

中医学专业选修课课程结构调整的实践与探索^{*}

崔轶凡 田岳凤^{*} 李培硕

(山西中医药大学教务处, 山西 太原 030619)

摘要:在中医学专业教学改革过程中,选修课的地位和作用越来越受到重视。在我校的教学改革实践过程中,按照培养创新创业能力、凸显中医学特色、完善知识结构、拓宽学术视野的目的对中医学专业选修课课程结构进行了调整。将限选课分为医学人文类、自然科学类、中医学类以及西医学类四类,任选课分为语言艺术类、医学相关类、中医学类、西医学类以及网络通识类五类,为培养中医特色鲜明的高层次人才进行实践与探索。

关键词:中医学;选修课;课程结构;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.001

文章编号:1672-2779(2018)-06-0001-03

Practice and Exploration on Curriculum Structure Adjustment of Elective Courses of Traditional Chinese Medicine

CUI Yifan, TIAN Yuefeng^{*}, LI Peishuo

(Teaching Affair Office, Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030619, China)

Abstract:In the course of teaching reform of traditional Chinese medicine, the role of elective courses has been paid more and more attention. During teaching practice in our school, we adjusted the structure of professional elective courses of TCM in order to strengthen the ability of innovation and entrepreneurship training, highlighted the characteristic of TCM, improved knowledge structure, and broadened academic horizons. To practice and explore the cultivation of high-level talents of TCM characteristic, the limited courses have been divided into four classes, such as medical humanities, natural science, traditional Chinese medicine and Western medicine. And the optional courses have been divided into five classes, such as language arts, medical related, Chinese traditional medicine, Western medicine and general education courses.

Keywords: traditional Chinese medicine specialty; elective course; curriculum structure; teaching reform

随着对中医学专业培养模式整体认识的不断深化,对教育思想观念的积极转变,选修课的地位和作用越来越受到重视。选修课是在完成必修课的基础上,依据不同学生的特点与发展方向,允许个人选择的课程,包括限制性选修课(限选课)与任意选修课(任选课)两大类。选修课虽然所占学分较少,但并不是必修课程的“附庸”,而是具有相对独立性的课程领域。在我们开展的教学改革实践探索中,对中医学专业的选修课课程结构进行了调整,力求与必修课紧密联系,相互渗透,形成有机统一的整体,共同为培养中医特色鲜明的高层次人才服务。

1 课程结构调整的宗旨目标

1.1 培养创新创业能力 创新型中医人才的培养是弘扬中医事业的重中之重,创新性思维对于中医学科发展至关重要,合理的知识结构是进行创新创业的硬件系统^[1]。以培养大学生创新意识、创业精神、创业能力为核心,在选修课教学内容中融入创新创业教育、学术前沿、最新研究成果及实践经验,努力实现创新创业教育与专业教育由“两张皮”向深度融合、有机融合的转变,由注重知识传授向注重创新精神、创业意识

和创新创业能力培养的转变。

1.2 凸显中医学特色 中医理论是医理与哲理的结合,又是医理与文理的结合。中国古代哲学是中国传统文化的核心和灵魂,是中国传统思维方式的内核,也是中医药思想的理论基础。国学经典著作不仅传达了中国传统文化信息,而且充满了丰富的中国文化精神。在选修课程体系中纳入体现中国传统社会科学和人文科学特点的课程,其辐射作用必将贯穿于中医教育整个过程之中;这些丰富的人文营养元素,也必将成为中医学专业学生人文底蕴和品格塑造的发展之源^[2]。

1.3 完善知识结构 现代医学模式已经由传统的生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变。现代医学模式的发展要求中医专业学生不仅掌握生物科学知识,还必须掌握广阔的人文社会科学知识。因此,在选修课体系中纳入哲学与历史、文学与艺术、自然与科学、经济与社会、伦理与法律、生物与医学等课程,对于培养学生通专并重、文理兼融的综合素质^[3],无疑是必要,而且是必须的。

1.4 拓宽学术视野 中医学专业学生通过必修课的学习,系统掌握了中医学基础理论和基本知识、学会运用中医思维解决临床各科的实际问题。在此基础上,开设一些帮助其深入理解历代中医名家丰富多彩的学术理论,拓展认识中医学个性化学术思想的选修课程,是十分重要和不可缺少的。这些课程生动展示了中医学

^{*} 基金项目:国家中医药管理局教学改革项目[No.GJYJL12003];
山西省教育厅教学改革项目[No.J2013081]

^{*} 通讯作者:tyfsx@163.com

术发展过程中的主要医学流派和历代医家之间学术上的传承与争鸣,对于学生理解中医学理论体系的发展脉络有很好的促进作用^[4]。

2 课程结构调整的实施方案

2.1 课程结构基本构架 选修课课程结构调整初衷是建立“课程设置依次递进、课程内容有序衔接,课程形式灵活多样”的基本构架。从课程设置来说,以中医学类任选课为例,低年级开设难经选读、中药真伪鉴别等基础类课程,高年级则开设中医特色疗法、中医科研成果讲堂等临床类、提高类课程,既与不同年级学生学习能力相匹配,又提升了专业知识高度。从课程内容来说,以语言艺术类任选课中英语类课程为例,一、二年级开设英语语音、英美国家概况、英语影视欣赏等难度较低的入门类课程;三、四年级开设医学英语、商务英语入门、高级英语读写译等难度相对较高等实用性课程。从课程形式来说,推拿手法学、FLASH动画、网页设计等课程以实训、上机等授课形式为主,注重学生动手能力的培养,在实践中取得了良好的教学效果。

2.2 限选课 限选课分为医学人文类、自然科学类、中医学类以及西医学类四类。

(1) 医学人文类:12学分,要求学生修满5学分。本类课程旨在通过学习国学经典著作、中国传统哲学的基本理论与知识,初步建立中医思维,继承与弘扬中华优秀传统文化。通过学习社会医学、行为医学、卫生法学等课程,初步建立社会医学、整体医学观念,增强法制观念,具备良好的职业道德。

(2) 自然科学类:5学分,要求学生修满1.5学分。本类课程旨在掌握必要的自然科学基础知识和实验技能;掌握信息技术在医院日常流程中的运用过程;培养学生的创新意识、独立思维以及科学探索的能力。

(3) 中医学类:16学分,要求学生修满8学分。本类课程旨在展示中医学发展的历史过程和历史成就,通过学习中医名家临证的诊治经过程,揭示其独特的学术思想,强化学生中医思维,提高学生临床实践能力。

(4) 西医学类:16.5学分,要求学生修满8.5学分。本类课程旨在使学生认识现代医学临床各科的重要概念理论,科学研究的新进展;系统掌握医患沟通的技巧,正确处理医患沟通中的矛盾,满足患者对医疗信息的需要。

2.3 任选课 任选课分为语言艺术类、医学相关类、中医学类、西医学类以及网络通识类五类。语言艺术类提供19学分、医学相关类提供44.5学分、中医学类提供26.5学分、西医学类提供36学分、网络通识类提供18学分,要求中医学专业学生分别在以上各类别中修满2学分、2.5学分、2学分、2.5学分、1学分,合计10学分。各类任选课中的不同课程进行了灵活的组合,以期能够达到选修课结构调整的四个目的,下面逐一进行说明。

开设大学生创业基础、创业创新执行力、创业创新领导力、社会调查与研究方法、创造性思维与创新方法、创业管理-易学实用的创业真知等课程,对学生的创新创业活动提供规范的理论指导。开设介绍学科前沿、讲解研究方法的科研设计与论文写作、中医科研素养、医药市场营销、医药企业管理学、药品临床推广技巧等课程,为学生创新创业提供技术支持。

开设国学经典选读、中国传统哲学导读、中国传统文化系列讲座、中国文化概论、中华诗词之美、唐诗经典与中国文化传统、中华民族精神、中华传统思想-对话先秦哲学、国学智慧等介绍中国古代哲学、人文科学等的课程,充分发挥在学生通识教育与中医专业基础教育的双重价值。

开设中西医结合方法与思路、行为医学、社会医学、全科医学、循证医学概论、法医学、医患沟通学、医学方法论、卫生法学、医院管理学、医院信息系统、人际沟通、卫生经济学、卫生事业管理等课程,帮助学生根据个人兴趣,广泛涉猎现代医学、法学、管理学、经济学等其他学科知识,提高学生的综合素质。

开设难经选读、内经理论临床案例选讲、络病学、名家医案解析、易水学派常用方证临床解读、门氏中医经方实证、三部六病解析、中医特色疗法、针刀医学、中医养生学等课程,相对于必修课中的中医学课程来说,属于研究型、提高型课程。帮助学生理解中医学博大精深、兼容并蓄的特点,激发学习中医的热情。

3 课程结构调整的效果分析

3.1 调整后的优势 (1) 提升学生自主学习能力。自主学习能力是现代中医大学生必备的素质要求^[5]。通过选修课结构的调整,学生可以根据自己的兴趣与特长,进行自由度更大的选择。一些课程需要当作基础知识熟练掌握,另外一些则是为开阔眼界做一般了解。利用尔雅通识课平台、智慧树在线课程平台,学生可以自我监控学习的过程,包括学习节奏、时间和进度,及时对学习效果进行评估与反馈。学习内容由依从教师讲授到超越讲授范围,并向广博与纵深方面发展,学习方法从以记忆为主的再现型向以理解型为主的应用型转变。

(2) 提升教师教学能力。选修课作为必修课有益的、不可或缺的补充,要求授课教师积极选课、精心备课、认真授课,不断提高以下能力:①更新知识的能力。信息经济时代,知识更新换代的速度快,教师需要将本课程相关的新知识、新理念贯穿于教学中;②“捕捉”研究热点的能力。教师需要紧密关注学科前沿动态,关注国内外时政大事,通过改进授课方法,把人文、科学与创新融合在一起,在课堂教学过程中做到理论与实际相结合,学校教育 with 终身教育相结合;③掌控课堂的能力。选修课上课人数较多,学习习惯与学习特点各异。为了取得良好的教学效果,教师更

加需要具备掌控课堂的节奏的能力,强调本阶段学习目标和核心知识点,有序推动教学进程。

3.2 调整后的不足 选修课课程结构调整后,增加了知识门类、课程以及学分,学生选课的主体性大大增强。虽然选课范围扩大,但由于课程内容、任课教师介绍不到位,在一定程度上造成了部分学生盲目选课的现象。学生往往根据获得学分的难易程度、上课时间是否方便进行选课,在低年级就完成了所需的选修课学分,高年级时则缺乏继续选课的动力,导致部分临床实用性强的选修课由于选修人数少而未能开课,既影响了学生知识结构的完整性,又造成教学资源的浪费。

鉴于以上情况,我们拟在学生进行选课之前,通过教务处、中医临床学院、学生处、团委等多种渠道,向学生充分介绍每一门选修课的设置意义、主要授课内容、授课手段、授课教师的基本情况、历届学生选择本课程的意见反馈等,以引导学生更科学、有效地选课。

随着高校教学改革的不深入,选修课作为大学课程体系中重要的组成部分,其在优化大学生知识结

构、提高大学生综合素质、提升大学生就业竞争力和社会适应能力方面发挥着越来越重要的作用^[6]。通过中医学专业教学改革中对于选修课课程结构的调整实践,中医学专业学生呈现出专业思想稳固、知识结构完整,具有一定的理论水平与实践能力强、发展趋势。当然,我们还需在实践中不断总结经验、汲取教训,最终达到培养“基础扎实、理论水平高、实践能力强、发展后劲大,中医特色鲜明的高层次人才”的目标。

参考文献

- [1]王红云,吴志平.构建中医学专业选修课程模块的思考[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2010,11(1):57-59.
- [2]田岳凤,张俊龙,李玮,等.高等中医教育课程体系改革与内涵建设的探索[J].中医杂志,2013,54(20):1798-1800.
- [3]王鹏,彭代银,王键,等.中医类医学生课程体系改革的研究与实践[J].中医教育,2015,34(3):1-4.
- [4]张星平,赵琰,安冬青,等.加强重视“中医各家学说”学科建设[J].北京中医药大学学报,2014,37(8):520-522.
- [5]章红英,车念聪,刘宁,等.学生自主学习能力的培养研究[J].首都医科大学学报(社科版),2008:123-125.
- [6]王健胜,侯桂玲.高校公共选修课教学存在的问题及改进措施探讨[J].吉林省教育学院学报(中旬),2015,31(6):33-34.

(本文编辑:杨杰 本文校对:翟春涛 收稿日期:2018-01-09)

仲景学术思想在研究生 中医临床思维能力培养中的运用[※]

张建伟¹ 王学敏^{1*} 许路军² 袁彬³

(1 河南中医药大学第二附属医院肾内科,河南 郑州 450000;

2 郑州市第九人民医院肾内科,河南 郑州 450000; 3 河南中医药大学博士研究生2015级,河南 郑州 450008)

摘要:通过运用仲景的学术思想来培养研究生的中医临床思维能力及其独立解决临床中遇到难题的能力,使我院在校多名中医临床专业研究生在临床中,形成了自己独立的中医临床思维能力,特别是运用仲景学术思想独立分析、解决临床中遇到的各种难题。

关键词:张仲景;学术思想;研究生培养;中医临床思维

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.002

文章编号:1672-2779(2018)-06-0003-03

The Application of Zhongjing's Academic Thought in Cultivating the Traditional Chinese Medicine Clinical Thinking Capacity of Graduate Students

ZHANG Jianwei¹, WANG Xuemin^{1*}, XU Lujun², YUAN Bin³

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

2. Nephrology Department, Zhengzhou Ninth People's Hospital, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

3. Grade 2015 of PHD Candidate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

Abstract: By applying Zhongjing's academic thoughts of traditional Chinese medicine to develop the graduate student's clinical thinking ability and independent ability to solve problems encountered in the clinical medicine, administration of the school of traditional Chinese medicine clinical professional graduate students in clinical medicine, formed its own independent of TCM clinical thinking ability, especially the use of Zhongjing's academic thought of independent analysis, solve the problems encountered in the clinical medicine.

Keywords: Zhang Zhongjing; academic thought; graduate student cultivation; traditional Chinese medicine clinical thinking

中医学理论体系是由漫长的临床实践经验不断累积、总结而形成的,是具有民族特色的众多医家学术

经验的结晶,其蕴含着从古至今的名老中医的学术思想和智慧。中医思维及学术的传承,存在家传、拜师或自学三种主要形式;改革开放前,其中以家传、拜师的师承关系占据着中医学术传承的主流。但是,随着我国经济的快速发展,全国中医药院校的不断发

※ 基金项目:河南中医药大学教育教学项目[No.2015JX19]

* 通讯作者:wangxueminb@163.com

和壮大,现代化的中医院校的教学方式占据着现代中医界整体教学模式的主体,现代的中医院校的培养模式往往使得中医人才的培养呈现规模化和标准化,使其在教育管理的过程中形成了规范性和制度性的体制。随着中医现代化的教育体系在促进教育管理的发展方面发挥着重要的作用的同时,弊端也日益显露,即在这种标准化教学主体的约束下,对于中医药人才的培养不可避免地会造成一定程度的相似,制约着中医人才个性化的发展,不利于中医学术的百家争鸣^[1]。因此,中医学研究作为中医发展和主要传承者必须有深厚的中医文化功底、独立的传统中医思维和扎实中医临床技能才能使中医现代化教育教学改革不断深入。

1 研究背景

目前我国中医药院校在中医研究生的培养方面普遍存在着重于教材的理论学习,而忽视了经典的中医著作的研读,同时对研究生的临床技能培养不够深入,特别是运用张仲景的学术思想培养研究生的中医临床思维能力,解决临床遇到难题的能力欠缺。导致研究生的中医文化功底差,中医临床技能薄弱,不能形成独立的传统中医临床思维;使中医研究生在遇到疾患时,缺少贯穿疾病始终的中医临床思维能力,因而不能从容应对疾患。因此,如何培养研究生的中医临床思维能力在中医研究生的教学中起着举足轻重的重要性,其中,特别是运用仲景学术思想培养研究生的中医临床思维能力在其教学改革中起着至关重要的作用。

张仲景是东汉时期著名的医学家,对于中医学的发展作出了不可替代的巨大贡献,“勤求古训,博采众方”,提出了六经辨证、辨证论治、治未病等理论体系,将理法方药融为一体,首开辨证论治之先河。张仲景的《伤寒杂病论》、《金匮要略》等著作是理论联系临床实际紧密结合的中医学经典著作,在中医药学术发展史上具有辉煌的成就与巨大的学术价值。时至今日,人们依然慨叹其临床疗效之佳。著作中包含的仲景六经辨证、辨证论治、既病防变等学术思想的理论阐述和具体应用是贯穿整本书的一条主线,对临床有着重要的指导意义,对后世中医学发展有积极而深远的影响。作为对我国医学史发展影响最大的著作之一,《伤寒杂病论》是我国医学史上第一部关于临床治疗方面的巨著,奠定了中医辨证诊治的重要医学思想基础,依据发

病病因、病机的不同,将病、证、症三者有机结合起来,决定其治疗原则的不同模式的临床治疗,症作为病、证的具体临床表现,依据症辨病以明确疾病种类,以诊断辨病的重要内容,有时候病人表现出来的症状虽然相似,其病理类型并不一样,不同的疾病有着不同的特性,也就有不同的治疗原则、方法和方案,因此依症辨病是确立治疗手段的重点。而同一种疾病,由于其发病的病因等因素的不同,也会形成不同的证,病、证之间的关系是错综复杂的、不断变化,各种疾病均有其主要独特的主证,以及可能并发的一些不同于主证的兼证,同时由于体质、宿疾、医治方法等原因不同,可能还会导致疾病及其主证发生质变而产生变证,张仲景主张透过表面的症状,通过望、闻、问、切等多方面的诊断,同时医者对各种主证、兼证、变证进行分析得出疾病病理和性质特点,同时对不同的人及不同病因进行辨证地行诊治,这种能透过现象看清疾病本质的辨证诊治观点,在医理和辨证分析的基础上,建立起了中医辨证论治的重要原则,因此辨证诊治的方法成为了中医几千年来发展中长盛不衰的绝技。而《伤寒杂病论》也奠定了中医辨证论治的基础,对我国医学发展史产生了深远而重大的影响^[2]。张仲景将病邪的发展中按深浅、进退、缓急等因素可概括为太阳、少阳、阳明、太阴、少阴、厥阴六大类型,并依据相互之间的联系和相互转化的关系确立了对于伤寒病的六经论治方法,张仲景还将其在临床实践中所观察到的各种症候总结为阴、阳、表、里、寒、热、虚、实等八纲辨证原则,以辨识疾病的特性,通过六经论治和八纲辨证,按照扶正祛邪的原则,采取汗、吐、下、和、温、清、补、消等中医八法进行治疗,并对前人药方吸收、研究和改进的基础上发明了很多疗效显著的方剂,可见仲景医方的疗效和宝贵。即使到了现代,《伤寒杂病论》中的很多方剂也是临床诊治中常用的良方,因此,后世医家尊张仲景为医圣,其所著的《伤寒杂病论》也成为后世医者必学的基础课程^[3]。

中医学的生命力还在于其防病治病的能力,中医的形成和发展健全也是在长期的临床实践中总结出来的。“熟读王叔和,不如临证多”,从理论与临床看,中医药传承更强调实践,更注重临床能力的培养^[4]。毫无疑问,张仲景是第一位将中医理论与实践相结合的大家,其学术思想主要集中在《伤寒杂病论》、《金贵



要略》之中,所创立的辨证论治体系及脏腑辨证至今仍是中医学的精髓,张仲景辨病结合辨证的辨证论治方法,明确疾病发生发展过程,提示防止相同疾病反复发生和根除的方法^[5]。《伤寒杂病论》作为中医学第一部理法方药一线贯穿、理论与实践紧密结合的专著,其实践性显而易见^[6]。中医研究生的临床水平提升,必须依靠于长期临床实践的积累,而中医实践能力的提高必须要有灵活的中医辨证思维能力与熟练地中医诊疗技术。

2 研究意义

(1) 研究生学习仲景学术思想,可以强化其中医理论功底,为以后学习中医打下坚实的基础;同时加强了对传统文化的了解,巩固了运用中医思维诊治疾病的临床能力。(2) 拓展了研究生的思维模式,仲景学术中丰富的临床经验和辨证思想可以极大地激发研究生的思维方式,解决临床遇到的各种难题。(3) 仲景的著作既是中医学术思想的精华,也是临床实践的总结,研究生加强对其学习可以培养独立思考和解决问题的能力,又可提高动手能力,使研究生充分领略到中医的博大精深,从而活跃临床思维,拓宽临床思路,开阔眼界,真正成为一名中医人。(4) 思路决定出路,思维决定成败。进行仲景学术思想的继承,就是要培养一大批中医大家。要想达到这个目的就必须注重研究生的思维方式的培养,让他们在临床实践中熟练运用中医学的思维方式和技能解决临床中遇到的难题。

3 改革方法探讨

3.1 改革目标 通过运用仲景的学术思想来培养研究生的中医临床思维能力及其独立解决临床中遇到难题的能力。

3.2 改革内容 主要针对目前在研究生教学与临床实习中存在的问题进行改革。如重视中医理论知识的学习,但对中医临床思维能力的培养比较欠缺,研究生缺乏运用中医思维解决临床疑难病症的能力,特别是缺乏运用仲景的学术思想如辨证与辨病的思维方法解决临床中遇到的难题的能力。致力于运用仲景学术思想培养研究生的中医临床思维能力。

3.3 改革的实施方法 (1) 有计划地仔细阅读仲景的《伤寒杂病论》、《金匱要略》论著,熟能生巧,同时并背诵其中经典条文,做到对仲景学术思想熟练于心。(2) 结合临床具体病例及遇到的具体难题,探讨如何运用仲景的辨证辨病思想,培养研究生的中医

思维能力,灌输仲景的学术思想;例如,《金匱要略》中明确疾病发生发展过程,确定治疗原则,限定治疗范围,防止损伤正气。如:痉病的病因是津液亏损,外感风寒;病机为风热燥伤津液;寒郁体表,入里化热,伤耗津液。因此针对病因进行治疗,生津解表,即解表的方法可以疏风解表,可以发汗解表,但是必须以顾护津液为限定范围,凡是伤津液的方法,则为治疗禁忌。因此生津解表的治则基础上的各类汤法,都可取得明确的治疗效果。(3) 增强研究生的中医临床技能能力,临床技能扎实是基础,同时多临床,积累更多临床经验,才能更好地培养中医临床思维能力,同时临床中多运用仲景学术思想来指导治疗疾病。

4 改革实践探讨

运用仲景学术思想培养研究生的中医临床思维能力的改革方案,在现代中医类院校教学改革中表现出一定的创新性和突破性,此方案的成熟肯定还要在今后的实践中经过多次反复的修改,才能适应当今社会对中医研究生人才培养的要求。教学改革,只有起点,没有终点^[7],思路决定出路,思维决定成败。进行仲景学术思想的继承,就是要培养一大批中医大家,要想达到这个目标就必须注重研究生的思维方式的培养,才能使其在临床实践中熟练地运用中医学的临床思维方式和技能解决临床中遇到的问题。需要进一步解放思想,继续扎扎实实地进行教学改革和课程建设,力争办出自己的专业特色。该培养方案已经历了初步实践,在实施过程中,加强了运用仲景学术思想培养研究生的中医临床思维能力,使其增强了学习的自信与兴趣,将对今后的临床实践起到极大的帮助作用。

参考文献

- [1]刘慧萍,喻嵘,张国民,等.专业学位研究生中医素质与技能养成教育模式改革与实践[J].科技创新导报,2013(1):188-190.
- [2]牟慧琴.试论张仲景辨病结合辨证的辨证论治方法的先进性[J].医学与哲学:人文社会医学版,2006(1).
- [3]刘瑛.漫谈医圣张仲景的贡献与成就[J].兰台世界,2012(3).
- [4]王健,黄辉.中医药传承的战略思考[J].中医临床杂志,2013,25(2):95-100.
- [5]牟慧琴.试论张仲景辨病结合辨证的辨证论治方法的先进性[J].医学与哲学,2006,27(1):51-60.
- [6]郑玉玲,王振亮,詹向红,等.仲景学术传承方法探讨[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(3):316-319.
- [7]周英武,朱艳.中医学专业张仲景学术思想方向人才培养方案改革研究[J].辽宁中医药大学学报,2009(11):268-270.

(本文编辑:杨杰 本文校对:韩佳瑞 收稿日期:2018-01-09)

中医美容人才培养及教育教学改革的探讨[※]

张小卿 吴景东 王 俊 隋月皎

(辽宁中医药大学针灸推拿学院, 辽宁 沈阳 110847)

摘要:目前国内中医药院校中,招收中医美容专业本科生的寥寥可数,但随着中医美容业的迅速发展,特别是一带一路的发展战略的提出,如何实现既培养适应社会发展需要,又具有中医美容专业的基础理论、专业知识的高层次应用型人才成为目前亟待解决的问题。本文从社会需求、培养目标、教育教学现状及改革三方面针对上述问题进行初步探讨。

关键词: 中医美容; 人才培养; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.003

文章编号:1672-2779(2018)-06-0006-02

Discussion on the Talent Cultivation and the Teaching Reform of Cosmetology Traditional Chinese Medicine

ZHANG Xiaoqing, WU Jingdong, WANG Jun, SUI Yuejiao

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

Abstract: At present, the domestic colleges of traditional Chinese medicine recruit very few undergraduates of cosmetology of traditional Chinese medicine. But with the rapid development of the beauty industry of traditional Chinese medicine, especially the development strategy of One Belt And One Road, how to achieve high level applied talents not only to meet the needs of social development, but also to have the basic theory and professional knowledge of cosmetology specialty of traditional Chinese medicine has become an urgent problem at present. This article made a preliminary discussion on the above problems from three aspects as follows: the social demand, the training target, the present situation of education and teaching reform.

Keywords: cosmetology of traditional Chinese medicine; talent cultivation; teaching reform

近年来,随着我国经济迅速发展,人民生活水平的提高,国民对美的追求也有了更高要求,专业美容业发展迅猛,特别是随着《健康中国,2030发展规划纲要》的提出,中医药界迎来了新的发展机遇,中医美容业的发展前景可观。中医美容特色鲜明,历史悠久,有坚实而丰富的理论基础,讲究辨证论治、整体调节阴阳、以内养外等优势。如何实现既培养适应社会发展需要,又具有中医美容专业的基础理论、专业知识的高层次应用型人才成为目前亟待解决的问题。辽宁中医药大学招收中西医结合专业美容方向硕士研究生,经过十多年的培养,总结了一些经验,本文将从以下三个方面探讨如何培养中西医结合高层次美容人才。

1 社会需求

近年来国家经济飞速发展,医疗美容行业也随之飞速发展,医疗美容市场为求美者提供了全方位、多角度、多层次的服务。中医美容属于医疗美容的重要组成部分,在理论、思路、方法等多方面都有着现代医学不可替代的优势和特色,甚至某些生活美容项目的开展也需要中医的介入。由于美容业的迅猛发展,导致社会急需大量医学美容人才。中西医结合是西医进入中国又与中国传统医学结合的情况下产生的。中西医结合专业人才的内涵标准是“系统掌握中医、西医两种医学知识与技能的中西医结合人员”^[1]。在经济全

球化的时代背景下,国内外美容行业都处在高速发展的进程中,行业的发展需要高层次人才,这就对美容人才培养质量的提升提出了新的要求。

2 培养目标

教育是为行业服务的,因此行业需求也是教育培养目标的指挥棒。为适应社会和行业的需求,培养合格的中西医结合美容人才成为中医美容教育的关键。如何使培养的学生既服务社会,又能促进学科自身的发展和完善,关键在于培养目标的正确制定。中医美容教育培养目标的制定直接关系到中医美容人才培养的质量和水平。故人才培养目标的准确定位,是建立科学性、合理性的专业人才培养方案的必要条件,也是提升人才培养质量、实现高校向社会输送有用人才基本保障。中医美容专业高层次人才培养目标是适应社会发展需要,具有中医美容专业的基础理论、专业知识、较强的实践操作技能、具有良好职业道德的高学历应用型人才。

3 教育教学现状及改革

针对本专业培养目标笔者认为高层次中西医结合美容人才的培养要求具备系统的教学和培训方案,包括如下方面。

3.1 基础课与临床应用相结合的课程设计 目前大部分学校的培养模式还是以中医学专业培养要求进行课程设置。(1)公共课:体育、英语、社科课。(2)基础课:中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学、正常人体解剖学、组织学与胚胎学、生理学、生物化

※ 基金项目:辽宁中医药大学教学研究项目[No.LNZYJG2015046]



学、病理学、药理学、诊断学基础等。(3) 专业课: 中医内科学、中医外科学、中医妇科学、中医儿科学、内经、伤寒论、金匱要略、温病学、针灸学、西医内科学、西医外科学等。这种课程设置满足了学生中医专业的学习要求,但同时也占用了大部分时间学习基础知识,压缩了专业知识和专业技能的学习时间,可以将课程按照项目任务和核心能力进行重新整合。以前的课程整合主要是按照课程体系的规律进行简单的合并如将生理学、病理学、病原生物学与免疫学、生物化学整合为《基础医学概论》,没有真正打破课程之间的壁垒,教学效果改善有限。应该要求老师一定要设计项目化模块教学,将基础知识和临床应用相结合的讲授,例如将《病原生物学与免疫学》中的“消毒灭菌”部分与《美容实用技术》中的消毒卫生处理结合起来;将《病原生物学与免疫学》的“超敏反应”部分与《美容皮肤学》中的皮肤过敏结合起来^[2]。把真实的职业项目作为有意义的情景,引导学生通过项目的实施过程实现对所学知识进行融汇贯通,真正保证学生对专业知识的掌握和运用。

3.2 多元化专业知识学习 突出中医特色 目前大多美容相关专业课程:美容化妆品学、美容药理学、美容中医学、皮肤病学、医疗美容技术、皮肤护理学、美容化妆学、美容心理学、美容外科学、美容院管理与经营等课程,这些课程基本涵盖了美容师的基本技能,而作为中医美容师的培养,可以加入中医养生保健美容内容,以内在调养为养生依据,进行饮食起居七情指导,从而服务那些因亚健康状态而损美性改变的求美者,有利于学生的就业。运用中医针灸、推拿按摩、药膳等相关知识开展经络保健美容、体质保健美容、食疗保健美容、生活起居保健美容、季节保健美容^[3],通过核心课程的建设,使学生具备中级美容师基础知识和技能,同时掌握中医保健美容实用技术,拓展和丰富了学生的适应行业发展的综合能力。

3.3 加强住院医师规范化培训 深入开展校企合作 目前中医美容大多数学校在学生的培养是先理论课程全部学习完成后开展临床实习,导致学生学习的理论知识没有及时的应用实践,进入临床实践的时候理论知识掌握的不扎实。学校可以与企业共同搭建多元化的实践基地,可以让学生边学边实践,促进学生实践能力的培养。除了在学校内建立必要的美容实训室,在实习阶段派学生到校外实习企业学习外,一些学校在校园内建立校园美容院,鼓励学生既当管理者,又当一线员工,学生在经营过程中充分应用所学的知识如美肤、美甲、美容咨询沟通、美容院经营管理等,自身的从业能力得到锻炼和提高。进入研究生阶段后,

针对临床专业学位研究生在轮转科室、专科训练及住院医师训练期间,在理论和技能上应当达到的要求和临床能力训练时间的要求,以及对临床教学的时间要求。严格按住院医师规范化培训的要求进行规范化培养。

3.4 注重科研创新创业能力培养 在当前大众创业,万众创新的新形势下,中医美容高层次人才更应注重科研创新创业能力的培养。大部分学校将中医文献、文献检索、医古文等课程列为选修课或是考查课,然而在我们千余年中医发展历史中积累了大量的关于中医美容及养生的文献资料,这些资料对今天乃至今后美容事业的发展同样大有裨益^[4]。建议学校重视中医美容文献教育,在古人的养生、食疗的方法上结合现代技术创新出更适合现代人的美容新疗法。应鼓励学生开展创新研究,除给予课题立项资助外,协助学生将研究成果申报专利;同时开设创业入门课程,邀请本专业创业成功人士或有经验的创业毕业生定期开展创业成功经验交流与讲座,让学生接触创业的相关信息,了解创业的内涵,培养创业意识,并通过开设的大学生就业指导课,转变学生“等、靠、要”的就业观念,帮助学生树立“创业代替就业”的择业意识。我校创新学院大力支持学生创新创业项目,每年投入100万元给予立项资助,因此无论本科还是研究生都积极参与,并在国家和省级比赛中取得了突出成绩。在刚刚结束的“新奥杯”首届全国中医药高等院校大学生创新创业大赛中,我校五个参赛团队包揽本次大赛所有奖项。其中中医美容专业研究生组成的“唇粹”团队获得创意组金奖,“智听”“长效稀桐”热贴治疗痛风性关节炎的研究”团队获全国创意组银奖,“经方教育”获全国创业组铜奖,“AR智能黑板”获创业组优秀奖。

目前逐步规范的美容市场,急需大量的专业的中医美容人才,高校应及早建立、健全规范的中医美容的教育体系,确定好中医美容教学的目标,不断改进人才培养模式,提升学生的综合素质和职业能力,培养出真正满足行业需求的人才。从而将中医美容教育事业推向一个新的领域,进而向全世界展现中国文化和中医的魅力。

参考文献

- [1]金利国,沈雁,许志仁,等.中西医结合高层次高素质人才培养的思考[J].上海中医药大学学报,2009,23(3):78-81.
- [2]游牧,汪耀.产业转型升级背景下医学美容专业人才培养模式改革[J].高教学刊,2017(2):69.
- [3]李华英,李然.对中职中医美容人才培养的几点思考[J].科教导刊,2016(6):33.
- [4]蒋文波,陈伟峰,赵炯.对高等中医美容教育发展的几点思考[J].中国美容医学,2006,15(7):858.

(本文编辑:杨杰 本文校对:张森 收稿日期:2017-12-04)

微课结合 PBL 教学法 在中医骨伤科学教学中的研究与应用※

邓 伟

(长春中医药大学附属医院骨科, 吉林 长春 130000)

摘要:目的 研究微课结合PBL教学法在《中医骨伤科学》教学中的应用。方法 选取中医学专业120名学生作为研究对象,随机分为对照组和观察组,各60例。对照组采取传统教学法进行教学,观察组采用微课结合PBL教学法。观察对比2组学生理论考试成绩及学生学习效果满意度。结果 观察组学生理论考试成绩及学生学习效果满意度均高于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 在中医骨伤科学教学中,使用微课结合PBL教学法可有效提高学生学习成绩,且具有较高的满意度,达到提升教学效果的目的。

关键词: 微课; PBL教学法; 中医骨伤科学; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.004

文章编号:1672-2779(2018)-06-0008-02

Research and Application of PBL Teaching Method in the Teaching of Osteopathic Medicine of Traditional Chinese Medicine

DENG Wei

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

Abstract: **Objective** To study the application of PBL teaching method in the teaching of orthopedics of traditional Chinese medicine. **Methods** A total of 120 students from traditional Chinese medicine were selected as study subjects and randomly divided into control group and observation group. The control group took the traditional teaching and development teaching, and the observation group used the micro-class combined PBL teaching method. The theoretical test scores and student learning satisfaction were observed and compared. **Results** The scores of theoretical test scores and satisfaction of students in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** In the teaching of orthopedics in traditional Chinese medicine, the combination of micro-lectures and PBL teaching method can effectively improve students' academic performance with high satisfaction and achieve the goal of improving teaching effectiveness.

Keywords: micro-class; PBL pedagogy; orthopedics of traditional Chinese medicine; teaching reform

相关研究结果^[1-2]指出,在中医骨伤科学课程教学中,传统教学弊端较大,并不能确保学习效果。而微课及PBL教学法均是当前教育体系中的有效教学手段,均可有效提高学生学习效果。基于微课及PBL教学法共同特点,可联合用于中医骨伤科学课程教学,使学生学习成绩得到有效提升。本研究为证实上述理论,选取120中医学专业的学生作为研究对象,随机分为对照组和观察组 ($n=60$ 例),分别给予传统教学法及微课联合PBL教学法,将教学效果进行对比,具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取中医学专业120名的学生作为研究对象,随机分为对照组和观察组,各60名。观察组男生40名,女生20名;年龄21~23岁,平均22.4岁。对照组男生34名,女生26名;年龄21~23岁,平均22.4岁。2组学生基线资料经统计学比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),可进行对比研究。

1.2 教学方法 对照组采取传统教学法进行教学,具体内容如下:任课教师采用传统教学法中的“疾病病因-临床表现-诊断鉴别-治疗方案及手术”开展教学,由教

师占据主导,学生为骨伤科知识信息的被接受对象,采用机械式教学,学生对知识点进行强制性记忆,从而取得学习成果。

观察组采用微课结合PBL教学法,具体内容如下:将60名学生分为10组,每组6名,选一名学习能力及综合能力较强的学生为组长,教师开展上课之前需要向学生发放基本信息,由学生占据主导地位,包括查询、知识点划分等。在开展课堂过程中,由教师根据中医骨伤科学学习内容制定课堂问题,使学生自发对问题进行解决,教师则可适当对学生进行引导,并解答学生提出的疑问。课堂讨论过程中,由教师组织学生讨论,教师记录学生讨论结果,深入分析并将其中错误理论剔除。鉴于微课模式特点,教师应充分发挥碎片化教学、不受学校以及地域限制、便捷性、侧重点等优势,课前深入分析教学内容,结合多媒体技术制作教学视频,发布于网上,使学生在课程开展之前进行线上学习以及课下实践,并充分的将从互联网上获取的视频教学信息进行学习。而PBL教学法核心便是由学生为核心开展的教学,在教学过程中,也可要求学生从自身的兴趣或者需求出发,并根据实际情况构建起个人的专业知识体系,提升学习效果。此外,在课堂内,利用微课的特性使学生面对中医骨伤科学知识内容保持精神高度集中,并对其学习内容进行改变,可

※ 基金项目: 吉林省教育科学“十三五”规划课题【No. GH170288】

结合实际案例制定学习计划,微课视频结束之后,总结课程内容中的核心。

1.3 研究指标 观察对比2组学生理论考试成绩及学生学习效果满意度。

学生学习效果满意度,根据教师自制的问卷进行调查,了解学生对教学方法的效果评价,选择满意或不同意,写出是或否的理由。

1.4 数据处理 将本次研究数据输入统计学软件SPSS 21.0表格中,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,用 t 检验。计数资料以 $(\%)$ 表示,用 χ^2 检验,当样本容量 $n > 40$,理论频数 $T > 5$ 时,用 χ^2 检验;当 $n > 40$,但 $1 < T < 5$ 时,用校正 χ^2 检验;如 $P < 0.05$,则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 理论考试成绩比较 观察组理论考试成绩为 (82.45 ± 2.52) 分高于对照组 (74.63 ± 2.75) 分,差异具有统计学意义($t = 30.776, P = 0.000$)。

2.2 学生学习效果满意度比较 观察组学生学习效果满意度为57例(95.00%),学生写出理由均为学习效果显著;对照组40例(66.67%),观察组学习效果优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组学生学习效果满意度比较 [例(%)]

组别	例数	满意	不满意
观察组	60	57(95.00)	3(5.00)
对照组	60	40(66.67)	20(33.33)
χ^2 值		13.770	13.770
P 值		0.000	0.000

3 讨论

在中医骨伤科学教学中,传统的教学过程大多以教师单方面授课为主,向学生讲解有关骨伤的诊断、治疗等相关问题。在学习过程中,学生则会经常感到学习压力大、学习缺乏主动性,只能机械式背诵知识,大大降低学习效果。而且,学生在接受传统教学时,无论是教学模式的理论与实践,均不讨喜,且中医骨伤科学是医学领域中的重要环节,是指研究防止皮肉、筋骨、气血、脏腑经络及骨关节损伤与疾病为主的学科,损伤包括骨折、脱位、软骨组织损伤,疾病则包括骨病、畸形、肿瘤等。据中医资料^[1]记载,中医骨伤科学基础理论形成于春秋战国时期,诊疗技术经三国、晋、隋唐、五代时期实现快速发展,对于骨创伤、疾病的诊断和治疗方面积累了丰富的方法及经验,形成了中医骨伤科的诊断及治疗学。而从起源来看,中医骨伤科学均先于其他医学学科,其内涵程度远高于其他学科,且学习难度较大,使用传统教学难以准确使学生生活获得知识点的理解,学习内容复杂困难,单纯靠教师教授,很难确保学习效果。而微课模式则是通过精简、短小、精悍的逻辑思维能力教学方式,应用

于中医骨伤科学教学中,能够在极短的时间内对骨伤问题进行解答,并准确的提出与该问题有关的讨论以及思考话题^[4]。

微课是由课堂教学视频、相关教学设计、素材课件、教学反思、练习测试、学生反馈以及教师点评等多个环节构成,从根本上为学生营造了整体性与划分性的知识环境。在中医骨伤科学教学开展过程中,通过简短的视频教学对一两个知识点进行讲解相对传统的教学来说,没有复杂的课程整体灌输,反而是将其整体划分成一个个简单的知识点,从而使其学习效果得到提升。在“碎片化”的知识点内,没有复杂的课程体系,也没有众多的教学目标,只针对特定的知识内容,通过微课的教学模式,使学生全面且细致的对骨伤知识进行学习。而PBL教学法则是以学生为主,教师为辅,共同开展教学,经由教师指导,外科理论与临床实践教学紧密结合,且能够有效培养学生发现问题及解决问题的能力。而且,PBL教学法不仅可以提高学习效果,也能够提高学生知识的兴趣,并着重指出学习内容的知识点^[5]。学生可在学习过程中,根据PBL教学法亲身体会骨科医师对骨伤患者进行治疗,包括全面系统的诊断和制定治疗方案,后由教师与学生共同讨论,总结出完整的诊断与治疗方案,使学生在讨论及总结过程中增强学习能力。基于微课及PBL教学法的共同特点,如:知识精简、学生主导、着重点明确、资源广泛、反馈及时等,使学生在有限时间内获得最大限度提升。

本研究选取120名学习中医骨伤科学学生作为研究对象,随机分为对照组和观察组($n = 60$ 例),分别给予传统授课及微课结合PBL教学法授课。对比结果显示,观察组学生理论考试成绩分数高于对照组 $(82.45 \pm 2.52$ 分 $> 74.63 \pm 2.75$ 分),且学生对学习效果满意度高于对照组 $(95.00\% > 66.67\%)$,差异具有统计学意义($t = 30.776, P = 0.000, \chi^2 = 13.770, P = 0.000$)。由此可见,使用微课结合PBL教学法应用于中医骨伤科学教学中可有效提高学生学习成绩,且具有较高满意度,达到提升教学效果的目的。

参考文献

- [1]郭琳.微课结合PBL教学法在外科教学中的研究与应用[J].中国继续医学教育,2017,9(6):9-12.
- [2]方剑锋,王保华,李赛美.微课结合PBL在《伤寒论》教学中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(16):26-28.
- [3]李仕学,李义.PBL教学法结合微课在针灸学教学中的应用探讨[J].中国卫生产业,2017,14(17):79-81.
- [4]高洁,刘小娟,赵东宝,等.微课结合PBL法在风湿科教学中的初步探索[J].现代医药卫生,2016,32(18):2907-2909.
- [5]冯莉莉,廖君,余清平,等.PBL+微课教学法在心脏解剖教学中的应用[J].湖南中医杂志,2015,31(12):130-131.

(本文编辑:杨杰 本文校对:韩继成 收稿日期:2017-12-22)

能力与素质相结合的中药学专业研究生培养路径探索※

钟凌云 朱卫丰 黄 艺 刘荣华

(江西中医药大学药学院, 江西 南昌 330004)

摘 要: 中药学研究生教育中, 学术与应用、课程学习与论文写作、传统理论与现代学科、主动学习与被动学习、理论教学与实践教学、专业学习与全面素质六个相关性涵盖了中药学研究生教育中应具备的能力和素质。本文探讨了基于六个相关性的中药学研究生教育中的教学、实践和素质三个要点的改革思路, 以期当代中药学研究生教育和培养提供有益的路径与思考。

关键词: 中药学; 研究生; 教育培养; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.005

文章编号: 1672-2779(2018)-06-0010-05

Discussion on the Education and Training of Postgraduate of Chinese Materia Medica Major Based on Cooperation of Ability and Quality

ZHONG Lingyun, ZHU Weifeng, HUANG Yi, LIU Ronghua

(Pharmacy School, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China)

Abstract: In the education of postgraduate of Chinese materia medica major, the correlation of academic and practice, course learning and thesis writing, traditional theory and modern science, active learning and passive learning, theory teaching and practical teaching, professional learning and comprehensive quality covered the basic elements in postgraduate of Chinese materia medica major education. In this paper, the reform thinking of teaching, practicing and quality were discussed to provide enlightenment of postgraduate education.

Keywords: Chinese materia medica; postgraduate; education; talent training

研究生教育是高层次的教育, 在西方被称为“高级教育”(advanced education), 其核心内容应是学生学术思维和科研能力的培养^[1]。研究生教育是在本科教育的基础上培养高级专门人才, 是高等教育结构中的最高层次。

中医药是中华民族的传统瑰宝, 2015年诺贝尔生理学或医学奖, 颁给我国著名药理学专家屠呦呦, 更引起了世界各地对中药、天然药物创新研制的关注^[2]。中医药数千年来为全世界人类健康和生息繁衍做出了巨大的贡献, 尤其是随着当前致病菌的快速变异和人类疾病谱的改变, 人们越来越倾向于选择毒副作用小的中药来治愈疾病, 这给我国中医药行业的发展带来前所未有的机遇^[3]。近年来, 在党中央、国务院的高度重视下, 中医药事业发展迎来了新的机遇。自2016年以来, 就有《中华人民共和国中医药法》、《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》和《中医药发展“十三五”规划》等一系列重磅文件先后发布。从政策出台的密集度和力度来看, 国家层面对于中医药行业的支持态度愈发明晰, 支持力度不断加大。其中《中华人民共和国中医药法》明确了中医药的地位作用以及发展中医药的基本方针和基本原则等内容, 将党和国家关于发展中医药的方针政策用法律形式固定下来, 对中医药行业发展具有里程碑的意义。《“健康中国2030”规划纲要》作为今后15年推进健康中国建设的

行动纲领, 提出了一系列振兴中医药发展、服务健康中国建设的任务和举措。《中医药发展战略规划纲要(2016—2030)》把中医药发展上升为国家战略, 对新时期推进中医药发展作出系统部署。《中医药发展“十三五”规划》明确提出国内中医药产业的发展目标, 即到2020年, 实现人人基本享有中医药服务, 搭建完善的中医医疗服务体系。《中国的中医药》白皮书是中医药领域的第一部白皮书, 系统介绍了中医药的发展脉络及其特点, 充分介绍了中国发展中医药的国家政策和主要措施, 展示了中医药的传承与发展、国际交流合作等。

近年来, 我国医药产业发展迅猛, 在国民经济中所处的地位也愈发重要, 特别是中药产业, 我国具有独有的得天独厚的自然、历史和人文社会条件, 是我国医药产业中最具发展前景的特色产业。然而, 中医药发展也面临许多新挑战、新问题。比如中医药人才队伍还不能满足事业发展的需要, 高层次中医药人才不足^[4], 尤其是缺乏具有创新能力的应用型中药学高层次人才, 已然成为制约整个中药行业健康、协调、可持续发展的瓶颈。与此同时, 当今社会对中医药专业人才的需求又日趋增多。因此, 如何培养高水平、高素质的创新型中药人才, 是中药学研究生人才培养面临的亟待解决的关键问题^[4-5]。中药学类研究生是中药持续较快发展的核心后备力量, 担负着中药未来发展的广度和深度的向导角色, 高等院校, 尤其是高等中医药院校承担着培养具有创新精神和实践能力

※ 基金项目: 江西中医药大学研究生教育改革项目[No.2016006]



高层次专门人才,继承和发展中医药事业的重要使命。

在对中药学研究生培养探索过程中,有多重途径,如有基于产学研的研究生教育,强调充分利用学校与企业、科研院所等多种不同教学环境和教学资源以及在人才培养方面的各自优势,将以课堂传授知识为主的学校教育与直接获取实际经验、实践能力为主的生 产、科研实践有机结合的教育形式。产学研合作教育形成产业与教学科研相互促进、共同发展,并努力实现“校企合作,产学研双赢”的局面^[6]。有的重视创新能力的培育,认为重视中药类研究生基础教育是提升中药类研究生创新能力的保障,适当调整培养模式为提升中药类研究生创新能力提供客观条件。有的则在课程设置、教学方式、导师指导、科研实践和就业指导等具体方面提出研究生改革探索思路,如加大人文素质教育,健全导师责权机制,加强团队指导等,在课程 设置中,也充分考虑到中药学专业研究生课程设置的 正相关性,包括应与研究生对专业的兴趣的正相关性,与专业领域的实际需求的正相关性等^[7],还有针对优化中药人才培养方案,科学设置实践教学体系,搭建校内外实验、实习教学平台,扩宽教学领域,注重科研习惯培养、强化动手能力,对创新激励机制等提出了改革思路^[8]。

但随着中国高等教育和中医药事业的快速发展,对创新性、创业型和实践型高级专门中医药人才的需求越来越突出,使得传统的以学术研究为导向,侧重学术训练,以学位论文为核心的传统中药学研究生培养模式面临严峻挑战^[9],在中药学高层次人才培养过程中存在一些研究生教育培养的共性问题,如课程学习与科学研究、行业需求缺乏有效地结合,研究生课程设置结构单一、不能满足行业需求、内容陈旧、课程分类带有随意性,研究生对课程学习的积极性不高^[10,11]在生源结构、课程设置和培养方式等方面仍然存在许多不足,都亟待加以解决^[10]。

基于以上问题,我们提出了六个相关性来开展对中药学研究生教育培养体系的探索和研究,以期 为现代中药学研究生培养提供相应对策,培育更多具有优秀素质的中药学高层次人才。

1 六个相关性

六个相关性是指在中药学研究生教育中,学术与应用的相关性,课程学习与论文写作的相关性,传统理论与现代学科的相关性,主动学习与被动学习的相关性,课堂教学与社会实践的相关性,专业学习与全面素质的相关性。这六个相关性基本涵盖了中药学研究生教育中应具备的基本要素。

1.1 学术与应用的相关性 传统上,硕士研究生教育的目标定位于培养学术后备人才。我国从1991年开始招收专业学位硕士研究生以来,该类型研究生规模快速

扩大,随着专业学位教育规模继续扩大,学术型硕士研究生的规模受到一定程度的压缩,这是体现面向市场需求的培育实践型高层次人才的体现,同时,对于学术型研究生的培养质量问题也不容忽视。学术性和应用性不应作为矛盾的对立面,而是相互渗透与补充。学术学位研究生侧重学术研究的同时,应了解和掌握一定的应用技能与技巧,对于强调应用的专业学位研究生也同理。

1.2 课程学习与论文写作的相关性 作为学术研究人才的后备军,论文写作对硕士研究生的重要性不言而喻。很多研究生和导师对论文写作非常重视,对课程学习却不太在意。学校也实行了一些政策,以保证研究生论文写作的质量。然而,研究生教育的专业性比本科教育强得多,如果课程学习的质量得不到保证,势必会影响论文写作以至研究生的长远发展。

1.3 传统理论与现代技术的相关性 在中药学研究生理论课程 设置中,传统理论的课程与现代科学技术课程呈现比例不一,应处理好两者的关系。中药学研究生课程设置应倡导创新,不受制于传统,不拘泥于继承,但同样不能放弃传统理论教学,应做到尊古而不泥古,创新而不忘古。作为中药学研究生,应对传统理论课程领会其内在的中医药传统文化与技术精髓,同时注重对中药现代中药科学研究的方法学、科学思维,以及生命科学和生物技术等的课程学习,同时应增设能拓宽学生视野、跨学科的专题讲座、讲学等。

1.4 主动学习与被动学习的相关性 当前研究生教育一直沿着以导师为中心的教育观,导师的主观意识掌控着研究生的培养过程,研究生做导师的课题,听导师的安排,这种指挥与服从的师生关系,使得研究生自始至终处于从属地位,不利于发挥主观能动性和科学创造性,部分研究生思想禁锢,人格缺失,不敢突破导师的思维定势和科研模式。特别是对中医药学而言,由于比较注重传统的“师带徒”的学术传承方式,在一定程度上,学生主动学习的积极性会以导师的意志为转移,不利于促进中药学研究生积极主动去探索,去求知,对培养具有鲜明创新性格和创新能力的中药人才有一定阻碍。

1.5 理论教学与实践教学的相关性 目前中药学研究生的理论教学还存在着一定的本科化弊病,教师在给研究生授课时仍然强调的是知识的系统性和完整性,对学习方法、问题意识、研究能力和思维能力的培养不足;另一方面,理论教学过程中的实践教学由于考虑到研究生有后期较长时间的科研实践而被忽略,这不可避免或多或少导致研究生在学习中的探索性和好奇心缺失。在实践中,如何合理协调课堂教学与实践教学的关系,同样是中药学研究生教师们需要好好把握的难题。

1.6 专业学习与全面素质的相关性 当代科学研究具有参与的人数众多、规模庞大、与生产和生活紧密结合的特点,这对研究人员提出了新的要求,团队精神、人际沟通能力、创新思维能力、以至正确的价值观和人生观等都是研究人员必须具备的素质,同时中药学研究生还应注重具有其专业特色的人文素质培养,如传统中医思维素质的培育。中药学研究生教育应在注重专业知识传授的同时,促进研究生全面素质的提升。专业知识传授的侧重,尽管可能使研究生不乏专业知识与能力,但如果不注重全面素质的培育,研究生们很可能在毕业后的工作、生活以至做人方面会趋于平庸。中药学研究生教育应当是全面发展的教育,无论专业还是综合素质的培养均需加以重视。

2 基于“六个相关”的中药学研究生培养“三要素”的路径与探索

六个相关性的实质内涵包括了中药学研究生教育的三个要点:即教学、实践和素质。结合六个相关性,针对三个要点,中药学研究生的培养的探索路径可概括为如下。

2.1 注重理论与实践紧密结合的教学改革 应主要围绕培养方案、课程设置和教学方式三个方面,开展理论实践相统一的特色中药学研究生教学改革,通过培养目标的确定,对中药学专业的学科知识要求、专业技能要求和综合素质要求进行关联分析,明确中药学专业研究生的课程体系框架,以整合重组的理论和实践教学体系,构建完整的研究生教学计划,为培养创新创业型的高层次中药专门人才奠定知识构架基础。

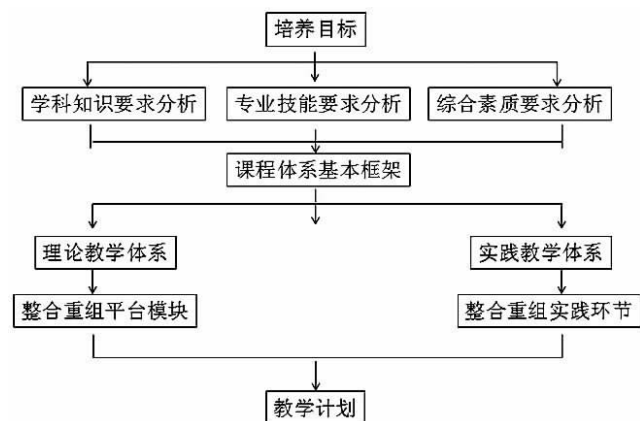


图1 中药学专业研究生培养路径

2.1.1 培养方案的指导性 培养方案是研究生培养的纲领性文件,是体现各学位点研究生培养特色和优势、保障研究生培养质量的基础性环节。通过培养方案的修订,更新课程体系,可以帮助研究生系统掌握中药学的传统和现代理论与专业知识,使其充分了解中药学最新发展动态及发展趋势。培养方案修订前应充分调研国内外知名高校和同类中医药院校相同学科的培养模式,借鉴、吸收国内外研究生教育的先进经验,

在考虑中药学学科自身优势和特色的同时,努力把握中药学学科专业发展的主流和趋势,使中药学学科的培养方案能够立足于较高的起点和学科发展的前沿。在研究生培养过程中,应充分强调“分阶段培养”,从基础理论和基本知识学习的初级阶段,过渡到知识运用和发挥创造的高级阶段,通过阶段培养,既可使研究生具有更宽广的中医药基础理论知识和系统的专业知识,学以致用,又可使研究生对知识的掌握更具有层次性,对其创新意识和创造能力的培养至关重要。

2.1.2 课程设置的合理性 在对中药学研究生的课程设置进行改革时,在明确培养目标的前提下,需结合实际,全面提升软硬件教学水平。随着科学技术的发展,出现了大量新兴边缘学科,集中了最先进的科研手段。因此,作为继承中华国粹的中药学研究生,为了拓宽知识面,一方面,应保留传统中医药理论课程,另一方面,还应设置现代科学技术相关课程,使研究生掌握先进的科研方法,并学习新兴边缘学科知识和跨学科课程,如药物基因组学、分子生物学、微生物学、抗感染药学等,使教学和研究、知识和技术的进步保持同步。同时,为了更好提升中药学研究生教学质量,应安排具有相应学科知识背景的、具有副高以上职称的且承担有国家级科研项目的教师讲授中药学学科前沿与现代研究进展等相关课程,以更好地将行业内发展动态与最先进的研究方法及时传授给学生,通过保持课程内容的先进性来提高研究生培养质量,使学生具备进入高新技术领域的基础知识。

2.1.3 教学方式的多样性 研究生教学是以学术性的研究为取向的教学活动,以培养创新能力为核心,因此应在传统授课模式下引入多种新型的教学方法,通过采取PBL式、案例式、导入式、教学沙龙、翻转课堂等多种教学方法巩固现有课程的教学质量。任课教师应树立以学生为中心的教育观念,注重培养研究生运用所学知识独立思考中药学学科学术问题的能力。可根据需要组织课堂讨论,教师适时更新选修课和专题课教学内容,将最新的科研成果引入课堂教学。因此,可尝试将传统教学模式向研讨式教学模式的转变。一方面由教师或者学生进行主题概述,围绕中药学科发展、前沿科技、课题项目专题等开展,另一方面围绕主题由教师组织讨论,可以采用小组讨论、辩论式讨论等多种形式,内容包括对中药学科的展望,针对主题的疑问和建议,以及阐述课题研究的观点难点等。研讨式教学方式可以使中药学研究生进一步理解和把握有关理论的本质,培养研究生独立思考和表达观点的能力,并通过研讨激发学生的创新思维。

2.2 丰富实践 强化创新意识和动手能力综合培育 无论是中药学专业学位还是科学学位研究生,实践都是中药学研究生培养体系中至关重要的关键环节。实践环



节的弱化将会导致学生缺少将科学研究转化为生产力的能力,毕业后可能无法胜任企业生产、医院调剂等岗位的专业需求。在实践体系的构建中,实验和实践是不可或缺的重要内容,因此,一方面应重视研究生教学中的实验课程,另一方面,也要注重与当地的中药企业、医院等单位进行合作培养,建立研究生教学基地,给学生提供充分的社会实践机会,使其能够将中药学专业理论知识应用于生产实践中,以提高其应用知识和把知识转化为成果的能力。

对于实验课程的改革,首先应充分依托各高校的科研平台,充分发挥平台作用,为学生动手实验操作提供良好的硬件条件。其次,优化中药学研究生理论教学与实验学时数的比例,应在原有培养方案基础上,优化教学形式的组合,增加研究生实验课时数,并开设创造性、综合性实验课程,在研究生真正进入后阶段的科研之前,进行系统的科研实验训练,将提高研究生的实验操作能力和实验设计能力作为开设研究生实验课的主要目的;在实验教学过程中,所选择的实验内容必须具备针对性、先进性和完整性,如开设HPLC、GC-MS、LC-MS等中药学科研工作中常用先进仪器使用的实验课,让学生在参加课题研究之前,理解各种仪器的原理和适用性,并让学生单独操作,帮助其在今后的科学研究中,能熟练地运用设备和技术,帮助科研的顺利实施与完成。此外,通过实验来加强研究生自主设计能力的培养,要求研究生能把学习的理论知识与实际紧密结合,充分利用所学的知识来设计自己的实验。研究生的实验课,可以让学生自己选题,根据当今的研究热点或本校的研究特长,提出实验题目,在导师的指导下,自主设计,在一段时间内独立完成一些小实验,然后由老师对其实验进行评价和分析,这对培养学生的思维能力和创新能力具有重要作用。

实践是使研究生具备将科学研究转化为生产力能力的重要途径。应丰富研究生实践形式,构建以专业实践模块为主,非专业实践模块为辅的多层次的实践体系,把实践活动纳入研究生培养计划中,不断改进和完善研究生社会实践机制,加强研究生实践活动。具体实施中,借助培养方案等,将现有研究生实践的形式进行有机整合,并在此基础上进一步拓展。中药学研究生实践内容可以包括多种类型:(1)依据高校便利,创造条件,给研究生提供参加各种学术报告、论坛、研讨会、讲座、鉴定会等的机会,并确保执行相对应的学分;(2)加强中药学研究生产学研培养机制,让研究生深入企业和社会,通过对企业和社会的深入了解,培养学生的创新创业意识,将理论与实践紧密结合,提升对中药产业链发展的深度思考;(3)增强研究生的服务意识,应引领性地使研究生充分利

用中药学专业理论知识、先进的科学技术以及相关信息资源等优势,为企业、事业单位及医药领域协助提供项目研发、技术改进、成果转让、科普教育等方面的服务,增强研究生为中医药行业、为全社会服务的意识。中药学研究生的实践基地应是长期合作的关系,通过研究生实践基地共同建设,一方面可以推荐优秀研究生到实践单位锻炼,另一方面可以邀请实践基地相关技术或管理人员进行交流,以此来提升研究生的创新意识,帮助研究生将所学知识应用于实践工作,使其进一步地了解中药学的内容和宗旨,深刻认识到中药学相关工作的重要性,这些对中药学研究生综合能力的培养具有重要意义。

2.3 注重素质 促进综合素质和专业素质双提升 中药学研究生的素质教育主要体现在综合素质和专业素质的培育。其中综合素质除一般的人文素质之外,对于中药学专业研究生而言,综合素质的培育还更应该包括中医药思维的养成;专业素质严格来说,应是研究生科研思维的具体体现。

中药学研究生的综合素质,是研究生个体世界观、人生观、价值观和道德观的综合,而中医药思维的形成,同样是中药学研究生综合素质教育中的重要内容。所谓中医药思维,是指中药用于治疗患者时,在辨病、施治、用药的过程中,所形成的特有的思维模式,它是在中医辨病思维的基础上,中药治法治则与中药药性理论的实际应用。研究生教育要引导学生正确认识自己、完善人格和全面发展,注重人文精神培养和医德教育,要引导研究生严格遵守学术规范,坚持实事求是,要建立研究生科学道德和学风建设长效机制,同时还要培养研究生的中医药学的思维方法,要让学生学会运用中国古代哲学思想和方法,对人体的组织结构、生理功能、病因、发病、病机、养生和治则等进行总结、分析、归纳和整理,中医药思维的形成要通过实践—认识—再实践—再认识的多次循环而来。中药学研究生教育不仅要培养具备坚实理论知识和丰富实践能力的专门人才,不仅要求人才具备优秀的人文素养、高尚的道德情操和强烈的社会责任感,更要求学生通过中医药思维的养成,在今后的学习和工作中自觉应用中医药思维去发现问题、分析问题和解决问题,成为真正具备中药特色的高层次人才。

专业素质对于研究生而言,既是对专业知识掌握能力的体现,更是研究生从事科学研究中应具备的科研思维的外在表征。中医药类院校因其文化、所属体制决定了其相对于其它综合类院校或新型学科是一个相对较封闭的环境,但中药本身的专业特色强使其具备了特有的优势。现代科学研究倾向于多学科交叉学科领域,而中药的快速发展更需要生物技术,分析技术等现代技术为其注入新的活力,因此,具备相应

的现代科研思维,成为中药学研究生教育的必然要求。以科研思维为指导,可有效学习扩展学科发展方向,寻找学科的突破点,将创新能力和解决实践问题能力有机结合,通过具体的培养举措,如文献的查阅、科研课题相关的综述论文的撰写,参与科研课题的研究等,都可以锻炼学生的思考和归纳能力,培养学生独立的科研思维方式,从而使其能够具备科研创新意识和创新能力。

3 展望

本文基于“六个相关性”,以教学、实践和素质改革为要点,初步探讨了中药学研究生培养模式的改革思路,期望能为行业和中医药事业培养具有中医药思维,具备中药学与中医学基础知识背景,系统掌握学科基本理论和专业技能及现代医药学的相关知识,具有较强的实践能力和创新精神的中医学应用和研究型专业人才。这对于促进中医药事业的发展,建立中药

高层次人才基地,加速社会经济建设具有重要意义。

参考文献

- [1]姜建萍,甄汉深,辛宁.对中药学研究生培养若干问题的探讨[J].广西中医学院学报,2008,11(3):129-130.
- [2]高静,张丽,唐于平,等.基于内涵式发展的中药学研究生教育培养体系改革与探索[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(5):14-17.
- [3]崔培梧,韩建华,廖彦,等.中药现代化背景下提升中药学专业研究生创新能力的探讨[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(15):37-39.
- [4]朱磊,史亚飞,潘华峰,等.从行业特点和岗位需求探讨中药专业学位研究生的培养[J].西北医学教育,2013,21(6):1120-1122.
- [5]王英姿,杜守颖,冯艾灵.中药学创新型研究生人才培养模式探讨[J].全国商情,2016:53-54.
- [6]唐宇,何清湖,阳仁达.浅论产学研联合培养中药学研究生的策略与实践经验[J].湖南中医药大学学报,2015,25(6):71-72.
- [7]陈大忠,王艳宏,张洋.中药学专业学位研究生课程设置响应面的正相关性[J].中国药房,2016,27(15):2153-2155.
- [8]潘华峰,吴思臣,葛昕,等.广州中医药大学中药学研究生产学研合作培养机制的实证研究[J].中华医学教育探索杂志,2011,10(10):1176-1178.
- [9]冯素香,李晓坤,麻秋娟,等.中药类研究生创新能力培养的研究与思考[J].科技创新导报,2014:31.
- [10]潘华峰,严艳,史亚飞,等.中药学研究生教育与就业研究[J].西北医学教育,2012,20(2):291-294.

(本文编辑:杨杰 本文校对:龚千锋 收稿日期:2017-11-27)

构建伤寒论课程复合教学模式的研究※

朱辉 王树鹏 林大勇 赵令竹 谷松

(辽宁中医药大学基础医学院伤寒论教研室,辽宁 沈阳 110032)

摘要: 伤寒论复合教学模式,是多元化教学方法的有机结合,在传统授课法基础上,引入学生自主授课、方证分组讨论及典型病案分析等环节,使学生广泛参与教学活动,真正成为课堂的主体,以实现学生综合素质的提升,最终达到提高临床辨证思维能力的目的。复合教学模式的设计与实施,符合新时期“以能力为重”的教学指导思想,在经典课程教学中具有广泛的推广价值。

关键词: 伤寒论;复合教学模式;以学生为中心;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.006

文章编号:1672-2779(2018)-06-0014-03

Research on the Construction of the Compound Teaching Model of *Treatise on Febrile Diseases*

ZHU Hui, WANG Shupeng, LIN Dayong, ZHAO Lingzhu, GU Song

(Department of Shanghan Lun, Basic Medical College, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

Abstract: Compound teaching model of *Treatise on Febrile Diseases* is the organic combination of various teaching methods. Based on the traditional teaching method, analysis of prescription group discussion teaching, student autonomy and the typical cases and other sectors were introduced to enable students to participate in a wide range of teaching activities, to truly become the main body of the class, in order to achieve the improvement of students' comprehensive quality, to improve the clinical syndrome the purpose of thinking ability. The design and implementation of compound teaching mode is accords with the guiding ideology of "capability based teaching" in the new era. It has extensive popularization value in classical teaching.

Keywords: *Treatise on Febrile Diseases*; compound teaching model; student-centered; teaching reform

随着医学教育改革的全面深入,中医药高等教育不断探索适应临床医学人才培养的教学模式。《伤寒论》是中医基础理论与临床之间衔接过渡的桥梁课程,辨证论治是其核心内容,教学活动的宗旨是使学生掌握六经辨证规律,培养其辨证思维能力。《伤寒论》课程教学中设计实施“以学生为中心”的复合教学模式,是真正注重学生能力发展,引领学生从理论走向

临床,以适应千变万化的临床需要,也是培养新型中医临床人才的重要途径。

1 复合教学模式实施的背景

目前,《伤寒论》教材仍以原著398条原文为核心内容,传统教学方式一直是“教师讲,学生记”,这种被动的学习,学生的主观能动性调动不起来,临证思维能力很难在教学活动中得到培养,所以教学效果一直不佳。而中医临床工作的关键在于辨证思维的准确性,遇到临床病例该如何分析,辨证治疗该从何处着手,都是需要教师通过教学活动积极引导学生的。教

※ 基金项目:辽宁中医药大学教学改革研究项目[No. LNZYJG2015066]



学设计中必须重视学生的“主体地位”，以“学生为中心”，着重培养学生“临证思维能力”的教学设计理念是新时期中医经典教育的重要目标。

自建校以来，我校《伤寒论》课程教学也一直以教师讲解原文为主要授课形式，教学目标是掌握《伤寒论》方证及临床辨证规律，但实际教学效果并不十分理想，学生被动接受知识，缺乏主观思考是主要问题。自2005年我校等级考试开展以来，全校师生对经典的学习热情有所提高，但培养学生的临床思维能力并未在课堂教学中得以实现。另外，教学与临床脱节，也在一定程度上影响教学效果的反馈。因此，针对本课程特点，复合教学模式势在必行。

2 复合教学模式是多元教学方法的有机结合

《伤寒论》复合教学模式的设计与实施，要充分体现“以能力为重”的教学指导思想，从多个环节、多种方式，使学生广泛地参与进教学活动中，真正成为课堂的主体，以实现学生综合素质的提升，最终达到提高临床辨证思维能力的目的。结合本课程特点，在传统授课法基础上，引入学生自主授课、方证分组讨论及典型病案分析等环节。目前，已在开设本课程的考试课班级实施，每轮实施周期为18教学周。

2.1 传统讲解法 《伤寒论》的核心价值即是原文中蕴含的辨证思维，对其载体原文的深入分析，是历代医家研读经典的重要方式。基于原文、重在方证的传统讲解法，仍是当今课堂教学的主要形式。《伤寒论》方证是教学的核心和重点^[1]，后世医家在对《伤寒论》整理编次时，也大多以证类分。因此，对《伤寒论》112方中重点方证的归纳总结、系统讲解是传统授课的主要内容。以栀子豉汤证为例，其原文分布在太阳、阳明、厥阴等各篇，看似重复且零乱，而实际是仲景提示要灵活辨证，不必拘于病之来路，抓住病机随证治疗是关键。再比如白虎汤在《伤寒论》中出现3次，太阳篇176条、阳明篇219条、厥阴篇350条，对176条“表有热，里有寒”的认识就需要前后互参，350条即直接点明“里有热”，其表里俱热之病机了然可见。真武汤证，82条与316条前后呼应，示人无论太阳病发汗伤阳，还是少阴真阳衰微，其肾阳虚衰，水气泛滥的病机则一，所以均以真武汤温阳利水，对其主症的介绍必须前后联系，准确而全面地把握其方证内容。所以，以《伤寒论》方证为单位，前后联系，系统讲解，准确掌握方证要素至关重要。另外，对于六经辨证体系、六经病特点和分类、六经传变规律等核心内容，都需要教师在课堂上做专题讲授，并结合相关资料的阅读，使学生初步了解《伤寒论》的理论内核。这些内容的讲授是其他授课形式所取代不了的，必须由教师做好课堂设计，深入浅出，揭示规律，这也是传统授课法的意义所在。

2.2 学生授课法 学生自主授课是新时期适应人才培养

需要而产生的一种新型课堂方式。在教师主导作用下，让学生参与教学活动，通过课前准备、课堂讲解等过程的亲身体验，调动其学习自主性，使其在这一过程中领悟中医经典课程学习的要点和深度。我们在中医本硕实验班、中医英语班等专业做了初步尝试，取得了良好的教学效果。首先依据班型大小分组，以每组3~5人为宜。然后根据大纲要求，选取重点方证，分配给各组，以组为单位进行资料收集、组内讨论、制作PPT，确保每个组员都有具体任务分工。课堂讲授环节由教师随机选择组内成员进行讲解。同时设置互动提问环节，以验证各组备课的深度和广度。最后，由教师总结，师生共同点评。方证的选择以太阳病变证苓桂术甘汤、厚朴生姜半夏甘草人参汤、小建中汤、桂枝人参汤等相对独立的内容为主，既有之前所学方证的教学示范，时间的选择上也在学期前9周，不影响整体教学进度，学时安排以4~5学时为宜。这种授课方式的实施，学生的自主学习能力得到了极大的开发，查阅资料获取信息的过程，也培养了学生的研究、分析和解决问题的能力，课堂讲解在一定程度上锻炼了学生的语言表达能力。可以说，学生授课法，既是学生自主学习、探索的过程，也是教师评价、考核学生学习效果的重要依据。

2.3 方证讨论法 方证是经方主治病证的简称，《伤寒论》最早提出方证相应，强调方与证的对应关系。学习《伤寒论》，必须要掌握经方的证候要点，明确了方证，也就掌握了用方的指征与依据。但经典原文，文字艰涩，医理深奥，自学难度大，在教学过程中，适度安排互动讨论十分重要^[2]。方证鉴别讨论，可以引导学生深入挖掘各方证的内涵，明确经方类方之间的区别与联系。首先，以方证为纲对《伤寒论》中类方加以归纳，选取后世临床应用率高，以及教学中的疑点、难点方证进行选题，预先提出问题，要求学生查阅相关资料，理清思路，提前1~2周让学生做好准备，课堂上针对问题逐一进行讨论，最终形成对方证的正确认识。可根据授课班级的专业、层次、教学进度而定，每班次安排2~3学时，目前已经讨论了苓桂剂诸方、桂枝汤类方、下法诸方等诸多内容。本环节重在培养学生查阅文献及分析问题能力。互动式讨论，让每个学生都成为主动参与者，通过分享信息、阐明观点，共同解决问题。对学生而言，通过这种高水平的思考，可有效激发学习兴趣，改变学习态度。对教师而言，互动讨论过程可深入了解学生综合能力与学习兴趣，也给我们探索经典教学的最佳方式带来新的思考。

2.4 病案分析法 医案是中医的临证实录，是医生临床思维的直接反映。阅读医案，一直是学习中医的重要途径。《伤寒论》以原文形式呈现，诸多原文包含理法方药及发病、治疗过程等信息，实际上就是一个完整的医案。但《伤寒论》原文文辞古奥，言简意赅，

其中又有大量的省文、互文、倒装等文法,给后学者带来一定的难度。对条文中涉及的主症、病机、治疗、用药等内容理解不准确,都将影响临床上的应用。例如,炙甘草汤证原文仅以“心动悸,脉结代”为主症,其气血阴阳不足的表现难以全面把握;大黄黄连泻心汤“心下痞,按之濡”与临床何种症状相对应?当归四逆汤病机为血虚寒凝,除“手足厥寒,脉细欲绝”外,临床还可以有哪些表现?诸如此类问题,都需要课堂上恰当的引入名家医案,形象而直观地展现经方的临床应用要点。对此,我们教学团队经过多年的积累,已经完善了《伤寒论》病案库,根据教学需要,在每次课前10分钟左右,适当安排病案分析讨论,鼓励学生大胆地辨证诊断和处方用药,再对比名家的临证思路,找出经方辨证的关键点。这一环节,既能使学生领会经典原文与临床疾病的对应性,又能从中挖掘历代名医的辨证思路,逐步培养学生的临床思维能力。医案的选择,以后世公认的名家医案为主,如岳美中、蒲辅周、张锡纯、曹颖甫、恽铁樵、施今墨等临证医案。

3 多形式考核评价方法是保障

《伤寒论》复合教学模式的实施,离不开有效的考核评价方式。传统的期末终结性考试难以真实地反映学生在学习过程中的自主学习能力和创新思维,

仅凭一张期末试卷也无法考量学生在各个学习阶段的学习效果。因此,考核评价方式的多样化,是复合教学模式实施的有效保障。我们教学团队,充分考虑以往考核方式的利弊,构建了多元化考核评价体系,以期末试卷为核心,结合《伤寒论》等级考试、学生自主授课及论文考评等多种形式,从多个角度、不同时间段考察学生的学习效果^[3],评价学生综合素质的发展。各项考核所占比重可根据每轮课堂实施情况进行动态调整。考核方式的合理设置,能够为学生能力发展、创新思维的培养提供有效的反馈,符合中医人才培养目标的要求,也为教学质量的进一步提高提供保障。

综上所述,《伤寒论》课程复合教学模式,以学生广泛参与,师生良好互动为最大特点,通过教师的正确引导,学生的自主学习,师生互换位置体验,课堂全员参与讨论等多种形式,最终实现学生对临床诊疗活动的正确认识,提高其辨证论治的综合能力,以适应新时期中医药人才培养的需要。

参考文献

- [1]李永民,李刚,罗飞,等.《伤寒论》方证教学的探索与实践[J].江苏中医药,2009,41(2):60-61.
- [2]李赛美.《伤寒论》互动讨论学习法实践与思考[J].中医药通报,2014,13(5):33-36.
- [3]朱辉,王树鹏,林大勇,等.基于学生能力发展的《伤寒论》考试改革探索[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(15):33-35.

(本文编辑:杨杰 本文校对:于彩娜 收稿日期:2017-11-29)

移动交流平台在临床教学应用的探讨

刘作良 杨兵厂*

(中南大学湘雅三医院急危重症科,湖南 长沙 410013)

摘要:在移动交流平台日益丰富的今天,将其在教学过程中合理应用,能够有效的提高教学效果和学习效率,提升学生的自主学习能力,本文即通过对我院临床教学的具体问题进行分析,对教学过程中,移动交流平台的应用注意事项和具体应用途径和方法进行论述,在学生参与度、激发自主学习、理论与实践的结合以及形成有效反馈机制方面进行探讨,以期临床教学的更广泛应用提供支撑,提供思路。

关键词:移动交流平台;临床教学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.007

文章编号:1672-2779(2018)-06-0016-03

Discussion on the Application of Mobile Communication Platform in Clinical Teaching

LIU Zuoliang, YANG Bingchang

(ICU Department, Xiangya Hospital of Central South University, Hunan Province, Changsha 410013, China)

Abstract: In today's increasingly rich mobile communication platform, its reasonable application in the process of teaching can effectively improve the teaching effect, learning efficiency and students' ability of autonomous learning. Through analyzing the specific problems of clinical teaching in our college, in the process of teaching, the application of mobile communication platform application considerations and ways and methods, participation were analyzed to arouse the students autonomous learning, the combination of theory with practice, and the effective feedback mechanism was discussed, so as to provide support for a wider application of clinical teaching.

Keywords: mobile communication platform; clinical teaching; teaching reform

移动交流平台在人们的日常交流中越来越多的出现,使人们的探讨交流和互动越来越方便,多样化移

动终端设备的普及对于使人们的互动与交流越来越便捷,越来越丰富^[1],这些便捷的交流平台在为人们的生活带来方便的同时,对于医学的临床教学也提供了新的途径和方法,合理应用这些途径和方法,能够有效

* 通讯作者:ybcxj0501@163.com



的提高老师临床教学的生动性和实效性,进而加深学生在学习过程中的掌握程度,提高学生的学习效率,通过移动交流平台的使用^[2],能够使案例式教学、翻转课堂、PBL教学等教学方法更容易实现,同时能够不分时限、场地的便捷交流,还能够方便的对交流的内容进行保存和查阅,激发学生学习兴趣,调动学生学习积极性,有助于提升临床教学的教学效果^[3]。

1 根据课程和人员结构 合理安排移动交流平台的使用

我院学生在临床课程的安排上,一般按照一定的比例安排理论课与见习课,不同科室的具体情况不同,理论课上课人数一般为45人左右,一般分为3个组进行见习课的学习,每组15人左右,根据人数情况,一般分为3~4个讨论组,每组4~5人,由不同的带教老师进行临床带教学习。

全班级有移动交流平台,见习课不同小组建立相应的交流平台,有带教老师在平台中,负责对交流内容进行引导、总结和评价,在理论课授课前两天,老师会将下一堂课需要讲授和讨论的内容提前发布在群里,由学生先进行查阅和预习课程内容,以便于在讲授过程中学生提前领会和了解,在理论课结束,引导学生将课时上的困惑和疑问在群中进行公布,对公认的困惑,首先由学生查阅资料,对疑问进行思考,学生之间进行讨论和交流,最后由老师进行解答和总结。

而在临床见习课,则更加突出开放性这一特点,强化对典型病例的讨论和学习,带教老师首先挑选典型病例,然后将典型病例进行分层次处理,课程提前两天首先公布患者主诉及症状表现,由学生进行讨论,可能是哪些情况,应该进行哪些检查和化验,可能进行什么样的诊断,此时对于疾病的分析一定是广泛的多样性的,通过一天的讨论,带教老师在课程提前一天公布患者的检查化验结果等资料,将患者的疾病诊断及表现范围缩小,引导学生根据现阶段的检查检验结果分析疾病,提出可能的诊断,给出可能的治疗原则及方案,然后通过见习课的学习,使学生对疾病的症状表现有一个直观的了解和认识,与之前交流中的主诉、症状表现进行印证,对可能的情况进行全方位的了解,通过见习课的学习,在课后对可能的疑问进行分析和讨论,通过发散学习的原则,通过一个病例的学习,使学生掌握着一系列的疾病情况,使知识得到巩固。

2 以互动性为原则 强化学生参与

移动交流平台的根本目的是增加学生之间、学生与老师之间的交流,使之不分场地、时限的进行交流与探讨,故而积极调动学生积极性,提升互动性和参与度是学习的关键和重点^[4],在移动平台的的教学过程中,主要对课程的影响和对学生的参与包括通知各项事宜、告知下节课课程内容、病例发布与讨论、对课

程内容的答疑与分析,在这几个方面,要求平台中的老师对学生的参与进行实时掌握,同时根据分组情况以小组负责人的形式收集各小组成员的疑问和问题。

移动平台的应用要注意学生的参与度,以防止有部分学生实际脱离平台甚至出现平台建立了,但是无人回应与答复的情况,这就要求对平台的建立和使用提出规定与要求。以重症监护科室为例,提前两天的课程预习阶段,要求每个学生在课程之前在自己小组内发表自己的预习情况以及遇到的困惑与难点,进行小组初步讨论,并由小组负责人发布至班级平台,提前发布后教师在授课过程中也能够对问题进行重点的见解。而在病例讨论阶段,需要每位同学必须发表自己对病例的判断和分析,将自己对病例的下一步检查、可能的诊断与治疗进行发布,同时本着严谨治学的原则,要将自己判断依据的出处进行公布,这样可以有助于各个同学之间共享学习资源。而课后的答疑与分析则要求以小组为单位,进行收集和发布,同时进行解答,以上参与均要求有一定的时间限制,例如病例讨论须在一天内,每位同学均需发表意见和看法。这样以时限性来要求学生参与讨论与交流,同时在讨论过程中,重症医学学科的老师还根据比较典型或者疑难的病例或者症状为切入点,设置专题讨论,以一个点带动学生进行发散性思维。强调学生的参与度及互动性。

3 加强启发思维 激发自主性学习

在学生培养过程中,自主学习、主动参与是提升学习效率的重要方面,启发性思维发散学习是开阔学生学习思路的重要方法。通过移动平台,能够在一定程度上克服课堂教育时间不够、部分学生不主动表达以至于很多学生无法发表个人观点等弊端,呼吸科老师在平台学习过程中,在群里的角色以观察、引导为主,对于知识尽量不进行判断,教师公布本次讨论的切入点之后,各个学生对所公布的问题进行讨论,带教老师不判断学生提出观点的正误,仅引领学生不跑题,不同学生的观点在学生中间互相交流,同时根据学生公布观点的论据的出处,学生之间进行互相的查阅资料,此举较大的提升了学生的自主学习能力,使学生在在学习过程中,主动查找资料,主动解决问题。在讨论过程中,很多带教老师表示学生的发散思维得到了拓展,在对问题的讨论过程中,往往出现很多老师起初也没有考虑到和分析到的情况,发现学生之间对于同一个问题的思考的角度确实各不相同,对于老师、学生均能够丰富其思维,拓展其视野。

4 以案例为核心 理论与实际有机结合

临床教学的核心就是病例,无论是移动平台还是课堂或是见习,病例都是老师与学生讨论交流的切入点,前期通过诊断学、内科学等课程的学习,学生对于疾病有了一个宏观的认识,在移动平台的交流过程

中,能够以图文并茂的形式,将病历以剥丝抽茧的形式进行公布,进而实现理论与实际的有机结合^[5]。

呼吸科在实施平台教学的过程中,在临床见习课之前首先选择典型的或者特殊的病例,形成系统的归纳与总结,在课程前两天,首先公布患者的主诉,现病史等信息,根据情况也可公布照片资料,学生在平台根据已有资料进行分析判断,查阅相关资料,提出需要完善的疾病资料,应该进行何种检查以明确诊断,同时注明应进行的检查哪些结果可能是哪种疾病,在课程提前一天,老师再次公布患者的一些检查化验结果,学生根据检查化验结果,提出可能的诊断,提出相应的治疗原则,甚至提出用药,同时根据已有诊断,提出对于该诊断可能的疑惑,在见习课程中,带教老师会带领学生对病例进行直观的认识,同时提供现有的治疗措施,以及治疗措施时候患者的具体表现,课后再进行答疑与分析。

以病历为核心的学习是实现理论与实践紧密联系的重要手段与方法,根据病例分析得出的诊断与治疗可能使疾病缓解,当然也有可能不缓解,这就需要对出现的情况进行分析与判断,是治疗方向的错误还是疾病发展的规律,在这个过程中,广泛查阅文献,积极交流探讨,能够使学生对知识的掌握有一个深刻的印象^[6]。

5 多方参与 有序引导 形成系统评价体系

教学方法的改革和调整,需要多方参与与有序引导,更要建立相应的考核评价体系,这样才能够切实了解学生对知识的掌握情况,在我国的移动平台教学过程中,带教老师的主要工作是组织学生、遴选病例、合理引导

学生讨论、对学生进行督促与评价,由以前的知识授予和灌输者变成了组织学习者,学生由以前的知识接受者变成知识的自主学习者,带教老师对学生的考核分成两个部分,一部分是对知识的掌握,而另一部分是对移动平台的参与和交流程度,学生是否积极查阅文献,积极主动地进行学习成为了考核的一项重要指标^[7]。

通过移动交流平台在临床教学中的应用,我们发现能够在一定程度上调动学生的学习积极性,提高学生的参与度,每个人都能够发表自己的看法和观点,由以往的以听为主,转变为以找为主,而带教老师所形成的病历的分析可以逐步建立病例库,并使之不断丰富与完善,使今后的学习更加的方便和便捷^[8],相信通过网络的逐步完善,移动终端的不断丰富,学习与交流也将越来越方便与便捷,知识的获取程度也能够越来越高。

参考文献

- [1]童燕娜,程哲,段洪连,等.基于微信平台的移动学习在神经内科住院医师规范化培训中的应用[J].中国医学教育技术,2017(5):571-574.
- [2]王洪,杨洋,王浩然,等.浅析 PBL 教学法在临床教学中的应用[J].中国妇幼健康研究,2017(S2):343.
- [3]赵学铭.移动学习在 PBL 医学教学中的应用研究[J].中国教育技术装备,2017(4):10-12.
- [4]江其龙,陈伟焘.移动教学平台在重症医学临床带教中的应用[J].中国中医急症,2016,25(12):2292-2295.
- [5]郑荣欣,李小明.急诊医学临床教学模式探讨[J/OL].中华临床医师杂志(电子版),2016(11):29-30.
- [6]赵弘.临床教学中应用移动学习平台开展交互式学习的探讨[J].中国病案,2015,16(6):67-69.
- [7]范文翔,马燕,李凯,等.移动学习环境下微信支持的翻转课堂实践探究[J].开放教育研究,2015,21(3):90-97.
- [8]刘刊,陶恒沂,刘昀,等.移动学习平台在医学教育中的应用[J].西北医学教育,2009,17(3):454-455.

(本文编辑:杨杰 本文校对:杨明施 收稿日期:2017-12-26)

中医基础理论绪论教学心得

黄琼

(湖北民族学院医学院,湖北恩施 445000)

摘要:《中医基础理论》是中医专业大学生接触的第一门中医专业课程,直接关系到中医后续课程的学习,把握好绪论的教学对《中医基础理论》的学习至关重要。绪论教学要突出《中医基础理论》的重要性,坚定学生的专业思想,激发学生的学习兴趣,重视医德教育。

关键词:中医基础理论;绪论;教学经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.008

文章编号:1672-2779(2018)-06-0018-03

Teaching Experience on the Introduction of Basic Theory of Traditional Chinese Medicine

HUANG Qiong

(Medical College, Hubei University for Nationalities, Hubei Province, Enshi 445000, China)

Abstract: The basic theory of tradition Chinese medicine is the first course of Chinese medicine specialized in the contact of college students in TCM. It is directly related to the study of TCM follow-up courses, and it is important to study the basic theory of TCM. Introduction teaching should highlight the importance to the basic theory of TCM, strengthen students' professional thought, stimulate students' interest in learning, and attach importance to medical ethics education.

Keywords: basic theory of tradition Chinese medicine; introduction; teaching experience

《中医基础理论》是中医专业大学生接触的第一门中医专业课程,其教学效果将直接影响到学生学习中

医的兴趣,中医思维的培养及中医理论体系的掌握。马克思说:“万事开头难,每门科学都是如此”。而



“好的开始是成功的一半”，《中医基础理论》绪论包括中医学的学科属性、中医学理论体系的形成与发展、中医理论体系的主要特点、中医基础理论的主要内容等知识，对于全书具有概括引导作用。讲好绪论内容能坚定学生的专业思想，激发学生的学习兴趣，学好《中医基础理论》，为其他中医课程的学习奠定良好基础，笔者在将近20年的《中医基础理论》教学中深切感受到绪论教学的重要性。

1 突出《中医基础理论》的重要性

《中医基础理论》是中医学主干课程，是中医启蒙课，在中医学整个课程体系中占有极其重要的地位，是中医专业及所有与中医相关专业的基础课程，是临床的指导性课程，还是国家中医、中西医结合执业医师资格考试的主要科目，是中医、中西医结合考研的主要科目，与学生今后的学习工作密切相关。

《中医基础理论》是中医学专业基础课程，只有掌握了中医基础理论，才能为进一步学习《中医诊断学》、《中药学》、《方剂学》、中医临床各科及中医经典著作等后续课程奠定理论基础。中医基础理论的应用价值体现在其与中医其它课程的紧密联系上。教师要让学生在第一次课就认识到《中医基础理论》的重要性，了解《中医基础理论》在中医学中的关键作用，并引导学生开始了解中医主干课程全貌，逐渐培养学生中医思维方式。如在介绍诊治上的整体性，就可以结合《中医诊断学》的望色、察舌、诊脉等常用方法讲解。

2 坚定学生的专业思想

2.1 强调中医的科学性 上大学以前，学生接受的是现代科学化教育，因此刚进入中医专业的大学生对于现代科学研究的理念与方法更易接受，并很自然地认为符合现代自然科学主流模式的研究才具有科学性。而中医学发祥于中国古代，有数千年的历史，具有独特的理论体系和科学的思维方法，其研究理念和方法与现代科学主流模式有较大差别。对于刚刚接触中医的学生，《中医基础理论》内容大多古老、深奥而抽象，尤其是与古代哲学思想如阴阳学说、五行学说还密切相关，以往的学习背景会让他们对中医产生迷茫、怀疑甚至否定的态度，严重影响学习积极性。这就需要有一个引导过程，因此尽早地引导学生正确认识中医，发现中医的魅力与价值，激发学生学习中医的兴趣非常重要。

绪论中介绍中医学的学科属性时应依据自然科学、社会科学的含义，结合中医学的研究内容，突出说明中医学属于自然科学的范畴，亦具有浓厚的社会科学

的特点，同时还受到中国古代哲学思想的深刻影响，是一门以自然科学为主体，多学科知识相交融的医学科学^[1]，突出中医学的科学性，培养学生对中医的信心。

2.2 彰显中医的有效性 中医学有数千年的历史，是中华民族在长期的生产与生活实践中认识生命、维护健康、战胜疾病的宝贵经验总结，是中国传统文化的结晶。在介绍中医学理论体系的形成与发展的时候，可以重点介绍大家都比较熟悉的著名医家如华佗、扁鹊等的经典医案，华佗用“麻沸散”使病人麻醉后施行剖腹手术，是世界医学史上应用全身麻醉进行手术治疗的最早记载。又仿虎、鹿、熊、猿、鸟等禽兽的动态创作名为“五禽之戏”的体操，教导人们强身健体。华佗与曹操的故事很多同学耳熟能详。中医在治疗传染性急性呼吸道综合征（SARS）、禽流感等新发烈性传染病方面的优势。这些案例既说明了中医的有效性，又增强了授课的趣味性，让同学从心里觉得中医确实是有效的，从而增强学习的信心与兴趣。

3 激发学生的学习兴趣

孔子说：“知之者不如好之者，好之者不如乐之者。”歌德认为“哪里没有兴趣，哪里就没有记忆”。从教育心理学的角度来说，学习兴趣是一个人倾向于认识、研究获得某种知识的心理特征，是可以推动人们求知的一种内在力量。谢伟等^[2]认为浓厚的兴趣是个体“学习的动力，探索的向导，灵感的源泉，成功的基石”。

3.1 理论与日常生活相结合 让理论通俗易懂 很多同学认为中医深不可测，遥不可及，对中医学习有一种畏难情绪，在讲授中要多结合日常生活，深入浅出，让学生感觉到中医并不遥远，并不陌生，就在我们身边，从而增强学习中医的兴趣。比如介绍整体观念之五脏一体观时，五脏与六腑、形体、官窍之间的联系，举例如老人为什么会出现易骨折、夜尿多、听力减退、头发稀疏花白，这就是因为肾与骨、膀胱、耳、发之间的紧密联系，浅显易懂。介绍形神一体观时，让大家回想一下高中生活，是不是有同学出现过精神状态不佳，注意力不集中，记忆力减退，失眠、食欲减退等现象，这就是因为学习紧张，压力大（神）影响到脏腑气血（形）的功能，同学感同身受，也很容易理解。

火罐成为里约奥运会的“疗伤神器”，菲尔普斯游泳比赛时身上明显的火罐印，让全世界对中医有了新的认识。屠呦呦获得2015年诺贝尔医学奖，是中国医学界迄今为止获得的最高奖项，也是中医药成果获得

的最高奖项。这些让世界了解中医的新闻也让学生认识了中医。

3.2 理论与临床结合 显示理论的价值 中医理论与临床是密不可分的,在讲解中医理论时切不可只以理论阐述理论,一定要和临床相结合,既可以增强对理论的理解,又可以让学生体会到理论的意义,只有与临床相关才能体现理论的价值。如介绍辨证论治,对病、证、症三个概念及其之间的关系,以及意义,有时候老师讲了半天部分同学还一片茫然,这时就可以举一个同学都可能生过的病来说明,什么病?感冒。感冒是病,分为三个证:风寒束表证、风热束表证、暑湿伤表证,恶寒、发热、头痛、咳嗽等就是症。感冒三个证,每一个证的症状不同,治疗方法、治疗药物不同。体现了辨证论治的具体运用,不再抽象。

3.3 巧妙设疑 师生互动活跃课堂气氛 在课堂讲授的过程中经常采用问答的方式,抓住提问切入点,在重点处设疑,在难点处设疑,在易错处设疑,给学生以思考、想象的余地,老师再做讲解,这样有助于集中学生的注意力,让学生的思维紧跟教师,吸引学生的兴趣,发展学生的思维力、想象力、创造力,让学生主动参与到教学中,还可以加强记忆。如古代没有现代科学的检测设备,古人是怎么诊断疾病的了?凭什么判断病在心,在脾,还是在肝?这就是整体观念的体现,察外知内的应用。问学生知不知道“水土不服”的这种说法?出现过哪些表现?很多同学来自外地,到学校后部分人感到不适应,可能有的出现皮疹或腹泻,还有的出现月经不调等。为什么会出现这种“水土不服”的现象?这就是地域环境对人体的影响。教师要精心设计提问,让提问多样化、趣味化,营造出积极、活跃的课堂气氛。

还可以设置疑问,让学生自己查找资料,锻炼学生查阅文献的能力,丰富专业知识,主动学习,从学会向会学逐渐演变。

4 重视医德教育

中医自古以来重视医德教育,在绪论的授课过程中,结合教学内容,有目的地渗透医德教育,充分发挥“教书”与“育人”的作用,让学生认识医乃“健康所系,性命相托”的职业特点。介绍中医学的概念时要给学生讲“杏林”的典故,董奉的故事,据《神仙传》卷十记载:“君异居山为人治病不取钱,使人重病愈者,使栽杏五株,轻者一株,如此十年,计得十万余株,郁然成林……”根据董奉的传说,人们用“杏林”称颂医生,医家每每以“杏林中人”自居。董奉去世后,“杏林”的故事一直流传了下来,明代名医郭东就模仿董奉,居山下,种杏千余株。苏州的郑

钦谕,庭院也设杏圃,病人馈赠的东西,也多去接济贫民。后来,人们用“杏林春暖”、“誉满杏林”、“杏林高手”等词句来赞扬医生的高明医术和高尚医德,“杏林”也成为中医的代名词。

介绍孙思邈的《千金要方》时要重点提到《大医精诚》,《大医精诚》是中医学典籍中论述医德的一篇极重要文献,为习医者所必读,被誉为是“东方的希波克拉底誓言”。《大医精诚》论述了有关医德的两个问题:第一是精,亦即要求医者要有精湛的医术,认为医道是“至精至微之事”,习医之人必须“博极医源,精勤不倦”。第二是诚,亦即要求医者要有高尚的品德修养,以“见彼苦恼,若己有之”感同身受的心,策发“大慈恻隐之心”,进而发愿立誓“普救含灵之苦”,且不得“自逞俊快,邀射名誉”、“恃己所长,经略财物”。它明确地说明了作为一名优秀的医生,不光要有精湛的医疗技术,还要有良好的医德。这篇文章广为流传,影响深远,直到现在,中医仍用它作为准则来严格要求自己,每个医生都应秉承“大医精诚之心”,全心全意地为患者服务。

总之,《中医基础理论》绪论的讲授不是简单地介绍教材内容,而是要通过各种教学方法,丰富的教学内容,饱满的教学热情,严谨的教学态度,让学生不仅掌握知识点,更要通过绪论的学习,让学生了解中医,相信中医,热爱中医,有兴趣有信心去学好中医,对于《中医基础理论》及后续各门中医课程讲授都具有重要意义。

参考文献

- [1]孙广仁.中医基础理论[M].中国中医药出版社.北京:中国中医药出版社,2007:1.
- [2]谢伟,刘睿,刘洋,等.培养和引导高等中医药院校学生学习兴趣的有效对策探讨[J].湖南中医杂志,2016,32(9):129-131.

(本文编辑:杨杰 本文校对:谢慧臣 收稿日期:2017-11-04)

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

提高规培生职业价值感的教学体会

张楠¹ 杨迎新¹ 孙银屏^{2*}

(1 首都医科大学附属北京中医医院眼科, 北京 100010; 2 北京中医药大学东方医院党院办, 北京 100078)

摘要:目的 评价提高规培生职业价值感的教学方法在眼科规培生中的应用效果。方法 选取2016年1月—2016年12月在首都医科大学附属北京中医医院眼科轮转周期为1个月的40名非本专业规培生为研究对象。随机分为2组, 观察组在临床工作中充分调动其主观能动性, 在带教老师的质控范围内相对独立管理住院患者, 对照组采用布置任务的方式, 对日常工作进行分解并指示其逐项完成。结果 观察结果表明临床自主管理的规培生工作热情更高、工作态度更负责任、学习成绩更好。2组在迟到次数、日均查房次数、加班次数、病历书写成绩、出科考试成绩比较中差异有统计学意义 ($P<0.01$)。结论 提高规培生职业价值感的教学方法能够有效提高眼科规培生的学习效果。

关键词: 规培生; 职业价值感; 眼科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.009

文章编号:1672-2779(2018)-06-0021-02

Teaching Experience of Improving the Profession Value of Standardized Trainer

ZHANG Nan¹, YANG Yingxin¹, SUN Yinping²

(1. Ophthalmology Department, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China; 2. Party Office, the Eastern Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China)

Abstract:**Objective** To evaluate the application effect of teaching methods which improving the standardized trainer's profession value in ophthalmology. **Methods** 40 non-ophthalmic students of Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine from January to December 2016 who study for one month were randomly divided into observation group and control group. The observation group was fully mobilized subjective initiative, and management hospitalized patients relatively independent under the quality control of their teachers in clinical work was made. The control group adopted assigning tasks, and the routine work was to be completed with resolution and instruction by item. **Results** The observation results showed that the standardized trainer with independent management had more enthusiasm, more responsible attitude, and better grades on work. The two groups in late times, the average daily number of rounds, overtime, record score, examination performance had statistically significant difference ($P<0.01$). **Conclusion** The teaching methods which to improve profession value of standardized trainer can improve the learning effect of ophthalmology regulatory effectively.

Keywords: standardized trainer; profession value; ophthalmology

住院医师规范培训是医学生毕业后教育的重要组成部分, 对于培训临床高层次医师, 提高医疗质量极为重要。占据了医学终生教育的承前 (医学院校基本教育) 启后 (继续医学教育) 的重要地位, 是医学临床专家形成过程的关键所在。自2014年国家住院医师规范化培训正式启动以来, 该项举措取得了可观的成绩, 但也存在一定的问题。特别是参加规范化培训的住院医师, 在职业价值感、归属感、待遇等方面存在着一定的困扰。规培生是医学生成长为合格临床医师的必经之路, 在这个特殊的阶段, 除了临床技能的培养, 价值观的树立也是医学教育的重要组成部分, 因此, 提高规培生的职业价值感尤为重要。

眼科住院医师培训是毕业后医学教育阶段的重要组成部分, 是培养合格医师的有效途径, 是眼科专科医师培训的必备前提和基础^[1]。但眼科对于大多数轮转医师而言, 非必转科室, 如何提高非眼科专

业规培生的积极性和学习成绩成为我们教学的难点。在我科的临床教学过程中, 我们尤其注重培养规培生的职业价值感, 通过调动其主观能动性, 让其寻找到自主规划临床工作进度的乐趣, 培养其独立处理问题的能力, 发挥主人翁意识, 在独立中成长, 增加其职业价值体验。本研究通过对比分析注重加强职业价值感培养的规培生与一般教学模式培养的规培生的学习效果及工作效率, 探讨职业价值感培养的重要性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2016年12月在首都医科大学附属北京中医医院眼科轮转周期为1个月的40名非本专业规培生为研究对象。随机分为2组, 观察组在临床工作中充分调动其主观能动性, 在带教老师的质控范围内独立管理住院患者, 对照组采用布置任务的方式, 对日常工作进行分解并指示其逐项完成。

1.2 教学方法 观察组以规培生自主管理住院患者为主, 并以相对独立的身份与患者充分沟通, 通过翻阅书籍、

* 通讯作者:sunpink@163.com

查阅文献解决患者的基本问题,通过总结患者当前问题在上级医师查房时积极反映情况,并从中汲取相关知识及技能,通过提高自身临床能力实现其自我价值,带教老师更多扮演着总体医疗安全质控及适时指导的角色。对照组以带教老师指令性安排规培生日常临床工作为主,并将工作细化分解,指示规培生分步逐项完成,在管理患者的过程中,带领规培生以带教老师为主体共同与患者进行交流,规培生更多扮演着实习学生的角色。

1.3 统计学方法 日常工作中,由带教老师观察学生临床行为并进行相关记录;轮转结束后,对学生进行出科考试。对比两组学生的临床行为、病历成绩、考试成绩。采用SPSS 16.0软件包进行数据统计分析,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差描述,统计方法采用 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

观察组采用自主管理临床工作,对照组采用指令性管理临床工作。见表1~2。

表1 观察组和对照组规培生临床行为的比较 ($\bar{x}\pm s$,次)

组别	人数	迟到次数	日均查房次数	加班次数
观察组	20	0.80 $\pm$ 0.696	4.80 $\pm$ 1.240	7.80 $\pm$ 1.642
对照组	20	3.25 $\pm$ 1.773	1.60 $\pm$ 0.995	2.10 $\pm$ 1.683
t 值		-5.752	9.004	10.844
P 值		<0.01	<0.01	<0.01

表2 观察组和对照组规培生成绩的比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	人数	病历书写平均成绩	出科考试平均成绩
观察组	20	94.10 $\pm$ 1.714	94.85 $\pm$ 1.531
对照组	20	90.20 $\pm$ 1.989	90.00 $\pm$ 2.753
t 值		6.642	6.885
P 值		<0.01	<0.01

3 结论

采用临床自主管理的观察组规培生到岗时间早、查房频率高、下班时间晚,采用临床指令性管理的对照组规培生到岗时间晚、查房频率低、下班时间早。这说明观察组具有更高的工作热情及更负责任的工作态度,通过提前到岗做好充足的准备和规划,深入医生的角色,开启一天的临床工作,更多地查房增加了医患之间的交流与信任,更加提升了规培生的职业价值感,自主加班让工作更加圆满,更好的完成医生每一天的使命。另外,观察组的病历成绩及出科考试成绩均优于对照组。这说明观察组获得了更多的知识,培养了更多的技能。因此,提高规培生的职业价值感有助于调动学习积极主动性,有助于提高学生的学习成绩,有助于提高临床教学质量。可见职业价值感是

规培生成长的原动力。

4 讨论

职业价值感是指对自己将要从事职业的价值自我判断,对可能取得的成就的估计,对社会回报的满意程度。传统的职业价值有经济价值、安全价值、伦理价值等,而现代的职业价值则扩展为包括个人认同、加强自我价值、个人成长和成就感、人际交往等方面。职业价值观是人们衡量社会上某种职业的优劣和重要性的内心尺度,是个人对待职业的一种信念,并为其职业选择等活动提供充分的理由^[2],是人生价值观在职业问题上的反应,是人生价值观的一个重要方面^[3]。职业价值的提升应成为当前职业培训的首要任务。职业在今天不应再仅仅定位为谋生的手段,也不能被简单地看做是在完成任务,只有将职业的价值提升到与个体对生命价值的追求相一致的高度,才能最大程度地激发起个体对职业的认同感、归属感,有可能最大程度地使个体投身于工作,并使之成为生命的一部分。特别是医生这一肩负着悬壶济世、救死扶伤特殊历史使命的职业,更应该注重提高个人的职业价值感,并将其融入到个人的职业生涯并贯穿始终。当然,对职业的感受将直接决定职业价值感的质量。只有当一个人不仅仅把工作看做是一种职责,而是与自我价值实现相关联的时候,才能真正具有主体意识和内在发展的动力与需求;只有在工作中获得了认同,感受到快乐,才会进入积极投入的工作状态。

综上所述,临床带教应以培养规培生的职业价值感为基础,树立正确的职业价值观,在此基础上,临床知识及技能的培训才能更加深入更加完备,在这种培养模式下,规培生可以得到更全面的发展。医学教育是以满足社会需要为目的,有计划有组织培养医疗卫生人才的教育活动^[4]。住院医师规范化培训属毕业后教育,是医学临床专门人才形成的关键所在,因此提高该环节的教育教学质量尤为重要。我们不难想象,通过提高规培生的职业价值感,可以奠定医患沟通的基础,增加彼此的信任,更大程度地建立和谐的医患关系,提升医学生教育的本质和内涵。

参考文献

- [1]周海燕,刘冬莹.美国专科医师制度的实践与分析[J].中国高等医学教育,2010(3):64-65.
- [2]张进辅,范会勇.青年职业发展与测评[M].重庆:重庆大学出版社,2009.
- [3]杨雯雯,黄求进.三级医院新护士职业价值观及离职意愿现状调查[J].中国医院管理,2015,35(3):62-64.
- [4]朱潮.新中国医学教育史[M].北京:人民卫生出版社,1990:56.

(本文编辑:杨杰 本文校对:孙银屏 收稿日期:2017-12-08)

开展儿童中医药启蒙教育的重要性

马思佳 马鑫烨 黄伯南 李 远*

(河北大学中医学院, 河北 保定 071000)

摘要: 中医学是中国医学体系中的重要组成部分, 是我国优秀传统文化的重要载体。中医药文化与知识的传承与早期教育密不可分, 重视中医药的儿童启蒙教育可以继承与发扬我国优秀的传统中医药文化。在早期培养学生的兴趣, 早日培养中医药学术思维, 可以减轻进入大学后繁重的学习负担, 强健身体的同时, 可为将来培养优秀的中医药工作者奠定基础。

关键词: 中医药文化; 启蒙教育; 传统文化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.010

文章编号: 1672-2779(2018)-06-0023-03

The Importance of Developing Chinese Medicine Enlightenment Education of Children

MA Sijia, MA Xinye, HUANG Bonan, LI Yuan *

(Department of Traditional Chinese Medicine, Hebei University, Hebei Province, Baoding 071000, China)

Abstract: Traditional Chinese medicine is an important part of China's medical system and an important carrier of China's outstanding traditional culture. The inheritance of Chinese medicine culture and knowledge is inextricably linked with the early education. The enlightenment education of children attaching importance to Chinese medicine can inherit and carry forward the excellent traditional Chinese medicine culture of our country. In the early training of students' interest in learning and early training of academic thinking of traditional Chinese medicine can reduce into the university after their heavy study burden, a strong body, at the same time, and lay the foundation for the future training of Chinese medicine.

Keywords: Chinese medicine culture; enlightenment education; traditional culture

中医药是我国传统知识文化的重要组成部分之一, 而中医药教育, 又是中医药事业发展的基础, 我国传统的中医药事业能否蓬勃发展与集成, 很大程度上取决于教育领域对人才的培养。近期召开的十九大报告会中也有提到, 民族复兴与中医药复兴之间密不可分, 要传承中医药事业, 发挥中医药在建成小康社会、建设健康中国的作用, 就要抓紧加强中医药人才队伍建设, 培养一批具有国际视野的医学青年人才, 引领中国站在全球医疗行业的制高点。而目前我国涉及到初等中医药教育的领域, 还有待完善与提升, 尤其是关于中医药的早教阶段, 故本文就早期儿童中医药启蒙教育作一探讨, 阐述其开展的重要性, 以期引发大众思考及学术共鸣。

1 关于中医启蒙教育的讨论

1.1 现有中医启蒙教育的背景 我国开展高等中医教育已有50余年的历史, 已逐渐形成了多形式、多层次、多专业的教育体系。作为培养中医人才主要场所的中医药院校, 在数量和规模上也都有了长足的进步^[1]。但我国大部分关于现有中医药学的知识传授, 多数分布于在大学及其以上的教育领地, 在中小学时期, 则少有涉及。邓小平同志曾说“教育要从娃娃抓起”, 想要培养出出色的中医人才, 应从儿童时期开始。儿童是中医启蒙的最佳时期, 中医学习, 自古以来就有着幼承庭训, 年少跟师学习的传统, 历代名医多数在儿童和

少年时期就有很好的传统文化根底和中医基础。反思新中国成立以来的中医高等教育, 虽然接受现代医学的思想较多, 但比较公认的还是老一辈的中医传统理论基础更为深厚。并且随着现在各种文化的飞速融合, 国民文化素养自身有所欠缺, 对于中医文化的盲目与不解逐步扩大, 加之民众对于中医的认识度也不是很理想^[2], 普及青少年的中医文化就显得尤为重要。社会上很多人缺乏对中医有一个全面的认识, 怀疑甚至否定中医的疗效, 原因之一就是他们对中医药的内涵了解的不够。

1.2 中医早期启蒙教育的必要性 作为学龄前以及中小学生的孩童们正处于观念与理念的塑形时期, 接收新鲜事物较快, 是文化、素质启蒙教育的最佳时期。并且在中小学时期学习传统中医知识, 可以提高他们的认知能力, 在早期培养及形成中医传统思维方式; 使他们学会用理性的思维对待生活, 用辨证观念去处理生活和学习上遇到的问题; 还可以向儿童及青少年传达“未病先防”的健康理念, 纠正其在生活中的不良生活习性, 改善饮食习惯, 在将我国传统文化传播进校园, 在维护我国青年儿童健康的同时, 令其去体会中医药知识的魅力。中国传统文化所讲究的“人之初, 性本善”, 以及在早期让儿童接受大医精诚, 医乃仁术的思想观念教育, 可以为将来的中医界形成“风清气正”的医德风尚打下坚实基础。

另外, 传统中医药的知识内容纷繁复杂, 有大量需要掌握和记忆的文字, 这些内容让成人的记忆难度

* 通讯作者: liyuandutcm@126.com

很大,当代著名医家岳美中老先生在生前也曾呼吁“中医应当早读早背”,在儿童时期进行机械记忆、形象记忆,随着年龄的增加,理解记忆所占的比重就会不断地加大。同时进行中医启蒙教育可以将“不为良相,愿为良医”的观念进行传播,即使他们将来并未从事这一职业,也可以体会到医生这一职业的责任与伟大之处。

1.3 中医启蒙教育的优势 早在清代就有陈修园先生编写的《医学三字经》问世,这是一本有关于医学启蒙的三字经,该书以《黄帝内经》、张仲景之书为根基,言简意赅,通俗而不离经旨。中医启蒙教育,不仅仅局限于对儿童及青少年进行文化的知识的积累,而更有利于提高孩子们的文学素养。《内经》中的黄帝虽然位高权重,但仍不耻下问,“不知其解,愿闻其故”的态度与孔子所著《论语》中的“知之为知之,不知为不知”有着异曲同工之妙。并且黄帝在面对岐伯等人的谦逊态度,又可与《论语》中的“三人行必有我师”对应。传统中医学的内容与儒家文化是密不可分的,正所谓“医者仁心,儒医同道”。

同时在现代,有学者认为,部分中医人才专业思想不牢固、中医理论掌握不深透、基本功不扎实、临床思维能力不强、动手能力差等,这些现象已成为不争的事实^[9]。因此,进行中医启蒙教育就更为必要,它可以为日后塑造优秀的中医学者奠定基础,改善目前存在的不良现象,为国家培养优秀的中医医者,将我国五千年来的传统文化继承与发扬下去贡献一定的力量。

2 关于中医启蒙教育的课程探索

2.1 中医启蒙教育的理论课程 在中医启蒙教育的内容中,“接地气”的中医基础理论最容易被儿童接受。传统中医的基本理论主要是源自于《黄帝内经》,其基本素材则源于中国古人对于生命的长期的细微观察以及大量的临床实践和尸体解剖,内容比较贴近生活,道理也比较浅显易懂。例如,在揭示阴阳在自然界的普遍存在时,“白天与黑夜”,“冷与热”,“男与女”都是一些比较浅显易懂的识别阴阳的例子。并且历史上许多著名医家的生平,都充满着趣事。处于启蒙阶段的孩童,对于有趣的典故都有着一定的兴趣。因此,可以将著名医家的生平编写成有一定教育意义的故事,使孩子们产生兴趣的同时,愿意逐渐了解中医药在漫长历史长河中留下的足迹:神农尝百草,杏林、悬壶的由来,薛雪的扫叶山庄与叶天士的踏雪斋的由来等等都可以作为教学时应用的例子。另外,古代文学作品中有大量耳熟能详的中医药故事,都可以作为儿童中医药教学的题材,如《后汉书》中

华佗与麻沸散的传说,《左传》中“河鱼腹疾”的由来等等。

2.2 中医启蒙教育的实践课程 实践课程的设立,对于普及中医药文化以及知识,便是起到了锦上添花的作用。在有关于中药材学习的方面,可以组织孩子们进行实地的考察,比如参观各地的中药园,由此可以认识并记忆一些简单形象的中药,如蜈蚣、地龙、人参、辛夷花、薄荷等等,加强孩子们的记忆,让孩子们对中药产生兴趣。在中药炮制的课程上,也可在保障安全的情况下,加入相应的实践课程,让孩子们亲自动手,体会中药饮片的加工过程以及相应的注意事项。虽然他们并不全都了解这些中药的药用价值,但是通过亲手操作,了解了这类药物如何制作成中药饮片,在今后掌握更多的中药知识方面,都打下了牢固的基础。还可以带领孩子们参观相应地区的中药博物馆,了解历代以来中药的计量单位以及制作器具,加深印象,增添兴趣。并且可以设置简单的推拿与应急自救课程,使孩子们掌握一定的医学常识,在将来遇到危险等意外情况时,以备不时之需。

2.3 中医药游学教育活动中中医启蒙教育的意义 我国传统中医药中有诸多药物来源于大自然,且古人的很多养生理念、治病机理均是来源于大自然,即中医学是一门社会与理论相互结合的学科,这与传统中医理论中倡导的“天人合一”的思想不谋而合。国家中医药管理局曾在《关于加强中医药文化建设的指导意见》中指出:“研究探索中医药文化人才培养与传承的思路和方法。建设富有中医药特色的校园文化,在人才培养的全过程中融入中医药文化理念与实践,逐步构建中医药教育机构文化体系”^[10]。因此,开展中医药游学教育既是儿童中医启蒙教育的需要,更是传承、创新和发展中华精髓文化的重要途径。目前国内涉及到的中医药知识、文化教育多停留于书面阶段,课堂教学中的渗透性教育虽然可以促进中医药知识网的建设与发展,但也存在趣味性较差,形式略显单一、不易激发同学兴趣的缺点,例如很多同学只知道麻黄、甘草的功效,却不知其草药的生态形状。因此,进行游学教育是一种能激发孩子们的兴趣,提高主观能动性,并能加深印象的教育活动。

3 关于中医启蒙教育的期望

3.1 当下中医教育模式需要改革 邓铁涛教授曾说:“一个有水平的中医必须具备深厚的传统文化功底,熟谙中医经典,精通辨证论治。”显然在这一点上,我国现有的高等教育学校做的还不够。现有中医院校的學生,在小学、初高中在学校接触的传统文



寥无几,在每天学习各种文化课的时候,只有语文课本上的古诗词中会略微涉及到一些,对于古代哲学思想,“天人合一”这样的领悟,就更是没有了。这使得刚刚进入中医院校,甚至是学习了几年的学生,在接触到五行、阴阳、辨证思维时,常常感到矛盾与不解。且现在大部分中医高等院校设置的有关于传统文化的文、史、哲课程,多为选修课,却设立了多门与现代西医相关的必修课,从而将西医的专业理论设置成了“医学生的公共基础课”,学生的临床教育被“以西带中”的风气影响着,使得很多中医药专业的学生没有底气,当初选择专业的热情也逐渐消失,甚至出现了调整专业的现象。

另外,在传统中医的学习过程中,起到至关重要的人才培养模式便是“师带徒”模式,这种模式对于中医的薪火相传功不可没。但是,如何让这种师承关系走进中小校园,是现阶段中医教育模式需要反思的。

3.2 对于中医启蒙教育的政策支持 在2016年7月由中华中医药学会召开的“第四届岐黄论坛”上,由中华中医药学会秘书处整理并发到与会者手中的《当前涉及中医药学传承、创新、发展的第一批100个重大问题征求社会意见稿》中就有关于:中医药教育改革和人才培养机制创新问题;高等中医药教育内容、课程体系问题;中医药界的大家、领军人才、青年人才成长规律问题;聚集国内外中医药人才高地问题;完善中医药师承教育模式问题;建立世界一流中医药大学和中医药学科问题;当代中医大学生中医思维能力与中医实践能力培养问题等问题的涉及,说明我国现有的中医教育制度,亟需改革,而这其中,中医启蒙教育研究又占了很大一部分的比例。

并且近年来,国家对于中医药文化的复兴与发展,寄予了厚望,提出了很多政策予以帮助和扶持。2016年2月22日,国务院印发的《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》明确了今后一个时期中医药发展的重点任务,其中包括要全面做好中医药理论方法继承,加强中医药传统知识保护与技术挖掘,强化中医药师承教育;要大力弘扬中医药文化,发展中医药文化产业。同年颁布的《中华人民共和国中医药法》中便强调要鼓励发展中医药教育,加强中医药人才培养,加大对中医药科学研究和传承创新的支持力度,促进中医药文化传播和应用。教育行政部门和高等中医院校重视中医启蒙教育研究,加强中医启蒙教育和中医高等教育的衔接,将儿和青少年的中医教育,作为中医发展百年大计,制定相关政策,对于确有相关特长的青少年破格选拔录取,对于发展中医启蒙教育和我国

传统中医药的继承与弘扬,都起着至关重要的作用。

3.3 启蒙为继承中医奠定基础 与各国传统医学相比,中医是世界上理论体系最成熟,临床疗效最可靠,治疗方法最丰富的传统医学,也是世界上可与西医相媲美的唯一的传统医学^[9]。我们有责任和义务把中华民族五千年来的诊疗特色与优势发扬和传播到世界各地,为人类的防病治疗作出贡献。因此,中医启蒙教育在其中便发挥着很大一部分的作用,人们的实践行动来源于其思想,而思想就源自于启蒙。启蒙是开发蒙昧的意思,大到文化、社会,小到个人,凡是历史上所有的进步都是不断启蒙起到的作用,兴趣是最好的老师,只要人类有思想,启蒙运动就在不断地进行着,有了启蒙教育,就会有颠覆,我们的传统中医内容需要继承、需要创新,会为中医药的发扬与继承奠定一个良好的基础。

4 小结

中医是中国的传统医学,内容博大精深,是我国古代劳动人民在长期医疗实践中逐渐形成的,具有独到的理论特点和诊治风格的医学理论。至今,仍然为保障我国人民乃至世界人民的健康不断作出贡献,并且近年来在世界中的地位不断提升,被越来越多的人所认可。因此,如何更好地继承和发扬我国的中医药,成为当代中医药教育中讨论最多的问题。人才的培养依赖于教育,而教育的起点便是启蒙教育。想要培养出出色的中医药人才,就必须将相关的中医药教育植入到小学甚至是学龄前的教育当中,让中医药的种子在儿童时期就开始生根发芽,并进行播散,避免将来高等中医药院校培养出来的人才专业思维形成过晚、忽略中国传统哲学思想等问题。并且中医学是一门以人文科学理念构架自然科学理论体系的学科,蕴藏着中国文化的深厚根基,是中国优秀传统文化的重要组成部分,深厚广博的文化知识是精湛医术的文化根基,高尚医德的文化渊源^[6]。这样的文化需要尽早培养,这样对中医理论才能进行深入的理解,实现中医理论的继承。

参考文献

- [1]杜仲平,杜渐.对现行中医教育的几点思考[J].甘肃中医,2010,23(10):64-66.
- [2]刘亚雄,黄峻杰,罗阳东,等.探索以《内经》为启蒙的中小学中医文化教育[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(1):34-36.
- [3]图雅,邱鸿钟.高等中医教育改革中课程设置的思考[J].医学教育探索,2008(3):234-235.
- [4]饶洪.开展中医药文化教育是中医学专业思想教育和创新[J].中医药管理杂志,2012,20(6):536-538.
- [5]李致重.复兴是当代中医创新的主体[J].中华中医药杂志,2016,31(10):3857-3863.
- [6]雷旭露,呼雪庆,彭洪莲,等.关于增设中医学生启蒙课程的调查报告[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2010,12(4):16-19.

(本文编辑:杨杰 本文校对:张冬立 收稿日期:2018-01-03)

以问题为导向的模拟门诊教学法 对提高规培医师接诊能力效果观察

王世强 陈素珍 楼黎明 张 弘

(浙江中医药大学第三临床医学院内科教研室, 浙江 杭州 310005)

摘要:目的 探讨以问题为导向的“模拟门诊”教学法对提高规培医师接诊能力带教的效果。方法 将30名规培学员分为试点组和对照组, 每组15名。试点组学员在单纯传统跟师门诊基础上, 每2周举行1次模拟门诊接诊训练, 总观察时间为半年; 对照组单纯传统门诊带教, 观察时间也为半年。通过对2组的学习收获、学诊氛围、带教效果、总得分及问卷调查进行对比分析。结果 试点组在学习收获、学诊氛围、带教效果及总得分方面明显优于对照组 ($P < 0.05$); 从问卷反馈结果看, 绝大部分学生认为以问题为导向的“模拟门诊”教学法调动了他们的学习积极性、活跃了学习气氛、提高了语言表达能力, 切实提高了门诊接诊能力。结论 以问题为导向的“模拟门诊”教学法在中医内科门诊教学中具有明显优势, 更能提高教学效果, 增强规培学员的门诊接诊能力, 可以作为传统门诊跟师带教法的很好补充。

关键词: 模拟门诊; 规培医师; 接诊; 临床带教

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.011

文章编号:1672-2779(2018)-06-0026-03

Observation on the Effect of Problem-oriented Simulating Outpatient Admissions Teaching Approach for Improving Patient Reception of Doctors in Standardized Residency Training

WANG Shiqiang, CHEN Suzhen, LOU Liming, ZHANG Hong

(Department of Internal Medicine, the Third Clinical Medical College, Zhejiang Chinese Medicine University, Zhejiang Province, Hangzhou 310005, China)

Abstract: Objective To explore the effect of problem-oriented simulating outpatient admissions teaching approach for improving patient reception of doctors in standardized residency training. **Methods** 30 doctors in standard residency training were divided into the experimental group and the control group, with 15 doctors in each group. Doctors in the experimental group were biweekly held a simulated outpatient admissions training based on the in a simple and traditional clinical teaching. The total observation time was six months. The control group was simply in traditional clinical teaching and observation time was six months. Comparative analysis was made on learning gains, the learning atmosphere, teaching effectiveness, total score and questionnaires for the two groups. **Results** The experimental group was significantly better than the control group in learning outcomes, teaching atmosphere and teaching effectiveness. Total score in the experimental group had an obvious advantage over the control group ($P < 0.05$). According to the results of a feedback questionnaire, most doctors thought that problem-oriented outpatient admissions teaching method aroused their enthusiasm for learning, enlivened learning atmosphere, improved language skills and effectively improved outpatient admissions. **Conclusion** Problem-oriented outpatient admissions teaching method has obvious advantages in out-patient teaching of traditional Chinese medicine, which can improve teaching effectiveness and outpatient admissions ability. It can be used as a good supplement for traditional clinical teaching.

Keywords: simulating outpatient admissions; doctors in standardized residency training; patient reception ability; clinical teaching

传统门诊跟师带教主要是规培学员跟师抄方, 被动学习带教老师的经验, 注重学员的医学教育和技术层面的训练, 往往忽视学员所学知识灵活应用和主动学习、思考问题, 不利于其解决实际问题并形成自己接诊能力的培养^[1-2]。而以教师为主导、学员为主体、以问题为导向的讨论式、启发式的“模拟门诊”, 减少了教师的“灌输”, 增加学员的主动“学和思”, 使学员变被动学习为主动求知, 为教师转变传统的教学思想与观念提供了新思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取30名接受规培第一阶段中医规范化培训学员作为研究对象, 随机分成试点组与对照组各15名, 其中各组选出组长1名协助老师组织教学工作。

试点组采用传统跟师门诊基础上, 每2周举办1次以问题为导向的“模拟门诊”教学, 对照组采用单纯传统跟师门诊带教法(抄方式教学法)。

1.2 研究方法

1.2.1 以问题为导向的“模拟门诊”教学法 (1) 提出问题: 教师根据教学大纲要求设计问题, 其问题确立的依据是教学的重点和难点内容、具有突破口、反映综合运用所学知识, 并能引发学员逐步探索的欲望; 提前1周向学员提出问题。(2) 带教准备: 教师为模拟病人, 其中一名学员为模拟接诊医师。模拟病人说出就诊主诉。模拟医师进行采集病史、查体, 包括中医望、闻、问、切四诊, 并归纳病人的中医证候、中医治法、开具中医处方, 最后向小组讲解中医辨病辨

证依据,处方依据,中药加减原因,中医调护方法等。在就诊过程中,模拟病人可以增加咨询内容和各种疑虑,训练学员医患沟通能力及应变能力。整个过程不必提前设计方案,尽量做到“不设预案的实弹演习”。(3)学习讨论:教师引导所有学员积极参与讨论与发言,开展持之有据、言之成理的辩论,发扬勇于坚持自己观点但不固执己见的学风。学员通过有效交流,发现仍存在的问题,并加以解决。(4)课堂归纳总结:相互讨论后,可分别由教师或小组主持人及时进行重点归纳小结,学员体会就更深,可起到画龙点睛的作用。(5)学员在模拟门诊结束后写心得体会,总结经验和不足。该组学员在单纯传统跟师门诊基础上,每两周举行1次模拟门诊接诊训练,总观察时间为半年。

1.2.2 单纯传统门诊带教过程 学员跟随带教老师门诊接诊,所有病人为真实就诊病人,学员在就诊过程中跟随老师接诊,学习老师接诊方法和处理病人的能力,并帮助带教老师抄方。老师在接诊间隙回答学员的提问,讲解接诊经验,学员每周写跟师笔记1次,总观察时间为半年。

1.3 教学效果评估 学员对教学效果评价采取小组访谈和微信问卷调查形式进行反馈。

2 结果

2.1 学员对教学效果的评定 2组学员对教学效果评定均采用微信问卷调查的方式进行。结果显示,试点组在学习收获、学诊氛围、带教效果及总得分方面明显优于对照组 ($P<0.05$)。详细结果见表1。

表1 试点组与对照组教学效果评价 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	人数	学习收获	主动性	学习氛围	带教效果	总分
试点组	15	79.42±11.42	81.29±11.53	82.13±11.79	62.51±17.39	79.89±10.83
对照组	15	70.69±9.02	71.41±10.08	60.71±10.68	52.90±12.30	61.60±9.43
<i>t</i> 值		0.395	0.026	0.156	0.340	0.072
<i>P</i> 值		0.046	0.042	0.029	0.040	0.031

2.2 试点组对以问题为导向的“模拟门诊”教学法评价 对试点组进行深入访谈,结果显示,该教学法优点体现在:(1)形式活泼,可以让学员在较为宽松的环境学习门诊接诊方法,提高接诊能力;(2)提高了学员的学习主观能动性;(3)以问题为导向,使带教目的、教学内容更加明确,重点突出;(4)在模拟病人面前可以更加容易学习医患沟通,不必有所顾虑,带教老师传授医患沟通技巧更加方便;(5)促进师生、同学间的交流与合作,使相互关系更加和谐。而不足表现在:(1)该教学法较传统门诊跟师过程复杂,费时费力,不可能每天开展,只能作为传

统门诊跟师教学法的补充;(2)模拟病人过于专业,病情过于典型,不利于学员学习和处理复杂多变的疾病。

2.3 试点组对以问题为导向的“模拟门诊”教学法的看法 从问卷反馈结果看,绝大部分学生认为以问题为导向的“模拟门诊”教学法调动了他们的学习积极性、活跃了学习气氛、提高了语言表达能力,切实提高了门诊接诊能力。结果详见表2。

表2 试点组学员对以问题为导向的“模拟门诊”教学法的看法(%)

问卷内容	是	否
提高了主动学习能力	80.0	20.0
加强了学员间的沟通、合作	86.7	13.3
有利于发挥学员潜能	66.7	33.3
富有启发性	73.3	26.7
提高了学习兴趣	93.3	6.7
活跃了学习氛围	100.0	0.0
便于学习医患沟通	93.3	6.7
学习目标明确、重点突出	86.7	13.3
更能提高门诊接诊能力	100.0	0.0
提高了语言表达能力	86.7	13.3
更能锻炼中医临床思维能力	93.3	6.7

3 讨论

门诊接诊能力是中医住院医师规范化培训学员在轮训期间必须具备的能力之一。如何提高规培学员的接诊能力和中医临床思维能力一直是中医内科带教老师探索的问题^[3-4]。目前,大多数门诊带教老师主要采取的是跟师抄方方式带教方法,即带着规培和实习学生接诊、处理病人。该方法简单、不费时费力,有时间就跟学生讲一讲,没时间就不讲,只顾自己看病人。教师带教意识淡漠,学生学习重点不突出,学习目标不明确,学习氛围沉闷,中医临床思维能力得不到更好的提高,也不利于带教老师医患沟通技巧的传授^[5]。

以问题为导向的“模拟门诊”教学法虽然过程复杂,但不必天天举办,可以作为传统跟师门诊教学的很好的补充。如本项观察研究,每两周开展一次,完全可行。通过对试点组和对照组的对比观察,我们发现,试点组在学习收获、学习主动性、学习氛围、带教效果等方面均优于对照组。从试点组学员对以问题为导向的“模拟门诊”教学法的看法调查结果分析,15名规培学员全部认为该带教方法活跃了学习气氛、更能提高门诊接诊能力。93.3%的学员认为该方法提高了学习兴趣、便于学习医患沟通、更能锻炼中医临床思维能力。86.7%的学员认为该方法提高了语言表达能力、加强了学员间的沟通和学习目标明确、重点突出。由此可见,以问题为导向的“模拟门诊”教学法是一种很好的门诊教学方法。但必须强调的是,该方法只

能作为传统门诊跟师教学的补充,不能完全取代门诊跟师教学。下一步,我们将设计标准化病人,规范情景模拟门诊,提高门诊带教质量,增强规培学员的门诊接诊能力。

参考文献

[1]林佳,郑峰,林燕玉,等.基于中医临床思维能力培养的中医内科学教学方法研究[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(6):12-14.

[2]王秀峰,王明刚,毛德文,等.《中医内科学》“1+1”实践教学模式对于中医临床思维能力的培养[J].教育教学论坛,2015(38):140-141.

[3]陈亮,夏秀萍,何达.标准化病人在助理全科医生门诊接诊能力培训中的应用效果分析[J].中华全科医师杂志,2015,14(10):790-792.

[4]王茂泓,张小萍.中医临床思维的培养途径探析[J].江西中医学院学报,2011,23(2):30-32.

[5]郑鹏,孙嫣然.情景模拟教学与案例教学结合对培养住院医师医患沟通能力的效果[J].中国医药导刊,2017,19(1):107-108.

(本文编辑:杨杰 本文校对:黄慧贤 收稿日期:2018-01-02)

英语护理专业病理学互动式双语教学应用实践

陈芳 高爱社 孙洁 张灵* 李珊 王丽

(河南中医药大学基础医学院,河南 郑州 450016)

摘要: 目的 双语教学是目前医学专业教育的潮流,如何行之有效的进行双语教学是目前教学改革与探索的重要问题。方法 利用问卷调查、随堂测验、期末考试等方法,将2014级英语护理专业学生分为2组,双语互动教学组采用双语互动教学,对照组采取传统教学方式,调查学生对知识点的掌握程度及学习满意度,对2组学生总体结果进行t检验。结果 双语互动教学组学生知识点掌握程度和对照组无明显差异,但学习满意度及学生认可度较对照组有明显差异。结论 在英语护理专业实施病理互动式双语教学取得了一定的成绩和学生的认可。

关键词: 双语教学;病理学;互动式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.012

文章编号:1672-2779(2018)-06-0028-02

The Application Practice of Interactive Bilingual Teaching of Pathology in English Nursing Specialty

CHEN Fang, GAO Aishe, SUN Jie, ZHANG Jiong, LI Shan, WANG Li

(College of Basic Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450016, China)

Abstract: **Objective** Bilingual teaching is the trend of medical education at present. How to effectively carry out bilingual teaching is an important issue in teaching reform and exploration. **Methods** By using the method of questionnaire survey, quizzes, exams and other methods, students from English nursing were divided into two groups, bilingual interactive teaching group were taught with bilingual interactive teaching, while the control group adopted the traditional teaching mode. Grasps of the knowledge points and the degree of learning satisfaction were compared between the two groups by student t test. **Results** There was no significant difference in mastery of knowledge between the bilingual teaching group and the control group, but the learning satisfaction and the degree of student acceptance were significantly different from those of the control group. **Conclusion** The implementation of pathological interactive bilingual teaching in English nursing profession has made certain achievements and students' recognition.

Keywords: bilingual teaching; pathology; interactive teaching

病理学是基础医学的主干课程,其从形态、机能及代谢角度对疾病的发生发展规律进行阐述,是现代医学不可或缺的承接基础医学及临床医学的桥梁学科。我校目前同日本、新加坡等国家部分院校建立了长期交流合作项目,培养优秀中医医护人才。英语护理专业正是在此背景下,迎合国际合作交流趋势应运而生。在英语护理专业中进行基础医学课程的双语教学改革,符合专业定位要求,提升师生专业素养及学习能力,促进新的教学理念产生,提高学生的国际竞争力^[1]。

双语教学,即在教学过程中采取两种语言进行教学,鉴于我校英语护理专业的工作面向群体及就业环境,我们采取中、英双语进行教学活动^[2-3]。病理课程开展与大二上学期,学生已有一定的解剖学、生理学基础,且拥有较理想的大学英语四级通过率,但学生的专业英语仍较薄弱,如直接进行完全的讲授式英语教

学,学生理解度不理想,会直接影响后续临床及护理专业课程的学习。因此,考虑到学生接受度及病理学本身的专业教学难度,我们采取互动式,即在学生反应较好、理解度较高时采用完全英语讲授教学,而在学生反应较难的章节根据情况采用部分英语教学或在中文讲授基础上结合专业名词讲解,以灵活机动的教学方式完成教学任务。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2014级英语护理专业共294人,按班级分为2组,一组为双语互动式教学组,一组为对照组,双语互动式教学组采用双语互动教学,对照组采用传统讲授方式,2组组员形成,男女比例,入学考试成绩,英语四级通过率,授课内容均无明显差异 ($P>0.05$)。

1.2 研究方法

1.2.1 知识点掌握程度检验 设计随堂测试试卷,在病理学总论部分,心血管系统疾病,消化系统疾病讲授

* 通讯作者:zjbl2016@163.com

完毕后,分别进行3次随堂测验,测验题目来源于我校病理学题库,均为50道单选题,难度系数相同。双语互动式教学组采用双语命题,对照组采用中文命题。每次随堂测验满分为100分,单次最终折算为形成性成绩10分。

期末理论考试,试卷采取命题组命题,题型均采用单选、多选、名词解释、简答和问答,各个题型所占比例、难度系数相同。双语互动式教学组题目以中英文双语为主,名词解释、简答及问答题采用英文提问,学生自主选择中文或英文作答。总试卷满分100分,折合形成性成绩60分。

期末实验考试,选取要求学生掌握的病理切片10张,按顺序播放,每张切片低、高倍各播放30秒,30秒作答,双语互动式教学组学生可自由选择中英文作答,每张切片1分,共计10分,折算形成性成绩10分。

1.2.2 双语互动式教学效果调查 设计《中英双语互动式教学调查表》^[4-5],信度效度分析检验合格(信度值0.91,效度值0.71)。问卷前提内容为参与调查者基本情况及对双语教学是否认可,如答案为“是”,即继续进行调查。主要包括:(1)授课能接受的英文比例,如20%,30%等;(2)配合双语教学需要的预习时间,单位以小时计;(3)双语互动式教学的学习满意度,以0~100分值评分,评分越高,满意度越高;(4)课后复习所占时间,以小时计;对回收问卷进行统计学分析,结果列表显示。

1.3 统计学方法 所有数据均采用SPSS 13.0进行统计学分析,计数资料采用t-test进行检验,计量资料采取卡方检验,调查结果均以均值±标准差表示。 $P<0.05$ 认为有统计学意义。

2 结果

2.1 知识点掌握程度 2组学生学期末结束课程并进行结课考试后,按形成性成绩的折算方法对2组学生的成绩进行比较,结果见下表1。

表1 学生知识点掌握程度分析表 ($\bar{x}\pm s$)

组别	测验1	测验2	测验3	期末理论	期末实验	总成绩
双语互动教学组	84.2±3.5 [*]	79.6±5.2 [*]	82.5±4.3 [*]	75.3±10.5	6.5±3.1	76.2±13.6
对照组	76.4±5.8	86.3±4.4	77.2±4.1	72.6±13.9	7.2±2.4	75.1±12.8

注:^{*} $P<0.05$

2.2 双语互动式教学效果调查 双语互动式教学组共学生140人,发放问卷140份,回收有效问卷120份,根据调查结果,将中英双语教学调查问卷结果以表格形式显示,结果如表2。

表2 双语教学调查问卷结果 ($\bar{x}\pm s$)

调查内容	单位	调查结果
授课能接受的英文比例	%	35.2±10.2
配合双语教学需要的预习时间	h	1.5±0.2
双语互动式教学的学习满意度	分	80.5±4.5
课后复习所占时间	h	2.5±1.5

3 结论与反思

我校近年来加大对基础学科的教学及科研投入,经过数年努力,目前我校病理教学团队建设步入新阶段。我们的教学团队以青年教师为主,且有多位教师有海外游学或研修经历,普遍接受新事物能力较强,英语水平较高,因此,从教师层面上可以胜任各种形式的全英文或者双语教学。但是我们在教学过程中也看到,根据学生的反馈,全英文教学或者是英文比例较大的病理学教学导致学生学习积极性下降,使得学生需要花更多的时间投入预习和复习,部分学生有一定逆反心理,导致未进行系统复习时平时测验成绩不理想。结合英语护理专业的专业特点,从长远观点考虑,采用全英文教学对学生今后的择业及发展利大于弊,尤其在英文医学交流层面的优势更为突出。但是,考虑到具体的学情分析,恰当比例的中英文双语教学对知识点掌握及满足绝大多数同学的要求更为合适。根据我们的调查,该专业英语教学比例的接受度在35%左右,远低于预期。鉴于此,实施互动式英语教学的优点亦更加突出。

我们在教学过程中采取互动式教学方法,对于难度较大的章节,采取中文讲授知识点,英文复习重点单词,课堂进行有效的课堂提问和讨论,讨论时尽量诱导学生英文作答,教师英文加以点评,尽可能在增进学生理解的基础上拓宽学生的英文词汇,在这些章节进行阶段性测验的结果显示较对照组成绩提高,提示学生在预习基础上可达到有效的难点学习。但是,从整体成绩分析,2组学生总成绩差别不大,究其原因,可能和教师对重难点把控不准有一定的原因,部分教师认为难度较低的内容采取了全英文讲授,学生互动反馈后未及时调整教学策略,导致教学效果有待提高。综合以上结论,我们认为,多种方式实施互动式双语教学对英语护理专业的病理学学习有一定积极意义,虽从学生成绩上反映不明显,但可调动学生学习积极性,对学生今后的长远发展有建设性意义。

参考文献

- [1]陈芳,高爱社,孙洁,等.基于微信平台的中医院校病理生理学实验双语翻转课堂教学实践[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(7):19-20.
- [2]梁兆晖,何嘉莉,陈媛,等.中医专业英语教育需求调查[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(10):64-65.
- [3]陈骥,叶立霜,丁润刚.国内中医院校医学英语课程设置与教学现状分析[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2014,16(1):39-40.
- [4]刘岚,曾永秋.卓越医生教育培养中双语教学探索[J].中华医学教育探索,2014,13(9):902-905.
- [5]纪家涛,蔡斌,韩庆奇,等.微信及结合案例教学法在泌尿外科实习教学中的应用探讨[J].中国高等医学教育,2014(2):104-105.

(本文编辑:杨杰 本文校对:李娜 收稿日期:2017-12-29)

利用微课开展中医诊断学自主学习模式的实践与思考

凌耀军

(广东省江门中医药学校中医教研组, 广东 江门 529000)

摘要:随着新课程改革的稳步进行,采用微课手段进行教育教学方法的改革已经成为了推动改革的主要手段。鉴于此,本文对微课的特点进行分析,阐述了微课中自主学习模式的主要内容,提出了课前、课中、课后的应用策略,最后针对在应用中可能出现的一些问题进行完善总结,旨在为了更好的提升现今利用微课开展中医诊断学自主学习模式的质量献力。

关键词:微课;中医诊断学;自主学习;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.013

文章编号:1672-2779(2018)-06-0030-03

Practice and Thinking of Developing Autonomous Learning Model of Diagnostics in Traditional Chinese Medicine by Using Micro Class

LING Yaojun

(School of Traditional Chinese Medicine, Jiangmen School of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Jiangmen 529000, China)

Abstract: With the steady progress of the new curriculum reform, the reform of education and teaching methods has become the main means to promote the reform. In view of this, this paper analyzed the characteristics of micro course, expounded the main contents of the autonomous learning mode overview of the micro lesson, put forward the application strategy before class, in class and after class, according to some of the problems that may arise in the application of the perfect summary, in order to promote the use of today to carry out micro class traditional Chinese medicine the diagnosis mode of autonomous learning quality offer force.

Keywords: micro class; traditional Chinese medicine diagnostics; independent learning model; teaching reform

中医诊断学在教学中一直具有理论知识较强、理解难度较大、学生掌握水平较低等特点。教师在教学中采用传统的教学方法,学生在学习过程中经常会出现缺乏积极性、学习敷衍等特点^[1]。通过微课教学的方法能够增强学生对于中医诊断学的认识,提高中医诊断学教学水平,改善多年以来中医诊断学教学的弊端。因此,利用微课开展中医诊断学自主学习模式的实践与思考成为现今较热的话题,将其应用在教学中,成为中医诊断学教师应深思的问题。

1 微课的特点

微课,就是通过利用短小的教学视频,将教师想要向学生传达的某一学科的学习知识,将碎片化的学习内容、过程及扩展素材以视频、软件等载体形式呈现给学生,最终达到教学的目的。这样课程的探索,能够利用微课自身多种特点,加强学生对学习内容的认可程度,不断激励学生进行相关科目的教学。微课的教学特点有以下几点。

1.1 短小精悍 这主要是指微课在时间上以及在内容的包含程度上都较小。这样的设计主要是根据中学生的认知特点和学习规律,通过科学的分析人类的思维集中时间得出,通常学生在学习的时候注意力能够高度集中的时间大概为15 min左右,所以,相关的教学家将微课的课程教学时间安排在5~15 min以内。通过这样的设计,学生能够精神集中的进行相关知识的学习,微课由于自身的短小,在传播中不过是几十兆的流量,能够便于学生随时随地观看^[2]。

1.2 高效 高效是微课能够被广泛使用的主要原因之一,

视频制作者,通过对学生学习中的重点、难点、易出错点进行铺展,主题突出,能够有效的提升学生对于知识分解的掌握能力。学生可以对某一个知识点的微课进行反复的观看学习,以此来加强对重点难点问题的掌握。在掌握这一知识点之后,学生在网络上通过搜索也能够找到大量相关的视频材料,通过不断对知识面进行拓展,从点到面,提高大学生对知识的认识。

1.3 方便 方便是微课能够始终保持生命力的主要原因之一,学生如果在课堂上没能对教师教授的知识加以掌握,通过微课,利用先进丰富的多媒体资源,能够在家中、在课堂下,利用多媒体设备,例如,手机、电视、电脑、平板电脑等设备及时对视频进行观看,实现移动学习,也变相的提升了学习的时间,增强学生自主学习的能力。

2 微课中自主学习模式的概述

自主学习,顾名思义,是以学生作为学习的主体,通过学生独立地分析、探索、实践、质疑、创造等方法自觉地进行学习的一种学习方式。而在自主学习中能够利用微课,加强学习者在学习中的学习自愿性。通过微课所创造的学习环境、学习目标与学习内容具体、主题突出,能够让学生真心实意的投身于学习,最终达到培养人才的目的。在学习中最要四个环节就是学习环境、学习协作、学习对话以及学习意义,而微课能够为学生提供学习科目的相关课堂氛围,让学生在微课的学习任务布置中相互合作,通过认识自身学习能力与认识他人学习能力的同时,不断增强学



生自身的学习愿望,实现学习的意义,还能够在此的交流中不断确保学生在学习中不会与其他的个体与群体分离开^[3]。

3 利用微课开展中医诊断学自主学习模式的策略

3.1 课前 教师在课前利用微课进行预习作业的布置,能够让学生充分利用课余时间学习。学生通过在课前的学习,能够提前对知识进行掌握,将疑难问题归纳总结,利于学生在课堂上抓住教师的教学重点,解决自身的问题,加强课堂的利用率。当教师要进行《中医诊断学》中“问诊”中“问疼痛”的教学时,在课前可以做出如下布置:首先,为学生安排“问疼痛”中预习的内容,让学生在课堂前对“问疼痛”中的内容进行大致的掌握。学生通过教师为学生提供的微课资源,能够大致了解了“问疼痛”主要包括通过对患者疼痛程度来达到对病情的判断。但是在观看中学生没有对“如何进行痛感程度划分进行识别。”这时,教师就可以利用在课堂外建立的网络交流平台,让学生能够在一起讨论,根据自己观看的微课视频内容,对其他同学提出的疑问进行简单的答疑,和针对自己存在的疑问向老师或其他同学寻求答案。通过微课引入的知识点进行探究,能够不断的提升学生对这方面知识的理解。教师在上课前可以针对课前预习中微课中所传达的知识进行小测验,根据学生的大体情况,能够对学生掌握知识的程度有所了解,在进行课堂教学的时候,就能够让教学有所侧重。学生也能够进行测试中,检验自身对知识的掌握程度,能够不断的提升学生学习知识的自信心,提升学习的兴趣,也就能够不断的提升学生的自主学习的能力^[4]。

3.2 课中 当教师在课堂上教学时,教师可以将微课手段与翻转课堂的教学手段相结合,将学生作为中医诊断学教学的主体,引导学生自主地进行学习。例如,当教师对学生进行“观面色”的教学时,教师在设计教案中通过选择不同的病患的脸部展示,让学生以小组为单位,对几个病患的面色进行讨论分析。在学生分析中,会发现即使是针对一个病患的面部神色的区分,不同的学生也给出了不同的答案。所以教师就要教育学生书本知识能够提供给学生最准确的判断,但是学生在实践中也要注重对病人病情发展的判断。学习中医,要通过观察诸多的病例,并结合临床的其他证候表现,才能够对患者的面色问题有一个较为准确的判断。这样的教学虽然为教学增加了不少的难度,但是同样也为教学平添了一份乐趣和挑战,学生能够不仅仅局限在理论知识这一小方的天地,能够将自己想象成一名医生,对患者进行“诊治”。学生通过自己的“诊治”,再将“诊治”的内容与原医生的诊治方案进行对比,找出自身认识的不足之处,不断探寻经验丰富的医生在工作中如何使用辨证及论治的方法,以

此,来丰富自身的专业技能^[5]。

同时在进行翻转课堂的设计时,学生可以通过模拟医患之间的治疗诊治过程,让一个学生扮演“病患”,另一个学生扮演“医生”,“病患”在选定病症的时候“医生”并不知情,“病患”通过对面部进行简单的修饰,让“医生”通过对“病患”面色的观察,大致判断一下“病患”的病症。通过这样的方法,既能够增加“医生”对面部病色的观察能力,又能够增加“病患”对病情的掌握能力,能够积极调动学生的积极性,增加学生自主学习的能力。

3.3 课后 在结束学习之后,可以通过微课后布置的题目进行小测试,让教师对学生知识的掌握程度有一定的了解。学生也可以在微课的课后留言上对教师的教学行为进行评价。这样师生双方都可以在较短时间内获得反馈信息,较之常规的期终才进行的考试、评委会更及时和客观。为了不断提升学生对于理论知识的理解程度,不断深挖理论知识背后的具体内涵,在课后教师还可以利用微课对《中医诊断学》中推荐的中医经典著作,如《黄帝内经》、《伤寒杂病论》、《脉经》、《温病条辨》等进行进一步的介绍。中医本身就晦涩难懂,所以教师在指导中,通过微课动态的教学,利用学生喜闻乐见的动画等形式,对其中的内容加以讲解^[6],以加深学生对经典著作和经典理论的认识和理解。

4 应用中问题

当利用微课开展中医诊断学自主学习模式的培养时,在微课的使用中经常会出现一些常见的失误,这也是中医诊断学教师在利用微课时,需要重点考虑的问题。

中医诊断学是中医学的基础,在教学中的教学质量能够影响到学生接受的程度。所以没在进行微课制作的时候,必须要保证微课的质量,但是由于,教学进度的不断推进,教师,很难在较短的时间内让微课制作保质保量的完成,这也就要求教师在进行制作的时候,注重教师团队的协作能力,加大微课制作的投入。

通过评价机制能够有效的对学生微课学习的学习效果以及教师掌握微课设计、制作的能力与水平进行了解。对于教师而言,必须通过评价的方式,对教师的教学能力进行判断,让教师在评价中认识到教学水平的不足之处,能够不断提升教学能力;对于学生而言,有效的评价制度,能够在学生进行微课学习中起到监督的作用,加强学生对微课学习的认真态度的建立。

在进行微课教学或者其他多媒体教学的时候,必须要加强教师对学生的掌控能力。由于微课学习的课堂活动时间会加大,如果没有合理的时间安排和较为

严格的评价机制来制约的话,就会导致“无序”课堂,教师的教学工作没有办法进行,不仅不会为教学带来帮助,还会严重影响教学质量与教学进度^[7]。

5 结论

利用微课开展中医诊断学自主学习模式的实践与思考,在提升中医诊断学教学质量、增强学生的自主学习能力上有着重要意义,对教师掌握微课能力的提升也非常重要,在此过程中,课前、课中、课后的应用策略,能够不断提升中医诊断自主学习模式的能力,让学生更能够自主投身于学习当中,不断激发学生的学习兴趣。

参考文献

- [1]李琳,胡志希,简维雄,等.高等教育信息化背景下中医诊断学微课的建设[J].中医药导报,2016,22(11):117-118.
- [2]吴孝容.基于“微课和自主学习”相融合的教学模式与实践[J].课程教育研究:学法教法研究,2015(27):100-100.
- [3]吉红兰.利用微课培养学生信息技术课堂自主学习能力——一种新型教学模式尝试后的调查研究与反思[J].考试与评价,2016(4):115.
- [4]虞娟,叶根梅.基于微课理念的高职专业实训课程自主学习模式研究与实践[J].环球市场信息导报,2017(21):89-90.
- [5]张良芝,常学辉.利用网络资源共享平台培养《中医诊断学》学生自主学习的探索[J].中医药管理杂志,2017(11):38-40.
- [6]谢薇.更新教学理念 改变教学模式——数学微课在实践应用中的几点思考[J].现代教育科学:小学教师,2015(5):76-77.
- [7]梁振球.基于微课的翻转课堂教学模式的实践与思考——以公共选修课“网页制作”课程为例[J].中国信息技术教育,2015(24):117-120.

(本文编辑:杨杰 本文校对:黄华聪 收稿日期:2018-01-09)

提高中医院校研究生教育水平的思考

韩永梅

(河南中医药大学第一附属医院生殖医学科,河南 郑州 450003)

摘要:中医院校研究生教育水平直接关系到中医药高层次人才的培养。如何提高中医院校研究生教育水平,是从事中医高层次人才教育工作者必须探讨和研究的课题。本文首先分析了目前中医院校研究生教育中存在的问题,进而从改革教学方法、健全教材管理制度、优选教材、加强导师团队建设、加强研究生科研能力培养等层面,探讨提高中医院校研究生教育水平的策略,为中医研究生教育的发展提供参考和思路。

关键词: 中医教育; 研究生培养; 中医院校

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.014

文章编号:1672-2779(2018)-06-0032-03

Thoughts on Improving the Education Level of Postgraduate Students in University of Traditional Chinese Medicine

HAN Yongmei

(Department of Reproductive Medicine, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450003, China)

Abstract: The level of education is directly related to the cultivation of high-level talents in traditional Chinese medicine. How to improve the education level of postgraduate students in university of traditional Chinese medicine is a subject that must be discussed and studied by education practitioners engaged in the high-level talents of TCM. This article firstly analyzed the current problems existing in the graduate education of university of traditional Chinese medicine, and the reform of teaching methods, perfecting teaching material management system, optimizing the teaching material, strengthen the construction of teacher team, strengthen the graduate student scientific research ability level, explore the strategies improving the Chinese medicine colleges and universities graduate student education, provide reference for the development of postgraduate education of traditional Chinese medicine and train of thought.

Keywords: TCM education; graduate students; university of traditional Chinese medicine

随着社会的发展,医学更趋于整体化、综合化、多元化,并在更广的领域、更深的层次上与社会人文科学及其他自然科学交叉、融合。中医学几千年来为中华民族的繁衍生息做出了巨大贡献,即使在西医学迅猛发展的今天,中医药的特色及优势也更加凸显。中医学的发展与传承很大程度上与中医院校教育理念及模式密切相关。传统教育模式下培养出来的中医药专业研究生将不能满足现代医学发展的需求,其临床技能、综合素质更不能符合医学发展的要求。

因此,中医高等院校如何优化中医药专业研究生培养模式,提高研究生教育教学水平,是一项重要研究课题。本文针对中医院校研究生专业特点及教学模式,探讨提高中医院校研究生教育水平的策略及思路。

1 改革教学方法 全面提升课堂教学质量

近年来,由于高等院校研究生的扩招,部分院校出现研究生生源整体素质下滑;研究生导师遴选标准降低;参与研究生授课的师资力量不足及选拔标准降低;教学设施落后,不能满足研究生教学要求等问题。因此,应重视研究生培养模式的优化,从而培养出创新型、应用型的研究生人才。

课堂教学在研究生教育中是重要环节之一。应改变传统的灌输式教学模式,充分发挥学生的积极主动性。教学方法的改革应以学生为中心,以提高学生发现问题、分析问题、解决问题的能力为目标,教育过程要有利于培养学生的自主学习、终身学习能力^[1]。在研究生教学中有很多可供选择的教学方法。问题教学法是以问题为基础的学习方法。任务型教学法,可以



显著提高学生在课堂上的参与度,极大地激发学生的学习兴趣,发掘了他们学习的主动性^[2]。基于问题学习法以问题为中心,合作为基石、自主学习为动力。病例导入式教学法以症状分析为主导,以问题讨论为主体,提高分析解决问题能力及实践技能。PBL医学教学模式是以医学生小组讨论的形式,在辅导老师的参与和引导下,围绕某一复杂的、多场景的、基于实际问题的专题或病例进行问题的提出、讨论和学习的过程,其核心是以问题为中心,以学生讨论为主体,教师是引导者。研究生教学中适时适当的应用这些教学方法,极大地提高了课堂教学的效果。

在研究生教学过程中,采用灵活多样的教学方法,不仅是对学生的一种锻炼,同时对教师来说,也是一种考验。师生互动,最大程度地挖掘老师与学生的潜能,使教与学相得益彰,发挥学生的主观能动性,提高教学质量。

2 健全教材使用制度 选择优质教材

教材是教学的依据,教材管理制度是否合理,教材选择是否恰当直接关系到研究生的教育及教学水平的高低。因此,健全教材使用制度,选择优质教材是研究生培养的关键环节之一。

目前研究生教材选择,从教材层次来讲,有研究生教材、本科教材、自编教材等;从教材类型来讲,有选择中医教材、中西医结合教材、西医教材等。个别院校的研究生课程授课甚至没有教材,教学内容较为随意。鉴于许多院校研究生教材使用存在教材匮乏;部分教材内容陈旧;教材使用不稳定;教师对教材编写、出版的积极性不高;教材管理制度不健全等问题。建议各院校相关部门应该尽快采取相应措施,以更好地满足研究生教学的需求。

(1) 应充分认识教材建设工作的重要性,健全教材编写、研究的专门管理部门;对教材的质量评估、选优、奖励形成制度,提高教师编写教材的积极性;落实经费,设立研究生精品教材建设项目。(2) 承担研究生教学的学科,应重视教材的编写、选择、更新等问题。鼓励针对课程特点及教师研究方向自编教材并应用于研究生教学中。除了教材外,还可以编写教师用书、学生用书、习题、病案及教学辅导材料等配套资料。(3) 研究生教育可以通过网络共享平台实现校际间资源信息共享和远程网络教学,实现各高校的文献资料、学术报告、精品课程等信息共享^[3]。同时研究生也可以依托网络平台开展科研交流,实现跨学校、跨学科的合作。

3 重视导师团队建设 提高研究生培养质量

研究生教育中,导师对学生的影响是全方位、多层面的。导师按照研究生培养目标,决定培养方向、制定培养计划,进一步指导学生进行相关的课程学习、

文献阅读、论文选题、开展课题研究、直至完成学位论文答辩。导师的专业水平、学术造诣、治学态度、道德情操在潜移默化中不断影响着学生。

导师队伍建设是影响研究生培养质量的根本性因素。导师是研究生培养的主要负责人,要培养出高水平、高质量的创新型研究生,导师起到至关重要的作用。高水平的导师应在本专业领域有较深的造诣;具有极强的科研创新能力;严谨治学态度;高尚的医德医风。优秀的导师应以自己的一言一行在无形中影响和教导研究生。在导师队伍建设中,应充分关注师资队伍的建设,积极引进适合研究生培养需要的教师,加强师资力量的培养,聘请相关领域实践经验丰富、理论水平高的专家作为兼职教师,有针对性地开展师资的引进和培训^[4]。可以通过以下措施提高和保证导师素质,不断加强、优化导师队伍建设。(1) 严格导师的遴选及考核,建立科学合理的考核标准,主要从岗位责任心、行为规范、学术水平等方面对导师进行考核。导师“能上能下”,对于考核不合格的导师取消带研究生的资格,而对考核优秀者在分配研究生名额时适当倾斜。(2) 建立导师培训制度,提高导师综合水平。加强导师对研究生培养的相关政策、规章制度、行为准则的培训;资深导师传、帮、带新导师,并进行培训,使新导师能逐渐胜任研究生整个培养过程;学科对新导师严格考核、遴选合格后方能有资格带研究生。(3) 加强导师学习交流,提高导师综合能力。可以通过参加国内外学术交流会、进修学习、科研攻关协作等形式加强学科间、院校间的学术交流。(4) 优化并充实导师队伍,使导师组成员知识结构合理,人员素质不断提高,为研究生培养提供更优化的平台,从而更有利于研究生的培养。

4 提高研究生的科研意识及科研能力

研究生科研能力即研究生在各科学领域进行旨在探究真理的创造活动所需要的能力,简言之,指研究生顺利完成科研活动任务所需的能力。本科阶段不重视科研能力的培养,学生缺乏独立完成一项科研的能力。硕士研究生阶段是科研的过渡阶段,科研能力的培养是研究生阶段重要的任务之一。因此,如何提高研究生的培养质量,科研能力的提升尤为重要。

我国硕士研究生教育中存在培养目标单一、人才培养的适应性不强等问题,其中科研和创新能力不足尤为突出。出现这种现象的原因主要有教学模式陈旧、硬件设施不足、导师团队建设结构不良、研究生自身素质良莠不齐等。提高研究生教育水平的诸多因素中,提升研究生科研能力是重中之重。(1) 应重视研究生心理素质的培养。培养研究生面对枯燥、乏味的科研工作,要有恒心和毅力认真完成每一个数据、每一项实验,能够承受失败的考验,最终将科研项目

坚持到底,顺利完成。(2)培养学生要有科研道德及社会责任感,严肃科研作风,坚守科研工作者的“清高”,杜绝学术造假行为,例如为了尽快结题剽窃、抄袭他人研究成果;科研数据造假;科研贿赂等,净化科研氛围,打造公平的科研竞争、申报、评价平台。(3)严把研究生毕业论文关。研究生阶段毕业论文的选题、开题、论文撰写、评审、论文答辩的过程,是对研究生科研能力的一次培训及考核。通过这个过程,导师可以给学生相应的指导,遇到问题解决问题,使研究生不断提高科研能力。导师组应把好论文质量关,严格监控选题、开题、中期检查、评审等环节^[1],避免放任自流,蒙混过关,发挥导师的监管、约束机制,对不合格的毕业论文坚决不予通过,严把论文质量关,以此带动学生科研活动的提升。(4)重视临床实践能力及解决实际问题能力的培养。科研应以临床为基础,服务于临床,否则科研将沦为纸上谈兵,浪费人力、物力、财力。研究生应有扎实的理论基础,对本专业常见病、多发病及疑难疾病有较为深入的认识,并通过临床实践提高临床技能及水平。善于从临床工作中找到科研的切入点,以总结临床中好的诊疗经验,并通过科研将临床中好的经验加以总结和升华。

科研脱离如果,将沦为“空中阁楼”,哗众取宠,没有应用价值。(5)优化教师队伍,提高教师科研水平,将拥有课题作为导师招收研究生的必要条件,使研究生在校期间有机会参加课题研究。

综上所述,研究生培养中根据各院校实际情况,师资力量,学生综合素质等因素,制定行之有效的培养模式。建立合理的导师队伍;采用灵活多样,行之有效的教学方法;注重培养临床实践及解决问题的能力;注重科研能力的培养。使研究生既能成为一名优秀的医生,治病救人;又能通过严谨的科研思维完成高层次的科研项目;科研与临床互相推动,才能促进医学的发展与进步。

参考文献

- [1]刘争清,史冰洁.“自主学习”教学模式改革在中医人才培养中的探索与应用[J].中医药管理杂志,2016,24(1):32-33.
- [2]李维涅.学生参与式教学方法在《药事管理学》课程中的应用[J].中国当代医药,2013,20(19):135-136.
- [3]范耿,常军武,周增桓.医学研究生创新能力的培养[J].中国卫生事业管理,2010,25(6):408-409.
- [4]英爽,康君,甄良,等.我国研究生培养模式改革的探索与实践[J].研究生教育研究,2014(1):1-5.
- [5]曲怡,苗家瑞,张立德.研究生科研意识的培养[J].光明中医,2015,30(4):895-896.

(本文编辑:杨杰 本文校对:胡小芳 收稿日期:2017-12-12)

PBL教学法在研究生中医妇科中的应用评价

王占利

(河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450003)

摘要:目的 探讨PBL教学法在中医妇科硕士研究生教学中的效果。方法 将近3年的中医妇科硕士研究生31名学生按入学时间分为试验组和对照组。试验组采用PBL教学法,对照组采用传统教学法,以试卷和问卷形式评价教学效果。结果 试验组学生课堂气氛活跃,学习兴趣高,试卷成绩明显高于对照组。问卷调查显示,多数学生对PBL教学法满意,认为可提高学习积极性、主动性、临床思维能力等。结论 PBL教学法有助于提高中医妇科硕士生妇科教学效果,值得推广。

关键词: PBL教学法; 中医妇科学; 研究生

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.015

文章编号:1672-2779(2018)-06-0034-03

Application Evaluation of PBL Teaching Method in Graduate Teaching of Gynecology of Traditional Chinese Medicine

WANG Zhanli

(The Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450003, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of PBL teaching method in the postgraduate teaching of gynecology of traditional Chinese medicine. **Methods** The thirty-one postgraduates teaching of gynecology of traditional Chinese medicine were divided into experimental group and control group by time. The experimental group adopted by PBL teaching method, and the control group adopted traditional method. The teaching effect was evaluated by examination paper and questionnaire. **Results** The students in the experimental group were active in class, with high learning interest, and the exam results were significantly higher than those in the control group. The questionnaire survey showed that most students were satisfied with the PBL teaching method and thought that they could improve their enthusiasm, initiative and clinical thinking ability, and so on. **Conclusion** PBL teaching method can improve the teaching effect of postgraduate of gynecology of traditional Chinese medicine. The PBL teaching method is worth promoting.

Keywords: PBL teaching method; gynecology of traditional Chinese medicine; postgraduate

中医妇科学是中医学的重要组成部分,同时也是
一门临床实践性很强的课程,在教学中如单纯只是让

学生死记硬背记知识点,易忽视学生实践能力和医德
医风的培养,从而使课程教育与临床实习严重脱节,

因此在教学方法上需要与时俱进。1969年Howard Barrows教授于加拿大安大略省的麦克马斯特医学院首次设计创立了以问题为导向的教学模式(problem-based learning, PBL),以学生为中心,学生主动探索与教师指导有机结合的小组教学法^[1]。近年来,国内诸多医学院校引入PBL教学模式,广泛用于内科、外科、妇产科、儿科、中药学等学科临床教学,收到了满意效果^[2-7]。

硕士研究生经过了本科阶段的专业课程教育,对《中医妇科学》具有一定的理论基础,因此,在硕士研究生阶段的教学,应注重其临床实践能力、思维探索能力、科研创新能力等方面的培养。结合硕士研究生培养方案,笔者对我院近两年的中医妇科专业硕士研究生实施PBL教学法,取得了满意效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取河南中医药大学第二临床医学院2012级及2013级中医妇科学硕士研究生共19名作为研究对象,设为试验组,每年中医妇科学硕士研究生分别为10人和9人,并以2011级中医妇科学硕士研究生12名作为对照组,均于入学后第一学年开始授课。试验组采取PBL教学法,对照组采用传统教学法,以专题讲座形式对重点病进行讲解。研究前经统计学分析,2组学生在年龄、教学前妇科专业知识测试分数的比较上没有统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 教材 无统一规定教材,于第一次上课前将学期中可能需用到的中西医教材、教辅资料及网络教学资源等给学生列出。

1.3 PBL教学法的实施 (1) 准备讨论提纲:结合临床实例,根据教学目标、课程特点、学生的知识结构和结束能力,将临床常见病如崩漏、闭经、异位妊娠、胎漏、胎动不安、产后发热、不孕症等编制成隐含大量鉴别诊断及讨论内容的临床病例,并分为3~4幕,分阶段供学生讨论,并预设相关问题,于开课一周将第1幕病例资料发给学生。

(2) 学生查找资料:学生根据病例资料充分自学教材,查阅相关资料,思索相关问题,总结关键词,提出新问题,得出初步结论。

(3) 组织学生讨论:组织学生以病例为基础进行讨论、分析,重点在诊断、鉴别诊断、进一步治疗方案等,选小组长做好笔记,最后得出结论。在此过程中,教师主要起启发和引导的作用。

(4) 病例进展及进一步讨论:第1幕病例资料讨论结束后,分发第2幕资料,并展开讨论,方法与第1幕相同。得出结论后,分发第3幕或后续资料,供学生进一步查阅资料。第二次上课后对第3幕或后续资料讨

论、分析,得出最终结论,书写案例分析报告。

1.4 评估方法 期末考试采取统一命题(其中基础理论知识50分,临床分析知识50分)、统一考试、流水阅卷的方法,分别对学生基础理论成绩、临床分析成绩作出对比。并于课程结束后,对试验组学生发放教学反馈意见表,设计若干问题,着重了解学生对PBL教学法的认可程度,评价教学效果。

1.5 统计学方法 数据采用SPSS 21.0进行分析,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示,采用独立样本 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 期末成绩 和对照组相比,试验组基础理论知识和临床分析知识成绩均高于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。见表1。

表1 期末成绩 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	人数	基础理论成绩	临床分析成绩
试验组	19	45.26 $\pm$ 3.48	45.47 $\pm$ 2.54
对照组	12	42.58 $\pm$ 3.18	40.50 $\pm$ 4.42

2.2 调查问卷结果 从回收的19份调查问卷中发现,大部分学生对教学效果表示满意,认为PBL教学法较传统教学法在提高学习兴趣、活跃课堂气氛、提高学习主动性和积极性、提高自学能力等方面具有明显的优越性,但也有相当一部分学生认为PBL教学法前期准备量大,增加了学业负担,并不赞成全程运用PBL教学法,但大部分学生表示仍然会继续选修PBL课程。见表2。

表2 PBL教学方法的评价内容与结果 [人数(%)]

调查内容	赞同	反对
提高学习兴趣	18(95)	1(5)
活跃课堂气氛	19(100)	0(0)
提高学习主动性和积极性	18(95)	1(5)
提高自学能力	18(95)	1(5)
提高临床思维分析能力	17(89)	2(11)
提高语言表达能力	16(84)	3(16)
提高团队协作能力	17(89)	2(11)
提高查阅相关资料和文献能力	17(89)	2(11)
对所学知识掌握更牢固	15(79)	4(21)
加强老师与学生之间的沟通	18(95)	1(5)
前期准备量大,学习负担加重,但可承受	12(63)	7(37)
主张教学中全程运用PBL教学法	10(53)	9(47)
你会继续选修PBL课程吗?	17(89)	2(11)

3 讨论

传统的临床教学方法是以授课为基础的教学,以教师为中心,使用传统的教学手段,完成特定教学内容的一种课堂教学形式,其特点是教师口授、板书,学生耳听、笔记^[8]。倾向于填鸭式教育,强调学生对知

识点的记忆,不能开阔学生的思维,不利于培养学生自学能力和终身学习的能力,因此不能满足现代医学教育的需求。PBL教学法的特点是“以问题为基础,以学生为主体”,在医学课程教学中应用,有利于培养学生自主学习、开发创新性思维等,较传统的教学方法有很大的优势。硕士研究生由于经历了本科理论知识的系统学习,如继续进行课堂教学,多数知识只是重复教学,学生易产生疲倦感,上课精力不集中,欠缺对学生自学能力、查阅文献、创新能力等的培养,因此,近几年我们尝试在中医妇科学科硕士研究生中采用PBL教学法,效果显著,学生满意度高。

本研究表明,与传统教学法相比,PBL教学法有以下优点:(1)激发学生的学习兴趣,提高自学能力。PBL教学强调以学生的主动学习为主,采用临床中常见典型病例为引导,以问题为基础,以学生为主体,以教师为导向的启发式教育,学生的学习兴趣普遍较高。而兴趣是最好的老师,因此,课下学生会主动查阅相关文献,随着问题的解决,多数学生满足感提高,提升了自身认知能力,利于培养终身学习、探索和创新的能力。(2)活跃课堂气氛,提高团队协作能力。传统教学法以教师为主导,师生互动少,部分学生容易跑神,甚至课堂上打瞌睡、玩手机。PBL教学采用小组教学,师生处于相对平等地位,交流较多,老师鼓励学生主动发言,激励发言少的学生,使每个学生都参与其中,学生的思维在不停运转,因此课堂气氛活跃,学生参与度高,增强了学生之间及与老师之间的沟通,也提高了团队协作能力。(3)提高语言表达能力,利于医患沟通。近年来,我国的医患关系日趋紧张,引起医患关系紧张的原因很多,其中非常重要的原因就是医患之间缺乏交流沟通,产生误解,最终引发医患纠纷,甚至恶性事件^[9],因此加强研究生医患沟通技能培养具有重要意义。PBL教学中同学之间通过讨论,使得自己的观点为别人所接受,这是一个沟通的过程,不仅加强了与同学及老师之间的联系,为今后临床医患沟通能力奠定了基础。(4)提高教师综合素质提高,真正做到教学互长。传统教学方法中授课教师只需掌握相关学科的知识,而PBL教学法对教师提出了更高的要求。教师自身必须十分了解本疾病的最新进展及治疗难点,从而更好的引导学生,提出合适的问题。需要在繁忙的临床工作之余,抽时间进行备课,收集资料,如何合理的安排时间对教师是很大的挑战,这对临床教师来说是一个再学习、自我提升的过程。

总之,PBL教学法有很多优势是传统教学法不可

比拟的,但有存在一些问题,例如,由于需要对一个病例反复讨论总结,需要课时较多,目前,广大高校对临床专业课课时进行了压缩,因此,PBL教学法不能运用到全部章节;且PBL教学为小组教学,否则教师不能掌控全局,而高校师资力量相对不足,教学硬件设施相对缺乏,因此不能在高校本科生中广泛应用。而进入硕士研究生教学阶段,相对来说,专业内学生总数不多,适于PBL小组教学,且经过本科阶段的理论学习,具有扎实的基础知识,我们将PBL教学法运用于教学,不必覆盖全部章节内容,只是用有效的方法培养学生自我学习、临床思维、科研等能力,因此学生普遍较为满意,效果显著,值得进一步推广应用。

参考文献

- [1] Davis MH. AMEE Medical Education Guide No. 15: Problem-Based learning: a practical guide[J]. Med Teach, 1999, 21(2):130-140.
- [2] 张冬.TBL 结合 PBL 在呼吸内科临床见习中的应用实践[J].中国卫生产业,2017,58(3):57-58.
- [3] 安松林,丁磊,高宏.PBL 教学模式在肿瘤外科临床教学中的应用[J].继续医学教育,2016,30(5):8-9.
- [4] 张超,蒋宏传.PBL 教学法在外科操作带教中的应用[J].中国病案,2016,17(5):77-78.
- [5] 王岩,梁学林,陈莹.PBL 教学法在中医妇科学教学中的初步尝试[J].辽宁中医药大学学报,2006,8(4):163.
- [6] 李禄生,翟萱,梁平.PBL 在小儿外科临床见习教学中的应用及意义[J].现代医药卫生,2017,33(4):610-611.
- [7] 张媛,杨瑞珊,王晶娟,等.PBL 与传统中药鉴定实验教学相结合的教学法探讨[J].中医教育,2017,36(1):37-38.
- [8] 杨颖,罗利霞.医用物理学教学现状与改革措施的探讨[J].包头医学院学报,2009,25(3):70-72.
- [9] 张志勇,唐雪梅,张宇,等.临床教学中注重儿科学实习生医患沟通能力的培养[J].教育教学论坛,2017,1(1):117-118.

(本文编辑:杨杰 本文校对:冯尧伟 收稿日期:2017-12-29)

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《四川洪雅中草药名录》,人民卫生出版社,2017

如何利用互联网推动中医传承※

陈秀香 张 曼 黄银燕 宫爱民*

(海南医学院中医学院, 海南 海口 571101)

摘要: 伴随着科技的发展和互联网的普及, 互联网逐渐渗透至传统行业, 促进了金融、商贸、信息等领域的飞速发展, 并逐渐融入与生命健康息息相关的医疗卫生服务领域, 互联网医疗发展势头正盛。中医学是我国在生命科学中最具自主创新能力的领域。数十年来, 中医学出现了服务领域缩小, 优势特色淡化, 本体传承危机等倾向和问题, 而最为紧迫的战略问题就是薪火相传的问题。因此, “互联网+中医”的方案可推动中医的传承和发展, 利用“互联网+”信息技术与中医学巧妙有效地结合起来会改变传统中医学发展的形态和特点, 从而加快中医学发展的步伐。文章从讨论“互联网+”的技术开始, 基于中医学的传承发展特点及传承问题面临新挑战的分析, 对如何利用互联网推动中医传承的问题提出了具有特色的发展性建议。

关键词: 互联网; 中医学; 传承发展

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.016

文章编号:1672-2779(2018)-06-0037-05

How to Use Internet to Promote Inheritance and Development of Traditional Chinese Medicine

CHEN Xiuxiang, ZHANG Man, HUANG Yinyan, GONG Aimin

(College of Traditional Chinese Medicine, Hainan Medical University, Hainan Province, Haikou 571101, China)

Abstract: With the development of technology and popularity of the Internet, the Internet gradually penetrate into traditional industries, promote the rapid development of finance, commerce, information and other fields, and gradually into the life and health is closely related to the field of medical and health services, internet medical development momentum masamori. Traditional Chinese medicine is the most independent innovation field in life science in china. For decades, Chinese medicine services appeared reduced, characteristics and advantages of desalination, such as the tendency of ontology inheritance crisis and problems, and the most urgent strategic problem is the problem of passing the torch. Therefore, the "Internet and traditional Chinese medicine" program can promote the inheritance and development of traditional Chinese medicine, the use of "Internet+" information technology and traditional Chinese medicine skillfully and effectively combined, will change the form and characteristics of traditional Chinese medicine development, thereby speeding up the pace of development of traditional Chinese medicine. Starting from the discussion of "Internet+" technology, based on the inheritance and development characteristics of traditional Chinese medicine and inheritance problems facing new challenges, this paper put forward the characteristic development suggestions on how to use the Internet to promote the inheritance of traditional Chinese medicine.

Keywords: Internet; traditional Chinese medicine; inheritance and development

1 “互联网+”技术发展的概述

“互联网+”是人类社会最伟大最深刻的一次技术和产业革命, “互联网+”利用信息通信技术, 在优化资源配置方面的巨大优势, 将互联网创新成果与经济社会进行全方位深度融合, 催生经济社会发展新形态。“互联网+”是指将大数据、云计算、移动互联网等信息技术应用到经济社会各个领域当中, 整合和优化配置资源, 提高实体经济生产力和创新能力、促进节支增效形成的依托互联网平台的经济社会发展新形态、新业态。

2 互联网与中医学传承发展之间的关系

伴随着科技的发展和互联网的普及, 互联网逐渐渗透至传统行业, 促进了金融、商贸、信息等领域的飞速发展, 并逐渐融入与生命健康息息相关的医疗卫生服务领域, 互联网医疗发展势头正盛。因此, “互

联网+中医”的方案可推动中医的传承和发展, 利用“互联网+”的大数据、云计算、移动互联网等信息技术与中医学巧妙有效地结合起来会改变传统中医学发展的形态和特点, 从而加快中医学发展的步伐。中医学作为中国特色传统医学, 是值得被保护和传承的。中医学是与中国传统文化有着紧密的联系, 具有源远流长, 博大精深的特点, 因此要想学习中医学这门学科, 必须了解中国传统文化。而现在国人都使用白话文, 对文言文的鲜少运用导致了大多数人对中医经典理论知识的不解和无知, 再加上把西医的某些疾病和脏器的命名与中医完全对等起来, 更是风马牛不相及, 深深地陷入误解的泥潭里面, 不可自拔, 导致传统医学发展缓慢。因此引进新技术, 与现代科技相结合, 可更好地克服传统医学传承发展的弊端。

3 中医学的传承面临新的挑战

中医学是我国在生命科学中最具自主创新能力的领域。随着社会文化环境的变迁, 中医学的传承发展面临新的挑战。具体表现为: 在医疗方面, 由于经济利

※ 基金项目: 国家自然科学基金【No.81760840】

* 通讯作者: 422789075@qq.com

益的驱动,一些行之有效的诊疗技术(包括针灸)未能得到很好的继承和充分的运用;名老中医的学术思想未能有效地继承;中药饮片的质量及使用量大幅度下降;一些传统的中药炮制方法失传等等。在教育方面,中医注重临床实践、跟师学艺、熟读经典的成才规律未被有效传承等等。在科研方面,临床的系统观察与分析、经典文献的整理与应用等传承方法未被很好运用和发展^[1]。

4 中医学传承的基本内容和形式

4.1 中医学传承的基本内容 中医学传承“传什么”,其内容是随着社会发展与中医学术发展的需求而变化、演进的,在不同时期具有不同的特点。与其他自然科学和社会科学相比,中医学传承的实质内容不仅是理论知识、实践技术、道德修为,更重要的是把握其认知方式^[2]。因此,对认知方式的把握,是中医学传承“传什么”问题中最具特殊性的内容。

4.2 中医学传承的基本形式 中医学传承“怎么传”,需要与时俱进。中医学传承问题,是涉及中国文化与科技发展的重要问题,仅仅依靠目前高等中医教育的“工具化”培养模式,使学生成为一个好的“工匠”已经很难了,做出理论和实践的创新更难^[3]。在现代文化背景下,仅仅“以经解经”的模式也是不够的,中国传统医学大更新的局面是无法回避的现实。现代中医必须克服对西医的简单模仿、对传统中医的异化和肢解,准确把握中医研究的切入点。在努力提高临床疗效的同时,对其理论体系作重新解析。更应该将其放在产生的自然背景下,利用现代多学科的知识,找到中医药的“活水源水”,来丰富和发展中医药的临床技术。其更深刻的意义在于,利用中医药这一原创的思想技术体系,来启迪和促进我国的“原始技术创新”,建立中国的自主创新体系^[4-5]。

5 利用互联网推动中医传承的方案和建议

中医药现代化就是要在继承、发扬中医药传统特色优势的基础上,充分利用现代科学技术成果,使中医学从理论到实践得到升华,以便更好地满足时代发展和社会进步需要。本文基于互联网信息技术与中医学等理论,分别从教育、文化宣传、软件应用、生产开发以及中药监督管理系统的角度,对如何利用互联网推动中医传承提出了五个方面的方案分析和建议。

5.1 教育方面 现今越来越多的中医从业人员在诊断疾病和处方用药过程中,因为没有运用中医思维而走上过分依赖西医的医学检验结果和刻板地依据病名开药的错误道路。由此看来,中医的传承最重要在于人才的培养与中医文化的教育。所以通过互联网教学,可

以加快中医传承。师生双方随时随地在教学平台上学习与交流,同时应用大量的虚拟现实技术,将教学中抽象的概念能以图像,视频方式生动形象地展现出来,使得枯燥乏味的知识同实例相结合。至今培育中医人才最有效的教育模式仍是学徒教育,然而现实的中医师资资源少而很难实现传统的一对一学徒制带学^[6-7],所以我们如果要传承与发展中医,则需要互联网的创新,以下为互联网实现虚拟学徒制的构想。

5.1.1 利用互联网实现四诊合参 中医最为主要的是通过望、闻、问、切四诊合参诊断疾病,对症下药。利用互联网,我们可以创造出临床实践机会。通过互联网和大数据技术为中医医案的收集、存储和分析提供便利。在这个平台上,可以收集、存储大量名中医的医案,使学生可以随时随地学习到更多的诊疗经验。互联网的临床教学,是学生通过智能计算机登陆个人账户,进入师徒制带学的状态,该系统是一个既有老师又有病人的模拟现实情景。计算机通过以图片、声音、感应器等方式实现望、闻、问、切的学习和对疾病的诊断。最后,计算机通过学生的诊断过程与结果给出建议,学生也可以提出问题让其解决疑问。计算机记录学生个人学习的成长过程,并制定学习中医的建议与计划。这种模式不仅可以提高学生的临床实践能力,而且能大大激发学生学习中医的乐趣。

5.1.2 建立用互联网来实现临床针灸推拿 在学校,中医学的教育大多以讲授中医文化知识以及理论知识为主,而学生能通过实践学习针灸推拿的机会较少,使学生不能更好地做到理论与实践相结合,实践能力对于中医,尤其针灸推拿专业尤为重要。所以我们可以通过互联网来学习这种实践能力。首先,计算机建立人机合一系统,在平台上,有针灸推拿等的视频以及具体操作步骤。初步完成视频教学。其次,学生利用与计算机连接的人模型来当病人练习如何进行针灸推拿等;最后计算机通过感应判断学生操作的力度、手法、部位等是否到位,加以提示,更好的让学生学习到其操作精髓。

5.2 文化宣传方面 中医文化源远流长,其文化对中医的发展与传承尤为重要。如果中医的文化没有得到传承,就如一潭死水毫无生气,最后逐渐走向灭亡。中医在进入互联网时代,其关键点是进行中医的文化宣传,这样不仅可以更有效地保护中医文化,而且可以向全世界展示中医的魅力。如今,中医在文化宣传方面出现了种种困境。其一,在这唯“科学”是真理的时代,尤其是西医文化在中国影响盛大,导致人们无法理解中医理论,丧失中医思维。其二,许多年轻人



对其不了解和偏见,使中医难以融入这个新时代。其三,目前有许多人通过互联网,如微信、微博等分享与传播虚假或有待验证其真实性的中医信息,使中医文化的传承更加艰难^[7-8]。因此需要有政府的支持与大力帮助,建立关于中医的官方平台,并出台监管网络信息质量的体系或制度,让人们在正确的网站阅读正确的中医文化知识;其次,利用互联网推广提倡中医方面的发明,让计算机编程专业人员充分利用互联网结合中医发明专利。再让媒体积极响应政府工作,播报有关中医知识和中医治疗的电视节目,使人们更好地了解中国的国粹——中医;最后,中医要与时代相结合,与互联网相结合,更要与西医相结合,才更有利于中医的发展与创新^[9]。

5.3 软件应用方面 利用互联网开发有关中医药软件,提供用户一个舒适的中医药学习环境和愉快的看病体验。

5.3.1 中药材三维设计APP 传统的中药材APP只提供中药材的图片,而图片二维设计形式已经不能满足广大用户的需求。并且中草药的图片大都是绿色界面,有些植物相似度高,图片分辨率低,增加用户区分药物种类难度,这在一定程度上打击了用户学习积极性和主动性。中药材三维设计APP能够有效解决这类传统软件功能发展瓶颈,只需要在软件界面上轻轻用手指划动,所查询的药物会随着划动方向而旋转,这样不仅能够直观且全方位地展示中药材的三维面,提高清晰度和立体感,并且提供相关饮片的三维图片,两者高效结合更加清晰明了。且增加相同科属植物之间和相似功效作用药物之间的鉴别,另外,新增一些中药药理学和中药植物学方面的知识,全面拓展中医药的知识面,以扩大用户的知识视野。与此同时,软件还增添了“扫一扫”的新功能,可以在有专门标示二维码的植物上识别,最主要的是可用拍图片的方式扫描植物,遇到不认识的植物可通过这种途径去获取它的信息。最后,软件内部还形成离线知识库。简单方便快捷的学习方式势必掀起一股学习中医药的热情浪潮,推动中医的传承发展。

5.3.2 网上中医服务APP 采用“O2O (Online To Offline)”模式,即将线下商务的机会与互联网结合在一起,让互联网成为线下交易的前台。这样线下服务就可以用线上来揽客,消费者可以用线上来筛选服务。该模式最重要的特点是:推广效果可查,每笔交易可跟踪。中医治疗疾病,因其本身的临床特点和诊病特色,望闻问切后的步骤就是煎煮中药。虽然是特色,但是人类社会飞速发展,人们生活节奏愈来愈快,自

行煎煮中药或医院和药店代煎的形式越来越满足不了人们的需求。方便面式的生活方式促使患者优先选择西医,这给传统医学的发展带来了强大的冲击力。不少的患者经常因煎药不方便而放弃中药,而医院代煎又得等两三个小时,药店代煎又要自己上门去取药,但也不能保证煎药的质量和效果。而网上代煎中药的APP可以有效解决这个问题,APP上汇聚专业的中医师,保证煎药步骤的准确性,选用经中国药监局严格检验的中药材,保障中药材的质量。用户在线上输入处方,下单成功后,利用现代化智能煎药机和包装机,通过互联网技术接收中药电子处方,打印条码煎药单,软件系统根据用户地址提供送药上门服务,且煎药和配送流程可通过软件实时追踪,让患者足不出户就可以收到代煎中药。软件还根据时令或者季节的变化,推出各种各样的养生汤剂、茶剂和妇女调经汤等。也可以在线上咨询专业中医师,正确选择适合自己的汤药。还有网上针灸推拿按摩APP,该软件聚集权威专业的针灸按摩师,用户在线上根据专家的简介,选定自己心仪的针灸按摩师,在线上可以随时咨询专家,与专家一对一交流,简述病情,约定上门服务的时间。这种线上线下的方式,灵活合理地利用时间,避免排队等待所造成不必要的时间浪费。

5.3.3 网上售药和自诊疗APP 在生活中人们一般去药店或医院购买中药材,这样不仅麻烦,而且价格偏贵。现在国内大型购物网站,如淘宝天猫等,虽然也有销售中药材店铺,但是分布零散,并且混杂其他商品,既不精简,也不专一。用户在选择商家时像无头苍蝇,点击多个APP,难以对比价格并挑选出实惠的产品,程序繁琐且浪费时间。因此把全国销售中药材的大小商家高度集中起来,制作成专门售药的APP。另一方面大多数人对于一些小病或者慢性病不想往医院跑,排队等待时间长,且看病难,看病贵。而此款APP有自我诊疗的功能,提供独特的中医诊疗逻辑,收集全部中医经典权威药方供用户参考,涵盖多种常见病和慢性病,列出各种疾病的对应症状。中医望诊中“望舌”必不可少,因此设置“扫一扫”的功能,让用户伸出舌头并对准摄像头进行扫描,APP会回馈给用户舌象诊疗信息,方便每个用户的疾病对号入座。软件页面显示出相应的药方和中成药,同时列出其他兼证,若有,点击一下手机屏幕,而药方会做出相应的加减变化。此外,还附加食疗和调护的功能,为用户量身定制营养食谱和健康运动、时令养生预防指南,以及日常保健知识和急救措施知识,满足用户自诊疗体验。另外,此款APP还设有“专家在线”的网络平台,如希望接受

更加精准的诊疗, 可以在此平台随时咨询访问专家。

5.3.4 “中医游戏” APP 中医学知识博大精深, 因此想要真正学好这门学科不是件容易的事情。中医知识点太分散, 疾病的证型和症状种类繁多且相似, 不易区分。若没有清晰的知识网络系统“骨架”的支撑, 知识点杂乱无章, 复习起来“眉毛胡子一把抓”, 导致学习效率低下, 因此可以开发专门针对中医学习的APP。此APP把习题与游戏巧妙有效地融合起来, 以动画甚至是三维效果与图文并茂的方式展示趣味知识游戏界面, 同时设置相应背景音乐和不同的游戏阶段系统自动或激励、或吐槽、或诙谐的语音提示, 渲染游戏愉快或紧张的气氛。例如“青蛙过河”游戏, 青蛙在河面上以荷叶为载体, 从河的一岸到达彼岸, 则为成功过河。开始游戏后, 界面会随机选择问题, 河面上漂浮着写有问题答案选项荷叶, 沿着河流的方向以一定速度流动, 游戏的级别越高, 流动的速度越快, 用户可以根据自身需求自行选择等级通关。游戏采用时间限制模式, 若选择正确选项, 青蛙跳到所选择的荷叶上, 若选项错误, 青蛙则是原地不动, 以此类推。选出正确的选项, 系统会随机给予奖励, 直到到达成功的彼岸时, 页面会显示用户分数和用户排名结果, 并做出相应评价。分数作为用户个人的积分, 可以在软件的积分商城里兑换商品。软件还设有用户与用户之间联网比赛功能, 胜利的一方会有相应的奖励, 达到规定的胜利次数以上的, 会额外颁发对应的电子网络证书。其他类型的游戏也可以与中医背诵习题相联合, 实现学中有玩, 玩中有学的目的。“知识——游戏”模式 (Knowledge-To-Game) 能够使枯燥无味、抽象的中医知识变得具体生动形象、趣味无穷。提高广大中医医学生和中医爱好者学习积极性, 吸引更多用户来一起专研中医学问, 领略中医大家风采, 遨游中医知识海洋, 把中医——老祖宗留给我们中国人的“医学化石”继承并发扬光大。

5.4 生产开发方面 为了更好地传承中医药文化以及扩展中医药的应用范围, 中医药保健产品的开发应依据中医“治未病”的理论作为指导思想, 正如《黄帝内经·素问·四气调神大论》曰“是故圣人不治已病治未病, 不治已乱治未乱, 此之谓也。夫病已成而后药之, 乱已成而后治之, 譬犹渴而穿井, 斗而铸锥, 不亦晚乎!” 因此中医药产品的开发方式是运用互联网大数据调查统计出全国各个省份或者各大地区内的各类疾病患病率, 并开发生产针对各类疾病治疗和预防的中医药特色保健产品, 发挥中医药优势, 给予相应的特色治疗。比如对于近视眼的治疗, 中医注重辨证论治,

根据中医的经典传统理论, 运用辨证分型施治的法则, 将近视眼分成四个证型, 分别为肝肾不足型、脾肾两虚型、心气虚弱型、肝气郁结型。同样是近视, 但是由于每个人体质不同, 近视眼的症状和病机也不尽然相同。因此开发熏眼中药方、中药艾条灸、熨帖、中药眼贴结合针灸推拿治疗等保健类产品。随着社会飞速发展, 人们生活节奏愈来愈快, 患有慢性疾病机率日益升高, 因此当代开发中医药特色保健产品的方向主要为治疗各类型的慢性疾病以及预防保健。如: 生产中药代茶饮治疗慢性咽炎、慢性扁桃体炎、慢性鼻炎等; 开发中医药香囊; 生产木鱼石和砭石产品等按摩敲打穴位, 以达到疏通经络的目的; 开发中药枕头治疗失眠等等。此外, 中草药标本可以制作成书签纪念品或者中医药文化艺术品。

5.5 中药监督管理方面 近几年, 由于中药材市场监管不力以及药物炮制方法不当等因素, 造成中药疗效变得越来越差, 如“城中村里制售假中药饮片 部分药店有售”事件, 海南省食药监局联合海口市公安局突查某城中村售假中药饮片窝点, 抓获4名犯罪嫌疑人, 缴获140多个品种、重约12吨的假中药饮片。他们从外地购进原料简单包装, 假冒广西某制药公司生产, 冒用海南省某医药公司之名, 销售到部分药店和诊所。此案例的发生深刻反映出中国中药材市场的管理方面存在大量漏洞^[9]。当今是一个注重环保、注重健康、注重自然的时代, “回归自然”、“返璞归真”已成为全球追求健康的口号, 有几千年中医文化基础作为理论指导的中药, 以其原药材的天然性, 逐渐得到越来越多人的接受和认可。目前中药出口遍及全世界130多个国家和地区, 中医药的广泛传播不仅使国内中药市场繁荣起来, 也使国际上的中药市场容量、使用范围日益扩大。在国家政策的扶持、推动下中药产业前景广阔, 但是依然存在着诸多问题, 如出口以原料药材为主, 中药制剂、中成药较少, 缺乏高质量、高附加值的竞争产品, 经济效益低; 在欧美等发达国家, 中药只能通过保健品或食品添加剂的形式进入市场; 国内企业在生产和科研方面相对落后, 缺乏国际竞争力等^[10]。为了更好监督中药市场, 我们应该国内中药产业通过严格按照 GMP 标准积极引进国外领先的生产设备和技术, 加速自身生产的现代化进程, 提升中成药的药检分析工作的现代化水平。中药要走向国际市场需要注意的关键性问题是: (1) 开发适合国际市场的中药制剂; (2) 注重中药产品的科学性; (3) 选择适当的方式开拓市场。目前北京同仁堂的产品销售遍及40多个国家和地区, 销售量也在逐年增加, 国家要加大对

法和惩处违法的力度,对于不按照法律法规进行操作的企业取消其经营权,保证中药材市场的规范。其重要的成功经验是重视产品质量,开发适应国际市场需要的中药品种和中药新剂型^[12]。

5.5.1 严格中药市场准入制度 中药材要重质量,确保人民用药的安全性。首先要健全法规,完善机制,严格按药品管理法的规定,中药饮片必须具有真实性并且符合国家药品炮制标准;其次加大查处力度。包括:坚决取缔无证生产和经营中药饮片的违法行为;禁止中药材市场出售非法饮片;加大对无证经营、从非法渠道进货以及制假售假的处罚力度,发挥法律的威慑力。因此各级药监管理部门应对相关中药材企业和药店严格管理,对相关中药材企业和药店进药渠道随时进行突击盘查以及对中药材进行真伪鉴定,对违法违纪行为及时处理,如为进一步规范全市中药材、中药饮片市场,严把“三七粉”质量关,威海市食品药品监督管理局开展“三七粉”专项检查,同时对市场在售“三七粉”进行监督抽检。再次监管部门要注重执法人员在中药材、中药饮片方面知识的培训、学习,丰富他们对中药材及中药饮片的鉴别和使用知识,形成专业的饮片监管技术队伍。严格中药市场准入制度,防止假药流入市场的现象发生,确保人民群众用药安全有效。

5.5.2 规范中药炮制加工程序 炮制是中药药材在应用前所必需的加工过程,炮制方法是否得当、过程是否严格管理、辅料是否符合要求,都直接关系到饮片的质量,关系到临床的疗效和用药的安全有效。因此,对中药加工炮制中存在的问题应采取有效措施予以解决,最大限度地消除人民群众用药的安全隐患。对炮制加工的药厂进行录像监控,对炮制不合格的药厂应该给予警示,严重者取消其炮制资格,各地应该严格遵守国家颁布的《中药饮片炮制规范》^[12]。加强中药炮制专业队伍的建设,在新现有从业人员知识的同时,培养高层次专业技术人员,搞好传统中药炮制技术经验的继承,加速中药炮制品科研成果向生产力转化的进程。中药炮制关系中药饮片的质量和中医临床疗效,必须严格按照国家或省级标准进行,并且规范过程管理,准确使用辅料,继承传统的炮制精髓。

5.5.3 保护中药资源 重视质量与开发 中药是以中医学理论为基础,具有独特的理论体系和应用形式,充分反映了我国自然资源、历史文化等方面的若干特点,是中华民族丰富遗产中最灿烂的一部分。由于人们利用中药资源往往只顾短期效益,忽视了保护和管理,以致许多中药资源日趋减少,有些种类甚至以到了濒

临绝灭的境地。把中药的开发利用和保护相结合,在加强保护管理的前提下,进行合理的开发利用。对中药资源不能采挖或猎取过度,要加强保护和人工抚育,积极研究再生技术,使有限的资源为人类永续利用。其次建立和完善药用动、植物自然保护区。发挥自然保护区和植物园区保存物种资源和生态系统等方面的积极作用。除此之外,我们还应该充分运用现代科学技术,促进中药资源的保护、创新及再生。注重中药资源与开发专业人才的培养,培养全民保护中药资源的意识,促进并保持中药的可持续发展^[13-14]。

6 展望

中医药文化是中华民族的瑰宝,是中华民族优秀传统文化的杰出代表。互联网普及时代的到来,为中医传承方式的变革带来了前所未有的新机遇。本文通过教育、文化宣传、软件应用、生产开发以及中药监督管理系统的角度分析如何利用“互联网+”信息技术与中医学巧妙有效地结合起来改变传统中医学发展的形态和特点。运用大数据挖掘技术与知识管理手段,并加强中医药教育、文化宣传、软件应用、生产开发以及中医药市场监管,对促进中医药行业健康可持续发展,加快中医药产业化进程具有重要的指导意义。如果能把这样一项系统工程大范围的推广,必将破解中医传承中存在的诸多难题,进而势必推动中医在全球范围内的快速发展,促进中医药产业化和世界化!

参考文献

- [1]张英秀,余贤武.中医继续教育的现状和设想[J].中医教育,1990(2):30-32.
- [2]刘锡诚.传承与传承人论[J].河南教育学院学报:哲学社会科学版,2006,25(5):24-36.
- [3]丁增云.中国古代科技知识传承的途径和机制[D].南京:东南大学,2006.
- [4]李敦清,杨振宁,张庆祥,等.中医理论教育与临床实践脱离的原因探析[J].山东中医药大学学报,2001,25(1):46-48.
- [5]马骥.现代科学技术与中医药的传承创新[J].中医药学刊,2006,24(1):5-7.
- [6]温志强,林湘.中医人才培养模式探析[J].甘肃中医学院学报,2003,20(3):63-64.
- [7]肖玮玮,陈建成.重拾师徒制,促进人才培养[J].商业文化,2010(12):177-178.
- [8]李艳红,毕立雄,张顺贞.对现代中医教育模式的思考[J].云南中医学院学报,2010,33(3):60-61.
- [9]魏一苇,何清湖,陈小平.试论中医文化传播的困境与出路[J].湖南中医药大学学报,2013,33(6):98-101.
- [10]谢华金.中药房中药质量管理措施的分析及对策[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(17):119-120.
- [11]肖金华.细节管理在提高中药房工作水平中的效果分析[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(21):142-143.
- [12]王剑.中药材市场现状分析与策略研究[D].济南:山东中医药大学,2015.
- [13]孙志蓉,王运丽.形成性评价在中药资源学教学中的应用初探[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(18):138-140.
- [14]肖冰梅,王朝晖,龚力民,等.中药资源专业的中药材商品学课程优化教学的探讨[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(17):84-85.

(本文编辑:杨杰 本文校对:冯志成 收稿日期:2017-12-18)

中国医学史课程教学模式改革和实践探索※

孟永亮 师建平*

(内蒙古医科大学中医学院, 内蒙古 呼和浩特 010110)

摘要: 中国医学史是中医学、针灸推拿学专业本科生最早开设的专业基础课, 其教学质量的好坏直接影响学生对后续专业课程的学习。近年来, 我们不断改革和完善教学方法和教学模式, 发掘优秀教学资源, 拓展教学平台, 提高《中国医学史》课的教学效果和质量, 在有限的授课时间内传授基本知识的同时, 激发学生的学习兴趣, 培养学生的自主学习习惯和医史思维能力。

关键词: 教学模式; 教学平台; 中国医学史

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.017

文章编号:1672-2779(2018)-06-0042-03

Exploration on the Reform and Practical of the Teaching Mode in the Teaching of History of Traditional Chinese Medicine

MENG Yongliang, SHI Jianping

(College of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolian Medical University, Huhhot 010110, China)

Abstract: The history of traditional Chinese medicine is a professional basic course for undergraduates majoring in traditional Chinese medicine and acupuncture and massage. The quality of teaching directly affects students' learning of subsequent professional courses. In recent years, we continued to reform and improve the teaching methods and mode, explored the excellent teaching resources, expanded the teaching platform, improved the teaching effect and quality of the history of traditional Chinese medicine. We tough basic knowledge in the limited teaching time, stimulated students interest in learning, cultivated students autonomous learning habits and thinking of medical history ability.

Keywords: teaching mode; teaching platform; history of traditional Chinese medicine

中国医学史是关于中医药学的起源、形成、发展过程和发展规律的一门科学, 是中医学与历史学的交叉学科。它同时涉及人类学、考古学、宗教学、哲学、文献学、地理学、天文学、气候学等诸多学科, 既具有自然学科的性质, 又体现人文学科的特点。《中国医学史》课程是大学一年级学生第一学年第一学期最早接触的专业基础“入门课”和“启蒙课”, 对于刚刚迈进中医药院校大门、对中医了解很少的学生来说, 如果能讲好讲活这门课, 会直接激发他们对中医学的浓厚兴趣。所以, 如何使学生在课程的学习过程中树立起热爱、投身于中医药事业的思想, 就要求教师精心设计这门课程, 特别是要转变教学模式, 不断创新教学方法, 发掘优秀教学资源, 拓展教学平台, 提高教学质量。同时, 《中国医学史》也是一门与社会科学有着极为密切联系的综合性学科, 还要充分挖掘《中国医学史》课程中大量优秀传统文化内容, 充分发挥它在政治思想教育、专业思想培养方面的作用, 使学生了解中医药起源、形成和发展规律及中医学的本质, 正确地认识和评价中医学, 树立为医学献身的思想, 对提高大学生人文素质, 塑造高尚品德具有重要的现实意义。

1 重视教学研究 建立复合型教学模式

《中国医学史》课程的授课对象是大学一年级新

生, 且多数是理科生, 如何充分利用多媒体网络技术, 改革传统的单一灌注式教学模式, 提高教学效果和教学质量是我们教学团队一直探索的课题。多年来, 我们重视教师队伍的培养, 定期开展教学研讨会, 分析教材内容, 探讨课程特点, 共享教学课件, 且注重不同学科背景教师间的交流, 不断改进教学方法, 制定出适合我校学生的教学模式。我们的教学指导思想是强调启发式、交流式和互动式相结合的复合型教学模式, 把传授知识、培养兴趣和专业思维的训练结合起来, 激发学生的求知欲。

在学生自主学习习惯和中医创新思维能力方面下功夫, 培养出理论知识扎实、又有创新思维能力的合格中医人才。这就要求授课教师具备丰富的教学经验, 高度熟悉教学内容, 准备高质量的教学课件; 在教学过程中要有激情, 讲好中医故事, 激发学生的学习兴趣。目前, 我们利用每周三下午教研室会议进行集体备课, 对每次授课容量、教学方案设计、课件制作水平、教学方法应用、教学进展把握以及与交流互动等环节, 先由主讲教师说课, 之后大家提出意见和建议, 并针对授课过程中可能出现的各种影响因素进行充分讨论, 使主讲教师有效地把控授课过程, 确保高质量完成教学任务。

2 创新教学方法 养成自主学习习惯

近几年, 教研室在《中国医学史》的教学方法上不断探索, 积极尝试不同专业、不同层次的学生采用不同的教学方法, 已初步取得了一定效果。“断代式”

※ 基金项目: 内蒙古医科大学高等教育教学改革研究项目【No. NYJXGG2017049】; 内蒙古自治区人才开发基金【No.1511001】

* 通讯作者: sjp4321@126.com



教学法是《中国医学史》课常用的讲述方法,它是以教材编写内容先后顺序为纲,按照历史朝代更替讲述不同时期中医学的发展状况,重点突出同一时期学科、学术发展的横向联系,是多数教师采用的传统教学法。其优点是教材内容比较成熟,能够全面反映历朝历代的医学知识;缺点是纵向联系不紧密,学生对各知识点存在前后混淆、识记不清等现象,考核结果也不理想。为此,我们积极尝试采用“专题式”教学法,打破教材编排顺序,将教材内容分为医学文献整理、医学理论、方剂学、药理学、临证各科、医药机构、医学教育和中外医学交流等专题,探讨其在不同历史时期的纵向联系和发展状况。其优点是将互相关联的知识点前后贯穿起来,便于学生了解和掌握学术发展源流及对各知识点的比较、分析和识记。且条理清晰,逻辑性强,易于实施,效果良好。通过对比两种教学方法,我们认为在教学过程前期多采用“断代式”教学法,有利于学生医史思维能力的培养,而在教学过程后期多用“专题式”教学法,有利于学生自主学习习惯的形成。

3 拓展教学平台 注重实践能力培养

教学平台是重要的教学资源,对教学效果和教学质量的提升具有重要作用。《中国医学史》属于理论性较强的课程,课堂是其主要的理论教学平台,通过教师讲授,学生获得知识。但课堂上讲授的知识比较抽象,学生既难记忆又容易忘。借于此,我们一方面注重医史思维能力的训练,另一方面加大了实践能力的培养,特别是从32学时中专门划出4学时的实践训练课,积极挖掘学校优秀的教学资源,拓展实践教学平台,把理论教学与实践教学有机地结合起来,培养学生自主学习习惯和医史思维能力。

3.1 理论教学平台 中国医学史属于历史学的一个分支,只有在历史背景下才能充分理解医学。《中国医学史》教材是按时间先后顺序编排的,每一章节讲述不同历史时期中医学的发展状况,且在章节前有一段历史背景简介,这就要求教师必须先讲清楚本章历史时段的政治、经济、科技、思想文化等概况,然后再指出在这一大的历史背景下的医学特点。因此,在课前就要求学生熟记“中国历史简表”和“中国医学史大事年表”,阅读每章节的相关历史知识,这样才能更好地理解医学。如在讲述秦汉医学时,就让学生阅读《史记》《汉书》等正史或医学人物传记,只有充分了解历史,才能理解医学,从而训练了学生的医史思维能力。

3.2 实践教学平台 实践教学平台的拓展对《中国医学史》课程的学习至关重要。近年来,我们将学校图书馆的传统医学部、蒙医药博物馆、校史博物馆等优秀教学资源纳入到《中国医学史》的实践中,既巩

固了课堂教学内容,又激发了学生们阅读中医古籍的兴趣,收到了良好效果。

图书馆传统医学部:大学图书馆不只是搜集、整理、收藏图书资料以供人阅览、参考的机构,也是重要的科研场所和教学平台。传统医学部位于图书馆五楼东侧,藏有中医古籍线装书885函、5481册,几乎涵盖了《中国医学史》教材所涉书目。我们积极与图书馆老师合作,将传统医学部打造成中医医史文献学科的实践教学基地,并成功获批为自治区重点学科。3年来,我们分年级、班级多次组织学生参观中医古籍室,并结合《中国医学史》进行详细讲解,选送优秀学生协助老师整理古医籍书目,这样既巩固了课堂教学内容,又普及了古籍保护知识,增长了学生们的见识,激发了他们阅读中医典籍的兴趣。

蒙医药博物馆:内蒙古自治区蒙医药博物馆位于学校金山校区图书馆一楼,它是国内第一个建立的蒙医药专业性博物馆和蒙医药文化教育基地。有医史、蒙药和文献3个展厅,藏有蒙医疗术铜人、教学唐卡、医疗器械等蒙医医史文物500多件,蒙成药和蒙药材标本2500余种,古籍文献3000多部,它既是蒙医药基础文献实践教学中心,也是《中国医学史》的实践教学平台。在新生开学时我们组织学生参观学习,在讲述元代医学史时,还专门再次组织学生进一步参加学习,这对于了解和掌握元代中国医学史和少数民族医学史具有重要的辅助作用。

校史博物馆:校史馆是弘扬学校优良传统、彰显办学精神、凸现办学特色、展示学校辉煌成就的良好载体,是育人和文化传承的重要基地,也是《中国医学史》的重要实践教学平台。它有序言厅和校史、发展和特色三个展厅,收集、整理了学校60年发展史上有关教学、科研、医疗各方面的历史图片和实物,分5个时段从不同角度总结提炼了每个时段的发展成就。一部医学院校史,就是中国现代医学史的缩影,通过组织学生参观和学习,对于了解和掌握中国现代医学史的发展脉络具有重要帮助。

3.3 在线教学平台 在线教学平台是零距离面向全国的资源共享,是一种全新的互动交流方式。近年来,学校大力推广在线网络教学平台的利用。《中国医学史》在积极拓展课堂教学和实践教学平台的同时,也紧跟潮流不断完善在线教学平台。在课程简介、师资队伍、教学大纲、教材信息、学习指导、教学课件、课程视频、教学进度表、学习指导和习题库、阅读书目、课外有声资料等栏目下功夫,尽可能地将《中国医学史》课程相关内容融入到在线教学平台,使学生随时随地共享信息,并通过答疑论坛、作业考试等栏目与学生实时互动,既可检验学习效果,又能评价教学水平。

参考文献

- [1] 马丹, 李萍, 崔勿骄, 等. 中国医学史课程教学方法改革的实践与探索[J]. 中医教育, 2016, 35(5): 46-48.
- [2] 刘琼, 伍红梅, 李成年. “经纬”教学法在《中国医学史》教学中的应用研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(18): 153-153.
- [3] 欧阳利民. 《中国医学史》教学法之探讨[J]. 成都中医药大学学报(教育科学版), 2010(2): 24-24.
- [4] 陈凯佳, 陈虹, 肖莹, 等. 中国医学史课程教学模式改革的探索[J]. 中国医学教育技术, 2009, 23(2): 118-120.
- [5] 甄雪燕. 《中国医学史》层次递进教学法初探[J]. 河北中医, 2009, 31(2): 313-315.
- [6] 段永强, 王道坤, 朱立鸣, 等. “讨论式”教学法在《中国医学史》教学中的实践与思考[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(6): 1476-1477.
- [7] 陈云逸. 浅谈《中国医学史》的阶段教学法[J]. 中医药导报, 2007, 13(10): 113-113.
- [8] 王雅丽. 中国医学史教学模式改革的探索[J]. 辽宁中医药大学学报, 2005, 7(1): 82-83.
- (本文编辑: 杨杰 本文校对: 李林 收稿日期: 2017-12-25)

温病学考试成绩分析

马登尚

(西南医科大学中西医结合学院, 四川 泸州 646000)

摘要: 目的 分析温病学考试成绩, 从中找出教学中的不足点, 从而改进教学方法, 提高教学质量。方法 采用SPSS 14.0软件, 对我校2013级中医专业温病学考试成绩进行统计分析。结果 $K-S=0.88$, 难度 $P=0.77$, 区分度 $D=0.66$; 不同生源学生学习成绩比较, $P>0.05$ 。结论 全年级温病学成绩呈正态分布, 整份试卷易难度适中, 能较好地地区分学生用功学习程度。不同生源学生成绩没有显著差异, 学生对温病理论掌握得较好, 临床应用能力较差, 今后教学工作需增加临床见习, 改进案例教学方式。

关键词: 温病学; 成绩分析; 教研改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.018

文章编号: 1672-2779(2018)-06-0044-03

Analysis on the Examination Performance of Warm Febrile Disease

MA Dengshang

(College of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Southwest Medical University, Sichuan Province, Luzhou 646000, China)

Abstract: **Objective** To analyze the examination performance of warm febrile disease, to find deficit in the teaching, to help teacher improve teaching methods, and to enhance teaching quality. **Methods** The examination performance of warm febrile disease of undergraduate students of 2013 grade in our university was analyzed by SPSS14.0 program. **Results** $K-S$ value is 0.88, difficulty value is 0.77, differentiation value is 0.66 $P>0.05$ by comparing scores of different enrolled students. **Conclusion** The whole grade students' scores is normal distribution. Difficulty and differentiation of test paper is moderate. Scores of different enrolled students has no statistical significance. Students' clinical thinking ability is poorer than grasping basic theories. The teaching staff should be emphasize clinical practice, and promote case study.

Keywords: warm febrile disease; examination performance analysis; teaching and research reform

温病学是研究温病发生发展规律及其诊治和预防方法的一门中医临床基础学科, 其理法方药不仅用于外感发热性疾病, 亦用于内伤杂病的治疗, 吴鞠通《温病条辨》中指出“万病诊治, 实不出此一纵一横之外。”因此温病学为中医四大经典之一, 是中医专业学生的必修课之一, 我校温病学开课时间安排在大三学年, 计划学时为72学时, 其中理论课66学时, 临床见习4学时, 机动2学时。通过一学期的学习, 期末考试成绩可基本反应出学生对该课程主要内容的掌握程度, 分析考试成绩, 有助于教师从中找出自己教学中的不足点, 从而改进教学方法, 提高教学水平。

1 出题及阅卷

以温病学教材为蓝本^[1], 期末考试前两周由主讲教师主持本教研室任课教师出题, 试卷分A、B两套试卷, 由教务处任选一套试题组织考试。题型分为单选题、名词解释、简答题及病案, 卷面总分为70分。考试结束后, 阅卷教师依据参考答案、评分标准, 采取

流水作业方式, 在教室内统一阅卷, 5个工作日内完成阅卷工作。

2 研究对象

以我校2013级中医专业温病学期末考试成绩作为研究对象。全年级共59人, 分为2个小班, 一个合班上课。1班为二本普通招生学生34人(简称为普本)。2班为专升本学生25人(简称为专本), 来自全省三所不同院校的专科毕业生, 入校后与大三年级的普本学生一起学习, 两班学生均是初次选修温病学。

3 研究方法

将本年级全部学生期末试卷成绩按题型得分输入电脑, 采用SPSS 14.0软件进行统计分析^[2]。(1)正态性检验, 采用单个样本 $K-S$ 检验; (2)试卷难度: 用字母 P 表示, $P=$ 平均分/满分; (3)区分度: 用字母 D 表示, 对于客观题采用Spearman等级相关分析, 对于主观题采用Pearson相关分析。

4 结果与分析

4.1 总体结果分析 全年级学生成绩见图1、表1。

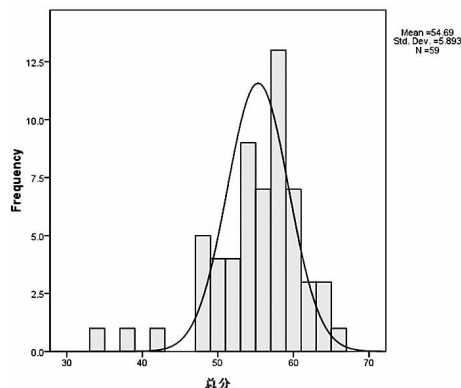


图1 全年级学生成绩分布图

表1 全年级成绩分布表

班级	人数	各分数段人数(%)				最低分	最高分	$\bar{x} \pm s$
		30~	40~	50~	60~70			
专本	25	0(0.0)	3(12.0)	17(68.0)	5(20.0)	42	64	55.84 ± 4.86 [*]
普本	34	2(5.9)	4(11.8)	23(67.6)	5(14.4)	34	65	53.85 ± 6.49
合计	59	2(3.3)	7(11.7)	40(66.7)	10(16.7)	34	65	54.69 ± 5.89

注:与普本比较,* $P>0.05$

图1中K-S值为0.88, $P=0.41>0.05$, 因此全年级成绩呈正态分布。从表1中可以看出, 全年级低于40分的差等生人数为2人, 占3.3%, 高于60分的优等生人数为10人, 占16.7%。全年级最低分为34分, 最高分为65分, 由于本课程成绩评定采用形成性评价, 平时成绩占30%, 包括课程教学过程中的出勤、平时作业、课堂讨论以及原文背诵等多种方式结合的总成绩, 期末成绩占70%, 因此本门课程成绩综合评定结果为全年级均及格, 没有不及格同学。

专本与普本学生相比, 专本成绩平均数为55.8±4.86, 普本53.8±6.49, 采用两独立样本 t 检验, $t=1.287$, $P=0.203>0.05$, 两班学习成绩无统计学差别。表明不同生源学生通过一学期的学习, 均可掌握好本门课程的知识要点, 取得几乎相同的学习成绩; 尽管高考成绩有本、专科之分, 进入大学后, 一切从零开始, 每个学生在同一个起点学习医学, 学习态度、热情以及用功程度决定着学习成绩的优劣。专本学生由于经过优胜劣汰的入学考试, 深知学习机会来之不易, 他们的专业思想更加稳固, 学习态度、学习目标更加明确。全年级40分以下的2名学生均在普本班中, 表明普本班中个别同学中医专业思想不牢固, 学习不够用功, 学习成绩仅满足于及格不补考而已。

4.2 不同题型结果与分析 见表2。

表2 不同题型得分数、难度、区分度

题型	题量	分值	分数($\bar{x} \pm s$)	难度 P	区分度 D
词解	5	10	9.31 ± 1.04	0.93	0.50
单选	30	30	23.75 ± 2.94	0.79	0.73
简答	4	20	16.31 ± 1.85	0.82	0.75
病案	2	10	5.34 ± 2.80	0.53	0.65
合计	41	70	54.69 ± 5.89	0.77	0.66

难度与区分度是判断试卷质量的重要指标, 难度反映试题的难易程度, 即正确答案的百分比。区分度反映试题区分不同水平受试者的能力, 即能否把优秀、一般、差三个层次的学生真正分别开。一般认为, 自主出题的考试中, 难度 $P \leq 0.6$ 表示试题难, $0.6 < P \leq 0.7$ 表示试题较难, $0.7 < P \leq 0.8$ 表示试题适中, $0.8 < P \leq 0.9$ 表示试题较易, $0.9 < P \leq 1$ 表示试题易^[3]。区分度 $D > 0.4$ 表示区分度好, $0.2 < D \leq 0.4$ 为尚可, $D < 0.2$ 表示区分度差。

从表2中可以看出, 整份试卷 $P=0.77$, $D=0.66$ 表明该试卷难易度适中, 能较好地地区分学生用功学习程度。但从不同题型难易度中可以看出, 单选题难度适中, 名词解释较易, 简答题容易, 表明学生对温病理论掌握得较好, 达到了教学要求。这类题型所考内容为教学大纲中掌握及部分熟习的知识点, 如温病学的基本概念、基本理论、基本技能、常见证型等, 由于这部分内容在平时作业、课堂讨论时练习过。其次, 我们在教学中根据教学大纲的要求, 自编《温病学重点难点释疑》, 学生可根据此教学参考资料对教材中的知识点进行有针对性地理解复习记忆, 最后是学校周边的复印店里整理出的考试宝典之类的复习资料, 都有助于提高学生的学习成绩。

病案题平均得分为5.34±2.80, 难度为0.53, 表明病案题难, 但此难度与计算机模拟病案考试的难度相近, 还是在可接受的范围内^[4]。中医的精髓在临床, 临床之难在于辨证, 《类证治裁》中云: “司命之难也在识证, 识证之难也在辨证”, 伤寒六经辨证, 温病三焦辨证及卫气营血辨证, 内科脏腑辨证及气血津液辨证等, 多种辨证方法, 有时令初学者难以适从。 “若识证不明, 开口动手便错” (《临证指南医案》), 有学者提出提高中医临床思辨能力的方法为 “读经典、跟名师、多临床、有悟性”, 温病学家吴鞠通《温病条辨》自述中云 “进与病谋, 退与心谋, 十阅春秋, 然后有得”, 可见辨证精准, 非一日之功。我们在阅卷中发现, 面对一个温病病例, 有的同学未用温病理论进行诊断治疗; 有的学生尽管辨证正确, 但方证不统一; 还有的学生受西医的病名诊断以及实验室的检查结果干扰, 不能很好地应用中医思维模式进行辨证分析, 这些现象反应出学生将温病学的理法方药应用于临床的能力较差, 这就要求我们在今后教学中改进案例教学方式。

5 结论与反思

全年级温病学成绩呈正态分布, 不同生源学生学习成绩没有显著差异, 整份试卷难易度适中, 能较好地地区分学生用功学习程度。学生对温病理论掌握得较好, 临床应用能力较差, 今后教学工作应从以下几方面进行改进。

(1) 从培养学生的临床认知能力入手, 训练学生的中医思维能力。增加学生临床见习次数, 以我院康

复科作为温病学的临床见习基地,学生以小组为单位,每周一次跟随教师查房,由带教老师针对具体病人进行病案分析讲解,采用“证—方—经典条文”的模式,加深对经典原文的理解,即从病人的病症特点出发,进行辨证分析,依证选方,最后指出此方所在的经典原文。

(2) 每个学生书写2至3份临床见习病例,先在小组内进行病案讨论,然后以PPT形式在课堂上汇报,以增强学生动手动脑、自主学习、团队协作以及中医临床辨证分析能力。

(3) 课堂案例教学以学生临床所见的真实病例为

主,书本中的案例为辅,增强学生的情景记忆以及应用温病学理论于临床的信心。

(4) 充分利用已建立的温病学题库,实行温病学计算机考试,切实做到考教分立,客观评价学习效果。

参考文献

- [1] 马健.温病学[M].北京:人民卫生出版社出版,2012:1.
- [2] 浅谈 spss 软件在试卷分析中的应用.http://wenku.baidu.com/link?url=MubS7hyf8WwEwrxHbjikjKkZKLfcxjKwrrydS7GufgK000AWg55bkM5k4gobq_yLD3HJ4aFkCRlxBxpXsS8i4aiuTHWQ2Si0IlogpvkG
- [3] 吴彬,张镜源.陈建玲部分课程试题难度与区分度分析[J].福建医科大学学报(社会科学版),2002,3(2):45.
- [4] 张阳,秦鹏.计算机模拟病例考试信度、难度及区分度研究[J].中国高等医学教育,2009(2):8.

(本文编辑:杨杰 本文校对:王全 收稿日期:2017-12-04)

中医院校诊断学体格检查教学中的问题及对策

李孟魁 张瑜 张剑鹏 蒋茹

(天津中医药大学临床实训教学部,天津 300193)

摘要: 分析中医院校西医诊断学体格检查的教学现状,发现存在对体格检查教学重要性认识不足、学生操作不规范及所获体征分析能力欠缺等问题。提出了应增加实验操作练习、开展体格检查微视频大赛、在临床情景下开展实训教学及改变实验课考核方式等对策。

关键词: 中医院校; 诊断学; 体格检查; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.019

文章编号:1672-2779(2018)-06-0046-03

Problems and Countermeasures in the Teaching of Diagnostic Physical Examination in Colleges of Traditional Chinese Medicine

LI Mengkui, ZHANG Yu, ZHANG Jianpeng, JIANG Ru

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

Abstract: The current situation of physical examination in colleges of traditional Chinese medicine was analyzed. There were some problems such as lack of understanding of the importance of physical examination, improper operation of students and lack of ability to analyze the acquired signs. It is suggested that we should increase experimental operation practice, carry out micro video contest of physical examination, practical teaching in clinical situations, and change the examination method of the experiment course.

Keywords: college of traditional Chinese medicine; diagnostics; physical examination; teaching reform

诊断学是医学教育体系中的重要环节,是联系基础课程与临床课程的纽带,是医学生最早接触到的西医临床课,也是临床各科尤其内科学的专业基础^[1]。在诊断过程中,体格检查是医生基本功的重要体现,优秀的临床医生需要具有熟练的诊断技能和缜密的体征分析能力。目前查体诊断教学中多数存在操作技能下降,分析异常征象能力不足等问题,笔者针对这些问题提出一些对策供大家参考。

1 体格检查教学中的问题

1.1 重视程度不够 由于目前医疗工作节奏快,医患矛盾较为突出,实验、影像等辅助检查日趋发展,导致体格检查在实际临床中愈发不受重视,不仅学生经常在教学中向老师提出这样的问题,就连教师自身也对体格检查重视程度不够,在教学中经常有意无意流露出“体格检查无用论”。导致学生在体格检查实验课中

学习兴趣不高、注意力涣散,上课缺乏甚至躲避和教师互动等问题,而这些问题在体格检查教学具有普遍性^[2-3]。

1.2 操作技能下降 当前很多中医学生对体格检查重点和难点掌握欠佳,操作基本功不够扎实,在医院见习和实习中暴露出操作不规范、手法错误或者有些同学只会大致叙述不知如何动手的现象。

1.3 体征分析能力下降 体格检查教学存在的另一个严重问题就是不能将体检获得的体征与患者很好的联系,也就是不能结合病人临床情况分析异常征象。比如在患者双肺部闻及干罗音,有些学生不知如何分析其临床意义。对异常征象的意义分析是西医诊断学教学的核心内容,也是未来临床工作中诊断思维的重要环节。

2 针对教学中的问题提出的对策

2.1 加强查体诊断操作水平 目前多数中医院校诊断学教



学中均面临着学生操作技能明显下降,不能满足临床实习需要。现在中医院校体格检查实验课一般都是“观影-示范-模仿”模式,即先让学生观看教学操作视频,之后教师对各个实验项目进行示教讲解,同学们再分组练习,教师巡视修正错误手法。虽经过一系列步骤的训练,在实际教学中学生的临床技能仍差强人意^[4]。

笔者在临床教学中为了改变这种局面,对目前的实验课流程进行了调整,主要为取消课上观看视频(将节省下来的时间用于上次实验项目的复习),要求学生在课下将下次课要学习的实验操作视频提前观看。在进行本次实验项目之前,先对上次操作项目进行回顾操作(利用取消观看视频节省下的时间),形式是以宿舍为单位进行比赛,教师视其操作情况给出分数,并作为平时成绩的一项重要,学生的参与积极性大大提升,迫使同学在课下练习操作。

另外加强教师示教的规范性,授课教师一定要经常集体备课充分统一、规范手法,带教老师操作演习是体格检查实验课的重要环节^[5],诊断学训练课每位授课教师所带教学生数量要严格控制在10人以下,部分中医院校诊断学实验教师缺乏,以致每位老师所带学生较多,过多的学生观看教师示教势必会降低授课效果,亦不能保障后面学生互相练习时的巡视质量,学生过多导致不能及时发现和纠正错误手法,进而影响了学生体格检查操作技能水平的提升。

除此之外,充分利用现在便利的手机等摄像设备,组织学生进行中医大学生体格检查微视频比赛,比赛以班级为单位,要求每班都要参加所有体格检查项目的操作录制,评选视频要优中选优,每班选出一套代表本班最高操作水平的视频,参加全年级比赛。通过“课堂上操作比赛,课下微视频大赛”等一系列教学方法的改变,学生对诊断学学习的兴趣明显增加,临床体检手法更加规范、灵活,能力有了显著提升。

2.2 提高异常征象分析能力 部分学生进入临床后,不能很好地将理论知识与患者相结合,对体格检查所获得的体征,感到一头雾水,不能迅速联系其临床意义,临床诊断思路不甚完善。比如体检后得到某患者颈静脉怒张、双下肢水肿,很多同学头脑中没有第一时间浮现“右心功能衰竭”这一诊断。这些医学生进入临床后往往需要较长的“过渡期”才能逐渐适应临床工作,严重降低了医院对医学毕业生的评价与反馈。为了改变这一局面,在正式进入医院之前对医学生进行临床思维模拟训练非常必要。

我校针对当前学生不能很好将临床所获资料与理论知识想贯通,思维能力欠缺等问题,在全国中医院校率先建立临床实训教学部门。目的就是强化所学的知识,构建科学的临床思维,为此我们采取“以学生为中心,以问题为导向”的PBL教学理念,引入临床路

径,模拟临床环境。PBL教学法有助于培养学生发现问题、解决问题、团队协作以及自学等多方面能力^[6]。要求充分激发学生的潜能,发挥学生在课堂教学中的主体作用,给学生提供探索创造的空间,合理正确地引导学生,让学生通过“自主、探究、合作”的学习方式,促进学生自由全面的发展^[7]。抛弃原来传统的“只练手法不谈意义”的诊断学实验课模式,在学习完诊断学课程之后的下一个学期专门开设培养临床诊断思维能力的诊断学实训课,采用病例分析,让学生在所设的临床环境中进行体格检查。要求学生标准化病人进行系统问诊、体格检查,之后还要讨论对该患者进行哪些针对性体格检查?为什么?该患者的哪些体检项目有可能出现异常?说明什么临床意义?通过临床常见病例的反复训练,绝大多数同学提高了学习体格检查的兴趣,并且对物理诊断理解的更加深刻。这不仅仅提高了操作技能,更使医学生认识到体格检查在临床的重要性以及体征在诊断疾病中的价值和意义。以PBL为理念引入临床情景教学法在诊断学实训课教学中的运用有利于激发学生的学习兴趣,可显著提高教学效果,对医学生分析问题和解决问题的能力亦有显著提升^[8]。

2.3 改变实验课的考核方式 目前大多数中医院校西医诊断学只有一次期末考试(即学期末的卷面考试),实验课只是作为整个诊断学课程的一部分来对待(且在最终的总评中所占权重较低),即使体格检查等操作能力欠佳的学生,只要最终的期末试卷考好了,最后仍然可以获得较好的总评成绩。因此很多中医院校的学生并未对体格检查引起足够的重视,往往在实验课中以“差不多”为标准,严重影响了体格检查技能操作水平的提升。

为了改变这一现状,树立诊断学理论与技能实践并重的指导思想,在牢固掌握理论知识的基础上,突出实践能力的培养^[9]。让同学们对诊断学实验课尤其体格检查有进一步的重视,进行了诊断学考核方式的改变,即理论课和实验课单独核算成绩,实验课也需要有其独立的平时成绩和期末考核,这样大大提高了实验课在整个课程体系中的重要性,督促学生拿出更多的精力、时间来练习各项诊断学操作,提高技能水平。

2.4 强化体格检查的重要性 虽然包括实验室检验、影像、基因技术等在内的医学诊断技术发展速度可谓日新月异,而体格检查依然是医疗工作中最基本、简单、有效的诊断方法。牢固的查体诊断基本功对于医学生的重要性不言而喻^[10]。很多典型的疾病通过医生系统问诊和体格检查大多都可得到初步诊断或者为诊断指明正确方向。正确诊断是科学治疗的保障和前提,体格检查是获取患者异常征象的根本途径,是临床医生必须要修炼的基本功。如无任何不适症状的青年在体检

时医生闻及胸骨左缘第二肋间有连续性机器样杂音,医生基本可以确定其为“动脉导管未闭”的先天性心脏病患者,扎实的临床查体能力可以尽量避免误诊和漏诊的发生。在临床教学中教师的言传身教是在中医大学生心中确立体格检查重要地位的良好方式。

3 结语

教师在日常教学中一方面要潜移默化的树立体格检查的重要性,强调规范、精准的查体诊断可以使医生终生受益;另一方面要不断改进体格检查的教学模式,新颖的授课方式不仅增加了学生参与学习的积极性,而且提高了对理论知识的理解能力^[1]。进而可以提高学生的临床操作水平以及异常体征的临床分析能力,为学生将来进入临床打下坚实的基础,这也是我们医学教育工作者不可推卸的责任。

参考文献

[1]滕艺萍,付抚东,孙国高,等.诊断学基础实训教学资源库的建立与应用[J].

卫生职业教育,2017,35(13):21-22.

[2]高进,李蔚,张媛,等.诊断学教学评价的调查研究[J].中国高等医学教育,2007(2):65-66.

[3]孙惠萍,徐新绢,匡正宇,等.毕业技能考试引发的思考[J].中国高等医学教育,2007(9):58-59.

[4]魏满,肖骅,罗素新,等.心脏体格检查临床教学现状及改进[J].中国继续医学教育,2015,7(2):15-16.

[5]王银娜,曾静波,陈萍,等.提高物理诊断学实习课教学质量的实践和体会[J].继续医学教育,2014,28(11):79-81.

[6]刘爱群,葛莲英,刘立义,等.PBL教学模式在物理诊断学教学中的应用[J].基础医学教育,2014,16(5):382-385.

[7]邱晓霞.加强医学生人文素质教育的必要性及方法探讨[J].医学信息,2009,22(8):757-759.

[8]党惠兵.情景教学法在诊断学实训教学中作用的探讨[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(7):24-25.

[9]张东伟,杨长青.浅谈物理诊断学教学改革的探索与实践[J].卫生职业教育,2016,34(16):43-44.

[10]许杰州,吴丽萍,吴凡,等.临床基本技能课程中有关物理诊断学的教学改革[J].中华医学教育杂志,2011,31(5):675-676,711.

[11]张丽娜,李垠含,任平,等.中医院校西医诊断学实训教学模式[J].实用中医内科杂志,2016,30(10):121-123.

(本文编辑:杨杰 本文校对:高铁刚 收稿日期:2017-12-29)

学科与专科建设在综合医院中医药工作中的重要作用

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:综合医院中医科的工作是综合医院工作的有机组成部分,但是综合医院中医科的发展面临很多难题,只有从中医自身角度出发,加强科室建设,尤其是学科与专科建设,才能促进综合医院中医科的全面发展,在综合医院未来的竞争发展中争得一席之地。

关键词:综合医院;中医科;学科建设;专科建设

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.020

文章编号:1672-2779(2018)-06-0048-03

The Important Role of Discipline and Specialty Construction in the Work of Traditional Chinese 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: The work of traditional Chinese medicine in general hospital is an integral part of hospital work, but the development of department of traditional Chinese medicine is facing many problems, only starting from traditional Chinese medicine itself to strengthen the department construction, especially the discipline and specialty construction, to promote the overall development of Chinese medicine department, to win a place in the competition in general hospital.

Keywords: general hospital; department of traditional Chinese medicine; discipline construction; specialty construction

综合医院中医科工作是综合医院工作的有机组成部分,在促进中医药事业繁荣发展,为人民群众的健康提供优质、全面的医疗服务方面,综合医院的中医科是一支不容忽视的重要力量,也是整个中医药事业的重要组成部分。近年来,国家中医药管理局提出了关于重视发挥综合医院中医药科室作用的要求,实现中医药事业全面、协调、可持续发展,综合医院中医科要实现这一目标,需积极加强科室建设,全面发展,现结合我院及我科的实际情况进行一些总结和阐述。

1 综合医院中医科工作概述

1.1 综合医院中医科的医疗工作 综合医院中医科为医院提供中医药服务的主体,是医院医疗工作的重要组成部分,科室要根据临床需要提供中药饮片、中成药、针灸、穴位贴敷等多种中医药服务;要紧密结合医院的发展重点和优势专科专病,发挥中医特色优势,加强中医专科专病建设,形成特色和专长,并将中医药服务拓展到医院其他临床科室;要注重发挥中医“治未病”优势,传播“未病先防、既病防变”理念,积极开展中医预防保健、养生康复等服务。

医疗工作是科室工作的核心,直接和患者的生命健康相关,除科室基础条件建设外,要着重加强临床

* 通讯作者:40026751@qq.com



能力的建设：(1) 规划并培育出中医专病（专科）擅长治疗的优势病种。如我科为国家中医药管理局“十二五”重点专科老年病科，科室培育了以中风病（脑梗死恢复期）、眩晕病（原发性高血压）、消渴病（2型糖尿病）为主的老年病优势病种。(2) 针对优势病种确定特有的诊疗方法，制定中医诊疗常规，突出中医药诊疗方法的综合运用：针对确定的优势病种，坚持中医药特色的治疗，同时积极应用中医非药物疗法，重视中医药康复。(3) 认真学习并执行专病（专科）的《中医临床路径》和《中医诊疗方案》。(4) 开展中医特色护理：开展辨证施护，建立具有中医特色的专病（专科）护理常规，并对中医特色护理进行评价并制定改进措施。

1.2 综合医院中医科的科研工作 综合医院中医科要在国家中医药科技研究战略指导下，开展中医药科研，研究内容应适应需求、坚持特色、把握重点，并结合医院的实际情况，着重开展以下方面的研究：(1) 常见病、多发病中医诊疗规范的研究。(2) 具有中医药治疗优势的病种诊疗方案优化的研究。(3) 名老中医专家学术思想、临床经验和技术的传承研究。(4) 针对临床疗效确切的经验方，开展协定处方以及中药制剂的开发和应用的研究。(5) 疑难病、危急重症、重大传染病等疾病的中医防治方法和技术研究。(6) 临床专科专病中医治疗难点解决的思路和方法的研究。(7) 借鉴现代临床研究的原理和方法，开展评价方法研究。根据科室的实际情况建立科研考核制度和激励机制，促进科室中医药科研团队和梯队建设。

1.3 综合医院中医科的教学工作 一般大型综合医院均为教学医院，中医科则需要承担和中医学相关的教学任务。如我院作为西安交通大学的第一附属医院，是一所承担着大量教学任务的教学医院，中医科则承担西安交通大学附属医院医学部的中医教学工作。中医教学工作是中医工作的重点之一，需要把以人为本的理念贯彻到人才培养的过程中，不断提高临床教学水平，为学生成才提供条件和保障。科室成立了教学质量控制小组，制定教学指导方针，并制定具体的实际措施：理论大课由有5年以上教学经验教师担任；实习小课由有2年以上教学经验教师担任；大课、小课教师在学期前需分别在本教研室内部试讲授课内容，由质控小组现场打分、评议，指出缺点不足，对难以达到教学目的的教师，责令

暂不担任本年度教学任务；每学期末在学生中进行教学质量评估。通过具体的质量控制体系保证教学工作的顺利实施，促进综合医院中医科的中医教学工作发展。

2 学科与专科建设在综合医院中的重要作用

2.1 综合医院中医科面临的问题 综合医院中医科的发展普遍面临着以下几方面的问题：(1) 医院投入少，规模小，设施不齐全，功能不配套；(2) 综合医院的中医科对综合医院的综合优势利用不够，没有做到因势利导、扬长避短，使得中医科的服务范围在缩小，中西医发展的差距在继续拉大；(3) 综合医院的中医科实际上是一个小型中医医院，病种繁多，在“技有所长、技有所专”方面有欠缺，对疾病缺乏系统、深入的研究。(4) 中医科由于中医药服务收费相对较低，仍然存在通过西医服务创收来解决生存的问题，没有很好地发挥中医药优势，缺乏竞争力；(5) 中医人才流失较多，尤其是优秀中医人才匮乏，不少优秀的中医人才或中医专业的毕业生改变了就业方向。这些问题在我院、我科也或多或少的存在，推进综合医院中医科的发展，要充分认识到综合医院中医科面临着严峻的挑战^[1-2]。

2.2 学科与专科建设的重要性 从当前综合医院中医科所处的地位来看，既面临着严峻的挑战，也面临着良好的发展机遇，所谓综合医院就是为人民群众提供全面综合医疗服务的医院，显然，缺少了中医是不行的。但是综合医院中医科要有所作为，有所发展，必须正视所面临的问题和挑战，积极应对，从中医自身角度出发，根据具体情况，突出中医专科专病治疗，在专病的选择上，要充分考虑中医临床优势病种，尤其是在疑难杂症、功能性疾病、慢性病、临床心理问题及非手术期治疗等方面，从疗程、疗效、副作用、费用等方面突出中医优势^[3]，并根据医院自身特点和临床医生专长，突出中医特色，中医与西医相结合，临床与基础相结合，医药相结合，围绕“五专”即“专科、专病、专家、专药、专技”进行深度挖掘，以学科建设推动专科建设，开展针对性的科研工作，打造出良好的中医品牌，提高中医科的综合竞争能力，才能得到应有的重视和地位。而综合医院中医科的可持续发展有利于健全中医药服务体系，有利于促进中医药学术继承与创新，有利于提高综合医院服务能力，有利于更好地满足人民群众医疗保健服务需求。

3 如何推进综合医院中医学科与专科建设

3.1 提升中医的服务能力 提高解决实际临床问题的能力,尤其是在疑难杂症、功能性疾病、慢性病、临床心理问题及非手术期治疗等方面,发挥中医科室的作用;发挥中医药在突发公共卫生事件中的作用,例如一些新的传染病,西医未确诊之前,中医就可通过辨证施治,早期治疗,从而提高疗效;加强和西医科室的协作,将中医药服务拓展到医院各临床科室,一些西医不能或不能完全医治的病例,西医科室可邀请中医科会诊以共同参与治疗,发挥中医药的作用。

3.2 提高中医的医疗质量 医疗质量是医院发展之本,更是科室的生存之本,优质的医疗质量必然产生良好的社会效益和经济效益,科室应制定具体的医疗质量管理方案,以求通过科学的质量管理,建立正常、严谨的工作秩序,确保医疗质量与安全,促进中医科医疗技术水平、管理水平的不断发展,更好的为人民群众提供优质的中医医疗服务。如建立科室质量控制小组,制定具体的质量管理办法:定期检查运行病历、定期对医疗质量进行分析、通过科查房,深入细致的全面了解被查病人医疗质量、定期进行质量小组工作会议,并提出医疗环节、医疗质量的管理措施,不断提高医疗质量。

3.3 加强中医科的专科与学科建设 推进综合医院中医科的发展,加强中医学学科建设,突出中医药特色是关键。综合医院的中医科既要坚持向全科方向发展,又要突出专科专病的建设,积极开展中医特色专病建设,做到“科有专病、人有专长、病有专术专药”^[4],从而形成自身的特色和专长,这样才能提高中医科的服务能力,促进自身发展。如我科根据全国首批名老中医刘茂甫教授提出的“肾虚为人体衰老之本,肾虚兼瘀证为老年病的基本病因病理改变”理论,总结出补肾化瘀法是治疗老年病的基本治法,并开展中药补肾化瘀法治疗中风恢复期、老年眩晕的研究,益肾饮是其基本代表方,用益肾饮配合针灸、穴位敷贴、红外治疗等方法,治疗老年病取得了良好疗效,总有效率明显高于单用西药治疗。

3.4 重视中医药人才培养 推进综合医院中医科发展,提高医务人员业务素质是基础。因此要注重对中医药人才的培养,探索并建立一系列人才培养计划,如:(1)学历(学位)教育:采取全脱产或半脱产等方式,参加高等学校中医药专业学历

(学位)教育,提高在职中医药人员的学历层次与知识水平。(2)毕业后教育:对年轻医师实行住院医师规范化培训,使住院医师成长为一名合格的临床医师,保证医师队伍的基本建设。(3)继续教育:采取全脱产或半脱产或业余学习等形式,学习中医药及相关领域的新理论、新技术。(4)师承教育:配备名老中医为指导老师,以跟师临床实践为主,学习指导老师的学术思想、临床经验和专业技术专长等。(5)其他方式:包括参加研修班、学术讲座、学术研讨会等。

3.5 重视中医药文化建设 充分发挥中医药文化的导向、带动等作用,促进中医科室全面发展。中医药文化建设的主要内容包括核心价值体系建设、行为规范体系建设、环境形象体系建设等。中医药文化在中医的发展中起着非常重要的作用,在综合医院中也发挥着不可替代的作用,中医药科室通过开展中医药文化建设,营造中医药文化氛围,不但能加快中医药科室的发展,而且通过中医文化的导向、带动及辐射等作用,能够带动和促进整个医院的建设和发展。

4 结语

综合医院的中医科,除了需要政府和医院给予一定的扶持外,自身还必须做到勤求古训,博采众方,中西汇通,取长创新,提高水平,在继承中创新,在创新中超越,充分利用综合医院的优势,因势利导,扬长避短,充分发挥中医特色,这样才能有所作为,为患者提供优质的中医医疗服务,在综合医院未来的竞争发展中争得一席之地。

参考文献

- [1]杨强,魏爱环,杨明.准确定位整合优势发展综合医院示范中医科[J].中医药管理杂志,2013,21(11):1157-1159.
- [2]江澄.整合医学与品牌战略在综合医院中医科的运用[J].中医药管理杂志,2017,4(25):8-9.
- [3]王文,王宗仁.关于综合医院中医科发展的若干思考[J].医学与哲学(人文社会医学版),2005,26(21):74-75.
- [4]张志军.县级公立医院改革后中医学科发展的思考和探索[J].安徽卫生职业技术学院学报,2015,14(2):8-9,11.

(本文编辑:杨杰 本文校对:王瑞 收稿日期:2017-12-04)

中醫美歲

中医高等人才培养模式探析

赵娜 贾连群*

(辽宁中医药大学中医脏象理论及应用教育部重点实验室, 辽宁 沈阳 110847)

摘要: 随着世界医学的发展, 中医学在医学领域的影响力逐渐扩大。因此, 总结中医人才的培养模式, 对中医药事业的发展重要的作用。文章针对现行的中医高等人才培养模式出现的弊端及主要问题, 提出了建议以及解决方法。应明确培养目标, 合理设置课程, 加强师资队伍的建设, 加大教学改革力度。培养具有丰富的理论知识和临床高水准能力, 能够解决实际问题的复合型中医高等人才。

关键词: 中医人才; 高等人才; 培养模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.021

文章编号: 1672-2779(2018)-06-0051-02

Discussion on the Training Mode of High-level Talents in Traditional Chinese Medicine

ZHAO Na, JIA Lianqun

(Key Laboratory of Ministry of Education for TCM Viscera-State Theory and Applications, Ministry of Education of China, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

Abstract: With the development of world medicine, the influence of traditional Chinese medicine has gradually expanded in the field of medicine. Therefore, it is important for the development of Chinese medicine to summarize the training mode of Chinese medicine talents. In view of the disadvantages and main problems of the current training mode of Chinese medicine higher talents, the paper put forward some suggestions and solutions. We should have a definite target in cultivating talents, set up reasonable subjects, and strengthen construction of teaching personnel to cultivate complex Chinese medical talents who have the rich theoretical knowledge and high level of clinical ability to solve practical problems.

Keywords: traditional Chinese medicine talents; high-level talents; training mode

随着世界医学的发展, 中医学在医学领域的影响力也在逐渐扩大, 其历史悠久, 博大精深, 是世界医学的必不可少的一部分。虽然在建国以后, 我国建立中医药高等院校, 改变了几千年的师承模式。但是经过半个世纪的发展, 我国中医人才在培养方面仍然停滞不前, 中医人才质量也是良莠不齐。因此, 总结中医人才的培养模式, 探索其规律, 对中医药事业的发展有着重要的作用。

1 人才培养模式

人才培养模式是指在一定的现代教育理论、教育思想指导下, 按照特定的培养目标和人才规格, 以相对稳定的教学内容和课程体系, 管理制度和评估方式, 实施人才教育的过程的总和。所谓的人才培养模式实际上就是人才的培养目标和培养规格, 以及实现这些培养目标的方法或手段。目标、过程及制度是人才培养的三个基本要素, 联系紧密, 应在教育研究和教育实践联合运用^[1]。

2 中医高等人才现代培养模式

我国现代中医人才的培养模式呈现多元化的培养趋势。总体分为高等院校培养, 师承教育、世家传承, 也有自学成才、远程教育、讲学论辩等途径。这些途径在形式上各有不同, 但是对培养优秀的中医人才起到了积极的作用, 其中最主要的中医人才培养模式是

学校教育。

目前我国高等院校培养模式, 分别为专科、本科、硕士以及博士等多层次的培养。学校的教育以5年本科教育为主, 培养的模式为基础课、临床课以及实习三个部分。总体而言, 大部分中医院校的培养目标基本一致, 培养方式各有不同, 管理制度较固定。

2.1 培养目标 培养学生具备良好的科学素质及文化修养, 系统的掌握与专业相关的基础理论知识, 与实践相结合, 富有创新意识, 基础扎实, 知识面宽, 实践能力强, 有成为学科带头人的发展潜力, 能适应21世纪社会经济和医学发展需要的, 德、智、体全面发展的高级中医人才。这是当前各个中医院校培养中医人才共同的目标。

2.2 培养方式 目前大多数中医院校采用院校教育, 但也有少数院校实行以院校教育为主, 辅以师承教育, 一般中医专业设有三个专业, 分别为中医学专业, 中西医结合专业以及针灸推拿学专业。在课程设置上实行先理论后实训的教学方式, 理论部分基本为通识课、中医相关课程、西医相关课程, 且比例为1:1.1:0.8, 一般在大学四年级的时候临床实习一年。理论课程部分采用传统的考试方式, 临床考试是在实习的时候进行临床技能考核。

3 中医高等人才培养模式的不足

3.1 所学课程设置不合理 目前中医院校的课程设置基本包括学科基础课程, 专业基础课程和临床专业课程。

* 通讯作者: jllq-8@163.com

学生除了要学习中医课程还要学习西医类的课程,课程的比例不合理,导致中西医都会,培养出的学生大多“中医不精,西医不通”。医学理论和临床实践分离,学习的直观性下降,从而教学效果受到影响,教学质量下降。大部分院校多重理论、轻实践,设置课程较多,而临床实践只有一年的培训时间。另外,由于扩招到导致学生增加,而医疗资源的有限,促使学生学习时间的机会减少,那么学生所学的理论知识不能较好的应用到临床当中,虽说培养的人才较多,但是质量不够高。

3.2 师资队伍建设相对薄弱 中医人才师资队伍较薄弱,特点是“近亲繁殖”^[4],即大多数教师为本校毕业生,管理模式和授课的方式大同小异,一部分教师脱离临床,缺少临床机会和经验,缺乏中医诊疗经验,而这一弱点对培养中医学生是非常不利的,也存在课堂所教的内容与临床医疗实际不够一致的情况,从而出现医教分家的现象;另外也有一些年轻教师为取得重点项目的课题,或者想发表较高影响因子的论文,在科研方面投入了大量的精力,在教学上的付出相对较少,使得教学方式方法欠佳以及教学效果不理想,从而影响了教学质量。

3.3 教学改革力度不够 中医学是一门实践性很强的学科,学生在中医院实习时遇到病种单一或者是在理论学习中典型的病案较少,而且学生自己进行诊疗的机会较少,大多都以抄方为主,诊疗机会较少^[5]。另外,带教老师的水平良莠不齐,有的带教老师中医理论或诊疗能力较差,也有的老师偏重西医。也会出现临床患者对中医实习生的认可程度低于西医实习生,大多数人认为中医应该经过大量的经验和实践的积累才有可能具备熟练地中医技能,会比西医实习生在临床上更容易出现被拒绝的现象,进而影响中医实习生实践中医技能的机会。

4 建议总结

在课程设置上以中医为主,前期学习中医,后期学习西医,双向选择,对于一年级、二年级的学生最好不要首先或者同步开设西医课程,由于现代青年人更容易接受西医理论,西医理论对于青年人更有亲和力,相对于传统文化来说,青年人较易疏远。若初学者一旦接受西医,会容易对中医产生思维上的干扰以及心理上的抵触。如果将中医文化及其思维模式慢慢渗透入脑,有益于培养一批自觉钻研的中医学者。在第三、四学年,以学生为主进行初步的定向,分为中西班进行学习,这很重要,因为在前两年的学习中,学生掌握的中医知识,产生的兴趣,以及对中医的信仰,都有不同程度的变化。学校可以进行调查,了解

学生的意向,并且提醒其将来应避免的问题以及努力的方向。

对于师资建设薄弱的地方,应从一下三方面着手:首先是加强对青年教师的培养,借助名老中医传承工作室或是通过国家级、省级经验丰富的名老中医进行学术经验的继承和传授,提高青年中医教师的成长;其次给予中医教师在临床实践的机会,边进行教学工作边兼任临床诊疗工作,使中医基础理论内容和临床实践相结合,能将临床经典病例带到课堂中,丰富课堂教学的内容,从而激发学生的学习兴趣,提高课堂教学的效率和效果。再者举办各种兴趣活动,邀请名中医加入课堂,学校和医院开设“中医文化节”、“名中医大讲堂”等活动,多种方式增加中医学习的气氛,加强中医人才的成长。

中医教学应加强中医教育教学的改革,中医学的发展有自身的规律性和教育模式,应在构建多样化人才模式方面以中医教育规律为关键,古代的师承教育与现代中医人才培养的模式相互结合,取长补短;在课程规划方面,为就业所需可增加专业特色课程,给学生提供不同领域、不同学科的学习机会,为其在新领域的研究上提供条件;教学方法应以中医经典为核心,加强中医理论教育以及中医思维的培养,西医知识的教学可合理的进行安排。另外,为了提高本科生的科研水平、临床诊疗以及解决实际问题的能力,可实行双轨制。双轨制就是导师制和师徒制,现在的高等中医教育只有硕、博士有双轨制教育,本科生没有。在本科的学习中,可在教学过程中选择理论水平高和经验丰富的教师来作为本科生的导师。利用学生课余时间或者导师坐诊的时间,指导学生的临床技能和科研。导师可以一季度或者半年对学生进行考评,并进行记录。这样为学生将来毕业从事理论、临床和科研方面打下基础。

在经济飞速发展的今天,中医发展应在保持自己特色的前提下,加强中医药优秀人才培养模式的构建,增加影响力。合理设计课程,加强中医基础理论和现代化知识的学习,完善知识结构,提高实践能力;加大改革的力度,中西医结合,取长补短。培养出基本功扎实,有较高素质,丰富的理论知识和临床高水准能力,能够解决实际问题的复合型中医高等人才。

参考文献

- [1]袁宝权.罗祥云高等中医人才培养模式初探[J].2004(10):24-25.
- [1]马骥.高等中医药教育人才培养模式的探索与实践[J].中医教育 ECM, 2009,28(4):1-9.
- [2]杨进.中国高等人才培养面临的问题及其对策思考[J].南京中医药大学学报,2001,2(1):48.

(本文编辑:杨杰 本文校对:隋同媛 收稿日期:2018-01-05)

中医药健康服务中心建设的问题和思路

陈燕溪 徐莉娅* 张 琨

(云南中医学院第一附属医院·云南省中医医院党政办对外合作交流中心, 云南 昆明 650000)

摘要: 中药大健康产业是以中药工业为主体、中药农业为基础、中药商业为枢纽、中药知识创新为动力的新型产业, 形成了包括中药相关产品研发、生产、流通、销售在内的跨行业、跨区域、跨国界的中药产业链。云南省中医医院通过建设集治未病健康管理、中医养生保健、中医综合治疗、中西医结合康复、中医多学科会诊、中医药文化展示与传播、中医对外合作交流、社区康养和健康产品研发等九位一体的中医药健康服务中心。将运营以来面临的问题和困难进行总结, 并对今后开展健康服务工作的思路做探讨。

关键词: 中医药大健康; 健康服务; 健康中国

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.022

文章编号: 1672-2779(2018)-06-0053-03

Difficulties and Ideas in Constructing Chinese Medicine Health Service Center

CHEN Yanxi, XU Liya, JIAN Lijuan, ZHANG Kun

(The First Affiliated Hospital of Yunnan University of Traditional Chinese Medicine · Yunnan Foreign Cooperation and Exchange Center of the Party and Government Office of Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650000, China)

Abstract: The traditional Chinese medicine health industry is a new type of industry based on traditional Chinese medicine industry, traditional Chinese medicine agriculture as the main body, traditional Chinese medicine business as the hub, traditional Chinese medicine knowledge innovation as the driving force, including traditional Chinese medicine related products r & d, production, circulation, sales, cross-industry, cross regional, cross-border Chinese medicine industry chain. Yunnan traditional Chinese medicine hospital through the construction of treatment of disease-free health management, health care of traditional Chinese medicine, comprehensive treatment of traditional Chinese medicine, integrated traditional Chinese and western medicine rehabilitation, multi-disciplinary consultation of traditional Chinese medicine, traditional Chinese medicine culture display and dissemination, foreign cooperation and exchange of traditional Chinese medicine, community health care and health product research and development of nine integrated traditional Chinese medicine health service center. This paper summarizes the problems and difficulties faced since operation, and probes into the thinking of carrying out health service work in the future.

Keywords: traditional Chinese medicine health; health service; health

目前, 我国健康服务业产值仅占国内生产总值(GDP)的5%左右, 而发达国家的健康服务业产值占GDP的10%以上, 我国健康服务业的发展潜力巨大^[1]。

中药大健康产业是以中药工业为主体、中药农业为基础、中药商业为枢纽、中药知识创新为动力的新型产业, 形成了包括中药相关产品研发、生产、流通、销售在内的跨行业、跨区域、跨国界的中药产业链^[2-3]。云南省中医医院作为一个建院70年的边疆老院, 在新的健康时代背景下, 如何立足其根深蒂固的历史基础, 通过创新、改良以焕发出新的活力, 是对医院领导班子智慧和勇气的考量, 边疆很多中医医院在新院区建设的功能定位上处于西医不强、中医不优的尴尬境地。云南省中医医院在新院区近8000 m²的位置上, 把医院原有的五个医技科室: 治未病科、推拿科、针灸科、健康服务中心、对外合作交流办, 加上新成立的康复科和一个社区卫生服务中心, 通过人、财、物的资源整合, 成立了“中医药健康服务中心”, 形成了集治未病健康管理、中医养生保健、中医综合治疗、中西医结合康复、中医多学科会诊、中医药文化展示与传播、中医对外合作交流、社区康养和健康产品研发等九位一体的建设内容。“中心”设置运营部、治

未病科、推拿住院部、针灸康复住院部、中医养生部五个部门和十个专病养生馆, 除医生、康复治疗师和护理队伍外, 还拥有一支中医外治队伍; 内部管理上, 从出诊、会诊、业务流程都做了明确规定, 形成了既有分工又有合作的内部运营体系。“中心”旨在通过实践, 建成中医药全链条大健康服务示范基地, 成为引领云南中医药健康发展的医养结合服务示范中心。

现将运营以来面临的问题和困难进行总结, 同时, 对今后开展工作的思路做探讨, 总结如下。

1 面临的主要问题

1.1 中医复合型人才缺乏 通过2年的思考和实践, 我们深切的感到, 培养和储备中医药复合型人才是推动中医药健康服务发展的强有力保障。在大健康时代背景下, 我们需要既懂中医又懂管理的复合型管理人才, 以期他们在紧抓技术业务发展的同时又能敏锐察觉到市场变化, 能从大局上把握中医药事业发展走向, 紧密契合“一带一路”发展战略, 紧扣云南省生物医药大健康产业发展主旋律, 以专业的视觉找准健康服务市场定位和突破口, 着力提升中医药健康服务内涵建设、拓展服务范围, 有效提升中医药健康服务能力和市场竞争力。与此同时, 还需要一批既懂中医又懂外语的复合型人才, 能够更好的宣传中医药文化, 承担起中医药典籍翻译、国际中医药教育等工作, 更好的

* 通讯作者: 1193459451@qq.com

促进中医药文化推广与传播。

人才支撑已成为云南中医药健康服务发展不能回避的重要问题,随着我院申报的“中医药健康服务国际合作基地(云南)”项目获批和云南省中医药健康服务联盟的建立,对复合型人才的需求越来越大,从目前的发展情况来看,我省的中医药复合人才数量是远远不够的,然而人才的培养需要时间和过程,我们急需联合一切能够联合的力量,创造条件在全省范围内开展管理、语言和中医药技术的综合培养,并让这种培养方式逐渐常态化,为复合型人才的储备奠定基础。

1.2 中医药健康服务标准化体系建设存在一定难度 目前,“中心”中医药健康服务标准化体系建设正全面铺开,如何做到实用性与前瞻性俱佳是建设过程中的关键问题,“中心”现已初步制定了部分病种的中医药服务规范和技术标准,如何在省内其他医疗机构推广应用、如何与相关政策及国家标准、行业标准、地方标准有机结合,仍是需要我们思考和探索的问题。

1.3 重点研究深度方向不足 经过2年的建设,“中心”在科研方面尚显蓄力不足,在当前国家中医药利好政策的支持下,“中心”团队对政策的挖掘还不够深,研究切入点略显单调,缺乏高级别的临床研究,对重点病种的中医药诊疗研究还不够深入,在研究课题申报方面还有很大的提升空间。

2 下一步的思路

2.1 构建云南医养结合服务基地 医养结合的概念在业界和市场上已经炒得很热,但其内涵的研究和规范却还是空白,在省中医院中医药健康服务中心的筹建和运营实践中,我们把主要精力放到了前面提到的9方面建设内容上,我们非常愿意将建设经验和全省乃至全国的同道们一起分享,通过联盟共建的方式,整合优质资源,合力打造云南医养结合服务基地,共同制定、推广服务规范和标准,使医养结合成为云南中医的一张新名片。

2.2 构建中医药健康服务联盟 在国际大健康产业蓬勃发展的背景下,建设“云南省中医药健康服务联盟”,是增强云南中医药(民族医药)的创新驱动力的最有利途径之一。通过汇聚有利资源,打造云南中医药健康服务的新业态和新模式为出抓手,着力提升云南中医(民族医)的防病治病水平,积极拓展云南中药材大品种的临床运用,促进中药(民族药)的成果转换,服务于云南生物医药大健康产业发展,服务于全省各族人民和南亚、东南亚地区。

2.3 构建中医药对外合作交流基地 “一带一路”的推进有力带动了中药健康产业的发展 and 国际贸易的增长。中国海关统计数据显示,2014年我国中药类产品进出口

总额达到46.30亿美元,同比增长9.79%,其中,出口额35.92亿美元,同比增长14.49%。2014年,我国与“一带一路”沿线国家和地区的中药产品贸易额达到25.43亿美元,较2008年(7.81亿美元)增长了2.26倍^[4]。

云南历来被冠以“植物王国”、“生物基因库”、“药材之乡”的美誉,是全球生物多样性最丰富、最集中的地区之一。全省中药材品种多、分布广,种植面积达到600多万亩,在全国生产的5000多种药品中,涉及云南植物药原料的多达3500种,占70%以上。在“一带一路”国家战略全面推进的建设进程中,处于对外开放前沿的云南具有得天独厚的条件,全体中医药界同仁应充分利用区域定位,紧抓“一带一路”发展契机,借力有利的区位优势和药物资源优势,大力发展对外中医药健康服务产业,建设中医药健康服务国际基地。

近年来,我院紧抓时代发展要求,积极开展对外交流与合作。目前,我院是国家中医药管理局首批中医药国际合作基地(医疗类)、云南省中医药国际人才培养基地、上海合作组织(中国)传统医学促进会成员单位,云南省服务贸易协会成员单位、云南省中医药服务贸易基地。年均接待各国就诊患者200余人次,并与瑞士理想培训旅游代理公司、美国School For International Training等机构探索出了一条以中医临床实习为切入点,结合中医养生旅游、跨文化沉浸式体验的旅游服务发展道路。2017年,医院已成功申报成为国家中医药管理局的“中医药健康服务国际合作基地(云南)”,这为云南省的中医药对外交流合作带来了新的助力。

2.4 构建中医养生保健旅游体验中心 云南旅游资源十分丰富,以独特的高原风光,热带、亚热带的边疆风物和多彩多姿的民族风情而闻名于海内外。现已经建成了一批以高山峡谷、现代冰川、高原湖泊、石林、喀斯特洞穴、火山地热、原始森林、花卉、文物古迹、传统园林及少数民族风情等为特色的旅游景区。全省共有景区、景点200多个,国家级A级以上景区有134个。依托云南特有旅游资源,结合如昆明、腾冲、普洱、大理、丽江、西双版纳等地区丰富的旅游资源,尤其是充分利用立体气候、地热资源、药用植物等资源,联合当地中医医疗资源、旅游服务机构、知名医药企业等,针对性选取服务人群、特色病种,开发多条中医药养生保健旅游路线,融合云南民族风情和民族医药特色。目前已与7家医疗机构签署合作协议,建立中医药健康服务国际合作基地网络体系,设计特色康养旅游路线,打造云南中医药(民族医药)旅游名片,积极参加2017年7南亚东南亚地区商品贸易洽谈会

及中国国际旅交会,与数十家外方旅游机构进行合作洽谈,借力“互联网+中医”,在中医药全产业链末端,打造中医药养生保健旅游自主品牌,吸引“一带一路”沿线国家和国内居民到云南体验中医药保健旅游。

2.5 构建健康管理人才培养基地 作为教学医院,以“十三五”期间云南中医学院新建健康管理学院为契机,发展中医药治疗、预防、保健、康复、养老等应用型特色专业,制定培养方案,承担专业建设任务,形成覆盖全生命周期的复合型中医药健康产业人才培养链。

2.6 构建中医药管理标准化体系 国家加强中医药标准体系建设,根据中医药特点对需要统一的技术要求制定标准并及时修订。中医药标准化是中医药事业发展的技术支撑,是推进中医药行业治理体系和治理能力现代化的基础性制度。《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》提出:“完善中医药标准体系。为保障中医药服务质量安全,实施中医药标准化工程,重点开展中医临床诊疗指南、技术操作规范和疗效评价标准的制定、推广与应用。系统开展中医治未病标

准、药膳制作标准和中医药保健品标准等研究制定。我院作为云南中医药集团总医院,有着系统的中医药建设、管理内容,结合云南特点和地域优势,构建中医药管理标准化体系,并进行推广,提升中医药服务水平。

2.7 构建科研平台 云南有着丰富的地域药物资源,以及云南所特有的少数民族医药资源,通过构建科研平台,加大成果转化,将云南地方中医药资源,少数民族医药资源,名医经验进行整理和升华,既有利于药物资源、民族资源、名医资源的保护和开发,还能提升中医药运用开发水平能力,使其更好的为人民服务。

参考文献

- [1]国家发展和改革委员会.解读《关于促进健康服务业发展的若干意见》[J].中国科技产业,2013(10):14-17.
- [2]张伯礼.扶持和促进大中药产业健康发展[J].中国食品药品监管,2010(5):8-9.
- [3]黄璐琦,李军德,李哲,等.我国现代大中药产业链发展趋势及对策[J].中国科技投资,2010,3(5):67-69.
- [4]许海清.“一带一路”战略背景下中医药服务贸易发展的思考[J].北方经济,2015(5):38.

(本文编辑:杨杰 本文校对:姜丽娟 收稿日期:2018-01-24)

多措并举 推行以文化人工程

——河南中医药大学探索与实践

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:以文化人是党中央提出培育践行社会主义核心价值观的新策略。以文化人培育大学生文化自觉与自信意义重大。善用大学校园文化的教育功能,是加强大学生民族精神培育的理想之路。发挥文化传承,推动社会主义文化发展是高校的重要职能之一。优秀的中国传统文化是民族的血脉,代表着中华民族独特的精神标识,是培养和践行社会主义核心价值观的重要资源。

关键词:大学建设;校园文化建设;以文化人

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.023

文章编号:1672-2779(2018)-06-0055-03

Taking Project of Cultivating People with Culture

—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: Culturalized education, a new strategy cultivated to practice the socialism core values, is put forward by the Central Committee of CPC. It is a significant tactic to cultivate college students' cultural consciousness and self-confidence. To make the best use of educational function of campus culture is the ideal route for the cultivation of university students' national spirit. It is one of the important functions of colleges and universities to give full play to cultural inheritance and promote the development of socialist culture. Excellent Chinese traditional culture is the blood of the nation. It represents the unique spirit mark of the Chinese nation and is an important resource to train and practice the socialist core values.

Keywords: college construction; construction of campus culture; cultivating people with culture

文化是民族的血脉,是人民的精神家园。文化自信是更基本、更深层、更持久的力量。中华文化独一

无二的理念、智慧、气度、神韵,增添了中国人民和中华民族内心深处的自信和自豪。

“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

* 通讯作者:lbq2121@163.com

人”^[1]。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,充分发挥文化人的作用,形成了突显本土性、体现时代性、富有创新性的成果。

1 理论依据

在5000多年文明发展中孕育的中华优秀传统文化,在中国共产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^[2]。以文化人是新的历史条件下为培育践行社会主义核心价值观提出的新要求,为培育践行社会主义核心价值观提出了新遵循。

多年来,我校坚定文化自信,致力以文化人,突出文化建设在育人中的重要作用。2009年,河南中医学院第三次党代会确定了实施“文化铸校”工程,将文化建设作为建设特色鲜明的中医药大学的重要内容之一。2016年,学校的“十三五”发展规划明确指出,要“持续推进特色大学文化建设,深入开展中医药特色校园文化建设活动”,“加大中华优秀传统文化、优秀中医药文化的宣传、普及和课程建设力度,提升以文育人、以文化人的质量,增强文化自信”。

2 路径方法

在长期的办学历程中,学校加强顶层设计,从制度文化、环境文化、行为文化和精神文化等方面,全方位、多角度提升建设力度,多措并举推行以文化人工程。开辟了特色突出的“三个渠道”、“三个融入”育人路径。

2.1 畅通“三个渠道”

2.1.1 开凿课堂教学渠道 中医药文化作为中国传统文化的重要组成部分,其核心来源于古代哲学和多学科的融汇,是中医学植根的丰厚土壤。医学生只有接受传统文化的熏陶洗礼,具备深厚的传统文化底蕴,才能成长为真中医、大中医。为此学校开设了二十三门传统文化方面的课程,如《中国传统文化概论》《国学经典导读》《中医哲学基础》《周易与中医学》等,藉以使中医药文化内化于心,提高学生的人文素养和道德修养。

2.1.2 借助第二课堂载体 学校充分利用社会实践和各种社团活动进行传统文化教育,培养学生良好的人文修养和道德品质。(1)将大学生社会实践活动与社会观察相结合、与志愿服务相结合,在社会实践中培养“大医精诚”、“医乃仁术”的精神品德。在“全国百强社会实践团队”评选中,学校的“杏林志愿者”服

务团获得全国优秀实践团队。(2)定期举办“仲景学术文化节”、“大学生仲景文化艺术节”,设立了百家讲坛,开展形式多样的社团活动,融学术、科技、文化、艺术于一体,弘扬主旋律,突出高品位,营造了浓厚的文化氛围,提高了推动传承和弘扬中医药文化的力度。(3)开展“十大自强之星”和“敬老孝亲”评选表彰活动,对学生中坚持自立自强、刻苦读书、表现优秀的学生及感恩父母、敬老孝亲、勇于担当的学生给予评选表彰,激励学生弘扬中华民族自强不息、感恩图报的品德追求和优良传统。

2.1.3 架设科普传播桥梁 学校成立“蒲公英”校园文化志愿讲解团,开展中医药文化知识科普宣讲活动。

(1)上好新生入学教育第一堂课。每年对入校新生进行以中医药文化为主题的校园文化讲解,增强学生知校、爱校意识,激发学生学习中医药文化的积极性和主动性。(2)借助新媒体放大科普效应。学校充分利用专题网、微博、微信等新兴媒体,推送中国传统文化及中医药文化知识科普文章,助推中医药文化传播。

2.2 做好“三个融入”

2.2.1 校园建设融入中医药文化 校园既是学生学习、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^[3]。

学校在校园硬件建设中充分融合中医药文化元素,形成了较为完备的体系。学校南大门的设计与建设,充分融合了中国、中原和中医的元素,装饰了“河洛旭日”、“嵩山晓月”的大型浮雕;仲景文化广场以医圣张仲景塑像为核心,建设了仲景生平浮雕墙和《伤寒杂病论》序言碑刻;建成了突出中原中医药文化元素的河南中医药博物馆;建成了集教学、科研、科普、观赏等于一体的河南中药植物园;结合中医药文化元素对校区内道路进行了命名;建成了展示古今中外医德典故及格言为主题的医德馆;形成了人体科学馆、中医源展厅、百药苑、百方苑、百穴苑、餐桌文化等由点到面,由分散到集中的完备格局。

2.2 文化产品融入中医药文化 学校积极开发中医药文化产品,探索文化育人新途径。以学校首届“国医大师”李振华教授为原型,组织编拍了宽银幕故事片《精诚大医》,藉以宣传弘扬老一辈中医专家的优良品质和大医精神。为了展现老一代河南中医药大学人在建校初期艰苦奋斗、自强不息的精神,学校又组织编



拍了大型电视文献纪录片《河南中医1958》。观看两部影片现已成为新生入学教育的必修课。

2.2.3 文明创建融入中医药文化 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^[4]。学校坚持立德树人、教育书人理念,致力于打造诚信自强的育人品牌,形成了优良的校风。伴随着多年的奋斗历程,在砥砺前行中孕育形成了特色鲜明的河南中医药大学精神,其核心表现是:不畏险阻、攻坚克难的精神气概;百折不挠、坚韧图成的精神品格;抢抓机遇、勇于担当的精神追求;和衷共济、众志成城的精神特质。这一精神是高度凝练、特色鲜明、体现师生价值追求的精神,是彰显历史、蕴含深厚、符合学校品质追求的精神,是凝聚人心、催人奋进、助力学校未来发展的精神,已成为凝心聚力的磁石,开创未来的动力源泉。

3 实施效果

学校将以文化人贯穿于教育、教学、管理、服务全过程,充分发挥以文化人的作用,取得了显著成效。

3.1 先进群体层出不穷 沐浴在浓郁的文化氛围中,学生受到了深深的浸润与滋养,先后涌现出了以首届“全国道德模范”、“河南省十大道德楷模”王一硕和“全国三好学生标兵”、“中国大学生十大自强之星”白云苹等代表的“优秀大学生先进群体”,感动中原,唱响全国。2012年白云苹贫困生基金会荣获“河南青年五四奖章集体”、2015年荣获教育部第八届高校校园文化建设优秀成果一等奖;张欢欢作为辅导员,不仅自己刻苦钻研攻读硕博,还对学生进行精心指导,荣获河南省“2015年辅导员年度人物”。他们中的李国胜、张申、于爱党也都保持着自身所具有的美好品质,在各自工作中取得了可喜的成绩。以他们的事迹形成的特色材料《培育先进典型,引领大学生健康成长》荣获教育部2007年高校校园文化建设优秀成果一等奖。

3.2 学生比学蔚然成风 在先进典型感召下,广大学子积极比学。本分守规、诚信做人成了广大学生的人生准则;发奋成才、全面发展成了广大学生的追求目标;奉献社会、关爱他人成了广大学生的自觉行动。各类标兵层出不穷,如中国大学生自强之星苏国磊;荣获“中国大学生自强之星”提名奖并获“中国大学生新东方自强奖学金”的双胞胎姐妹白亚平、白亚娟;2016年第二届“感动校园十大人物”花伟红;坚守孝道,

带着患病父亲上学的李春花;不计得失,多次挺身在公共场所对病人进行义救的陈辉;利用寒暑假为乡亲邻居诊病的“假期医生”张向伟;凌晨帮父母卖菜的李晓丹;放弃读研机会,毅然回到家乡甘做乡村医生的张艳垚等等。他们是我校大学生先进群体的代表,更是当代优秀大学生的一个缩影,他们用自己的行动践行着社会主义核心价值观,用自己的行动感染着更多的学子追逐青春梦想,汇聚青春力量。

3.3 育人效果广受褒扬 学校的以文化人工作取得显著成效,先后获得“全国师德建设先进单位”、“全国医学教育系统思想政治工作先进集体”、“省级文明单位”、“中原最具魅力大学”、“河南省高校德育评估优秀单位”、“全省高等学校先进基层党组织”等荣誉称号,连续两届被省委命名为“河南省思想政治工作先进单位”。学校的诚信育人机制和白云苹贫困生基金会事迹分别荣获教育部2010年、2015年高校校园文化建设优秀成果三等奖和一等奖。

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).
- [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]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.
- [4]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:杨杰 本文校对:孙孝亚 收稿日期:2018-02-01)

洪雅中草药·低等植物· 黑粉菌科名录

粟粒黑粉(粟奴)*Ustilago crameri* Koern.

入药部位:菌瘿入药。

性味:性寒,味甘。

功能主治:利湿除烦,除满,利小肠。治疗心闷胸烦。

生境分布:寄生于粟种内。分布于各乡镇。

火烟包(玉米黑粉)*Ustilago maydis* (DC.) Corda.

入药部位:菌瘿入药。

性味:性寒,味辛。

功能主治:清热解毒,止血。治疗热毒,温毒,热极发狂等。

生境分布:寄生于小麦。各乡镇均有分布。

麦散黑粉(麦奴)*Ustilago nuda* (Jens.) Rostr.

入药部位:孢子粉。

性味:性寒,味辛。

功能主治:解表,发汗,止痛。

生境分布:各乡镇均有分布。

——本文摘自祝之友教授主编《四川洪雅中草药名录》,人民卫生出版社,2017

苏敬、王焘医学教育思想对当前医学教育的启示^{*}

倪昊翔 王明强

(南京中医药大学组织部, 江苏 南京 210029)

摘要: 苏敬、王焘两位著名唐代医药名家, 不仅在编修医著、传承发扬中医药学方面作出突出贡献, 其医学教育思想也集中反映了我国古代医药名家的主流医学传承意识形态, 如“仁者爱人、自觉担当”、“兼容并蓄、唯实求真”、“注重实践、勇于创新”等, 具有典型的时代代表性。本文对两位著名医家教育思想进行深入研究, 探讨其对当前医学教育的重要启示, 为深化我国医教协同、推进医学教育改革提供有效参考和借鉴。

关键词: 苏敬; 王焘; 学术思想; 医学教育; 医教协同; 医德; 《外台秘要》; 《新修本草》

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.024

文章编号: 1672-2779(2018)-06-0058-04

The Enlightenment of Medical Education Ideology of Su Jing and Wang Tao for Current Medical Education

NI Haoxiang, WANG Mingqiang

(Organization Department, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

Abstract: As two famous medical scientists of Tang Dynasty, Su Jing and Wang Tao have made outstanding contributions to the preparation of medical works, and inheritance and transmission of Traditional Chinese medicine. Furthermore, their medical education thought typical of the era is an important reflection of mainstream physicians' medical ideology in ancient China, such as benevolent love, sense of duty, open mind, the will to truth, focus on innovation, etc. This paper tries to make some further research on education ideology of the two famous medical scientists, and explore its important enlightenment for current medical education, hoping to provide effective reference for synergetic development of both medicine and education, and promotion of the reform of medical education.

Keywords: Su Jing; Wang Tao; academic thought; medical education; synergetic development of medicine and education; medical ethics; *Waitai Miyao*; *Xinxu Bencao*

中华民族在与疾病长期斗争过程中, 创造并发展了中医学。数千年来, 中医药名家辈出, 涌现了很多富有远见的医学教育思想, 是我国医学教育的宝贵历史文化遗产。唐代是中国封建社会发展的一个全盛时代, 国力强盛、经济繁荣、文化灿烂, 其医学成就也举世闻名, 对后世中医药发展影响深远。本文选取唐代苏敬、王焘两位具有代表性的医药学家进行医学教育思想方面的探讨, 以期对当前医教协同、推进医学教育改革与发展有所启发和借鉴。

1 苏敬、王焘对中医药学的主要贡献

1.1 苏敬与世界第一药典《新修本草》 苏敬(约公元599—674)是唐代著名的药学家, 曾任朝议郎行右监门府长史骑都尉等职, 主持编撰了世界上第一部由国家正式颁布的药典《新修本草》(又名《唐本草》), 首开官修本草的先河。

我国自古就有编写本草的传统, 现知最早的为约成书于秦汉时期的《神农本草经》(作者不详)。南北朝时期, 陶弘景为《神农本草经》做注, 编定《本草经集注》共七卷, 把药物的品种数目增加至730多种。后来, 随着人们对医药学认识的进一步提升, 药物学知识也不断有新的积累; 到隋唐时期, 药物学趋于成

熟进步, 品种逐渐增加, 内容日益丰富, 当时被医家奉为圭臬的《本草经集注》的不足之处日益凸显。加之陶弘景因僻处江南地区, 不能遍识诸药, 纰漏之处不少, 医家按照《神农本草经》的记载施治, 深误生民。

公元657年, 苏敬等上疏朝廷, 要求编修新的本草。唐高宗准允了此事, 指派长孙无忌、许孝崇、李淳风等人, 与苏敬一起集体修订新本草。本草编修虽由太尉长孙无忌受命领衔(后又改命英国公李勣领衔), 但真正的主持者是苏敬。《新修本草》于显庆四年(659年)编成, 全书20卷(现残存11卷), 目录1卷; 本草图25卷, 目录1卷; 图经7卷(已佚), 全书共54卷, 收集药物800余种。作为世界上第一部由国家正式颁布的药典, 《新修本草》比欧洲最早的意大利佛罗伦萨药典(1498年颁行)、世界医学史上著名的纽伦堡药典(1535年颁行)、俄国第一部药典(1778年颁行)等, 均早8个世纪以上。

《新修本草》系统总结了唐以前的药物学成就, 图文并茂, 内容丰富, 不但保存了一些古本草著作的原文, 而且广泛吸纳了当时药物学发展的最新成果, 具有较高的学术水平和科学价值, 在当时和后世产生了深远的影响。该书颁行后, 很快流行全国, 成为一部具有法律性约束的标准性药物学著作。当时的官办医学校——太医署也立即采用作为教材。该书颁行后不

^{*} 基金项目: 江苏省人民政府与国家中医药管理局共建中医药高等教育改革与发展研究类一期项目[No.SJGJ012]



久即传入日本，深受日本医界的重视。公元701年，日本制定《大宝律令·疾医令》，将《新修本草》规定为医学生必修书，且课时必须达310天。公元905年，日本律令《延喜式》亦载“凡医生皆读苏敬《新修本草》”。苏敬主持编写的《新修本草》，至今对海内外传统医学教育仍有重要贡献。

1.2 王焘与医学方书大全《外台秘要》 王焘（约公元670—755）是唐代著名的医学家，曾担任徐州司马、给事中、邳郡太守等职，是唐高祖李渊的大儿子、隐太子李建成的老师。王焘博览唐代及以前的各种医家医籍，系统收集了盛唐以前经验效方，历时10年，于天宝十一年（752）著成大型综合性医著《外台秘要》。

王焘出身官宦世家，其祖父王珪是唐初杰出的宰相之一；其父亲王敬直是南平公主的附马，也被封了爵位；其大儿子是大理寺少卿，次子是苏州刺史。王焘从小体弱多病，母亲南平公主身体也不好。因家里常与医药打交道，他对医学便发生了兴趣。他常常与名医接触，对医学逐渐精通；他曾在皇家图书馆——弘文馆任职20多年，如饥似渴地阅读了晋、唐以来的大量医学书籍，并认真地做了详尽摘录，夜以继日，年复一年，积累了大量的医学资料（其中仅古方就有五、六十家之多）。后来，他被贬职到房陵，遇赦后就近安置在大宁郡，当地气候炎热潮湿，百姓得了瘴气，十有六七难逃一死。他依照随身携带的验方施治，疗效显著，甚至能把即将死去的人也神奇地救回来。

在理论与实践相结合的过程中，他决心编写一部医学方书大全，这就是被誉为隋唐时期三部医学代表作之一的《外台秘要》。《外台秘要》是一部集唐代及以前之大成的大型综合性医著，全书共40卷，分1104门、载方6000余首，包括风、外、骨、妇、产、小儿、精神病、皮肤、眼、齿等科，无论在理论方面还是方药的应用上都较之前的医著有进一步的发展。二十四史系列《新唐书》将《外台秘要》称作“世宝”；历代不少医家认为“不观《外台》方……则医所见不广，用药不神”，足见该书在医学教育领域地位之高。王焘以一生的精力，为保存唐代及以前古医籍原貌和总结唐以前的医学成就作出了贡献。

2 苏敬、王焘的医学教育思想

教育思想是指人们对人类特有的教育活动现象的一种理解和认识。苏敬、王焘的医学教育思想都脱胎于比较正统的儒家思想，较为集中的反映了我国古代

医药名家的主流医学传承意识形态，具有典型的时代代表性。

2.1 仁者爱人 自觉担当 儒家强调“仁者爱人”，而医学最能体现“仁”。苏敬、王焘都是在这样的儒家思想指导下，怀着强烈的历史使命感和责任心，自觉肩负起了时代赋予的重要担当，完成了古代医药学的两部不世之作。

苏敬主持编写的《新修本草》在序中阐明“梁陶弘景雅好摄生，研精药术。以为《本草经》者，神农之所作，不刊之书也。惜其年代浸远，简编残蠹，与桐、雷众记，颇或踳驳。兴言撰辑，勒成一家，亦以雕琢经方，润色医业。然而时钟鼎峙，闻见阙于殊方；事非金议，诠释拘于独学。至如重建平之防己，弃槐里之半夏。秋采榆人，冬收云实。谬梁、米之黄白，混荆子之牡、蔓。异繁萎于鸡肠，合由跋于鸢尾。防葵、狼毒，妄曰同根；钩吻、黄精，引为连类。铅、锡莫辨，橙、柚不分。凡此比例，盖亦多矣。自时厥后，以迄于今，虽方技分镳，名医继轨，更相祖述，罕能厘正。乃复采杜蘅于及己，求忍冬于络石。舍陟厘而取蒟藤，退飞廉而用马薊。承疑行妄，曾无有觉。疾瘵多殆，良深慨叹”。从有利于医学传承发展的长远考虑，为了纠正谬误，正本清源，以济世用，客观上需要一部新的本草著作来对本草学的成就加以总结和厘清。而自觉肩负起这一历史重任，推动并实现这一本草学专著撰著成功的则是苏敬等人。

王焘幼年多病，其母疾病弥年，他更能体会医药对人体健康的重要作用；所以他虽长期为官，却不忘悬壶济世，编书救人。正如《外台秘要·序》中所云：“余幼多疾病，长好医术，遭逢有道，遂躋亨衢，七登南宫，两拜东掖，便繁台阁二十余载，久知弘文馆图籍方书等，繇是观奥升堂，皆探其秘要。”鉴于历代方书辗转流传，篇目杂乱，而唐代三部医学代表作中的另一部代表作《诸病源候论》述症虽详，却很少论及方药。王焘遂以强烈的使命责任感，立志在此基础上编撰一部集历代医论和医方的方书大全。

王焘还在《外台秘要·序》中道：“不明医术者，不得为孝子。”其母亲患病时，他长期衣不解带照看护理。这与儒家孝道思想也是一脉相承的：如《伤寒杂病论·序》中说：“怪当今居世之士，曾不留神医药，精究方术，上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全，以养其生”；孙思邈在《千金要方》中也提到：“君亲有疾，不能疗之者，非忠孝也”。这些仁者

爱人、知医尽孝的理念，也是王焘等古代医家钻研医学、自觉担当的强大动力。

2.2 兼容并蓄 唯实求真 苏敬在主持编撰《新修本草》过程中，秉持实事求是的科学态度，对以往的本草记载广泛考证、深入调研、去伪存真。他提出“《本经》虽阙，有验必书；《别录》虽存，无稽必正。考其同异，择其去取”的原则，不泥于古，而是验于实。由于药物因地、因时、因部位等因素而异，“窃以动植物生，因方舛性；春秋节变，感气殊功。离其本土，则质同而效异；乖于采摘，乃物是而时非。名实既爽，寒温多谬”。若不加辨别，“用之凡庶，其欺已甚；施之君父，逆莫大焉”，所以为确保每一味药的产地、性质、采集以及主治病症记载真实无误、详尽准确，苏敬等人特地奏请朝廷“普颁天下，营求药物”，通令全国各地郡县，将当地所产药物，及其相关记录和图样，一并送往京城汇总，以供编撰者参考采用。他们唯实求真，“上禀神规，下询众议”，既秉承已有规范，又广泛征求各方面特别是基层的意见，注意吸收各方面的经验：如除了广泛地征集全国各地的药材之外，他们还同时多方面搜集文献资料，以及听取群众的用药经验与知识，汇集众多医家的见解，最后对其进行探讨与综合。

王焘在编写《外台秘要》时，也是广收博采、无遗古今，做到兼容并蓄、求真求实。如《外台秘要》博采众方，引用前贤医籍达60部之多，“上自神农，下及唐世，无不采摭”。经过广泛取材，《外台秘要》才在古人的基础上做到有所突破。王焘在《外台秘要·序》中也说“凡古方纂得五六十家，新撰者向数千百卷，皆研其总领，核其指归。近代释僧深、崔尚书、孙处士、张文仲、孟同州、许仁则、吴昇等十数家，皆有编录，并行于代，美则美矣，而未尽善。何者？各擅风流，递相矛盾，或篇目重杂，或商较繁芜。今并味精英，铨其要妙，俾夜作昼，经之营之，损众贤之砂砾，掇群才之翠羽，皆出入再三，伏念旬岁，上自炎昊，迄于圣唐，括囊遗阙，稽考隐秘，不愧尽心焉”。王焘广收博采，却并非毫无鉴别地全部接收，他认为前贤医籍“美则美矣，而未尽善”，有的“各擅风流，递相矛盾”，有的“篇目重杂”，有的“商较繁芜”，因此他“并味精英，铨其要妙”，“皆出入再三”，予以深思审判。王焘整理医籍，对所用的古籍资料，均能详细地将诸家名号列于前，使得篇目层次清晰，不欺名盗世，夺人之美。这种兼容并蓄、唯实求

真的治学态度，至今仍值得在医学界提倡。

2.3 注重实践 勇于创新 苏敬的《新修本草》原著共有三部分，即《本草》正文20卷，目录1卷；《药图》25卷，目录1卷；《图经》7卷，共54卷。《本草》正文主要记载药物的性味、产地、采制、作用和主治等内容，收集的药物，“羽、毛、鳞、介，无远不臻；根、茎、花、实，有名咸萃”；《药图》是采用绘画的形式描绘药物的形态；《图经》则是与《药图》相配的说明文字。这种在书中增附图谱、图经的编撰方式，是我国本草学上的一大创举，对药物形态鉴别、药物真伪辨别以及帮助读者认识药物等大有裨益、直观形象，为后世所普遍效法，对海内外医药学的发展也产生了积极的影响。

《新修本草》编撰过程中，苏敬等人还注意收录了一些当时已为民间广泛应用的外来药物，如密陀僧、血竭、山楂、人中白、郁金、苏木等，并且在书中介绍了由白锡、银箔、水银等调配成牙齿填充剂的内容，极大地丰富了我国药理学的内容。除了重点记载中华传统的本土药物之外，还创新性的对上述外来药物进行详细记载，也是苏敬等人从所处时代的医学实践出发，对当时民间药物应用以及中外医药学交流进行的真实、客观反映。

王焘对医学实践也十分重视，其《外台秘要》中虽引用大量唐代以前的医学文献，但无一不是经过他的审择。他还来自印度源于天竺经的金针拨法也收录进书中，详细地介绍了金针拨障术治疗白内障的特殊疗法，描述为“眼无所因起，忽然膜膜，不痛不痒，渐渐不明，经历年岁，遂致失明，令观容状，眼形不异，唯正当眼中央小珠子里，乃有其障，作青白色，虽不辨物，犹知明暗三光，知昼知夜，如此之者，名作脑流青盲，都未患时，忽觉眼前时见飞蝇黑子，逐眼上下来去”，治疗此病“宜用金篦诀，一针之后，豁若开云而见白日”。可以推测，王焘所作的这种记载，一定是建立在其对针拨内障术已经掌握得相当熟练并且有显著疗效基础上的。《外台秘要》还记载“凡脚气病，皆由感风毒所致。得此病多不令人即觉，会因他病一度乃始发动，或奄然大闷，经三两日不起，方乃觉之。诸小庸医皆不识此疾，漫作余病疗之，莫不尽毙。故此病多不令人识也”。王焘结合临床实际，用病人的生命代价告诉后人，学医之人必须精于医术，如果像“诸小庸医”那样不能深达医理，识病之深浅，并在医学实践中予以正确应用，就算怀着一颗悬壶济



世之心，也只会害人不浅。

王焘所处的时代，宿命论和巫术害死了很多人。他敢于冲破思想禁锢，从尊重生命出发，认为“昔者农皇之治天下也，尝百药立九候，以正阴阳之变，以救性命之昏札”。《外台秘要·序》中说“死生契阔，不可问天，赖有经方仅得存者”。他还直接驳斥了“病由天定”的观点，如《外台秘要·序》记载“客有见余此方曰：嘻，博哉！学乃至于此邪。余答之曰：吾所好者寿也，岂进于学哉？至于通天倍情，悬解先觉，吾常闻之矣。投药治疾，庶几有瘳乎！又谓余曰：禀生受形，咸有定分，药石其如命何？吾甚非之，请论其目。夫喜怒不节，饥饱失常，嗜欲攻中，寒温伤外，如此之患，岂由天乎？夫为人臣、为人子，自家刑国，由近兼远，何谈之容易哉！则圣人不合启金滕，贤者曷为条玉版？斯言之玷，窃为吾子羞之。客曰：唯唯”。他这种客观分析可能导致疾病的各种原因、强调医药治病的积极作用的观念，实际上是一种唯物主义的疾病观，是富有创新性的、应该贯穿医学教育全过程的正确世界观和方法论。

3 对当前医学教育的启发意义和借鉴价值

当前，医学发展已迈入大健康时代，医教协同推进医学教育改革与发展已成为全面建成小康社会和建设健康中国的必然要求，也是深化医改、提高医疗卫生服务水平和质量的治本之策。近年来我国医学教育取得不少成效，基本构建了具有中国特色的医学人才培养体系，医学人才结构日益优化，人才短缺问题逐步缓解，基层医疗领域和健康产业的中医药人才需求日趋增加、颇受青睐。但与此同时，医学人才培养质量、医德医风以及医患纠纷等问题依然并存，中医药人才在中国特色医学人才体系中的不可替代作用如何有效发挥，也正是当下医学教育应该深入思考的重要命题。观往知来，通古鉴今，苏敬、王焘等古代名家的医学教育思想中蕴含着无尽智慧和精彩闪光点，对当前医学教育极具启发意义和借鉴价值。

3.1 思想教育和医德培养共举——贯穿医学教育全过程 “人命至重，有贵千金”。医学是为人的生命健康服务的，容不得道德操守上的任何一点瑕疵。我们必须高度重视对医学生的思想教育和医德培养，教育引导从“大爱”的角度深刻理解医学、深度理解生命。要重点培养医学生的职业使命感、专业责任感和担当有为精神，建立起对今后从事医药职业的热爱之心、光荣之心和行业感情。要把思想教育和医德培养

贯穿医学教育教学全过程，不仅对医药从业人员实行业务上的终身教育，也要对医药从业人员实行思想教育和医德行风方面的终身教育。要鼓励广大医药人员向古代先辈一样，常怀“仁者爱人、自觉担当”的坚定信念，勇攀医学高峰，为人类健康做贡献。

3.2 人文教育和专业教育结合——兼容并蓄一切优秀成果 构建中国特色的医学人才培养体系，中医药必须占有相当大的比例。但是，无论是扎根中国大地开展中医药教育还是西医西药教育，都应该兼容并蓄古今中外一切人类文明的优秀成果，做到“古为今用”、“洋为中用”。这是医学教育的规律，也是医学人才成长的规律。因此，我们一方面要重视医学生的国学素质培养，进一步加大中医药教育的经典教学力度；另一方面，西医西药教育也要有中国传统人文与科技元素，并应适当组织一些西医西药从业者学习中医药理论和知识、技术。要倡导中西医融合，注意把传统医学和现代科技结合的最新优秀成果纳入医学教育内容之中。青少年群体也应加强健康人文教育和基本的传统医学教育。

3.3 注重实践和鼓励创新并重——推进学生以自主学习为主 要在医学生中全面深入地推进以学生自主学习为主的教育教学方法改革，着力培养并提升医学生严谨认真地自主解决各种临床问题或实践问题的能力。要高度重视医学教育的临床实践教学环节，理顺医学院校和附属医院（实习基地）之间的关系，建立起学位教育与住院医师规范化培训的有机衔接，建立起药理学（中药学）类实验教学与生产实践的有机衔接。要以鼓励创新为导向，加快构建国家和地方分类分层次推进医教协同、培养各种口径的高素质医药专门人才的新机制，让更多的优秀人才在临床实践、科研实践、教学实践、生产实践等各种实际工作中脱颖而出，为健康中国建设作出我们这个时代应有的贡献。

参考文献

- [1]谢新年,郑岩,谢剑鹏.《新修本草》成书概要及其学术价值[J].中医学报,2010,25(6):1235-1236.
- [2]王家葵,张瑞贤,银海.《新修本草》纂修人员考[J].中华医史杂志,2000,30(4):200-204.
- [3]张登本,孙理军,乔文彪.王焘与《外台秘要方》[J].现代中医药,2004(1):13-16.
- [4]李弘祺.中国教育思想的近代转折——兼论教育思想史的研究取向[J].北京大学教育评论,2015,13(4):51-65.
- [5]从飞.王焘医学思想探讨[J].中国中医基础医学杂志,2000,6(12):53-55.
- [6]汪玲.论健康中国建设对医学人才培养的新要求[J].中国大学教学.医学教育管理,2017(2):25-31.
- [7]陈昕煜,吕兆丰.医教协同加快建立实施适应行业特点的医学人才培养制度[J].医学教育管理,2016,2(1):321-325.

(本文编辑:杨杰 本文校对:孙源源 收稿日期:2017-12-18)

中医古籍整理的思考※

蒋鹏飞¹ 李怡琛¹ 周亚莎¹ 彭清华^{1,2*} 陈向东²

(1 湖南中医药大学中医学学院, 湖南 长沙 410208; 2 湖南中医药大学第一附属医院眼科, 湖南 长沙 410007)

摘要: 中医古籍主要指书写或印刷于1912年以前具有中国古典装帧形式的中医书籍, 是中医传统文化的重要载体。但中医古籍的纸张在长时间的存放中很容易因为各种原因而受到损坏, 有的中医古籍甚至完全丧失价值, 令人痛惜。对中医古籍进行整理, 一方面有助于传承中医文化; 另一方面, 通过对中医古籍的整理与保护, 也有助于为完善中医的基本理论, 为更好地指导临床奠定基础。

关键词: 中医古籍; 古籍整理; 文化建设

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.025

文章编号:1672-2779(2018)-06-0062-02

Reflections on the Collation of Ancient Books of Traditional Chinese Medicine

JIANG Pengfei¹, LI Yichen¹, ZHOU Yasha¹, PENG Qinghua^{1,2}, CHEN Xiangdong²

(1. College of Traditional Chinese Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China;

2. Department of Ophthalmology, the First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China)

Abstract: The ancient books of traditional Chinese medicine mainly refer to written or printed before 1912 with Chinese classical binding forms and are an important carrier of traditional Chinese culture. However, ancient Chinese medicine paper in a long period of storage can easily be damaged due to various reasons, and some even completely lost the value of ancient Chinese medicine. It is deplorable. The collation of ancient Chinese books, on the one hand, contributes to the heritage of Chinese culture, it is also helpful to improve the basic theory of TCM and lay the foundation for better clinical guidance.

Keywords: traditional Chinese medicine ancient books; the collation of ancient books; cultural construction

中医古籍主要指书写或印刷于1912年以前具有中国古典装帧形式的中医书籍^[1-2]。中医古籍整理是指对中国古代中医书籍进行校勘、注释、训诂等整理工作^[3]。中华民族拥有数千年历史, 有灿烂的发达文明和浩如烟海的文化遗产, 古籍是中华民族传统文化的重要载体。中医学是我国宝贵的文化瑰宝, 为中华民族的繁衍昌盛作出了重要贡献, 至今仍对克服人类健康问题发挥不可或缺的积极作用。但中医古籍的纸张在长时间的存放中很容易因为各种原因而受到损坏, 有的中医古籍甚至完全丧失价值, 令人痛惜! 所以对中医古籍的整理就显得相当重要, 自1912年至今的一百多年间, 中国中医界、学术界和文化界从未停止过对中医古籍的整理。

1 中医古籍整理的意义

1.1 传承中医文化 中国古代历史悠久, 经历无数大小王朝的兴衰与战争, 中医古籍常常毁于战乱, 难以保存。有些祖传秘方, 也常常因突然变故而遗失。中国古代藏书与古籍在搬运过程中, 书籍也容易受到水浸、

虫咬等破坏。以上种种因素, 造成目前中医文化的不完整, 很多重要中医古籍的遗失, 严重影响了中医文化的传承。例如, 华佗发明的麻沸散至今仍不能解析其组成, 而《华佗枕中灸刺经》失传, 对于中医针灸学的传承不得不说是个遗憾。相传有三十七卷的《黄帝外经》至今也没有找到, 甚至《黄帝外经》是否存在都成一个有争议的问题。这些中医古籍是古代中医的智慧结晶, 凝聚着古代中医为探索医学而付出的心血, 是整个医学体系的重要组成部分。及时、有效地整理中医古籍对于中医传承具有重要的意义。

1.2 完善中医基本理论 中医经过数千年的发展, 形成了较为完善的基本理论体系, 但一些古籍的发现仍对中医理论有补充与完善的意义。1973年湖南长沙马王堆出土帛画《导引图》完善了中医推拿学的基本理论, 其中描绘了44种导引姿势, 捶背、抚胸、按压等动作还注明了所防治的疾病, 《阴阳脉死候》的出土与整理, 促进了中医诊断学的发展, 完善了中医诊断学脉诊的相关理论。

1.3 指导中医临床 中医的基本理论服务于临床, 中医古籍的整理有利于中医临床的发展。例如, 《灵枢·刺节真邪》中: “黄帝曰: 善。何谓声闻于耳。岐伯曰: 刺邪以手坚按其两鼻窍而疾偃, 其声必应于针也”的导引方法, 至今对中医临床仍有意义, 在临床上仍然行之有效。《金匱要略方论》中: “妇人经水闭不利, 脏坚癖不止, 中有干血, 下白物, 矾石丸主之。矾石丸方: 矾石三分(烧) 杏仁一分上二味, 末之, 炼蜜

※ 基金项目: 国家自然科学基金面上资助项目【No.30772824, No.81574031】; 国家中医药管理局中医眼科学重点学科建设项目; 湖南省高层次卫生人才“225”工程培养项目资助; 湖南省科技厅科研基金资助项目【No.2015SF2016-6】; 湖南省发展改革委科研基金资助项目【No.湘发改投资[2014]658号】; 湖南省中医五官科学重点学科建设项目; 湖南省长沙市科技计划重大专项【No.K1501014-31】

* 通讯作者: pqh410007@126.com



和丸，枣核大，内藏中，剧者再内之。”的阴道纳药的外治法，至今有效。

2 中医古籍整理的方法

2.1 版本 简言之，就是一部书不同的本子，中医古代图书经过多次的传抄刻印，形成各种本子的差异。例如，《黄帝内经·素问》缺第七十一卷，至今未能补齐。又如《伤寒杂病论》问世后，因战乱而散失，直至北宋才发现《伤寒杂病论》的节略本，经过校订，整理出《金匱要略方论》一书^[4]。确切的了解中医古籍的版本种类、规格体例、渊源变迁，深入剖析中医古籍的名称、纂修姓氏、刊行年代，才能够推求其本源。以非刻非印区分，版本可以分为帛书、简牍、卷轴、抄本；以刊刻前后区分，可以分为原刊本、重刊本；以刊刻精粗区分，可以分为精刊本、通刊本；以刊刻司事区分，可以分为官刻本、私刻本、坊刻本；以全残增损区分，可以分为全本、残本、修补本等。

2.2 目录 指古代文献中将书籍的篇目与该书作者、内容、评价等简要叙述而写成的专书。目录学强调从学术历史的角度去研究中医古籍的思想、学术成就、学术渊源、学术流派、学科范围等^[5]。例如，《四库全书总目提要·子部》在《医学源流论》条目下写到：“国朝徐大椿撰。其大纲七：曰经络脏腑、曰脉、曰病、曰药、曰治法、曰书论、曰古今，分子目九十有三。持论多精确有据。如谓病之名有万，而脉之象不过数十种，是以必望闻问三者参之。又如病同人异之辨，兼证兼病之别，亡阴亡阳之分。”读此可知此书基本内容与观点。所以目录明，整理中医古籍事半功倍。

2.3 校勘 在订正的基础上，进一步补缺、辨伪、条理篇目等。例如，唐代王冰对《黄帝内经·素问》进行次注，即属此种。校勘可分为：对校、本校、他校、理校。对校，即底本与异本对读，遇到不同的地方将两本对照，此法为校勘的基础方法。本校，即底本前后相印证，此法可将全书贯通，免于异本的影响。他校，即书中有引用前人的地方，用前人书中内容校之；书中有被后人引用的地方，用后人书中内容校之，此法利于互相参伍。理校，即推理校勘法，运用文理与医理进行校勘，此法对校勘者的要求较高。

2.4 训诂 即用通俗的语言解释古代文献中的语言或者方言^[6]。例如，《素问·四气调神大论》中：“道者，圣人之行，愚者佩之。”王冰注解为：“圣人心合于道，故勤而行之，愚者性守于迷，故佩服而已。”而《说文》中：“倍，反也。”所以原文本意为：对于养生之

道，圣人能够加以实行，愚人则时常有所违背。

3 中医古籍整理的建议

3.1 开设中医古籍整理专业 加强人才队伍建设 相对于经济建设的快速发展，文化建设仍然较薄弱。十八大以来，习近平总书记多次表达了自己对传统文化、传统思想价值体系的认同与尊崇，中医的发展迎来了前所未有的机遇。但中医古籍的整理对于工作者的要求较高，不仅必须具备一定的文字学、训诂学、中医学等相关专业知识，还要熟悉古代的典章制度，要求知识面广，国学根底深厚^[7]。基于以上要求，目前能够胜任中医古籍整理工作的人特别少，所以急需开设中医古籍整理专业，培养中医古籍整理人才。从1979年开始，埃及的开罗大学考古学院专门开设四年制本科的古文物修复专业，并设有硕士点和博士点。比较而言，我国中医古籍整理在人才方面落后埃及很多，开设中医古籍整理专业迫在眉睫。

3.2 加强中医古籍存放 爱护中医古籍 现存中医古籍很多都是纸张，容易受到环境的影响，比如温度与湿度，有些地方气候潮湿，中医古籍的存放与保存的环境更应保持干燥，还要注意防虫。对于中医古籍的内容，有缺漏时要及时补上。还应通过影印等方式，保护中医古籍。

3.3 推进中医古籍数字化 中医古籍数字化是指利用现代信息技术对中医古籍进行加工处理，使其转化为电子数据形式，通过光盘，网络等介质保存和传播。中医古籍数字化是对中医古籍内容的再现与加工^[8]。中医古籍数字化是中医与现代科技的结合，不仅适应了现在读者与市场的需求，而且可以更有效的保护中医古籍，免于翻阅时遭到破坏。同时，电子版的中医古籍存放简便，如能专门建立一个中医古籍的数据网络，对于中医的传播与发展都将起到良好的作用，能吸引更多的青年才俊学习中医，热爱中医。

参考文献

- [1]顾漫.中医古籍整理与学术传承[D].北京:中国中医科学院,2007.
- [2]孙光荣.中医古籍整理入门[M].湖南:中医古籍整理河南湖北湖南协作片印,1984:1-35.
- [3]周少川.论百年古籍整理与古文献学科发展史的梳理与意义[J].廊坊师范学院学报(社会科学版),2013(2):31-35,45.
- [4]孟永亮,梁永宣.北宋校正医书局编校医籍概述[J].中华医史杂志,2014,44(4):206-210.DOI:10.3760/cma.j.issn.0255-7053.2014.04.002
- [5]王世伟.图书馆古籍整理工作[M].北京:图书馆出版社,2000(12).
- [6]于群.论训诂学对古籍整理的重要作用[J].呼伦贝尔学院学报,2008(5):44-45,13.
- [7]曹亦冰.从中国大陆当代古籍整理的现状看其类别、方式方法及走向[J].古籍整理研究学刊,2005(1):1-7.
- [8]陈爱志.数字化古籍对古籍整理与研究的影响[J].中华医学图书情报杂志,2011(1):18-20.

(本文编辑:杨杰 本文校对:彭清华 收稿日期:2017-12-14)

基于数据挖掘的慢性阻塞性肺疾病急性加重期 中医临床用药规律探讨[※]

季秀丽

(济南市中医医院肺病科, 山东 济南 250012)

摘要:目的 通过数据挖掘方法探讨慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床用药规律,为中医药防治慢阻肺急性期提供临床组方用药参考。方法 搜集近20年符合纳入标准的慢阻肺急性期中医类文献,以中医传承辅助系统v2.5平台为工具,进行药物间关联度分析,并以关联度分析为基础,依据相关度和惩罚度约束,进行基于复杂系统熵聚类药物核心组合分析,用无监督熵层次聚类算法,获得治疗慢阻肺急性期新处方。结果 治疗慢阻肺急性加重期中药复方中使用频率最高的前五位中药为:杏仁、茯苓、甘草、黄芩、陈皮。相关分析显示:陈皮和茯苓的关联系数最高;并且通过聚类分析得出核心药物组合4组,新处方2个。结论 本研究应用数据挖掘方法揭示出中医药治疗慢阻肺急性加重期常用药物和药对,以清热化痰药为主,配伍止咳平喘药、健脾养阴药,对提高慢阻肺急性期不同证型的疗效具有一定意义。

关键词:慢性阻塞性肺疾病;急性加重期;数据挖掘;中医传承;中医药疗法;用药规律;肺胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.026

文章编号:1672-2779(2018)-06-0064-04

Discussion on the Traditional Chinese Medicine Clinical Medication Rules of Acute Exacerbation Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on Data Mining

Ji Xiuli

(Pulmonary Department, Jinan Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250012, China)

Abstract: **Objective** To explore the clinical rules of acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease by data mining method, and to provide clinical reference for traditional Chinese medicine in the prevention and treatment of chronic obstructive pulmonary disease. **Methods** The TCM syndromes of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) were collected in the past 20 years, and the correlation degree between drugs was analyzed. Based on the correlation analysis and the degree of relevance and punishment constraining, the complex system entropy clustering drug core combination analysis, the unsupervised entropy hierarchical clustering algorithm was used, and the treatment of COPD new prescription was obtained. **Results** Treatment of AECOPD in the use of the highest frequency of the top five Chinese medicines: almonds, Poria, licorice, scutellaria, dried tangerine peel. The correlation analysis showed that the correlation coefficient between dried tangerine peel and Poria was the highest, and four groups of core drug combinations, two new prescriptions. **Conclusion** In this study, the data mining method was used to reveal the commonly used drugs and drugs in the treatment of AECOPD. The patients were treated with cough and antihypertensive drugs, the efficacy of different syndromes has certain significance.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; acute exacerbation; data mining; TCM inheritance system; therapy of traditional Chinese medicine; medication rules; lung-distension

慢性阻塞性肺疾病(慢阻肺)是一种常见的、可以预防和治疗的疾病,以持续呼吸症状和气流受限为特征,通常是由于明显暴露于有毒颗粒或气体引起的气道和/或肺泡异常所导致。最常见的呼吸症状包括呼吸困难、咳嗽和(或)咳痰。这些症状可能未被患者报告^[1]。慢阻肺急性加重(acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, AECOPD)定义为呼吸系统症状急性恶化,典型表现为呼吸困难加重、咳嗽加剧、痰量增多和/或痰液呈脓性,超出日常的变异。AECOPD是一种临床除外诊断,临床和/或实验室检查没有发现其他可以解释的特异疾病(如肺炎、充血性心力衰竭、气胸、胸腔积液、肺栓塞、心律失常等)^[2]。

近年来,慢阻肺的发病率和病死率上升迅速,据统计,当前慢性阻塞性肺疾病在全球人群中发病率大

约是10%。预计到2020年,全球慢阻肺病死率将从1990年的第4位上升到第3位^[3]。根据流行病学调查,我国40岁以上人群中慢阻肺患病率高达8.2%^[4],慢阻肺患者每年发生约0.5~3.5次的急性加重,是慢阻肺患者死亡的重要原因。现如今,慢性阻塞性肺疾病已成为一个重要的公共健康问题,西医对于COPD药物治疗的主要目的在于减轻症状,减少急性加重的频率和严重程度,但西医目前仍缺乏特效药物和方法,且抗生素、糖皮质激素的长期使用会带来一定的副作用。从中医角度来讲,COPD属于“肺胀”、“喘证”范畴,中医中药的整体观念和辨证论治具有独特优势,中西医结合治疗能有效改善AECOPD患者的呼吸困难等症状,提高生活质量。本文拟通过关联性分析方法研究近年来文献报道中,中医治疗AECOPD的中药用药规律,为中西医结合治疗COPD提供药物参考。现报告如下。

※ 基金项目:山东省济南市科技计划项目【No.201503039】

1 资料与方法

1.1 文献来源 以中国期刊全文数据库(CNKI)为主要检索目标,以“慢性阻塞性肺疾病”、“急性加重期”、“中医中药”为主题,学科选择“中医学/中药学/中西医结合”,对1997—2017年所报道的中药方剂治疗COPD急性加重期的临床文献进行检索和筛选。

1.2 纳入标准 (1)明确诊断为COPD且为急性加重期的文章;(2)以中医中药联合西医治疗为主要治疗方法;(3)临床观察中疗效显著的中药方剂;(4)临床样本量不小于30例;(5)明确给出主要方药组成的处方。

1.3 排除标准 (1)非中药方剂治疗AECOPD的文章,如单味药、中成药;(2)名老中医经验总结、中西医结合综述性及个案报道文章;(3)重复引用的中药方剂仅采用一次;(4)雾化、针灸等非处方临床治疗。

1.4 处方录入与核对 用“中医传承辅助系统v2.5”录入数据,包括病机、证型、治法、方药。为确保数据的准确性,由2人进行数据录入、审核,最后应用软件中“数据分析”功能进行用药规律挖掘。

2 数据分析

2.1 频数分析 应用“中医传承辅助系统v2.5”,将录入处方中的药物依照频数由大到小排序,导出结果。

2.2 处方规律分析 将“支持度个数”(表示在所有药物中同时出现的次数)设为96。“置信度”设为0.6,得到若干药物组合,将出现频数由高到低进行排序,导出结果。

2.3 新方分析 采用相关度5、惩罚度2,进行聚类分析(核心算法包括改进的互信息法、复杂系统熵聚类^[9]),然后“提取组合”,得出新处方。

3 结果

3.1 文献概括 按照主题检索得到文献482篇。经过筛选,符合纳入标准并且明确给出中药方剂的共159篇,筛选录入数据库共159条数据。

3.2 中药频数分析 处方中使用频数>20次的有28味(见表1),其中前六味的分别是杏仁、茯苓、甘草、黄芩、陈皮、紫苏子。

表1 使用频数>20的药物

序号	药名	频数(次)	序号	药名	频数(次)
1	杏仁	72	15	鱼腥草	34
2	茯苓	68	16	地龙	30
3	甘草	68	17	黄芪	28
4	黄芩	66	18	炙麻黄	28
5	陈皮	63	19	当归	28
6	紫苏子	61	20	川芎	28
7	半夏	48	21	白芥子	27
8	桃仁	44	22	白术	27
9	桔梗	44	23	生麻黄	26
10	桑白皮	44	24	紫菀	25
11	浙贝母	41	25	党参	25
12	丹参	41	26	五味子	23
13	葶苈子	41	27	款冬花	23
14	瓜蒌	39	28	大黄	21

3.3 基于关联规则的组方规律分析 按照药物组合出现频数由高到低排序,居前三位的分别是“陈皮、茯苓”,“甘草、茯苓”,“黄芩、杏仁”(见表2),分析所得药物规则(见表3),关联规则网络展示(见图1)。

表2 处方中的药物组合

序号	药物组合	频数(次)
1	陈皮 茯苓	46
2	甘草 茯苓	43
3	黄芩 杏仁	42
4	紫苏子 甘草	34
5	黄芩 甘草	33
6	陈皮 甘草	33
7	杏仁 甘草	32
8	紫苏子 茯苓	32
9	紫苏子 杏仁	31

表3 处方中药物组合关联规则分析

序号	关联规则	置信度
1	陈皮→茯苓	0.7301587
2	茯苓→陈皮	0.6764705
3	黄芩→杏仁	0.6363636
4	茯苓→甘草	0.6323529
5	甘草→茯苓	0.6323529

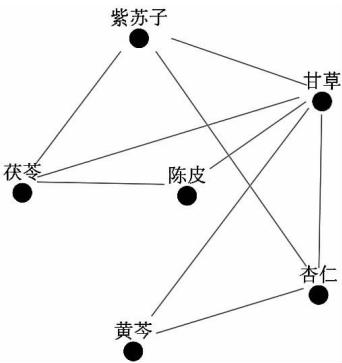


图1 关联规则网络分析

3.4 基于熵聚类的组方规律分析 根据互信息法药物间关联度分析,依据处方数量,结合临床治疗经验和不同参数提取数据的预读,设置相关度为5、惩罚度为2,进行聚类分析得到处方中两味药物之间的关联度,关联系数>0.025的药对(见表4)。

表4 关联系数>0.025的药对

药对	系数	药对	系数
陈皮 法半夏	0.0386	细辛 瓜蒌	0.0281
连翘 紫苏子	0.0384	细辛 白术	0.0270
黄芩 五味子	0.0378	黄芩 浙贝母	0.0268
连翘 天冬	0.0373	连翘 鱼腥草	0.0268
连翘 枇杷叶	0.0359	赤芍 地龙	0.0268
黄芩 知母	0.0342	桃仁 益母草	0.0265
黄芩 瓜蒌	0.0339	陈皮 枇杷叶	0.0262
五味子 地龙	0.0337	桃仁 薏苡仁	0.0261
黄芩 细辛	0.0320	玄参 麻黄	0.0261

续表4 关联系数>0.025的药对

药对	系数	药对	系数
黄芩 鱼腥草	0.0298	桂枝 瓜蒌	0.0261
麦冬 瓜蒌	0.0297	栀子 桑白皮	0.0257
连翘 石膏	0.0291	麻黄 蒲公英	0.0257
连翘 法半夏	0.0284	紫苏子 厚朴	0.0256
玄参 炙甘草	0.0282	杏仁 石膏	0.0255

3.5 基于复杂系数熵聚类的药物核心组合分析 以药物间关联度分析结果为基础,以相关度与惩罚度为约束,基于复杂系统熵聚类分析,得到4组药物核心组合(见表5)。

表5 处方中药物的核心组合

序号	核心组合	序号	核心组合
1	陈皮 连翘 茯苓	3	黄芩 杏仁 桑白皮
2	连翘 玄参 蒲公英	4	陈皮 党参 白术 茯苓

3.6 基于无监督熵层次聚集的新处方分析 在以上核心组合提取的基础上,运用无监督熵层次聚类算法,得到2个新处方:(1) 陈皮-连翘-茯苓-玄参-蒲公英;(2) 黄芩-杏仁-桑白皮-陈皮-党参-白术-茯苓。

3.7 处方中证型统计 分析每个处方所适合的证候证型,得出AECOPD最常见的证型为痰热壅肺证,其次为痰浊阻肺证、痰瘀互结证、肺脾肾亏虚证、肺脾气虚证、肺肾亏虚证。(见图2)。

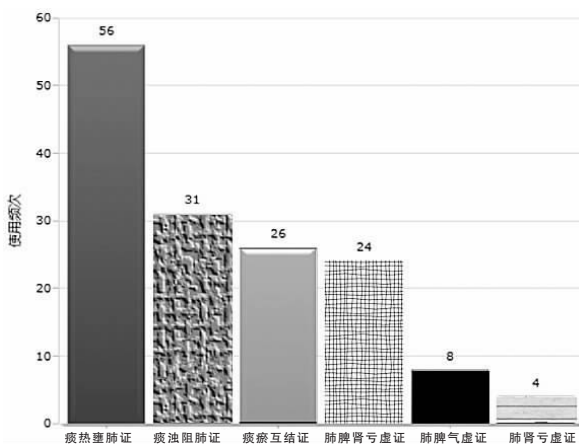


图2 处方中证型统计

4 讨论

中医学认为,现代医学的慢性阻塞性肺病属于“肺胀”、“喘证”等范畴。早在《内经》、《金匮要略》等经典医著中就有关于本病症状的认识,如《灵枢·胀论》载“肺胀者,虚满而喘咳”;《金匮要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治》云:“上气喘而躁者,属肺胀”。临床COPD患者也多以咳嗽、咳痰、气促、憋闷、烦躁等症状为主。对于本病的病因病机,巢元方《诸病源候论·咳逆短气候》认为“肺本虚,气为不足,复为邪所乘,壅否不能宣畅,故咳逆短气也”。朱丹溪《丹溪心法·咳嗽》中提到“肺胀而嗽,或左或右,不得眠,此痰挟瘀血,碍气而病”^[5]。由此可见,痰热互结、瘀血阻滞、肺气亏虚为本病主要病因病机。痰为

慢阻肺主要病理产物及致病因素,肺失宣降,津液输布失常,停聚为痰。若肺病及脾,则脾气亦虚,脾失健运,聚湿生痰,上渍于肺,肺气壅塞,郁而化热,又致血行不利,形成痰浊血瘀,故AECOPD临床多见痰热壅肺证、痰瘀互结证,属本虚标实、上盛下虚,因此,本病治法以清热化痰、止咳平喘、活血祛瘀为主。

通过对研究中出现频率较高的药物进行归类和分析,得出AECOPD临床中药处方多以清热化痰、止咳平喘、健脾理气、温肺化饮为主,其中使用频率最高的以止咳化痰平喘为主,如杏仁、茯苓、甘草、陈皮、半夏、紫苏子、桔梗、桑白皮等。杏仁味苦性微温,有小毒,归肺、大肠经,可行止咳平喘之功。紫苏子味辛性温,入肺、大肠经,亦能止咳平喘,而其性温又能发散风寒,《本草衍义》谓“治肺气喘急”。甘草味甘性平其中炙甘草长于补脾调药,而生甘草长于清热解毒,多用于痰热壅肺证。其次使用频率较高的以清热化痰为主,如黄芩、桑白皮、贝母、瓜蒌、鱼腥草等。此类药物大多味苦性寒,归肺经,功能清肺泻热,解毒化痰,兼以润燥,尤适用于证属痰热壅肺偏燥热者。此结果也说明,治疗AECOPD中高频中药的使用与其病因病机及主要证型基本吻合。

在相关性分析及关联分析中,可得出AECOPD常用药物的配伍规律。其中,陈皮和茯苓的相关性最高,其次为黄芩和杏仁、紫苏子和甘草。COPD多为本虚标实,以肺、脾、肾亏虚为主,肺虚不能正常宣发肃降,脾虚不能生化气血导致气虚下陷,肾虚不能纳气而作喘作咳。陈皮配伍茯苓能理气健脾、渗湿化痰,以杜绝生痰之源,常用于COPD肺脾亏虚痰浊内生之证。黄芩杏仁配伍,一清肺热,一利肺气,可使肺气恢复宣发肃降之功,以达清肺止咳平喘之功。苏子与甘草配伍,擅长治疗COPD气壅痰滞之证,苏子辛温气香,性润下降,长于下气消痰,合甘草祛痰和中,以治痰壅喘嗽。

同时,本研究基于熵层次聚类方法挖掘出多个新处方。如新处方1: 陈皮、连翘、玄参、茯苓、蒲公英。其中陈皮、茯苓配伍健脾理气祛痰。连翘轻清升浮,透达表里,清热解毒,擅长解散上焦之热;玄参清热解毒,滋阴降火,兼入血分;蒲公英长于清热解毒散结。上方诸药合用,可起到清热解毒,祛痰理气之功,临床可用于AECOPD的痰热壅肺证。又如新方2: 黄芩、杏仁、桑白皮、陈皮、党参、白术、茯苓。党参、白术、茯苓有四君子汤之义,以补脾益气扶正为主以治本;黄芩、桑白皮,清泄肺经之热,杏仁、陈皮,宣降肺气,理气祛痰以治标;诸药配伍,可达补脾益肺,清肺止咳平喘之效,临床可用于COPD的肺脾肾亏虚为主要病机者。综上所述,分析得出的两个新

方,与临床证型中常见的“痰热壅肺证”和“肺脾肾亏虚证”有较高的吻合度。

综上所述,COPD急性加重期的用药规律与其病因病机基本相符,用药以祛邪为主、扶正为辅,从而攻补兼施。本研究利用数据挖掘技术,对中医药防治AECOPD的用药规律做出较为全面的探讨,对提高中医药防治AECOPD不同证型的疗效具有一定意义。

参考文献

[1]慢性阻塞性肺疾病全球倡议官网.2017GOLD慢性阻塞性肺疾病全球倡议:COPD诊断、治疗与预防全球策略[EB/OL].http://guide.medlive.

cn/guideline/preview/3/4134?token=a0a735a3a804a429dfecclfeb2260de8.

[2]慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治专家组.慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2017 更新版)[J].国际呼吸杂志,2017,37(14):41-57.

[3]乔翠霞,李素云.慢性阻塞性肺疾病的流行病学研究现状[J].中国老年学杂志,2010,30(11):1618-1621.

[4]Zhong N, Wang C, Yao W, et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in China: a large population-based survey[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2007, 176(8):753-760.

[5]王雪慧,冯军飞,刘建秋,等.慢性阻塞性肺病急性加重期的中医病因病机[J].吉林中医药,2008(4):34.

(本文编辑:杨杰 本文校对:张鸿彩 收稿日期:2017-11-30)

延边地区肠易激综合征中医证候分布研究^{*}

王晓欧 殷楠^{*} 金莉娜 太花子 李向 罗正

(延边中医医院延吉市中医医院脾胃科,吉林 延吉 133000)

摘要:目的 探讨延边地区IBS中医证候特点及分布规律。方法 应用德尔菲法制定规范化的《肠易激综合征中医证候调查表》,依照调查表内容采集患者性别、年龄等相关信息建立数据库并进行统计学分析。结果 中医证型占前五位的依次为脾胃湿热、肝郁脾虚、脾肾阳虚、肝郁气滞、寒湿困脾,且延吉市、龙井市、图们市、敦化市、和龙市和汪清县的中医证候分布均不同。结论 脾胃湿热是延边地区IBS最常见的中医证型,不同地区的中医证候分布存在一定差异。

关键词:肠易激综合征;延边地区;中医证候;腹泻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.027

文章编号:1672-2779(2018)-06-0067-02

Study on the Distribution of Traditional Chinese Medicine Syndrome in the People with Irritable Bowel Syndrome in Yanbian

WANG Xiaou, YIN Nan*, JIN Lina, TAI Huazi, LI Xiang, LUO Zheng

(Department of Spleen and Stomach, Yanbian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yanji City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Yanji 133000, China)

Abstract: **Objective** To discuss the characteristics and distribution of traditional Chinese medicine syndrome in the people with irritable bowel syndrome in Yanbian. **Methods** Using Delphi method to make the standardized TCM Syndrome Questionnaire of Irritable Bowel Syndrome, according to the contents of the questionnaire, collecting patients' relevant information, and a database was established for statistical analysis. **Results** The first five cases of TCM syndrome are spleen-stomach damp-heat, stagnation of liver qi, deficiency of spleen and kidney, deficiency of liver qi, stagnation of cold and dampness in turn. The distribution of TCM syndromes in Yanji, Longjing, Tumen, Dunhua, Helong and Wangqing were different. **Conclusion** The spleen-stomach damp-heat is the most common syndrome type of IBS in Yanbian. There are certain differences in the distribution of TCM syndromes in different regions.

Keywords: irritable bowel syndrome; Yanbian; TCM syndromes; diarrhea

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种肠功能紊乱性疾病,表现为持续存在或间歇发作的腹痛、腹泻、腹胀、便秘、粘液便、便后窘迫感等消化道症状,有时还伴有头昏、心烦、失眠、焦虑等植物神经功能失调的症状,其发病因涉及精神、饮食、个体素质等多方面因素而被视为功能性心身疾病。随着生活节奏的不断加快和社会竞争的日趋激烈,发病率不断上升,在我国患病率约为7%~12%^[1]。延边地区是本病的高发区,主要由于特有的生活、饮食、民族习惯等,致使本地区的IBS证候分布较其他地区存在显著特殊性差异,但目前尚缺乏对延边地区IBS证候分布规律的相关研究。因此,本研究旨在通过多中心样本

临床病例调查研究延边地区的IBS中医证候,进而探讨延边地区IBS证候特点及分布规律,为制定适用于延边地区的IBS中医诊疗及防治方案提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来源于2016年11月—2017年9月就诊于延吉市中医医院、图们市中医医院、敦化市中医医院、龙井市中医医院、和龙市中医医院及汪清县中医医院的门诊和住院患者402例,其中男213例,女189例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照Rome III标准^[2];中医证候诊断标准参照《实用中医消化病学》和2010年中华中医药学会脾胃病分会《肠易激综合征中医诊疗共识意见》中IBS的中医证候标准制定^[3-4]。

1.3 纳入标准 (1)符合IBS西医诊断标准;(2)年龄18~65岁;(3)自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)未签署知情同意书者;(2)近期

^{*} 基金项目:吉林省中医药科技项目[No.2016147]

^{*} 通讯作者:407985295@qq.com

表1 延边州各地区IBS证候分布情况

[例(%)]

地区	肝郁气滞	肝郁脾虚	脾胃湿热	脾肾阳虚	肠道燥热	气滞血瘀	寒湿困脾	其他	合计
图们	6(12.5)	9(18.8)	11(22.9)	16(33.3)	1(2.1)	1(2.1)	3(6.3)	1(2.1)	48
和龙	13(26.0)	5(10.0)	7(14.0)	4(8.0)	4(8.0)	2(4.0)	15(30.0)	0(0.0)	50
汪清	11(14.1)	20(25.6)	20(25.6)	7(9.0)	12(15.4)	4(5.1)	4(5.1)	0(0.0)	78
延吉	13(13.8)	22(23.4)	33(35.1)	11(11.7)	6(6.4)	5(5.3)	4(4.3)	0(0.0)	94
龙井	6(12.0)	6(12.0)	10(20.0)	7(14.0)	9(18.0)	3(6.0)	8(16.0)	1(2.0)	50
敦化	13(15.9)	9(11.0)	13(15.9)	22(26.8)	3(3.7)	0(0.0)	20(24.4)	2(2.4)	82
合计	62	71	94	67	35	15	54	4	402

注:括号内数字表示每个证候在各县市所占比例

肠镜检查提示肿瘤等器质性疾病;(3)合并心血管、肝、肾、脑和造血系统等严重原发疾病,恶性肿瘤,精神病患者;(4)妊娠期、哺乳期妇女;(5)有食物或药物过敏史者;(6)年龄在18岁以下或65岁以上者。

1.5 研究方法 采用德尔菲法制定规范化的《肠易激综合征中医证候调查表》,依照调查表内容采集患者年龄、性别等相关信息建立数据库,调查人员按照统一要求填写调查表,由另一人审核,以保证数据的准确性,并对采集的中医证候进行统计学分析,探讨延边地区IBS证候分布规律。

1.6 统计学方法 采用Excel 2010和SPSS 13.0医学统计分析软件包进行统计分析,对纳入者的性别、中医证候等基本情况描述性统计分析,中医证候分布规律分析运用频数分析的统计学方法。

2 结果

2.1 延边地区IBS中医证候分布情况分析 如表1所示,图们市、和龙市、汪清县、延吉市、龙井市、敦化市IBS中医证候分布均不同且存在一定差异,延吉市、龙井市以脾胃湿热最为常见,图们市、敦化市则是脾肾阳虚,汪清县是脾胃湿热和肝郁脾虚,而和龙市是寒湿困脾。

2.2 延边地区IBS中医常见证型分析 对调查的402例IBS临床证型进行分析,统计出各中医证型所占比例(见表2),占前五位的依次为脾胃湿热、肝郁脾虚、脾肾阳虚、肝郁气滞、寒湿困脾。可见,脾胃湿热是延边地区最常见的证型。

表2 延边地区IBS常见证型

[例(%)]

证名	例数[构成比(%)]
肝郁气滞	62(15.4)
肝郁脾虚	71(17.7)
脾胃湿热	94(23.4)
脾肾阳虚	67(16.7)
肠道燥热	35(8.7)
气滞血瘀	15(3.7)
寒湿困脾	54(13.4)
其他	4(1.0)

3 讨论

本项研究所调查的402例IBS患者中,脾胃湿热证型所占比例最高,可见,脾胃湿热是延边地区IBS最常见的证型。其主要是由于延边地区是少数民族聚集地,有着鲜明的朝鲜族民族文化特色,讲究饮酒文化,延边居民平日喜食辛辣、冰冷的泡菜,且酷爱饮酒、烧烤等,常因过食辛热肥甘、嗜酒无度,酿成湿热,内蕴脾胃,湿热蕴结中焦,纳运失司,升降失常而发为此病。吴玉刚等^[9]也曾研究发现蒙古族地区IBS与其喜好饮酒的饮食生活习惯有着密切的关系,且因IBS具有明显的家族聚集倾向,与基因易感性遗传因素有着密切的关系,易发生家族遗传性患病,皆是导致IBS在延边地区的发病率高趋不下、病情反复发作的主要原因,如何控制饮食、改变饮食习惯成为延边地区预防IBS发生的首要任务。

目前,我国不同地区、不同人群的证候分布存在明显差异,例如在南方地区肝郁脾虚证较其他证候类型相对更为多见,而在北方并无此分布特点^[9]。而延边地区由于特有的生活、饮食、民族习惯等,致使本地区的IBS证候分布较其他地区存在显著特殊性差异。本次研究发现延边地区不同区域的中医证候分布也存在一定差异,而针对延边不同地区的中医证候分布特点制定适用于本地区的IBS中医诊疗及防治方案,以实施准确的辨证施治,可有效降低IBS在本地区的发病率。

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,2013:1940.
- [2]罗马委员会.RomeⅢ标准[J].Gastroenterology,2006,130(5):1459.
- [3]李乾构,周学文,单兆伟.实用中医消化病学[M].北京:人民卫生出版社,2001:527-547.
- [4]中华中医药学会脾胃病分会.肠易激综合征中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,25(7):1062-1065.
- [4]汪红兵,张声生,李振华,等.360例腹泻型肠易激综合征的主要证候分布与不同因素关系的研究[J].中国中医药信息杂志,2010(17):18-20.
- [5]吴玉刚,王莹莹.蒙古族地区肠易激综合征发病病因的调查研究[J].临床医学,2011(26):23.
- [6]汪红兵,张声生.肠易激综合征中医证候学特点的认知和探索[J].世界华人消化志,2010,18(21):2210-2215.

(本文编辑:杨杰 本文校对:李星 收稿日期:2018-01-02)

三伏贴治疗慢性支气管炎临床观察及机理探讨

王梅生

(济宁市中医院针灸科, 山东 济宁 272000)

摘要:目的 观察三伏贴治疗慢性支气管炎临床疗效并进一步探讨其机理。方法 中药穴位贴敷治疗慢支200例连续3年后跟踪进行疗效评价并进一步分析其机理。结论 三伏贴可以减轻该病的发作症状及发作次数,有效降低其的发病率,临床疗效确实。其机理可能是通过多次贴敷反复调动、调整、修复了患者的免疫及自组织机能而发挥临床疗效的。

关键词: 三伏贴;慢性支气管炎;哮喘

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.028

文章编号:1672-2779(2018)-06-0069-02

Discussion on the Mechanism and Clinical Observation of Sanfu Paste in the Treatment of Chronic Bronchitis

WANG Meisheng

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Jining Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jining 272000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of Sanfu paste in the treatment of chronic bronchitis, and to further study on its mechanism. **Methods** In this paper, 200 cases of chronic bronchitis were treated with traditional Chinese medicine acupuncture treatment, and the mechanism was further analyzed. **Conclusion** The Sanfu paste can reduce the symptoms and number of seizures and reduce the incidence of the disease effectively. The mechanism may be the result of repeated redeployment, adjustment and repair of the patient's immune and self-organizing function

Keywords: Sanfu paste; chronic bronchitis; Cough

冬病夏治是以《素问·四气调神大论》中“圣人春夏养阳,秋冬养阴,以从其根”为理论依据的一种中药外敷治疗方法,现将我针灸科穴位贴敷治200例慢性支气管炎3年疗效观察报告如下,并进一步探讨其机理。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以在我院针灸科连续3年参加三伏贴贴敷的200例慢支患者作为研究对象,其中男94例,女106例,年龄6~65岁。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗时间 每年三伏天初伏、中伏、末伏的第1天,连续贴敷3年为1疗程,疗程结束后观察效果。

1.2.2 药物 白芥子(其中生白芥子:炒白芥子为1:1)、元胡、甘遂、白芷、细辛比例为2:2:1:1:1研成细末,生姜汁,麝香。

1.2.3 主穴 天突、膻中、大椎、定喘(双)、膏肓(双)、中府(双)、肺俞(双)、脾俞(双)、肾俞(双)。

1.2.4 注意事项 贴敷时间三伏第1天上午阳气盛时为最佳,根据个人耐受程度不同,每次贴敷时间为1~2 h,小儿为20~40 min,以病人感到贴敷处有轻微烧灼感为宜。如贴敷部位出现水泡,及时到医院处理,避免感染。

2 结果

依据《中药新药临床研究指导原则》^[2]所制定的“慢性支气管炎症状分级量表”将疾病按症状分为轻、中、重3级计分统计出1~3年疗效组治疗前后的主要临床症状、体征的变化总积分,计算采用尼莫地平法进行,公式:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)

/治疗前积分×100%。

表1 总体疗效比较

[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效率	总有效率
一年组	200	13	31	41	115(57.5)	85(42.5)
二年组	198	25	39	60	74(37.4)	124(62.6)
三年组	197	30	44	75	48(24.4)	149(75.6)

2年组有2例因难以忍受穴位起疱造成的不适感,退出试验,3年组有1例失去联系而脱落。经卡方检验,对比1年组与2年组, $P=0.042$ (<0.05);对比1年组与3年组, $P=0.005$ (<0.01);比较2年组与3年组, $P=0.317$ (>0.05);上述统计结果表明,疗效组1年组总有效率分别与2、3年组总有效率比较, P 均 <0.05 ,有统计学差异,其中1年组与3年组的总有效率有明显差异;2、3年组总有效率比较 $P>0.05$,无显著性差异。

3 讨论

3.1 理论依据 慢性支气管炎以咳、痰、喘为主要症状的呼吸系统疾病,属中医学“咳嗽”、“痰饮”、“喘证”范畴。现在由于环境及饮食结构的变化等因素,如嗜食冷饮、不规律作息、空气污染等更加重脾肾阳虚之实,故该病的发病率有增无减。

3.1.1 立论依据 急则治标,缓则治本为中医临床最根本的指导思想,人体为一个有机的整体,五脏六腑皆令人咳,非独肺也,肾阳乃全身阳气之根,总司气化,肾中阳气不足,不能壮水暖土,可致脾失健运,水湿内停聚而成痰、成饮,贮于肺成为该病发生的主要因素—伏邪,即伏饮、伏痰,当六淫为患而犯肺,内外和合,形成急性发作之势,治疗上宗赵献可在《医贯·咳嗽论》所提出的“咳嗽者,必责之肺,而治之之法,

不在于肺，而在于脾，不专在脾，而反归重于肾^[3]。正是由于其病程长，反复发作的特点，临床上选择从肺脾肾三路入手，遵循缓则治本的指导思想以三伏贴之慢功治慢病。

3.1.2 选穴选药依据 我们在临床选穴时，遵古创新，标本兼治，对此已有相当多的专家、同仁做了具体的临床及实验观察及论述，在此我仅就白芥子选择使用上稍做赘述。我们使用生白芥子:炒白芥子为1:1，且生药为新产；因现代研究^[4]显示白芥子主要成分有白芥子甙、芥子酶、芥子碱、芥子酸等。白芥子甙遇水后经芥子酶的作用生成主要成分为硫代异氰酸对羟苄酯的挥发油，可使皮肤局部发红甚至起泡，而潮红的皮肤其渗透性增加，更利于药物有效成分的渗入，有局部治疗和全身调节之功。而有些患者局部出现水疱则会收到更好的治疗效果，甘氏^[5]认为起泡使皮肤发生的渗出性炎症反应促进了组织代谢及氧化作用，使局部较深组织微循环活跃，通过局部的机械刺激和化学介质的改变，增强了机体的细胞免疫和体液免疫。而细辛含有的挥发油对由组胺和乙酰胆碱引起的痉挛有明显的拮抗作用^[6]，诸药合用契合慢支之病机，共奏内外同调，标本兼治之功。

4.2 疗效机理再认识 慢性支气管炎由于长期的咳嗽及慢性炎症致气管表面的纤毛细胞受损，其清除呼吸道粘液及异物的功能低下，而杯状细胞及粘液腺细胞又分泌旺盛，炎性粘稠的物质附着于肺泡表面，直接影响了肺泡的换气功能，导致局部缺血、缺氧，这些不良刺激又诱发肺部副交感神经的异常兴奋，使气管收缩，分泌物增加，雪上加霜，加重了气道的炎症及阻塞。

三伏贴通过穴位刺激作用、药物治疗及对皮肤的直接刺激和红肿热痒的后遗刺激等多层作用，改善了慢支的咳嗽喘等症状。（1）通过药物直接的活血、化痰、通络等作用，利于肺部有形之邪的排出，并提升了肺的通气及换气功能，在一定程度上改善了肺泡缺血、缺氧的状态；（2）由于药物尤其是白芥子的直接刺激作用，使得贴敷局部都产生了一定的红、肿、热、痒，甚至起泡症状，这是炎细胞浸润的反应，而恰是通过此反应，就如我们平时拉练部队增强其战斗力一样，通过多次贴敷刺激，一次次调动、强化了患者免疫系统的应急及反应能力，即所谓的提高了患者抵御外邪的能力，使患者免疫功能增强，细菌、病毒不易入侵；即使入侵，人体也会立即做出反应，调动体内的免疫细胞发挥其监视、清除功能，迅速吞噬解决掉，使机体不病或症状较轻微，不致产生较重的炎性反应。（3）借助穴位的双向调节作用，借助机体的自组织体系，从而规范因脏腑受损所致机体阴阳不均衡的内环境，通过直接或间接地调整神经-体液系统的功能，调

节了机体的细胞免疫和体液免疫及局部脊神经的兴奋性，减少了炎性介质的释放而降低或抑制了其病理过程的进展。（4）机体又是一个有着严密自稳功能的自组织系统，局部组织的轻微炎症反应，会进一步调动、加速机体组织的自我修复功能，使整体症状逐步减轻乃至康复。

在整个治疗过程中药物及穴位的选用固然重要，但择时治疗则中医天人相应，因时治病的最好体现，三伏之时为天地阴阳之气升降变化及消长的转折时期，是阴阳升降由量变到质变的关键时刻，此时对人体影响较大，所以也是许多疾病转归与演变表现关键时期，此时天阳、地阳均为一年中最盛之时，天暑地蒸，人居其中，机体阳气亦相对充沛，阳气应其本性浮盛于外，体表经络中气血旺盛，此时选择适当的药物贴敷在一定的穴位，（1）顺应天气吸纳天阳来养生、养长，强五脏六腑之气，鼓舞正气；（2）通过外用的药物作用刺激穴位直接调整脏腑功能，有矫正纠偏，止咳化痰，通利气道之功；这样内外合力，使体内久积的固邪顺势而出，去除冬病之宿根——伏邪；（3）通过养阳，增强了人体的正气、阳气，收到“正气存内，邪不可干”之效，这样就减少了“冬病”的诱因；最终达到防病、治病或减少其发作次数，改善其症状的目的。

从统计数据来看，虽然2年组与3年组总有效率比较 $P>0.05$ ，两者总体疗效无差异。但从患者本身来看，自觉症状稳定，或随年龄增长症状趋于稳定，说明连续治疗是有累加效应的。

总之，依据《内经》“春夏养阳”及“缓则治其本”指导原则，借助“天阳”最强、机体经气充盛、腠理疏松开泄之时，引阳补虚，起到了扶助、鼓舞正气，调整人体阴阳，祛除体内伏邪的目的，达到了治疗、缓解、预防疾病发作的作用，从而减轻了该病的发作症状，降低了该病的发病率，提高了患者的生存质量。

在抗生素滥用、机体耐药率增高的今天，中医治疗尤其是外治法得到大家的认可；而穴位贴服这种非口服途径给药，减少了长期服药的胃肠道不适，简便易行，且费用低廉，疗效确切，广大患者乐于接受，便于推广，作为一种中医特色的绿色疗法，值得进一步推广。

参考文献

- [1]佚名.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963:8.
- [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:54-60.
- [3]赵献可.医贯[M].北京:人民卫生出版社,2005:73.
- [4]冯宝民,余正江,李帆,等.白芥子化学成分的研究[J].大连大学学报,2004,25(12):43-45.
- [5]甘浩庆.发泡法在骨伤科的应用[J].中国民间疗法,1999,7(4):22-23.
- [6]韩俊艳,孙川力,纪明山.中药细辛的研究进展[J].中国农学通报,2011,27(9):46-48.

(本文编辑:杨杰 本文校对:常振森 收稿日期:2017-12-14)

天王补心丹源流的若干问题探疑※

熊延熙 黄勇进 丁 舸*

(江西中医药大学基础医学院, 江西 南昌 330000)

摘要:目的 探索天王补心丹的起源、现代流传的13味天王补心丹的出处以及其历代医家组方特点,以期揭示此方的演变规律。**方法** 采用文献学方法研究天王补心丹的源流发展。**结果** 天王补心丹的起源时间为公元10—11世纪,现存最早的相关文献是“敦煌卷子”;其方名是依托佛教神话故事而来;现存最早记载天王补心丹一方的文献是《杨氏家藏方》;现代流传的13味天王补心丹是录自《校注妇人良方》。**结论** 历代众多医家对天王补心丹有源流方面的探讨,并经过实践和创新逐步拓展了此方的适应症。

关键词: 天王补心丹;起源;流传;考证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.029

文章编号:1672-2779(2018)-06-0071-03

Discussion on Some Problems in the Origin and Development of Tianwang Buxin Mini-pills

XIONG Yanxi, HUANG Yongjin, DING Ge

(Basic Medical College, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330000, China)

Abstract: **Objective** To explore the origin of Tianwang Buxin mini-pills, the source of modern prevalent of those 13 Tianwang Buxin mini-pills and the characteristics of the prescriptions of the ancient physicians, which are hope to reveal the evolution rules of this prescription. **Methods** The philology method was used to study the source development of Tianwang Buxin mini-pills. **Results** Tianwang Buxin mini-pills is originated from 10th century AD to 11th century AD. The earliest existing relevant literature is Dunhuang Juanzi. The name of this recipe is based on Buddhist myths. The oldest record of Tianwang Buxin mini-pills is in *Yangshi Jiakang Fang*. The source of modern prevalent of those 13 Tianwang Buxin mini-pills is recorded from *Revised Good Remedies for Women*. **Conclusion** Many ancient Chinese physicians have discussed the origin and development of Tianwang Buxin mini-pills, and gradually expanded the indications of this prescription through practice and innovation.

Keywords: Tianwang Buxin mini-pills; source; development; textual research

将方剂端本清源,可以发掘出历代医家宝贵的组方经验,也可以修正前人的谬误之处,进而完善方剂的信息。关于天王补心丹的起源、较早的相关文献记载、13味天王补心丹的出处等问题,不少医家提出了自己的看法。如本方的起源,有医家认为是《备急千金要方》卷14中的“治健忘方”(天门冬、远志、茯苓、干地黄)、《千金翼方》卷15中的“定志补心汤”(远志、菖蒲、人参、茯苓)和《太平圣惠方》卷3中的“茯神散”(茯苓、柏子仁、酸枣仁、黄芪、人参、地黄、远志、五味子)三方衍化而来^[1]。又如有医家提出天王补心丹较早文献记载是敦煌出土的医学卷子^[2]。有关方剂的来源认为是《杨氏家藏方》、《仁斋直指方》、《世医得效方》等^[2-4]。目前各版本《方剂学》教材收录的13味天王补心丹的出处说法也有不同,有的是《校注妇人良方》,或是《摄生秘剖》等。对于上述说法,本文将重点进行探讨,不足之处,敬请斧正。

1 方剂起源

1.1 相关文献释疑 刊行于1271年的《佛祖统纪》中记载,法师道宣(596—667年)于永徽元年(650年)

“心劳疾发,毘沙门天王授以补心之方。”后有注解“今和剂局方,有天王补心丹”。其中记载的“补心之方”已无从考证。而现存的《和剂局方》中未找到关于天王补心丹的记载,对于这点,应该暂时地认为是作者的谬误。其他关于“天王补心”的记载都与以上说法相似。也有关于天王补心丸服用禁忌,如《弘觉恣禅师北游集·卷第四》中记载“上曰早晚常服天王补心丸师曰补心丸有地黄当归恐与皇上脾气不对”等。这些文献多刊行于明清时期,没有详细的药物组成信息。

此外,马继兴先生主编的《敦煌古医集考释》中,提到英国伦敦博物院编号S.5598的摄影胶片记载:“毗沙门天王奉宣和尚神妙补心丸方。干薯蓣、干地黄、杜仲、百节(疑为百部)、防风、人参、丹参、茯苓、茯神、贝母、乳糖、五味子、石菖蒲、麦门冬(去心)、甘草(炮过)、远志、柏子仁,上件药十七味……”而《敦煌古医集考释》中研究的“敦煌卷子”,大约是在10—11世纪时由隋唐前后人写录的卷子书籍^[5]。“敦煌卷子”中“毗沙门天王奉宣和尚神妙补心丸方”,与《佛祖统纪》中的记载如出一辙,因此可以肯定两处文献有极大的关联。

根据《景岳全书》中所述,此方的由来,是因志

※ 基金项目:江西中医药大学科研项目【No.2014ZR009】

* 通讯作者:dge7702@126.com

公和尚日夜辛劳，邓天王赐予的，并且记载在《道藏经》中。这与较早刊行的《医方考》中记载的“此方之传，未考所自，偈云：昔志公和尚日夕讲经……载在《经藏》……异日广求佛典而蒐之。”有所出入。作者在《中华道藏》中检索“志公和尚”和“邓天王”等关键词的相关信息，未发现张景岳记载的内容，也未在佛教文献中发现类似信息，因此《景岳全书》及《医方考》中天王补心丹起源的相关记载应为舛讹。

1.2 起源探讨 唐朝时期流行的毘沙门天王信仰^[9]多少对医家有所影响。《佛祖统记》中“毘沙门天王”所授的“补心之方”可治“心劳疾发”，这些“天王”、“补心”等具佛教特色的关键词和“心劳疾发”的主治描述，足以说明此方的制作者是依托此故事为天王补心丹命名。

上述“敦煌卷子”中的“补心丸方”与《杨氏家藏方》中记载的天王补心圆有12味药物重复。在配伍上都有地黄、杜仲、麦冬滋补肾阴；丹参、柏子仁益心血，安心神；人参、茯苓、茯神益心气、定神志，五味子收敛固涩，益气宁心。在主治上“敦煌卷子”中此方“服十日、二十日支清雅，三十日骨健身安不惊疑，开心益智……”与《杨氏家藏方》中“宁心保神，益血固精，壮力强志，令人不忘”的功效亦有相似。

后世也有医家将《备急千金要方》、《千金翼方》、《太平圣惠方》中的“治健忘方”、“定志补心汤”和“茯神散”三方相合作为天王补心丹的来源，此三方合

而为天王补心丹之说未免有些牵强附会。《太平圣惠方》中有“菖蒲丸”一方，在组成上也接近《杨氏家藏方》中的“天王补心丹”。

考《杨氏家藏方》之“天王补心丹”、“敦煌卷子”之“补心丸方”和《太平圣惠方》之“菖蒲丸”三方，相同的药物组成有杜仲、百部、人参、丹参、茯苓、五味子、石菖蒲、麦门冬、远志、柏子仁等10味。“敦煌卷子”中“补心丸方”用干地黄，较其他两方的“熟干地黄”不同，此方还有薯蓣、防风、茯神、贝母、乳糖、甘草等。《太平圣惠方》中“菖蒲丸”还有薯蓣、防风、桂心等。《杨氏家藏方》中方则还有茯神、当归、黑参、天门冬、桔梗、甘草、酸枣仁等。

从组成和功效上看，三方大体相同，但是考虑到“天王补心”一名，关联比较大的仍是“敦煌卷子”中所记载的。因此，“敦煌卷子”中的“补心丸方”可为天王补心丹的起源，成方时间推测为公元10—11世纪。

2 天王补心丹的出处

明朝陈文昭将宋朝时期的《素庵医要》之妇科部分进行补解，著成《陈素庵妇科补解》，其中的天王补心丹主治“产后恍惚，由心血虚而惶惶无定。”由于没有找到《素庵医要》一书，只能从《陈素庵妇科补解》中臆测其内容，因此本文按照年代远近排列，将《陈素庵妇科补解》中的相关论述放在《杨氏家藏方》之后。

表1 诸书关于天王补心丹的部分药物组成异同表

	熟地黄	生地黄	天冬	麦冬	酸枣仁	柏子仁	当归	人参	丹参	玄参	五味子	茯苓	茯神	远志	桔梗	石菖蒲	百部	杜仲	白芍	牡丹皮	甘草	牛膝	石莲肉	山药	黄连
《杨氏家藏方》	0	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	x	0	x	x	x	x
《素庵医要》	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	x	0	0	0	0	0	x	0	0	0	x	x	0	x	x
《世医得效方》	0	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	x	0	x	x	x	x
《奇效良方》	0	x	0	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x
《校注妇人良方》	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
《古今医统大全》	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	x	x	x	x	x	x
《古今医鉴》	0	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	x	0	0	x	x	x
《医方考》	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
《万病回春》	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	0
《先醒斋医学广笔记》	x	0	0	0	x	0	0	0	0	x	0	0	0	0	x	0	0	0	x	x	0	x	x	0	x
《证治准绳·类方·悸》	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0
《婴童类萃》	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0
《摄生总要》	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
《虚损启微》	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
《中医药学高级丛书·方剂学》	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
《方剂学》十二五规划教材	x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

注：“0”代表该书天王补心丹含有此药；“x”代表该书天王补心丹不含此药



《杨氏家藏方》是由南宋杨倓将家藏医方进行整理。杨氏或许并非医家，而是热爱医学的官吏，从《杨氏家藏方》序文“余家藏方甚多……方将使家有是书，集天下良医之所长，以待仓卒之用。”可以看出，天王补心丹的出现实际要比《杨氏家藏方》更早。与《素庵医要》相比，哪本书更早刊行也无从考证，因此只能认为现存最早的记载天王补心丹一方的著作是《杨氏家藏方》。

本文整理了16本记载天王补心丹的书籍，其药物组成异同见下表。

由表1可知，《校注妇人良方》《医方考》《证治准绳·类方·第五册·悸》《婴童类萃》《摄生总要》《虚损启微》等在药物组成上和现代所传天王补心丹基本相同，只是在药物的剂量上有所差别，究其源流，现代13味天王补心丹应出自明薛己的《校注妇人良方》。

3 历代组方应用演变

《杨氏家藏方》将天王补心丹放于“心气方”中，主治“心气”病。心气泛指心的功能活动，包括心藏的精气及推动血液运行的功能^[7]。此书记载“宁心保神，益血固精，壮力强志，令人不忘。清三焦，化痰涎，祛烦热，除惊悸。疗咽干口燥，育养心气。”的功能，广为后世医家引用。

《陈素庵妇科补解》的“产后恍惚方论”一篇中，将天王补心丹的主治定为“产后恍惚，由心血虚而惶惶无定”，并阐述其病机是由于失血引起神志不安，这与其他医家所述病机大致相同。

《世医得效方》之天王补心丹放于“消渴”篇，与杨氏之方相比，减少了熟地的比重，诸药剂量比例为“各等分”，增加了养阴清热之力，用以治疗阴虚血少，津液不足之消渴。

《校注妇人良方》的“妇人热劳方论”篇中，阐述了妇人热劳是壮火食气，虚火煎熬真阴，导致心神烦躁、颊赤头疼、心怔盗汗等症。若妇人热劳，心经血虚，用天王补心丹，其病机是阴虚火旺兼有血虚。较杨氏方，不重用熟地黄，而是重用生地黄，去茯神、石菖蒲、百部、杜仲、甘草等药，并减轻了人参、玄参、丹参、茯苓、桔梗、远志的用量。如此一来，此方则偏重于滋阴清热。

《古今医统大全》中将天王补心丹列于“虚损·兼补气血阴阳”篇，用治气血阴阳俱虚之症。在药物组成上，除了不用熟地而改用生地外，基本与杨氏方一

致，药物剂量稍有变化。

《医方考》在“虚损劳瘵门”中，一改前人论述天王补心丹的功效为“过劳其心，忽忽喜忘，大便难，或时溏利，口内生疮者，此方主之。”在病机方面，吴氏认为主要有心劳神伤、血燥、心虚而火内灼等，认为此方之功，专于补心，劳心之人宜常服。

《万病回春》记载天王补心丹用治“健忘”，龚廷贤认为“健忘者，思虑伤心脾也。”与前人所讲心劳神伤比较相似。在药物组成上较《古今医鉴》少了熟地、茯苓、百部、杜仲、甘草。此方还重用生地与黄连，因而全方偏于寒凉，增强了清热除烦之功。

《证治准绳》中有两处提及天王补心丹，一处是在“消瘵”篇中，引自《世医得效方》。另一处是在“悸”篇中，“闻人道长所常服……心神甚劳而不伤，此丹之功也。”在药物组成上与《万病回春》相似，同样重用生地与黄连。

《婴童类萃》将天王补心丹列于“治难症日用补遗方”中，除了有“宁心保神，益血固精，壮力强志，令人不忘，除怔忡，定惊悸，清三焦，化痰涎，祛烦热，疗咽干，育养心神。”的功效外，还指出“小儿胎气不足者甚效”，扩充了此方适应症。

4 讨论

天王补心丹的起源应追溯至“敦煌卷子”，方名是依托佛教中的神话故事而作。现存最早的记载天王补心丹一方的是《杨氏家藏方》。而现代流传的13味天王补心丹则是录自《校注妇人良方》。自《杨氏家藏方》始，不少医家对天王补心进行药物的组成、剂量、用法进行了改动，特别是自《校注妇人良方》始，此方由最早的偏于温补之剂（重用熟地）转向了偏于甘寒之剂。其适应症也由原来的“心气”病，发展为加减原方后治疗产后恍惚、消渴、虚损、健忘、心悸、怔忡等病症。在配伍上，历代医家都主要用滋阴补血药与养心安神药，体现了标本兼治，形神兼顾的思想。

参考文献

- [1]李飞.中医药学高级丛书·方剂学[M].北京:人民卫生出版社,2002:1073-1075.
- [2]田甜,肖相如.天王补心丹源流探讨[J].吉林中医药,2010,30(3):250-252.
- [3]陈克正.天王补心丹方源再考[J].中成药研究,1986(8):40-41.
- [4]谢光瓒,薄文集,黄攀攀,等.天王补心丹源流探讨与组方评析[J].时珍国医国药,2016,27(11):2699-2700.
- [5]马继兴.敦煌古医集考释[M].南昌:江西科学技术出版社,1988:492-493.
- [6]王树平,包得义.论毘沙门天王信仰的流变及其世俗性倾向[J].中华文化论坛,2016(7):20-25.
- [7]李经纬,邓铁涛.中医大辞典[M].北京:人民卫生出版社,1995:335.

(本文编辑:杨杰 本文校对:丁涛 收稿日期:2017-11-13)

基于古典医籍及临床经验探讨中医痞满

田明健

(沈阳市中医院内科门诊, 辽宁 沈阳 110004)

摘要:痞满为中医临床常见病, 是中医常见的脾胃病。中医古籍对痞满有很多记载。笔者通过对古典医籍和临床经验加以整理, 阐述痞满临床常见病因病机、治疗方法及临床常用方药及证治规律。痞满的病因病机为各种原因导致的中焦气机不利, 脾胃升降失常。病位为中焦。治疗分为祛邪、祛邪与扶正并治、扶正三个阶段。为广大中医工作者更好的借鉴。

关键词:痞满; 古典医籍; 临床经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.030

文章编号:1672-2779(2018)-06-0074-03

Discussion on Distention and Fullness Based on Classical Medical Books and Clinical Experience

TIAN Mingjian

(Outpatient Department, Shenyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

Abstract: Distention and fullness is a common clinical disease. It is a common spleen and stomach disease in traditional Chinese medicine. The classical medical books have a lot of records on distention and fullness. The classical medical books and clinical experience were collated. This article described the common causes, pathogenesis, treatment and common prescriptions and regularities of syndrome and treatment in clinic. The cause and pathogenesis of is tension and fullness is qi depression and ascending and descending disorder. The treatment is divided into three stages. It is a better reference for the traditional Chinese medicine workers.

Keywords: distention and fullness; classical medical books; clinical experience

“痞”, 《说文》中曰:“痞, 从广, 否声, 痛也。”《仁斋直指方》云:“乾上坤下, 其卦曰否, 阳隔阴不升”。《丹溪心法·痞》:“痞者, 与否同, 不通泰也”^[1]。《增韵》:“气隔不通”。临床中常与“满”并称。《内经》之后, 东汉时期“痞”“满”是分开的两种疾病, 明清后, 中医中的“痞”与“满”合称为“痞满”。《中医内科学》关于“痞满”的概念为:由于中焦气机阻滞, 脾胃升降失职不通, 出现以脘腹满闷不舒为主症的病证^[2]。古典医籍对“痞”、“满”有很多论述。

1 古典医籍对“痞、满”的记载

1.1 关于“痞满”病名的记载

1.1.1 “痞”病名记载 最早见于《黄帝内经》中。《素问·五常政大论》:“备化之纪, 气协天休, 德流四政, 五化齐修, 其气平, 其性顺, ……其病否。”^{[3]219}

1.1.2 “满”作为病名 最早见于《素问·异法方宜论》:“藏寒生满病”^[4]。

1.1.3 关于“否满”的记载 最早见于《素问·至真要大论》:“阳明之复, 清气大举, 森木苍干, 毛虫乃厉, 病生肱胁, 气归于左, 善太息, 甚则心痛、否满。”^[5]

1.2 关于“痞满”病因病机的记载

1.2.1 外感病因

1.2.1.1 寒邪为患 李杲在其《脾胃论·卷下·脾胃损在调饮食适寒温》中记载:“……寒温不适, 所生之病, ……或心下痞闷。”^[6]刘完素在其《素问玄机原病式》中说:“诸病上下, 所出水液, 澄澈清冷, 坚痞腹满, 吐利腥秽, 皆属于寒。”^[7]可见, 寒邪是导致痞满发生的重要原因。寒主凝滞, 主收引, 寒邪为患, 易阻滞

气机, 从而导致气机不利, 而“痞”、“满”。

1.2.1.2 湿邪为患 刘完素在《素问玄机原病式》中论及痞满时说:“诸痞强直, 积饮痞隔中满, 体重浮肿, 皆属于湿。”^[8]湿邪为患, 常阻滞气机, 故常可导致“痞”、“满”。

1.2.2 内伤病因

1.2.2.1 内生寒邪 《素问·异法方宜论》:“藏寒生满病。”^{[4]32}

1.2.2.2 浊气上犯 《素问·阴阳应象大论》:“浊气在上, 则生腹胀。”^{[3]12}

1.2.2.3 食积为患 李用粹《证治汇补·内因门收食》指出:“食伤之后, 物滞虽消, 元气受损, 或已经攻下而脾阴受伤, 至高之气乘虚下陷, 而为蓄满痞塞者。”^[9]

1.2.2.4 中虚为患 《景岳全书》中记载:“虚寒之痞, 凡过于忧思, 或过于劳倦, 或饥饱失时, 或病后脾气未醒, 或脾胃素弱之人而妄用寒凉刻伐之剂, 以致重伤脾气者, 皆能有之。”^[7]

1.2.2.5 肝郁为患 《景岳全书》云:“怒气暴伤, 肝气未平而痞皆有呕证”^[7]。

1.3 关于病机 病机以气机升降失常、气机郁滞为主。《万病回春》中指出:“夫痞满者, 非痞块之痞也, 乃胸腹饱闷而不舒畅也, 有气虚中满, 有血虚中满, 有食积中满, 有脾泄中满, 有痰隔中满, 皆是七情内伤, 六淫外侵, 或醉饱饥饿失节, 房劳过度, 不能运化, 故阳自升而阴自降而成天地不交之痞”^[8]。

1.4 关于治法 沈金鳌《杂病源流犀烛》中记载:“虚则补其中气, 实则消食, 豁痰, 除湿, 有湿热清热, 而



消导之。亦不可峻剂，致伤元气”。^[9]

1.5 《伤寒论》中的痞 笔者在此所论述的“伤寒痞”包括在《伤寒论》中本为太阳表证等非阳明病，而应用下法导致的“心下痞”，也包括各种原因导致气机不利出现的“痞状”。《伤寒论》第154条：心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。^{[10]53} 第155条：“心下痞，而复恶寒汗出者，附子泻心汤主之”。^{[10]54} 第157条：“伤寒汗出解之后，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”。^{[10]51} 第149条“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复与柴胡汤。此虽已下之，不为逆，必蒸蒸而振，却发热汗出而解。若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之；但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤”。^{[10]50} 第158条“伤寒中风，医反下之，其人下利，日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕心烦不得安。医见心下痞，谓病不尽，复下之，其痞益甚。此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也。甘草泻心汤主之”。^{[10]51} 以上诸条为一般认识上的“痞证”。“痞状”的论述有《伤寒论》中第161条“伤寒发汗、若吐、若下，解后心下痞硬，噎气不除者，旋复代赭汤主之”。^{[10]55} 所记载的有形痰饮阻滞，影响了脾胃升降，所出现的心下痞硬；第142条“太阳与少阳并病，头项强痛，或眩冒，时如结胸，心下痞硬者，当刺大椎第一间，肺俞、肝俞，慎不可发汗，发汗则谵语。脉弦，五日谵语不止，当刺期门”。^{[10]28} 邪入少阳，气机壅滞，干扰中焦气机升降失常所致，太阳少阳并病，出现心下痞硬的症状。第165条“伤寒发热、汗出不解，心中痞硬、呕吐而下利者，大柴胡汤主之”。^{[10]28} 为少阳枢机不利，同时兼有阳明腑病，为邪在少阳、阳明而出现气机不利，导致的心中痞，症状较重，心中痞至心中痞硬的。原文第156条“本以下之，故心下痞；与泻心汤，痞不解。其人渴而口燥烦、小便不利者，五苓散主之”。^{[10]50} 记载的则是水饮之邪，阻遏气机，而出现的痞状。以下条文的论述，则有虚证所致的“痞状”和虚实夹杂所致的“痞状”。如第163条“太阳病，外证未除而数下之，遂协热而利，利下不止，心下痞硬、表里不解者，桂枝人参汤主之”。^{[10]35} 记述的是误下伤脾，脾阳不足，清气不升，而气机不利出现的“痞状”。第160条“伤寒吐下后，发汗，虚烦，脉甚微，八九日心下痞硬、胁下痛、气上冲咽喉、眩冒、经脉动惕者，久而成痿”。^{[10]50} 为阳虚水逆而致的“痞状”。

结合上述的记载，可知在《伤寒论》中，痞有心下痞和心中痞。有痞证与痞状之分。

2 临床所见

《中医内科学》关于“痞满”论述是共同作为病

名，并未分“痞”与“满”。其病因主要有饮食不节（过食辛辣、过食寒凉，过食肥甘、过度饮酒等）、情志失调（情志不遂、肝气郁滞或忧思伤脾、气机不利等）、药物所伤（误用滥用药物损伤脾胃）。痞满病机为中焦气机不利，脾胃升降失职，而发痞满。辨证要点为辨虚实、辨寒热。临床分型为实痞和虚痞。实痞包含饮食内停、痰湿中阻、湿热阻胃证、肝胃不和证。虚痞则包含脾胃虚弱证、胃阴不足证。教科书对于“痞满”辨证论治是分型，并未作为一个客观主体，分析疾病演变进行论述。

笔者根据患者在临床中疾病研究过程，进行分析研究。根据现有患者的资料总结如下。

2.1 病因病机 临床所见，患者发病多在秋冬，夏季常过食寒凉之品，如凉啤酒、冰淇淋等，还有直接食用从冰箱取出的水果；或平素肉类为主，少食蔬菜水果，以上两种为常见原因。患者多为平素脾胃不足之人，过饮寒凉，寒伤脾胃，内生湿邪，湿阻气机，而心下痞，腹满；过食肉类，平素脾胃不足之人，脾胃更虚，同时湿邪更重，同样阻滞气机，心下痞满，每因进餐肉类等不易消化食物而腹满，以腹满为重。

2.2 证治

2.2.1 症状 患者表现除心下痞，腹满外，还常见手足不温或手脚心热，胸闷，呃逆，噎气，便溏或便秘，入睡困难或易醒。

2.2.2 治疗过程 患者在临床中，单纯邪气袭人的实证，或单纯虚证的并不多见，往往虚实夹杂，只是邪实为主，或正虚为主。

根据患者的证候，辨证治疗常为3个阶段。第1阶段，祛邪为主阶段，此阶段患者多为湿邪内阻，阻于中焦，表现为痞满，身重，噎气，舌尖红，苔白腻，脉沉缓，以二陈汤为主治疗。或痞满，食后重，口中异味，舌暗红苔薄黄，脉沉细。以三仁汤和半夏厚朴汤治疗。第2阶段，祛邪与扶正并用，表现为痞满较前减轻，神疲乏力，身重较第1阶段减轻，舌红，苔白或略腻，以二陈汤合四君子汤治疗，或三仁汤和四君子汤治疗。第3阶段，补虚为主，患者症见乏力，进餐过多则痞满，舌淡苔白，以香砂六君子为主，或以畏寒，胃中冷为主要表现，以人参汤治疗。

三个阶段划分，将疾病的演变的理论结合了临床实践。

3 讨论

“痞满”在《内经》中有“痞”、“满”的记载，在《伤寒论》和《金匱要略》中分“痞”和“腹满”进行的论述，在明清后，常常“痞满”共同出现在古典医籍中。可见，中医自古就有“痞满”病。其病因多与“寒”、“湿”等邪气有关，内因多为脾虚、肝郁等。病位在中焦更为准确。多为中焦气机不利所导致。

治疗除针对病因外,多治疗以行气除痞。

本文创新之处在于,总结古籍医籍基础上,尤参考《伤寒论》和《金匱要略》对“痞满”的辨脉证并治,对临床病历资料进行总结后,将“痞满”治疗总结分阶段治疗,而与中医内科学中的根据症状,辨证论治相区别。笔者东北地区临诊所见,秋冬发作的“痞满”多为虚实夹杂,与《中医内科学》记载不完全相同,根据《伤寒论》及《金匱要略》对“痞”“满”的记载,依据患者临床过程中邪正的变化,分阶段进行治疗,实际就是邪气与正气在治疗中标本变化,标本兼治的具体体现。为《伤寒论》相反相承法的具体应用。

临床中,笔者倾向于“痞”“满”作为两个病来进行探讨。但由于目前笔者积累的病历资料,“痞”“满”兼见,本篇论文未将“痞”“满”分开。根据古典医籍的记载,“痞”为触之无形,按之柔软的,病

位为“心下痞”和“胸痞”。与“满”在邪气程度和致病邪气等是有区别的。下一步的研究,笔者将更进一步研究《伤寒论》及《金匱要略》,对致病的邪气和正气变化规律更细化的研究。

参考文献

- [1]朱震亨.中华医典·丹溪心法[CD].长沙:湖南电子音像出版社,2002.
- [2]吴勉华,王新月.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:188.
- [3]黄帝内经·素问[M].任应秋,点校.北京:人民军医出版社,2005:219,32,244.
- [4]李东垣.中华医典·脾胃论[CD].长沙:湖南电子音像出版社,2002.
- [5]刘完素.素问玄机原病式,中华医典[CD].长沙:湖南电子音像出版社,2002.
- [6]李用粹.证治汇补,中华医典[CD].长沙:湖南电子音像出版社,2002.
- [7]张景岳,景岳全书,中华医典[CD].长沙:湖南电子音像出版社,2002.
- [8]龚廷贤,万病回春,中华医典[CD].长沙:湖南电子音像出版社,2002.
- [9]沈金鳌.杂病源流犀烛[M].李占永,校注.北京:中国中医药出版社,1994:213.
- [10]张仲景.重订伤寒杂病论[M].吴雄志,撰次.沈阳:辽宁科学技术出版社,2016.

(本文编辑:杨杰 本文校对:李静 收稿日期:2017-02-02)

从肺肾论治水肿的临床经验

和菲¹ 张建伟²

(1 河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450002; 2 河南中医药大学第二附属医院,河南 郑州 450002)

摘要:水肿的发病因素多与风邪、水饮、痰毒、瘀血有关。基本病机为肺失通调,脾失转输,肾失开阖,三焦气化不利,各病机之间又相互转化。导师认为肺肾与水肿的发生息息相关,故本文试从对水肿病因病机的认识及临床用药的特点并结合临床案例,来从肺肾论证水肿的临床经验,从而发现其优势,为临床提供诊疗思路。

关键词:水肿;肺肾;临床经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.031

文章编号:1672-2779(2018)-06-0076-03

Discussion on Clinical Experience of Treating Edema from Lung and Kidney

HE Fei¹, ZHANG Jianwei²

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

2. The Second Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: The pathogenesis of edema is related to wind, water, sore and blood stasis. Basic pathogenesis is lung loss, spleen loss and transmission, kidney loss open closed, triple gasification unfavorable, each disease machine and mutual transformation. The tutor thinks that the occurrence of the lung and kidney is closely related to edema. So this paper tried to demonstrate the clinical experience of edema by analyzing the etiology and pathogenesis of edema and the characteristics of clinical medication and combining with clinical cases to find out its advantages and provide clinical thinking.

Keywords: edema; lung and kidney; clinical experience

水肿是指人体组织间隙或体腔内有过多的液体集聚使组织肿胀。临床表现为头面、颜面、四肢、腹背甚至全身水肿。而现代医家多认为水肿乃由外邪侵袭,肺气失宣,脾失运化,脾阳被困,肾失蒸化,开阖不利,水液泛滥肌肤,故发为水肿。中医藏象学说认为:肺主行水,肾主开阖。在临证过程中,导师重以通调气机,宣肺利小便,常辅以丹皮、赤芍等活血化瘀药。结合导师的临床经验,从肺肾论证与水肿发病的密切关系,取得较好的疗效。

1 水肿病因病机的认识

肺肾相关,水饮内生导师认为由于机体肺失宣降、

肾失开阖,以致津液不能正常输布排泄,从而导致水饮、痰浊、瘀血停聚;气机失调,不仅阻碍肺气的宣发与肃降推动无力,而且阻滞肾阳推动和温煦,引起水液积聚。因而,在祖国医学史的发展过程中,清·王昂的《医方集解》提出“肺为水上之源,肾为水下之源”,二者协同输布水液代谢。故《素问·水热穴论》^[1]：“其末在肾,其本在肺,皆积水也”。由此表明本病的病机在于水饮阻碍肺肾的通调水道。又如《素问·经脉别论》^[2]谓：“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱”。因而结合历代医家对该病的病因病机认识,认为该病病位在肺



肾，主要责之脾、三焦、膀胱等脏；多以水饮为主要病理因素。结合导师多年的临床经验，在临证过程中，重以通调气机，宣肺利小便，从而水饮自去，疗效明显。

湿热为重，兼夹诸症 现代人过食肥甘厚味，嗜食辛辣刺激，水肿日久，水湿停积，受体质因素而从热化。湿从热化则转为湿热，热久则伤阴。导师认为久病入络，气机不利，血流不畅，成为瘀血。同时脏腑阳气受损，血失温运而水液滞留。根据临床观察不难发现，水肿发展到最后阶段，往往受体质因素而从热化，转为湿热。肺病致肾虚，子盗母气，肾阳的蒸化和温煦功能受损，推动无力，气不化津，聚湿生痰、血液凝聚；又肺为气之主，肾为气之根，肺肾金不生水，肾阳之火不能使肺正常的宣发肃降，以致阴邪之水饮由生。结合周仲瑛^[3]治疗水肿强调疏风宣肺药的作用，疏风重在解表发汗，但宣肺的同时利水，才能使滞留于体内的水分，从汗、尿排出。在临证中，水肿又多以湿热为重，所以常将本法多与渗湿利水法合用，通过汗、尿并施，表里分消，可以使水肿消退更快。故常用中药：如荆芥、防风、泽泻、茯苓、薏苡仁等祛风发汗药物与利水渗湿药物相配伍，正如曹颖甫在《金匱发微》^[3]中提出“有利小便必先汗而小便始通者，因为大气不运则里气不疏，肺气不开则肾气不降”的论点。又兼夹痰浊、瘀血等病理因素，在临证的过程中，治疗该病时以通调气机，宣肺利小便的基础上，分别论之。导师认为水肿、痰饮、痰浊这三者之间的关系是病情随体质逐渐发展的，根据《金匱要略》中提出：“病痰饮者，当以温之”的观点，适当加入前胡、紫菀与少量的川贝母粉。针对兼夹瘀血者，常辅以丹皮、赤芍等活血化瘀药。

2 组方用药

临床中根据导师治疗水肿的经验，结合症状体征、分清轻重缓急、谨守病机、辨证论治，以调理肺肾为根本，从气机调畅入手，祛风通络，活血利水。此方是由荆芥、防风、白芷、地肤子、丹皮、赤芍、白鲜皮、泽泻、茯苓、薏苡仁、甘草等药物组成。方中荆芥、防风味辛微温，辛散透达，通上焦，畅水道，使上窍通，下窍利，滞留于体内的水分从汗、尿排出而解，即所谓“提壶揭盖”之意。同时根据“水在肺，导水必自高源出”的理论，用提壶揭盖法治疗水液代谢紊乱所致的疾病，正所谓清·徐大椿《医学源流论》称之为“开上源以利下源”。然而肺对水液的代谢途径有二：一是向外宣散透发，作汗而外出肌肤；一是向下通调水道，为尿而下出膀胱。故有“清肺药，皆利小便”之说。邹燕勤^[4]尤其重视治肺，在常用的临床方法中，疏风宣肺利水中常用荆芥、防风。赵邵琴^[5]认为，辛味轻浮之风药，实乃“提壶揭盖”之理，“下病上

病”之用。临床荆芥、防风、苏叶、白芷、杏仁、枇杷叶之属，并少量轻投，取治上焦如羽之意也。赵氏还认为，选用风药，不仅达宣肺利水之效，还可利尿检异常、小便不畅，或浮肿不消。风药之中，赵氏独钟荆芥一味，其味辛苦而温，气芳香而升散，主入肝胃二经，行气兼能活血，功擅轻宣、发表、祛风。泽泻甘淡性寒，入膀胱经，专以利水渗湿，祛除太阳膀胱水湿。茯苓味甘而淡，甘则能补，淡则能渗，药性平和，利水而不伤正气。薏苡仁味甘淡且药性偏凉，淡渗利水，利湿兼清热，如《本草纲目》：“薏苡仁，阳明药也……土能胜水除湿，故泄泻，水肿用之”。茯苓、薏苡仁淡渗，以助泽泻利水渗湿，宜淡味之药上助肺气下降，通其小便。白芷入阳明经，引药上行，助荆芥、防风宣肺行水。地肤子利膀胱，可洗皮肤之风。白鲜皮气寒善行，味苦性燥，足太阳、阳明经去湿热也，兼入手太阴、阳明，为诸黄风痹要药。丹皮、赤芍苦寒燥湿，凉营透达，泄血中之热，赤芍兼备破水道而利血结的功效。甘草调和药性，诸药配伍，肺肾同调，水亦自除。

3 医案举验

李某，2016年11月17日就诊。2月前无明显诱因出现颜面肿胀，晨起尤甚，未予系统治疗，继则出现面目浮肿，双下肢轻度水肿，遂在当地诊所给予输液治疗（具体药物不详），症状时好时坏，以后一直服用利尿药物来维持。不久症状复又出现，于2016年11月17日就诊，主诉：颜面肿胀，双下肢水肿2月，当时患者神志清，精神差，胸闷，颜面肿胀，双下肢轻度水肿，纳可，睡眠质量差，入睡困难，小便黄赤，大便调。舌质红，苔黄腻，脉沉数。尿检未见明显异常，彩超示：双下肢静脉未见异常。结合中医四诊合参，予以荆芥10 g，防风10 g，白芷10 g，地肤子10 g，牡丹皮10 g，赤芍15 g，白鲜皮15 g，泽泻10 g，茯苓30 g，薏苡仁30 g，连翘10 g，地丁10 g，葶苈子10 g，茯神30 g，酸枣仁30 g，枳壳12 g，薤白15 g，狗脊15 g，甘草6 g。上7剂，每日1剂，早晚温服。配合血塞通软胶囊，每次2粒，每天3次。

2016年11月24日二诊：患者胸闷症状较前好转，睡眠质量明显改善，二便调，舌质红、苔黄，脉沉数。在前方的基础上去葶苈子，薤白，余守方不变，继服7剂。后随诊症状消失。

按：本案患者以颜面肿胀，双下肢水肿为主诉，结合病史及相关检查，明确诊断为湿热证水肿。结合患者的症状、体征、舌苔脉象及实验室检查，考虑患者功能性水肿，故从肺肾两脏入手。以上述基础方随证加减，患者胸闷，考虑为水饮凌心，加用葶苈子、薤白、枳壳宽胸理气；睡眠质量差，入睡困难，加用茯神、酸枣仁宁心安神。二诊症状（下转第80页）

姜丽娟教授运用桂枝茯苓丸在妇科的临床运用※

姜 广¹ 张翼雯¹ 姜丽娟^{2*}

(1 云南中医学院研究生2015级, 云南 昆明 610000; 2 云南省中医医院妇科, 云南 昆明 610000)

摘要: 本文总结了姜丽娟教授运用桂枝茯苓丸在妇科的临床运用, 介绍了姜丽娟教授运用桂枝茯苓丸在“子宫肌瘤”、“不孕症”、“慢性盆腔炎”等妇科疾病的治疗, 并从大量医案中选取具有代表性的医案进行分析, 凝练。姜丽娟教授在临床实践中中西医并举, 中医为主, 借助西医对病因病机的认识以及诊疗技术的发展排查病因, 了解病情进展, 临床疗效显著。

关键词: 桂枝茯苓丸; 子宫肌瘤; 不孕症; 慢性盆腔炎; 姜丽娟; 瘀血; 腹痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.032

文章编号:1672-2779(2018)-06-0078-03

The Clinical Application of Professor Jiang Lijuan Applying Guizhi Fuling Pills in Gynecology

JIANG Guang¹, ZHANG Yiwen¹, JIANG Lijuan²

(1. Grade 2015 Graduate, Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 610000, China;

2. Department of Gynecology, Yunnan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kunming 610000, China)

Abstract: This article summarized the clinical application of Professor Jiang Lijuan applying Guizhi Fuling pills in gynecology. Professor Jiang Lijuan introduced Guizhi Fuling pills in the treatment of gynecological diseases such as uterine fibroids, infertility and chronic pelvic inflammatory disease and so on. A large number of medical cases from the selection of representative medical cases were analyzed. Professor Jiang Lijuan uses both traditional Chinese medicine and Western medicine in clinical practice, mainly in traditional Chinese medicine, with the aid of Western Medicine on etiology and pathogenesis and diagnosis and treatment technology development, investigate the cause of disease, and understand the progress of the disease. The clinical curative effect is remarkable.

Keywords: Guizhi Fuling pills; uterine fibroids; infertility; chronic pelvic inflammatory disease; Jiang Lijuan; abdominal mass; abdominal pain

导师姜丽娟教授, 主任医师, 全国第三批优秀中医临床人才, 全国第四批老中医药专家妇科张良英教授继承人, 云南省中医妇科研究中心主任。善于运用中医疗法治疗不孕症、不孕症、慢性盆腔炎、带下病等妇科诸疾。导师既有深厚的中医基础, 又通晓现代医学理论, 在广泛地吸取古今医学精华及前人经验的基础上, 结合自身的治疗理念, 通过多年的临床实践, 其运用桂枝茯苓丸超乎常效。

1 桂枝茯苓丸的古代文献

《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》原文: “妇人素有癥病, 经断未及三月, 而得漏下不止, 胎动在脐之上者, 为癥瘕害也。妊娠六月动者, 前三月经水利时, 胎也。下血者, 后断三月, 胎也。所以血不止者, 其癥不去也, 当下其癥, 桂枝茯苓丸主之”。桂枝茯苓丸由桂枝、茯苓、牡丹(去心)、桃仁、芍药各等分。上五味, 末之, 炼蜜为丸, 如兔屎大, 每日食前服一丸。不知, 加至三丸。此方功效为活血化瘀、缓消癥块。方中桂枝辛甘温, 温通血脉消瘀血, 助气化而行

津液; 桃仁味苦甘平, 活血祛瘀, 为化瘀消癥之要药, 且“消癥瘕不嫌伤胎”; 茯苓甘淡平, 健脾扶正, 渗湿祛痰以消癥; 牡丹皮味苦微寒, 散血行瘀而退瘀久之热; 芍药“除血痹”、“利小便”。合而用之, 桂枝与芍药一阴一阳, 茯苓与丹皮一气一血, 全方共奏活血化瘀, 缓消癥块, 本方具有“祛瘀浊, 生新血, 攻坚而不破气; 癥通血脉, 除阻滞, 破结而不伤精败血; 畅经脉, 开壅塞, 通利而不耗阴; 调阴阳, 平寒热, 消癥而不损正之功效^[1]。本方原治妇人素有块癥块, 导致妊娠漏下或胎动不安等症, 随着现代研究的不断发展, 桂枝茯苓丸还可用于治疗其它许多妇科杂症, 如可用于治疗卵巢囊肿、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、不孕症、宫外孕、崩漏, 此药还可用于治疗输卵管积水、产后白带增多、妇人小产, 子死腹中等症。

癥瘕的形成是个缓慢的过程, 其发病主要由于风寒湿热之邪内侵, 或情志因素、房室所伤、饮食失宜、跌扑损伤、久病劳伤等病因, 导致脏腑功能失常, 气机阻滞, 瘀血、痰饮、湿浊等有形实邪凝结不散, 停聚于胞宫, 日月相积, 逐渐而成。正如《灵枢·百病始生》所述: “胃肠之络伤, 则血溢常外, 肠外有寒, 汁沫与血相抟, 则合并凝聚不得散, 而积成矣”, 系统的介绍了积聚的成因是由瘀血、痰饮、寒气合并凝聚而不得消散, 便形成积块病。机体正气不足是发病的

※ 基金项目: 国家自然科学基金【No.8156150381】; 国家中医药管理局第三批全国优秀中医临床人才研修项目; 云南省科技厅中医联合专项【No.2017FF116(032)】; 云南张氏助孕安胎学术流派传承工作室

* 通讯作者: jianglijuan825@163.com



内在因素,气滞血瘀是发病主要的病理机制。对于癥块的治疗在临床上常常“攻补兼施、标本兼顾”。姜丽娟教授认为,此病有虚有实,既有瘀血留滞的实证,又有久病耗血伤正的虚候,形成本虚标实的疾病。桂枝茯苓丸在临床中的运用。

2 验案举隅

2.1 子宫肌瘤 杨某,女,45岁,已婚。于2016年10月8日就诊。主诉:发现子宫肌瘤2年余。因反复出现下腹部刺痛3月余就诊,就诊时症见:双侧少腹部隐隐刺痛,疼痛固定,拒按,夜间疼痛加重,口干不欲饮水,纳可,眠差,善忘,小便黄,大便粘,舌质暗红,边有瘀斑,苔白腻,脉沉涩。月经史:12岁 6~8/29~37天, lmp: 2016年10月1日—2016年10月5日(经量少、色暗红、血块多、下腹刺痛), Pmp: 2016年8月25日—2016年8月29日(经量少、色暗红、血块多、下腹刺痛)。孕产史:2-0-1-2(顺产,2004年3月行无痛人流)。妇科检查:外阴已产型,阴道分泌物多,色白,质黏,有异味,无阴痒;宫颈轻度糜烂,宫体前位,大小活动正常,轻压痛;双附件无异常。本院B超诊断为子宫肌瘤(2.2×2.0 cm),宫颈纳氏囊肿;本院白带常规:清洁度IV, WBC(+++)。诊断:1、癥瘕(瘀阻胞宫);2、带下病(痰湿阻滞)。治法:活血化瘀,燥湿化痰止带。方药:桂枝茯苓丸为基本方进行加减:桂枝10 g,牡丹皮10 g,桃仁10 g,茯苓30 g,赤芍15 g,川芎10 g,三棱10 g,法半夏10 g,苍术10 g,薏苡仁10 g,党参20 g,陈皮10 g。每日1剂,每剂3次,水煎服,连续服用2个月经周期,复查B超诊断为子宫肌瘤(1.0×0.7 cm),宫颈纳氏囊肿消失;本院白带常规:清洁度I, WBC(-)。

姜丽娟教授认为子宫肌瘤属于中医“癥瘕”的范畴,多因经期或产后饮食不佳、情志内伤、气血不调、瘀血内停引起。本例患者证属瘀阻胞宫,痰湿阻滞,桂枝茯苓丸具有温通经脉、行气活血、化瘀散结、渗泄下行的功效,故用本方加减。患者同时伴有带下病,证属湿浊下注,傅青主女科开篇即述:“夫带下俱为湿”,故在活血消瘀的同时,要注意燥湿除带,顾护脾胃,方中苍术、薏苡仁燥湿止带,加陈皮、茯苓、党参等补气健脾除湿,标本兼治。

2.2 不孕症 腾某,女,29岁。于2015年11月2日就诊。主诉:结婚5年,未避孕4年而未孕。患者4年前因宫外孕,左侧输卵管切除,至今未孕,常感左侧下腹部阵发性隐隐刺痛,精神忧郁,烦躁,纳眠差,体胖神疲,舌苔泛白,舌质红,脉细涩。月经史:13岁 3~5/30~50天, lmp: 2015年10月15日—2015年10月20日(经量少、色黯、少血块、腹痛); Pmp: 2015年9月8日—

2015年9月12日(经量少、色黯、少血块、腹痛)。带下:量多,色白,质稀,无异味及阴痒。孕产史:0-0-1-0(曾异位妊娠1次,导致左侧输卵管切除,且右侧输卵管不畅)。妇科检查:外阴已婚型,阴道分泌物多,色白,质稀,无异味,无阴痒;宫颈轻度糜烂,宫体前位,大小活动正常,轻压痛;双附件无异常。本院B超:右侧输卵管积水。

姜丽娟教授认为本例患者证属肝郁血瘀、痰湿阻络,诊为不孕症。辨病辨证分析:患者情志不畅,肝气郁结,疏泄失常,气血失和,脾失健运,水湿不化,凝聚为痰,痰浊与气血相搏,凝滞气血,痰湿瘀阻互结于冲任、胞宫而致不孕。本例患者以桂枝茯苓丸为基本方进行加减:桂枝10 g,桃仁10 g,茯苓30 g,牡丹皮10 g,赤芍10 g,莪术10 g,路路通10 g,延胡索10 g,炒川楝子10 g,香附10 g,乌药10 g,炒白术15 g,苍术15 g,白果10 g,海螵蛸15 g,露蜂房15 g。2日1剂,每天2次,连续服药2月。用桂枝茯苓丸温化经络、活血化瘀;加莪术、路路通桂枝茯苓丸活血通经;加元胡、炒川楝子即金铃子散疏肝泄热以行气血;加乌药、香附增强行气化瘀通络之功;加炒白术、苍术、白果、海螵蛸、露蜂房燥湿敛带。嘱患者定时就诊,调整方药。经上方加减,患者于2017年初剖腹产一男婴。

2.3 慢性盆腔炎 成某,女,28岁,已婚。于2015年4月8日就诊。就诊时患者下腹部腰骶疼痛反复发作有1年之久,再发加重2周。患者因1年前因产后3月余,突发下腹部腰骶疼痛,未进行系统治疗,未进行系统治疗,曾在“红会医院”诊断为慢性盆腔炎,慢性附件炎,经住院输液后疼痛缓解,2周前因淋雨受凉后上症再发,刻下症见:下腹腰骶部刺痛,夜不能寐,白带量多,黄白相间,有异味,大便干结,小便黄,舌质红,边有瘀斑,苔黄厚腻,脉滑涩。月经史:13岁 5/28~30天, lmp: 2015年4月2日—2015年4月6日(经量中等、色黯、少血块); Pmp: 2015年3月2日—2015年3月6日(经量中等、色黯、少血块)。孕产史:1-0-1-1(2011年1次无痛人流,2013年顺产)。妇科检查:阴道通,充血,宫颈轻度糜烂,宫体后位,压痛。附件两侧增厚增粗,压痛。B超检查:盆腔包块,左侧输卵管增粗伴有积水,盆腔积液3.0 cm。诊断为慢性盆腔炎,证属湿热瘀结。治当清热燥湿,化瘀止痛。采用桂枝茯苓丸为基本方进行加减:桂枝10 g,桃仁10 g,茯苓15 g,牡丹皮10 g,赤芍药15 g,败酱草30 g,薏苡仁15 g,天葵子15 g,紫花地丁15 g,蒲公英15 g,金银花15 g,菊花10 g。2日1付,每天2次,水煎服。服药1月后二诊,腰腹部疼痛慢性减轻。服药20剂后,诸症均除,无不适感,B超

复查左侧附件无异常,盆腔无阳性体征。

姜丽娟教授认为,患者由于淋雨,感受湿热之邪,由血搏结至瘀,加之患者病程之久,病久则瘀成,湿热瘀血搏结于下腹腰骶部,气血运行不畅,“不通则痛”,湿热之邪郁久损伤任带二脉,使任脉不固,带脉失约,故带下量多,色黄质稠;大便干结,小便黄,舌质红,变有瘀斑,苔黄厚腻,乃湿热瘀结之象。故在采用桂枝茯苓方的基础上薏苡仁、败酱草即薏苡散清热燥湿,杀虫解毒;由于舌苔黄厚腻、带下色黄,表明湿热邪毒较盛,故用五味消毒饮以清热解毒。

3 桂枝茯苓丸的现代研究进展

3.1 改善血流变 桂枝茯苓丸具有活血化瘀之功效,能够有效改善血液流变。桂枝茯苓丸可明显降低血液黏度,这是其抗血瘀作用的重要机制之一。该复方可使全血比黏度、全血高切比黏度、血浆比黏度及凝血因子I的浓度降低。另外,桂枝茯苓丸可通过使红细胞唾液酸酶活性的定位分布正常化而实现其抗血瘀作用^[1]。

3.2 对免疫系统的影响 桂枝茯苓丸能改善机体的病理状态,具有扶正祛邪的作用。该作用与该方提高机体免疫力,调整机体的整体功能状态有关。桂枝茯苓丸中各组成药(丹皮、桂枝、茯苓、桃仁、赤芍)等均具有免疫增强功能和对免疫功能异常的调节作用,且该药对免疫系统的调节很可能是多途径的。T亚群细胞、NK细胞是机体重要的免疫细胞,在机体免疫反应和防止肿瘤发生以及抵抗感染中发挥重要的作用。该药一方面通过增强巨噬细胞吞噬功能,增强机体的非特异性免疫力,另一方面,可对细胞免疫进行调节^[2]。

3.3 抗炎作用 桂枝茯苓丸在临床上常用于治疗多种炎症性疾病。实验研究表明,该方具有明显的抗炎作用,能抑制组胺、5羟色胺等所致的毛细血管通透性增高,抑制蛋清、甲醛等所致的大鼠足部水肿,抑制慢性肉芽组织增生,即对炎症早、晚期均有显著的抑制效果。其抗炎作用的主要途径不是通过调节垂体肾上腺系统,

而是对炎症过程的许多环节直接起作用^[3]。

3.4 对肾功能功能的影响 桂枝茯苓丸可明显改善肾功能(包括血清肌酐、尿蛋白排泄量)和肾脏相关的病理变化,并可抑制糖尿病肾病的进展^[4]。

3.5 镇痛作用 桂枝茯苓丸能显著减少实验性痛经模型小鼠扭体次数,延长扭体发生的潜伏期,降低扭体发生率,并明显抑制小鼠耳肿胀^[5]。

3.6 抗肿瘤作用 邵淑兰,徐兆棠等^[6]研究桂枝茯苓丸对通过机体免疫系统的优化对其抗肿瘤功效有明显影响,并且通过研究发现,桂枝茯苓丸对小鼠肿瘤生长的抑制率可达22%,延长小鼠生存期43%。桂枝茯苓丸能够增强NK、CTL、LAK等杀伤细胞的功能,有效杀伤肿瘤细胞。

3.7 调节内分泌 雌激素、孕激素是女性内分泌系统的重要激素,其水平异常升高可致子宫肌瘤、子宫内膜异位症、乳腺增生等症的发生^[7]。

4 小结

桂枝茯苓丸从最初专治妇人妊娠漏下及胎动不安,到现代在妇产科以及临床各科的广泛应用并取得了令人满意的疗效,可以看出以下3个特点。第一,虽然此药在治疗中涉及了许多临床疾病,但其病机中都有“瘀块”,即都有瘀血的致病因素,体现了中医药“异病同治”的优势;第二,此方体现了治瘀兼治水(湿)的特点,瘀积日久,必然气滞湿阻,因此在治疗时不仅要活血化瘀,还应兼以渗利水湿;第三,在治疗慢性疾病的过程中,临床大都使用中成药且疗效良好,这就为临床用药开拓了思路,并对今后中成药的开发具有一定的启示。

参考文献

- [1]邓中甲.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2010:12.
- [2]高世荣.桂枝茯苓丸药理及临床应用综述[J].河南中医,2016,36(2):358-359.
- [3]Itoh Tetal.桂枝茯苓丸和乐可安对脑脊髓血管病患者微循环的作用[J].国外医学中医中药分册,1993(3):16.
- [4]邵淑兰,徐兆棠.桂枝茯苓丸加味治疗妇科血瘀证[J].现代中西医结合杂志,2012,11(21):2150-2151.

(本文编辑:杨杰 本文校对:姜丽娟 收稿日期:2017-11-23)

(上接第77页)明显好转,湿热症状不明显,故去萆薢子,薤白,余守方不变,继续服用。后随访症状消失。

4 体会

导师认为该病治疗以调顺气机为出发点,从发汗、利小便入手,通调肺肾,兼活血化瘀利水,疗效明显。综上所述,水肿通过从肺肾论治,宣肺利水,以达到机体气机升降有序、排泄平衡。同时中医药治疗更能体现个体化原则,可针对患者的具体病情缓解和改善其症状和体征。故在临床中,从肺肾出发,湿热为重,把握理清病因病机的准确性,结合实际情况,取得良

好治疗效果。本病在中医的辨证论治中,从肺肾论治水腫有其充分的理论基础,临床也有其疗效,但治疗时仍不可忽略其他脏腑与水腫生理病理的联系,应注意中医诊治疾病的整体观。

参考文献

- [1]素问[M].顾从德.北京:中医古籍出版社,1997:6.
- [2]周仲瑛.周仲瑛临床经验辑要[M].北京:中国医药科技出版社,1998:119.
- [3]陆拯.近代中医珍本集·金匱分册金匱发微[M].杭州:浙江科学技术出版社,2003.
- [4]郑燕辉.邹燕勤教授肾病治肺经验介绍[J].国医论坛,1998(3):21.
- [5]彭建中,杨连柱.赵绍琴案精选[M].北京:学苑出版社,1996:208.

(本文编辑:杨杰 本文校对:魏浏佳 收稿日期:2017-12-04)

王振亮教授经方辨治类风湿性关节炎经验[※]

赵婷婷 闫淑婷 张 培 耿运玲 王振亮*

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450046)

摘要: 王振亮, 河南中医药大学教授, 主任医师, 在诊疗过程中遵循中医审证求因、因机论治原则, 灵活运用经方治疗类风湿性关节炎, 疗效显著, 并从多年临床经验中将类风湿性关节炎归纳分为湿邪困表证、寒热错杂证、寒湿凝滞证、寒凝血瘀证、气血亏虚痰瘀痹阻证、肝肾亏虚证六型, 谨以供同道参考。

关键词: 王振亮; 类风湿性关节炎; 经方; 辨证分型; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.033

文章编号:1672-2779(2018)-06-0081-03

Experience of Professor Wang Zhenliang in the Treatment of Rheumatoid Arthritis with Classical Prescriptions

ZHAO Tingting, YAN Shuting, ZHANG Pei, GENG Yunling, WANG Zhenliang*

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

Abstract: Wang Zhenliang, Professor of Henan University of traditional Chinese medicine, chief physician, received remarkable curative effect in the clinical research, owing to the therapeutic principle of inspection of syndrome for fundamental and the dialectical theory of and the flexible use of classical prescriptions, and from years of clinical experience, classified rheumatoid arthritis into six types: superficial syndrome entailed by dampness, the cold-heat complicated syndrome, cold-dampness stagnation, cold caused blood stasis syndrome, blood stasis, deficiency of qi and blood and phlegm stagnation syndrome, liver and kidney deficiency syndrome for reference.

Keywords: Wang Zhenliang; rheumatoid arthritis; prescription; syndrome differentiation; arthromyodynia

类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种对称性、多关节、小关节的慢性、全身性、进行性、自身免疫性疾病,滑膜关节炎症为其主要病理改变。临床上除关节受累外,该疾病尚可侵犯心、肺、肾、眼、神经系统等组织器官,所以又有类风湿病之称。本病在我国的患病率为0.3%左右,且致残性高,发病年龄多在30~50岁^[1],已成为严重影响人民生命健康的疑难疾病之一。由于迄今发病原因不明,目前现代医学治疗多使用糖皮质激素^[2]、免疫抑制剂^[3]、非甾体抗炎药^[4]、生物制剂^[5]等,但某些药物的副作用、部分药物的昂贵费用,加之疗效的不确定性等因素,促使业界不断寻找新的治疗手段和方法。

王振亮教授在30余年的从医生涯中,对经方辨治类风湿性关节炎有丰富的临床经验,将RA分为湿邪困表证、寒热错杂证、寒湿凝滞证、寒凝血瘀证、气血亏虚痰瘀痹阻证、肝肾亏虚证六型,分别使用麻杏薏甘汤、桂枝芍药知母汤、附子汤、当归四逆汤、黄芪桂枝五物汤、金匱肾气丸等进行治疗,现将王振亮教授临床辨证分型和典型案例介绍如下。

1 经方辨证分型

1.1 湿邪困表证 双手关节晨僵,时间超过一小时甚至半天以上,关节肿胀疼痛,朝重暮轻,全身拘紧不舒,舌苔白或腻,脉濡。方剂:麻杏薏甘汤加减。药物:生麻黄9 g,杏仁9 g,炒薏苡仁30 g,炙甘草5 g,白芥子15 g,细辛5 g,防己10 g,炒白术30 g,雷公藤10 g。

1.2 寒热错杂证 关节疼痛肿胀,疼痛关节有热感,但

身体畏寒怕风;或忌食冷食,纳凉则泄,但服热药则口腔溃疡,小便短涩,大便干结。舌淡红,苔薄白兼黄。脉数兼滑或濡缓。此型病程一般较长,多接受过各种治疗。方剂:桂枝芍药知母汤加减。药物:桂枝10 g,白芍10 g,生麻黄9 g,知母9 g,防风15 g,生白术30 g,制附子12 g(先煎30分钟),细辛5 g,生石膏30 g。

1.3 寒湿凝滞证 关节和肌肉冷痛重着,痛处较固定,晨僵明显,关节疼痛剧烈,甚或关节屈伸不能,遇冷疼剧,得热稍减,舌淡胖、苔白或腻,脉弦或沉紧。方剂:附子汤加减。药物:制附子15 g(先煎30分钟),茯苓15 g,炒白术30 g,炒白芍15 g,党参10 g,生麻黄6 g,炒薏苡仁30 g,延胡索30 g。

1.4 寒凝血瘀证 关节肿痛变形,活动受限,痛处不移,肢体顽麻,关节附近肌肤紫暗,或有肌肉萎缩,面色黧黑,或有皮下结节,舌质黯红或瘀斑、瘀点,苔薄白,脉弦涩。多伴有雷诺征。方剂:当归四逆汤加减。药物:炒当归15 g,桂枝15 g,白芍15 g,细辛5 g,通草9 g,炙甘草5 g,生姜6片,乳香9 g,没药9 g,丹参15 g,延胡索30 g。

1.5 气血亏虚,痰瘀痹阻证 形体消瘦,关节变形,骨节酸痛,时轻时重,以屈伸时为甚,面色少华,体倦乏力,肢体多有麻木,舌淡、苔薄白,脉细微或濡弱。方剂:黄芪桂枝五物汤加减。药物:黄芪30 g,桂枝9 g,白芍12 g,党参9 g,川芎12 g,生地黄12 g,茯苓15 g,白术12 g,当归12 g,炙甘草5 g,生姜9 g,大枣12 g。

1.6 肝肾亏虚证 关节变形,形体消瘦,骨节疼痛,僵硬及活动受限,筋脉拘急。伴面色淡白少华,腰膝酸软无力,形寒肢冷,体倦乏力,或潮热盗汗,舌红苔白,脉沉细或细数。方剂:金匱肾气丸加减。药物:

※ 基金项目:河南中医药大学基础医学院重点学科项目[No.15109100]

* 通讯作者:654467475@qq.com

制附子12 g, 桂枝10 g, 熟地黄15 g, 山茱萸25 g, 山药30 g, 牡丹皮10 g, 怀牛膝30 g, 杜仲15 g, 菟丝子15 g, 鸡血藤30 g。临床加减: 类风湿性关节炎活动期, 血沉较高者, 加重楼、金银花; 兼有恶寒发热表证者, 加麻黄、羌活; 关节红肿热痛明显者, 加忍冬藤、生石膏; 关节疼痛明显, 见舌质紫或有紫气者, 加三七粉、乳香、没药; 晨僵明显者, 加白芥子、生麻黄; 关节疼痛呈游走性, 加防风、细辛; 关节畏寒明显者, 加制川乌、制草乌; 若合并口眼干燥者, 加白芍、炙甘草、石斛、麦冬、生地黄。

2 医案

案1 张某, 女, 57岁, 河南省滑县人。2015年7月11日初诊: 对称性多关节肿痛3年余, 加重2个月。3年前无明显诱因出现多关节肿痛, 在某三甲医院确诊为类风湿性关节炎, 曾服用甲氨蝶呤、来氟米特、强的松、非甾体消炎药等, 症状可部分缓解, 但停药复发。两个月前因停药强的松, 症状反复, 遂再加用强的松, 但症状无明显改善, 经人介绍前来就诊。刻诊: 双手近指关节、掌指关节肿痛, 双手晨僵, 持续一上午。全身拘急不适, 静息时甚, 活动后逐渐缓解, 而且在阴天时症状加重。双膝关节肿痛, 轻度畸形, 不能完全直立行走。畏风怕冷, 口干, 纳眠差, 大便粘滞, 小便可。舌淡红、苔薄少, 脉沉弱。化验示RF 183.8 u/mL, ESR 105 mm/H。诊断: 类风湿性关节炎合并干燥综合征。处方: 生麻黄9 g, 苦杏仁9 g, 炒薏苡仁40 g, 炙甘草6 g, 炒白术15 g, 制附子15 g (先煎), 桂枝12 g, 白芍30 g, 生黄芪18 g, 石斛25 g, 汉防己10 g, 三七粉3 g (冲服), 雷公藤12 g, 延胡索30 g。7剂, 每日1剂, 水煎服。原服用的甲氨蝶呤每周1次, 每次4片, 强的松每日10 mg继续使用。

2015年7月18日二诊: 服上药后症状有所缓解。刻诊: 双膝关节酸楚, 左小腿酸楚不舒, 双手晨僵及身体拘急, 口干, 唾液少, 因咽干而致食物吞咽不利, 大便仍粘滞不爽, 小便可。舌脉如前。上方去延胡索, 加鸡血藤30 g。7剂。

2015年7月25日三诊: 双手、双膝关节疼痛减轻, 口干有所缓解, 但身体拘急变化不大, 畏寒怕冷, 天气变化时加重, 小便可, 大便不爽。舌淡红、苔薄少, 脉濡缓。处方: 一诊方去延胡索, 加川牛膝30 g。7剂。

2015年8月3日四诊: 关节疼痛有所缓解, 畏寒减轻, 双膝酸沉, 双小腿足三里处憋胀明显, 腰僵, 口干如前, 纳食较前明显改善, 睡眠佳, 尿急, 大便不爽, 舌淡红、苔薄白, 脉沉滑。处方: 一诊方去防己、延胡索, 加淫羊藿15 g, 伸筋草30 g。14剂。

2015年8月19日五诊: 双手晨僵30分钟左右, 活动后逐渐缓解, 关节疼痛继续好转, 双膝及小腿憋胀基本消失, 膝关节已可完全直立行走, 活动也较强灵活。大便不爽好转, 尿急无。舌脉如前。嘱其强的松改为每日5 mg。

此后以上方为基础加减, 服药至2016年2月底, 症状基本消失。停药强的松。为巩固疗效, 处方: 生麻黄9 g, 苦杏仁9 g, 炒薏苡仁40 g, 炙甘草6 g, 制附子15 g (先煎), 桂枝12 g, 白芍30 g, 石斛25 g, 黄精25 g, 生地黄25 g, 麦冬15 g, 雷公藤10 g。

坚持服药至2016年5月底, 症状未复发。

按语: 类风湿性关节炎病程较长, 加之长期服用中西药物, 或接受不规范治疗, 每导致病因胶结, 病机叠加, 症状纷繁。本案西医诊断为类风湿性关节炎合并干燥综合征, 中医诊断为阳虚失于温运, 湿邪留滞肌表, 津液不能布化之证。阳虚是湿邪留滞之因, 湿滞乃津液不润之本。故以麻黄杏仁薏苡甘草汤宣化在表湿邪治其标, 以桂枝加附子汤温补阳气、通达营卫治其本, 石斛、黄精、生地黄、麦冬、雷公藤、延胡索之属以对症治疗。药证相对, 故能收较为理想疗效。

案2 常某, 女, 28岁, 河南省电视台职工。2014年10月14日初诊: 患对称性多关节肿痛3年, 在某医院确诊为类风湿性关节炎, 曾使用蜂针疗法, 效果不佳, 后系统服用甲氨蝶呤、强的松、西乐葆、中草药等, 症状改善, 近3月来复发。刻诊: 双手晨僵, 持续1小时以上, 夜间睡眠时双手僵硬也较明显, 左腕关节肿痛, 活动不便, 自觉四末冰凉, 纳可, 眠佳, 二便正常。舌淡红, 苔薄白, 脉沉稍滑。平素月经量少。处方: 炒当归15 g, 桂枝12 g, 炒白芍12 g, 细辛5 g, 通草9 g, 吴茱萸8 g, 青风藤20 g, 炙甘草5 g, 苏木15 g, 秦艽15 g, 生姜6片, 大枣5枚。7剂, 水煎服。另服甲氨蝶呤, 每周1次, 每次4片, 关节疼痛时加服西乐葆。

2015年10月23日二诊: 双手晨僵明显好转, 持续20分钟左右, 左腕关节肿胀已不明显, 但关节压痛, 纳可眠佳, 二便正常, 关节无畏寒, 但双脚冰凉, 本次月经量少。舌淡红苔薄白, 脉沉滑。处方: 炒当归15 g, 桂枝12 g, 炒白芍12 g, 细辛5 g, 通草9 g, 吴茱萸8 g, 青风藤20 g, 炙甘草5 g, 苏木15 g, 生姜6片, 大枣5枚。30剂, 水煎服。停药西乐葆。

2015年11月27日三诊: 双手晨僵基本消失, 腕关节肿痛已无, 活动稍多则左膝关节憋胀, 双脚仍发凉, 睡眠佳, 二便正常, 舌淡红、尖有红点、苔薄白, 脉沉稍滑。处方: 炒当归15 g, 桂枝12 g, 炒白芍12 g, 细辛5 g, 通草9 g, 吴茱萸8 g, 青风藤20 g, 炙甘草5 g, 三七粉3 g (冲服), 艾叶10 g, 川牛膝18 g, 30剂, 水煎服。

2015年2月10日四诊: 因工作较忙, 停中草药半月余, 但甲氨蝶呤没有中断。刻诊: 右第二掌指关节 (Metacarpophalangeal2, MCP2)、左第三近指端关节 (Proximal Interphalangeal3, PIP3) 疼痛, 无肿胀, 双手晨僵, 持续20分钟左右, 活动后缓解, 走路稍长则左膝关节有憋胀感, 大便干结, 手脚发凉, 月经仍量少, 且延迟7天, 睡眠佳, 小便正常。舌淡红、苔薄白,

脉沉滑。处方：炒当归15 g，桂枝12 g，炒白芍12 g，吴茱萸9 g，细辛5 g，通草9 g，三七粉3 g（冲服），忍冬藤15 g，露蜂房3 g（炒，研粉冲服），秦艽15 g，制附片10 g（先煎），桑枝12 g，青风藤18 g，穿山龙30 g，炒白术15 g。30剂，水煎服。

2015年3月10日五诊：近来病情平稳，关节疼痛和双手晨僵消失，但右PIP5肿胀，走路较久左膝关节稍憋胀，手脚发凉，纳眠佳，二便正常。舌淡尖红、苔薄白，脉沉滑。处方：桂枝15 g，炒白芍15 g，生麻黄8 g，炒白术12 g，生石膏30 g，制附片10 g（先煎），知母9 g，秦艽12 g，川牛膝30 g，土茯苓35 g，青风藤20 g，穿山龙30 g，艾叶9 g。10剂，水煎服。

2015年3月19日六诊：右PIP5肿胀消失，除手脚冰凉外，纳眠佳，二便正常，舌淡红，苔薄白，脉缓。因考虑月经量少，处方：桂枝15 g，炒白芍15 g，生麻黄8 g，蜂房9 g，生石膏30 g，制附片10 g（先煎），知母9 g，青风藤20 g，穿山龙30 g，炒当归15 g，怀牛膝30 g，益母草45 g，墨旱莲15 g，女贞子15 g。30剂，水煎服。

2015年6月11日七诊：除天气变化偶有关节疼痛外，无其他不适感觉。改服复方夏天无片，每次3片，每日3次口服，停用甲氨蝶呤。

2016年6月10日来，复方夏天无片服用1个月后即停用所有药物。迄今症状未复发。

按语：本案除关节肿痛外，四末冰凉，夜间双手僵硬明显，且月经量少，显系血虚寒凝，经脉不利，故以当归四逆加吴茱萸生姜汤为基本方随证加减，取得较好效果。五诊时，关节又有肿胀，考虑其素体血虚寒凝，而关节肿胀又为湿郁阻络日久所致，郁久易于化热，证已成寒湿凝滞而有化热之象，遂改用桂枝芍药知母汤加减，终收佳效。

类风湿性关节炎病机复杂，临床症状变化多端，中医药尤其是经方在辨治该病方面疗效显著，有明显优势。笔者此文以期拓宽RA的辨治思路，更好地为RA患者解除疾苦。

参考文献

- [1]中华医学会风湿病学分会.类风湿关节炎诊断及治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2012(16):4-8.
- [2]张源潮,杨兆文,曹金,等.糖皮质激素治疗类风湿关节炎的进展[J].世界临床药物,2016,37(3):145-147.
- [3]韩波,丁峰,李兴福,等.细胞毒类免疫抑制剂在类风湿关节炎治疗中的应用[J].山东医药,2004,44(28):65-66.
- [4]张云常.对非甾体类消炎药所致不良反应的研究[J].当代医药论坛,2016,14(5):100-101.
- [5]陈龙,袁国华.类风湿关节炎的生物制剂治疗[J].实用医院临床杂志,2011,8(2):10-13.

(本文编辑:杨杰 本文校对:苏玲 收稿日期:2017-12-22)

王永霞教授治疗双心病的临证经验

李玉瑶 张浩鹏*

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

摘要:双心病是指心血管和心理方面的双重疾病,并通过治疗心理上的问题达到治疗心脏疾病。从中医上讲,双心病主要关乎心主血脉和心主神明的失常。其病机主要在于肝失条达和脾失健运。双心病的治疗一方面在于从药物上控制心血管疾病的发生和所引起的临床症状,另一方面在于通过不同方法调节情绪,改善患者不良情绪。王永霞教授从医数载,勤求古训,擅长治疗冠心病合并心理疾病者,其治疗方法主要为调肝健脾,通络化痰,重视标本同治,每每效果颇佳,其治疗经验值得推广和学习。

关键词:双心病;诊疗;临证经验;胸痹;郁证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.034

文章编号:1672-2779(2018)-06-0083-03

Clinical Experience of Professor Wang Yongxia in Treating Psycho-cardiology Diseases

LI Yuyao, ZHANG Haopeng*

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

Abstract: The psycho-cardiology disease refers to the cardiovascular and psychological aspects of the double-disease. Through the treatment of psychological problems can achieve the treatment of cardiac diseases. From the traditional Chinese medicine, a psycho-cardiology disease is mainly concerned with the abnormality of the main blood and heart. Its pathogenesis mainly lies in the liver loses the line and the spleen loses the health movement. On the one hand, the treatment of bipolar disease is to control the occurrence of cardiovascular diseases and the clinical symptoms caused by drugs. On the other hand, it regulates mood through different methods to improve patients' unhealthy mood. Professor Wang Yongxia has experience for years, diligent seeking ancient wisdom, and is good at treating coronary heart disease combined with mental illness. Its treatment methods are mainly for regulating liver and spleen, phlegm, and attention to the treatment of specimens, often has great effect. Its therapeutic experience is worth promoting and learning.

Keywords: psycho-cardiology diseases; treatment; clinical experience; chest discomfort; melancholia

冠心病稳定型心绞痛和心脏神经官能症所表现出的临床症状大体上可以合称为双心病。而两者分别称

为“胸痹”和“郁证”。西医上对于冠心病稳定型心绞痛的病因、病机、诊断、治疗已经非常明确，而对于心脏神经官能症的病因病机等尚不明确，但它主要是以心血管系统功能失常为主要表现同时兼有神经官能

* 通讯作者: zhp15838252431@163.com

症的其他表现^[1]。据WHO公布的数据显示,到2020年心理上的情绪疾病如抑郁症等将成为继心血管疾病之后全球第二大类疾病^[2],随之而来的是双心病将会大大增加社会的负担。双心病的症状主要有胸闷、心慌、气短、口干欲饮水、烦躁、汗出、善太息、失眠多梦等。单纯的运用西医治疗冠心病的方法不能很好的达到预期的效果,通过中西医结合可以实现整体调节,改善症状并提高生活质量。王永霞教授,医学博士,硕士生导师,河南中医药大学一附院主任医师,从医二十余载,博采众方,临床上运用中医药治疗双心病经验丰富,疗效显著,笔者师从王教授,收益颇丰,现将其经验加以总结分析,以飨同道。

1 病因病机

1.1 中医病因病机 心为神之宅,神为心之用。心既主神明又主血脉,老年人多肝肾精气亏耗,气不足则无以充养神明。思则气结,肝失调达则气机郁滞,肝郁气机不调达,致使脾失健运,根本病机为肝郁脾虚,此过程又可加重心脏本身的疾病。《内经》^[3]上讲“非出入则无以生长壮老已,非升降则无以生长化收藏,是以升降出入,无器不有。”以此来说明气机的重要性。《类经·疾病类》中曾说:“心为脏腑之主,而总统魂魄,并该意志……情志之伤,虽五脏各有所属,然求其所由,则无不从心而发……此所以五志唯心所使也”。指出心为一身之主,能够在一定程度上驾驭脏腑百骸的机能,而只有当一些外界因素作用于心,并且影响心神的正常生理功能时,才会出现各种病理上的反应,才会在人体上表现出来。

1.2 西医病因分析 双心病发病的年龄一般在50岁以上,女性较为多见,其发病的原因是多重的。更年期女性合并抑郁较为常见,此类患者对于抑郁症的治疗不赞同,多认为是原有疾病加重,强行用西药治疗反而会加重病情^[4]。从西医意义上讲,冠心病是冠状动脉粥样硬化或者冠状动脉的痉挛,致使冠脉血管狭窄,心肌缺血缺氧坏死导致的心脏病。心脏神经官能症是一种自主神经功能紊乱的表现,是多种因素导致人体部分生理功能暂时性失调,神经内分泌出现相关改变而组织结构上并无相应病理改变的综合征^[5]。

1.3 社会因素影响 随着年龄的增长,生理上的衰老渐渐使得人们的心理发生细微的变化,自卑和焦虑的心态逐渐占据上风。工作压力的减少或突然的清闲使得许多人无所事事,多虑和不知所措甚至是自身无用论也使得人们的心理发生变化。心脏疾病的缠身使得绝

大多数人面对疾病产生恐惧和焦躁的心理,各自为家的家庭因素使得绝大多数老年人缺少爱的陪伴,孤独感便会油然而生。2014年美国心脏病学会提出把抑郁作为急性冠状动脉综合征预后不良的一个重要危险因素^[6]。《双心医学》^[7]中也明确提出患者被确诊为冠心病后或者行冠脉造影及支架植入术后,其抑郁症的发生率会显著增加。

2 诊疗方法

2.1 中医辨证论治 中医药在治疗双心病方面有独特的优势,通过整体疗法和辨证论治,从中医上达到调节全身气机的作用,也能从西医上改善心脑等各个脏器的病理状态,从而提高患者的生活质量。《石室秘录》^[8]中记载“譬如人病心痛,不治心而偏治肝……肝属木,包络属火,肝木生心火,治其肝木之寒,则心火有养,而包络之寒邪自散。况肝木之气既温,生心之余,必能来生包络,故不必救包络,而必先救肝。肝木得寒,则涩而不舒,散肝中之邪,即所以散包络之邪也”此篇论述了胸痹从肝论治的原理。华岫云在《临证指南医案》^[9]中指出:“盖郁症全在病者能移情易性。”王师认为双心病的治疗应究其根本,木郁土壅,心肝脾同治,肝气调达则心气顺,脾胃为中焦之根本,调肝要疏土,土气旺则运行有力。在治疗上注重标本同治,疏肝健脾,理气化痰,清肝泻火,活血安神养心,方用柴胡舒肝散加减。方中柴胡归肝胆,和解表里并疏肝解郁,整体上具有阳性特征;白芍注重养血柔肝,缓急止痛,具有收敛肝阴的作用,具有阴性的特征,两者结合,使散而不过,敛而不郁。枳实破气消积,化痰除痞,与柴胡相合可调畅气机,枳实、白芍理气和血,陈皮燥湿化痰,理气和中,药物相合即可使气血调和。川芎为血中之气药,气血并治,香附、郁金可解郁止痛,郁金尚有清心凉血,疏肝利胆之功效。枣仁酸养心肝,远志、合欢花同可养心安神,诸药合用则心神自宁。对于肝气不舒泛逆于胃脘者,则多用半夏泻心汤加减。方中半夏消痞散结和胃降逆,黄连、黄芩双黄配伍清热燥湿,改善因肝气不舒可能造成肝郁化火的临床表现,人参可用党参替换,合大枣甘温补脾,可配伍理气之柴胡、枳壳、合欢花等,使中焦气畅,则经脉可通,胸痹与郁证皆可愈。在对中药的应用上,王师多加用改善睡眠的中药,如酸枣仁、龙骨、牡蛎,通过改善患者的睡眠达到治愈疾病的效果。

2.2 西医诊疗方法 西医治疗上,一方面强调去除致病

的危险因素,戒烟限酒,改善生活方式,适当锻炼。另一方面运用西医正规系统药物治疗改善患者的临床症状。王师在诊疗的过程中,针对每个病人都详细地讲解危险因素去除的重要性,针对病人提出的各种生活上的问题进行耐心的回答,王师认为针对双心病的患者,给予其人文关怀是至关重要的。对于确诊为冠心病的患者,进行冠心病的教育预防和药物治疗,每每取得良好的效果,并获得病人的信任,增强了治疗效果。王师还善于运用生活上的音乐疗法,让病人听轻柔的音乐,以达到舒缓心情的目的,从而提高睡眠的质量并改善焦虑和抑郁的状态。古代人多讲究以柔克刚、动静结合,王师通过教育患者进行轻柔却不失有力的运动疗法,从而改善患者的临床症状,而其中运用较多的运动有太极拳、五禽戏等。王师对于性别的差异,西医情志疗法稍有不同,对于男性患者,多考虑让其运用静法治疗,而女性患者多加以运用宣泄的方法达到心理的平衡。1992年WHO概括总结了当时世界预防医学“维多利亚宣言”将其概括为四大基石,一合理膳食,二适量运动,三戒烟限酒,四心理平衡,而心理平衡作用却超过了一切保健措施的总和^[10]。

3 验案举隅

案1 乾某,女,50岁。2017年3月12日以“间断性胸闷、心慌1周余”为主诉就诊。现病史为1周前无诱因出现胸闷、心慌,偶有隐痛,伴后背酸困感,烘热汗出,口干欲饮水,纳可,眠差,多梦易醒,大便偏干,小便正常,已断经,平素情绪急躁,易生气。舌暗红、苔黄腻,脉弦细。检查结果有心脏彩超正常,运动平板试验为阳性,冠脉CT未见明显血管狭窄。中医诊断为胸痹(肝气郁结心脉痹阻证),西医诊断为心脏神经官能症。治当疏肝解郁,活血化瘀。方用柴胡舒肝散加减:醋柴胡10g,当归15g,炒白芍6g,茯神9g,白术9g,醋郁金20g,川芎10g,麸炒枳壳6g,陈皮10g,醋香附10g,醋延胡索30g,煅龙骨30g,煅牡蛎30g。7剂,水煎服,日1剂。服药1周后复查,胸闷、心慌、烘热汗出基本消失,纳可,眠改善,二便调。继服7剂巩固治疗,上述症状均消失。

案2 田某,男,68岁。2017年5月因阵发性胸前区疼痛1年余至门诊就诊,多因劳累后加重,未规律服药。刻下症见胸前区憋闷,偶有隐痛,纳呆,恶心,口干口苦,舌淡苔黄腻,脉滑数。心电图示:前间壁及下壁缺血性改变。中医诊断为胸痹(脾失健运气机

郁滞证),西医诊断为胸痛待查。王师认为此患者主症为胸闷、纳呆、恶心,究其原因在于脾胃升降气机受损,故聚湿生痰,胸阳被遏发为胸痹。治以辛开苦降,宽胸散结。方用半夏泻心汤加减,药为清半夏20g,黄连15g,干姜6g,黄芩15g,党参10g,柴胡10g,合欢皮30g,大枣3枚,炙甘草9g。7剂,水煎服,日1剂。服药一周后胸前区痞满症状明显缓解,纳少明显改善,继服5剂,症状基本消失。

4 讨论

西医对于目前提出的双心疾病,更多的治疗在于对冠心病本身的治疗,而对于抗焦虑药物的治疗,临床上存在各种问题,比如药物的耐受性使得用药后出现依赖性、高昂的费用使得大多数患者用药出现中断现象、抗焦虑药物与治疗心血管药物的合用,会出现不同的不良反应,甚至是影响冠心病治疗的预后,因此对于是否应用抗焦虑药物目前仍存在争议^[11]。针对上述现象,中医药的诊疗显得至关重要且刻不容缓。中医无论是针对胸痹,还是郁证都有很好的方药及治疗的办法。双心病的治疗需要医患双方共同努力,一方面医生要加强自我学习的能力,对于病人的情况做好全面的分析,防止漏诊误诊,另一方面患者保持心情舒畅,增加对医生的信任感,同心协力方能有效治疗双心病,也能从整体上改善人类的抑郁焦虑等精神类疾病。我们在临床的学习中,应该多思考、总结,不断创新、不断汲取经验,灵活运用中西医结合的方法,方能为更多的病人造福。

参考文献

- [1]李思宁.中医学对心脏神经官能症的认识及治疗进展[J].中医研究,2004,17(6):51-52.
- [2]郭林娜,李亚洲,宋怡,等.社区居民抑郁与自尊及自我效能相关分析[J].中国公共卫生,2013,29(6):906-907.
- [3]高安,马战平,刘华为.刘华为运用调畅气机法治疗冠心病心绞痛[J].湖北中医杂志,2015(4):22-23.
- [4]陈巾,陈健,何国欢,等.更年期女性抑郁症与心血管疾病[J].中国城乡·企业卫生,2011(5):48-49.
- [5]王子栋,徐有恒.植物性神经系统生理学——基础与临床[M].北京:科学出版社,1994:176.
- [6]LICHTMAN JH, FROELICHER ES, BLUMENTHAL JA, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association[J]. Circulation, 2014, 129(12):1350-1369.
- [7]清·陈士铎.石室秘录[M].太原:山西科学技术出版社,2012:31-32.
- [8]胡大一,于欣.双心医学[M].武汉:华中科技大学出版社,2008:50-52.
- [9]清·叶天士.临证指南医案[M].北京:华夏出版社,1995:307.
- [10]胡先进.老年人健康的“四大基石”[J].中国民康医学,2004,16(2):127-128.
- [11]黄立萍,孙月吉,孙文恒,等.抗焦虑药物治疗对ST段抬高型心肌梗死患者金属裸支架植入术的预后影响[J].医学与哲学,2014,35(12):70-73.

(本文编辑:杨杰 本文校对:王永霞 收稿日期:2017-12-22)

郑福增教授益肾疏肝法 治疗更年期膝骨性关节炎的临证经验

李红旗¹ 郑福增^{2*} 武圣超¹

(1 河南中医药大学研究生2016级, 河南 郑州 450002; 2 河南省中医院风湿病科, 河南 郑州 450002)

摘要: 女性更年期后身体素质会较之前有一定的下降, 并会出现情志、骨骼、生殖系统等一系列的变化, 膝骨性关节炎就是最容易出现更年期并发症之一, 疼痛、行走不便给病人的生活造成极大的不便, 降低了生活质量。郑福增教授认为肝肾亏虚为更年期膝骨性关节炎的主要病因, 其运用益肾疏肝法治疗此病, 对大部分病人疗效显著, 延缓了膝骨性关节炎的退化, 降低了病人痛苦, 为女性膝骨性关节炎患者带来了福音。

关键词: 郑福增; 更年期; 膝骨性关节炎; 益肾疏肝; 临床经验; 脏躁; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.035

文章编号:1672-2779(2018)-06-0086-02

Clinical Experience of Professor Zheng Fuzeng in Treating Menopausal Knee Osteoarthritis with Benefiting the Kidney and Soothing Liver Therapy

LI Hongqi¹, ZHENG Fuzeng^{2*}, WU Shengchao¹

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;

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

Abstract: Female physical fitness after menopause will decline comparing with the previous, and there will be a series of changes in emotions, bones, reproductive system, knee osteoarthritis is one of the most prone to menopause complications, pain, walking inconvenience. The patient's life caused great inconvenience. It reduces the quality of life. Professor Zheng Fuzeng thought that liver and kidney deficiency is the main cause of menopausal knee osteoarthritis. The use of benefiting the kidney and soothing liver therapy in the treatment of the disease had significant effect, delayed the degeneration of knee osteoarthritis, reduced the patient's pain, and brought the gospel to women with knee osteoarthritis.

Keywords: Zheng Fuzeng; menopause; knee osteoarthritis; benefiting the kidney and soothing liver; clinical experience; hysteria; arthromyodynia

郑福增教授是河南省中医院(河南中医药大学第二附属医院)骨伤科学术带头人, 硕士研究生导师, 从事骨伤科医疗、教学及科研工作30余载, 师从朱良春教授、姜多峰教授, 临证经验丰富, 尤其对类风湿关节炎、膝骨性关节炎、腰椎间盘突出症、颈椎病等骨科疾病颇有研究, 灵活运用益肾疏肝法治疗更年期膝骨性关节炎, 辨证精准、用药得当、疗效显著, 其治病思路及方法颇有参考价值。现从病因病机、辨证论治、典型病案、临证体会四个方面详细论述郑福增教授相关治疗经验。

1 病因病机

妇女更年期是由于女性卵巢功能日渐衰退到最终完全消失的过渡时期, 其发生年龄段多介于45~55岁, 皆因生理和心理改变而出现的相应临床症状, 常见有月经紊乱至消失、烦热汗出、腰膝疼痛、畏寒肢冷、烦躁易怒、情志异常、头晕耳鸣、心悸失眠、记忆力降低等与绝经相关的临床症状^[1], 中医谓之“绝经前后诸症”, 其以肾虚为基本病因病机, 肾之阴阳失去平衡, 进而导致心、肝、脾三脏受到影响, 并引起相关的生理和病理变化^[2]。膝骨性关节炎以膝关节软骨增生、破坏, 进而造成关节肿胀、疼痛、功能障碍, 其是由

多种原因导致关节软骨磨损、退化而引起的一种慢性退行性改变^[3]。郑福增教授认为: 在女性更年期期间, 其身体素质和体内的激素水平都比之前发生了明显变化, 打乱了下丘脑-垂体-性腺轴相互之间的平衡制约关系, 导致体内雌激素水平降低, 而女性一生用以保持骨骼优质健康的关键因素就是雌激素, 它能促使骨的吸收和重建达到平衡, 对骨骼的形成起主要作用。因此雌激素水平的降低, 进而导致骨密度降低, 骨的胶原蛋白及有机质降低, 脆性增加, 成骨细胞能力下降, 破骨细胞能力增加, 造成骨骼易于磨损。中医学经典著作《黄帝内经》中描述为“病在骨, 骨重不可举, 骨髓酸痛, 寒气至, 名曰骨痹”, 对骨痹的病因进行了详细的叙述。《素问·上古天真论》中描述: “七七, 任脉虚, 太冲脉衰少, 天癸竭, 地道不通, 故形坏而无子也”, 详细的指出女性在“七七”阶段生理衰退变化的原因。由此可见, 肾气的盛衰主导女性生理变化的各个阶段, “七七将至”, 天癸衰竭, 肾气渐衰, 冲任二脉渐虚, 故女性精血不足, 肾气虚弱致脏腑失于濡养, 人之阴阳失于平衡, 使女性易患更年期综合征。总的来说, 更年期女性的膝骨性关节炎, 它是一个由冲任脉虚, 天癸竭, 肾气虚衰而致肝肾亏虚、筋骨痿弱引起的以疼痛、肿胀、功能障碍为主要表现的症候群疾病^[4]。

* 通讯作者: hnszyypiaopiao@163.com



2 辨证论治

更年期膝骨性关节炎主要病因是肝肾亏虚,兼以肝郁。女性随着年龄的增长,肾气渐亏,肾水不足,肝阴亦不足,而肝喜条达而舒畅,肝阴不足则郁而不畅,从而出现相应的情志疾病^[9]。因此郑福增教授在临床治疗上,以补肝肾为主,兼佐以疏肝,运用益肾疏肝法治疗膝骨性关节炎取得了让患者满意的疗效。具体来说,该病可分为肾阴虚、肾阳虚、肝肾亏虚三种类型。郑福增教授运用自拟经验方为主方,然后依据证型适当加减,辨证论治。自拟经验方主要药物为:桑寄生、当归、独活、羌活、桂枝、川芎、桑枝、木香、地龙、木瓜、芍药、乳香、菟丝子、杜仲、淫羊藿、补骨脂、栀子、柴胡、黄芩、制香附、郁金。

2.1 肾阴虚型 膝关节酸软而痛,久坐久立后疼痛加重,膝关节发热,轻微肿胀,遇热痛甚,得凉痛减,口眼干燥,五心烦热,潮热盗汗,骨蒸发热,舌红少津,脉细数。治以滋补肾阴,濡养筋脉。方以自拟经验方为主方,配伍知母、青蒿、天花粉、银柴胡等滋阴泄热,平衡阴阳。

2.2 肾阳虚型 膝关节酸冷疼痛,畏冷肢凉,遇热痛减,得寒痛甚,伴腰部冷痛,小便清长,夜尿增多,下腹冷痛,面色㿔白,舌淡、苔白,脉沉细。治以补肾壮阳,温脉止痛。方以自拟经验方为主,加补骨脂、菟丝子、淫羊藿、肉苁蓉等温补肾阳,补益精血。

2.3 肝肾亏虚型 膝关节隐隐作痛,腰膝酸困沉乏,间歇发作,久行久立、行走过累则痛不已,遇劳则重,进而关节变形,屈伸不利,且伴随出现腰膝酸软,神疲乏力,失眠健忘,舌质淡、苔薄白,脉沉细无力。症属肝肾亏虚,治以补益肝肾、通络止痛,方以自拟经验方为主,加菟丝子、枸杞子、淫羊藿滋补肝肾,龟甲胶、鹿角胶育阴潜阳。

3 典型医案

段某,女,51岁。2017年5月26日就诊。主诉腰膝冷痛、双膝关节疼痛不适一年,加重三个月。症见:腰膝酸软,畏寒肢冷,膝关节疼痛不适,遇风、遇凉痛甚,时至春末夏初,仍穿较厚大衣,久坐久立,劳累后双膝疼痛加重,小腹及下腹时有冷痛,记忆力差,烦躁易怒,兼有全身神疲乏力,纳眠差,小便清长,舌淡、苔薄白,脉沉细,已绝经半年,平素体健。查双膝关节DR示:双膝关节间隙变窄,呈现内窄外宽,以右侧为重,髌间嵴增生,关节边缘有骨赘形成,右膝关节面稍有不平,关节间隙内有游离体形成,初步印象为双膝关节骨性关节炎,证属肾阳虚。方以桑寄生30 g,独活15 g,地龙12 g,木瓜18 g,川牛膝18 g,菟丝子30 g,山萸肉12 g,杜仲18 g,淫羊藿18 g,补骨脂18 g,肉桂15 g,郁金18 g,制香附15 g,柴胡12 g,

栀子15 g,黄芩18 g,木通15 g,干姜9 g,甘草6 g,大枣5枚。12剂,水煎服,用毛巾或干净白布包药渣热敷双膝关节,另口服益肾蠲痹丸以巩固疗效。方中桑寄生、独活、地龙、木瓜、川牛膝祛风湿、补肝肾、强筋骨、疏筋活络;菟丝子、山萸肉、杜仲、淫羊藿、补骨脂及肉桂补肾助阳、散寒通络、益精血;制香附、郁金疏肝解郁以调情志;栀子、黄芩、木通、柴胡疏肝柔肝泻火,防止肾阳足而肝火旺;干姜散寒助阳;甘草调和诸药;大枣补中益气。诸药合用,共奏药效。

半月后复诊,患者诉双膝关节疼痛有所减轻,行走距离有所增加,畏寒肢冷、烦躁易怒现象有明显改善,但睡眠不佳。前方有效,酌情加减,加酸枣仁15 g,远志15 g,合欢皮12 g。取15剂。20天后复诊,双膝关节疼痛明显缓解,精神佳,眠差症状消失,余症皆有缓解。

4 临证体会

更年期综合征是临证中最常见的疾病,其临床症状广泛,对女性的身心造成很大的困扰。膝骨性关节炎是更年期最容易并发的症状之一,更年期膝骨性关节炎是由肝肾亏虚、筋骨痿弱引起的以疼痛、活动功能障碍为主的相关疾病。肝有藏血之功、肾有藏精之用,“精血互为同源”、“肝肾亦同源”,故肾气之不足则致肝血虚衰,精血化生不足则濡养筋骨之功降低,致骨髓痿弱形成骨痹^[6];肝藏血,肝主疏泄,调畅情志,肾精亏虚则肝血不足,致两脏在情志上互相影响,从而导致出现更年期烦躁易怒、心中懊恼等一系列情绪异常的临床症状^[7]。因此在治疗上,要加上石决明、珍珠母、制香附、郁金、合欢皮等平肝疏肝安神类药物,以缓解相应的情志异常现象。总之,用益肾疏肝法治疗更年期膝骨性关节炎是目前多数医家的基本共识,虽然肾虚兼证分型不一,但郑福增教授认为,其本病以肝肾亏虚,兼以肝郁为基本病机,以益肾疏肝法为指导原则,运用自拟经验方辨证加减,药少功专,直指病机,疗效显著,易于推广,为临床更好地治疗该病提供了新的思路和方法。

参考文献

- [1] 闫军堂,刘敏,赵伟鹏,等.王庆国教授治疗更年期综合征经验[J].北京中医药大学学报,2011,34(6):421-423.
- [2] 马哲.王平教授运用补肾疏肝法治疗更年期综合征的经验[J].光明中医,2011(10):1982-1983.
- [3] 薄云,李淑英,赵丽艳,等.疏肝滋肾法对女性骨关节病患者激素水平及炎症因子的影响[J].辽宁中医杂志,2017(6):1193-1195.
- [4] 刘庆彬,戴杰.杨世忠教授治疗更年期综合征经验总结[J].光明中医,2011,26(1):40-41.
- [5] 薄云.疏肝滋肾汤治疗膝骨关节炎临床研究[J].河北中医药学报,2016,31(4):15-19.
- [6] 廉伟,刘雁峰,江媚,等.肖承棕教授治疗更年期综合征经验撷萃[J].环球中医药,2013,6(1):20-21.
- [7] 汪文来,刘铭福,鞠大宏,等.补肾活血法治疗绝经后骨质疏松症方药分析[J].中国医药导刊,2011,13(5):859-860.

(本文编辑:杨杰 本文校对:郭会卿 收稿日期:2017-12-22)

卢跃卿教授运用济生肾气丸 治疗特发性水肿经验总结

刘 涵¹ 卢跃卿² 刘亚美³ 陈 瑶¹ 贾丽娜^{1*}

(1 河南中医药大学研究生2016级, 河南 郑州 450000;

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;

3 河南中医药大学研究生2017级, 河南 郑州 450000)

摘要: 特发性水肿是一种目前病因及发病机制尚不完全明确, 临床好发于中年女性, 表现为晨起眼睑水肿, 活动后出现双下肢水肿, 水肿多较轻且易受情绪影响, 可自行消退, 但易反复的临床综合征。患者常感四肢末端肿胀感, 伴胸闷、腹胀等症。西医治疗多以对症处理为主, 可使临床症状暂时缓解, 但容易反复及副作用明显。特发性水肿属于中医“水肿”的范畴。中医凭借其独有的理论体系对水肿有自己系统的认识及治疗方法。文中通过介绍卢跃卿教授对特发性水肿因病机的认识, 总结了其运用济生肾气丸加减治疗特发性水肿的经验。

关键词: 卢跃卿; 特发性; 水肿; 济生肾气丸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.036

文章编号: 1672-2779(2018)-06-0088-03

Experience of Professor Lu Yueqing in the Treatment of Idiopathic Edema with Jisheng Shenqi Pills

LIU Han¹, LU Yueqing², LIU Yamei³, CHEN Yao¹, JIA Lina¹

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. The Blood Purification Center, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

3. Grade 2017 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstracts: The idiopathic edema is a kind of etiology and pathogenesis is not fully clear at present, clinical occurs in middle-aged women, characterized by morning eyelid edema, double leg edema appears after the activity, edema, lighter and more susceptible to emotional impact, can fade, but easy to repeated clinical syndrome. The patient is often affected by the swelling of the extremities, chest tightness, abdominal distension and other symptoms. The treatment of Western medicine is mostly symptomatic treatment, but the clinical symptoms are temporarily relieved, it is easy to repeat and the side effects are obvious. Idiopathic edema is a category of "edema" in the traditional Chinese medicine. With its unique theoretical system, TCM has a systematic understanding and treatment of edema. This paper introduced knowledge of the etiology and pathogenesis of idiopathic edema of Professor Lu Yueqing, and summarized the experience of treating idiopathic edema with the use of Jisheng Shenqi pills.

Keywords: Lu Yueqing; idiopathic; edema; Jisheng Shenqi pills

特发性水肿又称功能性水肿、周期性水肿、体位性水肿、水钠潴留综合征, 发病缓慢, 病程较长, 时轻时重。是由于内分泌失调引起的水钠代谢紊乱引起的综合征。本病好发于中年女性, 临床以自觉晨起眼睑及上肢肿胀, 活动后眼睑及上肢肿胀减轻, 下肢肿胀加重, 常伴有神疲乏力、胸闷、腹胀便溏等症状, 偶有心烦易怒、烘热汗出感。实验室检查多无异常。

1 西医对特发性水肿的认识及治疗

特发性水肿是指临床上排除心源性、肝源性、肾源性、内分泌性、营养不良等因素病因尚不明确的水肿, 实验室检查多无明显异常。此病好发于中年女性, 水肿程度相对较轻, 呈周期性发作, 发作时多受情绪的影响, 经休息、调整情绪后水肿多可缓解。患者多伴有胸闷、心悸气短、烘热汗出、颜面潮红等症状。随着中国老龄化的进展及生活节奏的加快, 本病的发病率逐年上升, 西医对此病的病因及发病机制尚不完全明确, 治疗上缺乏系统的治疗方案, 分为一般治疗

及药物治疗。一般治疗: (1) 合理调整饮食, 限制钠盐摄入; (2) 避免长时间站立或行走; (3) 多抬高下肢, 以减少下肢静脉血液瘀滞, 增加血液回流。药物治疗: (1) 利尿剂: 可暂时缓解水肿症状, 但长期单纯使用会引起水、电解质及酸碱平衡紊乱, 如常见的低钾血症、低钠血症等; (2) 增加毛细血管通透性的药物, 如维生素C; (3) 调节情绪的药物; (4) 调节内分泌的药物; (5) 改善植物神经功能紊乱的药物, 如维生素B₁₂。目前的西医治疗手段, 只能暂时缓解患者的临床症状, 但易反复, 远期治疗效果不理想。

2 中医对特发性水肿的认识及其病因病机

特发性水肿属于中医学“水肿”“水胀”“浮肿”“胕肿”范畴。《灵枢经·水胀》指出: “水始起也, 目窠上微肿, 如新卧起之状, 其颈脉动, 时咳, 阴股间寒, 足胫痠, 腹乃大, 其水已成矣。以手按其腹, 随手而起, 如裹水之状, 此其候也。”水肿的病因, 不外乎风邪袭表、疮毒内犯、外感水湿、饮食不节、禀赋不足久病劳倦。《素问·经脉别论》曰: “饮入于胃, 游溢精气, 上输于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水

* 通讯作者: 1281655141@qq.com



津四布，五经并行。”认为肺为水上之源，主行水。若雾露之溉，灌注四旁。若肺气郁闭，引起水液输布障碍，水湿循经流注肌肤，则发为水肿。《素问·至真要大论》指出“诸湿肿满，皆属于脾。”水湿内停，困阻中焦，中焦脾胃气机的升清降浊的功能失常，三焦壅滞，水道不利，水邪犯溢肌肤发为水肿。陈修园亦云：“能制水行气者在脾，脾既能伐肾，以制水液，又能制肺气行制水。此言制脾，重在强化脾的运化之职，以助水津布散。”《素问·水热穴论》又指出“勇而劳甚，则肾汗出，肾汗出逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为跗肿。”“肾者至阴也，至阴者盛水也，肺者太阴也，少阴者冬脉也，故其本在肾，其末在肺，皆积水也。”故中医认识到水肿病的发病与肺、脾、肾有关。肺主一身之气，主治节、通调水道的作用。风邪犯肺，肺气失于宣降，不能通调水道，风水相搏，发为水肿。脾主运化。外感水湿，损伤脾阳，或饮食劳倦伤及脾气，导致脾失转输，水湿内停，发为水肿。肾主水，水液的输化有赖于肾阳的蒸化、开阖作用。久病劳倦损及肾脏，则肾失蒸化、开阖作用，导致水泛肌肤，则为水肿。《景岳全书·肿胀篇》指出“凡水肿等证，乃肺、脾、肾三脏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。”卢师指出：“肺、脾、肾三脏亏损，是导致水肿发病的根本原因，但据特发性水肿的临床症状表现特点，水肿忽聚忽散，与肝气的忽疏忽结、气之或行或滞相对应，其症又随情绪的变化而波动，绝大多数见于女性患者，遂不能忽略情绪的影响。”情志郁结，肝失疏泄，肝病传脾，肝郁脾虚，脾失健运，气滞水停，发为水肿。脾虚不能制水，水湿壅盛，必损其阳，久则及肾，脾肾阳虚，肾气内伐，不能化气行水，膀胱气化失常，开阖不利，水钠潴留，亦可发为水肿。《本草崇原》云：“肝主疏泄，故利小便。”说明肝脏可致水液代谢异常。肝为将军之官，主疏泄。若肝失调达，则气机不畅，肝经瘀滞，三焦失于通利，则聚液停，泛溢水肿。《仁斋直指方》亦云：“七情郁结，气道壅塞，上不得降，下不得升，身体肿大，四肢瘦削，是为气胀。”肝气郁结，气滞血瘀，最终导致水瘀互结，阴阳失调而发病。

2.1 水肿的治疗原则 古今治疗水肿的方法迥异，按其症候表里寒热虚实的不同，而取汗下消补燥湿等之法。总不离开调理肺脾肾三脏，《素问·汤液醴醢论》有“去宛陈莖，开鬼门，洁净府”的记载。然而特发性水肿临床表现特殊，病因病机与一般水肿不同，因此，拘于治疗水肿之常法，专于治肺理脾益肾之剂，虽取

一时之效，亦时消时肿，效果多不明显。《张氏医通·水肿门》说：“平治权衡者。使阴阳各得其平也。”卢跃卿教授认为：“平治于权衡是治疗水肿总的治疗原则。”张景岳亦云：“平治之法当如权衡者，欲得其平也。且如水胀一证，其本在肾，其标在肺。如五脏阳已竭，魄独居者，其主在肺，肺主气，气须何法以化之。精液充郭，孤精于内，肾主水，水须何法以平之。然肺金生于脾，肾水制于土，故治肿胀者，必求肺脾肾三脏。”平治于权衡一是调其所病脏腑，使其恢复功能；一是观其阴阳所在而调之，以平为期。特发性水肿好发于中年女性，《素问·上古天真论》指出“女子七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭。”“女不过尽七七，而天地之气皆竭也。”故治疗上在调其所病之脏的基础上，重点在于补肾温阳，利水消肿。方选“济生肾气丸”加减。药物组成：肉桂3g，附片3g，熟地黄10g，山萸肉10g，炒山药30g，泽泻10g，茯苓30g，牡丹皮10g，车前子20g，川牛膝20g。方中以附片温阳，熟地黄归肝肾经，能滋阴养血、填精益髓，二药相须为用，同气相求，能峻补阴阳。肉桂辛甘大热能下行走里，长于补火助阳，增强温补肾阳，化气行水的功效。配伍山萸肉滋肾益肝，炒山药滋肾补脾，又加入泽泻、茯苓、牡丹皮利水渗湿，补中寓泻，以防滋腻助邪。更加入车前子利尿通淋，川牛膝引药下行。水肿较甚者，加入玉米须、冬瓜皮以增强利水消肿之功效。兼见气滞者，加入北柴胡、枳实以疏肝理气。据脉舌象兼见血瘀者，加入丹参、当归、鸡血藤以补血活血。心烦失眠者，加入酸枣仁、柏子仁、首乌藤以养心安神，失眠较甚者，加入珍珠母、磁石，以重镇安神。脾虚泄泻者，加炒白术，薏苡仁以健脾渗湿止泻。大便秘结者，加大黄以泻热涤腑通便。目赤兼见口干、口苦者，加入菊花以清肝明目，龙胆草以泻肝胆火。心悸气短、周身乏力者，加黄芪、党参、麦冬以益气养阴。

3 医案分享

闫某某，女，48岁。主因“眼睑及双下肢水肿5月余”为主诉来求诊。临床表现：晨起眼睑及双下肢水肿，活动后基本消失，傍晚及情绪抑郁或脾气暴躁后水肿加重，按之凹陷不明显，脾气暴躁，胸胁胀痛，善太息，伴有肢体困重、腰膝酸软，平素怕冷，纳眠尚可，小便量少，大便粘滞不爽。舌体胖大、苔白腻，脉弦。实验室检查未见明显异常。卢跃卿教授认为该病人肝郁、脾虚湿盛为表象，据证舌脉，四诊合参，其根本在于肾阳衰微，导致肝郁脾虚。治则：在疏肝理气、健脾化湿的基础上，重点在于温补肾阳。（下转第98页）

中西医结合神经病学 Midnights 原则临床思维探索[※]

施 扬 陈准立 王 欣 侍鑫杰 徐 川 陆玲丹 金 燕 陆征宇*

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院神经内科, 上海 200437)

摘要: 中西医结合神经病学是运用传统中医理论结合现代神经病学, 利用现代科技手段, 研究神经系统疾病的发生、发展、变化规律和诊疗技术, 是一门跨专业、跨学科的临床学科。该学科专业性强, 内容复杂抽象难懂, 临床病种繁多、病情多变, 临床诊断思维方式特别, 必须有定位诊断和定性诊断, 往往是医学生学习的难点。“Midnights”原则临床思维可以针对临床实际病例轻松进行病因大类的排除鉴别诊断, 代表着一种开放的、非固定、非封闭式的教学模式, 让学生知识体系更完整, 极大地激发学生对中西医结合神经内科学的兴趣, 提高临床教学效果。

关键词: 中西医结合神经病学; 临床教学; 临床思维; Midnights原则; 鉴别诊断

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.037

文章编号:1672-2779(2018)-06-0090-03

Exploration on the Clinical Thinking of Midnights Principle in Neurology of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

SHI Yang, CHEN Zhunli, WANG Xin, SHI Xinjie, XU Chuan, LU Lingdan, JIN Yan, LU Zhengyu

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

Abstract: Neurology of integrated traditional Chinese and Western medicine is the use of the theory of traditional Chinese medicine combined with modern neurology, by means of modern technology, and research on diseases of the nervous system development, changes and treatment technology, is a multi-disciplinary, interdisciplinary clinical disciplines. The specialty of this subject is strong, the content is complex, abstract and difficult to understand, the clinical diseases are various, the condition is changeable, the clinical diagnosis thinking mode is special, must have the localization diagnosis and the qualitative diagnosis, often is the difficulty which the medical student studies. The differential diagnosis of exclusion of Midnights principles of clinical thinking for clinical case easily cause categories, representing an open, non fixed, non closed type teaching mode, make students more complete knowledge system, greatly stimulate the students by scientific interest to improve the teaching effect of neurology with integrated traditional Chinese and Western medicine.

Keywords: neurology of integrated traditional Chinese and Western medicine; clinical teaching; clinical thinking; Midnights principle; differential diagnosis

医学临床教学是医学教育的重点, 对于医学人才的培养尤为重要, 具有很强的实践性, 是医学生迈入临床医生生涯的第一步, 也是知识型向能力型转化的关键性教学环节。随着教学策略的不断探索和改革, 医学临床教学亦随之不断发展^[1]。临床思维是临床医师的灵魂, 常见的临床思维形式包括临床概念、临床判断、临床推理、临床假说、临床经验、临床直觉、临床想象、临床灵感和临床机遇等^[2]。

中西医结合神经病学是运用传统中医理论结合现代神经病学, 利用现代科技手段, 研究神经系统疾病的发生、发展、变化规律和诊疗技术, 是一门跨专业、跨学科的临床学科。该学科专业性强, 内容复杂抽象难懂, 临床病种繁多、病情多变, 临床诊断思维方式特别, 必须有定位诊断和定性诊断, 往往是医学生学习的难点。中西医结合神经病学更要求掌握传统医学和现代医学治疗神经系统常见病的一套方法, 培养医学生运用中西医结合的方法治疗神经系统疾病的思路, 提高中医辨证与西医辨病相结合的能力, 更是难上加难。

1 什么是“Midnights”原则

所谓临床思维是指医生所具备的理论联系临床工作实际, 根据患者情况进行正确决策的能力, 包括根据患者描述症状、病情演变过程和诊疗经过, 正确运用概念、判断和推理, 最后得出的一系列过程^[3]。据此复旦大学附属华山医院赵重波教授提出了“Midnights”原则, 根据神经科疾病九大病因将其进行对应和拆分, 即可得出神经科疾病九大病因的汇总, 这在临床的定性诊断分析中非常方便易行, 特此介绍如下: “Midnights”原则: M (metablism, 代谢性)、I (inflamma-

※ 基金项目: 国家自然科学基金青年科学基金项目【81603595】; 上海市浦江人才计划【No.17PJD039】; 上海市人才发展资金【No.201456】; 上海市自然科学基金【No.15ZR1442300】; 上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划【No.ZY3-RCPY-3-1030】; 上海市杏林新星计划【No.ZYS-NXD011-RC-XLXX-20130011】; 上海中医药大学第十六期课程建设项目【No.SHUTCMKCJSYB2017049】; 上海青年医师培养资助计划; 上海中医药大学杏林学者项目; 上海中医药大学后备业务专家及优秀青年护理人才培养计划; 上海中医药大学临床中青年骨干教师教学能力提升资助计划; 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院临床师资优教人才培养计划; 上海高校中青年教师国外访学进修计划

* 通讯作者: lu_zhengyu@hotmail.com

tion, 炎症)、D (degeneration, 变性)、N (neoplasm, 肿瘤)、I (infection, 感染)、G (gland, 腺体, 内分泌)、H (hereditary, 遗传)、T (toxication, 中毒/trauma, 外伤)、S (stroke, 卒中)。

记住“Midnights”原则, 可以针对临床实际病例轻松进行病因大类的排除鉴别诊断, 完成诊断的“收缩圈”过程, 既可保证定性分析顺利成章, 又能避免在病因推导上的遗漏。可以说定性的“收缩圈”是指导思想, 而“Midnights”则是贯彻该指导思想的载体。

2 “Midnights”原则临床思维在中西医结合神经病学临床教学中的应用

基于神经内科疾病曲折的诊断过程, 在每一次带教时进行合理的“Midnights”原则临床思维指导, 加强神经内科疾病诊疗技巧的培训, 提高了学生对中西医结合治疗神经内科疾病的兴趣。同时, 通过对学生进行中医学辨证与西医辨病结合思路的训练, 取得了良好的临床带教效果。以下通过具体的临床带教实例, 介绍基于“Midnights”原则临床思维的中西医结合临床带教方法。

复视是神经科常见症状之一, 双眼复视患者大多是由于眼外肌运动障碍所致, 根据眼外肌运动障碍的性质其病因可分为神经源性、肌源性、机械性等^[4]。我们就参考“Midnights”原则来初步探讨一下复视的鉴别诊断。

2.1 代谢性疾病 (M, Metabolism) Wernicke 脑病 (WE) 是一种由维生素B₁缺乏所引起的脑病, 1881年由Car Wernicke首先描述。急性或亚急性起病, 典型者呈现临床“三联征”: 眼外肌麻痹、共济失调、精神障碍。影像学特征: WE具有典型的发病部位, 第三、四脑室旁及中脑导水管周围、乳头体、四叠体、丘脑为该病常见受累部位 (这些部位有较高的糖代谢、氧化代谢率, 也是维生素B₁代谢较快的地方); MRI上可见对称分布的斑片状长T₁、长T₂异常信号。FLAIR序列、DWI序列病灶呈高信号, 具有诊断价值。增强病灶可有轻到中度强化。不典型患者影像学上可见皮层、小脑等部位异常信号。

2.2 炎症性/免疫性疾病 (I, Inflammation/Immunity)

2.2.1 重症肌无力 可模拟几乎所有眼肌麻痹或眼位偏斜, 神经肌肉接头处乙酰胆碱受体阻滞好发于高代谢、易疲劳的眼外肌。重症肌无力可单累及眼肌, 也可累及全身。临床症状具有波动性, 晨轻暮重。进一步检查包括疲劳试验、新斯的明试验、重症肌无力抗体、肌电图、纵膈CT等。重症肌无力抗体包括乙酰胆碱受体 (AChR) 抗体 (见于 50% 的患者) 等。肌电图低频重复电刺激波幅递减10%以上为阳性。

2.2.2 特发性眼眶炎症 (眼眶炎性假瘤) 可累及肌肉、软组织、甚至视神经, 潜在致盲性。在某些案例中,

只有一块肌肉受累, 引起眼眶部肌炎。除外复视, 患者常诉疼痛, 尤其是眼球活动时; 眼球突出, 甚至视力丧失。结节病、类风湿关节炎和血管炎 (包括肉芽肿性血管炎、巨细胞动脉炎) 可导致眼眶炎症。

2.2.3 痛性眼肌麻痹综合征 (THS) 是一种累及海绵窦至眶上裂和眶尖的、特发的、肉芽肿性炎症。炎症压迫海绵窦内的血管与神经结构。可引起眼肌麻痹, 单侧进展性痛性眼肌麻痹为本病特点, 动眼神经最容易受累, 其次为滑车神经、展神经及三叉神经第一支。眶上裂可见条状、结节状病灶, 海绵窦增大增宽, 眶上裂海绵窦区临近颞叶脑膜受累。增强 MRI 是首选影像检查方法, 可见海绵窦区从眶上裂到眶尖的均匀强化信号^[5]。

2.2.4 Miller-Fisher综合征 为吉兰巴雷综合征的特殊亚型, 主要表现为三大主征, 即共济失调、腱反射减退、眼外肌麻痹。有时可出现瞳孔改变。大部分患者起病前有感染病史, 急性起病, 脑脊液蛋白升高。周围神经电生理可有传导延迟, 髓鞘和轴索同时受损。血清中神经节苷脂GQ1b抗体阳性, 没有肢体瘫痪或瘫痪较轻。

2.2.5 Bickerstaff脑干脑炎 临床少见的炎性脱髓鞘疾病, 多数患者有前驱感染病史, 表现为急性对称性眼外肌麻痹、共济失调伴意识障碍和 (或) 锥体束征, 亦有 CSF蛋白-细胞分离现象, 血清中存在特异性抗体 GQ1b抗体。头颅MRI表现为脑干长T₁长T₂异常信号, 但无特异性表现。

2.2.6 多发性硬化 是中枢神经系统常见的脱髓鞘病变, 脑干内病灶可表现为脑神经受累症状, 动眼、滑车及展神经麻痹则出现眼球运动障碍。以 20~40岁女性多见, 以反复发作和缓解交替为特点, MRI能敏感显示脱髓鞘斑块, 呈稍长 T₁、稍长 T₂ 信号, 急性期可有强化。脑干病灶多位于中脑大脑脚、四脑室底部及中脑导水管周围。

2.3 神经变性病 (D, Degeneration) 进行性核上性麻痹 (PSP) 是一种神经系统变性疾病, 以锥体外系肌僵直、垂直性核上性麻痹、假性球麻痹、步态共济失调及轻度痴呆为临床特征。影像学表现对于该病的诊断十分重要, 正中矢状位 MRI尤其重要。PSP常伴有中脑顶端萎缩, 中脑上缘平坦或凹陷, 似蜂鸟嘴, 称为“蜂鸟征”, 反映PSP是以中脑为主的特征性萎缩。水平位MRI可见中脑前后径变小, 导水管扩张, 四叠体池增大, 中脑似鼠耳, 称为“鼠耳征”。

2.4 肿瘤性疾病 (N, Neoplasm) (1) 眼眶肿瘤可以是占位性病灶, 或为弥漫性浸润肌肉和软组织, 均可有复视表现。眼球突出和压眼抵抗是常见症状, 但眶上部肿瘤可引起眼球向下突出、移位, 乳腺癌转移瘤可引起眼球内陷。(2) 颅脑肿瘤是引起眼肌麻痹的常见原因, 儿童常见于脑干肿瘤, 成人常见于鼻咽癌、颅中凹肿瘤如垂体大腺瘤、鞍旁脑膜瘤、鞍旁海绵状

血管瘤、颅咽管瘤、颅底转移瘤、淋巴瘤等。脑干肿瘤以低级别胶质瘤多见, MRI可见脑干膨大变形, 呈稍长T1、稍长T2信号, 具有占位效应, 增强后轻度强化。鼻咽癌成人多见, 好发于鼻咽顶侧壁, 软组织增厚致咽隐窝及咽鼓管变浅消失, 向上侵犯破坏颅底骨质, 侵犯颅神经可出现相应症状。需询问患者是否有鼻衄症状, 鼻咽内镜检查及鼻咽部增强MRI有助于诊断。(3) 脑膜瘤多有原发恶性肿瘤的病史, 由身体其他部位恶性肿瘤转移至蛛网膜下腔, 经脑脊液循环播散至脑神经, 蛛网膜下腔及受累脑神经周围肿瘤浸润而呈结节状增粗。12对颅神经均可受累, 以第Ⅱ到Ⅷ对脑神经受累多见。MRI增强可见柔脑膜不规则增厚强化, 可见多发结节状改变, 受累脑神经增粗并强化。

2.5 感染性疾病 (I, Infection) 脑膜炎常见由结核性、细菌性、隐球菌等病原菌引起的脑膜炎。各种脑膜炎MRI增强示柔脑膜增厚并线性强化, 可合并脑实质及脑室扩张积水表现。可行腰穿取脑脊液化验以资鉴别。

2.5.1 结核性脑膜炎 颅底炎性渗出物刺激、侵蚀、粘连及压迫造成多颅神经损害, 多为双侧不全性动眼神经及展神经麻痹。

2.5.2 细菌性脑膜炎 以展神经多见, 其次为动眼、滑车、三叉及面神经。

2.5.3 隐球菌性脑膜炎 起病隐匿, 病情迁延, 常见展神经和动眼神经麻痹引起眼球运动障碍。

2.6 内分泌类疾病 (G, Gland) (1) 糖尿病性眼外肌麻痹常突然发生, 且多为单侧, 多发生在第Ⅲ和第Ⅵ对颅神经, 少数可累及第Ⅳ对颅神经。糖尿病性视神经病变可以发生在糖尿病的任何时期, 临床表现多样, 但其发生率随糖尿病的严重程度而增加。眼部症状表现为视力下降、上睑下垂、眼球运动障碍。复视可作为糖尿病的首发症状出现于隐性糖尿病患者。糖尿病常无瞳孔改变, 可与其他病因相鉴别。(2) 甲状腺眼病50%的Graves病患者和桥本甲状腺炎患者中可见眼眶部组织淋巴细胞性炎性浸润。危险因素包括吸烟、阳性家族史和女性。临床症状包括眼球突出、结膜充血、结膜水肿、眼睑水肿和红斑。可查甲状腺激素、甲状腺相关抗体及眼眶CT或MRI, 需要与其他眼眶炎症性疾病相鉴别。

2.7 遗传性/先天性疾病 (H, Hereditary) 小儿斜视: 儿童起病的斜视患者可能保持无复视数年, 直至年龄、疾病或药物暴露最终导致失衡, 从而出现复视症状, 可以急性起病。小儿复视综合征包括先天性滑车神经麻痹、Duane综合征 (展神经麻痹伴内收眼球内陷)、Brown综合征 (先天性上斜肌肌腱纤维化伴内收受限) 和下斜肌亢进伴V型内斜视。

2.8 中毒/创伤 (T, Toxin/Trauma)

2.8.1 创伤和骨折 眼眶部创伤可压迫眼眶部肌肉, 甚

至眼球处肌腱断裂, 引起眼肌麻痹。多有外伤病史, 眼眶CT是首选影像检查, 可清楚显示骨折和缺损。早期手术修补眶壁, 松弛受累肌肉, 可减少瘢痕形成。罕见的上颌窦出口处骨折可以阻滞通气, 产生负压, 从而使眼眶下壁下移。

2.8.2 医源性复视 眼外肌创伤可继发于白内障、视网膜、眼眶和鼻旁窦手术。白内障取出术后复视发生率为0.17%~0.85%。在一项大型研究中, 约25%眼外肌活动受限或麻痹的患者, 由眼眶后部麻醉导致肌肉圆锥损伤引起 (眼外肌起始处在眼眶后部), 左眼更常见, 因为右利手手术医生注射左眼更具难度。

2.7 血管性因素 (S, Stroke) (1) 中脑出血少见, 多由血管畸形、高血压、动脉粥样硬化引起出血。急性起病, 轻者表现为复视、眼睑下垂、单侧或双侧瞳孔扩大、眼震、共济失调, 严重者意识障碍、四肢瘫痪、去大脑强直, 常迅速死亡。急性期CT上呈高密度, 周围水肿呈低密度。(2) 脑梗死出现眼球运动异常多样, 可出现垂直性凝视麻痹和动眼神经麻痹症状, 前者包括双眼上视麻痹、双眼下视麻痹和“垂直一个半综合征”。急性期脑梗死CT上呈稍低密度影, 边界模糊。MRI上呈稍长T1、稍长T2信号, DWI上弥散受限而呈高信号, ADC呈低信号。(3) 颅内动脉瘤。脑底动脉环处动脉瘤可压迫侵犯眼球运动神经, 引起神经损害, 出现相应眼肌麻痹。后交通动脉瘤、大脑后动脉瘤及小脑上动脉瘤常引起动眼神经麻痹。许多后交通动脉瘤患者往往都以患侧动眼神经麻痹为首发症状, 颈内动脉后交通分叉处的动脉瘤约20%的患者出现动眼神经麻痹不伴有其他神经系统表现, 而是以复视、上眼睑下垂首诊于眼科, 容易误诊, 但病情发展比较凶险^[6]。CTA、MRA及DSA可详细显示动脉瘤大小、起源、瘤体及载瘤动脉血管情况。

总之, “Midnights”原则临床思维可以针对临床实际病例轻松进行病因大类的排除鉴别诊断, 代表着一种开放的、非固定、非封闭式的教学模式, 让学生知识体系更完整, 极大地激发学生对中西医结合神经内科学的兴趣。

参考文献

- [1] 陆征宇, 陆玲丹, 施扬, 等. 混合教学模式在中西医结合神经病学临床教学中的思考[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(24): 7-9.
- [2] 王振方. 临床思维学的教学实践与理论探索[J]. 医学与哲学, 2002(8): 12-14.
- [3] 聂志余, 靳令经. 神经科“Windows临床思维”初探[J]. 中风与神经疾病杂志, 2014, 31(1): 95-96.
- [4] Dinkin M. Diagnostic approach to diplopia [J]. Continuum (Minneapolis), 2014, 20(4 Neuro-ophthalmology): 942-965.
- [5] Sánchez VR, Lopez-Rueda A, Olarte AM, et al. MRI findings in Tolosa-Hunt syndrome (THS)[J]. BMJ Case Rep, 2014, 2014.
- [6] Kloss BT, Patel R, Sullivan AM. Intracranial internal carotid aneurysm causing diplopia[J]. Int J Emerg Med, 2011, 4: 56.

(本文编辑: 杨杰 本文校对: 周印廷 收稿日期: 2018-01-05)

韩捷教授分期辨证治疗溃疡性结肠炎经验[※]

韩婷芬¹ 韩捷^{2*}

(1 河南中医药大学中医学专业仲景学术传承班, 河南 郑州 450052;

2 河南中医药大学第一附属医院消化一区, 河南 郑州 450000)

摘要: 溃疡性结肠炎属于中医“下利”的范畴, 为现代难治性疾病之一。韩捷教授专攻溃疡性结肠炎的中医治疗十余年, 曾先后至德国吕讷堡医院及四川大学华西医院进修, 积累了丰富的临床经验。韩捷教授认为溃疡性结肠炎根据病程可以分为三型, 即初发型、慢性间歇性发作型和慢性持续型, 分属中医的湿热蕴结大肠期、脾虚湿热期、脾肾亏虚期。治疗时分期辨证, 根据不同阶段的不同情况进行中药口服、中药灌肠、中药栓剂及俞募配穴法治疗, 抓准病机, 确定治则, 选择方药, 随症加减, 疗效甚佳, 现总结如下, 以飨读者。

关键词: 韩捷; 溃疡性结肠炎; 腹泻; 下利

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.038

文章编号: 1672-2779(2018)-06-0093-03

Experience of Professor Han Jie in the Treatment of Ulcerative Colitis Based on Stage Syndrome Differentiation

HAN Tingfen¹, HAN Jie²

(1. Zhongjing Academic Heritage Class of Combination of Traditional Chinese and Western Medicine, Henan University of

Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450052, China;

2. Ward One of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Ulcerative colitis belongs to the category of traditional Chinese medicine "dysentery and diarrhea", and is one of the modern refractory diseases. Professor Han Jie in the treatment of ulcerative colitis by traditional Chinese medicine for more than ten years, studied in West China Hospital of Sichuan University and Luneburg in German, and has accumulated rich clinical experience. Professor Han Jie believes that ulcerative colitis can be divided into three types, namely the onset, chronic intermittent onset and chronic persistent, belonging to damp and hot period, spleen deficiency and dampness heat period, and spleen and kidney deficiency period of Chinese medicine. According to treatment of stage differentiation, and different conditions in different stages, oral administration of traditional Chinese medicine, enema with traditional Chinese medicine and traditional Chinese medicine suppository and Shu Mu acupoints therapy can be used. Grasping the pathogenesis, determine treatment, choice of drugs, and there is good curative effect. Here is a summary of the following for reference.

Keywords: Han Jie; ulcerative colitis; diarrhea; dysentery and diarrhea

溃疡性结肠炎是一种以腹泻、腹痛、里急后重、黏液脓血便为典型临床表现的慢性非特异性炎症。河南中医药大学第一附属医院韩捷教授专攻溃疡性结肠炎的中医治疗十余年, 曾先后至德国吕讷堡医院及四川大学华西医院进修, 积累了丰富的临床经验。导师认为, 溃疡性结肠炎根据病程可以分为三型, 即初发型、慢性间歇性发作型和慢性持续型, 分属中医的湿热蕴结大肠期、脾虚湿热期、脾肾亏虚期。治疗时分期辨证, 根据不同阶段的不同情况进行中药口服、中药灌肠、中药栓剂及俞募配穴法治疗, 效如桴鼓。导师临证时, 笔者每每侍诊于侧, 深有体会。现将导师治疗经验总结如下。

1 清热凉血 兼以利湿

此法适合于初发型溃疡性结肠炎, 中医辨证属湿热蕴结大肠者。初发型指无既往史而首次发作, 病程一般不超过6个月。多因外感时邪、饮食不节等, 导致

湿热蕴结大肠, 气血壅滞, 传导失司, 脂膜血络受损, 化腐成脓, 并走大肠而便下脓血。此时处于急性活动期, 正盛邪实, 交争剧烈, 赤多白少, 症状严重。

根据“急则治其标”的原则, 当清热凉血, 兼以利湿。导师临床每用葛根芩连汤为主方加减。重用葛根为君, 清热利湿, 升脾胃清阳而止泻; 臣以黄芩、黄连清热凉血、厚肠止利; 佐以炙甘草调和诸药, 但若病人下利急迫, 治当速效, 则不再加味, 防止甘缓留邪。因初起症状多剧, 故清热凉血以治本的同时, 还需适当配伍马齿苋、地榆、紫草等化湿之药以治标, 必要时可加炭剂止血。

导师认为, 临床辨证需审慎思量, 根据湿热孰轻孰重、症状的严重程度可以细分为以下三型:

1.1 湿热黏滞型(湿重于热) 脾为阳脏, 喜燥恶湿。湿气偏胜, 脾土被困, 运化水湿功能受阻, 又因湿性重浊趋下, 故“湿胜则濡泻”, 素体湿气重或处于水湿环境的人易发为此型。除了溃疡性结肠炎共有的症状外, 亦可见有身重如裹、里急后重感明显、大便黏腻不爽, 冲之挂壁。可酌情加入紫草、秦皮、鱼腥草、

※ 基金项目: 河南省中医药科学研究专项课题[No.2016ZY2044]

* 通讯作者: han_jie1974@163.com

刘寄奴等，加大利湿力度。

1.2 湿热便秘型（热重于湿） 溃疡性结肠炎患者的典型表现为下利便脓血，但亦可见便秘的特殊现象。具体表现为患者虽有便意却排便不畅，大便干硬，里急后重感强烈，常为便秘腹泻交替出现，大便秘结时亦有赤白脓血。

导师指出：此时的便秘有别于实邪阻滞的阳明热证，为湿热阻滞，肠腑不通。外在的症状类似便秘而内在的机理仍是湿热蕴结大肠。

溃疡性结肠炎的治疗常法为补虚固涩，此时单纯应用则有闭门留寇之患，需知常达变，可在清热利湿的同时，合用大承气汤急下之。

1.3 疫毒炽盛型（入营入血） 疫毒炽盛型属于西医的暴发型，多见于初发期，临床可见全身性中毒症状，并发中毒性巨结肠、脓毒血症等。患者可见纯血无便，为溃疡性结肠炎中病情最重的一型，临床时需特别关注。

导师治疗时常合用白头翁汤以清热解毒、凉血止利，同时进行降阶梯治疗。使用氢化可的松200~400 mg静脉滴注，必要时给予地塞米松5 mg保留灌肠以尽快控制症状。待症状缓解，病情稳定后停用静脉滴注，改口服给药，逐渐撤除激素，改用中药替代。

2 健脾燥湿 疏肝解郁

此法适合于慢性复发型溃疡性结肠炎，中医辨证属脾虚湿热，肝气郁结者，临床上以此型最为多见。慢性复发型治疗后常有长短不等的缓解期，与发作期交替发生，发作期以邪实为主，缓解期以正虚为主。多因素体脾虚，外感湿热邪气，内外合邪所致。此时正虚邪恋，病情缠绵。

导师强调：脾虚湿热，实含虚实两方面的病机，其中脾虚为本，湿热为标，虚实错杂。湿既可以看作是脾虚的病理产物，又可以成为产生或加重脾虚的病理因素。又因患者多情志抑郁，故可分为以下三型：

2.1 脾虚兼湿热型 此类患者多素体脾虚，中阳不足。脾为后天之本，气血生化之源。根据“缓则治其本”的原则，当健脾燥湿。导师临床每用参苓白术散为主方加减。重用人参、白术、茯苓、甘草为主药，平补脾胃之气；臣以白扁豆、薏苡仁、莲子化湿止泻；佐以砂仁芳香醒脾，运化中州；使以桔梗引经，宣通上焦。

初发期时因处于活动期，不可妄用收涩，以免闭

门留寇；此时患者湿热次之，而以脾虚为主，故可适当配伍蜜炙罂粟壳、白及、五倍子等固涩之药。

2.2 湿热兼脾虚型 这里的湿热有别于初发期的湿热蕴结大肠。初发期时为纯实无虚，此时虚实夹杂，症候更加复杂。此时虽有湿热，仍以脾虚为本，故治疗时注意“补虚不忘实，泻实不忘虚”。临床可根据患者的个人情况用葛根芩连汤、芍药汤等方药，但一定要把握脾虚这一病机，配伍健脾止泻药以治本。

2.3 肝郁兼脾虚型 溃疡性结肠炎患者平素大多体质较为虚弱，消化吸收功能差，且神经内分泌调节失衡，表现为感受性及情绪兴奋性过强且不易恢复，这与中医的肝郁相吻合。

肝为春木之脏，喜条达恶抑郁，情志不遂则肝失条达，一则不能下调肠腑以助传导，蕴生湿热；二则横逆犯脾，升降失调，泻痢乃作；三则肝失疏泄导致肾失封藏，形成五更泻。

导师在课题研究中认为溃疡性结肠炎的三个证型符合现代中医认为溃疡性结肠炎病机演变过程的三个典型时期：湿热—脾虚—脾肾阳虚。其中贯穿的情志因素：肝郁—脾—肝郁化火这一观点与现代医学认为的脑—肠轴（神经—内分泌—免疫体系）学说有密切联系，故脑—肠轴与中医“肝郁”密切相关，脑肠轴贯穿于整个溃疡性结肠炎发病的始终。

导师治疗时常使用逍遥散、柴胡疏肝散等条畅肝脏气机。若患者气滞腹痛明显，可加大行气力度，加虫类药通络，如僵蚕、九香虫等；暖气吞酸严重者，可合用左金丸；若患者忧思过重而致睡眠障碍，导师多用合欢皮。

同时采用俞募配穴法治疗溃疡性结肠炎。“俞募配穴法”可用于将同一脏腑的背俞穴和腹募穴配合使用，“俞”有传输之意，即脏腑气血由内向外注于此；“募”有汇集之意，即脏腑气血由内向外汇集于此。故俞募穴犹如脏腑开设于胸背部的窗口，通过它可以就近诊断、调节相应脏腑的平衡状态，而起到司外揣内、治外调内的作用。

3 温肾固涩 健脾益气

此法适合于慢性持续型溃疡性结肠炎，中医辨证属脾肾亏虚者。慢性持续型指首次发作后常持续轻重不等的腹泻，间断血便或脓血便，腹痛及全身症状，亦可出现肠外症状。在数周、数月甚至数年间可有急性发作。

根据“劳者温之，损者益之”的原则，治当培补

脾肾。又因脾虚已有，而肾虚新作，更为严重，故温肾固涩为主要方面，用四神丸合附子理中汤加减。方中补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸、五味子性味辛温，温肾暖脾；人参、白术、茯苓、甘草益气健脾。

导师指出，脾肾亏虚是溃疡性结肠炎的必然转归。病程已久，缠绵不愈，最为复杂，尤其多见于老年性溃疡性结肠炎患者。

溃疡性结肠炎分布呈双峰趋势，老年人易感人群，处于第二峰。老年型溃疡性结肠炎的临床特点为腹泻次数增多，但脓血便不明显。因为老年时人体代谢缓慢，故而病程发展缓慢，但用药亦敏感性不强。用药剂量应根据老年人的体重及病情的严重程度而定。

中医认为，阳气具有温煦机体、抵御外邪及温养脏腑的作用。《素问·生气通天论》云：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰”。老年人的阳气衰退，脏腑功能得不到阳气的温养，肠道生理功能、代谢及形态结构出现改变，适应性与防御能力也随之减弱。本身阳气已经不足，抵抗力差，一旦发生疾病往往预后不良。又因肾为先天之本，脾胃后天之本，故扶助阳气，尤其是脾肾之阳，就能更好地扶助正气，增强抗病能力。

4 中医“四联疗法”综合治疗溃疡性结肠炎

我国的溃疡性结肠炎病变部位主要局限于直肠、乙状结肠和降结肠，特别是左半结肠，通常称为直肠乙状结肠炎。导师根据十余年的临床经验，从中医理论出发，针对溃疡性结肠炎发病的主要病理因素和国人的体质特点，在国内首先以中医“四联疗法”（中药口服一通络汤；中药灌肠—七炭方；中药栓剂—健脾栓；中医外治—俞募配穴法）进行治疗，临床疗效令人满意。

最具特色的是“七炭方”灌肠法。因“红见黑则止”，故用地榆、茜草、荆芥等炒炭存性，每次100 mL，每晚一次保留灌肠。目前国内的灌肠疗法繁多，但大多不能保留，“七炭方”炭剂灌肠利于保留，充分接触病灶，直接作用于肠壁，效果显著。

5 医案举隅

蒋某某，男，20岁。2017年4月10日因“大便带血，次数增多1月余”前来就诊，患者大便3~5次/日，鲜红带血，舌质红、苔黄腻，脉数。诊断为初发型全结肠型中度溃疡性结肠炎，证属湿热内蕴兼血瘀。治宜清热利湿，活血化瘀。方用葛根芩连汤加减，处方如下：葛根10 g，黄芩12 g，黄连12 g，煨木香10 g，

当归10 g，肉桂6 g，酒大黄6 g，槟榔10 g，茯苓12 g，牡丹皮12 g，泽泻10 g，白术12 g，败酱草12 g，白芍30 g，藿香12 g。7付，水煎服，早晚分服。同时给予中药七炭方保留灌肠以止血。

二诊：一周后前来复诊，自述病情好转，大便次数减少，日1~2次，偶见脓血，续守原方。

三诊：患者自述诸症皆除，一如常人。嘱其调畅情志，低渣饮食，不再用药。

四诊：患者因贪食辛辣油腻之品而病情反复，2017年5月28日再次前来，诊断为慢性复发性左半结肠型重度溃疡性结肠炎。此时已有虚象，自觉浑身乏力，纳眠差，脓血不如初次发病时剧烈量多，但一直持续。患者情绪悲观，认为治愈无望。辨证为脾虚湿热肝气郁结，治宜健脾燥湿，疏肝解郁。方用参苓白术散加减，处方如下：太子参30 g，炒白术30 g，茯苓20 g，炒薏仁20 g，炒山药20 g，炒白芍20 g，延胡索15 g，马齿苋20 g，白头翁15 g，秦皮15 g，紫草10 g，鱼腥草10 g，白及10 g，炙罂粟壳10 g，炙甘草5 g。7付，水煎服，早晚分服。同时给予中药七炭方浓煎保留灌肠。

一周后复诊，效佳，守方如前，三周愈。

6 小结

导师强调溃疡性结肠炎的治疗应根据病程进行分期辨证。脾肾亏虚是病本所在，气滞、血瘀、肝郁等均为影响因素。因溃疡性结肠炎属于全身与局部的免疫失衡所导致的慢性炎症性肠病，治疗时充分发挥中医整体观念，辨证论治的优势，全身与局部给药相结合，把握病机确定治则，同时使用炭剂灌肠，另外对于兼夹症可灵活加减。望对读者有所裨益。

参考文献

- [1]郑芝田.胃肠病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,1993.
- [2]韩捷.中医四联疗法方案对溃疡性结肠炎的影响[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(8):55-70.
- [3]韩捷.衷中参西溃疡性结肠炎全知道[M].洛阳:河南人民出版社,2017.
- [4]张亚利,戴彦成,唐志鹏.治疗便秘型溃疡性结肠炎案2则[J].江苏中医药,2012,44(11):54-55.
- [5]李赛美,李宇航.伤寒论讲义[M].2版.北京:人民卫生出版社,2015.
- [6]李克光.金匱要略讲义[M].上海:上海科学技术出版社,1985.
- [7]周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007.
- [8]中华中医药学会脾胃病分会.溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,25(6):891-895.
- [9]李霞,曲波,姜海燕[J].胃肠病学和肝病杂志,2013,22(1):891-895.
- [9]韩捷,赵文霞,刘鸣昊,等.健脾栓对脾虚湿热型溃疡性结肠炎粪便钙卫蛋白影响的临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(14):67-68.

(本文编辑:杨杰 本文校对:高志卿 收稿日期:2017-12-29)

牡蛎散中黄芪、牡蛎药对的配伍作用

叶 潇¹ 吴莹莹² 左铮云^{2*} 丁 舸^{2△}

(1 江西中医药大学硕士研究生2017级, 江西 南昌 330004; 2 江西中医药大学基础医学院, 江西 南昌 330004)

摘要: 目的 通过对牡蛎散古今文献收集, 阐明牡蛎散中黄芪、牡蛎在治疗虚汗的核心作用。方法 采用文献资料整理法, 从方剂配伍理论、中医文献、药理研究、临床运用四个方面论证牡蛎散中黄芪、牡蛎配伍作用。结果 黄芪、牡蛎作为牡蛎散重要药对在治疗诸虚不足之自汗盗汗发挥核心作用。结论 黄芪、牡蛎是治疗虚汗常用药对。

关键词: 黄芪; 牡蛎; 牡蛎散; 核心药对

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.039

文章编号:1672-2779(2018)-06-0096-03

The Compatibility of Astragalus Membranaceus and Oysters in Muli Powder

YE Xiao¹, WU Yingying², ZUO Zhenyun^{2*}, DING Ge^{2△}

(1. Grade 2017 Graduate, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China;

2. School of Basic Medicine, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China)

Abstract: **Objective** Through the collection of ancient and modern literature of Muli powder to clarify the Astragalus and oyster core function in the treatment of sweating. **Methods** The compatibility of Astragalus and oysters in Muli powder was demonstrated from four aspects: prescription compatibility theory, document literature sorting, pharmacological research and clinical application. **Results** Astragalus and oyster as important drugs in Muli powder in the treatment of virtual lack of sweating plays a central role. **Conclusion** Astragalus and oyster is commonly used drugs for treating sweating.

Keywords: Astragalus membranaceus; Oysters; Muli powder; core drug pair

牡蛎散出自宋·陈师文《太平惠民和剂局方·卷之八治杂病》,由黄芪、牡蛎、麻黄根、浮小麦等四味药组成,具有固表止汗,益气敛阴的功效。为治疗卫表不固,阴虚心阳不潜的自汗盗汗的常用方。原书中论道:“诸虚不足,及新病暴虚,津液不固,体常自汗,夜卧即甚,久而不止,羸瘠枯瘦,心忪惊惕,短气烦倦。”黄芪、牡蛎是本方的核心药对,其在牡蛎散及其类方中是密不可分的。现就黄芪、牡蛎作为牡蛎散的核心药对,其作用论证如下。

1 从中医方剂配伍理论论证

牡蛎散主治自汗盗汗证,其临床表现自汗盗汗,夜卧更甚,心悸惊惕,短气烦倦,舌淡红,脉细弱等。观其脉证,可知其卫气虚而不固肌表,致腠理不密,津液不能内守而自汗,卫气为阳,即《素问·阴阳应象大论》所谓的:“阴在内,阳之守也;阳在外,阴之使也。”《灵枢·营卫生会》曰“夺血者无汗,夺汗者无血。”《素问·评热病论》亦曰:“汗者,精气也。”液为阴,汗为心液,故汗出过多,心阴受损,不能制约心阳,致心阳不潜,则虚热内生,热偏胜则迫津妄行,故阴液外泄汗出。《难经》谓“人一日一夜,荣卫行阳二十五度,行阴二十五度,

为一周也。”故夜卧更甚;汗出日久,心气阴两虚,心神失养,更见心悸惊惕,短气烦倦;舌淡红,脉细弱等皆为虚象。《临证指南医案》云:“阳热加于阴,津散于外而为汗也……心之阳虚,不能卫外而为固,则外伤而自汗,不分寤寐,不因劳动,不因发散,溱溱然自出,由阴蒸于阳分也;肾之阴虚,不能内营而退藏,则内伤而盗汗,睡熟则出,醒则渐收,由阳蒸于阴分。”^[1]治宜益气敛阴,固表止汗。《本草纲目》谓:“脱则散而不收,用酸涩温平之药,以敛其耗散。”故方中牡蛎用煅者,咸涩微寒,入肝肾经,功专收敛固涩,潜纳心阳;《景岳全书》曰:“损者多由于气,气伤则血无所藏。”而汗血同宗,故黄芪用生者,味甘微温,入手少阴经,功能益气实卫,补虚益损,固表止汗。两药合用,标本同治,使肺气充盛而卫外密固,营阴内守而汗出可止,汗止而心阴不复受损,佐以麻黄根善于收涩止汗,小麦甘凉,益气养阴,能清心除烦。故凡属卫虚不固,又复阴伤心阳偏亢不潜之虚证所引起的自汗盗汗,均可获得良效。其中牡蛎散的黄芪、牡蛎为核心药对,发挥着重要治疗作用。

2 从中医文献资料论证

黄芪:味甘,性微温,入肺、脾、肝、肾经。具有益卫固表,升阳利水,生津养血,托毒生肌的作用,主治自汗盗汗,脾虚泄泻,脱肛,气虚血脱,痈

* 通讯作者:dge7702@126.com

△指导老师



疽溃后难愈等。《本草备要》曰：“生用固表，无汗能发，有汗能止，温分肉，实腠理，泻阴火，解肌热；炙用补中，益元气，温三焦，壮脾胃。生血，生肌，排脓内托，疮痍圣药。痘症不起，阳虚无热者宜之。”《名医别录》谓：“主妇人子脏风邪气，逐五脏间恶血。补丈夫虚损，五劳羸弱。止渴，腹痛，泄痢，益气，利阴气。”《汤液本草》云：“黄耆，治气虚盗汗并自汗，即皮表之药，又治肤痛，则表药可知。又治咯血，柔脾胃，是为中州药也。又治伤寒尺脉不至，又补肾脏元气，为里药。是上中下内外三焦之药。”张元素言：“主治虚劳自汗，补肺气，泻肺火心火，实皮毛，益胃气，去肌热，及诸经之痛。”说明黄芪能补气固表，对于气虚型自汗有很好的疗效。

牡蛎：味咸平，微寒，入肝、肾经。具有敛阴潜阳，化痰软坚，收敛止汗的作用，主治自汗盗汗，遗精崩漏，瘰癧瘰癧等。《本草纲目》云：“(牡蛎)补阴则生捣用，煅过则成灰，不能补阴。”《药性论》曰：“主治女子崩中。止盗汗，除风热，止痛。治温症。又和杜仲服止盗汗。病人虚而多热，加用地黄、小草。”《名医别录》亦曰：“除留热在关节，营卫虚热去来不定，烦满心痛气结，止汗止渴，除老血，疗泄精，涩大小肠，止大小便，治喉痹，咳嗽，心胁下痞热。”《本草拾遗》谓：“粉身止大人小儿盗汗，同麻黄根蛇床子，干姜为粉去阴汗。”《现代实用中医药》云：“治疗身体虚弱，盗汗及心悸动惕、肉瞤等，对于怀孕妇女及小儿钙质缺乏于肺结核等有效。”说明牡蛎收敛固涩，不仅研粉外敷有很强的止汗之力，内服更具潜镇浮阳之功，重在治疗阴虚的盗汗。从以上文献记载的药性及功用来分析，牡蛎收敛止汗，潜阳敛阴，黄芪益气扶正，两者相互配伍，共治气阴两虚之自汗盗汗。如陈来章言：“汗为心之液，心有火则汗不止。牡蛎咸寒，去烦热而止汗。阳为阴之卫，阳气虚而则卫不固。黄芪甘温，走肌表而固卫。^[2]”故知黄芪、牡蛎为益气敛阴止汗之剂中不可或缺的组成。

3 从现代药理学分析论证

牡蛎散具有止汗、调节免疫及血糖、促进造血功能、提高营养代谢、改善内分泌功能等药理作用^[3-5]。实验研究表明：TNF- α 与病毒性肝炎关系密切，是引发急性肝坏死的重要介质，而牡蛎散可以降低肝组织的TNF- α 含量而对小鼠免疫性肝损伤起到保护作用^[5]。黄芪的药理作用为调节免疫、强心、促进造血功能、双

向调节糖代谢、抗氧化、延缓衰竭、抗脑缺血、保肝、抗溃疡、抗肿瘤等^[6-7]。黄芪多糖可增强正常及创伤动物巨噬细胞的吞噬活性，还可通过增强淋巴细胞与内皮细胞粘附而促进淋巴细胞再循环，扩大免疫反应^[7]。黄芪甲苷也能通过活化Scr/MEK/ERK通路，促进小鼠淋巴T细胞的增值，从而提高免疫^[6-7]。牡蛎具有保肝、增强免疫力、抗疲劳、抑制病毒增值、抗肿瘤活性、延缓衰老、降血糖，对过氧化氢诱导的血管内皮细胞氧化损伤有保护作用^[9]。牡蛎肉中有多种氨基酸，其为构成蛋白质的基本单位，是生物体内重要的活性物质。其中的牛磺酸是一种含硫氨基酸，可以保护肝功能并且提高人体免疫^[4]。滕瑜等^[7]对牡蛎的营养和降糖作用研究中，结果显示治疗后牡蛎治疗组大鼠血糖明显低于治疗前 ($P < 0.01$)，同时亦明显低于模型对照组 ($P < 0.025$)，模型组和空白对照组大鼠血糖含量治疗前后均无显著性差异 ($P > 0.05$)。实验表明牡蛎提取物对实验大鼠高血糖具有一定的降低作用。黄芪与牡蛎对人体的免疫和血糖都有调节作用，两者相互配合可以加强补虚的功能，符合牡蛎散治疗虚汗的目的。

4 从中医临床运用论证

临床上辨证属于气虚、阴虚型的自汗盗汗，多以黄芪、牡蛎配伍，既取牡蛎敛阴止汗之功，又有黄芪补气固表之力，两者相须而用不仅能收涩止汗，也能补气敛阴。以黄芪、牡蛎加味的类方多达40首，主要用于自汗盗汗、消渴、虚劳、妇人经水过多等，而其中治疗虚汗的方剂就占有23首，如《圣惠方》卷29的牡蛎散加杜仲、白茯苓、败蒲扇灰治疗虚劳盗汗，《医方类聚》的牡蛎散加白术、防风治疗气虚盗汗，《仁斋直指》的牡蛎散加白术、炙甘草治疗体虚自汗，《经效产宝》的牡蛎散加人参、当归、熟地黄治疗产后盗汗，《圣济总录》卷13黄芪汤加人参、枸杞根、龙骨治疗多汗盗汗，《圣济总录》卷89的黄芪汤加地骨皮、人参治疗自汗盗汗，《普济方》的延寿汤加熟地黄、白术、防风、麦冬、白茯苓治疗产后血虚汗出，《圣济总录》卷31的黄芪散加知母治疗伤寒后虚汗不止，《小儿药证直诀》的黄芪散加生地黄治疗小儿盗汗自汗，以上说明该药对主要作用在于治疗虚汗上。现代临床上两者搭配多用于治疗术后盗汗、失眠、慢性中耳炎、小儿多汗症、2型糖尿病、子宫肌瘤以及小儿遗尿等方面均有突出的疗效。如林侃等^[8]采用当归六黄汤合牡蛎

散治疗原发性肝癌经肝动脉栓塞化疗术后盗汗68例,治愈29例,显效24例,有效11例,无效4例,结果:总有效率为94.2%,有效病例一般于1~3 d见效。黄清苑等^[9]使用归脾汤合牡蛎散治疗脑外伤术后汗证38例,治愈32例,好转6例,总有效率为100%。潘琳等^[10]采用生脉散合牡蛎散加减治疗晚期恶性肿瘤伴盗汗32例,显效14例,占43.70%;有效13例,占40.60%,无效5例,占15.70%,总有效率84.30%。袁婕等^[11]运用牡蛎散合生脉饮对气阴两虚型甲亢患者的临床疗效25例,显效10例,有效13例,无效2例,总有效率92.00%。陈佳娜^[12]临床运用牡蛎散加减治疗原发性手汗症57例治愈20例,好转34例,未愈3例,总有效率94.6%。可见,临床上用于治疗体虚自汗、多汗、盗汗的许多方剂充分体现了黄芪、牡蛎药对益气固表,敛阴止汗的功效。

综上所述,我们从多个方面对牡蛎散中黄芪、牡蛎的作用进行了阐明,牡蛎咸寒,敛阴止汗,黄芪性温,补气益损,两者配伍,一补一涩,阴阳兼顾,共俱补虚止汗之功,阴阳气血不足之自汗盗汗多用此二

味药物合用,故成为牡蛎散核心的药对。

参考文献

- [1]清·叶天士撰.临证指南医案[M].苏礼,张琳叶,周晶,等.北京:人民卫生出版社,2006:115.
- [2]李飞.方剂学(上册)[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:928.
- [3]杨韵,徐波.牡蛎的化学成分及其生物活性研究进展[J].中国现代中药,2015,17(12):1345-1349.
- [4]滕瑜,王彩理.牡蛎的营养和降糖作用研究[J].海洋水产研究,2005,26(6):40-44.
- [5]刘学良,王忠裕,陈彦平,等.牡蛎散对小鼠免疫功能影响的研究[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(1):170-171.
- [6]王翔宇.黄芪现代药理及临床研究进展[J].科技风,2017,31(60):182.
- [7]陆茵,马越鸣.中药药理学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2016:285-288.
- [8]林侃,傅开龙.当归六黄汤合牡蛎散治疗原发性肝癌经肝动脉栓塞化疗术后盗汗68例[J].吉林中医药,2011,31(4):337-338.
- [9]黄清苑,温丽辉.归脾汤合牡蛎散治疗脑外伤术后汗证38例[J].陕西中医,2011,32(7):846-847.
- [10]潘琳,殷东风,高宏,等.生脉散合牡蛎散加减治疗晚期恶性肿瘤盗汗32例疗效观察[J].实用中医内科杂志,2011,25(11):83-84.
- [11]袁婕,李红,崔艳.牡蛎散合生脉饮对气阴两虚型甲亢患者的临床疗效及肝功能的影响[J].世界中医药,2017,12(7):1608-1611.
- [12]陈佳娜,肖勇,吴小芸.牡蛎散加减治疗原发性手汗症57例[J].实用中医药,2017,33(1):33.

(本文编辑:杨杰 本文校对:丁涛 收稿日期:2017-12-29)

(上接第89页)方选“济生肾气丸”加减。药物:肉桂3 g,附片3 g,熟地黄10 g,山萸肉10 g,炒山药30 g,泽泻10 g,茯苓30 g,牡丹皮10 g,车前子20 g,川牛膝20 g,冬瓜皮15 g,玉米须15 g,菟丝子30 g,北柴胡10 g,枳实10 g。7付,水煎服。卢师在济生肾气丸的基础上加冬瓜皮、玉米须以增强利水渗湿的功效,加菟丝子以温补肾阳,再加北柴胡、枳实以疏肝理气。1周后复诊,水肿、肢体困重基本消失,胸胁胀痛、腰膝酸软较前减轻。卢师在原方基础上去冬瓜皮、玉米须,加黄芪30 g以补气健脾、化气行水。后未再复诊,半年后回访,入院就诊时临床症状完全消失,后未再复发。

4 小结

特发性水肿是指在没有心、肝、肾、内分泌调节紊乱及营养不良等疾病,而以淋巴管堵塞或静脉回流受阻而引起的水肿为基础,继而发生的一种以水肿为主要表现的症候群。病因病机尚不完全明确。西医治疗上以长期使用利尿剂治疗效果不理想,且易导致严重的电解质紊乱及水肿的加重。因此,现代医学对特发性水肿的治疗应采取综合的治疗方案,不主张积极的药物治疗,更不应该单纯的长期反复使用同一类药物,以防止加重机体的不平衡,尤其是严重的电解质紊乱。随着社会的发展,生活节奏的加快。特发性

水肿的发病率逐年上升。卢跃卿教授认为,祖国医学凭借其独特的理论体系和治疗措施,在特发性水肿的治疗上有着不可比拟的优势。特发性水肿的发生与肺、脾、肾三脏功能失调,冲任受损,气血不足为本。肺、脾、肾亏虚,而至气不化水,久则可见瘀阻水停。肝气郁结,气滞血瘀为标。治疗上,对于虚实夹杂,多脏共病者,应仔细辨清本虚标实之主次,则当坚固,或先攻后补,或攻补兼施,平治于权衡。本病的发病人群大多为中年女性,这一群体同时面临着生活、家庭、工作的多重压力,所以在用药的基础上,平时生活上应注意饮食起居,调畅情志,从而来巩固疗效。

参考文献

- [1]周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007.
- [2]邹纯朴.《黄帝内经》对水肿病的认识[J].陕西中医,2008,29(12):1690-1691.
- [3]黄帝内经·素问[M].田代华整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [4]灵枢经[M].田代华.刘更生整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [5]李伟,姚燕,李娇艳,等.特发性水肿的中西医治疗现状及中医优势分析[J].中成药,2014,36(9):2010-2012.
- [6]李瑞娟,吕坤.吕宏生教授治疗特发性水肿经验[J].中医研究,2013,26(12):46-48.
- [7]刘占国,张江平.特发性水肿的中医辨证分型及诊断治疗[J].中国社区医师,2013(8):211-212.
- [8]季原,陈绍红.解读成药金匮肾气丸于济生肾气丸[J].中华中医药杂志,2011,26(8):1714-1716.

(本文编辑:杨杰 本文校对:李智全 收稿日期:2017-12-19)

响应面分析法优化酶提取土茯苓多糖工艺[※]

郑朝阳 肖兰华 覃 军*

(广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510006)

摘要:目的 优化酶法提取土茯苓多糖的工艺。方法 通过单因素试验法和响应面分析法, 考察最佳酶的酶解时间、酶解pH、酶用量对提取土茯苓多糖的影响。结果 木瓜蛋白酶提取多糖效率最高, 其最佳工艺为酶用量0.6%, 酶解pH为8, 酶解时间150 min, 在此条件下得到的实际多糖提取率为26.31%, 与预测值25.71%的相对误差为2.33%。说明采用响应面分析法优化木瓜蛋白酶提取土茯苓多糖的方法可靠。结论 此设计法用于酶法提取土茯苓多糖可行。

关键词: 土茯苓; 多糖; 木瓜蛋白酶; 响应面法; 提取工艺; 中药化学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.040

文章编号:1672-2779(2018)-06-0099-04

Optimization of Extracting Polysaccharide from Rhizoma Smilacis Glabrae with Papain by Response Surface Methodology

ZHENG Chaoyang, XIAO Lanhua, QIN Jun

(The Second Clinical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510006, China)

Abstract: **Objective** To optimize the extraction technique of polysaccharide from Rhizoma Smilacis Glabrae by enzymatic method. **Methods** On the basis of single factor experimental and response surface methodology to investigate the influence of enzymatic time pH and dosage on extraction yield of polysaccharide. **Results** The optimum enzymatic was papain and its optimum conditions were as follows: enzyme concentration of 0.6%, enzymatic hydrolysis PH of 8, enzymatic hydrolysis time of 150 min, the enzymatic hydrolysis temperature of 50℃. Under these conditions above, the actual extraction ratio of polysaccharides from Rhizoma Smilacis Glabrae was 26.31%, which was well matched with the predicted value (25.71%). **Conclusion** This design method to extract polysaccharide from Rhizoma Smilacis Glabrae by enzymatic is feasible.

Keywords: Rhizoma Smilacis Glabrae; Polysaccharide; Papain; response surface method; extracting methods; chemistry of Chinese materia medica

土茯苓(Rhizoma Smilacis Glabrae)为百合科植物光叶菝葜的干燥根茎。其味甘、淡,性平,有解毒,除湿,通利关节的功效,主要用于治疗湿热淋浊,带下,瘰癧,疥癣,梅毒及汞中毒引起的肢体拘挛,筋骨疼痛^[1-2]。土茯苓多糖为土茯苓重要活性成分之一,其药理作用广泛,具有抗氧化、抗肿瘤、免疫调节、抗炎等生物活性,有很好的药用价值。目前,对土茯苓多糖的提取方法主要有热水煎煮,碱浸提法,酶提取法等。酶法提取条件温和,简单,可以更快速地得到活性不被破坏的粗多糖,且加入的反应试剂较少,减少环境污染。因此,近年来,酶提取法受到了广泛的关注。但目前对中药多糖的提取多用纤维素酶,对其他酶的研究较少,为更高效的提取多糖,本次实验将通过比较不同酶类提取的土茯苓多糖得率,筛选最佳酶,利用响应面法优化最佳酶提取土茯苓多糖,单因素实验研究酶解时间、酶解pH、酶用量这三个因素对土茯苓多糖得率的影响,为建立更高效的土茯苓多糖提取工艺和后续的发展提供可靠的理论基础与科学依据。

1 材料与仪器

1.1 仪器 旋转蒸发器(上海申生科技有限公司); BT125D型十万分之一电子天平和BS 224S型万分之一电子天平(赛多利斯科学仪器(北京)有限公司); U-2910型紫外双光束分光光度计(日本日立公司); 恒温水浴锅(上海精宏公司); B600A型低速离心机(白洋公司)。
1.2 药材及试剂 土茯苓药材饮片(康美药业股份有限公司,批号:170349316); 植物精提002酶、纤维素酶(宁夏夏盛实业集团有限公司); 中性蛋白酶、碱性蛋白酶、木瓜蛋白酶(南宁庞博生物工程有限公司); 浓硫酸、苯酚、冰乙酸、D (+) Glucose等均为分析纯,水为蒸馏水。

2 研究方法

2.1 多糖提取方法 将土茯苓用粉碎机粉碎,过80目筛,称取1.0 g土茯苓粉末于50 mL锥形瓶中,酶用量0.5%, 50℃水浴酶解2 h,料液比1:35, pH为5条件下提取土茯苓多糖。酶解结束沸水灭酶5 min,离心10 min ($r=4000$ r/min),去除可沉淀的杂质,取上清液。

2.2 土茯苓多糖含量的测定

2.2.1 葡萄糖标准曲线的绘制 精密称定100 mg葡萄糖标准品,加水溶解并定容至100 mL,制成葡萄糖标准溶液。精密吸取葡萄糖标准液1 mL、2 mL、3 mL、4 mL、5 mL于100 mL容量瓶中,加水定容,配制成浓度为0.01 mg/mL、0.02 mg/mL、0.03 mg/mL、0.04 mg/mL、

※ 基金项目:广东省科技计划项目【No.2015B020211013, No. 2016A040403104】

* 通讯作者:qinkum@163.com

0.05 mg/mL的葡萄糖溶液。各精密吸取2 mL于10 mL试管中,加入1 mL 5%苯酚溶液,混匀,再立即加5 mL浓硫酸。放置冷却,以相应试剂为空白,于490 nm处测量。以吸光度值(A)为纵坐标,葡萄糖质量(C)为横坐标,求其标准曲线。

2.2.2 土茯苓多糖含量的测定 取2.1中上清液适量置100 mL容量瓶中,加水定容。将其稀释至合适浓度,于490 nm处测吸光度,通过标准曲线计算样品中多糖得率。

$$\text{多糖提取率} = \frac{C \cdot D \cdot 0.9}{M} \times 100\%$$

式中C为由葡萄糖标准曲线计算得出的浓度,D为稀释度,0.9为葡萄糖转化为葡聚糖的转换系数,M为土茯苓原料质量。

2.3 单一酶解法提取土茯苓多糖的试验 称取土茯苓粉末6份每份1 g,置于50 mL锥形瓶,其中5份样品分别加入不同种类的酶。其他条件相同,按2.1项下进行试验,比较多糖得率。

2.4 土茯苓多糖提取工艺的优化

2.4.1 单因素试验 在2.3的基础上,选取提取土茯苓多糖最高的酶进行单因素试验,分别考察酶解时间,酶解pH,酶用量对土茯苓多糖提取率的影响。

2.4.2 响应面试验设计 在单因素试验的基础上,设计三因素三水平的响应面分析试验,以酶解时间、酶解pH、酶用量为自变量,多糖得率为响应值指标,采用Design-Expert 8.0软件设计三因素三水平响应面实验方案,并用其进行数据处理,以确定土茯苓多糖的最佳提取条件,因素编码表见表1。

表1 Box-Behnken实验设计因素与水平的编码

因素	编码	水平		
		-1	0	1
酶用量(%)	A	0.4	0.5	0.6
酶解(pH)	B	7	8	9
酶解时间(min)	C	120	150	180

2.5 结果与分析

2.5.1 苯酚-硫酸法葡萄糖标准曲线 以葡萄糖为标准品,按照2.2.1所述方法实验。以葡萄糖浓度为横坐标,吸光度值为纵坐标,绘制葡萄糖标准曲线如图1所示。标准曲线的回归方程为: $A = 8.84x - 0.013$, $R^2 = 0.9991$,表明吸光度在葡萄糖浓度为0.01~0.05 mg/mL范围内呈良好的线性关系。

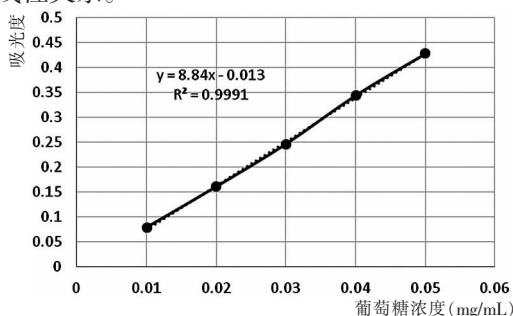
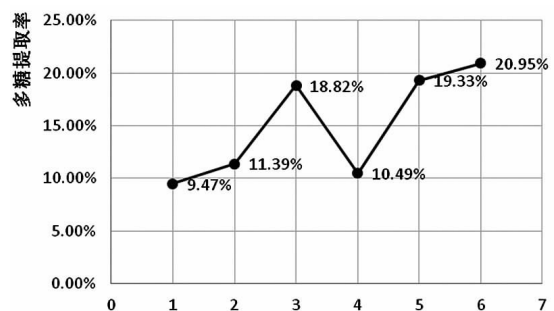


图1 葡萄糖标准曲线

2.5.2 五种酶的比较 由图2可知,同等提取条件下,加酶可以显著提高土茯苓多糖得率,纤维素酶,中性蛋白酶,木瓜蛋白酶三者的多糖提取率都较高,其中木瓜蛋白酶的提取效果最好。最终选用木瓜蛋白酶为本次实验用酶。



1. 对照组;2.植物精提002;3.纤维素酶;4.碱性蛋白酶;5.中性蛋白酶;6.木瓜蛋白酶

图2 酶种类的影响

2.5.3 单因素实验结果及分析

2.5.3.1 酶解时间对多糖提取率的影响 精确称量5份土茯苓粉末各1 g,置于50 mL锥形瓶。提取时间分别为60 min、90 min、120 min、150 min、180 min,水浴温度50 ℃,酶用量0.5%,料液比为1:35。酶解结束后,加水稀释至100 mL,离心10 min ($r = 4000$ r/min),取上清液1 mL加入100 mL容量瓶,定容。精密移取各样品溶液2 mL,苯酚-硫酸法于490 nm测定吸光度,计算多糖含量,结果见图3。

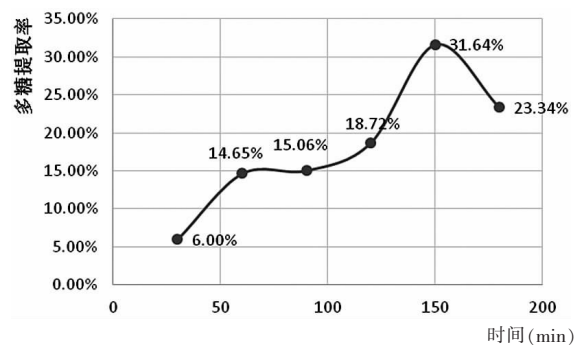


图3 酶解时间对多糖得率的影响

由图3可知,随着酶解时间的延长,多糖提取率上升。但当酶解时间超过150 min后,多糖提取率下降,这可能是由于酶解时间过长从而导致了多糖结构的改变或者是糖苷键的裂解,因此选择最佳酶解时间为150 min。

2.5.3.2 酶解pH对多糖提取率的影响 精确称量6份土茯苓粉末各1 g,置于50 mL锥形瓶。提取pH分别为4、5、6、7、8、9,水浴温度50 ℃,酶用量0.5%,酶解时间为120 min,料液比为1:35。酶解结束后,加水稀释至100 mL,离心10 min ($r = 4000$ r/min),取上清液1 mL加入100 mL容量瓶,定容。精密移取各样品溶液2 mL,苯酚-硫酸法于490 nm测定吸光度,计算多糖含量,结

果见图4。

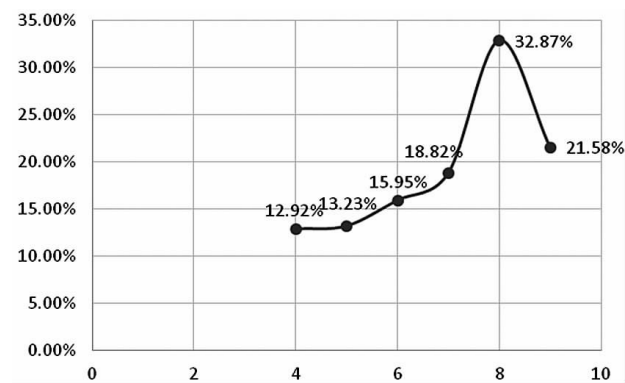


图4 酶解pH对多糖得率的影响

酶的活性和稳定性均受pH的影响，pH过高或过低都会降低酶的活性，影响酶的稳定性，降低酶的催化作用。从而影响土茯苓多糖的提取率。由图4可知，本次实验最佳酶解pH为8。

2.5.3.3 酶用量对多糖提取率的影响 精确称量6份土茯苓粉末各1 g，置于50 mL锥形瓶。水浴温度50 ℃，酶用量分别为0.1%、0.2%、0.3%、0.4%、0.5%、0.6%，酶解时间为120 min，料液比为1:35。酶解结束后，加水稀释至100 mL，离心10 min ($r=4000\text{ r/min}$)，取上清液1 mL加入100 mL容量瓶，定容。精密移取各样品溶液2 mL，苯酚-硫酸法于490 nm测定吸光度，计算多糖含量，结果见图5。

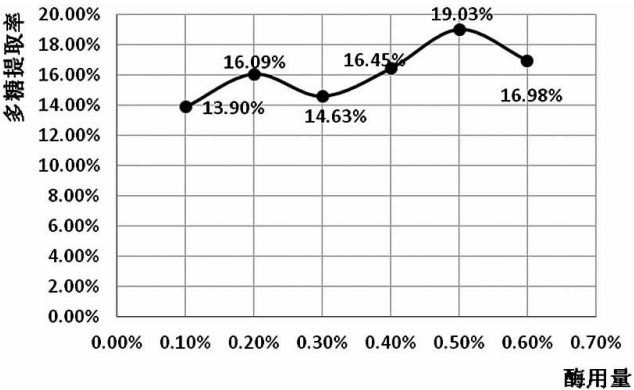


图5 酶用量对多糖得率的影响

由图5可见，随着酶用量的增加，多糖提取率增大，当酶用量为0.5%时达到峰值，之后再增大酶用量，多糖提取率不再增加。这是因为当酶的用量上升到一定浓度之后达到饱和，此时没有多余的底物再有机会与酶反应。

2.5.3 响应面法优化工艺

2.5.3.1 响应面分析方案与结果 根据单因素实验的结果，选取酶解时间、酶解pH、酶用量3个因素为自变量，以多糖得率为因变量，采用响应面法设计三因素三水平实验方案，共有15组实验，其中12组为析因实验，3组为中心实验以估计误差。响应面试验结果如表2所示，回归分析结果如表3所示。

表2 Box-Behnken实验设计与实验结果

编号	A.酶用量(%)	B.酶解pH	C.酶解时间(%)	多糖提取率(%)
1	0.6	9	150	21.28
2	0.5	9	120	17.18
3	0.6	7	150	19.22
4	0.5	9	180	19.83
5	0.5	7	180	17.32
6	0.4	8	180	22.25
7	0.5	7	120	16.11
8	0.4	9	150	20.65
9	0.4	8	120	20.00
10	0.4	7	150	18.04
11	0.5	8	150	26.34
12	0.5	8	150	27.09
13	0.6	8	180	21.81
14	0.6	8	120	22.22
15	0.5	8	150	26.63

表3 多糖提取率为响应值回归模型方差分析表

方差来源	平方和SS	自由度df	均方MS	F值	P值	显著性
Model	166.55	9	18.51	97.94	<0.0001	significant
A-酶用量	1.61	1	1.61	8.53	0.0330	
B-pH	8.51	1	8.51	45.03	0.0011	
C-酶解时间	4.06	1	4.06	21.49	0.0057	
AB	0.076	1	0.076	0.40	0.5548	
AC	1.77	1	1.77	9.36	0.0281	
BC	0.52	1	0.52	2.74	0.1585	
A ²	7.92	1	7.92	41.92	0.0013	
B ²	108.65	1	108.65	575.03	<0.0001	
C ²	49.25	1	49.25	260.64	<0.0001	
残差	0.94	5	0.19			
失拟度	0.66	3	0.22	1.54	0.4178	not significant
纯误差	0.29	2	0.14			
总差	167.49	14				

R²=0.9944

一般模型项 (Model) 反应实验数据与模型相符情况，失拟项反映了实验数据与模型不相符的情况。由上表可以看出，响应面模型高度显著 ($P<0.0001$)，显示差异有统计学意义；失拟项的P值为0.4178 ($P>0.05$)，说明该模型的拟合度较好，可以采用该模型确定最佳酶法提取土茯苓多糖的最佳条件。同时，该模型的 $R^2=0.9944$ 表示多糖提取率有99.44%的影响的变化来自于所选变量。一次项B、C和二次项A²、B²、C²都对土茯苓多糖提取率影响显著；二次项AC较为显著。在选取的因素水平范围内，各因素对土茯苓多糖的影响大小次序为：B-pH>C-酶解时间>A-酶用量。

2.5.3.2 交互项对多糖提取率的响应面三维图分析 图6~8为响应面分析等高线图以及对应的响应面图，可以较为直观地看出任意两个交互项对土茯苓多糖提取率的影响规律。

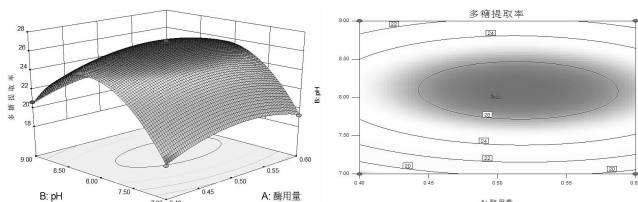


图6 酶用量(A)和酶解pH(B)对土茯苓多糖提取率的影响

图6显示了酶用量和酶解pH对土茯苓多糖提取率的交互影响作用。在酶解时间150 min下,利用曲面图和对应的等高线形状,可以看出随着酶用量和酶解pH的增大,土茯苓的多糖提取率呈现出先增大后减小的趋势。

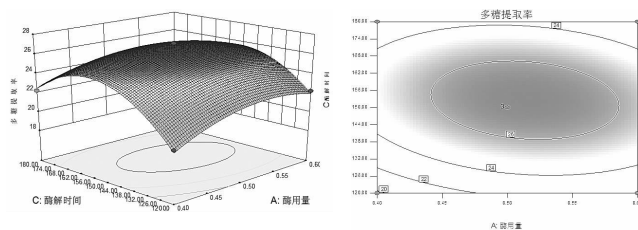


图7 酶用量(A)和酶解时间(C)对土茯苓多糖提取率的影响

图7显示了酶用量和酶解时间对土茯苓多糖提取率的交互影响作用。在最酶解pH为8下,利用曲面图和对应的等高线形状,可以看出随着酶用量和酶解时间的增大,土茯苓的多糖提取率呈现出先增大后减小的趋势。

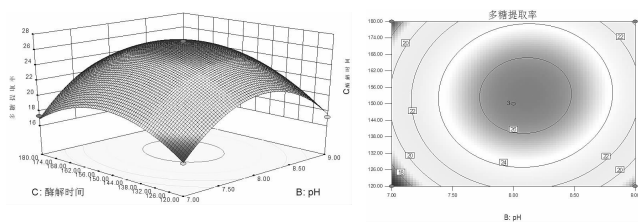


图8 酶解pH(B)和酶解时间(C)对土茯苓多糖提取率的影响

图8显示了酶解pH和酶解时间对土茯苓多糖提取率的交互影响作用。在酶用量为0.5%下,利用曲面图和对应的等高线形状,可以看出随着酶解pH和酶解时间的增大,土茯苓的多糖提取率呈现出先增大后减小的趋势。

2.53.3 验证实验 通过Design Expert 8.0.6.1优化后的回归模型对酶法提取土茯苓多糖的条件进行优化,确定了对最佳方案为木瓜蛋白酶的酶用量为0.6%、酶解时间为pH为8.08、150.34 min,在此条件下,可获得较为理想的多糖提取率。考虑到实际可行性操作,最终修正酶法提取土茯苓多糖的条件为:酶用量0.6%、酶解pH为8、酶解时间150 min。根据修正条件对此进行验证实验,样品平行三份,得到多糖提取率为26.31%,与理论值25.71%相比,相对误差为2.33%,与理论值相

近,说明拟合效果较好。

3 讨论

酶法提取多糖,可以在温和的条件之下提取多糖,可以更快速地得到活性不被破坏的粗多糖。酶具有微量高效的特点,及少量的酶就可以达到良好的多糖提取效果,避免了化学试剂的浪费。本实验的最优酶为木瓜蛋白酶,木瓜蛋白酶是一种含巯基肽链内切酶,具有蛋白酶和酯酶的活性,在土茯苓多糖提取过程中可以使土茯苓中的游离蛋白质发生水解,并进一步水解结合蛋白中的蛋白质,减少它们与土茯苓多糖的结合力,有利于土茯苓多糖的溶出。

本实验采用响应面法优化木瓜蛋白酶提取土茯苓多糖工艺,通过F值得出三个因素对多糖提取率影响顺序为:pH>酶解时间>酶用量。两两交互影响的结果来看,酶用量-酶解时间、pH-酶解时间交互项对多糖提取率的影响显著。经单因素和响应面实验,得出木瓜蛋白酶提取土茯苓多糖的最佳工艺为酶用量0.6%,酶解pH为8,酶解时间150 min,酶解温度为50℃,在此条件下得到的实际多糖提取率为26.31%,与预测值25.71%的相对误差为2.33%,表明此设计法用于酶法提取土茯苓多糖的工艺优化可行,为今后能更好的开发和利用土茯苓多糖,可以从以下两个方面开展研究。(1)本实验未对不同比例的酶进行考察,三种酶对提取土茯苓多糖得率都较高,假如三种酶以不同比例混合是不是可以更好的提取土茯苓多糖。(2)未对酶提取多糖的机理进行研究,从酶筛选结果可以看出,纤维素酶,中性蛋白酶和木瓜蛋白酶是提取土茯苓多糖得率较高的三种酶,是不是可以说明蛋白质与土茯苓多糖的结合是主要影响多糖溶出的因素。

参考文献

- [1]杨春昆.土茯苓临床应用研究进展[J].亚太传统医药,2017,13(17):77-78.
- [2]国家药典委员会.中华人民共和国药典(2015版).一部[S].北京:中国科技医药出版社,2015:8.
- [3]王建平,张海燕,傅旭春.土茯苓的化学成分和药理作用研究进展[J].海峡药学,2013,25(1):42-44.
- [4]Hong Quan, Yu Shandong, Mei Yan, et al. Smilacis Glabrae Rhizoma reduces oxidative stress caused by hyperuricemia via upregulation of catalase[J]. Cell. Physiol. Biochem, 2014, 34(5): 1675-85.
- [5]Hao Guangzhi, Zheng Jun, Huo Rentao, et al. Smilax glabra Roxb targets Akt (p-Thr308) and inhibits Akt-mediated signaling pathways in SGC7901 cells[J]. Drug Target, 2016, 24(6): 557-65.
- [6]Wang Min, Yang Xiaobo, Zhao Jingwen, et al. Structural characterization and macrophage immunomodulatory activity of a novel polysaccharide from Smilax glabra Roxb[J]. Carbohydr Polym, 2017, 156: 390-402.
- [7]Lu Chuanli, Zhu Yanfang, Hu Mengmei, et al. Optimization of astilbin extraction from the rhizome of Smilax glabra, and evaluation of its anti-inflammatory effect and probable underlying mechanism in lipopolysaccharide-induced RAW264.7 macrophages[J]. Molecules, 2015, 20(1): 625-44.
- [8]沙飞,禹志领,王一涛.土茯苓品质与药理研究进展[J].中药材,2006(5): 516-519.
- [9]吴显荣.木瓜蛋白酶的开发与应用[J].中国农业大学学报.2005,10(6):11-15.

(本文编辑:杨杰 本文校对:邓广海 收稿日期:2017-12-19)

玉竹配方颗粒质量标准的研究

杨学芳 苏万福 孙文娟

(济川药业集团有限公司, 江苏 泰兴 225440)

摘要:目的 建立玉竹配方颗粒的质量标准。方法 采用薄层色谱法(TLC)对玉竹配方颗粒进行定性鉴别;采用糖化酶水解麦芽糊精,醇沉后用苯酚-硫酸法对玉竹配方颗粒中的玉竹多糖进行测定。结果 TLC中玉竹配方颗粒在与玉竹对照药材相应的位置上,呈现相同颜色的斑点;D-无水葡萄糖的线性范围为2.53 $\mu\text{g/mL}$ ~12.65 $\mu\text{g/mL}$ ($r=0.999\ 1$),平均回收率为95.0% ($\text{RSD}=0.70\%$, $n=6$)。结论 该方法可行,重复性好,能有效地控制玉竹配方颗粒的质量。

关键词: 玉竹; 配方颗粒; 质量标准; TLC; 苯酚-硫酸法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.041

文章编号:1672-2779(2018)-06-0103-03

Research on the Quality Standard for Yuzhu Dispensing Granules

YANG Xuefang, SU Wanfu, SUN Wenjuan

(Jumpan Pharmaceutical Co. Ltd, Jiangsu province, Taixing 225440, China)

Abstract: **Objective** To establish the quality standard of Yuzhu dispensing granules. **Methods** TLC was conducted for the qualitative identification, and maltodextrin was treated with glucoamylase hydrolysis and ethanol precipitation successively, then the phenol-sulfuric acid method was used for the content determination of polygonatum odoratum polysaccharide in Yuzhu dispensing granules. **Results** TLC showed that the spots in the chromatography of the test solution corresponding to the position to control medicine had the same color. The linear range of D-glucose anhydrous was 2.53 $\mu\text{g/mL}$ ~12.65 $\mu\text{g/mL}$ ($r=0.999\ 1$) and the average recovery was 95.0% ($\text{RSD}=0.70\%$, $n=6$). **Conclusion** The method is feasible and reproducible, which can effectively control the quality of Yuzhu dispensing granules.

Keywords: Yuzhu; dispensing granules; quality standard; TLC; phenol-sulfuric acid method

玉竹又名葳蕤、女萎^[1],为百合科黄精属^[2]植物玉竹的干燥根茎,为传统的药食两用中药材,具有滋阴、润肺、养胃生津等功效。该植物不仅作为药品应用,还广泛应用于保健品以及食疗中^[3],是卫生部公布的药食两用87种植物之一^[4]。配方颗粒具有体积小、易于保存、易于携带、质量稳定等优点,突破了传统中药饮片煎煮服用的模式,给患者用药带来方便。虽然中药配方颗粒优势明显,但基础研究还相对薄弱^[5],目前关于玉竹配方颗粒质量标准的研究还未见报道。2015版《中国药典》中玉竹饮片项下,对本品的薄层鉴别未做研究,不能为玉竹配方颗粒的定性研究提供参考,且定量方法只适用于单一饮片中玉竹多糖的测定,不适用工艺中以麦芽糊精为辅料进行干燥制粒的配方颗粒中的玉竹多糖的测定。

玉竹饮片的提取物由于黏度大、干粉软化点较低,喷雾干燥存在黏壁现象,试验表明,采用加入一定比例的麦芽糊精进行真空干燥的方式较为可行,但麦芽糊精的加入影响了产品中活性成分玉竹多糖^[6]的含量测定。多糖是一类成分较为复杂的混合物,常用的测定方法是比色法,利用水提醇沉的方式将多糖与小分子糖类分离后显色测定,但麦芽糊精是一类易溶于水不溶于乙醇的糖类辅料,醇沉不能将其与多糖分离,从而导致产品中多糖测定含量偏高。本研究采用糖化酶将麦芽糊精水解为小分子糖类,再用醇沉的方式将其去除^[7],从而消除麦芽糊精对玉竹多糖含量测定的干扰,为含麦芽糊精类配方颗粒中多糖测定方法的建立

提供参考,为规模化的工业生产提供科学依据。

1 仪器与试药

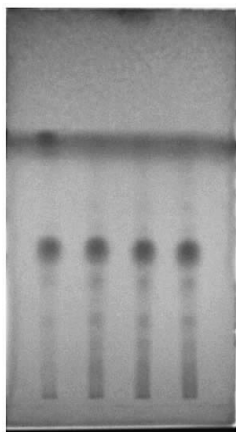
1.1 仪器 UV-2450紫外-可见分光光度计(日本岛津);XS 205电子分析天平(梅特勒);DD70薄层成像仪(德国迪赛克);TDL-40B离心机(上海安亭科学仪器厂);KQ-500B超声仪(江苏昆山市超声仪器有限公司);HH恒温水浴锅(金坛市中大仪器厂);硅胶G板(青岛海洋化工分厂)。

1.2 试药与药品 D-无水葡萄糖对照品(批号:110833-201506,含量以99.9%计),玉竹对照药材(批号:121467-201103,3g/支),均购于中国食品药品检定研究院;玉竹配方颗粒,济川药业集团有限公司自制;麦芽糊精(批号:160714,安徽山河药用辅料股份有限公司);硫酸为优级纯(国药集团化学试剂有限公司);苯酚为生化试剂(绿叶集团);水为超纯水,实验室自制;其余试剂均为分析纯。

2 TLC定性鉴别

取本品0.3 g,加乙醇30 mL,超声处理30分钟,滤过,滤液蒸干,残渣加乙醇1 mL使溶解,作为供试品溶液。另取玉竹对照药材0.5 g,同法制成对照药材溶液。照薄层色谱法(《中国药典》2015年版四部通则0502)试验,吸取供试品溶液10 μL 、对照药材溶液15 μL ,分别点于同一硅胶G薄层板上使成条带状,以三氯甲烷-乙酸乙酯-甲醇-甲酸(3:1:4:0.2)为展开剂,展开,取出,晾干,喷以5%香草醛硫酸试液,在105 $^{\circ}\text{C}$ 加热至斑点显色清晰。结果,供试品色谱中,在与对照药材

色谱相应的位置上,显相同颜色的斑点。见图1所示。



1.对照药材;2.样品(批号:1610013)
3.样品(批号:1610023);4.样品(批号:1610033)

图1 玉竹配方颗粒TLC图谱

3 玉竹多糖含量测定

3.1 标准曲线的制备 精密称取对照品12.66 mg,置20 mL量瓶中,加水溶解并稀释至刻度,摇匀,作为对照品溶液。

精密量取对照品溶液1.0 mL、2.0 mL、3.0 mL、4.0 mL、5.0 mL,分别置50 mL量瓶中,加水稀释至刻度,摇匀。精密量取上述溶液各2 mL,置具塞比色管中,分别加4%苯酚溶液1 mL,混匀,迅速加入硫酸7.0 mL,摇匀,于40℃水浴中保温30分钟,取出,置冰水浴中5分钟,取出,以相应试剂为空白,照紫外-可见分光光度法(《中国药典》2015年版四部通则0401),在490 nm波长处测定吸光度,以浓度为横坐标(X),吸光度(Y)为纵坐标,绘制标准曲线。回归方程为 $Y=0.0509X+0.0089$, $r=0.9991$,表明D-无水葡萄糖在2.53 μg/mL~12.65 μg/mL的范围内与其吸光度呈良好的线性关系。

3.2 供试品溶液的制备及测定方法 取本品,研细,取约1 g,精密称定,置锥形瓶中,加热水100 mL使溶解,放冷,加入糖化酶0.05 g,摇匀,置37℃干燥箱中保温2小时。取出,煮沸5分钟使酶失活。趁热过滤,放冷并适当浓缩,转移至100 mL量瓶中,加水稀释刻度。精密量取2 mL,置20 mL离心管中,加乙醇10 mL搅拌,离心10分钟(4000 r/min),取沉淀加2 mL热水溶解,重复醇沉离心一次。沉淀加水稍清洗,弃去洗液,沉淀转移至10 mL量瓶中,加水稀释至刻度,摇匀。精密量取2 mL,照标准曲线项下的方法,自“4%苯酚溶液1 mL”,依法测定吸光度,根据标准曲线计算含量^[8-9]。

3.3 精密度试验 按上述方法测定D-无水葡萄糖,取同一对照品溶液连续测定6次,RSD为0.29%($n=6$),表明该方法精密度良好。

3.4 重复性试验 取同一批样品(批号:1610013)6份,按3.2项下方法操作,依法测定D-无水葡萄糖的含量。

结果平均含量为22.87 mg/g,RSD为1.21%($n=6$),表明该方法重复性较好。

3.5 稳定性试验 分别取对照品溶液及玉竹配方颗粒(批号:1610013)供试品溶液,按上述检测条件,分别于0、0.5、1、3.5、4.5、6小时进样,测定D-无水葡萄糖吸光度。RSD分别为0.82%($n=6$)、0.53%($n=6$),表明对照品及供试品溶液在6小时内稳定性较好。

3.6 加样回收率 试验取供试品6份,每份约0.5 g,精密称定,分别精密加入D-无水葡萄糖对照品12 mg,照3.2项下方法制备供试品溶液,依法测定。结果平均回收率为95.0%,RSD=0.70%($n=6$),结果见表1所示。

表1 加样回收率试验结果 ($n=6$)

序号	加标量 (mg)	样品含量 (mg)	检出量 (mg)	回收率 (%)	平均值 (%)	RSD (%)
1	12.16	11.00	22.81	95.1	95.0	0.70
2	12.54	10.75	23.26	96.1		
3	12.22	10.94	22.95	94.4		
4	12.56	11.01	23.08	94.2		
5	12.75	10.83	23.30	94.3		
6	12.02	10.74	22.68	95.6		

3.7 样品测定 分别精密称定三批玉竹配方颗粒(批号:1610013、1610023、161033)约1 g,按4.2项下方法制备供试品,采用标准曲线法测定D-无水葡萄糖的含量,结果见表2所示。

表2 三批样品中D-无水葡萄糖含量测定结果

样品批号	D-无水葡萄糖(mg/g)
1610013	23.01
1610023	24.73
1610033	24.40

4 讨论

(1) 薄层鉴别试验研究过程中,曾吸取供试品溶液1 μL、对照药材溶液10 μL,分别点于同一硅胶G薄层板上,显色后发现,供试品及对照药材斑点均不够清晰;后尝试进一步加大点样量,吸取供试品溶液3 μL、5 μL,对照药材10 μL、15 μL,分别点于同一硅胶G薄层板上,结果供试品色谱中,在与对照药材色谱相应的位置上虽显相同颜色的斑点,但斑点仍不够清晰,分离效果不理想;下一步在加大点样量的同时将斑点成条带状,吸取供试品10 μL、对照药材15 μL分别以条带状点于同一硅胶G薄层板上,结果显示,供试品色谱中,在与对照药材色谱相应的位置上,显相同颜色的斑点,分离效果较好,因此确定该方法为玉竹配方颗粒的薄层鉴别方法^[10]。

(2) 糖化酶用量考察:研究过程中发现,糖化酶的用量过多或过少均会影响检测结果,过多时溶液浓度高颜色深,干扰吸收导致测定值偏高;用量不足时,不能将麦芽糊精水解完全,同样会导致测定值偏高;

通过一系列试验,最终确定了酶(糖化酶)与底物(麦芽糊精)的比例为5:1时,为最佳比例,结合玉竹配方颗粒的工艺中主药与麦芽糊精比例为4:1,故主药取1g时,对应糖化酶的加入量为0.05g。

(3) 酶解温度考察: 研究中分别考察了产品在60℃及37℃条件下的酶解情况,结果发现酶解温度为60℃时,在预设的几个时间段内,含量波动较大不稳定,且总体较高,说明麦芽糊精没有完全酶解,考虑因为60℃时,酶部分失活,导致麦芽糊精水解不完全,因此选定酶解温度为37℃,在此基础上进一步考察酶解时间。

(4) 酶解时间考察: 固定酶解温度为37℃的条件下,取玉竹配方颗粒8份,每份约1g,酶解时间分别设置0.5、1、2、4、6、8、12、24小时,进一步考察糖化酶的酶解能力,结果发现,当酶解时间为2小时时,吸光度趋于平稳,表明此时样品中麦芽糊精已水解完全。见图2。

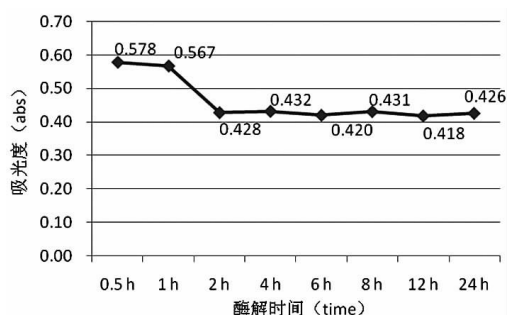


图2 糖化酶对麦芽糊精水解能力测定结果

由于酶解反应具有高度的专一性,糖化酶对 α -1,4糖苷键和 α -1,6糖苷键有水解能力,仅可水解玉竹配方颗粒中的麦芽糊精,无法水解玉竹中含有的玉竹黏多糖、玉竹果聚糖等成分,故此法可以有效排除麦芽糊精对活性成分玉竹多糖测定的干扰。

综上所述,文中的定性及定量方法科学、准确,具有良好的可控性及重复性,可用于玉竹配方颗粒的质量控制。

参考文献

- [1]许丽丽,展晓日,曾昭武,等.玉竹多糖的研究进展[J].中药材,2011,34(1):154-157.
- [2]宁波,谭乃迪,于丽颖,等.玉竹多糖的提取及脱色处理的工艺优化[J].食品工业,2017(6):84-87.
- [3]赵容,许亮,谢明,等.中药玉竹的本草考证[J].中国实验方剂学杂志,2017(15):227-234.
- [4]杨慧洁,杨世海,张海弢,等.玉竹化学成分、药理作用研究进展及开发利用现状[J].人参研究,2012,24(3):40-45.
- [5]连晓吟,杨仪雪.罗汉果配方颗粒质量标准研究[C].中华中医药学会第八次中药分析学术交流会,2015.
- [6]周劭宣,刘明欣,黄晓巍,等.药食两用中药玉竹药理作用及其应用的研究进展[J].人参研究,2017(3):52-54.
- [7]何璐,刘莹,胡亚蕊,等.玉竹多糖提取工艺的研究[J].农业科技与装备,2011(1):28-31.
- [8]国家药典委员会.中华人民共和国药典(一部)[S].2015版.北京:中国医药科技出版社,2015:84-85.
- [9]张晓凤.巴戟天配方颗粒中多糖含量测定[J].北方药学,2014,11(9):15.
- [10]刘恩明,戚进,余伯阳.玉竹的质量控制方法[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(17):74-77.

(本文编辑:杨杰 本文校对:韩翠翠 收稿日期:2017-12-26)

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

调畅心阳、厚肠补土法治疗腹泻型肠易激综合征 60 例[※]

邱 健 叶 凡 李连勇

(福建中医药大学附属福鼎医院中医内科, 福建 福鼎 355200)

摘要:目的 观察根据调畅心阳、厚肠补土法而拟定的经验方(桂枝荔芝汤)用于治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效。方法 将门诊及住院120例腹泻型肠易激综合征患者随机分为治疗组和对照组,各60例,治疗组以桂枝荔芝汤加减,对照组以痛泻要方加味,2组疗程均为4周,随访1个月。结果 在IBS-D临床症状的比较上,2组治疗前后各症状均改善明显($\Delta P < 0.05$, $\square P < 0.05$),对照组除“倦怠乏力”外各症状改善明显。2组治疗前症状积分比较无统计学差异($\Delta P > 0.05$),具有可比性,治疗组对“腹胀腹痛、脘腹痞满”的改善与对照组比较有显著差异($\blacksquare P < 0.05$),2组对“大便泄泻、肠鸣矢气、食欲不振”症状的改善疗效相当($\nabla P > 0.05$)。治疗组总有效率95.0%与对照组总疗效91.7%比较虽无显著差异($P > 0.05$),但治疗组愈显率较对照组优($P < 0.05$),且复发率较对照组低($P < 0.05$)。结论 通过调畅心阳、厚肠补土法而拟定的经验方(桂枝荔芝汤)能够有效改善腹泻型肠易激综合征患者的临床症状和体征,降低复发率,且无明显毒副作用和不良反应。

关键词: 桂枝荔芝汤; 腹泻型肠易激综合征; 中医药疗法; 腹泻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.042

文章编号:1672-2779(2018)-06-0106-04

Regulating Heart-yang and Invigorating the Spleen Methods in the Treatment of
Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome for 60 Cases

QIU Jian, YE Fan, LI Lianrong

(Department of TCM Internal Medicine, Fuding Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuding 355200, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical curative effect of the Guizhi-Lizhi decoction in the treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. **Methods** 120 cases of outpatients and inpatients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome were randomly divided into the treatment group and the control group, with 60 cases in each group. The treatment group was treated with GLD, and the control group was treated with Tongxieyao formula. Both groups were treated for four weeks. **Results** Comparing with the IBS-D clinical symptoms before and after treatment in each group, the symptoms both improved significantly ($P < 0.05$), except for the symptom of "fatigue" in the control group. There was no statistical difference in symptom scores between the two groups before treatment ($P > 0.05$). And the two groups had similar curative effects on symptoms of "diarrhea, bowel vomiting, loss of appetite" ($P > 0.05$). But the improvement of the "abdominal distention and pain, abdominal fullness" in the treatment group comparing with those in the control group were significantly different. At last, there was no significant difference in the total effective rate of 95.0% in the treatment group and 91.7% of the control group ($P > 0.05$). However, the improvement rate in the treatment group was superior to that in the control group ($P < 0.05$), and the relapse rate in the treatment group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The experience prescription formulated by regulating heart-yang and invigorating the spleen methods can effectively improve the clinical symptoms and signs of IBS-D patients, reduce the relapse rate and has no obvious toxicity side effects and adverse reactions.

Keywords: Guizhi Lizhi decoction; diarrhea-predominant irritable bowel syndrome; therapy of TCM; diarrhea

肠易激综合征 (IBS) 是临床上常见的一种功能性疾病, 临床表现为排便习惯改变 (腹泻或便秘)、粪质性状异常 (稀便、黏液便或硬结便)、腹痛及腹胀等, 此症状持续存在或间歇发作, 但无器质性疾病 (形态学、细菌学及生化代谢等异常) 的证据。根据2006年新出版的罗马Ⅲ诊断标准^[1], IBS可分为腹泻型 (IBS-D)、便秘型 (IBS-C)、混合型 (IBS-M)、未定型 (IBS-U), 西方国家以便秘型为常见, 我国则以腹泻型多见。据罗马Ⅲ标准^[1], IBS-D须同时符合分型中的腹泄型标准: 稀便 (糊状便) 或水样便占大便量 $\geq 25\%$, 硬便或块状

便占大便量 $< 25\%$ 。

由于本病的病因与发病机制不明确, 临床症状缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常, 对其做出正确诊断, 一直是临床面临的难题, 且治疗缺乏特异性。尽管该患病率高, 但大部分的IBS患者并无主动就医^[2], 虽不危及生命, 但不同程度地影响人们的生存质量^[3], 目前已成为影响学习、工作、生活的第二大原因^[4], 因此积极防治本病具有重要意义, 近年来中医中药治疗肠易激综合征具有明显的特色, 显示了良好的前景, 日益受到人们的重视。

根据临床表现, IBS-D属于祖国医学“腹痛、泄泻、肠郁”范畴。中医认为IBS-D的发生与饮食不节、外感时邪、情志失调、脾胃虚弱、命门火衰等有关。大多数学者多从肝、脾、肾入手来论治IBS-D^[5], 少数学

[※] 基金项目: 国家中医药管理局全国基层名老中医药专家传承工作室建设项目; 国家中医药管理局第三批全国优秀中医临床人才研修项目; 福建中医药大学校管课题项目 [No. XB2014085]



者重视“心主神志”而从心论治IBS-D, 我们根据吴允耀主任的六经藏象理论, 从心、小肠藏象论治IBS-D, 认为IBS-D关键在心、小肠藏象功能紊乱, 与脾胃、大肠、肝有所关联, 临床上重视调畅心阳, 厚肠补土, 自拟桂枝荔芝汤, 对IBS-D患者有极好的治疗效果, 不仅能改善患者腹痛、腹泻等临床症状, 而且能减少复发。

本课题旨在通过对IBS-D患者进行症状量表的统计分析, 观察治疗前后症状量表积分值变化、症状疗效及复发率, 客观评价桂枝荔芝汤治疗IBS-D的疗效, 为临床治疗IBS-D开拓新的思路和方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有研究对象均来自2015年7月—2016年12月就诊于福鼎市中医院及福鼎市医院消化内科门诊及住院患者, 总病例数120例, 全部病例符合Rome III IBS-D的诊断标准。将符合IBS-D患者按随机原则分为治疗组和对照组各60例, 其中治疗组60例中男22例, 女38例; 平均年龄(41.63±9.23)岁; 平均病程(1.86±0.65)年。对照组60例中男25例, 女35例; 平均年龄(41.85±8.81)岁; 平均病程(1.88±0.63)年。经统计分析, 2组性别、年龄以及病程比较无显著性差异($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 腹泻型IBS诊断标准根据2006年罗马国际会议上达成的Rome III IBS-D的诊断标准^[1]。在最近的3个月内每个月至少有3天具有反复发作的腹痛或腹部不适, 并有下列症状中的2个或以上: (1) 排便后症状改善; (2) 排便频率的改变; (3) 粪便性状的改变。在诊断前6个月出现症状, 最近3个月症状发作符合上述诊断。其中腹泻型IBS (IBS-D) 又需符合以下诊断标准: 稀便(糊状便)或水样便占大便量 $\geq 25\%$, 硬便或块状便占大便量 $<25\%$ 。

1.3 纳入标准 (1) 18周岁以上, 65周岁以下。(2) 符合诊断标准诊断为腹泻型肠易激综合征患者。(3) 腹泻症状一个月明显加剧, 影响工作、生活, 一周来经饮食调理、情志调节等不能缓解。

1.4 排除标准 (1) 未满18周岁或超过65周岁。(2) 甲状腺功能亢进、糖尿病、肝硬化等全身性疾病引起的慢性腹泻。(3) 依从性差或资料不全等影响观察判断者。(4) 对本药过敏者或妊娠、哺乳期妇女。(5) 精神病患者或合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病。(6) 在观察期间用了其他影响止泻的药物。(7) 某些药物引起的慢性腹泻。

1.5 治疗方法 将2015年7月—2016年12月符合Rome III IBS-D诊断标准, 并就诊于福鼎市中医院及福鼎市医院消化内科门诊及住院患者, 随机分为治疗组和对照组,

治疗组自拟桂枝荔芝汤(桂枝10 g, 白芍药10 g, 党参20 g, 荔枝核20 g, 灵芝30 g, 肉豆蔻6 g, 白术12 g, 孩儿茶10 g, 木香10 g, 鬼针草12 g, 神曲12 g, 炙甘草10 g, 生姜3片, 红枣7枚)治疗。对照组根据中华中医药学会脾胃病分会《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[2]以痛泻要方加味(白芍10 g, 陈皮6 g, 防风10 g, 白术12 g, 炙甘草10 g, 柴胡10 g, 枳实6 g, 芡实30 g, 白扁豆15 g)治疗。2组煎服法、服药疗程、注意事项均为: 每日1剂, 清水文火煎煮2遍, 合二为一, 分2次温服, 4周1疗程, 随访1个月; 治疗期间停用其它治疗本病症的药物, 注意休息、饮食清淡, 忌油腻、辛辣食物及调畅情志; 疗程结束时观察疗效并记录, 疗程结束1个月后随访观察复发率。

1.6 观察项目及方法

1.6.1 观察项目 (1) 一般项目: 包括姓名、性别、年龄、病程及中西医诊断等。

(2) 症状纪录: 通过问诊, 了解IBS-D患者大便次数、大便性质、腹痛、腹胀等症状及病情的轻、中、重, 并进行量化评分统计。治疗前、治疗后当日各测评1次, 测评结束后及时进行数据统计并制表; 治疗后一个月随访, 了解病情复发情况。

(3) 辅助检查项目: ①血常规; ②尿常规; ③粪常规; ④空腹血糖及糖化血红蛋白; ⑤甲状腺功能及肝功能、肾功能; ⑥肝、胆、胰、脾脏彩超; ⑦电子结肠镜及病理检查。

(4) 主要症状程度分级及评分: IBS-D症状分级量化标准参照国家药监局组织编的《中药新药临床研究指导原则》^[3]。①大便泄泻。“0”级(记0分): 大便成形, 每日1~2次; “1”级(记2分): 大便不能成形, 每日3~4次; “2”级(记4分): 大便稀溏, 每日5~10次; “3”级(记6分): 大便如水样, 每日10次以上。②腹胀腹痛: “0”级(记0分): 无; “1”级(记2分): 偶有轻微腹胀腹痛; “2”级(记4分): 腹胀腹痛较重, 但能忍受; “3”级(记6分): 剧烈腹胀腹痛, 不能忍受, 需服药控制。③肠鸣矢气: “0”级(记0分): 无; “1”级(记2分): 肠鸣矢气偶有发生; “2”级(记4分): 肠鸣矢气发作较频(少于10次/日); “3”级(记6分): 肠鸣矢气频作(多于10次/日)。④脘腹痞满: “0”级(记0分): 无; “1”级(记1分): 食后脘腹痞满, 半小时内自行缓解; “2”级(记2分): 食后脘腹痞满, 1小时内自行缓解; “3”级(记3分): 整日脘腹痞满。⑤食欲不振: “0”级(记0分): 无; “1”级(记1分): 食欲较差, 食量减少低于1/3; “2”级(记2分): 食欲不佳, 食量减少1/3以上; “3”级(记3分): 终日不欲进食, 食量较病前减

少1/2。⑥倦怠乏力：“0”级（记0分）：无；“1”级（记1分）：肢体稍倦，可坚持轻体力工作；“2”级（记2分）：四肢乏力，勉强坚持日常活动；“3”级（记3分）：全身无力，终日不愿活动。

1.6.2 观察方法 2组符合诊断标准的观察对象，在治疗期间，每7天复诊1次，均以4周为1疗程。开始治疗前和疗程结束后当日对观察对象进行临床症状量表记录，并计算总积分，疗程结束后1个月随访复发情况。辅助检查项目，分别在开始治疗前及治疗结束时各检测一次，如有不良反应或其他特殊情况，应随时进行处理或停止研究。

治疗期间不得服用其它药物，如特殊需要采取其他治疗措施时，必须在临床观察表中进行详细记录，同时交代患者忌食辛辣、油腻等刺激性食物，忌烟酒，舒情志。

1.6.3 不良反应观察 观察对象如出现心慌心悸、头晕、耳鸣、听力下降、呕吐、皮肤瘙痒、皮疹、便血等必须及时详细如实记录症状发生时间、程度、频率等，并分析其原因。如症状严重应停药，并采取相应处理措施，如实记录。

1.7 疗效判断标准 IBS-D症状疗效评定标准：参照国家药监局组织编写的《中药新药临床研究指导原则》^[6]，根据治疗前、后的主要症状积分计算疗效指数，其公式（尼莫地平法）为：疗效指数（n）=（治疗前症状积分-治疗后症状积分）/治疗前症状积分×100%。（1）痊愈：主要症状基本消失，疗效指数≥90%；（2）显效：主要症状明显减轻，疗效指数≥60%~<90%；（3）有效：主要症状减轻，疗效指数≥30%~<60%；（4）无效：主要症状无减轻，疗效指数<30%。

1.8 统计学方法 采用SPSS 17.0软件进行统计分析，建立数据库，测定数据以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示。计量资料组间比较（即二组各项指标的比较）采用t检验，治疗前后组内比较采用配对t检验，计数资料采用 χ^2 检验，等级分组的计数资料采用秩和检验。

2 结果

2.1 2组IBS-D症状总疗效比较 见表1。表1显示，治疗组临床愈显率78.3%与对照组临床愈显率51.7%比较有显著差异（ $\Delta P < 0.05$ ），但2组的总有效率基本相当，两组症状疗效比较无显著性差异（ $\Delta P > 0.05$ ）。

表1 2组症状总疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率	总有效率
治疗组	60	15(25.0)	32(53.3)	10(16.7)	3(5.0)	78.3 Δ	95.0 Δ
对照组	60	10(16.7)	21(35.0)	24(40.0)	5(8.3)	51.7 Δ	91.7 Δ

注：与对照组比较 $\Delta P < 0.05$ ， $\Delta P > 0.05$

2.2 2组IBS-D病情复发率比较 见表2。表2显示，治疗

组复发率为13.89%，对照组复发率为46.88%，经统计学处理， $P < 0.05$ ，2组复发率有显著性差异，提示治疗组的复发率较对照组低。

表2 2组病情复发率比较 [例(%)]

组别	随访例数	复发例数	复发率
治疗组	36	5	13.89
对照组	32	15	46.88

2.3 2组治疗前后各症状比较 见表3。表3显示，2组治疗前后各症状均改善明显（ $\Delta P < 0.05$ ， $\square P < 0.05$ ），对照组除“倦怠乏力”外各症状改善明显。2组治疗前症状积分比较无统计学差异（ $\Delta P > 0.05$ ），具有可比性，治疗组对“腹胀腹痛、脘腹痞满”的改善与对照组比较有显著差异（ $\blacksquare P < 0.05$ ），2组对“大便泄泻、肠鸣矢气、食欲不振”症状的改善疗效相当（ $\nabla P > 0.05$ ）。

表3 2组治疗前后各症状比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	大便泄泻	腹胀腹痛	肠鸣矢气	脘腹痞满	食欲不振	倦怠乏力
治疗组	治疗前	3.81±1.07 Δ	3.76±1.13 Δ	4.31±1.05 Δ	2.06±0.73 Δ	1.13±0.76 Δ	0.51±0.51 Δ
	治疗后	1.03±1.43 Δ	0.72±0.95 $\blacksquare$	2.21±1.41 Δ	0.69±0.89 $\blacksquare$	0.45±0.61 Δ	0.21±0.43 Δ
对照组	治疗前	4.03±1.13 $\square$	4.02±1.20 $\square$	4.05±1.22 $\square$	1.71±0.64 $\square$	0.92±0.67 $\square$	0.45±0.51 $\square$
	治疗后	0.91±1.01 ∇	1.35±0.93 $\blacksquare$	2.65±1.18 ∇	1.21±1.13 $\blacksquare$	0.51±0.51 ∇	0.36±0.48 ∇

2.4 安全性观察 所有病例均无出现不良反应，治疗前后肝肾功能和血常规、尿常规、粪常规等检查均在正常范围。

3 讨论

腹泻型肠易激综合征（IBS-D）是一种缺乏形态学和生化学改变标志，以腹痛或腹部不适排便习惯改变为特征的功能性肠病，中医学无肠易激综合征之病名，根据本病的临床特征，IBS-D属于《中医病证治法术语》中“肠郁”，散见于中医学“腹痛”“腹泻”等范畴。IBS-D的发生主要是由于感受外邪、饮食所伤、情志失调、脾胃虚弱、肾阳虚衰而致脏腑虚弱或功能失调，影响到脾主运化水湿功能及大肠传导失司而发病^[7]。中医治疗IBS-D的方法有辨证治疗、基础方加减治疗、中西医结合治疗及针灸推拿等多种，而在IBS-D疾病本质的基础上拟定基本方化裁治疗可以使诊疗更加简便、效验，更符合临床实际。

3.1 桂枝荔芝汤的立方依据及方解

3.1.1 桂枝荔芝汤立方依据 历代医家治疗泄泻皆从脾胃、肝、肾入手，近代大多学者普遍认为肝郁脾虚是IBS-D的主要病机^[5]，故用痛泻要方加味治疗，而我们根据吴允耀主任的六经藏象理论，认为IBS的关键在心小肠藏象功能紊乱，临床所见有心小肠藏象系统的主体性病证，也有心小肠影响他脏、或他脏影响心小肠的整体性病证等，标本主次不同。中医学的器官组织与现代医学大致相同，而中医学以五

脏为中心、由阴阳经络联结的系统则与现代医学大异,这正是中医辨病辨证论治特色的关键所在。小肠的受盛、化物功能由心君主之神明所调控,因禀赋薄弱、寒温失调、饮食不节、情志不畅、劳逸过度等原因,均能使心、小肠藏象功能紊乱,心阳不得温煦肠腑,而使小肠受盛化物和泌别清浊失司而致泄泻^[8],因此自拟桂枝荔芝汤调畅心阳,厚肠补土以治疗IBS-D。

3.1.2 桂枝荔芝汤的方药分析 桂枝荔芝汤以桂枝汤为君药,方中用桂枝温经通阳祛寒,而调中理气;白芍药和营敛阴而缓急止痛;生姜、红枣、炙甘草调营卫、和中土、行津液,使心阳能够温煦肠腑;臣以荔枝核温中行气散滞而止痛,又能理气补虚;灵芝益气保精养神;佐以党参、白术益气健脾和中,儿茶、肉豆蔻涩肠止泻,与灵芝、荔枝核相配,可以心肝脾肾同治;木香理气止痛,既开心气又顺肠气;鬼针草能清肠热而解毒;使以神曲消食化气,调中祛邪。诸药相伍,共奏调畅心阳,厚肠补土之效。

本方从小肠藏象论治IBS-D的作用机制主要包括以下三个方面:(1)辛甘理阳,酸苦和阴,调畅心小肠藏象系统,使阳气精则养神,柔则顺肠;(2)厚肠补土,使受盛内实,化物充成;(3)扶正祛邪,疏肝固肾,使脏腑平和,气宜相得^[8]。

3.2 本临床研究结果及结论 根据调畅心阳、厚肠补土法而拟定的经验方(桂枝荔芝汤)用于治疗腹泻型肠易激综合征临床疗效的研究,在IBS-D临床症状的比较上,两组治疗前后各症状均改善明显($\Delta P < 0.05$, $\square P < 0.05$),对照组除“倦怠乏力”外各症状改善明显。两组治疗前症状积分比较无统计学差异($\Delta P > 0.05$),具有可比性,治疗组对“腹胀腹痛、脘腹痞满”的改善与对照组比较有显著差异($\blacksquare P < 0.05$),2组对“大便泄泻、肠鸣矢气、食欲不振”症状的改善疗效相当($\nabla P > 0.05$)。治疗组总有效率95.0%与对照组总疗效91.7%比较虽无显著差异($P > 0.05$),但治疗组愈显率较对照组优($P < 0.05$),且复发率较对照组低($P < 0.05$)。综上所述,通过调畅心阳、厚肠补土法而拟定的经验方(桂枝荔芝汤)能够有效改善腹泻型肠易激综合征患者的临床症状和体征,降低复发率,且无明显毒副作用和不良反应,在IBS-D临床诊疗中有显著的治疗优势,值得推广应用。

参考文献

- [1]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.肠易激综合征中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,31(5):2-6.
- [2]Corney RH, Stanton R. Physical symptoms severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome[J]. J Psychosom Res, 1990, 34:483.
- [3]Anon Irritable bowel syndrome[M]. Am Fam Phys, 1997, 55(3):883.

- [4]张声生,许文君,陈贞,等.疏肝健脾法与健脾化湿法治疗腹泻型肠易激综合征对比疗效比较观察[J].中华中医药杂志,2010,25(1):127.
- [5]邱琳,孙志广.中医药治疗肠易激综合征研究进展[J].中医药导报,2007,13(1):79.
- [6]郑筱萸.中药新药研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:167-170.
- [7]李定国,李兆东.肠易激综合征研究现状与展望[J].中华消化杂志,2001,21(2):69.
- [8]吴允耀.心小肠藏象论治肠易激综合征[C].//第二十二届全国中西医结合消化系统疾病学术会议暨消化疾病诊治进展学习班论文汇编,2010,1(1):72-80.

(本文编辑:杨杰 本文校对:王毅 收稿日期:2018-01-12)

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。

埃菴(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《四川洪雅中草药名录》,人民卫生出版社,2017

化湿解毒法治疗慢性原发性血小板减少性紫癜 湿热蕴毒证的临床研究^{*}

汪莉 李铁 杜红旭

(大连市第二人民医院血液肿瘤科, 辽宁 大连 116011)

摘要:目的 探究化湿解毒法治疗慢性原发性血小板减少性紫癜湿热蕴毒证的临床疗效。方法 回顾分析2016年10月—2017年12月大连市第二人民医院住院及门诊慢性原发性血小板减少性紫癜湿热蕴毒证病历40例。将所有入组患者按照随机分组方式分为治疗组和对照组, 每组20例患者, 对照组采用激素治疗, 观察组采用化湿解毒法治疗, 观察2组治疗前后临床出血症状改变, 周围血小板数量的变化及临床疗效。结果 治疗后治疗组总有效率为85%高于对照组的80%, 但差异无显著性意义 ($P>0.05$)。治疗1周后2组出血症状均有改善, 2组无显著性意义 ($P>0.05$)。治疗4周后治疗组出血症状的改善情况明显优于对照组, 比较均有统计学意义 ($P<0.05$)。2组患者血小板数量比较, 治疗1周时对照组明显高于治疗组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 治疗2周时, 对照组高于治疗组, 但差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗4周后治疗组明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 慢性原发性血小板减少性紫癜湿热蕴毒证采用化湿解毒法治疗可有效改善出血症状, 且无明显副作用, 具有良好临床效果。

关键词: 原发性血小板减少性紫癜; 湿热蕴毒证; 化湿解毒; 血小板数量; 血症

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.043

文章编号:1672-2779(2018)-06-0110-03

Clinical Study on Resolving Dampness and Removing Toxicity Therapy in the Treatment of Chronic Primary Thrombocytopenic Purpura with Accumulation of Damp-heat and Detoxification

WANG Li, LI Tie, DU Hongxu

(Department of Hematological Oncology, Dalian Second People's Hospital, Liaoning Province, Dalian 116011, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effect of resolving dampness and removing toxicity therapy in the treatment of chronic primary thrombocytopenic purpura with accumulation of damp-heat and detoxification. **Methods** A retrospective analysis was conducted from October 2016 to December 2017 in Dalian Second People's Hospital. 40 cases of hospitalization and outpatient diagnosis of chronic thrombocytopenic purpura damp heat Accumulation of medical records were randomly divided into treatment group and control group, with 20 cases in each group. The control group was treated with hormone therapy, and the observation group was treated with resolving dampness and removing toxicity therapy. Before and after treatment, changes in clinical symptoms of bleeding, changes in the number of peripheral platelets and clinical efficacy were observed. **Results** After treatment, the total effective rate in the treatment group was 85% which was higher than 80% in the control group, and the difference was not significant ($P>0.05$). One week after treatment, the bleeding symptoms of both groups were improved, and there had no significant difference between the two groups ($P>0.05$). After 4 weeks of treatment, the improvement of bleeding in the treatment group was significantly better than that in the control group ($P<0.05$). The number of platelets in the two groups was significantly higher than that in the control group at first week ($P<0.05$). After 2 weeks of treatment, number of platelets of the control group was higher than the treatment group, but the difference was not statistically significant ($P>0.05$). After 4 weeks of treatment, number of platelets of the treatment group was significantly higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The resolving dampness and removing toxicity therapy in the treatment of chronic primary thrombocytopenic purpura with accumulation of damp-heat and detoxification can effectively improve the bleeding symptoms, has no obvious side effects and good clinical effect.

Keywords: idiopathic thrombocytopenic purpura; accumulation of damp-heat and detoxification syndrome; resolving dampness and removing toxicity; platelet count; blood disease

原发性血小板减少性紫癜 (ITP) 是血液系统常见的以出血及外周血小板减少^[1]、骨髓巨核细胞异常为主要表现的出血性疾病^[2], 尤其慢性血小板减少性紫癜病程持续6个月以上, 治疗难度较大、目前仍缺乏长期、有效、安全的治疗方法。本研究旨在研究中根据慢性原发性血小板减少性紫癜湿热蕴毒证的特点, 采用随机对照的临床试验方法, 评价通过化湿解毒法治疗慢性原发性血小板减少性紫癜湿热蕴毒证的疗效, 为中药治疗出血性疾病提供新的途径。现将全部内容整理如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2016年10月—2017年12月收治

^{*} 基金项目: 辽宁省大连市中医药相关科学研究计划项目 [No. 2016Z1008]

并已确诊的慢性原发性血小板减少性紫癜湿热蕴毒证的患者40例, 此次研究为对这些患者的临床资料进行回顾性分析。将所有入组患者按照随机分组方式分为2组, 治疗组和对照组, 每组20例患者。其中治疗组中男性患者6例, 女性患者14例; 年龄16~54岁, 平均 (32.1±2.9) 岁; 对照组中男性患者7例, 女性患者13例, 年龄17~54岁, 平均 (32.1±2.5) 岁。所有患者在入组前均经过详细检查, 确诊为慢性原发性血小板减少性紫癜湿热蕴毒证。

1.2 诊断标准 根据第五届全国血栓与止血学术会议制定的免疫性血小板减少性紫癜的诊断标准 (见张之南主编《血液病诊断及疗效标准》第三版^[3])。湿热蕴毒证候诊断标准: 口渴不欲多饮, 体倦乏力、肢体困重、

食欲不振、口黏，大便黏，小便短黄，皮肤有或无瘀点瘀斑，舌红，苔黄腻有瘀点或瘀斑，脉滑（参照国家技术监督局.中华人民共和国国家标准：《中医临床诊疗术语证候部分》^[4][S].北京：中国标准出版社，1997.）确诊为慢性原发性血小板减少性紫癜湿热蕴毒证。纳入患者均自愿受试，并签署知情同意书。排除其他严重合并症患者并发症患者。

1.3 治疗方法 治疗组：化湿解毒中汤剂：仙鹤草15 g，旱莲草15 g，紫草10 g，益母草15 g，板蓝根15 g，山豆根10 g，茜草根15 g，白茅根15 g，野菊花15 g，半枝莲15 g，茯苓15 g，薏苡仁15 g，黄芩10 g，连翘10 g，淡竹叶5 g，生甘草5 g。日1剂，每次100 mL，每日2次，疗程：30天。对照组：强的松组，泼尼松（上海信谊药厂有限公司，国药准字H31020675）1 mg/(kg·d⁻¹），分次或顿服，待血小板升至正常或接近正常后，逐步减量，每周减5 mg，最后5~10 mg维持）。疗程：30天。设立不同观察时间点：入组时、治疗后1周、治疗后2周和治疗后4周。

1.4 观察指标 2组患者的临床疗效分析；观察4个时间点湿热蕴毒症状与体征积分临床症状半定量分级计分标准；以及血小板计数与出血症状变化。

1.5 统计学方法 以SPSS 19.0 软件包进行数据分析，*t* 检验比较计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）， χ^2 检验比较计数资料。以 $P < 0.05$ 作为判断差异有显著性的标准。

2 结果

2.1 2组患者临床疗效的比较 治疗组治疗后无效3例（15.0%），有效4例（20.0%），显效9例（45.0%），基本治愈4例（20.0%），总有效率为85.0%；对照组治疗后无效4例（20.0%），有效4例（20.0%），显效8例（40.0%），基本治愈4例（20.0%），总有效率为80.0%；治疗组总有效率与对照组比较，差异无显著性意义（ $P > 0.05$ ）。

2.2 2组治疗出血症变化情况比较 治疗1周后2组出血症状均有改善，但2组比较差异无显著性意义（ $P > 0.05$ ）。治疗4周后治疗组出血症的改善情况明显优于对照组比较均有统计学意义（ P 均 < 0.05 ），而治疗组改善明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 2组各个时间点出血症状变化情况比较 (例)

组别	时间	轻度 (1级、1分)	中度 (2级、2分)	重度 (3级、3分)	极重度 (4级、4分)
对照组	入组时	2	6	8	4
	治疗1周时	4	5	6	2
	治疗2周时	2	3	4	1
	治疗4周时	3	3	2	0
治疗组	入组时	2	7	7	4
	治疗1周时	5	5	5	3
	治疗2周时	6	2	2	0
	治疗4周时	3	1	0	0

2.3 2组患者及血小板数量情况变化的比较 治疗1周时2组患者血小板数量对照组明显高于治疗组比较差异有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。治疗2周时，对照组血小板数量高于治疗组，但2组比较差异无显著性意义（ $P > 0.05$ ）。治疗4周后治疗组血小板数量明显高于对照组，2组比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），可见治疗组改善血小板情况效果较好，而对照组治疗早期效果较好，减量后血小板计数下降，见表2。

表2 2组各个时间点血小板数量变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$, $\times 10^9/L$)

组别	入组时	治疗1周时	治疗2周时	治疗4周时
对照组	23.9 ± 10.6	40.3 ± 10.3	50.2 ± 16.4	44.1 ± 10.2
治疗组	24.3 ± 10.3	30.1 ± 13.2 [#]	46.7 ± 13.0	66.5 ± 12.4 [#]

注：与对照组比较，[#] $P < 0.05$

3 讨论

目前公认本病是一种由于患者体内产生抗自身血小板抗体，致使血小板寿命短、破坏过多、数量减少为病理特性的自身免疫性疾病。目前尚缺乏国内关于ITP的流行病学资料^[6]。现代医学对于ITP的病因与发病机理尚未完全阐述，但大多是由于自身免疫所致^[5]，西医对于慢性ITP的治疗以糖皮质激素、免疫抑制剂和脾脏切除疗法为主。糖皮质激素近期疗效尚可，但因其停药后易复发，且副作用大，诸如体重增加、电解质紊乱、股骨头坏死等等。病人很难接受，用药一般不超过两周，出血症状及血小板改善后减量，无效达15~45%。文献报道VCR、AZA、HHT等免疫抑制剂对ITP近期疗效尚可^[7]，完全缓解持续正常的平均时间2.5年，但停药后易复发，且毒副作用较大^[8]。脾脏切除疗法已有近百年的历史，术后复发率30%左右。大剂量免疫球蛋白是一种安全、有效的方法，但PLT升高不持久，持续1~3周，由于治疗费用昂贵，因而多用于儿童难治性IPT，作为推迟和避免脾切除的一种手段。

吴鞠通《温病条辨·中焦篇》中第66条：“湿郁经脉、身热身痛，汗多自利，胸腹白疹，内外合邪，纯辛走表，纯苦清热，皆在所忌，辛凉淡法，薏苡竹叶散主之”。薏苡五钱，竹叶三钱，飞滑石五钱，白蔻仁一钱五分，连翘三钱，茯苓块五钱，白通草一钱五分。此方剂主治湿热郁蒸，湿热并重之证，病位在手少阳三焦，因为湿阻三焦，热郁湿中，蕴久成毒，阻遏气机。方中连翘除了辅助通草，共成宣气利小便之功外，还可清热解毒透疹；白蔻仁辛开苦降，燥湿行气以畅中；滑石辅助生薏仁淡渗利湿以渗下。这种配伍方法，是分消走泄法化湿的具体体现。中医接诊的慢性ITP患者多数经过激素治疗、免疫抑制剂治疗，久治不愈且反复发作血小板下降，中医认为激素易耗伤阳气，津液难化生湿，湿阻三焦化热，热郁湿中，蕴久成毒，而致湿热蕴毒证。在《温病条辨》苦温化湿、分消走泄理论的指导下，把“薏苡竹叶散”与名老医经验方

“四草四根汤”结合运用化湿解毒中药,可明显改善慢性血小板减少性紫癜湿热蕴毒证患者的临床症状。

本研究观察了化湿解毒汤剂与常规激素对照治疗慢性原发性血小板减少性紫癜患者的临床疗效,观察治疗前后临床出血症状改变,周围血小板数量的变化。结果显示中药汤剂临床效果较好且对出血症状控制较好,同时经过一段时间观察血小板数量明显好于对照组,与传统的激素及免疫抑制剂治疗方法相比较,具有作用周期长、无明显副作用之特点,方法简便、价格低廉,易于被患者接受。

参考文献

[1]王红梅.小剂量糖皮质激素与肿节风联合方案治疗原发性血小板减少性

紫癜的临床效果分析[J].中国卫生标准管理,2016,7(6):132-133.

[2]刘清池,吴维海,梁春耕,等.凉血解毒法治疗原发性免疫性血小板减少症的临床研究[J].世界中西医结合杂志,2012,7(11):955-958.

[3]张之南.血液病诊断及疗效标准[J].3版.天津:天津科学技术出版社,2007:172-176.

[4]刘伟,刘晓莺,叶绥艳.凉血解毒方联合小剂量泼尼松龙治疗原发性血小板减少性紫癜的临床研究[J].中医药导报,2015(24):69-71.

[5]孟景晔,龙潺,骆子义,等.糖皮质激素联合小剂量美罗华治疗难治性原发性免疫性血小板减少症的临床研究[J].临床医学,2017,37(2):21-22.

[6]李霞,于维丽.大剂量地塞米松联合丙种球蛋白治疗特发性血小板减少性紫癜疗效观察[J].中国社区医师:医学专业,2012,14(29):51-51.

[7]黄振荣,王淑敏,王柏勋.中剂量甲基泼尼松龙联合丙种球蛋白治疗特发性血小板减少性紫癜12例[J].中国当代医药,2012,19(7):173-173.

[8]王迎春,阮长耿.小剂量糖皮质激素联合肿节风治疗原发性血小板减少性紫癜的初步报告[J].实用临床医药杂志,2002,6(3):193-193.

(本文编辑:杨杰 本文校对:施学娟 收稿日期:2017-12-19)

龙倍散联合五子衍宗丸治疗小儿功能性遗尿的临床观察

刘世玲

[阜新市第二人民医院(阜新市妇产医院)儿科,辽宁 阜新 123000]

摘要:目的 研究观察应用龙倍散外敷神阙穴联合内服中成药五子衍宗丸治疗小儿功能性遗尿的临床治疗效果及应用价值,分析药物作用原理。方法 选取门诊2014年10月—2017年9月就诊的患有功能性遗尿的60例患儿,应用龙倍散外敷神阙穴联合内服中成药五子衍宗丸进行治疗2个疗程,观察疗效。结果 治愈51例,占85%;好转9例,占15%;未愈0例,占0%。结论 应用龙倍散外敷神阙穴联合内服中成药五子衍宗丸治疗小儿功能性遗尿疗效显著,可以在临床推广使用。

关键词:儿科;功能性遗尿;龙倍散;五子衍宗丸;五迟

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.044

文章编号:1672-2779(2018)-06-0112-03

Clinical Observation on Longbei Powder Combined with Wuzi Yanzong Pills in Treating Functional Enuresis in Children

LIU Shiling

[Pediatrics Department, Fuxin Second People's Hospital (Fuxin Maternity Hospital), Liaoning Province, Fuxin 123000, China]

Abstract: Objective To study the clinical effect and application value of Longbei powder external application Shenque acupoint combined with Chinese medicine Wuzi Yanzong pill in the treatment of functional enuresis in children, and to analyze the principle of drug action. **Methods** Sixty children with functional enuresis in outpatients from October 2014 to September 2017 were selected. Longbei powder external application Shenque acupoint combined with Chinese medicine Wuzi Yanzong pill was used. After 2 courses of treatment, the curative effect was observed. **Results** 51 cases were cured, accounting for 85%. 9 cases were effective, accounting for 15%. 0 cases were invalid, accounting for 0%. **Conclusion** The application of Longbei powder external application Shenque acupoint combined with Chinese medicine Wuzi Yanzong pill in the treatment of functional enuresis in children has significant effect. It can be popularized in clinic.

Keywords: pediatrics; functional enuresis; Longbei powder; Wuzi Yanzong pill; five kinds of retardations

小儿遗尿是指≥5岁的儿童在睡眠中小便自遗,醒后方觉的一种病症。临床上十分常见,正常小儿在1岁后白天已经可以渐渐控制小便,随着生长发育,排尿控制功能逐步发育完善,小便可自控。若5岁以后在夜间仍然不能自控排尿,就是遗尿症。10岁以内的儿童多见。小儿遗尿症发病率较高,据国外相关报道,约有15%~20%的5岁儿童、10%的10岁儿童、2%的12~14岁儿童患有遗尿症,即使到青春后期甚至成人期仍有1%~2%的人患遗尿症^[1],男童高于女童^[2]。小儿遗尿症严重危害儿童的身心健康,长期的遗尿能够使儿童缺乏自信心,从而导致处世能力差,并且焦虑、恐惧集体生活,有些个别严重的患儿甚至会出现难以与他人沟通交流、性格偏执、具有暴力倾向等精神障碍,这些对孩子的一生都将产生难以消除的巨大影响。一般情况下,孩子在5岁以前,偶尔有夜间尿床的情况,并不

是患病的征兆,因为这个阶段的孩子神经系统发育还没有完全成熟,记忆力也比较模糊,羞耻心还不明确、不强烈,所以,即使出现了尿床的情况,对孩子的心理健康也不会造成严重影响。但是,5岁以后的孩子,已经具有一定记忆力和羞耻心了,如果依旧夜间尿床,并因此经常遭到家长的训斥,遭到幼儿园小朋友和老师的讥笑,一定会给孩子幼小的心灵造成严重的伤害。所以5岁以上的孩子如果依旧比较频繁的尿床,就必须引起家长和众多儿科医生的重视了。

小儿遗尿按发病的主要原因可分为器质性遗尿和功能性遗尿两大类。器质性原因:如隐性脊椎裂、泌尿生殖系统疾病和神经系统疾病所造成的遗尿,应找泌尿科和神经科医生治疗。功能性原因:如精神因素、幼年时期排尿习惯训练不当,心理紊乱和睡眠紊乱等。临床上功能性遗尿较多。功能性遗尿也被称为非器质性遗尿、



原发性遗尿症，俗称尿床，功能性遗尿多为单纯性持续性，即除了睡时排尿不自控外，没有其它伴随症状，没有器质性病变，生化及X检查均在正常范围。绝大多数的遗尿患儿都是原发性的，经系统治疗，预后较好。

《诸病源候论·小儿杂病诸候·遗尿候》曰：“遗尿者，此由膀胱有冷，不能约于水固也。……肾主水，肾气下通于阴，小便者，水液之余也，膀胱为津液之腑，即冷气衰弱，不能约水，固遗尿也。”后来，历代的医家均认为小儿遗尿大多由于虚寒所致，经常使用温补之法治疗。到了明清时期又扩展了肝经郁热的病机，验之至今，临床上这类的遗尿多与尿路感染有关。无论古代还是今朝，小儿遗尿大多是肾和膀胱的功能失调所致，肾气不足更为多见。结合小儿功能性遗尿的病机，笔者选用的龙倍散为古方治疗遗尿的“龙骨散”和治疗遗精的“独圣散”复合而成，取其收敛止遗的功效；联合补肾壮阳，益精固精的中成药五子衍宗丸口服进行治疗，在临床治疗小儿遗尿近百例，均得到了满意的疗效，现将比较符合条件的病例报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次临床观察的全部60例均为2014年10月—2017年9月于门诊就诊的患儿。其中男46例，女14例；年龄5~8岁；病程最短3周，最长4个月。均表现为睡梦中小便自出不自知，醒后方才发觉，睡眠较深，不易唤醒，每夜或间隔几天发生夜间遗尿，甚至每夜遗尿2次以上，尿常规和尿培养均无异常发现，检查腰骶部X线摄片显示无隐性脊柱裂。患儿小便颜色淡尿量多，面色暗淡无光泽，精神状态欠佳容易疲劳，运动量大即感乏力，肢体末偏凉，畏寒怕冷。

1.2 治疗方法 中药外用：将煅龙骨、五倍子各等分，研细末，每晚睡前用清水调成糊状搓成药丸，放于神阙穴，用胶布覆盖固定12小时，取下，次日更换新药，10日为1疗程。

中成药内服：五子衍宗丸，每次服6g，每日服2次，温淡盐汤送服。不能直接服药丸的患儿，将药丸用淡盐汤化成药汁服下，10日为1疗程。

本研究内患者均治疗2个疗程。

1.3 诊断及疗效标准 西医诊断标准^[3]：（1）年龄≥5岁。（2）夜间睡眠深，不易唤醒，每日夜间或隔数天出现遗尿，严重者可表现为一夜多次遗尿。（3）检查尿常规、尿培养等基本无异常表现。（4）X线检查排除：有隐性脊柱裂或其他结构异常的可能。

中医诊断证候标准：肾气亏虚证：夜间睡眠中有小便自行遗出，重者一夜数次，小便清长，面色白少华，乏力倦怠，腰酸膝软，重者形寒肢冷，舌质淡，苔薄白，脉沉迟或沉细无力。

疗效判定标准：根据国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》遗尿疗效评定标准^[4]。治愈：能自控

排尿，停药后半年不复发；好转：遗尿次数减少，睡眠中能叫醒排尿，停药后半年内有复发现象，但症状均较前明显减轻。未愈：遗尿无变化。

2 结果

治愈51例，占85%；好转9例，占15%；未愈0例，占0%；总有效率100%。应用龙倍散联合五子衍宗丸治疗小儿功能性遗尿疗效显著。

随访1年以上，大部分患儿均无复发情况，小部分患儿由于再次着凉导致复发，个别女童因为外阴感染导致遗尿复发，经对症治疗后均已痊愈，得到了满意的疗效。

3 讨论

遗尿，俗称“尿床”，早在《灵枢·本输》就有“三焦者……入络膀胱，约下焦。实则闭癃，虚则遗溺。遗溺则补之，闭癃则泻之”的记载。《灵枢·九针》曰：“膀胱不约为遗溺。”小儿多肾气不足，肾为先天之本，主水，开窍于二阴，司二便，与膀胱相表里，藏尿液，尿液能藏而不漏需依靠肾气的固摄。膀胱为州都之官，主藏津液，小便乃津液之余，通过肾的气化作用而正常排出体外。肾气不足，下元虚冷，不能温煦膀胱，膀胱气化功能失调，水道失于约束而遗尿。

为何龙倍散外敷神阙穴可以取效？因为神阙穴（脐）居于腹部中央，为先天之结蒂，人胚胎期所有营养都通过它从母体吸收。神阙穴位于阴脉之海的任脉之上，任脉与督脉共司诸经百脉，故而神阙穴与诸经相通；神阙穴又为冲脉和任脉的循经之所，且冲、任、督脉“一源三岐”，三脉经气相通。故将药物敷于神阙穴，可激发经气，加之药物本身的作用，输布五脏六腑，以达病所，产生疗效。而且现代医学研究也表明，脐部角质层薄无皮下脂肪，屏障功能最弱，药物易于穿透、弥散从而吸收，所以脐部敷药具有得天独厚的优点。龙倍散中取煅龙骨、五倍子收敛固精止遗的功效，敷于神阙穴，使药物得到充分吸收，固摄肾气而止遗止泻，达到治疗遗尿的目的。此方经临床验证却有实效。而小儿服药往往困难，所以中成药和中药汤剂的依从性差，穴位贴敷疗法更容易被患儿和家长们所接受。

五子衍宗丸中的药物成分有枸杞子、菟丝子、覆盆子、五味子、车前子，功效温肾壮阳，添精生髓，疏利肾气。方中菟丝子味辛以温阳，味甘以补虚，平补肝肾阴阳，且具有收涩之药性，功能补肾阳，益肾精以固精止遗；枸杞子以填精补血作用见长，可滋补肝肾，以阴中求阳，与菟丝子共用可补肾精，壮阳道，助精神；覆盆子既有收敛之能，又有补益之功，温而不燥，固而不凝，故而能固精关、养阴助阳；五味子五味皆具，其味酸最浓，可酸甘化阴，益气生津，能补肝肾之阴，补肾水，益肺气，且有收涩之性，补中寓涩，可止遗泄。车前子味甘，性微寒，可通利小便，与上述四子相配，补

中寓泻,补而不腻。因为患儿家长不会煎煮中药汤剂,往往煎糊不能使用或者煎煮的汤剂较多,患儿无法服用,所以选用了中成药,方便患儿服用,5岁以上的儿童大多可以直接嚼服,服药困难的可以用少量水将药丸化成药汁服用,容易被患儿和家长所接受。而传统中医通常讲究在服用某些中成药时搭配“药引”,以达到引药归经的作用,并且,这样还有助于增强疗效、解毒、矫味、保护胃肠道等作用。盐,其味咸,性平,归肾经,能引药入肾,调味和中,益肾润燥。所以,在服用五子衍宗丸时,宜用淡盐水送服,以增强疗效。

功能性遗尿是儿科临床常见的疾病,长期不愈容易给患儿的身心健康带来严重的影响,需要给予足够的重视。生活中需要多加注意和调护,注意卫生,勤

洗会阴与臀部,勤换内裤,保持外阴部清洁干燥,勤换被褥,睡前2小时内不饮或少饮水,每晚定时唤醒排尿,养成排尿习惯。另外家长还需帮助患儿消除紧张、顾虑和精神压力,多夸奖鼓励,不要训斥讥笑孩子,和老师沟通,共同帮助孩子树立信心,让孩子积极配合治疗,从而达到更好的疗效。

参考文献

- [1]Schulpen TW.The burden of nocturnal enuresis[J]. Acta Paediatr,1997,86(9):981-984.
- [2]曹红.中西医结合治疗小儿遗尿症 30 例[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(3):42.
- [3]万力生,孙丽芳,马东礼,等.温肾止遗方治疗小儿遗尿症的临床研究[J].中国中医药科技,2013,20(1):10.
- [4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:86.

(本文编辑:杨杰 本文校对:叶丽红 收稿日期:2017-12-19)

舒筋散熏洗治疗早中期膝关节骨性关节炎的临床分析

岳瑞卿 苏寅 邢海清 黄聪 李荣

(宁德市中医院骨一科,福建 宁德 352100)

摘要:目的 对早、中期膝关节骨性关节炎采用舒筋散熏洗治疗的效果进行分析和讨论。方法 选取2016年5月—2017年4月接收的68例早、中期膝关节骨性关节炎患者为研究对象,依据随机原则将其分为2组,每组34例,其中对照组采用双氯芬酸二乙胺乳胶剂治疗,研究组则采用舒筋散熏洗治疗,比较两组患者治疗前后膝关节评分和治疗效果。结果 在治疗总有效率方面,对照组是79.41%,研究组是94.12%,研究组显著高于对照组,差异统计学存在意义 ($P<0.05$);在膝关节评分方面,治疗前,2组之间无显著差异,统计学无意义 ($P>0.05$);治疗后,研究组膝关节评分要比对照组高出许多,差异明显,统计学意义成立 ($P<0.05$)。结论 将舒筋散熏洗应用于早、中期膝关节骨性关节炎治疗,不仅可以改善患者膝关节状况,同时也可以提升治疗效果,值得广泛应用和推广。

关键词:舒筋散熏洗;膝关节骨性关节炎;中药熏洗;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.045

文章编号:1672-2779(2018)-06-0114-03

The Clinical Analysis of Shujin Powder Fumigation and Washing in the Treatment of Early and Mid-stage Knee Osteoarthritis

YUE Ruiqing, SU Yin, XING Haiqing, HUANG Cong, LI Rong

(Orthopedics Department, Ningde Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Ningde 352100, China)

Abstract: Objective To analyze and discuss the effects of Shujin powder fumigation and washing in the treatment of early and mid-stage knee osteoarthritis. Methods From May 2016 to April 2017, 68 cases of early and mid-stage knee osteoarthritis patients were selected as the research objects. On the basis of the random principle, patients were divided into two groups, and each group had 34 cases. The control group adopted diclofenac diethylamine emulsion agent treatment, and the research group applied Shujin powder fumigation and washing. Before and after treatment, the knee score and therapeutic effect compared. Results The total effective rate of the control group and the research group was 79.41% and 94.12% respectively, the research group was significantly higher than the control group, and the difference was significant ($P<0.05$). Before treatment, there was no significant difference on knee score between the two groups, and the statistical significance wasn't significant ($P>0.05$). After treatment, the knee scores in the research group were significantly higher than those in the control group, the difference was significant, and the statistical significance was established ($P<0.05$). Conclusion Shujin powder fumigation and washing in the treatment of early and mid-stage knee osteoarthritis not only can improve patients with knee joint, but also can improve therapeutic effect, and is worthy of wide application and promotion.

Keywords: Shujin powder fumigation and washing; knee osteoarthritis; traditional Chinese medicine fumigation and washing; arthromyodysplasia

在骨科中,较为常见的一种慢性关节疾病是膝关节骨性关节炎,导致此类疾病出现的主要因素包括长时间站立姿势不良、膝关节软组织损伤、肥胖、骨密度降低、骨质疏松以及膝关节损伤等^[1],其临床症状包括膝关节疼痛、发热、肿胀、压痛等,发病人群以中老年人为主^[2],近些年来,此类疾病的患病人数逐年增多,并且呈上升趋势,对患者的日常生活造成了严重影响。本

次研究主要针对早、中期膝关节骨性关节炎采用舒筋散熏洗治疗的效果进行分析,为临床使用提供一定的依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2016年5月—2017年4月接收的68例早、中期膝关节骨性关节炎患者为研究对象,依据随机原则将其分为2组,每组34例,在对照组中,有男性18例,女性16例;年龄51~65岁,平均(56.74±4.36)岁;

患病时间最短2个月，最长11年，平均 (7.52 ± 1.71) 年。在研究组中，男性19例，女性15例；年龄52~66岁，平均 (56.85 ± 4.63) 岁；患病时间最短3个月，最长10年，平均患病时间为 (7.41 ± 1.96) 年。通过比较2组患者基础资料可知，2组之间差异无统计学意义 $(P>0.05)$ 。

1.2 纳入标准 经过《中医病症诊断疗效标准》和放射学分级标准诊断，被确诊为早、中期膝关节骨性关节炎，放射学分级诊断标准将骨性关节炎分为五级，0级为正常，I级为患者关节间隙疑似狭窄，可能伴有骨赘现象；II级为关节间隙疑似变窄，骨赘现象明显；III级为关节间隙狭窄明显，并且出现硬化现象，骨赘显著，IV级为关节间隙狭窄显著，并且硬化现象严重，骨赘现象增多；年龄在50岁以上；以上所选患者在进行研究之前，均签署了知情同意书。

1.3 排除标准 重大精神疾病患者；过敏体质或患者有过敏史患者；存在凝血功能障碍患者；恶性肿瘤以及并发多种感染性疾病患者；风湿性关节炎以及合并类风湿关节炎患者。

1.4 治疗方法 对照组采用双氯芬酸二乙胺乳胶剂（批准文号：国药准字H19990291；生产厂家：北京诺华制药有限公司）；每次涂抹长度为5 cm，2次/天，将其均匀涂抹在膝关节位置，进行为期4周的治疗。

研究组采用舒筋散熏洗治疗，药物组成成分包括丁香15 g，白芍30 g，甘草10 g，威灵仙20 g，木瓜20 g，白芥子15 g，细辛10 g，当归10 g，桂枝30 g，黄芪30 g，独活20 g，羌活20 g。将以上药物全部放入到布袋中，然后放入到熏蒸治疗仪中，之后放入1500 mL水浸泡，时间为30分钟，煎煮时间为30分钟，蒸汽温度应控制在55℃左右，然后将其直接熏蒸在患者膝关节周围，每次熏蒸时间为30分钟，1次/d。此外，对膝关节周围的穴位进行按摩，进行为期4周的治疗。

1.5 观察指标 对2组患者治疗前后膝关节评分和治疗效果进行分析和对比，并将详细数据进行记录。膝关节评分：分数越高，表明膝关节功能越好。疗效判定：（1）患者膝关节疼痛状况以及压痛全部消失，并且膝关节功能恢复正常、膝关节活动度超过120°则为显效；（2）患者膝关节疼痛状况以及压痛状况基本改善，膝关节功能明显改善、膝关节活动度在91~120°则为有效；（3）患者膝关节疼痛状况、压痛状况以及膝关节功能未发生变化，则为无效。

1.6 统计学方法 将本次研究所涉及到的全部数据录入到统计学软件SPSS 21.0中进行分析处理，其中计量资料用 $(\bar{x}\pm s)$ 进行表示， t 值用于检验计量资料， χ^2 用于检验计数资料，结果存在显著差异，表明差异有统计学意义 $(P<0.05)$ 。

2 结果

2.1 2组患者治疗效果 经过治疗之后，2组患者的膝关

节骨性关节炎均明显改善，在对照组中，有15例患者取得显著效果，12例患者有效，7例患者无效，总有效率为79.41%。在研究组中，有19例患者取得显著效果，13例患者有效，2例患者无效，总有效率为94.12%，研究组显著高于对照组，差异统计学存在意义 $(P<0.05)$ 。结果如下表1。

表1 对比2组患者治疗效果 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	34	15(44.12)	12(35.29)	7(20.59)	27(79.41)
研究组	34	19(55.88)	13(38.24)	2(5.88)	32(94.12)
χ^2 值					8.412
P 值					<0.05

2.2 2组患者治疗前后膝关节评分 治疗前，2组患者膝关节评分无显著差异，无统计学意义 $(P>0.05)$ 。治疗后，对照组的膝关节评分为 (72.52 ± 2.37) ，研究组的膝关节评分为 (85.41 ± 2.45) ，研究组膝关节评分要比对照组高出许多，差异明显，有统计学意义 $(P<0.05)$ 。结果如下表2。

表2 对比2组患者治疗前后膝关节评分 $(\bar{x}\pm s)$

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	34	53.85 $\pm$ 3.41	72.52 $\pm$ 2.37
研究组	34	54.50 $\pm$ 3.63	85.41 $\pm$ 2.45
t 值		1.256	8.964
P 值		>0.05	<0.05

3 讨论

膝关节骨性关节炎指的是一种由骨质增生以及膝关节软骨变性而引起的慢性关节疾病，所以又被称为退行性关节炎、膝关节增生性关节炎和骨性关节炎等，此类疾病的发病人群以中老年人为主，但是青年人也可能引发此类疾病，膝关节骨性关节炎发病位置可能是单侧也可能是双侧，导致此类疾病出现的主要因素包括长时间站立姿势不良、膝关节软组织损伤、肥胖、骨密度降低、骨质疏松以及膝关节损伤等，其临床症状包括膝关节疼痛、发热、肿胀、压痛等，如果不及时治疗，将会对患者的日常生活造成影响。在临床中，治疗此类疾病的方法有非手术方法和手术方法两种，手术方法包括膝关节镜下探查并清理术、膝关节置换人工膝关节置换术，非手术方式包括理疗、注射疗法、中医中药、熏蒸以及药物治疗，手术方法会对患者身体造成伤害，并且对于老年患者而言，自身抵抗能力和免疫能力较弱，无法承受手术中疼痛，所以通常情况下采用非手术方式进行治疗，以此提升患者治疗效果。就中医而言，膝关节骨性关节炎属于“膝痛”“麻痹”“骨痹”的范围^[3]，导致此类疾病的主要原因是湿邪风寒入侵，血脉阻塞而引起的关节僵硬。从现代医学角度讲，动力平衡是膝关节正常功能中最重要的一项。人体生物动力学失去平衡的主要因素是膝关节功能退化，要想维持动力学平衡，则

需要保护好膝关节软组,其包括筋膜、肌肉、韧带、关节软骨、半月板以及肌腱等,以上所述均被归于中医学中“筋”的范畴。所以需要采用舒筋活络等方式进行治疗。据有关资料显示,舒筋散具有驱寒镇痛作用,其中黄芪具有益气固表的作用^[4],桂枝具有滋阴补阳,活血化瘀的功效,当归具有滋阴补气、疏通脉络的作用,独活具有疏通筋脉、活血化瘀作用,威灵仙具有祛湿、疏通脉络的作用;木瓜具有疏通筋脉的作用;白芥子具有消炎止痛、益气的作用;丁香具有镇痛、温肾的效果;甘草的作用是调节以上药物。将上述药物联合在一起使用具有活血化瘀、消炎止痛、滋阴补阳、滋肝补肾的效果^[5]。采用熏洗方式,可以将药物作用充分发挥出来,并作用于膝关节部位,通过皮肤渗透到筋骨当中,与此同时,利用熏蒸可将患者膝关节患病部位的温度提高,加快膝关节血液循环,有助于改善膝关节功能,提升治疗效果。通过本次研究结果可知,在治疗总有效率方面,对照组是79.41%,研究组是94.12%,研究组显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);在膝关节评分方面,

治疗前,2组之间无显著差异,无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组膝关节评分要比对照组高出许多,差异明显,统计学意义成立($P<0.05$)。由此可见,舒筋散熏洗治疗效果要比双氯芬酸二乙胺乳胶剂治疗效果好,其将舒筋散中所有的药物作用充分发挥出来,不仅改善了患者病情,同时也提升了患者的治疗效果和日常生活质量。

总而言之,将舒筋散熏洗应用于早、中期膝关节炎性治疗之中,不仅可以改善患者膝关节状况,同时也可以提升治疗效果,值得广泛应用和推广。

参考文献

- [1]吕良友,林志宏.经腓骨上段截骨术配合中药熏洗治疗膝关节骨性关节炎[J].中国骨与关节损伤杂志,2017,32(6):639-640.
- [2]方永刚,邱小魁,李贵山.七珠展筋散配合海桐皮汤熏洗治疗膝骨关节炎并滑膜炎临床研究[J].中医学报,2017,32(6):1090-1093.
- [3]周胜利,储永良.中药熏洗治疗膝关节骨关节炎30例[J].安徽中医药大学学报,2015,34(3):23-25.
- [4]黄坚汉,蒙诗景,孟林,等.关节镜清理术联合中药熏洗治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效[J].广西医学,2016,38(6):806-808.
- [5]郭雪霞,唐红梅,郑维蓬,等.中药内服外洗治疗肾虚血瘀型膝骨关节炎的疗效观察[J].广州中医药大学学报,2017,34(5):668-672.

(本文编辑:杨杰 本文校对:邢海涛 收稿日期:2017-12-08)

益气活血汤对脑卒中恢复期肢体功能与运动的影响

郭莉

(沈阳市第二中医院急诊科,辽宁 沈阳 110000)

摘要:目的 探究益气活血汤对脑卒中恢复期患者肢体功能与运动的影响。方法 72例脑卒中恢复期患者随机分为2组,各36例。对照组患者予以基础药物治疗、康复训练及针灸治疗,试验组在此基础上予以益气活血汤,日1剂水煎服,2组均治疗2周。治疗结束后对比2组患者临床疗效、肢体和运动功能。结果 治疗后,2组NIHSS评分降低,FMA、MBI以及SS-QOL评分升高($P<0.05$);与对照组相比,试验组临床总有效率较高,NIHSS评分较低,FMA、MBI以及SS-QOL评分较高($P<0.05$)。结论 益气活血汤能够提高脑卒中恢复期患者肢体功能与运动功能,临床疗效确切。

关键词: 益气活血汤;脑卒中;恢复期;肢体功能;运动功能;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.046

文章编号:1672-2779(2018)-06-0116-03

Effect of Yiqi Huoxue Decoction on the Limb Function and Movement in the Convalescence of Stroke

GUO Li

(Emergency Department, Shenyang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: Objective To explore the effect of Yiqi Huoxue decoction on the limb function and movement in the convalescence of stroke. **Methods** 72 patients with cerebral apoplexy were randomly divided into 2 groups, with 36 cases in each group. The control group received basic drug therapy, rehabilitation training and acupuncture and moxibustion, and the study group also received Yiqi Huoxue decoction on the basis of the control group. 2 groups were treated for 2 weeks. The clinical effect, limb and motor function of the two groups were compared. **Results** After treatment, scores of NIHSS in 2 groups decreased, and scores of FMA, MBI and SS-QOL increased ($P<0.05$). Comparing with the control group, the total effective rate of the study group was higher, scores of NIHSS was lower, scores of FMA, MBI and SS-QOL were higher ($P<0.05$). **Conclusion** Yiqi Huoxue decoction can improve the limb function and motor in patients with cerebral apoplexy at convalescent period, and the clinical effect is accurate.

Keywords: Yiqi Huoxue decoction; cerebral apoplexy; convalescence; limb function; motor function; stroke

脑卒中具有发病急、病情变化快、发病率较高以及死亡率较高等特点^[1],临床脑卒中患者常伴高血压、高血脂及多种心血管疾病,故脑卒中患者恢复期并发症较多,除造成肢体障碍、语言障碍,记忆及思维障碍外,还可能出现精神及行为异常等^[2]。研究表明,中医药在脑血管治疗中具有较大优势,脑卒中恢复期采用中医药治疗逐渐成为一种行之有效的方案。益气活血

汤为我院神经内科常用于治疗脑卒中恢复期并发症的中药方剂,具有补气活血等功效,对语言及肢体运动障碍具有较好的疗效,本实验对72例脑卒中恢复期患者进行随机对照平行研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2016年9月—2017年9月在本院治疗的72例脑卒中恢复期患者,随机分为试验组和对照组,

各36例。试验组患者年龄43~83岁；男20例，女16例；平均(64.29±6.68)岁；病程1~6个月，平均(3.70±0.50)个月。对照组患者年龄44~84岁；男18例，女18例；平均(65.01±6.59)岁；病程1~6个月，平均病程(3.89±0.47)个月。2组性别比例、平均年龄以及病程等一般资料经统计学处理，差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]中脑卒中的相关诊断标准，经核磁共振成像、CT等实验室检查证实为中风，生存时间超过1个月，患者均有完整的诊断病例，本实验经我院伦理委员会批准，患者本人具有知情权并签署知情同意书。

1.3 排除标准 生命体征不稳定者；存在脑肿瘤、水电解质代谢障碍、冠心病、心肌梗死等患者；妊娠期或哺乳期妇女；患有癫痫、严重痴呆等精神病者。

1.4 治疗方法 对照组患者予以基础药物治疗、康复训练及针刺治疗。(1)根据Brunnstrom分期，对患者年龄、体质和基础疾病状况予以评估，由专业康复医师进行康复训练计划的制订，包括：针对性的关节活动和肌力训练；坐位和站立平衡训练；步态训练；上、下楼梯训练；穿、脱衣服，如厕，进食等日常生活活动能力训练，每日2次；神经肌肉电刺激、功能性电刺激、肢体气压以及脑电生物反馈等物理因子治疗，每日1次；言语、吞咽以及认知功能训练等，每周12次。(2)针刺治疗参考《中医内科学》^[4]操作方法，患者仰卧位或坐位，局部皮肤消毒，选取阳明经以及少阳经穴位配合辨证取穴，上肢取穴为：肩髃、极泉、手三里、手五里、曲池、外关、合谷、八邪、外关。下肢取穴：环跳、阳陵泉、伏兔、足三里、三阴交、解溪、昆仑。以患侧为主，可加刺健侧，平补平泻法，常规针刺留针30 min，每周5次。试验组在对照组的基础上予以益气活血汤进行治疗，组成党参15 g，黄芪10 g，当归10 g，赤芍10 g，川芎10 g，红花6 g，桃仁10 g，三棱10 g，莪术10 g，地龙3 g，全蝎6 g。水煎煮取汁300 mL分2次口服，每日1剂，2组患者均以2周为一个疗程，共治疗2个疗程。

1.5 临床疗效 参考《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[5]进行神经功能评定，(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%为疗效总评分，基本治愈为疗效总评分>85%，病残程度为0级，临床症状全部消失，肌力为Ⅳ级，神经传导速度41~50 m/s；显效为总评分60%~85%，患者病残程度未超过3级，临床存在乏力感，肌力为Ⅲ~Ⅳ级，神经传导速度31~40 m/s；有效为总分为30%~59%，临床患者存在无力感，肌力为Ⅱ~Ⅲ级，神经传导速度未21~30 m/s；无效为总分<30%，患者临床无法运动，肌力为Ⅰ~Ⅱ级，神经传导速度低于20 m/s。

临床有效率=基本治愈率+显效率+有效率。

1.6 肢体和运动功能评定标准 采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评价患者神经功能缺损程度；采用简式Fugl-Meyer运动功能量表(FMA)评价患者肢体运动功能；采用改良Barthel指数(MBI)评价患者日常生活活动能力；采用脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)评价患者生活质量。上述评价均由专业人员于治疗前后进行评估。

1.7 统计学方法 采用SPSS 17.0统计进行统计学分析，计量资料肢体和运动功能采用 t 检验，均数±标准差表示，计数资料临床有效率采用率(%)表示，采用卡方检验，统计值 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 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	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	36	11(30.56)	13(36.11)	9(25.00)	3(8.33)	33(91.67)*
对照组	36	7(19.44)	8(22.22)	7(19.44)	14(38.89)	22(61.11)

注：与对照组比较，* $P<0.05$

2.2 2组患者肢体和运动功能评分比较 治疗前NIHSS、FMA、MBI以及SS-QOL评分无显著差异($P>0.05$)；治疗后，2组NIHSS评分降低，FMA、MBI以及SS-QOL评分升高，差异具有统计学意义($P<0.05$)；与对照组相比，试验组NIHSS评分较低，FMA、MBI以及SS-QOL评分较高，差异具有统计学意义($P<0.05$)，如表2。

表2 2组患者肢体和运动功能比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	NIHSS	FMA	MBI	SS-QOL
试验组	36	治疗前	16.39±1.82	26.75±3.02	41.29±4.73	125.39±14.07
		治疗后	10.21±1.12*	48.29±5.18*	60.29±6.13*	158.39±20.17*
对照组	36	治疗前	16.70±1.80	26.83±3.40	42.05±4.80	125.58±14.08
		治疗后	13.44±1.57*	35.37±3.62*	50.29±5.35*	140.29±14.12*

注：与治疗前相比，* $P<0.05$ ；与对照组比较，* $P<0.05$

3 讨论

50%~70%脑卒中患者治疗后存在肢体、语言及吞咽等功能障碍，45%患有中风偏瘫后遗症^[6]，严重影响患者生存质量，加重患者和家庭的精神和经济负担。康复训练是脑卒中恢复期降低脑卒中患者致残率最为有效的治疗方法。常规应用于脑卒中的康复锻炼能够促进大脑侧枝循环建立，加速病灶周围组织或健侧脑细胞重组或代偿，发挥脑“可塑性”。针刺以“治痿独取阳明”为依据，具有疏通经络、益气活血以及醒脑开窍功效。现代研究表明，针刺疗能改善脑血流、增加脑供血、改善脑电活动，改善微循环，加速肢体功能恢复^[7]。近年来研究表明，中医药治疗对脑卒中恢复期患者有一定的疗效，能够建立针对性强、简便以及有较好疗效的治则治法，总体思路为“辨证立方，随证加减”。中医认为，脑卒中恢复期属本虚标实，病因

为气虚血瘀,痰浊阻络、肝肾亏虚。《黄帝内经》中指出:“荣气虚则不仁,卫气虚则不用,荣卫俱虚,则不仁且不用”,因此治则应以益气活血、息风化痰、补益肝肾为主。现代研究显示,具有益气活血通络通窍的中药方剂能改善患者偏瘫肢体运动功能障碍,预后良好^[9]。曾有研究人员通过对脑缺血性损伤大鼠进行研究发现,发现益气活血类药物能够促进大鼠后神经元及突触再生^[9]。本实验中应用的益气活血汤是由清代王清任的补阳还五汤化裁而成,方中党参以及黄芪为君药,具有大补脾胃之元气,使气旺血行,具有祛瘀络通作用;当归为臣药,能活血且化瘀不伤血之妙用。赤芍、川芎、红花、桃仁、三棱以及莪术能够增加活血祛瘀功效;地龙、全蝎为佐药,能通经活络。我们研究显示,与对照组相比,试验组临床总有效率较高,NIHSS评分较低,FMA、MBI以及SS-QOL评分较高。提示益气活血汤可以促进脑卒中后患者肢体功能与运动功能的恢复,临床中较为可取。

本实验通过对72例脑卒中恢复期患者的临床疗效、肢体和运动功能进行研究,证实了益气活血汤能够提高脑卒中恢复期患者肢体功能与运动功能,临床疗效确切。

参考文献

- [1]朱明辉,胡广奋,陆婉晖,等.急性重度脑血管意外并发脑-胃肠综合征的临床分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(3):131-132.
- [2]丁晓伟.运动康复训练联合神经功能重建治疗仪对脑卒中偏瘫患者生活质量的影响[J].中国现代医药杂志,2016,18(6):57-59.
- [3]王新德.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,3(2):10-11.
- [4]段建中.中医内科学[M].成都:四川科学技术出版社,2006:103-104.
- [5]盛莉.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中国乡村医药,1995,29(6):381-383.
- [6]任红芳.脑血管意外后肢体功能障碍的康复治疗[J].疾病监测与控制,2015,9(12):925-927.
- [7]赵春美,谢思宁,安立新,等.针刺调节缺血性脑血管病围手术期脑血流量和脑神经功能的研究进展[J].国际麻醉学与复苏杂志,2017,38(7):642-646.
- [8]刘晓利,封南华.益气活血通络方对脑卒中恢复期运动功能及生活质量的影响[J].四川中医,2016,1(5):132-133.
- [9]李澎涛,冀宏,黄启福,等.解毒通络方促进脑缺血损伤后神经元突起再生的研究[J].神经解剖学杂志,2002,18(4):337-341.

(本文编辑:杨杰 本文校对:富克非 收稿日期:2017-12-19)

消癥丸治疗乳腺增生临床观察

王建刚¹ 陈琦² 严张仁^{*} 王万春¹

(1 江西中医药大学附属医院外一科,江西 南昌 330006; 2 江西中医药大学,江西 南昌 330006)

摘要:目的 观察消癥丸治疗乳腺增生临床疗效,评价其安全性。方法 选择乳腺增生患者60例,随机分为2组,均给予心理疏导及指导患者挑选适合的胸罩等基础治疗,治疗组于基础治疗上加成药消癥丸口服,对照组于基础治疗上加安慰剂口服。治疗8周,2组均在治疗后进行临床疗效评价,并分别于治疗前、治疗后及停药4周后进行PRI、VAS及PPI、SF-MPQ总分及乳房肿块程度积分比较。结果 治疗组有效率为89.7% (26/29),对照组有效率为46.4% (13/28),治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗组于治疗后及停药4周时SF-MPQ指标及乳房肿块积分均优于对照组 ($P<0.05$)。结论 消癥丸治疗乳腺增生,疗效确切,能够很大程度缓解患者痛苦,且不良反应小,值得进一步临床研究。

关键词: 消癥丸; 乳腺增生; 乳癖

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.047

文章编号:1672-2779(2018)-06-0118-03

Clinical Observation on Xiaozheng Pill in Treating Breast Hyperplasia

WANG Jiangang¹, CHEN Qi², YAN Zhangren¹, WANG Wanchun¹

(1. Surgical Department, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

2. Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

Abstract: Objectives To observe the clinical effect and safety of Xiaozheng pill in treating breast hyperplasia. **Methods** 60 cases of patients with breast hyperplasia were randomly divided into two groups. Both groups were given psychological counseling and guidance patients selected for bra. In addition to the foundation treatment, patients in the treatment group were treated with Xiaozheng pill, and the control group was treated with placebo. The two groups were all treated for 8 weeks. After 8 weeks of treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated. And the total scores of PRI, VAS and PPI, SF-MPQ and breast lumps were respectively compared before treatment, after treatment and 4 weeks after treatment. **Results** The effective rate of the treatment group was 89.7%, the effective rate of control group was 46.4%, the curative effect of treatment group was better than that of control group, and there was statistically significant difference between the two groups ($P<0.05$). After treatment and 4 weeks after treatment, the SF-MPQ index and the score of breast lumps in the treatment group were better than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The curative effect of Xiaozheng pill in the treatment of breast hyperplasia is definite. Xiaozheng pill can largely alleviate the pain of patients, the adverse reaction is small, and is worthy of further clinical study.

Keywords: Xiaozheng pill; breast hyperplasia; lump in breast

乳腺增生是女性常见疾病,主要表现为乳房疼痛并出现肿块。有流行病学报道,本病患病率约17.08%,

发病率为乳腺疾病之首^[1]。本病病程漫长,严重影响女性的身心健康。现代医学对本病病因病理尚未明确,治疗方案存在争议,疗效不尽人意^[2]。中医学在治疗乳腺增生方面源远流长,有其独特优势。我们于2016

* 通讯作者: yanzhangren@qq.com

年1月—2016年12月运用消癥丸治疗乳腺增生病患者30例，疗效满意。现论述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60例乳腺增生病患者均来源于江西中医药大学附属医院外一科门诊及住院部，随机分为2组。治疗组30例，年龄18~50岁，平均(35.17±8.06)岁；病程最短3个月，最长3年，平均(15.07±8.12)月。对照组30例，年龄19~51岁，平均(35.73±8.02)岁；病程最短4个月，最长3年，平均(15.60±8.18)月。经检验，2组患者年龄、病程等差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 依据《黄家驷外科学》(第7版)^[3]制定。(1) 体征：单侧或双侧乳房胀痛，可累及肩部、上肢及胸背部，一般经前疼痛明显，经后疼痛减轻或消失，病程>3个月；(2) 体检：乳房内触及散在圆形结节，大小不等，边界不清，质韧，触痛，少数病人可有乳头溢液；(3) 辅助检查：乳腺超声(局限性低回声或无回声，病变后方回声增强反应)、乳房钼靶X线摄片(无明显边界的片状密度增高影或结节影)、红外线扫描、病理检查，排除其他良性、恶性病变。

1.2.2 中医诊断标准 依据《中医外科常见病诊疗指南》^[4]乳癖病中肝郁气滞证及痰瘀互结证制定。主症：乳房肿块，乳房胀痛或刺痛；次症：胸胁疼痛，抑郁易怒，胸闷，脘痞纳呆，月经量少色暗，经行腹痛；舌脉：舌暗红或有瘀点、瘀斑，苔薄白或白腻，脉弦或涩。符合主症1项，次症2项以上，舌脉相符即可诊断。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准者；年龄18~55岁；病程在3个月以上；签署知情同意书。

1.4 排除标准 年龄18岁以下或55岁以上者；合并有其它乳腺疾病者；合并有原发性心血管、肝、肾、血液系统等严重原发性疾病者；妊娠期、哺乳期妇女；对本药过敏者。

1.5 剔除标准 未按规定治疗者；因副作用以外的原因不能坚持治疗者；治疗过程中发生严重不良反应者；治疗中途失访者及患者坚决要求退出该研究者。

1.6 治疗方法

1.6.1 基础治疗 嘱患者保持心情舒畅，清淡饮食，选择合适的胸罩托起乳房。

1.6.2 治疗组 口服消癥丸(雷允上药业有限公司生产，国药准字Z20100057，0.2 g/丸)，每次10丸，1日3次，经期停药。治疗8周。

1.6.3 对照组 口服安慰剂(大小、颜色、剂型、味道与消癥丸一致，主要成分为淀粉)，服法同治疗组。治疗8周。

1.7 观察指标与方法

1.7.1 乳房疼痛强度 根据简化的McGill疼痛问卷表(SF-

MPQ)^[5]制定：(1) 疼痛评定指数(PRI)：包含11个感觉类(0~33分)和4个情感类(0~12分)对疼痛的描述词，无症状者计0分，轻度者计1分，中度者计2分，重度者计3分；(2) 视觉模拟量表(VAS)：采用中华医学会疼痛医学会监制的VAS卡，患者于无刻度的一面标示出最代表疼痛程度的位置，医生于有刻度的一面记录疼痛程度(0~10分)；(3) 现在疼痛强度(PPI)：无痛计0分，轻痛计1分，不适计2分，痛苦计3分，可怕计4分，极痛计5分。分别于治疗前、治疗后及停药4周后计算患者PRI、VAS及PPI评分及SF-MPQ总分。

1.7.2 乳房肿块程度积分 根据乳腺彩色多普勒检查及乳腺触诊制定。(1) 肿块质地：质软计1分，质韧计2分，质硬计3分；(2) 肿块分布范围：分布1~2个象限计1分，3~4个象限计2分，5~6个象限计3分，7~8个象限计4分；(3) 肿块大小：最大肿块直径≤2 cm计1分，2 cm<最大肿块直径<4 cm计2分，最大肿块直径≥4 cm计3分。分别于治疗前、治疗后及停药4周后计算患者乳房肿块程度积分。

1.7.3 安全性指标 治疗前后分别对2组患者进行血常规、肝肾功能、二便常规及心电图检查，并注意观察治疗过程中的不良反应。

1.8 疗效评定标准 依据《中医病证诊断疗效标准》^[6]制定。治愈：乳房疼痛和肿块消失，停药后半年未复发；显效：肿块直径缩小达1/2以上且乳痛消失；无效：肿块无缩小或反而增大、变硬或仅见乳痛缓解而肿块不缩小。

1.9 统计学方法 采用IBM SPSS 22.0统计学软件进行分析。定性资料用卡方检验，定量资料符合正态分布用 t 检验，不符合正态分布用秩和检验或协方差分析，相关性用Pearson相关性分析，必要时用非参数统计方法分析。以 $P<0.05$ 认为有统计学意义。

2 结果

治疗结束后，60例患者中共有57例患者完成临床观察，治疗组失访1例，对照组失访2例。

2.1 2组患者疗效比较 2组患者经治疗后，治疗组总有效26例，有效率为89.7%，对照组总有效13例，有效率为46.4%，经卡方检验，治疗组疗效优于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者治疗后疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	无效	总有效率
治疗组	29	8	18	3	89.7
对照组	28	2	11	15	46.4

注：治疗组与对照组疗效比较 $P<0.05$

2.2 2组患者SF-MPQ指标比较 2组患者治疗前PRI、VAS、PPI及SF-MPQ总分比较均无统计学意义($P>0.05$)，治疗组PRI、VAS、PPI及SF-MPQ总分于治疗后及停药4周后均优于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 2组患者治疗前、治疗后及停药4周后SF-MPQ指标比较
($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	PRI	VAS	PPI	总分
治疗组	29	治疗前	10.07±5.92	5.41±2.88	2.31±1.56	17.79±10.27
		治疗后	1.75±1.60 [#]	1.79±1.18 [#]	0.89±0.72 [#]	4.44±3.36 [#]
		停药4周	2.10±1.86 [#]	1.55±1.24 [#]	0.79±1.64 [#]	4.44±3.63 [#]
对照组	28	治疗前	10.89±6.36	4.50±3.19	2.21±1.81	17.61±11.30
		治疗后	8.28±4.38 [△]	3.57±2.70 [△]	1.96±1.67 [△]	13.82±8.65 [△]
		停药4周	8.60±4.61 [△]	3.96±2.78 [△]	1.89±1.64 [△]	14.46±8.92 [△]

注：同组患者治疗前后评分比较^{*} $P < 0.05$, [△] $P > 0.05$; 2组患者治疗后及停药4周后评分比较[#] $P < 0.05$

2.3 2组患者乳房肿块程度积分比较 2组患者治疗前乳房肿块程度积分比较无统计学意义 ($P > 0.05$)，治疗组乳房肿块积分于治疗后及停药4周后均优于对照组 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 2组患者乳房肿块程度积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	乳房肿块积分
治疗组	29	治疗前	5.48±1.53
		治疗后	1.93±1.36 [#]
		停药4周	1.86±1.27 [#]
对照组	28	治疗前	5.64±1.73
		治疗后	4.32±1.28 [△]
		停药4周	4.64±0.95 [△]

注：同组患者治疗前后评分比较^{*} $P < 0.05$, [△] $P > 0.05$; 2组患者治疗后及停药4周后评分比较[#] $P < 0.05$

2.4 2组治疗期间不良反应比较 2组患者治疗前后血常规、肝肾功能、二便常规及心电图检查均未见明显异常。治疗组患者2例出现腹泻，1例出现腹痛，均可耐受并继续接受治疗。

3 讨论

现代医学对本病发病机制^[7]尚未清晰，认为本病与内分泌因素、精神因素及情志因素等密切相关。其中，内分泌紊乱与本病发生尤为密切。现代研究^[8]从信号转导通路角度出发，发现雌激素受体 α (Estrogen Receptor α , ER α) 于本病发病过程中有介导转录激活的作用。ER α 通过介导雌二醇 (Estradiol, E₂)、线粒体孕激素受体A (Progesterone Receptor A, PR-A)，诱导乳腺组织的增生；催乳素 (PRL) 及催乳素受体 (PRL-R) 也可诱发乳腺上皮组织增生；一些特异性基因在乳腺增生病中可有不同程度的表达，刺激乳腺组织增生。基于此发病机制，临床上^[9]常采用内分泌去势疗法，如达那唑，他莫昔芬等，可取得一定疗效。然而，上述药物不仅复发率高，且长期服用不良反应大，易造成月经不调等反应。有研究报道^[10]，安慰性干预治疗本病有50%缓解率。

本病中医属“乳癖”^[11]范畴。《疡科心得集》曰：“有乳中结核，形如丸卵，不疼痛，不发寒热，皮色不变，其核随喜怒为消长，此名乳癖。”中医学认为，本病病因病机^[12]与肝、脾、肾及气血失和有关。乳癖或因生活及工作压力大，忧思伤肝，肝郁不得舒，气机阻

滞于乳房，导致乳房疼痛；或因肝郁日久化热，煎灼津液化痰，聚而成核；或因脾虚无力运化津液，内生痰浊，痰积于乳房而成肿块；或因肾气不足，无力充养冲任二脉，血脉不通而凝滞于乳房。临床上往往不是单一因素致病，而是多个因素共同致病。笔者认为肝郁气滞、血瘀痰凝是本病的基本病机。《外科正宗》云：“忧郁伤肝，思虑伤脾，积想在心，所愿不得志者，致经络痞涩，聚结成核。”肝郁气滞是本病主要病理特点，血瘀痰凝是其主要病理趋势。根据上述病因病机，本研究选用消癥丸，其由11味中药制成，方中柴胡、香附配伍疏肝解郁，理气消滞，调畅气机，肝郁得舒；大黄活血祛瘀；青皮散结消痰；川芎行气活血，是“血中之气药”；莪术破血行气消积；土鳖虫破瘀血；浙贝母散结化痰；当归、白芍补血活血；王不留行下乳通经活血，共奏疏肝解郁、理气消滞、软坚散结、活血化瘀之功。此外，现代药理研究^[13]指出，消癥丸可有效降低血清E₂水平、PRL水平，提高孕酮 (P) 水平，并减低ER α 、孕激素受体 (PGR)、催乳素受体 (PRL-R) mRNA及蛋白表达，从而调节内分泌紊乱，减轻乳腺增生。乳腺增生病患者常因乳腺疼痛和自我检查发现乳房肿块就诊，故本研究观察指标分别选用乳房疼痛强度及乳房肿块程度积分评价疗效，具有客观性。SF-MPQ是目前常用的疼痛强度量表，从多个角度评价疼痛程度，可以科学系统地体现患者疼痛情况。

本次研究通过随机、单盲、平行、安慰剂试验，旨在评价消癥丸治疗乳腺增生病地临床疗效及安全性。通过本次临床观察，我们发现消癥丸可以有效缓解患者疼痛并缩小乳房肿块，停药之后复发率较小，且不良反应较小，值得进一步临床研究。

参考文献

- [1] 聂晓伟, 谈勇, 钱云. 盆腔炎、乳腺增生症、子宫肌瘤、卵巢囊肿临床流行病学现状分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012(7): 108-110.
- [2] 黎国屏, 王松鹤. 实用临床乳腺病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 261-263.
- [3] 吴孟超, 吴在德. 黄家驷外科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1154.
- [4] 王军, 裴晓华, 李曰庆. 中医外科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 189.
- [5] Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire [J]. Pain, 1993, 30(2): 191-197.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 131.
- [7] 张忠元, 程荷珍. 乳腺增生发病机制与治疗及其动物模型制备的研究进展[J]. 抗感染药学, 2016(5): 966-969.
- [8] 刘聪, 岳永花, 郝旭亮. 乳腺增生发病机制的研究进展[J]. 医学综述, 2012, 18(5): 704-706.
- [9] 段学宁. 乳腺良性疾病诊治共识与争议[J]. 中国实用外科杂志, 2016(7): 713-715.
- [10] Kalantari B N, Dauphine C E, Khalkhali I. The role of imaging in the evaluation of focal mastalgia[J]. Breast Journal, 2013, 19(6): 569-570.
- [11] 李曰庆, 何清湖. 中医外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 111-113.
- [12] 韩会学, 李斌. 唐汉钧治疗乳腺增生经验[J]. 湖北中医杂志, 1998(5): 12-12.
- [13] 刘凯, 许惠琴, 陆春红, 等. 精制消癥丸调控乳腺增生大鼠性激素及其受体表达[J]. 中国医院药学杂志, 2015, 35(1): 15-19.

(本文编辑: 杨杰 本文校对: 喻文球 收稿日期: 2017-11-30)

宣痹汤合三妙散配合常规西药 治疗类风湿关节炎湿热痹阻证的临床分析

汪少琼 朱丽娟 王 爽 聂大庆 于桂梅 王颖航*

(长春中医药大学附属医院风湿科, 吉林 长春 130021)

摘要:目的 分析宣痹汤合三妙散配合常规西药治疗类风湿关节炎湿热痹阻证的临床疗效。方法 选取2014年1月—2016年12月就诊的84例类风湿关节炎湿热痹阻证病患,根据治疗方法将其分为2组,各42例。2组患者均行常规西药治疗,研究组在此基础上搭配宣痹汤合三妙散,对比治疗效果。结果 研究组治疗有效率高于对照组,2组患者C-反应蛋白(CRP)、类风湿因子(RF)及血沉(ESR)指标均有改善,但研究组优于对照组,不良反应发生率研究组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 宣痹汤合三妙散配合常规西药治疗类风湿关节炎湿热痹阻证疗效显著,可临床推广应用。

关键词: 宣痹汤合三妙散;西药;类风湿关节炎;湿热痹阻证;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.048

文章编号:1672-2779(2018)-06-0121-02

Clinical Analysis of Xuanbi Decoction and Sanmiao Powder in Combination with Western Medicine in Treating Rheumatoid Arthritis Damp-heat Obstruction Syndrome

WANG Shaoqiong, ZHU Lijuan, WANG Shuang, NIE Daqing, YU Guimei, WANG Yinghang

(Rheumatism Department, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: **Objective** To analyze the clinical effect of Xuanbi decoction and Sanmiao powder in combination with Western medicine in treating rheumatoid arthritis damp-heat obstruction syndrome. **Methods** From January 2014 to December 2016, 84 rheumatoid arthritis patients with damp-heat obstruction syndrome who came to our hospital were selected. According to the treatment method, they were divided into two groups, with 42 cases in each group. Two groups of patients underwent routine Western medicine treatment, and on this basis, the study group used Xuanbi decoction and Sanmiao powder. The therapeutic effect was compared. **Results** The effective rate of the study group was higher than that of the control group. The C-reactive protein (CRP), rheumatoid factor (RF) and erythrocyte sedimentation rate (ESR) were improved in both groups. However, the study group was better than the control group. The incidence of adverse reactions in the study group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Xuanbi decoction and Sanmiao powder in combination with Western medicine in treating rheumatoid arthritis damp-heat obstruction syndrome has significant effect, and it can be popularized in clinic.

Keywords: Xuanbi decoction and Sanmiao powder; Western medicine; rheumatoid arthritis; damp-heat obstruction syndrome; arthromyodynia

类风湿关节炎(RA)是以炎性滑膜炎为主的慢性系统疾病,该病病因至今未明,据统计我国类风湿关节炎发病率为0.2%~0.4%,当前受困民众高达500万,患者多伴有有关节外器官受累及血清类风湿因子阳性问题,会造成关节畸形及功能障碍,患者若不及时进行医治甚至会造成终身残疾,给其身心带来巨创^[1]。类风湿关节炎属于中医“痹证”,根据患者临床症状可将其分为湿热痹证、风寒湿痹证、根痹证、顽痹证,湿热痹阻证患者临床表现会出现关节红肿、发热、口感及活动受限问题,严重影响其生活质量^[2]。常规西药治疗虽能帮助患者控制病情但常伴有副作用,影响疗效,因此部分推出宣痹汤合三妙散联合疗法。本文旨在分析宣痹汤合三妙散配合常规西药治疗类风湿关节炎湿热痹阻证的疗效,现研究资料如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从2014年1月—2016年12月我院收治的类风湿关节炎湿热痹阻证病患中抽取84例作为研究对象,

根据治疗方法将其分为2组,每组42例。所有入选对象均符合《中药新药临床研究指导原则》^[3]中类风湿关节炎湿热痹阻证诊断标准,本次研究经医学伦理会审核通过,患者均同意参与研究,排除肝肾功能不全、心脑血管疾病、精神交流障碍及不良入院记录者。研究组男18例,女24例;年龄26~70岁,平均(51.23±4.76)岁;病程1~6年,平均(3.42±1.23)年。对照组男16例,女26例;年龄28~71岁,平均(50.49±4.47)岁;病程1~7年,平均(3.47±1.24)年。2组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$),可用以对比分析。

1.2 研究方法 2组患者均服用常规西药进行医治,甲氨蝶呤片、来氟米特片、硫酸羟氯喹片。甲氨蝶呤片(国药准字H31020644,上海信谊药厂有限公司),口服,10 mg/次,一周一次;来氟米特片(国药准字H20000550,苏州长征-欣凯制药有限公司),口服,10 mg/次,1次/日;硫酸羟氯喹片(国药准字H19990264,上海中西制药有限公司),口服,0.2 g/次,2次/日。研究组在此基础上搭配宣痹汤合三妙散,青风藤9 g,羌活9 g,苍术12 g,黄柏12 g,防己15 g,薏苡仁15 g,牛膝15 g,金银花

* 通讯作者:wangsqmail@sina.com

15 g, 连翘15 g, 赤芍15 g, 萆薢15 g。水煎服, 早晚温服。2组患者连续服药三个月对比临床疗效。

1.3 观察指标 临床疗效以中医临床症状标准为依据。显效: 症状积分改善 $\geq 70\%$, 患者关节肿胀、疼痛、发热症状完全消失; 有效: 症状积分改善 $\geq 50\%$, 临床症状有所改善; 无效: 患者病情有恶化倾向。治疗结束后组织患者进行检查, 对比患者治疗前后C-反应蛋白(CRP)、类风湿因子(RF)及血沉(ESR)指标, 同时观察治疗期间患者不良反应(肝功能指标异常、过敏反应、胃肠道反应及白细胞下降)发生情况。

1.4 统计学方法 本文涉及所有数据均使用统计学软件SPSS 20.0进行处理, 用 $(\bar{x} \pm s)$ 、(%)表示计量和计数资料, 用 t 和 χ^2 对数据进行检验, 分析组间差异, 若 $P < 0.05$, 即有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 研究组治疗有效率为92.86% (39/42) 高于对照组73.81% (31/42), 差异有统计学意义($P < 0.05$), 详细数据见表1。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	42	24(57.14)	15(35.71)	3(7.14)	92.86
对照组	42	13(30.95)	18(42.86)	11(26.19)	73.81
χ^2 值					5.486
P 值					0.019

2.2 临床指标比较 治疗后, 2组患者CRP、RF、ESR指标均有改善, 但研究组优于对照组, 有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。

表2 2组患者临床指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	CRP(mg/L)		RF(IU/mL)		ESR(mm/h)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	42	33.68 $\pm$ 7.42	11.24 $\pm$ 3.58	223.41 $\pm$ 44.71	51.23 $\pm$ 14.36	74.56 $\pm$ 15.62	25.24 $\pm$ 7.21
对照组	42	34.12 $\pm$ 7.13	17.64 $\pm$ 4.75	221.36 $\pm$ 45.62	71.88 $\pm$ 16.47	72.12 $\pm$ 15.13	34.58 $\pm$ 8.64

2.3 不良反应发生情况 研究组不良反应发生率为4.76% (2/42), 过敏反应1例、胃肠道反应1例; 对照组不良反应发生率为19.05% (8/42), 肝功能指标异常1例, 过敏反应2例、胃肠道反应4例、白细胞下降1例, 差异有统计学意义($\chi^2=4.086$, $P=0.043$)。

3 讨论

近年来, 我国民众类风湿关节炎发病率逐年递增, 作为会导致患者关节畸形的慢性疾病, 病程长、致残率高, 严重影响民众生活质量, 同时也加重医疗负担。当前我国民众对类风湿关节炎仍存在知晓率低、就诊率低及治疗率低的问题, 容易延误治疗, 有损其身心健康。

类风湿关节炎湿热痹阻证多因湿邪入侵、阳气虚弱、气血不足所致, 患者会出现肢体关节疼痛、肿胀及顽麻等问题, 起病较缓、病程长且难治愈, 容易导致肌肉萎缩, 多见于中青年, 患者会出现肢体关节疼痛、局部红肿、尿黄、苔黄腻等问题, 临床医疗以清热除湿、宣痹通络为主, 以往医者多推荐患者服用甲氨蝶呤、来氟米特、柳氮磺吡啶及羟氯喹, 可任选其中两种或三种药物进行联合治疗, 如患者服用甲氨蝶呤可干扰叶酸代谢抑制免疫细胞活性, 抑制胸腺嘧啶合成和炎性细胞因子释放, 能改善骨质破坏问题, 但服用该药物时应注意毒副作用, 密切观察患者肝功能指标, 以便及时调整用药, 提高用药安全性^[4]。本次研究结果显示: 研究组治疗有效率高高于对照组, 临床指标优于对照组, 不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 即患者联合宣痹汤合三妙散可提高疗效, 减少副作用, 具有较高应用价值。宣痹汤合三妙散从风、湿、热三处入手采用11种药材, 能最大程度发挥活血通络、祛湿止痛的功效, 青藤风可祛风湿、通经络; 羌活能解表散寒、祛风生湿气; 苍术可燥湿健脾, 主治湿阻中焦、风寒湿痹; 黄柏有清热燥湿, 解毒疗疮的功效; 薏苡仁可舒筋除痹; 防己有镇痛消炎的作用; 川牛膝可活血化瘀, 能缓解患者腰膝酸痛症状, 《中药形性经验鉴别法》曾提到牛膝有利尿、通经的功效, 患者服用后可舒缓经络, 同时具有清热解痛的疗效。综合应用多种药物, 可帮助患者缓解病痛, 减轻炎性反应, 同时能减少患者西药摄入量, 减少药物副作用对其身体的损伤, 实现标本兼治的功效^[5]。医者可根据患者病情及精神状态调整药方, 如局部肿胀者可加黄柏, 关节变形者可加丹参或姜黄, 局部剧痛者加蜈蚣等, 同时应加大健康教育力度, 为患者普及疾病知识, 提高其治疗依从性, 便于患者积极配合医生进行医治, 同时纠正其不良生活习惯, 利于患者严于律己, 以提高治疗效果。总之, 宣痹汤合三妙散配合常规西药治疗类风湿关节炎湿热痹阻证疗效显著, 可推广应用。

参考文献

- [1] 张建华, 姜小帆. 宣痹汤合三妙散治疗类风湿关节炎湿热痹阻证 45 例[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 30(5): 915-917.
- [2] 杨晶, 袁慧慧, 艾娟娟, 等. 三妙散合舒筋散治疗早期湿热阻络证类风湿性关节炎的疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2017, 37(7): 774-777.
- [3] 郭燕芬, 吴宽裕, 赵钟文, 等. 中医药优化方案治疗湿热痹阻型类风湿关节炎的不良反应观察[J]. 风湿病与关节炎, 2014, 3(11): 15-19.
- [4] 刘源, 张银, 郭艳幸, 等. 四妙散合宣痹汤联合西药治疗湿热型类风湿性关节炎 35 例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(6): 800-803.
- [5] 张振顺. 宣痹汤合二妙散加减治疗类风湿性关节炎的临床观察[J]. 西部中医药, 2012, 25(8): 77-78.

(本文编辑: 杨杰 本文校对: 刘娣 收稿日期: 2018-01-09)

活血化瘀法联合西药 治疗慢性盆腔炎的疗效及对炎症因子的影响

陈凤英

(朝阳市中医院妇科, 辽宁 朝阳 122000)

摘要:目的 分析活血化瘀法联合西药治疗慢性盆腔炎的疗效及对炎症因子的影响。方法 将收治的82例慢性盆腔炎患者纳入本次研究, 所有病例均选自2016年3月—2017年3月, 按照随机双盲法将所有患者均分为试验组和对照组, 对照组41例患者单用西药治疗, 试验组41例患者在对照组的基础上加用活血化瘀法治疗, 对比2组患者的治疗效果、炎症因子水平、不良反应发生率。结果 试验组患者治疗总有效率92.7% (38/41) 显著高于对照组70.7% (29/41), $TNF-\alpha$ 、IL-2、IL-4、IL-10均优于对照组, 2组比较 $P < 0.05$; 2组患者不良反应发生率较为接近, $P > 0.05$ 。结论 对慢性盆腔炎患者采取活血化瘀法联合西药治疗可获得理想的疗效, 能有效抑制盆腔慢性炎症, 且不良反应少, 安全性高。

关键词:慢性盆腔炎; 活血化瘀法; 中西医结合疗法; 炎症因子; 带下病; 腹痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.049

文章编号:1672-2779(2018)-06-0123-02

The Curative Effect of Promoting Blood Circulation for Removing Blood Stasis Method in Combination with Western Medicine in the Treatment of Chronic Pelvic Inflammatory Disease and the Influence on Inflammatory Factors

CHEN Fengying

(Gynecology Department, Chaoyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Chaoyang 122000, China)

Abstract: **Objective** To analyze the curative effect of promoting blood circulation for removing blood stasis method in combination with Western medicine in the treatment of chronic pelvic inflammatory disease and the influence on inflammatory factors. **Methods** 82 cases of patients with chronic pelvic inflammatory disease in our hospital were selected. All patients were selected from March 2016 to March 2017, according to the randomized double blind method, and all patients were divided into experimental group and control group. The control group of 41 patients was given Western medicine therapy. 41 patients in the experimental group were given promoting blood circulation for removing blood stasis method on the basis of the control group. The curative effect, inflammatory factor levels and incidence of adverse reactions of two groups was compared. **Results** The total effective rate of the experimental group (92.7%) was significantly higher than that of control group (70.7%), $TNF-\alpha$, IL-2, IL-4, IL-10 of the experimental group were superior to the control group $P < 0.05$. Incidence of adverse reactions of the two groups was similar $P > 0.05$. **Conclusion** The promoting blood circulation for removing blood stasis method in combination with Western medicine in the treatment of chronic pelvic inflammatory disease and the influence on inflammatory factors can achieve ideal curative effect, effectively inhibit chronic inflammation of the pelvic cavity, and has less adverse reaction and high safety.

Keywords: chronic pelvic inflammation; promoting blood circulation for removing blood stasis method; therapy of integrated medicine; inflammatory factors; leukorrheal diseases; abdominal pain

慢性盆腔炎是一类高发的慢性妇科疾病, 其主要特点为生殖器及周围结缔组织、盆腔腹膜发生炎症病变, 该病会给患者身体健康正常生活造成较大的不良影响^[1]。我院于2016年3月—2017年3月对收治的部分慢性盆腔炎患者给予活血化瘀法联合西药治疗, 现就其疗效及对炎症因子的影响作如下具体阐述。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我院收治的82例慢性盆腔炎患者纳入本次研究, 所有病例均选自2016年3月—2017年3月, 按照随机双盲法将所有患者分为试验组和对照组, 每组各41例。试验组患者年龄22~50岁, 平均

(36.2 ± 2.5) 岁; 病程最短5个月, 最长6年, 平均(2.9 ± 0.7) 年。对照组患者年龄23~52岁, 平均(36.8 ± 2.4) 岁; 病程最短6个月, 最长6年, 平均(2.8 ± 0.9) 年。采取SPSS 19.0软件对试验组与对照组患者上述资料的差异进行评估, 计算出 $P > 0.05$, 本次试验可行。

1.2 治疗方法 对照组患者单用西药治疗, 静脉滴注250 mL 0.9%甲硝唑溶液, 每天1次, 连用30天。

试验组患者在对照组的基础上加用活血化瘀法治疗, 中药处方: 丹参20 g, 苏梗10 g, 檀香10 g, 红藤10 g, 橘络10 g, 蒲黄10 g, 五灵脂5 g, 春砂仁5 g, 大黄5 g, 甘草3 g。用法: 将上述中药蒸熟后外敷于小

腹部,每天2次,每次30分钟,连用30天。

1.3 评价标准

1.3.1 对比2组患者治疗效果 显效:患者各项症状完全消失或明显改善,相关检查显示子宫及附件均正常;有效:患者症状有所改善;无效:患者症状未出现变化甚至恶化^[2]。将有效率与显效率相加得出治疗总有效率。

1.3.2 对比2组患者治疗前后炎症因子水平 统计比较2组患者治疗前后的TNF- α (肿瘤坏死因子)、IL-2 (白介素-2)、IL-4 (白介素-4)、IL-10 (白介素-10)。

1.3.3 对比2组患者不良反应发生情况 统计对比2组患者在治疗后发生小腹不适、恶心等不良反应的例数和发生率。

1.4 统计学方法 在试验结束后,采用标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料,采用百分率 (%) 表示计数资料,将两组患者的试验数据输入到SPSS 19.0统计学软件中,并确保数据真实、准确,以95%为可信区对数据进行处理,开展 t 检验和 χ^2 检验,计算出 P 值,若 $P < 0.05$,组间差异显著^[3]。

2 结果

2.1 2组患者治疗效果对比 对照组患者治疗总有效率为70.7%,显著低于试验组的92.7%,组间对比 $P < 0.05$,详见表1。

表1 试验组与对照组患者治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	41	25(61.0)	13(31.7)	3(7.3)	38(92.7)
对照组	41	18(43.9)	11(26.8)	12(29.3)	29(70.7)
χ^2 值		6.609			
P 值		0.010			

2.2 2组患者治疗前后炎症因子水平对比 2组患者治疗前的TNF- α 、IL-2、IL-4、IL-10相比未见明显差异, $P > 0.05$;在治疗后,试验组患者TNF- α 显著低于对照组,IL-2、IL-4、IL-10显著高于对照组,组间比较 $P < 0.05$ 。详见表2。

表2 试验组与对照组患者治疗前后炎症因子水平对比 ($\bar{x} \pm s$, ng/L)

组别	例数	TNF- α		IL-2		IL-4		IL-10	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	41	133.5 $\pm$ 33.8	80.9 $\pm$ 25.8	51.7 $\pm$ 11.8	78.4 $\pm$ 20.3	57.4 $\pm$ 15.7	77.3 $\pm$ 22.9	72.2 $\pm$ 26.5	104.6 $\pm$ 22.5
对照组	41	137.4 $\pm$ 32.7	121.3 $\pm$ 29.4	47.8 $\pm$ 12.6	62.7 $\pm$ 20.9	54.6 $\pm$ 15.1	64.4 $\pm$ 18.6	73.4 $\pm$ 26.0	93.3 $\pm$ 26.2
t 值		0.531	6.613	1.447	3.450	0.823	2.800	0.207	2.095
P 值		0.597	0.000	0.152	0.001	0.413	0.006	0.837	0.039

2.3 2组患者不良反应发生情况对比 试验组患者不良反应发生率(17.1%)略高于对照组(9.8%),但2组差异

不显著, $P > 0.05$,详见表3。

表3 试验组与对照组患者不良反应发生情况对比 [例(%)]

组别	例数	恶心	小腹不适	发生率
试验组	41	3(7.3)	4(9.8)	7(17.1)
对照组	41	0(0.0)	4(9.8)	4(9.8)
χ^2 值		1.932		
P 值		0.165		

3 讨论

慢性盆腔炎多因急性盆腔炎为得到根治,在患者免疫力低下的情况下,病情迁延所致,患者多会出现月经异常、不孕、异位妊娠、慢性盆腔痛、低热、易疲倦等症状,该病危害较大,需尽早治疗^[4]。中医将慢性盆腔炎归为“妇人腹痛”“带下”的范畴,中医对慢性盆腔炎的研究历史较为悠久,其所提出的活血化瘀法在治疗慢性盆腔炎中应用较广,且疗效显著^[5]。活血化瘀法最早记载于《黄帝内经》中,之后经过不断改良而成,其方剂由丹参、苏梗、檀香、红藤、橘络等十多味中药组成,用药方法为局部外敷,诸药合用具有活血化瘀、改善微循环、抗感染等作用^[6]。诸多研究证实,在此基础上连用甲硝唑可增强疗效,甲硝唑属硝基咪唑类药物,具有极强的杀菌效果,适用于各类厌氧菌所引起的感染,其作用机理为通过抑制脱氧核糖核酸的合成,影响细菌的生长和繁殖,从而导致细菌死亡^[7]。本次研究证实,活血化瘀法联合西药治疗慢性盆腔炎可获得较好的疗效,治疗总有效率达92.7%,患者TNF- α 、IL-2、IL-4、IL-10均明显改善,且以上指标相对于单用甲硝唑治疗的患者存在明显区别, $P < 0.05$,2组不良反应发生率相比 $P > 0.05$,本次试验结果类似于陈淑萍、赵喜兰^[8]的研究结果。

由上可见,活血化瘀法联合西药治疗慢性盆腔炎安全有效,值得推广。

参考文献

- [1]张双,高月平.慢性盆腔炎的中西医研究进展[J].河南中医,2014,34(3):497-499.
- [2]梁彩英,陈南官,廖颖文,等.中医综合治疗与护理治疗慢性盆腔炎40例临床观察[J].中医药导报,2012,18(3):102-103.
- [3]陈淑萍,赵喜兰.中药联合西药治疗慢性盆腔炎108例[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(17):66-66.
- [4]刘震坤,金影,董克勤.中药保留灌肠治疗气滞血瘀型慢性盆腔炎[J].长春中医药大学学报,2014,30(5):866-868.
- [5]叶文凤.中西医结合心理治疗三联法治疗慢性盆腔炎的临床分析[J].中国医药指南,2012,10(1):229-230.
- [6]张双,高月平.慢性盆腔炎的中西医研究进展[J].河南中医,2014,34(3):497-499.
- [7]蔡爱敏,卫爱武.中西医结合治疗慢性盆腔炎临床研究[J].中医学报,2012,27(2):1368-1369.
- [8]王宜民,王秀民,解俊霞.近5年中西医结合治疗慢性盆腔炎临床研究进展[J].河北中医,2013,35(10):1580-1582.

(本文编辑:杨杰 本文校对:韩岩辉 收稿日期:2017-12-08)

中西医结合治疗风热蕴肤型玫瑰糠疹临床观察

相勇 陈体高 陈罗娣

(赣州市皮肤病医院中医皮肤科, 江西 赣州 341000)

摘要:目的 观察中西医结合治疗风热蕴肤型玫瑰糠疹的临床疗效。方法 80例玫瑰糠疹患者, 随机分为治疗组和对照组, 每组各40例。对照组口服复方甘草酸苷片、氯雷他定口腔崩解片, 治疗组在对照组用药基础上联合自拟中药方治疗; 2组均治疗10天为1疗程, 共治疗2个疗程后观察2组临床疗效及不良反应。结果 治疗组、对照组的有效率分别为95%和77.5%, 两者差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗期间均无明显不良反应。结论 中西医结合治疗风热蕴肤型玫瑰糠疹疗效明显, 无不良反应, 适宜临床推广应用。

关键词: 玫瑰糠疹; 风热蕴肤型; 中西医结合疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.050

文章编号:1672-2779(2018)-06-0125-02

Clinical Observation on Therapy of Integrated Medicine in Treating Wind Heat Affecting the Skin Type Pityriasis Rosea

XIANG Yong, CHEN Tigao, CHEN Luodi

(Department of Dermatology of Traditional Chinese Medicine, Ganzhou City Skin Diseases Hospital, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of combined traditional Chinese herbal medicine therapy in the treatment wind heat affecting the skin type of pityriasis rosea. **Methods** 80 cases of wind heat affecting the skin type pityriasis rosea patients were randomly divided into treatment group of 40 patients and control group of 40 patients. The treatment group was treated with Chinese herbal medicine and compound glycyrrhizin capsules and loratadine orally disintegrating tablets, and the control group was treated with compound glycyrrhizin capsules and loratadine orally disintegrating tablets. The two groups were treated for 10 days for 1 course of treatment. After total 2 courses of treatment, the clinical effect and adverse reactions were observed. **Results** The total effective rate of the treatment group and the control group was 95% and 77.5% respectively. There was a significant difference between the two groups on side effect rate ($P<0.05$). There were no significant adverse reactions in the two groups during the treatment period. **Conclusion** The combination of traditional Chinese medicine compound glycyrrhizin capsules and loratadine orally disintegrating tablets is a safe and effective way of treating wind heat affecting the skin type of pityriasis rosea. It is worthy to be popularized.

Keywords: pityriasis rosea; wind heat affecting the skin type; therapy of integrated medicine

玫瑰糠疹是以覆有糠状鳞屑的玫瑰色斑疹、斑丘疹为典型皮损的炎症性、自限性丘疹鳞屑性皮肤病^[1]。本病发病机制不明, 目前尚无特异性治疗方法。玫瑰糠疹具有自限性, 是临床常见病、多发病, 易见于青少年及青年人, 少部分患者有反复发作病史。因其病程较长, 给患者带来较大痛苦及心理负担。笔者科室于2016年1月—2017年5月应用自拟中药方联合西药治疗玫瑰糠疹40例, 取得了较满意疗效, 现报道总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将80例病例随机分为治疗组和对照组各40例。治疗组男21例, 女19例; 年龄13~50岁, 平均29.2岁; 病程2~15天。对照组男18例, 女22例; 年龄15~45岁, 平均27.5岁; 病程3~13天。所有患者均有典型玫瑰糠疹皮损表现, 2组患者皮损真菌镜检阴性, 存在性生活史患者行TRUST检测均阴性。

1.2 纳入标准 80例入选病例全部符合玫瑰糠疹的西医诊断标准, 入选标准参照《中国临床皮肤病学》^[2]: 年

龄 ≥ 13 岁, 男女不限; 躯干和四肢近端为主的分散性泛发性椭圆形玫瑰红色斑疹, 其外周边缘有细薄鳞屑, 皮损长轴与皮纹平行, 部分患者有母斑; 皮损真菌镜检阴性; 有性生活史患者, 梅毒血清学检查TRUST阴性; 近4周内未使用过抗组胺药、钙剂、糖皮质激素、免疫抑制剂及中药等治疗; 自愿参加, 并签署知情同意书。

1.3 排除标准 不符合诊断标准者; 对复方甘草酸苷、氯雷他定及其衍生物和中药过敏者; 妊娠、哺乳期妇女; 近3个月准备妊娠女性; 有严重心肝肾功能损害及免疫功能缺陷者; 不能坚持口服中药者或不能按时复诊者。

1.4 治疗方法 对照组口服复方甘草酸苷片(西安利君制药有限公司, 国药准字H20093006)口服2片/次, 3次/日; 氯雷他定口腔崩解片(四川新斯顿制药股份有限公司, 国药准字H20080527)晚口服1片。治疗组在对照组口服药物基础上给予自拟中药方: 荆芥10 g, 防风10 g, 栀子10 g, 生石膏15 g, 生地黄10 g, 苦参9 g,

白鲜皮9 g, 黄芩9 g, 黄柏6 g, 连翘6 g, 牛蒡子6 g, 升麻5 g, 甘草6 g。水煎, 每日1剂, 分2次服用。2组患者均外用本院制剂去炎松尿素霜, 每天2次。2组均治疗10天为1疗程, 共治疗2个疗程后评定2组临床疗效。

1.5 疗效判定标准 痊愈: 皮损全部消退, 留有色素减退斑, 无瘙痒症状, 无新发皮疹。显效: 皮损消退 $\geq 70\%$, 无(或)有轻度瘙痒, 无新发皮疹。好转: 皮损消退30%~70%, 瘙痒明显减轻, 无新发皮疹。无效: 皮损消退 $\leq 30\%$, 瘙痒明显, 或症状体征无明显改变。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

1.6 统计学方法 采用SPSS 22.0软件对所得观察数据进行统计分析, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2组治疗后临床疗效观察比较: 2组观察病例全部完成治疗, 治疗过程中均无明显不良反应。治疗组的有效率高于对照组, 经统计学检验确切概率法, $P=0.048$, $P<0.05$, 差异有统计学意义。见表1。

表1 2组临床观察疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	20(50.0)	18(45.0)	2(5.0)	0(0.0)	38(95.0)
对照组	40	11(27.5)	20(50.0)	6(15.0)	3(7.5)	31(77.5)

注: 与对照组比较, $P<0.05$

3 讨论

玫瑰糠疹具有自限性特点, 一般病程为6~8周, 也有数月甚至数年不愈者, 但治愈后不容易复发。15~40岁的人发病率最高, 常流行于春秋季节, 女性受累较男性更常见^[3]。玫瑰糠疹病因复杂, 西医学认为可能与病毒、细菌、真菌或寄生虫感染有关。目前治疗玫瑰糠疹的西医学方法较多, 多采用的是抗组胺药物、糖皮质激素外用或内服、UVB光照射等。复方甘草酸苷是以甘草酸苷、半胱氨酸和甘氨酸为主要成分的复合制剂, 能调节T细胞活化, 抑制干扰素、白细胞介素等细胞因子的分泌, 活化自然杀伤细胞, 具有明显的免疫调节和抗变态反应功能, 而且能通过诱导多种酶的效应而减弱或抑制病毒的复制^[4-5]。氯雷他定作为三环类抗组胺药, 为选择性外周H1受体拮抗剂, 具有双重抗组胺和抗炎介质的作用, 可以缓解玫瑰糠疹的瘙痒症状。

玫瑰糠疹祖国医学称为“风热疮”“风癣”。《外科启玄·风热疮》曰: “此疮初则疙瘩痒之难忍, 扒之

而成疮, 似疥非疥。乃肺受风热, 故皮毛间有此症也。”《诸病源候论·风癣候》曰: “风癣是恶风冷气客于皮, 折于血气所生。亦作圆文匡郭, 但抓搔顽痹, 不知痛痒。”《洞天奥旨·风热疮》曰: “风热疮, 多生于四肢、胸胁。初起如疙瘩, 痒而难忍, 爬之少快, 多爬久搔, 未有不破疮者。甚则鲜血淋漓, 似疥非疥。乃肺经内热而外感风寒、寒热相激而皮毛受之, 故成此症也。”均指出了风寒、风热易导致玫瑰糠疹的发生。玫瑰糠疹的中医病机大多认为由于过食辛辣, 或情志抑郁化火, 导致血分蕴热, 复感风热外邪, 血热风热相搏, 郁阻肌肤而发。中医临床辨证可分为: 风热蕴肤、风热血燥^[6]。而风热蕴肤证临床较为常见, 临床多表现为发病急, 皮损为淡红色斑片, 鳞屑细薄, 瘙痒, 伴心烦口渴, 大便干, 尿微黄, 舌质红, 苔薄黄, 脉浮微数。治疗以疏风清热消疹止痒为治则。本研究采用自拟中药方为院内协定方, 荆芥善祛风透疹止痒; 防风祛外风息内风, 为治风之要药, 两者合用共为君药, 以达宣表之风邪, 增强疏风止痒之功效。生石膏清热泻火, 生地黄清热凉血, 苦参清热燥湿杀虫, 白鲜皮清热解毒燥湿、祛风止痒, 四药共为臣; 黄芩、黄柏、连翘、栀子清热解毒利湿, 升麻清热解毒、发表透疹, 牛蒡子疏散风热、解毒透疹, 共为佐药; 甘草清热解毒、调和诸药为使药。诸药合用, 以达清热凉血、疏风止痒之功效。现代药理研究亦表明, 防风、栀子有抗过敏作用, 白鲜皮、升麻、连翘、苦参有抗变态反应性炎症作用, 生地黄有镇静、调节免疫作用。

通过自拟中药方联合复方甘草酸苷片、氯雷他定口腔崩解片治疗风热蕴肤型玫瑰糠疹疗效显著, 有效率达到95%, 明显高于对照组的77.5% ($P<0.05$)。观察治疗过程中无临床不良反应, 适宜皮肤科临床推广应用。

参考文献

- [1]张学军. 皮肤病学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 143.
- [2]赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏凤凰科学技术出版社, 2009: 1029-1032.
- [3]William D.James, Timothy G.berger, Dirk M.Elston. 安德鲁斯临床皮肤病学[M]. 11版. 北京: 科学出版社, 2015: 204-205.
- [4]严旭, 马学良. 复方甘草酸苷联合窄谱 UVB 治疗玫瑰糠疹的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2010, 5(15): 66.
- [5]Baltina L.A. Chemical modification of glycyrrhizic acid as a route to new bioactive compounds for medicine[J]. Curr Med Chem, 2003, 10: 155-171.
- [6]杨志波, 范瑞强, 邓丙戌. 中医皮肤病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 139-141.

(本文编辑: 杨杰 本文校对: 钟瑞平 收稿日期: 2017-12-14)

中国穴位埋线疗法系列讲座(71)

星状神经节为主埋线 对高血压病患者 Ang II、ALD 的影响※

高敬辉¹ 杨才德^{2*} 马重兵² 王双平¹ 周 勇¹ 李登科² 赵 晶¹ 金芝萍¹ 马列胜¹

(1 七里河区中医医院针灸科, 甘肃 兰州 730050;

2 兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科, 甘肃 兰州 730020)

摘要:目的 观察星状神经节为主埋线治疗高血压病的临床疗效及对患者Ang II、ALD的影响。方法 60例符合纳入标准的高血压病患者随机分为对照组和治疗组,各30例,其中对照组单纯口服卡托普利片,治疗组给予星状神经节为主埋线疗法,治疗2个疗程后,监测治疗前后收缩压和舒张压的变化,采用ELISA法检测高血压病患者Ang II、ALD含量。结果 治疗组总有效率93.3% (28/30),而对照组分别73.3% (22/30),差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);与治疗前相比,治疗后2组Ang II和ALD均明显降低 ($P < 0.01$);2组间比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 星状神经节为主埋线能够安全、有效降低高血压病患者收缩压及舒张压,其机理可能是通过降低血清中Ang II和ALD含量达到的。

关键词: 高血压病;星状神经节;穴位埋线;Ang II、ALD;眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.051

文章编号:1672-2779(2018)-06-0127-04

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (71)

Effect of Stellate Ganglion Catgut Embedding Thread on Ang II and ALD in Patients with Hypertension

GAO Jinghui¹, YANG Caide^{2*}, MA Chongbing², WANG Shuangping¹, ZHOU Yong¹, LI Dengke², ZHAO Jing¹, JIN Zhiping¹, MA Liesheng¹

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, Qilihe District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lanzhou 730050, China;

2. Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical curative effect of stellate ganglion catgut embedding thread on Ang II and ALD in patients with hypertension. **Methods** 60 patients with EH were randomly divided into control group and treatment group, with 30 cases in each group. The control group took orally captopril tablets. The treatment group used stellate ganglion catgut embedding. After two courses of treatment, systolic pressure and diastolic blood pressure of patients with hypertension before and after treatment were observed. The ELISA was used to detected the content of Ang II and ALD. **Results** The total effective rate of the treatment group and the control group was 93.3% (28/30) and 73.3% (22/30) respectively, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, Ang II and ALD in both groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.01$). There was no significant difference between the 2 groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The stellate ganglion catgut embedding thread is safe and effective in reducing systolic and diastolic blood pressure in patients with hypertension. The mechanism may be achieved by reducing the contents of Ang II and ALD in serum.

Keywords: hypertension; stellate ganglion; catgut embedding therapy; Ang II and ALD; vertigo

(上接第5期)

高血压病 (essential hypertension, EH) 发病率逐年增高,对患者心、脑、肾等靶器官损害严重,是脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病等慢性非传染性疾病的重要危险因素,致死、致残率高,预防和治疗高血压可以有效的使心脑血管病的发病率和病死率下降^[1-3]。目前治疗EH主要以长期口服药物,常用药物为:利尿药、受体阻滞剂、钙通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂等,这些药物在降压治疗方而取得

了显著的疗效。在控制短时及长时血压水平方面,各种降压药物都取得了巨大的进步,但长期用药患者会产生耐药现象,而且还会对患者产生不同程度的毒副作用,有着各自的禁忌症,并且在减少靶器官损害及防止并发症方面并没有取得预期的目的。针灸治疗高血压疗效确切、无毒副反应。穴位埋线疗法作为针刺疗法的延伸,弥补了常规针刺治疗次数多、作用时间短的缺点,本研究主要探讨和说明穴位埋线疗法治疗高血压病的安全性、有效性、可行性,初步揭示穴位埋线疗法治疗高血压病的临床机理,为治疗高血压病选择安全、有效、价廉的治疗方法提供临床及实验依据。

※ 基金项目:甘肃省中医药管理局科研课题[No.GZK-2017-65]

* 通讯作者:13993162751@163.com

1 资料与方法

1.1 一般资料 60例高血压病患者来自于2016年2月—2017年2月兰州市七里河区中医院及兰州大学第一医院东岗院区门诊及住院病人。60例原发性高血压患者随机分为两组：观察组30例，其中男性14例，女性16例；年龄35~65岁，平均50.3岁；病程最短6个月，最长20年。对照组30例，其中男性11例，女性19例；年龄35~65岁，平均51.2岁；病程最短6个月，最长19年。2组性别、年龄、病程差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照中国高血压防治指南2005年修订版，见表1。

表1 高血压病诊断标准 (mmHg)

类别	收缩压	舒张压
正常血压	<120	<80
正常高值	120~139	80~89
高血压	140	90
1级高血压(轻度)	140~159	90~99
2级高血压(中度)	160~179	100~109
3级高血压(重度)	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	<90

1.3 纳入标准 (1) 符合高血压病西医诊断标准，年龄在18~65岁，并获得知情同意书者，可纳入试验病例。(2) 高血压病限于1、2级的患者，高血压危险分层属于低危。(3) 原发性高血压，一周内不同日三次测量血压，达到高血压病诊断标准。(4) 知情同意，自愿受试患者。

1.4 排除标准 (1) 年龄在18岁以下或65岁以上者。(2) 继发性肥胖病和继发性高血压病患者。(3) 合并有心脑肾严重器官损害，或精神病患者。(4) 妊娠或哺乳期妇女。(5) 符合纳入标准，但未按规定用药，无法判断疗效者或其他因各种情况等影响疗效判断者给予剔除。(6) 正在接受降压等相关治疗，可能影响对效应指标观察者。

1.5 脱落标准 (1) 治疗期间出现其它并发症或疾病者；(2) 治疗期间出现严重不良反应或其他意外，不宜继续接受治疗者；(3) 治疗期间还接受其他治疗措施的，包括服用药物治疗者；(4) 治疗期间发现由于其它个体原因造成对试验数据影响干预较大者；(5) 治疗期间不愿继续接受治疗者。

1.6 脱落处理 治疗期间如出现脱落病例，则研究人员采取电话随访等方式与患者联系询问其理由，并记录最后一次治疗时间及必要信息，以备数据处理。

1.7 研究终止原则 (1) 在研究过程中发现设计方案存在重大失误，并影响其疗效评价；或干预方法造成患者身心损失的情况。(2) 研究中发现患者疗效较差，无临床价值。(3) 由于其它不可抗拒原因造成无法继续临床研究的情况。

1.8 质量控制 (1) 本次研究由七里河区中医院和兰州大

学第一医院中西医结合科医务人员参与，并进行相关知识培训，做到诊断规范，检查操作规范，尽量减少人为因素误差。(2) 穴位埋线治疗由杨才德副主任医师操作。

1.9 治疗方法

1.9.1 治疗组 采用杨才德教授发明的7#埋线针刀和30 cm长4-0的PGA线以星状神经节为主埋线治疗高血压病。

1.9.1.1 治疗方案 主穴：双侧星状神经节、血压点(C6, 7棘突旁2.0 cm处)。配穴：肝阳上亢证加双侧太冲、肝俞、肾俞、三阴交；阳明火热证加曲池、足三里、丰隆、合谷；风痰上扰证加丰隆、风池、百会、足三里。

星状神经节操作：体位：常取仰卧位，使枕部与背部处于同一高度或将一薄枕置于双肩下，使头尽量后仰，以充分暴露颈部。面向上方，颈部抬向前。口微张开以减小颈前肌张力，且易触及第6颈椎横突。操作者应位于病人的右侧。

定位：环状软骨水平，胸锁乳突肌内侧缘，中线旁开约1.5 cm，胸锁关节上平均2.5 cm处。

定点：术者左手拇指在“定位”处接触皮肤，轻轻按压，以病人可耐受为度，当触及颈动脉搏动时，把颈动脉控制在指腹下，将胸锁乳突肌、颈总动脉、颈内静脉推向外侧，使之与气管、食管分开，向下按压，可触及明显的抵抗感，此为C6颈椎横突前结节，标记之，此为进针点。

穿刺方法：术区消毒。戴无菌手套。术者左手四指与拇指分开，四指抵于薄枕或者紧靠于患者颈部，做卡颈状动作，以确保操作时押手的相对稳定；拇指在“定位”处再次做“定点”时的动作，以确保“进针点”的准确性，然后松开拇指，使拇指轻轻触及皮肤；右手持针，针斜口面对拇指，针尖触及“进针点”皮肤，拇指与针尖同时向下移动，拇指将胸锁乳突肌、颈总动脉、颈内静脉推向外侧，触及颈动脉搏动，确认已经把颈动脉控制在指腹下；继续向下移动，当到达C6颈椎横突前结节时有明显的抵抗感，稍做停顿后，左手拇指固定，右手向下快速突破，针尖所到之处即为C6颈椎横突前结节；退针0.5 cm，右手持针固定不动，左手拇指轻轻抬起，以颈部皮肤随之而起为度，此时标志穿刺获得成功；最后，埋线、出针，按压片刻，创可贴贴敷即可。应注意穿刺星状神经节时并无异感，故不需寻找异感。疗程：3次为1个疗程，每次间隔14日，两侧同时进行，共治疗2个疗程。

其余腧穴均采用PGA线体对折旋转埋线法操作：取一段PGA线，放入针的前端，线在孔内外的长度基本保持相同，不要针芯，刺入穴位时，线在针尖处被压而形成对折，在确保针孔外的线体进入皮肤并获得针感后，旋转、退出针体，即完成了一次埋线。

疗程：2次为1个疗程，每次间隔14日，两侧同时进行，共治疗2个疗程。

1.9.2 对照组 单纯口服卡托普利片, 12.5 mg, 每天2次。本科研项目使用卡托普利片 商品名: 开博通, 国药准字H31022986, 生产单位: 中美上海施贵宝制药有限公司。

1.10 观察指标

1.10.1 Ang II和ALD含量测定 血管紧张素 II (Ang II)、醛固酮 (ALD) 采用双抗体一步夹心法酶联免疫吸附试验 (ELISA) 测定。

1.10.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(2002年5月出版, 卫生部编)。显效: (1) 舒张压下降10 mmHg (1.3 kPa) 以上, 并达到正常范围; (2) 舒张压虽未下降到正常, 但已下降20 mmHg (2.7 kPa) 或以上, 须具备其中1项; 有效: (1) 舒张压下降不及10 mmHg (1.3 kPa) 以上, 但已达到正常范围; (2) 舒张压较治疗前下降10~19 mmHg (1.3~2.5 kPa), 但未达到正常范围; (3) 收缩压较治疗前下降30 mmHg (4 kPa) 以上, 须具备其中1项; 无效: 未达到以上标准。

1.11 统计学方法 计量资料采用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 若资料服从正态分布, 方差齐, 组间比较采用 t 检验; 方差不齐, 采用 t 检验。若不服从正态分布, 2组间比较采用Wilcoxon秩和检验。计数资料用疗效构成比的方式进行统计描述, 组间疗效构成比的检验采用Wilcoxon秩和检验, 组间总体有效率的比较采用卡方检验或者Fisher确切概率计算法检验。所有检验水准均以 $P \leq 0.05$ 作为差异具有统计学意义的标准, 以上数据采用SPSS 24.0统计软件进行统计学处理。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 见表2。如表2所示, 治疗组总有效率93.3%, 对照组总有效率73.3%, 治疗组总有效率优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明星状神经节为主埋线治疗高血压病的效果明显优于口服卡托普利片。

表2 2组治疗后临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	7	21	2	93.3 ¹⁾
对照组	30	6	16	8	73.3

注: 与对照组比较, ¹⁾ $P < 0.05$

2.2 2组治疗前后Ang II和ALD比较 如表3、表4所示, 与治疗前相比, 治疗后2组Ang II和ALD均明显降低 ($P < 0.01$)。组间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 表明星状神经节为主穴位埋线及口服卡托普利片均能降低血清中Ang II和ALD含量, 其降低作用无明显差异。

表3 2组治疗前后Ang II比较 ($\bar{x} \pm s$, pg/mL)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	134.53±39.62	100.25±13.26 ¹⁾
对照组	30	132.12±37.60	94.56±12.86 ^{2),3)}

注: 与治疗前相比, ^{1),2)} $P < 0.05$; 与治疗组相比, ³⁾ $P > 0.05$

表4 2组治疗前后ALD比较 ($\bar{x} \pm s$, pg/mL)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	190.10±47.18	158.50±28.93 ¹⁾
对照组	30	200.22±50.58	154.17±46.76 ^{2),3)}

注: 与治疗前相比, ^{1),2)} $P < 0.05$; 与治疗组相比, ³⁾ $P > 0.05$

3 讨论

肾素-血管紧张素-醛固酮是体内重要的调节水盐平衡及血压的系统, 其主要组成包括肾素、血管紧张素及醛固酮。肾脏近球细胞分泌肾素并作用于肝脏合成的血管紧张素原, 使其转换为Ang I, 后者在血管紧张素转换酶 (ACE) 的作用下生成Ang II并作用于肾上腺皮质球状带产生醛固酮。Ang II有很强的收缩血管作用, 可直接升高血压; 醛固酮主要通过潴钠排钾^[4], 增加循环血容量而升高血压。正常生理状态下, 人体肾素、血管紧张素及醛固酮处于代谢平衡状态, 受很多因素包括水、盐、某些激素与血管活性因子 (如内皮素、心钠素和孕激素等) 以及交感神经等的调节。进一步研究表明, 肾素-血管紧张素-醛固酮水平增高直接损害内皮功能使血管运动和张力失调及水钠潴留, 促发高血压RAS通过促血管平滑肌、成纤维细胞增生及胶原合成而介导动脉硬化, 通过与交感系统儿茶酚胺相互作用, 在高血压发生发展的恶性循环中起关键作用。

星状神经节是由第6、7颈部神经节构成的颈部节和第1胸神经节融合而成, 有时还包括了第2胸神经节和颈中神经节, 其节后纤维广泛分布C₃-T₁₂节段的皮肤区域。在功能上属于交感神经节。目前, 多认为星状神经节的治疗作用主要有中枢神经作用和周围神经作用两方面, 其通过调节丘脑的维护内环境的稳定机能而使机体的植物神经功能、内分泌功能和免疫功能保持正常; 其周围神经作用是由于节前和节后纤维的功能受到调节, 分布区域的交感神经纤维支配的心血管运动、腺体分泌、肌肉紧张、支气管收缩及痛觉传导也受到调节, 此周围作用一直被用来治疗头颈部、上肢、肩部、心脏和肺部的一些疾病。通过星状神经节可以治疗很多种疾病, 如原发性高血压、失眠症、排汗异常、皮肤病等全身性的疾病, 以及头痛、面瘫、过敏性鼻炎、哮喘、消化性溃疡、便秘等局部的疾病, 对星状神经节的干预也有很多种方法, 例如外科手术、神经阻滞、针刺、针刀、穴位埋线等等, 除手术以外的四种方法中, 成功穿刺是操作的核心技术^[5], 星状神经节的穿刺具有一定的风险, 针刺和针刀等反复穿刺也会增加风险次数, 近年来, 星状神经节穴位埋线广泛应用于临床, 适当的回避了上述的风险, 并且增强了良性刺激的时间和疗效, 得到了临床医师的认可和使。星状神经节支配的组织器官包括脑膜、眼、耳、咽喉、舌、泪腺、腮腺、舌下腺、肩、上肢、心脏、大血管、气管、支气管、肺、胸壁以及头颈部皮肤等。

心脏的交感神经支配为双侧性,主要为颈中神经节支配,星状神经节的传出纤维主要止于窦房结及心房。

近年来,有关星状神经节的作用机理的研究很多。研究表明,星状神经节的治疗作用涉及植物神经系统、内分泌系统和免疫系统,对上述系统的功能有调节作用。该方法有助于维持机体内环境的稳定性,使许多植物神经失调性疾病得到纠正。此法用于治疗原发性高血压,使失调的机能趋于正常,取得了较好的效果^[7]。星状神经节埋线治疗可抑制交感神经兴奋传递,抑制肾素、醛固酮分泌,松弛小动脉的平滑肌,扩张血管,降低外周血管阻力而降压;其次可调节植物神经、内分泌系统功能,增进机体内部稳定状态,使兴奋水平降低,改善自主神经系功能,达到降压目的。

刺激星状神经节能够解除颅内血管痉挛、使血管管径扩张,血管阻力降低,血流速度向正常转化,改善大脑的血液循环状态,调节紊乱的植物神经功能,使全身异常血管的张力趋向正常,维持血管正常的植物神经功能,从而维持人体正常的血压平衡状态,从根本上治疗高血压。既能使血压恢复到正常范围而又不至于造成低血压,同时又能改善心、脑、肾脏的血液供应,因此又可减少心、脑、肾并发症的出现。

寻求合理的综合降压方法来提高疗效,改善患者的生活质量,是目前医学界迫切需要解决的问题。穴

位埋线疗法是传统针刺疗法的延伸和发展,包含了针刺效应、线体吸收持续刺激、刺络放血等多种疗法作用,具有微创、不良反应较少、临床疗效肯定等优势,能够有效减少患者治疗次数,研究表明,星状神经节为主埋线能够安全、有效降低高血压病患者收缩压及舒张压,其机理可能是通过降低血清中Ang II和ALD含量达到的。本研究只从RASS系统角度研究了星状神经节为主埋线治疗高血压病的机理,探讨和揭示穴位埋线疗法治疗高血压病的机理需从多角度进一步深入研究。

参考文献

- [1]Hackam DG,Khan NA,Hemmelgarn B R,et al. The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension:part 2—therapy[J]. Can J Cardiol, 2010, 26(5):249-58.
- [2]中华人民共和国卫生部.中国居民营养与健康状况[J].中国心血管病研究杂志, 2004, 2(12):919-922.
- [3]中国高血压防治指南修订委员会[J].中国医学前沿杂志, 2011, 3(5):42.
- [4]曾正培.肾上腺皮质激素的生理生化[A]//史轶懿.协和内分泌和代谢学[M].北京:科学出版社, 1999:1118-1122.
- [5]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社, 2005(12):1525-1526.
- [6]杨才德, 雒成林.穴位埋线疗法[M].北京:中国中医药出版社, 2015:156-158.
- [7]杨才德, 赵达, 于灵芝, 等.中国穴位埋线疗法系列讲座(二十) 穴位埋线治疗高血压病[J].中国中医药现代远程教育, 2015, 13(20):74-75.

(本文编辑:杨杰 本文校对:李强强 收稿日期:2018-01-16)

(未完待续)

温针灸腰部夹脊穴治疗寒湿型腰椎间盘突出症 40 例

何青荣 齐惠景

(济南市第一人民医院针灸科, 山东 济南 250011)

摘要:目的 观察温针灸腰部夹脊穴治疗寒湿型腰椎间盘突出症的疗效。方法 将2016年1月—2017年1月门诊及病房80例患者随机分为治疗组和对照组。治疗组40例采用温针灸腰部夹脊穴加普通针刺、电针肾俞、腰阳关等腧穴;对照组40例采用卧床休息、口服非甾体类抗炎药、静点甘露醇及地塞米松等常规保守疗法治疗。结果 2组总有效率无统计学方面的差异($P>0.05$),但治疗组的治愈、显效率明显优于对照组($P<0.05$)。结论: (1)上述2种方法治疗寒湿型腰椎间盘突出症均有疗效; (2)温针灸腰部夹脊穴治疗寒湿型腰椎间盘突出症效果理想,复发率低。

关键词: 温针灸; 夹脊穴; 寒湿型; 腰椎间盘突出症; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.052

文章编号:1672-2779(2018)-06-0130-03

Warm Acupuncture and Moxibustion at Lumbar Jiaji in the Treatment of Cold-dampness Type Lumbar Disc Herniation for 40 Cases

HE Qingrong, QI Huijing

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Jinan First People's Hospital, Shandong Province, Jinan 250011, China)

Abstract: **Objective** To observe the curative effect of warm acupuncture and moxibustion at lumbar Jiaji in the treatment of cold-dampness type lumbar disc herniation. **Methods** 80 cases of outpatient and ward patients from January 2016 to January 2017 were randomly divided into the treatment group and the control group. The treatment group of 40 cases was treated with warm acupuncture and moxibustion at lumbar Jiaji and common acupuncture, electroacupuncture acupoints Shenshu, Yaoyangguan etc. The control group of 40 cases was treated with conventional conservative therapy including bed rest, oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs, static mannitol and dexamethasone. **Results** The total effective rate of the two groups was not statistically significant ($P>0.05$), but the cure rate of the treatment group was obviously better than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The two methods in the treatment of cold-dampness type lumbar disc herniation has curative effect. The warm acupuncture and moxibustion at lumbar Jiaji in the treatment of cold-dampness type lumbar disc herniation has ideal effect and low recurrence rate.

Keywords: warm acupuncture and moxibustion; Jiaji point; cold-dampness syndrome; lumbar disc herniation; arthromyodynia

腰椎间盘突出症是我科常见病,严重影响患者的生活与工作,主要表现为腰部疼痛及坐骨神经分布区

的放射性疼痛。近年来在临床工作中发现采用温针灸腰部夹脊穴配合普通针刺、电针常规腧穴治疗,取得

较好疗效，现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将80例寒湿型腰椎间盘突出症患者（肾功能异常及有其他基础性疾病需治疗者不纳入）随机分为治疗组和对照组。治疗组40例，男17例，女23例，年龄23~65岁，病程最短5天，最长5年；对照组40例，男25例，女15例，年龄25~70岁，病程10~11年。

1.2 诊断标准 根据国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》的相关内容，将该病的诊断标准归纳为：（1）感受寒湿病史；（2）腰痛向臀部及下肢放射，腹压增加（如咳嗽、喷嚏）时疼痛加重；（3）病变部位棘突及椎旁压痛，并向下肢放射，弯腰及抬腿受限；（4）腰腿部冷痛重着，受寒及阴雨加重，肢体发凉；（5）舌质淡，苔白或腻，脉沉紧或濡缓；（6）CT或MRI证实椎间盘向突出症且无明显椎管狭窄的患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采用常规保守疗法进行治疗，嘱患者绝对卧床休息6周，口服非甾体类抗炎药，给予20%的甘露醇250 mL+5 mg地塞米松静脉滴注，每天1次，一般连用7天，急性症状缓解后，进行局部理疗，并指导腰背肌功能锻炼，坚持锻炼半年以上^[1-2]。

1.3.2 治疗组 令患者俯卧位或健侧卧位，取双侧肾俞、腰阳关及患侧相应病变节段的夹脊穴，足少阳经型：环跳（患侧）、阳陵泉（患侧）、足临泣（患侧）；足太阳经型：秩边（患侧）、委中（患侧）、昆仑（患侧）等穴位，常规针刺得气，在夹脊穴及秩边、环跳穴采用3寸华佗牌毫针施手法，令针感向下肢（足太阳经型沿大腿后侧；足少阳经型沿大腿外侧）缓慢放射，最好传导至足心或小脚趾。然后接G805-1电针仪，选用疏密波，刺激强度以患者能耐受为度。夹脊穴温针灸，每穴艾灸2壮，热度以患者自觉温热为度，艾柱（南阳绿莹艾草生物制品有限公司生产的12×15 mm）加TDP神灯照射，艾柱燃尽（约30分钟）取针，1日/次，7次1个疗程，休息2天后行下一个疗程。急性症状缓解后，指导腰背肌功能锻炼，坚持锻炼半年以上。

1.4 疗效判断标准 根据国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》，结合患者的主观症状、客观体征及日常生活活动能力等因素，自拟疗效判定标准：（1）治愈：腰腿痛消失，主观症状及客观体征消失，活动自如，恢复正常生活及工作，1年未见复发；（2）显效：主观症状明显消失，腰腿痛明显减轻，偶有小腿后外侧及足背轻度麻胀感，直腿抬高试验阴性，能基本恢复正常工作和生活；（3）有效：主观症状减轻，客观体征减少，腰腿痛减轻，站立或行走仍轻度受限；（4）未愈：症状体征无改善，日常生活能力差。

1.5 统计学方法 选用SPSS 17.0软件进行统计分析，组间数据选用卡方检验和t检验，以 $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2组病人疗程结束后，根据上述评定标准，以治愈、显效、有效病例计算总有效率，以治愈、显效病例计算治愈率。经统计学处理，2组总有效率无统计学方面的差异（ $P>0.05$ ），但治疗组的治愈、显效率明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 治疗组与对照组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	治愈率
治疗组	40	10(25.0)	17(42.5)	10(25.0)	3(7.5)	92.5	67.5
对照组	40	7(17.5)	14(35.0)	13(32.5)	6(15.0)	85	52.5

治疗结束1年后对治愈病人进行随访：治疗组治愈病人有25人得到随访，1年内复发4例，复发率为：16.0%；对照组治愈病人有20人得到随访，1年内复发5例，复发率为：25.0%。治疗组的治愈复发率明显低于对照组。

3 讨论

腰椎间盘突出症的发病机制，多数学者认为主要是物理压迫神经根、化学性神经根炎和自身免疫反应所致^[3]。腰部椎间盘突出症的主要病理是纤维环破裂后髓核突出，髓核流出的糖蛋白及组织胺对无神经束膜化学屏障的神经根产生化学性神经根炎，影响局部组织的微循环^[4]，出现神经痛及患肢发凉、麻木、乏力等症。解决本病的关键是改善腰部组织的微循环，消除水肿，防止粘连发生。

腰椎间盘突出症寒湿型者属中医“痹症”，由于寒湿之邪侵犯人体腰背部，引起经络凝滞而发本病。寒湿之邪侵袭人体腰背部，痹阻腰部经络，气血运行不畅，引起腰腿部重着、疼痛、屈伸不利、活动受限。《素问·举痛论》云：经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，泣而不行。可见寒邪易导致血流不畅。湿性重着粘腻，致病病程长，缠绵难愈；湿为阴邪，易阻遏气机，损伤阳气。

温针灸是针刺与艾灸相结合的一种方法，在留针的过程中将艾柱裹于针柄上点燃，通过针体将热力传入穴位。本法具有温通经脉、行气活血的作用，适用于寒盛湿重，经络雍滞之证。

针刺夹脊穴可以促进患者血液循环，调节脏腑^[5]。夹脊穴与人体的足太阳膀胱经和督脉的联系非常密切，针刺可以有效改善病灶部位的血液循环，促进炎症物质的吸收，温针灸可以提高患者病灶部位温度，加速血液循环，舒筋活络，调节脏腑功能^[6]。温针灸腰部夹脊穴可振奋人体阳气，温化寒湿之邪，达到驱邪外出，通络止痛的功用。肾俞可益肾壮阳、祛湿舒筋；腰阳关为下焦阳气之机关，可补益下元，强健腰膝；相应

病变节段腰部夹脊穴可通利关节、调理脏腑；环跳穴、秩边穴分别归属于足太阳经、足少阳经，且两穴下旁均有坐骨神经、臀下神经经过；针刺两穴能直接兴奋坐骨神经，缓解肌肉紧张对神经、血管的压迫，再配合上病变经脉的输穴、合穴以达到较好疗效^[9]。《标幽赋》描述气至：“轻滑慢而未来，沉紧涩而已至……气之至也，如鱼吞钩饵之浮沉；气未至也，如闲处幽堂之深邃。”齐惠景老师强调临床时的针感，在夹脊穴及秩边、环跳穴施手法，令针感向下肢缓慢放射传导至足心或小脚趾。以使气至病所而不至于针感太强损伤经络功能^[7]。

腰背肌功能锻炼，可增加脊柱稳定性，同时防止早期神经根粘连^[1]。坚持功能锻炼半年以上者，复发率

明显降低。

若针灸及药物治疗无效的腰椎间盘突出症患者仍不排除手术治疗^[4]。

参考文献

- [1]林萍.腰椎间盘突出症的功能锻炼护理[J].贵州医药,2003,27(6):574.
- [2]罗琳,陶惠琼,田有坤.针灸配合甘露醇、地塞米松治疗腰椎间盘突出症急性期疗效观察[J].云南中医学院学报,2013,36(6):56-58.
- [3]段红光.腰椎间盘突出症的发病机制和诊断[J].中国全科医学,2012,15(36):4227-4230.
- [4]齐惠景,尹正.膈窝刺络拔罐治疗血瘀型腰椎间盘突出症40例临床观察[J].中国社区医师,2012,14(22):229-230.
- [5]祁红艳.腰部夹脊穴加温针灸治疗腰椎间盘突出症临床分析[J].中外医疗,2017(1):162-164.
- [6]王宏亮,王英华,邵松.秩边穴治疗坐骨神经痛62例[J].上海针灸杂志,1997(16):39.
- [7]王居易.经络医学概论[M].北京:中国中医药出版社,2016:1-2.

(本文编辑:杨杰 本文校对:何坚 收稿日期:2018-01-02)

俞募配穴针灸治疗 CFS 的效果 及对患者免疫水平的影响

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 探讨俞募配穴针灸治疗慢性疲劳综合征(CFS)的效果及对患者免疫水平的影响。方法 选取80例CFS患者(2013年11月—2015年3月)进行回顾性分析,其中40例患者采用基础治疗+俞募配穴针灸治疗(针灸组)、40例患者采用基础治疗(对照组),对比2组治疗后的临床效果、生存质量、体液免疫水平。结果 治疗前,针灸组和对照组患者的FS-14评分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,针灸组患者的FS-14评分低于对照组($P<0.05$);治疗后,针灸组患者生理功能、躯体疼痛、精神健康、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能评分高于对照组($P<0.05$),针灸组患者C3、C4的水平低于对照组($P<0.05$),IgM水平高于对照组($P<0.05$)。结论 俞募配穴针灸治疗CFS患者的效果肯定,能调节患者免疫水平及改善生存质量。

关键词:俞募配穴;针灸;慢性疲劳综合征;免疫水平;百合病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.033

文章编号:1672-2779(2018)-06-0132-03

The Effect of Back-shu Points and Front-mu Points Acupuncture and Moxibustion for Chronic Fatigue Syndrome Treatment and Influence on the Immune Level of Patients

LI Shuangqiu

(Department of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation, Shenyang City Fifth People's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110023, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of back-shu points and front-mu points acupuncture and moxibustion on chronic fatigue syndrome (CFS) and its effect on the immunity level of patients. **Methods** Eighty CFS patients (from November 2013 to March 2015) in our hospital were retrospectively analyzed. Among them, 40 patients were treated with basic therapy combined with acupuncture and moxibustion (acupuncture group), and 40 patients were treated with basic therapy (control group). The clinical effects, quality of life and humoral immunity of the two groups were compared. **Results** Before treatment, there was no significant difference in FS-14 score between acupuncture group and control group ($P>0.05$). After treatment, FS-14 score of the acupuncture group was lower than that of control group ($P<0.05$). The score of C3 and C4 in the acupuncture group was lower than that in the control group ($P<0.05$), and the scores of physical function, body pain, mental health, general health, energy, social function and emotional function in acupuncture group were higher than those in control group. IgM levels were higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Back-shu points and front-mu points acupuncture and moxibustion in the treatment of CFS has positive effect, can adjust the patient's immune level and improve the quality of life.

Keywords: back-shu points and front-mu points; acupuncture and moxibustion; chronic fatigue syndrome; immune level; lily disease

慢性疲劳综合征(chronic fatigue syndrome, CFS)是一组以持续或反复出现的严重疲劳、注意力、记忆力下降、睡眠障碍、骨骼、肌肉疼痛等为特征的临床综合征。近年来随着生活节奏的加快,社会竞争越来越激烈,CFS的发病率逐年递增^[1]。目前临床对于CFS的发病机制尚未完全阐明,已有的研究认为其与工作压力大、饮食结构不合理、缺乏运动、恶劣的环境等诸多因素有关,西医对此并无有效治疗措施^[2]。

慢性疲劳综合征(chronic fatigue syndrome, CFS)是一组以持续或反复出现的严重疲劳、注意力、记忆力下降、睡眠障碍、骨骼、肌肉疼痛等为特征的临床综合征。近年来随着生活节奏的加快,社会竞争越来越激烈,CFS的发病率逐年递增^[1]。目前临床对于CFS的发病机制尚未完全阐明,已有的研究认为其与工作压力大、饮食结构不合理、缺乏运动、恶劣的环境等诸多因素有关,西医对此并无有效治疗措施^[2]。

中医学理论将CFS归纳于“劳倦内伤”之范畴，患者脏腑功能失司、气血不和、阴阳不调。治则以调节脏腑功能、平衡气血阴阳为法。针灸是中医外治法的特色，具有非常独特的地位，在调和气血阴阳方面具有令人满意的效果^[3]。本研究探讨了俞募配穴针灸治疗CFS的效果及对患者免疫水平的影响，现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院80例CFS患者（2013年11月—2015年3月）进行回顾性分析，其中40例患者采用基础治疗+俞募配穴针灸治疗（针灸组）、40例患者采用基础治疗（对照组）。针灸组40例，男15例，女25例；年龄27~59岁，平均（43.2±9.8）岁；病程6~24个月，平均（14.9±5.1）个月；治疗前患者的疲劳量表（FS-14）（12.51±0.74）分。对照组40例，男13例，女27例；年龄29~59岁，平均（44.7±10.5）岁；病程6~24个月，平均（15.6±5.9）个月；治疗前FS-14评分（12.30±0.68）分。2组的年龄、FS-14评分、性别比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 纳入标准 （1）患者年龄≤59岁；（2）CFS患者的诊断参考美国疾控中心修订的诊断标准；（3）患者依从性较好，完成治疗；（4）中医诊断参考《中药新药临床研究指导原则》中的标准：肺肾气虚型、肝郁气滞型、肝脾两虚型；（5）治疗前获得患者的知情同意。

1.3 排除标准 （1）合并免疫、肿瘤、影响生活质量的慢性疾病（心衰、肝硬化等）等疾病；（2）伴有精神性疾病、认知功能障碍；（3）妊娠及哺乳期妇女；（4）甲状腺功能障碍。

1.4 治疗方法 对照组患者采用基础治疗，补充维生素A、C、E、B₁₂、辅酶Q₁₀。焦虑、催眠睡眠障碍明显者给予多塞平、阿米替林、氟西汀等，伴惊恐发作阿普唑仑、氯硝安定等，骨骼肌肉疼痛者给予阿司匹林、布洛芬等治疗。均从小剂量开始，逐渐增加药量。

针灸组患者采用基础治疗+俞募配穴针灸治疗，基础治疗同对照组。根据中医辨证分型取穴，肺肾气虚型患者主穴：肺俞、肾俞、京门、中府，配穴：气海、太渊、太溪；肝郁气滞型患者主穴：肝俞、胆俞、日月、期门，配穴：合谷、太冲、阳陵泉；脾肾两虚型患者主穴：脾俞、肾俞、京门、章门，配穴：命门、关元、太白、足三里。局部皮肤采用75%乙醇常规消

毒，针刺得气后肝郁气滞型患者施泄法，其余各型施补法，留针30 min。治疗6 d休息1 d，连续治疗4周后评价疗效。

1.5 观察指标及评价标准 对比2组患者治疗前后的FS-14量表评分，该量表最高评分14分，共计14个相关条目，分别为躯体疲劳值8分、脑力疲劳值6分，评分越高表示患者的疲劳程度越严重。

采用SF-36生存质量量表对患者治疗前后的生存质量进行评估，该量表包含生理机能、生理功能、躯体疼痛、精神健康、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能8个维度，每一个维度100分，评分越高表示生存质量越好。

检测并对比两组患者治疗前后的体液免疫指标：IgA、IgG、IgM、C₃、C₄的水平。分别于治疗前后抽取空腹静脉血，离心分离血清，置于-80℃冰箱保存待测。采用散射浊度法测定血清IgG、IgA、IgM、C₃和C₄的含量，检测仪器为日立全自动7080生化仪，严格按照试剂盒说明书进行操作。试剂盒均购自上海盈公生物技术有限公司。

1.6 统计学方法 数据统计分析采用SPSS 16.0进行处理，所有计量指标均采用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）进行统计描述，2组比较采用 t 检验； P 值<0.05表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者的FS-14评分 治疗前，针灸组和对照组患者的FS-14评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，针灸组患者的FS-14评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 2组患者的FS-14评分比较（ $\bar{x} \pm s$,分）

组别	例数	治疗前	治疗后
针灸组	40	12.51±0.74	7.51±0.78
对照组	40	12.30±0.68	8.84±0.57
t 值		1.322	8.707
P 值		0.190	<0.001

2.2 2组患者的SF-36量表评分 治疗前，针灸组和对照组患者的生理机能、生理功能、躯体疼痛、精神健康、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，针灸组患者生理功能、躯体疼痛、精神健康、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表2。

2.3 2组患者的体液免疫水平比较 治疗前，针灸组和对照

表2 2组患者的SF-36评分比较（ $\bar{x} \pm s$,分）

组别	时间	生理机能	生理功能	躯体疼痛	精力	一般健康状况	社会功能	情感职能	精神健康
针灸组	治疗前	86.7±7.9	79.2±9.0	64.9±9.1	58.9±8.4	63.2±7.0	74.1±8.3	68.2±10.3	65.0±9.1
	治疗后	92.1±7.0	87.6±7.5	86.9±8.5	81.2±8.5	79.2±7.6	88.3±7.5	82.4±9.1	82.5±9.2
对照组	治疗前	85.0±8.1	80.8±10.4	65.6±10.3	60.2±10.5	64.4±8.1	75.2±9.1	66.9±9.5	66.1±10.3
	治疗后	90.5±7.8	84.2±8.4	80.1±8.8	76.4±8.9	75.1±8.4	83.9±9.6	75.0±9.6	78.2±8.6

照组患者的IgA、IgG、IgM、C₃、C₄的水平差异无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后，针灸组患者C₃、C₄的水平低于对照组 ($P<0.05$)，IgM水平高于对照组 ($P<0.05$)。见表3。

表3 2组患者的体液免疫水平比较 ($\bar{x}\pm s$, g/L)

组别	时间	IgA	IgM	IgG	C ₃	C ₄
针灸组	治疗前	3.11±0.36	0.78±0.16	11.3±2.2	1.84±0.31	0.85±0.09
	治疗后	3.24±0.38	0.95±0.19	12.0±2.5	1.13±0.26	0.62±0.08
对照组	治疗前	3.05±0.29	0.80±0.15	11.5±1.9	1.80±0.25	0.83±0.10
	治疗后	3.11±0.33	0.82±0.18	11.6±2.3	1.45±0.29	0.71±0.11

3 讨论

CFS好发于20~50岁的青壮年，以女性患者较多见。患者出现持续存在或反复发作的疲劳，经卧床休息并不能得到缓解，严重影响患者的日常工作能力和生存质量，已成为当前影响人类健康的重要疾病^[4]。CFS的发病机制涉及多种因素，患者神经-内分泌-免疫系统功能发生严重紊乱^[5]。目前临床对于CFS的治疗缺乏统一的标准方案，多给予补充维生素、微量元素、增强免疫功能等支持疗法，并根据其伴随症状给予镇痛、抗抑郁等对症治疗，但治疗效果并不理想^[6]。由于多数CFS患者对药物十分敏感，因此在临床用药时，尤其是在使用影响中枢神经系统的药物时宜从小剂量开始^[7]。

在中医文献典籍中无与CFS相对应的病名记载，根据其临床表现将其归纳于“虚劳”“百合病”“痿证”“不寐”等范畴^[8]。其病因涉及多个脏腑功能、气血、阴阳失调，与饮食不节、劳倦内伤、七情六淫等诸多因素有关，以肺肾气虚、肝郁气滞、肝脾两虚型比较常见，多为本虚标实之证，以虚证为主，治则以补虚扶正、兼以疏肝理气为法^[9]。本研究根据中医辨证分型取穴，肺肾气虚型患者施以补法，取肺俞、肾俞、京门、中府穴以补益宗气，配以气海、太渊、太溪以调畅气机，使补而不滞^[10]。肝郁气滞型患者施以泻法，取肝俞、胆俞、日月、期门以疏肝理气、调畅气机，配以合谷、太冲、阳陵泉使气血充盈^[11]。脾肾两虚型患者施以补法，取穴脾俞、肾俞、京门、章门以健脾益肾，配以命门、关元、太白、足三里以扶正培元^[12]。诸穴各司其职，共奏补益肝肾、健脾益胃、抗疲劳之功效。

CFS对人体免疫系统、神经系统、感官系统、精神情绪等方面均产生损害。对神经系统的损害多累及中枢神经系统，与脑组织血液供应不足、乏氧密切相关，患者出现思维缓慢、记忆力减退、反应迟钝、暴躁易怒、焦虑紧张等变化，对其工作效率、日常生活能力、人际交往等均造成不利影响^[13]。本研究中采用针灸辅助

治疗者治疗后的FS-14评分低于常规基础治疗者，针灸治疗对患者的生理功能、躯体疼痛、精神健康、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能均有显著的改善，更有益于患者的身心健康。

健全的免疫系统是人体健康的重要标志，CFS患者处于长期疲劳状态下，免疫系统功能紊乱，机体的抗病能力削弱，更易发生感染性疾病^[14]。针灸治疗通过针刺穴位起到行气活血、补益肝肾、健脾和胃之功效，对紊乱的免疫功能产生良好的调节作用^[15]。本研究中采用针灸辅助治疗者治疗后的血清C₃、C₄的水平低于基础治疗者，IgM水平高于基础治疗者。这一结果提示，针灸治疗可直接反射性地调整大脑皮层、植物神经系统的功能，通过纠正机体体液免疫功能紊乱而达到增强机体抗病能力的目的。

综上所述，俞募配穴针灸治疗CFS患者的效果肯定，能调节患者免疫水平及改善生存质量。但本研究也存在着一定的不足之处，由于条件所限，仅通过检测IgA、IgM、IgG、C₃、C₄的水平探讨针灸疗法对CFS患者体液免疫的影响，在今后的临床工作中，还应通过检测CD³⁺、CD⁴⁺、CD⁸⁺的含量来研究针灸疗法对CFS患者机体细胞免疫水平的影响。

参考文献

- [1]戴德纯,房敏,姜淑云,等.慢性疲劳综合征患者下肢骨骼肌疲劳的等速量化研究[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(8):631-633.
- [2]Martínez M L A, Mora T, Vargas A, et al. Sympathetic nervous system dysfunction in fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, irritable bowel syndrome, and interstitial cystitis: A review of case-control studies[J]. Journal of clinical rheumatology, 2014, 20(3):146-150.
- [3]卢建华,吴平花,倪佳佳,等.腹针治疗慢性疲劳综合征的临床疗效观察[J].中华全科医学,2015,13(4):599-601.
- [4]齐惠景,齐惠涛,李兴超,等.醒脑开窍法治疗慢性疲劳综合征[J].中华针灸电子杂志,2015,(4):164-166.
- [5]Reynolds G K, Lewis D P, Richardson A M, et al. Comorbidity of postural orthostatic tachycardia syndrome and chronic fatigue syndrome in an Australian cohort[J]. Journal of Internal Medicine, 2014, 275(4):409-417.
- [6]刘月园,吴磊,袁也丰,等.南昌市东湖区中小学教师慢性疲劳综合征患病现状及影响因素分析[J].中华疾病控制杂志,2014,18(7):643-645.
- [7]钟伟泉,李树成,谷婷婷,等.温针灸治疗慢性疲劳综合征疗效观察[J].上海针灸杂志,2014,33(3):206-208.
- [8]陈敏,张振贤,周展红,等.慢性疲劳综合征与抑郁症、焦虑症患者临床症状的差异[J].中国康复理论与实践,2014,6(6):576-579.
- [9]卢宁,廖成功,黄建国,等.多维疲劳量表在高原汽车军人慢性疲劳综合征中的应用[J].临床军医杂志,2015,43(1):47-52,103.
- [10]侯晓勇,贾广坡,田连营,等.慢性疲劳综合征发病相关机制探讨[J].河北医药,2015,(16):2463-2465,2466.
- [11]张议文,张春萍,陈丽,等.针灸治疗慢性疲劳综合征取穴规律探析[J].针灸临床杂志,2015,6(12):59-61.
- [12]高春风,孙忠人.头针为主治疗慢性疲劳综合征的临床疗效观察[J].中国药学报,2014,2(2):65-66.
- [13]赵迪,曾婷,陈志杰,等.慢性疲劳综合征群体中腧穴热敏化现象的研究[J].针灸临床杂志,2016,32(10):52-54.
- [14]钱立峰,姚青,朱高峰,等.经筋推拿配合易筋经功法锻炼在慢性疲劳综合征睡眠障碍中的研究[J].中华全科医学,2016,14(11):1886-1888,1951.
- [15]奎瑜,赵静,杨伟毅,等.腹针灸治疗慢性疲劳综合征睡眠障碍疗效分析[J].国际中医中药杂志,2014,36(6):498-501.

(本文编辑:杨杰 本文校对:吴伟 收稿日期:2017-12-05)

小针刀松解臭氧玻璃酸钠关节腔注射联合中药外敷治疗膝骨关节炎

张卓

(锦州石化医院骨科, 辽宁 锦州 121001)

摘要:目的 研究小针刀松解臭氧玻璃酸钠关节腔注射联合中药外敷治疗膝骨关节炎的临床效果。方法 本次择取试验对象80例均为膝骨关节炎患者, 病例选择时间为2015年3月—2016年10月, 按照1:1分组模式将80例膝骨关节炎患者分为联合组、对照组2组, 对照组患者采用口服芬必得胶囊药物治疗。联合组采用小针刀松解臭氧玻璃酸钠关节腔注射联合中药外敷治疗。结果 2组患者经过不同方式治疗后, 联合组的临床治疗效果、膝关节功能评分、患者治疗后满意度等数据结果提示, 均明显优于对照组, 组间差异具备统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 相对于单一药物治疗, 玻璃酸钠关节腔注射联合小针刀松解治疗整体优势明显, 利于膝骨关节炎患者膝关节功能的恢复以及治疗效果、满意度的提高, 具有实施价值。

关键词: 膝骨关节炎; 小针刀; 痹证; 外治法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.054

文章编号:1672-2779(2018)-06-0135-02

Acupotomy Lysis Ozone Intraarticular Injection of Sodium Hyaluronate Combined with External Application of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Knee Osteoarthritis

ZHANG Zhuo

(Orthopedics Department, Jinzhou Shihua Hospital, Liaoning Province, Jinzhou 121001, China)

Abstract: **Objective** To study the clinical effect of acupotomy lysis ozone intraarticular injection of sodium hyaluronate combined with external application of traditional Chinese medicine in the treatment of knee osteoarthritis. **Methods** 80 cases of patients with knee osteoarthritis were selected from March 2015 to October 2016. According to the 1:1 packet mode, 80 cases of knee osteoarthritis were randomly divided into the combined group and control group. The control group was treated with oral Fenbid capsules treatment. The combined group was treated by acupotomy lysis ozone intraarticular injection of sodium hyaluronate combined with traditional Chinese medicine. **Results** After different ways of treatment, the clinical effect, knee function score and satisfaction degree of patients in the combined group were significantly better than those in the control group, and the difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Comparing with single drug treatment, intraarticular injection of sodium hyaluronate combined with acupotomy lysis treatment has significantly overall advantage, it is beneficial to the recovery of knee joint function and the improvement of therapeutic effect and satisfaction in patients with knee osteoarthritis.

Keywords: knee osteoarthritis; acupotomy; arthromyodynia; external therapy

膝骨关节炎 (Knee osteoarthritis, KOA) 属于慢性关节疾病, 是以关节软骨退行性变性、破坏、骨质增生为主要表现。疾病早期阶段, 患者伴有不同程度的关节疼痛、肿胀以及活动受限等表现, 随着病情进展, 患者有明显症状加重表现, 诱发持续性疼痛以及僵硬、肢体残疾表现, 可降低患者生活质量, 并增加患者负性情绪表现^[1]。疾病治疗中药物治疗效果一般, 无法满足患者治疗需求, 中药外敷有活血化瘀、通经走络的价值。我院针对膝骨关节炎患者采取小针刀松解臭氧玻璃酸钠关节腔注射联合中药外敷治疗整体效果显著。基于此, 本文就我院收治治疗的膝骨关节炎患者作为试验对象, 分别采取药物治疗以及小针刀松解臭氧玻璃酸钠关节腔注射、中药外敷联合治疗整体效果对比, 为膝骨关节炎治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 试验对象均为膝骨关节炎患者, 均符合膝骨关节炎相关诊断标准, 经X线证实有膝骨关节肥大表现。病例选择2015年3月—2016年10月, 排除合并心脑血管功能严重障碍患者, 总计80例。按照1:1分组模式将80例膝骨关节炎患者分为联合组、对照组2组, 每组膝骨关节炎患

者40例。联合组: 男性25例, 女性15例; 年龄35~76岁, 平均 (58.50±10.50) 岁。对照组: 男性26例, 女性14例; 年龄36~75岁, 平均 (57.20±10.60) 岁。2组膝骨关节炎患者例数相同, 年龄、性别等基本资料经统计学计算 $P > 0.05$ 。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 药物治疗。口服芬必得胶囊 (生产厂家: 中美天津史克制药有限公司批号: 国药准字 H10900089), 1粒/次, 2次/d, 患者疼痛减轻后药物口服剂量改为1次/d。另外, 针对患者病变部位, 局部进行扶他林乳胶剂外涂治疗, 3次/d。

1.2.2 联合组 小针刀松解臭氧玻璃酸钠关节腔注射联合中药外敷治疗。玻璃酸钠关节腔注射液 (2 mL) 进行关节腔注射, 1次/周, 连续注射3周。玻璃酸钠关节腔注射3~4 d的基础上完成小针刀松解治疗。膝骨关节炎患者取仰卧位姿势, 明确找到患者的阿是穴并做好标记, 完成皮肤消毒、利多卡因 (2%) 局麻, 并在标记处刺入小针刀且沿肌肉纤维走向剥离 (3~5刀之间), 在撤出针刀后进行针孔无菌纱布覆盖处理, 1次/周, 治疗3周。关节腔注射3d后进行患膝中药外敷, 包括草乌、川乌各10 g, 白芷15 g, 红花、怀牛膝、独活、制

乳香、制没药、防风、川椒各20 g, 伸筋草、透骨草、海桐皮、木瓜各30 g。分为两等份并装入4层纱布缝制的2个药袋中, 1次/d, 20 min/次, 连续1周。

1.3 观察指标 记录膝关节炎患者治疗后临床疗效、膝关节功能评分变化情况, 并对患者治疗效果满意度进行问卷调查, 80份问卷全部收回, 总调查有效率为100%。

1.4 指标评价标准

1.4.1 疗效评价标准 参考《中医病症诊断疗效标准》中骨痹相关诊断标准, 有治愈、显效、有效、无效四个标准。治愈: 治疗后, 膝关节炎患者症状、体征均消失, 且膝关节功能恢复正常水平。显效: 治疗后, 膝关节炎患者症状、体征、膝关节功能有明显改善。有效: 对比治疗前, 膝关节炎患者症状、体征改善, 膝关节功能无明显变化。无效: 以上治愈、显效、有效相关标准均未达到。

1.4.2 膝关节功能评分标准 对比2组患者治疗前、治疗3周后膝关节功能评分情况, 参加Lequesne指数, 分数0~23分, 分数和膝关节功能受损情况呈正比关系, 即分数越高受损情况越严重。

1.5 统计学方法 膝关节炎患者此次试验所得指标结果均进行统计学计算, 使用统计学软件包SPSS 21.0。治疗总有效率、治疗效果总满意度均以%形式展开, 进行 χ^2 检验; 治疗前后膝关节功能评分结果以形式展开, 进行 t 检验。 $P<0.05$ 的情况下, 说明膝关节炎患者组间对比观察指标差异有统计学意义。

2 结果

2.1 组间治疗效果对比 2组膝关节炎患者治疗后具体临床疗效结果见表1。治疗后组间总有效率结果对比, $P<0.05$ 有统计学意义。经统计学软件计算, $\chi^2=8.5375$, $P=0.0034$ 。

表1 膝关节炎患者治疗后临床治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
联合组	40	25(62.5)	10(25.0)	4(10.0)	1(2.5)	39(97.5)
对照组	40	15(37.5)	11(27.5)	4(10.0)	10(25.0)	30(75.0)
χ^2 值						8.5375
P 值						0.0034

2.2 治疗期间膝关节功能评分对比 2组膝关节炎患者治疗期间膝关节功能评分结果见表2。治疗前组间膝关节功能评分对比, $P>0.05$ 差异无统计学意义。治疗后组间膝关节功能评分再次进行对比, 联合组明显优于对照组, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

表2 膝关节炎患者治疗期间膝关节功能评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
联合组	40	17.65 $\pm$ 2.50	6.60 $\pm$ 0.60
对照组	40	17.60 $\pm$ 2.60	9.80 $\pm$ 0.80
t 值		0.0876	20.2385
P 值		0.9304	0.0000

2.3 组间治疗满意度对比 2组膝关节炎患者治疗后满意度结果见表3。联合组膝关节炎患者治疗后总满意度为97.5%(39/40), 对照组膝关节炎患者治疗后总满意度为75%(30/40), 组间治疗后总满意度对比联合组明显高于对照组。经统计学计算, $\chi^2=8.5375$, $P=0.0034$ 。

表3 膝关节炎患者治疗后满意度结果对比 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
联合组	40	28(70.0)	11(27.5)	1(2.5)	39(97.5)
对照组	40	20(50.0)	10(25.0)	10(25.0)	30(75.0)
χ^2 值					8.5375
P 值					0.0034

3 讨论

小针刀是中西医结合疗法, 针刀的外形与针相似, 直刺皮肤组织深部到达病变处后能够松解粘连、挛缩、紧张的软组织, 并解除血管、神经对膝关节压迫, 恢复正常的软组织血液供应^[1]。中药热敷有疏通经络、舒筋止痛、益气养血、活血止痛、促进血液循环等价值^[2]。

膝关节炎以退行性病理改变为基础, 患者以中老年人多为多表现, 有不同程度的膝盖红肿痛、上下楼梯疼痛、坐起以及立行膝部酸痛情况, 治疗不及时会导致关节畸形, 甚至导致残废, 严重影响生活质量。另外, 此类患者膝关节部位膝关节滑膜炎以及韧带、半月板损伤等情况明显^[3]。从病因方面分析, 膝关节炎主要是是外伤、过度劳累以及退行性病变导致, 更是导致老年人腿疼的主因, 另外患者自身的体重过重以及走路姿势不佳、生活习惯不佳以及保暖工作不足也会导致此类疾病。玻璃酸钠注射液治疗膝骨性关节炎疗效尚可, 但是单一治疗效果有限。另外, 常规药物单一治疗, 效果一般^[4]。

此次试验结果显示: 组间一般资料差异不明显 $P>0.05$, 治疗后组间治疗总有效率、治疗总满意度、治疗后膝关节功能评分结果对比, 联合组明显优于对照组, $P<0.05$ 具有统计学意义。

综上所述, 相对于单一用药治疗, 玻璃酸钠关节腔注射联合小针刀松解治疗整体优势明显, 有利于膝关节炎患者膝关节功能的恢复以及治疗效果、满意度的提高, 具有实施价值。

参考文献

- [1]侯德才. 膝关节炎性关节炎的分期治疗[J]. 中医正骨, 2014, 26(1):3-5.
- [2]吕帅洁, 孙奇, 杜文喜, 等. 小针刀治疗膝骨关节炎的研究进展[J]. 中医正骨, 2014, 26(1):49-50.
- [3]魏汉贤, 许俊楠, 吴海斌, 等. 臭氧关节腔内注射联合充髓通络汤离子导入治疗膝骨关节炎[J]. 中医正骨, 2014, 26(4):70-71.
- [4]吴权, 李启运, 王素英, 等. 活血、温经、补益肝肾类中药对膝骨关节炎兔关节软骨形态的影响[J]. 中医正骨, 2014, 26(6):15-18.
- [5]郝明, 龚龙, 张立新, 等. 小针刀配合穴位注射治疗膝骨关节炎[J]. 中医正骨, 2014, 26(9):55.

(本文编辑:杨杰 本文校对:夏楠 收稿日期:2017-12-15)

椎针结合推拿 治疗肝强脾弱型痉挛性脑瘫 60 例

李赵荣¹ 张慧珍¹ 李 清¹ 洪恩四²

(1 江西省儿童医院小儿康复中心, 江西 南昌 330012; 2 江西中医药大学附属医院针灸科, 江西 南昌 330016)

摘要:目的 观察椎针结合推拿治疗痉挛性脑瘫的临床疗效。方法 60例痉挛性脑瘫患儿治疗前后均采用改良Ashworth量表(MAS)和粗大运动功能测试(GMFM-88)对患儿肌张力和粗大运动功能进行评定, 观察患儿治疗前后的组间疗效。结果 在GMFM分值提高方面及从MAS评定肌张力改善方面其即时疗效的显效率和总有效率均有显著性提高。结论 椎针结合推拿治疗痉挛性脑瘫能有效降低患儿肌张力, 改善痉挛指数, 显著提高GMFM分值。

关键词: 椎针; 痉挛性脑瘫; 肝强脾弱型; 五强; 儿科; 推拿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.055

文章编号:1672-2779(2018)-06-0137-03

Analysis on the Curative Effect of Vertebral Needle Combined with Massage Therapy in the Treatment of Spastic Cerebral Palsy (Strong Liver and Weak Spleen Type) for 60 Cases

LI Zhaorong^{1*}, ZHANG Huizhen¹, LI Qing¹, HONG Ensi²

(Children's Rehabilitation Center, Jiangxi Children's Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330012, China;

2. Department of Acupuncture and Moxibustion, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330016, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of vertebral needle combined with massage in treating spastic cerebral palsy. **Methods** Muscle Tension and gross motor function of 60 children with spastic cerebral palsy were assessed with Ashworth scale (MAS) and the gross motor function test (GMFM-88) before and after treatment respectively. **Results** Significant improvements were noted in both GMFM score and immediate and total efficacy in MAS assessment. **Conclusion** Acupuncture combined with massage in treating spastic cerebral palsy in children can effectively reduce the muscle tone, improve the spasm index, and significantly increase the value of GMFM.

Keywords: vertebral needle; spastic cerebral palsy; strong liver and weak spleen type; five kinds of strong organs; pediatrics; massage

脑性瘫痪(脑瘫, cerebral palsy)是指自受孕开始至婴儿期因各种原因所致的非进行性脑损伤和发育缺陷的综合征, 临床主要表现为中枢性运动障碍和姿势异常, 是当今儿童致残的主要原因之一, 其中痉挛型脑瘫占比例约为70%, 常并发有癫痫、智能障碍、认知障碍及视听障碍^[1]。因此研究治疗小儿痉挛性脑性瘫痪具有非常重要的现实意义。本研究采用椎针结合推拿治疗小儿痉挛性脑瘫, 以改良Ashworth量表(MAS)和粗大运动功能测试(GMFM-88)量表为观察指标, 以肯定针灸治疗痉挛性脑瘫的临床疗效, 现报导如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60例痉挛性脑瘫肝强脾弱型患儿均来自2016年1月—2017年6月江西省儿童医院小儿康复中心。符合痉挛性脑性瘫痪肝强脾弱型的中医和西医诊断标准、纳入标准、排除标准^[2-3]。其中男36例, 女22例, 病程(3±0.1)月, 平均月龄(19.37±7.07)月。

1.2 治疗方法

1.2.1 选穴 椎针取穴标准按照王启才^[4]主编的《针灸治疗学》(全国高等中医药院校规划教材新世纪第二版)教材中的取穴定位标准。

主穴的选穴: 选取督脉经穴上的神庭穴——长强穴诸穴, 选取足太阳膀胱经穴上的大抒穴——白环俞

穴诸穴为主穴以达到通调督脉, 柔肝缓急, 扶土抑木。

配穴的选择: 根据患儿肢体瘫痪情况选用配穴: 上肢瘫: 取肩井、肩髃、肩髃、曲池、手三里、手五里、外关诸穴; 肘屈曲: 取尺泽、曲泽、少海诸穴; 下肢瘫: 取环跳、殷门、委中、承山、承扶诸穴; 剪刀步: 取解溪、后血海诸穴; 膝屈曲: 取委中、委阳诸穴; 跟腱挛缩: 取承山、跟平诸穴。

1.2.2 操作手法 椎针操作手法: 采用椎针手法中的旋揉法和滑摩法, 根据小儿痉挛型脑性瘫痪的特点治疗时采用迎随补泻中的泻法。具体操作方法: 在操作部位上均匀涂布对皮肤无刺激的油剂, 起润滑护肤作用。神庭—风府—大椎穴: 以左手拇指扣在后枕粗隆处, 以保护哑门, 风府穴, 自上而下, 于相关穴位及相邻椎体棘突间依旋揉10次。颈1—胸腰夹脊穴(双): 每穴各旋揉10次, 再横向及纵向滑摩各20次。手法力度及操作时间以患者皮肤潮红为度。

推拿操作手法: 根据患儿障碍点及不同肌肉痉挛程度采用推、拿、按、摩、滚、揉手法以达到舒筋通络、促进气血运行、调整脏腑功能、降低患儿肌张力, 改善患儿关节活动度。

1.3 疗程 以上病人治疗30天为1小疗程, 每日1次, 周末除外, 共观察治疗3个小疗程。

1.4 评估方法 患儿分别于治疗前、治疗1个月后由医生评定1次,每月评定1次,共治疗3个月,前后评定4次,采用改良Ashworth量表(MAS)和粗大运动功能测试(GMFM)量表为评价指标。

1.4.1 在采用改良 Ashworth 量表(modified Ashworth Scale, MAS)时为了统计方便(研究数据采用多组肌群的均值),将MAS评分的0、1、1+、2、3、4级分别量化为1、2、3、4、5、6分^[4-7]。

表1 Ashworth 量表评分标准

级别	评价标准(采用徒手肌张力检查法)
0级	所检查肌肉无肌张力的增加
I级	所查肌肉肌张力轻度增加:表现为受累部分肌肉被动屈伸时,在关节活动度之末时出现最小的阻力或出现突然卡住和释放。
I+级	所查肌肉肌张力轻度增加:表现为受累部分肌肉在关节活动度内50%范围出现突然卡住,在通过关节活动度后50%均呈现最小的阻力。
II级	所查肌肉肌张力较明显的增加:表现为受累部分肌肉通过关节活动度的大部分时均感到阻力,肌张力较明显地增加,但受累部分仍能较易地被动移动。
III级	所查受累部分肌肉通过关节活动度的大部分时肌张力严重增加:被动运动困难。
IV级	所查受累部分肌肉通过关节活动度时,受累部分肌肉被动屈伸时呈现僵直状态而不能动。

1.4.2 采用粗大运动功能测试(Gross Motor Function Measure, GMFM-88)^[8]评定疗效;同时为进一步检测该方法的有效性,予GMFM-66项进行验证。

1.4.2.1 评估内容 包括五个功能区:A区(17项)卧位与翻身;B区(20项)坐位;C区(14项)爬与跪D区(13项):站立位;E区(24项):行走与跑跳。

1.4.2.2 评分标准 每项采用4级评分法,按完成的程度评为0~3分。0分:动作还没有出现的迹象;1分:运动开始出现,只完成整个动作的10%以下;2分:部分完成动作,可以完成整个动作的10%~99%;3分:整个动作可以全部完成。

1.4.2.3 评估结果 根据检查顺序和完成情况,所有项目合并为五个功能区:仰卧位、俯卧位结合翻身,原始反射残存及直立反射建立;四点位、跪结合爬;坐位合平衡反射;站;走、跑、攀登。

评分时先按运动功能区评判:功能区得分:患儿得分/该功能区满分 $\times 100$;总评分:每一功能区的百分数相加/5。

1.5 疗效评价 患者均在治疗前、首次治疗后、治疗疗程结束当天,采用国际公认的改良Ashworth量表(MAS)和粗大运动功能测试(GMFM-88)量表为观察指标。

1.6 统计学方法 采用SPSS 21.0进行统计分析,本研究中的计量资料均符合正态分布,用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用

检验;计数资料用卡方检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患儿经治疗后均较前有明显好转,即时及远期疗效总有效率大于90%,见表1。

表1 治疗前后疗效对比 [例(%)]

疗效	例数	显效	有效	无效	总有效率
即时疗效	60	24	30	6	90.00
远期疗效	60	26	32	2	96.67

2.2 从治疗前后GMFM评估来看,治疗前后GMFM-88项的总分、目标分以及GMFM-66项得分均提示治疗后较治疗前得分有明显提高,见表2。

表2 治疗前后患儿GMFM-88项总分、目标分及GMFM-66项得分比较 $(\bar{x} \pm s)$

时间	例数	GMFM-88项总分	GMFM-88项目目标分	GMFM-66项
治疗前	60	0.237 $\pm$ 0.196	0.287 $\pm$ 0.201	0.283 $\pm$ 0.138
治疗后	60	0.378 $\pm$ 0.211*	0.495 $\pm$ 0.210*	0.389 $\pm$ 0.127*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$

2.3 从肌张力的改善采用改良Ashworth量表来看,患儿治疗前后近期及远期值较前比较均有显著差异,见表3。

表3 治疗前后改良Ashworth量表评估比较 $(\bar{x} \pm s)$

时间	例数	即时评估	远期评估
治疗前	60	14.58 $\pm$ 4.17	14.00 $\pm$ 3.98
治疗后	60	3.82 $\pm$ 3.10*	6.63 $\pm$ 3.33*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$

3 讨论

《素问·脉要精微论》中指出:“头为精明之府”。《灵枢·邪气脏腑病形》侧说:“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍”。中医理论古籍有“头为诸阳之会,脑为元神之府”,以及“肾主骨生髓,脑为髓海,肝经与督脉会于巅,诸阳经皆上于头”。《难经·二十八难》曰:“督脉者,起于下极之俞,并于脊里,上至风府,入属于脑。”督脉为阳脉之海,总督一身之阳气,统领诸经,进而联系五脏六腑,对各经脉脏腑病变均有调整作用。《针灸大成》中谈到:“以人之脉络,周流于诸阳之分,譬犹水也,而督脉为之督纲,故名曰海焉”。督脉入属于脑,又循行于头顶正中,本着“经脉所过,主治所及”,故针灸对治疗与脑有关的神志病有着肯定的作用。王雪峰教授等^[9]在中医对小儿痉挛型脑瘫(肝强脾弱证)的探析的文章中根据痉挛型脑性瘫痪为“肝强脾弱证”的特点,认为病机在于肝强脾弱。根据瘫痪部位,采用主配穴相互结合来治疗痉挛性脑性瘫痪。

脑瘫患儿(肝强脾弱型)的运动功能障碍的主要



特点是：肢体肌肉阵发性发作性强直痉挛，颈项亦强直，刺激后有加重。中医认为导致本临床症状的主要原因是由于肝气显盛，脾气虚弱，肝气恃强凌弱所致。因肝主全身的筋膜，储藏血液和调节血量；脾统管全身的肌肉，主管消化吸收，是气血生成的来源。若肝强脾弱，肝恃强凌弱，则脾之功能更弱，而不能消化吸收，气血生成乏源，肝因此储藏血量不足和调节血量功能失常，筋肉也因此失去气血营养，故出现肢体肌肉阵发性强直僵硬，颈项强直，吞咽困难伴流涎的所谓“内风”现象，亦即中医所说的“五硬”。因此，作者认为脑性瘫痪的发病与十二经密切相关，尤其与肝经及督脉二经联系密切；从脏腑论治则与肝、肾、脾脏密切相关，而肝强脾弱又是其主要发病机理，因肝主筋；脾主四肢肌肉，又主运化，若脾虚运化失职，气血生化无源，不能濡养肝筋，从而出现筋脉拘急之肝强脾弱之证，故治疗以通调督脉，柔肝缓急，扶土抑木为法；因此主穴取穴以取督脉经穴上的神庭穴——长强穴诸穴，取足太阳膀胱经穴上的大抒穴——白环俞穴诸穴。根据瘫痪肢体选用配穴：上肢瘫：取肩井、肩髃、肩髃、曲池、手三里、手五里、外关诸穴；肘屈曲：取尺泽、曲泽、少海诸穴；下肢瘫：取环跳、殷门、委中、承山、承扶诸穴；剪刀步：取解溪、后血海诸穴；膝屈曲：取委中、委阳诸穴；跟腱挛缩：取承山、跟平诸穴。椎针手法操作时采用迎随补泻法中的泻法（即椎针操作时迎着经脉循行的方向，采用椎针手法中的旋揉法、滑摩法）以达到通调督脉，柔肝缓急的目的，从而改善脑性瘫痪的临床症状。因痉挛型脑瘫患儿存在不同程度关节活动受限，严重者存在关节挛缩等症状，此时采用单纯的椎针治疗不能达到解除关节挛缩的目的，而中医推拿手法能达到舒筋通络、促进气血运行、调整脏腑功能、降低患儿肌张力，改善患儿关节活动度的作用。因而能很好的解决了因痉挛导致的关节活动受限及关节挛缩等。

椎针疗法是通过在体表经穴上采用滑摩与旋揉等手法治疗产生热、麻、酸、胀、微痛，以达到疏通经络，扶正祛邪，调和阴阳，从而达到治疗疾病的作用。推拿按摩手法中的推法、摩法、滚法、揉法的手法操作与椎针的滑摩法和旋揉法起类似作用，而推拿手法中的拿法、按法能够降低患儿肌张力，改善患儿关节活动度。因此椎针结合推拿治疗能够起到疏通经络、扶正祛邪、调和阴阳、促进气血运行、调整脏腑功能、降低患儿肌张力，改善患儿关节活动度的作用。

其作用机理可概括为以下几个方面：（1）增加脑血流，改善脑缺血。（2）降低血黏度，改善微循环。（3）椎针通过机械能对神经末梢的强刺激，能够起到

通过调节神经生化，促进内啡肽的释放转换和排泄以及致痛致炎物质的分解，达到止痛的目的。通过试验数据结果显示：（1）椎针治疗小儿痉挛性脑性瘫痪的中医理论机理是肝强脾弱，故治疗以通调督脉，柔肝缓急为法。取穴以取督脉经穴神庭穴——长强穴诸穴，取足太阳膀胱经穴大抒穴——白环俞穴诸穴为主穴，根据患儿瘫痪肢体加用配穴治疗。（2）椎针具有无折针、无晕针、无脏器损伤、无创痛、无交叉感染且病人无恐惧感易于接受的优点。（3）椎针操作时可同时涉及几条经络及若干穴位，治疗时往往能气至病所，针感传导十分明显，由于椎针治疗时操作手法独特，治疗效果显著，同时无毒副作用，安全无创伤，值得临床推广应用。

近年来国内外对脑瘫的治疗研究均取得一定的进展，Russell等创立的粗大运动评估量表（GMFM）是专为脑瘫患儿设计的标准化测评工具，具有很好的信度和效度^[11-12]。GMFM是脑瘫评估应用最广的评估工具，既可以评定脑瘫的严重程度，又可以观察治疗后的疗效变化，在对患儿进行疗效评估和疗效比较时，已作为一种常规的脑瘫评估工具在国内外广泛应用^[13-15]。

参考文献

- [1]中国康复医学会儿童康复专业委员会,中国残疾人康复协会.小儿脑瘫康复专业委员会.小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件[J].中华物理医学与康复杂志,2007,29(5):309.
- [2]汪受传,虞坚尔.中医儿科学(全国高等中医药院校规划教材)[M].9版.北京:中国中医药出版社,2015:212-217.
- [3]桂永浩.小儿内科学高级教程(高级卫生专业技术资格考试指导用书)[M].北京:人民军医出版社,2013:411-412.
- [4]窦祖林.痉挛的评估与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2004:41-42.
- [5]郭铁成,卫小妹.改良的Ashworth分级应用于上下肢肌张力评估的比较[J].中国康复,2008,23(5):313-315.
- [6]郭春光,颜华,张惠佳,等.A型肉毒毒素配合综合康复训练治疗痉挛型双瘫脑瘫患儿的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2011,26(8):774-776.
- [7]史惟,廖元贵,杨红,等.粗大运动功能测试量表与Peabody粗大运动发育量表在脑性瘫痪康复疗效评估中的应用[J].中国康复理论与实践,2004,10(7):423-424.
- [8]吴卫红,郝文哲.脑瘫儿童常用评估量表及其应用[J].中国康复理论与实践,2010,16(7):601-604.
- [9]王启才.针灸治疗学(全国高等中医药院校规划教材新世纪)[M].2版.北京:中国中医药出版社,2015,4(6):155-157.
- [10]王雪峰,胡晓丽.中医对小儿痉挛型脑瘫(肝强脾弱证)的探析[J].中医儿科杂志,2005(2).
- [11]Russell DJ, Rosenbaum PL, Avery LM, et al. Gross Motor Function Measure (GMFM-66 & GMFM-88) User's Manual[M]. London: Mac Keith Press. 2015:42-123.
- [12]Tieman BL, Palisano RJ, Gracely EJ, et al. Gross motor capability and performance of mobility in children with cerebral palsy: a comparison across home, school, and outdoors/community settings[J]. Phys Ther. 2014, 84(5):419-429.
- [13]Ketelaar M, Vermeer A, 't Hart H, et al. Effects of a functional therapy program on motor abilities of children with cerebral palsy[J]. Phys Ther, 2015, 81(9):1534-1545.
- [14]Neja S. Evaluation of a child with cerebral palsy[J]. Indian J Pediatr. 2014, 71(7): 627-634.
- [15]史惟,陈冬冬.粗大运动功能测试量表在脑性瘫痪中的应用研究进展[J].中华儿科杂志,2006,44(7):550-502.

(本文编辑:杨杰 本文校对:吴浪龙 收稿日期:2017-12-20)

针刀镜治疗早中期膝关节畸形的疗效评价

袁凤祥

(沈阳市中医院骨二科, 辽宁 沈阳 110004)

摘要:目的 观察针刀镜治疗对早中期膝骨关节炎致关节畸形的疗效及评价。方法 64例符合要求的患者随机分为手术组(32)和对照组(32)。手术组行针刀镜治疗, 对照组理疗、小针刀定点松解、关节内注射玻璃酸钠, 观察及随访2组患者膝关节功能评分, 测量治疗前及治疗后1年膝关节内翻或外翻角度, 进行对比分析。结果 手术组患者功能评分与对照组比较有非常显著性差异 ($P<0.01$), 明显优于对照组; 治疗后1年, 手术组膝关节畸形角度与治疗前对比, 无显著性差异 ($P>0.05$), 下肢力线无变化; 对照组内翻或外翻角度与治疗前对比, 有非常显著性差异 ($P<0.01$), 关节畸形加重。结论 针刀镜治疗膝骨关节炎疗效确切, 优于传统治疗, 可有效防止畸形加重, 明显改善患者生活质量。

关键词: 针刀镜; 关节炎; 膝关节; 关节畸形; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.056

文章编号:1672-2779(2018)-06-0140-03

Evaluation on the Curative Effect of Acupotomy in the Treatment of Early and Metaphase Knee Deformity

YUAN Fengxiang

(Orthopedics Department, Shenyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect and evaluation of acupotomy in the treatment of early and metaphase knee deformity. **Methods** Sixty-four eligible patients were randomly divided into operation group (32 cases) and control group (32 cases). The operation group was treated with acupotomy, and the control group was treated with a small needle-knife, the intra-articular injection of sodium hyaluronate was performed. The knee joint function score was observed and followed up in two groups. Valgus angle and comparative analysis was compared between the two groups. **Results** The functional score of the operation group was significantly different from that of the control group ($P<0.01$), which was significantly better than that of the control group. There was no significant difference in the angle of knee joint deformity between the two groups ($P>0.05$). The force line of the lower extremities did not change. The varus or valgus angle was compared with before treatment, and there was a very significant difference ($P<0.01$). Joint deformity increased. **Conclusion** The acupotomy in the treatment of knee osteoarthritis is better than the traditional treatment in better curative effect, which can effectively prevent the deformity increased, and significantly improve the quality of life of patients.

Keywords: acupotomy; knee osteoarthritis; knee; joint deformity; arthromyodynia

膝关节骨性关节炎(Knee Osteoarthritis, KOA)是指关节软骨出现原发性或继发性退行性改变, 并伴有软骨下骨质增生, 从而使关节逐渐被破坏及产生畸形, 影响膝关节功能的一种退行性疾病。该病是常见的骨科关节疾病之一, 有报道认为, 膝关节有增生性改变者50岁以上的人群有80%, 60岁以上约90%, 70岁以上可达100%; 肥胖者多于瘦者, 并且近年来有年轻化的趋势。

目前对KOA的治疗方法比如物理治疗、针灸、小针刀、微创治疗、臭氧治疗、玻璃酸钠关节腔注射等, 可有效缓解早期关节症状^[1-2], 但远期治疗效果不理想, 特别是对于已有关节畸形的患者, 不能延缓畸形的加重, 如发展到关节僵直, 将严重影响患者的生活, 最终只能人工关节置换。但手术后康复训练是漫长而痛苦的, 且医疗费用较高, 是大多数患者不能接受的主要原因。因此, 微创针刀镜治疗应运而生。我们通过对2014年10月—2016年10月住院KOA患者进行针刀镜治疗的临床观察, 多数患者的病情能够得到有效的改善, 生活质量明显提高, 疗效满意, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2014年10月—2016年10月64例符合要求的早中期膝骨关节炎患者随机分为手术组(32)和对照组(32)。手术组男8例, 女24例; 年龄33~82岁; 病程2~15年。对照组男7例, 女25例; 年龄30~79岁; 病

程2~15年。2组患者性别、年龄、病程比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 有可比性, 见表1。

表1 2组患者一般情况比较情况

组别	男	女	年龄(岁)			病程	
			33~45	46~70	70以上	3个月~1年	1年以上
治疗组	8	24	8	15	9	11	21
对照组	7	25	10	11	11	13	19
χ^2 值	0.00		2.33			0.32	
P值	1.00		0.33			0.46	

1.2 诊断及分期标准 参照中华医学会骨科学分会《骨关节诊治指南》(2007年版)诊断标准进行诊断: (1) 近1个月内反复膝关节疼痛; (2) X线片(站立或负重位)示关节间隙变窄、软骨下骨硬化和(或)囊性变、关节缘骨赘形成; (3) 关节液(至少2次)清亮、粘稠, WBC <2000 个/mL; (4) 中老年患者(≥ 40 岁); (5) 晨僵 ≤ 3 分钟; (6) 活动时骨擦音(感)。综合临床、实验室及X线检查, 符合(1)+(2)条或(1)+(3)+(5)+(6)条或(1)+(4)+(5)+(6)条, 可诊断膝关节KOA。

根据Kellgren和Lawrence的放射学诊断标准, 骨性关节炎分为五级: 0级: 正常; I级: 关节间隙可疑变窄, 可能有骨赘; II级: 有明显的骨赘, 关节间隙轻度变窄; III级: 中等量骨赘, 关节间隙变窄较明确,

软骨下骨骨质轻度硬化改变,范围较小;Ⅳ级:大量骨赘形成,可波及软骨面,关节间隙明显变窄,硬化改变极为明显,关节肥大及明显畸形。疾病分期可参照放射学的表现:0级与Ⅰ级属早期病变,Ⅱ级与Ⅲ级属病变的中期,而Ⅳ级则为病变的晚期。

1.3 纳入标准 (1)符合《骨关节诊治指南》(2007年版)KOA诊断标准及早中期放射学表现;(2)无手术治疗史;(3)依从性良好,同意本治疗并签署知情同意书。(4)伴有内科疾病但不影响治疗。

1.4 排除标准 (1)风湿、类风湿、痛风性关节炎患者;(2)有外伤史如膝关节骨折、韧带断裂、半月板损伤等;(3)膝关节肿瘤、结核等;(4)膝关节周围皮肤破损或有皮肤疾病;(5)糖尿病,空腹血糖 ≥ 8.0 mmol/L;(6)近期有心脑血管病发作者;(7)血友病等出血性疾病患者。

1.5 疗效评定标准 参照膝关节Lysholm评分标准,患者膝关节进行功能评分:优 >80 分,良71~80分,可61~70分,差 ≤ 60 分;于治疗前及治疗后1年,通过拍摄患肢全长位X光片,测量膝关节内翻或外翻角度,评估膝关节畸形程度。

1.6 治疗方法

1.6.1 治疗组 患者取仰卧位,患侧膝关节屈曲位,腘窝处垫一软枕,常规消毒、铺巾,1%利多卡因注射液局部浸润麻醉,取膝关节前内、前外侧入路,尖刀切开皮肤、皮下,建立工作通道,自通道口加压灌注生理盐水,插入针刀镜,检查滑膜、软骨面、周围粘连组织,疏通、剥离、推切、剥离、钝磨、平削等,生理盐水灌洗,拔出针刀镜,缝合切口,弹力绷带包扎。术后处理:术后切口隔日换药1次,术后24 h行关节松动训练,术后48 h拆除弹力绷带,正常活动,术后12~14 d拆线。

1.6.2 对照组 小针刀定点松解,膝关节腔内注射玻璃酸钠注射液2 mL,24 h后,行理疗及松动训练。

1.7 统计学方法 采用SAS 9.4软件对数据进行处理分析。根据资料特点,计数资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 χ^2 检验和 t 检验($P < 0.05$ 有显著差异, $P < 0.01$ 有极显著差异)。

2 结果

临床治疗结果见表2~表4。

表2 手术组3个月、1年后疗效评价 [例(%)]

时间	优	良	可	差	总有效率
3个月	18	10	4	0	100
1年	15	9	7	1	96.87

表3 2组患者膝关节Lysholm评分 (分)

组别	治疗前	治疗后(3个月)	治疗后1年
手术组	51.23 $\pm$ 8.53	86.52 $\pm$ 5.11	81.56 $\pm$ 8.63
对照组	51.05 $\pm$ 8.12	81.48 $\pm$ 7.52	71.59 $\pm$ 8.65
t 值	5.668	2.725	3.581
P 值	0.859 $>$ 0.05	0.006 $<$ 0.01	0.003 $<$ 0.01

2组膝关节评分比较,治疗前无差异($P > 0.05$),具可比性。治疗后3个月及1年均具有非常显著性差异($P < 0.01$)。

表4 2组患者治疗前及治疗后1年膝关节内翻或外翻角度

组别	治疗前	首次治疗后1年	t 值	P 值
手术组	4.22 $\pm$ 1.27 $^\circ$	4.36 $\pm$ 1.17 $^\circ$	1.521	0.089 $>$ 0.05
对照组	5.74 $\pm$ 1.45 $^\circ$	5.89 $\pm$ 2.05 $^\circ$	3.876	0.005 $<$ 0.01

治疗1年后患者膝关节内翻或外翻角度与治疗前相比,手术组无差异($P > 0.05$),对照组有非常显著性差异($P < 0.01$),说明手术组下肢力线无变化,对照组关节畸形加重。

3 讨论

KOA的确切病因仍然不明确,目前认为与年龄、慢性损伤、撞击因素有关,关节损伤与年龄和运动量成正比,年龄越大、积累性损伤越多,早期表现为肌肉、韧带纤维炎性渗出,关节酸痛,如炎症持续存在,关节周围肌肉、韧带之间相互粘连,机体自我修复软组织愈合后就会形成疤痕、挛缩,形成的高应力,可加重关节软骨的退变,导致软骨表面或深层损伤,由此形成恶性循环使损伤进一步加重,促使骨刺生长及关节畸形,引起疼痛、功能障碍^[3-5]。传统的治疗方法如针灸、小针刀或关节腔内注射等虽然也可以缓解病情^[6-7],但远期效果不理想,膝关节镜可以对关节腔内的损伤进行修复重建,多适用于膝关节损伤较重的患者,且手术创伤性较大。针刀镜治疗技术是将小针刀疗法及微创外科技术和现代医学电子针镜技术结合而形成的一种微创治疗方法^[8-9]。通过特制针具,松解粘连,对滑膜及骨赘进行清理,修复关节面,消除应力的不平衡,关节腔灌洗,可以直接带走的关节腔内的炎性产物,降低患者的炎症水平,实现关节内横络的解结,从而改善软组织的活性,消除高应力,增加关节活动度,减少炎性渗出,延缓软骨退变,缓解疼痛、肿胀和功能障碍等临床症状。从根本上治疗本病,因此能取得满意持久的临床疗效^[10-11]。研究表明,膝关节的屈曲固定轴,恰好通过内、外侧副韧带股骨侧深层起点^[12],针刀镜治疗可以调整关节间隙的平衡,从而矫正关节畸形。由表2及表3可以看出,针刀镜治疗后患者膝关节功能明显改善,疗效肯定,优于传统治疗,统计学数据有非常显著性差异($P < 0.01$)。从表4看出,通过针刀镜治疗,膝关节内翻或外翻角度与治疗前比较无显著差异($P > 0.05$),下肢力线无变化。

4 结论

本组患者治疗结果显示,采用针刀镜治疗KOA,对软组织高应力点的粘连、疤痕、挛缩的松解,消除了应力的不平衡,从而减轻关节炎症,缓解症状,能取得满意持久的临床疗效。其创伤小,费用低,操作简单,在保证临床疗效的同时,还可防止关节畸形的加重,提高患者生活质量, (下转第149页)

中药热奄包联合耳穴压豆对晚期肺癌患者疼痛评分、睡眠质量及生活质量的影响^{*}

饶菊芳 谢 琰

(江西中医药大学附属医院外三科, 江西 南昌 330006)

摘要:目的 分析中药热奄包联合耳穴压豆对晚期肺癌患者疼痛评分、睡眠质量及生活质量的影响。方法 选取2015年7月—2017年6月收治的62例晚期肺癌患者按随机数字表法分成观察组和对照组, 每组各31例。对照组实行常规护理, 观察组在常规护理的基础上给予中药热奄包和耳穴压豆。对比2组护理前、后的疼痛评分、睡眠质量及生活质量。结果 2组护理前疼痛评分、睡眠质量得分及生活质量得分均无明显差别 ($P>0.05$); 观察组护理后疼痛评分及睡眠质量得分明显低于对照组 ($P<0.05$); 观察组护理后生活质量得分明显高于对照组 ($P<0.05$)。结论 中药热奄包联合耳穴压豆能有效的减轻晚期肺癌患者的疼痛, 并改善睡眠质量和生活质量。

关键词: 中药热奄包; 耳穴压豆; 肺癌; 疼痛评分; 睡眠质量; 生活质量

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.057

文章编号:1672-2779(2018)-06-0142-03

Effect of Hot-cover Packet Combined with Auricular Pressure Bean on Pain Score and Quality of Sleep as well as Quality of Life in Patients with Advanced Lung Cancer

RAO Jufang, XIE Yan

(Surgical Department, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

Abstract: **Objective** To analyze the effect of hot-cover packet combined with auricular pressure bean on pain score and quality of sleep as well as quality of life in patients with advanced lung cancer. **Methods** Sixty-two patients with advanced lung cancer who were admitted from July 2015 to June 2017 were randomly divided into observation group and control group, with 31 cases in each group. The control group underwent routine care, and the observation group was given traditional Chinese medicine hot-cover packet combined with auricular pressure bean on the basis of routine nursing. The pain score, sleep quality and quality of life of two groups before and after nursing were compared. **Results** There was no significant difference between the two groups in pre-nursing pain scores, sleep quality scores and quality of life scores ($P>0.05$). Pain scores and sleep quality scores of the observation group were significantly lower than those of the control group ($P<0.05$). Quality of life scores of the observation group were significantly higher than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of hot-cover packet and auricular pressure bean can effectively relieve the pain of patients with advanced lung cancer and improve the quality of sleep and quality of life.

Keywords: Chinese medicine hot-cover packet; auricular pressure bean; advanced lung cancer; pain score; quality of sleep; quality of life

肺癌发病率位于恶性肿瘤之首,且死亡率较高^[1-2]。疼痛是晚期肺癌患者常见的并发症,不但剧烈难忍,且持续不易缓解,给患者生理和心理活动形成严重影响,导致患者睡眠质量差^[3-4]。而睡眠质量不但关系着患者的治疗效果及预后,同时还会加强机体对疼痛的敏感程度,两者相互影响,形成恶性循环,最终影响到患者的生活质量^[5]。中药热奄包集热敷及药物治疗为一体,耳穴压豆以脏腑经络理论及神经学为基础,两者都是常用的中医护理手段^[6-7]。本研究通过对晚期肺癌患者采用中药热奄包联合耳穴压豆进行干预,具体情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年7月—2017年6月收治的62例晚期肺癌患者按随机数字表法分成观察组和对照组,每组各31例。观察组中男性18例,女性13例;年龄41~

81岁,平均(57.35±14.37)岁;病程4~15个月,平均(8.13±3.09)个月;左侧15例,右侧16例;中央型24例,周围型7例;鳞癌25例,腺癌6例;TNM分期:Ⅲ期23例,Ⅳ期8例;肿瘤直径3~10 cm,平均(4.89±1.16) cm;全肺切除术4例,肺叶切除术27例。对照组中男性20例,女性11例;年龄40~85岁,平均(58.09±15.13)岁;病程4~16个月,平均(8.22±3.27)个月;左侧17例,右侧14例;中央型26例,周围型5例;鳞癌24例,腺癌7例;TNM分期:Ⅲ期20例,Ⅳ期10例;肿瘤直径3~11 cm,平均(4.95±1.29) cm;全肺切除术2例,肺叶切除术28例。所有患者均经影像及病理检查确诊,预计生存时间≥3个月,排除心肝肾功能障碍、脑血管疾病、免疫性疾病、精神类疾病、交流沟通障碍、妊娠哺乳期妇女及合并其他部位恶性肿瘤者,2组年龄、性别等方面比较无明显差别($P>0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法 对照组实行常规护理,包括积极给予心

^{*} 基金项目:江西省重点研发计划项目[No.20161BBG70111]

理指导,针对疾病及治疗方案给予健康教育,个体化饮食指导等。观察组在常规护理的基础上给予中药热奄包联合耳穴压豆:(1)中药热奄包疗法。药物组成为:雄黄30 g,青黛30 g,乳香30 g,没药30 g,酸枣仁30 g,怀牛膝30 g,生地黄20 g,丹参20 g,川芎20 g。将所有药物碎成粉末后,并放入15 cm×20 cm的布袋中缝制好,摇匀。使用时先将温水装入喷壶中,并均匀对布袋表面进行喷洒,待布袋湿透后,置入微波炉加热1~2 min,温度60~70 ℃,后取出布袋置于后背部,10~20 min/次,2次/d。每次使用前注意对使用部位的皮肤情况进行查看,对于有感觉障碍的患者布袋温度不宜超过60 ℃,以防止烫伤,同时感觉疼痛或出现红疹、瘙痒、水疱等异常情况时应立即停止操作,冷却后及时更换或加热。(2)耳穴压豆法。所选穴位为:神门、交感、皮质下、心、肾、内分泌。确定穴位位置后常规消毒,将王不留行籽置于0.5×0.5 cm大小的胶布上,并贴在所选择的穴位处,使用拇指和食指指腹采用适当力度进行按压,并询问患者感受,以能耐受的疼痛或胀痛为宜,每穴3 min/次,3次/d,每3d更换一次药籽和胶布。

1.3 观察指标及判定标准 观察指标为两组护理前(入院时)和护理后(出院时)的疼痛评分、睡眠质量及生活质量。疼痛评分采用视觉模拟评分法(VAS)^[8],先在纸面画一条10 cm长的横线,横线的两端分别为0分和10分,0表示无疼痛,10表示疼痛最为剧烈,评价前由经培训的护理人员为患者进行讲解,得分越接近10分代表疼痛越严重。睡眠质量采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)^[9]进行评价,该量表由19个自评条目和5个他评条目组成,共包括睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物和日间功能7个成份,每个成份均采用0~3分等级计分法,评分范围0~21分,得分越高代表睡眠质量越差。生活质量采用生活质量核心量表进行评价^[10],该量表共包括总体健康状况、角

色功能、认知功能、社会功能和情绪功能5项,各项评分范围均为0~100分,得分越高代表生活质量越好。

1.4 统计学方法 所有数据均由SPSS 18.0软件处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,差异性比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组护理前后疼痛评分比较 2组护理前疼痛评分无明显差别;护理后与对照组相比较,观察组疼痛得分明显更低,见表1。

表1 2组护理前后疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	护理前疼痛	护理后疼痛
观察组	31	6.28 ± 1.58	6.17 ± 1.66
对照组	31	6.09 ± 1.72	7.53 ± 1.54
t 值		0.45294	3.3441
P 值		> 0.05	< 0.05

2.2 2组护理前后睡眠质量比较 2组护理前睡眠质量各项得分无明显差别;护理后与对照组相比较,观察组睡眠质量各项得分明显更低,见表2。

2.3 2组护理前后生活质量比较 2组护理前生活质量各项得分无明显差别;护理后与对照组相比较,观察组生活质量各项得分明显更高,见表3。

3 讨论

晚期肺癌患者疼痛发生率较高,其的出现和肺癌侵袭的部位有很大关系^[11]。而疼痛作为身心遭受危害的警示,患者常会伴有生理、心理和行为上的诸多不良反应,并直接关系着患者的生活质量。因此,对疼痛的干预也成为晚期肺癌患者护理工作中的重要内容。现有观点认为^[12],热敷能促进局部皮肤温度的升高,使毛细血管扩张,进而刺激全身血液循环,对改善机体新陈代谢及炎性反应等具有良好的控制效果。中药热奄包以热敷为基础,将药物渗透至皮肤及经络而达到减轻疼痛、改善水肿等目的^[13]。本研究中药热奄包组

表2 2组护理前后睡眠质量比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	睡眠质量		入睡时间		睡眠时间		睡眠效率		睡眠紊乱		催眠药物		日间功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	31	2.21 ± 0.57	1.74 ± 0.43	2.25 ± 0.51	1.63 ± 0.55	2.18 ± 0.67	1.68 ± 0.42	2.09 ± 0.48	1.55 ± 0.49	2.17 ± 0.55	1.58 ± 0.42	2.23 ± 0.56	1.53 ± 0.51	2.04 ± 0.47	1.60 ± 0.45
对照组	31	2.23 ± 0.69	2.19 ± 0.65	2.18 ± 0.59	2.06 ± 0.53	2.20 ± 0.66	2.02 ± 0.43	2.07 ± 0.45	1.96 ± 0.51	2.12 ± 0.58	1.95 ± 0.48	2.16 ± 0.58	1.97 ± 0.57	2.01 ± 0.51	1.95 ± 0.42
t 值		0.12442	3.2148	0.49975	3.1344	0.11840	3.1493	0.16924	3.2276	0.34828	3.2299	0.48341	3.2029	0.24084	3.1658
P 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

表3 2组护理前后生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	总体健康状况		角色功能		认知功能		社会功能		情绪功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	31	68.44 ± 12.59	72.36 ± 11.48	64.31 ± 11.96	66.08 ± 12.07	72.35 ± 10.89	76.41 ± 11.27	75.86 ± 11.99	77.63 ± 11.24	65.31 ± 11.34	68.62 ± 11.25
对照组	31	68.02 ± 13.08	60.75 ± 12.39	65.07 ± 12.65	56.83 ± 12.14	73.09 ± 10.58	66.31 ± 12.08	76.81 ± 11.52	68.41 ± 10.97	66.92 ± 11.42	58.34 ± 11.39
t 值		0.12880	3.8270	0.24306	3.0084	0.27136	3.4038	0.31811	3.2684	0.55698	3.5752
P 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

方中,雄黄燥湿解毒,青黛清热解毒、凉血定惊,乳香行气止痛、消肿生肌,没药消肿止痛,酸枣仁和怀牛膝补肾安神,生地黄、丹参、川芎活血通络,全方共奏清热解毒、活血通络、止痛安神之功。

《灵枢·口问》曰:“耳者,宗筋之所聚也”、“十二经脉上结于耳”。脏腑经络的失调反应于耳,通过刺激与脏腑对应的耳穴即可调节脏腑活动^[14]。现代医学认为^[15],耳廓为机体的整体缩影,五脏六腑、四肢百骸在耳廓上具有相应的穴位与区域。耳穴压豆通常采用王不留行籽来刺激耳廓中的穴位及脏腑的对应区域,由此而产生的感觉冲动经感觉传递器汇集到三叉神经脊束核,并经脊束核传递至脑干网状结构的神经元,阻碍原有的病理性传入冲动,最终恢复正常的生理调节。

本研究中,对照组实行常规护理,观察组在常规护理的基础上给予中药热奄包及耳穴压豆,经比较显示,观察组不但护理后疼痛得分更低($P<0.05$),同时睡眠质量得分也明显更低($P<0.05$),而生活质量得分则更高($P<0.05$)。中药热奄包配合耳穴压豆以经络为通道,中药为载体,具有良好的协同作用,故可有效的减轻患者的疼痛,并改善睡眠质量和生活质量。

参考文献

[1]姜静,李艳,赵婵.人文护理关怀对肺癌化疗患者治疗依从性及生活质量

的影响[J].国际护理学杂志,2014,33(9):2439-2441.

[2]王晓阳,吴国武,俞海东.早中期小细胞肺癌患者化疗与放疗的临床疗效比较[J].中国肿瘤临床与康复,2015,22(7):805-807.

[3]郝晓玲,陈秀梅,杨翠芹,等.个性化护理干预对晚期肺癌患者疼痛及生活质量的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(23):223-224.

[4]区妙兴,洗海兵,李巧云,等.医护合作式的电话随访在晚期肺癌患者疼痛管理中的应用[J].国际护理学杂志,2017,36(2):258-260.

[5]沈陆斐,陈文字,吕晓东,等.电针对改善肺癌疼痛患者睡眠质量的疗效观察[J].医学研究杂志,2016,45(6):87-90.

[6]任志宏,陈秀红.中药热奄包治疗痹病关节疼痛的临床观察[J].光明中医,2017,32(7):1010-1012.

[7]侯咪红,宋红娜.耳穴压豆联合穴位贴敷对冠心病患者生活质量的影响[J].护理与康复,2017,16(7):766-768.

[8]张云霄,陈冀衡,范志毅,等.羟考酮与舒芬太尼用于胸腔镜肺癌根治术后病人静脉镇痛效果的比较[J].中华麻醉学杂志,2015,35(10):1228-1230.

[9]林丛,杨娜妮,严玲微,等.个体化护理对肺癌患者化疗后疲乏及生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2015,21(4):383-386.

[10]叶韶峰,吴明.电视胸腔镜手术治疗老年早期肺癌的效果及对患者生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2017,37(10):2482-2483.

[11]阿依古丽·买买提,古再丽努尔·阿布力孜,哈里达·阿布力孜.187例晚期肺癌患者疼痛的护理措施及体会[J].实用临床医药杂志,2014,18(12):109-111.

[12]黄黛苑,甘超群.热奄包外敷法治疗妇科腹腔镜术后腰痛的临床观察[J].国际医药卫生导报,2014,20(15):2359-2360.

[13]李若和,许兵,吴倩,等.中药热奄包对颈椎病患者的临床康复影响[J].浙江中医杂志,2016,51(1):35-36.

[14]易红梅,詹雅琴,陈华,等.耳穴压豆疗法配合同事支持干预对护士心理状况的影响[J].中华护理杂志,2014,49(9):1090-1094.

[15]孙利华,付文娟,袁小红.王不留行籽耳穴压豆治疗心脾两虚型不寐的效果观察[J].护士进修杂志,2013,28(19):1800-1801.

(本文编辑:杨杰 本文校对:熊国江 收稿日期:2017-12-08)

前列腺增生术后的中医护理应用的研究

赵越

(中国医科大学附属第一医院泌尿外科,辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 研究前列腺增生术后中医护理的应用效果。方法 前列腺增生患者100例,随机分为对照组和试验组各50例。给予对照组患者常规护理,给予试验组患者中医护理措施。比较患者术后不良情绪评分及依从性。结果 护理前患者的不良情绪评分无明显差异,护理后评分比较试验组更优 $P<0.05$ 。患者护理后依从性比较试验组更高 $P<0.05$ 。结论 前列腺增生术后采用中医护理能明显改善患者的不良情绪,并提升患者的治疗依从性,具有较高临床价值。

关键词:前列腺增生;中医护理;术后;癃闭

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.058

文章编号:1672-2779(2018)-06-0144-03

Study on the Application Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing on Postoperative Prostate Hyperplasia

ZHAO Yue

(Department of Urinary Surgery, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: **Objective** To study the application effect of traditional Chinese medicine nursing on patients with prostate hyperplasia. **Methods** 100 patients with prostatic hyperplasia 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 given traditional Chinese medicine nursing measures. The postoperative bad mood score and compliance were compared. **Results** There was no significant difference in the scores of bad emotions before nursing, and the scores of the nursing group were better than those of the experimental group $P<0.05$. The compliance of the patients after nursing was higher than that of the experimental group $P<0.05$. **Conclusion** Traditional Chinese medicine nursing can obviously improve the bad mood of patients after operation of prostate hyperplasia, and improve the treatment compliance of patients, which has higher clinical value.

Keywords: prostate hyperplasia; traditional Chinese medicine nursing; post operation; uroschisis

前列腺增生是中老年男性常见的泌尿系疾病,其近年来发病率呈现出逐渐上升的趋势^[1]。根据临床研究,前列腺增生的发病原因目前尚未明确,但可以确定其

必须具备有功能的睾丸和年龄增长两个条件,并且与患者的生活环境、吸烟饮酒等不良习惯及家族史等存在关联^[2]。临床上对前列腺增生的治疗方式较多,手术

治疗时临床应用十分广泛的一种^[3]。在患者治疗过程中给予其有效的护理措施,一般能让其迅速恢复。本研究对前列腺增生术后中医护理的应用效果进行分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从我院收治的前列腺患者中选取100例分为对照组和试验组,每组各50例。对照组患者年龄43~76岁,平均(61.257.84)岁;病程2~10年,平均(4.351.04)年;其中小学及以下学历12例,中学学历15例,大专及以上学历23例。试验组患者年龄41~78岁,平均(61.397.78)岁;病程3~10年,平均(4.261.13)年;其中小学及以下学历10例,中学学历16例,大专及以上学历24例。患者基本资料比较 $P>0.05$,具有可比性。

1.2 护理方法 给予对照组患者常规护理措施,具体方位患者入院后给予其健康教育,让其对疾病的发生原因、病理变化和治疗方法等有全面的了解。同时,护理人员要及时解答患者及其家属存在的疑问,消除其对手术治疗的疑虑,避免患者产生各种不良情绪。手术前护理人员应指导患者保持合理饮食,并在手术前进食禁饮。手术后密切观察患者的病情变化情况,并在发生异常变化时及时协助主治医师给予患者有效的治疗措施。试验组采用中医护理措施,具体如下。

1.2.1 情志护理 前列腺增生患者的年龄一般较大,其在患病后因对疾病的了解较少而容易产生恐惧心理,并且会因为手术治疗而产生恐惧心理,而手术后的疼痛也会导致患者产生焦虑情绪,导致其治疗依从性下降,影响其治疗效果。因此,护理人员要在患者手术后给予其有效的情志护理。其中主要是告知患者不良情绪会影响其治疗效果,导致其住院时间延长,增加其经济负担。同时,要为患者播放节奏舒缓的轻音乐,并尽量多于患者进行交流,转移其注意力,从而逐渐帮助其消除不良情绪。另外,护理人员可以在患者睡觉时为其使用中药熏香,帮助其提升睡眠质量,帮助其改善不良情绪。

1.2.2 穴位按摩及针灸护理 患者手术后会出现明显的疼痛,容易导致其正常情绪受到影响,并且手术后容易出现膀胱痉挛的情况,影响其术后恢复,因此护理人员可给予患者相应的穴位按摩和针灸护理,缓解其膀胱痉挛和疼痛以促使其恢复速度的提升。其中针对患者膀胱痉挛的情况给予患者穴位按摩时先其保持仰卧位,对患者足底的膀胱反射区、输尿管反射区和肾反射区以及涌泉穴进行按压。按压的过程中采用按揉交替的方式,保持按压力度均匀,患者感觉到轻微酸、麻、胀、痛为宜。按摩的过程中根据患者的疼痛情况和膀胱痉挛情况决定按摩的持续时间,每日为患者按摩2次为宜。按摩结束后可指导患者适量饮水,加快其

新陈代谢以促进膀胱痉挛的恢复。患者疼痛时可以给予其针灸护理,其中主要是采用艾灸,穴位以关元穴、气海穴为主,针灸也按照2次/d的标准进行。另外,护理人员可根据实际情况指导患者进行盆底肌肉功能训练。

1.2.3 饮食护理 患者手术后的饮食应根据胃肠功能恢复情况确定,胃肠功能恢复后才能给予患者相应的食物。其中应首先给予患者流质食物,然后逐渐向半流质和正常食物过渡,确保食物正常消化。其中食物的种类应以清淡易消化的食物为主,增加食物中蛋白质和维生素的含量,并让患者多食用富含膳食纤维的食物,减少患者对油脂的摄入量,并禁止患者使用辛辣生冷等刺激性较强的食物。另外,根据患者的中医分型给予其辨证药膳护理,对于气滞血瘀型患者,可给予其黑木耳山楂瘦肉汤、当归陈皮瘦肉汤等;对于湿热夹瘀型患者,可给予其土茯苓丹参瘦肉汤、玉米须车前饮等;对于气虚血瘀型患者,可给予其党参鸡汤、黄芪鲤鱼汤;对于肾阴不足型患者,可给予其知母黄白玉米汤、熟地黄煲鸡;对于肾阳亏虚型患者,可给予其芡实茯苓粥、当归羊肉汤等。

1.3 观察指标 观察患者护理前后不良情绪评分,并对患者的依从性进行评定。不良情绪评分用焦虑自评量表(SDS)和抑郁自评量表(SAS)完成,量表分数越高代表患者的不良情绪越严重。依从性评定用自制量表完成,分完全依从、部分依从和不依从,完全依从为患者能严格遵医嘱用药并接受治疗;部分依从为患者偶尔不能遵医嘱服药或配合治疗;不依从为患者不能遵医嘱服药并且不配合医护人员的工作。

1.4 统计学方法 数据处理用SPSS 22.0统计学软件完成,用百分率和 $(\bar{x}\pm s)$ 表示计数资料与计量资料,组间对比用 χ^2 检验和 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不良情绪评分 护理前不良情绪评分比较2组无明显差异,护理后评分比较试验组更优,数据对比 $P<0.05$,见表1。

表1 患者不良情绪评分 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	时间	SDS	SAS
试验组	护理前	56.82 $\pm$ 9.16	53.25 $\pm$ 8.94
	护理后	31.69 $\pm$ 7.24	27.68 $\pm$ 6.52
对照组	护理前	56.13 $\pm$ 9.25	53.76 $\pm$ 8.87
	护理后	43.68 $\pm$ 8.42	36.28 $\pm$ 6.19

2.2 患者依从性 患者依从性比较试验组更高,数据对比 $P<0.05$,见表2。

表2 患者依从性 [例(%)]

组别	完全依从	部分依从	不依从	依从性
试验组	28	20	2	96.00
对照组	21	16	13	74.00

3 讨论

前列腺增生是临床上常见的泌尿系疾病,其不仅会对患者的生理造成影响,还会影响患者的心理健康,导致患者的正常生活受到严重影响^[4]。手术治疗时前列腺增生的常见治疗方式,其能够快速改善患者的临床症状,但实际治疗过程中容易受到患者不良情绪及术后并发症的影响,导致其术后恢复速度受到影响,增加其经济负担。

根据临床观察,前列腺增生手术后患者的不良情绪以焦虑和抑郁为主,并且患者会因为不良情绪导致其治疗依从性下降。相关研究^[5]表明根据中医养生理论,结合前列腺增生患者的实际病情,采用中医护理方式能让患者术后不良情绪得到有效改善,从而促使其术后恢复速度的提升。其中主要是给予患者足底按摩,起到舒筋活络、调节脏腑气血的作用,并有效患者缓解患者术后的膀胱痉挛情况,让其疼痛得到有效缓解。同时根据患者的中医证型对其饮食进行合理调节,确保患者营养摄入

充足的情况下起到调节体质的作用,促使其阴阳平衡、气血调和,从而促使其术后尽快恢复。

本研究对前列腺增生术后应用中医护理的效果进行分析,患者护理前的不良情绪评分比较无显著差异,护理后评分比较试验组更优,数据对比 $P<0.05$ 。并且患者护理后的依从性比较试验组更高,数据对比 $P<0.05$ 。综上所述,前列腺增生术后采用中医护理能明显改善患者的不良情绪,促使其更快恢复,值得推广应用。

参考文献

- [1]孔豪博.前列腺增生症电切术后膀胱痉挛应用舒适护理的效果研究[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(19):83.
- [2]高素萍,程子文,黄接弟.经尿道前列腺电切术后下尿路症候群规范化中医护理临床效果[J].深圳中西医结合杂志,2016,26(24):136-137.
- [3]寇新霞.中医护理在胃癌术后患者中的应用观察[J].光明中医,2016,31(10):1481-1482.
- [4]李瑛.前列腺增生术后的中医护理效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2015,2(5):927,930.
- [5]赵丽,魏兆君.舒适护理在经尿道前列腺电切手术中的临床应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(21):3272-3273.

(本文编辑:杨杰 本文校对:曲静坤 收稿日期:2017-11-29)

中西医结合护理干预对盆腔炎性疾病后遗症患者的观察

李付娟

(沈阳市红十字会医院妇产科,辽宁 沈阳 110003)

摘要:目的 研究中药灌肠结合护理干预对盆腔炎性疾病后遗症患者的疗效观察。方法 选取收治的盆腔炎性疾病后遗症患者60例作为临床研究对象,按照双盲及随机的原则分为观察组及对照组,每组30例患者,对照组采用西药的抗生素治疗,观察组在西药治疗的基础上采用中西医结合的护理干预,观察并评价两组患者的临床疗效。结果 对照组治疗总有效率为21例(70%),观察组治疗总有效率为28例(93.3%),2组比较具有统计学差异($P<0.05$)。结论 盆腔炎性疾病后遗症患者采用中西医结合的护理干预,提高了患者治疗的有效率,体现了优质护理的重要性。

关键词:西药治疗;中药灌肠;热敷护理;盆腔炎;后遗症;带下病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.059

文章编号:1672-2779(2018)-06-0146-02

Observation on Combined Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Intervention in Patients with Pelvic Inflammatory Disease Sequelae

LI Fujuan

(Department of Obstetrics and Gynecology, Shenyang Red Cross Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110003, China)

Abstract: **Objective** To study the curative effect of traditional Chinese medicine enema and nursing intervention on patients with pelvic inflammatory disease sequelae. **Methods** 60 patients with pelvic inflammatory disease sequelae in our hospital were selected as a clinical research object. According to the principle of double blind and random, they were divided into observation group and control group, with 30 cases in each group. The control group adopted the antibiotic treatment of Western medicine, and the observation group used the combination of traditional Chinese and Western medicine nursing intervention on the basis of Western medicine. The clinical effect of two groups was observed and evaluated. **Results** The total effective rate in the control group and the observation group was 21 (70%) and 28 cases (93.3%) respectively, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of traditional Chinese and Western medicine nursing intervention on patients with pelvic inflammatory disease sequelae has improved the effective rate, and showed the importance of quality nursing.

Keywords: Western medicine; traditional Chinese medicine enema; hot compress nursing; sequelae; leukorrheal diseases

盆腔炎性疾病是指女性上生殖道的一组感染性疾病,发生后若未及时救治,会导致患者出现上生殖道感染的后遗症^[1],严重影响患者的生殖健康,增加患者及家庭的经济负担。西医建议针对盆腔炎性疾病后遗症患者采用抗生素治疗,但长时间应用可导致患者出

现耐药,影响治疗效果。中医认为盆腔炎的发病与机体的湿、热、瘀密切相关,针对盆腔炎性疾病后遗症患者建议采用活血化瘀清热利湿的中医治疗^[2],本研究针采用西医抗生素结合中药汤剂灌肠配合脐部热敷等相应的护理干预对盆腔炎性疾病后遗症患者进行临床

护理观察,取得了显著的效果,分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2016年2月—2017年2月收治的盆腔炎性疾病后遗症患者60例作为临床研究对象,全部患者均具有盆腔炎性疾病后遗症的临床症状及体征,如腹部坠胀,腰骶部酸胀感等,同时具有反复发作的特点。按照双盲及随机的原则分为观察组及对照组,每组30例患者,观察组患者年龄26~46岁,平均(37.56±4.45)岁;病程最短6个月,最长7年,平均(4.53±1.23)年。对照组患者年龄24~47岁,平均(38.26±4.47)岁;病程最短6个月,最长8年,平均(4.75±1.88)年。2组患者的年龄及病程等一般资料无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法 对照组采用西药的抗生素治疗,观察组在西药治疗的基础上结合中药灌肠及脐部热敷等相应的护理干预,观察并评价2组患者的临床疗效。

1.2.1 抗生素治疗 针对患者的不同症状个体化原则及严重程度采取广谱抗生素进行治疗,本研究患者采用甲硝唑注射液1.0 g加入0.9%的氯化钠150 mL注射液或硫酸阿米卡星注射液0.4 g,分别给予日一次静脉滴注。

1.2.2 中药汤剂灌肠及热敷护理 由我院中医科医师进行汤剂的配制,包括:败酱草20 g,金银花15 g,牡丹皮15 g,赤芍15 g,丹参10 g,昆布10 g,莪术10 g,三棱10 g,红花10 g,大黄10 g,木香10 g等,加水煎煮并制成150 mL的汤剂,每日1次,灌肠,持续进行30天。同时配中药饼热敷脐部护理,选取中药红藤、败酱草、桃仁、延胡索等并用醋调捏成药饼,用纱布包好加热至41℃,将其贴于患者的脐部,每天1次,10天为一疗程,月经期停用,脐部热敷护理四个疗程。

1.2.3 护理干预 盆腔炎性疾病后遗症患者治疗时间较长,因此,应将患者安置在舒适安静的病房内,养成良好的生活习惯,给予患者心理干预,使患者在良好的心情下接受治疗,治疗期间嘱患者禁止性生活及盆浴,保持内衣裤及外阴的清洁干燥,进行适宜的体育锻炼,保证每日的睡眠质量。加强灌肠护理,月经期禁止灌肠,灌肠前嘱患者排空肠道内粪便,将中药灌肠液控制在38~41℃,应协助患者侧卧位,灌肠管插入肛门的深度为25 cm~29 cm,插管时护士动作要轻柔,插管过程中有阻力嘱患者深呼吸后稍等片刻在插入,避免损伤直肠黏膜。插管后灌肠液输入的速度应缓慢匀速注入,若患者在灌肠过程中有便意,嘱患者深呼吸,并降低灌肠液的压力以缓解排便感觉,灌肠时间应在20分钟左右,灌肠后缓慢拔出肛管,用无菌敷料轻微按压住肛门10分钟左右,协助患者采取舒适卧位,嘱患者尽量将灌肠汤剂保持在肠道内至次日凌晨,尽可能不要入厕,可适当的为患者安置臀高位,臀下垫软枕。

灌肠期间注意观察患者的病情变化,生命体征及药液有无外渗等,一旦出现异常,应立即停止灌肠紧急处理,缓解后在进行操作。

1.3 评价标准 评价2组患者的临床效果。治愈:患者的盆腔炎性疾病的临床症状体征消失,超声辅助检查无异常征象;有效:患者的盆腔炎性疾病的临床症状体征有好转,超声辅助检查盆腔包块等异常征象减小一半以上;无效:患者的盆腔炎性疾病的临床症状体征及超声辅助检查与治疗前相比无变化甚至出现严重倾向。总有效率为治愈与有效的例数和。

1.4 统计学方法 将所得数据进行统计学分析,采用SPSS 20.0的统计学软件,以 $P<0.05$ 表示具有统计学意义。

2 结果

2组患者疗效比较:观察组组治疗痊愈20例,有效8例,无效2例,总有效率为28例(93.3%),对照组治疗痊愈10例,有效11例,无效9例,总有效率为21例(70.0%),2组比较具有统计学差异($P<0.05$)。

3 讨论

中医理论认为,盆腔炎性疾病致后遗症为体内邪热余毒残留,并冲任之气血相搏,引发气血凝集,导致疾病经久不愈,且反复发作^[1]。因此,采用中药汤剂灌肠,赤芍、莪术、红花、牡丹皮、昆布、三棱、金银花、败酱草、大黄、丹参、木香等中药制剂联合应用起到清热利湿、活血化瘀、解毒行气的功效^[4]。而且,中药的安全性较高,刺激性较小,通过灌肠用药可以提高患者局部用药的浓度,改善局部血液循环,利于淋巴回流,增强白细胞的吞噬功能与组织代谢活动^[5]。治疗期间,配合进行全方位的护理干预,为患者创造良好的治疗环境,改善患者的不良情绪,提高患者治疗疾病的信心,灌肠期间协助患者舒适体位,插管动作轻柔,密切观察患者的病情变化,并给予患者灌肠期间出现不适时的护理指导等,将药物的解痉、抗炎、止痛等功效进一步提高。脐部热敷护理可起到温通血脉、疏通经络、调理气血、邪祛病愈的功效。研究显示:观察组治疗总有效率为93.3%,显著高于对照组,可见,盆腔炎性疾病后遗症患者采用西药抗生素结合中药灌肠,配合脐部热敷等相应的护理措施,提高了患者治疗的有效率,同时也体现了优质护理的重要性。

参考文献

- [1]郑秀霞.妇产科护理学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2017:283-284.
- [2]冯海洋.中药配方颗粒灌肠治疗170例慢性盆腔炎护理[J].中外医疗,2013,32(36):118,120.
- [3]朱云.中药灌肠联合治疗慢性盆腔炎的效果观察与临床护理[J].中外医学研究,2016,14(11):92-94.
- [4]乔凤华.中药灌肠联合治疗慢性盆腔炎220例效果观察与临床护理[J].医学信息,2016,29(9):297-298.
- [5]赵秋芳.盆腔炎治疗仪结合中药灌肠治疗慢性盆腔炎疗效观察[J].中国中医药现代远程教育,2008,6(7):740-741.

(本文编辑:杨杰 本文校对:李青 收稿日期:2017-12-18)

盆底中医护理在高龄产妇剖宫产后的应用

张淑梅

(进贤县血防站妇产科, 江西 进贤 331700)

摘要:目的 探讨盆底中医护理干预措施对缓解高龄剖宫产患者术后疼痛的效果。方法 选取2015年10月—2017年9月行高龄剖宫产患者120例, 其中60例作为对照组采取日常护理措施, 另外60例作为试验组在日常护理措施基础上实施盆底中医护理, 治疗结束后比较2组患者的疼痛效果及满意度。结果 治疗后, 试验组无痛率为46.7%, 而对照组无痛率仅为6.7%, 试验组患者护理满意度率97%明显高于对照组的60.00%, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 对进行剖宫产的孕妇术后采取盆底中医护理干预措施, 可以有效缓解产妇疼痛, 帮助产妇康复。

关键词: 剖宫产术; 盆底中医护理; 术后疼痛; 高龄产妇

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.060

文章编号:1672-2779(2018)-06-0148-02

The Application of Traditional Chinese Medicine Nursing on Pelvic Floor after Cesarean Section in Elderly Parturient Women

ZHANG Shumei

(Department of Obstetrics and Gynecology, Jinxian County Schistosomiasis Control Station, Jiangxi Province, Jinxian 330000, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of traditional Chinese medicine nursing interventions on postoperative pain relief in elderly parturient women with cesarean section. **Methods** 120 elderly parturient women treated with cesarean section were selected in our hospital from October 2015 to September 2017, and they were randomly divided into the observation group (60 cases) and the control group (60 cases). The control group was treated with general nursing care, and the observation group was treated with both TCM nursing care and general nursing care. Pain was compared between the two groups after treatment. **Results** After treatment, the analgesia rate of the experiment group was 46.7%, the analgesia rate of the control group was only 6.7%, and there had statistically significant difference between the two groups ($P<0.05$). **Conclusion** The postoperative application of both TCM nursing care and general nursing care intervention among the elderly parturient women with cesarean section can effectively relieve their pain and facilitate their recovery.

Keywords: cesarean section; traditional Chinese medicine nursing on pelvic floor; postoperative pain; elderly parturient women

随着二胎政策的放开, 高龄产妇呈现明显上升的趋势, 由此导致的产后出血, 难产等并发症的发病率亦显著升高^[1]。剖宫产手术可提高分娩的成功率, 保证产妇和胎儿的安全。但是由于剖宫产手术结束后, 随着产妇麻醉药效的消失, 其腹部及手术切口极易出现疼痛, 对疼痛耐受性较低的产妇, 通常会影响到正常哺乳, 且会影响子宫的康复^[2]。如何做好剖宫产术后的护理, 更好的保证母婴安全, 特别是对高龄产妇, 需要我们提出新的护理方法。近几年我们对剖宫产的高龄产妇给予术后盆底中医护理干预, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年10月—2017年9月到我院产科进行剖宫产患者120例作为研究对象, 所有产妇均排除严重精神疾病或异常、无行为能力者、术后严重并发症等疾病患者。其中选取60例作为对照组, 患者平均年龄 (37.90 ± 2.80) 岁; 平均孕周时间 (39.20 ± 2.10) 周。另外60例作为试验组: 患者平均年龄 (38.70 ± 3.10) 岁; 平均孕周时间 (40.10 ± 2.20) 周。均为二胎产妇。研究前均获得产妇及其家属同意。2组产妇的年龄、孕周时间等一般资料比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 护理方法 对照组患者采取日常护理措施, 对产妇出现的疼痛则采取传统的止痛方法处理, 即对难以忍受疼痛的产妇进行肌注氯诺昔康8 mg肌注止痛处理。试验组患者采取的盆底中医护理, 方法如下: 艾灸关

元穴: 关元穴位于脐下三寸, 以纱布置于腹部, 防止烫伤腹部皮肤, 上放自制艾灸盒, 艾灸20分钟, 并配合腹部按摩, 每日2次, 上、下午各一次。

1.3 疗效评价

1.3.1 2组产妇的术后疼痛情况比较 疼痛分为无痛、轻度疼痛、中度疼痛和重度疼痛四个等级^[3]。其中无痛: 产妇术后腹部及切口处无明显疼痛; 轻度疼痛: 产妇腹部及切口处有轻微疼痛, 但是不影响到产妇的日常生活; 中度疼痛: 产妇腹部及切口处出现疼痛, 产妇难以忍受, 已经影响到产妇的日常生活, 需要止痛药进行止痛; 重度疼痛: 产妇腹部及切口处剧烈疼痛, 产妇的日常生活不能进行, 需在医生指导下立即进行止痛处理^[4]。疼痛率为轻度疼痛、中度疼痛和重度疼痛三者之和。

1.3.2 护理满意度 依据患者对镇痛效果及护理服务个人感受, 自行设计问卷调查^[5], 分为非常满意, 比较满意, 不满意3种。

1.4 统计学方法 试验中所得数据利用SPSS 17.0 进行处理和分析, 采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组产妇术后疼痛比较 2组产妇术后疼痛比较由附表1显示, 2组产妇术后疼痛差异显著 ($P<0.05$), 其中采取盆底个性化中医护理干预的试验组产妇疼痛概率明显低于对照组, 说明对剖宫产术后进行盆底个性化中医干预措施, 可以有效缓解产妇的疼痛。

表1 2组产妇术后疼痛比较 [例(%)]

组别	例数	无痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
试验组	60	28(46.7)	21(35.0)	9(15.0)	2(3.3)
对照组	60	4(6.7)	36(60.0)	11(18.3)	9(15.0)
χ^2 值		11.25	7.33	8.62	8.16
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2组产妇护理满意度比较 试验组患者护理满意度率97%明显高于对照组的60.00%，差异有统计学意义($\chi^2=11.635$, $P<0.05$)，见表2。

表2 2组护理满意度的比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	比较满意	不满意
试验组	60	50(83.00)	8(14.00)	2(3.00)
对照组	60	20(33.00)	16(27.00)	24(40.00)

3 讨论

近两年，随着二胎政策的放开，高龄剖宫产妇呈现明显上升的趋势，剖宫产因采取经腹切开子宫的方式，手术伤口较大，创面广，其术后易产生并发症，最常见的并发症为术后疼痛。常见疼痛原因主要为两个方面：(1)生理原因：手术机械损伤及子宫收缩。(2)产妇主观因素：性格、疼痛敏感度及心理状态。术后疼痛往往严重影响产妇休息睡眠不足，导致情绪低落，代谢紊乱，泌乳减少，从而影响其心理及身体健康及产后康复，陈萍^[6]对80例剖宫产患者进行调查得出，护理干预组患者无痛及轻度疼痛百分比为70.00%，明显较常规组更多，且满意度也高于对照组，提示其人性化的护理干预措施能有效降低产妇术后疼痛。王洪芬^[7]通过对100例行剖宫产的产妇采取不同的护理方案，干预组产妇实施预防性疼痛护理，对照组实施疼痛无法忍受时给予镇痛药镇痛，结果表明：干预组产妇的疼痛缓解度明显优于对照组，且患者初次泌乳时间 $[(24\pm7)h]$ 短于对照组 $[(31\pm5)h]$ ，提示其护理干预组效果良好。因而需对产妇采取有效的护理方案以减轻其疼痛。护理的核心目的就是通过各种综合有效的护理措施，使患者在心理上、生理上达到愉悦的状态，并尽最大可能降低患者治疗过程中由于创伤、疼痛等刺激所产生的不愉快感觉程度。使患者感

受到治疗过程是一种舒适、愉快的体验，提升患者的舒适度及满意度^[8]。

中医认为，关元穴位于脐下，属任脉，邻近胞宫，具有培元固本、补益下焦之功及有调理冲任，益气固胞作用^[9]，凡元气亏损均可使用。产时损伤气血致产后气血亏虚，热敷或灸此穴，可具有温经止痛，补益肾气及疏通经络、调理气机的作用。结合剖宫产临床护理经验，采用自制艾盒艾灸关元穴并配合腹部按摩，不仅可有效减轻患者术后疼痛发生，还能促进宫缩复旧，排除产后瘀血，清除恶漏，尽早促进产妇精力体力恢复。观察结果显示，艾灸关元穴并配合腹部按摩，患者自感舒适，有效减轻术后疼痛及并发症的发生。避免了镇痛药的剂量依赖性和不良反应。

本研究显示：试验组产妇通过采取中医盆底护理干预，其疼痛概率明显低于对照组，说明对高龄剖宫产术后进行中医盆底护理干预措施可有效缓解产妇疼痛。试验组患者护理满意度率97%明显高于对照组的60.00%，差异有统计学意义($\chi^2=11.635$, $P<0.05$)，这表明，中医盆底护理相对传统护理，明显提升了患者的舒适度及满意度，患者易于接受，在临床治疗中，通过对高龄剖宫产采取个性中医盆底护理干预措施，能促进其伤口早日愈合，减轻疼痛并帮助产妇恢复健康，值得临床实践推广。

参考文献

- [1] 姜春枝. 剖宫产50例产后个体化护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(12): 56-57.
- [2] 屈锦秀. 舒适护理对择期剖宫产产妇舒适度及疼痛程度的影响[J]. 西部中医药, 2012, 25(7): 113-114.
- [3] 王春风. 舒适护理干预措施对缓解剖宫产术后疼痛的效果分析[J]. 中国现代医生杂志, 2015, 53(20): 150-152.
- [4] 张静, 马恒珍. 剖宫产术后疼痛的综合护理[J]. 实用医药杂志, 2012, 29(11): 1023.
- [5] 樊俊萍. 基层医院优质护理工作的满意度调查体会[J]. 中外健康文摘, 2012, 9(4): 275.
- [6] 陈萍. 护理干预对缓解剖宫产术后疼痛的效果观察[J]. 大家健康, 2014, 8(18): 220-221.
- [7] 王洪芬. 护理干预对缓解剖宫产术后疼痛的方法和效果[J]. 现代诊断与治疗, 2013, 12(24): 361-362.
- [8] 胡敏, 吕红梅, 陈晓芸, 等. 舒适护理模式对剖宫产术后产妇疼痛的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2010, 14(12): 68-69.
- [9] 张颖, 赵纯. 产褥期妇女坚持盆底肌功能锻炼的影响因素分析与护理对策[J]. 中国医药导报, 2013, 10(14): 158-160.

(本文编辑:杨杰 本文校对:谢彤 收稿日期:2017-12-18)

(上接第141页)值得进一步推广和应用。

参考文献

- [1] 郭艳明, 梁永瑛, 周帅亮. 近5年针刀治疗膝骨关节炎研究概况[J]. 陕西中医, 2013, 34(8): 1101-1104.
- [2] 张自国. 针刀治疗膝骨性关节炎25例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(8): 81-82.
- [3] 邓伟哲, 王宏晶, 王宇恒, 等. 微创针刀治疗难治性膝关节炎类风湿性关节炎[J]. 中医正骨, 2015, 27(11): 42-44.
- [4] 吕帅洁, 孙奇, 杜文喜, 等. 小针刀治疗膝骨关节炎的研究进展[J]. 中医正骨, 2014, 26(1): 49-51.
- [5] 王庆甫, 祁印泽, 李俊海, 等. 小针刀疗法对膝骨性关节炎局部疼痛、肿胀的影响[J]. 中医正骨, 2008, 20(1): 21-22.
- [6] 吴绪平, 张天民. 针刀临床治疗学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2007: 45.

- [7] 宋国政. 针刀整体松解术联合中药治疗膝关节骨性关节炎临床分析[J]. 光明中医, 2015, 30(5): 1107-1108.
- [8] 费志军, 黄山东, 赵晓亮, 等. 微创针刀治疗顽固性腰骶部肌筋膜炎78例[J]. 中国实用医药, 2015, 10(15): 106-107.
- [9] 侯春福. 经筋微创疗法治疗膝骨性关节炎临床观察及抗炎机理探讨[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [10] 陈志煌, 韦嵩, 接力刚, 等. 中医微创针刀治疗膝骨性关节炎80例的疗效观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2011, 33(5): 56-57.
- [11] 韦嵩, 刘小平, 陈志煌. 应用经筋膜理论治疗类风湿关节炎[J]. 现代中医临床, 2014, 21(1): 11-14.
- [12] 周殿阁, 吕厚山, 方竞, 等. 膝关节侧副韧带解剖特点与膝关节置换假体体旋转定位轴线的关系[J]. 中国修复重建外科杂志, 2006, 20(5): 594-597.

(本文编辑:杨杰 本文校对:陆彤言 收稿日期:2018-01-05)

快速康复外科理念的 妇科围手术期中医护理应用效果分析

范雪

(中国医科大学附属第一医院妇科, 辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 研究快速康复外科理念下妇科围手术期中医护理的应用效果。方法 妇科手术患者120例随机分为对照组和试验组,每组各60例。给予对照组常规护理措施,给予试验组快速康复外科理念指导下的中医护理。比较患者护理前后不良情绪评分及各项治疗指标。结果 患者护理前不良情绪评分无显著差异,护理后评分试验组更优, $P<0.05$ 。患者各项治疗指标比较试验组更优 $P<0.05$ 。结论 快速康复外科理念下妇科围手术期应用中医护理的效果较好,明显改善不良情绪,具有临床价值。

关键词:快速康复外科理念;妇科围手术期;中医护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.061

文章编号:1672-2779(2018)-06-0150-02

Analysis on the Application Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing in Gynecological Perioperative Period with the Concept of Rapid Rehabilitation Surgery

FAN Xue

(Gynecology Department, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: **Objective** To study the application effect of traditional Chinese medicine nursing in the perioperative period of gynecologic surgery under the concept of rapid rehabilitation surgery. **Methods** 120 cases of patients with gynecological surgery were randomly divided into control group and experimental group, with 60 cases in each group. Conventional nursing measures were given to the control group, and the traditional Chinese medicine nursing under the guidance of the concept of rapid rehabilitation surgery was given in the experimental group. The negative emotion score and treatment indexes before and after nursing were compared. **Results** There was no significant difference in the scores of bad emotion before nursing, and the score of nursing group was better after nursing $P < 0.05$. The treatment indexes of the experimental group were better $P < 0.05$. **Conclusion** The application of traditional Chinese medicine nursing in the perioperative period of gynecological surgery under the concept of rapid rehabilitation surgery is effective, and it can significantly improve the bad mood, which has clinical value.

Keywords: rapid rehabilitation surgery concept; gynecological perioperation; traditional Chinese Medicine nursing effect

妇科疾病主要是指女性生殖系统的疾病,主要包括外阴疾病、阴道疾病、子宫疾病、输卵管疾病和卵巢疾病等^[1]。妇科疾病的治疗中手术方式较为常见,其一般能有效改善患者的临床症状^[2]。但根据临床实践,妇科疾病患者围手术期会因为各种原因产生不良情绪,影响其治疗依从性,对其手术效果及术后恢复造成严重影响^[3]。本研究以我院收治的妇科疾病患者临床资料为基础,分析快速康复外科理念下妇科围手术期采用中医护理的效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从我院收治的采用手术治疗的妇科疾病患者中选取120例,随机分为对照组和试验组各60例。对照组患者年龄23~69岁,平均年龄(41.25±6.84)岁,其中小学及以下学历7例,初高中学历32例,大专及以上学历21例,未婚22例,已婚29例,离异9例。试验组患者年龄21~68岁,平均年龄(41.19±6.98)岁,其中小学及以下学历6例,初高中学历30例,大专及以上学历24例,未婚患者21例,已婚患者27例,离异患者12例。患者的基本资料比较 $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 所有患者均经临床检查确诊为妇科疾病,并且表现出明显的临床症状,患者均对本研究知情且

能够配合医护人员的工作。

1.3 排除标准 排除患者中存在严重精神功能障碍的情况;排除患者中合并其它各种疾病的情况;排除患者中有剖宫产和其它手术史的情况。

1.4 护理方法 给予对照组患者常规护理方式,患者入院后对其进行常规宣教,并为其讲解手术的具体流程和注意事项等,让其能更好地配合医护人员的工作。同时根据患者的病情对其各项指标的变化情况进行观察,发生异常时,及时与主治医师取得联系并采取相应措施。试验组采用快速康复外科理念指导下的中医护理方式,具体如下。

1.4.1 入院后护理 患者入院后护理人员要积极了解患者的具体情况,制定与其相符合的快速康复外科理念指导下的中医护理方案。同时,护理人员要与患者及其家属保持良好沟通交流,为其介绍各项治疗措施的具体顺序及时间安排等。另外,护理人员还要给予患者情志护理,实际操作根据患者的具体情况完成。对于肝火旺盛且以怒为主的患者,护理人员应联合家属给予安抚并给予降肝火中药。对于抑郁的患者,护理人员应为其详细介绍疾病相关病理知识,并为其讲解治疗方法的优点,让其建立治愈的信心。对于以恐惧情绪为主的患者,护理人员应为其详细讲解手术流程

及相关操作,让患者对手术有详细了解,并在开展护理工作的过程中不断给予患者心理暗示,让其了解到手术治疗是其让其疾病得到快速改善的最好方式,帮助其释放心理压力。对于悲伤的患者,护理人员应通过与其的交流掌握其悲伤的具体原因,然后给予其相应的护理方案,可以通过联合患者家属给予患者鼓励,并协助患者进行情感宣泄。

1.4.2 术前护理 手术前指导患者常规禁食禁饮,其中禁食时间为手术前6 h,禁饮时间为手术前2 h。手术前要指导患者保持良好的睡眠,并将给予其穴位按摩以促进睡眠,具体方法为选取患者内关穴、心俞穴和三阴交,每个穴位持续按摩15 min,从而促使患者睡眠质量的提升。手术前护理人员还要给予患者中药灌肠处理,主要采用理气通腑汤、药物清洁肠道的时间较传统灌肠方式更长,但患者肠道清理完成后发生腹胀和恶心呕吐等不良反应的机率会明显下降,这样能避免患者因不良反应而加重不良情绪,确保其手术顺利完成。

1.4.3 术后护理 手术后护理人员应及时将患者送回病房,并做好患者的保暖措施,对患者各项生命体征的变化情况进行密切观察,给予镇痛药物,观察患者是否出现不良反应等。术后为患者制定科学合理的饮食计划,早期饮食根据患者是否有恶心呕吐症状情况确定,若患者为表现出相应症状,则可以及时给予少量食物,具体方法为术后2 h指导患者饮水,术后4~6 h内流质食物。食物的量由多到少,要从流质食物逐渐过渡到半流质食物和正常食物。由于患者手术后出现腹痛和腹胀时,护理人员选取患者中脘穴、三里穴和内关穴进行按摩,采用艾条进行穴位针灸。手术后患者出现切口疼痛时,护理人员选取患者太冲穴与合谷穴进行按摩,缓解疼痛感。另外,术后护理人员根据患者实际恢复情况给予早期活动指导,卧床期间为其按压肢体,护理人员协助患者翻身。患者能够下床活动后指导患者开展有氧运动,促使其恢复速度的提升。

1.5 评价指标 对患者护理前后不良情绪评分进行评定,并对患者的各项治疗指标进行记录统计。不良情绪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。治疗指标主要是观察患者排气时间、下床活动时间和住院时间。

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 χ^2 检验和 t 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 护理前后不良情绪 患者护理前不良情绪评分比较无显著差异,护理后评分相比试验组更优,数据对比 $P < 0.05$,见表1。

表1 2组患者不良情绪评分 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	时间	SDS	SAS
试验组	护理前	56.72 $\pm$ 8.25	58.43 $\pm$ 9.87
	护理后	42.16 $\pm$ 6.74	44.25 $\pm$ 6.79
对照组	护理前	57.14 $\pm$ 8.19	58.25 $\pm$ 9.79
	护理后	51.89 $\pm$ 7.26	51.68 $\pm$ 8.52

2.2 患者治疗指标 患者各项治疗指标比较试验组更优,数据对比 $P < 0.05$,见表2。

表2 2组患者各项治疗指标 $(\bar{x} \pm s)$

组别	排气时间(h)	下床时间(h)	住院时间(d)
试验组	7.82 $\pm$ 4.23	9.56 $\pm$ 2.14	4.35 $\pm$ 1.22
对照组	21.68 $\pm$ 5.49	16.43 $\pm$ 5.18	7.84 $\pm$ 2.35

3 讨论

快速康复外科理念主要是根据对患者实际情况的分析,采用循证优化组合措施,让患者的康复速度得到提升^[4]。对于妇科疾病患者而言,采用手术治疗时经常会导致其产生各种不良情绪,其中尤其是未婚未育的患者^[5],经常会因为担心手术影响生育而产生恐惧、焦虑和抑郁等情绪,影响其治疗依从性。

中医上认为正常情况下人体有各种情绪,但在某种情绪刺激时间较长时会超出人体的生理承受能力,从而导致出现各种疾病。对于采用手术治疗的妇科疾病患者,其本身因疾病原因导致情绪受到影响,加上其对手术治疗的了解较少,很容易导致其不良情绪加重,对其治疗效果和术后恢复造成严重影响。本研究中采用中医汤药、穴位按摩和针刺的方式对患者的不良情绪进行改善,患者经过护理后不良情绪均得到明显改善,但试验组护理后评分更优,差异有统计学意义。并且患者各项治疗指标比较试验组更优。

综上所述,快速康复外科指导下的中医护理在妇科疾病围手术期的应用效果显著,能明显改善患者的不良情绪,值得推广应用。

参考文献

- [1]刘小玉,范格英.快速康复外科护理在宫颈环形电切除术中的应用[J].现代医院,2017,17(9):1396-1398.
- [2]杨海英,谢丽叶,招燕珍,等.基于快速康复外科理念的中医护理在妇科围手术期的应用研究[J].沈阳医学院学报,2017,19(1):42-44.
- [3]安旭菁,李明洁.快速康复外科理念在妇科围手术期护理中的应用效果观察[J].中国社区医师,2015,31(30):138-139.
- [4]程莉.快速康复外科理念在妇科围手术期护理中的研究现状[A].上海市护理学会.第二届上海国际护理大会论文摘要汇编[C].上海市护理学会:,2014:1.
- [5]黄祥娟.快速康复外科理念在腹式全子宫切除术中的应用效果[J].中外医学研究,2014,12(1):21-22.

(本文编辑:杨杰 本文校对:李霞 收稿日期:2017-11-28)

刮痧疗法治疗肺系疾病研究近况※

王丽娜 梁瑞丽 杨继军*

(北京市怀柔区中医医院针灸科, 北京 101400)

摘要: 刮痧疗法是中国传统疗法中的一种, 本文总结了近5年刮痧疗法治疗肺系疾病的临床研究, 主要包括感冒、咳嗽、鼻炎、哮喘等肺系疾病。结果发现既往研究多从探讨刮痧的介质、穴位、手法的轻重、治疗方案的不同组合等方面入手探讨其疗效, 而缺乏对某种疾病的规范化刮痧治疗方案的系统研究, 因此摸索刮痧疗法的规范化治疗将是今后刮痧临床研究的主要方向。

关键词: 刮痧疗法; 肺系疾病; 综述; 感冒; 咳嗽; 鼻炎; 哮喘

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.062

文章编号: 1672-2779(2018)-06-0152-03

Recent Status of Scrapping Therapy in the Treatment of Pulmonary Diseases

WANG Lina, LIANG Ruili, YANG Jijun

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Huairou District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101400, China)

Abstract: Scrapping therapy is one of the traditional Chinese medicine therapies. This paper reviewed the clinical study on the treatment of lung diseases by scrapping therapy for the last 5 years, including colds, coughs, rhinitis, and asthma. The results were found to discuss the effect of the previous study on the medium of scrapping, including the medium of scrapping, point, scrapping technique, combination of different treatments. Finally, the thesis pointed out the study limitations and future study.

Keywords: scrapping therapy; pulmonary diseases; review; cold; cough; rhinitis; asthma

刮痧疗法是中国传统疗法中的一种, 在民间广泛流传和应用了上千年, 是祖国医学宝贵的遗产。刮痧疗法以其独特的操作方法以及作用部位, 在临床上应用上每每取得良好疗效, 尤其是感冒、咳嗽、鼻炎、哮喘等肺系疾病。笔者总结近5年刮痧疗法治疗肺系疾病的临床研究, 现报道如下。

1 感冒

张氏^[1]研究刮痧对感冒后咳嗽治疗的临床疗效评价。观察刮痧组和假刮痧组治疗感冒后咳嗽的患者疗效差异。2组均刮拭背部督脉、背部足太阳膀胱经第一侧线、上肢内侧手太阴肺经、云门、中府、膻中及合谷穴。刮痧组要求出痧; 假刮痧组刮拭部位同刮痧组, 以皮肤红润为度, 不要求出痧。每周治疗1次, 共治疗2次。结果显示刮痧组总有效率94.4%, 优于假刮痧组总有效率为66.7% ($P<0.05$)。结论表明刮痧可以明显降低感冒后咳嗽的积分, 治疗效果显著。胡氏^[2]观察刮痧、火罐、药包等综合治疗风寒型感冒的疗效。比较刮痧、火罐、药包综合疗法与单纯刮痧疗法治疗风寒感冒患者临床疗效。结果提示刮痧综合治疗组总有效率100.00%, 优于单纯刮痧组91.84% ($P<0.05$)。禚氏^[3]探讨刮痧油刮痧配合双黄连口服液治疗小儿早期感冒发热的临床疗效。对比不同刮痧油介质治疗小儿早期感冒发热患儿治疗效果、起效时间。结论表明应用刮痧

油做介质刮痧配合双黄连口服液治疗小儿早期感冒发热的起效时间快 ($P<0.05$)。徐氏^[4]运用肩井穴刮痧治疗小儿外感发热, 观察刮痧疗法与推拿疗法治疗小儿外感发热, 刮痧组选用双侧肩井穴, 刮拭1~3 min, 以轻微出痧为度; 推拿组选用推攒竹, 推坎宫, 揉太阳, 清肺经, 清天河水, 每穴推拿3 min。结果提示肩井穴具有良好的发汗解表退热功效, 在该穴位施以刮痧治疗, 治疗后1 h即可取得明显降温效果, 优于传统推拿手法治疗 ($P<0.05$)。谢氏^[5]观察特定穴刮痧治疗小儿外感发热的临床疗效。将患儿分为常规治疗 (抗病毒治疗及对症处理, 白细胞高于 $10.0 \times 10^9/L$ 者同时予抗细菌治疗) 和常规治疗并配合特定穴 (三关、六腑、天河水) 刮痧治疗组, 3天为1个疗程。结果刮痧治疗组退热的起效时间明显优于对照组 ($P<0.05$)。治疗组体温降至正常的时间优于对照组 ($P<0.05$)。提示应用特定穴刮痧法治疗小儿外感发热可明显缩短退热的起效时间和恢复正常体温的时间, 对小儿外感发热的治疗有积极的临床意义。

2 咳嗽

胡氏^[6]比较刮痧联合宣肺止嗽汤与单纯宣肺止嗽汤治疗感染后咳嗽风寒恋肺证的疗效差异。中药组仅口服宣肺止嗽汤, 每日1剂, 分2次口服; 刮痧联合中药组在中药组治疗的基础上加用刮痧治疗, 主要刮拭足太阳膀胱经、手太阴肺经、任脉和督脉循行部位, 重点刮拭天突、百会、大椎、肺俞、风门、太渊、列缺、风池穴, 每周治疗1次, 1周为1个疗程, 2组均连续治

※ 基金项目: 北京市优秀人才培养资助项目【No.2016000097607G296】

* 通讯作者: 1952yjj@163.com

疗2个疗程。结果提示刮痧联合中药组总有效率为95.0%，优于中药组的87.5% ($P < 0.05$)。结论表明刮痧联合宣肺止嗽汤疗效优于单纯口服宣肺止嗽汤。王氏^[7]探讨刮痧拔火罐治疗咳嗽的临床效果，对40例咳嗽患者进行针灸、刮痧、拔火罐治疗，观察其临床总有效率95%。提示针灸、刮痧、拔火罐治疗咳嗽效果良好。宋氏^[8]观察在西医治疗基础上，运用刮痧等综合疗法治疗咳嗽变异性哮喘的临床疗效。比较刮痧综合治疗组与单纯西药组疗效差异，西药组给予氨茶碱和孟鲁司特咀嚼片治疗；刮痧综合治疗组在西药组基础上，进行刮痧、按摩穴位、捏脊、中药内服。2组均以治疗10天为1个疗程，治疗3个疗程结束。结果提示近期疗效症状、体征消失改善时间和肺功能改善，刮痧综合治疗组均优于单纯西药组 ($P < 0.05$)，结论表明采用中西医结合综合治疗CVA可降低西药毒副作用，标本兼治，临床疗效肯定，能有效控制咳嗽变异性哮喘，值得推广。王氏^[9]观察使用血必净注射液联合刮痧治疗社区获得性肺炎的临床疗效及影响。所选患者均为辨证为邪热壅肺证者，对照组予常规的祛痰、吸氧、抗生素、营养补充等支持治疗，观察组在常规治疗方法的基础上给予血必净注射液联合刮痧治疗。结果提示观察组的总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。结论表明在常规治疗下血必净注射液联合刮痧对社区获得性肺炎治疗效果显著。

3 鼻炎

王氏^[10]探讨循经刮痧配合氯雷他定治疗持续性变应性鼻炎(PAR)肺经伏热证的临床疗效。比较氯雷他定对照组和刮痧配合氯雷他定治疗组治疗PAR疗效差异，结果治疗组临床疗效和远期随访效果优于对照组 ($P < 0.05 \sim 0.01$)。结论刮痧配合氯雷他定是治疗变应性鼻炎的有效方法。万氏^[11]探究刮痧结合拔罐治疗过敏性鼻炎的效果，比较二者的应用疗效，为临床医学提供治疗经验。观察组治疗总有效率为95.00%高于对照组42.50% ($P < 0.05$)。结论表明采用刮痧结合拔罐治疗过敏鼻炎患者具有显著的疗效。朱氏^[12]观察变应性鼻炎患者刮拭阳明经区前后微循环血流灌注量的改变，探讨刮痧疗法对AR的可能作用机理对比阳明经区刮痧+针刺治疗与针刺治疗两组疗效差异。两组每个疗程10天，共治疗2个疗程，结果提示刮痧针刺组和针刺组总有效率分别为95.83%和91.67%， $P < 0.01$ 。结论表明阳明经区刮痧配合针刺治疗与单纯针刺治疗对AR患者临床症候均有显著疗效；阳明经区刮痧能够降低鼻部的微循环血流灌注量，改善局部的微循环障碍，达到缓解症状的效果。陈氏^[13]比较刮痧与西替利嗪治疗变应性鼻炎的疗效差异，并观察刮痧疗法对不同证型变应性鼻炎的临床疗效差异。将纳入患者随机分为西药组、肺气虚寒型刮痧组(肺气虚寒组)、脾气虚弱型刮痧组

(脾气虚弱组)和肾阳亏虚型刮痧组(肾阳亏虚组)。西药组每日口服西替利嗪10 mg，每日1次，共治疗4周。三个刮痧组采用刮痧疗法，刮拭的部位包括手阳明大肠经、督脉和足太阳膀胱经循行部位，重点刮拭迎香、印堂、合谷、风门。肺气虚寒组重点刮拭手太阴肺经及肺俞、太渊、风池、列缺；脾气虚弱组重点刮拭足太阴脾经及脾俞、足三里；肾阳亏虚组重点刮拭足少阴肾经及命门、肾俞。每周刮痧1次，共治疗4次。结论表明变应性鼻炎根据不同证型辨证选经选穴进行刮痧治疗效果确切，优于西替利嗪治疗，且对肺气虚寒型的近期和远期疗效更加显著。安氏^[14]采用刮痧结合拔罐疗法治疗过敏性鼻炎，将过敏性鼻炎分为刮痧结合拔罐组和单纯拔罐组。两组均每周治疗1次，4次为1疗程。结果对照组总有效率为55.0%优于治疗组89.5% ($P < 0.05$)。结论表明刮痧结合拔罐治疗过敏性鼻炎疗效显著。

4 哮喘

常氏^[15]观察刮痧、走罐、捏脊相结合的方法防治支气管哮喘的临床疗效。对比三伏天穴位贴敷法和刮痧、走罐、捏脊相结合的方法治疗支气管哮喘患者临床疗效差异，疗程为1个月。结果观察组总有效率90.00%优于对照组66.67% ($P < 0.05$)。结论表明刮痧、走罐、捏脊相结合的方法疗效确切，是防治支气管哮喘的一种行之有效的方法。

5 结论

刮痧疗法是以经络腧穴理论基础为指导的一种中医外治方法^[16]，笔者在对近5年的文献整理过程中，发现既往研究多从探讨刮痧的介质、穴位、手法的轻重、治疗方案的不同组合等方面入手探讨其疗效，而缺乏对某种疾病的规范化刮痧治疗方案的系统研究。使用刮痧疗法治疗肺系疾病以期为患者提供一种在日常生活中既可有治疗作用，又可日常保健的辅助疗法，因此摸索刮痧疗法的规范化治疗将是今后刮痧临床研究的主要方向。

参考文献

- [1] 张晓琪, 邢亚情, 余延芬, 等. 刮痧治疗感冒后咳嗽随机对照临床研究[J]. 河北中医学报, 2017, 32(5): 32-35.
- [2] 胡月华. 刮痧、火罐、药包治疗风寒型感冒临床疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(7): 79-80.
- [3] 翟其桂, 谢家能, 黎英梅, 等. 刮痧配合双黄连口服液治疗小儿早期感冒发热的临床疗效观察[J]. 蛇志, 2015, (2): 139-140.
- [4] 徐士象. 肩井穴刮痧治疗小儿外感发热30例临床疗效及时效性观察[J]. 江苏中医药, 2012, 44(10): 60-61.
- [5] 谢小红. 特定穴刮痧治疗小儿外感发热的临床研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2012.
- [6] 胡倩, 王秋琴, 段培蓓, 等. 刮痧联合宣肺止嗽汤治疗感染后咳嗽风寒恋肺证临床观察[J]. 中国针灸, 2016, 36(12): 1257-1262.
- [7] 王利红. 刮痧拔火罐治疗咳嗽之临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(3): 96-97.
- [8] 宋文娟, 陈波. 中西医结合综合治疗儿童咳嗽变异性哮喘48例疗效观察[J]. 中国医学创新, 2013(2): 4-6.
- [9] 王悦悦, 蒋鸿儒. 血必净注射液联合刮痧疗法治疗肺炎的临床疗效观察[J].

- 现代养生(下半月版),2017(1):118.
- [10]王惠敏,黄美,严道南,等.循经刮痧配合氯雷他定治疗持续性变应性鼻炎的临床研究[J].南京中医药大学学报,2017,33(6):583-586.
- [11]万瑞刚.刮痧结合拔罐治疗过敏性鼻炎的临床研究[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(37):7145-7146.
- [12]朱宇静.阳明经区刮痧对变应性鼻炎患者鼻部微循环血流灌注量的影响[D].福州:福建中医药大学,2015:1-44.
- [13]陈华,王秋琴,安红丽.刮痧治疗不同证型变应性鼻炎的临床疗效观察[J].中国针灸,2017,37(9):985-989.
- [14]安红丽,黄美.刮痧结合拔罐治疗过敏性鼻炎的临床研究[J].南京中医药大学学报,2016,32(6):537-539,570.
- [15]常素惠,贾静静,姜欣然.刮痧、走罐、捏脊相结合防治支气管哮喘30例[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(8):77-78.
- [16]陈春艳,葛林宝,徐鸣曙.痧症与刮痧源流考[J].中医外治杂志,2014,23(5):9-10.
- (本文编辑:杨杰 本文校对:王海燕 收稿日期:2018-01-05)

中药标本馆数字化研究进展[※]

袁林祥 吴航宇 王朝晖* 彭买姣*

(湖南中医药大学药学院, 湖南 长沙 410208)

摘要: 中医药文化有着深刻的科学内涵,为中华民族的健康做出了不可磨灭的贡献,是我国传统文化中大浪淘沙保留下来的精华。中药标本馆对中医药的发展具有重要意义。在传统中药标本馆建设的基础上融入计算机技术,逐渐将其改进优化,形成数字化中药标本馆。本文通过查找参考文献等途径,对中药标本馆数字化研究进展进行总结性回顾,并在此基础上提出关于数字化标本馆建设中的几点建议。

关键词: 中药标本馆;数字化;研究现状;发展趋势

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.063

文章编号:1672-2779(2018)-06-0154-03

Research Progress on Digitalization of Chinese Medicinal Herbarium

YUAN Linxiang, WU Hangyu, WANG Zhaohui, PENG Maijiao

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

Abstract: Chinese medicine culture has a profound scientific connotation for the Chinese nation's health has made an indelible contribution to the traditional culture of China's Ebb Tide retained the essence. Herbal medicine museum is of great significance to the development of Chinese medicine. In the traditional Chinese medicine on the basis of the construction of the museum into the computer technology, and gradually improve its optimization, the formation of digital herbal medicine museum. In this paper, the research progress of the digitization of traditional Chinese medicine specimen museum is reviewed by searching the reference literature and so on. On this basis, some suggestions on the construction of digital specimen museum were put forward.

Keywords: Chinese medicinal herbarium; digitalization; research status; development trend

中医药实物教学离不开中药标本馆。中药标本馆中收藏着很多宝贵的图文资料和大量中药材实物标本,包括腊叶标本、植物保色浸制标本、动物剥制标本、骨骼标本、矿物标本等^[1]。中药标本对鉴别药材真伪品、规范药材市场、保护濒危物种、调查和开发资源、示范核对和理论取证等具有重要意义^[2]。相关课程能够在此开展,可以使学生联系理论知识对中医药有更深入的理解,因此高等中医院校一直都十分重视对中药标本馆的建设。

1 中药标本馆数字化建设背景

随着时代的发展,传统中药标本馆已经无力承担中医院校教学、科研、对外交流和科普等多项任务,以下几个方面限制了传统标本馆的发展:

1.1 标本损耗 部分野生中药材生长环境特殊,为采集标本带来很大困难,濒危物种尤甚^[3]。实体标本制作工艺复杂繁琐,贮藏与养护条件苛刻,标本很容易损坏变质,更新换代比较快,不能循环持续利用,导致人力物力等资源的浪费^[4]。

1.2 时空受限 受时间和空间(馆藏规模、陈列方式等)的限制,中药标本不可能一一陈列出来,致使陈展量非常有限,造成资源浪费,陈列出来的标本大部分都被放置在展柜内,参观者不能全方位细致的观察学习,造成标本利用率低,教学效果不理想^[5]。

1.3 人员限制 各类中药标本馆一般都是专人保管,受主管人工作时间的人为因素影响较大,参观人员也得不到及时详细的解说,给教学、科研及标本利用等方面带来不利^[6]。

1.4 多有缺漏 全国各地中药标本馆的馆藏品种繁多,单个标本馆不可能应有尽有的搜集到所有中药标本,同时,部分基础设施建设陈旧也限制了标本馆的发展^[7]。

1.5 信息承载量有限 传统中药标本馆只能展示某一药材特定生长时刻的形态,而对其药用价值、生长环境、生长周期、显微特征等都没有涉及^[8]。

由于传统标本馆存在固有缺陷,数字化标本馆作为传统中药标本馆的必要补充应运而生,在传统标本馆基础上,结合网络技术克服传统中药标本馆的不足,顺应时代发展,逐步建设成网络化、数字化、开放共享的现代中药标本馆^[9]。目前,我国部分地区的中药标本馆已从传统的标本陈列向数据库、网络化方向发展,注重实物标本与数字化结合,但网络化程度仍然不高,

※ 基金项目: 湖南中医药大学校级教学改革研究课题[No. 2016-5];湖南中医药大学大学生研究性学习和创新性实验计划项目[No.2017-18]

* 通讯作者: 908896059@qq.com; 187267400@qq.com



与理想尚存在一定差距。要想提高我国中药标本馆的信息化程度,必须以计算机技术为指导,对已有的中药数据进行整理和完善,建设现代化的中药标本馆,促进中药产业的发展^[10]。

所谓数字中药标本馆就是将各种中药实物转化成数字化信息并存储起来,通过将计算机技术进入标本馆并能为本地区或远程用户提供先进的、自动化的电子服务^[11]。数字化中药标本馆对教学科研发挥着重要意义,其资源更加丰富,教学富有启发性,具有直观高效、内容丰富、表现力强、有效降低经费投入等优势,生动有趣的动感画面及富有感染力的生动解说、文字资源等方式突破时间、空间、环境、地区的限制使展示效果更加生动、详实,比传统展柜配合文字说明更易被大众接受^[12]。高校的中药标本馆已成为教育的载体,对提高相关专业大学生的综合素质发挥着非常重要的作用^[13]。

建设中药标本馆不仅对教学科研具有重要意义,而且对合理开发中药资源和充分发挥道地药材优势具有重要科研价值,还能促进人文科学的发展,体现中药标本馆的综合功能,同时对中药资源的保护和中医药文化的传承也会发挥重要作用^[14]。

2 中药标本馆数字化建设研究现状

21世纪,随着信息网络技术的快速发展,国内中药标本馆已经开始进行数字化标本馆的建设,但只有为数很少的中药标本馆建立多媒体资源库^[15]。其中,江西中医药大学和四川省中医药科学院建设的药用植物数字标本馆的功能以查询检索为主,但没有实现标本可视化,更没有实现标本与其他信息的结合^[16]。数字化中药标本馆随着现代社会向信息化、数字化的迈进而逐步建立完善,不但可以丰富教学形式,而且大量相关的信息资源唾手可得,中药数据库中载有大量的相应的图片视频资料^[17],具有清晰、易拷贝、不占室内空间、易管理等优点,解决了实物标本单一静态、易变质等问题,有效提升了标本利用率^[18]。这些数据库基本上涵盖了标本的采集信息、药用信息以及鉴定信息^[19],充分发挥数字化中药标本馆的各项功能^[20]。

3 中药标本馆数字化建设存在的问题

由于管理体制相对落后、经费不足、建馆定位不明确、相对封闭等原因,我国数字化中药标本馆依然处于初期阶段,不同地区的中药标本馆发展很不均衡,造成标本馆数字化程度良莠不齐^[21]。除此之外,在建设数字化标本馆的过程中还存在以下几个问题:

(1) 由于目前中药标本馆的网络技术水平有限,且缺乏建馆经验,导致数字化中药标本馆发展非常缓慢,我国的中药标本馆依然以实物标本馆为主^[22]。

(2) 我国中药标本馆大多建立在中医院校内,未真正面向社会,只发挥了单一的教学功能而忽视了其

他层面的涵义^[23]。

(3) 收集整理正式出版的各种图书、文字、图片资料,网上各网站有关中药的电子资料,国内相关专业博物馆、大学院校标本馆的标本图像,还有组织相关专业师生拍摄中药图片视频资料等。工作量巨大,将耗费大量人力物力^[24]。

(4) 各地中药标本馆管理模式相似,形式内容单一,标本类型差异不大,未能体现出道地药材的地方特色和文化特色^[25]。

(5) 不同中药标本馆建立的数据库资源运营范围较窄,共享率低,未能形成统一的数据规范,造成了中药数据库资源的浪费^[26]。

(6) 由于资金不足,管理不协调,政策支持力度不够等原因,难以形成有规模、有权威的中药标本馆^[27]。

(7) 数字化标本馆依赖于计算机存储技术将图文资料保存在硬盘上,它的安全直接取决于计算机的安全,存在一定隐患^[28]。

中药数字化标本馆在建立和服务科研教学的过程中还有诸多不足,这也意味着标本馆的强大功能还存在很大的潜力等待挖掘,真正实现中药标本馆的数字化进程我们还有很长的路要走,未来中药标本馆一定能在实验教学、科普和科研上发挥更大的作用^[29]。

4 中药标本馆数字化建设建议

中药数字化标本馆实现了中药信息的数字化展示,集文字、中药图像、中药视频于一体,搭建起中医药科研平台,方便中医药科研工作者交流学习^[30]。但数字化中药标本馆并不能脱离现实完全取代传统中药标本馆^[31],传统标本馆为参观者提供了一个更为真实的学习环境,用以观察辨识注重眼看、手摸、鼻闻、嘴尝、水试、火试以及显微等与实物标本接触的机会,这恰恰是虚拟化标本馆欠缺的^[32]。因此数字化标本馆应该与传统标本馆相结合,另外,标本馆还应与野外实习或药用植物园实践相互配合,发挥各自优势,使理论与实践紧密结合,将中医药魅力淋漓尽致的展示出来,供大众参观学习^[33]。

中药数字化标本馆将实现以大众化文字、图片和视频等多种形式的展现,标本馆之间将加强沟通与合作,构建完整的国家中药标本数据库,面向非医药专业学生和社会大众,服务面更广,而且不受时间和地域限制直接通过网络进行了解和学习,实现中药材标本的网络信息化,使中药电子标本与时俱进,从而,实现中药材标本资源的网络共享^[34]。中药标本网站将以美观的界面,通俗的语言、精美的图片、生动的动画和视频,使中药标本具有更强的观赏性^[35]。网站内容更新频率高,通过互动平台可以迅速、准确解答网友问题,中药标本馆可以更加方便快捷的实现资源共享^[36]。

此外,数字化中药标本馆还可与药用植物学、中药栽培学、中药炮制学等课程相结合,作为教学工具

的延伸,有着广阔的应用前景^[37]。中药标本通过数字化技术得以展示,具有很好的教育性^[38]。未来中药电子标本也将会由静态发展到动态,可以让参观者在短时间内观察到标本生长的各个时期,使之变成全方位、二维立体的动态展品^[39]。中药材查询系统也会逐渐完备,包罗万象的收录下所有中药材数字信息,参观者可以快速查找到相应药材的详细资料,快捷方便、省时省力^[40]。

以上对于数字化标本馆的展望不仅需要各单位间加强协调配合能力,提高管理水平,重视中药标本馆的发展,配置高水平专业人员和专项资金维护标本馆的运作和推动数字化进程的发展,而且还要鼓励标本馆发挥其地方特色性,多方向多角度的发展具有本地特色的中药标本馆^[41]。同时也对标本馆管理员提出更高要求,除熟悉中医基本理论之外还要有较强的药学专业理论和沟通表达能力。对标本馆管理员的高要求也可以从侧面促进标本馆数字化进程快速发展^[42]。随着数字化进程的推进,标本馆对专业人员的要求就越趋近于少而精的人才选用原则。

5 总结

中药标本馆在中医药的文化教育和科学普及中起到重要作用。随着时代和科技的进步,中药标本馆数字化已成为历史发展的必然,未来对中药标本馆的建设与发展提出了更多新的要求,虽然我国中药数字化已取得了一定的成果,但真正实现数字化还有很长的路要走^[43]。中药标本馆必须与时俱进,及时应用新技术新方法,将知识性、地方特色性、观赏性等特性全面的展示出来^[44],在创造性地做好标本馆各项工作的同时,还须挖掘和发挥中药标本馆各项职能,随着科技的发展不断完善以更好地履行教学、科研和科普宣传工作^[45]。我们也会充分利用中药标本馆这个平台将传统中医药文化结合网络数字化将其发扬光大,使其真正成为传播中医药知识的窗口。

参考文献

- [1]毛春燕,牛彦辉.地方特色中药标本馆建设的探索与实践[J].西部中医药,2012,25(8):48-50.
- [2]林玉婷.数字化树木学标本馆的研建[D].北京:北京林业大学,2012.
- [3]卢颖,马泽新.中药标本馆现代化建设——中药标本馆的数字化[J].计算机教育,2008(23):22-23.
- [4]吴玲燕.谈我院中药标本馆中药标本的养护经验[J].时珍国医国药,2004,15(10):713-714.
- [5]王荣祥,蔡宇.中药标本馆的网络建设[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(5):198-199.
- [6]李初一.高校博物馆教育功能研究[D].重庆:西南大学,2010.
- [7]崔维响,郇玉龙,张钦德.中药数字标本馆的规划与实践[J].中国药房,2013(35):3353-3356.
- [8]李素芳,马同长.马同长中药标本馆建设的研究与发展方向[J].中医临床研究,2014(17):135-136.
- [9]王红刚,赵玉梅,刘基柱.中药标本馆建设思路及规划[J].2007,5(10):1-2.
- [10]何玉婷.建设地方特色中药标本馆,促进中药事业发展[J].福建热作科技,2016,41(3):63-65.
- [11]向东,苏秀芳,徐燕玲,等.浅谈中药标本馆的现代数字化建设[J].数码世界,2017(1):99-101.
- [12]鲁军,汪洋,陈新培,等.建设与与时俱进的中药标本馆[J].中华中医药学刊,2006,24(10):1919-1920.
- [13]田建军.关于中药标本馆(室)管理工作的思考[J].中医药管理杂志,1995(6):25-26.
- [14]沈霞,王昌利,胡本祥,等.构建秦岭中草药标本馆图像数据库的探索[J].陕西中医学院学报,2015(3).
- [15]方家选,袁国卿.中药标本馆建设的研究与实践[J].国医论坛,2010,25(1):44-46.
- [16]尹戎,杨错.药学院校特色馆藏资源“中药标本数据库”的开发与建设[J].现代情报,2012,32(1):70-72.
- [17]刘长利,王秀娟,罗容,等.网络中药标本馆建设的实践与思考[J].首都医科大学学报:社会科学版,2012:129-130.
- [18]黄底亮,陈信云.建设和开发我省中药标本资源,进一步推动中药事业的发展[J].海峡药学,2005,17(1):114-117.
- [19]王荣祥,赵乙丞,翟延君.中药发展史网络教育平台建设[J].辽宁中医药大学学报,2010(8):218-219.
- [20]杨错,谢奇,张红梅.中药标本数据库建设[J].中华医学图书情报杂志,2014,23(6):29-32.
- [21]罗静.中药标本的数字化药检平台建设初探[J].现代医药卫生,2016,32(15):2443-2446.
- [22]黄璐琦,邵爱娟,周兴,等.中草药与民族药标本的收集、整理和保存[C]//2004 中华中医药科技成果专辑,2004:44-46.
- [23]蒋若冰,杨错,JIANG Ruo-bing,等.中药标本数据库研发管理[J].医学信息杂志,2014,35(1):33-36.
- [24]刘魁锋,王磊,李学文.数据库技术在中药标本规范化管理中的应用[J].中医学报,2009,24(4):22-23.
- [25]吴涛,于兴博,鞠爱霞.中医药标本馆的数字化平台建设构想[J].黑龙江科技信息,2014(31):167-167.
- [26]程齐来,陈治希,詹莹.数字化生药标本馆探索研究[J].时珍国医国药,2012,23(8):2046-2047.
- [27]谷颐.我校生物标本馆对提高大学生综合素质的作用[J].长春大学学报,2007,17(3).
- [28]柳春.甘肃中医学院网络中药馆的建设[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(17):79-80.
- [29]李涛,张浩,黄静.中药现代化背景下药用植物学实践教学新体系的建立[J].药学教育,2010,26(3):49-51.
- [30]孙扬波,张林碧,陈科力,等.湖北药用植物腊叶标本数字化资源库的构建[J].药学教育,2015(3):28-32.
- [31]孙成忠,李晓瑾,陈国岭,等.新疆维吾尔自治区药用植物标本管理系统设计与实现[J].中国现代中药,2016,18(5):595-599.
- [32]牛艳秋,王月珍,程利敏.建设与与时俱进的中药电子标本[J].中国药物经济学,2012(3):394-395.
- [33]张晓菊.对高职院校共享型中药标本数据资源建设的思考[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(13):114-115.
- [34]邓洪,李俊松,丁越.中药标本室的建设与介绍[J].医学信息(旬刊),2011,24(9):2513-2514.
- [35]王静,刘石磊,吴涛,等.结合地方特色谈高等院校中药标本馆建设的研究与实践[J].黑龙江医药,2011,24(5):762-765.
- [36]高宇航.高等蒙医药院校数字化生物标本馆的构建[J].中国卫生产业,2015,12(25):45-47.
- [37]许召林,胡成刚,荀欣.建设现代化中药标本馆,促进中药产业的发展[J].贵阳中医学院学报,2011,33(5):39-41.
- [38]崔维响,郇玉龙,张钦德.中药数字标本馆的规划与实践[J].中国药房,2013(35):3353-3356.
- [39]王静,刘石磊,邹存珍.浅谈高校中药标本馆现状及发展方向[J].中医药信息,2008,25(3):78-79.
- [40]刘德军,胡玉涛.“一馆多能”中药标本馆建设的研究与实践[J].中国医药导报,2011,8(28):5-7.
- [41]成壮,易刚强,杨广民.中药标本馆在中医药教育中的地位 and 作用[J].湖南中医药大学学报,2012,32(4):59-61.
- [42]杨建平,程晓利,沈力.一馆多能——构建中药标本馆多元化功能体系[J].中医教育,2005,24(5):41-43.
- [43]黄和平,黄鹏,刘鹤龄.从人才培养的角度探讨中医药院校中药标本馆建设[J].安徽医药,2010,14(1):123-124.
- [44]沈力,杨建平,程晓利.中药标本馆多媒体资源库建设探索与实践[J].中国职业技术教育,2007(21):53-54.
- [45]王红刚,刘基柱.构建中医药学教育的平台——中药标本馆[J].海峡药学,2009,21(11):228-229.

(本文编辑:杨杰 本文校对:罗堃 收稿日期:2017-12-29)

葶苈子及其复方对腹水治疗作用的研究进展[※]

郭文亭 邢思慧 陈燕 易进桦 张亚楠*

(山东中医药大学中医学院, 山东 济南 250355)

摘要:目的 介绍葶苈子及其复方中药对腹水治疗作用的研究进展,为临床治疗腹水提供参考。方法 查阅近几年来对葶苈子及其复方中药的相关文献,总结和分析葶苈子的药理作用以及在中药配伍方面的临床应用。结果 葶苈子具有抗肿瘤、利尿等作用,其复方在临床上有广泛应用。结论 葶苈子及其复方中药在治疗腹水方面有广阔的应用前景,值得进一步研究。

关键词: 葶苈子; 腹水; 利尿; 中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.064

文章编号:1672-2779(2018)-06-0157-03

Research Progress of Semen Lepidii and Its Herbal Compound on Ascites on Ascites

GUO Wenting, XING Sihui, CHEN Yan, YI Jinhua, ZHANG Yanan*

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

Abstract: **Objective** By introducing the research progress of Semen lepidii and its compound traditional Chinese medicine on ascites treatment effect, we aim to provide the reference for the clinical treatment of ascites. **Methods** Reviewing the recent years' relevant research of Semen lepidii and its compound traditional Chinese medicine, we summarized and analyzed the pharmacological effects of Semen lepidii as well as its clinical application. **Results** Semen lepidii has anti-tumor, diuretic effects, and its compound is widely used in clinical practice. **Conclusion** Semen lepidii and its compound traditional Chinese medicine has broad application prospects in the treatment of ascites, and is worthy of further study.

Keywords: Semen lepidii; ascites; diuresis; therapy of traditional Chinese medicine

腹水是肝硬化失代偿期及肝癌的主要症状,在中医上属于“臌胀”的范围^[1-2],是体液代谢输布失常的结果。临床上腹水的主要表现为腹部膨大、面色苍黄、腹部青筋暴露,患者有明显肿胀感并伴有恶心、呕吐、食欲不振、呼吸困难、双下肢浮肿等症状,严重影响患者生活质量。研究表明中药治疗腹水具有优势^[3]。葶苈子,最早在《神农本草经》一书中就有其记载^[4],历代被用于咳嗽痰多、胸肋胀满、胸腹水肿、小便不利等的对症治疗^[5]。近几年研究表明,其对腹水有一定治疗效果。本文就葶苈子及其复方中药对腹水的治疗展开综述。

葶苈子在我国已有将近两千年的药物使用历史,而现今药理学研究也表示,葶苈子具备抗癌、利尿、抗菌、强心、止咳平喘、调节血脂等多种作用^[6]。《中华人民共和国药典》记载:“葶苈子,其性寒、味苦辛,沉降下行,归肺与膀胱二经,可泻肺平喘,利水消肿”。肺主通调水道,肺气肃降,可将体内的水液向下输送,若其功能失调则易生痰、成饮,甚则水肿。《素问·汤液老礼论》一书提到“开鬼门,洁净府”,鬼门即汗孔,肺主皮毛,通过宣肺达到发汗的目的,膀胱司开阖以利小便,有利于全身水液的正常输布。其抗癌利尿的作用与治疗各种腹水息息相关。

1 葶苈子的药理研究

1.1 抗肿瘤作用 葶苈子中含有的异鼠李素-3-O-β-D-吡

喃葡萄糖苷(25)和毒毛旋花子苷元(45)对部分人体癌细胞株具有显著的细胞毒活性,其含有的苯甲基硫苷(4)也可阻断动物体内的I相酶(如CYP酶),抑制致癌物的生物转化,从而起抗癌作用^[7]。马梅芳等^[8]选用S180荷瘤小鼠构建动物模型,通过研究葶苈子对于抑瘤率、肺体比、肝体比、脾指数、胸腺指数、体重变化及生命延长率的影响,证明了单独使用葶苈子具有一定的抗癌作用,但是效果不显著(抑瘤率<20%);若与常用的烷化剂抗肿瘤药物环磷酰胺合用,有使环磷酰胺抑瘤作用提升的趋向,并能明显减轻环磷酰胺本身的不良反应,能起到减毒增效的效果,对治疗肿瘤有积极意义。

1.2 利尿作用 经张晓丹等^[9]实验证明,高剂量组与中剂量组的葶苈子水提液能明显促进充血性心力衰竭大鼠的排尿,所测尿量明显提高。且高、中剂量组大鼠的Na⁺及Cl⁻排出量较模型组而言,有明显的升高,高剂量组大鼠的K⁺排出量显著降低,其中的机制经分析可能与抑制了肾小管对Na⁺、Cl⁻以及水的重吸收,进而排出更多Na⁺、Cl⁻和水有相关,因此有显著的利尿作用。

1.3 其他作用 目前药理实验表明,葶苈子的化学成分丰富,除上述作用外,其他成分还发挥着不同作用,葶苈子中含有的化学成分苜蓿基芥子油起到广谱抗菌的效果,能有效抑制酵母菌等20种真菌及其他数十种菌株的生长繁殖^[10],其具有的芥子苷也可以起到止咳平喘的作用。葶苈子的水提取物同时还具有调血脂、强心等作用,但其产生疗效的具体成分有待明确。止咳消痰的作用被广泛应用于临床,如复方葶苈子胶囊,其他作用大都尚未普及应用。

※ 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.2017078]

* 通讯作者:zyn8326@163.com

2 葶苈子利水作用的常用药对

葶苈子药性为辛、苦、大寒，归肺、膀胱二经，常与甘遂、桑白皮、椒目、泽泻等苦寒药物相须为用，从而使其泻肺以平喘、利水以消肿的功效有所加强；葶苈子配伍性味甘温的大枣、人参等温补之品，峻缓相济，补泄互补，攻补兼施，共同起到祛痰饮、行水气、降逆平喘的功效；配伍茯苓以补脾益气，淡渗利湿，使利水而正气不伤；配伍防己又可以开上利下，上下二焦同治以清利湿热，行水消肿；配伍性味辛热的吴茱萸一方面温中燥湿，同时又可制约葶苈子寒凉的药性，以防寒凉之品伤脾败胃。葶苈子与其他药物配伍，增强了其利水的功效，更广泛的应用于临床。

3 葶苈子及其复方对腹水的临床应用

中医理论认为，葶苈子归肺、膀胱二经，因为其有宣肺平喘的功效，从而有利于人体水液代谢的正常运行，《普济方》中对于葶苈子组方治疗水肿有较多记载。

3.1 治疗肝硬化腹水 肝硬化失代偿期的主要临床症状之一就是肝硬化腹水，而大概50%的肝硬化代偿期且无合并症的患者10年内会进一步恶化，出现腹水^[1]。临床上形成腹水的过程复杂，普遍由肾脏、肝脏、血流动力学及神经激素因子等共同作用产生^[2]。由门静脉高压、低蛋白血症、有效循环血容量不足等因素共同作用导致^[3,4]。

就中医理论而言，肝为肝硬化腹水主要累及部位，且和脾肾两脏有关，为本虚标实、虚实错杂之证，标是气、水、血三者相互搏结，而本为肝、脾、肾三脏亏虚，“气虚血瘀、脾土衰败”是其基本病机^[5]。王振常等^[6]通过研究发现其除了与肝、脾、肾相关外，也与肺有紧密联系，并根据肺主行水、通调水道的生理特点，进而从肺的角度来治疗肝硬化腹水。

徐立军等^[7]随机对96例肝硬化腹水患者分为2组，其中一组予以椒茱黄丸加味（葶苈子、椒目、大黄、白术、田七、防己、丹参、茯苓、白芍、黄芪、夏枯草、鳖甲）进行治疗，结果予以椒茱黄丸治疗的一组总的有效率明显高于另一组。夏亮等^[8]在对40例血淤水停型肝硬化患者用西医治疗的基础上，运用加味葶苈大枣汤（葶苈子、大枣、黄芪、党参、炙甘草、莪术、薏苡仁、茯苓），其结果显示相比单纯西医治疗，与葶苈子组方联合用药的疗效更为显著，与此同时也改善了肝硬化腹水患者在患病期间产生的乏力、纳差、腹胀等不适感。故用葶苈子来缓解其腹肿胀满的表证，配伍扶正药以治其本。

3.2 治疗恶性腹水 恶性腹水，即癌性腹腔积液，是恶性肿瘤发展到晚期常见的并发症之一，会极大降低患者的生活质量，并缩短患者的生存期^[9]。其产生机制可归为以下几类：（1）由于膈下淋巴管被肿瘤细胞阻塞，迫使淋巴回流受阻；（2）增生的肿瘤侵袭肠壁及腹壁，损伤血管内皮细胞；（3）低蛋白血症^[10]。从中医的角度出发，脾肾阳虚、水湿内停、气机阻滞、血脉瘀阻是肝癌、胃癌、大肠癌患者晚期阶段产生大量腹水的基本病机^[11]。

李政等^[12]研究发现葶苈子及甘遂利水逐饮对治疗胃癌合并恶性腹水有明显疗效。葶苈子及甘遂具有镇痛解毒抑癌的作用，同时大剂量配伍茯苓，健脾渗湿，有抗癌及提升机体免疫力的作用，方中再加泽泻、大枣、干姜、生姜等，起到利尿、温补等辅助作用。实验结果显示中药治疗后患者腹水引流量明显减少，生存时间延长，生活质量改善，结果说明应用本方有助于提高患者免疫力，使患者能够耐受化疗。杨勤龙^[13]用抗癌利水方（葶苈子、椒目、生大黄、汉防己、柴胡、赤芍、白芍、枳壳、制附片、半边莲、干蟾皮、冬虫夏草、生黄芪）黄芪配伍葶苈子，补中益气，渗湿利水，治疗癌性腹水，结果显示其治疗癌性腹水效果满意，增强了利水功效，有效提高了患者的生存质量和免疫功能。陈博^[14]将孙尚见名老中医对肝癌腹水进行分型的临床经验进行总结，采用不同的治法治疗，对于其中的湿热型肝癌腹水考虑从肺的方面进行论治。基本方为：桑白皮、葶苈子、白花蛇舌草、薏苡仁、鳖甲、茵陈、败酱草等。桑白皮与葶苈子两味药合用，来加强利水效果，宣肺利湿、软坚排毒，从而使病情得到控制。

4 小结

葶苈子均为方中利水的主药，其性寒味苦辛，沉降下行，归肺与膀胱经，渗利水湿，对腹水的消除起到主要作用，同时其有效成分又具有抗癌的作用，因此葶苈子对治疗恶性腹水有显著疗效。近年来的诸多研究表明，葶苈子中的化学成分具有抗癌利尿的作用，能提高肿瘤患者的机体免疫力，提高患者的生活质量。虽然在临床中多用于治疗肝硬化腹水，但是其化学成分和药理作用方面的研究还不是很充分，因此仍需进一步的深入研究。

参考文献

- [1]周泽林,李猛,陶运生,等.近年中医药治疗肝硬化腹水的临床研究进展[J].江西中医药,2017,48(6):76-78.
- [2]李玉涛.中医治疗肝硬化腹水的疗效分析[J].内蒙古中医药,2017,36(14):39.
- [3]徐庆武,管家畅,孟宗德,等.中医治疗肝硬化腹水研究进展[J].河北中医,2015,37(11):1752-1754.
- [4]杨云,赫金丽,孙亚萍,等.葶苈子化学拆分组分止咳祛痰平喘作用研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2015,17(3):514-519.
- [5]马梅芳,李芳.葶苈子对昆明种小鼠移植 H-22 肝癌移植瘤抑瘤作用的研究[J].中华中医药学刊,2014(2):385-386.
- [6]李靖琪.浅谈葶苈子的药理作用[J].大家健康(学术版),2014,8(18):30.
- [7]周喜丹.葶苈子化学成分及饮片鉴别研究[D].北京:中国中医科学院,2015.
- [8]马梅芳,李洁.葶苈子 1 对 S₁(180)荷瘤小鼠动物模型的影响[J].中华中医药学刊,2014(1):157-158.
- [9]张晓丹,范春兰,余迎梅,等.葶苈子水提液对 CHF 大鼠利尿作用的影响[J].中国现代应用药学,2010,27(3):210-213.
- [10]孟祥凤.葶苈子化学成分及药理作用的研究进展[J].黑龙江科技信息,2013(34):71,63.
- [11]江辉州.肝硬化腹水致病机制及治疗[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(40):8067-8068.
- [12]邵茉莉,刘冰熔.肝硬化腹水形成机制的研究现状[J].世界华人消化杂志,2013,21(2):160-165.
- [13]韩涛,聂彩云.肝硬化腹水发病机制研究现状[J].实用肝脏病杂志,2014,17(4):340-343.
- [14]林培淳,林勇凯,李艺滨,等.肝硬化腹水治疗进展[J].现代中西医结合杂志,2014,23(29):3299-3301.

- [15]杨品欣,杨航.利尿剂呋塞米联合多巴胺治疗难治性肝腹水的临床分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(5):856-858.
- [16]曾兰.盛国光诊治肝硬化腹水的经验[J].江苏中医药,2013(2):15-16.
- [17]王振常,黄晶晶,宾容.从肺论治肝硬化腹水[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(1):17-18.
- [18]徐立军,毛云龙.己椒藜黄丸加味治疗肝硬化腹水临床观察[J].四川中医,2012,30(11):103-104.
- [19]夏亮,谢齐贵,陈明显,等.加味葶苈大枣汤治疗水瘀水停型肝硬化腹水40例临床观察[J].浙江中医杂志,2014,49(6):415-416.
- [20]张配配,周晋华.中医治疗癌性腹水研究概况[J].中医临床杂志,2017,29(8):1354-1357.
- [21]张菲菲,金世柱,刘自帅.恶性腹水的治疗新观点[J].胃肠病学和肝病学杂志,2017,26(4):476-478.
- [22]樊红杰,姚荣妹,许春艳,等.脐灸结合腹腔内用药治疗癌性腹水疗效研究[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(5):34-35.
- [23]李政,李康,王巍.葶苈甘遂逐水饮联合化疗治疗晚期胃癌合并恶性腹水临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(2):146-148.
- [24]杨勤龙.抗瘤利水方联合西药治疗癌性腹水40例临床观察[J].实用中医内科杂志,2015,29(6):85-87.
- [25]陈博.孙尚见治疗肝癌腹水经验[A].中华中医药学会(China Association of Chinese Medicine)、中华中医药学会肿瘤分会.2009年国际中医药肿瘤大会论文集[C].中华中医药学会(China Association of Chinese Medicine)、中华中医药学会肿瘤分会,2009:3.
- (本文编辑:杨杰 本文校对:王媛 收稿日期:2017-12-08)

母儿 ABO 血型不合的中西医治疗研究概况

肖文英

(上饶市妇幼保健院妇产科,江西 上饶 334000)

摘要:母儿血型不合是孕妇和胎儿间因血型不合而产生的同种血型免疫性疾病。临床上主要有ABO和RH两大类血型,其中ABO血型不合比较多见,约占妊娠总数的20%~25%。本文就中西医治疗母儿ABO血型不合的研究进展予以综述。

关键词:母儿ABO血型不合;西医疗法;中医药疗法;中西医结合疗法;综述;胎动不安

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.06.065

文章编号:1672-2779(2018)-06-III-02

The Research Summary of Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Maternal-fetal ABO Blood Group Incompatibility

XIAO Wenying

(Department of Gynecology and Obstetrics, Shangrao City Maternity and Child Care Hospital, Jiangxi Province, Shangrao 33400, China)

Abstract: Maternal-fetal ABO blood group incompatibility is a phrator immunological disease of blood group of fetal or neonatal hemolytic disease caused by blood group incompatibility between maternal and fetal. The common types of the disease include RH blood group incompatibility and ABO blood group incompatibility in the clinical, and it mainly performs for the ABO blood group incompatibility, about 20%~25% of the total number of pregnancy. The research progress of traditional Chinese and Western medicine treatment of maternal-fetal ABO blood group incompatibility would be reviewed in the article.

Keywords: maternal-fetal ABO blood group incompatibility; Western medicine treatment; therapy of traditional Chinese Medicine; therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; review; threatened abortion

母儿血型不合是孕妇和胎儿间因血型不合而产生的同种血型免疫性疾病^[1]。临床上主要有ABO和RH两大类血型,其中ABO血型不合比较多见,约占妊娠总数的20%~25%。母儿ABO血型不合多发生在母亲为O型血,胎儿为非O型血的人群中。该病是由于胎儿从父方遗传而来的显性抗原,刺激母体产生免疫抗体IgG,当其通过胎盘进入胎儿血液循环后使胎儿红细胞凝集破坏,引起胎儿或新生儿的免疫性溶血性贫血^[2]。本病诊断根据血清抗体检测,对孕产妇多无影响,主要威胁胎儿、新生儿的生命健康,表现为孕期流产、早产、胎儿畸形、胎儿发育受限、死胎、死产和新生儿溶血病。现将近年来中西医治疗本病的研究概况综述如下。

1 西医疗法

目前西医对母儿ABO血型不合没有很有效的治疗方法,多采用提高胎儿的抵抗力、提高肝细胞葡萄糖醛酸转移酶与胆红素的结合力的方法来治疗,这方面的药如维生素C、维生素B₆、维生素E、鲁米那、地塞米松等配合吸氧^[3]。对于胎儿严重的免疫性溶血性贫血,给予宫内输血,不仅纠正胎儿贫血,还能消除胎儿水肿,提高胎儿存活率。输血指征:母亲血清抗体效价

大于1:512;羊水△OD450在3区;超声检查示胎儿因严重贫血出现腹水、水肿、心脏扩大,使心胸比值增大,胎盘增厚;脐红细胞压积小于0.3,被大多数学者作为宫内输血指征^[4]。当临床确诊母儿血型不合时,一旦新生儿出现病理性黄疸,立即给予新生儿蓝光照治疗;一旦出现新生儿溶血病,可予免疫球蛋白静脉滴注,李海^[5]用丙种球蛋白静脉注射治疗新生儿溶血,分为对照组与研究组,对照组患儿给予常规的临床治疗,研究组在对照组的基础上联合静脉注射丙种球蛋白治疗,结果在血清总胆红素水平、光疗时间、黄疸消退时间及住院时间研究组均优于对照组。当产前诊断基本明确为新生儿溶血病,出生时脐带血血红蛋白水平低于120 g/L,伴心力衰竭、水肿、肝大,早期胆红素脑病征,可予新生儿换血疗法^[6]。李卫等^[7]利用外周动静脉快速同步换血治疗的新生儿溶血病患儿60例,结果显示,换血后血清总胆红素、直接胆红素、间接胆红素均明显下降。

2 中医治疗

中医是以症状病名,无“母儿ABO血型不合”的病名,依其症状,可归为“胎黄”“胎漏”“胎动不安”等范畴。中医治疗包括辨证论治、经验方、古方化裁等

治疗。辨证论治是中医学的理论体系之一。不少医家及学者辨证论治治疗母儿ABO血型不合临床颇有疗效。马大正教授认为“湿、热、瘀”为本病的致病关键，临床上治疗该病分期论治，孕前期以活血化瘀、清热凉血为主，自创ACA1号方（丹参、莪术、丹皮、赤芍、茯苓、炒栀子各10 g，苈麻根20 g，益母草、山药、土茯苓、生地黄各15 g）；孕早期健脾补肾安胎，佐清热利湿、活血养胎，以寿胎丸加减；孕中晚期清利湿热、活血化瘀为主，辅以补肾健脾，自创ACA2号方（茵陈、焦栀子、土茯苓、赤芍各10 g，益母草、炒山药、桑寄生、菟丝子各15 g，炒白术、苈麻根各20 g，炒黄芩6 g，制大黄3 g），临床疗效好^[8]。临床上有很多医家师古但不泥古，而是根据自己多年临床经验总结，自拟新方。张文华^[9]介绍其导师卫爱武教授自拟补肾活血方治疗母儿血型不合经验，该方由寿胎丸加丹参、降香组成，共奏精血生、气血行而安胎之效。张梅芳等^[10]用溶血方（茵陈30 g，黄芩15 g，黄芪15 g，党参15 g，熟大黄6 g，甘草3 g）治疗ABO母儿血型不合60例，总有效率98.3%。苏小军等^[11]报道鸡骨草汤（鸡骨草30 g，溪黄草、茯苓各15 g，莲房3只、甘草8 g）治疗母儿ABO血型不合有较好的疗效，能有效降低产后新生儿ABO溶血病发病率。临床有医家及学者善用古方，灵活化裁。李兴华^[12]运用加味茵陈蒿汤（茵陈9 g，焦栀子6 g，制大黄4 g，黄芩9 g，白术15 g，茯苓10 g，甘草6 g）治疗ABO母儿血型不合20例，治疗总有效率为90%。

3 中西医结合治疗

李芬等^[13]用茵栀黄口服液加静脉滴注丹参针治疗孕期母儿血型不合45例，设立西药组、中药组、中药+丹参组，每组45例。西药组常规给予25%葡萄糖注射液50 mL+维生素C注射液1.0 g（2支）缓慢静推，1次/d，鼻导管吸氧30 min/次，1次/d治疗；中药组口服茵栀黄口服液，10 mL/次，3次/d，茵栀黄颗粒主要成分为茵陈提取物、栀子提取物、黄芩苷、金银花提取物；中药+丹参组给予口服茵栀黄口服液，并配合丹参注射液5 mL×4支静脉滴注配合应用，1次/d，三组均28 d为1个疗程，结论：茵栀黄口服液联合丹参注射液治疗孕期母儿血型不合可显著提高治疗效果，并可使新生儿黄疸的发生率进一步降低。沈醒杭等^[14]运用茵陈蒿汤加西药口服治疗母婴ABO血型不合154例，药物组成包括茵陈、苈麻根各30 g，桑寄生12 g，黄芩、丹参、焦山栀、炒白芍、当归各10 g，大黄、甘草各6 g，水煎服，2次/d，辅以维生素C注射液500 mg加入25%葡萄糖注射液40 mL静脉注射，1次/d；口服维生素E 100 mg，1次/d；吸氧20 min，1次/d，28 d为1个疗程，治疗总有效率为94.8%。李利波^[15]应用复方茵陈汤合鸡骨草配合西医治疗母儿ABO血型不合136例，基本方：茵陈20~30 g，焦山栀12 g，菟丝子、茯苓各15 g，鸡骨草30 g，丹参15 g，制大黄6 g，黄芩10 g，甘草6 g。日1剂，2次/d，配

以25%葡萄糖注射液40 mL+维生素C注射液1.0 g静推，1次/d；口服维生素E 50 mg，1次/d；吸氧30 min，2次/d；孕36周开始服鲁米那0.03 g，1次/d，连服10 d。10 d为一个疗程，治疗总有效率96.32%。曾莉等^[16]利用黄芪注射液配合西医治疗母儿ABO血型不合危险倾向和血清抗体效价高的孕妇，每日给予20 mL的黄芪注射液加入5%葡萄糖注射液250 mL中，静脉滴注，1次/d，并配以西医常规综合治疗，治疗有效率为96%，并能缩短治疗时间。周芳等^[17]采用中药汤剂联合主动免疫治疗母儿ABO血型不合，随机分为中药汤剂组（茵陈蒿汤合寿胎丸加减：茵陈15 g，菟丝子15 g，续断12 g，桑寄生12 g，栀子10 g，柴胡10 g，黄芩10 g，白术10 g，制大黄3 g，甘草6 g。浓煎200 mL，2次/d）、中药汤剂联合主动免疫组、主动免疫组，均治疗3个月后，治疗总有效率分别为66.7%、96.7%、70.0%，中西医结合治疗能显著降低IgG血型抗体的滴度及新生儿黄疸率。

4 结语

西医和中医在治疗母儿ABO血型不合方面各有特色，西医侧重新生儿期的治疗，能明显降低血清胆红素，控制新生儿溶血的发生，改善新生儿的预后；中医侧重轻症孕妇，能有效的改善孕妇的症状，降低孕妇血清抗体效价，明显优于西医，达到治病与安胎并举。中西医结合治疗该病有其独到之处。今后如何巧妙地将二者有机结合起来将是今后研究提高本病疗效的重点与难点。

参考文献

- [1]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1999:647-649.
- [2]罗玉芳,陈江鸿,文红萍.3种方法治疗母儿ABO血型不合的临床观察[J].中国医药刊,2009,11(9):1476-1477.
- [3]欧阳霞,孙荃荃.ABO母儿血型不合防治进展[J].河南中医学院学报,2008(4):97-99.
- [4]WEINER C P, WILLIAMSOM RA, WENSTKOM K D, et al. Management of fetal hemolytic disease by cordocentesis: prediction of fetal anemia[J]. Am J Obstet Gynecol, 1991, 135(3):546.
- [5]李海.静脉注射两种球蛋白治疗新生儿溶血症的疗效观察[J].中外女性健康研究,2016(19):61-64.
- [6]中华医学会儿科学分会新生儿学组.全国新生儿黄疸与感染学术研讨会纪要(附新生儿黄疸干预推荐方案)[J].中华儿科杂志,2001,39(3):185-186.
- [7]李卫,杨燕萍,柯买春,等.外周静脉快速同步换血疗法在新生儿溶血病中的应用研究[J].国际检验医学杂志,2017,38(12):1657-1658.
- [8]徐道芬,胡欣欣.马大正治疗母儿ABO血型不合临证经验[J].浙江中医杂志,2017,52(7):475-476.
- [9]张文华,卫爱武.卫爱武教授治疗母儿血型不合经验[J].光明中医,2013,28(4):671-672.
- [10]张梅芳,李娟.“溶血方”治疗ABO母儿血型不合60例临床观察[J].江苏中医药,2014,46(3):43-44.
- [11]苏小军,冯惠娟.鸡骨草汤治疗母儿ABO血型不合70例疗效观察[J].新中医,2005,37(7):47-48.
- [12]李兴华.加味茵陈蒿汤治疗ABO母儿血型不合40例[J].光明中医,2013,28(7):1351-1352.
- [13]李芬,安文茜,李洁,等.茵栀黄口服液联合丹参治疗孕期母儿血型不合45例[J].世界中西医结合杂志,2015,10(11):1583-1585.
- [14]沈醒杭,何佳英,王蔚.中西医结合治疗母婴ABO血型不合154例[J].浙江中西医结合杂志,2013,23(6):476-478.
- [15]李利波.中西医结合治疗母儿ABO血型不合的研究[J].现代中西医结合杂志,2007,16(18):2534-2535.
- [16]曾莉,张向华,方成华.黄芪注射液治疗母儿ABO血型不合100例临床研究[J].云南中医杂志,2010,31(5):17-18.
- [17]周芳,陈雀奎,胡汉革.中西医结合治疗母儿血型不合并发复发性流产临床研究[J].四川中医,2016,34(12):123-125.

(本文编辑:杨杰 本文校对:王媛媛 收稿日期:2017-12-22)