

基于网络教学平台的伤寒论混合式教学模式探索^{*}

刘国华 谢雪姣^{*} 武青庭 马星雨 唐婉斯

(湖南中医药大学中医学院, 湖南 长沙 410208)

摘要: 中医经典的教学仍以传统课堂教学为主, 网络化教学已是大势所趋。为提高教学质量, 我校仲景学说教研室在超星慕课的支持下建立了伤寒论网络教学平台, 并强化了网络教学的课程建设, 还开展了伤寒论课程的线上线下混合式教学实践, 将网络教学、课堂教学和实践教学(临床跟诊)三者融合, 并采用形成性和终结性两种评价方式评价学生学习成绩, 取得了较好的教学效果。

关键词: 网络教学平台; 伤寒论; 混合式教学; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.001

文章编号:1672-2779(2018)-07-0001-02

Exploration on Mixed Teaching Mode of *Shanghan Lun* Based on Internet Teaching Platform

LIU Guohua, XIE Xuejiao^{*}, WU Qingting, MA Xingyu, TANG Wansi

(College of Traditional Chinese Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: Teaching of Chinese medicine classics is still based on traditional classroom teaching. Network teaching is the trend of the times. In order to improve the quality of teaching, the teaching and research section of Zhongjing doctrine in our school established the online teaching platform of *Shanghan Lun*, of which the course construction has been strengthened, in support of the Superstar MOOCs. The online and offline mixed teaching practice of *Shanghan Lun* course is carried out. Fusing the network teaching, classroom teaching and practice teaching and using two evaluation methods of formative and terminative evaluation of students' academic achievement, the teaching practice achieved good teaching results.

Keywords: online teaching platform; *Shanghan Lun*; mixed teaching; teaching model

21世纪是互联网时代和信息时代, 多媒体技术和网络技术迅速崛起, 在“互联网+”突飞猛进的形势下, 网络化教学已是大势所趋, 利用多媒体和网络开展教学可以明显提高教学效果。早在本世纪初, 广州中医药大学伤寒学科在国家教育部资助下, 进行了伤寒论网络课程的开发研究, 取得了重大进展^[1]。网络教学模式已逐渐进入大学, 绝大部分高校都开展了线上线下混合式教学模式。

伤寒论课程源于中医四大经典著作之一的《伤寒论》, 原著是我国第一部理法方药比较完备的临床著作, 它创立了辨证论治原则和六经辨证体系, 不仅对外感病, 而且对临床各科均有较大指导意义。就教学手段与方法而言, 伤寒论这门课程仍以口授板书加PPT的教学方法为主, 至于综合运用计算机技术、多媒体技术和网络技术等目前尚属发展阶段。为此, 在我校网络教学平台(超星慕课)的支持下, 结合湖南省名老中医学术思想与临证经验研究及对学生学习特点的研究, 对伤寒论课程开展了线上线下混合式教学改革实践, 取得了较好的教学效果。现将平台建设中的思考和心得体会汇报如下, 望同道们斧正。

1 线上教学

课程建设是网络教学的重要组成部分^[2], 我校在超

星公司的技术支持下, 已建立一大批专业的课程库。伤寒论网络教学平台的建设是我校重点建设的课程之一, 其主要内容如下。

1.1 教学大纲 我校伤寒论课程教学大纲分64学时和48学时2种, 按照教学计划的要求, 规定了本课程性质、教学目的、课程目标、教学内容和教学要求等。教学大纲让学生知晓伤寒论课程学习的主要内容。

1.2 教学文案 教案是教师实施教学活动的具体设计方案, 有利于提高教学效果, 确保课堂教学的顺利实施^[3]。教案内容包括课程一般信息、教学目的与要求、教学内容提要、教学重点与难点、教学设计与组织、板书设计、教学实施情况小结等内容。教学文案让学生进一步把握本课程的教学内容, 也是对教学的监督。

1.3 教学课件 教学课件是PPT幻灯片, 也是教师上课所用的PPT, 将教学课件放在平台, 有利于学生的预习和复习。48学时课件内容包括绪论, 以及太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病和厥阴病脉证并治。64学时课件还包括霍乱病、阴阳易差后劳复病脉证并治。每一章节主要按概论、辨证纲要、本证、兼变证、预后和欲解时等顺序进行设计。

1.4 教学内容 教学内容是网络教学平台的重要部分, 也是学生重点关注的部分。将一小节或一方证作为一个子目录, 子目录都包含了理论、实践、学习视频、试题精选和在线交流等内容, 即注重基础知识、基础

^{*} 基金项目: 全国教育科学“十二五”规划课题[No.D1A130289]; 湖南省教育科学规划课题[No.XJK011BGD003]; 湖南省普通高等院校教学改革研究项目[No.2015-225]

^{*} 通讯作者: 99511298@qq.com

理论,也重视学生临证思维的培养和教师与学生的互动。

1.4.1 原文学习 理论部分是《伤寒论》原文、语译词解、提要解析、方药解读和名家辑要,基本与教材一致。理论部分是实践部分的基础。其中语译来源于《伤寒论语译》^[4],名家辑要是选取3位古代著名注家的注解。解析部分是证候分析,包括了病证的病因病机、发生发展规律、诊断与鉴别和治法等。

1.4.2 病案与思维训练 实践部分是现代临床运用、医家临证思维和典型病案。现代临床运用是运用本方的辨证要点和可以治疗的相关现代疾病。医家临证思维是选取3位近现代经方大家对使用本方的临床思维与经验,特别是湖南省名老中医的临床案例与学术思想,制作成教研室的案例库,应用于临床实践。病案的学习既可以将所学知识在课后得到再次巩固,也可以提高临证思维,扩展经方在临床的运用。

1.4.3 学习视频 学习视频包含两部分:(1)教学视频,即教研室教师授课的录像;(2)优课推荐,目前选取的是网上知名教授的讲课视频。这些视频与授课内容都是同步的,视频让学生可以反复听课。

1.4.4 试题精选 试题精选及章节作业,主要是选择题,来自我校仲景学说教研室的自编题库。学生选择答案后可以知道答对与否,通过试题精选这部分内容有助于学生了解自己对教学内容的掌握程度。

1.4.5 在线交流 在线交流是老师和学生以及学生和生之间的交流与互动,包含教师辅导答疑、学生自由讨论等方式。课程内容的每一个子目录都有在线交流窗口,对每一个方证都可以交流。教师发布作业,学生完成作业后,及时通过在线讨论方式对作业进行点评和为学生答疑,可以将有代表性和错误率高的问题集中发布于平台。

1.5 练习题库 练习题库是教研室的自编题库,包含各类题型,共1000余道题。每一子目录下的试题精选和教师发布的章节作业都源于练习题库,供学生自我检测。

1.6 参考用书 收集了历代包括近现代关于《伤寒论》研究的有代表性的医籍,如《注解伤寒论》《伤寒贯珠集》《李培生伤寒论讲稿》《刘渡舟伤寒论十四讲》等,文件格式主要是PDF。不仅如此,还为学生提供了中医网站链接,如中医e百、中医世家、经方医学论坛等。

2 线下教学

2.1 课堂教学 线下教学主要以课堂教学为中心,采用课堂讲解、多媒体辅助、启发式、互动式、翻转课堂及病案分析等教学方法,使学生通过学习本课程,在内经、中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学等课程基础上,将理、法、方、药连贯起来,掌握《伤寒论》的六经实质、六经病理、传变规律、80多味

中药的药性、112方的配伍规律和临床运用化裁,为提高临床辨证论治水平打下良好基础。同时积极培养学生对中医经典的学习兴趣和动力。

2.2 跟诊实践 除了课堂教学,还要求学生跟诊实践,学生轮流跟诊教师的门诊,每次门诊选派3名学生。门诊期间,教师将患者的舌象、脉象、病机告诉学生,有时间就与学生分享自己的辨证思维过程。学生将跟诊过程中好的案例进行整理总结,教师在课堂上予以点评,及时纠正学生的认识误区,提高学生的临床思维和选方用药能力。

3 学习评价

学习评价分为形成性和终结性两种评价方式,具体如下:(1)平时成绩:分线上线两部分,第一部分是学生在教室上课回答问题情况和临床跟诊后病案总结整理的的成绩,第二部分是在平台参与讨论情况和完成平台发布的作业的成绩。二者各占总成绩的10%。(2)期中考试成绩:在题库中选取题目组成期中考试试卷,在平台进行考试作为期中成绩,占总成绩的30%。(3)期末考试成绩:在题库中选取题目组成期末考试试卷,进行线下考试作为期末成绩,占总成绩的50%。

4 结语

我校伤寒论网络教学平台已基本成型,并投入使用,取得了良好的教学效果。网络教学平台实现了《伤寒论》学习资源的共享,为学生的预习和及时复习提供了方便;通过线上的交流讨论,实现了教学的互动、教学相长;学生通过临床实践和病案整理,实现了理论教学与临床培养的结合;通过设立平时成绩,使学生更加注重平时的学习积累,而不是期末的突击背诵,初步建立了学生学习过程的形成性评价体系。尽管如此,超星慕课下的网络教学平台尚有一些功能可以加以发挥运用,这需要全体教研室教师共同协作,逐步完善。

网络教学不是简单的资料上传,也不是简单的相互讨论,而是一种基于网络的教学方式的改革,既注重学生个性发展又注重整体传授的一种学习方式^[5]。网络教学平台的建设已逐渐成熟,但课堂教学、实践教学和网络教学的深度融合仍需进一步探索。积极探索和推动线上线下混合式教学模式,可以深化教学改革,提高教学质量,促进学科发展,最终推动中医药教育事业。

参考文献

- [1]万晓刚,李赛美,朱章志,等.伤寒论网络课程的设计思路与实现方法[J].中国中医药现代远程教育,2004,2(11):7-8.
- [2]吕黎明.基于网络化教学平台《伤寒论》课程建设的思考[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(5):23-25.
- [3]王树鹏,艾华,郭晓东,等.《伤寒论》网络教学平台的设计思路与方法[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(4):189-190.
- [4]刘渡舟.伤寒论语译[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [5]李刚,李永民,王莹,等.基于网络平台的伤寒论课程三位一体教学模式探索[J].中医教育,2017,36(4):14-16.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邵文辉 收稿日期:2018-01-06)

中药炮制技术课程 线上线下新型混合教学模式探析[※]

蔡红蝶 周爱珍* 季涛 吴玲玲

(浙江医药高等专科学校中药学院, 浙江 宁波 315100)

摘要:混合式教学模式是随着教育信息化的深入,将传统教学方法与“互联网+”时代下的教学方法进行整合的一种教学模式,是现阶段高等院校教育教学改革的重要方向之一。此论文以混合式教学理论与翻转课堂教学方式为基础,依托中药炮制技术课程网络教学资源库,构建了“任务发布—课前自学—在线答疑—课堂实施—课后反思”线上线下混合教学模式,为中药炮制技术课程教学方式的进一步探索与改革提供一定的参考。

关键词:中药炮制技术; 高职教育; 混合教学模式; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.002

文章编号:1672-2779(2018)-07-0003-03

Discussion on New Mixed Teaching Models Applied in Traditional Chinese Medicine Processing Course

CAI Hongdie, ZHOU Aizhen*, JI Tao, WU Lingling

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

Abstract: With the deepening of educational informatization, the mixed teaching models integrate the traditional teaching methods with the teaching methods under the Internet+ era, which is an important direction of curriculum reform in vocational colleges at the present stage. Based on the theory of mixed teaching, the method of flipped classroom teaching and traditional Chinese medicine processing course online teaching resources, the paper constructed a new teaching mode of task distribution-self-study before class-online answering-class implementation-reflections after class, providing some reference for the further exploration and reform of the teaching methods of traditional Chinese medicine processing course.

Keywords: traditional Chinese medicine processing; higher vocational education; mixed teaching; teaching reform

传统的课堂教学模式以教师课堂讲授为主,该模式下的教学是以教师为主体而学生为客体的教学,强调教师在教学中占有主要地位,极大程度上忽略了学生的主体性及其学习的主观能动性,限制了其自主学习能力、探索能力与创新能力的提升。随着传统教学方式弊端的逐渐发现及“互联网+”时代下信息技术的飞速发展,新型教学方式的探索逐渐成为教学改革研究的热点话题。近年来,线上线下混合式教学模式的出现为高等院校教育教学的改革提供了新的发展方向^①。本文以混合式教学理论与翻转课堂教学方式为基础,探索中药炮制技术课程线上线下新型混合式教学设计模式。

1 中药炮制技术教学现状

中药炮制技术课程是药品生产技术(中药制药)专业的专业核心课程,主要培养学生对饮片质量的判断能力及对中药炮制的传统理论、方法和技能的传承、发展能力,并培养“依法炮制,规范操作”的职业观念,为培养成为中药高素质技术应用性人才奠定基础。

现阶段,绝大多数高职与大专院校中药炮制技术课程理论教学实施过程中存在诸多问题:(1)传统教学多以填鸭式的教学方式为主,使学生被动式地学习,

忽略了学生的主体性,大多数学生仅在考试前几天进行突击复习以应付考试,此方式不利于课程实质知识与精华的掌握与应用,降低了学习效果;(2)长时间连续听课易使得学生产生疲劳感,导致学生注意力分散,不利于知识的消化与吸收;(3)课堂时间有限,基本用于讲解课程知识点,用于练习和巩固的时间较少;(4)同一课程大多是一周上一次课,时间间隔较长,学习自觉性不佳的学生并不会积极主动地进行课后复习,导致上课所学的知识易被遗忘;(5)部分学生上课精神状态不佳或课堂中思绪紊乱,未能及时跟上教师的讲课节奏,无意间漏掉重要知识点,而当学生意识到时,该节课已快结束,无法重新听一遍;(6)对于因事或因病请假不能正常到课堂上课的学生,大多都通过自己看书理解课程章节知识点,但费时费力且效果欠佳。以上诸多问题归结起来主要是传统教学方式中上课时间与上课地点的限制,从而影响了学生学习的主动性与学习效率。而在当下的互联网+时代,传统教学方法与多种信息化教学手段的联合使用可以避免传统教学课堂的时空限制,学生可在一定的时间内自由选择上课时间与地点,且可反复多次学习,极大程度上提高了课堂学习效率^②。为满足中药炮制技术课程建设以及学生学习的需要,提高教学质量,我院中药炮制技术教学团队在已建成的中药炮制技术网络课程基础上,研究构建了课程数字化教学资源库,通过网络课程资源库学习与课堂学习相整合的方式,

[※] 基金项目:中药炮制技术国家级精品资源共享课程;浙江省教育技术研究规划重点项目【No.JA016】;浙江省高等教育课堂教学改革项目【No.kg2015629】

* 通讯作者:zhouaz@mail.zjpc.net.cn

探索适合本院校学生的线上线下混合式教学模式。

2 线上线下混合教学模式的定义

线上线下混合教学模式意指教师将课程的讲解视频、讲义与测试题等学习资源上传至线上平台,学生课外在一定的时间内自主完成学习任务,教师线下对学生反映的难理解的内容进行全面深入地讲解,使学生能更好地理解和掌握课程知识^[9]。该教学模式将课程内容以视频的形式呈现,使知识的学习由课堂转移到课外,从而学生可自由安排学习时间和地点,同时学生可通过线下反复多次的学习课程视频,直到学懂为止,该教学模式明确了学生学习的主体性,有效地提升了学生自主学习能力、协作沟通能力和探究创新能力,极大程度上提升了学习效果。

3 中药炮制技术新型线上线下混合教学模式

3.1 数字化教学平台的构建

3.1.1 课程核心资料建设 中药炮制技术课程的学习资料包括纸质教材、电子教材、电子版课程标准、电子版学习指南、电子版课程简介、电子讲义、电子版实验实训实操指南、课件PPT、课程讲解视频、图片素材库与试题库等课程学习资料,通过前期各种学习资料的整合,总结了一套该课程的核心学习资料。

3.1.2 网络课程建设 中药炮制技术课程主要包括炮制基础知识、净选加工、饮片切制、炒制、炙制、煨制、蒸煮燻、其他炮制技术等八个学习单元。我们将每个学习单元中的知识点进行分解,每个理论知识拍摄10~15 min的课程讲解视频,每个实验操作拍摄5 min左右的视频,将其一并上传至在线学习平台。

3.1.3 共享资源建设 中药炮制数字化教学资源库除了包含课程核心资料以外,还包含现代中药炮制方法的研究动态、精品开放课程共享系统中本校开设的中药炮制技术课程及其他学校资源等网络资源,共享资源的建设可以为课程教学提供更为丰富的素材,对课程教学所用的基本资料起到补充完善的效果。

3.2 线上线下混合教学模式的应用与实施 我院中药炮制技术教学团队以混合式教学理论与翻转课堂教学方式为基础,依托中药炮制技术课程网络教学资源库,构建了“任务发布—课前自学—在线答疑—课堂实施—课后反思”线上线下混合教学模式。

3.2.1 任务发布 教师在第一次上课时向学生介绍中药炮制技术课程的基本情况、数字化教学平台的使用方法及在使用的过程中需要注意的基本事项,并口头向学生发布下次上课前需要完成的学习任务,同时在数字化教学平台上的“课程通知”栏以文字的形式发布。另外,教师将学生分成多个小组,并选出组长,在学习的过程中组员之间可相互协作,组长负责提醒组员及时完成学习任务。

3.2.2 课前自学 学生根据教师发布的学习任务,对数

字化教学平台上的相关视频、课件PPT及电子讲义进行观看学习,随后完成相关试题以检测学习效果。若学生未及时完成学习任务,教师可通过QQ或微信的方式给予及时提醒,保证所有学生在下次上课前均完成学习任务,以保证课堂学习效果。学生若在自学的过程中遇到不理解的知识,可在讨论区以发帖子的形式提出疑问。

3.2.3 在线答疑 所有学生均可在讨论区寻找自己可解答的问题进行跟帖回复,同时教师对学生的发帖和回帖情况进行查看,并给予恰当的回复与评价。

3.2.4 课堂实施 课前随机抽取2~3名学生上台对学习任务中的主要知识进行复述,教师给予评价并对课程重点知识进行总结;随后教师向全班学生展示每位学生完成学习任务的情况,对于完成情况较好的学生给予夸奖,较差者则给予鼓励;最后教师根据在线试题的答题情况及学生在讨论区提出的疑问,给予准确的解析,并将错误率较高的试题列出,让各小组进行抢答,对抢答对的小组进行加分;另外,教师可根据课程内容出几道案例分析题,检查学生对知识点的掌握情况,如讲到当归的炮制作用时,可举例“某病人大便溏死,腹中时不时隐隐作痛,指甲和嘴唇发白无血色,医生准备给病人开含有当归的药方,你认为药方中的当归是哪种炮制品,为什么?”,然后请学生回答。由于上这门课之前已经上过实用中药与方剂,所以这种案例分析题可以帮助学生回忆以前学过的知识,让学生产生优越感,同时有助于学生在大脑中建立中药知识网络,也有助于学生更好地理解和掌握中药饮片炮制品的作用及其应用。在课堂结束前15 min,请每个小组提一个问题,其它小组抢答,抢答成绩计入平时分。在课堂结束前5 min,请每一位同学用手机进入数字化教学平台的在线测试栏,完成10道选择题(设置题号及选项随机排序),测试成绩计入平时成绩。

3.2.5 课后反思 在每一次课教学结束之后,教师对学生在课堂活动中的参与度、积极性及在线考核结果进行仔细分析,对教学效果进行全面总结与深度反思,并向学生询问他们的上课感受,虚心接受学生关于授课方式提出的合适建议,在后续实践中不断改进和优化教学方案,进一步提升后续教学的效果。

4 小结

线上线下混合教学模式产生于互联网+的信息化时代,该教学模式实现了教学理论与教学实践的结合,实现了以学生为教学活动主体的转化,实现了教学时间与空间的转化^[9]。此论文里中药炮制技术新型线上线下混合教学模式体现了教学方式与考核评价的创新,实现了学习效果的提升。

4.1 教学方式的创新 中药炮制技术新型线上线下混合教学模式使学生可以自由选择时间和地点对该课程知

识点进行学习,并通过在线测试以检测学习效果,教师在课堂上对学生的学习效果进行进一步检验,并解答学生不懂的问题,该教学方式可关注到每一位学生,实现因材施教。

4.2 考核评价的创新 中药炮制技术新型线上线下混合教学模式可实现过程化考核评价,教师可以对教学各个环节进行全过程监控和考核,更全面地反映学生的学习情况,从而激励学生的成长、进步和发展。

4.3 学习效果的提升 新型线上线下混合教学模式需要学生在上课前完成学习任务,提高了学生自主学习的能力;线上与课堂上的测验与抢答有助于学生学习目标的培养;在学习的过程中,教师对学生分组,学生之间可相互督促、相互竞争、相互协作,培养了

学生之间团队合作和人际沟通的能力;线上视频和电子资料可反复观看和阅读,学生遇到不懂的问题可线上或线下向学生或教师请教,有助于实现因材施教;学生在课堂学习结束之后重新观看电子资料,可加深记忆;把中药炮制最新的研究动态引入教学过程,有利于开拓学生的思维,培养学生的创新精神。

参考文献

- [1]季涛,周爱珍,吴玲玲,等.基于混合教学模式高职院校中药炮制技术课程的应用与分析[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(22):31-33.
- [2]窦青嵩.互联网+时代线上线下混合教育教学改革研究[J].中华少年,2017(28):276-277.
- [3]张佑春,徐涛,朱炼.高职院校线上线下混合教学模式的探索与实践[J].宁德师范学院学报(自然科学版),2017,29(1):103-107.
- [4]马国富,王子贤,刘太行,等.大数据时代下的线上线下混合教学模式研究[J].教育文化论坛,2017,9(2):22-24.

(本文编辑:李海燕 本文校对:季涛 收稿日期:2018-01-06)

中医类高等学校专业教育 与创新创业教育融合机制探析[※]

张剑¹ 任平¹ 张健¹ 石岩^{2*}

(1 辽宁中医药大学教务处,辽宁 沈阳 110847; 2 辽宁中医药大学,辽宁 沈阳 110847)

摘要:2015年国务院办公厅发布关于深化高等学校创新创业教育改革的实施意见,明确指出深化高等学校创新创业教育改革,是我国实施创新驱动发展的重要战略思想,是促进经济提速增效转型的迫切需求,是推动高校综合改革、提高毕业生质量、促进就业创业的重要举措。辽宁中医药大学围绕该实施意见的具体内容提出了“1+1”模式的专业教育与创新创业教育融合机制的实践模式,并取得了一定的进展。

关键词:高等学校;创新创业教育;专业教育;融合机制

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.003

文章编号:1672-2779(2018)-07-0005-04

Analysis on the Integration Mechanism of Specialty Education and Innovation and Entrepreneurship Education in Universities of Traditional Chinese Medicine

ZHANG Jian¹, REN Ping¹, ZHANG Jian¹, SHI Yan²

(1. Department of Academic Affairs, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China;

2. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

Abstract: In 2015, the General Office of the State Council promulgated the Opinions on Deepening the Reform of Innovation and Entrepreneurship Education in Higher Education Institutions clearly pointed out that deepening the reform in education for innovation and entrepreneurship in higher education institutions is an important strategic thinking for implementing innovation-driven development in our country and an urgent task in promoting the transformation of speeding up economy and innovation demand is to promote the comprehensive reform of colleges and universities, improve the quality of graduates and promote employment and entrepreneurship is an important measure. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine proposed the practice mode of "1+1" mode of professional education and innovative entrepreneurship education fusion mechanism based on the specific content of the implementation opinions, and made some progress.

Keywords: colleges and universities; innovation and entrepreneurship education; professional education; integration mechanism

2015年5月4日,国务院办公厅印发《关于深化高等学校创新创业教育改革的实施意见》,该《意见》从高校创新创业教育的总体要求、主要任务和措施、加强组织领导等三方面做出了指导性意见。本文将通过

研读该《意见》,从何为创新创业教育、创新教育与创业教育关系、创新创业教育与专业教育关系等内涵出发,论中医类高校开展创新创业教育壁垒,并围绕健全创新创业课程体系、师资队伍发展、实践平台建设等问题提出实践措施。

1 创新创业教育定义

“创”读平声,在《说文解字》中解释为“办,伤也”,表示为受到创伤,随着文字使用演变,又读去

※ 基金项目:辽宁省普通高等教育本科教学改革研究项目[No. 2016-394]

* 通讯作者:shiyanyan@lnutcm.edu.cn

声,在《广雅》中解释为“创,始也”,表示创造之意。“创新”在哲学、社会学、经济学等领域具有不同的解释。其基本含义是指有别于常规,能够以新的思维去创立或创造新的事物以代替旧的事物之意。“创业”属于经济学概念,指创立基业或创办事业。20世纪80年代末,联合国教科文组织提出了“创业教育”这一新的教育概念,并指出创业教育是培养具有开拓性、创造性思维的个体。1989年11月联合国教科文组织在“面向21世纪教育国际研讨会”上又进一步提出“创新创业教育”,并认为创新创业教育与学术性教育和职业性教育三者人才教育中发挥着同等重要作用。1991年东京创新创业教育国际会议上把“创新创业教育”从广义上定义为:培养最具有开创新个性的人,包括首创精神、冒险精神、创业能力、独立工作能力以及技术、社交和管理技能的培养^[1]。

1.1 创新教育与创业教育的关系 想要深入理解创新创业教育的内涵,首先应认识创新教育与创业教育的关系。在经济学上,创新概念起源于美籍经济学家熊彼特,其本质是企业家为了追求利润,通过对生产要素或生产条件加以改进革新的过程。而创业是一个人发现了一个商机并加以实际行动转化为具体的社会形态并从中获得利益。在创业过程中创业者可以不掌握创新资源,但是如果创业者想实现企业的发展,追求更高的利润,则必须依靠创新。因此,创新教育与创业教育两者是统一的教育过程,创新教育的培养目标是培育创新型人才,使人才具备创新意识、创新精神、创新能力、创新人格。创业教育是在完成创新教育基本价值后的教育实践过程,培养人才能够通过创新能力实践创业活动,实现自身价值^[2]。因此,创新教育和创业教育是创新创业教育过程中不同的教育阶段,两者既相对独立又存在统一的关系,创业有赖于创新培养提供智力支持,创新有赖于创业提供实践平台。

1.2 创新创业教育与专业教育的关系 理解创新创业教育与专业教育的关系,必须要在两者之间引入素质教育概念。我国高校目前教育模式主体仍是专业教育模式,这种模式是我国一定社会背景下的产物,专业教育模式的培养方式造成了教育与科研的分离、基础学科与应用学科的分离,在教育导向上重理工轻文史哲,重应用科学轻基础科学,造成了我国高等教育专业口径狭窄、知识结构单一、培养规格统一、学生个体差异性差的教育体系^[3]。随着我国经济社会发展对高素质人才需求的不断提升,促进了我国大学专业教育重心的上移。20世纪80年代,针对应试教育提出了素质教育概念,并逐步扩展到高等教育系统中。素质教育提

倡人的思想道德素质、能力培养、个性发展、身体健康和心理健康教育理念。对于高等教育而言,素质教育是在专业教育基础上,实现培养人才的个性化发展,实现个体综合素质的全面提升。随着我国向创新型社会的转变,培养具备创新创业思维、创新创业精神、创新创业能力的复合型人才成为了高校人才培养的主旋律。创新创业教育符合素质教育的内涵要求,是素质教育模式的实现途径之一。创新创业教育不是否定专业教育,它是在专业教育基础上,实现人才个性化的发展,实现以专业知识为基础、创新能力为动力、创业实践为途径,最终实现人才素质的综合发展。因此,2015年6月2日,教育部部长袁贵仁在“高等学校创新创业教育改革视频会议”上指出:应促进创新创业教育与专业教育的融合,努力实现创新创业教育与专业教育由“两张皮”向有机融合的转变。可见创新创业教育是对专业教育的补充。

2 中医类高校开展创新创业教育壁垒

2.1 大众化中医类专业教育现状 随着我国高等教育制度的改革,以毛入学率计算,我国已经由上世的精英化高等教育阶段步入了大众化高等教育阶段。大众化高等教育是一个量与质统一的概念,“量”需要高等学校入学率达到15%~50%，“质”要求高等学校实现教育理念、教育功能、教育模式以及高等教育与社会关系等一系列变化。但是因为我国人均GDP水平相对较低,高等教育投入水平相对不足,决定了我国大众化教育属于追赶型的教育模式,这种追赶型大众化高等教育模式,造成了我国目前仅仅从量上达到了大众化教育的要求,而在质上没有形成合理的高等教育分层分类,更谈不上教育多样化,因此造成了我国现行高等教育模式与经济增速、产业结构、社会需求产生脱节的现象^[4]。对于高等医学教育来说,由于在培养过程要求掌握综合性医学知识、重视职业道德培养、注重实践过程、实现终身教育,决定了高等医学教育需要更高的教育成本投入。就目前我国追赶型大众化高等教育模式,从量上来说,虽然能够满足卫生事业对人才数量的要求,但是这种无序的扩大,进一步加重了医学教育资源、教育经费压力,使得医学教育质量、医学人才就业、医患关系等社会矛盾的突显^[5]。高等中医类教育是我国高等医学类教育的重要组成部分。在目前追赶型大众化高等教育模式背景下,高等医学类教育还面临专业专一性强、重基础轻实践、课程体系交叉不足、中医教育西医化等困境。

2.2 中医类开展创新创业教育困境

2.2.1 教育理念 目前普遍认为中医类专业主要培养具备中医药理论基础、中医学专业知识和专业实践技能,

未来能够从事中医临床医疗与科学研究工作的医学专业人才。而对于创新创业教育培养意识不够清晰,只是粗浅地认为创新创业教育就是引导学生完成创业,现行的高校创新创业教育改革只是为了缓解未来就业压力,忽视了创新创业教育在培养人才素质教育中的作用。

2.2.2 课程设置 现行的中医类专业教育课程体系是根据不同的专业划分,采用中、西医两套教学体系并行的教育模式,要求中医类学生既要掌握中医理论又要掌握现代医学理论。然而近年来“中医西化”“中医理论与西医理论融合”等问题一直困扰着中医类专业教育模式改革的步伐,使得在现行中医类专业教育课程体系本身存在争议之时,再融入创新创业教育体系变得难上加难。目前大多数创新创业教育课程只是粗暴地在现行的中医类专业教育课程体系中以考查课的形式加入诸如大学生就业创业职业规划、大学生创新创业素质培养等课程,缺乏创新创业教育与现代中医药教育模式的融合,忽视创新创业教育属于系统性教育工程,应根据不同专业的需要,融合具有符合专业发展特色的创新创业教育课程体系。

2.2.3 师资力量 我国目前中医类高等院校,全部是我国解放初期为培养中医药专业人才促进中医药事业发展建立的高等专科学校,相对于综合类高校,存在建院时间短的问题,在教学资源、师资力量、文化积淀等方面存在先天不足的问题。随着我国中医类高等院校的发展,师资队伍方面虽然由最初以中医临床医生为主,逐渐发展到由通识教师队伍、基础教师队伍和临床教师队伍组成的多样性教师队伍。但是由于医学教育专一性因素的特点,使得在中医类院校开展创新创业教育类师资严重匮乏,造成从事中医类创新创业类教育的师生比例不合理。目前多数在中医类院校中从事创新创业教育教师多以指导学生思想、就业工作教师为主,缺乏专业师资队伍。

2.2.4 实践教学资源 中医类专业教育属于实践应用型教育,在现行的中医类专业教育系统中,主要是在完成基础教育后,安排临床实践教学。随着中医类专业教育的不断深入,重视基础性实践教学不断得到重视,如何提供中医类专业人才的实践能力、动手能力、创新能力、科研能力成为了考核中医类专业教学水平的标准。因此决定了中医类专业教育实践教学资源配置要为医学实践服务,围绕医学实践配置临床实践、科研实践、医学实验等实践教学资源。创新创业教育虽同样属于实践应用型教育,但其实践培养体系与中医类专业教育存在明显的差异,在创新实践培养中需要重视培养创新意识、创新思维、创新能力,提

供创新知识基础、创新技术基础等智力支持,在创业实践培养中需要融入经济环境、商业环境、市场环境等经济学实践概念。从表象上可以看出,中医类专业教育实践资源与创新创业教育实践资源存在着一定的冲突,在有限的教学年限和资源下,很难实现熊掌与鱼兼得。

2.2.5 教育资金 由于我国追赶型大众化高等教育的客观事实存在,以及医学类专业人才培养需要较高比例的教育经费投入,同时创新创业教育改革起步相对较晚,相关配套政策制度相对滞后等因素的存在,使得目前在创新创业教育经费投入上存在明显的不足。现阶段在中医类创新创业教育经费支持上大部分集中在以“大学生创新创业训练计划项目”“挑战杯”“全国大学生课外学术科技作品竞赛”等创新创业竞赛类项目为依托的项目运行经费支持,缺乏在创新创业教育系统培养中,诸如教学资源配置、师资队伍培养、激励制度完善等基础方面提供经费支持,不可避免地造成了在创新创业竞赛类经费支持的浪费。大部分参赛的项目由于缺乏基础知识和理论的支撑很难形成成果转化,大部分创新创业项目仅仅停留在纸上谈兵,一些创业想法脱离实际创业环境,不能实现创业项目的有效孵化。一个创新创业竞赛项目结束后,由于面临着团队人员变更、经费支持滞后、学校层面的创新创业指导性建议跟进不足等现象,使得项目不能进一步延伸,造成了经费成本形成高投入低回报的尴尬境地。

2.3 “1+1”模式促进专业教育与创新创业教育融合 虽然在中医类高等院校中开展创新创业教育存在上述的壁垒,但是中医类专业教育自身的教育特色,完全可以满足中医类专业人才的创新创业教育需要。随着人们生活水平的不断提高,健康问题逐渐受到大众的关注,中医在养生、保健、食疗、药膳等方面的特色理论体系越来越受到公众的认可。因此中医类高等院校应充分认识到未来市场对中医药专业的需求点,通过开展创新创业教育,引导未来中医类人才走创新创业道路。辽宁中医药大学根据《意见》要求结合本校教学资源,在创新创业教育实践的道路上提出“1+1”模式的专业教育与创新创业教育融合模式。

2.3.1 明确融合指导思想 确定培养创新创业应用型人才的目标,以“一定位、二培养、三融合”为教学理念:一定位:即确定创新创业应用型人才的培养目标;二培养:即培养全校师生的创新创业教育意识,培养全校师生的创新创业能力;三融合:实现创新创业教育与专业教育融合,创新创业内涵与专业学科融合,创新创业能力与专业就业融合。

明晰教学宗旨：以培养具有创新创业基本素质和开创型的医学应用型人才为核心。以创新创业教育及实践活动培养学生的创新创业意识、创新创业能力、认知创新创业环境、实践创新创业活动为工作主线。以专业教育为主，创新创业教育为辅，通过创新创业教育促进专业教育创新性发展，提升专业创新力，以专业创新引领专业创业，专业创业带动专业就业。

2.3.2 “1+1”融合模式的实施方案 “1+1”模式包括横向和纵向双层内涵：横向“1+1”即采用“专业学院+创新学院”的人才培养模式。专业学院：是以专业教育为目标。根据不同专业学生自身不同专业教育培养方案，按计划完成本专业学习内容。创新学院：是以创新创业为目标。在学生完成本专业学习内容期间，打破原有专业限制，将不同学科、专业、年级学生，纳入创新学院进行再次培养，期间完成创新创业再教育过程。通过横向“1+1”的培养，实现专业教育与创新创业教育双向发展。纵向“1+1”包括专业与创新创业的融合，具体包括培养方案、课程体系、师资队伍等方面的相互融合。通过纵向“1+1”的培养，实现专业教育融合创新创业教育，创新创业教育融合专业教育。

2.3.3 “1+1”融合模式的实现目标 通过成立创新学院，健全创新创业课程体系建立。打破因专业设置造成各专业之间在创新创业教育中学科融合的壁垒，促进创新创业教学体系的建立。该学院的培养目标以训练具备较强创新创业意识、创新创业精神、创新创业能力的复合型人才为目标。实践面向具有较强创新创业意识的本科生，完成其意识训练、能力认知、环境认知、实践模拟提升的创新创业再教育过程。创新学院的基本功能包括：（1）打破原有专业限制壁垒，面向全校各专业学有余力，并对创新创业有浓厚兴趣的学生招生，促进各专业在创新创业教育体系中融合。（2）建立创新创业课程体系，与各专业教学计划相配合，采用两层次的创新创业课程体系，一方面面向各专业学生，在本专业教学计划内融入创新创业基础课程，如大学生创新创业素质培养、大学生就业创业指导，以激发各专业学生的创新创业意识，培养创新创业兴趣与爱好，实现广泛性的创新创业基础性教育。另一方面在创新学院下开设具有专业方向性的创新创业课程，实现在基础性创新创业教育后，针对创新创业主观能动性强的学生有针对性地开设提高类创新创业课程，如中医创新思维、创业基础、SYB创业基础等，实现针对性的创性创业提高性教育。（3）开展课

外创新创业实践活动，利用诸如沙龙、讲座、交流会等形式，以创新学院为载体，创新学院内学生掌握的创新创业经验、项目、设想为内容，面向全校学生开展活动，以点带面推进创新创业教育在全校范围内开展。

多部门协同，促进创新创业实践平台建设。创新创业教育是一个庞大的系统工程，创新创业教育能否有效开展除了要求学生具备创新创业理论基础，还应为学生搭建开放的创新创业实践平台，因此我校以创新学院为创新创业教育主体，依托学生团委、就业创业指导中心、教学实验中心、教务处、科技产业处、财务处等职能部门协同，实现创新创业教育体系的建立。（1）创新学院与科技产业处、教学实验中心相互协调实现创新教育培养，由科技产业处提供创新性中医科研思路，教学实验中心提供实验室开放平台，为学生搭建创新性思维培养的实践平台，学生可通过相关科研实验，感受实践过程，培养中医类创新思路。（2）创新学院与学生团委、就业创业指导中心相互协调实现创业教育培养，由创新学院完成创业项目种子培养，依托“大学生创新创业能力训练计划项目”广泛性地培养在校生的创新创业种子项目；由学生团委进一步培养具有一定创业潜力的种子项目，培养项目运行团队，实现优秀项目运行成员的梯队建设；由就业创业指导中心对优秀创新创业种子项目进行孵化，促进具备良好发展前景的创新创业项目能够尽早与市场接轨。

3 结语

如何充分挖掘中医类专业教育特长，有效引导学生的创新创业思路，是中医类高等院校长期探索和实践的过程需要解决的问题，笔者提出的上述措施也仅仅是创新创业教育实践中刚刚迈出的第一步，上述措施是否符合未来创新创业型人才的培养需要还需要走更长的实践道路。在创新创业教育的道路上，需要我们这些高等院校教育者开拓思路，只有通过不断创新、实践、再创新、再实践的教育过程，才能够促进创新创业教育事业的蓬勃发展。

参考文献

- [1]王贤芳,孟克.论高校创新创业教育体系之重构[J].教育教学论坛,2012(2):118-120.
- [2]鲁宇红,张素红.对大学生创业教育和创新教育关系的分析[J].江苏高教,2011(6):106-108.
- [3]文辅相.我国大学的专业教育模式及其改革[J].高等教育研究,2000(2):5-10.
- [4]李立国.中国高等教育大众化发展模式的转变[J].清华大学教育研究,2014,35(1):17-27.
- [5]钱福华.高等医学教育的特点及其相关问题的思考[J].医学教育,2005(3):5-7.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张宁苏 收稿日期:2017-12-14)

传统文化对医学生人文素养的教育意义[※]

肖建国¹ 周飞虎^{1*} 赵美娟²

(1 中国人民解放军总医院重症医学科, 北京 100853; 2 解放军医学院人文教研室, 北京 100853)

摘要: 中国传统文化源远流长, 博大精深, 包罗万象, 其中不乏许多与医学生应具备的人文素养相契合的优秀思想和理念。本文根据当前中国医学发展面临的环境和背景, 剖析中国优秀的传统文化, 尤其是“恒”与“仁”、“躬”与“诚”、“实”与“礼”等先进思想意识对现代医学生人文素养培养的根基作用, 探讨弘扬传统文化在促进医学人文发展及和谐医患关系等方面的作用, 充分挖掘传统医学对于科学、人文的双重价值, 并提出医学院校加强中华优秀传统文化教育的必要性和重要性。

关键词: 传统文化; 教育; 医学; 人文素养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.004

文章编号:1672-2779(2018)-07-0009-02

The Educational Significance of Traditional Culture on the Humanistic Quality of Medical Students

XIAO Jianguo¹, ZHOU Feihu^{1*}, ZHAO Meijuan²

(1. Department of Intensive Care Medicine, the General Hospital of PLA, Beijing 100853, China;

2. Department of Humanity and Research, the Medical College of PLA, Beijing 100853, China)

Abstract: Chinese traditional culture has a history of thousands of years, and it is extensive, profound and all-embracing. Among them, there are many excellent thoughts and ideas which are compatible with the humanistic quality of medical students. According to the environment and background of the development of Chinese medicine, the article mainly analyzed the basic role of excellent traditional culture, especially the ideological consciousness of "perseverance", "charity", "personally", "sincerity", "honesty" and "courtesy", and discussed the modern medical students' humanistic quality. And it also fully excavated the dual value of traditional medicine to science and humanities, and mentioned the necessity and importance of strengthening Chinese excellent traditional culture education in medical colleges and universities.

Keywords: traditional culture; education; medicine; humanistic quality

随着近年来医疗环境的持续恶化, 医患矛盾越来越深, 伤医、害医事件时有发生, 医患矛盾成为社会持续关注的焦点。调查发现, 医科类已经成为目前高考志愿填报的冷门专业; 最近, 一项针对医护人员内部的调查问卷显示, 高达60%以上的医护人员不希望自己的子女以后从事医疗行业。长此以往, 一个民族如果没有了优秀的医疗力量与充分的医疗资源, 那是多么可怕的事情。

出现上述情况的原因很多, 有深层次的制度和和社会原因, 比如: 人们健康需求的增长与医疗资源的分配不均衡之间的矛盾; 廉价的医疗行为与高强度的医疗付出之间的严重不匹配; 药品、器械等医疗相关配套产业的畸形发展等。面对如此林林种种, 作为一名医护人员, 如何坚守医疗岗位, 恪守职业道德, 不忘入职誓言, 坚持一心为患? 有些人坚持不住, 退缩了、变质了, 有些人却仍在坚持着, 依靠着一颗高尚、坚韧且足够强大的内心, 这就是医者的人文素养。

优秀的医生兼具精湛的技术与高尚的素养, 这里的素养包括仁者爱人的社会情怀, 笃实严谨的工作作风, 淡泊名利的人生态度, 谦和优雅的行为举止, 真诚有效的沟通技巧等^①。1992年, 世界卫生组织的Boelen

博士曾提出“五星级医生”的概念, 即医生应集提供保健、治疗决策、健康教育、社区引领、服务管理于一身^②。因此, 具有渊博的人文知识和高尚的人文素养是成为优秀医生的必要条件。

习近平总书记说, 优秀传统文化是中华民族的精神命脉, 是最深厚的文化软实力。中国传统文化博大精深, 源远流长, 蕴含着丰富而深刻的人文精神, 其中很多优秀思想均与现阶段医者应具备的人文素养相契合, 值得我们认真学习体会。

1 孔孟学说的“恒”与“仁”

中国传统文化的核心就是儒家文化, 其中的代表思想就是孔孟学说。在古代, 医是由古代贵族阶级中的士来担任的。孔孟时代, 随着士阶层的扩大和分化, 逐渐良莠不齐。以孔子、孟子为代表的儒家灌注给士一种理想主义精神, 要求他们能超越个体的利害得失, 发展为对整个社会的深厚关怀。《论语·子路》中讲“人而无恒, 不可以作巫医”^③, 赋予医者“恒”的品格。孟子曰“无恒产而有恒心者, 惟士为能”, 进一步将“恒心”作为“士”区别于一般人的基本准则, 由此完成了“医—恒—士”的精神构建。“恒”通俗讲就是“超越个体和群体的利害得失”, 《论语》篇中有“圣人, 吾不得而见之矣; 得见君子者, 斯可矣。善人, 吾不得而见之矣; 得见有恒者, 斯可矣。亡而为有, 虚而为盈, 约而为泰, 难乎有恒矣。”可见, 能称为恒

※ 基金项目: 解放军总医院科研扶持基金【No.2016FC-TSYS-2035】

* 通讯作者: zhoufh301@126.com

者，需要多么可贵的精神品质，而将之用在医者身上，既是无上光荣，又是鞭策。

仁爱思想是传统儒家文化的精髓，也是中华民族道德精神的象征。“仁远乎哉？我欲仁，斯仁至矣”；“己所不欲，勿施于人”。在这种思想的基础上形成了“老吾老以及人之老，幼吾幼以及人之幼”“不独亲其亲，不独子其子”的广阔胸怀和相互关爱的社会风尚^[4]。而医生这个职业的使命决定了他必须是仁爱思想的集中体现。“仁心”是行医的根本前提，要“以人为本”，对患者充满爱心、待患如亲；“仁术”是行医的基本准则，要“三思后行”，以治病为本，以救人为先。因此，我们要从仁爱思想中吸取营养，把仁爱精神融入医学生的血脉之中。

2 医学前辈的“躬”与“诚”

现今部分医生人文素养的缺失主要表现在：缺乏责任感，追逐功利，缺乏敬业精神，业务不精。殊不知自古《大学》中即有训：修身，齐家，治国，平天下。而要想做到齐家、治国、平天下，要以修身为前提。而修身则要求先要能坚持，能亲历。如果没有坚强的内心，无论做什么都很难成功。中国传统医学的发展也是步步荆棘，但无数先辈以身作责，事必躬亲。身为上古三皇之一神农氏，为百姓治病誓言要尝遍所有草药，最后因尝断肠草而逝世，被称为中国传统农业与医学的创始者；明代李时珍走遍群山四野，历时数十载方完成巨著《本草纲目》，是中药学发展传承的奠基者之一。这些大家，无不献身医学事业，凡事亲历亲为，其责任心实乃可贵，足以警醒我身后辈虚心学习之。

唐代医家孙思邈，遍访四方，收集民间验方整理完成著作《千金要方》及世界上第一部药典《唐新本草》，被后世尊称为“药王”^[5]。而他“大医精诚”的论述^[6]，更是影响了无数代医疗工作者，被誉为是“东方的希波克拉底誓言”。其中的“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”。先人对医家品德修养之描述如此贴切，是无数医学生入学必修之课，更被写进无数医学院校的校训中。

3 传统文化的“实”与“礼”

传统文化不失古代人民笃实严谨的作风。笃实就是质朴的品格和务实的精神。古人讲究“实”，把“老实”“踏实”“诚实”作为衡量君子品德的标准，形成了崇尚实干、反对空谈的社会风气。老子说：“信言不美，美言不信。”孔子也认为人应“讷于言而敏于行”“耻其言而过其行”，这才是谦谦君子。而对于医者，“实”还指具有严谨精神，尤其是古代医家在治

病救人时，严谨负责，一丝不苟。《大医精诚》中说：“省病诊疾，至意深心；详查形候，纤毫勿失”^[6]。现今有些年轻医生学习不踏实、不刻苦，浅尝辄止。走上工作岗位后其知识功底的薄弱就会无限放大，遇到复杂病情，不能确诊，不敢抢救，甚至误诊。因此要从学习中国传统文化入手，学习笃实严谨精神，培养刻苦踏实、兢兢业业的良好品质。

作为礼仪之邦，注重礼仪是中国古代人民的重要美德。中国文化中包含着丰富的“礼”文化，是中国的重要文化之一。礼，即有恭敬之心，辞让之心。《礼记》中记载：“凡人之所以为人者，礼仪也。”孔子曾说：“不学礼，无以立。”礼又包含着谦和之意，《三字经》有云“满招损，谦受益”，告诫人们不要“自矜”“自伐”“自是”。谦和好礼就是要有修养涵养，谦让不争，这样人际关系才会和睦。古代医者非常注重谦和好礼，《小儿卫生总微论》中记载：“凡为医者，性存温雅，志必谦恭，动须礼节，举止和柔，无自妄尊。”谦和好礼应是医生的基本素质，与同行交流时，应谦虚平和，虚心交流，取长补短；与患者沟通时，要礼仪规范，言语举止得体，不能自高自大，否则就会引起患者的反感，甚至引发冲突。所以，要加强医学生的礼仪教育，使之拥有谦恭之心和优雅的言谈举止。

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央高度重视中华优秀传统文化的传承发展，始终从中华民族最深沉精神追求的深度看待优秀传统文化，从国家战略资源的高度继承优秀传统文化，从推动中华民族现代化进程的角度创新发展优秀传统文化，使之成为实现“两个一百年”奋斗目标和中华民族伟大复兴中国梦的根本性力量。习近平总书记作出的一系列重要论述，为传承和创新发展中华优秀传统文化指引了方向，也为医学生人文素养教育树立了无数榜样，不忘初心，方得始终；学古贯今，以成大器。

中华文化积淀着中华民族最深沉的精神追求，是中华民族生生不息、发展壮大的丰厚滋养。医学不断发展，技术精益求精，但驾驭这些技术的医者始终应坚守一种信仰，那就是来自与传统文化的优秀思想，也就是根植于心的仁爱、无需提醒的自觉、为别人着想的善良和不求回报的坚持。

参考文献

- [1]崔晓燕.中国传统文化与医学生人文素养的融合[J].卫生职业教育,2017,35(17):13-14.
- [2]黄一瑜.回归经典阅读,推进医学人文教育[J].人民论坛,2015(32):136-137.
- [3]杨伯峻.论语译注[M].北京:中华书局,1980:141.
- [4]戴月舟.孔孟学说对中国传统医学的影响[J].南京医科大学学报(社会科学版),2013,12(6):501-503.
- [5]高文柱.药王千金方[M].北京:华夏出版社,2004:16.
- [6]唐·孙思邈.备急千金要方[M].北京:人民卫生出版社,1995:34.

(本文编辑:李海燕 本文校对:康红军 收稿日期:2018-01-16)

中医脑病科专业型研究生培养模式探讨[※]

张燕平 李燕梅* 路永坤 杨海燕 杨克勤 李社芳

(河南中医药大学第一附属医院脑病科, 河南 郑州 450000)

摘要: 采取合理的培养模式, 对培养出合格的中医脑病专业型研究生至关重要。在培养中医脑病专业型研究生的过程中, 河南中医药大学第一附属医院脑病科探索出了自主教学、集中授课、定期培训、严格考核的培养模式, 取得了满意效果。

关键词: 中医脑病; 专业型研究生; 培养模式; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.005

文章编号:1672-2779(2018)-07-0011-02

Discussion on Cultivation Mode of Professional Graduate Students of Traditional Chinese Medicine Encephalopathy

ZHANG Yanping, LI Yanmei *, LU Yongkun, YANG Haiyan, YANG Keqin, LI Shefang

(Encephalopathy Department, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: To adopt a reasonable mode of cultivation is of crucial importance to cultivate qualified professional graduate students of TCM encephalopathy. In the process of cultivating TCM encephalopathy professional graduate students, encephalopathy department of the first affiliated hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine explored the training mode of independent teaching, centralized teaching, regular training and strict examination, and achieved satisfactory results.

Keywords: traditional Chinese medicine encephalopathy; professional graduate student; training mode; stroke

神经病学为临床医学一级学科, 由于其神经系统解剖的特点及其功能的复杂多样性, 其知识结构及临床思维均有别于其他学科, 是一门专业性极强的临床学科。神经科疾病的诊断与其他科不同, 包括定位诊断和定性诊断, 学生必须要有扎实的理论基础, 除了神经病学专业培训, 还需要学习相关的神经生理、病理、生化和专业的神经解剖学。从事神经科临床工作要求具备一定科研素质的临床技能为主的高水平临床应用型人才, 而研究生专科知识结构及研究生培养模式则决定着未来一线临床医生的临床水平。因此, 培养专业基础知识扎实、临床技能熟练、综合素质高的专科研究生是临床教学基地的重要工作。然而, 由于中医系统本科生西医基础知识薄弱、临床锻炼时间短等原因, 很大程度地影响了研究生的培养质量。而进一步通过优质的临床学习培养教育, 对培养神经科研究生的临床意识、临床思维、临床技能以及帮助研究生适应医生社会角色的能力方面都有极大的推动作用。因此, 如何保障研究生的培养质量成为面临的主要问题。通过几十年的教学及临床带教经验, 近年来我们探索并建立了一套系统有效的中医脑病临床型研究生培养模式。该模式主要包括自主教学、贯穿始终的脑病科集中授课、定期的临床技能培训以及严格的考核制度等^[1], 运用该模式, 我院中医脑病专业型研究生临床能力得到了显著提高, 现介绍如下。

1 自主教学巩固提高专业基础知识

研究生临床培养学习, 其目标必须以人为本, 充分调动人的主观能动性, 使学生都能在一个严格的管理制度、良好的教风与学风的培养氛围中挖掘人的潜能, 最大限度地发挥人的主观能动性, 只有这样才能不断提高研究生的培养质量。

自主教学是通过让每个研究生通过查阅脑病科常见疾病的最新研究进展及典型病例, 做成PPT, 每周1次轮流讲课, 其余研究生参与听课, 由至少2名副主任以上的医师参与, 并制定严格的考勤制度。脑病科临床型研究生培养的过程中首先要重视专业基础知识的培养, 尤其是在研究生刚接触脑病科临床的前3个月, 中医院校的学生, 通过本科阶段的学习仍然存在着中医基础理论及中医辨证能力差, 神经系统解剖理论掌握不牢固的问题, 因此在培养的过程中首先面临的就如何在短时间内较好地掌握基础知识。我们在研究生培养的过程中, 通过引导、组织学生进行讲课, 来进一步巩固提高其专业基础知识。同时由于脑血管病患者自身的血管和神经发育变异较大, 是临床教学中难度较大部分, 学生往往感到抽象不易理解, 而自主教学让学生可以通过查阅文献了解最新进展, 并指导他们学习神经科相关学科的知识, 开阔学生的思路, 才能有条理地系统分析和诊治疾病, 为以后临床工作打下理论基础。

脑病科疾病的定性与定位诊断尤为重要, 严谨、准确的定位、定性思维则是专科特点和水平的重要体现, 要求研究生熟练掌握“神经病学”“神经系统疾病定位诊断学”及“神经解剖学”系统知识(包括脑

※ 基金项目:河南中医药大学研究生专项课题[No.2013YJX005]

* 通讯作者:liyanmeizz@163.com

部及脊髓的解剖、神经传导通路、单个神经的走行及支配、反射、运动等)。只有具备扎实的专业理论基础知识才能把握前沿理论知识,是迈向研究生科学研究取得成功的第一步。学生通过查阅文献可以发现,无论问题的大小,只要是经过认真思考发现的问题都一定会在他人的研究中找到相关的信息或答案,而且通过查阅文献,可以紧跟最新学术观点及学习最新指南,了解国内外最新研究动态,加深了对知识的理解,记忆更加深刻,并且拓展了知识面及开阔了视野,同时能够做到理论知识与临床实践的紧密结合,能激发学生的好奇心和创造力,培养分析和解决实际问题的能力,充分发挥了学生的积极性和主观能动性。

前3个月中在对临床疾病进行初步了解的同时,把《中医基础理论》《中医内科学》中关于脑病科疾病及每个疾病的神经系统的解剖学部分集中起来,轮流讲课,在所有研究生轮流讲课结束后对所讲内容进行试卷考核。通过这种形式的学习,使研究生们在巩固提高专业基础知识的同时,不但能够提高研究生学习的积极性,进一步加深对知识的理解,而且对扩充知识面、提高临床水平大有裨益。同时学生讲解课件,能提高学生的演讲和交流能力,以及逻辑思维能力,这些对学生以后的职业生涯有很大的帮助。

2 集中授课加深对临床常见病中西医诊疗的认识

集中授课贯穿研究生培养的始终,每2周1次由教授轮流授课,授课小组由脑病科副主任职称以上的医师及硕士研究生导师组成。教授结合自己的临床经验向学生讲授临床多发病、常见病的中西医诊断及治疗,尤其是在临床上常见到的眩晕、中风、痿证、颤证、头痛、呆证等疾病,通过特殊病例讲解中医药在治疗中的优势及自己的用药体会,并结合最新指南进行讲解,以加深研究生对临床常见病的中西医诊疗认识。通过此种教学形式,不仅使研究生们的临床实习过程中遇到的问题得以解决,还可以学习到更多的其他知识。同时教授通过在讲课期间与研究生进行交流,可以了解到他们在临床中的薄弱环节,以便于可以制定更好的教学方案。

3 定期技能培训提高中医辨证及临床操作能力

对脑病科临床型研究生来说,临床技能的掌握非常重要。在3个月的基础知识学习之后,通过每月1次的典型病例、疑难病例进行讨论,以提高临床研究生的中医辨证能力。每天查房时要求临床研究生对所分管患者进行神经系统查体,并由带教老师进行评价。脑病科的辅助检查如核磁共振、头颅CT、肌电图及脑电图的读片,每天晨会后由主任集中对当天新出来的

影像检查带教讲解,带教老师也会在查房中针对病人详细地讲解,另外,通过收集科室中1个月内所有患者的头颅CT、MRI由研究生进行读片练习,并通过交流,可以掌握学生知识点学习情况,明确学生读片中遇到的共性问题,并进行一一讲解,使学生的读片能力不断提高,能在有限的教学时间内达到更好的教学效果,而不是简单的应试教育和“填鸭式”教育。腰穿操作是脑病科研究生需要掌握的必要技能,通过模拟训练及亲自操作,力求每个研究生毕业时熟练掌握。

4 严格的考核制度

严格的考核制度不仅是对培养模式的一种认可,同时也是对学生学习情况的一种了解。主要包括以下几个方面:一是技能考查,包括神经系统查体、头颅CT及MRI读片、腰穿操作等,参照评分标准进行评分;二是试卷考试,考核小组根据临床常见病、多发病制定关于疾病的诊断、鉴别诊断及治疗的试题;三是问卷调查,了解学生对临床技能培训及考核体系建立的意见、态度及反映。通过此种考核制度,一方面可以对临床研究生的学习情况进行评价,另一方面可以找出培养模式中的优点以及不足之处。在培训大概5个月之后对其进行严格的考核,由3名副主任医师以上职称的医师组成考核小组。通过对指定患者的神经系统查体、头颅CT或MRI读片、中医辨证、西医诊断及常规治疗进行考核。在考核的过程中发现其中的不足,并对其进一步的培训。通过对过去几届研究生的观察,按照考核体系进行培养的研究生与常规培养的研究生相比,不论是在基础知识的掌握方面,还是临床技能的操作方面都有明显的优势。

中医脑病临床型硕士研究生的培养比本科生有着更高的要求,在研究生阶段,既要学好基本理论知识,又要注重临床技能的培养^[2]。针对目前我国医学高等教育的培养目标模式,如何提高临床医学专业硕士研究生的基本能力是每个研究生培养单位值得思考的问题^[3]。通过实行以上系统有效的培养模式,我院中医脑病临床型硕士研究生不管是在基础的掌握方面,还是临床技能的提高方面,都取得了满意的效果,能给中医脑病研究生的培养提供一些借鉴。

参考文献

- [1]丁建平,贾建平,孙永馨,等.神经病学研究生规范化培养探索[J].中国现代医学杂志,2010,20(11):1756-1758.
- [2]樊兴娟,史加海.神经内科硕士研究生的教学培养研究[J].科技视界,2013(25):71.
- [3]王锁彬,丁建平,孙永馨,等.提高神经病学硕士研究生临床能力的实践[J].医学教育探索,2010,9(7):914-916.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王彦华 收稿日期:2018-02-27)

移动网络云班课形式的 TBL-EBM 教学模式的构建^{*}

——以高职高专医药经管类实训课程为例

张平 彭攸灵 刘叶飞 刘群群

(湖南中医药高等专科学校药理学系, 湖南 株洲 412000)

摘要:目的 构建移动网络云班课形式的TBL-EBM教学模式,并验证该模式在医药经管类实训课程中的应用效果。方法 随机选择药学专业班级,在药品市场营销、药事管理学、药店经营与管理3门实训课中,试验组2个班93人采用移动网络云班课形式的TBL-EBM教学模式,对照组2个班89人采用传统实训教学方法,比较学习效果。结果 学习效果的调查问卷经过信效度检测,学生的实训参与度、学习积极性、团队合作、合作学习、实践能力、沟通能力、社会适应能力和团队荣誉感方面2组比较差异有统计学意义($P<0.05$);自我管理能力和自学能力方面2组比较差异无统计学意义($P>0.05$);课程结束后,其3门医药经管类实训课程的平均成绩,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 移动网络云班课形式的TBL-EBM教学模式能够提高学生的综合能力,有助于培养医药人才的经营类团队、社会思维和学习的参与性与积极性。

关键词: TBL-EBM; 移动网络云班课; 团队; 能力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.006

文章编号:1672-2779(2018)-07-0013-04

Construction of TBL-EBM Teaching Model in Mobil Network Cloud Class

---Take the Training Course of Medicine Management in Higher Vocational Colleges as an Example

ZHANG Ping, PENG Youling, LIU Yefei, LIU Qunqun

(Pharmacy Department, Hunan Traditional Chinese Medical College, Hunan Province, Zhuzhou, 412012, China)

Abstract: Objective To construct the TBL-EBM teaching model in the form of network cloud class, and to examine the application effect of this model in the training course of medicine management. **Methods** Using random sampling method for four classes of pharmacy in the pharmaceutical marketing, pharmacy administration, drugstore management three training courses, the included students were assigned into experiment group ($n=93$) and control group ($n=89$) with using the traditional teaching methods of training. The teaching effects of two groups were compared. **Results** The questionnaire to study the effect of validity after detection, the students' training participation, learning enthusiasm, team cooperation, cooperative learning, practical ability, communication ability and team pride was significantly different, and the difference between the two groups was statistically significant ($P<0.05$), social ability, self-control ability and self-learning ability was not significantly different, and the difference between the two groups was not statistically significant ($P>0.05$). At the end of the course, the average scores of the three courses of medical management were significantly different, and the difference between the two groups was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The TBL-EBM teaching model in the form of online cloud class can improve the comprehensive ability of students, and help to train the management team, social thinking and learning participation and enthusiasm of medical talents.

Keywords: TBL-EBM; mobil network cloud class; team; ability

随着国家《健康中国2030》的不断稳步推进,迎来了医药健康产业发 展的机遇期,那作为我们高职高专医药经管类教学的老师在提供技能型人才的同时,也应该让学生向更高层次的人才需求迈进,让学生能够成为适应社会,培养一定职业和专业素养、适应《中国制造2025》的高级经济管理创新人才,这些都需要我们进一步的“互联网+教育”教学模式探索和改革。而医药经管类课程的实践教学一直是医药高职高专院校的难点,其学生参与度低、实训资源有限、学生缺乏团队精神以及考核效果差^[1]。随着高职高专复合型、应用型、创新型技术技能人才培养的深化,尤其是学生与就业创业相关的团队协作能力和社会适应能力的要求越来越高,此难点问题显得更加突出。该文首先通过了解学生的学习习

惯和特点,构建网络云班课形式的TBL-EBM教学模式,然后对本校药理学系药学专业的部分学生开展网络云班课形式的TBL-EBM教学,以评价该教学模式在医药经管类实训课程中的应用效果,提高医药类学生的综合能力,也为其他兄弟院校进行此类教育教学改革提供有力的参考。

1 教学模式构建

1.1 学生学情分析 高职高专院校新一代医药类大学生存在一定的个性化,较为前卫,喜欢运用当今的“互联网+”形式,自行通过智能手机、移动终端、电脑等解决遇到的困难。但是同时存在一些在校期间人生目标模糊,学习的积极主动性、自觉性不足,自学能力较差,课堂的参与度较低,填鸭式、灌输式的学习方式更多,入学成绩普遍偏低的特点。同时高职高专医药类大学生在 大一 大二 基础教学阶段缺乏管理学和法律等基础课程的学习。学生的这些特点都为移动网络

^{*} 基金项目:湖南省教育厅高教处教研教改项目【No.SJ20161102】

云班课形式的TBL-EBM教学模式在医药经管类实训课程中开展提供了必要性条件。

1.2 移动网络云班课 智能手机的普及化,催生了大量的低头族,已经到了无法回避的状况,当然这种“低头”也带到了中国所有的教学课堂上,为了将这种手机“瘾癖”利用起来,让手机成为课堂的必备而且时时刻刻需要用到的工具,开展线上和线下的混合式教学,这样也催生了手机APP形式的移动网络云班课。移动网络平台也越来越多,其中主要有超星学习通、网易云、云课堂、云班课等。云班课是利用移动智能设备开展课堂内外即时反馈互动教学的云平台。教师在平台云端创建班课,为学生移动设备提供视频、课件、私聊等^[2]。蓝墨云班课是近三年出现的一种相对成熟的基于移动智能终端的云平台,具有通知、签到、任务分组、讨论、上传下载、作业、测试、投票、评分、统计、私聊沟通等基本功能,有助于实行大数据收集,包括自动的学生学习行为、过程和学习结构的收集、评价和分析。蓝墨云班课为本文教学模式的构建提供了互动教学平台^[3],使教师与学生沟通更顺畅,使教学变得轻松、有趣、简单和高效,同时也可以提高老师信息化教学水平和学生的信息化学习能力。

1.3 TBL-EBM教学模式的理论基础 小组学习(TBL)教学法又称为团队教学法,是2002年美国教育学家在以问题为基础(PBL)教学模式基础上改革创新并逐渐兴起的一种有助于促进学习者团队协作精神的新型教学方法^[4]。TBL教学法以团队为基础的学习是一种有助于促进学习者团队协作精神、注重人的创造性、灵活性与实践特点的新型成人教学模式,能克服传统教学中以“教”为主、教师占主导地位、学生被动接受知识的缺点。

关于事件式营销(EBM)模式最早源于营销大师菲利普·科特勒(Philip Kohler)将“事件”定义为企业为传播特定信息给目标顾客而设计或利用,他还指出基于参与者与赞助者目标的关系,“事件”可分为直接事件和间接事件,前者参与赞助者的目标顾客直接重叠,如展览会、贸易峰会、交易磋商等,而后者参与者可能没有被赞助商划定为目标顾客,这些参与者是受到媒体及口碑等影响而参与进来,如世界杯、选美大赛等^[5]。总体而言,Kuzma认为事件营销最经常的目标是增加顾客对企业的注意,提高企业形象及展现企业社区责任,是为达成公司目标而举行或推动特殊事件的营销手段^[6]。

TBL不仅适合国外的学情,同样也适合我国教育发展的要求。虽然EBM模式多作为企业的一种营销方式,但是在运用TBL教学法时,每个固定分组就为一个团队,类似于一个小企业、小团队,在团队活动的

进行中运用EBM能够增加课程的趣味性和学生的参与感,从而能提高教学质量,优化教学环节,增加学习的兴趣性、自主性和积极性,真正实现学生为主体的教学模式,同时能树立并保持教师的教学热情。

1.4 移动网络云班课的TBL-EBM教学模式构建

1.4.1 实训项目中教学模式构建步骤 移动网络云班课形式的TBL-EBM教学模式构建步骤,见图1。

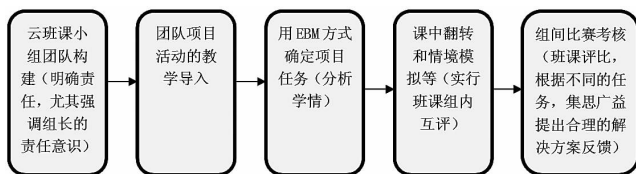


图1 网络云班课形式的TBL-EBM教学模式构建步骤图

(1) 组建小组团队,该过程要注意团队的文化能力的培养,并将其融入到部分实训项目中,比如药店经营与管理课程中的实训项目POP(堆头广告)书写,就可以要求学生写一份关于自己小组团队的POP海报。(2) 团队项目活动的教学导入的设计重点在老师,老师根据实训教学重点,通过移动网络云班课制作和搜集与实训项目相关的资源包括图片、文档、动画、视频等作为学生线上学习的内容。(3) 用EBM方式布置团队项目活动的任务,并对不同的小组团队分配不同的任务,在任务完成后进行每个实训项目的学情分析,抓住课程实训项目的难点。(4) 课中翻转和情景模拟,进行组内自我管理、自我评判,主角在学生,老师根据布置的任务学情中做一定的引导。最后是进行组间的讨论和比赛考核,针对不同的任务集思广益,提出合理的解决方案反馈,这个过程在课中结束和课后均可以进行,网络云班课让学生与学生、学生与老师的沟通无障碍,相互进行私聊沟通。

1.4.2 实训项目设计 医药经管类实训项目的设计是体现移动网络云班课形式的TBL-EBM教学模式中EBM的不同,具体的实训项目应该分为三个大类。

第一大类为对接职业岗位类:教学模式构建步骤是针对每一个实训项目而言的,而具体的实训项目的设计上,首先应该针对本门课程的相关的职业岗位,不同的职业岗位要求不同,职业生涯也不同,在开始的实训中就应该树立学生对该类职业岗位有一种崇高的责任感和使命感,这样在以后的实训中会激发学生对于职业岗位的热爱,有利于培养良好的职业素养,这也是我们实训中最难突破的素质目标内容,虽然绝大多数的医药经管类教材中没有该部分的内容,但是相信在不久的将来,这是所有教育与改革的方向之一,只有培养具有崇高职业梦想和素养的高级人才,才能适合全社会的发展,也才能满足当今中国经济的腾飞。增加该部分的实训项目,可以将实际表面比较虚无的素质目标在每门课程的开始就能够落地,激发学生的

职业情操,培养更高素质要求的人才。比如药店经营与管理课程中第一个实训项目就可以设置为“药店店长的职业生涯规划和能力素质要求”的翻转模拟实训;药品市场营销学中就可以设置为“医药企业销售经理的职业生涯规划和能力素质要求”等。

第二大类为对接行业类:每个行业的特点都是不一样的,在当今瞬息万变的经济社会中,医药经管类课程所对应的行业或产业也是不同的。为了让学生尽快适应社会,尽早融入行业,减少走向社会后的弯路,在实训中对接行业类的实训项目必不可少。比如在药店经营与管理实训中增加对于“医药零售行业的发展趋势分析”的翻转汇报实训,并让学生关注本行业的相关微信公众号比如“中国药房”“中国药店”“药事汇”等等,课前资源中发布一些医药零售行业的网页链接等,这些资源和信息可以源源不断地获取,增加学生的行业使命感和对行业的现状与发展趋势的了解,摸清一些行业发展规则,真正成为行业人。

第三大类为实训项目具体内容,该部分看上去是常规的实训,但是在该模式下需要转变原有的老师教学生做的思维方式,将课堂中的重点角色交给学生,老师的重点在课前的EBM任务的设计,课中内容难点的突破,以及课后的反馈以及与学生的沟通等。这样可以培养学生的创造力以及医药经管类课程比较强调的团队精神、责任意识、药学服务素养等。

2 资料与方法

2.1 一般资料 调查研究时间从2016年2月—6月,在2015级大专药学专业的4个班级中随机选择2个班在其课程药品市场营销学、药事管理法规、药店经营与管理三门实训课程教学中开展移动网络云班课形式的TBL-EBM教学方法,作为试验组,共计93人,另外的2个药学专业班级运用传统的实训教学方法作为对照组,共计89人。以上3门医药经管类课程均在大专药学专业3+1培养模式的在校学习的最后一个学期完成。

2.2 问卷调查法 问卷发放,在第一次实训课程时向学生讲述本次研究的目的与意义,在2016年6月初完成全部三门课程的实训教学之后,均利用蓝墨云班课手机APP中的调查问卷活动,以班课形式发放问卷。对照组中有2名同学未提交问卷,问卷的回收率为98.9%。问卷共10道题,为态度问卷,从实训参与度、学习积极性、团队合作、自我管理、合作学习水平、实践能力、沟通能力、社会适应能力、团队荣誉感、自学能力十个方面,运用经改进的5级李克特量表设计调查问卷,分别是很高、较高、一般、较低、极低。

2.3 统计学方法 运用SPSS 19.0进行数据的分析,问卷的信度分析采用可靠性分析,问卷的效度采用主成分的因子分析法;2组间学生的自我学习效果评价比较运

用非参数检验中的Mann-Whitney 检验,其实训平均成绩的对比运用配对样本t检验。

3 结果

3.1 问卷的信度分析 因为其为自设十个方面的态度问卷,所以必须进行问卷的信度分析,信度分析决定了问卷问题设计是否反映集中体现的问题。其分析结果针对十个方面,得到问卷的可靠性统计量克隆巴赫系数(α)为0.983, $\alpha > 0.8$,为极好^[7],说明自行设计的学生自我学习效果评价问卷的信度极好,该问卷具有使用价值。

3.2 问卷效度分析 通过用试验组的数据进行主成分的因子分析法测定问卷的结构效度,其结果如下。

表1 解释的总方差

成份	初始特征值			提取平方和载入		
	合计	方差 (%)	累积 (%)	合计	方差 (%)	累积 (%)
1	9.403	94.034	94.034	9.403	94.034	94.034
2	.597	5.966	100.000			
3	5.679E-16	5.679E-15	100.000			
4	2.737E-16	2.737E-15	100.000			
5	1.175E-16	1.175E-15	100.000			
6	8.947E-17	8.947E-16	100.000			
7	-1.366E-16	-1.366E-15	100.000			
8	-2.221E-16	-2.221E-15	100.000			
9	-2.621E-16	-2.621E-15	100.000			
10	-4.950E-16	-4.950E-15	100.000			

注:提取方法是主成分分析;在这分析阶段将只使用试验组的案例

表2 教学效果评价成份矩阵

	成份1
实训参与度	0.995
学习积极性	0.995
团队合作	0.976
自我管理	0.938
合作学习	0.952
实践能力	0.933
沟通能力	0.985
社会适应能力	0.973
团队荣誉感	0.971
自学能力	0.976

从表1可知,10个方面的都反映了学习效果的评价,其第一个成分的累积贡献率达94%,累积贡献率反映公因子对问卷的累积有效程度^[8];从表2成分矩阵中每个项目均高于0.7,所以其问卷的效度很好。

3.3 学习效果学生自我评价结果 如表3可知试验组和对照组之间在实训参与度、学习积极性、团队合作、合作学习水平、实践能力、沟通能力、社会适应能力、团队荣誉感方面比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),但是在自我管理、自学能力和实践能力方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.4 实训平均成绩比较结果 2组的成绩通过配对样本的

表3 2组学生学习效果自我评价

组别	人数	实训参与度					学习积极性					团队合作					自我管理能力				
		很高	较高	一般	较低	极低	很高	较高	一般	较低	极低	很高	较高	一般	较低	极低	很高	较高	一般	较低	极低
试验组	93	20(21.5)	46(49.5)	27(29.0)	0	0	21(22.6)	50(53.8)	22(23.7)	0	0	17(18.3)	45(48.4)	28(30.1)	3(3.2)	0	14(15.1)	47(50.5)	31(33.3)	1(1.1)	0
对照组	87	11(12.6)	47(54.0)	26(29.9)	3(3.4)	0	13(14.9)	51(58.6)	22(25.3)	1(1.1)	0	17(19.5)	40(46.0)	26(29.9)	4(4.6)	0	15(17.2)	39(44.8)	32(36.8)	1(1.1)	0
Z值		-2.47					-3.54					-3.54					-1.15				
P值		0.01					0.00					0.00					0.25				

组别	人数	合作学习水平					实践能力					沟通能力					社会适应能力				
		很高	较高	一般	较低	极低	很高	较高	一般	较低	极低	很高	较高	一般	较低	极低	很高	较高	一般	较低	极低
试验组	93	19(20.4)	40(43.0)	29(31.2)	5(5.4)	0	25(26.9)	56(60.2)	11(11.8)	1(1.1)	0	20(21.5)	43(46.2)	28(30.1)	2(2.2)	0	23(24.7)	52(55.9)	18(19.4)	0	0
对照组	87	16(18.4)	42(48.3)	25(28.7)	4(4.6)	0	30(32.3)	37(39.8)	17(18.3)	3(3.2)	0	15(17.2)	41(47.1)	28(32.2)	3(3.4)	0	20(23.0)	46(52.9)	19(21.8)	2(2.3)	0
Z值		-2.47					-1.81					-2.85					-2.45				
P值		0.01					0.07					0.00					0.01				

组别	人数	团队荣誉感					自学能力				
		很高	较高	一般	较低	极低	很高	较高	一般	较低	极低
试验组	93	25(26.9)	46(49.5)	21(22.6)	0	1(1.1)	23(24.7)	50(53.8)	19(20.4)	1(1.1)	0
对照组	87	27(31.0)	40(46.0)	14(16.1)	5(5.7)	1(1.1)	17(19.5)	54(62.1)	13(14.9)	3(3.4)	0
Z值		-3.86					-0.95				
P值		0.00					0.34				

t检验比较,差异具有统计学意义 (P<0.05)。如表4。

表4 2组的实训平均成绩比较 (x̄±s,分)

组别	人数	实训平均成绩
试验组	93	77.44 ± 5.07
对照组	89	74.31 ± 12.68
t值		2.134
P值		0.036

4 讨论

(1) 移动网络云班课形式的TBL-EBM教学模式, 需要提高授课老师的信息化教学水平才能很好的运用, 信息化教学水平主要体现在课前教学资源的制作、课中信息教学设施设备的运用, 课后与学生的沟通交流和评价反馈。这些活动的实现对于年龄在45周岁以上的老师是一个极大的挑战, 尤其体现在课前资源的制作。

(2) 移动网络云班课形式的TBL-EBM教学模式在培养学生的自我管理能力和自学能力和实践能力还有待提高, 这需要学生能够有时间进行课外知识的搜集和查找, 高职高专3+1模式的培养, 使得学生平时的课时任务重, 所以几乎没有时间进行自我学习和自我管理。同时对平时填鸭式、灌输式的教学, 使得学生丧失了自主思考和自主学习的意识, 使得学生刚刚开始接触和开展该模式时, 有些不适应^[9]。这些都是导致试验组学习效果评价中自我管理能力和自学能力与对照组比较无统计学差异的可能原因。

(3) 对于医药经管类课程的课时也应该进行合理的缩减, 这种基于移动网络云班课形式的线上线下教学, 其实并不需要老师完全利用线下的时间传授知识, 有时给予学生充分的时间, 让其挖掘课程的奥妙, 可以提高其学习的成就感, 喜欢上自己的课程, 甚至自

己的专业, 不断地创新和探索, 更好地适应社会的发展和职业的要求。

(4) 学校的网络硬件设施要跟上, 移动网络云班课的使用势必会需要实现公共无线网络的全覆盖, 甚至可以设置在不同的区域进行网站访问的限制许可, 比如, 在教室、实训室等对于一些娱乐网站进行屏蔽。

(5) 对于高职高专的学生而言, 在进行实训教学项目设计时有必要加入其对职业岗位和行业的了解, 适当地加入一些对接职业岗位和行业的实训项目, 并经常通过网络链接或微信公众号形式发布最新医药行业资讯, 有利于培养学生的职业素养和行业思维, 增强学生走向社会时的职业岗位和行业适应能力。

综上所述, 在医药经管类实训课程教学中采用移动网络云班课形式的TBL-EBM教学模式起到了较好的效果, 刚刚试用, 其长期的教学效果还有待进一步研究, 但是这种教学模式起码让学生懂得如何对接自己的能力要求、职业要求和社会要求。

参考文献

- [1]张平,彭攸灵,刘叶飞,等.TBL教学法在高职高专医药经管类实训课中的应用[J].卫生职业教育,2017(1):106-107.
- [2]程少云,杨芳.基于移动终端云班课+SPOC的大学英语混合式教学实验研究[J].实验技术与管理,2017(5):183-188.
- [3]孟婷婷.关于蓝墨云班课在教学过程中应用的几点思考[J].亚太教育,2016(5):114.
- [4]Michaelsen L.K. Getting started with team learning [M].New York:Praeger,2002.
- [5]王建.学会事件营销.[J]通信企业管理.2005(12):23-24.
- [6]Kuzma, John R., William L, et al. Number one principle for sporting events seeking corporate sponsors: Meet benefactor's objectives[J].Sport Marketing Quarterly, 1993(2):3.
- [7]王健.卫生管理科研方法[M].北京:人民卫生出版社,2013:226.
- [8]吴辉,孙翔,石如玲,等.PBL+LBL教学法在全科医学概论课程中的应用效果研究[J].中国全科医学,2015,18(10):1176-1180.

(本文编辑:李海燕 本文校对:周焯辉 收稿日期:2018-01-06)

高校中药学专业师资队伍水平提升策略分析[※]

李婵娟

(保山中医药高等专科学校中医药系, 云南 保山 678000)

摘要:在现阶段的高校教育中, 师资队伍建设是非常重要的考核指标, 只有拥有非常专业并且全方位的师资队伍, 才能在校建设中不断提升学术研究能力, 也才能让高校的学科建设取得不断进步。对于中药学这个古老而又新兴的学科而言, 如果能在师资力量等方面做出努力, 不断提升该专业的师资力量和水平, 那么对于中药学学科发展, 对世界中医的贡献也会不断增强, 将会不断加强与国际同行的交流、竞争, 这样可以更好地促进整个中医药产业的发展, 对于世界人民都是巨大的福音。本文主要研究高校中关于中药学专业方面的师资力量建设与水平提升策略。

关键词:高校; 师资力量; 中药学; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.007

文章编号:1672-2779(2018)-07-0017-03

Tactical Analysis on the Improvement of the Level of Teaching Staff in Traditional Chinese Medicine Pharmacy

LI Chanjuan

(Department of Traditional Chinese Medicine, Baoshan College of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Baoshan 678000, China)

Abstract: In the present stage, the construction of teaching staff in higher education has a very important evaluation criterion. Only by having a very professional and comprehensive teaching staff, can we continuously improve our academic research ability in the construction of colleges and universities, make progress. For the ancient and emerging discipline of traditional Chinese medicine, if we can make efforts in terms of teachers' strength and continuously improve the strength and level of teachers in the major, the contribution to the development of Chinese traditional medicine will also continue to increase. Then we will continue to strengthen exchanges and competition with international counterparts, so that we can better promote the development of the entire Chinese medicine industry, which is a tremendous gospel for the people of the world. Therefore, this paper mainly studied the construction of university teachers in traditional Chinese medicine and the level of upgrading strategies, hoping to contribute to the development of Chinese medicine industry.

Keywords: colleges and universities; teacher resources; traditional Chinese medicine; talent training

中药学是一门古老而具有智慧的学科, 其对中国的文明发展以及人类的生生不息做出了巨大的贡献^①。在新时代的中医药学科建设上需要进一步加强其应用能力, 不断培养出更多高质量人才应该是中医药专业教师应尽的义务和责任。而要做到这一点, 加强对中药学师资力量建设, 提升中药学专业教学师资水平, 快速提高对国内中医药专业教育质量, 并不断提升中药学的学术研究, 另外可以不断加强世界对于中药学的研讨, 更有助于中药学组织的国际化建设。

1 提升高校中药学专业师资队伍水平的作用

1.1 有助于高校教育质量的提升 加强对中药学专业师资队伍建设, 提升高校师资队伍水平无疑对于高校的教育质量会起到巨大的帮助。教育中教师是根本, 就连北大校长也曾经说过, 大学不惟有高楼, 还应该有大师。教师团队对于整个高校的重要性不言而喻^②。只有拥有良好的师资力量才能更好地促进高校的中药学教育, 而提高教学质量是大学教育最高的奋斗目标。高校师资队伍水平的提升必然会让学生在学科教育方面接受更先进的知识, 并有助于学生建立更完善的知识体系, 这对于学生未来的中医药事业道路发展具有

不可估量的作用, 这是一般师资力量团队所无法完成的目标。所以加强高校师资团队水平建设对于整个高校学生的教育都具有非常大的促进, 并且有助于教育质量的提升, 是中药学专业建设必不可少的一部分。

1.2 有助于高校中药学学术研究 大学不仅承担着对学生的教育问题, 还承担着国家重要学科的科研项目。那么对于以中药学为基础的学术研究需要更加优秀的教师团队, 这样可以在承接国家中药学相关科研任务时更得心应手^③。在大学的中药学需要选拔优秀的学科带头人, 并且还需要在中药方面建立优秀的科研团队, 这些都需要大学不断地提升师资团队水平的原由。只有在优秀的师资团队参与下, 才能更好地让教师团结在一起, 并且有更多的机会来克服科研项目中的复杂问题, 不断推动整个中药产业的进步。

1.3 提供高校学科组织的国际化建设 现阶段中国高校为了与世界其余国家接轨, 需要不断提升高校的国际化建设, 这一点也体现在不断构造学科组织的国际化, 所以在中药学专业中也要不断实现其国际化, 这需要不断提高师资队伍建设, 不断提升师资水平。师资力量增强对于整个学科组织的国际化会有非常大的提升。一方面可以实现中药学专业不断走向世界。教师作为知识的传播者, 特别是作为中药学教师, 是“国粹”的传播者, 要让世界认可欣赏中药的魅力, 使中药走

※ 基金项目: 中药学专业提升专业服务产业能力建设项目【No. 2015】

向国际化,帮助更多的人,中药学教师的综合业务水平和职业素养显得尤为重要。优秀的中药学教学团队利用国际的共识点,可使知识更加精准客观地被世界中药爱好者认识,愿意从事中药学服务工作的人越来越多,进而中药学不断影响世界医学,帮助更多国家的人民,让祖国的药学文化服务世界。另一方面优秀的师资队伍也会吸引更多国家的中医药爱好者和研究学者,这样会加快吸引优秀人才的“光环效应”,让整个中药学发展更迅速和全面。

2 提升高校师资队伍水平的策略

为了更好地实现高校师资队伍水平提升,不断推动中药学专业的进步,那么需要在中药学教师配置和培养等方面制定一定的策略,这样才能更好地保障高校师资队伍水平不断提高^[3]。

2.1 做好高校师资力量提升的组织领导 既然高校教师是高校不断发展的重要资源,那么在提升高校教师师资水平的总体目标下,需要将师资队伍建设作为高校未来规划和战略规划的重点。要将中药学师资队伍建设作为党委工作重点,要在高校中自上而下,各个部门都要重视对师资队伍建设和打造,从高校党委书记、校长出发重视中药学师资力量建设,并联系中药学学科带头人共同组建中药学师资队伍培养组织,由此来关心和关注高校师资队伍建设和计划,并以此为平台不断吸纳和培养优秀中药学师资力量,不断提升中药学师资队伍专业和教学水平,加快学科建设,加强队伍水平建设,为整个中药学师资队伍壮大提供条件,不断促进中药学师资队伍水平。

2.2 建设一支结构合理的教学团队 完善制度,加强专业团队建设,采取培养、引进和外聘三结合的专业团队建设策略,优化师资结构。加强对青年教师在各个教学环节培养的同时,建立健全教师档案,结合教授课程及教师特点,做好系统性继续教育培训计划,鼓励本专业现有教师提高学历或到高级学校、单位进修学习;为提高中药专业专任教师的实践操作能力,将专职教师有计划地安排至药厂、药物研究所进行临床磨练。引进不同院校的高学历人才,使师资队伍学缘结构多元化,优势互补,并且提高教学梯队中的硕士化比例;外聘具有丰富中药技能的专家为兼职教师,从而提高整个团队的教学水平。师资队伍结构的多元化有利于教师知识结构和学生知识结构的多元化,从而有利于实现教师队伍的教学能力与科研能力的同步提高。建立一支校内与校外结合、科研与教学并重、富于创新能力培养的高职称、高学历、高能力的教师团队。专任教师“双师”比例达到85%以上、研究生比例达到80%以上、副高以上职称比例达到40%以上,

加强兼职兼课教师的聘任与考核,兼职兼课教师比例稳定在30%左右。

2.3 加快师资队伍“双师化”的建设步伐 建立校院(企)合作师资队伍共建机制。以学校教改、科研、教材开发、课程设计等为切入点,选派教师赴医院或企业顶岗锻炼,邀请企业技术骨干参与学校教学改革、科研、教材开发、课程设计项目,建立了校院(企)双方人员互兼互聘的制度,加快了师资队伍“双师化”的建设步伐^[4]。

2.4 不断提升高校师资队伍师德师风教育 高校师德建设在师资队伍建设中显得非常重要。首先需要加强对《教师职业道德规范》的落实和实施,要针对中药学专业师资情况有组织地开展理论学习和教育实践。要帮助中药学专业教师建立一种爱岗敬业、崇尚科学、教书育人,以身作则的高尚品德,这样才能让高校师资队伍建立崇高的师德目标,并以此要求自己,要求学生,不断促进高校师资队伍师德建设^[5]。另外还有在教师评选考核中要建立“师德一票否决权”,强调师德的重要性,让整个大学重视师德,崇尚师德,真正在教师队伍中树立良好的师德教育,提升师资队伍水平。

2.5 加快人才战略实施 培养和吸引人才 人才战略是中药学专业师资队伍建设中非常关键的途径,要实现中药学师资团队水平提升就必须依托培养和引进。一方面要加强对现有师资队伍进行培养,加强师资力量建设,不断打造出优秀的教师队伍,让整个中药学专业师资队伍既能教书育人,又能科研兴邦,同时还能做好国际交流,弘扬和传播中药文化和技术,帮助更多人受益^[6]。这方面需要加强中药学对外交流学习,并且与相关机构共建实验室,共同研究中药课题,共同进步和发展。另一方面要积极引进人才,一是中药学专业人才,二是配合中药学专业发展的其他人才,这样才能让中药学发展更全面。所以高校要做好优秀人才的“筑巢”计划,要解决科研经费,要解决人才的安家问题等等,让优秀人才可以安家落户,积极投身中药学专业师资团队建设,不断贡献力量。

2.6 做好老中青教师的帮传带工作 中医自古就讲究“师傅带徒弟”,所以在中药学专业师资队伍水平提升方面也要做好老中青教师的帮传带工作,老教授要将经验传递给晚辈后生,做好传承;中年教师要敢于做好顶梁柱,不断推动中药学发展;年轻教师要大胆创新,积极发扬中药学。通过老中青三代人的积极努力,高校师资团队水平也会不断提高。

2.7 加强高校教师的科研水平 教学与科研是高校教师

的主要任务,两者互兼互重,互相促进。教育科研是伴随着教育教学活动的过程而产生的,它是用科学的方法来揭示教育教学现象之本质和客观规律,是教师一种创造性的活动。科研不仅能提高教师的业务水平,还能将科研的过程与成果用于丰富课堂教学,使理论知识的教学更加饱满。学生也可加入教师的科研,教师带领学生一起做科研可充分地激发学生理解运用知识的能力,培养学生的创新能力及综合素质,对教师的发展及学生的培养都有着积极作用。为了促进教师的科研水平,高校要发挥自己的优势,围绕国家特别是地方经济的需要,立足时代前沿,搭建学科梯队和科研团队,同时要积极鼓励青年教师加入团队。学校管理部门要建立健全合理的教师考核制度及科研奖励制度,让教师从被动搞科研转化到主动投身于科研工作,调动他们的科研主动性。对于刚进校的有科研能力的青年教师要减少额定教学工作量,使他们有精力开展科研工作;对于承担省级以上科研项目的青年教师,如不满额定教学工作量,可以科研工作量适当减免部分教学工作量。

3 结束语

中药学作为现代医药学非常重要的分支,其发展也影响着世界医学的进步,所以加强高校中药学专业师资力量建设,不断提升高校师资队伍水平才能更好地发展中药产业,帮助更多人受益。旨在建设一支高水平“双师型”教师队伍,落实教师企业、医院实践制度,落实行业工程技术人员、高技能人才到校担任专兼职教师,教师科研能力和教学研究水平明显提高,促进师资队伍结构更为合理。通过有效的途径和策略可以积极推进高校师资团队建设,并不断提升师资水平,促进中药学快速发展。

参考文献

- [1]姚兴华,胡志华,沈阳.民办高校师资合理流动机制的构建[J].职教论坛,2017(2):8-12.
- [2]冯玉斌,王丹,王中华,等.提升高校师资培训水平的路径分析[J].人力资源管理,2016(11):175-176.
- [3]王军红.高校体育师资队伍建设的现状及策略[J].教育与职业,2015(27):67-69.
- [4]王洪云,杨麒,马光宇,等.“三型四化”高职中医药类人才培养标准的构建[J].中国民族民间医药,2017,26(18):131.
- [5]孙正林,陈立君,张春雷.加强实验队伍建设提升师资队伍整体水平[J].实验室研究与探索,2013(8):448-450.
- [6]孙德芬.高校高水平师资队伍建设构想[J].教育评论,2013(2):54-56.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王洪云 收稿日期:2017-11-07)

综合评价在影像学教学中的应用※

刘连生¹ 陈国标² 蔡德春¹ 李栩薇¹

- (1) 广州中医药大学第一临床医学院影像学教研室,广东 广州 510405;
- (2) 广州市番禺区中心医院康复科,广东 广州 511400)

摘要:在我国高等医学院校中,以期末分数评价教师教学质量及学生学习成果在很长一段时间内被广泛应用。随着素质教育的提出,教学评价方式逐渐多样化。影像学是一门沟通基础医学与临床医学的桥梁学科,有其自身的特点,因而得到临床工作者和教育学者的重视。结合影像学的现状,在其教育中应用以诊断性评价、形成性评价与总结性评价相结合的综合评价方式,可改进教师的教育方式,做到“因材施教”,更好地达成教学目标,提高学生在医学影像学方面的综合素质。

关键词: 影像学;教学改革;综合评价

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.008

文章编号:1672-2779(2018)-07-0019-03

The Application of Comprehensive Evaluation in the Teaching of Imaging

LIU Liansheng¹, CHEN Guobiao², CAI Dechun¹, LI Xuwei¹

- (1. Department of Imaging and Research, the First Clinical Medical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China;
2. Department of Rehabilitation, Panyu District Central Hospital, Guangdong Province, Guangzhou 511400, China)

Abstract: In China's medical colleges and universities, it is widely used for a long time to evaluate teachers' teaching quality and students' learning outcomes with final scores. With the development of quality education, the teaching evaluation methods are gradually diversified. Imaging is a bridge subject of communication between basic medicine and clinical medicine. It has its own characteristics, and has been paid attention to by clinical workers and educational scholars. Combined with the situation of "imaging", a comprehensive evaluation by the application of diagnostic evaluation, formative evaluation and summative evaluation in their education in a way that can improve the teachers' education, be "individualized" to better achieve teaching objectives, improve the comprehensive quality of the students like to learn in medicine.

Keywords: imaging; teaching reform; comprehensive evaluation

教学评价是指在特定的教学方针、教学目标和教学规范的指导下,利用目前所能用到的评价技术对教

学效果和目标的实现程度等做出价值上判断的行为。具有鉴定、导向、改进、激励与预测的功能^[1]。一般分为总结性评价、诊断性评价以及形成性评价三类。笔者将三类评价方法整合成综合评价方法,并在影像学

※ 基金项目:广州中医药大学教育科学研究项目【No.201410】

教学中进行了实践探索, 现将其简述如下。

1 教学评价的分类及其特点

总结性评价是指在教学活动结束后, 通过纸笔考试, 对受教育对象的教学教育结果使用数值(分数)进行描述与判断。这种评价方法主要对被评者的知识技能水平进行评估, 其关注的重点在于教学目的的达成情况, 但被评者的行为、品格等其它方面基本没有涉及。这种方法由于能方便快捷地获得衡量教学效果的客观数据, 所以在当前教育界使用广泛。

诊断性评价是指在教学活动开展之前, 通过纸笔测试、问卷访谈等形式, 对被评者的知识程度、技能水平等方面做出预先评估。通过诊断性评价, 教师可以预先得知学生的知识水平及某些在教学过程中可能会出现的问题, 从而有目的地调整教学方案, 使之更好地达成教学目标。

形成性评价是指在教学过程中, 评价者通过纸笔测试、访谈、交流等方式获得被评者反馈的信息, 动态地调整教学方案及模式。这种评价方式强调的是“反馈”“动态调整”, 是教育界目前理论上较前沿的教学评价方案。

需要明确的是, 总结性评价强调的是结果的最终评价; 诊断性评价强调的是教育开展前或某一阶段教育情况的问题评估、结果预测与教育侧重点的导向; 而形成性评价强调的是在教育过程中利用师生之间的交流反馈来动态调整教学方案。在三者关系中, 总结性评价可以作为某一阶段的总结, 并为下一阶段的开展提供参考, 也可以像形成性评价一样反馈给同学, 从而互相调整教育和学习的方法^[2]。形成性评价与总结性评价是一体两面且相互关联的, 当某一阶段的教学评价结果仅用于教学效果的判断时, 可称为总结性评价; 当这种评价结果反馈给教学双方用于相互促进时, 便可称为形成性评价^[3]。故在教学评价中, 虽然这三类评价系统彼此独立运行, 但是三者相互补充, 运用得当, 可以更好地提高教学质量, 从而更优质地完成教学目标。

2 综合评价在影像学教学中应用的实施方案

影像学是沟通基础医学与临床医学的桥梁学科, 内容涉及广泛, 且四大诊断技术相互关联, 对于教学双方而言, 要在5年甚至一个学期内完成理论及实践学习是十分困难的。因此, 如何在有限时间内更好地完成教学任务是每一位影像学教育工作者的难题。随着以提高质量为核心的深化高等教育改革路线的提出^[4], 以往的教育观念逐渐改变, 追求分数不再是教育的重点, 讨论式、启发式等多种教学方式逐渐被重视, 质

量评价体系也逐渐完善。在影像学教学中, 笔者应用综合评价的实施方案主要有以下几个方面。

诊断性评价一般是在某项或者某一阶段的教学活动开展前对学生的知识、技能以及情感等状况进行“摸底”预判, 以方便教学者适当调整教学方案的行为。诊断性评价方案包含以下几方面。

(1) 课程开展前通过教务处、辅导员等渠道预先了解该班的平均绩点, 以及个别科目的平均成绩, 如内科学、骨科学、解剖学等, 以了解该班学生的学习能力水平。

(2) 与辅导员、任教过该班的教师及个别学生进行交流, 了解班级的学习氛围、学习困难户等情况。

(3) 每一阶段教学开展前, 以课前提问的方式对学生摸底, 了解知识水平及上一阶段教学的遗忘情况, 提问后进行遗忘知识的复习, 使学生重拾旧知识后方开展新知识的学习。

(4) 通过以上方法对教学班级的学习氛围、知识水平、情感状态等进行预判, 对教学过程中可能发生的问题进行预测与预解决。

(5) 留意学生的情感状态, 适时对其进行鼓励及引导。如在讲课进行至较难学习的章节前, 利用提问、有奖回答等方式, 充分调动学生的积极性, 并对学生们进行适当的鼓励与支持。

总结性评价以期末分数评定教学目标为主要目的, 形成性评价以某一阶段的评定结果或反馈信息动态调整教学方案为目的。当某一阶段的总结性评价应用至下一阶段的教学, 便可称为形成性评价。两者是相互关联又相互独立的, 故在制定教学评价方案时, 笔者对两者进行整合。

(1) 合理利用即时反馈。在教学过程中, 通过问题式教学、案例式教学等多种教学方法, 利用学生的表情、响应速度、问题回答得到反馈信息, 即时调整教学进度、难点讲解深度, 将形成性评价引入课堂学习中^[5]。

(2) 分组教学的应用。在教学过程中, 通过学生分组的方式, 为各学习小组布置任务, 使之完成相应的报告。在此过程中, 适当引导学生相互讨论、相互学习, 使学生能够自主消除疑问、解决问题, 并定位出个人学习情况在教学进度中的水平, 适当调整自己的学习方式。

(3) 自我评价。自我评价的方式有多种, 如自测题库、课后作业、课余任务等, 通过这几种由教师提供答案的自我测评方式, 使学生充分了解自己的不足, 并能使其根据发现的问题调整学习状态及方法。自我

评价还可通过设置问卷、开展座谈会等方式展开,将学习情感状态、学习方法等内容反馈给老师,使之能适当调整教学进度以及教学方法。

(4) 教师评价。教师可以根据教学进度调整时间,开展多方面的教师评价,如教师可以通过自身教学总结进行教师与教师之间的相互评价学习,也可以通过教学访谈、问卷调查等方式让学生对教师的教学进度、方式方法等做出评价。通过以上方法,教师可以发现自身教学的优劣,调整教学方式,从而更好地完成教学目标。

(5) 活用总结性评价。教学进度是分阶段进行的,在某一阶段甚至整个影像学教学结束后,可以通过纸笔测试、完成教学任务如小讲课和病例分析等方式,评定学生的学习成果,并由教师及学生提供下一阶段的学习建议。在此过程中,学生的期末成绩由多个项目组成,包括作业的完成质量、任务的完成程度、平时成绩、最终测试成绩、学习总结等。教师可以根据各种评定维度为学生评定期末成绩。

3 综合评价在影像学教学中应用的意义

将综合评价应用到影像学教学中,可使教学效果最大限度地优化。影像学是实践性很强的桥梁学科,对临床疾病诊断具有重要意义,教师在教学过程中必须细心谨慎,务求使医学生在基础医学与临床医学中承上启下。所谓有的放矢,在教学过程中“的”是指教学目标,“矢”是教学方式,那么诊断性评价便是放矢的过程中瞄准的步骤。

通过诊断性评价,在影像学的教学过程中,教师可以充分了解学生的学习情况,根据实际状况预测教学过程中将遇到的问题从而调整教学方法,真正做到“因材施教”。同时,在开展教学活动之前,通过访谈的方式对学生的知识、情感状态进行摸底,得到真实反馈的同时,还可以使师生相互交心,消除师生之间的顾虑、隔阂,使得下一阶段的教学更容易展开。

在教学过程中实施形成性评价与总结性评价相结合的教学评价方式。首先,可以充分调动学生的积极性,提高其学习兴趣与自主学习能力,帮助其发现不良学习行为并协助改进。其次,通过小组学习、相互评价等方式,可搭建师生之间沟通的桥梁,同时综合诊断性评价的结果,可使教师动态地调整教学方式,修正教学方法,提高教学水平,做到“因材施教”“有教无类”。最后,通过多维度、多时段的评价方式,可避免“一考定终身”的局面,充分反映教学双方的真实成果,保证了教学评价的

公正性与客观性。

4 问题与展望

综合评价是影像学教学质量的一大保证,但由于影像学实施综合评价的时间尚短,还存在一些问题:(1) 学习观念的落后。部分学生重临床轻基础,因而教师在为得到反馈而实施的各种师生交流时,得到的反馈往往是敷衍的、片面的。如向同学们问起前一阶段学习是否用功时,往往得到的口头和表情答案是肯定的,但又当问起某些基础问题时,有些同学却答不出。(2) 教学观念的落后。由于影像学四大诊断技术相互独立却互相关联,但目前不少影像学教科书甚至课堂上是按诊断技术去划分讲课内容的,相同的一个病往往在超声章节提及一次,在磁共振章节又提及一次。一方面会导致学生无所适从,另一方面也会影响综合评价里教学问题的设置。

笔者所在团队在影像学教学过程中逐步应用以诊断性评价、形成性评价与总结性评价相结合的综合评价方式,可改进教师的教育方式,做到“因材施教”,更好地达成教学目标,提高学生在医学影像学方面的综合素质,值得推广应用。当然,作为影像学教学工作,不断地改进综合评价,使之更好地发挥作用,还需我们进行更深入的研究。

参考文献

- [1]程书肖.教育评价方法技术[M].北京:北京师范大学出版社,2010:17-18.
- [2]刘欣.论布鲁姆的教学价值观及其现实意义[J].齐齐哈尔大学学报:哲学社会科学版,2001(1):110-111.
- [3]卢健.形成性评价与总结性评价理论探究[J].福建教育学院学报,2011,10(5):30-33.
- [4]刘延东.深化高等教育改革走以提高质量为核心的内涵式发展道路[J].求是,2012(10):3-9.
- [5]赵铭锋,吴淑华,刘鲁英.形成性评价在基础医学规模化班级教学中的应用探讨[J].中国高等医学教育,2013(5):28-29.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邱士军 收稿日期:2017-12-14)

关于变更投稿邮箱的通知

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

感谢您一直以来对我刊的关注与支持!

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

咨询电话:010-57289308/57289309

官方网站:www.zgzyycjy.com

中国中医药现代远程教育杂志社编辑部

2015年2月10日

病理生理学案例教学法结合角色扮演法的应用※

李 珊 孙 洁 王 丽 张 灵 陈 芳 高爱社*

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450046)

摘要: 病理生理学是河南中医药大学中西医结合专业的一门重要必修课, 其教学质量与医学生临床思维模式的培养和临床疾病的正确诊治密切相关。传统的以讲授为主的教学模式不利于学生的主观能动性和创造性的发挥, 教学效果不佳。文章针对目前的教学现状, 应用案例教学法结合角色扮演法进行教学改革, 在富有趣味性的同时使学生更深刻地理解理论知识, 提高其对临床疾病的分析和诊治能力, 取得了良好的教学效果。

关键词: 病理生理学; 案例教学法; 角色扮演法; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.009

文章编号:1672-2779(2018)-07-0022-03

The Application of Case-based Teaching Combined with Role-playing Methods in the Teaching of Pathophysiology

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

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

Abstract: Pathophysiology is an important compulsory course for students of integrated specialty of Chinese and western medicine in Henan University of Traditional Chinese Medicine. Its teaching quality is closely related to training of the students with clinical thinking mode and correct diagnosis of the disease for the patients. Traditional teaching method, which is characterized mainly by teacher lecture, has less teaching effect. It limits subjective initiative and creative thinking of the students. As to current teaching status, we performed teaching reform with combined application of case teaching and role-play. It not only improved learning interest, but also enabled students to deeply understand theoretical knowledge and enhanced their ability of diagnosis and treatment of the disease, resulting in good teaching effect.

Keywords: pathophysiology; case-based teaching method; role-playing method; teaching reform

中西医结合专业主要培养适应我国基层医药卫生事业发展需要, 从事中西医结合临床医学科学技术所需要的知识和能力的专科人才。病理生理学是河南中医药大学中西医结合专业的一门重要必修课, 其主要探讨疾病发生、发展过程中的规律和机制。作为联系基础医学和临床医学的桥梁学科, 病理生理学的教学质量与医学生临床思维模式的培养和临床疾病的正确诊治密切相关。本文分析了中西医结合专业病理生理学的教学现状, 在教学中应用案例教学法结合角色扮演法, 为提高病理生理学教学质量提供参考。

1 中西医结合专业病理生理学教学现状及改革方法

首先, 中西医结合专业的学生要同时学习中医和西医理论知识, 内容多、任务重, 很多西医必修课程例如解剖学、生理学和生物化学等学时有限, 学生对这些知识掌握不够全面, 而病理生理学内容比较抽象, 与这些课程联系紧密, 内容环环相扣, 学生理解比较困难, 学习难度大。其次, 传统的病理生理学教学模式以课堂讲授为主, 教师照本宣科、空泛说教, 学生被动接收、缺乏思考, 不利于学生的学习积极性和创造性的发挥。最后, 与西医专业相比, 中西医结

合专业的病理生理学实验课少, 教师往往注重理论内容的灌输, 忽视了实践技能的培养, 教学模式比较单一; 而学生往往采用中医课程学习模式死记硬背, 不能很好地理解抽象的理论知识。这种“重理论, 轻实践”的教学模式不能很好地启发学生的逻辑思维能力, 教学效果不佳。基于以上问题, 在病理生理学教学中打破单一化的教学模式, 开辟创新教学方法, 是优化教学效果的关键。

案例教学法, 又称基于案例的学习, 是将与知识点相关的典型案例展现给学生, 使学生通过对特殊案例的分析, 掌握一般分析原理, 并借助这一原理独立分析和解决问题的教学方法^[1-2]。这种教学方法能够充分发挥学生的主观能动性, 促使学生探索解决问题。角色扮演法是学生扮演医生、患者和家属等角色, 按照预先设计的特定情景表演临床诊疗的过程^[3]。目前, 这两种教学法已被广泛应用于多个医学学科的教育中并取得良好的教学效果^[4-6]。在病理生理学教学中将两种教学方法相结合, 通过表演及观摩表演典型案例, 使学生充分模拟角色行为, 体验临床情景, 然后采取多种方式交流、评价和反馈, 有助于将抽象的医学内容感性化, 提高学生对案例的真实感悟。既能激起学生浓厚的认知兴趣, 又能充分启发学生的创造性思维, 培养学生的临床应对能力。

※ 基金项目: 河南中医药大学“博士科研基金”[No.BSJJ2015-06]; 河南中医药大学“科研苗圃工程项目(教学研究)”[No:MP2016-43]

* 通讯作者: qingyouzihuan@163.com

2 案例教学法结合角色扮演法的实施

2.1 教学对象 采用整群随机抽样的方法,将我校2014级中西医结合专业一班、二班分为2组:一班为对照组,74名学生;二班为试验组,76名学生。2组学生在性别、年龄、入学成绩及其他西医课程成绩方面比较无显著性差异,有可比性 ($P>0.05$)。

2.2 实施方法 教材选用人民卫生出版社第八版《病理生理学》教材,教学内容为水和电解质代谢紊乱、酸碱平衡紊乱、缺氧、发热、休克、DIC、心功能不全、肺功能不全、肝功能不全及肾功能不全共十章。2组学生在教学大纲、教学目标、学时安排方面相同。试验组采用案例教学法结合角色扮演法。(1)案例的筛选和准备。课前精心策划和筛选案例是教学成功的关键,每章筛选3~4个案例,需符合以下要求:涵盖教学大纲的重点、难点知识;富有趣味性,能够吸引学生表演;简明扼要,短小精悍(预计表演时间5~10 min)。案例筛选后,应提前2周发给学生,并布置角色扮演的任务和安排。教师将学生随机分为19组,每组4人,包括1名患者,1名家属,1名护士,1名医生,每4~5组表演1个案例。不同角色承担不同的任务:患者阐述临床表现及体征;家属进行补充;护士进行辅助检验并描述结果;医生分析病因及发病机制并给出诊断及治疗措施。学生需要根据自己表演的案例和角色安排,利用课余时间预习、讨论、查阅相关的理论知识,反复演练,充分准备。(2)角色扮演的实施。学生按照预先分组在课堂表演各自案例,严格按照角色任务分配,模拟患者就医过程。同时,教师和其他组学生对表演进行观摩,深切感受就诊情景。教师应起到“穿针引线”的作用,在角色扮演过程中适时提醒学生表演不能注重于幽默搞笑,而应结合病理生理学各章的病因、发病机制、临床表现、功能代谢的变化等内容。每组表演结束后,教师应鼓励台下观摩小组针对案例表演积极讨论和分析,各抒己见,发表建议,使学生充分参与课堂实践^[9]。(3)教师的点评总结。所有案例表演结束后,教师根据每组表演情况给予综合评分,解答学生表演中遇到的困惑和疑问,对表演可取之处积极表扬,增强学生的自信心,提高学生的表演兴趣;对表演不足之处切不可当众批评,应当以鼓励为主,并提出改进意见。最后,教师应将本章教学大纲要求掌握的知识点归纳总结,加深巩固学生对理论知识的掌握。同时安排每组4人互换角色,将筛选的下一章案例告知学生,并督促学生课下练习,为下次表演做准备。对照组采用传统教学法。教师利用多媒体课件,主要以课堂讲授为主,每章按照复习引入→讲授教学大纲内容→小结→布置课下作业的顺序开展教学。

2.3 效果评价 课程结束后,采用问卷调查、病例分析以及期末考试的形式评价教学效果。问卷调查实行匿

名方式,从学习兴趣、课堂互动、知识理解、分析解决问题及临床思维能力方面进行评分,反馈学生对教学的满意度。病例分析采用课堂笔试的方法比较2组学生的平均分。期末考试题型为单选题、多选题、名词解释及问答题,试题由教师从题库中随机抽取,采用流水线作业阅卷方式,对2组学生考试成绩进行比较。

2.4 统计学方法 采用SPSS 13.0软件进行统计学分析,数据用均值±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料比较用 t 检验,计量资料比较用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 2组学生问卷调查评分比较 试验组在学习兴趣、课堂互动、知识理解、分析解决问题及临床思维能力方面评分显著高于对照组 ($P<0.001$),见表1。

表1 2组学生问卷调查评分 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	学习兴趣	课堂互动	知识理解	分析解决问题	临床思维能力
对照组	8.3±1.1	6.6±1.4	6.9±0.9	5.8±1.0	6.0±0.9
试验组	9.2±0.7	9.5±0.6	8.1±0.7	6.7±0.9	7.4±0.8
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3.2 2组学生病例分析成绩比较 试验组对病例1和病例2的分析成绩显著高于对照组 ($P<0.05$),见表2。

表2 2组学生病例分析成绩比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	人数	病例1平均分	病例2平均分
对照组	74	9.1±0.7	8.7±1.0
试验组	76	9.4±0.6	9.3±0.7
P 值		0.002	<0.001

3.3 2组学生期末考试成绩比较 试验组期末考试成绩平均分、及格率均显著高于对照组 ($P<0.05$),见表3。

表3 2组学生期末考试成绩比较

组别	人数	及格	不及格	及格率(%)	平均分(分)
对照组	74	65	9	87.8	74.9±13.1
试验组	76	74	2	97.4	80.2±9.7
P 值		0.025	0.006		

4 结语

案例教学法结合角色扮演法可弥补传统讲授式教学中学生被动接受的不足,将学习、探索、互动及实践等环节密切联系,学生不但要通过自主学习对理论知识熟练掌握,还要查阅文献探索解决病例中的问题。此外,班级中的每个学生都参与互动实践,通过扮演不同角色对疾病的病因、发病机制及诊疗过程有着更深刻的理解,富有趣味性的同时提高了其对临床疾病的分析和诊治能力,取得了良好的教学效果。由于学生之前西医基础知识掌握相对薄弱,针对重点和难点知识,仍需要教师在表演结束后讲授总结,给出系统的知识框架,加深学生的理解和记忆。因此,这种教学方法并不能完全取代传统教学法,在今后的病理生理学教学中,教师应尝试探索更多适合中西医结合专业的教学模式,发挥好病理生理学的桥梁作用,为后

续临床课程的学习奠定基础。

参考文献

- [1]王丽.多媒体案例教学法在课程教学实践中的应用研究[J].网络与信息, 2007, 21(11): 80.
- [2]陈耀凯,王宇明.专题式教学法在感染病学教学中的实践与认识[J].中华医学教育杂志, 2006, 26(5): 60-62.
- [3]阳帅,胡华,文兰,等.角色扮演教学法在全科医师培训中的应用效果研究[J].卫生职业教育, 2016, 34(24): 89-90.
- [4]颜星,肖双.临床医学专业卫生法课程案例教学法效果评价[J].中华全科医学, 2017, 3(15), 508-511.
- [5]宣玲,张恒,吴士礼,等.案例教学法在全科医学专业内科学教学中的应

用[J].中华全科医学, 2017, 11(15), 1959-1961.

- [6]Johansson J, Skeff KM, Stratos GA. A randomised controlled study of role play in a faculty development programme[J]. Medical Teacher, 2012, 34(2): 123-128.
- [7]宋蕊,陈志海,成军.角色扮演法在传染病临床教学中的应用[J].中华实验和临床感染病杂志, 2015, 9(3): 423-425.
- [8]杜娟,路孝琴,郭爱民,等.角色扮演法在《全科医学概论》教学中的应用[J].中华全科医学, 2012, 10(9): 1476-1477.
- [9]李昆霖,康军,王玉波,等.角色扮演教学法在呼吸内科临床见习中的应用[J].西北医学教育, 2013, 21(2): 398-401.
- [10]Billings DM. Role-play revisited [J]. Journal of Continuing Education in Nursing, 2012, 43(5): 201-202.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张俊霞 收稿日期:2018-01-06)

自主学习 + 微课在伤寒论课程教学中的运用与评价

李赛美

(广州中医药大学伤寒教研室, 广东 广州 510405)

摘要:本研究在自主学习方法的基础上,进一步将“微课”角色交给学生,尝试在中医临床与经典方向分化班中使用“自主学习+微课”的教学方法,让学生全程体验教学过程。课前,将具体安排和思路与同学充分交流;课中通过PPT、视频、图片等多种方式在课堂上演讲。同学们在整个过程中,全身心投入,通过大量阅读资料、将四大经典融会贯通,并与小组同学交流、集思广益,因此获得了良好的教学效果。

关键词: 伤寒论; 自主学习; 微课; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.010

文章编号:1672-2779(2018)-07-0024-04

Application and Evaluation of Inquiring Study and Micro-course Method in the Teaching of *Shanghan Lun*

LI Saimei

(Shanghan Department, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

Abstract: Based on self-directed and students-dominant learning, this research started to conduct self-directed learning and micro-course in TCM classic oriented class. To experience whole process, students would fully communicate with teachers on the concrete arrangement before class and make lectures through PPT, video and images. Being immersed in teaching, reading comprehensively and interchanging opinions with classmates, the students could fully understand and integrate the Four TCM Classic, which gains satisfied teaching efficiency.

Keywords: *Shanghan Lun*; inquiring study; micro-course; teaching reform

笔者于2014年上学期在2010级经典方向班伤寒论课程案例教学中,尝试“自主学习+微课”教学方法,取得良好效果,获学生一致好评。现与同道分享如次。

1 基本情况

中医临床与经典方向分化班,简称经典方向班,是广州中医药大学第一临床医学院依托于国家重点学科、国家教学团队、国家精品课程等优质资源于2006年创建。目前已走过八年历程。学生于大四第二学期,通过双向选择进行为期半年的经典强化训练。每届招收30名学生。课程设置包括“经典名方运用”“经典名医医案”、“经典研究方法”“中医学流派”及专家与博士论坛五个方面。实现了跨院系合作,即基础医学院之各家学说教研室与第一临床医学院中医临床基础学科,即伤寒论、温病学、金匱要略三个教研室与相关六、四、八三个病区联合。学时分配按5:5比例,一半课堂教学,一半临床见习,3个病区轮科、相关门诊见习。

由于伤寒论、温病学、金匱要略三个教研室独立存在,虽课程相同,但学习重点仍各有偏重,各教研室

既相互合作又分工不同。本研究偏重于伤寒论案例教学部分。

2 教学设计

伤寒论案例学习教材,取自本教研室主编、高等中医药院校临床实践教材《名师临床带教与四大经典汇通》(中国中医药出版社,2012年)附篇练习题中48个案例,均来自伤寒临床基地之六病区真实临床资料。教学设计分二步:

第一阶段:自主学习。课前,将具体安排与思路与同学充分交流。随之,由老师结合《伤寒论》及相关经典理论,演示4个临床案例理法方药之解读,并与同学互动讨论。课堂还同步播放当时查房视频。继之,将48个医案进行任务分解。30位同学分为3大组,再以小组为单位进一步分派学习案例,使每一个案例解读落实到人。具体操作:先以小组为单位进行讨论分享,再回到课堂上由同学演讲报告。要求制作PPT。每场约2~3学时,安排4~5个案例讨论。共安排10场次、共24学时。

第二阶段:微课(上台演讲,视频拍摄)。每个同



学负责1~2个案例。每案例演讲与讨论20 min。可用PPT,或图片、或视频。立足于现有专业教学培训,给出了基本演讲框架。包括:病案介绍:主诉、发病情况及治疗经过,体查、理化检查、刻症、望闻问切四诊资料等。病证特点提炼:年龄、病程、基础病或相关背景,体质与治疗反应等。辨证思路与经典理论依据:包括辨病、辨证、相关症候联系,相关鉴别诊断,四大经典相关理论引用等。治法与处方用药,调护事宜。同学讨论互动:或否定意见,或提问探讨。老师点评:同学演讲之优点与不足;于病案理法方药,发表个人见解或临床体会。演讲全程,视频跟踪拍摄并整理分享。

3 教学评价

案例学习结束,每位同学需提交案例讨论的WORD文档、演讲PPT,并完成问卷调查。内容包括:是否喜欢此教学模式?通过教学收获到了什么?你认为案例教学法还有哪些不足?有何改进建议?等。

100%同学喜欢此教学方法。“收获是启发性的,让我们有思考的机会,相比简单的讲授课程方式更能开发思维。有交流的学习更快促进知识的成长。特别支持并希望推广”。其中,李国平同学问卷这样写道:

“我很喜欢这样的教学模式,在我平常的学习中,都是以自己看书为主,也常会和同学、爱好中医的QQ群网友以及论坛上的人请教中医上面的问题,会发现我很多的不足,从而让我进一步的思考问题,但这种方式的教学仿佛对我是一种挑战,一个活生生的案例,没有答案,然后让我们自己去分析、开方,正所谓“学,然后知不足;教,然后知困”,以我的水平离“教”字还差十万八千里,没有为人师的资格,甚至中医都还没入门。可是,这是作业,不行也得硬着头皮上!于是“案例四十三”我看了一遍又一遍,《伤寒论》和《金匱要略》刚刚开始时是有目的地找,后来发现不行,很多我有目的筛选来看的原文并没有对的上号的,于是我狠下心来,将这两本书再次从头到尾逐字地看,逐条地与案例去对,对于不理解的,我就去查找各家注解,对于各家注解当中不懂的,再去查找对注解不理解的资料,或者对于一条条文或者一两个症状或者一两个字不懂的,我很多时候是将各家注解的书放在床上排成一到两排,互相参照!每每对于不懂的东西有些许理解之后都会欣喜若狂,有时候甚至会体会到陶渊明《桃花源记》当中“初极狭,才通人。复行数十步,豁然开朗”的感觉!

本来以为准备充分的,但未免还是紧张了,倘若说看病如行军的话,那自己还是在纸上谈兵,而坐在最前面的却是久经沙场、获胜无数的李老师“李大将军”,所以很多脑海中想要说的话都不知道为什么没有说出来,而且,发现当自己站上讲台的那一刻,才

真正体悟到了什么是“台上一分钟,台下十年功”这句话了,也终于体会到什么叫“教,然后知困”了!嘴笨的我,没有能力用语言来描述我当时的感觉。

当和同学讨论完后,才发现原来好多我都没注意到;当李老师和蔼地点评完之后,我的内心莫名有一种感激之情,如此博学的老师对于我这个什么都不懂的学生却依然谆谆教导,循循善诱,心里也同时蹦出了一句话:“姜,还是老的辣。”十分感谢老师给予我们班这次机会,让我可以体会到如此可贵而无以言喻的东西,十分感谢同学给予的宝贵意见。

通过这样的教学,我收获的不仅仅是知识,还有友谊。

李老师说她给出来让我们分析的案例其实应该去考主治医师的,但我们连实习都还没开始,所以难度还是蛮大的,俗话说“患难见真情”,面对这样的案例,我们却发现我们聚在一起的时间长了,第一次全班如此多的同学在一起讨论案例(开心的是有时候陈老师也会加入),各抒己见,连去打球都会说一下自己的案例,更加搞怪的是,下课后我们经常跟着老师走,围着老师转,偶尔同学们会想旁敲侧击希望老师透露点案例的水给我们(不过更多的是问其他不懂的以及帮同学搞懂不懂的,有时候争论的面红耳赤,有时候却看到一些症状联想到其他搞笑的东西大笑不已!所以案例讨论结束后,我们高高兴兴和老师合影后却十分哀伤,因为这也意味着李老师的课程也结束了,我们都很舍不得对我们如此好、不厌其烦教导我们并且将我们的团结感提高到另一个高度的老师的课程就这样结束了!写下这段文字的我,现在心里都还是有空空的感觉。真的好想一直都继续待在李老师的旁边学习!可惜,我的福分不够继续跟着李老师的课已经满足了。以后倘若我在民间行医能抽得出空回来学校,我依然想回来探望李老师的课,不过那时候李老师的课应该不认得我了。感谢老师!感谢同学!

其实我不觉得有什么不足,硬要说的话,那就是我很期待我们上讲台说完每个案例之后,李老师的课能够给出一个她自己开的方,以对案例更进一步思考,不过李老师的课没有这样做,我想李老师的课是有理由的。毕竟我们是初学者,也许是不想打击我们,让我们更有热情吧。李老师的课那么忙都还为我们做这么多工作,我觉得已经没有什么可挑剔的了。……”

如此真实而丰富的情感,让老师也为之动容!

关于收获,撷数则供分享:

“知道了如何自主分享病例,自主思考,以及如何上台演讲。”

“对于同一疾病,不同人的诊断有不同的切入

点，切入点不同，具体诊断方法各异，但在思路正确的前提下，最终都殊途同归，能以相近的治法解决问题。故治疗疾病不能拘泥于单一方法。”

“经方能治疗临床上的多种疾病。”

“从中学到了挺多，比如独立思考病例、从经典引入临床实际案例……以前只是阅读与理解《伤寒论》《金匱要略》《温病条辨》等经典条文，没有真正带入临床去思考，经过案例教学，我也慢慢摸到了经典入门的途径，方便了我以后继续深入研究经典。”

“感觉这对我是一种敦促，重新复习学过的经典的书本，这种教学氛围很轻松，能够大胆的表达自己的想法而不用顾忌是对是错，这种感觉很好，因此对经典课对中医的学习也更感兴趣。每个同学都能够讲解分享病历，可以学习到其他同学的思路，再启迪自己的思路。”

“通过教学使我有自己的辨证思路，同时通过别的同学病案的讲解了解了各种不同的角度和辨证方法，老师的点评让自己知道自己哪些地方做的不够好，上台演讲也让自己学会展示自我。”

“提高了表达、临场发挥等有关演讲与交流的能力。因为要讲好一个病案，必须首先对其理解熟悉有感悟，才能上台与大家分享。在分享的过程中，演讲者需要有上台的魅力，这能锻炼一个人的演讲思路，语言风格。讨论交流过后，把老师的点评，同学提出的问题整理，思考。加深对案例的理解，补充自己未完善的地方，以及错误的地方，更好地思考老师的临床思维。虽然身在课堂，却如置身临床。”

“一个活生生的案例摆在面前，从分析病情，到提出自己的辨证思路，给出治疗方药，最后整理成PPT讲出来，虽然上去讲的时候会有点紧张，但是这个过程是很有收获的。”

“读大三的时候我们在课堂上学习《伤寒论》，其实那时已经感觉到她的魅力，但同时很迷惑，心想这几个草药组成的方子真的可以治疗临床上这么复杂的病吗？老师们都很推崇仲景思想，但是这些古老的条文又怎么和临床上的病症联系起来呢？事实上，李老师刚开始带着我们用《伤寒论》六经辨证学习案例的时候，我也觉得摸不着头脑，无从下手。后来慢慢地，老师把她的思路一点一点渗透在案例评讲中，我觉得有点开窍了，原来六经辨证是这样用的。我觉得伤寒的案例学习，为我们架起了一座从理论通向临床的桥梁，这是我最大的收获。”

“最大的收获是构建了辨证意识，懂得如何去思考一个症状产生的原因，中间应该通过什么去解释，思考疾病的发展过程，需要思量的问题有哪些，可能性有哪些，有理有据有疑问地去辨证分析。通过不同同学的案例讲解，了解到不同的思维方式，看

到别人身上自己没有的，发现当中的不足。”

“收获到丰富的知识，不论是课外的还是课内的，课外通过自己查阅资料以及翻阅课本了解到自己的不足，课内通过老师及同学们的反馈印证自己的想法，抑或开辟一些新思路，抑或推翻自己的认知都弥足珍贵！”

“感觉终于像学过《伤寒论》的人了，虽然大三那年学习过，但通过这一学期的学习，对《伤寒论》有了更多的了解。也见到各个同学的风采，像有些强调扶阳的同学，像有些在乎风水的同学，都有开阔视野的作用。”

“让从没上过讲台演讲的我超越了一次自我。通过案例讨论，更好地锻炼了临床辨证思维，也是一个重新认识同学的机会。”

“通过教学本人收获到了独立思考分析解决一个病案的能力。”

“收获到各种临床鉴别诊断的方法和对应的经典理论。懂得了临床的辨证思路过程，融合了四大经典临床辨证体系的精髓，让我们了解了六经，脏腑经络，卫气营血及三焦辨证体系的综合运用。而且李老师善于与学生进行沟通与互动。”

“通过教学，我学会了分析案例的基本步骤和思维方式。思考一个病案时要从多个方面思考，这样才能更全面地治疗。要仔细分析各种症状，因为每个症状都有联系。”

“课程的前期，由老师给我们讲解有代表性的案例，给我们展现了系统全面分析患者病情的过程，为我们初步建立了一个临床分析的思维；课程后期，由我们自主分析病例，这首先让我们有了一个再次全面去学习《伤寒论》的机会，只有对《伤寒论》有了一个全面的掌握，才能充分考虑到病情的各种可能性，这提高了我们自主学习的主观能动性；然后，通过自主分析，可以强化老师为我们初步建立的临床思维，才能把这种思维转化为自己的东西；而且，通过大家的互相学习和建议，能够获得更开阔的各类信息，博采众长；最后老师的夸奖很鼓舞大家，我觉得非常地鼓励我自己。”

“通过教学收获到了自信和掌声。”

“通过该模式教学，我觉得收获最多的是掌握了一种学习中医的方法，从真实临床案例去分析，归纳，整理，继而提出方案。一定程度上很考验我的基础和应变能力。”

“在自己准备病例演讲的过程中学会了如何将学到的知识和临床病案联系起来，并且通过自己思考和网上查阅相关文献作为参考，对该病有了延伸的学习，同时也训练了自己上台演讲的能力，经过李老师认真又细心的点评认识到自己演讲能力存在的不足，对该病案有了更贴近伤寒论的临床思维路径

等,受益匪浅。”

“这一次也是对自己一学期以来进入经典班在李老师的伤寒论教学后的一个自我总结和自测。①打开了伤寒临床的思路,而不再是认为伤寒只是一派温热,纠正了自己之前对伤寒论的误解;②在演讲过程中,因为自己并没任何演讲经验,所以犯下了过度紧张,超出时间,语言过于啰嗦等问题,李老师及时给以指正,谢谢老师,这样学生才能进步;③除了老师的教导和指点外,同学们也一并讨论了,可谓百家争鸣,自是获益良多云云。”

谈到不足,同学们反馈:

时间稍短,课时有限;引经据典力度不够;同学之间讨论案例不够积极热烈,大家还不习惯坦露自己的想法,也是不自信的体现,是长期僵化教育模式造成的弊端之一;节奏有些快,有囫圇吞枣的感觉。很多时候由于个人没有预习,往往都不知道台上的同学在讲什么;案例有时候给予的信息不足,给准确辩证带来难度;案例分析时间掌控不够;多是糖尿病及并发症案例,多样性不够;稍有纸上谈兵感觉;跟临床仍有差距,虽然老师把关,但不知道自己处方开下去,病人是否能达到理想的效果,一切还是未知数。

说到改进,同学们建言献策:

“加大课堂表现的得分比例,让同学们能在表现自我的同时获得利益,提高同学们的参与度。”

“伤寒的案例学习以伤寒为主,建议适当结合金匱、温病理论,融会贯通,海纳百川,兼收并蓄。”

“对演讲者的时间控制很重要,允许发散思维,又要提醒不必纠缠某个细节问题,让每个同学都有表达机会。需要老师多引导,将自己的治疗方案提出来,然后让同学们进行比较,以更详细地了解自己在考虑问题的时候哪些是多余的,哪些是欠缺考虑的。毕竟我们还没真正走上临床,特别需要老师更多的临床经验分享。”

“若时间不够,建议案例讨论宜少而精。”

“尽量选取不同的案例供同学们学习。”

“希望加强视频资料方面的配合。”

“建议有不同学历层次的同学或老师参与讨论学习。”

“希望增加案例教学课时比例,增加学生得分比例,作为一个阶段性学习的一次小结与提高,在教学中普及。不止是在经典方向班,其实在大班学基础的时候也应该开展,即使那个时候知识不多,但同样也能通过提出问题,解决问题的讨论形式扩展知识面,因为有老师在场帮助协调。同时希望多些小班授课,便于管理,也利于增进学生之间的交流互动。”

“很感谢老师如此用心举行了这一次演讲医案活动,希望能坚持下去,精益求精,让更多后学受益。”

4 思考

本研究是将“自主学习法”与“微课”结合。

“自主学习”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、创造等方法来实现学习目标。与传统教学方法相比,它是一种现代的教学方法。本教学团队已发表相关实践论文。由于严谨策划,建立了小组与小组、个人与小组间成果分享关系,有利于个人自主学习与团队协作精神的培养;由于开放式学习,除基本要求外,没有固定模式,给同学较大发挥空间。引经据典,理解与发挥均超出原教材模板范畴,充分发挥了同学的创造性^[1]。

“微课”(Microlecture),全称“微型视频课程”,是美国戴维·彭罗斯(David Penrose)于2008年秋首创一分钟课程。以教学视频为主要呈现方式,围绕学科知识点、例题习题、疑难问题、实验操作等进行的教学过程及相关资源之有机结合体。微课视频一般为5 min,建议不超过20 min,原本是教师授课培训方式之一,以其集中、高效、突出重点,反馈直接等优势,为近年国际教育界所推崇。

本研究尝试将“微课”角色交给学生,让学生全程体验教学过程,以其参与感、新鲜感与成就感为同学所赞赏^[2]。尽管学生还处于学习阶段,将其放在教师位置,其教学效果还有不少瑕疵,但换位思考,让学生了解到自身不足与努力方向,是压力、挑战,也是机会。当代大学生素质较高,悟性好,进取精神强,通过“微课”获得了全方位培训,包括教态、语言表达、时间与节奏把握,突出重点,抓住要点,适当板书,内容前后贯通,小结,讨论与互动等。更重要的是,以“微课”为目标,同学们肯下功夫,通过大量阅读资料、将四大经典融会贯通,并与小组同学交流、集思广益,因此获得了良好的教学效果。

本教学改革尝试,立足于伤寒论国家精品课程、国家精品资源共享课程,及伤寒论临床视频案例资源库平台,在近年“自主学习法”^[3]“PBL教学法”^[4]“分层互动讨论法”^[5]诸教学内容与教学方法改革基础上,引入“微课”理念而做出的初步尝试。后续工作,包括视频剪辑、文字翻录整理、视频配字幕,各案例独立构建“微课”,挂网再运用,作为精品资源共享课程案例教学示范以及教学拓展运用、效果跟踪评价等,均值得进一步期待。

参考文献

- [1]李赛美.基于案例版《伤寒论》的自主学习方法尝试与思考[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(13):102-106.
- [2]方剑锋,李赛美.《伤寒论》微课设计思路探讨[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(12):105-107.
- [3]李赛美,罗广波,彭万年.《伤寒论》PBL教学尝试与评价[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(13):52-54.
- [4]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(5):33-36.

(本文编辑:李海燕 本文校对:方剑锋 收稿日期:2018-01-16)

现代学徒制背景下温病学有效教学与实践研究

李鑫辉 黄雪云 李彩云 何宜荣 苏丽清

(湖南中医药大学中医学院, 湖南 长沙 410208)

摘要: 温病学是中医基础理论体系中不可或缺的一部分, 在中医的学习中占有一定的地位, 从古至今的跟师带徒模式一直是学习中医的有力方法, 并且经久不衰。基于现代师带徒模式从课堂教学、课后教学及现代学徒考核方式等方面探讨温病学的有效教学模式, 通过实践, 应用现代师带徒教学模式对中医教学改革具有重要意义。

关键词: 温病学; 现代学徒制; 教学方法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.011

文章编号:1672-2779(2018)-07-0028-02

Study on Effective Teaching and Practice of Febrile Disease under the Background of Modern Apprenticeship

LI Xinhui, HUANG Xueyin, LI Caiyun, HE Yirong, SU Liqing

(College of Traditional Chinese Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: The febrile disease is an indispensable part of the basic theory system of traditional Chinese medicine. It occupies a certain position in the learning of traditional Chinese medicine. From ancient times to now, the mode of taking teachers with disciples has always been a powerful way to learn Chinese medicine, and it has been enduring for a long time. Based on the modern teacher's apprentice mode, the effective teaching mode of epidemic febrile disease is discussed from classroom teaching, after-school teaching and modern apprentice assessment methods. Through practice, the application of modern teacher's apprenticeship teaching mode is of great significance for teaching reform of traditional Chinese medicine.

Keywords: febrile disease; modern apprenticeship; teaching method

温病学在现代中医学习中是必不可少的一门学科, 在中医基础理论知识中占有一定的地位, 是中医学重要的理论组成部分。温病学不仅是一门基础理论知识性学科, 还是一门临床指导性学科, 有较高的临床实用价值。在现代医学中, 可用于急性感染性疾病以及一些发热性疾病, 特别是近几年多发生的禽流感等传染性疾病, 《温病学》的理论对指导治疗起着很重要的作用。在现代学徒制的背景下, 我们需要研究并通过实践来找到更好的温病学的有效教学方式。

1 现代学徒制的背景状况

随着现代社会对于中医人才的需求以及现代教育的发展, 国家提出了现代学徒制教育^[1], 即是传统学徒培训与现代学校教育相结合、企业与学校合作实施的职业教育制度。既具有传统“师带徒”理实一体、注重实践的特点, 又具有院校教育系统规范、标准统一的特点, 能够有效弥补“传统学徒制”的不足, 即没有系统化、规范化的教学方式, 所学为一家之长, 临床看病思维比较局限; 但同时又继承了传统学徒制中注重临床实践与理论相结合的长处。

2 温病学教学的现存状况

2.1 中医经典课程教授难度较大 在当代, 《黄帝内经》《伤寒论》《金匮要略》《温病学》合称为四大经典^[2], 学习经典对于中医的学习来说是不可或缺的, 但是因为对于古文晦涩文字的理解能力不够, 学生的兴趣难以投入进去, 再者课程的教学时间被不断缩短, 课本的编排不够系统, 教授难度也逐渐加大, 如今中医的

教学形式主要以现代院校式教学, 比之传统的师带徒模式对于经典的理解也不够深入, 一系列的原因导致经典的教学困难重重。

2.2 学生对温病学的学习不受重视 通过调查发现, 很少有同学知道温病学隶属于经典课程, 这也导致学生对于温病内容学习的重视程度不如《伤寒论》和《金匮要略》。同时我们发现, 温病学的课本编排不同于伤寒的地方在于它将经典古文内容放于最后, 集四大温病学家的著作于一体, 且不同学术思想交织在一起, 理论系统性不如伤寒完善, 给学生学习增加了难度, 这就要求老师对于温病的理解要够全面且具有一定的临床水平, 提高学生学习兴趣, 展现课程临床实践的重要性。

2.3 对于中医的信心不够 学生在学习了理论知识后, 仍然不能看好一个简单的疾病, 学生会怀疑自己所学内容是否真的有用; 而且在他们自己生病时, 很少有人去给自己开药或者煎药喝, 大部分会选择西医治疗。学生在学中医的同时, 也会学习西医的知识, 因此很多时候因为中医难学而西医思维更好掌握, 学生会用西医思维来思考中医的问题, 丧失了基本的中医思维能力。古代的师傅带徒弟会强调基础知识的牢牢掌握, 会时常抽查基础知识的掌握情况, 在临床治病时也会注重用经典来指导临床, 引经据典, 传授徒弟独特的中医临证辨证思路及诊疗方法, 培养了徒弟较强的中医基本功, 而如今, 学生为了更好地和现代接轨, 不仅学习中医知识还会学习西医知识^[3], 且中医经典深奥难懂, 学生的积极性会受挫。

3 用现代学徒模式有效提高温病学教学

3.1 现代学徒模式课堂教学应用

3.1.1 教师教学理念转化 教师教学理念需要从知识的灌输者向学生学习的指导者转变,教师不仅是传授知识,解惑疑难问题,更要转变为一个鼓励与指导学生多元化发展角色,有效挖掘学生潜能,有效激励和组织学生。在《温病学》教材中,分为上、中、下三篇。上篇,主要介绍温病的发展,概念,病因病机,辨证论治,诊断与治疗,以及预防;中篇,主要介绍四时的温病,这一部分主要是在上篇的基本理论的临床综合运用,对于临床实践有一定的帮助,下篇则介绍温病学派代表医家的部分著作内容。为了更好学习经典,需要老师们优秀的教学能力与学生们对于知识点的理解能力。老师方面,在课堂教学上,一方面是在上篇与中篇的教学中引经据典,引导和指导学生学习相关内容;另一方面是在讲授下篇的内容时,使晦涩的古文内容简单易懂,老师在讲授时多结合临床表现和症状或者是临床上的病案来使学生更好理解,并且还可以多利用现代多媒体技术,去激励和鼓励学生,在讲解时还可以添加视频,动画,让学生对内容更好理解,把枯燥的课堂气氛变得轻松活泼。同时培养学生自主独立的思考能力和独立探究能力,只有自己思考理解了内容,才能掌握你所学的内容。

3.1.2 教师课堂教学方法变化 课堂教学形式学徒制模式,为了老师能够更好地指导学生,首先需要学生有独立的自我思考能力。学生对于某个问题有疑惑的地方,老师可以在课堂上直接解释或者在课后进行更为详细的解答。学习温病学不仅仅只是探讨书上的某个知识点,老师和学生可以开展丰富多样的教学形式,比如病案的讨论分析,PBL教学方法,体验式教学法,驱动式教学法等教学形式,不仅能够帮助理解温病经典,还能加深同学们对于该课程的学习兴趣。

3.2 现代学徒模式课外应用

3.2.1 临床学习的师带徒模式 温病学是一门临床基础性学科,临床学习经验很重要,老师可以带着学生上临床或者让他们在门诊跟诊。学生们经过大一和大二乃至大三的中医课程学习,学生已经掌握了基本的诊治方法,可以跟老师去临床学习,采用一师带多徒或者一徒跟多师,让学生早点接触临床。更好地将理论与实践联合,早点接触现代医学下温病学在临床上的应用。我们调查发现,中医专业的学生们都渴望早点接触临床,他们也认为中医是一门临床经验要求很高的学科,早点接触临床可以促使他们发现自己的不足与疑难知识点,提高主动学习的能力。我们也发现提前跟师学习的学生或者是提前接触临床学生主动学习能力更强,在以后的学习中思考问题也会更灵活与全

面。

3.2.2 “课题研究”的师带徒模式 对于本科阶段的医学生,老师不仅是带着学生提前进入临床,还可以带着学生研究一些科研课题,包括参与实验操作和科研论文书写。在学生参与科研试验研究过程中,不仅能够学习实验的操作方法,还能培养与提高学生的动手能力。同时,在参与理论性论文的书写过程中,学生在查找资料时通过阅读大量文献,不仅可以补充自己的知识局限性,还可以培养学生科研思维能力。只有积累了一定的知识,并通过自己的认真思考,在发现问题时,学生们就培养了一定的科学创新思维。在论文写作的过程中,学生可以了解该课题研究的现状,也可以锻炼科学思维能力与论文写作能力,同时老师可以指导学生的问题所在。

3.3 现代学徒模式考核 传统理论考试可以检测学生的理论知识掌握程度,我们发现学生大部分的专业考试是理论性考试,而对于临床的技能则考察较少。为了更好地进行温病学的教学,我们可以通过完善考试方式来检验学生的温病基础知识掌握情况及学生温病学的临床技能。老师一方面可以采取小测验或者课堂提问的方式来督促学生学习,学生也能更加熟练掌握知识点。另一方面,在医院临床科室,或模拟诊室,通过考核学生的望、闻、问、切的辨证方法,以及和患者的沟通交流,来判断学生临床技能的掌握情况,发现学生的薄弱之处。特别是和患者的沟通交流,不仅是在温病学的学习过程中,在整个中医的学习过程中,特别注重和患者的沟通能力的培养,可以有效促进培养学生中医辨证论治水平。

综上所述,《温病学》作为中医基础理论学习中的重要部分,有效的教学方式对于学生掌握该课的效率十分有必要。而在学徒制的背景下,对于教师来说,不断探索并研究更好的教学方式以提高自己的教学能力是十分有必要的,学生则要加强自己的思考能力,才能在老师的指导下更好的学习课程。《温病学》的教学不仅传授理论知识,还要学会如何让知识简单易懂,提高学生们的兴趣。完善的师带徒模式,及合理应用现代师带徒模式,学生们不仅能够更好地掌握温病学知识,还能提高临床技能,培养学生科研创新能力以及对研究或的最新研究动态与方法。不断探索及研究新的现代师带徒教学模式对中医教学改革具有重要意义。

参考文献

- [1]张贵锋,李力强,曾艺文,等.基于现代学徒制和网络教学平台的中医针灸人才培养模式的构建水平[J].卫生职业教育,2016,32(2):5-7.
- [2]宋健,董正华,史传道,等.关于加强中医经典教学的认识与思考[J].西北医学教育,2009,17(6):1123-1124.
- [3]王小云,许英,秦莉花.师承教育——现代中医药人才培养的重要模式[J].中医药导报,2010,16(4):126-127.

(本文编辑:李海燕 本文校对:杜建芳 收稿日期:2018-01-06)

皮肤激光美容医学教学探讨

朱珂 齐庆 睦道顺

(广州中医药大学第一附属医院皮肤科, 广东 广州 510405)

摘要: 皮肤激光美容医学是一门新兴学科, 其产生发展是时代发展和社会需求的结果。在皮肤美容医学的教学实践中, 如何培养适应时代要求的合格的激光美容专业技术人才是教学的关键。本文从皮肤激光美容医学的教学特点、不同教学方法的选择应用、教学过程中现代技术的选择运用以及如何进行医患沟通能力的培养等方面进行皮肤激光美容医学的教学探讨, 以期在教学实践中达到理想的教学效果。

关键词: 教学改革; 皮肤科; 激光美容; 医学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.012

文章编号:1672-2779(2018)-07-0030-02

Study on the Teaching of Skin Laser Cosmetic Medicine

ZHU Ke, QI Qing, SUI Daoshun

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

Abstract: Skin laser cosmetic medicine is an emerging discipline, and its development is the result of the era of progress and social demand. In the teaching practice of skin cosmetic medicine, it is the key how to cultivate qualified laser cosmetology professionals who meet the requirements of the times. Through researching the teaching criteria of the skin laser cosmetic medicine, the choice of different teaching methods, and the use of modern technology in the process and the cultivation of communication ability of doctor-patient relationship and so on, the ideal teaching effect in the teaching practice of skin laser cosmetic medicine was achieved.

Keywords: teaching reform; dermatology; laser cosmetology; medicine

随着社会的进步和经济的发展, 人们对生活层次有了更高追求。皮肤是人体最大的器官, 其表现最直观, 对个人的容貌和精神状态有着巨大的影响, 皮肤的美化和抗衰老是千百年来众多女性一直追求的目标。在皮肤病治疗领域, 相较于过去只注重疗效, 现代人要求在治疗疾病的同时皮肤的外观也能得到美化, 甚至对正常皮肤组织的外观也具有美化要求, 近年迅速发展起来的皮肤医学美容技术就是最好的写照之一。激光医学在皮肤美容学中占据着非常重要的位置, 培养适应时代要求的合格的皮肤激光美容专业技术人才是皮肤美容专业的教学重点和难点。

1 皮肤激光美容医学教学特点

激光美容医学是一门新兴学科, 学习皮肤激光美容技术, 不仅需要掌握皮肤的正常结构特点, 对影响皮肤外观的疾病如色素性、血管性等疾病的发病机制、病理特点有清晰的了解和认识, 还需掌握现有各种治疗技术的优、缺点及具有选择最合适的治疗方式的能力。皮肤激光美容医学的教学是通过教学使学生将理论知识转化为实践技能的过程, 这要求授课老师不仅具有扎实的皮肤专业基本理论知识(如解剖学、病理学等), 还需要具有一定的临床实践经验。如在色素性皮肤病的激光美容治疗讲解中, 首先应将正常的皮肤结构、皮肤色素的来源和分布, 不同色素疾病病理生理特点的主要差别作出归纳整理。如正常皮肤颜色主要由皮肤基底层黑色素细胞的数量和大小决定, 雀斑主要是基底层黑色素细胞内黑色素颗粒增多所致, 太田痣则是由于真皮内的黑色素细胞增多所致。所以在激光治疗雀斑和太田痣的时候,

虽目标靶色基均是黑色素, 但由于色素在皮肤内分布位置的不同, 针对雀斑我们可以选用波长相对较短、表皮黑色素吸收能量较多的激光, 而针对太田痣我们则可选用皮肤穿透较深、对表皮损伤较轻的长波长激光。如上结合基础理论和临床实践进行讲解, 可增强学生对不同激光治疗不同疾病原理的理解和运用能力, 但对教师的能力和实践经验有着较高的要求。

2 不同教学方法在皮肤激光美容医学教学中的联合应用

正确的教学方法是引领学生入门, 提升学生学习兴趣的关键, 因此, 如何根据学科特点选择正确的教学方法是教学的难点之一。目前大部分课堂使用的都是以老师授课为基础的LBL教学法, 即教师进行课堂讲授为主, 学生听课为主^[1]。对于皮肤的基础理论知识、激光的基本理论知识等概念性内容如皮肤层次的划分、皮肤厚薄、目前常用的激光治疗技术原理及特点等, 可采用LBL教学法讲授。系统的LBL教学可预先使学生头脑中形成皮肤激光美容学科的框架和体系, 对常见的基本概念有初步的理解, 为今后深入学习打下一定基础。

由于皮肤美容科学是一门理论性、实践性很强的学科, 因此, 案例教学法及PBL教学法的引入对于提升教学效果也显得尤为重要。加拿大麦克马斯特大学(McMaster University)在1969年最先采用以PBL(Problem-based learning)为主体的教学模式^[2]。PBL教学法主要是以学生为中心, 以问题为导向, 在小组内进行问题的讨论, 并把问题作为学习和整合新知识的起点。针对实践性较强的激光美容医学, 教师可以根据教学情况在部分理论课之后采用一次PBL教学法, 阶段性的

巩固理论知识。例如在皮肤色素性疾病课程结束后,教师提出问题“雀斑的激光治疗方法”,学生依据问题进行资料查找,在充分的准备之后,在小组进行集体讨论。根据讨论情况,教师可了解学生对常见色素性疾病的病因、病机和鉴别诊断的掌握情况,对激光治疗的理解和掌握程度,发现教学中存在的不足,为改进教学方法提供依据。另外,采用该教学方法,锻炼了学生主动查找资料解决问题的能力、在讨论过程中语言组织和思维的能力,也使学生了解到学习过程中可能存在的问题和不足。

临床上寻求皮肤激光美容治疗的患者往往不只存在单方面的问题,如何解决患者的主要问题同时避免给其带来不必要的影响,需要具有扎实的理论基础及综合思考问题、解决问题的能力,而案例教学正是培养学生该类能力最适合的教学方法。案例式教学法又称“苏格拉底式教学法”,是教师本着理论和实践有机结合的宗旨,依据教学目的与要求,以案例为基本素材的教学方法^[1]。通过案例使学生思考、分析,激发学生的兴趣和培养学生解决问题的综合能力。在案例教学法中,教师首先提出案例,要求学生给出适合的治疗方案。案例通常合并多种问题,适合在某一章节或总的课程结束时使用,对学生综合所学知识、归纳总结方法的能力要求较高。学生在初期提出问题解决方案的时候可能会存在考虑片面、只针对其中某一方面、选择方案单一的问题。在经过教师的指导和讲解后,加强了学生综合考虑问题的能力,同时对不同治疗技术的综合应用能力有了进一步的提升,这是案例教学法的目的所在。如一例面部同时存在太田痣、黄褐斑的病人,如何制定合适的激光治疗方案?激光治疗是太田痣的唯一首选治疗方法,而激光治疗可能会加重黄褐斑的病变,所以学生可能会对选择激光治疗存在一定疑惑。那么如何避免对黄褐斑的激发同时达到治疗太田痣的目的是激光治疗的难点。教师可通过从不同激光的特点、治疗的适应证、参数的选择等方面进行归纳讲解启发学生思维,从而使学生完成最合适方案的制定。该过程不仅帮助学生对所学知识有了系统的复习,加深理解,也为其实践能力和今后发散性思维的培养打下了一定基础。

3 现代技术在皮肤激光美容医学教学中的应用

科技的发展使教学工具也发生了极大的变化。不同于以往单纯的板书、多媒体教学,现今可利用的教学工具对提升教学效率也有较大帮助。皮肤激光美容医学是建立在基础理论上的实践性学科,教师的临床经验对教学效果有着较大的影响。教师除自身经验的传授外,可通过运用网络、微信等现代技术辅以教学,使教学达到最佳效果。微信是现今非常普遍的通讯工具,其快捷、高效、兼容的特点使其非常适合应用到教学中来。如教师可通过建立微信群,内可含该领域

的多名教师,通过微信群,创造一个和同行、学生交流的平台。各位教师可在群内将自己临床所见有价值的病例展示,不仅使学生拓宽了眼界,了解临床治疗过程中可能出现的效果和问题,同时可根据病例进行讲解,在课后使学生对知识得到进一步的巩固。同时,学生在微信群内根据病例积极思考,各抒己见,在讨论交流中取长补短,巩固所学知识,培养临床思维,间接累积了临床经验,为今后实习打下一定基础。

由于网络的便捷和发达,目前网络课程已成为新的被大家接受的教学方式。教师可引导学生在课余时间学习一些国内外皮肤激光美容相关的网络课程,不仅有助于学生掌握国内外该学科发展的最新动态,亦有利于激发学生的学习兴趣、拓宽知识面。

4 皮肤激光美容医学教学中的医患沟通能力教育

由于生活环境和认知的不同,每个人对美的定义存在一定差异。如何在差异中找到共同点,使皮肤激光美容治疗获得医患的共同认同,良好的沟通能力是必须具备的素质之一。为能在工作中能实现有效、一致、良好的医患沟通,需在以下几方面对学生培养:(1)换位思考能力的培养。在患者接受皮肤激光治疗前,需对患者治疗的意图、要求、顾虑有准确的把握。教导学生学会换位思考,从患者角度出发,理解、体会患者治疗前的心理状态,这是保证沟通有效进行最关键的一步。如多数患者由于对激光治疗技术缺乏了解,往往对其副作用有放大、恐惧的心理。如果站在患者的角度,通过制定合理的方案、向其展示既往治疗的病例等方法,可在治疗前减轻患者焦虑,有利于患者配合和治疗的顺利开展。(2)良好的语言组织能力。由于医学术语存在复杂难懂的特点,因此,教学中还应注重培养学生用通俗易懂的语言将繁复的医学知识传授给病人的能力,有利于患者准确地了解治疗的目的和过程,避免不必要的误会和纠纷。(3)端正的态度和高度的责任心。治疗过程中,医生的言行、举止、态度是除语言以外影响沟通效果的重要方面,因此,在教学中尤其是在实习教育中,应在细节方面加强对学生的培养,使其做到衣着举止得体,态度严谨认真。

总之,皮肤激光美容医学是一个新兴的、快速发展的学科,教师需要不断及时更新迭代自己的理论知识,实践理论相结合,在自我学习的过程中学习、摸索合适的教学方法,如此才能达到理想的教学效果,培养出合格的皮肤激光医学专业人才。

参考文献

- [1]安毅莉,赵伊昕,张梦华.PBL、LBL及PBL+LBL教学法在医学教育中的优劣[J].西北医学教育,2016,24(2):275-277.
- [2]Barrows H S. Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview[J].New directions for teaching and learning,1996(68):3-12.
- [3]殷玥,马恒,冯娜,等案例式PBL在生理学教学中的应用[J].基础医学教育,2013,15(1):14-15.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李东海 收稿日期:2018-01-11)

以重点学科为依托培养本科生科研创新能力的探索[※]

——以湖南中医药大学中西医结合专业为例

吴若霞^{1,2} 刘慧萍^{1,2} 葛金文¹ 任婷^{1,2} 林检生^{2*}

(1 湖南中医药大学中西医结合重点学科, 湖南 长沙 410208;

2 中医方证研究转化医学湖南省高校重点实验室, 长沙 410208)

摘要: 随着医学的发展, 本科生科研创新能力的培养具有重要意义。中西医结合专业以建设重点学科为契机, 确立本科生科研创新能力培养的重要地位, 设立开放基金, 建立科研水平高的教师人才梯队, 搭建实验平台并实行实验教学改革, 以提升本科生的科研创新能力, 提高本科生的综合素质。

关键词: 重点学科; 科研能力; 中西医结合; 本科生

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.013

文章编号:1672-2779(2018)-07-0032-02

The Research of Cultivating Undergraduates' Research and Innovation Ability Based on Key Disciplines —Taking the Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Major in Hunan University of Chinese Medicine as an Example

WU Ruoxia^{1,2}, LIU Huiping^{1,2}, GE Jinwen¹, REN Ting^{1,2}, LIN Jiansheng^{2*}

(1. The Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Disciplines of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China;

2. Key Laboratory of Colleges and Universities, Traditional Chinese Medicine Prescription and Transformation of Medical Laboratory, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: With the development of medicine, the cultivation of scientific research and innovation ability of undergraduates is of great significance. The integrated traditional Chinese and Western medicine major focus on the construction of key disciplines as an opportunity to establish the undergraduate scientific research and innovation ability to cultivate an important position, the establishment of open funds, the establishment of high level of scientific research personnel echelon, build experimental platform and experimental teaching reform to enhance undergraduate research Innovation ability, improve the overall quality of undergraduates.

Keywords: key disciplines; scientific research ability; integrated traditional Chinese and Western medicine; undergraduate

2016年12月6日, 国务院新闻办发布《中国的中医药》白皮书中提出“建设符合中医药特点的科技创新体系, 开展中医药基础理论、诊疗技术、疗效评价等系统研究, 组织重大疑难疾病、重大传染病防止的联合攻关和对常见病、多发病、慢性病的中医药防治研究, 推动中药新药和中医诊疗仪器、设备研制开发”, 突出了中医药科技创新的重要性。对于中医院校而言, 为了适应未来发展的需要, 要积极调整本科生的培养方案, 在培养学生掌握疾病诊断、治疗、预防的同时, 更要重视本科生科研创新思维与能力的培养, 使他们能掌握探究新方法、新技术的能力, 提高综合素质。

重点学科拥有更优秀的师资队伍、更先进的仪器设备、更高水平的科研课题和学术成果, 在培养本科生科研创新思维中具有明显的优势, 但如何将重点学科的优势引入本科生科研创新能力的培养是一个难题。1993年, 我校在湖南省教育厅的批准下正式开设五年制中西医结合临床医学专业, 至今已具有博士、硕士、学士三级学位授予权; “十二五”期间, 中西医结合基础与中西医结合临床学科被批准为省级重点学科, 聚集了中西医专业的优秀资源, 提高了我校中西医结合专业学士的培养质量; “十三五”期间, 我校将以重点学科为依托, 教学与科研创新训练相结合, 从以下几个方面不断加强内涵建设, 探索提高本科生科研创新能力的途径。

1 确立本科生科研创新能力培养的地位

中西医结合本科教育是当前培养中西医结合专业人才的主体, 其质量直接影响中西医结合事业未来的发展。目前, 各大院校中西医结合本科教育存在许多不足, 如: 课程设置机械结合、培养目标不明确、师

[※] 基金项目: 全国教育教学“十三五”规划单位资助教育部规划课题【No.F1B160493】; 湖南省教育科学“十二五”规划课题【No.XJK015AGD008, XJK014AGD012】; 湖南省教育厅教改项目【No.2016-344, 2015-215, 2015-221】; 湖南中医药大学教学改革项目【No.2016-JG002】; 湖南省大学生创新性训练中心资助; 湖南省重点学科中西医结合基础资助; 湖南中医药大学重点学科病理学及病理生理学资助

* 通讯作者: 476704111@qq.com

资力量薄弱等,这些因素都限制了中西医结合本科教学的发展^[1]。其中,对中西医结合专业本科生的培养目标和评价体系,尤其是科研创新能力的培养,多半是照搬中医专业,缺乏针对性。为此,我校以建设重点学科为契机,进一步明确了中西医结合本科人才培养在学科建设中的地位,积极调动重点学科的优势资源,并通过充分调研,完善修订本科生的培养模式和课程体系,深化教学计划和内容改革,突出对本科生创新科研能力培养的重要性并细化培养方案,以期提高中西医结合专业人才培养的治疗,来进一步推动重点学科的发展。

2 设立重点学科开放基金

重点学科具有高水平的师资、课题项目和专业的仪器设备等优势,若与本科生科研创新能力的培养有机结合,可以显著提高本科生的科研水平。一方面,重点学科的师资队伍可以作为本科生科研小组的指导老师,提供更广阔的科研视野、更具体的方案和操作指导,使学生能具有更多实践的机会,有利于加深本科生对科研的理解,培养科研思维;另一方面,利用重点学科的经费,为本科生优秀科研项目提供一定的经费资助,有助于激发学生的科研创新兴趣。

以我校中西医结合专业为例,依托省级重点学科,设立开放基金,以营造科研创新氛围,激发学生的主观创新意识和创新精神。开放基金以中西医结合基础和中西医结合临床为主要研究方向,提供实验室作为平台,以重点学科教授作为指导老师,学生自主组建团队申报课题,遴选优秀课题给予经费资助。宋祯彦等^[2]通过问卷调查我校2012~2015级本科生后发现,10个课题组共发表科研论文8篇,其中2篇论文被CSCD收录,86.2%的学生认为熟练掌握各项基础实验技术,75.4%的学生认为提高了科研论文写作的能力,63.1%的学生认为提高了分析解决问题的能力,81.5%的学生通过参与大学生创新课题提高了对科研的兴趣。部分学生以开放基金为基础,进一步参与省级、国家级创新实验设计大赛,取得一定成绩。整体来看,通过利用重点学科的优势资源设立开放基金,可以提高学生的科研兴趣,并确实提升了本科生的科研创新思维和实践能力。

3 建立科研水平高临床技能强的教师人才梯队

师资队伍对学科的建设至关重要,是重点学科的核心内容之一,是保证教学质量不断提升的重要前提。目前,各大院校招收的中西医结合专业学生数量较少,因此,无论是在高校还是在医院,优秀的中西医结合专业人才均较为匮乏。很多教师受自身知识水平的限制,中医学知识和西医学知识并不能融会贯通,因此

也无法保证教学质量。我校从2016年开始,教师岗均要求博士学位以上,实验岗也要求是硕士学位以上,并具有一定的科研背景。得益于重点学科的支持,每年都会拿出一定的经费作为配套经费,加强对青年教师的培养。青年教师有更多的机会申请科研经费,提升自身的科研素质和创新能力,并鼓励他们新的教学观念、教学方法、科研成果引入本科生的教学课堂,从而丰富教学内容。另外,我校还会组织优秀师资,定期举行“中学西”或“西学中”培训班和讲座,组织教师参加学术交流会,以提高教师的理论水平;选择条件较好的附属医院,制定详细的培养计划并实行,以提高教师的临床技能。通过这些措施,让教师从科研创新、基础理论、临床技能等多方面得到全面提升,保证课内课外的教学质量,提升本科生的综合素质。

4 搭建创新实验平台 实行实验教学改革

学生的实践能力直接反应了科研水平。要将培养学生科研创新实践能力落到实处,就必须为学生搭建实验平台,为他们开展实验、动手操作提供更多的机会,且重点学科的建设需要实验室的支撑。我校调整培养目标的要求,制定中西医临床医学专业培养质量评价体系和标准^[3];积极改革实验教学内容与方法,将部分验证性的实验项目改为综合性和设计性实验项目,在课内激发学生的探索热情^[4];每年四月份均举办实验技能大赛,以赛促训,在课外引导学生多参与创新实践;同时,开放省级重点科研实验室并建成了大学生创新训练中心,为学生开展科研实验项目提供平台。这些措施均有利于提升本科生的科研创新能力,2016年我校第五届实验技能大赛有500多名学生报名参与,在全校引起较大反响。

总之,重视本科生科研创新能力的培养,不仅可以提高学生的综合素质,提高教学水平,还可以增加学生的就业砝码^[5]。以重点学科建设为契机,利用其优势资源,可以显著提升本科生的科研创新能力,但仍存在诸多挑战。我们将在未来的重点学科建设中不断吸取经验教训,克服困难,培养出更优秀的中西医结合专业人才。

参考文献

- [1]刘朝圣,邓常清,何清湖,等.“本科教学工程”建设视角下中西医结合本科教育的审视与思考[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(20):92-94.
- [2]宋祯彦,邓奕辉,成绍武.重点学科设立开放基金提高本科生科研能力的探索与实践[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(3):40-42.
- [3]刘慧萍,张国民,喻嵘,等.基于实验教学质量监控的中医院校实验室规范化管理实践[J].国际中医中药杂志,2015,37(3):205-208.
- [4]黄姗姗,刘慧萍,张国民,等.浅谈开放实验教学模式对中医院校学生创新能力的培养[J].中医教育,2015,34(1):35-37,41.
- [5]李江滨,余涌珠,黄国滨,等.科研创新能力对本科医学生就业的影响[J].科技视界,2013(30):27-28.

(本文编辑:李海燕 本文校对:任婷 收稿日期:2018-01-08)

以临床技能培养为导向的中医护理学教学改革探索[※]

邹颖 张轶 卢洪梅 邓少东 许新晖 卢阳佳 成晓燕 迟宏罡*

(广东医科大学第二临床医学院中医学教研室, 广东 东莞 523808)

摘要: 中医护理学是护理学专业的一门重要课程, 本教研室对该课程的教学大纲、教学内容、教学方法和考核方式等进行了一系列的改革和探索, 积累了丰富的教学经验, 也培养了护理专业学生的学习兴趣, 促使他们把中医学的知识技能运用到临床护理工作中, 不断提升实践能力, 教学效果显著。

关键词: 中医护理学; 教学改革; 临床技能

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.014

文章编号:1672-2779(2018)-07-0034-02

Exploration on the Teaching Reform of Nursing of Traditional Chinese Medicine Courses Guided by Clinical Skill Training

ZOU Ying, ZHANG Yi, LU Hongmei, DENG Shaodong, XU Xinhui, LU Yangjia, CHENG Xiaoyan, CHI Honggang

(Department of Traditional Chinese Medicine, the Second Clinical Medical College, Guangdong Medical University,

Guangdong Province, Dongguan 523808, China)

Abstract: Nursing of traditional Chinese medicine is an important course of nursing speciality. We have carried out a series of reforms and explorations on the syllabus, teaching content, teaching methods and assessment methods. By applying these teaching reforms, we can markedly accumulate rich teaching experience, stimulate students' interest to learn, increase their ability in clinical thinking and solving practical problems by the knowledge and skills of traditional Chinese medicine. It's proved that the teaching effect is remarkable.

Keywords: nursing of traditional Chinese medicine; teaching reform; clinical skills

中医护理学传承了中医学, 又结合临床实践操作, 具有独特的特色, 是一门理论性和实践性很强的应用型学科^[1]。目前我校该门课程为必修课, 以往的授课环节主要以教师讲授为主, 在教学内容上过于偏重知识理论, 忽视技能和实践训练, 教学特色和重点不够突出。因此, 如何合理地优化教学内容, 改革教学方法, 达到最好的教学效果, 培养具备中西医技能的高级护理人才, 本教研室进行了一系列的教学改革尝试, 取得了良好的成效。

1 优化教学内容 提高实践课程比重

在教材的选择上, 我们以卫生部“十二五”规划教材为蓝本, 采用人民卫生出版社出版的中医护理学作为教材, 主要包括中医基础理论、中医护理基本知识、中医护理基本技术、辨证施护等内容, 涵盖的内容非常广泛。但要在32学时的教学中, 把以上内容全部讲精讲透非常困难。因此, 我们拟定新的教学大纲, 优化本课程的中医基础理论知识体系, 理论联系实际学以致用, 在教学内容上突出中医护理特色和中医护理技能操作的内容, 确立了中医基本理论、中药方剂、辨证施护和中医护理技术训练四大模块。提高了实践课程的学时比重, 增加了4学时的针灸、火罐、艾灸等技能课程, 重在强化学生的中医护理技能训练。

2 加强中医护理基本技术实践能力的培养

中医护理学是一门实践性和应用性很强的学科,

且有一套有别于现代护理的独特护理技术, 其中的饮食护理、针灸、推拿、拔火罐等技术具有鲜明的中医特色和优势, 在中医护理的教学中有非常重要的地位, 是培养学生实践能力的关键环节^[2]。因此, 在理论课学习的基础上加强中医护理技术实践能力的培养, 增强学生的动手能力, 做到理论和实践一体化非常重要。在教学内容改革上, 我们首先压缩了理论学时, 增加了实训课的内容和比重, 由原来的理论课32学时, 改为理论课28学时, 实训课4学时, 包括针灸、火罐、艾灸等简便易行的中医实用技术。在实训课教学内容和方法上, 我们建立以学生为主体, 教师为辅助的互动式技能培养模式, 采用教学碟片、模型教学和真人教学相结合的教学方法。首先要学生观看教学碟片结合模型观察, 然后让教师进行教学示范, 在整个操作过程结合理论知识进行讲解, 并强调注意事项, 也可选择学生共同示教, 最后鼓励学生们互相操作, 亲身感受。同时我们编写了中医技术实训手册, 让学生完成相关课程的作业。我们也将教学模式延伸到第二课堂, 比如成立中医护理技术兴趣小组或中医推拿社团、刮痧社团等, 学生可以在课余时间跟中医科老师到门诊进行见习为病人服务, 或在社团或学校的活动中为学生服务, 老师作为指导教师定期指导, 规范学生的操作。通过这些训练, 提高了学生的动手能力、团队协作能力和综合素质, 为将来的临床工作打下了坚实的基础。

3 教学手段和方法改革

3.1 多媒体与板书有效结合 多媒体教学的优点是信息量大、直观生动, 能够将抽象而复杂的医学理论以PPT、

※ 基金项目: 广东医科大学教育教学研究课题[No.JY14040]

* 通讯作者: chihonggang@163.com

Flash动画和视频等更加直观的方式呈现到学生面前,不仅生动形象还可增加趣味性,能有效吸引学生的注意力,增强学生对知识的理解能力,提高学习效率^[3]。例如舌诊的内容配以真实患者的舌部图片,形象直观,学生不仅印象深刻,而且容易掌握。但多媒体展示往往具有跳跃性和瞬时性的特点,虽然信息量大,但都是稍纵即逝,学生多是停留在感性记忆上而缺少深度思考的时间,重复加深印象难以实现,记笔记困难,难以抓住教学重点和难点^[4]。板书虽然有信息量少和书写速度慢等缺点,但教师在书写板书的时候,也把对学习内容进行思考的时间给了学生。同时,板书具有信息保留时间长、教学内容更加条理和清晰、教学的重点和难点突出和利于教师总结课堂教学内容等优点,使学生在接受其他信息的时候能够不忘主题,更有利于对知识的理解和吸收。虽然多媒体和板书都具有各自的优缺点,但单独应用任何一种手段都难以达到最优的教学效果。因此,我们根据教学内容、教学目的和教学时段等要素,在多媒体教学和板书之间找到契合点,进行优势互补,结合二者的优点进行合理搭配,通过精心制作PPT和设计板书,优化了课堂教学,大大提高了教学效果。

3.2 多元化教学方法运用 以教师讲授为主的教学方法(Lecture based learning, LBL)即传统教学法虽然具备了较强的系统性和短时间传达大量信息的优点,但缺乏有效的思维参与,忽略学生能力的培养和发展。因此,在教学过程中,我们注重将多种教学方法与传统的教学方法相结合。在参与式的教学模式中,将“启发式”和“讨论式”教学方法贯彻到课堂中来,针对重点课程如技能训练或中医基础理论部分,要求学生课前做好预习工作,查阅相关资料,在课堂上设置问题启发学生进行深入思考及讨论,而不是采用“填鸭式”的灌输方法。同时,基于临床中能够体现患者病情发生、发展、转归,具备一定疑难程度和应用中医技术的案例,我们设置典型案例,特别是用教师临床中的常见病例进行举例,贯穿到理论讲授中,以病例作为教学的起点和归宿,先让学生先阅读案例,阅读后再进行引导,让学生从病例资料中发现问题,提出讨论的主题,使学生一开始就带着浓厚的兴趣学习和思考,最后老师再进行详细的讲解,这种方式既培训了学生的临床思维,也加深了学生对课程的印象和理解。通过多种教学方法的结合,能够启发学生思考,提高他们的分析问题和解决问题的能力,充分调动学生提出问题、主动思考的积极性,培养了学生的学习兴趣,教学效果显著。

4 完善教学评价体系

传统的课程考核方式采取的是平时成绩与期末考试成绩按一定权重求和的评价方式。该方式的缺点是考核方式单一,且过分注重书本知识,无法反映学生全部的学习情况。为此,我们融考核和能力提高于一

体,重构中医护理学的教学评价体系,实行了多元化的评价方式,把学生的平时表现、作业完成情况、实践技能操作强化训练和达标考核成绩纳入学科成绩。构建新型的实践教学评价体系,将实践考核的成绩比例设置为20%,在考核的过程中突出技能操作的准确性,服务态度和沟通能力。理论课成绩为70%,平时成绩占10%。通过考核,发挥正确的导向作用,以改变重知识轻技能,重理论轻实践的状况,引导学生向理论与实践结合,思维与能力结合的方向发展。同时,在教学评价方面,我们十分重视学生对教师教学的反馈,设计了《学生对教学的反馈调查表》,主要针对教师的教学方法和技术加以评价,内容涉及到了教师的教育理念、学科专业、人格特征、教学效能等多方面。通过对教学评价的反馈,我们可以获得该课程教学质量效率的关键信息,这些反馈数据对提高教学和课程质量起到了重要的指导作用。

5 提高教师整体素质 转变教学观念

教师的责任感,理论水平,专业技能和授课技巧等综合素质,是确保教学效果的重要因素,也是提高教学质量的保障。以往中医护理学的师资队伍多是从事中医医疗的老师,虽然具备了较强的临床医疗思维,但临床护理思维明显不足,因此,在教学过程中难免会出现重医疗轻护理的问题。只有转变教学理念,把临床中医护理思维放在首要位置,才能把这门课讲得既生动又实用。为了能适应中医护理学课程发展的需要,我们加强了对青年教师的培养,为他们提供外出培训的机会,学习教学方法和中医护理技术,提高教师的中医护理基本技能的操作水平,弥补教师护理实践能力的缺陷,让教师充分胜任护理专业的实践教学,从而保证本课程实践教学的教学质量。

6 结束语

我们从多个环节对西医院校护理专业的中医护理学课程进行了全方位多环节的教学改革,积累了教学经验,锻炼了教室队伍,教学效果显著,提高了本校中医护理学的教学质量,初步建立了一个适合西医院校中医护理学的教学体系,也对学生学习中医护理学的兴趣和增强实践动手能力有了很大的促进作用。然而,教学改革永无止境,我们将会不断探索,继续努力把工作做得更好。

参考文献

- [1]伍梅芳.探究式教学法在《中医护理学》中的应用[J].中医药导报,2017,23(16):130-131.
- [2]杜云.基于中医护理教学现状谈中医护理教学改革[J].继续医学教育,2014,28(5):78-79.
- [3]王芳.浅谈多媒体在《护理学基础》教学中的应用[J].课程教育研究,2016,31(7):252-253.
- [4]陈聪,阳松威,廖菁.《中医基础理论》课程教学现状及改革思路[J].湖南中医杂志,2016,32(7):142-144.

(本文编辑:李海燕 本文校对:郑学宝 收稿日期:2018-01-08)

高职高专临床医学专业社区卫生与保健课程 设置满意度调查分析[※]

王慧霞¹ 禹方²

(1 河南医学高等专科学校预防医学教研室, 河南 新郑 451191;

2 河南医学高等专科学校康复医学教研室, 河南 新郑 451191)

摘要:目的 探讨高职高专临床医学专业学生对“社区卫生与保健”课程内容设置的满意程度,以评促改。方法 以455名河南医学高等专科学校2016级临床医学专业学生作为研究对象,在学习“社区卫生与保健”课程后,采用自编问卷开展对“社区卫生与保健”课程设置的满意度及教学改革建议的调查。结果 本次调查结果显示,在对课程的必要性和实用性方面,93.14%的学生认为很有必要开设社区卫生与保健,96.46%的学生认为社区卫生与保健课程很实用;在对课程教学的满意度方面,72.12%的学生对于该课程教学满意,26.33%的学生对于该课程教学满意度为一般,1.55%的学生对于该课程教学不满意;在对社区卫生与保健课程不满意的原因中,44.25%的学生认为原因为其他,37.39%的学生认为实践性不强;教学改革建议的调查显示,90.04%的学生认为“社区卫生与保健”的课时数合适,55.75%的学生认为“社区卫生与保健”应该增加实习课,83.19%的学生能跟上老师的授课进度,55.75%的学生认为“社区卫生与保健”应该增加实习课,58.36%的学生希望“社区卫生与保健”的考核方式是期末考试+社会实践。结论 应进一步优化和改进“社区卫生与保健”课程体系,才能更好地满足新时代医学环境对临床医学专业学生的要求。

关键词: 临床医学; 社区卫生与保健; 高职高专; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.015

文章编号:1672-2779(2018)-07-0036-03

A Survey and Analysis on the Satisfaction of Community Health and Health Care Courses in Clinical Medicine Specialty of Higher Vocational College

WANG Huixia¹, YU Fang²

(1. Department of Preventive Medicine, Henan Medical College, Henan Province, Xinzheng 451191, China;

2. Department of Rehabilitation Medicine, Henan Medical College, Henan Province, Xinzheng 451191, China)

Abstract: **Objective** To explore the satisfaction degree of the content of community health and health care courses in higher vocational college clinical medicine students. **Methods** 455 students in Henan medical college class of clinical medicine were investigated, after learning community health and health care course learning, carry out an investigation for satisfaction of community health and health curriculum and teaching reform proposals by using self-made questionnaire. **Results** according to the results of the survey on the necessity and practicability of the course, 93.14% of the students consider that it is necessary to set up community health and health care, 96.46% of the students consider that community health and health course is very practical. In terms of the satisfaction of the course teaching, 72.12% of students were satisfied with the teaching of the course. 26.33% of the students were satisfied with the teaching satisfaction of the course, and 1.55% of the students were not satisfied with the course teaching. Among the reasons for the dissatisfaction with community health and health courses, 44.25% of the students thought that the reason was other, 37.39% of the students believed that the practice was not strong. Teaching reform proposals according to the survey, 90.04% of the students think community health and health care the number of hours, 55.75% of the students think community health and health care should be increased practice lesson, 83.19% of the students can keep up with the teacher's teaching schedule, 55.75% of the students consider that community health and health care should increase practice lesson, 58.36% students hoped that the way of community health and health assessment is the final exam and social practice. **Conclusion** it is necessary to further optimize and improve the curriculum system of community health and health for meeting the requirements of new era medical environment for clinical medical students.

Keywords: clinical medicine; community health and health; higher vocational college; teaching reform

社区预防保健工作是我国三级预防体系的网底,是新型医疗卫生服务网络的基础^[1],开设社区卫生与保健课程有利于顺应新医改对高职高专临床医学专业人才培养的需求。“社区卫生与保健”是该校针对临床医学专业开设的一门必修课程,旨在使社区方向的高职高专院校临床医学专业的学生在学习临床医学课程的基础上,进一步获取专业知识,适应社区等基层岗位需求,掌握社区卫生服务的多项技能,为社区中的不同群体做好相应的疾病预防和保健工作^[2]。当前,我国部分医学院校已经开设“社区卫生与保健”,但是该课程在我校刚刚开设,如何保证教学质量,培养适应

新时期需求的临床医学人才是我校面临的新挑战。基于此,笔者对临床医学专业大二学生开展了关于“社区卫生与保健”课程设置满意度及教学改革建议的调查,以期今后提高“社区卫生与保健”教学质量,为改革课程教学模式、改进教学方法提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取455名河南医学高等专科学校2016级临床医学专业学生作为研究对象,发放调查表455份,回收452份,回收率99.3%。

1.2 调查内容 采用自行设计的调查表,调查学生的对“社区卫生与保健”课程设置的满意程度以及教学改进措施意见。

1.3 调查方法 采用蓝墨云班课^[3]作为教学平台,在平台

※ 基金项目:河南省医学教育研究课题[No.Wjlx2016034]

上发布调查问卷455份,以不记名的方式统一发放调查问卷进行调查。强调学生应根据自身实际情况作答。填写完毕后在平台上提交,并在教师网络端整理收集。

1.4 统计学方法 采用Epidata 3.0录入数据,应用SPSS 19.0统计软件进行统计分析。

2 结果

2.1 “社区卫生与保健”课程设置满意度调查 本次调查设置多个问题,包括课程设置的兴趣、了解程度、必要性、实用性、课程与其他课程的关联程度、课程难易程度的感受、课程满意度以及不满意的原因等。总体而言,49.34%的学生对“社区卫生与保健”有兴趣;86.5%的学生对“社区卫生与保健”了解一些;93.14%的学生认为很有必要开设“社区卫生与保健”;96.46%的学生认为“社区卫生与保健”课程很实用;84.73%的学生认为“社区卫生与保健”课程与其他医学课程有联系;44.47%的学生感觉该课程学习起来较轻松;72.12%的学生对于该课程教学满意;在对社区卫生与保健课程不满意的原因中,44.25%的学生认为原因为其他,37.39%的学生认为实践性不强,12.83%的学生认为没有与所学专业结合,12.39%的学生认为课程内容不易理解,12.17%的学生认为课程中内容过多。结果见表1。

表1 临床医学专业学生
对于“社区卫生与保健”课程设置的满意度分析

问题	选项	百分比(%)
您对“社区卫生与保健”是否有兴趣?	有兴趣	49.34
	一般	47.57
	没有兴趣	2.65
	不清楚	0.44
你了解什么是“社区卫生与保健”吗?	完全了解	11.06
	了解一些	86.50
	不了解	2.43
你认为有必要开设“社区卫生与保健”吗?	非常需要	93.14
	不需要	1.99
	不清楚	4.87
你认为“社区卫生与保健”课程是否有实用性?	很强	96.46
	不强	1.77
	不清楚	1.77
你认为“社区卫生与保健”课程是否与其他医学课程有联系?	有关	84.73
	关系不大	13.50
	无关	0
	不清楚	1.77
你对学习“社区卫生与保健”难易程度的感受如何?	比较轻松	44.47
	一般	54.42
	很吃力	1.11
你对“社区卫生与保健”课程设置的满意程度?	满意	72.12
	一般	26.33
	不满意	1.55
(多选)如您对“社区卫生与保健”课程不满意,则原因为	课程中内容过多	12.17
	知识陈旧,脱离实际	4.65
	没有与所学专业结合	12.83
	课程内容不易理解	12.39
	实践性不强	37.39
	其他	44.25

2.2 “社区卫生与保健”教学改革建议调查 教学改革建议的调查显示,90.04%的学生认为“社区卫生与保健”的课时数合适,55.75%的学生认为“社区卫生与保健”应该增加实习课,83.19%的学生能跟得上老师的授课进度,41.37%的学生希望“社区卫生与保健”的考核方式是期末考试,58.36%的学生希望“社区卫生与保健”的考核方式是期末考试+社会实践。结果见表2。

表2 临床医学专业学生
对于“社区卫生与保健”课程设置改革建议分析

问题	选项	百分比(%)
你认为“社区卫生与保健”的课时数	偏多	4.87
	合适	90.04
	偏少	5.09
你认为“社区卫生与保健”是否应该增加实习课?	应该增加	55.75
	不需增加	32.52
	不清楚	11.73
你认为老师的授课进度你能否跟得上?	跟得上	83.19
	勉强跟得上	16.37
	跟不上	0.44
你希望“社区卫生与保健”的考核方式是什么?	期末考试	41.37
	期末考试+社会实践	58.36

3 讨论

良好的初级卫生保健系统对健康结局的改善有重要的促进作用^[4]。基层医疗卫生机构是初级卫生保健服务的主要提供者,其服务质量的高低影响着整个国家和社会的医疗资源获得情况和健康水平,我国社区卫生服务起步晚,缺乏经验,发展速度缓慢,目前仅在北京、上海、江苏等发达地区发展势头较好,我国其他地区的社区卫生服务内容有限,服务水平低下。人才队伍建设相对落后、学历层次普遍偏低、专业知识结构不合理等问题仍然存在^[5]。培养一批面向基层医疗机构岗位的人才,对于基层医疗服务改革至关重要,而保证“社区卫生与保健”教学质量是培养合格初级卫生保健工作者的关键性因素。

本次调查发现,49.34%的学生对社区卫生与保健有兴趣;86.5%的学生对社区卫生与保健了解一些;93.14%的学生认为很有必要开设“社区卫生与保健”;96.46%的学生认为“社区卫生与保健”课程很实用;84.73%的学生认为“社区卫生与保健”课程与其他医学课程有联系;44.47%的学生感觉“社区卫生与保健”课程学习起来较轻松;72.12%的学生对于该课程教学满意;在对“社区卫生与保健”课程不满意的原因中,44.25%的学生认为原因为其他,37.39%的学生认为实践性不强,12.83%的学生认为没有与所学专业结合,12.39%的学生认为课程内容不易理解,12.17%的学生认为课程中内容过多;从调查结果来看,大部分学生认为希望获取到社区卫生与保健的知识,并且认为“社区卫生与保健”课程很实用,“社区卫生与保健”

课程是顺应新型医疗卫生改革产生的新课程,这门课程开设于大二上学学期,该课程内容涉及社区卫生服务、全科医学、健康教育等与基层医疗岗位相关的内容,由于种种原因,多为讲授理论,实践课程比例较少,同时该课程知识体系与理念不同于临床医学,需要学生深入思考,课程内容跨度大,包含内容较多,因此考虑在以后的课程中适当增加社区卫生与服务中心的社会实践活动,增加小视频、角色扮演等课程活动,引导学生深入认识全科医生的角色,在社区开展健康教育,着重对全科医学以及健康教育理念的传授,而非理论内容的灌输。

本次调查发现,90.04%的学生认为“社区卫生与保健”的课时数合适,55.75%的学生认为“社区卫生与保健”应该增加实习课,83.19%的学生能跟得上老师的授课进度,58.36%的学生希望“社区卫生与保健”的考核方式是期末考试+社会实践,41.37%的学生希望“社区卫生与保健”的考核方式是期末考试,“社区卫生与保健”是一门多学科融合的课程,包含内容广泛,具有很强的实践性,因此适当地增加考核中实践的比重对课程改革

起到重要的作用,同时在教学过程中加入翻转课堂等多元化教学方法有利于提高学习的积极性与参与性。

4 结论

我校“社区卫生与保健”课程由于开设时间较晚,教学体系不成熟,教学方法需进一步提升。通过本次调查评价现有教学体系的适用性,以评促改,根据课程培养目标和教学过程中存在的不足,完善课程设置。此外,在开展“社区卫生与保健”教学工作还应加强与学校相沟通、积极听取学生的意见、整合现有教学资源三者相结合,提高学生专业技术水平,培养适用于新医疗背景的临床医学专业人才。

参考文献

- [1]王静雯.社区预防保健工作的思考与建议[J].健康教育与健康促进,2017,12(3):282-285.
- [2]蛟淳,叶大庆,孙晓宁,等.《社区保健与预防》以实践为导向新教学模式的评价[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(9):35-38.
- [3]邱满玲.蓝墨云班课在护理实训课的应用效果[J].卫生职业教育,2017,35(7):75-76.
- [4]袁莎莎,勇志鹏,王芳,等.基于典型案例的纵向整合模式下基层医疗卫生机构服务质量研究[J].中国卫生政策研究,2017,10(7):41-45.
- [5]刘文颖,刘铮然,何金鑫,等.内蒙古东西部社区卫生服务中心基本公共卫生服务现状研究[J].中国公共卫生管理,2017,33(4):551-553.

(本文编辑:李海燕 本校校对:张军 收稿日期:2018-01-19)

医学生创新创业实践活动影响因素分析[※]

盛泽虎 宋运娜 乔增正*

(齐齐哈尔医学院基础医学院,黑龙江 齐齐哈尔 161006)

摘要:以《国家中长期人才发展规划纲要》出台为契机,针对影响医学院校大学生创新创业的实践活动的主要因素及相关问题,通过进行专家访谈、调查问卷等方式进行统计;运用因子分析和主成分分析法进行分析。经研究发现,提高自身能力,实现自我价值,得到物质收获,能解决就业问题是吸引医学生开展创新创业实践活动主要促进因素;自身条件限制,学校和国家有关部门的政策不完善对创新创业社会实践活动的开展阻碍最大。

关键词:医学生;创新创业;因子分析;主成分分析

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.016

文章编号:1672-2779(2018)-07-0038-03

Research on Innovative Practice Activity and Trend in Development of Medical Students

SHENG Zehu, SONG Yunna, QIAO Zengzheng

(Basic Medical College, Qiqihar Medical University, Heilongjiang Province, Qiqihar 161006, China)

Abstract: In Medium-term National Talent Development Program promulgated as an opportunity, the main factors that influence the creation and innovation of college students in medical colleges practice and related problems, through expert interviews, questionnaires statistics, using factor analysis and principal component analysis method. The study found that improving their ability to realize self value get, material gain can solve the problem of employment is to carry out the creative activities to promote the main factors to attract medical, their own conditions, the school and the relevant departments of the state policy of innovation and entrepreneurship social practice activities the biggest obstacle.

Keywords: medical students; innovative practice; factor analysis; principal component analysis

随着建设创新型国家进程的不断推进,《国家中长期人才发展规划纲要》的出台,提升大学生创新能力建设、培养创新型人才的要求进一步提高到

当前大学生培养的日程^[1]。在知识技术大爆炸的时代,我们面临前所未有的变革,作为医学生应培育创新精神从而适应社会发展的变革,培养具有创新能力的高素质医学人才是我国医疗卫生事业发展的需求。北京大学基础医学院院长尹玉新在首届全国医学生创新创业论坛的致辞中讲到,创新创业对医学生来讲有特殊的意义,“双创”精神要更早地扎根于

※ 基金项目:黑龙江省大学生创新创业训练计划面上项目【No. 201711230042】

* 通讯作者:1572421802@qq.com

医学生的意识里。

1 借助数学建模方法对医学生创新创业实践活动研究

1.1 项目研究的目的

充分分析影响医学生创新创业的因素，评价医学生创新实践活动的实践环境。

改革开放以来我国的现代化建设实践已经证明，提高国家综合国力、医学技术的国际竞争力，促进医学技术的发展等都依赖于培养一批高素质、创新型的医学生。本次项目的实施能通过数据的处理对当代医学生的创新创业实践进行充分地分析，从而了解当代医学生创新创业的情况，便于经验总结。

1.2 项目研究的内容

(1) 对医学院校开展创新创业实践活动专家、教学督导小组，以及负责教学领导的教师，教学团队进行访谈^[1]。掌握医学生开展创新创业实践活动的现状，了解实践活动的主要决定因素，并运用主成分分析法，研究影响医学生开展创新创业实践活动决定性因素。不断针对比较矩阵进行修正，得到理性客观的结论。

(2) 运用因子分析和主成分分析方法的结论，总结出影响医学生开展创新创业实践活动决定性因素。并设置调查问卷进行分析整理数据，剔除无效数据，分析得出结论。

2 基于调查问卷的统计分析

2.1 设计调查问卷

对医学院校开展创新创业实践活动专家、教学督导小组，以及负责教学领导的教师，教学团队进行访谈，针对医科生开展创新创业实践活动的现状和影响因素，对发展趋势的看法，相关学校的政策等设计了单选，多选与问答共计20道题，制成问卷，发放调查。

2.2 问卷回收基本情况

本次回收有效答卷共计984份，男性答卷者394位，占40.04%；女性答卷者590位，占59.96%。其中医学生共933人，其他51人为医务工作者或医学院校老师。调查对象主要为黑龙江省高等医学院校不同层次的在校医学生（大一大二为主）。

2.3 医学生创新创业实践活动影响因素

2.3.1 促进因素与阻碍因素分析

根据调查，在984份有效问卷中，对于吸引当代医学生开展创新创业实践活动的因素这个问题，有753（76.52%）名被调查者认为这是能使个人获得不断成长和发展的机会；531（53.96%）名有强烈的创新创业兴趣和欲望；700（71.14%）名想要挑战，提高自己的能力；314（31.91%）名是为了物质收获；545（55.39%）名是为了实现自我价值；256（26.02%）名是为了解决社会就业问题。对于阻碍当今医学生创新创业的因素这个问

题，有632（64.23%）名被调查者认为学校及相关教育部门缺少鼓励医学生开展创新活动的政策；563（57.22%）名认为社会认可度不够，需要社会资源支持；508（51.63%）名认为学校号召力不足，教学模式与政策不成熟；496（50.41%）名认为医学生思维定势是主要的影响因素；398（40.45%）名则归因于自身条件限制。

2.3.2 运用SPSS软件进行因子分析和主成分分析

上述因素为问卷中第13、20题的答案选项，将这些问题包括第1~3题关于性别年龄是否为医学生的问题的答案设计得分，用每题得分数来表示这些因素对当代医学生创新创业实践活动的影响程度，同时我们依次用X1, X2, X3... X10, X12, X14表示这些选项，并鉴定数据是否合适做因子分析。通过变量的相关矩阵可知，大多数变量的相关系数大于0.3，具有较强的相关性。同时，在取样足够前提下KMO测试度为0.737；由Bartlett的球体检验可得：近似卡方为1251.240，自由度为91，差异显著的检验值为0.000。

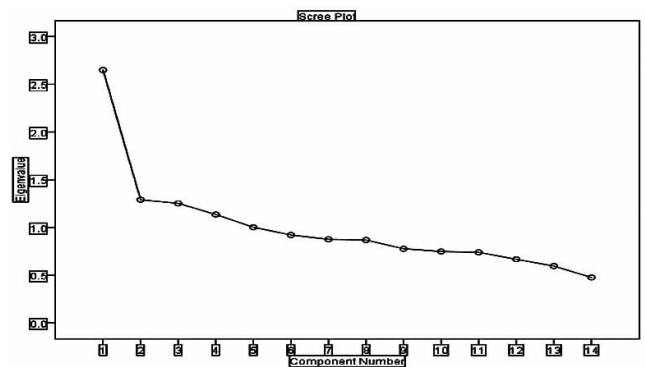


图1 碎石图

分析可知，Bartlett球形检验统计量观测值为1251.240，相应概率接近于0，由于显著性水平默认于0.05，概率P远小于显著性水平0.05，应拒绝原假设，认为相关矩阵与单位矩阵有显著差异，存在相关性，适合因子分析。同时，KMO统计量为0.737，接近于0.8，表明变量存在潜在因子结构，数据非常适合因子分析。

接下来我们进行因子的提取与因子个数的确定。按照H Kaiser提出的选取特征值大于1的方法选取因子，具体是每次进行因子分析后，保留因子负荷在0.7以上的变量，再次进行因子分析，如此反复直至相对最优解，前5个因子的累计方差贡献率达到了52.362%。因子解释原有变量总方差的情况见表1。

表1中按照特征根从大到小的顺序排列，大于1的特征根有5个，考虑到特征根小于1的因子解释力度不

如直接引入原变量大,而且因子的数目太多不利于后续的分析。所以根据主成分分析法,我们取前5个特征根较大的因子,能够比较全面地反映情况。同时可以参考碎石图来验证,见图1。该图的横坐标为因子数目,纵坐标为特征根。曲线迅速下降,然后下降变得平缓,从第6个因子开始变成近似一条直线,特征根值小于1,解释原有的变量贡献小。曲线变平开始的前一个点被认为是提取的最大因子数,即提取5个公因子。第6个因子后面的这些散点像山脚下的碎石,可以舍去,不会损失太多信息。

表1 解释的总方差

组成	初始特征值			提取负载平方和		
	总计	方差率	方差率累积	总计	方差率	方差率累积
1	2.649	18.922	18.922	2.649	18.922	18.922
2	1.290	9.217	28.139	1.290	9.217	28.139
3	1.253	8.948	37.087	1.253	8.948	37.087
4	1.136	8.115	45.202	1.136	8.115	45.202
5	1.002	7.160	52.362	1.002	7.160	52.362
6	.921	6.582	58.944			
7	.876	6.259	65.203			
8	.868	6.200	71.403			
9	.777	5.550	76.952			
10	.748	5.344	82.297			
11	.739	5.282	87.578			
12	.667	4.764	92.342			
13	.596	4.257	96.599			
14	.476	3.401	100.000			

对于因子负荷的确定与因子的命名,为便于对因子分析的解释,我们采用主成分法计算因子负荷矩阵,因子负荷矩阵说明各因子在各变量上的负荷。

2.3.3 就业问题的主要促进因素 提高自身能力,实现自我价值,得到物质收获,解决就业问题为主要促进因素。经分析我们可以发现影响当代医学生创新创业实践活动的主要因素有开展创新创业实践活动可以让当代医学生挑战,提高自己的能力,实现自我价值,得到物质收获。此外能够解决社会就业问题,也促进着该项活动的开展。

2.3.4 自身条件限制创新创业社会实践活动 自身条件限制是阻碍当代医学生开展创新创业社会实践活动的主要因素,下面我们将从制约自己创新创业的能力有哪些,如何培养自己的创新创业思维,在培养创新创业思维的培养上遇到的问题这三个方面,对自身条件影响当代医学生开展创新创业社会实践活动展开研究。

(1) 制约自己创新创业的能力。大学生创新能力,是指大学生在学习理论知识的基础上,通过对自身能力的培养和提高,而逐渐拥有的对新事物的见解和研

究解决新事物的能力^[2]。组织策划能力,学习分析能力,人际交往能力,心里承受能力,团队合作能力,经营管理能力都是大学生开展创新创业实践活动必备的品质。经调查,制约医学生创新创业实践活动的主要因素为组织策划能力,学习分析能力,人际交往能力。进入大学都已成年,心理趋于成熟,但心理承受能力也至关重要。团队合作能力往往是决定成败的关键,而管理经营能力,则是大家容易忽视的,这是一些能力综合的体现。

(2) 如何培养自己的创新创业思维。大多数医学生通过多参加学校创新创业思维专业培训,多查阅创新创业相关资料,多与同学就创新创业方式等进行讨论的途径来培养自己的创新创业思维,而通过参加创新创业比赛提高自己,通过与专业人员交流提高自己来培养自己的创新创业思维则应鼓励和提倡。

(3) 在培养创新创业思维的培养上遇到的问题。医学生在培养创新创业思维时遇到的主要问题为:学校关于创新创业思维培养方面的资源不足,不知道该通过何种途径培养,没有业余时间用来培养。而身边同学都认为培养这种思维没用这个问题影响较小,从侧面表现出了当代医学生对创新创业实践活动的重视。

2.3.5 学校和有关部门相关政策需要完善 学校和国家相关政策也是影响医学生创新创业实践活动的主要因素,其中的问题主要有:宣传不到位,专业师资缺乏,指导教育不到位,资金支持不够,奖励制度不完善,相关实践地点、项目、平台建设不完善等^[4]。

总体来说,影响我国医学生创新创业实践活动的主要因素可以归结为两个方面:全员的意识和各方的支持。可更抽象概括为:意识和物质两方面。意识与资源相辅相成,辩证统一。就意识来说,包含了医学生的意识如团队意识、目的和态度等;指导老师的指导方式;学校的政策方针;国家部委的指导思想等一系列意识化的影响因素。而资源或者物质为:医学生的可支配时间、指导老师资源、学校资金和设备支持、相关设施和管理等支持、国家投入的人力物力等等一系列客观物质条件^[2]。

参考文献

- [1]侯冲,袁英莹,赵宏伟.大学生创新实践的现状与发展趋势[J].教育教学论坛,2012(30):278-280.
- [2]宁洁萍.大学生创新能力培养的实践环境分析[D].天津:天津大学,2012.
- [3]史洋玲.我国大学生创新能力发展现状与培养研究[D].合肥:安徽大学,2014.
- [4]宁钟,李佩文.创新与创业教学体系的三维架构研究[J].技术经济与管理研究,2013(1):32-35.

(本文编辑:李海燕 本文校对:何 兰 收稿日期:2018-01-16)

提高中医住院医师规范化培训质量的思考

李潇

(河南中医药大学第二临床医学院妇产科, 河南 郑州 450000)

摘要: 中医住院医师规范化培训是新形势下医学教育的重要组成部分。该文分析了目前中医住院医师规范化培训过程中存在较多问题及解决这些问题的方案, 如科学管理新模式; 加强轮转科室管理力度; 提高医患沟通能力; 合理安排考核。目的是确保培养出符合社会需要的高质量中医临床人才。

关键词: 中医住院医师; 规范化培训; 科学管理; 医患沟通; 合理考核

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.017

文章编号:1672-2779(2018)-07-0041-03

Thought on Improving the Quality of Resident Standardization Training of Traditional Chinese Medicine

LI Xiao

(Department of Obstetrics and Gynecology, the Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Resident standardization training of traditional Chinese medicine is an important part of medical education under the new situation. This paper analyzed the existing problems and solutions to these problems in the standardized training of TCM residents, new models of scientific management, strengthening the management of rotation departments, improving doctor-patient communication skills and arranging the appraisal reasonably. The aim is to ensure that high quality TCM clinical talents are trained to meet the needs of the society.

Keywords: resident standardization of traditional Chinese medicine; standardized training; scientific management; doctor-patient communication; reasonable evaluation

医学生的临床培养担负着培养临床实用型人才、发展医学的双重任务, 直接影响到我国医疗事业的发展。目前, 随着社会信息的发达及国民文化素质的普遍提高, 对医学院的教育也提出了更高的要求, 近年来在这种新形势下住院医师规范化培训在全国逐步开展。《住院医师规范化培训内容与标准(试行)》中指出住院医师规范化培训目标体现在职业道德、专业能力、人际沟通与团队合作能力、教学与科研方面。中医医院病房多采用中西医并用的诊疗模式, 中医住院医师规范化培训还面临着如何继承发扬中医传统优势, 保持中医特色的另一难题^①。在临床工作中, 随机性较强、患者病情轻重程度不一、患者个人素质相差较大, 那么如何在有限的时间内提高中医住院医师规范化培训的质量, 使规培生具备独立处理临床常见病、多发病的能力, 尽快完成向一名合格的临床医师的转变, 是目前高校附属医院迫在眉睫需要解决的问题。本人由临床工作实际出发, 探讨如何提高中医住院医师规范化培训质量的几点思考。

1 科学管理新模式

规培生应该已经顺利通过本科生临床实习阶段, 掌握了一定的临床技能, 对临床常见疾病的诊断、治疗有一定的基础。但是, 不容忽略的问题是大多数本科生临床实习阶段正是医学生全身心投入研究生入学考试备考时期, 在这个阶段, 医学生对临床实习较为放松, 有甚者根本就不参加临床实习。因此在本科毕业时, 其临床技能远远未达到本科生应该达到的要求, 临床基础不扎实。而在住院医师规范化培训阶

段, 带教老师是在本科基础上对住院医师进行规范化培训, 这就导致了住院医师在临床基础薄弱的情况下, 不仅要进一步掌握之前所学到的中医理论并提高临证能力, 还要掌握西医理论、临床技能、应变能力, 最终还要将中西医体系完整地结合起来, 难度可想而知。

住院医师规范化培训是一个系统工程, 进入临床后的管理是提高住院医师规范化培训质量的重要环节, 因此“学校—医院—临床科室”共同培养的三级管理模式应运而生。这种模式有助于培养规培生的临床实际应用能力。在这一模式中, 学校作为职能管理机构, 在整个培养过程起着导向和监控作用, 掌管着规培生培养的整体程序。医院实行具体管理, 重点从事规培生的基础培养工作, 对规培生的培养方案、培养计划、日常教学、带教老师管理等环节加以具体实施。临床科室作为第三级管理层, 也是规培生培养最直接的实施者, 对规培生培养将产生最重要的影响。在临床科室中遴选带教老师, 实行带教导师组, 临床带教时放手不放眼, 用最直接的方式培养学生, 加强创新, 提高培养质量。调动临床带教老师的积极性, 协助学校、医院对规培生进行管理, 把规培生培养工作落到实处, 使培养层层深入, 规培生的管理更加人性化、细致化, 更加顺应着眼规培生各项工作所应达到的目的。

2 加强轮转科室管理力度

作为中医药院校的青年教师, 无论是承担基础课还是临床课的教学工作, 都肩负着教书育人与治病救

人的双重职责^[2]。通过完善带教老师遴选制度,优化临床带教老师梯队结构,实现带教老师队伍的多元化和学术化。完善带教老师考核制度,随着医学院的扩招,规培生的数量在不断的增加,相对而言,带教老师的质量和数量不能完全保证,有的带教老师刚刚毕业参加工作,自己尚没有完全适应、掌握临床工作,身后已经分配至数个规培生,其对规培生培养工作的指导质量可想而知。对轮转到本科室的规培生应指定临床经验丰富、工作认真负责的高年资主治医师担任临床带教老师,使其熟练掌握本科室的常见病种、临床诊疗技巧等,以确保带教质量。应将带教老师的临床带教工作与奖金、晋升职称、评优评先、进修等相结合,以激励带教老师更加认真负责带教。督促带教老师不断提升自己的业务水平,把握学科临床动态前沿,从而真正做到“言传身教”,培养出一大批具有创新意识、高素质、高层次的医学规培人才,对医学规培生临床道德、治学态度、敬业精神、名利关系、乃至人生观、价值观等方面都有不同程度的影响,规培生带教老师的学术水平和道德素质很大程度上决定了规培生的培养质量。

扎实的基础知识、基本理论是规培生培训的基础,规培生大多具有一定的基础理论知识,经过本科阶段的见习、实习活动,对临床工作有一定程度的认识。其次,进行规范化培训的住院医师来源于不同的学校、专业,进入规培时所具备的基础知识、基本理论水平高低不一,这就要求带教老师要根据每个规培生的具体情况灵活掌握、因材施教,制定出适合每个规培生发展的具体的规培计划。例如:内科的规培生在外科相关科室规培时,需掌握本科室临床常见病、多发病的一般处理原则、适应证、禁忌证、用药基本原则、了解手术操作过程注意事项等;外科的规培生在外科相关科室规培时,除需牢牢掌握内科规培生所需掌握的基本知识,还应熟悉本科室疑难病症的鉴别及处理、危急重症患者的抢救流程、手术过程中一助二助的具体操作、简单手术的独立完成、本科室相关学术内容学术文章的发表、带教老师课题的积极参与以熟悉本专业临床发展动态前沿等。

要给规培生创造机会,对新入院的患者,规培生可先根据自己的临床经验辨治思路提出治疗方案,再由带教老师组织对新入院患者进行病情讨论,结合病人的具体情况进行诊断、鉴别诊断、综合分析、辨证论治,完善入院后的全面诊断和治疗计划,并讨论规培生提出诊断方案的可行性,进行讲评总结。在日常查房中,要求规培生先提出自己的意见,以培养其独立工作能力。教学查房是带教老师临床经验的总结,是带教老师对规培生临床技能的传授。要求规培生积极参加所在科室的疑难重症、死亡病例的总结讨论,

从而进一步提高其临床治疗水平。

学术活动是规培生创新素质培养的一条有效途径,医院、临床科室应开展广泛的学术交流,鼓励规培生积极参加院内、院外学术交流活动,学术活动上安排的讲座内容多以介绍本学科及相关学科的国际发展新动向为主,而不是简单地介绍临床研究进展,这样不但可以拓展规培生的学科视野,更能培养规培生独立思考问题、解决问题、积极创新的能力。

3 提高医患沟通能力

近年来,医患纠纷频发,患者及家属对医院、医生期望值过高,医患矛盾逐渐升级,在这种医疗大环境下,规培生医患沟通能力的培养就提到了一个新的高度上。医患沟通,顾名思义指的是医患双方为治愈某种疾病而进行的包括言语及肢体在内的各种交流^[3]。当今主流医学模式是生物—社会—心理模式,更加注重患者的心理状态,医患之间的良好沟通则是促进患者心理健康的润滑剂^[4]。规培生经常有这样的困惑,同样一个问题,带教老师去沟通时,患者心悦诚服遵嘱执行,而自己去沟通时则不能达到同样的效果。当然这里有患者对于高年资医师的尊重和信赖,但从另一个角度也说明规培生在与患者的交流上缺乏技巧。这就要求规培生要学会与患者交流,需牢记学医的初衷与誓言,把救死扶伤作为工作的宗旨。更好地掌握患者的病情、心理状况,熟悉患者的现病史、既往史、婚育史、过敏史等,在应用药物的同时给予患者心理上适当的安慰和鼓励,对患者疾病的治疗也能起到事半功倍的效果。

4 合理安排考核

合理安排考核是保证培养质量的重要措施,医学院的阶段管理主要体现在岗前培训、出科考核、毕业技能考核3个方面。医学院从临床工作的基本思路、临床技能规范、医疗法规等方面进行系列的岗前培训,减少规培生之间的能力差异,规范医疗行为。

鉴于目前临床管理体制,很多规培生没有执业医师资格不能开具医嘱,相对应的措施可以为规培生开具医嘱经带教老师修改后实施。在每个轮转科室轮转后至少出两份该科室典型病例的入院至出院的完整病案,出科时作为考核内容之一。带教老师需要指导规培生不断总结病案,使其知识结构完整。单纯的病例书写往往容易造成空话、套话,病案的书写应全面反映诊断、鉴别诊断、治疗计划依据;分析患者的主要病情、存在问题;治疗效果评价、更改治疗的依据等。规培生在书写住院病历的同时,是对之前所学的知识总结,记忆模糊的知识点要及时翻书、请教老师,以提高病案记录的质量。出科考核时模拟临床考试,包括开医嘱、常规用药、具体剂量、临床实际操作等,掌握疾病的诊断、鉴别诊断、(下转第53页)

从中医角度论述隔药饼灸与动脉粥样硬化的关系[※]

刘涛 刘霞 张驰 曹佳男 刘迈兰* 刘密 常小荣*

(湖南中医药大学针灸推拿学院, 湖南 长沙 410007)

摘要: 动脉粥样硬化 (atherosclerosis, AS) 是常见的与人类健康密切相关的疾病, 从中国知网数据库 (CNKI) 中可以看出, 针对AS的治疗多种多样, 其中隔药饼灸治疗AS疗效确切、绿色健康、安全无副作用, 已经受到广泛关注与研究。本文从中医角度介绍AS的发生发展机制、隔药饼灸治疗AS的优势、治疗采取的穴位、药物组成, 以期为临床隔药饼灸治疗AS提供理论支持及实践指导。

关键词: 隔药饼灸; 动脉粥样硬化; 发生机制; 胸痹; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.018

文章编号:1672-2779(2018)-07-0043-04

Discussion on the Relationship between Herbal-Cake-Separated Moxibustion and Atherosclerosis from the Perspective of Traditional Chinese Medicine

LIU Tao, LIU Xia, ZHANG Chi, CAO Jianan, LIU Mailan, LIU Mi, CHANG Xiaorong

(College of Acupuncture and Massage, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China)

Abstract: Atherosclerosis is closely related to human health of common diseases, can be seen in the CNKI. The treatment of atherosclerosis are diverse, among that herbal-cake-separated moxibustion is a green, healthy, safe without side effects, and has been widely studied. From the perspective of traditional Chinese medicine, this paper discussed the development mechanism of atherosclerosis, and the advantages of herbal-cake-separated moxibustion in the treatment of atherosclerosis, as well as the composition of acupoint and drug. This paper aims to provide theoretical knowledge and practical guidance for the treatment of atherosclerosis.

Keywords: herbal-cake-separated moxibustion; atherosclerosis; mechanism; chest discomfort; stroke

动脉粥样硬化 (atherosclerosis, AS) 是临床常见的具有很大危害性的疾病, 同时也是导致冠心病、糖尿病、高血压等的主要原因。在AS的治疗上, 目前临床主要运用他汀类、贝特类、烟酸类等降低血脂的药物, 但相关研究表明, 这些降低血脂的药物长期服用有导致记忆力下降甚至思维混乱的毒副作用^[1-2]。因此, 为更好地治疗AS, 寻找疗效肯定、绿色的治疗方法是当前AS研究领域的迫切任务。中医灸法以其独特的理论体系, 在防治AS中有着特殊的优势, 具有药物不可替代的作用。《灵枢·官能》记载: “凡病针之不到, 药之不及, 必须灸之”, 说明艾灸其独特优势, 针刺和中药无法取代, 而隔药饼灸法又是艾灸中的特色疗法, 将艾灸、中药、腧穴三者有机结合, 共同发挥效用, 因其治疗高脂蛋白血症有较好疗效, 且临床运用简便、经济实惠, 受到医生、患者的喜爱和推广。因此, 本文主要围绕AS发生的中医病机、隔药饼灸治疗AS优点、药物组成、选取穴位等论述, 以期为临床AS的治疗提供思考方向。

1 AS的中医病机

根据AS的临床症状, 结合中医辨证, 可将其归属于中医“胸痹”“眩晕”“中风”等疾病的范畴。

《内经》云: “手少阴气绝则脉不通, 脉不通则血不流”。中医学认为此类疾病的病因主要是由于年迈体衰、肾精亏虚, 或心不行血、脾失运化等脏腑功能失调, 导致瘀血内生, 痰瘀互结, 使脉道不利, 心脉失养。喜食肥甘厚腻、情志过极、抽烟、酗酒等因素均可诱发或加重本病^[3]。

1.1 年老体衰 肾精亏损 人过中年, 身体机能逐渐下降, 肾精渐亏, 肾气渐衰。肾气不足则气化不利, 肾主行水功能失调, 水湿内停, 化为痰湿, 而成脂浊; 肾乃五脏阴阳之本, 若肾阳虚衰则导致机体阳气不足, 无力鼓动脉道助血运行, 瘀血内生, 痹阻脉道; 若肾阴亏虚则易致阴虚阳亢, 耗伤津液, 炼液成痰, 痰浊痹阻心脉; 血瘀、痰浊痹阻脉道, 发为此病。

1.2 饮食失调 脾失健运 《素问·痹论》: “饮食自倍, 肠胃乃伤”, 饮食失调, 多食肥甘厚腻, 易导致脾的运化功能下降, 升清降浊失司, 中焦阻滞, 脂浊内聚, 痰湿内生, 脂液浸入脉道, 病程日久则不利脉中气血运行, 瘀血内生, 而引发心脉不畅。AS患者大都以“痰浊”“血瘀”之证候为主要临床表现, 《医宗必读》云: “脾土虚弱, 清者难升, 浊者难降, 留中滞膈, 痰而成痰”。由此可见, 脾为生痰之源, 脾脏的运化、升清降浊功能失常与痰瘀的形成关系密切。

1.3 五志所伤 情志过极 人的情绪过激、失控, 易导致情志内伤, 使机体脏腑气血运行失调。怒火伤肝, 致肝失疏泄, 气机逆乱, 气郁化火, 煎熬津液, 炼液成

※ 基金项目: 国家自然科学基金项目课题; 国家中医药管理局推广项目[No.81373716, No.81704182]

* 通讯作者: mailan_l@163.com; xrchang1956@163.com

痰，形成痰浊痹阻脉道；思虑伤脾，运化失司，清阳不升，湿浊停滞中焦，聚而生痰，痰浊流注经脉，壅阻脉道，运行不利，瘀血内生，痰瘀互结，痹阻脉道；长期情志不舒，气血运行失常，气不行血，血不载气，气血瘀滞，痹阻脉道，发为本病。

1.4 气血不足 心脉失养 因先天禀赋不足，或作息不规律，缺少运动等原因，导致心脾两虚，心气不强或心阳不振，导致气不行血，脉动无力，痹阻不通；同时，脾虚失于运化，痰湿停聚不得宣化，痹阻心脉，发为此病。如王清任说：“元气既虚，不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”。

综上所述，本病主要表现为本虚标实，脏腑之气虚衰，好静懒动，七情劳伤、衰老等形成本虚；脾虚失于运化，或肝郁气滞，疏泄不力，或肾虚气化无力，导致水湿痰浊、气虚血瘀、或痰瘀交结等形成标实；因虚致实，反过来邪实久病致虚，虚实夹杂，互为影响，形成恶性循环，导致疾病逐渐加重。所以本病以血脉瘀滞为标，脏腑亏虚为本。

2 隔药饼药物组成

由于AS多因痰瘀互结，壅阻脉络所致，且大多病程日久，根据“久病入络，络病治血”的理论，对于AS患者宜从治血着手，故选取具有活血化瘀、理气导滞、化痰通络的药物（丹参、山楂、泽泻、大黄、郁金）组成药饼配方，该配方为调脂胶囊的主要成分，王皓光等^[4]以调脂胶囊（烟台市中医院自制，以大黄、丹参为主要成分）为试验组，以脂必妥为对照组，通过临床观察发现调脂胶囊降脂效果优于脂必妥。另外朱明军等^[5]通过大鼠实验观察到调脂胶囊（由河南中医学院第一附属医院制剂室制药，主要含山楂、泽泻等成分）可有效调节血脂水平，防治大鼠AS的发生和发展。

2.1 丹参 丹参为活血要药，归属心经、肝经，功效：活血，祛瘀，调经，清心除烦。《本草纲目》记载：“能破宿血，补新血”，说明丹参可祛除瘀血而不伤新血。现代研究发现丹参具有降血脂、抗血栓、改善微循环、抗AS等作用，在治疗心血管疾病（中医上多为血瘀引起的胸痹之证）方面具有良好的疗效^[6]。薛洁等^[7]观察到丹参提取物丹参素钠能显著降低血浆中胆固醇的水平。

2.2 大黄 大黄味苦、性寒，功善泻下攻积、祛瘀通经，能通调肠胃，排湿泄浊。大黄中含有大量的大黄素，有研究发现大黄素可防治氧化应激所致的大鼠动脉粥样硬化，还能有效调节血脂代谢，通过促进HDL-C对血清脂蛋白的转运，加速脂蛋白的分解代谢^[8-9]。大黄还能促进肠胃蠕动，抑制脂肪和胆固醇在肠道的吸收，

酒大黄活血化瘀作用最显著^[10]。

2.3 山楂 山楂乃药食同源、健胃消食之佳品，口味酸甜，有行气散瘀、消食化积之功效。山楂中主要有效成分为黄酮类及山萜类等，该类成分具有调节血脂、强心、抗心律不齐等作用。刘莹等^[11]研究发现通过给老鼠服用丹参、山楂提取物可有效调节血脂代谢，防止高脂血症的形成。实验证明，山楂具有降低动物血脂以及防治AS的作用^[12]，药理研究表明，山楂具有抗氧化、抑制炎症因子生成、强心、降压、增加冠脉血流量、抗心肌缺血及抗心律失常等作用^[13]。山楂还可以降低TG、TC、增加HDL-C的含量，降低CRP含量^[14-17]。

2.4 郁金 郁金味辛、苦，性寒，有凉血活血、行气化痰的功效。有研究表明郁金含有姜黄素成分，能够降低血浆TC、TG和LDL-C的水平，提高HDL-C的作用，并能提高脂蛋白脂肪酶和肝脂肪酶的活性，增强血脂代谢，进而达到抗脂质过氧化和降血脂的作用^[18]。本品主要含挥发油，另含姜黄素、多糖，具有降脂、护肝的作用^[19]。

2.5 泽泻 泽泻归属肾经、膀胱经，有利尿、清湿热的功效，善治痰饮水湿内停。现代研究发现其有调节免疫力、降血脂、降血糖等作用。其降脂作用机制可能为干扰外源性脂质的吸收，加速内源性脂质的水解，或者影响肝脏脂质合成、代谢的功能；其含有泽泻醇A能抑制胆固醇酯化，降低胆固醇在小肠内的吸收率^[20]。

3 隔药饼灸选穴依据

大量实验以及导师课题组多年基础研究及临床经验均选取巨阙、天枢、丰隆和心俞、肝俞、脾俞两组穴位^[21-22]。心俞、巨阙为心背俞穴和募穴，心主血液，故采用隔药饼灸刺激这两个穴位可以调整心功能，增强心泵血能力，促进血液的循环，使血液在脉管内运行流畅。脾俞为脾之背俞穴，天枢为大肠的募穴，丰隆为足阳明胃经穴，又是治痰的要穴，刺激这三穴，有利于调节脾胃大肠功能，又因脾胃大肠是药物的吸收与排泄的重要场所，因此可以有效地使过多的脂质排泄，防止停留在机体，对血管内皮造成一定损伤。肝俞为肝之背俞穴，肝脏与脂质的代谢密切相关，肝功能正常对于维护脂质在正常水平有重要意义。

4 隔药饼灸防治AS的优势

4.1 隔药饼灸的特点 隔药饼灸为传统灸法中的一种，采用艾灸疗法与中药穴位贴敷疗法结合在一起的方式，既发挥了艾灸温通经络、散寒除湿、理气活血、化痰散结的功效，又综合了所选中药及贴敷穴位的特性、功效，并且通过艾灸的温热效应，使得药物的活性成分更容易透皮吸收，再通过刺激腧穴，发挥腧穴-经络-脏腑的调节作用，达到防治疾病的目的。可见隔药饼

灸能将艾灸、穴位、中药三者完美结合在一起,是一种安全有效、经济实惠、简单易行的中医外治法,并获得了较好的疗效以及医生、患者的好评,得以逐渐推广。

4.2 隔药饼灸对AS有效的原因 从中医理论分析,可将隔药饼灸拆分为艾灸、中药、腧穴三部分来看。(1) 艾灸功效可总结为温通和温补两大效应,温通效应主要通过温经通络,促进气血运行的作用来体现,在经络体系里,“不通则痛”,诸多临床表现都可以用经络不通来解释,那么艾灸通过温热刺激,作用于腧穴,激发经气,促进气血在经脉中的运行,来疏通经脉中气血瘀滞之处,使经脉通畅,“通则不痛”,达到防治疾病的效果;温补效应则主要通过温阳补虚、温补脾胃、温肾填精等作用来体现,可见艾灸主要是通过“温阳”的作用,调动脏腑功能来达到温补的目的;结合AS的中医病因病机,可见艾灸的温通和温补作用不仅能够疏通经络治其标,还能补益脾肾治其本。(2) 中药的功效无需赘述,临床疗效有目共睹,中医几千年传承的精华都体现在每一张小小的药方里,中医有“异病同治”之说,治病讲究病情的进展阶段,以临床证候“指导”用药,即使不同的疾病,但在发病的不同阶段出现了相同的证候,可以选择相同的治疗法则,对于AS患者,发病过程中一直以“痰”和“瘀”阻滞脉道为标,所以选用活血、化痰、祛瘀通经的中药,正可谓对症下药。(3) 腧穴的作用也是通过经络系统来体现,腧穴是脏腑经络气血输注于躯体外部的特殊部位,也是疾病的反应点和针灸等治法的刺激点,腧穴除了疏通局部气血治疗局部病症之外,更多地通过经络联络脏腑,调节脏腑的生理功能应用于治疗内科病症,所以结合AS的中医病因病机,与心、肝、脾、肾四脏以及“痰”和“瘀”关系密切,选用相应腧穴来达到治疗AS的目的。综上所述,艾灸、中药、腧穴三者均对AS有治疗效应,故将三者合而为一的隔药饼灸法在理论上是行之有效的。

4.3 隔药饼灸治疗AS的相关研究成果 近年来,常小荣导师课题组对隔药饼灸防治高脂血症合并AS的机理进行了大量研究,结果显示:(1) 隔药饼灸对脂质代谢有良好的调节作用,有效降低TC、TG、LDL-C等含量,升高HDL-C的含量,达到抗AS的目的^[22-23];(2) 隔药饼灸能够调节内皮细胞的血栓素B₂、6-酮前列腺素F_{1α}分泌功能,对血管内皮细胞起保护作用^[24-26];(3) 隔药饼灸具有调节内皮素-1、一氧化氮平衡的作用^[27];(4) 隔药饼灸可以明显下调血管内皮细胞黏附因子:血管细胞黏附分子-1、内皮细胞选择素的表达^[28];(5) 隔药饼灸通过激活AS兔血管内皮细胞PPAR γ 的表达,同时抑

制AS兔血管内皮细胞核因子 κ B的表达,达到延迟AS斑块形成的作用^[29-30];(6) 在临床研究中,观察到隔药饼灸可明显降低患者TC、TG、LDL-C、血浆血栓素B₂和6-酮前列腺素F_{1α}水平,并且可以升高HDL-C的水平^[31]。

5 结论

AS是各种心脑血管疾病共同的病理基础,我国治疗AS的方法还存在费用昂贵、副作用多等特点。在目前AS的防治中,隔药饼灸相比其他治疗方法有着特定的优势,从AS发生的中医病机着手,将艾灸、穴位、中药三者结合治疗,是一种经济、实惠、安全、无副作用的治疗方法,值得大力推广。但是就隔药饼灸治疗AS的机制而言,临床实验研究还较少,且样本量小,缺乏循证医学证据,且选取的药物及穴位无统一标准,因此有必要进行大样本、高质量的临床研究,用以探讨隔药饼灸治疗AS的机制,以期为AS的治疗提供更多的思考方向,为隔药饼灸治疗AS提供实验依据。

参考文献

- [1]许海燕,项志敏,陆宗良.中国成人血脂异常防治指南(2007)概要解读[J].中华老年心脑血管病杂志,2008(3):238-240.
- [2]Børge GN, John CM, Steve EH, et al. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease[J]. European Heart Journal, 2013(34): 3478-3490.
- [3]徐剑,李越华,李海涛,等.动脉粥样硬化的中医病因病机研究进展[J].四川中医,2013(5):149-150.
- [4]王皓光,姜凤.调脂胶囊治疗高脂血症疗效观察[J].中国中医急症,2005(12):1156-1176.
- [5]朱明军,罗璇.调脂胶囊对动脉粥样硬化大鼠MDA SOD的影响[J].中药药理学,2006(10):1821-1822.
- [6]陈向荣,陆京伯,石汉平.丹参的药理作用研究新进展[J].中国医院药学杂志,2001,21(1):44-45.
- [7]薛洁,谢梅林,顾振纶.丹参提取物调脂作用机制[J].江苏医药,2006(8): 752-754.
- [8]张翔,江兴林,周利玲,等.大黄素对氧化应激所致动脉粥样硬化模型大鼠的干预研究[J].中医药导报,2016(21):27-29.
- [9]舒筱灿,周利玲,吴和平,等.大黄素对动脉粥样硬化的干预[J].中国组织工程研究与临床康复,2007(34):6856-6859.
- [10]朱诗塔,李新中,文晓丽,等.大黄不同炮制品活血化瘀作用的比较研究[J].药学实践杂志,2010,28(5):354-355,358.
- [11]刘莹,李瑞霞,张杰.丹参山楂提取物预防大鼠高脂血症形成的药理研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015(11):1276-1278.
- [12]吴志嵩,路新国.山楂山药汤对高脂血症小鼠体质量和血脂水平的影响[J].西部中医药,2012,25(2):15-17.
- [13]涂春香,施文荣,肖燕茹,等.加味茵陈蒿汤对高脂饮食小鼠SOD、MDA的影响[J].中华中医药学刊,2011,29(6):1318-1320.
- [14]张玉颖,张喆.山楂对低密度脂蛋白受体基因敲除小鼠脂代谢的影响[J].西安交通大学学报:医学版,2014,35(1):120-123.
- [15]张春霞,齐玉刚,曹蓓,等.超微粉碎对山楂不溶性膳食纤维降血脂作用的研究[J].食品工业科技,2013,34(10):338-341.
- [16]范学辉,张清安,胡柏平,等.有氧运动与山楂籽油干预对高脂饮食大鼠脂代谢、抗氧化能力及内皮细胞功能的影响[J].陕西师范大学学报:自然科学,2011,39(4):103-108.
- [17]刘龙涛,郑广娟,张文高,等.虎杖与山楂提取物配伍干预颈动脉粥样硬化患者的随机对照临床试验[J].中国中药杂志,2014,39(6):1115-1119.
- [18]吴允娇,黄敏桃,黄云峰,等.毛郁金乙醇提取物降血脂作用研究[J].广西科学,2015(2):130-134.
- [19]兰凤英.郁金的药理作用及临床研究[J].长春中医药大学学报,2009,25(1):27-28.
- [20]乐智勇.泽泻汤降血脂作用机理研究[D].武汉:湖北中医药大学,2012.
- [21]常小荣,符凌,张亮,等.隔药饼灸对兔动脉粥样硬化斑块中基质金属蛋

- 白酶-2,9mRNA 表达的影响[J].中国康复理论与实践,2010,16(10):934-937.
- [22]岳增辉,何新群,常小荣,等.隔药饼灸对动脉粥样硬化血清载脂蛋白A及载脂蛋白B水平的影响[J].中国中医药信息杂志,2011,18(9):33-34.
- [23]严洁,常小荣,岳增辉,等.隔药饼灸对高脂血症兔血脂含量的影响[J].中国中医药科技,2004(6):358.
- [24]常小荣.隔药饼灸对高脂血症兔血浆6-酮-前列腺素和血栓素含量的影响[A].中国针灸学会.中国针灸学会2005年学术年会论文汇编[C].中国针灸学会,2005:5.
- [25]沈菁.隔药饼灸对兔高脂血症合并动脉粥样硬化 TXB₂/6-keto-PGF_{1α} 的调控作用[D].长沙:湖南中医药大学,2005.
- [26]岳增辉,严洁,常小荣,等.隔药饼灸对高脂血症兔主动脉内皮细胞超微结构的影响[J].中国针灸,2005(1):68-71.
- [27]沈菁,常小荣,严洁,等.隔药饼灸对高脂血症兔血浆内皮素及一氧化氮含量的调节(英文)[J].中国临床康复,2006(27):184-186.
- [28]岳增辉,严洁,常小荣,等.隔药饼灸对兔高脂血症合并动脉粥样硬化血管内皮细胞粘附因子E选择素 mRNA 表达的影响[J].中国中医药信息杂志,2006(7):37-39.
- [29]刘未艾,常小荣,刘密,等.隔药饼灸对动脉粥样硬化兔主动脉内皮细胞PPAR γ 蛋白及斑块中 MMP-9mRNA 表达的影响[J].中华中医药杂志,2013(1):193-197.
- [30]常小荣,张亮,郁保生,等.隔药饼灸对动脉粥样硬化兔主动脉内皮细胞过氧化酶体增殖物激活型受体 γ 的影响[J].中医杂志,2011(8):683-685.
- [31]常小荣,严洁,易受乡,等.隔药饼灸治疗血脂异常的临床研究[J].中华中医药学刊,2010(1):8-10.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘逝兰 收稿日期:2018-01-06)

中医药茶对老年2型糖尿病患者糖化血红蛋白指标的影响

文素利 潘雪君

(上海市浦东新区大团社区卫生服务中心,上海 201311)

摘要:目的 探讨中医药茶对老年2型糖尿病糖化血红蛋白(HbA_{1c})、空腹血糖(FPG)及中医证候积分的影响,为老年糖尿病人的健康教育及生活干预提供科学依据。方法 将某社区100例老年2型糖尿病患者随机分为观察组和对照组,各组50例,2组分别给予不同的干预措施,对照组采用自行穴位按摩干预;观察组在对照组的基础上再加载使用自拟药茶方,分别干预6个月后,比较2组患者的HbA_{1c}、FPG、餐后2h血糖(OGTT2h)、中医证候积分变化情况。结果 2组患者的中医证候积分、HbA_{1c}、FPG和OGTT2h较干预前有明显降低,2组的中医证候积分、HbA_{1c}、FPG、OGTT2h比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 老年2型糖尿病患者采用自拟药茶方治疗的效果显著,能够促使患者的生活质量显著改善,在临床上可以对其进行广泛推广。除此之外,对老年2型糖尿病患者进行常规性的生活干预也能促使其各项糖代谢指标得到有效恢复。

关键词: 糖尿病; 中医药茶; 糖化血红蛋白; 血糖; 中医证候; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.019

文章编号:1672-2779(2018)-07-0046-03

Effect of Traditional Chinese Medicine Tea on Glycosylated Hemoglobin Index in Elderly Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

WEN Suli, PAN Xuejun

(Datuan Community Health Service Center of Pudong New District, Shanghai 201311, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of traditional Chinese herb tea on HbA_{1c}, FPG and TCM syndrome integral in elderly patients with type 2 diabetes, and provide scientific basis for health education and life intervention in elderly diabetic patients. **Methods** 100 cases in a community of elderly patients with type 2 diabetes were randomly divided into observation group and control group, with 50 cases in each group. Two groups were given different interventions, the control group used self massage intervention, and the observation group used traditional Chinese herb tea based on the control group. After intervention of 6 months, HbA_{1c}, FPG, OGTT2h and TCM syndrome score changes was compared between the two groups. **Results** The scores of TCM syndrome, HbA_{1c}, FPG and OGTT2h of the two groups were significantly lower than those before intervention. There was a statistically significant difference in TCM syndrome score, HbA_{1c}, FPG and OGTT2h between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Elderly patients with type 2 diabetes treated with herbal decoction has significant effect, can promote the quality of life of patients, has been significantly improved, and can be widely popularized in clinic for its. In addition, routine life intervention for elderly patients with type 2 diabetes can also promote the effective recovery of various glycometabolism indicators.

Keywords: diabetes; TCM herbal tea; glyated hemoglobin; blood glucose; TCM syndromes; consumptive thirst

近年来,慢性非传染性疾病渐渐成为我国流行病防治重点,糖尿病是其中重点防治的一类疾病。现阶段,临床上出现了越来越多的关于老年糖尿病并发症防治的研究,并且通过对研究结果进行分析可知,糖尿病患者的血液流变学会有异常现象表现出来,采用中西药对糖尿病患者进行治疗后,能够促使其微循环得到有效改善^[1]。段华等^[2]通过前期研究发现,老年2型糖尿病患者在临床上会有脾虚气弱的表现,中医认为该疾病的主要病机在于受到气阴两虚的影响后,促使

肾虚血瘀,所以在对其进行治疗时,要严格遵循益气生津、滋阴清热、活血化痰、健脾补肾的原则,本课题旨在采用安全、方便且患者容易接受和易推广等特点的研究项目,在慢性疾病的防治过程中,将中医“治未病”的理念进一步推广,以此来促使慢性糖尿病患者的生活质量得到有效改善,在基层进行广泛性地推广。

人体血液中的血糖和血红蛋白进行结合之后,便会获得糖化血红蛋白,并且该过程具有不可逆性,和

血糖浓度之间主要呈现为正相关的关系，并且时间在120 d左右，能够在该期间对患者的血糖浓度进行有效观察。通过对患者的糖化血红蛋白水平（HbA1c）进行测定，能够促使其8~12周的血糖控制情况有效反映出现。为此，本研究针对相关血液指标进行了探究，主要包括餐前餐后血糖以及HbA1c。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年1月—2014年12月大团社区糖尿病高危人群筛查过程中糖尿病新诊断病例^[9]，按社区糖尿病高危人群筛查方案，以行政村为单位，随机选取2个行政村，分别作为观察组和对照组。观察组符合试验病例标准的老年2型糖尿病患者全部纳入，与对照组人数按1:1配比，考虑到配比要求，符合试验病例标准的人数较少的行政村作为观察组。二者在性别、年龄、体重、身高、空腹血糖值等方面比较均无显著差异（ $P>0.05$ ）（表1~2）。

表1 糖尿病患者入组前2组年龄、性别、血压值比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	男	女	年龄(岁)	体重(kg)	身高(cm)
观察组	50	12	38	67.26±7.10	64.36±9.37	159.45±7.22
对照组	50	16	34	65.81±6.58	64.28±9.17	160.28±6.83

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 指导患者自行按摩穴位，并且和观察组患者进行对比性探究。自行穴位按摩的具体操作方法为：对天枢穴进行轻揉，采用4个或者3个指头对天枢穴进行2~3 min的逆时针按揉，每天按揉1次；分别对三阴交、足三里、关元、下脘、中脘以及上脘等穴位进行1 min的点揉，按揉手法为轻手法，每天1次；对患者全腹部采用两掌重叠方式或者全掌进行5 min的轻轻按揉，每天按揉1次；对胰腺投影区进行按摩，在腹部胰腺投影区放置4个手指，对其进行快速按摩，一直到皮肤发热为主，控制时间在2~3 min，每天对其进行1次按揉；对命门采用单手掌擦，一直到出现局部发热感，每天1次，1个疗程为30 d，连续对其进行3个疗程的治疗。对照组前后将分别记录患者2次相关糖代谢各项指标、中医证候积分、生活质量（DMQLS）等情况，以便与观察组的数据比较并评价其效果。

1.2.2 观察组 除了采用与对照组相同的方式对患者进行治疗外，还要采用自拟药茶方对其进行治疗，具体药方为：桑叶15 g，生山楂15 g，荷叶15 g，绿茶15 g。如果患者血瘀，则于基础方上加夏枯草15 g，玫瑰花15 g；如果患者便秘，则于基础方上加抗白菊15 g，决明子15 g。即将以上各种药物均采用沸水进行冲泡，患者每天服用1剂进行治疗，1个疗程为30 d，连续3个疗程。由中医

科医师根据患者中医证候诊断，开具药茶方，并按患者不同证候进行个体化用药、健康指导。干预前后分别记录2次相关糖代谢各项指标、中医证候积分、DMQLS等情况，评价实施效果。

1.3 观察指标 观察2组DMQLS、HbA1c、FPG及餐后2 h血糖（OTGG2h）。

1.4 统计学方法 本研究采用SPSS 21.0统计软件处理，对于非正态分布资料，对数转换使其符合正态分布后进行统计学处理。试验数据用均数±标准差表示，计量资料用t检验， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 本次调查共获得FPG或餐后血糖高于正常值且HbA1c<7.5%的调查对象有效例数100例，调查对象年龄60~79岁。观察组50例，其中男性12例，女性38例；平均年龄为（67.07±4.58）岁；平均体重（64.36±9.37）kg。对照组50例，其中男性16例，女性34例；平均年龄（65.81±6.58）岁；平均体重（64.28±9.17）kg。

2.2 干预前后体重的对比 由表2可见观察组体重干预前与干预3个月无显著变化、干预前与干预6个月发生了显著性变化，对照组体重在干预3个阶段无显著性变化；基线期和干预3月观察组与对照组间的体重差异无统计学意义，干预6个月后2组间比较均存在统计学差异。

表2 2组体重变化情况比较（ $\bar{x}\pm s, kg$ ）

组别	例数	基线	干预3月后	干预6月后	F值	P值
观察组	50	64.36±9.37	63.86±11.15	63.36±10.21	0.763	0.254
对照组	50	64.28±9.17	64.20±8.82	62.40±9.74	1.329	0.059
t值		0.184	0.230	2.384		
P值		0.854	0.819	0.033		

2.3 干预前后HbA1c的对比 由表3可见观察组HbA1c干预前及干预3月、6月后发生了显著性变化，对照组HbA1c在干预3个阶段也发生了显著性变化；基线期观察组与对照组间的HbA1c差异无统计学意义，干预3个月及6个月后2组间比较均存在统计学差异。

表3 2组HbA1c变化情况比较（ $\bar{x}\pm s, %$ ）

组别	基线	干预3月后	干预6月后	F值	P值
观察组	8.56±0.75	6.34±1.15	6.12±0.35	2.563	0.002
对照组	8.45±1.37	7.51±0.99	7.02±1.02	2.189	0.005
t值		0.985	2.558	2.384	
P值		0.409	0.012	0.023	

2.4 干预前后FPG的对比 由表4可见观察组FPG干预前及干预3月、6月后发生了显著性变化，对照组FPG在干预三个阶段也发生了显著性变化（ $P<0.05$ ）；基线期观

察组与对照组间的FPG差异无统计学意义 ($P>0.05$), 干预3个月及6个月后2组间比较均存在统计学差异 ($P<0.05$)。

表4 2组FPG变化情况比较 ($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

组别	基线	干预3月后	干预6月后	F值	P值
观察组	7.21 ± 1.59	7.16 ± 2.12	7.12 ± 0.35	2.546	0.002
对照组	7.20 ± 1.52	7.18 ± 1.93	7.02 ± 1.02	2.189	0.004
t值	1.09	2.334	2.454		
P值	0.278	0.022	0.018		

2.5 干预前后 OTGG2h 的对比 由表5可见观察组 OTGG2h 干预前及干预3个月、6个月后发生了显著性变化, 对照组 OTGG2h 在干预3个阶段也发生了显著性变化 ($P<0.05$); 基线期观察组与对照组间的 OTGG2h 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 干预3个月及6个月后2组间比较均存在统计学差异 ($P<0.05$)。

表5 2组OTGG2h变化情况比较 ($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

组别	基线	干预3月后	干预6月后	F值	P值
观察组	12.34 ± 2.33	10.26 ± 1.27	10.12 ± 0.35	2.431	0.006
对照组	11.22 ± 3.33	11.12 ± 2.32	11.02 ± 1.02	2.159	0.004
t值	1.159	3.488	3.377		
P值	0.224	0.065	0.031		

2.6 干预前后中医证候积分变化情况 观察组和对照组的 DMQLS 较治疗前均有明显提高, 由表6可见观察组中医证候积分干预前生了显著性变化, 对照组中医证候积分干预前后也发生了显著性变化。基线期观察组与对照组间的中医证候积分差异无统计学意义, 干预3个月及6个月后2组间比较均存在统计学差异。

表6 2组中医证候积分变化情况比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	基线	干预3月后	干预6月后	F值	P值
观察组	5.71 ± 2.66	2.97 ± 2.04	1.02 ± 0.04	5.759	0.000
对照组	5.28 ± 1.63	3.77 ± 1.41	2.27 ± 0.41	4.904	0.000
t值	0.747	3.085	3.384		
P值	0.582	0.004	0.001		

3 讨论

现阶段, 我国老龄化现象不断加剧, 糖尿病患者的数量也显著增加, 老年糖尿病并发症患者的中西医结合防治研究也越来越多。研究显示, 老年糖尿病患者的血液流变学有异常现象存在, 采用中医药对其进行治疗之后, 能够促使其微循环和高黏度症得到有效改善^[4]。段华等^[5]学者通过前期研究发现老年2型糖尿病患者在临床上会有脾虚气弱的表现, 中医认为该疾病的主要病机在于受到气阴两虚的影响后, 促使肾虚血瘀, 所以在对其进行治疗时, 要严格遵循益气生津、滋阴清热、活血化瘀、健脾补肾的原则^[6]。2型糖尿病在临床上

也被称为成人型糖尿病, 其发病率在所有糖尿病中占有90%以上的比例。中医将糖尿病归为消渴症的范畴, 脾虚气弱为患者的主要临床表现。

本文主要采用拟药茶方对患者进行治疗, 药方中包括绿茶、桑叶、生山楂、荷叶等药物, 采用沸水对其进行冲泡之后, 便能够直接饮用。绿茶中分的茶多酚以及茶多糖均具有显著的降糖作用, 对茶多酚的胰岛素样作用以及茶多糖的抗糖尿病活性作用进行应用之后, 能够发挥出显著的降糖、清热解毒效果^[7]。除此之外, 它还能够促使微血管韧性增强^[8-9]。西医则认为该疾病属于代谢性疾病的一种, 其主要特征为高血糖, 高血糖的出现是因为胰岛素的生物作用受到损伤或者存在有分泌缺陷。糖尿病患者较长一段时间内处于高血糖状态, 这会在很大程度上损伤其神经、血管、心脏、肾部以及眼部。本研究通过研究发现, 采用中医茶对患者进行6个月治疗后, 患者空腹血糖以及糖化血红蛋白水平均在很大程度上降低, 并且相较于对照组, 观察组患者的降低幅度更大, 这也充分证明了绿茶具有良好降糖作用。其次, 对患者进行治疗前后, 其中医证候积分和糖化血红蛋白水平也有明显变化出现, 这充分说明了中药茶能够促使糖尿病患者的预后得到显著改善, 并且保健作用显著。这与刘红^[10]、谭玲等^[11]的研究结果相符。

本研究讨论了中医药治疗老年2型糖尿病人糖代谢、中医证候的影响及生活质量的影响。进一步证明了中医保健对老年2型糖尿病人的影响。通过探索中药和中医适宜技术的联合加载试验, 基层社区防治慢性病的实践中应用中医“治未病”理念能够为改善老年糖尿病人群的生活质量提供又一有效途径。

参考文献

- [1]赵志新.中西医结合治疗老年糖尿病的临床优势[J].光明中医,2012,27(7):1471-1472.
- [2]段华,马永军.老年2型糖尿病中医治疗与辩证护理[J].中国民间疗法,2001,9(2):54-55.
- [3]中国2型糖尿病防治指南[S]2010.
- [4]王一东,王庆梅.中医糖尿病健康教育对2型糖尿病患者血糖控制情况的影响[J].糖尿病新世界,2014(7):261-262.
- [5]段华,马永军.老年2型糖尿病中医治疗与辩证护理[J].中国民间疗法,2001,9(2):54-55.
- [6]刘红.不同护理干预措施对2型糖尿病合并抑郁患者的生活质量、抑郁状态及糖化血红蛋白的影响[J].中外医疗,2015,11(8):147-149.
- [7]田佳星,赵林华,连凤梅,等.中西防治糖尿病研究进展述评[J].中医杂志,2015,56(24):2093-2097.
- [8]杨新河,吕帮玉,毛清黎,等.茶色素的生物活性研究进展[J].江西农业学报,2012,24(1):102-205.
- [9]卢素芳,王胜鹏.茶色素及其生物活性功能研究[J].湖北农业科学,2015(24):6117-6119.
- [10]刘红.不同护理干预措施对2型糖尿病合并抑郁患者的生活质量、抑郁状态及糖化血红蛋白的影响[J].中外医疗,2015,11(8):147-149.
- [11]谭玲.中医家庭医生对45例血瘀型糖尿病慢病管理分析[J].世界中医药,2013,2(8):219-220.

(本文编辑:李海燕 本文校对:潘雪君 收稿日期:2018-01-06)

试论方、剂和方剂的英译

郭添枫¹ 魏振权¹ 林昌松^{2*}

(1 广州中医药大学第一临床医学院, 广东 广州 510405;
2 广州中医药大学第一附属医院风湿病科, 广东 广州 510405)

摘要: 本文通过研究历代代表性中医方书中方剂记载的行文方式, 发现在先秦至宋代时期“方”与“剂”是相互独立的概念, 而在金元之后“方”的概念被“剂”所指代, 由是“方剂”的概念形成。根据这一发现, 提出方剂名称英译的二分法: 将方剂名称分为“药方名称”与“药剂名称”两部分翻译, 并明确二者是主干与从属的逻辑关系。以区分每一首药方和每一种药剂, 传递方剂中“方”与“剂”既相互独立又相互联系的内涵, 避免译名“方”与“剂”的概念相互混淆, 有利于区别不同的方剂和适应未来方剂发展的英译需要。

关键词: 方剂; 方; 剂; 方名专有化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.020

文章编号:1672-2779(2018)-07-0049-05

Discussion on Chinese Medicine Formulas and Their Translation

GUO Tianfeng¹, WEI Zhenquan¹, LIN Changsong²

(1. The First School of Clinical Medicine, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China;
2. Rheumatology Department, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

Abstract: Through exploring some representative formularies of Chinese medicine in history, it found that a formula and its medicament were conceptually independent to each other before Song Dynasty. Based on this finding, it proposed a new method of formulas translation to distinguish between a formula and its medicaments and distinguish between different formulas. The new translation method can also tell English readers the source formula of each medicament.

Keywords: prescription; recipe; formula; recipe term

方剂学于20世纪50年代从中医药学中分化出来成为一门独立学科^[1],“方剂”一词可见于这一时期后的中医药学词典,而成书于20世纪20年代的《中医大辞典》^[2]并未载“方剂”一词。在讨论“方剂”之前,首先明确“方”与“剂”的内涵。“方”即“药方”,是指医生治病所开的处方;“剂”即“药剂”,是根据药典或处方配制成的药。简言之,“药方”就是医师制定的药物治疗方案,而“药剂”是根据“药方”所确定的方案调配出来的实体的药。

目前,方剂学教材对“方剂”的定义大体相同。方剂是中医在辨识病证、确立治法的基础上,按照制方规则,通过选择合适药物,酌定适当剂量,规定适宜剂型及用法等一系列过程,最后完成的药方^[1];方剂,是在辨证审因,确定治法之后,依据组方基本结构,选择合适的药物,酌定用量、剂型及用法,配伍而成的药物组合^[3]。可见,目前方剂学中对“方剂”的定义,既有药物组合配伍的“药方”的内涵,又有具体剂型及相应用法等“药剂”的内涵,但更偏指“药方”。

以桂枝汤为例,在《伤寒论》^[4]中“桂枝汤主之”中的“桂枝汤”是药剂的概念,即用于治疗疾病的调配出来的实体的药;而“桂枝汤方”是药方的概念,即医生开具的处方,也是调配药剂的依据。至少在

《伤寒论》中,仲景“桂枝汤”与“桂枝汤方”,药方与药剂的概念是有明确区分的。大量文献研究之后,我们发现:在唐宋之前的方书中,药方与药剂的概念大都是相互独立的;而在金元之后,药方、药剂就不再明确区分。这种药方、药剂互称互指的现象自金元一直存续至今,正如方剂学教材所言“方与剂有时互称,均指药方”^[1]

当下的中医语言环境中,“方”“剂”即“药方”“药剂”的兼指互称已成为约定俗成的语言习惯,方剂名称可以指代药方,也可以指代药剂。如我们现在说起“桂枝汤”,既可以指实体药物“桂枝汤”,即药剂;也可以指“桂枝汤方”处方,即药方。对于母语为汉语的读者而言,判断一个方剂名称在具体语境中指的是药方还是药剂并非难事。但是,英语是一门逻辑性很强的语言,语义淆杂的中医术语在译入英语时,如果不明确其概念并梳理逻辑关系而采用直译,很容易造成译语语义混淆不清而增加目的语读者阅读和理解难度,降低译文可读性和传递信息的有效性。“方剂”“方”“剂”在目前的语言环境中是典型的存在语义混淆的中医术语,目前方剂名称的传统译法存在多种问题,亟需一种新的翻译方法进行系统解决。本文通过文献梳理古代代表方书中“方”与“剂”的内涵及逻辑关系,并结合中医方剂名称英语翻译的基本原则,提出方剂名称翻译的“二分法”:将方剂名称分为“药方名称”与“药剂名称”两部分翻译,并明确二者是

* 通讯作者:13560160255@163.com

主干与从属的逻辑关系，以期系统解决方剂名称翻译中存在的语义混淆问题，使译文更准确、全面地传递方剂的内涵。

1 古今“方”“剂”内涵的演变及逻辑关系探讨

1.1 古今“方”“剂”内涵的演变

1.1.1 先秦至东汉时期的方与剂 《黄帝内经》是中医理论奠基之作，成书年代尚无定论，主流观点的成书时间从战国跨至西汉时期，其记载方剂13首。东汉末年著名医家张仲景所著《伤寒杂病论》被后世尊为“方书之祖”，后世流传中分为《伤寒论》和《金匱要略》两书。两部经典对方剂的记述示例如下。

表1 《黄帝内经》的方与剂

篇名	记述
素问·腹中论	岐伯对曰：名为鼓胀……治之以鸡矢醴，一剂知，二剂已 ^{[5]163} 。
素问·刺法论	又一法，小金丹方：辰砂二两，水磨雄黄一两，叶子雌黄一两，紫金半两，同入盒中，外固了…… ^{[5]162}
灵枢·邪客	黄帝曰：善。治之奈何？……饮以半夏汤一剂……黄帝曰：……愿闻其方。伯高曰：其汤方以流水千里以外者八升……沸置秫米一升，治半夏五合，徐炊，令竭为一升半，去其滓…… ^{[5]176}

表2 《伤寒杂病论》中方与剂示例

篇名	记述
金匱要略·血痹虚劳病	虚劳诸不足，风气百疾，薯蕷丸主之。 薯蕷丸方：薯蕷三十分……大枣百枚为膏。上二十一味……空腹酒服一丸，一百丸为剂 ^{[6]76} 。
金匱要略·肺痿肺病咳嗽上气病	肺病，喘不得卧，葶苈大枣泻肺汤主之。 葶苈大枣泻肺汤方： 葶苈……大枣十二枚……。 肺病胸满胀……葶苈大枣泻肺汤主之。 方见上，三日一剂…… ^{[6]85}
伤寒论·太阳病篇	太阳中风……桂枝汤主之。 桂枝汤方 桂枝三两，去皮……大枣十二枚，擘上五味……微火煮取三升，去滓，适寒温，服一升…… ^[4] 。

根据上表引文“小金丹方”、“饮以半夏汤一剂，愿闻其方，其汤方”和《伤寒论》及《金匱要略》的“某某汤/丸主之”“某某汤/丸+方”可以发现：《黄帝内经》和《伤寒杂病论》中“某某汤”“某某丸”为药剂概念，而“某某汤方”“某某丸方”为药方概念，药剂与药方相互独立，并分别进行表述。虽然古文行文未标注断句，但无论“某某汤方”在现代是断句成“某某汤，方”还是“某某汤方”，“药方”与“药剂”概念仍是分别表述。因此可以推断，先秦至东汉时期“方”与“剂”是有区别的，是两个相互独立的概念，否则不需在“某某汤/丸”后多加一个

“方”字。

1.1.2 唐宋时期的方与剂 唐宋时期多有经典方书现世，如集唐以前方剂之大成的《备急千金药方》，第一部由政府编成颁行的成药药典《太平惠民和剂局方》，方书巨著《圣济总录》，开“方论”之先河的《伤寒明理论·药方论》等。这些方书的方剂记载形式为方剂探源提供详实的参考，具体如下表3所示。

表3 唐宋经典方书的方剂记载格式

书名	记述
备急千金药方	载方行文方式示例 桂枝汤治中风……鼻鸣干呕方 桂枝……大枣十二枚 ^{[7]180} 治胸中积冷心中嘈烦……心胸应背痛吴茱萸汤方 吴茱萸三两 半夏四两……大枣十二枚 ^{[7]182} 仲景伤寒论桂枝汤疗太阳中风……鼻鸣干呕方 桂心……大枣十二枚擘 ^{[8]168}
	外台秘要方 夫结胸病项亦强……宜大结胸丸方 蜀大黄半斤…… ^{[8]176} 又小结胸病……脉浮滑者小结胸汤主之方 黄连一两上好者…… ^{[8]177} 治中风伤寒……鼻鸣干呕等疾桂枝汤方 桂去粗皮…… ^{[9]150}
	圣济总录 治筋骨拘急胁下痛不可转侧天雄丸方 天雄炮裂去皮…… ^{[9]191} 桂枝汤治太阳中风，阳浮而阴弱……鼻鸣干呕 太平惠民和剂局方 桂枝去皮、芍药各一两半…… ^{[10]139-140} 消风散治诸风上攻……痰逆恶心 荆芥穗 甘草炒…… ^{[10]79}
伤寒明理论·药方论	桂枝汤方 方解(略) 桂枝君三两去皮……大枣使十二枚擘 ^[11]

在《备急千金要方》、《外台秘要方》和《圣济总录》中，方剂记载的常用的行文方式有以下几种：“某某汤/丸/散/膏/丹……+方”“某某汤/丸/散……，治/疗/主某某某（病证）+方”和“某某汤/丸/散……主之+方”三种。其中“某某汤/丸/散/膏/丹……+方”，突显了药方的独立性。

对于其他两种常用行文方式，今时的《外台秘要方》^[12]和《备急千金要方》^[13]注解校注书籍多断句成“某某汤/丸/散……，治/疗/主某某（病证）方”和“某某汤/丸/散……主之方”，如此断句将“方”与药剂“某某汤/丸/散……”的概念等同，并不妥当。应该断句成“某某汤/丸/散……，治/疗/主某某某、某某某（病证）。方”，更符合汉语语法和习惯。同样在《唐本伤寒论》^[14]中“某某汤/丸/散……主之方”亦当断句成“某某汤/丸/散……主之。方”。因为此类句子属陈述句，而不是

判断句“某某汤/丸/散……，治某某，某某（病证）方（也）”，句子主语为“某某汤/丸/散等”，谓语为“主”“治”“疗”，宾语为“病证”，构成一个完整的句子，故应在“方”前断句，“方”字承上启下列举药物组合配伍，也可理解成“某某汤方”的缩写。而且《圣济总录》与《太平惠民合剂局方》的“治+病证”的行文方式也可以辅证此观点。《伤寒明理药方论》成书于宋金年间，其所论二十首方剂均采用“某某汤/丸/散+方”的格式，后述方解及药物配伍及药量配比等，区分“药方”与“药剂”的概念。

由此可见，《外台秘要方》《备急千金要方》《圣济总录》和《伤寒明理论》中“方”与“剂”概念仍是相互独立的，而《太平惠民合剂局方》直接以药剂名称“某某汤/丸/散……”后述药物配伍用量等的形式记载，“方”的概念未单独表述，药方的内涵由药剂所包涵，可能是后世“方”“剂”互指、同名的开端。

1.1.3 金元明清时期“方”与“剂” 金元四大家之一的张从正所著《儒门事亲》^[15]论“七方十剂”中“方”与“剂”两者均含“药方”和“药剂”两种涵义；其方剂的记述方式是直接在药剂名“某某汤/丸/散……”后列举药物配伍、药量及煎服法，并未提及“某某汤/丸/散……+方”。

明代《普济方》^[16]按照病证分门别类收录对证的方剂，按病证单独分篇，开篇先介绍该病证的病因病机、症状转归、治则治法等，后单独一行书“方”一字，然后另行依次列举药剂名“某某汤/丸/散等”所治病证、药物配伍、药量及煎服法，以“药剂”呼应“药方”。

明刻本《医方考·第六卷》^[17]载方剂行文方式如“四君子汤：人参……甘草灸。年高气弱痔血不止者此方主之”，亦是“药剂”指作“药方”。清代《医方集解》^[18]载方方式如“桂枝汤：（仲景）治太阳中风……断其入胃腑之路。桂枝……大枣十二枚”^[18]，不再提及“某某汤/丸/散……+方”，药方的概念被药剂所包涵。由此可见，金元之后的代表方书中，“药剂”指代了“药方”的概念，换言之就是一个药剂名称既可指对应的实体的药，也可指该药剂的药方，存在“方”“剂”同名、“方”“剂”互指的现象，与今时之“方剂”内涵相同。

综上所述，在宋金以前，“药方”与“药剂”是相互独立的概念，而在金元之后常以“药剂”指称“药方”（这一现象可能始于《太平惠民合剂局方》），概念不再相互独立而交杂融合，并逐渐形成中医语言习惯延续至今，形成“方剂”一词及方剂概念。

1.2 “方”“剂”的逻辑关系探讨 在宋金以前，“药方”与“药剂”是相互独立的概念，分别表述。在现代临床实践中，一首药方从药剂的角度具有多种剂型，如归脾汤和归脾丸、小柴胡汤和小柴胡颗粒等。医生根据病情的需要以及病人的具体情况选择药方的剂型，故医生诊病后是先裁“方”，后定“剂”。如前所述，“药剂”是根据药典或处方配制成的药。所以，在一首方剂中，“药方”是一级概念，是主干，“药剂”是二级概念，是分支，处于从属地位，两者是“一干多枝”的逻辑关系。例如归脾汤与归脾丸同属一首药方，两者分别理解为“归脾（方）汤”和“归脾（方）丸”，即归脾方的汤剂和归脾方的丸剂，更符合逻辑。

2 论方剂英译

2.1 方剂名称翻译原则与传统译法 我国著名中医翻译专家李照国提出方剂译名应符合简洁性原则、信息性原则、回译性原则三大原则^[18]，为方剂名称翻译提供理论指导。目前国内外较具影响力的《中医基本名词术语中英对照标准》^[20]（下称ISN）和中医术语标准《中医药学名词》^[21]及现行的多个中外方剂学教材^[22-23]多按照原文结构进行直译、意译或音译，保留了方剂名称包涵“方”“剂”两个概念以及以“剂”指“方”的用语习惯，如桂枝汤译为“Cinnamon Twig Decoction”或“guizhi decoction”^{[21][193]}，这里将这种译法称为传统译法。传统译法符合简洁性和回译性原则，能完整地传递方剂名称的字面信息，但存在一些问题。

2.1.1 传统译法的困境 “方剂”“方”“剂”在目前的汉语言环境中是典型的存在语义混淆的中医术语，采用传统译法存在诸多问题。

（1）传统方剂名称译名字面理解其实是药剂名称，没有单独体现“药方”的概念，若在具体语言环境中是用以指“药方”会造成歧义。（2）不能与单味中药的药剂相区别。如桂枝汤译名“Cinnamon Twig Decoction”也可理解为单味桂枝煎煮的汤剂，而汉语的单味桂枝煎煮的汤剂亦可译作“Cinnamon Twig Decoction”，容易混淆。（3）方剂中还存在同方异剂与同名异方的情况，传统译法难以区分不同方剂。同方异剂指出自同一首药方的不同剂型的药剂，如归脾丸和归脾汤，小柴胡汤和小柴胡颗粒。存在这种关系的方剂还有很多，随着科技的发展和中医药研究的深入，同一首药方开发出多种剂型以提高临床疗效及患者个性化的需要是未来的发展趋势，同方异剂将会越来越普遍。同名异方是指方剂中药方名称相同，剂型或同或不同，但药物组成相异，即药方不同，如排脓散和排脓汤，四逆散和四逆汤，《太平惠民合剂局方》的消风散与《外科正宗》^[24]的消风散等。这类同名异方

表4 二分法与传统译法示例对比

方剂名称	二分法		传统译法
	药方名称	药剂名称	方剂同名
桂枝汤	Cinnamon Twig Formula	Decoction of Cinnamon Twig Formula	Cinnamon Twig Decoction ^[20]
归脾汤	Returning to Spleen Formula	Decoction of Returning to Spleen Formula	Returning to Spleen Decoction ^[20]
归脾丸	Returning to Spleen Formula	Pill of Returning to Spleen Formula	Returning to Spleen Pill
小柴胡汤	Minor Bupleurum Formula	Decoction of Minor Bupleurum Formula	Minor Bupleurum Decoction ^[20]
小柴胡颗粒	Minor Bupleurum Formula	Granule of Minor Bupleurum Formula	Minor Bupleurum Granule
排脓散	Pus-Expelling S' Formula	Powder of Pus-Expelling S' Formula	Pus-Expelling Powder ^[25]
排脓汤	Pus-Expelling T' Formula	Decoction of Pus-Expelling T' Formula	Pus-Expelling Decoction ^[25]

的方剂在临床上运用时又可能改变剂型,出现同名异方与同方异剂交杂的问题。如排脓散与四逆散临床上也常用作汤剂,此时应称作“排脓汤”与“四逆汤”,与原“排脓汤”“四逆汤”重名。传统译法因为保留汉语方剂名称的原有结构和以“剂”指“方”的语言习惯,翻译同方异剂、同名异方异剂两者交杂的方剂时会造成不同方剂相互混淆,增加读者阅读困难。

综上所述,方剂名称的传统译法不利于英语读者辨识不同的方剂和理解、梳理“方”与“剂”的内在逻辑关系。因此,亟需一种新的翻译方法系统解决这个问题。基于此,本文提出方剂名称翻译的“二分法”,以期在遵循三大翻译原则的基础上能弥补传统译法的不足。

2.2 方剂名称翻译“二分法” 根据前面所述,“方剂”包含“药方”与“药剂”两个内涵,“方”和“剂”是主干与分支的逻辑关系,因此“方剂名称”可分为“药方名称”和“药剂名称”,剂型名称前部分即是药方名称。如方剂名称“桂枝汤”的内涵,实际上可分为药方名“桂枝汤方”和药剂名“桂枝汤”。药方名“桂枝汤方”与药剂名“桂枝汤”,是唐宋及以前方书中传统的语言习惯,实际上经过逻辑关系修正,分别称作“桂枝方”与“桂枝方汤”可能更为确切。

英语是一门注重逻辑性的语言,方剂英译应分别翻译“药方”与“药剂”两个概念,故药方名称与药剂名称的译名应相互独立、相互区别,药剂译名以其药方名称的译名为主干,两者译名形成一级与二级的从属关系,符合逻辑,更有利于目的语读者理解“方剂”的内涵。

基于以上认识,我们提出方剂名称翻译“二分法”:在遵循简洁性原则、信息性原则、回译性原则三大原则的基础上,将方剂名称分为“药方名称”与“药剂名称”两部分翻译,并明确二者主干与从属逻辑关系,传递一首方剂中“方”与“剂”既相互独立又相互联系的内涵。

2.3 方剂名称传统译法与二分法对比 二分法将一个方剂名称分为药方名称和药剂名称分别翻译,可区别一首方剂中“方”和“剂”和不同药方及其各种剂型,解决传统译法面临的难题。两种译法对比见表4。

二分法的药方译名在简洁性和回译性方面与传统译法相当,而“方”“剂”译名相互独立,剂名以方名为主干,体现方剂中“药方”与“药剂”既相互独立又相互联系的内涵和逻辑关系,概念更加清晰,可避免意义混淆造成阅读困扰,在信息性方面比传统译法更具优势。不过二分法的药剂译名的简洁性不如传统译法,但因为其从属于方名译名,结构固定清晰,并不会增加读者阅读理解的困难。此外,二分法翻译还具有以下优势:

(1) 区分药方与药剂:二分法翻译将药方的概念和名称从方剂的概念和名称中独立出来,每一首药方都有一个专有的译名,其药剂译名只需在药方译名基础上加入剂型译名即可,如此药方与药剂在名称、概念上相互区分。如“归脾汤”与“归脾丸”是“归脾方”“Returning to Spleen Formula”的两种剂型“归脾方汤”与“归脾方丸”,分别译成“Decoction of Returning to Spleen Formula”和“Pill of Returning to Spleen Formula”。这样读者可以通过药剂译名的主干——方名译名判断出“剂”出何“方”,并通过剂型译名区别同一首药方的不同药剂(剂型)。由此,二分法可以清晰地区分一首方剂的药方和药剂,将同一首药方的不同剂型之间相互区别又相互联系的关系表现出来。

(2) 区分单方:二分法将药方名称独立出来,译名以配方“formula”名之,直接予以区别。如药剂“桂枝汤”译为“Decoction of Cinnamon Twig Formula”可提示其出自一首名叫“Cinnamon Twig Formula”药方,与单味桂枝的煎剂“Cinnamon Twig Decoction”相互区别。

(3) 区分同名异方:传统译法将出自不同药方的“排脓散”和“排脓汤”直译为“Pus-Expelling Powder”

和“Pus-Expelling Decoction”，而药方相同的“归脾汤”与“归脾丸”直译为“Returning to Spleen Decoction”与“Returning to Spleen Pill”。传统译法保留方剂原文结构，其译名可提示“归脾汤”与“归脾丸”是同属于一首药方，但英语读者却会被告知与“归脾汤”与“归脾丸”翻译结构相同的“排脓散”和“排脓汤”（“Pus-Expelling Powder”和“Pus-Expelling Decoction”）却不是出自同一首药方。当英语读者遇到两首或更多方名相同而剂型不同的方剂译名时，要判断其是否出自相同药方则要求读者自身必须熟悉相关方剂学知识或查阅相关资料，不利于初学者的阅读理解和判断，不利于方剂学的对外传播。另外，按照传统译法“排脓散”用作汤剂时应译作“Pus-Expelling Decoction”而不是“Pus-Expelling Powder”，与“排脓汤”译名“Pus-Expelling Decoction”重名，混淆不可避免。

为区别“排脓散”和“排脓汤”两首方剂的药方，我们常将其称作“排脓散方”和“排脓汤方”。故二分法将“排脓散”和“排脓汤”的药方名称分别译成“Pus-Expelling S'Formula”和“Pus-Expelling T'Formula”。“S”“T”是“散”“汤”拼音首字母，作为标定语素既可区别两首药方又保留原文结构，兼顾信息性和回译性，“膏”“丸”“丹”等其他剂型如此类推。当“排脓散”用作汤剂时译成“Decoction of Pus-Expelling S'Formula”，可与药剂“排脓散”“Powder of Pus-Expelling'S Formula”相互区别，又提示两药剂同出一方，又可与“排脓汤”“Decoction of Pus-Expelling'T Formula”直接区别开来。对于《外科正宗》与《太平惠民合剂局方》的“消风散”这类同名异方的方剂，可在二分法的方名译名前添加创方者或医书作者的姓氏又或书籍英译名的首字母缩写作为标定语素等以作区别。

二分法翻译使每一首药方都有一个专用的、独立的译名，药剂名称从属于其药方名称，每一个药剂都有自己独立的译名，由此可区分不同的药方以及不同药方的各种药剂。

3 结语

宋代以前“药方”与“药剂”相互独立，为方剂英译的二分法提供理论依据。二分法英译将药方名称译名独立化、专有化，能明晰地区分不同的药方，并将药方与其药剂之间以及同一首药方的不同药剂之间的相互区别又相互联系的关系表现出来，完整地传递方剂的内涵。其信息性、回译性、条理性均优于传统译法，适用性更广，并可适应未来方剂发展与开发的英译需要。

参考文献

- [1]谢鸣,周然.方剂学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2012:1-2.
- [2]谢观.中医大辞典[Z].北京:商务印书馆国际有限公司,2003.
- [3]贾波,李冀.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2011:1.
- [4]李赛美,李宇航.伤寒论讲义[M].2版.北京:人民卫生出版社,2012:24.
- [5]谢华.黄帝内经释译[M].北京:中医古籍出版社,2000:163,362,705.
- [6]张琦,林昌松.金匮要略讲义[M].2版.北京:人民卫生出版社,2012:76,85.
- [7]唐·孙思邈.备急千金要方[M].影刻北宋本.北京:人民卫生出版社影印,1959.
- [8]郑金生.海外中医珍善本古籍丛刊·第七十九册·外台秘要方[M].日本影宋精抄本.北京:中华书局,2016:168-177.
- [9]宋·赵佶.日·杉本良仲温等校刊.聚珍版圣济总录[M].影印本.北京:人民出版社,2011:206-656.
- [10]周仲瑛,于文明.中医古籍珍本集成·方书卷·太平惠民合剂局方[M].元勤有堂刊本.长沙:湖南科学技术出版社,2013.
- [11]郑金生.海外中医珍善本古籍丛刊·第十三册·伤寒明理论[M].北京:中华书局,2016:37-75.
- [12]唐·王涛.外台秘要方[M].王淑民校注.北京:中国医药科技出版社,2011:17-19.
- [13]唐·孙思邈.备急千金要方[M].太原:山西科学技术出版社,2010:287,297.
- [14]唐·孙思邈.唐本伤寒论[M].钱超尘校注.北京:中国医药科技出版社,1994.
- [15]金·张子和.儒门事亲(邵辅本)[M].上海:上海科学技术出版社,1959.
- [16]清·纪昀等编纂.文渊阁四库全书子部医学类第十五册.北京:中医古籍出版社,2016:319-890.
- [17]明·吴崐.医方考·卷六[O].明万历吴子湛刻本.
- [18]清·汪昂.医方集解[M].方向明校注.北京:中国中医药出版社,2009.
- [19]李照国.论中医方剂的翻译[J].中国科技翻译,1993(4):22-26.
- [20]世界卫生组织.WHO 西太平洋地区传统医学名词术语国际标准[S].北京:北京大学医学出版社,2009:3-4.
- [21]全国科学技术名词审定委员会.中医药学名词[S].北京:科学出版社,2004:178-209.
- [22]Scheid V, Bensky D, Ellis A, et al. Chinese Herbal Medicine: Formulas & Strategies[M]. 2nd ed. Seattle, U.S.A.: Eastland Press, 2009.
- [23]樊琦玲;朱忠宝主译.方剂学.上海:上海中医药大学出版社,2002.
- [24]明·陈实功.外科正宗[M].北京:中医古籍出版社,1999:239.
- [25]英·魏迺杰.英汉·汉英中医词典[Z].长沙:湖南科学技术出版社,2006:576.

(本文编辑:李海燕 本文校对:黄仲羽 收稿日期:2018-03-02)

(上接第42页)常规处理、抢救方法。

毕业技能考核,以实际案例和专家提问相结合的方式,抽选住院患者,由规培生进行临床实际操作。基本技能的考核包括病史的采集、体格检查、病例汇报、辨证分析、诊断、鉴别诊断、临床诊治技术操作,以专家提问的形式考核基本理论的掌握和临床思维能力及急诊处理能力。

中医学是一门传统医学,其完整的学科体系、博大精深的理论知识,具有很高的研究和发展价值。大力发展中医住院医师规范化培训,是时代发展的需

要。中医住院医师规范化培训质量如何提高,我们还将不断探索,寻求改进方法,以确保培养出符合社会需要的高质量中医临床人才。

参考文献

- [1]赵鲁卿,石广霞,王帅,等.关于中医住院医师规范化培训的思考[J].北京中医药,2016,35(12):1185-1187.
- [2]宋敏.论青年教师的素质培养[J].中医教育,2009,28(2):32-34.
- [3]Korsch, B.M.V.F. Negrete. Doctor-patient communication[J]. Scientific. American, 1972.
- [4]卞宏.浅谈临床实习生医患沟通能力的培养[J].科教文汇,2016(370):73-74.

(本文编辑:李海燕 本文校对:周艳艳 收稿日期:2018-01-06)

六阴经“经气”性质的探讨

刘全书 朱家鑫 姬永宽*

(河南中医药大学基础医学院, 河南 郑州 450046)

摘要: “经气”一词最早见于《黄帝内经》, 被后世普遍认为是一种循行于“经脉”中且具有一定生理功能的气, 但后世对其生理性质阐述甚少。作者通过参考《黄帝内经》中的篇目原文, 发现并总结了“十二经脉”中“阴经经气”的生理性质; 发现区别于人们普遍认识的“经气是温煦之气”的理论, “阴经经气”具有“寒凉”的特质; 区别于传统中医理论中“阴属重浊”的观点, “阴经经气”具有“清轻”的特点。这两特点对于中医临床预防和治疗高黏血症、高脂血症具有一定价值, 故在此系统地阐述上述观点及其佐证。

关键词: 黄帝内经; 六阴经; 经气; 血脂; 高黏血症; 高脂血症

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.021

文章编号:1672-2779(2018)-07-0054-02

Discussion on the Nature of the Sixyin Meridians "Channel Qi"

LIU Tongshu, ZHU Jiixin, JI Yongkuan*

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

Abstract: The "channel qi" was first found in the *Huangdi Neijing*, which is generally regarded as a kind of qi which has a certain physiological function in the "meridians", but the later generations have little elaboration on its physiological nature. By referring to the original contents of *Huangdi Neijing*, the authors found and summed up the physiological properties of "six yin meridians channel qi" in "twelve meridians". It is found that the theory that the "meridian qi is the warm air", which is different from people's common understanding, has the characteristics of "cold" and "six yin channel qi", which differs from the viewpoint of "heavy turbidity of yin" in traditional Chinese medicine theory. The "six yin channel qi" has "clear light" characteristics. These two characteristics have a certain value for the clinical prevention and treatment of high blood viscosity and hyperlipidemia. So this paper systematically expounded the above viewpoints and their supporting evidence.

Keywords: *Huangdi Neijing*; six yin meridians; channel qi; blood lipid; high blood viscosity; hyperlipidemia

“经气”这一概念最早出现在《黄帝内经》中^[1], 是中医“经络学说”中的重要内容, 也是指导中医临床的重要理论依据; 关于其生理性质、所主病症、治疗方法, 后世的理解和阐述却十分有限。作者通过研究《黄帝内经》原文, 发现其中“阴经经气”的特质是“寒凉”与“清轻”, 现阐述如下。

1 阴经经气其性寒凉

1.1 阴经经气盛则寒 《素问·厥论》篇中讲到: “帝曰: 寒厥之为寒也, 必从五指而上于膝者, 何也? 岐伯曰: 阴气起于五指之里, 集于膝下而聚于膝上, 故阴气胜, 则从五指至膝上寒, 其寒也, 不从外, 皆从内也”。文中“起于五指之里, 集于膝下而聚于膝上”, 参照《灵枢·经脉》篇中关于经络走向的理论, 和《灵枢·本输》篇中的关于“井、荣、输、经、合”的原文; 这里“起于五指之里”的是“足三阴经”, 而“阴气”指的便是“阴经”中的“经气”, “阴气胜”即“阴经”中的“经气”盛, 而这将导致“寒”。另外在《素问·脉要精微论》篇中讲到: “涩者阳气有余也, 滑者阴气有余也。阳气有余为身热无汗, 阴气有余为多汗身寒, 阴阳有余则无汗而寒。”, 即“阴气有余为多汗身寒”; 至于这里的“阴气”为什么是“阴经经气”, 会在下一点细讲。综合以上两点, 阴经经气盛会

导致“寒”, 也就是说, 阴经经气的性质为“寒凉”。

1.2 阴经经气虚则热 《灵枢·禁服》篇中讲到: “寸口大于人迎一倍, 病在足厥阴, 一倍而躁, 在手心主; 寸口二倍, 病在足少阴, 二倍而躁, 在手少阴; 寸口三倍, 病在足太阴, 三倍而躁, 在手太阴。盛则胀满、寒中、食不化, 虚则热中、出糜、少气、溺色变”。文中讲到病在“手足三阴经”时的诊察方法及症状: “盛则胀满、寒中、食不化, 虚则热中、出糜、少气、溺色变”。也就是说, “六阴经”经气盛则寒、虚则热。而上文《素问·脉要精微论》中的: “涩者阳气有余也, 滑者阴气有余也。阳气有余为身热无汗, 阴气有余为多汗身寒”; 之所以说“阴气”是“阴经经气”, 是因为同篇前文有: “粗大者, 阴不足, 阳有余, 为热中也”。对照《灵枢·禁服》篇的: “虚则热中、出糜、少气、溺色变”, 可知这里的“阴”是“阴经经气”。

1.3 阴经经气不同于阳经经气 《灵枢·血络论》篇中讲到: “刺之血出多, 色不变而烦惋者, 刺络而虚经, 虚经之属于阴者, 阴脱, 故烦惋。阴阳相得而合为痹者, 此为内溢于经, 外注于络, 如是者, 阴阳俱有余, 虽多出血而弗能虚也”, 即: 因刺阴经导致的阴经虚, 会引起“阴脱”, 进而使人“烦惋”, 这与上述的“阴经经气虚则热”理论相合。而之所以说阴经“经气不同”, 是因为本篇中还提到: “血气俱盛而阴气多

* 通讯作者: tcmchiyork@163.com

者，其血滑，刺之则射。阳气蓄积，久留而不泻者，其血黑以浊，故不能射”，即“阴、阳经气”功能不同，“阴气”令“血滑”、“阳气”令“血浊”，且“阴气”行于“阴经”、“阳气”行于“阳经”，而如果“两气相遇”，则“阴阳相得而合为痹者，此为内溢于经，外注于络，如是者，阴阳俱有余，虽多出血而弗能虚也。”所以称“阴经经气不同于阳经经气”。

2 阴经经气其性清轻

2.1 阴经经气来自天气

《灵枢·阴阳清浊》篇中讲到：“黄帝曰：愿闻人气之清浊。岐伯曰：受谷者浊，受气者清。清者注阴，浊者注阳。浊而清者，上出于咽；清而浊者，则下行。清浊相干，命曰乱气。黄帝曰：夫阴清而阳浊，浊者有清，清者有浊，清浊别之奈何？岐伯曰：气之大别：清者上注于肺，浊者下走于胃。胃之清气上出于口，肺之浊气下注于经，内积于海。黄帝曰：诸阳皆浊，何阳浊甚乎？岐伯曰：手太阳独受阳之浊，手太阴独受阴之清。其清者上走空窍，其浊者下行诸经。诸阴皆清，足太阳独受其浊”。即，清气来自于天气，而注于“阴”。结合本篇前文所讲：“黄帝曰：余闻十二经脉，以应十二经水者，其五色各异，清浊不同，人之血气若一，应之奈何？”即所言“清浊”之气在于“十二经脉”，则“清气注于阴”是注于“阴经”，所以称“阴经经气来自天气”。

另在《素问·六节脏象论》篇中讲到“天食人以五气，地食人以五味。五气入鼻，藏于心肺，上使五色修明，音声能彰；五味入口，藏于肠胃，味有所藏，以养五气，气和而生，津液相成，神乃自生”，结合《灵枢·阴阳清浊》篇中的：“受谷者浊，受气者清。清者注阴，浊者注阳。浊而清者，上出于咽；清而浊者，则下行。清浊相干，命曰乱气。黄帝曰：夫阴清而阳浊，浊者有清，清者有浊，清浊别之奈何？岐伯曰：气之大别：清者上注于肺，浊者下走于胃。胃之清气上出于口，肺之浊气下注于经，内积于海”。可以知道，人从天地中摄取的主要是“气”与“味”，“气”之“清者”注于“阴经”、“浊者”注于“阳经”。所以注于“阴经”的经气来自于呼吸所得的“天气”，贮藏于胸中。结合以上两点，“阴气”属“气之清者”，因其来源于吸入之天气，经“上注”而入阴经，故称其性“清轻”。

2.2 阴经经气区别于阴

上述这一“清轻”的特质，与后世所讲的“气血阴阳”中的“阴”有本质区别。因为后者具有“重浊”“凝聚”“下降”的特点，临床用药来补充后者的“阴”，多采用熟地黄、麦冬、阿胶、当归、大枣等味甘滋腻之品；而依照上述“阴经经气”的性质，可以补充“阴气”的中药，则应是一类药味“寒凉”、药性“清轻”的药物；“阴经经气”

可令“血滑而不浊”，故应用这类药物以补充“阴经经气”，可以达到“血滑”的目的；至于血之“清浊”的判断依据，可以参考现代医学的血液检测指标，如血脂、血液黏稠度、血浆黏度、血浆蛋白含量等；也就是说，依据上述理论，上述类药物可以起到“降血脂”的效果，如茵陈^[2]、菊花^[3]、百合^[4]、蒲公英^[5]等；这也与现代科学研究结果相吻合。

3 应用

结合上述，“阴经经气”来自于“天气”，其性“寒凉”而“清轻”，其虚则热、盛则寒，其令可“血滑不浊”；故而，“阴经经气”可以令“血滑而不浊”这一理论，可以用于解释“为什么科学研究显示高海拔地区血液黏稠度高于低海拔地区”。高海拔地区的“血液黏稠度高”依据现代医学理论，主要是因为血液中红细胞数量增加、体积变大，血红蛋白数目增多，进而导致血液阻力增加、血液黏稠度增大，进而诱发“慢性高原病”，现代医学会采取静脉放血的方法作为临时治疗措施^[6]。用“阴经经气”解释，参考气来源系“天气”，高原地区空气稀薄，当地人可以容纳的“天气”不足，会导致“阴经经气”虚，则“阴经经气”使“血滑”的功能减退，进而导致“血浊”，出现“血液黏稠度”升高，进而出现“慢性高原病”。而同样的道理，在指导中医临床用药治疗高黏血症时，可以选择通过补充阴经“经气”而达到“活血”效果的药物，即选用具有“寒凉”与“清轻”特性的药物，如红花^[7]、红景天^[8]、灯盏花^[8]等，这同样与现代研究相一致。

4 小结

基于上述“阴经经气”所具有的“寒凉”与“清轻”的特质，及上文所提及的药物，我们可以通过采取相应预防和治疗措施，如高海拔地区居民可以采取服用红花、红景天等药物预防“慢性高原病”、中老年人群可以服用百合、菊花、茵陈等预防高血脂及高黏血症。这不仅与现代科学的实验研究结果相一致，也对指导中医临床用药治疗相关疾病具有一定价值。

参考文献

- [1]吕金山.《黄帝内经》“经气”本义考[C]//中国针灸学会.中国针灸学会2009学术年会论文集.杭州:中国针灸学会,2009:1-3.
- [2]王琛,崔金环,魏蕾.茵陈提取物对SD大鼠高脂血症模型血脂水平和脂肪变的影响[J].中华中医药学刊,2010(8):1738-1740.
- [3]胡春,丁霄霖,唐莉莉,等.菊花提取物对实验动物抗疲劳和降血脂作用的研究[J].食品科学,1996(10):58-62.
- [4]常银子,仲山民,曹玉成,等.百合膳食纤维对大鼠调节血脂和减肥功能的影响[J].食品科技,2007(9):245-247.
- [5]潘慧敏,程世华,田珊瑚,等.蒲公英茶叶茶调节血脂的实验研究[J].职业与健康,2008(1):20-21.
- [6]叶任高,陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:999-1001.
- [7]哈斯提.中药红花与黄芪治疗高粘血症疗效观察[J].中国卫生标准管理,2015(24):135-136.
- [8]张建民,初春,陈守强.单味中药治疗高粘血症述评[J].中国实用医药,2008(19):184-186.

(本文编辑:李海燕 本文校对:朱秀敏 收稿日期:2018-01-16)

芩翘口服液治疗儿童疱疹性咽峡炎临床观察

潘凤琪 徐浩*

(沈阳医学院附属中心医院儿科, 辽宁 沈阳 110023)

摘要:目的 观察芩翘口服液治疗儿童疱疹性咽峡炎的临床疗效。方法 选择疱疹性咽峡炎患儿120例为研究对象。随机分为观察组63例和对照组57例。对照组常规使用利巴韦林喷雾5 d。观察组在对照组治疗基础上给予芩翘口服液治疗。结果 观察组治疗有效率为96.8% (61/63), 高于对照组85.9% (49/57), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组患儿无过敏反应病例。结论 芩翘口服液治疗儿童疱疹性咽峡炎, 可以提高治疗效果, 价格经济, 口服方便, 值得在临床推广使用。

关键词: 芩翘口服液; 疱疹; 咽峡炎; 儿科; 喉痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.022

文章编号:1672-2779(2018)-07-0056-02

Clinical Observation on Qinqiao Oral Liquid in Treating Herpangina in Children

PAN Fengqi, XU Hao

(Department of Pediatrics, the Affiliated Hospital of Shenyang Medical College, Liaoning Province, Shenyang 110024, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of Qinqiao oral liquid in treating herpangina in children. **Methods** 120 children with herpangina were selected as the study subjects. They were randomly divided into observation group ($n = 63$) and control group ($n = 57$). The control group was routinely sprayed with ribavirin for 5 days. The observation group was given Qinqiao oral solution on the basis of the control group. **Results** The effective rate of the treatment group was 96.8%, which was higher than that of the control group (85.9%), and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The patients in the observation group had no allergic reaction. **Conclusion** Qinqiao oral liquid in the treatment of herpangina can improve the curative effect, has low price and oral convenience, and it is worthy of clinical application.

Keywords: Qinqiao oral liquid; herpes; angina; pediatrics; throat obstruction

疱疹性咽峡炎是儿科常见病, 具有较高的传染性^[1], 属于急性上呼吸道感染的类型之一^[2]。主要是由肠道病毒引起的疾病, 发病规律存在一定的季节性, 主要以夏秋季多见, 尤其以婴幼儿发病率高, 特征为急起的发热和喉痛, 在扁桃体、咽、软腭的后部等处可见红色的晕斑, 周围有特征性的白色丘疹(淋巴结)或水疱疹^[3]。临床表现为厌食、呕吐、急性高热、流涎、咽痛等, 给患儿带来痛苦^[4]。本病常规治疗以抗病毒为主, 大多数为轻型病例, 有自限性(1~2周), 且病原体种类很多, 以柯萨奇A组病毒(1~6, 8, 10, 22)较多见。抗病毒药物的种类繁多, 但疗效不一。本研究为观察芩翘口服液治疗儿童疱疹性咽峡炎的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年6月—2017年8月沈阳医学院附属中心医院儿科门诊收治的疱疹性咽峡炎患儿120例为研究对象。按随机数字法分为观察组和对照组。观察组63例, 其中男33例, 女30例; 年龄3~6岁, 平均(4.8±1.2)岁。对照组57例, 其中男30例, 女27例; 年龄3~6岁, 平均(4.5±1.4)岁。2组患儿在年龄和性别方面比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《诸福棠实用儿科学》第八版^[5]关于疱疹性咽峡炎的诊断标准。(1)流行季节发病, 常见于学龄前儿童, 婴幼儿多见。(2)发热甚至高热, 流

涎, 厌食, 咽痛头疼腹痛, 咽痛严重可影响吞咽。(3)典型症状出现在咽部。起初咽部充血, 散在灰白色疱疹, 直径1~2 mm, 四周有红晕, 2~3 d后红晕加剧扩大, 疱疹不久破溃, 破溃形成黄色溃疡。多出于软腭、悬雍垂、扁桃体上, 不见于牙龈和颊黏膜。(4)局部淋巴结不肿大, 白细胞总数多正常或稍升高。C反应蛋白正常或稍高。

1.3 纳入标准 (1)年龄3~6岁, 男女不限; (2)符合疱疹性咽峡炎诊断标准; (3)发病在48 h内。

1.4 排除标准 (1)手、足、臀部出现皮疹, 诊断为手足口病; (2)怀疑合并细菌感染, 血常规白细胞总数 $>10 \times 10^9/L$, C反应蛋白 $>10 \text{ mg/L}$; (3)患有先天性疾病, 合并其他疾病, 心肌酶谱异常, 出现高热惊厥; (4)就诊2周内曾经使用过抗病毒药和免疫调节药物; (5)对治疗药物过敏者。

1.5 治疗方法 对照组使用利巴韦林喷雾剂(史达德药业(北京)有限公司, 国药准字H11020195), 每天3次, 每次2~3喷, 连续使用5 d。观察组在对照组治疗基础上给予芩翘口服液(沈阳飞龙药业有限公司, 国药准字z10970135), 每天3次, 每次10 mL, 连续口服5 d。2组患儿发热超过38.5℃, 可以口服布洛芬或者对乙酰氨基酚退热治疗。2组患儿均不使用其他抗病毒, 免疫调节, 激素, 清热解毒等药物。

1.6 观察指标 详细记录患者治疗前和治疗第5天的症状和体征。症状评分标准见表1。

* 通讯作者:7689244@sina.com

表1 症状评分标准

主要症状	0分	1分	2分	3分
疱疹	无疱疹,无红肿无充血	红肿充血,疱疹数量1-5个	红肿充血,疱疹数量6-10个	红肿充血,疱疹数量>10个
溃疡	无溃疡	有改善,仍有少量溃疡	无改善	加重
食欲	正常	稍差,可进食	差,少量进食	拒食,不能进食
体温	正常	37.5-38℃	38.1-39℃	39.1℃以上

1.7 疗效判定标准 (1) 治愈: 用药5 d之内症状减轻, 积分减少 $\geq 95\%$; (2) 显效: 用药5 d内症状、体征明显改善, 积分减少 $\geq 70\%$; (3) 有效: 用药5 d内症状、体征积分减少 $\geq 30\%$; (4) 无效: 用药5 d内症状、体征无改善, 积分减少不足30%。积分计算公式: $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分}) \div \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。治愈、显效、有效合计为总有效。总有效率 (%) = $(\text{治愈例数} + \text{显效例数} + \text{有效例数}) / \text{总例数} \times 100\%$

1.8 统计学方法 采用SPSS 24.0软件进行统计学处理, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, 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

见表2。结果表明, 观察组总有效率均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)

表2 2组患儿治疗总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	63	27(42.9)	31(49.2)	3(4.8)	2(3.2)	61(96.8)
观察组	57	11(19.3)	19(33.3)	19(33.3)	8(14.1)	49(85.9)

注: 与对照组比较, $\chi^2 = 4.62, P < 0.05$

3 讨论

疱疹性咽峡炎是小儿常见的急性上呼吸道感染性疾病。近年来随着我国生活环境逐渐恶化, 呼吸系统疾病患病人数也明显增多, 由于小儿的身体机能尚处于生长发育阶段, 自身免疫力较差, 因此感染发生率明显高于成年人。该病症具有较强的传染性, 若不采取积极有效的控制措施, 可能会造成流行。在中医学中疱疹性咽峡炎属于“喉痹”的范畴^[6]。疱疹性咽峡炎的发病机制是病毒自口腔、鼻咽侵入至消化道及呼吸道局部黏膜, 在黏膜上皮细胞, 以及咽部或肠壁淋巴组织居留和增殖。病毒由原发灶经淋巴通道扩散至局部淋巴结, 或进入血液循环产生病毒血症, 到达全身各脏器, 引发各种病变。临床上多采用阿昔洛韦、更昔洛韦及利巴韦林等抗病毒治疗疱疹性咽峡炎。

本研究观察组采用芩翘口服液联合利巴韦林喷剂, 利巴韦林为核苷次黄嘌呤核苷类似物, 可以损害病毒蛋白和DHA的合成从而抑制病毒的传播和复制, 对多种常见的呼吸道病毒如副流感病毒、甲型和乙型流感病毒、呼吸道合胞病毒均有较高的抑制作用^[7], 具有广谱的抗病毒作用。对疱疹性咽峡炎的治疗效果也明确, 而且起效快, 治疗费用低, 毒副作用小, 但对病毒腺苷酶具有较强的依赖性, 容易产生耐药性, 阿昔洛韦和更昔洛韦多采用静脉注射具有较大的副作用。因此

寻求新的药物特别是服用方便, 疗效可靠的中药制剂口服液更容易被患儿及家属接受。芩翘口服液为棕黑色或棕褐色的液体, 主要成分是连翘、水牛角、黄芩、野菊花、皂角刺、荆芥、大黄(酒炙)、蜂房。主要功效是消肿止痛, 解毒利咽, 疏风清热^[8]。常用于急喉痹(急性咽炎)、外感风邪证者、风热乳蛾(急性充血性扁桃体炎)属内有郁热。其中连翘性凉具有消肿、清热解毒及抗菌的作用; 黄芩具有一定的散热、清热的功效, 还对溶血性链球菌、葡萄球菌及肺炎链球菌等有一定的抑制功效; 野菊花甘苦微寒, 清热解毒, 用于治疗毒痢、疥肿, 现代研究证实具有抗菌、抗病毒、抗癌作用。皂角刺具有消肿排毒、杀虫止痒的功效以及抗凝血, 增强免疫力, 抗菌抗炎及抗癌抗、肿瘤的作用^[9]。大黄(酒炙)泻下攻积, 清热泻火, 凉血解毒, 逐瘀通经(利胆退黄); 蜂房不但对溶血性链球菌、葡萄球菌及肺炎链球菌等有一定的抑制功效而且还具有提高免疫力、抗氧化、抗炎抑菌的作用; 荆芥可以增加汗腺的分泌, 具有一定抑菌、清热解热、镇痛的作用; 水牛角的功能有清热、凉血、定惊、解毒; 玄参性寒具有质润多液, 清热凉血、滋阴降火、解毒、利咽、滋养肾阴以及抗菌作用^[10]。因此上述中药联合配制的芩翘口服液具有较好的解毒、抗菌、清热及增强免疫力的作用。

本研究采芩翘口服液联合利巴韦林喷雾剂进行治疗儿童疱疹性咽峡炎, 有效率为96.8%, 明显高于单独使用利巴韦林喷雾剂的对照组85.9%, 2组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明单利巴韦林喷雾剂治疗疱疹性咽峡炎的疗效不及联合芩翘口服液的治疗效果。另外芩翘口服液治疗过程中未见明显的毒副作用, 由于样本数偏小, 观察时间较短, 也并未从并发症和不良反应角度进行分析, 所以试验结果可能存在偏倚, 今后临床中还需要大样本、长时间进行观察。

参考文献

- [1]胡正波, 卢海波, 陈路佳. 蒲地蓝消炎口服液治疗疱疹性咽峡炎的系统评价[J]. 中国药业, 2013(15):24-27.
- [2]崔友国, 李建青. 蒲地蓝口服液治疗小儿疱疹性咽峡炎疗效观察[J]. 中国当代医药, 2012, 19(21):155-156.
- [3]刘爱琳, 李利. 蓝芩口服液治疗疱疹性咽峡炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2011, 3(1):57-59.
- [4]陈静静. 匹多莫德联合单磷酸阿糖腺苷治疗小儿疱疹性咽峡炎的临床分析[J]. 中国医学工程, 2014, 22(2):132-133.
- [5]江载芳, 申昆玲. 诸福棠实用儿科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2015:901-902.
- [6]荆华. 芩翘口服液联合利巴韦林注射液治疗小儿手足口病 123 例疗效观察[J]. 中国实用医药, 2013, 8(30):169-170.
- [7]林幼珍, 郑屏生. 柴银口服药佐治小儿疱疹性咽颊炎的疗效观察[J]. 中国妇幼保健研究, 2010, 21(1):93-94.
- [8]张英, 李亚男, 高月茹, 等. 芩翘口服液治疗儿童急性化脓性扁桃体炎的临床研究[J]. 中医临床研究, 2017, 9(9):79-81.
- [9]王法. 芩翘口服液治疗小儿上呼吸道感染的临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(77):84-85.
- [10]冯金花, 冯晓纯. 芩翘口服液联合注射用阿莫西林克拉维酸钾治疗小儿急性化脓性扁桃体炎疗效观察[J]. 中医临床研究, 2017, 9(6):82-84.

(本文编辑:李海燕 本文校对:姜红 收稿日期:2017-12-18)

中医综合康复治疗对桡骨远端骨折的预后影响

宋媛媛

(鞍山市长大医院康复科, 辽宁 鞍山 114007)

摘要:目的 探究中医综合康复治疗对桡骨远端骨折患者腕关节功能恢复的影响。方法 将100例桡骨远端骨折患者随机分为对照组50例, 综合康复组50例。对照组患者进行中药熏洗治疗和常规的腕功能恢复训练, 综合康复组患者进行中医理筋、松动关节、中药熏洗等治疗。分别对2组患者进行1个月的连续治疗。并对治疗前后2组患者的McGill疼痛评分、骨折复位质量、握力、Dienst腕功能以及Werley腕关节评分等方面进行疗效评估。结果 治疗后2组患者在McGill疼痛评分、骨折复位质量、握力、Dienst腕功能以及Werley腕关节评分等均有明显改善, 且综合康复组的改善程度较对照组更为显著, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 中医综合康复治疗对于改善桡骨远端骨折患者腕关节功能具有很好的临床疗效。

关键词: 中医康复治疗; 骨折; 桡骨

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.023

文章编号:1672-2779(2018)-07-0058-03

Effect of Comprehensive Rehabilitation Therapy of Traditional Chinese Medicine on Prognosis of Distal Radius Fracture

SONG Yuanyuan

(Rehabilitation Department, Anshan Changda Hospital, Liaoning Province, Anshan 114007, China)

Abstract: Objective To explore the effect of comprehensive rehabilitation therapy of traditional Chinese medicine on the recovery of wrist function in patients with distal radius fractures. **Methods** 100 patients with distal radius fractures were randomly divided into control group (50 cases) and comprehensive rehabilitation group (50 cases). The patients in the control group were treated with traditional Chinese medicine fumigation treatment and conventional wrist function recovery training. The patients in the comprehensive rehabilitation group were treated with traditional Chinese medicine, loose joint, Chinese medicine fumigation and so on. Two groups of patients were treated for one month of continuous treatment. The efficacy of McGill pain score, fracture reduction quality, grip strength, Dienst wrist function and Werley wrist score were evaluated before and after treatment. **Results** After treatment, the two groups of patients were significantly improved in McGill pain score, fracture reduction quality, grip strength, Dienst wrist function and Werley wrist score, and the improvement of needle comprehensive rehabilitation group was more significant than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Comprehensive rehabilitation training of traditional Chinese medicine has a good clinical effect in improving the wrist function of patients with distal radius fractures.

Keywords: traditional Chinese medicine rehabilitation therapy; fracture; radius

桡骨远端骨折是骨科中较为常见的易被患者忽视的疾病之一, 即桡骨远端距离关节面3 cm之内发生的骨折。人的手部多种精细动作均离不开掌、腕、肘等关节的支持, 其相对独立及相互作用的稳定是保证人体手部功能正常的重要前提^[1]。然而在实际生活中, 桡骨远端骨折较肘、掌、指关节等更易于发生, 这是由桡骨的特殊结构导致的, 桡骨外由一层极薄的骨质膜包裹, 且桡骨外周的肌肉相对较少, 在受到外界冲力的时候, 骨质膜和皮质骨的交界处常常会发生骨折, 骨折的发生率随骨质骨量的减少而上升, 且更易于发生于老年人。桡骨远端骨折若不能够及时有效地治愈, 则会严重阻碍手功能的正常运行。

随着人们生活水平的提高, 对生活质量的要求也逐步提升, 因此对桡骨远端骨折的治疗和预后也越来越重视。临床中对于本病的治疗常分为手术治疗和保守治疗, 手术治疗是将骨折处手术切开, 对骨折处进行复位。保守治疗包括闭合手法复位、石膏固定、夹板固定等方法^[2]。不论是手术治疗还是保守治疗都有其利弊之处, 但是临床治疗中常常忽略其愈后情况。现代康复观念是在保证内固定相对牢固的前提下尽早地进行关节功能恢复练习。西医康复方法对于本病多采用作业疗法、运动疗法、物理疗法等。中医康复方法则基于“内治外

养”的治疗原则, 采用中药口服、熏洗、外敷, 配合针灸治疗、中医按摩、理筋等方法, 在临床疗效方面较西医康复方法更为显著。本研究通过对桡骨远端骨折患者进行中药熏洗联合中医康复治疗, 并对治疗前后患者的McGill疼痛评分、骨折复位质量、握力、Dienst腕功能以及Werley腕关节评分等方面进行疗效评估, 探究中医综合康复治疗对于桡骨远端骨折患者腕关节功能恢复的影响, 为临床指导治疗提供科学的依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年11月—2017年6月在我院确诊为脑卒中的患者100例, 并通过随机数字表分成2组, 分别为对照组(50例)和综合康复组(50例)。对照组男16例, 女34例; 年龄55~75岁, 平均(65.28±10.43)岁。综合康复组男20例, 女30例; 年龄56~76岁, 平均65.49岁。

1.2 纳入标准 所有入选患者均需符合标准如下^[3]: (1)年龄在50~77岁; (2)均因受外力冲击所致单侧骨折, 且骨折周围皮肤出现肿胀、热痛、拒按等症状; (3)均已接受石膏固定、手术治疗等方法复位者; (4)经X线或CT检查诊断为桡骨远端骨折且经过治疗后骨折线模糊、骨痂生长正常; (5)骨折复位后腕关节可见局部红肿、疼痛, 并伴有腕关节功能障碍; (6)患者

对该研究签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1) 手腕处皮肤未完全愈合; (2) 具有严重的骨质疏松者; (3) 对中医综合康复治疗不能耐受者; (4) 患有严重的心脑血管疾病者; (5) 已使用类似方法进行治疗者。

1.4 治疗方法 对照组患者进行中药熏洗治疗和常规的腕功能恢复训练, 中药熏洗方组成如下: 伸筋草30 g, 丝瓜络20 g, 路路通20 g, 桂枝10 g, 木瓜10 g, 鸡血藤15 g, 桑枝10 g, 乳香10 g, 没药10 g, 当归10 g。将中药方煎煮后取汁300 mL, 将患者患处先熏后洗于中药中, 每日1次, 每次30 min。腕功能恢复训练包括主动和被动运动, 主动运动是指患者受损部位进行自主的上下左右, 360度旋转活动, 被动运动是指摆动和牵引训练。

综合康复组是指对患者进行中医理筋、松动关节、中药熏洗等疗法, 治疗前将软膏涂于患处, 由肘部至腕部, 采用滚法、揉法、搓法、拔法、捏法等手法使上臂肌肉放松, 刚柔并济, 大约持续5 min左右^[6]。在放松患处肌肉后再运用关节松动法, 医者用患肢相反侧手握住患者患肢近骨折处, 另一只手握住远骨折处, 双手做抵抗牵拉动作, 力度柔和适中, 逐渐加力, 之后医者再握患者近骨折处手至骨折近处向远端滑动, 患肢做主动对抗运动, 滑动至尺侧时患肢偏向桡侧, 滑动至背侧时患肢主动屈曲, 滑动至桡侧时患肢偏向尺侧, 如此往复。每个方向做3次, 以患者未感疼痛为宜。同对照组患者一样嘱患者将患处进行熏洗, 待患者患肢置于中药汤汁后医者将双手亦浸入药汤中, 在中药汤汁中对患者进行抵抗训练, 医者一只手握住骨折处远端, 另一只手抵住患者掌部, 嘱患者进行自主的360度转腕运动。最后对患者进行功能性作业疗法, 嘱患者进行太极剑、八段锦等练习, 通过这种方式不但能够增强患者桡关节的被动训练, 还能有效调节患者烦躁、焦虑的情绪。分别对2组患者进行1个月的治疗。

1.5 疗效评定

1.5.1 McGill疼痛评分 利用国内外医疗界为疼痛患者量身打造的简化McGill疼痛量表, 对患者的疼痛情况进行评估。该量表可分为三部分, 即: 疼痛分级指数 (PRI, 包括感觉项、情感项)、现有疼痛强度 (PPI) 及视觉类比定级法 (VAS)。其中视觉类比定级法是该量表的亮点, VAS不但操作简单且结果准确, 通过对直线进行疼痛10等级的评分, 使患者在直线上指出自身疼痛水平。VAS常常被单独用于临床对疼痛的测评。McGill评分表的最终得分与患者的疼痛情况呈正比例关系^[5]。

1.5.2 骨折复位质量 在患肢的X线片或CT片上测量桡骨的背侧倾斜角度、尺侧倾斜减少角度以及桡骨轴向短缩高度。其中背侧倾斜角度为0°, 尺侧倾斜减少角度在0°~4°, 桡骨轴向短缩高度在0~3 mm均得0分; 背侧倾斜角度为1°~10°, 尺侧倾斜减少角度在5°~9°, 桡骨轴向短缩

高度在4~6 mm均得1分; 背侧倾斜角为11°~14°, 尺侧倾斜减少角度在10°~14°, 桡骨轴向短缩高度在7~11 mm均得2分; 背侧倾斜角度大于14°, 尺侧倾斜减少角度大于14°, 桡骨轴向短缩高度大于11 mm均得3分。其中0分为优秀, 4~6分为一般, 大于7分则为差^[6]。

1.5.3 Dienst腕功能 遵循Dienst制定的功能评估标准对患者腕功能进行评估, 具体评定方法如下^[7]。见表1。

表1 对患者腕功能评估

评估等级	主观测评		客观评估		
	疼痛情况	活动能力	功能	腕屈伸度减少	握力
优秀	无	不受限	正常	小于15度	同健侧
良好	有时	剧烈活动受限	趋于正常	15~30度	接近健侧
一般	总是	一般活动受限	减弱	30~50度	小于健侧
差	持续不解	不能进行劳动	明显障碍	大于50度	明显小于健侧

1.5.4 Werley腕关节评分 该评分通过对腕关节的残余畸形情况、主观疼痛残疾情况、客观屈伸牵拉运动欠缺情况、并发症的发生情况以及有无神经功能异常等进行评分, 得分越高说明手功能恢复情况越差^[8]。

1.5.5 握力 利用手动握力计, 对患肢手握力进行测量。

1.6 统计学方法 选用SPSS 19.0统计学软件进行统计学分析, 计量资料用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用t检验, 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

2.1 2组患者治疗前后McGill疼痛评分比较 见表2。

表2 2组患者治疗前后McGill疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	PRI	PPI	VAS	总分
对照组	50	治疗前	8.37 ± 2.35	9.32 ± 3.01	9.76 ± 2.25	25.35 ± 3.45
		治疗后	6.89 ± 1.03 [△]	5.33 ± 1.16 [△]	5.31 ± 1.01 [△]	16.77 ± 3.71 [△]
综合康复组	50	治疗前	8.26 ± 2.43	9.88 ± 2.06	9.38 ± 2.77	26.81 ± 2.11
		治疗后	3.97 ± 1.01 ^{△*}	4.98 ± 1.21 ^{△*}	4.02 ± 1.07 ^{△*}	12.77 ± 3.71 ^{△*}

注: 与治疗前比较, [△] $P < 0.05$; 与对照组比较, * $P < 0.05$

2.2 2组患者治疗前后骨折复位质量比较 见表3。

表3 2组患者治疗前后骨折复位质量评分结果比较 ($\bar{x} \pm s$, 例)

组别	例数	时间	优秀	良好	一般	较差
对照组	50	治疗前	8	9	15	18
		治疗后	10 [△]	15 [△]	12 [△]	13 [△]
综合康复组	50	治疗前	7	10	17	16
		治疗后	17 ^{△*}	18 ^{△*}	10 ^{△*}	5 ^{△*}

注: 与治疗前比较, [△] $P < 0.05$; 与对照组比较, * $P < 0.05$

2.3 2组患者治疗前后Dienst腕功能比较 见表4。

表4 2组患者治疗前后Dienst腕功能比较 ($\bar{x} \pm s$, 例)

组别	例数	时间	优秀	良好	一般	较差
对照组	50	治疗前	7	9	17	17
		治疗后	9 [△]	14 [△]	16 [△]	11 [△]
综合康复组	50	治疗前	8	11	18	13
		治疗后	16 ^{△*}	20 ^{△*}	6 ^{△*}	8 ^{△*}

注: 与治疗前比较, [△] $P < 0.05$; 与对照组比较, * $P < 0.05$

2.4 2组患者治疗前后 Werley腕关节评分及握力的比较 见表5。

表5 2组患者治疗前后Werley腕关节评分及握力的比较
($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	Werley腕关节评分(分)	握力(kg)
对照组	50	治疗前	20.03 ± 2.37	3.46 ± 1.21
		治疗后	16.72 ± 3.39 [△]	5.78 ± 1.32 [△]
综合康复组	50	治疗前	19.87 ± 3.46	3.70 ± 1.02
		治疗后	9.72 ± 2.31 ^{△*}	6.89 ± 2.04 ^{△*}

注:与治疗前比较, $\Delta P < 0.05$; 与对照组比较, * $P < 0.05$

3 讨论

3.1 综合康复治疗的理论依据

3.1.1 中药熏洗的治疗机理 中医学对桡骨远端骨折没有准确的定义, 根据其临床表现可将其归属于“筋伤”“痹症”的范畴, 中医学将该病的发病机理概括为气血瘀滞、筋脉闭阻。故治疗中常采用具有疏筋通络、活血止痛的药物^[9]。本研究中使用的中药熏洗方是由伸筋草、丝瓜络、路路通、桂枝、木瓜、鸡血藤、桑枝、乳香、没药、当归等组成的。其中以伸筋草、丝瓜络、路路通为君药, 具有疏通筋络祛湿的作用, 臣以鸡血藤、桑枝、桂枝、木瓜, 加强君药通络止痛之功效, 且这些药物更善于治疗上肢痹症。当归为佐药, 当归为血中之气药, 是补血调血、通经止痛之要药。乳香和没药为一对活血化瘀止痛的中药, 是临床中治疗外伤、跌打扭伤、术后伤等常用药物, 二者常常同时出现, 相辅相成。通过熏洗的方法, 是药物通过肌肤渗透于内, 起到通络止痛、祛瘀活血的治疗作用, 对于促进患处血液循环、提高神经修复功能具有很好的临床疗效^[10]。

3.1.2 中医康复的选择 中医康复是指对患者进行中医理筋、松动关节、中药熏洗等。本研究对患者患肢进行中医理筋治疗, 通过改善关节和局部软组织的血液循环, 加快组织对水肿的炎性介质吸收速度, 采用揉法、揉法、搓法、拔法、捏法等中医按摩手法, 能够有效缓解肌肉僵硬、萎废、肿胀等症状, 为关节松动治疗做了良好的铺垫。关节松动治疗主要以牵引、滚动的手法为主, 通过牵拉患肢, 使患者在外力的压迫下进行运动, 最大程度地扩展了关节活动范围, 是中医治疗关节功能损伤的常用疗法之一^[11]。而嘱患者行舞太极剑、练习八段锦等练习, 是基于西医作业性练习, 患者在娱乐中进行抗阻和被动运动, 既有利于提高患者对生活的积极乐观性, 又能促进患处代谢、防止并发症的发生, 使患者的身心均得到很好的治疗。

3.2 指标选择的意义 McGill疼痛问卷是Melzack凭借其多年从事疼痛学的临床经验, 为疼痛患者制订的问卷。该问卷将疼痛直观性地分为三部分, 全面地包含了所有疼痛的性质特征。操作简单、价格低廉, 结果具有

客观性、真实性, 为临床测评疾病的疼痛程度提供了良好的辅助手段。而握力的判定则更是对桡骨骨折恢复情况的黄金指标。骨折复位质量是对患肢的X线片或CT片结果进行测量而进行评定的, 通过对治疗后患肢的桡骨背侧倾斜角度、尺侧倾斜减少角度以及桡骨轴向短缩高度进行测量, 使治疗结果通过数字化的形式呈现, 更具有说服力^[12]。而Dienst腕功能以及Garlad、Werley腕关节评分则是对患者治疗后手腕的生理和功能性的综合评估^[13]。本研究结果显示, 治疗后2组患者在McGill疼痛评分、骨折复位质量、握力、Dienst腕功能以及Werley腕关节评分等均有明显改善, 且综合康复组的改善程度较对照组更为显著, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。这是由于本研究遵循“动静结合、内外兼治、筋骨合一”的治疗原则, 动静结合是指主动与被动的良好结合, 中医综合康复治疗不但对腕关节进行主动牵引训练, 还有被动的关节松动和理筋疗法, 较快地恢复患处功能。内外兼治是指机体患处与内心的治疗, 在对患处进行功能性康复训练, 仍旧没有忽视患者内心的感受, 使患者在娱乐中得到放松和治疗。筋骨合一是指在骨折修复后不忘对筋络的疏理和调节, 运用中医熏洗与理筋疗法相结合的方式对患者进行康复。在整个治疗过程中做到定骨理筋, 筋骨合一, 因此, 将中医理论与康复相结合, 选择合理适用的治疗方法, 能够最大程度地提高患肢功能, 避免萎废的发生。

研究表明, 中医综合康复训练治疗对于改善桡骨远端骨折患者腕功能具有很好的临床疗效。

参考文献

- [1]樊健, 蒋波, 袁锋, 等. 桡骨极远端骨折的临床特点及治疗策略[J]. 中华外科杂志, 2016, 54(10):766-771.
- [2]蔡宇, 周华军, 韩红, 等. 早期康复促进桡骨远端骨折术后腕关节功能恢复的临床研究[J]. 中华手外科杂志, 2016, 32(5):374-376.
- [3]杨莹, 陈宏伟, 李冬成, 等. 桡骨远端 Die-punch 骨折的 CT 表现及其影像分型[J]. 中华放射学杂志, 2016, 50(11):860-864.
- [4]蔡宇, 周华军, 肖婷, 等. 综合康复治疗在创伤后肘关节功能障碍中的应用[J]. 中华手外科杂志, 2017, 33(1):38-40.
- [5]李科, 李金锋, 王学昌, 等. 骨折疼痛的治疗方式及临床应用效果探析[J]. 中国社区医师, 2016, 32(35):51-52.
- [6]张立朋, 张国玲, 徐葳, 等. 三维手段定量评估股骨颈骨折复位质量与股骨头坏死的相关性[J]. 中国组织工程研究, 2016, 20(22):3287-3293.
- [7]梁辉. 腕功能位固定治疗伸直型桡骨远端粉碎性骨折的临床观察[J]. 中国现代医生, 2014, 52(11):149-151.
- [8]徐善强, 陈星, 张兴平, 等. 功能锻炼对桡骨远端骨折拆除石膏外固定后腕关节康复的影响[J]. 中医正骨, 2015(10):58-59, 62.
- [9]张涛. 中医正骨手法治疗桡骨远端伸直型骨折 78 例[J]. 中国医药科学, 2013, 3(2):92-93.
- [10]王海航. 探讨中医正骨手法治疗桡骨远端伸直型骨折的临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2014, (12):176, 175.
- [11]何强, 王喆, 何昊等. 中医正骨手法治疗桡骨远端伸直型骨折的疗效观察[J]. 医药前沿, 2017, 7(7):83-84.
- [12]廖彩霞, 罗志明. 手法复位石膏外固定运动康复治疗桡骨下端骨折[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(34):4828-4829.
- [13]魏立友, 赵刚, 张宏伟, 等. 阶梯性康复训练对桡骨远端骨折患者腕关节功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(2):149-152.

(本文编辑:李海燕 本文校对:梁现泽 收稿日期:2018-01-16)

中风中经络5种分型CT与MRI的影像学特点研究

吴扬州

(中国医科大学附属第四医院放射线科, 辽宁 沈阳 110032)

摘要:目的 分析中风中经络5种分型CT与MRI影像学特点。方法 回顾性分析中风中经络患者100例,根据中医辨证分型,实施MRI与CT扫描,检查病灶大小及分布部位,对5种中风中经络分型CT与MRI影像学特点进行总结分析。结果 在CT与MRI表现上,中风中经络5种分型的病灶分布部位较为接近,其中气虚血瘀证病灶在放射冠状区域较为集中,风痰阻络证病灶在基底节区较为集中;两者CT病灶分布对比无显著差异($P>0.05$)。而痰热腑实证CT与MRI病灶大小主要为大片状,其余4种主要为小片状,而在病灶大小上,痰热腑实证与其余4种分型存在显著差异($P<0.05$)。结论 在CT与MRI影像学上,中风中经络5种分型中部分分型具有一定特点,其中痰热腑实证病灶主要为大片状,其余则为小片状;气虚血瘀证病灶以放射冠状区域较为多见,而风痰阻络证病灶以基底节区较为多见。

关键词: 中风;中经络;辨证分型;CT;MRI;影像学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.024

文章编号:1672-2779(2018)-07-0061-02

Study on the Imaging Features of CT and MRI in Five Types of Meridian-type in Stroke

WU Yangzhou

(Radiology Department, the Fourth Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

Abstract: Objective To analyze characteristics of meridian-type CT and MRI in stroke. **Methods** Retrospective analysis of stroke patients of 100 cases was made. According to the type of traditional Chinese medicine, the implementation of MRI and CT scan, check the lesion size and distribution of channels and collaterals in five strokes classification of CT and MRI imaging characteristics were summarized. **Results** On CT and MRI manifestation, stroke in the meridian distribution of parts of the 5 kinds of parting is relatively close, the qi deficiency and blood stasis syndrome lesions in radiation coronary area is relatively concentrated, and wind phlegm obstruction collaterals lesions in the basal ganglia region is relatively one. There was no significant difference between the two CT lesions. While the size of phlegm and MRI lesions were mainly large sheets, the remaining four were mainly small sheets, while in the size of the lesion, there was a significant difference between the phlegm and the other four types $P<0.05$. **Conclusion** In the CT and MRI imaging, there are certain characteristics of the middle type of meridians in the stroke, in which the positive lesion of phlegm is mainly large and the rest is small. The lesion of qi deficiency blood stasis is more common in radio-coronal region, and the wind phlegm obstruction is more common in base.

Keywords: stroke; meridians; syndrome differentiation; computed tomography; magnetic resonance imaging; imaging

中医所指“中风”即为急性脑梗死,由于社会环境以及人们饮食习惯的改变,临床上发生急性脑梗死的患者不断增多^[1]。针对急性脑梗死患者,中医治疗上具有一定的优势,而中风中经络可分为阴虚风动证、肝阳暴亢证、痰热腑实证、气虚血瘀证、风痰阻络证等5种分型。在现代医学诊断此类患者时,常用CT扫描、MRI扫描等,具有直观性、无创性等特点,且可对患者脑内病灶分布和大小进行准确显示^[2]。因此本文即对中风中经络5种分型CT与MRI影像学特点进行了研究与分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院中风中经络患者100例,其中男性57例,女性43例;年龄37~69岁,平均67.5岁。根据中风中经络辨证分型标准^[3]:阴虚风动证5例、肝阳暴亢证10例、痰热腑实证15例、气虚血瘀证30例、风痰阻络证40例。

1.2 研究方法 所有患者均根据中医辨证分型,并实施MRI与CT扫描。即采用四诊法进行中风病中经络辨证分型,根据患者入院后的临床表现和分型,于24 h内采用美国GE公司生产的GEHI-SPEED螺旋CT机行颅内CT扫描;入院1~7 d时采用美国GE公司生产的Signa

profile/o 0.2T MRI设备行颅内MRI扫描,扫描期间注意对患者病灶分布区域、病灶大小进行仔细观察,并对陈旧性梗死病灶和新近梗死病灶进行辨别。

1.3 观察指标 对5种中风中经络分型CT与MRI影像学特点进行总结分析,即观察病灶分布区域以及病灶大小。判定标准^[4]:病灶 $\leq 2\text{ cm}\times 2\text{ cm}$ 为小片状;病灶 $> 2\text{ cm}\times 2\text{ cm}$ 为大片状。

1.4 统计学方法 SPSS 22.0分析,计数资料用卡方检验,计量资料用t检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 CT、MRI检查结果 100例患者中,CT扫描检出95个大小病灶,其中5例阴虚风动证全部检出病灶,10例痰热腑实证全部检出病灶,15例肝阳暴亢证全部检出病灶,30例气虚血瘀证检出病灶28例,40例风痰阻络证检出病灶37例。经MRI扫描检出病灶98个,其中5例阴虚风动证全部检出病灶,10例痰热腑实证全部检出病灶,15例肝阳暴亢证全部检出病灶,30例气虚血瘀证检出病灶29例,40例风痰阻络证检出病灶39例。MRI未检出病灶者2例,CT未检出病灶者5例,均为腔隙性脑梗死。

2.2 5种分型与CT、MRI病灶分布的关系 在CT与MRI表

现上, 中风中经络5种分型的病灶分布部位较为接近, 其中气虚血瘀证病灶在放射冠状区域较为集中, 风痰阻络证病灶在基底节区较为集中; 两者CT病灶分布对比无显著差异, $P>0.05$ 。见表1。

表1 5种分型与CT、MRI病灶分布的关系 [例(%)]

证型	例数	扫描方式	脑干	基底节	放射冠	枕叶	顶叶	颞叶	额叶
阴虚风动证	5	CT	1(20.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)
	5	MRI	1(20.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)
肝阳暴亢证	10	CT	1(10.0)	4(40.0)	2(20.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(10.0)	1(10.0)
	10	MRI	1(10.0)	4(40.0)	2(20.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(10.0)	1(10.0)
痰热腑实证	15	CT	4(26.6)	0(0.0)	3(20.0)	3(20.0)	2(13.3)	2(13.3)	1(6.7)
	15	MRI	4(26.6)	0(0.0)	3(20.0)	3(20.0)	2(13.3)	2(13.3)	1(6.7)
气虚血瘀证	28	CT	1(3.5)	3(10.7)	17(60.7)	0(0.0)	2(7.1)	2(7.1)	3(10.7)
	29	MRI	1(3.45)	3(10.3)	18(62.0)	0(0.0)	2(6.9)	2(6.9)	3(10.3)
风痰阻络证	37	CT	2(5.4)	25(67.6)	4(10.8)	0(0.0)	1(2.7)	2(5.4)	3(8.1)
	39	MRI	2(5.1)	26(66.7)	5(12.8)	0(0.0)	1(2.5)	2(5.1)	3(7.7)

2.3 5种分型与CT、MRI病灶大小的关系 痰热腑实证CT与MRI病灶大小主要为大片状, 其余4种主要为小片状, 而在病灶大小上, 痰热腑实证与其余4种分型存在显著差异, $P<0.05$ 。见表2。

表2 5种分型与CT、MRI病灶大小的关系 [例(%)]

证型	CT病灶数	大片状	小片状	MRI病灶数	大片状	小片状
阴虚风动证	5	0(0.0)	5(100.0)	5	0(0.0)	5(100.0)
肝阳暴亢证	10	2(20.0)	8(80.0)	10	2(20.0)	8(80.0)
痰热腑实证	15	13(86.7)	2(13.3)	15	13(86.7)	2(13.3)
气虚血瘀证	28	2(7.1)	26(92.9)	29	2(6.9)	27(93.1)
风痰阻络证	37	0(0.0)	37(100.0)	39	0(0.0)	39(100.0)

3 讨论

中医学理论认为, 中风病因分为内因和外因两种, 其中外因为劳倦、寒邪等, 而内因则包括心肝肾三脏失调、气血亏虚、积损正衰等, 由于上述原因导致阴亏加剧、筋脉失养、气血不畅, 从而引起蒙蔽清窍、

痰火上扰、血气逆行, 因此属于本虚标实^[5-6]。采用CT、MTI等影像学手段检测该病症时, MRI对于1~5cm直径大小的病灶检出率较高, 而CT对于<5cm直径病灶检出率较低。所以CT、MRI两者检测区别主要针对微小病灶^[7]。本研究中, 在CT与MRI表现上, 中风中经络5种分型的病灶分布部位较为接近, 其中气虚血瘀证病灶在放射冠状区域较为集中, 风痰阻络证病灶在基底节区较为集中; 两者CT病灶分布对比无显著差异, $P>0.05$ 。而痰热腑实证CT与MRI病灶大小主要为大片状, 其余4种主要为小片状, 而在病灶大小上, 痰热腑实证与其余4种分型存在显著差异, $P<0.05$ 。因此可以看出, 痰热腑实证在各分型中最为严重, 且其病灶多为大面积梗死灶, 而导致这一现象的原因主要为痰、热、瘀等因素的共同作用。

综上所述, 在CT与MRI影像学上, 中风中经络5种分型中部分分型具有一定特点, 其中痰热腑实证病灶主要为大片状, 其余则为小片状; 气虚血瘀证病灶以放射冠状区域较为多见, 而风痰阻络证病灶以基底节区较为多见。

参考文献

- [1]陈永芊. 中风中经络辨证类型与CT、MRI影像诊断的关系[J]. 中医药导报, 2014, 20(9):66-68.
- [2]李宝然. 缺血性中风中经络辨证分型与颅脑影像学征象的相关性研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(9):1010-1012.
- [3]刘宇慧, 陈阳, 陶弘武. 缺血性中风中经络中医辨证MRI研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(6):190-193.
- [4]詹乐昌, 陈红霞, 潘锐焕. 现代中医辨证体系在中风病中的运用[J]. 新中医, 2014, 46(12):4-5.
- [5]程文君. 脑中风常见临床证型与脑CT影像结果关系探析[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(6):1473-1476.
- [6]王志刚, 叶子, 刘文华. 中风患者中医分型辨证的头颅CT影像分析及其临床意义[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(11):192-193.
- [7]李雅军, 赵泽华, 李家琳. 缺血性中风中医分型与影像学表现相关性的研究进展[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2013, 11(6):703-705.

(本文编辑:李海燕 本文校对:郭奕 收稿日期:2018-01-10)

舌诊新篇 心病新篇

——贺李海霞教授《冠心病舌诊图谱及病案分析》出版

中国中医科学院广安门医院内科主任医师李海霞博士后领衔主编的《冠心病舌诊图谱及病案分析》在新年来临之际, 终于在人民卫生出版社面世了, 可喜可贺!

《冠心病舌诊图谱及病案分析》重点论述冠心病舌诊, 尤其是精选临床冠心病病例, 对患者舌象进行治疗前后对比, 进一步实证中医舌诊理论的科学性和准确性, 再次有力地论证了中医舌诊的临床指导的重大意义。全书图文并茂, 色彩明亮, 深受欢迎和喜爱。

《冠心病舌诊图谱及病案分析》, 此书部头不大, 却是真材实料, 来自临床一线的真实报告, 内容全是精选, 主编李海霞年龄不大, 但在心血管领域、临床研究及学术造诣那是颇有功底, 先随著名心血管专家王阶教授攻读博士3年, 又师王永炎院士攻读博士后, 再师国医大师唐祖宣教授感

悟临床, 又拜中药泰斗、有神农本草经第一人、中医临床药学倡拓者祝之友教授细心揣摩经方经药, 真可谓学富五车, 书中所载, 均系其一线报告, 体现主编之辛勤、敬业、好学与钻研! 此书不但会让临床大夫喜爱, 而且已获陈可冀院士亲笔题写书名, 又获国医大师唐祖宣、中医泰斗祝之友联袂主审, 再从侧面实证本书之学术价值和主编的深厚学养底蕴!

《冠心病舌诊图谱及病案分析》是舌诊在冠心病诊疗的具体应用的结晶新成果, 是舌诊在冠心病诊疗中的创新和升华, 是冠心病舌诊具体应用的前沿与拓展, 必将在舌诊研究和冠心病临床研究起到良好的促进作用, 真不愧是大家称赞的“舌诊新篇, 心病新章”!

中医万岁!

(杨建宇 李彦知)

基于肝主筋探讨慢传输型便秘的防治

鲍新坤^{1,2} 林爱珍^{1,2*} 孙光军^{1,2} 吴汉泉^{1,2}

(1 湖北省中医院肛肠科, 湖北 武汉 430061; 2 湖北省中医药研究院, 湖北 武汉 430074)

摘要:目的 从“肝主筋”探讨慢传输型便秘(STC)的防治。方法 理论分析中医“筋”的现代医学内涵和结肠蠕动反射弧基础,从“生病起于过用”“久行伤筋”认识STC的发病机制和病理改变,从“肝主筋”探讨防治STC的方法。结果 从“肝不主筋,筋伤关纽失司”病机能合理揭示STC现代发病机制理论基础,采用“补益肝肾,驱邪活络”法治疗STC的理论基础合理。结论 “筋-久行伤筋-肝主筋”内涵能系统地因、机、证、治角度论述STC,值得临床医生进一步实践探索检验。

关键词: 筋; 久行伤筋; 便秘

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.025

文章编号:1672-2779(2018)-07-0063-03

Discussion on the Prevention and Treatment of Slow Transit Constipation by Using Liver Controlling Tendon

BAO Xinkun^{1,2}, LIN Aizhen^{1,2}, SUN Guangjun^{1,2}, WU Hanquan^{1,2}

(1. Proctology Department, Hubei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hubei Province, Wuhan 430061, China;

2. Hubei Province Academy of Traditional Chinese Medicine, Hubei Province, Wuhan 430074, China)

Abstract: **Objective** To explore the prevention and treatment of slow transit constipation by using TCM theory of liver controlling tendon. **Methods** Theoretically analysis on the connotation of tendon and the base of the colon peristaltic reflex was made, the pathogenesis and pathologic changes of STC was recognized from the sick from excessive use of it and long line injury. The prevention and treatment of slow transit constipation by using TCM theory of liver controlling tendon was explored. **Results** The pathogenesis of the theory of liver does not controlling tendon can be reasonably revealed theoretical basis of the pathogenesis of STC. **Conclusion** The theory of " tendon-sick from excessive use of it-liver controlling tendon" can explain STC from etiology, pathogenesis, symptoms and treatment.

Keywords: tendon; long motion injured muscle; liver controlling tendon; constipation

1 “筋”的现代医学内涵

《杂病源流犀烛·筋骨皮毛发病源流》指出:“筋也者,所以束节络骨绊肉绷皮,为一身之关纽,利全体之运动者也。”表明中医学的“筋”有束节、络骨、绊肉、绷皮等四大功能,其意义是协调完成全身的各种神经反射运动,不仅是指四肢的收缩舒张运动,而且包括眼轮匝肌的提拉运动、胸壁和膈肌为主的呼吸肌群运动、胃肠蠕动肌群的运动、盆底的协调排便运动等一切与神经肌肉相关的反射活动。有文献^[1-2]从中医解剖学、体形体质、生理病理等多角度进行文献挖掘,认为中医学肝所主的“筋”即筋膜,包括现代医学解剖上的具有收缩舒张功能的肌腱、肌肉、韧带和具有传导支配作用的神经组织;“筋”的功能包括维持机体生理活动的一切神经肌肉反射,所以“筋伤”则表现为所累积部位的神经-肌肉反射活动异常。因此,现代医学上以神经、肌肉病变所致的,临床表现为神经传导、分泌功能不足,肌肉动力不足或协调运动失常的疾病均属于“筋病”。

2 从“生病起于过用”“久行伤筋”认识STC的发病机制

《素问·经脉别论》有言“故春夏秋冬,四时阴阳,

生病起于过用,此为常也。”阐述了充养皮肉筋骨脉的五脏精气皆有一定量,若不知节制,强行活动,造成五脏精气过度虚损而不得及时由食气散精填补,则虚邪内生而生病,发为劳损。而《素问·宣明五气篇》记载“五劳所伤:久视伤血……久行伤筋,是谓五劳所伤。”论述了超出适宜强度的运动会损伤中医学的“筋”,即现代医学形态层面上的肌腱、肌肉、韧带、具有传导支配作用的神经组织和功能层面上维持机体生理活动的一切神经肌肉反射活动。

从STC的常见动物造模方法也能进一步证实STC是“筋伤”的一种。常见的STC动物造模有大黄、酚酞类饲养的泻性结肠便秘模型,复方苯乙哌啶、复方地芬诺酯灌胃法等^[3]。大黄、酚酞类药物饲养造模能复制便秘患者长期服用泻药后有腹泻到加重便秘的疾病发生发展过程,是临床上最接近STC患者疾病形成的过程,此种方法的造模药物刺激肠蠕动增加,病理性地增加肠道蠕动的神经反射活动和平滑肌的运动,神经反射和平滑肌的过度兴奋活动后神经元变性、神经递质减少、平滑肌萎缩变性导致结肠蠕动减慢,从造模方法和病理解剖角度都符合中医“生病起于过用”和“久行伤筋”的发病特点。复方苯乙哌啶、复方地芬诺酯灌胃法通过药物作用使模型动物的结肠慢波节律紊乱,

* 通讯作者:344351117@qq.com

结肠平滑肌的收缩节律不协调、频率减少，导致肠道推进型收缩有效做功不足，结肠运动无力，从而引发便秘，符合中医“肝虚筋失所养，或痉或痿”的特点。

3 从筋伤认识STC的神经肌肉病理学改变

大量的动物实验证实STC大鼠存在结肠肌间神经丛的神经节数量减少，神经元结构改变，突触分泌功能下降，细胞内线粒体呈空泡样改变，而具有感觉功能的黏膜下神经丛却无此变化，表明控制结肠蠕动反射弧的传出神经病变是结肠蠕动减弱的环节^[4-5]。与结肠运动有关的神经递质则表现为分泌兴奋性神经递质（SP、Ach、5-HT）的神经元减少，结肠组织中递质含量也相对较低，分泌抑制性神经递质（NO、VIP）的神经元表达升高，结肠组织中相应递质升高^[6-7]。

对STC患者的研究表明，对于胃肠蠕动具有起搏和调控功能的Cajal间质细胞（ICC）数量明显减少，有效面积明显减少、突起变短、变钝，连接杂乱或不能相互连接，甚至部分ICC细胞发生表型再分化，失去正常的形态和功能，而这些改变可导致异常的不规则慢波，由此诱发的动作电位使平滑肌产生不规则或者无效的收缩运动，最终导致结肠功能紊乱，运动迟缓^[8]。

结直肠平滑肌是胃肠道活动的最终效应器，研究表明，STC患者的结肠有效蠕动减弱与平滑肌的病理改变有关，这些改变主要是平滑肌变少、变薄，肌纤维结构破坏，结肠平滑肌呈退行性病变，镜下见大量的包涵体等^[9-10]。

综上所述，STC作为功能性便秘的一种，虽然没有明显形态学改变，但是组织病理学等微观检测可证实，以ICC为核心的ENS-ICC-平滑肌组织网络功能体的神经肌肉细胞功能下降，具体为控制结肠蠕动的神经反射弧的传出神经和效应器功能低下，是本病的主要发病机制，也符合神经肌肉病变导致生理反射功能丧失的“筋伤”病机。

4 肝主筋的现代医学内涵

五脏中肝在体为筋，从生理功能、经络联系、病理相互影响等方面均能反应肝与筋关系密切。从生理角度，中医学认为肝为筋提供营养，《素问·经脉别论》：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋。”表明后天脾胃所运化的水谷精微需要通过肝脏的转化，生成能被筋所利用的营养物质（淫气）。《素问·阴阳应象大论》：“肝生筋。”《素问·痿论》：“肝主身之筋膜。”《素问·六节藏象论》：“肝者……其充在筋。”《素问·六节藏象论》曰：“肝者，罢极之本，其华在爪，其充在筋。”均能反映在体的筋的物质结构的完整、生理功能完善均离不开肝的滋养。从病理学角度肝脏通过多途径影响筋的功能，《素问·上古天真论》云：“七八，肝气衰，筋不能动，……”表明随着人的衰老，肝精气不足，筋充养不足，筋功能不全，表现为不能

动；《景岳全书·血证》称“四肢之用、筋骨之和，无非血之用也”“凡血亏之处，则必随所在而各见其偏废之病”。表明了肝血不藏，血不荣养筋骨，筋骨失其柔和，出现“偏废”的临床表现。

综上所述，肝脏化生精气、精血充养机体的筋，若肝气衰少，肝血亏虚，则出现“筋不能动”或“偏废”的筋病，从现代医学角度可认为肝化气调血滋养筋（肌腱、肌肉、韧带及神经组织），临床表现为正常生理反射的维持，故临床表现为生理反射丧失，病理反射发生的神经肌肉病变，其发病机制都可归为“肝不主筋，筋伤关纽失司”病机。主要可分为两大类：神经反射所控制的肌肉过分收缩，挛缩失用，即为“刚而不柔”的“痉”“瘛”；肌群过分舒张，弱而不用，即为“柔而不刚”的“痿”“蹇”。

5 从肝主筋论治STC的思路探析

根据STC患者和动物模型均具有神经传导、分泌功能不足，肌肉动力不足或协调运动失常的病理特点，可以将其按中医外科辨为的“筋伤便秘”，根据其功能不足导致大肠秘结的“因虚致实”的特点，可微观辨证为“本痿标痹证”。根据中医“肝主筋”内涵：肝脏化肝气、生肝血充养筋，对于STC筋痿的本虚可以依据“肝肾同源”治之以补肝肾精血，若肾精旺盛，肝血充盈，肝气化生有源，筋得肝气肝血滋养，筋所司恢复，关纽得司，全体之运动得利，从现代医学角度可理解为控制大肠蠕动的神经肌肉病变消失，蠕动反射恢复正常，粪便及时排出，大便秘结治愈。STC日久的患者存在其气血亏虚导致筋脉痹阻不通的特点，临床表现为便秘的基础上出现大肠黑变，舌下脉络迂曲，舌有瘀点瘀斑等，当采用祛风活络的治法，使肝气肝血能及时到达病变的肠腑，加快病理改变的修复，收“水到渠成”之功，正如《灵枢·本藏》篇曰：“血和则经脉流行，……筋骨劲强，关节清利矣。”从现代医学角度可能通过增加肠道血供，促进肠道微循环等途径，加速肠组织的新陈代谢，恢复肠道生理功能。

6 展望

STC作为一种高发病率、高患病率、高危害性的消化道疾病，从中医筋的理论内涵“主束节、络骨、绊肉、绷皮，利全体之运动”能合理地解释结肠蠕动的生理反射，从“生病起于过用”“久行伤筋”的病机能合理地解释STC患者和动物模型的发病机制和病理检查过程中出现的结肠蠕动神经反射及平滑肌病理改变，故从“肝主筋”理论内涵“肝化气和血养筋”出发存在防治STC的可能途径，值得临床医生继续在实践中探索。

参考文献

- [1]贾赫.肝脾所主之筋肌肉实体初探[J].陕西中医,2002,23(7):624-625.
- [2]张媛,于清宏.肝主筋理论对类风湿关节炎发病的临床意义[J].实用中医内科杂志,2011,25(1):33-34.

- [3]辛玉,张红星,周利.功能性便秘大鼠模型的研究进展[J].湖北中医杂志,2014,36(3):74-76.
- [4]张燕,李红岩,郭伶俐,等.大黄对大鼠结肠动力的影响[J].北京中医药大学学报,2010,33(3):187-190.
- [5]范一宏,周钰,李延玲,等.外源性胶质细胞源性神经营养因子对慢传输型便秘大鼠结肠肌间神经丛超微结构的影响[J].中华消化杂志,2009,29(12):845-846.
- [6]Liu L,Shang F,Morgan MJ,et al.Cyclooxygenase-dependent alterations in substance P-mediated contractility and tachykinin in NK1 receptor expression in the colonic circular muscle of patients with slow transit constipation[J].Pharmacology,2009,329(1):282-289.
- [7]戴菲,罗金燕,龚均,等.不同分型功能性便秘患者结肠传输功能胃肠激素以及一氧化氮合酶的研究[J].胃肠病学,2011,16(7):419-422.
- [8]吴本升,陈玉根.慢性传输性便秘病理基础研究[J].长春中医药大学学报,2014,16(2):25-26.
- [9]孙建华,郭慧,陈璐,等.电针“天枢”穴对慢传输型便秘大鼠结肠平滑肌结构及Cajal间质细胞的影响[J].针刺研究,2011,36(3):171-175.
- [10]张燕,李红岩.便秘大鼠结肠超微结构的改变[J].北京中医药大学学报,2005,28(2):63-65.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:杨德群 收稿日期:2018-01-17)

《医林改错》的学术价值

马培锋

(河北省沧州中西医结合医院脑病科,河北 沧州 061001)

摘要:《医林改错》为清代医家王清任基于对死尸解剖结构的认识,发现古典医籍对人体脏腑结构描述多有错误,为纠正古书对脏腑描述的错误而作的一部医书。通过对尸体的观察认识到瘀血在人体发病中的重要作用,并依据瘀血所在部位的不同,创立诸多有效活血化瘀方剂,在治疗中风病方面,由于对气血关系的深刻认识,肯定了气的主导作用,创立了以补气为主,兼顾活血化瘀的补阳还五汤,由于其多年行医,临床经验丰富,观察到诸多临床有效方剂,并记录下来,为后世提供了简验之方。

关键词:王清任;医林改错;补气活血化瘀;补阳还五汤;逐瘀汤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.026

文章编号:1672-2779(2018)-07-0065-03

The Academic Value of Correction of the Errors of Medical Works

MA Peifeng

(Department of Encephalopathy, Cangzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Hebei Province, Cangzhou 061001, China)

Abstract: The *Correction of the Errors of Medical Works* is a medical book to correct the mistakes in the description of the viscera made by Wang Qingren, a doctor of the Qing Dynasty, who found that classical medical records have many errors in the description of viscera structure based on the anatomical structure of the dead body. Through the observation of the dead body, he recognized the important role of congestion in the pathogenesis of human body and created a lot of effective prescription of activating circulation to remove blood stasis, depending on the location of the congestion. Because of the deep understanding of the relationship between qi and blood, he affirmed the dominant role of qi and founded Buyang Huanwu decoction which tonifying qi, activating circulation to remove blood stasis in the treatment of stroke. Because of its many years of medical practice and abundant clinical experience, he found many clinical effective prescriptions, recorded and provided a simple test for future generations.

Keywords: Wang Qingren; *Correction of the Errors of Medical Works*; tonifying qi and activating circulation to remove blood stasis; Buyang Huanwu decoction; Zhuyu decoction

王清任^①,字勋臣,清代直隶省(今河北)玉田县鸦鸿桥河东村人。生于乾隆三十三年(1768),歿于道光十一年(1831),《医林改错》成书于道光庚寅年(1830)^②,是在其去世前一年完成,然其一生手笔不止此一书,由歿后“由妻子扶灵棺回乡,著述散失殆尽”^③可知,但确为其仅留的一本著作。

王清任武庠出身(相当于武秀才)^④,出钱买了一千总官衔。后来投身医林,于北京开一中药铺,名“知一堂”,寓意于《庄子》“知一万毕”的精神。后因“自恨著书不明脏腑,岂不是痴人说梦,治病不明脏腑,何异于盲子夜行!”遂出入于义冢,“就群儿之露脏者细视之,……,连视十日,大约看全不下三十人。始知医书中所绘脏腑形图,与人之脏腑全不相合,即件数多寡亦不相符,惟胸中隔膜一片,其薄如纸,最关紧要。”通过对死尸脏腑位置仔细地研究、观察,终

于“余于脏腑一事,访验四十二年,方得的确,绘成全图”。

1 在错误的认知理论基础之上得出有效正确的活血化瘀诸方

正如作者在自叙中所言“余著医林改错一书,非治病全书,乃治脏腑之书也。……,记脏腑后,兼记数症,不过示人以规矩。”在脏腑记叙中又言:“治国良相,世代皆有,著书良医,无一全人。其所以无全人者,因前人创著医书,脏腑错误,后人遵行立论,病本先失,病本既失,纵有绣虎雕龙之笔,裁云补月之能,病性与脏腑不相符,此医道无全人之由来也。”“自恨著书不明脏腑,岂不是痴人说梦,治病不明脏腑,何异于盲子夜行!”由此可知其写《医林改错》一书的主要目的是改前人脏腑之错,当然王氏所言脏腑即今人解剖所指脏腑,其研究范围主要在于定位,与

《内经》藏象学说中所言的脏腑重功能轻实体不同，王氏还在自己认为的脏腑结构基础之上，创立诸活血化瘀有效方剂，如在气血合脉中说：“气府存气，血府存血。卫总管由气府行周身之气，故名卫总管，荣总管由血府行周身之血，故名荣总管。”并结合对死尸解剖部位的观察，及死尸相应部位表现出的“瘀血”征象（注：此即其错误的认知理论之源），遂创立以部位命名的三活血汤，在方叙中言：“余不论三焦者，无其事也。在外分头面四肢，周身血管；在内分膈膜上下两段。膈膜以上，心肺咽喉，左右气门，其余之物皆在膈膜以下。立通窍活血汤治头面四肢、周身血管血瘀之症；立血府逐瘀汤治胸中血府血瘀之症；立膈下逐瘀汤治肚腹血瘀之症。”

其之所以能在错误的理论下得出正确的结论，是因为他的几个方子，如血府逐瘀汤之理气活血，补阳还五汤之益气活血，都符合中医学有关气血的论述，而且确实是行之有效的好方子^①。从他的立方来客观分析，还是合乎中医学理论的，或者说在中医理论范围之内^②。再者，“王清任先生苦心于医药，积有心得，……，全书理论亦有可贵处，所创立方法，颇有深得《内经》之义者，有价值，可做临床，……”^③。中医存在千年的根基在于临床的有效性，王氏通过对临床客观症状的观察、病人对服用药物的治疗反应进行了客观的描述，且其所用的方子治疗的诸多症状是被其本人反复临床验证过的，是对临床事实的如实记录，然而对于事实的解读（即理论认识）则是仁者见仁、智者见智、不尽相同，王清任在死尸上发现瘀血征象，创立活血化瘀诸方，以“死尸上的瘀血征象”为立论基础显然是错的，但所立“活血化瘀诸方”及其所治疗的症状却是其临床经验的真实描述，是对客观事实的真实表述。

2 论中风后诸证皆为气虚、元气亏损，创补阳还五汤补气活血通络治疗

在气血合脉中说：“治病之要诀，在明白气血。”半身不遂论叙中言：“凡遇是症，必细心研究，审气血之荣枯，辨经络之通滞，四十年来颇有所得，……”“将男妇小儿半身不遂，瘫腿痿症，抽搐筋挛得病之源，外现之症，屡验良方，……，一一绘图申明其说，详述前后，……。”并在方叙中言：“余何敢言著书，不过因著《医林改错·脏腑图记》后，将平素所治气虚、血瘀之症，记数条示人以规矩，”说明其对气血颇有研究，审气血之荣枯，辨经络之通滞是其立论的根基，至于所立之屡验良方，在半身不遂论中说：“其方效者，必是亲治其症，屡验之方”，可见所立方剂均为其亲自应用治疗之后得到的有效方剂。紧接着对中风后各症状进行分析，分析后他认为所有的症状俱为气虚、元气亏损所致。如“半身不遂，亏损元气是其

本源”“口眼歪斜并非歪斜，因受病之半脸无气，……”，口角流涎一症“明明是气虚不固津液”；大便干燥“乃无气力催大恭下行”；小便频数、遗尿不禁“此是气虚不固提也”；言语謇涩是由于“舌亦半边无气，亦不能全动，故说话不真”；在口噤咬牙中说：“口噤是虚，咬牙是实，……，独半身不遂，有口噤，绝无咬牙”。综上所述，王氏认为中风后诸症皆为气虚、元气亏损所致，虽未言及血瘀，但由于受其在义冢所见死尸多有瘀血影响，并在虚、瘀理论基础上创立了被后世广泛应用的益气活血通络名方补阳还五汤，在方中重用生黄芪四两大补元气，其余活血通络药：当归尾、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花总量才八钱半，不及黄芪一药的四分之一，可见其治疗在思想上重视补气兼顾活血通络。

3 记录其临床应用的有效方剂

王氏在半身不遂论叙中言：“医家立言著书，心存济世者，乃良善之心也。必须亲治其证，屡验方法，万无一失，方可传于后人。”在半身不遂论中说：“总不思古人立方之本，效与不效，原有两途，其方效者，必是亲治其症，屡验之方；其不效者，多半病由议论，方从揣度”，由此可见王氏怀济世活人之心，将其亲自治疗的病症，及经得起临床重复使用的有效方剂记录下来。这些方剂即其所言“屡验之方”，如：木耳散、通气散、龙马自来丹、黄芪防风汤、玉龙膏等都是此类方剂。在记载木耳散的用途时说“治溃烂诸疮，效不可言”，方用木耳一两，焙干，研末，白砂糖一两，和匀，以温水浸如糊，敷之，缚之。此方仅两药，但其疗效颇佳。在北京宣武区中医院见习时，该院就单独应用白砂糖局部外敷治疗褥疮，带教老师说因为疗效很好，这种方法在本院已经广泛应用。在2005年作为志愿者支医内蒙古喀喇沁旗龙山镇卫生院期间，曾治一糖尿病患者，为其灸足三里，不慎灸后化脓，十余天疮口还在流脓，后教其用黑木耳研末，外敷疮口，一日结痂，七日后痂脱痊愈。一方内两药单独应用都有如此好疗效，可见其言；“效不可言”之不谬也。在2003年放假回家义诊时，曾治疗一患者，右耳流脓，为其针刺三次，流脓止，又言她已耳聋十余年，问还能否医治，当时因为自己没治过、没经验，后查得一偏方：柴胡9g，香附9g，川芎6g。共研末，早晚各1次，每次9g，茶水冲服。开学后返校，未在意，半年后放假回家再见面时，她言坚持服用此方半个月后，耳聋明显减轻，用药一个月耳聋十去七八，已能与人正常交流，遂停止服药。后来读《医林改错》时，看到通气散，始知自己所用之偏方原来出自于此，不过偏方只是改开水冲服为茶水冲服。

总之王清任著/《医林改错》（下转第82页）

崔公让治疗紧张性头痛临证经验[※]

刘伟迪¹ 张玉坤¹ 崔炎²

(1 河南中医药大学硕士研究生2015级, 河南 郑州 450046;
2 河南中医药大学第一附属医院崔公让名医工作室, 河南 郑州 450000)

摘要:紧张性头痛是慢性头痛中常见的一种疾病,多数病人伴有焦虑、抑郁、失眠等症状,可影响正常工作、学习和休息。目前对于紧张性头痛的治疗西医多对症处理,中医采用中药辨证论治及针灸等效果均不理想。崔公让教授从事临床工作55余载,在临床中运用局部封闭方法治疗紧张性头痛取得了显著疗效,且该疗法简单易行、费用低。

关键词:崔公让;紧张性头痛;局部封闭疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.027

文章编号:1672-2779(2018)-07-0067-03

Clinical Experience of Professor Cui Gongrang in Treating Tension Headache

LIU Weidi¹, ZHANG Yukun¹, CUI Yan²

(1. Grade 2015 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;
2. Cui Gongrang Medical Studio, the First Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Tension headache is a common disease in chronic headache, and most patients with symptoms such as anxiety, depression and insomnia can affect normal work, study and rest. At present, the treatment of tension headache treatment of Western medicine, the use of TCM syndrome differentiation and treatment and acupuncture and other effects are not ideal. Professor Cui Gongrang has been engaged in clinical work for over 55 years. In the clinic, the treatment of tension headache with local closed method is effective, and the treatment is simple and cheap.

Keywords: Cui Gongrang; tension headache; local occlusive therapy

紧张性头痛又称肌收缩性头痛,是原发性头痛中的常见类型^[1],约占头痛患者的40%,其终身发病率达37%~78%,随着社会生活压力不断加重,发病率有上升趋势^[2]。大多数神经病学专家都认为90%以上的头痛是因为头部肌肉紧张所造成。头痛性质可为重压感或紧箍感,也可为牵扯痛或胀痛,检查见枕部肌肉痉挛和压痛,或可触到结节,常见头及颈部活动受限,检查神经系统无阳性体征。本病多数属轻度头痛,但也可严重发作,下午及夜晚加重,常伴有眼花缭乱,焦躁不安的感觉,发作前一般无任何先兆症状,不伴有恶心、呕吐,患者自觉头痛的部位为后脑部及颈项部,太阳穴和前额,甚至颜面部,一般多为双侧,同时还伴有双侧头部,肩部沉重,压迫感,束带紧勒感,患者自觉头部肌肉僵硬,活动受限,在颈项部背肌中常可触到敏感的压痛点与结节,按压这些敏感点可引起头痛,头痛可偶然发作,也可反复发作,持续数小时、数天、数月甚至数年,并不时地更换着疼痛的类型。大多数病人伴有焦虑、抑郁、失眠等症状,多因精神紧张、工作疲劳等诱发,月经来潮或更年期亦可加重。本病属于中医学“头风”“头痛”范畴^[3],其病因病机复杂,分型繁多,按目前常规的辨证论治法进行诊治紧

张性头痛疗效并不令人满意。

崔公让教授是首届“全国名中医”,全国第二批、第四批老中医药专家学术经验继承导师,国务院特殊津贴专家,第五届、第六届中国中西医结合学会周围血管病专业委员会主任委员。他博学多识,从医50余载,积累了丰富的临床经验。其在临床治疗打破这种传统的思维瓶颈,跳出常规思维模式,致力于改善局部血液循环的方法,运用局部封闭治疗紧张性头痛,效果显著。现将其临证经验介绍如下。

1 现代医学颈部肌肉解剖及其机制

现代医学认为颈后肌群由胸锁乳突肌、头半棘肌、头夹肌、肩胛提肌、头下斜肌、头上斜肌、头后小直肌、头后大直肌组成,侧部肌群由胸锁乳突肌、肩胛提肌、前斜角肌、中斜角肌、后斜角肌等组成,颞部有颞肌、夹头肌等肌肉组成。由于以上肌群的收缩和平衡紊乱,即可产生乳酸或P物质等诱痛物质,这些物质进一步引起肌肉持续性收缩而进入恶性循环状态,头所引起的应激反应又可促使恶性循环的进一步发展,这种恶性循环一旦形成就很难治愈,常呈较长时期的持续状态。

现代医学关于紧张性头痛的病因及其发病机制尚未明确。目前大多认为颅周肌肉和筋膜功能障碍学说、中枢调节机制异常学说^[4]、精神心理学说及血管因素学说是其主要病因学说。有研究表明本病急性发作时与

※ 基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家崔公让传承工作室项目

颅周肌肉疾病有关^[9],颅周肌肉痉挛使周围的肌肉或筋膜结构缺血,致痛物质局部积累,从而产生疼痛。椎动脉内的血流受颈肩部肌肉的挤压,使供血量降低,这也是导致紧张性头痛发作的机制之一^[9]。近年来随着社会发展而出现的生活节奏加快,工作压力增加,学习紧张,竞争激烈等诸因素,使人们更易受到来自各个方面的心理^[7]、社会因素的影响,而导致精神情志方面变化所引起的头颅额肌颞肌持续性收缩而发生肌肉的循环障碍为首要因素^[8]。

2 崔公让教授对本病的认识

现代医学治疗紧张性头痛主要应用血管扩张剂、抗焦虑剂、抗抑郁剂、解热镇痛剂、肌肉松弛剂等药物,但疗程较长,不良反应较多^[9]。崔老认为现代医学对紧张性头痛的研究多在病理生理学、人格改变及生化因素等方面,但这种常规思维模式长期以来局限了人们的思维。其在对紧张性头痛发病机制充分认识的前提下,深入思考并研究后指出,本病是由于肌肉过度收缩或痉挛引起的,肌肉过度疲劳使之处于痉挛状态,使肌肉内的肌酐和肌酸氧化不完全,产生代谢废物(即致痛物质),致使颈部肌群不平衡,从而导致疾病的发生。我们应采用逆向思维的方式,通过调节颈部肌群平衡点,缓解颈部肌肉痉挛的方法来治疗紧张性头痛,如局部注射疗法。这种治疗方法简便易行,且费用低,效果显著。

3 治疗操作方法

(1) 注射药物组成:0.9%氯化钠注射液5~10 mL地塞米松磷酸钠针0.5 mL。(2) 操作步骤:常规消毒后于双侧风池穴局部注射,双侧风池穴注入药液5 mL,垂直于皮肤进针,刺入皮下肌层约2.0~2.5 cm,指下有落空感时,推入药液约1/3,然后边推药边退针,直至药液全部推入皮下肌层,快速拔出注射针,局部按压20 s止血后给予输液贴贴敷,嘱患者休息15~20 min,无不适方可离开,隔日1次,连续治疗3次以巩固疗效。嘱局部勿浸水或抓挠。

4 注意事项

(1) 局部注射疗法适用于患者因肌肉紧张引起的头痛,并无其他阳性体征。(2) 风池穴近延髓,故在注射药物时应严格掌握针刺角度和深度,以免伤及延髓,注射时边推药边退针。注射时,应该向患者说明本疗法的特点和注射后的正常反应。如注射局部出现酸胀感、4~8 h内局部有轻度不适,或不适感持续较长时间,但是一般不超过1 d。此外,更应熟悉颈部解剖,了解颈部血管走形,避开颈部动静脉,谨防药物注入。

5 典型医案

安某,女,46岁。于2016年9月22日初诊。主诉:头部疼痛1年余。6年前患者因劳累后出现头颈部疼痛,

重压感或紧箍感,无恶心,头昏、耳鸣等症状,遂至当地县医院就诊,型头颅MRI检查提示未见异常,给予药物治疗(具体不详),症状稍缓解。今为求进一步治疗,遂来我科门诊。既往体健。查体:颈部肌肉紧张,第3颈椎横突处压痛,可触及结节,颈部活动受限,检查神经系统无阳性体征。诊断:肌紧张性头痛。治疗:风池穴局部封闭1次。操作方法:患侧风池穴处严格消毒,0.9%氯化钠注射液10 mL+地塞米松磷酸钠针0.5 mL,混匀。进针部位,针头对准风池穴以90°角向内向上进针,深度2~2.5 cm,病人感“酸、胀、麻”后注药,若回抽无血则可将药物缓慢的推入穴位,边推药边退针,间隔2~3 d封闭1次,连续治疗3次后患者症状消失。随访6个月,患者未再发作。

6 讨论

封闭疗法也叫穴位注射,又称“水针”,是选用中西药物注入有关穴位以治疗疾病的一种方法。临床上常用地塞米松混悬液和利多卡因及生理盐水等混合后,注射到病变区域(肌肉、关节、肌腱乃至椎管内),既可做痛点(穴位)封闭,也可做关节或神经节封闭。大量的临床资料和实验结果证实,穴位注射可以兴奋多种感受器,产生针感信号,通过不同的途径到达脊髓和脑,产生诱发电位,这种诱发电位可以有明显的抑制作用。因局部刺激信号进入中枢后,可以激发许多神经元的活动,释放出多种神经介质,其中有止痛作用的5-羟色胺、内源性吗啡物质,这些物质的释放起到了止痛作用,对机体还有防御作用及调整作用。这种治疗方法以经络为载体,把药物运送到相应区域或部位,从而发挥药物和经穴的双向作用,使药效得到加强,并且更迅速、持久。

紧张性头痛可见于各个年龄阶段发病,病初症状较轻,以后渐渐明显加重。其临床特征是头部呈钝痛,无搏动性,头痛位于顶、颞、额及枕部,有时上述几个部位均有疼痛。西医多为对症治疗。崔公让教授认为风池穴为手足少阳、阳维之会,阳维主表,故能解表除邪,又能疏通少阳经气,主治头痛、眩晕^[10]。风池穴的位置在枕骨下风府穴两侧旁外开各2寸,在斜方肌外缘与胸锁乳突肌后缘之间凹陷处;风池穴^[11]浅层有枕神经与枕动脉,深层有椎动脉,两动脉分支在肌层和硬膜处吻合;有研究证实针刺风池穴及能改变脑血管的舒缩状态,双向调节头部血流量,调节机体平衡状态。崔老用0.9%氯化钠注射液,可以稳定局部组织内环境,提高组织静水压分离局部肌纤维防止粘连。地塞米松为糖皮质激素类药物,有持久的抗炎作用,减少周围组织炎症浸润,还可改善局部血液循环,减少代谢产物蓄积,从而改善颈部肌群营养状况,从而达到解除头颈部肌肉痉挛状态,调节头部神经血管功能状态,达到药到病除的目的。并嘱患者休息片刻即可

好转,同时还应调节情绪。

参考文献

- [1]李颖,冯智英,季伟华,等.2189例门诊头痛患者的病因分析[J].神经病学与神经康复学杂志,2009,6(1):3-8.
[2]中村友纪.紧张型头痛的分类和诊断标准[J].日本医学介绍,2007,28(1):8-11.
[3]李瑞玺,弓莉莉.中医治疗头痛[J].中国医疗前沿,2009,4(10):1-1.
[4]王路,彭森,池丹妮,等.紧张型头痛的心身机制[J].中国疼痛医学杂志,2011(5):309-311.
[5]王振金,李英杰,陈恒年.紧张型头痛患者椎-基底动脉经颅多普勒超声检查的临床意义[J].中国疼痛医学杂志,2003,9(2):67-69.

- [6]王振金,李英杰,陈恒年.紧张型头痛患者椎-基底动脉经颅多普勒超声检查的临床意义[J].中国疼痛医学杂志,2003(2):67-69.
[7]徐斌,王孝道,刘士林.心身医学[M].北京:中国科学技术出版社,2000:119-120.
[8]胡志强.紧张型头痛临床研究进展[J].山东中医药大学学报,2007,31(1):82-85.
[9]吴江,贾建平,崔丽英.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2005:289.
[10]裘沛然,陈汉平.新编中国针灸学[M].上海:上海科学技术出版社,1992:580.
[11]张建华,余安胜,赵英侠,等.风池穴的解剖结构和针刺深度[J].针刺研究,2003,28(2):141-143.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张榜 收稿日期:2017-12-14)

张振贤治疗慢性疲劳综合征临床思路[※]

吴梓堇 张振贤*

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院中医内科,上海 200437)

摘要:张振贤教授长期从事慢性疲劳综合征的科研及临床工作,对慢性疲劳综合征有深刻的认识。认为其病机在于“虚”和“郁”两个方面,治疗当同时兼顾“理虚”和“解郁”。文章总结了张教授的临床思路,并选取临床验案一例进行分析。

关键词:慢性疲劳综合征;虚;郁;张振贤;虚劳;亚健康

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.028

文章编号:1672-2779(2018)-07-0069-03

Clinical Thought of Professor Zhang Zhenxian in Treating Chronic Fatigue Syndrome

WU Zijin, ZHANG Zhenxian*

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

Abstract: Professor Zhang Zhenxian has long engaged in scientific research and clinical practice of chronic fatigue syndrome, and has a profound understanding about it. She thinks that its pathogenesis lies in two aspects of "deficiency" and "depression", and the treatments should include both "dredging deficiency" and "dispelling depression". This paper summarized the clinical experience of Professor Zhang, and analyzed one clinical case of chronic fatigue syndrome.

Keywords: chronic fatigue syndrome; deficiency; depression; Zhang Zhenxian; consumptive disease; sub healthy

张振贤,上海中医药大学教授,博士生导师。师从国医大师朱良春教授,上海市名中医夏翔教授、王庆其教授。国家中医药管理局十二五重点学科“中医治未病”学科带头人,第三批全国优秀中医临床人才。担任中华中医药学会全科医学分会副主委、中华中医药学会科技评审专家,国家自然科学基金项目评审专家等职务。张教授致力于慢性疲劳综合征的临床和科学研究十余载,对慢性疲劳综合征有着深刻的认识和治疗心得。创新性地提出“疲郁同病”的理念,从“理虚”和“解郁”两方面着手,灵活用药,效果明显。吾有幸跟随吾师学习,现将其临床思路总结如下。

慢性疲劳综合征是一组原因不明的症候群,以持续性或间断发作性的疲劳和衰弱为主症(时间至少6个月),并伴有诸多兼症,如:反复低热、淋巴结触痛、

咽痛、关节肌肉疼痛、头痛等躯体症状,和抑郁、焦虑、记忆力减退、注意力下降等精神心理症状^[1-2]。

1 病因病机

张教授认为,慢性疲劳综合征相当于中医的“虚劳”“郁证”“百合病”等,其病机乃本虚标实,可高度概况为“虚”和“郁”两个方面。

“虚”以气虚为主,为气血阴阳之不足,可见神疲乏力、肌肉力量减退等躯体疲劳,以及健忘、注意力下降、兴趣下降等精神疲劳,以及反复低热之症,甚至体温过低的变证。慢性疲劳综合征与“气虚”的紧密联系体现在以下两个方面:气虚体质与本病高度相关,气虚证神疲乏力的表现是本病的主要症状^[3-4]。《医权初编》言:“人之生死,全赖乎气。气聚则生,气壮则康,气衰则弱,气散则死。”气虚推动无力,脏腑功能低下,导致神疲乏力。气虚无以生血,发展为气血两虚。气虚不能内敛反而浮越于表,还可导致低热^[5]。气血亏虚,机体失养亦可引起困倦贪睡、肢体无力等躯体疲劳症状;气血不足,无以濡养脑髓,则出现健忘、注意障碍等精神疲劳的表现。气虚日久累及阴阳。

※ 基金项目: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;上海岳阳医院慢性疲劳综合征重点专病建设项目【No.21.03.27.04】;上海中医药大学中西医结合高原学科项目【No.30304114327】

* 通讯作者:zhenxianzhang@hotmail.com

阳气受损，患者出现畏寒肢冷甚至体温偏低的变证；阴虚则热，出现潮热汗出、口干口苦等症。

“郁”以“气郁”为先，继而出现“火”“痰”“血”之郁结，形成“痰浊”及“瘀血”，导致患者烦躁易怒，出现淋巴结肿大、头痛、肌肉酸痛、关节疼痛等不适，并可加重记忆力及注意力障碍等认知功能的受损情况。《金医钩玄》道：“气血冲和，万病不生。一有怫郁，诸病生焉。”慢性疲劳综合征患者往往伴有抑郁、焦虑、烦躁、易激惹等负性情绪^[6]。患者情志不畅，气机不利，气血不调而生“气郁”，胸中阳气郁滞，可见胸闷气短之症。“气郁”化火，肝阳偏亢而见烦躁易怒。火郁日久，母病及子，肝火扰心而致烦躁不寐，心火引动相火致心肾不交而见心烦失眠，或痰热互结上心神亦可导致睡眠障碍的变症。《金匱翼·气闷》云：“气内滞而物不行”。气机不利，水液代谢失常，“痰浊”内生，侵袭各部，而见头脑昏沉、食少便溏、女子白带黄腻、男子阴囊瘙痒等症。气不行血，血液留滞，发为“瘀血”。瘀血阻络，“不通则痛”，可见头痛、肌肉酸痛、关节疼痛。“痰浊”“瘀血”积聚，患者出现淋巴结肿痛。

综上，张振贤教授认为，慢性疲劳综合征患者“疲郁同病”，病机复杂多变。“气血阴阳”之“虚”导致患者身心俱疲，“气”“火”“痰”“血”之郁结，则进一步加重慢性疲劳综合征患者负性情绪及认知异常的心理精神症状，并引发多部位酸楚疼痛及淋巴结肿大等躯体症状。此外，还可导致体温过低、失眠等变症。

2 治疗方法

2.1 诊治思路

张教授临证，紧扣“虚”“郁”之病机，“理虚”和“解郁”同时兼顾。肺为主气之枢，脾为生气之源，肾为气之根，故“理虚”主抓“补气”，还须从调补肺脾肾入手，辨证治之。《医贯·郁病论》所言：“……治其本郁，而诸郁皆因而愈。”故“解郁”以调肝为主解其“气郁”，对于“火”“痰”和“血”之郁，分别治以泻火、化痰、活血之法。对于体温过低、胸闷气短、失眠的变症，张教授多根据其临床经验选用专药或药对。

2.2 用药体会

2.2.1 调补肺脾肾 补气以理虚

张教授认为但见神疲乏力之主症，即可用补气药物，多应用黄芪、白术、山药、鹿含草、人参、南北沙参等调补肺脾肾，辨症与辨证相结合。其中黄芪补一身之气，以治其本。纳呆便溏者可加用白术、山药健运脾胃，助气血生化有源。长期从事脑力工作而主诉“头脑不清”者，可加用红景天，其抗氧化及清除氧自由基的功能，有助于保护

脑细胞，使头脑恢复清灵^[7]。鹿含草健脾补肺兼能利湿除痹，对于兼有肢体酸痛的疲劳患者，用之更佳。至于先天不足、体质虚弱或肾虚明显的患者，张教授多以人参大补元气、紫河车补肾填精，但如无明显畏寒或肾虚症状者不宜应用上述药物，以免“壮火食气”，且用药过于滋腻反而加重“气郁”。治疗气短懒言、易于感冒的患者时，张教授除应用南北沙参、麦冬、天冬等常规润肺补气的药物外，根据患者卫表虚弱程度，适当加用防风、荆芥等祛风药物以固卫表，即“既病防变，未病先防”之义。

2.2.2 舒肝理气 以开气郁

“肝为刚脏，体阴而用阳”，临床多运用佛手、香橼皮、八月扎理气而不伤阴，对出现肝阴不足者，张教授多以生白芍养阴柔肝。肝脏“气郁”日久可出现“火郁”，张教授常应用栀子、川楝子清泻肝火。女性有行经的生理特点，在女性患者月经来潮前，张教授喜用月季花、玫瑰花等具有活血作用的花类药物，既疏肝理气又活血通经，还能使火热邪气随血而下，一举数得。

2.2.3 辨部选药 化痰利湿

痰湿可遍布各处，张教授辨部位选用经验性药物。若痰湿上扰清窍，出现头重昏蒙者、烦重疼痛者，多以石菖蒲化痰开窍。石菖蒲不仅能透过血脑屏障直达病灶，还能提高血脑屏障通过率起到引经药的作用^[8]。对于痰湿中阻，形体肥胖、便溏纳差者，张教授多以蚕砂和中化浊。现代药理表明，蚕砂中的蚕砂果胶具有降血脂、降胆固醇的作用，还可促进人体氮的代谢，能够治疗肠道失常、胃炎和胃溃疡^[9]。若痰湿侵袭下焦，可出现女子白带黄腻、男子阴囊瘙痒等症，可加用萆薢、土茯苓、苦参等清热燥湿药物。湿邪致病多病程日久而缠绵难愈，久病入络，张教授多加用白僵蚕搜风剔络，效果明显。

2.2.4 活血化痰 擅用引药

川芎能行气活血为治疗瘀血头痛要药，另根据疼痛部位的经络分布配以引经药：阳明头痛者配白芷，太阳头痛者配藁本，巅顶头痛者配吴茱萸。若上肢痹痛，选用桂枝、桑枝“以枝达肢”；若下肢痹痛，则以独活、牛膝引药下行。对于部位较深、瘀血较重者或病程日久者，张教授改用地龙、土鳖虫等虫类药物以搜风剔络。

2.2.5 阳虚畏寒 温肾治之

阳气亏虚可导致恶寒肢冷，严重者出现体温下降。张教授常用补骨脂、锁阳、仙灵脾之类的温热药物温补肾阳。肾之阴阳为一身阴阳之根本，肾阳得补，阳气自复。

2.2.6 气郁胸闷 温通阳气

张教授擅用檀香和沉香以行气温通，开胸中气郁，然此二药有所区别，须引起注意。沉香偏于降气，更宜于兼有心悸不宁、喘促的患者；檀香能引气上升，有助于阳气升发，并有止痛之

效,对于胸闷隐痛、中气下陷的患者更佳。

2.2.7 夜寐不佳 辨证治之 张教授认为本病患者所伴有的失眠,多为热证,包括心肾不交、肝阳过亢或痰热扰心之证。治疗心肾不交时,以黄连配肉桂,黄连善清心火,肉桂引火归元,使得肾水上济心火,心肾相交、水火既济则夜寐得安。肝阳过亢者根据阴虚与否分为两类:未出现阴虚者,以牡蛎、龙骨、珍珠母之类平肝潜阳;出现阴虚者(尤其是老年人易有肝肾阴虚),则加用鳖甲、龟甲滋阴潜阳。痰热扰心者,以石菖蒲清化痰热,夜交藤宁心安神,两者合用,动静结合使得阴阳调和,自然睡眠酣然^[9]。此外,虚烦者可加酸枣仁养心安神,多梦者加琥珀粉镇静安神,思虑过多或情志不畅者加合欢皮解郁宁心。

3 验案举例

李某,女,45岁。2017年7月26日初诊。因“神疲乏力2年余,加重半年”就诊。患者2年前无明显诱因下出现疲劳乏力,休息后不能缓解。近半年来,患者神疲乏力较前加重,记忆力减退、注意力下降明显,肢体酸楚,情绪不畅,困倦欲睡,哈欠连连,自汗,畏寒,稍有腰酸,胃纳欠佳,小便可,大便质稀,日行1次,夜寐不宁。既往无高血压等慢性病史,近期体检无异常发现。舌质嫩、苔白腻,脉细。

西医诊断:慢性疲劳综合征。中医诊断:虚劳(肺脾气虚证)。治则:益气扶正,补肺健脾。方药:黄芪10g,灵芝10g,葛根10g,生白术10g,石斛10g,白芷10g,天竺黄10g,石菖蒲10g,生蒲黄10g,八月扎10g,地龙10g,徐长卿10g,甘草6g,夜交藤30g。另予益神颗粒补益精气、神宁颗粒安神助眠。

按语:患者出现神疲乏力、困倦等躯体疲劳的表现,并伴有记忆力减退、注意力下降的精神疲劳症状,气虚征象显著。患者便溏,脾失健运;自汗畏寒,肺卫不足;然腰酸不著,肾脏受累为轻,故调补肺脾肾当以补肺脾为主。方中黄芪肺脾同调,可补一身之气。灵芝增黄芪补肺健脾之功,葛根助黄芪益气升阳之效。白术益气健脾、石斛滋养胃阴,使得气血生化有源。诸药合用共补气血之亏虚。气血充盛,则形神皆旺,肺卫得壮,自汗畏寒之症得解,脾气健运大便可实。此外,患者情志不舒,以八月扎理气舒肝,调畅气机先开“气郁”。患者困倦欲睡,哈欠连连,运用白芷、天竺黄、石菖蒲开窍醒神,开“痰郁”以助醒脑,有助于提高记忆力和注意力。患者肢体酸楚,取地龙、生蒲黄、徐长卿活血化瘀通络,通则不痛,“血郁”得化痹痛得除。石菖蒲、夜交藤合用,取其动静结合、调整阴阳之意,以助睡眠。甘草调和诸药。

2017年8月9日二诊。患者疲乏、困倦、哈欠较前改善,月经量少(不日将行),腰膝酸软,余症同前。质嫩,苔白腻,脉滑。

上方加鸡血藤、当归、怀牛膝、合欢花、玫瑰花各10g。

按语:患者绝经前后,肝肾有所不足。腰膝酸软、月经量少为肝肾不足阴血亏虚之征,故当肺脾(肝)肾同调以“理虚”,予加用怀牛膝补肝肾强腰膝,当归、鸡血藤养血活血既补血又除痹止痛。患者性情急躁,有气郁化火之象,而月经将行,故加用合欢花、玫瑰花加强疏肝理气之效,后者又助当归活血,使经行通畅,“火郁”随血而下。

2017年9月20日三诊。患者疲乏、哈欠、汗多好转,情绪稳定,仍有大便不成形。效不更方。2017年10月14日四诊。患者诸症改善,继予上方巩固疗效,随证化裁。

4 总结

慢性疲劳综合征的现代医学病因病机尚未明了。近年来,中医学运用中药、针灸、推拿、理疗等手段治疗慢性疲劳综合征,标本兼治疗效确切,具有优势。张教授对于慢性疲劳综合征见解独到,认为本病为虚实夹杂,源于“气虚”和“气郁”,并存在气血阴阳多层次的亏虚,以及气、火、痰、血多方的郁滞,其病机复杂多变。张教授在治疗时方法多样,辨证、辨症、辨病位相结合,从主症、兼症、变症多角度展开治疗,调整多个脏腑功能,补其虚而泻其实,临床疗效显著。此外,张教授用药灵活,所总结的经验性用药,常能收获意外的疗效,事半功倍。张教授“疲郁同病”的观点及“虚”“郁”同治的方法,可为临床诊治慢性疲劳综合征提供借鉴。

参考文献

- [1]Holmes GP, Kaphn JE, Gantz NM, et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition[J]. Ann Intern Med, 1988, 108:387-389.
- [2]Fukuda K, Straus S, Hickie I, et al. The chronic fatigue syndrome a comprehensive approach to its definition and study [J]. Ann Intern Med, 1994, 121(12):953-959.
- [3]张振贤,仇璐娜,吴丽丽,等.56例慢性疲劳综合征中医症候分析[J].辽宁中医杂志,2008,35(9):1135-1137.
- [4]吴丽丽,张振贤,张焯,等.慢性疲劳综合征体质及社会心理影响因素的病例-对照研究[J].上海市中医药学分中心分会,2009:74-77.
- [5]陆立世.浅谈“气虚发热”的机理与治则[J].中医药研究,1993(2):11-12.
- [6]沈剑箫,张振贤,张焯,等.慢性疲劳综合征精神情志症状的文献研究[J].职业与健康,2012,28(16):2000-2002.
- [7]张伟,赵俊杰,李涛,等.红景天苷对神经退行性疾病作用的研究进展[J].湖南中医药大学学报,2016,36(7):86-90.
- [8]李晓艳,刘明杰,韩春辉,等.干细胞神经向促分化中药对血脑屏障透过作用的研究现状[J].辽宁中医杂志,2016,(2):441-444.
- [9]郭宝星.蚕沙及其提取物在医学上的应用[J].四川中医,2003,21(3):19-21.
- [10]张振贤,吴丽丽,张维佳,等.夏翔活用风药治疗临床杂症体会[J].山东中医杂志,2014,33(11):935-937.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王小梅 收稿日期:2018-01-03)

刘爱民运用疏肝法治疗皮肤病验案举隅[※]

赵帅东¹ 刘爱民²

(1 河南中医药大学研究生院, 河南 郑州 450002; 2 河南省中医院皮肤科, 河南 郑州 450002)

摘要: 疏肝法是临床治疗疾病的一个常用之法, 多为内科疾病使用, 其实此法运用得当, 皮肤科治疗疾病往往可收到意想不到的效果。本文从辨证思路、验案举例的方面阐述了刘爱民教授临床应用疏肝法治疗各类皮肤病的经验。

关键词: 疏肝; 皮肤病; 刘爱民; 医案; 痤疮; 阴囊湿疹; 慢性荨麻疹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.029

文章编号:1672-2779(2018)-07-0072-02

Proved Cases of Professor Liu Aimin in the Treatment of Dermatoses with Soothing the Liver Therapy

ZHAO Shuaidong¹, LIU Aimin²

(1. Graduate School, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Department of Dermatology, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Therapy of soothing the liver is a common method for clinical treatment of diseases, mostly for internal medical diseases. In fact, this method of dermatology is often used to get unexpected results. This article expounded the experience of Professor Liu Aimin from the aspects of syndrome differentiation thinking and case examples.

Keywords: soothing the liver; dermatosis; Liu Aimin; medical case; acne; scrotal eczema; urticaria chronica

恩师刘爱民教授是河南省名中医, 国内中医皮肤科临床大家, 临证治疗各类难治性复杂性皮肤病颇有心得, 辨证从临床实际情况出发, 不落传统方药之窠臼, 临证喜用小方, 用药精炼。笔者有幸跟师学习数年, 每每感觉恩师临证用药思路机变灵活, 博大精深, 兹将对恩师使用疏肝法治疗皮肤病的粗浅认识介绍如下。

肝郁, 也称肝气郁结, 是因肝之疏泄条达功能紊乱所表现的证候。所谓“郁结”, 既可表现有抑郁、气郁痰凝的现象, 又可表现出气机逆乱的现象^[1]。

肝气郁结主要为肝疏泄失职、气行不畅的病理表现, 所以其证候特点主要表现为气滞肝经或肝脏。临床表现一般多为内科症状, 如精神抑郁、胸脘满闷、善太息、纳呆、胁肋或少腹胀痛不舒。就内科而言, 此法多用于肝胆病及脾胃病。一般所言疏肝之法, 指疏肝解郁或疏肝理气, 有时治法中会兼顾疏肝健脾或疏肝利胆。其实此法运用得当, 皮肤科治疗疾病往往能收到意想不到的效果。

疏肝之法不单可以用于与情志关联性较大的皮肤病, 如: 慢性单纯性苔藓、皮肤瘙痒症、痒疹等, 凡通过辨证属于肝郁之证的皮肤病都可从疏肝立法, 以此用药多可取得疗效。下面具体举三个病案来说明。

案1 痤疮案: 裴某, 女, 22岁。2016年9月1日初诊, 以两颊、项部丘疹、粉刺1年余为主诉。患者1年来面部反复出丘疹、粉刺, 于当地诊所就诊, 用抗生素、异维A酸等, 疗效不佳。平素体质一般, 畏寒, 手

足不温, 纳少, 眠可, 二便调, 月经量少。刻下症见: 粉刺、丘疹、脓疱密集分布于两颊至项部, 舌淡苔淡黄腻, 脉沉细弱。中医诊断: 粉刺, 辨证为肝热脾寒证。方药: 柴胡10 g, 龙胆草6 g, 黄芩15 g, 干姜6 g, 连翘15 g, 蒲公英30 g, 陈皮9 g, 炒白术15 g, 茯苓18 g, 党参12 g, 甘草6 g。15付, 水煎服。

11月17日二诊: 皮损消退, 留褐色色素沉着, 舌尖稍红, 舌体大, 苔白腻, 脉左细弦, 右沉。原方15付, 水煎服。

12月6日三诊: 药后皮损全部消退, 留痘印, 舌尖红, 苔薄白, 脉沉。

中药原方去党参, 加蜈蚣2条。15付, 水煎服。

12月20日四诊: 药后皮损全部消退, 留痘印, 舌淡红, 苔薄白, 脉可。柴胡10 g, 黄芩15 g, 茯苓20 g, 炒白术15 g, 陈皮9 g, 连翘15 g, 赤芍12 g, 甘草6 g, 丹参15 g。21付, 水煎服。

按: 患者为年轻女性, 面部所出粉刺、丘疹主要分布在两颊部位, 属于足厥阴肝经循行部位, 即“循喉咙之后, 上入颧颞”, 为肝经瘀热在面部的表现。平素又有畏寒, 手足不温之征, 为阳气不足的表现。综合舌淡苔淡黄腻, 脉沉细弱, 辨证为肝热脾寒之证。按伤寒论来讲, 属于柴胡桂枝干姜汤之方证。这里模仿柴胡桂枝干姜的立方原则, 以疏肝清热、健脾除湿、散结解毒为法。柴胡疏肝经之热, 并可引诸药走行肝经。龙胆草、黄芩清上焦与肝经之热, 主要针对肝热之病机。上三药基本可认为是龙胆泻肝汤的主要用药。患者又有脾阳、脾气不足之象, 故温脾与健脾共用, 药物选择干姜温中散寒, 炒白术、茯苓、党参、甘草, 组成四君子汤, 为益气健脾经典之方, 合上干姜又是

※ 基金项目: 河南省中医药科技专项重点课题[No.2017ZY2072]

理中丸的处方思路，针对患者的脾寒之象。陈皮理气调中燥湿，合上药又有异功散之义。最后用蒲公英、连翘，解毒散结，是针对面部粉刺、丘疹的局部用药。故上方契合患者的病机，用之显效，二诊即皮损消退明显，因舌脉变化不大，总体辨证同初诊，上方继服。三诊时面部的丘疹、脓疱已完全消退，只剩余色素沉着，为有瘀阻的表现，故加蜈蚣通络散结，加之脉象不虚，故去党参。最后一次复诊，患者痊愈的皮疹完全消退后以色素沉着为主要的就诊诉求，故立法上仍以皮损初发时的肝经为主要辨证方向，小柴胡汤加减，兼顾活血之法，但药力柔和，防止耗血伤津，故药用赤芍、丹参。

案2 阴囊湿疹案：田某，男，32岁。2016年12月19日初诊：以阴囊部散在丘疹，瘙痒1年余为主诉。1年前无明显诱因出现上症，多地就诊，用药即有效，但症状反复发作。平素体健，纳眠可，大便偏稀，小便可，舌淡，苔白厚腻，脉可。查体见阴囊潮湿增厚。中医诊断：肾囊风，肝脾虚寒型。方药：柴胡10g，桂枝12g，炒吴茱萸6g，茯苓20g，陈皮9g，苍术15g，炒薏苡仁20g，乌梢蛇15g，白鲜皮20g，甘草6g。15付，水煎服。曲安奈德乳膏局部外用。左西替利嗪胶囊5mg每晚1次口服。

2017年1月9日二诊：痒止，舌淡、苔白腻厚，脉左弦右可。

中药原方加黄芩12g，连翘15g。30付，水煎服。

2月10日三诊：皮损消退，痒止，舌淡，苔白腻厚，脉左稍弦，右沉，大便稀薄。

中药初诊方加砂仁9g。21付，水煎服。

3月22日四诊：阴囊痒止，外观已正常，舌淡，苔白腻厚，脉稍弦，大便粘滞，日1次。

中药初诊方加土茯苓15g，炒山药30g，炒吴茱萸9g。21付，水煎服。

按语：中医学认为阴囊湿疹多为肝经湿热下注，湿为阴邪，性浊黏腻，疾病特点为缠绵不断，反复发作，久之耗血伤气，血虚生风而致肌肤失养，则成顽疾^[1]。此病治疗上比较棘手，由于发病部位的特殊，较其他部位湿疹更难治疗，一般来讲都是用药有效果，停药易反复，很难彻底治愈。本病案中患者舌淡苔白厚腻且大便稀溏，总体是一个虚寒与湿邪共存之证，结合发病脏腑，可辨为肝脾虚寒证，而不是通常所辨的肝经湿热之证。组方上桂枝、吴茱萸共同温肝脾之寒，与柴胡配合引药入于阴囊。上三药配伍的组方，类似于《温病条辨》中的椒桂汤，其中提到“以柴胡从少阳领邪出表，病在肝治胆也；又以桂枝协济柴胡者，病在少阴，治在太阳也，所谓病在脏治其腑之义也。”^[2]湿邪方面用陈皮、茯苓、炒薏苡仁理气健脾除湿。乌梢蛇合白鲜皮共同祛风通络止痒。二诊时瘙痒

已不明显，加黄芩、连翘增强清热除湿功用。之后基本是随证加减，整体辨证思路始终未变，效不更方，最后终收全功。

案3 慢性荨麻疹案：任某，男，42岁。2016年9月5日初诊，以全身出风团，瘙痒1年余为主诉。患者自述2年前服抗结核药物期间全身出风团，瘙痒，1年来反复发作，自服西替利嗪可控制。刻下症见：每2日1片西替利嗪风团可控制，纳可，胃胀，眠可，口不干，饮水较多，二便调。舌质淡红，苔薄白，脉沉稍弦。中医诊断：瘾疹。方药：柴胡12g，桂枝10g，白芍10g，生牡蛎30g（先煎），茯苓18g，陈皮9g，生姜6g，大枣15g，炙甘草6g，白鲜皮20g。21付，水煎服。西替利嗪5mg，每晚口服。

9月26日二诊：风团止，西替利嗪减为每晚1/4片，舌稍红、苔薄白，脉稍弦。

方药：中药原方加黄芩12g。21付。水煎服。西替利嗪1/4片，每晚1次，口服。

10月20日三诊：西替利嗪已停药，风团偶出几个，微痒，舌红，苔厚腻白，脉弦。

方药：柴胡12g，黄芩15g，苍术15g，生薏苡仁30g，川朴9g，生牡蛎30g，白芍15g，益母草18g，白鲜皮20g，甘草3g，滑石18g。30付，水煎服。停西替利嗪。

11月21日四诊：风团一直未出，舌尖稍红、苔薄白，脉作稍弦，右可。

方药：中药10月20日方加栀子9g。30付，水煎服。

按语：患者为中年男性，平素体健而无明显其他不适，舌象正常，脉象沉稍弦，这类瘾疹临床较难辨证。可试从肝经论治，尝试疏肝平肝之法来熄风，使瘾疹不再出。方用柴胡加龙骨牡蛎汤合桂枝汤加减，柴胡、牡蛎疏肝平肝，同时桂枝、白芍、生姜、大枣调和营卫，加上陈皮、茯苓、白鲜皮祛风健脾除湿。二诊时患者明显好转，西药用药亦减量，舌稍红说明内有热象，故加黄芩。三诊时患者已停西药，肝经邪实外显，脉象为弦，舌苔厚腻白，说明湿邪亦重。故调整处方以疏肝祛湿为法，柴胡、牡蛎为主药，配合燥湿、利湿、渗湿多种除湿类药物，苍术、滑石、益母草、薏苡仁等，使湿邪有出路。

从以上3则病案中可以看出，疏肝之法在皮肤科的运用十分广泛，有是证则可以用是药，辨证不拘一格，临床可以取得较好的效果。

参考文献

- [1]邓铁涛.中医诊断学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2008:367.
- [2]万媛,张秋婷.42例阴囊湿疹患者穴位注射曲骨、长强、会阴的护理[J].时珍国医国药,2014,25(11):2713-2714.
- [3]吴璠.温病条辨[M].福州:福建科学技术出版社,2010:128.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王庆兴 收稿日期:2018-01-02)

中和医派杨建宇运用麻黄附子细辛汤经验

陆锦锐^{1,2} 罗俊³ 龙贤齐³ 杨建宇^{4*△}

(1 黔南民族医学高等专科学校药学系, 贵州 都匀 558013; 2 云南中医学院中药学院, 云南 昆明 650500; 3 黔南民族医学高等专科学校医学系, 贵州 都匀 558013; 4 中国中医药现代远程教育杂志社, 北京 100031)

摘要:为了更好地研究麻黄附子细辛汤的临床应用, 本文通过对杨建宇教授临床应用麻黄附子细辛汤治疗有效的病案进行整理和挖掘, 结果显示这首方剂在杨教授临床中主要用于治疗疼痛, 除此之外亦还经常用于自身免疫性疾病、男科病和妇科病等症的治疗, 均取得较好的疗效。

关键词: 杨建宇; 麻黄附子细辛汤; 中和医派; 自身免疫性疾病; 男科; 妇科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.030

文章编号:1672-2779(2018)-07-0074-03

Experience of Medical School of Neutralization Yang Jianyu with the Application of Mahuang Xixin Fuzi Decoction

LU Jinrui^{1,2}, LUO Jun³, LONG Xianqi³, YANG Jianyu⁴

(1. Department of Pharmacy, Qiannan Medical College for Nationalities, Guizhou Province, Duyun 558013, China;

2. College of Traditional Chinese Medicine, Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650500, China;

3. Medical Department, Qiannan Medical College for Nationalities, Guizhou Province, Duyun 558013, China;

4. Chinese Medicine Modern Distance Education of China, Beijing 100031, China)

Abstract: In order to research the clinical application of Mahuang Fuzi Xixin decoction, the effective medical record of Mahuang Fuzi Xixin decoction used by Yang Jianyu in clinical practice was study. The results indicated that the decoction is mainly used for treatment of pain. In addition, the decoction also effectively applied in autoimmunity disease, andrology diseases and gynaecopathia.

Keywords: Yang Jianyu; Mahuang Fuzi Xixin decoction; medical school of neutralization; autoimmune diseases; andrology; gynecology

杨建宇教授为中华中医药中和医派学创始人、掌门人, 国医大师孙光荣学术继承人、掌门弟子。临床经验以调和气血为本, 谨守中和之道, 善用经方为法, 不忘攻邪之术, 平衡升降出入, 期术生生之平、以中医药防治免疫性疾病(肿瘤、风湿类病、过敏性疾病等)为临床学术专长。

麻黄附子细辛汤出自《伤寒论》第301条:“少阴病, 始得之, 反发热, 脉沉者, 麻黄细辛附子汤主之。”该方具有温经解表的作用, 用于少阴里虚兼表证^[1]。原方由麻黄二两、细辛二两、附片一枚组成, 吾师对于此方的用法用量为麻黄6~10 g, 细辛3~10 g, 附片9~20 g, 以水1200 mL, 先煮麻黄、附片40 min, 入细辛再煮40 min, 取药400 mL, 分两次温服。对于此方临床用药剂量调整, 如若患者寒凝经络、疼痛较重, 则可重用细辛; 如若患者素体阳虚较重或老年患者则重用附子。且吾师结合自身临证及黄煌教授等研究成果认为此方是古代温热性止痛剂、兴奋剂和免疫调节剂^[2], 是一首经典的温经散寒通络方剂, 也是治疗太阴少阴两感的代表方。临床辨证主要以脉沉、舌淡苔白或水滑或厚为主, 用于治疗阳虚型强直性脊柱炎, 风湿性关节炎, 腰椎间盘突出症, 坐骨神经痛, 过敏性鼻炎, 支气管哮喘, 阳痿以及闭经等病症。现将杨教授应用麻黄附子细辛汤经验分享于下, 供各位学者参考学习。

1 自身免疫性疾病

案 强直性脊柱炎: 胡某某, 女, 76岁, 2014年8月1日初诊。患者确诊强直性脊柱炎十余年, 其间经中西医结合反复治疗, 收效甚微。患者主述腰背疼痛, 屈伸受限, 四肢麻木, 且经常出现下肢和眼睑浮肿, 畏寒肢冷, 怕风等症, 夜间加重。来诊时症见腰背疼痛, 难于屈伸, 下肢浮肿, 头疼而恶风寒, 夜尿频繁, 纳呆, 大便溏稀且完谷不化, 少气乏力, 喜睡, 舌略红, 苔白厚而腻, 脉沉细无力。结合病史, 参以四诊, 诊为少阴病, 阳虚水泛, 寒湿阻络而致, 治以温阳利水, 散寒通络, 温经止痛, 以麻黄附子细辛汤合四逆汤加减治疗。处方: 麻黄9 g(先煎), 附片10 g(先煎), 细辛10 g, 肉桂10 g(后下), 干姜10 g, 炙甘草15 g, 茯苓30 g, 焦三仙各30 g。7剂水煎服。

患者于8月8日复诊, 诉服药3剂后感觉有热流在体内走动, 7剂药尽后疼痛大减, 四肢麻木和下肢浮肿症状已愈, 腰背部可适当活动一些, 夜尿多与便溏均有缓解。查其舌象见舌略红苔白略厚, 脉略沉。因考虑到患者年事已高, 病程较长, 素体阳虚, 遂效不更方, 守初诊方再进7剂, 而后改服金匱肾气丸善后调养。后续随访患者诉病情均得到有效控制。

按: 强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一种主要侵犯中轴关节, 以骶髂关节炎和脊柱强直为主要特点的自身免疫性疾病^[3]。《素问·脉要精微论》说:“腰者肾之府, 转摇不能, 肾将惫矣”; 由此可知本病与肾相关。本例患者以腰背疼痛, 活动受限为主症, 又见脉沉细, 但欲寐之症, 可诊为少阴病。按藏象理

* 通讯作者: jianyu66@163.com

△ 指导老师

论肾主水，在体合骨。由于肾阳不足，所以症见腰背疼痛，活动受限，下肢浮肿，夜尿频多，畏寒肢冷等症；而因阳气不足，寒邪内生，客于经络，病程迁延日久，累及脾脏，阻碍气血运行，见四肢麻木，纳呆便溏等症。遂处以麻黄附子细辛汤合四逆汤加茯苓以温阳利水，散寒通络，健脾祛湿。而方中为何选用肉桂而不用桂枝，这是吾师用药之一大特点。杨教授继承全国名老中医专家祝之友教授的学术经验，临床运用《伤寒杂病论》中含有桂枝的经方时，方中的桂枝改用肉桂，临床中往往能收获较好的效果。对于本病，吾师明确多次强调，病位在筋，不在骨，值得沉思！

2 男科病

案 阳痿：滕某，男，33岁。2016年4月22日初诊。患者自述结婚3年有余，一直未能生育，精子质量常规显示精子液化时间过长，活率较低，且近一年来由于工作压力大，疲于应酬，劳累奔波，出现性功能低下，勃起障碍，每次房事均要靠服用50 mg枸橼酸西地那非片，碍于西药的依赖性和副作用，遂来求诊。刻下症见，患者面色暗黑，头发稀少，伴有耳鸣，精神欠佳，嗜睡，畏寒肢冷，时伴有腰腿冷痛，两肋胀痛，腹泻等症，舌胖大而淡，苔白水滑，有齿痕，脉沉迟而细弱，尺部难及。结合病史及脉症，诊为脾肾阳虚，肝气郁滞，治法当以温阳疏肝为主。处方：麻黄10 g（先煎），附片10 g（先煎），细辛10 g，肉桂10 g（后下），淫羊藿15 g，吴茱萸10 g，香附15 g，柴胡15 g，白芍20 g，当归15 g，焦三仙各30 g。7剂水煎服。

患者复诊时诉，服药后自觉精神好转，诸症均有缓解，效不更方，守原方再进14剂。三诊时患者面色红润，诉勃起功能障碍基本痊愈，但因长期身体高负荷运转，要求中药调理，吾师处方以金匱肾气丸合逍遥丸善后，并叮嘱病人调整生活作息，适当运动释放压力。该患者于九月因其它问题携其妻同来看诊，并告知已怀孕4周。

按：从病因来说，本例患者由于长期高强度超负荷工作，加之生活作息紊乱，日渐耗损阳气所致。从病机上讲，由于长期肾阳不足，上应于面色则见面色暗黑，又因肾主藏精，主生殖，遂见阳痿之症，且患者还见到畏寒肢冷，嗜睡腹泻等症，则确诊为脾肾阳虚之症，加之患者因工作原因等压力过大导致出现肝气郁滞之症。吾师认为麻黄附子细辛汤有类似“兴奋剂”作用，特别针对性功能低下有较好的疗效，遂处以麻黄附子细辛汤和肉桂、淫羊藿、吴茱萸来温补脾肾之阳，白芍、香附、柴胡、当归以柔肝养肝疏肝，解决肝气郁滞的问题，收效后再以金匱肾气丸来巩固脾肾之阳气，用逍遥丸来养血疏肝健脾从而巩固疗效。

3 妇科病

案 闭经：王某某，女，26岁，2016年8月13日初诊。患者自述结婚两年有余一直未能自然受孕，月经

周期不规律，约为40~60天，医院检查结果诊断为多囊卵巢综合征，且现已闭经3月有余，B超、HCG等检查结果均显示未受孕。问其病史，患者回忆上大学之前月经均较正常，周期为28天左右，因一次月经期间参加社团徒步旅行不慎跌入冰冷的溪水中，当次月经便戛然而止，此后便开始出现月经周期推后的情况。刻下见患者体型较胖，嗜睡，畏寒腰痛，脉沉迟而细，舌淡而胖，苔白厚。结合脉症，诊为冲任虚寒，寒湿阻滞胞宫，治以温阳利湿，温经散寒，调补肝肾。处方：麻黄10 g（先煎），附子30 g（先煎），细辛20 g，肉桂10 g（后下），干姜10 g，炙甘草10 g，葛根20 g，白果10 g，巴戟天20 g，菟丝子20 g，泽泻10 g，厚朴20 g，焦三仙各30 g。7剂水煎服。

患者复诊时诉，服药期间出汗较多，3天后便来月经，但量不多，且诸症大减，查其舌脉见舌红苔白，脉略细。吾师认为此时寒湿已退，但肝肾亏虚任仍在，因患者经量不多，脉细，处以艾附暖宫丸合金匱肾气丸合八珍益母丸继续调理1月。后续随访，该患者于2017年11月顺利诞下1名男婴，母子健康。

按：本例患者正值月经期间不慎跌入冰水之中，寒邪直中胞宫，进而导致寒凝胞宫。寒为阴邪，损人阳气，由于正值月事，胞宫中寒，损伤冲任之阳，进而导致冲任虚寒之症，由于病程迁延，阴寒进一步损伤体内阳气，进一步导致了肾阳的不足。由于寒湿阻滞胞宫，又因阳气不足，冲任虚寒，津液代谢无力，遂致多囊卵巢之症。由于肾阳不足，气血化生运行不畅，遂见畏寒肢冷，嗜睡，脉沉细等症。吾师认为，多囊卵巢综合征主要是由于阳气不足，下焦气化无力，遂导致寒湿阻滞下焦导致，而此类患者大多少汗甚至基本上不出汗，而湿邪非温不化，遂采用温阳化湿解表之法治之，多能收效。方中处以麻黄附子细辛汤加葛根来温阳散寒发汗，以肉桂、干姜、厚朴以温阳化湿，再以巴戟天、菟丝子调补冲任而治之。至于方中之白果看似和本病无关，却是本方画龙点睛之药。陈士铎^[4]在《本草新编》中对于白果的论述中说到，白果入心经，通任、督之脉。又任督之脉同起于胞宫，吾师遂认为其能引药入胞宫，临床上治疗妇科病症中多用白果为引经报使之药，收效甚佳。

4 讨论

此文从3个方向列举3个典型病例来阐述吾师临床应用麻黄附子细辛汤治疗各科杂病的经验。从3个病例我们可以看出，吾师并不拘泥于某一方或特定药材，而是紧扣伤寒辨证之法，运用辨证思维临证遣方用药。3个病例都出现了但欲寐，脉沉细，畏寒肢冷等少阴病之代表症状，符合少阴病的辨证范畴才运用麻黄附子细辛汤加减治疗。在临床上，病人病情多变，情况复杂，往往虚实夹杂，初学者较难辨清病情寒热虚实之经纬，差以

毫厘谬以千里。吾师认为,在运用此方治疗各科杂病时,只要病人见到畏寒肢冷,嗜睡,极度疲劳感,舌淡苔白厚或腻或水滑,脉沉迟者均可运用。在运用此方时需要根据临床病症加减变化为用,且不宜长期服用,收效后即可停药,改用它法善后。另临证处方均用焦三仙各30g来健脾胃,辅助正气,这是吾师扶正以祛邪的基本思路和用药经验。在煎服法上,吾师遵仲景之法,麻黄先煎,附片因有毒亦要求先煎,而肉桂因长时间煎煮

而香气大失,遂要求病人肉桂单独打粉冲服或者后下此药。又因本方含有附片,打粉服用毒性较大,遂要求只能做汤剂服用,不能整方打粉服用。

参考文献

- [1]熊曼琪.伤寒学[M].北京:中国中医药出版社,2007:255.
- [2]黄煌.黄煌经方使用手册[M].北京:中国中医药出版社,2010:71-72.
- [3]冯兴华,姜泉.中医辨证治疗强直性脊柱炎的临床疗效评价[J].中国中西医结合杂志,2013,33(10):1309-1314.
- [4]清·陈士铎.本草新编[M].2版.北京:中国中医药出版社,2008:255-256.
(本文编辑:李海燕 本文校对:胡慧华 收稿日期:2017-11-27)

赵敏运用酸枣仁汤治疗失眠临床经验

李丹¹ 赵敏²

(1 河南中医药大学中医内科学硕士研究生2017级,河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一附属医院脑病科,河南 郑州 450000)

摘要: 本文介绍赵敏教授临床运用酸枣仁汤加减治疗肝血不足,虚热内扰型失眠的经验。首先结合历代医家从病因病机方面阐述关于失眠症的不同认识,总结共性,认为失眠病位在心,与肝脾肾关系密切,在临床上仍需要结合临床表现进行辨证论治;其次,分析酸枣仁汤的来源、组成及其配伍、功效以及适应证;最后根据临床相关病例予以验证,凡失眠症属肝血不足,虚热内扰均可用酸枣仁汤加减治疗。

关键词: 赵敏;酸枣仁汤;肝血不足;虚热内扰;失眠;不寐

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.031

文章编号:1672-2779(2018)-07-0076-03

Clinical Experience of Professor Zhao Min in the Treatment of Insomnia with Suanzaoren Decoction

LI Dan¹, ZHAO Min²

(1. Grade 2017 Graduate of TCM Internal Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Department of Encephalopathy, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: This article mainly introduced the experience of Professor Zhao Min in the treatment of insomnia with Suanzaoren decoction about deficiency of liver blood and fire flaming upward. Firstly, starting from the etiology and pathogenesis, combined with different understanding of ancient physicians on Insomnia, similarity was summarized, and the conclusion is that Insomnia was located in the heart, closely related to the liver spleen and kidney. It still needs to combine with clinical manifestations about pattern syndrome differentiation. Secondly, the origin, composition, compatibility, effect and indications of Suanzaoren decoction were analyzed. Thirdly, according to relevant case were verified, efficiency of liver blood and fire flaming upward and Insomnia belongs to efficiency of liver blood and fire flaming upward can be treated by Suanzaoren decoction was summarized.

Keywords: Zhao Min; Suanzaoren decoction; deficiency of liver blood; disturbance of deficiency-heat inside the body; insomnia; sleeplessness

失眠是由于入睡或睡眠持续困难所致的睡眠质量和时间下降,不能满足正常生理和体能恢复的需要,从而影响其正常社会功能的一种主观感受^[1]。目前关于失眠的西医治疗主要包括心理辅导,降低患者对于失眠关注度和药物治疗。治疗失眠的西药主要非苯二氮卓类药物如吡唑啉啉类以及其他有助于睡眠的药物如抗抑郁药物等,这些西药主要是起着镇静、催眠的作用,虽然能改善睡眠,使人进入睡眠状态,但不可避免地存在某些副作用,如出现晨起困倦、乏力、精神不振,头晕等现象。现大多数睡眠药物长时间服用还会加重这种副作用,有的药物还会产生耐药性、成瘾性、戒断性等不良反应,经常服用安眠药的人,不可避免存在一些潜在的危险。失眠会严重影响患者正常的生活质量,会使人感到神疲乏力,注意力不集中,记忆力减退,影响学习、工作,有时会有紧张、头

痛、头晕等与睡眠缺失有关的其他躯体症状。失眠在中医中属于不寐,也称不得眠、不得卧、目不瞑等,是因为饮食不节导致胃气失和;情志过极引起脏腑功能紊乱,如过于胆怯惊恐,则神魂不安,夜不能寐;劳逸失调而病久伤脾,气血生化乏源,导致心神失养而失眠;久病体虚,心失所养等因素所致。这些因素使肝胆脾胃肾等脏腑功能失调,心神不安,而导致经常不得入寐的一种病证。赵敏,主任医师,医学博士,教授,硕士研究生导师,在临床擅长诊治睡眠障碍、癫痫,中风等相关疾病。临床上对于肝血不足,虚热内扰型失眠症,赵老师善用酸枣仁汤加减进行治疗,经验总结如下。

1 失眠的病因病机

失眠属中医学“不寐”范畴。《内经》认为不寐是邪气客于脏腑,并将营卫失和导致失眠的病机概括

为二：一是邪气内扰，卫未入阴，属于实证，实则内外邪气如火、热、气、血之壅塞，干扰卫气的正常运行；二是营卫衰少，卫气内伐^[2]，属于虚证，虚则气、血、精、津^[3]之不足，致使脑络失滋，脑髓失养。汉代张仲景的《伤寒论》及《金匱要略》认为失眠病因分为外感和内伤两类，并在《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》提出：“虚烦虚劳不得眠，酸枣仁汤主之”^[4]。《类证治裁·不寐》说：“思虑伤脾，脾血亏虚，经年不寐”，可见太过的劳倦，心脾两脏不同程度的受损，心伤则导致阴血不足，血不养神，神不守舍；脾伤则运化无力，纳呆食少，脾胃为后天之本，所以气血生化乏源，血不能上供于心，神无血养，会导致心神不安。清代医家林佩琴在《类证治裁·不寐》中谓：“阳气自静而动，则寤；阴气自静而之动，则寐；不寐者，病在阳不交阴也。”认为失眠是阳盛阴衰，阴阳失交所致。清代《沈氏尊生书·不寐》中指出：“心胆俱怯，处事易惊，梦多不祥，虚烦多眠”。素有体质差，处事易惊，胆怯心悸，夜寐不安，或有暴受惊骇，情绪极度紧张，而导致决断无权，心胆气虚，会导致心神失养，神魂不安，可见失眠，多梦，易惊醒等^[5]。失眠的病因很多，但病位在心，与肝脾肾关系密切，其病理变化总属阳盛阴衰，阴阳失交^[6]。病理性质有虚实两面，肝郁化火上扰心神、或痰热内扰者属于实证；心脾两虚导致气血不足，或有胆心气虚、心肾不交、水火不济、心神失养、神不安宁属于虚证，但病久就会损伤人体正气，可表现为虚实夹杂。

2 酸枣仁汤的方解

张仲景在《金匱要略·血痹虚劳脉证并治》第六篇：“虚劳虚烦不得眠，酸枣仁汤主之”^[4]，首次提出酸枣仁汤治疗虚烦不寐，该方由酸枣仁二升、甘草一两、知母二两、茯苓二两、川芎二两组成，上五味，以水八升，煮酸枣仁得六升，内诸药，煮取三升，温分三服。临床对于肝血不足，虚热内扰所致的虚烦不寐证，可以采用此方加减，辨证施治。方中酸枣仁用量二升为君药，因酸枣仁性味甘平，归心经和肝经，既能养血又能补肝，还可以宁心安神；茯苓宁心安神与知母滋阴润燥，清热除烦，二者均为臣药，与君药酸枣仁相配伍，可以助君药增强安神除烦之功效。茯苓还可以健脾利水渗湿，通利三焦，使阳能入阴。肝血不足，则头晕目眩，失眠多梦，若失治或治之效缓，久病则损伤脾胃而致脾胃虚弱，气血化源不足，加重肝血虚，茯苓与甘草配伍，则脾胃生化之源旺盛，有助肝血之恢复，故二者配伍尚有此伏笔。知母滋阴清热，血属阴，血虚者而致阴虚，阴和阳是相对的，血虚和阴虚就容易产生阳亢，阳亢就容易产生内热，出现虚烦；

又因肝为刚脏，肝体阴而用阳，阴血不足，其用亦虚亢而乖张矣，故以知母以除烦清热。川芎辛温香燥，走而不守，既能入血分，下行可达血海，可以调肝血，疏肝气行散，又可辛散，又能上行达巅顶，为佐药，与君药酸枣仁相配伍，寓散寓收，补中有行，共奏养血调肝之功。酸枣仁、知母、茯苓、甘草四药均属静药，虽茯苓有动之性，然而动药之性不是很强，仍偏向于守。川芎为动药，引药直入肝经，助血入肝，补充肝血，恢复肝脏正常功能。生甘草在此方中和中缓急，调和诸药，为佐使药。甘草与酸枣仁配伍，增强酸甘化阴的功能，也可以补充肝血之不足。诸药相互配伍，既可以养肝血以宁心神，又可以清内热以除虚烦，进而达到同治标本，养血清心，补血行血。本方配伍以酸枣仁酸收为主，川芎辛散为辅，兼以甘草甘缓。《素问·脏气法时论》曰：“肝欲散，急食辛以散之，用辛补之，酸泻之”。顺肝的生理特性者为补，逆其生理特性者为泻，而肝喜散而恶收，故以辛味补肝，酸味为泻肝。酸枣仁汤的配伍和治疗原则正是符合这个理论，临床对于肝血不足、虚热内扰所致之“虚劳虚烦不得眠”疗效很好。

3 医案举例

患者董某，男，28岁，职员，2016年7月20日初诊。主诉：失眠12余年。患者自诉12年前因转学，第一次离家至外地上高中，加之学习压力过大及家庭方面的原因，出现失眠，症状反复发作。现症见：入睡困难，乱梦纷纭，易醒，咽干，纳尚可，平素周身倦怠乏力，盗汗，口不苦不黏，稍有心烦，二便尚可，苔腻，脉细弦。西医诊断：失眠症。中医诊断：不寐病，证属于肝血不足，虚热内扰型。治宜养阴清热，除烦安神。给予酸枣仁汤加减，处方：炒枣仁30g，茯神15g，川芎9g，知母10g，夜交藤30g，白芍12g，夏枯草15g，琥珀3g，珍珠母30g。7剂，水煎服。日1剂，早、晚分服。嘱患者服药期间忌辛辣，畅情志。

二诊：服上方效可，睡眠已经正常，并且中午午休，晚上也能按时入睡，睡眠时间8h，后自行停药，近几月又因家中事情，出现情绪不佳，入睡困难，需要服用2片安眠药才可以入睡，容易早醒，乏力，盗汗，口干，喜冷饮，心烦有焦虑，注意力不集中，纳食不香，二便尚可，舌淡红，舌苔白，脉弦细。中药调整如下：酸枣仁15g，茯神9g，连翘15g，首乌藤30g，生龙骨30g，生牡蛎30g，远志10g，桔梗3g，白芍15g，枸杞子15g，川楝子9g，黄芩12g，麦冬15g。7剂，水煎服。日1剂，早、晚分服。嘱患者服药期间忌辛辣，畅情志。后随访，无复发。

按：根据患者病史，因为压力过大，加上长时间

情志因素，郁而伤肝。心藏神，主血脉，肝藏血，血舍魂，《素问·五脏生成》说：“人卧则血归于肝”，肝血不足，则魂魄失其舍，肝喜调达而恶抑郁，主升，主动，故为刚脏，内寄相火，阴虚则阳亢，阳亢则生热，故阴血虚而生内热，虚热上扰则心神不宁，故而夜寐不安，也就是“虚烦不得眠”。肝为心之母，肝血不足，母病及子，而导致心失所养，则见心烦不寐；阴虚火旺，虚火上炎，导致咽喉失养，故为咽干口燥；阴血不足，阴虚则阳盛，虚热内生，卫气趁虚而入阴，不能固护肌表，虚热迫津外泄，故为盗汗；舌红，脉细弦，均为肝血不足，阴虚内热之象。给予酸枣仁汤加减，知母、白芍、麦冬滋阴，夜交藤养心安神，琥珀、珍珠母、生牡蛎、生龙骨重镇安神，川楝子疏肝，远志交通心肾，方药互用，标本同治。

4 讨论

失眠患者随着社会竞争的加剧，生活节奏的加快，越来越多，男女均可发病，女性多于男性。患者长时间生活工作压力过大，情志不畅，郁而伤肝，导致肝血不足，虚热内扰引发失眠。睡眠质量不好，会导致患者的免疫功能低下、内分泌紊乱等，失眠患者重则还会出现

心率加快，体温升高，周围血管收缩等自主神经紊乱症状。研究表明酸枣仁汤中酸枣仁可降低多巴胺等单胺类神经递质的含量，从而对中枢神经起到抑制作用，而产生镇静催眠抗惊厥作用，且其特点是以增加慢波睡眠为主^[7]；川芎主要有效成分是川芎挥发油，能抑制神经中枢，产生镇静作用^[8]。酸枣仁汤对于失眠的治疗有一定的药用价值，中医学关于酸枣仁汤加减治疗虚烦失眠已经积累了大量的文献资料和丰富的证治经验，因此对失眠及失眠症的治疗有极大的效果。赵敏老师在治疗失眠症时，对于肝血不足，虚热内扰型失眠，重视辨证论治，根据临床表现随症加减，临床上运用酸枣仁汤加减治疗虚烦不寐取得了良好的疗效。

参考文献

- [1]吴江,贾健平.神经病学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2016:485-486.
- [2]师建梅,刘丽坤.失眠与营卫失调[J].山西中医,1999,15(1):51.
- [3]孙其新.走出五脏气血辨证误区与谦斋医学启示录[J].辽宁中医杂志,2003,30(9):700.
- [4]金匮要略[M].范永升.北京:中国中医药出版社,2003:106.
- [5]李文云,孙彩芬.失眠证候临床辨别[J].中国中医基础医学杂志,2005,11(1):48-49.
- [6]周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2013:146-152.
- [7]张林挺.酸枣仁汤对虚劳失眠大鼠干预机理的研究[D].广州:广州中医药大学,2009:14.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邵祥芸 收稿日期:2017-12-29)

何泽教授从肝论治甲亢之临床经验探析

韩雪梅¹ 何泽^{2*}

(1 长春中医药大学临床医学院硕士研究生2015级专业2班,吉林 长春 130117;

2 长春中医药大学附属医院内分泌科,吉林 长春 130021)

摘要:基于传统中医理论和多年临床经验,何泽教授主张甲亢当“从肝论治”,同时配合“火郁发之,导邪外出”的治疗原则,认为其病因多为情志影响,病机主要是肝火亢盛、兼有胃火和心火,病理产物为气滞、痰浊和血瘀,在辨证上强调三期辨证,分别为早期、中期和晚期、并能抽简取繁、善用古方、喜用对药、随证加减及病证结合,治疗上取得良效。且附医案一则,与同道分享。

关键词: 甲状腺功能亢进症; 瘰病; 从肝论治; 火郁发之

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.032

文章编号:1672-2779(2018)-07-0078-03

Discussion on the Clinical Experience of Professor He Ze in Treating Hyperthyroidism from the Liver Theory

HAN Xuemei¹, HE Ze²

(1. Grade 2015 Graduate of Clinical Medicine, Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130117, China;

2. Endocrinology Department, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: The traditional Chinese medicine theory and clinical experience for many years based on what Professor He Ze claims on treatment of hyperthyroidism when from the liver, at the same time with the "fire stagnation, the treatment principle of driving away evils", thinks that the cause for emotional impact, the pathogenesis is hyperactivity of liver fire, both stomach and firelight, pathological products qi stagnation, phlegm and blood stasis syndrome in three, emphasizes the dialectical, early, middle and late, and can draw Jane Yu fan, the use of ancient, like to use of drugs, with the syndrome, combination of disease and syndrome, achieved good results. And a medical record was to share with fellows.

Keywords: hyperthyroidism; gall disease; treatment from liver; fire depression

何泽教授为硕士生导师,医学博士,主任医师,吉林省中医院内分泌科副主任,擅长治疗各种内分泌

系统疾病及并发症,善于将辨病、辨证相结合,对疾病治疗有自己独到之处。甲状腺功能亢进症(简称甲亢)属于中医“瘰病”范畴^[1]。其发病率高,治疗难度大,西医治疗本病主要方法有:口服抗甲状腺药物治

* 通讯作者:2517424934@qq.com

疗,¹³¹I及手术治疗。目前最常用的是抗甲状腺药物治疗,有效率仅为50%左右,副作用大,如肝功损伤、粒细胞减少、皮疹等,且复发率高,治疗时间长,平均需要1.5~2年;¹³¹I及手术治疗属于有创性,需要严格考虑适应症,在术后可能会转变为终身性甲状腺功能减退,治疗上需长年补充甲状腺激素,对患者心理造成的压力较大,依从性较差。而我国中医药已有两千多年历史,经验丰富。导师中医功底深厚,博览群书,勇于创新 and 善于总结,本人随师出诊,侍其左右,揣摩其理法方药,有所体会,愿与同道分享,共同学习。

1 古代对瘰疬的认识

早在东汉《说文解字》中就有记载“瘰,颈瘤也”,《杂病源流犀烛》也有:“……似瘰桃,故名瘰”,这是瘰疬的病名由来。《诸病源候论》载有:“诸山水黑土中……常食令人作瘰疬,动气增患”,“瘰者,亦由饮沙水”,《儒门事亲》云:“颈如险而瘰,水土之使然也”,说明了古代医家认为瘰疬的病因与情志、水土、饮食有关。《外科正宗·瘰疬论》提到:“夫人生瘰疬之症……乃五脏瘀血、浊气、痰滞而成”,意思是瘰疬的病机主要是瘀血,痰浊,气滞。在瘰疬的治疗上曹操曾说“十人割瘰九人死”,说明了三国时期我国就有以外科手术作为治疗瘰疬的手段;《神农本草经》《肘后方》记载了昆布、海藻治疗瘰疬;《肘后方》和王焘的《外台秘要》中记载了治疗瘰疬的多首方剂;《太平圣惠方》提出了分类治疗方法:“瘰有三种,有血瘰,可破之……”;《千金翼方》中也载有治瘰方九首,并且是最早记录使用动物甲状腺治疗本病的。

2 从肝论治之理论认识

2.1 从肝论治的病理生理基础 导师经过多年的临床经验总结,认同王孟英所云“内伤由肝而生”的理论,强调瘰疬多从肝论治。从临床表现上看,甲亢常见有心慌、手抖、多汗、乏力、失眠、性急易怒、多食易饥、大便溏稀等症状。肝在志为怒,肝火亢盛,故常见性急易怒;肝火上扰于心,则见心慌;肝火上扰神明故有失眠;火热迫津外泄则多汗;壮火食气,则见乏力;热为火之渐,火为热之极,热极生风,则见手指颤抖;火热加速消耗水谷精微则多食易饥;肝木乘脾土,则见大便溏稀。由上可见甲亢诸症都与肝有着密切的联系。

从经络循行来看,肝经起于足大趾……循喉咙后,连接目系,上入吭嚤。甲状腺(也就是吭嚤,位于颈部甲状软骨前)和眼部都是肝经循行所过。故常见颈前瘰疬、眼球突出。

从好发人群上看,女子以肝为先天,情绪易波动,

使甲状腺激素分泌增多,临床数据证明本病女性多见,男女之比为1:4~6,且以中青年女性多见,女性人群的患病率为2%。

从脏腑气血津液来看,瘰疬多是因情志等因素导致肝气郁滞、气郁痰阻、痰凝血瘀壅结于颈前的病证。

由上可见,不论从临床表现、经络循行、好发人群,还是脏腑气血津液上看,瘰疬都与肝有着密切的关系。

2.2 从肝论治的病理演变 导师认为瘰疬的致病因素及病理产物是气滞、痰浊和血瘀。而病机关键是肝火亢盛,同时兼有胃火和心火。

“气有余便是火”,长期精神刺激,超出肝的调节范围,出现气机郁滞、郁而化火,或大怒伤肝,肝气生发太过、有余,从而内生肝火,然母病及子,木旺引起火亢,故能引动心火;横逆犯胃,又能引发胃热胃火。反过来五志过极化火,心火亢盛时,子病犯母,可引动肝火;胃火亢盛时导致胃之通降功能下降,脾胃为气机升降之枢纽,故气机郁滞,郁而化火,又能引动肝火。由上可见,肝火、胃火、心火之间可以相互转化,而关键在肝火。

气滞,《医学入门》载:“瘰气…由忧虑所生。”长期情志内伤,使肝之疏泄不畅,气机失常,脏腑之气血被扰乱,阴阳失调而诱发病病。

痰浊,肝经郁滞,津液输布失常;或木旺克脾土,脾胃运化失常,酿生痰湿;或郁而化火,炼液成痰,痰浊循肝经上行结于颈前而成本病。

血瘀,气为血之帅,气机壅滞,血随气结,出现血脉瘀阻的病理变化,痰瘀互结于颈前而发为本病。

总之瘰疬的病理产物、致病因素、病机关键都与肝有关。

3 辨证论治及用药特色

3.1 三期论治 导师提倡本病的治疗要在辨证的基础上分阶段进行,分为早期、中期和晚期。早期多以实证为主,常见肝郁气滞,肝郁化火等证,治疗当以实则泻之、火郁发之为原则,以疏泄为主,常采用疏肝解郁、清肝胃火热等法;中期常见痰瘀互结、肝郁脾虚等证,治疗当以攻邪,固护脾胃为原则,以通络为主,常采用化痰祛瘀通络、疏肝健脾等法。晚期多虚证或虚实夹杂,常见心肝阴虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚等证,治疗以虚则补之、攻补兼施、寒热并用为原则,以补为主,辅以攻邪,常采用益气养阴、滋阴潜阳、阴阳双补为法。

3.2 火郁发之 导邪外出 火郁,是指热邪伏于体内;发,是因势利导、发泄之意。张景岳云:“发,发越

也,故当因势而解之,散之,升之,扬之”^[2]。清里透外,导邪外出,使郁火得清,气机条畅,癭病自消。导师强调治疗癭病清泻火热固然重要,但若纯用苦寒,恐其寒凉所遏,火热难消,导师常在苦寒药物的基础上加少许辛散之品,使火热透达外散,给邪以出路,如夏枯草,味辛苦,性寒,既能泻郁火又能散邪外出。是治疗甲亢的必用药。

3.3 抽筒驭繁 善用古方 在治疗癭病上,导师善用古方。基于分期治疗的原则,根据各期的症候特点,在癭病早期常用柴胡疏肝散、生脉饮加减,可疏肝降火同时益气养阴以防壮火食气导致气阴两虚;中期常用逍遥散、二陈汤、消瘿丸加减,可疏肝健脾,使痰浊无源以生,化痰散结,以消除病理产物;晚期因阴虚或阴损及阳导致阴阳两虚常用天王补心丹、归脾汤、六味地黄丸、金匱肾气丸、补中益气汤等方加减,以气阴双补。

3.4 喜用对药 柴胡配郁金,柴胡引药入肝经,郁金理气解郁,二药配伍加强疏肝解郁之功效,使肝气条达,肝血得充,药物直达病所。

香附配郁金,郁金入血能化瘀,入气能疏肝,香附为气病之总司,故两者相配,既能利血中之气,也能行气中之血。

党参配黄芪,党参善于滋阴而和中,黄芪善于补阳而实表^[3]。二药相合,其奏扶正补气之功,能有效缓解患者乏力之症状。

姜半夏配厚朴,姜半夏化痰散结,厚朴下气除满,二药配伍痰气并治,是解癭病之佳乘之侣。

天麻配钩藤,天麻柔和,钩藤甘凉,二药相伍以平肝熄风通络,有效缓解患者肢颤手抖等属肝阳化风之证。

龙骨配牡蛎,龙骨善于镇静安神,牡蛎长于软坚散结,二药配伍使用既能改善患者睡眠情况,又能治疗痰涎瘰疬,缓解患者颈前癭肿。

导师反复强调避免用温热性质药物,如当归、川芎等,以免助热生火。滋阴也需要用清润之品,如麦冬、天冬,不要用熟地黄、阿胶等滋腻之品,以防阻碍气机。根据病情不同,灵活选择用药,强调个体化方案,使诸脏腑之气血阴阳趋于平衡,并及时配合西药,防止复发。

4 医案举隅

丁某,女,46岁,2016年4月19日就诊。自述半月前与人大吵一架后出现心慌、多汗。现症:心慌,多汗,体重减轻,性急,偶感乏力,食欲欠佳,失

眠,大便干,舌质暗红,苔略黄腻,脉滑数。血压:118/80 mmHg,心率90次/min,甲状腺无结节及肿大,手抖(±),无突眼。甲功:FT₃ 3.11 μg/mL (0.75~1.71), FT₄ 6.6 pG/mL (1.89~4.49), TSH 0.1 μIu/mL (0.2~6.2)。西医诊断:甲状腺功能亢进症。中医诊断:癭病(心肝火旺,痰瘀互结证)。治法:清肝泻火,化痰祛瘀。处方:柴胡15 g,白芍20 g,枳壳15 g,香附30 g,天竺黄10 g,夏枯草30 g,生地黄15 g,玄参20 g,浙贝母15 g,姜半夏15 g,炒白术20 g,丹参30 g,珍珠母30 g,焦三仙45 g。10付水煎服。每次150 mL,日2次口服。

二诊:查甲功:FT₃ 2.18 μg/mL, FT₄ 5.4 pG/mL, TSH 0.12 μIu/mL。心率86次/min,患者自述心慌减轻,睡眠仍差,然活动后仍心慌,时感乏力,舌脉同前。效不更方,于前方加生龙牡50 g,党参15 g,麦冬30 g,五味子10 g。10付服法同前。

三诊:心率76次/min,手抖(-),患者已不心慌、多汗,睡眠较佳,诸症大减;继续服用前方中药,1个月复查甲功正常。嘱患者可继续服用夏枯草颗粒、生脉饮、六味地黄丸1~2个月以巩固疗效,防止复发。后续随访1年余,未见复发。

该患者病情轻、病程短,遂未用西药治疗。患者大怒后出现气郁化火之象,火热煎着津液导致痰浊、瘀血内生,出现心肝火旺,痰瘀互结的证候,治疗时导师指出一定要“先祛邪后扶正”才能取得良好疗效,以免闭门留寇,同时治疗上不忘“火郁发之,导邪外出”的原则,配合固护脾胃药物。

5 小结

甲亢属于自身免疫性疾病。西医治疗方法有限,导师中西合璧,辨病与辨证相结合,提倡癭病当从肝论治,认为肝火亢盛是癭病的主要病机,同时兼有胃火和心火。气滞、痰浊、血瘀是其病理产物,相互交织而发病。并创立了“火郁发之,导邪外出”的独特治疗理念,为后世治疗癭病提供了新思路和新方法。能巧妙合理地运用中药,综合治疗有效,值得推广。随着人们生活方式的改变,社会压力的增大,甲亢发病率呈上升趋势,严重影响人们的生活质量和身心健康,应当及时治疗,防止病情继续发展。

参考文献

- [1]李兴梅,王燕妮,郝尧.酸甘养阴,软坚散结方治甲亢的临床疗效及其肝保护作用观察[J].湖南中医药大学学报,2017,37(5):540-543.
 - [2]席颖颖,王玉娥,杨硕平.“火郁发之”当议[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(8):155-156.
 - [3]吕景山.施今墨对药临床经验集[M].太原:山西人民出版社,1982:317-318.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:谢琿 收稿日期:2018-03-06)

胡小芳运用苏木红藤败酱汤联合穴位注射 治疗慢性盆腔炎的经验总结

安迪¹ 胡小芳^{2*}

(1 河南中医药大学硕士研究生2016级, 河南 郑州 450000;
2 河南中医药大学第一附属医院生殖科, 河南 郑州 450000)

摘要:慢性盆腔炎(Chronic pelvic inflammatory disease, CPID)是临床常见的妇科疾病,症状体征复杂,诊断治疗困难。胡小芳教授总结30余年临床经验,认为湿毒内盛,稽留胞宫、冲任为其主要中医病机,利湿解毒、调理冲任为其主要治则,拟方苏木红藤败酱汤加减。同时根据西医发病机制、病原学及药理学,给予广谱抗生素穴位注射。适时苏木红藤败酱汤结合穴位注射治疗慢性盆腔炎效果显著。

关键词:盆腔炎性疾病;穴位注射;苏木红藤败酱汤;带下病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.033

文章编号:1672-2779(2018)-07-0081-02

Experience of Hu Xiaofang in the Treatment of Chronic Pelvic Inflammatory Disease by Using Sumu Hongteng Baijiang Decoction and Acupoint Injection

AN Di¹, HU Xiaofang^{2*}

(1. Grade2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Reproductive Department, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Chronic pelvic inflammatory disease (CPID) is a common clinical gynecologic disease. The symptoms and signs are complicated and the diagnosis and treatment are difficult. Professor Hu Xiaofang summarized 30 years of clinical experience, and considered that toxin and dampness filled, missed Chongren Baogong is the main pathogenesis of TCM, so clearing away damp and toxic material and regulating Chong and Ren are the main treatments, so Sumu Hongteng Baijiang decoction is given for treatment. At the same time, according to the etiology, pharmacology and pathogenesis of Western medicine, acupoint injection of broad-spectrum antibiotics is given. Combined with Sumu Hongteng Baijiang decoction and acupoint injection timely in treating CPID is significantly.

Keywords: chronic pelvic inflammatory disease; acupoint injection; Sumu Hongteng Baijiang decoction; leukorrheal diseases

盆腔炎性疾病 (pelvic inflammatory disease, PID) 是临床常见的女性子宫、子宫附件、盆腔腹膜感染引起的疾病^[1],可分为急性盆腔炎和慢性盆腔炎,慢性盆腔炎往往是由急性盆腔炎未及时诊治或未完全根治引起。慢性盆腔炎可有反复发作的小腹胀痛、低热、白带量多有异味、性交痛等表现,其症状和体征易与其他疾病混淆,不易鉴别,故临床诊断困难。延误对盆腔炎性疾病的诊治,致使盆腔组织在反复的炎性刺激下,结缔组织增厚粘连,引起盆腔广泛粘连、输卵管梗阻粘连、异位妊娠、慢性腹痛等一系列相关病症,严重影响女性的健康。中医古籍对此疾病无专篇论述,散见于“妇人腹痛”“带下病”等疾病范畴。

1 病因病机

1.1 西医进展 西医认为女性解剖、生理、生化及免疫学特性为其生殖系统形成一道天然防护屏障,当防护罩受到攻击或防护能力减弱,则可能导致PID。西医主要通过性活跃、性卫生不洁等高危人群的症状、体征及实验室检查进行分析评估,从而提高对PID诊断的准确性。抗生素是治疗盆腔炎最有效的治疗手段,给予及时、足量抗生素治疗,大部分患者可彻底治愈。

若治疗不理想、符合手术指征者,可选择外科治疗,原则应以切除病灶为主。此外,超短波、微波、TDP等物理疗法也可促进炎症吸收^[2]。

1.2 中医认识 中医根据临床特点可将“妇人腹痛”“带下病”等归属此病。其病因病机多为湿毒壅盛、瘀血阻滞、冲任不调,临床可分型为气滞血瘀、寒湿凝滞,湿热瘀滞,痰结湿阻,肝肾亏虚。治疗以调理冲任气血、利湿解毒、活血化瘀为主。辅以中药灌肠、热熨、熏洗、栓塞、针灸、中药离子导入、穴位注射等疗法往往能达到良好的治疗效果^[3]。

2 中西医结合临床治疗

胡小芳教授从事临床工作30余年,对治疗CPID患者独具心得。胡教授认为运用西医学的诊疗技术及治疗手段,结合中国传统医学辨证论治,中西医并重,内服外治同时运用对CPID的治疗及预后意义重大。胡教授主张,对明确病因,诊断明确的CPID患者,应在经期运用穴位注射治疗7天。穴位注射具体为:患者取仰卧位,常规消毒后,取氯化钠注射液10 mL,盐酸利多卡因注射液5 mL,注射用克林霉素磷酸酯0.9 g,兑入混匀后,缓慢注射于患者一侧子宫穴(脐中下4寸,中极旁开3寸),1日1次^[4]。穴位注射后可适当运动或采用物理疗法如机械按摩、中频脉冲电理疗、电子生物反馈疗法促进

* 通讯作者:15436466@qq.com

药物弥散、吸收。可加服金刚藤颗粒、金英胶囊助其清热解毒之效。经期穴位注射7天后，正值经后血脉空虚，气血复生、毒无所依之时，此时应给予中药苏木红藤败酱汤加减（红藤、败酱草、苏木、蒲公英、紫地花丁、石见穿、皂角刺、路路通、夏枯草、当归、赤芍、川芎、延胡索、丹参、炙甘草）14剂驱邪外出，巩固治疗。辨证加减：寒湿加川芎、延胡索，湿热加黄芩、黄柏，脾虚加白术、山药，肾虚加寄生、川断。可外用康妇消炎栓纳肛。第二、三疗程重复上述治疗。

3 医案举隅

李某，女，32岁。2017年4月20日初诊。末次月经：2017年4月10日。既往孕3产1，2007年5月孕30+天因计划外妊娠行药流，2015年足月妊娠剖宫产1男婴，2016年7月孕40+天因计划外妊娠行人流术。术后出现反复下腹部疼痛，经前明显加重，伴见阴道分泌物量多，色黄，质浓稠，有异味。行妇检可见：外阴已婚未产式；阴道通畅，白带量多，色黄，质稠，有腥臭味；宫颈轻度肥大，二度糜烂，接触性出血（-），搔举痛（+）；子宫后位，活动度较差，压痛（++），双侧附件区未触及明显包块，左侧压痛（++），右侧压痛（+）。取女性分泌物送检：白细胞：（+），杂菌：多。行经阴道超声检查：左侧输卵管少量积水（左附件区可见一不规则条形暗区 1.6 cm×0.8 cm），盆腔积液（4.5 cm×3.0 cm）。给予康妇消炎栓（1粒，Bid，pr）；保妇康栓（1粒，qd，pv）；苏木红藤败酱汤加减，给药苏木、红藤、败酱草、蒲公英、紫花地丁、石见穿、皂角刺、路路通、延胡索、夏枯草、当归、赤芍、丹参、炙甘草。14剂，水煎服，日1剂。上述中药煎后药渣加透骨草颗粒，外敷小腹两侧，每次20 min，日1次。

2017年5月5日，月经来潮复诊，诉腹痛症状好转。给予穴位注射治疗7天，配合中频脉冲电治疗；加服金英胶囊（4粒，Tid，po）。

2017年5月12日外治七天后复诊，复查女性分泌物：白细胞（+），杂菌：较少，支原体（-）。继续守苏木红藤败酱汤加减，辅以康妇消炎栓外治。其后治疗同上，连续治疗3个月经周期。

2017年8月27患者诉近期无明显腹痛，阴道分泌物减少，无异味。复查阴超盆腔积液（3.7 cm×2.0 cm）。随访回示治疗效果可。

4 小结

苏木红藤败酱汤结合穴位注射法治疗盆腔炎性疾病旨在通过中西医结合、内服外治联合使用针对性作用于盆腔，改善临床症状及体征。穴位注射是在中医、西医认识的基础上衍生的一种治疗方式。通过抗生素和经脉穴位的整合，使药物通过经脉通道，直达病所，从而提高局部药物浓度，延长药物作用时间，达到消除炎症的最佳治疗效果，可以避免因盆腔炎性粘连引起药物扩散不佳、药效发挥不佳。然而长期的穴位注射不仅会造成抗生素的滥用，还会对患者的精神、心理造成巨大压力。因此经后期的中药治疗至关重要，在缓解了患者的紧张情绪的同时，还具有切实有效的治疗效果。苏木红藤败酱汤的主要药物红藤清热解毒、活血止痛，败酱草具有清热解毒，消痈排脓，活血止痛，苏木活血化瘀，消肿止痛。现代研究表明，红藤含有黄酮类化合物，具有光谱抗生素的作用^[1]，可协助抗生素抗菌消炎。败酱草具有抗菌抗炎、抗肿瘤的作用，在慢性盆腔炎的治疗中最为广泛且疗效显著^[2]。苏木具有抑制T淋巴细胞和B淋巴细胞的转化功能，对抗原处理及炎症反应有较好的抑制作用，从而缓解炎症症状^[3]。通过红藤败酱汤和穴位注射法的联合应用，可以减少抗生素药物用量，增加药物作用强度及作用时间，对盆腔炎性疾病的治疗意义重大。

参考文献

- [1]樊尚荣,黎婷译.2015 美国疾病预防控制中心性传播疾病诊断和治疗指南-盆腔炎的诊断和治疗指南[J].中国全科医学,2015,18(28):3423-3425.
- [2]唐琴艳.慢性盆腔炎的治疗进展[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(34):17-18.
- [3]陆晓红.中医治疗盆腔炎的研究进展[J].天津中医药,2007,24(2):175-176.
- [4]王少博.四联外治法结合理气活血汤对气滞血瘀型输卵管炎性不孕的疗效观察[D].郑州:河南中医药大学,2014.
- [5]肖艺,丁青,赵栋.红藤的研究进展[J].中医药导报,2009,15(5):105-107.
- [6]赵栋,丁青,肖艺.败酱草的研究进展[J].中医药导报,2009,15(10):76-78.
- [7]史海蛟,张琪,杨建飞.苏木的研究进展[J].中医药信息,2012,29(5):105-108.

（本文编辑：李海燕 本文校对：徐广立 收稿日期：2018-01-05）

（上接第66页）一书留于后世，其中在脏腑位置论述，较之前人在现代医学的器官实体具体定位方面确实“更正确”，但中医藏象学说不是立论于“解剖脏腑”基础上，而是立论于重功能轻实体，对脏腑功能认识的基础之上，然而重解剖位置并以此作为基础立论，却使他得到正确的结论，并以解剖部位为依据创立了有很高临床疗效的三“逐瘀汤”，益气活血化瘀思想及在其指导下创立的补阳还五汤，亦为后世治疗中风（即今日之脑血管疾病）所常用，尤其是今人发现黄芪

大量应用可以降血压，脑血管疾病多见微血管及大血管瘀血征象，更是对王清任重重用益气之黄芪及活血化瘀之药做出了现代版论证；还有书中所记“屡验之方”，疗效肯定，临床应予以重视。

参考文献

- [1]干祖望.王清任与《医林改错》[J].江苏中医,1995,16(7):26.
- [2]清·王清任.医林改错[M].北京:人民卫生出版社,2006:1.
- [3]何绍奇.读书析疑与临证得失[M].北京:人民卫生出版社,2006:219,263-264.

（本文编辑：李海燕 本文校对：刘春龙 收稿日期：2018-01-15）

高萍治疗慢性再生障碍性贫血的经验总结

王 栋¹ 赵丹丹^{2*} 关徐涛¹ 高 萍¹ 王 涛¹

(1 河南中医药大学第一附属医院血液肿瘤科, 河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一附属医院心血管内科, 河南 郑州 450000)

摘要:高萍教授认为慢性再生障碍性贫血与脾肾关系最为密切,以脾肾亏损为本,兼有气血阴阳的不足,重视脾肾,同时强调阴阳的平衡与气血的调和,注重中和思想在治疗疾病过程中的应用。在治疗上主张以肾为本,阴阳双补,兼顾脾胃,气血同调,中西结合,注意兼证,因人因时因地制宜,临证灵活遣方用药,高萍教授认为慢性再生障碍性贫血的治疗是一个长期的过程,应缓而治之,切不可急于求成。对于疗效初显者,应长期服用中药巩固疗效,防止复发。

关键词:高萍;再生障碍性贫血;脾肾亏损;虚劳;中和思想

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.034

文章编号:1672-2779(2018)-07-0083-03

Experience of Professor Gao Ping in the Treatment of Chronic Aplastic Anemia

WANG Dong¹, ZHAO Dandan^{2*}, GUAN Xutao¹, GAO Ping¹, WANG Tao¹

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

2. Department of Cardiology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Professor Gao Ping believes that chronic aplastic anemia is most closely related to spleen and kidney, spleen and kidney loss as the basis, both deficiency of qi and blood, yin and yang, and pays attention to the spleen and kidney, while emphasizing the balance of yin and yang and the harmony of qi and blood, focuses on the application of neutralization thought in the treatment of diseases. The treatment mainly should be based on the kidney, tonifying both yin and yang, taking into account the spleen and stomach, regulating qi and blood at the same time, combining traditional Chinese and Western medicine, paying attention to complications, suiting our measures to different conditions in terms of locality, time and people concerned, taking flexible use of traditional Chinese medicine in clinical practice. Professor Gao Ping believes that the treatment of chronic aplastic anemia is a long-term process, which should be treated slowly, must not be anxious for success. As for the curative effect previews, we should take traditional Chinese medicine for a long time to consolidate curative effect and prevent recurrence.

Keywords: Gao Ping; Chronic aplastic anemia; deficiency of both spleen and kidney; consumptive disease; neutralization thought

高萍教授, 硕士研究生导师, 中国中医药学会中医血液病专业委员会常务委员、河南中医及中西医结合血液病专业委员会副主任委员、从事中医类临床、教育、科研工作30余年, 积累了丰富的临床经验, 尤其是在中医药治疗慢性再生障碍性贫血方面, 更是有着独到的见解和用药经验, 余有幸于研究生期间侍诊高萍教授左右, 今将高萍教授治疗慢性再生障碍性贫血(以下简称慢性再障)的临证经验加以整理, 分享如下。

1 病因病机

中医学中本无再障这一病名。根据其乏力、感染、贫血、出血等症状可参考中医病名之“虚劳”“血虚”“髓劳”“血证”等病名。第七届中西医结合血液病会议将中医血液学学科的病证名称达成基本共识, 将慢性再生障碍性贫血定义为慢髓劳^[1]。古代医家对“再障”的论著最早见于《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》:“夫男子平人, 脉大为劳, 极虚亦为劳”。当代医家对再生障碍性贫血都有着深入的研究与独到的见解^[2]。河北医科大学任琢珊教授认为再生障碍性贫血病因病机不外气、血、阴、阳亏虚, 损及五脏, 尤以脾肾阳虚

为著。临床辨证为脾肾阳虚型、气血两虚型、阴虚火旺型、肾虚血瘀型。临床治疗上以益气补肾, 温中健脾是基本法则。通过温补脾肾, 补血活血, 促进干细胞增生, 改善微循环, 调节免疫^[3]。辽宁中医药大学刘宝文教授认为肾不主骨, 骨不生髓, 髓空血枯, 久虚不复则致髓劳。本病病位在骨髓, 累及肝脾肾三脏, 以肾为主。在辨证分型上分为三型, 分别是肾阴虚、肾阳虚以及肾阴阳两虚。在治疗上刘宝文教授采用平衡阴阳之法为主, 并辅以补气生血^[4]。上海中医药大学周永明教授治疗本病的原则是: 健脾补肾以生血、活血化瘀以生新、泻火凉血以止血^[5]。浙江中医药大学周郁鸿教授认为, 本病为本虚标实之证, 虚为本, 邪为标, 痰瘀为变; 肾源亏, 脏腑伤, 生化失司; 阳气衰, 阴分限, 阴阳俱羸; 髓骨枯, 精血竭, 气血两亏。肾主骨生髓, 肾气虚, 则髓骨精元生化失司。先天之本衰, 脾、肺、肝失先天蓄养, 气血生化、输布紊乱, 多个脏腑功能失调; 固卫失常, 邪实易犯, 甚至中伤髓骨, 加重病情。周教授治疗本病以补肾为纲、兼以固护卫气痰瘀同调^[6]。中国中医科学院西苑医院周霭祥教授认为再障的发生是肾虚精亏在前, 气血亏虚在后。而肾虚又可导致痰浊、瘀血、邪毒内生。在治疗上主张不可为标象所迷, 始终勿偏离补肾主旨。遣方用药

* 通讯作者: 664575246@qq.com

主张阴阳并重，兼顾兼症。综上所述大多数医家中医辨治再障多采用脏腑辨证，其中侧重于脾肾，而治疗以补肾为主，辅以补脾调肝及兼活血。

高萍教授认为慢性再障病因不外乎先天不足、外感六淫、七情内伤、饮食劳倦等，病变涉及五脏，尤其与脾肾的关系最为密切，慢性再障的实质是肾虚，但与脾虚密切相关，而临床上脾虚又以脾阳虚最为常见，所以本病可分为四型施治，分别是肾阳虚型、肾阴虚型、肾阴阳两虚型、脾肾阳虚型。肾精和水谷精微是血液化生的基础，肾为先天之本，藏精，精生髓，精髓是化生血液的基本物质之一，《诸病源候论·虚劳精血出候》：“肾藏精，精者，血之所成也”，精充则血液生化有度，精亏则血液生化乏源。脾胃后天之本，脾胃运化生成的水谷之精也是生成血液的基本物质，《吴枢·决气》指出：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血”，因此脾胃功能的强健与否也直接影响血液的化生。

2 辨证论治

2.1 以肾为本 阴阳双补 肾为先天之本，主藏精，主骨生髓，肾精化肾气，肾气分阴阳，肾阴与肾阳能资助、促进、协调全身脏腑之阴阳，故肾又称为“五脏阴阳之本”，故肾脏阴阳平和，五脏乃安。高萍教授认为，慢性再障的发病与肾虚关系密切，治疗应以补肾为本，肾阴虚者多有眩晕、目涩、耳鸣、咽干、腰酸、烦躁、失眠、衄血等表现，舌红，脉细，治以滋阴补肾，填精益髓，老师临床喜用六味地黄丸、左归丸加减，常用药物有制何首乌、熟地黄、五味子、黄精、墨旱莲、女贞子、龟甲胶、枸杞子等药物，依据肾阴虚轻重程度调整用药剂量，防止滋腻太过阻碍气机，酌情加入补肾壮阳药物，取“阳中求阴”之意。肾阳虚者多有神疲乏力、四肢不温、腰背冷痛、小便清长、性功能减退、下肢水肿等表现，舌质胖嫩，脉沉迟或濡缓，治以温肾壮阳，老师临床喜用右归丸、肾气丸加减，常用药物有淫羊藿、仙茅、鹿角胶、杜仲、续断、肉苁蓉等，阳虚患者对补肾壮阳药物的耐受较好，在不致过燥的基础上酌情加大药物剂量，适当加入滋阴补肾药物，取“阴中求阳”之意。阴阳互根互用，相互对立又相互制约，肾阳虚日久必伤及肾阴，肾阴虚日久必损伤肾阳，因此临床病人的病情往往比较复杂，经常可见肾阴阳两虚的患者，此类患者兼有肾阴虚和肾阳虚的表现，治疗上也往往比较复杂，老师临证多选地黄饮子、龟鹿二仙胶加减，常用药物有生地黄、熟地黄、山萸肉、五味子、石斛、附片、巴戟天等。阴阳双补，以达阴阳平衡，正所谓“阴平阳秘，

精神乃治，阴阳离决，精气乃绝”。高萍教授认为治疗慢性再障应以肾为本，阴阳双补以达阴阳平衡之态，临证应依患者病情调整用药，不可循规蹈矩，一成不变。

2.2 兼顾脾胃 气血同调 脾为后天之本，先后天之本相互滋生，则精充而血足。脾主中土，灌溉四傍，运化水谷精微，化生气血，滋养五脏六腑、四肢百骸。胃主受纳和腐熟水谷，为“水谷气血之海”。脾升胃降，为脏腑气机升降的枢纽，脾胃功能正常则五脏气机通畅。脾胃功能的正常对于慢性再障的治疗也有着不可忽视的作用。高萍教授认为治疗慢性再障在补肾的基础上应兼顾脾胃，慢性再障的病人在长期服药的过程中难免会对脾胃造成损伤，这类病人常伴有纳少、腹胀、便溏、神疲乏力，舌淡苔白，脉缓或沉迟等脾虚的表现，先后天之本相互滋生，长期的脾虚必然累及肾，更会加重病情。治疗这类病人老师临证常用四君子汤、参苓白术散加减，常用药物有人参、黄芪、党参、茯苓、白术、山药等。补脾切不可峻猛，应缓而补之，以免化热化火。

高萍教授认为慢性再障病人本就气血亏虚，因此在治疗过程中更应注重气血的调理。“气为血之帅，血为气之母”，在补气的时候，应辅以补血药物，气得血载，则通达全身，同理补血的时候不忘稍加补气的药物，血得气助，则运行自如。因此老师临证使用人参、白术、黄芪等补气药物之时，常配伍当归、熟地黄、阿胶等补血养血之品，以达气血双补，相辅相成、相得益彰之功效。然气血的调理并非一味补益，需灵活加以运用，补气不忘理气，大量补益药物难免有滋腻碍胃之嫌，酌加陈皮、枳实、薤白等理气之品，使气机调达，全身通畅。补血不忘活血，慢性再障的病程较长，久病致瘀，瘀血不去，新血不生，因此在补血的同时，辅以丹参、郁金、红花等活血化瘀之品，以达“活血化瘀以生新”^[7]之目的。

2.3 注意兼证 中西结合 高萍教授认为慢性再障的发病和治疗是一个长期的过程，在这一漫长过程中，患者容易出现许多并发症，需辨病与辨证相结合，注意兼证的治疗。发热和出血为慢性再障最常见的并发症。慢性再障患者久病体虚，卫外不固，感受外邪而发热者，治以益气解表为法，酌加补虚扶正药物，临证常用银翘散、参苏饮、玉屏风散等加减，常用药物为连翘、菊花、紫苏、枳壳、细辛、防风、党参、黄芪、玉竹等，既有解表祛邪之功，又有补虚扶正之力。切忌单用于辛散之品，避免强发其汗，损伤正气。出血可分为血热妄行及气虚不摄两类辨证施治：凡属火

热熏灼,迫血妄行者,治以清热泻火、凉血止血,方用黄连解毒汤、犀角地黄汤、龙胆泻肝汤加减;凡属虚火上炎,迫血妄行者,治以滋阴清热、凉血止血,方用六味地黄丸、茜根散、当归六黄汤加减。气虚不摄,血溢脉外者,治以健脾益气摄血,方用归脾汤、补中益气汤、黄土汤等。对于气虚出血患者,老师临证喜用大剂量仙鹤草,以达补虚收敛止血之效。仙鹤草又名“脱力草”,味苦、涩、平,归肺、肝、脾经,具有收敛止血、补虚、止痢、杀虫等功效。现代医学研究证实:仙鹤草含有仙鹤草素、能促进血小板生成,加速凝血而达止血作用^[4],故干祖望教授称其为中药中的激素。此外老师临证喜用大黄炭、栀子炭、血余炭、藕节炭等各类炒炭之品,以达收敛止血之功效。对于长期服用激素治疗所致牙龈增生者,易发齿衄,对此类患者,老师常用“五倍子、白茅根、金银花、薄荷”泡水漱口,临床往往能收到较好疗效。

在慢性再障的治疗过程中,高萍教授主张要中西医结合,灵活运用,不能刻守死板,不懂变通。急则治标,对于血小板较低、出血较重的患者予输血等对症支持治疗,待病情稳定后再给予长期的中药治疗;灵活运用,对于长期服用中药或单用环孢素、雄激素等西药治疗效果不明显者,老师常常使用中药与小剂量雄激素或环孢素联合使用,往往能收到较好的治疗效果。

3 讨论

高萍教授认为慢性再障的发病与诊疗是一个漫长的过程,在治疗过程中不能一成不变,应根据患者不同时期的病情,灵活用药,因人因时因地制宜;对于疗效的评价不能只局限于实验室指标,应结合临床症状,以求机体达到平衡稳态,以无明显不适症状,不影响患者正常生活为治疗目标。高萍教授在慢性再障的治疗过程中注重“天人合一”中和思想的运用,强调阴阳的平衡与气血的调和,“中和”的思想贯穿始终,治疗过程中应以肾为本,兼顾脾胃,阴阳双补,气血同调,注意兼证,中西医结合,缓而治之,切不可急于求成。对于疗效初显者,应长期服用中药巩固疗效,防止复发。

参考文献

- [1]刘锋.麻柔第七届全国中西医结合血液病学术会议纪要[J].中国中西医结合杂志,2005(3):228.
- [2]赵永辰.任琢珊教授辨治再生障碍性贫血经验[J].中华中医药杂志,2005,20(11):679-681.
- [3]张小亮,李小龙.刘宝文从肾论治慢性再生障碍性贫血经验[J].上海中医杂志,2015,49(1):10-11.
- [4]胡琦.周永明治疗再生障碍性贫血经验[J].中医杂志,2001,42(1):14-15.
- [5]吴迪炯.周郁鸿治疗慢性再生障碍性贫血经验[J].中医杂志,2013,54(4):338-340.
- [6]王展翔,胡乃平.周霁祥教授对再生障碍性贫血的认识[J].北京中医药大学学报,1999,22(3):19-21.
- [7]胡琦.周永明治疗再生障碍性贫血经验[J].中医杂志,2001(1):14-15.
- [8]赵莹,刘全平,李平亚.仙鹤草化学成分及药理研究进展[J].特产研究,2001,1(2):20-23.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王冰 收稿日期:2017-12-29)

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

王付运用乌头汤经验探索

钱兆丰¹ 王付^{2*}

(1 河南中医药大学硕士研究生2015级, 河南 郑州 450000; 2 河南中医药大学, 河南 郑州 450000)

摘要: 乌头汤是出自《金匮要略》的一首著名方剂, 是治疗气虚寒湿骨节痹证的代表方, 临床辨治由风寒湿邪引起的痹症类疾病有显著疗效。现通过剖析方药配伍, 研习仲景原文精神, 并结合导师王付教授临床应用乌头汤辨治强直性脊柱炎、心肌炎、三叉神经痛、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、坐骨神经痛、颈椎病、腰椎间盘突出、运动神经元病等疾病的经验, 探索乌头汤在临床中的诸多应用。

关键词: 乌头汤; 经方; 王付; 金匮要略; 历节病; 三叉神经痛; 心脏病; 类风湿关节炎

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.035

文章编号:1672-2779(2018)-07-0086-04

Discussion on the Experience of Professor Wang Fu with the Application of Wutou Decoction

QIAN Zhaofeng¹, WANG Fu^{2*}

(1. Grade 2015 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

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

Abstract: Wutou decoction is a famous prescription in the *Synopsis of Golden Chamber*, and is the representative prescription of treating qi deficiency cold dampness arthralgia, which has obvious curative effect, caused by wind cold dampness in the treatment of arthralgia syndrome disease. Now through the analysis of the prescriptions, study the original spirit, combined with Professor Wang Fu clinical application of Wutou decoction in treating ankylosing spondylitis, myocarditis, trigeminal neuralgia, rheumatic arthritis, rheumatoid arthritis, sciatica, cervical spondylosis, lumbar disc herniation, motor neuron disease experience, the applications Wutou decoction was explored.

Keywords: Wutou decoction; classical prescription; Wang Fu; *Synopsis of Golden Chamber*; severe and migratory arthralgia; trigeminal neuralgia; cardiac disease; rheumatoid arthritis

乌头汤出自《金匮要略·中风历节病脉证并治》篇, 由麻黄、芍药、黄芪、炙甘草、乌头5味药组成, 主要针对风、寒、湿引起的关节疼痛、肿大为主证的病症。导师王付教授是研究经方临床应用的领军人物, 善于运用经方辨治多种疑难杂病并取得理想疗效, 其结合多年临床经验及理论研究, 认为乌头汤是辨治气虚寒湿骨节痹证的代表方, 并依此方临床扩大应用至辨治强直性脊柱炎、心肌炎、三叉神经痛、风湿性关节炎、坐骨神经痛、颈椎病、腰椎间盘突出、运动神经元病等病患无数, 取得显著疗效。笔者有幸跟随导师王付教授出诊两年余, 通过总结大量病例, 聆听导师点拨, 略有所得, 现将导师应用乌头汤辨治此类病症经验与同道探讨。

1 方药解读

乌头汤由麻黄三两, 芍药三两, 黄芪三两, 炙甘草三两, 乌头五枚组成。临床一般以麻黄9 g, 芍药9 g, 黄芪9 g, 炙甘草9 g, 制川乌9 g为1剂用量。学用乌头汤辨治临床常见疾病, 需要辨清方中诸味药物功效及特点, 权衡方药配伍及用量比例, 如此才能更好地运用乌头汤辨治诸多疑难杂病。

1.1 剖析方药配伍 乌头汤所对应的气虚寒湿骨节痹证的基本病理病证是气虚不得固摄, 寒湿肆虐经脉, 经

脉阻滞不通。所以治疗气虚寒湿骨节痹证, 其配伍原则与方法必须重视以下几个方面^[1]。

1.1.1 针对证机选用温阳散寒蠲痹药 寒袭营卫, 可导致筋脉拘急, 证见关节疼痛、难以屈伸, 治当温阳散寒蠲痹, 使寒邪得温则去, 营卫调和, 筋脉关节得利, 如方中乌头。《神农本草经》载乌头“除寒湿痹, 咳逆上气, 破积聚寒热。”《本草正义》云:“乌头主治, 温经散寒……且专为祛除外风外寒之响导者。”《长沙药解》云:“其性疏利迅速, 开通关腠, 驱逐寒湿之力甚捷, 凡历节、脚气、寒疝、冷积、心腹疼痛之类并有良功。”可见其性辛温, 通络力强, 善治寒湿痹症, 兼有温中散寒的功效, 方中配伍以奏除寒湿痹、止关节痛、通畅气机、通达血脉之效。现代药理学研究其主要成分为乌头碱, 具有抗炎、镇痛、强心、升压、抗癌的作用。

1.1.2 合理配伍益气药 病人素有气虚, 因此才会导致寒邪侵袭肌肤营卫关节, 从而形成寒湿痹症。常见气短懒言, 倦怠乏力。因此在针对主要病症时, 必须合理配伍益气药, 使邪去又益正, 如方中黄芪、甘草。《神农本草经》记载“黄耆, 味甘微温。主痈疽久败创, 排脓止痛, 大风, 痲疾, 五痔, 鼠瘻, 补虚, 小儿百病。”主痈疽疮疡、大风, 并能补虚生肌、补气通络。方中用黄芪益气固表, 补益营卫, 与乌头相用, 益气以驱逐风寒湿。现代药理学研究显示, 黄芪含有

* 通讯作者:1034383171@qq.com

黄芪甲苷、黄芪苷等多种成分,可以改善机体造血功能,具有促进核酸代谢、改善心肾功能、抗病毒、抗氧化、抗衰老、调节机体免疫等作用。《神农本草经》记载甘草“坚筋骨,长肌肉,倍力,金创,解毒。”《名医别录》记载其“通经脉,利血气,解百药毒。”甘草善于纠正诸药偏性,可以缓解药物的峻猛之性,能缓急止痛,补脾益气。方中用甘草益气补中,与黄芪相用,使益气固表和营卫之功倍增,可振奋营卫极力抗邪,并调和诸药。现代药理研究其主要成分为甘草酸盐,具有盐皮质激素样作用,有抗炎、解毒、抗菌、抗原虫、止痛、降胆固醇、退热的作用。

1.1.3 妥善配伍通络药 寒主收引凝滞,寒邪侵袭易引起经气经络拘急不通,因此治疗时要配伍宣达腠理,通达经气经络药,才能更有效地使寒气得去,经气经络调和,如方中麻黄。麻黄,归肺、膀胱经,性温,其味以辛为主,以苦为辅。《神农本草经》云:“主中风、伤寒头痛,温疟。发表出汗,去邪热气,止咳逆上气,除寒热,破坚积聚。”《药性论》云:“治身上毒风顽痹,皮肉不仁。”《名医别录》记载其“主五脏邪气缓急,风胁痛,乳余疾。上好唾,通腠理,解肌,泄邪恶气,消赤黑斑毒。”可见其有止痛、发散、通经络、祛痹等功效,药性辛以宣散,苦以降泄,辛苦温协同,使筋脉中所瘀滞的邪气得以宣散^[2]。方中用麻黄宣发营卫,通畅气机,驱逐风寒,通达关节,攻逐寒湿,解利机关。

1.1.4 适当配伍柔筋益血药 治疗寒湿痹症,散寒蠲痹以治其风寒湿,柔筋益血以治其筋脉拘急。又因散寒与通络药多温燥,而温燥易伤津耗血,故其治宜配伍养血药,以柔筋和脉,标本兼治,如方中芍药。《神农本草经》记载芍药“主治邪气腹痛,除血痹,破坚积寒热疝瘕,止痛,利小便,益气。”《名医别录》“主通顺血脉,缓中,散恶血,逐贼血,去水气,利膀胱大小肠,消痈肿,时行寒热,中恶,腹痛,腰痛。”可知芍药能行能敛,并有止痛、除痹、活血等功效。方中用芍药养血补血,使血能生气,并活血益营,缓急止痛。现代药理学研究,其主要成分芍药苷有抗病毒、抗炎止痛、消除炎症反应、解痉止厥、镇静安神的作用。

1.2 小结 治疗寒湿历节,须用制川乌、麻黄祛寒湿之邪,又因病在筋脉骨节,并非皮毛之邪可汗而散,故又用黄芪、芍药行表里气血,引麻黄、制川乌达而治之。乌头汤配伍诸味药物皆具有通经络的作用,其中麻黄、芍药、制川乌、甘草兼有止痛的功效,麻黄、黄芪、制川乌兼有散寒祛湿的功效,芍药、黄芪、甘草兼有补益气血的功效。可见诸药合用以通络散寒止痛、补气祛湿除痹,共奏散风寒、补气血、止痹痛之效。

2 经典导读

《金匮要略·中风历节病脉证并治》第五(9):“味酸则伤筋,筋伤则缓,名曰泄;咸则伤骨,骨伤则痿,名曰枯;枯泄相搏,名曰断泄;营气不通,卫气独行,营卫俱微,三焦无所御,四属断绝,身体羸瘦,独足肿大,黄汗出,胫冷;假令发热,便为历节也。”

《金匮要略·中风历节病脉证并治》第五(10):“病历节,不可屈伸,疼痛,乌头汤主之。”

2.1 解读原文要旨 解读仲景原文,可知历节病乃肝肾不足,筋骨痿软,为风湿所乘,使病邪积聚在筋骨关节之处所起。过食五味,饮食不节,必伤形体。条文中“味酸则伤筋……咸则伤骨”提示进食过酸过咸食物是“筋伤则缓、骨伤则痿”的成因,由此可知饮食不当与历节证有一定的内在关系,临床辨治该类疾病需要顾护脾胃之气,并嘱病人减少刺激性食物之摄入。“营气不通,卫气独行,营卫俱微,三焦无所御”提示了历节证的病理病证及其演变特点,营卫之气被寒邪所遏,无法通达濡养肢体,以致“营卫俱微”;“营者,水谷精气也,卫者,水谷之悍气也”,水谷化生营卫之气,营卫之气充盈于三焦,今营卫俱弱,使三焦失营卫所养,故三焦无所御,致使风寒邪气侵犯人体,进而造成“四属断绝,身体羸瘦”的病症表现。又提到黄汗症有类似历节证的表现,区别在于历节病主要在四肢关节,而黄汗病主要在肌肤腠理,临床要注意辨别。“病历节,不可屈伸,疼痛,乌头汤主之。”寒湿阻遏肌肉关节,经脉气血壅滞不通,肌肉关节以屈伸不利、疼痛、肿胀为主,论述了历节病的主要症状即“不可屈伸,疼痛”,并指出乌头汤为治疗该类病症的基本代表方。

2.2 思辨方证应用 导师王付教授认为,“病历节”的辨治要点有三方面:(1)张仲景以“病历节”之“历”突出病证持续时间较长,一般比较难治,经久不愈;(2)张仲景以“病历节”之“节”指出骨节是病变的主要分布区域;(3)辨治“病历节”,需要坚持治疗,切不可半途而废^[3]。历节病变原因很多,以寒邪所伤为多见。寒邪侵袭筋脉关节,凝结经气,阻塞脉络,不通则痛,而临床所见诸关节病如风湿性关节炎、类风湿关节炎等疾病,临床表现多以疼痛为主,往往在受寒后会加重。阴寒凝聚,阻遏阳气,阳不化津以致阴寒凝结为瘀,病患常有痛如针刺、酸沉困重之感。由于病痛日久,化虚化瘀,瘀而化热,也可进一步演变为阴寒挟热证^[4]。同时由于乌头汤本身大辛大热,药效较为峻猛,治疗需以温通为主,兼以适当配伍滋润、清热、化瘀药,方能确切针对病变证机。

导师王付教授认为,依据乌头汤的针对病机和配伍特点,其不仅可以主治历节病,临床还可以其主治证“气虚寒湿骨节痹证”为临床扩大应用,凡强直性

脊柱炎、心肌炎、三叉神经痛、坐骨神经痛、颈椎病、腰椎间盘突出、运动神经元病等疾病有局部疼痛难以屈伸并有遇寒或湿加重、困倦乏力、少气嗜卧、舌淡苔薄、脉沉或涩等寒、湿、虚、瘀证机的存在，都可以依此方加减运用，以达到辨治疑难杂病的目的。

3 医案举隅

案1 三叉神经痛：张某，男，50岁。于2016年4月初诊。患原发性三叉神经疼已有两年之久，近因服卡马西平效果不佳前来诊治。自述发作时患处火烧、针刺感，疼痛难忍，夜里加重，平素易上火，脾气较急，唾液多，睡眠质量差。刻诊：右侧面部活动时常诱发阵痛，每日10余次，每次持续1 min左右，并有日渐频繁趋势，口淡不渴，二便可，舌淡暗苔薄白，脉沉涩。辨为少阳经脉不利，寒湿夹郁热证。治当通利少阳经脉，温阳散寒除湿。给予小柴胡汤合乌头汤加味，药用：柴胡24 g，黄芩12 g，生半夏12 g，红参10 g，制川乌10 g，麻黄10 g，黄芪10 g，生白芍24 g，生甘草10 g，龙骨30 g，牡蛎30 g，生姜10 g，大枣10 g。6剂，第1次煎煮50 min，第2次煎煮30 min，每日1剂，分3次服用。

二诊：疼痛较前减轻，唾液量较前减少，其余诸证均有不同程度改善，继以前方6剂。

三诊：疼痛明显减轻，频率亦较前减少。

四诊：疼痛仅偶尔发作，近日未再上火，睡眠可，唾液量基本正常。之后又以前方治疗2月余，诸症消失。

按：三叉神经痛是一种非常常见的脑神经疾病。其中原发性三叉神经痛占比较多，虽具有临床症状，但通过检查不能发现有关的器质性病变。根据舌淡、唾液多、口不渴辨为寒湿，根据疼痛发作部位辨病位在少阳经，根据入夜加重辨为寒，又因平素易上火、脾气急辨为少阳经脉气郁化热，根据脉涩辨为经脉不利，因此选用小柴胡汤合乌头汤加味。方中柴胡、黄芩通利少阳经，并引诸药至病位；麻黄、制川乌、生姜温阳散寒，除湿止痛；白芍、大枣补血活血，行气缓急止痛；并用龙骨、牡蛎重镇安神，以助睡眠；甘草、黄芪、红参补气益气，驱使诸药发挥作用，方药相互为用，达到预期治疗目的。

案2 心脏病：许某，男，52岁。患有先天性心脏病。近日经西医检查：主动脉瓣二叶瓣钙化并重度关闭不全，左房左室右室增大，主动脉瘤样扩张。近因自觉症状加重，经朋友介绍前来就诊。刻诊：病患因家庭琐事经常生闷气，恶寒，胸闷胸疼，气短，乏力，夜里加重，肩膀疼痛，头晕，便溏，经常咳嗽，痰多质地清稀，舌质暗淡有瘀点、苔白滑，脉涩。辨为寒凝气郁痰阻证、治当通阳散寒，化痰理气。方以乌头汤合枳实薤白桂枝汤加减，药用：制川乌10 g，麻黄

10 g，白芍24 g，黄芪10 g，炙甘草10 g，枳实10 g，薤白24 g，桂枝10 g，厚朴12 g，炒白术10 g，五灵脂10 g，丹参10 g，生姜10 g，大枣10 g。6剂，第1次煎煮50 min，第2次煎煮30 min，每日1剂，分3次服用。

二诊：胸闷气短减轻，怕冷较前缓解，以前方6剂。

三诊：头晕、咳嗽基本消失，痰涎减少，胸部、肩部疼痛减轻，大便较前成形，以前方6剂。

四诊：诸证基本消失，嘱其平素注意调节情绪，保持乐观开朗，注意起居饮食，继服上方半年余，随访基本正常。

按：根据恶寒、痰多清稀、苔白、舌淡、诸症夜甚辨为寒，根据头晕、气短、乏力辨为气虚，根据肩膀疼痛、舌暗有瘀点、脉涩辨为经络气血不利，根据经常生闷气辨为气郁，根据痰多、苔滑、便溏辨为痰湿，因此选用乌头汤合枳实薤白桂枝汤加减。方中制川乌、麻黄、桂枝通行经络，并助阳气通达以治寒湿；黄芪、炙甘草补中益气以治气虚，并助阳气通行；薤白、厚朴宽胸理气，散胸中郁滞之气机；加五灵脂、丹参活血止痛；加炒白术以健脾益气，散寒除湿兼厚肠胃；加生姜、大枣以顾护胃气，防止长期服药损伤脾胃。诸药配伍以奏其效。

案3 类风湿关节炎：郭某，女，70岁。素有类风湿关节炎。经西医检查：血沉32 mm/h，类风湿因子155.7 IU/mL，C-反应蛋白16.2 mg/L，经服多种西药效果不佳，经病友推荐前来诊治。刻诊：面色无华，唇无血色，手指关节肿胀疼痛麻木，屈伸不利，活动后缓解，遇冷加重。心慌心悸，背部僵硬疼痛，腿乏力，舌淡苔薄白，脉弱。辨为气血虚寒骨节痹证，治当补益气血、散寒除痹，方以乌头汤合当归四逆汤加味，药用：桂枝10 g，白芍10 g，当归10 g，细辛10 g，通草6 g，生甘草18 g，麻黄12 g，黄芪10 g，制川乌10 g，红参6 g，五灵脂10 g，生附片1.5 g。6剂，第1次煎煮50 min，第2次煎煮30 min，每日1剂，分3次服用。

二诊：腿乏力好转，心慌减轻，查C-反应蛋白5.5 mg/L，血沉26 mm/h，与上方6剂。

三诊：背部僵硬疼痛减轻，与上方6剂。

四诊：诸证进一步减轻，手指疼痛较前缓解，与上方6剂。

五诊：手指疼痛较前缓解，日常活动较前灵便，经检查类风湿因子62 IU/mL，C-反应蛋白3.5 mg/L，血沉16 mm/h，以上方打粉冲服，每日3次，每次5 g，以长期治疗，并嘱病人疼痛改善时坚持患处功能锻炼。

按：类风湿关节炎多见于中年以上女性，手、足、腕、踝关节易发，导致关节畸形。该病程漫长，难以治愈，晚期可导致关节结构的破坏。根据病人疼痛遇冷加重、舌淡苔白辨为寒；根据关节变形、疼痛、屈伸不利辨为历节；根据心慌，腿乏力辨为气虚；根

据活动后减轻、背部僵硬辨为经脉不利并有瘀血；根据心慌心悸、面色无华、唇无血色辨为血虚，因此选用乌头汤合当归四逆汤加味。方中桂枝、细辛、制川乌、麻黄、通草、生附片温通经络，散寒除痹；白芍、当归补血活血，助机体抵抗寒邪；黄芪、红参补气，助诸辛温药物散寒通络，并使气能化血；五灵脂加强活血止痛作用；炙甘草顾护中州，调和诸药。诸药合

用以奏其效。

参考文献

- [1]王付.经方学用解读[M].北京:人民军医出版社,2004:424-426.
- [2]关庆亚,张杭洲,王付.王付应用麻黄经验[J].河南中医,2016,36(11):1896-1898.
- [3]王付.伤寒杂病论释疑解惑[M].北京:人民军医出版社,2009:471-473.
- [4]王付.乌头汤与半夏泻心汤合方辨治关节疼痛[J].中医杂志,2016,57(6):524-526.

(本文编辑:李海燕 本文校对:郑丽 收稿日期:2018-01-06)

明雪汤的中药组方论述

陈希瑞 陈靠山*

(山东大学生命科学院, 山东 济南 250100)

摘要:明雪汤是由博德生物技术(德州)有限公司自主研发的治疗糖尿病的纯中药复方,该复方有牛蒡根、黄精、葛根三味中药材,其中牛蒡根20g,黄精20g,葛根15g。该复方是在中医常用消渴降糖的中药中精心筛选而来的中药方药,养胃益肾,清热滋阴,益气健脾,用于辅助治疗2型糖尿病。

关键词:黄精;葛根;牛蒡;2型糖尿病;消渴;明雪汤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.036

文章编号:1672-2779(2018)-07-0089-02

Discussion on the the Traditional Chinese Medicine Prescription of Mingxue Decoction

CHEN Xirui, CHEN Kaoshan*

(School of Life Science, Shandong University, Shandong Province, Jinan 250100, China)

Abstract: Mingxue decoction is a kind of traditional Chinese medicine treatment of diabetes compound. The entirely by Burdock biotechnology (Dezhou) Co., Ltd. Independent research and development of product takes about one year. The compound preparation composed of three herbs: burdock root, sealwort, pueraria, and burdock root of 20g, sealwort of 20g, pueraria of 15g. The prescription comes from Chinese herbology used to treat diabetes, nourishing stomach and kidney, reducing fever and nourishing yin, replenishing qi to invigorate the spleen for the treatment of type 2 diabetes.

Keywords: polygonatum sibiricum; pueraria; burdock; type 2 diabetes; consumptive thirst; Mingxue decoction

糖尿病是一组由于胰岛素分泌缺陷或其生物效应降低(胰岛素抵抗)引起的以高血糖为特征的慢性、全身性代谢疾病。起病隐匿,餐后血糖已有升高,但是仅有一些非特异性症状如乏力、视力模糊、外阴瘙痒、阳痿等。糖尿病也常以并发症为首发症状,如高血压、视网膜病变和肾脏病等。后期出现更为严重的并发症,以心血管及神经病变、泌尿系统感染、肾病、眼病为常见^[1]。杨文英教授于《新英格兰杂志》的研究显示,我国成人糖尿病和糖尿病前期患病率分别为9.7%和15.5%,患病人数高达9240万和1.482亿。并且,随之而来的高昂治疗费用加剧糖尿病治疗的困难程度,使得糖尿病在我国成为死亡率第三位的重大疾病。

目前,糖尿病治疗药物有 α -糖苷酶抑制剂、双胍类、磺脲类、增敏剂、胰岛素五大类药物。但是这些西药在降糖的同时,伴随各种副作用。比如,最常见的是消化道症状。如拜糖平的腹胀排气、格华止盐酸二甲双胍的腹泻,磺脲类和胰岛素的低血糖,增敏剂的水钠潴留、骨质疏松等。除此之外,不同降糖药物服用时间、方法也是不同,餐前的、餐中的、嚼服的、吞咽的等等,很多患者不知所措,影响治疗效果。除

去西药,中药对糖尿病的治疗也十分有效。

已有研究成果发现,中药复方对糖尿病治疗有一定成效。中药复方可以多途径、多靶点、多方向治疗糖尿病,在降低血糖、改善糖尿病并发症方面具有良好效果。此外,中药药性温和持久,毒副作用较小。近年,学者对中药复方组方进行分析,以期对中药防治糖尿病及创新药物研发提供参考。

明雪汤是博德生物技术(德州)有限公司自主研发的治疗糖尿病的纯中药复方。该复方是在常用降糖中药中精心筛选而来。该复方由牛蒡根,黄精,葛根三味中药材,其中牛蒡根20g,黄精20g,葛根15g。7剂,每日1剂,水煎400 mL,分早晚2次空腹温服,可有效降低血糖,改善自觉症状,同时在降血脂、提高免疫等方面也具有一定作用。

1 组方分析

1.1 牛蒡根 牛蒡根味苦,微甘,性凉;归肺、胃经,具有疏风清热解毒的功效。牛蒡属菊科两年生草本植物,牛蒡中含有牛蒡多糖,多酚类,黄酮类,苷类,木质素,纤维素等多种活性成分^[2]。正是由于众多活性成分,牛蒡根在降糖降压改善脂代谢,改善肠胃状况,调节免疫抗肿瘤,清除自由基,抗衰老等方面发挥重要功效。

* 通讯作者:ksc313@126.com

王佳佳等^[9]通过体外 α -糖苷酶抑制试验及体内糖尿病模型小鼠实验,阐明牛蒡糖具有良好的 α -糖苷酶抑制活性,可有效降低糖尿病小鼠血糖,并且可改善胰岛组织的病变状况。徐永杰等^[10]通过小鼠灌胃实验表明牛蒡多糖能有效调节小鼠肠道菌群,增殖乳杆菌和双歧杆菌数量;陆征等^[11]的研究表明牛蒡昔元在体内外均具有良好的抗肿瘤作用,其作用机制主要是通过诱导肿瘤细胞凋亡来抑制肿瘤细胞的增殖;与此同时,研究还发现牛蒡昔元在体外几乎不会对正常组织细胞产生抑制作用,且在动物体内具有低毒的作用特点。李玉洁等^[12]通过大鼠灌胃研究牛蒡根的抗衰老作用,其结果表明牛蒡根可提高SOD活性,降低MDA、脂褐质含量。

1.2 黄精 黄精味甘,性平;归脾肺肾经;功效补气养精,健脾,润肺,益肾。黄精始载于《名医别录》,为百合科黄精属多年生草本植物,药食同源,黄精含有多糖,甾体皂苷,蒽醌,生物碱等活性成分,具有降血糖,降血脂,抗炎,抗肿瘤,调节免疫等作用;现代临床常用于治疗糖尿病、动脉硬化等疾病。

石娟等^[7]通过诱导小鼠迟发性反应的研究表明黄精多糖能促进小鼠胸腺和脾脏的发育,增强小鼠的细胞,体液和巨噬细胞的免疫功能;李友元等^[8]通过建立实性糖尿病动物模型,测定黄精多糖对糖尿病鼠的降糖作用及对糖化血红蛋白的调节,其结果表明黄精多糖可显著降低实验性糖尿病鼠的血糖和血清糖化血红蛋白浓度,并改善胰岛素水平;王巧莲^[9]利用LPS诱导的小鼠RAW264.7巨噬细胞建立炎症模型,以NO抑制率为指标,研究分离得到各类成分的抗炎活性;结果验证了黄精具有较好的抗炎活性。张峰等^[10]通过小鼠接种H22实体瘤或S180腹水瘤后随机分组,灌胃不同剂量的黄精多糖,证明黄精多糖有显著的抗肿瘤作用和免疫调节活性。

1.3 葛根 葛根味甘,辛,性凉;归肺、胃经;功效补气养阴,健脾,润肺,益肾。葛根为豆科植物野葛的干燥根,在《神农本草经》中被列为中品,药食同源。主要活性成分为异黄酮类化合物,其中以葛根素含量最高。葛根具有改善心脑血管循环,降糖降脂等功效。

王兰等^[11]通过建立糖尿病小鼠模型,研究葛根异黄酮的降血糖活性及作用机制,数据表明葛根异黄酮能够增强糖尿病小鼠的抗氧化能力,显著降低模型血糖,改善糖尿病小鼠的糖脂代谢,对糖尿病小鼠有较好的保护作用;赵月蓉等^[12]通过小鼠急性肝损伤模型,分析了葛根素改善实验性肝损伤的作用及机制,为葛根素在肝损伤保护方面的深入研究提供参考。另外,有研究显示,静脉注射葛根素注射液能够较好地降低血管阻力,同时也可以减缓心脏动脉压以及搏动速度^[13]。

2 应用案例

女性糖尿病患者,58岁,病程12年,餐后空腹血糖22~25 mmol/L,伴随眼部神经病变,视线模糊;嗓子伴随慢性咽炎,尿液微量蛋白尿,伴有尿沫。服用明雪汤2周后,餐后空腹血糖稳定在15~17 mmol/L,慢性咽炎症状缓解;4周后,餐后空腹血糖10 mmol/L左右,慢性咽炎消退,全身症状如尿沫消失,视线得到改善。

男性糖尿病患者,60岁,病程2年,经常性失眠,胃肠功能紊乱,便秘。服用明雪汤1周后,胃肠功能及失眠症状得到改善;服用3周后胃肠功能恢复正常,失眠症状基本消失。

3 讨论

中医认为糖尿病以阴虚为本,燥热为标,主要由阴虚引发燥热,故治宜滋阴润燥^[14]。糖尿病发展到后期耗气伤阴,往往存在气阴两虚。牛蒡根疏风清热解毒,糖尿病人阴虚内热,可改善慢性咽炎等症状。另外牛蒡根的抗氧化作用也可保护肾脏胰腺器官的细胞免受氧化损伤。黄精补肝肾明目,可益肾健脾;葛根清肺脏燥热,解阳明之郁遏,疏里而解壅,合黄精而健后天之本。葛根升阳布津,牛蒡清金降胃,配葛根寓脾升胃之机,一升一降,开气机,通路径,开通堵塞的排毒管道,使得糖尿病症状得解。故明雪汤含奏清肺润燥,养胃阴,益肾精,健脾运,解毒痛之功效。

参考文献

- [1] Wild S, Roglic Q, Green A, Sicree R, et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 2004, 27: 1047-1053
- [2] 曹旭,曹剑锋,陈靠山.牛蒡的药理作用研究进展[J].中国现代应用药学, 2012, 29(11):975-979.
- [3] 王佳佳,刘玮,朱静.牛蒡多糖的降血糖活性[J].中国药科大学学报, 2013, 44(5): 455-459.
- [4] 徐永杰,张波,张祎腾.牛蒡多糖的提取及对小鼠肠道菌群的调节作用[J].食品科学, 2009, 30(23):428-431.
- [5] Z Lu, S Cao, H Zhou, et al. Mechanism of Arctigenin-induced Specific Cytotoxicity Against Human Hepatocellular Carcinoma Cell Lines: HepG2 and SMMC7721 [J]. *Plos one*, 2015, 10(5):e0125727.
- [6] 李玉洁,刘树民,李淑莲,等.牛蒡根抗衰老作用的实验研究[J].时珍国医国药, 2004, 45(9):545-546.
- [7] 石娟,邓兴安,周玲,等.黄精多糖对正常小鼠免疫功能的影响[J].中国现代应用药学, 2011(1):18-21.
- [8] 李友元,邓洪波,张萍,等.黄精多糖对糖尿病模型小鼠糖代谢的影响[J].中国组织工程研究, 2005, 9(27):90-91.
- [9] 王巧莲.黄精根茎化学成分及抗炎活性研究[D].北京:北京化工大学, 2016.
- [10] 张峰,高群,孔令雷,等.黄精多糖抗肿瘤作用的实验研究[J].中国实用医药, 2007, 2(21):95-96.
- [11] 王兰,蓝璟,龚频,等.葛根异黄酮降血糖活性及作用机制的研究[J].食品科技, 2017(3):223-226.
- [12] 赵月蓉,侯碧玉,张莉,等.葛根素对实验性肝损伤的治疗作用研究进展[J].中国新药杂志, 2017(9):1005-1010.
- [13] 樊秀红,牟娜,王玉龙.丹参多酚酸盐治疗冠心病心绞痛疗效与安全性评价[J].西部医学, 2014, 26(3):328-330.
- [14] 黄富献,吴艳青.糖尿病患者中医护理临床疗效研究[J].当代医学, 2012, 18(20):144-144.

(本文编辑:李海燕 本文校对:鹿艳 收稿日期:2018-01-26)

电针“长强”穴对缺血缺氧脑损伤大鼠行为学的影响[※]

黄倩茹 萨喆燕 潘晓华 兰彩莲 万隆 许金森*

(福建省中医药研究院经络研究所, 福建 福州 350003)

摘要: 目的 观察电针对缺血缺氧脑损伤(Hypoxic-Ischemic Brain Damage, HIBD)大鼠行为学的影响。方法 制备缺血缺氧脑损伤大鼠模型,随机分为模型组、长强组及非穴组各8只,另制备假手术组大鼠8只。长强组及非穴组予以电针干预10 d,在干预前后对各组大鼠的悬吊及倾斜板试验进行记录并分析。结果 干预前:与假手术组相比,模型组、长强组及非穴组的悬吊及转头时间有显著性差异($P < 0.05$)。干预后:(1)悬吊试验:与假手术组相比,模型组及非穴组的悬吊时间下降,有显著性差异($P < 0.05$),长强组的悬吊时间下降,差异无统计学意义($P > 0.05$);与模型组相比,长强组的悬吊时间升高,有显著性差异($P < 0.05$),非穴组的悬吊时间上升,差异无统计学意义($P > 0.05$)。(2)倾斜板试验:与假手术组相比,模型组、非穴组及长强组的转头时间上升,有显著性差异($P < 0.05$);与模型组相比,长强组的转头时间下降,有显著性差异($P < 0.05$),非穴组的悬吊时间上升,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 电针“长强”穴可改善缺血缺氧脑损伤大鼠行为学能力。

关键词: 缺血缺氧脑损伤;长强穴;悬吊试验;倾斜板试验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.037

文章编号:1672-2779(2018)-07-0091-03

Effect of Electroacupuncture at Changqiang (GV1) on Behavior of Rats with Hypoxic-Ischemic Brain Damage

HUANG Qianru, SA Zheyuan, PAN Xiaohua, LAN Cailian, WAN Long, XU Jinshen

(Institute of Meridian Research, Fujian Academy of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

Abstract: Objective To observe the effect of electroacupuncture at Changqiang (GV1) on Behavior of rats with hypoxic-ischemic brain damage (HIBD). **Methods** HIBD rats' model was made. They were randomly divided into model group of 8 rats, the Changqiang group of 8 rats and the non-acupoint group of 8 rats and control group of 8 rats. The Changqiang group of 8 rats and the non-acupoint group received electroacupuncture treatment for 10 days. Before and after intervention, the suspension and the inclined plate test were record and analyzed. **Results** Before intervention, comparing with control group, model group, the Changqiang group and the non-acupoint point group, suspension and turned to time had significant difference ($P < 0.05$). After intervention, in the the suspension experiment, comparing with control group, model group and the non-acupoint point of the suspension time decreased, and there had significant difference ($P < 0.05$). Changqiang group of long suspension time decreased, and there was no statistically significant difference ($P > 0.05$). Changqiang group was compared with model group, the suspension time increased, and there are significant differences ($P < 0.05$). The non-acupoint point group of suspension time increase, and there was no statistically significant difference ($P > 0.05$). In the inclined plate test, comparing with control group, model group, the non-acupoint point group and Changqiang group turned long time increased, and there weresignificant differences ($P < 0.05$). Comparing with model group, Changqiang group time turned down and there were significant differences ($P < 0.05$), the point set of the suspension time, there was no statistically significant difference ($P > 0.05$). **Conclusion** The electroacupuncture at Changqiang (GV1) can the behavioral ability of rats with ischemic and hypoxic brain injury.

Keywords: hypoxic-ischemic brain damage; Changqiang (GV1); suspension test; inclined plate test

新生儿缺血缺氧性脑病(Hypoxic-Ischemic Brain Damage, HIBD)指新生儿在胎儿时期和或出生后因为窒息而导致的颅脑损伤,是引起新生儿死亡和婴幼儿神经系统功能障碍的主要因素^[1-3]。研究表明,发展中国家HIBD发病率达每千名活产婴儿26例,约20%~25%严重HIBD引起死亡,约25%严重HIBD的新生儿出现永久性的神经功能障碍^[4]。运用行为学指标可对神经功能的损伤进行测评,以反映神经系统损伤的程度、部位及治疗效果。近些年,针灸在儿童缺血缺氧性脑损伤的治疗中取

得一定疗效,越来越多学者通过研究动物模型的行为学表现,为HIBD新生儿的治疗提供一定的理论依据。在长期的临床过程中,我们发现针刺“长强”穴可改善发育迟滞等脑病患儿的临床症状^[5]。因而本实验拟采用电针“长强”穴对HIBD新生大鼠进行干预,观察电针“长强”穴对HIBD大鼠悬吊及倾斜板试验的影响,探讨“长强”穴临床治疗HIBD新生儿的理论基础。

1 材料与与方法

1.1 实验动物及分组 福建省中医药研究院实验动物中心所提供的购自福建医科大学实验动物中心的7日龄SD仔鼠,体质量(15±5)g,雌雄不限(许可证号SCXK(闽)2012-0001)。仔鼠饲养于恒温(22℃)、恒湿(50%)及每日12h日光灯明暗交替(明:6:00~18:00,暗:18:00~6:00)的实验室中。待仔鼠生长至7日龄时,

※ 基金项目:国家自然科学基金项目[No.81603543];福建省科技厅省属公益类项目[No.2016R1033-2,2015R1035-14];福建省卫计委青年人才项目[No.2016-1-82];福建省经络感传重点实验室资助

* 通讯作者:xujinshen@163.com

予以称重,去除体重过低鼠($<12\text{ g}$),随机选取SD仔鼠8只予分离左侧颈总动脉但不结扎剪断,亦不做缺氧处理作为假手术组,余仔鼠予以左侧颈总动脉结扎、剪断及缺氧后制备缺血缺氧大鼠,将造模成功的仔鼠分为模型组、长强组及非穴组各8只。

1.2 主要仪器及试剂 手术器械(北京医疗器械厂),恒温箱水浴箱(型号700,中国),SDZ-II型华佗牌电子针疗仪(苏州医疗用品厂有限公司),自制常压舱:60 cm×50 cm×40 cm,8%O₂-92%N₂混合气(福州华鑫达工业气体有限公司)。

1.3 造模 依照Rice法^[6],运用Nakajima等^[7]改良的动脉结扎法建立缺血缺氧动物模型。在保持室温25℃左右的环境下,腹腔注射10%水合氯醛将新生7日龄SD大鼠予以麻醉,将大鼠仰卧位四肢固定于小手术板上,用75%酒精予大鼠颈部皮肤消毒后行颈前中切口,无菌条件下分离大鼠左侧颈总动脉,运用外科7-0灭菌手术丝线双道结扎大鼠左侧颈总动脉后,将丝线中间剪断,予以伤口缝合并再次消毒皮肤后将大鼠放入恒温箱(32.5℃)2 h。随后将手术大鼠放入底层铺有钠石灰(以吸收CO₂和湿气)并置于37℃电热恒温水浴中的常压缺氧舱中(8%O₂-92%N₂混合气)2 h。后再置于室温下约1~2 h,待其状态尚可后放回母鼠笼行母乳喂养。假手术组只分离左侧颈总动脉但不结扎剪断,缝合皮肤后不做缺氧处理,后与模型组同时返回母鼠笼中饲养。

1.4 治疗方法 长强组仔鼠长至第10日龄(postnatal 10 day, PN10),用布和皮筋固定,用0.25×13 mm毫针(双极针)直刺长强穴(长强穴:参照《实验针灸学》^[8],当尾骨端和肛门连线中点)深度7.8 mm,电针接在双极针两端,刺激20 min(连续波,频率为2 Hz,强度为2 mA),连续治疗10 d为1个疗程,共1个疗程;非穴组取右肋肋下缘一横指处,余操作同长强组;模型组在相同条件下饲养,除布和皮筋固定,不予干预。

1.5 指标检测及方法

1.5.1 悬吊试验 干预前后在距桌面高45 cm处固定玻璃棒(0.5 cm直径),令大鼠的前腿抓住玻璃棒后开始计时,记录其掉下的时间,单位:秒(S)。

1.5.2 倾斜板试验 干预前后将大鼠头部垂直朝下放置于45°斜面上,同时记录大鼠转头向上135°时间,单位:秒(s)。

1.6 统计学方法 应用SPSS 19.0软件对实验数据进行统计, $P<0.05$ 为差异有统计学意义, $P>0.05$ 为差异无统计学意义。满足正态分布者采用单因素方差分析,不满

足正态分布者采用非参数检验。

2 结果

2.1 悬吊试验 干预前:与假手术组相比,模型组、非穴组及长强组的悬吊时间均下降,有显著性差异($P<0.05$)。干预后:与假手术组相比,模型组及非穴组的悬吊时间下降,有显著性差异($P<0.05$),长强组的悬吊时间下降,差异无统计学意义($P>0.05$);与模型组相比,长强组的悬吊时间升高,有显著性差异($P<0.05$),非穴组的悬吊时间上升,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 悬吊试验 ($\bar{x}\pm s, s$)

组别	干预前	干预后
假手术组	6.63 ± 2.62	14.88 ± 3.09 ^a
模型组	2.75 ± 0.89 [△]	4.63 ± 0.92 [*]
长强组	3.13 ± 1.13 [△]	12.63 ± 5.18 ^{#a}
非穴组	3.00 ± 1.07 [△]	4.88 ± 0.99 ^{#b}

注:干预前:与假手术组相比,[△] $P<0.05$ 。干预后:与假手术组相比,^{*} $P<0.05$,[#] $P>0.05$;与模型组相比,^a $P<0.05$,^b $P>0.05$

2.2 倾斜板试验 干预前:与假手术组相比,模型组、长强组及非穴组的转头时间均上升,有显著性差异($P<0.05$)。干预后:与假手术组相比,模型组、非穴组及长强组的转头时间上升,有显著性差异($P<0.05$);与模型组相比,长强组的转头时间下降,有显著性差异($P<0.05$),非穴组的悬吊时间上升,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

表2 倾斜板试验 ($\bar{x}\pm s, s$)

组别	干预前	干预后
假手术组	8.00 ± 2.27	5.25 ± 1.09
模型组	18.00 ± 4.63 [△]	15.13 ± 3.00 [#]
长强组	18.50 ± 5.43 [△]	11.5 ± 2.45 ^{#a}
非穴组	17.75 ± 3.01 [△]	15.25 ± 3.92 ^{#b}

注:干预前:与假手术组相比,[△] $P<0.05$ 。干预后:与假手术组相比,[#] $P>0.05$;与模型组相比,^a $P<0.05$,^b $P>0.05$

3 讨论

随着现代医疗的先进性,HIBD的死亡率较前明显下降,然其后遗症的出现率却逐渐上升。HIBD是一个复杂的损伤过程,其包括了炎症级联反应、能量代谢障碍及兴奋性氨基酸的释放等,常表现为智力和运动发育受损、皮质盲、神经性听力损失、智力残疾、脑性麻痹、癫痫和脑瘫等^[9-10]。尽管大部分HIBD患者皆经临床治疗,但仍有约40%重度HIBD患儿在18~24月龄时出现神经性残疾^[12-13]。因而如何有效治疗HIBD患者成为社会热点话题。

中医学认为缺血缺氧脑损伤的病因在于父母精气血亏虚引起胎儿先天之气欠缺,进而导致胎气不足。而脑髓损伤等后天的失宜,更进一步促使本证发生及发展。《古今医统·五软五硬》云:“日月不足而生者,或服坠胎之剂不去,而竟成胎者,耗伤真气”,表明HIBD的病机为脾胃亏损、气血亏虚及肝肾不足。中医学疗法中,以针灸最具代表,其可疏通机体经气,调整机体气血,进而增加组织器官血供,促使脑组织功能的代偿和恢复。在长期的临床过程中,我们发现针刺“长强”穴可改善发育迟滞患儿的临床症状疗效显著^[4]。《难经》云:“督脉者,起于下极之俞……入属于脑。”长强穴即“下极之俞”,提示古人认为长强是督脉起始穴,且督脉同脑密切相关;脏腑精微多通过督脉上行于脑^[4],若督脉亏虚,则气血、津液未能上行入脑,造成脑髓的空虚^[5]。然而由于其基础研究尚不完善,临床推广欠佳。

HIBD是一种脑功能障碍的神经系统疾病^[16]。行为学的检测,是神经病学疾病诊断及科学研究的重要组成。运用行为学指标对神经功能的损伤进行测评,以反映神经系统损伤的程度、部位及治疗效果。越来越多学者通过研究动物模型的行为学表现,为HIBD新生儿的治疗提供一定的理论依据。如,马惠芳、吴至凤等^[17-18]研究表明,HIBD大鼠予针刺后神经症状有显著改善。众所周知,悬吊试验和斜坡试验是检测动物运动协调能力较灵敏的行为学指标^[19];Pazaiti等^[20]学者的研究结果表明,HIBD可引起大鼠模型肌张力的异常及平衡协调能力改变,表现为抓握悬吊棒时间及倾斜板转头时间异常。因而,本研究建立缺血缺氧脑损伤动物模型,通过“长强”穴的干预观察其悬吊及倾斜板试验的改变,进而分析“长强”穴对缺血缺氧大鼠行为学的改善作用。

干预前,本实验中悬吊及倾斜板试验结果显示:与假手术组相比,模型组、长强组及非穴组的时间有显著性差异($P<0.05$),提示缺血缺氧脑损伤大鼠存在平衡协调和肌张力异常等神经运动功能改变,这可能与缺氧缺血的易损部位大脑皮层和海马的损伤存在联系。上述结果与Pazaiti等^[19]学者研究结果一致。干预后,本实验中悬吊试验结果显示:与假手术组相比,模型组及非穴组的悬吊时间下降,有显著性差异($P<0.05$),长强组的悬吊时间下降,差异无统计学意义($P>0.05$);与模型组相比,长强组的悬吊时间升高,有显著性差异($P<0.05$),非穴组的悬吊时间上升,差异无统计学意义($P>0.05$),提示电针“长强”穴可改

善缺血缺氧脑损伤大鼠的肌张力,促使其趋于正常,而非经非穴刺激几乎无疗效,进一步验证了经穴“长强”的疗效性。另本实验倾斜板试验结果显示:与假手术组相比,模型组、非穴组及长强组的转头时间上升,有显著性差异($P<0.05$);提示与模型组相比,长强组的转头时间下降,有显著性差异($P<0.05$),非穴组的转头时间上升,差异无统计学意义($P>0.05$),亦提示了电针“长强”穴可改善缺血缺氧脑损伤大鼠的平衡协调能力,但在观察期内其疗效无悬吊显著,而非经非穴刺激几乎无疗效,进一步验证了经穴“长强”的疗效。综上我们推断,电针“长强”穴可改善缺血缺氧大鼠的行为学能力,为缺血缺氧疾病的有效治疗方式之一。

参考文献

- [1]Rogers EE, Bonifacio SL, Glass HC, et al. Erythropoietin and hypothermia for hypoxic-ischemic encephalopathy[J]. *Pediatr Neurol*, 2014, 51(5):657-662.
- [2]刘欣,王玉平.新生儿缺氧缺血性脑病的临床护理经验[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2010, 8(19):160-160.
- [3]Kurinczuk JJ, White-Koning M, Badawi N. Epidemiology of neonatal encephalopathy and hypoxic-ischaemic encephalopathy[J]. *Early Hum Dev.*, 2010, 86(6):329-338.
- [4]Douglas-Escobar M, Weiss MD. Hypoxic-ischemic encephalopathy: a review for the clinician[J]. *JAMA Pediatr*, 2015, 169(4):397-403.
- [5]吴强,韩平,王振宇,等.针刺长强穴治疗发育迟滞患儿57例多中心临床研究报告[J]. *中华中医药杂志*, 2011, 26(11):2668-2671.
- [6]Vannucci RC, Brierley JB. The influence of immaturity on hypoxic-ischemic brain damage in the rat[J]. *Ann Neurol*, 1981, 9(2):131-141.
- [7]Nakajima W1, Ishida A, Lange MS, et al. Apoptosis has a prolonged role in the neurodegeneration after hypoxic ischemia in the newborn rat[J]. *J Neurosci*, 2000, 20(21):7994-8004.
- [8]李忠仁.实验针灸[M].北京:中国中医药出版社,2003:326.
- [9]Wu Q, Chen W, Sinha B, et al. Neuroprotective agents for neonatal hypoxic-ischemic brain injury[J]. *Drug Discov Today*, 2015, 20(11):1372-1381.
- [10]郝珉,李好兰,宋文,等.亚低温治疗对新生儿缺氧缺血性脑病血清MMP-9水平的影响[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2012, 10(23):52-53.
- [11]颜鹏飞,付钦啸.参附注射液联合神经节苷脂治疗新生儿缺氧缺血性脑病48例疗效观察[J]. *山西中医学院学报*, 2011, 12(6):43-44.
- [12]Shankaran S, Laptook AR, Ehrenkranz RA, et al. Whole-body hypothermia for neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy[J]. *N Engl J Med*, 2005, 353(15):1574-1584.
- [13]Tian F, Wang K, Hu J, et al. Continuous spinal anesthesia with sufentanil in labor analgesia can induce maternal febrile responses in puerperas[J]. *Int J Clin Exp Med*, 2013, 6(5):334-341.
- [14]周丽,张允岭,孟繁兴.针灸治疗血管性轻度认知障碍研究思路[J]. *山东中医药大学学报*, 2012, 36(1):29-30.
- [15]李国菁,王行宽.浅述中医对脑的认识[J]. *中华现代中医学杂志*, 2009, 5(2):68-72.
- [16]Kurinczuk JJ, White-Koning M, Badawi N. Epidemiology of neonatal encephalopathy and hypoxic-ischaemic encephalopathy[J]. *Early Hum Dev*, 2010, 86(6):329-338.
- [17]马惠芳,任秀君,图娅,等.针刺对高脂血症合并缺血性大鼠海马区蛋白表达及神经行为学的影响[J]. *针刺研究*, 2008, 33(6):382-386.
- [18]吴至凤,赵聪敏,袁青,等.针刺对宫内缺血性脑损伤大鼠行为学及脑组织病理形态的影响[J]. *重庆医学*, 2009, 38(22):2795-2797.
- [19]王斯达.新生儿缺氧缺血性脑病大鼠模型实验基础及临床研究[D].南宁:广西医科大学,2017.
- [20]Pazaiti A, Soubasi V, Spandou E, et al. Evaluation of long-lasting sensorimotor consequences following neonatal hypoxic-ischemic brain injury in rats: the neuroprotective role of MgSO₄[J]. *Neonatology*, 2009, 95(1):33-40.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈 铭 收稿日期:2018-01-10)

少腹逐瘀汤对子宫内位异位症 模型大鼠异位内膜 HIF-1 α 表达的影响^{*}

曹颖 白素芬 杜晨光 谢伟 刘慧娟

(华北理工大学中医学院, 河北 唐山 063210)

摘要:目的 观察少腹逐瘀汤对子宫内位异位症模型大鼠异位病灶中缺氧诱导因子-1 α (HIF-1 α) 表达的影响, 探讨少腹逐瘀汤治疗内异症的机制。方法 48只动情周期正常的SD雌性大鼠采用自体移植法建立EMT大鼠模型, 造模成功的38只大鼠随机分为模型组及治疗组, 治疗组给予少腹逐瘀汤灌胃, 给药4周。测量治疗前后子宫内位异位病灶体积, HE染色观察异位内膜组织形态, western blot法检测HIF-1 α 蛋白表达。结果 治疗前模型组与治疗组异位病灶体积差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 模型组异位病灶体积较治疗前增大 ($P<0.05$), 治疗组异位病灶体积较治疗前缩小 ($P<0.01$), 治疗组异位病灶体积小于模型组 ($P<0.01$)。治疗组异位病灶中HIF-1 α 蛋白表达明显低于模型组 ($P<0.05$)。结论 少腹逐瘀汤能够明显缩小内异症模型大鼠异位病灶体积, 可能与减少了HIF-1 α 的蛋白表达有关。

关键词: 少腹逐瘀汤; 子宫内位异位症; 缺氧诱导因子-1 α ; 血瘀证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.038

文章编号:1672-2779(2018)-07-0094-03

Effect of Shaofu Zhuyu Decoction on HIF-1 α Expression in Ectopic Endometrium of Rat Endometriosis Model

CAO Ying, BAI Sufen, DU Chenguang, XIE Wei, LIU Huijuan

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

Abstract: Objective To observe the effect of Shaofu Zhuyu decoction (SFZY) on the protein expression of HIF-1 α in ectopic endometrium of endometriosis rats, and to explore the mechanisms of SFZY for treating endometriosis (EMT). **Methods** 48 female SD rats with regular estrous cycles underwent surgical induction of endometriosis with autotransplantation. 38 rats with successful ectopic implants were divided into two groups: vehicle group and treatment group. SFZY was administered to rats in the treatment group by gastrogavage for 4 weeks. The volume of endometriotic lesions was measured, histopathological properties of the ectopic endometrium were evaluated, and expression of HIF-1 α in the ectopic endometrium was detected by western blot. **Results** There was no difference on volume of endometriotic lesions between vehicle and treatment group before treatment ($P>0.05$). After treatment, the volume of endometriotic lesions in vehicle group was higher compared with before treatment ($P<0.05$), conversely the volume of endometriotic lesions in treatment group was reduced than before treatment ($P<0.01$), the volume of endometriotic lesions in treatment group was significantly lower than that in vehicle group ($P>0.01$). The protein expression of HIF-1 α was significantly lower in treatment group compared to vehicle group ($P<0.05$). **Conclusion** SFZY could decrease the size of endometriotic lesions in EMT rats. Its mechanism might be associated with reducing the protein expression of HIF-1 α in ectopic endometrium.

Keywords: Shaofu Zhuyu decoction; endometriosis; HIF-1 α ; syndrome of blood stasis

子宫内位异位症 (endometriosis, EMT) 是一种子宫内位腺体和间质种植于子宫腔以外的雌激素依赖性疾病。在育龄期女性中的发病率为10%, 在不孕女性中的发病率高达30%~45%^[1]。主要表现为痛经、盆腔痛及不孕, 严重困扰着处于黄金时期的部分女性。根据被绝大多数学者所接受的异位种植学说, EMT源于脱落的内膜随经血逆流进入腹腔, 经“黏附-侵袭-血管形成”三步曲种植于腹腔或其他脏器表面^[2]。经期螺旋小动脉收缩, 子宫内位处于缺氧状态^[3], 内膜碎片进入腹腔后, 在血管生成前, 内膜缺氧将持续存在。而适度的缺氧恰恰能够减少内膜细胞凋亡, 从而有利于内位异位种植^[4]。缺氧和缺氧诱导因子-1 α (Hypoxia inducible factor-1 α , HIF-1 α) 已成为内异症的研究热点。在内

异位病理标本中, HIF-1 α 表达明显增加^[5-6]。研究表明, 在缺氧环境中HIF-1 α 的稳定表达, 提高了异位内位间质细胞的侵袭能力^[7], 促进了细胞中血管生成相关基因的转录^[8]。而侵袭及血管生成是异位内位种植生长的必要条件, 由此说明HIF-1 α 在EMT的发生发展中起着重要作用。

目前, 中医药疗法被广泛应用于内异症的治疗。中医学认为, 内异症属中医“血瘀证”范畴, 寒凝血瘀是内异症最常见的证型之一^[9]。以活血化瘀、温经止痛立法的经典名方少腹逐瘀汤是治疗寒凝血瘀型内异症的常用方剂。为进一步明确少腹逐瘀汤对子宫内位异位症的治疗作用及其疗效机制是否与改善了异位病灶的缺氧状态有关, 本研究通过建立自体移植子宫内位异位症大鼠模型, 观察少腹逐瘀汤治疗对异位病灶体积及HIF- α 表达的影响, 为其临床应用提供更多的实验室研究证据。

^{*} 基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目[No.2015165]; 华北理工大学博士科研启动项目[No.35755599]

1 材料与方法

1.1 实验材料

1.1.1 实验动物 SPF级SD大鼠50只,雌性,体质量(200±20)g,购自军事医学科学院实验动物中心,动物合格证号:SCXK-(军)2014-0001。

1.1.2 实验药物及试剂 少腹逐瘀汤:根据王清任《医林改错》原方所载的药味及配方比例,处方:当归9g,生蒲黄9g,五灵脂6g,赤芍6g,小茴香3g,醋延胡索3g,没药3g,川芎3g,肉桂3g,炮姜0.6g。以上中药购于北京同仁堂唐山连锁药店有限公司。采用传统煎煮方法,除肉桂外其他药物加水300mL浸泡1h,煮沸后,文火煎煮60min;肉桂后下,煎煮20min;滤出药液,浓缩至1g/mL。兔单克隆HIF-1 α 抗体(ab463,美国abcam公司),小鼠单抗GAPDH抗体(sc32233,美国Santa cruz)。

1.2 动物造模及分组 50只大鼠适应性喂养10d,每日阴道涂片检查动情周期。选择连续有2个正常动情周期的大鼠,共计48只,于动情期造模^[9]。造模前24h予戊酸雌二醇0.2mg/只灌胃。2%戊巴比妥钠按40mg/kg腹腔注射麻醉大鼠。在无菌条件下,以尿道口上端约1cm处为切入点,沿腹中线切开1.5~2cm的纵形切口,进入腹腔。结扎右侧子宫,取子宫中段约1.5cm,纵形剪开宫腔,剪取5mm×5mm大小的子宫组织,生理盐水反复冲洗。将子宫内膜面贴向左侧腹膜血管丰富处,用5-0非吸收性缝合线缝合组织四角,逐层关腹。术后连续3d腹腔注射青霉素钠15万U/只。术后第10天起灌胃戊酸雌二醇0.02mg/只,连续5d。造模后第28天,陆续选取动情期大鼠剖腹检查确定造模是否成功。若移植的子宫内膜体积增大,呈透明的结节状或囊状,内有液体积聚,表面有结缔组织覆盖及血管形成,则认为造模成功。造模成功的大鼠共计38只,用随机数字表法分为模型组及治疗组,每组19只。治疗组给予少腹逐瘀汤灌胃,按人体正常给药量46.6g/d,根据大鼠体表面积换算为大鼠给药量,模型组灌胃等体积生理盐水。每周根据大鼠体重变化调整灌胃量,连续灌胃4周。药物干预期间,模型组有1只大鼠死于灌胃意外,治疗组有1只大鼠因咬伤死亡。

1.3 指标检测

1.3.1 异位病灶体积 于造模后第4周、给药后第4周行剖腹探查,用电子游标卡尺测量并记录异位病灶的长、宽、高,计算病灶体积 $V=0.52\times长\times宽\times高$ ^[10]。

1.3.2 大鼠异位内膜组织形态学观察 将异位内膜组织用10%甲醛溶液固定48h,经梯度脱水、透明、浸蜡、包埋、切片,常规HE染色,光学显微镜下观察异位内膜组织形态学变化。

1.3.3 Western blot法检测HIF-1 α 表达 异位病灶取材后提取蛋白,BCA法测定蛋白质浓度,每泳道上样蛋白50 μ g,电泳并转膜。将膜置于1:200 HIF-1 α 一抗中,4 $^{\circ}$ C孵育过夜。二抗羊抗兔IgG 37 $^{\circ}$ C孵育2h,显色1min,

Image J软件测定条带光密度值。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0进行统计学分析。实验数据以均值±标准差进行描述;符合正态分布的两组数据比较,采用独立样本t检验或配对样本t检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

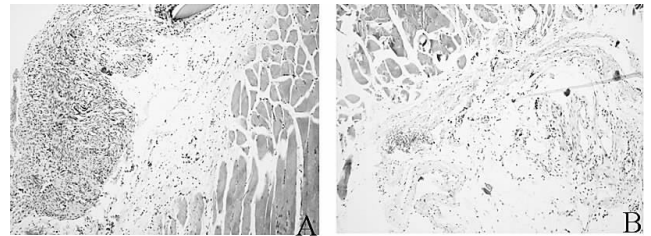
2 结果

2.1 少腹逐瘀汤对异位病灶体积及形态学的影响 治疗前,模型组与治疗组异位病灶体积差异无统计学意义($P>0.05$)。经4周药物干预后,模型组异位病灶体积较治疗前增大,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组异位病灶体积较治疗前缩小,差异有统计学意义($P<0.01$);治疗组异位病灶体积小于模型组,差异有统计学意义($P<0.01$),见表1。与模型组相比,治疗组异位内膜中腺体数量减少,腺上皮细胞数量减少,间质细胞排列疏松,见图1。

表1 少腹逐瘀汤治疗前后异位病灶体积变化 ($\bar{x}\pm s, mm^3$)

组别	只数	治疗前	治疗后
模型组	18	32.31 ± 23.670	40.47 ± 19.600*
治疗组	18	33.57 ± 18.440	8.66 ± 11.304 ^{**}

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$,[△] $P<0.01$;治疗后与模型组相比,^{**} $P<0.01$



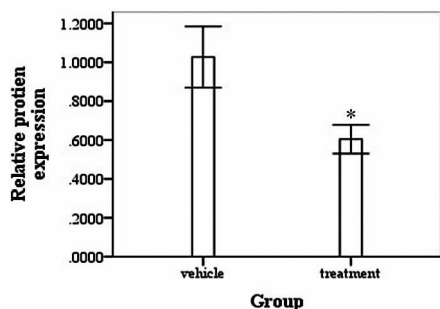
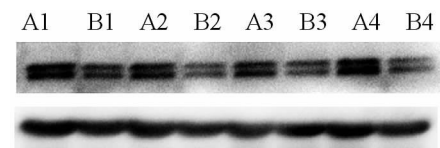
A: 模型组

B: 治疗组

图1 模型组与治疗组的异位内膜组织HE染色($\times 100$)

2.2 少腹逐瘀汤对异位子宫内膜组织中HIF-1 α 蛋白表达的影响

Western blot结果显示,治疗组HIF-1 α 表达下调,是模型组的58.8%,差异有统计学意义($P<0.01$),见图2。



A1, A2, A3, A4: 模型组, B1, B2, B3, B4: 治疗组

图2 模型组与治疗组异位子宫内膜组织中HIF-1 α 蛋白表达

3 讨论

经典的内异症病因学说认为经血逆流是内异症的起因。子宫内膜碎片随经血进入腹腔时,必然要经历缺血、缺氧的改变。为了适应低氧环境,细胞通过上调或下调几百种蛋白编码基因的表达创造出了精妙而复杂的适应机制^[12],如改变糖代谢,细胞凋亡、增殖、侵袭,血管生成等。缺氧诱导因子(HIFs)是细胞应对缺氧环境最关键的调节因子,HIF-1是HIFs中最具代表性的因子,几乎在各种细胞均有表达。由 α 、 β 两个亚基形成异二聚体结构,可以激活近百种靶基因转录,调控细胞在缺氧应激下的生物学行为。其中 β 亚基不受氧环境影响而稳定表达; α 亚基在常氧环境中被泛素蛋白酶体迅速降解,在低氧环境中才能稳定表达。因此HIF-1的活性主要依赖于 α 亚基。低氧条件下,稳定表达的HIF-1 α 发生核转位进入细胞核内,与HIF-1 β 形成二聚体,结合于靶基因启动子区的缺氧反应元件(Hypoxia response element, HRE),形成转录起始复合物,启动靶基因转录^[13-14]。有研究发现,异位病灶间质细胞中HIF-1 α 表达明显高于正常子宫内膜间质细胞^[15]。而异位子宫内膜细胞中HIF-1 α 的稳定表达,能够上调一系列促进血管生成的基因如血管生成因子(Vascular endothelial growth factor, VEGF)、瘦素,同时后者又能够促进间质细胞增殖^[15]。此外HIF-1 α 还能够上调环氧化酶-2(Cyclooxygenase -2, COX-2)的表达,COX-2是催化花生四烯酸转化为前列腺素的关键酶^[16]。因此,HIF-1 α 表达上调与内异症病灶的持续炎症状态密切相关。异位病灶局部微环境中前列腺素E₂的增多,又可以改变多种类固醇合成基因的表达,从而更有效地促进细胞中的胆固醇转化为雌二醇^[17]。由此可知,HIF-1 α 又可能参与了异位病灶局部雌激素的合成。综上所述,HIF-1 α 可能通过调控血管生成、雌激素代谢、炎症因子表达等多种途径参与了内异症发生发展的过程,是治疗内异症的潜在靶标。

我们的研究表明,少腹逐瘀汤能够减少异位病灶局部HIF-1 α 的蛋白表达,这可能是其治疗内异症的作用机制之一。然而少腹逐瘀汤下调HIF-1 α 表达的具体机制尚不清楚,可能与活血化瘀药物改善了病灶局部微循环状态有关。从形态上看,异位病灶血管呈现密集的网状分支特征,与肿瘤血管的分布特征类似,这样的血管分布不利于血流灌注。在病灶发展过程中,缺氧状态无法彻底改善。病灶局部VEGF、血管性血友病因子(von Willebrand factor, vWF)的高表达同时也提示局部微血管的渗透性增加^[18],从血管渗出的炎

细胞局部浸润,将进一步促进细胞增殖加重氧耗。如此看来血管生成似乎并不能够完全解决组织缺氧的问题,反而形成了“血管生成-炎细胞浸润-细胞增殖-耗氧量增加”的恶性循环。这与中医理论对于EMT属“血瘀证”的病机认识不谋而合。少腹逐瘀汤是否通过改善病灶局部微循环,改变了病灶的缺氧环境,从而减少了HIF-1 α 的表达,将是我们进一步研究的重要方向。

参考文献

- [1]Harlev A, Gupta S, Agarwal A.Targeting oxidative stress to treat endometriosis[J]. Expert Opin Ther Targets, 2015, 19(11):1447-1464.
- [2]郎景和.关于子宫内膜异位症的再认识及其意义[J].中国工程科学,2009,11(10):137-142.
- [3]Cousins FL, Murray AA, Scanlon JP, et al. Hypoxyprobe™ reveals dynamic spatial and temporal changes in hypoxia in a mouse model of endometrial breakdown and repair[J]. BMC Res Notes, 2016, 9(1):30.
- [4]任琼珍.子宫内膜缺血在腹腔子宫内膜异位病灶形成中作用及分子机制研究[D].苏州:苏州大学,2014.
- [5]Filippi I, Carrarelli P, Luisi S, et al. Different Expression of Hypoxic and Angiogenic Factors in Human Endometriotic Lesions[J]. Reprod Sci, 2016,23(4):492-497.
- [6]任旭,何援利,潘石蕾,等.缺氧诱导因子-1 α 在子宫内膜异位症的表达及意义[J].南方医科大学学报,2007,27(4):538-540.
- [7]Xiong W, Zhang L, Xiong Y, et al. Hypoxia Promotes Invasion of Endometrial Stromal Cells via Hypoxia-Inducible Factor 1 α Upregulation-Mediated β -Catenin Activation in Endometriosis[J]. Reprod Sci, 2016,23(4):531-541.
- [8]Lin SC, Wang CC, Wu MH, et al. Hypoxia-induced microRNA-20a expression increases ERK phosphorylation and angiogenic gene expression in endometriotic stromal cells[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2012, 97(8):E1515-1523.
- [9]张旭宾,邓高丕,欧阳惠卿.子宫内膜异位症的中医病因病机及证治特色探析[J].新中医,2003,35(8):5-8.
- [10]楚博,江涛,唐春萍,等.正交试验优化大鼠子宫内膜异位症模型[J].中国药理学通报,2009,25(7):973-975.
- [11]Yilmaz B, Ozat M, Kilic S, et al. Atorvastatin causes regression of endometriotic implants in a rat model[J]. Reprod Biomed Online, 2010 20(2):291-299.
- [12]Semenza GL.Oxygen homeostasis[J].Wiley Interdiscip Rev Syst Biol Med, 2010, 2(3):336-361.
- [13]Shih JW, Kung HJ. Long non-coding RNA and tumor hypoxia: new players ushered toward an old arena[J]. Biomed Sci, 2017,24(1):53.
- [14]Xiong A, Liu Y. Targeting Hypoxia Inducible Factors-1 α As a Novel Therapy in Fibrosis[J].Front Pharmacol, 2017,8:326.
- [15]Wu MH, Chen KF, Lin SC, et al. Aberrant expression of leptin in human endometriotic stromal cells is induced by elevated levels of hypoxia inducible factor-1 α [J].Am J Pathol, 2007,170(2):590-598.
- [16]Kim KH, Kim HY, Kim HH, et al. Hypoxia induces expression of COX-2 through the homeodomain transcription factor CDX1 and orphan nuclear receptor SHP in human endometrial cells[J].Mol Hum Reprod, 2011,17(11):710-719.
- [17]Bulun SE, Lin Z, Imir G, et al. Regulation of aromatase expression in estrogen-responsive breast and uterine disease: from bench to treatment[J]. Pharmacol Rev, 2005, 57(3):359-383.
- [18]Lu Z, Zhang W, Jiang S, et al. Effect of lesion location on endometriotic adhesion and angiogenesis in SCID mice[J]. Arch Gynecol Obstet, 2014,289(4):823-830.

(本文编辑:李海燕 本文校对:徐丁洁 收稿日期:2018-03-06)

家蚕醇提物对 MIN6 细胞增殖及凋亡的影响[※]

赵淑飞^{1,2} 许光辉^{2*} 黄亦琦^{2*} 戚欢阳² 马雪云^{1,2} 潘东明^{1,2}

(1 福建中医药大学药学院, 福建 福州 350122;

2 厦门市医药研究所厦门市天然药物研究与开发重点实验室, 福建 厦门 361003)

摘要:目的 研究不同浓度的家蚕醇提物 (Silkworm alcohol Extract, SA) 对胰岛MIN6细胞的增殖活性、细胞凋亡的影响。方法 用不同浓度的SA (0、0.25、0.5、1 mg/mL) 干预MIN6细胞12 h, 采用CCK-8法检测对正常MIN6细胞的增殖活性, 不同浓度H₂O₂诱导MIN6细胞的存活率; 流式细胞术结合PI荧光染色检测细胞凋亡。结果 与对照组 (0 mg/mL) 比较, 0.5 mg/mL 和1 mg/mL SA组MIN6细胞增殖活性升高 ($P < 0.05$); 440 μ mol/L H₂O₂诱导细胞损伤12 h, 细胞存活率为60%, 为最佳造模浓度; 0.5 mg/mL 和1 mg/mL SA组对H₂O₂诱导MIN6细胞存活率增高 ($P < 0.05$); 0.5 mg/mL和1 mg/mL SA组MIN6细胞凋亡率有下降趋势 ($P < 0.05$)。结论 不同浓度SA对正常 MIN6 细胞增殖活性升高、对H₂O₂损伤MIN6细胞存活率升高, 细胞凋亡率下降。

关键词: 家蚕醇提物; MIN6细胞; 增殖; 凋亡

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.039

文章编号:1672-2779(2018)-07-0097-03

Effects of Silkworm Alcohol Extract on Cells Proliferation and Apoptosis in MIN6 Cells

ZHAO Shufei^{1,2}, XU Guanghui^{2*}, HUANG Yiqi^{2*}, QI Huanyang², MA Xueyun^{1,2}, PAN Dongming^{1,2}

(1. School of Pharmacy, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350122, China

2. Xiamen Institute of Medicine, Xiamen Key Laboratory of Natural Drug Research and Development, Fujian Province, Xiamen 361003, China)

Abstract: Objective To study the effects of silkworm alcohol Extract (SA) from different concentrations on proliferation and apoptosis of MIN6 cells. **Methods** With different concentrations of SA (0, 0.25, 0.5, 1 mg/mL) intervention MIN6 cells 12 h, detected by CCK-8 on the proliferation activity of MIN6 cells, the survival rate of MIN6 cells induced by different concentrations of H₂O₂. Flow cytometry combined with PI fluorescence staining was used to detect apoptosis. **Results** Comparing with the control group (0 mg/mL), increased 0.5 mg/mL and 1 mg/mL SA group MIN6 cell proliferation activity ($P < 0.05$). Cell injury induced by H₂O₂ 12 h, the cell survival rate was 60%, 440 μ mol/L H₂O₂ is the best model of concentration, 0.5 mg/mL and 1 mg/mL SA group on H₂O₂ induced MIN6 cell survival rate increased ($P < 0.05$). 0.5 mg/mL and 1mg/mL in group SA, the apoptosis rate of MIN6 cells decreased ($P < 0.05$). **Conclusion** Different concentrations of SA on the proliferation of MIN6 cells increased the activity of H₂O₂ injury, the survival rate of MIN6 cells increased, and the apoptosis rate decreased.

Keywords: silkworm alcohol extract; MIN6 cells; proliferation; apoptosis

糖尿病的发病率呈逐年上升趋势, 当前全球范围内糖尿病患者已高达3.87亿, 预计这一数字到2030年会超过5亿。现在我国的糖尿病绝对患病人数居世界首位, 糖尿病已经成为继肿瘤、心脑血管病之后对人类健康构成严重危害的第三大疾病, 阐明糖尿病发病机制、开发安全有效的治疗药物刻不容缓。研究表明^[1-2]2型糖尿病患者胰岛 β 细胞凋亡增高, 胰岛素分泌功能下降。因此, 保护胰岛 β 细胞分泌功能, 减缓细胞凋亡, 是抗糖尿病的关键, 也是寻找抗糖尿病有效药物的基础。

家蚕治疗消渴病历史悠久, 在传统中药的记载中关于家蚕治疗消渴病的介绍, 如《齐民要术》《天工开物》《神农本草》《中国药物》等对家蚕的药用价值均有记载, 主要用于治疗小儿疳热、消瘦、消渴。现代药理研究发现^[4-6]全蚕粉抑制血糖值的主要有效成分是1-脱氧野尻霉素和黄酮类化合物。全蚕粉^[7]中含有三碘甲腺原氨酸 (T3), 蚕沙中果胶, 以及全蚕粉中的蛋白质多肽、甾族激素、蚕素、蜕皮激素等物质^[5,8], 可

能具有不同程度调节血糖的作用。本实验中用家蚕醇提物 (Silkworm alcohol Extract, SA) 作用于胰岛 β 细胞, 旨在研究其对胰岛 β 细胞增殖、凋亡的影响。

1 材料

1.1 药品与试剂 DMEM培养基 (Hyclone公司); 胎牛血清 (Bi公司); CCK-8试剂盒 (Keygentech公司); PI 荧光染色试剂盒 (Keygentech公司)。

1.2 细胞株 小鼠胰岛 β 细胞瘤MIN6细胞, 采用DMEM高糖培养基, 临用前加青链霉素混合液、10%FBS。在37 $^{\circ}$ C, 5%CO₂条件下培养。

2 方法

2.1 SA的制备 采集5龄3天家蚕, 冻干粉碎, 70%乙醇提取, 得到乙醇部位, 与培养基配制成0.66 g/mL的混悬液, 0.22 μ m水系滤膜过滤, 备用。

2.2 CCK-8法检测SA对正常细胞增殖活性 取对数生长期的MIN6细胞, 调整浓度为 4×10^4 , 接种至96孔板中, 加入细胞培养液以100 μ L/孔。培养24 h细胞贴壁汇合, 弃培养基, 用细胞培养基稀释SA, 以每孔100 μ L的量加入细胞, 终浓度设为0.25 mg/mL、0.5 mg/mL、1 mg/mL, 每孔至少设3个重复孔, 同时以不含SA的细胞作为空白对照组, 培养12 h, 每孔10 μ L的CCK-8溶液, 37 $^{\circ}$ C培养箱

※ 基金项目:福建省科技引导项目[No.2017D021];福建省卫生计生中青年骨干人才项目[No.2013-ZQN-JC-36];福建省厦门市科技惠民项目[No.3502Z20174057]

* 通讯作者:huangyq502@sina.com; xghcxm@163.com

孵育4 h, 酶标仪检测OD值, 波长为450 nm。实验重复3次。

2.3 H₂O₂诱导MIN6细胞损伤模型 实验方法同2.2, MIN6细胞培养24 h贴壁后, H₂O₂终浓度设为0、220、440、660、880 μmol/L, 至少设3个重复孔, 培养12 h, 按CCK-8试剂盒操作方法测OD值, 计算细胞存活率。实验重复3次。

2.4 CCK-8法检测SA对H₂O₂损伤细胞的作用 实验方法同2.2, MIN6细胞加家蚕醇提物预培养12 h, 设5个分组: 空白组、模型组、440 μmol/L H₂O₂+0.25 mg/mL SA组、440 μmol/L H₂O₂+0.5 mg/mL SA组、440 μmol/L H₂O₂+1 mg/mL SA组。至少设3个重复孔, 培养12 h, 按CCK-8试剂盒操作方法测OD值。实验重复3次。

2.5 流式细胞仪检测细胞凋亡 取生长状态好的MIN6细胞, 按照常规传代方法制成单细胞悬液接种于10 cm²培养皿, 约1×10⁵/mL, 每瓶加DMEM完全培养液10 mL, 培养24 h细胞贴壁后, 弃原培养液, 磷酸盐缓冲液(PBS)洗2次, 培养基稀释成2.2所示的浓度, 培养细胞24 h, 同时设空白对照组; 细胞密度10⁶/mL, 用0.02%胰酶进行常规消化2 min, 含血清的培养液终止消化, 吹打均匀, 细胞悬液离心(5 min、800 rpm), 弃上清, 加7 mL PBS重悬细胞, 制成单细胞悬液, 离心; 弃上清, 加70%乙醇固定, 与4 °C冰箱过夜。弃去乙醇, 加PBS至1 mL, 离心; 加入PBS 300 μL重悬细胞沉淀, 加入RNaseA(终浓度20 ug/mL) 0.6 μL, 37 °C作用30 min; 向300 μL细胞悬液中, 加入PI(1 mg/mL) 10 μL, 置于4 °C冰箱, 避光染色30 min, 即可上机检测。

2.6 统计学方法 采用SPSS 20.0软件包进行统计学分析, 结果采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。对于各组之间的差异采用单因素方差分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 SA对正常MIN6细胞的作用 用CCK-8法检测SA对MIN6细胞增殖活性的影响, 结果如表1所示。不同浓度SA作用于MIN6细胞12 h, 与对照组相比, 0.5 mg/mL和1 mg/mL SA组MIN6细胞活性升高, 且呈浓度依赖性($P<0.05$)。

表1 不同浓度SA作用后胰岛MIN6细胞的增殖活性 ($\bar{x}\pm s$)

组别	OD值
空白组	1.011 ± 0.07
0.25 mg/mL	1.029 ± 0.103
0.5 mg/mL	1.24 ± 0.013 ^b
1 mg/mL	1.3 ± 0.0188 ^b

注: 与空白对照组比较, ^a $P<0.05$; ^b $P<0.01$

3.2 H₂O₂诱导MIN6细胞损伤模型 不同浓度H₂O₂诱导MIN6细胞损伤结果如表2所示。不同浓度H₂O₂作用于MIN6细胞12 h后, 对细胞造成不同程度的损伤。浓度为440 μmol/L H₂O₂培养细胞12 h后, 计算细胞存活率(给

药组/空白组×100%), 存活率为60% ($P<0.05$), 为最佳造模浓度。

表2 不同浓度H₂O₂诱导MIN6细胞损伤 ($\bar{x}\pm s$)

组别	细胞存活率(%)
0	100
220 μmol	84.33 ± 0.95
440 μmol	60.62 ± 4.67 ^a
660 μmol	43.4 ± 3.6
880 μmol	34.7 ± 1.89

注: 与对照组比较, ^a $P<0.05$

3.3 SA对H₂O₂损伤MIN6细胞的作用 SA对H₂O₂损伤MIN6细胞的作用, 结果如表3所示。不同浓度SA+440 μmol/L H₂O₂作用于MIN6细胞12 h后, 440 μmol/L H₂O₂+0.5 mg/mL SA组和440 μmol/L H₂O₂+1 mg/mL SA组与模型组相比对MIN6细胞有保护作用 ($P<0.05$)。0.25 mg/mL+H₂O₂SA组与模型组相比, 差异无统计学意义。

表3 不同浓度SA对H₂O₂损伤MIN6细胞的保护作用 ($\bar{x}\pm s$)

组别	OD值
空白组	1.03 ± 0.068
模型组	0.645 ± 0.039 ^a
0.25 mg/mL+H ₂ O ₂	0.628 ± 0.49
0.5 mg/mL+H ₂ O ₂	0.88 ± 0.042 ^c
1 mg/mL+H ₂ O ₂	0.93 ± 0.019 ^c

注: 与对照组比较, ^a $P<0.05$; 与模型组比较, ^c $P<0.05$

3.4 SA对MIN6细胞凋亡的影响 流式细胞仪检测细胞凋亡结果显示, 与对照组比较, 0.5 mg/mL和1 mg/mL SA组MIN6细胞凋亡率呈减少趋势 ($P<0.05$); 0.25 mg/mL SA组与正常组比较差异无统计学意义。结果见表4。

表4 不同浓度SA作用后胰岛MIN6细胞的凋亡率 ($\bar{x}\pm s$)

组别	细胞凋亡率
空白组	14.59 ± 1.67
0.25 mg/mL	15.11 ± 2.47
0.5 mg/mL	9.81 ± 0.97 ^a
1 mg/mL	7.37 ± 1.35 ^a

注: 与对照组比较, ^a $P<0.05$

4 讨论

胰岛β细胞在糖尿病的发生发展中起着十分重要的作用^[9], 胰岛β细胞功能损害是糖尿病的主要病理机制之一。尽管胰岛素抵抗是2型糖尿病发病的始动因素, 但β细胞功能受损是2型糖尿病的决定因素^[10]。本实验用不同浓度的SA(0、0.25、0.5、1 mg/mL)干预胰岛MIN6细胞12 h, 发现与对照组比较, 0.5 mg/mL和1 mg/mL SA组MIN6细胞增殖活性增高 ($P<0.05$), 细胞凋亡率减低 ($P<0.05$), 且呈剂量依赖性; 440 μmol/L H₂O₂诱导MIN6细胞损伤12 h, 细胞存活率为60%, 为最佳造模浓度。0.5 mg/mL和1 mg/mL SA对H₂O₂诱导MIN6细胞损伤有保护作用。

本实验结果提示适宜剂量的SA可以通过促进胰岛β

细胞增殖,抑制其凋亡,进而改善胰岛 β 细胞功能,对糖尿病的防治有积极作用;此实验探讨了SA对胰岛 β 细胞的影响,其机制正在进一步研究中,考虑与AKT及其下游信号传导通路有关。因此,进一步探讨SA的作用机制及临床疗效,对中西医结合治疗糖尿病有着重要意义。

参考文献

- [1]RHODES CJ.Type 2 diabetes-a matter of beta-cell life and death[J].Science, 2005,307(5708):380-384.
- [2]ROBERTSON RP,HARMON J,TRAN PO, et al.Glucose toxicity in beta-cells: type 2 diabetes, good radicals gone bad, and the glutathione connection[J].Diabetes, 2003,52(3):581-587.
- [3]施新琴,肖辉,孙波,等.不同全蚕粉1-脱氧野尻霉素含量及其对小鼠血糖的影响[J].蚕业科学,2009,35(1):111-115.

- [4]俞灵莺,李向容.植物黄酮类抗糖尿病及其并发症的研究进展[J].国外医学·卫生学分册,2000,27(6):331-335.
- [5]赵艳丽,黄亦琦.家蚕抗糖尿病有效成分及其药理研究进展[J].中医药通报,2009,8(2):63-66.
- [6]宋军娜,刘保林.黄酮类化合物改善胰岛素抵抗的研究进展[J].药学与临床研究,2009,17(4):315-318.
- [7]桂仲争,陈杰,陈伟华,等.全蚕粉(SP)降血糖的作用效果及其机理的研究[J].蚕业科学,2001,27(2):114-118.
- [8]李明忠.蚕粉——一种保健食品[J].国外丝绸,2000(5):29-31.
- [9]Weir GC,Laybutt DR, Kaneto H, et al. Beta-cell adaptation and decompensation during the progression of diabetes[J]. Diabetes, 2001, 50(Suppl1):S154-S159.
- [10]Clark A, Jones LC, de Koning E, et al. Decreased insulin secretion in type 2 diabetes: a problem of cellular mass or function [J]. Diabetes, 2001, 50 (Suppl 1):S169-S171.

(本文编辑:李海燕 本文校对:罗友华 收稿日期:2017-11-10)

响应面法优化竹叶黄酮的提取工艺

曹婧 侯春久 黄志飘

(江西中医药高等专科学校药理学系,江西 抚州 344000)

摘要:探讨用醇提法提取竹叶中总黄酮类化合物。以竹叶为研究对象,以乙醇为溶剂,采用分光光度法对竹叶中的总黄酮类化合物的含量进行测定。通过单因素实验研究固液比、提取温度、提取时间、乙醇浓度对总黄酮提取率的影响,在单因素实验的基础上,采用响应面分析法研究乙醇浸提的最佳工艺条件。结果表明,浸提最佳条件为:固液比为1:20,乙醇浓度80%、提取时间4 h、提取温度70℃;在此工艺条件下,竹叶总黄酮的提取率为0.6578%,与预测值基本一致,因此此模型可靠。

关键词:竹叶;总黄酮;提取;响应面法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.040

文章编号:1672-2779(2018)-07-0099-03

Optimization of the Extraction Technology for Total Flavonoids from Bamboo Leaf with Response Surface Method

CAO Jing, HOU Chunjiu, HUANG Zhipiao

(Department of Pharmacy, Jiangxi College of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Fuzhou 344000, China)

Abstract: The extraction of total flavonoids from Bamboo leaves by alcohol extraction was carried out. The content of total flavonoids in bamboo leaves is detected by visible spectrophotometric method. The effects of ratio of sample with ethanol solution, extraction temperature, extraction time, ethanol concentration on the extraction yield of flavonoids are studied through the single factor test. On the basis of single factor test, the optimum technology conditions of extracting the total flavonoids are optimized by using the response surface method. The result showed that the optimal extraction conditions were as follows 80% alcohol as solvent, extraction time 4h, extraction temperature 70℃ and solid-to-liquid ratio 1:20. Under the optimal conditions, the yield of total flavonoids from Bamboo leaves is up to 0.6578%. The model is consistent with the predicted values, so this model is reliable.

Keywords: bamboo leaf; total flavonoids; extraction; response surface method

竹叶为禾本科植物竹叶 (*Lophatherum gracile* Brongn.) 的干燥茎叶,性寒,味甘、淡,归心、胃、小肠经,有清热除烦、利尿的功效,用于热病烦渴,小便赤涩淋痛,口舌生疮等症^[1-3]。竹叶主要含有黄酮、三萜类、多糖、酚性成分、氨基酸、有机酸及多种微量元素,其中黄酮为主要有效成分^[4]。本实验以竹叶总黄酮为对象,采用乙醇水浴浸提的方式,通过响应面分析法对工艺进行优化,对拟合数学模型进行描述,为竹叶总黄酮的进一步开发和利用提供科学依据^[5-6]。

1 实验器材

1.1 主要仪器 JY/JP电子天平(上海上天精密仪器有限公司);722型紫外/可见分光光度计(上海光谱仪器有限公司);实验室小型粉碎机,干燥箱(金坛市富华电

器有限公司);旋转蒸发仪(予华仪器有限公司);恒温水浴锅(江苏正基仪器有限公司)。

1.2 原材料 新鲜竹叶(采自江苏宜兴基地,经烘箱60℃干燥后粉碎未过筛)。

1.3 主要试剂 芦丁标准品(北京谱析科技有限公司);硝酸铝;乙醇等试剂为国产分析纯,实验室用水为一次蒸馏水。

2 方法

2.1 干燥粉碎 将竹叶洗净,蒸馏水浸泡24 h,烘箱烘至恒重。将干燥竹叶剪碎后,研磨,不过筛,备用。

2.2 绘制标准曲线 以芦丁标准品为对照,精密称取0.01 g芦丁对照品,用75%乙醇溶解,定容在100 mL的容量瓶中,配制成0.1 mg/mL的母液,再分别精密量取2 mL、

4 mL、8 mL、12 mL、16 mL、20 mL于100 mL容量瓶中，加2 mL的10%硝酸铝，充分振荡5 min，再加75%乙醇补充至刻度，并以75%乙醇为参比液，于510 nm处测定吸光度，绘制芦丁标准曲线。

2.3 竹叶黄酮的提取及测定方法 称取规定量的竹叶样品，加入规定体积和浓度的乙醇，在规定温度下加热回流提取规定的时间，过滤，收集滤液，滤渣用少量同浓度的乙醇洗涤3次，合并上述滤液，然后在旋转蒸发仪上蒸干，加75%乙醇溶解并转移至50 mL的容量瓶中定容，充分摇匀备用。分别从各组单因素实验得到的样品溶液中移取1 mL，加2 mL的10%硝酸铝，再加75%乙醇补充至25 mL，并以75%乙醇为参比液，于510 nm处测定吸光度。

3 结果与分析

3.1 标准曲线 根据不同芦丁浓度对应的吸光度，计算得到曲线方程为： $A=17.36C-0.0059$ ，相关系数 R^2 为0.9998。

3.2 单因素试验结果

3.2.1 料液比对提取率的影响 按照实验方法2.3项，称取3 g左右的竹叶粉末（未过筛），在60℃下用80%的乙醇水浴浸提4 h，改变料液比。实验结果见图1。随着固液比的增加，总黄酮提取率呈现由低到高，并趋于稳定的趋势。一方面溶剂的增加可以增大物料与溶剂的接触面，有利于扩散速度的提高^[7]；另一方面，当固液比达到1:20时，黄酮溶出已趋于稳定，所以继续增大固液比，提取率变化不大。因此固液比选择1:20为宜。

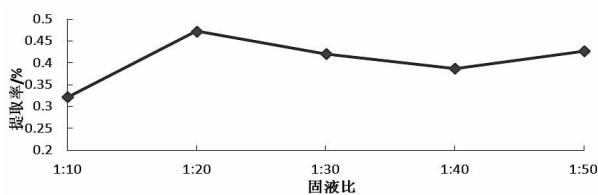


图1 固液比对提取率的影响

3.2.2 提取时间对提取率的影响 按照实验方法2.3项，称取3 g左右的竹叶粉末（未过筛），固定料液比1:20，在60℃下用80%的乙醇水浴浸提，改变浸提时间。实验结果见图2。竹叶黄酮的提取率先逐渐增大，当提取时间为4 h时达到最高，然后再延长提取时间提取率又开始下降，这说明浸提时间过短，黄酮类物质还未充分溶出，而时间过长，一些热敏性组分被破坏或部分溶剂挥发导致乙醇浓度降低而使黄酮类化合物提取率降低^[7]。

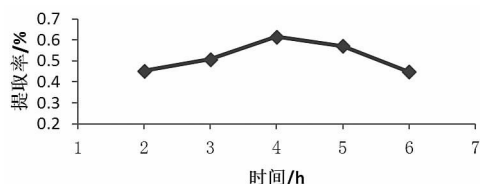


图2 提取时间对提取率的影响

3.2.3 提取温度对提取率的影响 按照实验方法2.3项，称取3 g左右的竹叶粉末（未过筛），固定料液比1:20，在不同温度下用80%的乙醇水浴浸提4 h，实验结果见图3。随着温度的升高，提取率随之增加，并呈缓缓上升趋势，当温度达到70℃时提取率最大，温度超过70℃后提取率略有下降，这是由于随着温度的升高，黄酮类物质的扩散速率加快，溶解度也增大，提取率提高，但温度过高，会造成黄酮类物质容易被破坏而使提取率下降，并且也会使后续操作更为困难。因此提取时温度选择70℃为宜。

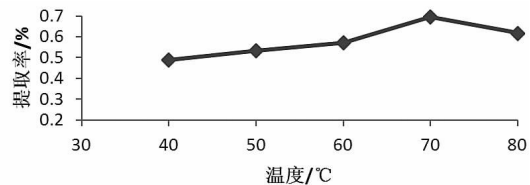


图3 提取温度对提取率的影响

3.2.4 乙醇浓度对提取率的影响 按照实验方法2.3项，称取3 g左右的竹叶粉末（未过筛），固定料液比1:20，在60℃下用乙醇水浴浸提4 h，改变乙醇溶液的浓度，实验结果见图4。随着乙醇浓度的升高，提取率先变化不明显，然后在70%~80%范围内呈明显上升的趋势，当乙醇浓度达到80%时，提取率最高，黄酮类物质的溶解度达到最大，之后提取率下降，这可能是由于部分黄酮是水溶性的，随着乙醇浓度的增大，水的含量变少，这样水溶性的部分不能充分溶解出来造成的。

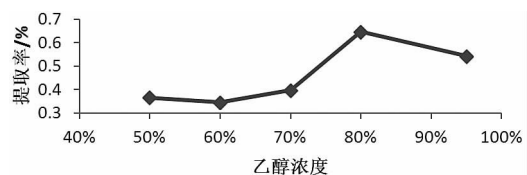


图4 乙醇浓度对提取率的影响

3.3 响应面法优化提取竹叶黄酮 选取影响提取过程较大的3个因素：提取时间、提取温度、乙醇浓度为自变量，应用Design-Expert8.0.6Box-Behnken设计^[8-9]优化提取竹叶黄酮的工艺条件。称取3 g左右的竹叶粉末（未过筛），固液比1:20，实验因素及其水平设计见表1。

表1 自变量及其水平

因素	符号	水平		
		-1	0	1
时间(h)	X_1	3	4	5
温度(℃)	X_2	60	70	80
乙醇浓度(%)	X_3	70	80	95

实验按随机化的原则进行，以减少随机误差。实验安排及结果见表2。

表2 实验安排及结果

序号	时间(h)	温度(℃)	乙醇浓度(%)	黄酮得率(%)
1	0	1	1	0.521
2	-1	1	0	0.491
3	-1	0	1	0.569
4	0	-1	1	0.629
5	0	0	0	0.658
6	-1	-1	0	0.509
7	0	-1	-1	0.467
8	1	0	-1	0.513
9	0	0	0	0.679
10	1	-1	0	0.502
11	0	0	0	0.657
12	1	0	1	0.595
13	-1	0	-1	0.487
14	1	1	0	0.581
15	0	1	-1	0.579
16	0	0	0	0.682
17	0	0	0	0.668

3.3.1 模型评价 将所得实验数据进行多元回归拟合,得到竹叶黄酮提取率Y与乙醇提取各因素变量的二次回归方程模型为:

$$Y = 0.67 + 0.017X_1 + 0.008125X_2 + 0.034X_3 + 0.024X_1X_2 - 0.055X_2X_3 - 0.078X_1^2 - 0.07X_2^2 - 0.05X_3^2$$

对乙醇提取竹叶黄酮的数学模型进行分析,来检查该方程的有效性。此模型的相关性系数R²为0.9834,线性关系显著。F值越大,P值越小意味着该项越显著。从表3可以看出,回归的模型极其显著(<0.0001),同时失拟项不显著(P=0.2050),一次项中X₁、X₃的回归系数显著,说明提取时间和乙醇浓度对黄酮提取率有显著影响。交互项X₁X₂和X₂X₃的偏回归系数极显著,说明提取时间和提取温度、提取温度和乙醇浓度的交互项对提取率有显著影响。说明该方程拟合较好。在所选取的三因素水平范围内,按照对提取率的影响排序,乙醇浓度对提取率影响最大,提取时间次之,提取温度影响最小。

表3 回归系数的显著性分析

来源	平方和	自由度	均方	F	Pr>F	显著性
模型	0.089	9	0.009924	45.98	<0.0001	显著
X ₁	0.002278	1	0.002278	10.55	0.0141	
X ₂	0.0005281	1	0.0005281	2.45	0.1618	
X ₃	0.008978	1	0.008978	41.59	0.0004	
X ₁ X ₂	0.002352	1	0.002352	10.90	0.0131	
X ₁ X ₃	0.000	1	0.000	0.000	1.000	
X ₂ X ₃	0.012	1	0.012	56.05	0.0001	
X ₁ ²	0.026	1	0.026	118.75	<0.0001	
X ₂ ²	0.021	1	0.021	95.64	<0.0001	
X ₃ ²	0.010	1	0.010	48.33	0.0002	
残差	0.001511	7	0.0002169			
失拟项	0.0009762	3	0.0003254	2.43	0.2050	不显著
净误差	0.0005348	4	0.0001337			
总离差	0.091	16				

3.3.2 响应面分析 3-D曲面是回归方程的直观表达形式。考察拟合响应曲面的形状,分析提取时间、提取温度和乙醇浓度对黄酮提取率的影响。结果见图5。由图5可以看出,两个响应曲面均为开口向下的凸形曲面,说明响应值存在极高值。在3个因素的交互作用中,提取温度的提高,提取时间的增加,都有助于黄酮的充分溶出,而乙醇浓度的增加增大了黄酮的浓度梯度,从而提高了黄酮的溶出速度和得率。

3.3.3 最优条件及验证 利用Design-Expert 8.0.6软件中Box-Behnken设计对回归模型进行求解,得到最佳工艺条件。我们将实验放大10倍,称取30g左右的竹叶粉末(未过筛),固液比1:20,在70℃下用80%乙醇水浴浸提4h,按照实验方法2.3项求出黄酮提取率,平行实验三次。实验结果为0.6578%,与预测值比较吻合,表明模型是可靠的。

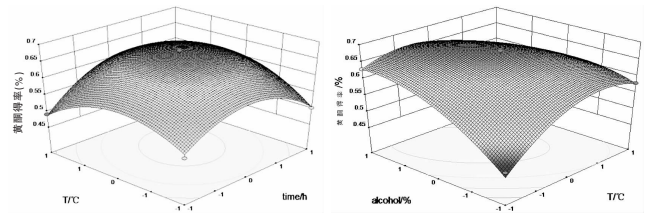


图5 响应面图

4 结论

本研究是在单因素实验的基础上,采用响应面法优化乙醇提取竹叶黄酮的工艺参数,再建立了回归方程模型,该模型回归极显著,且失拟项不显著,说明该方程对实验拟合较好。根据优化提取条件进行验证实验,在80%乙醇,提取温度70℃,提取时间4h,固液比1:20的条件下,竹叶黄酮提取率为0.6578%。得到的黄酮具有较高的医用和食用价值,为竹叶黄酮的进一步研究提供了一定的参考依据。

参考文献

- [1]黄赛金,尹爱武,龚灯,等.淡竹叶多糖的抗衰老作用研究[J].现代食品科技,2015,31(11):51-55.
- [2]邵莹,吴启南,周婧,等.淡竹叶黄酮对大鼠心肌缺血/再灌注损伤的保护作用[J].中国药理学通报,2013,29(2):241-247.
- [3]付彦君,陈靖.淡竹叶提取物对实验性高血脂症大鼠血脂的影响[J].长春中医药大学学报,2013,29(6):965-966.
- [4]卢伟,杨光义,杜土明,等.竹叶黄酮化学成分和药理作用研究进展[J].药学进展,2016,35(2):164-168.
- [5]刘康莲,冯定坤,贺银菊,等.三都麻竹叶总黄酮的提取及其含量测定[J].食品研究与开发,2015,36(4):62-64.
- [6]林娜,尹礼国,董媛媛.硬头黄竹叶黄酮提取工艺优化[J].江苏农业科学,2012,40(1):240-241.
- [7]姚曦,岳永德,汤锋.响应面法优化竹叶黄酮萃取工艺及其抗氧化研究[J].食品工业科技,2012,33(21):223-226.
- [8]Fan J P, Zhang R F, Zhu J H. Optimization of microwave assisted extraction of total triterpenoid in Diospyros kaki leaves using response surface methodology [J]. Asian J Chem, 2010, 22(5): 3487-3500.
- [9]朱俊访,李博.响应面法优化淡竹叶总黄酮的大孔树脂纯化工艺[J].世界中医药,2016,11(4):715-717.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 英 收稿日期:2018-01-03)

临床鉴习 CLINICAL GUIDING LEARNING

桃红四物汤治疗膝骨性关节炎关节镜术后 肢体肿胀的临床观察※

刘敏¹ 刘美年² 杨文龙¹ 杨风云¹ 邓许勇¹ 王丽华¹

(1 江西中医药大学附属医院关节骨科, 江西 南昌 330006;

2 江西中医药大学第二附属医院呼吸科, 江西 南昌 330012)

摘要:目的 通过对桃红四物汤加减治疗膝骨性关节炎关节镜术后肢体肿胀的临床观察, 评估其有效性及安全性, 为治疗膝骨性关节炎关节镜术后肢体肿胀提供临床依据。**方法** 将90例下肢术后出现肢体肿胀的患者, 用简单随机数字表法分为3组。治疗组: 基础治疗口服桃红四物汤, 每日1剂, 2次每日; 对照组: 基础治疗及采用20%甘露醇250 mL静脉点滴, 每日1次; 基础治疗组: 弹力绷带及踝泵功能锻炼, 锻炼每日2次, 每次约20 min。3组治疗疗程均为2周, 术后在治疗过程中记录比较各组术后肢体肿胀肢体周径、疼痛程度的改善情况和治疗总有效率。**结果** (1) 术后第2、4、6天患者肢体疼痛程度无明显差异性; (2) 术后第5天, 肿胀改善有效率治疗组为83.3% (25/30), 对照为80.0% (24/29), 基础治疗组63% (17/28), 治疗组与对照组比较无显著差异 ($P>0.05$); 2组均优于基础组, 有显著差异。 (3) 2周后治疗效果, 治疗组有效率为97.6% (29/30), 对照组为86.2% (21/28), 基础治疗组: 75.0%, 组间比较有显著差异 ($P<0.05$)。**结论** 桃红四物汤加减治疗膝骨性关节炎关节镜术后肢体肿胀有着良好的临床疗效, 运用简单, 方便; 尤其对术后肿胀发挥独特的疗效, 为治疗膝骨性关节炎关节镜术后肢体肿胀提供一种新的研究思路。

关键词: 桃红四物汤; 膝骨性关节炎; 肢体肿胀; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.041

文章编号:1672-2779(2018)-07-0102-03

Clinical Observation on Taohong Siwu Decoction in the Treatment of Limb Swelling After Arthroscopic Surgery of Knee Osteoarthritis

LIU Min¹, LIU Meinian², YANG Wenlong¹, YANG Fengyun¹, DENG Xuyong¹, WANG Lihua¹

(1. Department of Orthopedics, Jiangxi Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

2. Department of Respiratory Medicine, the Second Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine Jiangxi Province, Nanchang 330012, China)

Abstract: Objective Through the clinical observation of the effect of Taohong Siwu decoction on the limbs swelling after arthroscopic treatment of knee osteoarthritis, its effectiveness and safety were evaluated and analyzed to provide clinical evidence for the treatment of limb swelling after knee osteoarthritis arthroscopy. **Methods** Ninety patients with limbs swelling after operation were divided into three groups (treatment group, control group, basic treatment group) by simple random number table method. The treatment group used basic treatment of oral administration of Taohong Siwu decoction, daily, 2 times daily. The control group used basic treatment and use of 20% mannitol 250ml intravenous drip once daily. The basic treatment group used elastic bandages and ankle pump function Exercise, exercise 2 times a day, each about 20 minutes. The three groups were treated for two weeks. After the operation, the circumference of limb swelling in each group was recorded and compared, the improvement of the degree of pain and the total effective rate were recorded. **Results** There was no significant difference in limb pain between 2, 4 and 6 days after surgery. At 5 days after operation, the effective rate of swelling was 83.3% in the treatment group, 80.0% in the control group and 63% in the basic treatment group. There was no significant difference between the treatment group and the control group ($P>0.05$). After 2 weeks of treatment, the effective rate was 97.6% in the treatment group, 86.2% in the control group and 75.0% in the basic treatment group. There was significant difference between the two groups ($P<0.05$). **Conclusion** The modified Taohong Siwu decoction in the treatment of arthritis of knee arthritis has good clinical curative effect, which is simple and convenient to use. Especially post-operative swelling exerts more unique curative effect in the condition that other methods are difficult to be effective. It provides a new research idea for the treatment of limb swelling after knee arthroscopy.

Keywords: Taohong Siwu decoction; knee osteoarthritis; limb swelling; arthromyodynia

膝骨性关节炎是一种随着年龄增长, 骨质退化, 逐渐形成的一种退行性病变。膝关节镜对膝骨性关节炎早期病变微创对关节内部炎性物质的修复和半月板的修证及骨质增生等的清理给患者治疗上达到了很满意的效果, 但此法有着一些术后弊端, 由于老年性的肌肉组织血管及关节内骨质老化, 用大量生理盐水的

冲洗给关节带来巨大的额外创伤, 这样的继发性创伤在术后表现为肢体的肿胀和疼痛, 临床上一些脱水药、活血药及消肿药对有些病患难以起效。我科自2015年7月—2017年7月采用桃红四物汤加减对膝骨性关节炎关节镜术后肢体肿胀进行了治疗, 取得了较为满意的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择符合诊断标准的本院2015年7月—

※ 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研课题[No.2015A146]

2017年7月住院患者90例,按简单随机数字表法将受试患者分为3组(治疗组,对照组,基础治疗组)。3组患者在性别、年龄、病程及症状积分方面比较均无显著差异($P>0.05$),具有可比性,手术均由同一医生完成。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《膝关节骨性关节炎诊断标准》(美国风湿学会2007年制定)的有关标准拟定^[1]。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准的患者,自愿接受本试验。

1.4 排除标准 (1) 不符合膝关节骨性关节炎诊断标准者;(2) 患者患有严重的心脑血管疾病、肝、肾功能异常及造血系统等严重内科疾病和精神类疾病;(3) 体质有过敏者;(4) 并诊断有骨肿瘤和骨结核等骨病,近来或者既往有过明显创伤外伤史而造成关节损伤,其包括半月板的损伤、前后交叉韧带的断裂和血管神经性损伤患者,以及其他非特异性炎症的患者;(5) 合并有其他疾病不能接受手术治疗;(6) 无法坚持治疗,治疗期间改变了治疗方式,不能判定其疗效或收集的资料不全及其他认为有影响因素等干扰了疗效判定;(7) 双侧膝关节骨性关节炎患者。

1.5 方法

1.5.1 手术方案 做术前器械准备,手术操作系统为美国Stryker关节镜系统,关节镜术中用水为生理盐水3000 mL(根据术中情况加减)关节灌洗,常规和关节镜手术器械包。术中操作:均由同一医生独立完成,手术切口采用关节镜特有切口,于内外膝眼处各一个小口,分别由视频探头和清理转头在关节内做清理。

1.5.2 治疗方法 手术完毕后,予以弹力绷带包扎,术后常规护理,于手术后第2天为观察日期。治疗前测量:分别对手术患者肢体肿胀程度周径进行测量,为了更加准确,采用同一尺测量3次,取平均数。后均指导患者进行功能锻炼。基础组:患者取平卧位,使患肢伸直位,进行踝泵功能锻炼,每次锻炼约20 min,每组动作的完成时间30 s。锻炼以无明显不适为度量。治疗组:在基础组治疗的基础上采用活血利湿法,根据术后患者的病证特点予以中药加减运用。方组:桃仁10 g,赤白芍各10 g,红花10 g,丹参12 g,水蛭5 g,三七粉6 g,全当归12 g,川牛膝10 g,生地黄10 g,陈皮10 g,泽泻10 g,甘草6 g,木香9 g,薏苡仁20 g。并随证加减。水煎服,日1剂,分2次内服。对照组:于20%甘露醇250 mL,静脉点滴,每日1次。

1.6 观察指标 观察在治疗前后患者肿胀肢体消退的程度,以厘米(cm)为单位,膝部肢体肿胀测量:膝关节取伸直位,在髌骨中心点环膝进行测量,第1次测量:于测量处作一标记,其后的测量沿着标记处继续测量;第1次测患肢周长为A,健侧的同一部位测量值为B,差值为Q,治疗后测患侧的相同部位周径为M,用药观测偶数天测量肢体肿胀变化,则肢体肿胀的改

善程度为: $1-(M-A)/Q$ 。对其治疗后总体疗效,观察比较疼痛程度评分。

1.7 疗效评定标准

1.7.1 肿胀度评定标准 根据肿胀评定标准评估,肿胀程度分为重、中、轻、无4级^[2]。参照涂宏,杨风云等^[3]标准量化如下:重度肿胀:膝关节明显肢体肿胀疼痛,皮肤光亮,浅表静脉充盈、皮温度升高,严重活动受限,测周径增粗大于6 cm(与术前比较)。中度肿胀:患肢肿胀,浅表静脉稍充盈、皮纹路不清,周径测值增粗4~6 cm(比较术前),轻度肿胀:患肢略肿胀,周径测值增粗2~4 cm(与术前比较),皮肤基本正常,膝关节肿胀,无明显疼痛;无肿胀:患肢基本正常测值周径增粗<2 cm(与术前比较),下肢无酸困及疼痛等异常。

1.7.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。(1)痊愈:肿胀基本消失,改善在95%及以上;(2)显效:肿胀明显改善,改善在 $\geq 70\% \sim < 95\%$;(3)有效:肿胀有所改善,改善在 $> 30\% \sim \leq 70\%$;(4)无效:肿胀无改善或加重,体征无明显变化,改善在30%及以下。

1.7.3 疼痛程度的评分 采用视觉模拟评分法(VAS),0为无痛,1~3分为轻度疼痛,3~7分为中度疼痛,8~10分为剧烈疼痛^[5]。

1.8 统计学方法 采用SPSS 13.0统计软件,计量资料($\bar{x} \pm s$)表示,采用 χ^2 检验,Ridit分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3组治疗后总体疗效比较 经过对90例患者的临床观察,治疗组患者对中药的依从性较好,患者易于接受,无脱落患者,对照组有1例患者第7天有静脉轻疼痛不适,停药2 d,病例脱落。基础治疗组2例患者第8天与10天不能坚持治疗,退出试验。治疗疗程完成后,经过数据统计分析显示,各组间存在显著差异,治疗组与各组比较, $P < 0.05$,治疗组与对照组相较于基础治疗组,2组都显著加快了肿胀的消退速度。

表1 2周后3组总体疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	9	17	3	1	96.7 [△]
对照组	29	7	10	8	4	86.2
基础组	28	4	6	11	7	75.0

注:3组间比较,[△] $P < 0.05$

2.2 3组治疗2周后VAS评分比较 见表2。

表2 治疗2周后VAS评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	30	4.54 ± 1.51	1.25 ± 1.06 [△]	2.20 ± 0.45
对照组	29	4.62 ± 1.43	2.49 ± 1.04	2.13 ± 0.39
基础组	28	4.49 ± 1.67	2.93 ± 1.12	1.56 ± 0.55

注:治疗组与其他2组比较,[△] $P < 0.05$

表3 治疗第2、4、6天肿胀情况

(例)

组别	例数	第2天				第4天				第6天			
		重度肿胀	中度肿胀	轻度肿胀	无肿胀	重度肿胀	中度肿胀	轻度肿胀	无肿胀	重度肿胀	中度肿胀	轻度肿胀	无肿胀
治疗组	30	8	16	6	0	7	13	10	0	4	8	18	0
对照组	29	8	14	7	0	8	12	10	0	4	11	15	0
基础组	28	7	17	6	0	7	14	11	0	6	12	12	0

注:3组肿胀度在治疗后第1~4天未见明显差异,第6天发现组间肿胀度变化, $P < 0.05$

2.3 3组在治疗1周中的治疗效果

2.3.1 治疗第2、4、6天的肿胀变化情况 见表3。

2.3.2 治疗第5天疗效比较 见表4。

表4 3组治疗第5天疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	5	12	6	5	25(83.3) [△]
对照组	29	4	11	7	6	23(80.0) [*]
基础组	28	2	6	11	11	17(63.0)

注:治疗组与对照组无明显差异;2组分别与基础组比较显著差异,[△] $P < 0.05$,^{*} $P < 0.05$

2.4 药物的不良反应情况 3组在治疗上均未出现严重的药物的不良反应,治疗组对中药的依从性好,无不良反应,对照组有1例患者出现较明显静脉疼痛。3组患者均予以定期检查肝肾功能、尿常规、大便常规、心电图,均未见明显异常。

3 讨论

本病为骨折术后病证,肢体术后,创伤肢体肌肉受损,气血溢于脉外而瘀阻关节肌肉组织,水湿浸淫阻滞气血运行,不通则肿胀,继而发为疼痛。故治疗以活血化瘀,行气止痛,利水化湿之品改善局部组织水肿,关节水湿积液,瘀血等以化除,水湿得以输布,气血通畅,组织功能恢复,肿胀疼痛消退,逐渐恢复关节功能,达到治疗的目的。

本方为桃红四物汤加减化裁,根据膝关节术后特点研制而成,桃红四物汤这一方名始于见《医宗金鉴》,桃红四物汤是调经主要药方之一,为《玉机微义》转引《医垒元戎》中的一个方子,也被称为加味四物汤。此方由四物汤加桃仁和红花而成,养血活血之功效。现代研究表明,桃红四物汤具有扩张血管、抗炎、抗疲劳、抗休克、调节免疫功能、降脂、补充微量元素、抗过敏等作用。桃红四物汤以祛瘀为核心,辅以养血、行气。取方中以强劲的破血之品桃仁、红花为主,力主活血化瘀;结合加减药用桃仁、丹参、三七、赤芍、水蛭、红花、全当归,起到活血化瘀和清热通络的功效;配伍泽泻、茯苓、薏苡仁以达利水消肿之功;并佐川牛膝引诸药下行,活血利湿而促进血管组织修复及对炎性物渗出物的吸收,促进局部血液循环,达到治疗肢体肿胀的目的。陈皮有理

气健脾的功效,能促使脾胃运化代谢水湿,使得津液输布通畅,合而共奏活血利湿消肿止痛之功效。兼有他证如:脾气弱者加参苓白术散化裁,有脾肾阳虚患者者可加用附子、肉桂、干姜、补骨脂等温补脾胃。现代医学运用此法治疗创伤及术后的肢体肿胀已越来越多,疗效好,不仅在骨科而且在其他疾病专业领域应用也较为广泛,此将逐渐成为了一种新的治疗方法运用于临床。杨剑^[6]运用活血利湿法治疗48例下肢静脉栓塞患者,痊愈23例,有效21例,无效4例,总有效率92%。此法在治疗中仍是注重活血与利湿并重的原则,结合其他行气、健脾、清热等增强疗效。熊兴玲^[7]治疗骨折急性期肿胀,研究对比渗湿祛瘀并重与单纯活血祛瘀的疗效,治疗组优68例为82.92%,良12例为14.64%,无效2例,为2.43%;对照组优50例为60.97%,良28例为34.15%,无效4例为4.88%。治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。表明针对病机运用辨证思维,以祛瘀渗湿治疗骨折急性期肿胀,效果明显于单纯活血祛瘀治疗。通过本研究发现桃红四物汤加减治疗膝关节炎关节术后肢体肿胀有着良好的临床疗效,与对照组相比在治疗上有着一定的优越性,运用简单方便,并无不良反应;尤其是对术后肿胀在其他方法难以起效的情况下发挥更独特的疗效,为在治疗膝关节术后肢体肿胀提供一种新的研究思路。

参考文献

- [1]倪家骧,樊碧发,薛富善.临床疼痛治疗技术[M].北京:科学技术文献出版社,2003:170.
- [2]史晨辉,王永明,孙吉华,等.关节镜下分型治疗膝关节炎[J].中国矫形外科杂志,2000,7(11):1124-1125.
- [3]涂宏,杨凤云,陈岗,等.活血利湿法治疗全膝关节置换术后肢体肿胀[J].实用中西医结合临床,2010,10(4):34-35.
- [4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:49-52.
- [5]王强强,张晓.经筋刺法治疗运动性腰背肌筋膜炎30例疗效观察[J].湖南中医杂志,2017,33(10):99-100.
- [6]杨剑.活血利湿法治疗下肢深静脉血栓48例[J].中国现代医药杂志,2005,7(1):9-9.
- [7]熊兴玲,刘红露.渗湿祛瘀并重治疗骨折急性期肿胀82例[J].中国中医急症,2002,11(5):398-398.

(本文编辑:李海燕 本文校对:涂宏 收稿日期:2017-11-20)

血络康足浴治疗糖尿病周围神经病变的社区疗效评价

于雪飞^{1,4} 杨天翼² 于波³ 姚震生¹ 朱立君¹ 康立华⁴ 陈弘东⁴ 贺仲晨^{4△}

(1 北京市顺义区仁和镇卫生院, 北京 101300; 2 北京市怀柔区中医医院消化科, 北京 101400;
3 北京市通州区永顺社区卫生服务中心, 北京 101100; 4 北京市和平里医院内分泌科, 北京 100013)

摘要:目的 在社区医院观察血络康足浴治疗糖尿病周围神经病变的临床效果。方法 选取社区医院2016年1月—2017年1月门诊就诊的糖尿病周围神经病变患者90例,按照随机数表法随机分成观察组和对照组,每组45人。所有患者均制定科学的饮食和运动方案,应用口服药或胰岛素控制血糖,对照组患者每天使用温水浴足1次,观察组患者每天使用血络康浴足1次,参照《22个专业95个病种中医诊疗方案(合订本)》分为显效、有效和无效3个等级。结果 2组患者的血糖控制均良好,均无不良反应,周围神经病变分级结果用统计学处理,得出2组的总有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在社区医院将血络康足浴应用于辅助治疗糖尿病周围神经病变,可以减轻改善患者的麻木、疼痛等症状,治疗效果明显优于单独使用温水足浴治疗。

关键词: 血络康; 社区; 糖尿病; 周围神经病变; 足浴; 消渴; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.042

文章编号:1672-2779(2018)-07-0105-02

Evaluation on the Therapeutic Effect of Xueluokang Foot Bath in the Treatment of Diabetic Peripheral Neuropathy

YU Xuefei^{1,4}, YANG Tianyi², YU Bo³, YAO Zhensheng¹, ZHU Lijun¹, KANG Lihua⁴, CHEN Hongdong⁴, HE Zhongchen⁴

(1. Shunyi District Renyi Town Community Health Service Center, Beijing 101300, China;

2. Huairou District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101400, China;

3. Tongzhou District Yongshun Town Community Health Service Center, Beijing 101100, China;

4. Endocrinology Department, Beijing Hepingli Hospital, Beijing 100013, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of Xueluokang foot bath as an adjunctive therapy on diabetic peripheral neuritis at community hospitals. **Methods** 90 patients with diabetic peripheral neuritis in our hospital from January 2016 to January 2017 were selected and randomly divided into two groups according to the random number table method, and each group had 45 people. All patients were given the diabetes diet and reasonable treatment of oral drug or insulin to control the blood glucose. Patients in the control group were treated by warm water foot bath, while observation group patients were treated with Xueluokang foot bath. The total clinical efficiency were observed and evaluated according to The Chinese Medicine Treatment of 95 Diseases in 22 Specialties (magazine). **Results** After treatment, both groups' blood glucose were under controlled. The grading results of peripheral nerve lesions were analyzed statistically, and showed significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** In community hospitals, Xueluokang foot bath can reduce the numbness, pain and other symptoms in the treatment of diabetic peripheral neuropathy, and the effect is significantly better than only using warm water foot bath for the treatment.

Keywords: Xueluokang; community; diabetes; peripheral neuropathy; foot bath; consumptive thirst; arthromyodynia

糖尿病周围神经病变(diabetic peripheral neuropathy, DPN)的发病率居高不下,是糖尿病最常见的慢性并发症之一^[1],主要以下肢对称性感觉和周围运动神经病变为主,早期主要有麻木感、蚁行感、灼痛感、发热感、刺痛感等异常感觉,晚期可出现严重的坏疽,增加致残率而严重影响患者的生活质量^[2]。DPN是以糖尿病为基础的疾病,但根本机制尚不十分明确^[3],当前的传统疗法主要以控制血糖为主,配合降脂、降压和抗血小板聚集等方法,但治疗效果并不理想^[4]。北京市和平里医院内分泌科运用血络康足浴治疗法辅助治疗住院患者的DPN,取得较好的疗效^[5],本研究将该治疗方式引入社区门诊治疗,也获得良好的效果,具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取笔者所在社区医院2016年1月—2017年1月就诊的糖尿病周围神经病变患者90例,按随机数

表分组的方法分为观察组和对照组,每组45例。观察组患者男23例,女22例;年龄41~70岁,平均(56.6±8.1)岁;糖尿病病程5~15年,平均(7.18±2.29)年。对照组患者男21例,女24例;年龄39~70岁,平均(58.9±8.5)岁;糖尿病病程5~13年,平均(6.91±2.04)年。2组患者的性别、年龄和糖尿病病程比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 符合中华医学会糖尿病分会《2013年中国2型糖尿病防治指南》及《糖尿病周围神经病变中医临床诊疗指南(2016年版)》:(1)有糖尿病病史或诊断糖尿病的证据,诊断糖尿病时或之后出现的周围神经病变;(2)临床症状与糖尿病周围神经病变的表现相符,早期临床主要表现为麻木、疼痛、感觉异常等症状,晚期则出现运动神经障碍;(3)体征与糖尿病周围神经病变相符:腱反射减弱或消失,尤以跟腱反射为著;震动感减弱或消失,触觉、温度觉、针刺痛觉、压力觉有不同程度减退;晚期患者可有足部或手部小肌肉的无力和萎缩^[6]。

1.3 排除标准 (1) 年龄<18岁者或>70岁者；(2) 排除其他病因引起的神经病变，如颈腰椎病变（神经根压迫、椎管狭窄、颈腰椎退行性变）、脑梗死、格林—巴利综合征、严重动静脉血管病变（静脉栓塞、淋巴管炎）等；(3) 尚需鉴别药物尤其是化疗药物引起的神经毒性作用以及肾功能不全引起的代谢毒物对神经的损伤；(4) 孕妇及哺乳期妇女；(5) 足部皮肤破溃、水肿者；(6) 无临床症状者；(7) 对本中药成分过敏者；(8) 近期口服对DPN有影响的药物；(9) 空腹血糖不能控制在7.0 mmol/L以下，或餐后2 h血糖不能控制在11.0 mmol/L以下者；(10) 不能配合治疗者。

1.4 治疗方法 所有患者入院后制定科学的饮食和运动方案^[7]，应用口服药或胰岛素控制血糖，根据患者血糖情况调整用药至血糖控制良好（空腹血糖 \leq 7.0 mmol/L，餐后2 h血糖 \leq 11.0 mmol/L）。对照组每天使用温水泡脚1次，观察组患者每天使用血络康泡脚1次。2组均保持恒温足浴38~40℃，每次持续40 min，疗程为4周。其中血络康药物组成为：红花、艾叶、透骨草、苏木、川乌、伸筋草、桂枝、鸡血藤等^[9]。

1.5 疗效判定标准 参照《22个专业95个病种中医诊疗方案（合订本）》^[8]，临床症状积分按照积分表，症状分为主要症状与次要症状两类，每类症状均分为轻、中、重3个等级，主要症状根据患者病情依次记为2、4、6分，次要症状根据患者病情依次记为1、2、3分，治疗前后均汇总每位患者的总分。临床疗效分为显效、有效和无效3个等级：肢体麻、凉、疼、痿症状、体征明显改善，症候积分减少 \geq 70%为显效；肢体麻、凉、疼、痿症状、体征均有好转，症候积分减少 \geq 30%为有效；肢体麻、凉、疼、痿症状、体征均无明显改善，甚或加重，症候积分减少不足30%为无效，总有效率为显效率与有效率之和。症候积分的减少采用尼莫地平法，为 $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})/\text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。

1.6 统计学方法 用SPSS 23.0统计软件进行统计学分析，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料采用 t 检验，以 $P < 0.05$ 对组间或组内数据的统计学意义进行校准。

2 结果

2组患者的血糖控制均良好，周围神经病变分级结果用统计学处理，得出2组的总有效率比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 治疗后2组周围神经病变分级观测结果 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	45	25(55.6)	15(33.3)	5(11.1)	40(88.9)
对照组	45	18(40)	12(26.7)	15(33.3)	30(66.7)

注： $\chi^2=6.711, P=0.035$

3 讨论

血络康是北京市和平里医院内分泌科的外用经验

方，在广泛应用中取得较好的疗效，为推广应用，将该治疗方法引入社区医院，为基层患者提供中医特色服务。糖尿病神经病变属于中医“痹症”的范畴，称为消渴痹病，临床上常见的辨证分型为气虚血瘀、阴虚血瘀、寒凝血瘀、痰瘀阻络、肝肾亏虚等^[8]，但病机在于消渴病病久入络^[9]，经络不通，阳气不达，局部不荣而致，“盖气虚则麻，血虚则木”（《景岳全书·卷之十一》），故多见肢体麻木。血络康紧扣病机，选用桂枝^[10]、川乌通阳散寒、温通经脉，红花^[11]、艾叶^[12]、鸡血藤^[13]、苏木活血通络、养血活血，伸筋草、透骨草祛风舒筋。借用温水的作用足浴浸泡，有助于局部血管的扩张，增加血流速度，温水浸泡40 min有利于药物吸收，直接作用于局部，发挥温经活血、祛风通经的作用，改善下肢血液循环，改善患者症状，故多获良效。

医院住院患者，由住院部提供足浴设备与材料，能够近距离接受内分泌专科医生指导与督促，在护士的辅助操作下，能够很好落实足浴方案。但社区门诊由全科医师指导，由患者自行解决足浴设备，在家自行落实足浴疗法，存在着环境、主动配合度、足浴设备等干扰因素。尤其高龄老人，为防止烫伤或水温低于本研究的要求值，须由子女看护下方能进行足浴，容易出现治疗中断现象而退出本研究。本研究2组患者均未出现烫伤、过敏等不良反应，安全性较好。

从本研究结果可以发现，血络康在社区门诊应用于辅助治疗DPN的患者，能够有效减轻改善患者的麻木疼痛感，治疗效果明显优于单独使用温水足浴，说明血络康足浴治疗方式值得在社区门诊推广使用。

参考文献

- [1] 罗焰然, 周卓宁. 中医药治疗糖尿病周围神经病变研究进展[J]. 中国医学创新, 2015, 12(12): 146-149.
 - [2] 周昊玲, 颜灿群. 糖尿病周围神经病变的研究进展[J]. 西南军医, 2017, 19(1): 81-83.
 - [3] 杨秀颖, 张莉, 陈熙, 等. 2型糖尿病周围神经病变机制研究进展[J]. 中国药理学通报, 2016, 32(5): 598-602.
 - [4] 靳维克, 左玉华, 魏丽, 等. 活血通络方足浴改善糖尿病周围神经病变症状疗效观察[J]. 福建中医药, 2007, 12(6): 91-97.
 - [5] 康立华, 李雪丽, 李军, 等. 血络康足浴治疗糖尿病周围神经病变的疗效评价[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(6): 84-85.
 - [6] 中华中医药学会糖尿病分会. 糖尿病周围神经病变中医临床诊疗指南(2016年版)[J]. 中医杂志, 2017, 58(7): 625-630.
 - [7] 于连英. 运动与饮食干预在社区糖尿病患者中的影响[J]. 中国老年保健医学, 2015, 13(1): 136-137.
 - [8] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗方案(合订本)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 178-185.
 - [9] 王永炎, 严世芸. 实用中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2009: 515.
 - [10] 许源, 宿树兰, 王团结, 等. 桂枝的化学成分与药理活性研究进展[J]. 中药材, 2013, 36(4): 674-678.
 - [11] 徐如英, 童树洪. 红花的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国药业, 2010, 19(20): 86-87.
 - [12] 李真真, 吕洁丽, 张来宾, 等. 艾叶的化学成分及药理作用研究进展[J]. 国际药学研究杂志, 2016, 43(6): 1059-1066.
 - [13] 滕婧, 梁敬钰, 陈莉. 鸡血藤的研究进展[J]. 海峡药学, 2015, 27(3): 1-6.
- (本文编辑: 李海燕 本文校对: 尹冬青 收稿日期: 2018-01-02)

不同中医证型肠梗阻CT的影像特点研究

单 双

(中国医科大学附属第四医院放射线科, 辽宁 沈阳 110032)

摘要:目的 研究与分析不同中医证型肠梗阻CT的影像特点。方法 以肠梗阻患者60例为对象, 回顾性分析其全部的临床资料, 所有患者均实施CT诊断, 并对不同中医证型肠梗阻CT的影像特点进行统计分析。结果 60例患者根据中医证候分型分为: 脏腑失调型、里热内结型、气滞血瘀型、气血不足型等; 根据病因可分为肿瘤性肠梗阻、麻痹性肠梗阻、单纯性肠梗阻、粘连性肠梗阻、绞窄性肠梗阻等。经CT诊断, 60例患者显示为: 肿瘤性肠梗阻多为脏腑失调型、麻痹性肠梗阻多为气血不足型、单纯性肠梗阻多为里热内结型、绞窄性与粘连性肠梗阻多为气滞血瘀型, 且不同中医证型肠梗阻之间发病原因对比差异显著, $P < 0.05$ 。结论 在临床诊断肠梗阻患者时, 采用CT影像诊断可准确判定不同证候病型的主要病因, 且可为临床诊断和治疗肠梗阻提供可靠的依据, 因此值得临床应用推广。

关键词: 肠梗阻; 中医证型; CT诊断; 影像特点; 腹痛; 关格

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.043

文章编号:1672-2779(2018)-07-0107-02

Study on the Imaging Features of CT in Different Traditional Chinese Medicine Types of Intestinal Obstruction

SHAN Shuang

(Radiology Department, the Fourth Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

Abstract: Objective To study and analyze the imaging features of CT in different TCM syndromes of intestinal obstruction.

Methods 60 cases of intestinal obstruction in our hospital were studied, and all clinical data were analyzed retrospectively, all patients underwent CT diagnosis, and the characteristics of CT images of different TCM syndromes were statistically analyzed.

Results 60 patients were divided into three types: viscera imbalance type, inside heat inner knot type, qi stagnation blood stasis type, qi deficiency type and so on. According to the etiology can be divided into tumor intestinal obstruction, paralytic intestinal obstruction, simple intestinal obstruction, adhesion intestinal obstruction, such as twisted narrow intestinal obstruction. After CT diagnosis, 60 patients showed that the tumor intestinal obstruction is the viscera maladjusted type, the paralytic bowel obstruction is many for the deficiency of qi and blood, the simple intestinal obstruction is many for the inner knot type, the $P < 0.05$, and the adhesion intestinal obstruction is the stagnation of qi and blood stasis type, and the difference between different TCM syndromes of intestinal obstruction is significant, and the 0.05 the difference was statistically significant. **Conclusion** In clinical diagnosis of intestinal obstruction, CT image diagnosis can accurately determine the main etiology of different syndromes, and can provide a reliable basis for clinical diagnosis and treatment of intestinal obstruction, so it is worth popularizing in clinical application.

Keywords: intestinal obstruction; TCM syndromes; CT diagnosis; imaging features; abdominal pain; obstruction and rejection

在临床外科中, 肠梗阻是一种常见急腹症, 且属于多发性疾病, 其是由于小肠正常位置不可逆变化或者小肠腔机械性阻塞所致^[1]。当小肠出现肠梗阻后, 梗阻面上肠腔会出现一定程度扩张, 且肠内容物通过受阻, 而梗阻面以下又会发生萎陷、空虚等情况^[2]。肠梗阻患者根据发病原因的不同可分为肿瘤性肠梗阻、单纯性肠梗阻、麻痹性肠梗阻、粘连性肠梗阻、绞窄性肠梗阻。而在中医学理论中, 肠梗阻具有不同的症型, 且患者的阴阳气血会由于不同病因而产生不同的变化, 且患者的疾病状态也有所不同, 因而可在一定程度上反映患者不同阶段的病理情况, 然后为临床采取有效治疗方案提供一定依据^[3]。因此本文选取我院收治的肠梗阻患者60例为对象进行研究, 回顾性分析其全部的临床资料, 即对不同中医证型肠梗阻CT的影像特点进行了研究与分析, 现具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院收治的肠梗阻患者60例为对象进行研究, 回顾性分析其全部的临床资料, 所有患者

临床症状为恶心呕吐、停止排气或排便、腹胀腹痛等。其中男性32例、女性28例; 年龄15~75岁, 平均(58.64±10.13)岁。

1.2 诊断标准 中医诊断标准^[4]: 根据症状、体征, 可将肠梗阻归为“腹痛”“关格”等范畴, 且中医证候分型为: 气血不足、脏腑失调、里热内结、气滞血瘀等。

西医诊断标准^[5]: 结肠扩张, 内径 ≥ 6.0 cm; 小肠管扩张, 内径 ≥ 2.5 cm; 近侧肠管塌陷, 且在正常管径远侧肠管间出现明显移行带。

1.3 研究方法 所有患者均实施CT诊断, 具体方法为: 采用日本东芝Asteion-vF螺旋CT诊断仪, 对所有患者实施腹部CT诊断, 即扫查患者全腹部, 相关参数设置: 螺距1.0、管电流150 mAs、管电压120 kV、层厚7.0 mm, 完成平扫后, 对患者实施Ⅲ期增强扫描。最后对不同中医证型肠梗阻CT的影像特点进行统计分析。

1.4 统计学方法 采用统计学软件SPSS 22.0进行数据处理。在处理数据过程中, 卡方用以检验计数资料, t 值用以检验计量资料, 组间差异经 P 值判定, 以 $P < 0.05$ 为

差异具有统计学意义。

2 结果

60例患者根据中医证候分型分为：脏腑失调型、里热内结型、气滞血瘀型、气血不足型等；根据病因可分为肿瘤性肠梗阻、麻痹性肠梗阻、单纯性肠梗阻、粘连性肠梗阻、绞窄性肠梗阻等。经CT诊断，60例患者显示为：肿瘤性肠梗阻多为脏腑失调型、麻痹性肠梗阻多为气血不足型、单纯性肠梗阻多为里热内结型、绞窄性与粘连性肠梗阻多为气滞血瘀型，且不同中医证型肠梗阻之间发病原因对比差异显著， $P<0.05$ 。见表1。

表1 不同中医证型肠梗阻的病因与CT诊断结果对比 [例(%)]

病因	脏腑失调型	气血不足型	里热内结型	气滞血瘀型	合计
肿瘤性肠梗阻	5(33.33)*	1(7.69)	2(11.76)	1(6.67)	9
麻痹性肠梗阻	2(13.33)	5(38.46)*	2(11.76)	1(6.67)	10
绞窄性肠梗阻	2(13.33)	2(15.38)	2(11.76)	3(20.0)*	9
单纯性肠梗阻	3(20.0)	3(23.08)	7(41.18)*	2(13.33)	15
粘连性肠梗阻	3(20.0)	2(15.38)	4(23.53)	8(53.33)*	17
合计	15	13	17	15	60

注：与其他病因对比，* $P<0.05$

3 讨论

作为一种常见的外科多发性急腹症，肠梗阻由于肠内容物如气体、液体等受阻而潴留于肠腔，使得肠腔以上发生梗阻，且过多气体或者液体潴留于肠腔后，肠腔梗阻平面以下还会出现萎陷或者空虚等现象。当其进一步加重后，则容易形成血栓，或者引发动脉血运受阻，最后发生缺血性坏死，甚至还会引发肠穿孔^[6]。对于肠穿孔患者，如果不及时加以抢救，则其生命安全会受到严重威胁，因而具有较高的致死率。而早期准确诊断肠梗阻，对于制定针对性治疗方案，改善患者预后具有重要意义。而在临床诊断肠梗阻患者的过程中，采用腹部CT扫描，则可清晰地显示腹腔组织结构，且可直接明确诊断有无肠梗阻，甚至还可对肠梗阻的部位、程度等进行诊断，从而对患者具体病因加以明确。针对肠梗阻患者，采用CT诊断的过程中，不同病因导致的肠梗阻具有不同的CT影像特点：（1）嵌顿型肠梗阻，其主要由腹部疝气所致，CT诊断显示疝入肠管；（2）肿瘤所致肠梗阻，经CT诊断可对其发病部位以及对周围侵犯情况加以显示，而结肠肿瘤可见圆形或者不规则软组织肿块；（3）肠套叠肠梗阻经CT诊断，可见梗阻部位具有套鞘、折管、套入管等部位，且主要为靶征或者彗星征。

而在中医学理论中，中医证型的证为证候，指的

是病情发展过程中某一阶段的病理属性，而证型则指的是病因不同时造成机体阴阳气血变化，从而形成的不同疾病状态。而肠梗阻不同中医证型主要指脏腑失调型、气血不足型、里热内结型、气滞血瘀型等。不同中医证型肠梗阻具有不同的CT影像特点：（1）脏腑失调型。即证候为湿热蕴结、气机不畅、毒邪侵入、久痢久泻、脾失健运、忧思郁怒、饮食不节，进而下注大肠，凝结成积与滞留积聚。（2）里热内结型。即证候为脉象洪数、小便短赤、舌苔黄腻、大便秘结、烦渴引饮、腹痛拒按、自汗等。（3）气血不足型。即证候为舌质淡白、脉濡细、头晕目眩、心悸少寐、少气懒言、倦怠乏力、面色萎黄少华等。经CT诊断可见腹壁肠管大量充气，且与麻痹性肠梗阻具有类似征象，肠管扩张不显著，且充气肠管内极少气液平面或者大部分平时无比例。（4）气滞血瘀型。即证候为舌质紫黯、瘀斑、脉涩、肋下痞块、刺痛据按、急躁易怒、走窜疼痛、胸胁胀闷等。经CT诊断，影像特点为近端肠管明显扩张，且与粘连性肠梗阻具有类似征象。移行带肠管逐渐变细，而远端肠管则属于正常。而狭窄肠管周围出现系膜增厚和粘连索条影，且肠管出现扭曲或者聚集成团状。而多数表现为扩张肠管过渡至萎陷肠管移行区。

本研究中，经CT诊断，60例患者显示为：肿瘤性肠梗阻多为脏腑失调型、麻痹性肠梗阻多为气血不足型、单纯性肠梗阻多为里热内结型、绞窄性与粘连性肠梗阻多为气滞血瘀型，且不同中医证型肠梗阻之间发病原因对比差异显著， $P<0.05$ 。因此可以看出，采用CT影像诊断不同中医证型肠梗阻具有十分重要的临床价值和意义。

综上所述，在临床诊断肠梗阻患者时，采用CT影像诊断可准确判定不同证候病型的主要病因，且可为临床诊断和治疗肠梗阻提供可靠的依据，因此值得临床应用推广。

参考文献

- [1]杨蕾,张西岭,相爱华,等.原发性腹茧症致小肠梗阻的CT表现及其误诊分析[J].医学影像学杂志,2017,27(8):1501-1503.
- [2]谭洪涛.不同中医证型肠梗阻CT影像特点分析[J].中国社区医师,2017,33(17):99-100.
- [3]陈文生.多层螺旋CT在肠梗阻诊断中的应用[J].医药论坛杂志,2016,37(8):38-39.
- [4]付晨旭.不同中医证型肠梗阻CT影像特点探究[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(11):180-183.
- [5]杨春林,潘伟刚,马俊芳,等.非典型抗精神病药物引发动力性肠梗阻的临床特点与影像学分析[J].临床和实验医学杂志,2015,14(7):592-595.
- [6]渠建忠.孤立或局部小液平在肠梗阻诊断中的价值分析[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(15):207-209.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈艳霞 收稿日期:2018-01-02)

优值牵引配合中药熏蒸治疗颈源性高血压 60 例

徐弘洲 宋永伟

(河南省洛阳正骨医院·河南省骨科医院颈肩腰腿痛科, 河南 洛阳 471000)

摘要:目的 观察优值牵引配合中药熏蒸治疗颈源性高血压的临床疗效。方法 用临床试验的研究方法, 运用优值牵引配合中药熏蒸治疗颈源性高血压60例, 对比治疗前后患者血压变化、颈椎功能障碍指数 (NDI) 积分变化及焦虑量表 (SAS) 积分变化, 根据疗效判定标准判定其临床疗效。结果 疗程结束后60例颈源性高血压患者中, 显效33例, 有效23例, 无效4例, 总有效率93.33%。治疗前后患者的NDI积分、SAS积分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 优值牵引法配合中药熏蒸可纠正因颈椎关节错缝所致的椎间孔改变, 增加了周围组织及脊髓的供血量, 减轻因椎间孔变化所致的交感神经刺激症, 改善椎动脉及交感神经的受压或刺激状态, 使血压恢复正常。本方法既能有效降低患者高血压状况, 又能较好地缓解患者颈椎功能障碍及焦虑状态, 值得推广运用。

关键词: 优值牵引; 中药熏蒸; 颈源性高血压; 眩晕; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.044

文章编号:1672-2779(2018)-07-0109-03

High Qualitative Traction Combined with Traditional Chinese Medicine Fumigation in the Treatment of Cervical Hypertension for 60 Cases

XU Hongzhou, SONG Yongwei

(Department of Neck-Shoulder-Lumbago-Skelalgia, Luoyang Bone-setting Hospital·Henan Province Orthopedics Hospital, Henan Province, Luoyang 471000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical curative effect of high qualitative traction combined with traditional Chinese medicine fumigation in the treatment of cervical hypertension. **Methods** With clinical trials research methods, using the high qualitative traction combined with traditional Chinese medicine fumigation in the treatment of cervical hypertension for 60 cases, The changes of blood pressure, cervical disability index (NDI) and anxiety self-rating scale (SAS) were compared before and after treatment. According to the curative standard, the clinical curative effect was judged. **Results** Of the 60 patients with cervical hypertension after the course of treatment, 33 cases were developed, 23 were effective, 4 were ineffective, and the total effective rate was 93.33%. There was a significant difference in NDI score and SAS score before and after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** The high qualitative traction combined with traditional Chinese medicine fumigation can be corrected by joints, intervertebral foramen of staggered joints caused by change of cervical vertebra, increase the surrounding tissue and spinal cord blood flow, reduce because of variations in intervertebral foramen of the sympathetic nerve stimulation, improve the vertebral artery and sympathetic nerve compression or stimulation condition, blood pressure returned to normal. The method can not only effectively reduce the patient's hypertension, but also relieve the cervical spine dysfunction and anxiety, which is worth to be popularized and applied.

Keywords: high qualitative traction; traditional Chinese medicine fumigation; cervical hypertension; vertigo; arthromyodynia

颈椎病性高血压是由于颈椎病引起的血压升高, 颈椎病是继发性高血压的常见因素之一^[1], 占高血压的25%上^[2]。本病发病时主要表现为头昏、眩晕、头痛、颈项不适或酸痛、上肢酸痛和麻木等, 少数人有晕厥史, 体检均有不同程度的血压升高。颈椎病的高血压患者, 降压药物治疗疗效不佳, 而行相应的颈椎治疗后, 血压也随之下降, 提示血压的异常与颈椎病有关。国内有人把其称为“颈椎性血压异常”“颈椎性高血压”“颈性高血压”“颈型高血压”“颈源性高血压”“颈椎病致血压异常”等^[3-8]。本病在本篇报道中称之为“颈源性高血压”, 是因脊柱力学不平衡所致的肌张力失衡, 造成骨关节轻度位移, 刺激或压迫颈部的血管、神经, 致使交感神经功能紊乱及血管痉挛, 从而引起血压升高的一种继发性血压改变^[9]。颈源性高血压由于传统降压方法降压效果差, 心理压力较大, 常伴有失眠、焦虑等症状, 对患者造成了很大的困扰。2014年8月—2017年7月采用优值牵引法配合中药熏蒸治疗颈源性高血压60例, 取得较好临床疗效。现分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组60例均为我院颈肩腰腿痛科住院患者, 男26例, 女34例; 年龄16~65岁, 平均(42.3±9.8)岁; 病程最短1个月, 最长2年, 平均(6.9±2.0)个月。2组性别、年龄、病程比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 诊断标准参照1992年全国颈椎病专题讨论会制定的颈椎病诊断标准^[10]及1999年世界卫生组织和国际高血压学会 (WHO/SH) 的高血压防治指南中所制定的高血压诊断标准^[11]。(1)符合颈椎病诊断标准;(2)血压升高, 符合高血压病的诊断标准, 血压的波动与颈部症状的缓急有关;(3)血压升高的同时伴有头晕、头痛、耳鸣、心悸等症状;(4)对降压药物多不敏感;(5)排除原发性高血压、肾性高血压及其他原因引起的血压异常^[12]。

1.3 排除标准 (1)有颈椎管发育狭窄或连续的后纵韧带钙化, 严重的颈椎畸形如鹅颈畸形, 椎体骨折等现象的患者;(2)合并心脑血管、肝肾、造血系统、精

神、肿瘤、结核患者以及孕妇；(3) 不能坚持全程治疗者。

1.4 治疗方法

1.4.1 中药熏蒸治疗 中药熏蒸：采用我院协定软伤外洗药1号方，方药组成：白芷15 g，莪术20 g，三棱20 g，威灵仙20 g，千年健20 g，川椒10 g，桃仁10 g，透骨草30 g，伸筋草30 g，红花10 g，艾叶10 g，五加皮20 g，海桐皮20 g，苏木10 g。具体操作：患者每次熏洗前，熏洗床中药水加热至 $(55\pm 2)^\circ\text{C}$ ，即扶持患者仰卧平躺于熏洗床上，取屈膝仰卧位，一次性中单垫衬熏洗孔周围，颈背部悬空于熏洗孔上方。30 min/次，2次/d，连续治疗10 d为1个疗程^[13]。

1.4.2 优值牵引治疗 优值牵引法采用我院自制TCT1型颈椎牵引器，端坐位枕颌套式牵引，每治15次为1个疗程，具体实施分3步：第1步，颈椎前屈 25° ，牵引重量1/10 w，牵引时间30 min，1次/d，连续5次；第2步，颈椎直立 0° ，牵引重量1/7 W，牵引时间20 min，1次/d，连续3次；第3步，颈椎前屈 15° ，牵引重量1/10 w，牵引时间30 min，1次/d，连续7次(w为患者当日体重)^[14]。

1.5 疗效标准 降压效果标准^[15]：显效：舒张压下降10 mmHg以上，并达到正常范围或舒张压虽未降至正常但已下降20 mmHg以上；有效：舒张压下降不及10 mmHg，但已达到正常范围或舒张压较治疗前下降10~19 mmHg，但未达到正常范围，收缩压较治疗前下降30 mmHg以上，须具备其中1项；无效：未达到以上标准。

1.6 观察指标 采用颈椎功能障碍指数(NDI)积分对治疗前后患者的颈椎功能障碍程度进行评价，分数越高表示功能障碍程度越重。同时采用焦虑量表(SAS)积分对治疗前后患者的心理状况进行评价，分数越高，焦虑程度越重。

1.7 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件包进行分析。数据以均数 \pm 标准差表示，治疗前后NDI积分及SAS积分两两比较均采用配对t检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

患者的NDI积分由治疗前的27.9分减少至12.7分，SAS标准分由治疗前的68.6分减少到40.5分。见表1。

表1 治疗前后 NDI积分及SAS积分的比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	NDI积分	SAS积分
治疗前	60	27.9 \pm 8.5	68.6 \pm 9.3
治疗后	60	12.7 \pm 2.9	40.5 \pm 7.3

注：与治疗前比较， $P < 0.05$

本组60例，根据降压效果标准，显效33例，有效23例，无效4例，总有效率达93.33%。

3 讨论

颈源性高血压是颈椎发生增生、小关节错位或韧带劳损钙化时，牵拉和压迫椎动脉及颈交感神经，使

椎动脉发生弯曲、痉挛，血管运动中枢兴奋性增高，交感神经系统兴奋性增强，延髓网状结构中的缩血管中枢接受信息发生反馈^[16]，从而导致高血压。蔡荣林等^[17]通过试验已初步证实，当横突压迫了颈部的软组织，进而压迫颈上交感神经节，可引起相应的血压升高和血清去甲肾上腺素(NE)释放增加，而血压升高与NE变化呈显著相关。颈椎病何以能造成血压异常改变呢？(1) 韦贵康^[18]认为颈髓慢性受压，尤其是上颈段，多引起血压升高。(2) 椎动脉受压：椎动脉缺血^[19-20]可导致脑干和大脑的缺血，引起血压的增高。(3) 颈神经根受压。(4) 隐匿性颈椎病变：指无明显临床症状的颈椎病变。其实，大部分颈椎异常的患者都是没有明显的颈髓、椎动脉、神经根等受压的症状，但其颈椎及其周围组织病变所致的交感神经混乱或障碍却可引起血压的增高。

颈椎病属中医学“痹证”范畴，多因风寒湿邪侵袭人体，痹阻经络，气滞血瘀而引起一系列症状。《景岳全书》指出：“痹者闭也，痹者道路闭塞，则贵于开通者也。”《临证指南医案》强调外治法对本病的重要性，云：“痛定于肩背，此着痹之类，必用外治之药，次以提之……”因此采用活血化瘀、通络止痛、祛风除湿的中药熏蒸以温通经脉。软伤外洗药1号方具有祛风除湿散寒，活血化瘀，温通经络止痛的功效，方中透骨草、伸筋草祛风除湿，舒筋活络，两药相须，治筋骨失养，屈伸不利，肢体麻木，筋骨挛缩，有伸筋透骨之效；威灵仙祛风除湿，通络止痛，其性好走，尤善追逐风湿邪气；五加皮祛风湿、补肝肾、强筋骨、活血脉，与威灵仙配伍，尤善治风湿痹痛、筋骨拘挛、属风湿引起者。四药配伍，共奏祛风除湿，舒筋通络之功，俱为君药。千年健祛风湿，壮筋骨，止痛；海桐皮祛风湿，通经络；艾叶温经散寒，三药共奏祛风除湿，温经散寒之功，共为臣药，增强祛风除湿散寒之效。三棱、莪术破血行气，消积止痛，均为走泄之品，入血分而有较强的破血之功，入气分而能行气消积止痛，故二药相须为用，善治血瘀气结；苏木活血疗伤，祛瘀通经；三药配伍，活血祛瘀，行气通经之力强大，助君药祛瘀活络之功。白芷、川椒具有祛风湿，散寒止痛之功效，既可缓疼痛之标，又可佐君药以祛风除湿散寒之功效。桃仁、红花活血通经，散瘀止痛，同为破血之品，相须为用，佐以破血祛瘀之效，治疗血行不畅，血瘀作痛。本剂药物加热后熏蒸患部，有增强皮肤吸收功能及加快血液循环的作用，局部用药药物浓度高，经皮肤腧穴直达患处，且有效成分可进入经脉血络输布全身，起全身调节的功效，更好发挥药效。加之熏蒸后肌肉关节松弛，配合我院颈肩腰腿痛中心独创的优值牵引方法，纠正因颈椎关节错缝所致的椎间孔改变，增加了周围组织及脊髓的供血量，

减轻因椎间孔变化所致的交感神经刺激症，改善椎动脉及交感神经的受压或刺激状态，使血压恢复正常。

颈椎优值牵引与中医薰洗疗法，两者紧密结合可以更好地发挥疏通腠理、调和气血、疏通经络的作用，是对中医外治法的继承与发展，可促进血液循环，扩张血管，改善血液黏稠度、聚集性等血液流变学与血液动力学性质，加强局部病理代谢产物的排泄，有利于改善大脑缺血缺氧状态，从而控制高血压及高血压相关诸症的发作。本方法既能有效降低病人高血压状况，又能较好地缓解病人颈椎功能障碍及焦虑状态，值得推广运用。

参考文献

[1]叶利斌,卢婷婷,吴汉元.颈源性高血压的临床研究新进展[J].中国全科医学,2013,16(9):3146-3149.
[2]吕有魁,何宗宝,陈东昌.国内颈椎性血压异常发病机理研究概况[J].颈腰痛杂志,2007,28(1):61-62.
[3]贺俊民.颈椎性血压异常的发病机理探究[J].现代康复,1998,2(9):932-933.
[4]谢锦旗,隆义清,刘吉武,等.颈椎性高血压(附51例报告)[J].医学理论与实践,1994,7(9):33-34.
[5]傅闰根,林亚辉.颈性高血压28例与X线分析[J].河北医药,1995,17(3):149-150.
[6]严敏.颈型高血压治愈[J].河南中医,1998,18(3):182.

[7]袁汉,郑光亮,左慧荣,等.牵引推拿治疗颈源性高血压31例[J].按摩与导引,2001,17(6):9-10.
[8]晁健.中西医结合诊治颈椎病致血压异常[J].贵州医学院学报,1999,24(3):287-288.
[9]赖春柏,段俊峰.颈源性高血压实验研究进展[J].颈腰痛杂志,2009,30(1):75-77.
[10]孙宇,李贺存.第二届颈椎病专题座谈会纪要[J].解放军医学杂志,1994,19(2):156-158.
[11]林金秀,吴可贵.1999年世界卫生组织/国际高血压联盟关于高血压治疗指南[J].高血压杂志,1999,7(2):97-100.
[12]曹玲,侯广云,范文双.针刺颈部夹脊穴治疗颈源性高血压的疗效分析[J].针刺研究,2007,32(3):195-198.
[13]金斌,鲍铁周.中药熏蒸联合手法治疗肩背肌筋膜炎44例临床观察[J].中医药导报,2013,19(6):39-41.
[14]鲍铁周,宋永伟,郭艳幸.优值牵引法治疗颈型颈椎病[J].中国骨伤,2005,18(5):260-262.
[15]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.
[16]贺俊民.颈椎性血压异常的发病机理探究[J].中国临床康复,1998,2(9):72-73.
[17]蔡荣林,吴子建,何宗宝,等.牵拉颈上交感神经节对家兔血压及血清去甲肾上腺素含量的影响[J].中华物理医学与康复,2012,34(12):900-902.
[18]韦贵康.颈椎性血压异常发病特点与中医治疗[J].广西中医学院学报,1999,16(4):38-40.
[19]叶利斌,花爱远.家兔脑缺血耐受性的实验研究[J].广西医科大学学报,2012,29(4):518-519.
[20]叶利斌,花爱远.可控性兔全脑缺血实验模型[J].广西中医学院学报,2004,7(2):3-5.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘玉峰 收稿日期:2018-01-06)

滋阴祛浊汤治疗糖尿病酮症临床观察

王雷芳¹ 朱萌²

(1 枣庄市峄城区中医院内三科, 山东 枣庄 277300; 2 枣庄市妇幼保健院中医科, 山东 枣庄 277100)

摘要:目的 观察滋阴祛浊汤治疗糖尿病酮症的临床疗效及安全性。方法 将80例糖尿病酮症患者随机分为2组,治疗组采用西药加滋阴祛浊汤治疗,对照组单纯采用西药治疗,比较2组住院时间,住院费用及症状缓解,生化指标及尿酮的变化。结果 治疗组上述指标均优于对照组($P<0.05$)。结论 西药联合滋阴祛浊汤治疗糖尿病酮症有更好的疗效。

关键词: 糖尿病酮症; 肾阴亏虚; 滋阴润燥汤; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.045

文章编号:1672-2779(2018)-07-0111-03

Clinical Observation on Ziyin Quzhuo Decoction in the Treatment of Diabetic Ketoacidosis

WANG Leifang¹, ZHU Meng²

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Zaozhuang City Yicheng District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Zaozhuang 277300, China;

2. Department Of Traditional Chinese Medicine, Zaozhuang City Maternal And Child Health Care Hospital, Shandong Province, Zaozhuang 277100, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect and safety of Ziyin Quzhuo decoction in the treatment of diabetic ketoacidosis. **Methods** 80 cases of diabetic ketoacidosis patients were randomly divided into two groups. The treatment group was treated with Western medicine and Ziyin Quzhuo decoction. The control group was treated with Western medicine only. The time of hospitalization, hospitalization expenses and symptom relief, biochemical indexes and changes of urine ketone were compared between the two groups.

Results All the above indexes in the treatment group were better than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The curative effect of Western medicine combined with Ziyin Quzhuo decoction in the treatment of diabetic ketoacidosis is better.

Keywords: diabetic ketoacidosis; deficiency of kidney yin; Ziyin Quzhuo decoction; consumptive thirst

糖尿病是一种临床常见的慢性病。而糖尿病酮症是糖尿病患者常出现的急性并发症之一,发生本病时脂肪动员和分解加速,大量脂肪酸在肝脏氧化生成乙酰乙酸,β羟丁酸和丙酮,三者统称为酮体,当酮体产生超过肝外组织的利用能力时,血酮体升高称为酮血

症,增高的酮体从尿中排出时称为酮尿,临床上称为酮症。如在酮症阶段未及时处理或处理不当,则会进一步发展为糖尿病酮症酸中毒,严查者则进发展为糖尿病酮症酸中毒昏迷,甚至发生死亡。应用滋阴祛浊汤联合西药治疗糖尿病酮症40例,取得显著疗效,现

报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院内分泌科2012年1月—2015年12月收治的2型糖尿病酮症患者80例,均符合糖尿病酮症的诊断标准^[1],中医诊断符合国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[2],辨证属肾阴亏虚证型。随机分为2组。治疗组40例,男性19例,女性21例;年龄22~80岁,平均年龄51.23岁。对照组40例,男性18例,女性22例;年龄25~78岁,平均51.55岁。2组资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 2组入院后均采用常规糖尿病酮症治疗方案:包括加强糖尿病教育,调整胰岛素治疗剂量及口服降糖药物的种类及剂量,有轻度脱水者停用口服降糖药物治疗,补充适量液体,静脉持续给予小剂量胰岛素0.1 u/kg·h,纠正酮症后,可进食者改为皮下注射胰岛素。治疗组在此基础上加用养阴化浊汤治疗。养阴化浊汤药物组成:党参12 g,麦冬15 g,生地黄18 g,葛根15 g,丹参9 g,黄连6 g,苍术15 g,泽泻10 g,佩兰9 g,牡丹皮10 g。水煎,每日1剂,分2次温服。

1.3 观察指标 观察2组患者治疗后血糖达标时间,尿酮体消失时间,平均住院时间,平均住院费用,以及出院后3月后糖化血红蛋白指标。

1.4 疗效标准 根据国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[2]制定疗效标准。显效:经内科治疗,24 h内临床症状如口渴乏力、多饮、多尿、腹痛、腹胀、呕吐、恶心等有明显缓解,患者尿酮体和血酮体转阴。有效:经内科治疗,48~72 h内上述临床症状明显缓解,患者尿酮体和血酮体转阴。无效:经内科治疗,72 h后,上述症状无明显改善,患者尿酮体和血酮体转阴。临床治疗总有效率=(显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 应用SPSS 17.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用*t*检验 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2组患者总有效率比较 见表1。结果显示治疗组总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$)。

表1 2组总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	21	17	2	38(95.0)
对照组	40	15	19	6	34(85.0) [△]

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$

2.2 2组患者血糖达标时间 (空腹血糖7.0 mmol/L以下,餐后2 h血糖10.07 mmol/L以下),尿酮体消失时间比较见表2。

表2 2组血糖达标时间,尿酮体消失时间比较 ($\bar{x}\pm s, h$)

组别	例数	血糖达标时间	尿酮体消失时间
治疗组	40	72.16 \pm 2.50 [△]	39.16 \pm 8.23 [△]
对照组	40	78.5 \pm 2.80	55.27 \pm 9.65

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$

治疗组患者血糖达标时间,尿酮体消失时间均比对照组短 ($P<0.05$)。

2.3 2组平均住院时间、平均住院费用比较 见表3。与对照组比较,治疗组平均住院时间及住院费用均较低 ($P<0.05$)。

表3 2组平均住院时间及住院费用比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	平均住院时间(d)	平均住院费用(元)
治疗组	40	6.64 \pm 1.49 [△]	3118.33 \pm 2126.07 [△]
对照组	40	7.82 \pm 2.76	4275.65 \pm 3108.22

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$

2.4 2组患者出院3月后,糖化血红蛋白指标比较 见表4。结果显示治疗组糖化血红蛋白改善情况明显优于对照组 ($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后糖化血红蛋白改善情况比较 ($\bar{x}\pm s, \%$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	9.12 \pm 2.73	6.12 \pm 1.13 [△]
对照组	40	9.36 \pm 3.11	7.31 \pm 3.12

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与对照组比较[△] $P<0.05$

2.5 不良反应 治疗组出院当天血常规,肝、肾功能检查无异常变化。

3 讨论

目前,我国成人糖尿病患病率已高达11.6%,1.14亿,位居世界第1位。糖尿病的防控形势日趋严峻,且有相当多的糖尿病患者血糖控制不达标,这就容易发生各种急慢性并发症。而糖尿病酮症酸中毒就是临床常见的急性并发症,如诊断和处理不当,则威胁到患者的生命。糖尿病酮症酸中毒的发病机制比较复杂,其重要特征是胰岛素相对或绝对缺乏的同时,胰岛素拮抗激素如胰升血糖素(增高7倍)、肾上腺素(增高50倍),糖激素和生长激素等浓度升高,加重代谢紊乱,使原有的酮体生成通路持续激活,造成酮体在体内积聚,当酮体生成速度明显高于其组织利用速度和肾脏排泄速度时,血酮体增高,出现酮血症和酮尿,即酮症^[3],随着病情的发展,会发生糖尿病酮症酸中毒,进而发生糖尿病酮症酸中毒昏迷,严重者发生死亡,因而在糖尿病酮症阶段就开始合理、有效的治疗尤其重要。

中医学认为,糖尿病酮症属于“消渴病”的范畴,糖尿病属中医“消渴”病范畴,“消渴”之名首见于《素问·奇病论》。《素问·通评虚实论》所云“凡消瘵

仆击，偏枯痿厥，气满发逆，肥贵人，则膏粱之疾也”；又如《灵枢·五变》云“五脏皆柔弱者，善病消瘴”。《素问·藏气法时论》载“脾病者，身重善饥肉痿”；《灵枢·本藏》“脾脆善病消瘴”；《慎斋遗书·渴》“盖多食不饱，饮多不止渴，脾阴不足也”；《医学衷中参西录》“消渴之证，古有上、中、下之分，谓皆起于中焦而及于上下”“消渴之证多由元气不升”。据其病因、症状之别，有消瘴、肺消、膈消、消中等病名，后经历代医家阐发，形成了今日对消渴分“上、中、下消”之认识。其并发症诸如糖尿病肾病、视网膜病变、周围神经病变等，中医学有如水肿、圆翳内障、痹病等与之相应，然独对于糖尿病酮症酸中毒未有统一的认识，古今医家以“形弊”“尸夺”“秽浊”“毒火”“神昏”等命名。笔者从糖尿病酮症酸中毒的病因病机而论，推崇“浊毒内盛”之称。因“浊毒内盛”不仅突出了本病发生过程中糖代谢紊乱的核心地位，更重要的是对于本病发展过程中出现的有毒代谢物质的蓄积作了较为精准的概括。中医学对糖尿病酮症酸中毒病因、病机的探讨在《黄帝内经》中就提到先天禀赋不足，或饮食不节，或情志失调，或房劳过度，或过服温燥可致消渴。病机总以“阴虚为本，燥热为标”为纲。“消渴”已成，加之复感外邪、饮食不节、施治失当、情志失调、外受创伤等因素，使其急剧发展，燥热内盛，毒浊内生，耗伤气血津液，营血受煎，加之气虚无力推动，浊邪秽毒内蓄，成痰成瘀，凝滞三焦，三焦气化失常，清阳当升不升，浊阴当降不降，气血郁滞，浊毒内盛而成，即导致糖尿病酮症酸中毒的发生。

总之，消渴病机历代医家均以阴虚燥热为论，阴虚为本，燥热为标。研究发现：随着病程的增加和血糖、糖化血红蛋白的升高，糖尿病酮症患者的中医病机演变逐渐由虚火向痰浊邪毒发展^[5]，并进展到气虚、阴虚。若误治失治，易出现阴竭阳脱，阴阳离决的危险。根据这一疾病阶段的临床表现及舌苔脉象，以肾阴亏虚证型为主，兼有毒浊内存。自拟滋阴祛浊汤治疗，方中、党参、麦冬、生地黄益气生津。葛根味甘、辛，性凉，归肺胃经，生津止渴，尤擅于阴虚消渴，黄连清热燥湿以祛浊毒，且长于胃肠热毒，苍术健脾祛湿浊，白术补气健脾兼能燥湿，玄参苦、甘、咸、寒，具有解毒和养阴之功效，苍术配玄参降血糖以“清血中伏火”，系施今墨先生之经验^[6]，施今墨云“用苍术治糖尿病是取其敛脾精，止漏浊”的作用，苍术虽燥，但伍玄参之润，可展其长而制其短，葛根配丹参生津止渴、祛痰生新，两药相用，相互促进，生津

止渴，通脉活血，使气血流畅，诸药寒热并用，阴阳并调，使机体阴阳平衡，水津得布，则诸证自除，亦可提高降糖疗效。牡丹皮清泄肝肾火热，泽泻利水渗湿以泄毒浊，佩兰化湿醒脾以降浊。现代药理学研究苍术挥发油对实验性动物有健胃降糖的作用^[4]，白术具有能促进细胞免疫功能及降血糖作用^[4]，黄连具有降压、利胆、降血糖、降血脂、抗氧化应激的作用^[4]，上述诸药合用，滋阴降浊，同时调节血糖，抗氧化应激，调节内皮活性物质分泌、平衡凝血与抗凝系统活性、抗细胞凋亡、降血脂等方面，达到保护血管内皮细胞功能^[8]，标本兼治的目的。充分体现了中医整体观念的治疗思想及“既病防变”的治未病理念，出院3月后糖化血红蛋白指标的改善则是瘥后防复的具体体现。本观察表明，在西医常规治疗基础上加用滋阴祛浊汤在缓解病情，缩短治疗时间、降低住院费用以及远期效应方面具有较好的治疗效果，使用安全可靠。

参考文献

- [1]廖二元.内分泌代谢病学[M].北京:人民卫生出版社,2012:1330-1333.
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012:41.
- [3]陈家伦.临床内分泌学[M].上海:上海科学技术出版社,2012:1107.
- [4]张廷模.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2000:289.
- [5]陈云山.2型糖尿病并酮症的中医辨证特点[J].中国医药导报,2009,6(7):88-89.
- [6]李德珍,刘恒岳.施今墨论治糖尿病经验初探[J].甘肃中医,2001,14(4):6-7.
- [7]马力行.中医药治疗糖尿病(消渴病)研究进展[J].中医临床研究,2011,3(4):21-23.
- [8]王欢.中药对2型糖尿病血管内皮功能保护作用的研究进展[J].中国中医急症,2007,16(4):472-473.

(本文编辑:李海燕 本文校对:朱文元 收稿日期:2018-01-15)

洪雅中草药·低等植物· 松萝科名录

破茎松罗(海风藤)*Usnea diffracta* Vain.

入药部位:丝状体入药。

性味:性平,味苦。

功能主治:祛风除湿,清肝明目。治疗肝风头目昏花,咳吐脓痰,肝热目痛等症。

生境分布:2500米以上冷杉树上。瓦屋山,蕴藏量极少。

长松罗(海风藤)*Usnea longissima* Ach.

入药部位:丝状体入药。

性味:性平,味苦。

功能主治:镇静,安神,补肝益肾,强心利湿,滋补心肾。治疗风湿痹痛等。

生境分布:2500米以上冷杉树上。瓦屋山,蕴藏量极少。

——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

关节止痛散联合经络导平 治疗膝骨性关节炎急性疼痛发作期 78 例

郭燕蓉 魏 哲 尚有为 郝建国*

(解放军第五医院中西医结合科, 宁夏 银川 750004)

摘要:目的 观察关节止痛散外敷配合经络导平治疗膝骨性关节炎的临床疗效。方法 将78例中老年骨关节炎患者随机分成2组;对照组39例,给予经络导平治疗;治疗组39例,给予经络导平治疗并敷贴关节止痛散,观察2组疗效。结果 治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。结论 关节止痛散联合经络导平治疗膝骨性关节炎能明显缓解患者的疼痛症状,改善膝关节功能,疗效明显,无毒副作用,便于临床推广。

关键词:膝骨性关节炎;骨痹;中药敷贴疗法;经络导平

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.046

文章编号:1672-2779(2018)-07-0114-03

Guanjie Zhitong Powder Combined with Meridian Guide in the Treatment of Acute Pain Attack of Knee Osteoarthritis for 78 Cases

GUO Yanrong, WEI Zhe, SHANG Youwei, MAO Jianguo

(Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, the Fifth Hospital of the PLA, Ningxia, Yinchuan 750004, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of Guanjie Zhitong powder combined with meridian guide in the treatment of acute pain attack of knee osteoarthritis. **Methods** 78 cases of senile patients with osteoarthritis were randomly divided into two groups. In the control group, 39 cases were treated with meridian guide frequency. In the treatment group, 39 cases were treated with meridian guide and Guanjie Zhitong powder. The curative effect was observed. **Results** The curative effect of the treatment group was better than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Guanjie Zhitong powder combined with meridian guide in the treatment of acute pain attack of knee osteoarthritis can significantly relieve the pain symptoms of patients, improve the function of the knee joint, has obvious effect and on toxic side effects, and is easy to popularize in clinical practice.

Keywords: knee osteoarthritis; bone bi-disease; traditional Chinese medicine sticking therapy; meridian guide

骨关节炎 (osteoarthritis, OA) 是一种退行性关节病, 又称增生性关节炎、退行性关节炎或骨关节病, 以关节软骨的变性、破坏及骨质增生为特征, 关节逐渐出现疼痛、僵硬和活动受限的慢性关节病。膝关节炎 (KAO) 是机械性与生物性因素共同作用的结果, 不是单靠某一个因素来决定的, 可以由多种因素共同引发^[1]。中年以后多发, 为中老年常见病、多发病。研究表明, 40岁人群的患病率为10%~17%, 60岁以上则50%, 而在75岁以上人群中80%患有骨关节炎。该病的最终致残率为53%^[2]。骨关节炎的发病无地域及种族差异。发病原因尚不十分清楚明确, 而年龄、肥胖、炎症、创伤及遗传因素等可能与本病的发生有关。临床上最常见膝关节受累, 临床上除关节疼痛外, 临床以膝关节僵硬肿胀, 下蹲困难最为常见, 可能与反复的机械损伤及生活方式有关, 如超体重的人群更容易患膝关节炎。目前, 没有确切疗效的药物或者外科手术能改变 KOA疾病进展。非甾体药止痛效果短期明显, 但其作为化学药物治疗, 有副作用, 不能从根本上解决问题, 使医生顾虑重重, 患者不愿接受。我院自 2009年以来, 采用敷贴自制关节止痛散并联合经

络导平治疗膝关节炎, 取得了明显的临床疗效, 使用安全, 无毒副作用, 便于临床推广, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将年龄40~75岁符合美国风湿病学会1995年膝关节炎诊断标准的78例患者, 随机为2组, 治疗组39例59膝, 男15例, 女24例; 平均年龄 (59.26±9.82) 岁; 平均病程 (73.28±35.36) 月。对照组39例61膝, 男13例, 女26例; 平均年龄 (62.02±8.42) 岁; 平均病程 (76.62±38.66) 月。2组在年龄、性别及病程通过统计学检验, $P > 0.05$, 无显著差异, 具有可比性。

1.2 西医诊断标准 参照美国风湿病学会1995年的膝关节炎诊断标准拟定^[3]。(1)近1个月大多数时间有膝痛。(2) X线片示骨赘形成。(3) 关节液检查符合骨关节炎。(4) 年龄≥40岁。(5) 晨僵≤30 min。(6) 有骨摩擦音。满足1+2条或1+3+5+6条, 或1+4+5+6条者可诊断膝骨关节炎。

1.3 中医证候诊断标准 依据《中医病证诊断疗效标准》^[4]中“骨痹的诊断依据”拟订中医诊断标准。膝关节疼痛, 活动不利, 反复缠绵不愈; 起病隐袭, 发病缓慢, 多见于中老年; 局部关节可轻度肿胀, 活动时关节常有喀喇声或摩擦声, 严重者可见关节畸形; X线摄片

* 通讯作者:ycgyr856@com

检查：示骨赘形成。舌淡紫苔白，脉沉或细涩。

1.4 纳入标准 (1) 年龄40~75岁。(2) 近10 d未使用激素及非甾体药治疗。(3) 接受本治疗方案的患者。

1.5 排除标准 (1) 创伤性或(和)化脓性膝关节炎的患者。(2) 局部有软组织感染患者。(3) 皮肤过敏。(4) 患严重心、肺、肝、肾等疾病及不能配合治疗者。

1.6 治疗方法 2组均给予经络导平治疗1/d；治疗组加用敷贴关节止痛散(肉桂12 g, 制附片12 g, 川乌12 g, 大黄10 g, 当归12 g, 地龙6 g, 僵蚕6 g, 白芍6 g, 白芷6 g, 生乳没6 g, 木香6 g, 独活10 g, 秦艽6 g, 清半夏10 g, 细辛3 g等16味药用粉碎机加工细末, 灭菌备用), 用时以75%酒精调成糊状以保鲜膜外敷固定于膝关节内外膝眼、血海、梁丘穴位处, 4~6 h后去除, 隔天1次, 2周1个疗程。1个疗程后观察2组疗效。

1.7 疗效评定标准 依据《中医病证诊断疗效标准》^[4]确定疗效标准。治愈：消失，活动功能恢复正常；好转：关节疼痛、肿胀减轻，活动功能好转；无效：关节疼痛及肿胀无变化。2组患者治疗前后均行膝功能Lysholm评分以估计治疗效果，评分标准满分100分。

1.8 统计学方法 应用SPSS 17.0统计软件进行统计学处理，计数资料采用卡方检验；Lysholm综合评分采用t检验，数据以($\bar{x} \pm s$)表示， $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组疗效对比 见表1。经卡方检验， $k=7.48$ ， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。治疗组治愈好转率明显优于对照组。

表1 2组患者临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效
对照组	39	2(5.13)	26(66.67)	11(28.2)
治疗组	39	3(7.69)	34(87.18)	2(5.13)

2.2 2组Lysholm评分综合评分比较 见表2。

表2 2组Lysholm评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	综合评分
对照组	治疗前	50.25 ± 7.30
	治疗后	72.23 ± 8.99
治疗组	治疗前	52.46 ± 5.83
	治疗后	59.53 ± 11.3

治疗组及对照组治疗前分数t检验， $P=0.48 > 0.05$ ，差异无统计学意义，具有可比性；2组治疗前后分数进行t检验， $P=0.00 < 0.05$ ，2组治疗均有效；2组治疗后分数进行t检验， $P=0.00 < 0.05$ ，治疗组疗效优于对

照组。

3 讨论

膝骨性关节炎是中老年退行性关节炎中发病率最高的骨关节疾病，属中医学“骨痹”范畴。急性疼痛发作期患者行动受限，疼痛严重影响患者的日常生活和工作，甚至无法站立行走。随着病程延长，出现膝关节畸形、股四头肌萎缩。多数患者缺乏膝关节炎防治知识，害怕活动加重疼痛，造成膝关节长时间制动，从而出现关节僵硬，现代医学以口服消炎镇痛药和使用关节软骨营养补充剂作为治疗膝关节炎的常规保守治疗方案，但疗效并不满意，病情往往反复且逐渐加重，影响患者生活质量，而膝关节疼痛的人群往往与具有骨关节炎X线表现的人群并不一致，而许多具有骨关节炎X线表现的人并没有明显症状。经络导平疗法是运用经络导平仪器将超高电压、超低频率的单项大功率脉冲电流直接用于肌肉使平滑肌松弛、松解粘连从而镇痛；促进局部血液和淋巴循环而活血化瘀、消肿；刺激骨骼肌收缩增加肌力；作用于人体经穴，并通过十二种平衡疗法，强制疏通、激导、平衡病变经络，是一种无针无痛、疗效明显，无毒副作用的治疗方法。膝骨关节炎属中医学“骨痹”范畴。其发生外因为久居潮湿、寒冷之地，汗出受淋、受风，风寒湿邪气乘虚侵入筋骨，而致风寒湿邪侵入机体；加之内因与正气不足有关，正气存内，邪不可干，正气不足，外邪乘虚侵入机体，风寒湿邪阻滞不通，气血瘀滞不行，正虚邪恋伤及筋骨，久而成骨痹。特别是骨痹中老年患者，内因肝肾虚衰，脏腑阴阳失调，气血不足，外因感受寒冷、久居寒湿之地等，其病机为正虚为本，风寒湿邪痹阻于经络、肌肉、关节，气血运行不畅而发。治以补益肝肾、温阳祛寒、通痹止痛。关节止痛散中肉桂、制附片、川乌、独活、秦艽、细辛祛风除湿，温经止痛；生大黄逐瘀通经；当归和血活血，行气止痛；地龙、僵蚕通络除痹、祛风散结。生乳没、白芍养血活血，消肿止痛；白芷祛风除湿，活血止痛；木香、半夏理气燥湿。诸药合用，以助阳散寒，祛风除湿，活血止痛。中药外敷疗法是借助药物渗透皮肤作用于病位的疗法，治疗膝骨关节炎的基本机制为药物的“渗透”作用，直接作用于病变组织，起到通过皮肤吸收作用体外给药，从而直接达到助阳散寒，祛风除湿，活血止痛。实验研究也证实中药外用可以改善血液循环，降低骨内压，干预软骨细胞因子基因的表达，提高自由基清除剂SOD活性，从而达到保护关

节软骨,治疗膝骨关节炎的目的^[1]。中药外敷治疗膝骨关节炎性急性疼痛发作期疗效确切,具有简便、安全、有效特点,非常适合中老年人使用,值得在临床推广应用。

参考文献

[1]陆艳红,石晓兵.膝骨关节炎国内外流行病学研究现状及进展[J].中国中

医骨伤科杂志,2012,20(6):83.

[2]栗占国.骨关节炎诊治指南[J].中华风湿病学杂志 2003,7(11):702-704.

[3]中华医学会风湿病学分会.骨关节炎诊治指南(草案)[J].中华风湿病学杂志,2005,9(4):22-24.

[4]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1999:33.

[5]左可斌,任学通,李元贞.中药内服外洗治疗膝骨性关节炎 108 例[J].甘肃中医学院学报,2008,25(2):23.

(本文编辑:李海燕 本文校对:赵凯 收稿日期:2018-01-10)

便秘中医治疗的临床实践与思考

吴锋

(福建中医药大学附属厦门市中医院肛肠病医院肛肠二科,福建 厦门 361009)

摘要:探讨与思考中医治疗功能性便秘的价值及疗效。**方法** 回顾性分析63例功能性便秘患者的中医证型,分析中医治疗前、治疗后3个月的便秘情况,并予评分量化比较。**结果** 随访3个月,痊愈5例,显效26例,有效15例,无效17例,治愈率7.94%,总有效率73.02%。**结论** 中医治疗慢性功能性便秘具有较稳定的中远期疗效。

关键词:便秘;中医治疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.047

文章编号:1672-2779(2018)-07-0116-03

The Clinical Practice and Thinking of Traditional Chinese Medicine in Treating Constipation

WU Feng

(Department of Coloproctology, the Xiamen Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Xiamen 361001, China)

Abstract: Objective To explore the value and curative effect of traditional Chinese medicine in treating functional constipation. **Methods** The TCM syndromes of 63 patients with functional constipation were analyzed retrospectively. The constipation of the three months before and after treatment was analyzed, and the quantitative comparison was made. **Results** They were followed-up for three months. 5 cases were cured, 26 cases were developed, 15 were effective, 17 were ineffective, the cure rate was 7.94%, and the total effective rate was 73.02%. **Conclusion** The traditional Chinese medicine in treating chronic functional constipation has stable and long-term curative effect.

Keywords: constipation; therapy of traditional Chinese medicine

随着社会人口老龄化及现代生活节奏的增快,以及人们饮食结构的改变与精神心理、社会因素的影响,近年来我国慢性便秘的发病率逐年上升。慢性便秘不仅影响人们的生活质量,也会造成或加重其他疾病。

“便秘”一词首见于清代沈金鳌的《杂病源流犀烛》一书中^[1]。中医治疗讲究辨证论治,着眼于病机。《黄帝内经》之“病机十九条”并未指出“便秘”的病机,然“魄门亦为五脏使”,可见便秘的病机之复杂。“谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之”,笔者认为便秘病位在大肠,病机核心还是“脾”的健运功能失调,与肺、肾、肝密切相关。肺气不足,上焦失宣;脾虚健运失常,糟粕内停;肝郁气滞或化火伤津;肾虚气弱、血亏津少。在调整脏腑功能时应紧紧围绕着“运脾”这个中心。便秘是人体脏腑功能失调的一种信号,中医治疗的目的是使人体达到“阴平阳秘”的状态,很多患者便秘病情好转的同时,其伴发的纳呆、倦怠、腹胀等相关症状都会得到不同程度的改善。随着便秘患者的日益增多,笔者所在医院肛肠科于2年前开设了“便秘”专病门诊,现对笔者2015年8月—2017

年8月接诊的63例慢性便秘患者的中医治疗进行回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共63例慢性便秘患者,男25例,女38例;年龄21~79岁,平均(42±1.48)岁。病程0.5~20年,平均(5±1.25)年。其中大便每次3~4 d以上者42例,5~6 d 18例,7 d以上者3例。中医辨证,其中湿热蕴脾型10例,脾虚气滞型12例,脾虚湿滞型8例,脾虚湿热型10例,脾肺气虚型5例,脾肾阳虚型6例,肝郁脾虚型6例,脾胃阴虚型6例。

1.2 诊断标准 门诊所入选的病例,西医诊断标准参照2006年国际功能性胃肠病的罗马Ⅲ关于功能性便秘的诊断标准^[2]:(1)必须包括以下2项或2项以上:至少25%的排便感到费力;至少25%的排便为干球状便或硬便;至少25%的排便有不尽感;至少25%的排便有肛门直肠梗阻感或阻塞感;至少25%的排便需要手法帮助(如用手指帮助排便、盆底支持);排便次数<3次/周。(2)在不使用泻药时很少出现稀便。(3)没有足够的证据诊断肠易激综合征。诊断前症状至少出现6个月以上,且

近3个月症状符合以上诊断标准。中医证型诊断标准参照2011年由中华中医药学会脾胃病分会在《慢性便秘中医诊疗共识意见》中制定的标准^[9]。

1.3 治疗方法

1.3.1 一般治疗 所有患者进行饮食及生活指导，嘱忌食生冷、油腻、辛辣刺激食物，停用其他治疗便秘或影响胃肠动力的药物，避免过量饮酒，多食香菇、银耳等含纤维素较多的菌藻类食物，注意饮水，每日至少饮水1.5~2 L水，不必过量饮水，并无证据表明饮用更多的水能有效缓解慢性便秘症状。适度运动，避免熬夜及过度劳累，每日按揉腹部，做提肛运动。建立良好的排便习惯，不可忽视便意，改用蹲式排便，每次排便时间不可过长，尽量保持在5 min以内。切不可继续服用含“蒽醌”类刺激性泻剂。

1.3.2 中医治疗 中医辨证施治，所有病例均使用生(炒)白术20~30 g，枳实10~15 g。白术味苦、甘，性温。归脾、胃经。现代临床证实白术有良好的通便作用。白术多运用于虚证便秘，若辨证准确，配伍得当，实证便秘也可使用，剂量宜大为好。白术性温，温者其气升；枳性寒，寒者其气降；一升一降，旋转中焦之气，可使补而不滞，消而不伤，相得益彰，疗效倍增。湿热蕴脾型便秘采用三仁汤，加减：脾气虚甚者加黄芪，党参；阴虚甚者加沙参；肾阳虚者，加肉苁蓉以甘温补肾、润肠通便；湿重于热者加泽泻，茯苓；热重于湿者加黄芩，黄柏；肝气郁结腹胀者加莱菔子，白芍，槟榔^[4]。脾虚气滞型便秘采用参苓白术散，加减：脾气虚甚者加黄芪；气滞较重者不可重用白术，加用木香、厚朴；纳呆甚者加用神曲。脾虚湿滞型也采用三仁汤，加减：减去淡竹叶、滑石，加黄芪、升麻、柴胡、泽泻、炙甘草、陈皮^[5]；脾虚湿热型采用升阳除湿汤，加减：脾气虚甚者加黄芪；热甚者加决明子、火麻仁、黄柏；脾肺气虚型也采用参苓白术散，加减：肺气虚甚者加黄芪、瓜蒌；脾气虚甚者加茯苓、厚朴。脾肾阳虚型采用济川煎，加减：肾阳虚甚者加附子、肉桂；脾阳虚甚者加砂仁、干姜或炮姜；有痰饮者可加生姜。脾胃阴虚者采用我院经验方肠道行舟方的基础上加减，基本方：玄参15 g，麦冬15 g，火麻仁15 g，枳实15 g，炒白术20 g，槟榔15 g^[6]。辨证加减：兼热者加炒栀子；兼气滞者加莱菔子、厚朴等；兼血亏者加当归、熟地黄等；阴亏较重者加生地、沙参、石斛等。

中药用法：由本院中药房统一代煎，每日1剂，分早晚2次温服，1周为1个疗程。

1.4 疗效评价指标 根据中华医学会外科学分会肛肠外科学组于2005年制定的《便秘症状和疗效评估》^[7]制定症状量化指标，具体见表1，其中粪便性状参考Bristol标准：I型，坚果状硬球；II型，硬结状腊肠样；III型，腊肠样，表面有裂纹；IV型，表面光滑，柔软腊肠样；V型，软团状；VI型，糊状便；VII型，水样便。统计每例患者治疗前、治疗结束、治疗后6个月的总积分。

表1 便秘症状量化评分表

	排便困难、 过度用力排便	粪便性状	排便时间 (min/次)	不尽、 坠胀感	频率 (次/d)	腹胀
0分	无	B:IV~VII型	<10	无	1~2	无
1分	偶尔	B:III型	10~15	偶尔	3	偶尔
2分	时有	B:II型	15~25	时有	4~5	时有
3分	经常	B:I型	>25	经常	>5	经常

1.5 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》的疗效评定标准。采用尼莫地平法计算。疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。临床痊愈：主要症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%。显效：主要症状、体征明显改善，70%≤疗效指数<95%。有效：主要症状、体征明显好转，30%≤疗效指数<70%。无效：主要症状、体征无明显改善，甚或加重，疗效指数<30%。

1.6 统计学方法 将所有收集的资料信息输入SPSS 21.0中，建立数据库，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用t检验，以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

服用中药2个疗程的有14例，3个疗程的有17例，4个疗程的有11例，5个疗程的有7例，6个疗程的有7例，7个疗程的有4例，8个疗程的有2例，9个疗程的有1例。所有病例均在治疗后评价疗效，治疗结束后6个月进行随访。其中临床痊愈患者5例(7.94%)，显效患者26例(41.27%)，有效患者15例(23.81%)，无效患者17例(26.98%)，总有效率73.02%。具体见表2。63例便秘患者治疗前及随访6个月主要症状积分、总积分情况见表3。

表2 便秘中医治疗结果 (例)

组别	例数	疗程	痊愈	显效	有效	无效
湿热蕴脾	10	3	1	5	2	3
脾虚气滞	12	5	1	4	4	2
脾虚湿滞	8	4	0	3	2	3
脾虚湿热	10	4	1	4	3	2
脾肺气虚	5	5	1	2	1	1
脾肾阳虚	6	6	0	1	1	4
肝郁脾虚	6	5	0	3	2	1
脾胃阴虚	6	4	1	4	0	1

表3 63例便秘患者治疗前及随访6个月主要症状积分、总积分

($\bar{x} \pm s$, 分)

测评时间	排便困难、过度用力排便	粪便性状	排便时间	不尽、坠胀感	频率	腹胀	总积分
治疗前	2.96 ± 0.05	1.72 ± 0.18	1.96 ± 0.17	2.36 ± 0.18	1.52 ± 0.16	1.60 ± 0.20	12.28 ± 0.48
疗程结束	0.39 ± 0.13	0.24 ± 0.12	0.33 ± 0.10	0.36 ± 0.12	0.14 ± 0.06	0.21 ± 0.12	1.80 ± 0.56
随访6个月	1.65 ± 0.20 [*]	0.96 ± 0.18 [*]	1.07 ± 0.16 [*]	0.98 ± 0.18 [*]	0.50 ± 0.15 [*]	0.63 ± 0.16 [*]	5.75 ± 0.75 [△]

注:与治疗前比较,^{*}P<0.05;与疗程结束时比较,[△]P<0.05

3 讨论

慢性功能性便秘是一种病因复杂、起病缓慢的慢性心身疾病,治疗困难,病情容易反复。目前治疗慢性功能性便秘的方法很多,西医药物治疗有一定的副作用且远期疗效较差,部分顽固性便秘患者需要外科手术,但往往因合并有精神心理问题,成为外科治疗的一个雷区,且部分患者手术后并发症较多,便秘症状复发。中医治疗便秘历史悠久,中医的整体观决定了中医治疗便秘有着较好的中远期疗效。笔者治疗便秘采用个体化治疗,运用中医的整体观和脏腑辨证思维,处方中不含有刺激性泻剂,总有效率达到73.02%,5例临床治愈患者随访1年以上仍无复发,显示了中医治疗远期疗效的稳定性。

便秘整个病理过程以气虚为本,气阴(津)两伤贯穿始终,可挟湿、热、瘀等邪实^[8]。阳气为体的根本,阳气对人体生理、病理都有着广泛的影响。“火神派”医家卢崇汉认为造成阳损的具体因素有:先天不足,嗜食生冷寒凉、误用苦寒、滥用抗生素、工作烦劳、房事不节、非时作息和情志因素^[9]。本研究显示慢性功能性便秘也以虚证为主,且多挟湿、痰、瘀、热等邪实。东南地区气候湿热,本研究中32例患者挟湿,且脾虚生湿,外湿与内湿相合,湿气缠绵难祛,增加了治疗的复杂性,其中22例患者使用三仁汤加减取得了较好的疗效。6例脾肾阳虚患者曾长期口服大黄、番泻叶等苦寒的刺激性泻剂,中医治疗时间长,近期与远期疗效都较差,其中3例电子肠镜检查发现结肠黑变病的患者连续口服中药6个疗程以上,服药期间便秘症状有所改善,停药后即复发,由此可见便秘科普的重要性,可以大大减少刺激性泻剂的危害。

便秘中医治疗的终点是什么呢?笔者认为应该是便秘症状的明显改善,且异常的舌象、脉象均明显好转,亦即中医证型的改善。从治未病的思想来看,慢性功能性便秘患者即使痊愈,仍需要一般治疗,平素可以采用食疗,如脾阳虚者可长期服用姜枣茶,脾虚湿滞者可食用黄芪薏米粥等。目前国家大力推行分级诊疗,可在社区卫生中心或乡镇卫生院推行中医体质

辨识,从而掌握阴阳偏颇中医体质状态,采取个性化的干预措施,对便秘的预防与便秘治疗后防止复发有较大的帮助^[10]。

便秘的发病机制仍不明了,便秘的治疗手段多种多样,益生菌、溶剂性泻剂、纤维素类、5-HT₄受体激动剂等均有一定的疗效,生物反馈治疗对于功能性排便障碍效果显著,但需筛选有适应证的便秘患者。外科手术如南京军区南京总医院李宁的金陵术对顽固性便秘的近、远期疗效均满意^[11]。成都肛肠专科医院杨向东认为便秘需要综合治疗,可归结为:内外结合、中西合璧、身心同治、上下兼顾、分度论治^[12]。近年来,整合医学方兴未艾,它是将医学各个领域最先进的知识理论和临床各专科最有效的实践经验分别加以有机整合,并根据社会、环境、心理的现实,以人体全身情况为根本,进行修整、调整,使之更加符合、更加适合人体健康和疾病治疗的新的医疗体系^[13]。中医学的整体观念契合整合医学的理念,中医治疗便秘必将发挥越来越重要的作用,从而造福更多的便秘患者。

参考文献

- [1]董佳容,曹振东,毛旭明.便秘古代文献研究[J].山东中医药大学学报,2012,36(3):229.
- [2]Longstreth G F,Thompson W G,Chey W D, et al.Functional bowel disorders in:drossman DA eds.Rome III:the functional gastrointestinal disorders.McLean: Degnon Associates,2006:487-555.
- [3]中华中医药学会脾胃病分会.慢性便秘中医诊疗共识意见[J].北京中医药,2011,30(1):3-5.
- [4]段琪,蒋安,李志鹏,等.加减三仁汤治疗湿热蕴脾型便秘35例[J].结直肠肛门外科,2007,13(4):245-246.
- [5]毛智荣.加减三仁汤治疗脾虚湿滞型便秘92例[J].新中医,2004,36(3):62-63.
- [6]耿学斯,肖秋平.中西医结合经验性疗法对功能性便秘患者临床疗效及生活质量的影响[J].中华中医药杂志,2013,28(4):1004-1005.
- [7]中华医学会外科学分会肛肠外科学组.便秘症状及疗效评估[J].中华胃肠外科杂志,2005,8(4):355.
- [8]丁义江,丁曙晴.慢性功能性便秘的中医诊治策略[J].中国临床医生杂志,2007,35(3):18-19.
- [9]孙淑英.中医体质辨识对亚健康的分类及健康指导干预的效果探究[J].四川中医,2016,34(12):56-59.
- [10]李淑娟.《扶阳讲记》重视阳气思想及使用姜桂附情况浅析[J].中国中医药现代远程教育,2008,6(4):386-387.
- [11]李宁.重视顽固性便秘规范化诊治[J].中国实用外科杂志,2013,33(11):907-909.
- [12]杨向东,魏雨.便秘的分度标准与临床策略[J].中华结直肠疾病电子杂志,2015,4(2):62-64.
- [13]樊星,杨志明,樊代明.整合医学再探[J].医学与哲学,2013,34(3A):6.

(本文编辑:李海燕 本文校对:肖秋平 收稿日期:2018-01-08)

补中益气汤结合 RPH 治疗直肠黏膜内脱垂临床观察

赵希明 邓志灏 赵永娇*

(北京中医药大学东直门医院东区肛肠科, 北京 101100)

摘要:目的 观察和探讨补中益气汤结合自动痔疮套扎术(RPH)治疗直肠黏膜内脱垂的临床效果及意义。方法 将直肠黏膜内脱垂患者随机分成治疗组、对照组各80例,治疗组采用RPH,治疗组采用补中益气汤结合RPH,治疗后评价临床疗效。结果 2组治疗后主次症状评分及直肠黏膜内脱垂程度较治疗前均降低($P < 0.05$),治疗组降低程度大于对照组($P < 0.05$),治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。结论 补中益气汤结合RPH治疗直肠黏膜内脱垂,显著减轻直肠黏膜内脱垂程度,改善临床症状,提高临床疗效。

关键词: 补中益气汤; RPH; 直肠黏膜内脱垂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.048

文章编号:1672-2779(2018)-07-0119-03

The Clinical Observation on Buzhong Yiqi Decoction Combined with RPH in the Treatment of Rectal Intramucosal Prolapse

ZHAO Ximing, DENG Zhihao, ZHAO Yongjiao

(Proctology Department, East Branch of Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 101100, China)

Abstract: Objective To discuss and observe the clinical effect and significance of Buzhong Yiqi decoction combined with RPH in the treatment of rectal intramucosal prolapse. **Methods** The patients were randomly divided into treatment group, with 80 patients in each group. The control group adopted RPH. The treatment group used Buzhong Yiqi decoction combined with RPH. The clinical efficacy was evaluated after treatment. **Results** After treatment, the scores of primary and secondary symptoms and the degree of rectal mucosal prolapse in both groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$). The degree of reduction in the treatment group was greater than that in the control group ($P < 0.05$), and the total effective rate in the treatment group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** In the treatment of rectal intramucosal prolapse with Buzhong Yiqi decoction in combination with RPH, the degree of prolapse of rectal mucosa was significantly reduced. It can improve clinical symptoms and clinical effect.

Keywords: Buzhong Yiqi decoction; RPH; rectal intramucosal prolapse

直肠黏膜内脱垂又称为不完全性直肠脱垂,直肠黏膜内套叠,即直肠壁部分向下移动,下移的直肠壁在肛管直肠腔内,不超出肛门外缘,并在粪块排出后持续存在,是导致出口梗阻型便秘常见原因。主要症状:排便不净、肛门下坠、排便困难,肛门阻塞感等。由于内脱垂的程度不同,所以症状有轻有重,但如果不及时治疗,会发展成直肠完全脱垂,治疗就相对比较困难。我科通过总结经验,采取补中益气汤结合自动痔疮套扎术(RPH)治疗直肠黏膜内脱垂取得了满意的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013—2015年直肠黏膜内脱垂病例160人,男性82例,女性78例;年龄23~75岁,平均50岁;病程最短6个月,最长30年;伴有Ⅰ期内痔50人,Ⅱ期内痔30人,伴有肛乳头瘤30人,直肠息肉2人,轻度直肠前突9人,便秘35人,既往有痔疮手术病史20人。

1.2 诊断标准 参照2012年中华中医药学会中医肛肠科常见病诊疗指南直肠内脱垂诊断标准^[1]。

1.3 纳入标准 (1) 不受性别限制。(2) 符合直肠黏膜内脱垂的诊断标准。(3) 无主要脏器疾病。(4) 保守治疗效果不明显的患者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组

1.4.1.1 采用RPH 术前对患者进行常规实验室检查,包括:血常规、血凝四项、生化全项,及心电图、胸片。

1.4.1.2 手术方法 我院采用连发式痔疮套扎器,术前甘油灌肠剂灌肠,清洁肠道。腰麻成功后,采用截石位,术野及肛管碘伏常规消毒,铺消毒巾。肛门镜扩肛,镜下查看脱垂程度,采用倒三角套扎法,即3、7、11点将套扎器与负压吸引器连接,经肛门镜放入枪管对准齿线上3 cm某一点直肠黏膜,轻轻顶住,关闭排气孔开关,将直肠黏膜组织吸入管内,压力 $-0.08 \sim -0.1$ Mpa,旋转棘轮,释放胶圈,打开排气开关,见吸气的黏膜组织成圆形。大小如小指尖,在隆起处注射消痔灵 $0.5 \sim 1$ mL,直到颜色转为苍白色,防止胶圈过早脱落,预防出血,一次治疗可以同时套扎3~5个点,最好不在一个平面,套扎后黏膜皱缩,相隔隆起间的黏膜处注射1:1消痔灵液,进一步产生纤维化,固定直肠黏膜。肛门置入叫

* 通讯作者:zhaoyongjiao830315@163.com

咪美辛栓1枚消炎止痛。术后适量控制饮食，保持大便通畅，必要时口服通便药物、中药坐浴、使用抗生素治疗。隔日换药。

1.4.2 治疗组 采用补中益气汤结合RPH联合治疗，术后第2天给予补中益气汤口服，具体用药如下：黄芪20 g，党参10 g，白术10 g，柴胡10 g，陈皮10 g，茯苓20 g，当归20 g，大枣10 g，甘草6 g。随症加减：睡眠不佳，加酸枣仁10 g，远志10 g；腹痛：加延胡索10 g。

1.5 疗效判定标准 参照2012年中华中医药学会《中医肛肠科常见病诊疗指南》直肠内脱垂诊断标准^[1]。治愈：临床症状消失，肛门镜检查直肠黏膜光滑，未见黏膜松弛脱垂。有效：临床症状基本消失或减轻，肛门镜检查直肠黏膜光滑，局部仍有黏膜松弛脱垂。无效：临床症状未见好转，肛门镜检查直肠黏膜仍有松弛脱垂。

1.6 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。若患者在治疗过程中出现脱落，则该病例不纳入数据分析。

2 结果

治疗组总有效率为93.75%，对照组为75.00%，治疗组疗效明显优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	无效	总有效率
治疗组	80	65(81.25)	10(12.5)	5(6.25)	75(93.75) [△]
对照组	80	42(52.5)	18(22.5)	20(25)	60(75.00)

注：与对照组比较，[△] $P < 0.05$

3 讨论

直肠内脱垂又称直肠内套叠，或隐性直肠脱垂，是功能性出口梗阻型便秘的常见类型，一般认为是长期腹压增高所致，临床主要症状是经常感觉肛内异物感、有里急后重及排便不净感，肛门阻塞坠胀感，大便变细等症状。肛门镜检查可见直肠内黏膜松弛下垂，肠腔变细，脱垂黏膜充满肛门镜。中医学认为此病为气血亏虚、久病体弱、中气下陷、不能固摄所致。《难经》云：“病之虚实，入者为实，出者为虚，肛门之脱，非虚而何？……是气虚不能禁锢也。”《景岳全书》说：“大肠与肺相表里，肺热则大肠燥结，肺虚则大肠滑脱，此其要也。故有因久泻、久痢、脾肾气陷而脱者；有因中气虚寒，不能收摄而脱者；有因劳役吐泻，伤肝脾而脱者；有因酒湿伤脾，色欲伤肾而脱者；有因肾气本虚，关闭不固而脱者；有因过用寒

凉，降多亡阳而脱者；有因湿热下注而脱者。然热者必有热证，如无热证，便是虚证。且气虚即阳虚，非用温补，多不能效。凡小儿元气不实者，常有此证。”《医方考》说：“盖泻久则伤气，下多则亡阳，是气血皆亏矣。故令广肠虚脱”。

RPH主要通过负压，胶圈套扎直肠松弛黏膜，拉紧松弛脱垂的黏膜，造成黏膜和肌层粘连，使其缺血坏死脱落，从而达到消除松弛脱垂的黏膜^[2]，但单纯应用RPH会造成间隔之间黏膜仍有松弛脱垂现象，套扎过多，势必造成患者术后异物感、直肠狭窄等，因此我于手术中还会在套扎隆起处及相隔隆起间的黏膜处注射1:1消痔灵液，使松弛黏膜进一步产生纤维化，固定直肠黏膜，达到不再脱垂的效果。消痔灵主要成分是五倍子（鞣酸）、明矾（硫酸铝钾）、枸橼酸钠、低分子左旋糖酐、甘油、三氯叔丁醇及蒸馏水等，现代药理研究表明，消痔灵能使松弛的直肠黏膜引起无菌性炎症反应，在慢性炎症基础上产生组织纤维化，使黏膜及黏膜下层及肌层黏连固定，使松弛的Parks韧带产生纤维黏连固定，从而使齿线附近的肛管黏膜外的韧带组织得以加强，达到不再脱垂的效果。消痔灵是中医学根据“酸可收敛、涩可固脱”的理论而产生的，注射一方面可以防止胶圈过早脱落，预防术后出血；一方面可以使黏膜层、黏膜下层、肌层产生纤维化，更好地固定松弛脱垂的黏膜组织^[3-4]。二者相互补充，有效改善症状，强化了治疗效果。本术式采用可以连发的胶圈（无需反复安装）套扎过程完全自动化，十分省时、省力和简便，单人即可完成操作，价格也相当便宜；这种套扎技术结合消痔灵注射，不仅疗效大大提高，而且具有痛苦轻微，安全，操作简便等优势^[5-7]。本人还根据中医辨证思维，结合患者四诊，对于中气下陷型的直肠黏膜内脱垂术后给予补中益气汤口服标本同治，疗效显著。补中益气汤是源于李东垣的《脾胃论》，以调补脾胃、升阳益气为功，临床用于治疗中气下陷诸证，方中重用黄芪，味甘微温，入脾、肺经，补中益气，升阳固表，为君药。配伍党参、炙甘草、白术补气健脾为臣，与黄芪合用，以增强其补益中气之功。血为气之母，气虚时久，营血亦亏，故用当归养血和营，协党参、黄芪以补气养血；陈皮理气和胃，使诸药补而不滞，共为佐药。并以少量升麻、柴胡升阳举陷，协助君药以升提下陷之中气，《本草纲目》谓：“升麻引阳明清气上升，柴胡引少阳清气上行，此乃禀赋虚弱，元气虚馁，及劳役饥饱，生冷内伤，脾胃引经最要药也”，共为佐使。炙甘草调和诸药，亦

为使药。诸药合用，使气虚得补，气陷得升，则诸症自愈。气虚发热者，亦借甘温益气而除之。

本研究结果显示，补中益气汤结合RPH治疗直肠黏膜内脱垂，显著减轻直肠黏膜内脱垂程度，改善临床症状，提高临床疗效，值得临床推广使用。

参考文献

[1] 中华中医药学会. 中医肛肠科常见病诊疗指南[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 24-27.
[2] 许瑞云, 凌云彪, 林楠, 等. 自动痔疮套扎术(RPH)治疗轻中度痔疮[J]. 岭

南现代临床外科, 2006, 6(3): 165-166.
[3] 付冬瑞. “消痔灵”液注射治疗三期内痔 300 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(11): 22.
[4] 杨乐. 浅析消痔灵注射液治疗痔疮的安全性风险[J]. 中国药物警戒, 2012, 9(5): 297-298.
[5] 刘远成, 叶伟明, 沈奎. 两种方法治疗直肠黏膜内脱垂 62 例临床分析[J]. 结直肠肛门外科, 2010, 16(4): 209-211.
[6] 余文芳, 白凤全, 杨超. RPH 在直肠前突治疗中的运用[J]. 结直肠肛门外科, 2010, 16(6): 373-374.
[7] 陈朝晖, 陈红霞, 陈林, 等. 自动痔疮套扎术联合硬化剂注射治疗 II~IV 期痔病临床观察[J]. 中医临床研究, 2011, 3(20): 52-54.
(本文编辑: 李海燕 本文校对: 蔡德光 收稿日期: 2018-01-08)

康艾注射液联合 TP 方案 对晚期卵巢癌免疫功能的影响

毛文娟¹ 张健¹ 于显凤¹ 程亮亮¹ 么杨^{2*}

(1 辽阳市中心医院肿瘤内科, 辽宁 辽阳 111000; 2 辽阳市第三人民医院肿瘤内科, 辽宁 辽阳 111000)

摘要: 目的 探讨康艾注射液联合TP方案治疗晚期卵巢癌的疗效、毒副作用及其对免疫功能的影响。方法 将70例晚期卵巢癌随机分为康艾组和对照组。观察组35例在采用TP方案化疗的基础上加用康艾注射液; 对照组35例单用TP方案化疗。观察2组的临床疗效和毒副作用及治疗前后T淋巴细胞亚群的变化。结果 观察组客观缓解率71.4% (25/35), 高于对照组的51.4% (18/35), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。对照组治疗后T淋巴细胞亚群明显下降($P < 0.05$), 观察组治疗前后T淋巴细胞无明显改变($P > 0.05$); 治疗后观察组T淋巴细胞亚群高于对照组($P < 0.05$)。观察组毒副作用明显低于对照组($P < 0.05$)。结论 康艾注射液联合TP方案化疗治疗晚期卵巢癌, 疗效显著, 并降低了化疗的毒副作用及其对免疫功能的影响。

关键词: 卵巢癌; 化疗; 康艾注射液; T细胞亚群

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.049

文章编号:1672-2779(2018)-07-0121-03

Effect of Kangai Injection Combined with TP Chemotherapy on Immunological Function in Patients with Malignant Ovarian Tumor

MAO Wenjuan¹, ZHANG Jian¹, YU Xianfeng¹, CHENG Liangliang¹, YAO Yang²

(1. Oncology Department, Liaoyang Central Hospital, Liaoning Province, Liaoyang 111000, China;

2. Oncology Department, Liaoyang Third People's Hospital, Liaoning Province, Liaoyang 111000, China)

Abstract: **Objective** To investigate the curative effect and toxicities of Kangai injection and TP regimen in the treatment of advanced ovarian cancer, and to observe the changes of immunologic function. **Methods** 70 patients were randomly divided into two groups. The patients in the observation group were given TP regimen and Kangai injection. The patients in the control group received TP regimen. The curative effect and toxicities were observed. Before and after the treatment, T cell subpopulation was observed. **Results** The response rate in the observation group was 56.7%. The response rate in the control group was 50.0% ($P > 0.05$). After treatment, the T lymphocyte subsets in the control group decreased significantly ($P < 0.05$), but there was no significant change in T lymphocyte subsets in the observation group before and after treatment ($P > 0.05$), but after the treatment, the T lymphocyte subsets in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$), and the side effects in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Kangai injection combined with TP regimen is effective in the treatment of patients with advanced ovarian cancer. Kangai injection can reduce the toxicities of chemotherapy and the effect of chemotherapy on immunologic function.

Keywords: ovarian cancer; chemotherapy; Kangai injection; T lymphocyte subsets

卵巢癌是死亡率居第一位的妇科恶性肿瘤, 发病率仅次于宫颈癌和子宫体癌, 位居女性恶性肿瘤的第三位^[1]。癌症病人常发展为恶液质状态, 以低体重, 乏力, 体力下降, 同时伴有心理抑郁, 生活质量降低为特点, 常发生于围绝经期妇女, 其病因可能与内分泌、免疫功能、遗传因素有关。而化疗

产生不良反应是在抑制肿瘤细胞生长同时破坏机体正常细胞及免疫功能。因此提高晚期卵巢癌患者免疫功能、减轻化疗产生的不良反应对于治疗极为重要。曾有文献报道应用康艾注射液可以增加化疗效果, 主要通过诱导凋亡而抑制肿瘤细胞生长, 抑制肿瘤细胞生长的作用^[2]。本研究采用中药制剂康艾注射液联合静脉化疗, 观察其在提高卵巢癌化疗过程中患者机体免疫功能及减毒增效的效果, 现报道

* 通讯作者: ok.yaoyang@163.com

如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2017年12月于辽阳市中心医院肿瘤内科和辽阳市第三人民医院肿瘤内科住院化疗的卵巢癌患者70例，年龄32~64岁，平均年龄43岁，生存质量KPS评分>70分。随机分成观察组35例和对照组35例，观察组分期分别为Ⅲ期20例，Ⅳ期15例。对照组分期分别为Ⅲ期18例，Ⅳ期17例。入院检查血常规、肝肾功能、电解质等相关检查，除CA125增高外，其余均无明显异常。2组病例年龄、KPS评分、病理类型分期、生化检查等比较均无明显差异， $P>0.05$ 。本研究患者知情同意并签署知情同意书，获本院的伦理委员会审批同意。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 常规化疗方案：紫杉醇175 mg/m²（扬子江药业有限公司，制剂规格30 mg/支）顺铂75 mg/m²（江苏豪森制药有限公司，制剂规格30 mg/支）静脉滴注，21 d为1疗程。2个疗程后评价临床疗效。

1.2.2 观察组 在常规化疗基础上加康艾注射液60 mL（长白山制药股份有限公司，制剂规格20 mL/支），5%葡萄糖250 mL静脉滴注，每天1次，连用14 d。2个疗程后评价临床疗效。

1.3 观察指标 (1) 评价指标采集空腹静脉血，采用流式细胞仪检测免疫指标CD³、CD⁴、CD⁴/CD⁸及NK细胞含量，分别于第1天及2个疗程后抽取静脉血，同时统计患者出现毒副作用机率，对比前后变化。(2) 评价临床疗效按世界卫生组织(WHO)推荐的实体瘤疗效评分：完全缓解(CR)指所有肿瘤病灶全部消失，部分缓解(PR)指肿瘤面积缩小≥50%，稳定(SD)指肿瘤病灶变化介于PR和PD之间，进展(PD)指肿瘤面积增加≥25%或出现新病灶，以CR+PR计算客观缓解率(ORR)。(3) 观察血学毒性反应。利用血常规检查，观察两组患者白细胞(WBC)，血红蛋白(HGB)、中性粒细胞绝对值(NEU)、淋巴细胞绝对值(LYM)及单核细胞绝对值(MON)。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件分析数据，计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，采用独立样本，和 t 检验，组间比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者免疫功能比较 治疗前2组免疫功能比较差异无统计学意义($P>0.05$)。2个疗程后观察组CD³、CD⁴、CD⁸、CD⁴/CD⁸、NK比值明显高于对照组，差异有

统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者治疗前后细胞免疫表达变化 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	CD ³ T(%)	CD ⁴ T(%)	CD ⁸ T(%)	CD ⁴ T/CD ⁸ T	NK(%)
对照组	35	治疗前	67.3±8.9	31.5±7.9	36.1±10.8	0.86±0.31	13.8±4.2
		治疗后	54.5±10.3	28.2±6.9	27.6±8.1	0.89±0.17	10.9±4.9
观察组	35	治疗前	69.5±9.9 ^Δ	30.1±8.4 ^Δ	37.6±11.1 ^Δ	0.81±0.44 ^Δ	12.1±5.5 ^Δ
		治疗后	75.5±9.3 [*]	33.6±9.8 [*]	42.7±10.3 [*]	1.15±0.42 [*]	17.1±5.1 [*]

注：治疗后与对照组相比较，^{*} $P<0.05$ ；治疗前与对照组比较，^Δ $P>0.05$

2.2 2组患者客观缓解率比较 观察组和对照组临床客观缓解率(CR+PR)比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 2组患者客观缓解率的比较 [例(%)]

组别	例数	CR	PR	SD	PD	ORR
观察组	35	11	14	7	3	25(71.4) [*]
对照组	35	6	12	12	5	18(51.4)

注：与对照组比较，^{*} $P<0.05$

2.3 2组患者化疗血液毒副反应比较 观察组患者治疗后HGB、WBC、NEU、LYM较治疗前有明显升高($P<0.05$)。对照组患者治疗后较治疗前均无显著性差异($P>0.05$)。

表3 2组患者化疗血液毒副反应比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	HGB(g/L)	WBC($\times 10^9/L$)	NEU($\times 10^9/L$)	LYM($\times 10^9/L$)	MON($\times 10^9/L$)
对照组	35	治疗前	90.14±19.87	5.29±2.79	2.78±0.77	1.79±0.19	0.43±0.08
		治疗后	81.33±13.12	5.11±2.62	2.54±1.71	1.67±0.15	0.47±0.11
观察组	35	治疗前	91.65±24.29	5.33±1.99	2.45±0.78	1.11±0.71	0.39±0.09
		治疗后	110.09±10.04 [*]	5.81±2.31 [*]	2.99±2.14 [*]	1.95±1.89 [*]	0.41±0.14

注：治疗后与对照组比较，^{*} $P<0.05$

3 讨论

化学药物治疗肿瘤取得了较好效果，但其会产生胃肠道反应、骨髓抑制、重要脏器功能损坏等严重影响。随着相关研究的进展，抗癌中药已成为肿瘤临床重要的治疗手段，现代医学与中医学相互补充，为肿瘤治疗开辟了新的途径，术后化疗能够杀灭残存的癌细胞而控制复发，是提高晚期卵巢癌生存率的关键^[4]。紫杉醇是从红豆杉提取的一种新型抗肿瘤药物。通过作用于肿瘤细胞的微导管，促进微管聚合，抑制微管解聚，干扰肿瘤细胞有丝分裂，发挥抑制肿瘤生长^[5]。目前晚期卵巢癌常用的化疗方案为卡铂或顺铂联合紫杉醇治疗，两者疗效相当，通过手术将瘤体卸载后，足量高剂的化疗可明显有效阻断肿瘤扩散进程，发挥化疗药物对肿瘤的杀伤作用^[6]。

在化疗的基础前提下，联合使用中药制剂，为提高药物疗效，康艾注射液的应用能够抑制肝癌细胞的增殖，具有抑制作用。康艾注射液组成有黄芪、人参及苦参，均可以高效不伤正气地控制肿瘤发展，人参

含有的人参皂苷Rg以其相对分子质量小,毒性低和抗肿瘤活性好等优势为具有开发价值的抗癌药物^[7]。黄芪中的多糖成份作用于人身免疫抗癌系统,通过加快抗体形成细胞生成速度及细胞因子分泌速度的方式改善机体免疫功能,达到抗肿瘤效果^[8]。方中苦参内有苦参碱,苦参碱调节肿瘤细胞自噬与凋亡^[9],逆转肿瘤细胞耐药性及增强化疗药物的敏感性,这可能与促进自噬相关标志物的表达和抑制MDR相关蛋白及mRNA的表达有关^[9]。苦参素的主要活性成分是苦参碱、氧化苦参碱、脱氢苦参碱等抗癌成分,具有扩张血管、抗炎、升高白细胞、止痛作用^[10]。有研究表明苦参素还有抗肿瘤活性,可抑制多种癌细胞的生长,改善卡氏评分^[11]。同时康艾注射液有大补元气和补脾益肺作用,放、化疗产生的机体损伤可通过激活炎症反应及疼痛应激导致炎性指标疼痛介质的产生提高表达效果,增加对患者肿瘤治疗的效果。肿瘤患者免疫低下可通过T淋巴细胞亚群检测,临床判断机体免疫系统的指标,具有活化辅助抑制和杀伤肿瘤细胞、识别抗原的作用^[12]。有学者研究^[13]证明化疗后康复阶段外周血免疫相关指标因子CD³⁺CD⁴⁺、CD³⁺CD⁵⁶⁺以CD³⁺CD⁴⁺/CD³⁺CD⁸⁺与对照组相比,上升趋势更明显。观察注射液可以增强自然杀伤细胞(NK)细胞和巨噬细胞的吞噬及杀伤功能,促进骨髓代谢,提高机体免疫力,增加白细胞生成;与化疗联合治疗恶性肿瘤能减少白细胞下降。具有杀伤肿瘤细胞作用。本次观察结果提示,康艾注射液能够抑制化疗患者的白细胞减少;对化疗的免疫功能破坏有纠正作用,能抑制T细胞亚群的下降;康艾组有效率显著高于对照组,说明康艾注射液与TP方案化疗有协同作用。同时血液毒副反应均低于对照组,这可能有更好的免疫机能,减少化疗药物的毒副反应有关。通过提高MEU和LYM绝对值,MEU的增高使患者有明显的免疫能力,促进了患者的ORR生活质量的提升。使用康艾注射液后淋巴细胞各亚群对机体免疫功能的稳定起着重要的调节作用。人参和黄芪为传统的扶正固本类中药,均具有提高机体免疫力、升高白细胞的药理作用^[14],增强化疗效果的目的;并且因其对心血管、肝、肾功能的保护性作用,康艾注射液联合TP方案治疗晚期卵巢癌,能够增加化疗耐受性,降低毒副反应,亦能使免疫功能不受影响,也是治疗晚期卵巢癌较理想的方案。

参考文献

[1]胡向丹,肖静,翟秋丽,等.卵巢癌患者血清HE4、CA125水平变化及临床意义[J].山东医药,2017,57(12):58-60.

- [2]汤强,陈亮,叶飞,等.康艾注射液联合顺铂治疗癌性腹水疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2015,25(2):135-137.
- [3]周际昌.实用肿瘤内科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2003:28-48.
- [4]何文静,伏晓月,谢兰.胎盘多肽联合化疗治疗晚期卵巢癌的临床研究[J].重庆医学,2017,46(7):931-934.
- [5]于聪,冯小丽.参芪扶正注射液联合TP方案治疗卵巢癌临床分析[J].中国当代医药,2017,4(8):63-65.
- [6]冯仙明,陈焕伟,王博,等.初始化疗或手术对Ⅲ期卵巢癌的临床疗效分析[J].肿瘤药学,2016,6(5):375-278.
- [7]杨萍,崔云秋,于婷.人参皂苷Rg3剂型的研究进展[J].国际药学研究杂志,2017,44(6):514-517.
- [8]王畅,吴仕波.黄芪联合辅助化疗对NSCLC癌灶VEGF表达、MVD及免疫功能的影响[J].中国生化药物杂志,2017,37(7):96-98.
- [9]李琦,王玲玲,徐佳,等.苦参碱在抗肿瘤治疗中的研究进展[J].国际检验医学杂志,2017,38(2):500-502.
- [10]黄俊婷.康艾注射液联合化疗治疗老年晚期非小细胞肺癌疗效观察[J].当代医学,2014,20(2):145-146.
- [11]曹冉华,石秀换,刘彩霞,等.康艾注射液治疗晚期肿瘤的临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2014,20(14):124-125.
- [12]马婷婷,陆方晓,王冬冬,等.硬膜外镇痛对肿瘤细胞减灭术治疗的卵巢癌患者应激、免疫和生存的影响[J].中华内分泌外科杂志,2017,11(2):135-139.
- [13]张林凤,孙文妹,李文娟.先期化疗联合肿瘤细胞减灭术后腹腔热灌注化疗治疗晚期卵巢癌的临床疗效分析[J].实用癌症杂志,2016,31(9):1495-1397.
- [14]程宏忠,王平,毛新,等.康艾注射液联合放化疗治疗中晚期食管癌[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(10):337-339.

(本文编辑:李海燕 本文校对:毛文艳 收稿日期:2018-01-16)

洪雅中草药·低等植物· 多孔菌科名录

紫芝(灵芝)*Ganoderma japonicum* (Fr.) Lloyd.

入药部位:全株入药。

性味:性平,味甘。

功能主治:健胃,补脾。治疗虚劳咳嗽,神经衰弱等。

生境分布:青杠林下。瓦屋山、总岗山多见。蕴藏量少。

赤芝(灵芝)*Ganoderma lucidum* (Leyss. ex Fr.) Karst.

入药部位:全株入药。

性味:性平,味甘。

功能主治:补脾健胃。治疗虚劳咳嗽,神经衰弱等。

生境分布:青杠林,杂木林下。瓦屋山、总岗山多见。蕴藏量少。

雷丸(雷丸菌)*Polyporus mylittae* Cook.et Mass.

入药部位:菌核入药。

性味:性寒,味苦。

功能主治:清热,消积,杀虫。治疗小儿疳积,虫积腹痛等症。

生境分布:竹林下。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

中国穴位埋线疗法系列讲座(72)

 杨氏3A+疗法“眩五针”治疗颈性眩晕临床观察[※]

 方朝敏¹ 杨才德^{2*}

(1 甘肃中医药大学针灸推拿学院, 甘肃 兰州 730000;

2 兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科, 甘肃 兰州 730020)

摘要:目的 观察杨氏3A+疗法“眩五针”治疗颈性眩晕的临床效果。方法 将80例颈性眩晕病人, 随机分为治疗组和对照组, 各40例。其中治疗组采用杨氏3A+“眩五针”治疗, 对照组采用传统针灸治疗。1个疗程后观察2组治疗效果。结果 治疗组中, 治愈30例, 显效5例, 好转3例, 总有效率95.0% (38/40); 对照组中, 治愈18例, 显效10例, 好转3例, 总有效率77.5% (31/40); 2组总有效率相比, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 杨氏3A+“眩五针”治疗颈性眩晕, 其疗效明显优于传统针灸方法, 值得临床借鉴和推广。

关键词: 颈性眩晕; 眩五针; 杨氏3+疗法; 临床观察

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.050

文章编号:1672-2779(2018)-07-0124-03

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (72)

Clinical Observation on Yang's 3A+ Therapy at "xuanwuzhen" in Treating Cervical Vertigo

 FANG Chaomin¹, YANG Caide^{2*}

(1. College of Acupuncture and Massage, Gansu University of Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730000, China;

2. Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of Yang's 3A+ therapy at "xuanwuzhen" in treating cervical Vertigo. **Methods** 80 patients with cervical Vertigo were randomly divided into two groups, with 40 cases in treatment group and 40 cases in control group. The patients in treatment group were treated with Yang's 3A+ therapy at "xuanwuzhen". The patients in the control group were treated with traditional acupuncture combined with conventional massage therapy. The clinical effect after one course was observed. **Results** In treatment group, 30 cases were cured, 5 cases were markedly effective, 3 cases were improved, and the total effective rate was 95%. In the control group, 18 cases were cured, 10 cases were markedly effective, 3 cases were improved, and the total effective rate was 75.5%. The total effective of two groups had significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** The clinic effect of Yang's 3A+ therapy at "xuanwuzhen" in treating cervical vertigo is obviously superior to the traditional acupuncture combined with conventional massage therapy, and it is worthy of clinical reference and promotion.

Keywords: cervical vertigo; xuanwuzhen; Yang's 3A+ therapy; clinical observation

(上接第6期)

颈性眩晕是临床常见的一种疾病, 常指颈部病变压迫椎动脉导致椎-基底动脉系统供血不足引起的眩晕综合征。眩晕的发生与头颈部活动关系密切, 其特点是呈间断性、反复性发作, 临床常伴有恶心、呕吐、颈部不适等症状。亦与椎体本身有极大关系, 如颈椎骨质损害、颈部软组织病变、颈椎凝滞等。本病好发于中老年人, 近年来, 随着生活节奏加快及人们生活习惯的改变, 长期伏案工作者及长时间持续低头手工操作者日益增多, 颈椎病患者逐年增多, 发病率逐年增高, 且发病年龄日趋年轻化, 严重影响患者的生活质量, 对工作和学习也有较大的影响。中医学治疗本

病常用针灸治疗, 采用针刺百会、四神聪、风池等为基础穴进行加减治疗, 但疗效不太理想。本人运用导师兰大一院东岗院区杨才德主任首创的杨氏3A+疗法“眩五针”治疗颈性眩晕^[1-2], 取得了比较满意的疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例全部来自兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科2016年6月—2017年6月住院及门诊病例, 将符合纳入标准的80例颈性眩晕患者随机分为治疗组40例和对照组40例2组, 2组性别、年龄、病程等方面比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 参照国家中医药管理局1994年发布的中华人民共和国药行业标准《中医病证诊断疗效标准》^[3]眩晕的诊断标准。参照五版中医内科教材,

※ 基金项目: 甘肃省中医药管理局科研立项课题[No.GZK-2015-58]

* 通讯作者: 13993162751@163.com

诊断依据:

(1) 头晕目眩, 视物旋转, 轻者闭目即止, 重者如坐车船, 甚则仆倒。“颈性眩晕”最突出的特点为“体位性眩晕”, 严重者可发生猝倒, 但一般不伴有意识障碍。(2) 可伴恶心呕吐, 耳鸣耳聋, 眼球震颤, 汗出面色苍白等。(3) 慢性起病逐渐加重。或急性起病, 或反复发作。旋转试验阳性。(4) 测量血压, 查心电图及血色素红细胞计数, 脑干诱发电位, 电测听, 眼震电图及颈椎X线, 经颅多普勒等有助明确诊断, 必要时行头颅CT检查。检查示椎-基底动脉供血不足。(5) 应注意除外肿瘤, 严重血液病等。

1.2.2 西医诊断标准 参照《眩晕》(栗秀初、黄如训主编, 第四军医大学出版社, 第2版, 2008年) 诊断要点:

(1) 多因头位或体位变动而诱发眩晕发作性视物或自身应转感、晃动感, 不稳感。(2) 眩晕同时可伴有其他脑干等一过性缺血的症状。(3) 具有轻微脑干损害体征, 如角膜和(或)咽部反射减退或消失, 调节和(或)辐辏反射等。(4) 测量血压, 查血项及其他相关检查。(5) 排除其他原因引起眩晕的病患。

1.3 纳入标准 (1) 符合以上颈源性眩晕的诊断标准;(2) 年龄20~71岁, 起始发病年龄小于71岁, 性别不限;(3) 签署知情同意书受试者;(4) 能按医生要求坚持完成疗程者。

1.4 排除标准 (1) 不符合颈性眩晕诊断标准;(2) 同时具有肝、肾、心以及脑血管等严重原发性疾病以及精神病等合并症的患者;(3) 过敏性体质的患者;(4) 经期、哺乳期和妊娠期的妇女。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 采用杨氏3A+疗法“眩五针”治疗。

1.5.1.1 “眩五针”定点 星状神经节点^[4]:第六颈椎横突前结节略下方处。

定晕穴: 风池穴上1寸。

内关点: 腕横纹上2寸, 掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间, 曲泽与大陵的连线上。

肝俞点: 第九胸椎棘突下旁开1.5寸。

丰隆点: 位于小腿前外侧, 外踝尖上8寸, 胫骨前缘外二横指(中指)处。内与条口相平, 当外膝眼(犊鼻)与外踝尖连线的中点。

1.5.1.2 辨证配穴 肝阳上亢型眩晕: 配行间; 痰湿中阻型眩晕: 配中脘、阴陵泉; 瘀血阻窍型眩晕: 配膈俞、

阿是穴; 气血亏虚型眩晕: 配脾俞、气海; 肾精不足型眩晕: 配关元。

1.5.1.3 埋线针刀和线体的选择 操作针具使用兰州大学第一医院东岗院区杨才德主任发明的埋线针刀, 选用3.4 cm、6.8 cm长的7#埋线针刀; 选用4-0的2 cm长PGA线体, 对折线体后, 将其一半穿入埋线针刀, 另外一半留于埋线针刀外。

1.5.1.4 操作方法 令病人仰卧, 充分暴露术区; 医师戴检查手套, 定点, 术区严格消毒。

术者固定皮肤, 右手持针刀, 快速突破皮肤, 缓慢推进, 有酸胀感后, 旋转360°并缓慢出针, 无菌创可贴贴敷。

3次为1疗程, 每次间隔15 d, 1个疗程后进行疗效评价。

1.5.2 对照组 给予传统针刺治疗, 穴位为风池、四神聪、百会等, 根据《针灸治疗学》辨证加减。若痰浊上蒙型眩晕: 加中脘、丰隆、内关除湿化痰; 若风阳上扰型眩晕: 加太冲、行间、太溪平肝熄风; 若气血不足型眩晕: 加气海、血海、足三里补益气血; 若肝肾阴虚型眩晕: 加肝俞、肾俞、太溪滋补肝肾。

操作: 百会用2寸毫针向后斜刺1.5寸, 得到酸胀沉重感为度; 风池用1.5寸毫针针尖向对侧眼球刺入1~1.2寸, 提插捻转, 使酸胀感窜向颞部, 不留针; 其他的毫针常规刺, 针刺得气后, 留针30 min, 每天1次, 10次为个疗程。

1.6 临床疗效评定标准 中医疗效评定标准根据1993年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》(第一辑)中规定的疗效标准。(1) 基本痊愈: 眩晕等主要症状消失。(2) 显效: 眩晕等主要症状明显减轻不影响正常生活及工作。(3) 有效: 头昏或眩晕减轻, 能坚持工作, 但影响生活和工作。(4) 无效: 头昏及眩晕等症状无改善或加重, 严重影响生活和工作。

1.7 统计学方法 使用SPSS 19.0统计软件进行数据处理, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 治疗组治愈率75.0%, 总有效率95.0%。而对照组治愈率45.0%, 总有效率77.5%; 2组治愈率、总有效率比较均有显著差异($P < 0.01$), 可见使用杨氏3A+“眩五针”疗效优于传统针灸。具体结果见表1。

表1 2组治疗后临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	30(75.0)	5(12.5)	3(7.5)	2(5.0)	38(95.0)*
对照组	40	18(45.0)	10(25.0)	3(7.5)	9(22.5)	31(77.5)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 2组主要症状、体征发生率比较 2组治疗后症状及体征发生率均比治疗前下降,差异显著 ($P<0.05$),治疗组治疗后的体征及症状发生率优于对照组 ($P<0.05$)。具体结果见表2。

表2 2组治疗前后主要症状、体征发生率比较 [例(%)]

组别	眩晕		头痛		头昏		视物不清		颈部不适	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40(100.0)	8(20.0)	28(70.0)	3(7.5)	15(37.5)	2(5.0)	18(45.0)	1(2.5)	40(100.0)	2(5.0)
对照组	40(100.0)	20(50.0)	30(75.0)	13(32.5)	16(40.0)	10(25.0)	15(37.5)	7(17.5)	40(100.0)	16(40.0)

2.3 治疗组3次治愈率 通过本次临床观察得知治疗组治疗1次临床治愈率为25%,2次治愈率为30.0%,3次治愈率为20.0%,总治愈率为75.0%,故使用杨氏3A+“眩五针”治疗颈性眩晕取得良好的疗效。

3 讨论

颈源性眩晕 (cervical vertigo, CV) 是由于颈椎椎本及椎旁组织结构或功能异常引起的一类眩晕病。传统观念认为“颈性眩晕”是颈段软组织由于长期慢性损伤及内压增高,反射性刺激其内与大脑神经相通的神经支导致眩晕,亦称Barre-Lieon综合症。随生活水平的提高,本病在人群中的发病率亦逐年增高且趋于年轻化。目前认为椎动脉的颅外段受受压导致椎基底动脉系统血流异常是引起该病的关键。

颈性眩晕属中医学“眩晕”的范畴,其发生多由颈部劳损或扭伤导致颈部经脉运行不畅,络脉受阻,脑脉失于气血营养导致头晕目眩、视物旋转等为主症的一类临床常见病症。现代医学多认为,椎动脉常常起于锁骨下动脉,向上走行经第6颈椎横突孔至第1颈椎横突孔后,再经枕骨大孔入颅;颈部肌肉等软组织可能由于长期劳损,颈部小关节紊乱或颈椎骨质增生,由此而引起椎-基底动脉供血不足,故而导致的眩晕综合征。

杨氏3A+疗法“眩五针”治疗颈源性眩晕在临床上取得良好的治疗效果^[5]。“眩五针”具有操作简便、症状明显改善、疗效显著等特点和长效针灸的作用,临床常采用此法治疗本病。临床研究显示杨氏3A+疗法“眩五针”能够更好地改善颈部微循环及组织缺血缺氧状态,可以及时调整脊柱的病理状态,缓解肌肉痉挛,

减轻对椎动脉压迫牵拉最终缓解眩晕。星状神经节:定位在第六颈椎横突前结节略下方处,在此埋线可以调节人体的植物神经系统、免疫系统和内分泌系统,保证其功能的正常行使;还可以抑制交感神经纤维的功能,从而治疗眩晕;定晕穴^[6]:在风池穴上1寸,埋线可以改善颈部血液循环,达到治疗眩晕的目的;内关点:腕横纹上2寸,掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间,曲泽与大陵的连线上,可醒脾化湿,平肝降逆;古医籍中明确记载,“诸风掉眩,皆属于肝”(《素问·至真要大论》),为肝阳上扰清窍所致,故肝俞点:即第九胸椎棘突下旁开1.5寸,可以平肝潜阳、平肝降逆;“无痰不眩”(《丹溪心法·头眩》),痰湿中阻,清阳不升是其病因病机,然丰隆点:位于小腿前外侧,外踝尖上8寸,胫骨前缘外二横指(中指)处。内与条口相平,当外膝眼(犊鼻)与外踝尖连线的中点,可以祛湿化痰,以上五点共同治疗眩晕取得良好效果;常规针刺主要作用在改善局部供血或解除血管痉挛,一般需要长时间多次治疗,才能累积一定的疗效,但随着人们生活的改变及各种原因很难做到及时按医嘱治疗,故疗效得不到累积。2组相比,治疗组更具有持久有效性。

临床观察表明,杨氏3A+疗法“眩五针”治疗颈性眩晕症安全、有效而稳定,疗程短,见效快,对减轻患者痛苦有确切的疗效,有极大的临床推广价值。

参考文献

- [1]杨才德, 雒成林. 穴位埋线疗法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 27-30.
- [2]杨才德, 包金莲, 李玉琴, 等. 埋线针刀-穴位埋线的新武器[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(4): 63-64.
- [3]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: 186.
- [4]杨才德, 赵大, 于灵芝, 等. 星状神经节为主埋线治疗黄褐斑疗法临床观察[J]. 中国针灸, 2015(10): 48-51.
- [5]权伍成, 朱汉章, 张秀芬. 针刀治疗寰枢关节紊乱引起颈性眩晕的临床疗效观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2007, 15(9): 18-22.

(本文编辑:李海燕 本文校对:何天有 收稿日期:2018-03-06)

(未完待续)



针灸特色模块教案在临床教学中的应用※

王玉莹 柴一峰* 苏涛

(北京中医药大学第四临床医学院针灸科, 山东 枣庄 277000)

摘要:目的 探讨针灸特色模块教案在临床教学中的应用。方法 在充分分析目前针灸临床教学及实习现状的基础上,抓住以学生为本,采取导师制结合实训式、问题式、体验式的教学模式以提高针灸临床教学质量,规范针灸教学模式,采用理论技能考核、调查研究及访谈的形式评价此教案的效果。结果 学生的自主学习积极性及临床技能大大提高,中医针灸临床思维也得到提升。结论 针灸特色模块教案有助于提高临床带教质量,值得应用和推广。

关键词: 针灸特色模块; 教案; 临床教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.051

文章编号:1672-2779(2018)-07-0127-02

The Application of the Characteristic Module of Acupuncture and Moxibustion Teaching Plan in Clinical Teaching of Acupuncture and Moxibustion

WANG Yuying, CHAI Yifeng, SU Tao

(Department of Acupuncture and Moxibustion, the Fourth Hospital of Clinical Medicine of Beijing University of Chinese Medicine, Shandong Province, Zaozhuang 277000, China)

Abstract: Objective To discuss the application of the characteristic module of acupuncture and moxibustion teaching plan in clinical teaching of acupuncture and moxibustion. **Methods** In order to improve the quality of clinical teaching of acupuncture and moxibustion, the teaching mode of acupuncture and moxibustion should be standardized by taking the students as the basis and taking practical training, problematic and experiential teaching mode, combined with tutorial system on the basis of full analysis of the current situation of clinical teaching and practice of students. The effect of the teaching case was evaluated by the form of theoretical skills assessment, investigation and interview. **Results** The students' initiative of autonomous learning and clinical skills have been greatly improved, and the clinical thinking of acupuncture and moxibustion in traditional Chinese medicine has also been improved. **Conclusion** The teaching plan of characteristic module of acupuncture and moxibustion is helpful to improve the quality of clinical teaching, and it is worthy of application and popularization.

Keywords: characteristic module of acupuncture and moxibustion; teaching plan; clinical teaching

中医学博大精深,是实践的积累,经验的总结。针灸是中医学的重要组成部分,是实践性较强的一门学科,需要反复实践验证,总结经验。然而目前国内大多数针灸毕业生在实习结束后依然不能熟练诊治病人,缺乏中医针灸临床思维,究其原因,大部分与目前针灸临床带教现状有关。基于目前针灸临床教学存在的问题及为今后培养具有中医针灸临床思维的实践型针灸医生,针灸教学需探索新方法、新途径。

1 针灸临床教学现状

针灸包括针刺与灸法,是在中医学理论的指导下及长期实践摸索总结中产生的,需要丰富的中医理论知识及熟练的针灸操作能力。纵观目前针灸临床带教现状基本采取传统教学模式,即重理论,轻临床,不注重培养学生的中医针灸临床思维及临床操作能力,墨守成规,缺乏创新,忽视了学生知识应用和创新能力的培养及学生切身体会的过程,造成临床教学与应用脱节的现象。经文献检索及多年观察发现,学生毕

业后进入临床工作时不能熟练处理针灸科常见病,严重影响了实践型针灸医学生的成长^[1]。

2 临床应用

针灸特色模块教案是我院针灸科在针灸临床带教中不断探索、积累、改进而成,带教模式是以学生为本,结合实训式、问题式、体验式三种教学模式,注重提高学生的实践操作能力和培养学生的中医针灸临床思维及科研、创新能力。

2.1 针灸临床带教老师 教学方法的改革是提高教学质量的关键,是教学改革中最为重要的内容^[2]。为此,特以导师制为本教案的特点之一。导师为本院高年资针灸医师,主治以上级别,具有硕士学位,从事针灸临床工作10年以上,临床经验丰富,理论知识扎实,具有临床教学经验,且通过了教师评价评价体系^[3]。每名导师最多可带3名本科针灸专业的学生。为督促导师积极进取,提高临床带教水平,加强我院的师资力量,我院特采取导师访谈及师生互评的多样化考核形式。

2.2 具体实施方法 培养模式采取以“学生的操作能力”

※ 基金项目:北京中医药大学教育科学研究课题[No.XJZX17099]

* 通讯作者:chaiyf001@163.com

为基本取向,教学过程始终围绕以“学生为本”、以“能力为本”、以“探究活动为本”的原则,具体实施方法分以下三步进行。

第一步实训式,针灸学生每天跟随导师进行临床观摩,学习针灸科常见疾病的诊治,及如何与病人进行沟通,导师讲解自己的诊治思路。首先让学生管床,每个学生管3个病人,学生要熟悉病人的基本情况、每天的病情变化及完成病例书写内容,在与病人取得信任的条件下,由导师推荐,学生对病人进行拔罐、推拿、艾灸、刺络放血等基本技能操作,导师负责指导及安全监督。学生之间进行针刺演练。每周开展一次针灸特色讲座,由导师负责,内容为针灸临床疗法及特色疗法的介绍,包括针灸技术,如腹针、脐针、浮针等,以及针灸临床常见病的诊治及研究现状。

第二步问题式,导师带领学生进行教学查房,采取引导的方式进行,将主动权交于学生,充分调动学生的积极性。查房过程中,学生有不懂的、不会的直接向导师请教,导师给以现场讲解。每周安排学生进行一次个案讨论,个案名称由导师指定,学生收集资料、撰写、讨论,鼓励学生们畅所欲言,重点培养学生的中医针灸临床思维。

第三步体验式,首先采取临床情景模拟的方法,由学生们轮流扮演医生与患者的角色,导师给以指导及点评。然后让学生独自接诊1名患者,包括诊断及治疗,导师协助。最后举办一场义诊活动,导师引领、指导,学生负责具体的诊治。义诊结束后,导师对各个学生的表现进行点评,并解答学生在诊治过程中存在的疑点、困惑。

整个针灸临床带教过程中,要重视讨论和实践,鼓励学生们多动手,积极发散思维,将需要背诵熟记的内容留在课后,把讨论引入针灸临床带教^[4]。

2.3 评价方法及优缺点 对在我院针灸科实习结束后的学生采用调查研究及访谈的形式进行满意度测试,学生在出科时进行理论、技能及病例整体诊疗过程考核,根据学生的出科考核成绩及调查研究、访谈结果进行系统评价,评估此项研究的可行性。针灸特色模块教案首次采用临床导师制,狠抓临床技能,注重培养中医针灸临床思维及科研、创新能力,完善临床教学培养方案,加强教学团队的交流与协作,促进考评制度的建立与完善。但是由于时间及精力的限制,未能做到一对一的临床教导,未能根据学生的喜好着重培养其擅长的方面。此项教案在临床应用时间较短,尚不

能观察其持久性及有效性,且评价方法主观性强,随着时间的延长,肯定会有许多不足及改进的地方,需要不断修整、完善。

3 结语

针灸临床实习是成为一名合格针灸医生的必要途径,切实可行的临床带教方案是指导学生成才的必要方法。北京中医药大学第四附属医院枣庄医院是全国首批十九家诊疗模式创新试点单位,针灸科为国家级重点专科,实行针灸全科化,成立石学敏工作站、热敏灸科室,设立专病专科门诊,定期邀请名师带教查房、坐诊、讲课。通过对我院学生及带教老师的问卷调查,学生普遍喜欢、接受针灸特色模块教案,对学生临床水平的综合考核结果也证实针灸特色模块教案在临床应用具有很好的成效。综上所述,针灸临床教学要重视理论与实践相结合,针灸特色模块教案则以提高学生能力为中心,将实训式、问题式、体验式教学更好地结合起来。

参考文献

- [1]王勇.提高中医临床教学质量培养实用型中医人才[J].卫生职业教育,2005,23(17):67-68.
- [2]蒙珊,王瑜,梁潇,等.“多媒体-主体参与型”教学法在针灸操作技术教学中的应用[J].上海针灸杂志,2016,35(12):1491-1493.
- [3]关丽,王磊.临床医学生知识、技能、素质三位一体化培养的实践与研究[J].继续医学教育,2015,29(3):36-38.
- [4]项平,何崇.近年来针灸教学存在的问题及对策[J].北京针灸骨伤学院学报,2001,8(2):19-23.

(本文编辑:李海燕 本文校对:樊莉 收稿日期:2018-01-03)

洪雅中草药·低等植物· 石蕊科名录

地茶(石蕊)*Cladonia rangiferina* (L.) Web.

入药部位:枝状体入药。

性味:性寒,味苦。

功能主治:清热解毒,解表。治疗肺热咳嗽,衄血,吐血,痈疽肿毒。

生境分布:生于2500米以上的岩石上。瓦屋山,蕴藏量极少。

地花(林生石蕊)*Cladonia synatica* (L.) Hoffm.

入药部位:枝状体入药。

性味:性寒,味苦。

功能主治:清热解毒,解表。治疗肺热咳嗽,吐血,痈疽毒疮等。

生境分布:2500米岩石上。瓦屋山,蕴藏量极少。

——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

美式整脊与针刺联合治疗颈型颈椎病的临床观察

康道家¹ 廖逸茹²

(1 广元市中医医院骨伤科, 四川 广元 628000; 2 四川省中医药科学院菌类药材研究所, 四川 成都 610041)

摘要:目的 观察美式整脊与针刺治疗联合应用治疗颈型颈椎病的临床效果。方法 根据就诊时间先后,按照随机数字表将广元市中医医院骨科门诊就诊的90例诊断为神经根型颈椎病患者分为3组,分别是针刺组、美式整脊组、针刺+美式整脊组,每组30人,分别予以针刺治疗、美式整脊治疗和针刺+美式整脊联合治疗,3组治疗均为隔日1次,共3次,观察7 d。观察各组治疗前、后症状量表评分、VAS评分的变化,了解不同治疗方式对于颈型颈椎病的改善情况。结果 各组治疗前后症状量表评分有统计学差异($P<0.05$);组间比较,针刺组与美式整脊组症状量表评分改善无统计学差异,联合治疗组与针刺组比较有显著差异($P<0.05$,且 $P<0.01$),联合组与美式整脊组比较有显著差异($P<0.05$,且 $P<0.01$)。针刺组、美式整脊组、联合治疗组治疗前后VAS评分比较, $P<0.05$;组间比较, $P>0.05$ 。结论 针刺治疗、美式整脊、联合治疗均能较好地改善患者的颈椎不适症状,包括缓解肩颈部的疼痛、活动障碍以及肩颈部的麻木情况。并且针刺治疗与美式整脊治疗相比,两者疗效并无差异,而联合治疗的疗效明显优于针刺及美式整脊单一的治疗,而从VAS评分中可以看出针刺组、美式整脊组和联合治疗组对于疼痛的缓解和睡眠障碍都有明显的疗效,且并无组间的差异。可见3者均可迅速缓解颈椎疼痛的情况,而对颈椎小错位压迫神经引起的手麻和肌肉僵硬活动障碍,联合治疗效果更优。

关键词:颈型颈椎病;美式整脊;针刺疗法;眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.052

文章编号:1672-2779(2018)-07-0129-03

Clinical Observation on American Chiropractic and Acupuncture in the Treatment of Cervical Spondylosis

KANG Daojia¹, LIAO Yiru²

(1. Orthopedics Department, Guangyuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Guangyuan 628000, China;

2. Institute of Medicinal Fungi, Sichuan Academy of Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 610041, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of the combined application of American chiropractic and acupuncture for cervical spondylosis. **Methods** According to the time order and random number table to hospital orthopaedics clinics in Guangyuan city, 90 patients with cervicalspondylotic radiculopathy were divided into acupuncture group, the American chiropractic group, acupuncture combined with American chiropractic group, and each group had 30 people. They were given acupuncture treatment, the American chiropractic therapy and acupuncture combined with American chiropractic therapy respectively for. All the 3 groups were treated once every other day for 3 times, and observed for 7 days. The changes of the 20 scores of the symptoms scale and VAS scale of the patients before and after treatment were observed, and the improvement of cervical spondylosis with different treatment methods was understood. **Results** Before and after treatment, each group had statistically difference ($P < 0.05$), the comparison between the two groups, acupuncture group and the American chiropractic symptom score improvement had no statistical difference, the joint treatment group was compared with acupuncture group, and there had significant difference ($P < 0.05$ and $P < 0.01$). The joint group was compared with the American chiropractic group, and there were significant differences ($P < 0.05$ and $P < 0.01$). The scores of acupuncture group, American chiropractic group and combined treatment group were compared with before and after treatment, and there had statistical difference $P < 0.05$. There was no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Acupuncture treatment, American whole ridge and combination therapy can improve patients' cervical discomfort, including relieving pain, activity disorder and numbness of shoulder and neck. And acupuncture treatment was compared with the American chiropractic treatment, the curative effect had no differences, and the curative effect of combination therapy was superior to the treatment of acupuncture and American chiropractic single, and can be seen from the VAS scale in the acupuncture group, the American chiropractic group and combination group for pain relief and sleep disorders had obvious curative effect, and there was no difference between groups. It can be seen that all three group patients can rapidly relieve the pain in the cervical vertebra, and the joint treatment effect is better with the obstruction of the hand and muscle caused by the small dislocation of the cervical vertebra.

Keywords: cervicalspondylotic radiculopathy; American chiropractic; acupuncture treatment; vertigo

现代人社会生活节奏的加快,工作学习压力的加大,长期不正确的坐姿、站姿、伏案工作,以及现在电子产品的普及,人们对于手机、电脑的过度依赖,长期低头造成颈椎杠杆性的承重,使得颈椎病呈年龄扩大化、年轻化,人群普遍化发展,脊柱问题逐年增加,颈椎特殊的解剖结构,使得颈椎具有灵活度大,承力重,活动频率高等特点,颈椎的不正确活动不仅会造成周围肌肉、韧带的劳损,也会引起颈椎间的小错位,造成颈椎病的发生^[1]。并且由于颈椎间颈神经和动静脉

穿过,颈椎引起的错位也可导致相应神经节的压迫,引起眩晕、耳鸣、头痛等症状,并且由于上应力的失稳,脊椎纵贯全身也会影响下应力,而带来如腰椎、骨盆的问题,造成高低肩、长短腿等,给人们的正常工作学习,以及身高体形造成影响。颈型颈椎病(neck type of cervical spondylosis)为颈椎综合征中的一种,症状较其他类型轻,但也会导致颈椎的不适及生活工作的影响。其中,针刺治疗为中医常规颈椎病治疗,通过刺激穴位,具有松解紧张的肌群,缓解疼痛的确切效果^[2],美式

整脊为近年传入我国治疗颈椎病的先进手法,临床应用反馈效果好,本研究拟对比针刺治疗和美式整脊对于NTCS的治疗,观察其临床疗效,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为90例NTCS患者,于2015年2月—2017年10月入骨科/康复科/针灸科门诊或住院治疗,以就诊时间先后顺序编号,根据随机数字表分为3组,分别是针刺组、美式整脊组、针刺+美式整脊组。针刺组患者平均年龄(45.236±9.178)岁,男19例,女11例;美式整脊组患者平均年龄(50±6.122)岁,男13例,女17例;针刺+美式整脊组患者平均年龄(41.56±3.791)岁,男9例,女21例。病程>5年,3组基线资料比较差异均无统计学意义($P<0.05$),具有可比性。本研究符合医院人体试验委员会制定的伦理学标准。

1.2 诊断标准 参照1994年发布的《中医病症诊断疗效标准》^[1]与2007年中国康复医学会制订的《颈椎病诊治与康复指南》制订诊断标准。标准具体如下:(1)有慢性劳损病史,如长期低头工作或长时间看电视、录像或使用电脑等;(2)主诉颈、肩、背部疼痛,头晕头痛,颈部板硬;(3)颈部活动功能受限,病变颈椎棘突、椎旁、患侧肩胛骨内上角、内侧缘、冈上肌、冈下肌常有压痛,或可摸到条索状硬结。少数患者可出现反射性肩臂手疼痛、胀麻,咳嗽或打喷嚏时症状不加重。(4)影像学检查可正常或仅有生理曲度改变或轻度椎间隙狭窄,少有骨赘形成。

1.3 纳入标准 (1)符合以上诊断标准者;(2)年龄20~60岁;(3)知情同意并愿意加入本次临床研究者。

1.4 排除标准 (1)不符合以上诊断标准;(2)哺乳、妊娠或准备妊娠的妇女;(3)合并心、脑、肝、肾、造血系统等严重原发病及精神病、传染性皮肤病者;(4)患骨质疏松、后纵韧带钙化或合并肿瘤、结核、骨折等相关脊柱疾病;(5)合并其他类型的颈椎病,或落枕、肩周炎等其他非椎间盘退行性病变所致肩颈部疼痛的患者。

1.5 治疗方法 针刺组:患者取坐位或俯卧位,嘱其安静放松,用75%酒精常规消毒,取 $\phi 0.32 \times 40$ mm华佗牌一次性针灸针,平补平泻。留针30 min后出针。

针刺穴位:阿是穴、肩井、大椎、翳风、风池、颈百劳。

美式整脊组:以《美式整脊:原理与操作》^[2]为操作标准,患者仰卧位,术者由颈2棘突为标准,双侧食指触诊相应横突,辨别病变椎体节段,术者一只手扶腹与横突相契合,另一只手扶住患者侧头部,将患者头部后伸、侧屈锁定关节,在最后张力下施以一个小于5°旋转的闪动力,此时可以听到关节弹响声,没听到不强求。

联合治疗组:针刺结束后10 min,再进行美式整脊治疗。

1.6 治疗方案 3组治疗均为隔日1次,共3次,7 d内治疗完成,共1个疗程。

1.7 观察指标 采用《田中靖久颈椎病症状20分量表》^[3]、视觉模拟评分量表(VAS)^[4]观察治疗前后评分变化。其中《田中靖久颈椎病症状20分量表》共分为4个部分,共20分:(1)症状(共9分)①颈肩部疼痛与痛苦感;②上肢疼痛和(或)麻木;③手指疼痛和(或)麻木;(2)工作和生活能力(共3分);(3)体征(共8分),①椎间孔剂压试验;②感觉;③肌力;④腱反射;(4)手的功能(0~2分);

视觉模拟评分量表(VAS):

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

0无痛;1~3轻度疼痛(睡眠不受影响);4~6中度疼痛(睡眠受影响);7~10重度疼痛(严重影响睡眠)。

1.8 统计学方法 运用SPSS 20.0软件进行统计描述和分析,性别分析采用 χ^2 检验,组内、组间治疗前后量表得分采用独立样本 t 检验,组间疗效对比采用2个独立样本非参数检验。

2 结果

2.1 3组治疗前后症状量表评分比较 见表1。各组治疗前、治疗后症状量表评分比较有统计学差异($P<0.05$);组间比较,针刺组与美式整脊组症状量表评分改善无统计学差异,联合治疗组与针刺组比较有显著差异($P<0.05$,且 $P<0.01$),联合治疗组与美式整脊组比较有显著差异($P<0.05$,且 $P<0.01$)。

表1 3组治疗前、后症状量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后	P 值
针刺组	5 ± 0.875	13.285 ± 1.342	0.021
美式整脊组	6.143 ± 0.947	15.429 ± 1.156*	0.018
联合治疗组	6 ± 0.879	17 ± 1.018*	0.002

注:美式整脊组、针刺组与联合治疗组比较* $P<0.01$

2.2 3组治疗前后VAS评分比较 见表2。针刺组、美式整脊组、联合治疗组治疗前后VAS评分比较 $P<0.05$,差异具有统计学意义。两组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表2 3组治疗前后VAS评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后	P 值(组间)
针刺组	3.571 ± 1.718	6.857 ± 1.952*	1
美式整脊组	4.714 ± 2.429	8.0 ± 1.633*	0.603
联合治疗组	3.428 ± 1.718	7.286 ± 2.429*	0.652

注:美式整脊组、针刺组与联合治疗组治疗前、后评分比较,* $P<0.05$;组间比较, $P>0.05$

3 讨论

从统计数据中得知,针刺治疗、美式整脊、联合治疗均能较好地改善患者的颈椎不适症状,包括缓解肩颈部的疼痛、活动障碍以及肩颈部的麻木情况。并且针刺治疗与美式整脊治疗相比,两者疗效并无差异,而联

合治疗的疗效明显优于针刺及美式整脊单一的治疗,而从VAS评分可以看出针刺组、美式整脊组和联合治疗组对于疼痛的缓解和睡眠障碍都有明显的疗效,且并无组间的差异。可见3者均可迅速缓解颈椎疼痛的情况,而对颈椎小错位压迫神经引起的手麻和肌肉僵硬活动障碍,联合治疗效果更优。美式整脊是立足于颈椎的解剖结构及其生理病理的特点,从关节小错位入手,通过棘突及横突触诊运用拇指扳法将错位的小关节恢复原位达到改善颈椎病的目的,而在临床运用中由于长期单一姿势导致的韧带钙化,肌肉紧张,如果贸然用扳法也会激发患者痛点,在治疗中引起患者的不适^[7]。针灸治疗为祖国传统医学,颈椎病在中医学中属于“痹症”,项背属太阳,位于人体上部,风性属木,最易走窜上攻于项背,故而选风池、风府以疏散邪,沟通上下。且风池、风府大致位于第二颈椎棘突上方及横突处,配伍阿是穴可改善寰枢关节紊乱所致的肌肉紧张僵硬。肝主筋,罢极之本,又曰“骨错缝,筋出槽”,故而选中诸穴,柔肝缓急,通络止痛。在治疗过程中并未出现颈椎整复后情况恶化的患者,说明其治疗的安全和可靠性。另外在治疗的过程中通过美式整脊触诊,我们还发现上

颈椎寰枢关节紊乱导致的颈椎病多于下颈椎紊乱的患者,考虑现代人群对手机等电子设备依赖的增加所致,但未进行拍片,缺乏客观依据,故本文未进行统计。本次研究给临床医生提供了新的诊疗思路,联合治疗的优势得以体现,通过联合治疗可更精确地了解患者颈椎的病变部位,定位到某个椎体进行整复,在此之前针灸松解筋膜肌肉,可减少患者疼痛,使患者有更好的治疗体验。

参考文献

- [1] 中国康复医学会.颈椎病诊治与康复指南[EB/OL].http://orthop.dxy.cn/article/15105,2011.11.15.
- [2] 郭艳幸.颈型颈椎病的分型与针灸治疗[J].中医正骨,2004,16(10):27.
- [3] ZY/T001.中医病症诊断疗效标准[S].南京大学出版社:国家中医药管理局,1994.
- [4] Bergmann T.F.美式整脊技术:原理与操作[M].天津:天津科技翻译出版有限公司,2013(3):206.
- [5] 彭小文,张盘德,容小川,等.Mulligan 技术配合按摩手法治疗颈型颈椎病的临床研究[J].中国康复,2016,31(3):206.
- [6] 朱淑伟.美式脊椎矫正对 500 例颈椎病治疗临床资料报告[C]//全国脊整脊医学第三次学术研讨会暨全国脊整脊杰出专家表彰大会会议专刊,2007:76.
- [7] 李雁雁.美式整脊疗法[M].北京:求真出版社,2013(4):1.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘喜 收稿日期:2018-01-11)

针刺结合鼠神经生长因子治疗小儿面神经炎的临床观察

曲笛

(沈阳市儿童医院康复二科,辽宁 沈阳 110000)

摘要:目的 观察针刺结合鼠神经生长因子治疗小儿面神经炎的疗效。方法 按照病例纳入标准及排除标准,选择面神经炎患儿36例,随机分为治疗组和对照组各18例,均给予药物治疗(维生素B₁、地塞米松、部分存在病毒感染的患儿给予抗病毒药物)、理疗(超短波)等常规治疗。进入恢复期后,2组均采取针刺治疗,治疗组加用鼠神经生长因子穴位注射。结果 2组面神经炎患儿经过4周治疗后,患侧功能评分值均较治疗前增加,差异均有显著性($P<0.01$);治疗组评分值高于对照组($P<0.01$)。2组患者治疗4周后的疗效评定,对照组总有效率为83.4%(15/18);治疗组总有效率100.0%(18/18),2组相比差异有显著性($P<0.01$)。结论 针刺结合鼠神经生长因子穴位注射治疗小儿面神经炎的疗效显著。

关键词:面神经炎;儿科;针刺;鼠神经生长因子;穴位注射

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.053

文章编号:1672-2779(2018)-07-0131-03

Clinical Observation on Acupuncture Combined with Rat Nerve Growth Factor in the Treatment of Pediatric Facial Neuritis

QU Di

(Rehabilitation Department, Shenyang Children's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: Objective To observe the curative effect of acupuncture combined with rat nerve growth factor in the treatment of pediatric facial neuritis. **Methods** According to the inclusion criteria and exclusion criteria, 36 children with facial neuritis were selected, and 36 children were randomly divided into treatment group and control group, with 18 cases in each group. Patients were given drug treatment (vitamin B₁, dexamethasone, some antiviral drugs) and physical therapy (ultrashort wave). After the recovery period, the two groups in the treatment group and the control group were treated with acupuncture, and the treatment group was injected with the acupoint injection of the rat nerve growth factor. **Results** Two groups of facial neuritis after 4 weeks of treatment, the side function score increased comparing with before treatment, and the difference was significant ($P<0.01$). The score of the treatment group was higher than that of the control group ($P<0.01$). Two groups of patients after 4 weeks of treatment, the total effective rate of the control group was 83.4%, the total effective rate of the treatment group was 100%, and the difference between the two groups was significant ($P<0.01$). **Conclusion** Acupuncture combined with acupoint injection of rat nerve growth factor is effective in the treatment of pediatric facial neuritis.

Keywords: facial neuritis; pediatrics; acupuncture; rat nerve growth factor; acupoint injection

面神经炎又称Bell's麻痹(BP)是指由面神经管内面神经的非化脓性炎症所致的一种急性周围性面瘫,

占临床面神经麻痹的95%以上。其发病率在欧美国家达20/(10万·年),我国流调发病率高为42.5/(10万·

年)^[4],是小儿神经内科常见病,多为急性单侧发病,部分患儿遗留口眼歪斜等后遗症。传统针灸疗法可增强面部血液循环,加强肌纤维运动,促进局部新陈代谢,促进面神经炎非特异性炎性渗出物的吸收,从而减轻面神经压迫及促进神经冲动的传导^[2-3],同时我们应用注射鼠神经生长因子穴位注射,进一步提高神经兴奋性,促进神经再生。本研究在针灸治疗的基础上联合鼠神经生长因子穴位注射治疗面神经炎患儿36例,取得较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究的36例患儿均为2015年1月—2017年8月我院康复门诊及康复医学科二病区收治的面神经炎患儿。其中男性患儿21例,女性患儿15例,左、右侧患病各18例,年龄范围10~156个月,随机分为治疗组和对照组,每组各18例。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 参照普通高等教育“十五”国家级规划教材《针灸学》面瘫病^[5]:(1)起病突然,以春秋季节为多,常有受寒史或有一侧面颊、耳内、耳后完骨处的疼痛或发热;(2)一侧面部板滞、麻木、流泪、额纹消失、鼻唇沟变浅、眼不能闭合、口角向健侧牵拉;(3)一侧不能做闭眼、鼓腮、露齿等动作。

1.2.2 西医诊断标准 参照普通高等教育“十五”国家级规划教材《神经病学》面神经炎^[6]:(1)茎乳孔及其以远受累:表现为面瘫,味觉完整;(2)面神经管中鼓索支和镫骨肌支间受累:表现为面瘫,同侧舌前2/3味觉丧失;(3)镫骨肌支以上受损:表现为面瘫,同侧舌前2/3味觉丧失和听觉过敏;(4)面神经管中膝状神经节处受累:表现为面瘫,舌前2/3味觉障碍和听觉过敏,另外可有患侧乳突部疼痛、耳廓和外耳道感觉减退、外耳道或鼓膜疱疹等,称Humt综合征。

1.3 纳入标准 (1)符合周围性面瘫的中医及西医诊断标准;(2)年龄10~156个月;(3)签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)其他原因引起的周围性面瘫:如肿瘤、腮腺炎、耳源性疾病、外伤等;(2)中枢性面瘫;(3)伴有严重心、肾、肝功能障碍者或者有精神疾病者。

1.5 治疗方法 治疗组、对照组急性期(发病1~7 d)以消炎、改善血液循环,减轻面神经管水肿及神经损伤为主;药物与理疗同时进行,患儿均给予药物治疗(维生素B₁、地塞米松、部分存在病毒感染的患儿给予抗病毒药物)、理疗(超短波)等常规治疗。7 d后进入恢复期,治疗组、对照组2组均采取针刺治疗。治疗

以温经通络、活血祛风为原则。取穴以手足阳明经为主,采取局部近取与循经远取相结合的方法进行治疗。选用康年牌针灸针,规格:0.30 mm×25 mm,面部主穴多选患侧阳白、鱼腰、地仓、颊车、迎香、睛明、颧髎、四白;配合四肢远端健侧合谷穴。面部穴位手法轻快稳准,针刺不宜过深,恢复期,肢体远端合谷行平补平泻法,余穴均用泻法。每日1次,留针20 min,留针期间行针2次。疗程为4周。

治疗组在常规治疗的基础上应用鼠神经生长因子穴位注射治疗,鼠神经生长因子为未名生物医药有限公司粉针剂,批号S20060052,规格为18 μg (9000 U)用法:临用前每瓶用2 mL灭菌注射用水溶解,并予足三里穴位注射,每日1次,每个患儿采取穴位注射10 d。

1.6 疗效标准

1.6.1 分级标准及评分原则 (1)患侧功能状况分为6级;Ⅰ级为正常(100分),Ⅱ级为轻度功能障碍(75分以上,未满100分),Ⅲ级为中度功能障碍(75~50分),Ⅳ级为较严重功能障碍(50分以下~25分),Ⅴ级为严重功能障碍(25分以下,未到0分),Ⅵ级为完全麻痹(0分)。(2)评分原则:正常指没有任何障碍。消失:患侧面肌肌力为徒手肌力的0级(一般选颧肌,检查者令患者努力闭患眼,检查者用右手拇指放在患者眼外眦下方的颧弓上,感觉肌肉收缩的程度,无肌肉收缩的感觉为0级);不能抬额,额纹完全消失;患侧皱眉不能;闭眼患侧漏白5 mm左右;擤鼻时患侧不能动,鼻唇沟完全消失,示齿口角偏向健侧达8~10 mm;吹口哨、鼓腮时患侧漏气,上下唇间距离大于5 mm;降下唇在静止时超过双唇间水平线3 mm以上。比健侧弱(7.5分,5分,2.5分):分别介于正常与消失的1/3,1/2,2/3。如颧肌肌力:健侧的1/3为可感到肌肉收缩,但不能抗阻力;健侧的1/2为可感到肌肉明显收缩,能抵抗中等阻力;健侧的2/3为肌肉收缩有力,可抗较大阻力,但比健侧弱。

1.6.2 疗效评定标准 痊愈:达Ⅰ级。双侧额纹、鼻唇沟恢复对称,皱眉与闭眼正常,鼓腮时口角不漏气,进食时齿颊间不滞留食物残渣,说话和笑时无口角歪斜,面部表情正常。评分满分。显效:达Ⅱ级。双侧额纹与鼻唇沟基本对称,眼闭合欠实,皱眉略显无力,颧肌肌力约为徒手肌力Ⅳ级,鼓腮时口角不漏气,进食时齿颊间不滞留食物残渣,笑时可见口角略不对称。评分在75分以上。好转:由Ⅳ~Ⅵ级经治疗后改善为Ⅲ级,评分75~50分。无效:经3个月治疗后仍停留在Ⅳ级以上,评分在50分以下^[6]。

1.7 统计学方法 采用SPSS 17.0软件对本研究中的数据

进行处理,计数资料以(%)表示,进行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,进行t检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后患侧功能状况评分结果 2组面神经炎患儿经过4周治疗后,患侧功能评分值均较治疗前增加,差异均有显著性($P<0.01$);但治疗组治疗4周后的评分值高于对照组($P<0.01$),见表1。说明常规治疗的基础上应用鼠神经生长因子穴位注射治疗及常规治疗组对面神经炎患儿的治疗均有效,但常规治疗的基础上应用鼠神经生长因子穴位注射治疗的疗效优于常规治疗组。

2.2 2组患者治疗4周后的疗效评定 18例对照组患者治疗4周后的总有效率为83.4%;18例治疗组患者治疗4周后的总有效率100.0%,与对照组相比差异有显著性($P<0.01$),见表2。说明治疗组的疗效优于对照组。

表1 2组患者一般资料及治疗前后患侧功能状况评分结果

组别	例数	男	女	年龄(岁)	病程(d)	治疗前评分	治疗后评分
治疗组	18	10	8	5.9±2.65	2.10±3.24	22.0±2.54	92.08±4.29 ^③
对照组	18	11	7	6.38±1.34	3.15±1.50	21.67±1.56	73.75±2.38 ^①

注:①对照组治疗4周后评分值与治疗前相比, $P<0.01$;②治疗组治疗4周后评分值与治疗前相比, $P<0.01$;③治疗4周后治疗组评分值与对照组相比, $P<0.01$

表2 2组患儿疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	18	9(50.0)	9(50.0)	0(0)	0(0)	18(100.0) [*]
对照组	18	6(33.3)	3(16.7)	6(33.3)	3(16.7)	15(83.4)

注: $\chi^2=6.87$,^{*} $P=0.0087$

3 讨论

面神经炎的中医名称有很多,“口喎”“口僻”“喎僻”“风口喎”“口眼喎斜”及“吊线风”等。又有“面瘫”“歪嘴风”之称。本病系机体正气不足脉络空虚,卫外不固,风邪乘虚而入,侵袭面部筋脉,气血阻滞,经络壅滞不利,肌肉纵缓不收而致,其病位主要在阳明经、太阳经以及少阳经。《小儿杂病门·中风口喎邪僻候》说:“小儿中风,口喎邪僻,是风入于颌颊之筋故也。”早在《诸病源候论》即阐明,阳明经筋失于濡养,肌肉纵缓不收而发病,故令口歪僻也。

本次研究采用针灸诊疗可疏风散寒、通经活络。结合鼠神经生长因子穴位注射同时可濡养经筋。面部主穴多选患侧阳白、鱼腰、地仓、颊车、迎香、上睛明、颧髎、四白;配合四肢远端健侧合谷穴。穴位注射选取足三里。鱼腰为奇穴,主治眼部病症;阳白、

四白、地仓、颊车、足三里,为足阳明胃经穴位;颧髎、迎香分别为手太阳、手阳明经穴位;睛明为足太阳膀胱经穴位。以上穴位具有疏调经气之作用,又在神经解剖面神经周围支走行处,支配面部肌肉运动,为治面瘫之要穴。配合远端手阳明经之原穴—合谷,为循经取穴。《循经考穴篇》曰:“合谷主治:凡一切头面诸症,及中风不语、口眼喎斜。”且“面口合谷收”。地仓、颊车二穴更为治疗面瘫之要穴。如《玉龙歌》中:“口眼喎斜最可嗟,地仓妙穴连颊车。”因患儿年龄小,且大部分患儿对针刺存在恐惧心理,因此取穴力求少而精,手法力求轻快、稳准,最大程度上减轻患儿痛苦。

同时我们选取足三里注射鼠神经生长因子,进一步提高神经兴奋性,促进神经再生。鼠神经生长因子是由小鼠的颌下腺提取纯化的神经生长因子,是一种神经生长调节因子,具有促进神经突起的生长、周围神经元的发育、分化、生长及功能表达^[7]的作用。神经生长因子是周围神经再生微环境的重要成分,不仅是人体神经系统最重要的生物活性蛋白质之一,也是中枢及外周神经系统分化发育及维持正常功能所必需的蛋白分子,具有神经细胞营养因子和神经轴突生长因子双重作用,能促进神经系统损伤后的修复。现代医学对面神经炎的确切病因尚不十分清楚,治疗上亦无特效药物,2001年美国神经病学学会颁布类固醇、无环鸟苷以及外科方法治疗Bell麻痹的临床指南^[8],但国内尚无统一标准。

临床实践证明,针刺结合鼠神经生长因子穴位注射治疗儿童周围性面神经炎疗效确切,能更好地促进促进面肌功能恢复,防止神经进一步受损面瘫预后较好,但不及时治疗可影响容貌,如遗留面肌痉挛亦很顽固,因此本病提倡早期治疗。

参考文献

- [1]陈敏章.中华内科学[M].下册.北京:人民卫生出版社,1999:3810.
- [2]李莎,覃勇,鄂建设.面肌操在周围性面神经炎功能恢复中的作用[J].中华物理医学与康复杂志,2012,33(4):305-306.
- [3]李炳选,徐继森,赵海清.神经节苷脂联合面肌运动训练治疗急性面神经炎的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2012,33(12):159-160.
- [4]石学敏.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2007:219-220.
- [5]王维治.神经病学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2006:477-478.
- [6]杨万章,吴芳,张敏.周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准(草案)[S].中西医结合心脑血管病杂志,2005,3(9):786-787.
- [7]李归宿,吴盛各,刘秀峰,等.鼠神经生长因子治疗面神经炎的临床研究[J].黑龙江医学,2013,37(10):927-928.
- [8]Grogan PM, Gronseth GS. Practice parameter: Steroids, acyclovir, and surgery for Bell's palsy (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology [J]. Neurology, 2001, 56: 830-836.

(本文编辑:李海燕 本文校对:高 姗 收稿日期:2018-01-12)

牵引配合中药塌渍治疗腰椎压缩性骨折的32例

宋聚才

(河南省洛阳正骨医院郑州院区/河南省骨科医院颈肩腰腿痛科, 河南 郑州 450018)

摘要:目的 观察牵引配合中药塌渍治疗腰椎压缩性骨折的有效性。方法 随机将符合纳入标准的63例患者分为对照组31例, 采用仰卧硬板床、红外线照射、牵引、骨折部位垫厚枕、功能锻炼; 试验组32例, 在对照组基础上结合中药塌渍治疗, 分别观察治疗前后视觉模拟评分(VAS)及临床疗效的变化结果。结果 试验组的VAS评分显著优于对照组($P<0.05$), 试验组治疗总有效率96.8% (31/32) 明显高于对照组87.1% (27/31) ($P<0.05$)。结论 牵引配合中药塌渍治疗腰椎压缩性骨折的方法有效。

关键词: 腰椎压缩性骨折; 牵引; 中药塌渍

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.054

文章编号:1672-2779(2018)-07-0134-03

Traction Combined with Chinese Medicine Soakage in the Treatment of Lumbar Compression Fracture for 32 Cases

SONG Jucai

(Department of Neck-Shoulder-Lumbago-Skelalgia, Zhengzhou Branch of Luoyang Orthopedic Hospital / Henan Province Orthopedic Hospital, Henan Province, Zhengzhou 450018, China)

Abstract: Objective To observe the effect of traction combined with Chinese medicine soakage in the treatment of lumbar compression fracture. **Methods** 63 patients who met the inclusion criteria were randomly divided into control group of 31 patients and experimental group of 32 cases. The control group used the supine hard bed, infrared radiation, traction, fracture thick cushion pillow, functional exercise. The experimental group used Chinese medicine soakage on the basis of the control group. Before and after treatment, visual analog standard for evaluation (VAS) and the results of clinical effect were observed. **Results** The VAS score of the experimental group was significantly better than that of the control group ($P<0.05$), and the total effective rate (96.8%) (31/32) in the experimental group was significantly higher than that of the control group (87.1%) (27/31) ($P<0.05$). **Conclusion** The traction combined with Chinese medicine soakage in the treatment of lumbar compression fracture is effective.

Keywords: lumbar compression fracture; traction; Chinese medicine soakage

腰椎压缩性骨折, 是常见的脊柱骨折类型, 不伴有脊柱附件骨折、无明显椎管占位及神经症状^[1]。通常有高空坠落伤、足臀部着地, 造成身体猛烈屈曲, 产生椎体前半部分压缩所致。对于单纯的腰椎压缩性骨折, 越来越多的人希望通过非手术治疗达到满意的疗效。为探讨牵引配合中药塌渍治疗在腰椎压缩性骨折中的临床效果, 以单纯牵引为对照组进行治疗, 临床效果满意, 现将观察结果总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年10月—2016年10月在我院住院治疗的63例腰椎压缩性骨折患者, 其中男31例, 女32例; 年龄28~72岁; 对照组男13例, 女18例, 年龄为30~72岁, 平均(45.6±4.1)岁。试验组男17例, 女15例, 年龄为28~70岁, 平均(44.9±3.9)岁。2组患者在性别、年龄等基本资料方面比较无明显差异($P<0.05$)。L1压缩性骨折27例, L2压缩性骨折23例, L3压缩性骨折13例。均为屈曲型骨折, 且无下肢截瘫症状。

1.2 治疗方法

1.2.1 试验组 采用牵引、仰卧硬板床、骨折部位垫厚枕、中药塌渍、红外线照射、功能锻炼。具体操作如下: (1) 牵引治疗: 患者取仰卧位, 采用骨盆牵引带牵引, 牵引重量一般为体重1/4~1/2, 逐渐增加, 以患

者耐受、未见症状加重为度, 每次40 min, 病变椎间隙处于上下牵引带之间, 每日2次。15 d为1个疗程。(2) 中药塌渍治疗: 药物组成: 伸筋草、透骨草各30 g, 威灵仙、千年健、五加皮、三棱、莪术各20 g, 艾叶、红花、川椒各10 g。每日1付, 日2次。每剂200 mL, 浓煎, 装袋备用。临用前倒入微波炉专用碗中, 用微波炉加热至60~70℃, 用无菌纱布蘸中药, 外敷于腰部患处, 加以TDP照射, 照射距离为30~40 cm, 每日2次, 每次30 min。(3) 骨折部位垫厚枕: 患者须平卧硬板床, 在骨折椎体下垫适当的软枕, 使骨折椎体局部保持过伸位, 以整复和矫正压缩性骨折的畸形。采用20 cm×15 cm的磁化纸外包毛巾, 作为腰部垫枕, 根据患者病情加高, 开始以7~10 cm为宜, 患者适应后逐渐增加至12~15 cm; 疗程为6周, 解除牵引后卧床进行腰背肌功能锻炼, 2周后带腰围下床挺腰活动。半年内不提重物, 不弯腰及负重活动, 避免脊椎旋转活动。(4) 功能锻炼: 燕飞: 双下肢往上翘起, 身体向后仰, 双手往后背伸, 若燕飞状, 坚持5~10 s。每日2~3次。每次坚持5~10 min。拱桥: 仰卧位腰背肌锻炼该类方法中最常用的是五点支撑法。患者仰卧, 双上肢置于身体两侧, 屈髋屈膝, 双下肢并拢, 然后做挺髋的动作, 使身体成拱桥形状, 注意屈膝90°, 双膝须夹紧并

拢。每次2~3次，每次坚持5~10 min。

1.2.2 对照组 采用仰卧硬板床、红外线照射、骨折部位垫厚枕、牵引、功能锻炼，方法同前。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效 参照国家中医药管理局发布的《中医病症诊断疗效标准》^[2]：(1) 治愈：骨折愈合，压缩椎体大部分恢复正常，腰部疼痛明显改善；(2) 好转：骨折愈合，腰椎体形态较治疗前改善，腰部疼痛感有所减轻；(3) 局部畸形无改变，腰部疼痛，无明显改善。总有效率=(治愈+好转)例数/总例数×100%。

1.3.2 腰部疼痛 采用疼痛视觉模拟评分标准(VAS)，分析本病治疗前后腰部疼痛的变化结果。0分为无痛感，10分为难以忍受的最剧烈的疼痛，分值越高，表示疼痛越严重。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件进行统计，对各组间两两比较采用单因素方差分析， $P<0.05$ 为差异有统计学意义，数据以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。

2 结果

由表1可见，试验组总有效率96.8%，明显高于对照组87.1%， $P<0.05$ 。由表2可见，治疗前，试验组和对照组VAS评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$)，治疗后，2组患者VAS评分较治疗前均显著提高($P<0.05$)，治疗后试验组VAS评分显著优于对照组($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
试验组	32	23	8	1	31(96.8)*
对照组	31	15	12	4	27(87.1)

注：与对照组比较，* $P<0.05$

表2 2组VAS评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
试验组	32	7.31±1.64	1.59±0.72* [△]
对照组	31	7.47±1.33	3.34±0.66*

注：治疗前后本组内比较，* $P<0.05$ ；治疗后，与对照组比较，[△] $P<0.05$

3 讨论

腰椎压缩性骨折是骨科常见疾病，一般认为需经过血肿机化期、原始骨痂期、骨痂修复期。血肿机化在骨折后2~3周完成。原始骨痂期在骨折后4~8周完成，骨痂修复期8~12周完成。骨折早期治疗以活血化瘀为主，有利于骨折愈合。中医学认为，腰椎压缩性骨折应属“痹病”“腰痛病”范畴，骨折发生后局部组织损伤，由于筋肉损伤则局部气血运行不畅，气行不畅则气滞，血行不畅则血瘀，离经之血阻遏气血，致经络不通，不通则痛，故见腰痛^[3]。《正续关要》：“肢体

损于外则气血伤于内，荣卫有所不贯。脏腑由之不和。”通过中药塌渍法，可产生热效应，使药物充分渗透到周围组织，扩张局部毛细血管，加速血液循环，改善微循环，加速新陈代谢，增加局部组织的渗透性，从而消散瘀血、消除肿胀，达到缓解疼痛的目的^[4]。本方中透骨草、伸筋草，可以舒筋活络消肿^[5]，威灵仙、千年健、五加皮具有补肝肾、强筋骨的作用，三棱、莪术、红花活血破血，川椒、艾叶驱寒通络，诸药共同达到活血化瘀，补宜肝肾、强筋骨，活血通络止痛之功效。TDP电磁波热具有热能和药物的双重作用，使局部血管扩张，将外敷药透过皮肤导入体内，使药物直达病变部位，有利于病变组织恢复。

腰椎压缩性骨折的主要措施是保守治疗^[6]，受伤的椎体多呈前窄后宽的楔形^[7]，前纵韧带皱缩。在急性期需平卧硬板床制动，平衡翻身，避免躯干扭曲。单纯的卧床休息往往效果欠佳，后期常留有腰腿疼痛、麻木活动受限、腰椎后突畸形等后遗症。垫枕骨折部位通过杠杆原理，使压缩椎体保持复位状态，在重力作用下胸腰椎位于拱形的最高点，维持屈曲度最大状态，受牵引力充分作用于压缩的椎体^[8]。腰椎压缩性骨折还易导致腰痛，可能与脊柱旁的肌肉韧带损伤、骨折后血肿未完全吸收、创伤后引起的小关节突结构紊乱等所致。牵引可增宽腰椎间隙，使压缩椎体张开复位，使得骨折碎片及周围软组织正常的对合关系，促进局部血液循环，有利于充血、水肿的消退和吸收，从而解除对脊髓及神经根的压迫，加快骨折愈合和周围软组织的修复^[9]，也可预防长期卧床造成的肌肉萎缩^[10]。腰背肌功能锻炼是治疗腰椎压缩性骨折中必不可少的环节，可促进腰背肌功能恢复，增加肌肉力量，防止肌肉萎缩，稳定脊柱^[11]。早期功能锻炼，还可以防止骨质疏松和慢性腰痛，也有持续复位的作用。故在患者入院2~3 d后，指导行挺胸背伸的锻炼，后期以燕飞和拱桥锻炼为主。循序渐进，活动频次由少到多，时间由短到长，以不引起患者疲劳为度。本研究结果显示，牵引配合中药塌渍及红外线照射治疗腰椎压缩性骨折的方法，加快患者腰椎功能恢复，提高患者生活治疗，是一种相对安全疗效确切的疗法，值得推广。

参考文献

- [1]冯树生,孙波,张凌,等.牵引配合中药塌渍治疗腰椎压缩性骨折的临床疗效观察[J].中医正骨,2011,23(2):18-23.
- [2]鄯浩凯.牵引配合中药内服治疗屈曲型胸腰椎压缩性骨折临床观察[J].临床合理用药,2015,8(6A):81-82.
- [3]陈茹.针刺配合康复训练治疗老年单纯性胸腰椎压缩性骨折36例[J].中国中医急症,2010,19(4):682-683.
- [4]梁旭,赵守张.中药塌渍治疗慢性软组织损伤167例[J].实用中医内科杂志,2009,23(4):67-68.

- [5]卢向东.熏蒸方熏洗配合手术治疗骨关节强直73例[J].陕西中医,2012,33(7):845-846.
- [6]王巧,陈伟,赵冬梅,等.保守治疗腰椎压缩性骨折的护理[J].光明中医,2012,27(3):572-573.
- [7]吴海河,吕亮华.牵引加垫枕治疗胸腰椎压缩性骨折209例临床观察[J].湖南中医药导报,2004,10(12):29-30.
- [8]Haldeman S,Kohlbeck FJ,McGregor M.Unpredictability of cerebrovascular ischemia associated with cervical spine manipulation therapy:a review of sixty-four cases after cervi-cal spine manipulation[J].Spine,2002,27(1):49-55.
- [9]温惠芬,何笑霞,唐肖芬.中药封包干热外治法对腰椎压缩性骨折筋伤的疗效观察[J].中医临床研究,2010,2(11):85-88.
- [10]宋伟天,曾祥佳,李素婷.中医综合疗法用于胸腰椎压缩性骨折的探讨[J].当代医学,2013,19(19):157-158.
- [11]邓艳华.腰椎压缩性骨折的中医骨科特色护理[J].湖北中医杂志,2015,37(3):66.

(本文编辑:李海燕 本文校对:秦庆广 收稿日期:2018-01-08)

艾条灸联合金黄膏 治疗 PICC 所致机械性静脉炎的临床观察

汤玲 何倩燕*

(上海中医药大学附属曙光医院肿瘤科,上海 201203)

摘要:目的 观察艾条灸联合金黄膏治疗PICC所致机械性静脉炎的效果。方法 将80例行PICC置管术并发机械性静脉炎的患者随机分为对照组和试验组,每组40例。对照组予50%硫酸镁湿敷治疗,试验组予艾条灸联合金黄膏治疗,观察2组患者的临床疗效。结果 在机械性静脉炎改善方面,试验组总有效率92.5%,高于对照组67.5%($P < 0.05$)。结论 艾条灸联合金黄膏治疗PICC所致机械性静脉炎取得较好效果,症状改善明显,值得临床上运用推广。

关键词:艾条灸;金黄膏;PICC;机械性静脉炎;脉痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.055

文章编号:1672-2779(2018)-07-0136-02

Clinical Observation on Moxa-stick Moxibustion and Jinhuang Ointment in the Treatment Mechanical Phlebitis Induced by PICC

TANG Ling, HE Qianyan

(Department of Oncology, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

Abstract: Objective To observe the curative effect of moxa-stick moxibustion and Jinhuang ointment on mechanical phlebitis caused by PICC. **Methods** A total of 80 patients with mechanical phlebitis caused by PICC were randomly divided into treatment group and control group. Patients in the control group were treated with magnesium sulfate wet packing phlebitis ointment after PICC. Patients in the treatment group were treated with moxa-stick moxibustion and Jinhuang ointment. **Results** The improvement rate of phlebitis was 92.5% in treatment group, which was significantly higher than 67.5% in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Moxa-stick moxibustion and Jinhuang ointment in treating mechanical phlebitis caused by PICC can obtain a good result and an obvious effective rate, and is worthy of clinical application.

Keywords: moxa-stick moxibustion; Jinhuang ointment; PICC; mechanical phlebitis; vessel bi-disease

经外周穿刺中心静脉导管(PICC)是住院病人最常用的医疗器械,其可操作性强、容易护理、可长久携带使用。而其最常见的并发症是机械性静脉炎,这是一种无菌性炎症,发生率约为77.5%^[1],会由于血管内皮损伤造成患者局部的红肿热痛、破坏周围静脉条件以致影响后续治疗等。一些随机对照试验表明^[2],静脉炎的发生率可能会通过以下治疗手段减少:硫酸镁湿敷法;使用氢化可的松;肝素冲洗;或者二者结合,每个导管使用肝素冲洗后,局部应用糖皮质激素;硝酸甘油或非甾体消炎凝胶涂于患处。这些方式存在经济性、方便性、二次疼痛等问题,因此,寻求一种简单而经济有效的预防和治疗静脉炎的方法已成为护理人员关注的焦点。本文探究艾条灸联合金黄膏治疗PICC所致机械性静脉炎的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2016年12月在我院肿瘤科住院且行PICC置管术并发机械性静脉炎患者80例。将这些患者分为对照组和试验组,每组各40例,在对照组患者中,男性28例,女性12例;年龄52~74岁,平均(61.78±1.24)岁。在试验组患者中,男性22例,女性18例;年龄49~72岁,平均(61.02±1.13)岁。通过对2组患者的一般资料比较,年龄、性别差异不显著($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)符合2011年美国静脉输液护理学会(INS)诊断静脉炎的标准。(2)生命体征稳定。ECOG≤2分。(3)签署PICC知情同意书。

1.3 排除标准 (1)手臂皮肤溃烂、脓肿患者。(2)重症感染患者。(3)严重凝血功能障碍、肝肾功能异常患者。

1.4 退出标准 (1)发生严重不良反应事件。(2)中

* 通讯作者:huang_he925@hotmail.com

止补液等使用PICC治疗。(3)遇不可抗拒因素。

1.5 诊断标准 按2011年美国静脉输液护理学会 (INS) 判断静脉炎的标准, 共分为4级: 1级: 穿刺部位皮肤红肿, 伴或不伴疼痛; 2级: 穿刺部位皮肤疼痛、发红, 伴或不伴水肿; 3级: 穿刺部位皮肤疼痛、发红, 伴或不伴水肿, 静脉有条索状改变; 4级: 穿刺部位皮肤疼痛、发红, 伴或不伴水肿, 可触及静脉条索状物, 长度大于2.5 cm, 有脓液流出。治疗结束或出院拔管未发生静脉炎为成功。治疗过程中发生静脉炎或经处理无效者为失败。

1.6 治疗方法 对照组患者予50%硫酸镁湿敷, 用敷料浸取药液, 外敷患处, 面积大于病变部位1~2 cm, 并及时更换 (每隔5 min重新操作1次, 持续15 min), 每天2次。试验组患者予艾条灸联合金黄膏治疗, 先将我院院内制剂金黄膏 (大黄、黄柏、姜黄等为主要成份) 均匀摊于纱布上, 厚约3 mm, 直径大于患处2 cm, 纱布贴于患处; 后将艾条插入灸盒内固定支架点燃, 调节温度, 用松紧带固定在纱布之上。每次15 min, 每天2次。

1.7 疗效评价标准 痊愈: 经治疗后穿刺部位皮肤无明显疼痛、发红, 静脉条索状改变消失。显效: 经治疗后穿刺部位皮肤无明显疼痛, 红肿面积减少80%以上。有效: 经治疗后穿刺部位皮肤无明显疼痛, 红肿面积改善但减少小于80%。无效: 临床症状无改变。总有效率%=(痊愈+显效+有效)人数/总人数×100%。

1.8 统计学方法 应用SPSS 21.0软件对本研究结果数据进行统计学分析, 计量资料采用均数±标准差表示, 进行t检验, 计数资料进行χ²检验, 检验标准为α=0.05, P<0.05时差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 症状比较 2组患者置入PICC后发生机械性静脉炎分级程度比较见表1。2组患者发生机械性静脉炎分级程度无显著性差异 (P<0.05)。

表1 2组患者置入PICC后发生机械性静脉炎分级

组别	1级	2级	3级	4级
对照组	12	22	4	2
试验组	16	20	3	1
χ ² 值	8.223	2.143	1.512	1.732
P值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 疗效比较 试验组总有效率为92.5%, 对照组总有效率为67.5%, 试验组疗效明显优于对照组 (P<0.05), 详细结果见表2。

表2 2组患者治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	6	7	14	13	27(67.5)
试验组	40	10	11	16	3	37(92.0)*
χ ² 值						8.235

注:与对照组比较,*P<0.05

3 讨论

PICC因其方便性、可反复利用性而在临床实践中得到广泛应用。与此同时, 各种并发症的产生成为临床护理的难题之一。机械性静脉炎临床表现为局部组织疼痛、发热, 并在穿刺和输液部位肿胀, 甚至沿静脉的方向形成硬条。这是由于导管和药物刺激血管内壁造成机械损伤, 促使静脉壁发生炎症反应, 释放IL-1、IL-2、IL-6, 肿瘤坏死因子-α (TNF-α)炎症因子从而激活炎症反应链^[3]。因PICC引起的静脉炎严重影响患者的舒适度, 但是减少使用PICC会增加病人反复穿刺的疼痛和治疗费用。PICC引起的机械性静脉炎的预防和护理已经成为其护理的重点和难点。

机械性静脉炎属于中医“脉痹”范畴, 《素问·痹论篇》曰:“痹在于脉则血凝而不流”, 其主要病机为湿热之邪外侵, 致使气血运行不畅, 湿热瘀血留滞于脉络。中药外敷是一种运用中医理论的方法使药物经皮肤吸收, 以活血化瘀, 清热解毒而消肿。金黄膏为本院自制剂^[4], 主要由天花粉、姜黄、大黄、黄柏等组成, 天花粉解疮毒, 姜黄、大黄活血化瘀, 黄柏清热解毒, 故具有改善血管内皮环境, 修复损伤内皮弹性等作用, 为静脉炎的经验治疗方。艾条灸是将药艾条点燃后, 趁热施加于患处, 使热气透达的一种施灸方法。这样使局部产生热感, 血液流动发生变化, 可以减少患者痛苦。艾条灸联合金黄膏使用可促进血液循环, 减少炎症因子分泌。

本研究结果显示, 治疗后试验组总有效率显著高于对照组, 差异具有统计学差异 (P<0.05), 表明艾条灸联合金黄膏治疗PICC所致机械性静脉炎具有显著疗效。

综上所述, 艾条灸是中医护理技术中的一种, 金黄膏为我院特色院内制剂, 两者联合治疗PICC所导致的机械性静脉炎具有见效快, 效果好, 操作简便, 无毒副作用等特点, 体现了中医护理特色, 可以更好地为病患服务, 值得临床推广。

参考文献

- [1]Kovalenko O M, Mal'Tsev D V, Vie K, et al. Studying of cytokine dynamics in injured persons with severe burns for estimation of severity and prognosis[J]. Klinichna Khirurgiia, 2014(2):49.
- [2]Russell E, Chan R J, Marsh N, et al. A point prevalence study of cancer nursing practices for managing intravascular devices in an Australian tertiary cancer center[J]. European Journal of Oncology Nursing the Official Journal of European Oncology Nursing Society, 2014, 18(3):231.
- [3]Lu Y, Hao C, He W, et al. Experimental research on preventing mechanical phlebitis arising from indwelling needles in intravenous therapy by external application of mirabilite[J]. Experimental & Therapeutic Medicine, 2018.
- [4]吴锦慧.金黄膏外敷治疗β-七叶皂苷钠所致静脉炎疗效观察[J].云南中医中药杂志, 2016, 37(7):98-100.

(本文编辑:李海燕 本文校对:周利红 收稿日期:2018-01-10)

针灸配合推拿治疗椎动脉型颈椎病 及对椎动脉血流状态的影响

朱小燕 吕明芳 高洁 胡秀武

(南昌市洪都中医院针灸科, 江西 南昌 330000)

摘要:目的 探讨针灸配合推拿治疗椎动脉型颈椎病的效果及对患者椎动脉血流状态的影响。方法 本研究将2016年1月—2017年7月因椎动脉型颈椎病就诊的90例患者纳入研究并随机分组。对照组45例患者单用推拿治疗, 观察组45例联合针灸治疗, 均治疗2周。比较2组治疗前后椎动脉血流状态改善情况及临床疗效。结果 治疗后, 2组右椎动脉、左椎动脉血管搏动指数(PI)较前降低, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗后2组患者右椎动脉、左椎动脉的血流阻力指数(RI)均降低 ($P<0.05$); 治疗后观察组PI及RI指数水平均低于对照组 ($P<0.05$); 观察组总有效率为95.56% (43/45), 高于对照组的82.22% (37/45), 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 针灸配合推拿治疗椎动脉型颈椎病效果显著, 可更好地改善椎动脉血流状态, 值得推广。

关键词: 针灸; 推拿; 颈椎病; 椎动脉血流; 眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.056

文章编号:1672-2779(2018)-07-0138-03

Acupuncture and Moxibustion Combined with Massage in Treating Vertebroarterial Cervical Spondylosis and Its Influence on Blood Flow State of Vertebral Artery

ZHU Xiaoyan, LYU Mingfang, GAO Jie, HU Xiuwu

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330000, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of acupuncture and moxibustion combined with massage in the treatment of vertebral artery type cervical spondylosis and its influence on the vertebral artery blood flow state. **Methods** Ninety patients admitted to our hospital from January 2016 to July 2017 were enrolled in the study and randomly assigned. 45 patients in the control group were treated with massage only, and 45 cases in the observation group were treated with acupuncture and moxibustion for 2 weeks. The improvement of blood flow of vertebral artery in both groups was compared before and after treatment, and the clinical curative effect was compared between the two groups. **Results** After treatment, right ventricular vertebral artery and left vertebral artery pulse index (PI) were lower than before, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the right vertebral artery and left vertebral artery PI decreased ($P < 0.05$). After treatment, the PI and RI index of the observation group were lower than those of the control group ($P < 0.05$). The total effective rate of the observation group was 95.56% (43/45), which was higher than 82.22% (37/45) of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture and moxibustion combined with massage in the treatment of vertebral artery type cervical spondylosis has significant effect, can better improve vertebral artery blood flow status, and it is worth promoting.

Keywords: acupuncture and moxibustion; massage; cervical spondylosis; vertebral artery flow; vertigo

颈椎病是临床常见的颈椎疾病, 以耳鸣、视物旋转、颈部疼痛为主要表现, 以颈椎退行性变为基础, 椎动脉受压或刺激则是发病的关键。本病治疗难度大, 患者可表现为椎动脉血流动力学异常, 久治不愈可诱发脑梗死等急性脑血管疾病, 对患者的日常生活造成严重影响, 且近年来随着电子产品应用广泛, 颈椎病发病率逐年升高^[1]。治疗上可分为内科保守及手术干预, 药物治疗对于改善疼痛等症状具有一定作用, 但不良反应大。手术的应用可彻底改善部分患者的临床症状, 但由于患者多为老年人, 耐受性差, 且术后复发率仍较高, 因此并不作为首选方案^[2]。中医认为风寒湿邪入侵颈椎, 导致局部经络闭塞是其重要病机, 针灸、推拿均是本病的常用治疗手段, 可促进气流通、疏通经络, 从而达到治疗目的。笔者采用针灸配合推拿治疗椎动脉型颈椎病的效果显著。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机数字表法对本研究所有的椎动

脉型颈椎病患者进行分组, 所有患者均在2016年1月—2017年7月于我院就诊, 共90例, 每组45例。对照组男24例, 女21例; 年龄34~73岁, 平均67.34岁; 病程1~8年, 平均(2.86±0.81)年。观察组男23例, 女22例; 年龄32岁, 平均67.91岁; 病程1~9年, 平均(2.69±0.75)年。2组一般情况无显著差异, $P>0.05$ 。

1.2 诊断标准 表现为颈椎处疼痛不适, 颈部活动时加重, X线片可见不同程度颈椎曲度改变, 钩椎关节横向增生或椎关节骨质增生等, 超声提示椎-基底动脉供血障碍^[3]。

1.3 纳入标准 (1) 因椎动脉型颈椎病于我院就诊且均告知风险, 签署知情同意书; (2) 本研究所有患者经医学伦理会审核。

1.4 排除标准 (1) 晕针者; (2) 存在颈椎滑脱、骨折不便推拿治疗者; (3) 肝肾功能障碍者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 单用推拿治疗, 嘱其取舒适坐位, 医师站

于患者身后，颈部前屈，使颈部皮肤充分暴露，轮换按揉合谷、外关、肩井、风池、曲池等穴，力度适宜，以患者耐受为度，然后按揉颈椎两侧，治疗约5 min。使用拔法治疗上肢肌肉、上肢及肩部，治疗约5 min，然后采用双手提拿手法治疗患者颈后及颈部两侧肌肉，拔伸旋转法、颈椎斜扳法、端提颈椎法治疗，最后对上肢及肩背进行叩打，震击大椎，对肩井穴行提拿揉按处理，治疗5~10 min。推拿治疗时重复上述过程1次，每天1次。

1.5.2 观察组 推拿治疗对照组，联合针灸治疗，患者取坐位，常规消毒双侧风池、合谷、外关、天柱、颈夹脊穴、阿是穴、后溪等穴位并针刺，并随症加减，上述穴位深度0.8~1.2寸，均用平补平泻手法，得气后留针30 min，2组患者均治疗5 d、休息2 d，2组均治疗2周。

1.6 观察指标 比较2组治疗前后右椎动脉、左椎动脉血管搏动指数 (PI) 及血流阻力指数 (RI) 改善情况，采用经颅多普勒超声 (TCD)，由超声室统一检测；比较2组临床疗效差异。治愈：臂丛神经牵拉试验阴性，颈肩部、头痛等症状消失；有效：臂丛神经牵拉试验阴性，症状体征改善；无效：臂丛神经牵拉试验阳性，症状体征未改善^[4]。将疗效判定为治愈及有效例数纳入总有效例数。

1.7 统计学方法 研究结束后对所收集的数据进行统计，采用SPSS 23.0统计学软件分析， $P < 0.05$ 提示差异有统计学意义。计量资料用 t 检验，以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 临床疗效比较 观察组总有效率为95.56% (43/45)，高于对照组的82.22% (37/45)， $\chi^2 = 4.050$ ，差异具统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
对照组	45	16(35.56)	21(45.56)	8(17.78)	37(82.22)
观察组	45	22(48.90)	21(45.56)	2(4.44)	43(95.56)

2.2 血管搏动指数(PI)比较 2组治疗前血管搏动指数比较无显著差异， $P > 0.05$ ；治疗后，2组患者双侧椎动脉血管搏动指数降低，差异显著， $P < 0.05$ ；治疗后与对照组比较，观察组双侧椎动脉血管搏动指数更低， $P < 0.05$ 。详见表2。

表2 血管搏动指数(PI)比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	左椎动脉		右椎动脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	0.96 ± 0.15	0.85 ± 0.12 ^a	1.34 ± 0.35	1.18 ± 0.29 ^a
观察组	45	1.01 ± 0.17	0.74 ± 0.10 ^a	1.39 ± 0.40	0.75 ± 0.16 ^a
t 值		0.498	10.285	0.531	14.089
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比较，^a $P < 0.05$

2.3 血流阻力指数(RI)比较 2组治疗前血流阻力指数比

较无显著差异， $P > 0.05$ ；治疗后，2组患者双侧椎动脉血流阻力指数降低，差异显著， $P < 0.05$ ；治疗后与对照组比较，观察组双侧椎动脉血流阻力指数更低， $P < 0.05$ 。详见表3。

表3 血流阻力指数(RI)比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	左椎动脉		右椎动脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	0.81 ± 0.14	0.73 ± 0.11 ^a	0.72 ± 0.18	0.59 ± 0.13 ^a
观察组	45	0.84 ± 0.16	0.62 ± 0.09 ^a	0.75 ± 0.16	0.47 ± 0.08 ^a
t 值		0.615	9.682	0.430	11.635
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比较，^a $P < 0.05$

3 讨论

颈椎病分为神经根型、脊髓型、交感神经型及椎动脉型等，其中椎动脉型发病率高，与椎体劳损、颈部肌肉及长期低头工作相关。患者可表现为颈部疼痛不适，部分患者还可引起头晕，且多在颈项转动时加重，大多患者可经保守干预获得较好疗效^[5]。本病隶属于“眩晕”范畴，是由颈部脉络损伤，闭塞不通，清窍失养所致，治疗当以疏通颈部经络，调和气血为法。针灸推拿是中医经典外治法，针灸具有祛风散寒、舒筋通络、调整阴阳的功效，且疗效显著、操作简单、安全可靠，可通过穴位刺激达到治疗作用。颈椎病发生与机体气血、脏腑、经络失调相关，督脉、少阴经、太阳经循行于颈部，可促进颈部风寒湿邪清除。本研究选取风池、合谷、外关、天柱、颈夹脊穴、阿是穴、后溪等穴位。研究表明，针灸可有效缓解紧张的椎枕肌群，减轻椎动脉交感神经纤维压迫，调节血管舒缩，降低血流阻力，促进使颈部血液循环，从而有效改善缺血表现^[6]。针刺颈椎夹脊穴、天柱可疏通颈部气血，是近治作用的体现；针刺风池、阿是穴具有化瘀祛风功效，后溪则可疏通督脉，针刺时可有效改善颈动脉血流速度^[7]。

推拿具有活血散瘀、舒筋通络、消肿止痛功效，通过推、拿、滚、揉等手法治疗，可快速减轻组织粘连，缓解肌肉痉挛。我们还采取扳、牵、引、拉、伸等方式将错位的关节及组织进行回归，从而达到疏通颈部气血、理筋整复的目的。在推拿过程中应力度恰当，由小至大，循序渐进，以患者耐受为度，避免椎动脉内膜撕裂或血管变异出现出血等情况。研究表明，推拿有助于正常生理曲度的恢复，调整颈椎小关节紊乱，还可增加血流量，有助于颈部血液动力学的改善。颈部血流动力学异常与本病的关系已得到证实，此类患者椎动脉血流速度低于健康人群，血管搏动指数 (PI) 及血流阻力指数 (RI) 则明显升高^[8]。

本研究对照组单用推拿治疗，观察组联合针灸，结果显示治疗后两组右椎动脉、（下转第154页）

中药塌渍配合微波照射 治疗四肢长干骨闭合性骨折早期肿胀的效果[※]

周小兰 万桃红

(江西省中医药大学附属洪都中医院骨科, 江西 南昌 330006)

摘要: 目的 研究与观察中药塌渍配合微波照射治疗四肢长干骨闭合性骨折早期肿胀的效果。方法 选取2016年1月—2017年7月收治的78例四肢长干骨闭合性骨折早期肿胀患者为研究对象, 将其随机分为对照组和试验组各39例。对照组进行常规护理联合微波治疗, 试验组则在常规护理的基础上进行中药塌渍配合微波照射治疗。比较2组患者的肿胀消退时间、治疗前及治疗后3 d、6 d的疼痛及肿胀程度、肢体周径。结果 试验组的肿胀消退时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗前2组患者的疼痛及肿胀程度、肢体周径比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后3 d及6 d试验组的疼痛及肿胀程度、肢体周径均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 中药塌渍配合微波照射治疗四肢长干骨闭合性骨折早期肿胀的效果较好, 在本类骨折患者中的应用价值更高。

关键词: 中药塌渍; 微波照射; 长干骨; 骨折; 肿胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.057

文章编号:1672-2779(2018)-07-0140-03

Effect of Chinese Medicine Soakage Combined with Microwave Irradiation Therapy in the Treatment of Early Swelling of Closed Fracture of Long Trunk of Extremities

ZHOU Xiaolan, WAN Taohong

(Orthopedics Department, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

Abstract: Objective To study and observe the effect of Chinese medicine soakage combined with microwave irradiation therapy in the treatment of early swelling of closed fracture of long trunk of extremities. **Methods** 78 patients with early swelling of closed fracture of long trunk of extremities in our hospital from January 2016 to July 2017 were selected as the study objects, and they were randomly divided into control group and experimental group, with 39 cases in each group. The control group was treated with routine nursing combined with microwave irradiation therapy, and the experimental group was treated with Chinese medicine soakage combined with microwave irradiation therapy on the basis of the routine nursing. Then the subsiding time of swelling, degree of pain and swelling, limb circumference before the treatment and at third, sixth day after the treatment of two groups were compared. **Results** The subsiding time of swelling of the experimental group was shorter than that of the control group, and there was significant difference ($P < 0.05$). The degree of pain and swelling, limb circumference of two groups before the treatment were compared, and there were no significant differences ($P > 0.05$). The degree of pain and swelling, limb circumference of the experimental group at third and sixth day after the treatment were all better than those of the control group, and there were significant differences ($P < 0.05$). **Conclusion** The effect of Chinese medicine soakage combined with microwave irradiation therapy in the treatment of early swelling of closed fracture of long trunk of extremities is better. The application value in patients with this kind of fracture is higher.

Keywords: Chinese medicine soakage; microwave irradiation therapy; long trunk of extremities; closed; fracture; swelling

四肢长干骨闭合性骨折在临床多见, 且有发生率升高的趋势, 对患者的预后及生存质量、功能恢复均造成极为不利的影 响, 因此对本类骨折患者早期肿胀的控制需求较高, 而临床中与肢体骨折早期肿胀的治疗研究多见, 其中中医治疗作为活血化瘀的有效方式, 其在本类早期肿胀的治疗研究多见^[1], 关于中药塌渍的研究在近年并不少见, 但是研究结果仍存在差异较大, 甚至相悖的情况。因此, 本文中我们就中药塌渍配合微波照射治疗四肢长干骨闭合性骨折早期肿胀的效果进行研究与观察, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2017年7月本院收治的

78例四肢长干骨骨折患者为研究对象, 将其随机分为对照组和试验组, 每组各39例。对照组中, 男性22例, 女性17例; 年龄18~66岁, 平均(43.3±7.5)岁; 骨折部位: 胫骨骨折22例, 尺桡骨骨折者17例; 肿胀程度: 轻度者8例, 中度者16例, 重度者15例。试验组中, 男性23例, 女性16例; 年龄18~69岁, 平均为(43.5±7.2)岁; 骨折部位: 胫骨骨折22例, 尺桡骨骨折者17例; 肿胀程度: 轻度者7例, 中度者16例, 重度者16例。2组四肢长干骨骨折患者的性别、年龄、骨折部位及肿胀程度等数据比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 因此2组之间具有可比性。

1.2 纳入标准 凡在我院创伤骨科住院的患者, 年龄18~70岁, 病情平稳, 神志清楚, 能够配合治疗及护理病人。

※ 基金项目: 江西省卫生计划委员会中医药课题[No.2017A149]

表1 2组患者治疗前后的疼痛程度比较

[例(%)]

组别	例数	治疗前			治疗后3 d			治疗后6 d		
		轻度	中度	重度	轻度	中度	重度	轻度	中度	重度
对照组	39	1(2.56)	12(30.77)	26(66.67)	6(15.38)	11(28.21)	22(56.41)	11(28.21)	12(30.77)	16(41.03)
试验组	39	0(0.00)	12(30.77)	27(69.23)	15(38.46)	12(30.77)	12(30.77)	20(51.28)	14(35.90)	5(12.82)
χ^2 值		0.059			5.214			7.885		
<i>P</i> 值		0.808			0.022			0.005		

表2 2组患者治疗前后的肿胀程度比较

[例(%)]

组别	例数	治疗前			治疗后3 d			治疗后6 d		
		轻度	中度	重度	轻度	中度	重度	轻度	中度	重度
对照组	39	8(20.51)	16(41.03)	15(38.46)	13(33.33)	13(33.33)	13(33.33)	17(43.59)	12(30.77)	10(25.64)
试验组	39	7(17.95)	16(41.03)	16(41.03)	18(46.15)	16(41.03)	5(12.82)	23(58.97)	14(35.90)	2(5.13)
χ^2 值		0.054			4.622			6.303		
<i>P</i> 值		0.816			0.032			0.012		

1.3 排除标准 年龄大于70或小于18岁患者；合并严重心脑血管疾病、严重肝肾疾病、凝血功能障碍及造血系统等严重疾病者；开放性骨折或骨折部位皮肤有溃烂者；妊娠期者。

1.4 治疗方法 对照组进行常规护理联合微波治疗，入院后行局部微波照射，抬高患肢以利于消肿。指导患者合理的功能锻炼，包括患肢肌肉的主动收缩及手指、足趾、腕关节、踝关节及未固定的邻近关节的屈伸运动，每天4~5次，每次约10 min。试验组则在常规护理的基础上进行中药塌渍配合微波照射治疗，操作时先将微波(TDP)预热，同时上肢用厚约1 cm、长宽为25 cm×25 cm大小的敷布，下肢用厚约1 cm、长宽为30 cm×30 cm大小的敷布浸于约500 mL治伤三黄酊溶液中，敷料要充分浸透，拧敷布至不滴水为度，抖开敷布敷于肿胀的肢体部位，上面用保鲜膜(聚乙烯成分、无毒、无味)盖住，同时用预热好的微波照射20 min，微波照射时距离适当抬高，根据患者的耐受程度，调节距离为40~60 cm，让患者感到舒适为宜，此项操作每天2次。治疗过程中加强巡视，及时掌握局部温度，一般以局部温度39~40℃为宜，预防烫伤。比较2组患者的肿胀消退时间、治疗前及治疗后3 d、6 d的疼痛及肿胀程度、肢体(小腿与前臂)周径。

1.5 评价标准 (1) 肿胀程度^[2]:轻度为局部出现轻微肿胀，存在皮纹；中度为局部出现肿胀、皮温提升，皮纹开始消失、重度为局部出现明显肿胀，皮纹消失，且出现张力性水疱。(2) 疼痛程度^[3]:采用视觉模拟评分法(VAS评分)进行评估，本标准范围为0~10分，0分为无痛，随着分值升高表示疼痛加重，10分为疼痛最为严重，其中≤3分、4~6分及≥7分表示轻度、中度及重度疼痛。

1.6 统计学方法 本研究中的数据检验软件为SPSS 19.0，计数资料的表示方式为%，以 χ^2 检验处理，计量资料的表示方式为($\bar{x}\pm s$)，以*t*检验处理，*P*<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者的肿胀消退时间比较 对照组的肿胀消退时间为(6.42±0.52) d，试验组的肿胀消退时间为(4.05±0.23) d，试验组显著短于对照组，差异有统计学意义(*t*=26.030, *P*<0.05)。

2.2 2组患者治疗前后的疼痛程度比较 治疗前2组患者的重度疼痛率比较，差异无统计学意义(*P*>0.05)，治疗后3 d及6 d试验组的重度疼痛率均低于对照组，差异有统计意义(*P*<0.05)，见表1。

2.3 2组患者治疗前后的肿胀程度比较 治疗前2组患者的重度肿胀率比较，差异无统计学意义(*P*>0.05)，治疗后3 d及6 d试验组的重度肿胀率均低于对照组，差异有统计意义(*P*<0.05)，见表2。

2.4 2组患者治疗前后的肢体周径比较 治疗前2组患者的肢体周径比较，差异无统计学意义(*P*>0.05)，治疗后3 d及6 d试验组的肢体周径均低于对照组，差异有统计意义(*P*<0.05)，见表3。

表3 2组患者治疗前后的肢体周径比较 ($\bar{x}\pm s$, cm)

组别	例数	小腿			前臂		
		治疗前	治疗后3 d	治疗后6 d	治疗前	治疗后3 d	治疗后6 d
对照组	39	36.15±2.13	35.98±2.10	34.87±1.86	26.86±1.93	25.99±1.79	25.36±1.62
试验组	39	36.18±2.09	33.23±1.72	32.02±1.53	26.88±1.88	24.78±1.50	24.04±1.25
<i>t</i> 值		0.034	6.327	7.390	0.046	3.236	4.029
<i>P</i> 值		0.487	0.000	0.000	0.482	0.001	0.000

3 讨论

四肢骨折是临床常见的一类骨折，而肢体肿胀是本类骨折常见的不良情况，而本类情况的发生与骨折创伤后血管破裂导致的出血瘀积等情况有关，而组织肿胀对患者的生存质量及预后均十分不利，可导致住院时间的延长甚至肢体功能障碍的遗留，因此对于四肢骨折患者的早期肢体肿胀治疗极为重要。近年来临床采用中药治疗四肢长干骨闭合性骨折早期肿胀的研究不断增多，临床疗效较好，与中药较好的活血化瘀特点有关，而中药

塌渍疗法是临床中较为常见的一类具有通络舒筋、活血化瘀及止痛消肿等作用的的治疗方法,其在骨折肢体肿胀改善中的作用研究可见,但是细致程度欠缺。

本研究结果显示,中药塌渍配合微波照射治疗四肢长干骨闭合性骨折早期肿胀的效果相对较好,患者的肿胀消退时间更短,治疗后的疼痛及肿胀程度、肢体周径也相对更好,说明中药塌渍的应用对于患者的早期肿胀改善作用显著,与本药的活血化瘀及止痛消肿等作用有关,而这对于瘀血等情况导致的肢体肿胀具有针对性的改善作用,且在此基础上实现了疼痛的有效控制^[4-5],为患者的后期治疗奠定了有效的基础。综

上所述,我们认为中药塌渍配合微波照射治疗四肢长干骨闭合性骨折早期肿胀的效果较好,在本类骨折患者中的应用价值更高。

参考文献

- [1]李晓军,朱付平.益气活血方治疗胫腓骨骨折术后早期肿胀45例[J].湖南中医杂志,2015,31(7):89.
- [2]卢满娜,刘征.中药塌渍对膝关节术后肢体肿胀的效果观察[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2015,15(83):120.
- [3]王俊杰,曹玉净.中药塌渍联合肋骨固定带治疗闭合性肋骨骨折的临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(3):88-89.
- [4]吴明英,唐文娟.中药塌渍治疗四肢骨折手法整复后肢端肿胀的疗效观察[J].护理研究:下旬版,2015,29(8):3051-3053.
- [5]杨晓伟.骨折早期肢体肿胀患者中医康复疗效观察[J].中外医学研究,2015,13(12):58-59.

(本文编辑:李海燕 本文校对:胡湘洪 收稿日期:2018-01-03)

中西医结合护理改善泌尿系结石患者急性疼痛的影响

张爱春

(中国医科大学附属第一医院核医学科,辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 探讨中西医结合护理对泌尿系结石患者急性疼痛的影响。方法 选取泌尿系结石患者80例,随机分为对照组和试验组各40例。对照组给予常规护理,试验组给予中西医结合护理。比较2组护理前后不良情绪评分,疼痛缓解时间及满意度。结果 护理后试验组评分高于对照组 ($P < 0.01$);试验组疼痛缓解时间少于对照组 ($P < 0.05$);试验组满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 中西医结合护理应用在泌尿系结石患者中,明显缓解疼痛,疗效较好。

关键词: 中西医结合护理;泌尿系结石;疼痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.058

文章编号:1672-2779(2018)-07-0142-02

The Effect of Combined Traditional Chinese and Western Medicine Nursing on Acute Pain in Patients with Urinary Calculus

ZHANG Aichun

(Nuclear Medicine Department, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of combined traditional Chinese and Western medicine nursing on acute pain in patients with urinary calculus. **Methods** 80 patients with urinary calculi were randomly divided into control group and experimental groups, with 40 cases in each group. The control group was given regular care, and the experimental group was given combined traditional Chinese and Western medicine nursing. The negative emotional scores of the two groups before and after treatment, and the pain relief time and satisfaction were compared between the two groups. **Results** After nursing, the score of the experimental group was higher than that of the control group $P < 0.01$. The pain relief in the experimental group was less than that of the control group $P < 0.05$. The satisfaction of the experimental group was higher than that of the control group $P < 0.05$. **Conclusion** The combined traditional Chinese and Western medicine nursing on acute pain in patients with urinary calculus can relieve pain obviously and has good effect.

Keywords: combined traditional Chinese and Western medicine nursing; urinary calculus; pain

泌尿系结石是临床上常见的结石疾病,其主要是指发生于肾脏、膀胱、输尿管和尿道等部位的结石,以肾结石和输尿管镜结石最为常见^[1]。原发性泌尿系结石的发病原因目前尚未明确且发病机制不明,继发性或感染性结石主要与泌尿系统感染、遗传、性别、年龄、饮食习惯和地理环境等相关^[2]。泌尿系结石患者发病后的临床症状以疼痛和排尿困难为主,对其正常生活造成严重影响。本研究对中西医结合护理改善泌尿系结石急性疼痛的效果分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从我院2015年3月—2017年6月收治的泌尿系结石患者中选取80例,随机分为对照组和试验组,每组各40例。所有患者均以急性疼痛为症状,且经临床检查确诊。对照组男26例,女14例;平均年龄(41.25±6.89)岁;病程1~8年,平均病程(3.56±0.65)

年。试验组男25例,女15例;平均年龄(41.36±6.72)岁;病程2~8年,平均病程(3.49±0.72)年。患者的基本资料比较, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用常规西医护理,其中主要是在患者治疗过程中给予其补液和解痉止痛治疗,为患者讲解泌尿系结石的相关知识,并为患者讲解疼痛的缓解方法,为患者营造良好的病房环境等。

1.2.2 试验组 在对照组基础上采用中医护理方式,首先给予患者中药排石汤,方药的基本组成为茯苓、泽泻各12g,川牛膝、车前子、鸡内金各15g,冬葵子、石韦、滑石各20g,金钱草、海金沙各30g,生甘草10g。根据患者的临床症状实施药物加减治疗,其中血尿患者加三七粉4g、生地黄20g;疼痛剧烈的患者加延胡索、白芍各12g;阴虚患者加黄柏12g;气虚患者加黄芪30g;

尿白浊患者加炒白扁豆12 g。将药物加水浸泡30~40 min后煎煮取汁300 mL,连续煎煮2次共取汁600 mL,分早晚2次服用,连续用药10 d。其次给予患者耳穴压豆护理,具体方法为:对患者耳廓进行消毒处理后,根据患者的实际情况在相应的穴位上贴敷王不留行籽,其中穴位主要有尿道、交感、神门、肾、输尿管、内分泌和三焦。按压时力度以患者感到局部胀满为宜,每次按压的时间控制在1~min,每天为患者按压3~6次,双耳交替按压,连续按压7 d为1个疗程。另外要给予患者穴位注射治疗,先采用提插法快速进针,然后在患者三阴交推注10 mL盐酸消旋山莨菪碱注射液,每天注射1~2次,连续注射7 d为1个疗程。患者护理过程中还要对其不良情绪进行干预,其中主要是为患者播放轻音乐和喜欢的电视节目,多于患者进行交谈以缓解其注意力,为患者讲解成功治愈的案例以帮助其建立治愈信心。最后还要给予患者有效的日常生活护理,其中主要是根据患者的实际情况对其日常饮食进行合理安排,根据中医理论为患者配备药膳以调节其饮食结构,让患者养成少食多餐的进餐原则,并确保患者的营养摄入均衡。

1.3 评价指标 比较患者护理前后的不良情绪,疼痛缓解时间,并调查患者的护理满意度。其中不良情绪主要是针对焦虑和抑郁情绪,分别采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行评价,分值越高代表患者的不良情绪越严重。疼痛缓解时间根据实际情况划分为3 h内,3~8 h,8~15 h和15 h以上4个部分。满意度调查用自制量表完成,总分为100分,85分以上为非常满意,60~85为基本满意,60分以下为不满意。

1.4 统计学方法 用SPSS 22.0统计学,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 患者护理前后不良情绪评分 护理前,2组SAS、SDS比较, $P > 0.05$ 。护理后,试验组SAS、SDS明显低于对照组, $P < 0.01$,见表1。

表1 患者护理前后不良情绪评分 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
试验组	40	49.72 ± 6.89	21.85 ± 5.26	51.26 ± 7.15	24.38 ± 6.42
对照组	40	49.83 ± 6.84	35.26 ± 5.72	52.69 ± 7.24	37.69 ± 6.95
t值		0.072	10.914	0.889	8.897
P值		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

2.2 患者疼痛缓解时间 患者疼痛缓解时间比较,试验组优于对照组, $P < 0.05$,见表2。

表2 患者疼痛缓解时间 [例(%)]

组别	< 3 h	3 ~ 8 h	8 ~ 15 h	> 15 h
试验组	20(50.00)	15(37.50)	5(12.50)	0(0.00)
对照组	13(32.50)	7(17.50)	15(37.50)	5(12.50)

2.3 护理满意度 试验组非常满意22人,基本满意15人,满意度92.5%;对照组非常满意16人,基本满意13人,满意度72.5%,试验组满意度明显高于对照组, $P < 0.05$ 。

3 讨论

泌尿系结石是临床上常见的结石疾病,其种类较多且患者病情复杂,患者发病后的临床症状较多^[1]。根据临床观察,患者一般表现为突然发病后出现剧烈腰痛,疼痛呈现出持续性或间歇性,并且会沿着输尿管向髂窝、会阴和阴囊等处放射。之后患者会逐渐出现血尿、脓尿、排尿困难和尿流中断等症状,对其正常生活造成严重影响^[4]。目前临床上对泌尿系结石的治疗方法有很多,其中主要是在患者入院后对其结石成分进行确定,然后制定相应的治疗方案^[5]。手术治疗是临床上治疗泌尿系结石最常见的方式,通过手术一般能有效清除患者的结石,并防止患者复发,效果较好。

但根据临床上对泌尿系结石患者的观察,其在发病后经常会以急性疼痛为首发症状。一些患者因疼痛剧烈而产生依从性下降的情况,并且会导致其出现各种不良情绪,影响其治疗效果,因此在患者治疗过程中还要针对其疼痛情况给予其有效的护理。其中西医常规护理主要是为患者营造良好的病房环境,并让其能够保持充足的休息,给予患者针对性的心理护理等。根据临床实践,西医常规护理对患者疼痛的缓解帮助不大,导致患者的治疗效果受到影响。而中医护理的应用则具有更高的针对性,其中主要是通过中药排石汤让患者的结石得到清除,然后给予患者耳穴压豆和穴位注射的方式。其中排石汤方药中的金钱草通淋化石、清热利湿,鸡内金和海金沙溶石排石,车前子抑制结石形成,牛膝补肝肾,冬葵子和石韦促使结石下行,茯苓和泽泻促进结石排出,诸药合用起到化石排石和利尿通淋的作用,让患者的病情得到有效缓解。再给予患者耳穴压豆和药物穴位注射,一般能让患者的疼痛得到有效缓解,并提升其治疗效果。本研究结果显示,护理后试验组评分高于对照组,试验组疼痛缓解时间少于对照组,试验组满意度高于对照组。

综上所述,中西医结合护理应用在泌尿系结石患者中,明显缓解疼痛,疗效较好,值得推广应用。

参考文献

- [1]宋聚平.中西医结合护理对泌尿外科手术后疼痛的效果[J].内蒙古中医药,2017,36(16):156-157.
- [2]罗春香,饶根辉,龚雪梅.中西医结合疗法联合体外震波碎石术治疗泌尿系结石的护理研究[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(21):104-106.
- [3]孙渝.中西医结合护理在泌尿外科护理中的效果[J].中国现代药物应用,2016,10(3):252-253.
- [4]熊春梅,涂燕.中西医结合护理改善泌尿系结石急性疼痛首发症状的观察[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(24):116-117.
- [5]董素琴.中西医治疗泌尿系结石的护理体会[J].光明中医,2014,29(12):2647-2648.

(本文编辑:李海燕 本文校对:马婷 收稿日期:2017-11-23)

中医穴位按摩结合心理干预对白内障患者的治疗依从性及满意度的影响

刘艳珣

(枣庄市妇幼保健院眼科, 山东 枣庄 277101)

摘要:目的 探讨中医穴位按摩结合心理干预对白内障患者的治疗依从性及满意度的影响。方法 纳入2015年6月—2016年6月收治的148例白内障患者为研究对象,采用信封随机法分为观察组和对照组,各74例。对照组采用常规护理,观察组在对照组基础上采用中医穴位按摩结合心理干预,比较2组干预后治疗依从性及护理满意度。结果 干预后,观察组在饮食管理、遵医用药、情绪稳定及用眼卫生方面依从性明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组在病房巡视、工作态度、工作熟练程度及服务品质维度的评分均明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 中医穴位按摩结合心理干预有利于改善白内障患者的治疗依从性,提高护理满意度,值得临床应用。

关键词: 白内障; 穴位按摩; 心理干预; 依从性; 满意度; 圆翳内障

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.059

文章编号:1672-2779(2018)-07-0144-03

Effect of Traditional Chinese Medicine Acupoints Massage and Psychological Interventions on the Treatment Compliance and Satisfaction of Cataract Patients

LIU Yanxun

(Department of Ophthalmology, Zaozhuang Maternal and Child Health Care hospital, Shandong Province, Zaozhuang 277101, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of TCM acupoints massage and psychological interventions on the treatment compliance and satisfaction of cataract patients. **Methods** From June 2015 to 2016, 148 patients with cataract patients in our hospital were selected as the subjects, and they were randomly distributed into the observation group and the control group. Each group had 74 cases. The control group was given routine nursing intervention, while the observation group was given TCM acupoints massage and psychological interventions based on the control group. The treatment compliance and satisfaction after intervention was compared. **Results** After intervention, the compliance of the observation group in the aspect of reasonable diet, medical compliance, emotional stability and eye health were higher than those of the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). The scores of ward rounds, working attitude, degree of working proficiency and quality of service were higher than those of the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** TCM acupoints massage and psychological interventions can effectively improve treatment compliance of cataract patients, it can help to improve nursing satisfaction, and it is worthy of clinical generalize.

Keywords: cataract; acupoints massage; psychological interventions; treatment compliance; satisfaction; senile cataract

白内障是指老化、遗传、外伤等原因,导致眼球内晶状体代谢异常,以致晶状体蛋白质变性产生混浊,使得光线受阻无法投射至视网膜,引起视物模糊,严重者甚至会有失明等症状^[1-2]。手术是治疗白内障的首选方式之一,但多数患者因对白内障相关知识的缺乏易产生恐惧心理,加之视力下降产生烦躁、焦虑等心理,严重影响治疗效果^[3]。因此,临床多在常规护理基础上结合心理干预,以缓解患者焦虑、抑郁等负面情绪^[4]。但仍有部分患者的症状无法仅仅通过心理干预得到有效改善,因此临床为应对上述问题应寻求新的护理方法。多项研究表明^[5-6],中医护理能减轻患者的不适及痛苦,有利于改善患者的临床症状,提高护理满意度。因此,本研究以中医穴位按摩结合心理干预对白内障

患者的治疗依从性及满意度进行探讨,旨在为临床实践提供理论依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入2015年6月—2016年6月我院收治的148例白内障患者为研究对象,采用信封随机法分为观察组和对照组,各74例。2组性别、年龄及疾病部位等一般资料比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 纳入标准 (1) 均符合白内障相关诊断标准^[7]; (2) 年龄18~80岁; (3) 本研究经医院伦理主管部门批准,患者及家属均知情并同意。

1.3 排除标准 (1) 合并肝肾功能不全及其它恶性肿瘤者; (2) 语言交流、认知障碍者; (3) 合并有精神

表1 2组一般资料比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)	病程(年)	疾病部位(例)			基础疾病构成(例)		其它(例)
						左眼	右眼	双眼	糖尿病	高血压	
观察组	74	43	31	58.21 ± 3.51	1.57 ± 0.63	33	26	15	35	27	12
对照组	74	41	33	56.19 ± 3.47	1.49 ± 0.57	28	27	19	33	25	16
t/χ^2 值		0.110				0.899			0.707		
P 值		7.40				0.638			0.702		

疾病者；(4)中途退出研究者。

1.4 护理方法 对照组采用常规护理方法，包括健康宣教，用药注意事项及禁忌、饮食指导，用眼卫生等。观察组在对照组基础上采用中医穴位按摩结合心理干预：(1)采用图片、模型及PPT等形式向患者及家属详细讲解疾病相关知识，并根据患者病情进程进行针对性讲解，通过亲切和蔼的语言及态度增加亲和力，并与患者建立信任；(2)为患者进行穴位按摩并传授按摩保健操，①患者取正坐位，双手放置印堂位，向两边慢慢分开并横抹擦青，闭上双眼手掌竖放，掌心朝面按压眼眶，无名指沿鼻梁两侧泪水沟，双手同时由上至下(发际至下巴)来回用力按摩眼周神经穴位1 min；②两手食指取面部两侧承泣穴(眼部瞳孔之下，眼球与眼眶下缘凹陷中部)，中指取四白穴(承泣穴之下三分，眼部瞳孔之下，眼球与眼眶下缘凹陷处)，两指并拢同时顺时针用力按摩1 min，逆时针用力按摩30 s；③右手拇指与食指分别捏揉按压面部两侧睛明穴(两眼睛内眼角稍上一分，与鼻梁之间凹陷处)1 min(可加滴眼药水后再次按压1 min)，然后双手八指(除拇指外)按压额眉部1 min，接着双手中指上下摩擦两眼泪水沟1 min；④双手食指取两侧太阳穴(前额两侧，外眼角稍上五分)，中指取两侧瞳子髎穴(距双眼外眼角横向五分，眼眶外侧)，无名指取两侧丝竹空穴(两眉梢凹陷处)，三指并拢分别顺时针及逆时针用力旋转按压1 min。出院前进行考核，确保所有患者及家属均掌握按摩保健操。(3)患者面对疾病往往会出现焦虑、抑郁及恐惧心理，因此需要护理人员密切关注其心理变化，及时进行心理疏导，如：①通过与其进行面对面的聊天，引导患者将其烦恼宣泄出来，并针对性地进行沟通，树立正确的信念；开展病友交流会，促使患者多于他人进行交谈，解开心结；②邀请成功战胜疾病的患者分享经验，建立患者战胜疾病的信心；③根据患者喜好对病房进行调整，帮助患者适应环境；④运用呼吸放松疗法，指导患者进行腹部呼吸方式，通过有规律的收缩及放松训练，使患者进入松弛状态，消除紧张焦虑心理；(4)根据中医辨证分型，观察组74例中包括肝肾阴虚型25例，脾肾阳虚型21例，脾虚湿热型15例，气血两虚型13例，并依据分型制定针对性饮食计划。(5)根据患者病情进行针对性的指导，如采用正确卧位，卫生用眼习惯，清洁面部的方法等；告知患者不能用力挤眼，避免剧烈咳嗽及大声谈笑，低头及弯腰提物等；若有头痛、眼痛、出血等现象，及时与护理人员进行沟通；(6)出院后采用电话及短信等形式进行每周1次的随访，随时了解患者病情进展，对轻微不良反应告知应急措施，严重者及时进行门诊复查。

1.5 观察指标 于出院前1 d进行治疗依从性比较：参考

文献^[8]并结合本院实际情况自制治疗依从性问卷调查表，从饮食管理、遵医用药、情绪稳定及用眼卫生4个方面进行评估，采用四级评分法，非常不依从为1分，不依从为2分，依从为3分，非常依从为4分，取得分 ≥ 3 分者记录。护理满意度比较：参考文献^[9]并结合本院实际情况自制护理满意度问卷调查表，从病房巡视、工作态度、工作熟练程度及服务品质4个方面进行评分，每项总分100分，分值越高则表示患者满意度越高。

1.6 统计学方法 应用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析，计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示，采用 t 检验，计数资料以百分比(%)表示，行 χ^2 检验， $P<0.05$ 则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组干预后治疗依从性比较 干预后，观察组在饮食管理、遵医用药、情绪稳定及用眼卫生方面依从性明显高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 2组干预后治疗依从性比较 [例(%)]

组别	例数	饮食管理	遵医用药	情绪稳定	用眼卫生
观察组	74	63(85.14)	61(82.43)	65(87.84)	69(93.24)
对照组	74	51(68.92)	50(67.57)	55(74.32)	57(77.03)
χ^2 值		5.498	4.360	4.406	7.688
P 值		0.019	0.037	0.036	0.006

2.2 2组护理满意度比较 观察组在病房巡视、工作态度、工作熟练程度及服务品质维度的评分均明显高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 2组护理满意度比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	病房巡视	工作态度	工作熟练程度	服务品质
观察组	74	91.24 \pm 1.67	90.87 \pm 1.54	95.27 \pm 1.58	97.66 \pm 1.57
对照组	74	83.17 \pm 1.63	81.26 \pm 1.52	86.14 \pm 1.55	85.43 \pm 1.49
t 值		29.748	38.205	35.368	48.606
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

中医学认为，白内障即“圆翳内障”，主要是由于体内“虚”“瘀”并存所致，好发于体质衰弱，精血亏损的老年人群，临床表现为视力下降、畏光、眩光等，严重影响患者生活质量^[10]。据报道，中医穴位按摩是一种简单易行的干预措施，其见效快且无副作用，通过刺激不同穴位能产生不同的临床疗效^[11]。研究表明，临床治疗白内障主要以手术为主，但创伤性手术会使患者产生心理应激反应，出现焦虑、紧张、恐惧等负性情绪，严重影响手术效果^[12]。

本研究结果显示，观察组在饮食管理、遵医用药、情绪稳定及用眼卫生方面依从性明显高于对照组，提示中医穴位按摩结合心理干预有利于提高白内障患者治疗依从性。究其原因，可能因为观察组采用多种直观生动的形式为患者进行疾病相关知识讲解，能提高患者对疾病的认知，降低患者的不安心理，及时对患者的负性心

理进行有效引导,还可帮助患者对其烦恼进行宣泄,并树立正确的信念,加之与病友进行交流,有利于舒解心结建立信心,促进患者对治疗的积极性,并根据患者病情进行针对性指导,以提高治疗依从性。郭守俊等^[13]对重度癌痛患者的研究也表明,采用心理干预能有效提高治疗依从性,改善治疗效果及患者的生命质量,与本研究结论相符。本研究结果还显示,观察组在病房巡视、工作态度、工作熟练程度及服务品质维度的评分均明显高于对照组,提示采用中医穴位按摩结合心理干预有利于提高护理满意度评分。主要是由于观察组护理人员能通过亲切和蔼的语言及态度增加亲和力,并依据患者喜好调整病房装饰,与患者建立信任及良好的护患关系。还能应用中医辨证施食的方法,对患者进行分型并依据其特征制定针对性的膳食计划,通过教学简单实用的穴位按摩保健操,辅助腹部呼吸法缓解患者的负性情绪,应用一系列的护理措施改善患者的临床疗效,以提高护理满意度。这与梁瑾冰等^[14]对阻生智齿拔除术患者采用中医穴位按摩结合心理干预能有效减轻患者焦虑及恐惧的程度,提高患者满意度的研究结论一致。

综上所述,对白内障患者应用中医穴位按摩结合心理干预能有效提高患者治疗依从性,提升护理满意度,值得临床广泛应用。但本研究样本量较小,可能

存在统计偏移,有待后续大样本数据进行深入研究。

参考文献

- [1] Davies EC, Pineda RN. Cataract surgery outcomes and complications in retinal dystrophy patients[J]. *Can J Ophthalmol*, 2017, 52(6):543-547.
- [2] 俞晶晶, 郑志. 整合素连接激酶在白内障发病过程中的作用[J]. *中华实验眼科杂志*, 2017, 35(3):282-285.
- [3] 黄馨颖. 老年白内障患者手术焦虑和抑郁情绪护理干预效果评价[J]. *检验医学与临床*, 2017, 14(15):2304-2306.
- [4] Taft TH, Ballou S, Bedell A, et al. Psychological Considerations and Interventions in Inflammatory Bowel Disease Patient Care[J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 2017, 46(4):847-858.
- [5] 卢永华, 张红丽, 李姣, 等. 中医护理干预对肿瘤患者化疗期间的胃肠道反应及负性情绪的影响[J]. *实用临床医药杂志*, 2017, 21(12):84-87.
- [6] 勾海燕, 罗秀琴, 刘晓琴, 等. 中医情志护理在ICU患者中的应用研究[J]. *四川中医*, 2015(10):175-177.
- [7] Thompson J, Lakhani N. Cataracts[J]. *Prim Care*, 2015, 42(3):409-423.
- [8] 黄馨颖. 老年白内障患者心理情绪及并发症的护理干预效果分析[J]. *中华现代护理杂志*, 2016, 22(29):4257-4260.
- [9] 韩雪晶, 颜廷霞, 樊海英. 临床护理路径在白内障患者护理中的应用效果[J]. *实用临床医药杂志*, 2016, 20(10):187-188.
- [10] 张玉. 中西医结合护理干预在早期年龄相关性白内障患者中的应用效果分析[J]. *四川中医*, 2014, 32(8):159-161.
- [11] Hosseiniabadi R, Biranvand S, Pourmnia Y, et al. The Effect of Acupressure on Pain and Anxiety Caused by Venipuncture[J]. *J Infus Nurs*, 2015, 38(6):397-405.
- [12] 杨丽华. 术前等候室实施个体化心理干预对开腹手术患者应激反应的影响[J]. *中国药物与临床*, 2016, 16(3):447-449.
- [13] 郭守俊, 王小毛, 黄萍, 等. 心理干预对提高重度癌痛患者治疗依从性、效果和生命质量的影响[J]. *肿瘤研究与临床*, 2016, 28(3):179-182.
- [14] 梁瑾冰, 梁茜茜, 吕计宝. 中医穴位按摩结合心理干预对阻生智齿拔除术焦虑患者的影响[J]. *四川中医*, 2014, 32(2):166-168.

(本文编辑:李海燕 本文校对:姜丽 收稿日期:2017-12-21)

足三里按摩护理对泌尿外科术后患者生活质量的影响

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 探讨泌尿外科患者术后行足三里按摩护理对生活质量的影响。方法 选取泌尿外科术后患者74例,随机分为2组,对照组采用常规护理,观察组在对照组基础上进行足三里按摩护理,比较2组术后排气时间、住院时间及生活质量。结果 术后60 h内观察组排气人数明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组平均住院时间和肛门排气时间明显短于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组生活质量评分明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 泌尿外科患者术后行足三里按摩护理,生活质量明显改善。

关键词: 泌尿外科术后; 足三里; 生活质量

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.060

文章编号:1672-2779(2018)-07-0146-03

Effect of Zusanli (S36) Massage Nursing on the Quality of Life of Patients after Urological Surgery

ZHAO Yue

(Department of Urology Surgery, the First Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: Objective To explore the effect of Zusanli (S36) massage nursing on the quality of life of patients after urological surgery. **Methods** 74 cases with urinary surgery patients were randomly divided into two groups. The control group used conventional nursing, and the observation group applied Zusanli (S36) massage nursing on the basis of the control group. The postoperative exhaust time, length of hospital stay and the quality of life was compared. **Results** The number of exhaust in the observation group was significantly higher than that in the control group within 60 hours after operation, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The mean length of hospital stay and the time of the anal discharge were significantly shorter than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The quality of life of observation group was significantly higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** After Zusanli (S36) massage nursing, the quality of life of the patients with urological surgery was significantly improved after surgery.

Keywords: postoperative urology surgery; Zusanli (S36); quality of life

泌尿外科手术是临床上比较常见的一种外科手术,一般来说,大多数患者采用连续硬膜外麻醉,虽然具

有较好的麻醉效果,但是容易刺激患者的脏器和腹膜,抑制患者的肠蠕动功能,使患者术后不能正常进食,

严重的情况下，还会出现腹胀症状，增加患者痛苦^[1]。同时，对于泌尿外科手术患者而言，尤其是行膀胱部分切除和前列腺手术者，通常需要卧床休息，预防术后出血，所以术后及时采取有效措施，促进患者胃肠功能恢复对改善患者预后有着极其重要的意义^[2]。因此，本文研究了泌尿外科手术患者运用足三里按摩的临床价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院2016年4月—2017年4月收治的74例行泌尿外科手术患者为研究对象，随机分为2组，观察组和对照组，每组各37例，均为男性患者。观察组年龄51~77岁，平均(61.2±9.4)岁；其中17例行膀胱部分切除术、20例行耻骨上经膀胱前列腺切除术。观察组年龄52~78岁，平均(61.3±9.5)岁；其中16例行膀胱部分切除术、21例行耻骨上经膀胱前列腺切除术。2组患者的年龄构成、手术方式等一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 对照组接受术后常规护理，术后6 h，待患者的生命体征保持稳定后，协助患者保持半卧位，指导患者正确深呼吸，掌握好呼吸时间，一般为4 min。护理人员每4 h协助患者进行1次翻身，在床上对患者的四肢进行被动活动，每次活动5 min。术后第3 d，护理人员要根据患者的实际情况，协助患者从病床上坐起，指导患者自行翻身，每2 h进行1次翻身，然后在病床上自行活动四肢，每4 h进行1次主动活动，一般为5 min/次。术后第4 d，护理人员要协助患者坐在床边，自行活动，在条件允许的情况下，可以适当下床活动，促进胃肠运动，预防腹胀。

1.2.2 观察组 观察组在对照组基础上采用足三里按摩护理，护理人员协助患者保持平卧位，将患者双下肢伸直，选择一侧足三里区作为按摩区域，运用大拇指指腹进行揉动和点按，一定要控制好力度，直到局部出现胀、麻、酸等感觉，每天进行3次按摩，每次5 min。同时，指导患者运用相同的方法按摩对侧，并且根据自身实际情况，逐渐延长按摩时间。

1.3 观察指标 比较2组术后的指标：(1)术后60 h内排气人数；(2)平均排气时间和住院时间；(3)生活质量评分：运用SCL-100生活质量评分量表分别评价2组患者的生活质量，包括情绪、躯体活动、精力、社交、疼痛以及睡眠6个方面内容，各项得分与生活质量呈正比关系，即得分越高，生活质量越好。

1.4 统计学分析 采用SPSS 22.0统计分析，计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示，采用 t 检验，计数资料用%表示，采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组术后排气人数比较 术后60 h内，观察组28例排

气，占75.68%；而对照组20例排气，占54.04%，组间对比有明显差异($P<0.05$)。

2.2 2组临床指标比较 观察组平均住院时间和肛门排气时间明显短于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表1。

表1 2组平均住院时间和肛门排气时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	平均住院时间(d)	平均肛门排气时间(h)
对照组	37	8.5 ± 2.2	63 ± 10
观察组	37	6.1 ± 1.3	45 ± 11
t 值		8.242	9.115
P 值		<0.05	<0.05

2.3 2组生活质量比较 观察组生活质量评分明显高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表2。

表2 2组生活质量比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	躯体活动	社交	睡眠	情绪	疼痛	精力
对照组	37	5.5 ± 1.02	7.1 ± 3.44	6.4 ± 1.96	20.7 ± 5.33	6.2 ± 1.06	15.1 ± 5.02
观察组	37	7.4 ± 0.89	10.5 ± 2.33	9.1 ± 1.33	27.8 ± 5.02	8.2 ± 2.41	19.8 ± 4.39
t 值		6.395	7.113	9.063	5.353	8.274	4.553
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

通常情况下，外科手术患者，由于受到麻醉抑制和手术刺激的影响，使胃肠蠕动无法正常发挥，从而出现诸多并发症。中医学上认为，泌尿外科术后因为气血双亏、元气大伤，离经之血瘀滞于脏腑之间，影响气血流通，使脏腑功能紊乱，从而导致腹胀、腹痛，影响患者预后恢复^[3]。在十四经络中，足三里属于足阳明胃经，是比较重要的一个保健穴位，通过对足三里穴进行按摩护理，能够对患者胃肠道的吸收与消化进行调节，对机体胆囊的收缩起到积极的促进作用^[4]，使调节和呼吸等功能得到强化，发挥抗镇痛作用，使机体的应激能力得到强化，使患者的机体疲劳消除，从而提高人体疾病的防御功能。

有研究^[5]表明，在泌尿外科手术中，如果长时间抑制肠功能，容易诱发胃肠膜病变，损伤脏器功能，增加大肠压力，使肠麻痹加重，如果不能及时采取有效措施，容易加重病情，使机体菌群出现移位，释放大量的炎症因子，导致系统性炎症反应综合征。同时，对于泌尿外科手术患者而言，因为术后腹胀、腹痛，不仅会增加患者的痛苦，还不利于切口愈合，影响营养吸收，并且术后重度腹胀，容易限制机体膈肌运动，出现呼吸困难症状，严重的情况下，甚至阻碍下腔静脉血液回流，加重患者病情。所以，泌尿外科手术后，应该增强患者的胃肠蠕动，使其肛门的排气时间缩短，使患者的腹胀、腹痛症状减轻，从而降低术后并发症发生率，促进患者早期康复。虽然运用肛管排气和药物通便等传统方法，能够暂时缓解患者的不适症状，

但是无法获得满意疗效,所以选择一种合适的方法尤为重要。有文献报道,通过刺激足三里,能够改善胃肠收缩,使紧张的胃肠变得弛缓,并且还能提高白细胞吞噬能力,使机体抵抗力增强。通过按摩足三里,能够对经络感应进行刺激,疏通胃经经气,消积导滞,平衡气血,对脏腑功能进行调整,疏通脏腑机气,对肛门排气和肠蠕动起到积极的促进作用,从而使胃肠功能恢复。此外,足三里按摩还能缓解腹胀,有助于患者尽早进食,满足机体需求,改善营养不良状态,对促进伤口修复有着极其重要的意义。在本次研究中,观察组的60h排气率为75.68%,高于对照组的54.04%;并且与对照组比较,观察组的生活质量评分高,平均排气和住院时间均较短,说明足三里按摩是安全有效的一种方法。

综上所述,对于泌尿外科手术患者而言,术后及时进行足三里按摩,不仅可以改善腹胀、腹痛症状,还具有无痛苦、无副作用、操作简单等诸多优点,能够改善患者预后,促进患者恢复,具有一定的推广价值。

参考文献

- [1]刘嵩.泌尿外科术后足三里按摩促进胃肠功能恢复的临床分析[J].中国农村卫生,2014(9):48-49.
- [2]彭秀晴,李雅静,卢金菊.泌尿外科术后足三里按摩促进胃肠功能恢复的临床研究[J].河北医药,2009,31(2):191-192.
- [3]邓国忠,丰芬,阎博华,等.按摩足部泌尿反射区对尿量影响的研究[J].新中医,2008(11):71-73.
- [4]钟翠芳,黄丽红,何妙东,等.足部按摩对产后泌尿系统康复的研究[J].中国妇幼保健,2003(9):30-31.
- [5]梁凤祥,周蟠.足反射法加传统的按摩手法可治泌尿系统结石[J].双足与保健,1995(1):28-29.

(本文编辑:李海燕 本文校对:吴巍巍 收稿日期:2017-11-28)

Roy 适应模式护理对 PBC 患者情绪的影响观察

邝彩梅 罗利娟 张秋婷 张素 邓燕妹*

(广东省中医院·广州中医药大学第二临床医学院,广东 广州 510120)

摘要:目的 探讨Roy适应模式在原发性胆汁性肝硬化(PBC)患者护理中对其情绪的影响。方法 对60例诊断为PBC的患者进行回顾性分析,其中干预组和对照组各30例。对照组在常规治疗的同时实施一般护理;干预组在对照组的基础上采用Roy适应模式引导下的护理干预方法。并应用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、原发性胆汁性肝硬化中医症状量表在护理前后对2组患者进行问卷调查、分析。结果 2组患者护理前后分别进行比较,治疗后,干预组SAS、SDS评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);对照组治疗前后SAS、SDS评分对比差异无统计学意义($P>0.05$),干预组治疗前后SAS、SDS评分差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,干预组中医症状评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);对照组治疗前后评分对比差异有统计学意义($P<0.05$),干预组治疗前后差异有显著统计学意义($P<0.001$)。结论 Roy适应模式能改善PBC患者的不良情绪状态,并能刺激他们主动参与疾病管理。

关键词: Roy适应模式;原发性胆汁性肝硬化;护理;瘢痕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.061

文章编号:1672-2779(2018)-07-0148-03

Observations on the Effect of Roy Adaptation Model Nursing on Emotion of Patients with Primary Biliary Cirrhosis

KUANG Caimei, LUO Lijuan, ZHANG Qiuting, ZHANG Su, DENG Yanmei

(Guangdong Province Hospital of Traditional Chinese Medicine·the Second School of Clinical Medicine of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510120, China)

Abstract: Objective To explore the effect of Roy adaptation model nursing in primary biliary cirrhosis (PBC) patients with negative emotions. **Methods** According to retrospective analysis, a total of 60 patients with PBC were divided into two groups, with 30 cases in each group. The control group was treated with routine nursing, while the observation group was treated with Roy adaptation model nursing on the basis of the control group. The self rating anxiety scale (SAS) score, self rating depression scale (SDS) score and PBC symptoms scale of TCM were used to survey and analyse each patient in two groups before and after nursing. **Results** The each factor scores of the SAS and SDS of the observation group were obviously lower than those of the control group after nursing, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The difference of the control group was not statistically significant ($P>0.05$). The each factor scores of the PBC symptoms scale of TCM of the observation group were obviously lower than those of the control group after nursing, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The difference of the control group was statistically significant ($P<0.05$). The difference of the observation group was statistically significant ($P<0.001$). **Conclusion** Roy adaptation model can significantly improve the PBC patients' negative emotions, and stimulate their active participation in disease management.

Keywords: Roy adaptation model; primary biliary cirrhosis; nursing; abdominal mass

原发性胆汁性肝硬化(PBC)是以进行性肝内小胆管损伤为特征、免疫相关的慢性肝病,最终常导致肝

功能衰竭^[1]。由于该病起病隐袭,多数患者就诊时往往已出现肝硬化及并发症,并伴随黄疸、皮肤瘙痒、肝区不适以及饮食障碍等症状,影响了患者的身心健康,极大部分患者伴随严重不良情绪状态^[2]。临床研究表明,

* 通讯作者:ddyymm_007@163.com

随着不良情绪状态程度的减轻, PBC患者生存质量也会相应提高, 并能促进疾病的稳定^[3]。目前认为在专科治疗的同时对患者情绪状态进行针对性护理干预, 对改善PBC预后有着非常重要的意义^[4]。

Roy适应模式是罗伊1971年提出并命名, 它将人视为一个适应系统, 通过指导护理人员从患者的生理、心理、社会3个方面因素分别找出适应性问题, 并找出每个问题的主要刺激和相关刺激, 进而制定护理目标, 并采取相应的护理措施, 最后对护理结果进行评价^[5]。近年来, 随着护理模式的转变, Roy适应模式在临床护理实践中的应用已引起学者们的关注^[6]。但是目前尚缺乏国内关于Roy适应模式对PBC患者护理的研究报告, 笔者通过回顾性分析60例PBC患者治疗护理过程(其中干预组30例配合Roy适应模式实施护理), 探讨Roy适应模式对本病的临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院肝病科2013年12月—2015年11月收治的60例PBC患者, 干预组和对照组各30例。其中男性8例, 年龄26~70岁, 平均(63±11.8)岁; 女性52例, 年龄33~85岁, 平均(49±8.1)岁; 平均住院天数(14.53±9.82)d; 合并自身免疫性肝炎11例, 口眼干燥综合征5例, 类风湿性关节炎4例, 2型糖尿病6例。2组患者性别、年龄、文化程度、病情及药物治疗方案等一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 参照2010年美国肝病学会对PBC的诊断指南^[7]: 血清碱性磷酸酶(ALP)及 γ -谷氨酰转肽(GGT)升高; 影像学B超或CT检查显示胆管正常; 血清抗线粒体抗体和(或)AMA-M2亚型阳性。

1.3 纳入标准 (1)符合PBC的诊断标准; (2)自愿参加调查者。

1.4 排除标准 (1)合并有肝昏迷、大出血、休克等病情危重, 或不能配合调查者; (2)精神异常不能表达自身感受者; (3)合并有病毒性肝病、酒精性肝病、药物损伤性肝病、遗传代谢性肝脏疾病的患者。

1.5 护理方法 对照组采用常规护理: 护理人员运用护理程序根据患者的医疗诊断进行常规护理和执行医嘱。

干预组在对照组护理基础上, 应用Roy适应模式:

(1)一级评估(行为评估): 护理人员通过观察、交谈、身体评估、查阅医生查房记录等方式, 收集患者在生理功能、自我概念、角色功能以及相互依赖等4个方面的行为资料, 判断其行为是适应性反应还是无效反应。

(2)二级评估(影响因素评估): 护理人员将收集的资料, 进行刺激分析, 识别主要刺激、相关刺激和固有刺激。固有刺激方面, 考虑主要来源于疾病本身, 如伴随的一系列症状(乏力、黄疸、瘙痒、腹胀)及未来的相关并发症(腹水、消化道出血、肿瘤)等方面的恐惧感; 主要刺激方面, 考虑主要来源于患者对疾病预后的悲观, 以及对以后生活质量的影响、家庭经济所承受经济负担的担忧; 相对刺激方面, 考虑与医患环境的不适应、以及来自社会方面的压力、自身对PBC认识不足带来的焦虑心理。

(3)诊断(根据分析): 针对4个方面提出护理诊断。考虑造成患者不良心理因素主要原因是对疾病进展及预后的认知不足, 对社会压力、医院环境、疾病造成躯体变化的不适应, 以及对以后生活质量的影响及经济负担的压力。

(4)制定目标(将无效反应改变为适应性反应): 护理人员通过健康宣教、心理疏导、语言疗法、中医特色疗法等措施, 改善患者不良情绪状态。

(5)干预措施(制定个体化的护理措施): 护理人员为患者制订个体化健康教育的护理计划, 进行PBC相关知识讲座, 并发放宣传小册子, 使其对该病及预后有正确的认识。在每次护理治疗前, 对患者进行心理疏导, 通过心理暗示等方式, 减轻患者消极、忧虑、恐惧心理, 调整其不良情绪, 帮助其释放压力, 并鼓励其积极与疾病斗争; 在护理过程中加强与患者的交流, 提高患者的配合度, 并指导其配合穴位按摩、经络敲打等中医特色疗法, 改善躯体不适症状。每日下午引导患者熟悉医院环境, 减轻对医院环境的陌生感。

(6)效果评价(再次评估): 护理1周后, 再次运用Roy护理模式的6个步骤进行评估, 确定患者原来的无效反应是否改变, 是否出现新的无效反应, 对前后两次评估, 进行总结和分析, 分析不适应行为的诱发因素, 并制订进一步相应的护理措施。此后每周评价1次, 直至患者出院。

1.6 疗效评价 分别比较治疗前后2组患者的焦虑评分、抑郁评分及中医症状评分。

1.6.1 焦虑评分的测定 采用焦虑自评量表(SAS), 此表共含有20个项目, 评分可分为4级, 其焦虑程度与分数成正相关。

1.6.2 抑郁评分的测定 采用抑郁自评量表, 此表共含有20个项目, 评分可分为4级, 其抑郁程度与分数成正

相关。

1.6.3 中医症状评分的测定 选取《原发性胆汁性肝硬化中医证候量表》^[9],该量表制定是根据《中药新药临床研究指导原则》《中医证候的临床研究指导原则》,确定所需调查的中医症状临床调查问卷条目池,以及相应的症状分级量化标准。

1.7 统计学方法 采用SPSS 17.0软件进行数据统计学处理。计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两两数据比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者SAS评分比较 治疗前干预组和对照组SAS评分差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,干预组SAS评分比较低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),对照组治疗前后评分对比差异无统计学意义($P > 0.05$),干预组治疗前后比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示一般护理对患者焦虑情绪无明显改善作用,而配合Roy适应模式的护理方式对PBC患者焦虑情绪有明显改善作用。见表1。

表1 2组患者护理干预后SAS评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	63.5 ± 6.7	51.9 ± 5.9
干预组	30	62.9 ± 8.1	27.3 ± 3.9 ^{△*}

注:自身前后比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

2.2 2组患者SDS评分比较 治疗前干预组和对照组SDS评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,干预组SDS评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);对照组治疗前后评分对比差异无统计学意义($P > 0.05$),干预组治疗前后比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示一般护理对患者抑郁情绪无明显改善作用,而配合Roy适应模式的护理方式对PBC患者抑郁情绪有明显改善作用。见表2。

表2 2组患者护理干预后SDS评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	62.6 ± 6.8	41.0 ± 5.5
干预组	30	61.3 ± 8.2	29.0 ± 4.9 ^{△*}

注:自身前后比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

2.3 2组患者中医症状评分比较 治疗前干预组和对照组中医症状评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,干预组中医症状评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);对照组治疗前后评分对比差异有统计学意义($P < 0.05$),干预组治疗前后比较差异有显著统计学意义($P < 0.001$)。提示一般护理和配合Roy护理模式的护理方式均可改善PBC患者中医症状,但配合Roy

护理模式的护理方式对PBC患者中医症状的改善程度显著优于一般护理方式。见表3。

表3 2组患者护理干预后中医症状评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	32.9 ± 6.5	20.8 ± 4.4 [*]
干预组	30	31.0 ± 5.2	12.4 ± 2.5 ^{△*}

注:自身前后比较,^{*} $P < 0.05$,^{*} $P < 0.001$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

3 讨论

PBC为不可逆性、渐进性疾病,除肝移植手术治疗外,尚无其它特效方法。而PBC患者产生的不良情绪状态可引起交感神经肾上腺髓质系统兴奋,减少流经肝脏的血流量,加重肝细胞缺血缺氧状态,使肝细胞功能出现进行性下降,从而加重病情进展^[9]。故临床护理上对患者不良情绪状态的调节非常重要。

本研究首次探讨Roy适应模式对PBC患者不良情绪的影响,研究结果表明,通过配合Roy适应模式,可改善护理对象的适应方式,使干预组患者的情绪状态改善程度明显高于对照组,患者消极心理状态以及不良自身感觉的症状减轻,变得更积极主动。此外,虽然经过治疗后,对照组及治疗组患者的中医症状评分均有所降低,但干预组改善程度显著优于对照组。

此外,本研究也存在不足之处,如样本量相对较少,所有患者均为住院的PBC患者。故研究结果可能不适用于门诊就诊PBC患者。同时本研究未对患者进行长期跟踪随访,该模式对于PBC患者的长期影响不得而知,提示今后需要进一步进行长时间的随访研究。

参考文献

- [1]刘直根.原发性胆汁性肝硬化临床护理效果观察[J].河北北方学院学报,2016(29):76-77.
- [2]师天燕.原发性胆汁性肝硬化患者的临床特点及细胞在发病中作用的研究[D].北京:北京协和医院中国医学科学院,2013.
- [3]Panagaria, Varma K, Nijhaw S, et al. Quality of life and nutritional status in alcohol addicts and patients with chronic disease[J]. Trop Gastroenterol, 2007, 28(4):171-175.
- [4]王贵强.原发性胆汁性肝硬化及其临床诊治[J].中国实用内科杂志,2006(23):1859-1861.
- [5]黄莉,陈曦,邢筱红,等.心肌梗死患者健康教育需求调查分析[J].解放军护理杂志,2004(1):23-24.
- [6]李雪华,许素莲,和强,等.罗伊适应模式对急性心肌梗死恢复期患者护理的效果评价[J].护士进修杂志,2008(3):228-229.
- [7]Lindor KD, Gershwin ME, Poupon R, et al. Primary biliary cirrhosis[M]. Hepatology, 2009, 50(1):291-308.
- [8]郭晓霞.原发性胆汁性肝硬化中医证候特点和调肝理脾方作用机理研究[D].太原:山西省中医药研究院,2015.
- [9]李雯雯,李强,王晶波,等.乙型肝炎肝硬化患者生存质量研究[J].中华肝脏病杂志,2007,15(4):312-313.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张朝臻 收稿日期:2018-01-06)

优质护理模式联合中医健康教育手册 在外科门诊中的应用

于丽晗

(中国医科大学附属盛京医院外科门诊, 辽宁 沈阳 110004)

摘要:目的 探讨优质护理模式联合中医健康教育手册在外科门诊中的应用效果。方法 收集外科门诊患者140例, 随机分为2组, 各70例, 对照组采用优质护理模式, 观察组采用优质护理模式联合中医健康教育手册。测定并记录2组患者的满意率、VAS评分、SAS及SDS心理状态。结果 与对照组比较, 观察组患者进行优质护理模式联合中医健康教育手册满意率较高, VAS疼痛评分较低、SAS及SDS评分较低 ($P < 0.05$)。结论 优质护理模式联合中医健康教育手册能够有效提高患者满意率, 降低VAS疼痛评分, 改善患者心理状态。

关键词: 优质护理模式; 中医健康教育手册; 外科门诊

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.062

文章编号:1672-2779(2018)-07-0151-02

The Application of High Quality Nursing Service Combined with Health Education Manual of Traditional Chinese Medicine in Outpatient

YU Lihan

(Department of Outpatient Surgery, the Affiliated Shengjing Hospital of China Medical University Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

Abstract: Objective To investigate the application effect of high quality nursing service combined with health education manual of traditional Chinese medicine in outpatient. **Methods** 140 cases of surgical outpatients in our hospital were randomly divided into control group and study group, with 70 cases in each group. The control group received high quality nursing service, and the study group also received health education manual of traditional Chinese medicine. Levels of satisfaction rate, VAS score, SAS and SDS mental state were compared. **Results** Comparing with the control group, the satisfaction rate of the study group was higher, the VAS pain score were lower, and the SAS and SDS scores were lower ($P < 0.05$). **Conclusion** High quality nursing service model combined with health education manual of traditional Chinese medicine in outpatient can effectively improve the patient's satisfaction rate, reduce the VAS pain score, and improve the psychological state of patients.

Keywords: high quality nursing service mode; health education manual of traditional Chinese medicine; outpatient surgery

优质护理模式是卫生部2010年“优质护理服务示范工程”活动的简称^[1],主要针对全国二级以上医院。优质护理服务模式被认为是门诊及病房的护理高效方式,可有效提高患者的满意率,为患者提供优质的生活环境。随着护理模式的完善,中医护理作为中医学的重要组成部分^[2],临床应用已经有十多年的时间,为满足人们健康保健多元化的需求,在优质护理基础上,我院将中医健康教育手册应用于外科门诊护理工作中,取得了显著的护理效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年5月—2017年5月本院外科门诊治疗的患者140例,按随机数字表法分组,各70例。观察组患者男性39例,女性31例;年龄37~70岁,平均(52.71±7.52)岁。对照组患者男性36例,女性34例;年龄36~71岁,平均(52.12±7.44)岁。2组平均年龄、性别等一般资料经统计学处理,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本试验经本院伦理委员会批准,患者家属签署知情同意书。

1.2 纳入排除标准 所有患者均符合外科收治范畴。排除肝、肾功能障碍患者;排除无法配合临床护理患者;排除精神疾病患者;排除拒绝本次研究观察患者;排除恶性肿瘤或其他恶性肿瘤;排除表达能力异常患者。

1.3 护理方法 对照组采用优质护理模式:(1)定期对门诊医护人员培训,提高医务人员的水平,充分掌握相关疾病知识。(2)改善门诊的就诊环境及就诊流程,可直接挂号、就诊、取药,安排专业导诊。(3)心理护理,讲解疾病的注意事项,通过专业的临床知识进行心理疏导,与患者交流,减轻患者的心理压力,增强患者对医务人员的信任感。观察组采用优质护理模式联合中医健康教育手册,由外科护士长、门诊护士长及相关部门成立中医门诊护理小组,根据中医学护理原则,从平衡膳食、运动保健、生活起居、情志调摄等方面进行指导:(1)饮食方面,根据门诊外科疾病的辨证特点及就诊患者的体质,选择合理的膳食计划,例如:疔疮病,忌食荤腥,宜清淡;阴症疮疡不必忌口,宜营养之品;皮肤病忌腥虾蟹、酒类;急腹症宜流食或半流食,忌甜或油腻;肛门病宜食蔬菜水果,多喝开水,忌辛辣刺激^[3]。(2)畅情志、调心理,将中医喜、怒、忧、思、悲、恐、惊,即所谓“七情”^[4],与外科门诊患者的情绪相联系。向患者讲解焦虑、恐惧等不良情绪的产生及缓解方式,采用情志相生相克疗法进行调解,例如:怒克思、喜克悲、思克恐、悲克怒、恐克喜。(3)运动保健,以中医学理论指导健身运动,以动形为基本锻炼形式,用阴阳理论指导运动的虚实动静;用开

阖升降指导运动的屈伸、俯仰,根据患者的特点辨证选择合适的运动功法,导引气功的功法如:五禽戏、八段锦等;源于武术的功法如:太极拳、太极剑等。

1.4 观察指标 观察患者的满意率、VAS疼痛评分、SAS及SDS心理状态评估。VAS评分范围0~10分,疼痛程度与分数呈正比。SAS和SDS均分为4级评分,各有20个项目,分数越高,患者焦虑情绪越严重。

1.5 统计学方法 采用SPSS 17.0统计进行统计学分析,满意率、VAS评分、SAS及SDS心理状态比较采用 t 检验,以均数 \pm 标准差表示,统计值 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者满意率比较 对照组患者满意率为77.14% (54/70),观察组患者满意率为92.86% (65/70),观察组满意率高于对照组,差异具有统计学意义 ($\chi^2=6.779, P<0.05$)。

2.2 2组患者VAS疼痛评分比较 与对照组患者VAS疼痛评分 (6.34 \pm 0.89)分,观察组患者VAS疼痛评分 (4.86 \pm 0.69)分较低 ($P<0.05$)。

2.3 2组患者心理状态评分比较 与护理前比较,对照组患者护理后SAS、SDS评分降低,观察组患者进行优质护理模式联合中医健康教育手册后SAS、SDS评分水平低于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者心理状态评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间	SAS	SDS
对照组	70	护理前	56.52 \pm 8.07	64.53 \pm 9.07
		护理后	49.12 \pm 7.01*	57.76 \pm 8.21*
观察组	70	护理前	57.13 \pm 8.13	63.31 \pm 8.84
		护理后	42.23 \pm 6.03**	49.46 \pm 7.06**
t_1			5.792	4.630
t_2			12.316	10.243
t_3			6.234	6.413

注:与术前比较,* $P<0.05$;治疗后与对照组比较,** $P<0.01$, t_1 为对照组患者治疗前后数据对比, t_2 为观察组患者治疗前后数据对比, t_3 为2组患者治疗后数据对比

3 讨论

外科门诊患者多样化,病情多变,身份信仰不同,心理状态各异,且外科门诊工作重,手术工作量较大,医务人员繁忙,易出现医患沟通不当,引发矛盾,导致患者情绪不稳^[5]。但传统的优质护理模式有着自身的局限性,难以适应于现代护理模式的需求。我国传统医学认为人是一个有机的整体,脾胃是后天之本,生化之源,注意饮食调养可以增强外科门诊患者体质,扶正而祛邪。因此,加强饮食护理被认为是护理措施的重要环节^[7]。食物治病最显著的特点之一,早在《内经》中就有饮食禁忌的方面,尤其是适用于外科患者。“有病治病,无病强身”,对人体基本上无毒副作用。利用食物(谷肉果菜)的性味,针对性地用于外科病证的辅助治疗,调整阴阳,使之趋于平衡,有助于外科

进一步治疗及身心康复。我国传统的运动养生法之所以能健身、治病、益寿延年,是因为它有一套较为系统的理论、原则和方法,注重和强调机体内外协调统一^[8]。运动养生则紧紧抓住了这三个环节,调意识以养神;以意领气,调呼吸以练气,以气行推动血,适合外科门诊患者的治疗及预后。以平衡膳食、运动保健为基础,根据患者“整体观念”和“辨证实护”,构建中医健康教育手册,有助于提高外科门诊患者的依从性^[9]。

本研究结果显示,观察组患者满意率为92.86%,显著高于对照组的77.14% ($P<0.05$),证实了在外科门诊实施中医健康教育手册可有效增加患者的满意程度,减少医患纠纷,缓解医务人员与患者的不良关系,增加患者的医务人员的信心,从而提高患者的满意率。从术后VAS疼痛评分方面显示:观察组患者护理后VAS评分低于对照组,说明通过中医健康教育手册可有效改善患者的心理状态,加强患者对医务人员的信任度,保持患者的最佳身体状态,使患者更加配合手术,从而降低交感神经的活动,提高患者的耐受程度,降低患者的紧张情绪,减轻术中的疼痛感。

患者的心理状态在外科门诊中尤为重要,人的七情会对外界各种事物产生的不同情感,情志异常既可诱发疾病,还会影响疾病的转归和预后。愉悦的心情能调畅人体气机并促进五脏六腑功能的恢复^[10]。对门诊患者给予中医情志护理能最大限度地调动患者主观能动性,减轻负面情绪,维持生理和心理处于稳定状态^[11]。从患者的心理状态方面显示:观察组患者进行中医健康教育手册后SAS、SDS评分水平低于对照组,说明在外科门诊护理工作中实施中医健康教育手册可有效改善患者的心理状态,从而减轻患者的心理负担及负性情绪等。

本试验通过对140例外科门诊患者进行观察,证实了优质护理联合中医健康教育手册能够有效提高患者满意率,降低VAS疼痛评分,改善患者心理状态,值得临床推广。

参考文献

- [1]陈应书,赵祥丽.细节护理在手术室优质护理中的应用[J].大家健康旬刊,2017,11(1):245-246.
- [2]王玉华,龚秀丽.发挥中医护理优势做好门诊护理工作[J].光明中医,2014,29(7):1519-1520.
- [3]尚俊云,王莒生,刘春阳.从《黄帝内经》“五味所禁”理论浅谈皮肤病患者饮食禁忌[J].环球中医药,2017,10(5):572-574.
- [4]龚子霞.心理护理在普外科手术患者护理中的应用探讨[J].四川医学,2013,34(6):933-934.
- [5]曾燕云,张丽萍.心理护理对外科手术患者的病情影响[J].临床合理用药杂志,2017,10(17):119-120.
- [6]黎瑞仪,冯美娟,罗丽丽.优质护理服务在外科门诊护理工作中的应用效果[J].中国当代医药,2016,23(3):151-153.
- [7]段梅欣,鲁亚玲,姜燕.中医特色健康教育在骨科门诊患者中的应用[J].当代护士旬刊,2016(8):158-159.
- [8]李红,任玉珍.中医辨证施护健康处方在优质护理服务中的应用与探讨[J].护理研究,2013,27(21):2284-2285.
- [9]许秋群,黄双英.专科医院中医护理门诊的建设与发展[J].中医药管理杂志,2016,24(16):159-161.
- [10]麦海芬,莫汉维.中医情志护理在皮肤科门诊患者中的应用[J].按摩与康复医学,2015,6(12):111-112.
- [11]董娜萍.中医情志护理在急诊患者心理护理中的应用[J].重庆医学,2017(A01):427-428.

(本文编辑:李海燕 本文校对:赵丽 收稿日期:2018-01-12)

中医情志护理联合护理路径在CHD护理中的应用

左亚秋

(中国医科大学附属盛京医院心内科, 辽宁 沈阳 110037)

摘要:目的 探讨中医情志护理联合护理路径在冠状动脉粥样硬化性心脏病 (coronary atherosclerotic heart disease, CHD) 临床护理中的效果。方法 将2016年8月—2017年5月诊治的68例CHD患者, 随机分为2组, 各34例。对照组予基础护理措施, 临床护理路径干预, 试验组在对照组基础上予中医情志护理服务, 比较2组生活质量及护理满意率。结果 与对照组比较, 试验组躯体功能、认知功能、角色功能、社会功能及情绪功能等方面生活质量评分较高 ($P < 0.05$), 护理满意率较高 ($P < 0.01$)。结论 中医情志护理联合护理路径能够提高CHD患者生活质量, 提升护理质量, 适宜临床推广。

关键词: 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 情志护理; 护理路径; 生活质量; 胸痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.063

文章编号:1672-2779(2018)-07-0153-02

The Application of Traditional Chinese Medicine Emotional Nursing Combined with Nursing Path in Patients with Coronary Atherosclerotic Heart Disease

ZUO Yaqui

(Department of Cardiology, the Affiliated Shengjing Hospital of China Medical University Liaoning Province, Shenyang 110037, China)

Abstract: Objective To explore the nursing effect of traditional Chinese medicine emotional nursing combined with nursing path in patients with coronary atherosclerotic heart disease (CHD). **Methods** 68 patients with CHD from August 2016 to May 2017 were randomly divided into 2 groups, with 34 cases in each group. The control group received basic nursing measures and clinical nursing pathway intervention and the study group also received traditional Chinese medicine emotional nursing. Scores of quality of life and nursing satisfaction rate of the two groups were compared. **Results** Comparing with the control group, the scores of physical function, cognitive function, role function, social function and emotional function in the study group were higher ($P < 0.05$), and the rate of nursing satisfaction in the study group was higher ($P < 0.01$). **Conclusion** Combination of traditional Chinese medicine care and nursing care can improve the quality of life of CHD patients, improve the quality of nursing, and is suitable for clinical popularization.

Keywords: coronary atherosclerotic heart disease; emotional nursing; nursing path; quality of life; chest discomfort

冠状动脉粥样硬化性心脏病^[1](coronary artery heart disease, CHD) 简称冠心病, 是临床常见心血管疾病。大多数存在不同程度负面情绪, 表现为失眠、情绪低落以及思维内容障碍等, 使躯体功能、生活质量降低。有效护理措施是提高生活质量、改善预后的关键。中医情志护理是在中医基础理论指导下, 应用科学护理消除或减轻患者不良情绪状态, 达到预防和治疗疾病目的的一种方法。护理路径是近年来新兴起的护理方式, 由专门护理人员根据最新标准结合患者的实际情况将护理计划进行规范, 使其更加系统、专业, 从而提高护理成效。本研究对CHD患者实施中医情志护理联合护理路径方案, 取得满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2016年8月—2017年5月在我院收治的冠状动脉粥样硬化性心脏病患者68例, 按就诊先后顺序, 采取随机数字法分为试验组和对照组, 各34例, 试验组男性19例, 女性15例; 患者年龄37~72岁, 平均(54.29±5.90)岁; 病程1~7年, 平均(3.20±0.37)年。对照组男性20例, 女性14例; 患者年龄38~73岁, 平均(53.93±5.59)岁; 病程1~7年, 平均(3.18±0.39)年。2组平均年龄、性别比例以及平均病程等一般资料经统计学处理, 差异不具有统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 护理方法 入院后均予体外护理、监护、吸氧以及药物服用等基础护理。对照组由专门护理路径小组,

结合医院情况、患者实际情况制订合理护理路径, 定时由专门负责护理人员准守护理路径方案实施治疗和护理, 确认后标记, 没有完成时及时查明原因, 同时由主治医师和护士长进行监督, 便于发现问题及时处理; 试验组在上述基础上予中医情志护理^[2], 内容如下: (1) 情志相胜法。让患者回忆生活中快乐的经历, 实现通过愉悦的心情克服焦虑、抑郁等不良情绪的目的; (2) 移情易性法。提供适宜音乐、书籍等方式排解患者心中愁绪, 达到寄托情怀、调畅气机的目的; (3) 顺情解郁法。耐心倾听, 并鼓励患者倾诉心中情绪, 使悲郁得到发泄, 达到舒畅气机的目的。

1.3 观察指标 采用健康调查量表 (SF-36)^[3]评估生活质量, 包括躯体功能、认知功能、角色功能、社会功能以及情绪功能等项目, 分数为0~100分, 分数越高提示生活质量越佳。采用本院满意度常用表评价护理满意度, 满分100分, 其中 ≥ 90 分非常满意, ≥ 60 分且分数 < 90 分基本满意, < 60 分不满意。护理满意率=非常满意率+基本满意率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0软件进行统计学分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组内、组间比较予 t 检验, 计数资料以率(%)表示, 予卡方检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 生活质量评分比较 干预前2组生活质量各项评分比

较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 与干预前相比, 干预后2组躯体功能、认知功能、角色功能、社会功能及情绪功能等方面生活质量评分升高 ($P<0.05$); 与对照组相比, 试验组各方面生活质量评分较高 ($P<0.05$), 见表1。

表1 2组患者干预前后生活质量评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	时间	躯体功能	认知功能	角色功能	社会功能	情绪功能
试验组	34	干预前	43.29±4.78	57.50±6.12	48.79±5.22	45.29±4.92	52.39±5.76
		干预后	75.03±7.98 [#]	82.82±8.79 [#]	80.92±8.79 [#]	65.02±6.67 [#]	80.92±8.80 [#]
	t_1		19.896	13.784	18.326	13.880	15.817
	P_1		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	对照组	34	干预前	43.49±4.80	57.90±6.13	47.30±5.47	45.17±4.90 [*]
干预后			64.92±7.02 [*]	72.01±7.60 [*]	71.29±7.63 [*]	57.60±6.31 [*]	72.37±7.57 [*]
t_2			14.694	8.426	14.900	9.072	11.721
P_2			0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
t_3			5.547	5.424	4.824	4.712	4.295
P_3		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

注: 与干预前相比, [#] $P<0.05$; 与对照组比较, ^{*} $P<0.05$ 。 t_1 为试验组干预前后比较, t_2 为对照组干预前后比较, t_3 为干预后试验组与对照组比较

2.2 护理满意度比较 干预后, 对照组护理满意率67.65%, 试验组护理满意率94.12%, 差异有统计学意义 ($\chi^2=7.704$, $P=0.006<0.01$), 见表2。

表2 2组患者干预后护理满意度比较 (%)

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	护理满意率
试验组	34	14(42.18)	18(52.94)	2(5.88)	32(94.12) [*]
对照组	34	9(26.47)	14(41.18)	11(32.35)	23(67.65)

注: 与对照组相比, ^{*} $P<0.01$

3 讨论

CHD作为一种心身疾病, 其发生发展与情绪应激和行为特征密切相关。抑郁、焦虑、烦恼等不良情绪可引起神经-内分泌失调及免疫功能紊乱, 导致心率加快、血压升高等, 甚至引起冠状动脉痉挛、阻塞, 诱发心肌梗死等。加强CHD临床护理对提升疗效和生活质量具有重要意义。

根据CHD临床表现隶属中医学“胸痹”“心痛”范畴。“邪在心则病心痛”, 病位在心, 涉及脾肾。情志护理是中医心理护理的重要组成部分, 目前已被应用于各科患者辅助治疗中。中医学理论认为, 情志护

理是以患者基本病情为依据, 给予针对性借情移情、顺情解郁等护理方式, 在确保疾病治疗效果的前提下达到调畅气机、缓解抑郁的目的, 具有重要的临床价值。护理路径是一个标准化的操作流程, 但不是一些机械性的过程。在制作过程中, 不是一味地照搬别人的标准, 而是在参考别人优秀成果的基础上, 结合本院实际情况, 将护士的个人技能、医师的临床经验和患者的实际情况进行有机结合, 能够适应患者的特殊情况。建立基本路径表后, 由主管护士和主管医师协同进行评估, 根据患者的特异表现调整路径表。最后在路径表执行过程中, 责任护士及时反映护理结果, 临床护理路径制作小组进行讨论, 必要时还需根据患者治疗的进展情况进行微调, 并注明调整的原因^[4]。护理人员在护理服务过程中, 不需大量文字报告, 仅要求在路径表上标注操作者和完成时间, 降低护理人员的工作负荷, 提高效率。此外详细制定护理路径, 能够提高护理人员主动性, 将注意力集中于与患者沟通交流上, 从而改善护患关系, 提高满意度^[5]。

本研究显示, 试验组生活质量及护理满意率均优于对照组 ($P<0.05$), 表明中西医结合护理措施可有效提高CHD患者生活质量^[6], 提升患者护理满意率。可见, 二者相结合, 从精神、饮食、药物等方面进行整体调护, 做到有的放矢, 方能效如桴鼓。综上, 中医情志护理联合护理路径可明显提高CHD患者生活质量, 提升整个护理质量, 并对提高临床疗效和促进患者早日康复具有积极意义, 是一种适宜临床推广应用的护理手段。

参考文献

- [1]何晓全, 刘梅林. 中国冠心病防治策略[J]. 中国全科医学, 2015, 2(2):239-240.
 - [2]唐敏. 中医情志护理干预对改善冠心病病人心理状态的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2017, 42(4):543-545.
 - [3]董爱淑, 朱莲莲, 石博文, 等. 中文版 SF-36 v2 量表评价住院心房颤动患者生命质量的适用性研究[J]. 中国全科医学, 2015(26):3211-3215.
 - [4]陈建华. 一体化护理模式对提高冠心病合并心力衰竭患者生存质量的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2015, 40(2):267-269.
 - [5]胡蓉. 临床护理路径对 PCI 术后冠心病患者的应用效果研究[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(4):4-7.
 - [6]耿昌娥. 冠心病心绞痛的辨证施护[J]. 中国中医急症, 2013, 22(3):511-512.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:孙志军 收稿日期:2018-01-12)

(上接第139页)左椎动脉血管搏动指数 (PI) 及血流阻力指数 (RI) 均降低, 血流动力学指标得到改善, 但观察组方案改善更显著; 临床疗效方面, 观察组总有效率为95.56%, 高于对照组的82.22%, 提示了其显著疗效。笔者认为针灸配合推拿治疗椎动脉型颈椎病效果显著, 值得推广。

参考文献

- [1]章珍明, 范志勇, 黄威. 腹部推拿配合针灸治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(1):15-17.
- [2]张创和, 李和. 中医综合治疗颈性眩晕 50 例疗效观察[J]. 中医临床研究, 2014, 6(5):74-76.

- [3]王会刚, 王永静, 彭富珍. 针灸推拿配合中药湿热敷治疗椎动脉型颈椎病 45 例临床研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(11):1215-1217.
- [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, 1994:186.
- [5]武大鹏. 祛风通络温肾汤联合针灸对椎动脉型颈椎病-基底动脉血流动力学改善观察[J]. 四川中医, 2017, 35(10):98-100.
- [6]周靖, 邓志, 代雷. 中医针灸联合手法治疗椎动脉型颈椎病 62 例疗效观察[J]. 海南医学, 2014, 25(2):248-249.
- [7]梁楠, 唐太平, 刘宪彤. 针灸联合推拿辅助治疗椎动脉型颈椎病的可行性分析[J]. 中国当代医药, 2017, 24(9):125-127.
- [8]魏楠. 针灸推拿与中药联合应用对椎动脉型颈椎病血流动力学的影响[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(3):693-694.

(本文编辑:李海燕 本文校对:万国强 收稿日期:2017-12-04)

基于中国知网的《临证指南医案》研究概况分析[※]

徐竞一 颌龙飞 裴世其 刘小钰 宋嘉懿 付姝菲*

(天津中医药大学中医学院, 天津 300193)

摘要:目的 分析目前中国知网收录的《临证指南医案》相关文献研究,总结其发展状况,为后续叶氏医案的研究提供参考。方法 纳入中国知网2016年12月31日以前发表的研究《临证指南医案》的相关文献,从文献发表时间、研究侧重点、原著各卷研究概况和研究方法(理论分析法,数据挖掘法,二者结合法)等方面开展分析。结果 通过对纳入的187篇文章进行分类统计发现,文献发表量随时间推移呈上升趋势;文献研究范围涉及《临证指南医案》全部10卷;叶氏的“阳化内风学说”和“胃阴学说”研究领域最受关注;《临证指南医案》的文献学研究方法使用情况为理论分析法使用最多,共126篇;数据挖掘法27篇,二者结合法34篇。结论 《临证指南医案》相关研究范围不断扩大,多种分析方法结合使用将更有利于这一临床著作的研究与传承。

关键词: 临证指南医案;叶天士;文献研究法;中国知网

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.064

文章编号:1672-2779(2018)-07-0155-04

An Analysis of the General Situation of the Guide to Clinical Practice with Medical Records Based on CNKI

XU Jingyi, XIE Longfei, PEI Shiqi, LIU Xiaoyu, SONG Jiayi, FU Shufei

(College of Traditional Chinese Medicine, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

Abstract: Objective To analyze the related articles of the *Guide to Clinical Practice with Medical Records*, which was included in CNKI, and to sum up the development of it, which provided a reference for the subsequent study of the Yip's medical case. **Methods** Bring into articles related to the *Guide to Clinical Practice with Medical Records* published in CNKI, this paper analyzed the article publication time, the research emphases, the research survey of each chapter of the original book and the article research methods (theory analysis, data mining, and the combination of the former two aspects). **Results** According to the classification of 187 articles, the published amount of article was increasing with the passage of time. The scope of the article was about all 10 volumes of the original works. Yip's "Yang Hua internal wind theory" and "stomach yin theory" research areas of the most attention. The most commonly used article research methods in the medical case of the *Guide to Clinical Practice with Medical Records* was theoretically analyzed, which was 126, and the data mining method was 27, and the combination method was 34. **Conclusion** The number of published articles increased over time, and the combination of various analytical methods will be more conducive to the research and inheritance of this clinical work.

Keywords: *Guide to Clinical Practice with Medical Records*; Ye Tianshi; literature research method; China national knowledge internet

《临证指南医案》是记录我国清代著名医家叶天士临床经验的一部医案专著,叶氏在内伤杂病方面的诸多思想如胃阴学说、阳化内风学说、久病入络学说等,以及在妇科、儿科方面的特色疗法,都在《临证指南医案》中有所体现^①。

《临证指南医案》搜罗宏富,征引广博,按语精当,实用性强,较全面地展现了叶天士在温热时证、各科杂病方面的诊疗经验,也充分反映了其融会古今、独创新说的学术特点,对中医学的发展产生了较大的影响,是中医工作者进行教学、科研、临床诊疗必读的中医古籍之一。

本文以中国知网收录的《临证指南医案》相关期刊论文及学位论文为研究对象,分析《临证指南医案》的研究现状并归纳各研究者对《临证指南医案》所采用的文献学研究方法,同时进行汇总比较,为《临证指南医案》相关研究的进一步开展提供思路。

1 资料与方法

1.1 资料来源 数据库:中国知网(即CNKI《中国学术期刊(网络版)》)。检索策略:篇名=临证指南医案(精确匹配),跨库检索。

1.2 文献纳入及排除标准 纳入标准:选取中国知网2016年12月31日以前发表的篇名中含有“临证指南医案”的医药卫生科技类文献。排除标准:排除关于《临证指南医案》的综述、述评类文献、读书笔记及重复发表或雷同文献。

制订统一的文献筛选标准,由2名研究者对纳入文献进行双重校对。

1.3 数据分析 文章将中国知网收录的《临证指南医案》相关文献从以下几个方面进行归类与分析:研究年代、研究侧重点、各卷研究概况、叶氏学说的现代发挥和研究方法等。通过分析,总结现代学者研究《临证指南医案》的角度与方法。

3名研究者将符合纳入标准的文献进行分类,并进行频次统计,比较分析。

2 结果

2.1 文献筛选结果 以“临证指南医案”为篇名检索词

※ 基金项目:国家级大学生创新创业训练计划项目【No. 201710063003】

* 通讯作者:fushufei2012@163.com

对中国知网2016年12月31日前发表的文献进行检索, 获得文献208篇, 排除其中非医药卫生科技类文献, 重复发表、雷同文献及综述类、读书笔记、述评类文献, 最终纳入文献187篇。见图1。

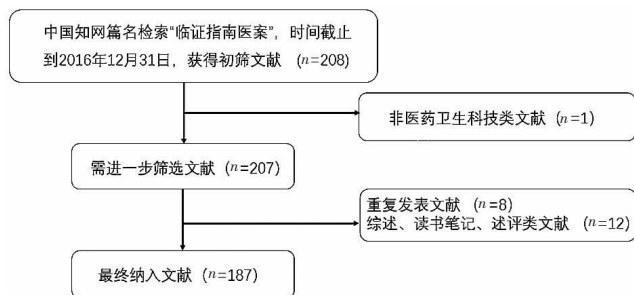


图1 文献筛选流程图

2.2 《临证指南医案》研究年代统计 《临证指南医案》相关研究类文章最早可以追溯到1964年, 发表于《广东医学(祖国医学版)》^[2]。1964年到1970年发文1篇, 1971年到1980年并无相关文献发表, 1981年到1990年发文19篇, 1991年到2000年发文19篇, 2001年到2010年发文47篇, 2011年至2016年发文101篇, 以十年为断代, 关于《临证指南医案》的相关研究发文量总体呈上升趋势, 其中或有轻微波动, 但总体反映出业界对于《临证指南医案》研究的重视程度逐年提高。见图2。

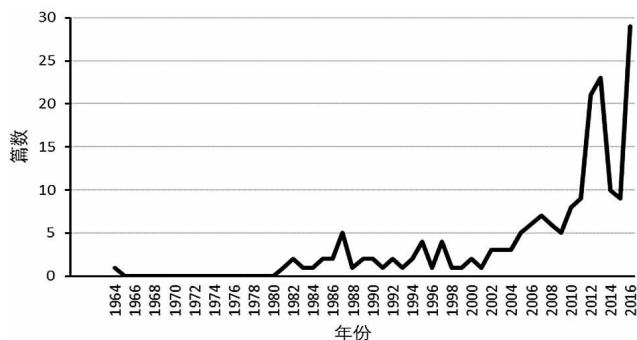


图2 《临证指南医案》相关研究文献年度发文量趋势图

2.3 《临证指南医案》相关文献研究内容侧重点分析 通过整理, 最终将纳入文献涉及的研究侧重点分为四类:

(1) 病证: 文献标题中含有具体病证的文章, 如:《临证指南医案》“木乘土门”特色探微^[3]。研究侧重点以病证治疗特色为主。此类文献数量最多, 共104篇, 占比55.6%(104/187)。

(2) 学术思想、治则治法: 文献标题中含有具体治则治法文章, 如: 从《临证指南医案》浅析叶桂胃阴学说^[4]。研究侧重点以叶天士提出的学术思想、治则治法在《临证指南医案》中的应用情况等为主。此类文献共40篇, 占比21.4%(40/187)。

(3) 方药: 文献标题中含有具体方药名称或类别的文章, 如: 从《临证指南医案》探讨叶天士运用桂枝去芍药汤规律^[5]。研究侧重点以单味药功效、药对配伍、成方的使用与发挥、剂量剂型等为主。此类文献

共32篇, 占比17.1%(32/187) (样本中涉及到方药的文章分布于方药类文章和病证类文章两部分, 区分标准为文章题目所含关键词)。

(4) 其他方向: 研究侧重点较为新颖, 同类文章较少, 如: 基于知识考古学的《临证指南医案》“肝阳”概念形成分析^[6]、系统思维方式的特征在《临证指南医案》中的体现^[7]等, 此类文献选取的研究角度独特, 同类文章较少, 为后人研究《临证指南医案》提供了新的思路, 共11篇, 占比5.9%(11/187)。

由各纳入文献的内容侧重点分析结果可见, 研究《临证指南医案》的重点以病证、学术思想、治则治法和方药为主。《临证指南医案·凡例》中讲: “医道在乎识证、立法、用方, 此为三大关键。”这与现代研究侧重点不谋而合。在学习医案的过程中, 同样应从这三方面入手, 才能更好地体会医家的辨治思维。

2.4 《临证指南医案》各卷研究概况统计

表1 104篇病证类《临证指南医案》相关研究文献所涉原著病证及发文数目统计表 (n)

原著章节	相关研究文献篇数	主要病证(文献篇数)
卷1	16	中风(11)、虚劳(3)、肝风(2)
卷2	8	咳嗽(7)、失音(1)
卷3	16	脾胃(10)、木乘土(2)、汗(2)、肿胀(1)、淋浊(1)
卷4	12	便秘(3)、肺痹(3)、胸痹(2)、肠痹(1)、疽(1)、胸痞(1)、呕吐(1)
卷5	4	湿病(2)、温病(1)、外感(1)
卷6	8	郁(3)、泄泻(3)、三消(1)、疟(1)
卷7	3	痢疾(3)
卷8	17	胃脘痛(7)、络病(6)、目病(2)、耳鼻咽喉病(1)、头痛(1)
卷9	6	崩漏(3)、调经(3)
卷10	2	儿科病(2)

如表1所示, 在以病证为研究中心的104篇文献中, 对《临证指南医案》的每一卷都有提及, 其中研究较多的篇章为卷八 17篇、卷一 16篇、卷三 16篇、卷四 12篇, 涉及病证以中风门 (11篇)、脾胃门 (10篇)、咳嗽门 (7篇)、胃脘痛门 (7篇) 为主。除《临证指南医案》中各卷原有病证外, 研究者还将《临证指南医案》与现代病证结合进行研究, 涉及到的病证有: 痹证、不寐、老年病、肝病等, 共计12篇, 其中以反映叶氏主要辨治思想的病证研究较多。通过整理, 涉及叶氏“阳化内风学说”“胃阴学说”的相关内容最受研究者关注。

其中, “阳化内风学说”的文献多为研究中风、肝风类文章, 包括中风门11篇, 肝风门2篇, 分别从叶天士的辨治思路、病因病机和处方用药对中风类病证进行了分析。叶氏认为中风的病机以肝肾阴虚, 阳化内风, 阴液不足, 筋脉失养为主; 治宜涵养肝肾, 补虚养阴, 化痰熄风, 和调五脏 (尤其是对肝脾的调养); 用药方面以补虚、清热、熄风为主, 侧重补气阴, 如: 人参、生地黄、麦冬、枸杞子、石斛的应用, 这样的用药思维不仅适用于中风发作期, 同样适用于预防中风^[8]。

关于“胃阴学说”，涉及范围颇广，多数用于治疗脾胃方面疾病，叶天士强调“脾胃升降不同，应分治”^[9]，在纳入文献中涉及脾胃病证的原著篇章包括脾胃、木乘土、泄泻、便秘、胃脘痛等，叶氏认为脾胃病多因脾胃升降失常、肝木乘土所致，而其脾胃论治中更善治胃，主张养胃阴以降胃和胃；用药方面喜用甘平、清凉以补胃阴，搭配补中、理气之品，如：沙参、麦冬、玉竹、石斛、扁豆、粳米、甘草、陈皮、枳实等^[10]。叶氏创立的胃阴学说一直延续至今，为脾胃病证的辨治提供了丰富的诊疗经验。

2.5 《临证指南医案》相关文献研究方法分析 从文献学研究角度，对于传统中医著作一般有以下三种研究方式：（1）借助数据处理工具对病证及方药进行分析的“数据挖掘法”。中医学领域常用的数据挖掘方法有频次统计、关联规则、聚类分析、因素分析、回归分析（Logistic回归分析）等。（2）结合相关典籍对中医理论进行深入探讨的“理论分析法”。（3）将数据处理工具与中医学理论相结合开展研究的“结合法”。

以上三种研究方法在各类文献中均有体现，如图3所示，各类研究内容中都以理论分析法研究为主，均达到50%以上，其中以病证为研究侧重点的文献使用理论分析法最多，占比70.2%（73/104）；数据挖掘法和结合法在不同研究内容的文献中使用频率各有高低。数据挖掘法在以病证为中心的文献研究中使用较多，占比19.2%（20/104），如：基于对《临证指南医案》的数据挖掘探讨不寐病位的相关问题^[11]；其次是以方药为研究侧重点的文章，占比15.6%（5/32），如《临证指南医案》中柴胡运用规律及特色分析^[12]。结合法在以学术思想、治则治法为中心的文章中使用最多，占比30.0%（12/40），这类文章以理论分析法提出论点，将数据挖掘法所得结果作为论点的支撑，二者结合使论点更具说服力，如：《临证指南医案》中“肝藏血主疏泄”的脏象理论研究^[13]。

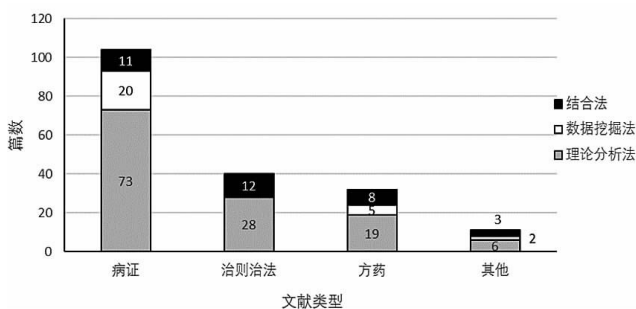


图3 运用各方法研究《临证指南医案》的文献发文量统计分析

2.6 数据挖掘法的使用概况 通过整理61篇涉及使用数据挖掘法的文献发现，常用的应用软件有SPSS^[14]、中医传承辅助平台^[15]等，文献中常用到的研究方法按使用频率由高到低排列为频次统计法、聚类分析法、关联规则法、回归分析法（Logistic回归分析）和因素分析法，见图4。

其中，频次统计法主要用于计算药物、症状等在研究对象中出现的次数；聚类分析法中的复杂系统熵聚类^[16]、动态聚类（KMEANS）算法^[17]被较多使用，通过不同因素的聚类来总结叶氏治疗某病时的核心用药组合，归纳主要病机类型等；关联规则法^[17]主要用于寻找药物与药物间、症状与药物间、症状与症状间相互关系；回归分析法（Logistic回归分析法）常用于疾病危险因素分析，如：超量问题等；因素分析法使用较少，在陈志远的《临证指南医案》痛证用药规律分析^[18]一文中，作者将因素分析法用于对治疗痛证方剂中所有药物分析来归纳治痛常用药物组合。各种数据挖掘法的出现，为现代研究者总结叶氏辨治思想和用药规律提供了便捷的方式方法。

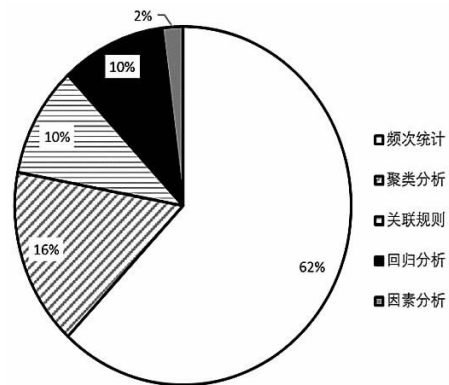


图4 运用各类数据挖掘法研究《临证指南医案》的文献数量统计图

3 讨论

由上述结果可见，在对《临证指南医案》的研究中，理论分析法居于使用方法的首位，研究者多根据医家学术思想、中医基础理论，使用方药脉证互测的方法，结合自身临床或教学经验对《临证指南医案》进行分析研究。数据挖掘法主要被用于分析方药使用情况，这使得它成为研究者在研究叶氏辨治思路时重要的辅助方法。各种各样数据处理工具的出现，为研究者研究《临证指南医案》提供了更加便捷的条件。“结合法”也越来越多地被用于研究《临证指南医案》，具体数据与经典理论相结合，可以使研究结果更直观并更具说服力。

《临证指南医案》相关研究逐渐增多，研究的侧重点和方法丰富多样，不同研究方法的出现使《临证指南医案》的精髓能被更好地挖掘与传承并运用到现代科研与临床中。

4 展望

目前，研究者主要从病证治疗特色、方药配伍、治则治法等方面探索叶天士的辨治思路，为我们指明研究《临证指南医案》的落脚点和方向。研究方法则以理论分析法为主，数据挖掘法为辅。基于数据处理工具的数据挖掘法为研究者提供了数据方面的支持，使论点更直观可信。在研究中医古籍的过程中，以理

论分析法为主,以数据挖掘法为辅,将两种方法有机结合可以使结论更具说服力,使古籍医案中的精髓更好地被现代研究者接受、传承与发扬。

参考文献

- [1] 赵凡,林达,查宇娟,等.《临证指南医案》研究近况[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(1):144-146.
- [2] 陈皓,陈幼清.探讨叶天士治疗湿病的规律(关于《临证指南医案》湿病证治分析)[J].广东医学(祖国医学版),1964,18(5):28-30.
- [3] 王婧,徐进康.《临证指南医案》“木乘土门”特色探微[J].上海中医药杂志,2016,50(2):31-33.
- [4] 卢兴华,李凌.从《临证指南医案》浅析叶桂胃阴学说[J].新中医,2013,45(8):207-208.
- [5] 张军城,李耀辉.从《临证指南医案》探讨叶天士运用桂枝芍药汤规律[J].陕西中医,2016,37(4):497-498.
- [6] 王维广,李成卫,王庆国.基于知识考古学的《临证指南医案》“肝阳”概念形成分析[J].长春中医药大学学报,2015,31(6):1101-1103.
- [7] 赵艳红,王秀莲.系统思维方式的特征在《临证指南医案》中的体现[J].四川中医,2013,31(6):19-20.
- [8] 黄婷婷,史亦谦.《临证指南医案》中风篇用药规律浅析[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(2):216-220.
- [9] 赵家有,宋春生,张颖.《临证指南医案·脾胃》辨治解析与应用[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(10):1394-1395.
- [10] 郑勇强,陈瑞芳.基于数据挖掘的《临证指南医案》脾胃虚证用药规律研究[J].中国中医药信息杂志,2016,23(4):32-35.
- [11] 于凌.基于对《临证指南医案》的数据挖掘探讨不寐病位的相关问题[J].北京中医药,2012,31(9):682-683.
- [12] 袁敏,何新慧,孔祥亮.《临证指南医案》中柴胡运用规律及特色分析[J].上海中医药大学学报,2012,26(4):29-32.
- [13] 张清怡.《临证指南医案》中“肝藏血主疏泄”的脏象理论研究[D].北京:北京中医药大学,2013.
- [14] 白雅雯,麻春杰,韩雪梅,等.基于数据挖掘的《临证指南医案》络病用药规律研究[J].中国中医药信息杂志,2016,23(8):47-49.
- [15] 王兵,侯炜.基于中医传承辅助系统分析《临证指南医案》治疗虚劳用药经验[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(3):310-314.
- [16] 甘永康,刘华一,刘惠.基于数据挖掘的《临证指南医案》治疗泄泻用药规律分析[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(1):115-116.
- [17] 陈志远.《临证指南医案》痛证用药规律研究[D].福州:福建中医药大学,2010.

(本文编辑:李海燕 本文校对:周志焕 收稿日期:2018-01-30)

中医药治疗慢性阻塞性肺疾病 气道黏液高分泌的研究进展[※]

梅晓峰¹ 余海滨^{2*} 任周新^{1,3} 王宗耀¹ 肖振亚¹ 李文生¹

(1 河南中医药大学第一临床医学院硕士研究生2016级,河南 郑州 450046;

2 河南中医药大学第一附属医院科研部,河南 郑州 450000;

3 呼吸疾病诊疗与新药研究河南省协同创新中心,河南 郑州 450046)

摘要:慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是威胁人类健康的重要疾病,气道黏液高分泌是COPD的重要病理特征。通过对近些年文献及资料的检索,结合中医对COPD正虚积损为主要病机的认识,对清化痰热、益气活血化痰、益肺健脾化痰及温肺化饮等治法对动物和临床实验性COPD气道高黏液分泌的影响进行归纳和总结,以期对COPD气道高黏液分泌的临床中医治疗,提供有益的参考。

关键词:慢性阻塞性肺疾病; 气道黏液; 高分泌; 中医药疗法; 喘证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.07.065

文章编号:1672-2779(2018)-07-0158-03

Research Progress on Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Airway Mucus Overproduction of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

MEI Xiaofeng^{1,3}, YU Haibin², REN Zhouxin^{1,3}, WANG Zongyao¹, XIAO Zhenya¹, LI Wensheng¹

(1. Grade 2016 Graduate, First School of Clinical Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. Scientific Research Department, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

3. Henan Province Collaborative Innovation Center for Respiratory Disease Diagnosis and Treatment & Chinese Medicine Development, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a serious disease, and the airway mucus overproduction is an important pathological feature of COPD. Reviewing of recent literature, accumulation of pathogen and damage due to deficiency of vital qi is thought as the main pathogenesis of COPD. This article summarized and analyzed usual intervention methods, including of clearing and dissipating phlegm heat, invigorating qi and activate blood circulation to dissipate phlegm, invigorating lung and invigorating spleen and dissipating phlegm, the effect on the airway mucus overproduction of COPD in animal and clinical experiments, providing evidences for clinical TCM therapy on COPD.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; airway mucus; overproduction; therapy of traditional Chinese medicine; dyspnea

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种以气流受限为特征的肺部疾病,

包括肺气肿、末梢气道疾病和慢性支气管炎。COPD气流受限不完全可逆,呈渐进性进展,与肺部对香烟烟雾等有害气体或有害颗粒的慢性炎症反应有关^[1]。大规模流行病学调查发现,COPD患者肺功能下降、住院周期延长与患者的气道黏液高分泌有直接的联系^[2]。最新研究显示到2030年,COPD将成为全球第四大致死率疾

[※] 基金项目:国家自然科学基金项目[No.81473650];河南省中医药科学研究专项课题[No.2016ZY2006];河南中医药大学研究生科研苗圃工程项目[No.MPYJS-2018-25]

* 通讯作者:yhbzz@163.com

病^[3]。长期以来,气道炎症一直是COPD防治的重点。但近年来研究发现,气道黏液高分泌是COPD的重要临床病理特征,是影响COPD病死率和病情进展的独立危险因素^[4-5]。

1 气道黏液的分泌及调节机制

气道黏液主要由上皮杯状细胞、黏膜下腺体分泌物及组织漏出液构成。其黏弹性主要由杯状细胞和黏膜下腺体合成分泌的黏蛋白(mucin, MUC)所决定。MUC是一类高分子量约7000KD高糖基化的糖蛋白,由多肽骨架和数目众多的寡糖链构成,分别是MUC基因和糖基转移酶基因的产物。迄今已克隆出20个MUC基因,根据结构的不同分为膜结合型和分泌型。其中MUC5AC和MUC5B是呼吸道内主要的分泌型,MUC5AC主要由气道杯状细胞和一些腺颈细胞分泌,而MUC5B则由黏膜下黏液腺细胞分泌。

COPD气道黏液高分泌是一个复杂的病理过程,多种炎症细胞、炎症介质、细胞因子和相关的细胞信号通路参与杯状细胞增生、MUC合成、黏液分泌的调节。目前研究的信号通路有:肿瘤坏死因子- α (Tumor necrosis factor alpha, TNF- α)介导的信号通路、白细胞介素-1 β /环氧化酶-2(Interleukin-1 beta/cyclooxygenase-2, IL-1 β /COX-2)信号通路、p38丝裂原活化蛋白激酶(Mitogen-activated protein kinase, MAPK)通路和表皮生长因子受体(Epidermal growth factor receptor, EGFR)介导的信号通路^[6]。

2 中医对慢阻肺病机的认识

COPD属于中医学“喘证”“肺胀”“咳嗽”等范畴。早在《内经》就有关于肺胀病名的记载,如《灵枢·胀论》曰:“肺胀者,虚满而喘咳。”其病多因久病肺虚、痰浊潴留,而至肺不敛降,肺胀气逆,不能宣畅。《丹溪心法·咳嗽》曰:“肺胀而嗽,或左或右不得眠,此痰挟瘀血碍气而病。”其病理因素主要是痰饮和血瘀。清·喻昌《医门法律·胀病论》认为:“胀病与水病非两病也,水气积而不行,必至于极胀,胀病亦不外水裹,气结,血凝。”李用粹《证治汇补·咳嗽》指出,肺胀有“气散而胀者,宜补肺,气逆而胀者,宜降气,当参虚实而施治。”提示肺胀病机为虚实兼杂,当分虚实辨证论治。COPD病理性质总属本虚标实,在急性加重期为痰邪(痰热、痰湿)阻肺或痰瘀互阻,常兼以气虚或气阴两虚,病理性质以实为主^[7];病情缓解进入危险窗后,邪实渐去,本虚显露,出现以痰湿、痰瘀与气虚、气阴两虚相互兼夹的证候,病理性质为虚实夹杂;到稳定期以气虚、气阴两虚为主,兼有痰瘀,病理性质以虚为主^[8]。余学庆教授^[9]通过对266例COPD患者的证候分布进行流行病学调查,认为COPD以本虚标实为主要病机,本虚以气阴虚为

主,标实以痰阻、气滞、血瘀相结为主,辨证时尤应注重病期变化对证候的影响。综上,中医认为本病辨证总属标实本虚,但有偏实、偏虚的不同。一般感邪时偏于偏实,平时偏于本虚。偏实者须分清痰浊、水饮、血瘀的偏盛。早期以痰浊为主,渐而痰瘀并重,并可兼见气滞、水饮错杂为患。后期痰瘀壅盛,正气虚衰,本虚与标实并重。偏虚者当区别气(阳)虚、阴虚的性质,肺、心、肾、脾病变的主次。早期以气虚为主,或为气阴两虚,病在肺、脾、肾;后期气虚及阳,甚则可见阴阳两虚,病变以肺、肾、心为主^[10]。

3 常用中医治法对COPD气道黏液高分泌干预作用研究

近年来,医学家通过大量的临床及实验研究证实,中医药在治疗COPD气道黏液高分泌方面有显著的疗效,为中医药治疗COPD积累了许多宝贵的经验。李建生教授^[7]认为正虚积损为COPD的主要病机,正虚是指肺脾肾虚损而以肺虚为始、以肾虚为基,以气虚为本、时或及阴阳;积损是指痰瘀及其互结成积、胶痼积蓄难除并日益损伤正气,正气逐渐虚损而积损难复。在治疗上依据“整体观念”“治病求本”“标本兼治”等治疗原则,目前主要治法有清化痰热、益气活血化瘀、益肺健脾化痰、温肺化饮等。

3.1 清热化痰法 痰热壅肺证是COPD急性加重最主要证型^[11],痰热壅肺、气机不畅是COPD急性加重气道黏液高分泌的主要病机^[12]。陈英等^[13]通过清金化痰汤干预COPD模型大鼠,发现清金化痰汤可能通过抑制NE及EGFR下游信号通路中ERK、p38信号通路,干预COPD气道黏液高分泌。林观康等^[14]运用痰热清注射液(熊胆粉、山羊角、金银花、黄芩、连翘)腹腔注射干预COPD模型大鼠,肺组织病理结果提示大鼠气管、支气管黏膜上皮紊乱,脱落以及杯状细胞增生的情况较模型组有所减少,腺体增生及血管壁增厚情况有所减轻,肺组织匀浆中TNF- α 含量、BALF中MUC5AC的含量较模型组大鼠明显下降,提示痰热清注射液可以通过抑制炎症介质的释放,调节黏蛋白分泌,从而减轻气道炎症,改善气道黏液高分泌症状,在一定程度上起到延缓肺功能恶化的作用。

3.2 益气活血化瘀法 COPD的发生发展包括了气虚、血瘀、痰阻三个基本病理机制及因素,三者之间不仅相互影响,共同作用,故治疗上应当三者兼顾。益气活血化瘀法针对肺胀患者病机的关键因素,打断了气虚、痰浊、血瘀相互影响的恶性循环,得以标本兼治^[15]。李玲等^[16]以香烟熏结合LPS(脂多糖)气管滴入法,建立COPD大鼠模型;研究结果显示益气活血化瘀的中药中剂量和高剂量组能够明显减少大鼠BALF中MUC5AC水平,可能通过抑制中性粒细胞聚集,并通过抑制分泌中性粒细胞弹性蛋白酶促使MUC5AC黏蛋白表达减少,达到缓解气道高分泌状态,进一步改善气道炎症和延

缓气道重塑。钟云青等^[16]采用改良的香烟烟熏和脂多糖气管注入法联合制备COPD气虚血瘀痰阻证大鼠气道黏液高分泌模型,使用益气活血化瘀方芎归六君子汤进行干预,以MUC5AC作为气道黏液强度评价指标;结果表明,芎归六君子汤能降低COPD气虚血瘀痰阻证模型大鼠BALF中的MUC5AC水平、气道上皮MUC5AC蛋白表达和下调肺组织MUC5AC mRNA表达,且以高剂量组较为明显。

3.3 益肺健脾化痰法 COPD归属于中医学“肺胀”的范畴,在对其病证病机的认识中,始终重视痰的作用;在治疗过程中,也积极治痰,大多以益气健脾化痰法为原则^[17-18]。中医学认为,“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,肺脾气虚,津液不化,痰浊潴留,伏痰形成;外邪引动伏痰,引发COPD。中医药在化痰方面优势突出,用药尤以健脾益肺化痰系列方药多见^[19]。采用单纯香烟烟熏法建立COPD大鼠模型,健脾益肺化痰方组、健脾益肺方组和化痰方组大鼠分别给予相应的药物灌胃治疗,末次给药后,禁食12 h后取左肺中叶肺组织,采用实时荧光定量PCR检测及免疫组化法检测,与模型组比较,健脾益肺化痰方组、健脾益肺方组、化痰方组的大鼠肺组织肺组织MUC5AC和钙离子激活的氯离子通道1(calcium activated chloride channel, CLCA1) mRNA水平及蛋白表达均减少,健脾益肺化痰系列方能有效抑制COPD模型大鼠气道黏液高分泌,可能是与健脾益肺化痰系列方的“化痰”作用有效降低了肺组织MUC5AC和CLCA1 mRNA水平及蛋白的表达相关^[20]。田春燕^[21]通过熏烟法建立COPD大鼠模型,使用PCR及Western测定大鼠肺组织中的Nrf2和MUC5AC的mRNA及蛋白表达水平;发现参芪补肺方能够影响大鼠肺组织中的Nrf2、MUC5AC的mRNA及蛋白表达水平,从而发挥对COPD大鼠模型的抗氧化和抗黏液高分泌机制的调节作用,为COPD的有效防治提供了新靶点。

3.4 温肺化饮法 痰的产生,病初由肺气郁滞,脾失健运,津液不归正化而成,渐因肺虚不能化津,脾虚不能转输,肾虚不能蒸化,久延阳虚阴盛,气不化津,痰从寒化为饮为水。张仲景《伤寒杂病论》曰:“病痰饮者,当以温药和之。”故“治肺不远温”,用温肺化饮之法,使寒痰得化,阳气得复,则水津四布,痰无以生。陈炜等^[22]采用温肺化痰方药(由黄荆子、五味子、紫苏子、白芥子、炙麻黄、款冬花、炙百部、细辛等组成)可降低痰湿蕴肺证AECOPD患者血清NE和EGFR含量,从而改善气道黏液高分泌,减轻气道炎症,改善患者临床症状。

4 小结

COPD的发作多因痰、瘀、虚,根本则多由于肺脾

肾三脏功能的不足,中医药在防治慢阻肺方面有其独特的优势,主要体现在:中医根据辨证论治,从整体上调节全身的免疫功能,纠正脏腑、气血、津液的盛衰失衡,改善患者的气道黏液高分泌,减轻患者的临床症状,达到长期治疗的目的。目前一些研究提示:中医药的治疗可以抑制气道黏液的高分泌应该是中医药防治COPD的一种重要机制。但目前仍存在一些问题:一是中医药干预气道黏液的高分泌的机制研究仍欠深入;二是中医药相关的治疗研究的结果仍较零散,缺乏大样本、多中心的研究而报告。深入探讨中医药减少慢阻肺气道黏液高分泌的机制以及开展大样本、多中心的临床研究,是未来发展的方向。

参考文献

- [1]中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011版)[J].中医杂志,2012,53(2):177-78.
- [2]Halbert R J, Natoli J L, Gano A, et al. Global burden of COPD: Systematic review and meta-analysis[J]. Eur Respir J, 2006, 28(3):523-532.
- [3]Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030[J]. PLoS Med. 2006, 3(11):e442
- [4]Burgel PR, Nesme-Meyer P, Chanez P, et al. Cough and sputum production are associated with frequent exacerbations and hospitalizations in COPD subjects [J]. Chest, 2009, 135(4): 975-982.
- [5]Fahy JV, Dickey BF. Airway mucus function and dysfunction[J]. N Engl J Med, 2010, 363(23): 2233-2247.
- [6]陈英.清金化痰汤通过中性粒细胞弹性蛋白酶干预AECOPD气道黏液高分泌的临床及实验研究[D].北京:北京中医药大学,2016.
- [7]李建生,余学庆,王明航.中医治疗慢性阻塞性肺疾病研究的策略与实践[J].中华中医药杂志,2012,27(6):1607-1614.
- [8]李建生.正虚积损为慢性阻塞性肺疾病的主要病机[J].中华中医药杂志,2011,26(8):710-713.
- [9]余学庆,李建生,李力.慢性阻塞性肺疾病(COPD)中医证候分布规律研究[J].河南中医学院学报,2003(4):44-46.
- [10]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2009:112-117.
- [11]王俊峰,敖素华,汤俊起.痰热清注射液对慢性阻塞性肺疾病急性加重期诱导痰中性粒细胞的干预[J].中国中急症,2012,21(8):1320-1321.
- [12]朱立成,李伟,尚云飞.痰热清注射液对AECOPD患者免疫功能的影响[J].临床肺科杂志,2014,19(1):58-59,91.
- [13]林观康,黄东晖,蔡凌峰.痰热清注射液对COPD大鼠内炎症因子及气道黏液高分泌的影响[J].新中医,2016,48(10):224-227.
- [14]陈平.益气活血化瘀法治疗肺胀的机理探讨[J].江西中医学院学报,2008(5):18-19.
- [15]李玲.益气活血化瘀法对COPD稳定期肺脾气虚证患者疗效观察及对大鼠气道炎症指标的影响[D].广州:广州中医药大学,2015.
- [16]钟云青,许光兰,王秀峰.芎归六君子汤对慢性阻塞性肺疾病气虚血瘀痰阻证模型大鼠气道Muc5ac水平的影响[J].时珍国医国药,2017,28(3):552-554.
- [17]陆颖佳,余小萍.化痰法在慢性阻塞性肺疾病治疗中的运用[J].上海中医药杂志,2012,46(11):88-93.
- [18]窦雪娇,李素云.中医药治疗慢性阻塞性肺疾病的研究现状及进展[J].辽宁中医杂志,2013,40(7):1490-1493.
- [19]陈萍.清肺化痰汤加减治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期50例[J].河南中医,2013,33(5):705-706.
- [20]刘娟,邓秀兰,李配.健脾益肺化痰方对慢性阻塞性肺疾病模型大鼠气道黏液高分泌的影响[J].吉林中医药,2016,36(6):608-612.
- [21]田春燕,李竹英.参芪补肺方对慢性阻塞性肺疾病稳定期大鼠Nrf2和MUC5AC表达的影响[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(36):198-199.
- [22]陈炜,张念志,韩明向.温肺化痰方对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者外周血中性粒细胞弹性蛋白酶、表皮生长因子受体表达的影响[J].安徽中医药大学学报,2016,35(2):24-27.

(本文编辑:李海燕 本文校对:段培 收稿日期:2018-01-19)