2组治疗前后靶皮损面积以及皮损评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	靶皮损面积(cm ²)		皮损评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	3.86±1.35	0.41±0.11** $\Delta\Delta$	2.75±1.02	0.72±0.27** $\Delta\Delta$
对照组	30	3.54±1.37	3.21±1.26	2.65±0.94	2.24±0.95

注：与治疗前比较，* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ ；与对照组比较， $\Delta P<0.05$ ， $\Delta\Delta P<0.01$

2.4 不良反应 2组患者无人出现不良反应，均完成各自疗程的方案治疗，无退出者。

3 讨论

毛细血管存在于皮肤真皮层，管径细，血流慢。SFT患者面部毛细血管壁弹性降低，脆性增强，遇到外界环境变化，其毛细血管就会出现不均匀的扩张甚至破裂，导致面部皮肤泛红，肉眼可见扩张的毛细血管^[4]。采用激光治疗SFT颇为常见，即通过选择性光热解原理，作用于病变血管内的血红蛋白，使病变血管热解、吸收、消失。但激光治疗存在疼痛明显、损伤大、紫癜反应严重等不足，治疗后若护理不当极易造成色素沉着和炎症反应等严重副作用，价格也十分昂贵，许多患者无法承担^[5]。中医学认为，SFT属于“血证”“发斑”等病范畴，不少中医学家都对SFT进行了深入的研究。1项2241名女性志愿者参加的人群调查结果显示：在无红血丝的人群中，平和质所占比例最高，随着红血丝程度增加，阴虚质和血瘀质比例明显升高^[6]。原花青素属于生物黄酮物质家族，存在于许多木本植物中，1项系统评价结果显示，原花青素对减轻面部红斑、丘疹等症状有效，但确切疗效需要大规模的随机双盲临床试验验证^[7]。

本人通过查阅文献和临床实践，认为SFT以皮肤络瘀阻为主症，病理因素可概括为“热、瘀、虚”，治宜清热凉血、活血化瘀，方选《医宗金鉴》的凉血四物汤。凉血四物汤原本用于治疗酒渣鼻，后世不断扩大其适应症，已成功运用于临床皮肤科多种疾病的治疗。凉血四物汤以生地黄、当归、川芎、赤芍凉血活血，黄芩燥湿清热，茯苓、陈皮理气健脾利湿，生甘草清热，兼以调和诸药，全方特点为“凉血不留瘀，祛瘀不伤正”。现代药理有关研究表明，凉血四物汤有改善人体血液循环、调节毛细血管的通透性和抑制微生物等作用，并可改善免疫、抗炎、抑制组织增生^[8]。

SFT患者皮肤屏障功能降低，这导致患者生活在同样的环境中，在同样的刺激因素作用下，比正常皮肤更易出现皮肤泛红、发热等症状。所以，SFT患者应该使用性质柔和、成分较为单一的医学护肤品。医学护

护肤品具有更高的安全性、明确的功效性和临床验证三个重要特点,合理使用医学护肤品可以有效修复皮肤屏障和缓解炎症,对各种皮肤病有辅助治疗作用^[9]。研究表明,外用天然植物提取液可以通过三个方面的机制防治面部红血丝:(1)增加皮肤的屏障功能;(2)修复毛细血管;(3)增强胶原蛋白和弹性蛋白的活力^[10]。广州中医药大学皮肤科医生和中药学家联合研发的衡美肤系列护肤品完全遵循医学护肤品的研发模式,本研究采用的复颜肌活修复精华配方中不含有色素、香精、表面活性剂等刺激性成分,具有良好的修复皮肤屏障,收缩扩张的毛细血管的作用。其配方中含有的神经酰胺3、 β -葡聚糖、角鲨烷、尿囊素、透明质酸钠深层保湿补水,补充皮肤屏障的必需成分,有效增厚皮肤角质层,提高肌肤防御外界刺激能力。欧锦葵提取物、益母草提取物、意大利甘蓝提取物、绞股蓝提取物、积雪草提取物能够改善微循环障碍,增强毛细血管弹性,恢复皮肤屏障功能。

综上所述,凉血四物汤联合医学护肤品治疗SFT疗效良好,且具有较好的安全性,值得在临床上推广使用。

参考文献

- [1]Liu J, Zhou BR, Wu D, et al. Sequential delivery of intense pulsed light and long-pulse 1.064-nm neodymium-doped yttrium aluminum garnet laser shows better effect in the treatment of facial telangiectasias than using them separately[J]. Ital Dermatol Venereol, 2017, 152(1):1-7.
- [2]Hajar T, Leshem YA, Hanifin JM, et al. A systematic review of topical corticosteroid withdrawal ("steroid addiction") in patients with atopic dermatitis and other dermatoses[J]. Am Acad Dermatol, 2015, 72(3):541-549.
- [3]蒋献,尹斌,张桂蓉,等.含蘑菇葡聚糖、维生素K₁护肤品对面部毛细血管扩张症有效性和安全性观察[J].临床皮肤科杂志, 2009, 38(6):355-357.
- [4]Domingo DS, Camouse MM, Hsia AH, et al. Anti-angiogenic effects of epigallocatechin-3-gallate in human skin[J]. Int J Clin Exp Pathol, 2010, 3(7):705-709.
- [5]王娟.强脉冲光540nm联合重组牛碱性成纤维细胞生长因子治疗面部毛细血管扩张症的临床疗效[J].中华医学美容美容杂志, 2010, 16(4):220-223.
- [6]赵亚,王济,方程,等.中国城市女性面部损美性因素与中医体质类型的相关性[J].中华中医药杂志, 2015, 30(7):2368-2371.
- [7]Saric S, Clark AK, Sivamani RK, et al. The role of polyphenols in rosacea treatment: a systematic review[J]. J Altern Complement Med, June 2017, ahead of print, PMID:28650692
- [8]陈曦,王建峰,刘涛峰.凉血四物汤在皮肤病中临床应用及研究进展[J].中医临床杂志, 2017, 29(3):422-424.
- [9]李利,何黎,刘玮,等.护肤品皮肤科应用指南[J].中国皮肤性病学杂志, 2015, 29(6):553-555.
- [10]刘文婷,何聪芬,董银卯.抑制面部毛细血管扩张的生物学机理及相关中草药[J].北方园艺, 2011, 35(1):196-199.

(本文编辑:张文娟 本文校对:朱伟 收稿日期:2017-11-14)

中医疏肝潜阳法治疗甲亢合并房颤的临床分析

赵丽¹ 王翔²

(1 沈阳市中医院医务科, 辽宁 沈阳 110004; 2 辽宁中医药大学附属第四医院脑病科, 辽宁 沈阳 110101)

摘要:目的 探究中医疏肝潜阳法治疗甲亢合并房颤的临床疗效。方法 选取2014年11月至2015年10月收治的82例甲亢合并房颤患者为研究对象,随机均分为对照组和观察组,对照组采用倍他乐克和丙基硫氧嘧啶进行治疗,观察组在西药治疗基础上进行中医疏肝潜阳治疗,比较2组患者的临床疗效。结果 观察组的总有效率为97.56% (40/41),明显高于对照组的总有效率78.05% (32/41),2组患者的总有效率比较,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 中医疏肝潜阳法治疗甲亢合并房颤,治疗效果显著,能有效改善心脏功能,缓解患者房颤,且无副作用,安全性较高,值得在临床上广泛推广使用。

关键词:疏肝潜阳法; 甲亢; 房颤; 中医药疗法; 瘰疬; 心悸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.041

文章编号:1672-2779(2018)-04-0106-03

Clinical Analysis on Traditional Chinese Medicine Soothing Liver and Suppressing Yang Method in the Treatment of Hyperthyroidism Complicated with Atrial Fibrillation

ZHAO Li¹, WANG Xiang²

(1. Medical Affair Department, Shenyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110004, China; 2. Encephalopathy Department, the Affiliated Forth Hospital, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110101, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of traditional Chinese medicine soothing liver and suppressing yang method in the treatment of hyperthyroidism complicated with atrial fibrillation. **Methods** 82 cases of patients with hyperthyroidism merger atrial fibrillation from 2014 November to October 2015 in our hospital were selected as the research objects, and were randomly divided into control group and observation group. The control group adopted betaloc and propylthiouracil Western medicine chemotherapy, and the observation group used traditional Chinese medicine soothing liver and suppressing yang method on the basis of the Western medicine treatment. The clinical efficacy of two groups of patients was compared. **Results** Traditional Chinese medicine soothing liver and suppressing yang method in the treatment of hyperthyroidism complicated with atrial fibrillation has significantly curative effect, can effectively improve cardiac function, relieve patients' atrial fibrillation, and has no side effects and high security, and it is worth to be widely used in clinic.

Keywords: soothing liver and suppressing yang; hyperthyroidism; atrial fibrillation; therapy of traditional Chinese medicine; goiter; palpitation

甲状腺功能亢进简称甲亢,是临床常见、多发病,临床表现为高代谢症候群,如怕热、汗多、激动、消瘦、多食、心悸等,患者血管和神经兴奋功能增强,

颈部血管听诊有杂音、甲状腺肿大、眼突、手脚发颤等,病情严重者会出现昏迷、甲亢危象,严重时危及患者的生命^[1]。心房颤动简称房颤,是临床常见的持

续性心律失常，部分患者是由甲亢引起的，随着年龄的增长发病率也不断升高，严重威胁着患者的生命健康^[2]。本文选取2014年11月—2015年10月我院收治的82例甲亢合并房颤患者为研究对象，回顾性分析中西医治疗甲亢合并房颤的临床效果，现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年11月—2015年10月我院收治的82例甲亢合并房颤患者为研究对象，按照随机数字法随机分为对照组和观察组，各41例，对照组男23例，女18例；年龄30~68岁，平均年龄(45±2.6)岁。观察组男25例，女16例；年龄32~70岁，平均年龄(44±2.5)岁。2组患者在年龄、性别等方面比较差异无统计学意义，具有可比性(P>0.05)。

1.2 方法 对照组采用西药治疗，口服倍他乐克50 mg，每日3次，丙基硫氧嘧啶300 mg，每日3次，疗程为3个月。观察组在西药治疗的基础上采用中医疏肝潜阳治疗，中药可根据患者实际病情进行加减，其配方主要是：玄参12 g，柴胡15 g，贝母12 g，延胡索12 g，大枣6枚，香附10 g，黄精15 g，天竺黄12 g，肥玉竹30 g，龙骨30 g，白芍12 g，清半夏10 g，紫丹参12 g，山药12 g，生牡蛎30 g。每日水煎服1剂，连续服用7剂，疗程是3个月^[2-3]。

1.3 疗效判定标准 根据患者病情治疗效果可分为显效、有效、无效3种。患者经治疗，房颤消失，甲状腺功能恢复正常，称为显效；经治疗，患者甲状腺有所缩小，甲亢的临床症状明显减轻，但是房颤仍然存在、甲状腺功能增高，称为有效；经治疗，患者甲状腺功能亢进，并且房颤仍然存在，甲状腺未缩小，称为无效^[4]。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用SPSS 18.0软件对本次采集数据进行统计学分析，计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，计数资料采用 χ^2 检验，以P<0.05表示差异具有统计学意义。

2 结果

观察组的总有效率为97.56%；对照组的总有效率为78.05%，2组患者的总有效率比较，差异具有统计学意义(P<0.05)，见表1。

表1 2组患者的临床治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	41	10(24.39)	22(53.66)	9(21.95)	32(78.05)
观察组	41	25(60.96)	15(36.59)	1(2.44)	40(97.56)
χ^2 值					7.29
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

近年来甲亢的发病率呈上升趋势，甲亢的发病原因是机体分泌过多的甲状腺激素^[5]。造成机体代谢亢进和交感神经兴奋，引起心悸、出汗、进食和便次增多，体重减轻。房颤的临床表现是持续性心律失常，心房失去有效的收缩功能，75岁以上人群10%都会有房颤，房颤时心房激动的频率是每分钟300~600次，心跳频率加快但没有规则，有时可达每分钟100~160次，不仅比正常人心跳快得多，而且绝对不整齐，房颤可以合并各种心脏疾病，如风心病、高血压、甲状腺机能亢进等，目前治疗快室率房颤常用药物主要有洋地黄类、 β -受体阻滞剂等，但效果欠佳，会出现较多的不良反应，甚至会发生心律失常，阻碍了其在临床上的推广应用^[6]。

甲亢合并房颤，甲状腺素会促使儿茶酚胺进入亢进状态，造成患者心律失常，甲状腺素会激活腺苷酸环化酶，使 β -受体上调作用明显，这时心脏对儿茶酚胺异常敏感。因此，要治疗甲亢合并房颤，先要对患者进行抗甲状腺的基础治疗，然后考虑对患者进行心室率控制。西药倍他乐克主要治疗心律失常，但未得到适当治疗的无症状或有症状性心功能不全患者，不能使用倍他乐克；西药丙基硫氧嘧啶主要治疗成人甲状腺功能亢进，丙基硫氧嘧啶对于甲状腺疾病具有很好的疗效，但长期服用会严重损害人的身体^[7]。

中医认为甲亢病变脏腑主要是在肝，兼心、胆、脾、胃、肾，表现为气郁、肝火、痰结等症状，因此，采用疏肝潜阳法可以从甲亢的病根上治疗甲亢合并房颤，可以起到滋阴降火、化痰散结、益气宁心的作用，配方中龙骨和牡蛎可以达到镇静安神、疏肝潜阳的作用；柴胡和香附可以疏肝理气；延胡索、天竺黄、紫丹参能够活血散瘀；玄参、白芍、黄精、肥玉竹具有养阴生津和补肝肾的疗效；贝母和清夏具有清热化痰及散结的作用；山药具有健脾的作用，综合使用这些药物，具有调节机体免疫、神经与体液系统活动的功能，还可以抑制甲亢患者能量超代谢，调节甲状腺素分泌^[8]。

临床研究表明，西药治疗效果较快，但副作用大，虽然中医治疗效果较慢，但几乎没有副作用，且安全性高。本次研究，观察组的总有效率为97.56%，明显高于对照组的总有效率78.05%，2组患者的总有效率比较，差异具有统计学意义(P<0.05)。

综上所述，中医疏肝潜阳法治疗甲亢合并房颤，治疗效果显著，能有效改善患者心脏功能，缓解患者房颤，且无副作用，安全性较高，值得在临床上广泛

推广使用。

参考文献

- [1]赵宏,张宏宇.小剂量丙基硫氧嘧啶联合普萘洛尔治疗亚临床甲亢合并阵发性房颤临床疗效观察[J].实用临床医药杂志,2012,16(11):96.
 [2]戴海燕.甲亢合并房颤的中西医结合治疗分析[J].中国社区医师,2012,12(14):227.
 [3]邓移安,王伟.中医疏肝潜阳法在甲亢合并房颤上的临床应用分析[J].内蒙古中医药,2013,17(29):20-21.
 [4]陶冬青,肖金华,严兆丹.疏肝潜阳法对甲亢合并房颤疗效的影响研究[J].

- 中医临床研究,2012,4(10):66-67.
 [5]吴新爱.倍他乐克联合中药治疗甲亢伴快速型房颤[J].上海中医药杂志,2010,30(4):33.
 [6]龚璇,韩贞普,唐学杰,等.房颤合并甲亢、2型糖尿病7例临床分析[J].中国现代药物应用,2011,5(13):89-90.
 [7]杨桂枝.高血压合并阵发性心房颤动者心脏超声临床观察[J].中国社区医师(医学专业),2013,15(7):121-122.
 [8]王梅.高血压合并阵发性心房颤动者心脏超声临床分析[J].大家健康(中旬版),2013,9(12):94-95.
 (本文编辑:张文娟 本校校对:史哲 收稿日期:2017-11-27)

固本益肠片治疗功能性腹泻的临床观察

林仙花

(辽宁中医药大学附属第四医院脾胃科, 辽宁 沈阳 110032)

摘要:目的 探讨固本益肠片对功能性腹泻患者的临床疗效。方法 将功能性腹泻患者68例随机分2组,各34例。对照组予以酪酸梭菌二联活菌胶囊0.48g,每日3次;试验组患者予以固本益肠片1.28g,每日3次,2组均治疗8周。比较2组患者临床疗效、SAS以及SDS评分。结果 治疗后2组排便次数降低、粪便性状评分、SAS评分、SDS评分降低($P<0.05$),与对照组相比,试验组临床总有效率较高,粪便性状评分较低,SAS以及SDS评分较低($P<0.05$)。结论 固本益肠片对功能性腹泻疗效显著,且无不良反应。

关键词: 固本益肠片; 功能性腹泻; 生活质量; 中成药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.042

文章编号:1672-2779(2018)-04-0108-02

Clinical Observation on Guben Yichang Tablet in the Treatment of Functional Diarrhea

LIN Xianhua

(Department of Spleen and Stomach, the Fourth Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of Guben Yichang tablet in the treatment of functional diarrhea. **Methods** 68 patients with functional diarrhea were randomly divided into two groups, with 68 cases in each group. The control group received Clostridium capsule 0.48g, tid, and the experiment group received Guben Yichang tablet 1.28g, tid. 2 groups were treated for 8 weeks. The clinical effect, SAS and SDS scores were compared between 2 groups. **Results** Comparing with before treatment, the frequency of defecation decreased, scores of stool, SAS and SDS decreased in 2 groups ($P<0.05$). Comparing with the control group, the total effective rate in the experiment group was higher, scores of stool, SAS and SDS were lower ($P<0.05$). **Conclusion** Guben Yichang tablet has a significant curative effect on functional diarrhea, and no adverse reaction.

Keywords: Guben Yichang tablet; functional diarrhea; quality of life; therapy of Chinese patent drug

功能性腹泻是由于胃肠功能较强导致非细菌或病毒感染所诱发的胃肠道紊乱综合征,以持续性腹痛、复发性解软便及水样便为主要临床症状^[1]。其发病机制尚未明确,与饮食、环境等多种因素有关。本病的治疗主要从药物干预、饮食干预及心理干预等综合疗法入手,具有一定疗效^[2]。中药治疗腹泻在我国具有悠久的历史,固本益肠片是由党参、黄芪以及山药等多味中药制成,具有健脾益气、活血化瘀、温肾助阳以及涩肠止泻等功效^[3]。本试验就固本益肠片对功能性腹泻患者的临床疗效进行观察,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院2016年5月—2017年5月消化科收治的68例功能性腹泻患者,随机分为试验组和对照组,各34例。试验组男21例,女13例;患者年龄18~72

岁,平均(33.29±4.23)岁;病程最短4个月,最长7年,平均(3.01±0.37)年。对照组男20例,女14例;患者年龄18~70岁,平均(33.09±4.30)岁;病程最短4个月,最长7年,平均(3.21±0.35)年。2组平均年龄以及性别比例等一般情况经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 诊断参考《中国消化不良的诊治指南》^[4]及罗马Ⅲ^[5]中功能性腹泻的诊断标准,1周内未服用任何止泻药物,试验经伦理委员会批准,患者或其家属签署知情同意书。

1.3 排除标准 腹泻继发其他疾病者;合并严重感染,恶性肿瘤、心肝肾等重要脏器疾病;哺乳期或妊娠期妇女;意识不清或患者精神疾病者,无法配合完成试验者;对本试验中应用药物过敏者。

1.4 治疗方法 对照组患者予以酪酸梭菌二联活菌胶囊(山东科兴生物制品有限公司) 0.48 g, 每日3次; 试验组患者予以固本益肠片(沈阳绿洲制药有限责任公司) 1.28 g, 每日3次。2组患者均以8周为1个疗程, 共用1个疗程, 服用期间禁用抗生素、止泻剂以及影响肠胃蠕动和分泌功能药物⁶。

1.5 观察指标 用药前后观察患者排便次数以及粪便性状, 根据Bristol大便性状分型进行判断; 采用焦虑自评量表(SAS)以及抑郁自评量表(SDS)评价2组患者精神、心理状态, 观察各症状复发情况, 评估有效率, 记录药物不良反应。参考《功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见》^[7]对临床疗效进行评价, 分为显效、有效和无效, 显效为治疗后临床症状消失, 大便次数每日1~2次, 大便成形; 有效为患者症状用药后明显好转; 无效为治疗后病情无明显好转, 全身症状无改善或加重。总有效率=显效率+有效率。

1.6 统计学方法 采用SPSS 17.0进行统计学分析, 计量资料以均数±标准差表示, 采用t检验, 计数资料总有效率以率(%)表示, 采用卡方检验, 统计值P<0.05为差异统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 治疗后与对照组相比, 试验组临床总有效率较高(P<0.05), 如表1。

表1 2组功能性腹泻患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	34	16(47.06)	15(44.12)	3(8.82)	31(91.18)*
对照组	34	12(35.29)	11(32.35)	11(32.35)	23(67.65)

注:与对照组比较,*P<0.05

2.2 2组排便次数、粪便性状以及精神心理状态比较 治疗后2组排便次数、粪便性状评分、SAS以及SDS评分降低(P<0.05); 与对照组相比, 试验组排便次数、粪便性状、SAS以及SDS评分较低(P<0.05), 排便次数比较无统计学差异(P>0.05), 如表2。

表2 排便次数、粪便性状以及精神心理状态比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	排便次数	Bristol大便性状	SDS	SAS
试验组	34	治疗前	8.39±1.28	6.82±0.69	33.29±3.49	34.32±3.52
		治疗后	3.52±0.53	4.02±0.44 [#]	25.39±2.69 [#]	24.93±2.57 [#]
对照组	34	治疗前	8.28±1.07	6.85±0.68	33.21±3.50	34.90±3.53
		治疗后	3.41±0.45	5.11±0.52 [*]	28.70±3.11 [*]	29.11±3.12 [*]

注:与治疗前相比,*P<0.05;与对照组比较,[#]P<0.05

3 讨论

现代医学认为功能性腹泻与胃肠道感觉异常、肠

道微生态系统失衡、胃肠激素以及神经递质异常有关, 此外个体心理、个体免疫、家族史、对食物的敏感性和饮食结构等均为诱发功能性腹泻的原因。治疗本病的药物主要为止泻药、肠道菌调节剂、镇静剂以及解除肠道痉挛药物等。西医治疗功能性腹泻的远期疗效较差, 尤其是临床用于慢性腹泻者, 患者常伴多种不良反应, 治疗依从性较差。中医学认为功能性腹泻隶属于“泄泻”“腹泻”等范畴, 病因为感受外邪、饮食所伤、情志失调、病后体虚以及禀赋不足等⁸。固本益肠片主要成分为党参、白术、补骨脂、山药、黄芪、炮姜、当归以及白芍等, 其中黄芪、党参以及白术具有益气健脾的功效, 能够增强机体免疫力; 木香、地榆以及补骨脂能够理气止血; 当归以及白芍能养血活血, 诸药合用具有健脾温肾、涩肠止泻的功效, 临床用于治疗脾虚或脾肾阳虚所致慢性泄泻。药理学研究证实⁹, 固本益肠片能够补充肠道营养, 促进机体对营养物质的分解吸收, 激活机体免疫功能, 调节胃肠道功能紊乱。本研究显示, 与对照组相比, 试验组临床总有效率较高, 排便次数、粪便性状、SAS以及SDS评分较低, 提示固本益肠片治疗功能性腹泻的疗效确切, 能改善患者临床症状。

通过对我院收治68例功能性腹泻患者进行研究, 证实了固本益肠片治疗功能性腹泻能显著改善患者排便次数以及大便性状, 改善患者焦虑抑郁情绪, 无不良反应。

参考文献

- [1]李晶,王垂杰,李玉锋,等.功能性腹泻脾虚证与肠黏膜屏障关系探讨[J].中国中西医结合消化杂志,2015,23(4):299-302.
- [2]Kim H J, Cha R R, Kim H J. Understanding the Rome IV: Irritable Bowel Syndrome and Functional Diarrhea[J]. 2017, 92(4):366-371.
- [3]Lundström O, Manjer J, Ohlsson B. Smoking is associated with several functional gastrointestinal symptoms[J]. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2016, 51(8):914.
- [4]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.中国消化不良的诊治指南(2007大连)[J].胃肠病学,2008,13(2):114-117.
- [5]罗金燕.功能性消化不良的再认识—罗马 III 标准解读[J].中华内科杂志,2009,48(2):104-105.
- [6]韩丽婷.固本益肠片联合不同益生菌治疗功能性腹泻的临床疗效[J].实用心脑血管病杂志,2016,24(b12):169-170.
- [7]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010)[J].中国中西医结合杂志,2011,31(11):1545-1549.
- [8]Hui Z, Ying L, Wei Z, et al. Electroacupuncture for patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome or functional diarrhea:A randomized controlled trial[J]. Medicine, 2016, 95(24):e3884.
- [9]Crawford C, Panas R. Post-Infectious Irritable Bowel Syndrome with Functional Diarrhea Following C. difficile Infections: Case Studies of Responses Using Serum-Derived Bovine Immunoglobulin[J]. Journal of Gastroenterology & Hepatology Research, 2015, 4(4):1577-1581.

(本文编辑:张文娟 本文校对:林成锋 收稿日期:2017-11-21)

天麻钩藤汤对缺血性眩晕的 临床疗效及血液流变学指标的影响

郭莉

(沈阳市第二中医院急诊科, 辽宁 沈阳 110000)

摘要:目的 探究天麻钩藤汤对缺血性眩晕的临床疗效及血液流变学指标影响。方法 选择收治的缺血性眩晕患者68例, 随分为2组, 各34例, 对照组予以血塞通注射液0.5 g, 每日1次, 甲磺酸倍他司汀6 g, 每日3次, 试验组在对照组的基础上予以天麻钩藤汤, 2组均治疗2周。比较2组临床疗效及血液流变学指标。结果 治疗后2组高切全血黏度、低切全血黏度、血液黏度以及红细胞聚集指数水平降低 ($P<0.05$); 与对照组相比, 试验组临床总有效率较高, 高切全血黏度、低切全血黏度、血液黏度以及红细胞聚集指数较低 ($P<0.05$)。结论 天麻钩藤汤治疗缺血性眩晕临床疗效较好, 且能显著改善血液流变学指标。

关键词:天麻钩藤汤; 缺血性眩晕; 血液流变学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.043

文章编号:1672-2779(2018)-04-0110-02

The Clinical Effect of Tianma Gouteng Decoction on Ischemic Vertigo and Hemorheological Indexes

GUO Li

(Emergency Department, Shenyang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: Objective To explore the effect of Tianma Gouteng decoction on ischemic vertigo and hemorheological indexes. **Methods** 68 patients with ischemic vertigo in our hospital were collected and randomly divided into 2 groups, with 34 cases in each group. The control group received Xuesaitong injection 0.5g, qd, betahistine mesylate 6g, tid, and the study group received Tianma Gouteng decoction on the basis of the control group. 2 groups were treated for 14 days. The clinical efficacy and hemorheological indexes were compared between the two groups. **Results** Comparing with before treatment, levels of high blood viscosity, low shear whole blood viscosity, blood viscosity and erythrocyte aggregation in 2 groups decreased ($P<0.05$). Comparing with the control group, levels of high blood viscosity, low shear whole blood viscosity, blood viscosity and erythrocyte aggregation in the study group were lower, and the total effective rate was higher ($P<0.05$). **Conclusion** Tianma Gouteng decoction in the treatment of ischemic vertigo is effective and it can significantly improve the blood rheology indexes.

Keywords: Tianma Gouteng decoction; ischemic vertigo; hemorheology

眩晕是神经内科常见疾病, 由于空间定向紊乱所诱发的运动错觉, 以脑血管疾病所导致的缺血性眩晕最为常见^[1], 临床常见走路不稳、恶心呕吐、耳鸣、手脚麻感等症状, 早在《内经》中对眩晕就有记载, 提出了“无风不作眩”的病因病机, 认为肝肾阴虚, 水不涵木, 肝阳上亢, 上扰清空。天麻钩藤饮首见于胡光慈《杂病证治新义》一书, 具有滋阴含木、平肝熄风的作用^[2]。现代药理学研究表明^[3]天麻中的有效成分天麻素对椎基底动脉血流具有明显的改善作用, 本研究就天麻钩藤汤对缺血性眩晕患者血液流变学的影响进行观察, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年7月—2017年7月我院缺血性眩晕患者68例, 随机分为试验组和对照组, 对照组34例, 男21例, 女13例; 年龄42~70岁, 平均年龄(61.10±6.28)岁。试验组34例, 男20例, 女14例; 年龄40~69岁, 平均年龄(60.29±6.31)岁。2组患者年龄、性别等一般资料相仿, 具有可比性。本试验经市

人民医院医学伦理委员会批准并监督, 试验方案经患者及其家属同意知情, 患者本人签署知情同意书, 对入选者进行保密准备, 保护患者隐私权。

1.2 纳入标准 符合《内科学》^[4]缺血性眩晕的诊断标准; 年龄>18岁; 对本次应用的药物无禁忌; 无精神类疾病史。

1.3 排除标准 颅内占位性病变、脑梗死、脑外伤等颅内其他疾病诱发眩晕, 患者存在严重心肝肾、血液疾病等严重脏器疾病; 对试验中应用的药物过敏者。

1.4 治疗方法 入院后根据患者的自身情况予以控制血糖、降压、调节血脂水平等常规治疗。对照组患者予以血塞通注射液(云南白药集团股份有限公司, 国药准字Z53021498) 0.5 g+0.9%氯化钠注射液250 mL静脉滴注, 每日1次, 甲磺酸倍他司汀(卫材(中国)药业有限公司, 国药准字H20040130) 6 g, 每日3次; 试验组在此基础上给予天麻钩藤汤治疗, 组成: 天麻20 g, 钩藤20 g, 石决明15 g, 川牛膝9 g, 桑寄生15 g, 杜仲

15 g, 栀子15 g, 黄芩10 g, 益母草15 g, 茯神10 g, 夜交藤15 g。日1剂, 水煎服。2组共治疗14天, 服药期间忌食辛辣, 海鲜等食物^[5]。

1.5 观察指标 血液流变学采用北京东方圣隆达科贸有限公司提供的全自动血液流变仪测定, 疗效评定标准: 显效: 眩晕症状显著减轻, 发作时间低于2 h每日, 临床症状减轻超过70%; 有效: 眩晕症状减轻, 间歇性发作, 发作时间累计2~6 h每日, 临床症状减轻40%~70%; 无效: 眩晕症状基本无改善甚至加重, 需要卧床休息。总有效率=显效率+有效率。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 17.0进行统计学分析, 计量资料以均数±标准差表示, 采用t检验, 计数资料以(%)表示, 采用卡方检验, P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 与对照组相比, 试验组临床总有效率较高 (P<0.05), 如表1。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	34	11(32.35)	20(58.82)	3(8.82)	31(91.18)*
对照组	34	6(17.65)	15(44.12)	14(41.18)	21(61.76)

注: 与对照组比较, *P<0.05

2.2 血液流变学指标比较 治疗后2组高切全血黏度、低切全血黏度、血液黏度以及红细胞聚集指数水平降低 (P<0.05); 与对照组相比, 试验组高切全血黏度、低切全血黏度、血液黏度以及红细胞聚集指数较低 (P<0.05), 见表2。

表2 血液流变学指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	高切全血黏度	低切全血黏度	血液黏度	红细胞聚集指数
试验组	34	治疗前	6.31±0.68	53.19±5.75	1.78±0.21	5.27±0.56
		治疗后	5.52±0.54*	47.02±5.12*	1.42±0.15*	4.20±0.43*
对照组	34	治疗前	6.34±0.66	53.21±5.76	1.79±0.22	5.22±0.58
		治疗后	5.89±0.56*	50.12±5.17*	1.60±0.18*	4.61±0.50*

注: 与治疗前比较, *P<0.05; 与对照组相比, #P<0.05

3 讨论

缺血性眩晕多为椎基底动脉为脑干、小脑、丘脑、枕叶以及部分颞叶等部位供血障碍, 产生以眩晕症状为主, 伴肢体麻木、恶心呕吐、一过性意识丧失以及共济失调等^[6]。中医学认为眩晕多因内伤所致, 肝阳夹痰, 上扰清窍, 因忧思恼怒、焦虑烦劳, 致七情失调, 肝气郁滞, 气郁化火; 又因肝木克伐脾, 痰浊内生, 风阳夹痰上扰, 清空失静而见头晕目眩等症

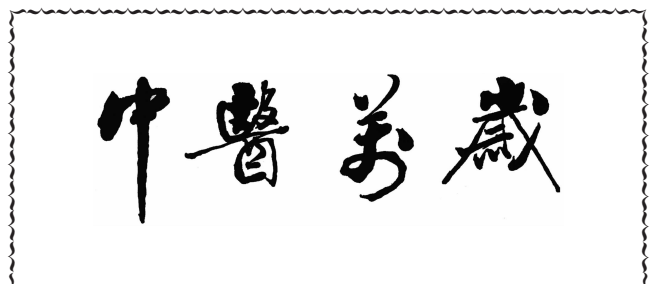
状。天麻钩藤饮出自近代医家胡光慈《杂病证治新义》一书, 本方具有清热活血、平肝熄风、补肝肾等功效, 其中钩藤与天麻为君药, 天麻性甘, 钩藤清热定风, 龙骨、牡蛎、决明子、珍珠母四药为臣药, 能够镇肝潜阳, 平肝熄风, 协助君药, 加强平肝熄风的功效, 黄芩配栀子清泻肝火, 川牛膝引血下行, 诸药共奏平肝潜阳、清热定风的功效。现代药理研究^[7]天麻素具有脂溶性, 能顺利通过血脑屏障, 提升脑血管细胞抵抗缺氧的能力, 同时还能够扩张血管, 降低脑血管内血流阻力, 改善椎基底动脉的血流状态。钩藤提取物具有抗癫痫、抗惊厥以及增强记忆力的功效。药理分析发现^[8]天麻钩藤汤能够促进体内聚乙二醇 (PEG) 合成, 扩张血管抑制一氧化氮 (NO) 合成酶活性, 缓解NO对脑组织的损伤作用, 还能够清除自由基, 抑制过氧化反应, 从而保护细胞膜的功能。本研究表明, 加用天麻钩藤汤后能够降低高切全血黏度、低切全血黏度、血液黏度以及红细胞聚集指数, 改善缺血性眩晕症状。

本研究选择68例缺血性眩晕患者进行研究, 证实了天麻钩藤汤能够显著改善缺血性眩晕血液流变学指标, 提高临床疗效, 适宜临床推广。

参考文献

- [1] 赵丹丹, 毕国荣. 后循环缺血性孤立性眩晕[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2015, 41(9):575-576.
- [2] 张晓燕. 缺血性脑血管病患者脑微出血危险因素及与认知功能的相关性[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(5):58-60.
- [3] Jia W X, Choi Y T, Lau B S, et al. Gastrodia and Uncaria (tianma gouteng) water extract exerts antioxidative and antiapoptotic effects against cerebral ischemia in vitro and in vivo[J]. Chinese Medicine, 2016, 11(1):27.
- [4] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2004:150-152.
- [5] Xiong X, Wang P, Li X, et al. The effect of Chinese herbal medicine Jian Ling Decoction for the treatment of essential hypertension: a systematic review[J]. Bmj Open, 2015, 5(2):e006502.
- [6] Moraes R C, Lana A J D, Kaiser S, et al. Antifungal activity of Uncaria tomentosa (Willd.) D.C. against resistant non-albicans Candida isolates[J]. Industrial Crops & Products, 2015(69):7-14.
- [7] 刘顺金, 李娟娟. 天麻素在脑损伤治疗中的研究进展[J]. 神经解剖学杂志, 2016, 32(6):781-784.
- [8] 曹韦, 陈小鹏, 刘娜, 等. 天麻素对过氧化氢损伤大鼠原代皮层神经元保护作用研究[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(24):17-20.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 富克非 收稿日期: 2017-12-05)



益气养阴法联合 TP 方案治疗乳腺癌术后的临床观察

王飞雪

(大连市中医医院内四病房, 辽宁 大连 116000)

摘要: 目的 通过探讨益气养阴法联合TP方案治疗乳腺癌术后的临床疗效。方法 运用以医院为基础的随机平行前瞻性对照试验,按照自制的纳入标准和排除标准共收集到乳腺癌术后样本46例,随机分成观察组和对照组,每组23例。观察组在对照组常规化疗的基础上联合中医益气养阴法进行治疗。观察2组患者生存质量改善情况、血液学变化。结果 2组患者治疗后相关指标均明显改善。但观察组在生存质量改善、血液学方面均优于对照组 ($P<0.05$)。结论 TP方案联合益气养阴法治疗乳腺癌术后,可有效改善患者全身状态及生活质量,减少化疗过程中的毒副作用,值得临床推广。

关键词: TP方案; 益气养阴法; 乳腺癌; 乳岩

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.044

文章编号:1672-2779(2018)-04-0112-03

Clinical Observation on Tonifying Qi and Yin Method Combined with TP Regimen in the Treatment of Postoperative Patients with Breast Cancer

WANG Feixue

(Ward Four of Internal Medicine, Dalian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116000, China)

Abstract Objective To discuss the clinical effect of tonifying qi and yin method combined with TP regimen in the treatment of postoperative patients with breast cancer. **Methods** Forty-six patients with breast cancer were randomly divided into observation group and control group, with 23 cases in each group. Randomized prospective controlled trial based on hospital was used. The control group received conventional chemotherapy. The observation group used tonifying qi and yin method on the basis of conventional chemotherapy. The changes of quality of life, hematology in both groups were observed. **Results** After treatment, the relevant indicators of both groups were significantly improved. However, the observation group was better than the control group in improving quality of life and hematology ($P<0.05$). **Conclusion** TP combined with tonifying qi and yin method can effectively improve the whole body condition and quality of life of patients and reduce the side effects of chemotherapy. It has a certain regulatory effect on hematological indexes, and is worthy of clinical promotion.

Keywords: TP program; tonifying qi and yin method; breast cancer; breast carcinoma

随着生活习惯和环境改变,乳腺癌发病率呈上升趋势,已经成为女性最常见恶性肿瘤之一,病死率在全球女性恶性肿瘤范围内处于前列。手术治疗是目前临床主要手段之一,但由于术后身体形态上的残缺,严重影响妇女身心健康^[1-2]。乳腺癌由多种致癌因子共同作用而产生,较其他恶性肿瘤病理机制更为复杂,治疗较为棘手,加之乳腺癌细胞连接松散,多呈脱落游离状态,易形成早期远端转移,更增加了治疗难度^[3]。因此患者出现症状或就医时多数发展成为中晚期,出现远处转移或周围脏器侵犯。目前临床治疗仍以手术切除为主,配合术后放射疗法、化学疗法及免疫疗法等。紫杉醇联合顺铂(即TP)方案化疗是目前主流疗法^[4]。但患者均存在生活质量大幅下降、免疫力低下等现实难题^[5]。寻求更加可靠、有效的治疗方案已经成为亟待解决的关键问题,随着近年来中医药事业的发展,越来越多临床工作者将视线聚焦在了中医疗法。本研究创新性采用益气养阴法联合化疗方案干预乳腺癌术后,以期探索出一种行之有效的联合疗法,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象均为2016年10月—2017年4月在

大连市中医医院肿瘤科住院的乳腺癌术后患者46例。将患者随机分为观察组各对照组各23例。观察组年龄34~45岁,平均(40.36±1.28)岁;病程6~13个月,平均(7.56±0.61)个月,TNM分期Ⅱ期15人,TNM分期Ⅲ期8人。对照组年龄35~45岁,平均(41.03±1.18)岁;病程6~13个月,平均(7.62±0.39)个月,TNM分期Ⅱ期14人,TNM分期Ⅲ期9人。2组间在年龄、病程、病情等方面差异均无统计学意义。

1.2 纳入标准 ①均符合乳腺癌诊断标准;②TNM分期Ⅱ~Ⅲ期;术后患者;③辨证为气阴两虚;④30~50岁;⑤有化疗适应证,且预计生存期>3个月。

1.3 排除标准 ①体力分级>2或Karnofsky功能状态评分(KPS)<50分;②合并其他系统严重疾病。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 给予TP方案化疗。TP化疗方案:TAX(紫杉醇)与8DDP(顺铂)联合化学疗法,静脉滴注TAX 60 mg/m²,dl+8联合DDP 30 mg/m²,dl~3。所有患者均完成2个化疗周期。

1.4.2 观察组 观察组在对照组基础上联合益气养阴法。自拟益气养阴抗癌合剂,主要药物:太子参、白术、

陈皮、黄精、山药、生地黄、薏苡仁、北沙参、山萸肉、麦冬、枸杞子、焦三仙、炙甘草等。

1.5 观察指标 观察2组治疗前后生活质量KPS、肿瘤标记物CEA及CA15-3、毒副反应。

1.6 统计学方法 专业统计人员采用SPSS 23.0统计软件, 计量资料采用均值±标准差 ($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较用单因素方差分析和t检验, 计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组KPS评分比较 治疗前2组KPS评分无显著差异, 治疗后观察组KPS评分提高明显多于对照组, 差异有统计学意义, 见表1。

表1 2组KPS评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	KPS评分
观察组	23	治疗前	65.30 ± 6.96
		治疗后	84.23 ± 6.12
对照组	23	治疗前	64.17 ± 5.25 [#]
		治疗后	72.20 ± 5.06 [*]

注:与对照组治疗前比较,[#] $P > 0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P < 0.05$

2.2 2组肿瘤标记物比较 治疗前2组肿瘤标记物无显著差异, 治疗后观察组改善明显优于对照组, 差异有统计学意义, 见表2。

表2 2组肿瘤标记物比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	CEA (ng/mL)	CA15-3 (U/mL)
观察组	23	治疗前	6.10 ± 0.15	44.10 ± 3.78
		治疗后	2.15 ± 0.07	45.22 ± 2.45
对照组	23	治疗前	6.31 ± 0.47 [#]	20.91 ± 4.41 [#]
		治疗后	5.22 ± 0.69 [*]	37.67 ± 6.19 [*]

注:与对照组治疗前比较,[#] $P > 0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P < 0.05$

3 讨论

原位乳腺癌并不致命, 但由于乳腺癌细胞丧失了正常细胞特性, 细胞之间连接松散, 癌细胞一旦脱落, 游离的癌细胞可以随血液或淋巴液播散全身, 危及生命。我国虽不是乳腺癌高发国家, 但近年来乳腺癌发病率增长速度却高出高发国家1~2个百分点, 调查发现乳腺癌发病率位居女性恶性肿瘤第1位, 女性乳腺癌发病率全国合计为42.55/10万^[6]。

随着我国乳腺癌早期筛查工作的开展及医疗技术的快速发展, 乳腺癌的综合治疗提高了临床疗效, 但术后长期放化疗及形体缺失对女性心理、生理仍然存在较大影响, 严重影响生活质量。

乳腺癌转移后治疗较为棘手且预后较差。手术疗法仍是目前临床使用最多的手段之一, 术后为彻底杀死癌细胞, 防止复发, 一般仍需配合放化疗治疗。TP

化疗方案近期效果较好, 紫杉醇是临床广泛用于乳腺癌、卵巢癌和部分头颈癌。顺铂抗瘤谱广、对乏氧细胞有效, 能与DNA结合形成交叉键, 破坏DNA功能; TP方案是目前临床治疗乳腺癌的常用化疗方案, 研究发现TP治疗总获益率为87%, 但存在神经毒性、肌肉关节疼痛等不良反应^[7]。我们发现长期使用TP方案可发生骨髓抑制、过敏反应等副反应, 这些副反应严重影响患者心理, 使进一步治疗依从性差, 综合疗法方案效果降低。

KPS评分是功能状态评分标准, 可以准确反应患者对治疗副作用的耐受程度, 得分越高, 表示状况越好。肿瘤标记物是某些肿瘤细胞上存在或分泌到体液中的物质, 可以准确地反应体内肿瘤细胞情况。癌胚抗原CEA升高主要见于胃癌、肝癌、乳腺癌、卵巢癌等, 癌症越晚期, CEA越高, 阳性率越高; 乳腺癌患者CA15-3升高, 初期敏感性60%, 晚期的敏感性80%。本次观察指标均可以直观反应治疗效果, 为治疗效果及进一步治疗提供准确的参考^[8]。

提高术后化疗患者依从性是提高综合疗法疗效的保障。近年来, 随着中医药事业快速发展, 中医药在恶性肿瘤中的应用越来越受到重视, 中药增效减毒作用越来越受到关注。

中医学认为乳腺癌隶属于“乳岩”“乳石痈”“乳痞”等范畴, 《诸病源候论》记载:“乳中结聚成核, 微强不甚大, 硬若石状”“肿结皮强如牛领之皮”^[9]。其发病机理可以概言为七情内伤、正气内虚, 脏腑阴阳失调发为本病。如《妇人大全良方》曰:“若初起内结小核, 如熟石榴, 或内溃深洞, 血水滴沥, 此属肝脾郁怒, 气血亏损, 名曰乳岩, 为难疗”。《格致余论》记载:“若夫不得于夫, 不得舅姑, 忧怒抑郁, 朝夕积累, 脾气消沮, 肝气横逆, 遂成隐核, 如大棋子, 不痛不痒, 数十年后方为疮陷, 名曰妨岩”。

本病特点为本虚标实、正虚邪实, 治疗当以扶正固本、健脾益气、清热解毒和疏肝散结为原则, 根据具体情况随症加减^[10]。乳腺癌患者经手术及化学疗法治疗, 损伤正气, 多出现气阴两虚症状, 临床常见神疲乏力、易汗出、气短懒言、五心烦热、口燥咽干、大便秘结、舌淡红苔少而干且瘦薄、脉细数等。益气养阴抗癌合剂为大连市中医医院肿瘤科自制方剂, 根据“邪之所凑, 其气必虚”理论化裁自古方, 方中白术甘、苦, 温, 健脾益气、燥湿利尿; 山药能健脾补虚, 治诸虚百损, 疗五劳七伤; 太子参补气益血、生津、补脾胃; 黄精补气养阴, 健脾润肺, 益肾, 用于脾胃气虚, 体倦乏力等; 生地黄清热生津, 凉血止血; 薏

苡仁能利水渗湿；北沙参味甘、微苦，性微寒，养阴清热，益胃生津；山萸肉补益肝肾，涩精止汗；麦冬养阴生津，润肺清心；枸杞子滋补肝肾；陈皮、焦三仙等行气消食药物，顾护胃气，全方益气养阴，从根本病机出发，治病求本，药物配伍讲究全身调理，顾护脾胃，使脾胃生化有源，以养后天，增强机体功能。

本研究结果显示，治疗后2组肿瘤标志物CEA、CA15-3均有明显下降，观察组下降明显多于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；治疗后2组 KPS评分均有明显改善，观察组改善明显优于对照组 ($P<0.05$)。说明益气养阴抗癌合剂联合TP方案治疗乳腺癌术后，可以明显提高患者生存质量，改善肿瘤标记物，具有明显增效减毒作用，提高患者治疗依从性，为进一步治疗提供保障，值得深入研究。

参考文献

- [1]王东娜.乳腺癌患者化疗后毒副反应的中药治疗[J].时珍国医国药,2007,18(6):1525-1526.
- [2]赵韬,刘健.中医药治疗乳腺癌的现状与展望[J].福建中医学院学报.2016,16(2):67-69.
- [3]李京,梁清华,黎杏群,等.扶正固本中药对晚期恶性肿瘤化疗增效减毒作用的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2011,14(6):364.
- [4]朱辉,马智勇,刘涛.紫杉醇顺铂治疗转移性乳腺癌的临床研究[J].医药论坛杂志 2004,19(25):21-22.
- [5]刘振洋,李勇,周均田.165例晚期乳腺癌联合化疗疗效分析[J].肿瘤学杂志,2013,9(3):160-162.
- [6]宣立学.我国早期乳腺癌保乳治疗现状[J].中华全科医师杂志,2009,8(5):302-304.
- [7]付陆军.NP和TP方案治疗乳腺癌复发转移的疗效和安全性观察[J].现代诊断与治疗,2015,16(9):2014-2015.
- [8]陈旭芳.CA15-3和CEA检测在乳腺癌诊疗中的临床意义[J].中国实用医药,2009,4(21):6-8.
- [9]巢元方.诸病源候论[M].北京:人民卫生出版社,2009:163.
- [10]孙贻安,刘晓菲.中医对乳腺癌的认识及术后治疗原则[J].中医药学刊,2005,23(1):180-182.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李 洵 收稿日期:2017-12-04)

中医外治法联合卡泊三醇软膏 治疗老年静止期银屑病临床观察

王晓红

(南京中医药大学附属医院·江苏省中医院皮肤科,江苏 南京 210029)

摘要:目的 观察中西医结合外用法治疗老年静止期银屑病的临床疗效。方法 将77例老年静止期的银屑病患者随机分为治疗组(47例)和对照组(30例)。对照组患者单纯予卡泊三醇软膏外涂治疗,治疗组患者在对照组治疗的基础上结合中药浸泡,治疗8周后比较2组的临床疗效。结果 治疗组总有效率80.85%(38/47)较对照组总有效率63.33%(19/30)明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗后PASI评分较本组治疗前降低($P<0.05$),且治疗组降低明显($P<0.05$)。结论 中药浸泡联合卡泊三醇软膏外涂治疗老年静止期银屑病疗效较好。

关键词:老年科;银屑病;静止期;中西医结合;外用法;中药浸泡;卡泊三醇软膏

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.045

文章编号:1672-2779(2018)-04-0114-03

Clinical Observation on External Therapy of Traditional Chinese Medicine Combined with Calcipotriol Ointment in the Treatment of Elderly Patients with Psoriasis in Quiescent Stage

WANG Xiaohong

(Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine Dermatology Department, Jiangsu Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

Abstract: Objective To observe the effect of Chinese herbal medicine combined with Western medicine external application in the treatment of elderly patients with psoriasis in quiescent stage. **Methods** Seventy-seven elderly patients with psoriasis in quiescent stage were randomly divided into two groups. The control group (30 cases) was given calcipotriol ointment, and the treatment group (47 cases) was given TCM infusion on the basis of the control group for 8 weeks. The clinical effects were compared between the two groups. **Results** The total effective rate of the treatment group (80.85%) was significantly higher than that of the control group (63.33%) ($P<0.05$). The PASI scores of the two groups were significantly decreased after treatment ($P<0.05$), especially in the treatment group ($P<0.05$). **Conclusion** Chinese herbal medicine infusion combined with calcipotriol ointment has good therapeutic effect on elderly patients with psoriasis in quiescent stage.

Keywords: geriatrics; psoriasis; quiescent stage; combined traditional Chinese with Western medicine; external application of Chinese herbal medicine infusion

银屑病又名“牛皮癣”，是一种临床常见的慢性炎症性皮肤病，容易反复发作，治疗较棘手。本病确切的发病机制尚不清楚，现代医学缺乏有效的治疗方法。其具有发病率高、病程长、易复发的特点，对患者身

体健康和精神心理带来了较大的危害。因为本病的迁延难愈性，随着我国老年人口迅速增加，临床上中老年银屑病患者也愈发增多。全球银屑病发病率为0.1%~3%，我国发病率达0.47%，其中老年银屑病发病率更

高,并且呈逐年上升趋势,因此寻找合适的治疗方法成为重中之重^[1]。老年人常伴有高血压、冠心病、糖尿病等多种基础疾病,需长期服药治疗,身体状况常不再适合且心理上也不愿意接受较长时间口服药物治疗银屑病,故本病的外治法颇受老年患者欢迎。笔者在临床中采用中药浸泡结合卡泊三醇软膏外涂治疗老年静止期银屑病取得了较好的临床疗效,简介如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取江苏省中医院皮肤科门诊老年静止期的银屑77例,按照就诊顺序随机分为治疗和对照组。治疗组47例,年龄60~80岁,病程2~35年;对照组30例,年龄60~79岁,病程1.5~32年。2组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准根据《中国临床皮肤病学》^[2]制定。中医诊断标准根据《中药新药临床研究指导原则》^[3]确立。

1.3 纳入标准 年龄60~80岁;符合银屑病的西医及中医诊断标准,属于寻常型银屑病静止期;皮损面积在30%以内;近1月未进行糖皮质激素、免疫抑制剂等治疗方法。

1.4 剔除标准 红皮型、脓疱型银屑病患者;寻常型银屑病急性发作、进行期患者;感染、外伤等应激状态;有明确对本治疗任何一种治疗药物产生过敏反应;合并严重的心、肝、肾、造血系统等疾病或功能障碍;恶性肿瘤患者及神志异常者。

1.5 治疗方法 对照组患者外涂卡泊三醇软膏(达力士,爱尔兰利奥制药有限公司生产,进口药品注册证号H20050125),2次/d。治疗组患者在对照组治疗的基础上,加用中药浸泡,1次/d。中药煎剂基本方:土茯苓、生槐花、白鲜皮、白花蛇舌草、生地黄、赤芍、牡丹皮各15g。瘙痒明显者,可加荆芥、防风、蝉蜕等;有少量新发皮疹者,可加蒲公英、连翘、栀子等;皮损肥厚,颜色黯红,鳞屑较多者,可加透骨草、伸筋草、三棱、莪术等;皮肤干燥明显者,可加当归、大胡麻;伴有关节痛者,可加威灵仙、鸡血藤、海风藤。煎煮方法:武火煮开,文火煎煮,首次30min,第二次及第三次均为武火煮开后文火煮20min,共滤出药汁5L,再加入温开水50L混匀。浸泡注意事项:浸泡时室温应控制在25~30℃,药汁温度控制在36~38℃,每次浸泡15~20min,每日1次。禁止空腹或饱食后浸泡。浸泡时药汁温度以接近皮肤温度为宜,尽量避免用力擦去鳞屑,浸泡后禁止撕除鳞屑。浸泡过程中需家属看护,身体不适立即停止浸泡。治疗2周为1疗程,共计4

个疗程。

1.6 安全性指标 观察可能出现的不良反应,包括患者的症状、体征及辅助检查(血常规、尿常规、肝肾功能)。对不良反应进行记录。

1.7 疗效评定标准 以PASI(Psoriasis area and severity index)评分^[4]评价疗效。患者病情评分参照PASI标准,包括皮损面积评分和皮损严重程度评分。对头面、躯干、双上肢、双下肢4个区域分别用皮损面积(A)的百分比进行估算。对每个区域的红斑(E)、浸润(I)和鳞屑(D)的临床症状进行严重程度评估。PASI评分=(E头面+I头面+D头面)×A头面×0.1+(E双上肢+I双上肢+D双上肢)×A双上肢×0.2+(E躯干+I躯干+D躯干)×A躯干×0.3+(E双下肢+I双下肢+D双下肢)×A双下肢×0.4。PASI下降率=(治疗前PASI评分-治疗后PASI评分)/治疗前PASI评分×100%。痊愈:PASI下降率≥90%;显效:60%≤PASI下降率≤89%;好转:25%≤PASI下降率≤59%;无效:PASI下降率<25%。总有效率=痊愈率+显效率。

1.8 统计学方法 采用SPSS 24.0统计软件进行数据分析,计数资料采用卡方检验,计量资料采用t检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组疗效比较 治疗组总有效率80.85%,对照组总有效率63.33%。经卡方检验,治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),结果见表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	47	17	21	9	0	38(80.85)
对照组	30	6	13	10	1	19(63.33)

2.2 2组PASI评分比较 2组治疗前PASI评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2组治疗后PASI评分均较前下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组治疗后PASI评分比对照组明显降低,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结果见表2。

表2 2组PASI评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前PASI评分(分)	治疗后PASI评分(分)	下降率(%)
治疗组	19.70±3.67	3.66±3.52	81.62±17.02
对照组	20.40±3.15	7.90±5.71	60.86±27.68

2.4 不良事件情况 治疗组有3例患者出现轻度皮肤刺激反应,表现为灼热感及轻度瘙痒,患者均可耐受,未做任何处理,症状可自行消退。另有2例患者在中药浸泡过程中水温过高出现胸闷心慌症状,休息饮水后自行好转,后严格按照研究设计温度浸泡,未出现不适感。

3 讨论

银屑病是一种常见并易复发的慢性炎症性皮肤病，以皮肤红斑、丘疹、鳞屑损害为主要临床表现。研究表明银屑病的发生与遗传因素、免疫因素、感染因素、内分泌因素以及神经精神因素等密切相关。临床上无法对本病进行根治，通常的治疗原则为安全、有效、尽可能地延长缓解期，将病变控制到最低程度，降低复发的可能性^[5]。目前西医治疗银屑病的治疗方案以局部外用药膏、全身系统治疗及物理治疗为主。免疫抑制剂、糖皮质激素、免疫调节剂等用于治疗寻常型银屑病的临床疗效较局限，药物不良反应较大，且易复发^[6]。随着年龄的增长，老年人免疫调节能力逐渐降低，易出现免疫系统功能紊乱，故寻常型银屑病在老年人群中比较常见^[7]。老年银屑病患者常伴有高血压、糖尿病及心脑血管疾病等，这些疾病本身和治疗用药都可能会导致银屑病病情复发或加重，影响其正常生活。

《理渝骈文》曰：“外治之理，即内治之理；外治之药，即内治之药，所异者法耳”。中医认为银屑病病机为“血热”“血瘀”和“血燥”，治疗多以凉血活血、养阴润燥、祛风止痒为主。本次研究所用的方剂，生槐花、生地黄、赤芍、牡丹皮凉血活血，当归、生地黄、大胡麻可养阴润燥止痒，白鲜皮、白花蛇舌草可祛风除湿止痒，伴有热毒者可予以蒲公英、连翘、山栀等清热解毒。诸药合用，可起到凉血活血、养阴润燥、祛风止痒之功效。中药浸泡法是在中医基础理论的指导下，选择合适的中药配伍组方并煎煮，进行浸泡的一种外治法。本疗法选择温水浸泡，是考虑在热力的辅助作用下，可使腠理开启，经脉通畅，气血调和，从而使药力可直达病所，达到养阴活血，去腐生新之功、正所谓阳中求阴之意，功效常胜于内服；也因此，水温不宜过高，水温过高则使药物之阴津耗损，不能起到该有的作用，反而可能造成机体热毒炽盛，病情加重。

现代药理研究表明：TNF- α 是银屑病免疫炎症反应的重要介质，血管内皮生长因子（VEGF）可以参与银屑病微血管形成，土茯苓能明显降低血液中TNF- α 和VEGF水平^[8]。生槐花^[9]、白鲜皮^[10]能显著抑制上皮有丝分裂。白花蛇舌草^[11]、生地黄^[12]有显著抑制银屑病表皮角质细胞过度增殖的作用。赤芍和牡丹皮在不同的浓度下显示双向调节表皮细胞增殖的作用^[12]。

中药浸泡相较于其他疗法优势非常明显。银屑病

是一组以T细胞介导为主的以角质形成细胞异常增殖、分化、凋亡为特征的炎症性皮肤病^[13]。研究表明中药浸泡可促进局部和周围循环，增加局部的血氧供给，促进新陈代谢，纠正角质形成细胞的异常增生和排列，增加皮肤的水合作用，促进受损细胞修复的目的^[14]。此外中药浸泡治疗本病相对口服药和外用激素有毒副作用少、复发率低、缓解时间长的特点^[15]。卡泊三醇软膏能够抑制角质形成细胞增殖诱导分化，促进角质形成细胞的凋亡，最终促使炎性反应性斑块消退^[16]。中药浸泡联合卡泊三醇软膏外涂法非常适合老年银屑病患者，所有患者治疗前后各项辅助检查（血常规、尿常规、肝肾功能）均未见明显异常改变。

注意：中药浸泡法比较适用于静止期银屑病患者，对急性感染的点滴状银屑病和进行期皮疹迅速增多的患者，需系统治疗控制急性病情后才能浸泡，否则易出现红皮症倾向；同样，浸泡法也不适合红皮型和脓疱型银屑病患者。

参考文献

- [1]Cheeley J, Sahn Re, Delong LK, et al. Acitretin for the treatment of cutaneous T-cell lymphoma[J]. Journal of the American Academy of Dermatology, 2013, 68(2):247-254.
- [2]赵辨.中国临床皮肤病学[M].2版.南京:江苏凤凰科学技术出版社, 2017: 1104-1126.
- [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社, 2002:299-300.
- [4]Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid[J]. Dermatologica, 1978, 157(4):238-244.
- [5]王欣.阿维A联合苦参素对老年银屑病患者血清 γ -干扰素、白细胞介素-2、肿瘤坏死因子 α 水平的影响及疗效分析[J].中国卫生检验杂志, 2016, 26(18):2700-2702.
- [6]张合立,郑玲玲,刘小涛,等.复方甘草酸苷联合维A酸乳膏和糠酸莫米松乳膏治疗寻常性银屑病疗效观察[J].实用皮肤病学杂志, 2012, 5(4):213-215.
- [7]Cara BN, Vlckova LM. Principles of biological therapy in psoriasis[J]. Priloz, 2013, 34(1):143-153.
- [8]梁育,王万春,易军,等.土茯苓青黛汤治疗寻常型银屑病(血热型)的临床观察及TNF- α 和VEGF水平检测[J].光明中医, 2015, 30(10):2132-2134.
- [9]谢韶琼,汪青良,宋勋,等.凉血润肤汤治疗寻常性银屑病42例疗效观察[J].中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(8):743-744.
- [10]刘晓明,孙秀坤,齐欣,等.20种中药灌胃对小鼠上皮细胞增殖和表皮细胞分化及血浆内皮素-1的影响[J].中华皮肤科杂志, 2001, 34(4):35-36.
- [11]练春风.清热活血汤治疗寻常型银屑病33例疗效观察[J].新中医, 2003, 35(2):24-25.
- [12]路又璐,秦建中.17味中药对培养的表皮细胞增殖的影响[J].临床皮肤科杂志, 1996(4):15-17.
- [13]高春芳,郑茂荣.角质形成细胞在银屑病发病机制中的研究进展[J].国外医学·皮肤性病学分册, 2000(4):216-219.
- [14]杨西群,杜宇,胡鹏,等.阿维A联合中药熏蒸治疗寻常性银屑病疗效观察[J].中国皮肤性病学杂志, 2008, 24(5):285-286.
- [15]Koo J, Desai R. Traditional Chinese medicine in dermatology[J]. Dermatologic Therapy, 2003, 16(2):98-105.
- [16]李会斌.卡泊三醇软膏治疗寻常型银屑病100例疗效观察[J].吉林医学, 2012, 33(9):1885.

(本文编辑:张文娟 本文校对:高国宇 收稿日期:2017-12-04)

中国穴位埋线疗法系列讲座(69)

枢椎棘突综合征诊断标准[※]

芦文娟¹ 杨才德^{2*}

(1 甘肃中医药大学针灸推拿学院, 甘肃 兰州 730000;

2 兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科, 甘肃 兰州 730020)

摘要:目的 探究和规范枢椎棘突综合征的诊断标准。方法 通过人工检索和计算机检索两种方式,在万方论文数据库和中国知网全文数据库及甘肃中医药大学图书馆检索1999—2017年颈椎病的临床症状及体征的相关文献,运用SPSS 22.0对该疾病的临床症状及体征进行统计分析,归纳总结出枢椎棘突综合征的诊断标准。结果 收集的425例病案中,完全符合相应颈椎病分型诊断的只有23.06%,其余的都可以归入“枢椎棘突综合征”范畴。结论 在颈椎病领域“枢椎棘突综合征”在临床上常见,以有慢性劳损或外伤史,或有颈椎退行性病变及颈、肩背疼痛,头痛头晕,颈部板硬,上肢麻木等症状为主要参考指标。

关键词: 枢椎棘突综合征; 诊断标准; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.046

文章编号:1672-2779(2018)-04-0117-04

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (69)

The Diagnostic Criteria of Axoid Spinous Process Symptom Complex

LU Wenjuan¹, YANG Caide^{2*}

(1. College of Acupuncture and Massage, Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730000, China;

2. Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China)

Abstract: Objective To explore and standardize the diagnostic criteria of the axoid spinous process symptom complex (ASPSC). **Methods** Through the two methods of manual search and computer retrieval, retrieval related articles about clinical symptom and signs of cervical spondylosis during 1999–2017 were made, and using the SPSS22.0 to analyze symptom and sign of the illness, and sum up the diagnostic criteria of ASPSC. **Results** The 425 medical records be completely in conformity with the diagnostic criteria of cervical spondylosis is just only 23.06%, the rest can be included the ASPSC. **Conclusion** The ASPSC is common in clinic in the field of cervical spondylosis, which has a history of chronic injuries or trauma, or cervical degenerative diseases and neck, shoulder pain, headache, dizziness, nuchal rigidity, upper limb numbness symptoms serves as the main reference index sign.

Keywords: axoid spinous process symptom complex; diagnostic criteria; arthromyodynia

(上接第3期)

“枢椎棘突综合征”是以枢椎棘突压痛为主要特征,伴或不伴有椎动脉、交感神经和枕颈部疼痛等症候群,通过针对性治疗又取得良效的一组疾病^[1]。随着社会的发展,在快节奏、高压力的生活环境中,颈椎病是临床常见病、多发病,发病人群以久坐办公室人群为主。据调查颈椎病在30岁以上人群中发病率约为10%,其中40~50岁者约占25%,50~70岁者占50%以上^[2]。目前,国际上将颈椎病分为颈型颈椎病、神经根型颈椎病、脊髓型颈椎病、椎动脉型颈椎病、交感型颈椎病、混合型颈椎病,并给出了相应的诊断标准。在临床上,一些病人不但具有上述分型的症状,还具有一些独立症候群的特征,或者只具备国际诊断标准中的一条,但颈部不适症状明显。所以现将其不能明显分型的颈椎病称为“枢椎棘突综合征”。此次研究通过对

颈椎病症状和体征进行统计研究,论证杨才德等提出的“枢椎棘突综合征”的诊断标准^[1]。并论述杨氏埋线针刀枢椎棘突松解术在此病中的优势。

笔者对近几十年来中西医治疗各型颈椎病的相关文献资料进行收集并整理,分析发现各型颈椎病的诊断存在牵强现象。

1 资料与方法

1.1 文献资料来源 通过计算机检索中国期刊全文数据库(CNKI)、中国生物医学文献数据库(CBM)、中文科技期刊全文数据库(VIP)、中国重要会议论文集全文数据库、中国优秀博士学位论文全文数据库、万方数据库中关于中西医治疗各型颈椎病的相关文献^[1],即颈型颈椎病、神经根型颈椎病、脊髓型颈椎病、椎动脉型颈椎病、交感型颈椎病、混合型颈椎病6种类型颈椎病,进行收集。

1.2 纳入标准 具有明确的关于中西医治疗颈椎病的病案文献,包括各研究颈椎病的相关文献和临床病历观察分析文献资料;对于综述性文献,参考其参考文献,

※ 基金项目:甘肃省中医药管理局科研立项课题[No.GZK-2015-58]

* 通讯作者:13993162751@163.com

符合条件的原始文献纳入统计,综述中的论述无原始文献,则按综述的描述进行统计。

1.3 文献检索方法 在数据库用主题词检索方法进行检索,限定关键词或题名,由此组成文献检索式进行电子检索,通过仔细阅读文章进行初筛;初步筛选的文献进行逐一全文阅读,参照上述的纳入标准进行选择,下载全文;以CNKI和万方论文数据库为主库,检索文献的年限无限制,计算机检索式(关键词)颈椎病&临床表现、颈椎病&治疗。在甘肃中医药大学图书馆,搜索治疗颈椎病的相关医案,将符合纳入标准的病案纳入资料数据库。

1.4 资料处理及数据分析 将收集到的原始数据按照证素辨证学的相关内容整理计算后录入计算机,用Excel建立各型颈椎病的病史、症状、体征三个要素的研究数据库;采用SPSS 22.0软件对数据进行频数描述与分析。

2 结果

2.1 文献检索结果 从数据库中检索出符合纳入标准的有关文献600篇,通过仔细阅读,人工排除部分文献中不包含病例的文章325篇,将剩余275篇文章继续阅读筛查,共收集到313例可用病案;从本校图书馆检索出关于颈椎病的书籍共10本,按照同样方法,收集病案112例。最后,按照上述纳入标准,收集到共计425例合格病案。

2.2 与现行临床诊断标准对比 通过将收集到的425例合格病案逐一与现行各型颈椎病的诊断标准进行验证发现,完全符合国际指南标准的只占其中的23.06%。其余的76.94%并不完全符合诊断标准,可纳入“枢椎棘突综合症”的范畴。例如:临床上常用的椎动脉型颈椎病的诊断标准为:①曾有猝倒发作,并伴颈性眩晕。②旋颈试验阳性。③多伴有交感神经功能失调方面的症状。④X线摄片示节段性不稳定或钩椎关节骨质增生。但有相当一部分患者只有枢椎棘突的压痛和旋颈试验阳性,并无其他诊断要素,甚至经颅多普勒对椎动脉和基底动脉的检查也并无异常。再如交感神经型颈椎病,其诊断标准和临床表现为:眼睑无力,视力模糊,眼窝胀痛,瞳孔扩大,头痛,流泪,头晕,偏头痛,枕颈痛,心动过缓或过速,心前区痛,四肢凉或手指发红发热,血压增高,一侧肢体多汗或少汗等;X线片可见钩椎增生,颈椎生理弧度改变或有不同程度错位,椎间孔变狭窄,椎动脉造影有受压现象。但其中有一部分患者,除了具有枢椎棘突的压痛和“交感”表现,X线和椎动脉并无异常。再如,颈型颈椎病以颈活动受限,枕颈部痛,颈肌僵硬,有相应压痛点以及X线片示颈椎生理弧度在病变节段改变为诊断依据,但一部分只有枢椎棘突的压痛和颈部不适,并没有其他的不适症状。结果见表1:

表1 标准对照频率表

诊断依据	频次	频率(%)
完全符合诊断标准	98	23.06
只有相关症状符合者	315	74.12
只有相关体征符合者	225	52.94
X线检查符合标准者	192	45.18

经文献整理,从不能完全符合颈椎病分型诊断标准的327共提取7个病史要素,20个症状要素,10个体征要素。按照出现频次的由高到低排列,病史要素中以年龄在30岁以上、有慢性劳损或外伤史、颈椎退行性病变居于前3位,平均约占到总数的83.76%;症状要素中以颈肩背疼痛、头痛头晕、颈部板硬、上肢麻木居于前4位,平均约占到总数的69.80%。体征要素中以枢椎棘突压痛、摸到条索状硬结、压头试验阳性、旋颈试验阳性、X线摄片异常居于前5位,平均约占到总数的88.38%。结果见表2、表3、表4。

表2 病史要素分布规律

病史要素	频次	频率(%)
年龄在30岁以上	300	91.74
有慢性劳损或外伤史	273	83.48
颈椎退行性病变	249	76.15
平均	356.3	83.76

注:在此只列举频率在70%的要素

表3 症状要素分布规律

症状要素	频次	频率(%)
颈肩背疼痛	285	87.16
头痛头晕	221	67.58
颈部板硬	219	66.97
上肢麻木	188	57.49
平均	228.25	69.80

注:在此只列举频率在50%的要素

表4 体征要素分布规律

体征要素	频次	频率(%)
枢椎棘突压痛	321	98.17
摸到条索状硬结	313	95.72
压头试验阳性	291	88.99
旋颈试验阳性	276	84.03
X线摄片异常	212	64.83
平均	282.6	86.42

注:在此只列举频率在70%的要素

3 讨论

从上面的文献研究可以看出,杨才德主任提出的“枢椎棘突综合症”概念在临床诊断和治疗中有很高的使用价值。现将“枢椎棘突综合症”的诊断标准归纳分析如下:

3.1 有慢性劳损或外伤史,或有颈椎退行性病变 从上述数据分析中可以看出,有慢性劳损或外伤史,或有颈椎退行性病变分别占“枢椎棘突综合征”总数的

83.76%和74.12%，这说明，慢性劳损或外伤史，或有颈椎退行性病变是“枢椎棘突综合征”的主要原因之一。退变是指变性特定组织、细胞或者器官随着受伤、疾病或年老而导致的相应的功能的削弱或丧失，而形成的逐渐的变质^[3]。退行性病变是颈椎病发生根本因素之一，慢性劳损、咽喉部炎症、发育型椎管狭窄、头颈部外伤、后纵韧带骨化等都有影响。在临床上，退变主要指的是骨质增生、椎间孔狭窄、椎体形态改变、椎间隙狭窄和阶段性不稳定。但需要注意的是：1) 颈椎退行性病变不等于颈椎病，只有因退变继发了对周围组织的压迫，同时也存在椎间关节的不稳定，才会出现相应的症状和体征，才能诊断为“枢椎棘突综合征”。2) 如果颈椎退行性病变合并有颈椎先天性畸形、后纵韧带骨化、发育性椎间管狭窄、黄韧带骨化时更容易发病。3) 脊髓对动态性的压迫耐受性较差，而对静态压迫的耐受性很强。

3.2 多发于30岁以上中年人，长期低头工作者或习惯于长时间看电视者，往往呈慢性发病 在病史要素规律的分析中我们可以看到，发病年龄在三十岁以上者占91.74%，由于现代社会的需要，长期的伏案工作，以及普遍存在的低头长时间看手机的现象，使得颈椎的生理曲度和生理解剖逐渐发生了变化。而人体在30岁以后，机能代谢处于下降趋势，人体的机能开始走下坡路，因此，30岁以上的中年人，且有长期低头工作者或习惯于长时间看电视者等不良因素在内的人更容易患“枢椎棘突综合征”。

3.3 颈肩背疼痛，头痛头晕，颈部板硬，上肢麻木等症状明显 从上述的症状要素分布规律中我能看出，颈、肩背疼痛，头痛头晕，颈部板硬，上肢麻木为“枢椎棘突综合征”最常见的伴随症状，平均占总数的69.80%。其中以颈、肩背疼痛症状所占比例最高，占总数的87.16%。颈部板硬占总数的66.97%，这两个症状与退变继发的对周围组织的压迫，后纵韧带骨化、黄韧带骨化有明显的关系。病理机制为纤维环纤维排列断裂、紊乱、椎间盘脱水程度增加，导致椎间盘的张力下降，从而可以引起椎间的松动。椎体的失稳一方面可以引起椎体间的出血或者水肿，直接刺激分布于椎间周围的窦椎神经末梢，从而使颈部出现胀、痛、酸等临床症状，而另一方面椎节的失稳会直接导致颈部各肌群之间的失衡而引起肌肉的防御性痉挛；头痛头晕占总数的67.58%，多数学者认为是其发病机理是因为颈椎或颈椎间盘退变引起失稳，刺激椎动脉周围的交感神经丛，从而引起椎动脉痉挛狭窄，而另一侧失代偿，引起椎动脉供血不足，出现相应的头痛头晕的症状，而由于上关节突骨质或增生椎体侧方钩椎关节压迫椎动脉引起供血不足则较为少见^[4]。上肢麻木占“枢椎棘突综合征”总数的57.49%，目前认为，其机制

在于：1) 机械压迫因素，因颈椎间盘的退行性改变，颈椎的钩椎关节、关节突、黄韧带肥厚增生，以及椎间盘突向外后侧等压迫神经根^[5]。2) 李先辉等^[6]认为肿瘤坏死因子- α (TNF- α 全称 tumor necrosis factor- α)，是导致根性痛的病理生理过程中的重要因素。同时外周血中的TNF- α 的浓度和TNF- α 的表达程度与患者的疼痛程度呈明显正相关。

3.4 枢椎棘突压痛，疼程度痛双侧往往不对称，可摸到条索状硬结 上述体征要素分布规律中，枢椎棘突压痛的频率高达98.17%，枢椎的特点是其椎体有一个向上的齿突，齿突寰椎椎体的一部分。随着发育脱离寰椎而同枢椎椎体融合而成的。齿突与寰椎前弓后面形成关节，椎体上方在齿突的两侧各有一向上的关节面与寰椎连接形成小关节。棘突宽大且分叉，横突较小且略朝下。第二颈神经从关节的后方通过。当枢椎小关节发生增生或者错位，压迫相应的颈神经从而发生疼痛。条索状硬结的发生是因为后纵韧带骨化和黄韧带骨化而形成的。

3.5 伴或不伴有颈部活动功能受限 肩胛骨内上角常有压痛，或臂丛牵拉试验阳性，或压头试验阳性，或旋颈试验阳性。

从上述体征要素分布规律中可以看出，压头试验阳性和旋颈试验阳性所占比例较高，分别为88.99%和84.03%，而颈部活动功能受限，肩胛骨内上角常有压痛，臂丛牵拉试验阳性等要素不足70%。目前认为，出现这些体征的机理为个神经根受压而产生的而不症状，其主要症状大致如下：C8神经根受累为表现为肩胛、前臂内侧及肩胛间区疼痛，小指感觉异常，肱三头肌腱反射下降，手内在肌肌力下降。C7受累表现为肩胛骨、前臂中段疼痛及肩胛间区，示指、中指感觉异常部分病例累及环指，肱三头肌肌力下降并肌腱反射下降或消失。在C6表现为肩胛上区及前臂外侧疼痛，拇指感觉异常部分病例累及示指，三角肌、肱二头肌肌力下降，肱二头肌腱反射下降或消失；C5神经根受累为颈侧及肩顶痛，部分病例可见上臂外侧痛，三角肌肌力下降肱二头肌腱反射下降^[4]。

3.6 X线摄片显示正常或异常 X线片主要表现为生理曲度及序列异常，椎体周缘骨质增生，钩椎关节退变，椎间隙狭窄，椎间孔变小变形，韧带钙化等^[7]。X线平片检查不仅能够反映病变的范围、部位和程度，还可以排除症状相似的其它疾病，与其他疾病进行鉴别。因此X线平片检查对“枢椎棘突综合征”的诊断有一定的价值。但是很多“枢椎棘突综合征”的患者X线检查并不能发现异常。单独靠X线平片检查来确诊也是不确切的。在临床中常有X线表现与临床症状不一致的情况发生，这种不一致性多因附近软组织的肥厚、肿胀、变性和痉挛压迫周围神经，由于X线平片对密度

的分辨率不高,不能够直接的反映软组织病变,而只有当脊髓、骨质、椎间盘等发生病变引起骨化改变时才能得到诊断。因此,当X线片出现骨关节改变的征象时已不是颈椎病的早期了。所以不能将X线的改变作为确诊“枢椎棘突综合征”的标准。

综上所述,“枢椎棘突综合征”是颈椎病范畴中的新概念,通过大量临床研究,将其诊断标准归纳为:1)有慢性劳损或外伤史,或有颈椎退行性病变;2)多发于30岁以上中年人,长期低头工作者或习惯于长时间看电视者,往往呈慢性发病;3)颈、肩背疼痛,头痛头晕,颈部板硬,上肢麻木等症状明显;4)枢椎棘突压痛,疼程度痛双侧往往不对称,可摸到条索状硬结;5)伴或不伴有:颈部活动功能受限,肩胛骨内

上角常有压痛,或臂丛牵拉试验阳性,或压头试验阳性,或旋颈试验阳性;6)X线摄片显示正常或异常。

参考文献

- [1]杨才德. 针刀治疗枢椎棘突综合征 102 例[J]. 心血管病防治知识, 2013(10):86-89.
- [2]葛宝丰, 胥少汀, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 1999:462-465.
- [3]董白石. 颈椎病诊断与治疗分析[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(7):294.
- [4]柯于麟, 汪祖光. 综合治疗椎动脉型颈椎病 152 例临床分析[J]. 按摩与导引, 2006, 22(9):12.
- [5]王天仪. 神经根型颈椎病的诊断定位与治疗进展[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(27): 6570-6572.
- [6]李先辉, 程传国, 周永芹, 等. 外周血 T 淋巴细胞及 TNF- α 与颈椎病神经根痛的相关性研究[J]. 免疫学杂志, 2006, 22(6):705.
- [7]徐荣春. 影像技术对颈椎病的诊断标准与价值[J]. 实用中西医结合临床, 2006, 6(5):17-18.

(本文编辑:张文娟 本文校对:雒成林 收稿日期:2018-01-16)
(未完待续)

通体灸疗对健康成人血液流变学的影响[※]

刘霞 张驰 刘红华 曹佳男 刘涛 刘迈兰* 常小荣*

(湖南中医药大学针灸推拿学院, 湖南 长沙 410208)

摘要:目的 探讨通体灸疗法对健康成人血液流变学的影响。方法 将60例健康大学生随机分为通体灸疗组和常规灸疗组, 每组30例。通体灸疗组:取仰卧位, 平躺于智能中医灸疗设备-神灸 I 号灸疗床进行通体灸疗, 治疗1次, 时间为30 min。常规灸疗组:取俯卧位, 将艾灸盒分别放置于大椎、腰阳关和双侧委中穴上, 治疗1次, 时间为30 min, 于治疗前后分别抽血检测血液流变学水平, 并记录比较各组健康成人在治疗过程中的灸感及体验。结果 治疗后较治疗前, 通体灸疗组的全血低切相对指数、血浆黏度和红细胞聚集指数及常规灸疗组的低切相对指数和血浆黏度明显下降, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 与常规灸疗组比较, 通体灸疗组的全血低切指数和血浆黏度下降明显, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 通体灸疗组灸感量化评分均高于常规灸疗组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 通体灸疗法对血液黏稠度和红细胞聚集性有一定的改善作用, 且在使用过程中操作简单、艾烟大量减少, 相比常规灸疗法更具优势。

关键词: 通体灸疗法; 常规灸疗法; 血液流变学; 烟雾

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.047

文章编号:1672-2779(2018)-04-0120-03

Effect of Whole Body Moxibustion on Hemorheology in Healthy Adult

LIU Xia, ZHANG Chi, LIU Honghua, CAO Jianan, LIU Tao, LIU Mailan*, CHANG Xiaorong*

(College of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China)

Abstract: Objective To explore the effect of whole body moxibustion on hemorheology in healthy adult. **Methods** 60 health adults were randomly divided into whole body moxibustion group (30 cases) and conventional moxibustion group (30 cases). College students received whole body moxibustion treatment on the moxibustion bed for 30 min in whole body moxibustion group. Students in conventional moxibustion group were treated with box moxibustion on Dazhui (GV14), Yaoyangguan (GV3) and bilateral Weizhong (B40) in prone position for 30min. Hemorheology were tested with venous blood before and after treatment. The feelings of people between the treatments were recorded. **Results** After treatment, the whole blood low cut index, plasma viscosity and red cell aggregation index in whole body moxibustion group and whole blood low cut index, plasma viscosity in conventional moxibustion group were significantly decreased comparing with the level before treatment ($P<0.05$). The whole blood low cut index, plasma viscosity in whole body moxibustion group after treatment were significantly decreased comparing with conventional group ($P<0.05$). The moxibustion sensation quantification scores in whole body moxibustion group was significantly higher than that of the conventional group ($P<0.05$). **Conclusion** The whole body moxibustion could improve blood viscosity obviously, has the advantage of simplicity and less smoke, whole body moxibustion is a better way comparing with conventional moxibustion.

Keywords: whole body moxibustion; conventional moxibustion; hemorheology; smoke

艾叶性温,以其特有的温热效应及药理性质直接或间接作用于体表的一定部位,可以起到温经通络、

去除寒湿、回阳救逆等作用。《灵枢·官能》:“针所不及,灸之所宜。”艾灸不仅已成为临床治疗疾病的重要方式,在中国传统保健体系中也备受推崇^[1-5]。但由于艾灸过程中常会产生较大的艾烟,气味难以散除,从而成为艾灸推广的桎梏^[6,9]。此外艾灸的操作不便、温度难以控制等问题制约了其在临床中的应用。湖南慈

※ 基金项目:湖南中医药大学校企合作项目;湖南省针灸学重点学科资助

* 通讯作者:mailan_l@163.com;xrchang1956@163.com

辉医疗技术有限公司研制的360°Healthy智能中医灸疗设备-神灸I号灸疗床采用先进的净烟系统、自动点火系统、调温系统等,解决了传统灸疗过程中的烟雾大、操作不便等难题。本研究以健康大学生为载体,通过比较通体灸疗和常规灸疗,检测血液流变学,研究两种灸疗对健康人血液流变学的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60例均来自湖南中医药大学在校大学生,采用计算机产生随机数字表,将60例健康志愿者随机分为通体灸疗组和常规灸疗组,每组各30例。其中通体灸疗组男13例,女17例;年龄20~22岁,平均(21±1.26)岁。常规灸疗组男16例,女14例;年龄20~22岁,平均(21±1.48)岁;2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 (1) 年龄18~35岁;(2) 身体健康(无呼吸系统、循环系统、神经系统体格检查异常者,无肝、肾、造血系统和内分泌系统严重原发性疾病,无精神病,无癫痫,无糖尿病,无肿瘤);(3) 饮食规律,不嗜烟、酒、茶、咖啡,睡眠正常,体型适中;(4) 无血友病等灸疗禁忌证;(5) 签署知情同意书者;(6) 近1个月内未接受过针灸治疗;(7) 未参加其他临床试验者;(8) 能配合试验者。

1.3 排除标准 (1) 不符合纳入标准;(2) 不能配合试验(如拒绝签订知情同意书及无故拒绝试验)者;(3) 受试1周内身体有不适者;(4) 严重视力、听力及失语障碍,以及其他健康评估不能完成者;(5) 有消化系统手术史者;(6) 循环系统、呼吸系统、神经系统体格检查异常者;(7) 有肝、肾、造血系统和内分泌系统严重原发性疾病者。凡符合上述任何一条,均予以排除。

1.4 治疗方法

1.4.1 通体灸疗组 灸疗床由床板(带有符合人体形体的透气通道)、艾条固定盘(共12个,含自动点火棒)和金属箱体(内含烟雾过滤系统、温度调节装置等)等组成。使用时,将艾条固定在盘中,通过灸疗床自带的遥控器,启动自动点火和烟雾过滤系统;在箱体上方铺好灸疗巾后,患者暴露施灸部位,俯卧或仰卧于灸灸床上,根据自身对热度的耐受程度,运用温度调节装置,调节艾条固定盘中的艾条与皮肤的距离,以达到最佳的灸疗状态。本次试验中,健康成人取仰卧位,躺于灸疗床上进行通体灸疗,治疗1次,时间为30 min。

1.4.2 常规灸疗组 健康成人取俯卧位,将艾灸盒分别

放置于大椎、腰阳关和双侧委中穴上,治疗1次,时间为30 min。

1.5 血液流变学检测 治疗前后分别抽取静脉血5 mL,储存于肝素抗凝管内,4 h内完成血液流变学检测,观察指标包括:全血高切相对指数、全血低切、血浆黏度和红细胞聚集指数,并对灸疗过程中的感受进行评价。

1.6 灸感评分标准 灸感量化表分为局部皮肤外观变化和主观感受两大部分。(1) 皮肤外观变化:色泽、持续时间、面积大小。(2) 主观感受:温热感、灼痛感、酸胀感、麻木感的程度和时间;感受传导:向深处、向远处的感觉;特殊感觉:肠蠕动感和其他感觉;艾烟的气味和浓度。

具体评分标准:(1) 皮肤肤色:无明显变化,0分;肤色变红,红白相间,1分;肤色全部呈红色,2分。(2) 艾灸结束后皮肤色泽持续时间:小于30 min,0分;30~60 min,1分;大于60 min,2分。(3) 皮肤红晕面积大小:小于1 cm²,0分;1~3 cm²,1分;大于3 cm²,2分。(4) 局部固定感觉的程度:志愿者感觉轻微,0分;志愿者感觉明显但可忍受,1分;志愿者感觉不可忍受,主动避开,2分。(5) 局部固定感觉持续时间:小于30 min,0分;30~60 min,1分;大于60 min,2分。(6) 感觉向深处传导:无明显向深处传导感觉,0分;感觉向深处传导,1分。(7) 感觉向远处传导:无明显向远处传导感觉,0分,感觉向远处传导,1分。(8) 肠蠕动:无,0分;有,1分。(9) 特殊感觉(其他):如蚁行感、水流感、气流感、清凉感等。无,0分,有,1分。(10) 艾烟的气味:不能接受,0分;勉强接受,1分;可以接受,2分。(11) 艾烟的浓味:不能接受,0分;勉强接受,1分;可以接受,2分。

1.7 统计学方法 所有临床资料数据由SPSS 17.0建立编辑与统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,先进行正态性检验及方差齐性检验,满足正态性及方差齐性时,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用方差分析;不满足正态性或方差齐性时,则采用非参数检验。

2 结果

2.1 2组治疗前后血液流变学各项指标比较 因采血及标本处理的原因,最终血液流变学检测通体灸疗组为28例,常规灸疗组为27例。由表1可见,通体灸疗组治疗前后比较,全血低切、血浆黏度和红细胞聚集指数下降,差异有统计学意义($P<0.05$);常规灸疗组前后比

较,低切和血浆黏度下降,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前后比较通体灸疗组高切水平和常规灸疗组高切、红细胞聚集指数水平均有下降趋势,但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。与常规灸疗组比较,通体灸疗组的全血低切和血浆黏度下降更明显,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后血液流变学各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	全血高切	全血低切	血浆黏度	红细胞聚集指数
通体灸疗组	28	治疗前	2.67 ± 0.29	14.81 ± 0.94	1.51 ± 0.12	5.26 ± 0.41
		治疗后	2.51 ± 0.23	11.65 ± 1.17 [*]	1.34 ± 0.11 [*]	4.84 ± 0.29 [*]
常规灸疗组	27	治疗前	2.91 ± 0.25	14.16 ± 0.64	1.49 ± 0.08	5.27 ± 0.342
		治疗后	2.85 ± 0.18	12.89 ± 0.92 [△]	1.40 ± 0.07 [△]	5.07 ± 0.33

注:与同组治疗前比较^{*} $P < 0.05$;与通体灸疗组比较[△] $P < 0.05$

2.2 2组治疗后灸感量化评分积分比较 治疗后,通体灸疗组局部外观变化积分和主观感受积分均高于常规灸疗组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表2 2组治疗后灸感量化评分积分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	局部外观变化积分	主观感受积分
通体灸疗组	30	4.59 ± 1.23	7.83 ± 2.09
常规灸疗组	30	2.57 ± 1.77 [△]	4.52 ± 1.97 [△]

注:与通体灸疗组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

传统艾灸产生的艾烟,对眼睛、鼻咽刺激比较大,而且背部的穴位很难自行施灸,制约了灸法的发展和普及。而应用中医智能灸疗床进行的通体灸疗法,采用自动点火装置,操作简单,可同时点燃12个艾柱,力度较强,灸疗范围广。智能排烟装置采用密封独立高科技碳水离子净烟排烟系统,大大减少了艾灸环境中的烟雾。本试验中,治疗后,通体灸疗组局部外观变化积分和主观感受积分均高于常规灸疗组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。局部外观方面,通体灸疗组由于灸疗面积较大,灸量较强,局部外观多呈现肤色红白相间的改变,持续时间较长。主观感受主要体现在通体灸疗组具有较强温热感,部分健康人有温热感向深处、向远处传导以及肠蠕动的感觉。通体灸疗组灸疗过程中的烟雾大量减少,减小了艾烟对人体的刺激,诊疗环境空气污染的问题得到改善,提升了治疗过程中的舒适感,使得艾灸更容易被普通患者接受。

血液流变学是研究人体血液的流动性、黏滞性及血液有形成分变形性的科学;血液流动性和黏滞性是影响、控制和调节人体血液循环,特别是微循环以及组织和器官供血的重要因素之一。血液的流动性和黏

滞性异常,易导致以心血管疾病为主的各种疾病^[10]。血液流变学指标主要包括:(1)黏滞性指标:主要反映全血、血浆、血清红细胞内液的黏滞性,包括全血高、低剪切率下的表现黏度、血浆黏度等。(2)聚集性指标:主要反映红细胞间等聚集难易程度,包括红细胞聚集指数、血沉等。(3)红细胞刚性指标:红细胞变形性差,则刚性强,包括红细胞刚性指数、红细胞变形指数等^[11]。本试验选择了全血高切相对指数、全血低切相对指数、血浆黏度及红细胞聚集指数进行检测。

有研究表明,艾灸八邪及三阴交穴可降低血液黏度,改善红细胞聚集性,加快血流速度,降低外周血管阻力^[12]。我们的研究也表明,健康人经通体灸疗后,全血低切、血浆黏度和红细胞聚集指数下降,差异有统计学意义;常规灸疗组低切和血浆黏度下降,差异有统计学意义。治疗后通体灸疗组高切水平和常规灸疗组高切、红细胞聚集指数水平均有下降趋势,但差异无统计学意义,可能与治疗时间短、样本量不足有关。通体灸疗组的全血低切和血浆黏度与常规灸疗组比较下降更明显,差异有统计学意义,考虑与通体灸疗使用的灸疗床可同时点燃12个艾柱,其温热效应要强于常规灸疗有关。

本研究表明,通体灸疗法有一定的降低血液黏度和改善红细胞聚集性的作用。通体灸疗法与常规灸疗法比较,具有烟雾小、灸感强、操作简单等优点,具有很大的临床推广价值。

参考文献

- [1]余思奕,张镛潇,杨明晓,等.艾灸治疗原发性痛经的临床与机理研究进展[J].成都中医药大学学报,2014,37(3):116-119.
- [2]兰蕾,常小荣,石佳,等.艾灸的作用机理研究进展[J].中华中医药学刊,2011,29(12):2616-2620.
- [3]黄琴峰,吴焕淦,刘婕,等.灸法疾病谱现代文献计量分析与评价[J].上海针灸杂志,2012,31(1):1-5.
- [4]罗小军,张波,付勇,等.陈日新教授灸疗治神调气经验简介[J].上海针灸杂志,2014,33(11):973-975.
- [5]兰崑,唐巍,曹坤茂,等.论灸法治未病的作用机制及临床运用[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(7):110-112.
- [6]黄玉海,刘平,杨必成,等.艾烟可吸入颗粒物对人肺腺癌 A549 细胞凋亡的影响[J].中国中医药信息杂志,2014,21(7):53-57.
- [7]韩丽,刘平,胡海,等.艾烟中可吸入颗粒物诱发染色体畸变效应的实验研究[J].中国中医药信息杂志,2013,20(1):34-36.
- [8]黄玉海,李军,崔莹雪,等.艾烟对健康成年人血压、呼吸频率、心率、心电、血氧饱和度的影响[J].世界中医药,2014,9(6):784-787.
- [9]黄剑,韩丽,林岷瑜,等.不同浓度艾烟干预12周对大鼠肺与骨骼肌的影响[J].环球中医药,2014,7(9):661-665.
- [10]吴中朝,王玲玲,徐兰凤,等.艾灸对老年及老年前期者血液流变性的影响[J].中国针灸,1996(11):23-24.
- [11]储汉光.高血压病中医证素与血液流变学指标的相关性研究[D].南京:南京中医药大学,2010.
- [12]郭瑞林,赵宇侠,任秦有,等.艾灸对30例健康人甲皱微循环及血液流变学的影响[J].医学争鸣,2002,23(12):1112-1114.

(本文编辑:张文娟 本文校对:钟欣 收稿日期:2017-11-13)

针灸推拿联合超短波治疗肩周炎 100 例

高丹¹ 韩正² 杨芳^{3*}

(1 沈阳市中医院软伤科, 辽宁 沈阳 110004; 2 北京瀛壶中医诊所, 北京 100000;
3 辽宁中医药大学附属第二医院脾胃病科, 辽宁 沈阳 110034)

摘要:目的 观察针灸推拿联合超短波治疗肩周炎的临床疗效。方法 将100例肩周炎患者随机分为对照组和观察组, 各50例。对照组采用针刺联合超短波治疗, 观察组在对照组基础上联合推拿治疗。疗程2周, 比较2组患者的肩功能恢复情况。结果 观察组总有效率为94% (47/50), 对照组总有效率78% (39/50), 且2组患者治疗后肩功能比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 提示观察组改善优于对照组。结论 采用针灸推拿结合超短波治疗肩周炎能改善肩关节功能。

关键词: 肩关节周围炎; 针灸; 推拿; 超短波; 肩痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.048

文章编号: 1672-2779(2018)-04-0123-02

Acupuncture and Massage Combined with Ultrashort Wave in the Treatment of Scapulohumeral Periarthritis for 100 Cases

GAO Dan¹, HAN Zheng², YANG Fang³

(1. Soft Injury Department, Shenyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 10004, China;

2. Beijing Yinghu Traditional Chinese Medicine Clinic, Beijing 100000, China;

3. Department of Spleen and Stomach Disease, the Second Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110034, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effects of acupuncture and massage combined with ultrashort wave in the treatment of scapulohumeral periarthritis. **Methods** 100 patients with scapulohumeral periarthritis were randomly divided into control group and observation group, with 50 patients in each group. The control group was treated with acupuncture combined with ultrashort wave. The observation group was treated with massage based on the control group. Two weeks later, the function of shoulder was compared. **Results** The total effective rate of the observation group and the control group was 94% and 78% respectively, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The clinical effect of observation group was better. **Conclusion** Acupuncture and massage combined with ultrashort wave can improve the shoulder function.

Keywords: scapulohumeral periarthritis; acupuncture; massage; ultrashort wave; shoulder arthralgia

肩关节周围炎 (scapulohumeral periarthritis) 简称肩周炎, 五十岁左右多发, 故又称“五十肩”。本病女性发病多于男性, 因患病以后, 肩关节不能运动, 仿佛被冻结或凝固, 故称“冻结肩”“肩凝症”。患有肩周炎的患者, 常自觉有冷气进入肩部, 也有患者感觉有凉气从肩关节内部向外冒出, 故又称“漏肩风”。肩周炎是由于各种内外因素导致局部软组织慢性炎症, 关节内外组织粘连, 从而出现自觉疼痛和运动功能障碍, 甚至影响患者的日常生活^[1-3]。肩周炎主要症状是肩痛, 有时放射到上臂, 夜间疼痛明显, 日久肩关节活动受限, 影响洗脸、梳头等日常生活。肩周炎的治疗原则主要是缓解疼痛、恢复肩关节活动, 目前常用的治疗方法有针灸、推拿、理疗、运动疗法、口服镇痛剂、局部封闭等。推拿治疗肩周炎具有疗效佳、副作用小、长期效果好等优点, 近年来临床上广泛应用。本研究采用推拿联合超短波治疗肩周炎, 获得显著疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究观察2016年1月—2017年6月100例来自沈阳市中医药软伤科门诊及住院治疗的肩周炎患者, 随机分为对照组50例及观察组50例。其中对照组

男性20例, 女性24例; 年龄37~64岁; 病程最短3个月, 最长5年。观察组男性26例, 女30例; 年龄40~62岁; 病程最短2个月, 最长6年。

1.2 诊断标准 参照我国1994年制定的《中医病证诊断疗效标准》^[4]: ①本病多因年老体虚、气血虚弱、外感风寒湿邪或外伤所致, 可随天气变化或劳累而诱发或加剧; ②常为慢性病, 50岁左右多发, 女性多于男性, 右肩多于左肩, 体力劳动或家庭妇女多见; ③肩部疼痛较为明显, 夜间加重, 肩关节活动受限, 广泛压痛, 日久局部肌肉萎缩; ④出现“扛肩”现象; ⑤X线检查并不能发现异常表现, 病久或可见局部软组织钙化或骨质疏松等症状。2组患者在年龄、性别、肩关节功能及症状表现上差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 患者采用针刺联合超短波治疗。①针刺局部取穴: 肩髃、肩贞、肩髃、肩井、阿是穴; 远部取穴: 外关、曲池、手三里、血海、阳陵泉; 辨证加减穴位: 肩前部痛加合谷、列缺; 肩内部痛加尺泽、太渊; 肩外部痛加后溪、小海; 针刺采用泻法, 得气后留针30 min, 每10 min行针1次。②超短波治疗: 使用超短波治疗仪对肩周炎患者进行治疗, 频率27.5 MHz, 波长1~10 m。每次20 min, 每天1次, 急性期患者选用

* 通讯作者: 30507656@qq.com

弱剂量,粘连期患者选用强剂量。

1.3.2 观察组 患者在对照组治疗的基础上结合推拿治疗:①局部放松:患者取坐位,医生立于其患侧,以掌指关节滚法、前臂揉法、拿法将患肢肩前部、上部以及后部进行松解,时间3~5 min;②点、拨穴位:于患肢肩髃、肩髃、肩贞、K或条索样结节应加强刺激量;③扳肩关节:分别对患肢进行内收、外展、旋内、上举等各个方向的扳法操作,以患者能耐受为度,循序渐进,不可太过牵拉致损;④摇动肩部:以托肘或握肘摇肩法将患者肩部做被动顺时针、逆时针的摇动,各1 min;⑤搓抖前臂:分别于患肢进行搓法和牵抖法进行最后梳理以结束治疗。

2组患者针刺、手法及超短波治疗均每天1次,6天为1个疗程,间休1 d,共治疗2个疗程。

1.4 观察指标 采用Constant-Murley降解量表评价肩关节功能,包括活动范围、肌力、疼痛程度等,满分为100分,分数越高表示患者恢复越好。

1.5 疗效评定标准 痊愈:患者症状及体征完全消失,无疼痛,肩部活动恢复正常;显效:患者症状及体征明显改善,肩部活动基本正常,劳累后肩部轻度不适;有效:患者症状及体征有所改善,肩部活动度较治疗前增大,仍有不适感;无效:患者症状及体征无明显改善。总有效以痊愈、显效、有效之和计。

1.6 统计学方法 试验数据采用SPSS 17.0软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者临床疗效比较 治疗后,观察组患者治疗效果明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	23	16	8	3	47(94)*
治疗组	50	19	13	7	11	39(78)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 2组患者治疗后肩关节功能比较 治疗后,观察组患者活动范围、肌力、疼痛程度等评分均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组患者治疗后肩关节功能比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	活动范围	肌力	疼痛程度
对照组	50	77.6 ± 9.9	64.2 ± 7.9	80.1 ± 11.4
治疗组	50	85.4 ± 10.2	77.5 ± 8.4*	71.7 ± 10.5*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

随着社会的不断发展,人们生活方式与生活性质的改变,肩周炎的致病因素随之增加,其发病率也呈现逐年上升的状况,并且低龄化的趋势日趋明显。肩

周炎属于中医“肩痹”范畴,素体虚弱、筋骨不强、筋脉肌肉因风寒湿邪侵袭,或久居湿地,加之长期不良生活习惯,导致肩部局部血行不畅,气滞血瘀,使肩部脉络拘挛疼痛,肩部关节活动障碍而肌肉僵直。现代医学认为肩周炎是肩关节周围软组织的退行性改变,发病机理总体来说就是肩关节周围的无菌性炎症,是由于肩关节囊及其周围韧带、肌腱和滑膜囊的慢性非特异性炎症。目前在临床上,患者多以出现肩周的疼痛及关节活动障碍而就医^[5-7]。

中医药治疗肩周炎的手段很多,推拿、针灸、药物、针刀疗法等,综合治疗报道较多^[8]。现代临床研究表明,针灸可以改善肩部局部血液循环,调节血管功能,加速分解炎症瘀滞区的病理代谢产物,促进炎症渗出的吸收,抑制炎症反应,减轻肿胀,缓解对末梢神经的牵张刺激,进而缓解肩部疼痛。在肩周炎的治疗中推拿手法主要以运动为主,侧重于松解肩关节周围软组织的粘连;滚、点、按等可使肌肉放松,疏通筋脉,促进局部血液循环,改善组织营养,阻断疼痛因素^[9-10]。推拿治疗的理论基础是通过手法在人体体表的操作,经过经络系统的调节发挥“推穴道,走经络”的作用,总体促进活血化瘀、理筋通络止痛的作用,同时促进韧带恢复弹性,恢复肩关节功能。

本研究中,2组患者的性别、年龄、病程、局部症状病情程度评定等经统计学检验,无显著性差异,即在基线具有可比性的前提下对同期周炎患者进行研究。结果显示,针灸推拿结合超短波的治疗方法,在治疗前后局部症状病情程度评定的比较均有显著性差异($P < 0.05$),提示针刺、推拿结合超短波治疗能减轻局部症状病情程度。提示针灸推拿结合超短波治疗具有起效快、疗效好、维持时间较长、无药物的毒副作用和成瘾性以及费用低等优点,充分体现了针刺的效、简、验、廉等特点,在治疗肩周炎上具有一定优势。

参考文献

- [1]李亚成.关于肩周炎的分类分型和治疗问题[J].光明中医,2008,23(6):832-833.
- [2]蔡以文.温针灸与电针治疗肩周炎的临床对照研究[J].广州:广州中医药大学,2010.
- [3]张玉兴,王振强,吴红.中医综合疗法治疗肩关节周围炎42例[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(14):206-210.
- [4]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,2004:350.
- [5]王立军,仲崇文,曾培,等.推拿结合微波治疗肩周炎80例临床疗效观察[J].吉林中医药,2010,37(11):1177-1181.
- [6]高拴英.针灸按摩推拿配合中药汤剂治疗164例肩周炎的临床观察[J].实用医技杂志,2013,20(7):784-785.
- [7]陈平.针灸推拿治疗肩周炎55例疗效分析[J].四川中医,2014,32(8):155-156.
- [8]段意梅,陆国田,王建超,等.太极拳运动辅助治疗肩周炎现代预防医学[J].2010,39(20):5320-5323.
- [9]傅昌吉.针刺联合推拿治疗肩周炎的临床观察[J].中国民族民间医药,2010,6(6):9-10.
- [10]姜光绪.针灸推拿治疗肩周炎的疗效分析[J].深圳中西医结合杂志,2014,24(3):119-120.

(本文编辑:张文娟 本文校对:商雷 收稿日期:2017-11-17)

半夏止吐方穴位贴敷缓解 结直肠癌术后胃肠道化疗反应 70 例

武寒飞¹ 姚月良²

(1 吉林省中医药科学院第一临床医院, 吉林 长春 130021; 2 吉林省人民医院放疗科, 吉林 长春 130021)

摘要:目的 研究半夏止吐方穴位贴敷疗法缓解结直肠癌术后胃肠道化疗反应的临床效果。方法 选取140例行结直肠癌术患者作为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 各70例。2组患者均给予盐酸托烷司琼进行术后缓解胃肠道化疗反应, 对照组除此之外不做任何处理, 观察组则附加半夏止吐方穴位贴敷疗法。观察对比2组治疗总有效率, 术后当天、第3天、第7天胃肠道化疗反应。结果 观察组治疗总有效率97.14% (68/70) 高于对照组治疗总有效率82.86% (58/70); 观察组化疗后当天、第3天、第7天胃肠道化疗反应均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在缓解结直肠癌术后胃肠道化疗反应治疗中, 半夏止吐方穴位贴敷疗法效果显著, 可有效改善其反应, 值得临床推广。

关键词:半夏止吐方; 穴位贴敷疗法; 结直肠癌术; 胃肠道反应; 化疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.049

文章编号:1672-2779(2018)-04-0125-02

Banxia Zhitu Prescription Point Application Therapy on Relieving Postoperative Gastrointestinal Chemotherapy Response in Patients with Colorectal Cancer for 70 Cases

WU Hanfei¹, YAO Yueliang²

(1. The First Clinical Hospital of Jilin Provincial Academy of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China;
2. Department of Radiotherapy, Jilin Provincial People's Hospital, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: Objective To study the clinical effect of Banxia Zhitu prescription acupoint sticking therapy on relieve postoperative gastrointestinal chemotherapy response in patients with colorectal cancer. **Methods** 140 patients underwent colorectal cancer surgery were selected as study subjects and randomly divided into control group and observation group, with 70 cases in each group. Patients in both groups were given tropisetron hydrochloride for postoperative gastrointestinal chemotherapy response, while the control group did not do any treatment, and the observation group was given Banxia Zhitu prescription acupoint sticking therapy. The total effective rate of 2 groups, the day after surgery, the first 3 days, 7 days of gastrointestinal chemotherapy was observed and compared. **Results** The total effective rate in the observation group (97.14%) was higher than that in the control group (82.86%). The response to gastrointestinal chemotherapy in the observation group was better than that in the control group at the present, the third day and the seventh day after chemotherapy statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** In relieving the postoperative gastrointestinal chemotherapy response to colorectal cancer, Pinellia antiepilepticum acupoint application has obvious effect, which can effectively improve the response and is worthy of clinical promotion.

Keywords: Banxia Zhitu prescription; acupoint sticking therapy; colorectal cancer surgery; gastrointestinal response; chemotherapy

据相关临床资料^[1-2]指出, 在缓解结直肠癌术后胃肠道化疗反应治疗中附加半夏止吐方穴位贴敷疗法, 可在保证患者身体状况的同时提高治疗效果。本研究为证实上述理论, 在我院开展研究, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2016年8月—2017年6月收治的140例行结直肠癌术患者, 采用随机数字法分为对照组和观察组, 各70例。2组患者经临床诊断被确诊为直肠癌患者, 且均行结直肠癌术, 除此之外并无严重心、肾、肺等器官疾病, 精神状态良好。观察组男性36例, 女性34例; 年龄45~78岁, 平均年龄(61.3±1.4)岁。对照组男性38例, 女性32例; 年龄44~78岁, 平均年龄(61.0±1.2)岁。本次研究经医院医学伦理委员会审核批准, 全部患者自愿参与, 并签署知情同意书; 2组患者性别、年龄基线资料经统计学比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 可进行对比研究。

1.2 治疗方法 2组患者均给予盐酸托烷司琼(生产厂家: 珠海金鸿药业股份有限公司、批准文号: 国药准

字H20148002、5 mg)注射, 5 mg/天, 每天1次, 疗程为6 d, 进行术后缓解胃肠道化疗反应, 对照组除此之外不做任何处理, 观察组则附加半夏止吐方穴位贴敷疗法, 半夏止吐方的主要中草药包括姜半夏、丁香、柿蒂, 各取1 g磨成粉状, 并使用生姜汁搅拌至浆糊状, 穴位贴敷进行治疗, 于化疗当天开始, 每6 h 1次, 治疗3 d。

1.3 观察指标 观察对比2组治疗总有效率、术后当天、第3天、第7天胃肠道化疗反应。治疗总有效率根据WHO化疗药物标准制定, 分为显效、有效、无效, 患者经过治疗食欲正常, 可正常进食, 且无呕吐症状, 判定为显效; 食欲有明显下降, 进半流质食物或只能进流食, 24 h之内呕吐1~2次或者3~5次, 判定为有效; 食欲完全丧失, 且完全不能进食, 24 h之内呕吐次数>5次, 判定为无效^[3]。胃肠道化疗反应指恶心呕吐情况。

1.4 统计学方法 将本次研究数据输入统计学软件SPSS 18.0表格中, 分别以($\bar{x} \pm s$)、(%)表示计量资料、计数资料, 并予以 t 检验、 χ^2 检验, 如 $P < 0.05$, 则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗总有效率 观察组治疗总有效率97.14%高于对照组治疗总有效率82.86%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组治疗总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	70	62(88.57)	6(8.57)	2(2.86)	68(97.14)
对照组	70	51(72.86)	7(10.00)	12(17.14)	58(82.86)
χ^2 值					7.937
P值					0.005

2.2 化疗后当天、第3天、第7天胃肠道化疗反应比较 观察组化疗后当天、第3天、第7天胃肠道化疗反应均优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组术后不同时间胃肠道化疗反应比较 [例(%)]

组别	例数	化疗后当天	化疗后第3天	化疗后第7天
观察组	70	64(91.43)	68(97.14)	70(100.00)
对照组	70	51(72.86)	57(81.43)	60(85.71)
χ^2 值		8.230	9.035	10.769
P值		0.004	0.003	0.001

3 讨论

结直肠癌是大肠癌的一种，属于临床中常见的恶性肿瘤。据相关临床资料^[4]显示，我国大肠癌的发病率在随着人口老龄化发展而逐年增加，且男女发病率为1.65:1，而致病因素却并无统一，如生活方式、遗传或大肠腺瘤等方式。此外，高脂肪低纤维素饮食、大肠慢性炎症、大肠腺瘤、遗传因素以及环境因素等均有一定关系，该疾病发展早期并无临床症状，少量患者会存在稍微不适、消化不良、大便潜血等不明显症状。随着癌肿不断发展，则会相继出现腹痛、便血、腹部包块、肠梗阻等明显症状，并伴随贫血、发热以及消肿等全身症状，肿瘤因转移或浸润均会引起受累器官出现病变。

目前，临床皆采用化疗对该疾病进行治疗，但是化疗在杀死肿瘤细胞的同时，不可避免地产生了部分副作用。而胃肠道出现的恶心呕吐反应则是化疗方案最主要的反应之一，恶心属于一种特殊的主观感觉，主要表现为胃部不适和胀满感，且多伴随流涎或反复吞咽动作。呕吐则是胃反射性强力收缩的一种表现，通过胃部、食管、口腔、膈肌和腹肌等多个不同部位协同作用下，促使胃内容物由胃、食管经过口腔快速排出体外，也是临床中最为常见的症状之一。在对其进行缓解时往往会采用西药治疗，如盐酸托烷司琼，主要用于患者术后出现恶心呕吐等症状，给予成人治疗时，将本品5 mg溶于100 mL常用输注液中（如0.9%氯化钠注射液、林格氏液或5%葡萄糖液）在化疗前快速静脉滴注或缓慢静脉推注。而次日及之后治疗时，则可以改为口服，于晨间用生理盐水或葡萄糖溶解后服用。该药物一般耐受性较好，且在推荐剂量下产生的不良反应均为一过性，但是

相对来说，头痛、头昏、便秘、眩晕、疲劳和胃肠功能紊乱如腹痛和腹泻等不良反应的产生均会对患者造成一定程度的影响，在附加化疗对患者机能造成下降的形象，会导致治疗效果严重下降^[5]。

半夏止吐方则是中药制剂，半夏又被称之为地文、守田，是药用植物的一种，具有燥湿化痰、降逆止呕、生用消胀等作用。中医指出呕吐是由于胃失和降、胃气上逆所致的以饮食、痰涎等胃内之物从胃中上涌，自口而出为临床特征的一种病症，且认为有物有声谓之呕，有物无声谓之吐，无物有声谓之干呕，但呕与吐常同时发生，很难截然分开，故多并称为呕吐。而半夏则具有良好止吐效果，且味辛，药性相对温和，并不会对患者造成刺激。据相关中医资料指出，半夏主治湿痰呕吐、冷饮、胸膈胀满、咳喘痰多、反胃、痰厥头痛、头晕不眠等症状，可有效治疗胃气上逆造成的恶心呕吐症状、痰湿中阻造成的胸脘痞闷症状。且制半夏能够通过激活迷走神经出现活动，从而产生镇吐效果。而生半夏则具有催吐效果，强制人体出现呕吐反应。而且，经实验证明，半夏能够有效延长硫酸铜致犬呕吐的潜伏期或不发生呕吐反应，能够拮抗皮下注射盐酸去水吗啡犬的呕吐，证实其作用并不受川乌影响。但是相对来说，半夏属于一种特殊中药，如使用不当则会引起中毒反应，如口舌咽喉痒麻木、味觉消失、言语不清、声音嘶哑、胸闷、流涎、恶心呕吐、腹痛腹泻等表现，在严重时，则会导致人体出现血压下降、喉头痉挛、四肢麻痹、呼吸困难等，甚至会呼吸中枢麻痹而导致死亡。因此，在治疗时必须着重注意该中药的服用方法，科学合理地服用，从而在缓解患者术后胃肠道化疗反应的同时，提高治疗效果。

本研究选用140例行结直肠癌术患者作为研究对象，采用随机数字法分为对照组和观察组，各70例。对照组给予盐酸托烷司琼治疗，观察组则在对照组基础上附加半夏止吐方，观察治疗效果。对比结果显示，观察组治疗总有效率97.14%高于对照组治疗总有效率82.86%；化疗后当天、第3天、第7天胃肠道化疗反应均优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述，在缓解结直肠癌术后胃肠道化疗反应治疗中，半夏止吐方穴位贴敷疗法效果显著，可有效改善其反应，值得临床推广。

参考文献

- [1]沈梅,郁峰.中药穴位贴敷联合托烷司琼治疗结直肠癌术后化疗呕吐反应临床观察[J].中国乡村医药,2014,21(16):55-56.
- [2]王健,安翠,燕彩霞.半夏泻心汤防治结直肠癌化疗患者胃肠道反应效果分析[J].社区医学杂志,2014,12(1):29-30.
- [3]邵惠敏,孙晓丽,孙惠芳.健脾止吐散穴位贴敷配合艾灸防治化疗致胃肠道反应64例[J].中国民间疗法,2016,24(2):40.
- [4]吕选民,姬水英.柴草瓜果篇·第二十二讲·生姜[J].中国乡村医药,2017,24(7):57-58.
- [5]赵晋.中药预防肺癌患者化疗后胃肠道反应临床观察[J].医药卫生·文摘版,2015,21(2):154.

(本文编辑:张文娟 本文校对:杨恒 收稿日期:2017-12-05)

针推并用治疗颈源性高血压 60 例

郭昭昭¹ 祁文胜¹ 李熠铜¹ 张世卿^{2△}

(1 河南中医药大学针推学院, 河南 郑州 450000; 2 河南中医药大学第一附属医院推拿科, 河南 郑州 450000)

摘要:目的 观察八步推拿配合针灸疗法治疗颈源性高血压患者前后血压、临床症状体征的变化, 初步探讨八步推拿法配合针灸的临床疗效。方法 随机选取60例颈源性高血压患者, 运用本疗法治疗, 观察治疗效果。结果 痊愈28例, 显效15例, 有效15例, 无效2例。总有效率为96.67% (58/60)。结论 颈源性高血压是近年来临床多发病, 口服降压效果差, 针对颈部的治疗往往效果较明显。八步推拿配合针灸疗法治疗颈源性高血压确有疗效, 值得进一步推广应用。

关键词: 颈椎病; 高血压; 推拿; 针灸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.050

文章编号:1672-2779(2018)-04-0127-02

Acupuncture and Moxibustion Combined with Massage Therapy in Treating Cervical Hypertension for 60 Cases

GUO Zhaozhao¹, QI Wensheng¹, LI Yitong¹, ZHANG Shiqing²

(1. School of Acupuncture and Massage, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Massage Department, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Objective To observe the changes of blood pressure and the changes of clinical symptoms and signs of patients with cervical hypertension before and after eight step massage combined with acupuncture and moxibustion therapy, and to explore the clinical efficacy of eight step massage combined with acupuncture. **Methods** 60 patients with cervical hypertension were randomly selected and treated with this therapy, and the therapeutic effect was observed. **Results** 28 cases were cured, 15 cases were markedly effective, 15 cases were effective, 2 cases were ineffective, and the total effective rate was 96.67%. **Conclusion** Cervical hypertension is a common disease in recent years, and the effect of oral antihypertensive is poor. The eight step massage combined with acupuncture therapy is the method that the author observed and summarized in clinic, and it has good curative effect in the treatment of patients with cervical hypertension, and is worthy of further popularization and application.

Keywords: cervical spondylopathy; hypertension; massage; acupuncture and moxibustion

颈源性血压异常是指因颈椎骨关节紊乱, 导致颈动脉供血障碍或颈交感神经功能紊乱引起血压波动性异常, 称为颈源性血压异常。其中引起血压升高者, 称为颈源性高血压^[1]。众多的临床和科研报告说明, 高血压和颈椎病之间存在着显著的相关性。这类高血压患者对降压药物普遍不敏感, 而针对颈椎病的相关治疗(如推拿、针刀、牵引)却疗效显著^[2]。笔者运用八步推拿配合针灸疗法治疗颈源性高血压患者60例, 效果显著。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60例均为2016年3月—2017年3月河南中医药大学第一附属医院及第三附属医院门诊患者, 其中, 男32例, 女28例; 年龄25~65岁; 病程最短1月, 最长10年。

1.2 诊断标准 参考2012年《中华中医药学会整脊分会. 中国整脊常见病诊疗指南》^[3] 制定如下诊断标准: (1) 有颈部慢性劳损、疼痛、活动障碍病史。(2) 血压升高和降低与颈椎疼痛同步发作, 患者出现颈部疼痛不适等颈椎病症状时, 血压也产生一定程度的波动。颈部症状缓解时, 血压也随之改变。(3) 颈椎生理曲度

改变, 颈部活动受限, 颈椎棘突或横突偏移、相应棘突压痛; 血压检测, 早期呈波动状态; 中后期持续高压, 且双上肢在卧位、坐位状态下差别较大, 一般大于10 mmHg。(4) X线片检查可见颈椎生理曲度异常, 钩椎关节不对称, 椎间隙变小, 椎骨移位, 椎骨增生, 项韧带钙化或伴有寰枢关节间隙不对称; CT检查: 可有枢椎齿状突偏移, 椎间盘突出或膨出, 相应硬膜囊受压等; MRI检查: 可见椎间盘膨出或突出, 相应硬膜囊受压, 或黄韧带增厚等改变; 经颅多普勒检查显示椎-基底动脉供血不足。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准; 年龄35~65岁; 符合上述诊断标准, 自愿参加临床试验, 并签署知情同意书; 符合肝阳上亢临床症状表现。

1.4 排除标准 合并颈椎骨折; 合并颈椎骨质疏松; III级高血压患者; 原发性高血压、肾性高血压和其他继发疾病引起的高血压。

1.5 治疗方法

1.5.1 八步推拿法 (1) 患者俯卧位, 医者立于患者前方, 从大椎穴起, 沿脊柱两侧向下推动, 至第七胸椎止。反复操作5遍。(2) 以医者拇指按揉双侧肩胛骨内侧缘, 从上至下, 反复操作3~5遍。(3) 施滚法于后背, 重点于大椎至肩峰连线处, 反复操作5~8遍。

(4) 拿揉颈项部,从风池穴起至大椎穴止,反复拿揉,重点操作于风池穴及结节、条索处。(5) 弹拨颈项及肩胛内缘,以医者拇指置于患者竖脊肌一侧,从第一颈椎起弹拨,至第七胸椎止。反复3~5遍。(6) 患者侧卧位,医者立于患者一侧,以拇指点揉风池穴及颈部竖脊肌,反复3~5遍。(7) 患者仰卧位,以右肘弯置于患者下颌,左手置于患者枕部,两者协同向上牵拉患者颈部,持续1~3 min。(8) 两手交替拿揉肩井穴,反复操作5~8遍。

1.5.2 针灸疗法 患者俯卧位,以75%酒精棉球消毒颈部,以1.5寸针灸针刺于颈部风池(双)、天柱(双)、新设(双)、颈部夹脊穴(颈1到颈7)、天宗穴(双)。留针15 min。

以上疗法,日1次,15次为1疗程。

1.6 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]按症状轻重分为四级。痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,症状积分减少>90%;显效:中医临床症状、体征明显改善,症状积分减少>60%;有效:中医临床症状、体征有好转,症状积分减少>30%;无效:中医临床症状、体征无明显改善,甚至加重,血压无改善,症状积分减少<30%。

2 结果

经过1个疗程的治疗,痊愈28例,显效15例,有效15例,无效2例,有效率96.67%,说明针推并用治疗颈源性高血压确有疗效。

3 讨论

颈源性高血压是临床常见病、多发病,临床多将颈源性高血压误诊为原发性高血压,往往延误患者病情,治疗效果差,近几年有报告认为颈椎病是多种慢性病之源^[5]。颈源性血压异常的发病机理目前尚无统一认识。目前公认度较高的大概有两种学说:(1) 交感神经兴奋学说:血管运动中枢的低级部位在延髓网状结构,较高级中枢在下丘脑,更高级的中枢在大脑皮质边缘叶。颈椎病损(尤其是上颈段)刺激颈交感神经(尤其是颈上神经节与颈下神经节),颈内动脉神经与椎动脉神经兴奋性增高,导致下丘脑的后部缩血管中枢与延髓外侧的升压区受到影响,并不断发出异常冲动,引起交感神经兴奋性增高,血管平滑肌收缩增强,血管口径变小,血流阻力增大,而发生高血压。此外,颈交感神经节部分纤维直接发至心脏,形成心浅丛和心深丛,分布到窦房结、房室结、冠状动脉等,并随冠状动脉的分支而至心肌,故当交感神经兴奋性增高时,心跳加快,冠状动脉舒张,可导致血压升高。(2) 椎动脉刺激学说:椎动脉横突段交感神经的应用

解剖,发现来自颈交感干的交感神经在椎动脉横突段周围相吻合,并攀附于椎动脉表面。因此,颈椎椎曲紊乱,椎动脉受刺激,同样会刺激到交感神经,可以说颈源性高血压椎动脉供血问题,也有交感神经紊乱的病变。

古代对于推拿治疗有所论述,如《素问》所载:“颈痛也,不可举,委中痛也足太阳之所过,故取之”。《医宗金鉴》上说:“或有筋急而转摇不甚便利,或有筋纵而运动不甚自如,或有骨节间微有错落不合缝者……惟宜推拿”。《仙授理伤续断秘方》指出可用手法治疗颈椎病,如“拔伸,且要相度左右骨如何出,有正拔伸者,有斜拔伸者”“若骨出向左,则向右边拨入……”。《正骨心法要旨》记载:“但伤有轻重,而手法各有所宜。其愈可之迅速,及遗留残疾与否,皆关手法之所施得宜,或失其宜,或未尽其法也”。《圣济总录》指出:“凡堕跌扑,骨节闪脱,不得入臼,遂致磋跌者,急需以手揣榘,复还枢纽……”,说明外伤所致的关节错位,在治疗上首先要“骨入其位,筋归其槽”。

笔者在临床中观察发现,颈椎病是引起高血压、低血压、血压不稳的重要原因之一,反之高血压会进一步加重颈椎病的症状,两者相互影响,形成恶性循环,导致病情逐渐加重。针对颈椎的局部治疗,可打破这种恶性循环,从而改善患者高血压症状。八步推拿法作用于颈部可改善颈部肌群的高张力状态,改善颈部血液循环,从而起到治疗颈源性高血压的作用。颈椎病患者双侧肩胛骨内侧缘多肌肉痉挛呈条索状,重点施弹拨法、按揉法于此部位,可迅速减轻患者颈性僵痛及头晕等症状。针灸疗法作用于颈部穴位,可疏通经络,平衡阴阳,从而改善患者的症状。两者结合,相得益彰。

推拿与针灸是中医学的外治疗法之一,它根据患者的生理、病理特点,运用各种不同手法刺激患者体表的一定部位或穴位进行治病的一种方法,体现了中医辨证论治与整体观念的两大思想。推拿配合针灸治疗颈性高血压疗效肯定,值得进一步推广与应用。

参考文献

- [1] 韦以宗. 中国整脊学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 677-678.
- [2] 董福慧. 临床脊柱相关疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 322-323.
- [3] 中华中医药学会整脊分会. 中国整脊常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 52-54.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 207-209, 210-214.
- [5] 潘之清. 关于颈源性疾病的临床认识与研究[J]. 中国临床康复, 2004, 8(23): 4825-4826.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 张世卿 收稿日期: 2017-11-17)

中医综合疗法保守治疗脊髓型颈椎病 18 例

赖春柏 郭琴 黄艳 谢能翔 王强 刘翠青

(赣州市中医院针灸康复科, 江西 赣州 341000)

摘要:目的 观察中医综合疗法保守治疗脊髓型颈椎病的临床疗效。方法 对18例患者,采用针刺、电针、热敏灸、推拿及电脑中频等综合疗法保守治疗。结果 18例患者中,痊愈1例,显效7例,好转8例,无效2例,总有效率88.89% (16/18)。

结论 中医综合疗法保守治疗脊髓型颈椎病的临床疗效确切。

关键词: 脊髓型颈椎病; 针刺; 热敏灸; 推拿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.051

文章编号:1672-2779(2018)-04-0129-02

Traditional Chinese Medicine Comprehensive Therapy in the Conservative Treatment of Cervical Spondylotic Myelopathy for 18 Cases

LAI Chunbai, GUO Qin, HUANG Yan, XIE Nengxiang, WANG Qiang, LIU Cuiqing

(Department of Acupuncture and Rehabilitation, Ganzhou City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Ganzhou, 341000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of conservative treatment of cervical spondylotic myelopathy with TCM comprehensive therapy. **Methods** 18 patients were treated with acupuncture, electroacupuncture, thermosensitive moxibustion, massage and computer intermediate frequency combined therapy. **Results** Among 18 cases, 1 case were cured, 7 cases were markedly effective, 8 cases were improved, 2 cases were ineffective, and the total effective rate was 88.89%. **Conclusion** The traditional Chinese medicine comprehensive therapy of in the conservative treatment of cervical spondylotic myelopathy has definitely clinical curative effect.

Keywords: cervical spondylotic myelopathy; acupuncture; thermosensitive moxibustion; massage

脊髓型颈椎病 (cervical spondylotic myelopathy, CSM) 是由于颈椎间盘退变及其继发性病理改变刺激或压迫脊髓, 导致脊髓功能障碍的一系列综合征, 致残率较高^[1-2]。笔者自2013年5月—2017年10月采用中医综合疗法保守治疗CSM 18例, 取得较满意的疗效, 现临床报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 18例患者均符合CSM的诊断标准, 其中男10例, 女8例; 年龄44~75岁, 平均51.5岁; 病史最短为半月, 最长3年余, 6个月以内者7例, 6个月至1年者10例, 1年以上者1例。

1.2 诊断标准 参照第一、二届全国颈椎病专题座谈会纪要^[3-5]和国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》^[6]进行诊断。均具有典型的CSM临床表现且与影像学所见相符。

1.3 治疗方法

1.3.1 针刺与电针治疗 (1) 颈肩部穴位: 采用华佗牌一次性针灸针, 规格0.25 mm×25 mm, 取穴: 颈椎骨质增生、颈椎间盘突出或相应病变节段及上下相邻节段棘突下的督脉穴与棘突旁的颈夹脊穴、风池、翳风、颈百劳、肩井、大椎, 直刺进针0.3~0.8寸, 得气后双侧风池、肩井穴上通以华佗牌电针仪SDZ-II型, 输以连续波, 电流大小以患者能耐受为度, 留针25 min。

(2) 四肢穴位: 采用华佗牌一次性针灸针, 规格0.25 mm×40 mm, 上肢取穴: 肩髃、臂臑、曲池、手

三里、外关、合谷; 下肢取穴: 风市、梁丘、足三里、阳陵泉、悬钟、太溪、太冲; 偏实证者曲池、外关、阳陵泉、太冲针用泻法, 余穴平补平泻; 偏虚证者加肾俞、肺俞、肝俞, 针用补法, 足三里、阳陵泉、太溪用补法, 余穴平补平泻; 得气后留针25 min, 3~5 min行针1次。以上治疗每日1次。

1.3.2 热敏灸治疗 (1) 灸材选择 所有热敏灸治疗艾条采用本院药剂科生产的艾条, 规格: 直径2.2 cm, 长16 cm。(2) 热敏穴位探查: 在颈项部双侧翳风、肩井穴为界的区域、腰背部太阳经循行区域或肢体探查2~4个热敏穴。(3) 灸量: 热敏穴行悬灸治疗, 灸至热敏感消失为度。热敏灸治疗每日1次。

1.3.3 推拿治疗 (1) 放松双侧颈肩部肌肉: 患者取侧卧位, 术者立于床头。①用拇指、大小鱼际及掌根按揉法配合弹拨法沿太阳经、督脉和少阳经, 由肩峰至后枕部往返操作共10~15 min。②拇指点按天宗、大杼、风池、肩井约3~5 min。

(2) 牵拉患者颈部: 患者取仰卧位, 术者立于床头。一手虎口托住病人下颌骨, 另一手虎口及手掌托住后枕部, 术者身体微向后倾斜, 利用身体的力量牵拉患者的颈部约2~3 min。

(3) 放松腰背部及四肢: ①患者取仰卧位, 五指捏拿双上肢, 约5 min。②患者取俯卧位, 用大小鱼际及掌根按揉法配合弹拨法沿腰背部及双下肢太阳经由上至下往返操作10 min, 揉肝俞、肾俞、脾俞、八髎、

环跳、风市穴约5~10 min。以上治疗每日1次。

1.3.4 电脑中频治疗 采用奔奥BA2008-III型电脑中频治疗仪,在患者双侧大杼穴上放置电极,采用颈椎病处方,每次20 min,每日1次。

1.4 疗效评定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]制订。治愈:临床症状及体征完全消失,功能恢复正常;显效:临床症状消失或明显改善,体征明显好转,功能基本恢复正常;好转:临床症状、体征减轻,但仍遗留部分症状、体征及功能障碍;无效:治疗前后症状及体征无改变。

2 结果

2.1 临床疗效 脊髓型颈椎病患者18例,痊愈1例,显效7例,好转8例,无效2例,总有效率达88.89%。

2.2 临床常见症状和体征改善情况

表1 临床常见症状和体征改善情况

症状和体征	治疗前(例)	治疗后(例)	好转率(%)
颈部活动不利	16	3	81.25
四肢麻木或疼痛	17	4	76.47
四肢肌力下降	18	7	61.11
四肢肌张力增高	18	6	66.67
上肢功能障碍	18	4	77.78
行走障碍	12	3	75.00
二便障碍	6	2	66.67

由表1看出,中医综合疗法对改善颈部活动不利、四肢麻木或疼痛及上肢功能障碍等症状具有较好的临床效果。

3 讨论

CSM在1952年由Brain等^[7]首先报道。临床较为常见,占有颈椎病的10%~15%^[8],病变多累及C5~C6节段^[9]。由于临床很多无明显外伤史的CSM患者发病隐匿,且头晕、肢体麻木等症状不易与其他疾病相鉴别,因此早期诊断不容易,多数患者就诊时病程已较长或症状已较明显。脊柱外科多建议采用手术治疗,虽然手术可有效缓解神经根、脊髓受压症状,但术后并发症较多。Kadaňka等^[10]通过64例CSM患者10年的随访研究发现,手术治疗的远期疗效并不优于非手术疗法。因此,很多患者诊断初期因恐惧手术的风险,而选择保守治疗。

CSM属于中医“痿证”“痹证”“眩晕”“项强”“痉证”等范畴,多由机体脉络瘀滞、肝肾亏虚、正气不足、筋骨失养等原因所致。中医综合保守治疗常采用针刺、艾灸、推拿、电脑中频等疗法。缺血是

CSM主要发病机制,Brain等^[11]通过动物研究第一次报道。采用颈椎和全身的整体推拿和针灸,不仅可改善颈椎局部的动力学平衡程度,有效促进脊髓受损节段的血液循环及代谢的能力,并能更好地调整四肢肌肉的收缩舒张功能^[12]。从神经解剖学分析,督脉深处有脊髓神经中枢,夹脊穴附近有相应的脊神经后支伴行。针刺督脉穴位、夹脊穴位,改善局部血液循环,对损伤区域毛细血管通透性有调节作用^[13]。热敏灸疗法综合灸火的热力及艾叶的药性,通过经络的传导使灸感直达病所,消瘀散结,温经通络,祛除风寒湿邪,从而达到治疗作用^[14]。现代医学认为艾灸可使微血管扩张,血流加快,痉挛缓解^[15]。热敏灸疗法的关键在探寻敏化的穴位,极易激发循经感传,使气至病所而大幅度提高临床疗效^[16]。

综上所述,针刺、电针、推拿、热敏灸等中医综合疗法治疗CSM疗效显著,但不适用于有明显外伤史的急性中度、重度及已采用保守疗法治疗后病情加重或反复的患者。本研究观察病例数有限,缺乏大样本的随机对照研究,因此有待扩大临床研究范围进一步研究观察。

参考文献

- [1]谢冲,金格勒,李忠伟,等.颈前路与后路内固定系统置入治疗多节段脊髓型颈椎病的Meta分析[J].中国组织工程研究,2014,18(17):2762-2769.
- [2]吴宏,胡世平,汤发强,等.ACCF、ACDF治疗脊髓型颈椎病疗效及安全性比较Meta分析[J].山东医药,2014,54(34):41-43.
- [3]赵定麟.颈椎病主题座谈会纪要[J].中华外科杂志,1984,22(12):719-722.
- [4]赵定麟.颈椎病主题座谈会纪要(续)[J].中华外科杂志,1985,23(1):57-60.
- [5]孙宇,陈琪福.第二届颈椎病主题座谈会纪要[J].中华外科杂志,1993,31(8):472-476.
- [6]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:186.
- [7]BRAIN WR, NORTHFIELD D, WILKINSON M. The neurological manifestations of cervical spondylosis[J]. Brain, 1952, 75(2): 187-225.
- [8]唐华民,肖增明.脊髓型颈椎病病因学研究[J].医学综述,2007,13(9):712-714.
- [9]Northover JR, Wild JB, Braybrooke J, et al. The epidemiology of cervical spondylitic myelopathy[J]. Skeletal Radiol, 2012, 41(12): 1543-1546.
- [10]Kadaňka Z, Bednarík J, Novotný O, et al. Cervical spondylitic myelopathy: conservative versus surgical treatment after 10 years [J]. Eur Spine J, 2011, 20(9): 1533-1538.
- [11]Baptiste DC, Fehlings MG. Pathophysiology of cervical myelopathy[J]. Spine J, 2006, 6(6 Suppl): 190S-197S.
- [12]刘波,王玉琦,于晓刚.脊髓型颈椎病中医药综合治疗26例临床研究[J].中医药学报,2001,29(3):29-30.
- [13]尹桂岭,刘艳华.针刺治疗截瘫13例分析[J].中国误诊学杂志,2006,6(21):4262-4263.
- [14]熊淑英,李旭军.热敏灸加颈围固定治疗椎动脉型颈椎病的观察及护理[J].实用中西医结合临床,2010,10(3):76.
- [15]赖春柏,蔡加.热敏灸结合仰头摇正手法治疗颈性眩晕临床研究[J].赣南医学院学报,2016,36(6):898-901.
- [16]田宁.热敏灸疗法在痛症中的临床应用[J].临床医学工程,2009,16(7):107-108.

(本文编辑:张文娟 本文校对:朱小明 收稿日期:2017-11-23)

针刺治疗中风后遗症偏瘫 53 例

李双秋

(沈阳市第五人民医院中医康复科, 辽宁 沈阳 110023)

摘要:目的 研究中医针灸治疗中风后遗症偏瘫的临床效果。方法 选取2015年12月—2016年6月患有中风后遗症偏瘫的106例患者随机分为2组。观察组53例患者采用康复治疗结合中医针灸的方法进行治疗。对照组53例患者则仅采用康复的方法进行治疗。治疗7周后, 比较2组患者治疗后的总有效率以及治疗前后神经功能损伤的改善情况。结果 观察组脑中风患者的总有效率为94.34%, 明显优于对照组的75.47%, 并且观察组治疗后神经功能损伤的改善情况也明显优于对照组, $P < 0.05$ 。结论 在临床常规治疗方法上结合中医针灸治疗中风后遗症偏瘫的临床效果显著, 患者满意度高, 因此适于临床推广。

关键词: 针刺疗法; 中风后遗症; 偏瘫

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.052

文章编号:1672-2779(2018)-04-0131-02

Acupuncture in the Treatment of Stroke Sequela Hemiplegia for 53 Cases

LI Shuangqiu

(Department of TCM Rehabilitation, Shenyang City Fifth People's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110023, China)

Abstract: Objective To study the clinical effect of acupuncture and moxibustion on stroke sequela hemiplegia. **Methods** A total of 106 patients admitted to our hospital from December 2015 to June 2016 with stroke sequela hemiplegia were randomly divided into two groups. The observation group of 53 patients in this group was treated by clinical rehabilitation therapy combined with traditional Chinese medicine acupuncture. The control group of 53 patients was treated only with clinical rehabilitation methods. After seven weeks of clinical specialty treatment, the two groups of patients were compared after treatment, the total effective rate and improvement of neurological impairment before and after treatment, the two sets of data were compared. **Results** After a professional clinical comparison, the total effective rate of the stroke patients in the observation group was 94.34%, which was significantly better than that of the control group (75.47%). The improvement of neurological impairment in the observation group was also significantly better than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The clinical efficacy of traditional Chinese medicine acupuncture and moxibustion in the treatment of stroke sequelae hemiplegia is significant. The satisfaction of harvesting patients is high, so it is suitable for clinical promotion.

Keywords: acupuncture therapy; stroke sequela; hemiplegia

中风, 又称脑卒中, 是临床上一种由于脑部的血液流通问题而引起的脑血管方面的急性疾病^[1]。该病的症状包括很多方面, 比如突然性的昏倒、脸部嘴角发生歪斜、说话不方便等半身不遂的症状^[2]。该病的发病率以及致死率都极高, 同时产生很多并发症, 因此该病会极大地影响患者的生活、工作等方面, 同时由于中风严重患者需要及时的治疗和护理, 因此也加深了家庭的负担^[3]。临床通常采用康复方法治疗患者, 在本次研究中, 采用中医针刺的方法进行治疗, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年12月—2017年6月我院106例经临床专业医生确诊为中风并有后遗症偏瘫的患者, 随机分为对照组和观察组, 对照组53例, 观察组53例。2组患者中男68例, 女38例; 其中对照组患者年龄33~66岁, 平均(47.0±5.0)岁; 患病时间1~3年, 平均(1.5±0.5)年。观察组患者年龄36~64岁, 平均年龄(46.0±6.0)岁; 患病时间, 最短7个月,

最长3年, 平均(1.5±0.5)年; 通过比较, 2组患者临床资料比较差异没有统计学意义, $P > 0.05$, 有可比性。

1.2 排除标准 (1) 对研究所采用的康复手段产生抵触心理; (2) 患者由于自身身体状况(神经异常)不能进行手术。

1.3 纳入标准 (1) 患者经我院医生确诊为中风后遗症偏瘫; (2) 患者在阅读知情书的情况下自愿签写同意书参与研究的患者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 采用康复的方法进行治疗。偏瘫的患者由于长时间的坐卧, 部分肌肉会发生萎缩或者是坏死的情况。因此应该根据患者的各自身体情况制定相应的康复计划。(1) 肢体运动方面: 让患者通过运动来抑制肌肉神经功能的退化, 积极进行起立的练习、身体平衡的练习等。(2) 说话能力: 一部分中风的患者会出现语言方面的问题, 根据患者语言功能的丧失程度, 制定合理的恢复方针。这部分内容主要包括一些

声带的发音、耳朵的听力等。在这两个方面对患者所制定的计划应该遵循循序渐进的规律,即从少到多、从简单到复杂。以此来提高患者的肢体、语言和听力方面的能力。

1.4.2 观察组 在对照组康复方法的基础上采用中医针刺的方法进行治疗。主要选用一些通经脉、促进患者血液流动、改善语言和听力方面的穴位,用毫针对该穴位行针,最后留针0.5 h左右。

1.5 观察指标及疗效标准 痊愈:经过治疗之后,患者的中风后遗症的并发症显著减轻,神经功能的缺损明显修复;显效:经过治疗之后,患者的中风后遗症的并发症减轻幅度中等,神经功能的缺损部分修复;无效:经过治疗之后,患者的中风后遗症的并发症没有减轻的趋势,神经功能的缺损没有修复,并且患者的病情加重。

1.6 统计学方法 数据用SPSS 20.0统计分析,患者病情的各项指标测定用($\bar{x}\pm s$)表示,患者病情的总有效率用(%)表示, $P<0.05$ 为差异有统计学的意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗后的总有效率比较 经过7周治疗后,观察组的总有效率为94.34%,明显高于对照组的75.47%, $P<0.05$,见表1。

表1 2组总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	53	28(52.83)	12(22.64)	13(24.53)	40(75.47)
观察组	53	34(64.15)	16(30.19)	3(5.66)	50(94.34)*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 2组患者治疗后神经功能损伤的改善情况比较 经过7周治疗后,观察组神经功能损伤的改善情况明显优于对照组, $P<0.05$,见表2。

表2 2组患者治疗后神经功能损伤的改善情况 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	神经功能评分
对照组	53	治疗前	17.52 ± 5.25
		治疗后	8.24 ± 6.25
观察组	53	治疗前	17.62 ± 6.51
		治疗后	4.84 ± 5.93*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

由于中风会产生很多的并发症影响患者的生活^[5]。因此在平常的生活、工作等方面,我们要进行积极地预防。预防主要分为3个阶段:(1)如果来医院就诊的患者出现突然性的昏倒、口眼喎斜、说话不方便等

症状,但是没有检测到患者有脑血管方面的疾病,将这种患者视为第1层预防的对象,应该定期到医院进行身体各项指标的检测,以便能够及时发现并进行治疗。

(2)到医院的患者已经出现上述所描述的并发症并产生脑部暂时性缺血,即为第2层预防的患者。(3)已经确诊患有中风并且在本院开始进行初步治疗的患者定义为第3层预防。

临床上对于中风后遗症经常采用的方法就是对患者进行康复训练,但是该种方法的恢复率较低并且恢复的时间较长^[6]。因此,我院开始探索在康复训练的基础上根据每位患者的身体情况对相应的穴位进行针刺。这样在保证康复训练疗效的基础上又结合穴位针灸的方法,使患者中风后的各种并发症更为显著地减轻。针刺是中医的一项瑰宝,针刺能够促进骨头损伤患者的恢复、改善人体的血液循环系统、调节患者神经系统的功能、促进人体的消化等作用。该项治疗方法主要是根据患者的症状找到相应的穴位,从而达到在康复训练的基础上能够更加迅速地促使患者恢复。针刺本身能够对患者的身体产生一系列物理方面的刺激,从而改善患者脑部的血液流动以及身体肌肉萎缩和神经功能损伤的功能^[7-8]。本研究显示,经过7周治疗后,观察组的总有效率为94.34%,明显高于对照组的75.47%,并且观察组的神经功能损伤的改善情况明显优于对照组。因此,中医针刺对于治疗中风后遗症偏瘫的临床效果显著。

参考文献

- [1]杨振华.中医针灸结合康复治疗中风偏瘫的临床效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(4):123-124.
- [2]徐玉春.针灸联合康复训练治疗脑中风后遗症患者的临床表现探讨[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(35):166-167.
- [3]易中华.中医针灸治疗中风后遗症的临床效果[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(35):177,181.
- [4]王劲峰.中医针灸结合康复治疗中风偏瘫临床研究[J].亚太传统医药,2015,11(2):91-92.
- [5]Shelbourne KD, Brueckmann FR. Rush-pin fixation of supracondylar and intercondylar fractures of the femur. J Bone Joint Surg Am,2010,64(2):161-169.
- [6]彭芍堃.针灸治疗中风偏瘫后遗症的临床疗效观察[J].中医临床研究,2015,7(10):61-62.
- [7]宋聪琳,邢晓东.浅析中医针灸结合康复治疗中风偏瘫的临床效果观察[J].中国卫生标准管理,2016,1(23):132-133.
- [8]王福兰,胡小军.探讨中医针灸配合运动疗法在治疗中风后遗症的疗效[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(41):8111.

(本文编辑:张文娟 本文校对:吴伟 收稿日期:2017-12-05)

耳穴压豆配合艾灸治疗慢性支气管炎 30 例

曾笑影

(南昌市中西医结合医院呼吸内科, 江西 南昌 330003)

摘要:目的 观察耳穴压豆配合艾灸治疗慢性支气管炎的临床疗效。方法 将收治的60例慢性支气管炎患者随机分为对照组和实验组, 对照采用组常规西医治疗及护理, 实验组在常规西医治疗及护理的基础上运用耳穴压豆与艾灸治疗, 连续治疗1周为1疗程。结果 试验组总有效率明显高于对照组, 2组总有效率比较 $P<0.05$ 。结论 运用耳穴压豆配合艾灸治疗慢性支气管炎, 有利于缓解患者咳嗽症状, 提高肺功能。

关键词:耳穴压豆; 艾灸; 慢性支气管炎; 咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.053

文章编号:1672-2779(2018)-04-0133-02

Auricular Pressure Combined with Moxa Stick Moxibustion in the Treatment of Bronchial Asthma for 30 Cases

ZENG Xiaoying

(Department of Respiration, Nanchang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330003, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effects of auricular pressure combined with moxa stick moxibustion in the treatment of chronic bronchitis. **Methods** 60 cases of chronic bronchitis patients were randomly divided into control group and experimental group. The control group received routine Western medicine treatment and nursing. The experimental group was treated with auricular pressure and moxa stick moxibustion on the basis of routine Western medicine treatment and nursing. Continuous treatment for 1 week was a course of treatment. **Results** The total effective rate of the experimental group was significantly higher than of the control group. **Conclusion** of the total effective rate between the two groups has $P<0.05$. Conclusion Auricular pressure combined with moxa stick moxibustion in the treatment of chronic bronchitis is helpful to relieve cough symptoms, and improve lung function.

Keywords: auricular pressure; moxa stick moxibustion; chronic bronchitis; cough with asthma

慢性支气管炎是支气管黏膜及周围组织的慢性特异性炎症。临床以咳嗽、咳痰或伴有喘息为主要症状, 随着病情进展, 可并发慢性阻塞性肺气肿、肺源性心脏病等。随着我国人口老龄化的加剧, 慢性支气管炎发病率逐年上升, 且年龄越大患病率越高, 相关流行病学调查报告, 60岁以上老年人发病率高于30~40岁的6~7倍^[1]。慢性支气管炎属中医“咳嗽”“喘证”“痰饮”等病的范畴^[2], 患者多有咳痰、慢性咳嗽、喘息等症状, 中医以辨证论治及经络学说为基础, 采用耳穴压豆及艾灸治疗上述症状具有显著效果, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年10月—2017年10月年在我科住院符合慢性支气管炎诊断的患者60例。其中男47例, 女13例; 年龄60~89岁, 平均年龄(77.2±4.8)岁; 将上述患者按随机数字表法分为试验组和对照组, 每组各30例。2组患者基本资料无统计学差异, 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《内科学》^[3]慢性支气管炎标准。中医诊断及辨证标准参照《中医病症诊断疗效标准》^[4]及《中医内科学》^[5]。

1.3 纳入标准 (1) 咳逆有声, 或伴有咽痒咳痰; (2) 咳嗽, 每因外感反复发作, 病程较长, 咳伴喘。(3) 经影像学检查、胸部X线片检查显示肺部纹理紊乱, 符合慢性支气管炎诊断标准的患者。(4) 无严重脏器功能障碍、药物过敏史患者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 西医常规治疗: 给予0.9%氯化钠注射液100 mL+头孢噻肟钠3 g静脉滴入, 每12 h 1次; 0.9%氯化钠注射液100 mL+甲强龙40 mg+注射用多索茶碱0.3 g静脉滴入, 每天1次; 0.9%氯化钠注射液100 mL+注射用多索茶碱0.3 g静脉滴入, 每晚1次; 吸入硫酸沙丁胺醇气雾剂, 1吸/次, 1~2次/d, 持续低流量吸氧1~2 mL/min。

1.4.2 试验组 西医常规治疗基础上运用耳穴压豆及艾灸治疗。

1.4.2.1 耳穴压豆 取穴神门、肺、气管、肾上腺、肝, 对耳廓进行全面评估, 观察有无脱屑、硬结等, 双耳用酒精棉球消毒并消毒后, 取耳穴阳性反应点, 将王不留行籽用胶布粘贴对准耳部穴位贴压固定, 用食指、拇指采用揉、按、捏、压等方法使患者感到麻木或疼痛, 疼痛以耐受为度, 并嘱患者自行按压每日3~5次, 每次4~5 min, 隔日更换对侧耳穴, 两耳交替, 疗程为1周。

1.4.2.2 艾灸 选穴: 天突(人体颈部正中线上, 胸骨上窝中央)、膻中(两乳头之间, 胸骨中线上, 平第四肋间隙)、大椎(人体的颈部下端, 第七颈椎棘突下凹陷处)、风门2个(第二胸椎棘突下旁开1.5寸)、肺俞穴2个(第三胸椎棘突下旁开1.5寸)等穴位; 施灸方法: 选取艾条(汉医牌温灸纯艾条, 规格18 mm×200 mm), 将其点燃, 施灸者将点燃的艾条距离穴位处2~3 cm悬灸, 以局部稍红为度, 每个穴位灸5~10 min, 然后更换穴位, 每天1次, 疗程为1周。

1.4.2.3 注意事项 ①病室要求安静舒适,空气清新,定时通风换气。②患者选择舒适的体位,耳廓皮肤有炎症或冻伤者不宜采用耳穴压豆,患者感觉局部酸胀,有温热感为得气。③施灸期间注意观察施灸部位,对于感觉迟钝的患者尤其要防止烧伤。④灸后0.5 h内不用冷水洗手或洗澡,不能直接吹风。⑤治疗期间忌生冷、肥甘厚腻之品,忌烟酒,过饥、过饱、酒醉禁灸。

1.5 观察指标 观察2组患者7 d后治疗效果及总有效率。

1.6 疗效评价标准 临床控制:咳、痰、喘症状和肺部哮鸣音消失;显效:咳、痰、喘症状基本消失,肺部哮鸣音明显减轻;有效:咳、痰症状明显好转,喘症基本平息,肺部哮鸣减轻;无效:咳、痰、喘症状和肺部哮鸣音较前无改善或加重。

1.7 统计学方法 2组治疗后疗效比较采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

经过治疗,2组治疗效果比较差异有统计学意义。

表1 2组治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
试验组	30	11	9	8	2	28(93.33)
对照组	30	2	5	9	14	16(53.33)

3 讨论

慢性支气管炎发病机制较复杂,发病原因尚不明确,可能是由多种因素长期相互作用而导致发病,包括感染、免疫、长期吸烟、年龄等因素。慢性支气管炎在中医范畴多属于“咳嗽”,严重者属于“喘证”,其发作多由外感诱发,外邪侵袭肺系,以致肺气郁滞、肺失宣肃。痰湿壅阻于肺,使肺气不得宣降,故症见咳嗽痰多、动则咳嗽加剧、气喘痰鸣^[9]。

人体脏腑通过经络与耳廓有密切联系,耳廓分布着丰富的血管和神经,耳穴贴压肺穴可调畅气机,使气机升降有序,宣发肃降正常;神门穴是治疗过敏性疾病有效穴位;肾上腺穴具有止咳、平喘之功效,通过刺激耳部神门、肺、气管、肾上腺、肝等穴位,而达到宣肺疏风、止咳平喘的作用。中医认为艾条能活气血、祛寒湿。根据《本草纲目》中的记载:“艾叶苦辛,生温熟热,纯阳之性,能回垂绝之阳,通十二经,走三阳,理气血,逐寒湿”^[10]。天突归属任脉,有缓解治疗咳嗽、哮喘、失音等作用;膻中有舒缓胸闷、咳逆、气喘、气短等作用;大椎穴主治咳嗽、喘逆、中暑、热病等;风门主治头痛发热、伤风咳嗽、胸背痛、项强等;肺俞穴主治咳嗽、气喘、咳血、鼻塞等症,艾灸燃烧时产生的热量通过经络系统,可驱散寒邪,助肺恢复宣发肃降之功^[8]。

本研究证实,试验组咳、痰、喘症状治疗效果优于对照组($P<0.05$),耳穴压豆配合艾灸治疗慢性支气管炎,效果显著,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1]韩正贵,李君豪,崔小红.射干麻黄汤治疗老年慢性支气管炎急性发作临床疗效研究及机制探讨[J].辽宁中医杂志,2017,44(3):531-534.
- [2]徐树华,折哲,熊必丹.清肺颗粒治疗慢性支气管炎痰热郁肺证的临床研究[J].辽宁中医杂志,2016,43(4):747-749.
- [3]王吉耀.内科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:31-35.
- [4]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012:2-3.
- [5]周仲瑛.中医内科学[M].9版.北京:中国中医药出版社,2013:88-96.
- [6]盛正和,黄艳霞,张剑飞,等.穴位埋线配合加味温胆汤治疗痰湿型慢性支气管炎临床观察[J].辽宁中医杂志,2016,43(3):609-611.
- [7]谢徽录.耳穴压豆联合艾灸疗法治疗妇科腹腔镜术后肩背痛的效果[J].黑龙江医学,2016,40(2):178.
- [8]肖丹.通宣理肺丸结合艾灸治疗风寒咳嗽的临床研究[J].医药与保健,2015,23(4):74-75.

(本文编辑:张文娟 本文校对:涂长英 收稿日期:2017-11-14)

(上接第75页)炒僵蚕12 g,钩藤30 g,天麻10 g,甘草10 g。10付,水煎分早晚温服。

此后以上方加减,连服1年,患者胞轮振跳基本消失,面色红润,身健有力。

按:胞睑属肉轮,内应脾胃,脾主肌肉,运化水谷精微以濡养眼睑肌肉,维持其正常生理活动。患者年老体弱,后天之本运化不及,气血生成匮乏,不能供养胞睑肌肉,又血不养心,夜寐不安,加剧阴血的消耗。《黄帝内经》云:“肝体阴而用阳”,肝木得不到充足的阴血濡养,内风自起,胞轮跳动不止。治疗上健脾养血为本,柔肝熄风为标,治本为主,标本兼顾。方中黄芪、白术、茯苓、龙眼肉甘温养胃,健脾益气;当归、熟地黄、白芍滋阴养血,柔肝熄风;炒僵蚕、钩藤、天麻熄风解痉以治标;防风既治内风,又善治外风,为风中之润药,祛邪而不伤阴,甘草调和诸药。诸药合用,标本同治,则脾运健,血脉充,

筋脉柔,风自停。

《黄帝内经》云:“诸风掉眩皆属于肝”,无论内风外风,皆责之于肝。《内经》又云:“正气存内,邪不可干,邪之所凑,其气必虚”,正气亏虚乃是疾病发生的根本。脾气亏虚,升清无力,生化乏源,不能濡养在上的目窍,这是疾病之本,此时外风常常引动内风,内外风合而伤人,所致疾病病情复杂,治疗棘手。祛风法在眼科应用广泛,临床治疗应分清内风外风,虚实标本,实则泻其标,虚则补其本,标本同治。又风邪易兼杂他邪致病,治疗上应全面掌握疾病资料,随症加减,才能取得更好的临床疗效。

参考文献

- [1]周尚昆,钟舒阳,王慧娟,等.唐由之研究员治疗风牵偏视的临床经验[J].中国中医眼科杂志,2010,20(2):94-95.
- [2]彭清华.中医眼科学[M].北京:中国中医药出版社,2014:194-197.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张艳 收稿日期:2017-11-13)

中药足浴联合穴位贴敷 提高胃癌患者术前睡眠质量的临床效果

刘冰

(中国医科大学附属第一医院胃肠肿瘤外, 辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 探讨中药足浴联合穴位贴敷对胃癌患者术前睡眠质量的影响。方法 将本院收治的62例拟行手术治疗的胃癌患者随机分为2组(各31例),对照组在术前实施常规护理,研究组在对照组的基础上增加中药足浴、穴位贴敷,对比2组患者术前的睡眠情况。结果 研究组术前1d的睡眠质量分级与术前5d相比明显降低,且与对照组比较有显著性差异($P<0.05$);研究组患者术前1d,在夜间苏醒、入睡时间、白天身体功能、总睡眠时间、总睡眠质量方面的评分及总评分均显著低于对照组($P<0.05$)。结论 胃癌患者术前进行中药足浴和穴位贴敷有助于改善患者术前的睡眠质量。

关键词:睡眠质量;穴位贴敷;中药足浴;胃癌

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.054

文章编号:1672-2779(2018)-04-0135-02

The Clinical Effect of Chinese Herbal Medicine Foot Bath Combined with Acupoint Application on Improving the Preoperative Sleep Quality of Patients with Gastric Cancer

LIU Bing

(Department of Gastrointestinal Neoplasms, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of Chinese herbal medicine foot bath combined with acupoint application on the quality of sleep in patients with gastric cancer. **Methods** The records of 62 cases in our hospital received surgical treatment of gastric cancer patients were randomly divided into two groups, with 31 cases in each group. The control group received routine nursing before operation, and the study group was given Chinese herbal medicine foot bath combined with acupoint application on the basis of the control group. The preoperative sleep quality was compared. **Results** The sleep quality grade of the study group was significantly lower than that of the control group on the 1st day before operation and 5 days before operation, and there was significant difference between the study group and the control group ($P < 0.05$). The scores and total scores of the patients in the study group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). 1 day before operation, at night wake up, sleep time, daytime body function, total sleep time, total sleep quality and total sleep quality. **Conclusion** it is helpful to improve the sleep quality of patients before operation. **Keywords:** sleep quality; acupoint application; Chinese herbal medicine foot bath; gastric cancer

胃癌是临床常见的一种消化系统恶性肿瘤,好发于中老年人群,具有较高的死亡率。目前,根治手术是治疗胃癌的常用手段,但多数胃癌患者在术前都会因过度担心手术效果而产生负性情绪,从而在术前出现烦躁、失眠等现象,进而对手术造成不利影响^[1]。本院为改善胃癌患者术前的睡眠质量,对患者实施了穴位贴敷与中药足浴,现将其应用效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院在2016年7月—2017年7月收治的62例胃癌患者作为研究对象。纳入标准:经病理检查确诊为胃癌^[2];择期行胃癌根治术;年龄18~65岁;预计生存期不低于3个月;患者自愿参与研究,并签署了知情同意书。使用随机数字表法分为2组(各31例),对照组男18例,女13例;年龄45~64岁,平均(55.8±6.3)岁。研究组男16例,女15例;年龄44~65岁,平均(56.3±7.2)岁。本研究通过了医院伦理委员会批准,组间基线资料接近($P>0.05$)。

1.2 排除标准 伴有严重肾脏、心血管、肝脏或血液系

统疾病者;年龄>65岁或<18岁者;精神病人;意识障碍者;不接受穴位贴敷者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 患者术前实施常规护理,包括:营养支持;说明手术流程,讲解手术注意事项;集中护理操作,减少声音刺激;对患者进行心理宽慰;夜间按时熄灯等。

1.3.2 研究组 患者在常规护理基础上,增加中药足浴与穴位贴敷。**①中药足浴:**在患者每日睡前进行中药足浴。取酸枣仁180g,天冬、白芍、麦冬各20g,桂枝、肉桂、黄连各10g,加清水2L,浸泡30min后加热煮沸,沸后转小火熬煮1h。带药液水温降至40~50℃,倒入足浴桶中,患者放入双足进行浸泡、搓洗,药液需没过患者脚背,一边浸泡一边添加药液,使温度始终维持在40~50℃,浴足时间20~30min。于术前5d开始足浴,每日1次。**②穴位贴敷:**将吴茱萸研磨成粉,取5g吴茱萸粉加少量白醋调和成膏状,将药膏涂抹在方形纱布(6cm×6cm)上,然后将纱布贴于涌泉穴处,

表1 2组患者术前1 d的失眠量表评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	夜间苏醒	入睡时间	白天情绪	白天思睡	白天身体功能	总睡眠时间	总睡眠质量	总评分
研究组	31	0.88 ± 0.34	1.03 ± 0.14	1.41 ± 0.33	1.26 ± 0.11	0.76 ± 0.14	1.08 ± 0.24	0.87 ± 0.32	7.29 ± 2.15
对照组	31	1.26 ± 0.47	1.82 ± 0.36	1.46 ± 0.35	1.29 ± 0.62	1.18 ± 0.74	1.46 ± 0.67	1.23 ± 0.36	9.70 ± 3.62
<i>t</i> 值		3.647	11.387	0.579	0.265	3.105	2.973	4.161	3.187
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

以胶布固定。操作者使用双手大拇指对穴位进行按压, 力度以有酸胀感产生为度, 按摩2 min左右。于术前5 d开始进行穴位贴敷, 每日1次。

1.4 观察指标 术前5 d及术前1 d, 由管床护士对患者的睡眠情况进行评价。(1) 根据睡眠率(实际入睡时间/上床至起床总时间)^[3] 对患者的睡眠质量进行分级: 睡眠较好, 睡眠率在70%~80%为Ⅰ级; 睡眠困难, 睡眠率在60%~69%为Ⅱ级; 睡眠障碍, 睡眠率在50%~59%为Ⅲ级; 中度睡眠障碍, 睡眠率在40%~49%为Ⅳ级; 严重睡眠障碍, 睡眠率不足40%为Ⅴ级。(2) 运用阿森斯失眠量表^[4]对患者的睡眠情况进行评分, 量表共包含7个维度, 各维度评分0~3分, 评分越低, 睡眠质量越好。

1.5 统计学方法 数据处理用SPSS 20.0软件, 计数资料(%) 比较用 χ^2 检验, 计量资料($\bar{x} \pm s$)比较用*t*检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 失眠量表评分 研究组患者术前1 d, 在夜间苏醒、入睡时间、白天身体功能、总睡眠时间、总睡眠质量方面的评分及总评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。表1。

2.2 睡眠质量分级 2组术前5 d的睡眠质量分级比较无显著差异 ($\chi^2 = 0.429$, $P > 0.05$); 研究组术前1 d的睡眠质量分级与术前5 d相比明显降低, 且与对照组比较有显著性差异 ($\chi^2 = 40.761$, $P < 0.05$)。见表2。

表2 2组干预前后的睡眠质量分级比较 (例)

组别	例数	时间	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	Ⅴ级
研究组	31	术前5 d	0	2	4	19	6
		术前1 d	6	18	4	2	1
对照组	31	术前5 d	0	3	5	18	5
		术前1 d	0	2	1	20	8

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

3 讨论

中医学认为, 癌症的发生是由痰凝、气滞、湿阻、毒聚、血瘀相互作用引起的^[5]。癌症病变耗损气血津液, 加之患者素体虚弱, 所以癌症患者多有阴阳两虚、气血亏虚的表现。阴虚阳亢、心脾血亏、肝气郁结而致使夜不能寐, 再加上患者忧思过度, 所以多数癌症患者在术前都存在着明显的睡眠障碍^[6]。本次研究也显示,

2组患者术前5 d的睡眠质量分级均以Ⅳ级居多, 可见胃癌患者术前普遍存在着中度睡眠障碍。

足部为足三阳与足三阴经的起止点, 其与全身经络、脏腑都有着密切联系, 所以刺激足部穴位能够疏通经络, 改善脏腑功能, 对于缓解机体疲劳, 促进睡眠有着重要作用。中药足浴不仅能够通过热水刺激足部, 促进足部血液循环, 还能够让药物在热水作用下更好地渗入皮下, 以利于药效的发挥^[7]。本次研究中, 中药足浴所选的酸枣仁具有安神养心之功效, 天冬、麦冬可清热滋阴, 白芍、桂枝可调和营卫, 黄连、肉桂可交通心肾, 诸药合用, 共奏养心安神、交通心肾、调和营卫之功效。涌泉穴为最下部的全身腧穴, 主肾经。吴茱萸归肾、脾、肝经, 可升清降浊、舒肝止痛, 是治疗失眠、倦怠、眩晕、焦躁等症的首选之穴。吴茱萸贴敷涌泉穴, 可有效刺激涌泉穴, 疏肝理气, 缓解疲劳, 促进睡眠。研究结果显示, 研究组患者术前1 d的睡眠质量分级明显降低, 且显著优于对照组, 并且研究组患者术前1 d的夜间苏醒、入睡时间、白天身体功能、总睡眠时间、总睡眠质量评分及总评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。这一结果与国内相关文献报道^[8]相符, 说明中药足浴联合穴位贴敷能够有效改善胃癌患者术前的睡眠质量。

综上所述, 胃癌患者术前进行中药足浴和穴位贴敷有助于改善患者术前的睡眠质量, 让患者以良好的身体状态迎接手术, 且操作简单, 无毒副作用, 具有重要的临床应用价值。

参考文献

- [1] 张雪萍, 齐海燕. 中药足浴对胃癌术后睡眠障碍病人疗效的循证医学评价[J]. 护理研究, 2013, 27(35):4040-4041.
- [2] 吴智琴. 自制中药足浴治疗肿瘤患者失眠症状的疗效分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(24):248-249.
- [3] 张雪萍, 齐海燕. 酸枣仁液足浴对胃癌术后化疗患者睡眠障碍的影响[J]. 护理学杂志, 2013, 28(17):32-33.
- [4] 李华, 邵小亚, 蒋丽, 等. 穴位贴敷对进展期胃癌患者癌因性疲乏的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(3):96-97.
- [5] 殷向怡. 中医穴位贴敷治疗肿瘤的机理研究和临床应用[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2015, 15(77):104-105.
- [6] 梅思娟, 段培蓓, 王晓庆, 等. 胃癌中医护理症状评估类目构建[J]. 护理学杂志, 2013, 28(23):36-38.
- [7] 蒋淑敏. 中医护理胃癌根治术后疗效观察[J]. 河北中医, 2013, 35(7):1079-1080.
- [8] 马莉君. 中医护理对胃癌患者生活质量的影响[J]. 光明中医, 2017, 32(3):437-438.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 张 猛 收稿日期: 2017-10-10)

中医护理干预在心肌梗死患者中的应用价值

张传美

(费县中医院内科, 山东 费县 273400)

摘要:目的 探讨中医护理干预在心肌梗死患者中的应用价值。方法 回顾性分析2014年2月—2017年6月接收的确诊为心肌梗死的患者100例, 将其分为2组。其中, 对照组患者50例采取常规护理, 观察组50例患者在对照组基础上采取中医护理, 观察患者护理后临床症状的改善情况。结果 2组患者护理干预前西雅图心绞痛评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 对照组护理干预后疾病认知度、满意度、躯体受限程度等评分与干预前比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组患者护理干预后疾病认知度、满意度、躯体受限程度、心绞痛稳定状态、心绞痛发作情况与护理干预前比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组老年心肌梗死患者护理后的西雅图心绞痛改善情况均明显优于对照组 ($P<0.05$)。结论 心肌梗死患者采用中医护理方案, 有助于患者病情的好转, 大大减少了患者的痛苦, 保证了患者的生活质量。

关键词: 中医护理; 心肌梗死; 胸痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.055

文章编号:1672-2779(2018)-04-0137-03

The Application Value of Traditional Chinese Medicine Nursing Intervention in Patients with Myocardial Infarction

ZHANG Chuanmei

(Department of Internal Medicine, Shandong Fei County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Fei County 273400, China)

Abstract: Objective To explore the application value of traditional Chinese medicine nursing intervention in patients with myocardial infarction. **Methods** 100 patients with myocardial infarction admitted in our hospital from February 2014 to June 2017 were retrospectively analyzed. 100 participants were divided into two groups. Among them, the control group of 50 patients took routine care, and the observation group of 50 patients took traditional Chinese medicine care. The improvement of clinical symptoms was observed. **Results** There was no significant difference in the score of Seattle angina in the two groups before treatment ($P>0.05$). There was no significant difference in the degree of disease awareness, satisfaction and PL body restriction between the control group and the observation group ($P<0.05$). The degree of disease awareness, satisfaction, body restraint, stable state of angina pectoris and angina pectoris were significantly different ($P<0.05$). The improvement of Seattle angina in the elderly patients with myocardial infarction was significantly better than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The patients with myocardial infarction adopt TCM nursing program can help the patients recover well and greatly reduce the pain of patients and ensure the quality of life of patients.

Keywords: traditional Chinese medicine nursing care; myocardial infarction; chest discomfort

急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 是冠心病的进一步进展, 是内科常见的急重症^[1], 也是重症监护室重点监护病症。冠状动脉发生硬化或狭窄, 血液无法供应远端心肌的营养, 从而使得患者出现心肌缺血、缺氧的症状, 心肌持续性缺血造成心肌坏死, 严重影响了心脏的正常功能, 进而发生心绞痛、心肌梗死甚至心力衰竭等急性症状^[2]。急性心肌梗死起病急骤, 病情发展快速, 如不及时治疗, 心肌梗死面积扩大, 并发合并症如心律失常、心源性休克等等则会危及生命。由于急性心肌梗死患者的死亡率高、并发症严重, 因此, 其ICU的护理尤为重要。多数患者在经过手术、介入治疗或药物治疗后症状得到较大改善, 但是缺血再灌注的损伤很难避免, 心肌损伤的恢复需要细心的护理缓慢康复。中医认为, 变异性心绞痛属于阴寒凝滞证, 进一步缺血则会发生急性心肌梗死, 即中医称“真心痛”^[3], 此病虚实夹杂, 需要精心的护理。我院对心肌梗死的患者采用中医护理方案, 患者术后临床症状恢复良好, 生活质量也得到改善, 康复效果满意, 现报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料 本次研究对象是2014年2月—2017年6月我院接收的确诊为心肌梗死的患者100例, 将其分为2组。对照组中男性32例, 女性18例; 年龄45~77岁, 平均 (59.26±3.82) 岁; 发病时间0.5~9 h, 平均 (4.28±0.33) h。观察组中男性35例, 女性15例; 年龄43~78岁, 平均 (59.71±3.23) 岁; 发病时间0.5~8 h, 平均 (4.16±0.28) h。2组患者一般资料比较无明显差异, 具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予对照组心肌梗死患者常规护理: (1) 心理护理: 由于患者对自身疾病认识不足, 存在较大的心理压力, 且治疗费用高, 使患者产生焦虑感, 不良情绪均给患者的治疗、恢复产生负面影响, 因此, 护理人员要与患者进行积极的沟通、交流, 并告知患者疾病的相关知识, 使患者更好地配合医师治疗, 进而有效改善疾病。 (2) 严密监测生命体征: 密切监测患者的血压、呼吸以及心电图等, 并对患者的意识和尿量变化情况进行密切关注, 并给予吸氧治疗, 一旦

出现异常要及时通知医师。(3)生活护理:指导患者形成良好的饮食、生活习惯,饮食要以低糖量、低脂肪、低盐、高纤维以及高蛋白的食物为主,这样不仅能够很好地满足患者身体对能量的需求,而且还能够促进肠胃蠕动,促进排便。另外,根据患者病情指导患者运动,进而有效增强体质。(4)疼痛护理:患者心绞痛症状发病时伴有剧烈疼痛,为减轻疼痛,取患者坐位或者半卧位,这样有利于患者呼吸,放松肌肉;且配合使用药物,能够有效改善病情。(5)用药护理:对患者进行抗凝治疗时,首先观察患者的尿液、皮肤黏膜、呕吐物、颅内出血以及痰液等情况,并给予对症治疗。急性心肌梗死患者发病1d内禁止服用洋地黄类药物。对患者给予静脉输注治疗时,需要严格控制输液量和输液速度。(6)运动护理:指导患者适量运动能够有效降低冠心病发生率,减少心肌梗死和心绞痛的复发次数,进而降低死亡率。另外,冠心病合并心绞痛患者也可根据自身的年龄、身体等情况控制运动时间、运动量以及运动频率。患者运动方式可采用慢跑、快走、做健身操等方式,其有利于降低冠心病发生率,减少心绞痛和心肌梗死的发病次数。患者运动时注意坚持劳逸结合,避免活动度较大,且防止运动过激加大心脏负担,进而诱发心绞痛。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上给予中医护理,具体方法如下:由于心肌梗死患者的临床表现明显,且病情较为严重,对患者的生命健康造成极大的威胁。所以很多患者在接受治疗过程中,极易产生焦虑、抑郁等心理,显著降低了患者的生活质量。所以需要采取情志护理耐心地为患者提供优质、舒心的护理服务,让患者保持一个积极向上的心态,提高患者护理配合度,有利于改善患者的临床疗效。从中医护理上应注意补气血。对于可以活动但是睡眠质量不好的患者,可在西医治疗护理的基础上,每晚睡前进行足浴或加以按摩,以帮助睡眠。由于心肌梗死患者需要长期卧床休息,减轻心脏负荷和心肌耗氧量,因此应当时刻让患者保持大便通畅。必要时,需要予以患者开塞露和软皂水灌肠。适当的情况下,让患者自主在床上排便,注意保护患者隐私,消除患者在排便时产生的心理压力。急性心肌梗死患者起病急,护理时应注意在患者伸手可触的位置放置复方丹参滴丸、速效救心丸等。

1.3 观察指标 对2组老年心肌梗死患者治疗后的西雅图心绞痛情况进行对比分析,主要包括DP(疾病认知度)、TS(满意度)、PL(躯体受限程度)、AF(心绞痛稳定状态)、AS(心绞痛发作情况)。

1.4 数据处理 本研究数据均严格录入SPSS 22.00软件进行统计学处理,计数资料采用卡方检验,计量资料采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2组患者护理干预前西雅图心绞痛评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);对照组护理干预后DP、TS、PL等评分与干预前比较差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者护理干预后DP、TS、PL、AF、AS与护理干预前比较差异有统计学意义($P<0.05$);观察组老年心肌梗死患者护理后的西雅图心绞痛改善情况均明显优于对照组($P<0.05$),详情如表1所示。

表1 2组患者西雅图心绞痛改善情况比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	时间	PL	TS	DP	AS	AF
观察组	护理前	61.22±13.19	66.48±15.17	62.00±13.66	94.81±3.68	91.19±12.10
	护理后	66.22±10.21 [△]	73.10±12.08 ^{△*}	67.54±11.62 ^{△*}	97.22±1.95 ^{△*}	96.44±3.21 ^{△*}
对照组	护理前	61.29±13.18	66.50±15.15	62.02±13.69	94.49±3.70	91.18±12.08
	护理后	63.19±12.32 [*]	69.11±11.55 [*]	64.85±11.70 [*]	95.22±2.00	92.29±12.07

注:与对照组相比,[△] $P<0.05$;与护理前相比,^{*} $P<0.05$

3 讨论

心肌梗死在我国的发病率较高,属于中医学“胸痹”“真心痛”的范畴。中医认为,急性心肌梗死是“真心痛”^[1],主要表现为心痛或胸痛,持久性发作而不缓解,多伴大汗淋漓。患者可见面白、肢冷、脉沉细。急性心肌梗死是虚实夹杂的病症,主要因为心气不足或心阳不振,属阴寒凝滞证。患者心脉受阻后,气血不顺,则表现为心痛或胸痛,全身供血不足^[2]。由于心肌梗死患者长期处于绝对卧床、进食减少、疼痛、恐惧等状态,加上抗生素、镇痛药的使用导致便秘的发生率增高。一旦心肌梗死患者发生便秘时,容易导致心肌耗氧量增加,心脏负荷较高,致使患者发生急性心力衰竭甚至是猝死。近年来,随着生活水平的不断提高,其发病率在不断提高。其发病受到多种因素影响,不仅受到自身疾病因素影响,而且情绪也是导致其发病的重要因素。因此,临床中对冠心病心绞痛患者实施整体护理干预,包括心理护理、生活护理、疼痛护理、用药护理以及运动护理等是十分有必要的^[3]。其中,实施心理护理能够有效缓解患者的焦虑、恐惧、紧张等心理情绪,取得患者的信任,进而提高患者治疗依从性;生活护理能够帮助患者养成良好的生活习惯,饮食以清淡为主;疼痛护理有利于缓解或者消除患者的疼痛;用药护理能够有效避免患者发生不良反应,更好的提高药物治疗有效率;运动护理能够有效促进患者病情快速康复,提高免疫力^[4]。中医护理是一种良好的护理模式,具有较高的临床应用价值,可以通过中医方法(包括:中药、针灸、推拿等)改善患者的临床表现。

本研究结果显示,观察组患者护理干预后DP、TS、PL、AF、AS与护理干预前比较差异有统计学意义($P<0.05$);观察组老年心肌梗死患者护理后的西雅图心绞痛改善情况均明显优于对照组($P<0.05$)。综上所述,

心肌梗死患者在住院时采用常规西医护理基础上结合中医护理方案,有助于患者病情的良好恢复,大大减少了患者的痛苦。

参考文献

- [1]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.
- [2]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.
- [3]李倩.护理干预在老年心肌梗死患者恢复期的临床应用效果[J].国际护理学杂志,2013,32(12):2715-2717.

- [4]刘芳.老年心肌梗死患者恢复期的护理干预疗效观察[J].中国民族民间医药,2013,22(19):93,95.
- [5]段伟平.老年心肌梗死患者恢复期的护理干预效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(68):221-221,211.
- [6]程剑彬.护理干预对恢复期老年心肌梗死患者的效果观察[J].中国保健营养(下旬刊),2013,23(4):1846-1847.
- [7]刘清梅.急性心肌梗死患者病情稳定后的护理体会[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(10):60-62.
- [8]于敏,苗红岩.急性心肌梗死观察及护理体会[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(21):119-120.

(本文编辑:张文娟 本文校对:郭瑞祥 收稿日期:2017-11-28)

合并睡眠障碍的稳定期慢性心衰患者 中医护理的疗效分析

景洋

(抚顺市中医院老年病科,辽宁 抚顺 113006)

摘要:目的 探讨对存在睡眠障碍的稳定期慢性心衰(CHF)患者予以中医护理的临床效果,并评估应用价值。方法 将2015年3月—2017年1月收治的合并睡眠障碍的稳定期CHF患者84例作为研究对象,随机分组后分别予以常规干预(常规组)和中医护理(中医组),每组42例,对比2组护理效果。结果 干预前2组患者的生活质量及PSQI评分对比差异无统计学意义($P>0.05$);干预后中医组的PSQI评分、SAS评分依次为(4.38±1.06)分、(19.54±3.20)分,均显著低于常规组;且中医组有相对更高的生活质量评分和护理满意度,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对合并睡眠障碍的CHF患者予以中医护理,能够帮助改善睡眠质量及生活质量、缓解心理焦虑情绪,值得推广。

关键词:睡眠障碍;稳定期慢性心力衰竭;中医护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.056

文章编号:1672-2779(2018)-04-0139-02

Analysis on the Curative Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing in Patients with Sleep Disorders Complicated with Stable Chronic Heart Failure

JING Yang

(Geriatrics Department, Fushun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Fushun 113006, China)

Abstract: Objective To discuss the effect of traditional Chinese medicine nursing on patients with stable sleep disorder complicated with CHF and to evaluate its application value. **Methods** 84 patients with stable sleep disorder complicated with CHF were selected as the research objects from March 2015 to January 2017. They were given routine nursing (routine group) and traditional Chinese medicine nursing (TCM group). Each group had 42 cases, and the nursing effect of the two groups was compared. **Results** The PSQI score and quality of life in patients had no significance before intervention ($P>0.05$). After intervention, the PSQI score and SAS score of TCM group were (4.38±1.06) and (19.54±3.20) respectively, which were significantly lower than that of the routine group, and the quality of life score and nursing satisfaction in TCM group were higher. The difference between groups was definite ($P<0.05$). **Conclusion** Traditional Chinese medicine nursing on patients with stable sleep disorder complicated with CHF can improve the quality of sleep and quality of life, relieve psychological anxiety, and it is worth promoting.

Keywords: sleep disorders; stable chronic heart failure; traditional Chinese medicine nursing

有数据显示,慢性心衰(CHF)患者中约有70%存在睡眠障碍,CHF患者的心功能分级、住院时长、情绪波动等因素^[1],均是导致CHF合并睡眠障碍的危险因素。合并睡眠障碍的CHF患者往往存在睡眠时间缩短、醒后入睡难等问题,严重影响其生活质量。本文通过随机对比试验,分析中医护理应用于合并睡眠障碍的CHF患者的临床效果,并总结护理经验。具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2015年3月—2017年1月收治的合并睡眠障碍的稳定期CHF患者84例作为研究对象,随机分组后分别予以常规干预(常规组)和中医护理(中医组),每组42例。所有患者均符合《中国心力衰竭诊断

和治疗指南》中CHF的诊断标准,且符合《中国睡眠障碍诊断标准》中的睡眠障碍标准^[2]。常规组患者中男性23例,女性19例;患者年龄58~79岁,平均年龄(64.68±4.39)岁。中医组患者中男性20例,女性22例;年龄59~81岁,平均年龄(65.84±5.40)岁。对2组的临床资料予以统计学分析后显示差异无统计学意义,具有高可比性($P>0.05$)。所有入选患者及家属充分知晓研究内容,且入选者自愿参与,符合相关伦理学要求。

1.2 护理方法 常规组予以常规护理,即为患者提供温馨安静的病房环境、控制探视时间、予以健康教育并指导患者睡前温水泡脚等。

中医组则采取中医护理,具体操作为:(1)艾灸

干预：选穴百会穴、关元穴、气海穴、内关穴及足三里穴，取艾条1支，手持一端，另一端点燃，与穴位保持3 cm左右的距离，以患者皮肤温热舒适为宜，每次30 min，每天1次；（2）中药药枕：根据患者病情予以辨证，中药药枕的基本药物：菊花80 g，川芎及白芷各70 g，决明子100 g。若存在心肺气虚可在药枕中加入黄芪及党参各120 g，若存在心血瘀阻者可加入女贞子120 g；将以上药物处理后装入35 cm×20 cm×5 cm的棉布枕套中，嘱患者每晚枕于头颈下，白天不用时对药枕予以密闭保存，药枕每周更换1次。

1.3 观察指标 评估2组患者干预前后的生活质量和睡眠质量，分别采用生活质量量表（SF-36）和匹茨堡睡眠质量指数量表（PSQI），分数越高表示生活质量越高、睡眠质量越好。采用焦虑自评量表（SAS）评估患者心理状态，分数越高表示越焦虑，并采用百分制自制量表评价2组患者的护理满意度，分数越高表示越满意。

1.4 统计学方法 将SPSS 17.0作为本次研究的数据统计学分析软件，计数资料和计量资料的组间对比分别予以卡方检验和 t 检验，以构成比（%）表示计数资料，以均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示计量资料。 $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者的生活质量和睡眠质量对比 干预前，2组患者的SF-36及PSQI评分对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），经干预后均有所改善，且在干预后中医组有相对更高的生活质量评分，PSQI评分较常规组有显著下降，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。对比详情如表1所示。

表1 2组患者的生活质量和睡眠质量对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	SF-36评分		PSQI评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
常规组	42	43.29±5.18	54.34±4.85	14.32±3.10	10.85±2.39
中医组	42	42.69±4.92	71.83±5.49	14.76±3.54	4.38±1.06
t 值		0.57	10.37	0.83	11.29
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 2组患者满意度及SAS评分对比 中医组患者的满意度评分为（91.48±4.39）分，SAS评分为（19.54±3.20）分；常规组的满意度评分和SAS评分依次为（80.33±5.20）分、（31.65±4.29）分。对比发现中医组有更高的护理满意度，且中医组SAS评分较常规组更低，组间差异存在统计学意义（ $t=9.52, 12.57; P<0.05$ ）。

3 讨论

作为CHF常见合并症，睡眠障碍的具体发病机制

较为复杂。在中医理论体系中认为，患者阴阳失调、神明失守，是导致患者出现睡眠障碍的主要因素。药枕疗法早在唐代中医大家孙思邈的《千金方》中就已经有所记载^[1]，通过长时间使用药枕，能够对患者的睡眠质量产生潜移默化的改善作用；而艾灸治疗也是中医体系中的一项古老干预方法，本次研究中针对存在睡眠障碍的CHF患者选择百会穴、关元穴、气海穴、内关穴及足三里穴，予以艾条刺激，能帮助促进对应穴位及周围的血流情况改善，对于患者的睡眠质量改善和焦虑情绪改善均大有裨益。本次研究发现，干预前2组患者的生活质量及PSQI评分对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后中医组有相对更高的生活质量评分和更低的PSQI评分，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。所得结果与沈莹等^[4]的研究观点基本一致，证实中医护理有利于合并睡眠障碍的CHF患者生活质量及睡眠障碍的改善，干预效果明显。

在中医学理论范畴，慢性心衰归属于“胸痹”“心痹”范畴，好发于中老年群体。此类患者由于症状严重、病情反复，导致在长久的病程中出现不同程度的焦虑症状。有数据显示^[5]，我国CHF患者中有50%左右患者存在较严重焦虑情绪。目前已经被证实的一点是^[6]：焦虑为心衰患者预后的关键影响因素，具体机制为：焦虑情绪会导致患者的交感-肾上腺系统活化，导致儿茶酚胺、血管紧张素等因子释放，进而引发血流动力学指标紊乱而加重心肌重构、导致心衰恶化。因此有必要对CHF患者的焦虑情绪加以缓解，更好改善患者的预后。本次研究发现，干预后中医组的护理满意度及SAS评分均显著优于常规组，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。说明中医护理对于CHF患者的焦虑情绪也有确切改善作用。

综上所述，临床上将中医护理应用于合并睡眠障碍的稳定期CHF患者中，能帮助改善睡眠质量和生活质量，且有利于改善焦虑情绪、构建良好护患关系，值得推广。

参考文献

- [1]刘曼丽.对合并睡眠障碍的稳定期慢性心力衰竭患者进行中医护理的效果研究[J].当代医药论丛,2017,15(5):168-169.
- [2]李艳,单岩,张文萍,等.Roy适应模式在慢性心力衰竭睡眠障碍护理中的应用[J].护士进修杂志,2012,27(8):692-694.
- [3]高静,戈新,吴晨曦,等.子午流注择时五行音乐疗法在慢性心力衰竭焦虑患者的应用效果[J].中华护理杂志,2016,51(4):443-448.
- [4]沈莹,郝敬荣,刘文娟,等.缩唇腹式呼吸训练改善老年慢性心力衰竭患者睡眠障碍的护理研究[J].中国实用护理杂志,2017,33(12):904-907.
- [5]孙秀梅.老年慢性心衰患者睡眠障碍原因分析及护理干预[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(7):186-187.
- [6]沈永红.中医内科护理干预老年失眠患者160例分析[J].深圳中西医结合杂志,2016,26(4):181-182.

（本文编辑：张文娟 本文校对：张霞 收稿日期：2017-11-03）

综合中医护理干预治疗产后乳汁分泌不足的研究

程华丽

(沈阳市苏家屯区中心医院妇产科, 辽宁 沈阳 110101)

摘要:目的 研究和探讨综合中医护理干预治疗产后乳汁分泌不足的效果。方法 收集2016年1月—2017年6月收治的92例分娩后乳汁分泌不足的产妇,并将其随机平均分为观察组和对照组,每组46例,对照组仅进行常规护理,观察组在常规护理的基础上介入综合中医护理干预,并对2组患者的护理结果进行分析对比。结果 在常规护理的基础上介入综合中医护理干预的观察组的总有效率明显高于仅进行常规护理的对照组总有效率,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 综合中医护理干预对治疗产后乳汁分泌不足有明显的临床疗效,值得在临床上广泛推广使用。

关键词: 中医护理; 乳汁分泌不足; 产科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.057

文章编号:1672-2779(2018)-04-0141-02

Study on Comprehensive Traditional Chinese Medicine Nursing Intervention in the Treatment of Postpartum Milk Secretion Insufficiency

CHENG Huali

(Department of Obstetrics and Gynecology, Sujiatun District Central Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110101, China)

Abstract: Objective To study and discuss the effect of integrated TCM nursing intervention in the treatment of postpartum milk secretion insufficiency. **Methods** From January 2016 to June 2017 in our hospital, 92 cases of postpartum milk secretion insufficiency patients were collected and randomly divided into two groups, with 46 cases in each group. The control group received only routine nursing care, and the observation group received comprehensive traditional Chinese medicine nursing intervention on the basis of the conventional nursing intervention. The nursing results of two groups were analyzed. **Results** The total effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group, and there had statistically significant difference between two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Comprehensive traditional Chinese medicine nursing intervention in treating postpartum milk secretion insufficiency has obvious clinical curative effect, and is worth popularizing in widespread clinical use.

Keywords: traditional Chinese medicine nursing; milk secretion insufficiency; obstetrics

乳汁分泌不足是指产妇在生产之后乳汁甚少或全无,是临床产科的常见病。随着剖宫产率上升、孕期饮食不科学造成营养不足、孕期检查造成精神紧张、未及时进行产后哺乳条件反射等导致产后缺乳发病率呈上升趋势^[1]。本文对我院自2016年1月—2017年6月收治的92例产后乳汁分泌不足的产妇的护理情况进行策略分析,并深入研究和探讨综合中医护理干预治疗产后乳汁分泌不足的临床疗效和价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院2016年1月—2017年6月收治产后乳汁分泌不足的产妇92例,年龄20~35岁,平均年龄(25.64±1.5)岁;产后缺乳情况:1周内缺乳44例,8~30 d缺乳28例,30 d以上缺乳20例。胎次:头胎35例,二胎25例,三胎18例,四胎14例。分娩方式:顺产65例,剖宫分娩27例。采用随机原则将其平均分为2组,观察组和对照组,每组46例。观察组:年龄21~34岁,平均年龄(25.56±1.7)岁。产后缺乳情况:1周内缺乳21例,8~30 d缺乳16例,30 d以上缺乳9例。胎次:头胎18例,二胎13例,三胎10例,四胎5例。分娩方式:顺产28例,剖宫分娩18例;对照组:年龄20~35岁,平均年龄(25.67±1.3)岁,产后缺乳情况:1周内缺乳23例,8~30 d缺乳12例,30 d以上缺乳11例。胎次:头胎17例,二胎12例,三胎8例,四胎9例。分娩方式:顺产37例,剖宫分娩9例。2组患者的年龄、胎次、分娩方式等一般资料比较,不存在统计学差异 ($P > 0.05$),故可以进行对比分析。

1.2 护理方法 对照组仅进行常规护理,观察组在常规

护理的基础上介入综合中医护理干预,包括:①针刺干预:护理人员协助中医科医生为患者行针灸,针灸具有起效快、副作用少等优点,适合哺乳期患者使用^[2]。采用针刺膻中、乳根、少泽三穴,气血虚弱配脾俞、足三里,肝气郁滞配内关、太冲,每日1次,采用平补平泻手法,每次留针30 min,3 d为1个疗程^[3]。②中药护理干预:护理人员可以为患者配置促乳汤,增加乳汁分泌。方法:取黄芪30 g,香附、王不留行各10 g,当归、柴胡、丹参、白芷、菟丝子各15 g,若患者气血虚弱,加胎盘干粉10 g分次冲服;若患者肝气郁结,将黄芪减至10 g,另加石菖蒲10 g;若患者热邪内蕴,将黄芪更换为忍冬藤30 g,连翘10 g,另将鲜地龙10条洗净水煎取汁兑药服用;若患者痰湿阻滞,加皂角刺15 g和贝母10 g^[4]。每日1副,1疗程3副。③乳房按摩护理:护理人员使用热毛巾热敷乳房,按摩膻中穴1 min,再以乳头为中心,沿乳腺管由外向内进行按摩,力度适中,1次15 min,每日2次,3 d 1疗程。④饮食护理:多食用富含高蛋白、高热量的食物,可在早餐时加饮豆浆,午餐时加食2个羊油炸鸡蛋,晚餐加食鲫鱼汤,3 d 1疗程。

1.3 疗效判定标准 ①基本痊愈:患者乳汁分泌充足,无需添加奶粉就能够完全满足婴儿的日常需求。②显效:患者乳汁分泌明显增多,婴儿以母乳喂养为主,偶尔添加奶粉。③有效:患者乳汁分泌少许增多。④无效:患者乳汁分泌无变化。总有效率为基本痊愈、显效和有效之和。

1.4 统计学方法 数据处理分析采用SPSS 19.0软件,使

用 t 检验,采用%表示概率, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

治疗后,采用常规护理结合综合中医干预的观察组的总有效率为95.66%,明显高于不介入综合中医干预的对照组总有效率78.26%。2组比较差异存在统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	46	30(65.22)	9(19.57)	5(10.87)	2(4.35)	44(95.66)
观察组	46	23(50.00)	5(10.87)	8(17.39)	10(2.74)	36(78.26)

3 讨论

综合中医干预治疗产后乳汁分泌不足,临床疗效显著,多种方法相结合进行干预,可有效缓解使用单一方法进行治疗的弊端,膻中为气会,既能补气又能调畅气机,乳根疏通乳房部经气,少泽为通经下乳的经验穴^[9]。服用中医汤药可有效达到通乳的目的,补气益血可选用黄芪和当归,产后气郁血滞可选用丹参和香附,开胃下乳可选白芷,补肾填精充乳可选用菟丝子,行通经络可选用王不留行;选用针灸则起效快、副作用少,非常适宜适合哺乳期患者;乳房按摩起到行通经络、通经下乳

的作用;饮食方面,多食如豆浆、羊油炸鸡蛋、鲫鱼汤等高蛋白食物既可以增加产妇营养又可以增加乳汁的分泌,一举多得^[9]。本文研究结果显示,在92例治疗产后乳汁分泌不足的患者中,在常规护理的基础上介入综合中医护理干预治疗,患者临床基本痊愈、显效、有效的概率明显高于不介入综合中医干预的对照组,且无效概率明显低于不介入综合中医干预的对照组。这充分证明了综合中医干预对增加产后乳汁分泌有非常积极的作用。综上所述,结合针刺、中药干预、乳房按摩和饮食护理可有效治疗缺乳症,有效增加产妇的乳汁分泌,满足产妇母乳喂养的愿望,值得在临床上广泛的推广使用。

参考文献

- [1]李岩.产后缺乳的中医药治疗进展[J].中国医药指南,2013,11(7):479-480.
- [2]李开侠,张淑英,王爽,等.针灸配合推拿按摩治疗产后缺乳临床观察[J].河北中医,2014,36(11):1023-1024.
- [3]张慧敏,许雷,苏红光.针刺结合按摩治疗产后缺乳86例疗效观察[J].河北中医,2011,33(8):1202-1203.
- [4]孙亚娟,王亚娟,刘国霞.综合中医干预治疗产后乳汁分泌不足[J].护理实践与研究,2014,11(8):154-155.
- [5]王志华.运用中医综合疗法治疗产后缺乳50例疗效观察[J].西部中医,2012,25(2):71-72.
- [6]唐龙珍.产后护理干预对促进产妇乳汁分泌的临床效果分析[J].当代临床医刊,2016,29(1):56-57.

(本文编辑:张文娟 本文校对:吴凤娟 收稿日期:2017-12-01)

四磨汤口服液联合综合护理 对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复影响

王 乐

(中国医科大学附属第一医院肝胆外,辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 探讨四磨汤口服液联合综合护理对腹腔镜胆囊切除术(LC)患者术后胃肠功能恢复的影响。方法 将64例行LC的患者随机分为2组($n=32$),对照组给予常规护理,观察组给予四磨汤口服液及综合护理,对比2组术后胃肠功能恢复情况及护理满意度。结果 观察组排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间均显著短于对照组($P<0.05$)。观察组患者术后的腹胀发生率显著低于对照组,护理总满意率显著高于对照组($P<0.05$)。结论 腹腔镜胆囊切除术后给予四磨汤口服液及综合护理,有效促进胃肠功能恢复,提高护理满意度。

关键词:腹腔镜胆囊切除术;四磨汤口服液;综合护理;胃肠功能

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.058

文章编号:1672-2779(2018)-04-0142-03

Effect of Simo Decoction Oral Liquid Combine with Comprehensive Nursing Care on Gastrointestinal Function Recovery after Laparoscopic Cholecystectomy

WANG Le

(Department of Hepatobiliary Surgery, the First Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of combined nursing of Simo decoction oral liquid on gastrointestinal function recovery after laparoscopic cholecystectomy (LC). **Methods** 64 patients underwent LC were randomly divided into two groups, with 32 cases in each group. The control group received routine nursing care, and the observation group received Simo decoction oral liquid and comprehensive nursing care. The postoperative gastrointestinal function recovery and nursing satisfaction was compared. **Results** The time of exhaust, defecation and recovery of bowel sounds in the observation group was significantly shorter than that in the control group ($P<0.05$). The rate of abdominal distension after surgery in the observation group was significantly lower than that in the control group, and the total satisfaction rate in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** After laparoscopic cholecystectomy, Simo decoction oral liquid and comprehensive nursing care can effectively promote the recovery of gastrointestinal function and improve nursing satisfaction.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy; Simo decoction oral liquid; comprehensive nursing; gastrointestinal function

腹腔镜胆囊切除术(LC)是微创术,对机体的创伤较小,手术的应激反应仍可能造成胃肠功能紊乱,

出现恶心呕吐、排气排便障碍、腹胀腹痛等症状,增加术后肠梗阻、肠粘连的发生风险^[1-2]。因此,促进LC术

后胃肠功能的恢复具有重大意义, 本院为加快LC术后胃肠功能的恢复, 对患者应用四磨汤口服液及综合护理干预, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院在2016年1月—2017年1月收治的64例行LC治疗的胆囊疾病患者作为研究对象。纳入标准: 经影像学明确诊断为胆囊良性病变; 符合腹腔镜胆囊手术适应证; 择期实施LC手术; 意识清醒; 具有正常的理解与语言表达能力。使用随机数字表法分为2组 ($n=32$): 对照组男17例, 女15例; 年龄28~78 (53.36 ± 12.51) 岁; 胆石症7例, 胆囊息肉8例, 胆囊炎17例。研究组男15例, 女17例; 年龄25~70 (52.40 ± 11.36) 岁; 胆石症10例, 胆囊息肉7例, 胆囊炎15例。2组的基线资料情况比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 排除标准 腹部手术史者; 肠梗阻、肠粘连病史者; 近1月内有胆囊炎急性发作者; 急诊LC手术者; 伴有严重肝、肾、心、脑或血液系统疾病者; 精神病人。

1.3 方法 2组均行腹腔镜胆囊切除术, 术前禁食水, 由同一组医师完成。术后, 对照组给予常规护理: 观察病情变化, 补液, 维持水电解质平衡, 口腔、呼吸道护理等。

观察组给予四磨汤口服液及综合护理。术后8 h, 给予四磨汤口服液口服, 20 mL/次, 3次/d, 直至肛门排气停药。综合护理措施: ①情志护理。主动与患者交流, 掌握其心理活动变化, 根据患者的心理问题采取移情、顺情、开导、暗示等情志护理方法, 以缓解不良情绪。护理人员要向患者说明术后胃肠功能的恢复有一个过程, 讲解促进胃肠功能恢复的相关方法, 以免患者过度担心、焦虑。②早期进食。术后6 h, 即可让家属喂食少量流质饮食, 以刺激胃肠蠕动。术后24 h, 可进食半流食, 注意食物要低糖、低脂、高热量、高蛋白、高维生素, 饮食要少量多餐, 逐步过渡到普通饮食。③活动干预。待患者麻醉清醒, 协助患者在床上翻身、变换体位等。在术后6~12 h开始下床活动, 患者坐起后要缓慢站立, 先在床旁站立, 然后再围绕病床或在家属搀扶下活动, 以促进血液循环, 刺激肠道运动, 促进排便。

1.4 观察指标 (1) 比较2组胃肠功能恢复情况: 肛门排气时间、术后首次排便时间、肠鸣音恢复时间、腹胀发生率。(2) 比较2组护理满意度: 出院前1 d, 《患者满意度调查表》调查患者对护理工作的满意程度。

1.5 统计学方法 使用SPSS 20.0软件, 计数资料 (%) 比较用 χ^2 检验, 计量资料 ($\bar{x}\pm s$) 比较用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠功能恢复情况 观察组患者肛门排气时间、术后首次排便时间、肠鸣音恢复时间均显著短于对照组 ($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者的胃肠功能恢复情况比较 ($\bar{x}\pm s, h$)

组别	例数	肛门排气时间	术后首次排便时间	肠鸣音恢复时间
观察组	32	23.6 \pm 4.7	43.4 \pm 6.4	9.7 \pm 2.2
对照组	32	30.2 \pm 5.1	54.3 \pm 8.9	12.5 \pm 3.3
t 值		5.383	5.625	3.994
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

观察组术后有3例 (9.38%) 发生腹胀, 对照组10例 (31.25%) 发生腹胀, 组间比较有显著性差异 ($P<0.05$)。

2.2 护理满意度 观察组患者护理总满意率96.88%, 显著高于对照组84.38% ($P<0.05$)。见表2。

表2 2组患者的护理满意度比较 [例(%)]

组别	例数	满意	一般	不满意	总满意率
观察组	32	28	3	1	31(96.88)
对照组	32	22	5	5	27(84.38)
χ^2 值					9.200
P 值					<0.05

3 讨论

中医学认为, 外部创伤会对人体元气造成耗损, 创伤后气虚、血行不利, 所以容易出现气机不畅、腑气壅滞、湿热瘀滞于脏腑, 从而导致升降失调, 因而引发胃肠功能障碍, 气便不排^[1]。因此, 要促进术后胃肠功能恢复, 就应采取行气导滞之法。四磨汤口服液为中药制剂, 其中所含槟榔可利水导滞, 乌药可顺畅中气, 枳壳可消胀行滞, 木香可健胃消食, 全方共奏止痛消积、降逆顺气之功效。有研究显示^[2], 四磨汤口服液具有促进胃肠蠕动, 增加胃肠平滑肌张力的作用, 有效维持机体内环境稳定, 加快胃肠功能恢复。

有文献报道^[3], LC术后应用四磨汤口服液配合综合护理干预, 能够促进患者胃肠功能的恢复。本次研究结果也显示, 联合应用四磨汤口服液和综合护理干预的观察组患者, 其肛门排气时间、术后首次排便时间、肠鸣音恢复时间均显著短于对照组, 腹胀发生率显著低于对照组 ($P<0.05$)。综合护理, 对患者实施情志护理有效调节心理状态, 提高患者对LC术后胃肠功能恢复的认识, 减轻患者负性情绪, 提高治疗的依从性。通过早期饮食干预, 尽早进食, 刺激胃肠道黏膜及平滑肌, 引起胃肠蠕动反射, 有助于胃肠功能恢复。通过进行早期活动干预, 术后尽早下床活动, 加快消化道血液循环, 促进消化液分泌, 加快胃肠蠕动, 促进排气排便, 避免腹胀。(下转第155页)

中医外治疗法预防痔病术后尿潴留的研究进展*

肖深 秦建平*

(遵义医学院附属医院中医肛肠科, 贵州 遵义 563000)

摘要: 随着人们生活水平的不断提高及饮食结构的改变, 痔病的发病率正逐年上升。而术后发生急性尿潴留, 常常困扰着患者, 更是临床医务工作者一直以来的难题之一。本文针对近年来, 分别对意疗法、针灸疗法、穴位疗法、耳穴刺激疗法、中药外治疗法五个方面有关痔病术后尿潴留的预防相关报道进行综述, 分析目前中医外治疗法预防痔病术后尿潴留的研究现状。

关键词: 中医外治法; 预防; 痔疮术后; 尿潴留; 综述; 瘰疬

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.059

文章编号:1672-2779(2018)-04-0144-03

Research Progress on External Treatment of Traditional Chinese Medicine for Prevention of Urinary Retention after Hemorrhoid Surgery

XIAO Shen, QIN Jianping *

(Department of Proctology of Traditional Chinese Medicine, the Affiliated Hospital of Zunyi Medical University, Guizhou Province, Zunyi 563000, China)

Abstract: With the continuous improvement of living standards and the change of diet structure, the incidence of hemorrhoids sickness rate is rising year by year. The occurrence of acute urinary retention is often plagued by patients, and it is one of the difficult problems for clinical medical workers. In this paper, respectively on therapy, acupuncture therapy, acupoint therapy auricular point stimulation and external treatment of traditional Chinese medicine five aspects about prevention of hemorrhoids postoperative urinary retention related reports were reviewed, and the current situation of study on external therapy of traditional Chinese medicine for preventing urinary retention of hemorrhoids after surgery was analyzed.

Keywords: external therapy of traditional Chinese medicine; prevention; postoperative hemorrhoids; urinary retention; review; uroschesis

肛肠疾病总患病率约50.1%, 其中痔病是最常见的肛肠疾病^[1]。痔病的治疗方式繁多, 外科治疗依然是其行之有效的治疗手段。术后发生尿潴留, 常属术后常见急症之一。西医治疗上多采用诱导排尿法, 但效果欠佳, 而导尿法虽疗效确切, 却存在泌尿系感染风险, 患者亦难于接受。中医外治疗法预防及治疗本症因毒副作用小、安全可靠、疗效确切, 且价格低廉、简便易行等特点, 易为患者所接受, 临床医生对痔术后尿潴留预防的研究亦较多, 现将近几年中医外治疗法预防痔术后尿潴留的研究进展总结如下。

1 痔病术后急性尿潴留的病因病机

现代医学认为肛门直肠与膀胱、尿道, 在神经、肌肉联系、毗邻关系上都有十分密切的关系, 多因手术刺激、术中麻醉、肛管留置物过多、包扎过紧等直接或间接导致膀胱平滑肌收缩无力, 或膀胱颈挛缩从而引起急性尿潴留^[2]。中医学认为, 尿潴留的发生为手术损伤引起筋脉不畅, 气血不足, 精血不固, 肾和膀胱功能紊乱所致^[3], 预防及治疗上当以疏通经脉、补益气血、调节膀胱气化功能、除湿利尿为主。

2 中医外治疗法对痔病术后尿潴留的预防

2.1 意疗法 俗称“谈话治疗”, 即术前术后与患者积

极沟通, 通过语言开导, 自我暗示或他人暗示调节精神情志, 达到治疗疾病的目的。刘婷婷^[4-6]对患者术前给予健康教育, 术后耐心解释, 舒缓患者的焦虑与紧张情绪, 为患者提供隐蔽的排尿环境, 取得较好疗效。

2.2 针灸疗法

2.2.1 针刺疗法 “经络所过, 主治所及”, 针刺取穴多取白环俞、膀胱俞等穴位治疗, 可开启肾关、助膀胱气化, 松弛盆底肌肉, 改善因肌肉痉挛所致尿道阻塞。傅伟等^[7]术后1 h内, 于腰俞穴刺入一毫针并得气, 另取下肢非穴位任意一点, 二者构成闭合回路, 通电15 min, 取得较好疗效。陈亮等^[8]术后电针取穴膀胱俞、白环俞, 尿潴留发生率显著下降。余东升等^[9]结合针灸与药物共同优点, 内服加外用, 术前予地奥司明片1.5 g 顿服, 术后2 h取穴次髂、三阴交、中极、内关, 电针疏密波30 min, 对照组予热敷、常规诱导处理, 结果电针组单位时间排尿总人数及排尿通畅度显著优于常规处理组。

2.2.2 艾灸疗法 此法凭借药物和灸火的热力效应, 通过刺激经络致气血调和, 血脉通畅, 膀胱气化, 达通利小便的目的。杨秀英^[10]术后30 min内艾器盒施灸, 取膀胱区、关元、八髎、三阴交、气海等, 每次持续30 min, 早、晚各1次, 接连施灸3 d, 效果显著。郭萍^[11]于术后2 h患者无明显尿意时, 选取中极、关元二穴, 单孔艾器盒持续施灸20 min, 结果术后8 h及24 h内, 艾灸组

* 基金项目:贵州省中医药管理局课题[No.D-302]

* 通讯作者:1049059039@qq.com

排尿效果均优于常规护理组。

付华智等^[12]术前60 min予艾灸结合耳穴压豆,灸法取(神阙、气海、关元、中极、阴陵泉)每穴5 min,术后1 h重复1次,耳穴取(三焦、膀胱、尿道、直肠、肾)压丸,每穴按压30~60 s,每隔30 min按压1次,结果联合治疗组尿潴留发生率显著降低,疗效可观。

2.3 穴位疗法

2.3.1 穴位按摩 穴位按摩,能疏通经络,气化膀胱,通调下焦,因操作简便,患者舒适度高,临床应用较受欢迎,但此法本身专业性较强,推广亦较为受限。冯玲等^[13]嘱患者术前排空膀胱,术后行子午流注穴位按摩,择穴:肾俞、气海、关元、膀胱腧穴,取穴时间为申时(15~17点)及酉时(17~19点),每穴手法刺激2 min,嘱患者有尿必排,结果尿潴留改善明显,导尿率显著降低。于爱华等^[14]术后1 h按压关元、气海、腰俞、委中、三阴交等穴,按压以拇指或中指为着力点,手指略震动,以得气为度,有效减少了尿潴留的发生。

2.3.2 穴位注射疗法 穴位注射疗法既具有针刺的穴位刺激作用,又能够发挥注射药物本身的药理相关作用,二者结合,常取得意想不到的疗效,尿潴留常用长强、三阴交等穴,注射药物多种多样,常见的有新斯的明、利多卡因等。裴贵兵等^[15]用1%的利多卡因5 mL在PPH术后吻合口区做阿是穴穴位封闭,另长强穴注射5 mL,术后尿潴留发生率较空白组、注射山莨菪碱组,显著降低。

2.3.3 穴位电刺激疗法 穴位电刺激可增强膀胱气化功能,温补下焦元气,因操作无创,简单、易学,患者私密性亦可得到较好保护,近年来投入使用后既得到普遍欢迎。褚槐梅等^[16]选取术后3h内的患者,选气海、关元、中极三穴,予经皮穴位电刺激,取得较好疗效。许倩等^[17]于术后1 h,取穴(双侧八髎,双侧肾俞、中极、关元、膀胱俞、会阳),用神经穴位电刺激,结果第1次入厕后残余尿量低于对照组,患者满意度提升明显。

2.3.4 穴位埋针、线疗法 穴位埋针、线可对穴位产生长久作用,巩固疗效,通过泌尿系统相关穴位的刺激,降低尿潴留的发生率,疗效较好,但因属有创操作,患者往往难于接受。卢灿省^[18]于术前30 min选取双侧阴陵泉、三阴交,颗粒型皮内针消毒后,以镊子夹取针柄直刺透皮后横刺0.5~0.8 cm,留针2 d后取出,尿潴留发生率降低可。郑婵美等^[19]术后取穴承山、长强二穴,行埋线处理,术后10 h小便未排人数对照组明显多于埋线组。

2.4 耳穴刺激疗法 耳为气血、百脉汇聚之处,与脏腑及神经亦密切相关,刺激耳穴会对相应的脏腑有一定的调节作用,常取王不留行籽或磁珠粘贴于耳穴的敏感反应点,给予手法刺激。随着临床医生对全息医学的探讨不断深入,耳穴刺激在预防痔术后尿潴留中亦得到较多应用。董蓓蓓^[20]术前1小时行耳穴埋籽(选皮

质下、膀胱、交感、神门、肾、三焦),较术后埋籽效果更佳,可显著减少痔术后导尿率。杜永红等^[21]术前1 h取耳穴(肾上腺、膀胱、肺、神门、三焦、直肠、尿道和皮质下)用王不留行籽找寻敏感反应点,后引导患者马上按压,以局部有温热或能够耐受疼痛为佳,1~2 min/次,间隔1 h,反复刺激,取得满意效果。

2.5 中药外治法

2.5.1 敷脐疗法 此法利用脐周表皮角质层薄,屏障功能弱,利于药物的渗透等特点,刺激神阙穴,可达到活血散瘀,清热利湿,从而较好地促通小便。翁立平等^[22]取利尿止痛散贴脐,疗效显著。程良彩等^[23]将甘草10 g,葱白500 g,冰片10 g,鲜青蒿200 g捣碎(保留汁水),贴敷于脐部,薄膜覆盖后予热水袋热敷,以加快药物有效成分的渗透速率,疗效显著。赵术云^[24]术后2 h用茯苓膏神阙穴贴敷加热敷法,贴敷总时间不超6 h,对照组单用暖水袋裹毛巾常规敷脐,结果联合治疗组患者满意度高于常规组。

2.5.2 敷贴疗法 此法常将药物本身的药效同穴位刺激相结合,多取穴关元、中极、气海,从而达到调节膀胱气机、疏通经络、通利水道的作用。冯伟峰^[25]术后30 min行天灸穴位贴敷,取穴(关元、中极、气海、双侧足三里等穴)6 h停止贴敷;对照组常规热敷膀胱区,空白组诱导排尿,结果试验组术后排尿例数、单次排尿体积均明显优于其余两组。江春蕾等^[26]术前1 d开始,取穴气海、中极、关元,以五苓散敷贴处理,持续治疗7 d,每天1次,对照组相同方法空白药饼处理,结果敷贴组尿潴留的发生水平显著低于空白药饼组。

2.5.3 药(热)熨疗法 此法多使用热奄包熨烫任脉穴位,既可通过热力作用增强药物的渗透,又可挤压膀胱,达到刺激膀胱逼尿肌,改善尿潴留效果。唐娅玲^[27]术后0.5 h内取小茴香250 g加入适当体积的水,微波炉适当加热,热熨小腹(关元、气海、中极等穴分布区为佳),结果热熨组术后尿潴留发生率较常规处理组明显减低。刘细华等^[28]术前1 d和术后用开关散穴位烫疗,辅以红外线灯照射保持温度,取穴(关元、曲骨、三阴交、足三里等)先行点烫,后行面烫,期间注意感受皮温,防止烫伤,取得较好疗效。

3 小结

尿潴留属中医学“癃闭”范畴,术后尿潴留不仅增添患者痛苦,延长住院日,乃至会引起患者对手术疗效产生质疑,加剧医患矛盾。中医强调整体观,注重“辨证调理”“整体均衡”的健康观念,以及“救治于后不若善养于先”的预防观的主导思想。因此根据中医“治未病”的思想,预防性地应用穴位按摩、耳穴刺激、穴位埋线、穴位敷贴、针刺、艾灸等多种绿色中医疗法,来降低痔术后尿潴留的发病机率,实践证明其疗效确切,简便易行,价格低廉,毒副作用

极小,且患者易于接受,对于提高痔病患者术后康复的生活质量具有十分重要的应用价值,适于在临床大力推广应用,从而发挥祖国传统医药优势。

参考文献

- [1]田振国,陈平.中国成人常见肛肠疾病流行病学调查[M].武汉:武汉大学出版社,2015:60.
- [2]张振勇.从解剖学联系论肛肠术后尿潴留发病机制及其防治[J].中华现代中西医杂志,2004,2(1):63-64.
- [3]郎洪敏,郭纯艳.针灸治疗肛肠术后尿潴留近年概况[J].针灸临床杂志,2005,21(2):59-60.
- [4]刘婷.护理干预对混合痔术后尿潴留发生率的影响[J].辽宁中医杂志,2009,36(2):287-288.
- [5]黎一霖,杨萌,黄慧娟,等.综合护理干预对PPH术后尿潴留的影响[J].医学美容(中旬刊),2013(6):150.
- [6]黄盖容,张楚洁,许健红,等.系统化护理干预对痔上黏膜环切术(PPH)术后尿潴留的预防效果[J].吉林医学,2012,33(17):3787.
- [7]傅伟,田婉珍,向宇.电针腰俞穴预防肛肠术后尿潴留的临床护理研究[J].当代护士(下旬刊),2000(11):22-23.
- [8]陈亮,王茂楠.电针白环俞、膀胱俞预防肛内痔术后尿潴留35例[J].长春中医药大学学报,2007,23(6):68-69.
- [9]余东升,张端莲.地奥司明片联合电针预防痔术后尿潴留临床观察[J].数理医药学杂志,2014,27(2):157-158.
- [10]杨秀英.艾灸预防痔瘁术后尿潴留的护理体会[J].当代护士(下旬刊),2014(10):98-99.
- [11]郭萍.雷火灸预防混合痔患者术后尿潴留的效果研究[J].中国肛肠病杂志,2016,36(5):45-47.
- [12]付华智,王坚,黄翠琴,等.围手术期艾灸结合耳穴压豆预防混合痔术后尿潴留的临床护理研究[J].中外医学研究,2016,14(24):79-80.
- [13]冯玲,李静.子午流注穴位按摩预防肛肠术后尿潴留的体会[J].云南中医中药杂志,2015,36(2):93-94.

- [14]于爱华,周娟娟.穴位按压预防痔科手术后尿潴留[J].齐鲁护理杂志,2004,10(8):588-589.
- [15]裴贵兵,张波.穴位注射法预防痔上黏膜环切术后尿潴留[J].广东医学,2011,32(21):2859-2861.
- [16]褚槐梅,卢利玲,吴莹花.电刺激穴位治疗预防痔切除术尿潴留的临床应用研究[J].医学信息,2013(27):609-610.
- [17]许倩,周花玲,聂江燕,等.神经相关穴位电刺激预防痔术后患者尿潴留疗效观察[J].上海针灸杂志,2016,35(4):426-428.
- [18]卢灿省.穴位埋针预防痔术后尿潴留200例[C]//中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会.大肠肛门病论文集.北京:中国中西医结合学术大肠肛门病专业委员会,2001:2.
- [19]郑婵美,李俊苗,何文超.穴位埋线预防混合痔术后尿潴留临床观察[J].新中医,2011,43(4):97-98.
- [20]董蓓蓓.耳穴埋籽防治痔术后尿潴留的临床研究[D].南京:南京中医药大学,2011.
- [21]杜永红,卞玉花,洪艳燕,等.不同时间耳压预防痔瘁术后尿潴留120例[J].中医研究,2009,22(12):18-19.
- [22]浦新红,季利江,翁立平.利尿止痛散敷脐干预痔术后尿潴留的临床观察[J].中国肛肠病杂志,2015,35(3):53-55.
- [23]程良彩,任红,郭梅,等.葱白联合冰片、鲜青膏、甘草贴敷神阙穴预防混合痔术后尿潴留疗效观察[J].内蒙古中医药,2014,33(15):68.
- [24]赵术云.茯苓神阙穴贴敷预防PPH术后尿潴留效果观察[J].内蒙古中医药,2016,35(5):89.
- [25]冯伟峰.我院天灸药物穴位贴敷预防PPH术后尿潴留的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2012.
- [26]江春蕾,刘仍海,杜冠潮.五苓散穴位贴敷防治PPH后尿潴留的临床观察[J].中国临床医生,2013,41(11):68.
- [27]唐妮玲,蒋文丽.小茴香热熨预防痔术后尿潴留的临床观察[J].北方药学,2014,11(2):165.
- [28]刘细华,杨艳琴,戚竟玲,等.中药穴位熨法防治混合痔术后尿潴留患者50例临床观察[J].数理医药学杂志,2016,29(8):1152-1153.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李天禹 收稿日期:2017-10-10)

左归丸治疗老年疾病的研究进展[※]

杨振博¹ 姚建平^{2*} 封银曼² 李显¹

(1 河南中医药大学基础医学院硕士研究生2015级,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: 补肾名方左归丸,具有滋阴补肾、填精益髓之功。在治疗老年性相关疾病中,从肾虚这一根本病因出发,滋阴补肾,对老年痴呆、老年抑郁症、老年骨质疏松等疾病的治疗以及延缓衰老具有较好的效果。笔者检索相关文献,对左归丸在老年性疾病的临床及理论研究方面的成果进行分述总结,以期左归丸指导临床上老年性相关疾病的研究与治疗。

关键词: 左归丸;老年性痴呆;老年科;骨质疏松症;抑郁症;衰老

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.060

文章编号:1672-2779(2018)-04-0146-04

The Research Progress of Zuogui Pill on Geriatric Diseases

YANG Zhenbo¹, YAO Jianping², FENG Yinman², LI Xian¹

(1. Grade 2015 Graduate, School of Preclinical Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. School of Preclinical Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: Zuogui pill is a famous prescription of tonifying kidney. It has the function of nourishing yin and nourishing the kidney. In the treatment of senile related diseases, starting from the deficiency of kidney energy the underlying etiology, nourishing the kidney, to Alzheimer's disease, old age diseases such as depression, senile osteoporosis treatment and anti-aging, it has good effect. The authors retrieved relevant literatures. The results of the study on the clinical and theoretical research of the Zuogui pill will be summarized in order to guide the study and treatment of the diseases related to senile diseases.

Keywords: Zuogui pill; Alzheimer's disease; geriatrics; osteoporosis; depression; senility

左归丸出自《景岳全书》,乃明代医家张介宾所创。张介宾的治病思想以“阳非有余,真阴不足”为

主,他多强调命门在人体中的重要性,治疗上主张补真阴元阳。他以王冰“壮水之主,以制阳光;益火之源,以消阴翳”的理论为依据,创立左归、右归之法,代表方有左归丸、右归丸。左归丸乃壮水之方,具有滋阴补肾、填精益髓之功,主治真阴不足之证,《景

※ 基金项目:国家自然科学基金项目[No.81273656]

* 通讯作者:yjp740719@163.com

岳全书：“治真阴肾水不足，不能滋养营卫，渐至衰弱，……凡精髓内亏，津液枯涸等证，俱速宜壮水之主，以培左肾之元阴，而精血自充矣。宜此方主之。”方中含有熟地黄、山药、枸杞子、山萸肉、川牛膝、鹿角胶、龟甲胶、菟丝子八味药，徐镛《医学举要》曰：“方用熟地之补肾为君；山药之补脾，山萸肉之补肝为臣；配以枸杞补精，川膝补血，菟丝子补肾中之气，鹿胶、龟胶补督任之元。虽曰左归，其实三阴并补，水火交济之方也”。本方常用于老年性痴呆、老年骨质疏松以及其它老年疾病属于肾阴不足，精髓亏虚者。

老年病是指老年人患病率明显增高且与衰老密切相关的疾病，具有多脏受损、阴阳并虚、多痰多瘀多风、脏虚腑滞的病机特点^[1]。左归丸治疗老年疾病多从肾虚入手，肾为先天之本，内藏真元，是脏腑功能活动的原动力。《素问·上古天真论》曰：“女子七岁，肾气盛，齿更发长……七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也”“丈夫八岁，肾气盛，发长齿更……八八，则齿发去”，老年人体质虚弱，五脏皆衰，多致机体阴阳失调。愚认为老年疾病无论主证如何，均应配合补肾之剂，方奏事半功倍之效。下面浅谈左归丸在老年性疾病中的应用。

1 老年性痴呆

阿尔茨海默病 (Alzheimer's disease, AD)，又称老年痴呆，是一种原发性中枢神经系统的慢性进行性退行性疾病。主要表现为记忆障碍、认知功能障碍、情绪或行为改变、人格改变及语言障碍等神经精神症状，严重影响了老年人的身体健康与家庭生活，本病的发病机制目前尚不清楚。本病属于中医学“呆病”范畴，中医认为本病的病位主要在脑，与心、肝、脾、肾有着密切的关系，多由年迈体虚、久病多病，肝肾受损所致肾精不足，髓海失养所致，左归丸的治疗符合其病机特点。王恩龙^[2]将老年性痴呆患者分为治疗组与对照组，分别给予加味左归丸和盐酸多奈哌齐片治疗，结果治疗组与对照组治疗总有效率均为55%，两组总有效率比较无显著性差异，表明左归丸与盐酸多奈哌齐片治疗老年痴呆疗效相当。蔡春华^[3]拟加味左归丸治疗肝肾阴虚型老年性痴呆31例，总有效率达到83.9%，收效颇丰。朴钟源等^[4]探讨左归丸对痴呆大鼠抗氧化作用及尼氏体的影响，并以D-半乳糖腹腔注射合并 β 淀粉样蛋白1-40注射海马制备AD动物模型，分组后分别灌胃抗脑衰胶囊、哈伯因和左归丸，检测各项指标发现，用药后左归丸组均能显著提高AD大鼠脑组织CAT（过氧化氢酶）活性、抑制MAO（单胺氧化酶）活性，尼氏体溶解减少，左归丸组神经纤维结构完整，尼氏体丰富，突触结构完好，由此可见左归丸可以通过提高抗氧化能力，改善神经元细胞的损害，对实验AD大鼠有一定的防治作用。田旭升^[5]以 β 淀粉样

蛋白 (A β) 注射海马从而制备AD动物模型，分别灌胃左归丸和抗脑衰胶囊、脑复康，结果发现灌胃左归丸组均能明显提高AD大鼠脑组织CAT活性、抑制MAO活性，能显著降低海马区域TNF- α 含量和caspase-3 mRNA表达的下调，左归丸能有效抑制痴呆大鼠海马神经元的凋亡。李美珍等^[6]研究左归丸对老年性痴呆模型大鼠海马与皮质神经细胞凋亡的影响机制，发现左归丸具有抑制AD模型大鼠海马皮质与神经细胞凋亡的作用，进而从现代医学角度印证了左归丸治疗老年痴呆的作用机制，从中医学角度突出了左归丸补肾填精达到抗衰老的功效。

2 老年骨质疏松症

骨质疏松症 (osteoporosis, OP) 是一种以骨量减少，骨组织的微结构破坏为特征，以致骨质脆性增加，易于骨折的全身性骨代谢性疾病。该病多以骨痛、身高降低、骨折以及并发呼吸系统疾病为主要临床表现。我国骨质疏松患病率是16.1%，其中60~69岁时为69.5%，70~79岁时为91.9%，80~94岁时为100%^[7]，随着社会老龄化进程加快，骨质疏松症已经成为老年人常见疾病之一，严重影响了老年人的健康和生活。本病属中医学“骨痿”范畴，其病位主要在骨，与肾、肝、脾有着密切关系，病机关键在肾虚。《素问·六节藏象论》曰：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也，其充在骨”，骨的生长发育和功能强弱与肾精的关系最为密切。老年人体质衰弱，肾精不足以生髓，故而引发该病，治疗多以补肾填精、强筋健骨为基本治疗。左归丸具有滋补肝肾、填精益髓之效，治疗该病有较好的疗效。石印玉^[8]对骨质疏松有独到的认识，其认为就“松”而言是“痿”，若以“痛”而言为“痹”，其根本为本痿标痹。临证常用补肾填精方药治疗骨质疏松。张京松等^[9]发现补肾中药左归丸或右归丸加减联合西药治疗OP，在改善临床症状、提升骨密度和血钙、血磷水平方面要优于单纯西药。刘梅洁等^[10]探讨研究左归丸对糖皮质激素性骨质疏松症的治疗作用及机制，发现左归丸可促进成骨细胞的活性，同时使糖皮质激素所致骨质疏松大鼠血清中骨钙素、胰岛素样生长因子-I水平上调。欧阳峰松^[11]治疗肝肾阴虚型老年性骨质疏松症，将患者分为治疗组和对照组，分别予以左归丸加减和西药钙而奇D治疗，治疗组临床总有效率为92.0%，明显高于对照组的72.0%。左归丸加减治疗肝肾阴虚型老年骨质疏松具有良好的效果，还能明显减轻患者的疼痛程度以及增加骨密度，副作用小，安全性好。孙书龙^[12]运用左归丸联合常规方案，治疗人工髋关节置换术后肾虚精亏型的骨质疏松症取得了较好的疗效，可有效减少术后骨质疏松并发症发生，并缓解其症状，另外在改善患者中医骨质疏松证候、预防骨质疏松、减轻患者术后疼痛等方面也均取得了显著作用。

3 老年抑郁症

老年抑郁症多指发病于60岁以后的老年人,其多以持久的抑郁心境为临床表现。老年抑郁症患者除了抑郁心境外,大多数伴有焦虑烦躁情绪、精神运动性抑制、身体不适等症状^[13]。老年期抑郁症属于中医“郁证”范畴,中医认为抑郁症主要与肝、肾有关,肝气郁则气不畅,肾气不足则多虚,病久则由实转虚,虚实夹杂。《医方集解》言:“人之精与志皆藏于肾,肾精不足则志气衰,不能上通于心,故迷惑善忘也。”肝肾同源,肝肾同盛同衰,肾精不足,肝木失养,疏泄失职,能致肝郁气结。左归丸龟、鹿二胶,为血肉有情之品,补阴补阳,菟丝子、牛膝补肝肾强腰膝健筋骨,从老年抑郁患者体质根本上进行治疗,临床多有较好疗效。马书娟等^[14]观察抑郁症大鼠下丘脑-垂体-肾上腺皮质(HPA)轴功能变化以及研究左归丸治疗抑郁症的作用机理,将大鼠随机分为正常对照组、模型组、左归丸组。通过慢性应激法制作抑郁症大鼠模型,左归丸进行灌胃,结果发现与正常对照组比较,模型组大鼠血清ACTH和血浆CORT的浓度均显著升高,与模型组比较,左归丸组大鼠血清ACTH和血浆CORT的浓度均显著降低。这说明左归丸能有效改善HPA轴功能,通过降低大鼠血清ACTH和血浆CORT的浓度发挥对抑郁症的治疗作用。

4 衰老

衰老是指机体各器官功能普遍的、逐渐降低的过程,生物体随时间的推移自发的必然过程,是一种不可违背的自然规律^[15]。中医认为衰老多与肾虚有关,肾乃先天之本,主藏精,主生殖与发育,是元阴元阳之根本,肾精亏虚是衰老发生的内在的根本性机制之一。机体的衰老致使机体各项机能失调,功能紊乱,是导致各种老年病最根本的原因,所以积极地改善衰老状态,不仅能有效减少老年病的发生,还能提高老年人的生活质量。左归丸不仅具有滋补肝肾,更有填精益髓之效,在老年抗衰老的研究上具有广泛的应用,刘国君等^[16]观察左归丸对小鼠阿尔茨海默症模型的保护作用,发现左归丸对衰老症状有明显改善作用。黄进等^[17]研究发现衰老大鼠骨髓间充质干细胞(MSCs)成骨分化的减弱是细胞衰老的重要改变,左归丸可明显促进衰老大鼠MSCs向成骨细胞分化。姚建平^[18]以自然衰老雄性大鼠为肾虚衰老模型,大鼠随机分为老年对照组、左归丸组和右归丸组,最后采用原位杂交法检测大鼠海马组织GRmRNA表达,放免法检测大鼠血浆CORT含量,发现各项指标有所改善,左归丸和右归丸可能通过上调自然衰老雄性大鼠海马GRmRN表达,加强对HPA轴的抑制作用,进而降低血浆CORT含量,改善HPA轴的功能,进而延缓机体的衰老。马书娟等^[19]以自然衰老雄性大鼠为肾虚衰老模型,从自然衰老大

鼠海马神经元凋亡角度探索补肾方左归丸、右归丸的作用机制,大鼠分组用药后,通过原位杂交检测海马区神经元Bax、Bcl-2 mRNA表达,结果发现,与老年组比较,左归丸组和右归丸组大鼠海马CA1区Bcl-2 mRNA表达水平均显著升高,左归丸组和右归丸组大鼠海马CA1区Bax mRNA表达水平均显著降低。得出结论,自然衰老大鼠的海马CA1区神经细胞凋亡相关基因表达异常,左归丸和右归丸可通过调节海马CA1区神经细胞Bax、Bcl-2基因mRNA的表达,降低海马神经细胞凋亡,进而改善海马的功能,进而起到延缓衰老的作用。

5 其他

左归丸对其他老年性疾病也具有较好的疗效。刘军渠等^[20]采用中医补肾中药(左归丸或右归丸)联合针灸治疗老年腰椎间盘突出取得较好的疗效。尹小军^[21]通过辨证分型治疗老年高血压,运用左归丸治疗肝肾阴虚型高血压,取得了良好的疗效。现代研究表明左归丸具有调节下丘脑-垂体-靶腺轴、保护中枢神经系统、调节内分泌、改善骨代谢和调节肝再生的作用,同时具有调节免疫作用^[22]。所以左归丸在老年精神病、老年脑病、老年冠心病、老年肝胆疾病、老年性耳聋等疾病的治疗上均具有较好的疗效。

6 讨论

肾主藏一身之真阴真阳,肾阴对全身脏腑组织器官均有滋养濡润作用,五脏六腑之阴除充养本脏腑之外,余者又不断归藏于肾,以充养真阴;各脏腑之阴与肾阴互养互用,肾阴为统摄诸阴之主。迟华基^[23]教授认为阴虚乃衰老之本,精、血、津、液都是属阴的精微物质,精气足则能长能壮,精气亏则易衰老;血外濡皮毛筋脉,内养脏腑;津液不足则严重影响人体气血运行、调和阴阳等功能,这些物质的不足均是导致衰老的重要因素。左归丸具有滋阴补肾、填精益髓之效,大补肾阴,从老年疾病的根本病因上进行治疗,多有良好的疗效。阴虚乃衰老之本,又是许多老年病如老年痴呆、中风、高血压病、糖尿病的重要病机,故研究老年性疾病,不得不从研究阴虚证出发,灵活运用补阴法,左归丸则偏重于补肾阴虚,着重于老年人的生理与病理特点,分清标本虚实主次,从老年患者体质着手,既可以治已病,又可以防未病,从而有效地治疗各种老年疾病,提高老年患者的生活质量。

参考文献

- [1]李曰庆.中医老年病学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:10-16.
- [2]王恩龙.“加味左归丸”治疗老年性痴呆20例临床观察[J].江苏中医药,2013,45(5):38-39.
- [3]蔡春华.加味左归丸治疗肝肾阴虚型老年性痴呆31例[J].江苏中医,1994(11):9-10.
- [4]朴钟源,江新梅,姚丽芬,等.左归丸对痴呆鼠抗氧化作用及尼氏体的影响[J].山东医药,2008(37):17-19.
- [5]田旭升,安平.左归丸对痴呆鼠氧化反应及细胞凋亡的影响[J].时珍国医国药,2007(12):2931-2932.
- [6]李美珍,曾蛟飞,孙必强,等.左归丸对老年性痴呆模型大鼠海马与皮质

- 神经细胞凋亡的影响[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(14):170-171.
- [7]沈彦明,孙陈静,尹彦亮.老年骨质疏松症防治研究进展[J].现代预防医学,2013(9):1757-1759,1762.
- [8]沈卫东,石瑛.石印玉教授治疗骨质疏松症经验[J].中西医结合学报,2005(6):74-75.
- [9]张京松,李婉儿.中医“补肾法”治疗老年骨质疏松症临床研究[J].中华中医药学刊,2014,32(2):430-432.
- [10]刘梅洁,潘静华,李艳,等.左归丸对糖皮质激素所致骨质疏松大鼠血清中BGP、IGF-I含量的影响[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(16):133-136.
- [11]欧阳峰松.左归丸加减治疗肝肾阴虚型老年性骨质疏松症50例临床观察[J].中医导报,2015(20):54-55.
- [12]孙书龙.左归丸联合常规方案治疗人工膝关节置换术后(肾虚精亏型)骨质疏松症的疗效观察[D].太原:山西中医学院,2016.
- [13]杨振博,姚建平,封银曼.老年抑郁症的病因病机及治疗进展[J].光明中医,2017(7):1066-1069.
- [14]马书娟,姚建平.左归丸对抑郁模型大鼠HPA轴功能的影响[J].中医临床研究,2016(19):15-17.
- [15]姚建平,李亚敏,冯银曼.衰老的中医药研究概述[J].光明中医,2015(7):1598-1601.
- [16]刘国君,张爱平,李宝玲.左归丸对小鼠阿尔茨海默症模型的保护作用[J].临床合理用药杂志,2010,3(18):91-92.
- [17]黄进,徐志伟,詹菲,等.左归丸对衰老大鼠骨髓间充质干细胞成骨和成脂分化的影响[J].中药新药与临床药理,2015,26(1):5-8.
- [18]姚建平,金国琴,戴薇薇,等.左归丸和右归丸对老年大鼠海马GRmRNA表达与HPA轴活性的影响[J].中国实验方剂学杂志,2009(10):67-69.
- [19]马书娟,曹珊,姚建平,等.补肾方对自然衰老大鼠海马CA1区凋亡相关基因Bax、Bcl-2 mRNA表达的影响[J].中药药理与临床,2011(3):6-7.
- [20]刘军渠,齐静.中医补肾法联合针灸治老年腰椎间盘突出临床疗效[J].医疗装备,2015,28(18):104-105.
- [21]尹小军.辨证分型治疗老年高血压随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2014(8):61-63.
- [22]王义周,刘妍,王蕾.左归丸与右归丸的药理研究进展[J].浙江中医药大学学报,2010(1):116-117,119.
- [23]王健,迟华基.补阴法与延缓衰老[J].山东中医药大学学报,2000(4):294-296.

(本文编辑:张文娟 本文校对:龙旭阳 收稿日期:2017-10-31)

原发性痛经的中医外治法研究进展

宋蓉杰

(山西中医药大学研究生部,山西太原 030024)

摘要:查阅近几年有关原发性痛经的文献,发现原发性痛经的中医外治方法多种多样,主要包括中药灌肠、穴位埋线、针刺法、艾灸法、中药足浴、穴位贴敷、穴位注射、推拿按摩等。中医外治法不用内服药物,使药物的作用直接通过皮肤渗透吸收,使药力直达病灶,避免口服药物对人体胃、肠道及肝脏器官的副作用,提高药物的利用率,使用起来更加简单方便,疗效显著,得到了广大患者的认可和接受,现本文将系统总结原发性痛经的中医外治法。

关键词:痛经;中医外治法;综述;经行腹痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.061

文章编号:1672-2779(2018)-04-0149-02

Research Progress on External Therapy of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Primary Dysmenorrhea

SONG Rongjie

(Graduate Department, Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030024, China)

Abstract: Referring to the literature about primary dysmenorrhea in recent years, it is found that there are various external treatment methods for primary dysmenorrhea, including traditional Chinese medicine enema, acupoint catgut embedding, acupuncture, moxibustion, foot bath, acupoint application, acupoint injection, massage and other methods. The external treatment of traditional Chinese medicine does not need internal medicine, the effect of the drug directly through the penetration of skin, is a direct focus of the drug, avoids the side effects of oral drugs on the stomach, intestines and liver organs, improves the utilization of drugs, is more simple and convenient, has significant effect, and has been recognized and accepted by the majority of patients. This article will systematically summarize the external treatment of primary dysmenorrhea in traditional Chinese Medicine.

Keywords: dysmenorrhea; external therapy of traditional Chinese medicine; review; abdominal pain during menstruation

妇女正值经期或经行前后,出现周期性小腹疼痛,或痛引腰骶,甚至剧痛晕厥者,称为痛经,又称“经行腹痛”。是临床常见的妇科病之一。西医妇产科学将痛经分为原发性痛经和继发性痛经。原发性痛经又称功能性痛经,是指生殖器无器质性病变者,以青少年多见。继发性痛经指由于盆腔器质性疾病如子宫内膜异位症、子宫腺肌病、盆腔炎或宫颈狭窄所引起的痛经,以育龄期妇女常见^[1]。近年来我国原发性痛经的发生率高达74.03%^[2]。原发性痛经影响了女性的正常生活。西医多采用口服止痛药及避孕药等方法缓解痛经,但疗效有一定的局限性。中医外治法治疗痛经疗效显著,对胃肠刺激小,得到患者的认可和接受。近年来

中医外治法治疗原发性痛经的种类繁多,现总结如下。

1 针刺疗法

针刺疗法是用毫针通过提插捻转等手法刺激穴位,从而治疗疾病。针刺主要包括体针、头皮针、电针、腹针、腕踝针等。治疗痛经的选穴以腰骶、少腹部以及小腿部的穴位为基本规律^[3]。针刺穴位通过调节性激素及前列腺素,抑制子宫平滑肌的收缩,缓解痛经^[4]。针刺三阴交还可以平衡与痛经有关的中枢网络,调节神经内分泌而缓解痛经^[5]。江晓婧^[6]针刺委中等局部穴位治疗30例原发性痛经患者,于每次经前1周开始,隔日1次,连续5次,共治疗3个月经周期,总有效率可以达到100%。

2 穴位贴敷

穴位贴敷主要是将药物组成特定的剂型,贴敷于穴位上,发挥药物疗效和穴位刺激的双重作用,达到治疗疾病的目的。穴位贴敷能够调节原发性痛经患者前列腺素的合成^[7]。孔明月^[8]用穴位贴敷治疗原发性痛经患者,总有效率为92.5%,优于单纯口服艾附暖宫丸总有效率72.5%。

3 耳穴贴压

耳朵与脏腑经络关系密切,刺激与痛经有关的耳穴疏通经络,调和气血来缓解痛经。耳穴贴压疗法可以持续地镇痛,缓解盆腔炎症反应,通过降低血管及子宫平滑肌的收缩频率而缓解痛经^[9]。韦波等^[10]利用耳穴贴压神门、内分泌、肝、内生殖器等穴位治疗大学生原发性痛经(治愈率64.6%,总有效率91.7%,优于药物组治愈率39.6%,总有效率70.8%)。

4 中药足浴

中药足浴是将中药熬成汤剂泡脚治疗疾病的一种方法。足与脏腑密切相关,三阴经起于足部,通过经络的作用使药物热量到达子宫,温暖胞宫,缓解痛经。李敏等^[11]将51例原发性痛经患者用桂枝、益母草、柴胡、当归、甘草、白芍等药物治疗,于行经前3~5天,每天泡脚30~40 min,治疗3个月经周期,总有效率96%。

5 中药灌肠

中药灌肠是将中药煎剂或掺入散剂从肛门灌入,在直肠中保留一段时间,通过肠黏膜吸收缓解痛经的一种方法。中药灌肠一方面使药物直接经过肠黏膜吸收进入循环系统^[12]。另一方面通过药物的作用扩张盆腔周围的血管,促进盆腔周围血液的循环,使药物的功效达到需要治疗的部位,缓解痛经。陈静丽^[13]观察桃红四物汤合失笑散治疗痛经,治疗组用上药灌肠,对照组用上药口服。两组均在经前3~5天至经净治疗,治疗组有效率96.67%优于对照组的86.67%。

6 穴位注射

穴位注射是将针刺与药物结合的一种方法,根据中医辨证将一定剂量的中药或西药注射到特定穴位来治疗疾病。穴位注射可以刺激穴位,疏通经络,从而达到治疗痛经的目的。石海卫^[14]将60例患者随机分为穴位注射组、针刺组和药物组3个组。治疗3个月后果表明穴位注射对患者的止痛效果较强。

7 推拿按摩手法

推拿按摩手法是用一定的手法刺激人体的体表或者穴位来治疗疾病。推拿按摩手法通过手法直接作用于盆腔、腹腔,使盆腔气血运行速度加快,缓解痛经。刘星^[15]观察罗氏推拿手法和常规中药治疗原发性痛经的疗效,结果显示推拿手法优于常规中药。

8 穴位埋线

穴位埋线是在穴位上植入羊肠线或者可以吸收性外科缝线,并通过羊肠线对穴位的持续刺激作用,达到治疗疾病的一种方法^[16]。穴位埋线可以改善前列腺素类,从而能缓解痛经^[17]。杨丽鹃^[18]用穴位埋线治疗45例原发性痛经患者,总有效率为95.6%,治愈率为66.7%。

9 艾灸法

艾灸法是将艾叶制成艾绒、艾柱、艾条,在不同的穴位上,用各种方法燃烧,将艾叶的温热作用通过经络的传导来治疗疾病。艾灸可以温通经络、活血化瘀。临床上灸法常有温针灸、隔物灸、罐灸、铺灸、雷火灸、热敏灸、点线灸等。艾叶燃烧后具有抗菌止痛、调节机体免疫等作用^[19]。赵秀萍^[20]用隔物灸治疗15例原发性痛经患者,总有效率为93.3%。

中医外治法治疗原发性痛经方法多种多样,前景广阔,仍有很多不足之处,临床研究中存在很多不合理的地方,需要通过扩大研究样本,采用随机对照等规范化的临床研究,为临床应用提供循证医学证据。

参考文献

- [1]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2010:131.
- [2]张洪,朱美玉,严冰华,等.1585名医学专业女生原发性痛经影响因素调查[J].中国校医,2008,22(3):287-290.
- [3]卜彦青,陈少宗.原发性痛经现代针灸临床应用研究[J].中医杂志,2010,51(9):811-813.
- [4]贾小红,耿海亮.针刺治疗原发性痛经患者性激素及前列腺素分泌的调节作用[J].中国医药导报,2016,13(7):76-79.
- [5]龚萍,张明敏,王棋,等.针刺三阴交对痛经患者脑葡萄糖代谢的影响[J].中国针灸,2006,26(1):51-55.
- [6]江晓婧.针灸治疗原发性痛经30例[J].实用中医杂志,2017,33(4):413-414.
- [7]王淑欣,卢得健,李艳慧,等.穴位贴敷治疗实证痛经的疗效观察及对前列腺素的影响[J].中国针灸,2009,29(4):265-268.
- [8]孔明月,姜坤,王晓滨.穴位贴敷治疗80例寒凝血瘀型原发性痛经的临床观察[J].黑龙江中医药,2015,44(2):56-57.
- [9]邓霞,薛晓,彭果然,等.针刺配合耳穴贴压治疗原发性痛经疗效观察[J].上海针灸杂志,2015,34(10):955-957.
- [10]韦波,闵文,董珍珍,等.耳穴贴压治疗原发性痛经疗效观察[J].上海针灸杂志,2017,36(2):167-170.
- [11]李敏,李庆华.中药足浴治疗原发性痛经的疗效分析[J].护理研究,2012,1(26):251-252.
- [12]张晓燕.中药保留灌肠治疗原发性痛经68例[J].临床医学,2012,32(2):117.
- [13]陈静丽,黄晓君,冉仕娅,等.桃红四物失笑散灌肠治疗原发性痛经30例[J].中医外治杂志,2016,25(4):14-15.
- [14]石海卫,李丽.穴位注射复方当归注射液治疗痛经疗效观察[J].上海针灸杂志,2016,35(2):178-179.
- [15]刘星.罗氏推拿手法治疗原发性痛经的临床疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2014.
- [16]赵永娇,马红英,蔡德光.穴位埋线及穴位注射的临床和机制研究进展[J].现代中西医结合杂志,2013,22(7):784-787.
- [17]陈文,俞海虹,刘世红,等.穴位埋线治疗原发性痛经的疗效观察[J].四川中医,2012,30(9):121-123.
- [18]杨丽鹃,逯俊.穴位埋线治疗原发性痛经的临床观察[J].山西中医,2013,29(7):42.
- [19]马红梅,侯新聚,万国强,等.中医灸法治疗原发性痛经的研究进展[J].现代诊断与治疗,2014,25(15):3568-3571.
- [20]赵秀萍,张鲁予.隔物灸治疗原发性痛经15例[J].上海针灸杂志,2009,28(4):229.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王瑞霞 收稿日期:2017-11-28)

心脏康复治疗与预防心血管疾病的研究进展

宋晓丹¹ 赵丹丹^{2*} 杜廷海³ 王幼平⁴

- (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 河南中医药大学中医内科研究生2016级, 河南 郑州 450000;
3 河南中医药大学第一附属医院心内一区, 河南 郑州 450000;
4 河南中医药大学第一附属医院中心实验室, 河南 郑州 450000)

摘要: 随着社会的发展, 心血管疾病的发病率在我国越来越高, 已经成为威胁生命的一大主要疾病。心脏康复是现代医学处理心血管疾病中不可或缺的重要组成部分, 不仅可以改善患者预后, 提高生活质量, 而且可以预防复发, 降低住院率和死亡率。近年来随着医护人员对心脏康复重要性的认识、当代医学由单纯的生物模式向生物-心理-社会-医学模式的逐渐转化和循证医学的不断完善, 心脏康复将越来越受到重视, 并且发挥其不可替代的作用。

关键词: 心脏康复; 药物处方; 运动处方; 心理处方; 营养处方; 戒烟处方; 中西医结合; 中西医的交融点

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.062

文章编号:1672-2779(2018)-04-0151-03

Research Progress of Cardiac Rehabilitation Treatment and Prevention of Cardiovascular Diseases

SONG Xiaodan¹, ZHAO Dandan², DU Tinghai³, WANG Youping⁴

- (1. Grade 2016 Graduate of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;
2. Grade 2016 Graduate of Internal Medicine of TCM, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;
3. Ward One of Cardiology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;
4. Central Laboratory, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: With the development of society, the incidence of cardiovascular disease has become more and higher in our country, which has become a major threat to life. Cardiac rehabilitation is an important part of modern medical treatment of cardiovascular diseases. It can not only improve the prognosis of patients, improve the quality of life, but also can prevent recurrence, reduce the hospitalization rate and mortality. In recent years, along with the medical staff about the importance of cardiac rehabilitation, contemporary medicine from a simple biological model to the biological-psychology-social-medical model transformation and the continuous improvement of the evidence-based medicine, cardiac rehabilitation will be more and more be taken seriously, and play its irreplaceable role.

Keywords: cardiac rehabilitation; drug prescription; exercise prescription; psychological prescription; nutrition prescription; smoking cessation prescription; integrated traditional Chinese and Western medicine; blending point of traditional Chinese and Western medicine

心脏康复最早起源于国外, 已有近70年历史, 目的是使心脏病患者获得最佳的体力、精神及心理的活动, 从而使患者能够通过自身的努力在社会上重新恢复尽可能多的正常自主生活。心脏康复对象涵盖了急性心肌梗死、稳定性心绞痛、经皮冠状动脉介入术后、心力衰竭、起搏器植入术后、心脏移植术后及心脏外科手术后(如瓣膜修补术/置换术)等诸多领域^[1]。对患者尽早恢复, 提高运动能力, 改善生活质量意义重大。

1 心脏康复单元

1.1 心脏康复系统 通过多学科方向合作, 把心血管医师、康复医师、康复医疗师、专业护士及心理咨询师等组为团队, 协调工作, 相辅相成, 为患者提供个体化、优质化、整体化服务, 体现人文关怀, 重视患者预后功能和患者及家属的满意度, 而不像传统疗法, 只强调症状及病理学的改善。目标包括: ①提高心血管病患者的生活质量; ②预防心血管疾病的复发, 从而降低死亡率及再住院率; ③帮助心血管病患者

尽量恢复最佳体能状态^[2]。

1.2 设备、设置及功能 提供评估、监护设备, 急救药品及设备, 训练、教育器材, 治疗仪, 设置功能评估室、康复运动室、外置室、康复教育室, 对患者情况进行事先评估, 进行运动过程监护, 以便发病时可以及时处理, 并对患者的心理及生活方式给予指导及教育。

1.3 临床疗效 保证安全的活动范围, 可减少或消除卧床带来的不利影响, 如心脏负荷增加, 血栓和栓塞, 运动耐量降低, 情绪焦躁等, 可明显提高患者的生存质量。王欣昌曾有研究显示: 系统心脏康复治疗可明显提高冠心病患者的生活质量, 值得在临床上推广应用^[3]。患者严格遵守康复计划后对其健康及心理的正确认识, 提高患者疾病知识掌握度及对治疗措施的依从性, 使其养成良好的生活习惯, 提高患者的信心^[4]。

2 五大处方

2.1 药物处方 药物处方^[5]包括改善症状及治疗预后类, 以冠心病不稳定性心绞痛为例, 改善症状的药物常见有硝酸脂类、 β 受体阻滞剂、钙离子拮抗剂等。治疗预

* 通讯作者: 664575246@qq.com

后常用标准二级预防, 主要包含: ①抗血小板聚集药物: 抗血小板聚集, 抑制血栓发生, 减少心血管不良事件的发生; 如拜阿司匹林、氯吡格雷等; ② β 受体阻滞剂: 抑制交感神经, 稳定心率, 降低心肌耗氧量, 如美托洛尔、比索洛尔等; ③ACEI/ARB: 既可起到降压效果, 又对心脏有保护作用; 当ACEI不能耐受时, 可用ARB来替代, 如贝那普利、厄贝沙坦等; ④他汀类药物: 可有效降低TC和LDL-L, 延缓甚至逆转动脉粥样硬化进程, 如阿托伐他汀钙片、瑞舒伐他汀钙片等。药物处方的规范治疗非常重要, 在干预心血管疾病危险因素、延缓疾病进展和改善预后方面影响巨大, 应根据患者具体病情作出个体化药物处方。

2.2 运动处方 大量循证医学证据表明运动康复可以提高患者运动耐量, 改善患者预后及生活质量。运动处方组成包括: 方式、强度、时间、频率、注意事项等; 运动方式有有氧运动、阻抗运动、柔韧性训练、平衡训练等。以有氧运动为例, 常见方式有走路、跑步、游泳等, 以增加心脏负荷, 改善心脏功能。心脏运动康复逐渐受到医护人员及家属的重视, 临床上应根据患者运动治疗的观察与评估情况(包括自我感觉、心血管反应、运动后反应等), 制定与之匹配的运动方式及强度^[6]。

2.3 心理处方 心血管疾病属于慢性疾病, 易复发, 并发症也较多, 其治疗及康复是一个漫长的过程, 带给患者的不仅仅是身体上的不适, 更有心理上的负担, 因此心理干预也成为心脏康复系统中的一个重要组成部分, 并衍生出了“双心医学”的概念。双心医学是研究和处理与心脏疾病相关的情绪、社会环境及行为问题的科学。双心医学已成为医学的重要分支, 对于双心疾病的认识、筛查及治疗仍存在争议, 不可否认的是情绪是影响心脏病的一个重要的且越来越不可忽视的因素, 有证据表明心血管疾病患者易出现心理应激及心理负担过重导致焦虑、抑郁等心理问题, 同时这种精神问题也会反过来加重心血管疾病的进展及疗程^[7]。因此, 在关注心血管疾病的本身之外, 应同时干预患者心理健康, 以达到“身心”协调, 药物及心理疏导双管齐下, 定期随访了解患者近期身心情况, 及时调整双心治疗方案, 必要时与临床心理科协助治疗^[8]。

2.4 营养处方 心血管疾病包括动脉粥样硬化、高血压、高脂血症、心力衰竭等都与膳食密切相关, 科学合理的膳食能降低心血管风险。对患者进行评估, 制定个体化营养处方, 膳食指导, 营养教育, 并与家属一同监督, 能够达到预防和治疗心血管疾病的目的^[9]。

2.5 戒烟处方 烟草能增大患心血管、呼吸系统等疾病的机率, 人对己都有不可忽视的危害性, 呼吁戒烟成为心脏康复系统中的重要部分。随着医学模式的转变, 戒烟的方式也有了新的特点, 戒烟门诊在一些发

达城市兴起, 不仅可以给予药物戒烟的指导, 同时针对患者的烟草依赖心理进行疏导。对戒烟患者进行管理, 能够预防多种心血管疾病的发生。

3 中西医结合

中医康复在我国历史悠久, 众所周知如刮痧、按摩、太极拳、八段锦等能促进心血管疾病的康复治疗。其整体观念及辨证论治的优势, 能实现人的整体康复, 而不只是“心脏”器官的康复, 各种康复技术辨证施膳、辨证情志治疗, 辨证外治等, 考虑到客观化及循证技术不足, 应充分发挥我国传统医学特色, 吸取并结合西医康复优势, 创造出适合我国特色的中西医结合疗法, 发挥医护人员及患者的积极性, 在家庭、社区开展康复工作, 低成本、高效益的合理运用资源来为患者提供更加完善的康复治疗指导^[10]。

4 中西医结合心脏康复的交融点

对比中医康复与系统心脏康复的观点, 不难发现二者有许多的相似之处, 找出二者的交融点, 对发展及研究中西医结合心脏康复具有重要意义。在中医康复中, 依据辨证论治原则, 有许多疗法可从整体上多途径、多环节发挥与西医心脏康复类似的作用。①外敷穴位与体外反搏: 外敷穴位可刺激腧穴、经络, 调节机体的内在虚实状态和内在抗病能力, 通过药物外敷特定穴位, 扩张血管, 增加冠状动脉血流量, 减少心肌耗氧量, 改善血液循环, 达到整体调节目的。经穴体外反搏调节血管紧张性, 增加局部血液, 舒张冠脉, 改善心肌灌注, 促进血管新生及侧支循环的建立及开放, 调节血小板功能、血管平滑肌生长、炎症细胞在血管壁的分布。②营养指导和辨证施膳: 营养处方列出了对患者饮食习惯及生活方式的指导, 以评价、询问、劝告、随访为原则, 对患者进行全面的营养评估、准确的营养诊断、科学的营养干预及系统的营养监测。药膳是利用药性, 变药为食, 以食代药, 食助药效以发挥其相辅相成的协同作用, 结合患者的体重、血压、血脂水平、血糖及心功能和中医辨证论治, 制定合理的饮食营养处方。③心理康复与精神调理: 心理康复通过健康教育、心理教育、行为干预等途径提高患者生活质量, 改善其预后。精神调理吸收了儒家、佛教和道教的精神修养法(如气功、瑜伽、禅宗及静坐等多种修炼方法), 能够调畅情志, 调理心情, 减少情绪波动。

5 展望

心脏疾病患者数量在我国逐年增加, 目前我国的医疗模式仍不够完善, 对疾病的预防及预后康复不够重视。虽然心脏康复能够极大地提高患者生活质量, 降低住院天数及频率, 但现况是人们对心脏康复了解较少, 只有少数城市已经开展, 普及率及体系化不足, 缺乏康复专业人才。令人欣喜的是, 随着对心脏康复

的了解,国家及社会对心脏康复开始重视起来,各地心脏康复中心的建立,医务人员的积极引导,政府的大力推进,使得心脏康复逐渐发展起来,并更好地服务于心脏病患者。相信在心脏康复医学相关工作者的努力下,心脏康复医学将会迎来更加蓬勃的发展。

参考文献

- [1]许晶晶,李萍.心血管疾病的康复[J].中国循环杂志,2013,28(8):635-636.
- [2]杜廷海,朱明军.冠心病中西医结合康复治疗[M].郑州:河南科学技术出版社,2014:18-19.
- [3]王欣昌.冠心病患者的心脏康复治疗研究[J].首都食品与医学,2017,

- 6(2):59-60.
- [4]张慧琴,吴秋霞,李丽霞,等.冠心病患者心脏康复依从性的影响因素及护理健康教育[J].基层医学论坛,2010,11(15):435-436.
- [5]赵树海.心脏康复五大处方之药物处方[J].中华内科杂志,2014,53(12):982-983.
- [6]池菊芳,郭航远,林辉,等.心脏康复的管理与服务[J].中国全科医学,2017,20(20):2432-2435.
- [7]刘梅颖.双心医学的发展与争议[J].中国循环杂志,2013,28(1):74.
- [8]覃德冰.心血管疾病的生活方式康复治疗[J].柳钢科技,2017,1(3):49-51.
- [9]胡大一.心脏康复需发动全员医护人员参与[J].中华心血管杂志,2015,43(7):569.
- [10]刘志学.中西医结合心脏康复具有独特的优势[N].中国医药报,2016-5-13(13).

(本文编辑:张文娟 本文校对:王文娜 收稿日期:2017-11-21)

甲状腺疾病在恶性肿瘤患者中的分布特点

宋博群 张蕴超*

(天津中医药大学研究生院,天津 300193)

摘要:目的 分析恶性肿瘤患者并发甲状腺疾病的分布特点,为恶性肿瘤患者预防甲状腺疾病的发生提供帮助。方法 选取2015年8月—2016年8月住院治疗的恶性肿瘤患者,并对其进行回顾性分析,探讨甲状腺疾病在恶性肿瘤中的分布特点。结果 甲状腺疾病在乳腺恶性肿瘤中最为高发,约占11.11%,其次妇科恶性肿瘤为7.55%,肺恶性肿瘤为6.80%,消化道恶性肿瘤并发甲状腺疾病的概率最低,仅为1.64%。结论 甲状腺疾病合并恶性肿瘤有一定的发病规律,乳腺恶性肿瘤是甲状腺异常最高发的一种癌病,临床诊疗过程中,需重视对恶性肿瘤患者进行甲状腺功能的筛查,特别是对乳腺恶性肿瘤患者,应尤为重视,以避免发生漏诊、误诊等。

关键词: 甲状腺疾病;恶性肿瘤;乳腺恶性肿瘤;瘰疬;乳岩

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.063

文章编号:1672-2779(2018)-04-0153-03

Distribution Characteristics of Thyroid Diseases in Patients with Malignant Tumors

SONG Boqun, ZHANG Yunchao

(Graduate School, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

Abstract: **Objective** To analyze the distribution of thyroid disease in patients with malignant and to provide help for malignant tumor patients preventing thyroid disease. **Methods** We reviewed the data of patients, from August 2015 to August 2016, with malignant tumors and then analyzed the distributing characteristics of thyroid diseases in malignant tumors. **Results** Thyroid disease is the most common in breast malignancies, accounting for about 11.1%, followed by malignancy of gynecology (7.55%), lung malignant tumor (6.80%), digestive malignancy (1.64%). **Conclusion** Thyroid disease with malignant tumors is regular. Breast cancer is a cancer that has the highest incidence of thyroid abnormalities. In the clinical treatment process, we should pay attention to the screening of thyroid function in patients with malignant tumors and especially to breast cancer and avoid misdiagnosis.

Keywords: thyroid diseases; malignant tumors; breast malignant tumors; goiter; breast carcinoma

肿瘤,特别是恶性肿瘤,因其具有高发病率和死亡率高死亡率的特点,已被公认为是威胁人类健康的严重疾病之一。现在我国的肿瘤负担还在不断加重,因此,人们对肿瘤疾病变得不再陌生^[1]。而甲状腺疾病也属于高发之一,甲状腺疾病最多见的有甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、甲状腺癌、甲状腺囊肿、单纯性甲状腺肿、甲状腺结节、桥本甲状腺炎等。据报道,中华医学会内分泌学会曾通过对居民甲状腺健康情况的调查,结果发现近几年来,甲状腺异常的发生率持续保持上涨的势头,且增长的速度急剧,而今据估算我国存在甲状腺异常的人群数目惊人,达2亿之多,如此高的发病率致使甲状腺疾病成功跻身于内分泌之常见

病的排行榜中,其排名仅次于糖尿病,位列第二^[2]。但由于甲状腺疾病起病隐匿,症状又不甚明显,人们可能只是对各种甲状腺疾病的名称耳熟能详,但并不十分了解,也缺乏重视。本研究旨在通过回顾性分析恶性肿瘤患者的临床资料,了解肿瘤患者甲状腺疾病的分布情况,以为临床诊疗过程提供参考意见,并为肿瘤患者防治甲状腺疾病的工作提供帮助。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2015年8月—2016年8月于天津中医药大学第一附属医院住院治疗的恶性肿瘤患者,共1172例,其中合并甲状腺疾病的患者70例,男22例,女48例。多次入院患者均按1例次计算,所有患者恶性肿瘤的诊断均参照各类恶性肿瘤NCCN指南的诊断标准,并结合患者的临床表现、CT及实验室检查结果等,

* 通讯作者:cl24678498@163.com

以病理学诊断为必要条件, 甲状腺患病的诊断则参照2007年《中国甲状腺疾病诊治指南》的诊断标准。

1.2 统计学方法 统计软件采用SPSS 23.0, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义, $P < 0.01$ 为差异具有显著的统计学意义。

2 结果

2.1 甲状腺疾病在恶性肿瘤中的分布情况 研究证明, 乳腺恶性肿瘤中甲状腺疾病患病率最高(占11.11%), 其后依次为妇科恶性肿瘤(7.55%)、肺恶性肿瘤(6.80%)和消化道恶性肿瘤(1.64%)。除消化道癌病外, 其余各类肿瘤中均为女性发病率高于男性, 见表1。

表1 甲状腺疾病在各类癌病中的分布情况 [例(%)]

肿瘤类别	甲状腺疾病	男	女
乳腺恶性肿瘤	16(11.11)	0(0.00)	16(11.11)
妇科恶性肿瘤	8(7.55)	0(0.00)	8(7.55)
肺恶性肿瘤	42(6.80)	19(3.07)	23(3.72)
消化道恶性肿瘤	5(1.64)	3(0.99)	2(0.66)
合计	70(5.97)	22(1.88)	48(4.10)

注: 性别分布以卡方检验, $\chi^2 = 12.78, P < 0.01$, 差异有明显的统计学意义

2.2 乳腺癌与非乳腺癌组间分析 在收集的1172例恶性肿瘤病例中, 乳腺癌患者144例, 其中伴发甲状腺疾病的患者16例, 无甲状腺疾病的128例。非乳腺癌患者1028例, 其中合并甲状腺疾病的54例, 无甲状腺疾病的974例。通过统计分析表明, 甲状腺异常的罹患率在乳腺癌患者中显著高于非乳腺癌患者, 见表2。

表2 肿瘤类别 × 是否并发甲状腺疾病交叉制表

肿瘤类别	是否合并甲状腺疾病		合计
	有	无	
乳腺癌	16	128	144
非乳腺癌	54	974	1028
合计	70	1102	1172

注: 两组间经卡方检验, $\chi^2 = 7.718, P < 0.05$, 差异有统计学意义

3 讨论

据报道^[3-4], 乳腺癌患者与健康人群相比较, 前者甲状腺异常的患病率更高, 本研究进一步分析发现乳腺癌患者并发甲状腺异常的罹患率较其他癌病人群同样是增高的, 其次分别为妇科癌病、肺癌、消化道癌病, 且乳腺恶性肿瘤中甲状腺疾病发生率与非乳腺癌具有差异, 女性发病率与男性亦具有显著差异, 本研究结果显示乳腺与甲状腺之间可以相互影响, 两者之间可能具有某些相关性, 这方面的报道也得到了很多的关注^[5-7]。

3.1 西医对两者关系的探讨

3.1.1 内分泌紊乱 目前, 内分泌紊乱被认为是乳腺癌患者合并甲状腺异常具有多发性特点的重要原因之一。

因为二者同属激素反应性器官, 都需要接受下丘脑垂体系统的调控, 因此当发生内分泌紊乱时, 可能会造成腺体间互相影响, 致使疾病发生^[8]。对于激素紊乱具体可从以下几个方面进行论述。首先要提到的当属甲状腺激素。研究表明甲状腺激素对乳腺癌的发生和发展有双向调节作用。一方面, 在乳腺肿瘤细胞中表达的甲状腺激素受体(TR) 现在被发现的有两种亚型, 分别为TR- α 型和TR- β 型, 此二型均与癌细胞的侵袭和转移呈负相关^[9-10]。另外, 研究指出三碘甲状腺原氨酸(T3)可以调控细胞周期进程, 进而阻止乳腺上皮细胞增殖^[11]。同时, T3还能抑制细胞黏合素C的表达, 达到遏制肿瘤生长、转移的目的^[12]。另一方面, 甲状腺激素与雌激素具有协同作用。总而言之, 甲状腺激素既是促成癌细胞发生的危险因素, 也是阻止癌细胞生长的保护因素。其次应当被提到的是雌激素, 雌激素受体主要存在于病变的甲状腺组织及未绝经的乳头状癌患者体内, 其对二者的影响也是意义重大的。据报道, 雌激素受体表达的越多, 细胞周期调节蛋白表达的也就越多, 可以促使分化型甲状腺癌的增殖。之后, 进一步研究表明, 通过提高甲状腺组织中的受体水平, 可以对甲状腺组织造成影响, 对甲状腺细胞的生长起到调控作用^[13]。

3.1.2 碘 碘是合成甲状腺激素不可或缺的成分, 对甲状腺发挥其正常的功能意义非凡。在乳腺组织中, 碘参与了保证维持正常的功能, 但碘在乳腺组织细胞中的吸收则需要靠钠碘转运体来介导。据调查显示, 存在较高的碘元素摄入量的地区乳腺癌及甲状腺肿大的发生率较低, 反之, 低碘地区的乳腺癌及甲状腺肿大的发生率也相对较高, 该结论与其他的一些临床研究相一致, 因此, 碘被认为是对甲状腺和乳腺具有一定的保护作用, 碘缺乏则可能造成上述两者发生病理变化。

3.1.3 抗甲状腺过氧化物酶抗体 抗甲状腺过氧化物酶抗体(anti-thyroid peroxidase antibodies, TPO-Ab)是人体内一种针对自身组织、器官的抗体, 它与甲状腺自身免疫性损伤关系密切, 是确定甲状腺的自身免疫性疾病的重要指标。研究指出当患者患有乳腺恶性肿瘤时, 其内分泌会发生紊乱, 并通过下丘脑-垂体-腺体轴, 引发了甲状腺激素水平及甲状腺球蛋白的变化, 从而导致甲状腺发生自身免疫性疾病^[14]。另外, 还有研究认为乳腺肿瘤与甲状腺组织都会表达TPO-Ab, 于是, TPO则成为两者共同的抗原, 可能会引发共同的免疫反应, 致使乳腺恶性肿瘤患者的血清内检出高水平的TPO-Ab, 形成甲状腺疾病^[15]。

3.2 中医对二者的研究

3.2.1 病因病机 乳腺癌在古籍中多被称为“乳岩”“乳石痈”“乳粟”等,关于其中医病因病机的论述可以说是比较丰富、精辟的。古代医家多认为情志因素对乳岩的发生有重要影响。如朱丹溪曾在其著作中指出“妇人忧郁愁遏,时日积累,脾气消沮,肝气横逆,遂成隐核”。明确指出女性长期处于忧郁惆怅的情绪下,会造成此病的发生。随后明朝的虞抟也提到:“此症多生于忧郁积忿中年妇女”。清代医家何梦瑶同样认为“女子心性偏执善怒者,则发而为痈,沉郁者则渐而成岩”。各代医家均强调情志抑郁是致病因素之一,此观点也得到了现代医家的认可。纵观历代古籍,并无甲状腺疾病的记载,但根据其颈前不结块、胀闷等临床症状,当归属于中医学“瘰疬”“瘰病”“肉瘰”等范畴。对于本病的病因病机在古籍中也多有论述。隋朝巢元方《诸病源候论·瘰候》提到:“瘰者,由忧恚气结所生”。可见情志抑郁可谓是两者的共同致病因素,肝气郁结,气滞不畅,致使气血紊乱,疾病乃成。

3.2.2 经络循行 甲状腺位于颈前甲状软骨和气管环的两侧,乳腺位于胸前,审经脉循行,两者皆位于厥阴经上,因此厥阴经病变可能影响乳腺及甲状腺。对于二者与肝经关系密切的说法,亦得到了许多医家的认可。朱震亨曾在《格致余论》中指出:“乳子之母,不知调养,怒忿所遂,郁闷所遏,厚味所酿,以致厥阴之气不行……”,认为乳岩的发生与肝胃密切相关。明代江瓘提到:“瘰之病机在于少阳厥阴肝胆,因郁怒痰气所成”。总之,情志不遂,厥阴经首当其冲,肝失条达,气机不畅,津血津液失于常度,成痰、成饮、成瘀,发为此病。

研究发现,乳腺癌和甲状腺疾病均以女性为主,乳腺癌患者又是最容易合并甲状腺异常的,因此,有关二者之间存在一定联系的说法越来越多地引起了人们的关注。虽然相关机制尚未十分清楚,但从中西医角度分析,两者在激素分泌、碘的含量、甲状腺过氧化物酶抗体以及情志因素等方面确实可能或多或少地

存在着一些影响。因此,在临床诊治过程中,应特别注重对乳腺癌患者进行甲状腺疾病的筛查,以避免发生误诊或是漏诊,对乳腺恶性肿瘤合并甲状腺异常患者的治疗上,除了参照指南给予相应的西医疗外,还可以配合中医中药,以疏肝健脾,行气化痰为治疗大法。

参考文献

- [1]陈万青,郑荣寿,曾红梅,等.2011年中国恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国肿瘤,2012,25(1):1-10.
- [2]杨柯君.我国甲状腺病患者人数或超2亿[J].上海医药,2013,34(12):44.
- [3]Belardi V, Fiore E, Giustarini E, et al. Is the risk of primary hyperparathyroidism increased in patients with untreated breast cancer?[J]. Journal of Endocrinological Investigation, 2013, 36(5):321.
- [4]任圣男.乳腺癌伴发甲状腺疾病患者甲状腺功能的变化及临床意义[D].长春:吉林大学,2013.
- [5]Seon P J, Keun O K, Eun-Kyung K, et al. Sonographic Detection of Thyroid Cancer in Breast Cancer Patients [J]. Yonsei Medical Journal, 2007, 48(1): 63-8.
- [6]Nio Y, Iguchi C, Itakura M, et al. High incidence of synchronous or metachronous breast cancer in patients with malignant and benign thyroid tumor or tumor-like disorders.[J]. Anticancer Research, 2009, 29(5):1607.
- [7]Sarlis N J, Gourgiotis L, Pucino F, et al. Lack of association between Hashimoto thyroiditis and breast cancer: a quantitative research synthesis.[J]. Hormones, 2002, 1(1):35.
- [8]陈剑,吴毅.甲状腺癌与乳腺癌关系的研究进展[J].中国癌症杂志,2011, 21(2):148-152.
- [9]Cestari S H, Figueiredo N B, Conde S J, et al. Influence of estradiol and triiodothyronine on breast cancer cell lines proliferation and expression of estrogen and thyroid hormone receptors[J]. Arquivos Brasileiros De Endocrinologia E Metabologia, 2009, 53(7):859-864.
- [10]Gu G, Gelsomino L, Covington K R, et al. Targeting thyroid hormone receptor beta in triple-negative breast cancer[J]. Breast Cancer Research and Treatment, 2015, 150(3):535-45.
- [11]González Sánchez J M, Figueroa A, Lópezbarahona M, et al. Inhibition of proliferation and expression of T1 and cyclin D1 genes by thyroid hormone in mammary epithelial cells.[J]. Molecular Carcinogenesis, 2002, 34(1):25.
- [12]田甜,张淑群.甲状腺激素及其受体与乳腺癌的关系[J].现代肿瘤医学, 2016, 24(9):1483-1486.
- [13]朱斌.乳腺癌患者再发甲状腺癌临床分析[J].深圳中西医结合杂志, 2016, 26(6):91-93.
- [14]Chyan A, Chen J, Shugard E, et al. Dosimetric predictors of hypothyroidism in oropharyngeal cancer patients treated with intensity-modulated radiation therapy[J]. Radiation Oncology, 2014, 9(1):269.
- [15]Muller I, Giani C, Zhang L, et al. Does thyroid peroxidase provide an antigenic link between thyroid autoimmunity and breast cancer?[J]. International Journal of Cancer, 2014, 134(7):1706-14.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张蕴超 收稿日期:2017-11-24)

(上接第143页)结果显示观察组患者的护理满意度显著高于对照组 ($P < 0.05$)。说明患者对术后应用四磨汤口服液联合综合护理干预的认可度较高。

综上所述,LC治疗后实施综合护理干预并联合用四磨汤口服液,能够有效促进患者胃肠功能恢复,加快患者康复进程,提高患者的护理满意度,值得推广。

参考文献

- [1]周碧英,李红.护理干预对腹腔镜胆囊切除术后疼痛及胃肠功能的影响[J].

河北医学,2015,21(6):1012-1015.

- [2]朱幸.优质护理对腹腔镜胆囊切除术病人的胃肠功能及不良反应的影响[J].全科护理,2015,13(29):2964-2965.
- [3]罗志纯,刘华桥,王小立,等.中药热敷包对腹腔镜胆囊切除术后患者胃肠功能恢复影响[J].临床消化病杂志,2015,27(5):301-303,304.
- [4]彭翠碧.早期饮食护理干预对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复的影响[J].包头医学院学报,2015,31(12):108-109.
- [5]熊小兰,江自卓,曹天生,等.四磨汤口服液对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复的临床应用[J].现代消化及介入诊疗,2012,17(2):106-107.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘成 收稿日期:2017-11-17)

中医药治疗血管神经性头痛的研究进展

刘会芳¹ 周晓卿²

(1 河南中医药大学研究生2016级, 河南 郑州 450000; 2 河南省郑州市中医院脑病科, 河南 郑州 450000)

摘要: 血管神经性头痛是临床常见病、多发病。中医药对血管神经性头痛的治疗具有突出的优势和潜力, 近年来对中医药治疗本病的研究日益增多, 现对近五年有关本病的研究进行综述, 为治疗该病药物的研究与开发提供参考。

关键词: 血管神经性头痛; 中医药疗法; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.064

文章编号:1672-2779(2018)-04-0156-03

Research Progress on Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Vascular Neuropathic Headache

LIU Huifang¹, ZHOU Xiaoqing²

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Encephalopathy Department, Zhengzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstracts: Vascular neuropathic headache is a common clinical disease. Traditional Chinese medicine in the treatment of angioneurotic headache has prominent advantages and potential. In recent years, study on traditional Chinese medicine in the treatment of this disease is increasing. This paper summarized the research on this disease in recent five years, and provided a reference for the research and development of drugs for the treatment of the disease.

Keywords: vascular neuropathic headache; therapy of traditional Chinese medicine; review

血管神经性头痛是由于颅内外血管出现舒缩功能障碍和大脑皮层功能失调所致血管异常性痉挛, 引起颅内血流阻滞不通或供血不足而产生的一种反复发作性头痛。主要表现为一侧或两侧头部钝痛、刺痛、胀痛、搏动性疼痛, 多伴有视物模糊、失眠烦躁, 头痛剧烈时可有恶心呕吐^[1]。由于临床上既具有血管性疾病的特点, 又具有神经性头痛的临床表现, 不易区别, 故统称为血管神经性头痛^[2]。血管神经性头痛在中医学属于头痛、头风、脑风、偏头痛等范畴。近年来中医药治疗血管神经性头痛疗效显著, 现将中医药治疗该病的研究进展进行综述。

1 中药治疗

1.1 传统方加减 曹利民等^[3]用葛根通络汤治疗血管神经性头痛116例, 总有效率93.10%, 与氟桂利嗪胶囊(总有效率87.72%)比较, 疗效显著。董峰^[4]以尼莫地平片为对照, 用通窍活血汤加减为治疗组, 治疗组总有效率为91.18%, 治疗组的头痛次数评分和持续时间评分明显优于对照组 ($P<0.05$)。孙果香^[5]将200例患者分为治疗组(100例口服小柴胡汤)与对照组(100例, 口服尼莫地平片), 结果治疗组、对照组的总有效率分别为95.0%、80.0% ($P<0.05$), 在头痛次数、头痛强度、头痛指数方面改善优于对照组。宋振华^[6]采用引经药合逍遥散化裁治疗血管神经性头痛的50例患者, 显效36例, 有效13例, 无效1例, 总有效率98%。陈玉琼^[7]将神经性头痛患者30例随机分为对照组和治疗组各15例, 对照组给予盐酸氟桂利嗪胶囊口服治疗, 治疗组给予

养血疏风汤治疗。结果治疗组的临床有效率(93.3%)显著高于对照组(53.3%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。郑双飞等^[8]将60例患者采用信封法随机分组, 对照组与试验组各30例, 对照组给予口服西比灵胶囊治疗, 试验组应用中医辨证镇肝熄风汤口服治疗。结果试验组患者头痛发作次数、持续时间均低于对照组, 临床疗效高于对照组。曾文新^[9]将对照组予尼莫地平片, 治疗组在对照组治疗基础上应用芎芷葛蝎汤, 结果治疗组总有效率94.4%, 对照组总有效率77.8%, 治疗组疗效优于对照组。

1.2 中成药治疗 汤小姣^[10]将纳入标准的患者随机分为对照组和研究组各28例。对照组口服西比林, 研究组则予以银丹心脑通软胶囊(主要成分有: 三七、丹参、山楂、大蒜、银杏叶等中药)口服治疗, 10天为1个疗程, 服用2个疗程后对2组的药效进行判定并对比。结果对照组总有效率为64.3%, 研究组为85.7%, 研究组总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。党延斌等^[11]将93例符合纳入标准的患者按2:1的比例随机分为两组, 治疗组62例, 给予口服温通头风胶囊(黄芪30 g, 当归30 g, 炮附片30 g, 川芎18 g, 枸杞子18 g, 白术18 g, 天麻18 g, 茯苓18 g, 蔓荆子18 g, 炒酸枣仁18 g, 藁本18 g, 法半夏18 g, 蜈蚣10条, 炙全蝎18 g)治疗, 对照组31例, 给予口服尼莫地平片、谷维素片治疗, 并对2组疗效进行对比。结果: 治疗组患者头痛强度、持续时间和伴随症状的改善明显优于对照组 ($P<0.05$), 且未出现不良反应。说

明采用温通头风胶囊治疗血管神经性头痛疗效较好。

1.3 自拟方治疗 薛永平^[12]用自拟土茯苓汤(药物组成:土茯苓60 g,白芍30 g,北沙参20 g,女贞子20 g,蔓荆子15 g,天麻10 g,川芎10 g,白芷10 g,僵蚕10 g,甘草6 g,细辛3 g。每日1剂,水煎,分3次,餐后口服,7剂为1疗程)治疗血管神经性头痛患者65例,治疗结果为:近期疗效:痊愈40例(服用后症状完全消失,头痛3个月未发作),显效12例(头痛发作次数减少,程度明显改善,头痛持续时间缩短),有效8例(头痛发作次数减少,程度轻度改善),无效5例(症状同治疗前没有变化或加重)。远期疗效:获效病例经1年以上的随访,获得资料48例,其中痊愈28例,好转18例,无效2例。李军^[13]予自拟芎芷驱风饮加减(药物组成:川芎30 g,白芍30 g,钩藤30 g,石决明30 g,白芷20 g,蔓荆子15 g,菊花15 g,细辛3 g。每日1剂,水煎早晚分服,连服10剂为1个疗程)用于治疗37例血管神经性头痛患者,治愈(56.8%)21例,显效(24.3%)9例,有效(10.8%)4例,无效(8.1%)3例,总有效率91.9%。杨峰等^[14]将160例血管神经性头痛患者分为治疗组110例和对照组50例,治疗组采用自拟除风活络汤(药物组成:荆芥15 g,川芎25 g,防风12 g,天麻15 g,丹参20 g,延胡索15 g,白芍15 g,土鳖虫12 g,全蝎10 g,地龙10 g,清半夏10 g,羌活10 g,胆南星10 g,甘草5 g),对照组采用西比灵、氨基比林咖啡因等西药治疗。结果:治疗组中治愈55例,有效49例,无效6例,总有效率为94.55%;对照组中治愈10例,有效25例,无效15例,总有效率为70.00%。王彦青^[15]自拟石膏白芷钩藤汤(药物组成:生石膏20 g,天麻15 g,钩藤12 g,延胡索12 g,赤芍12 g,丹参8 g,红花10 g,白芷10 g,蔓荆子8 g,川芎8 g,石决明8 g,白蒺藜8 g,细辛6 g,制胆南星6 g,甘草6 g)用于55例患者疗效观察,观察组给予自拟石膏白芷钩藤汤治疗,对照组给予西比灵胶囊、尼莫地平片和谷维素片等基础治疗,均治疗30天后对比临床疗效和药物安全性。结果:观察组总有效率92.73%,明显高于对照组78.18%;观察组不良反应发生率3.64%明显低于对照组16.36%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2 针药结合治疗

杨青青^[16]以活血祛风通络汤结合针灸为试验组,单纯针灸治疗为对照组,以随机分配为原则分为各64例。对照组:针灸治疗,以局部取经、循经远取为治

疗原则,即不同的疼痛部位选择对应的局部穴位。巅顶疼痛:四神聪、百会;枕部:天柱、风池、风府、玉枕;额部:头维、印堂、阳白、攒竹;颞部:太阳、外关、率谷、丝竹空;依据病情的不同选择对应的补泻手法。日1次,留针30 min。试验组:活血祛风通络汤与针灸联合治疗,针灸治疗措施与对照组相同,辅以祛风活血通络汤。基本方:当归、藁本、赤芍各15 g,生地黄、葛根、白芍、桃仁、红花、川芎各12 g,白芷9 g,蝉蜕、细辛各6 g,全蝎、甘草各3 g,蜈蚣1条。结果:经活血祛风通络汤与针灸联合治疗的试验组患者各项临床指标的改善情况显著优于对照组患者,对试验组患者采用活血祛风通络汤与针灸联合治疗的临床总有效率(92.2%,59/64)显著高于对照组(75.0%,48/64)。陈晓玲^[17]以对照组采用加味川芎茶调散治疗,实验组采用加味川芎茶调散联合针灸治疗。结果试验组临床治疗有效率95.7%(44/46),其中显效31例、有效13例、无效2例;对照组临床治疗有效率80.4%(37/46),其中显效26例、有效11例、无效9例,组间对比实验组明显高于对照组, $\chi^2=5.060$, $P<0.05$ 。李森柏^[18]将所选患者按随机数字法把分为对照组和研究组各63例,对照组接受芎芷驱风饮治疗,研究组则采用芎芷驱风饮联合针灸方式进行治疗,比较2组患者临床治疗状况。2组患者治疗后头痛状况,从发作天数、发作次数、每次持续时间等方面来看,研究组均具有一定优势性,组间数据比较差异有统计学意义($P<0.05$)。许彬^[19]将对照组116例给予尼莫地平口服,治疗组116例给予针灸联合活血祛风通络汤治疗。结果:治疗组有效率为91.38%,对照组有效率为74.14%,2组有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.1 针刺配合拔罐、刮痧及其他疗法 张伟等^[20]将64例患者随机分为治疗组与对照组各32例。治疗组运用针灸配合刺络拔罐治疗,对照组采用单纯刺络拔罐治疗。结果:治疗组的总有效率96.88%,明显优于对照组75.00% ($P<0.05$)。汪美霞等^[21]将治疗组以耳穴埋豆治疗,对照组采用口服西药盐酸氟桂利嗪治疗,疗程4周,随访半年。结果:治疗组有效率为93.33%,对照组为73.33%,说明耳穴埋豆治疗血管神经性头痛有较好疗效。王晶晶^[22]用针刺四关穴配合刮痧治疗患者35例,针灸主穴取合谷、太冲,配穴取风池、头维、太阳。针刺方法:常规消毒后,针刺合谷、太冲穴,迎随泻法。头部刮痧:沿前发际头维、悬厘,自前向

后刮至侧头下发迹边缘,约至风池、完骨。然后点按百会穴,再从此穴向前刮至前发迹处,向后刮至后发迹处;肢体刮痧:用经络刮痧板尖角点按风池穴,并刮至颈根部,再从风府刮至大椎,风门刮至肩胛下角,天宗自内向外刮拭,最后曲池刮至合谷。结果在35例患者中,治愈17例,显效13例,好转4例,无效1例,总有效率97.14%。董兴辉等^[23]将符合纳入标准的患者65例随机分为治疗组和对照组,治疗组33例采用针刺法;对照组32例口服西药;观察两组患者治疗前后头痛频率、强度及持续时间变化,2个疗程后评定。结果:治疗组总有效率93.9%,对照组81.2%。结论:针刺治疗此病临床疗效好,且无毒副作用,值得推广应用。许靖等^[24]用原始点埋线法,将治疗组72例患者在头颈交界处、耳后骨缝找寻明显的压痛区,在疼痛区域进行埋线治疗,对照组65例采用常规针灸治疗,根据中医辨证和疼痛部位循经取穴。结果:治疗组总有效率为95.8%,对照组为80.0%,治疗组优于对照组($P<0.05$)。

3 小结与展望

中医药治疗本病方法众多,疗效显著、不良反应少、作用全面,具有非常突出的优势和潜力。临床上也取得了一些可喜的进展。但是近几年血管神经性头痛的中药治疗仍以汤药为主,病人服用不方便,所以剂型改革非常必要。今后应利用现代制剂手段研制出疗效确切、应用简便、起效快的新剂型,如丸、散、片和冲剂等中成药等。其次众多临床研究病例中缺少对本病的一个完整的、系统的辨证标准,缺乏针对性,今后应在辨证论治基础上,以一方为主,随症加减,筛选有效方药,进行深入观察,并开展实验研究及指导临床,有望找出治疗本病的最佳方案。

参考文献

- [1]贾建平.神经病学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2013:158.
- [2]李镛,王兰香,王作生.川白镇痛胶囊治疗血管神经性头痛60例[J].陕西中医,2003,24(2):122.
- [3]曹利民,张鹏.葛根通络汤治疗血管神经性头痛的临床观察[J].陕西中医,2015,36(2):149-150.
- [4]董峰.通窍活血汤加减治疗血管神经性头痛68例临床观察[J].中医临床研究,2016,35(8):77-78.
- [5]孙果香.小柴胡汤加味治疗血管神经性头痛100例疗效观察[J].中国民间疗法,2017,25(8):58-59.
- [6]宋振华.引经药合逍遥散化裁治疗血管神经性头痛疗效观察[J].山东中医杂志,2015,34(7):517-518.
- [7]陈玉琼.养血疏风汤治疗神经性头痛的临床观察[J].中医中药,2013,20(18):108.
- [8]郑双飞.镇肝熄风汤治疗神经性头痛临床观察[J].光明中医,2017,32(16):2373-2374.
- [9]曾文新.芫芷葛蝎汤治疗血管神经性头痛疗效观察[J].河北中医,2014,36

(9):1317-1318.

- [10]汤小姣.银丹心脑通软胶囊治疗血管神经性头痛疗效分析[J].中国实用医药,2016,11(11):176-177.
- [11]党延斌,梁锋,张文军.温通头风胶囊治疗血管神经性头痛62例[J].临床研究,2010,23(7):38-39.
- [12]薛永平.土茯苓汤治疗血管神经性头痛临床观察[J].内蒙古中医药,2013,7(18):40-41.
- [13]李军.芫芷祛风饮治疗血管神经性头痛37例疗效观察[J].中医临床研究,2013,5(19):67-68.
- [14]杨峰.自拟除风活络汤治疗血管神经性头痛110例疗效观察[J].国医论坛,2017,32(3):37-38.
- [15]王彦青.自拟石膏白芷钩藤汤治疗55例血管神经性头痛疗效观察[J].中医临床研究,2014,6(11):73-74.
- [16]杨青青.活血祛风通络汤结合针灸治疗血管神经性头痛128例疗效观察[J].影像研究与医学应用,2017,1(1):137.
- [17]陈晓玲.加味川芎茶调散联合针灸治疗血管神经性头痛临床效果研究[J].临床医药文献杂志,2017,32(4):6307.
- [18]李森柏.芫芷驱风饮联合针灸治疗血管神经性头痛的临床疗效[J].中医中药,2017,17(11):138-139.
- [19]许彬.针药结合治疗血管神经性头痛临床研究[J].河南中医,2015,35(10):2507-2508.
- [20]张伟.针刺配合刺络拔罐治疗血管神经性头痛疗效观察[J].山西中医,2014,30(5):33-34.
- [21]汪美霞.耳穴埋豆治疗血管神经性头痛临床观察[J].中医药临床杂志,2013,25(11):1004-1005.
- [22]王晶晶.针刺四关穴配合刮痧治疗血管神经性头痛35例[J].湖北中医杂志,2015,37(2):67-68.
- [23]董兴辉.针刺治疗血管神经性头痛[J].中医药信息,2013,30(6):117-118.
- [24]许靖.原始点埋线治疗神经性头痛72例[J].中医药导报,2016,22(20):65-66.

(本文编辑:张文娟 本文校对:苗治国 收稿日期:2017-11-13)

洪雅中草药·低等植物·白蘑科名录

蜜蘑(蜜环菌) *Armillaria mellea* (Vahl ex Fr.) Quel.

入药部位:子实体入药。性味:性平,味苦。功能主治:祛风活络,强筋壮骨。治疗佝偻病,风湿腰痛等症。生境分布:杂木树林下。各乡镇均有分布,以瓦屋山、总岗山多见。

鸡菌(鸡纵菌) *Collybia albuminosa* (Berk.) Petch.

入药部位:子实体入药。性味:性平,味甘。功能主治:益胃,安神。治疗胃纳停滞,痔疮出血,肠痈下血等。生境分布:生于丘陵荒草坡。瓦屋山、总岗山多见,为一般品种。

金钱菌(构菌) *Collybia velutipes* (Curt.) Quel.

入药部位:子实体入药。性味:性平,味甘。功能主治:清热,益胃,抗痲。治疗肝硬化腹水,胃癌等。生境分布:寄生杂木林树上。瓦屋山、总岗山多见,为一般品种。

松白茸(松茸) *Armillaria matsutake* Ito et Imai.

入药部位:子实体入药。性味:性平,味甘。功能主治:清热利湿,搜风。治疗小便淋湿,淋浊,风湿骨痛等。生境分布:寄生杂木林中。瓦屋山、总岗山多见,为一般品种。

——本文摘自祝之友教授主编《四川洪雅中草药名录》,人民卫生出版社,2017

附片及其配伍治疗虚寒病症的文献研究

李树华

(泰安市第四人民医院药剂科, 山东 泰安 271000)

摘要: 探讨附片及其配伍对虚寒病症的治疗作用, 检索中国知网等数据库得到有关附片及其配伍治疗虚寒病症的文献, 进行文献分析、整理, 探讨附片及其配伍的作用机理、应用现状, 为附片对阳虚等症的治疗提供参考。

关键词: 附子; 虚寒病症; 作用机理; 中药配伍

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.04.065

文章编号:1672-2779(2018)-04-III-02

A Literature Study on Aconitu Carmichaelii and Its Compatibility on Deficiency Cold Disease

LI Shuhua

(Pharmacy Department, Tai'an Fourth People's Hospital, Shandong Province, Tai'an 271000, China)

Abstract: The therapeutic effect of Aconitum carmichaelii and its compatibility on the deficiency cold disease was explored. A large number of literatures of the Aconitum carmichaelii and its compatibility on the treatment of deficiency condition in the past ten years were obtained through the database of Chinese knowledge and so on. The literature analysis and collation were developed, and the mechanism and application of the status quo of the compatibility of Aconitum carmichaelii were discussed, in order to provide a reference for the treatment of yang deficiency.

Keywords: radix aconiti carmichaeli; deficiency cold disease; action mechanism; herbs compatibility

中药附子为毛茛科植物乌头(Aconitum carmichaelii Debx.)子根的加工品,首载于《神农本草经》,味辛、甘,性大热,有毒,归心、肾、脾经,是临床上常用的有毒中药,具有回阳救逆、补火助阳、散寒止痛之功效。附子在我国传统医学中历史悠久、应用广泛,被称为“中药四维”“回阳救逆第一品药”等^[1]。多年来,国内外学者开展了大量关于附子的基础研究,证实了附子具有广泛的药理作用及毒性基础,如从附子中分离得到的双酯型生物碱、去甲乌药碱、尿嘧啶、附子苷有强心活性,心功能、心结构得到改善,且具有剂量依赖性,对离体、活体及心肌细胞均具有药理作用。以及抗炎镇痛、免疫系统、抗衰老、抗抑郁等作用^[2-3]。

通过中国知网检索附子治疗虚寒病症文献,进行探讨分析,为更好地促进附子治疗虚寒病症提供参考。热性中药附子及其配伍广泛用于治疗各种虚寒病症,能使虚寒模型大鼠能量代谢增强,改善大鼠虚寒状态,而且效果可靠,值得推广。

1 附片对虚寒病症的治疗研究

朱林平等^[4]运用大鼠臀部肌肉注射氢化可的松、甲状腺素灌胃分别复制阳虚、阴虚大鼠模型,结果表明附子对各模型大鼠的体温、体重、心、肝、肾、脑的生理功能和组织形态学等方面均有不同程度的影响,可能是通过影响细胞膜 $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-ATP}$ 酶活性,从而发挥对阳虚、阴虚两种证候大鼠的影响,同时证

实不同证候状态下,随着应用剂量的增加而作用显著增加,提示附子产生毒性和发挥作用存在剂量依赖性。

高娜等^[5]研究附子水煎液对虚寒证模型大鼠的一般状况、寒热表征和能量代谢相关指标的影响,证实附子水煎液能够使大鼠在生理上出现体质量、外观、代谢、消化功能方面改变,在行为表现上出现热证的特征,对大鼠内分泌、生化酶等也呈现出一定的影响,能够提高 T_3 、 T_4 、TSH、ATP含量、脏器指数、ATP酶、SDH的活力,延长在寒箱中时间,缩短在热箱中时间,纠正虚寒状态下的甲状腺、性腺、免疫功能、物质代谢水平的异常。

赵俭等^[6]用生石膏、龙胆草、黄柏和知母水煎液灌胃复制虚寒证大鼠模型,附子水煎液可以显著升高虚寒模型大鼠血浆 T_4 含量及肝乳酸含量,明显提升肝乳酸脱氢酶LDH和肝 $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-ATP}$ 酶活力,显著升高肝细胞能荷,降低空腹血糖、体重、肛温、饮水量、尿量等指标;升高粪重、肝琥珀酸脱氢酶活力,ATP含量等指标。

韩冰冰^[7]采用基因芯片技术研究附子对上述虚寒证大鼠肝全基因表达谱的影响。结果证实:附片治疗组与虚寒模型组比较有212条免疫应答及氧化还原酶活性相关基因表达差异。这可能是附片温阳散寒作用的机制,提高虚寒证模型大鼠的免疫、防御、炎症应答等对各种刺激应答的能力,并且能够促进脂肪酸、胆固

醇及多种内源性、外源性物质的代谢,提示这可能是附子补助元阳,温肾散寒之功效的物质基础。

2 附子提取物对虚寒病症的研究

刘一洋等^[8]研究得出附子水煎液能使虚寒模型大鼠单位体重消化能、可代谢能、甘油三酯、肝丙酮酸及SDH水平上升,具有显著性差异;附子乙酸乙酯提取物能使虚寒模型大鼠 T_3 、 T_4 、TSH、血清丙酮酸、肝丙酮酸、SDH及 Ca^{2+} - Mg^{2+} -ATP酶水平均上升,而且附子乙酸乙酯提取物效果优于附子水煎液,且差异具有显著性,涉及机制可能与糖的有氧氧化及甲状腺激素的整体水平调节有关。

刘珊等^[9]探讨附子正丁醇及水提取物治疗虚寒症模型大鼠后出现好转,提示附子正丁醇及水提取物有利于虚寒证能量代谢的恢复,有利于对附子“性-效-物质”关系进行深层次的研究。

3 附子理中丸对虚寒病症的研究

刘先勇等^[10]观察加味附子理中汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎作用机制。治疗组临床症状改善有效率、病理改善有效率86.96%、89.13%,优于对照组72.73%、63.64%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗后治疗组胃黏膜IM、Wnt3A表达较治疗前显著改善($P < 0.05$)。提示加味附子理中汤辅助治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎逆转IM的机制,可能与下调病变胃黏膜中Wnt3A表达相关。

王瑞芳等^[11]探讨附子理中汤治疗脾胃虚寒证Hp感染的临床效果,治疗组Hp感染阳性率、中医症状评分为3.4%、 19.5 ± 2.2 分,分别低于对照组31.0%、 22.4 ± 2.6 分,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。提示附子理中汤能够降低脾胃虚寒证Hp阳性率,改善患者的症状,值得推广。

刘敏等^[12]采用饮食调节与改良Okabe法制备脾胃虚寒型胃溃疡模型,结果证实:附子理中汤能够降低脾胃虚寒型大鼠溃疡指数,显著提高血清SOD含量($P < 0.01$),有明显的促进愈合作用,作用机制可能是附子理中汤能够提高胃黏膜SOD活性,降低MDA含量,增强胃黏膜防御能力,以促进胃黏膜修复来实现的。

4 附子其他配伍对虚寒病症的研究

曹航等^[13]运用附子强心胶囊(炮附片、蟾酥、牵牛子、水蛭等)治疗阳虚血瘀水泛型充血性心力衰竭疗效确切,可能通过增加心肌收缩力、心输出量,降低负荷,消除心房心室附壁血栓形成,缓解长期静脉压

增高所引起的器官充血性病理改变而起作用。

郭丽燕等^[14]探讨附子吴茱萸热熨联合穴位按摩对虚寒性腹痛的临床护理效果。结果证实,该方法治疗后疼痛缓解速度、发作持续时间、发作次数、总治疗时间分别为(15.36 ± 5.34)、(30.16 ± 9.21) min、(3.86 ± 0.25)次、(5.31 ± 0.52) d,总有效率为92.59%,SF-36生活质量评分,与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。说明采用附子吴茱萸热熨联合穴位按摩方法治疗虚寒性腹痛疗效显著,有待临床推广应用。

近年来附子及其配伍治疗虚寒病症的实验研究,有附子单用、附子提取物、附子理中丸及其他配伍治疗不同病症,缓解了不同虚寒病症,涉及糖的氧化、激素水平等机制,取得了有意义的研究结果,进一步揭示寒热属性的客观指标,分析寒热属性与附子的内在联系,提示热性药附子增加机体能量储备,调节机体能量代谢,通过不同给药途径、不同配伍给药、不同作用机理发挥虚寒病症治疗作用,分析其作用趋势、特点及规律,为临床合理用药提供更科学的依据。

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,2015:191-193.
- [2]Huang X, Tang J, Zhou Q, et al. Polysaccharide from fuzi (FPS) prevents Hypercholesterolemia in Rats[J]. Lipids Health Dis, 2010, 9(1): 1-7.
- [3]Yan HC, Qu HD, Sun LR, et al. Fuzi polysaccharide produces antidepressant-like effects in mice[J]. Int J Neuropsychopharmacol, 2010, 13(5):623-633.
- [4]朱林平.阳虚、阴虚模型大鼠应用附子毒性对比及其机制的初步研究[D].天津:天津中医学院,2005.
- [5]高娜.附子对虚寒证大鼠能量代谢影响及机制的初步研究[D].济南:山东中医药大学,2011.
- [6]赵俭.大鼠虚寒证模型的建立、评价及附子对虚寒证大鼠影响的研究[D].济南:山东中医药大学,2011.
- [7]韩冰冰,王世军,张发艳,等.基因芯片技术研究附子对虚寒证大鼠肝全基因表达谱的影响[J].中国中药杂志,2012,37(4):500-504.
- [8]刘一洋.附子及其乙酸乙酯提取物对虚寒证模型大鼠的影响及机制研究[D].济南:山东中医药大学,2012.
- [9]刘珊.附子正丁醇、水提取物对虚寒证模型大鼠能量代谢的影响及机制研究[D].济南:山东中医药大学,2012.
- [10]刘先勇.加味附子理中汤治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎临床研究[J].山东中医杂志,2017,36(6):474-477.
- [11]王瑞芳,邓高振,张东升.附子理中汤治疗脾胃虚寒证Hp感染临床观察探讨[J].2016(8):156-157.
- [12]刘敏,周亚滨,孙世林,等.附子理中汤治疗脾胃虚寒型胃溃疡机制的研究[J].中医药学报,2012,40(4):42-45.
- [13]曹航.附子强心胶囊治疗阳虚血瘀水泛型慢性充血性心力衰竭的临床研究[D].长沙:湖南中医学院,2002.
- [14]郭丽燕.附子吴茱萸热熨联合穴位按摩对虚寒性腹痛的临床护理效果观察[J].中国医药导报,2013,10(20):117-119.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘伟 收稿日期:2017-11-20)