

# 基于医养结合背景的中医药教育改革策略<sup>※</sup>

张 洋<sup>1</sup> 贾爱明<sup>1,2\*</sup> 胡文梅<sup>2</sup>

(1 大连医科大学附属第二医院中医理疗科, 辽宁 大连 116000; 2 大连医科大学中山学院, 辽宁 大连 116000)

**摘 要:** 据当前医养结合背景及中医药教育实际情况, 从课程设置、教学定位、教学手段、培养目标等多个角度, 探讨医养结合背景的中医药教育改革思路, 提高教学质量, 是确保医养结合发展的必由之路。本研究以“中医药教育改革”为研究内容, 以“医养结合”为研究背景, 探讨中医药教育在医养结合背景下的改革策略, 为中医药教育与医养结合协调发展提供新策略。

**关键词:** 医养结合; 中医药教育; 教育改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.001

文章编号:1672-2779(2018)-05-0001-03

## Reform Strategy on Traditional Chinese Medicine Education Based on the Combination of Medical Care and Endowment Model

ZHANG Yang<sup>1</sup>, JIA Aiming<sup>1,2\*</sup>, HU Wenmei<sup>2</sup>

(1. Department of Traditional Chinese Medicine Physical Therapy, the Second Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116000, China;

2. Zhongshan College, Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116000, China)

**Abstract:** According to the combination of medical and endowment model background and actual situation of traditional Chinese medicine education, from the curriculum, teaching orientation, teaching methods, training objectives, and other point of view, we further explored the combination of medical and endowment model background of education reform ideas of TCM, improved the quality of teaching, which is the only way to ensure the development of the combination of medical care and endowment model. Taking TCM education reform as the research content and keeping combination of medical and endowment model as the research background, this paper discussed education of TCM in the medical strategy, combined with the background of the reform for the education of TCM combined with medical keep the coordinated development provide a new strategy.

**Keywords:** the combination of medical and endowment model; traditional Chinese medicine education; education reform

国家统计局《2014国民经济和社会发展统计公报》显示, 2014年中国60岁及以上的老人为2.12亿人, 占总人口比例为15.5%。据世界卫生组织预测, 2050年中国将有35%的人口超过60岁, 成为世界上老龄化最严重的国家<sup>[1]</sup>。“十三五”时期既是我国第二次人口老龄化高峰到来前的平台期, 也是我们做好各项政策研究和制度设计的窗口期。特别是对于有医疗需求的失能老人来说, 现有养老和医疗服务远远不能满足需求, 亟需在“十三五”期间抓紧制定并落实好医养结合政策措施。在医养结合大背景下的中医药教育改革符合当前我国国情, 在构建新型“医养结合”模式过程中, 中医药有多个优势。第一, 可延缓衰老和提高老年人生活质量。第二, 可增强体质, 防治未病。第三, 可提供多种防治疾病的方法措施, 如针灸、推拿、按摩、贴敷、养生、食疗等。

### 1 医养结合背景下中医药教育改革的意义

发展中医药, 教育要先行。如何站在经济社会发展的高度, 考量我国中医药教育学科发展、专业课程

改革、人才培养与院校的社会服务能力, 是我们每一个中医药教育工作者应当思考的问题。中医药与医养结合是目前社会关注的热点, 因此探索医养结合背景下中医药教育相关改革策略, 培养适应经济建设、社会发展需要的中医药人才, 可进一步彰显中医药教育服务于社会的能力, 实现互利共赢。把中医药教育改革与医疗及社会养老相结合, 有利于提升中医药学科与社会医学及其他自然科学等交叉学科间学术研究水平, 是新时代中医药学理论研究发展良机, 并形成新的理论, 有利于提升学术研究水平, 可为中医药教育、医疗及养老等相关领域的政策法规提供学术及理论研究依据。教育本质是服务于社会, 服务于人民, 医学教育尤其如此。中医药教育在医养结合大背景下的改革, 可促进中医药教育顺应经济社会发展, 促进“中医药医养结合”模式不断完善。中医药教育改革必须顺应社会医疗改革; 医养结合服务需求市场带动中医药教育理念、教育模式、教学实践改革, 将拓展中医药教育改革内涵和范围。中医药教育改革符合社会需求、解决民生难题, 中医药特色教育改革, 为促进“中医药医养结合模式”完善服务, 实现具有中国特色的老年人预防、保健、治疗一体化养老新模式, 符合我国老龄人多, 未富先老的国情, 节约医疗资源, 助

※ 基金项目: 国家中医药管理局第四批全国优秀中医临床人才研修项目【No.国中医药人教发[2017]24号】; 辽宁省高等教育学会“十三五”规划高教研究立项课题【No.GHYB160076】

\* 通讯作者: jiaam200310@163.com

推、提升养老质量,服务于民生。

## 2 医养结合背景下中医药教育现状

目前医养结合背景下的中医药教育多注重本学科医学基础知识教育,缺乏临床实践及人文素质的教育培养。在我国医学院课程中,涉及医养的课程极少,且学时较短,这与国际水平相距甚远,如哈佛医学院所涉医养相关课程约占总学时的10%以上。然而这些课程的教育方式和效果也不容乐观,长期以来我国医学教育一直重视医学知识的记忆,而对于医养结合方面的培养模型的经验严重欠缺;在教育方式上多以说教为主,形式单一,内容与实际脱节,很难应用到临床实践中<sup>[2]</sup>。中医药专业学生,中、西医学都要学习,学生们在沉重的学习压力下,对于所涉医养课程更是无暇顾及。培养医养结合人才为导向的现有的中医药教育体系在很大程度上已经不能适应当下飞速发展的时代对中医药教育所提出的要求。这既是现代社会发展对中医药教育提出的要求,也是日益激烈的国际竞争对人才培养提出的要求<sup>[3]</sup>,更是中医药教育事业可持续发展的现实需要。

## 3 医养结合背景下中医药教育改革思路

**3.1 重构人才培养目标** 在原有中医药人才培养目标的基础上,结合目前我国医养结合现状,中医药教育改革的目标应为:依托院校现有专业优势,加强预防、康复人才的培养。紧紧围绕学校办学目标和定位,构建以培养医学、护理专业人才为核心,以培养预防、康复等专业人才为支撑,并辐射到医养领域的人才培养体系。依托学校优势专业,突出中医药专业特色教育,加强稀缺专业人才的培养,如在中医专业中增设中医预防、全科医学、社区医学等专业方向;在中医康复治疗专业中增设老年康复、养生康复等专业方向<sup>[4]</sup>。通过系统理论学习及临床实践,培养出具有深厚的中国传统文化底蕴,具备良好的人文精神、科学精神、职业素养的综合性人才;在工作岗位上能够发挥中医药优势进行疾病的防治,同时具有中医诊疗思维,能够掌握中医药理论与技能,对临床常见病、多发病进行治疗,并能及时对急、危症进行快速有效的基础处理;能够掌握疾病预防知识,在临床中能开展治未病和慢病管理的工作。

**3.2 重塑课程体系 优化教学内容** 在医养结合背景下的中医药教育改革的目的是要培养适应社会发展需求的高素质中医药人才。而政治思想与道德品质素质是高素质中医药人才的灵魂、人文精神与社会科学素质是高素质中医药人才的基石;医学理论与医疗技术素质是高素质中医药人才的软实力,信息技术与生物技术素质是高素质中医药人才的动力,创新思维和创新力素质是高素质中医药人才的竞争力,自主学习能力素质是高素质中医药人才的潜力,人际交往与组织管

理素质是高素质中医药人才的活力<sup>[5]</sup>。重塑课程体系,优化教学内容要有利于中医药教育培养目标的实现,符合教学规律,课程之间的知识点既不可断层,更不可超前,应符合学习认知规律,要有利于中医药学科的发展和建设。新的课程体系和教学内容要以中医药科学知识为主体,突出中医药教育特色,其现代医学知识、现代科学知识、社会人文科学知识应能够满足现代中医药人才素质培养需要<sup>[6]</sup>。

**3.3 改革教学方法 激发学生潜能** 医养结合背景下的中医药人才应该是具有强烈时代感的创新性人才,能更好地适应新时代医学对健康服务的要求。在此背景下的中医药教学方法改革,应以疾病为中心,教学的形式和教师的成份都应应以新的方式重构。设想在这种体系下教师应该指的是一个团队,包含某一疾病所涉及的多个专业的教员。这些教员共同主持同一堂课,围绕一个中心问题广泛讲解,并以小组讨论的方式进行,老师和同学们进行充分地讨论与辨析,老师的角色以启发引导为主,以解答疑难,进行总结的方式授课。教师通过与学生的密切接触,了解每个学生的特点,采取因材施教的个性化教学措施。教师团队在授课前后及时将课件、教学视频以及相关的各专业知识内容传递到专门的教学网站,供学生随时查阅学习<sup>[7]</sup>。这种教学方法类似于美国医学院校新教改模式的基于项目式的研究性学习,但又不完全相同,符合当代循证医学思想<sup>[8]</sup>。这种教学具有的特点是学生早期接触临床,推动基础知识与临床知识的融合,拓宽知识和思维的广度,有利于激发学生的求知欲,开发学生的探索欲,培养学生学习的自觉性和主动性,养成持续学习和终身学习的习惯。

**3.4 加强产学研结合 培养创新人才** 产学研是一种现代社会的新型教育模式,充分利用学校、企业及科研院所等多种不同教学环境和教学资源以及人才培养方面的优势,把以课堂传授书本知识为主的学校教育与实践、科研实践相结合的教育形式。医养结合背景下的中医药教育改革更讲求理论与实践的结合,在与企业合作的同时,充分激发学生自身的主观能动性,使其在临床实践中不断提高自身的专业能力与执业素养;同时应从科研方向引导、科技成果转化收益分配、人才培养模式转变、激励机制等方面制订科学合理的制度与政策,紧密围绕我国科技发展目标,密切结合地方经济发展实际,承担政府科技攻关项目,争取更多的社会资金支持<sup>[9]</sup>。创建大学科技园,建立校企产学研合作基地,不断完善合作模式,借助中介服务机构,在政府的引导下,在产学研各方的努力下,探索全方位、多元化、深层次的产学研合作创新模式,以实现理论知识转移,加速科技成果转化,担负起社会服务职能责任,实现医养结合形势下中医药教育的可持续发展。

## 参考文献

- [1]余瑞芳,谢宇,刘泽文,等.我国医养结合服务发展现状分析与政策建议[J].中国医院管理,2016,36(7):7-9.  
[2]孙杰,于涛,宋丹,等.中西医结合教育中的人文教育研究[J].医学与社会,2016,29(1):102-104.  
[3]袁晓琳.从“沙拉”到“鸡尾酒”:中医课程体系转型刍议[J].时珍国医国药,2016,27(6):1509-1511.  
[4]李俊伟,张翼宙,毛建雄,等.大健康产业背景下高等中医教育改革与发展探讨[J].中医教育 ECM,2017,34(6):3-5.  
[5]陈和利,陈晓凡,聂国林.以现代医学模式引领中医绿色人才素质培养的

- 思考[J].中医教育,2003,22(3):4-6.  
[6]陈和利,刁成军,丁成华.以现代医学模式引领高等中医本科教育课程体系改革的构想[J].中国教育,2005,3(2):10-13.  
[7]王彦刚,刘卫平,韩福新,等.对我国高等医学教育改革的初浅思考[J].中华神经外科疾病研究杂志,2016,15(5):437-439.  
[8]张岫美.美国 UCLA 临床医学教育对我国药理学教学的启示[J].中国药理通讯,2012,29(4):13-16.  
[9]宋园亮,阮绪芝,李蓓,等.新形势下医学院校产学研合作思考[J].中国医药导报,2015,12(12):152-159.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张红 收稿日期:2017-12-04)

# 高等学校教学督导中督导与被督导者的关系<sup>※</sup>

常学辉<sup>1</sup> 李天佛<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学第二临床医学院教学办,河南 郑州 450002;

2 河南中医药大学研究生院研究生2016级,河南 郑州 450008)

**摘要:**教学督导是高校完善内部教学质量监控体系,提高教育教学质量的重要举措。教学督导工作开展和施行过程中涉及诸多关系,这些关系直接或间接的影响着教学督导的质量和效率。其中“督导”与“被督导”者处于既相互依存、相互贯通,又相互排斥、相互分离的关系,处理好“督导”与“被督导”者的合作与和谐关系是提高督导效率,提升教学质量的关键。

**关键词:**教学督导;被督导;合作;和谐;教学管理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.002

文章编号:1672-2779(2018)-05-0003-03

## The Relationship between the Supervisor and the Supervised in Teaching Supervision in Colleges and Universities

CHANG Xuehui<sup>1</sup>, LI Tianfo<sup>2</sup>

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

2. Grade 2016 Graduate, Graduate School, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

**Abstract:** The teaching supervision is the perfect internal teaching quality monitoring system, and is the important measures to improve the teaching quality of education. Some relationship involved in the teaching supervision work and the process of implementation of relationship, and the relationship directly or indirectly affected the quality and efficiency of teaching supervision. The supervision and the supervised has interdependence, mutual penetration, and mutual exclusion, the relationship between the separation, dealing with the supervision and the supervised cooperation and harmonious relations is to improve the efficiency of supervision and the key of quality of teaching.

**Keywords:** teaching supervision; the supervised; cooperation; harmony; teaching management

教学督导是学校实施自我管理、自我监控教学运行、保证教学质量的一项基本工作内容或工作制度。教学督导涉及复杂的内部关系处理与外部关系协调问题,但归根结底都可归结为“督导”与“被督导”的关系。如何有效地平衡和处理两者之间的关系,是决定教学督导系统能否运行、教学督导效果能否实现的重要因素。我国教学督导制度目前尚处于起步阶段,实践不充分,理论体系欠完善,因此,无论是教学督导机制还是督导权威、机构设置、督导评价等方面都存在诸多问题尚待解决。本文拟从如何处理好“督导”与“被督导”者的合作与和谐关系来提高督导效率做简要论述。

### 1 教学督导的概念及内涵

高等学校教学督导工作是高校对教学工作实施有

效管理的重要手段,对加强教学管理、推进教学改革、提高教师素质和教学质量等方面已初步显示出重要的作用。对于教学督导的定义,目前较认可的是:高等学校教学督导是指高等学校领导授权的督导机构和人员,直接面对校内的教与学双方和教学过程,以专家身份对教学工作进行检查、监督、评价和指导,及时、客观地向学校领导、教学行政管理部门及教与学双方反馈教学现状、教学质量等教学工作信息,提出改进教学工作的建议<sup>[1]</sup>。此概念既指明了教学督导的本质与目的,又指明了教学督导的特点与作用,全方位、多角度地诠释了教学督导的内涵,也揭示了教学督导工作开展和实施过程中势必涉及多方面、多层次的关系。

高校教学督导是为高等学校教学服务的,教学质量的提升是教学督导的最终目标与价值追求。因为影响教学质量的因素包括教师、学生与管理,所以教学督导既应对教师的教学过程进行动态化的检查与指导,也要对学生的学习绩效进行评价、分析,更重要的是

※ 基金项目:教育部卓越医生(中医)教育培养计划项目【No.教高函〔2015〕3号】;河南省教育科学“十三五”规划课题【No.〔2016〕-JKGH-0025】;河南中医药大学教育教学改革研究立项项目【No.2017JX43】



对管理部门的工作效能进行监控,实现教学督导客体多元化,内容全程化<sup>[2]</sup>。高等学校教学督导的内容揭示了教学督导过程中所涉及的被督导者,主要包括教师、学生和各级管理者。由于被督导者群体庞大,层次多样,教育背景,工作经历及工作环境等均有较大差异,为督导专家开展督导工作,处理各方关系带来了一定的困难。因此,如何处理督导者与被督导者关系,实现督导关系的和谐,让被督导者以一种积极合作的态度参与督导工作,对提高督导效率和教学质量具有重要意义。

## 2 影响督导与被督导者关系的因素

要处理好督导者与被督导者的关系,必须知道影响督导与被督导者关系的因素。督导与被督导自身所处的角度不同,各方对其关系的理解也有所不同。从督导者的角度看,督导工作很重要,肯定多于否定。因工作性质决定,督导人员的监督必须坚持原则,对教学效果不好、教学态度不认真的教师要及时指出,限期整改。督导必须充当检查甚至“执法”的角色,在教学过程中保持适当的、善意的“压力”和“紧张度”也是必须的。特别是对新教师,这个压力更有必要。督导施加必要的压力可以对他们起到激励、鞭策作用,可提高他们的责任意识和进取精神。在适度的压力下,教师在备课、教学研究,改进教学方法等方面会投入更多的精力和时间。教师付出得多,其教学能力、教学研究能力也提高得快。这种善意的压力是内在的驱动力,对教师个人、对学生、对学校都是有益的。

从被督导者的角度看,一般认为督导工作可有可无,否定多于肯定。主要原因如下<sup>[3]</sup>:(1) 督导者是“教学警察”,是专门挑教师毛病,往往只是听几节课,写几句评语,给出教师课堂教学质量的等级,而这样的等级评价,又与教师考评、职称晋升、岗位津贴等级挂钩,加重教师心理负担,不喜欢甚至讨厌督导。(2) “只督不导”或“重督轻导”。教学是非常复杂的活动,单一的“听课”“检查”,提出的看法或建议不一定符合实际,对提高教学水平和提高教学质量帮助不大。(3) 督导人员因背景专业有限,而教学督导涉及各专业,对专业教学水平的评价,必须有同专业的专家进行,才合乎逻辑,才可能正确评价,外行听课,所下的结论难以令人信服。(4) 基层领导有抵触。基层最了解教师,教学督导工作主要考核教师的教学水平,而教学水平体现教师的综合水平与能力,包括教师的专业基础、科研水平、教学方法、职业道德诸多因素。这些因素很难通过一两次听课准确的掌握,作为教师的直接上级——院(系)最清楚。

由上可知,一般情况下“被督导者”与“督导者”在心理上存在距离是不争的事实。“督导”与“被督

导”这种既相互依存、相互贯通,又相互排斥、相互分离的矛盾关系,处理两者之间的合作与和谐关系的困难性和必要性是必然的。

## 3 处理督导与被督导者的合作与和谐关系

督导与被督导的关系是高校教学督导中最重要的关系,两者对立统一,彼此排斥又不可或缺,处理好两者之间的关系对提高教学督导的质量和效率具有重要意义。“和谐督导”理念的提出为教学督导工作的开展指出了正确的方向:“和谐”的理念引入高校教学督导过程中,以和谐的机制和方法去解决教学督导过程中发现的问题,增进彼此的合作与交流,坚持以“教师为本”,努力营造一个和谐的工作氛围,督导人员、教师、学生、教学管理人员合力行动,深化教学改革,最终提高高校教学质量。我们认为要做到督导者与被督导者和谐关系,必须做到以下几点。

**3.1 督导者更新观念** 增进“督导”与“被督导”者之间的合作与和谐,要求督导者应该认识到“督导”与“被督导”者之间既不是自然的天然关系,也不是强行规定的居高临下的关系,或者是领导与被领导的关系。而是双方本着一个共同目标,自觉按照职责要求,共同为完成教学任务,提高教学质量,合力合作做好工作的关系。开展督导工作,“督导者”必须遵守以人为本、民主性、服务性、激励性、启发性和协调互补性原则<sup>[4]</sup>。立足于建立和谐关系,立足于调动被督导者的主动性和积极性,立足于与被督导者成为合作伙伴,摆脱单纯的纠察、裁判角色,而成为被督导者的良师益友和智囊团,从而使教学督导工作得到教师系、部领导的支持,促进教学质量的提高。

**3.2 被督导者更新认识** 增进“督导”与“被督导”者之间的合作与和谐,要求被督导者必须充分认识到教学督导工作的价值和必要性。教学督导工作通过督导帮助被督导者把握整个教学过程,发现问题,引导他们自觉开展教学内容、教学方法和教学手段的改革,总结经验,纠正偏差,促使教学活动在教育规律、法规的框架下健康有序地进行,保证学校人才培养的规格质量,打造学校品牌,促进学校教育目标的实现并推动学校的持续发展。教学督导者通过督教、督学、督管等途径对教学全过程进行监控指导,全面了解和评价被督导老师的教学态度、教学内容、教学方法和教学效果,学生的学习态度,学习纪律和学习效果以及教学管理的服务意识、执行规范、执行效果等多方面的情况,在这个过程中有助于塑造良好教学氛围与环境。

另外,教学督导是一种在专业领域具有学术权威性的教学管理活动,通过教学督导制度的建立以及教学督导工作的开展,传统意义上的高等教育教学管理的行政组织形式的单线性、垂直式、指令执行式的管

理将被质疑并受到严重冲击,对于学术管理水平的提升具有重要的保障作用<sup>[9]</sup>。因此,被“督导者”应采取积极的合作态度参与教学督导工作,构建一种和谐的合作关系,相互学习,彼此督促,共同发展。

#### 4 小结

高校教学督导工作是一项非常重要的工作,需要教学主管部门、各学院、各级督导以及任课教师的密切配合,协调合作。教学督导工作的性质决定督导者与被督导者之间是一种既相互依存、相互贯通,又相互排斥、相互分离的关系。督导者在开展工作的过程中要遵循以人为本、民主性、服务性、激励性、启发性和协调互补性的基本原则,摆正自己的位置积极营

造与被督导者之间的和谐关系,同时被督导者要充分认识到督导工作的价值和必要性,以积极合作的态度参与其中,共同营造一种“和谐督导”的关系,以提高督导效率和教学质量,实现双赢。

#### 参考文献

- [1]李北群,张新广.新时期高校开展创新型教学督导工作的探析[J].辽宁教育研究,2007(3):48-50.
  - [2]陈利华.新形势下高校教学督导工作实践与思考[J].理论月刊,2007(8):86-88.
  - [3]刘兴东,舒虹,刘中瑞,等.高校教学督导工作诸关系浅析[J].教育教学论坛,2011(3):134-135.
  - [4]张惠典.试论高校教学督导中几种关系的处理[J].黑龙江教育学院学报,2008(9):42-44.
  - [5]刘玉.高校教学督导效果影响因素分析[J].高校教育管理,2011(6):75-79.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:张良芝 收稿日期:2017-12-07)

## 翻转课堂教学模式在中医体质学教学中的应用<sup>※</sup>

王 济 杨 正

(北京中医药大学中医学院,北京 100029)

**摘 要:**翻转课堂是近年发展起来的新的教学模式。笔者通过在中医体质学这门中医院校选修课程中的教学实践,对翻转课堂模式所包含的课外应用阶段、课内应用阶段中教师活动和学生活动各个步骤进行详细描述,并总结经验,认为:翻转课堂可以克服教师和学生不能在同一场所授课学习的困难,比起传统课堂面授,具有教师由授课的主体更多转向引导的角色、激发学生主动学习的优点。但是,翻转课堂对于教学内容有一定的限制性,不适用于临床实践操作的课程。因此,翻转课堂可以作为高校传统教学模式的补充,根据课程特点和教学内容在部分课程和部分学生中推广应用。

**关键词:**翻转课堂;教学模式;中医体质学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.003

文章编号:1672-2779(2018)-05-0005-03

### The Application of Flipping Classroom Teaching Mode in the Teaching of Constitutionology of Traditional Chinese Medicine

WANG Ji, YANG Zheng

(College of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract:** The flipped class is a new teaching model developed in recent years. The author described the stages of extracurricular application and the application stage in class, and the steps of teacher activities and student activities through the teaching practice of constitutionology of traditional Chinese medicine, and summed up experiences as follows: the flipped class can overcome the difficulties that teachers and students can't be in the same place. Comparing with traditional classroom teaching, it has the advantages of teachers from the subject of teaching to more leading roles and to motivate the students to learn actively. However, the flipped class has some limitations on the content of teaching. It does not apply to the course of clinical practice. Therefore, the flipped class can be used as a supplement to the traditional teaching model of colleges and universities. It can be popularized and applied in some courses and some students according to the characteristics of the course and the content of teaching.

**Keywords:** flipped class; teaching mode; constitutionology of traditional Chinese medicine

“翻转课堂”(FCM, flipping classroom)或译作“颠倒课堂”、“反转课堂”,近年来成为全球教育界关注的热点,2011年被加拿大《环球邮报》评为“影响课堂教育的重大技术变革”。其基本思路是:把传统的学习过程翻转过来,让学习者在课外时间完成针对知识点和概念的自主学习,课堂则变成了教师与学生之间互动的场所,主要用于解答疑惑、汇报讨论,从而达到更好的教学效果<sup>[1]</sup>。

翻转课堂最初的起源是教师为解决学生由于各种

原因导致缺课而跟不上学习进度的困扰,尝试使用屏幕捕捉软件录制PowerPoint演示文稿的播放和讲解。他们把结合实时讲解和PPT演示的视频上传到网络,以此帮助课堂缺席的学生补课,并节省出课堂时间来为在完成作业或做实验过程中有困难的学生提供帮助<sup>[2]</sup>。由于效果显著,翻转课堂的教学实践逐渐受到同行的关注,直至2011年可汗学院掀起网络教学的旋风,翻转课堂为众多教师所熟知,引起全球教育界的广泛关注。有学者认为,翻转课堂的优势在于:能体现教师与学生“混合式学习”的优势,更符合人类的认知规律,有助于构建新型师生关系,能促进教学资源的有效利用与研发<sup>[3]</sup>。

※ 基金项目:国家中医药管理局第二届国医大师传承工作室建设项目



翻转课堂由教师的教学实践逐渐发展完善,成为一种新的教学模式。关于翻转课堂的教学应用模式,董黎明等<sup>[4]</sup>在其他学者对翻转课堂研究的基础上,结合翻转课堂的理念、系统化设计思想,提出了体现在“以学生为中心”的教育理念的应用模型。强调教师的引导作用,同时关注模型在课程应用中的可操作性。该模型主要由课外应用和课内应用两个阶段组成,每个阶段分别由教师活动和学生活动两部分组织,强调利用信息技术环境支持的师生活动,详细描述了在课程应用中的具体步骤和各活动之间的关系。本文依据此模型,结合笔者实践经验,探究翻转课堂教学模型在中医体质学教学中的应用。

中医体质学课程主要在北京中医药大学三年级本科生中开设,目前为北京中医药大学卓越中医班、双培班、健康管理专业等的专业选修课。课程开设以来,逐步受到广大中医药专业学生的欢迎,选课人数不断增加。但是选修课程学生上课时间有时不能保证,请假现象较多,笔者近年尝试在部分章节和部分学生中应用翻转课堂教学模式,对于如何教好这门理论与应用相结合的课程,做了如下思考。

#### 1 课外应用阶段

**1.1 教师活动部分** 在翻转课堂教学的课外应用阶段,教师的主要任务是完成对翻转课堂的教学设计工作,主要包括教学的分析与设计、教学内容选择与制作、自主学习情境创建、自主学习策略选择设计、课内教学准备等五个环节,这五个环节根据学生课外和课内活动的反馈进行动态化的完善。

**1.1.1 教学的分析与设计** 要求教师对学生的特点进行分析,结合教学目的,设计并编制教学目标,并要求目标尽量细化、分层,以便于学生自主学习。在中医体质学教学中,学生大部分为大学三年级,处于有一定中医专业基础知识、初涉临床但临床实践较少的阶段。经过前两年的大学学习,学生对中医学专业课程的特点已有一定了解。而中医体质学课程涉及到许多对于《黄帝内经》《伤寒论》等著名经典进行学习的内容。因此,在为学生编制课外学习目标时,可以从掌握经典理论的角度,要求学生复习中医经典中有关体质的论述,引导学生从体质学角度重新梳理已经学过的经典知识,发现自己尚未掌握的经典知识,体会古代医家所提出的理论和从事的临床实践中如何体现出体质学的思想。并且分清哪些是课前应达到的目标,哪些是课堂中应达到的目标,把课外学习中疑问的问题带到课堂上。

**1.1.2 教学内容选择与制作** 在这一环节中,要求教师根据微课程设计方法,首先要有针对性地选择教学内容,教学内容的呈现形式可以为视频、文本或音频

等。笔者在教学实践中,较多使用文本、图像和音频的形式。先列出课前学习单,让学生回答“我知道什么?”“我想学什么?”“我发现了什么问题?”“我已经学会了什么?”“我如何学会的?”,根据学习单制作教学内容,结束时对学习内容进行总结,强调重难点。比如,根据本节课教学目标,让学生自学《黄帝内经》中有关体质分类的论述。学生对于学习单的回答大致为:我知道:《内经》中有关体质的分类有几种,分别是什么;我想学:《内经》中某种分类法的具体特点;我发现:《内经》体质分类法和现代的体质分类法不同;我已经学会了:《内经》的某某体质分类法;我如何学会的:通过查阅资料,复习《内经》。笔者作为教师,将系统整理过的《内经》体质分类法作为教学内容,以文本和图像、音频的形式传到班级微信群或公用邮箱。

**1.1.3 自主学习情境创建** 在这一环节主要指教师需要教学装备,如网络自主学习平台等方面的准备。在中医体质学课程讲授中,笔者采用了较为简单的微信群、电子邮件等。学生也可以通过视频、音频、电话、邮件、微信等方式随时和教师交流。

**1.1.4 自主学习策略选择设计** 教师根据不同的教学内容,选择不同的自主学习策略,设计学生自主学习活动。中医体质学教学中,学生对体质辨识法在临床中的应用有较为浓厚的兴趣,因此,在设计自主学习策略时,一般选择辨体案例分析引导学生自主学习,比如,结合自身体质,学习体质辨识的方法、体质调理的方药等。

**1.1.5 课内教学准备** 教师通过交流平台中学生所提出的疑问、学生课前评测结果和学生填写的学习单,总结出一些有针对性的探究题目,以备课内学习使用。设计课内学习单,内容包括:通过课外学习,我对体质辨识掌握了什么?还有哪些问题需要老师在课内帮助分析解决?作为教师,应同时对课内学生的活动进行设计,课内活动包括以下几种形式:独立探究、小组讨论学习、成果交流和汇报、师生评价等。

**1.2 学生活动部分** 这部分学生的活动以信息技术为支持,主要包括四个环节。为了达到更好的学习效果,每个环节结束后可以返回上一环节重新学习。

**1.2.1 了解学习任务** 对细化的学习目标进行自主学习,明了课外学习的任务和课内学习的任务,并根据学习任务和自身特点选择合适的学习内容。

**1.2.2 查看教师在交流平台中传送的语音、文本、视频等资料** 根据教师的指导收集其他相关资料,然后开展学习,对学习收获和疑问进行记录,并利用交流平台提出问题。

**1.2.3 课前评测** 学生完成教师设计的课前练习,并根



据完成情况发现学习中的问题,通过交流平台提出问题。

**1.2.4 填写课前学习单** 学生通过前面三个环节的活动,回答教师在学习单中提出的五方面问题,并反馈给教师。

## 2 课中应用阶段

**2.1 教师活动部分** 在翻转课堂教学中,课中应用阶段教师的主要任务是引导学生实现对课外阶段知识的高效内化<sup>[9]</sup>,主要包括四个环节。这四个环节根据学生课堂的表现和反馈进行动态化的完善。

**2.1.1 创建环境** 教师根据学生对问题的选择将学生进行分组,并对小组中成员进行任务分工,强调学生要明确小组任务、相互支持和配合、并能对活动成效进行评价。如果涉及的问题比较小,可以设计学生个体自主探究的形式,然后让学生组成小组相互交流成果。在中医体质学教学实践中,学生提出的问题大致分为三个类型:一类是对古代经典中体质分类问题的疑问,一类是对现代体质分类依据的疑问;另一类是对体质辨识临床实践操作的疑问。

**2.1.2 教学活动的组织与指导** 教师根据问题的大小,组织学生进行协作探究、自主探究和成果汇报,帮助学生制定学习计划和使用学习工具。对于学习中的第一类问题,多采取成果汇报和协作探究的形式,学生把自己所查阅的资料放在小组讨论,互相补充印证。对于第二类问题,学生多采用自己探究,教师应较多参与解答。对于第三类问题,学生可先成果汇报,讲述自己对体质辨识的认识和体会,然后小组探究。

**2.1.3 问题与环境的完善** 由于课前准备的问题是基干学生在课外自主学习中提出的问题和反馈总结的,在课堂中当学生进行协作探究、自主探究或成果交流汇报时,必然会出现一些新的问题。为了使学牛能更深入地实现知识的内化,需要对课外教学设计中确定的问题和学生内化环境进行完善;如课堂时间充足,可以针对新问题组织、指导学生进行探究,否则把其作为一些课外探究的主题融合到后续的教学内容中。

**2.1.4 综合评价和反馈** 在翻转课堂中,综合评价阶段是落脚点,并且是必不可少的环节。综合评价阶段,是对学生记忆理解阶段以及应用分析阶段成果的评价,从中也可以发现教学准备阶段的不足。对学生的综合评价要体现翻转课堂中强调的“评价形式多元化和评价目标发展性”的特点。教师根据综合评价与学生的反馈对课外教学设计进行完善。

**2.2 学生活动部分** 在这一阶段,学生的任务就是在教师的组织和引导下实现对知识的高效内化,主要包括四个阶段。

**2.2.1 独立探究** 一些小的问题或任务,学生通过在教

师的指导下自主独立探究,实现对知识内容的内化,并通过独立探究形成高效的自主学习能力和构建出自己独立的知识体系。

**2.2.2 小组学习** 是一种通过小组或团队的形式组织学生进行学习的策略。协作学习的基本模式主要有竞争、辩论、合作、问题解决、伙伴、设计和角色扮演。在翻转课堂中,学生通过协作学习发展个体的思维能力,增强学生个体之间的沟通能力及学生相互之间的包容能力。由于中医体质学授课对象是大三学生,学生思维和感情发展都比较成熟,一般具备较好的团队意识,能做到讨论中互相尊重并各抒己见。

**2.2.3 成果交流与汇报** 学生经过独立探索、协作学习之后,完成个人或者小组的成果集锦。在课堂上进行汇报、交流学习体验、分享作品制作的成功和喜悦。参与的人员除了本班师生以外,还可有其他班级师生或来宾。

**2.2.4 师生评价** 学生把课内探究中的学习心得与问题以学习单的形式向教师反馈,并对自己的学习效果和小组的学习成效进行自评和他评。还可翻转汇报过程,学生在课余将自己的汇报过程进行录像,上传至网络平台,教师 and 同学在观看完汇报视频后,在课堂上进行讨论、评价。

## 3 总结

经过笔者对翻转课堂教学模式的使用尝试,体会到:在真实的教学实践中,任何教学模式都不能脱离授课主体(教师)、授课对象(学生)和教学内容三个主要因素。目前我国大部分高校仍然采取集中授课和面授的形式,是由于高校教师和学生工作和居住场所相对固定,便于集中安排课程。但是,对于某些选修课程或面对校外人员开设的课程,翻转课堂不仅可以克服教师和学生不能在同一场所授课学习的困难,比起传统课堂面授,还具有教师由授课的主体更多转向引导的角色、激发学生主动学习的优点。但是,翻转课堂对于教学内容有一定的限制性。比如,对于临床实践教学,教师亲授和当面演示的效果要好于视频教学。因此,翻转课堂可以作为包括中医药院校在内的我国高校传统教学模式的补充,根据课程特点和教学内容在部分课程和部分学生中推广应用。

## 参考文献

- [1]马秀麟,赵国庆,邹彤.大学信息技术公共课翻转课堂教学的实证研究[J].远程教育杂志,2013(1):79-85.
- [2]Jonathan Bergmann and Aaron Sams.Flip Tour Classroom[M].America,International Society for Technology in Education,2012:21-55.
- [3]何克抗.从“翻转课堂”的本质看“翻转课堂”在我国的发展[J].电化教育研究,2014(7):5-16.
- [4]董黎明,焦宝聪.基于翻转课堂理念的教学应用模型研究[J].电化教育研究,2014(7):108-113.
- [5]赵兴龙.翻转课堂中知识内化过程及教学模式设计[J].现代远程教育研究,2014(2):55-60.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李英师 收稿日期:2017-12-05)



# 中药学综合实验课程教学的探索与思考※

张科卫 李 林 陆兔林 季 德

(南京中医药大学药学院, 江苏 南京 210023)

**摘 要:** 中药学综合实验是我校药学院中药学专业开设的一门必修课程, 旨在培养学生能够融会贯通地运用所学的知识解决生产实践中的具体问题。是锻炼学生的动手能力, 培养学生的自主学习、科研设计、创新意识、团队协作、沟通协调及分析问题和解决问题的能力, 同时也是提高教师实验教学质量的重要途径。

**关键词:** 中药学; 综合实验; 教学实践技能

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.004

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0008-03

## Investigation and Reflection on Comprehensive Experiment of Chinese Materia Medica

ZHANG Kewei, LI Lin, LU Tulin, JI De

(School of Pharmacy, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

**Abstract:** Comprehensive experiment of Chinese materia medica is one of the compulsive courses for students major in Chinese materia medica in school of pharmacy in Nanjing University of Chinese Medicine. Be trained in this course, the abilities of students in practice, self-study, research design, innovative ideology, team-cooperation, communication and dealing with problems will be improved. This course is the important method in elevating the quality of teaching.

**Keywords:** Chinese materia medica; comprehensive experiment; practical skills

我国中医药高等教育的目标之一就是培养适合社会发展的现代化高级中药学人才, 而现代中药产业化发展对中药学人才提出了更高的要求。然而传统教学模式培养学生往往被用人单位描述成只会读书, 与实际生产实践存在一定的差距。具体表现为, 学生对所学的知识仅局限于课本, 且不会将所学的知识与技能融会贯通地运用到中药的研发、生产等实践工作中去, 学生综合运用大学四年掌握的知识能力很弱<sup>[1]</sup>。为了提高学生的综合素质, 培养学生的创新能力, 为中药产业输送优秀的中药学人才, 我校药学院自2014年起, 对中药学专业的学生开设中药学综合实验课程。从这两年对中药学专业本科毕业生的反馈情况来看, 该课程对于培养学生理论联系实际的能力具有很大的帮助, 学生分析问题、解决问题的能力及团队协作的意识与精神在该课程的学习过程中得到提高, 从而使得这些学生无论是进入中药生产企业, 还是进一步进行研究生学习, 都能很快适应工作或者科研需求。

现将我校在开设中药学综合实验课程中进行的相关探索工作整理如下, 目的是总结经验, 发现不足。以期为将来的进一步课程改革与创新奠定基础, 为如何培养新时期中药产业的现代化人才提供一些建议与意见, 也为“双一流”高校的建设贡献绵薄之力。

### 1 中药学综合实验课程简介

我校的中药学综合实验课程是针对中药学专业的学生, 在四年级的第一个学期开设的。这个时候, 学生已经学习了中药资源学、中药鉴定学、中药分析学、

中药炮制学、中药药理学、中药药剂学、中药文献学等多门基础及专业课程。但是, 学生对这些知识的掌握与理解是分散的, 孤立的, 不会有意识地去将这些知识和技能贯穿起来进行运用。

为了打破各专业课程的界限, 整合中药学各核心课程的内容, 使学生能够使用已学过的理论知识解决生产实践中的具体问题, 本课程在开设时采取了利用理论课进行引导, 发挥学生团队协作的精神, 学生讨论与教师评价并行, 让学生自己独立操作, 最终完成实验的过程。

**1.1 理论课程设置** 我校中药学综合实验课程中, 刚开始有3个学时的理论授课, 主要讲解内容为“中药综合性与设计性实验绪论”。这个阶段的授课教师为我校中药学方面教授博导级的专家, 通过他们对中药领域目前发展的概况介绍, 激发学生的学习热情和兴趣; 接着以屠呦呦为例, 明确中药研究的重要性; 然后引出中药综合性与设计性实验的目的和学习要求。通过聆听专家深入浅出的讲解, 使学生对该门课程有了比较清晰的了解, 也在这个过程中让他们明确该课程对于他们的重要性, 从而对他们认真学习该课程起到了很大的推动性作用。

在理论学习课程的最后, 专家会提议以“四逆汤”组方, 让学生根据已经学习的多门课程知识, 去查阅文献, 将该方进行设计, 做成目前临床上患者愿意接受的剂型。给学生1周的时间, 让他们以4~5人为一组建团队, 设计实验研究思路与技术路线, 并且做成PPT。

**1.2 学生讨论与设计方案评价** 理论课程结束一周以后, 让学生对自己的设计方案进行讨论并进行PPT汇报。听

※ 基金项目: 江苏高校优势学科建设工程资助项目; 江苏高校品牌专业建设工程资助项目【No.TAPP-PPZY2015A070】



学生PPT汇报的教师均为药学院中药学专业各核心课程的骨干教师,包括综合中药鉴定教研室、中药分析教研室、中药炮制教研室、中药化学教研室、中药药理教研室和中药药剂教研室的教师教学团队。教师在听取学生PPT汇报后要提问并打分,分数组成主要包括以下几个方面:实验设计是否完整;设计的实验思路和实验方法是否合理;内容表述是否规范准确;是否有达到实验目的的实验预期;数据统计方法的选择是否合理;语言表达是否清楚;PPT效果如何;回答问题是否切题和准确。

在全班的PPT都汇报结束后,每门核心课程的教师均需对学生在设计实验时存在的问题进行点评和讲解。让学生回去对PPT中存在的不足进行修改和补充,以便为接下来的正式实验操作打下良好的基础。

**1.3 实验操作的实施** 待学生根据老师们的建议完善了实验设计方案和思路,并将PPT完善后(差不多一周以后),正式进入实验操作环节。首先是对药材来源进行鉴别,包括以传统的性状鉴别和显微鉴别的方法对常见的易混淆品和正品进行鉴别,接着对鉴别出来的正品药材用现代分析方法评价其质量;确定药材合格后,进入炮制操作,按照《药典》规定炮制相关饮片,然后对炮制好的饮片进行质量评价(以《药典》上规定的方法进行质量标准研究);接下来对饮片中的化学物质进行提取分离;对炮制好的质量符合《药典》规定的饮片进行毒理学研究;确定炮制好的饮片已经安全且质量合格了,就开始进行剂型研究,将“四逆散”制成口服液,并对成型的口服液进行质量标准研究;当口服液已经确定是符合质量要求以后,再进行药效学研究。

这些实验操作安排在一个月内需全部完成,学生每完成一项内容,必须以组为单位,提交一份实验报告。当所有的实验都结束以后,学生还要再上交一份综合实验总结报告。将“四逆汤”制成“四逆汤口服液”,实际上相当于完成一个小型的新药研究课题。在这个过程中,教师仅负责帮学生厘清思路,使学生能自始至终在打破各专业壁垒的情境下,综合运用所学到的各门专业知识来分析和解决问题,同时还锻炼了学生的实验操作技能。

## 2 中药学综合实验教学效果评价

关于该课程的教学效果评价不能仅仅局限于学生的课堂成绩,而应该结合学生综合能力的提高及以后参加工作后相关用人单位的评价,然后进行综合评定。

**2.1 课堂成绩** 中药学综合实验的课堂成绩包括学生PPT的完成情况、各实验室的实验操作情况(鉴定、分析、炮制、毒理、化学、制剂、药效等)、实验报告的完成情况、综合实验总结报告的完成情况。

**2.2 学生综合能力的提高** 这个主要是通过大四第二学

期学生进入实习期后,在实习中期检查的时候对学生进行调研,看看综合实验的开课对他们进入实习阶段是否有帮助。经过这三年的走访调研,我们发现,大部分学生对大四第一学期开展中药学综合实验的教学给予认可。有80%以上的受访学生认为,通过在综合实验阶段的训练,使他们能很快适应实习环境,无论是在科研院所做基础研究还是进入企业做新药研发,面对一项新课题,都能从全局考虑问题,不是局限于某一学科和知识点。对于学生综合素质的提高大有益处。

**2.3 用人单位的评价** 用人单位对于新进人员的评价其实不仅仅局限于某一门课程,应该说,是对学生整个本科阶段学习状况的评价。从相关用人单位的反馈意见看,比较与以前没有接受中药学综合实验课程的学生来讲,近三年毕业的学生普遍综合能力较强,融会贯通运用知识的意识很高,且表现出良好的沟通能力与团队协作精神。

## 3 中药学综合实验课程设置中存在的不足之处

**3.1 缺少学生自己选择课题进行设计的环节** 中药学综合实验课程涉及中药学专业各核心课程教研室及药学院实验中心和仪器分析中心各实验室的配合,我们设置该课程时,只选择了一个经典名方“四逆汤”进行实验,所有的学生实际上是采用同样的思路与操作。缺少让学生自己选择感兴趣的课题进行设计及实验探索的过程。这种实验课程设置对大多数学生来说是有益的,但对于本身基础非常好的优秀学生来说,似乎偏于简单。因为我校药学院很早就实行了本科生导师制度,有部分学生在大二、大三的时候就已经进入自己导师的实验室进行了课题研究工作。对这部分学生来说,让他们自己选择课题进行一些探索性实验应该更有益于他们的发展。

**3.2 缺少科研论文写作的环节** 本课程要求学生在每个单独实验结束时要上交实验报告,整个实验结束时上交总结报告。并未要求学生根据实验设计、操作及结果写一篇完整的研究性论文。等到了大四第二学期的时候,学生进入实习阶段后,很多实习带教老师发现学生的论文写作能力很弱。这跟学生在大学前面三年半的学习中缺少论文写作训练有很大的关系。如果能将科研设计写作与本课程进行融合,将有效提升学生的科研能力,同时也提高教学效果<sup>[2]</sup>。

**3.3 缺少临床环节的培训** 中医自古“医药一家”,但是现代的培养人才模式硬生生地将中医、中药分开,从而产生“医不知药”、“药不懂医”的情况,这对传统中医药学的发展是极为不利的。只有将中药学的学习延伸到临床一线,让学生掌握规范处方的书写要求,了解中医诊疗的流程,参与处方用药的审核及配药等过程,才能加深学生对于中药功效及应用的理解,提

高临床思辨的能力,从而更好地为患者服务<sup>[3]</sup>。

综上,我们在开设中药学综合实验课程的时候已经进行了很多探索性工作,但是还有很多不足之处亟待改善和修正。但是,无论如何,这几年在开展该课程工作中的积累为我们以后进行相应的教学改革与创新奠定了很好的基础。

#### 参考文献

- [1]何永志,窦志英,钟佩茹,等.中药专业实习前综合培训的探索[J].天津中医药大学学报,2009,28(2):92-93.
- [2]郭建明,宿树兰,尚尔鑫.科研设计写作与中药学综合实验课程融合性教学思考[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(3):4-6.
- [3]林海燕,于佳宁,林莺,等.基于医药相长的中药学综合实践教学模式探讨[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(19):15-17.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘 晓 收稿日期:2017-11-30)

## 浅谈针灸学教学方法※

袁 恺<sup>1</sup> 王馨悦<sup>2</sup> 姜云武<sup>1\*</sup>

(1 云南中医学院针灸推拿康复学院,云南 昆明 650500; 2 云南中医学院基础医学院,云南 昆明 650500)

**摘 要:** 针灸学是基础理论与技术操作紧密结合的一门学科,是中医教学必不可少的内容。传统的灌注式教学在激发学生的学习兴趣、调动学生学习积极性方面稍显不足,也有部分学生反应学习枯燥、知识点零散、难记,动手能力差、临床诊疗能力不足等问题也较为显著。因此,如何提高针灸学教学质量和教学效果一直是本学科教师教学中重点关注的课题。笔者在针灸学教学中秉着丰富教学过程、改进考核方法的理念,取得了良好的教学效果。

**关键词:** 针灸学; 教学过程; 考核方法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.005

文章编号:1672-2779(2018)-05-0010-03

### Discussion on the Teaching Methods of Acupuncture and Moxibustion

YUAN Kai<sup>1</sup>, WANG Xinyue<sup>2</sup>, JIANG Yunwu<sup>1\*</sup>

(1. Department of Acupuncture and Massage, Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650500, China;

2. Basic Medical School, Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650500, China)

**Abstract:** The acupuncture and moxibustion is a subject closely combined with basic theory and technical operation, which is an essential content of traditional Chinese medicine teaching. The traditional instillation teaching model is slightly deficient in stimulating students' interest in learning and mobilizing their learning enthusiasm. Some students also have problems such as boring learning, scattered knowledge, hard to remember, poor hands-on ability, and lack of clinical diagnosis and treatment. Therefore, how to improve the teaching quality and teaching effect of acupuncture and moxibustion has always been a key issue in the teaching and research of this subject. In the teaching of acupuncture and moxibustion, the author used a variety of teaching methods and assessment methods, and has achieved good teaching results.

**Keywords:** acupuncture and moxibustion; teaching process; assessment methods

针灸学是普通高等中医药院校中医学专业的必修课,也是对中医临床实践具有重要指导作用的一门专业课。传统的针灸学教学模式多是以老师讲授为主的灌注式教学,但这种教学模式不利于调动学生的学习积极性、熟练掌握所学知识以及提高临床操作能力等。故笔者对如何使学生既能熟练掌握基本理论,又能提高针灸临床操作能力等方面的问题进行了深入研究,对针灸学的教学内容和教学方法进行了改革与创新,探索出了一套与针灸学课程相适应的教学方法,使学生能在轻松、愉悦的教学氛围中,既能提高学习的积极性,又能培养针灸临床思维和创新性。现将笔者的一点经验和体会汇总如下。

#### 1 提升自身素质 丰富教学过程

针灸学是一门综合课程,其内容包括经络腧穴、刺灸灸法与针灸治疗三部分,其中经络腧穴部分以讲

授基础理论为主,刺灸灸法部分以实践操作为主,而针灸治疗部分则是以临床治疗为主。针灸学这门课,不仅仅涉及到医学内容,更包涵了天文、历法、气象、地理等相关内容。所以作为一名讲授针灸学的教师,不仅要有深厚的中国传统文化功底以及扎实的专业基础,也要有丰富多变的教學手段及教学方法以适应现阶段教学发展的需要。

**1.1 为师育人先育己** 首先,作为一名中医院校的教师,肩负着弘扬祖国传统文化、发展人类健康事业的使命,所以在日常的教学工作中,要以德修身,并树立稳固的专业思想,授课过程中做到为人师表,“庄”而不“板”,“谐”而不“俗”,“放”而不“弛”,“宽”而不“泛”<sup>[1]</sup>。

其次,教师应该做到博学。要想讲好针灸学这门课程,不仅要求教师具备较高的中医理论水平、中国传统文化功底,还要具备熟练、精湛的临床操作技能,三者缺一不可。如果单纯只按照教材照本宣科地讲述穴位的功效和操作,不仅会让教学过程枯燥乏味,还会影响到学生对针灸理论的掌握及实际操作能力的提

※ 基金项目:云南省高等学校专业综合改革试点项目【No.云教高(2009)69号】

\* 通讯作者:714716654@qq.com





高。例如环跳穴的刺法是直刺2~3寸,然而临床上环跳可有2种刺法:直刺2~3寸,主治腰腿痛、半身不遂、下肢痿痹;沿胆经方向向下斜刺3~4寸,让针感传到膝盖或脚背部,则尤擅长治疗坐骨神经放射性疼痛。又如足太阳膀胱经的委中穴,《铜人腧穴针灸图经》中说到“委中者,血郛也”,由于足太阳膀胱经多血少气,所以膀胱经上的血郛“委中”临床可采用刺血疗法,血下而不易伤气。通过将穴位的古今不同刺法及疗法引入实训教学,不仅拓展了学生的知识面,提升了学生的学习兴趣,也让学生了解到针灸学是一门传统且一直不断发展的学科,需要终身不断学习的。

**1.2 第一堂课的重要性** 学生对一门课程的兴趣很大程度上取决于第一堂课,故笔者在针灸学的教学实践过程中,尤其重视对“绪论”的教学准备工作。绪论,是对一门课程的宏观的综合性概述,理论性很强,较为抽象。若教师能通过对绪论的精准把握以及生动的讲解和互动,让学生对这门课程产生浓厚的学习兴趣,点燃学生的兴趣之火,那么,良好的开端是成功的一半,这也会对学生日后的学习起到引导启发的作用,从而达到事半功倍的效果。

在第一堂课讲授绪论的过程中,要着手引入一些中医大家的名人轶事来吸引学生的注意力。如《针灸大成》的作者杨继洲,在科举受挫之后,潜心攻读医书,钻研医术,三针治好了巡按山丁御史赵文炳的痿痹,名震朝野;针灸名家程莘农教授,经过数十年潜心研究,在经络理论的实质研究中取得了重大成果,为针灸学的发展创新和祖国传统医学的传播与推广做出了巨大贡献。同时鼓励学生将所了解的古代经典针灸案例与全班同学一起分享探讨,这些古今传奇故事使学生认识到针灸学的实用性,从而激发起学生学习的兴趣和动力,取得较好的效果。

**1.3 丰富教学过程** 在经络腧穴部分的讲授中,由于学生缺乏临床基础,往往将某些穴位混为一谈,为了让学生能够牢固掌握经络腧穴的基本知识,为后面两部分的学习打下坚实的基础,笔者采用多种记忆方法,如自编腧穴歌诀、顺口溜、联想记忆等。比如带“廉”字的穴位,有上廉、下廉、阴廉、廉泉,为方便记忆,将之编为“上下阴泉共四廉”。再如八邪穴和八风穴的定位,同学经常容易混淆,可用成语“足底生风”来区别记忆,八风穴在足上,八邪穴则在手上。又如伏兔穴的定位,因古人跪坐,跪起时大腿外侧肌肉隆起如兔,潜而不伏,故名伏兔。同时,点穴课是经络腧穴教学中重要的环节,通过人体点穴,将书本上的知识真正与人体相结合,以加深对穴位的感观认识,从而巩固所学的知识,这也是能将穴位真正记住、记牢的最好方法。俗话说得好“纸上得来终觉浅,绝知此

事要躬行。”无论教材上对腧穴定位的文字描述有多清楚,但要想能真正掌握,就必须在人体上亲自去操作。这样才深有体会,才能对书本的知识产生更具体的感知。

在刺法灸法部分的教学过程中,由于各种针灸操作方法种类多,每一种针灸技术都有各自不同的操作步骤和实施过程,内容繁杂,学生不易记忆,故笔者采用一边用语言讲解,一边现场示范手法操作,并配合视频播放,使学生能在理解的基础上记忆。然后在老师的指导下,鼓励学生亲自动手操作,先在针刺包上练习,然后自身试针及互相练针,采用医生、患者角色扮演的方式,加强学生在此模拟治疗过程中与患者的沟通互动能力。这种实训不仅巩固了学生对腧穴的定位、归经、主治、操作及穴位配伍的认识,更加强了学生和患者之间的交流沟通能力,对日后学生临床工作的开展大有益处。

在针灸治疗部分的教学过程中,笔者坚持采用案例讨论式教学法,让同学带着问题去学习,以此培养学生的针灸临床诊疗思路<sup>[2]</sup>。同时介绍一些最新的针灸治疗研究进展,使学生加深对病证的理解和掌握,从而拓宽学生的视野。例如,在讲解“郁证”教学过程中,针对某具体病例展开病案讨论,并逐步引导学生分析辨证取穴,如选取水沟、百会调脑神,选取内关、神门调心神,选内关宽胸理气、太冲疏肝理气,在随后的讨论中,使学生逐步理解其中所暗含的上下配穴的选穴原则,借此点出正确运用配穴方法和选穴原则的重要性,为以后走向临床奠定基础。然后通过引导学生自行查阅相关资料总结分析近年的国内外研究,以了解电针神庭、百会穴在治疗郁证的过程中所起到的显著作用,通过此前沿内容的学习,提高学生的自我学习能力,拓宽视野,增宽知识面。

## 2 改进考核方法

针灸学这门课程包含的内容较多,主要有基础理论知识、实践操作技能知识、还有临床治疗知识。因此,考试方法不应采用单纯的笔试考试,应该多样化<sup>[3]</sup>。

经络腧穴部分的考核主要体现在每节课的课前提问环节以及每条经脉学习后的点经点穴环节。经络腧穴部分是针灸学的基础部分,既是重点也是难点,需要理解记忆的内容较多,课前提问及点经点穴考试是为了引导学生自主学习,充分发挥学生学习的主观能动性。对于经脉循行原文的背诵,将古人尽诗词之兴的“飞花令”纳入考核范围,即将经脉循行原文中出现频率较高的字或者词选出,如“其支者”、“其直者”、“手”、“足”、“臂”等,让学生根据所选的关键字或词,答出与之相关的经脉循行原文。

刺法灸法部分的考核,笔者采取的是每学完一节即进行一次实际操作考核,教师对错误率较高的部分

进行归纳整理,并引导学生对此部分内容进行讨论分析、对操作技巧反复推敲,使学生加深印象,并熟练地掌握操作手法。

针灸治疗部分由于采用的是病例讨论式教学法,所以考核主要体现在学生回答问题的积极性以及在收集信息、个人学习环节的积极程度等方面。此外,根据课内讨论的内容要求学生撰写书面分析报告,主要为了帮助学生温习讨论内容,培养学生临床用穴选穴的思维以及诊病治病的能力。

### 3 结语

通过以上教学方法和考核方法的实施,笔者发现

学生的学习兴趣高涨,积极性也较之前有所提高,许多同学会主动利用课余时间跟诊,将学到的理论知识用于临床实践,不少同学还会提出一些有利于教学质量提升的建设性想法,这对针灸学教学质量的提高以及学生思维的开拓将起到良好的促进作用。

### 参考文献

- [1]刘晓亭,董宝强,王树东.谈针灸学教学改革与创新[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(7):171-173.
- [2]李巍巍,祁冰,郝松莉,等.案例讨论教学法在中医妇科研究生培养中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(1):182-183.
- [3]宋观礼.高等医学院校针灸学教学改革探讨[J].医学教育探索,2010,9(12):1679-1681.

(本文编辑:李海燕 本文校对:左 政 收稿日期:2017-12-04)

## 形成性评价在中药商品学教学中的探索与应用<sup>※</sup>

张 芳 张文钰 李 峰 郭庆梅 刘红燕 胡晶红 张永清<sup>\*</sup>

(山东中医药大学药学院,山东 济南 250355)

**摘 要:**目的 探索形成性评价在中药商品学教学中的应用。方法 通过在中药商品学教学中采用随堂小考、分组专题调研与汇报、利用精品课程BBS版块进行教学互动交流的方式,开展形成性评价。结果 提高了学生自主学习能力、分析问题、解决问题的能力。结论 形成性评价模式有助于高素质、创新性人才的培养。

**关键词:**形成性评价;中药商品学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.006

文章编号:1672-2779(2018)-05-0012-02

### The Exploration and Application of Formative Evaluation in the Teaching of Commodity of Chinese Materia Medica

ZHANG Fang, ZHANG Wenyu, LI Feng, GUO Qingmei, LIU Hongyan, HU Jinghogn, ZHANG Yongqing

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

**Abstract: Objective** To explore the roles of formative evaluation in the teaching of commodity of Chinese materia medica. **Methods** Such means as quizzes, focus groups and interactive teaching and learning through quality course BBS forum were used in the teaching of commodity of Chinese materia medica. **Results** It improved the students' ability of autonomous learning, analyzing problems and solving problems. **Conclusion** The formative evaluation is helpful for the talent cultivation of high quality and innovation. **Keywords:** formative evaluation; commodity of Chinese materia medica; teaching reform

形成性评价由美国著名评价学家克里芬在《评价方法论》中首次明确提出<sup>[1]</sup>,它是指为改进课程教学及其方案活动而在活动过程中进行的评价,目的是为了教学设计人员明确教学过程中存在的问题和需要改进的方向,以便及时调整教学计划,以获得更加理想的教学效果。长期以来,我国教育评价体系中只注重总结性评价,忽视形成性评价,教师为了考而教,学生为了考而学,进而导致学生“上课记笔记,下课看笔记,考试背笔记,考后全忘记”,这种评价体系考查的是人脑储备知识的能力,而不是人脑运用知识的能力,阻碍了高素质、创新型药学人才的培养。形成性评价常采用的形式如课堂提问、课后作业、阶段测验等,其实施,有助于激励学生自主学习,帮助学生有

效调控学习过程,增强自信,培养合作精神,使学生从被动接受评价转变成为评价的主体和积极参与者<sup>[2]</sup>。

中药商品学是我校市场营销专业的特色课程和主干课程之一,其主要是研究流通领域中中药商品的质量管理和经营管理的一门学科,其在实现市场营销专业的专业培养目标过程中具有比较重要的地位。我校市场营销专业的专业培养目标为:培养具有中医药学知识背景并具备中医学、药学市场营销与管理等方面的知识与能力,能够在中药企事业单位及政府部门从事企业管理、生产管理、营销管理的高级专门人才<sup>[3]</sup>。为了提高学生学习效果,科学评价学生学习成绩,我们在近几届学生中药商品学的学习评价中引入形成性评价模式,取得了相对较好的效果。

### 1 “形成性评价”的应用背景

我校市场营销专业学制4年,中药商品学课程在第六学期开设,此时,学生们已具备了市场营销的基本理论和知识;并且已具备了中药学、中药化学、仪器

※ 基金项目:山东省本科高校教学改革研究项目[No.2015M185];山东省本科高校教学改革研究项目[No.2015M187];山东中医药大学教学改革项目[No.ZY2014032]

\* 通讯作者:zyq622003@126.com





分析等药学专业的相关理论和知识。此外,通过给学生们讲解这门课对于将来学习与工作的重要性,学生们从思想上对这门课的重要性有了一定认识。所以,学生们已具备了学习这门课所需的知识储备,并且情感层面上也能给予足够重视。但由于开设学期是第六学期,学生们由于考研或者外出实习的原因,在学习时间上有时无法保证,所以上课出勤率不是太高。

## 2 形成性评价在中药商品学教学中的运用形式

根据中药商品学的学科特点和市场营销专业的专业培养目标及学生的实际情况,我们设计的形成性评价的具体模式为:期末闭卷考试成绩占总成绩的60%,形成性评价占总成绩的40%;其中,形成性评价又由三个部分构成,包括课堂5分钟小考(占10%),专题调研与汇报(20%)、精品课程讨论版块(10%)。

**2.1 课堂5 min小考** 随堂小考安排5次,每次20分,以人民卫生出版社出版的《中药商品学》教材为例,根据课程进度,随堂小考的时间安排分别设置在:(1)总论结束之后;(2)根及根茎类结束之后;(3)皮、叶、花结束之后;(4)果实种子及全草类结束之后;(5)藻、菌、地衣类及动物、矿物结束之后;每次出2~5个题,时间以5 min为宜。当然,具体哪堂课安排小考,时间要由教师拿捏,不能让学生知道时间安排的规律,这样既能起到对学生前一阶段学习情况检查的目的,又能起到考勤的目的,避免了学生在传统点名考勤过程中互帮答到情况的发生,更重要的是通过随堂小考学生更加重视课后复习,加深了对课堂所讲知识理解和掌握。

**2.2 专题调研与汇报** 针对市场营销专业学生将来的就业去向以药品销售为主,结合中药商品学的学科特点和研究内容,将全班学生按几人一组,安排相应的专题调研题目,比如某某药市场行情分析、某某药产业的调查与思考等,要求学生通过文献调研与分析、实地考察与走访,搜集相关资料,完成调查报告,并将其制作成5 min PPT,进行汇报。该专题实施前,教师要给学生开展两方面的培训工作:(1)文献资料收集的方法,给学生讲解如何通过学校图书馆的电子期刊,如知网、万方数据库等查阅资料;如何通过一些专门的中药价格行情网,如中药材天地网、康美中药网等收集所需资料;必要的情况下引导学生通过实地走访药店、药业公司等了解药品的行情、销售情况、存在问题等;(2)论文的写作方法与要求,如何通过所收集资料进行文字材料的提炼与总结,论文的基本组成要素等等。

汇报前,教师制作专门的打分表,打分表既要考虑学生对知识的掌握,又要兼顾学生综合素质的考察,并将打分表的打分细节提前通知学生,以便让学生在汇报过程中做到有的放矢。学生汇报完后教师要给予相应的点评,指出学生汇报的优点与不足,以便于学

生的进步与提高。根据市场营销专业的专业特点,相对加大这一部分在形成性评价中所占比例,占整个评价的20%。通过专题调研与汇报,可以增强学生分析问题、解决问题的能力,并使学生提前体验了“产品推介”的过程,有助于学生不断的认识自我、提高自我,为将来走向工作岗位胜任所从事工作奠定基础。

**2.3 精品课程BBS版块教学互动交流** 中药商品学课程为山东省省级精品课程,建有自己的精品课程网站,在授课过程中,应充分利用网站的“交流”版块,做到教师与学生之间、学生与学生之间“空中”交流。在交流过程中,教师起一个主导的作用,可以利用“交流”版块(BBS)发布作业,针对学习中的重点和难点知识发布学习技巧和布置相应的习题,上传优秀的学生作业和报告;而作为学生,则是起一个主体的作用,学生需要在该板块上交流自己学习这门课的过程中所遇到的问题和好的经验、完成相应的习题与作业等等。当然,为了使这种交流有序良好的运转,教师需要及时的进行作业批改并对学生提出的问题给予及时的解答和反馈,给予优、良、中、及格、不及格等评价,最后以学生收到的这些评价的个数来界定这一部分的成绩。通过精品课程的“交流”版块,可以使学生学习中存在的问题得到及时有效的解决,也使教师理解了学生对所授知识的掌握情况,使教师不断改进教学方法,从而真正达到了教学相长。

## 3 “形成性评价”的运用效果

“形成性评价”在我校市场营销专业中药商品学本科教学的教学评价中已应用了三届,通过应用,我们发现相比传统的单纯的总结性评价,其取得了相对较好的效果。主要表现在以下三点:(1)学生出勤率大大提高,学生的旷课现象显著减少,通过5 min小考的实施,学生们加强了课后复习,巩固了课堂知识,学习压力显著减小,自主学习能力得到极大提高。(2)通过“专题交流与汇报”环节的实施,学生们初步掌握了调研资料的获得方法、调查报告的写作技巧,体会了“产品推介”过程,特别是教师对学生的汇报点评后,有些同学主动要求将自己的汇报拿回去进行修改进行第二次汇报,学习积极性大大提高。(3)通过“精品课程BBS版块交流”,及时解决了学生学习过程中存在的问题,同时也有助于教师及时调整教学进度和教学方法,加强了教师和学生间的相互交流,真正实现了教学相长。

### 参考文献

- [1]伍义行,胡华军,张永勇,等.药学专业形成性教学评价体系的研究与思考[J].药学教育,2013,29(3):1-4.
- [2]王秀丽,马群,艾璐,等.中药制药专业中试实践教学形成性评价方式的应用[J].中医教育,2013,31(2):23-26.
- [3]周凤琴,郭庆梅,张芳.中药商品学实践教学体系初探[J].西北医学教育,2009,17(1):111-112.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孙雅颖 收稿日期:2017-12-19)

## 医校协同育人深化中医师承教育的实践与体会※

——以三峡大学中医医院为例

任剑峡 周继刚 王安桥 潘茂兴

(三峡大学中医医院·宜昌市中医医院教学办, 湖北 宜昌 443003)

**摘要:**随着中医药事业的蓬勃发展,对高产量、高质量的中医人才的需求不断增加,将师承教育融入高校教育,构建师承式与院校教育有机结合成为时代发展的趋势。医院与高校联合培养新时期中医人才任重道远。本文总结宜昌中医院在三峡大学中医学专业学生中开展师承教育的实践体会,将师承教育融入到院校教育之中做有益尝试,作为学校本科临床教学的补充。

**关键词:**院校教育;师承教育;中医教育

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.007

文章编号:1672-2779(2018)-05-0014-03

**The Practice and Experience of Cooperative Education in Hospital and Medical School on  
Deepening Traditional Chinese Medicine Apprenticeship Education  
--Using College of Traditional Chinese Medicine of China Three Gorges University as an Example**

REN Jianxia, ZHOU Jigang, WANG Anqiao, PAN Maoxing

(Teaching Office, Traditional Chinese Medicine Hospital of China Three Gorges University Yichang City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hubei Province, Yichang 443000, China)

**Abstract:** With traditional Chinese medicine growing vigorously and the demand for high output and high quality Chinese medical talents increasing, integrating master-apprentice into college education and building the organic units of master-apprentice and institutional education have becoming the time tendency. The cooperative cultivation in hospital and medical school of traditional Chinese medical talents remains a long-way arduous task in this new era. This article has summarized the practice and experience about the master-apprentice from students of Chinese medicine in China Three Gorges University launched by Yichang Chinese Medicine Hospital, and have made a constructive attempt by integrating master-apprentice into college education, as a supplement to clinical teaching-method for undergraduate.

**Keywords:** school education; apprentice education; traditional Chinese medicine education

中医师承教育与中医起源同步,是几千年来中医独特诊疗技能世代相传的传统教育模式,是古今名中医成才的重要途径。中医教育发展至今,高校学院教育已成为主流教育方式,但师承教育仍然具有举足轻重的地位。《国务院关于印发中医药发展战略规划纲要(2016—2030)》指出,强化中医药师承教育,建立中医药师承教育培养体系,将师承教育全面融入院校教育、毕业后教育和继续教育。鼓励医院与高校以人才培养为纽带协同发展师承教育,实现师承教育制度化和常态化。

宜昌市中医医院是一所三级甲等中医医院,2011年成为三峡大学教学医院后增挂三峡大学中医医院,在多年的临床教学中锻炼出一支能上临床能进课堂的“双师型”优秀临床教师队伍。2015年,医院在院校协同育人教育理念指导下,以医院优势专科为平台,以经验丰富的中医临床教师为依托,在三峡大学中医学专业学生中开展师承教育,将师承教育融入到院校教育之中,引导学生在临床课程学习的同时“早临床、多临床、反复临床”,及早构建中医临床思维,培养中医临床胜任力,为医校协同育人的师承教育模式积累

经验。

## 1 教学目标

中医院校教育与师承教育相结合最难实践的是教学目标问题。在这两种教育教学方式构架结合点上,不仅要从教学目标方面去解决问题,还必须从现代意义方面去探索有机结合的教学目标,才有现实意义<sup>[1]</sup>。三峡大学通过对本科人才培养模式的改革和学生知识结构的调整,使学生在掌握中医学专业的基本理论、基本知识和基本技能的基础上,每人具备一个特长,即为具有不同潜能的学生铺设不同的成才轨道,使每一名学生都能在各自原有的基础上得到发展,通过不同的路径成为本专业“通用型+特长”(或称“合格+特长”)的不同规格的人才。

医院按照给学校的人才培养目标要求,给中医学专业学生开设《师承特长培养》课程。课程从大三上学期至大四上学期共3个学期,每学期4次课计16学时1学分,合计48学时3学分。使学生在掌握模块病种中西医理论基础上,重点掌握指导老师的诊疗特色与经验,结业时具有较强的独立诊疗疾病的能力,具有较鲜明的专业特色,为未来专业发展奠定基础。

## 2 教学过程

### 2.1 选择师承专科 第一次课先给学生系统讲解中医医

※ 基金项目:三峡大学教学研究项目【No.J2016055】





院的结构、功能、专科设置及布局等,重点介绍中医专科的医师团队、优势病种、特色诊疗,带学生进医院进科室实地参观,使学生在了解熟悉医院的专科情况及师资情况后,再选择自己的兴趣专科方向和师承导师。医院安排学生在选择的专科跟师学习3学期,原则上不允许私自调换科室。

**2.2 遴选师承导师** 师承导师的遴选条件:中级以上职称专业技术人员,已经承担中医专业本科教学理论课一年以上,兼具临床经验与教学经验的临床教师。教学办根据学生们申报的兴趣专业进行统计,分科分组安排师承指导老师。每位师承导师带教的学生不超过2人。

**2.3 教学及考核** 学生跟随师承导师的工作安排学习实践:(1)跟师门诊。观摩学习师承老师诊治门诊病人全过程,学习门诊病历书写及处方抄写,学习常用中医诊疗技术。(2)跟师查房。观摩学习师承老师收治住院病人的诊疗过程,学习住院病历书写及诊疗操作。师承老师在指导学生过程中做讲解示范,提出问题,解答问题,让学生学有所获。学生除完成规定时间的4次实践课外,鼓励学生利用课余时间继续跟师实践,时间及次数不限。

学生每学期必须完成4次4个学时的临床实践,提交4份跟师学习记录,期末撰写1份实践报告,记录本学期的学习情况,作为考核依据。

### 3 实践体会

**3.1 师承教育引导学生专业选择与职业规划** 我们在调查学生专业兴趣方向时发现,班上的中医学学生中仅有个别学生家庭具有中医学背景,多数对中医知之甚少,缺乏中医信仰与学习热情。他们并不怎么了解现代中医院的临床专科设置及专科工作性质,面对各专科不知如何选择自己的兴趣方向,对自己的未来专业发展方向概念模糊。通过师承课程对学生进行引导,让他们实地了解中医医院常规的专科设置及工作性质。学生们在医院跟师观摩临床老师的中医诊疗技术,体验中医临床疗效,激发他们的中医信仰与学习兴趣,对他们本科毕业后职业规划以及研究生专业规划都有引导作用。

**3.2 跟师实践提高岗位胜任力** 本科阶段的中医学学生,临床课程的学习阶段是构建中医临床思维的启蒙阶段。大三阶段的中医学学生,还没有系统学习临床课程,临床专业知识欠缺,初到临床实践时不知如何开口如何动手。师承课程开设后,学生有了自己的师承老师,明确了自己的兴趣专业学习方向,课余闲暇时间都可以去医院跟师进行临床实践,医院为他们提供了临床实践平台。学生去到医院跟师学习,随师侍诊,近距离接触患者,询问病史,记录病程,观察疗效;观摩老师诊疗技法,甚至在老师指导下实施诊疗操作,感

受到学习的趣味,学习兴趣日益浓厚。学生在课堂上不求甚解的问题可以得到师承老师的点拨,逐步对中医的辨证施治有了深刻认识。一年半的师承学习坚持下来,老师言传身教,学生心领神会,可以将课堂上的理论知识在临床中验证消化,感受中医不同于西医的独特诊疗,明显提高了学习效果。学校教育为学生打下医学理论基础,医院师承教育让学生及早进入临床实践模式,及早建立中医临床思维,提高他们的实践能力和岗位胜任力。

**3.3 树立“以病人为中心”的职业道德观** 高校是“以学生为中心”,而医院则是“以病人为中心”,临床老师每天围绕着两个不同的中心工作,练就了高尚的职业情怀。学生跟着临床老师在学校里学习理论知识,在医院里学习治病救人,学着转变角色改变观念,学习将理论与临床相结合,学习关心病人疾苦,体会患者病痛,体会临床老师一边治病救人一边教书育人的高尚情怀。

### 4 存在的问题

**4.1 师承方向难以稳定** 学生处在临床学习初期时,专业思想尚不成熟。随着临床课程学习的逐渐深入,学生对课程学习中的其他专业也开始产生出浓厚兴趣。在一年半的师承学习过程中,学生会受到其他专业老师的吸引,和同学一起去蹭老师。师承学习结束后接着进入1年的实习期,要接受实习医院安排的临床科室轮转,与师承老师的跟师学习基本中断。本科毕业后3年的住院医师规范化培训,学生们会在各地规培基地转科学习,师承专业方向难以稳定。

**4.2 跟师临证时间不足** “熟读王叔和,不如临证多”,中医师承需要师徒朝夕相处耳濡目染,临证经验只有通过日积月累的消化吸收才能得到继承和发扬,临证经验需要时间来积累,不能速成。在校学生的日常时间基本是“满课”,而临床老师的日常时间是在医院“三班倒”,师徒相处时间不易衔接,学校统一安排的见习时间也可能因为师承老师倒班不在岗,需要学生和老师另外约定跟师时间,跟师时间难以保证。我们在调查中发现,仅有个别优秀学生能够坚持利用课余时间甚至寒暑假继续跟师临证。学生跟师临证时间不足,以至于临证病例不能及时完整地跟踪记录,不利于临证经验的积累。

**4.3 协同育人机制有待完善** 医院、学校双方在合作教育过程中存在诸多问题,包括教学模式与人才培养目标不相适应,教学内容与岗位需求不能完全对接,学校教学管理和医院行政管理不协调等<sup>[2]</sup>。北京中医药大学对所有专业与学制的在校学生全面推行导师制,利用汇聚大量高水平中医师的现代化中医院资源,积极探索“集体带、带集体”的新模式,以“名医+名师”、“医教研三位一体导师”、“名老中医工作站”等导师

组形式,倡导“名师共同带徒、弟子集体跟师”的理念值得借鉴<sup>[3]</sup>。三峡大学师承培养师承课程每学期16学时,每班参与教师30余人,人均教学工作量不足1学时,师承教师的教学工作量没有得到认可,评价体系和考核方式尚不完善。建立全面、立体的质量评价体系,在考核方式上体现多样化和个性化,要使各种评价在价值取向上既指向于知识的传承,更指向于受教育对象的发展的机制任需要进一步探索<sup>[4]</sup>。

## 5 结语

师承教育是以“个性化”为特征,院校教育则以“标准化”为特征;师承教育的优势主要强调临证实用、临床诊疗,技能操作;而院校教育的主要优势在于学术与知识的大量积累;师承教育是中医药教育不可或缺的一部分,是祖国医学得以渊源流传的保证,而院校教育则能满足科技化、信息化社会人才培养的需要。二者各有侧重,各有长短,相辅相成,不可替代<sup>[5]</sup>。院校协同育人开展师承培养有利于提高中医人才培养质量,学生发挥主动性学习有利于缔结良好的师徒情谊,

临床老师兼顾临床和教学的辛劳需要得到医院和学校的认可与鼓励,专科特长在多临症反复临症中方能学有所获。医院与学校的协同育人教育教学模式是中医药教育面临的重要课题,以期在现有的临床教学管理模式上,开展医校协同育人机制研究,改革中医师承教育模式,建立与之相配套的组织机构职责制度,医院与学校共同建设临床师资队伍,切实发挥医校协同管理共同育人的积极作用,使中医师承教育制度化常态化。

## 参考文献

- [1]闫忠红,杨天仁.中医院校教育与师承教育相结合的实践方式探索[J].西部中医药,2016,29(7):64-65.
- [2]许东武,陈迎红.医教协同理念下医学教学基地的建设与思考[J].中国高教研究,2016(2):87-91.
- [3]谷晓红,闫永红,林燕,等.坚持传承创新 促进医教协同——北京中医药大学中医人才培养改革与实践[J].中医教育,2016,35(3):7-11.
- [4]张伯礼,于越,周桂桐.中医药高等教育教学改革思路探讨[J].天津中医药大学学报,2008,27(2):87-88.
- [5]董巧稚,王宗华,陈颖,等.浅谈师承教育与院校教育相结合在中医药高等教育中的重要性[J].中国继续医学教育,2017,9(4):38-39.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邱绍勤 收稿日期:2017-12-19)

# 多种教学模式在医药院校物理教学中的应用<sup>※</sup>

高清河 刚 晶 王和禹 刘海英

(辽宁中医药大学信息工程学院, 辽宁 沈阳 110847)

**摘要:**高等医药院校开设的医用物理学以及药用物理学是必不可少的基础必修课,本文从现阶段医药类物理学教学中存在的问题出发,对物理课程教学中实施多种启发式教学方法进行了细致的研究,突出强调了教学中实施多种教学方法对学生们的能力和素质培养的重要意义。

**关键词:**医用物理学;药用物理学;启发式教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.008

文章编号:1672-2779(2018)-05-0016-03

## The Application of Multiple Teaching Models in Physics Teaching in Medical Colleges and Universities

GAO Qinghe, GANG Jing, WANG Heyu, LIU Haiying

(Information Engineering College, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

**Abstract:** In the higher medical universities, medical physics and pharmacal physics are the basis of the essential compulsory courses. Based on the existing problems in the teaching of medical physics at this stage, this paper made a detailed study on the implementation of various heuristic teaching methods in the teaching of physics. The importance of carrying out various teaching methods to the cultivation of students' ability and quality was emphasized.

**Keywords:** medical physics; pharmacal physics; heuristic education

高等医药院校开设的医用物理学以及药用物理学,是必不可少的基础必修课。近两年随着我校教学改革的不断深入,将医学专业的医用物理学课程的学时数改为36学时,而将药用物理学的学时数由最初的90学时减少为现在的54学时。鉴于学时少而内容多的实际情况,如何在有限的教学时间内进行科学有效的

教学活动是迫切需要解决的问题。

然而,医药类院校物理学课程教学局限于物理知识的传授和教学,没有实现将传授知识、培养能力和提高科学素质有机地融合起来,对学生的科学素养、科学思维方法以及科学研究等方面能力的培养有待提高<sup>[1-2]</sup>。在物理教学中实施多种启发式教学方法可以促进教师教学观念的更新,有助于促进课堂教学的转型和师生角色的转变,有助于真正落实教学的有效性,以促进学生的全面发展。

※ 基金项目:辽宁中医药大学教学改革研究项目资助[No. LNZYJG2015045]





## 1 培养学生创新能力的多种教学方法

**1.1 研讨式教学法** 研讨式教学是在教师的具体指导下充分发挥学生的主体作用,通过学生自我学习来获取知识和强化能力的一种教学方法<sup>[1]</sup>。研讨式教学法充分地体现教与学的有机结合。在实施过程中,教师要预先拟定计划,学生在教师的计划内选择自己感兴趣的命题或活动,教师在学生的学习中给予指导。学生们围绕主题从不同的侧面提出问题,使学生的思路更加开阔和全面,有利于问题的解决,增强了学生们学习积极性、主动性和创造性。多年教学实践表明:研讨式教学法有利于学生巩固和理解已学的知识内容,有利于逻辑思维能力的提高,进一步培养了学生们分析问题和解决问题的能力,进而促进了教学质量的提高。

**1.2 问题教学法(PBL教学法)** PBL教学法即Problem-Based Learning,由美国的神经病学教授Barrows首先把PBL引入了医学教育领域<sup>[2]</sup>。问题教学法是以问题为基础,以学生为主体,以小组讨论为形式,教师通过创设情境,围绕某一医学专题或具体病例的诊治等问题进行研究的学习过程,通过发现问题、提出问题、探寻解决问题的途径和方法,由此获得基本知识和基本技能的一种教学方法。在该教学法实施过程中,解决问题不是根本目的,教学的最终结果应是在解决已有问题的基础上,进一步引发同学们的思考,培养学生的创新精神和创新能力。

**1.3 范例教学法** 范例教学法有三条最基本的原则:基本性、基础性、范例性。基本性原则是针对学科内容而言的,是指所传授的内容应当是一门学科的基本概念、基本原理和基本科学规律等,在教学内容上反对多而杂。范例性原则要求教师教给学生的知识能起到示范作用,起到举一反三和触类旁通的作用,有助于学生知识的迁移和实际应用。在教学内容上反对面面俱到,力求范例具有典型性和代表性。在医学物理中,同学们在理解心电现象和心电图的原理时存在一定的困难,采用范例教学法通过电偶极子的学习,使学生对电偶极子外一个点的电势的变化规律有了深刻的理解。在此基础上,在把电偶极子的内容引申到心电现象和心电图的原理当中去,很好地实现了学生知识的迁移,收到了很好的教学效果。

**1.4 类比教学法** 在物理教学中恰当地采用比较法,可以消除学生学习中的厌倦情绪,让学生有想象和发挥的空间,活跃学生的思维,有助于构建知识体系框架的完整性<sup>[3]</sup>。例如:在学习刚体转动时,如果单纯地讲刚体转动的一些规律,会使学生觉得枯燥和厌学。而在讲解时首先回顾已学过的质点力学概念和规律:速度、加速度、力、质量以及牛顿第二定律,引导学生比较质点力学和刚体转动间存在的对应关系,就会轻

松理解刚体力学的内容。在此过程中,学生们能够积极地参与到整个学习过程中,发挥了想象力,充分体现了启发式教学的原则。

## 2 多种教学模式实施的关键和意义

**2.1 教师观念的转变是根本** 观念对人的思想和行为起根本的指示和规范作用,观念的正确与否直接影响到行为结果。教师的观念是指教师在教育、教学实践中形成的,是对自己的教学活动和所教学生的主体性认识。教师的教育观念对其教学行为和方法具有直接的影响作用,教师只有转变教育观念,才能在教学中达到培养学生创新能力的目的。课堂教学是一种教师教和学生学的双边活动,应该以“教师为中心”走向以“学生为本”。学生不再是教学活动和教材使用的被动接受者,而是教学活动的主体,积极有益的教学理念有助于学生们整体素质的提高。只有树立正确的教学观念,才能设置科学合理的教学目标。

相对于传统的教学模式,教学理念和教学方式的改变一方面更有利于对学生们综合素质的提高,使学生们加深了对实验内容的理解;另一方面对教师的知识结构有了更高的要求,要求教师必须从原有的纯粹物理学的知识领域中拓展出来,不断学习和提高自己的有关医学以及其他学科的知识,例如电工电子学理论、电路设计原理和医学电子仪器等。教师只有这样是学生们实验能够顺利完成的保障,才能够解决学生们在实验过程中面临的各种问题和挑战。

**2.2 多种教学模式实施的意义** 多种模式教学法使学生的主体性在原有的基础上得到充分体现,广泛调动了学生学习的积极性和主动性,有利于培养学生的开拓创新精神和科学态度,有利于激发学生们学习的兴趣和发散性思维的培养。多种模式教学法符合教师主导作用和学生主体作用相统一、传授知识与发展能力相统一、知识能力教学与思想教育相统一的教学规律,具有鲜明的科学性。

## 3 形成规范的教学评价指标 促进教学质量提高

在教学过程中采取多种不同的教学方法,实施后是否能够促成有效教学还需由教学评价来检验。全面的教学评价应该包括对学生、教师以及课程的评价。依据学生的进步与发展,可以设立相应的评价指标,如学生的学业成绩、学生能力以及平时的形成性评价等。对课程的评价有利于制定出更加符合学生发展需求的教学大纲、教学内容和教学方法等,有利于检测在教学过程中不同教学模式的效果,进一步促进教学质量的提高。

总之,教学过程因其对象和内容不同,单一的教学法很难满足实际教学工作。因此,应认识到各教学法的利弊,充分发挥各种教学法的优势,达到教书育

人的目的。今后,我们将进一步紧密结合物理学在医药领域应用的最新前沿,不断更新教学目标、教学内容和教学方法,提高医药类院校物理课程的有效教学,以更好地发挥物理学课程在人才培养过程中的积极作用,为实现知识与能力的双重培养目标而努力。

#### 参考文献

[1]李晓寒,宁旭,马显光.提高医学物理学教学质量的探索[J].中国医学物

理学杂志,2008,25(1):545-546.

[2]朱春莲,张立辉.医学物理学教学改革的尝试与探讨[J].基础医学教育,2014,16(1):18-20.

[3]辛仁臣,李桂范.试论本科教学中的研讨式教学法[J].中国地质教育,2006(2):53-56.

[4]沈建新,王海燕,王海江.PBL:一种新型的教学模式[J].国外医学·教育分册,2001,22(2):36-38.

[5]朱文霞,王乐新,关晓燕,等.比较法在大学物理教学中的应用[J].高师理科学刊,2011,31(3):100-102.

(本文编辑:李海燕 本文校对:史锐 收稿日期:2017-12-04)

## 构建中医院校临床实训教学团队的思考※

李孟魁 王卫\* 张瑜 张剑鹏

(天津中医药大学临床实训教学部,天津 300193)

**摘要:**当前中医院校普遍存在学生技能操作水平不足,临床思维能力欠缺等问题,因而临床实训课程日益受到重视,构建合理的教学团队被提上日程。结合我校多年实训教学情况,认为实训团队应由临床医生充当实训教师主力,同时不断提升授课教师专业技能,实训教师在授课时要引入临床情景,打造中西医共同上课的临床实训教学团队。

**关键词:**中医院校;临床实训;教学团队

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.009

文章编号:1672-2779(2018)-05-0018-02

### Thought on the Construction of Clinical Practice Teaching Team in University of Traditional Chinese Medicine

LI Mengkui, WANG Wei, ZHANG Yu, ZHANG Jianpeng

(Department of Clinical Practice Teaching, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

**Abstract:** At present, there are many problems existing in university of traditional Chinese medicine, such as lack of skills and operation level and lack of clinical thinking ability. Therefore, clinical training courses are attracting more and more attention. Building a reasonable teaching team is put on the agenda. Combined with the practical teaching situation of our school for many years, we thought that clinical practice teaching team should be the main clinician training team, and constantly improve teachers' professional skills training, teachers should introduce the clinical situation in teaching, clinical practice teaching team to build teacher of traditional Chinese medicine with Western medicine class teachers.

**Keyword:** university of traditional Chinese medicine; clinical practice teaching; teaching team

临床医学是一门实践性很强的学科,要求学生既有丰富的理论知识,也要掌握临床基本技能操作,同时具有一定的诊治思维能力。中医临床技能实训是强化学生中医临床思维,提高临床动手能力的有效途径<sup>[1]</sup>。由于现在患者的法律意识普遍增强,医患矛盾较为突出,故大多数中医院校在培训学生临床技能时以虚拟或模拟训练模式为多。目前很多中医院校建立了临床技能实训中心,为医学生实践提供重要平台<sup>[2]</sup>。掌握临床基本技能操作与临床思维能力是高等中医院校培养医学人才的核心目标。临床实训日益受到各个中医院校的重视,实训团队的建设是实训成功与否的关键,如何才能构建合理的实训教学团队,结合我校临床实训中心多年教学情况,笔者认为应从以下几方面考虑。

#### 1 实训教学团队的主力应是临床医生

临床实训顾名思义,主要是临床技能和思维的训

练,临床医生应为授课者中的主体,这样才有利于提高培养水平,故必须加强对附属医院教学的管理、引导,帮助附属医院医生逐步树立教学意识,并最终形成良好的教学氛围和传统。这就需建立教学是附属医院医生的本职工作这一观念,不重视教学的附属医院是不具有可持续发展力的,医院要积极参与到学校的教学中去,并形成由知名专家、教授为骨干的,中青年临床医生为基础的合理教学队伍。临床教学对医生的成长亦有极大的帮助,在长期的教学中会使得医生的基础理论和前沿动向不断提升,使其在临床工作中逐步实现融会贯通、触类旁通。众所周知,很多知名医院都是医学院校的附属医院,这些医院都已形成百年带教的良好传统与管理制度,而全国著名的临床专家都是资深的教授,都有丰富的教学经验,在其成长过程中临床教学起到了重要的促进作用。院系合一,由临床医生来对学生的临床技能进行系统认真的培养,真实的案例、切身的体会使得课题讲授入木三分,更能吸引学生听讲;而部分学院(非临床)教师在讲授临床技能时本身就是朦朦胧胧、雾里看花,这种授课

※ 基金项目:天津中医药大学教育教学改革研究重点课题[No. 2016JYC05]

\* 通讯作者:wangweitcm@163.com





效果可想而知。由此可见加强对附属医院的教学管理对于学校、临床医生以及学生来说是三赢的。

## 2 实训教学团队需要加强对教师专业培训

学校要尊重青年教师的专业,要进一步创造机会和搭建平台帮助教师进行专业上的深造和培训。有些中医院校过多强调了所谓教学技能和的学习,而忽略了专业上对青年教师的培养。打铁还需自身硬,若没有扎实的专业基础,再花哨的教学模式也是海市蜃楼、空中楼阁,虽然教学方法亦很重要,但一个教师安身立命的基础是牢固的医学专业。目前部分院校临床实训教学,是“以学生为中心,以问题为导向”的讨论互动式授课<sup>[9]</sup>,很多学生在课下积累了很多疑难问题,比如“某些医家对某病、某症的看法”;甚至一些西医少见疾病的“临床表现和鉴别诊断”。这些都对实训授课教师提出了较高的专业要求,若没有扎实的专业和充分的备课,一次课下来。往往是“汗流浹背、难以应付”。因此只有教师足够强了,才能顺利进行临床实训的授课,才能让学生体会到“师者,传道授业解惑也”,学生也才会对实训课更有参与性和积极性。

## 3 实训教学需在临床背景下开展

中医院校目前的学生培养多数存在动手能力差、临床中医思维薄弱,很多学生在学校的理论考试中成绩尚可,但到了临床头脑一片空白,为了提高中医药大学生的临床能力不足问题,很多学校开展了名目繁多的临床能力训练课。我校以前开展了针对学生临床技能的不足,以单纯技能训练为抓手的中医临床技能实训课,运行数年后发现学生的某些单项操作技能确有提升,但学生对其理解仍然不足,比如震水音的操作,多数同学都能顺利做下来,若要问其什么样的患者你考虑做该检查,很多同学根本答不上来。技能的培养脱离了临床背景,学生在训练时仅仅是死记操作手法,而根本没有用脑去考虑其临床意义,这样的实训偏离了训练的初衷。近年引入临床情景,让学生在临床背景下去病史采集、体格检查,这样学生不仅仅要记住书本上的理论知识,还要结合患者临床情况去分析、判断,临床情景的引入,是一个个活生生的病例,而不是一行行枯燥的教条,大大提升了学生的兴趣和参与积极性,进而提升了临床操作能力和分析能力。

## 4 实训教学需中西医教师联合上课

我们学校从2004年开始设置中医大学生临床技能实训课程,2012年开始借助PBL理念,引入临床情景开设综合实训课程<sup>[9]</sup>,在病史采集、诊断思路分析过程中,我们发现由中西医教师共同授课,往往起到较好的结

果<sup>[9]</sup>。大多数中医院校在病史采集的实训训练中,学生在问诊中往往是西医诊断学教师授课几乎只西不中,而中医教师授课大多数同学又容易遗忘西医方面的问诊要点;而在病历诊断思维分析汇报中也存在学生的思路受到授课教师“姓中姓西”的严重影响。而于当今实际临床工作中,许多中医医生都在同时进行中西医信息点的采集,在诊断思维时多数医生既进行中医辨证论治又进行西医的鉴别诊断。鉴于此,我们在相关综合实训环节中安排中西医教师要集体备课、一起上课,针对学生在病史采集、诊断思路、乃至治疗方案中的问题,中西医教师从各自专业角度进行点评,使学生在实训课中的模拟病历更接近真实临床环境,学生到临床后适应期明显缩短,可以很快投入临床工作。

## 5 实训教学团队需有合理结构

实训课程是学完本课程之后的再次训练提高,同时实训课程多数引入了“以问题为导向”的PBL教学理念,课程设计较为复杂、授课方式灵活(比如在病史采集中的角色扮演,诊断思维汇报、相关病症查体等多个环节都需要教师有良好的课堂掌控力)、知识信息量需求较大等,都对教学团队有较高的要求,故建立合理、优化的实训教学团队对保障教学效果至关重要。建议实训团队应该老中青三代均存在。高级职称的教师丰富的教学经验、深厚的专业知识在实训教学中的作用不可或缺,良好的课堂掌控力更是课堂效果的保证;年轻教师知识更新快、富有活力在PBL授课中更容易和学生相处,保证了与学生良好的沟通交流;在共同的临床实训授课中教授渊博的知识、丰富的授课技巧对年轻教师的成长亦大有裨益。

总之,实训技能的提高需要实训教师不断学习、提高自身专业水平;要引入真实的临床情景;同时离不开临床医生的认真参与;打造中西医共同上课的临床实训教学团队。这是本人对目前中医院校实训现状的一点看法和提高学生临床操作技能和临床思维能力的粗浅观点。

## 参考文献

- [1]王慧生,张志国,周桂桐,等.基于PBL的“五段递进式临床实训教学体系”的构建[J].天津中医药大学学报,2010,12(4):210-211.
- [2]耿广琴.加强临床技能实训中心建设 促进实践教学的可持续发展[J].西北医学教育,2009,17(5):868-869,873.
- [3]隋博文,王浩,翟平平,等.“诊断学”课程实训教学模式探析——以学生课堂参与度变化为视角[J].黑龙江科学,2016,7(19):121-123.
- [4]李悦,王卫,王学岭,等.PBT教学在中医诊断学实训教学中的探索[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(15):80-81.
- [5]庞晓瑜,徐立,王强,等.中医学专业实训教学的实践与研究[J].中国高等医学教育,2016,(3):6-7.

(本文编辑:李海燕 本文校对:宋俊生 收稿日期:2017-12-14)

# 5+3 教育模式在中医妇科人才培养中的思考<sup>\*</sup>

谢源董莉<sup>\*</sup>

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院妇科, 上海 200437)

**摘要:** 2015年起我国临床医学人才培养方案调整为“5+3”一体化教育模式, 这是我国医学教育改革的一大进步。然而, 中医药人才培养应融入中医教育的精髓。师承教育是千百年来培养中医药人才、传承和发扬中医文化的有效方式, 其最大优点在于融临床实践与理论学习于一体, 是新教育模式的重要补充。探索两种教育模式结合的适当方式, 是培养高水平中医药临床人才的重要途径。

**关键词:** “5+3”教育模式; 师承教育; 规范化培训; 人才培养; 中医妇科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.010

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0020-02

## Considerations on 5+3 Education Mode in Talents Training of Traditional Chinese Medicine Gynecology

XIE Yuan, DONG Li

(Department of Gynecology, Yueyang Hospital Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)

**Abstract:** A new mode "5+3" of integrated education has been carried out since 2015, which is a great advance in medical education reform. However, master disciple education, the spirit of TCM education, is an effective approach to inherit and carry forward the culture of TCM. Thus, it's necessary to find an appropriate way to combine it with new mode of integrated education.

**Keywords:** "5+3" education; apprentice education; standardized training; talents training; traditional Chinese medicine gynecology

为更好地服务医药卫生体制改革和卫生计生事业发展, 2014年国家教育部、卫计委、中医药管理局等六部门联合印发了《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》。《意见》提出, 加快构建以“5+3”为主体的临床医学人才培养体系, 到2020年基本建成院校教育、毕业后教育、继续教育三阶段有机衔接的具有中国特色的标准化、规范化临床医学人才培养体系。

“5+3”教育模式即5年制临床医学(含中医学)本科教育+3年住院医师规范化培训或3年制临床医学(含中医学)硕士专业学位研究生教育。笔者从事中医妇科临床教学多年, 现将新模式下人才培养点滴心得记录于此, 以飨同道。

### 1 抓住机遇 把握新型人才培养制度的优势

根据最新改革意见, 自2015年起, 研究生教育模式主要将出现以下两方面改变。

(1) 新招收的临床医学(含中医学)硕士专业学位研究生, 同时也是参加住院医师规范化培训的住院医师, 他们具有“双重身份”, 其临床实践训练与参加住院医师规范化培训的住院医师要求一致。实现招生

与招录、培养过程与培训过程、学历学位授予与职业规培证书发放相结合, 确保合格的毕业生可获得“执业医师资格证”、“住院医师规范化培训合格证书”、“硕士研究生毕业证”和“硕士学位证”等四证。

(2) 七年制临床医学教育将全面调整为“5+3”教育模式, 学生在完成5年相关课程学习并考核合格后, 可免试进入临床医学(含中医学)硕士专业学位研究生学习阶段, 纳入培养单位当年硕士研究生招生计划和管理。

通过深化院校教育改革、健全毕业后教育制度、完善继续教育体系, 有利于提高人才培养质量、培养合格的临床医师、提升卫生计生人才队伍的整体素质, 有利于实现显著提高院校教育质量、普及毕业后教育、全面覆盖继续教育的总体目标。对纳入“5+3”教育模式的学生而言, 不仅可以通过规范化培训, 提高临床实践能力, 培养职业素养, 同时新模式有助于衔接医学生转变为医生的过程, 缩短培养周期。因此, 在一定程度上完善了对临床型研究生的定义。符合培养条件的研究生应积极抓住医改的机遇, 接受理论与实践紧密结合的规范化培训, 着重提高临床诊疗能力, 达到独立、正确、规范地处理临床常见问题的水平, 为今后的发展奠定基础。

### 2 遭遇瓶颈 改变培养计划带来的挑战

“5+3”教育模式的启动使传统研究生培养计划发生改变, 也给新模式下的研究生教育带来了挑战。

#### 2.1 导师教育权受到弱化 按照住院医师规范化培训要

<sup>\*</sup> 基金项目: 上海市自然科学基金项目[No.16ZR1438000]; 上海市科学技术委员会科研计划项目[No.16401931900]; 上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划“朱氏妇科流派传承研究基地”建设项目[No.ZY3-CCCX-1-1013]; 上海市身康项目[No.16CR3040A]

<sup>\*</sup> 通讯作者: yydongli@163.com



求,专业型硕士研究生培训时间不得少于33个月,其中本科室轮转6个月。这与三年制传统研究生本科室至少轮转一年相比,跟随导师的学习时间明显缩短了。通过招生,导师将自身本领传授给学生,提高研究生的临床专业技能,培养该领域的科研能力,完成学术传承。然而培养时间的紧缩势必影响教育质量,这对导师招收专业型研究生的积极性也造成影响<sup>[1]</sup>。

**2.2 研究生专科优势减弱** 规范化培训的特点在于临床综合能力的“全面发展”,重点掌握本专业领域技能的同时,对其他科室的要求也没有降低。因此,新的培养计划需要研究生在本科室轮转期间,通过门诊及病房工作,学习本专业诊疗知识,并尽快完成研究生课题及毕业论文撰写。这导致研究生对本专业的研究,不论临床或科研方面,都不够深入。

**2.3 研究生科研能力培养淡化** 以往专业型研究生“重临床、轻科研”的教育模式已遭诟病,而新模式使这个特点更为突出。“5+3”教育模式的重点倾斜在研究生临床能力的规范化培训上,却似乎并没有取得临床实践与学位培养双赢的满意效果。对规培学生而言,更希望通过研究生阶段,得到临床与学术能力更高层次的提升。有研究显示<sup>[2]</sup>,大部分学生对规培能提高自身临床能力的认同感较高,但对科研能力培养的满意度仍然偏低。

### 3 寻求契合 加强师承教育发挥优势

“5+3”模式将研究生教育与住院医师规范化培训融为一体,学生着重于提高独立处理临床问题的能力,却忽略了研究生阶段更深入学习专科知识的重要性,难以达到传承本专业中医药学术思想的要求。中医文化代代相传,师承教育是千百年来中医药培养人才的重要途径,是传承中医药学术思想和经验的有效方式<sup>[3]</sup>。加强师承教育是“5+3”教育模式的有效补充,有助于培养基础扎实、临床过硬,传承与创新能力兼备的中医药高层次人才。

**3.1 发挥导师引导作用** 中医药人才培养强调中医传统文化的积淀和因材施教,因此离不开老师的引导作用,而这正是师承教育的优势所在<sup>[4]</sup>。笔者有幸师从国医大师朱南孙先生,成为海派朱氏妇科第四代传人。跟师初期,老师要求熟读《内经》《难经》《金匱要略》《妇人大全良方》《傅青主女科》等中医典籍,建立起经典妇科诊疗脉络,为准确辨证繁复变化的妇科疾病奠定基础。新模式下,导师在学生入学之初,即可充分了解培养计划,与学生讨论并制定学习计划,尽早开始中医经典阅读,并跟随导师抄方学习。

**3.2 保证门诊跟师时间** 跟师抄方是师承教育的一种形式,在临证中老师根据典型案例,将中医经义、方药特点和自身经验传授给学生;学生则在侍诊学习中将理论知识加深理解和记忆,体会和领悟老师的学术思想,不断求证和反思,从而推动中医学术的传承与发展。有别于规范化、固有模式的培训,这种教学方式虽然在教学内容和教学形式上看似随意,却把临床实践与理论学习生动地结合于一体,将枯燥的书本知识在临证过程中变得栩栩如生。这样的教育方式更有利于达到中医药人才培养的目的和要求。因此,在规培期间仍要保证学生每周至少两个门诊的跟师时间,积累典型病案,并利用业余时间归纳和整理,学习导师的临床思路 and 用药特点,同时感受老师的个人魅力与医德医风。

**3.3 学术交流培养科研思维** 随着科技进步,妇科方面的现代研究进展迅速,作为临床医生往往比科研人员更加需要具备敏锐的科研嗅觉和判断力。在临床工作中发现问题,建立假说,通过实验推测,证实并应用于临床,这一过程都离不开一定的科研能力。然而新教育模式在提高学生临床能力的同时,对科研能力的培养相对薄弱。因此,在临床教学时,除了要求一定时间门诊抄方积累经验外,每月举行一次学生间不同方向的学术沙龙,不定期邀请外院专家进行学术交流,鼓励学生业余时间多参加高水平的学术会议。在各个层次、不同方向的学习中博采众长,在思维碰撞中,培养科研思维与创新能力。

综上所述,“5+3”教育模式的推行是我国医学教育改革的一大进步,专业学位研究生教育与住院医师规范化培训的衔接模式有助于全面提高我国医疗水平<sup>[5]</sup>。新模式下中医药人才的培养更应把握中医教育的精髓,“5+3”教育模式与师承教育优势互补,但两者有机结合的具体形式仍需要在实践中不断积累经验。只有运用适当的方式将师承教育融入新教育模式中,才能培养出高层次的中医药人才。

#### 参考文献

- [1]许凤锐,江泽飞.临床医学研究生培养模式的探讨[J].中国高等医学教育,2017(1):129-130.
- [2]单炯,刘世萍,吴晔明,等.住院医师规范化培训与专业型硕士培养结合的实践与分析[J].中国高等医学教育,2015(12):116-117.
- [3]洪净,张欣霞.浅谈现代教育模式下的中医师承教育[J].中医杂志,2014,54(22):1978-1980.
- [4]林益,朱南孙,董莉.师承教育与院校教育相结合模式在中医妇科人才培养中的体会[J].上海中医药大学学报,2013(4):11-12.
- [5]邓强,李军杰,张彦军,等.住院医师规范化培训与专业型硕士研究生培养模式衔接的思考[J].西部中医药,2017,30(2):43-45.

(本文编辑:李海燕 本文校对:黄宏丽 收稿日期:2017-11-23)

# 提高中药拉丁语教学质量的方法探讨<sup>\*</sup>

郑梦迪 张彦 张寒

(西安医学院药学院/西安医学院药物研究所, 陕西 西安 710021)

**摘要:**“中药拉丁语”是中药学专业的一门重要的专业基础课。本文从强调“中药拉丁语”学习的重要性、剖析“中药拉丁语”教学难点、通过多种方式激发学生学习兴趣、培养学生自学能力这四个方面探讨了提高“中药拉丁语”教学质量的教学方法, 为学生学习“中药拉丁语”提供帮助, 也为同行们提高“中药拉丁语”教学效果提供参考。

**关键词:** 中药拉丁语; 难点; 教学方法; 学习兴趣; 自学能力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.011

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0022-03

## Discussion on Methods of Improving Teaching Quality of Traditional Chinese Medicine Latin

ZHENG Mengdi, ZHANG Yan, ZHANG Han

(Department of Pharmacy, Xi'an Medical University/ Institute of Materia Medica, Xi'an Medical University, Shaanxi Province, Xi'an 710021, China)

**Abstract:** Traditional Chinese medicine Latin is one of the important specialized basic courses of traditional Chinese pharmacological specialty. This paper discussed the methods on improving the teaching effect of traditional Chinese medicine Latin from four aspects: emphasizing the importance of learning traditional Chinese medicine in Latin, analysis the teaching difficulties of traditional Chinese medicine Latin, stimulating students' interest in learning through a variety of ways, cultivating students' ability to learn on their own. This paper not only provided help for students to learn Traditional Chinese medicine Latin, but also provided reference for colleagues to improve the teaching effect of traditional Chinese medicine Latin.

**Keywords:** traditional Chinese medicine Latin; difficult points; teaching methods; learning interest; self-study ability

“中药拉丁语”是中药学、药理学、药物制剂等相关医药专业的基础课,也是具有先导性作用的专业课<sup>[1-2]</sup>。由于拉丁语专业性较强且现今在国际上已不再作为日常交流用语,因此仅仅靠单一的课堂理论教学,对于非语言专业学生学习难度较大,学生往往感到拉丁语学习枯燥乏味,学习的积极性和主动性不高。因此为了提高“中药拉丁语”的教学效果,本研究基于中药学科专业特点,剖析“中药拉丁语”教学难点和教学方法;秉承“以学生为中心”教学理念,对“中药拉丁语”教学模式进行探讨,为提高学生的学习效果和教学效率提供参考。

### 1 中药拉丁语的重要性

中药拉丁语课程设置包括绪论、字母与发音、语法、生物命名法、处方等部分内容<sup>[1-2]</sup>,“中药拉丁语”的学习能够为中药学、药用植物学、中药鉴定学等中药专业课程的学习打好基础。拉丁语起源于公元前2000年前后,其发展历史悠久,对现代医药学影响深远<sup>[3]</sup>。拉丁语因其具有读音简单、语法严谨、词义确切、构词丰富等特点成为生物命名的国际统一语言<sup>[3-4]</sup>。目前,植物学、中药学、解剖学、生理学、病理学、寄生虫学等学科的专业术语以及临床用语、药物、制剂的名称均为拉丁语。中药拉丁语的学习对于中药、药理学、医学等专业学生的知识储备和国际学术交流具有重要意义。

### 2 中药拉丁语的教学难点

**2.1 双元音、双辅音和特殊字母及其组合发音** 双元音是由两个单元音字母组合在一起构成。当前多数医药类拉丁语教材中有4个双元音: au、eu、ae、oe, 读音分别为 [au]、[eu]、[e:]、[e:]<sup>[1,2,5]</sup>。双辅音是由两个辅音字母结合在一起构成,相当于一个辅音发一个音,双辅音共有4个: th、ch、ph、rh, 分别读作 [t]、[k]、[f]、[r]<sup>[1,2,5]</sup>。学生在拼读时容易忘记双元音或双辅音当做一个音节发音。另外rh同单辅音r的发音,发音是要求舌尖必须颤动,汉语无此音素,发音常感到困难。

字母c在e, i, y或双元音ae、oe、eu之前时,发[ts]的音<sup>[1,2,5]</sup>。如: cellula 细胞, citrus 柑橘属。字母g在e, i, y、ae、oe、eu之前时,读[dʒ]<sup>[1,2,5]</sup>。例: Digitalis 洋地黄属。辅音q和g常与u相连,相当于一个辅音qu和gu,读[kw]<sup>[1,2,5]</sup>。例: aqua 水。辅音ti音节在元音前读[tsi],但若ti前有辅音s或x时,即使后面连有元音,仍读[ti]<sup>[1,2,5]</sup>。字母组合sc后连元音e、i、y、ae、oe时一律读[j]<sup>[1,2,5]</sup>。如: pubescens 有柔毛的。对于拼读时特别容易混淆的字母发音,在教学过程中通过反复领读,使学生掌握字母和字母组合的读音规则。

在教学过程中,鼓励学生根据规则首先划分音节,然后明确重音,其次拼读字母和字母组合,最终朗读出完整单词。然后教师纠正错误,领读正确发音。使学生进入主动学习的良性过程,通过知错纠错提升学习兴趣和效果。

**2.2 名词的特征与分类** 学生需要掌握名词的特征,才能更好地理解名词在语法中的意义。名词的特征是:

<sup>\*</sup> 基金项目: 西安医学院教育教学改革研究项目[No.2016JG-08]; 西安医学院教育教学改革研究项目[No.2016JG-22]





有性属的差别、数和格的变化。名词具有唯一不变的性属,从语法上一般词尾为“us”或“er”多为阳性(m.),“a”多为阴性(f.),“um”或“u”多为中性(n.)。名词有单数和复数两种变化,同时有主格、属格、宾格、夺格4种变格形式。根据其单数属格词尾的不同将名词分为五类。单数属格词尾分别为-ae、-i、-is、-us、-ei,依次属于I、II、III、IV、V变格法名词。名词词干的确定方法为“单数属格形式去掉单数属格格尾”。明确阐述名词的特征与词干的获得,引导学生掌握名词的应用<sup>[1,2,4,5]</sup>。

教学时,通过与英语人称代词的主格、所有格、宾格形式(如he, his, him)类比,使学生理解拉丁语的主格、属格、宾格、夺格形式。

**2.3 形容词特征的特征与分类** 形容词是表示事物特征的品词。在拉丁文中,形容词的使用频率仅次于名词。形容词“一词三性”,即一个形容词具有阳性、阴性、中性3种变化;另外形容词性、数、格的变化是随着所修饰名词的变化而变化的,要求必须与名词保持一致。形容词本身没有特定的变格词尾,而是按照名词各格词尾进行变格。根据其变格所用词尾的不同分为两大类<sup>[1,2,5]</sup>。

教学过程中,引导学生将形容词和名词作比较,使学生自己体会发现拉丁语语法的规律、认识到拉丁语语法结构的严谨。

**2.4 同格定语词组与非同格定语词组** 同格定语又称一致关系定语,是指用形容词所作的定语,说明名词的特征与特性,与被说明的名词始终保持性、数、格的一致,并与其共同构成同格定语词组,如Mistura Fusca棕色合剂(形容词和主语名词均为单数、主格、阴性)<sup>[1-2]</sup>。非同格定语又称非一致关系定语,是指以属格形式做定语修饰另一名词,说明其所属关系、性质、特征等,并与其共同构成非同格定语词组<sup>[1-2]</sup>。中药材名中属格名词置于被修饰名词之前,如Ephedrae Herba麻黄;制剂药物名中属格名词植物被修饰的名词之后,如Syrupus Schizandrae五味子糖浆。在此部分教学中,引导学生区别理解非同格定语和同格定语,有助于学生理解中药材、制剂等的命名。

**2.5 生物命名法** 由于语言和文字的差异,不同地区和国家的人民在开发利用生物资源经验交流方面存在许多困难和障碍,出现“同名异物”和“异物同名”现象。为了便于国际交流,消除语言和文字障碍,国际上统一使用拉丁文给每种生物命名。根据《国际植物命名法规》的规定,植物学名采用瑞典植物学家林奈所倡导的“双名法”,即属名和种加词,另外为了方便印证和核查,还应附上首次合格发表该名称的命名人名。所以实际上一个植物完整的学名包括属名、种加词和命名人三部分。动物命名同样采用“双名法”<sup>[1,2,4]</sup>。

实际教学中,不仅需要讲授“双名法”的命名规则,还要向学生介绍一部分常见的动植物、中药材、中药制剂、药品剂型的名称,以具体的名称示范帮助学生理解各类命名格式。为中药学、药用植物学等课程的学习打好基础,做到学以致用。

### 3 激发学生兴趣

**3.1 联系实际** 在讲解绪论部分拉丁文的起源和发展时,向学生展示现代社会生活中所保留的拉丁文,拉近拉丁文与学生们的距离,使学生体会到拉丁文其实并不陌生并且拉丁文悠久的发展历史对后世的影响是多方面的<sup>[3]</sup>。引导学生了解处方上“Rp:”、“t.i.d.”等处方用语是拉丁语,使同学们认识到“中药拉丁语”的学习对于自身专业知识学习的重要意义。以实际存在的“同物异名”和“同名异物”的现象,使同学们认识到拉丁文命名的严谨性和必要性。如:玉米在我国还有很多别称,玉蜀黍、包谷、玉榴等等,虽然叫法不同但指向的是一种植物,这就是一种“同物异名”的现象;再比如“白头翁”,特指毛茛科的一种药用植物,然而仅在我国不同地区共有13种植物均被称作白头翁,这即是一种“同名异物”的现象。

**3.2 与其他药理学学科联系** 学习“中药拉丁语”可以为药用植物学、生药学、中药鉴定学等课程的学习打好基础<sup>[5]</sup>。特别是在生物命名法部分的实际教学中,引导学生将拉丁学名与对应的植物或中药材相联系,课件中大量展示植物或药材的图片,从植物或中药材的形态特征、生长习性、性味功能等方面向学生讲解拉丁名的命名依据,使抽象的拉丁学名变得“可视化”,不仅有助于学生理解该植物(中药材)的命名规则,而且使学生提前了解药用植物学、生药学等课程的知识。

**3.3 促进英语学习** 拉丁语是人类最古老的语种之一,其发展历史悠久,是法语、意大利语、罗马尼亚语等欧洲现代语言的母语,对英语、德语、俄语等非拉丁语族语言也有深远影响。因此拉丁语被称为“万语之母”<sup>[1,3,7]</sup>。拉丁语对英语词汇具有深刻影响,英语26个字母来源于拉丁字母,46%的英语词汇来源于拉丁文,另外75%的医学英语词汇来源于拉丁文<sup>[8]</sup>。实际教学中,引导学生注意相同词义的拉丁单词和英语单词的异同,联系记忆促进英语和拉丁语学习的共同进步,如flower-floss、fruit-fructus、cocoa-cacao等。通过英语和拉丁语的联系,增强学生的兴趣,促进两门语言学习共同进步。

**3.4 学校植物挂牌** 建议中药学等专业的学生利用校园中的大量绿化植物学习拉丁语。校园中的植物不乏大量的药用植物,引导学生通过查阅专业书籍或网站了解认识各种药用植物的用药部位、功效与作用、形态特征、生活习性等,并且查证该植物的拉丁学名,

开展为校园中植物制作名牌的活动。通过此项活动培养学生见到植物就会联系记忆其拉丁学名的习惯。此类活动能够调动同学们学习“中药拉丁语”的主动性和积极性,有助于提升“中药拉丁语”的教学效果,为后续的专业课打好基础。

#### 4 培养学生的自学能力

自学能力的提高首先要从意识的改变出发,引导学生意识到主动学习才是正确的学习态度和方法<sup>[9-10]</sup>。学生是学习的主体而不仅仅是课堂里的听众,在教学过程中,如果只是教师一味地讲述不与学生互动,学生很快就会对这门课程失去兴趣。教师应从实际出发,通过举例、提问和练习的教学方式,使学生参与进来,调动学生们的积极性,活跃课堂学习氛围。

除此之外,学生们在学习一门新语言时容易产生胆怯、缺乏自信、不敢表达的心理特点。另外,学生们都逐渐成熟起来,希望得到老师和同学们的尊重和赞赏,情绪较为敏感,容易产生抗挫折感。这种非智力的因素往往是学生们在自主学习过程中的阻碍,教

师在教学过程中应注意这方面的问题,多肯定和鼓励学生,增强同学们的自信心。在教学过程中,问题的设计应符合学生的实际水平,多给学生们创造成功的机会。从而消除学生们在拉丁语学习过程中的心理障碍。

#### 参考文献

- [1]李峰,巢建国.中药拉丁语[M].2版.北京:中国中医药出版社,2016:8.
- [2]谈献和.中药拉丁语[M].9版.北京:中国中医药出版社,2013:1.
- [3]Fran oise Waquet.拉丁文帝国[M].北京:生活·读书·新知三联书店出版社,2016:8.
- [4]沈显生, Antonio Ziosi.植物学拉丁文[M].3版.合肥:中国科技大学出版社,2015:10.
- [5]任艳,李佳川,姚春梅.基于专业互动式教学模式的药理学拉丁语教学实践与探讨[J].四川生理科学杂志,2016,38(1):48-49.
- [6]严玉平,吴兰芳,郑玉光.药理学拉丁语教学难点释疑[J].卫生职业教育,2017,35(17):41-43.
- [7]信德麟.拉丁语和希腊语[M].北京:外语教学与研究出版社,2007.
- [8]陈德懋.生物拉丁文[M].武汉:湖北教育出版社,1992:1.
- [9]罗晓铮,纪宝玉.《医药拉丁语》教学实践与探讨[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(6):49-50.
- [10]罗晓铮.提高学生学习《医药拉丁语》兴趣的教学方法[J].医药教育,2011,18(28):134-135.

(本文编辑:李海燕 本文校对:汪兴军 收稿日期:2017-11-29)

## 康复评定学课程教学模式改革与探索※

田 辉 林星星 秦 悦 马铁明

(辽宁中医药大学针灸推拿学院, 辽宁 沈阳 110032)

**摘 要:** 康复评定学是康复治疗学专业主干课程,也是一门实践性很强的学科,如何避免传统教学方式的不足,提高学生动手操作的能力,我们从教学方法、强化自主学习能力、实训室开放及教学考核等多方面进行了教学改革,以提高学生的自主学习能力及实践能力。

**关键词:** 康复评定学; PBL教学法; 形成性评价

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.012

文章编号:1672-2779(2018)-05-0024-03

### Reform and Exploration on Teaching Mode of Rehabilitation Assessment Course

TIAN Hui, LIN Xingxing, QIN Yue, MA Tieming

(College of Acupuncture-Moxibustion and Massage, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

**Abstract:** Rehabilitation assessment is the main course of rehabilitation therapy. It is also a very practical subject. How to change the shortcomings of traditional teaching methods, improve the students' hands-on ability, we carried out the teaching reform from the teaching method, strengthen the self learning ability, training room open, and evaluation of teaching in many aspects, in order to improve the autonomy learning ability and practice ability of students.

**Keywords:** rehabilitation assessment; problem-based learning; formative achievement evaluation

康复评定学是康复治疗学专业主干课程之一,课程目的在于通过教学,使学生掌握评估功能障碍的方法和技能,为其他康复临床课程的学习奠定基础。康复评定是康复医学的根基,没有评定就无法制定康复治疗计划、评价康复治疗的效果。传统的教学模式强调以教师为主体,采用灌输式教学,强调知识的传授,教学方法比较落后,学生只能被动的接受,大都

存在兴趣不足、主观能动性差、实践能力不足、解决问题水平低等问题,与社会需求有一定差距。在课程教学中,我们需要进行教学改革,探索适合康复评定学教学的新方法、新模式,以改变传统教学方法的不足,提高学生学习知识的积极性、主动性,培养学生的动手能力、自学能力,以期更有利于实用型人才的培养。

#### 1 PBL教学法的应用

在康复评定学课程中开展“以问题为基础的学习法”(problem-based learning, PBL)。PBL是由美

※ 基金项目: 辽宁中医药大学校级教学改革课题【No. LNZYJG2015060】



国的神经病学教授Barrows于1969年在加拿大的麦克马斯特大学创立的教学模式<sup>[1]</sup>,实施学生自学与导师指导相结合的小组教学法。针对传统教学方法的不足,如学生缺乏学习兴趣,积极性、主动性不足。PBL核心宗旨在于强调以学生的主动学习为主,通过以解决问题为目的的实践活动而进行自主学习,设计真实性任务,使学习者投入于问题中,进行自主探究以解决问题。

**1.1 对象与方法** 选择康复治疗专业本科2014级30人、2015级35人,均为高考统招学生,教材均采用王玉龙主编的《康复功能评定学》<sup>[2]</sup>,理论课42学时,实训课12学时,两届学生授课教师相同,学时数相同,分别于每届学生在课程结束后实施问卷调查,填写后当场收回。两届学生性别、年龄无显著性差异。14级学生采用传统的强调教师主体地位的教学模式进行教学,15级学生部分课程内容采用“PBL教学法”进行教学。课程结束后对学生进行问卷调查,对课程设定任务和教学改革效果进行评价。

**1.2 具体方法及结果** 2组均选用统一教材康复功能评定学,共54学时。传统组按传统授课法教学。PBL组选择康复评定学中适合PBL教学的课程内容如关节活动范围评定、肌力评定、平衡与协调功能评定、步态分析、日常生活活动能力评定、肌张力评定及言语功能评定等章节,在老师的引导下,采用PBL教学法的提出问题、学生讨论、教师总结的3段式教学方案,学生按学号随机组合,5例为一个学习小组,共7组。在每章节学习开始前,根据学生现有知识水平及知识结构,以教学大纲为核心,将教学内容划分为7个临床问题作为讨论提纲,于理论课教学前1周发给学生。各小组带着问题分工合作查阅相关参考文献,认真思考并讨论教师布置的问题,做幻灯片,并提出新的问题等。上课时各组对各自问题进行讲解与操作,互相提问并给予解答;在此过程中,教师协调各组之间的关系,总结归纳各小组的重点、难点,对一些共性的问题和争议较大的疑难问题进行详细分析,同时对各组的发言进行点评,鼓励为主,提出今后改进的要求,讲解演示操作。课程结束后采用调查问卷的方式对PBL教学法进行评估,问卷内容包括PBL教学法在激发学习兴趣和主动性方面是否有帮助、对知识点的理解和掌握方面是否有帮助、对培养解决问题能力方面是否有帮助、对理论与实际以及课内与课外的有机结合是否有帮助、是否希望在教学中适当应用PBL教学法等。调查结果显示学生的主观感受为案例式教学优于传统形式教学,93.8%的学生希望在康复评定教学中适当应用案例,5.2%希望更多地应用案例教学法,说明学生对目前案例在教学中应用的形式较为适应和满意。具体情况见表1。

表1 问卷调查结果 (%)

问卷内容	很有帮助	有一定帮助	没有帮助
在激发学习兴趣和主动性方面	9.6	68.4	21.4
对康复评定知识点的理解和掌握方面	4.7	90.6	6.6
在培养解决问题能力方面	5.4	87.1	10.8
在理论与实际、课内与课外结合方面	5.4	81.7	11.2

## 2 鼓励创新思维 强化学生自主学习能力的培养

在实训课教学过程中,部分实训课内容先由学生进行康复评定的操作,教师在一旁指导,指出操作过程的不足或失误,并在本节课程结束前进行集中讲解、示范,对学生失误较多处给予强调。这比单纯由老师进行示范操作更容易发现学生学习过程中的问题不足,使学生更好地理解康复评定的内容。在完成部分操作性较强的课程如关节活动度测量、肌力评定等内容后,学生可以在课余时间,实训室开放时间内继续练习康复评定的基本技能。实训室值班教师在学生出现疑问时给予示范指导。

如进行肌力评定课程内容讲解时,关于肘关节伸展肌力5级、4级、3级肌力的测量方法,按照教学大纲,采用的方式为被检者俯卧位,被检测肩关节外展90°,前臂伸出诊疗床边下垂进行肌力测量。笔者在进行课堂教学时,鼓励同学在抗重力的前提下尝试其它测量方法,有同学提出可采用坐位,上臂搭在体侧较高椅背上,使上臂接近水平位,前臂自然下垂;检查者一手固定被检者上臂,另一手置于前臂远端施加阻力,令被检者肘关节伸展,亦可完成相关肌力测量。虽然在该体位下,肩关节的内旋对肌力评测有一定影响,但这种方法在一定程度上启发了学生的创新思维,激发了学生的主动学习热情,提高了教学效果。

另外,学生也可以通过在线学习或网络化学习完成自主学习过程。在线学习或网络化学习(E-Learning)是在教育领域建立互联网平台,学生通过网络或其他数字化内容进行学习的一种全新的学习方式<sup>[3]</sup>。教师可以将课程PPT及相关视频及典型病例上传网络平台,学生利用课余时间在网上学习相关康复评定知识,学生或者老师也可将最新的康复前沿上传网络、微信等平台,实现知识共享。在网络论坛上,学生可就康复评定相关内容提出一些见解或疑问,与教师在网络平台上进行探讨。这种借助网络传播知识的方式扩充了传统课堂教学的不足,开阔了学生的视野,学生学习知识的兴趣和积极性得到大幅度提高。

## 3 实行实训室定期开放制度

康复评定是一门实践性很强的课程,不仅要求学生掌握康复功能评定的基础理论知识,还需要掌握各种功能评定的具体操作技能<sup>[4]</sup>。在教学过程中,很多评定方法通过单纯的理论课讲授很难收到好的效果,实训教学对康复评定学的教学显得尤为重要。但仅仅依

靠实训课的课堂时间是不够的,需要有更多的时间在课后反复地练习,才能有效地提高康复评定的操作能力。因此定期开放实训室显得尤为重要,除平时上课时间外,实训室在每天中午和周三、周五晚上对外开放,并有实训教师值班。学生可以在课余时间到实训室进行相关技术的操作练习,有解决不了的问题,可以请教值班老师,这种方式极大地弥补了课堂教学的不足,使学生能够更好的适应后期临床实习。我院运动疗法实训室和物理因子实训室现有言语功能评定卡片、关节角度尺、简易上肢功能评价器等康复评定设备,能在一定程度上满足康复评定的教学需求。开放实训室不仅可以让学生更好地掌握操作技能,也可以使学生参与科研型开放实验,了解科研及大学生创新创业等相关内容,有助于学生科研创新能力的培养。

#### 4 以形成性成绩评价方案完善教学质量体系

形成性评价 (Formative Assessment) 是在教师教育教学过程中,为使教师的专业水平继续提高、不断获取反馈信息,以便改进教学而进行的系统性评价。通过诊断教育方案或计划、教育过程与活动中存在的问题,为正在进行的教育活动提供反馈信息,以提高实践中正在进行的教育活动质量的评价<sup>[9]</sup>。基于本课程操作性强、理论与实践并重的特点,在考核时我们采用笔试、技能操作、研究报告等多种方式进行。为了引起学生对实训课的足够重视,在康复评定课程的考核中,适当提高实训成绩在总成绩中的比例,实训成绩达到总成绩的30%。考核内容包括理论考核、操作考核和综合考核,分别占

总成绩的60%、30%、10%。理论考核为期末统一闭卷考试;操作考核包括动手能力、对评定技能的掌握情况;综合考试贯穿于平时教学之中,在一个学期内,学生根据自己的兴趣爱好和已经掌握的评定技术选择相关题目,或针对实训中的疑问选择相关问题,查阅文献资料,并在实训室开放时独立或协作完成实训操作,最后老师通过对学生的论文或者PPT汇报情况,以及学生整个实训过程中分析问题和解决问题的能力等综合评价给出分数。对学生学习能力的形成性评价体系改善了以往单一的笔试评价体系的不足,提高了学生学习的主动性,强化了学生对康复评定技能的掌握,培养了学生自主学习的能力。

#### 5 结束语

通过对康复评定学教学方式的改革与实践,为学生提供了自由发挥的空间,改变了过去学生被动接受知识的状况,形成一个以教师为主导,学生为主体,学生积极主动学习知识的局面,起到“授之以渔”的效果,提高了学生的综合素质。

#### 参考文献

- [1]李霞,徐守宇,方针.《康复评定学》课程教学模式改革与实践[J].高教学刊,2016(4):137-138.
- [2]王玉龙.康复功能评定学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2013:5-7.
- [3]张健,郭永明,阎丽娟,等.网络化学习与PBL教学的整合模式在《康复评定学》教学中的应用[J].天津中医药大学学报,2013,32(1):50-51.
- [4]吴庆文,刘广天,崔颖,等.任务驱动教学法在康复疗法评定学教学中的应用[J].中国康复医学杂志,2013,28(1):59-60.
- [5]方针.以学习档案为主线的形成性评价体系在康复评定学中的构建和应用[J].中国高等医学教育,2014(12):37-38.

(本文编辑:李海燕 本文校对:隋月皎 收稿日期:2017-11-07)

### 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



# 传承岐黄 任重道远

## ——中医发展之我见

朱光海<sup>1</sup> 郭利华<sup>2\*</sup>

(1 云南中医药大学硕士研究生2017级, 云南 昆明 650021; 2 云南省中医医院肿瘤科, 云南 昆明 650021)

**摘要:** 在中华民族长达数千年辉煌历史长河之中, 中医药始终起着保驾护航之重要作用, 为民祛病延年, 拯夭亡于仁寿, 济疲瘵于长年, 其功伟哉可知矣! 时至今日, 中医药迎来前所未有之发展机遇, 我辈中医学子当奋发图强, 回归中医经典, 饱读医书, 志在轩岐, 心存仲景, 让岐黄仁术大放光彩于世上, 造福百姓。

**关键词:** 中药经典; 传承岐黄; 文化传承

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.013

文章编号:1672-2779(2018)-05-0027-03

### There is a Long Way to Go in Inheriting Traditional Chinese Medicine —The Development of Traditional Chinese Medicine in My Opinion

ZHU Guanghai<sup>1</sup>, GUO Lihua<sup>2</sup>

(1. Grade 2017 Graduate, Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650021, China;

2. Oncology Department, Yunnan Hospital of Traditional Chinese Medicine Hospital, Yunnan Province, Kunming 650021, China)

**Abstract:** In the glorious history of the Chinese nation for thousands of years, traditional Chinese medicine always played a very important role in the health of human beings. It has been used to remove diseases and make people live longer. Today, there is an unprecedented opportunity in the development of TCM. People who study TCM have a responsibility to work hard and return to classics of TCM and try our best to learn the medical skill of Qibo and Huangdi at the same times. Only in this way can we development the tradition Chinese medicine and serve the people in the word.

**Keywords:** Chinese medicine classics; inheriting tradition Chinese medicine; cultural inheritance

#### 1 结缘中医

笔者自幼体弱多病, 常四处求医。年十二岁, 病偏头痛, 求治西医, 予输液、吃西药治疗, 辗转医治未见明显好转, 后求治一年轻中医于村中, 只见察色按脉, 询问病情后曰: “此少阳病, 胆经郁热所致”, 随手开一处方, 嘱早晚分服, 一剂稍愈, 三付豁然, 偏头痛竟获痊愈, 惊讶之间又不得不被中医神奇疗效所折服, 时至今日, 十余年过去再未痛过, 人有少年志, 不忘中医情, 从此便与中医结缘。

古人云: “不为良相, 便为良医”。不忍困于市井、终老乡野, 遂肆力于岐黄之学, 誓要学好中医, 济世活人。勤习师传固根本, 深究医理穷其源, 择善而从为我用, 济世活人志心间, 这便是笔者从医之初衷。学医之初, 既无中医世家背景之文化熏陶, 又未遇得贵人指点迷津, 急于求成, 心浮气躁, 学无长进, 走了不少弯路, 还遇到不少问题困惑于心, 为解心中疑惑, 笔者开始博览医书, 阅读经典, 试图从书本上找到答案, 当读至“思贵专一, 不容浅尝者问津; 学贵沉潜, 不容浮躁者涉猎”<sup>[1]</sup>时, 豁然开朗, 恍然大悟, 似有所得。今学医五年, 受用一生, 师岐黄而法仲景, 参阴阳而悟五行, 然生性愚钝, 未领悟圣人立法垂方之美, 空有活人之心, 却无济世之手, 遂选择深造, 攻读硕士, 精究医术, 毕竟, 生命至重, 有贵千金。我辈肩负

复兴中医之责, 笔者以热爱中医的赤诚之情和忧患之心, 不忍岐黄仁术后继乏人, 为呼吁更多人重温经典, 治急危重症, 传承岐黄, 从我辈做起, 遂有写此文之意。自知才疏学浅, 每有灵光闪现于脑, 却提笔难书, 愿与初学者探讨, 井蛙之见, 不妥之处望批评指正。

#### 2 医道兴衰

众所皆知, 医道起源, 源于上古, 盛于汉唐, 渐衰于后世, 没落于当代。千年辉煌, 百年压迫, 乃我国中医药发展之真实写照, 从神农尝百草至今已有五千余年传承历史, 源远流长, 博大精深。

古之圣人怜悯后世, 以天地之心为己心, 作《内经》《难经》, 论理人形, 列别脏腑, 端络经脉, 会通六合, 阐发阴阳妙谛, 洞悉天人奥旨, 发明针灸汤药, 定为君臣佐使方旨, 为民祛病延年, 一片婆心, 唤醒梦梦。昔有扁鹊入虢之诊, 察色按脉, 辨别阴阳, 令弟子历针抵石, 取三阳五会, 而使虢太子尸厥之病愈, 尽显大医贞操, 英雄本色; 至东汉末年, 战乱纷纷, 伤寒肆虐, 仲师泰斗, 胸怀苍生之念, 勤求古训, 创方立法, 活人于顷刻, 著《伤寒杂病论》为医家定准绳规矩, 后世皇甫谧、王叔和、孙思邈等皆祖述而发扬之, 创立新说, 发遣古议, 岐黄之道, 从此兴盛; 汉唐之后, 明贤辈出, 代不乏人, 金元年间, 洁古、河间、戴人、东垣、丹溪等皆天资聪颖, 学有所成, 却各立门户、各承家技, 有所偏执, 遂有“为河间之学者, 与易水之学争; 为丹溪之学者, 与局方之学争”;

\* 通讯作者: 1027751175@qq.com



至明清,群雄顺势而起,张景岳、李中梓、俞嘉言、郑钦安、黄元御、徐灵胎、叶天士、陈修园、王清任等对医学皆有所发明,造诣颇深,治病救人,无不手到病除,中医学术氛围呈现“百家争鸣、百花齐放”之态。

然一路走来,却饱经霜雪、挫折重重。鸦片战争打开国门,西方思想蔓延华夏,帝国主义于我国灌输名族虚无主义,卑躬屈膝、崇洋媚外者充斥天壤,藐视古经,倾议前哲,肆意诋毁,恶毒攻击,辩说是非,中医面临严峻挑战。从始作俑者余樾之“废医存药论”;到民国六年,余云岫著《灵素商兑》;之后新文化运动接踵而至,陈独秀、胡适、严复等有志之士以救亡图存为急务,认为中医药学是旧传统、旧文化并予以否定,且言辞尖锐决绝,其中流传最广的当属鲁迅那句“中医不过是一种有意或无意的骗子”,自己学无所成,还遗误后学;民国十八年,南京政府试图通过废止中医案,中医危在顷刻;二零零六年一篇名为“告别中医中药”文章发表,一石激起千层浪,再次搅起中医废存之争之轩然大波;时至今日,西学东渐,古法淡然无存,医者对本经、灵素、难经、伤寒等书不加以深究,对中医药研究不予重视,却将西医之书却捧为灵宝,更有学者视中医为敝履、树皮草根、封建迷信,可悲至极。相反,在欧美中医被视为珍宝,日本、韩国于我国设立饮片厂以盗窃炮制技术,购买中药处方,寻求商机。“中医药在中国至今没有受到文化上的虔诚对待,没有为确定其科学传统地位而进行认识论的研究和合理的科学探讨,没有从对全人类福利出发给予人道主义的关注,所受到的是教条式的轻视和文化摧残,这样做的不是外人,而是中国的医务人员”,德国著名汉学家和中医药研究专家M·波克特教授的评论发人深省<sup>[1]</sup>,中医如今为何会落得墙内开花墙外香之局面值得我们每个人思考,难道我辈中医学子忍心痛失岐黄仁术而自甘附庸、妄自菲薄?

### 3 中西医道本不同

近百年来,余云岫、王斌等废止中医虽以失败告终,但对中医质疑之声从未间断,有愚者提出“中医科学化、中西医结合”使中医发展再遭挫折,殊不知中西医道本不同,本不该相提并论。关于中医科学化问题,笔者更同意中医是一门前沿科学的观点,中医之阴阳、五行、气、经络是什么?现代科技能证明吗?但这并不代表其不存在。很多人认为中医是经验医学,是医者之主观臆测,所以不科学,却不知中医传承千年,早已形成完整的理论体系,且经得起千年临床考验,足已证明其“科学”性。古人仰观天象,下察地府,认为人禀造化之气生,五脏六腑,四肢百骸,非气不生,非血不长,气血者,阴阳也,阴阳者,气也,二而一,一而二,分之则言阴阳,合之则一气而已。“阳化气,阴成形,形气相感而化成万物”,得着气,则思

过半矣。清代明医黄元御,而立之年罹患眼疾,遂放弃仕途,转而潜心研悟岐黄之术,创立“一气周流学派”,深得岐黄遗旨;彭氏把中气四维互运理论进一步发展:中气如轴,脏腑之经气如轮,轴运轮行,循环无端,周而复始,中气与经气轴轮互运而成圆运动,如一日太阳之东升西落、四季之春升夏浮秋降冬沉,上古之人,春夏养阳,秋冬养阴,以顺应气之变化,渡百岁乃去,今人不解天人合一之道,谓其不科学,非也。“人活一口气”,更是一语道破天机,人之生病,皆是因气之运动出现了问题,牵一发而动全身,气运失常则痰饮、淤血等蜂拥而起,相继为病。外感六淫、内伤七情皆可影响气之运动,故“虚邪贼风,避之有时,恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”?中医治未病思想、辨证论治、天人合一思想正是其前沿所在。

张锡纯曰:“人之脏腑有气、有血、有功用、有性情,西人剖验之学,详于论血,略于论气,能明脏腑之功用,未识脏腑之性情,究于医学未臻醇备”<sup>[2]</sup>。西医学以实验解剖为基础,借助现代医疗科技,认为细胞乃构成人体之基本单位,以疾病为中心,走微观之路,只识得局部,未见整体。病人一来,各种检查单如胸片、CT、血常规、生化……然后一堆西药。“X光的检验是诊断程序的重点和特色,一张照片胜过千言万语,但其辐射线对人十分危险,而且检验结果错误频出,因为解读X光照片的是人,人就会受偏见、情绪的影响而导致错误的判断,即使是同一位专家,在十年后再次解读同一张照片,就有75%的偏差(试验证明)”<sup>[3]</sup>,这段话出自美国曼戴尔松医学博士的观点,事实也证明,检查结果清楚不等于解决问题。而中医仅通过望闻问切、四诊合参就能把握疾病本质,对患者不会造成任何伤害,且经济实惠,亲民慧民。中医强调“天地人一体、天人合一、天地人和、和而不同”的思想,不识天道,焉知人理!《千金方》论“大医习业,不可不深明天人之理”;明李时珍云:“欲为医者,上知天文,下知地理,中知人事,三者俱明,然后可以语人之疾,不然,则如无目夜游,无足登涉”。医非小道性命牵,望闻问切仔细辨,师而不泥活为法,天人合一整体观!中西医本是不同体系,各有所长,皆有所短,今之业医者,该摒弃中西医之争,坚持中西医并重,推动中医药和西医药相互补充、协调发展、取长补短、优势互补才是明智之举。

### 4 中医发展不容乐观

作为五千年传统文化之精髓部分,中医本该发挥其治病救人之独特优势,造福百姓,然时下中医发展却不容乐观,除部分心怀叵测之人打击、挤压、排斥中医外,中医院校对中医也不够重视,以笔者本科为例,西医教材占了很大一部分,中医严重西化、经典淡化,《黄帝内经》成了选读,且删去了运气七篇大论,五运



六气老师概不讲述,中医之上乘学问更是无人问津,对现代医学却是爱不释手,岐黄之术,后继乏人矣,何以至此?医之为艺诚难也。一者医道之书汗牛充栋,浩如烟海,虽孔、颜亦不能读尽;二者古书词简意深,苦涩难明,淡如嚼蜡,没有高人指点迷津则如盲者执炬,非有持之以恒、勤奋刻苦之精神,不得其精髓;三者今之中医学子,除学中医之外还得兼顾西医、英语,压力之大,任务之重,非埋头苦读,难以登峰造极;四者今之学人读古书者甚少,正如吴瑭所言:“今人不读古书,安于小就,得少便足,囿于见闻,爱简便,畏繁重,喜浅近,惧深奥,大病也”。中医要发展,我辈必须饱读医书,强化理论,厚积薄发,勇探未知,择善而从,为我所用,衷中参西,如此才能适应时代发展。

临床实习期间,笔者以为可以小试牛刀,将所学知识运用于实践,为病人治病祛疾,却发现中医院里面也是现代化医疗设备,名医工作室成了中医仅存的一块阵地,中医药在急危重症领域渐渐退出了历史舞台,对于急诊患者,很少有医者敢第一用中医诊治。然笔者每读医案,古今医家皆是“起死回生”之能手,无数疑难杂症、急危重症被治愈并记录在案,各种偏方流传于民间,时下世人视中医为慢郎中,实乃中医之奇耻大辱!邓铁涛治SARS、周仲英治流行性出血热、蒲辅周治乙脑、任继学治中风、李可治心衰、中医辩证论治治艾滋病等等,皆证明中医药在急危重症有独到优势,历代明医“用药如用兵,治病如治寇攘,知寇所在,精兵攻之,兵不血刃”,处方用药,味少量大,功专力宏,往往力挽狂澜,沉痾顿起!诚然,急危重症非大剂汤药不能治,医者当发挥主观能动性,辩证准确,用药精当,突破药典限制,而非明哲保身,但求无过!《周礼》“医师,聚毒药,以供医事”,这才是中医之本质功能。今之腐儒庸医,胆小如鼠,每见急重病患,投剂如隔靴搔痒,无济于事,不思己过,还谓“中医不行”;治病救人,察色按脉,不思病者“脉之三部九候,何候独异,二十四脉中,何脉独见,何脉兼见”者十之一二,不辨“病症之或内伤,或外感,或兼内外,或不内外,根据经断为何病,其标本先后何在,其药宜用七方中何方,十剂中何剂,五气中何气,五味中何味,以何汤名为加减和合,其效验定于何时”<sup>[1]</sup>者更多,却全靠现代医疗设备,用西医思维去解释中医,按西医之病名来对应中医之证型,中医西化严重至极,部分中医人士没有自己的学术思想,没有自己的治病理念,唯西医者马首是瞻,中医岌岌可危矣!在求创新、求发展的时代背景下,笔者并不反接受一些现代医学理念,中医也要与时俱进,应顺时代、应顺国情、应顺民意,要借助现代科研成果造福人类,但请记住,不能忘本,不能丢了中医之根。推动中医药走向世界,任重道远,每一个有志青

年中医都应该做到:对外要输出中医治病理念,对内恢复和唤醒国人自尊自信,让中医发光发热,创新不离中医理论为指引,保持中医特色,先中后西,能中不西,否则将有愧为中医人,更枉为炎黄子孙!

## 5 回归经典 传承岐黄

作为当代中医学子,肩负中医复兴使命,责大任重,笔者认为当下当以增强自身文化自信、理论自信、中医自信为首务,潜心医道、回归经典,加强理论学习,坚持做临床,读经典,不断夯实中医临床功底,提高辨证论治水平。中医传承千年而延绵不绝,疗效为第一,古今医案精彩绝伦,治病救人效如桴鼓、立竿见影,读之如醍醐灌顶,甘畅淋漓,无不赞美古人材质聪明,识卓学宏,著书立论,构思精巧,处方用药以经典为准绳,常能起沉痾怪疾,中医经典,字字珠玑,言言金石,用心研阅,便可开启无限法门,“在我们没有建立起新的理论前,在我们还没有切实的发现传统理论的破绽前,经典仍然是中医的核心,经典仍然是中医的基础,经典仍然是中医的必修”<sup>[2]</sup>。传承经典,方能推陈出新;厚积薄发,才能融汇新知,毕竟站在巨人的肩膀上能看的更远。

其次,讲好中医故事,让岐黄仁术薪火相传。毛主席说“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高”;习大大说“中国医药学是中国古代科学的瑰宝,也是打开中华文明宝库的钥匙”、“因为副作用小,疗效好,中草药价格相对便宜,很多患者都喜欢看中医,像我们自己也很喜欢看中医”。中医药为中华文明之结晶,早在魏晋南北朝时期,中医药已传入朝鲜半岛;至唐代,中医经典成为朝鲜医学生必读教材;时至今日,中医药已传播至一百八十多个国家,据统计全年通过中医诊疗人数达到九亿余人次;屠呦呦悟“青蒿一握,以水二升渍,绞取汁,尽服之”发明青蒿素而获诺奖;里约奥运会上,泳坛名将菲尔普斯身上的火罐烙印让世界了解到“中国印”……

生逢中华盛世,国富民强,百姓安居乐业,中医药与祖国同呼吸共命运,党中央高瞻远瞩,站在民族高度,重视中医药发展,中医药发展欣欣向荣,形式一片大好。不忘初心,继续前行,振兴中医药,传承岐黄术,为民之所呼,政之所向。

路漫漫其修远兮,吾将上下而求索。博览医籍游书海,志在济人痴不改;正当男儿奋斗时,苦头吃尽甘自来!让中医药大放光彩于世界上,造福人类,将是我辈之责!笔者愿与诸君一道,为复兴中医药而共同努力!

## 参考文献

- [1]陈钟龄.医学心悟[M].上海:大东书局,1937.
- [2]贾谦.中医战略[M].北京:中医古籍出版社,2007.
- [3]张锡纯.医学衷中参西录[M].太原:山西科学技术出版社,2013.
- [4]刘力红.思考中医[M].桂林:广西师范大学出版社,2006.
- [5]俞嘉言.寓意草[M].北京:中国医药科技出版社,2011.

(本文编辑:李海燕 本文校对:郭利华 收稿日期:2017-12-19)

# 基于多学科合作模式的 中医内科学教学改革思路与实践<sup>※</sup>

彭海燕 周恩超 方祝元\*

(南京中医药大学第一临床医学院, 江苏 南京 210029)

**摘要:** 中医内科学是一门实践性很强的临床学科, 从目前的教学现状来看, 以教师为主体的教学模式不能充分调动学生的自主能动性, 更新缓慢的教学内容与临床实践脱节、实用性不强, 容易打击学生的自信心, 未能充分发挥中医学特色优势。本文建议从教学方法、教学内容、教学评价几个方面改革中医内科学教学, 并总结了开展多学科合作模式教学实践的体会: 在中医内科学教学中恰当地融入中医经典理论著作精华能帮助学生更好地形成中医思维, 加深对具体病证的中医学认识; 以完整的理法方药理论体系为基础才能取得良好的临床疗效、突出中医学特色; 教学中围绕病案组合病因、病机、证候、治则、治法、方药、外治、调护等多方面中医学相关内容, 让学生从深度和广度上进行圆周式的发散性思维, 掌握对具体病证的辨证论治。

**关键词:** 多学科合作; 中医内科学; 教学改革; 教学内容; 教学方法; 教学评价

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.014

文章编号:1672-2779(2018)-05-0030-04

## Thoughts and Practice of Educational Transformation in Traditional Chinese Medicine Internal Medicine Teaching Based on Collaboration of Multiple Disciplines

PENG Haiyan, ZHOU Enchao, FANG Zhuyuan\*

(The First Clinical Medical College, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

**Abstract:** The TCM internal medicine is a high-graded practical clinical discipline. Present TCM internal medicine teaching status manifests: the teaching model of teacher domination cannot invoke the positive activity of students, slowly renewed teaching content separated from clinical practice leads to broken self-confidence of students and loss of TCM features. This paper advocated performing educational transformation in teaching content, teaching method and teaching evaluation. The summary of the practical experience are the integration of TCM classical works into TCM internal medicine teaching can help students build TCM thought mode, and get better understanding of diseases treatment. Integral TCM theory system can highlight traditional features and lead to excellent clinical effects. The combination of etiology, pathogenesis, syndromes differentiation, treatment disciplines, therapeutic methods, formulas and herbs, external therapy, nursing, and etc. surrounding chosen case can promote circularly radiating thoughts of students to grasp the gist of treatment according to syndrome differentiation.

**Keywords:** collaboration of multiple disciplines; TCM internal medicine; teaching reform; teaching content; teaching method; teaching evaluation

中医内科学是高等中医院校的主干课程, 是培养学生运用中医学理论知识解决临床问题的重要课程, 如何提高其教学质量一直是中医学课程教学改革关注的重点。通过近年来教学改革探索与实践, 笔者体会到, 在中医内科学教学中恰当地融入中医经典理论著作精华能帮助学生更好地形成中医思维, 在坚持特色的前提下开展多学科合作模式教学有利于学生更好地掌握辨证论治。愿与同道商榷。

### 1 中医内科学教学现状分析

**1.1 教师为主体, 学生缺乏主动参与积极性** 目前基本的教学模式是以教师为主体, 在课堂上由教师向学生进行知识传输, 此种教学模式的优点是便于管理,

有教学大纲、教材教案作为依据, 教师能较为顺利地按时、按量完成教学任务。其缺点是学生的参与度较低, 不能充分调动学生的自主能动性, 常常是教师讲得滴水不漏, 可是学生云里雾里、似懂非懂, 有的学生跟不上节奏、越差越远、最后干脆玩手机、打瞌睡了, 造成课堂气氛过于沉闷、消极。如果学生的学习目的只是为了应付考试, 就会被动地死记硬背教材, 完全体会不到学习的乐趣, 不能从心底里热爱中医学, 教师成了凶神恶煞式的债主, 师生之间缺乏和谐平等的交流。

**1.2 教学内容陈旧, 更新缓慢** 中医内科学教学内容涉及50余个临床常见病、多发病的病因、病机、诊断、辨证施治、预后调养等, 牵涉面广、信息量大、专业性强<sup>[1]</sup>, 既要科学严谨, 又要实用易于掌握, 对教师和学生要求均较高, 也导致教学内容很难及时更新完善。完整体系的中医内科学教学多由一个包括多学科、多领域专家的教师团队来承担, 而其面对的教学对象为较少临床实践的本科学生, 不同教师的教学风格、内容组织方式会

※ 基金项目: 江苏省品牌专业建设项目资助[No.PPZY2015A068]; 南京中医药大学中医学品牌专业建设教学改革研究课题[No.NZYZYXPPJG2017-06]; 江苏高校优势学科建设工程资助项目[No.苏政办发[2014]37号]

\* 通讯作者: phy7073@163.com





有差别,而学生在接受理解课程内容的程度上不尽相同,这也带来了不断更新、优化教学内容的困难与阻力。从目前实际教学情况来看,对教师的组织管理还较为松散、教学技能培训较少、创新改革教学内容的学术研讨不够深入,多数教师的教学改革积极性不高,因循守旧、照本宣科、脱离临床实际的教学内容既不利于提高学生的学习积极性,也使得学生走上临床后发现理论与实践脱节、实用性不强,打击学生的自信心。

**1.3 未能充分发挥中医学特色优势** 虽然从《中医内科学》教材发展上看,内容不断地丰富、字数从几万字、到几十万字,但从实际教学情况上看,介绍现代医学相关内容的部分较多,从深度和广度上融合中医多学科知识的内容较少,导致一些学生机械地将现代医学知识与中医学理论等同起来,如:生理学=藏象学说,病理学=病机学说,等等。由于没有扎实的中医理论支撑,难以掌握好辨证论治的精华,到临床无法发挥中医学的传统特色优势,也就不能企盼取得良好的疗效。中医学的灵魂在于其独特的临床疗效,而其卓越的疗效源自于整体观念、哲学思维、药性理论等独特理论体系,离开完整的中医理论体系,难以在临床上药到病除、创造出绝处逢生的奇迹。中医内科学作为中医学学科的主干课程,应该充分体现中医学特色优势,能完整展示中国传统医学的原始创新性及其与本国社会历史、科学文化和传统思想等之间的密切联系,保持独特的中医学风格。

## 2 中医内科学教学改革思路

**2.1 教学方法** 师带徒的传统中医学教学模式有其独特的优势<sup>[2]</sup>,一对一、面对面,便于师徒互相了解、熟悉,师傅能更好地因材施教,徒弟能全过程、实战性学习,获取知识更直接、更鲜明、更实用。虽然此种教学方法有其自身的局限性,但汲取其个体化定制、实景体验式、互动问答式等良好教学方法,为提高现代高等中医院校教育质量提供了良好思路。

兴趣是最好的老师,“满堂灌”式的教学容易滋生教师和学生的惰性,教师应该善于寻找问题、启发学生开动脑筋,在课堂上进行积极的师生互动,要能收能放,敏锐地发现学生的兴趣点、疑惑点、困难点,激发学生动手动脑的积极性,引导学生自己获取答案,同时又能不偏离主题、把握教学重点。

**2.2 教学内容** 中医内科学的教学内容来源于临床实践,要引导学生掌握具体疾病的辨证施治,必须使学生能综合理解和运用各种中医基础理论知识,时间上涵盖学术发展的历史渊源一直到最新研究成果,广度上涉及中医、西医多个相关学科的有关理论知识,需要多学科融会贯通、兼收并蓄、取长补短。学校从教学管理层面上应该重视推动教学改革创新,合理组建教师团队、适时开展培训研讨、教学竞赛,营造充满活力的教学氛围。在教师层面上,应该坚持不懈学习探索,不断拓宽思

路、开阔眼界、勇于创新,向前辈名师请教,与相关学科教师研讨,团队内精诚合作、经常切磋教学心得,补充最新的临床科研成果,充实完善教学内容。

**2.3 教学评价** 教学评价体系包括教师评学与学生评教两个主要方面<sup>[3]</sup>,良好的教学评价体系既能促进教师开动脑筋、锐意创新,引入先进的教学方法、优化教学内容,也能使学生更加明确学习目标,充分调动学生的主观能动性,推动整体教学水平的不断提高。学生评教既可以帮助管理层了解教师授课整体情况,为改进教学质量提供参考与依据,也能很好地体现对学生的主体性地位的尊重,民主地听取学生对教学的看法,作为衡量教师的教学水平的参考,促进教师与学生更广泛、更深入地沟通,让教师意识到自己的讲课内容不仅要符合教学大纲、教材要求,更要帮助学生全面深入地理解教材内容,通过自己的讲授为学生搭建好感性认识、形象思维的桥梁,简化学生的理解过程,减轻学生掌握教材的负担、降低学生通过考试的压力。

教师评学可以督促教师认真思考自己的教学风格与学生学习方式、理解能力是否相协调,促进教师主动了解和解决学生在学习过程中遇到的困难与问题,同时给教师一个反映学生的学习态度、努力程度、自学能力、学习效果、班级氛围等情况的机会,为教学管理部门提供改进工作的依据,多方位促动教学水平的提高。教师通过评学工作可以更多关注自己的教学效果、学生的整体接受程度,反思自己的教学设计与实施过程,增强与学生的互动与沟通,改进自己的教学策略与方法。教师可以从纵向与横向不同维度反思同一班级不同阶段以及不同班级同一阶段的学习状况与学习效果,更客观地发现自己教学工作的长处与短处,为进一步选择性地因材施教提供依据。

## 3 多学科合作模式的中医内科学教学实践

**3.1 融入中医经典理论** 中医内科学以临床常见病症为核心,培养学生识病、治病的能力,是中医临床学科的入门学科,是从基础理论到临床实践的桥梁,也为其它临床学科的学习奠定了基础。中医内科学自身的理论体系发展离不开历代中医经典理论著作,逐步形成了针对临床常见病、多发病的病因、病机、辨证、方药体系,在中医内科学教学中恰当地融入中医经典理论著作精华能帮助学生更好地形成中医思维,加深对具体病证的中医学认识,并能更好地营造中医文化氛围、体现中医学的历史传承、发展过程<sup>[4]</sup>。

虽然中医学经典著作内容丰富、临床参考价值很高,但是作为初中中医的本科生,没有接触过临床,读起原著条文来枯燥乏味,不能真正体会其精华而学以致用,导致学生为了应付考试只好采取死记硬背的方法,难以发挥自主学习的积极能动性,老师教得痛苦,学生学得辛苦,易产生师生对立情绪,如此经典宝藏得不到

发掘、魅力无法展现,实在可惜。中医内科学教师扎根于临床,更应该秉承中医经典、具备坚实的中医理论基础,从经典理论中寻求攻克疑难杂症的思路,在临床实践中反复推敲经典论述、验证治法方药,并深入浅出地将自己的心得感悟融入教学中传授给学生,用实例讲解启发学生的思维。经典的魅力源于其对解决临床问题的指导意义,其可贵之处在于不同于现代医学的局限性与微观性,融入了传统的中国文化精髓,更能体现人文关怀、重视天人相应、强调病人的主体性,中医内科学教学应与传统经典一脉相承,引导学生走上正确的传承、研究中医之路,增强学生的自信心与自豪感。

**3.2 以完整的理法方药理论体系为基础** 中医学以其完整周密、前后呼应的理论体系成为独立的学科,不需要依赖现代医学的证明与评价,而与现代医学互为补充、统一于临床实践之中。中医学之所以常青不衰,关键在于临床疗效显著,而要取得显著的临床疗效,又离不开完整的中医学理论结构,只有原原本本地从中医学理论出发,沿着中医四诊八纲辨证施治,才能找到解决临床疑难杂症的突破性治法方药。临床上,中医治病需要将藏象学、病因学、病机学、诊法治法、方剂学、中药学等基础理论前后贯穿、完整结合起来才能遵循整体观念、辨证施治,取得良好疗效,教学上,要使学生掌握识病治病的技能,必然要给学生呈现出中医临床学科完整的理法方药理论体系,搭建好思维推理的逻辑框架,铺设好依理立法、凭证立方、七情配伍的合理路径,引领学生走上规范的临床实践之路。

新版中医内科学教材中加入了较多现代医学相关内容,从病名关联、发病原因、生理病理,到多种诊断手段介绍、理化检查结果阐述,有的教师在讲授过程中更会加入较多解剖学、病理学、影像学等比较直观形象的照片、视频等资料,确实有利于改进教学手段、吸引学生的注意力,但缺点是可能造成喧宾夺主,使学生混淆概念,简单化地套用西医学知识来理解中医学概念,割裂了完整的中医理法方药理论体系。中医内科学教学不能离开完整的中医学理论支撑,否则就会出现以病论方、以现代药理学知识来拼凑组合中药的怪象,学生不能建立起牢固的中医学思维方式,将来走上临床识病治病就不能准确辨证,方证不对应,用药难以起效,没有灵验的临床疗效,学生对中医学的坚定信念难以树立与增强。

中医学来源于临床,经过前辈大家的不断总结完善,已经形成了较完整的理论体系,通过几千年的继承与发扬,又不断地在临床取得神奇的疗效,几乎所有的名医大师都证实中医药之所以能达到神奇的疗效,离不开中医理论的指导:如从中医病因学去认识发病的原因,从而做到未病先防、已病防变;从中医病机学去把握疾病发生、传变、转归的机理,从而审机论治,确立

治法;采用中医诊法学望、闻、问、切四种基本技术来搜集患者症状体征,由此进行阴阳、表里、寒热、虚实八纲辨证,遵循正治反治、治标治本、扶正祛邪、调整阴阳等原则确立相应治法,依法选方用药,因此,正确地辨证才能确立正确的治法,依法选方用药是取得良好临床疗效的保证。学好中医内科学可以为其它临床中医学科奠定扎实的基础,因此,从中医内科学教学开始就要强调中医理论体系的完整性与连贯性,这是培养学生中医临床技能、中医特色思维能力的重要一环,虽然也要求学生同时具备基础的西医学知识与技能,但在中医内科学教学过程中不能冲淡了中医学的理论精髓,只有在完整的中医学思维模式下才能充分发挥中医治疗学的疗效优势,也才能建立和巩固使学生传承发扬中医学的信心,培养优秀的中医事业接班人。

**3.3 围绕病案的圆周式教学模式** 此种教学模式的特点是教师在教学中为学生提供合适的具体病案,由学生先通过已有知识进行分析讨论,作为预习内容,课堂上教师一边画龙点睛地突出授课章节所需掌握的基本内容,一边对学生病案讨论的结果进行点评,增加学生的参与感。对于教师来讲,要做更多的准备工作,超越教材重新设计讲课内容,关注课堂上与学生的交流互动、解答学生可能存在的问题与疑惑,需要很好地安排课堂进度,能放能收,保证完成教学任务。

中医内科学的主干体系由各个系统的病证组成,其总论所归纳的内容也是通过一个个病证的讲解来具体体现的,引入病案的教学模式也以其较好的教学效果逐步获得了广泛的认可<sup>[9]</sup>。《伤寒杂病论》等中医古籍都是基于真实的临床病案来总结归纳理论的,可以看出,独立的条文记录了当时个案的症状、脉象、处方、用药、疗程、药后变化等情况,一方面让后人通过大量医案的分析、判断掌握其中蕴含的辨证论治体系,另一方面体现出方从法立、方证对应的中医治病特色,确立了中医临床治病的基本框架。

参照历代中医经典古籍记载与体例,选取真实临床病例资料,根据教学需要适当完善与加工,用于中医内科学教学。教师围绕病案圆周式地布置学生复习查找病因、病机、证候、治则、治法、方药、外治、调护等多方面中医学相关内容,学生可以自己找答案来理解掌握教材内容,也可以提出问题来课堂讨论,这样既可活跃课堂气氛,也可为教师评价学生的平时成绩提供依据。教师通过病案使教学内容形象化、具体化,帮助学生理解与记忆,同时让学生建立起围绕病案从深度和广度进行圆周式的发散性思维。比如对照病因学的外感六淫、内伤七情、饮食失调等因素来解释发病原因;比如按照病机学理论如何分析病位、病性、病情演变、预后转归等。围绕诊断学,可以启发学生如何将中医学四诊资料所得与现代医学理化检查结果



相互补充结合来帮助确定疾病病名与证型;围绕治疗学,可以要求学生讨论病案中所涉及到的治则、治法,并复习方剂学、中药学的相关方药知识,模拟名医大家的临床思路,如何根据具体病情确立中医治疗方案、如何在经方、名方基础上变通加减用药。教学中教师应重视突出中医学的临床优势所在,比如在对待疾病时更突出对患者的人文关怀、更强调患者的身心统一性、更注重未病先防,处处体现天人相应,充分考虑自然环境、社会交往、风俗习惯等因素对人、对病的影响,并让学生了解如何运用中医学理论来指导患者的生活起居调摄、饮食选择安排、精神调适等。

#### 4 体会

通过近年来的教学改革实践尝试,初步体会到,作为中医内科学教师,首先,要有良好的医德,热爱中医事业,积极乐观向上,为学生充分展示正能量,全心为患者服务,不断提高自己的临床水平,在临床中充分发挥中医学特色,善于思考领会,总结感悟心

得;第二,要有良好的师德,多从学生角度考虑,注重学生作为学习主体的主观能动性,教学中不仅注重教,更要注重学,多与学生交流互动,耐心细致、循循善诱,引导学生发现问题、解决问题,敢于突破创新;第三,要有开放包容的心态,广泛吸纳相关学科的思想理念,成为继承发扬中医学的纽带,既要原汁原味地展现中医经典的精华,坚守完整的中医理论体系,也能不断融入现代医学的最新研究成果,为我所用地丰富中医理论内容,促进中医临床水平的不断提高。

#### 参考文献

- [1]吴勉华,王新月.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2012.
- [2]高思华,翟双庆,罗祥云.新时期中医药人才培养模式改革的几点思考[J].中医教育,2011,30(6):1-4.
- [3]张婧,叶继坤.如何构建科学的高校教学评价体系[J].西北医学教育,2016(2):180-182.
- [4]张晓梅,张弛,肖培新,等.温病学与中医内科学教学融汇的探讨[J].中医教育,2016,35(6):84-89.
- [5]虎力,徐平.中医经典类课程PBL教案编写的实践与思考[J].中医教育,2016,35(2):39-41.

(本文编辑:李海燕 本文校对:章永红 收稿日期:2017-12-12)

## 构建形成性评测模式 全面提升针灸学教学质量※

王淑娟 苏 壮

(辽宁中医药大学针灸推拿学院, 辽宁 沈阳 110847)

**摘 要:**教学评价模式是教学的重要组成部分,对教学的实施具有导向和质量监控作用。以终结性评价为主的针灸学教学模式,难以对动态的教学过程作出全面准确的评价。将形成性成绩引入针灸学教学的评价体系,将考核的过程贯穿学习的始终,使教与学始终处于良性动态中,实现了教学与评价的有机结合,明显提升了学生的综合素质及教学质量。

**关键词:**形成性评价;针灸学;教学评价

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.015

文章编号:1672-2779(2018)-05-0033-03

### Constructing Formative Evaluation Model for Improving the Teaching Quality of Acupuncture and Moxibustion

WANG Shujuan, SU Zhuang

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

**Abstract:** A scientific and effective evaluation system is the necessary part of teaching, which is helpful for guidance and quality control into the implementation of teaching. The traditional summative assessment is difficult to make a comprehensive and accurate evaluation with the process of dynamic teaching. The formative evaluation can promote teachers to updated their teaching methods and prioritize teaching process, on the other hand, it has helped to motivate students' interest, to cultivate their learning strategies and to improve their autonomous learning ability.

**Keywords:** formative evaluation; science of acupuncture and moxibustion; teaching evaluation

针灸学是以中医理论为指导,研究经络、腧穴及刺灸方法,探讨运用针灸防治疾病规律的一门学科,是中医学的重要组成部分,为中医高等院校各层次、各专业医学生的必修课程,也是中医执业医师资格考试的重点科目,是一门特别强调操作技能的临床学科。本课程不仅要求学生掌握针灸学的基本理论、基本知识,更要熟练掌握针灸的操作技能。

考试是衡量学生掌握知识和技能的方法之一,是检验和指导教学工作的杠杆,长期以来,我校及

国内多所中医药院校针灸学课程成绩的评定,主要以期末理论考试成绩为最终考核标准,并以此作为衡量教师教学效果和学生学习成绩的唯一指标。这种重理论轻实践、重结果轻过程的方式限制了学生的学习行为,难以激发学生的学习热情及主动性,制约了学生潜能的发挥,阻碍了针灸学教学质量的提高。

为此我们从2013年开始逐渐构建了针灸学形成性评价模式,并予以实施,取得了良好的教学效果,现总结如下。

#### 1 构建针灸学形成性评价模式的意义

教学评价模式是教学的重要组成部分,对教学的

※ 基金项目:辽宁省教育科学十三五规划课题【No. JG16DB271】;  
辽宁中医药大学教学改革研究课题【No. LNZYJG2015057】

实施具有导向和质量监控作用,既是教师获取教学反馈信息、改进教学策略、确保教学质量的重要依据<sup>[1]</sup>,也是学生学习的风向标。

多年来,针灸学的考核多采取期末闭卷考试这一终结性评价方式,虽然在期末考试命题过程中,我们按照教学大纲的要求,力求从相关基本理论、基本知识、基本技能的掌握程度及分析、解决实际问题的能力等方面对学生进行全面的考核,但是受到试卷容量、考试时间及考核形式的限制,难以体现针灸学课程的特点,也无法达到全面、客观、准确地反映教学全过程及学生整体学习情况的目的。另外在期末评卷的过程中,即使老师发现了某些问题,也难以及时反馈给学生,使得考试与教学过程严重脱节,不利于教师随时总结,及时改进教学方法。对于学生而言,为了考出高分,更多的是注重了理论知识的复习及记忆,忽略了操作技能的练习;而“一考定论”的方式,也助长了部分平时懈怠的学生,考前突击,考后完事大吉的学习方式,高分低能现象难以避免。可见终结性评价为主的传统评价方式,不利于针灸学实际能力水平的提高及学生自主学习能力的培养。

形成性评价又称过程性评价,是与传统的终结性评价相对的一种评价检测手段,是根据教学目标,将理论课与实训课紧密结合,更侧重于对学生学习态度,教学参与情况,知识的理解、分析、应用,实践能力的测试;即侧重于对学生平时表现,参加各项活动的评价<sup>[2]</sup>。目的是实现对学生学习过程及效果的全面把握和评价。即要求通过动态的、多样的考核评价方式,对学生学习的全过程进行持续观察、记录、纠正,促进的方式,能够为学生提供了一个不断自我完善与提高的机会,有利于充分发挥学生的潜力,取得学习上的更大进步<sup>[3]</sup>。这种评价方式能够实现让学生由被动接受评价转变成评价的参与者<sup>[4]</sup>。有利于调动学生学习的积极性,并有助于激发学生的自信,提高综合素质,更能真实、客观地反映学习效果。这种重视对学生学习过程的随时反馈性的评价方式非常符合针灸学课程的教学要求。

## 2 针灸学形成性评价的具体模式

目前我校中医学专业的针灸学课程由理论课72学时及实训课36学时构成,四年前我们逐渐开始了形成性评价模式的尝试,并将形成性成绩由10%逐渐增加到30%。开学第一节课,教师即将本课程的课程构成方式、学习方法及考核方式告知学生,即考核由形成性考试和课程结束后终结性考试两部分构成。

实训课的目的是通过老师的示范性教学,让学生能够在人体上准确取穴,全面掌握各种针法、灸法、拔罐的操作方法及技巧,提高学生的动手能力和综合素质,为针灸临床治疗疾病打下坚实的基础。

形成性考试内容包括课堂提问、小组讨论、小测

试、18次实训课(36学时)课堂表现及操作考试成绩。其中课堂提问占10%,小测试占10%,实训课小组讨论讲解设计和操作报告占60%,最终实训操作考查占20%。任课教师根据不同阶段的教学目标,将课堂提问、讨论、小测试贯穿于整个教学过程,督促学生随时复习,提高了学生的学习热情及主动性。

教研室为了配合形成性考试形式的实施编写了《针灸学技能操作实训手册》,内容包括经络的循行,重点腧穴的定位方法,各种针法、灸法的操作规范以及实际操作考试内容和评定标准等。上课前督促学生认真预习《针灸学技能操作实训手册》,找出问题,以便在实训课上及时解决。

实训课为小班授课,每个班级大约15名学生。为了体现以学生为主体的教学方式,充分发挥学生的能动作用,我们将实训课分化为两部分:第一部分是复习示范。每堂课指派一组同学担任主讲,按照头面、躯干、四肢分部位进行经络循行的总结复习,并在同学身上确定重点腧穴的位置,然后教师进行补充、总结示范,并在重点腧穴上进行毫针刺法及灸法的操作示教。第二部分是分组训练。要求学生依据操作流程,3人1组进行练习。课堂上教师认真观察学生的表现,并在每次实训课结束前针对所发现的问题,及时给予点评分析。课后要求学生将本堂课的内容进行总结,写出实训报告。教师根据同学的课堂表现,实训报告等综合情况给出客观、公正的评定分数。

## 3 实施对象

我校中医学专业2011—2014届本科及本硕中医临床专业及中西医结合专业的学生,共计600余人。12个班次。共计有五名教师参与本研究。

## 4 形成性考试的成效

重视课前提问,提高学生学习的主动性:以往由于学时数有限,多数教师在教学过程中,忽略了课堂提问及小测试等环节。近年的教学实践证明,课前三五分钟的提问,往往能够起到事半功倍的效果。通过回答问题,参与课堂讨论这些方式,不仅能够帮助学生记忆所学内容、督促学生思考,还可以让教师及时了解学生的对知识的把握情况、学习能力、兴趣爱好和需求,及时调整完善教学内容,调整教学方式,提高教学质量。另外这个环节也明显改善了学生的出勤率及课堂纪律,纠正了一些同学的懒散作风。

以学生为主体的实训课教学,增进了师生间的沟通:通过引导学生走上讲台,为学生提供了一个自我表现的形式和机会,增强了学生参与教学的热情。实训课前多数学生都能做到以小组为单位分工合作、积极准备讲稿教案,增强了团体合作的意识。教师的适时点拨,也快速提升了学生们总结归纳及表达能力。课堂上同学之间相互练习、相互借鉴,能够随时把握



自己的学习进度与状况。尤其是将点穴及一些重点腧穴的针刺、灸法等操作训练融为一体的实训内容及方式的调整,使得实训课堂内容更加充实,学习的气氛更加活跃,调动了学生的积极性。

即刻的评价方式,有利于引导学生对自我学习方法的反思:在实训课堂分组练习时,教师在巡视过程中,能够及时发现学生在操作过程中的问题,及时给予纠正,并给出评定结果,这种方式不仅增加了师生间的沟通机会,而且有利于学生对学习过程进行反思,真正实现了“以考促学”、“以考促练”的目的。通过这种循序渐进的训练方式,切实提高了学生的操作技能及综合素质,保障了考核的公平性。

形成性评测模式使学生从课程开始就会在教师的带动下,将听课、参与课堂互动、复习、实际操作、考试等环节全方位结合起来,使学生在测评、反馈、改进、提高过程中趋于完善,学生综合素质和能力明显提高。

实施了形成性评测模式以来,针灸学结业的学生都能够做到熟练掌握头面、躯干、四肢等部位重点腧穴的常规针刺方法及灸治方法,有些学生代表学校参加了全国的针灸技能大赛中,均获得了优异的成绩。在日常生活中,他们能够更加主动地采取针灸的方法,为家人及周围人解除病痛,时刻感到针灸技能可以成为他们最首要的立业之本,在临床实习期间也得到了

带教老师的认可和肯定。

通过四年多的教学实践,我们体会到:通过建构形成性评测模式,将考核贯穿于整个学期的始末,实现了教学与评价的有机结合;能够帮助教师了解到每位学生的学习状况及知识目标达成度;有利于准确把握教学活动的方向和进程;较好地实现了教师对学生学习能力的全方位管理与掌控。但是由于这种方式大大增加了教师的工作量,因此目前在我校针灸学课程中还未做到全方位开展。如果相关部门能够将这种考核方式作为教师工作量的考核指标之一,会对这种考核模式的推广,起到积极的推动作用。另外今后教师也应该寻找更好的方式调动起学生的积极性,通过学生互练、互评等灵活形式,不仅可以减轻教师的工作压力及负担,而且还能够激励学生在自我评价中及时发现自己的弱点,及时纠正改进。有利于促进学生沟通交流与协作意识的养成,以顺应21世纪高素质医学人才的需要。

#### 参考文献

- [1]杨波,沈宏亮,徐志飞,等.构建形成性评价模式提升手术学基础教学[J].南方医学教育,2012(1):40-29.
- [2]邓卫红,战海艳,刘宾娜,等.医学院校毕业实习教学中应用形成性考核的实践[J].中国高等医学教育,2009(8):51-53.
- [3]马跃,蔡兵,雷斌.交叉学科研究的形成性评价方法[J].科技管理研究,2007,27(7):28-38.
- [4]周向阳,王荣林,刘耀波,等.构建网络形成性评价体系提高临床实习质量[J].卫生职业教育,2014,32(10):21.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘兴 收稿日期:2017-11-23)

## 中西医临床医学专业课程建设的探索与实践※

王 铃

(长春中医药大学附属医院外科,吉林 长春 130000)

**摘 要:**以培养新时代高素质的中西医临床专业人才为目标,加强师资力量的建设,对人才培养模式进行创新,深化教学改革,将对于中西医临床医学专业课程的探索与实践进行分享。

**关键词:**中西医临床医学专业;课程建设;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.016

文章编号:1672-2779(2018)-05-0035-03

### Exploration and Practice on the Curriculum Construction of Clinical Medicine Specialty of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine

WANG Ling

(Department of Surgery, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130000, China)

**Abstract:** Our school and act as the goal to cultivate professional talents in the new era of Chinese and Western medicine clinical quality, strengthen the construction of teachers, model innovation of talent training, deepening teaching reform, to explore and practice in the course of clinical medicine of traditional Chinese medicine and Western medicine has a certain effect, especially for this share, the specific contents are as follows.

**Keywords:** clinical specialty of traditional Chinese medicine and Western medicine; curriculum construction; teaching reform

我校中西医临床医学专业对课程建设进行积极探索与实践,对于课程结构和体系、教学内容均进行改革与创新,致力于为我省和国家培养一批医学理论扎

实、综合实力过硬的高素质中西医结合人才。

#### 1 对培养人才的模式进行改革

本专业需要对中西医结合医学专业的发展和人才需求和培养趋势开展深入的调研工作,应该把专才教育和通才教育相结合,充分考虑理论和操作技能的培

※ 基金项目:吉林省教育科学“十三五”规划课题[No.GH170300]

训,并根据学生所选的专业进行人才培养<sup>[1]</sup>。着重培养能在医疗卫生领域从事医疗、预防、保健、康复等方面工作的中西医结合临床应用型人才。

## 2 对教学的内容和方法进行改革

对本专业的课程体系进行优化,对理论和实验课等教学内容进行改革和整合,努力做到专业教育和素质教育共同发展。对教学方法进行改革,注重传统和现代教学方法结合,可以采取讨论法、启发式教育法、探究式教学法的方式进行有关探索,主要以自主学习为主,老师辅助学习为辅,以激发学生的学习兴趣,培养学生自主思考、学习能力、团队协作能力、批判思维等。对于课程建设方面,深化西医课程和优化中医课程学习,不仅需要保持中医的特色,使中医的优势得到发展,还应该不断地吸收西医的先进成果,取其精华、弃其糟粕,使中西医学术之长得以充分体现,在教学中需注意教学内容的连贯性、系统性、实用性、特色性、理论与实际的结合性。

## 3 加强精品课程建设和教材编写

本专业采取的教材建设模式是引进和学院自编模式,学院自编教材可以鼓励、督促教师提高自身业务水平,努力编写出适合本院学生学习的教材。课程建设时要在专业建设的良好基础下进行,选取我校教学水平一流的老师对教学内容、教学管理、教学方法等精品课程进行有关录制,完善我院课程网络平台,把优质的教学视频放在网络平台共享,以供学生和老师学习,促进师生良好互动。

## 4 对实验实践教学进行相关改革<sup>[2]</sup>

实验、实践教学是高校医学学习的重要组成部分,对实验、实践教学进行改革实践,有利于培养学生的创新能力,有利于为国家培养高素质合格的医学人才。加强基础医学实验课改革有利于学生理解枯燥、抽象的医学知识。注重社区实践是新时期的卫生工作发展的重要组成部分,我院紧跟形势政策加快学科发展,丰富社区卫生实践教学。在我院的附属医院进行临床见习,主要通过床边体查、讨论病例等方式,使学生对临床有初步的印象,加深对理论知识的理解。临床实习有利于培养学生的临床技能和思维,我院学生在进行实习之前加强有关临床技能培训,进行病例讨论、教学查房、帮助学生知识进行梳理和理解,学习结束后再对操作进行培训和考核。在实验、实践教学改革的过程中,鼓励学生与老师共同参与科研课题的研究。

## 5 对考评体系进行重构

对我院的考评体系进行重构,对学生的课堂表现、平时成绩、实验和实践考试成绩、期末考试成绩等综合考量计入考评体系,避免传统考试一考定终身的弊端。力求全面、科学的对学生知识的掌握程度进行考

查,对于选修课可以采取小组交流、论文、开卷考试、闭卷考试、小综述、机考等模式对学生的成绩进行考核。考评应该规范、客观、公正、注重学生的反馈。

## 6 进行科技创新

学院应该注重对创新型人才的培养,鼓励学生参与科研活动,提高自主思考、创新和科研能力。督促教师对科研课题进行申报,提升科研和教学创新能力,促进教学改革。建立健全的人才激励机制,对进行科技创新的学生、老师提供奖励,鼓励、推动人才创新。在新型教学理念的指导下,注重对科研成果的保护,以科研促教学发展。

## 7 注重学生综合素质培养

在保证教学质量的情况下,可以积极探索和开展第二课堂,注重对学生综合素质培养,努力提升本院学生的竞争力。注重对学生科研能力的培养,可以通过网络构建大学生自主创新平台,成立科研兴趣小组,鼓励学生参与科研活动,对社会医疗热点展开调研活动<sup>[3]</sup>。鼓励学生参加科技创新大赛,设立科研基金,对具有科研能力的大学生进行奖励,鼓励更多的学生参与其中。开展中西医相关专业知识竞赛,督促学生加强理论和技能训练,营造良好的校园学习氛围。组织学生进行社区卫生知识宣讲、志愿者活动、义诊活动、医学社会服务实践活动,提升学生的服务社会能力和情怀。开展英语演讲比赛、画展、舞蹈比赛,促进学生全面发展,成为新时代的优秀人才。这一系列活动的开展,不仅丰富学生的课余生活,调动学生的积极性,强化学生的医学理论基础和技能,也培养了学生的自主创新能力和意识。

## 8 注重学生医德的培养

医学是崇高而神圣的学科,我校要求中西医结合专业培养的医生不仅应该具备良好的专业与知识技能,还应该拥有良知和医德。应该注重人文医学课程的学习,认真讲好伦理学这门课程,把医德教育贯穿于医学课程的讲学中,强化学生的医德意识,使学生意识到医德对于成为一名优秀、合格的医生的重要性<sup>[4]</sup>。同时应该结合中西医结合医学的特点,进行相关医德教育。

## 9 建设高素质的师资队伍

在加强对学生教学改革的同时还应该注重师资队伍的建设,增强教师的竞争力。加强对青年教师队伍的培养,督促教师提升自我学历,并为教师提供更好的提升平台,定期组织我校老师到国内外知名医学院校进行交流学习,开展学术交流会,完善深造的机制。定期组织各教研室对该教研室的科研成果进行展示,促进院内交流。并且定期开展学术汇报会,选取优秀的硕博人才对其专长进行汇报。学校定期组织教学技能大赛,对青年教师的教学水平进行评比,促进教师



综合素质提升,建设一批高素质的师资队伍。

## 10 完善教学监管体系

中西医临床医学专业坚持执行学校-学院-教研室的分级管理模式,可以通过教学调研、教学例会、教学督查、座谈会交流、领导听课等方式,完善学院的教学监管体系。领导应该及时与一线的教学老师保持联系,准确有效的掌握最新教学动态,以免与实际教学情况相脱节。应该抓好教研室建设,教研室是教学管理模式中的基本管理单位,应该严格按照学院的要求进行规范化管理建设。应该加强教学评估,使学生参与到教学管理的过程中,促进教师提高教学水平,促进教师与学生自己的良性互动。定期发放调查问卷,对教师教学水平和满意度进行调查。建立网上教评制度,学期末组织学生对教师进行网上教评。定期对班级随访,开展师生座谈会,对教师的教学进行了解和反馈。学校应该及时把所收集的资料反馈给教研室,进行相关反思、总结。加强教学评估,可以督促教师提高业务水平,提高师资队伍的综合素质,确保人才培养的质量。

## 11 完善教学平台的建设

对原有的教学板块进行整合和改革,引进新的教学理念,以适应中西医临床医学专业人才培养的需求。我院该专业应该充分利用中央财政对高校建设的支持,

应该及时添置新的医学实验器材和教学设备。应该加强社区卫生实践基地建设,和我市规范化管理的社区卫生服务中心建立良好合作关系,以利于学生社区卫生实践学习的开展。应该加强临床实践基地的建设,努力实现实习与就业一体化,为学生实习与就业创造良好条件。应该加强科技创新平台建设,贯彻中西医结合学科先进仪器的设备的建设,为学生和教师的科研提供强有力的技术、设备支持。

## 12 结语

虽然我校在以往教学改革中取得了良好的成效,但仍然有很多不足之处。我校只有继续保持学校的办学特色、加强中西医临床医学专业建设,深化教育、教学改革,注重人才创新和人才培养,激发学生自主思考、自主学习的能力,才能使教学质量得到提高,为国家提供一批优秀的、综合素质过硬的中西医结合人才。

## 参考文献

- [1]韩珊珊.临床医学院中医学专业主干课程建设的探索与实践[J].课程教育研究:学法教法研究,2017,22(14):6-7.
- [2]白纯,陈芳,许有华,等.面向农村服务的临床医学(乡村医生)专业实训课程建设[J].中国高等医学教育,2013(6):66-67.
- [3]曹康,仇菲,蒋健.中医药院校临床医学人文课程群建设的研究与探索[J].云南中医学院学报,2013,11(5):88-90.
- [4]谢阳阳,胡晞.医学院校临床专业网络课程建设的现状及意见[J].电子世界,2012,15(8):120-121.

(本文编辑:李海燕 本文校对:韩珊珊 收稿日期:2017-12-19)

# 高等农业院校中药学课程教学改革与实践<sup>※</sup>

贾贫慧 阚 鸿 祝洪艳 何忠梅 张 晶 包海鹰\*

(吉林农业大学中药材学院,吉林 长春 130118)

**摘 要:**针对高等农业院校的中药学课程进行教学内容、教学方法及教学模式的改革,目的在于夯实专业基础知识,培养学生的中医思维模式、主动学习和实践能力,提高学生的综合能力素质,激发学生的学习兴趣,提高教学水平。课程改革必将推动本专业的教学体系改革。

**关键词:**农业院校;中药学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.017

文章编号:1672-2779(2018)-05-0037-03

## Teaching Reform and Practice of Chinese Materia Medica Course in Higher Agricultural University

JIA Pinhui, KAN Hong, ZHU Hongyan, HE Zhongmei, ZHANG Jing, BAO Haiying\*

(College of Traditional Chinese Medicinal Materials, Jilin Agricultural University, Jilin Province, Changchun 130118, China)

**Abstract:** Aiming at the reform of teaching content, teaching method and teaching mode in the traditional Chinese medicine course of higher agricultural university, the aim is to strengthen the knowledge of professional knowledge, to train the students' traditional mode of thinking, to actively study and practice the ability, to improve the students' comprehensive ability quality, to stimulate the students' learning interest and to improve the teaching level. The course reform will promote the reform of the teaching system.

**Keywords:** agricultural university; Chinese materia medica; teaching reform

中药学是研究中药基本理论和中药的来源、采制、性能、功效及应用等知识的课程,是中医学理论体系

之理法方药的重要环节,也是联系中医基础理论与科学研究和药学其他学科的桥梁。《中药学》是列入吉林农业大学中药学专业和中药资源开发与利用专业人才培养方案和课程体系中的专业基础课和必修课,大学二年级的第一学期开设此课程,在整个中药专业课程体系起着指导性作用。我校该课程相较于其他医

※ 基金项目:吉林农业大学高等教育教学研究课题【No. 2017XJZD47】;吉林农业大学吉林省中药学优秀教学团队项目资助【No.2014】

学类院校学时数较少(32学时),且本课程的特点在于中药数量众多,单味药多重功效,既要联系中医基础理论及未开设的中医诊断学和中医内科学等课程的内容,又要联系药用植物的生长、药材的性状、炮制等知识。笔者在近几年的教学工作中发现许多暴露出的不足和弊端,如内容繁杂、难以学习和记忆,实验课又开在下一个学期之初,这样很难将知识及时的串联,从而降低了学生学习的兴趣和积极性,影响教学效果。因此,在教学过程中认真钻研教学方法,不断改进,以期提高授课质量和加快教学方法的改革,并促进教学理论体系的完善和教学平台的建设。

### 1 多媒体辅助教学

学生在刚刚接触专业课时首先开设了该课程,假如没有立体感的图片、实物进行辅助教学,仅凭听觉信息是非常抽象的,学生常常感觉难以理解,久而久之导致学习兴趣不足。多媒体技术的广泛应用<sup>[1]</sup>,可以直观的展示饮片及植物图片,使抽象的、枯燥的内容直观化、形象化,尤其是中药基础理论、中医病证表现、面色、舌色等等通过具体的图片、视频、动画等形式展示,有助于理解和建立中医思维。实践证明,学生很乐意通过这种手段接受知识,大大激发了学习兴趣。另外,我课程组正在录制制作线上视频课程,丰富教学方法和教学平台的建设。

### 2 标本实物辅助教学

再美的图片也不及拿在手里的实物,通过饮片标本的展示,学生可通过眼看、手摸、鼻闻、口尝等方式直观触摸、品尝到各种药材,既可以满足新时期学生猎奇的特点,又可加深理解和记忆<sup>[2]</sup>。将中药饮片装瓶,制作成迷你标本库,带进课堂并走进课后,讲到相关类别药物,就将哪一类中药标本带给学生认记,实现药物标本和多媒体图片展示相结合,使教学直观、生动、灵活。学习中药的性能中的“五味”,将具有酸(乌梅)、苦(黄连)、甘(甘草)、辛(生姜)、咸(芒硝)等味且无毒性的药物做成标本或溶液,学生通过“口尝”的方法,加深认知与理解。中药的配伍、中药的煎服方法部分,录制临床视频,从医生诊病开方、到抓药煎药的全过程,以及熬药视频,可以将零散繁杂的知识点串联起来,既可激发学习兴趣、加深理解,又有助于学生将理论应用到实际。讲到药食同源的药物可以在课堂上品尝,如菊花、薄荷、玫瑰花、枸杞等可泡茶等等,将理论课变成茶话会的模式,生动灵活,让学生充分参与进来。再如,教会学生一些常用方剂,如由黄芪、白术、防风组成玉屏风散可治疗气虚自汗并提高抵抗力,可以日常泡茶饮用;可做药膳养生食材的药物如当归、黄芪、人参等等。实践证明,学生学习中药饮片的热情感度极高,课下课间能够主动查阅教材,搜索资料,主动思考,大大激发了学生的

听课兴趣和热情,加强了师生的互动。

### 3 案例式教学方法

案例教学法<sup>[3]</sup>最受学生喜爱,是能让你学生眼神发亮的教学手段,此方法不仅能将学生带入“现场”,使学生进入“角色”,更使学生在轻松的气氛下掌握了知识。选择一些简洁、经典的单味药治疗疾病的医案,可以使学生对药物的功效与应用有更深刻的理解和认识,如独参汤治疗失血性休克,也有老年人误服过量流鼻血的情况;板蓝根、大青叶防治非典曾一度脱销;水蛭、地龙在脑梗塞、脑出血等病的应用;消肉食积滞的大山楂丸就是用山楂、神曲、麦芽组成的,等等。也可以选取中医的误诊误治案例、滥用中药中毒的案例等,如“龙胆泻肝丸”导致肾损害事件,警示学生安全合理用药。案例式教学涉及中医基础理论、中医诊断学、中药药性理论与临床实践的综合运用,有助于培养学生的中医思维能力及临床实践能力,也是学生们印象最为深刻的知识。学生的注意力较为集中的维持时间往往是在课程的前20分钟<sup>[4]</sup>。过了这个阶段,适时的引出一个让学生眼前一亮的动画、视频、标本、故事、案例、提问,等等,可以重新进入下一个精神集中的时间段。利用好这个规律,可以大大提高授课效果。

### 4 教学内容的丰富与改革

与中医专业的学生相比,农业院校的学生对中医学相关基础知识的掌握较浅,故往往导致对中药功用的理解不够透彻,后续所学的知识不能很好地与中药理论相联系。中药的功效和主治是中药学的教学重点,教学中应难易适度,为使知识的完整性与突出重点兼顾,强调以功效为中心重点掌握每章的概论部分及每一章节所包括的药物的名称。首先,可采用朗朗上口的中药药歌将一类药物讲解串联学习,如温里药药歌是“温里之药有三姜,干姜炮姜高良姜,乌头附桂吴茱萸,二椒二草丁香香”;再如辛温解表药药歌是“辛温解表有麻黄,香薷苏桂芥生姜,辛夷苍耳葱怪柳,白芷胡荽防藁羌”,逐一介绍各个药物,使知识条理化,提纲挈领、以点带面、以简驭繁,提高学习效率。其次,对各个重点药物再着重细致讲授,可适当采用“横向对比和纵向对比”的启发式教学方法。同类药之间常进行横向比较,如清热燥湿药里的黄芩、黄连、黄柏,均可清热燥湿、泻火解毒,而黄芩善清上焦肺火、黄连善清中焦胃火、黄柏善清下焦肾火。不同类药的有相似功效的药物常进行纵向对比,如均有安胎功效的药物黄芩、苎麻根(清热安胎),紫苏(顺气安胎),砂仁(行气安胎),白术(补气安胎),杜仲、续断、桑寄生、菟丝子(补肝肾安胎),艾叶(温经安胎),阿胶(补血润燥安胎)。同一植物不同药用部位,如麻黄(发汗)与麻黄根(止汗),枸杞(滋补肝肾)与地骨皮(退热除蒸);同一植物不同生长情况,如另



外橘有陈皮（理气化痰）与青皮（破气消积），枳实（通便闭）与枳壳（除痞满）等；同一味药经不同炮制配伍，如天南星（温化寒痰）经猪胆汁加工成胆南星（清化热痰）。第三，也可以通过讲一些药物的命名故事，如以功效命名的防风、天麻、续断、骨碎补、益母草、夜交藤、淫羊藿等加深记忆。第四，介绍一些不拘泥于形式的临床常用的顺口溜，如“穿山甲，王不留，妇人吃了乳长流”，形容穿山甲和王不留行具有通乳的作用；“芒硝配大黄，必定走大肠”，强调大黄芒硝配伍增强泻下的作用；“附子无姜不热”，强调附片配伍干姜增强回阳救逆的作用；“介类潜阳、虫类搜风、藤类通络、皮类利水消肿”等等。

### 5 课外活动小组辅助教学

将学生分组，以组为单位，每名学生负责一味药，从来源、采收、炮制、性味、归经、功效、主治、用法用量、注意事项等方面采用PPT演示汇报，通过对一味药的学习和讲解教会学生学会学习。以组为单位相互考察饮片认识及药歌背诵等。教师根据学生具体表现给予肯定成绩，同时指出问题，鼓励式教学，可以作为考核体系的一部分，又可以提高学生的学习兴趣，锻炼学生的语言表达能力。变被动为主动，实现真正的以学生为中心的教学方法。过程中教师可以了解他们的知识薄弱点，又可以促进教学、完善教学。

### 6 考核方式方法体系改革

在授课前提前将该章或该节课的重点和难点内容告诉学生，学生可明确具体的学习方向，为今后实行“教考分离”奠定基础。并且形成适于中医药理论学习的考核评价体系：中药学的学期总成绩的考核包括平时成绩与期末考试成绩两部分。平时成绩占总成绩的30%，包括学生的出勤率和课堂小组实践的表现（15%）、中药饮片辨识及药歌背诵考试（15%）；期末考试成绩占70%。从多方面评价、动态考核学生的学习成绩。通过考核方式的改革，更符合我校中药鉴定，中药药剂，中药药理等课程的培养模式，为后续学科建立纽带桥梁。

综上所述，凡是可以吸引学生注意力的、激发学习兴趣的教学形式，都可适时采用，有助于激发学生的学习兴趣，提高教学质量，不断探索适合我校中药学及中药资源与开发专业学生的中药学教学模式，培养具有独立创新能力的高素质人才。

### 参考文献

- [1]高汝杰,常惟智,赵文静.多媒体技术在中药学课程教学中应用的思考[J].中医药信息,2008,25(2):76-77.
- [2]李杨.中药饮片识记课的设置对中药学教学质量影响[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(11):121-122.
- [3]张东方,韩宏伟,靳鑫,等.案例结合访谈教学法在生药学教学中的应用[J].药学教育,2014,30(1):45-47.
- [4]杨德广,谢宇邦.高等教育学[M].北京:中国中医药出版社,2009:6.

(本文编辑:李海燕 本文校对:马 贺 收稿日期:2017-11-17)

## 医学院校中医学教学和考核方式改革探索<sup>※</sup>

袁拯忠 叶 人

(温州医科大学附属第一医院中医科,浙江 温州 325000)

**摘 要:**综合性医学院校中医学作为必修课程,由于教学内容相对深奥和教学方式比较单一,不但缺乏对学生的吸引力而且课程考核成绩不尽人意。针对这些问题,采用让学生“看见”中医的教学方法和多元化、客观化考核的方式,增加了学生的上课兴趣,显著提高了考核成绩。通过探索切实可行的综合性院校“中医学”特色教学和考核方式,实现中西医融合的教学目标,共同维护人类健康。

**关键词:**中医学;教学;考核;医学院校;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.018

文章编号:1672-2779(2018)-05-0039-03

### Discussion on the Reform of Teaching and Examination Mode of Traditional Chinese Medicine in Medical Universities

YUAN Zhengzhong, YE Ren

(Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University, Zhejiang Province, Wenzhou 325000, China)

**Abstract:** Traditional Chinese medicine as a compulsory course in comprehensive medical colleges, due to its relatively deep of teaching content and unitary of teaching method, is not only lack of attraction to students but also has unsatisfactory examination results. In terms of these problems, students' interest in class is increased remarkably by using the teaching method of seeing traditional Chinese medicine and the way of objective assessment, and the examination results are improved significantly. By exploring feasible teaching and assessment methods of traditional Chinese medicine, we can achieve teaching goal of integrating between traditional Chinese medicine and Western medicine, and preserve human health jointly.

**Keywords:** traditional Chinese medicine; teaching; assessment; medical university; teaching reform

综合性医学院校中普遍开设“中医学”课程是我国医学教育的特色之一。其目的在于使学生了解不同

医学体系对人体生命现象的认识差异,熟悉中医理论、知识和技能,为今后在临床工作中合理、充分运用中医药奠定基础。调查研究表明,在综合性医学院校中绝大多数学生有很大兴趣学习中医,认为学习中医是必要的,希望通过学习,能用中西医两套理论诊治疾

※ 基金项目:温州医科大学附属第一医院教学改革课题[No. wyyj2009-B-10, No. wyyj2011-B-03]

病<sup>[1]</sup>。但是一方面由于《中医学》教材中知识面广泛、概念抽象、语言难懂,另一方面因为老师的教学理念相对陈旧,教学方式简单、呆板,教学内容抽象、枯燥、模糊,教学效率不高,理论脱离实际,照本宣科,造成学生理解与记忆困难,课堂教学对学生吸引力下降,严重影响学生的学习兴趣<sup>[2]</sup>。最终的考核成绩欠佳,反馈了教学效果的低劣。

面对上述“中医学”教学的困境,需要对以往的教学方法和手段以及考核方式进行改革,积极探索新的教学对策。在教学方法和手段方面,考虑到学生由于受到现代医学思维方式的影响,对直观教学兴趣较浓,为了让学生更多地“看见”中医学理论,结合教学大纲要求,采用《家庭中医药》图说中医系列内容和《中医图画通说》中的图片,图解中医理论中晦涩难懂的名词,使学生有睹图之后有一目了然的豁然之感。在网络中寻找中药植物,从中药房携带饮片进课堂,将中药炮制前后的变化形象地对比在学生面前,同时穿插着药名来源的历史传说,提高学生掌握中药的基本理论,并在实践中更好运用。在针灸部分,增加现场或者视频演示经络、腧穴和刺灸手法。在考核方式方面,更是顺应当前医学教育多元型考试模式<sup>[3]</sup>和医疗卫生考核方式客观化的发展趋势,对中医学的考核方式做根本性的变革,即总评成绩由课后练习、考勤和考试成绩三部分组成。考试全部采用选择题这一客观题型,具体由单一选择题、不定项选择题和判断题三部分组成。任课老师根据教学大纲和授课重点编制各自章节的试题,统一汇总形成题库。考试前由教研室主任或者秘书根据各个章节的教学比例,随机抽取试题,组成AB两套试卷备考。为了比较这种教学和考核方式改革的效果,我们设计以下研究内容。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2005—2012年温州医科大学第一临床医学院临床专业本科生,其中以2005—2008年级的学生为对照组,以2009—2012年级的学生为试验组。

**1.2 教学和考核方法** 教学选用人民卫生出版社出版的《中医学》教材。对照组采用传统的说理式教学法,考试以名词解释、简单题和论述题等主观题为主。其中名词解释10个,每题3分,共30分;简答题6个,每题5分,共30分;论述题4个,每题10分,共40分。实验组采用图说式教学法,考试全部采用客观题即单一选择题、不定项选择题和判断题3部分组成,分别占总分的70%,20%和10%。其中单一选择题和判断题每题1分,不定项选择题每题2分。2组学生期末考试成绩采用百分制,占总评成绩的70%,考勤占总评成绩10%,课后练习占总评成绩20%。

**1.3 统计方法** 数据用均数 ( $\bar{x} \pm s$ )表示,SPSS 15.0软件采用双样本 $t$ 检验。

## 2 结果

### 2.1 2005—2012年临床专业本科生考核成绩 见表1。

表1 各年级学生人数及考核成绩 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

年级	人数	期末成绩	总评成绩
2005	220	71.47 $\pm$ 7.94	77.17 $\pm$ 6.34
2006	221	76.13 $\pm$ 9.21	80.89 $\pm$ 7.36
2007	379	70.00 $\pm$ 10.50	79.05 $\pm$ 7.36
2008	389	69.94 $\pm$ 9.74	79.02 $\pm$ 6.83
2009	391	68.36 $\pm$ 10.21	77.91 $\pm$ 7.13
2010	394	75.36 $\pm$ 9.64	80.23 $\pm$ 7.71
2011	377	81.24 $\pm$ 9.93	84.15 $\pm$ 8.36
2012	394	87.98 $\pm$ 8.82	88.16 $\pm$ 8.78

**2.2 对照组和试验组的考核成绩** 表2结果表明,实验组的期末成绩和总评成绩均高于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。

表2 2组考核成绩比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	期末成绩	总评成绩
对照组	71.91 $\pm$ 7.92	79.04 $\pm$ 7.36
试验组	76.54 $\pm$ 8.58	81.50 $\pm$ 7.78
$P$ 值	$<0.01$	$<0.01$

## 3 讨论

学无定式,教无定法。在综合性医学院校更需要上好每一堂中医学课程,不断探索、改革,创新出更科学、更优化的教学模式和方法,创建更加合理的考核方式,最终激发学生学习中医的兴趣。将现在各种信息技术引到中医学教学中,通过图文、声像并茂的场景可以大大提高医学院校学生学习中医的热情和接受能力,并可以方便的进行交互的指导和因材施教。以“图说”为主的教学方法体现授课内容既源于教材,又活于教材、高于教材;既保持中医特色,又体现发展、反映时代特征,是一种适合学科特点的教学方法。汇总每年临床专业学生的教学反馈,教学改革后学生认为中医学深奥难懂等不良反馈逐渐减少。比较改革前后的学习成绩,无论期末成绩和总评成绩,改革后均明显提高,反映了教学改革后良好的教学效果。

考试改革是启动和深化学生创新思维培养的重要一步,积极开展考试改革,已成为高校教学改革的重要内容之一<sup>[4]</sup>。我们在中医学教学中推广客观化考核方式,是因为这种考核方式有成绩更加客观、公正,命题更加科学、规范,学生学习态度更加认真、端正,教学更加注重质量,节约人力资源等优点<sup>[5]</sup>。通过四年的摸索,广大临床专业学生认可并接受这种客观化考试方式。最终的考核成绩也表明不会干扰教学效果的体现。尽管我们已经形成客观化的题库,但是试题的编制与试卷的生成多采用人工操作组卷,这种人工方式在一定程度上影响了试卷的区分度和可信度。随着学校智能化题库信息管理系统——考易考试系统的建立和健全,人机对话的考核方式随后开始逐步实施。



通过探索切实可行的综合性院校中医学特色教学和考核方式,实现构建中西医之间的和谐关系、奠定中西医结合事业的基础、培养学生的创新意识、弘扬中国优秀文化这个完美的教学目标,为人类的健康做成应有的贡献<sup>[6]</sup>。

#### 参考文献

[1]袁拯忠,叶人,单泽松.浅谈西医院校的中医学教学[J].中医教育,2007,26(6):44-45.

[2]卢建平.对西医院校中医学课堂教学的想法和体会[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(1):25-27.

[3]匡海学,殷越,杨炳友.形成性评价与终结性评价相结合的多元型考试模式的研究与实践[J].中医教育,2015,34(2):1-2.

[4]郑中华,王柳行.高校医学考试方法及管理制度的改革初探.吉林医药学院学报,2012,33(6):420-421.

[5]杨昆蓉.医学考试管理与研究模式的系列问题探讨[J].中国中医药现代远程教育,2003,1(1):32-34.

[6]周永红.西医院校中医学教学目的之我见[J].中医教育,2017,36(5):32-35.  
(本文编辑:李海燕 本文校对:庄晓革 收稿日期:2017-11-27)

## 从慕课到微课—网络视频教学发展的问题及对策<sup>\*</sup>

刘畅<sup>1</sup> 王祎<sup>2</sup> 李东辉<sup>1\*</sup>

(1 锦州医科大学药学院,辽宁 锦州 121001; 2 锦州医科大学附属第三医院药剂科,辽宁 锦州 121001)

**摘要:**从慕课热席卷全球,到微课在我国火热兴起,网络视频教学模式再次引起人们对传统教学模式改革的关注。但此类网络视频教学模式缺乏人际互动,组织形式松散及课程完成率低等缺点的暴露,已成为其进一步发展的瓶颈问题。总结慕课和微课为代表的网络教学模式目前发展现状和困境,结合我国自身特色,提出明确网络教学发展目标,加强资源联合和网络互动,强调个性化引导等方式,理性地推动网络视频教学的发展。

**关键词:**慕课;微课;网络;视频教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.019

文章编号:1672-2779(2018)-05-0041-03

### From "Massive Open Online Courses" to "Micro-Course Online Video" —The Problems and Countermeasures of Online Video Teaching Development

LIU Chang<sup>1</sup>, WANG Yi<sup>2</sup>, LI Donghui<sup>1</sup>

(1. College of Pharmacy, Jinzhou Medical University, Liaoning Province, Jinzhou 121001, China;

2. Department of Pharmacy, the Third Affiliated Hospital of Jinzhou Medical University, Liaoning Province, Jinzhou 121001, China)

**Abstract:** Since massive open online courses (MOOCs) have become popular all over the world and micro-lesson has risen ardently in our country, the online video teaching model has gained people's focus on the reform of traditional teaching mode again. But the defects exposure of this online video teaching model, such as lack of human interaction, loose form of organization and low course completing rate, have been a bottleneck of its development. In this paper, we summarized online teaching model represented by MOOCs and micro-lesson in the current developing status and plight. To combine national characteristics, we proposed to clear online teaching development goals, strengthened resource federation and interaction, and emphasized personalized guidance to rationally promote the development of online video teaching.

**Keywords:** massive open online courses; micro-course online video; network; video teaching

以网络视频为支撑的学习模式因其可调动丰富的多媒体资源,具有便捷的学习方式和不受空间甚至时间限制等独特优势得以快速发展,并带给传统教育模式极大的冲击。其中的佼佼者“慕课”(Massive Open Online Courses, MOOCs)和“微课”(Micro-Course Online Video)更是被誉为“一场数字海啸”<sup>[1]</sup>和“寄托了网络时代教、学、研方式变革的新希望”<sup>[2]</sup>。但随着MOOCs在西方发展的蜜月期的迅速终结,越来越多的声音加入到质疑甚至反对此类教学模式的队伍中。网络视频教学的魅力何在?参与者为什么喜欢这样的教育模式,又为什么抵触?以MOOCs和微课为首的新型教学模式究竟是对传统教育的毁灭性打击还是会与传统教育合作甚至融合?本文试图在这些疑问的基础上结合文献调研和自身对微视频教学的实践经验,剖析

微视频教学的优点和内在矛盾,为我国网络视频教学发展的困境提出一些切实可行的解决方法。

#### 1 由MOOCs迅速降温引发的思考

北京大学前校长周其凤曾说过:“希望世界上任何一个角落都有人在学习北京大学的课程,拿到北京大学的证书,这是我的一个梦想。”这个梦想不仅仅是一个人的,也是所有怀揣北大情节的人的梦想;从更大的层面看,无差别地接受知名学府的高等教育是我们每个人的梦想。而MOOCs本意所代表的大规模在线开放课程正为这个梦想的实现提供了一个绝好的契机。而现实中“一个名为Amol Bhavne的印度男孩通过互联网在edX上学习麻省理工学院(MIT)的《电路与电子》课程,并通过考试,其所得学分名列前3%,因此被MIT录取”<sup>[3]</sup>的普通人逆袭成功的案例更加鼓舞人心,所以自2008年MOOCs问世,立即形成热潮,而2012年更是被誉为“MOOCs之年”。但随后的2013年,Keith Devlin在《赫芬顿邮报》上提及MOOCs的供应商Udacity与

<sup>\*</sup> 基金项目:辽宁省教育科学十三五规划课题[No.JG17DB174]

<sup>\*</sup> 通讯作者:lidonghuix@sina.com

加州签署的MOOCs开发协议因其较低的课程通过率而被废止。《波士顿评论》上更是刊出哈佛大学哲学系教授们发表的一封致同学校明星教授Michael Sandel的公开信,解释他们为什么拒绝支持使用Michael的MOOCs课程《正义论》<sup>[3]</sup>。可见,2013年开始频频遭遇失败和质疑的MOOCs显出降温的迹象。一个广受关注的新型教育模式在短短几年内经历了“过山车”般的发展历程,不仅使人们开始理性的思考其本质,究竟MOOCs是一场教育模式的重大改革还是一场被过分夸大的网络泡沫,其自身发展逐渐走入瓶颈的根源究竟在哪里?

## 2 微课的“中国热”

2008年,美国圣胡安学院的David Penrose综合了众多短小课程设计思想,正式提出了Micro-lecture的理念,即微课。顾名思义,微课即指微小的课,具有时间短,内容小的特点。在网络发达的今天,每个人手中的智能终端设备都能成为微课学习的工具;每个休息、候车和乘车的间隙都可以用来学习微小知识单元。因此,具有可移动、碎片化学习理念的微课得以广泛传播。微课在我国兴起始于2010年11月广东佛山市教育局启动的首届中小学新课程“优秀微课”的比赛。教育部教育管理中心于2012年9月举办的第四届全国中小学“教学中的互联网应用”优秀教学案例评选活动设置了微型教学视频课例评选指标,一年内竟征集到12万教学案例<sup>[4]</sup>。随后,2013年5月至7月,中国教育技术学会等联合举办了“2013全国微课大赛”,参赛人员竟然过万。由于权威组织机构的介入,各类大赛作为推手,微课在我国已经不仅仅是教育模式的改变,而是与评奖、评优和晋级等因素挂钩,不难理解为什么微课会如此“中国热”。有人推崇,自然就会有人质疑,而出身网络微视频的微课确有一些局限亟待解决,例如:“微”确保了学习者在自身忍耐度到达极限前顺利完成学习,但也导致知识点过于零碎,不利于完整的掌握某门知识或技术;“微”要求视频精致、紧凑,因此视频录制者不得不对每段教学活动进行精致设计,同时拍摄、录音和后期剪辑的质量也要求相对提高,因此单打独斗很难制作出高质量的微课视频。因上述困难,一般教师只有在参赛评奖时才会录制个人微课,导致微课的重点集中在教师个人能力和风采的展现,而非定位于满足学生学习需求。由此可见,“微课是否符合实际需要,是否具有教育价值和应用前景?”这是我国微课发展所需要慎重考虑的问题,也是决定微课热究竟是暂时炒作的结果,还是能长远发展的关键所在。

## 3 回归本源,破解“网络视频教学”发展困境

我们处在一个拥有众多名号的时代:信息时代、网络时代、数字时代、创新时代、创意时代、微时代等等<sup>[2]</sup>。仔细分析,会发现无论名字如何改变,这个时代都与数字网络紧密相关,这是这个大时代最显著的特征之一。而这样的时代所孕育的教学模式(例如以MOOCs和微课为代表的网络视频教学模式),自然也是数字式的,讲求标新立异、注重效率、侧重结果,不断挑战着我们所熟知的传统教育模式。但是,这种挑战并不是对传统的彻底否定,我们应该清醒地认识到无论教育模式如何变化,其本质是无差别的,改变的只是手段。而且,无论哪一种教学模式都不是万能的,总要相互融合,相互促进,才能共同发展。

**3.1 认清本质 归于实践** 关于MOOCs和微课定义的争论有很多,至今仍莫衷一是。百家争鸣在学术研究上是好事,但有许多研究人员却不断将其高大化,忽略了MOOCs和微课皆来源于一线教师的实践创造和教学需要,进而引起许多教师的反感和抵触<sup>[5]</sup>。剥开外界赋予的华丽外衣,MOOCs和微课最初的目的只是希望有意愿接受教育的人能够不受时空限制进行有效地学习<sup>[6]</sup>,或通过视频的方式辅助课堂学习,或建立更多的、更加有效的学习方式,因此只有在制作过程中摒弃评奖参赛等外界因素干扰,立足于“面向学习者”的理念,尊重一线教师多年的教学经验,网络视频才能真正地扎根到教学中去。

**3.2 机构适当介入 统筹管理网络资源** 胡铁生曾通过选取首届全国高校微课教学比赛的作品作为研究对象,考察了参赛教师选择的微课内容:以教学重点、难点及某个教学环节、活动或进程作为参赛内容的比例分别为64.9%和66.98%;按教材章节、课程标准或教学大纲作为参赛内容的比例仅为20.11%和31.69%,说明参赛教师在选择内容时知识点偏向零散化<sup>[7]</sup>。虽然此项研究的针对面相对狭窄,但也反映出网络上微课制作各自为战、资源重复建设,进而导致一面是资源浪费而另一面是知识点覆盖面不足的怪现象。相对于微课的乱象,MOOCs则更为正规,例如MIT推出的著名的《电路与电子学》课程,就是完整的课程形态;2013年,我国的北京大学也在edX平台推出了4门完整课程。分析MOOCs能够实现网络资源相对合理建设的原因无外乎成熟机构的合理运作和完整课程的在线学习目标。而微课设立之初即为了支持碎片化学习和翻转课堂,所以很难完整地呈现整门课程,但仍可以通过新机构介入,或进一步加大原有平台(诸如可汗学院)建设,加大对微课网络资源整合的力度,实现化零为整。如





建立树状索引平台,按教学章节安排视频顺序或知识点难易推进式排列同一门课程的不同微课视频,对于同一知识点的微课视频建立相互关联,同时建立讲师个人档案及与所讲授微课的链接,建立点击率排行榜并支持使用者评价,甚至支持打分。在这样的网络平台下,学习者不仅可以自由选择目标知识点进行学习,而且可以根据个人爱好快速查找授课老师,甚至根据索引找出相关知识点,不断深化学习;而微课制作者可根据平台反馈不断提高自身素质,同时可以根据网络负载量较少的知识点制订微课制作计划,避免重复或露秃的现象。此外,网络教学平台的建立可以为学习者及时提供各国资源,有利于多文化的交流和融合,同时避免了学习者在学习过程中遭遇到语言障碍。例如:edX平台支持的北京大学全球共享课程为中国的网络学习者提供了极大的便利。

**3.3 注重与传统大学教育接轨 加强网络互动** 学习是一个漫长的过程,因此缺乏监管和互动的网络视频教学可能导致学习效果低下,完成率低。对于这些问题,需要客观地分析,不能一味否定。例如:参与网络视频学习的人并不全是真正学习者,一部分人的参与原因是出于对新兴事物的好奇或者希望能够一睹平时无法接触到的某些明星教授的风采等各种非学习因素,对于这样的参与者所导致的低完成率,我们不必过于纠结。而对于真正的学习者,网络教学平台支持机构一方面应建立完整的课程体系和索引支持以减少学习者在学习过程中可能会遇到的技术困难和选择障碍;另一方面应加强与传统大学的联系,承认网络自学者学习成果,最终实现将网络自学者自修课程作为申请大学教育的重要参考或者能够由相关课程提供的大学考察后直接颁发课程结业证书,以激励其学习的积极性。此外,研究中发现网络上的个人活动常因没有互动、认知感缺乏而终止,这也是网络教学课程完成率的重要原因。因此,支持平台应提供强大的后期服务。例如:通过建立社区、细化板块、雇佣网络助教等方法建立网络学习者的虚拟人际网,消除网络学习所带来的孤军奋战的失落感,增强其在学习过程中的被认同感,并确保大多数人在网络学习过程中所遭遇的困难能够得以快速解决。

**3.4 理性面对热潮 善于利用网络资源** 对于新的事物,人们总是抱有极大的期望和热情,这使得以微课和MOOCs为代表的网络视频教学一出现即掀起热潮。同时,因为过高的期望而导致微课和MOOCs在执行过程中出现一些问题后即讨伐声一片。我们应该清醒地认

识到网络视频教学丰富了教学手段,在特定的时代下有其独特的优越性,但它也不是万能的,因此应善加利用。例如:好的视频作为教学资源在课堂教学中使用,如使用恰当,则可以调节课堂气氛,开阔学生眼界,提高学习效率。相反,如无节制使用视频教学,活生生的老师反而被忽略,成了摆设,一方面导致一线教师感情失落,教学积极性降低;另一方面阻碍了老师和学生面对面的交流,课堂成了学生和屏幕的僵硬对峙。由于比赛评优的推动和某些硬性规定,上述课堂中视频使用过度现象在我国尤为突出。而根据分析发现,许多教师反感使用网络视频丰富教学手段的原因之一是担心自身在课堂的主导地位被某些明星教授所取代,自身的特色被完全否定,授课节奏被打乱。面对这种情况,一线教师应跟进潮流,借鉴视频教学中更好的教学方法和手段,与自身的特色相融合,不断自我提高<sup>[9]</sup>。须知,网络视频不仅是学生们学习的工具,也是同行间相互借鉴,共同提高的好帮手。而且,一线教师也应该认识到网络视频只是丰富了我们的教学手段,真正掌控课堂节奏、气氛的还是教师本人,只有面对面的教学才能做到对学生进行引导和针对不同学生的特点进行灵活多样的教学活动。此外,网络视频在诸如翻转课堂等辅助教学模式中的使用也要考虑到我国实际国情。现阶段的应试教育模式下,我国大多数地区的学生可用于学习的时间都被学校占据,在这种情况下过于强调看视频,无异于负担,既无乐趣可言,在学习效果的提高上也不明显。

任何教育模式的改变都如一个长期的旅程,以MOOCs和微课为代表的新兴教育模式在其旅途中总会遭遇起起落落。我们应当赞许其优点,将其视作获得新型教育的机会和推动传统教育发展的动力;我们更应在实践中不断改进其不足,并将其视作新事物发展所必须经历的曲折。

#### 参考文献

- [1]朱庆峰.我国高等教育“慕课”发展的困境及理路选择[J].教育发展研究,2014(23):73-77.
- [2]郑小军,张霞.微课的六点质疑和回应[J].现代远程教育研究,2014(2):48-54.
- [3]吴万伟.“慕课热”的冷思考[J].复旦教育论坛,2014(12):10-17.
- [4]孟祥增,刘瑞梅,王广新.微课设计与制作的理论与实践[J].远程教育杂志,2014(6):24-33.
- [5]王竹立.微课勿重走“课内整合”老路-对微课应用的再思考[J].远程教育杂志,2014(5):34-40.
- [6]李海燕.慕课时代下中国现当代文学课程的教学研究与改革[J].南昌师范学院学报(社会科学),2017(38):104-108.
- [7]胡铁生,周晓清.高校微课建设的现状分析与对策研究[J].现代教育技术,2014(24):5-13.
- [8]彭文奉.“慕课”模式下大学教师角色的重新定位[J].教育界:高等教育研究,2017(1):134-135.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孙挺 收稿日期:2017-11-28)

## 基于卓越医生本科培养※

## ——中医诊断学四诊技能实训课程建设与实践改革探讨

张 锁 师建平\* 吴 扬

(内蒙古医科大学中医学院, 内蒙古 呼和浩特 010010)

**摘要:** 贯彻落实教育规划纲要和医药卫生体制改革意见, 旨在整体推进中医学教育改革, 培养合格的中医临床医生, 以适应我国卫生事业发展和医疗卫生体制改革的需要。卓越医生培养计划旨在培养一批“专业精, 素质硬, 用的上”的高水平中医临床应用型人才。中医诊断学作为结合理论与临床的桥梁学科, 其中望、闻、问、切四种诊法是收集病情资料的关键。如何在卓越医生培养模式下, 改革创新教学方法, 加强临床四诊技能培训, 全面提升中医卓越医生的四诊技能水平, 还需不断探索。

**关键词:** 卓越医生; 四诊技能; 课程建设; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.020

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0044-02

## Based on the Undergraduate Training of Distinguished Doctors

## --Discussion on the Construction and Practice Reform of the Practical Training Course of the Four Diagnostics Skills of Traditional Chinese Medicine

ZHANG Suo, SHI Jianping, WU Yang

(Department of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010010, China)

**Abstract:** The plan for education and health system reform was implemented to promote the overall reform of TCM education, training of qualified doctors, in order to adapt to the needs of China's development of health service and health care system reform. The excellent doctor training program aims to train a group of high-level clinical talents of Chinese medicine with "professional skills, hard quality and good use". Traditional Chinese medicine diagnostics is a bridge subject combining theory with clinic, among which four methods are the key to collect disease information. How in the outstanding doctor training mode, reform teaching method, strengthens the clinical skills training to enhance the Chinese excellent doctor diagnostic skills. We still need to continuously explore.

**Keywords:** excellent doctor; four diagnostics skills; curriculum construction; talent training

中医诊断学作为联结理论与临床的一门桥梁学科, 是诊察、辨别病情的一门学科, 它是中医各学科的基础, 旨在培养学生的中医四诊技能和辨证思维能力, 是中医学生学习过程中不可缺少的重点科目。如何收集、整理、分析病情资料, 最终得出诊断辨证结论是学习中医过程中的关键所在。四诊是指望、闻、问、切四种诊察疾病的方法, 内容零散繁多、实际操作较难规范。在修订的“十二五”新一轮人才培养方案时, 将中医学中具有传统中医特色的四诊技能从每门临床课程中剥离, 设置独立课程, 开展技能实训教学。由于国家实施卓越中医人才教育培养计划, 旨在深化五年制中医学专业人才培养模式的改革与创新, 教育部、国家中医药管理局发布《关于批准卓越医生(中医)教育培养计划改革试点高校的通知》(教高函[2015]3号), 我校入选“卓越医生(中医)教育培养计划改革”试点高校, 承担“中医学五年制本科人才培养模式改革”试点项目。

## 1 中医专业卓越医生的培养目标

贯彻落实教育规划纲要和医药卫生体制改革意见,

强化医学人才是卫生事业发展第一资源的理念, 旨在整体推进临床医学教育改革, 培养合格的临床医生, 以适应我国卫生事业发展和医疗卫生体制改革的需要<sup>[1]</sup>。从我国国情出发, 借鉴有益经验, 着眼当前突出问题, 为加快推进中医学人才培养综合改革工作, 做好中医学专业院校教育与住院医师规范化培训的有效衔接, 改革人才培养模式, 创新体制机制, 以试点高校的改革为重点, 力争取得突破, 促进中医教育更好服务于中医药事业发展需要, 教育部、国家中医药管理局共同组织实施了卓越医生(中医)教育培养计划。旨在培养一批“专业精, 素质硬, 用的上”的高水平应用型人才。我校作为改革试点, 从2015级开始, 启动了卓越医生教育培养计划, 设立了中医学专业卓越班, 实施了教学方法及模式的改革。

## 2 中医四诊技能实训改革的必要性

四诊技能是每一名中医学生应具备的专业素质, 卓越医生更需要具备过硬的基本功。培养具有良好职业素养、较强实践操作能力、能够独立进行诊断治疗、富有创新精神的医学人才, 是高等医学院校教学工作的重要目标<sup>[2]</sup>。由于招生规模的扩大, 医学生在本科学习阶段缺乏临床机会, 并且由于近些年医患关系的紧张, 学生的实践机会更是少之又少, 导致医学生动手操作能力不强, 使传统的以患者为中心的临床实践教学

※ 基金项目: 内蒙古医科大学人才团队建设项目【No. NYTD-2017009】

\* 通讯作者: sjp4321@126.com





学模式面临着巨大挑战,学生四诊技能和中医诊断学教学质量的下降,直接影响了医学生临床技能,所以对四诊技能实训教学的改革势在必行。

### 3 卓越医生中医四诊实训带教改革思路

“务实中医理论基础,强化中医临床思维,注重理论联系实际”学应以理论与实践并重,集理论强化与规范操作于一体。要求推动高等医学院校更新教育教学观念,强化学生基础理论的掌握;加强医教结合,强化技能实践教学环节,改革教学模式,创新培养方法,实现早临床、多临床、反复临床,培养中医学生解决临床实际问题的能力<sup>[3]</sup>。

**3.1 加强中医经典理论知识学习——温故知新** 中医基础理论中阴阳五行、气血津液、脏腑经络等学说,是开启中医诊断学学习的基石。除课堂教学外,应尽量多地让学生阅读中医经典古籍,将学生对基础理论的体悟进一步深化。中医理论虽然深奥复杂,但也有一定规律可循。在教学中要做到让学生领悟阴阳五行、气血津液、经络脏腑的基本特点以及中医诊断学中多种辨证方法的原理,只有这样才能真正使学生理解诊断学中病因、病位、病性、病势的真正含义,才能从本质上辨清疾病发生的机理。那么进入临床实践中,对于所出现的各种病理变化都能进行合理的分析,从而明确诊断。对于现在的学生而言,课后复习不及时,也是导致基础薄弱的原因之一。因此要着重督促学生利用课前,课后的零碎时间进行复习,温故而知新,可以明显提高学生对中医诊断学课本内容的掌握程度并且对所学知识的理解会有更深入的认识。

**3.2 熟悉中医四诊技能操作——熟能生巧** 望、闻、问、切是中医收集病情资料的主要方法,根据得到的病情信息,作出正确的判断,所以如何让学生掌握四诊技能是诊断学教学中的重中之重。因为病证无法辨明,论治就更无从下手。学好四诊的关键是尽可能多的让学生有实际操作的机会。首先,望诊的教学主要是以临床图片为主,让学生多观察神、色、形、态的异常变化,能够更直观地掌握望诊的特点及意义。舌诊是望诊中较为重要的一部分,除理论教学外,更多的是运用教师们在多年临床中收集的典型真实患者舌象图片。由于现实中患者的舌象与教材中描述有较大差别,故以此方法能尽早让学生接触临床中的真实病例。闻诊,是在听觉及嗅觉上感知异常变化,并掌握其意义。对于问诊来说,要做到多问多想,通过观察老师在遇到不同病人时的问诊要点,总结规律,经过一段时间的训练,多数学生可以掌握问诊技巧。中医脉诊是学习过程中最难把握的诊察方法,其中精髓并不是短时间内可以领会掌握的。教学中应先以教材中各种脉象的特点为主,将基本脉象的位、数、形、势熟记于心,再以各种模拟脉象仪器加强学生对脉象的感性认识,

手摸心会,深刻体会脉象的变化。四诊技能应以熟练操作为根本,而如何运用自如,定当勤加练习,方可熟能生巧。

**3.3 提升中医辨证思维能力——审思明辨** 中医诊断的过程包括病情资料的采集、整理与分析、辨证方法的选用和得出病证等环节。除了将各种诊法综合运用以全面收集病情资料外,还必须在四诊的同时,对获得的资料进行分析思考。中医辨证是主观思维对客观存在的病证本质的认识,不仅是抽象思维,同时还存在着形象思维、灵感思维等。教学中,应在所有辨证方法讲授完毕后,让学生针对同病案运用不同的辨证方法进行辨证,以活跃学生思维并且提高其辨证的准确度。对于辨证能力的提高,临床实践是最有效的方法,卓越医生的培养模式用时较普通学生短,所以允许他们提早接触临床。只有多临床,才能提高辨证思维能力,做到审思明辨。

**3.4 投入标准化病人的应用——模拟临床** 标准化病人,简称SP,是指那些经过标准化、系统化培训后,能准确表现病人的实际临床问题的病人或正常人。经过训练,他们能准确模拟出各种疾病患者的神态动作,并且能表达出相关疾病的症状。通过模拟不同的场景,可使学生熟练应对临床上的多种情况,使学生尽可能提前接触患者,以提高他们四诊技能水平及医患沟通能力。这种方式有利于学生在课堂教学中主体地位的转变,学生积极参与,与教师和“病人”互动,由被动听课转化为主动获取知识,使医学生充分感受到理论与实践结合的效应<sup>[4]</sup>。标准化病人为医学生的成长做出了不可忽视的贡献,标准化病人是我国当前卓越医生培养中计划的一个重要载体。?我们应推动标准化病人的运用,使标准化病人更加专业,能更好的服务于医学教育,使中医诊断学教学水平及学生四诊技能得到提升。

“卓越医生培养计划”是一项长期的艰巨任务,教学改革是一个不变的主题<sup>[5]</sup>。我们需要不懈的努力、积极的探索,不断的研究来改革和创新,促使医学教育更好地服务于临床。克服一切困难,勇于创新,借鉴有益经验,充实自己。对于中医卓越医生的培养,我们任重而道远。

#### 参考文献

- [1]梁丽娜.卓越医师培养模式下临床技能培训的思考和建设[J].继续医学教育,2017,31(1):29-30.
- [2]桂庆军,游咏,尹凯,等.临床技能教学模式在医学人才培养中的应用探讨[J].西北医学教育,2013,21(3):460-461,468.
- [3]卢书明,马亮亮,李艳霞,等.案例教学联合模拟教学法在消化内科临床教学实践中的应用[J].医学理论与实践,2015,28(23):3299-3301.
- [4]袁肇凯,黄献平,简维雄.关于中医诊断学“标准化病人教学”的若干思考[J].湖南中医药大学学报,2013,33(7):100-103.
- [5]闫云辉,倪天军,刘林霞,等.基于卓越医生培养的基础医学教学改革探索[J].基础医学教育,2016,18(10):803-805.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 滨 收稿日期:2017-11-07)

# 改革实验室管理体制 促进高素质人才培养※

代妮 黄思琴\* 谭程方 张安宁

(重庆医科大学中医药学院针灸推拿教研室, 重庆 400016)

**摘要:** 列举了重庆医科大学中医实验室管理体制上的不足, 并针对性地提出改革方案。该平台传统的实验室管理体制在管理力度、实验室资源、开放程度等多方面存在问题, 由此, 提出包括加强实验室规则教育、合理分配实验室资源、建设专业实验技术队伍等一系列实验室管理改革方案, 以促进高素质人才的培养。

**关键词:** 实验室建设; 管理体制; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.021

文章编号:1672-2779(2018)-05-0046-02

## Reforming the Laboratory Management System and Promoting the Cultivation of High Quality Talents

DAI Ni, HUANG Siqin\*, TAN Chengfang, ZHANG Anning

(School of Acupuncture and Massage, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

**Abstract:** The deficiency in the management system of traditional Chinese medicine laboratory of Chongqing Medical University was enumerated, and the corresponding reform plans were put forward. The traditional laboratory management system of the platform has many problems, such as management strength, laboratory resources, opening degree and so on. Thus, in order to promote the cultivation of high quality TCM talents, a series of laboratory management reform programs, including strengthening laboratory rule education, allocating laboratory resources rationally, and constructing professional laboratory technical team were put forward.

**Keywords:** laboratory construction; management system; talents training

在现代社会高速发展的背景下, 中医类专业本科生在就业和深造方面都面临着巨大的挑战和压力, 其最重要的原因是中医类专业学生的综合素质不高, 尤其是实践和创新能力的极度缺乏。近年来, 本院始终坚持以“高素质应用型人才”<sup>[1]</sup>为培养目标来开展教学活动。作为培养学生综合能力的平台, 本中医实验室肩负着中医学、针灸推拿学等多专业学生的多学科实验教学任务, 如经络腧穴学、针灸治疗学、推拿手法学、中医骨伤科学等。目前, 本平台的实验室管理体制还存在着一些问题, 不能完全满足高素质应用型人才培养的要求。因此, 改善和规范实验室管理体制很有必要。本文将从本实验室管理制度目前存在的问题和实验室管理改革方案两方面进行阐述。

### 1 实验室管理体制存在的问题

**1.1 执行实验室管理力度不严** 本中医实验室为学生配备了满足实验课程的大多数设备、仪器。但是, 因为教师的疏忽和某些学生个人素质不高, 常常出现实验室设备、仪器损坏或丢失的现象。又因管理规章制度不严, 惩治力度不强, 事情往往不了了之。如果实验室因为经费不足或其他原因, 不能及时购置新的设备, 就会直接影响到学生的实验课程学习质量。

**1.2 实验室教学资源落后** 本中医实验室成立时间较

早, 所用实验教学资源显得相对落后。如多媒体电脑、投影仪等设备陈旧, 时常在课堂上出现卡顿、闪屏等现象; 再者, 实验相关影视资料(如DVD光盘)陈旧, 播放时画面不清晰, 字幕缺失, 偶尔还会出现刺耳的杂音, 这些都十分影响实验课堂教学质量; 此外, 影视资料大多录制于多年以前, 视频中实验所使用的器材、设施多已淘汰, 实际指导意义并不大。

**1.3 实验室分配不合理** 近年来, 本校中医类专业实施扩招, 造成有些专业或班级人数过多, 就出现了在一个实验室上课的学生人数多达四十人的紧张局面, 这样既不利于教学老师的管理, 又降低了学生的听课质量。本中医学院平台拥有六个实验教室, 对于教学完全是足够的, 但是实际工作中, 并没有根据班级人数的具体情况进行合理分配, 这样不仅白白浪费了有限的实验室资源, 还降低了实验教学质量。

**1.4 实验室开放程度不够** 尽管本实验室在前期进行的管理改革工作中都有提倡开放性实验室的应用, 但实际管理中, 对学生开放实验室的程度根本不够。本中医实验室安排的开放时间为每周工作日的8:00~18:00。这样的安排并没有考虑到学生在这些时间有其他学科课程, 而晚上、周末没有课程的情况, 所以这些开放时间往往是没有意义的。

**1.5 实验室技术人员不专业** 本中医实验室的管理工作是由教学老师来担任, 而非专业的实验技术人员。因实验课的人力和物力的组织比较复杂, 让教学老师来完成实验室管理工作, 势必会使其分心, 同时也会监

※ 基金项目: 重庆市教改项目[No.yjg143026]; 重庆医科大学校级教改项目[No.JY1420, JY160225]

\* 通讯作者: sisi71254335@126.com





管不力。没有专业实验技术人员,师生在实验教学中遇到难题如何解答?教学老师都不能全身心投入教学工作中,又如何能培养出社会需要的高素质应用型人才?这些问题都强调了建设专业的实验技术队伍的必要性。

## 2 实验室管理改革措施

针对以上提出的实验室管理制度上的不足之处,提出以下几点改革方案。

**2.1 加强实验室规则教育** 在进入实验室之前,请管理专业技术人员对师生进行实验室规则教育,包括秩序、安全、仪器使用规范等规章制度,要求接受教育率达到100%<sup>[2]</sup>。在大型仪器设备的使用上一定要严格按照说明执行。学生使用仪器需经过专业培训,在达到要求后方可使用;使用过程中应严格遵守仪器使用规范;使用后要认真做好清点、整理、检查、登记等工作;若出现故障损毁实验器材的情况,视情节轻重进行适度惩罚。通过加强实验室规则教育和惩处力度,保障实验仪器、设备的完好,提高实验设备仪器的可利用性,有利于激发学生开展自主创新实验的动力。

**2.2 创建网络教学资源共享平台** 利用现代教育信息技术,创建中医实验课程教学资源共享平台,为广大学生提供中医实验课程的教学大纲、实验指导、练习自测、参考文献、外文资料及现场教学录像等,并定期更新这些资源<sup>[3]</sup>。此外,还可以通过网络、计算机和数据库技术,将实验教学活动的开展与实验教学资源的配置有机地联系起来,使得实验教学及实验教学资源的管理更具有弹性化、过程化<sup>[4]</sup>,也对促进实验教学资源共享具有重大意义。

**2.3 合理分配实验室资源** 为了确保实验课的教学质量,每个实验室的上课人数不宜过多,以15~20人为佳。一个人能够操作的实验,最好每人单独做实验<sup>[5]</sup>,以培养学生的独立动手能力。对于其他没有占用的实验室,可以对其他专业学生开放。由中医类专业的学生组织,举办一些中医方面的知识讲座或培训活动,这样既有利于中医类专业学生将理论与实践相结合,同时也会吸引其他专业的学生了解中医文化的兴趣。

**2.4 开放性实验室的合理应用** 通过有效地开放实验室,才能鼓励学生积极主动地参与科研实验。首先,实验室要多种形式的对学生开放,包括时间、实验内容和仪器设备的开放。开放时间尽可能地安排在学生闲暇时间丰富的时段;实验课前向学生开放实验内容和仪器设备使用信息,充分调动学生参与科研的积极性,培养学生的独立科研思维。其次,借助互联网,归纳实验室所有仪器和资源,建立图文并茂的仪器库<sup>[6]</sup>,为学生的科研实验提供强有力的保障。

**2.5 实验技术队伍的建设及管理** 实验室技师必须是专业人才,要求知识、年龄结构必须满足实验技术的需求,对全实验室的仪器设备、材料物品要悉数明白,每次实验结束要清点检查。因此,引进人才时不能仅限于高学历,更应注重其综合能力。建立实验技术人员岗位责任制,完善实验教学工作的激励和考评机制,逐步形成一支高水平,教学科研能力强,熟悉实验技术,勇于创新的实验技术队伍<sup>[7]</sup>。实验室拥有专业技术团队的指导,不仅能缓解教学老师的工作压力,更能给师生创造更良好的实验环境。

## 3 结语

实施开展“高素质应用型人才”培养计划,必须重视本中医实验室在实验室管理体制上的不足,并针对性地实施实验室管理体制的改革方案,创建符合培养高素质应用人才的合格实验室。实验室管理体制的改革是一项耗时长、任务重的工作,需要学院的整体规划、实验室全体教师及管理人员的共同努力。全面实现实验室管理体制的改革,为师生创建一个良好的实验环境,促进实验教学活动的开展,培养更多更优秀的符合社会标准的高素质中医人才。

## 参考文献

- [1]刘晓秋,潘英妮,高慧媛,等.中药制药专业高素质应用型人才培养模式研究[J].药学教育,2017(5):11-13,27.
- [2]曲怡,王建波,张立德.培养新型中医实验型人才[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(17):99-100,133.
- [3]吴淑艳,孙海英,宋辰斐,等.新课程改革下的中医儿科学教学设计与实施[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(17):98-99.
- [4]王娟,刘畅,牛晓.实验教学及资源信息化管理平台的研究与实现[J].实验室研究与探索,2012,31(3):201-204.
- [5]许林薇,陈一江.论中医实验室的管理[J].浙江中医学院学报,1998(1):41.
- [6]黄思琴,唐成林.西医院校培养中医创新人才存在的问题和对策[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(3):42-44.
- [7]陈洁,罗华丽.中医实验室实验课程体系建设的探索与实践[J].重庆医学,2012,41(24):2554-2555.

(本文编辑:李海燕 本文校对:唐成林 收稿日期:2017-12-14)

## 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

# 结合电子病历指导规培医师中医内科病历书写的体会<sup>※</sup>

唐璐 高颖\*

(北京中医药大学东直门医院脑病科, 北京 100700)

**摘要:**住院医师规范化培训是医学生毕业后教育的重要组成部分, 占据了医学终生教育承前启后的重要地位。病历书写是规培医师的日常工作之一, 一份病历质量的高低, 不仅体现规培医师的医学基础理论水平, 更能反映出其对专业知识的认识和应用能力。加强对规培医师的书写指导, 既可以加深对疾病的认识和理解, 又可以培养临床思维能力, 从而提高住院医师规范化培训的效果。我们在临床带教过程中, 应及时发现他们在病历书写过程中存在的问题并予以详细指导, 不断提高其书写能力, 从而促进其更好地掌握专科知识。

**关键词:** 中医内科; 住院医师; 规范化培训; 电子病历; 病历规范

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.022

文章编号:1672-2779(2018)-05-0048-04

## Experience of Guidance on Medical Record Writing in Standardized Training for Physicians in Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine in Combination with Electronic Medical Records

TANG Lu,\* GAO Ying

(Encephalopathy Department, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

**Abstract:** Standardized training for resident physicians is an important component of postgraduate education for medical students, which plays an important transitional role in lifelong medical education. Medical record writing is a daily routine for physicians receiving standardized training. The quality of a medical record is reflective of both the physician's academic attainment and his/her understanding of and ability to apply the professional knowledge. Strengthening guidance on medical record writing for physicians receiving standardized training is therefore favorable for deepening their understanding of the disease and developing their clinical thinking ability, thus improving the effect of standardized training for resident physicians. In the practice of clinical teaching, it is desirable to timely identify any problems in medical record writing and provide detailed instructions, in an effort to constantly improve the physicians' writing ability, allowing them to better acquire the specialized knowledge.

**Keywords:** internal medicine of traditional Chinese medicine; resident physician; standardized training; electronic medical record; medical record standard

随着医院信息化, 数据化建设的快速发展, 中医临床电子病历系统得到广泛应用。病案的书写和质量控制<sup>[1]</sup>在新的模式下得到改善, 不仅提高了工作效率, 实现了书写更加便捷、病历内容更加规范、记录项更加完整、病历质量可以动态监控等, 也为一些科研病例的数据检索提供了权威的结构化管理平台<sup>[2-3]</sup>。病历是具有法律效力的医疗文书, 我们在享受电子病历给工作带来便捷的同时, 应充分地认识到这种模式下病案质量所存在的缺陷, 这种缺陷有可能带来更大的医疗风险, 甚至为医患纠纷埋下严重隐患<sup>[4]</sup>。作为带教老师, 我们有义务向各位规培医师强调了解有关当前法律、法规、行业标准、医保政策、商保规定等的重要性<sup>[5-6]</sup>。笔者在临床一线工作多年, 发现在病历书写中存在很多错误, 有些甚至已经“约定俗成”, 成为默许的“书写标准”, 刚刚步入临床的规培医师常常模仿这些病历, 不假思索的接受并应用这些错误书写, 使我们的病历内涵和病案质量大打折扣, 因此常听到许多老专家呼吁“恢复手写病历”以提高病案书写质量。现笔者结合电子病历模式浅谈几点自己指导规培医师病历

书写的体会, 并将发现的中医住院病历书写中常见的问题简要分析总结。

### 1 入院记录

**1.1 主诉** 主诉是指促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间<sup>[7]</sup>。主诉需要通过详细的问诊、病史采集后精确地提炼出来, 尽可能用患者自己描述的语言, 用词规范严谨, 不用诊断用语, 这个要求看似简单, 实际是很高的。好的主诉不仅能反映患者本次住院最主要的病症或需求, 还可正确决定现病史、既往史的书写布局和入院诊断的排序。但有时规培医师书写的病历主诉却不能真实客观地反映病情。

例如, 笔者曾收治一位老年女性患者, 职业是街头理发师, 发病时正在给顾客理发, 自己主诉的症状是“我的眼睛突然看不清东西了”, 病房负责接诊的规培医师将该患者的主诉概括为“双眼视物模糊1天”, 这显然是不正确的, 通过详细采集病史得知, 该患者描述的“眼睛突然看不清东西”其实是她理发时突然发现顾客有一部分头发看不见了, “右边就像有东西遮住了一样, 边上还有一些模模糊糊的黑影子”, 这实际是视野缺损的症状表现, 入院当天经头颅核磁检查亦证实责任病灶位于左侧枕叶。应注意, 我们学习神经系统查体时都看过教科书上的“视野缺损示意图”,

※ 基金项目: 教育部人才培养共建项目 [No.2014JX122]

\* 通讯作者: gaoying973@126.com





但实际临床工作中遇到的患者受病灶位置、大小的影响双眼出现视野缺损的范围常常并不是对称的,不像示意图上画的那么标准。

另外需要提醒大家的是,在工作中遇到的患者文化水平、受教育程度各不相同,有些患者难以用准确的语言描述自己的症状,需要接诊医生运用专业知识设计问题问诊才能得知,采集病史的过程既不能让患者像流水账一样滔滔不绝地说,又切忌医生主观臆断,以免误诊、漏诊。

**1.2 现病史** 现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况,应当按时间顺序书写。在临床实际中,有些规培医师现病史书写过于简单,无法体现疾病的发生、演变及诊疗过程。疾病的院外诊疗情况常以“具体检查不详”、“具体用药不详”来概括,即便在同一医院反复多次住院的患者,也没有详细描述其诊疗过程。入院记录的现病史部分应当围绕主诉详尽描述,体现病情发展与演变的过程,对患者提供的阳性症状、体征,症状持续时间,诱发缓解因素等均应着重叙述,对具有鉴别意义的阴性症状也必须明确记录,因为这关系到鉴别诊断的思路。有些规培医师书写现病史不能体现疾病演变及诊疗过程的主要原因,是在接诊时病史采集不全;或者对该疾病已经形成思维定势,不太重视该病既往的演变及治疗过程;另一方面还有可能因为接诊医师本身对该疾病缺乏系统认识,无法针对患者本次就诊疾病这一条主线详细询问病史。

例如,一位确诊为“多发性硬化”8年余的患者由安徽来京就诊,她的首发症状是双下肢的麻木、疼痛感,由于患者是夏季在稻田中务农劳作后出现的症状,辗转就诊过多家医疗机构的多个科室均未能改善症状,直至出现双下肢活动障碍后就诊于神经内科完善影像学检查、脑脊液检查等最终确诊。8年来她的症状多次复发-缓解,病灶位于颅内、颈髓、胸髓等多个部位、多个节段,接受过多次激素冲击治疗、免疫治疗等,在询问现病史时对患者每次发病的临床表现,理化检查,用药情况,症状改善情况等均应详细记录。对于这样一位病史较长的疑难病患者,其现病史采集固然有难度,对专业知识的要求相对较高,如果接诊的规培医师对中枢神经系统脱髓鞘疾病缺乏系统认识,恐怕是难以完成的。

**1.3 刻下症** 刻下症,是患者就诊时所感到的痛苦和不适,在《中医病历书写基本规范(2010)》<sup>[7]</sup>中称之为“发病以来一般情况”。刻下症所记录的症状是中医辨证的主要依据,是中医医案中的最主要的部分,张景岳的《十问歌》正是症状的纲目。好的中医病案所记录的刻诊症状,应包括该症状的所有特点,如部位、性质、程度、缓解或加剧因素等,采用最具中医特色

的语言形容,这部分内容是“中医辨病辨证分析”的依据<sup>[8]</sup>。

例如,“头痛夜甚”,“头重如裹”,“耳鸣如蝉”等,这些具有中医特色的症状语言却仅见于教材或名家医案当中,我们的中医住院病历中的刻下症通常只有头痛、头晕、耳鸣、心悸等这样的简单记录,与西医的症状并无两异。笔者在批阅病历时曾看到,有些病情较重或吞咽功能障碍的患者因无法自主进食而留置鼻胃食管,需鼻饲营养液、膳食匀浆,对于这样的患者如果在刻下症记录“纳可、纳食如常”显然是不合适的。

中医思维是写好刻下症的前提,我们的许多规培医师在病历书写中过于西医化,流于形式,失去了中医应有的特色。建议各位年轻临床中医医生多读名家医案,心有中医情怀,对提高病历的中医内涵大有裨益。

**1.4 既往史** 详细记录既往史有助于寻找患者的起病诱因、危险因素等,有着不可忽视的作用。例如,脑血管疾病的患者通常具有高血压、高脂血症、糖尿病等基础病史,其日常用药(具体药名,服用量,西药以mg、g等记录,不能写某片、某粒等)、疾病控制(血压水平,餐前、餐后血糖水平等)情况均与发病具有相关性。

值得注意的是,在实际工作中,我们会遇到一些多年未曾体检、平素未曾用药的老年患者,家属也称“身体很棒,能吃能喝”,对其过去健康状况如果简单记录“既往体健”可能会带来一些潜在的纠纷、风险。

**1.5 其他** 包括过敏史、个人史、婚育史、月经史、家族史,药物、食物过敏史应记录过敏物名称、过敏反应;职业及工作条件对尘肺、矽肺等疾病的诊断具有特殊意义;颅内寄生虫感染的患者多数去过疫区;神经梅毒患者具有冶游史等;平素有大量抽烟、饮酒、油腻饮食习惯的患者具备更充分的心脑血管病危险因素等。

规培医师最容易出现的问题是将这部分简单的内容书写得千篇一律,不能体现中医思维“因人制宜”的特点,在后面要谈到的首次病程记录“中医辨病辨证分析”部分,许多规培医师常惯用“平素嗜食肥甘厚味”这样的词句,但通读其病历全文竟无一处记录过患者平素的饮食习惯,这样的疏漏虽称不上错误,却显得思维不够严谨。另外,如果西医基本功不扎实,也会出现许多致病因素记录不详细的问题,应予以重视。

**1.6 体格检查** 我院现有的电子病历模板将各内科疾病的体格检查分为一般查体和专科查体两部分,通过模块录入方式完成一份入院查体的书写较以往手写病历确实便捷、高效。但它的弊端在于滋生了一些规培医师的懒惰,仅仅为了完成病历而写病历,导致临床查体基本功严重退化。

周庆等<sup>[9]</sup>的研究发现,就体格检查技能而言,电子病历书写组有高达29.8%的实习医师所书写病历的头颈、胸、腹、四肢及神经系统检查缺项,需写专科情况的病历缺专科情况或记录有缺陷。电子病历模板化的体格检查,使实习医师只关注疾病相关的重要体征,忽视全面、系统的体格检查,临床查体基本功减弱<sup>[10]</sup>,体格检查缺项还与低年资临床医生过于依赖辅助设备检查的不良习惯有关<sup>[11]</sup>。另一方面,现有的电子病历在查体模板的设计上确实存在问题,特别是各专科疾病,需要临床医师在工作过程中与信息部门及时沟通修改。

笔者认为应要求规培医师在轮转周期内必须完成一定数量的手写病历,并组织考核小组对其完成的手写病历进行评阅,反馈至相关科室带教老师进行有针对性地整改。

**1.7 四诊摘要** 四诊信息的采集与记录最能考验规培医师的中医基本功,卫生管理部门也期望通过记录四诊信息体现中医内涵的独特之处。但实际更多见到的是规培医师们在这部分只记录了为满足辨证需求的典型舌诊、脉诊,或复制粘贴刻下症,更有甚者直接照搬西医内容。笔者认为造成这个问题的主要原因还是普遍存在的中医西化,另外中医诊断学的教学与临床实际应用的脱节现象也是导致上述情况的主要原因<sup>[12]</sup>。

## 2 首次病程记录

首次病程记录各项内容的及时完成和书写质量,能体现医师的工作作风、执业医德和基本理论技能是否扎实<sup>[13]</sup>,要求在患者入院8小时内完成<sup>[14]</sup>,实际工作中我们要求规培医师在1~2小时内完成从接诊患者到写出首次病程记录的过程。这是临床思维和诊疗思维的第一阶段,此阶段医生的主要任务是通过简短、有限的病史询问和快速、有限的体格检查了解到最主要的病史和最主要的体征,建立起“初步诊断”(即第一诊断),对病情的轻重缓急做出初步评估,在此基础上开出处理医嘱<sup>[15]</sup>。但许多规培医师的工作习惯是先完成入院记录再完成首次病程记录,这样会带来许多问题。

**2.1 病例特点** 病例特点是搜集以患者的病史、体格检查、实验检查资料的阳性及重要的阴性发现,用条款形式逐条书写列出,是病历的精华。但据许多学者的研究资料显示<sup>[16-19]</sup>,病例特点缺陷在首次病程记录缺陷问题中顺位排序第一。主要表现为临床医师对患者资料未进行概括归纳,而是复制粘贴入院记录的现病史和刻下症;或有些病例特点太过简单,不能突出疾病的个性特点。每个患者的病例特点都是具体的、各不相同的,在此难以逐一举例说明。这部分内容是规培医师病历书写的难点之一,需要我们临床带教老师重视病例讨论制度和床旁带教时的个性化讲解,帮助规培医师建立有助于分析问题的临床思维和诊疗思维。

**2.2 中医辨病辨证分析** 中医辨病辨证分析综合了四诊

信息,贯穿了因时、因地、因人综合考虑分析的诊断思维过程,具有整体、动态和个体的特点。但在临床中医病历中,同一西医病种的中医辨病辨证分析往往千篇一律,甚至完全雷同,这几乎成为中医院首次病程记录具有共性的一项内涵缺陷<sup>[8,17-18]</sup>。

以中风病为例,笔者曾看到这样的病历书写:患者以“右侧肢体无力1天”入院,属中医“中风病-中经络”的范畴,该患者老年男性,年逾六旬,平素嗜食肥甘厚味,既往高血压、糖尿病、高脂血症病史,舌体胖大,舌质黯淡,舌苔白厚腻,脉弦滑,舌底脉络青紫,辨证属“痰瘀阻络”,预后不良。这段文字以西医病名作为局限的病因,无病机分析,无证候演变过程,辨证不结合患者舌脉、四诊信息等个体特征推导中医辨证分型,造成病历无针对性,无病情转归和预后分析,辨证资料不完整,无病情标本缓急分析,毫无辨病辨证的逻辑思维可言。

**2.3 中医鉴别诊断** 在书写中医鉴别诊断时,许多规培医师会借鉴《中医内科学》教材,导致这部分内容存在普遍的照抄书本、生搬硬套,失去了“鉴别诊断”的实际意义。笔者认为,规培医师们将中西医疾病混淆,过度依赖参考资料,不注重辨证逻辑思维的培养,不能独立进行中医辨病辨证分析,依赖西医疾病将中医诊断对号入座是造成这个问题的主要原因。

仍以中风病为例,以是否存在“神志昏迷”为要点,将中风病分为“中经络”与“中脏腑”进行鉴别,或对以肢体活动障碍为主要表现的患者,将“中风”与“痿证”进行鉴别,这几乎成了规培医师的一种书写惯例。并不是所有的脑血管病都与“中风病”相对应,鉴别诊断的依据是临床症状,不是某种思维定势。

**2.4 西医诊断依据** 西医诊断依据存在缺陷的主要问题是患者的发病过程记流水账,没有重点,不能体现诊断要点<sup>[8]</sup>,甚至过度依赖辅助检查资料,将理化检查结果作为所有疾病诊断的金标准。值得一提的是,对于笔者所从事的神经内科专业病历而言,还要求写出疾病的定位定性分析,这是规培医师普遍反映的又一个难点,也是神经内科病历的灵魂,需要长期的临床基本功训练。

**2.5 西医鉴别诊断** 这部分存在的缺陷主要是不能结合患者情况选择有意义的鉴别诊断。想要写好鉴别诊断,应选择与所患疾病有共同点的疾病,或与所患疾病有共同点且发病部位相邻的疾病进行鉴别;此外,还可根据现病史中重要的阴性症状、体格检查中的阴性体征进行鉴别。病历书写是一个环环相扣的过程,如果在搜集现病史时没有考虑到鉴别诊断的思路,会缺失许多阴性症状、体征的记录,想要写出一份高质量的病历自然是不可能的。

**2.6 诊疗计划** 诊疗计划是病历书写的落脚点,也是首次病程记录中存在缺陷较突出的一项内容。许多规培



医师书写的诊疗计划缺乏针对性,内容笼统,没有对具体疾病提出具体措施,而是以“尽快完善入院检查”“请示上级医师指导进一步治疗”等套话敷衍了事,甚至出现中医病历无中医诊疗内容,或理法方药不一致,无中医调护,针对主病主证使用中成药却无辨证内容等严重缺陷。

一份有针对性的诊疗计划,应当明确需进一步完善辅助检查的临床意义,用药情况,调护要点,对危重患者还应写出需重点关注的症状、体征变化,中医诊疗计划要求理法方药一致,包括辨证使用中药注射液、汤药和中成药,不能出现“予醒脑静注射液活血化瘀”这样不负责任的错误,另外,中医疗法的范围十分广泛,像临床广泛使用的针灸、按摩、耳穴压豆、穴位贴敷等方法也都是中医诊疗计划的内容,应当有所体现。

### 3 应对策略

**3.1 强化法制观念** 组织书写病历的规培医师学习《执业医师法》《医疗事故处理条例》《侵权责任法》《医疗机构病历管理规定》等相关法律法规<sup>[46]</sup>,聘请专业律师以典型案例讲解形式明确病案在医疗纠纷中的证据作用,增强医务人员的法律意识<sup>[20-21]</sup>,预警医疗行为。使各位规培医师以端正的态度认真对待每一份病历,既能提高书写质量,又有利于“举证责任倒置”。

**3.2 提高带教质量** 实施带教工作的相关医师应对新入科的规培医师进行培训,重点讲解共性书写缺陷,使其准确掌握书写规范,做到不缺项、杜绝原则性错误、减少共同性错误。医院临床工作任务繁重,导致科室对规培医师的带教工作存在“重使用而轻培养”,“主动性积极性调动不足”,“带教意识缺乏、培养模式不完善”的现象<sup>[2]</sup>,承担规培任务的单位和带教医师应提高责任心,以多样化的培训方式面对不同层次、不同专业的规培医师,增加其在临床工作中的参与感、归属感,明确定位,最大限度地提高自身能力。

**3.3 注重业务学习** 规培医师必须提高临床基本功,在各科室轮转时主动加强专科学习,提高业务能力。在中医院参加规范化培训的住院医师,临床思维训练包括西医、中医两方面内容,这个要求其实是很高的,如果只强调对规培单位和带教医师严格要求,参加规培的住院医师没有主观上的努力,即使科室创造了良好的学习氛围也无济于事。建议规培医师将辨证论治贯穿于病历书写的始终,加强理论学习,诵读经典,多读名家医案,将理论与临床相结合,逐步建立成熟的临床思维模式。

**3.4 严格考核制度** 出科考核作为住院医师培训质量控制的中间环节,对整个培训过程起到重要的反馈评估与监督控制作用。每逢出科前后都有大批规培医师拿着轮转考核本找带教老师签字、盖章、写评语,但多数临床科室的考核只是流于形式,放松要求,不能如

实客观地体现住院医师轮转培养的实际情况。建议改革考核机制,例如由大内科组织专家组,对规培医师的病历书写、临床思维等定期进行考核,一方面督促学习,另一方面也能检验各临床科室的真实培训效果。

**3.5 加强质控监管** 各临床科室应把质控重心放在运行病历质量监控上,发现问题及时补充和修改,以从源头上预防病案缺陷的发生;医院管理部门应重视终末病案质量检查,发现问题及时通知科室,限期整改,对逾期未整改或问题突出者,给予相应的处罚。信息部门也应及时与临床科室进行沟通,听取反馈建议,完善、优化电子病历系统的功能。

病历书写是培养规培医师临床思维能力的基本方法,提高业务水平、综合素质的重要途径。内科住院病历书写质量直接关系到整个医院医疗质量的优劣。在人们法律意识不断提高的今天,必须加强内科病历质量的管理,促进整体医疗质量的提高。

### 参考文献

- [1]中医、中西医结合病历书写指南起草小组.中医、中西医结合病历书写指南[M].北京:中国中医管理局,2005:26.
- [2]高春芳,唐晓东,罗娟.电子病历系统应用现状及前景展望[J].医疗卫生装备,2013,34(3):76-78.
- [3]宋观礼,张润顺,刘保延,等.真实世界中医临床诊疗信息数据化实施与质量控制[J].中医杂志,2015,56(3):198-201.
- [4]郝咏刚,翟英.从《侵权责任法》看对实习医师病历书写的培养[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2015,9(6):550-551.
- [5]梁锋.关于医疗纠纷中病历问题的研究与思考[J].中国继续医学教育,2016,8(21):26-27.
- [6]阎毅,徐晓娜.从医疗事故技术鉴定角度谈病历书写存在的问题[J].医学与法学,2016,8(3):38-40.
- [7]中医病历书写基本规范编写小组.中医病历书写基本规范[S].北京:科技文献出版社,2011.
- [8]张永会.中医住院病历书写常见问题与原因分析[J].世界科学技术—中医药现代化,2014,16(12):2636-2642.
- [9]周庆,唐东,吴彩霞,等.电子病历对实习医师病史采集与病历书写能力培养影响探索[J].交通医学,2014,28(2):200-204.
- [10]郑新瑞,王宏斌,张珊红,等.电子病历在学生临床实习中的作用及出现的问题探讨[J].西北医学教育,2012,20(4):834-836.
- [11]王继红,施大为,吴雅,等.住院医师体格检查技能干预及其行为改变的研究[J].中华医学教育探索杂志,2013,12(4):352-356.
- [12]张明丽,邹小娟,姜瑞.中医诊断学病历书写教学中应注意的几个问题[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(6):94-95.
- [13]魏爱英,曹燕,苏志良.3275份首次病程记录书写内容与内涵质量关系的探讨[J].中国病案,2013,14(5):27-29.
- [14]中华人民共和国卫生部.病历书写基本规范[S].卫医政发[2010]11号,2010.
- [15]王继伟.试论病历书写的四个阶段[J].医学与哲学(B),2016(10):78-81.
- [16]汪旭,汪涛.电子病历模式下中医病案质量缺陷及探究[J].中国病案,2014(2):26-27.
- [17]谢淑芸,张丽,赵欣.中医病案中医内涵质量分析与对策[J].中医药管理杂志,2015(23):13-16.
- [18]沈晨.中医规范化培训住院医师首次病程书写质量缺陷问题分析与对策[J].北京中医药,2015(11):913-915.
- [19]陶晓钦,程小维,李莹,等.214份死亡病案首次病程记录书写质量分析[J].中国病案,2016(12):13-15.
- [20]杜玉辉.病历档案在医疗纠纷中证据作用的研究[D].南宁:广西医科大学,2016.
- [21]撒兰梅,王玮.560份精神科终末病案缺陷分析及对策[J].中国病案,2015,16(4):26-28.
- [22]郭丽娅.住院医师规范化培训存在的问题与对策思考[J].北京中医药,2015(10):839-841.

(本文编辑:李海燕 本文校对:崔方圆 收稿日期:2017-12-12)

# 弘扬仲景文化 实施以文育人工程

## ——河南中医药大学的探索与实践

朱建光 李汉伟 刘保庆\*

(河南中医药大学药学院, 河南 郑州 450056)

**摘要:** 文化传承创新作为高校的一项重要职能, 在中国地方高校中具有特殊的地位。本文以校园文化建设为例, 探讨中医药高校内涵式发展, 有必要发扬仲景文化, 突出中医人才培养适应经济社会发展需要的导向, 建立中医创新人才成长的动力机制。从文化角度看, 中医药高校内涵发展的根本路径是构建起体现中医药大学本质要求的中医文化, 中医药高校校园中医文化建设是中医药高校内涵发展的必然要求, 是培养高质量中医药人才的必然要求。

**关键词:** 张仲景; 校园文化; 中医文化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.023

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0052-03

### Developing the Zhongjing Culture and Actualizing the Project of Training Students with High Qualities —The Exploration and Practice of Henan University of Traditional Chinese Medicine

ZHU Jianguang, LI Hanwei, LIU Baoqing

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

**Abstract:** As an important function of university, cultural inheritance innovation plays a special role in local university of China. The paper took construction of campus culture as example to promote the connotative development of traditional Chinese medicine education. It is necessary to highlight that carrying forward Zhongjing cultural should adapt to the needs of economic and social development, and the motive mechanism of the development of innovative talents in traditional Chinese medicine is established. From the cultural point of view, the fundamental path of the connotative development of Chinese medicine colleges and universities is to construct the traditional Chinese medicine culture which embodies the essential requirements of the University of Traditional Chinese Medicine. The construction of Chinese medicine culture on the campus is the inevitable requirement of the connotative development of Chinese medicine colleges and universities and the inevitable requirement to train high quality Chinese medicine talents.

**Keywords:** Zhang Zhongjing; campus culture; traditional Chinese medicine culture

立德树人是中国特色社会主义大学的立身之本, 而以文育人是立德树人的重要方式。多年来, 河南中医药大学秉承“厚德博学, 承古拓新”的校训精神, 认真落实“立德铸魂, 培养德术兼备的人才”的办学理念, 充分发挥文化育人载体的作用, 积极探索中医药文化(尤其是仲景文化)蕴含的育人价值, 推进以文育人工程, 搭建以文育人平台, 创新以文育人载体, 业已形成突显本土性、体现时代性、富有创新性的中医药文化育人体系。

#### 1 理论依据

大学是通过文化培养人才的; 所谓教书育人、管理育人、服务育人、环境育人, 说到底都是文化育人<sup>[1]</sup>。在 5000 多年文明发展中孕育的中华优秀传统文化, 在党和人民伟大斗争中孕育的革命文化和社会主义先进文化, 积淀着中华民族最深层的精神追求, 代表着中华民族独特的精神标识<sup>[2]</sup>。努力用中华民族创造的一切精神财富来以文化人、以文育人<sup>[3]</sup>, 是新的历史条件下, 为培育和践行社会主义核心价值观提出了新的遵循。

中医药学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验, 是中国古代科学的瑰宝, 也是打开中华文明宝库的钥匙。中医药高等院

校理应承担起传承、创新的历史重任, 把中医药这一宝贵财富继承好、发展好、利用好。尤其是在育人过程中, 要深入研究中医药文化的优秀内涵, 充分汲取中医药文化的丰富营养, 把中医药文化中的“仁、和、精、诚”精神贯穿于教书育人中, 这对于培养学生高尚的道德情操、坚定的文化自信、深厚的人文情怀、坚实的专业基础, 都具有无可替代的现实意义。

#### 2 依托背景

中医文化具有深厚的历史和文化底蕴, 是构建中医药院校校园文化精神的前提和基础。中医文化的精髓体现在其科学精神、道德精神和文化精神, 他们体现了中医文化精神的价值核心价值延伸和价值源泉。中医文化是中国传统文化在生命与健康问题上的具体体现, 它不仅继承了传统文化中的和谐基因, 而且强化了和谐观念对生命及健康的价值<sup>[4]</sup>。

河南是中医药文化的重要发源地、医圣张仲景的故里。张仲景一生“勤求古训, 博采众方”, 写出了不朽名著《伤寒杂病论》。该书开辨证论治之先河, 熔理、法、方、药于一炉, 形成了独特的中国医学思想体系, 享有“经方之祖”和“万世医宗”之誉, 对推动后世医学的发展起了巨大作用, 哺育了世代名医, 其被后人尊奉为“医圣”。他所创立的“辨证论治”原则, 成为中医学的精髓及“活的灵魂”。1993年国际权

\* 通讯作者: lbq2121@163.com





威医史研究机构——英国伦敦维尔康医史研究所，把张仲景列入二十九位世界医史伟人名单。

### 3 路径方法

多年来，学校高度重视特色校园文化建设，突出仲景文化建设在育人中的重要作用。2017年，河南中医药大学第一次党代会明确提出要“打造以仲景品牌为核心的文化高地，充分发挥中医药文化在育人中的作用”。通过顶层设计，立足中医药高等教育发展的实际，紧紧依托河南区域丰富的文化，注重弘扬仲景文化，将仲景的医德情操与学术思想贯穿于教、医、研各项工作，业已形成了“突出仲景，注重传承”的专业教育特色和中医药特色文化，造就了大批具备扎实中医药功底的高素质中医药人才，在全国业内形成了一定影响力，也为服务河南经济社会发展做出了突出贡献。

**3.1 仲景广场引立志** 杜威曾言，学校是“一种典型的环境，设置这样的环境以影响成员的智力和道德的倾向”<sup>[9]</sup>。学校大门的突出位置矗立着医圣张仲景雕像；雕像后的浮雕墙展示的是张仲景立志学医、刻苦习医、坐堂行医、著书立说等一系列事迹内容；浮雕墙背面的碑刻是书法作品——《伤寒杂病论序》，时刻提醒着广大学子要以医圣为榜样，志存高远，发奋勤勉。

**3.2 仲景展馆触灵魂** 仲景展馆以展现“仲景学术思想”诞生、流传、发展等为内容的专门展馆，目前国内唯一的一座。学生生活园区既是学生学习、生活、休息、娱乐的主要活动场所，又是反映高校校园文化建设水平的窗口，更是一块重要的育人阵地。园区文化建设既是学校德育教育的重要内容，又是环境育人，管理育人，服务育人的关键环节，包括物质文化、精神文化、制度文化<sup>[6]</sup>。“仲景馆”已成为医学生专业思想和灵魂的家园。

**3.3 仲景影视树榜样** 中医文化作为中医药院校独特的文化和教育资源，如果将其较好地开发与应用，不仅有利于巩固学生的专业思想、丰富学生的人文底蕴和促进其综合素质的提高，更有利于实现人性化、柔性化的管理，形成鲜明的园区管理特色，中医文化特色也将成为学生生活园区文化的源头活水<sup>[7]</sup>。早在1990年前后，学校赵清理教授作为学术顾问组主任，参与了《〈伤寒论〉教学片》及电影《张仲景》的编拍。

**3.4 仲景学术促思考** 狭义上的高校以文化人工作的主体应该直接界定到整个高校教师队伍身上，“教师首先要对文化进行研究，从而选择教育资料，给学生导向；在教学过程中要激活知识，引起学生的兴趣，促进学生的思考，通过内化，实现文化的转化”<sup>[8]</sup>。

学校教师已编撰完成了600万字、5卷12册的《张仲景学术研究大成》，辑录了自1914—2013年100年间公开期刊发表的1379篇论文，建立了目前国内最为完整的仲景学术研究论文目录数据库。此数据库在学生在学习、教师授课过程中起到巨大的作用；在教学过程

中激活了知识，引起学生的兴趣，促进学生的思考，实现文化的转化。

**3.5 仲景奖项激活力** 文化是新时代一种重要的文化形态，其育人功能表现在导向与辐射、教育与优化、陶冶与塑造、凝聚与激励、约束与规范、调试与慰藉等功能<sup>[9]</sup>。学校设立了仲景科技奖，该奖项用于奖励师生在仲景学术科学研究、成果转化、科研管理、实验平台及大学生课外学术实践与创业等方面取得突出成绩的个人和集体。通过该奖项的设立，起到了激发活力、引领创新等功能。

**3.6 仲景节日提素养** “化人之‘文’，并不是广泛意义上的文化概念，而是对人的价值观念形成具有积极引导、良性促进的优秀文化，是一种‘化人’的‘武器’”<sup>[10]</sup>。学校每年举办一次“仲景文化艺术节”。通过举办学术报告、“读经典拜医圣”、“仲景学术研究生论坛”、“讲好中医故事”等主题活动，提升广大师生的仲景学术和中医药文化素养。

**3.7 仲景传承助成才** “中医文化中蕴含着丰富的伦理道德观念和崇高的人格精神，极大地丰富了中国传统道德文化和中医文化的内容，其中所蕴含着大医精诚、‘天人合一’、以人为本、刚健有力、贵和尚中等方面的深邃文化精神思想”<sup>[11]</sup>。学校充分利用仲景学术资源，采取点面结合方式，结合学生个人志趣，2009年在中医学专业中开办了“仲景学术传承班”，以“四重一突出”（即重中国传统文化、重中医经典、重中医思维、重临床实践，突出仲景学术思想）为思路重构课程体系：一是重中国传统文化，引入通识教育理念，打牢传统文化根基；二是重视中医经典，尤重仲景学说的学习背诵；三是强化中医思维及基本功训练，突出临床实践，全方位落实“一主体三环节五保障一导向”的实践教学体系；四是重师承，实行“导师制”——拜名师，提高起点；拜群师，博采众长。

### 4 实施效果

学校将以文育人贯穿于教育、教学、管理、服务全过程，充分发挥文化在育人中的作用，取得了显著成效。

《河南日报》以“坚持特色立校，创新中医药人才培养模式”（2012年11月28日）为题、《中国教育报》以“探索特色中医传承教育模式”（2013年10月15日）为题、《中国中医药报》以“植根特色资源的人才培养之路”（2014年10月22日）为题，先后对我校探索以文育人的做法进行了专题报道。

站在新的历史起点上，回望昨天，放眼未来，学校的文化育人工作正在党的十九大精神指引下，坚持全员行动、干部带头，从教师做起，从新生抓起，继续深入挖掘中医传统文化蕴含的思想观念、人文精神、道德规范，结合时代要求继承创新，让中医药文化在培育社会主义建设者和接班人的使命中，展现出永久

魅力和时代风采。

#### 参考文献

- [1]袁贵仁.加强大学文化研究推进大学文化建设[J].中国大学教学,2002(10):4-5.
- [2]习近平.在庆祝中国共产党成立95周年大会上的讲话[N].人民日报,2016-07-01(2).
- [3]习近平.把培育和弘扬社会主义核心价值观作为凝魂聚气强基固本的基础工程[N].人民日报,2014-02-26(1).
- [4]王小丁,张宗明.中医文化与大学生思政教育的融合创新[J].大学教育,2012,1(12):104-105,108.
- [5]美·约翰·杜威.民本主义与教育[M].邹恩润,译.上海:商务印书馆,1936:33.
- [6]陈祯如.高校学生生活园区文化建设机制研究[J].东方企业文化,2012(4):252.
- [7]陈川.用中医文化构建校园文化精神[J].中医教育,2005,24(2):17-20.
- [8]刘献君.论文化育人[J].高等教育研究,2013(2):1-8.
- [9]杨忠,周建军.高校学生生活园区文化建设探析[J].教育研究,2010(4):364-366.
- [10]骆郁廷,陈娜.论“化人”之“文”[J].思想理论教育导刊,2016(11):120-125.
- [11]罗月琴.中医文化是中医院校校园文化的精髓[J].中医药文化,2007(1):38-40.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孙孝亚 收稿日期:2018-02-01)

## 综合医院中西医结合研究生培养及管理模式探讨

曹丽君 刘永惠\*

(西安交通大学第一附属医院中医科,陕西 西安 710061)

**摘要:** 中西医结合专业作为医学教育的一部分,为我国卫生事业培养了大批中西医结合临床专业研究生,综合医院中医科在培养和管理中西医结合研究生的工作中承担着重任,根据中西医结合专业的特点摸索总结出良好的中西医结合研究生培养及管理模式,才能培养出高素质的中西医结合临床医学人才。

**关键词:** 综合医院; 中西医结合专业; 研究生; 管理模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.024

文章编号:1672-2779(2018)-05-0054-02

### Study on Postgraduate Training and Management Model of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in General Hospital

CAO Lijun, LIU Yonghui

(Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Shaanxi Province, Xi'an 710061, China)

**Abstract:** As a part of professional medical education of traditional Chinese and Western medicine, clinical training of graduate students combined a large number of Chinese and Western medicine for health care in China. The department of traditional Chinese medicine in the general hospital is responsible for the training and management of the graduate students in the combination of Chinese and Western medicine. According to the characteristics of integrated traditional Chinese and Western medicine, we need to find a good combination of TCM and Western medicine postgraduate training and management mode, so as to cultivate high-quality clinical talents of integrated traditional Chinese and Western medicine.

**Keywords:** general hospital; integrated traditional Chinese and Western medicine specialty; graduate students; management model

中西医结合医学自20世纪50年代建立以来,在我国获得了快速发展,已经成为我国医疗卫生系统不可或缺的重要组成部分,中西医结合专业作为医学教育的一部分,为我国卫生事业培养了大批中西医结合临床专业研究生,为中西医结合事业的发展做出了贡献,因此中西医结合研究生教育也越来越受重视。西医院校的中西医结合研究生培养和管理的双重任务由学校和学校附属综合医院共同承担,中西医结合专业研究生导师主要集中于综合医院中医科,因此综合医院中医科在如何构建中西医结合临床学科,培养和管理中西医结合研究生的工作中承担着重任。如何根据中西医结合专业的特点,摸索总结出良好的中西医结合研究生培养及管理模式,使之适应当今医学的发展,是我们工作中的一项重要课题,下面结合我院及我科的实际情况进行一些探讨和总结。

#### 1 严把招生关

目前西医院校招收中西医结合研究生,由于对生源要求界定不清,招收考核不够严格,招收规模一再扩大,因而出现了整体水平参差不齐的情况。一部分学生入学后,学习的积极性、主动性不高,求知欲望不强,甚至存在少数只为文凭、不为学识的浑水摸鱼者,迫于对人才需求的压力,而一味降低研究生的招收标准,对研究生的培养造成了一定的障碍<sup>[1]</sup>。因此在招生时必须严格把关,由于初试的理论考试为统考,对于附属综合医院中医科来说,主要在研究生复试时严格把关。我院作为西安交通大学医院部中西医结合专业主要培养基地,每年的研究生复试,科室都高度重视,成立复试小组,按照学校要求积极准备,复试时从基本理论、基本技能、英语水平、科研素质、专业兴趣等多方面综合评估参加复试的学术,提高准入门槛,优先招收211、985本科院校毕业的学生。

\* 通讯作者:40026751@qq.com



## 2 完善中西医结合研究生培养模式

目前,我校中西医结合专业招收的研究生主要来自于中医药院校的应届生,本科阶段的科研和创新思维的培养尚有不足,而研究生阶段非常注重学生科研创新能力的培养,很多学生进入研究生阶段后会陷入被动,在接触临床或开始科研时,会认识到自身基础的薄弱和能力的欠缺,这就要求我们积极完善中西医结合研究生的培养模式。而中西医结合临床医学的特点决定其研究生的培养目标既不同于中医,也不同于西医,若不能妥善安排,就会形成中医不精、西医不通的局面。因此,在确定培养目标时,需要合适的定位,分清主次,突出重点,即应当以培养临床技能高、科研能力强、创新思维活跃、品德高尚的中西医结合临床医师为目标。

为达到此目标,一是要求中西医结合研究生掌握中西医基础理论知识,熟练掌握临床诊疗技能和临床实验操作技能,注重临床工作能力的培养。二是培养研究生的科研创新能力,科研创新能力是解决临床问题、升华临床工作的重要体现,要求研究生了解医学专业领域或相关学科的前沿知识,在临床实践基础上进行总结,形成自己的新观点,并进行科研工具如医学文献检索、医学统计、医学科研设计方法等相关知识的学习。三是要注重德育培养,德为立身建业之根本,医德培育在我国几千年的医学传承教育中占有重要地位,“大医精诚”之“诚”,包括既具备精湛之医术、更需对患者有真诚、爱护之心<sup>[1]</sup>。要求研究生既要有端正的行医态度,同时还要有不断钻研、吃苦耐劳的精神,此外,还应培养良好的科研道德,要求研究生既要克服中医药相对保守的思想,还要正确处理中医药科研的开放与合作,实事求是,不弄虚作假。

## 3 分阶段做好研究生培养和管理工作的

**3.1 中西医结合研究生的理论学习阶段** 我校中西医结合研究生的理论学习阶段安排在研究生阶段第一年,包括公共必修课、基础课、专业基础课,公共必修课学校有统一规定和安排,而基础课、专业基础课内容,研究生导师和研究生可根据学校的相关规定和要求,结合研究生的具体情况及研究方向,共同制定学习课程,使研究生的中西医基础理论得到进一步提高和充实,同时在理论学习阶段,研究生导师应指导研究生对各自专业进行一些深入、系统的学习整理和研究,能初步作出各自专业方向的理论、临床、实验的研究设计,组织学生定期集中学习,掌握本专业领域的前沿动态。

**3.2 中西医结合研究生的临床轮转阶段** 从2014年起我院全面实行国家住院医师规范化培训,中西医结合研究生需根据培训要求完成西医各科室轮转和中医科本专业轮转,在此阶段,需重视研究生临床技能的考核,除住院医师规范化培训办公室定期组织的考核外,轮

转科室需重视出科考核,根据临床轮转手册要求,研究生在每个轮转科室要如实记录所完成的病种、就诊人数、诊疗操作、病历书写、疑难病例讨论等,带教老师对研究生的医疗行为记录随时签字确认,轮转结束后,研究生对照轮转科室的专业特点进行自我小结,带教老师写出综合评语,科室组织考核小组,进行出科临床考核。考核合格者,方可进入下一科室继续轮转<sup>[2]</sup>。另外在本专业轮转时,需重视中医临床能力的考核,还应做好导师学术思想的传承工作。

**3.3 学位论文相关课题理论或实验研究阶段** 中西医结合研究生经过理论课程学习后,即面临研究课题的选择,选择合适的学位论文课题,关系到研究生能否顺利完成课题研究、学位论文撰写及按时毕业。因此课题的选择,既要考虑导师现有的研究方向、科研项目,也要充分考虑研究生的能力和课题研究时间,研究生要在导师的指导下对理论学习阶段初步作出的课题研究设计进行完善或修改,并付诸实施。课题拟定后导师还需指导研究生阅读课题相关的文献,进行整理、分析、总结,撰写小论文或综述,研究生中期阶段必须发表1篇以上的核心期刊文章,这样既是对研究生利用、查阅、整理文献的能力的培养,也是训练他们带着问题学习并学习如何解决问题能力的培养,即以问题为中心(problem based learning, PBL)学习能力的培养<sup>[3]</sup>。课题完成后,研究生应在导师指导下对课题研究结果进行整理、分析、总结,撰写学位论文,通过学位论文的撰写,研究生的科研能力可以得到检验和提升。

## 4 加强导师队伍建设

研究生导师和研究生为中西医结合研究生教育的共同主体,要提高中西医结合研究生的培养质量,除了对研究生严格要求外,还应加强导师队伍的建设,导师要起引导典范作用,在政治思想、道德品质、学术水平方面,均要做到为人师表、以身作则,这样才能言传身教,培养出高素质的中西医结合人才,因此加强导师队伍建设是保证研究生教育的重要环节。

## 5 结语

中西医结合研究生教育需要在具体实施过程中不断地探索和总结,不断发现教育过程中存在的问题,并广泛吸收相关学科的培养经验,及时改革,才能进一步了解中西医结合研究生培养的规律,提高该专业研究生的培养质量,为国家培养出高素质的中西医结合临床医学人才。

## 参考文献

- [1]郝寒冰,杜亚青,王志恒,等.谈中西医结合研究生的培养[J].中医药管理杂志,2014,22(2):200-202.
- [2]吴新贵.西医院校中西医结合研究生培养的探索实践[J].广西中医药大学学报,2013,16(3):124-125,139.
- [3]黄小平,邓常清.新形势下中西医结合临床专业学位研究生培养的对策[J].中国医学教育技术,2015,29(3):324-327.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 瑞 收稿日期:2017-12-04)

## 论 著 WORKS

## 论医学科学精神与人文精神的融合※

章茂森<sup>1</sup> 余 苗<sup>1</sup> 陶湘云<sup>2\*</sup>

(1 江苏省中医院党办, 江苏 南京 210029; 2 江苏省中医院离退休办, 江苏 南京 210029)

**摘 要:** 医学科学精神与人文精神是人类医学中对立而统一的两大方面, 二者的融合既是现代医学发展的必然要求, 也是历史发展的必然趋势。本文从医学科学精神与人文精神的关系、发展现状和融合趋势等方面对二者的融合发展进行了探析。

**关键词:** 医学精神; 科学精神; 人文精神; 文化融合

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.025

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0056-03

## Discussion on the Integration of Medical Scientific Spirit and Humanistic Spirit

ZHANG Maosen<sup>1</sup>, YU Miao<sup>1</sup>, TAO Xiangyun<sup>2</sup>

(1. Party Committee Office, Jiangsu Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China;

2. Retired Office, Jiangsu Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

**Abstract:** Medical scientific spirit and humanistic spirit are the two aspects in the unity of opposites of human medicine. The integration of the two is not only the inevitable requirement of the development of modern medicine, but also the inevitable trend of history. This paper analyzed the relationship, the development status and the integration trend of the medical scientific spirit and the humanistic spirit.

**Keywords:** medical spirit; scientific spirit; humanistic spirit; cultural integration

作为一门以人体健康为研究与服务对象的学科, 医学自诞生之日起, 就兼具了自然科学与社会科学属性。身为“宇宙之精华, 万物之灵长”, 人能够逃脱神的支配, 却始终和自然与社会紧密相连。人的身体来于自然, 且终将归于自然, 而人的精神, 包括人之为人之尊严和自我认可, 则成为了人区别于自然界其他动物的重要特征, 整个人类社会, 从古老的从前到现在, 再到遥远的将来, 都是它有且仅有的生存土壤。人体健康是所有人类活动的基础——无论是人的自然活动还是社会活动, 而医学就是人类在长期与疾病作斗争的实践中产生和发展而成的, 在这一过程中, 如果说科学精神是只问是非, 以人本为物的理性态度对待疾病以及病患, 与之相对地, 人文精神则是兼计利害, 秉持着人不等同于物的观点对医学行为进行人文阐释及引导。医学科学精神与人文精神是两条不同方向的道路, 他们在名为“人”的路口交汇, 也在此分野, 呈现出渐行渐远之势。

伴随着科技的进步, 现代医学迅猛发展, 在科学精神一路高歌前行的同时, 人文精神却走向式微。科学至上论在包括医学在内的诸多领域都获得了极大认可, 对科技的依赖、对科学精神的推崇使人们对许多潜在的或已经暴露出来的问题与弊端重视不足, 科学逐渐成为了唯一的评判与衡量标准。当我们将目光回

归到“人”的本身, 会发现由于人文精神在医学领域的缺失, 越来越多的矛盾开始凸显, 而若是将解决问题的希望仅仅寄托于科学精神本身, 对于缓和矛盾的益处并不大。医学要想朝着更加健康长远的方向发展下去, 不得不重新审视人文精神的地位与作用, 并积极探索促进医学科学精神与人文精神统一融合的途径。

## 1 医学科学精神与人文精神之关系

“医乃仁术”, 自古以来, 医疗行为就被赋予了极强的人文含义, 行医者正是在此基础上受到人们的尊敬和信赖。所谓“大医精诚”, 科学精神与人文精神贯穿于医学发展的全过程, 共同引领着古往今来的从医者在这条漫长的道路上不断探索前行。除了医术之外, 医德是人们用以评判医者的一个重要标准。“不明财主弃, 多故病人疏”, 庸医固然无法得到患者的信任, 有的甚至会背上害人性命的恶名, 但医生若是背离了医德, 忘记了自身救死扶伤、济世活人的天职, 纵然有回春妙手, 也无法修补与患者之间断裂的信任纽带, 而医患间缺乏了最基本的信任, 各种矛盾自然接踵而来。因此, 医术与医德事实上蕴含于人们对医生这一职业的总要求与期盼之中。

医学科学精神与人文精神的统一主要是基于医学的整体性。人在面对生死时难免脆弱, 而医护人员在面对疾病时也并非无所不能, 所以医疗行为从来就不只是一个简单的治疗动作, 它以人为对象, 不断延伸成为一张互相勾连的复杂的网, 当面对该不该做、该怎么做这样的问题与选择时, 人常常会陷入这张网中,

※ 基金项目: 江苏省卫生计生委科研课题【No.JCK201511】

\* 通讯作者: txy520169@126.com





难以挣脱。也正是因为这张网,医学成为了一个不可分割的综合体。科学的起源和发展过程本质上始终是同人道有关的,只有依靠科学精神与人文精神的双轨发展才能让医学更好地应对难题,然而,这两者本身因差异而产生的互斥以及因所受重视度的不同而导致的发展失衡严重破坏了医学的整体性,制约了它的健康发展。

## 2 医学科学精神与人文精神之发展现状分析

“医患矛盾”在当下医疗环境中是一个无法忽视的问题,对于病人及家属来说,医务工作人员的态度成为了许多矛盾的导火索和触发点。现代医学常给人以“冰冷”之感,一方面来源于各种现代医疗器械带给患者的直观感受,更主要则是因为医学的科学精神以理性思维为基础,排除个人情感因素是对医务人员专业性的要求之一。只是,当这样的理性过度发展成为一种职业冷漠时,难免给群众带来“冷血”、不近人情的冰冷感受。当患者及家属的情感诉求得不到满足,就容易将自己的负面情绪发泄在医务人员身上。虽然当今的医患矛盾状况是由多方面原因造成,但医务人员对待病患、对待生命的态度无疑是医患关系锁链中的重要一环,也是医学人文精神发挥作用的关键。

以医患矛盾为突出代表的系列问题在一定程度上向我们展示了现代医学所面临的困境。即使医疗技术水平在不断地提高,即使我们对医学人文精神的探索并没有停下过脚步,从医人员的生存环境却日趋恶劣,群众对整个医疗行业的偏见和误解也越来越深。若是从数据上看,随着一个个医学难题的破解,现代医学征服了一个又一个高峰,可谓获得了辉煌的成就,然而在对科学精神的赞美和推崇声中,它的双刃效应也日益凸显。无可否认的是,随着科学精神的发展,人类对生命的敬畏感在渐渐消逝,人们习惯用科学来解释一切、解决一切,生命的神秘性在这样的认知过程中被消解。“在医学科学的视野中,人是客观存在的生物有机体,是一切机制都可以用科学的理性去加以剖析的。”<sup>[4]</sup>尤其在传统生物医学模式的影响下,病人成为了“机器”,人的生命有时也被完全地具象化为人的肌体。作为医学的研究对象,生命的概念变得更加物质化了。

医学科学力量的发展所带来的影响还不止于此。如今医学随着科学技术的发展而飞速进步,在攻克了许多难题的同时,也面临着打破禁区的风险与诱惑。没有道德的上帝是可怕的,但科学本身并不包含道德评判,对于人类社会来说,这股越来越强大的力量若缺乏有力的约束与引导,极有可能成长为可怕的威胁。这种威胁不仅包含了付诸实践的行动,更有对人们思维方式的“洗脑”。当越走越远的科学精神与人文精神展开正面博弈,人类对于“人之为人”的坚守就会变

得更加艰难,或是走上更危险的异化之路,而医学最终或与守卫人类生命健康的使命背道而驰。

当然,使现代医学陷入“科学迷信”的做法绝不可取,而脱离科学精神谈论人文精神的回归却也同样是无益的。“单独提升科学精神,必然会使科学主义泛滥起来;不用科学精神来定义人文精神的界限,人文精神就会淹没在神秘主义和信仰主义中。”<sup>[4]</sup>医而无术,何以生人?同科学精神的“实化”特征正好相反的是,人文精神容易陷入空泛化的窠臼,虚化它的研究对象,使自己变成空中楼阁,看起来高高在上,却缺乏与现实的连接,而这也是造成当下医学人文精神边缘化处境的原因之一。没有医学科学实践作为基础,对医学人文精神的宣扬只会变成一场脱离实际的空洞说教。因而无论是科学精神还是人文精神,在独自面对医学发展中的诸多难题时,总是不免暴露出自身的有限性来。

## 3 医学科学精神与人文精神之融合趋势探讨

“有时去治愈,常常去帮助,总是去安慰”,特鲁多医生的这句墓志铭是许多医务工作者的信条,它告诉我们在医学局限性的前提下,医者应该如何对待身为“人”的病患,更向我们说明了,在捍卫人类健康这场永无止境的战役中,技术支持与人文关怀是同样重要的武器。生物-心理-社会医学模式逐渐取代生物医学模式的地位,作为医疗服务的对象,人的复杂性和多样性特征也越来越得到现代医学的重视,这就要求我们的医务工作者更好地做到以人为本,以人为本。

事实上,在我国传统医学的探索发展过程中,就处处渗透着以人为本的思想。《素问·宝命全形论》中提到“天覆地载,万物悉备,莫贵于人”,认为人是天地间最为宝贵的,济世之道,莫大于医,因而活人之业至关重要。人命至重,唐朝孙思邈在《大医精诚》篇中强调,“若有疾厄来求救者,不得问其贵贱、贫富、长幼、妍蚩、怨亲善友、华夷、愚智,普同一等,皆如至亲之想”,展现的是对生命一视同仁的尊重。晋朝杨泉在《物理论》中提出,“夫医者,非仁爱不可托也;非聪明理达不可任也;非廉洁淳良不可信也”,认为医者必须兼具仁善、明达、廉洁的品质,对从医人员的整体素质尤其是道德水准提出了高要求,体现了传统医学对医德的重视,对“仁术”的推崇。仁者爱人,在传统医学乃至整个传统文化看来,对生命怀有大爱,才能对患者负责,才有资格真正地从业。在医学这个人道精神和人道思想最早产生的领域内,缺乏人文精神的医生违背的是医学的精神内涵。

在如今各单位都越来越注重追求软实力的背景下,医学科学精神与人文精神的融合发展成为了一种引领趋势。如今大力提倡的“以病人为中心”的理念在一

一定程度上彰显了医学的人文关怀,将聚焦点从疾病转移到患者身上来也体现了医学的人文反思,包含了对医学科学精神与人文精神所处位置的思考。“‘情’与‘理’导引着医学科学和医学人学的行为选择”<sup>[1]</sup>,医学的初衷是造福人类,而科学精神与人文精神之间激化的冲突与矛盾既是现代医学发展过程中不可避免的阶段,更是促使医学不断完善自我、探寻正确方向的一种鞭策,对于谋求人类共同福祉这一根本来说自有其存在的正面意义。我们需要做的,是在挽回失衡局面、维持新的平衡的努力中,更加深入地认识与思考医学的本质和意义,努力顺应并推动医学科学精神与人文精神的融合发展趋势,为人类健康事业的发展创造一个更加宽容的环境,奠定更加牢固的根基。

总之,在医学这艘大船上,如果说科学精神是桨,

是现代医学发展的动力,那么人文精神就是帆,是医学前进的方向。他们既不能互相同化,也不可互相替代,更不该互相责难,只有通过沟通消除对对方的片面理解与二者间的现实对立,实现融通共建,才是现代医学持续健康发展的必由之路。无论是到以中医为代表的优秀传统文化中汲取人文精神,还是在对医学整体性的把握中重塑科学精神,我们都应当凝心聚力,营造和谐,为创造更好的医疗环境作出每个人应有的努力。

#### 参考文献

- [1]张艳萍,张宗明.医学科学精神与医学人文精神交融——实现现代医学模式的转换[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2007,8(3):164-166.
- [2]高冀蓉,孙国平,黄朝阳,等.浅谈医学教育中人文精神与科学精神融合的意义[J].首都医科大学学报社会科学版,2008,增刊:156-157,160.
- [3]董平,王晓燕.现代医学发展中的科学精神与人文精神[J].医学与哲学,1997,18(8):404-406.

(本文编辑:李海燕 本文校对:翟玉祥 收稿日期:2017-12-19)

## 仙方活命饮治疗早期肛周脓肿的 Meta 分析

朱光容<sup>1</sup> 周 鸿<sup>2</sup> 程丽敏<sup>3</sup>

(1 黑龙江中医药大学硕士研究生2016级,黑龙江 哈尔滨 150040;

2 广州中医药大学硕士研究生2017级,广东 广州 510006;

3 黑龙江中医药大学附属第一医院肛肠科,黑龙江 哈尔滨 150040)

**摘要:**目的 采用Meta分析内服仙方活命饮治疗肛周脓肿的临床疗效。方法 计算机检索中外数据库(万方、维普、中国知网、Cochrane Library、PUBMED),纳入标准的文献按Cochrane 协作网风险评价标准进行偏倚风险评价,运用Revman5.3软件进行资料分析。结果 3个研究纳入Meta分析,共360例患者,内服仙方活命饮治疗肛周脓肿的总有效率RR=2.04,95%CI[1.69, 2.47],治愈率(RR=3.00,95%CI[2.01, 4.48])结局指标高于优于对照组。结论 内服仙方活命饮治疗早期肛周脓肿临床疗效值得肯定。

**关键词:**仙方活命饮;肛周脓肿;Meta分析;文献研究;肛痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.026

文章编号:1672-2779(2018)-05-0058-04

### Meta Analysis on Xianfang Huoming Drink in Treating Early Perianal Abscess

ZHU Guangrong<sup>1</sup>, ZHOU Hong<sup>2</sup>, CHENG Limin<sup>3</sup>

(1. Grade 2016 Graduate, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Harbin 150040, China;

2. Grade 2017 Graduate, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510006, China;

3. Proctology Department, the First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Harbin 150040, China)

**Abstract:** **Objective** To evaluate the clinical effect of Xianfang Huoming drink in treating perianal abscess. **Methods** we searched the databases as Cochrane library, PUBMED, CNKI, VIP, Wanfang, the methods of system evaluation provided by Cochrane Library, Review manager 5.3 were used for Meta analysis. **Results** 3 articles involving 360 patients were included. The Meta analysis showed that the clinical effect of treatment groups were better than that of the control groups, including total effective rate (RR=2.04, 95% CI [1.69, 2.47]) and cure rate (RR=3.00, 95% CI [2.01, 4.48]). **Conclusion** Xianfang Huoming drink in treating perianal abscess is effective.

**Keywords:** Xianfang Huoming drink; perianal abscess; Meta analysis; literature research; perianal

肛周脓肿是肛门周围软组织的化脓性疾病,由肛腺受细菌感染后引起;其临床特征为起病大多急骤,肛门肿块疼痛,伴一定程度的发热,破溃后易发展为肛瘘<sup>[1]</sup>。随着人们饮食及工作环境的改变,其发病率明显上升,给患者的生活和工作带来了一定痛苦;且老百姓对肛周脓肿的认识尚不足,误以为“痔疮”或

“疔子”等,延误了该病的治疗,故多数患者重视时已进入成脓期。肛周脓肿成脓期首选手术治疗,然手术治疗的并发症多,且手术费用、创面大恢复慢等,严重影响了患者的生活和工作。因此,及时地治疗可以延缓其病情的发展。目前早期肛周脓肿多采用中西医结合治疗,西药多采用抗生素,大量抗生素的使用又



表1 纳入文献特征表

作者	例数			干预措施		结局指标
	治疗组	对照组	总数	治疗组	对照组	
王东栩2007 <sup>[3]</sup>	60	60	120	口服仙方活命饮 +头孢拉定胶囊0.5 g, tid, po +甲硝唑片0.4 g, tid, po +外敷鱼石脂软膏	头孢拉定胶囊0.5 g, tid, po +甲硝唑片0.4 g, tid, po +外敷鱼石脂软膏	症状和体征
詹敏2011 <sup>[4]</sup>	90	90	180	口服仙方活命饮 +外敷如意金黄散	抗生素静点 +外敷鱼石脂软膏	症状和体征
何镇文2015 <sup>[5]</sup>	30	30	60	口服仙方活命饮 +苦参汤坐浴 +自制消炎止痛栓塞肛 +外敷复方黄连素软膏	苦参汤坐浴 +自制消炎止痛栓塞肛 +外敷复方黄连素软膏	症状和体征

会产生不良反应。临床研究中有不少报道使用仙方活命饮治疗早期肛周脓肿有较好疗效，但其干预方法的不同、临床疗效判定仅限于个人观察，因此笔者收集已发表的随机对照实验，meta分析仙方活命饮口服治疗早期肛周脓肿的临床疗效，以期对早期肛周脓肿的中医治疗提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 数据库 检索中外数据库，中文数据库为：万方、维普、中国知网（CNKI），外文数据库为：Cochrane Library、PUBMED。

1.2 检索策略 中文检索式以“肛周脓肿or肛痈or肛门直肠周围脓肿or肛管直肠周围脓肿and仙方活命饮”为检索词进行检索，外文检索式为“Xianfang Huoming Decoction and Perianal Abscess”。检索时间设定为建库至2017年10月。

1.3 纳入与排除标准 （1）随机对照试验，且仅有一个对照组，是否采用盲法、何种随机法不予限制；（2）研究对象为早期肛周脓肿患者，患处未成脓；（3）干预措施为药物治疗，未进行手术治疗者；（4）结局指标：参照1994年国家中医药管理局发布的《中医肛肠科病症诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>，拟定疗效评判标准。治愈：症状和体征全部消失；好转：症状和体征减轻，且未转为成脓期；无效：症状和体征未有变化，或有变化但最终转入成脓期。

1.4 文献筛选和质量评价 两位评价员对纳入的文献进行独立评价，且交叉核对，如有分歧时，通过商议解决，必要时由第三人进行判定解决。对纳入标准的文献按Cochrane协作网风险评价标准进行偏倚风险评价，包括是否随机、是否做到分配隐藏、是否采用盲法、结局数据是否完整、是否选择性报告研究结果，其他偏倚来源。

1.5 资料分析 运用Revman5.3软件进行资料分析。首先进行异质性检验，应用 $\chi^2$ -Q检验及 $I^2$ 值分析统计学异质性。若 $P>0.01$ ， $I^2<50\%$ 说明研究间无统计学异质性，

选用固定模型效应进行meta分析；当 $P<0.01$ ， $I^2>50\%$ 说明研究间存在显著异质性，并对异质性的原因进行查找，可运用亚组分析和敏感性分析寻找异质性的来源，其异质性尽可能消除，如异质性原因无法找到，采用随机效应模型meta分析。用效应值RR统计分类资料，95%可信区间（CI）表示各效应量，文献偏倚风险采用漏斗图评价。

2 结果

2.1 纳入文献的一般情况表 检索外文数据库，检出文献0篇；检索维普数据库、中国知网（CNKI）数据库、万方数据库检得文献共116篇，去掉重复文献57篇，剩余文献59篇，阅读标题和摘要后得到文献10篇，通过全文阅读后筛得文献3篇，共获得360例患者，由于文献数量较少，其中一篇文献干预措施可能对其判定结果有影响。纳入文献的情况见表1。

2.2 纳入文献质量评价指标和结果 所纳入的文献中王东栩2007采用随机法，未提到何种随机法，未提到是否分配隐藏和盲法，未提到随访；詹敏2011采用随机法，也未提到何种随机法及分配隐藏与盲法，有随访记录，但其治疗组干预措施为口服仙方活命饮配合外敷如意金黄散，而其对照组为抗生素静点配合外敷鱼石脂软膏，可能对研究效果有影响；何镇文2015采取随机数字法，未提分配隐藏及盲法，随访情况为提。3篇文章均将完整数据报道，选择性报告的描述清楚，由于信息提供不足，其他偏倚风险无法评估。见表2。

表2 纳入文献评价指标和结果

作者	随机	盲法	结局数据完整性	选择性报告	其他偏倚	质量等级
王东栩	是	不清楚	是	是	不清楚	B
詹敏	是	不清楚	是	是	不清楚	B
何镇文	是	不清楚	是	是	不清楚	B

2.3 Meta 分析结果

2.3.1 总有效率 研究共纳入3个，患者合计为360例，对照组和治疗组各分别为180例，注：其中按照纳排标准将王东栩文章的有效结果和无效进行合并。首先异

质性检验结果表明各研究结果间无统计学异质性 ( $P=0.29$ ,  $I^2=19\%$ ), 因此其Meta分析选取固定效应模型, 分析结果示治疗组总有效率高于对照组 ( $RR=2.04$ , 95% CI [1.69, 2.47]), 治疗组和对照组有显著性统计学差异 ( $P<0.00001$ ), 图1示。

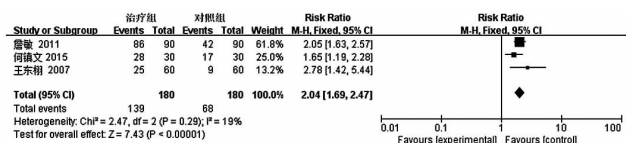


图1 总有效率的Meta分析森林图

2.3.2 治愈率的Meta分析 患者合计为360例, 对照组和治疗组各分别为180例, 注: 其中按照纳排标准将王东翔文章的有效结果和无效进行合并。首先异质性检验结果表明各研究结果间无统计学异质性 ( $P=0.39$ ,  $I^2=0\%$ ), 因此其Meta分析选取固定效应模型, 分析结果示治疗组治愈率高于对照组 ( $RR=3.00$ , 95% CI [2.01, 4.48]), 治疗组和对照组差异有统计学意义 ( $P<0.00001$ ), 图2示。

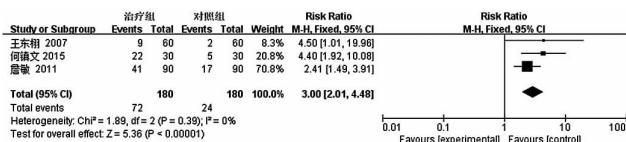


图2 治愈率的Meta分析森林图

2.3.3 发表性偏倚 由于纳入的文献仅有3篇, 文献数量的不足, 其漏斗图也显示不完全对称, 虽纳入的研究点都落在 95%CI内, 但其发表偏倚的影响不能忽视。图3示。

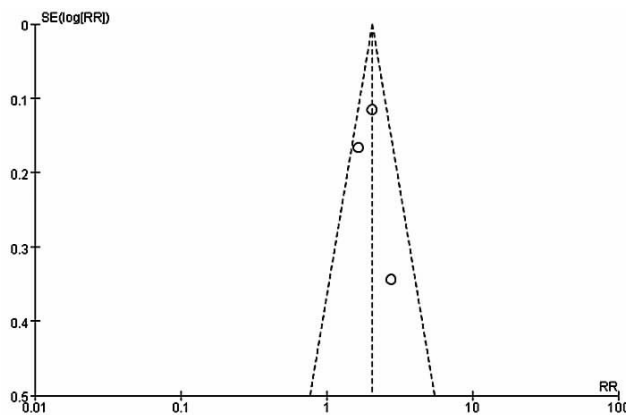


图3 总有效率的Meta分析漏斗图

### 3 讨论

随着社会进步, 人们生活水平提高, 对健康意识也有很大的提升, 故处于肛周脓肿未成脓期前来就诊的患者也增多。祖国古代医学认为, 肛周脓肿归属于“肛痈”、“坐马痈”、“脏毒”等范畴, 《灵枢·痈疽篇》说: “营卫稽留于经脉之中, 则血泣不行, 不行则卫气从之而不通, 壅遏不能行, 故热。大热不止, 热盛则肉腐, 肉腐则为脓, 故命曰痈。” 肛周脓肿其中

医病机多为湿热壅阻肛门, 或热毒结聚, 或毒血内侵, 淤血凝滞, 气血不通, 结聚成形; 该病实证居多, 或本虚标实, 或虚实夹杂, 初发期多为实证, 且正气尚旺; 中医运用分期论治, 可分为热毒蕴结证 (初发期), 火毒炽盛证 (酿脓期), 阴虚毒恋证 (溃脓期)<sup>[6]</sup>。多以清热解毒、软坚散结、活血止痛为治则<sup>[7]</sup>。《外科论治全书·痈疽治法统论》中阐述到“初起者, 审其症而消之; 成脓者, 因其势而逐之; 毒尽者, 益其所不足而敛之, 此治痈之大法……”, 故初发期采用消法, 溃脓后多手术治疗<sup>[8]</sup>。肛痈大多属于阳证疮疡的范畴, 《校注妇人良方》指出此医籍中的名方仙方活命饮可使脓“未成脓者及散, 成脓者即溃”, 同时《医宗金鉴》中亦评价仙方活命饮的良效“一切痈, 不论阴阳疮毒, 未成者既消, 已成者即溃, 化脓生肌, 散瘀消肿胀, 乃疮痈之圣药”, 由此可见此方在治疗肛痈有其重要临床意义<sup>[9]</sup>。仙方活命饮中以被称为“疮家圣药”的金银花为君, 功善清热解毒疗疮; 然肛痈瘀血热痰滞结于肌肤, 只清热解毒, 其瘀血痰结难消, 故以善活血通络及行气止痛的当归尾、赤芍、陈皮及外科药对 (乳香、没药) 为臣; 辛散的防风、白芷能散留于肌肤腠理的邪气, 透邪而解其毒, 通滞而散其结, 配以消肿化痰排脓的浙贝母、天花粉, 可使脓未成而消, 亦增其君药清热解毒之效, 痰瘀阻滞气血经络, 不通则痛, 故以活血行气止痛的穿山甲 (现多以穿山龙代替)、皂角刺通行经络, 兼散其瘀, 共为佐药; 甘草合用顾护胃气, 以防以上寒凉、辛散药物伤及脾胃, 且甘草兼能散瘀, 煎药加酒, 通瘀而行全身, 达药达病所之效; 诸药合用, 显其疮痈消其内治于无形的妙用。

Meta分析结果显示, 口服仙方活命饮观察患者的症状和体征, 较之使用抗生素、外用药等有较好临床疗效, 治疗组在治愈率及总有效率 (治愈率+好转率) 均高于对照组, 虽然此次分析得到较好的评价结果, 然而纳入文献数量较少, 且在詹敏的研究中干预措施可能对本结果有影响, 且纳入的文献中其何种随机法、盲法、随访等未明确提及, 其实验中患者病程、治疗疗程、实验对象年龄跨度等使此次meta分析结果的真实、可信性有待商榷, 笔者筛选文献的过程, 筛得不少内服仙方活命饮治疗早期肛周脓肿患者的病例报道, 然非随机对照试验, 以期今后更多的临床工作者进行大量的大样本、采用盲法、随机法、数据完整有随访等高质量的随机对照试验, 亦进一步验证本次评价结果, 同时为早期肛周脓肿患者的治疗上提供思路。

### 参考文献

- [1] 黄忠诚, 刘祺, 李光义. 肛周脓肿的治疗进展[J]. 中华中医药学会. 中国肛肠病研究心得集. 中华中医药学会, 2011, 3.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 132.



- [3]王东棚,高峰.中西医结合治疗肛周脓肿未成脓期60例[J].福建中医药,2007(4):35.
- [4]詹敏.仙方活命饮口服配合如意金黄散外敷治疗早期肛周脓肿的疗效观察[J].中西医结合研究,2011,3(3):139-140.
- [5]何镇文.内服仙方活命饮配合外治治疗肛周脓肿未成脓期临床观察[J].云南中医中药杂志,2015,36(2):98.
- [6]陈伟红.中医治疗肛周脓肿的临床研究进展[J].广西中医学院学报,2012,15(2):69-71.
- [7]陶昕.中西医结合治疗早期肛周脓肿疗效观察[J].实用心脑血管病杂志,2011,19(5):836.
- [8]王艳辉.中医辨证论治肛周脓肿[J].当代临床医刊,2015,28(3):1458-1459.
- [9]李隆山,龚昭卿,何志明.仙方活命饮合五味消毒饮治疗肛窦炎肛周脓肿脓肿期42例[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(2):54.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:程丽敏 收稿日期:2017-12-04)

## 攻下法治疗肝硬化的思路探讨

邱晓年 王书杰\* 周月艳 李 利 陈隆桂

(浏阳市中医医院消化科, 湖南 浏阳 410300)

**摘要:**目前,西医治疗肝硬化暂无特效,中医药治疗该病的优势明显,有待挖掘,根据文献资料及临床经验,总结出炎症(中医湿热)是肝硬化形成基础,炎症级联反应是肝硬化恶化的推动力,而肠道作为炎症因子级联反应的靶器官和启动器官,是阻断肝功能损害、肝硬化恶化、并发症预防的突破口;同时得出攻下法,即“给邪出路”,是治疗肝硬化基础方法的结论,为临床提供有效的治疗方向。

**关键词:**攻下法;肝硬化;炎症级联反应;内毒素血症;菌群失调;瘢痕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.027

文章编号:1672-2779(2018)-05-0061-03

### Discussion on Purgation Therapeutic Approaches in Treating Liver Cirrhosis

QIU Xiaonian, WANG Shujie, ZHOU Yueyan, LI Li, CHEN Longgui

(Gastroenterology Department, Liuyang City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hunan province, Liuyang 410300, China)

**Abstract:** At present, Western medicine has no special effect on liver cirrhosis. TCM treatment has obvious advantages, yet to be excavated. According to literature and clinical experience, we summed up the inflammation that TCM damp heat is to form the basis of cirrhosis of the liver, the inflammatory cascade is worsening cirrhosis impetus and intestinal as inflammatory cytokine cascade of target organ and organ initiation is occlusion of the hepatic function damage, deterioration of liver cirrhosis, breakthrough in the prevention of complications. Meanwhile, we get the purgation is the conclusion of patients with liver cirrhosis, in order to provide effective treatment for clinical medicine.

**Keywords:** purgation therapy; liver cirrhosis; inflammatory cascade reaction; endotoxin; flora imbalance; abdominal mass

肝硬化是晚期慢性肝损害的一类疾病,病理学主要以肝脏逐渐变形、变硬为特征,目前,针对肝硬化的治疗尚无特效手段,西医常规治以护肝、抗病毒、抗感染、利尿等对症支持治疗手段,但疗效不佳、病情易反复,且治疗费用高、副作用大,无法抑制病情的进展,最终发展为肝硬化失代偿期,其后期出现的并发症,如上消化道大出血、肝性脑病等,常常为患者死亡的主要缘由,故寻求有效的肝硬化治疗手段,改善患者的生活质量,促进医学发展都显得至关重要。中医是祖国的传统医学,其记载着中国人民同疾病作斗争的经验和理论知识,大量文献已报道中医药在治疗肝硬化的优势越来越凸显,笔者通过查阅大量文献古籍,并结合自身的临床经验,提出治疗肝硬化的新思路,希望能为临床更有效的治疗肝硬化提供帮助。

#### 1 炎症是肝硬化形成的基础

肝硬化(liver cirrhosis)是一种病因或多种病因长期、反复作用于肝脏引起的慢性、进行性、弥漫性肝损害,为我国临床常见肝病之一。随着炎症因子作用于肝脏,使得大量肝细胞广泛坏死,而在肝组织炎症

修复过程表现的代偿反应又可以进一步加重肝纤维化程度,促使假小叶和再生结节的形成,导致肝小叶正常结构和血液供应遭到破坏,并最终形成肝硬化,所以炎症反复存在是慢性肝炎患者进展为肝硬化的重要因素<sup>[1]</sup>。从中医的角度出发,炎症往往与湿热之邪相关,研究发现,湿热之邪是各型肝炎的始动因素和发病基础,并贯穿疾病的全过程<sup>[2]</sup>。慢性肝病的中医症候现代研究<sup>[3-5]</sup>也表明,湿热型(包括湿热中阻、湿热蕴蒸、肝胆湿热型)患者的ALT、TBil、DBil显著高于其他证型,提示湿热型患者肝脏炎症反应较重,肝功能损害最明显,支持湿热是炎症的中医形态。

中医认为,湿热之邪损伤肝络、血行瘀滞,引起肝络行阴阳、通营卫功能的失常,致津凝为痰、精血化瘀,痰瘀互结,故现代病理学从微观视角提出“痰湿瘀血”是肝纤维化的病理基础<sup>[2]</sup>。“肝络瘀阻”是肝硬化的根本病机,而肝络瘀阻包括虚实两面:(1)痰瘀内阻;(2)络脉空虚。而肝硬化在病理学上表现为:肝实质细胞受损、枯否细胞(HSC)大量活化为肌成纤维细胞(MFB)造成肝脏构架改变;细胞外基质(ECM)过度沉积、肝窦毛细血管化造成肝脏微循环障碍,这与中医描述的肝络瘀阻相符合。湿热是痰瘀的

\* 通讯作者:shugeewang@126.com

根源,炎症(湿热)是肝硬化形成基础。

## 2 炎症因子级联反应是肝硬化进展(恶化)的主要原因

肝硬化患者的反复内毒素血症可激活肝单核-巨噬细胞释放各种炎症因子。其中TNF- $\alpha$ 是单核-吞噬细胞产生的前炎症因子,可促使肝枯否细胞与单核-吞噬细胞发生呼吸爆炸,促进其他炎性因子和氧自由基的大量释放,引起肝功能的持续损害,加速肝硬化的恶化,并加重内毒素血症<sup>[6]</sup>。IL-6具有激活并促进T、B淋巴细胞分化,增强NK细胞杀伤靶细胞,促进单核-巨噬细胞吞噬功能,参与炎症急性期反应。促炎细胞因子(如TNF- $\alpha$ 、IL-6等)过多的表达和抗炎因子(IL-10)的表达不足的特点是LPS刺激肝硬化免疫细胞的主要免疫反应特征,这种趋势在肝硬化失代偿合并腹膜炎患者中表现更加明显<sup>[7]</sup>,是肝硬化终末期患者合并感染的炎症反应表现。因此,炎症因子级联反应是肝硬化进展的推动力。

## 3 肠道是肝硬化炎症反应的启动器

肝硬化失代偿期除有不同程度的肝损害外,还可表现为门静脉高压。肝硬化门脉高压,导致肠道淤血水肿、缺血缺氧,肠道血流量减少,导致肠绒毛顶端上皮脱落,从而增加肠黏膜通透性,加之肠道功能破坏,动力学异常,促进细菌的过度生长,而过度繁殖的肠杆菌科细菌产生大量的内毒素释放到肠腔内,抑制肠上皮细胞的蛋白质合成,继而导致肠道屏障受损。故而肠道屏障异常先于明显的炎症<sup>[8]</sup>。

肠道屏障受损,致使肠道菌群发生易位<sup>[9]</sup>,并释放细菌内毒素(如细菌脂多糖LPS、肽聚糖等)进入循环血液,造成了内毒素血症。反过来,内毒素通过诱导一氧化氮、H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>的产生并激活TN- $\alpha$ 等对氧化还原敏感的转录因子,促进一氧化氮合酶(iNOS)的产生,使肠黏膜结构发生变化,从而最终导致肠道通透性增加,最终导致细菌易位,加重内毒素血症并诱发炎症因子级联反应,致使肝功能进一步受损,病情恶化。

研究发现血浆内毒素水平与肠杆菌科细菌数量呈正相关性,肠道不仅是人体内最大的贮菌所和内毒素库,而且是触发全身炎症介质释放的启动器,是肝硬化的肠道屏障异常、菌群失调及内毒素的释放根源所致。因此,阻断肝功能损害、肝硬化恶化、并发症预防的突破口在肠道——保护肠黏膜、清理肠道、尽快恢复肠功能是非抗生素治疗及预防的关键目的。

## 4 攻下法——“给邪出路”是肝硬化炎症介质清除的最佳治疗方法

肝硬化时小肠清除能力下降,肠道内细菌过度生长,并可出现细菌上移,进入小肠近端、胃内繁殖,从而抑制胃肠运动<sup>[10]</sup>,使胃肠道血管收缩导致肠黏膜缺血破坏,失去细菌屏障功能,细菌与内毒素大量入侵,导致细菌易位、内毒素血症等,继发产生NO、TNF- $\alpha$ 、

引起并加重炎症因子级联反应。所以肠道既是炎症因子级联反应的靶器官,又是炎症因子级联反应的开始器官。郭任<sup>[11]</sup>通过对伤寒六经病变本质特点的分析,认为伤寒六经病变本质中阳明病可与炎症因子级联反应对应,炎症因子级联反应的病理实质是邪热亢盛,其病性质属实热,主张以排毒、抗毒、解热之法治疗,涉及的脏腑主要是胃肠道,给邪气出路,即里邪外出的途径,使邪气从二便的排出。因此,下法即“使病邪得以出路”为肝硬化内毒素血症、炎症因子级联反应提供治疗方向。

湿热是炎症的中医形态。在祛湿热治疗用药方面,不赞成用黄连一类苦寒药物,因其药性“守而不走”,尝谓:“若以黄连解毒汤、黄连泻心汤,纯乎寒凉,专务清热,既徒治其标,何异于小儿捕影。”而应使用大黄之类攻下药物,认为其药性“走而不守”,如说:“得大承气一行,所谓一窍通,诸窍皆通,大关通而百关尽通也。向之所郁于肠胃之邪,由此而下,肠胃既舒,在膜原设有所传不尽之余邪,方能到胃,乘势而下也。”因此,我们非常认同“承气本为逐邪而设,非为结粪而设<sup>[12]</sup>”的观点。大黄归大肠、脾胃经,具有泻热通肠、逐瘀通经、凉血解毒之功效,作用就是通过通里攻下把邪气散出去,对炎症因子排出及清除有着重要的作用。同时,大黄对肝硬化肠道菌群的紊乱有明显的纠正作用。其机制包括:(1)直接抑制大肠埃希菌及葡萄球菌、肠球菌、变形杆菌等繁殖有关<sup>[13]</sup>;(2)通过刺激胆汁酸排泄,调节肠道pH值、抑制外籍菌。同时大黄明显降低内毒素血症水平,其抗内毒素机制:使肠中内毒素排出加快,减少肠壁对内毒素的吸收<sup>[13]</sup>;而厚朴、枳壳、槟榔等行气类药物能增强胃平滑肌收缩幅度,调节胃肠激素的分泌<sup>[10]</sup>。不仅如此,考虑到湿热贯穿慢性肝病全过程<sup>[2]</sup>,我们还需要坚持“凡下不以数计,有是证则投是药”,有邪必除,除邪必尽的观点。因此“逐邪勿拘结粪”的承气汤,是肝硬化内毒素血症、炎症因子级联反应最佳治疗用药,并需长期使用以除邪而无虞矣。

## 5 辅以消、补法治疗肝硬化可尽全功

湿热、痰瘀是肝硬化病理基础,均为实邪,其病在内,故为里实证,治当以下法,承气汤以攻下,祛瘀逐饮,使得湿热、痰瘀得以从大便排出,因此,攻下祛邪之法是肝硬化中医治疗的基础、核心大法。另有虚象,痰瘀阻络,气血不得新生,致络脉空虚。因此祛瘀可生新,加用三棱、莪术、丹参等药物以消散散结;同时予以实肝络而拒邪,可加用山药、鳖甲、二至丸等以滋补肝阴,实其肝络,则余火不生,阴阳调和,可防癌变。

综上所述,从古典医籍、现代研究及个人经验出发,肝硬化的中医治疗当以下法为君,辅以消、补之



法,则邪去而正气渐复,可延长患者寿命,改善生活质量,预防并发症及癌变。

#### 参考文献

- [1]中华医学会肝病学会,中华医学会感染病学分会.慢性乙型肝炎防治指南(2015年版)[S]:6.
- [2]刘燕华.刘渡舟教授治慢性病毒性肝炎临床经验浅述[J].北京中医药大学学报,1996,19(5):46.
- [3]盛桂琴.AST、ALT及AST/ALT与慢性乙型肝炎中医证型关系探讨[J].江西中医药,2006,37(1):21-22.
- [4]蒋健,高月求,吴蒲,等.慢性乙型肝炎中医证型与实验室指标相互关系的研究[J].上海中医药杂志,2002,36(6):15.
- [5]刘小芳,马建,李永华,等.慢性乙型肝炎中医辨证分型与肝功能指标关系思考[J].现代中西医结合杂志,2012,21(9):1016-1019.
- [6]Senties-Gomez MD, Galvez-Gastelum FJ, Meza-Garcia E, et al. Hepatic fibrosis: role of matrix metalloproteinases and TGF beta [J]. Gac Med Mex, 2005, 141(4): 315-322.

- [7]Tapia-Abellon A, Ruiz-Alearaz A J, Hernandez-Caselles T, et al. Role of MAP Kinases and P13 K/Akt on the cytokine inflammatory profile of peritoneal macrophages from the ascites of cirrhotic patients [J]. Liver Int, 2013, 33(4): 552-560.
- [8]Jane M, Natividad, Xianxi Huang, et al. Host Responses to Intestinal Microbial Antigens in Gluten-Sensitive Mice[J]. PLoS One. 2009, 4(7): e6472.
- [9]Thalheimer U, De Iorio F, Capra F, et al. Altered intestinal function precedes the appearance of bacterial DNA in serum and ascites in patients with cirrhosis: a pilot study[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2010, 22(10): 1228-1234.
- [10]王贺玲,李岩,白茜,等.理气中药对鼠胃肠动力的影响[J].世界华人消化杂志,2004,12(5):1136-1138.
- [11]郭任.伤寒六经病变本质探究[J].河南中医,2009,29(3):221-222.
- [12]张云飞,张定华.给邪以出路[J].吉林中医药,2008,28(5):382.
- [13]姬志伟,罗连城,解基良,等.大承气冲剂和大黄的体外抑菌作用[J].中国中西医结合外科杂志,2003,9(6):451-453.

(本文编辑:李海燕 本文校对:朱白云 收稿日期:2017-12-19)

## 柴瓜消结汤治疗乳腺增生的临床研究

武寒飞<sup>1</sup> 姚月良<sup>2</sup>

(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 探讨柴瓜消结汤治疗乳腺增生的临床效果。方法 抽取2015年2月—2016年2月间收治的120例乳腺癌增生患者为研究对象,随机分为对照组和观察组。对照组采用常规疗法,观察组给予柴瓜消结汤和波姆光治疗,比较治疗前后乳腺增生的激素水平和临床症状。结果 对照组治疗总有效率为78.3%(47/60),观察组为93.3%(56/60),差异有统计学意义( $P < 0.05$ );比较2组治疗前垂体催乳素(PRL)、雌二醇( $E_2$ )、睾酮(T)和孕酮(P)( $P > 0.05$ ),治疗后,观察组患者激素水平明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 柴瓜消结汤治疗乳腺增生,临床效果明显,可改善患者激素水平,值得推广应用。

**关键词:**乳腺增生;柴瓜消结汤;激素水平;乳腺

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.028

文章编号:1672-2779(2018)-05-0063-03

### Clinical Study on Chaigua Xiaojie Decoction in the Treatment of Breast Hyperglycemia

WU Hanfei<sup>1</sup>, YAO Yueliang<sup>2</sup>

(1. The First Clinical Hospital, 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 investigate the clinical effect of Chaigua Xiaojie decoction in the treatment of breast hyperglycemia. **Methods** 120 cases of breast cancer patients with hyperglycemia in our hospital from February 2015 to February 2016 were selected as the research objects, and were randomly divided into control group and observation group. The control group was treated with conventional therapy, and the observation group was given the mammary gland and hormone treatment of poem. The level and clinical symptoms before and after treatment of breast hyperglycemia was compared. **Results** The total effective rate of the control group was 78.3%, the total effective rate of the observation group was 93.3%, and there was significant difference ( $P < 0.05$ ). Before treatment, pituitary prolongation (PRL), Lestrade ( $E_2$ ), Testosterone (T) and progesterone (P) between the two groups had no difference ( $P < 0.05$ ). After treatment, hormone level of the observation group was significantly better than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Chaigua Xiaojie decoction in the treatment of breast hyperglycemia has significantly clinical effect, can improve the hormone level of patients, and it is worthy of popularization and application.

**Keywords:** breast hyperglycemia; Chaigua Xiaojie decoction; hormone level; lump in breast

乳腺增生即为乳腺结构不良,是临床上较为多见的妇科疾病类型,通常在女性青春后期出现,且集中于30~50岁。西医理论认为<sup>[1]</sup>,该病发作是由女性体内孕激素不足,但雌激素水平过高所致,因此,目前主要采用雌激素类型药物对患者进行治疗,然而效果一般且不良反应明显;相对而言,中医疗法效果显著,不良反应少,可为患者接受,最终根治此病。为此,我院对部分乳腺增生患者采用了柴瓜消结汤联合波姆光的治疗方案,且取得一定效果,

具体内容如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 抽取我院2015年2月—2016年2月间收治的120例乳腺增生患者为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组60例。对照组患者年龄17~49岁,平均33.7岁;病程1.5~14年,平均(4.2±0.5)年;疾病类型:22例单乳肿块,38例双乳肿块;增生类型:16例单纯增生,12例混合增生,17例腺性增生和15例囊性增生。观察组年龄18~50岁,平均34.1岁;病程1.2~15年,平均

(4.5±0.5) 年; 疾病类型: 24例单乳肿块, 36例双乳肿块; 增生类型: 单纯增生、混合增生、腺性增生和囊性增生例数分别为15例、11例、16例和18例。比较2组患者年龄、病程、增生类型等基本资料, 差异不明显, 无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组患者采用常规治疗方案, 给予患者乳快欣片 (江西博士达药业有限责任公司, 国药准字: Z36020154, 规格0.25 g/片) 治疗, 剂量为每次6片, 口服, 3次/d, 以3周为1个疗程, 经期停用, 治疗周期为3疗程, 期间忌油腻、生冷食物。

观察组患者采用柴瓜消结汤和波姆光治疗, 前者由香附、柴胡各10 g, 瓜蒌、昆布、郁金、白花蛇舌草、通草各12 g, 薤白、海藻各9 g, 莪术、猫爪草、三棱各8 g配制而成。每日服用1剂, 加600 mL后煎至200 mL分2次服用。随后用药渣热敷乳房, 时间为20 min, 温度以不灼伤皮肤为佳, 1次/d, 2周为1疗程, 共治3个疗程, 经期停用, 忌生冷辛辣。波姆光治疗: 选择武汉市深康医疗器械有限公司生产的型号为JLT的波姆光治疗仪, 探头频率为3周, 患者取适当体位, 患者乳房与仪器间距为5 cm, 以乳中、乳根和灵墟、神封、胸乡等穴位为照射部位, 每天1次, 2周1疗程, 治疗周期为3个疗程, 经期停用。

**1.3 观察指标** 观察并比较2组患者治疗总有效率和激素水平。激素水平测定: 于治疗前后在患者月经来潮的第22 d空腹状态下, 检测垂体催乳素 (PRL)、雌二醇 ( $E_2$ )、睾酮 (T)、孕酮 (P), 仪器和试剂盒均由美国罗氏公司提供。

**1.4 疗效判定标准** 治愈: 乳房肿块消失, 无疼痛感, 治疗3个月后未复发, 无恶化和纤维瘤变; 显效: 肿块明显缩小, 直径缩小过半, 疼痛感大幅度减轻; 有效: 肿块缩小不足1/2, 疼痛感有所缓解; 无效: 肿块大小和疼痛程度无改善, 甚至出现加重趋势<sup>[2]</sup>。治疗总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

**1.5 统计学方法** 文中所有数据采用软件SPSS 18.0统计处理, 治疗总有效率用百分数 (%) 表示,  $\chi^2$  检验, 激素水平用 ( $\bar{x}\pm s$ ) 表示,  $t$  检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2组患者治疗总有效率比较结果

对照组治疗总有效率为78.3%, 观察组治疗总有效率为93.3%, 组间差异明显, 有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 如下表1所示。

表1 2组患者治疗总有效率对比结果 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	60	11(18.3)	15(25.0)	21(35.0)	13(21.7)	47(78.3)
观察组	60	14(23.3)	18(30.0)	24(40.0)	4(6.7)	56(93.3)
$\chi^2$ 值						5.551
$P$ 值						0.018

**2.2 2组患者治疗前后激素水平比较结果** 比较2组患者治疗前激素水平, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后, 比较2组患者PRL、 $E_2$ 、T和P, 差异存在统计学意义 ( $P<0.05$ ), 具体内容如表2所示。

## 3 讨论

现代医学理论认为<sup>[3]</sup>, 乳腺增生疾病与女性内分泌紊乱密切相关, 且以下丘脑-垂体-卵巢轴调控功能失调为主要临床表现。近年来, 有学者经研究发现, 血液中PRL升高, 可与乳腺上皮细胞中的PRL结合或直接进入乳腺细胞并发挥作用, 也可借助影响卵巢激素和性腺激素等方式来促使乳腺增生的产生。此外, 女性黄体期T水平上升、PRL升高和其他类型的激素紊乱特征都可能是引发乳腺增生的主要原因。

乳腺增生疾病, 特别是纤维囊性乳腺病与乳腺癌关系密切, 因此及时有效的预防与治疗乳腺增生病得到了患者和临床医生的关注, 并对合理有效的治疗方案进行了积极探索。西医疗法以抗雌激素类药物为主, 但该类药物副作用明显, 且易加重患者内分泌紊乱的严重性, 这是对临床开始关注中医疗法。

乳腺增生疾病属于中医“乳癖”范畴<sup>[4]</sup>, 肝气郁结与之密切相关且贯穿始终, 气血病变逐渐加重通常以气滞-气滞血瘀-气滞血瘀痰凝为呈现过程, 临床乳腺增生病以乳房疼痛-乳腺上皮增生-乳腺囊性增生为发展过程与之大致相近。柴瓜消结汤可通脉祛痰、疏肝解郁、消散郁结, 柴胡、香附、郁金、莪术和三棱主要被用作消散郁结、解郁疏肝; 猫爪草、白花蛇舌草、昆布、海藻具有消痰散结和凝血之效; 通草可通络消痰。配之波姆光照射仪进行照射治疗, 可改善患者血液循环情况, 加快代谢速度, 并由此推动肿块消散, 可明显提高柴瓜消结汤的功效, 且能够减轻患者疼痛程度, 药方中的柴胡和香附对组织细胞内的单氨氧化酶和胶

表2 2组患者治疗前后激素水平对比结果

( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	PRL(mIU/L)		$E_2$ (pmol/L)		T(nmol/L)		P(nmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	695.3±47.2	483.6±32.5	218.5±16.7	247.9±25.3	0.35±0.11	0.51±0.12	9.8±2.1	11.8±1.6
观察组	60	689.5±48.6	427.1±27.8	215.9±15.3	275.4±24.8	0.38±0.12	0.64±0.11	9.6±2.1	13.5±1.2
$t$ 值		0.663	10.233	0.889	6.013	1.427	6.186	0.522	6.584
$P$ 值		0.509	0.000	0.376	0.000	0.156	0.000	0.603	0.000



原纤维的生成具有明显抑制作用,从而使得乳腺增生症状产生;海藻和昆布中含有碘元素,能够刺激促黄体生长素的分泌,并改善黄体功能,实现其与雌激素比例的协调与平衡,在此基础上崩解病态组织,促进炎性渗出物和病理产物的吸收;而相关实验结果证明香附具有雌激素样作用,可调节植物雌激素,可与雌激素受体(ER)结合,能够在体内发挥双向调节作用,可有效避免单纯雌激素类药物所导致的内分泌失衡。

本次实验结果显示,对照组治疗总有效率为78.3%,观察组为93.3%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );2组患者治疗前激素水平差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗后激素水平差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论与相关学者<sup>[5]</sup>研究结果基本一致,表明柴瓜

消结汤可调节乳腺增生疾病患者激素水平,使乳腺增生症状得到改善。

综上所述,给予乳腺增生疾病患者柴胡消结汤可提高临床治疗效果,并显著改善激素水平,从而逐渐缓解临床症状,达到根治目的,值得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1]赵文静,汪建伟,隋方宇,等.乳腺增生与乳腺癌病因相关性研究[J].中医药学报,2015,43(3):28-30.
- [2]徐祥平,徐全保,张俊合.自拟中药乳消汤治疗乳腺增生疗效研究[J].内蒙古中医药,2014,33(14):22-23.
- [3]李艳芬.中西医结合治疗乳腺增生40例疗效观察[J].中国民间疗法,2015,23(3):59-60.
- [4]尹巧英,何细芝,钟柏权.柴芍乳癖汤治疗肝郁痰凝型乳腺增生疗效观察[J].实用中西医结合临床,2017,17(1):33-34.
- [5]柴好,卓睿,丘萍.消结汤内服合舒乳散外用治疗乳腺增生临床分析[J].中国医药导刊,2013,15(12):2034-2034.

(本文编辑:李海燕 本文校对:杨恒 收稿日期:2017-12-05)

## 中西医结合治疗鼻窦炎临床分析

闫福龙

(锦州市凌海市人民医院耳鼻喉科,辽宁 锦州 121200)

**摘要:**目的 探讨中西医结合治疗鼻窦炎的临床效果。方法 将自2010年1月—2015年12月收治的鼻窦炎患者218例作为研究对象,随机的分为研究组和对照组各109例,对照组患者给予常规西药进行治疗,研究组患者在西药治疗的基础上联合中医进行治疗,观察2组患者的治疗效果。结果 研究组患者临床总有效率为98.83%,并发症发生率为9.17%,复发率为6.42%,对照组分别为77.98%、22.02%和32.11%,组间比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 使用中西医结合治疗鼻窦炎可提高患者的治疗效果,减少并发症的发生,作用显著,可在临床范围内推广使用。

**关键词:** 鼻窦炎; 中西医结合疗法; 鼻渊

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.029

文章编号:1672-2779(2018)-05-0065-03

### Clinical Analysis of the Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Sinusitis

YAN Fulong

(Otorhinolaryngology Department, Linghai City People's Hospital, Liaoning Province, Jinzhou 121200, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the clinical effect of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of sinusitis. **Methods** A total of 218 patients with sinusitis were enrolled in our hospital from January 2010 to December 2015. The patients were randomly divided into study group and control group, with 109 cases in each group. The control group received routine Western medicine, and the patients in the study group were treated with traditional Chinese medicine on the basis of Western medicine treatment. The therapeutic effect of the two groups was observed. **Results** In the study group, the total effective rate was 98.83%, the complication rate was 9.17%, and the recurrence rate was 6.42%. In the control group, the total effective rate was 77.98%, the complication rate was 22.02%, and the recurrence rate was 32.11%. The difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The combination of traditional Chinese medicine and Western medicine in the treatment of sinusitis can improve the therapeutic effect, reduce the incidence of complications, has significant function, and it can be used in the clinical practice

**Keywords:** sinusitis; therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; nasosinusitis

鼻窦炎(sinusitis)是指上颌窦、筛窦、额窦等鼻窦内发生的炎症,具有较高的发病率,患者主要表现为鼻塞、有黏性或脓性鼻涕,伴有面部胀痛、嗅觉减退或丧失,严重影响患者的生活质量,鼻窦炎的病因复杂,临床治疗采用对症治疗、预防复发、规避发病因素,但是治疗的特异性不高,根治率低下,不良并发症发生率也相对较高,因此寻求一种安全有效的治疗方法尤为迫切<sup>[1-2]</sup>。本研究将我院近6年来收治的鼻窦炎患者218例作为研究对象,随机分为研究组和对照组各109例,其中研究组患者部使用中西医结合进行

治疗,取得了较好的临床效果,现将研究结果报道如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将我院五官科门诊部自2010年1月—2015年12月收治的鼻窦炎患者218例作为研究对象,患者均经过明确的诊断,并且可以收集到患者完整检查和治疗资料,研究符合伦理道德,患者均自愿参加知情同意;排除依从性差、不配合或者拒参加研究者。218例患者按照随机数字表法分为研究组和对照组各109例,其中研究组男性59例,女性50例;年龄16~67岁,平均

42.62岁；急性46例，慢性63例。对照组男性58例，女性51例；年龄15~68岁，平均46.21岁；急性48例，慢性61例。2组患者性别、年龄、病情严重程度等一般资料之间比较无显著差异 ( $P>0.05$ )，具有可比性，见表1。

表1 2组基本资料比较

组别	例数	男	女	平均年龄(岁)	类型	
					急性	慢性
研究组	109	59	50	42.62	46	63
对照组	109	58	51	46.21	48	61
$t/\chi^2$ 值		0.897		0.987		0.743
$P$ 值		0.231		0.122		0.234

## 1.2 研究方法

**1.2.1 对照组** 本组患者采用常规西医治疗，急性患者可口服阿莫西林胶囊（生产企业：广州白云山制药股份有限公司；批准文号：国药准字H44021518；规格：0.25 g×50 s），2粒/次，间隔6~8 h服药1次，治疗7 d，同时外用鼻通滴鼻剂（生产企业：沈阳双鼎制药有限公司；批准文号：国药准字Z20030105；规格：10 mL），3滴/次，3次/d；慢性患者使用曲安奈德喷雾剂（生产企业：江西珍视明药业有限公司；批准文号：国药准字H20010780；规格：6.6 mg：6 mL×120揆），2次/d，连续治疗30 d/疗程。

**1.2.2 研究组** 本组患者在对照组治疗的基础上联合使用中药进行治疗，对于急性患者服用重要方剂苍耳子散，按照患者的症状加减药物，方剂组成：辛夷花10 g，苍耳子20 g，菊花20 g，黄芩10 g，白芷10 g，甘草4 g。加水煎熬至100 mL分早晚服用，1剂/d，治疗7 d为一个疗程；慢性患者选择莲子30 g，薏苡仁30 g，陈皮8 g，茯苓8 g，厚朴8 g，桔梗8 g，清半夏5 g。加水煎熬至100 mL分早晚服用，1剂/d，治疗7 d为一个疗程。

**1.3 观察指标和效果评价** 观察2组患者的治疗效果、复发率和并发症发生情况。效果判定标准：治疗后患者症状消失，随访4个月无复发判为治愈；患者治疗后鼻塞、流涕等症状有明显的改善，判为有效；治疗后患者症状无好转判为无效<sup>[9]</sup>。临床总有效率为治愈率+有效率。

**1.4 统计学方法** 使用统计学软件SPSS19.0对数据进行分析处理，计量资料以均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ )表示，组间比较使用 $t$ 检验，计数资料以百分率(%)表示，组间比较使用 $\chi^2$ 检验， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者治疗效果比较** 结果显示，研究组患者临床总有效率为98.83%，显著优于对照组77.98%，组间比

较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )，详见表1。

表2 2组患者治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
研究组	109	47(43.12)	52(47.71)	10(9.17)	99(90.83)
对照组	109	31(28.44)	54(49.54)	24(22.02)	85(77.98)
$\chi^2$ 值					5.294
$P$ 值					<0.05

**2.2 2组患者并发症发生和复发情况比较** 结果显示，研究组患者并发症发生率为9.17%，复发率为6.42%，显著优于对照组22.02%和32.11%，组间比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )，详见表2。

表2 2组患者并发症发生和复发情况比较 [例(%)]

组别	例数	并发症	复发
研究组	109	10(9.17)	7(6.42)
对照组	109	24(22.02)	35(32.11)
$\chi^2$ 值		3.492	5.284
$P$ 值		<0.05	<0.05

## 3 讨论

鼻窦炎是由于鼻腔黏膜发生的炎症，病因大多是由细菌或(和)病毒感染上呼吸道引起，临床上年轻较轻或高龄体质偏弱的患者发病率相对较高，患者发病后主要表现的临床症状为鼻塞、鼻内有黏性或脓性鼻涕、伴有面部胀痛、嗅觉减退或丧失等，严重影响患者的生活质量<sup>[4-5]</sup>。鼻窦炎累及的鼻窦包括：上颌窦、筛窦、额窦和蝶窦，急性鼻窦炎多由上呼吸道感染引起，细菌与病毒感染可同时并发。慢性鼻窦炎较急性者多见，常为多个鼻窦同时受累<sup>[6]</sup>。

本研究中对照组患者使用阿莫西林和曲安奈德进行治疗，研究组患者在对照组基础上使用中西医结合治疗，结果显示，研究组患者的临床总有效率为90.83%，显著优于对照组77.98%，由此可见中西医结合治疗鼻单纯西药治疗具有更好的临床效果。对患者进行辨证论治，给予特异性强的中药治疗可减少西药的使用剂量，提高治疗效果，减轻治疗过程中出现的并发症，并降低复发率。临床上传统治疗鼻窦炎使用抗生素类药物，反复长期使用会扰乱机体正常的菌群平衡；过度使用甾体类小药物、抗过敏药物和鼻窦黏膜平滑肌舒张药物会破坏机体的免疫系统，增加对药物的耐受性，不利于持久治疗<sup>[7]</sup>。鼻窦炎从中医的角度来讲属于肺经风热病症，选用药物时需要驱风舒肺和清热的方剂，本研究选择的中药方剂苍耳子出自《济生方》卷五，具有疏风清热，消炎通气的功效，主治鼻流涕不止，方剂中的药物纯天然成分，对患者



造成的毒副作用比较小,依从性也高<sup>[8-9]</sup>。对于慢性鼻窦炎患者来说服用薏苡仁、莲子、陈皮、茯苓、桔梗等药物组成的方剂,具有宣肺通鼻、调理机体新陈代谢、提高免疫力的功效<sup>[10]</sup>。

综上所述,使用中西医结合治疗鼻窦炎可提高患者的治疗效果,减少并发症的发生,作用显著,可在临床范围内推广使用。

#### 参考文献

- [1]于洋,印明娜,辛玉芬,等.中西医结合治疗慢性鼻窦炎的临床分析[J].中国伤残医学,2016,24(5):95-96.
- [2]杨玉真.中医治疗鼻窦炎中的疗效分析[J].医药,2015,12(4):247-247.
- [3]许秀霞,冯喆,姜轶铭.中西医结合治疗鼻窦炎的临床效果观察[J].中国伤残医学,2014,20(21):20-21.

- [4]Zappasodi P, Rossi M, Castagnola C, et al. Resolution of invasive fungal sinusitis in immunocompromised patients: neutrophil count is crucial beside a combined medical and surgical approach.[J]. Annals of Hematology, 2010, 89(7):737-739.
- [5]梁江平.胡日查六味丸辅助常规西药辨治慢性鼻窦炎的临床研究[J].中国中医基础医学杂志,2014,23(7):1004-1005.
- [6]易兴亮.中西医结合与传统西药治疗支气管哮喘合并过敏性鼻炎的临床研究[J].西部医学,2015,27(1):47-49.
- [7]戴润芝,马飞.鼻渊舒口服液联合克拉霉素对慢性鼻窦炎患者症状及 Lund-kennedy 评分的影响[J].湖北中医药大学学报,2015,23(3):24-26.
- [8]张慧丽,王琦,张惠敏.基于 CNKI 数据库 2003—2013 年中医药治疗过敏性鼻炎临床研究文献的计量学分析[J].中国中医基础医学杂志,2014,34(10):1378-1379.
- [9]刘艺昌.中医序贯疗法联合功能性内镜鼻窦手术及围术期综合治疗对慢性鼻-鼻窦炎的疗效观察[J].广州中医药大学学报,2015,14(5):826-829.
- [10]王东,戚思国,骆文龙,等.鼻内镜下手术结合术后鼻窦冲洗治疗变应性真细菌性鼻窦炎的临床研究[J].现代生物医学进展,2015,15(16):3109-3111.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈 冬 收稿日期:2018-01-03)

## 同型半胱氨酸水平与中医虚实证型的关系探讨

王岳青 李 侠\* 张婷婷

(北京中医药大学第三附属医院脑病科,北京 100029)

**摘要:**缺血性卒中患者同型半胱氨酸(Homocysteine, Hcy)水平及与中医证型的关系的文献报道甚多,结果却相差甚远,指导临床缺乏说服力。究其原因因为缺血性卒中病程长,不同分期及经过不同治疗的患者同型半胱氨酸水平不同,与中医证型的关系也不同,故诸多报道结果不同。为更好地指导临床,本研究欲探讨缺血性卒中急性期中医虚实证型与同型半胱氨酸水平的关系。以明确不同严重程度缺血性卒中患者血同型半胱氨酸水平的差别,以及虚实证型血同型半胱氨酸水平的不同。寻找缺血性卒中中医证型与同型半胱氨酸之间的联系,为中医治疗缺血性卒中寻找评定临床疗效的依据。

**关键词:**缺血性卒中;同型半胱氨酸;中医分型;虚证;实证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.030

文章编号:1672-2779(2018)-05-0067-03

### Discussion on the Relationship between the Level of Homocysteine and the Traditional Chinese Medicine Syndrome Types

WANG Yueqing, LI Xia, ZHANG Tingting

(Department of Encephalopathy, the Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract:** There are a lot of research literature and reports about the relationship between level of homocysteine of cerebral arterial thrombosis patients and traditional Chinese medicine syndrome types, but each concludes with different results, making the guide of clinic lack persuasion. The main reasons are that cerebral arterial thrombosis has a long disease duration, different stages go through various forms of treatment so that lead to differences in the level of homocysteine and different relationships of traditional Chinese medicine syndrome types exist. In order to better guide the clinic, this research is intended to study the relationship between the level of homocysteine and sthenia syndrome of the acute cerebral ischemic strokes. The differences of ischemic stroke with different severity and level of homocysteine ischemic and the differences of the level of homocysteine between deficiency-sthenia syndromes will be identified. This hypothesis will build connections between the deficiency-sthenia syndrome of ischemic strokes and homocysteine, and provide evidences for traditional Chinese medicine clinical treatment of cerebral arterial thrombosis.

**Keywords:** cerebral arterial thrombosis; homocysteine; traditional Chinese medicine syndrome types; deficiency syndrome; excess syndrome

全球疾病负担报告2010中显示,卒中位居死因第二位<sup>[1]</sup>,卒中是严重危害人类健康的疾病之一,给社会 and 患者家庭带来了沉重的负担。其中缺血性卒中约占80%,是卒中的主要类型。国内外科学家近年来不断探索脑血管病新的危险因素,随着对缺血性卒中危险因素不断的研究,探索出可能的导致脑血管病的新型危险因素,包括:高同型半胱氨酸血症(Homocysteine, Hcy)、尿酸、肌酐、血清脂肪酸等,膳食因

素、环境地理(PM<sub>10</sub>、NO<sub>2</sub>、卒中地带等)、抑郁等<sup>[2]</sup>。对于缺血性卒中新的危险因素探索、控制及筛查,是缺血性卒中一级预防、二级预防的有效措施之一。Hcy已被公认是缺血性卒中的一项独立致病因素<sup>[3]</sup>,且缺血性卒中患者同型半胱氨酸水平及与中医证型的关系的文献报道甚多,结果却相差甚远,指导临床缺乏说服力。究其原因因为缺血性卒中病程长,不同分期及经过不同治疗的患者同型半胱氨酸水平不同,与中医证型的关系也不同,故诸多报道结果不同。为更好地指导临床,本研究欲探讨缺血性卒中急性期中医虚实证型

\* 通讯作者:lixia7782@sina.com

与同型半胱氨酸水平的关系。

**1.1 缺血性卒中与高同型半胱氨酸血症** 同型半胱氨酸是血液中一个含自由巯基的四碳氨基酸,由蛋氨酸脱甲基形成,是来源于饮食的重要氨基酸。在禁食状态,正常血浆总半胱氨酸水平为5~15  $\mu\text{mol/L}$ ,过多的同型半胱氨酸通过蛋氨酸重甲基化和转硫途径消除。参与同型半胱氨酸代谢的主要酶为甲硫氨酸合成酶、胱硫醚 $\beta$ 合成酶、亚甲基四氢叶酸还原酶等,代谢途径的任何一个阶段发生障碍都会导致血同型半胱氨酸浓度增加。高同型半胱氨酸导致疾病主要表现在通过破坏纤维蛋白结构导致纤维蛋白溶解,抑制赖氨酸氧化酶破坏胶原蛋白的合成,或者结合白蛋白导致血清白蛋白运输能力下降。流行病学研究已经证实Hcy是心脑血管疾病(冠状动脉、脑血管和外周血管动脉粥样硬化、缺血性卒中)一个重要的危险因素。Hcy引起缺血性卒中可能的发病机制主要包括血管内皮损伤机制、平滑肌细胞增生机制、血小板功能紊乱机制、脂质代谢异常机制、细胞凋亡机制等六个方面<sup>[4-9]</sup>。可能的生化机制包括产生活性氧,导致自动氧化、低甲基化、蛋白质的同型半胱氨酸化,绑定一氧化氮导致亚硝基化等<sup>[6]</sup>。研究表明,较高的血浆同型半胱氨酸使冠心病、缺血性卒中和周围性血管疾病的风险增高,血浆同型半胱氨酸增高可以干扰一氧化氮和前列腺素合成,影响血管内皮功能,促进心脑血管及外周血管疾病<sup>[7]</sup>。其他的证据还表明,高同型半胱氨酸可导致动脉粥样硬化斑块的形成,导致远端血流减少,动脉闭塞,而斑块溃疡、出血和破裂可通过促进血栓形成<sup>[8]</sup>。有荟萃分析认为,血浆同型半胱氨酸水平增加25%,卒中的患病风险增加19%<sup>[9]</sup>,作为一级预防长期服用叶酸使卒中风险可降低25%<sup>[10]</sup>。研究数据表明,补充叶酸、维生素B<sub>6</sub>、维生素B<sub>12</sub>同样能有效降低血浆同型半胱氨酸水平<sup>[11-12]</sup>。几项研究表明,高水平的B族维生素在某种程度上与低浓度的同型半胱氨酸水平有关。最近研究表明,低水平的叶酸与心脏病和中风的风险增高有关。因此,临床上通过检测血浆同型半胱氨酸的水平,并对高水平患者进行积极治疗和预防可进一步减少缺血性脑血管病的发生。

此外,Hcy能加强低密度脂蛋白(LDL)的自身氧化修饰,导致氧化低密度脂蛋白的形成。氧化LDL造成血管的持续收缩,导致细胞缺氧加速动脉粥样硬化形成。Hcy可促进脂质沉积于动脉壁,泡沫细胞增加,还可以改变动脉壁糖蛋白分子纤维结构,促进斑块钙化,

降低斑块稳定性<sup>[13-15]</sup>。Hcy能够增加大鼠腹膜巨噬细胞乙酰化LDL的摄取。血同型半胱氨酸浓度升高时可生成同型胱氨酸巯基内酯,它可与LDL结合形成复合体,这有利于被巨噬细胞吞噬,形成堆积在动脉粥样硬化斑块中的泡沫细胞<sup>[16]</sup>。体外研究显示LDL可以通过氧化、乙酰化、糖化、甲基化和其他形式被修饰<sup>[17]</sup>在同型半胱氨酸自动氧化过程中,Hcy通过自身氧化和抑制SOD活性,致使体内氧化物质增多,而削弱机体抗氧化的能力,造成血管内皮细胞过氧化损伤<sup>[18-19]</sup>和动脉粥样硬化LDL的形成<sup>[20]</sup>。氧化LDL和同型半胱氨酸共同参与动脉粥样硬化的发生发展,LDL和同型半胱氨酸两者具有协同作用<sup>[21]</sup>。

王明强等<sup>[22]</sup>报道血同型半胱氨酸水平增高使脑内大动脉和小血管发生梗塞的可能性增大。李光梅等<sup>[23]</sup>研究显示血同型半胱氨酸水平增加与动脉粥样硬化性卒中的风险增高有关。也有研究证明了Hcy在脑梗死和大血管动脉粥样硬化有重要作用,可增加颈动脉颅外段内膜的厚度导致严重颈动脉狭窄<sup>[24]</sup>,从而增加颈动脉斑块发生的风险并进一步影响脑血流灌注。梁晨等<sup>[25]</sup>研究表明同型半胱氨酸在不同严重程度的脑梗死患者中的水平不同,同型半胱氨酸水平越高,脑梗死病情越重,这说明同型半胱氨酸与缺血性卒中病情的发展密切相关。综上,Hcy是缺血性卒中的独立危险因素,并可用于临床上指导预防和治疗缺血性卒中。

**1.2 高同型半胱氨酸血症与中医辨证分型** 目前也有学者关于缺血性卒中中医相关证型与Hcy的关系做了一些研究。周义杰等<sup>[26]</sup>研究显示,缺血性卒中的风痰阻络证、痰热腑实证和气虚血瘀证的同型半胱氨酸水平高于肝阳暴亢证及阴虚风动证;风火闭窍证、痰火闭窍证和痰湿蒙窍证的同型半胱氨酸水平明显高于元气衰败证,但三组间比较差异无明显统计学意义;风火闭窍证、痰火闭窍证、痰湿蒙窍证和元气衰败证的同型半胱氨酸水平明显高于风痰阻络证、痰热腑实证、气虚血瘀证、肝阳暴亢证及阴虚风动证。李伟峰等<sup>[27]</sup>认为,缺血性中风始发状态组中医各证型分布特点以风、火热、痰证为主,而血浆同型半胱氨酸水平也显著高于健康对照组及血瘀、气虚、阴虚阳亢证。缺血性中风治疗3~4周组中医各证型分布特点以风、痰、血瘀证为主,而血浆同型半胱氨酸水平也显著高于健康对照组及火热、气虚、阴虚阳亢证。李晓军等<sup>[28]</sup>对150缺血性卒中患者在进行中医辨证基础上测定其血浆同型半胱氨酸水平,缺血性卒中各中医证型血浆同型半胱氨酸水平



的比较,风痰瘀阻型、气虚血瘀型组血浆同型半胱氨酸水平较正常对照组显著升高。王永炎教授曾提出“痰瘀互阻,气机出入升降失常”是中风病急症的主要发病机理,并认为“风”是指病势而言,说明起病急骤,而痰热瘀血为生风之源。而血浆Hcy水平的升高与痰浊、邪热、瘀血有一定关系,从而证实了缺血性中风急性期是以“风”、“火”、“痰”、“瘀”为标,尤以“痰”、“瘀”作用更为显著。所以痰热腑实型的血浆Hcy水平均分别明显高于风痰阻络型、风火上扰型,且痰热腑实型的神经功能缺损评分明显高于其他实证型<sup>[29]</sup>。

综上,Hcy是缺血性卒中的独立危险因素,通过多种机制影响着卒中患者的发病以及预后,而且已成为影响缺血性卒中复发的危险因素,针对同型半胱氨酸的2级预防可以降低缺血性卒中的复发,改善预后。对于缺血性中风的中医证型亦有很多相关研究,并有虚实证型之分,通过检测缺血性卒中急性期虚实证型患者血浆同型半胱氨酸水平、分析神经功能缺损程度评分、中医证型与血浆同型半胱氨酸水平的关系、以及观察同型半胱氨酸与缺血性卒中相关评定指标之间的关系,寻找缺血性卒中中医证型与同型半胱氨酸之间的联系,为中医治疗缺血性卒中寻找评定临床疗效的依据。

#### 参考文献

- [1]Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet, 2012, 380:2095-2128.
- [2]Howard G, Grau A. Advances in stroke: Population studies 2013 [J]. Stroke, 2014, 45:368-370.
- [3]Collaboration HS. Homocysteine and risk of ischemic heart disease and stroke: a meta-analysis[J]. JAMA, 2002, 288(16):2015-2022.
- [4]朱明辉, 胡广奋, 陆婉晖, 等. 血清同型半胱氨酸水平对首发急性脑梗死患者短期预后的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2015, 14(5):375-378.
- [5]涂红梅. 不同 TOAST 分型青年脑梗死与高同型半胱氨酸血症的相关性[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(3):47-49.
- [6]方丽丽, 郭志峰, 左婷, 等. 缺血性脑卒中患者血清中同型半胱氨酸氧化蛋白质抗体及分析[J]. 中外女性健康研究, 2017(7):21-22.
- [7]Jia SJ, Lai YQ, Zhao M, et al. Homocysteine-induced hypermethylation of DDH2 promoter contributes to apoptosis of endothelial cells. Pharmacol, 2013, 68:282-286.
- [8]邓宇鲲, 闫冰, 陈涛, 等. 血浆同型半胱氨酸水平与颈动脉斑块相关性的研究[J]. 中国循环杂志, 2014, 29(5):363-366.
- [9]Homocysteine Studies Collaboration. Homocysteine and risk of ischemic heart disease and stroke: a meta-analysis. JAMA. 2002 Oct 23-30; 288 (16): 2015-22.
- [10]Wang X, Qin X, Demirtas H, Li J, Mao G, Huo Y, Sun N, Liu L, Xu X. Efficacy of folic acid supplementation in stroke prevention: a meta-analysis. Lancet. 2007 Jun 2; 36 (9):1876-1882.
- [11]区腾飞, 赵旭, 李荣, 等. 同型半胱氨酸、叶酸、维生素 B<sub>12</sub> 水平与急性脑梗死的关系分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2015, 14(9):715-718.
- [12]Hun Y, Qin X, Wang J, et al. Efficacy of folic acid supplementation in stroke prevention: new insight from a meta-analysis[J]. Int J Clin Pract, 2012, 66(6):544-551.

- [13]付伟光, 齐振勇, 李爱军, 等. Hcy、Hs-CRP、LP(a)及 DD 联合检测在冠心病病程中的应用研究[J]. 现代预防医学, 2014, 41(1):122-124, 127.
- [14]鄢高亮, 王栋, 乔勇, 等. 高同型半胱氨酸水平对冠心病严重程度及支架置入治疗预后的影响[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(5):500.
- [15]张探涛, 莫新玲. 冠心病、高血压与血清同型半胱氨酸、超敏 C 反应蛋白的相关性[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(5):1035-1037.
- [16]黑洁. 郑州市中老年高脂血症患者同型半胱氨酸与维生素 B<sub>12</sub> 及叶酸水平调查[J]. 中国社区医师, 2015(4):96-98.
- [17]Tabas L. Nonoxidative modifications of lipoproteins in atherogenesis. Annu Rev Nutr, 1999, 19:123-139.
- [18]赵佳, 左林, 姚创利, 等. 锰超氧化物歧化酶基因变异与血脂和同型半胱氨酸水平的关系研究[J]. 现代检验医学杂志, 2016, 31(3):12-15.
- [19]赵佳, 姚创利, 左林, 等. 冠心病患者血清同型半胱氨酸对血脂和锰超氧化物歧化酶的影响[J]. 现代检验医学杂志, 2015, 30 (5):44-45, 49.
- [20]Voutilainen S, Morrow JD, Roberts LJ, 2nd, Alfthan G, Alho H, Nyyssonen K, Salonen JT. Enhanced oxidized low-density lipoprotein-mediated plasmatotal homocysteine levels. Arterioscler Thromb Vasc Biol, 1999, 19:1263-1266.
- [21]吴继华, 沈昊, 徐震, 等. 血清同型半胱氨酸和低密度脂蛋白胆固醇与颈动脉斑块的关系[J]. 标记免疫分析与临床, 2015, 22(10):1008-1011.
- [22]王明强, 刘小军, 祁绍艳, 等. 急性脑梗死 TOAST 分型与血浆同型半胱氨酸水平关系的研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(6):85-86.
- [23]李光梅. 血浆同型半胱氨酸与动脉粥样硬化及脑卒中的相关性研究[J]. 实用中西医结合临床, 2016, 16(3):62-63.
- [24]林亚琴, 姜河, 余晓峰, 等. 同型半胱氨酸与脑梗死颈动脉狭窄相关性研究[J]. 神经损伤与功能重建, 2017, 12(2):148-149, 153.
- [25]梁晨, 高社荣, 梁晓安, 等. 同型半胱氨酸、超敏 C-反应蛋白、纤维蛋白原与脑梗死严重程度及复发的相关性分析[J]. 中华脑血管病杂志(电子版), 2013(5):257-260.
- [26]周义杰, 李华, 王树青. 急性缺血性中风中医证型与血浆同型半胱氨酸水平的关系研究[J]. 四川中医, 2014, 32(12):57-59.
- [27]李伟峰, 张玲端, 李庆海, 等. 缺血性中风急性期中医证型特点及与血浆同型半胱氨酸的关系[J]. 中国中医急症, 2009, 18(8):1274-1275.
- [28]李晓军, 刘兢, 郑永强, 等. 缺血性脑卒中中医证型与血浆同型半胱氨酸水平的关系研究[J]. 中医药学报, 2016, 44(4):124-126.
- [29]刘进财. 缺血性脑卒中中医辨证分型与血清同型半胱氨酸(Hcy)水平相关性分析[D]. 济南: 山东中医药大学, 2015.

(本文编辑:李海燕 本文校对:朱晨军 收稿日期:2017-12-12)

### 洪雅中草药·低等植物· 麦角科名录

虫草(冬虫夏草)*Cordyceps sinensis* (Berk.) Sacc.

入药部位:子实体入药。

性味:性平,味甘。

功能主治:补肾益肺,止血化痰。治疗肾虚精亏,阳痿遗精,腰膝酸痛,久咳虚喘,劳嗽咯血等。

生境分布:3500 米荒草坡。瓦屋山、团宝山。蕴藏量极少。

蝉花(蝉茸菌)*Cordyceps sobolifera* (Hill.) Berk. et Br.

入药部位:全体入药。

性味:性寒,味咸、甘。

功能主治:疏风散热,透疹,息风止痉,明目退翳。治疗外感风热,发热头昏;麻疹初期,疹出不畅;小儿惊风,夜啼;目赤肿痛,翳膜遮睛等。

生境分布:杂木林中。各乡镇均有分布,以瓦屋山、总岗山多见。本品为另类“冬虫夏草”,具有极高的开发价值和前景。

——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

## 经典温课 CLASSICS REVIEW

## 奔豚气与癫痫痰气并治的治疗思路

朱锦如<sup>1</sup> 郭闫葵<sup>2\*</sup>

(1 山东中医药大学中医学院, 山东 济南 250012; 2 济南市中医医院脑病科, 山东 济南 250012)

**摘要:**目的 探讨癫痫和奔豚气的共性, 以期两种疾病的预防和治疗提供可供借鉴的理论依据。方法 查阅各家著作, 从癫痫和奔豚气的病因病机、临床症状以及治疗等方面入手, 探讨两者的异同。结果 奔豚和癫痫是两种不同的疾病, 但两者有相似的病因、气逆上行和痰浊内阻的病理基础。治疗上均注重治痰理气。结论 癫痫和奔豚气有相似的病因、病理基础和治疗方法。因此两者在治疗上可相互借鉴, 有助于拓宽临床思路、提高临床疗效。

**关键词:** 奔豚气; 癫痫; 痰浊内阻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.031

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0070-02

## Medical Treatment of Up-rushing Gas Syndrome and Epilepsy with Actions of Resolving Phlegm and Regulating Qi

ZHU Jinru<sup>1</sup>, GUO Yankui<sup>2\*</sup>

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250012, China;

2. Department of Neurology, Jinan Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250012, China)

**Abstract:**Objective To explore the commonness of epilepsy and up-rushing gas syndrome in order to provide theoretical basis for the prevention and treatment of the two diseases. **Methods** Various works were consulted to explore the similarities and differences of epilepsy and up-rushing gas syndrome from the aspects of etiology, pathogenesis, clinical symptoms and treatment. **Results** Porpoise and epilepsy are two different diseases, but they have the same pathogeny, the same pathological basis of qi reverse uplink and phlegm turbid internal obstruction. The treatment all pay attention to treating phlegm and regulating qi. **Conclusion** There are similar etiology, pathological basis and treatment methods between epilepsy and up-rushing gas syndrome. Therefore, they can learn from each other in the treatment, which is helpful to broaden the clinical thinking and improve the clinical effect.

**Keywords:** up-rushing gas syndrome; epilepsy; phlegm stagnation

奔豚病名首见于《黄帝内经》。《灵枢·邪气脏腑病形篇》云:“肾脉急甚为骨癰疾,微急为沉厥奔豚,足不收,不得前后。”《难经·五十六难》中所云:“肾之积名曰奔豚,发于少腹,上至心下如豚状,或上或下无时,久不已,令人喘逆,骨痿少气。”属“肾积”“奔豚”范畴,不在本文论述范围之内,后世所论奔豚气,多指《金匮要略》中所述奔豚气<sup>[1]</sup>。癫痫病名首见于《内经》。《素问·奇病论》曰:“人生而有病于癰疾者……病名为胎病,此得之在母腹中时,其母有所大惊,气上而不下,精气并居,故另子发为癰疾也。”因此曾有学者提出“奔豚疑似病”的论点<sup>[2]</sup>,意指《金匮要略》奔豚气与癫痫疑似同病,而临床上二者的治疗的确有可相互借鉴之处,故在此分别从病因病机、症状和治疗等方面展开论述<sup>[3]</sup>。

## 1 病因病机

陈无择《三因极一病证方论·癰病绪论》指出“夫癰病,皆由惊动,使脏气不平,郁而生涎,闭塞诸经,厥而乃成。或在母胎中受惊,或少小感风寒暑湿,或饮食不节,逆于脏气。”指出惊恐而发是癫痫的发病

诱因,脏气不平而痰涎壅阻是导致癫痫发作的重要机制<sup>[4]</sup>。

《金匮要略》中所述奔豚病因主要有二,一是发汗太过,阳虚复感寒邪或素有水饮,即“发汗后,烧针令其汗,针处被寒,核起而赤者,必发奔豚。”;二是从惊恐得之,巢元方《诸病源候论·贲豚气候》中记载“夫奔豚气者,……,起于惊恐忧思所生,若惊恐则伤神,心藏神也。忧思则伤志,肾藏志也。神伤志动,气积于肾而上下游走,如豚之奔。”<sup>[5]</sup>说明情志因素在奔豚气的发病过程中有重要作用。常在突然遭受大惊大恐之后发病,恐则气下,惊则气乱,气机逆乱,脏腑受损。肝郁则气机不利,肾虚则水液代谢障碍,聚而生痰;脾胃受损则精微不能上输,运化失司,聚湿生痰;痰湿内生又进一步阻碍气机通畅和水液代谢,形成恶性循环。因此,奔豚气的发作同样具有脏腑受损,痰浊内阻的病理基础,在惊惧之下,气机逆乱为病,与癫痫之痰涎瘀阻、脏腑气机紊乱而发病有相似之处。

## 2 临床症状

奔豚气是指患者自觉有气从少腹上冲胸咽的一种病证,主要表现为“从少腹起,上冲咽喉,发作欲死,复还止”、“气上冲胸,腹痛,往来寒热”、“心下悸”。由于气逆上冲如同豚之奔突,故名奔豚气。常

\* 通讯作者: guoyankui126@126.com





自行缓解,可反复发作。现代医学中的患有神经官能症或者冠心病的部分患者亦有类似症状。

癫痫主要表现为患者突然昏倒,人事不知,双眼向上瞪视,口角流涎,伴有肢体抽搐,或有异常叫声,或仅有突然呆木,对外人呼唤没有反应,或面部苍白,头部下垂,四肢软而无力等症状。患者醒后如常人,对发病过程无记忆,常反复发作。正如《古今医鉴 五痫》提出:“发则猝然倒扑,口眼相引,手足搐搦,背脊强直,口吐涎沫,声类畜叫,食顷乃苏。”其中癫痫复杂部分性发作中常有患者自述腹部或胸部有一股热气向身体上部腾窜,伴有胃部不适感、腹痛、心悸、肠鸣、急便感等自主神经症状,与奔豚气发病有相似之处。

以上可知,二者均有在一定诱因下突然、反复发作的特点。虽然癫痫复杂部分性发作与奔豚气有相似之处,但在具体症状上仍有差异,比如癫痫发病患者常有意识障碍,醒后如常人,无法确切描述发作时自主症状,更没有“气从少腹上冲心”的典型症状或先兆感觉。所以,若“以奔豚为癫痫之重者”或认为《金匮要略》所论奔豚气是癫痫的一种,是不妥当的。

### 3 治疗

《丹溪心法》中有云“无非痰涎壅塞,迷闷孔窍”,《景岳全书》云“治此者,当察痰察气,因其甚者而先之”。癫痫的发病多因痰涎瘀阻,脏气不平,故治以治痰、治气,痰降气顺则发作休止。在此基础上,再结合患者舌苔脉象及其他兼证,治以涤痰息风、清肝泻火、活血化痰、健脾宁心、潜阳安神,常投以定痫丸、龙胆泻肝汤合涤痰汤、通窍活血汤、六君子汤合归脾汤、左归丸合天王补心丹等方剂加减治疗。正如龚商年《临证指南医案·癫痫》按语中所说“痫之实者,用五痫丸以攻风,控涎丸以劫痰,龙荟丸以泻火”,痰浊素盛,由风、火触动,上蒙清窍者可用定痫丸加减方或龙胆泻肝汤合涤痰汤加减方。定痫丸中半夏、陈皮、茯苓三药,燥湿化痰行气,是化裁于二陈汤;竹沥性寒滑利,善涤痰定惊,配伍南星化痰熄风川贝微苦而甘,可清肺润燥;全蝎、僵蚕是虫类药,走窜之力强,配伍天麻熄风止痛止痉;丹参清心凉血,麦冬味甘柔润又能养心、肺、胃之阴;石菖蒲开窍豁痰、远志苦温性燥,配伍茯神安神益智;琥珀、朱砂镇心安神;甘草调和诸药。最后加入姜汁糊丸,可以温化痰浊利窍,并防方中寒凉之品阻碍湿痰之消散。龙胆泻肝汤合涤痰汤加减方中龙胆草清热燥湿之中,善清下焦之湿热;黄芩善清中上二焦湿热、栀子苦寒

配伍柴胡泻火除烦、凉血解毒;车前子与木通利尿通淋、清膀胱之热,伍泽泻利水渗湿,使湿热之邪下行,从小便而出;加入竹茹清热,石菖蒲、天南星豁痰开窍;茯苓、半夏、陈皮亦取二陈汤之义燥湿化痰降逆,甘草调和诸药。

冲脉为血海,条畅脏腑气机,与足少阴肾经相并而行,夹脐上行,散布胸中。若肾气化失职,则冲气不降反逆;起于气冲穴,与足阳明胃经伴行,冲气上逆,胃气亦多上逆,因胃气以降为顺,脾胃功能受损,水液代谢失司,则痰浊内生,形成痰浊内阻的病理基础。故奔豚气以治痰理气为其主要治疗原则。常用奔豚汤加减,奔豚汤中甘李根白皮清热降逆;生葛退热生津;当归、白芍、川芎,能补养肝血而不滞,顺肝条达之性;甘草调药和中,又用清半夏、生姜,有理气降逆化痰之用。亦可辨证加用竹茹、瓜蒌、石菖蒲、旋覆花等加强化痰之力。痰浊得化则水液气机通畅,为冲气下降提供通路,有助于奔豚气的治疗。

由此可见,治疗奔豚气和癫痫的常用方在根本上都是平脏气、化痰浊,使痰消气顺则病止。另一方面,镇静催眠药为癫痫治疗的主要药物之一,与重镇降逆、定心安神之品应用于奔豚气治疗,有异曲同工之义,例如桂枝加龙骨牡蛎汤中重用生龙牡重镇安神,冲气上逆,伴随心烦不宁者可酌加朱砂、磁石,代赭石以重镇安神<sup>[6]</sup>。

综上所述,奔豚气与癫痫同为发作性疾病,病情反复,但由于癫痫患者常有意识障碍,醒后如常人,无法确切描述发作时自主症状,更没有“气从少腹上冲心”的典型症状或先兆感觉,所以简单将两者混为一谈是不恰当的。但两者有相似的病因、气逆上行和痰浊内阻的病理基础。治疗亦有共通之处,均注重治痰理气。因此,两者在治疗上可相互借鉴,如奔豚气治疗中加入重镇安神之品,可加强平冲降逆之功;癫痫在注重祛痰治疗的基础上重视气的引导,条畅气机,为痰浊得化提供通路,有助于拓宽临床思路、提高临床疗效。

### 参考文献

- [1]顾炳熙.论奔豚气病的证治[J].河北中医,1981(1):24-26.
- [2]清·周学海.读医随笔[M].南京:江苏科学技术出版社,1983.
- [3]刘向亮,马喜莲,马融.再论奔豚疑似痫[J].中华中医药杂志,2014(4):1146-1147.
- [4]宋·陈言.三因极一病证方论[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [5]叶进.《金匮》奔豚气病纵览[J].上海中医药大学学报,2002,16(4):9-11.
- [6]安俊义.桂枝加龙骨牡蛎汤治疗奔豚气 62 例[J].中国中西医结合消化杂志,2004,12(4):239.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘炳男 收稿日期:2017-12-08)

# 从桂枝汤探讨干燥综合征的治疗

黄海珍 高永翔\*

(成都中医药大学临床医学院, 四川 成都 610075)

**摘要:** 桂枝汤被誉为仲景群方之冠, 可滋阴和阳达到调和阴阳的目的, 《伤寒论》中以桂枝汤为基础加减形成许多经典名方, 如桂枝加葛根汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤等。笔者以桂枝汤能调和营卫, 滋阴和阳, 故以桂枝汤加减方调和阴阳治疗干燥综合征, 并结合桂枝汤阐述干燥综合征的中医治疗。

**关键词:** 干燥综合征; 桂枝汤; 滋阴和阳; 燥证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.032

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0072-02

## Discussion on the Treatment of Sjogren's Syndrome from Guizhi Decoction

HUANG Haizhen, GAO Yongxiang

(College of Clinical Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 610075, China)

**Abstract:** Guizhi decoction is known as the crown of Zhong Jingqun. It can nourish yin and yang to reconcile the yin and yang. In *Treatise on Febrile Diseases*, Guizhi decoction is the basis for the modified form of many classic prescriptions, such as Guizhi Gegen decoction and Guizhi Gancao Longgu Muli decoction. The authors thought that Guizhi decoction can reconcile the ying and wei, yin and yang, so modified Guizhi decoction was used to reconcile yin and yang in the treatment of Sjogren's syndrome, and the therapy of traditional Chinese medicine was discussed.

**Keywords:** Sjogren's syndrome; Guizhi decoction; nourishing yin and yang; dryness syndrome

干燥综合征是一种以主要侵犯泪腺、唾液腺等外分泌腺体, 以淋巴细胞浸润和特异性抗体(抗SSA/SSB)为特征的弥漫性结缔组织病<sup>[1]</sup>。临床以口干、眼干为主要表现, 也可累及其他器官, 主要表现在皮肤干燥、关节痛、肾损害等。西医尚无根治干燥综合征的方法, 治疗主要以替代和对症治疗改善临床症状为主, 当患者病情严重出现多系统病变时, 予免疫抑制剂、糖皮质激素治疗, 而免疫抑制剂和激素都具有骨髓抑制等副作用。祖国医学治疗干燥综合征, 不仅可以明显缓解临床症状, 且有副作用小等优点。祖国医学很早就有关于干燥综合征的临床症状的表述, 如《素问·气交变大论》云“岁金太过, 燥气流行……目赤痛毗痒, 耳无所闻, 肃杀而甚, 则体重烦冤, 胸痛引背, 两胁满且痛引少腹<sup>[2]</sup>”; 《素问·至真要大论》曰“岁阳明在泉, 燥淫所胜……民病喜呕, 呕有苦, 善太息, 心胁痛不能反侧, 甚则隘干面尘, 身无膏泽, 足外反热<sup>[3]</sup>”, 这不仅提出感受燥气的病因学说, 还描述了感受燥邪后出现了本病相似的口眼皮肤干燥、关节痛、身痛乏力等症状。东汉张仲景的《伤寒论》也有很多篇幅描述了患者口渴、口干和大便干燥的表现, 这些症状的病因不全相同, 但给我们辨证施治提供了很多有效的方法和经典方, 如桂枝白虎加人参汤等。近代以来, 中医界重视《伤寒论》经方的研究, 受《伤寒论》启发采用其中方剂治疗干燥综合征, 如高龙娟等用桂枝芍药知母汤治疗干燥综合征<sup>[4]</sup>, 就取得了不错疗效。笔者受其启发, 以桂枝汤为基础方, 合桂枝加葛根汤, 桂枝加龙骨牡蛎汤等来治疗干燥综合征。

桂枝汤为仲景群方之首, 其方药组成甚为严谨,

治疗作用广泛, 外证得之可调和营卫以固表, 内证得之可调和阴阳而守中<sup>[4]</sup>。桂枝汤以芍药、桂枝为君, 桂枝主温阳化气, 芍药主养血滋阴, 且能敛阴防治进一步耗散阴液, 一阴一阳, 调和营卫; 再加甘草, 辛甘化阳, 酸甘化阴, 故常把桂枝汤看作滋阴和阳之方; 方中大枣补脾益气, 生姜鼓舞胃气升腾脾胃之气又可益营助卫, 故桂枝汤又可补益脾胃之气<sup>[5]</sup>。《伤寒论》中桂枝加葛根汤用于治疗太阳病见项背强几几, 葛根可解肌止痛, 但葛根尚能生津止渴, 升阳化气。桂枝加龙骨牡蛎汤主要用来治疗盗汗, 虚劳诸症, 用于虚劳病阴阳两虚, 其中龙骨牡蛎潜阳固阴, 潜阳摄精, 治疗阴阳两虚。

《素问·阴阳应象大论》曰: “燥盛则干”; 刘河间在《素问玄机原病式·论燥》: “诸涩枯涸, 干劲皴揭, 皆属于燥”。祖国医学认为燥证发病多因先天禀赋不足, 阴精亏虚、清窍失养; 或患者感受燥邪, 或其他外邪入里化热化燥, 耗伤阴液, 损伤阴精, 阴精亏损, 不能润泽肌肤, 则见口眼及皮肤干涩等象; 四肢关节失去阴液濡养, 不荣则痛, 可见关节疼痛。阴阳双方相互依存、相互资升, 唐·王冰《素问·四气调神大论》: “阳气根于阴, 阴气根于阳, 无阴则阳无以生, 无阳则阴无以化<sup>[6]</sup>”。干燥综合征虽以阴虚为主, 但无阴则阳无以生, 常在阴虚的基础上可继而导致阳虚, 疾病后期常形成阴阳两虚。而在辩证论治时, 传统医学认为无阳则阴无以化, 治疗本病需鼓舞阳气生成, 但燥为阳邪, 纯补阳气又易伤阴, 故治疗干燥综合征需借桂枝汤滋阴和阳之义, 只需少加桂枝、葛根等升阳之品即可, 可使阴液得阳气化生, 且使阴液得以布散周身, 而不可大用补阳之品, 以免损伤阴液。

### 1 医案举例

患者, 女, 56岁, 因双眼干涩, 口鼻干燥半年, 于

\* 通讯作者: 406084191@qq.com





2016年9月成都某三甲医院风湿免疫科就诊。患者自诉无明显诱因自觉双眼干涩、视物模糊、口干、口渴,半夜经常醒来欲饮水,进食需泡水咽下,偶有吞咽困难,伴食欲不振,大便干燥,体倦乏力。眼科经查双眼Schirmer实验(+),抗SSA抗体(+),抗SSB抗体(+),唾液流量实验阳性,按摩腮腺无唾液分泌,西医诊断为干燥综合征,医院以人工泪液和匹罗卡品治疗。患者症状好转后出院。出院1月患者又感症状加重,寻求中医治疗,患者自诉双眼干涩,口干,口渴,食少,且进食需饮水,伴全身乏力,便秘。舌质红而少津,苔少而干,脉细数,中医辨病为燥证,辨证气阴亏虚证。笔者以《伤寒论》中桂枝汤加减,滋阴和阳,兼能补气。推而拟方如下:桂枝12g,芍药15g,甘草6g,生姜9g,大枣4枚,葛根15g,玄参20g,生地黄20g,麦冬20g,玉竹20g,山药20g,黄芪20g,太子参20g。每日1剂,连服14剂,患者诉症状明显减轻,眼干眼涩明显好转,已可正常进食,口干较前明显缓解。于方中加入熟地黄20g,龙骨15g,牡蛎15g,山萸肉20g。继服10剂。上方服用2个月,未诉口干、眼干,气虚乏力明显减弱,半年后随访,患者病情稳定未再复发。

## 2 临床思考

急则治其标,《素问·至真要大论》“燥者濡之”;朱丹溪在《丹溪心法》中曰“燥结血少,不能润泽,理宜养阴”。桂枝汤中芍药养血滋阴敛阴,芍药甘草酸甘化阴,干燥综合征表现为一系列燥证,故以桂枝汤中治疗营弱给予润法治疗干燥综合征。桂枝汤方剂中加葛根、麦冬、生地黄、玄参等生津润燥之品,诸药合用增补阴液、使阴精充则足,诸症悉除,这种生津润燥的方法与西医替代治疗有异曲同工之妙。其中玄参、生地黄、麦冬3味药物组为增液汤,为滋阴润燥必备良方。玄参苦咸而凉,具有养阴增液润下、泻火散结之功;麦冬甘寒质润,长于滋益胃肠阴液;生地黄甘苦而寒,养阴润燥清热。三药合用,大补阴液,润肠道,缓解因为消化道腺体分泌消化液不足的干燥症状,如食道失津的进食困难,大肠失润引起的便秘,葛根能生津止渴,可明显缓解口干症状。方中白芍、甘草酸甘化阴补充阴液,且能缓急止痛,治疗干燥综合征中的关节疼痛等临床表现。可见这种滋阴润燥的方法不仅可以缓解口干、眼干的主要症状,也可治疗干燥综合征引起的便秘、关节疼痛等兼症,可谓一举多得。

干燥综合征临床上好发于30~60岁,而我国原发干燥综合征患病率为0.29%~0.77%。老年人原发干燥综合征患病率为2%~4.8%<sup>[1]</sup>。可见此病发病以老年病人为多,传统医学认为由于年老之人常肾气衰败,肾阴亏虚,肾水渐枯不能上承,五脏阴气失却滋养,可见全身阴虚表现。肾阴为一身阴之本,喻嘉言在《医门法律》中说“治燥病者补肾水阴寒之虚”;张景岳《景岳全书·传忠录》“五脏之阴气非此不能滋,五脏之阳气非此不能发”,这些医家都阐述了滋补肾阴在治疗阴虚中的重要

作用。肝开窍于目,在液为泪,脾开窍于口,在液为涎,肾主一身之津液,在液为唾,临床口干眼干症状以肝脾肾等脏腑阴虚为主,肾阴为一身阴之本,故治疗干燥综合征重在滋补肾阴,故方中加六味地黄丸中熟地、山药、山萸肉补肾阴之品,肾阴充足则脏腑形体官窍得以濡润。龙骨、牡蛎咸寒,阴润之物,可滋阴生津止渴,与沙参、麦冬同用,可有效改善口干、口渴;阴虚之人,除津液亏少之外,虚火上扰,心烦失眠,加重口干口渴的症状,龙骨、牡蛎潜阳,使热不上炎,口渴自解;且龙骨牡蛎能固摄肾精,可有补肾阴之作用<sup>[9]</sup>。

《景岳全书》所谓:善补阴者,必于阳中求阴,则阴得阳升而泉源不竭。可见阳不化气,则阴难成形,阴津的充足有赖于阳气之化生。中医学认为津液其性属阴,沉潜静润,主静而不动,即阴津不能自己化生而成,更不能自己达布周身,阳气主动,阴液滋养全身其动力来自于阳气,在滋阴生津的基础上少佐助阳之品,可以激发滋阴药物的活性,故善补阴者必于阳中求阴,阴得阳助,生化无穷。又滋阴润燥药多偏阴寒,阴伤阳气,故可能造成阳虚而且全身机能低下,表现出神疲嗜睡、乏力等症加重,故可适量加入温阳益气之品,一可升阳,二可制约阴寒太过。故方中配伍桂枝辛温化气温阳,葛根升阳化气,二者可将阴液上承于头面五官,缓解阴液不能上承形成的口干、眼干症状。

李东垣曰:“气少作燥,甚则口中无涎。泪亦津液,赖气之升提敷布,使能达其所,溢其窍。今气虚津不供奉,则泪液少也,口眼干燥之症作矣”,干燥综合征患者常有乏力气虚表现,对于体倦乏力之人加用温阳益气之品,可以激发脏腑功能的活力,使津液气血生化有源。阴液不足可导致阳气无源,导致气虚,气能行津,气虚又可导致阴液不行,进一步导致肢体头面阴液不足出现口干、眼干、关节疼痛等症状。黄芪、太子参益气健脾,大枣、生姜补益脾胃之气,养后天脾胃以滋先天,补气使阴液布散于全身,头面升清得养,肌肤筋骨得以滋润。故治疗干燥综合征气阴两虚证,需阴阳同调、气阴双补。

综上所述,桂枝汤能滋阴和阳、补益脾胃,然干燥综合征患者以阴虚为主,与伤寒论营气亏虚有一定区别,治疗干燥综合征时需加补益肝肾之品,是以配伍熟地、山萸肉、龙骨、牡蛎等补摄肾精,又加葛根升阳之品使阴液布散全身。然患者症状有别,病有轻重,用药之时需结合临床,滋阴润燥、补益肾阴、升阳补气之法各有侧重。

## 参考文献

- [1]葛永波,徐永健.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:826.
- [2]黄帝内经[M].倪太一.重庆:重庆出版社,2017:220-225.
- [3]高龙娟.桂枝芍药知母汤对阳虚型干燥综合征治疗作用的临床研究[D].保定:河北大学,2016:1-7.
- [4]邓艳蓉,袁红霞.浅析仲景桂枝汤的临床应用[J].山西中医,2014,30(9):60-62.
- [5]汉·张仲景.伤寒论[M].晋·王叔和,撰次.钱超尘,编.北京:人民卫生出版社,2005:26.
- [6]张利云,刘玉让.牡蛎在干燥综合征中的应用[J].中医药临床杂志,2017,29(9):1444-1445.

(本文编辑:李海燕 本文校对:高永翔 收稿日期:2017-12-19)

# 浅谈对异病同治的理解及应用

安东阳 齐峰<sup>△</sup>

(华北理工大学中医学院, 河北 唐山 063000)

**摘要:** 异病同治是中医治病的特色之一, 是辨证论治的应有之意。本文结合异病同治的概念和历史源流, 着重在个人对异病同治的理解及应用, 剖析异病同治的实质, 后附两则临床案例, 阐明异病同治的重要性。

**关键词:** 异病同治; 同病异治; 病例

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.033

文章编号:1672-2779(2018)-05-0074-02

## Discussion on the Understanding and Application of the Homotherapy for Heteropathy

AN Dongyang, QI Feng

(1. North China University of Science and Technology, Hebei Province, Tangshan 63000, China)

**Abstract:** Homotherapy for heteropathy is one of the characteristics of TCM treatment, which is one of the proper meanings of the treatment of syndrome differentiation. To illustrate the importance of the treatment method, we base on different development of its concept and historical origin, and then focus on personal understanding of the particular application to analyze the essence of pathogenesis of different disease. Two clinical cases were attached to the end for the better understanding on the homotherapy for heteropathy.

**Keywords:** homotherapy for heteropathy; treating same disease with different methods; medical cases

“异病同治”是指不同的疾病, 在其发展过程中, 由于出现了相同的病机, 因而采用同一方法治疗的法则。又有《简明中医辞典》<sup>[1]</sup> 解释为: “异病同治, 是指不同的疾病, 若促使发病的病机相同, 可用同一种方法治疗。”纵览古今文献中对异病同治内涵的诠释为: 不同的疾病, 若促使发病的病机相同, 可用同一种方法治疗。异病之所以能够同治, 实际上是以异病有病机相似的证候, 故异病同治的前提必须是异病同证。前后贯穿起来, 完整的表达应是异病同证, 同病同治<sup>[2]</sup>。

中医治病的法则, 不是着眼于病的异同, 而是着眼于病机的区别。异病可以同治, 既不决定于病因, 也不决定于病证, 关键在于辨识不同疾病有无共同的病机。中医治病有一套严谨完整的理法方药, 叶天士云: “医道在于识证、立法、立方”。第一要点就是识证, 也就是辨证。辨证是立法立方的依据, 根据机体反应出来的证而随证治之, 称之为辨证论治。在辨证论治当中, 其中不同的疾病, 但是由于病因病机相同, 或者病变性质相同时, 医生会采取相同的治法来施治。而当不同的疾病在某一阶段为体质共性所影响时, 就会产生相同的病理变化, 表现为相同的证, 或者不同的病因或疾病, 在其发展过程中, 因患者体质等影响, 可出现相同的病机变化和证候时, 在治疗上则采用相同的方法进行治疗, 谓之“异病同治”<sup>[3]</sup>。这种事实求实, 个体化的治疗方式, 也就是异病同治, 是中医辨证的精髓, 经过千年来反复的验证而依然屹立。体现了中医的诊疗特色, 展示了中医辨证论治的精神。

追溯而言, 异病同治的思想萌芽最早从春秋战国时期的《黄帝内经》开始, 《内经》中曾明确提出“同病异治”, “西北之气, 散而寒之; 东南之气, 收而温之, 所谓同病异治也” (《素问·五常政大论》), 而对“异病同治”并无明确的表述。直到张仲景得以发展, 虽然他没有提出“异病同治”的名称, 但是在《伤寒论》和《金匮要略》里有着大量的应用, 足以证明张仲景对异病同治的治法应用提升到了一个新高度。到了清代, 陈士铎的《石室秘录》有了相关的论述: “同治者, 同是一方, 而同治数病也……异治者, 一病而异治也。”从此, 同病异治和异病同治常被医者所引用, 并成为中医治疗学的一大特色。此后清代程文囿在《医述方论》中做了进一步阐述<sup>[4]</sup>, “临床疾病变化多端, 病机复杂, 证候多样, 病势的轻重缓急各不相同, 故治法需变化万千。人有强弱之异, 病有新旧之分, 时有四季之差, 地有五方之别; 有时同病须异治, 有时异病须同治。因此, 只有随证立方, 随病用药, 惟变所适, 才能纵横自如。”此后, 历代医家广泛将异病同治的理念应用与临床, 并不断丰富其内涵。

世间疾病千变万化, 人的体质也是千差万别, 同一种病、在不同的时期、不同的病人身上, 会表现出不同的症状特点; 相反, 不同的疾病, 不同的时期、不同的病人身上, 有时又可能出现相同或相似的症状, 这给诊断、治疗带来很大困难, 以至于人们很难对许多疾病有透彻的认识。中医概括疾病证候的方法, 可以使医生快速、准确地把握各种疾病的本质, 使治疗走向正确的方向。

有大量临床报道为证, 比如补中益气汤治疗头疼、眩晕、淋证获疗效。所述病例, 虽其病因、病位、主



症各不相同,但其病机确实一致的,均为补中益气法加减变通而获疗效。故临床凡符合脾虚中气下陷病机者,无论内、外、妇、儿科诸多慢性病证,均可应用本方调治。充分体现了“异病同治”治疗思想,取得良好效果。

中医“对症下药”不单对病名,既然中医是遵循辨证的结论来确定治疗方案,那么中药就不是针对某一个具体疾病,而是针对某一特定的证候来组方的。所以在中药说明书里,功用、主治介绍的主要都是疾病的证候特点,而没有疾病的病名。就拿“玉屏风颗粒”来说,它的功用是益气固表、散风止痒。凡属卫气不充,腠理不密导致的疾病,不论是表虚受风引起的荨麻疹,还是腠理不固导致的自汗、多汗,许多疾病都可适用,这叫作“异病同治”。相反,同样是荨麻疹,如果不属卫气不充,腠理不密,这种中药就不适用,中医把同一种病,但由于证候不同而采取不同方法治疗的情况称为“同病异治”。

笔者在校学习期间研读大量文献,在老师的指导下,通过实践摸索和总结,在实际生活中发现大量异病同治案例,今天带来与大家分享。

## 1 临证医案

**案1** 泽某,男,22岁。2017年1月8日求治于本人。自述本人冬春季节必感冒4~5次,现距上次感冒仅1周矣!此次受风,症状又有反复。头昏头痛,以头后部为重,鼻塞,流黄浊涕。自觉嗅味减轻,纳食可,小便调,大便偏干,余无明显不适,舌质红,苔薄黄,脉弦滑,既往有鼻窦炎三年史。考虑由感冒引起鼻窦炎复发。

**辨证:**邪热壅肺,处以麻杏甘石汤原方加减:麻黄6g,杏仁15g,生石膏30g,甘草5g,辛夷8g,苍耳子10g。5剂,水煎服。后于学校操场偶遇,问其效果如何,其诉原方吃完3剂已愈七八,5剂后基本无明显症状。

**案2** 本人咳嗽反复不愈2周余,2017年2月26日发病,因不慎受寒感冒,加之临近开学劳倦过度,当时症见:恶风寒,外出必带手套,帽子口罩样样具备,咳嗽,痰色白量少质黏,白天不显,晚上10点后始发作,咳甚时彻夜不眠,伴有咽部疼痛,舌质淡、苔白厚腻,脉浮。考虑此为明显感冒症状。

**辨证:**风寒袭肺,宣降失司。处以常规止咳方药未效,后结合痰量少反黏,咽部疼痛,考虑虽有表邪,但不能一味解表,须解表同时兼清肺热。

**辨证:**表里同病,解表清肺。处以麻杏甘石汤方加减:麻黄10g,生石膏30g,杏仁15g,桔梗15g,玄参10g,枳壳10g,黄芩6g,甘草6g。3剂,水煎服。早晚服之,晚睡前1h服,平时多饮温水,注意避

风,服后出汗较多,汗后周身舒畅,咳嗽,恶风咽痛基本不显。

**按:**麻杏甘石汤出自《伤寒论》63条:发汗后,不可更行桂枝汤,汗出而喘,无大热者,可与麻黄杏仁甘草石膏汤,原方是用于伤寒误汗后邪气入里,邪热壅肺,热邪迫肺,出现肺气失宣的症状,麻杏甘石汤是一个伤寒高效方,具有辛凉宣泄,宣肺平喘之功,临床多用于肺热咳嗽疾病,对西医的急性上呼吸道感染、支气管炎、肺炎、支气管哮喘等肺系病证治疗效果较好。

## 2 体会

在以上2个医案中,案例一为鼻窦炎复发,虽无喘咳,但其里有郁热之症明显,故处以麻杏甘石汤取效。案例二较为曲折,虽有明显表症症状,处以常规方药止咳未效,故处予麻杏石甘汤,表里双解。根据先贤经验,以及我对此方的理解,此方取效的关键:(1)在于麻黄与石膏的剂量之比,案例一的表证不明显,故处以麻黄6g。案例二的表症较为明显,故处以麻黄10g,解表宣肺平喘,方中绝不可缺少石膏,此药既可清肺胃之热,又可监制麻黄辛温发散太过,此外,甘草亦可缓和药性,其量可视情况加减;其关键:(2)在于抓住本方的病机,用此方时勿拘泥于西医的病名,只要符合肺热这一病机,不管有无表证,有无喘咳皆可随证加减应用。以上2个病例虽病种不同,但皆符合肺热这一病机,故用麻杏甘石汤皆有效。

## 3 结论

异病同治是张仲景辨证论治理论体系里一个重要组成部分,他在《伤寒论》理论论述和运用实际中都有着令人意想不到的深度和广度。通过对他的异病异证同治内容的深入学习领会,将进一步拓展对异病同治内涵的认识。

本文通过追溯异病同治的源流,试图发现其在漫漫长河中不断发展的线索,结合历代医家的真知灼见,异病同治的概念愈来愈明,通过本文两个亲自经手的病例,我对异病同治的概念有了进一步理解。我认为异病同治其实质就是在辨证论治指导下的理论体系,是中医个体化治疗的具体体现之一,是最能体现中医特色的诊疗手段,也是考验中医大夫水平高低的一个重要参考。

## 参考文献

- [1]《中医大辞典》编辑委员会.简明中医辞典(修订本)[M].北京:人民卫生出版社,1979:384.
- [2]严石林,陈为,赵琼.重新思考异病同治中证的内涵[J].中医文献杂志,2010,26(1):35.
- [3]郑世琳.试论《金匮要略》中“异病同治”的运用[J].江苏中医药,2003,24(11):50-51.
- [4]关静,李峰,宋月哈.“异病同治”的理论探讨[J].中国中医杂志,2006,12(9):650-651.

(本文编辑:李海燕 本文校对:谭俊 收稿日期:2017-11-21)

刘志龙教授治疗2型糖尿病的中医临床艺术<sup>※</sup>黎崇裕 李俊 吴小秋\* 刘志龙<sup>△</sup>

(珠海市中西医结合医院名中医工作室/中医治未病科, 广东 珠海 519000)

**摘要:** 刘志龙善用经方治疗糖尿病、脑血管疾病及疑难杂症, 其中2型糖尿病患者在其门诊中较为多见, 其临床诊疗过程、说话方式、处方医嘱等处处彰显了他在2型糖尿病的中医诊疗过程中的艺术体现, 通过阐述刘志龙在临床中所体现的中医预后观、中医情志观、中医兵法观、中西医结合观这4个中医临床艺术方面, 从侧面展现了刘志龙治疗2型糖尿病的特色。

**关键词:** 中医临床艺术; 诊疗特色; 2型糖尿病; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.034

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0076-03

## Clinical Art of Traditional Chinese Medicine of Professor Liu Zhilong in the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus

LI Chongyu, LI Jun, WU Xiaoqi, LIU Zhilong

(Famous Traditional Chinese Medicine Studio, Zhuhai City Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine/Department of Preventive Treatment of Disease, Guangdong province, Zhuhai 519000, China)

**Abstract:** Professor Liu Zhilong is good at classical prescriptions to treat diabetes, cerebrovascular disease and difficult miscellaneous diseases, including type 2 diabetes patients in the clinic is more common, the clinical diagnosis and treatment process, the way of speaking, such as prescription everywhere highlight him in the process of TCM diagnosis and treatment of type 2 diabetes in the artistic expression, hope that through the traditional Chinese medicine prognosis on Professor Liu Zhilong embodied in clinical view, TCM mental outlook, TCM art concept, combining traditional Chinese and Western medicine of the four clinical viewer art, and showed characteristics of Professor Liu Zhilong in the treatment of type 2 diabetes.

**Keywords:** clinical art of traditional Chinese medicine; diagnosis and treatment characteristics; type 2 diabetes; consumptive thirst

刘志龙 (1963年10月—), 男, 湖南岳阳人, 珠海市中西医结合医院院长、主任中医师; 中华中医药学会脑病专业委员会常务委员, 世界中医药学会糖尿病专业委员会常委, 广州中医药大学兼职教授、博士研究生导师, 广东省中医药学会脑病专业委员会副主任委员, 广东省中西医结合学会糖尿病专业委员会副主任委员, 珠海市中医药学会会长。是岭南地区经方医派的重要人物之一, 2012年被广东省政府授予“广东省名中医”称号<sup>[1]</sup>。刘志龙教授从事中医临床工作20多年, 治学严谨, 学验俱丰, 临床除擅长用经方治疗各种内科杂病外, 尤其善用经方治疗糖尿病、脑血管疾病及疑难杂症, 其中2型糖尿病患者在其门诊中较为多见, 刘志龙教授在运用药物治疗2型糖尿病的同时, 其诊疗过程、说话方式、处方医嘱等处处彰显了他在2型糖尿病的中医诊疗过程中的艺术体现, 笔者认为行医是一门技术, 不是技巧, 中医在民众心目中往往担当了牧师的角色, 不仅要有好的医疗技术水

平, 还要懂得人情世故<sup>[2]</sup>。因此, 挖掘名老中医的中医临床艺术和整理其医案一样重要, 皆可彰显其特色及独特个性。

## 1 少测血糖的艺术——中医预后观

在临床中, 预后是对某种疾病发展过程和后果的预测。两千年前人们就注意到了疾病的预后问题, 在《史记·扁鹊仓公列传》中就记载有扁鹊通过给齐桓公望色, 预知其有病在身, 不治将深。前人的这种未卜先知、防患于未然的超前预后观, 对防止疾病发生、发展及变化, 促使疾病预后向好的方向发展具有重要意义<sup>[3]</sup>。中医学强调人体是一个有机的整体, 审查内外、辨证求因、四诊合参, 是疾病预后的判断独特的认识和方法<sup>[4]</sup>。刘志龙教授在临床中提出三个月少测血糖的临床艺术亦是其多年运用中医药诊疗糖尿病摸索出来的中医预后观。

在刘志龙教授的门诊中常可见2型糖尿病患者, 2型糖尿病的治疗有三种选择: 西医、中医、中西医结合。各有千秋: 西医降糖比中医快, 并发症处理手段也比中医多, 但在改善症状方面, 西医往往不如中医。中医通过整体调节, 改善内环境, 可以让患者的症状得到很大的缓解。西医的治疗目标是降糖, 控制指标, 而不是治愈; 中医的治疗目标是治愈, 然后逐渐停药<sup>[2]</sup>。然而大多数患者在检查发现患有糖尿病之后, 第一时间找西医治疗, 直至疗效不佳时才考虑找中医。用

※ 基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医传承工作室建设项目【No.国中医药人教发〔2013〕47号】; 广东省首批名中医传承项目【No.粤中医函〔2015〕20号】; 广东省中医药立项课题【No.20151093】; 省级中医药建设专项资金名中医传承工作室建设项目实施方案【No.粤中医办函〔2017〕17号】

\* 通讯作者: 65610876@qq.com

△ 指导老师





中药代替西药需要一个过程,此间血糖有可能出现比较大的波动,刘志龙教授对已经在服用西药控制血糖的患者,建议其接受中药治疗的同时,要求患者三个月内少测血糖,这三个月血糖有可能升高,但无需担心,三个月之后,中药逐渐替代西药取效后,血糖即可较为稳定地下降,从而逐渐取代西药,直到停药。

## 2 中医话疗的艺术——中医情志观

糖尿病(Diabetes Mellitus DM)是一个多基因多因素的疾病,发病率逐年增高。随着对DM的病理生理学、遗传和治疗等方面大量观察资料的积累,人们越来越认识到情志对DM的发生和发展均有重要的影响,由于DM为终身性疾病,需要患者坚持不懈的饮食控制和药物治疗。因此,绝大多数患者一旦得知自己患了DM,几乎不可避免地出现不同程度的焦虑或忧郁情绪,特别是某些病程长、病情重、并发症多的患者有的需要每日注射胰岛素治疗,给工作、生活、婚姻带来不良的影响<sup>[5]</sup>。因此,刘志龙教授在内分泌门诊,对于心事重重的患者,普及必要的心理减压方式和正确的人生观、价值观,对于絮絮叨叨的患者,总是巧妙地说你的故事很精彩,我们下次再听你说故事,后面还有一大堆的患者等着,该让后面的人看病了,你看可以吗?这类患者一听立马明白,带有歉意和感激离开。我们觉得刘志龙教授像一个牧师,不但看病,还要做心理辅导,打开患者的“心结”,成为患者身体和心理的修复工程师<sup>[6]</sup>。

## 3 中医降糖的艺术——中医兵法观

中医省疾问病,善于讲究谋略,古人云:“治病如对仗,用药如用兵。”浩瀚的中医古籍中,蕴涵着丰富的治疗韬略,它是中国古代医家治病疗疾的经验结晶<sup>[7]</sup>。中医的兵法观代有发展,在历史的不同时期出现不同的时代病,兵法观亦有所不同。

“病来如山倒,病去如抽丝”,中医疗疾“治急性病要有胆有识,治慢性病要有方有守”,诚如岳美中先生所说:“一些慢性病,都是由渐而来,非一朝一夕之故,其形成往往是由微查的不显露的量变而到达质变,则其消失也需要经过量变才能达到质变。一个对症药方,初投时或无任何效验可见,若医生无定见,再加上病人要求速效,则必至改弦易辙。但这还不会有大妨害。最怕的是,药已有效,就是还未显露出来,正在潜移默化的量变阶段中,它的前进,好像儿童学步,屡起屡仆,屡仆屡起,无待扶持,方始成行。倘一中止药方,或另易它方,那将如患者东行向愈的光明前途,反而强扭之使西,不仅走向黑暗,前功尽弃,还恐怕枝节横生,造成另外一种疾病”<sup>[8]</sup>。

2型糖尿病是慢性病,形成是一个缓慢的过程,其

诊疗也非一朝一夕之功,所以在刘志龙教授的专家门诊,首次接诊的2型糖尿病患者都会明确告知“糖尿病减灶之计”。

“减灶之计”源自《史记·孙子吴起列传》,讲述的是战国时期,韩国受到魏国的攻击向齐国求救,齐王派田忌为大将,孙臆为军师率军进攻魏国都城大梁。魏军主帅庞涓急忙撤军救援。孙臆深知师兄庞涓狂妄自大,就建议田忌采用减灶计(使齐军入魏地为十万灶,明日为五万灶,又明日为三万灶)来麻痹魏军。进入孙臆的包围圈被逼自杀。而“糖尿病减灶之计”则以一年为一个疗程,最初三个月每天一剂药,如果病情稳定,血糖逐渐下降,则减为三个月每两天一剂药,然后逐渐变为三个月每三天一剂药,三个月每七天一剂药,直至彻底停药<sup>[9]</sup>。中药难闻难喝使得很多2型糖尿病患者对此有一定的抗拒心理,用“糖尿病减灶之计”可以让2型糖尿病患者充满期待,不用每天喝中药,期待可以彻底停药,无形中提高了依从性,体现了中医临床医生的“进与病谋,退与心谋”的艺术。

## 4 中西医结合的艺术——中西医结合观

中西医结合在防治糖尿病上有显著优势,一方面能有效改善患者症状,提高患者的生活质量,减少医疗开支,另一方面能有效防治糖尿病并发症<sup>[10]</sup>,在刘志龙教授的内分泌门诊,中西医结合治疗2型糖尿病是常态,因为很多2型糖尿病患者都是先服用西药控制不理想之后慕名前来就诊,针对这类患者,刘志龙教授一般不主张马上停用西药,而是通过中药慢慢替代西药取效后再逐渐减少西药的使用,若马上停用西药容易出现血糖指标的反弹,增加患者的心理负担。在门诊中,亦有不少患者在用中药起效慢,出现焦虑情绪时,刘志龙教授一般会建议可适当加用西药,先控制血糖,稳定患者情绪,再谋求他法,这正是中西医结合的艺术。

降血糖是内分泌科医生的基本功。如果一名住院患者在住院十几天后,血糖仍不平稳,一定会对医生有意见<sup>[11]</sup>。对于难降性的糖尿病,西医有冲击疗法,用大剂量的使用胰岛素,使血糖在短时间内达到正常水平,稳定患者的情绪和心态。中医亦有冲击疗法,曾经有一外地慕名前来找刘志龙教授诊疗的患者,在住院部治疗数天后血糖下降不明显,患者非常担忧,刘志龙教授在中药原方的基础上加上黄连50g,仅用两天内血糖就出现明显下降,让患者吃了一颗定心丸。刘志龙教授称此为“中医冲击疗法”,在非正常时期用非常手段达非常之效,这也是“重剂起沉疴”的中医临床艺术,同时正是中西医结合观的一种体现。

“名医是一味药”,而名医的中医临床艺术就是其中的药引子,尤在泾在《医学读书记》中说:药无引

使,则不通病所。中医临床想要提高疗效,除了刻苦钻研医疗技术外,名医的中医临床艺术更应引起我们的重视和学习的。

#### 参考文献

- [1]刘志龙,黎崇裕.100首经方方证要点[M].北京:中国中医药出版社,2015:1-2.
- [2]黎崇裕.一个青年中医之路[M].北京:中国中医药出版社,2016:11.
- [3]杨徐杭,汶医宁.中医预后思想探讨[J].国医论坛,2003,18(4):13-15.
- [4]方晓磊,江涛,刘金民.建立危重症中医预后评价指标系统的构想[J].国际中医中药杂志,2007,29(2):83-85.
- [5]肖玲,凌凌.情志对糖尿病的影响初探[J].河北中医,2002,24(1):48-49.
- [6]黎崇裕.沟通是消除医患纠纷的最好良药[N].中国中医药报,2014-07-25(3).
- [7]陈明.《伤寒论》治略与兵法三十六计举隅[J].中华中医药杂志,2005,20(1):52-54.
- [8]中国中医研究院.岳美中论医集[M].北京:人民卫生出版社,2005:15.
- [9]黎崇裕.因处方剂数奇特而闻名的几位经方大家[J].国医论坛,2016,31(3):1-2.
- [10]吉柳,汤新强,彭金咏.基于糖代谢酶调节作用的中药抗糖尿病研究进展[J].中国中药杂志,2012,37(23):3519.
- [11]苏敬,李静.糖尿病医生的临床处治艺术[J].基层医学论坛,2014,18(20):1.

(本文编辑:张文娟 本文校对:罗夕佳 收稿日期:2017-11-29)

## 王松龄教授治疗缺血型颅底异常血管网病的思路

王浩艺<sup>1</sup> 王松龄<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450002; 2 河南省中医院脑病科,河南 郑州 450000)

**摘要:**介绍了王松龄教授治疗缺血性烟雾病的思路与经验。认为肾精亏虚,痰瘀阻脉是缺血性烟雾病发病的关键,据其病机,提出了活血散瘀,补肾填精的治疗原则,自拟“益肾活血生脉方”,灵活辨证论治,有效缓解病人临床症状,逐渐建立侧枝循环,取得良好的临床疗效。

**关键词:**颅底异常血管病;填精益髓;化痰逐瘀;王松龄;缺血型

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.035

文章编号:1672-2779(2018)-05-0078-03

### Thoughts of Professor Wang Songling in the Treatment of Ischemic Skull Base Moyamoya Disease

WANG Haoyi<sup>1</sup>, WANG Songling<sup>2</sup>

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

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

**Abstract:** Thoughts and experience of Professor Wang Songling in the treatment of ischemic skull base moyamoya disease were introduced. The thought that the kidney essence deficiency, phlegm and blood stasis veins is the key of ischemic onset of moyamoya disease, according to its pathogenesis, the treatment principle of activating blood circulation to dissipate phlegm, tonifying kidney, tonifying the kidney and promoting blood circulation by "Yishen Huoxue Shengmai recipe" treatment based on differentiation of diseases, effectively alleviated the clinical symptoms of patients, gradually established collateral circulation, and achieved good clinical curative effect.

**Keywords:** moyamoya disease; tonifying the bone marrow; eliminating phlegm and removing blood stasis; Wang Songling; ischemic type

颅底异常血管网病(Moyamoya disease, MMD)又名烟雾病,是一种病因不明的慢性进行性脑血管闭塞性疾病。据流行病学调查MMD有两个发病年龄高峰:一是儿童<10岁(平均3岁),二是成年人为40岁左右。男女发病比例亚洲与西方病例略有不同,亚洲人群男女比约1:1.8;西方男女比例约为1:2.1<sup>[1]</sup>。近年来,随着大家对烟雾病认识的不断加深,以及诸多无创性血管检查和脑血管造影技术的大力开展,越来越多的烟雾病患者被发现。Kleinloog等<sup>[2]</sup>回顾分析了自1969年到2011年日本、中国和美国三个地区报道MMD的相关文献,结果显示日本发病率最高,约0.35~0.94/10万人年,中国发病率约0.41/10万人年,美国发病率约0.05/10万~0.17/10万人年,另有部分文献报道欧洲MMD发病率约0.03/10万~0.1/10万人年。其第一发病高峰以脑缺血为主,第二发病高峰以脑出血为主<sup>[3]</sup>。西医治疗上,目前暂无公认治疗方法<sup>[4-6]</sup>。王松龄教授结合多年临床经验总结出中医治疗缺血性MMD的经验,并在取得了良好的临床疗效。

#### 1 病因病机

中医无烟雾病病名,结合古籍相关记载及缺血性

MMD临床表现,多数学者认为本病与“中风”“中经络”“薄厥”“眩晕”等存在一定的相关性,但又有所区别。据《临证指南医案》载:“因精血衰耗,水不涵木,木少滋荣,内风时起……痰火阻窍,神志不清。”并结合缺血性MMD的临床症状,王松龄教授将本病病机归纳为肾精亏虚,髓海失养,痰瘀阻脉,窍闭失司。

**1.1 肾精亏虚为本** 肾精亏虚,髓海失养为本病之本。肾精与脑髓在生理上相互联系,病理上相互影响。《内经》论述,肾为先天之精,主骨生髓,髓满骨则输注于脑,脑髓充则主元神。髓海空虚则神机失用,偏枯、眩晕、失语诸症丛生,正如《灵枢·海论》所言:“髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒,目无所见,懈怠安卧。”王松龄教授认为缺血性MMD临床表现多种多样,其发病之本在于,一方面,内伤积损,元阳亏虚,运行无力,不足以驱使五脏六腑;另一方面,肾精亏虚,髓海化生乏源,脑神失养,百病乃生。

**1.2 痰瘀阻脉为标** 痰瘀阻脉,窍闭失司乃本病之标。脑为髓海,乃至真清灵之地。中医基础理论有言,周身气血津液运行赖以化生之源和推动之力。血滞为瘀,





津停为痰，髓海易空，清窍易闭，加之难病从痰、怪病多痰，为痰瘀阻脉乃发病之标供了理论依据。王松龄教授认为痰瘀为缺血性MMD的中心环节在于一方面痰瘀体质，气血津液运行不畅，郁久协风热升腾于上，痰瘀阻滞，清窍失司；一方面肾精亏虚，气血津液生成不足，久病入络，痰瘀留滞，脑脉闭阻。

髓海失养与窍闭失司既逐渐发展又互为因果，发病时痰瘀阻脉，窍闭失司，前期多为先天禀赋不足或其他原因导致的肾精亏虚；发病后毒邪内生，脑髓损伤，周而复始，恶性循环以致烟雾病患者病情反复，经久不愈。

## 2 活瘀散瘀及补肾填精在缺血性MMD中的应用

王松龄教授据其多年临床观察，针对缺血性MMD病机，提出了化痰活瘀，补肾填精的治疗法则。活瘀散瘀以除风痰瘀血阻滞脉络之实，以达开窍醒脑之效；补肾填精以补脑髓筋骨不得气血濡养之虚，以起益髓生脉之功。二者从根本上解决缺血性MMD脑脉狭窄、闭塞的症结所在，实现理想的血管代偿。

**2.1 活瘀散瘀 开窍醒脑之法的应用** 活瘀立于攻而效在活。缺血性MMD的瘀为气血化生不足、运行不畅之瘀血，并非传统缺血性中风病之痰浊流注血分之瘀，亦非离经瘀滞之血。治疗时不应见瘀则破血逐瘀，故活其气血，令周身调达，血脉畅通。

见痰休利痰，分清其性源。痰本出水谷，病由风升腾，因风而生者，但治其风也，风息痰自清。王松龄教授强调缺血性MMD之痰在于风痰，治疗重点在于散，常选用胆南星、天麻等药物息风散痰，结合本病瘀血之病机关键，配合活血之品取其之风先治血，血行风自灭。

活瘀则瘀血行，息风则风痰散，十二经脉、三百六十五络，其气血皆上输于头面而走空窍，脑窍清灵以复其元神之府之功效。

**2.2 补肾填精 益髓生脉之法的应用** 肾精不足，髓海空虚始终贯穿于缺血性MMD的全过程，据《灵枢·经脉》言：“髓与脑，此精之类也，精成而脑髓生，脑髓之源滥觞于肾精。”，王松龄教授认为不补肾者，何言真补其髓。陈修园《医学从众录》写道：“肾为肝之母，而主藏精，精虚则髓海空虚而头重”，这段描述再次强调了脑髓必须靠肾精所化生。只有髓海得满，脑的生理功能才能得以正常发挥。临床中王松龄教授主张用血肉柔情之物填补肾精，并注意结合活血通络之法，以达益髓生脉之效。

## 3 经验撷萃

针对缺血性MMD的病机，王松龄教授自拟补肾活瘀生脉方，对于控制、改善缺血性MMD临床症状，建立侧枝循环取得了良好疗效。其基本组成为紫河车15 g，龟甲胶12 g，鹿角胶6 g，烫水蛭6 g，胆南星8 g，天麻12 g，全蝎8 g，地龙12 g，太子参30 g，鸡血藤30 g，大黄6 g，决明子8 g。方中以紫河车、龟甲胶、鹿角胶血肉有情之品填补肾精，阴阳互济，使髓海得充，脑神得荣；水

蛭善入血脉，借其性缓灵动，攻积滞，活瘀血，利而不伤；胆南星、天麻清热息风散痰；正所谓瘀血尽，新血生也，全蝎、地龙，性善走窜，散风痰，通血脉，配合血肉有情之品防其伤正，有利于侧枝循环的建立，太子参、鸡血藤，平补气阴，舒经通络，大黄、决明子，逐瘀泄浊，佐水蛭通利血脉，佐全蝎、地龙散风痰，诸药合用则脑髓充、痰瘀散，标本兼治，脑脉复荣。

临证之时病证合参，若阴虚明显者，加生地、麦冬、山萸肉；湿热重者加黄连、清半夏、茯苓；平宿脾虚虚，运化无力者，减少血肉有情之品及虫类药物加炒白术、枳实、浙贝母、茯苓等。若头痛明显者，加细辛、白芷、川芎；若疲劳感明显者改太子参为西洋参，加黄芪、柴胡、葛根；若平宿压力大，精神抑郁者，加郁金、合欢皮；情绪烦急者，加龙齿、牡蛎，若头晕者，加清半夏、白术；头昏沉者，加泽兰、泽泻、干荷叶。

## 4 验案举隅

吴某，男，36岁。2016年4月1日初诊。主诉：头晕3年加重2月。患者于3年前无明显诱因出现头晕、头昏沉，无视物旋转、恶心呕吐，就诊于当地医院，行颅脑DSA，诊断为烟雾病，服用他汀、阿司匹林等药物，效果差。近2月上述症状于三餐时加重，纳食可，尿频，大便稀，日一次。夜眠差。舌胖大苔黄腻，右脉沉细滑，左脉沉弦滑。颅脑MRA示：烟雾病。（1）两侧大脑前动脉、左侧大脑中动脉始端以远重度狭窄或闭塞；（2）右侧颈内动脉C1-2段、右侧大脑中动脉M1-3段重度狭窄。中医诊断：眩晕。辨证：肾精亏虚，痰瘀阻脉。治法：补肾填精 活瘀散瘀。处方：西洋参10 g，制何首乌12 g，三七6 g，胆南星6 g，全蝎6 g，地龙10 g，天麻10 g，大黄4 g，鸡血藤30 g，清半夏10 g，炒白术20 g，炒山药30 g，炒薏苡仁30 g，茯神15 g，石菖蒲6 g，葛根20 g，甘草6 g。28剂，日1剂，水煎400 mL，分2次温服。服中药同时配合益气复脉之中成药及抗血小板、降脂稳定斑块等西药，并嘱患者勿劳累，清淡饮食，舒畅情志。

二诊：头晕较前改善，时有发作。精神较前好转，纳食可，纳眠差，二便尚。上方去甘草，加酸枣仁20 g，龙齿30 g，琥珀3 g。续进28剂。

三诊：头晕较前改善，偶有发作，纳眠较前好转，近日因情绪波动，时有抑郁，去酸枣仁，加柴胡6 g，白芍12 g。继服14剂。目前患者病情基本稳定，配制水丸长期服用：紫河车30 g，龟甲胶30 g，鹿角胶15 g，烫水蛭10 g，胆南星60 g，天麻20 g，全蝎10 g，地龙10 g，西洋参30 g，鸡血藤30 g，大黄5 g，炒白术30 g，海螵蛸30 g。6剂，制为水丸。每次6 g，日3次，随面汤服用。1年后，患者病情较前无明显变化，复查头颅MRA，较前无明显变化。

## 参考文献

[1]Khan N, Achrol AS, Guzman R. et al. Sex differences in clinical presentation

- and treatment outcome in Moyamoya disease [J]. Neurosurgery, 2012, 71(3): 587-593.
- [2] Kleinlog R, Regli L, Rinkel GJ, et al. Regional differences in incidence and patient characteristics of moyamoya disease: a systematic review [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2012, 83(5): 531-536.
- [3] 杨培中. EDAS 联合通窍益髓汤治疗缺血型烟雾病的临床疗效分析[D]. 济南: 山东中医药大学, 2016.
- [4] Pandey P, Steinberg GK. Neurosurgical advances in the treatment of moyamoya disease [J]. Stroke, 2011, 42(11): 3304-3310.

- [5] Parry T, Martin TW, Siddiqui S. Moyamoya disease: a review of the disease and anesthetic [J]. J Neurosurg Anesthesiol, 2011, 23(2): 100-109.
- [6] Czabanka M, Pena-Tapia P, Scharf J, et al. Characterization of direct and indirect cerebral revascularization for the treatment of European patients with moyamoya disease [J]. Cerebrovasc Dis, 2011, 32(4): 361-369.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 王伟民 收稿日期: 2017-12-15)

## 卢跃卿教授治疗慢性肾衰竭经验拾萃

贾丽娜<sup>1</sup> 卢跃卿<sup>2</sup> 刘 涵<sup>1\*</sup>

(1 河南中医药大学硕士研究生2016级, 河南 郑州 450008;

2 河南中医药大学第一附属医院血液净化中心, 河南 郑州 450000)

**摘要:** 目的 总结卢跃卿教授治疗慢性肾功能衰竭的临床经验。方法 通过跟师学习, 收集临床医案及查阅相关书籍与资料, 进行分析归纳总结。结果 卢跃卿教授对于治疗慢性肾衰竭提出“虚、瘀、浊、毒”病机, 提出益肾健脾总治则, 对症予以活血化瘀兼利水、降浊排毒通肠腑的治疗方法, 取得较好疗效。结论 通过总结卢师临床治疗辨证分析方法, 灵活应用中医中药治疗慢性肾衰竭, 可延缓病情发展, 延长非肾脏替代治疗时间, 提高患者生活质量。

**关键词:** 慢性肾衰竭; 益肾健脾; 活血化瘀; 降浊排毒

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.036

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0080-02

### Experience of Professor Lu Yueqing in the Treatment of Chronic Renal Failure

JIA Lina, LU Yueqing, LIU Han

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China;

2. Blood Purification Centre, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** **Objective** To summarize the clinical experience of Professor Lu Yueqing in the treatment of chronic renal failure. **Methods** Learning with the teacher to collect the clinical medical records and access to relevant books, and materials were analyzed. **Results** Professor Lu Yueqing in the treatment of chronic renal failure put forward "deficiency, blood stasis, phlegm and toxin pathogenesis, proposed tonifying kidney and spleen general treatment, symptomatic treatment to diuresis, promoting blood circulation and removing blood stasis and turbidity through bowel detoxification, and has a good curative effect. **Conclusion** Through summing up the clinical teacher Lu's syndrome differentiation analysis method, flexible application of traditional Chinese medicine in the treatment of chronic renal failure can delay the progression of the disease, prolong the time of non renal replacement therapy, and improve the quality of life of patients.

**Keywords:** chronic renal failure; nourishing the kidney and invigorating the spleen; activating blood and removing blood stasis; reducing turbidity and detoxifying

慢性肾功能衰竭 (Chronic Renal Failure, CRF) 是指慢性肾脏病引起的肾小球滤过率下降及与此相关的代谢紊乱和临床症状组成的综合征<sup>[1]</sup>。针对慢性肾衰竭的终末期现代医学采取替代疗法 (透析或肾移植), 但是对于非透析患者的医治疗效有限。中医中药在非透析期治疗慢性肾衰竭方面具有明显的特色与优势, 临床研究表明中医中药可改善患者的生存质量、保护残余肾功能、延长生存时间。卢跃卿教授从事慢性肾脏病临床工作多年, 积累了丰富的诊疗经验, 现将笔者跟师学习的点滴体会总结如下。

#### 1 病因病机

慢性肾衰竭属中医“关格”“癃闭”“呃逆”“水肿”等范畴<sup>[2]</sup>。《素问·藏气法时论》有“肾病者, 腹大胫肿, 咳喘身重”的相关记述。《景岳全书·癃闭》有“小水不通, 是为癃闭, 此最危最急症也”。《伤寒论·平脉法》提到“关则不得小便, 格则吐逆”等记

载。本病的发生多由久病不愈, 迁延日久而引起。基本病理变化为脾肾衰败, 气化不利, 湿浊毒邪内蕴于三焦; 常涉及肾、脾胃、肝、心, 三焦等多个脏腑, 病因病机错综复杂, 总的来说以虚为本, 湿浊毒瘀为标, 初起时病在脾肾, 病至后期可损及多个脏器。卢教授认为本病的病机关键就是本虚标实, 本虚主要是脾肾虚损, 因为“五脏相关”可影响它脏, 甚至阴损及阳, 阳损及阴, 阴阳两虚; 标实是瘀血、水湿、浊毒, 它既是本病的病理结果, 在某种情况下又可成为致病的因素, 促进疾病的发展, 加重病情。

#### 2 辨证施治

慢性肾衰竭始终贯穿四大病理要素: 虚、瘀、浊、毒。其中以虚为本, 久患肾脏疾病, 肾元亏损, 则气化不利, 水液输布代谢失常, 精浊不分, 日久化为湿浊瘀毒而发病。治疗上以补脾益肾为主, 肾为先天之本, 先天之精藏于此, 脾为后天之本, 气血生化之源。脾的运化需要依赖肾阳的温煦蒸化作用, 始能健运。肾中精气又需要依赖脾运化的水谷精微不断补充, 才能充盛。故

\* 通讯作者: 1057592457@qq.com



明·张景岳《类经·卷十五》云：“然水谷在胃，命门在肾，以精气言，则肾精之化因于脾胃，以火土而言，则土中阳气根于命门”；“精能生气，气能生精”；“精之与气，本自互生”<sup>[3]</sup>。这充分说明了二者存在密不可分的关系，即先天生后天，后天养先天的辨证关系。故卢教授在临床治疗慢性肾衰竭，以健脾补肾为基本法则，在此基础上，再根据临床症状、舌象及脉象进行综合分析，将本病多从以下2型论治。(1)脾肾气虚，湿浊中阻型。本型以频繁恶心、呕吐，脘腹胀满不适，大便溏薄，舌质淡，苔腻，脉滑等为主要表现。药用生黄芪、竹茹、陈皮，黄连、姜半夏、胆南星、竹沥等。(2)脾肾亏虚，瘀浊内结型。本型表现为耳鸣头晕，夜卧不安，皮肤瘙痒，舌质暗，舌下脉络增粗，脉沉等。药用生黄芪、吴茱萸、川芎、丹参、清半夏、胆南星、大黄、白花蛇舌草、半枝莲、防风等。

### 3 常用方药特点及机制

根据慢性肾衰竭的临床表现特点及肾脏病理改变，卢教授多配用黄芪、丹参、当归、川芎、大黄等。实验研究证实，黄芪补益气血，健脾和中，补益肾气，并有明显的利尿作用，不仅可以提高血浆白蛋白的水平，还可以降低尿蛋白量，对延缓肾小球的硬化，保护肾脏有明显作用<sup>[4]</sup>。当归补血活血，润肠通便，能够减轻肾炎病变，减少尿蛋白<sup>[5]</sup>，对治疗肾性贫血和延缓肾小球硬化有明显的作用。大黄泻下攻积，清热解毒，活血祛瘀，能增加胃肠分泌，促使废物排出，发挥祛瘀生新的作用，同时能够降低血肌酐和尿素氮<sup>[6]</sup>。大便稀者改用制大黄，取其排毒之功效而去其泻下功效。川芎活血行气，降低慢性肾衰竭患者的血肌酐和尿素氮水平，改善微循环<sup>[7]</sup>；丹参中提取的水溶性成分丹参酚酸B，能抑制肾小管上皮-间质的细胞表型转化，并能改善肾功能，减少肾脏细胞的凋亡。

### 4 特殊医案分析

患者甲，女，56岁，农民。2017年5月16日初诊，患者无明显诱因出现恶心、呕吐，伴见双下肢水肿就诊于当地医院查血常规：血红蛋白96 g/L；尿常规：蛋白3+，隐血2+；肾功：尿素氮15.6 mmol/L，尿酸520 μmol/L，血肌酐503 μmol/L，CO<sub>2</sub>CP 18.0 mmol/L；泌尿系彩超：左肾90×30×20 mm，右肾88×40×38 mm，双肾血流灌注差，中医诊断为肾衰病，西医诊断为慢性肾衰竭，症见：面黄，乏力，恶心、呕吐，晨起口苦，偶见胸闷，纳差，眠可，双下肢水肿，小便量较前减少，大便干，1~2日一行。舌体淡胖，舌质淡红，舌苔黄厚腻，脉沉滑。证属脾肾气虚，湿浊中阻，治疗当以益肾健脾，化湿降浊为主。中药方组成：党参20 g，黄芪30 g，生地黄10 g，山药20 g，茯苓30 g，牡丹皮12 g，泽泻15 g，川芎10 g，蒲公英30 g，芦根15 g，炒白术15 g，知母10 g，玉米须30 g，冬瓜皮30 g，大黄10 g。浓煎服，日1剂，饭后温服。配以重组人促红细胞生成素5000 u，

2次/周，皮下注射；海昆肾喜胶囊，2粒/次，3次/日；百令胶囊，5粒/次，3次/日。

5月26日复诊：上方服用10剂，恶心、呕吐症状明显改善，双下肢水肿减轻，大便通畅，舌质暗红，苔薄黄，上方去冬瓜皮，黄芪加量至40 g以增强其补气作用，另加鸡血藤30 g以活血化瘀。

6月5日复诊：查尿常规蛋白2+，隐血2+；肾功：血肌酐390.6 μmol/L，尿素氮15 mmol/L，尿酸476 μmol/L，CO<sub>2</sub>CP 20.0 mmol/L；未诉恶心、呕吐，双下肢未见水肿，患者尿酸偏高，加用土茯苓30 g，山慈姑10 g，清热解毒，以降尿酸。

6月15日复诊：患者诉感冒，自感咽痛咽干，咳吐黄痰，上方去鸡血藤，加用丹参30 g以散瘀活血，金银花30 g，连翘15 g，黄芩6 g清热解毒。

6月25日复诊：查尿常规：蛋白2+，隐血1+；肾功：血肌酐260.6 μmol/L，尿素氮14.6 mmol/L，尿酸426 μmol/L，CO<sub>2</sub>CP 21.0 mmol/L；患者未诉特殊不适，上方去金银花、连翘、黄芩，黄芪加量至60 g以益气健脾。

后此方随证加减，坚持服用至今，定期复查血肌酐水平维持较稳定。卢跃卿教授认为慢性肾功能衰竭病机即为脾肾亏虚，瘀血阻络，浊毒内蕴。根据患者临症及舌质脉象分析，证属脾肾气虚，湿浊毒蕴，治以健脾补肾为主，方中各味中药随症加减，明显改善患者症状，延缓肾衰竭进展，保护残余肾功能；另嘱其饮食方面应注意以低磷、低盐、优质低蛋白为主，忌生冷油腻寒凉之品，以免伤脾胃，损肾气；如患者出现少尿症状，应严格限制入水量并严格监测电解质情况，避免摄入过多含钾高的食物。

### 5 总结

中医药治疗慢性肾衰竭的疗效不容忽视，但本病多病程较长，非短期内能显效和向愈，所以维持治疗也是不可忽视的环节。卢教授强调通过以中医为主的治疗收到较好的疗效，其要理化检验指标已接近正常，或以达到正常，仍应继续坚持服药3~6个月以巩固疗效。另外治疗中应积极重视原发病的防治，急性加重因素的消除。做到积极治疗原发病；延缓中期慢性肾衰竭的发展；防治慢性肾衰竭的各种并发症，延长非肾脏替代治疗时间，提高存活率。

### 参考文献

- [1]中华医学会.临床诊疗指南·肾脏病学分册[M].北京:人民卫生出版社, 2011:204-213.
- [2]陈英兰,毕礼明,杜浩昌.中医古文献对慢性肾衰竭病名的认识[J].中国中医急症, 2010, 6, 19(6):1011-1012.
- [3]明·张景岳.张景岳医学全书[M].北京:中国中医药出版社, 1999:269.
- [4]熊维建,杨敬,钟锦.黄芪治疗糖尿病肾病的研究近况[J].中国中医急症, 2004, 7, 13(7):460-461.
- [5]刘颖.浅议当归的化学成分与临床太子参化学成分与临床药理作用[J].中国医药指南, 2010, 9, 8(27):51-53.
- [6]郑平东,横泽隆子,铃木奈绪美,等.大黄治疗氮质血症及其作用机制探讨[J].上海中医药杂志, 1985, 19(8):46.
- [7]宋来生.川芎嗪对慢性肾衰患者肾功能和肿瘤坏死因子的影响[J].亚太传统医药, 2009, 5(4):9-10.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李智全 收稿日期:2017-12-04)

## 《谢映庐医案》应用经方医案特色探析※

田传玺 程晓振 马梁艳 李具双\*

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450046)

**摘要:** 谢氏《得心集医案》中经方医案记录详实, 分析说理明晰, 且案后经方注仲景二字, 实为医案中的佳品, 是后世不可多得的一部经方案例合集。通过对《得心集》中经方医案的学习与思考发现, 谢氏临证时善用经方, 活用经方, 师古而不泥古, 多将经方扩大应用于多种疑难杂症, 且每获良效。从中可以看出, 谢氏熟读经典, 深谙仲景辨证论治之精神, 是名副其实的经方大家。因此, 对谢氏经方医案的学习, 能够让我们更好的体会仲景应用经方的心得及其辨证论治的精神。

**关键词:** 谢映庐; 得心集; 经方; 张仲景

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.037

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0082-02

## Analysis on the Characteristics of Medical Cases Applied Classical Prescription in Xie Yinglu Medical Cases

TIAN Chuanxi, CHENG Xiaozhen, MA Liangyan, LI Jushuang

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

**Abstract:** Medical cases applied classical prescription in Xie's *Dexin Anthology* were recorded in detail and analyzed using clear reasoning with the classical prescriptions in each case annotated the name " Zhongjing" . Therefore the work of *Dexin Anthology* is one of the best of its kinds, even hard to come by in later generations. Through studying Xie's medical cases applied classical prescriptions, the spirit of " treatment based on syndrome differentiation" by Zhongjing can be better understood. After pondering the book, the author of this paper has found that Xie can apply the classical prescription with a flexible way, inheriting from the original classical prescriptions yet not restricted by them. Xie expanded the appliance of the classical prescription into difficult miscellaneous diseases more often than not and got great curative effect almost every time. It can be concluded that Xie perused the classical medical works and deeply understood the spirit of " treatment based on syndrome differentiation" by Zhongjing, and he can be called a master of classical prescriptions. Hence, studying Xie's medical cases can help people better understand the experience of applying classical prescriptions by Zhongjing and his spirit of " treatment based on syndrome differentiation" .

**Keywords:** Xie Yinglu; *Dexin Anthology*; classical prescriptions; Zhang Zhongjing

《谢映庐医案》<sup>[1]</sup>, 又名《得心集医案》, 共六卷, 由谢映庐之子甘澍编纂而成, 并附己之《一得集》医案共18篇, 各附于有关门下。全书收载 250 余案, 其中应用经方60次, 共39首<sup>[2]</sup>。

## 1 经方医案特色

此书中保存的谢氏应用经方的医案数量较多, 六经病经方均有涉及。谢氏医案记录详实, 分析说理明晰, 实为医案中的佳品。在这些医案中, 首先叙述患者现病史及既往治疗史, 次言前医治疗用药结果, 次言谢氏本人诊治经过, 分析病人症状所反应的机理, 立法处方。读这些医案, 如立谢氏身旁, 观看其诊治过程, 实有身临其境之感。

## 2 应用经方思路

谢氏应用经方的思路可以从医案中窥见一斑。谢氏诊病, 重视脉象, 特别是在诊治误治失治, 或久治不愈的疑难杂症时, 他脉症合参, 探求病理, 根据病机立法处方选药。从后文引用他的应用经方的医案就可看出。

可看出。

## 3 应用经方特色

**3.1 应用仲景方 切合原方病机** 如在误下呕泄一案中, 病者“汗下伤胃, 胃中不和, 客气上逆, 伏饮转结聚膈。夫胸前板结, 即心中痞硬也; 胃虚火盛, 中焦鼓激, 以致腹中雷鸣。盖火走空窍, 是以上呕下泻也。”正合“伤寒汗出解后, 胃中不和, 心下痞硬, 干噎食臭, 胁下有水气, 腹中雷鸣下利者, 生姜泻心汤主之。”于是服下之后呕渴顿止, 但渴泄未止, 更与甘草泻心汤, 呕利随止。以“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……甘草泻心汤主之。”

**3.2 善用仲景方 扩大用方范围** 黄芪建中汤出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》篇, “虚劳里急, 诸不足, 黄芪建中汤主之”, 即小建中汤中加黄芪一味, 用于治疗脾气虚衰所导致的脘腹疼痛, 或以脾虚为主的虚劳病。但谢氏在胡晓鹤孝廉尊堂一案中, 将其扩大应用于肝脾不和, 木盛土虚导致的泄泻不食。原案中病人素咳, “今春咳嗽大作, 时发潮热, 泄泻不食,”前医用脾肾两补之法, “进参术之剂, 则潮热愈增, 用地黄、鹿胶之药, 而泄泻胸紧尤甚”。谢氏“诊之脉

※ 基金项目: 河南中医药大学国家级大学生创新创业训练计划  
[No.201310471035]

\* 通讯作者: jushuangl@163.com





俱迟软，时多歇止，如徐行而怠，偶羈一步之象，知为结代之脉。独左关肝部弦大不歇”，认为是有土败木贼之势，“因悟各脏俱虚之脉，独肝脏自盛，又忽记洁古云：假令五脏胜，则各刑己胜，法当补其不胜而泻其胜，重实其不胜，微泻其胜。”谢氏认为此病属“肝木自盛，脾土不胜，法当补土制肝，直取黄芪建中汤与之。”对黄芪建中汤中药物的作用也加以解释“盖方中桂芍，微泻肝木之胜，甘糖味厚，重实脾土之不胜。久病营卫行涩，正宜姜枣通调，而姜以制木，枣能扶土也。用黄芪补肺者，盖恐脾胃一虚，肺气先绝。

复脉汤出自《伤寒论》第177条：“伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”临床用以治疗心阴阳两虚证，用复脉汤滋阴养血，通阳复脉。谢氏熟读经典，精通药性，善用经方，如在杨明质三载劳损一案中，谢氏将经方复脉汤应用于阴液虚所致咳嗽喘促之证。原案中患者咳嗽喘促，“三载劳损，咳嗽多痰，大便常滞，呼吸急促，卧不着席”，谢氏“诊得右脉数急，左脉迟软，断为阴液虚也。”谢氏熟读经典，谛思“仿古救阴液，须投复脉，”因与炙甘草汤，令服百剂，竟令多年顽疾得除，从中可以看出谢氏不仅熟读经典，而且对经方应用也有很深的理解，师古而不泥古，善用经方。

同时谢氏精通经方药物的灵活配伍，将复脉汤扩大应用于阳衰阴凝，营卫虚弱之证。如在寒热如疟案，原案：“患者吴某，年二十，咳嗽多痰，微有寒热，缠绵数月，形体日羸，举动气促，似疟非疟，似损非损，温凉补散杂投，渐至潮热，时忽畏寒，嗽痰食少，卧难熟睡。”诸多医家，都认为此患者瘵瘵已成，委为不治。但谢氏见其形神衰夺，知为内损。脉得缓中一止，直以结代之脉而取法焉。“卫阳虚则发热，营阴凝则畏寒。盖肺卫心营之机阻滞，气血不得周流，故见为结代时止之脉。”谢氏熟读经典，深谙药性，精通经方药物的不同配伍，且此证患者现结代之脉，遂将仲景复脉汤扩大应用于阳衰阴凝，营卫虚弱之证，数月沉疴，一月而愈。同时谢氏对方中药物配伍也特作解释说明，方中地黄、阿胶、麦冬，正滋肾之阴以保金，乃热之犹可也；人参、桂枝、枣仁、生姜、清酒，正益心之阳以复脉，乃寒亦通行也。”

黄芩汤出自《伤寒论》第172条：“太阳与少阳合病，自下利者，与黄芩汤；若呕者，黄芩加半夏生姜汤主之。”临床用于治疗少阳邪热内迫阳明，胃肠功能失职，胆气犯胃的木克土病症，用黄芩汤清热坚阴，和中止利。而在五心潮热一案中，谢氏将黄芩汤灵活应用于外寒内热，肺热下迫大肠，而致下利奔迫、完谷不化之证。原案中“患者周祥彩，肌体肥盛，惯服斑龙丸。客秋在汉，连餐炙爆，复患伤风感冒，微觉咳嗽气急，自进橘枳汤，得小愈。但苦头眩难支，惟坐睡片刻少可。”前医认为这是内伤，令患者每日服用参芪，病

势日增，渐至五心潮热，肌肉消瘦。其戚友知谢氏循理治病，请诊而求治焉。谢氏见其“面额黧黑，形似烟熏，唇口齿舌，干燥异常，时欲得食，食已即便，所泄完谷不化。”但细查其脉“脉虽细涩，然寸关劲指甚锐，”乃曰：“此症始因饮食之火内焚，后加风寒外束，是内热而复外寒也，夫病之在身，始先居肺，肺为华盖，耸然居上。今热伤于内，寒伤于外，故病咳嗽气急。夫大肠者，肺之合也。下利奔迫，辛庚移热可知。”于是令患者服用黄芩汤数剂，疗效甚好。

谢氏此案所治病机与仲景立黄芩汤，治少阳邪热内迫阳明，看似病机不同。但清火迥殊，而存阴则一也。彼因胆火肆虐，移热于脾，直清胆火而存阴；此因肺火肆虐，奔迫大肠，专清肺火而存阴。

#### 4 应用经方药物特色

谢氏用药法度深得仲圣心法。甘草是临床中最常用的药物之一，也是仲景经方中的常用药物，然不少医生仅把甘草视为调和诸药的“万能药”，对甘草没有深刻的领悟。谢氏用药严谨，深得仲圣用药法度。如在危廷阶案中，谢氏阐述了甘草应用于发表药中，若邪入里，无用甘草之理的观点。并解释说：“试观发表药中，如桂枝、麻黄、大小青龙辈，必用甘草者，欲以载邪外达，不使陷于阴分也。若邪入里，必无复用甘草之理，如五苓、承气、陷胸、十枣诸方，俱不用也。至桃核、承气两方，以其邪兼太阳，尚属用之。”另外，谢氏用方灵活加减配伍，或重用经方某一味药，或根据病人症状加减药物。如其应用理中丸以青黛为衣，口含噙化，改变药物服用方法，另案同此，加石膏为衣，防止寒热格拒。在治疗周秋帆茂才内人一案中，根据病人脉浮大，营卫不固，血虚风袭的病机，应用当归四逆汤，重用当归以补营血。在治疗傅璜生一案中，应用竹叶石膏汤加茶叶一味，清降阳明火热。在应用麻黄汤时，加厚朴一味，且每剂吸热稀粥以助药力，突破只在应用桂枝汤时服粥的约束，深得仲景发汗固其津液的真谛。真可谓“医之为道，其变在人”。

#### 5 结语

谢氏熟读经典，精通经方药物的不同配伍，其应用经方时多扩大应用范围，如应用复脉汤治验案。谢映庐先生的案例真实反映了其作为仲景辨证论治精神的实践者，是名副其实的经方大家。其医案记录详实，分析说理明晰，实为医案中的佳品，是后世不多见的一部应用经方案例合集，通过对谢映庐先生经方医案的探讨与研究，有助于我们更好的学习、理解仲景方药，体会仲景应用经方的心得以及其辨证论治的精神。

#### 参考文献

- [1]谢映庐.谢映庐医案[M].上海:上海科学技术出版社,2010:3-4.
- [2]王萍,杨海燕.谢映庐应用仲景经方的学术特点研究[J].中医文献杂志.2015,33(1):42-44.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李具双 收稿日期:2017-12-26)

# 黄芪桂枝五物汤临床应用心得

张 义

(桓仁县中医院中医科, 辽宁 桓仁 117200)

**摘要:**目的 探讨黄芪桂枝五物汤在中医内科临床中的应用。方法 收集临床应用黄芪桂枝五物汤的案例, 遵照中医辨证论治、整体观念、三因制宜、治病求本的指导原则, 四诊合参, 紧扣病机, 灵活组方用药。结果 辨证准确, 方证相对, 黄芪桂枝五物汤治疗胸痹、自汗、痹证、心悸等疾病疗效确切。

**关键词:** 黄芪桂枝五物汤; 辨证论治; 医案; 胸痹; 自汗; 心悸; 痹证; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.038

文章编号:1672-2779(2018)-05-0084-02

## Clinical Application Experience of the Huangqi Guizhi Wuwu Decoction

ZHANG Yi

(Department of Traditional Chinese Medicine, Huanren County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Huanren 117200, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the clinical application of the Huangqi Guizhi Wuwu decoction. **Methods** With clinical application of the Huangqi Guizhi Wuwu decoction are collected. Based on differentiation syndrome and treatment of Chinese medicine, concept of whole, three factors and searching for the primary cause of disease in treatment, comprehensive analysis by the four examination methods was used according to cause of disease and flexible prescription. **Results** With accurate differentiation and corresponding treatment, the Huangqi Guizhi Wuwu decoction is effective in treating diseases such as chest pain, spontaneous sweating, rheumatism and palpitation.

**Keywords:** Huangqi Guizhi Wuwu decoction; syndrome differentiation and treatment; medical cases; chest discomfort; spontaneous perspiration; palpitation; arthromyodynia; stroke

黄芪桂枝五物汤出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》,由黄芪、桂枝、白芍、生姜、大枣组成。根据其通阳行痹之功,广泛用于胸痹、心悸、自汗、血痹、项痹、腰痛等疾病,疗效显著,现举医案几则,以供讨论。

### 1 医案举例

**1.1 胸痹** 安某,女,71岁,2017年3月19日初诊。患者2016年三月初晨练慢跑时,突然出现心前区闷痛,呈压迫状,遂至县医院就诊。心电图检查示心肌缺血,诊为冠心病心绞痛。住院治疗半月,症状缓解出院。近1周又觉心前区闷痛,劳累后加重,自服改善心肌供血药物,效果不明显,遂求治于中医。目前患者症见:心前区闷痛,乏力,心悸,畏寒肢冷,无口干口苦,舌质紫暗,苔薄白,脉细涩。

**辨证:**心阳不振,血行不利,心脉痹阻。处方:黄芪桂枝五物汤,黄芪15 g,桂枝10 g,白芍10 g,生姜15 g,大枣10 g,甘草5 g。5剂,日1剂水煎服。并嘱适寒温、调情志。5日后复诊,诸证缓解。后以初诊方加减服用15剂,诸证不显而停药。

**按:**胸痹之病,是由于心气心血不足,阴寒、痰浊、瘀血等邪气留滞胸中,脉络痹阻而出现胸痛、背痛,或者肩胛间痛、两臂内痛等为特征的常见心胸病证。《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证并治》云:“阳微阴弦,即胸痹而痛。”阳微言本虚,阴弦言标实,阳微阴弦,即心之阴阳气血虚损,邪气郁阻脉络。患者为老年女性,畏寒肢冷而无口干口苦,阳气心血之不足可知。黄芪桂枝五物汤方中,黄芪益气,桂枝通阳

祛邪,芍药养营,生姜、大枣温通卫阳,调和营卫,共奏通阳行痹之功。正如清·陈念祖《金匱方歌括》所说:“此即桂枝汤去甘草之缓,加黄芪之强有力者,于气分中调其血,更妙倍用生姜以宣发其气,气行则血不滞而痹除,此夫倡妇随之理也。”<sup>[1]</sup>此外,若胸痹见黄芪桂枝五物汤证又兼瘀血之象明显者,本方又可与桂枝茯苓丸合方。

**1.2 自汗** 张某,女,40岁,2017年2月15日初诊。病人2016年12月份因小腿骨折而行切开复位内固定术,术后出现自汗,时发时止。自服止汗类中成药,效果不显,遂来求诊于中医。患者症见:自汗,动则尤甚,面色无华,神疲乏力,畏寒,眠差,胃纳欠佳,大便时溏,舌淡苔薄,脉细弱无力。

**辨证:**表气不固,营卫不和。方药:黄芪桂枝五物汤加减,处方:黄芪15 g,桂枝10 g,白芍10 g,生姜15 g,大枣10 g,浮小麦30 g。5剂,日1剂水煎服。服5剂,诸症减轻。又续服本方半月,自汗症状消失。嘱其自行配服玉屏风散,以巩固疗效。

**按:**汗证乃由阴阳失调,腠理不固,汗液外泄所致。其中时时汗出,动则尤甚,不受外界影响者为自汗。其临床常见证型有肺卫不固、营卫不和、阴虚火旺、邪热郁蒸等。该患因手术损伤气血,气虚失于固摄而出现自汗,血虚失养则面色无华。治当益气养血,调和营卫。方中以黄芪益气固表,桂枝温经解肌,白芍和营敛阴,二药一散一收,调和营卫,配以生姜、大枣,助桂、芍调和营卫,加浮小麦加强其敛汗之功。诸药合用,切中病机而收止汗之效。





**1.3 心悸** 徐某,女,56岁,2017年5月10日初诊。患者近一年来无明显诱因出现心悸、气短、乏力,劳累及休息欠佳时加重。心电图检查示偶发室性早搏。住院用药后症状有所减轻。患者半月前因家事操劳,使心悸症状加重,遂来求诊于中医。患者症见:心悸,乏力,气短,面色无华,身体消瘦,畏寒,肢冷,舌淡紫,苔薄白,脉结代。

**辨证:**心血亏虚,阳气不足,血行不利。处方:黄芪桂枝五物汤,黄芪15 g,桂枝10 g,白芍10 g,生姜15 g,大枣10 g。7剂,日1剂,水煎服。7日后复诊,心悸、乏力诸证缓解。续服7剂诸症消失而停药。

**按:**心悸的形成,常与心虚胆怯、心血不足、心阳虚衰、水饮内停、瘀血阻络等因素有关。本案患者乃气血两虚、心阳不振、血行不利所致。心阳不振,鼓动乏力,心脉不利故见心悸,气血不足,血虚失养故见乏力、气短、畏寒,舌淡紫、脉结代亦为血行不利之象。黄芪桂枝五物汤用黄芪补气生血,鼓舞卫气以畅血行,桂枝通阳,芍药和血,姜枣调和营卫,且生姜辛散,可增强桂枝温煦之力,又可增强桂枝通脉之力。诸药合用,通过补气方法来和血通脉,温助阳气,故服用14剂而诸证皆失。

**1.4 痹证** 刘某,女,35岁,2016年10月20日初诊。半月前秋收时汗后淋雨出现周身疼痛,当时未在意,之后疼痛渐重,化验类风湿因子、血清抗链球菌溶血素“O”及血沉未见异常,自服天麻丸等中成药效果不显,遂求治于中医。患者症见:周身疼痛,畏寒,恶风,舌质淡暗,苔薄白,脉细涩。

**辨证:**风寒阻络,营卫失和。处方:黄芪桂枝五物汤加味,黄芪15 g,桂枝10 g,白芍10 g,生姜15 g,大枣10 g,防风10 g。6剂,日1剂水煎服。6日后复诊疼痛有所缓解,继续服用10剂,诸证消失而停药。

**按:**痹证是由于风、寒、湿、热等外邪侵袭人体,闭阻经络,气血运行不畅所致,往往以肌肉、关节的疼痛、屈伸不利为主要临床表现。该患汗后肌疏,复又淋雨,风寒之邪外袭,痹阻经络而全身疼痛,畏寒、恶风乃营卫不和之象。黄芪桂枝五物汤中,用桂枝汤调和营卫,祛风散寒,畅行气血,去甘草之壅滞,倍生姜加黄芪,可以走表祛邪,益卫固表,加防风以增其祛风散寒之用。

**1.5 中风后遗症** 王某,男,65岁,2017年3月28日初诊。患者患高血压病10年余,3月前因过劳突然出现右侧肢体瘫痪,急于县医院行头部CT检查诊断为脑梗死,经住院治疗后期病情好转,遗留有右侧肢体活动不利。为进一步治疗,求诊于中医。患者症见:右侧肢体活动不利,上、下肢肌力2级,伴见右侧肢体麻木,乏力,言语不清,面色萎黄,舌淡,苔薄白,脉细涩。

**辨证:**气虚血瘀,血脉痹阻。处方:黄芪桂枝五

物汤加味,黄芪15 g,桂枝10 g,白芍10 g,生姜15 g,大枣15 g,川芎10 g,牛膝10 g,天麻10 g。7剂,日1剂水煎服,并嘱其功能锻炼。7剂后自觉右侧肢体麻木有所减轻。后以初诊方加减,连服15剂后,右侧肢体活动较前好转,麻木不显,言语较前清晰。又断续服30剂后,右侧肢体活动基本恢复正常,上、下肢肌力4级,生活基本可以自理,言语较清。

**按:**中风后之半身不遂,多由于气虚不能运血,气不能行,血不能荣,气血瘀滞,脉络痹阻所致。该患年老体虚,复因劳倦因伤,脏腑阴阳失调,气血逆乱,脑脉痹阻而发为中风。方中以黄芪桂枝五物汤益气养血和血,温阳能脉,川芎、牛膝化痰通络,天麻平肝熄风祛痰以治其言语不清。临床上,本方应与补阳还五汤相鉴别,前者治在温补、温通,而后者治在补气以行血。

## 2 讨论

通过以上几则医案,可见黄芪桂枝五物汤在中医临床中,只要辨证准确,灵活加减,疗效确切。

考《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》记载:“问曰:血痹病从何得之?师曰:夫尊荣人骨弱肌肤盛,重因疲劳汗出,卧不时动摇,加被微风,遂得之。但以脉自微涩,在寸口、关上小紧,宜针引阳气,令脉和紧去则愈。”<sup>[2]</sup>此条是论血痹之内因为筋骨脆弱,肌表不固,外因为疲劳汗出,感受风邪,血行不畅所致。故治以针法导引阳气,气行则血行,阳气通则邪自去。此为血痹之较轻者,故可刺而已。又云“血痹阴阳俱微,寸口关上微,尺中不紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之。”<sup>[2]</sup>此条乃论血痹之较重者,所以必须内服黄芪桂枝五物汤以益气和营,通阳行痹,此即《灵枢·邪气藏府病形》所论“阴阳形气俱不足,勿取以外,而调以甘药也”。<sup>[3]</sup>通过以上条文可见,血痹病总属本虚标实之证,乃营卫气血亏虚,感受外邪,血行不利之疾。而黄芪桂枝五物汤方中黄芪补气生血,益卫固表,桂枝辛温解肌,温经通阳活血,白芍敛营和血,生姜、大枣调脾胃、和营卫。因此,黄芪桂枝五物汤除了益气养血、通阳行痹以治血痹外,凡辨证属气血亏虚、营卫不和、血行不利、血虚失养之病证,皆可据证用之,同时根据具体情况,灵活加减,或者合方。如见瘀血阻滞,可合桂枝茯苓丸或加桃仁、红花、川芎,如见阳虚水泛,可合真武汤,如见肝血不足,可合酸枣仁汤,如见阳虚寒凝,血脉滞涩,可合当归四逆汤,如见阴寒内盛,可合四逆汤,总以切中病机为要。

## 参考文献

- [1]林慧光.陈修园医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:322.
- [2]何任.金匮要略校注[M].北京:人民卫生出版社,2014:51.
- [3]灵枢经[M].刘更生,整理.北京:人民卫生出版社,2005:15.

(本文编辑:张文娟 本文校对:侯小川 收稿日期:2017-12-29)

# 小青龙汤治疗寒饮内停型肠易激综合征医案2则

赵弥彰 刘光伟\*

(河南中医药大学第一附属医院消化科, 河南 郑州 450000)

**摘要:** 小青龙汤出自《伤寒论》, 为治疗“外寒内饮证”的代表方, 具有辛温解表, 温化水饮之功, 用于治疗外寒引动内饮合而为病者, 全方配伍严谨, 用药精妙。临床常见的寒饮内停型肠易激综合征为寒饮内动, 侵袭肠胃, 脾胃失其健运, 清浊不分, 传导失司所致, 治当温化寒饮, 与小青龙汤方证相合, 治疗效果奇佳。现分析小青龙汤治疗寒饮内停型肠易激综合征的理论依据, 总结医案1则。

**关键词:** 小青龙汤; 肠易激综合征; 寒饮内停型; 医案; 腹胀; 腹泻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.039

文章编号:1672-2779(2018)-05-0086-03

## Xiaoqinglong Decoction in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome of Cold Fluid-retention for Two Medical Cases

ZHAO Mizhang, LIU Guangwei

(Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** Xiaoqinglong decoction in *Treatise on Febrile Diseases* deemed as representative prescription to treat symptom of "interior retention of phlegm with exopathic cold", has function of resolving the exterior and dissipating cold and warming lung to reduce watery phlegm, is used to treat patients with long-term internalization, and is invaded by external cold. The prescription has deliberated and accurate compatibility, it has extensive application and remarkable curative effect. Clinically and generally, the symptom of irritable bowel syndrome of cold fluid-retention is mostly caused by external cold with internal fluid retention syndrome, then cause gastrointestinal damage, lead to impair spleen and stomach function. Therefore the symptom is similar to that which can be treated by Xiaoqinglong decoction with amazing curative effect. The paper analyzed the pathogenesis of the symptom of Irritable bowel syndrome of cold fluid-retention and the theory basis based on which Xiaoqinglong decoction can be used to treat the primary symptom. Additionally, the paper concluded two medical cases.

**Keywords:** Xiaoqinglong decoction; irritable bowel syndrome; cold fluid-retention; medical cases; abdominal distension; diarrhea

肠易激综合征(简称IBS)属于胃肠功能紊乱性疾病,是一组包括腹痛、腹胀、排便习惯和大便性状异常、排便过程异常及排便不尽感等症状,持续存在或间歇发作,而又缺乏形态学和生化学异常改变可以解释的症候群<sup>[1]</sup>。本病起病隐匿,病因及发病机制尚不明确,目前研究认为其与精神压力、饮食因素、胃肠动力学异常及内脏感觉异常等因素有密切关系。西医目前尚无特效手段,治疗以积极寻找并去除促发因素和对症处理为主,但总体疗效欠佳,停药后症状极易反复。中医诊治本病的优势在于以整体观为指导思想,强调辨证施治与治病求本,治疗效果稳定。而临床治疗中对于经方的灵活应用,往往取得奇效。导师刘光伟系河南中医药大学第一附属医院消化科主任,副教授,研究生导师,长期从事临床研究工作,针对的消化系统疾病的防治积累了丰富的临床经验,临证善用经方,治疗效果显著。笔者有幸跟随老师学习,感悟颇多。现介绍刘师运用小青龙汤治疗寒饮内停型肠易激综合征的临证经验于下,以飨读者。

### 1 理论依据

小青龙汤系《伤寒论》中治疗“表寒内饮证”之著名经方,具有辛温解表,温化水饮之功效,临床广泛用于慢性阻塞性肺疾病、慢性咳嗽、慢性支气管炎、咳嗽变异性哮喘、过敏性鼻炎、支气管哮喘、慢性肺

源性心脏病等肺系疾患的治疗<sup>[2]</sup>。《伤寒论》曰:“伤寒表不解,心下有水气,干呕,发热而咳,或渴,或利,或噎,或小便不利,少腹满,或喘者,小青龙汤主之。”又云:“伤寒,心下有水气,咳而微喘,发热不渴。服汤已渴者,是寒去欲解也。小青龙汤主之。”上述条文中均点出“心下有水气”,刘渡舟在《伤寒论临证指要》中指出:“水与寒,往往统一发病,水指其形,寒则指其气,如影之随形,不能分离。所以水气的概念,既有水饮,也有寒气。”<sup>[3]</sup>故小青龙汤证中的“水气”实为水饮与寒气相互作用的表现,其病机为寒饮内停,而诸或见证均为寒饮内停之患。寒饮之邪其性稀薄,变动不可居,可随三焦之气机升降出入,无处不到,其症变化多端且各有侧重,如寒饮内停,津液无以化生为用,则口渴;饮停于肺,阻滞气机,肺失宣降,则见咳喘;肺失通调,水道不利,则小便不利、下腹胀满;寒饮犯胃,胃失和降,则干呕;饮停肠间,小肠无法分清泌浊,大肠传化失司,可见泄泻。

根据肠易激综合征的临床表现,中医将其归属于“泄泻”“腹痛”“腹胀”“便秘”等范畴,认为其病因多为外感时邪、饮食起居失常、情志失调及先天禀赋不足等,其中尤以水湿之邪为主要病理因素,如《杂病源流犀烛·泄泻源流》所言:“是泄虽有风寒热虚之不同,要末有不源于湿者也。”水湿之邪易夹寒、热、食滞,而寒饮内停型肠易激综合征则为寒饮留滞,侵袭肠胃,脾胃失其健运,清浊不分,传导失司所致。

\* 通讯作者:liuguangwei1975@163.com





本病主要症状为泄泻，腹痛，腹胀，便后缓解，反复发作，迁延不愈，或伴纳呆，口渴不欲饮，形寒肢冷，小便清长，舌质淡，苔白腻水滑，脉滑。寒饮渍肠，肠腑传化失常，则泄泻；寒饮阻滞气机，侵袭经络，则见腹痛、腹胀；寒饮之邪随大便而去，气机得舒，则腹痛缓解；寒饮困脾，则见纳呆；饮停不化，津液不滋，则口渴不欲饮；寒饮困阻阳气，机体无以温煦，可见形寒肢冷；阳气不能蒸腾气化水湿，则小便清长。而舌质淡，苔白腻水滑，脉滑均为寒饮内停之舌脉象。然寒饮为阴邪，易耗尚脾阳，脾阳不振，则无权运化水湿，水湿内滞为患，则加重寒饮。寒饮愈盛则脾阳愈虚，脾阳愈需则寒饮越盛，如此反复，则病情缠绵不愈。寒饮为阴邪，仲景云“病痰饮者，当以温药和之”，故治当温化寒饮，方选小青龙汤随症加减。

小青龙汤中麻黄散寒解表，宣肺利水，桂枝发汗解肌，温阳化饮，二者相须为君，增强通阳散寒、温化里饮之功效。干姜味辛性热，善于温肺散寒。半夏辛温，长于燥湿降逆，既可泄肠间水饮，又可燥困脾之湿，以绝生饮之源。细辛祛风散寒，配伍干姜、半夏增强温肺化饮之功。然若纯用辛散温化之品，恐耗伤气阴，且辛温之品难以入阴分发挥其效，故配伍白芍敛阴养血，五味子收敛肺气，其用意有二：一可制约诸药辛散温燥太甚之弊，二可引阳药入阴分发挥温化寒饮之功。甘草和中益气，调和诸药。诸药合用，散中有收，宣中有降，以达温化寒饮之功。

刘师认为小青龙汤的主治病证为表寒兼里饮证，临床多用于肺系疾病，但又不局限于此，即使临床表现无发热、喘咳等表证，只要证属寒饮内停者皆可用之。寒饮内停证的临床表现可因人而异，不尽相同，如仲景所言“或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满，或喘”，临证需根据具体情况具体分析，随症加减用药，以期方药与症机相应。如寒饮内停型肠易激综合症病情复杂，病程迁延日久，病位在肠，关键脏腑在脾胃，病证多属虚实夹杂，故治当标本兼顾，除采用小青龙汤温化寒饮外，还应兼顾脾胃。刘师还认为，小青龙汤方中运用白芍、五味子敛肺养阴，在温化寒饮的同时顾护阴津，防治过度使用辛温之品致使阴津耗伤，体现了治未病的思想，此乃仲景用药之妙。

## 2 医案列举

**案1** 患者女，41岁。腹泻、腹痛反复发作5年，加重10天，于2017年6月8日就诊于我院。患者3年前出现大便溏稀，日3~5次，便前腹痛，便后缓解，伴腹胀，口服蒙脱石散剂后症状好转。后每食生冷时上述症状

反复发作。10天前，患者大便次数增多，日6~7次，便溏，不伴脓血、黏液，腹痛即泻，泻后痛止，肠鸣音亢进，腹胀不适，四肢不温，畏寒怕冷，纳差，夜眠一般，小便清长，平素喜热饮。舌质淡，舌体胖大，边有齿痕，苔水滑，脉细滑。查血常规、大便常规、甲状腺功能及电子肠镜均未见明显异常。西医诊断为肠易激综合征（腹泻型），中医辨病为泄泻，证属寒饮内停，脾阳亏虚。治以温化寒饮，补益脾阳。方选小青龙汤加减。处方：麻黄20 g，桂枝20 g，姜半夏12 g，细辛10 g，醋五味子9 g，干姜20 g，白芍9 g，茯苓20 g，泽泻20 g，车前子15 g，淡附片6 g，炙甘草9 g。7付，水煎服，日1付，早晚分服，嘱其忌食生冷。

6月16日二诊：服7付后，大便次数明显减少，日1~3次，质松软，偶感腹痛，腹胀，乏力，纳食增加，舌质淡，苔白，脉细，上方去麻黄、车前子、泽泻，加生姜5片，党参15 g。10付，用法同前。

7月1日三诊：患者大便质软成形，日1~2次，不伴腹痛，乏力大减，纳食可，腹胀好转，但进食后加重，畏寒怕冷及四肢不温症状较前缓解，守上方，加厚朴、枳实各10 g，再服10付，诸症缓解。

**按：**患者中年女性，泄泻、腹痛三载，寒饮内伏久矣，每食生冷，则引动内饮，寒饮下滞肠间，肠道失其传导，则便溏、大便次数增多；寒饮阻滞气机升降，则腹痛肠鸣；寒饮为阴邪，耗损阳气，故畏寒怕冷、四肢不温；寒饮得温则化，故喜热饮；阳虚蒸腾气化水液失司，故小便清长。舌质淡，舌体胖大、边有齿痕、苔水滑，脉细滑均为寒饮内停之象，故用小青龙汤温化寒饮。然水饮困脾久矣，耗伤脾阳，治当兼顾脾阳，加淡附片补火助阳，兼逐风寒湿邪。“泄泻不利小便，非其治也”，加用泽泻、车前子、茯苓使水饮之邪从小便利，并解水湿困脾之忧。诸药配伍，共奏温阳化饮，补益脾阳之效。

**案2** 患者男，68岁。2017年9月1日就诊。反复腹痛、腹胀伴腹泻3年，西医诊断为肠易激综合征1年，多次寻医治疗，效果不佳。近一周来患者反复腹痛、腹胀，便溏，大便日2~5次，便后腹痛、腹胀缓解，偶有咳嗽，咯白色稀痰，恶心干呕，纳呆，夜眠尚可，小便清长。舌质暗，苔白腻，脉细滑。证属寒饮内停，上犯肺卫，治宜温化寒饮，宣肺止咳，方用小青龙汤加减：麻黄20 g，桂枝20 g，干姜15 g，姜半夏15 g，细辛、五味子、白芍各10 g，陈皮12 g，白术15 g，茯苓15 g，炙甘草6 g。7付，水煎服，日1付，并嘱其避风寒，畅情志。

9月9日二诊：服7付药后患者（下转第105页）

实验研究  
EXPERIMENTAL  
STUDY

## 金银花中绿原酸成份的提取方法分析研究

陈茜

(锦州市妇婴医院中药局, 辽宁 锦州 121000)

**摘要:**目的 对金银花中绿原酸的提取方法进行分析研究。方法 针对绿原酸的性质,设计了纯乙醇提取、50%乙醇提取、水提取与超声波提取方法对比实验、醇提法与超声波提取方法对比实验,并对每种提取方法的优缺点进行了分析。结果 50%的乙醇水溶液比纯乙醇提取效果好。与传统的醇提取法相比较,超声波法提取绿原酸的提取效果更好。研究亦表明,增加乙醇的浓度,提取绿原酸的浓度会增加,但是当绿原酸浓度到达最高峰后,随着乙醇浓度的增加,绿原酸的含量却呈降低趋势。传统醇提法乙醇的最佳浓度是70%,超声波醇提法乙醇的最佳浓度是60%。结论 与水提法相比较,醇提法提取效果较好,绿原酸的提取效率也较高,加入超声波后提取效率变得更高,提取物绿原酸的含量也会增加。

**关键词:** 金银花; 绿原酸; 超声波; 乙醇提取; 中药化学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.040

文章编号:1672-2779(2018)-05-0088-03

## Study on Extraction and Analysis Method of Chlorogenic Acid in Flos Lonicerae

CHEN Xi

(Liaoning Traditional Chinese Medicine Bureau of Jinzhou Maternal and Infants' Hospital, Liaoning Province, Jinzhou 121000, China)

**Abstract: Objective** To study the extraction of chlorogenic acid from Flos Lonicerae. **Methods** According to the properties of chlorogenic acid, the methods of pure ethanol extraction, 50% ethanol extraction, water extraction and ultrasonic extraction were compared. Alcohol extraction and ultrasonic extraction were used to analyze the advantages and disadvantages of each extraction method. **Results** 50% ethanol solution had better extraction effect than pure ethanol. Comparing with the traditional alcohol extraction method, the extraction effect of chlorogenic acid is better than that of the traditional method. The results also showed that the concentration of chlorogenic acid increased with the increase of ethanol concentration. However, when the concentration of chlorogenic acid reached the peak, the content of chlorogenic acid decreased with the increase of ethanol concentration. The optimum concentration of ethanol in traditional alcohol extraction is 70%, and the optimum concentration of ethanol by ultrasonic alcohol extraction is 60%. **Conclusion** Comparing with water extraction method, the alcohol extraction method has better extraction effect, and the extraction efficiency of chlorogenic acid is higher, the extraction efficiency becomes higher after adding ultrasonic wave, and the content of chlorogenic acid in the extract will increase.

**Keywords:** Flos Lonicerae; chlorogenic acid; ultrasonic wave; ethanol extraction; chemistry of Chinese materia medica

金银花为常用中药,具有清热解毒,保肝利胆、凉风散热,抗病毒等功能<sup>[1]</sup>。近年来研究表明,金银花还具有抗人类免疫缺陷病毒、抗肿瘤的功效,具有广阔的临床应用前景。金银花的主要成分包括绿原酸、肌醇、木犀草素、异绿原酸以及三萜皂苷等,其中,绿原酸是金银花的抗菌有效成分,一般常用绿原酸的含量高低来评价金银花质量的好坏<sup>[2]</sup>。绿原酸是一种有机酸,同时含有羧基和邻二酚羟基,易溶于醇溶液、丙酮和水等溶剂。当前,从金银花当中提取出绿原酸的常用提取方法包括传统的水提法、乙醇提取法、酶提取法等。本文将对绿原酸的常用提取方法进行实验和分析总结,并根据绿原酸的性质,设计出了水提取、纯乙醇提取、50%乙醇提取、超声波提取方法与醇提法对比实验、水提法与超声波提取方法对比实验,对每种提取方法的优缺点进行了分析。

## 1 材料与方法

**1.1 仪器和试剂** 电子天平、烧杯若干、量筒、锥形瓶、漏斗、超声波发生器(郑州予华仪器制造有限公司)、离心机(江苏天瑞仪器股份有限公司)、高效液相色谱

仪(上海仪电分析仪器有限公司)。材料和试剂:纯乙醇、50%乙醇、蒸馏水、金银花粉末。

## 2 实验方法

**2.1 蒸馏水加热回流提取绿原酸** 将62.5 g金银花粉末加入到1000 mL蒸馏水中,设置沙浴温度为70℃,进行回流1.5 h。然后用纱布过滤沙浴回流后的溶液,将滤渣滤出,再量取350 mL溶液,然后用滤纸过滤,溶液显示红色,将其放置于棕色瓶中。本次实验样品标记为样品A。

**2.2 99%乙醇加热回流提取绿原酸** 称取100 g金银花粉末,分为4份,每次将1份金银花粉末加入到400 mL 99%乙醇溶液中,设置沙浴温度为70℃,在回流装置中进行搅拌回流,每次回流2 h。每次回流后用纱布过滤,将滤渣除去,再用99%乙醇溶液补充溶液到400 mL,然后进行下一次的回流提取。当100 g金银花粉末分4次反复回流后,用纱布过滤回流液,再用滤纸过滤,直至溶液为澄清的绿色,将其收集于棕色瓶中。本次实验样品标记为样品B。

**2.3 50%的乙醇浸泡提取绿原酸** 称取25 g金银花粉末,



加入400 mL 50%的乙醇溶液中,搅拌充分后,静置3天,直至溶液成为棕色,用纱布过滤,再用滤纸过滤,除去滤渣后,收集于棕色瓶中。本次实验样品标记为样品C。

#### 2.4 不同浓度醇提取法与超声波提取法对比实验

**2.4.1 乙醇提取法** 称取干燥并且粉碎的金银花粉末6.0 g,分装成5份在5个锥形瓶中,分别用标签标记,然后依次加入40%、50%、60%、70%、80%乙醇各100 mL,密封保存,将恒温水浴温度控制在60 ℃,加热30 min,提取完毕后,分别依次进行过滤,再向滤渣中依次加入40%、50%、60%、70%、80%的乙醇各100 mL,然后重复一次前面所述操作,接着将滤液浓缩至20 mL,再分别进行抽滤,最后,将离心速度设置为4000 rpm,于离心机上离心10 min,将澄清的溶液放入冰箱待用。

**2.4.2 超声波加乙醇提取法** 称取干燥并且粉碎的金银花粉末6.0 g,分成5份,分装在5个锥形瓶中,分别用标签标记,然后依次加入40%、50%、60%、70%、80%乙醇各100 mL,密封保存,放置于60℃超声波中,进行超声波提取30 min,提取完后,分别依次进行过滤,再向滤渣中依次加入40%、50%、60%、70%、80%的乙醇各100 mL,重复上述操作,然后也将滤液浓缩至20 mL,再分别进行抽滤,最后,于离心机上以4000 rpm的速度离心10 min,将澄清的溶液放入冰箱中待用。

#### 2.5 水提取法与超声波提取法对比实验

**2.5.1 水提取法实验** 称取干燥、粉碎的金银花粉末6.0 g,分成3份,分装在3个烧杯中,再分别用标签标记,将100 mL蒸馏水分别依次加入到3个被标记的烧杯中,放置于60 ℃恒温水浴,进行加热,第1份30 min,第2份50 min,第3份70 min,加热完毕后,分别依次过滤,再分别向滤渣中加入100 mL蒸馏水,分别加热提取,提取完毕后再进行过滤,除去滤渣,用旋转蒸发器对滤液进行浓缩,再把浓缩液定容至20 mL。再分别进行抽滤,最后,于离心机上以4 000 rpm的速度离心10 min,将澄清的溶液放入冰箱中待用。

**2.5.2 超声波加蒸馏水提取法** 称取干燥、粉碎的金银花6.0 g,分装成3份于3个锥形瓶中,贴上标签进行标记,分别加入蒸馏水100 mL,放置于超声波发生器中,于60 ℃下进行加热,设置超声波效率为100%,第1份金银花加热30 min,第2份加热50 min,第3份加热70 min,加热提取完毕后过滤,再向滤渣当中加入蒸馏水100 mL,依次重复上述操作,也将滤液浓缩至20 mL,再分别进行抽滤,最后,于离心机上以4 000 rpm的速度离心10 min,将澄清的溶液放入冰箱待用。

**2.6 实验结果检测及数据** 将A、B、C、三个样品均放置半个月后进行检测,其检测方法参照《中华人民共和国药典》2010年版1部205页,对金银花中绿原酸含量的测定方法:高效液相色谱法。

表1 绿原酸含量测定

绿原酸对照品	浓度(μg/mL)	峰面积	平均值	f
40.72	40.46	1260.07 1245.07	1252.55	0.32305
待测样品绿原酸含量(mg/mL)				
样品A		475.42	0.38	
样品B		1353.21	1.09	
样品C		1807.15	1.46	

备注:样品B是用400 mL的99%乙醇分4次回流100 g金银花,金银花与99%乙醇的重量/体积1:4比例,所得的绿原酸的含量为1.09 mg/mL,若换算成其他几组样品制作时金银花与溶剂的重量/体积1:16比例,则绿原酸含量应为:0.2725 mg/mL。

表2 水提法与超声波法对比实验结果

时间(min)	吸光值(OD)		提取液浓度(μg/mL)		绿原酸含量(g)		收率(%)	
	水提法	超声波法	水提法	超声波法	水提法	超声波法	水提法	超声波法
30	2.53	2.55	105.7	106.6	0.2114	0.2132	3.52	3.55
50	2.39	2.47	99.5	103.1	0.1990	0.2062	3.31	3.44
70	2.42	2.48	100.9	103.5	0.2108	0.2070	3.36	3.45

表3 醇提法与超声波法对比试验结果

	不同浓度的乙醇		40%	50%	60%	70%	80%
	吸光值(OD)	提取液浓度(μg/mL)	2.60	2.67	2.83	2.90	2.73
醇提法	提取液浓度(μg/mL)	108.8	111.9	118.9	120.0	114.5	
	绿原酸含量(g)	0.216.6	0.222.8	0.236.8	0.240.0	0.229.0	
	收率(%)	3.61	3.71	3.95	4.00	3.82	
	超声波法	吸光值(OD)	2.79	2.85	2.98	2.79	2.71
超声波法	提取液浓度(μg/mL)	117.25	119.8	125.5	117.2	113.6	
	绿原酸含量(g)	0.234.4	0.239.6	0.251.0	0.234.4	0.227.2	
	收率(%)	3.91	3.99	4.18	3.91	3.79	

注:收率(%)=提取液中绿原酸含量/原材料质量×100%

### 3 讨论

提取绿原酸可通过浸渍,不需要加热,50%的乙醇水溶液能够通过细胞壁、细胞膜并且渗透进入细胞组织内,无机溶剂和有机溶剂的相互配合,使其在细胞间、细胞内部有较强的穿透力,水更有可能渗透进细胞内将细胞撑破,使细胞内的绿原酸不断被溶出,然而如果没有水溶剂细胞浸入,仅仅是单纯的乙醇环境,即使加热再久,也可能没有破坏细胞,最终导致含量偏低。因此从提取效益和效果来看,50%的乙醇水溶液比纯乙醇提取效果好。与传统的水提法相比较,超声波法提取的效果要更好。同时还可以得出,提取时间为30 min时,提取效果最佳,随着提取时间的延长,可能导致提取出的绿原酸结构被破坏,使其含量减少。

通过对金银花不同得提取工艺进行分析,我们可以得知,醇提取法要比水提法的效果更理想,绿原酸的提取率较高。随着乙醇浓度的增加,提取绿原酸的浓度增加,到达最高后浓度随着乙醇浓度增加,绿原酸的浓度呈逐渐降低的趋势<sup>[6]</sup>。加入超声波提取以后,提取效率变得更高,提取物绿原酸的含量也在增加。因此,

选择60%的乙醇溶液,并且用超声波加热提取30 min的提取工艺最好<sup>[3]</sup>。超声波提取方法能够将细胞壁击碎,同时使细胞内的组分渗透到溶液当中,从而达到分离的目的。该方法的优点是综合成本比较低,污染比较小,易过滤,而且没有醇提法中因溶剂的使用带来的不利,且产品产出率高。但考虑到金银花的理化性质,用超声波处理过后,金银花易成粘稠糊状,不利于接下来操作的进行。因此该方法仅限于实验室中操作,不适合于工业化的生产<sup>[4]</sup>。

绿原酸作为金银花的主要功能成分,其提取方法仍将倍受关注。水提法、醇提法简单易行,特别是醇提取法,提取率较高,一段时间内仍将是常用的基

本提取方法<sup>[5]</sup>。相对于水提法,醇提取法提取效果更好,绿原酸的提取效率较高,加入超声波后提取效率变得更高,提取物绿原酸的含量增加<sup>[6]</sup>。

#### 参考文献

- [1]梁玉敏,王进美,李怀斌.金银花中绿原酸提取工艺比较与优化探讨[J].辽宁中医杂志,2008,35(2):262-264.
- [2]范远景,徐晓伟,余芳芳,等.分离纯化金银花绿原酸工艺研究[J].安徽农业科学,2010,38(24):13052-13053.
- [3]叶燕萍,万雪芹,颜涛,等.GA3对岩溶石山金银花的效应研究[J].中药材,2010,33(8):1210-1212.
- [4]聂凌鸿,岳森.金银花中绿原酸提取工艺的优化[J].食品研究与开发,2008,29(1):51-55.
- [5]王利,冉旭.金银花中绿原酸醇提工艺的研究[J].饮料工业,2009,12(1):18-20.
- [6]刘佳佳,赵国玲,王晖,等.Extraction process of chlorogenic acid in *flos loniceræ* by enzymatic treatment[J].中南大学学报(英文版),2002,9(4):246-249.

(本文编辑:张文娟 本文校对:薛飞 收稿日期:2017-12-22)

## RP-HPLC 法测定红要子中大黄素的含量

宋若冰<sup>1</sup> 张惠霞<sup>2</sup> 董玉珍<sup>3</sup>

(1 河南天方药业中药有限公司,河南 郑州 450001; 2 天津红日药业股份有限公司,天津 301700;

3 郑州市食品药品检验所,河南 郑州 450007)

**摘要:**目的 建立反相高效液相色谱法测定红要子中大黄素的含量。方法 采用RP-HPLC法进行测定,以Agilent C<sub>18</sub> (5 μm, 4.6×250 mm) 为色谱柱,以甲醇:0.1%磷酸溶液 (80:20) 为流动相,流速为1.0 mL·min<sup>-1</sup>,柱温为30 ℃,检测波长为254 nm。**结果** 结果大黄素在1.07~12.86 μg·mL<sup>-1</sup>范围内线性关系良好 (r=0.9999),平均回收率为99.07%。**结论** 该方法简便、准确、可靠,可以作为红要子药材及相关制剂质量控制的一个参考方法。

**关键词:** RP-HPLC; 红要子; 大黄素

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.041

文章编号:1672-2779(2018)-05-0090-02

### Determination of Emodin in Radix Pteroxygoni Giraldii by RP-HPLC

SONG Ruobing<sup>1</sup>, ZHANG Huixia<sup>2</sup>, DONG Yuzhen<sup>3</sup>

(1. Henan Topfond Pharmaceutical Medicine Co., Ltd., Henan Province, Zhengzhou 450001, China;

2. Tianjin Chase Sun Pharmaceutical Co., Ltd, Tianjin 301700, China;

3. Zhengzhou Institute for Food and Drug Control, Henan Province, Zhengzhou 450007, China)

**Abstract:** **Objective** To establish a method for the determination of emodin in Radix Pteroxygoni Giraldii. **Methods** The column was Agilent C<sub>18</sub> (5 μm, 4.6×250mm), the mobile phase was methanol-0.1% phosphoric acid (80:20). The flow rate was 1.0 mL·min<sup>-1</sup>, the column temperature was 30℃, and the detection wavelength was 254nm. **Results** Emodin showed a good linear relationship at a range of 1.07~12.86 μg/mL, the average recovery was 99.07%. **Conclusion** The method is simple, accurate and stable, and it effectively controls the content of emodin in Radix Pteroxygoni Giraldii.

**Keywords:** RP-HPLC; Radix Pteroxygoni Giraldii; Emodin

红要子为蓼科植物翼蓼 *Pteroxygonum giraldii* Drimmer et Diels. 的干燥块茎<sup>[1]</sup>。具有清热解毒,凉血止血,收敛之功效。用于胃肠炎,菌痢、扁桃体炎,月经不调,功能性子宫出血等。外用治外伤出血,烫火伤、痈疔等<sup>[2]</sup>。《中药大辞典》(第二版)下册记载本品名称为“荞麦七”,分布于河北、山西、河南、四川、陕西、甘肃等地,含蒽醌类(大黄素、大黄素甲醚),鞣质等化学成分。其中大黄素具有抑菌、抗炎、保护肝肾、抑制血小板聚集、改善微循环、抗癌等多种药理作用<sup>[3]</sup>。本研究首次建立高效液相色谱法测定红要子中大黄素的含量,为红要子的进一步开发利用提供参考,现报道如下。

#### 1 仪器与试剂

Agilent1260高效液相色谱仪(安捷伦科技有限公

司);METTLER TOLEDO电子分析天平(梅特勒-托利多国际股份有限公司,0.01 mg);KQ-500型超声波清洗器(昆山市超声仪器有限公司);电热恒温水浴锅;大黄素对照品(中国食品药品检定研究院,含量测定用,含量以98.7%计,批号:110756-201512);甲醇为色谱纯,水为纯净水,其余试剂均为分析纯;红要子(河南省世通医药有限公司,选装,每袋装0.2 kg,产地:河南,批号:160415,160416,160417)。

#### 2 方法与结果

**2.1 色谱条件** 色谱柱为Agilent C<sub>18</sub> (5 μm, 4.6×250 mm);流动相为甲醇-0.1%磷酸溶液 (80:20),流速1.0 mL·min<sup>-1</sup>,检测波长254 nm,柱温为30 ℃<sup>[4]</sup>。

**2.2 对照品溶液的制备** 精密称取大黄素对照品10.86 mg,



置于100 mL量瓶中,加甲醇溶解并稀释至刻度,制成浓度 $0.1072\text{ mg}\cdot\text{mL}^{-1}$ 的对照品储备溶液。再取储备液1 mL置25 mL量瓶中,用甲醇溶解并稀释成浓度为 $4.29\text{ }\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 的对照品溶液。

**2.3 供试品溶液的制备** 取本品粉末(过四号筛)约4 g,精密称定,置具塞锥形瓶中,精密加入甲醇50 mL,称定重量,加热回流1小时,放冷,再称定重量,用甲醇补足减失的重量,摇匀,滤过,精密量取续滤液25 mL,置具塞锥形瓶中,水浴蒸干,加8%盐酸溶液20 mL,超声处理(功率100 W,频率40 kHz) 5 min,加三氯甲烷20 mL,水浴中加热回流1 h,取出,立即冷却,置分液漏斗中,用少量三氯甲烷洗涤容器,洗液并入分液漏斗中,分取三氯甲烷液,酸液再用三氯甲烷液提取3次,每次15 mL,合并三氯甲烷液,回收溶剂至干,残渣加甲醇使溶解,转移至5 mL量瓶中,加甲醇至刻度,摇匀,滤过,取续滤液,即得<sup>[4-5]</sup>。

**2.4 系统性试验** 按“2.1”项下色谱条件,分别精密吸取对照品溶液、供试品溶液各10  $\mu\text{L}$ ,注入液相色谱仪中,记录色谱峰。结果在对照品色谱峰保留时间对应的位置上,供试品溶液有色谱峰,理论板数按特大黄素峰计大于4000,分离度大于1.5,见图1。

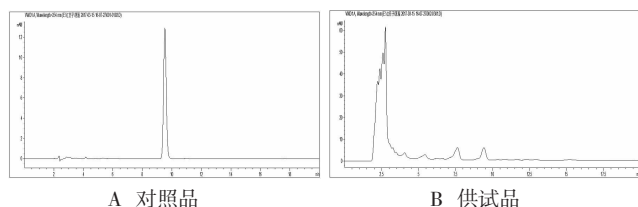


图1 红要子高效液相色谱图

## 2.5 方法学考察

**2.5.1 线性关系考察** 精密量取“2.2”项下浓度 $0.1072\text{ mg}\cdot\text{mL}^{-1}$ 的对照品储备溶液适量,配制浓度为1.07、2.14、4.29、8.58、12.86  $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 的对照品溶液,分别精密吸取10  $\mu\text{L}$ ,注入液相色谱仪,记录峰面积。以浓度( $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ )为横坐标,峰面积( $\text{mAU}\cdot\text{s}$ )为纵坐标绘制标准曲线,得回归方程 $Y=77.28X+1.35$ , $R=0.9999$ 。结果表明大黄素在 $1.07\sim 12.86\text{ }\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 范围内线性良好。

**2.5.2 精密度试验** 精密吸取“2.2”项下浓度为 $4.29\text{ }\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 的大黄素对照品溶液10  $\mu\text{L}$ ,按“2.1”项下色谱条件重复进样6次,记录峰面积,RSD为0.15%,说明仪器精密度良好。

**2.5.3 重复性试验** 取红要子样品,按“2.3”项下方法制备6份供试品溶液,按“2.1”项下色谱条件分别进样10  $\mu\text{L}$ ,记录峰面积,计算含量,结果RSD为0.37%,说明重复性较好。

**2.5.4 稳定性试验** 精密吸取供试品溶液,分别在0, 2, 4, 6, 8, 10 h按“2.1”项下色谱条件进样10  $\mu\text{L}$ ,记录峰面积,计算RSD为0.11%,表明溶液在10 h内稳定性良好。

**2.5.5 加样回收率试验** 取已知含量的样品(批号:

160415) 9份,每份2 g,精密称定,分成3组,每组3份,每组分别加入“2.2”项下浓度为 $4.29\text{ }\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 大黄素对照品溶液3 mL、5 mL、7 mL,按“2.3”项下方法制备供试品溶液,按“2.1”项下色谱条件分别吸取10  $\mu\text{L}$ 注入液相色谱仪,记录峰面积,计算回收率,结果平均回收率均大于95%, $\text{RSD}<1.0\%$ ( $n=3$ ),符合定量分析的要求,测定结果见表2。

表2 加样回收率试验 ( $n=3$ )

取样量 (g)	样品中含量 ( $\mu\text{g}$ )	加入量 ( $\mu\text{g}$ )	测得量 ( $\mu\text{g}$ )	回收率 (%)	平均 (%)	RSD (%)
2.0006	20.0660	12.8700	32.7110	98.25		
2.0012	20.0720	12.8700	32.6988	98.11	98.32	0.25
2.0010	20.0700	12.8700	32.7589	98.59		
2.0122	20.1824	21.4500	41.5667	99.69		0.10
2.0098	20.1583	21.4500	41.4996	99.49	99.58	
2.0085	20.1453	21.4500	41.5012	99.56		
2.0012	20.0720	30.0300	49.9101	99.36		
2.0009	20.0690	30.0300	49.9005	99.34	99.32	0.05
2.0027	20.0871	30.0300	49.8956	99.26		

**2.6 供试品含量测定** 取红要子样品,按照“2.3”项下方法制备供试品溶液,分别精密吸取“2.2”项下浓度为 $4.29\text{ }\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 大黄素对照品溶液、供试品溶液各10  $\mu\text{L}$ ,按照“2.1”项下色谱条件注入液相色谱仪,记录峰面积,以外标一点法计算供试品中大黄素含量,结果见表3。

表3 含量测定结果 ( $n=3$ )

样品批号	大黄素平均含量( $\mu\text{g}\cdot\text{g}^{-1}$ )
160415	10.03
160416	12.55
160417	9.87

## 3 讨论

(1) 色谱条件的选择参考《中华人民共和国药典》2015年版一部大黄含量测定项下色谱条件及相关文献<sup>[4-5]</sup>,选择甲醇-0.1%磷酸溶液作为流动相,以不同比例进行调试,采用甲醇-0.1%磷酸溶液(80:20)为流动相,所得大黄素色谱峰的理论板数高、峰对称性均较好,故选择其作为流动相。采用紫外分光光度计对大黄素对照品溶液于200~400 nm波长范围内扫描,结果在254 nm波长处有最大吸收,故选择254 nm作为检测波长。(2) 本方法简便快速、结果准确、重现性好,为红要子药材资源的开发利用提供了一定的参考依据。

## 参考文献

- [1]河南省卫生厅.河南省中药材标准(二)[S].郑州:中原农民出版社,1993:43.
- [2]河南省食品药品监督管理局.河南省中药饮片炮制规范[S].郑州:河南人民出版社,2005:65.
- [3]张喜平,李宗芳.大黄素的药理作用研究概况[J].中国药理学通报,2003,19(8):851-854.
- [4]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,2015:176.
- [5]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,2015:23.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张惠霞 收稿日期:2017-12-12)

临床鉴习 CLINICAL GUIDING  
LEARNING新加芍药汤结合康复训练  
治疗脑卒中后肌痉挛的临床疗效<sup>※</sup>刘呈艳<sup>1,2</sup> 许文威<sup>1,2</sup> 苏莹莹<sup>1,2</sup> 吴加勇<sup>1,2</sup> 陈松<sup>1,2</sup> 谢勇<sup>1,2</sup> 陈岚榕<sup>1,2\*</sup>

(1 福建中医药大学附属康复医院脑病康复三科, 福建 福州 350003;

2 福建省康复技术重点实验室, 福建 福州 350003)

**摘要:**目的 研究新加芍药汤加味在脑卒中肌痉挛康复中的临床疗效。方法 将60例脑卒中肌痉挛患者随机分为试验组30例和对照组30例。试验组采用新加芍药汤加味配合康复训练治疗, 对照组采用常规康复治疗, 疗程均为2个月。分别于治疗前、治疗8周后采用修订的改良Ashworth分级法(MAS)评估肢体肌张力, 偏瘫上肢功能测试(香港版)(FTHUE-HK)评估上肢运动能力, FIM行走能力评分评定下肢行走功能, 改良Barthel指数(MBI)进行评定日常生活活动能力。结果 治疗8周后, 试验组与对照组相比, MAS分级、FTHUE-HK评分、FIM行走评分、MBI评分显著改善, 且具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 新加芍药汤加味配合康复训练治疗脑卒中肌痉挛疗效优于常规康复治疗, 可改善肢体的痉挛状态, 提高日常生活能力。

关键词: 新加芍药汤; 康复训练; 脑卒中; 肌痉挛; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.042

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0092-04

## Clinical Effect of Shaoyao Decoction Combined with Rehabilitation Training in Treating Postoperative Stroke

LIU Chengyan<sup>1,2</sup>, XU Wenwei<sup>1,2</sup>, SU Yingying<sup>1,2</sup>, WU Jiayong<sup>1,2</sup>, CHEN Song<sup>1,2</sup>, XIE Yong<sup>1,2</sup>, CHEN Lanrong<sup>1,2</sup>

(1. Department of Encephalopathy Rehabilitation Three, Rehabilitation Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

2. Fujian Key Laboratory of Rehabilitation Technology, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

**Abstract: Objective** To study the clinical efficacy of modified Shaoyao decoction in the rehabilitation of spasticity after stroke. **Methods** 60 patients with spastic cerebral apoplexy were randomly divided into the experimental group (30 cases) and the control group (30 cases). The experimental group was treated with modified Shaoyao decoction combined with the rehabilitation training, while the control group was treated with routine rehabilitation therapy. Treatment continued 2 months. Before treatment and after eight weeks of treatment, we used the modified Ashworth grading method revised (MAS) evaluation of limb muscle tension, hemiplegic upper limb functional testing (Hongkong version) (FTHUE-HK) evaluation of upper extremity motor ability, Walking ability FIM score assesses lower extremity walking function, modified Barthel index (MBI) to assess the activities of daily living. **Results** After 8 weeks of treatment, comparing with the control group, the MAS classification, FTHUE-HK score, FIM walking score and MBI score of the experimental group were significantly improved, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The curative effect of modified Shaoyao decoction combined with rehabilitation training on spasticity of stroke is better than that of routine rehabilitation treatment. It can improve spasticity of limbs and daily living ability.

**Keywords:** Shaoyao decoction; rehabilitation training; cerebral apoplexy; muscle spasm; stroke

肌痉挛是脑卒中后常见的后遗症之一。因为中风后上运动神经元损伤导致高级中枢失去对脊髓牵张反射的抑制, 脊髓反射性增高, 引起牵张反射增强, 从而出现肌肉张力异常, 是上运动神经元性疾病较常见的临床表现。该痉挛常随病程发生变化, 在急性期多数是迟缓性瘫痪, 随着病程的延续, 约几小时或2~3周左右开始有肌张力出现、增高、亢进直至出现痉挛, 达到高峰状态后, 肌张力又开始降低, 逐步出现分离运动, 最终获得随意运动<sup>[1]</sup>。脑卒中后3周内约90%的患者将会发生痉挛<sup>[2]</sup>。有研究指出痉挛状态患者中89%都

会对其生产生活活动产生影响, 其中60%的人完全无法投入到工作生活中, 其余29%的患者的工作受到了不同程度的影响<sup>[3]</sup>。虽然肢体痉挛有时可以帮助某些患者的站立和转移, 可对患者活动、静脉回流和水肿起到一定的积极作用, 但也会产生疼痛, 限制关节活动, 关节挛缩, 肌肉萎缩, 骨化性肌炎、骨关节畸形等运动系统的静态畸形, 从而导致异常姿势, 形成异常姿势与静态挛缩、变形之间的恶性循环与发展, 长期的肌痉挛并发的疼痛、关节挛缩亦给康复训练的进程及临床护理带来了严重的障碍<sup>[4]</sup>。由于运动功能障碍使其独立生活能力及社会参与能力受限, 直接影响其生活质量和回归社会, 给家庭和社会带来沉重负担, 已构成严重的社会问题<sup>[5]</sup>。故寻找成本较低、操作简单、容易推广使用的手段是目前脑卒中后肌痉挛的重要研究

※ 基金项目: 福建省教育厅科技研究项目[No.JA15235]; 福建省科技厅科技平台建设项目[No.2015Y2001]

\* 通讯作者: 13489906786@139.com



方向,当前治疗研究大都集中于西药、针刺及康复方面,尚缺少疗效满意的中医药治疗方法,中医药与现代康复有机结合,符合成本较低、操作简单、容易推广等优点。本文将在临床中采用新加芍药汤加味配合康复训练治疗脑卒中后肌痉挛所获得的临床疗效进行报告,具体如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 该研究选择2016年5月—2017年5月福建中医药大学附属康复医院神经康复科病房住院的脑卒中肌痉挛患者60例作为研究对象,并随机分为试验组30例和对照组30例。试验组男22例,女8例;年龄平均62.63岁;病程(28.73±9.00)天;脑梗死23例,脑出血7例;左侧偏瘫24例,右侧偏瘫6例。对照组男19例,女11例;年龄平均63.53岁;病程(28.60±9.48)天;脑梗死21例,脑出血9例;左侧偏瘫22例,右侧偏瘫8例。经统计学分析,2组患者在性别、年龄、病程、病变性质及部位等方面均无明显差异( $P>0.05$ ),组间均衡可比(详见表1)。

表1 2组基本情况比较

组别	例数	男	女	平均年龄(岁)	病变性质	病程(天)	病变部位	
							左	右
对照组	30	19	11	63.53	21/9	28.60±9.48	22	8
试验组	30	22	8	62.63	23/7	28.73±9.00	24	6
$\chi^2$ 值		0.69	0.33	0.34	-0.06	0.37		
$P$ 值		0.41	0.74	0.56	0.96	0.54		

**1.2 纳入标准** (1) 参照1995年全国第四届脑血管病会议上通过的《各类脑血管病诊断要点》实行<sup>[6]</sup>。(2) 不伴有意识障碍。(3) 脑卒中后上下肢均出现痉挛者,病程2~8周内,Brunnstrom分期为Ⅱ~Ⅲ期。(4) 所有参与者均按相应法律法规签署《知情同意书》。

**1.3 排除标准** (1) 精神异常,或其他原因无法配合治疗者。(2) 并发心肌梗死或合并肝肾功能障碍、重症感染、严重糖尿病等疾病者。(3) 由各种脑动脉炎、脑底异常血管网、肿瘤脑转移等所致脑血管病。(4) 伴有严重失语症、失认症、失用症、视野缺损和智能障碍者。(5) 偏瘫侧肢体合并骨折、关节炎等影响运动功能者。(6) 同时使用抗痉挛药物者。

**1.4 治疗方法** 对照组30例给予常规康复治疗,包括抗痉挛肢体位置摆放、被动关节活动、牵张训练、拮抗肌力量训练、空气压力波治疗、夹板疗法、坐位和(或)站立平衡训练、行走训练、健康教育等,每天1次,每次30 min,2个月为1个疗程。试验组30例在常规康复治疗基础上加用口服中药新加芍药汤加味,新加芍药汤具体药物为:白芍50 g,僵蚕12 g,防风10 g,白术10 g,木瓜15 g,炙甘草12 g等8味药。因临床中遣方用药需遵守整体观念以及辨证论治原则,故运用时根据患者体质、证型、病情等差异灵活加味,充分发

挥中医因人而异的特色,更有利于肢体运动功能的恢复。如气虚者加党参、黄芪,血虚者加熟地黄、当归,阴虚者加麦冬、玄参、玉竹,上肢痉挛者加桂枝、桑枝、羌活,下肢痉挛者加牛膝、独活,气滞血瘀者加赤芍、川芎、三七,痰涎壅盛者加石菖蒲、法半夏、茯苓。每天1剂,水煎400 mL,早晚饭后半小时温服,2个月为1个疗程。中药由福建中医药大学附属康复医院药房提供,煎药房代煎。(中药来源于福建同春药业股份有限公司)。

**1.5 疗效评定指标及评价标准** (1) 肌张力采用改良Ashworth量表(Modified Ashworth Scale, MAS)<sup>[7]</sup>评定患肢痉挛状态,主要评估上肢以屈肘为代表,下肢以跖屈为代表。根据测评肌张力的变化来评估痉挛的程度(分0~4级),改良Ashworth分级数据转换为计量资料<sup>[8]</sup>,0级记为0分,1级记为1分,1+级记为2分,2级记为3分,3级记为4分,4级记为5分,计算屈肘肌和跖屈肌计量总分。(2) 偏瘫上肢功能测试(香港版)(FTHUE-HK)<sup>[9]</sup>评估上肢运动能力,共12个测试项目,最高级别为七级。分为1~7级,转换为计量资料,1级记为0分,2级记为1分,3级记为2分,4级记为3分,5级记为4分,6级记为5分,7级记为6分,计算总分。(3) FIM<sup>[10]</sup>独立行走能力评分评定下肢行走功能,根据行走时是否需要辅助设备、用具或他人帮助评1~7分。(4) 改良Barthel指数(Modified Barthel Index, MBI)<sup>[11]</sup>评估日常生活能力,共100分。

**1.6 统计学方法** 应用SPSS 19.0进行统计分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,满足正态采用 $t$ 检验,非正态采用秩和检验。所有统计均采用双侧检验,检验值 $\alpha=0.05$ ,当 $P \leq 0.05$ 时检验结果具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组治疗前比较** 2组治疗前在MAS、FTHUE-HK、FIM行走能力、MBI评分方面不具有显著性差异( $P>0.05$ ),组间均衡可比(详见表2)。

表2 治疗前2组对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	MAS	FTHUE-HK	FIM	MBI
对照组	30	6.40±1.65	1.30±0.65	1.27±0.52	39.2±10.42
试验组	30	6.53±1.38	1.26±0.78	1.33±0.55	38.17±9.94
$t$ 值		-0.34	0.18	-0.48	0.39
$P$ 值		0.74	0.86	0.63	0.70

**2.2 2组治疗后对比** 2组MAS评分较治疗前均有降低( $P<0.05$ ),且试验组较对照组更加明显( $P<0.05$ )。2组FTHUE-HK评分较治疗前有升高( $P<0.05$ ),且试验组较对照组更加明显( $P<0.05$ )。2组FIM行走能力评分较治疗前均有升高( $P<0.05$ ),且试验组较对照组更加明显( $P<0.05$ )。2组MBI评分较治疗前均有提高( $P<0.05$ ),且试验组较对照组更加明显( $P<0.05$ ) (详见表3、表4)。

表3 2组治疗后对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数		MAS	FTHUE-HK	FIM	MBI
对照组	30	干预前	6.40 ± 1.65	1.30 ± 0.65	1.27 ± 0.52	39.2 ± 10.41
		干预后	5.53 ± 1.40	1.93 ± 0.86	2.00 ± 1.01	48.20 ± 10.21
		<i>t</i> 值	10.93	-6.23	-6.27	-16.59
		<i>P</i> 值	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05
试验组	30	干预前	6.53 ± 1.38	1.26 ± 0.78	1.33 ± 0.55	38.16 ± 9.94
		干预后	4.27 ± 1.11	2.46 ± 1.13	2.83 ± 0.98	55.13 ± 11.37
		<i>t</i> 值	16.78	-8.63	-9.54	-19.68
		<i>P</i> 值	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

注:改良Ashworth分级以及FTHUE-HK分级转化为计量资料,治疗前后差值均符合正态分布

表4 干预后组间对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	MAS	FTHE-HK	FIM	MBI
对照组	30	5.53 ± 1.40	1.93 ± 0.87	2.00 ± 1.02	48.20 ± 10.22
试验组	30	4.27 ± 1.11	2.47 ± 1.14	2.83 ± 0.99	55.13 ± 11.37
t值		3.87	-2.04	-3.22	-2.48
P值		<0.05	0.04	<0.05	0.016

注:MAS组间比较P值为0.000281;MBI组间比较P值为0.002

### 3 讨论

中医学对脑卒中后痉挛性瘫痪的认识早已有之,中医文献散见于“中风”“非风”等病证中,如《景岳全书》中云:“偏枯拘急痿弱之类,本由阴虚……夫血非气不行,气非血不化。凡血中无气,则病为纵缓废弛。气中无血,则病为抽掣拘挛……故筋缓者,当责其无气。筋急者,当责其无血。”如《医学纲目》说:“四肢拘挛者,以中风冷,邪气入肝脏,使诸经挛急,屈而不伸也。”《医方考》中提出:“脑卒中之久,语言謇涩,半身不遂,手足拘挛。”《伤寒论》曰:“胫尚微拘急,重与芍药甘草汤尔乃胫伸。”以上论述均表明痉挛的病位主要在经筋,经脉不通,气血运行失调,经脉失养,主束骨而利关节的功能失调,经脉挛缩而造成痉挛。在治疗方面,强调疏通经络,恢复气血运行,缓筋解急在治疗中的重要性。

本研究从中医学角度分析,肢体痉挛的主要病机为痉挛期阴虚不足,肝脾失养,肝风内动,又因肝主筋,脾主四肢肌肉,筋主骨而束关节,筋脉失濡而致。治以息风止痉,调和肝脾,柔筋缓急。方用新加芍药甘草汤加味。芍药甘草汤出自《伤寒论》太阳病篇,由白芍、炙甘草两味药物组成。原文曰:“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,咽口干,烦躁吐逆者,作甘草干姜汤与之,以复其阳;若厥愈足温者,更与芍药甘草汤与之,其脚即伸”,主治误汗后伤及阴血而出现的脚挛急不伸之证。

文中新加芍药汤是在芍药甘草汤基础上化裁而成,由白芍、僵蚕、防风、白术、木瓜、炙甘草等八味药物组成。方中重用白芍、炙甘草,白芍酸苦入厥阴,

敛阴和营,《本经》谓其“主邪气腹痛,除血痹,破坚积寒热,疝瘕,止痛,利小便,益气”;《黄汉医学》曰“芍药者,为主治结实而拘挛也。转筋者,筋失所养也。筋为肝主,故芍药必用,为主药。”炙甘草甘平入太阴,补脾生津,《本经》谓其“主五脏六腑寒热邪气,坚筋骨,长肌肉,倍力,金创,解毒”,二者相伍,酸甘化阴,养阴通痹,缓急止痛,证治要点在于调和肝脾。木瓜性温味酸,酸入筋补津以柔筋,收合余液,疏宣以养之,筋自不转矣,疏筋缓急之功。之外以僵蚕、防风平息内外之风,白术益气健脾等。共奏息风止痉,调和肝脾,柔筋缓急之效。

脑卒中后由于中枢神经系统对低位中枢的抑制作用减低,导致下运动神经元神经冲动不受控制,从而导致肌肉在静息或者运动时的紧张度增加,其肌张力增高主要以速度依赖为特征,伴随腱反射亢进,被动活动关节时抵抗明显<sup>[12]</sup>。随着时间进展,痉挛的程度会逐步加重,长期可发生肌腱缩短、关节强直等并发症,会严重影响运动、行走能力及日常生活能力。目前常见的康复方法很多,在一定程度上可缓解肌痉挛,但又存在一定的局限性,比如服用巴氯芬片、替扎尼定、乙哌立松等降肌张力药物容易出现嗜睡、头晕、乏力、肝功能异常等不良反应;手术治疗技术水平要求高,且费用较高,难以广泛普及开展;神经阻滞治疗时限性较短;康复治疗疗效肯定,应用广泛,但是其疗程长,故该研究运用临床经验方新加芍药汤加味配合康复训练治疗脑卒中后肌痉挛,把传统中医药和现代康复结合起来,可明显降低患侧肢体肌张力,改善上肢运动功能,提高下肢行走能力和日常生活能力,改善生活质量,提高疗效,缩短治疗时间,治疗方式容易被患者接纳,经济成本不高,可减轻家庭及社会负担,值得推广。从国际功能分类(ICF)来看,新加芍药汤加味结合康复训练在改善身体结构、身体功能、活动参与方面均得到提高,为社会参与打下良好基础。不足之处在于该研究追踪的病例数较少,今后将在临床中继续进行大样本试验及数据追踪以更好地验证,并进一步探讨其作用机理,为新药的开发提供依据。

### 参考文献

- [1]石新.中医治疗脑卒中偏瘫痉挛现状[J].山西中医,2012,28(3):56-58.
- [2]陈秀琼,阳初玉,徐薇,等.巴氯芬结合康复训练对脑卒中后肌痉挛的疗效观察[J].中国临床新医学,2009,2(6):638-639.
- [3]WardAB.A literature review of the pathophysiology and onset of post-stroke spasticity[J].European Journal of Neurology,2012,19:21-27.
- [4]肖清宁.25例针刺配合康复训练治疗脑卒中后上肢痉挛效果评价[J].亚太传统医药,2011(7):62-63.
- [5]Eunyoung Hong.Comparison of quality of life according to community walking in stroke patients[J].J Phys Ther Sci,2015,27(7):2391-2393.
- [6]全国第四届脑血管病学术会议.脑血管疾病分类及诊断要点(1995)[S].中华神经科杂志,1996,29(6):376.
- [7]张通.脑卒中的功能障碍与康复[M].北京:科学技术文献出版社,2006:16.
- [8]BohannonRW,SmithMB.Interrater Reliability of a Modified Ashworth Scale of



Muscle Spasticity[J].PhysTher,1987,67(2):206-207.  
[9]FongK,NgB,ChanD,etal.Development of the Hong Kong Version of the Functional Test for the Hemiplegic Upper Extremity (FTHUE-HK)[J].Hong Kong Journal of Occupational Therapy,2004,14(1):21-29.  
[10]卓大宏.中国康复医学[M].2版.北京:华夏出版社,2003:235-243.

[11]冷军,陈勇,贾海涛.临床康复常用评定量表[M].济南:山东科学技术出版社,2011:4,143,285.  
[12]MayerNH.Clinicophysilogic concepts of spasticity and motor dysfunction in adults with an upper motoneuron lesion[J].Muscle Nerve Suppl,1997;6:S1-13.  
(本文编辑:张文娟 本文校对:王林林 收稿日期:2017-11-29)

## 清脑平肝饮治疗肝阳上亢型高血压的临床研究

寇 焰

(首都医科大学附属北京中医医院干部保健科/老年病科,北京 100010)

**摘要:**目的 观察清脑平肝饮治疗高血压,辨证属于肝阳上亢证患者的临床疗效。方法 采用随机数字表法将60例符合诊断标准的患者随机分为治疗组和对照组。对照组口服苯磺酸氨氯地平治疗,治疗组在对照组的基础上应用清脑平肝饮,均以4周为1个疗程,观察2组的临床疗效。结果 治疗组能有效缓解临床症状,降低血压,作用优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 清脑平肝饮治疗肝阳上亢型高血压有较好的疗效。  
**关键词:** 高血压;肝阳上亢;清脑平肝饮;眩晕  
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.043 文章编号:1672-2779(2018)-05-0095-03

### Clinical Study on Qingnao Pinggan Drink in the Treatment of Upper Hyperactivity of Liver Yang Hypertension

KOU Yan

(Health Care Department/Geriatric Department, the Affiliated Beijing Chinese Medicine Hospital of Capital Medical University, Beijing 100010, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the treatment effects of Qingnao Pinggan drink in the treatment of upper hyperactivity of liver yang hypertension. **Methods** 60 patients of upper hyperactivity of liver yang hypertension were randomly divided into treatment group and control group. The control group was treated with amlodipine, and the treatment group was given Qingnao Pinggan drink combined with amlodipine treatment. 4 weeks was one course. The clinical efficacy of the two groups was observed. **Results** The treatment group can effectively alleviate the clinical symptoms, reduce blood pressure, and the effect of the treatment group was better than that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The Qingnao Pinggan drink in the treatment of upper hyperactivity of liver yang hypertension has a good effect.

**Keywords:** hypertension; upper hyperactivity of liver yang; Qingnao Pinggan drink; vertigo

高血压是一种临床常见疾病,是指收缩压 $\geq 140$  mmHg和(或)舒张压 $\geq 90$  mmHg,估算我国目前约有2亿高血压患者,是心脑血管病最主要的危险因素<sup>[1-3]</sup>。高血压的治疗以西药治疗为主,虽然有效,但因其成本高,不良反应较多,病人的依从性不高,从而使得药物降压的效果不明显<sup>[4-6]</sup>。中医药在治疗高血压病中有着重要的作用,我院名老中医孙伯杨教授在治疗高血压病方面有其独到的见解<sup>[7]</sup>。其经验方清脑平肝饮对于肝阳上亢型高血压病有较好疗效<sup>[8]</sup>。本研究基于孙伯杨教授“病、证结合”的理论,以轻中度肝阳上亢型高血压患者为研究对象,观察其经验方清脑平肝饮治疗高血压病的效果,旨在传承其学术思想和临床经验。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用随机、回顾性、对照研究方法,2015年1月—2016年12月在我院住院及门诊的60例高血压患者,应用随机数字表分为治疗组和对照组各30例。2组患者资料对比无统计学意义,差异详见表1 ( $P > 0.05$ )。

**1.2 诊断标准** 中医诊断标准:辨证为肝阳上亢证。主证:眩晕,头痛,急躁易怒。次证:面红,目赤,口干,口苦,便秘,溲赤,舌红苔黄,脉弦数。西医诊断标准:所选病例符合中国高血压防治指南修订委员会2010

年制定的《中国高血压防治指南2010》<sup>[9]</sup>中的诊断标准。根据血压升高水平为1级高血压(轻度)和2级高血压(中度),SBP140~179 mmHg和(或)DBP 90~109 mmHg。

**1.3 纳入标准** 患者和家属对研究知情并签署知情同意书;年龄18~80岁;符合上述中西医诊断标准。

**1.4 排除标准** 不能接受中药治疗者;伴有严重心、脑血管疾病和肝肾功能不全的患者;继发性高血压患者,如肾性高血压等;妊娠及哺乳期妇女。

表1 2组患者一般情况

组别	例数	男	女	平均年龄(岁)	平均病程(年)	1级高血压(例)	2级高血压(例)
治疗组	30	17	13	52.8	16.4 $\pm$ 2.7	19	11
对照组	30	18	12	53.5	15.1 $\pm$ 2.4	20	10

### 1.5 治疗方法

**1.5.1 对照组** 应用苯磺酸氨氯地平治疗,口服苯磺酸氨氯地平(络活喜,辉瑞制药有限公司,国药准字H200993660) 5 mg,每日1次。

**1.5.2 治疗组** 在对照组的基础上应用清脑平肝饮,方药组成:珍珠母30 g,龟甲15 g,天麻15 g,钩藤15 g,川芎12 g,菊花12 g,白芍15 g,夏枯草15 g,夜交藤15 g,全蝎3 g,益母草15 g,葛根20 g,决明子10 g,煅磁石15g。随证加减:痰热盛者,加瓜蒌15 g,胆南星10 g以清热化痰;肝郁热盛者,加川楝子9 g,水牛

角10 g以清泄肝热；血瘀重者，加丹参15 g，三七粉3 g以活血化瘀。由我院代煎室代煎并装配成袋，每袋150 mL。每次服1袋，分早晚2次口服。

2组都以4周为1个疗程，疗程结束后观察治疗效果。

**1.6 观察指标** (1) 疗效评定标准：参考最新标准<sup>[4]</sup>制订，分为显效、有效和无效，(显效+有效)例数/组内例数×100%。

(2) 中医症候分级量化标准：参考最新标准评定，根据眩晕、溲赤、便秘、口苦等症状评分，每个症状都进行1~3分评分，分别对应症状程度为轻度、中度与重度。

**1.7 统计学方法** 采用SPSS 19.00软件进行统计学处理，计量资料用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示，计数资料使用百分数(%)表示，对比方法为 $t$ 检验与 $\chi^2$ 检验，所有的统计检验均采用双侧检验， $P$ 值<0.05为显著差异。

## 2 结果

**2.1 2组患者总有效率比较** 治疗组总有效率为93.3%，对照组为76.7%，观察组显著高于对照组( $\chi^2$ 值=9.044,  $P$ <0.05)。具体情况见表2。

表2 2组患者临床总疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	19(63.3)	9(30.0)	2(6.7)	28(93.3)
对照组	30	8(26.7)	15(50.0)	7(23.3)	23(76.7)
$P$ 值		<0.05			

**2.2 2组患者症状评分比较** 2组治疗后症状评分下降，与治疗前对比有显著差异( $P$ <0.05)；治疗后治疗组症状评分显著低于对照组( $P$ <0.05)。具体情况见表3。

表3 2组患者治疗前后症状积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
治疗组	30	20.24 ± 3.29	8.47 ± 3.09	14.2822	<0.05
对照组	30	20.73 ± 2.15	13.19 ± 2.46	12.6404	<0.05
$t$ 值		0.6829	6.5456		
$P$ 值		>0.05	<0.05		

**2.3 2组患者血压控制情况对比** 治疗前2组患者血压(收缩压和舒张压)水平无统计学差异( $P$ >0.05)。治疗后2组患者血压均较治疗前显著降低( $P$ <0.05)，同时治疗后治疗组血压显著低于对照组( $P$ <0.05)。具体情况见表4。

**2.4 不良反应** 2组患者治疗期间均未发生不良发应。

## 3 讨论

高血压属于中医学“眩晕”“头痛”等范畴，肝阳上亢型发病多因素体阳盛，或气郁化火，使肝阴暗耗，风阳升动，上扰清空，或肾阴素亏，肝失所养，以致肝阴不足，最终导致肝阳上亢，发为眩晕<sup>[8]</sup>。《灵枢·海论》中有记载：“脑为髓海，髓海不足，则脑转耳鸣”，强调肾精的作用<sup>[9]</sup>。《素问·至真要大论》中提到“诸风掉眩，皆属于肝”，肝阳上亢而致病。《临证指南医案·眩晕门》华岫云按：“经云诸风掉眩，皆属于肝，头为六阳之首，耳目口鼻 皆系清空之窍，所患眩晕者，非外来之邪，乃肝胆之风阳上冒耳<sup>[10]</sup>。”

清脑平肝饮是我院名老中医孙伯扬先生治疗肝阳上亢型高血压的基本处方。孙老认为高血压病因病机比较复杂。其中痰热(浊)是高血压发生发展的重要原因；肝肾阴虚，肝阳偏亢为其主要病理基础<sup>[11]</sup>。气血失调和虚中夹瘀则贯穿本病的全过程。又与手足厥阴经脉，肝和心包的病变相关联<sup>[12]</sup>。故《内经》有“诸风掉眩，皆属于肝”的论述。清脑平肝饮正是针对肝阳上亢的病机而创设，方中以天麻、钩藤、菊花、决明子、珍珠母平肝泻热合葛根解肌升清阳为君，是为主药；白芍、夏枯草清肝泻火，解郁散结为臣；其他为佐使药。其中川芎配菊花活血明目可止头痛，龟甲配夜交藤滋阴潜阳，养血安神以治心烦失眠；益母草活血利水能降低血压；全蝎辛平入肝经，有扩张血管，降低血压之用，且对肝阳、肝风之眩晕头痛有效<sup>[13-14]</sup>。诸药合用，共奏平肝泻热、滋阴潜阳之功效。

本研究中，治疗组30例肝阳上亢型高血压患者在常规口服西药降压的基础上加用清脑平肝饮治疗，对照组则单纯应用西药降压治疗。治疗4周后比较发现，治疗组总有效率高于对照组，治疗组中医症状评分、血压控制水平(收缩压和舒张压)均低于对照组，且都有统计学差异( $P$ <0.05)。研究表明，中医辨证治疗高血压，在降低血压的同时能更好的缓解高血压伴随的眩晕、头痛等症状，减轻病人的痛苦，从而提高治疗的依从性<sup>[15]</sup>。这也是中医辨证论治的优势所在。

综上所述，本组临床研究表明，清脑平肝饮对肝阳上亢型高血压具有较好的临床效果。

## 参考文献

[1]刘武定,梁杰斌,阳承建,等.中西医结合治疗肝阳上亢型原发性高血压

表4 2组患者治疗前后血压控制情况比较

( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

组别	例数	收缩压				舒张压			
		治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
治疗组	30	161.32 ± 4.87	126.61 ± 5.12	14.2822	<0.05	98.36 ± 4.87	85.16 ± 5.07	10.2844	<0.05
对照组	30	160.16 ± 4.34	140.91 ± 4.82	12.6404	<0.05	99.47 ± 5.73	94.68 ± 5.75	3.2319	<0.05
$t$ 值		0.9740	11.1388			0.8085	6.8019		
$P$ 值		>0.05	<0.05			>0.05	<0.05		



- 临床观察[J].中国民族民间医药,2017,26(1):78-80.
- [2]朱东碧.自拟益气通脉活血汤结合西药治疗急性脑梗死120例[J].浙江中医杂志,2016,51(9):638-641.
- [3]Munir B, Ahmed B, Kiran S, et al. Sorafenib tosylate, Ribavirin and Sofosbuvir combination therapy for HCV virus infected patients with decompensated liver cancer[J]. Pak J Pharm Sci, 2017, 30(6(Supplementary)):2383-2387.
- [4]陈佳楠,王羽晗.中西医结合治疗老年高血压的疗效分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(5):62-63.
- [5]任胜洪,石燕芳,李青,等.解郁平肝汤治疗高血压合并焦虑症肝郁化火型的临床观察[J].世界中医药,2017,12(6):1294-1297.
- [6]Huang Y, Liu XL, Wen J, et al. Downregulation of the  $\beta$ 1 adrenergic receptor in the myocardium results in insensitivity to metoprolol and reduces blood pressure in spontaneously hypertensive rats [J]. Mol Med Rep, 2017, 15(2):703-711.
- [7]张永刚,柏江锋,任宁卫.中西医结合治疗老年2型糖尿病合并高血压病人的临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(17):2052-2054.
- [8]骆家富,周兆鹏.清眩平肝降压汤治疗肝阳上亢型原发性高血压的临床

- 疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(14):1752-1754.
- [9]李建平.平肝降压饮联合苯磺酸氨氯地平片治疗阴虚阳亢型原发性高血压29例临床观察[J].中外医学研究,2017,15(19):113-114.
- [10]陈曦,傅晓东.中西医结合治疗高血压合并代谢综合征的研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(2):143-146.
- [11]张少博.用平肝降压汤治疗高血压性头痛的效果探讨[J].当代医药论丛,2017,15(17):191-192.
- [12]高芳,陈彤,石辉.中西医结合治疗老年单纯收缩期高血压的多中心随机双盲对照临床研究[J].中国现代医生,2016,54(11):125-127.
- [13]Satsu H, Awara S, Unno T, et al. Suppressive effect of nobilentin and epicatechin gallate on fructose uptake in human intestinal epithelial Caco-2 cells[J]. Biosci Biotechnol Biochem, 2017, 12(1):1-11.
- [14]汪亚丽.中西医结合治疗妊娠期高血压疾病的临床观察[J].中国中医急症,2016,25(6):1256-1258.
- [15]梁欢.平肝健脾针法结合运动康复训练治疗高血压性脑出血痉挛性瘫痪的效果观察[J].中国疗养医学,2017,26(6):586-587.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张娟 收稿日期:2017-12-15)

## 宣肺化痰法治疗咳嗽变异性哮喘的临床观察

韩迪 杨质秀

(黑龙江省中医药科学院南岗分院呼吸内科, 黑龙江 哈尔滨 150000)

**摘要:**目的 观察自拟止咳解痉汤治疗咳嗽变异性哮喘的疗效。方法 将患者随机分为2组,治疗组在舒利迭基础上给予自拟止咳解痉汤口服,对照组予舒利迭。2组均治疗1月。结果 治疗组疗效明显优于对照组。结论 止咳解痉汤治疗咳嗽变异性哮喘有较好疗效。

**关键词:**咳嗽;变异性;哮喘;止咳解痉汤;宣肺化痰

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.044

文章编号:1672-2779(2018)-05-0097-02

### Clinical Observation on Dispersing Lung and Resolving Phlegm Method in the Treatment of Cough Variant Asthma

HAN Di, YANG Zhixiu

(Respiratory Department, Nangang Branch of Heilongjiang Academy of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Harbin 150000, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the curative effect of self-made Zhike Jiejing decoction in treating cough variant asthma. **Methods** The patients were randomly divided into two groups. The treatment group was treated with Seretide in oral Zhike Dingchuan decoction based on control group received seretide. The two groups were treated for one month. **Results** The curative effect of the treatment group was better than that of the control group. **Conclusion** Zhike Jiejing decoction in the treatment of cough variant asthma has good curative effect.

**Keywords:** cough; variability; asthma; Zhike Jiejing decoction; dispersing lung and resolving phlegm

咳嗽变异性哮喘(CVA)主要表现为慢性外界刺激性咳嗽,无痰,外界和呼吸有关因素等易诱发或加重咳嗽<sup>[1]</sup>。需要及时有效的医治,不然CVA容易发展为典型哮喘,故有人认为CVA是典型哮喘的前期<sup>[2]</sup>。我科通过对60例咳嗽变异性哮喘患者采用中医辨证治疗,取得了满意的疗效,现将研究资料总结如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 共观察病例60例,均系2015年12月—2016年12月黑龙江省中医药科学院南岗分院呼吸科门诊患者。60例患者中,男性28例,女性32例,年龄30~65岁,平均43.5岁。

**1.2 诊断标准** (1)中医诊断标准参考《中医内科学》中咳嗽篇章。(2)中医辨证分型参考郑筱萸主编《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>。(3)西医诊断标准参照《中国咳嗽指南制定》<sup>[4]</sup>。

**1.3 纳入标准** 凡符合西、中医诊断标准的,都可列入观察病例。

**1.4 剔除病例标准** (1)年龄在60岁以上、20岁以下的患者和对本药有过敏的。(2)有非过敏原因引起的咳嗽。(3)未按规定用药或自行中断治疗,无法判定疗效或资料不全者。(4)由于使用其他治疗本病的药物,以致无法评价药效。

**1.5 病例分组** 分为治疗组和对照组。治疗组30例,其中男性13例,女性17例;年龄31~54岁,平均年龄为35.8岁;病程3~23个月,平均11个月;病情属轻度者13例,中度者12例,重度者5例。对照组30例,其中男性15例,女性15例;年龄33~62岁,平均年龄为40.5岁;病程5~22个月,平均12个月;病情属轻度者16例,中度,6例,重度者8例。2组患者性别、年龄、病程、病情程度经统计学处理,无显著性差异,具有可比性。

见表1。

表1 2组患者性别、平均年龄、平均病程、病情程度比较 (例)

组别	例数	男	女	平均年龄 (岁)	平均病程 (月)	病情程度		
						轻	中	重
对照组	30	15	15	40.5	12	16	6	8
治疗组	30	13	17	35.8	11	14	10	6

## 1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 予以舒利迭,每日早晚各1吸,减轻后改为每日吸1次,疗程1个月。

1.6.2 治疗组 除以上同样治疗方法以外,另用经验方止咳解痉汤加减。

1.6.2 煎服方法 中药每剂加水适量,武火煮开后,温火煎50 min,共煮2次,每次取汁100 mL,混合后,分1日2次服,服药期间,忌口。

1.7 疗程 对照组与治疗组疗程均是3周。

1.8 说明 所有患者在治疗期间均未使用其他中西药进行治疗的。

1.9 统计学方法 采用统计软件SPSS 10.0分析。计量资料采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用 $t$ 检验。计数资料组间比较采用 $\chi^2$ 检验。

## 1.10 观测指标

1.10.1 一般观测 血压、心率、体温、呼吸。

1.10.2 疗效性观测 主要观测指标:双肺听诊、干咳等临床症状和体征。次要观测指标:喘气、咳痰、咽红情况等次要症状。

1.10.3 辅助检查观测 血常规中嗜酸性粒细胞计数,胸部CT。

1.10.4 不良反应 药物可能出现的不良反应的观测。

1.11 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定,将分临床控制、显效、有效、无效。

## 2 结果

2.1 2组总疗效比较 按疗效评定标准进行评定,控显率计算公式为:临床控制数+显效数/组样本数 $\times 100\%$ ,总有效率计算公式为:(临床控制+显效+有效)例数/组样本数 $\times 100\%$ ,2组疗效经检验后结果表明,2组控显率及总有效率有显著性意义( $P < 0.05$ ),治疗组疗效优于对照组。

2.2 咳嗽症状减轻、消失及夜间症状缓解时间以及疗效比较 对照组和治疗组咳嗽疗效比较见表2。结果表明,2组经检验差异有显著性意义( $P < 0.05$ ),治疗组疗效优于对照组。

表2 2组咳嗽疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	7(23.3)	6(20.0)	7(23.3)	10(33.3)	66.3
治疗组	30	11(36.7)	8(26.7)	6(20.0)	5(16.7)	83.3

2.3 治疗前后嗜酸性粒细胞变化比较 治疗组与对照组治疗后同期相比,治疗组内治疗前后相比,嗜酸性粒细胞变化均有显著性差异( $P < 0.05$ ),说明止咳解痉汤有较好的抗变态反应作用。

2.4 2组肺功能前后对比 2组治疗前后组内组间对比,肺功能无显著差异,而支气管舒张试验阳性率存在为主性差异( $P < 0.05$ )。证明止咳解痉汤对气道高反应有一定的改善作用。

## 3 讨论

咳嗽变异性哮喘多数在接触变应原如冷空气后发作并临床上仅有刺激性干咳无痰,现代医学研究该证明病咳嗽的发生与气道炎症,嗜酸性粒细胞增多和气道高反应性等密切相关。其病理基础是气道炎症,每当遇到诱因容易复发,治疗多是控制临床症状为主,而难以根治。

中医学并无咳嗽变异性哮喘这一系统论述,据其症状可归属于“咳嗽”范畴。其病机可以归于“风”、“痰”、“虚”3个方面。

隋代《诸病源候论》曰:“又有十种咳,一曰风咳……。”指出风邪是致咳的主要因素。长期的风邪致病,多导致身体虚弱,以体虚为主,在长期研究中此类患者主要以声低气促、咳吐白痰,四肢清冷、动则喘甚等肺脾肾虚衰之象为主要症状。《内经》云“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,脾虚则运化不健,水湿留滞,痰浊内生,再遇风邪外侵,风痰上阻肺络,上逆为咳,故而本病病机为本虚风痰侵扰。在治疗上当宜培补正气、祛痰解痉、散邪止咳,方中蝉蜕、地龙祛风解痉,通络平喘,缓解咳嗽喘急症状;麻黄、杏仁宣肺平喘,散寒降气,两者一升一降,调理肺脏宣发肃降之功;白芥子、陈皮专攻皮里膜外之痰,两药合用可行气化痰,可根除伏于肺脏之痰。百部、荆芥杀虫散邪止咳;山药、仙灵脾、五味子同用,气阴双补,阴阳并调,滋肾敛气固脱;黄芪、白术补脾肺之气,脾胃为气血生化之源,生痰之源,贮痰之器,故而可以祛痰,固表防风。

上药同用,肺脾肾同补,风邪得散,痰邪得清,恰和疾病病机。

## 参考文献

- [1]张伟,钟南山.哮喘气道炎症的非创伤性检测[J].国外医学:呼吸系统分册,1997,17(3):113-122.
- [2]苏峰.疏风散治疗咳嗽变异性哮喘临床观察[J].中国中医急症,2006,15(10):1079-1080.
- [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:186.
- [4]中华医学会呼吸病学会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(草案)[J].中华结核与呼吸杂志,2005,28(11):738-743.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘长发 收稿日期:2017-11-27)



# 黄芪丹参汤治疗脑梗死恢复期的临床疗效 及炎症因子水平的影响

姜德远

(沈阳市第二中医医院急诊科, 辽宁 沈阳 110000)

**摘要:**目的 探究黄芪丹参汤治疗脑梗死的临床疗效及对炎症因子水平的影响。方法 选取脑梗死恢复期患者70例随机分为2组,各35例。对照组予以依达拉奉30 mg静脉注射,每天1次,阿司匹林1.0 g,每天1次;试验组在对照组的基础上予以黄芪丹参汤,日1剂。2组均予以连续治疗14 d,治疗结束后比较2组临床疗效,血清炎症因子以及不良反应发生率。结果 治疗后与对照组相比,试验组临床总有效率较高,血清MMP-9以及hs-CRP水平较低 ( $P<0.05$ ),不良反应发生率无明显差异 ( $P>0.05$ )。结论 黄芪丹参汤对脑梗死恢复期的患者疗效较好,可能与下调血清MMP-9、hs-CRP炎症因子水平有关。

**关键词:** 黄芪丹参汤;脑梗死;炎症因子;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.045

文章编号:1672-2779(2018)-05-0099-02

## Clinical Effect of Huangqi Danshen Decoction in the Treatment of Cerebral Infarction during Convalescence and Its Influence on the Level of Inflammatory Factors

JIANG Deyuan

(Department of Emergency, Shenyang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the clinical effect of Huangqi Danshen decoction in the treatment of cerebral infarction during convalescence and its influence on the level of inflammatory factors. **Methods** 70 patients with cerebral infarction in our hospital were randomly divided into two groups, with 35 cases in each group. The control group received edaravone 30mg iv, qd, aspirin 1.0, qd, and the experiment group received Huangqi Danshen decoction, qd on the basis of the control group. Two groups were treated for 14 days, and the clinical effects, serum inflammatory factors and adverse reactions were compared. **Results** Comparing with the control group, the total clinical effective in the experiment group was higher, levels of MMP-9 and hs-CRP in the experiment group were lower ( $P<0.05$ ), and there was no significant difference in the incidence of adverse reactions ( $P>0.05$ ). **Conclusion** Huangqi Danshen decoction is effective in the treatment of cerebral infarction at recovery stage, which may be related to down-regulation of serum MMP-9 and hs-CRP levels.

**Keywords:** Huangqi Danshen decoction; cerebral infarction; inflammatory factor; stroke

我国脑血管病致残率高达75%,缺血性脑卒中约为出血性脑卒中的2~3倍,本病分为三个阶段,1个月内急性期,2~6个月为恢复期,6个月后为后遗症期,合理的临床治疗能够在很大程度上降低病死率及延缓致残时间,提高生活质量<sup>[1]</sup>。黄芪丹参汤是我院治疗脑梗死恢复期常用中药方剂,其中丹参味苦,性温,具有活血调经、祛瘀止痛以及凉血消痛的功效<sup>[2]</sup>。药理学研究,丹参酮具有保护心肌缺血再灌注损伤、抗肿瘤以及抗肝纤维化等药理活性<sup>[3]</sup>。本实验就黄芪丹参汤对脑梗死恢复期患者的疗效及血清炎症因子进行观察,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集我院2016年9月—2017年10月本院收治的70例脑梗死恢复期患者随机分为2组,各35例。对照组男19例,女16例;年龄54~77岁,平均年龄58.01岁;病程2~6月;其中脑叶梗死者5例,中基底梗死者24例,小脑梗死者4例,脑干梗死者1例,丘脑梗死者1例。试验组男18例,女17例;年龄53~77岁,平均年龄57.39岁;病程2~6月;脑叶梗死者6例,中基底梗死者23例,小脑梗死者3例,脑干梗死者2例,丘脑梗死者1例。2组性别、年龄、病程及疾病类型等一般资料

比较无统计学差异 ( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 符合《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[4]</sup>中脑梗死诊断标准,核磁共振成像以及CT检查确认存在陈旧性梗死灶,意识清醒,无吞咽障碍;患者及家属对本方案有知情权,并签署知情同意书,且经我院伦理委员会批准。

**1.3 排除标准** 存在严重心肝肾等脏器病变;癫痫等神经系统疾病,伴有意识障碍无法正常沟通者,生命体征不稳定者;明显出血倾向者。

**1.4 治疗方法** 根据《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[5]</sup>,2组均予以常规治疗,以扩血管保护脑细胞为主,控制血压、抗凝、抗血小板及改善微循环等神经内科治疗,对照组予以依达拉奉注射液(生产批号:20151205,国药集团国瑞药业有限公司)30 mg,静脉注射,每天1次,阿司匹林肠溶胶囊(生产批号:20160117,江苏美通制药有限公司)1.0 g,每天1次,试验组在对照组的基础上予以黄芪丹参汤(组成:黄芪50 g,丹参20 g,地龙30 g,川牛膝6 g),上述药物水煎煮取汁150 mL分两次口服),日1剂,2组均予以连续治疗14 d。

**1.5 临床疗效** 参考《中国脑血管疾病防治指南》<sup>[6]</sup>,根据神经功能缺损评分量表(NIHSS)评分分为4个等级,

基本痊愈：91%<NIHSS评分减少率≤100%；显著进步：46%<NIHSS评分减少率≤91%，进步：18%<NIHSS评分减少率≤46%，无变化：0≤NIHSS评分减少率≤18%，总有效率=基本痊愈率+显著进步率+进步率。

**1.6 血清炎症因子水平** 治疗前后取空腹静脉血8 mL，3000 r/min离心10 min取上清液密封保存，置于-20℃保存，采用酶联免疫吸附试验检测血清基质金属蛋白酶-9（MMP-9）及超敏C反应蛋白（hs-CRP）水平，试剂盒由上海晶抗生物工程有限公司提供。

**1.7 安全性评价** 治疗过程中，参考《临床药物不良反应大典》<sup>[7]</sup>对不良发生情况进行比较。

**1.8 统计学方法** 采用SPSS 17.0统计学软件，计量资料用均数±标准差表示，采用t检验，计数资料用率（%）表示，采用卡方检验，统计值P<0.05为具有统计学差异。

## 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	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	35	9(25.71)	14(40.00)	8(22.85)	4(11.43)	31(88.57)*
对照组	35	6(17.14)	10(28.57)	5(14.29)	14(40.00)	21(60.00)

注：与对照组比较，\*P<0.05

**2.2 2组血清炎症因子水平** 治疗后2组血清MMP-9以及hs-CRP水平降低（P<0.05），与对照组相比，试验组血清MMP-9以及hs-CRP水平较低（P<0.05），如表2。

表2 2组患者血清炎症因子水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	MMP-9(ng/mL)	hs-CRP(mg/L)
试验组	35	治疗前	609.70 ± 99.98	7.03 ± 0.96
		治疗后	587.39 ± 80.87*	5.31 ± 0.77*
对照组	35	治疗前	620.19 ± 108.53	7.15 ± 0.90
		治疗后	508.29 ± 78.14**	4.11 ± 0.52**

注：与治疗前比较，\*P<0.05；与对照组相比，\*\*P<0.05

**2.3 安全性比较** 对照组发生1例轻微胃肠道反应，1例眩晕，不良反应的发生率为5.71%（2/35），试验组发现1例轻微胃肠道反应，1例眩晕，1例皮疹，不良反应的发生率为8.57%（3/35），症状较轻均未经处理后自行缓解，不良反应发生率相比无明显差异（P>0.05）。

## 3 讨论

脑卒中恢复期是一个慢性炎症过程，临床常出现半身不遂、口眼歪斜以及言语不利等临床症状，伴有肢体功能、认知功能及语言功能障碍，影响患者生活

质量，研究表明中药具有扩张血管、改善循环血量、抑制血小板聚集、溶栓以及保护脑血管的作用。黄芪丹参汤为我院治疗脑卒中恢复期的常用中药，由黄芪、丹参、川牛膝、地龙四味药组成，其中黄芪补气，使气旺以促血行，丹参活血化瘀通络；地龙善通经活血；牛膝能够引血下行，诸药共用，起到活血化瘀，补齐行血之功效。现代研究显示，黄芪有效成分能够扩张脑血管、抑制血栓形成，从而改善微循环以及脑部血液流变学<sup>[8]</sup>，此外还能够使血脂水平降低、抗氧化、抗动脉粥样硬化。丹参中有效成分丹参酮及丹参素能够促使纤维蛋白原溶解、抗血小板聚集、扩张血管、清除氧自由基，防治动脉粥样硬化。临床研究表明丹参酮能够降低患者胆固醇水平<sup>[9]</sup>，抑制细胞内源性胆固醇的合成而降低胆固醇，预防脂质沉积和动脉粥样硬化斑块形成，且能够通过抑制低密度脂蛋白胆固醇的氧化实现抗氧化作用。

hs-CRP是预测心脑血管危险的重要炎症标记物，直接参与动脉粥样硬化病理发生的各个阶段，临床证实脑梗死患者hs-CRP水平升高，能够反映脑梗死的相关炎症反应程度以及脑缺血程度，所以降低血清hs-CRP水平是治疗脑血管意外的新靶点。MMP-9在脑缺血性脑卒中和继发性脑损伤的病理过程中具有关键作用，其水平增高能促进血脑屏障通过性，破坏血脑屏障以及继发性脑损伤。我们推测黄芪丹参汤治疗脑卒中恢复期与降低血清hs-CRP以及MMP-9水平相关。

本试验对我院收治的70例脑梗死恢复期进行观察，证实了黄芪丹参汤能够降低血清MMP-9、hs-CRP水平，增强临床疗效，为临床推广提供理论依据。

## 参考文献

- [1]梁杰霞.及时诊断和治疗对中老年急性肺血栓患者治疗效果及近期预后的影响[J].中国医药指南,2015,13(2):159-160.
- [2]徐丽静,王颖.丹参素抗肿瘤作用机制的研究进展[J].浙江中医杂志,2016,51(9):700-701.
- [3]陈元,朱登安,魏晓艳,等.复方丹参注射液对大鼠心肌缺血再灌注损伤的影响[J].湖北科技学院学报(医学版),2015,29(5):377-379.
- [4]王新德.各类脑血管疾病诊断要点(1986年中华医学会第二次全国脑血管病学术会议第三次修订)[J].中华精神科杂志,1988,21(1):60-60.
- [5]梁建荣,皇甫斌.复方丹参注射液联合依达拉非治疗急性脑梗死的临床疗效及对 copeptin、NT-proBNP 和 Hcy 水平的影响[J].中国生化药物杂志,2016,36(4):144-146.
- [6]饶明俐.中国脑血管病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007:129-130.
- [7]张传海,沈召红,邱少慧.临床药物不良反应[M].长春:吉林人民出版社,2007:89-91.
- [8]牛克静.黄芪丹参汤治疗脑梗死52例临床分析[J].山西医药杂志,2012,41(1):68-69.
- [9]陈莉莉,秦照军,李苏,等.加减黄芪防己汤在喉癌术后放疗引起的迟发性淋巴水肿中的应用[J].中国中西医结合杂志,2017,37(10):1205-1208.

(本文编辑:张文娟 本文校对:富克非 收稿日期:2017-11-28)



# 丹参川芎汤对冠心病伴心绞痛患者血清hs-CRP及IL-18水平的影响

刘岩

(沈阳市中环中医院中医科, 沈阳 辽宁 110000)

**摘要:**目的 探究丹参川芎汤对冠心病伴心绞痛患者血清超敏C反应蛋白(hs-CRP)及白介素-18(IL-18)水平影响。方法 选取沈阳市中环中医院冠心病伴心绞痛患者58例随机分为2组,对照组给予阿托伐他汀钙片20 mg,日1次,阿司匹林片0.1 g,日1次,酒石酸美托洛尔片25 mg,日2次。试验组在对照组的基础上予以丹参川芎汤日1剂水煎服,2组患者均治疗12 d。治疗前后比较2组临床疗效、血清IL-18、hs-CRP水平。结果 治疗后2组血清IL-18及hs-CRP水平下降( $P<0.05$ ),与对照组相比,试验组临床总有效率较高( $P<0.05$ ),血清IL-18及hs-CRP水平较低( $P<0.05$ )。结论 丹参川芎汤能够显著提高冠心病伴心绞痛患者的临床疗效,推测其机制可能与下调IL-18以及hs-CRP水平有关。

**关键词:**丹参川芎汤;心绞痛;IL-18;hs-CRP;胸痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.046

文章编号:1672-2779(2018)-05-0101-02

## The Effect of Danshen Chuanxiong Decoction on Serum hs-CRP and IL-18 in Patient with Angina Pectoris of Coronary Heart Disease

LIU Yan

(Department of Traditional Chinese Medicine, Shenyang Central Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the effects of Danshen Chuanxiong decoction on serum hs-CRP and IL-18 in patient with angina pectoris of coronary heart disease. **Methods** 58 patients with angina pectoris of coronary heart disease in Shenyang Central Hospital of traditional Chinese medicine were collected, and were randomly divided into 2 groups. The control group received Atorvastatin Calcium tablets 20mg qd, Aspirin tablets 0.1g qd, Metoprolol Tartrate 25mg bid, and the experiment group received additionally Danshen Chuanxiong decoction, qd. 2 groups were treated for 12 days. The clinical effect, levels of IL-18, hs-CRP in 2 groups was compared. **Results** Comparing with before treatment, 2 groups of IL-18 and hs-CR decreased ( $P<0.05$ ), comparing with the control group, the total effective rate of the experiment group was higher ( $P<0.05$ ), levels of serum IL-18 and hs-CR levels were lower ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Danshen Chuanxiong decoction can significantly improve the clinical effect of coronary heart disease patients with angina pectoris. It is speculated that its mechanism may be related to down-regulation of IL-18 and hs-CRP levels.

**Keywords:** Danshen Chuanxiong decoction; angina pectoris; IL-18; hs-CRP; chest discomfort

心绞痛是冠状动脉不稳定粥样斑块继发病理性改变所致的一系列综合征<sup>[1]</sup>,是心内科常见疾病之一,临床常常选择抗凝、溶栓、心肌营养以及钙离子通道阻滞等药物治疗。现代药理学研究表明<sup>[2]</sup>,丹参、川芎的有效成分具有扩张冠状动脉,预防和改善血液循环障碍的作用。本研究以采用丹参川芎汤对58例冠心病伴心绞痛患者进行治疗,观察其血清IL-18以及hs-CRP水平的变化,为临床用药提供理论依据。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集2015年5月—2016年5月我院收治冠心病伴心绞痛患者58例,男32例,女26例;年龄40~76岁,平均年龄56.92岁;平均病程(2.11±0.29)年。采用随机数字分配法,随机分配为试验组与对照组。试验组29例,男17例,女12例;年龄42~76岁,平均55.29岁;平均病程(2.13±0.31)年;对照组29例,男15例,女14例;年龄40~75岁,平均57.02岁;平均病程(2.10±0.30)年。2组患者平均年龄及平均病程等一般资料均相仿,差异相比较无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 诊断符合《ACC/AHA不稳定型心绞痛和

非ST段抬高心肌梗死治疗指南》<sup>[3]</sup>以及《稳定性冠心病心脏康复药物处方管理专家共识》<sup>[4]</sup>中冠心病心绞痛的诊断标准,冠状动脉造影检查确诊。患者家属签署知情同意书,且本实验由我院医学伦理委员会批准并监督。

**1.3 排除标准** 心功能提示Ⅲ级以上;存在严重高血压、糖尿病、出血性疾病,心、肝、肾脏疾病及功能异常者,瓣膜性心脏病以及心肌疾病;病理诊断疑似恶性病变者。

**1.4 治疗方法** 2组患者均予以基础治疗,叮嘱患者治疗期间低盐低脂低糖饮食,对照组患者给予阿托伐他汀钙片(生产批号:20150108, Pfizer Ireland Pharmaceuticals) 20 mg,日1次,阿司匹林片(生产批号:20150301,北京曙光药业有限责任公司) 0.1 g,日1次,酒石酸美托洛尔片(生产批号:20150219,阿斯利康制药有限公司) 25 mg,日2次;试验组患者在对照组的基础上予以丹参川芎汤,丹参15 g,川芎12 g,黄芪12 g,生晒参9 g,水蛭5 g,炙甘草6 g。日1剂,水煎服,2组患者均治疗12天<sup>[5]</sup>。

## 1.5 观察指标

**1.5.1 疗效评定标准** 判断标准参考《心血管系统药物临床指导原则》<sup>[6]</sup>。显效：胸闷以及气促等症状、体征均完全消失，心绞痛发作降低80%，硝酸甘油用量降低80%，心电图基本恢复正常；有效：临床症状、体征明显改善，心绞痛发作以及硝酸甘油用量降低50~80%，心电图显示好转；无效：临床症状、体征无改善或恶化，心绞痛发作以及硝酸甘油用量降低低于50%，心电图显示基本不改变。总有效率=显效率+有效率。

**1.5.2 IL-18以及hs-CRP水平检测** 采用酶联免疫吸附实试验（ELISA）检测血清白介素-18（IL-18）水平，试剂盒由武汉思特进科技发展有限公司提供；采用免疫散射比浊法检测血清超敏C反应蛋白（hs-CRP）水平，试剂盒由上海瑶韵生物科技有限公司提供。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 17.0 统计进行统计学分析，计量资料采用均数±标准差表示，用 $t$ 检验，计数资料采用%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** 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	29	12(41.38)	13(44.83)	4(13.79)	25(86.21)*
对照组	29	8(27.59)	10(34.48)	11(29.29)	18(62.07)

注：治疗后，与对照组比较，\* $P<0.05$

**2.2 血清IL-18及hs-CRP水平比较** 治疗前2组患者血清IL-18及hs-CRP水平比较无统计学差异（ $P>0.05$ ）；治疗后2组血清IL-18及hs-CRP水平下降（ $P<0.05$ ），与对照组相比，试验组血清IL-18及hs-CRP水平较低（ $P<0.05$ ），如表2。

表2 2组患者血清IL-18及hs-CRP水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	IL-18( $\mu\text{g/L}$ )	hs-CRP(mg/L)
试验组	29	治疗前	76.73 $\pm$ 8.23	6.89 $\pm$ 0.78
		治疗后	42.93 $\pm$ 4.89**	2.60 $\pm$ 0.33**
		$t$ 值	19.013	27.278
		$P$ 值	0.000	0.000
试验组	29	治疗前	76.08 $\pm$ 8.93	6.70 $\pm$ 0.80
		治疗后	50.38 $\pm$ 5.75*	3.92 $\pm$ 0.52*
		$t$ 值	13.031	15.690
		$P$ 值	0.000	0.000

注：与治疗前相比，\* $P<0.05$ ；与对照组比较，\*\* $P<0.05$

## 3 讨论

当冠状动脉粥样硬化发展到一定程度，冠状动脉腔出现严重狭窄、阻塞，造成心肌缺血、缺氧，伴胸

闷、心绞痛等一系列症状，甚至产生心肌梗死危及生命。祖国医学认为冠心病心绞痛属于“久心痛”“厥心痛”“胸痹”等范畴，主要病机为气阴两虚以及气虚血瘀，因此治则为益气活血、化瘀止痛。丹参川芎汤中丹参味苦、微辛，性微寒，入心、脾、肝、肾经，具有活血祛瘀，养血安神，凉血消肿的功效；川芎能够活血祛瘀、行气止痛；黄芩、生晒参能大补元气、复心气、鼓血脉；生地黄、麦冬以及当归具有滋阴养血的动效；水蛭、泽兰能活血通络；郁金、檀香可以行气活血；炙甘草可以补气益心脾、调和诸药。药理学研究证实，丹参具有加强心肌收缩力、改善心脏功能的作用，同时不增加心肌耗氧量以及心脏负担，扩张冠脉，增加心肌血流量，抑制血栓形成<sup>[7]</sup>。川芎具有抑制血小板聚集，降压和扩张血管，临床应用于治疗血管阻塞性疾病，能够显著预防和改善心肌、冠状动脉的缺血损伤，从而缓解心绞痛，增强患者运动耐量<sup>[8]</sup>。IL-18是多效炎症细胞因子，hs-CRP是一种急性时相反应蛋白，两者均为反应冠心病伴心绞痛患者炎症状态的敏感指标。IL-18以及hs-CRP为心绞痛发病的独立危险因素，共同促进冠状动脉粥样硬化和不稳定斑块形成，两者水平升高预示着冠心病伴心绞痛患者病情加重，心血管事件增加。我们研究显示，治疗后与对照组相比，血清IL-18及hs-CRP水平较低，提示丹参川芎汤对冠心病伴心绞痛患者能够下调IL-18以及hs-CRP水平。我们推测，促进IL-18以及hs-CRP水平降低可能是丹参川芎汤抗动脉粥样硬化的机制之一。

本研究通过对我院心内科收治的冠心病伴心绞痛患者58例的临床疗效、血清IL-18、hs-CRP以及不良反应发生情况进行研究，证实了丹参川芎汤对冠心病伴心绞痛患者能够提高临床疗效显著，改善冠心病患者临床症状，下调IL-18以及hs-CRP水平。

## 参考文献

- [1]张琼,邢艳秋.生物标志物对急性冠状动脉综合征的诊断价值研究进展[J].心血管病学进展,2015,36(3):328-331.
- [2]郭章丽.系统护理对丹参川芎注射液治疗老年冠心病患者效果的影响[J].武警后勤学院学报(医学版),2016,25(6):465-468.
- [3]钟光珍,那开宪.ACC/AHA 不稳定型心绞痛和非ST段抬高心肌梗死治疗指南(2007年修订版)解读(1)[J].中国临床医生,2008,36(10):68-69.
- [4]中国康复医学会心脏康复专业委员会.稳定性冠心病心脏康复药物处方管理专家共识[J].中华心血管病杂志,2016,44(1):7-11.
- [5]何琳,栗世婷.探究丹参川芎注射液对冠心病心绞痛的疗效[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(1):74-75.
- [6]卫生部心血管药物临床药理基地.心血管系统药物临床研究指导原则[J].中国临床药理学杂志,1988,4(4):245-245.
- [7]冷玉杰.丹参煎剂对冠心病心绞痛患者血液流变学指标的影响[J].吉林中医药,2016,36(3):249-252.
- [8]迟雪洁,孙蓉.川芎基于功效物质基础的抗脑缺血药理作用研究进展[J].中国药物警戒,2013,10(6):355-357.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王淑云 收稿日期:2017-11-28)



# 复方中药对糖尿病合并骨质疏松的临床观察

徐颖博<sup>1</sup> 张增建<sup>2</sup> 袁沙沙<sup>2</sup>

(1 邢台市第一医院肿瘤内科, 河北 邢台 054001; 2 邢台市第五医院中西医结合糖尿病科, 河北 邢台 054000)

**摘要:**目的 观察中药医治糖尿病骨质疏松症的效果。方法 选取80例糖尿病骨质疏松症患者, 随机分成治疗组40例和对照组40例。对照组采用降糖以及增补钙营养等治疗; 治疗组在在对照组基础上口服中药制剂。对比2组病人医治总有效率、骨痛程度改进状况和骨痛缓解时间, 以及血清骨钙素、骨密度等指标。结果 通过治疗后, 治疗组病人治疗总有效率显著高于对照组( $P<0.05$ ); 治疗组患者VAS评分显著小于对照组( $P<0.01$ ); 治疗组患者骨痛缓解时间显著低于对照组的( $P<0.01$ ); 治疗组骨钙素水平在治疗前后比较具有显著性变化( $P<0.05$ ), 而对照组骨钙素水平在治疗前后比较差异变化不明显( $P>0.05$ ); 治疗组骨密度在治疗前后相比具有显著性变化( $P<0.05$ ), 而对照组骨密度在治疗前后比较变化不明显( $P>0.05$ )。结论 复方中药治疗糖尿病骨质疏松症, 治疗效果佳, 值得临床上推广应用。

**关键词:** 糖尿病; 骨质疏松; 中医药疗法; 消渴; 骨痿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.047

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0103-03

## Clinical Observation on Compound Traditional Chinese Medicine on Diabetic Osteoporosis

XU Yingbo<sup>1</sup>, ZHANG Zengjian<sup>2</sup>, YUAN Shasha<sup>2</sup>

(1. Department of Oncology, Xingtai First Hospital, Hebei Province, Xingtai 054001, China;

2. Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diabetes, Xingtai No.5 Hospital, Hebei Province, Xingtai 054000, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical effect of traditional Chinese medicine in the treatment of diabetic osteoporosis. **Methods** 80 cases with diabetic osteoporosis were randomized into treatment group and control group, with 40 cases in each group. The patients in the control group were given bone nutrition supplement and blood glucose, while the patients in the treatment group were treated with traditional Chinese medicine for oral administration on the basis of therapy for the control group. The total effective rate, the clinical symptoms, bone density and osteocalcin were compared. **Results** After treatment, the total effective rate of the treatment group was significantly higher than the control group ( $P<0.05$ ), the VAS score of the treatment group was significantly lower than that of the control group ( $P<0.01$ ), the relief time of the bone pain in the treatment group was significantly lower than that of the control group ( $P<0.01$ ), and there was a significant difference between the two groups before and after treatment about osteocalcin ( $P<0.05$ ). There was no significant difference in the control group before and after treatment ( $P>0.05$ ). There was a significant difference between the two groups before and after treatment about bone density ( $P<0.05$ ), and there was no significant difference in the control group before and after treatment ( $P>0.05$ ). **Conclusion** The curative effect of traditional Chinese medicine in the treatment of diabetic osteoporosis is remarkable. It is worthy of clinical application

**Keywords:** diabetes; osteoporosis; therapy of traditional Chinese medicine; consumptive thirst; atrophic debility of bones

糖尿病骨质疏松症 (diabetic osteoporosis; DOP) 是指在糖尿病基础上并发骨质结构改变、骨质数量下降、骨质强度下降、骨脆性机弯曲度增高等易造成骨折的代谢性骨病, 是糖尿病的严重并发症之一。近些年来, 由于糖尿病患者的逐年上升, 糖尿病骨质疏松症的发病率越来越高, 糖尿病病人一旦发生骨折, 致残、致死率极高, 医疗费用高, 因此治疗骨质疏松症对于改善糖尿病患者的生活质量, 防止并发症, 意义重大。我们通过利用在常规西药治疗方法上加用中药复方制剂, 通过观察取得了较满意疗效, 现总结如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2014年10月—2015年9月在邢台市第一医院和邢台市第五医院符合本研究条件的住院人员80人, 随机分为治疗组与观察组各40人。对照组男性19例, 女性21例; 年龄48~76岁, 平均60.9岁; 糖尿病年限3.4~22.3年, 平均(16.3±3.1)年。治疗组男性22

例, 女性18例; 年龄52~75岁, 平均61.4岁; 糖尿病年限4.5~24.7年, 平均(17.3±4.2)年。2组病人的资料对比无统计学差异 ( $P<0.05$ ), 具有可比性。2组病人皆符合《中国糖尿病防治指南》<sup>[1]</sup>糖尿病诊断标准, 均为2型糖尿病。2组病人均有疼痛感, 多为负重性或自发性的腰背疼痛。X线检查有骨质稀疏, 骨密度检测值骨量低于正常人2个标准差以上。都符合WHO (1994年) 制定的骨质疏松症的相关诊断标准。中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>。

**1.2 纳入标准** (1) 符合《中国糖尿病防治指南》糖尿病诊断标准; (2) 符合WHO (1994年) 制定的骨质疏松症的相关诊断标准; (3) 治疗依从性好; (4) 对中西药无过敏者; (5) 纳入者签署知情同意书。

**1.3 剔除标准** (1) 依从性差会影响本研究的病人; (2) 有智障或精神病的患者; (3) 有甲亢、类风湿、间质性肺炎等免疫性疾病的病人; (4) 有癌性骨痛、腰椎疾病以及强直性脊柱炎等疾病者; (5) 长期服用

糖皮质激素及维生素D等患者；(6)有严重心肝肾功能损害者。

**1.4 治疗方法** 对照组：在糖尿病教育基础上常规给予口服降糖、降压、调脂，胰岛素注射控制血糖，降压应用ACEI类、钙离子拮抗剂、ARB类降压，应用他汀类药物调脂，阿司匹林抗凝，在此基础上常规应用口服钙片、维生素D。治疗组：在对照组常规治疗基础上加服复方中药，药用黄芪30g，白术20g，山药30g，熟地黄20g，山萸肉10g，仙茅10g，淫羊藿10g，杜仲10g，续断10g，鹿角胶10g，络石藤20g，青风藤20g，川牛膝10g，郁金10g，何首乌10g，鸡血藤10g，虎杖10g，蜈蚣3g，水蛭10g。每日煎1剂，分早、晚2次服用。治疗3个月后2组进行疗效比较。

### 1.5 评价方法

**1.5.1 临床症状** 于治疗前对病人的腰背疼痛状况进行积分评价，(1) 0分：无疼痛；(2) 1分：有不适感，但不影响正常工作；(3) 2分：疼痛明显，可以忍受；(4) 3分：疼痛无法忍受。

中医证候积分疗效判定标准参照《中药新药治疗骨质疏松症的临床研究指导原则》制定，明显有效：症状、体征明显减轻好转，总积分下降 $\geq 70$ ；有效：症状、体征好转，总积分下降 $\geq 30\sim 70$ ；无效：症状、体征无减轻好转，或者加重，总积分下降<sup>[9]</sup>。总有效率=显效率+有效率。

**1.5.2 临床疗效** 显效：治疗后，病人糖尿病血糖指标恢复正常，局部疼痛、腰背痛等症状基本消失；有效：治疗后，病糖尿病血糖指标均恢复正常，局部疼痛、腰背痛等症状有所改善；无效：治疗后，病人糖尿病血糖指标恢复正常，但骨质疏松症症状无明显好转，或加重<sup>[9]</sup>。总有效率=显效率+有效率。

**1.5.3 骨痛程度<sup>[4]</sup>** 采用视觉模拟疼痛评分(VAS)评定治疗前后的骨疼痛改善情况：方法是在刻度为10cm长的横线上，0刻度为无疼痛，10刻度为十分疼痛，让患者在横线上划出自己疼痛的刻度。0分：无痛；3分以下：有轻微的疼痛，能忍受；4~6分：患者一疼痛并影响睡眠，尚能忍受；7~10分：病人强烈的疼痛，疼痛严重影响食欲和睡眠。

应用VAS评分法评判治疗前后的骨疼痛改善状况，0分：无疼痛感；1~3分：有轻度疼痛；4~6分：有显著疼痛，但可耐受；7~10分：有剧烈疼痛，无法忍受。

**1.5.4 骨密度和血清骨钙素** 治疗组与对照组治疗前后骨密度测定使用美国GE公司Prodigy双能X线骨密度

测定仪，测定部位：腰椎L1-L5，股骨颈，股骨头，股骨大转子；治疗组与对照组治疗前后血清骨钙素(BGP)使用美国Metra公司提供的原装进口试剂盒检测。

**1.6 统计学方法** 应用SPSS 20.0软件对本研究数据进行分析统计，计量资料用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，组间比较采用t检验；以率(%)表示计数资料，采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 表示统计有显著差异。

## 2 结果

### 2.1 临床疗效

**2.1.1 2组患者临床疗效比较** 治疗后，治疗组病人总有效率为85%，明显高于对照组的62.8，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，见表1。

表1 2组病人临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	18	16	6	34(85.0)
对照组	40	10	15	15	25(62.5)

**2.1.2 2组病人骨痛程度改善状况比较** 治疗后，观察组病人VAS评分是 $(1.1\pm 0.2)$ 分，明显低于对照组的 $(3.2\pm 0.3)$ 分，差异有统计学意义( $P<0.01$ )，见表2。

表2 2组病人骨痛程度好转情况比较  $(\bar{x}\pm s, \text{分})$

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	$5.3\pm 0.6$	$1.1\pm 0.2$
对照组	40	$5.2\pm 0.5$	$3.2\pm 0.3$
P值		$> 0.05$	$< 0.01$

**2.1.3 2组病人骨痛缓解时间比较** 观察组骨痛缓解时间是 $(4.7\pm 0.5)$ 周，明显低于对照组的 $(9.1\pm 1.2)$ 周，差异有统计学意义( $t=19.189, P<0.01$ )。

**2.1.4 骨钙素水平** 治疗组与对照组在治疗后都可增加骨钙素水平，但治疗组治疗前后骨钙素水平比较具有明显性差异，而对照组治疗前后比较差异不明显。见表3。

表3 2组治疗前后骨钙素水平比较  $(\bar{x}\pm s, \mu\text{g/L})$

组别	例数	时间	骨钙素( $\mu\text{g/L}$ )
治疗组	40	治疗前	$2.21\pm 0.34$
		治疗后	$3.87\pm 0.54^*$
对照组	40	治疗前	$2.11\pm 0.38$
		治疗后	$2.18\pm 0.46$

注：组内前后相比，\* $P<0.05$

**2.1.5 骨密度变化** 治疗组与对照组在治疗后都可提高骨密度，但是治疗组治疗前后骨密度比较具有显著性差异，而对照组治疗前后比较差异不明显。见表4。



表4 2组治疗前后骨密度比较 (μg/L)

组别	例数	时间	骨密度
治疗组	40	治疗前	0.73 ± 0.1
		治疗后	0.83 ± 0.01 <sup>△</sup>
对照组	40	治疗前	0.74 ± 0.1
		治疗后	0.76 ± 0.01

注:与对照组治疗后比较, <sup>△</sup>P < 0.05

### 3 讨论

目前,糖尿病病人骨质疏松的病因,有学者认为高血糖可影响成骨细胞功能和骨骼形成,导致骨代谢紊乱;也有学者认为,糖尿病人胰岛素不足或分泌减少影响骨的形成和转化,使骨密度降低,最终形成骨质疏松<sup>[5-7]</sup>。目前,我国大多数糖尿病患者的治疗状况仅是重视血糖的控制,却忽略了并发症的发生发展,尤其是对于慢性并发症重视程度更为低下<sup>[8]</sup>。糖尿病骨质疏松属于中医的“消渴”“骨痿”等。病位在肝、肾、脾、胃,病机为消渴日久,五脏失调,伤阴耗气,气阴不足,阴阳失调,阴损及阳,痰瘀内阻,痹阻骨质络脉,筋骨失养,最终导致本病,临床上主要分为肝肾阴虚、脾肾阳虚、阴阳两虚、痰瘀阻滞等证。病机复杂,治疗困难。因此益气补肾健脾,阴阳互补,化痰祛瘀,理气活血,通络止痛为治疗此病的基本大法。肾为先天之本,生髓主骨,肾虚髓无所补,骨失所养,久之发为骨病;脾为后天之本,气血生化之源,后天不足,累及先天失养,至肾虚骨亏,脾肾亏虚,加之痰湿内蕴,阻滞气血,久则成瘀,痰瘀互结,阻碍络脉,气血津液不布,骨失所养,导致骨质疏松加重。本文中药方中重用黄芪、白术、熟地黄,意在益气健脾补肾;山药、山萸肉、仙茅、淫羊藿、杜仲、续断、鹿角胶、何首乌,滋补肝肾以填髓壮骨;川牛膝、郁金、鸡血藤、虎杖、地龙、土鳖虫,活血化痰祛瘀,通络止痛。临床中

我们发现本病大多数患者都存在经络不通的表现,故在上述辨证基础上加用青风藤、络石藤等祛风通络止痛中药,疏通经络,明显提高了临床效果。现代药理研究表明,黄芪、山药可以抑制破骨细胞的活性,使骨吸收率下降,也能促进成骨细胞形成;鸡血藤提取物、续断皂苷均有抑制骨吸收、刺激骨形成来调控骨代谢<sup>[9]</sup>;青风藤碱通过释放组胺镇痛,络石藤总黄酮具有抗炎镇痛作用;水蛭、虎杖、蜈蚣、牛膝等能降低血液粘度,增加血流量;熟地黄、山药、山萸肉、仙茅、淫羊藿、杜仲、续断、鹿角胶、何首乌等补益类对骨骼生长多个环节均有调节作用。全方诸药配伍,阴阳互调,气血共治,攻补兼施、标本兼治,切中病机。通过本研究也发现,中药配合西药在改善临床症状,治疗总有效率、骨痛程度改善、骨痛缓解时间、增加骨密度和提高骨钙素水平方面,均优于采用单纯西药治疗的对照组,所以中药配合西药在治疗糖尿病骨质疏松上具有很好的疗效,值得临床上运用推广。

### 参考文献

- [1]中华医学会糖尿病分会.中国2型糖尿病防治指南[M].北京:北京大学医学出版社,2011:1-10.
- [2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科学技术出版社,1993:215-218.
- [3]李辉,关勃.中西医结合治疗糖尿病合并骨质疏松60例[J].陕西中医学院学报,2010,33(2):22-25.
- [4]肖建春.PVP与PKP治疗骨质疏松脊柱压缩性骨折分析[J].亚太传统医药,2012,8(12):175-176.
- [5]杜伟,郭建忠,金晶,等.糖脉康颗粒联合一甲双胍治疗初诊2型糖尿病的疗效观察[J].宁夏医科大学学报,2010,32(1):93-94.
- [6]卢明,赵莉娟.糖尿病骨质疏松症的发病机理及影响因素研究进展[J].山西中医学院学报,2010,11(4):73-75.
- [7]赵雷.2型糖尿病合并骨质疏松症发病机制的研究进展[J].医药前沿,2012,2(13):56-57.
- [8]陈志刚,陈锐.糖脉康颗粒治疗2型糖尿病68例的临床观察[J].中国医药导刊,2010,12(5):787-788.
- [9]商学征,许树青.补肾通络治疗糖尿病骨质疏松临床观察[J].中国药师,2010,13(9):1329-1331.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张丰国 收稿日期:2017-11-21)

(上接第87页)咳嗽咳痰、恶心干呕症状基本消失,腹泻、腹痛缓解,大便日1~3次,仍觉腹胀、纳呆,上方去麻黄,加山楂20g,莱菔子20g,砂仁10g,增强健脾和胃化湿之力。再服10付,水煎服。药后诸症好转。

按:本案患者咳嗽、咯痰为寒饮上犯肺卫之症,恶心干呕、纳呆为寒饮犯胃所致,腹痛、腹胀、便溏则为饮停肠间之患,正中小青龙汤之症机。小青龙汤宣肺止咳,温化寒饮,加陈皮、白术、茯苓健脾和胃、行气化饮。全方用药严谨,随症加减,故获全效。

### 3 结语

刘师强调,中医辨证贵在切题。疾病发展的不同阶段,主要矛盾亦不同,临证需治病求本,权衡缓急,抓住主要矛盾,对症下药,才能做到药到病除。

小青龙汤证的临床表现复杂多变,然探其根本,均为寒饮内停所致,故凡风寒水饮为患,皆可运用小青龙汤随症配伍,不必拘泥于某种症状或疾病,灵活运用“异病同治”,而本案运用小青龙汤治疗寒饮内停型肠易激综合症正是体现了这种思想。仲景辨证灵活,遣方精妙,用药严谨,《伤寒杂病论》直至今日仍有效地指导着临床实践,吾辈在临证时当师其法,发扬创新。

### 参考文献

- [1]刘汶.肠易激综合征腹泻型的中医治疗[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(17):72-73.
- [2]吴建军,李欣,秦阳,等.小青龙汤在慢性阻塞性肺疾病中的应用[J].中医杂志,2016,57(22):1925-1928.
- [3]刘渡舟.伤寒论临证指要[M].北京:学苑出版社,1993:40.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王 晓 收稿日期:2017-12-18)

# 温阳降浊汤治疗糖尿病肾病临床观察

赵丽<sup>1</sup> 王翔<sup>2</sup>

(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 探究温阳降浊汤中药治疗糖尿病肾病的临床疗效。方法 选取2014年8月—2015年12月收治的86例糖尿病肾病患者为研究对象, 随机均分为对照组和观察组。对照组采用常规西药治疗, 观察组在常规西药治疗的基础上采用温阳降浊汤进行中医治疗, 比较2组患者的临床疗效。结果 观察组的临床治疗总有效率为97.67% (42/43), 明显高于对照组的临床治疗总有效率79.07% (34/43), 2组患者的总有效率差异显著, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。治疗后, 两组患者的血尿素氮、血肌酐、24 h尿蛋白定量等数值比治疗前均有所下降, 且观察组的改善效果优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 治疗糖尿病肾病患者时, 采用中医疗法温阳降浊汤能有效改善病患的肾功能, 治疗效果显著, 值得在临床上推广使用。

**关键词:** 温阳降浊汤; 糖尿病; 肾病; 中医药疗法; 消渴; 水肿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.048

文章编号:1672-2779(2018)-05-0106-02

## Clinical Observation on Wenyang Jiangzhuo Decoction in Treating Diabetic Nephropathy

ZHAO Li<sup>1</sup>, WANG Xiang<sup>2</sup>

(1. Medical Affair Department, Shenyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110004, China;

2. Department of Encephalopathy, the Fourth Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110101, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the clinical curative effect of traditional Chinese medicine treatment of diabetic nephropathy. **Methods** From August 2014 to December 2015 in our hospital, 86 cases of diabetic nephropathy patients were selected as the research objects, and were randomly divided into control group and observation group. The control group used conventional Western medicine treatment, and the observation group applied Wenyang Jiangzhuo decoction on the basis of conventional Western medicine treatment. The clinical efficacy of two groups was compared. **Results** The clinical total effective rate of observation group and the control group was 97.67% and 79.07% respectively, and there was statistically significant difference ( $P<0.05$ ). After treatment, blood urea nitrogen, serum creatinine and 24 hours of brain protein quantitative numerical of the two groups were decreased, and the improvement effect of the observation group was better than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Wenyang Jiangzhuo decoction in treating diabetic nephropathy can effectively improve the patients' renal function, has significantly curative effect, and is worth popularizing in clinical use.

**Keywords:** Wenyang Jiangzhuo decoction; diabetes; nephropathy; therapy of TCM; consumptive thirst; edema

糖尿病肾病 (Diabetes Nephropathy DN) 是糖尿病 (Diabetes Mellitus, DM) 最常见、最严重的慢性并发症之一, 是慢性肾衰最常见的病因及DM患者死亡的主要原因。据统计, 美国45%的终末期肾病 (End stage renal disease, ESRD) 患者为DN患者<sup>[1]</sup>, 其在DM患者中的发病率高达25%~40%, 主要发病人群多是老年群体, 致死率与致残率较高, 是DM致死致残的重要原因之一<sup>[2]</sup>。我国目前约有4000万人面临DM的威胁, 而在终末期肾功能衰竭的患者中, DN所占的比例也已增至15%, 在未来20年内, 我国将有8000万DM患者, 而DN患者也会成倍增加, 因此寻找有效的治疗方法, 对DN患者的生存质量具有重要的意义<sup>[3]</sup>。我院在常规西药治疗的基础上采用中医疗法温阳降浊汤能有效改善病患的肾功能, 治疗效果显著, 现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2014年8月—2015年12月我院收治的86例DN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43例。对照组男23例, 女20例; 年龄48~82岁, 平均年龄60岁; 病程2~15年, 平均病程 (6.8±2.5) 年。观察组男25例, 女18例; 年龄49~86岁, 平均年龄63岁; 病程3~14年, 平均病程 (7.6±3.1) 年。2组患者在年龄、性别和病程等方面无显著性差异, 具有可比性 ( $P>0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 对照组采用常规西药治疗方法, 患者在餐前0.5 h口服格列喹酮片, 每日3次, 每次20~60 mg, 先控制病患的血糖, 使其保持在正常范围内, 再为观察组在常规西药治疗的基础上采取温阳降浊汤治疗。配方主要是: 泽泻10 g, 淫羊藿10 g, 炙黄芪80 g, 茯苓15 g, 黄精30 g, 枸杞子30 g, 桂枝10 g, 干姜18 g, 山萸肉30 g, 猪苓12 g等, 所有药材在水中浸泡30 min后, 用武火煮沸再改用文火煎10 min, 最后取汁100 mL, 然后再加水以武火煮沸后改为文火煎15 min, 得汁100 mL, 如此反复, 第3次煎20 min, 共得汁300 mL, 分别在早、中、晚餐前30 min服用, 每日1剂, 2组患者均持续



治疗60 d<sup>[2]</sup>。

**1.3 疗效判定标准** 经治疗,患者临床症状消失,24 h尿蛋白定量<500mg或下降2/3以上,血肌酐下降1/4以上,为显效;经治疗,患者临床症状明显减轻,24 h尿蛋白定量下降1/3以上,肾功能有所好转,为有效;经治疗,患者症状没有改善甚至加重,为无效<sup>[3]</sup>。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,计量资料采用t检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 表示为数据对比差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者的临床治疗效果比较** 观察组的临床治疗总有效率为97.67%;对照组者的临床治疗总有效率为79.07%,2组患者的总有效率差异显著,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	43	12(27.91)	22(51.16)	9(20.93)	34(79.07)
观察组	43	30(69.77)	12(27.91)	1(2.33)	42(97.67)
$\chi^2$ 值					12.45
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 2组患者治疗前后血尿素氮、血肌酐、24 h尿蛋白定量等数值的变化** 治疗后,2组患者的血尿素氮、血肌酐、24 h尿蛋白定量等数值比治疗前均有所下降,且观察组的改善效果优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 2组患者治疗前后血尿素氮、血肌酐、24 h尿蛋白定量等数值的变化对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	24 h尿蛋白定量(mg)	血肌酐( $\mu\text{mol/L}$ )	血尿素氮(mmol/L)
对照组	43	治疗前	1534 ± 336	85.39 ± 3.81	11.34 ± 2.59
		治疗后	1018 ± 56	73.8 ± 3.23	9.82 ± 4.89
观察组	43	治疗前	1536 ± 337	86.36 ± 4.21	11.52 ± 2.54
		治疗后	496 ± 51*	65.34 ± 2.51*	7.32 ± 4.67*

注:治疗后,与对照组比较,\* $P < 0.05$

## 3 讨论

DM属于一种临床常见病,随着人们生活质量的提升和人口的老齡化,该病的发病率呈逐年上升趋势。DN是在DN的基础上发展而来的,属中医学“消渴”、“水肿”等范畴。中医学认为DN的主要病因是禀赋不足,饮食不节,情志失调和劳欲过度。基本病机特点是“本虚标实”,虚实夹杂。中医学对于DN的治疗多采用扶正补虚治本,以祛邪泻实治标的治则治法。DN是一种典型的“脾病传肾”的疾病,属于一种DM患者

最常见的慢性微血管并发症,现代医学多认为DN的发病机制主要与遗传因素、环境因素、细胞因子及血流动力学异常等方面有关。该病主要是由肾脏的微血管病变导致肾脏损害,其主要病理变化包括肾小球和肾小管肥大,肾小球系膜外基质堆积,基底膜增厚和肾小球硬化,临床表现为持续性蛋白尿、高血压、水肿及肾功能衰竭,该病的病程长、病因复杂、治疗效果差,对患者的身心健康造成重大影响<sup>[4-5]</sup>。

临床研究表明,DM的并发症多与脾肾水液代谢以及分清别浊等功能有关,治疗DN必须要控制血糖、血压,纠正脂代谢紊乱、减少蛋白尿、保护残余肾功能<sup>[6]</sup>。西药格列喹酮片只适用于治疗肾功能轻度异常的DN患者,单纯采用西医疗法治疗DN疗效不显著,而中药配方中桂枝、干姜主要是温肾壮阳;枸杞子、黄精、山茱肉可以滋养肾阴;茯苓的作用是利尿降浊,能够发挥活血化痰的作用;黄芪能够保护缺血性肾脏,起到抗氧化,加快细胞代谢,降低尿蛋白排泄,保护肾细胞使其免受损伤的作用,采取中医药治疗可以有效恢复患者的蛋白尿及肾功能<sup>[7-8]</sup>。本次研究,观察组的临床治疗总有效率为97.67%,明显高于对照组的临床治疗总有效率79.07%,2组患者的总有效率差异显著,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,2组患者的血尿素氮、血肌酐、24 h尿蛋白定量等数值比治疗前均有所下降,且观察组的改善效果优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

综上所述,治疗DN病患者时,采用中医疗法温阳降浊汤能有效改善病患的肾功能,治疗效果显著,值得在临床上推广使用。

## 参考文献

- [1] American Diabetes Association. Diabetic nephropathy: Position statement, American Association. Diabetes Care, 1998, 21: 50-51.
- [2] Mogensen CE, Schmitz A, Christensen CR. Comparative renal pathophysiology relevant to IDDM and NIDDM patients[J]. Diabetes Metabolism Rev, 1998, 4: 453.
- [1] 孙新培. 活血化痰消癥通络中药治疗糖尿病肾病的临床疗效[J]. 中国药物经济学, 2014, 8(1): 52-53.
- [2] 郑洪光, 李秀兰, 李香凤, 等. 益气温阳降浊中药治疗糖尿病肾病 30 例临床观察[J]. 河北中医, 2012, 34(12): 1787-1789.
- [3] 熊晓东, 张玉琴. 温阳降浊法中药治疗糖尿病肾病临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 8(1): 196-198.
- [4] 刘慧博. 温阳降浊通络法中药治疗糖尿病肾病的临床疗效观察[J]. 中国转化医学和整合医学研讨会论文集综合刊, 2015, 2(17): 152-155.
- [5] 熊晓东. 温阳降浊通络法中药治疗糖尿病肾病临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学, 2012, 17(9): 218-220.
- [6] 陈玉, 李娜, 孙德昱. 中药保留灌肠治疗糖尿病肾病Ⅳ期临床观察[J]. 山西中医, 2016, 32(1): 40-41.
- [7] 张懿. 糖尿病肾病分期与中医辨证分型的研究概况[J]. 河北中医, 2011, 33(9): 1417-1418.
- [8] 郭小舟, 林兰, 倪青, 等. 益气养阴活血法治疗早期糖尿病肾病的临床观察[J]. 新中医, 2010, 42(3): 135-136.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 史哲 收稿日期: 2017-11-27)

# 补脑息风止痉汤治疗帕金森病的临床观察

郭莉

(沈阳市第二中医院急诊科, 辽宁 沈阳 110000)

**摘要:**目的 探究补脑息风止痉汤治疗帕金森病的临床疗效。方法 选取帕金森病患者60例随机分为2组, 各30例。对照组患者予以美多巴(左旋多巴 200 mg, 苄丝肼50 mg), 日1次; 试验组在此基础上给予补脑息风止痉汤, 日1剂水煎服, 2组均治疗2个月。治疗前后比较2组患者临床疗效, UPDRS评分及安全性。结果 治疗后2组UPDRS-1、UPDRS-2以及UPDRS-3评分降低 ( $P<0.05$ ), 与对照组相比, 试验组临床总有效率较高, UPDRS-1、UPDRS-2以及UPDRS-3评分较低 ( $P<0.05$ ), 2组不良反应发生率相比无明显差异( $P>0.05$ )。结论 补脑息风止痉汤对帕金森病患者临床疗效显著, 且安全性较高。

**关键词:** 补脑息风止痉汤; 帕金森病; UPDRS评分; 中医药疗法; 颤证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.049

文章编号:1672-2779(2018)-05-0108-02

## Clinical Observation on Bunao Xifeng Zhijing Decoction in the Treatment of Parkinson's disease

GUO Li

(Department of Emergency, Shenyang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of Bunao Xifeng Zhijing decoction in the treatment of Parkinson's disease. **Methods** 60 cases of patients with Parkinson's disease in our hospital were randomly divided into 2 groups, with 30 cases in each group. The control group received Madopar (levodopa 200mg, Benserazide 50mg), qd, and the experimental group received more with Bunao Xifeng Zhijing decoction, qd. 2 groups were treated for 2 months. The clinical efficacy, UPDRS score and safety of the 2 groups were compared before and after treatment. **Results** Scores of UPDRS-1, UPDRS-2 and UPDRS-3 in 2 groups decreased after treatment ( $P<0.05$ ), and comparing with the control group, the clinical total efficiency of the experimental group was higher, scores of UPDRS-1, UPDRS-2 and UPDRS-3 of the experimental group were lower ( $P<0.05$ ), and the adverse reactions in 2 groups had no significant difference ( $P>0.05$ ). **Conclusion** Bunao Xifeng Zhijing decoction has significantly clinical curative effect in treating Parkinson's disease and high safety.

**Keywords:** Bunao Xifeng Zhijing decoction; Parkinson's disease; UPDRS scores; therapy of TCM; tremor syndrome

帕金森病 (Parkinson's disease, PD) 是一种较严重的神经系统疾病<sup>[1]</sup>, 临床出现运动障碍、肌肉强直以及震颤等表现, 伴或不伴情感及认知功能障碍。研究表明, PD病理变化为多巴胺神经元缺失和中脑黑质存在密部色素脱失<sup>[2]</sup>。临床多选择美多巴治疗, 但无法阻止PD神经元变性的自然进展, 同时随用药时间增加疗效衰减, 并存在多种药物不良反应<sup>[3]</sup>。PD隶属于中医学“颤证”范畴, 补脑息风止痉为治疗本病的基本大法, 我院应用补脑息风止痉汤治疗帕金森病, 临床取得较好疗效, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院2016年5月1日—2017年6月30日我院治疗的60例帕金森病患者, 随机分为试验组和对照组, 各30例。试验组男18例, 女12例; 年龄43~75岁, 平均年龄58.90岁; 病程最短6个月, 最长10年, 平均病程 (3.27±0.45) 年。对照组男20例, 女10例; 年龄44~75岁, 平均年龄57.11岁; 病程最短5个月, 最长10年, 平均病程 (3.35±0.48) 年。2组性别, 年龄, 病程等基线资料比较无差异, 具有可比性 ( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 西医诊断: 符合《帕金森病及帕金森综

合征的诊断标准及鉴别诊断》<sup>[4]</sup> 帕金森病的诊断标准, 患者存在静止性震颤、少动、僵直、姿势反射障碍4个典型症状中的2个。

中医诊断: 符合《中医老年颤证诊断和疗效评定标准》<sup>[5]</sup> 中颤证的诊断标准, 患者出现头及四肢颤动、筋脉拘紧、颈背僵直、腰肌酸软、肢体麻木、行动迟缓; 伴有头晕目眩、耳鸣、失眠多梦、健忘; 兼有精神呆滞。

Hoehn&Yah分级为早、中期者; 患者或家属对本方案有知情权, 并签署知情同意书。本试验经本院伦理委员会监督、批准。

**1.3 排除标准** Hoehn&Yah分级晚期; 合并严重心血管、肝肾以及造血系统等原发性疾病; 精神疾病患者; 资料不全者。

**1.4 治疗方法** 对照组予以美多巴标准片 (左旋多巴 200 mg, 苄丝肼 50 mg), 日1次, 原则上维持原有剂量和用法, 若病情需要或副反应严重可适当调整剂量, 试验组患者在此基础上予以补脑息风止痉汤, 方剂组成: 龟甲30 g, 鹿茸3 g (另炖), 鸡子黄1个 (调服), 海参15 g (另炖), 白芍30 g, 北芪30 g, 当归12 g, 肉苁



蓉15 g, 怀牛膝10 g, 人参10 g (另炖), 白术15 g, 茯苓12 g, 法半夏10 g, 绞股蓝15 g, 天麻15 g (另炖), 五味子6 g, 牡蛎30 g, 石菖蒲10 g, 远志10 g, 全蝎3 g (研磨粉末吞服), 蜈蚣2条 (去头足, 研磨粉末吞服), 地龙6 g, 木瓜20 g, 葛根24 g。日1剂水煎服, 2组均治疗2个月。

**1.5 观察指标** 治疗前后记录帕金森综合评分量表 (UPDRS) 评分, 参考《中医老年颤证诊断和疗效评定标准》<sup>[6]</sup> 对临床疗效进行评定, 临床治愈: 好转率100%; 显效: 好转率50%~99%; 有效: 好转率20%~49%; 无效: 好转率1%~19%。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 17.0 统计进行统计学分析, 计量资料UPDRS评分采用 $t$ 检验, 计数资料采用率 (%) 表示, 采用卡方方法检验, 统计值 $P<0.05$ 为具有统计学差异。

## 2 结果

**2.1 临床疗效比较** 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	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	30	0	15(50.00)	12(40.00)	3(10.00)	27(90.00)*
对照组	30	0	11(36.67)	9(30.00)	10(33.33)	20(66.67)

注: 与对照组比较, \* $P<0.05$

**2.2 2组患者UPDRS评分情况比较** 治疗后2组UPDRS-1、UPDRS-2以及UPDRS-3评分降低 ( $P<0.05$ ), 与对照组相比, 试验组UPDRS-1、UPDRS-2以及UPDRS-3评分较低 ( $P<0.05$ ), 见表2。

表2 2组患者UPDRS评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	时间	UPDRS-1	UPDRS-2	UPDRS-3
试验组	30	治疗前	11.30 $\pm$ 1.33	37.49 $\pm$ 5.12	36.39 $\pm$ 5.02
		治疗后	6.10 $\pm$ 0.86**	16.50 $\pm$ 1.98**	12.10 $\pm$ 2.18**
对照组	30	治疗前	11.50 $\pm$ 1.81	38.03 $\pm$ 5.15	36.08 $\pm$ 5.03
		治疗后	8.01 $\pm$ 1.07*	22.83 $\pm$ 3.45*	20.10 $\pm$ 3.27*

注: 与治疗前相比, \* $P<0.05$ ; 与对照组比较, \*\* $P<0.05$

**2.3 安全性比较** 对照组发生1例轻微胃肠道反应, 2例心悸, 1例头晕, 不良反应的发生率为13.33% (4/30), 试验组发生1例轻微胃肠道反应, 1例多动, 1例头晕, 不良反应的发生率为10.00% (3/30), 症状较轻均未经处理后自行缓解, 2组不良反应发生率相比无明显差异 ( $P>0.05$ )。

## 3 讨论

PD是一种与纹状体多巴胺含量降低及黑质多巴胺能神经元变性相关的神经系统变性疾病, 本病不仅与遗传、年龄等因素相关, 同时与细胞凋亡、线粒体功

能缺陷以及吞噬作用相关。美多巴是治疗PD的代表性药物, 具有补充多巴胺的作用, 能够对抗胆碱, 相关研究表明<sup>[7]</sup>左旋多巴胺不良反应较多, 对线粒体呼吸链具有损伤性, 使脂质过氧化水平增加, 加速多巴胺能神经元的死亡。中医认为本病多因肾精亏虚为本, 肝风内动为标, 因虚而致瘀, 虚风内动, 风痰瘀阻, 出现筋骨肌肉, 拘急僵硬, 震颤麻痹等症状。研究表明, 中医药对多巴胺能神经细胞有保护性作用, 在显著改善PD症状的同时, 还可在一定程度上降低化学药物而诱发的不良反应<sup>[8]</sup>。补脑息风止痉汤是我院治疗帕金森病的常用方剂, 方中天麻平肝熄风, 定惊止痉, 祛风通络; 全蝎、蜈蚣以及地龙具有穿筋透骨的功效, 善搜剔深入筋骨之风毒, 当归、白芍、怀牛膝具有肝肾同治, 精血双补的作用, 使肝肾精血互化, 填精补脑, 能解除筋脉拘急颤抖诸症。鹿茸、肉苁蓉, 辛热温润, 能够温壮元阳, 阴阳双补; 龟鹿二仙善于沟通任督二脉, 使精血元阳上达脑髓, 通达全身; 佐以人参、黄芪能够益气健脾、大补元气; 白术、茯苓善健脾祛湿; 法半夏具有燥湿化痰、和胃降逆的功效; 胆星能清热化痰、熄风定惊。上述诸药合用, 阴阳气血精髓交补, 风火痰湿瘀血同治, 脑髓元神筋骨并调, 共收填精补脑, 具有化痰开窍, 息风止痉, 舒筋通络之功。研究显示, 补脑息风止痉汤能够显著降低UPDRS-1、UPDRS-2以及UPDRS-3评分, 改善患者的情绪、行为、精神、日常生活能力、运动功能等。

本试验通过对60例帕金森病患者的临床疗效、UPDRS评分以及安全性进行观察, 证实补脑息风止痉汤对帕金森病患者临床疗效显著, 安全性较高, 值得临床应用。

## 参考文献

- [1]Kalia L V, Lang A E. Parkinson's disease[J]. Lancet, 2015, 386(9996):896-912.
- [2]耿海威, 马丽丽, 王欲立, 等. 丁基苯酚对帕金森模型小鼠中脑黑质多巴胺能神经元数及 TH、TNF- $\alpha$  蛋白表达的影响[J]. 中风与神经疾病, 2016, 33(3):245-247.
- [3]Fernandez H H, Friedman J H, Jacques C, et al. Quetiapine for the treatment of drug induced psychosis in Parkinson's disease [J]. Movement Disorders, 2015, 14(3):484-487.
- [4]王新德. 帕金森病及帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断[J]. 中华神经精神杂志, 1986, 18(6):447-448.
- [5]隆呈祥. 中医老年颤证诊断和疗效评定标准[J]. 北京中医学院学报, 1992, 15(4):39.
- [6]岳永琴, 鲁军平. 西医常规治疗基础上联合健脾息风止痉汤及耳穴贴压治疗小儿多发性抽动症临床效果观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(4):550-553.
- [7]李微浪, 邹小冬, 王浩, 等. 多巴胺受体激动剂治疗帕金森病的基础研究进展[J]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2016, 6(11):167-168.
- [8]黄志兰, 赵杨, 陆艳, 等. 中西医结合治疗肝肾阴虚型帕金森病 30 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2015, 47(4):20-22.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 富克非 收稿日期: 2017-11-29)

# 内外侧入路术联合活血止痛洗剂 治疗复杂胫骨平台骨折的临床观察※

张祥华<sup>1</sup> 王 玲<sup>2</sup> 占雪萍<sup>1</sup> 黄夏雨<sup>1</sup> 李光勇<sup>1</sup>

(1 景德镇市中医医院骨伤一科, 江西 景德镇 333000; 2 景德镇市中医医院中风科, 江西 景德镇 333000)

**摘要:**目的 与单纯骨科手术比较, 观察内外侧入路术联合活血止痛洗剂治疗复杂胫骨平台骨折的临床疗效。方法 纳入60例Schatzker V、VI型胫骨平台骨折患者, 采用随机数字表法, 随机分为2组。试验组 ( $n=30$ ): 采用采用内外侧入路、双钢板手术联合活血止痛洗剂治疗; 对照组 ( $n=30$ ): 仅采用单纯的内外侧入路、双钢板手术。比较2组Rasmussen膝关节功能评分及其临床疗效差异。结果 试验组Rasmussen胫骨髁部骨折膝关节功能评分在治疗后1个月为 $22.88 \pm 5.70$ , 治疗后3个月为 $27.22 \pm 5.22$ , 均显著高于对照组的 $18.22 \pm 6.11$ 、 $20.13 \pm 6.32$  ( $P < 0.05$ )。结论 内外侧入路术联合活血止痛洗剂治疗复杂胫骨平台骨折具有良好疗效优势, 促进关节恢复, 降低术后并发症。

**关键词:** 胫骨平台骨折; 内外侧入路术; 活血止痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.050

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0110-03

## Clinical Observation on Internal Lateral Approach Combined with Huoxue Zhitong Lotion in the Treatment of Complex Tibial Plateau Fractures

ZHANG Xianghua<sup>1</sup>, WANG Ling<sup>2</sup>, ZHAN Xueping<sup>1</sup>, HUANG Xiayu<sup>1</sup>, LI Guangyong<sup>1</sup>

(1. Department of Orthopedics and Traumatology, Jingdezhen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Jingdezhen 333000, China;

2. Stroke Department, Jingdezhen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Jingdezhen 333000, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the curative effect of internal lateral approach combined with Huoxue Zhitong lotion in the treatment of complex tibial plateau fractures comparing with pure bone surgery. **Methods** 60 cases of Schatzker V, VI patients with tibial plateau fractures were selected. Using the random number table method, they were randomly divided into treatment group ( $n = 30$ ) used the internal lateral approach and double steel joint surgery Huoxue Zhitong lotion and control group ( $n = 30$ ) was treated with internal lateral approach and double plate surgery. Rasmussen knee joint function score and clinical curative effect between the two groups was compared. **Results** Rasmussen tibia bone knee functional score in the treatment of hip fracture after 1 month and 3 months after treatment of the experimental group was ( $22.88 \pm 5.70$ ) and ( $27.22 \pm 5.22$ ), which were significantly higher than ( $18.22 \pm 6.11$ ) and ( $20.13 \pm 6.32$ ) of control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The internal lateral approach combined with Huoxue Zhitong lotion in the treatment of complex tibial plateau fractures has good curative effect and advantage, promote the joint recovery, and reduce the postoperative complications.

**Keywords:** complex tibial plateau fracture; internal lateral approach; promoting blood circulation to arrest pain

胫骨平台骨折属于较为严重关节内骨折类型。常见病因有交通事故、运动伤、坠落伤等。较为常见的Schatzker V、VI型临床表现为关节面严重塌陷、胫骨平台内外侧分离、软组织损伤等。本病的干预难度和疾病预后都比较复杂。目前临床实践者除了关注如何解决因伸膝装置受损、原始创伤致关节面受损的问题, 也注重手术后长期制动导致的膝关节僵硬的问题<sup>[1]</sup>。一般常规的功能锻炼是业内公认的干预措施, 但是锻炼不合理也容易造成二次复位丢失。仅采用骨折内固定术, 不少临床医师均不主张早期锻炼, 以免影响关节恢复<sup>[2]</sup>。因此, 采取合理手术入路同时结合适当的中药治疗就成为中医骨伤着重解决的问题。

本研究在长期临床实践中发现, 采用内外侧入路、

双钢板手术干预能较好的提高膝关节的稳定性, 方便早期锻炼。本研究采用随机对照试验方法, 与单纯骨科手术比较, 观察内外侧入路术联合活血止痛洗剂治疗复杂胫骨平台骨折的临床疗效。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 纳入2015年5月—2017年1月在我院骨伤科就诊的胫骨平台骨折患者60例。受试者均为Schatzker V、VI型骨折。诊断标准依据2008年人民卫生出版的《外科学》。其中V型涉及内、外侧平台劈裂的双解骨折; VI型为平台骨折联合干骺端与骨干间骨折, 致胫骨髁部与骨干部分分离。采用随机数字表法分为2组。试验组30例, 男12例, 女18例; 左膝11例, 右膝19例; 年龄37~60岁, 平均42.55岁; 体重指数 ( $22.88 \pm 1.21$ )  $\text{kg/m}^2$ 。对照组30例, 男13例, 女17例; 左膝10例, 右膝20例; 年龄39~63岁, 平均43.36岁; 体重指数

※ 基金项目: 江西省卫计委中医药科研课题[No.2015A237]



(23.11 ± 1.22) kg/m<sup>2</sup>。2组性别、年龄、病程、体重指数等一般资料比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ),说明组间基线资料具有可比性。

**1.2 纳入标准** 病程在2 d内入院同意并配合治疗、观察者;年龄18岁~65岁;闭合性骨折;无血管、神经损伤指征者。

**1.3 排除标准** 开放性骨折;身体其他部位有骨折者;合并有膝部前后交叉韧带或内外侧副韧带损伤、膝部前交叉韧带止点骨折、半月板损伤等;肿瘤因素导致的;合并有心血管、肺、肝、脑和造血系统等严重器质性疾病及精神病患者。

**1.4 干预措施** 对照组仅采用内外侧入路术。试验组手术联合活血止痛洗剂治疗。介入时机为受伤5~7 d。采用硬腰联合麻醉。患肢大腿根部上止血带。取内外侧入路,最窄处至少7 cm。首先沿胫骨平台后内侧缘做纵行切口,长约4~6 cm,显露骨折部位。不要剥离骨膜,以保护血运。用骨膜起子撬起压缩骨折部,用复位钳复位骨折,内部缺损空腔植入自体髂骨或同种异体骨。内侧用T型钢板或重建钢板固定。外侧入路膝关节屈曲30°,自股骨外上髁到腓骨头和Gerdy结节之间作弧形切口,向远端延伸胫骨结节外缘1 cm,切口长约6~12 cm。外侧平台应用解剖钢板或L型钢板。术中常规清除关节腔里凝血块及琐碎组织,关节内置两根负压引流管。手术拆线后采用活血止痛散熏洗。每次1付。首先用3000 mL水煮沸,先用热气熏蒸患处,剩余约2500 mL时,待水温稍减后用药水浸洗患膝,每次25~45 min。早晚各1次。活血止痛洗剂组成羌活6 g,防风9 g,荆芥6 g,独活9 g,当归12 g,续断12 g,青皮5 g,川牛膝9 g,五加皮9 g,杜仲9 g,红花6 g,枳壳6 g等。

**1.5 观察指标** 在治疗后1、3个月复查时,行患膝及健侧的正位及侧位的X线平片检查,记录影像学意义。按照Rasmussen膝关节功能检测标准及Rasmussen胫骨髁部骨折复位解剖学评分标准进行疗效评分。

**1.6 统计学方法** 数据统计采用SPSS 18.0软件进行, $P<0.05$ 将被认为所检验的差别有统计学意义。计量资料采用构成比描述,计量资料采用均数±标准差描述。计数资料采用卡方检验;计量资料采用 $t$ 检验或 $U$ 检验。

## 2 结果

**2.1 治疗后Rasmussen胫骨髁部骨折膝关节功能评分比较** 见表1。从表1可知,试验组Rasmussen胫骨髁部骨折膝关节功能评分在治疗后1个月为22.88±5.70,治疗后3个月为27.22±5.22,均显著高于对照组的18.22±6.11、20.13±6.32 ( $P<0.05$ )。

表1 2组Rasmussen胫骨髁部骨折膝关节功能评分比 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗后1个月	治疗后3个月
试验组	30	22.88 ± 5.70*	27.22 ± 5.22*
对照组	30	18.22 ± 6.11	20.13 ± 6.32

注: \* $P<0.05$

**2.2 治疗后Rasmussen胫骨解剖骨折复位解剖学评分比较** 见表2。从表2可知,试验组Rasmussen胫骨解剖骨折复位解剖学评分在治疗后1个月为15.41±3.44,治疗后3个月为16.33±2.36;对照组为14.65±3.11、16.10±3.02。2组比较没有统计学意义 ( $P>0.05$ )。

表2 2组Rasmussen胫骨解剖骨折复位解剖学评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗后1个月	治疗后3个月
试验组	30	15.41 ± 3.44	16.33 ± 2.36
对照组	30	14.65 ± 3.11	16.10 ± 3.02

## 3 讨论

临床解剖学指出,胫骨本身是大量松质骨及较薄弱的皮质骨构成。骨质较为松软,而且膝关节屈伸运动过程中承受压力、剪力和旋转力。由于内髁比外髁密度大,平台损伤多由膝外翻位导致,因此,胫骨外髁骨折常见。而复杂胫骨平台骨折是创伤最严重一类。本病常为高能量致伤,不但骨折严重粉碎,而且局部软组织损伤明显、水肿严重。其中Schatzker V、VI型切口选择上常采用膝关节前外侧联合后内侧切口,避开了胫骨前的相对缺血区,降低了软组织损伤并发症。双切口方便半月板及韧带损伤的修复<sup>[3]</sup>。这样髌韧带及膝周软组织得到了相对保护,暴露面减小,降低了骨折延迟愈合、不愈合及切口感染的并发率。Schatzker V、VI骨折关节面骨质压缩导致关节面塌陷。因此,在行内固定术时,植骨既有利于关节面的解剖复位,又防止关节面的再次塌陷<sup>[4]</sup>。

中医传统理论认为,骨折早期,为骨折后2周内。早期损伤致瘀阻脉络,宜以祛邪为要务,应活血化瘀、消肿止痛。同时吸取中药熏洗通经活络的特色理论,应用活血止痛洗剂进行熏洗患膝,不仅能有效降低关节软组织粘连,而且能提高膝关节恢复潜能、避免关节僵硬。中药洗剂通过熏蒸直接作用于局部皮肤和关节,增加了皮肤的通透性,加强了药物有效成分作用的吸收,对血液和淋巴液的循环有良好的改善作用,并且具有舒松关节筋络、疏导腠理、滑利关节、流通气血及活血止痛的功效<sup>[5-6]</sup>。本研究发现,试验组Rasmussen胫骨髁部骨折膝关节功能评分在治疗后1个月为22.88±5.70,治疗后3个月为27.22±5.22,均显著高于对照组的

18.22±6.11、20.13±6.32 ( $P<0.05$ )。试验组和对照组 Rasmussen 胫骨解剖骨折复位解剖学评分比较没有统计学意义 ( $P>0.05$ )。这说明与单纯骨科手术比较, 内外侧入路术联合活血止痛洗剂既有显著的疗效优势, 又能有较好的解剖复位效果。

综上所述, 内外侧入路术联合活血止痛洗剂治疗复杂胫骨平台骨折具有良好疗效优势, 可以促进关节恢复, 降低术后并发症。本研究认为这种治疗方案安全性好, 能够显著改善膝关节功能, 具有较好的社会、经济效益, 值得推广应用。

#### 参考文献

- [1] 荣国威, 王承武. 骨折[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 906-908.
- [2] 万连平, 张施龙, 张鹏. 胫骨平台骨折手术治疗 186 例[J]. 骨与关节损伤杂志, 2004, 19(12): 809-811.
- [3] 林剑, 陆凯. 国产锁定钢板治疗胫骨平台骨折 32 例分析[J]. 浙江临床医学, 2008; 10(1): 47-49.
- [4] 李康华, 张俊, 朱勇, 等. 胫骨近端锁定加压钢板治疗胫骨平台骨折 32 例疗效分析[J]. 医学临床研究, 2009, 26(2): 248-249.
- [4] 杨惠光, 姜雪峰, 张云庆, 等. 胫骨近端锁定钢板治疗复杂胫骨平台骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2007; 22(9): 760-761.
- [5] 何艳梅. 中药熏洗配合膝关节功能锻炼器在骨折后膝关节僵硬治疗中的应用效果[J]. 护理实验与研究, 2009, 6(6): 3-4.
- [6] 杨林, 典胡德, 志肖文, 等. 中药熏蒸配合按摩治疗创伤性膝关节僵硬的疗效观察[J]. 按摩与导引, 2008, 24(2): 13-14.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 熊俊 收稿日期: 2017-11-27)

## 中药联合奥美拉唑治疗幽门螺杆菌的临床观察

喻永明

(南昌市第二医院消化内科, 江西 南昌 330003)

**摘要:** 目的 观察中药联合奥美拉唑对幽门螺杆菌的治疗效果, 寻找一种有效的治疗方案。方法 将 65 例经  $C^{13}$  幽门螺杆菌检测证实为阳性的病例, 随机分为 2 组。治疗组实施中药联合奥美拉唑治疗, 对照组实施西药三联疗法治疗, 10 天后观察其  $C^{13}$  幽门螺杆菌检测结果。结果 完成研究后, 治疗组的幽门螺杆菌转阴率与对照组无显著差异。结论 中药联合奥美拉唑治疗幽门螺杆菌感染的疗效与单用西药治疗的疗效相同, 中药可以替代抗生素的使用。

**关键词:** 中药; 奥美拉唑; 幽门螺杆菌; 反酸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.051

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0112-02

### Clinical Observation on the Combination of Chinese Medicine and Omeprazole in the Treatment of Helicobacter Pylori

YU Yongming

(Gastroenterology Department, Nanchang Second Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330003, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the curative effect of Chinese medicine combined with omeprazole in the treatment of helicobacter pylori, and to find an effective treatment plan. **Methods** 65 cases confirmed by  $C^{13}$  Helicobacter pylori positive patients were randomly divided into two groups. The treatment group was treated with Chinese medicine combined with omeprazole, and the control group was treated with Western medicine triple therapy. The  $C^{13}$  helicobacter pylori test results were observed after 10 days. **Results** After the study, the negative rate of helicobacter pylori in the treatment group was not significantly different from that of the control group. **Conclusion** The curative effect of Chinese medicine combined with omeprazole in the treatment of helicobacter pylori infection is the same as that of Western medicine alone, and Chinese medicine can replace the use of antibiotics.

**Keywords:** Chinese medicine; omeprazole; helicobacter pylori; sour regurgitation

近年来的大量研究表明幽门螺旋杆菌 (Hp) 感染是胃的酸相关性疾病的主要致病因素之一, 且胃癌的发生与其呈正相关性。多家研究提示幽门螺杆菌的清除率与消化性溃疡的复发呈负相关。但西医的治疗是以 PPI 联合两种抗生素为主的治疗方法, 且极易产生耐药及过敏, 使治疗中断。幽门螺杆菌感染在中医辨证中常表现为脾胃湿热。“脾胃湿热”是中医脾胃理论中的重要内容, 也是临床常见的脾胃实证之一, 消化系统疾病最多<sup>[1]</sup>。我们对幽门螺杆菌采用中药联合奥美拉唑治疗以减少抗生素使用的副作用, 取得一些经验。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2013年4月—2014年4月在我院就诊, 且

$C^{13}$ 检查证实为幽门螺旋杆菌阳性的患者共 65 例, 将他们随机分成治疗组、对照组 2 组。其中治疗组 34 例, 男 20 例, 女 14 例; 平均年龄 49.28 岁。对照组 31 例, 男 18 例, 女 13 例; 平均年龄 50.21 岁。2 组一般资料无统计学差异 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 根据中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》中的诊断标准<sup>[2]</sup>。

1.3 纳入标准 在治疗前均经  $C^{13}$  幽门螺旋杆菌检测证实为阳性的病例。

1.4 排除标准 (1) 合并有幽门梗阻的患者; (2) 2 周内使用过抗生素、铋制剂及抑酸制剂等的患者; (3) 合并心、脑、肝、肺、肾等系统严重疾病的患者。



## 1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 采用西医治疗,疗程为10 d。奥美拉唑20 mg,口服,每日1次;阿莫西林1.0 g,口服,每日2次;克拉霉素 0.5 g,口服,每日2次。

1.5.2 治疗组 采用中药联合奥美拉唑治疗,疗程为10 d。奥美拉唑 20 mg,口服,每日1次;自拟方剂为:黄连 10 g,白及 10 g,黄芪 10 g,蒲公英 10 g,甘草 10 g;煎水至200 mL,分2份,口服,每日1剂,连用10日。

治疗期间注意监测患者血压等生命体征情况,治疗前后化验检查血脂、肝肾功能。

1.6 疗效判断 幽门螺旋杆菌根治标准:治疗结束后,停用奥美拉唑及所有抗生素1月后复查, C<sup>13</sup>幽门螺旋杆菌检测转阴性者。幽门螺旋杆菌疗效判断标准: (1)清除:疗程结束,停用奥美拉唑及所有抗生素1月后复查 C<sup>13</sup>幽门螺旋杆菌检测转阴性者。(2)无效:疗程结束,停用奥美拉唑及所有抗生素1月后复查 C<sup>13</sup>幽门螺旋杆菌检测未转阴性者。

1.7 统计学方法 用卡方检验,计量资料用 *t* 检验,当  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

治疗结束7日后复查 C<sup>13</sup>幽门螺旋杆菌检测,数据表明治疗组的幽门螺旋杆菌转阴率与对照组相似 ( $P > 0.05$ ), 2组无统计学差异 ( $P > 0.05$ )。见表1。

表1 治疗后幽门螺旋杆菌疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈例数	幽门螺旋杆菌转阴率
治疗组	34	32	94.12
对照组	31	30	96.77

## 3 讨论

自幽门螺旋杆菌 (*helicobacter pylori*, Hp) 发现以来,幽门螺旋杆菌感染是许多胃肠道疾病的重要病因之一,这个观点已得到大家的公认。现代医学多采用抗生素联合质子泵抑制剂来治疗幽门螺旋杆菌感染。虽然三联或四联疗法能达到较好的杀菌效果,但多种抗生素的使用会加大药物过敏的可能及耐药菌株的出现。同时幽门螺旋杆菌 (HP) 感染虽然短期的根除率尚可,但很容易复发,同时常伴有一些副作用,如PPI三联疗法的副作用发生率高达5%~20%,且停药后复发率高。

我国有着丰富的中草药资源,数百种中药提取物已被证实具有良好的抗菌活性。从天然药物中开发新一代高效、低毒副作用的抗幽门螺旋杆菌药物不失为一种较好的解决途径。本研究参考大量资料自拟中药方剂,以黄连、黄芪、蒲公英为主药,进行临床实验。幽门螺旋杆菌阳性患者以脾胃湿热型多见,如将Hp清除可使症状消失,炎症消退,病灶消除。本研究的处方中黄连能清

热燥,现代研究表明黄连乙醇提取物对10株幽门螺旋杆菌的最小抑菌浓度MIC<sub>50</sub>值为7.81 mg/mL, MIC<sub>90</sub>值为10.42 mg/mL,提示黄连能除湿解毒,清除胃粘膜中的Hp,有较强的抗Hp作用<sup>[3]</sup>;而黄芪能有效抑制体外幽门螺旋杆菌空泡毒素 (VacA) 的活性,调节机体免疫功能,增强人体正气起到控制幽门螺旋杆菌感染的作用<sup>[4]</sup>。胡伟等<sup>[5]</sup>通过体外实验发现蒲公英对幽门螺旋杆菌有明显的抑菌作用。由于Hp感染属中医湿热之邪的范畴,湿热中阻是Hp感染最常见的证候,故采用清热祛湿、理气健脾、扶正祛邪为主的治法,都能获得疗效。本研究表明中治疗结束7日后复查 C<sup>13</sup>幽门螺旋杆菌检测,数据表明治疗组的幽门螺旋杆菌转阴率与对照组相似 ( $P > 0.05$ ), 2组无统计学差异 ( $P > 0.05$ )。其结果也支持此论点。

本研究表明中中药联合奥美拉唑治疗幽门螺旋杆菌感染的疗效与单用西药治疗的疗效相同,中药可以替代抗生素的使用。但本研究病例较少,有待日后工作中扩大样本量,进一步合理、规范、深入地探讨中医药抗Hp的作用机制及疗效,真正地充分发挥中医学特色,促进中医病因学及治疗学的发展。

## 参考文献

- [1]杨春波.脾胃湿热理论的形成及临床应用[J].福建中医药大学学报,2010,20(5):1-5.
- [2]胡伏莲.幽门螺旋杆菌感染与上胃肠道疾病[J].临床内科杂志,2003(2):58-59.
- [3]王平.黄芪含药血清对幽门螺旋杆菌空泡毒素活性的影响[J].西部中医药,2011,24(7):17-19.
- [4]吴玉梅.黄连、吴茱萸有效组分不同配比体外抗幽门螺旋杆菌实验研究[J].贵阳中医学院学报,2014,36(6):21-24.
- [5]胡伟.蒲公英对幽门螺旋杆菌体外抑菌作用的实验研究[J].胃肠病学,2006,11(6):365-366.

(本文编辑:张文娟 本文校对:梅瑞平 收稿日期:2017-11-29)

## 洪雅中草药·低等植物· 鬼笔科名录

竹参(竹荪)*Dictyophora phalloidea* Desv.

入药部位:子实体入药。

性味:性温,味甘。

功能主治:滋补强壮,补心肾,强筋骨。用于化疗、放疗所致白细胞减少症等。

生境分布:杂树、竹林下。总岗山多见。

鸡屎菌(红鬼笔)*Phallus rubicundus* (Bosc.) Fr.

入药部位:子实体入药。

性味:性温,味甘、苦。

功能主治:清热解毒。外用治疗痈肿疮毒。

生境分布:竹林中。瓦屋山、总岗山多见。

——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

针推启学  
ACUPUNCTURE AND  
MASSAGE GUIDING LEARNING

## 中国穴位埋线疗法系列讲座(70)

埋线针刀股骨小转子松解术及其临床意义<sup>※</sup>杜蓉<sup>1</sup> 杨才德<sup>2\*</sup>

(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:** 股骨小转子是人体较为明显的体表标志, 腰大肌起自腰椎体的侧面和横突, 髂肌起自髂窝, 两肌相结合, 经腹股沟韧带的深处下至髋关节的前面而止于股骨小转子。上述肌肉损伤会引起腰背疼痛和髋关节活动受限等症状, 上述损伤疾病发病率逐年增高, 临床常见治疗方法治疗效果不理想, 埋线针刀治疗, 操作简单, 安全性高, 临床疗效确切, 值得临床推广。

**关键词:** 股骨小转子; 埋线针刀; 髂腰肌; 穴位埋线; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.052

文章编号:1672-2779(2018)-05-0114-03

## Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (70)

## The Clinical Significance of a Small Rotor-Spinotomy for Embedded Wire Needle

DU Rong<sup>1</sup>, YANG Caide<sup>2\*</sup>

(1. College of Acupuncture and Massage, Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730000, China;

2. Integrated TCM &amp; Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China)

**Abstract:** The small trochanter of the femur is the obvious sign of the body and is the end point of the iliopsoas muscle. The psoas muscle arises from the lateral and transverse processes of the lumbar. The iliacus muscle arises from the iliac fossa. The injury to the iliopsoas is associated with lower back pain and limited hip movement. The injury of the iliopsoas is increasing year by year. Treatment with needle knife is effective and safe, thus is suggested to use clinically.

**Keywords:** small trochanter of femur; embedded wire needle knife; iliopsoas injury; acupoint embedding thread; arthromyodynia

(上接第4期)

穴位埋线是针灸技术的进一步延伸, 伴随着科技的不断进步, 针具也得已发展和创新, 其中带刀针具的发展更加迅速。埋线针刀作为一种新的专利技术已被广泛的应用于临床, 在治疗疼痛类疾病方面取得了良好的疗效。本文通过研究股骨小转子的解剖结构、松解方法, 来探究股骨小转子松解术的临床意义。

## 1 股骨小转子的解剖结构

大转子为股骨上端向外上方的明显隆起, 在髋结节下方约10 cm处可触及。股骨小转子比大转子低, 位于股骨干的内后侧面, 是指股骨干后上内侧的圆锥形突起, 为髂腰肌止点。髂腰肌系髂肌前群肌之一, 由腰大肌和髂肌构成。腰大肌起自腰椎体的侧面和横突, 支配神经为第2、3腰神经; 作用为使躯干屈向骨盆及屈曲和内旋大腿, 腰大肌被一筋膜鞘包裹, 当患腰椎结核时, 脓液可沿此鞘髂窝或大腿根部。髂肌呈扇形, 位于腰大肌外侧, 起自髂窝, 支配神经为股神经; 作用为屈大腿及躯干屈于大腿。两肌相结合, 经腹股沟韧带的深处下至髋关节的前面而止于股骨小转子。此

肌可屈与外旋大腿, 下肢固定时使骨盆和躯干前屈, 髂腰肌受腰丛肌支(胸12腰1-4)支配<sup>[1]</sup>。

## 2 埋线针刀的优势

传统意义上的埋线针刀有两层含义。针的作用是一方面, 如果针刀刺入人体而不发挥切开, 剥离等作用的时候, 它发挥的就只是针的作用, 也只体现了针的理念。从中医学角度来看, 针灸治疗疾病的作用就在于调和阴阳, 疏通经络。但是针刀有一个小小的刀刃, 比针灸针略粗, 对人体产生的刺激效应更强, 所以针刀治疗效果优于针灸针。另一方面, 是刀的作用, 针刀不需要切开皮肤, 以针的理念进入皮肤, 到达病所后才进行切割, 分离等操作, 这在某种程度上保护了人体的健康组织<sup>[2]</sup>。

随着科技的不断发展, 著名埋线专家杨才德主任发明了“埋线针刀”这一国家专利技术, 它是一种新型的操作工具, 较传统针刀有一定的优势, 它是具有针刀般的针刃和埋线功能的管形针具, 既可以针刀也可以穴位埋线。仔细观察和思考埋线针刀的全过程, 不外乎刺入、切割以及针体移动等几个阶段, 可归纳为“一个核心技术、两个运动形式, 四个基本操作”。这一专利的临床运用, 使埋线医学的发展有了质的飞跃<sup>[3]</sup>。

※ 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





**2.1 穿刺** 穿刺是埋线针刀的核心技术,包括直刺、斜刺和平刺。针身与皮肤表面呈 $90^{\circ}$ 角垂直刺入皮肤者称为直刺。这种刺法适用于全身肌肉较丰厚处的穴位。针身与皮肤表面呈 $45^{\circ}$ 角,倾斜刺入者为斜刺,适用于肌肉较薄处且不宜深刺的穴位。针身与皮肤表面呈 $15^{\circ}$ 角沿皮刺入皮肤者称为平刺,适用于皮肉浅薄处穴位。

**2.2 切摆** 切摆是埋线针刀的两个运动形式。切摆即切割和摇摆。切割意为用刀割开,它是一种物理动作,不管是平刀埋线针还是斜刀埋线针,在前进的过程中,不可避免要切割组织,即使有多有少,它是不以人的意志为转移的,所以切割是埋线的运动形式之一。另外一个运动形式是摇摆,摇摆意为摇动,摆动。穴位埋线的“摆”,是指针具成功穿刺进入人体后,操作者以皮肤为支点,摆动针具的动作,其主要目的是实现“钝性分离”。埋线的过程中,针刀在通过组织的时候,其实质就是切,当病灶或者病变组织不适合切割的时候,常常通过针体的摇动来实现对组织的分离,所以切割和摇摆是埋线针刀的两个运动形式<sup>[3]</sup>。

**2.3 纵切、纵摆、横切、横摆** 纵切、纵摆、横切、横摆是四个基本动作。(1)纵切。指“切”在纵向的运动。根据针刀的方向分为纵向纵切和纵向横切两个动作。纵向纵切就是针刀的方向为纵向,切割的动作在纵轴的方向上运动;纵向横切就是针刀的方向为纵向,切割的动作在横轴的方向上运动。(2)横切。指“切”在横向的运动。根据针刀的方向分为纵向横切和横向横切两个动作。纵向横切就是针刀的方向为横向,切割的动作在纵轴的方向上运动;横向横切就是针刀的方向为横向,切割的动作在横轴的方向上运动。(3)纵摆。就是针体运动的方向与人体纵轴平行。(4)横摆。就是针体运动的方向与人体纵轴垂直<sup>[3]</sup>。

### 3 股骨小转子松解术的基本操作

股骨小转子的松解就建立在埋线针刀的基础之上。仔细思考埋线针刀的全过程,不外乎刺入、切割以及针体移动几个部分,简要概括为“刺、切、摆”三字。操作:

**3.1 体位** 俯卧于埋线针刀专用治疗床,让患者暴露臀部,同时保证患者的呼吸通畅。

**3.2 体表标志** 股骨小转子,下肢的最外侧首先触到的便是股骨大转子,大转子和小转子是股骨颈基底部的骨性突起。大转子位于上外侧,呈长方形,小转子比大转子低,位于后内侧。沿大转子向后内下的方向移动,深压时可触到一骨性隆起,呈圆锥形突起,此即为小转子。

**3.3 定点** 在股骨小转子上外侧缘定一点,若两侧均有压痛,可同时定点。

**3.4 麻醉** 皮肤常规消毒,戴手套,在定点部位触清骨点,用手指压住,穿刺针直达骨面,同时回吸,无回

血后退出式注入2%利多卡因注射液适量。亦可不予麻醉。

**3.5 埋线针刀操作** 先以左手大拇指找准并按压在小转子突起上,刃口线与下肢纵轴平行,针体与皮肤表面垂直,紧贴左手拇指并沿按压方向进针快速刺入皮肤,缓慢推进,直达骨面,针刀垂直于髂腰肌肌纤维方向切割2~3次,再沿肌纤维方向摆动2~3下,针下有松动感后出针。针眼压迫止血,用创可贴贴敷即可,注意保暖,3次为1个疗程,每次一般间隔7天<sup>[4]</sup>。

### 4 临床意义

在穴位埋线时,需要用针具刺入穴内,埋入外科手术线,产生针刺效应。将该线埋植于人体内,如异种组织移植,其中的抗原可使人体淋巴细胞致敏,致敏细胞即配合体液中的抗体、巨噬细胞等反过来破坏、软化、分解、液化该线,使之变为多肽、氨基酸等,最后被吞噬吸收,同时产生多种淋巴因子,这些抗原刺激物对穴位产生的生物化学刺激,使局部组织产生无菌性炎症,甚至出现全身反应,从而提高人体的应激能力,促进局灶部位血管丛增加,血流量增大,使血管通透性和血液循环得到改善<sup>[5]</sup>。

髂腰肌系髂肌前群肌之一,可屈与外旋大腿,下肢固定时使骨盆和躯干前屈,常常因维持人体姿势、对抗腰部后伸肌群而受到慢性损伤,因其比较隐蔽,故此损伤往往不会引起医师注意,致使一部分以“腰痛”为主诉的患者,症状反复,无法治愈。腰大肌起自腰椎体的侧面和横突,髂肌起自髂窝,两肌相结合,经腹股沟韧带的深处下至髋关节的前面而止于股骨小转子。通常,腰大肌和髂肌的起点,无法进行埋线针刀操作,因此,髂腰肌止点一股骨小转子就显得尤为重要。

近年来,股骨小转子松解术在治疗髂腰肌损伤这一类疾病中均取得了很好的疗效。通过松解该部位周围组织,改善和解除局部组织的粘连、挛缩、瘢痕、堵塞等病理变化,解除对神经、血管刺激和压迫,消除肌紧张、肌痉挛,改善局部代谢,增强局部的血液供应,促进局部微循环,进而恢复人体的动态平衡<sup>[6]</sup>。

股骨小转子松解术,采用埋线针刀沿微循环通路的走向进行疏通剥离,即可使病变部位处于相对宽松的环境,得到血液的供应,也就是说得到能量和营养的补充,使病灶部位的组织器官得到很快的修复。另外,埋线针刀能够有效的调节人体内部的力学平衡。髂腰肌损伤类疾病常伴有髋关节周围的软组织的粘连、挛缩、瘢痕,关节的力学平衡就会破坏,致使关节内部的力学平衡失调,用埋线针刀松解小转子,剥离这些变性的软组织,使关节内的力学得到平衡,疾病也会得到根本的治疗<sup>[6]</sup>。

股骨小转子因其解剖位置位于股骨干的内后方,

所以患者在松解术治疗时应取俯卧位,以便施术者进行定位。在进行定位时应与坐骨结节相鉴别。股骨小转子为腰大肌和髂肌的止点,这两肌可屈与外旋大腿,定时时施术者用拇指触压股骨干后内侧,深压时可触到一骨性隆起,呈圆锥形突起,用左手拇指卡压该突起,并使患者被动做屈腿与外旋大腿的动作,若拇指下卡压部位有滑动感则小转子定点准确,若没有滑动感则该点可能为坐骨结节,应仔细辨别。埋线针刀操作时,施术者左手拇指朝着小转子头部方向卡压,刃口线与下肢纵轴平行,针体与皮肤表面垂直快速进

针,确保针尖到达松解部位。

#### 参考文献

- [1]王海杰.临床局部解剖学[M].北京:人民卫生出版社,2016(2):333-341.
- [2]吴绪平.针刀医学[M].北京:中国中医药出版社,2014(9):101-104.
- [3]杨才德,包金莲,李玉琴,等.埋线针刀-穴位埋线的新武器[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(5):63-64.
- [4]杨才德,鱼灵会,于灵芝,等.针刀枢椎棘突松解术对椎动脉型颈椎病疗效评价[J].世界中医药,2014,9(1):89-91.
- [5]郭义.实验针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2016(8):106-107.
- [6]邸军,周君琳,梁俊生.股骨头坏死诊疗手册[M].北京:人民军医出版社,2013(4):212-218.

(本文编辑:张文娟 本文校对:何天有 收稿日期:2018-01-23)

(未完待续)

## 背部推拿法结合针刺治疗亚健康状态失眠的临床观察※

周祥华<sup>1</sup> 刘厚君<sup>2</sup> 张欣<sup>3\*</sup>

(1 白山市中医院针灸科,吉林 白山 134300; 2 白山市第二中学,吉林 白山 134300;  
3 长春中医药大学推拿学院,吉林 长春 130117)

**摘要:**目的 观察背部推拿法结合针刺治疗亚健康失眠的临床疗效。方法 将100例亚健康失眠者随机分为2组,每组各50例。对照组予普通针刺治疗,治疗组在普通针刺基础上加背部推拿治疗。治疗前后采取匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)对2组患者进行评分。观察时间点为治疗前、治疗15天、治疗结束后、治疗后3月,治疗后半年。结果 从短期疗效看,治疗15天后,2组患者PSQI指数都下降,与治疗前比较,差异存在统计学意义( $P<0.05$ )。组间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。从中长期疗效看,治疗后3个月、治疗后半年,2组患者的PSQI指数均下降,与治疗前比较,差异均存在统计学意义( $P<0.05$ );组间比较,差异存在统计学意义( $P<0.05$ ),治疗组优于对照组。结论 背部推拿法结合针刺能够有效治疗亚健康状态失眠。

**关键词:** 亚健康;失眠;针刺;推拿法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.053

文章编号:1672-2779(2018)-05-0116-03

### Clinical Observation on Tuina Therapy on the Back Combined with Acupuncture and Moxibustion in Treating Sub-healthy State Insomnia

ZHOU Xianghua<sup>1</sup>, LIU Houjun<sup>2</sup>, ZHANG Xin<sup>3</sup>

- (1. Department of Acupuncture and Moxibustion, Baishan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Baishan 134300, China;  
2. Baishan Second Middle School, Jilin Province, Baishan 134300, China;  
3. College of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Changchun University of Chinese Medicine, Jilin province, Changchun 130117, china)

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical effect of Tuina therapy on the back combined with acupuncture and moxibustion in treating sub-healthy state insomnia. **Methods** The 100 sub-healthy insomniacs were randomly divided into two groups, with 50 cases in each group. The control group was treated with normal acupuncture, and the treatment group was treated with Tuina therapy on the back on the basis of common acupuncture. The Pittsburgh sleep quality index was used to evaluate two groups of patients before and after treatment. The observation point is before intervention, and after 15 days of intervention, and ending of the intervention, and three months after the intervention, and six months after the intervention. **Results** In short-term curative effect, PSQI of both groups declined after the intervention and after 15 days of intervention. The differences were statistically significant before intervention ( $P<0.05$ ). There was no statistically significant difference between groups ( $P>0.05$ ). In medium term efficacy, the PSQI decreased in the second half of the year and three months after the intervention, the differences were statistically significant before intervention ( $P<0.05$ ), and the differences between groups were statistically significant ( $P<0.05$ ). The treatment group was superior to the control group. **Conclusion** Tuina therapy on the back combined with acupuncture and moxibustion can effectively regulate the sub-healthy state insomnia.

**Keywords:** sub-health; insomnia; acupuncture; Tuina therapy

“亚健康状态”是近年来医学界提出的新概念,又称“次健康”“游移状态”。因其具有广泛的社会学和

特有的时代性,被称为“世纪病”<sup>[1-2]</sup>,一般指介于健康和疾病之间的一种生理功能低下的状态。主要表现为疲劳,失眠,记忆力下降,抵抗力下降等症状。有研究表明,失眠在亚健康状态中所占比例为73.4%<sup>[3-4]</sup>,课题组采用背部推拿法结合针刺治疗亚健康状态失眠,取得较好临床效果,现报道如下。

※ 基金项目:吉林省中医药管理局基金项目【No.2017027】;吉林省卫计委基金项目【No.2017J102】

\* 通讯作者:1147346490@qq.com



## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2016年1月—2017年6月在本院针灸科和推拿科门诊就诊的患者,共100例。年龄在20~60岁,男女不限。采用随机分配法将患者分为2组,每组患者50例。其中,治疗组患者男26例,女24例;年龄22~57岁;病程1~6个月。对照组患者男28例,女22例;年龄20~60岁,病程1~8个月。2组患者在病程、性别、年龄等方面经统计学分析,不存在统计学意义的差异( $P>0.05$ ),可以进行疗效比较。所有患者均告知实验相关内容,并签署知情同意书。

**1.2 诊断标准** 依据《中国成人失眠诊断与治疗指南》评价量化指标:(1)睡眠潜伏期(SL)延长,入睡时间 $>30$ 分钟;(2)睡眠维持障碍,夜间觉醒次数为2次或凌晨早醒;(3)睡眠质量下降;(4)总睡眠时间(TST)缩短,通常少于6 h;(5)同时伴有日间功能障碍<sup>[5]</sup>。

**1.3 纳入标准** 出现上述其中一项或几项同时存在时,即可定为失眠。年龄18~50岁,男女不限。

**1.4 排除标准** (1)任何一种躯体疾病或精神障碍症状的一部分;(2)妊娠或哺乳期妇女。

## 1.5 治疗方法

**1.5.1 对照组** 采用普通针刺方法进行治疗。

取穴:百会、神门、三阴交、照海、申脉、安眠(参考十二五规划教材《针灸学》,中国中医药出版社出版)。

操作:患者取仰卧位,诸穴采用常规针刺方法,得气后留针30 min,每天治疗1次,连续治疗30 d。

**1.5.2 治疗组** 除采用与对照组相同疗法与疗程外,另给予背部推拿疗法。

操作方法:(1)滚背法:术者在患者足太阳膀胱经背部循行路线上施以大滚法,时间约为5 min。(2)揉背法:术者以全掌为着力点,在患者足太阳膀胱经与督脉背部循行路线施以全掌揉法,时间约为5 min。(3)推背法:术者以掌根为着力点,在患者足太阳膀胱经背部循行路线施以掌推法,为防止推破皮肤,可适当使用推拿介质,时间约为3 min。(4)点背法:术者以拇指指腹为着力点,依次点按患者背部的背俞穴和华佗夹脊穴,以患者局部感觉酸胀为度,时间约为5 min。(5)擦背法:术者以全掌为着力点,在患者足太阳膀胱经与督脉背部循行路线施以掌擦法,为防止擦破皮肤,可适当使用推拿介质,以患者感觉透热为度,时间约为3 min。(6)拍背法:术者以全掌为着力点,在患者足太阳膀胱经背部循行路线施以空掌拍法,时间约为2 min。

## 1.6 观察指标与统计学方法

### 1.6.1 观察指标

#### 1.6.1.1 2组患者治疗结束后的临床疗效

**1.6.1.2 2组患者治疗前后的PSQI量表积分** PSQI积分量表是美国匹兹堡大学医学研究中心的专家编制而成,能够有效评定患者近一个月的睡眠质量。量表由19个自我评定问题和5个睡眠同伴评定问题组成。每个问题按0~3个等级计分,各问题得分之和为PSQI量表的总积分。总积分范围在0~21分之间,总积分越高,说明患者睡眠质量越差。

**1.7 统计学方法** 计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用SPSS 19.0软件进行单因素方差分析,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,等级计数资料用秩和检验。

**1.8 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>拟定。临床痊愈:患者睡眠时间恢复正常,夜间睡眠时间达到6个小时以上;睡眠质量较好,睡醒后精力充沛。显效:患者睡眠状态明显好转,睡眠时间较以往增加3个小时以上,睡眠深度有所增加。有效:患者症状减轻,睡眠时间较以往有所增加,但增加不到3 h。无效:患者治疗后失眠症状无明显改善,或者失眠症状加重。

## 2 结果

**2.1 患者PSQI评分比较** 患者PSQI评分比较情况见表1。通过表1可见,2组患者治疗结束后,PSQI总分均下降,与治疗前相比较,差异存在统计学意义( $P<0.05$ );2组患者组间比较,不存在统计学意义的差异( $P>0.05$ )。治疗结束后3个月及半年后的随访发现,2组患者的PSQI总分均下降,与治疗前相比较,差异存在统计学意义( $P<0.05$ );2组患者组间比较,差异存在统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组PSQI评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗15天	治疗结束后	治疗后3月	治疗后半年
治疗组	50	10.55 $\pm$ 0.40	8.37 $\pm$ 0.42	6.05 $\pm$ 0.52 <sup>①</sup>	5.32 $\pm$ 0.41 <sup>②</sup>	5.20 $\pm$ 0.41 <sup>②</sup>
对照组	50	10.25 $\pm$ 0.30	8.87 $\pm$ 0.53	6.87 $\pm$ 0.68 <sup>①</sup>	6.97 $\pm$ 0.43 <sup>①</sup>	6.22 $\pm$ 0.56 <sup>①</sup>

注:与干预前比较,<sup>①</sup> $P<0.05$ ;与对照组同期比较,<sup>②</sup> $P<0.05$

**2.2 患者临床疗效比较** 患者临床疗效比较见表2。通过表2可见,治疗组临床疗效总有效率为94%,对照组为86%,2组患者组间比较,差异存在统计学意义( $P<0.05$ )。

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	50	20	20	7	3	47(94.0) <sup>①</sup>
对照组	50	14	15	14	7	43(86.0)

注:与对照组比较,<sup>①</sup> $P<0.05$

## 3 讨论

“亚健康状态”是指人体处于健康和疾病之间的一种状态,患者主要表现为在一定时间内精神状态、身体功能以及适应能力下降,如失眠烦躁、食欲不振、精神萎靡等。但是处于亚健康状态者,往往现代医学的各项检查结果均正常,或者检查结果稍有偏离,又不符合临床疾病的诊断标准<sup>[7-9]</sup>。临床观察中发现,失眠是亚健康状态者的主要表现之一,发生率较高。国内资料报道,亚健康状态失眠的发生率高达30%<sup>[10]</sup>。很多人需要服用助眠药物才能够入睡,严重影响生活质量和身体健康。

针灸治疗亚健康状态失眠在于能够协调阴阳、扶正祛邪、疏通经络,使人阴平阳秘,气血调和从而改善睡眠状态<sup>[11]</sup>。《灵枢·根结》篇说:“用针之要,在于知调阴与阳,调阴与阳,精气乃光,合形于气,使神内藏”,阐明了针灸疗法能够平衡阴阳、调和气血,从而使人神气内藏,进而发挥治疗疾病的作用。扶正,即扶助正气,增强人体抗病能力;祛邪,即祛除邪气,减少致病因素。亚健康状态患者失眠症状的发生,也是人体正邪交征、此消彼涨的状态的一种体现,针灸扶正祛邪之功,正可以发挥改善睡眠之力。人体的经络系统“内属于脏腑,外络于肢节”<sup>[12]</sup>。经络、气血以及机体脏腑之间有着密切的关联,失眠症状的发生发展与机体气血失和,脏腑功能失调有关。针灸疗法通过刺激体表腧穴,调节体内经络系统与脏腑气血之间的平衡,从而达到改善睡眠的目的。

推拿疗法是中医传统特色诊疗方法之一,是在中医基础理论指导下,在人体体表一定的部位或穴位上,开展推拿手法操作,通过推拿手法的刺激,达到保健养生、防病治病的目的。背部推拿法是在人体背部开展推拿手法操作的一种推拿疗法,通过刺激机体背部的督脉、背部膀胱经以及膀胱经第一侧线上的各个穴位,发挥临床治疗作用。尤其是膀胱经第一侧线上的背俞穴,是脏腑之气输注于背腰部的特殊穴位,与脏腑关系密切<sup>[13-15]</sup>。背部推拿法,通过刺激这些经络与腧穴,疏通了经络,改善了脏腑功能,使机体阴阳与脏腑功能趋于平衡,从而达到治疗目的<sup>[16-18]</sup>。

从课题组的结果来看,背部推拿法结合针灸是一种安全可靠,无副作用,简便高效的治疗方法,能有效的调治亚健康失眠状态,促进其睡眠质量的提高。研究结果表明,背部推拿法结合针灸值得在中医治疗亚健康状态失眠的临床中大力推广应用。

## 参考文献

- [1]马宁,刘民.亚健康状态的流行病学研究进展[J].中国预防医学杂志,2012,13(7):556-559.
- [2]徐璿,许朝霞,王义闻,等.亚健康状态中医证候特征研究进展[J].中华中医药杂志,2016,31(4):1356-1358.
- [3]李丹,李明今.亚健康状态研究进展[J].中国民康医学,2011,23(23):2954-2957.
- [4]卢洋.大学生亚健康状态的影响因素与预防措施[J].当代体育科技,2017,7(4):107-108.
- [5]张鹏,赵忠新.《中国成人失眠诊断与治疗指南》解读[J].中国现代神经疾病杂志,2013,13(5):363-367.
- [6]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [7]赵歆,陈家旭,王利敏,等.亚健康状态常用评估方法[J].中华中医药学刊,2011,29(4):707-709.
- [8]王利敏,赵歆,陈家旭,等.亚健康状态综合评价指标体系研究思路探析[J].中华中医药杂志,2010,25(2):180-183.
- [9]闫宇翔,董晶,李蔓,等.亚健康状态评价问卷(SHSQ-25)判定标准的制定[J].中国卫生统计,2011,28(3):256-258.
- [10]马宁,刘民.应用改良 Delphi 法建立亚健康状态评价指标体系[J].中华疾病控制杂志,2013,17(1):77-81.
- [11]欧爱华,麦润汝,原嘉民,等.亚健康状态分型与中医体质类型相关性的对应分析[J].广东医学,2012,33(1):11-14.
- [12]蔡力妍,吴节,马婷婷,等.基于数据挖掘探析古、现代针灸治疗亚健康状态的相关病症用穴特点[J].中国针灸,2015,35(10):1073-1079.
- [13]伦轼芳,雷雷鸣,庞军,等.推拿对亚健康状态调治作用的临床观察[J].现代中西医结合杂志,2010,19(6):651-652,656.
- [14]周海丰,伦轼芳.中医保健推拿调治亚健康状态人群 200 例[J].长春中医药大学学报,2010,26(3):370-371.
- [15]王军,谭曾德,高利权,等.中医推拿配合针刺改善老年人亚健康状态的生存质量研究[J].中医药学报,2015,43(2):76-79.
- [16]王琦.推拿治疗亚健康状态[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2009,16(1):35-36.
- [17]宋鸿权,魏晖,徐勇刚,等.经络点穴推拿对人类亚健康状态的临床研究[J].浙江中医药大学学报,2011,35(2):261-262.
- [18]高山.中医推拿调治亚健康状态探析[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(10):3-4.

(本文编辑:张文娟 本文校对:尚 坤 收稿日期:2018-01-19)

## 洪雅中草药·低等植物· 木耳科名录

木耳(耳子)*Auricularia auricula* (L.ex Hook) Underw.  
入药部位:全株入药。

性味:性平,味甘。

功能主治:清热凉血,补血,补脾益气。治疗肺热咳嗽。  
生境分布:寄生于枯树上。分布于瓦屋山、总岗山多见。

毛木耳(耳子)*Auricularia polytricha* (Mont.) Sacc.

入药部位:全株入药。

性味:性平,味甘。

功能主治:利水、除烦,利小肠,通便。治疗烦闷心乱。  
生境分布:寄生枯树上。瓦屋山、总岗山多见。蕴藏量少。

——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



# 推拿针刺结合腰部核心肌群锻炼 对老年腰椎退行性骨关节炎疗效及生命质量影响※

占茂林 吴以诚 陆剑挺 郭耀斌 司晓华 张万云

(安徽中医药大学第一附属医院·安徽省中医院推拿科, 安徽 合肥 230031)

**摘要:**目的 探究推拿针刺结合腰部核心肌群锻炼对老年腰椎退行性骨关节炎疗效及生命质量影响。方法 对2014年10月—2017年6月治疗的符合纳入标准的60例腰椎骨关节炎患者进行研究,将患者分为观察组和对照组。观察组采用推拿针刺结合腰部核心肌群锻炼治疗,对照组采用推拿针刺治疗,对比分析2组患者的治疗效果及对生命质量的影响。结果 观察组治疗后的JOA评分明显高于对照组,生命质量(SF-36)明显优于对照组,  $P < 0.05$ 。6个月后随访,腰部核心肌群锻炼组复发率低。结论 在老年腰椎退行性骨关节炎的治疗中,结合我省陆剑挺名老中医临床经验,将推拿针刺结合腰部核心肌群锻炼治疗老年腰椎退行性骨关节炎疗效确切,能明显减轻疼痛及功能障碍,提高生命质量,达到协同效果,值得推广应用,能为临床规范化治疗此种疾病提供一定的参考。

**关键词:**推拿;针刺;腰部核心肌群;老年科;腰椎退行性;骨关节炎;生命质量(SF-36);痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.054

文章编号:1672-2779(2018)-05-0119-03

## The Curative Effect of Massage and Acupuncture Combined with Core Muscle Group Exercise on Elderly Lumbar Degenerative Osteoarthritis and Its Influence on the Quality of Life

ZHAN Maolin, WU Yicheng, LU Jianting, GUO Yaobin, SI Xiaohua, ZHANG Wanyun

(The First Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Anhui Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Anhui Province, Hefei 230031, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the curative effect of massage acupuncture combined with lumbar muscle group on elderly lumbar degenerative osteoarthritis and its influence on the quality of life. **Methods** 60 patients with lumbar vertebra arthritis who were eligible for inclusion criteria were included in my treatment from October 2014 to June 2017. The patients were divided into observation group and control group. The observation group used massage acupuncture combined with lumbar muscle group exercise therapy, and the control group was treated with massage and acupuncture. The therapeutic effect of the two groups was compared, and the effect on the quality of life was analyzed. **Results** The JOA score in the observation group was significantly higher than that in the control group, and the quality of life (SF-36) of the observation group was significantly better than that of the control group  $P < 0.05$ . After 6 months followed-up, the recurrence rate of the observation group was low. **Conclusion** In the treatment of senile lumbar degenerative osteoarthritis, combined with clinical experience of Anhui Liu Jianting famous doctor of traditional Chinese medicine, massage acupuncture and lumbar muscle group exercise in the treatment of senile lumbar degenerative osteoarthritis can obviously reduce pain and dysfunction, and improve the life quality, achieve synergy effect, is worthy of popularization and application, and provide some reference for standardization of clinical treatment of this disease.

**Keywords:** massage; acupuncture; lumbar core muscle group exercise; geriatrics; lumbar degeneration; osteoarthritis, quality of life (SF-36); arthromyodynia

腰椎退行性骨关节炎又称腰椎增生性脊柱炎。临床多见并逐渐引起推拿科医生的关注,有调查分析表明,年龄、体力劳动、身体肥胖是导致骨关节炎的主要因素<sup>[1-2]</sup>,随着人口老龄化及生活水平的提高,腰椎骨关节炎患者逐年增多。已严重影响老年患者生命质量。传统治疗方法较多,但远期随访容易反复发作且治疗方案有待进一步规范化<sup>[3]</sup>。推拿针刺对腰椎骨关节炎有一定的疗效,但远期疗效不确定,腰部核心肌群锻炼亦有作用,本研究采用推拿针刺配合腰部核心肌群锻炼对腰椎退行性骨关节炎患者进行治疗,并与推拿针刺对照组相比较,疗效更确切,远期疗效较好,且明显能提高患者生命质量,本研究目的为形成中医规范

化治疗腰椎退行性骨关节炎提供一定的参考,现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 根据纳入标准与排除标准,共有60例腰椎骨关节炎患者入选,分为观察组和对照组,各30例。观察组中男14例,女16例;年龄55~78岁,平均67.6岁;病程1~15年,平均7.6年。对照组中男12例,女18例;年龄54~80岁,平均68.3岁;病程1~16年,平均8.2年。

**1.2 诊断标准** 参考《临床骨伤科学》<sup>[4]</sup> 腰椎骨性关节炎诊断标准:(1)腰部僵硬酸痛,久坐、久行、劳累后加重,休息后减轻、部分患者可出现腿痛麻。(2)腰椎活动有所受限。(3)腰椎生理弧度改变,增大或减小、腰部或骶部压痛,少有放射痛。(4)腰椎X线片显示:腰椎骨赘形成、椎间隙变窄和腰椎变形;

※ 基金项目:安徽省中医发展专项资金名医工作室项目【No.皖中医药(2012)10号】

(5) 腰椎MRI或CT能显示椎间盘、椎管、椎骨病变。

**1.3 纳入标准** (1) 据以上诊断标准确诊者；(2) 无腰椎手术者；(3) 能配合治疗者及观察者；(4) 配合随访观察者。

**1.4 排除标准** (1) 不符合以上诊断标准者；(2) 严重的心、脑、肺疾病患者；(3) 疑有或已确诊的脊柱肿瘤、脊柱骨折者；(4) 资料不全，影响评估者。

## 1.5 方法

**1.5.1 分组方法** 采用随机数字表的方法将纳入研究的患者分为观察组30例，对照组30例。各组基线资料比较， $P>0.05$ ，差异无统计学意义，具有可比性（见表1）。

表1 2组患者基线资料比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	男(例)	女(例)	年龄(岁)	病程(年)	JOA评分	SF-36
观察组	30	14	16	61.7±6.28	5.60±2.36	5.72±1.32	32.48±7.68
对照组	30	12	18	62.5±5.86	6.20±1.78	5.68±1.59	33.17±7.56
检验值	$\chi^2=0.506$ $t$ 值=2.473 $t$ 值=0.064 $t$ 值=0.058 $t$ 值=0.061						
$P$ 值	0.413 0.0762 0.5503 0.318 0.326						

## 1.5.2 治疗方法

**1.5.2.1 推拿手法操作** (1) 患者俯卧位，腰部肌肉放松，医者先用滚法在腰臀部操作，刺激范围为竖棘肌、臀中肌、臀大肌所覆盖区域，使紧张的腰部肌肉初步放松。(2) 将滚法与弹拨法两种12肋下缘到京骨；自腰肋角起，沿第2、3、4腰椎横突到髂嵴；自髂腰角起，沿髂嵴上缘到髂前上棘；自髂嵴最高点起沿臀上皮神经走向到臀部外上方，使腰臀部肌肉进一步放松。(3) 医者一手施滚于腰部，另一手将患者下肢膝部抬起，边滚边将腰部后伸至紧张位。用拇指在患者腰部棘突旁阿是穴、关元俞、气海俞、大肠俞、肾俞等处按揉、弹拨。再腰部予以擦不同刺激特性的手法互相交替操作刺激腰臀部，弹拨法关键刺激路线为：自腰肋角起，沿第法以透热为度。(4) 患者仰卧位，医者在腹部肌群、腰大肌处予以按揉。再嘱患者屈膝屈髋、腰腹部肌肉放松。医者一手扶住患者并拢的两膝，一手扶住并拢的两踝部，缓慢运摇患者下肢带动其腰部运动，顺时针和逆时针方向各10周。

**1.5.2.2 针刺操作** 患者俯卧位，穴位：取夹脊穴、腰阳关、肾俞、关元、环跳、委中、绝骨，用平补平泻手法。10 min提插捻转行针1次，共20分钟。

**1.5.2.3 腰部核心肌群功能锻炼** (1) 举臂推腰锻炼法：站立位，两手臂下垂，左手臂伸直向左侧，上举过头，掌心朝右方，向头侧方稍用力按压，与右侧叉腰之手向左侧做推腰动作，两手压推动作要协调一致，连续压推3次，然后收回左脚还原，左手臂下落叉腰，右脚向右迈开一步，右手臂伸直向右上举过头，掌心朝左方，向头侧方稍用力按压，与左侧叉腰之手向右侧做

推腰动作，两手压推动作要协调一致，连续压推3次，如此连续活动7~14次。(2) 俯卧抬腿锻炼法：患者俯卧位，双上肢放松置于身体两侧，双下肢伸直，先缓慢抬起一侧下肢约30度，稳住时间约15秒，缓慢放下，再缓慢抬起另一侧下肢，操作同前。连续操作7~14次。(3) 屈腰滚背锻炼法：患者仰卧位，双下肢伸直，缓慢抬起与30度，稳住时间约15秒，缓慢放下，双膝屈曲，两手十指交叉抱住两膝前缘下方，做头上抬，腿下沉，并带动背部做前伸后仰动作，如此反复操作7~14次。

对照组：行推拿针刺治疗。观察组：行推拿针刺治疗并结合腰部核心肌群功能锻炼。

以上治疗1周3次，隔天1次，10次为1个疗程。腰部核心肌群功能锻炼隔天1次直至随访。

**1.5.3 观察指标** 分别在治疗前、治疗1个疗程后采用JOA下腰痛评分法<sup>[9]</sup>和健康状况调查问卷见表(SF-36)<sup>[10]</sup>评估患者生活质量的改善情况，均由同一位治疗师完成，以保证评估的统一性和准确性。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 17.0统计软件分析，计量资料用均数±标准差 ( $\bar{x}\pm s$ )表示，2组间采用 $t$ 检验，计数资料采用 $\chi^2$ 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

## 2 结果

2组共60例患者，有2例脱落，因身体原因不能继续治疗与随访。余资料完整。

**2.1 观察组与对照组在治疗1疗程后JOA评分经统计学分析，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**（见表2）。

表2 2组病例治疗前、治疗1疗程后JOA评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	时间	下腰痛	腿痛(麻)	步行能力	直腿抬高	感觉障碍	运动障碍	总分
观察组	治疗前	1.16±0.63	1.36±0.65	1.43±0.62	0.78±0.72	1.40±0.55	0.55±0.78	5.72±1.32
	治疗后	2.78±0.55	2.58±0.62	2.83±0.47	1.96±0.66	1.48±0.39	1.89±0.47	13.43±1.08
对照组	治疗前	1.20±0.30	1.10±0.88	1.21±0.99	0.68±0.92	1.30±0.75	0.84±0.30	5.68±1.59
	治疗后	2.21±0.42	2.05±0.48	2.51±0.23	1.78±0.61	1.32±0.51	1.50±0.31	9.38±1.02

注：治疗前后，观察组： $t=1.225$ ， $P=0.008<0.05$ ，差异有统计学意义；对照组： $t=1.305$ ， $P=0.012<0.05$ ，差异有统计学意义。且治疗后2组总分比较， $t=0.164$ ， $P=0.016<0.05$ ，差异有统计学意义。

**2.2 观察组与对照组在治疗1疗程后SF-36评分经统计学分析，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**（见表3）。

表3 2组患者治疗前后SF-36评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	29	32.48±7.68	84.11±8.32
对照组	29	33.17±7.56	66.12±7.65

注：治疗前后，观察组： $t=1.126$ ， $P=0.006<0.05$ ，差异有统计学意义；对照组： $t=1.215$ ， $P=0.018<0.05$ ，差异有统计学意义。且治疗后2组总分比较， $t=0.124$ ， $P=0.012<0.05$ ，差异有统计学意义。

**2.3 随访** 6个月后随访比较。对照组有10例复发。而腰部核心肌群功能锻炼组仅有3例复发。且复发的程度较轻。



### 3 讨论

随着人口老龄化的到来,老年因腰椎退行性骨关节炎源性下腰痛越发受到临床重视,尤其是推拿针灸保守治疗科室<sup>[7]</sup>,本病属中医学“骨痹”范畴,肾主骨,老年肾气不足,风寒湿邪乘袭,瘀阻经络则发为痹痛。或劳损、外伤致气血瘀阻,骨失所养则发生骨痹。

腰椎小关节对维持腰椎稳定性具有重要作用,同时腰椎小关节结构的改变会涉及椎间盘退行性疾病的发生与发展,腰椎退变后小关节的生物力学的载荷作用、导向作用、抗剪切力作用均会受影响。腰椎关节突关节的退变最先开始于关节软骨,当腰椎失稳时,小关节的屈伸剪力及扭转负荷增加。会加重关节滑膜和关节囊的刺激而产生继发性滑膜炎,最终使腰痛、活动功能受限。

中医认为推拿能疏经活血、强筋健骨、通络止痛等作用<sup>[8]</sup>,陆剑挺主任指出推拿针刺阿是穴能明显起到止痛作用,它是以痛为腧理论的代表穴位。肾俞是膀胱经背部要穴,是强筋健骨主要穴位,按揉针刺该穴位能补益肝肾强筋骨。膀胱经夹脊过腰、会于膈中委中穴,该穴血郄,故推拿针刺委中穴能化瘀散结通络,推拿针刺委中可通过神经感传通过椎体枢纽影响腰部肌群。即为“腰背委中求”的道理。针刺腰部特定神经支配区域穴位可温通经脉、活血化瘀<sup>[9]</sup>。如针刺、命门、腰阳关、可起到补肝肾、强筋骨;针刺大肠俞利腰膝、调肠道;针刺环跳祛风湿、通经络;针刺夹脊穴能通络、止痛。

西医认为腰椎骨关节炎在炎症刺激下释放致痛物质,研究证明<sup>[10]</sup>推拿能扩张血管,加速血液循环,促进炎症代谢,提高类啡样物质,使肌群痉挛缓解,疼痛减轻。另外推拿手法纠正关节错位,缓解痉挛肌肉,使腰椎解剖结构恢复正常。针刺也可产生内源性吗啡样物质,起到镇痛作用;可改善腰部神经根血运,促进炎性渗出物吸收,减轻症状<sup>[11]</sup>,研究表明<sup>[12-13]</sup>,针刺能缓解腰部肌肉痉挛,恢复腰部肌肉关节的力学平衡,使脊柱稳定性增强,缓解椎内压,减少小关节之间刺激。

核心区域肌群主要包括躯干深层肌、多裂肌、腹内外斜肌、多裂肌、盆底肌等,老年腰椎退行性骨关节炎患者核心肌群都会出现不同程度的力量减弱,从而导致腰椎阶段性、继发性失稳,引起下腰痛反复发作<sup>[14]</sup>,腰部运动性肌肉力量减少、表浅肌和深层肌不协调会导致腰椎灵活性减弱,腰椎不稳定<sup>[15]</sup>。核心区肌群锻炼能缓解慢性下腰痛<sup>[16]</sup>,可以帮助老年人维持腰椎生理弧度,保护腰椎稳定。也可通过改善肌肉的控制能力及耐力发挥作用<sup>[17-18]</sup>,我们通过仰卧位或俯卧位双下肢伸直上抬的静力性训练能增强腰肌伸展收缩功能和

调节腰椎小关节平衡。国外相关研究也表明,俯卧位双下肢伸直上抬明显能激发腹横肌的电生理活动功能,运动后牵伸对腰痛的改善效果更好<sup>[19-20]</sup>。中医认为背为阳,为诸阳之会,腹为阴,为诸阴之会。我们通过屈腰滚背锻炼可通调阴阳经脉,运行全身之气血,达到增强背肌、腹肌、四肢的功能。

从临床观察看,推拿针刺对老年腰椎退行性骨关节炎有一定疗效,但结合腰部核心肌群的锻炼对症状的缓解显著,远期疗效更好,更能明显改善腰椎功能及生活质量。能树立老年人战胜疾病的信心,值得临床推广。因病例样本量较小,方法需进一步规范化研究。

### 参考文献

- [1]Gellhorn AC,Katz JN,Suri P.Osteoarthritis of the spine:the facet joints[J].Nat Rev Rheumatol,2013,9(4):216-224.
- [2]Kim JS,Kroin JS,Buvanendran A,etal.Characterization of a new animal model for evaluation and treatment of back pain due to lumbar facet joint osteoarthritis[J].Arthritis Rheum,2011,63(10):2966-2973.
- [3]Cary A,Brown,Geoff Bostick,Leisa Bellmore,etal. Hand self -Shiatsu for sleep problems in persons with chronic pain:a pilot study[J].Journal of Integrative Medicine,2014,12(2):94-101.
- [4]孙树椿.临床骨伤科学[M].北京:人民卫生出版社,2006:897-898.
- [5]Hioki A,Miyamoto K,Hosoe H,etal.Cantilever transforaminal lumbar interbody fusion for upper lumbar degenerative disc disease (minimum 2 years follow up)[J].Yonsei Med J,2011,52(2):314-321.
- [6]王成秀,徐远红,杨凤翔,等.悬吊运动训练对非特异性下背痛患者远期疗效的临床研究[J].中国康复,2011,26(2):104.
- [7]Goode AP,Carey TS,Jordan JM.Low back pain and lumbar spine osteoarthritis:How are they related?[J].Curr Rheumatol Rep,2013,15(2):305.
- [8]严隽陶.推拿学[M].北京:中国中医药出版社,2003:11-13.
- [9]马碧涛,金立伦,滕蔚然,等.针刺联合红外线照射治疗腰椎间盘突出症的随机对照研究[J].现代生物医学进展,2015,15(28):5462-5464.
- [10]强刚,潘道友,洪明星,等.推拿治疗慢性背痛症 60 例[J].中医外治杂志,2010,19(1):34.
- [11]熊学琼,彭趣思,罗建,等.针刺推拿结合治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J].四川中医,2014,32(5):164-167.
- [12]杨冬岚,周文强,黎健,等.针刺与艾灸对腰椎间盘突出症患者功能及表面肌电图影响的差异比较[J].中国针灸,2014,34(4):341-346.
- [13]杨鸿菲,陈宇翔.桃红四物汤联合电针、针刺治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].辽宁中医杂志,2015,42(11):2183-2185.
- [14]曾勇,邹佳华,邓光锐,等.核心肌群训练对慢性非特异性下腰痛的疗效观察[J].中国实用医药,2013,8(10):252-254.
- [15]Lee CW,Hwangbo K,Lee IS. The effects of combination patterns of proprioceptive neuro - muscular facilitation and ball exercise on pain and muscle activity of chronic low back pain patients[J]. Physical Therapy Science,2014,26(1):93-96.
- [16]库华义,李奇,于婧,等.腰痛患者进行核心肌群稳定性训练的疗效研究[J].中国康复医学杂志,2012,27(5):472-474.
- [17]Shaughnessy M, Caulfield B. A pilot study to investigate the effect of lumbar stabilization exercise training on functional ability and quality of life in patients with chronic low back pain[J]. Int J Rehabil Res,2004,27:297-301.
- [18]Barlogie B, Shaughnessy J, Tricot G, et al. Treatment of multiple myeloma[J]. Blood,2004,103:20-32.
- [19]Seung-Chul C, Ki-Yeon C, Joshua H. Effect of the abdominal draw-in manoeuvre in combination with ankle dorsiflexion in Stabilization the transverse abdominal muscle in healthy young adults: A preliminary, randomized, controlled study[J]. Physiotherapy,2010,96:130-136.
- [20]Yang EJ, Park WB, Shin HI, et al. The effect of back school integrated with core stabilization in patients with chronic low-back pain[J]. Am J Phys Med Rehabil,2010,89:744-754.

(本文编辑:张文娟 本文校对:吕子萌 收稿日期:2017-12-28)

# 针灸联合中医康复训练治疗脑卒中吞咽障碍临床观察

闫爱国

(临沂罗庄中心医院针灸理疗科, 山东 临沂 276017)

**摘要:**目的 探究针对脑卒中吞咽障碍康复训练中应用中医结合针灸治疗的临床价值。方法 选脑卒中患者110例为研究对象, 随机等分2组。对照组给予临床常规康复训练, 试验组应用针灸联合中医康复训练。对比相关指标。结果 干预后, 试验组吞咽功能、生活质量、患者满意度等指标评分均高于对照组。结论 临床针对脑卒中吞咽障碍康复训练过程中应用针灸结合中医进行干预有着较好的临床疗效, 明显改善患者的吞咽功能障碍, 提高了患者的满意度。

**关键词:** 脑卒中; 吞咽障碍; 针灸; 康复训练

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.055

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0122-03

## Clinical Observation on Acupuncture and Moxibustion Combined with Traditional Chinese Medicine Rehabilitation Training in Treating Dysphagia after Stroke

YAN Aiguo

(Department of Acupuncture and Physiotherapy, Luozhuang Central Hospital of Linyi, Shandong Province, Linyi 276000, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the clinical value of acupuncture and moxibustion combined with traditional Chinese medicine rehabilitation training in treating dysphagia after stroke. **Methods** 110 cases of patients with stroke in our hospital were selected as the research objects, and were randomly divided into two groups. The control group was given routine rehabilitation training, and the experimental group used acupuncture combined with traditional Chinese medicine rehabilitation nursing. **Results** After the intervention, the quality of life, swallowing function, nursing satisfaction index scores of the experimental group were higher than those of the control group. **Conclusion** The acupuncture and moxibustion combined with traditional Chinese medicine rehabilitation training in treating dysphagia after stroke has better clinical effect, can significantly improve the swallowing function of patients and the satisfaction of nursing. **Keywords:** stroke; dysphagia; acupuncture and moxibustion; rehabilitation training

脑血管疾病是因为颅内和椎管内的血管发生了病变而导致脑功能发生了障碍, 是一种临床综合征, 而脑卒中就是其中之一。脑卒中是以局灶性神经功能缺失为共同特征的急性脑血管疾病, 多发病比较急促<sup>[1]</sup>。部分的脑卒中患者需要进行外科治疗。缺血性脑卒中可以根据神经功能障碍的程度以及症状持续的时间将其分为TIA(暂时性缺血性发作)、RIND(可逆缺血性神经功能缺陷)、CS(完全性脑卒中)这三种。其中TIA主要是大脑半球供血不足的表现, 比如: 突然发作的肢体的无力(单侧)和麻木感, 严重者表现为一过性的黑朦和失语。但是, 该类患者的上述症状一般可在稍作休息后即可缓解, 不会影响日后的日常生活。RIND的临床表现与TIA相似, 但是神经功能障碍持续的时间与TIA不同, 往往会持续24 h以上<sup>[2]</sup>。而CS相对前面两个来说就比较严重, 该类患者的上述症状往往不会在短期内得到恢复。出血性脑卒中主要表现为突然发生的意识障碍甚至是一侧肢体瘫痪, 严重的患者可能会出现生命体征的紊乱甚至处于昏迷状态<sup>[3]</sup>。且脑卒中疾病存在较多的并发症, 不仅影响了患者的生活质量, 还危及了患者的生命安全, 延长患者的治疗时间。研究指出, 大约70%的脑卒中患者会存在吞咽障碍。笔者根据目前临床治疗脑卒中疾病的现状, 探究针对脑卒中吞咽障碍康复训练中应用中医结合针灸治疗的临床价值。详细见以下报道。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料 取2014年4月—2016年4月来我院治疗的

脑卒中患者110例作为此次报告的研究对象, 符合中华医学分会制定的《脑卒中诊治标准》<sup>[4]</sup>。随机等分2组, 每组各55例。对照组: 脑卒中患者的年龄50~79岁, 平均61.6岁; 脑卒中患者的体质量41.5~74.9 kg, 平均(58.5±1.2) kg。试验组: 患者年龄52~75岁, 平均62.5岁; 患者体质量40~72 kg, 平均(57±1.8) kg, 2组基线资料差异不显著,  $P>0.05$ 。

**1.2 纳入标准** (1) 所选患者均无其他器质性疾病的干扰。(2) 所选患者均有自主配合医护人员治疗及护理的能力。(3) 所选患者及家属均签署知情书和同意书。

#### 1.3 治疗方法

**1.3.1 对照组** 对照组脑卒中给予临床常规的康复训练, 包括了: (1) 维持呼吸通畅: 密切观察患者的呼吸情况, 需要时为患者进行吸氧, 必要时进行气管插管。(2) 营养供给: 极力的鼓励患者多进食, 但注意在为患者进行鼻饲时务必要仔细观察患者的各项反应, 不可出现误吸情况, 以免导致患者发生窒息或者感染等不良反应增加患者的痛苦; 进流质饮食。(3) 健康知识宣讲: 耐心地为患者讲解有关脑卒中疾病的相关知识、治疗方案、护理措施以及可能发生的风险等, 并指导患者进行自主的康复训练。(4) 心理支持: 密切观察患者的表情、行为等表现, 与患者建立友好的医患关系, 尽可能的使患者主动诉说内心需求, 并最大限度的满足其各种需求。(5) 疼痛治疗: 了解



患者的疼痛程度,必要时为患者使用止痛药,并密切观察患者用药后的不良反应,注意不可使用吗啡和哌替啶<sup>[5]</sup>,以免起到抑制呼吸的作用,影响患者的通气与换气质量。

**1.2.2 试验组** 试验组脑卒中患者应用针灸联合中医康复训练,具体步骤如下:(1) 针灸治疗。①舌针:分别用针刺入患者舌头上的心穴等部位,停滞两分钟,看到舌头抖动为止;②电针<sup>[6]</sup>:在患者的督脉进行通畅督脉,待针刺后分别将风府和百会等接上脉冲电压,持续通电半小时;③体针:选取心俞、肾俞、风池等穴位进行针刺,每天1次,每次维持15 min。(2) 针灸穴位。①百劳穴:选取2寸的针,进针1/2,后得气后进行3~5次的平补平泄。随后连接脉冲电针治疗仪;②风池穴:从鼻尖出进针的1/2,持续25 min,其中每10 min进行一次捻转;③金津穴:自舌系带周围静脉将1.5寸的针刺入1/3,并将其捻转3~5次后将针拔出。其中1周为1个疗程,持续治疗3个疗程。(3) 康复训练。先进行进食前训练,用冷藏的棉签或布条缓慢的刺激患者的口腔。并进行面部的肌肉训练,比如:①扣打唇周;②撅嘴;③鼓腮;④张闭口;⑤呃唇;⑥舌的牵拉等。然后让患者家属协助握住患者的咽喉部,牵拉上提。在患者的进食训练过程中,让患者家属调节患者的饮食结构,主要采用流食,易吞咽的食物为主。在患者用食期间,让患者呈仰卧位,上身前倾,防止食物回流到鼻腔,堵塞患者的呼吸道。患者进食后,协助其取坐位,并最少持续30 min。不能行坐位的患者务必保持仰卧位至少1 h,期间不可随意更换体位。如此治疗,7 d为1疗程,持续治疗3个疗程方可。连续随访2组患者1个月,统计和观察2组治疗期间的吞咽功能恢复情况和患者满意度。

**1.3 观察指标** 统计经过针灸和中医康复训练后2组患者的吞咽功能恢复情况和生活质量,以及患者的满意情况。

**1.4 统计学标准** 采用SPSS 20.0软件分析,采用卡方和t检验。差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 临床指标** 试验组中:(1) 吞咽功能,(94.7±1.6)分。(2) 生活质量,(97.1±3.1)分;对照组中:(1) 吞咽功能,(81.8±0.9)分。(2) 生活质量,(84.6±1.7)分。所以,试验组脑卒中在经过针灸和中医康复训练后出现吞咽功能、生活质量等指标评分均高于对照组。存在可见差异, $P<0.05$ 。具体情况见表1。

表1 治疗后,吞咽功能及生活质量评分对比 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	吞咽功能	生活质量
试验组	55	94.7±1.6 <sup>a</sup>	97.1±3.1 <sup>a</sup>
对照组	55	81.8±0.9	84.6±1.7

注:与对照组比较发现,<sup>a</sup> $P<0.05$ ,差异显著

**2.2 满意度** 对比2组患者的满意度可知,试验组的满意度高达96%,而对照组为83%。差异显著存在, $P<0.05$ 。具体情况见表2。

表2 患者的满意度对比 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
试验组	55	45(81.00)	8(15.00)	2(4.00)	53(96.00) <sup>a</sup>
对照组	55	20(36.00)	26(47.00)	9(16.00)	46(83.00)

注:与对照组比较发现,<sup>a</sup> $P<0.05$ ,差异显著

**2.3 有效率** 试验组有效率为95%,而对照组为73%,差异显著存在, $P<0.05$ ,具体情况见表3。

表3 有效率对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
试验组	55	40(73.00)	12(22.00)	3(5.00)	52(95.00) <sup>a</sup>
对照组	55	20(36.36)	20(36.36)	15(27.00)	40(73.00)

注:与对照组比较发现,<sup>a</sup> $P<0.05$ ,差异显著

## 3 讨论

脑卒中是临床常见的疾病,尤以缺血性脑卒中更为常见,约占脑卒中的60%~70%<sup>[6]</sup>。多发生于老年患者,且起病较急促。患有脑卒中的患者往往伴有不同程度的吞咽障碍,这不仅影响了患者的生活质量,增加了脑卒中患者的经济负担,还危及了患者的生命安全,给患者及其家属带来了诸多的问题。

中医研究认为,脑卒中患者吞咽障碍的病症在于咽喉,病根在脑,归属于痰浊瘀阻窍闭<sup>[7]</sup>。随着社会的不断发展和医疗水平的提高,人们对于脑卒中疾病的治疗和护理更加的重视起来。研究发现,临床常规的治疗方案在帮助脑卒中患者恢复吞咽障碍上存在一定的疗效,但是也存在各种问题。患者的恢复效果较差,且时间较长,增加了患者的负担。大量临床资料指出<sup>[8]</sup>,临床针对脑卒中吞咽障碍康复训练过程中应用针灸结合中医进行干预有着较好的临床疗效。其中,针灸可以改变脑局部血流量,兴奋大脑皮层,促进神经功能恢复。能够有效的改善脑卒中患者的吞咽障碍,帮助患者吞咽功能重建。同时,反复的康复训练能够促进吞咽肌力的恢复和神经通路的恢复。还可以帮助患者改善吞咽功能,提高生活质量。

本文结果显示,试验组脑卒中在经过针灸和中医康复训练后出现吞咽功能、生活质量等指标评分均高于对照组。存在可见差异, $P<0.05$ 。2组患者的患者满意情况可知,试验组的满意度高达96%,而对照组为83%。差异显著存在, $P<0.05$ 。

综上所述,临床针对脑卒中吞咽障碍康复训练过程中应用针灸结合中医进行干预有着较好的临床疗效,明显改善了患者的吞咽功能障碍,提高了患者对治疗方案的满意度。

## 参考文献

[1]李莉,王刚,支世保.针灸联合中医康复训练治疗脑卒中吞咽障碍随机平

- 行对照研究[J].中国疗养医学,2016,25(5):473-474.
- [2]刘晨.针灸联合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].医学综述,2016,20(11):2095-2096.
- [3]曾繁华,周棚园.针灸联合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍30例临床观察[J].中国民族民间医药,2015,24(15):79-80.
- [4]姚羽,王树才.针灸和肌电生物反馈结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(18):32-34.
- [5]吴超伦,徐赛,程图,等.肌电生物反馈和VitalStim治疗仪电刺激结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效比较[J].临床应用研究,

2017,4(35):1006-6586.

- [6]苏文华,阎文静.神经肌肉电刺激对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及表面肌电图的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(3):183-186.
- [7]肖琴.早期康复训练对脑卒中后吞咽障碍的作用[J].检验医学与临床,2012,9(10):1260-1261.
- [8]刘诗丹,陈启波,李荣祝,等.综合康复训练治疗脑卒中吞咽障碍患者的临床疗效观察[J].中国康复医学杂志,2013,28(6):569-573.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张军 收稿日期:2017-12-04)

## 针灸治疗膝骨性关节炎临床分析

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 观察膝骨性关节炎经针灸治疗的效果。方法 74例膝骨性关节炎患者被随机分为对照组(37例)和观察组(37例),对照组和观察组患者分别采用西药治疗和针灸治疗,2个疗程后(每个疗程半个月)对比2组疗效。结果 对照组25例有效,总有效率为67.56%,观察组34例有效,总有效率为91.89%;观察组膝关节功能评分、膝关节疼痛评分分别为72.38±8.98、2.09±0.42,对照组的膝关节功能评分、膝关节疼痛评分分别为53.15±9.43、3.32±1.07,观察组比对照组改善更为明显,观察组的不良反应率7.84%,比对照组18.93%低,差异均较显著, $(P<0.05)$ 。结论 膝骨性关节炎经针灸治疗效果显著,值得推广。

**关键词:** 针灸疗法;膝骨;关节炎;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.056

文章编号:1672-2779(2018)-05-0124-02

### Clinical Analysis on Acupuncture and Moxibustion in Treating Knee Osteoarthritis

LI Shuangqiu

(Department of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation, Shenyang City Fifth People's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110023, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the effect of acupuncture and moxibustion in treating knee osteoarthritis. **Methods** Totally 74 patients with knee osteoarthritis were randomly divided into control group (37 cases) and observation group (37 cases). Patients in control group and observation group were treated with Western medicine and acupuncture respectively. After 2 courses of treatment (half a month), the curative effect was compared. **Results** In the control group, 25 cases were effective (total effective rate was 67.56%). In the observation group, 34 cases were effective (total effective rate was 91.89%). The total effective rate of the observation group was higher than that of the control group. The scores of knee joint function and knee pain was (72.38 ± 8.98) and (2.09 ± 0.42) respectively, while the scores of knee joint function and knee pain in the control group were (53.15 ± 9.43) and (3.32 ± 1.07) respectively. The observation group improved more obviously than the control group. The adverse reaction rate (7.84%) in the observation group was 11.09% which was lower than that in the control group (18.93%), and the difference was significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The therapeutic effect of knee osteoarthritis by acupuncture and moxibustion is significant, which is worth promoting.

**Keywords:** acupuncture and moxibustion therapy; knee; osteoarthritis; arthromyodynia

膝关节软骨退行性病变在膝骨性关节炎患者中是比较常见的,其特点为:病程长且反复发作,并一直有持续渐进性加重的趋势。作为中老年人常见的下肢功能障碍的一种原发疾病,西医治疗该疾病的主要方式就是服用一些能够缓解疼痛的药物,但其治疗的效果不能达到预期,并且伴随着许多副作用,患者对该种治疗方式排斥心理强,不能很好的配合治疗<sup>[1]</sup>。本文采用针灸法治疗该病取得了良好的效果,结果如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 74例膝骨性关节炎患者均是在2015年8月—2017年2月收治我院,随机分为对照组37例和观察组37例,所有患者的膝关节病症均以X线检查予以确诊<sup>[2]</sup>。对

照组男女比例:22:15,年龄42~73岁,平均59.9岁;病程0.5~13年,平均(7.3±2.8)年。观察组男女比例:25:12;年龄45~71岁,平均60.8岁;病程1~15年,平均(7.9±3.5)年。2组资料差异不显著,无统计学意义( $P>0.05$ ),一般资料可比性强,此外,2组患者均对本研究知情同意。

**1.2 纳入标准** (1)在近期(30 d)内未接受相关措施进行治疗;(2)患者本人必须积极配合医生进行治疗;(3)患者没有患有其他对膝关节功能有影响的疾病;(4)退行性改变小于3级;(5)患者不具有精神类疾病或其它原发性疾病(心、肝、肾功能障碍);(6)患者对针灸治疗不晕针,也不对药物有明显的过敏症状。



### 1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 经口服双氯芬酸钠缓释片(哈药六厂, 国药准字H10980297): 25 mg/d, 日3次。

1.3.2 观察组 (1) 针刺: 对患者的相关穴道消毒(内、外膝眼、阴、阳陵泉、膻中、气海、中脘、足三里、血海、梁丘、鹤顶、曲泉、阿是穴)。以45 mm毫针对上述穴道进行针刺(以捻转补法刺患者膻中、气海、中脘、足三里等穴, 以捻转泻法针刺患者血海穴, 余平补平泻), 行针时间控制在20 min, 并留针0.5 h, 日针刺1次。(2) 灸法: 对患者的内、外膝眼、中脘、足三里等穴以针刺得气后再用艾条把针柄套住, 将硬纸板放置在皮肤上后把艾条点燃, 紧接着悬灸关元穴20 min。2组均连续治疗2个疗程(半个月为1个疗程)。

1.4 观察指标 根据相关指标评分(膝关节功能及疼痛视觉模拟评分法)对患者治疗前后疼痛表现、膝关节功能等进行打分<sup>[3]</sup>。

1.5 统计学方法 经SPSS 17.0软件统计学分析, 计量资料采用 $t$ 检验(以 $\bar{x} \pm s$ 表示), 计数资料采用 $\chi^2$ 检验(以%进行表示),  $P < 0.05$ 为差异显著, 有统计学意义。

## 2 结果

2.1 疗效对比 对照组25例有效(9例痊愈, 16例有效, 12例无效), 总有效率为67.56%; 观察组34例有效(15例痊愈, 19例有效, 3例无效), 总有效率为91.89%, 差异显著, 有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
对照组	37	9(24.32)	16(43.24)	12(32.43)	25(67.56)
观察组	37	15(40.54)	19(51.35)	3(8.11)	34(91.89)*

注: 与对照组比较, \* $P < 0.05$

2.2 2组评分对比 膝关节功能、疼痛评分在治疗前, 2组差异不明显, 无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后观察组取得了令人满意的效果, 差异显著, ( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	膝关节功能评分		膝关节疼痛评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	37	43.41 $\pm$ 7.99	53.15 $\pm$ 9.43	5.74 $\pm$ 0.78	3.32 $\pm$ 1.07
观察组	37	44.99 $\pm$ 8.16	72.38 $\pm$ 8.98*	5.63 $\pm$ 0.85	2.09 $\pm$ 0.42*

注: 观察组经过治疗后, 较对照组差异显著, \* $P < 0.05$

2.3 不良反应 对照组2例(5.41%)患者出现便秘症状、3例(8.11%)患者出现腹泻、恶心、头晕等症状各出现1例(5.41%), 总不良反应率为18.93%观察组患者滞针的情况发生了2例(5.14%), 患者明显感觉到针

刺部位出现疼痛, 1例(2.70%)出现轻微恶心, 总不良反应率为7.84%, 观察组的不良反应率比对照组低了11.09% ( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

膝关节长期受到外部因素力学因素及内部生物学因素的慢性破坏, 进而导致膝骨性关节炎, 其会使患者感受到剧烈疼痛并伴有膝关节功能的下降<sup>[4-5]</sup>, 该病具有病程长, 易反复等特点, 常规西医治疗只能作缓解疼痛的一些措施如服用止痛药, 并不能根治。

中医学上认为膝骨性关节炎是因中老年年龄渐长, 脾亏肾虚, 气血衰退, 再加上风寒湿邪侵袭又不注意休息而使人体过劳损伤, 进而使经脉受阻, 因此这属于一种“痹症”<sup>[6-7]</sup>。治疗上以行气祛瘀、补脾益肾为主要策略。针刺患者的气海、膻中、中脘并配合上捻转补法可益气血; 足三里, 血海可分别健胃、调气血; 内、外膝眼, 阴、阳陵泉, 梁丘, 鹤顶, 曲泉, 阿是穴可祛邪、除痹、止痛<sup>[8]</sup>; 此外再以温针灸对患者中脘、足三里, 悬灸关元穴进行治疗, 可达到健脾肾的效果, 针灸并用, 标本兼治。

本研究表明, 对照组25例有效, 总有效率为67.56%; 而观察组34例有效, 总有效率为91.89%; 观察组膝关节功能评分、膝关节疼痛评分分别为(72.38  $\pm$  8.98)、(2.09  $\pm$  0.42), 而对照组的膝关节功能评分、膝关节疼痛评分分别为(53.15  $\pm$  9.43)、(3.32  $\pm$  1.07), 观察组比对照组改善更为明显, 观察组的不良反应率7.84%比对照组18.93%低, 差异均较显著, ( $P$ 均 $< 0.05$ )。

综上所述, 膝骨关节炎经针灸治疗可大大缓解患者疼痛, 减少不良反应率, 值得推广。

## 参考文献

- [1]李昊. 针灸治疗膝骨性关节炎的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(14): 2617.
- [2]张世来, 贺玉英, 贺淑梅. 针灸治疗膝骨性关节炎 28 例临床疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(22): 3084-3085.
- [3]彭美芳. 温针灸结合中药汤剂内服外敷治疗膝骨性关节炎 26 例临床观察[J]. 中医药导报, 2012, 18(7): 68-69.
- [4]Foley RN, Parfrey PS, Sarnak MJ. Epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease[J]. J Am Soc Nephrol, 2014, 9 (12 Suppl): S16-23.
- [5]凌云, 朱志华. 中药离子渗透配合针灸治疗膝骨性关节炎疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2012, 14(5): 57-58.
- [6]杨军雄, 张建平, 于建春, 等. 三焦针法对膝骨性关节炎患者临床疗效的影响[J]. 中国老年学, 2013, 33(8): 1737-1739.
- [7]封百玉, 侯书伟. 温针灸治疗膝骨性关节炎的临床研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 17(1): 83-84.
- [8]刘峰, 杜灿. 温针灸治疗膝骨性关节炎的临床研究[J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(8): 1076-1079.
- [9]万媛媛, 孙宁, 王雨浩. 温针灸治疗膝骨性关节炎 48 例临床分析[J]. 当代医学, 2017, 23(16): 141-143.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 吴伟 收稿日期: 2017-12-05)

# 独灸关元穴效应探析

张二伟<sup>1</sup> 陈兴华<sup>2\*</sup>

(1 广州中医药大学第一临床医学院, 广东 广州 510405;  
2 广州中医药大学第一附属医院康复护理中心, 广东 广州 510405)

**摘要:** 为研究独灸关元灸治疗效应, 对中医古籍中艾灸关元一穴治疗疾病进行了探究。发现艾灸关元穴具有广泛的治疗作用, 遍及人体五脏系统及四肢官窍, 认为其效应机理与关元穴位特异性有关。艾灸关元穴治疗效应与肾、任脉关系最为密切, 善治泌尿生殖系疾病, 尤重在扶阳。

**关键词:** 关元; 艾灸; 独穴; 扶阳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.057

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0126-03

## Discussion on the Effect of Moxibustion at Guanyuan (CV4)

ZHANG Erwei<sup>1</sup>, CHEN Xinghua<sup>2</sup>

(1. The First School of Clinical Medicine, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China;  
2. Rehabilitation Nursing Center, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

**Abstract:** In order to study the effect of moxibustion at Guanyuan (CV4), we investigated the treatment of moxibustion at Guanyuan (CV4) in ancient traditional Chinese medicine books. It has been found that moxibustion at Guanyuan (CV4) has extensive therapeutic effect, which pervades the human body's five organs and the limbs. And we think its effect mechanism is related to the acupoint specificity of Guanyuan (CV4). The therapeutic effect of moxibustion at Guanyuan (CV4) is the most closely related to the kidney and Ren pulse. Moxibustion at Guanyuan (CV4) is good at treating urogenital diseases, especially strengthening the yang-qi.

**Keywords:** Guanyuan (CV4); moxa-moxibustion; single point; strengthening the yang-qi

关元穴位于脐下3寸腹部正中线上, 是小肠之募, 足三阴、任脉之会。关元自古为人体强壮要穴, 有“针必取三里, 灸必加关元”之说。关元穴临床适应症众多, 应用广泛, 是养生病常用穴位。中医古代文献中对艾灸关元穴的载录颇丰, 可用于治疗腹痛、泄泻、阴疝、胸痹、淋浊等多种疾病。本文从文献角度探讨独灸关元灸的治疗效应特点, 为中医临床及科研提供思路。

### 1 近部效应

**1.1 艾灸关元可治疗肠道疾病** 《备急千金要方》云: “久泄痢百治不瘥……灸关元三百壮, 十日灸, 并治冷痢腹痛, 在脐下三寸。”<sup>[1]456-457</sup> 《千金翼方》云: “霍乱, 上下吐泻, 灸脐下十四壮。又, 灸关元三七壮。”<sup>[2]601</sup>

**1.2 艾灸关元可治疗泌尿生殖系疾病** 《备急千金要方》云: “妇人绝嗣不生, 胞门闭塞, 灸关元三十壮, 报之。”<sup>[1]32</sup> “凡脐下绞痛, 流入阴中, 发作无时, 此冷气, 灸关元百壮, 穴在脐下三寸。”<sup>[1]510</sup> “气淋, 灸关元五十壮……石淋, 脐下三十六种病, 不得小便, 灸关元三十壮。”<sup>[1]620</sup> 《扁鹊心书》云: “小便下血乃房事劳损肾气, 灸关元二百壮。”<sup>[3]23</sup> “若肾气虚脱, 寒精自出者, 灸关元六百壮而愈。”<sup>[3]97</sup> “砂石淋诸药不效, 乃肾家虚火所凝也, 灸关元三百壮。”<sup>[3]23</sup> 《灸法秘传》云: “经

谓: 胞移热于膀胱则溺血, 是症未有不本于热者。当灸关元数壮。”<sup>[4]9</sup> “古人治带, 有五色之论, 而分五脏之疗。又以赤属血、白属气之说。其实带下之病, 本在乎带脉, 以带脉横于腰间, 如束带然, 故名也。法当灸关元数壮。”<sup>[4]11</sup> “怀胎数月而经水偶下者, 谓之胎漏也。由于劳力损伤, 或由冲脉有热, 或由气怒伤肝, 皆能致之也。宜灸关元自止。”<sup>[4]11</sup> 《神应经》云: “妇人胞转, 不利小便: 灸关元 (二七壮)。”<sup>[5]211</sup> 《外台秘要方》云: “男阴卵偏大癰法……又法, 灸关元百壮。”<sup>[6]</sup> 《针灸聚英》云: “带下癰瘕, 因产恶露不止, 断产绝下, 经冷, 灸关元百壮。”<sup>[7]187</sup> 《普济方》云: “治诸淋。穴关元灸三壮。”<sup>[8]448</sup>

### 2 远部效应

**2.1 艾灸关元可治疗心脑血管疾病** 《扁鹊心书》云: “中风半身不遂, 语言謇涩, 乃肾气虚损也, 灸关元五百壮。”<sup>[3]19</sup> “伤寒少阴证, 六脉缓大, 昏睡自语, 身重如山, 或生黑靥, 噫气、吐痰、腹胀、足指冷过节, 急灸关元三百壮可保。”<sup>[3]19</sup> 《婴童类萃》云: “借问惊痫从何起? 风痰火热一齐兴。传变慢惊脾困极, 亦有风寒变此形。反张目闭肢痠痿, 速灸关元尚可生。”<sup>[9]</sup>

**2.2 艾灸关元可治疗肺系疾病** 《扁鹊心书》云: “老人气喘, 乃肾虚气不归海, 灸关元二百壮。”<sup>[3]24</sup> “肺伤寒一证, 方书多不载, 误人甚多, 与少阴证同, 但不出汗而愈, 每发于正二腊月间, 亦头疼, 肢节痛, 发热

\* 通讯作者: dr\_xinghua@qq.com





恶寒……若素虚之人，邪气深入则昏睡谵语，足指冷，脉浮紧，乃死证也。急灸关元三百壮，可生。”<sup>[3]36-37</sup>“中风失音乃肺肾气损，金水不生，灸关元五百壮。”<sup>[3]22</sup>“上消病，日饮水三五升，乃心肺壅热，又吃冷物，伤肺肾之气，灸关元一百壮，可以免死。”<sup>[3]23</sup>《千金翼方·针灸中·肺病第七》云：“治奔豚上气法……又，灸关元五十壮，亦可百壮，在脐下三寸。”<sup>[2]595</sup>

**2.3 艾灸关元可治疗脾胃疾病** 《扁鹊心书》云：“中消病，多食而四肢羸瘦，困倦无力，乃脾胃肾虚也，当灸关元五百壮。”<sup>[3]23</sup>《证治准绳》云：“治呃逆，于脐下关元灸七壮，立愈，累验。”<sup>[10]</sup>

**2.4 艾灸关元可治疗肝系疾病** 《千金翼方·针灸中·肝病第一》云：“治瘕癖，患左灸左，患右灸右……又灸关元五十壮。”<sup>[2]583</sup>

**2.5 艾灸关元可治疗头面、躯干、四肢疾病** 《扁鹊心书》云：“耳轮焦枯，面色渐黑，乃肾劳也，灸关元五百壮。”<sup>[3]24</sup>“两眼昏黑，欲成内障，乃脾肾气虚所致，灸关元三百壮。”<sup>[3]24</sup>“一人患喉痹，六脉细，余为灸关元二百壮，六脉渐生。”<sup>[3]40</sup>“中年以上之人，腰腿骨节作疼，乃肾气虚惫也，风邪所乘之证，灸关元三百壮。”<sup>[3]24</sup>“腿骹间发赤肿，乃肾气风邪着骨，恐生附骨疽，灸关元二百壮。”<sup>[3]24</sup>“（脚气病）其不能行步者，灸关元五十壮。”<sup>[3]82</sup>“霍乱吐泻……若四肢厥冷，六脉微细者，其阳欲脱也，急灸关元三百壮。”<sup>[3]21</sup>“腰足不仁，行步少力，乃房劳损肾，以致骨痿，急灸关元五百壮。”<sup>[3]23</sup>《针灸聚英》云：“背恶寒，口中和，灸关元穴。”<sup>[7]169</sup>《伤寒六书》云：“病者手足厥冷，真武汤；不结胸，小腹满，按之痛者，此冷结在膀胱关元，宜灸关元穴。”<sup>[11]</sup>

### 3 全身效应

**3.1 气血津液** 《扁鹊心书》云：“中年以上之人，口干舌燥，乃肾水不生津液也，灸关元三百壮。”<sup>[3]24</sup>《集验方》云：“治石水，痛引胁下胀，头眩痛，身尽热，灸法。灸关元。”<sup>[12]</sup>《医宗金鉴》云：“《金匱要略》曰：寸口脉浮，微而涩，然当亡血……若脉浮微而涩，当知亡血过多，依经于三结交关元穴灸之。”<sup>[13]</sup>

**3.2 虚劳** 《扁鹊心书》云：“若伤寒后或中年久嗽不止，恐成虚劳，当灸关元三百壮。”<sup>[3]22</sup>《神应经》云：“（妇人）一切冷急：灸关元。”<sup>[5]227</sup>《普济方》云：“治但是积冷虚乏病。穴宜灸关元。”<sup>[8]280</sup>

**3.3 疑难杂症** 《伤寒百证歌》云：“阴毒阳虚汗不止，腹胀肠鸣若雷吼，面黑更兼指甲青，速灸关元应不谬。”<sup>[14]</sup>《古今医案按》云：“休宁西山金举人，病小腹

痛甚，百药不效。一医为灸关元十余壮，次日茎中淫淫而痒，视之有虫出。”<sup>[15]</sup>

### 4 讨论

**4.1 关元穴位特异性探析** 艾灸关元穴治症全面，应用广泛，究其原因在于关元穴的穴位特异性。关元穴是任脉上第四个穴位，是足少阴肾经、足太阴脾经、足厥阴肝经和任脉之会，又是小肠募穴。关元之名，周楣声《针灸穴名释义》云：“关指关藏、关闭、机关，元指元气。意为下焦元阴元阳关藏出入之所。”关元位处下腹，为男子藏精，女子蓄血之地，是人生之要关，真气之所存，元阴元阳交关之所。元气是人体内最根本最重要的气，是人体一切生命活动的原动力。人体之元气根于肾，肾藏元阴元阳。《医权初编》云：“人之生死，全赖乎气，气聚则生，气壮则康，气衰则弱，气散则死。”<sup>[16]</sup>可见，元气于人体之重要性。而关元穴是足少阴肾经与任脉交会之穴，为肾之元阴元阳潜藏交关之处，与元气之化生关系密切。因此，艾灸关元穴善于治疗肾、膀胱泌尿生殖系疾病，善于治疗元气亏虚引起的疾病，如淋证、转胞、不孕等。而又由于肾主二阴司二便，灸关元可以治疗泄痢、霍乱等病。《素问·举痛论》云：“冲脉起于关元。”关元位处任脉，与冲脉相通，又与肾关系密切，故艾灸关元可以调经止血止带。肾主水，主持人体水液代谢功能，故艾灸关元可以治疗津液代谢疾患。

脾胃主运化水谷精微，为人身气血生化之源，脾胃可补充元气之耗损保持元气充盈状态。关元穴与脾胃相关，故可以健脾温胃散寒止呕。肾主纳气，与肺共同调节人体之气机，故艾灸关元可治疗肺系相关疾病。关元穴与肝经交会，肝主疏泄，肝气条达则气机通畅，人体一身津液运行通利，故艾灸关元可调节气机调节水津代谢。在血的运行方面，脾主统血，肝主藏血，脾气健运肝气条达则血不妄行，故艾灸关元可调节血液循环。

**4.2 艾灸关元重在扶阳** 《黄帝内经》云：“阳气者若天与日，失其所，则折寿而不彰。”《扁鹊心书》云：“阳精若壮千年寿，阴气如强必毙伤。”<sup>[3]2</sup>可见，阳气于人体之重要，窦氏《扁鹊心书》于艾灸关元穴扶助阳气多有论述。艾灸是以艾为基本燃料，点燃后在人体体表特定经络穴位上烧灼的中医外治疗法。《黄帝内经》云：“北方者，天地所闭藏之域也……脏寒生满病，其治宜灸焫。”可见，艾灸多用于治疗寒症。《本草备要》云：“（艾叶）苦辛。生温熟热，纯阳之性，能回垂绝之元阳。通十二经，走三阴。”<sup>[17]</sup>艾灸作用于经

络腧穴,其作用可概括为温通和温补两类<sup>[18]</sup>。关元穴是元阴元阳交关之所,艾灸关元穴借助艾叶之纯阳之性,有扶助人阳气之效。

**4.3 艾灸关元亦可泻热** 艾灸关元多用于寒症,如痛经、泄泻、水肿等,然而艾灸关元亦可用于热症治疗。《灸法秘传》:“经谓:胞移热于膀胱则溺血,是症未有不本于热者,当灸关元数壮。”<sup>[14]</sup>《医学入门》云:“热者灸之,引郁热之气外发,火就燥之义也。”<sup>[19]</sup>艾叶善通十二经,艾灸关元经络得以通畅则膀胱之郁热自可消除。

**4.4 艾灸关元可防止疾病传变** 《扁鹊心书》云:“若伤寒后或中年久嗽不止,恐成虚劳,当灸关元三百壮。”<sup>[13]</sup>伤寒久病后若不能悉心调理易致元气亏虚久病不复,艾灸关元以壮元气,促进病后恢复。《扁鹊心书》云:“腿腠间发赤肿,乃肾气风邪着骨,恐生附骨疽,灸关元二百壮。”<sup>[13]</sup>艾灸关元防止疾病传变的作用与其温补元气温通经络功效有关,元气充盈、经络通畅自然有能力祛邪外出而防止疾病进一步发展。

**4.5 艾灸关元可治疗寒厥证** 《伤寒论》云:“凡厥者,阴阳气不相顺接,便为厥。厥者,手足逆冷是也。”阴阳气不能顺接可造成四肢厥冷。脾肾阳虚,阳气不能达于四末亦能致四肢厥冷。艾灸关元可温振阳气,阳气壮则四末可温,且关元穴乃阴阳交关之所可使阴阳得以接续,因此艾灸关元可以治疗寒厥证。

## 5 结语

艾灸关元具有保健强身健体的效果,而且独穴关元灸可治疗多种疾病应用广泛。其治疗效应与关元穴位特异性有关。独穴关元灸治疗效应与五脏皆相关,尤其与肾、任脉关系最为密切。艾灸关元穴善治泌尿生殖系疾病,尤重在扶阳。关元穴是足三阴与任脉交会穴,又与冲脉相通,独穴关元灸治疗效应广泛,值得深入研究。然而,针灸历来讲究多穴位配合治疗疾病,临证时应以患者实际病证斟酌为用,不可刻意求简求速。

## 参考文献

- [1]唐·孙思邈.备急千金要方[M].太原:山西科学技术出版社,2010.
- [2]唐·孙思邈.千金翼方[M].太原:山西科学技术出版社,2010.
- [3]宋·窦材辑.扁鹊心书[M].北京:中国医药科技出版社,2016.
- [4]清·金鉴抄传.清·雷丰补说.郭长青,张永臣点校.王丽平,郭珏,张海鹏点评.灸法秘传//贺普仁总主编.中华针灸宝库·贺普仁临床点评本(清卷)[M].北京:北京科学技术出版社,2013.
- [5]明·陈会原著.明·刘瑾重校.神应经//李鼎评注.王罗珍校勘.针灸玉龙经神应经合注[M].上海:上海科学技术出版社,1995.
- [6]唐·王焘著.王淑民校注.外台秘要方[M].北京:中国医药科技出版社,2011:457.
- [7]明·高武纂集.黄龙祥整理.针灸聚英[M].北京:人民卫生出版社,2006.
- [8]明·朱橚等编.普济方·第十册·针灸[M].北京:人民卫生出版社,1959.
- [9]明·王大纶著.婴童类萃[M].北京:人民卫生出版社,1983:11.
- [10]明·王肯堂.证治准绳·杂病//陆拯主编.王肯堂医学全书[M].北京:中国

中医药出版社,1999:111.

- [11]明·陶节庵撰.黄瑾明,傅锡钦点校.伤寒六书[M].北京:人民卫生出版社,1990:228.
- [12]北周·姚僧垣撰.高文铸辑校.集验方[M].天津:天津科学技术出版社,1986:82-83.
- [13]清·吴谦等编.郑金生整理.医宗金鉴·下册[M].北京:人民卫生出版社,2006:1945.
- [14]宋·许叔微.伤寒百证歌//王国强总策划.周仲瑛,于文明总主编.中医古籍珍本集成·伤寒金匱卷[M].长沙:湖南科学技术出版社,2013:106.
- [15]清·余震纂辑.苏礼,洪文旭,徐伟整理.古今医案按[M].北京:人民卫生出版社,2007:249.
- [16]清·王三尊.医权初编//珍本医书集成·第十四册·杂著类[M].上海:上海科学技术出版社,1986:17.
- [17]清·汪昂撰.王德群,张珂,张玲校注.本草备要[M].北京:中国中医药出版社,2009:80.
- [18]张建斌,王玲玲,吴焕淦,等.艾灸温通温补概念的内涵分析[J].中国针灸,2012,32(11):1002.
- [19]明·李梴著.金姆莉,何源,乔占兵校注.医学入门[M].北京:中国中医药出版社,1995:119.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王强 收稿日期:2017-12-12)

## 洪雅中草药·低等植物· 灰包科名录

大马勃(马勃)*Calvatia gigantea* (Batsch ex Pers.) Lloyd.

入药部位:子实体入药。

性味:性平,味辛。

功能主治:清热解毒,凉血止血,利咽。治疗咽喉肿痛,肺热咳嗽,吐血,衄血。

生境分布:山坡草丛、疏林下。各乡镇均有分布。蕴藏量少。

紫马勃(马勃)*Calvatia lilacina* (Mont. et Berk.) Lloyd.

入药部位:子实体入药。

性味:性平,味辛。

功能主治:清热解毒,清利咽喉,凉血止血。治疗咽喉肿痛,肺热咳嗽,咯血,衄血等。

生境分布:灌木林草坡。各乡镇均有分布。蕴藏量少。

马勃 *Lanopila nipponica* (Kawam.) Y. Kobayasi.

入药部位:子实体入药。

性味:性平,味甘。

功能主治:清热解毒,利咽止血。治疗肺热咳嗽,咽喉,肿痛。

生境分布:疏林阴湿处。各乡镇均有分布。蕴藏量少。

埃草(马勃)*Lycoperdon gemmatum* Batsch.

入药部位:子实体。

性味:性平,味辛。

功能主治:清热解毒,清利咽喉,止血消痛。治疗咽喉肿痛,衄血,腮腺炎,肺热咳嗽,咯血等。

生境分布:草坡、灌林、草丛。瓦屋山、总岗山多见。蕴藏量少。

小灰包(马勃)*Lycoperdon pusillum* Batsch ex Pers.

入药部位:子实体入药。

性味:性平,味辛。

功能主治:清热解毒,凉血止血。治疗咽喉肿痛,咳嗽,咯血,腮腺炎,痔血等。

生境分布:草坡、灌丛、疏林下。各乡镇均有分布。蕴藏量少。

——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



# 中医护理对妇科肿瘤术后患者心理的影响

郝子涵

(中国医科大学附属第一医院妇科, 辽宁 沈阳 110001)

**摘要:**目的 研究妇科肿瘤术后应用中医护理对患者心理的影响。方法 100例妇科肿瘤患者分为对照组和试验组,各50例。对照组给予常规护理措施,试验组给予中医护理措施。比较患者护理前后的不良情绪评分和护理满意度。结果 2组患者护理前的不良情绪评分无明显差异,护理后2组评分均得到改善,试验组比对照组改善更明显, ( $P < 0.05$ )。试验组患者满意度比对照组更高, ( $P < 0.05$ )。结论 妇科肿瘤术后应用中医护理能明显改善患者的不良心理,并提升其护理满意度,具有较高临床价值。

**关键词:** 妇科; 肿瘤; 中医护理; 心理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.058

文章编号:1672-2779(2018)-05-0129-02

## Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing on Psychological Status of Patients with Gynecological Tumor after Operation

HAO Zihan

(Gynecology Department, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

**Abstract: Objective** To study the effect of traditional Chinese medicine nursing on the psychological status of patients with gynecological tumor after operation. **Methods** 100 cases of gynecologic tumor patients were divided into control group and experimental group, with 50 cases in each group. The control group was given routine nursing measures, and the experimental group was given TCM nursing measures. Comparison of patients with bad mood score before and after nursing was made, and the nursing satisfaction was compared. **Results** There was no significant difference in the scores of bad emotion before nursing. The scores of the two groups were improved after nursing, but the difference between the two groups was significant ( $P < 0.05$ ). The nursing satisfaction of the experimental group was higher  $P < 0.05$ . **Conclusion** The application of traditional Chinese medicine nursing in gynecological tumor patients can significantly improve the bad psychology of patients and their nursing satisfaction, which has higher clinical value.

**Keywords:** gynecology; tumor; traditional Chinese medicine nursing; psychological status

妇科肿瘤是威胁女性健康的主要疾病,其包含子宫肿瘤、卵巢肿瘤等多种,患者发病后一般有腹部疼痛和阴道出血等症状<sup>[1]</sup>。目前临床上对妇科肿瘤的治疗方法较多,其中常见的方式为手术治疗、化学治疗和放射治疗等,根据患者的实际情况制定合理的治疗方案一般能有效改善其临床症状<sup>[2]</sup>。但患者在长时间患病的过程中经常会因为各种原因产生不良心理,影响其治疗效果和术后恢复<sup>[3]</sup>。本研究对妇科肿瘤患者术后应用中医护理对其心理的影响进行分析,报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 从我院2015年1月—2017年6月收治的妇科肿瘤患者中选取100例,随机分为对照组和试验组各50例。对照组患者年龄23~68岁,平均42.15岁;其中宫颈癌8例,卵巢肿瘤12例,乳腺癌10例,子宫肌瘤18例,子宫内膜癌2例。试验组患者年龄21~69岁,平均42.36岁;其中宫颈癌7例,卵巢肿瘤11例,乳腺癌13例,子宫肌瘤16例,子宫内膜癌3例。2组患者基本资料比较,  $P > 0.05$ ,具有可比性。

**1.2 方法** 对照组采用常规护理方式,其中主要是在患者手术后指导其保持正确体位,并根据实际情况为患者搭配合理饮食结构,为患者营造良好的病房环境等,让患者能够更好地休息。试验组采用中医护理方式,

具体如下。

**1.2.1 情志护理** 妇科肿瘤患者的日常生活受到严重影响,病情严重时甚至会危及患者的生命安全,导致患者在治疗过程中很容易出现各种不良情绪。在开展中医护理的时候,首先要对其进行情志护理。中医上的情志护理主要是采用非药物方法完成,其中包含音乐法和引导法等。音乐法主要是在患者术后为其播放其喜欢的音乐,音乐的节奏要舒缓,并且音乐应以积极乐观的为主,从而让患者能保持愉悦的心态,达到改善不良情绪的目的。引导法主要是在与患者接触的过程中不断对其进行语言引导,其中主要是在了解患者心理的真实想法后根据实际情况分析其产生不良情绪的原因,然后针对实际情况给予其相应的引导。但实际引导过程中应尽量保持随意的态度,避免引导过于明显而引起患者抵触的方案。在对患者进行引导的过程中还可以征得患者家属的配合,从而更好地帮助患者消除不良情绪。

**1.2.2 汤药护理** 根据中医理论,患者出现抑郁的原因主要是肝郁气滞,因此采用疏肝解郁的方式对患者的抑郁情绪进行改善。针对妇科肿瘤患者的实际情况,在其手术后可以使用四逆散与半夏厚朴汤联合治疗,其中药物主要有紫苏梗、柴胡、白芍、枳

实、厚朴和甘草。四逆散的作用主要是改善因应激引起的五羟色胺受体与脑源性神经营养分子表达低下的情况,而半夏厚朴汤的主要作用则是抵抗抑郁,两者合用时能起到疏肝解郁、理气散结的功效,从而有效改善患者的抑郁情绪。焦虑的治疗方法较多,其中主要是根据患者的证型采取相应的方药治疗,主要分为心胆气虚型、心脾两虚、阴虚内热证和痰热扰心型,分别采用安神定志丸加减治疗、归脾汤加减治疗、百合地黄汤和知柏地黄汤治疗及黄连温胆汤加减治疗等。

**1.2.3 穴位按压与贴敷** 患者会担心手术带来严重的后果,术后生活受到严重影响,产生应激和恐慌等反应。可给予其耳穴按压护理,主要是以患者的神门穴、皮质下、耳中、内分泌和交感穴为主进行按压。每次选择一侧耳穴并对耳廓进行清洁,将王不留行籽用胶布粘连后贴于患者的各个穴位,然后采用顺时针旋转按压方式对各个穴位进行按压,达到安神镇静的效果。同时,采用穴位贴敷的方式,在患者服用中药汤剂后进行贴敷,主要在患者阳陵泉、足三里和肺俞穴贴敷麝香虎骨膏,根据患者的情况进行穴位加减。其中痰气郁结时可加丰隆穴;肝气郁结时可加期门穴。穴位贴敷的时间以每日4~5 h为宜,连续贴敷10 d为1个疗程,连续为患者贴敷3个疗程。

**1.2.4 针灸与芳香疗法** 针灸与芳香疗法是中医治疗抑郁和焦虑较为常见的方式,其主要是借助高频垫枕对患者的百会穴、神庭穴和神门穴进行针刺,能够有效改善患者的抑郁症,并且能够消除患者因西医治疗产生的头痛和恶心。芳香疗法能起到与氟西汀相似的效果,但芳香疗法对人体造成的伤害更小,因此更有利于患者的术后恢复。

**1.3 观察指标** 对患者护理前后的不良心理进行评分,并调查患者满意度。不良心理评分用抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)完成,分数越高代表不良情绪越严重。满意度调查用自制量表完成,总分为100分,85分及以上为非常满意,65~84分为基本满意,65分以下为不满意。

**1.4 统计学方法** 数据处理用SPSS 22.0统计学软件完成,用%和( $\bar{x} \pm s$ )分别表示计数资料与计量资料,组间对比分别用 $\chi^2$ 检验和 $t$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 患者不良心理评分** 护理前2组患者不良心理评分无显著差异,护理后试验组患者不良心理评分比对照组更高, $P < 0.05$ ,见表1。

表1 护理前后不良心理评分 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	时间	SDS	SAS
试验组	50	护理前	58.62 ± 9.74	54.28 ± 7.68
		护理后	43.85 ± 7.96*	42.16 ± 8.35*
对照组	50	护理前	58.47 ± 9.25	54.19 ± 7.62
		护理后	51.26 ± 8.64	49.64 ± 9.73

注:护理后,与对照组比较,\* $P < 0.05$

**2.2 患者满意度** 试验组患者满意度比对照组更高,数据对比 $P < 0.05$ ,见表2。

表2 患者满意度 [例(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度
试验组	50	29(58.00)	20(40.00)	1(2.00)	49(98.00)*
对照组	50	21(42.00)	18(36.00)	11(22.00)	39(78.00)

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

## 3 讨论

妇科肿瘤的发生与多种因素相关,其中患者的个体因素、感染因素、生活因素及遗传因素等均可导致患者发病<sup>[4]</sup>。根据临床上对妇科肿瘤患者的观察,其在发病后不仅会对患者的正常生活和生理健康造成严重损害,还会导致患者的心理受到严重影响,甚至会因为不良心理导致其不能达到预期治疗效果<sup>[5]</sup>。因此,在患者治疗过程中采取有效的心理干预方式十分重要,其中尤其是对一些病情相对严重的患者更要采取强化护理措施,让其保持良好心态接受治疗。

对产生不良心理的患者采取有针对性的护理方式,其中服汤药护理指导、情志护理和穴位按压等均可让患者的不良心理得到有效改善。根据中医理论的指导遵循整体调节和辨证施治的原则,一般能取得较好的效果。本研究中对妇科肿瘤患者术后应用中医护理对患者心理的影响进行分析,患者护理前不良情绪评分比较无显著差异,护理后均得到明显改善,但试验组更优, $P < 0.05$ 。患者护理后满意度比较,试验组更优, $P < 0.05$ 。

综上所述,妇科肿瘤患者术后应用中医护理能有效改善患者的不良心理,促使其更好地接受治疗,让其治疗效果得到有效保障,值得推广应用。

## 参考文献

- [1]叶青.护理干预对高龄妇科肿瘤患者的睡眠状况及生活质量的影响研究[J].当代医学,2017,23(30):164-166.
- [2]倪昕雨.妇科肿瘤患者对手术室护理服务满意度调查[J].临床护理杂志,2010,9(5):43-44.
- [3]贾小兰.改良体位及中医护理干预对PICC置管治疗妇科肿瘤患者满意度及依从性的影响[J].西部中医药,2017,30(4):130-132.
- [4]王素平.中医护理对妇科肿瘤患者术后的心理影响分析[J].光明中医,2016,31(5):728-729.
- [5]万德馨,田亚宁,陈佳.辨证施护应用于妇科肿瘤术后30例[J].河南中医,2014,34(9):1859-1860.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李霞 收稿日期:2017-11-28)



# 中医护理在子宫肌瘤手术患者围术期的应用研究

胡寿涓 胡沙沙

(江西省新余市妇幼保健院产科, 江西 新余 338025)

**摘要:**目的 探究在子宫肌瘤手术患者围术期应用中医护理的临床效果。方法 择取2016年3月—2017年4月收治的92例子宫肌瘤手术患者, 随机将所选患者平均分成常规组和研究组, 在围手术期中分别行以常规护理、中医护理, 对2组患者术后疼痛程度、住院时间、并发症发生情况以及护理满意度进行分析和比较。结果 护理后, 研究组Ⅰ级疼痛患者占比明显高于常规组, Ⅲ级疼痛患者占比明显少于常规组 ( $P<0.05$ ); 研究组住院时间明显少于常规组, 并发症发生概率明显低于常规组 ( $P<0.05$ ); 研究组总护理满意度 (95.65%) 明显比常规组总护理满意度 (71.74%) 高 ( $P<0.05$ )。结论 在子宫肌瘤手术患者围术期应用中医护理可以有效缓解术后疼痛, 缩短住院时间, 降低并发症发生概率, 使患者更加认可和满意临床服务, 具有显著临床价值。

**关键词:** 中医护理; 子宫肌瘤; 手术; 围术期; 瘢痕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.059

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0131-02

## Study on the Application of Traditional Chinese Medicine Nursing in the Perioperative Period of Hysteromyoma Surgery

HU Shoujuan, HU Shasha

(Department of Obstetrics and Gynecology, Xinyu Maternal and Child Health-Care Center, Jiangxi Province, Xinyu 338025, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the clinical effect of traditional Chinese medicine nursing in the perioperative period of hysteromyoma surgery. **Methods** 92 cases of patients with hysteromyoma surgery were selected from March 2016 to April 2017 in our hospital were selected, and they were randomly divided into routine group and study group. The routine group received routine nursing, and the study group received traditional Chinese medicine nursing. The postoperative pain, hospitalization time, complications and nursing satisfaction were analyzed and compared. **Results** After nursing, The proportion of patients with grade I pain in the study group was significantly higher than that in the routine group, and the proportion of patients with grade Ⅲ pain in the study group was significantly lower than that in the routine group ( $P<0.05$ ). The length of hospitalization in the study group was significantly shorter than that in the routine group, and the probability of complications in the study group was significantly lower than that in the routine group ( $P<0.05$ ). The total nursing satisfaction of the study group (95.65%) was significantly higher than that of the routine group (71.74%) ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Traditional Chinese medicine nursing in the perioperative period of hysteromyoma surgery can effectively relieve postoperative pain, shorten the hospitalization time, reduce complication probability, make the patient more acceptance and satisfaction of clinical services, and has a significant clinical value.

**Keywords:** traditional Chinese medicine nursing; hysteromyoma; surgery; perioperative period; abdominal mass

子宫肌瘤属于妇科常见疾病之一, 通常在育龄期女性中比较多见, 针对该疾病, 临床中采用摘除法进行治疗, 效果良好<sup>[1]</sup>。但对患者而言, 摘除子宫不仅会对其生理健康产生影响, 还会对其心理健康产生影响, 因此在患者围手术期需要采用有效护理方式, 使其尽早康复, 保证良好的预后效果<sup>[2]</sup>。基于此, 本文择取2016年3月—2017年4月我院收治的92例子宫肌瘤手术患者, 探究在其围术期应用中医护理的临床效果, 报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 择取2016年3月—2017年4月我院收治的92例子宫肌瘤手术患者, 所选患者经过临床检查确诊, 排除合并子宫恶性病变、肝肾等脏器障碍、精神障碍等患者。随机将所选患者平均分成常规组和研究组, 常规组46例患者中, 年龄最大为55岁, 最小为30岁, 平均36.8岁; 肌瘤直径最大为12 cm, 最小为4 cm, 平均(6.2±2.1) cm; 手术类型: 28例行子宫肌瘤切除术、12例行子宫全切术、6例行子宫次全切术。研究组46例患者中, 年龄最大为54岁, 最小为32岁, 平均36.7岁; 肌瘤直径最大为12 cm, 最小为3 cm, 平均(6.4±2.0) cm; 手术类型: 30例行子宫肌瘤切除术、11例行子宫全切术、5例行子宫次全切术。2组患者各

项资料数据对比结果提示无统计学差异, 可以进行比较。

**1.2 护理方法** 常规组行常规护理。研究组行中医护理: (1) 术前护理。面对手术, 患者通常会产生恐惧、紧张等负性情绪, 术前心理压力明显增加, 表现出情绪异常、焦虑不安、失眠、食欲不振等, 对于此护理人员应主动与患者进行沟通和交流, 针对患者的需求应尽量满足, 对其压抑心理进行疏导, 针对失眠患者, 可指导其每晚用热水进行泡脚, 同时选择百会穴、风池穴、涌泉穴、太阳穴、印堂穴等, 采用中医手法进行按摩, 每次实施15分钟按摩即可, 针对有严重失眠症状的患者, 可在按摩的基础上加用耳穴埋豆的方式进行缓解, 在心、皮质下、神门耳穴处理王不留行, 使患者不良状况得到改善。(2) 术中护理。根据患者身体情况, 帮助患者选择合适体位, 对其各项生命体征变化进行密切观察, 并对足三里穴、三阴交穴进行按摩, 每间隔2 h按摩1次, 每个穴位各按摩3 min。(3) 术后护理。术后指导患者选择舒适体位, 并行放松训练, 使手术过程中受到压迫的血管恢复通畅, 通过抓捏手法对肢体进行按摩, 直至心脏部位, 抓捏5 s之后放松, 两侧

肢体分别按摩5 min。同时针对术后出现疼痛症状的患者,则行耳穴埋豆的方式进行缓解,在耳穴埋王不留行,每天对各穴位按压3~4次,每次2 min,如果患者出现剧烈疼痛现象,则可以适当增加按压力度和频率,必要时可行药物镇痛。针对出现恶心呕吐症状的患者,选取内关穴进行按摩,每次按摩15分钟。术后12 h对患者行中药排气汤,如果患者有气滞血瘀以及腑气不通表现,则可选择耳穴大小肠、胃及交感处理王不留行,每天对各穴位进行按压,每次2 min。另外,对患者行中药保留灌肠,加速胃肠道吸收,避免肠粘连现象出现。

**1.3 临床观察指标** 对2组患者术后疼痛程度、住院时间、并发症发生情况以及护理满意度进行分析和比较。通过多维自报测定法疼痛调查表对两组术后疼痛程度进行调查评估:无痛或轻微疼痛为Ⅰ级;有明显疼痛感,但可忍受为Ⅱ级;无法忍受的剧烈疼痛为Ⅲ级。记录两组住院时间及并发症发生情况。通过我院自制护理满意度调查表评估两组患者的护理满意度,评分最高值为100分,评分在90分以上代表非常满意;评分介于60~90分代表满意;评分在60分以下代表不满意,非常满意度+满意度=总满意度。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 22.0软件对数据进行处理、分析,  $P < 0.05$ , 差异明显, 具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组疼痛程度比较** 护理后, 研究组Ⅰ级疼痛患者占比明显高于常规组, Ⅲ级疼痛患者占比明显少于常规组 ( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组疼痛程度比较 (例)

组别	例数	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级
常规组	46	13	13	20
研究组	46	25	16	5
卡方		6.456	0.453	12.358
P值		0.011	0.501	0.000

**2.2 2组住院时间及并发症发生情况比较** 研究组住院时间为  $(6.15 \pm 1.64)$  天, 常规组住院时间为  $(7.29 \pm 2.65)$  天, 检验值:  $t = 2.481$ ,  $P = 0.015$ , 可见研究组住院时间明显少于常规组。研究组并发症发生概率明显低于常规组 ( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组并发症发生情况比较 (例)

组别	例数	感染性	非感染性	腹胀	总计
常规组	46	3	5	4	12
研究组	46	0	0	2	2
卡方					8.425
P值					0.004

**2.3 2组护理满意度比较** 研究组总护理满意度(95.65%)明显比常规组总护理满意度(71.74%)高 ( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 2组护理满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
常规组	46	20	13	13	33(71.74)
研究组	46	25	19	2	44(95.65)
卡方					9.638
P值					0.002

## 3 讨论

中医护理模式的中医理论依据为三分治疗、七分护理, 经过多年临床研究总结出一套整体护理模式, 通过按摩、埋豆等手法, 使患者身体得到调节, 进而达到治病的目的<sup>[1]</sup>。在中医理论中, 不良情绪会导致患者阴阳失调、身体机能紊乱, 身体诸阳源于脑, 按摩脑部穴位可以使患者身体紧张状态得到缓解, 身体机能得到调节, 机体免疫力增强<sup>[2]</sup>。对足三里穴、三阴交穴等进行按摩, 并联合耳穴埋豆, 不仅能够体现出反馈性调节机制, 同时对患者身体其他功能恢复有促进作用。伴随临床研究的不断深入, 针对不同的临床表现, 护理人员应采取不同护理方式, 形成完整的护理体系, 使患者更加满意临床护理服务<sup>[3]</sup>。常规护理是遵照医嘱的护理行为, 而中医护理模式则可以通过辨证的方式开展护理工作, 为患者提供更具针对性的护理服务<sup>[4]</sup>。

中医认为, 针对子宫肌瘤手术患者行以辨证护理, 可以达到阴阳调和的目的。本研究中, 采用中医护理, 对太阳穴、内关穴、百会穴以及涌泉穴等穴位按摩, 并行辨证施护, 不仅对患者大脑经络以及血液循环有促进作用, 而且可以使患者疼痛程度降低, 临床效果良好<sup>[5]</sup>。本研究结果显示, 采用中医护理的患者并发症发生概率为4.35%, 总护理满意度为95.65%, 而采用常规护理的患者并发症发生概率为26.09%, 总护理满意度为71.74%, 由此可见中医护理的应用可以有效降低并发症发生概率, 患者护理满意度得到提升, 利于和谐护患关系的建立, 值得推广。

在子宫肌瘤手术患者围术期应用中医护理可以有效缓解术后疼痛, 缩短住院时间, 降低并发症发生概率, 使患者更加认可和满意临床服务, 具有显著临床价值。

## 参考文献

- [1]梁凡.全程中医护理模式在子宫肌瘤手术患者围术期的应用效果观察[J].光明中医, 2015, 2(12):2671-2672.
- [2]钟玉南, 杨美容, 钟淑红, 等.子宫肌瘤手术患者围术期中医护理的效果分析[J].当代医学, 2017, 23(26):141-142.
- [3]袁会娟.中医护理在子宫肌瘤手术患者围术期的应用效果观察[J].光明中医, 2016, 31(7):1027-1028.
- [4]邱青青.中医护理50例子宫肌瘤患者围术期的应用评价[J].中国中医药现代远程教育, 2013, 11(20):127-128.
- [5]郑宝莹.围术期护理干预对腹腔镜子宫肌瘤切除手术患者的影响[J].中国民康医学, 2016, 28(9):110-112.
- [6]仲娟, 刘晓捷, 鲍志丽.中医护理临床路径在腹腔镜子宫肌瘤患者围术期的应用效果[J].中外医学研究, 2016, 14(25):86-87.
- [7]周岚.探讨围术期护理对腹腔镜子宫肌瘤切除患者的干预效果[J].中外医疗, 2015, 6(13):148-149.

(本文编辑:张文娟 本文校对:廖子瑜 收稿日期:2017-12-19)



# 中医特色护理干预经雷火灸治疗的腰痛临床分析

曲甜甜 黄 勤 张大伟

(大连市中医医院中医康复科, 辽宁 大连 116013)

**摘要:**目的 探讨中医特色护理干预经雷火灸治疗的腰痛患者的临床效果。方法 选取收治的腰痛患者84例为研究对象,以随机数字表法分为护理组和对照组各42例,2组均雷火灸治疗。对照组实施常规护理,观察组实施中医特色护理。1周后,对比分析2组疼痛评分与临床疗效。结果 2组疼痛评分均有下降,护理组降低多于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );护理组总有效率95.24%高于对照组80.95%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 中医特色护理干预经雷火灸治疗的腰痛能提高临床疗效,利于症状改善,值得推广。

**关键词:**腰痛;雷火灸;中医护理;食疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.060

文章编号:1672-2779(2018)-05-0133-03

## Clinical Analysis on Traditional Chinese Medicine Characteristic Nursing Intervention on Lumbago Patients Treated by Thunder Fire Moxibustion

QU Tiantian, HUANG Qin, ZHANG Dawei

(Department of TCM Rehabilitation, Dalian City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116013, China)

**Abstract Objective** To explore the clinical effect of traditional Chinese medicine nursing intervention on lumbago patients treated by thunder fire moxibustion. **Methods** 84 patients with low back pain in our hospital were selected as the research objects. They were randomly divided into the nursing group and the control group, with 42 cases in each group. The two groups were treated with thunder fire moxibustion. The control group was given routine nursing, and the observation group was given traditional Chinese medicine nursing. After 1 week, the pain scores and clinical efficacy of the 2 groups were compared and analyzed. **Results** The pain scores of the 2 groups decreased, the decline of nursing group was larger than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). The total effective rate of the nursing group was 95.24%, which was higher than 80.95% of the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The traditional Chinese medicine characteristic nursing intervention can improve the clinical efficacy, and is conducive to the improvement of symptoms, and is worthy of promotion.

**Keywords:** lumbago; thunder fire moxibustion; traditional Chinese medicine nursing; diet therapy

腰痛主要是指骶髂、腰骶或臀部疼痛不适所引起的主观感受,或伴双下肢放射性疼痛,是临床中的高发病和常见病。流行病学调查显示约2/3人群曾经遭受到腰痛影响<sup>[1]</sup>。腰痛致病原因复杂,加之周期长、症状多、病情缠绵难愈等,严重影响日常生活。中医药治疗以针灸、中药内服外敷、推拿和罐法为主,雷火灸是一种特殊灸法,具有散寒、祛风、通络、除湿功效。在雷火灸治疗中予以中医特色护理,可以提高治疗效果。本研究选取84例雷火灸治疗的腰痛患者,分组实施不同护理方式,分析疗效,报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院2015年10月—2016年5月接受雷火灸治疗的腰痛患者84例,将所有研究对象以随机数字表法分为护理组和对照组各42例。护理组男23例,女19例;年龄25~60岁,平均44.51岁;病程1~4周,平均(2.45±0.57)周。对照组男22例,女20例;年龄25~60岁,平均43.25岁;病程1~4周,平均(2.57±0.41)周。2组患者基线资料比较差异无统计学意义( $P<0.05$ ),有可比性。

**1.2 研究方法** 雷火灸。取肾俞、阿是穴、委中、腰夹脊、腰阳关、大肠俞和肾俞为主穴,循少阳经加风市、环跳、阳陵泉;循太阳经加昆仑和飞扬。气血瘀滞加

次髂、膈俞;寒湿加阴陵泉、命门;肾虚加志室、命门、太溪。在植物柱顶端点燃,将火头对准穴位,与皮肤保持2.5 cm,待到皮肤逐渐发红,深部组织出现发热为宜,及时将艾灰弹除,以免皮肤被灼伤。当火燃尽至盒口时,将大头针取出,从底盖将其拉开,并以拇指将植物柱推出,运用大头针对其进行固定后即可再次进行使用。无需将大头针取出,将盒盖盖上之后使其窒息即可实现灭火备用<sup>[2]</sup>。

**1.2.1 对照组** 康复科常规基础护理。临床基本口腔、皮肤护理、营养宣教、病情观察、留置导尿、监测生命体征(血压、脉搏、体温、疼痛)等护理措施。

**1.2.2 护理组** (1) 情志护理:护理过程中与患者建立起良好的护患关系,通过有效沟通交流,引导抒解患者心中郁结,鼓励他们积极参与兴趣爱好、社交活动,使心情放松,利于疾病治疗。(2) 辨证施护:①气滞血瘀:叮嘱其忌情绪激动,保持良好情绪,遵医嘱予以活血化瘀中药离子导入等治疗;病情逐渐缓解后,鼓励患者进行适当锻炼,使其气血通畅;饮食以白萝卜、山楂、木耳等行气活血之物为主,禁黏腻、肥甘厚味<sup>[3]</sup>;②寒湿:季节更替时注意添减衣物,尤其注意加强腰部保暖,必要时常佩戴护腰,若出现腰部不慎受凉情况,可采用热水泡脚,或运用艾绒煮水泡脚,帮助寒气驱散;夏季严禁于室外入眠,以免寒气入侵

加重病情；腰痛发作时，遵医嘱用散寒祛湿中药外敷。饮食以羊肉、红枣、桂圆、胡萝卜等温热性食物为主，忌寒凉、生冷；③肾虚：注意病房周围环境安静，确保患者得到充分休息；饮食以绿豆、枸杞子、海参等滋养肝肾食物为主，也可采用当归、熟地黄、黄芪等中药煲煮鸡汤，牛膝、杜仲煲煮猪脚筋食用；此外，遵医嘱为患者提供金匱肾气丸、桂附地黄丸等。(3) 日常注意事项：切忌大幅度旋转、弯腰，弯腰拾物时，可通过腰部始终垂直方式下蹲，腰部不宜过度负重；睡眠以硬板床为主，帮助腰椎处于正常生理曲度；女性不建议穿着高跟鞋，以免给腰椎造成负担；进行翻身时，应将四肢、躯干共同进行，不得出现扭曲；运动以八段锦、太极拳和散步等活动为主；每日以温热水泡脚，促进血液循环。

**1.3 研究指标及评价标准** 干预1周后，判定疗效。(1) 疼痛评分：运用视觉模拟评分法(VAS)对2组治疗前后疼痛程度进行评估。(2) 临床疗效：治愈：腰痛体征和症状逐渐消失，直腿抬高试验阴性，功能逐渐恢复；显效：临床体征和症状基本消失或只偶尔出现，直腿抬高试验可达70°，腰部功能基本恢复正常状态；有效：临床体征、症状显著改善，但活动时仍存在轻微受限情况，直腿抬高试验较前有所改善，能够承担一些轻松工作；无效：临床体征、症状均无任何显著变化，无法进行正常工作。

**1.4 统计学方法** 以统计学软件SPSS 15.0行分析处理，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示VAS评价结果， $t$ 值检验，以率(%)表示疗效， $\chi^2$ 检验； $\alpha=0.05$ 为临界值。

## 2 结果

**2.1 2组患者疼痛评估结果变化** 结果显示治疗前2组VAS疼痛评分结果比较无显著差异( $P>0.05$ )；治疗后2组VAS疼痛评估结果有显著差异( $P<0.01$ )，见表1。

表1 2组患者治疗前后VAS评估结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
护理组	42	6.84 ± 1.20	1.87 ± 1.31
对照组	42	6.75 ± 1.33	3.65 ± 1.25
$t$ 值		0.325	6.371
组间比较 $P$ 值		0.373	0.000

**2.2 2组临床治疗效果比较** 结果显示，治疗后。护理组总有效率95.24%，对照组80.95%，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，见表2。

表2 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
护理组	42	18	13	9	2	40(95.24)
对照组	42	11	13	10	8	34(80.95)
$\chi^2$ 值						4.086
组间比较 $P$ 值						0.043

## 3 讨论

引起腰痛的病因较多，主要为气滞血瘀、外邪入侵、肾亏体虚。治疗讲究辨证论治，尽管不同证型治疗原则不同，但总以虚者补肾健体为主，同时辅以补气养血。

雷火灸主要是由植物柱与艾叶及柏树茎共同组合而成，在燃烧过程中，会产生热能和红外线，对选取穴位进行刺激，同时艾绒中配上活血通络药物，在火力作用下，促使药物迅速深入穴位，产生活血通络、温经散寒功效<sup>[4]</sup>。在积极有效的治疗基础上，配合优质的护理措施可以达到事半功倍的效果。

中医认为生命组成物质中真精元气是非常重要的，意志和精神是人的根本，精神意志与生理、心理和病理密切相关。中医特色护理是一种基于辨证论治理论，结合现代护理措施发展起来的一种护理模式，其结合临床表现辨证施护，以中医理论为基础，从情志、日常注意事项等方面提供全方位针对性护理。

经常遭受强烈精神因素刺激，致肝气不舒，导致气机逆乱，出现阴阳失调、气血失调，阴阳不合，并引发多种疾病<sup>[5]</sup>。在疾病发生发展中，愉悦的心情有助于疾病恢复，而情志不畅，则可能致使疾病加重。《素问·上古天真论》：“恬淡虚无，精神内守，病安从来。”这表明保持精气，调摄精神，可促使正气增强，抵制外邪，更利于身心健康<sup>[6]</sup>。治疗过程中，我们强调精神内在的积极作用，注意帮助患者调畅情志，良好的心态有助于疾病的康复及预后。

脊椎骨支撑全身，腰部肌肉缺少静脉回血瓣，毛细血管血流缓慢，血液易渗出血管外，瘀阻经络发生腰痛；气为血帅，血为气母，气滞则血必因之瘀阻，血瘀则气亦随之而郁滞，气血阻滞不通，气血不畅，不能达于腰府四末<sup>[7]</sup>。此类患者忌情绪激动，保持良好情绪，使肝气舒畅，活血化瘀药离子导入可活血除瘀，配合食疗。寒湿腰痛一般为感受寒湿邪气，腰部冷痛重着，转侧不利，逐渐加重，每遇阴雨天或腰部感寒后加剧，护理时应叮嘱患者注意添减衣物，腰部保暖，出现不适可用热水泡脚等，虚邪贼风，避之有时。肾虚腰痛多为先天禀赋不足，后天劳累太过或久病体虚、年老体衰、房室不节等，导致肾精亏损，无以滋养腰脊，护理时食疗应注意补益肝肾，以实先天，必要时可遵医嘱服用相应药物。

视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)广泛应用于我国临床，以较为准确的反应患者对疼痛的感觉作为观测指标。可以直观反应护理疗效。但由于老年人准确标定坐标位置能力不足，VAS并不适用于老年患者，故本次纳入患者年龄均在60岁以下。本次结果显示干预后2组患者VAS疼痛均有所减轻，护理组



减轻更为显著,差异有统计学意义 ( $P<0.01$ )。临床疗效护理组总有效率95.24%,对照组80.95%,差异有统计学意义。说明中医特色护理干预经雷火针灸治疗的腰痛患者,可有效改善疼痛症状,提高临床疗效,值得推广。

#### 参考文献

- [1]金艳芳.雷火灸摆阵疗法治疗腰椎间盘突出症效果观察与护理[J].中国中医药现代远程教育,2014,11(24):119-120.  
[2]杨丽艳,李志峰,何佳,等.针刺配合赵氏雷火灸治疗腰椎间盘突出症的

- 疗效观察[J].成都中医药大学学报,2015,57(2):59-61.  
[3]林晓光,潘国铨.行气活血法治疗气滞血瘀型幻肢痛 90 例临床观察[J].新中医,2014,48(8):78-80.  
[4]徐敏敏,阳晓晴,刘绍凡,等.雷火灸摆阵法在腰椎间盘突出症急性发作期的效果观察[J].中国中医急症,2016,24(3):482-484.  
[5]马来存.浅论中医学健康教育与预防保健[J].青海医药杂志,2010,40(3):70-71.  
[6]戴欣欣.雷火灸治疗老年腰椎间盘突出症患者的护理干预观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,14(58):245-248.  
[7]牛春涛,韩晗,王向峰.活血化瘀疗法临床应用法则思考[J].中医杂志,2001,42(3):179-180.  
(本文编辑:张文娟 本文校对:尹继勇 收稿日期:2017-11-28)

## 中西医结合临床干预肺结核及护理的观察

裴 育

(沈阳市第九人民医院内科, 辽宁 沈阳 110024)

**摘要:**目的 研究肺结核患者采用中西医结合临床干预及护理的临床观察。方法 对接诊的120例肺结核患者应用利福平联合异烟肼西药治疗的基础上辨证加用中成药治疗,同时用药期间给予患者密切的护理观察及全方位的护理干预,评价患者的临床治疗护理效果及药物毒副作用。结果 患者用药时间与疗效成正比,中药辅助干预具有保护肝脏,减少药物毒副作用的效果。结论 应用中西医结合治疗肺结核期间给予患者全方位的护理干预,可有效预防药物对肝脏造成的严重损伤,提高临床治疗效果。

**关键词:**肺结核;利福平;异烟肼;中成药疗法;护理;肺癆

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.061

文章编号:1672-2779(2018)-05-0135-02

### Observation on Clinical Intervention of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine and Nursing of Pulmonary Tuberculosis Patients

PEI Yu

(Department of Internal Medicine, Shenyang Ninth People's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110024, China)

**Abstract:** Objective To study the clinical intervention and nursing of pulmonary tuberculosis patients with integrated traditional Chinese and Western medicine. Methods 120 patients with tuberculosis in our hospital accepted the application of combined isoniazid rifampicin and Western medicine treatment based on syndrome differentiation and treatment with Chinese patent drug, while medication is given with close nursing observation and comprehensive nursing intervention. Evaluation of the patient's clinical care effect and drug side effects was made. Results The time of the patient's medication was proportional to the effect, and the auxiliary intervention of traditional Chinese medicine had the effect of protecting liver and reducing drug toxicity. Conclusion Comprehensive nursing intervention can be used to prevent the serious injury to the liver caused by drugs and improve the clinical effect.

**Keywords:** tuberculosis; rifampin; Isoniazid; therapy of Chinese patent medicine; nursing; pulmonary tuberculosis

肺结核是一种肺部感染性疾病,严重威胁人类健康<sup>[1]</sup>。目前,临床应用最广,抗结核最强的基本药物为利福平联合异烟肼治疗对肺结核有很好的疗效<sup>[2]</sup>,但由于长时间服用利福平及异烟肼可导致血清转氨酶升高,黄疸,肝脏肿大等副作用<sup>[3]</sup>。中医药历来广泛应用于肺癆各阶段的治疗中,主要采用以辨证论治为核心的综合治疗方案,以滋阴清热、益气养阴、培土生金等治法运用较普遍<sup>[4]</sup>。因此,本研究通过中西医联合临床干预对肺结核患者进行治疗,并在用药治疗期间采取有效的护理手段进行干预,为患者在治疗期间减少药物反应及提高治疗护理效果起到重要的临床作用。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2013年2月—2015年6月收治的

120例肺结核患者为研究对象。将患者按用药疗程分为3组,即用药6个月组、用药9个月组及用药12个月组,每组患者为40例。其中用药6个月组患者中,男24例,女16例;年龄为23~67岁,平均41.9岁;病程最短2个月,最长3.5年,平均(2.8±0.3)年。用药9个月组患者中,男22例,女18例;年龄22~48岁,平均42.2岁;病程最短3个月,最长3.9年,平均(3.0±0.1)年。用药12个月组患者中,男21例,女19例;年龄24~50岁,平均43.9岁;病程最短3个月,最长3年,平均(2.6±0.4)年。各组患者治疗前经肝功能检测,指标均属正常。

1.2 治疗方法 分别给予3组患者0.3 g/d异烟肼,0.45~0.60 g/d利福平,每日1次,连续服用2个月;对于巩固期患者,给予0.3 g/d异烟肼,0.45~0.60 g/d利福平,每日

1次；肺结核V型患者应每天加强服用强的松45~60 mg，并进行胸水抽取化验。3组患者持续治疗时间分别为6个月、9个月及12个月，同时对3组患者的疗效及药物的毒副作用进行跟踪随访。在9个月及12个月疗程的患者治疗基础上辨证加用中成药联合治疗。肺阴虚型予滋阴润肺免煎颗粒（麦冬、北沙参、川贝母、百合、黄精、山药、百部、白及、桔梗），10 g/次，冲服，每日2次。阴虚火旺型予肺泰胶囊（苦苣菜、黄芩、北沙参、瓜蒌、太子参、百部、枇杷叶、川贝母、白及），2.5 g/次，每日3次。气阴两虚型予双百口服液（百合、北沙参、麦冬、生地黄、生晒参、川贝母、百部、地骨皮、白及、黄芪、山药、猫爪草），20 mL/次，每日3次。

**1.3 护理措施** 药物治疗是肺结核患者的主要治疗方法，但治疗时应注意采用必要的预防措施。以免因长时间用药而给患者的肝功能带来损伤，定期进行肝功能检测，有效的控制药物不良反应对患者肝、肾功能的损伤；药物的合理应用是控制及治愈结核病的关键，应按照早期、联合、规律、适量、全程五项药物应用原则执行<sup>[4]</sup>。肺结核患者的服药疗程应在半年以上，有些患者担心药物会对自身的肝脏造成损伤，服药依从性较差，所以，要求医护人员应有足够的耐心、主动向患者宣讲肺结核病的危害及服用药物的必要性以及坚持用药、规律用药对其疾病痊愈的重要性，并耐心督促患者按时服药，切勿自行停药；服用药物过程中出现肝功能异常等情况，应给予相应处理。督促并监督9个月及12个月疗程的患者在西药治疗的基础上按时服用重要辅助治疗，讲解中药可有效提高肺病患者的体质和抗病能力、弥补单纯化学药物治疗的不足及具有护肝，促痰菌转阴和病灶吸收、病情改善的重要作用。

**1.4 药物毒副作用** 入院前对全部患者进行肝功能常规指标检查，定期（每隔2周）对3组患者进行肝功能指标复查，采用ELISA酶联免疫法对肝病毒进行检测。

**1.5 疗效评定** 对患者每半年进行连续3天的痰菌检测，为期两年的跟踪随访。经痰液检测细菌阴性者为痊愈；经痰液检测细菌阳性率明显减少者为好转；经痰液检测细菌阳性率无变化且有增多的趋势为无效。总显效率为痊愈好转例数之和。

## 2 结果

**2.1 疗效比较** 用药6个月组患者痊愈、好转、无效分别为：20例、8例、12例，显效率为28例（70%）；用药9

个月组患者痊愈、好转、无效分别为：23例、12例、5例，显效率为35例（87.5%）；用药12个月组患者痊愈、好转、无效分别为：26例、11例、3例，显效率为37例（92.5%），显示患者的中西医结合用药时间与疗效成正比。

**2.2 用药时间及患者的毒副作用相关性比较** 结果显示用药时间长的患者肝功损害程度并未增加，说明中药辅助干预减少了患者的药物毒副作用。见表1。

表1 3组患者用药的毒副作用对比 (例)

组别	例数	HBsAg阳性	HBeAg阳性	HBeAb阳性
6个月	40	1	0	1
9个月	40	1	0	0
12个月	40	1	1	0

## 3 讨论

肺结核病人治疗的关键是在规定时间内按时按量合理应用抗结核药物<sup>[5]</sup>。目前临床用于治疗肺结核的主要方法为利福平联合异烟肼治疗，但由于其药物的特殊性，用药时间短治疗效果不理想，而用药时间长，则会对患者的肝功能造成影响。因此，定期为患者做肝功能检测非常必要，通过肝功能检测结果及时对药物的服用数量进行调整，并配合科学护理方法，可以有效的减少药物毒副作用对肝脏的损伤，加快患者的康复进度，缩短患者的治疗时间。

肺结核属于中医“肺癆”范畴。临床研究证实，辨证论治综合治疗方案能迅速缓解肺癆症状、减轻抗癆药的毒副作用，能有效提高肺癆患者的体质和抗病能力、弥补单纯化学药物治疗的不足。本研究结果显示用药时间长的患者肝功损害程度并未增加，说明中药辅助治疗有保护患者肝功能，能够较快促进患者痰菌转阴和病灶吸收、促进病情改善的作用。

结核患者应用利福平联合异烟肼西药治疗的基础上辨证加用中成药治疗，用药期间给予患者密切的护理观察及全方位的护理干预，可有效预防药物对肝脏造成的严重损伤，提高临床治疗效果。

## 参考文献

- [1] 闫惠玲, 朱新喜. 肺结核住院患者的心理问题及护理方法[J]. 中国实用医药, 2009, 4(24): 211-212.
- [2] 张晓霞. 30例结核病病人的心理分析及护理[J]. 全科护理, 2009, 7(2): 407.
- [3] 韩淑玲, 党文萍. 结核性脑膜炎患者恢复期异常行为探讨及对策[J]. 吉林医学, 2010, 31(36): 6769-6770.
- [4] 林娟, 宋英丽, 午爱静. 社区肺结核患者心态分析与心理护理对策[J]. 社区医学杂志, 2011, 9(4): 61-62.
- [5] 韩金荣. 肺结核患者的心理护理[J]. 中外医疗, 2009, 28(20): 138.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 陈宝恒 收稿日期: 2017-12-15)



# 中医情志护理在急诊女性患者中的应用效果研究

杨建红 杜文娟

(南昌市洪都中医院急诊科, 江西 南昌 330000)

**摘要:**目的 研究中医情志护理在急诊女性患者中的应用效果。方法 抽取急诊接诊的110例女性患者, 抽取时间是自2015年4月—2017年4月, 分组原则以抽签法为主, 分观察组 ( $n=55$ ) 和对照组 ( $n=55$ )。对照组予以常规护理, 观察组予以中医情志护理。比较护理满意度、SAS评分、SDS评分。结果 与对照组护理满意度比较, 观察组较高; 与对照组SAS评分、SDS评分比较, 观察组较低, 优势突出,  $P<0.05$ 。结论 中医情志护理可有效缓解急诊女性患者的焦虑、抑郁等负面情绪, 提高护理满意度, 值得借鉴。

**关键词:** 情志护理; 急诊; 女性患者

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.062

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0137-02

## Study on the Effect of Emotion Nursing of Traditional Chinese Medicine in Emergency Female Patients

YANG Jianhong, DU Wenjuan

(Emergency Department, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330000, China)

**Abstract:** **Objective** To study the effect of emotion nursing of traditional Chinese medicine in emergency female patients. **Methods** A total of 110 female patients in our emergency department were retrieved from April 2015 to April 2017. They were divided into observation group ( $n=55$ ) and control group ( $n=55$ ) according to drawing of lots. The control group was given routine nursing, and the observation group was given emotion nursing of traditional Chinese medicine. Comparison of nursing satisfaction, SAS score and SDS score was made. **Results** Comparing with the control group, the nursing satisfaction degree of the observation group was higher, and the SAS score of the observation group was lower than that of the control group and the advantage was prominent ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The emotion nursing of traditional Chinese medicine can effectively relieve the negative emotions such as anxiety and depression in the emergency female patients, and improve the nursing satisfaction. It is worthy of reference.

**Keywords:** emotion nursing; emergency; female patients

急诊患者的病情一般是突发性的, 患者普遍存在疼痛、抑郁、焦虑、紧张、恐惧等不良情绪, 存在一定的应激性心理; 随着人们物质生活水平的不断提高, 人们对护理质量的要求越来越高, 常规的护理服务已不能满足广大患者的需求, 患者更需要一种人文关怀和心理护理, 突出表现在急诊护理中, 因为急诊室的患者病情普遍较重, 病情复杂多样, 人流量较多, 极易加重患者的心理负担, 急诊的女性患者因为心理承受能力相对比男性低, 所以负面情绪表现更加严重, 故寻找一种积极、有效的护理措施调整患者情绪成为当前广大急诊医护人员广泛关注的内容<sup>[1]</sup>。本文笔者为了辩论中医情志护理在急诊女性患者中的应用效果, 特抽取本院急诊接诊的110例女性患者查究, 汇总如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 抽取本院急诊接诊的110例女性患者, 抽取时间是自2015年4月—2017年4月, 分组原则以抽签法为主, 分观察组 ( $n=55$ ) 和对照组 ( $n=55$ )。观察组年龄17~64岁, 平均40.56岁; 疾病类型: 11例是冠心病、14例是骨折、3例是肾绞痛、5例是急性肺炎、14例是高烧、8例是急性胃肠炎。对照组年龄18~62岁, 平均40.05岁; 疾病类型: 10例是冠心病、15例是骨折、

2例是肾绞痛、6例是急性肺炎、15例是高烧、7例是急性胃肠炎。排除存在精神疾病、沟通障碍、意识不清醒以及配合度、依从性较差的。研究前, 患者、家属均知情, 并对《知情同意书》予以签字。2组基线资料差异不突出,  $P>0.05$ , 具有优异的可比价值。

## 1.2 护理方法

**1.2.1 对照组** 监测生命体征, 遵医嘱治疗, 观察病情。

**1.2.2 观察组** (1) 辨证施护、四诊合参: 采用中医“望闻问切”的理念, 结合患者的心理承受能力、文化程度、修养等多方面因素对患者进行辨证施护, 提高护理措施的针对性。(2) 安慰劝导: 通过患者的行为、态度、姿势、表情、语言等巧妙的与患者取得沟通, 拉近与患者的距离, 赢得患者信任, 同时将以往治疗成功的案例贯穿于沟通中, 增强其治疗的信心和依从性<sup>[2]</sup>。(3) 移情易性: 多途径的转移患者注意力, 使患者的注意力从关注疾病方面转移到服从治疗上, 协助患者从疾病的痛苦中挣脱出来。多与患者聊一些患者感兴趣的话题, 例如询问家庭情况、唠家常等, 转移注意力可有效缓解患者的痛苦<sup>[3]</sup>。(4) 情志相胜法: 应用祖国医学中的五行相生相克理论, 喜胜忧, 诱发患者开怀一笑, 目的是使得患者心中的压力得以释放; 应用思胜恐, 主动向患者讲述与患者自身疾病相关的

知识,让患者了解治疗情况、疾病情况,目的是使得患者自发性的思考与自身疾病有关的问题,进而缓解焦虑、紧张等情绪。(5)暗示疗法:护士可通过情绪、行为以及语言等暗示患者,目的是缓解患者心理负担,例如对于疼痛明显的患者,护士可暗示患者已经注射止痛药,其实并未注射,暗示属于一种心理效应,可明显缓解患者疼痛。

### 1.3 评价指标

**1.3.1 护理满意度** 自制问卷调查表,90分以上(包括90)分代表一级满意;80分以上,90分以下,代表二级满意;70分以上,80分以下代表三级满意,总分在70分以下代表不满意。[(一级满意+二级满意+三级满意)例数/55]×100%=满意度。

**1.3.2 SAS评分** 用SAS评分评定焦虑症状,共20题,每题4项,代表1~4分,>50分评定为焦虑。

**1.3.3 SDS评分** SDS(抑郁评分量表),轻度抑郁介于53~60分、中度抑郁介于61~72分、重度抑郁介于>72分。

**1.6 统计学方法** 用SPSS 23.0软件统计,SAS评分、SDS评分代表计量资料,是 $t$ 检验;护理满意度代表计数资料,用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ ,优势突出,存在统计学意义。

## 2 结果

**2.1 比较护理满意度** 观察组满意度94.5%远高于对照组的满意度80%,差异显著, $P<0.05$ ,见表1。

表1 比较护理满意度 [例(%)]

组别	例数	一级满意	二级满意	三级满意	不满意	满意度
观察组	55	17	24	11	3	52(94.5)
对照组	55	10	22	12	11	44(80.0)
$\chi^2$ 值						5.2381
$P$ 值						0.0220

**2.2 比较SAS评分、SDS评分** SAS评分、SDS评分:观察组的远比对照组的低,差异显著, $P<0.05$ ,见表2。

表2 比较SAS评分、SDS评分 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	SAS评分	SDS评分
观察组	55	30.27±4.27	41.04±3.14
对照组	55	39.86±5.24	50.86±5.24
$t$ 值		10.5217	11.9217
$P$ 值		0.0000	0.0000

## 3 讨论

中医学认为情志过激,超过人体正常的生理极限,会导致人体的阴阳平衡失调,脏腑的功能发生紊乱,进而引发各种疾病,严重威胁到患者的生命健康。在中医学中,女性属阴,具有气血不足、心神柔弱的特点,上述特点均是妇科疾病的主要诱因,在疾病的发

生、发展过程中具有重要作用。要想使患者的心理处于一种最佳状态,就必须从不同方面对患者进行情志调节与心理调节<sup>[4]</sup>。随着医疗科技的发展,近年来,祖国医学逐渐得到了广大临床医护人员的高度重视,逐渐的被用于临床。

急诊护理中,大部分患者处于一种病重状态,护士不仅要积极的配合临床医师予以治疗,还应该调整患者的心理情绪。中医情志护理根据“七情”与患者沟通,指导患者正确的看待自身的疾病,保持心态平稳,促进患者病情的恢复。情志护理通过气质、行为、表情、姿势、态度以及语言等多方面调节患者情绪,最大限度的缓解患者的烦恼、顾虑,促使患者树立战胜疾病的信心<sup>[5-6]</sup>。女性患者因为心理更脆弱,承受能力更低,所以恐惧、焦虑、抑郁、不安等情绪更为显著,对疼痛的敏感性更高,耐受力更低,中医情志护理充分的考虑到了患者的心理状况,很好的缓解了患者的负性情绪,提高了其治疗的配合度<sup>[7]</sup>。故本文研究示:护理满意度:观察组94.5%、对照组80%;SAS评分、SDS评分:观察组的远比对照组的低,差异突出, $P<0.05$ 。证实了中医情志护理在急诊女性患者护理中的价值和有效性。

综上所述,急诊女性患者予以中医情志护理,患者的心理负性情绪可明显缓解,治疗的信心、配合度均有了一定程度的提高,效果确切,广大患者值得信赖并予以推广。

### 参考文献

- [1]陆亦欢,莫桂英,林少琴,等.中医情志护理在急诊女性患者中的应用[J].护理实践与研究,2016,13(5):136-137.
- [2]曹翠琴.情志护理在女性PICC置管患者中的应用[J].护理实践与研究,2014,11(2):146-147.
- [3]赵文红.情志护理配合耳穴埋豆改善无痛人流手术者术前焦虑的效果观察[J].光明中医,2014,29(4):830-831.
- [4]刘雅清,邓燕萍,邱山东.中医情志护理在乳腺癌患者术前焦虑中的应用[J].福建中医药,2014,45(4):60-61.
- [5]王光艳,文贵娟.中医情志护理联合心理干预对妇科患者应用中药灌肠依从度及不良情绪的影响[J].四川中医,2015,33(2):178-180.
- [6]万巧巧,李华珍.刮痧疗法配合情志护理干预更年期女性失眠的临床分析[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(22):119-120.
- [7]唐文斌.中医情志护理在妇科手术患者中的应用及疗效[J].河南中医,2013,33(9):1597-1598.

(本文编辑:张文娟 本文校对:方琴 收稿日期:2017-11-28)

中醫美歲



# 中西医结合护理对泌尿外科手术后疼痛的影响研究

范雪梅

(中国医科大学附属第一医院泌尿外, 辽宁 沈阳 110001)

**摘要:**目的 研究中西医结合护理对泌尿外科手术后疼痛的影响。方法 泌尿外科手术治疗患者100例, 随机分为对照组和试验组各50例。给予对照组西医常规护理, 给予试验组中西医结合护理。比较2组患者术后疼痛情况及满意度。结果 患者术后疼痛情况比较试验组更优  $P < 0.05$ ; 患者满意度比较试验组更优  $P < 0.05$ 。结论 中西医结合护理在泌尿外科手术中的应用能明显减轻患者术后疼痛, 提升患者的满意度, 临床价值较高。

**关键词:** 中西医结合护理; 泌尿外科; 手术; 疼痛; 淋证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.063

文章编号:1672-2779(2018)-05-0139-02

## Study on the Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing on Postoperative Pain in Urology

FAN Xuemei

(Department of Urology Surgery, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

**Abstract:** **Objective** To study the effect of combination of traditional Chinese and Western medicine nursing on postoperative pain in urology. **Methods** 100 cases of patients in department of urology surgery were randomly divided into control group and experimental group, with 50 cases in each group. The control group was given routine nursing care, and the experimental group was treated with combination of traditional Chinese and Western medicine nursing. The satisfaction of patients with pain was compared between the two groups. **Results** The postoperative pain of the experimental group was better  $P < 0.05$ . Patient's satisfaction of the experimental group was better  $P < 0.05$ . **Conclusion** The application of combination of traditional Chinese and Western medicine nursing can significantly reduce postoperative pain, improve patient's satisfaction, and has higher clinical value.

**Keywords:** integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; urology; operation; pain; stranguria

泌尿外科是医院日常运行中的重要科室, 手术治疗方法在其日常运行中的应用十分广泛, 其中泌尿系统感染、结石病和肿瘤等均有手术治疗<sup>[1]</sup>。但是作为一种有创操作, 患者手术后容易出现疼痛的情况, 并因为疼痛而影响其正常情绪, 导致其术后恢复受到影响<sup>[2]</sup>。目前临床上主要是采用西医常规方式完成患者的术后护理, 其能在一定程度上让患者的术后疼痛得到控制, 但其针对性较差, 患者的疼痛感依然会对其术后恢复造成严重影响<sup>[3]</sup>。本研究针对泌尿外科手术患者的实际情况, 研究中西医结合护理对其术后疼痛的影响, 报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 从我院收治的行手术治疗的泌尿外科患者中选取100例为研究对象, 随机分为对照组和试验组各50例。对照组男28例, 女22例; 患者的年龄32~75岁, 平均51.87岁; 其中泌尿系统结石患者32例, 泌尿系感染患者12例, 肿瘤患者6例。试验组男29例, 女21例; 患者的年龄30~77岁, 平均51.62岁; 其中泌尿系统结石患者35例, 泌尿系感染患者10例, 肿瘤患者5例。患者基本资料比较 $P > 0.05$ , 具有可比性。

**1.2 纳入标准** 所有患者均有明显的手术指征, 且不存在既往手术史, 所有患者均对本研究知情且签署知情同意书。

**1.3 排除标准** 排除患者中存在严重心血管疾病的情况, 排除患者中存在既往恶性肿瘤手术史的情况, 排除患者中存在精神障碍的情况, 并排除患者中治疗依从性

较低的情况。

### 1.4 护理方法

#### 1.4.1 西医常规护理

**1.4.1.1 健康宣教** 患者入院后根据其实际情况为其讲解疾病相关知识, 并为其介绍手术治疗的优点及手术的具体流程和手术过程中可能发生的情况等, 让患者对自身的疾病有更多了解, 并促使患者更好地配合医护人员完成治疗。同时, 护理人员要为患者讲解手术后可能出现的并发症, 让患者做好心理准备。另外, 护理人员要向患者家属介绍手术后的相关护理配合方法, 让其能够在患者手术后更好地配合护理人员开展护理工作。

**1.4.1.2 心理护理** 手术治疗属于有创操作, 一些患者会因为手术而产生各种不良情绪, 导致其治疗依从性受到影响。因此, 护理人员还要根据患者的实际情况给予其有效的心理护理。首先要为患者讲解良好心态对治疗效果提升的重要性, 让患者能够尽量保持良好心态。同时, 护理人员通过音乐疗法和沟通交流等方式缓解患者的不良情绪。另外, 护理人员要联合患者家属给予患者关怀与鼓励, 促使患者保持良好心态接受治疗。

**1.4.1.3 体位护理** 患者手术后需要静卧修养一段时间, 但在长期卧床的过程中可能会导致患者出现压疮, 因此护理人员还要根据患者的实际情况指导并协助其进行翻身。其中主要是让患者保持仰卧位与健侧卧位, 并定时指导其进行体位的变换。实际护理中护理人员

可根据患者的恢复情况指导其保持其它体位,但应尽量保护好患者的切口,避免切口开裂。

**1.4.1.4 管道护理** 患者手术后会留有导尿管和引流管,其中导尿管应根据医嘱在手术后及时拔除,避免患者出现感染的情况。同时,护理人员要密切观察患者引流管的通常情况,并观察引流液颜色和量的变化情况,对其进行准确记录,并在出现异常变化时及时与主治医师取得联系。

## 1.4.2 中医护理

**1.4.2.1 辨证施护** 患者手术后产生疼痛的原因存在一定差异,因此需要给予患者辨证施护。其中主要是以血府逐瘀汤为主方,并根据患者的实际情况进行药物加减。血府逐瘀汤的主方组成为:柴胡、牛膝、桔梗各10 g,枳壳、桃仁、红花、赤芍和川芎各15 g,生地黄和当归各20 g,甘草6 g。若患者局部血肿,则加莪术和三棱各8 g,丹参和郁金各10 g;若患者疼痛剧烈,则加没药和乳香各10 g。将药物加水煎煮后取汁服用,每日1剂,分早晚服用,连续用药3 d时间。患者为湿热痹阻型时,加用清热祛风湿和通经活络的中药进行外敷处理;患者为寒湿痹阻型时,使用通经活络和散寒祛风湿的药物进行外敷;患者为肾气虚寒型时,使用散寒止痛和补骨强筋骨的药物进行外敷;患者为瘀血痹阻型时,使用活血化瘀止痛的药物进行外敷。

**1.4.2.2 饮食及术后情志护理** 患者术后的饮食需要根据患者的个人喜好进行合理调节,并且要根据患者的实际病情进行有效控制。其中主要是以清淡易消化的食物为主,减少对油脂和高热量食物的摄入,并进食患者使用生冷食物。患者脾胃虚弱时,给予其健脾养胃的药膳治疗。患者术后出现各种不良情绪时,可根据实际情况给予其疏肝解郁药物辅助治疗,让患者的气血得到调和。

**1.5 观察指标** 观察患者术后疼痛情况,并对其进行评分,调查患者的满意度。疼痛评分用视觉模拟评分法(VAS)完成,分值在0~10分,0分为无痛,分数越高代表患者的疼痛越严重。满意度调查用自制量表完成,总分为100分,85~100分为非常满意,60~84为基本满意,60分以下为不满意。

**1.6 统计学方法** 数据处理用SPSS 22.0统计学软件完成,用百分率和( $\bar{x} \pm s$ )表示计数资料与计量资料,组间对比用 $\chi^2$ 检验和 $t$ 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 患者术后疼痛评分** 患者术后各个时间段的疼痛评分比较试验组均更优,数据对比 $P < 0.05$ ,见表1。

表1 患者疼痛评分 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	术后2 h	术后24 h	术后48 h
试验组	50	4.25 ± 0.87 <sup>*</sup>	2.53 ± 0.56 <sup>*</sup>	1.47 ± 0.36 <sup>*</sup>
对照组	50	6.34 ± 1.02	4.35 ± 0.96	3.38 ± 0.62

注:<sup>\*</sup> $P < 0.05$

**2.2 患者满意度** 患者满意度比较试验组更高,数据对比 $P < 0.05$ ,见表2。

表2 患者满意度 [例(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度
试验组	50	31	17	2	48(96.00)
对照组	50	25	14	11	39(78.00)

## 3 讨论

泌尿外科疾病治疗中手术治疗是较为常见的方式,其应用十分广泛,并且能够取得较好的临床效果<sup>[4]</sup>。但手术治疗属于有创操作,患者手术后可能会出现疼痛的情况,导致其术后恢复受到影响。因此,在泌尿外科手术患者治疗过程中需要给予其有效的护理方式,缓解其疼痛感,从而让其保持良好心态,促使其恢复速度的提升<sup>[5]</sup>。

西医常规护理主要是采用健康教育、心理护理和体位护理等,其能让患者的术后疼痛得到一定缓解,但在使用西药止痛时,其可能会导致患者出现各种不良反应,影响其术后恢复。中医上认为患者出现疼痛的原因主要是经脉不通、血液淤滞,并且患者产生疼痛的证型有很多中,因此在对患者进行疼痛护理是应根据具体情况采用辨证施护的方式,从而让患者的疼痛得到有效缓解。

本研究中根据患者的实际情况采用血府逐瘀汤加减的方式对患者的疼痛进行改善,并给予患者药膳护理,让其在手术后的疼痛得到有效控制。研究结果显示患者的疼痛评分比较试验组更优,数据对比 $P < 0.05$ 。患者的满意度比较试验组更高,数据对比 $P < 0.05$ 。综上所述,泌尿外科手术后疼痛应用中西医结合护理的效果显著,能明显改善患者的疼痛,促使其更快恢复,值得在临床上推广应用。

## 参考文献

- [1]宋聚平.中西医结合护理对泌尿外科手术后疼痛的效果[J].内蒙古中医药,2017,36(16):156-157.
- [2]赵胜男.中西医结合护理干预在小儿泌尿外科围手术期的应用探讨[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(20):151,154.
- [3]宋宸宇.泌尿外科手术围手术期的中西医结合护理[J].大家健康(学术版),2014,8(17):32.
- [4]杨云,段涛.泌尿外科手术患者术后护理模式的探讨[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(6):337-338.
- [5]康福霞,曳凤黎,孟俊华,等.泌尿外科患者术后并发糖尿病的围手术期护理62例[J].实用护理杂志,2003,19(10):19-20.

(本文编辑:张文娟 本文校对:吴巍巍 收稿日期:2017-11-13)

# NLRs 炎症体在肺感染性疾病中的作用机制研究※

夏金婵 张小莉

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450008)

**摘要:**固有免疫系统是机体防御病原菌入侵的第一道防线,在肺感染性疾病中起重要作用。NLRs (nucleotide-binding oligomerization domain-like receptors) 是细胞内固有免疫系统中识别病原菌的一类重要受体,由NLRs形成的炎症体参与多种肺感染性疾病的发生与发展,诱导促炎性细胞因子的生成、或细胞凋亡。讨论了主要的NLRs炎症体的组成、活化机制及在肺感染性疾病中的作用。

**关键词:** NLRs; 炎症体; 肺感染; IL-1 $\beta$ ; 咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.064

文章编号:1672-2779(2018)-05-0141-05

## Study on the Activation Mechanism of NLRs Inflammasome in Bacterial Lung Infection

XIA Jinchan, ZHANG Xiaoli

(School of Preclinical Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

**Abstract:** Innate immune system is the first line of host defense against pathogens, and plays an important role in the disease of pulmonary infection. NLRs (nucleotide-binding oligomerization domain-like receptors) represent a group of key sensors for pathogen, and NLRs inflammasomes have close relationship with pulmonary diseases. Here the composition, activation mechanism and the role of NLRs inflammasomes in bacterial lung infection were reviewed.

**Keywords:** NLRs; inflammasome; pulmonary infection; IL-1 $\beta$ ; cough

肺感染性疾病是临床上常见的疾病,包括终末气道、肺泡腔及肺间质等在内的肺实质炎症。世界卫生组织(WHO)资料显示2004年的发病率为4.29亿,成为全球第三大致死疾病。慢性阻塞性肺炎(COPD)主要是由于烟草烟雾与细菌感染引起,在许多农业国家是第四大致死原因。急性肺损伤(ALI)或急性呼吸窘迫综合征(ARDS)是有多种非心源性治病因素,例如,感染导致的毛细血管通透性增高的急性进行性低氧性呼吸功能不全或呼吸衰竭<sup>[1]</sup>。过敏性哮喘是由于过敏引起的气道炎症,导致慢性周期性的气道阻塞。长期暴露在二氧化硅、石棉或煤颗粒可导致慢性职业病尘肺。固有免疫又称非特异性免疫,是机体防御病原菌入侵的第一道防线,在肺感染性疾病中起重要的作用<sup>[2]</sup>。模式识别受体(pattern-recognition receptors, PRRs)是固有免疫受体的代表,包含不同的蛋白家族,例如,Toll样受体(Toll-like receptors, TLRs)定位在膜上和NOD样受体(nucleotide-binding oligomerization domain-like receptors, NLRs)定位在胞质<sup>[3]</sup>。PRRs与病原微生物表面的病原体相关分子模式(pathogen-associated molecular patterns, PAMPs)识别和相互作用后活化下游信号通路,引起机体的炎症反应与免疫应答。最近的研究证明破坏宿主细胞的完整性与危险信号在免疫系统阻止病原菌的入侵方面 also 具有重要的意义。PRRs还可以与损伤相关分子模式(Damage-associated molec-

ular patterns, DAMPs)识别和相互作用参与无菌组织的损伤过程<sup>[4]</sup>。而且,一些PRRs还能对大颗粒物产生反应,在尘肺病中是一个关键的炎症因子<sup>[5]</sup>。细胞因子、炎症趋化因子和黏附分子分泌失调导致的炎症反应促进了肺感染性疾病的发展。NLRs家族在人类中包含22个成员,在小鼠中更多,其结构的共同特点为:C末端为亮氨酸重复结构域(leucine-rich repeat, LRR),具有识别配体与自我调节功能;中间为NOD,可以发生自身的寡聚;N末端为可变的效应结构域,可为胱冬蛋白的募集域(caspaserecruitment domain, CARD)、pyrin的效应结构域(pyrin effector domain, PYD)及细胞凋亡杆状病毒抑制蛋白重复结构域(baculoviral inhibitor of apoptosis protein repeat domain, BIR)。具有调节同型蛋白相互作用的功能,在某种程度上影响调节因子的结合及下游信号的转导。NLRs根据N端结构域的不同可以分为四个亚家族,NLRA含有反式激活子激活域(ADs),NLRB含有BIR结构域,NLRC含有CARD,NLRP含有PYD<sup>[6]</sup>。本文就NLRs炎症体在肺感染性疾病中作用的相关研究进展做如下综述。

### 1 NOD1和NOD2

NOD1和NOD2是NLRs家族第一个被研究证明参与对病原菌感知的胞内蛋白,编码NOD1和NOD2的基因分别位于人类染色体7p14和16p12,在其N末端都含有CARD结构域。NOD1在许多组织与细胞中都有表达,例如:单核细胞、巨噬细胞、上皮细胞,NOD1只在一些细胞中表达,例如:树突状细胞、肺上皮细胞。

※ 基金项目:河南省科技攻关项目[No.132102310522]



NOD1和NOD2在结构上的不同主要体现在前者只有一个CARD结构域,后者有两个CARD结构域,都参与结合下游效应分子,活化核因子 $\kappa$ B (nuclear factor- $\kappa$ B, NF- $\kappa$ B),任何一个缺失都会影响NOD2蛋白的功能。NF- $\kappa$ B是天然免疫系统中重要的转录因子之一。能够调节许多炎症因子的表达,在机体抗感染过程中发挥着重要的作用。NOD受体的配体是细菌的肽聚糖,主要是N-乙酰葡萄糖胺 (GlcNAc, G) 和N-乙酰胞壁酸 (MurNAc, M) 通过短肽相互连接交替形成,在大多数革兰氏阴性与革兰氏阳性菌中NOD1识别m-DAP (L-Ala-g-D-Glu-m-diaminopimelic acid),而NOD2识别MDP (muramyl dipeptide)<sup>[7]</sup>。虽然NOD1和NOD2识别的配体结构不同,但是配体的结合都能使NOD1和NOD2蛋白中部的NOD结构域自身寡聚化形成受体复合体,受体复合体通过CARD-CARD结构域相互作用招募胞质的衔接分子受体作用蛋白-2 (receptor-interacting protein-2, RIP2),泛素化的RIP2激活NF- $\kappa$ B。I $\kappa$ B激酶 (I $\kappa$ B kinase, IKK) 复合体也参与了这一过程,IKK激酶复合体是由 $\alpha$ 、 $\beta$ 、 $\gamma$ 三个亚基组成,前两个为催化亚基,后一个为调节亚基,RIP2与IKK $\gamma$ 亚基作用激活IKK复合体,调控靶基因转录活性,参与天然免疫反应<sup>[8]</sup>。另外,在细胞内NOD1还能够活化胱冬蛋白-9 (caspase-9) 前体,启动细胞凋亡信号<sup>[9]</sup>。

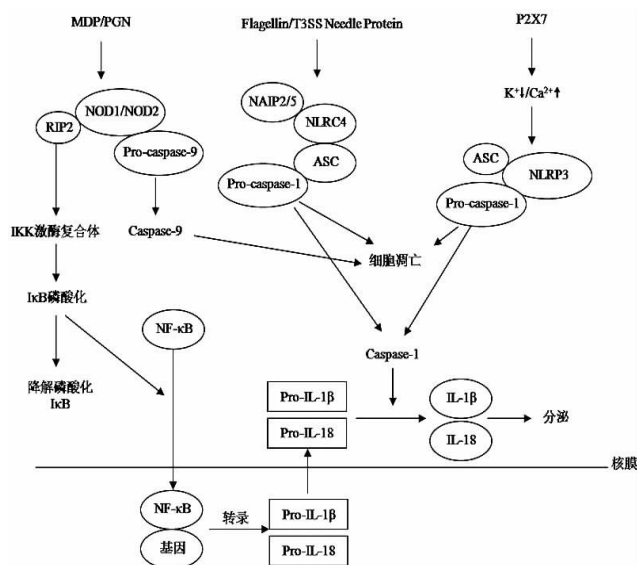
NLRs在识别病原菌诱导细胞因子和趋化因子在细菌感染过程中起着重要的作用 (图1)。研究表明敲除NOD1、NOD2或RIP2基因的小鼠感染衣原体 (*C. pneumoniae*)、金黄色葡萄球菌 (*S. aureus*) 或嗜肺军团菌 (*L. pneumophila*) 时肺部细胞因子和趋化因子的表达量减少,并且影响嗜中性粒细胞的向肺部的招募过程<sup>[10]</sup>。感染敲除NOD1、NOD2或RIP2基因的小鼠清除衣原体感染的能力降低,金黄色葡萄球菌感染野生型与敲除NOD2基因的小鼠时肺部的菌落数 (pulmonary CFUs) 并没有明显的区别,但是嗜肺军团菌感染敲除NOD1、NOD2或RIP2基因的小鼠时肺细菌负荷 (pulmonary bacterial burden) 提高<sup>[11]</sup>。在人的胚肾细胞HEK293中研究发现肺炎链球菌 (*S. pneumoniae*) 诱导NF- $\kappa$ B活性的提高是依赖于NOD2的,利用HEK293和人的呼吸上皮细胞系A549研究发现在能够分泌成孔毒素溶血素的肺炎链球菌感染的情况下来自革兰氏阴性病原体流感嗜血杆菌 (*H. influenzae*) 的肽聚糖能够激活NF- $\kappa$ B诱导IL-8的分泌,该过程表现出依赖NOD1的特征,流感嗜血杆菌与肺炎链球菌的成孔毒素溶血素在激活NOD1的相关性也反映出呼吸道多种微生物共存的特点<sup>[12]</sup>。分支杆菌感染敲除NOD2基因小鼠的巨噬细胞时肿瘤坏死因子 $\alpha$ 的分泌量明显减少,在人类的一个NOD2基因移码突变的纯合子个体的单核细胞中研究发现肺结核菌 (*M. tuberculosis*) 诱导的肿瘤坏死因子 $\alpha$ 的分泌量也明

显减少<sup>[13]</sup>。

## 2 NLRC4和NAIPs

在配体的诱导下,一些NLRs蛋白能够形成异源聚合物结构成为炎性体 (inflammasomes),作为平台通过CARD结构域招募胞质中的前体胱冬蛋白-1 (Pro-caspase-1),通过溶蛋白性裂解激活caspase-1, caspase-1进而把前体IL-1 $\beta$ 和前体IL-18激活为IL-1 $\beta$ 和IL-18。在特定情况下caspase-1还能介导细胞凋亡。炎性体中的CARD结构域可能来自于NLRs蛋白或衔接蛋白,例如:细胞凋亡相关颗粒蛋白 (apoptosis-associated speck-like protein containing a C-terminal CARD, ASC)。NLRC4和NAIP (NLR family apoptosis inducing protein) 都属于NLRs蛋白家族,与其他NLRs家族的成员类似NAIPs的蛋白结构C末端为LRR,中部为NOD, N末端为BIR。配体激活后NLRC4的NOD区域与NAIP聚合形成共同形成NLRC4炎性体,激活前体caspase-1, BIR结构域参与PAMPs诱导的NLRC4寡聚化,由于NLRC4含有CARD结构域ASC衔接蛋白是否参与NLRC4炎性体的形成还有待进一步证明<sup>[14]</sup>。体外实验主要集中在对巨噬细胞中NLRC4炎性体介导的细胞因子分泌情况的分析,尽管NLRC4在上皮细胞中也有表达,但其作用机制还需要进一步研究证明<sup>[15]</sup>。在小鼠中NAIPs的同源基因有四个NAIP1、NAIP2、NAIP5与NAIP6,在人类中只研究发现一个hNAIP蛋白<sup>[16]</sup>。小鼠中NAIPs的同源基因识别不同的配体,NAIP5和NAIP6的LRR域识别鞭毛蛋白,NAIP2的LRR域识别PrgJ (type III secretion system [T3SS] needle protein), NAIP1的LRR域也识别T3SS针蛋白<sup>[17-19]</sup>。hNAIP与NAIP5识别嗜肺军团菌鞭毛蛋白,在巨噬细胞中通过NLRC4炎性体抑制细菌的生长,在人类缺失NLRC4的表皮细胞系中hNAIP能够抑制嗜肺军团菌的复制说明除了NAIP/NLRC4复合体NAIPs还有其他作用途径<sup>[20]</sup>。铜绿假单胞菌 (*P. aeruginosa*) 通过T3SS激活NLRP4/IPAF把毒力因子分泌到宿主的胞质中,铜绿假单胞菌能够表达胞外酶U (ExoU) 磷酸酶,能够抑制NLRP4/caspase-1介导的细胞因子产生,尽管临床上少于1/3的铜绿假单胞菌表达ExoU,但仍能导致严重的疾病可能与ExoU毒力因子的作用机制是不依赖于NLRP4有关<sup>[21]</sup>。肺炎克雷伯菌 (*K. pneumoniae*) 能不经鞭毛蛋白或T3SS激活NLRP4,其激活途径还不清楚<sup>[22]</sup>。另外,在人类的巨噬细胞中堪萨斯分枝杆菌 (*M. kansasii*) 能够通过NLRP3诱导IL-1 $\beta$ ,抑制堪萨斯分枝杆菌的生长<sup>[23]</sup>。细胞凋亡是依赖caspase-1的程序性细胞死亡过程,位于炎性体的下游,激活的caspase-1在细胞膜上形成气孔,允许阳离子 (Ca<sup>2+</sup>) 穿过细胞膜进入胞质,经过一系列细胞生理过程最终导致细胞死亡<sup>[24]</sup>。炎性体也不是总导致细胞凋亡,肺炎克雷伯菌在小鼠的巨噬细胞与中性粒细胞中经NLRC4激活IL-1 $\beta$ ,但并

没有观察到细胞凋亡现象<sup>[25]</sup>。相反,嗜肺军团菌与铜绿假单胞菌可经过NLR4诱导细胞凋亡<sup>[26]</sup>。细胞的自噬作用或许参与了细胞凋亡过程,当嗜肺军团菌感染小鼠的巨噬细胞时NLR4与NAIP5参与自噬体的形成过程,细胞的自噬作用抑制细胞凋亡过程<sup>[27]</sup>。



ASC = apoptosis-associated speck-like protein containing a C-terminal CARD; BIR = baculovirus inhibitor of apoptosis protein repeat; IKK = I- $\kappa$ -B kinase; MDP = muramyl dipeptide; PGN = peptidoglycan; RIP2 = receptor-interacting protein-2; T3SS = type III secretion system.

图1 细胞中NLRs信号转导途径

胞质中的NLRs与病原微生物表面的病原体相关分子模式 (pathogen-associated molecular patterns, PAMPs) 识别和相互作用后激活下游促炎症信号级联通路,引起机体的防御或炎症反应。

### 3 NLRP3

NLRP3不仅在人和小鼠的巨噬细胞中表达,而且在人和小鼠呼吸道上皮细胞中NLRP3炎性体参与细菌引起的炎症反应过程<sup>[28-31]</sup>。NLRP3是NLRs家族中NLRP亚家族的成员,可被PAMPs和DAMPs激活,前者包括病毒与细菌(如流感病毒、金黄色葡萄球菌、结合分枝杆菌、衣原体)等,后者包括组织损伤、应激、感染等情况下宿主细胞释放的活性氧、尿酸盐结晶、ATP以及外源性物质二氧化硅、石棉等,然后在相关蛋白与酶的作用下形成NLRP3炎性体。NLRP3炎性体是由NLRP3蛋白、ASC、caspase-1组成。NLRP3炎症复合体可以活化Pro-caspase-1,激活的caspase-1可以通过剪切的方式活化炎症因子Pro-IL-1 $\beta$ 及Pro-IL-18,从而使大量成熟的IL-1 $\beta$ 及IL-18得以释放,参与机体的固有免疫反应,NLRP3通过N末端的PYD结构域和ASC的PYD结构域相互作用,招募激活前体胱冬蛋白-1 (Pro-caspase-1),ASC是参与凋亡的含有195个氨基酸残基的接头蛋白,N末端是PYD结构域,可与NLRP3的N末端PYD结构域作用调节CARD结构域的寡聚状态,ASC的C末端为

CARD结构域受上游信号分子调节寡聚化<sup>[32-34]</sup>。NLRP3炎性体的激活需要两种信号分子,首先通过TLR激活NF- $\kappa$ B诱导NLRP3的表达,当胞内NLRP3的表达量达到一定阈值后在NLRP3配体的作用下形成炎性体,尽管其他的炎性体可能不受TLR的影响,但是TLR信号确实能够增加胞内Pro-IL-1 $\beta$ 的表达量及成熟的IL-1 $\beta$ 的释放<sup>[35]</sup>。通常情况下NLRP3炎性体在识别病原体或机体自身危险信号前处于自身抑制状态,对其激活的机制尚未完全清楚,目前发现NLRP3的激活方式有三种:(1)细胞外的三磷酸腺苷激活细胞膜受体P2X7,激活的P2X7介导K<sup>+</sup>的外流与Ca<sup>2+</sup>内流,同时Pannexin-1在细胞膜上形成小孔,配体内流激活NLRP3,细胞在许多情况下都能表现出K<sup>+</sup>的外流,例如:膜通透性的改变、膜上小孔的形成,溶酶体与线粒体的损伤等;(2)活性氧(ROS)参与NLRP3炎性体的激活,研究发现NLRP3炎性体的激活剂可以诱导ROS的产生,ROS的抑制剂可以抑制炎性体的激活<sup>[36]</sup>;(3)当硅、石英、胆固醇结晶等晶体类物质被细胞吞噬后形成内吞泡,与溶酶体结合后破坏溶酶体,从溶酶体中释放一些酶类物质如组织蛋白酶B,可以直接或间接激活NLRP3炎性体<sup>[37]</sup>。

NLRP3炎性体能够识别危险信号,释放炎症因子,引起炎症反应,是目前研究相对较多的一个炎性体,参与多种肺部疾病的发生。金黄色葡萄球菌能够引起炎症反应,导致肺组织的坏死,甲氧西林金黄色葡萄球菌的毒力因子 $\alpha$ 溶血素通过活化NLRP3炎性体产生大量细胞因子IL-1 $\beta$ 与IL-18,导致细胞程序化死亡,NLRP3缺失的小鼠感染金黄色葡萄球菌导致的肺炎程度较轻。肺炎链球菌溶血素与其他细菌的成孔毒素,例如:链球菌溶血素O (Streptococcus pyogenes)、 $\alpha$ 溶血素 (S. aureus),也能诱导NLRP3炎性体的形成。在人类和小鼠的巨噬细胞中能够分泌成孔毒素溶血素的肺炎链球菌 (S. pneumoniae) 能够经过NLRP3诱导IL-1 $\beta$ ,而且激活NLRP3可对抗肺炎链球菌感染小鼠<sup>[38]</sup>。研究还发现NLRP3炎性体不仅在防御早期的肺炎链球菌肺炎免疫反应中发挥着重要作用,还参与A型流感病毒性肺炎、结核分枝杆菌的炎症反应<sup>[39-41]</sup>。临床上由类鼻疽伯克菌引起的类鼻疽病导致的肺部感染很常见,在类鼻疽病小鼠模型中巨噬细胞与树突状细胞中IL-1 $\beta$ 与IL-18的表达明显增高,NLRP3缺失的小鼠对类鼻疽伯克菌的敏感性增强<sup>[42]</sup>。在衣原体肺炎小鼠模型中肺部通过NLRP3炎性体产生大量IL-1 $\beta$ ,caspase-1缺失的小鼠IL-1 $\beta$ 的产生延迟,肺部清除细菌的能力降低,死亡率增高<sup>[43]</sup>。慢性阻塞性肺炎主要是由于烟草烟雾与细菌感染引起的多因子疾病,长期慢性刺激导致气道重塑、黏液纤毛清除能力降低或肺实质受损。CS诱导尿酸与焦磷酸钙的形成,通过NLRP3炎性体激活caspase-1<sup>[44]</sup>。目前越来越多的研究表明NLRP3炎性体在COPD与哮喘的慢性



炎症中发挥作用。研究表明caspase-1或NLRP3缺失的COPD小鼠肺组织匀浆、BALF和诱导痰中1L-1 $\beta$ 大量减少, 1L-1 $\beta$ 是1L-1受体的重要配体, 敲除1L-1受体小鼠肺组织中巨噬细胞、中性粒细胞、树突状细胞及活化的CD<sup>4+</sup>和CD<sup>8+</sup>T细胞等炎症细胞明显减少<sup>[45]</sup>。在小鼠哮喘模型的巨噬细胞和树突状细胞中血清淀粉样蛋白A通过激活NLRP3炎症体分泌1L-1 $\beta$ <sup>[46]</sup>。

细菌性肺疾病发病率逐年提高, 肺部对细菌的固有免疫反应是一把双刃剑, 受损的反应可能会导致危及生命的感染, 而一个不受控制的反应可能会导致危及生命的炎症性疾病。尽管NLRs在该过程起到重要的作用, 但还有许多未知问题。NLRs家族的新成员、配体及下游的调控因子还在不断被发现, TLRs与NLRs受体, 以及与细胞的自我吞噬之间相互联系的分子调控的机制也是一个新的研究方向。针对NLRs炎症复合体的靶向治疗可能成为肺感染性疾病防治的方法之一, 在动物模型中利用caspase-1、1L-1 $\beta$ 和1L-1受体的拮抗剂、尿酸抑制剂、尿酸酶、别嘌呤醇治疗TLRs介导的炎症已取得了很大的成功<sup>[47]</sup>。尽管已经证明NLRs参与了肺感染性疾病及慢性炎症的发生过程, 然而, 其参与的分子机制尚未完全明白, 进一步研究其激活或调控机制为肺感染性疾病的治疗提供新的思路与手段。

#### 参考文献

- [1]Matthay MA, Zemans RL. The Acute Respiratory Distress Syndrome: Pathogenesis and Treatment[J]. Annu Rev Pathol, 2011, 6:147-163.
- [2]Parker D, Prince A. Innate Immunity in the Respiratory Epithelium[J]. Am J Respir Cell Mol Biol, 2011, 45:189-201.
- [3]Lamkanfi M, Dixit VM. Inflammasomes and Their Roles in Health and Disease[J]. Annu Rev Cell Dev Biol, 2012, 28:137-161.
- [4]Rock KL, Latz E, Ontiveros F, Kono H. The Sterile Inflammatory Response[J]. Annu Rev Immunol, 2010, 28:321-342.
- [5]Cassel SL, Eisenbarth SC, Iyer SS, et al. The Nalp3 Inflammasome is Essential for the Development of Silicosis[J]. Proc Natl Acad Sci USA 2008, 105:9035-9040.
- [6]Franchi L, Warner N, Viani K, et al. Function of Nod-like receptors in microbial recognition and host defense[J]. Immunol Rev 2009, 227:106-128.
- [7]Correa RG, Milutinovic S, Reed JC. Roles of NOD1 (NLR1) and NOD2 (NLR2) in innate immunity and inflammatory diseases[J]. Biosci Rep 2012, 32:597-608.
- [8]Inohara N, Koseki T, Lin J, et al. An induced proximity model for Nf- $\kappa$ B activation in the Nod1 RICK and RIP signaling pathways[J]. J Biol Chem, 2000, 275:27823-27831.
- [9]Yoo NJ, Park WS, Kim SY, et al. Nod1, a CARD protein, enhances pro-interleukin-1 $\beta$  processing through the interaction with pro-caspase-1[J]. Biochem Biophys Res Commun, 2002, 299:652-658.
- [10]Berrington WR, Iyer R, Wells RD, et al. NOD1 and NOD2 regulation of pulmonary innate immunity to *Legionella pneumophila*[J]. Eur J Immunol 2010;40:3519-3527.
- [11]Shimada K, Chen S, Dempsey PW, et al. The NOD/RIP2 pathway is essential for host defenses against *Chlamydia pneumoniae* lung infection[J]. PLoS Pathog 2009, 5:e1000379.
- [12]Ratner AJ, Aguilar JL, Shchetov M, et al. Nod1 mediates cytoplasmic sensing of combinations of extracellular bacteria[J]. Cell Microbiol 2007, 9:1343-1351.
- [13]Ferwerda G, Girardin SE, Kullberg BJ, et al. NOD2 and Toll-like receptors are nonredundant recognition systems of *Mycobacterium tuberculosis*[J]. PLoS Pathog 2005, 1:279-285.
- [14]Kofoid EM, Vance RE. NAIPs: building an innate immune barrier against bacterial pathogens. NAIPs function as sensors that initiate innate immunity by detection of bacterial proteins in the host cell cytosol[J]. Bioessays 2012, 34:589-598.
- [15]Hu B, Elinav E, Huber S, et al. Inflammation-induced tumorigenesis in the colon is regulated by caspase-1 and NLR4[J]. Proc Natl Acad Sci USA 2010, 107:21635-21640.
- [16]Endrizzi MG, Hadinoto V, Growney JD, et al. Genomic sequence analysis of the mouse Naip gene array[J]. Genome Res 2000, 10:1095-1102.
- [17]Kofoid EM, Vance RE. Innate immune recognition of bacterial ligands by NAIPs determines inflammasome specificity[J]. Nature 2011, 477:592-595.
- [18]Zhao Y, Yang J, Shi J, et al. The NLR4 inflammasome receptors for bacterial flagellin and type III secretion apparatus[J]. Nature 2011, 477:596-600.
- [19]Rayamajhi M, Zak DE, Chavarria-Smith J, et al. Cutting edge: mouse NAIP1 detects the type III secretion system needle protein[J]. J Immunol 2013, 191:3986-3989.
- [20]Vinzing M, Eitel J, Lippmann J, et al. NAIP and Ipaf control *Legionella pneumophila* replication in human cells[J]. J Immunol 2008, 180:6808-6815.
- [21]Patankar YR, Lovewell RR, Poynter ME, et al. Flagellar motility is a key determinant of the magnitude of the inflammasome response to *Pseudomonas aeruginosa*[J]. Infect Immun 2013, 81:2043-2052.
- [22]Patankar YR, Lovewell RR, Poynter ME, et al. Flagellar motility is a key determinant of the magnitude of the inflammasome response to *Pseudomonas aeruginosa*[J]. Infect Immun 2013; 81:2043-2052.
- [23]Chen CC, Tsai SH, Lu CC, et al. Activation of an NLRP3 inflammasome restricts *Mycobacterium kansasii* infection[J]. PLoS One 2012, 7:e36292.
- [24]LaRock CN, Cookson BT. Burning down the house: cellular actions during pyroptosis[J]. PLoS Pathog 2013, 9:e1003793.
- [25]Cai S, Batra S, Wakamatsu N, et al. NLR4 inflammasome-mediated production of IL-1 $\beta$  modulates mucosal immunity in the lung against gram-negative bacterial infection[J]. J Immunol 2012, 188:5623-5635.
- [26]Miao EA, Leaf IA, Treuting PM, et al. Caspase-1 induced pyroptosis is an innate immune effector mechanism against intracellular bacteria[J]. Nat Immunol 2010, 11:1136-1142.
- [27]Amer AO, Swanson MS. Autophagy is an immediate macrophage response to *Legionella pneumophila*[J]. Cell Microbiol 2005, 7:765-778.
- [28]Rotta detto Loria J, Rohmann K, Droemann D, et al. Nontypeable *Haemophilus influenzae* infection upregulates the NLRP3 inflammasome and leads to caspase-1 dependent secretion of interleukin-1 $\beta$ —a possible pathway of exacerbations in COPD[J]. PLoS One 2013, 8:e66818.
- [29]Jiang L, Fei D, Gong R, et al. CORM-2 inhibits TXNIP/NLRP3 inflammasome pathway in LPS-induced acute lung injury[J]. Inflamm Res. 2016 Jul 13. [Epub ahead of print]
- [30]Yin N, Peng Z, Li B, et al. Isoflurane attenuates lipopolysaccharide-induced acute lung injury by inhibiting ROS-mediated NLRP3 inflammasome activation[J]. Am J Transl Res. 2016 May 15; 8(5):2033-2046.
- [31]Wang Y, Kong H, Zeng X, et al. Activation of NLRP3 inflammasome enhances the proliferation and migration of A549 lung cancer cells[J]. Oncol Rep. 2016 Apr, 35(4):2053-2064.
- [32]Pétrilli V, Dostert C, Muruve DA, et al. The inflammasome: a danger sensing complex triggering innate immunity[J]. Curr Opin Immunol, 2007, 19:615-622.
- [33]Luna-Gomes T, Santana PT, Coutinho-Silva R. Silica-induced inflammasome activation in macrophages: role of ATP and P2X7 receptor[J]. Immunobiology. 2015 Sep, 220(9):1101-1106.
- [34]Hosseini N, Cho YI, Lockey RF, Kolliputi N. The role of the NLRP3 inflammasome in pulmonary diseases[J]. Ther Adv Respir Dis. 2015 Aug, 9(4):188-97.
- [35]Jin C, Flavell RA. Molecular mechanism of NLRP3 inflammasome activation[J]. J Clin Immunol 2010, 30:628-631.
- [36]Munoz-Planillo R, Kuffa P, Martinez-Colon G, et al. K1 efflux is the common trigger of NLRP3 inflammasome activation by bacterial toxins and particulate matter[J]. Immunity 2013; 38:1142-1153.
- [37]Halle A, Hornung V, Petzold GC, et al. The NALP3 inflammasome is involved in the innate immune response to amyloid- $\beta$ [J]. Nat Immunol, 2008, 9:857-865.
- [38]Witzenrath M, Pache F, Lorenz D, et al. The NLRP3 inflammasome is differentially activated by pneumolysin variants and contributes to host defense in pneumococcal pneumonia[J]. J Immunol 2011, 187:434-440.



- [39]Craven RR, Gao X, Allen IC, et al. Staphylococcus aureus alpha-hemolysin activates the NLRP3 inflammasome in human and mouse monocytic cells[J]. PLoS One, 2009, 4:e7446.
- [40]Thomas PG, Dash P, Aldridge JR Jr, et al. The intracellular sensor NLRP3 mediates key innate and healing responses to influenza A virus via the regulation of caspase-1[J]. Immunity, 2009, 30:566-575.
- [41]Dorhoi A, Nouailles G, Jrg S, et al. Activation of the NLRP3 inflammasome by Mycobacterium tuberculosis is uncoupled from susceptibility to active tuberculosis[J]. Eur J Immunol, 2012, 42:374-384.
- [42]Ceballos-Olvera I, Sahoo M, Miller MA, et al. Inflammasome-dependent pyroptosis and IL-18 protect against Burkholderia pseudomallei lung infection while IL-1 $\beta$  is deleterious[J]. PLoS Pathog, 2011, 7:e1002452.
- [43]Shimada K, Crother TR, Karlin J, et al. Caspase-1 dependent IL-1 $\beta$  secretion is critical for host defense in a mouse model of Chlamydia pneumoniae lung infection[J]. PLoS One, 2011, 6:e21477.
- [44]Pauwels NS, Bracke KR, Dupont LL, et al. Role of IL-1 $\alpha$  and the Nlrp3/caspase-1/IL-1 $\beta$  axis in cigarette smoke-induced pulmonary inflammation and COPD[J]. Eur Respir J, 2011, 38:1019-1028.
- [45]Pauwels NS, Bracke KR, Dupont LL, et al. Role of IL-1 $\alpha$  and the Nlrp3/caspase-1/IL-1 $\beta$  axis in cigarette smoke-induced pulmonary inflammation and COPD[J]. Eur Respir J, 2011, 38:1019-1028.
- [46]Ather JL, Ckless K, Martin R, et al. Serum amyloid A activates the NLRP3 inflammasome and promotes Th1/7 allergic asthma in mice [J]. J Immunol, 2011, 187:64-73.
- [47]Kuipers MT, Aslami H, Janczy JR, et al. Ventilator-induced lung injury is mediated by the NLRP3 inflammasome[J]. Anesthesiology, 2012, 116:1104-1115.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:王磊 收稿日期:2017-11-30)

## 康莱特注射液对非小细胞肺癌的作用及机制研究进展<sup>※</sup>

闫纪蓉 顾庆龙 陈燕 张亚楠\*

(山东中医药大学中医学院, 山东 济南 250355)

**摘要:** 康莱特注射液与化疗、放疗联用可产生明显的协同增效作用,并能减轻化疗、放疗的毒副作用。从诱导细胞凋亡、抑制细胞增殖、增强免疫功能、抑制肿瘤血管生成、提高生存质量等方面,对临床近年来康莱特治疗非小细胞肺癌临床研究及作用机制进行综述。

**关键词:** 康莱特注射液; 非小细胞肺癌; 作用机制; 综述; 咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.065

文章编号:1672-2779(2018)-05-0145-02

### Effect and Research Progress on Mechanism of Kanglaite Injection on Non-small Cell Lung Cancer

YAN Jirong, GU Qinglong, CHEN Yan, ZHANG Yanan\*

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

**Abstract:** The combination of Kanglaite injection and chemotherapeutic agents or radiotherapy can reduce the side effects of chemotherapy and radiotherapy. In this paper, we reviewed the recent clinical research on the treatment of non-small cell lung cancer by Kanglaite injection from several aspects: inhibition of cell proliferation, induction of cell apoptosis, the effect on immune-system, inhibition tumor angiogenesis and improving the quality of life.

**Keywords:** Kanglaite injection; non-small cell lung cancer; mechanism; review; cough

肺癌是世界范围内发病率和死亡率最高的癌症。仅2015年,中国就有733,300例新病例和611,200例死亡病例<sup>[1]</sup>。临床多采用手术切除、化疗、放疗等治疗方法,但副作用较大。中药治疗肿瘤具有明显优势,可以提高机体对化疗的敏感性,减少化疗的副作用。薏苡仁是禾本科植物薏苡的干燥成熟种仁,具有健脾利湿、清心除烦,消癥散结,除痹止泻、解毒排脓的功效<sup>[2]</sup>,可治肺痿肺癰等症,在现代医学中被广泛应用于肿瘤治疗。薏苡仁油是薏苡仁的主要活性物质<sup>[3]</sup>,其化学成分为薏苡仁酯,现阶段已被证实是抗癌有效成分。康莱特注射液是采用新型制药技术提取的可进行静脉滴注的中药注射剂,最大限度的保证了薏苡仁油的临床功效,能够诱导肿瘤细胞凋亡,抑制增殖,增强免

疫功能,减轻化疗和放疗的副作用。

#### 1 抑制肺癌细胞增殖诱导凋亡

恶性肿瘤的不可控性主要来自于细胞增殖凋亡系统的失调。闫哲等<sup>[4]</sup>经实验发现康莱特注射液能影响细胞周期中的G2/M期,诱导肺癌细胞凋亡,降低多药耐药相关因子(MDR1/P-gp)、转录因子(NF- $\kappa$ B)、环氧合酶(COX-2)表达水平,从而阻滞肿瘤生长和发生转移。王玉娟等<sup>[5]</sup>采用康莱特注射液联合新辅助化疗方案治疗肺癌患者,发现KI-67指数明显降低,AI指数有升高。由此可见,康莱特联合用药对促进患者病灶组织内肿瘤细胞凋亡及抑制增殖有较理想的效果。郑悦等<sup>[6]</sup>经研究发现康莱特注射液与吉非替尼协同有增效作用,可有效抑制非小细胞肺癌NCI-H1975细胞株的生长,其机制可能和下调Akt和MAPK1(ERK2)基因以及p-Akt和p-ERK蛋白表达水平有关。吕品田等<sup>[7]</sup>用20 mL/L的康莱特注射液作用A549细胞48 h后,发现处于G1期细胞数量明显增多,S期细胞数量减少,从而提高细胞凋亡率。吕品田的另一项实验<sup>[8]</sup>则从药理方面证明了康

※ 基金项目:国家自然科学基金项目[No.81703839];山东省高校科研计划重点项目[No. J17KA243];山东省中医药科技发展计划项目[No.2015-016,2017-009];山东中医药大学 SRT 计划课题[No.2017076]

\* 通讯作者:zyn8326@163.com

莱特注射液可有效抑制A549的增殖,联合用药时可降低细胞的耐药性。

## 2 增强免疫功能

机体免疫系统的功能状态是影响肿瘤治疗及预后的重要因素,恶性肿瘤患者多伴有免疫功能低下。刘雪娇<sup>[9]</sup>在对69例中晚期NSCLC患者的治疗研究中发现,康莱特联合吉西他滨、顺铂(GP)化疗组患者的CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>T淋巴细胞比值较GP组显著提高。邓新娜等<sup>[10]</sup>对68例晚期NSCLC进行康莱特注射液联合应用多西他赛、顺铂进行化疗,发现化疗后CD<sup>3+</sup>、CD<sup>4+</sup>比例,CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>比值,IgG、IgA、IgM含量均未降低,CD<sup>4+</sup>CD<sup>25+</sup>Treg较单纯化疗下降趋势明显。以上研究结果表明,康莱特注射液可提高患者免疫功能。

## 3 抑制肿瘤血管形成

新生血管生成是恶性肿瘤进行血性转移的方式,为癌细胞向继发部位的浸润提供了条件。沈飞琼<sup>[11]</sup>对Lewis肺癌小鼠进行了康莱特联合吉非替尼用药,结果显示二者联合用药有明显抑瘤作用,肿瘤血管生成受到抑制,实验表明其机制可能与下调VEGF及其受体KDR的表达有关。

## 4 控制肺癌引起的胸水

肺癌患者常伴有大量恶性胸腔积液,严重损伤呼吸、循环系统,加快恶液质形成而引起患者死亡。康莱特注射液的高营养价值以及抗癌活性成分,可有效治疗恶性胸水,从而避免因反复外抽导致体内水分、营养物质及电解质丢失等不良后果。

张浩中等<sup>[12]</sup>采用康莱特注射液和顺铂胸腔灌注治疗晚期NSCLC,发现康莱特组患者胸水明显减少,副反应率降低,临床治疗效果均显示良好。李琪等<sup>[13]</sup>对NSCLC恶性胸腔积液患者采用胸腔灌注治疗,发现康莱特联合奥沙利铂用药可有效降低患者胸水标本中的RCAS1、VEGF浓度,并且可有效降低WHO抗癌药物的毒副作用。卜宪聪等<sup>[14]</sup>比较康莱特注射液和博来霉素对晚期NSCLC恶性胸腔积液患者胸腔置管引流联合胸腔内灌注的临床疗效,发现康莱特注射液可以有效减少胸腔积液量,明显改善患者呼吸状况,提高生活质量,其机制与促进胸膜纤维化有关。

## 5 提高生存质量

剧烈的癌性疼痛、极低的生存质量及恶液质等已严重影响晚期肿瘤患者的治疗,故解决上述问题,可有效提高患者的生活质量。刘晓莉等<sup>[15]</sup>研究发现康莱特能缓解肿瘤晚期患者疼痛症状。牛海红等<sup>[16]</sup>对多例恶性肿瘤患者临床滴注康莱特注射液进行治疗,发现患者睡眠和食欲均显著提高,疼痛程度明显降低。张

娟等<sup>[17]</sup>运用康莱特注射液联合EP方案、杭猛等<sup>[18]</sup>运用康莱特注射液联合GP方案、黄德波等<sup>[19]</sup>运用康莱特注射液联合NP方案分别研究各方案对晚期NSCLC患者的临床疗效及减毒作用,发现康莱特注射液联合化疗药物治疗可明显缓解癌痛等其它化疗副作用。黄志汉<sup>[20]</sup>对多例非小细胞肺癌(NSCLC)患者进行康莱特注射液治疗,实验表明康莱特注射液可明显增加NSCLC患者血浆中肾上腺髓质素(Adrenomedullin, ADM)的含量,KPS评分提高。

综上所述,薏苡仁油可以诱导肿瘤细胞凋亡并抑制增殖,增强机体的免疫功能,抑制肿瘤血管生成,有效缓解恶性腔腹积液的症状。联合传统化疗药物治疗NSCLC可增强疗效,降低其毒副作用,有效提高患者生存质量。但是,其抗肿瘤作用机制可能涉及多靶点、多途径的作用过程,有待进一步研究。

## 参考文献

- [1]Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin. 2016, 66(2): 115-32.
- [2]国家药典委员会.中华人民共和国药典(2010年版)[S].一部.北京:中国医药科技出版社,2010:353-354.
- [3]梁欣妍,丁筑红.薏苡仁油对消化系统肿瘤的药理作用及临床应用[J].实用医学杂志,2017,33(1):159-161.
- [4]闫哲,彭丽丽,申婷,等.康莱特注射液对Lewis肺癌小鼠TAM及HIF-1 $\alpha$ 的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(10):1047-1049,1057.
- [5]王玉娟.康莱特注射液联合新辅助化疗方案治疗肺癌的疗效及其对细胞凋亡和增殖的影响[J].广西医科大学学报,2017,34(2):218-221.
- [6]郑悦.康莱特注射液联合吉非替尼对人肺腺癌NCI-H1975细胞株的作用研究[D].石家庄:河北医科大学,2015.
- [7]吕品田,周坤,郑振茹,等.康莱特注射液对人肺腺癌细胞A549凋亡的影响及机制[J].现代中西医结合杂志,2010,19(25):3156-3158.
- [8]吕品田,周坤,王亚珍,等.薏苡仁注射液(康莱特)联合顺铂对人肺腺癌细胞A549抑制作用及机制[J].中成药,2011,33(3):393-396.
- [9]刘雪娇.康莱特联合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌临床疗效观察[J].临床军医杂志,2017,45(3):265-268.
- [10]邓新娜,赵淑芳,赵海静,等.康莱特注射液对晚期非小细胞肺癌化疗患者免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2014,23(34):3767-3769,3773.
- [11]沈飞琼.康莱特联合吉非替尼对Lewis肺癌小鼠血管生成的作用及其机制研究[D].石家庄:河北医科大学,2013.
- [12]张浩中,车元,芦兰,等.康莱特注射液灌注治疗晚期肺癌患者胸水的效果[J].中国肿瘤临床与康复,2015,22(5):577-579.
- [13]李琪,肖贵华,程长浩.康莱特联合奥沙利铂胸腔灌注治疗恶性胸腔积液及对RCAS1、VEGF表达的影响[J].现代肿瘤医学,2016,24(11):1736-1739.
- [14]卜宪聪,薛广伟,闫培清,等.胸腔置管引流联合胸腔内灌注康莱特治疗晚期肺癌恶性胸腔积液的临床对照研究[J].中国实用医药,2016,11(20):159-161.
- [15]刘晓莉,刘怀民.康莱特注射液治疗晚期肺癌的临床疗效观察[J].航空航天医学杂志,2017,28(5):590-592.
- [16]牛海红,任郁,徐福娟,等.晚期恶性肿瘤患者应用康莱特注射液疗效观察[J].中外医学研究,2016,14(6):112-113.
- [17]张娟,周庆丰,李青峰,等.康莱特注射液联合EP方案治疗小细胞肺癌的疗效及不良反应比较[J].中医学报,2010,25(3):389-390.
- [18]杭猛,陈暑波,孙清,等.GP方案联合康莱特注射液治疗晚期非小细胞肺癌的疗效及安全性分析[J].实用癌症杂志,2017,32(2):289-291.
- [19]黄德波,朱兆峰,李梁,等.康莱特联合NP方案治疗晚期非小细胞肺癌临床研究[J].现代肿瘤医学,2013,21(2):321-323.
- [20]黄志汉.康莱特注射液对非小细胞肺癌患者生活质量的影响及与ADM含量的相关性[J].中医临床研究,2017,9(5):24-26.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王媛 收稿日期:2017-12-08)

## 老年人心理健康评估研究进展※

梁小利<sup>1,2</sup> 杨玲娜<sup>3</sup> 曹俊<sup>1</sup> 付梦雪<sup>3</sup> 李燕<sup>3</sup> 林琴<sup>3</sup>

(1 四川护理职业学院护理系, 四川 成都 610100; 2 四川养老与老年健康协同创新中心, 四川 成都 610500;  
3 成都中医药大学护理学院, 四川 成都 611137)

**摘要:** 随着当今社会人口老龄化的快速发展, 老年人的心理健康问题受到愈来愈多的关注。为了进一步探讨老年人心理健康方面的研究趋势, 对近年来此领域的相关研究进行了系统分析, 以期今后的研究提供参考依据, 为真正实现健康老龄化和积极老龄化奠定基础。

**关键词:** 老年科; 心理健康; 养老模式; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.066

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0147-03

### Research Progress on Mental Health Assessment of Elderly People

LIANG Xiaoli<sup>1,2</sup>, YANG Lingna<sup>3</sup>, CAO Jun<sup>1</sup>, FU Mengxue<sup>3</sup>, LI Yan<sup>3</sup>, LIN Qin<sup>3</sup>

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

2. Collaborative Innovation Center of Sichuan for Elderly Care and Health, Sichuan Province, Chengdu 610500, China;

3. College of Nursing, Chengdu University of T.C.M., Sichuan Province, Chengdu 611137, China)

**Abstract:** With the accelerated aging trend of the China's population, researches focusing on mental health of elderly people attract more and more attentions. In order to explore the further study of the elder's mental health, this paper analyzed the related studies in this field in recent years systematically, and therefore provided references for further study and the foundation for the realization of healthy aging and active aging.

**Keywords:** geriatrics; mental health; pension model; review

随着医学模式的转变和现代医学的发展, 健康的概念已发生改变, 除身体健康之外, 还包括心理健康和社会功能良好, 真正的健康是指三者均达到完美状态<sup>[1]</sup>。老年人作为一个特殊群体, 随着经济发展和生活水平的提高, 其心理健康状况更加受到社会的关注<sup>[2]</sup>。本文通过对近年来老年人心理健康领域的相关研究进行分析, 探讨今后的发展趋势, 为此领域深入研究提供参考依据。

### 1 老年心理健康的内涵与标准

**1.1 老年心理健康的内涵** 关于心理健康的内涵与标准, 由于国内外学者对其有不同的论述, 因此尚无统一定义。吴振云教授<sup>[3]</sup>通过多年对老年心理学和相关文献的深入研究, 提出心理健康是指心理状态和心理活动的正常, 包括心理过程和个体心理特征的正常。老年人由于年龄的增长, 心理健康有其自身特点, 其中最值得关注的是认知能力和适应能力。吴振云教授<sup>[3]</sup>通过研究, 从以下五个方面提出了老年心理健康的理论框架, 即情绪稳定, 善于调适; 性格健全, 开朗乐观; 有一定交往能力, 人际关系和谐; 社会适应良好, 能应对应激事件; 认知功能基本正常。此理论构想目前已得到证实。

**1.2 老年心理健康的标准** 国内学者结合我国老年人的实际情况, 通过对国内外心理学家有关老年人心理健

康的标准进行综合研究, 指出老年心理健康标准应从以下五个方面进行评估<sup>[4]</sup>: (1) 有健全的人格, 情绪稳定, 意志坚强。(2) 有正常的思维、正常的感知觉和良好的记忆力。(3) 有良好的人际关系。(4) 能保持正常的行为。(5) 能正确认知社会, 与大多数人的心理活动一致。

### 2 老年人的心理健康评估工具

**2.1 国内老年人的心理健康评估工具** 我国在老年人心理健康评估工具方面的研究起步较西方发达国家晚, 但通过文献检索发现, 目前国内老年心理学专家在研制评估工具方面已取得一定的成效, 研制出的评估工具不仅针对无精神障碍的老年人, 更重要的是适合我国国情。目前国内的老年心理健康评估工具主要包括: 卢杭生等<sup>[5]</sup>编制的“老年人应对问卷”; “老年人生活质量调查内容及评价标准”, 此标准是在1994年10月中华医学会老年医学学会流行病学学组会议上提出的建议, 并由卫生部北京老年医学研究所流行病学研究室进行整理<sup>[6]</sup>; “社区老年人身心健康调查表”, 此调查表是由复旦大学公共卫生学院健康教育教研室与上海黄浦区疾病预防控制中心科教共同编制<sup>[7]</sup>; 吴振云等<sup>[8]</sup>编制的“老年心理健康问卷”; 于淼<sup>[9]</sup>编制的“老年人心理健康自评工具”; 李娟等<sup>[10]</sup>编制的“老年心理健康量表(城市版)”; 李明蔚<sup>[11]</sup>编制的“重庆地区老年人心理健康问卷”。其中吴振云等<sup>[8]</sup>编制的“老年心理健康问卷”包含50个条目, 共分5个维度, 此问卷具有良好的实证效度, 适用于老年人心理健康状况评估, 并且建立了

※ 基金项目: 四川省科技厅科技支撑计划项目【No. 2015SZ0058-3】; 四川养老与老年健康协同创新中心项目【No. YLZBZ1515】



北京城区老年人心理健康常模。

**2.2 国外老年人心理健康评估工具** 国外学者在此领域的研究较为充分,可供使用的评估工具也较多,主要分为智力测验类、单一心理问题反应类和基本状况类三大种类。如Mattis痴呆评定量表(DRS)<sup>[11]</sup>、简易智力状态检查(MMSE)<sup>[12]</sup>等属于智力测验类量表;老年抑郁量表(GDS)<sup>[13]</sup>、流调中心抑郁量表(CES-D)<sup>[14]</sup>、自尊评价量表(SEL)<sup>[15]</sup>、焦虑自评量表(SAS)<sup>[16]</sup>等属于单一心理问题反应类评估工具;症状自评量表(SCL-90)<sup>[17]</sup>、康耐尔医学量表(CMI)<sup>[18]</sup>、国家健康成果量表(HONOS)<sup>[19]</sup>和生活满意度及主观幸福感测量量表等属于基本状况类评估工具。由于这些量表具有较好的心理测量学指标,因此,在我国应用也比较广泛。但在使用过程中也发现存在诸多弊端,如部分量表旨在鉴别临床症状,只适用于心理症状较重者;而有些量表的内容并不完全适合我国国情;部分量表题量较大,不适用于老年人群;有些量表只针对老年人心理健康的某个方面进行测量,较为片面等。鉴于上述种种原因,越来越多的专家学者建议研究并使用适合我国国情的老年人心理健康评估工具。

### 3 不同老年人群心理健康状况研究现状及原因分析

**3.1 不同养老模式老人** 当前,我国老年人养老模式主要包括机构养老、居家养老和社区养老三种。通过文献检索发现,此方面的研究主要是针对机构养老和居家养老两种养老模式老年人的心理健康状况的比较和分析,且大部分研究结果表明在心理健康状况方面,居家养老模式老人优于机构养老模式老人<sup>[20-22]</sup>,并提出导致这种结果的原因主要包括以下三个方面:(1)由于机构养老者离开了家庭,缺少与子女之间的情感交流和心理沟通,亲情纽带的力量减弱;(2)由于部分老人难以适应新的生活环境,不愿与人主动交流,人际交往贫乏,遇到的心理问题无法得到有效缓解,导致形成不健康的心理状态;(3)养老机构主要是满足老年人的基本生活需求,精神文化生活不丰富,忽视了心理健康。但也有个别研究结果显示机构养老模式老人心理健康状况优于居家养老<sup>[23]</sup>,可能与其调查的养老机构均为全国示范性单位有关,其在居住环境及配套设施、餐饮安排、医疗服务、护理水平等方面对老年人可达到全方位的照料,因此其心理健康状况相对较好。目前,同时针对三种养老模式老年人心理健康状况的比较研究较少,但已有研究结果均表明社区养老模式优于居家养老和机构养老<sup>[24-25]</sup>,随着养老模式定位的明确和养老服务质量的提升,社区养老不仅能满

足老人在熟悉的环境中养老,享受天伦之乐,又能获得专业化养老服务,兼备机构养老和居家养老的优点,弥补了机构养老由于环境陌生易产生不适应和孤独感以及居家养老缺少专业化服务等缺点<sup>[25-26]</sup>。

**3.2 空巢老人** 空巢老人指身边无子女共同生活的老人,既包括无子女的老人,也包括与子女分开居住的老人<sup>[27]</sup>。随着我国老龄化社会不断加剧,空巢老人的身心健康已成为普遍关注的一个问题。研究显示,社区空巢老人心理健康水平低于非空巢老人<sup>[28-29]</sup>。其中,患有慢性病的空巢老人产生心理问题的概率会增大<sup>[30-31]</sup>。空巢老人最常见的心理问题是抑郁和焦虑<sup>[32]</sup>,有研究表明<sup>[33]</sup>,6.3%~29.3%的空巢老人存在焦虑症状,空巢老人存在抑郁症状者达15%~15.3%。主要受子女关系、躯体疾病、文娱活动及宗教信仰的影响<sup>[34]</sup>,由于空巢老人缺乏与子女的交流及沟通,容易导致焦虑和抑郁等问题的出现。总之,空巢老人心理健康问题不容忽视。

**3.3 离退休老人** 关于离退休老人的心理健康状况研究主要集中在高校离退休老人群体。大多数研究结果表明,高校离退休老人的心理健康水平高于一般人群<sup>[35]</sup>,可能与高校离退休老人社会地位、经济收入、生活条件等较好,生活质量较高有关。但有个别研究显示离退休干部心理健康水平低于一般人群<sup>[36]</sup>,可能与老年人在离退休后不能适应新的社会角色、生活方式和生活环境的变化等有关。

### 4 问题及展望

随着我国人口老龄化的加速,老年人心理健康领域的研究逐年增多,但仍存在调查研究多、干预研究少;研究对象多集中在城市,农村老人较少;国外量表应用较多、适合本土国情的研究工具较少等诸多问题,可通过完善评估工具及方法、改进研究设计、扩大研究对象范围等措施,深入研究老年人心理健康领域的相关问题,改善老年人的心理健康状况,提升生活质量,从而真正实现健康老龄化和积极老龄化。

### 参考文献

- [1]于森.老年人心理健康自评工具及自助策略的研究[D].上海:第二军医大学,2008.
- [2]刘晓虹.护理心理学[M].上海:上海科学技术出版社,2005:72-74.
- [3]吴振云.老年心理健康的内涵、评估和研究概况[J].中国老年学杂志,2003,23(12):799-801.
- [4]韩露.不同养老方式老年人心理健康状况及心理需求的比较研究[D].青岛:青岛大学,2013.
- [5]张作记.行为医学量表手册[M].济宁:中国行为医学科学杂志社,2001:124-132.
- [6]于普林,杨超元,何慧德.老年人生活质量调查内容及评价标准建议(草案)[J].中华老年医学杂志,1996,14(5):320.
- [7]蒋伯钧,赵立明,马立芳.上海黄浦区某社区城市老年人心理健康干预效果评价[J].中国行为医学科学,2005,14(10):932-933.
- [8]吴振云,许淑莲,李娟.老年心理健康问卷的编制[J].中国临床心理学杂



- 志,2002,10(1):1.3.
- [9]李娟,吴振云,韩步新.老年心理健康量表(城市版)的编制[J].中国心理卫生杂志,2009,23(9):656-660.
- [10]李明蔚.重庆地区老年人心理健康问卷编制和标准化测验[D].重庆:重庆师范大学,2015.
- [11]Chan AS, Choi MK, Salmon DP. The effects of age education, and gender on the marts dementia rating scale performance of elderly Chinese and American individuals [J]. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 2001, 56(6B):356-363.
- [12]Folstein MF. "Mini-Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician [J]. Journal of Psychiatric Research, 1975, 12(3):189-198.
- [13]Brink TL, Yesavage JA, Lum O, et al. Screening tests for geriatric depression[J]. Clinical Gerontologist, 1982, 1(1):37-43.
- [14]Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population[J]. Applied Psychological Measurement, 1977, 1:385-401.
- [15]汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[M].增订版.北京:中国心理卫生杂志社,1999:23-31.
- [16]Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders [J]. Psychosomatics, 1971, 12(1):371-379.
- [17]Derogatis LR. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measurement of primary symptom dimensionals [M]//Pichot P ed. Psychological measurement: Morden problem in pharmacopsychiatry [M]. Karger Switzerland, Basle, 1973: 1.
- [18]李淑然.康奈尔医学指数:心理卫生评定量表手册[J].中国心理卫生杂志,1993,7(增刊):23.
- [19]Aless andre Canuto M D, Kerstin Weber. Structured assessment of mental health status in psychogeriatrics: Validity of the French HONOS65+ [J]. Can J Psychiatry, 2007, 52(1): 37.
- [20]吕林,杨建辉,吕牧轩.不同养老模式对老年人心理健康状况影响调查分析[J].中国老年学杂志,2011,31(17):3343-3344.
- [21]刘欢,孟瑛,方晓萍,等.不同养老模式老年人心理健康状况的比较研究[J].河北医药,2016,38(4):570-572.
- [22]王军,靳雪松,陈玲.不同养老模式对老年人心理健康影响的调查[J].中国卫生产业,2015,12(34):28-30.
- [23]梁宝桐,黎海祥.不同养老模式下老年人的心理健康和心理需求研究报告[J].科技创新与应用,2017(18):46-47.
- [24]韩露,王冠军.不同养老方式老年人心理健康状况及心理需求的比较研究[J].精神医学杂志,2013,26(1):52-54.
- [25]米拉依,唐莉,胡莹.不同养老模式下老年人心理健康状况的比较[J].成都医学院学报,2016,11(5):631-633,637.
- [26]陈玉兰,吴忧,林思勤.成都市中老年人社会支持与养老方式选择调查[J].医学与社会,2016,29(1):65-68.
- [27]丁雅杰,刘鸿雁,李淑芹.城市空巢老人健康问题及社区护理研究进展[J].吉林医学,2009,30(18):2171-2172.
- [28]张飒乐,李英,冯香艳,等.城市社区空巢老人心理健康状况调查及对策分析[J].中国医学伦理学,2017,30(8):968-971,993.
- [29]马颖,傅华,王家骥,等.中国4省市社区空巢和非空巢老人抑郁症状及相关影响因素研究[J].中华流行病学杂志,2012,33(5):478-482.
- [30]郭燕青,郑晓,潘晓洁,等.空巢老人心理健康状况及影响因素[J].中国老年学杂志,2017,37(4):967-970.
- [31]郑德伟,刘晓芹.空巢老人心理健康状况及其影响因素[J].中国老年学杂志,2017,37(20):5174-5175.
- [32]孙亚杰,何朝珠,洪燕,等.社区空巢老人心理健康状况及心理护理供给需求研究进展[J].中国老年学杂志,2017,37(1):241-243.
- [33]谢姣,高艳斌.城市空巢老人焦虑抑郁发生率与社会支持的相关性[J].中国老年学杂志,2009,29(21):2785-2786.
- [34]杨秀婷,王春听,王桂茹,等.我国空巢老人焦虑抑郁现状及相关因素研究进展[J].中国老年学杂志,2010,30(18):2712-2713.
- [35]李贝.广东省高校离退休老人心理健康状况及相关影响因素[J].公共卫生与预防医学,2015,26(3):30-32.
- [36]夏彦君,戚亚伦.陕西省某高校离休干部心理障碍状况分析[J].医学与社会,2013,26(1):83-85.

(本文编辑:张文娟 本文校对:蒋晓静 收稿日期:2017-12-15)

## 参附注射液治疗脓毒症心肌抑制的研究进展<sup>※</sup>

杨莉<sup>1</sup> 岳金芳<sup>1</sup> 罗苑苑<sup>2</sup> 林新峰<sup>2</sup>

(1 新疆喀什地区第一人民医院重症医学科, 新疆 喀什 844000;

2 广州中医药大学第一附属医院重症医学科, 广东 广州 510405)

**摘要:**目的 探讨参附注射液治疗脓毒症心肌抑制的研究进展。方法 通过查阅中国期刊网等国内外有关文献,分析、整理、归纳参附注射液治疗脓毒症心肌抑制的研究状况。结果 通过传统辨证研究、现代药理研究、动物实验研究、临床对照研究,参附注射液治疗脓毒症心肌抑制的疗效肯定。结论 参附注射液治疗脓毒症心肌抑制有效,值得推广。

**关键词:**参附注射液;脓毒症;心肌抑制;综述;心悸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.067

文章编号:1672-2779(2018)-05-0149-03

### Research Progress on Shenfu Injection in the Treatment of Myocardial Inhibition in Sepsis

YANG Li<sup>1</sup>, YUE Jinfang<sup>1</sup>, LUO Yuanyuan<sup>2</sup>, LIN Xinfeng<sup>2</sup>

(1. ICU Department, Kashi District First People's Hospital, Xinjiang, Kashi 844000, China;

2. ICU Department, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the progress of Shenfu injection in the treatment of myocardial inhibition in sepsis. **Methods** The research status of Shenfu injection in the treatment of myocardial inhibition of sepsis was summarized by consulting the relevant literature at home and abroad. **Results** Shenfu injection is effective in the treatment of septic myocardium through traditional dialectical studies, modern pharmacological studies, animal experiments and clinical comparative studies. **Conclusion** Shenfu injection is effective in the treatment of myocardial inhibition in sepsis, and it is worth popularizing.

**Keywords:** Shenfu injection; sepsis, myocardial inhibition; review; palpitation

脓毒症是ICU患者主要的死亡原因,其高发病率、高病死率、高耗资和发病率持续增加的特点使其一直

以来都是重症疾病领域研究的热点和难点。心肌抑制是脓毒症常见的严重并发症之一,同时也是影响脓毒症预后的关键和重要因素<sup>[1-2]</sup>。对于脓毒症心肌抑制的机制早已形成一定的共识,循环中的心肌抑制因子包括

※ 基金项目:新疆维吾尔自治区自然科学基金【No.2015211A005】



白细胞介素1、6 (IL-1、6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、内皮素-1 (ET-1)等,可以直接抑制心肌收缩<sup>[3-4]</sup>。参附注射液由红参、黑附片提取物组成,其主要有效成分为人参皂苷及乌头碱,常用于四肢厥冷、大汗、虚脱等阳气脱证,在临床主要用于治疗休克和心力衰竭等急危重病。本文结合脓毒症心肌抑制的西医治疗现状及中医认识,就参附注射液在治疗脓毒症心肌抑制的相关方面的研究进行概述。

### 1 脓毒症心肌抑制西医治疗现状

目前西医治疗脓毒症心肌抑制的方法有:抗感染、血管活性药物的应用、机械通气、强心利尿及持续肾替代治疗,虽然这些方法能够缓解患者症状,但仍无法有效阻止患者心功能继续恶化,早期联合运用中医药治疗在脓毒症心功能保护中一直备受关注,从中医角度探索有效的治疗措施很有必要。

### 2 中医对脓毒症心肌抑制的认识

脓毒症心肌抑制临床症状有心悸、紫绀、胸闷、胸痛、咳喘、水肿、严重者伴有休克,上述症状在中医属于“胸痹”“怔忡”“惊悸”“痰饮”“脱证”“血证”“厥证”等范畴<sup>[5]</sup>,《伤寒明理论》记载“惊悸”“一者气虚,二者痰饮”,根据“心主血脉”、“脾主运化”、“肾者水脏,主津液”,慢性心力衰竭临床上多见于“虚证”,早期属于心气心阳亏虚,引起瘀血内阻;中期水道失调,水湿内停;晚期水湿泛滥。实质上,慢性心力衰竭始动因素是心气虚衰,病理上则为血瘀。中医学认为,心脏的正常搏动依赖心气、心阳的鼓动和温煦,心之气阳是维持血液循环的基本动力。心之气阳不足,推动乏力,则气血运行不畅,瘀阻心脉,甚则血瘀水停,心失所养,导致心主血脉功能的紊乱与衰竭,出现心功能不全的临床表现。所以,治疗应温阳益气,使阳气得振,瘀血得散,心脉得畅,诸症缓解<sup>[6]</sup>。

### 3 参附注射液的药理作用机制

现代药理研究证明,参附注射液内含人参皂甙、乌头类生物碱等有效成分。动物实验及药理实验证实:(1)参附注射液所含的乌头类生物碱不仅能刺激 $\beta$ 受体提高心肌搏动频率和幅度,显著增强心肌收缩力,增加心输出量,尚有兴奋 $\alpha$ 受体作用,恢复血管功能,增加冠状动脉和肾流量;(2)参附注射液中含的人参皂甙能减慢心率,减少心肌耗氧量,扩张冠状动脉和周围血管,降低心脏前后负荷,提高心脏泵血功能以及改善心肌缺血时游离脂肪酸代谢紊乱,抑制Na-K-ATP酶的活性,改善心脏舒张和收缩功能。

### 4 动物实验研究

赵庆峰等<sup>[7]</sup>通过建立大鼠心肌细胞损伤模型,观察参附汤对血管紧张素II对大隐好心肌细胞能量代谢的影响,结果显示参附汤血管紧张素II所致肥大心肌细胞的

能量代谢具有一定的改善作用。邓萌等<sup>[8]</sup>利用大鼠心力衰竭模型,探讨参附注射液对心力衰竭大鼠氧化应激及细胞凋亡的影响,结果显示参附注射液可降低氧化应激水平,抑制蛋白凋亡,从而改善心衰大鼠心功能,其机制可能与上调凋亡抑制蛋白Bcl-2,下调促凋亡蛋白的表达有关。何建宇等<sup>[9]</sup>通过快速输液和大剂量肾上腺素注射两种方法分别制作家猫急性肺水肿和心衰模型,结果显示参附注射液强心作用强度与一次给药剂量有关;但对正常血压影响不明显。郑思道等<sup>[10]</sup>通过心力衰竭大鼠模型,证实参附注射液能够抑制实验性心力衰竭大鼠心肌凋亡,其作用机制与下调促凋亡基因Bax、Fas和FasL表达的作用相关。李石清等<sup>[11]</sup>从整体动物、细胞以及超微结构等水平都证实了参附注射液可以改善心力衰竭大鼠的心功能,其机制可能是增加肌浆网内钙含量,减少心衰时心肌细胞的超微结构损伤,从而达到改善心衰、保护心脏的作用。姜丽等<sup>[12]</sup>通过制作心源性休克模型大鼠,证实参附注射液抗早、中期心源性休克模型大鼠血流动力学指标量效曲线多呈良好的“S”型,以中期模型最为明显,提示中剂量范围为有效治疗剂量,折合成临床用量约为37.1~112 mL/人,为临床用药提供了实验依据。

### 5 临床对照研究

程智敏等<sup>[13]</sup>将80例急性心衰患者,随机分为对照组和研究组,每组40例,2组均常规治疗,研究组在此基础上加用参附注射液,2组均治疗7 d,证实急性心功能衰竭患者辅加参附注射液进行治疗,可显著改善患者的心功能状态,可减低心肌细胞外基质的MMP-3生成,提高TIMP-1的表达,延缓心衰患者的心肌重构过程。李志芳等<sup>[14]</sup>选取100例ADHF患者,随机分为参附注射液组和对照组,证实参附注射液能改善ADHF患者心功能,其机制可能为降低促炎性因子,升高抗炎性因子表达,纠正心力衰竭时两者的失衡状态。陈光远等<sup>[15]</sup>选取104位心衰患者,做类似研究,证实急性心衰患者在治疗时加用参附注射液,不仅能提高治疗效果,还能有效改善心功能、缓解心衰,患者恢复好。米达辉等<sup>[16]</sup>对心力衰竭患者在进行改善原发病病情基础上使用参附注射液进行治疗,可以显著改善心衰主要指标,并且可提高患者的心血管功能,具有极高的临床用药价值。潘孔铨等<sup>[17]</sup>选取慢性心力衰竭患者74例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和参附注射液组,各37例,证实参附注射液治疗可有效降低慢性心力衰竭患者血清NT-ProBNP、HCY水平,改善心功能,提高临床治疗效果。

### 参考文献

- [1]张玲,时雨.儿童肺炎支原体感染诊治进展[J].中国现代医药杂志,2009,11(8):136-137
- [2]Hayakawa M, Taguchi H, Kamiya S. Animal model of Mycoplasma pneumoniae infection using germfree mice[J]. Clin Diagn Lab Immunol, 2002, 9(3):



- 669.
- [3] Waisbren BA. Bacteremia due to gram-negative bacilli other than the *Salmonella*: a clinical and therapeutic study[J]. *AMA Arch Intern Med*, 1951, 88(4): 467.
- [4] Calvin JE, Driedger AA, Sibbald WJ. An assessment of myocardial function in human sepsis utilizing ECG gated cardiac scintigraphy [J]. *Chest*, 1981, 80(5): 579.
- [5] 李洪雷. 参附注射液治疗心力衰竭研究进展[J]. *中国中医急症*, 2013, 22(2): 276-277.
- [6] 叶春祥, 刘治坤. 参附注射液治疗心力衰竭研究现状[J]. *长治医学院学报*, 2009, 23(3): 318-320.
- [7] 赵庆峰, 何星清, 张大方. 参附注射液对血管紧张素 II 所致大鼠肥大大心肌细胞能量代谢的影响[J]. *教育现代化*, 2016, 32(10): 178-179.
- [8] 邓萌, 郭丽, 张丽. 参附注射液对心力衰竭大鼠应激及细胞凋亡的影响[J]. *中国中医急症*, 2017, 26(8): 401-404.
- [9] 何建宇, 林超明. 参附注射液对急性左心衰动物模型血流动力学改变的影响[J]. *中国中医急症*, 2005, 14(7): 667-669.
- [10] 郑思道, 吴红金, 余少平. 参附注射液对实验性心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡干预作用的研究[J]. *中华中医药杂志*, 2012, 27(11): 2972-2975.
- [11] 李石清, 宋洁, 张春椿. 参附注射液对慢性心衰大鼠心功能及心肌细胞内  $Ca^{2+}$  浓度的影响[J]. *浙江中医杂志*, 2017, 52(6): 435-437.
- [12] 姜丽, 余兰彬, 姚蓉. 参附注射液抗早、中期心源性休克血流动力学指标的时效关系研究[J]. *时珍国医国药*, 2017, 28(5): 1247-1250.
- [13] 程智敏. 参附注射液对急性心衰患者心功能、TIMP-1、MMP-3 的影响研究[J]. *中国处方药*, 2016, 15(25): 108-109.
- [14] 李志芳, 姚瑞, 李莉. 参附注射液治疗急性失代偿性心力衰竭的随机对照临床研究[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2017, 19(1): 31-34.
- [15] 陈光远, 何涛, 边毓尧. 急性心衰采用参附注射液治疗的效果观察[J]. *中国实用医药*, 2017, 12(9): 117-118.
- [16] 米达辉, 吴才, 孙建东. 参附注射液治疗心力衰竭疗效分析[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2016, 4(10): 137-138.
- (本文编辑: 张文娟 本文校对: 陈娟 收稿日期: 2017-12-08)

## 中医药治疗 2 型糖尿病脂代谢异常的临床研究进展※

徐亚<sup>1</sup> 郑敏<sup>2\*</sup>

(1 上海中医药大学岳阳临床医学院, 上海 200437;

2 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院内分泌科, 上海 200437)

**摘要:** 目的 综述中医药治疗 2 型糖尿病脂代谢异常的临床研究进展。方法 整理相关文献。结果 2 型糖尿病脂代谢异常是糖尿病常见的并发症, 中医药治疗本病具有独特的优越性和较好的发展前景。文章从病因病机、辨证论治、经验方、针灸等方面综述了近年来中医药治疗 2 型糖尿病脂代谢异常的临床研究进展, 并指出了该病在研究中存在的问题。结论 中医药治疗 2 型糖尿病脂代谢异常不仅能有效改善临床症状, 而且安全、有效。通过制定统一的诊断、辨证、疗效评定标准, 使 2 型糖尿病脂代谢异常的研究体系更加完善。

**关键词:** 糖尿病; 脂代谢; 中医药疗法; 综述; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.068

文章编号: 1672-2779(2018)-05-0151-04

### Clinical Research Progress of Traditional Chinese Medicine in Treating Type 2 Diabetes with Abnormal Lipid Metabolism

XU Ya<sup>1</sup>, ZHENG Min<sup>2</sup>

(1. Yueyang Clinical Medical College, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China;

2. Endocrinology Department, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)

**Abstract:** **Objective** To summarize the clinical research progress of traditional Chinese medicine in treating lipid metabolism abnormalities in type 2 diabetic patients. **Methods** The relevant literature was organized. **Results** Abnormal lipid metabolism was one of the independent risk factors for cardiovascular disease. The treatment of this disease by Chinese medicine has unique advantages and good development prospects. The article reviewed the clinical research progress of traditional Chinese medicine in treating lipid metabolism abnormalities of type 2 diabetes mellitus in the aspects of etiology and pathogenesis, syndrome differentiation and treatment, experience prescription and acupuncture and moxibustion, and pointed out the existing problems in the study. **Conclusion** Chinese medicine in the treatment of type 2 diabetes lipid metabolism can not only effectively improve clinical symptoms, but also is safe and effective. Through the establishment of unified criteria for diagnosis, syndrome differentiation and evaluation of curative effect, the research system of lipid metabolism abnormality in type 2 diabetes mellitus is more perfect.

**Keywords:** diabetes; lipid metabolism; therapy of traditional Chinese medicine; review; consumptive thirst

2 型糖尿病 (T2DM) 是一种代谢性内分泌疾病, 约占糖尿病患者 90% 以上<sup>[1]</sup>。脂代谢异常则是指由于体内脂质过度蓄积而导致的一种脂质紊乱现象。研究表明<sup>[2]</sup>

约有 40%~50% 的糖尿病患者合并脂代谢异常, 脂代谢异常可增加 T2DM 患者罹患心脑血管疾病的风险。研究认为<sup>[3]</sup>, 高脂血症可先于糖尿病出现, 是导致胰岛素抵抗 (IR) 的主要原因, 若不及时改善脂代谢紊乱, 可加重糖脂毒性, 进一步发展成为糖尿病。西医治疗本病以调脂类药物为主, 但长期服用易出现消化系统、肝肾功能损害等不良反应, 患者依从性差<sup>[4]</sup>。近年来, 中

※ 基金项目: 上海市卫生和计划生育委员会科研基金 [No. 201540200]

\* 通讯作者: sammyzh@126.com

医对2型糖尿病脂代谢异常的研究越来越多,研究表明中医药治疗本病在改善血脂方面具有多靶点、多环节、多途径效应,且相对安全<sup>[9]</sup>,已显示出中医药在治疗上具有独特的优越性和较好的发展前景。现将近年来中医相关治疗进展进行如下综述。

## 1 病因病机

中医文献中并无“糖尿病脂代谢异常”病名的记载,但古代医家对本病已经有了较为系统的认识,其症状或证候的描述可归属于“膏脂”“肥满”等范畴。如《灵枢·卫气失常》记载:“人有膏、有脂、有肉”。张景岳认为:“膏,脂膏也。津液合为膏,为精为血”;清代张志聪注《内经》曰:“中焦之气,蒸津液化其精微,溢于外则皮肉膏肥,余于内则膏育丰满。”膏脂是由体内水谷精微输布失常化生而成,其根本是过食肥甘厚味之品,损伤脾胃致脾胃运化功能失调,体内水谷精微输布失常,聚集于体内产生,阻碍体内气机失调,进而导致糖尿病的发生和发展<sup>[6,7]</sup>。如李冬盎等<sup>[8]</sup>认为T2DM脂代谢异常的主要病机为脾虚痰湿、肝肾亏虚、气滞血瘀,从而导致机体糖脂代谢发生紊乱。姜宏<sup>[9]</sup>认为脂代谢异常与肝失疏泄密切相关,肝主全身气机疏泄功能,功能失司致脾胃运化及气机升降失职,胆汁的生成及疏泄障碍,导致体内的水谷精微聚集为膏脂而产生脂代谢异常。张武根<sup>[10]</sup>认为基本病位在肝,肝失疏泄,导致脾失健运,肾气化失司,从而产生本病,而痰凝、瘀血是脾肾亏虚的病理性产物以及新的致病因素。纵观各家观点,虽然对2型糖尿病脂代谢异常的病因病机的具体看法不一,病位涉及肝、脾、肾等多个脏腑,但病机特点多为本虚标实,本虚主要以脾虚、肝肾亏虚、气阴两虚、阴阳两虚为主,标实多为痰饮、湿浊、瘀血。随着病程的延长,本病临床多表现为虚实夹杂的证候。

## 2 辨证分型

辨证是中医学的特色与精华,是中医在诊治疾病时应遵循的基本法则。目前,2型糖尿病脂代谢异常的临床分型尚无统一标准,目前关于本病证型的研究热点多基于数据挖掘方法探讨相关证型与血脂相关理化指标、冠心病预测因子、颈动脉斑块之间的关系,一般按患者临床症状辨证分型。本病辨证当先辨虚实标本、再辨脏腑。如吴深涛等<sup>[11]</sup>在糖尿病合并脂代谢紊乱中医诊疗标准中将糖尿病血脂异常分为气滞痰阻证、脾虚湿困证、湿热内蕴证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证五个证型。认为本病辨证当先辨明阴阳,分清标本虚实,治疗上以扶正固本、化痰祛瘀为总则。刘怀珍等<sup>[12]</sup>通过对300例T2DM脂代谢异常患者的中医证候学特点研究中,结果显示:痰浊阻遏、气阴两虚为主要证型,剩余证候依次为肝肾阴虚、血瘀脉络、脾肾阳虚,且三酰甘油(TG)增高以血瘀脉络为主,总胆固醇

(TC)增高以痰浊阻遏为主,表明T2DM血脂异常病理性质属于本虚标实,本虚是指脾气亏虚、肝肾不足;标实是指痰湿瘀浊内蕴。刘瑜等<sup>[13]</sup>通过贝叶斯网络分析方法对1072例2型糖尿病合并脂代谢异常患者住院病历进行数据挖掘,研究发现:本病的早期证型为气阴两虚证、气虚证,后期为阳虚证,血瘀证贯穿本病的全过程。韩丽蓓等<sup>[14]</sup>调查60例2型糖尿病合并脂代谢异常患者中医证型与血脂变化之间的相关性,统计发现痰浊阻遏证最多,脾肾阳虚证最少,其次证型有气阴两虚证、阴虚阳亢证、气滞血瘀证。其中,所有证型中体重指数最高的证型为痰浊阻遏证。吴刚强等<sup>[15]</sup>将115例2型糖尿病合并脂代谢异常患者分为气滞痰凝证、脾虚湿困证、湿热内蕴证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证,其中气滞痰凝证、湿热内蕴证低密度脂蛋白水平明显升高,肝肾阴虚证、脾肾阳虚证甘油三酯水平明显升高,脾虚湿困证高密度脂蛋白水平明显降低,且颈动脉不稳定斑块与气滞痰凝证、湿热内蕴型高度相关。

## 3 中医治疗

### 3.1 从脏腑论治

**3.1.1 从脾肾论治** 临床医家多认为脾肾两虚为本病发病之本,兼有血瘀、痰浊等,临床多表现为神疲气短、多尿混浊如脂膏、腰酸膝软、肢体麻木,故治疗多从补益脾肾着手。温燕等<sup>[16]</sup>运用健脾滋肾活血方(方药组成为:人参30 g,黄芪30 g,人工虫草31 g,茯苓30 g,白术20 g,泽泻15 g,何首乌30 g,枸杞子20 g,生地30 g,山萸肉20 g,红花15 g,山楂30 g,水蛭10 g,生甘草10 g)治疗80例T2DM患者,治疗3个月后,结果显示TC、TG、低密度脂蛋白(LDL-C)均显著下降,高密度脂蛋白(HDL-C)显著上升。张武根<sup>[10]</sup>以温脾补肾疏肝法之法,运用柴胡桂枝干姜汤(黄芪、天花粉、山药、桂枝、干姜、柴胡、黄芩、牡蛎、首乌、丹参、苍术等)治疗,结果发现可明显改善血脂指标,提高临床疗效。现代药理学认识到柴胡可以降低TC与TG含量;黄芩能使HDL-C含量上升;山药和苍术可降血糖;何首乌使TC下降<sup>[17]</sup>。

**3.1.2 从肝脾论治** 研究表明<sup>[18]</sup>糖尿病早期与情志不畅密切相关。英国一项回顾性的队列研究<sup>[18]</sup>将1980年—2007年确诊为糖尿病的人群与无糖尿病人群对照,发现糖尿病人群中情绪抑郁的患病率较无糖尿病高。中医学认为肝主情志,肝失疏泄,致脾失健运,痰湿内停发生糖脂代谢异常。故治疗多从肝脾同治,以健脾为基础加以疏肝、调肝、清肝。周新强等<sup>[20]</sup>认为肝脾不调为糖尿病发病之本,治疗以补脾为主,辅以疏肝、清肝,依据肝脾同调法自拟方剂(生黄芪、枸杞子、白芍、茯苓、山药、柴胡、扁豆、木香、葛根)治疗227例T2DM患者,结果发现可降低TC、TG、LDL-C, HDL-C明显升高。





### 3.2 从气血津液论治

3.2.1 从“瘀”论治 郭卫红等<sup>[21]</sup>认为血瘀贯穿糖尿病始终,是导致糖尿病发生脂代谢异常从而并发大血管、微血管病变的主要原因,运用清代王清任的清窍活血汤(川芎、当归、桃仁、红花、赤芍、白芷、藁本、黄酒、老葱、生姜、大枣)以活血祛瘀,达到降低血液黏稠度,缓解高凝状态,改善微循环,调节血脂的作用。郑燕芳<sup>[22]</sup>用逐瘀通脉胶囊观察对高脂血症伴代谢综合征患者糖脂代谢、体质量及IR的影响,结果发现逐瘀通脉胶囊能有效降低TG、TC、LDL-C,升高HDL-C,减轻IR,改善代谢综合征引起的糖脂代谢紊乱。罗检成<sup>[23]</sup>用活血化瘀法治疗T2DM脂代谢异常患者,结果观察组总有效率为87.50%,明显高于对照组的67.50%,可有效地降低患者血中TC的含量,调节蛋白的正常代谢,并起到防止动脉硬化和高脂血症的发生的作用。

3.2.2 从“痰”“浊”“湿”论治 周祥等<sup>[23]</sup>认为T2DM脂代谢紊乱是由于脾虚散布精微物质失常,导致血浊内蕴进一步由浊化毒的过程,采用化浊解毒颗粒(大黄、柴胡、黄芩、白芍、枳实、半夏、黄连、佩兰、干姜)起到化浊解毒、清肝和胃之效,研究表明对化浊解毒颗粒能有效降低血糖、IR、TG、TC、游离脂肪酸。吕俊海等<sup>[24]</sup>在三种证型T2DM早中期患者相关指标差异研究中发现,在脂代谢方面痰(湿)热互结型相对热盛伤津证、气阴两虚型有着明显更高的体质指数和TG水平以及更低HDL-C水平,认为痰(湿)热互结型较其他2证型T2DM更易向并发症期转化,治疗难度更大,预后也更差,这与现代不良饮食结构造成的脂代谢异常密切相关。吴深涛等<sup>[25]</sup>认为糖尿病血脂异常及脂毒性的病机是由浊致毒,浊毒互结,且与瘀、湿、热等致病因素在病机转变方面存在明显的相关性。以化浊解毒法为治疗原则,运用化浊解毒方(僵蚕、蝉蜕、姜黄、大黄(制用蜂蜜、黄酒以助升降之性)治疗血脂异常疗效明显。

3.3 经验方治疗 在T2DM脂代谢异常的治疗方面,许多医家根据自己的临床治疗经验,总结了许多经验方来治疗本病,在临床上取得了可观的疗效。苏玉洁<sup>[27]</sup>予益元清肝健运汤,主要成份黄芪15 g,丹参15 g,葛根15 g,怀山药12 g,生地黄12 g,枸杞子10 g,黄精10 g,决明子10 g,玉竹10 g,虎杖10 g,荷叶10 g,茵陈10 g,黄连6 g,山楂6 g,茯苓20 g,三七粉(冲)3 g,治疗本病,结果表明益元清肝健运汤能有效改善患者血脂及血糖水平。孟丽伟<sup>[28]</sup>将T2DM脂代谢异常患者随机平行对照研究,运用经验方糖脂平汤(山楂24 g,决明子15

g,荷叶6 g,虎杖15 g,泽泻18 g,天花粉5 g,三七粉7 g)治疗,结果显示治疗组总有效率为93.33%,对照组总有效率为71.11%,且无明显不良反应,表明糖脂平汤在改善血脂、抗动脉粥样硬化方面有一定的疗效。姜宏<sup>[29]</sup>选取70例T2DM合并血脂异常患者,随机分为观察组和对照组,对照组予血脂康治疗,观察组予四逆散加味治疗,比较两组治疗前后中医症状评分、血糖血脂变化。结果发现四逆散加味可有效改善糖尿病合并血脂异常患者的症状和体征,具有一定降血糖作用,能有效调节血脂异常。

3.4 中成药治疗 中医治疗注重整体辨证,具有毒副作用小、作用范围广泛优势,但由于服药量大,药物口味欠佳,患者耐受性和依从性差。因此,临床上研发了许多方便、安全、易于接受的中药成药。王春霞等<sup>[30]</sup>应用脂降宁片治疗90例T2DM高脂血症患者,结果显示降脂疗效为对照组45例显效15例,有效15例,无效8例,治疗组45例显效23例,有效11例,无效2例,治疗组优于对照组。李伟等<sup>[31]</sup>将120例T2DM高脂血症患者随机分为两组,治疗组予抑火扶脾颗粒剂,对照组予安慰剂,结果显示治疗组治疗前后TG、TC、LDL-C均有改善,且治疗组较对照组改善明显。单洁等<sup>[32]</sup>用参芪降糖胶囊治疗106例T2DM合并血脂异常患者,结果发现治疗后两组TG、TC、LDL-C,肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ),瘦素(LP),和载脂蛋白B(ApoB)水平较治疗前下降,HDL-C、脂联素(APN)和载脂蛋白A(ApoA)水平上升,且观察组优于对照组;另外在安全评价方面观察组更优。张铭晖等<sup>[32]</sup>用蒲参胶囊治疗120例T2DM合并血脂紊乱患者,连续观察12周发现两组脂代谢指标均有所改善;观察组改善症状方面优于对照组,且用药期间均未发现严重不良反应。中成药对于T2DM脂代谢的异常具有一定的治疗作用,不良反应小,但应注意辨证运用,切忌盲目使用。

3.5 针灸推拿治疗 针刺和推拿疗法有疏通经络、调节脏腑、运行气血的作用,通过脏腑经络辨证,单独运用针刺或推拿治疗有改善临床症状、改善血糖、血脂、IR的作用,且联合中药、基础治疗时疗效更佳。杨忠亮等<sup>[34]</sup>运用运腹通经推拿法。运腹法:以掌摩腹部法顺时针按摩3 min,以循行线行运法用双手顺着带脉按摩2 min和掌揉全腹3 min,最后以掌振腹法按摩1 min。通经法:以掌推法依次顺着任脉、胃经、脾经的腹部循行线按摩2 min,再以拇指端对天枢、大横、气冲、足三里、关元、丰隆、中脘、三阴交每穴点按30 s,并以手掌横擦腹部法拍打至透热,最后拍打腹部法2 min。治疗脾失健运证单纯性肥胖症脂代谢异常患者,结果



发现运腹通经推拿法配合针刺既有效缓解临床症状,又可以降低血糖、血脂及改善IR,表明腹部推拿手法可能有抑制胃腐熟水谷和促进脾脏运化升清功能的作用。王斌<sup>[35]</sup>通过对225例患者运用针刺(体针:主穴为足三里、脾俞、三阴交、胃俞、中脘;耳针:取内分泌、胰、胆、脾、交感,采用捻转平补平泻手法)联合六味地黄丸治疗,结果发现针刺联合六味地黄丸在改善血糖、IR、血脂指标、中医证候方面疗效显著;认为其降血脂机制可能与他汀类改善相关酶活性作用类似;通过改善IR来纠正脂代谢异常而改善血糖血脂。王权午等<sup>[36]</sup>用腹部推拿(按腹、运腹、揉腹)治疗T2DM脂代谢异常患者,结果发现腹部推拿在降低FFA、TC、TG方面治疗组优于对照组,且治疗组总有效率为82.5%,对照组总有效率为70%,认为按腹、运腹、揉腹等操作可增加腹部肌肉收缩,提高基础代谢率促使血脂指标改善。

#### 4 问题与展望

目前中医药治疗2型糖尿病脂代谢异常主要在辨证论治的基础上,分脏腑论治,针对病因论治,经验方以及中成药、针灸推拿等多种治疗方法,临床表明均能有效改善2型糖尿病脂代谢异常的临床症状,提高患者生活质量。中医药有着简验便廉的优点,副作用相对较少,临床上可以长期服用,具有巩固疗效、防止复发以及综合调理等作用。但目前中医药治疗2型糖尿病脂代谢异常的研究仍存在的问题:首先对于2型糖尿病脂代谢异常主的中医诊断、辨证分型及疗效评价临床上并没有统一的参考标准,缺乏多中心随机双盲的临床试验,往往停留在经验方上,难以客观的评价疗效,推广诊疗方案。其次是对患者远期疗效的追踪和随访有一定的难度,远期疗效如何尚缺乏文献的报道。三是目前临床科研中对中医中药如何作用的机制并不明确,缺乏更为客观、可靠的实验数据。

中医药治疗2型糖尿病脂代谢异常不仅能有效改善临床症状,而且安全、有效。通过制定统一的诊断、辨证、疗效评定标准,使2型糖尿病脂代谢异常的研究体系更加完善。期待中医药在防治2型糖尿病脂代谢异常的过程中发挥自身优势,更加地使患者受益。

#### 参考文献

- [1]陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [2]孟海雷,刘怀珍,张进军.2型糖尿病脂代谢紊乱中医药研究进展[J].河南中医,2012,32(4):522-525.
- [3]张燕,邹华.糖脂毒性对胰岛 $\beta$ 细胞功能的影响[J].新疆医学,2010,40(10):64-67.
- [4]李明.中药降血脂作用机制的研究进展[J].实用心脑血管病杂志,2013,21(1):4-5.
- [5]梁东辉.从调脂治疗的新靶点谈中药调脂作用机制和应用前景[J].中国杂志,2012,53(2):113-116.
- [6]徐珊珊,龚美蓉,孙亦农.从脾胃论治单纯性肥胖[J].辽宁中医杂志,2015(3):628-629.
- [7]张文顺.代谢综合征之中医浅识[J].辽宁中医杂志,2014,41(7):1350-1351.
- [8]李冬盎,官瑞霞,刘庭琪.益肝补肾降脂汤治疗糖尿病高脂血症[J].实用医药杂志,2014,31(12):1079-1080.
- [9]姜宏.四逆散加味治疗糖尿病合并血脂异常的临床观察[J].中国中医药科技,2015,22(3):301-302.
- [10]张武根.温脾补肾疏肝法对糖尿病合并高脂血症的临床疗效[J].现代医药卫生,2014(14):2209-2210.
- [11]吴深涛,梁家利,高婧,等.糖尿病合并脂代谢紊乱中医诊疗标准[J].世界中西医结合杂志,2011,6(7):626-631.
- [12]刘怀珍,吴守锋,谈佳佳.2型糖尿病血脂异常患者的中医证候学特点探究[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(5):1-3.
- [13]刘瑜,倪青,王佳笑,等.数据挖掘探讨2型糖尿病合并脂代谢紊乱证治规律[J].西部中医药,2016,29(9):91-95.
- [14]韩丽蓓,杨惠民,崔红霞,等.2型糖尿病血脂异常的中医证候研究[J].北京中医药大学学报,2010,33(5):358-360.
- [15]吴刚强,温小凤,谭军,等.不同中医证型2型糖尿病合并脂代谢紊乱病人与颈动脉斑块的关系分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(17):1981-1983.
- [16]温燕,刘文辉.健脾滋肾活血方对2型糖尿病患者血糖、血脂、胰岛素敏感性影响[J].辽宁中医药大学学报,2014(3):169-171.
- [17]梁爽,张骞,周波.健脾益肾活血法治疗2型糖尿病合并高脂血症疗效观察[J].陕西中医,2013,34(4):406-408.
- [18]王勇,王德惠.糖尿病的情志预防[J].辽宁中医药大学学报,2010(6):98-100.
- [19]Aarts S, Akker M V D, Bostel M P J V, et al. Diabetes mellitus type II as a risk factor for depression: a lower than expected risk in a general practice setting[J].European Journal of Epidemiology, 2009, 24(10):641-648.
- [20]周新强,周小琳.观察肝脾同调治法对糖尿病治疗的临床疗效及相关指标分析[J].中国中医基础医学杂志,2014(7):934-935.
- [21]郭卫红,郭淑卿.通窍活血汤改善糖尿病患者脂代谢紊乱的临床观察[J].中国药物与临床,2013,13(9):1235-1236.
- [22]郑燕芳.逐瘀通脉胶囊对伴高脂血症的代谢综合征患者糖脂代谢、体质量及胰岛素抵抗的影响[J].中国医药指南,2013(19):688-689.
- [23]罗检成.中医活血化瘀法治疗2型糖尿病高脂血症的临床效果[J].中医临床研究,2015(2):56-57.
- [24]周祥,章清华,闫冬雪,等.化浊解毒方对脂代谢异常伴胰岛素抵抗大鼠肝脏组织DGAT2 mRNA表达的影响[J].中医杂志,2013(5):412-414.
- [25]吕俊海,李敏,刘红,等.三种证型2型糖尿病早中期患者相关指标差异研究[J].中国中医基础医学杂志,2011(12):1348-1349.
- [26]吴深涛,闫冬雪.从浊毒论糖尿病血脂异常之防治[J].中华中医药杂志,2009(8):1047-1049.
- [27]苏玉洁.益元清肝健运汤治疗2型糖尿病合并高脂血症患者的临床效果[J].中国药物经济学,2017,12(3).
- [28]孟丽伟.糖脂平汤治疗2型糖尿病并脂代谢紊乱随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2015(9):30-31.
- [29]姜宏.四逆散加味治疗糖尿病合并血脂异常的临床观察[J].中国中医药科技,2015,22(3):301-302.
- [30]王春霞,刘洪敏,刘阁玲.脂降宁片治疗2型糖尿病高脂血症45例临床研究[J].新中医,2014(3):126-128.
- [31]李伟,陈安亮,于希忠.抑火理脾颗粒剂治疗2型糖尿病高脂血症临床分析[J].光明中医,2017,32(4).
- [32]单洁,田霖林,车立群,等.参芪降糖胶囊对2型糖尿病合并血脂异常患者糖、脂代谢的影响[J].中国实验方剂学杂志,2015(15):168-171.
- [33]张铭晖,刘春丽.蒲参胶囊对2型糖尿病合并血脂异常患者糖脂代谢及血管内皮细胞功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(26):2905-2908.
- [34]杨忠亮,梁楠,武娇娜,等.运腹通经推拿法配合针刺治疗脾失健运证单纯性肥胖症疗效观察[J].陕西中医,2017,38(2):254-256.
- [35]王斌.针刺联合六味地黄丸治疗2型糖尿病脂代谢紊乱的临床疗效及其对胰岛素抵抗的影响研究[J].中国全科医学,2016,19(31):3878-3882.
- [36]王权午,马颖桃.腹部推拿改善2型糖尿病脂代谢异常的临床研究[J].临床医药文献电子杂志,2015,2(31):6373-6373.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈珊 收稿日期:2017-11-28)

## 高脂血症与痰湿质的相关性研究进展<sup>※</sup>

谭玉<sup>1</sup> 王飞<sup>2\*</sup> 章莹<sup>3</sup> 聂建华<sup>3</sup> 章文春<sup>3</sup>

(1 江西中医药大学临床医学院, 江西 南昌 330004; 2 江西中医药大学姚荷生研究室, 江西 南昌 330006;  
3 江西中医药大学基础医学院, 江西 南昌 330004)

**摘要:**王琦教授将中国人群体质分为九类, 其中痰湿体质所占比例较大, 该体质与现代社会常见多发病密切相关, 尤其是高脂血症。为此, 本文就将近十年来痰湿体质与高脂血症相关性的理论研究、实验研究、临床研究进行文献综述, 并提出了相应的调治方法。最后对目前存在的不足和问题进行了思考, 为日后两者相关性的深入研究提供参考。

**关键词:** 体质; 痰湿; 高脂血症; 血脂; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.069

文章编号:1672-2779(2018)-05-0155-03

### Research Progress on the Correlation between Hyperlipidemia and Phlegm-dampness Constitution

TAN Yu<sup>1</sup>, WANG Fei<sup>2</sup>, ZHANG Ying<sup>3</sup>, NIE Jianhua<sup>3</sup>, ZHANG Wenchun<sup>3</sup>

(1. Clinical Medical College, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China;

2. Yao Hesheng Research Center, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

3. Basic Medical College, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China)

**Abstract:** Professor Wang Qi divides Chinese people into nine categories, with a large proportion of sputum and wet constitution, which is closely related to the common diseases of modern society, especially hyperlipidemia. To this end, this paper reviewed the theoretical studies, experimental studies and clinical studies on the correlation between phlegm and hyperlipidemia in nearly a decade, and put forward corresponding treatment measures. Finally, the existing deficiencies and problems were considered, and the future study of the relationship between them is helpful.

**Keywords:** constitution; phlegm-dampness; hyperlipidemia; dyslipidemia; review

痰湿质是由于津液运化失司, 导致痰湿凝聚, 以黏滞重浊为主要特征的体质<sup>[1]</sup>。高脂血症(HLP)是指由于脂肪代谢或运转异常, 致使血浆中一种或多种脂质高于正常<sup>[2]</sup>。大量流行病学调查数据表明, 心脑血管疾病的发病率及病死率与脂代谢异常存在一定的相关性, 尤其是冠心病、脑卒中的独立危险因素, 脂代谢异常严重影响人体健康甚至威胁生命<sup>[3]</sup>。痰湿质常表现为形体肥胖、腹部肥满、痰多、容易困倦、身重不爽等, 此与高脂血症群体的临床症状有相似性。因此, 笔者认为研究痰湿质与高脂血症的相关性有重要的临床意义。

#### 1 理论研究

**1.1 痰湿体质的形成及影响因素** 痰湿质的形成因素有: 先天遗传、饮食结构不合理、缺乏运动、内分泌失调等<sup>[4]</sup>。王琦等<sup>[5]</sup>则进一步指出, 影响痰湿体质的因素按影响程度的大小排列依次是: 患有生活习惯疾病、不太运动、肥胖、嗜烟、血压偏高、早睡晚起、喜油腻、混合喂养和人工喂养、睡眠不规律等。华佗云: “动摇则谷气得消, 血脉流通, 病不得生。” 适量运动可以促进气血津液的运行, 防止痰瘀内生; 从西医角度讲, 即是能降脂、降压、解凝、降尿酸。笔者同样认为,

痰湿质的形成与生活习惯疾病、后天饮食、起居因素等密切相关, 尤其是运动。郭姣<sup>[6]</sup>认为痰湿质产生的主要原因是“肝郁”及“肝失疏泄”, 并由此导致其他脏腑功能失调, 特别是脾、肾功能的失调是影响机体脂质代谢的直接因素。

**1.2 高脂血症的形成及影响因素** 高脂血症是一种常见的代谢性疾病, 其特点为发病率高、人群分布广、危害性大, 是导致动脉粥样硬化斑块的主要原因<sup>[7]</sup>。王胜红等<sup>[8]</sup>总结了影响高脂血症形成的因素: 遗传、肥胖、膳食、吸烟饮酒、情志(过度紧张、过度兴奋)、年龄、性别等。宋秀国等<sup>[9]</sup>的报道则进一步指出, 男性的社会活动多、工作压力大、酗酒抽烟等不良习惯亦会影响高脂血症的形成, 也可能与性别本身存在的差异有关。此外, 高脂血症的病因还包括遗传学缺陷、血糖代谢紊乱等<sup>[10]</sup>。倪进军等<sup>[11]</sup>认为, 血脂异常的中医病机本为脾肾两虚, 标为痰浊瘀血。王永泽等<sup>[12]</sup>则认为, 高脂血症主要是因为肝失疏泄, 属脾肾为本, 痰浊内生为标, 本虚标实之证。因此, 高脂血症的病位主要在肝、脾、肾三脏, 病机则以脾虚失运、肝失疏泄、肾气虚衰为主<sup>[13]</sup>。

**1.3 痰湿体质与高脂血症的关系** “膏脂学说”作为高脂血症的中医理论依据: 血脂水平与痰湿密切相关, 湿与血互结于血脉, 流于全身, 致使高脂血症的发生。此与胡雯等<sup>[14]</sup>和徐晓薇<sup>[15]</sup>的研究一致, 痰湿体质同高脂血症密切相关。朱丹溪在《格致余论》中的亦有记载:

※ 基金项目: 江西省教育厅科学技术研究项目[No.GJJ160844]; 江西省教育厅人文社科项目[No.JY1561]; 江西中医药大学博士启动基金课题[No.2011BS1001]

\* 通讯作者: 962770@qq.com



“肥人多痰湿”。王智玉<sup>[16]</sup>则认为痰湿质与气虚质有可能是高脂血症的危险因素。万生芳<sup>[17]</sup>的调查进一步指出,高脂血症人群中居于前4位的体质类型分别是:痰湿质、湿热质、气虚质、阳虚质。此外,国内对高脂血症患者进行一些中医临床证候研究<sup>[18-19]</sup>,结果发现:脾虚痰湿证是高脂血症患者的主要证候特点;另外也有相关文献<sup>[20-21]</sup>指出,高脂血症患者在健脾燥湿化痰治疗后,可以有效改善其高脂血症指标,并表明高脂血症的症状可以通过健脾燥湿化痰得到有效控制,这也间接说明了痰湿质与高脂血症两者间的相关性。

## 2 实验研究

痰湿质者易发生血脂异常。有研究表明<sup>[22-23]</sup>,高脂血症痰湿体质者体内 TC、TG 和 LDL-C 含量明显高于非痰湿体质者与平和质组,而 HDL-C 则明显低于非痰湿体质者与平和质组,说明痰湿体质痰浊、脂膏的形成和过剩积聚与血脂代谢存在着一定的相关性。王健平等<sup>[24]</sup>则发现阳虚质者血脂 TC、TG、LDL 偏低,痰湿质者血脂 TG、LDL-C 偏高, HDL-C 偏低。痰湿质人群总胆固醇及低密度脂蛋白水平显著升高, TC、LDL-C 等血脂成分与中医体质因素关系尤为密切,因痰湿质体内水液代谢异常,有形实邪蓄积于营血中,与现代医学中存在于血浆中的异常脂类相似。现有大量实验和流行病学调查已证实,高脂血症特别是高胆固醇血症与冠心病的发病率及死亡率有明显的正相关关系。因此我们认为,冠心病与痰湿质也是有一定的相关性。有学者<sup>[25]</sup>指出,冠心病痰湿质与 ApoE 基因 E3/E4 基因型呈正相关,与 E3/E3 基因型呈负相关。

## 3 临床研究

朱燕波<sup>[26]</sup>通过对9省市的18805例关于中国成年人中医体质的研究发现,影响超重和肥胖的主要体质因素是痰湿质与气虚质。罗伟<sup>[27]</sup>通过收集血脂异常患者的临床资料得出结论:痰湿质是原发血脂异常患者最主要的偏颇体质类型。代谢综合征是一组以腹部肥胖或超重、高血压、胰岛素抗性及/或葡萄糖耐量异常及致动脉粥样硬化血脂异常,包括高甘油三酯 (TG) 血症、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 低下等为主要临床表现的一系列综合征。研究结果表明,老年代谢综合征最重要的体质类型是痰湿质,另外,气虚质、阴虚质及血瘀质是其主要体质类型<sup>[28]</sup>。李小燕等<sup>[29]</sup>通过对300例冠心病患者中医体质类型与血脂水平的相关性分析研究发现:除瘀血质,痰湿质患者为冠心病并高脂血症患者体质类型的第二分布人群。有学者<sup>[30-31]</sup>采用中医体质辨识,对高脂血症患者进行体质分类,均发现痰湿体质人群占比例最多。现代研究<sup>[32]</sup>也表明高脂血症痰湿内阻型痰湿的生成与血中脂质水平增高、脂质代谢紊乱有着明显的相关性,血脂升高被视为血中痰湿的微观显现,血中脂膏生成输布代谢异常均可致病。

## 4 痰湿质高脂血症的调治

中医素有“肥人多痰湿”的认识,而痰湿又跟肝脾肾三脏有关,说明痰湿质的调治应从肝脾肾入手,注重清肝、疏肝、柔肝,并兼顾脾胃。健脾化痰作为高脂血症最基本的治则,可以有效的调理痰湿体质,更能从根本上防止和治疗高脂血症<sup>[33]</sup>。陈佑林<sup>[18]</sup>则选用平胃散合五苓散治疗脾虚痰湿中阻型高脂血症。

亦有学者用针灸<sup>[34]</sup>或针药结合<sup>[35]</sup>的方法,以经络学说为指导,辨证取穴,通过刺激穴位达到治疗高脂血症的目的,并取得较好的临床疗效。也有人根据现代医学理论取内分泌诸耳穴,结果表明王不留行籽的贴压可以推动气血运行,并能健脾以化痰渗湿。耳穴、体穴相互配合治疗,能快速降低血脂水平,得到明显的临床有效<sup>[7]</sup>。而温针、电针或子午流注纳甲法针刺等对改善痰湿质高脂血症同样有着很好的疗效。

李敏<sup>[3]</sup>建议在积极改善生活方式的基础上,针对易于发生血脂异常倾向的痰湿体质,进而结合体质辨证进行预防,极大程度的改善痰湿体质状态。在中医“治未病”原则指导下,进行中医体质辨证。膳食、运动、情志等干预能够改善痰湿体质,调整机体功能状态,以达到防治血脂异常的目的,真正做到未病先防、欲病救萌、防微杜渐<sup>[36]</sup>。事实证明,中医辨体干预可降低痰湿体质血脂边缘升高人群的血脂水平,能有效预防心脑血管疾病的发生<sup>[37]</sup>。

## 5 小结

笔者认为痰湿质与高脂血症相关性的研究已经取得了一定的成果。从古代文献过渡到现代实验,且研究框架基本完善,视野角度方式上实现了微观与宏观、代方法与传统方法的结合。尽管如此,此研究仍存在一些缺陷:(1)相关实验数据支撑度不够;(2)临床研究成果尚难以完全指导临床辨证治疗;(3)对于痰湿质与高脂血症相关性的内在机制研究尚存在较大空白。

但笔者坚信,随着对痰湿质研究的深入,痰湿质与高脂血症的相关性内在机制的阐述必将愈加明确。此既为体质辨证的临床运用提供了可靠保证,也为中医治未病提供了可靠信息。

## 参考文献

- [1]王琦,叶加农,朱燕波,等.中医痰湿体质的判断标准研究[J].中华中医药杂志,2006,21(2):73-75.
- [2]赵保家.中医药防治高脂血症探析[J].辽宁中医药大学报,2011,13(2):140-141.
- [3]李敏.近十年中医药治疗高脂血症的研究[J].吉林中医药,2010,30(6):488-490.
- [4]李小燕,邓金凤,陈润东,等.痰湿体质人群血糖及血脂水平的变化[J].广东医学,2011,32(7):914-915.
- [5]王琦,朱燕波,折笠秀树,杜建,等.中医痰湿体质相关影响因素的研究[J].北京中医药大学学报,2008,31(1):10-13.
- [6]郭姣,朴胜华.从高脂血症发病低龄化趋势探讨其中医发病机制[J].中医药信息,2008,25(6):4-6.
- [7]葛玲玉,蔡以生,张喆,等.耳穴、体穴按压疗法对痰湿体质型高脂血症患

- 者疗效研究[J].中医临床研究,2016,8(25):32-34.
- [8]王胜红,王波.高脂血症的病因及防治进展[J].健康大视野,2013,21(11):560-560.
- [9]宋秀国,唐振起,袁福江.渤海新区1266例成人空腹血脂水平分析[J].检验医学与临床,2012(2):174-176.
- [10]白树美,易敏春,杨晓玲.高脂血症原因分析及综合干预措施[J].中国实用医药,2014,9(34):239-241.
- [11]倪进军,徐小娟.基于证候研究的血脂异常中医病机和治疗思路的探索[J].辽宁中医杂志,2011,38(6):1102-1104.
- [12]王永泽,韩新玲.高脂血症从肝论治探讨[J].河北中医,2010,32(6):921-923.
- [13]高世东.从肝脾肾论治高脂血症[J].西部中医药,2013,26(9):18-19.
- [14]胡雯,汤毅.浅析痰湿体质与高脂血症[J].天津中医药,2011,8(3):221-223.
- [15]徐晓薇.痰湿体质与高脂血症的相关性探索[J].现代养生,2016(4):40-40.
- [16]王智玉.浅析高脂血症与中医体质的相关性[J].中西医结合杂志,2012,7(7):604-606.
- [17]万生芳.高脂血症患者中医体质分布规律探析[J].中国中医药科技,2013(4):373-373.
- [18]陈佑林,常建国.加味胃苓汤治疗脾虚痰湿中阻型高脂血症56例[J].四川中医,2008,26(11):85-85.
- [19]柯斌,师林,张俊杰,等.加味苓桂术甘汤联合短期极低热量饮食治疗脾虚痰湿型高脂血症合并脂肪肝的临床研究[J].实用医学杂志,2012,22(4):655-657.
- [20]毛大鹏,刘汝金,齐有胜,等.健脾利湿法治疗高脂血症42例的临床观察[J].北京中医,2006,25(10):599-602.
- [21]杜长欣,陈宗民,刘菲.健脾调脂饮治疗原发性高脂血症45例疗效观察[J].四川中医,2007,25(1):55-57.
- [22]李素华.从痰论中风[J].光明中医,2010,25(10):1763-1764.
- [23]邓小敏,唐丽丽,杜斌.痰湿体质人群血脂水平调查及体质相关性研究[J].中国中医基础医学杂志,2013,9(4):432-433.
- [24]王健平,朱燕波,姚实林,等.505例健康体检者的中医体质类型与血糖、血脂、体质指数关系分析[J].安徽中医学院学报,2013,2(6):21-25.
- [25]刘建,李七一,韩旭.冠心病患者中医体质类型与ApoE基因多态性的相关性研究[J].海峡药学,2013,25(10):103-106.
- [26]朱燕波,王琦,吴承玉,等.18805例中国成年人中医体质类型与超重和肥胖关系的Logistic回归分析[J].中西医结合学报,2010,8(11):1023-1028.
- [27]罗伟,马建伟.原发性血脂异常患者中医体质类型与中医证型的相关性研究[D].贵州:贵阳医学院,2014:1-36.
- [28]江虹.老年代谢综合征中医体质分型临床研究[D].南京:南京中医药大学,2014:1-36.
- [29]李小燕,何焯根,陈润东,等.300例冠心病患者中医体质类型与血脂水平的相关性分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(8):964-966.
- [30]张静,唐毅,黄斯思,等.437例广州居民中医体质与高脂血症关系初探[J].中国中医急症,2015,24(4):622-623.
- [31]陈爱玲,赵兰才,阮金玉,等.1895例北京市社区居民生活方式对体质影响的调查分析[J].中医药导报,2010,16(2),14-16.
- [32]郭建彪,石岩.浅析痰瘀毒与代谢综合征[C].沈阳:第12届全国中医糖尿病大会论文汇编,2010:296-298.
- [33]周佳,陈娇,韦双双.从脾论治高脂血症[J].长春中医药大学学报,2016,32(2):309-312.
- [34]陈太福.三阴交为主针刺治疗单纯性高脂血症[J].黑龙江中医药,2003,(1):43-44.
- [35]周朝晖,徐志锐,庄礼兴.浅谈痰血体质与中风病的防治[J].光明中医,2009,4(5):792-794.
- [36]刘学菊,罗红,肖又姑.高脂血症患者治疗性生活方式改变的策略与效果评价[J].国际护理学杂志,2007,6(3):254-257.
- [37]杨菊香,李志峰,涂春兰.中医辨体干预应用于痰湿质血脂边缘升高人群的效果观察[J].现代诊断与治疗,2015,26(13):2916-2917.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:石强 收稿日期:2017-10-13)

## 夏枯草药理作用与临床应用研究进展

姚洋<sup>1,2</sup> 李定祥<sup>2</sup> 张杰<sup>3\*</sup>

(1 中国科学院上海药物研究所, 上海 201203; 2 上海海天医药科技开发有限公司, 上海 200023;  
3 上海中医药大学中药学院, 上海 201203)

**摘要:**夏枯草为常用中药材,具有清火明目、散结消肿等功效。现代研究表明,夏枯草含有多糖、有机酸、黄酮等活性化学成分,具有抗肿瘤、抗炎和免疫调节等药理作用,对甲状腺疾病和乳腺增生等具有很好的疗效。近年来,对夏枯草药理作用的作用机制研究也取得了一定的进展,包括通过线粒体细胞凋亡信号通路、FAS信号通路、NF- $\kappa$ B信号通路等。随着对夏枯草药理作用和临床应用的研究不断深入,必将为夏枯草的临床应用和进一步开发起到指导作用。

**关键词:**夏枯草;抗肿瘤;抗炎;免疫调节;抗氧化;中药药理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.05.070

文章编号:1672-2779(2018)-05-0157-04

### Research Progress on Pharmacological Activity and Clinical Application of *Prunella vulgaris*

YAO Yang<sup>1,2</sup>, LI Dingxiang<sup>2</sup>, ZHANG Jie<sup>3</sup>

(1. Shanghai Institute of Materia Medica, Chinese Academy of Sciences, Shanghai 201203, China;

2. Shanghai Haitian Medical Technology and Development Limited Company, Shanghai 200023, China;

3. College of Traditional Chinese Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

**Abstract:** *Prunella vulgaris* is a common Chinese medicinal material, which has the efficacy of clearing fire and improving eyesight, eliminating the mass and relieving swelling and so on. Modern studies show that *Prunella vulgaris* contains many active constituents, such as polysaccharides, organic acids and flavonoids. It has anti-tumor, anti-inflammatory and immunomodulatory effects, and has a good effect on thyroid diseases and hyperplasia of mammary glands. In recent years, the mechanism of pharmacological activity of *Prunella vulgaris* has also made some progress, including mitochondrial apoptotic signaling pathway, FAS signaling pathway and NF- $\kappa$ B signaling pathway. With the further research on the pharmacological action and clinical application of *Prunella vulgaris*, it will play a guiding role in the clinical application and further development of *Prunella vulgaris*.

**Keywords:** *Prunella vulgaris*; anti-tumor; anti-inflammatory; immunoregulation; antioxidant; pharmacology of Chinese medicine

中药夏枯草为唇形科植物夏枯草 (*Prunella vulgaris* L.) 的干燥果穗。夏枯草性寒, 味苦、辛, 具有清火明

目、散结消肿等功效。随着现代研究对夏枯草的不断深入, 其化学成分分析和药理作用机制愈发明确, 临床应用也更加广泛。因此有必要就夏枯草近年来活性成分、药理作用及作用机制和临床应用等研究进展进

\* 通讯作者: guide.zhang@163.com



行分析总结,为夏枯草的临床应用提供依据。

## 1 夏枯草的化学成分

夏枯草含有的化学成分种类较多,主要包括多糖类、有机酸类、黄酮类、三萜及其苷类化合物以及甾醇类等。夏枯草中多糖含量约占10%,为夏枯草中含量最高的重要活性成分。近年来,李超等<sup>[1-2]</sup>从夏枯草中分离纯化出3种活性多糖P1-P3,成分分析表明其组成成分大都含有半乳糖、葡萄糖、甘露糖、木糖、阿拉伯糖、鼠李糖<sup>[2]</sup>。Feng L.等<sup>[3]</sup>从夏枯草中分离纯化出三种活性多糖P31、P32和P33,主要成分P32经组分分析,其主要由鼠李糖、阿拉伯糖、木糖、甘露糖、葡萄糖和半乳糖组成。

夏枯草中有机酸主要包括酚酸和长链脂肪酸。酚酸是广泛存在于夏枯草中的一类主要活性成分,文献报道夏枯草中酚酸主要有迷迭香酸、迷迭香酸丁酯、咖啡酸、丹参素、迷迭香酸甲酯、3,4-二羟基苯甲酸等<sup>[4]</sup>。长链脂肪酸类多为油酸、花生油酸、月桂酸、棕榈酸等<sup>[5]</sup>。

## 2 夏枯草的药理作用

**2.1 抗肿瘤作用** 夏枯草具有明显的抗肿瘤作用。研究发现,夏枯草对甲状腺癌、乳腺癌、淋巴瘤、结肠癌、膀胱癌等均有抑制作用。

**2.1.1 抗甲状腺癌作用** 殷德涛等<sup>[6]</sup>研究证实夏枯草对甲状腺乳头状癌细胞TPC-1有明显的抑制作用,并且可上调CCDC67基因。卷曲螺旋结构域蛋白67基因CCDC67是一种抑癌基因<sup>[7]</sup>,在TPC-1中表达缺失,说明CCDC67可以作为一种新的抑癌基因在甲状腺乳头状癌细胞恶性转化的过程中发挥一定的作用<sup>[8]</sup>。夏枯草在抑制TPC-1的细胞生长的同时可以上调CCDC67的表达,这一结果可能为甲状腺乳头状癌的基因治疗提供了新思路。熊燚等研究了夏枯草对不同病理类型的人甲状腺细胞均有不同程度的抑制增殖作用<sup>[9]</sup>,其中夏枯草抑制人甲状腺乳头状癌细胞K1细胞增殖作用明显,并可诱导K1细胞凋亡。夏枯草作用K1细胞24 h发现胞浆内凋亡蛋白Bax、细胞色素C (Cyto C)、Caspase-9、活化的Caspase-3 (Cleaved Caspase-3) 表达增多,说明其抑制K1细胞增殖并诱导凋亡的机制可能与活化线粒体凋亡通路有关<sup>[10]</sup>。在甲状腺癌的中药联合治疗研究方面,蒙雯雯等发现夏枯草联合小剂量山慈菇对甲状腺癌细胞增殖的抑制作用明显<sup>[11]</sup>。

**2.1.2 抗乳腺癌作用** 周亚敏等<sup>[12]</sup>对夏枯草果穗极性部位提取分离出的化合物进行了体外抗肿瘤活性筛选,发现其中部分化合物对乳腺癌细胞MCF-7有明显抑制作用。吴元肇等<sup>[13]</sup>同样研究证实夏枯草口服液提取物可诱导MCF-7细胞产生凋亡,并研究表明夏枯草提取物在mRNA水平降低MCF-7细胞内雌激素应答基因的表

达,抑制雌激素受体ER $\alpha$ 的mRNA合成,从而减少ER $\alpha$ 蛋白水平和抑制ER $\alpha$ 介导的信号。

**2.1.3 抗淋巴瘤作用** 陈长英等<sup>[14]</sup>发现夏枯草提取物在体内外均能抑制小鼠T细胞淋巴瘤EL-4细胞的生长,并诱导肿瘤细胞凋亡。章红燕等<sup>[15]</sup>进一步研究表明中高剂量的夏枯草提取物作用于EL-4细胞,细胞内Bax蛋白表达增加而BC2蛋白表达下降,从而提示夏枯草抑制T淋巴瘤生长的作用机制可能与其调控Bax蛋白及BC2蛋白表达有关。

**2.2 抗炎抗菌作用** 夏枯草解热镇痛的抗炎作用明显,并对部分细菌的生长有抑制作用。严东等<sup>[16]</sup>研究显示,夏枯草茎叶和果穗水提物均有一定的抗炎作用,二者均能显著抑制大鼠足趾肿胀并显著降低肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 的含量。李海峰等<sup>[17]</sup>发现复方白毛夏枯草能降低血清TNF- $\alpha$ 和白介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) 含量。此外,夏枯草对金葡菌、青霉及黄曲霉等有抑制和抵抗作用,对结合杆菌具有有效抑制。

**2.3 免疫调节作用** 夏枯草对免疫具有免疫增强和免疫抑制双向的调节。王文佳等<sup>[18]</sup>研究了复方白毛夏枯草给药的小鼠免疫能力的变化,发现小鼠腹腔巨噬细胞数量增加,吞噬能力增强,血清中IgG含量升高,认为复方白毛夏枯草对实验小鼠免疫功能总体上表现为免疫增强效应。在免疫抑制方面,Sun H. X.等<sup>[19]</sup>研究发现夏枯草乙醇提取物能够显著抑制免疫小鼠体内由伴刀豆球蛋白A (Con A)、脂多糖 (LPS) 和卵清蛋白 (OVA) 介导的脾细胞扩散,以及显著降低免疫小鼠的IgG、IgG1、IgG2b总水平。这说明夏枯草乙醇提取物能够抑制小鼠的细胞免疫和体液免疫应答。

**2.4 抗氧化作用** 夏枯草多糖是夏枯草的主要活性提取物之一,研究发现,夏枯草多糖在清除自由基、抗氧化方面有明显作用。王莹莹等<sup>[20]</sup>研究表明夏枯草酸性多糖能够有效的清除NO<sub>2</sub>-自由基,并且具有较强的还原能力和对铁离子的螯合能力,同时对DPPH自由基和羟基自由基的清除能力也很显著<sup>[21]</sup>。此外,夏枯草的另一活性成分黄酮类化合物,也具有显著的DPPH自由基和羟基自由基的清除能力,以及铁离子还原能力、总抗氧化能力和 $\beta$ -胡萝卜素漂白能力<sup>[22]</sup>。

**2.5 其他作用** 夏枯草在降血压、降血糖等方面也有一定作用。梁建钦等<sup>[23]</sup>发现夏枯草提取物可能通过降低血管紧张素II和升高一氧化碳来起到降血压作用。庄玲玲等<sup>[24]</sup>发现夏枯草水提物对猪胰 $\alpha$ -淀粉酶有抑制作用,提示夏枯草具有抑制单糖吸收的作用,从而抑制血糖的升高。

## 3 夏枯草的作用机制

夏枯草具有明显的抗肿瘤、抗炎抗菌、调节免疫等作用。综合多方研究表明,夏枯草可能主要通过调节以下三条信号通路而产生药理作用: (1) 夏枯草可



激活细胞凋亡的线粒体通路,使促凋亡蛋白Bax表达上调、抗凋亡蛋白Bcl-2表达下调,从而促进细胞色素C (Cyto C) 的释放,激活caspase-3,诱导细胞凋亡;(2) 夏枯草通过FAS信号通路激活caspase-8,进而激活caspase-3,6,7,促进细胞凋亡;(3) 通过NF- $\kappa$ B信号通路调节免疫:肿瘤坏死因子TNF作用于肿瘤坏死因子受体TNFR,引起NIK, IKK, I $\kappa$ B等一系列因子释放,激活NF- $\kappa$ B信号通路,产生炎症;夏枯草可抑制NF- $\kappa$ B信号通路,从而抑制炎症发生,并启动免疫调节。

**3.1 夏枯草对线粒体通路作用研究** 范鹏莺等<sup>[25]</sup>研究了夏枯草提取物对人乳头瘤病毒 (HPV) 阳性人宫颈癌细胞的凋亡作用,发现剂量相关地抑制HPV阳性人宫颈癌细胞SiHa、HeLa活力,诱导SiHa、HeLa细胞凋亡,使SiHa、HeLa细胞周期阻滞在G0/G1期,抑制其增殖;显著上调SiHa、HeLa细胞内Cle caspase 3、Cle caspase 9、Bax表达,下调Bcl-2表达。Bax蛋白和Bcl-2蛋白在多种肿瘤细胞中表达,Bax具有促进细胞凋亡作用,Bcl-2具有抑制细胞凋亡作用<sup>[26]</sup>。细胞Bcl-2和Bax比例改变可调节细胞凋亡,当Bcl-2占优势时,细胞具有抗凋亡作用;相反,当Bax过表达时,细胞易发生凋亡<sup>[27]</sup>。在甲状腺乳头状癌细胞TPC-1和滤泡性甲状腺癌细胞FTC-133中同样发现了夏枯草上调Bax和caspase-3表达、下调Bcl-2表达的作用<sup>[28]</sup>。在对肝癌细胞HepG2的研究中发现,夏枯草的主要化学成分迷迭香酸可激活抑癌基因P53,从而促进线粒体通路,促进细胞凋亡<sup>[29]</sup>。

**3.2 夏枯草对FAS信号通路作用研究** Chen Y.Y.等通过western blot分析了夏枯草主要活性成分迷迭香酸 (RA) 对FAS细胞凋亡信号通路的作用。研究发现,迷迭香酸能够上调死亡受体Fas和Fas死亡结构域衔接蛋白FADD的表达,从而激活FAS信号通路,提高肿瘤坏死因子TNF- $\alpha$ 和caspase-8的表达,从而促进细胞凋亡。

**3.3 夏枯草抑制NF- $\kappa$ B信号通路研究** 任为等<sup>[30]</sup>建立了雄性昆明小鼠肝癌H22皮下移植瘤模型,研究了夏枯草主要成分迷迭香酸对肿瘤生长的抑制作用。研究发现迷迭香酸组肿瘤组织发生明显细胞凋亡,Bax, caspase-3蛋白表达显著升高,Bcl-2表达显著降低,同时NF- $\kappa$ B的mRNA表达显著减少,NF- $\kappa$ B信号通路受到抑制。Cao W.等<sup>[31]</sup>发现,在H22皮下移植瘤模型的小鼠体内,迷迭香酸能够使IL-1 $\beta$ 、IL-6等因子表达降低,有效抑制肿瘤生长和异种移植瘤微环境的NF- $\kappa$ B表达,起到明显的抗炎抗肿瘤作用。Zhou M.W.等<sup>[32]</sup>发现在人角质细胞中,迷迭香酸可显著降低聚肌胞苷poly (I:C) 诱导的炎症因子IL-1 $\beta$ 、IL-6、IL-8、CCL20和TNF- $\alpha$ 的表达,并下调NF- $\kappa$ B信号通路。

#### 4 夏枯草的临床应用

**4.1 治疗甲状腺疾病** 临床研究证实,夏枯草口服液在

治疗甲状腺肿、亚急性甲状腺炎等甲状腺疾病疗效显著。杨坤等<sup>[33]</sup>研究了夏枯草口服液对不同甲状腺功能状态的甲状腺肿大患者的治疗效果,发现在经典治疗基础上联合应用夏枯草口服液可使甲状腺缩小程度更明显。对于气郁痰阻型结节性甲状腺肿,单纯服用夏枯草口服液3个月疗程即可有效缩小甲状腺结节大小,联合使用优甲乐则改善结节大小方面效果更优<sup>[34]</sup>。安艳芳等<sup>[35]</sup>研究同样发现,夏枯草口服液联合口服左甲状腺素钠片临床疗效总有效率可达84.85%,明显优于单纯口服左甲状腺素钠片 (有效率51.52%),说明夏枯草口服液能显著提高气郁痰阻型结节性甲状腺肿的临床疗效。对于毒性弥漫性甲状腺肿 (Graves病),吴胜本<sup>[36]</sup>在传统治疗方法上加服夏枯草口服液,对比传统方法发现,二者均可使Graves病患者甲状腺功能明显好转、甲状腺明显缩小,但加服夏枯草口服液疗效更明显、甲状腺功能改善更快,且复发率明显降低。

夏枯草口服液不仅可明显提高甲状腺肿的治疗效果,在亚急性甲状腺炎的治疗上也疗效显著。夏枯草口服液联合小剂量泼尼松治疗亚急性甲状腺炎,疗效优于泼尼松常规疗法,并且联用夏枯草口服液降低泼尼松服用剂量也导致了复发率的降低<sup>[37]</sup>。商建华等<sup>[38]</sup>采用夏枯草口服液、泼尼松片、左甲状腺素片三联疗法治疗中老年亚急性甲状腺炎,可显著提高疗效、降低复发率、快速缓解症状缩短疗程,并且可明显减少激素的使用。

**4.2 治疗乳腺疾病** 夏枯草口服液广泛用于乳腺疾病的治疗,其中用于治疗乳腺增生和乳腺炎的研究众多且疗效显著。对于轻中度乳腺增生,服用夏枯草口服液4个疗程多能痊愈<sup>[39]</sup>。夏枯草口服液可能通过调节患者脂代谢紊乱来改善乳腺增生症状,应用夏枯草口服液治疗后,乳痛和肿块明显减轻,乳腺超声和血脂检测显示患者乳腺增生明显改善<sup>[40]</sup>。夏枯草口服液止痛、消炎抗菌、活血化瘀作用明显,对各个时期乳腺增生结节都有消散化瘀作用,对戊酸雌二醇导致的乳腺增生也有明显抑制作用<sup>[41]</sup>。对于慢性乳腺炎,夏枯草口服液联合头孢地尼分散片疗效明显,夏枯草口服液能促进慢性乳腺炎患者炎症消散,降低复发<sup>[42]</sup>。此外研究表明,夏枯草口服液也可联合阿莫西林,提高急性乳腺炎的治疗效果<sup>[43]</sup>。

**4.3 治疗其他疾病** 剡建平<sup>[44]</sup>利用夏枯草口服液清肝火、泄少阳余热、抑木扶土、调和营卫的功效,治疗慢性特发性荨麻疹疗效显著。研究表明,夏枯草口服液联用氯雷他定相对于仅口服氯雷他定在治疗效果和控制复发率方面均有明显优势。潘定举等<sup>[45]</sup>研究指出,夏枯草也适用于病因为肝郁化火的高血压病,夏枯草口服液可提高患者的治疗显效率,可用于辅助治疗证属肝



郁化火的高血压病患者。

## 5 结语

夏枯草由于其具有清热泻火、散结消肿的功效,在临床上多用于治疗甲状腺疾病和乳腺疾病。大量研究显示夏枯草在抗肿瘤、抗炎抗菌、抗氧化、调节免疫等方面具有明显的药理作用。然而对于夏枯草如此重要的应用价值,对其药理作用机制的总结并不完善。文中通过对夏枯草研究性文献的总结研究,归纳出三条夏枯草胞内作用通路,即线粒体凋亡通路、FAS信号通路和NF- $\kappa$ B信号通路,并对夏枯草促进细胞凋亡、调节免疫的药理作用进行阐述,为夏枯草的临床应用提供基础理论依据。目前夏枯草制剂主要包括夏枯草口服液、夏枯草膏和夏枯草胶囊等,其临床研究还较为薄弱,因此建议加大临床研究力度,进一步扩大夏枯草的临床应用。

## 参考文献

- [1]李超.药食同源夏枯草多糖的分离纯化、结构鉴定及生物活性研究[D].广州:华南理工大学,2015.
- [2]Li C,Huang Q, Fu X et al. Characterization, antioxidant and immunomodulatory activities of polysaccharides from *Prunella vulgaris* Linn [J]. International Journal of Biological Macromolecules, 2015, 75: 298-305.
- [3]Feng L, Jia X. B, Shi F et al. Identification of Two Polysaccharides from *Prunella vulgaris* L. and Evaluation on Their Anti-Lung Adenocarcinoma Activity [J]. Molecules, 2010, 15: 5093-5103.
- [4](a)王祝举,唐力英,付梅红,等.夏枯草中的黄酮类化合物研究[J].时珍国医国药,2008(8):1966-1967. (b)周亚敏,唐洁,熊苏慧,等.夏枯草极性部位的化学成分及其抗乳腺癌活性研究[J].中国药理学杂志,2017,52(5):362-266.
- [5]李咏梅,肖冰梅.夏枯草的药用研究概述[J].中国医药指南,2013(19):479-480.
- [6]殷德涛,雷梦园,许建辉,等.夏枯草对甲状腺乳头状癌细胞抑制作用及卷曲螺旋结构域蛋白67基因的影响[J].中华实验外科杂志,2015,32(3):492-494.
- [7]Park S J, Jang H R, Kim M, et al. Epigenetic alteration of CCDC67 and its tumor suppressor function in gastric cancer[J]. Carcinogenesis, 2012, 33(8): 1494-1501.
- [8]殷德涛,许建辉,王勇飞,等.甲状腺乳头状癌中卷曲螺旋结构域蛋白67基因 mRNA 和蛋白的表达及其相关性[J].中华实验外科杂志,2014, 31(11): 2542-2544.
- [9]熊慈,杨哲,赵敏,等.夏枯草对人甲状腺癌细胞增殖的影响[J].华南预防医学,2017(1):34-38.
- [10]熊慈,赵敏,谭剑斌,等.夏枯草诱导人甲状腺乳头状癌细胞 K1 增殖和凋亡的影响及其作用机制[J].现代生物医学进展,2017(13):2401-2406.
- [11]蒙雯雯,黄雪梅,卢德成,等.夏枯草联合山慈姑对甲状腺癌细胞的抗增殖作用[J].中国现代医学杂志,2012(28):46-50.
- [12]周亚敏,唐洁,熊苏慧,等.夏枯草极性部位的化学成分及其抗乳腺癌活性研究[J].中国药理学杂志,2017(5):362-366.
- [13]吴元肇,曾勇,郑克思,等.夏枯草口服液对雌激素受体阳性乳腺癌细胞凋亡的影响[J].上海中医药大学学报,2016(2):78-81.
- [14]陈长英,伍钢,张明智,等.夏枯草提取物体内对外小鼠 T 淋巴瘤 EL-4 细胞生长的影响[J].郑州大学学报(医学版),2009(2):380-383.
- [15]章红燕,姜建伟,何福根,等.夏枯草提取物对 T 淋巴瘤模型小鼠免疫机制的调控效果[J].中华中医药学刊,2014(4):811-813.
- [16]严东,谢嘉驰,周亚敏,等.基于液质联用技术及抗炎与抗氧化活性研究夏枯草茎叶和果穗的替代性[J].中国药理学杂志,2016(10):792-797.
- [17]李海峰,王文佳,田维毅.“复方白毛夏枯草”对慢性支气管炎大鼠模型血清中 TNF- $\alpha$  和 IL-1 $\beta$  的含量影响[J].四川中医,2009(3):10-11.
- [18]王文佳,李海峰,欧江琴,等.复方白毛夏枯草免疫调节作用的实验研究[J].

时珍国医国药,2010(1):107-108.

- [19]Sun H X, Qin F, Pan Y J. In vitro and in vivo immunosuppressive activity of *Spica Prunellae* ethanol extract on the immune responses in mice[J]. Journal of Ethnopharmacology, 2005, 101(1-3): 31-36.
- [20]王莹莹,熊双丽,史敏娟,等.夏枯草酸性多糖的理化性质分析及其抗氧化活性[J].精细化工,2012(5):476-481.
- [21]魏明,熊双丽,金虹,等.夏枯草水溶性酸性多糖的分离及活性分析[J].食品科学,2010(1):91-94.
- [22]Zhang G, Li H, Hu M. Optimized ultrasonic-assisted extraction of flavonoids from *Prunella vulgaris* L. and evaluation of antioxidant activities in vitro[J]. Innovative Food Science & Emerging Technologies, 2011, 12(1): 18-25.
- [23]梁健钦,熊万娜,罗远,等.夏枯草提取物对大鼠自发性高血压降血压作用研究[J].中药材,2011(1):99-100.
- [24]庄玲玲,丁婷,吴慧平.夏枯草提取物对  $\alpha$ -淀粉酶抑制作用的初步研究[J].现代中西医结合杂志,2009(19):2243-2245.
- [25]范鹏莹.夏枯草提取物对人乳头瘤病毒阳性宫颈癌细胞的凋亡作用[J].药物评价研究,2016(3):388-393.
- [26]Juneja S, Chaitanya N, Agarwal M. Immunohistochemical expression of Bcl-2 in oral epithelial dysplasia and oral squamous cell carcinoma[J]. Indian Journal of Cancer, 2015, 52(4): 505-510.
- [27]Aboalhaja N H, Taha M O. Discovery of New Selective Cytotoxic Agents A-against Bcl-2 Expressing Cancer Cells Using Ligand-Based Modeling[J]. Chem Biol Interact, 2016, 250(25): 12-26.
- [28]Yin D T, Lei M, Xu J, et al. The Chinese herb *Prunella vulgaris* promotes apoptosis in human well-differentiated thyroid carcinoma cells via the B-cell lymphoma-2/Bcl-2-associated X protein/caspase-3 signaling pathway[J]. Oncology Letters, 2017, 14(2):1309-1314.
- [29]徐丹,肖卫红,胡志敏.迷迭香酸诱导肝癌 HepG\_2 细胞凋亡的作用机制研究[J].中国药师,2017(3):426-428,437.
- [30]任为,牟宜双,许可,等.迷迭香酸通过诱导凋亡及抑制 NF- $\kappa$ B 信号通路发挥抗肝癌作用的机制研究[J].中药药理与临床,2016(2):31-35.
- [31]Cao W, Hu C, Wu L L, et al. Rosmarinic acid inhibits inflammation and angiogenesis of hepatocellular carcinoma by suppression of NF- $\kappa$ B signaling in H22 tumor-bearing mice[J]. Journal of Pharmacological Sciences, 2016, 132: 131-137.
- [32]Zhou M W, Jiang R H, Kim K D, et al. Rosmarinic acid inhibits poly(I:C)-induced inflammatory reaction of epidermal keratinocytes[J]. Life Sciences, 2016, 155: 189-194.
- [33]杨坤,郭昆全,吴海燕,等.夏枯草口服液在不同甲状腺功能状态甲状腺肿大患者中的应用[J].中国中西医结合杂志,2007(1):37-39.
- [34]张锦明.夏枯草口服液治疗非毒性结节性甲状腺肿的临床疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2011.
- [35]安艳芳,韩海红.夏枯草口服液治疗气郁痰阻型结节性甲状腺肿临床观察[J].上海中医药杂志,2015(6):45-46.
- [36]吴胜本.夏枯草口服液在 Graves 病治疗中的应用[J].中成药,2012(1):10-12.
- [37]马丽芬,苏振丽,闫丽娟,等.夏枯草口服液联合泼尼松治疗亚急性甲状腺炎的疗效观察[J].陕西中医,2015(8):1004-1006.
- [38]商建华,蒋林哲.夏枯草口服液三联疗法治疗中老年亚急性甲状腺炎的疗效[J].中国老年学杂志,2011(10):1864-1865.
- [39]薛明兴,王兰.夏枯草口服液治疗肝郁化火证(乳腺囊性增生)疗效观察[J].中国妇幼保健,2010(3):409-411.
- [40]李杰茹,韩聚强,赵爱敏,等.夏枯草口服液对青年女性乳腺增生患者临床疗效及血脂的影响[J].河北中医药学报,2017(2):44-47.
- [41]李瑞.夏枯草口服液治疗乳腺增生症的疗效观察[J].中国医药指南,2013(21):286-287.
- [42]李新,刘微,牛冰,等.夏枯草口服液联合头孢地尼分散片治疗慢性乳腺炎的临床效果观察[J].中药药理与临床,2017(2):190-192.
- [43]韦富中,陈少勇,杨路加.夏枯草口服液联合阿莫西林分散片治疗急性乳腺炎临床观察[J].新中医,2017(8):79-81.
- [44]刘建平.夏枯草口服液配合氯雷他定片治疗慢性特发性荨麻疹疗效观察[J].中国中西医结合皮肤性病杂志,2012(3):173-174.
- [45]潘定举,程雪翔,葛文波.夏枯草口服液治疗肝郁化火证高血压病 197 例[J].中国新药杂志,2007(12):971-973.

(本文编辑:张文娟 本文校对:潘登 收稿日期:2017-12-16)