

案例教学法与标准化病人结合教学模式临床教学研究※

陈永华 刘 妮 黄 为 曹仕健 李亚军 王 玮

(安徽中医药大学第一附属医院干部神经内科, 安徽 合肥 230031)

摘要:目的 研究在脑病科临床教学中采用案例教学法(CBL)与标准化病人(SP)相结合的教学模式的教学效果。方法 选取2017年1月—2017年12月于安徽中医药大学第一附属医院实习的安徽中医药大学五年制临床医学专业学生72名, 随机分为研究组和对照组, 每组各36名学生, 研究组给予CBL与SP相结合的教学模式, 对照组仅采取CBL, 比较2组在脑病科的理论知识和临床实践能力考核成绩的差异, 并在教学结束后对2组学生进行相关问卷调查。结果 2组理论知识考核成绩无明显差异 ($P>0.05$); 但研究组临床实践能力考核成绩优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 并且问卷调查显示CBL与SP相结合的教学模式对提高学生学习兴趣、提高记忆效率、提高临床操作能力、提高临床思维能力、提高医患沟通能力、提高对师满意度均有优势 ($P<0.05$)。结论 CBL与SP相结合的教学模式在提高学生的临床实践能力方面比CBL有优势。

关键词: 案例教学法; 标准化病人; 脑病科; 理论知识; 临床实践能力; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.001

文章编号:1672-2779(2018)-09-0001-03

Study on the Clinical Teaching of Case-based Learning Combined with Standardized Patient Teaching Mode

CHEN Yonghua, LIU Ni, HUANG Wei, CAO Shijian, LI Yajun, WANG Wei

(Neurology Department, the First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Province, Hefei 230031, China)

Abstract: **Objective** To study the teaching effect of case-based learning (CBL) combined with standardized patient (SP) in the clinical teaching of encephalopathy department. **Methods** Choosing 72 students learning for five years of clinical medicine major of Anhui University of Chinese medicine who were practicing in our hospital from January to December of 2017, those students were divided into study group and control group randomly, and each group has 36 students. The study group was given CBL combined with SP, while the control group only took the CBL. The assessment of the theoretical knowledge and clinical practice abilities in the encephalopathy was compared, and at the end of teaching, the two groups of students were investigated by questionnaire. **Results** There were no significant differences between the two groups on theoretical knowledge examination results, but the clinical practice abilities examination results of the study group were better than that of the control group. The differences were statistically significant ($P<0.05$). The teaching model of CBL combined with SP can improve students' learning interest, memory efficiency, clinical operation ability, clinical thinking ability, doctor-patient communication ability and satisfaction to teachers, and it was better than that of CBL ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of CBL and SP has more advantages than CBL in improving students' clinical practice abilities.

Keywords: case-based learning method; standardized patient; encephalopathy; theoretical knowledge; clinical practice ability; teaching reform

随着医学的不断发展,医学模式也在发生变化,人们对健康的追求也不断提高,对疾病治疗效果的期望值较高,因此对我们医务人员综合素质的要求就越来越高。众所周知,临床医生的技能需要在实践中不断提高,而当今中国复杂和紧张的医患关系,对医学人才实践能力培养是不利的。通过医生自身素质的不断提高及政府的医改支持等多手段的干预,有望缓解紧张的医患关系^[1]。在当下这种医患关系大背景下,医学学生的临床实践积极性不够高,特别是在脑病科临床实习过程中,因脑病科专业性较强、要求知识面较广,内容相对复杂,更容易让学生丧失学习兴趣,因此寻求一种新型的教学模式就显得相当重要。案例教学法(case-based learning, CBL)是以案例为基础的教学模式, CBL教学通过病例讨论,让学生将书本知识更好地应用于临床,是问题式学习(problem-based learn-

ing, PBL)的进一步延伸^[2],虽较传统满堂灌教学模式有进步,但医学生的临床实践能力得不到很好的锻炼;标准化病人(standardized patient, SP)是通过培训达到临床实践教学目的的模拟病人^[3],有研究显示PBL联合SP教学可以取得比PBL单独运用取得更好的教学效果^[4],因此我们尝试CBL联合SP教学效果的相关研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年1月—2017年12月于我院实习的安徽中医药大学临床专业五年制医学生72名,采用随机数字表法将72名学生分为研究组和对照组,每组各36名学生,2组学生在西医诊断学基础、内科学等基础课程的考试成绩、性别、年龄等方面无明显差异($P>0.05$),存在可比性。2组学生均由同样的教学经验丰富、中级以上职称医师参加教学,且学习病种及学时数相同。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组 仅采用常规的CBL教学法,教师根据内科

※ 基金项目:国家临床重点专科建设项目【No.2100202】

学实习教学大纲神经内科部分,结合执业医师考核要点,选取临床上真实且相对较典型病例进行编写与整理,本次研究选取脑梗死、肝豆状核变性2种临床常见病作为教学案例,授课教师在课前针对案例提出相关问题,要求每位学生针对案例及问题进行课前预习,查阅书籍、文献等相关资料,在授课过程中,秉承以“教师为主导、学员为主体”的理念,教师针对案例重点内容进行讲解,然后提出问题并积极引导学生发现问题、分组讨论(讨论内容包括查体、辅助检查、诊断、鉴别诊断、诊疗方案等),最后书写病例,由授课教师总结不足,提出改进方案。

1.2.2 研究组 研究组在采用的CBL教学模式的基础上融入SP,即在教师讲解过程及学生讨论阶段增加SP对相应病患的模拟,模拟者均从我科初级职称以上临床医师选取,且在授课前均已进行培训并通过考核成为合格的SP,可最大限度地模拟相应症状、情绪、表情、动作、声音等身体其他反应,供学生完成病史资料采集、症状评估、体格检查、书写病例等。每位学生至少1次运用SP进行临床技能实训。

1.3 评价指标 首先,对2组学生进行教学效果的评价,考核内容分为理论知识及临床实践能力2部分,理论考试试卷采用100分制,由同一名称教师完成对所有试卷的评分,临床实践能力评价由3名高级职称教师组成专家小组,评价学生对脑病科常见疾病的病史采集、体格检查、诊断及治疗方案的掌握情况,临床实践能力考核采用100分制,3名专家评价的成绩取均值得出此项考核分数,分数越高表示学生临床实践能力越强。其次对2组学生进行教学相关问卷调查,主要调查:提高学习兴趣、提高记忆效率、提高临床操作能力、提高临床思维能力、提高医患沟通能力、提高对教师满意度,完成CBL联合SP教学效果相比较CBL教学效果的信息反馈。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件进行数据录入和统计分析,测定数据用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,定量资料采用配对 t 检验, $P<0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 理论知识与临床技能操作成绩 研究组与对照组理论知识考核成绩比较,差异无明显统计学意义,但研究组临床实践能力考核成绩明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表1。

表1 2组学员理论知识与临床实践能力成绩比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	理论知识	临床实践能力
研究组	84.42 $\pm$ 2.36	90.15 $\pm$ 2.73*
对照组	83.93 $\pm$ 2.07	81.63 $\pm$ 1.93
P 值	>0.05	<0.05

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 研究组学员对CBL联合SP教学信息反馈的分析

本次调查对研究组、对照组各分发36份调查问卷,其中有效问卷回收率达100%。问卷调查结果显示CBL联合SP教学模式显著提高了学生对脑病科学习的兴趣及积极性,提高了记忆效率,大大增强了学生的操作能力,有利于学生临床思维的培养和医患沟通能力的提升,同时也提高了对教师教学质量的满意度。见表2。

表2 2组实习学员问卷调查的比较 (人数)

组别	提高学习兴趣	提高记忆效率	提高操作能力	提高临床思维	提高沟通能力	对师满意度高
研究组	33	35	32	33	30	35
对照组	15	14	12	13	10	16
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:研究组各项目类型人数均明显高于对照组, $P<0.05$

3 讨论

我院脑病科临床教学一直面临困境。(1)脑病科基础课程专业性较强,学习难度较大,易致学生丧失学习兴趣,从而失去学习的主动性;(2)复杂紧张的医患关系,在临床教学中很多患者拒绝配合医学生的临床实践,学生得不到实践的机会,易造成基础知识与临床实践脱节的现象,因此脑病科教学一直达不到理想的效果。通过本次研究我们发现CBL与SP相结合的教学模式可以改善这种现状。

CBL是从以问题为基础(problem-based learning, PBL)的教学模式发展而来,要求学生以案例为基础,在教师的引导下发现问题、分组讨论,这种教学模式最大的特点是以学生为主体,让学生最大限度地发挥自主学习能力^[9]。SP是指经标准化、系统化培训后能准确模拟患者临床症状或病史的正常人或病患,可充当被检查者、评估者、指导者三种角色^[6]。CBL教学被大多数学生认可,有利于培养临床思维能力^[7],但脑病科是一门实践性很强的学科,在临床实践中不仅要有扎实的基本功,还需熟练掌握各项基本操作技能,因此我们在脑病科临床教学中采用了CBL联合SP教学模式,且达到了预期的效果,我们发现,这种教学模式可以让学生将书本所学知识联系临床,真正地做到书本与实践相结合,通过查阅资料、案例讨论锻炼了学生的自主学习能力及分析、解决问题的能力,而SP的引入,让学生身临其境,在模拟情景中完成对SP的病史采集、体格检查、诊断及治疗,使学生的临床实践能力水平得到提升,也增强了他们的医患沟通能力、提高了学习兴趣,有利于学生综合能力的培养。

但CBL与SP相结合的教学模式的开展仍需要注意一些问题,首先是案例库的建立,在面对不同年级、不同学历或不同能力的学生时应选择不同难度的案例,这就要求教师在编写案例时不仅要考虑学生的学习能力,也要让学生在过程中可以全面、系统地掌握相关知识点,同时需不断丰富病例库的内容,更新最新的检查技术或新发现的病种等,做到与时俱进^[8];其

次是教师的定位,教师在授课过程中应充当一个引导者,提出的问题难度应该具有层次性,也要能够激发学生的学习兴趣,让学生变被动为主动,从而提高学习效率^[9];然后是SP的考核,对模拟者进行培训后需评判他们是否能成为一名合格的SP,但我国SP的教学探索仍处于初级阶段,目前尚无一种明确的、被大家公认的评判标准,这就需要在今后的实践过程中不断探索;最后,SP虽然可以最大限度地模拟病人的病史、临床症状,但不能模拟出相应的病理体征,会在一定程度上干扰学生的判断,而且临床上病人症状多不典型且相对复杂,因此不能完全依靠SP代替真正的患者。

CBL与SP相结合的教学模式的开展面临诸多挑战,但是通过本次研究可以发现,这种教学模式有利于解决我院脑病科当前临床教学面临的困境,可以取得与CBL一样的理论知识教学效果,并且可以取得比CBL更

好的临床实践能力教学效果,值得进一步研究和推广。

参考文献

- [1]Chen L C. China Medical Board: a century of Rockefeller health philanthropy[J]. Lancet, 2014, 384(9945):717-719.
- [2]Kong LN, Qin B, Zhou YQ, et al. The effectiveness of problem-based learning on development of nursing students' critical thinking: a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Nurs Stud, 2014, 51(3):458-469.
- [3]黄毓娟, 张淑珍, 方瑜. 标准化病人(SP)培训之浅谈[J]. 课程教育研究, 2016(25):238.
- [4]尹杰, 宋建宁, 张忠涛. 标准化患者(SP)结合 PBL 教学在七年制医学生普外科教学中的应用研究[J]. 继续医学教育, 2016, 30(1):66-68.
- [5]Ha H, Lopez T. Developing health literacy knowledge and skills through case-based learning[J]. Am J Pharm Educ, 2014, 78(1):17.
- [6]鲁建国, 赵华栋, 南菁, 等. 对标准化病人教学模式的认识与思考[J]. 山西医科大学学报(基础医学教育版), 2006, 8(3):286-287.
- [7]刘莹, 王佟, 吴薇, 等. CBL 教学模式在眼科学临床教学中的应用[J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(11):2107-2108.
- [8]朱平, 谢莉, 杨林, 等. CBL 教学模式在肾病内科临床带教中的尝试[J]. 中国高等医学教育, 2014(8):98-99.
- [9]郑景辉, 何晶. CBL 教学模式在心血管内科临床教学中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2015, 23(3):143-144.

(本文编辑:张文娟 本文校对:江婷成 收稿日期:2018-01-29)

大健康理念在天然药物化学教学中的渗透与应用[※]

杨长水 龚卫娟

(扬州大学医学院, 江苏 扬州 225001)

摘要:在天然药物化学课程中开展大健康理念在教学中的渗透和应用。在“健康中国”背景下,应顺应新时代,树立大健康理念,学习和应用中药与天然药物的知识,天然药物化学课程是一个很好的过渡和桥梁。健康中国,教育先行,与之相关课程教学改革势在必行。本文以天然药物化学“天然”的契合性为例,在教学过程中进行一些探讨和尝试,有利于学生提高学习兴趣,并能够应用于生活;同时也利于培养大健康领域创新创业人才。

关键词:天然药物化学;健康中国;大健康理念;应用

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.002

文章编号:1672-2779(2018)-09-0003-03

The Penetration and Application of the Concept of Big Health in the Teaching of Natural Medicine Chemistry

YANG Changshui, GONG Weijuan

(Medical College, Yangzhou University, Jiangsu Province, Yangzhou 225001, China)

Abstract: Big health concept can be penetrated and applied in the teaching of natural medicine chemistry course. We should adapt to the new era and establish the concept of big health in areas of big health under the background of "healthy China". The course of natural medicine chemistry is a good transition and bridge for learning and applying the knowledge of traditional Chinese medicine and natural medicine. So the teaching reform of related courses is imperative. Taking the "natural" compatibility of natural medicine chemistry as an example, this paper conducted some discussions and attempts in the course of teaching. It is beneficial to students' learning interest, and can be applied to life, also conducive to cultivate creative and innovative talents in areas of big health.

Keywords: natural medicine chemistry; healthy China; the concept of big health; application

天然药物化学是与药学相关的一门综合性较强的学科,涉及药用植物学、生药学、药理学、有机化学、波谱分析等基础知识,它的课程内容包括天然药物化学成分的结构特点、理化性质、提取分离方法和结构鉴定,学生普遍反映内容多且分散,学科涉及知识面广,学习起来比较吃力,难以掌握。如何结合学科特点和新时代背景,与时俱进并有针对性地开展教学,

让学生乐于上课和喜爱学习,对于没太多教学经验的青年教师,这个问题显得极为迫切,结合当下背景和这几年的教学经历,本文结合笔者个人体会对此进行一些探讨和尝试。

1 “健康中国”背景下的大健康理念

党的十八届五中全会首次提出推进健康中国建设,从战略和全局高度对建设健康中国等重大任务作了深刻阐述。《“健康中国2030”规划纲要》于2016年8月26日由中央政治局审议通过,该规划纲要是要今后15年

※ 基金项目:江苏省高等教育教改研究立项课题[No.2013JSJG268]

推进健康中国建设的行动纲领。“健康中国”第一次上升为国家战略。随后,习近平总书记在2017年十九大报告中提出的实施健康中国战略,是新时代健康卫生工作的纲领。推进健康中国建设,要坚持预防为主,推行健康文明的生活方式,强化早诊断、早治疗、早康复,建设健康中国彰显我国战略发展新理念,“全面”“共享”“绿色”等思想理念贯穿于建设健康中国战略部署,建设健康中国要树立大健康理念^[1]。

在“健康中国”背景下,与健康相关的产业有望进入蓬勃发展期,成为未来重要的经济增长点。要树立大健康理念,要有健康的生活方式,不只是一“治已病”,更是要预防为主“治未病”。当今生活工作节奏下,人们身体健康方面普遍存在着亚健康状态情况。随着人们对健康的日益重视,学习和应用中药与天然药物的知识,发挥中医药的药膳和食疗等养生文化的作用^[2],有助于日常保健和养生,也能帮助药学专业的学生树立大健康理念和保健意识,提高对学习天然药物化学课程的兴趣,并能够服务与应用到生活。

2 大健康理念渗透到天然药物化学课程教学

天然药物化学课程是药学相关专业的一门专业基础课,对药学教育起着承上启下的作用。过去教学中,多介绍书本的专业基础知识和基本技能,更多强调了研究和开发药物工作,突出“治已病”的药用价值;而其实也应该涉及到部分具有药食两用价值的传统中药、现代天然药物或药用植物,在日常生活中发挥其“治未病”的养生保健作用。

天然药物化学在中药现代化、国际化进程中必不可少,是古老的用药传统与现代化学技术的结合点。它在中国近现代历史时期的发展和应用所代表的思想和理念,与中药学、中药化学学科一致,都和中医药文化有着密切联系^[3]。随着《中医药法》的实施,中医药文化教育普及已经在中小学课本中体现,而药学本科生理应在学习医药学知识中结合国情,在学习与中医药文化和知识相关的课程时树立新时代思维和新理念。

与此同时,作为一名青年教育工作者,承担药学本科天然药物化学的教学工作任务,秉承着继承和发扬中医药传统文化,当下理应顺势而为,把握新时代特征,在当前“健康中国”背景下树立大健康理念,如何提高学生学习传统中医药文化的兴趣和热情,并与现代科技相结合,应用于生活实际。天然药物化学课程无疑是一个很好的过渡和桥梁,既能够让学生学习药物研究开发的药学专业知识,又能了解到涉及生活保健应用的中药及天然药物的理论依据。

3 大健康理念在天然药物化学课程教学的应用

天然药物化学是药学专业的骨干课程之一,要求

学生掌握天然药物中主要类型成分的结构特征、理化性质、提取、分离及精制、结构鉴定的基本理论和技能。掌握从天然药物中分离寻找有效成分的途径,也是药学学生了解认识天然药物研发的重要途径。因此,在医药院校提高天然药物化学教学效果,对培养天然药物研发科技人才和应用人才具有重要意义。在天然药物化学课堂上从大政方针、兴趣动力、教学方法手段、拓展知识领域等几个方面对学生进行引导,始终贯穿着大健康理念,分别介绍如何将其应用到本课程的教学当中。

3.1 教学中适当渗入国家政策走向 目前“健康中国”上升为国家战略,地球生存环境和卫生安全问题关系到民生,健康问题已经成为社会关注的主要问题。全国卫生与健康大会的精神,“十三五”规划纲要对推进健康中国建设的具体要求,还有《中医药法》的通过与实施,这些信号都表明,国家在大力推动中医药振兴发展,坚持中西医并重,推动中医药和西医药相互补充、协调发展,努力实现中医药健康养生文化的创造性转化,创新性发展。而今在这一时代背景下,中药与天然药物必将在大健康领域中发挥着更大的作用。在课堂上有必要适当介绍国家政策走向,这些大政方针和思想理念,能够从一定高度让学生领悟到学习好天然药物化学,掌握中药与天然药物的知识,对于当前时代背景下推动健康中国建设的重要作用和在大健康领域开拓创新有所建树的重要意义。中药类大健康产品是指以中医理论为基础,以中草药为原料或添加中草药提取物方式的系列保健品。中药保健品离不开中药,因此,含有中药或天然药物成分这类保健食品的特点之一,它将是未来国际市场的宠儿。提醒学生要有专业思维和大健康理念,经常关注时下相关领域新闻资讯,有助于开拓思维和提高见识。

3.2 培养学生学习的兴趣和调动学生自主学习的积极性 大家耳熟能详的云南白药牙膏,加多宝凉茶,蓝枸饮料等,人们常说的西兰花抗癌,冬瓜利水消肿,山药益肾气、健脾胃、增强免疫力,提高机体免疫力、强壮身体的红景天、人参等中药,阴阳互补的冬虫夏草,善解酒毒的葛根花,以皂角、首乌、芦荟为原料开发的洗发水,以中药材为填充物制成药枕、腰带、运动护膝、鞋垫、座垫等。这些跨界经营的中药产品或大健康产业成果,是否清楚其配方有几味中药,主流成分有哪些,具有什么药理或保健作用,工业中提取工艺如何,采取这种方法的根据是什么,等等,无不需要天然药物化学的相关知识。

因此,中药与天然药物的应用价值已经拓展到大健康、大卫生领域等大健康产业当中,无论是药用,



还是保健养生、日用化妆等,“兴趣是最好的老师”,学生有了学习的兴趣就会自主地去学习。所以,学生根据自己感兴趣的方向,可以主动地学习相关知识,认知和了解其作用的物质基础和价值所在,知其然并知其所以然。笔者在2015—2017年的三个学期教学中,选取本系药学本科班部分同学,成立中药兴趣小组:在班级授课时,根据学生兴趣的不同方向,分为不同的小组,比如对药食两用资源的中药感兴趣的同学可以一起收集相关资料信息,了解其在药用食用的价值。现有功能食品小组,生活日用品小组,中药化妆品小组,外用健身产品小组,共4个小组,各组有组长和成员,人数不等。根据授课内容相关的知识点会布置课后任务,或是学生主动搜集资料,并提供给大家共享学习。他们在日用品、化妆品,保健食品,医疗保健器械等方面收集到诸多资料,了解市场,增长了见识,慢慢树立大健康理念,授课的目标最终使大多数学生达到“想学和会学”,学习效果有了很大提高。

3.3 教学方法与教学手段的灵活应用 教师应多站在学生立场来思考教学方法,寻找有效方式激发学生的学习热情,让学生成为学习主体。学而得其法,教亦须有法。在实际教学中,不应只拘泥于单一的某种教学方法或教学手段,而是多采用多元化教学,优化教学手段。课堂上激发学生学习热情,部分章节内容可以有效地开展微课和翻转课堂。

比如,讲到萜类和挥发油这一章节,提到青蒿素及其相关研究成果、天然抗癌药物紫杉醇、抗癌活性成分喜树碱、抗癌药物长春碱和长春新碱,这些都是天然药物研究开发的成功例证,就可以单独作为一个专题,收集整理相关视频、结合科研实际有目标、有针对性地介绍研究工作前前后后的故事,让学生了解科研工作者的魄力和魅力。再如,总论中讲到提取分离技术,除了书本上介绍的超声波提取法,空化作用可破壁,可继续拓展介绍当前比较热门的话题,极草X5,其实就是冬虫夏草药材,经超微粉碎技术进行破壁,加上其专利技术-区离粉碎增溶技术,使其精华成分得到吸收和利用。还有分子蒸馏技术,从天然鱼肝油提取维生素A;食品工业用于混合油脂分离,在香精、香料工业中均有应用。所以,涉及到的天然药物化学提取分离技术,可广泛应用到大健康产业当中,学生会比较有兴趣地听讲,主动查资料,了解更多相关信息,再进行课上交流,还能达到翻转课堂的效果。现阶段国内外的研究表明,微课和翻转课堂能够充分发挥学生学习的主体作用,并显著增强师生间以及学生间的交流互动,促进学生学习兴趣及学习效率的提高等^[4]。

3.4 拓展知识领域 本专业教师应当以研促教,教研相长,拓展学生知识领域。课堂上努力营造科研应用型教学氛围,引导学生不断拓展与健康相关的公共卫生、食品科学、营养学等相关知识,课后有效地分工协作,广泛收集大健康领域信息,先学习后创新。如新时代健康产业(集团)有限公司开发的相关大健康产品有国珍牌松花粉,竹珍牌牙膏,香兰阁牌润妍滋养洁面乳等,分别代表着保健食品、保洁用品和化妆品;康美药业开发了涵盖医疗器械、中药品、参茸贵细、营养保健、养生茶饮、绿色食品、特色食材和生活护理等系列产品,大都含有中药或天然成分。当今生活工作节奏下,人们身体健康方面普遍存在着亚健康状态情况,也越来越关注身心健康。药学相关专业的学生,在学习天然药物化学课程时,不仅要学习书本的专业基础知识,如天然药物化学成分的结构特点、理化性质、提取分离方法和结构鉴定,还要了解专业思维 and 理念,树立大健康理念,深刻领会中药与天然药物资源是新药研发的伟大宝库和来源,同时要足够地了解和认识天然功能性成分的结构与性质及其在养生保健中的应用,更好地为大健康产业服务。

4 结语

天然药物化学,实用性强,内容覆盖面大,知识新颖,是运用现代化科学理论、方法与技术研究天然药物中化学成分的一门学科,探讨天然药物防病治病的原理。随着人们对健康的日益重视,学习和应用中药与天然药物的知识,在健康中国背景下,必将在人们身体养生保健、生活应用方面得到普遍应用,也能帮助药学本科学生树立大健康理念和保健意识,提高对学习天然药物化学课程的兴趣,并能够服务与应用到生活。

在“健康中国”背景下,一个集医疗、中医药养生保健和中医药旅游等多元化、综合性的中医药大健康产业正在形成^[5],这对经济增长和健康服务等方面都起到极大的推进作用。在推进健康中国建设的过程中,药学学生学好天然药物化学课程,并能够将相关知识融会贯通,对于培养药学相关人才和大健康领域创新创业人才,对我国人口与健康事业和医药产业的发展,也具有极其重要的意义。

参考文献

- [1]张立平.大健康概念的内涵与特征探讨[J].人民军医,2017,60(1):1-2.
- [2]胡真,王华.中医药文化的内涵与外延[J].中医杂志,2013,54(3):192-194.
- [3]史清文,李力更,霍长虹,等.天然药物化学学科的发展以及与相关学科的关系[J].中草药,2011,42(8):1457-1463.
- [4]卢海燕.基于微课的“翻转课堂”模式在大学英语教学中应用的可行性分析[J].外语电化教学,2014(7):33-36.
- [5]范月蕾,毛开云,陈大明,等.我国大健康产业的发展现状及推进建议[J].竞争情报,2017,13(3):4-12.

(本文编辑:张文娟 本文校对:董小耘 收稿日期:2018-01-30)

循证医学教学法在中医内科临床教学中的应用研究※

王燕 吴洋 吴燕*

(云南省中医医院风湿病科, 云南 昆明 650021)

摘要:目的 提高中医院校医学生临床综合实践能力。方法 针对2016—2017年在云南省中医医院风湿病科进行临床实习的中医及中西医结合专业本科生, 引入循证医学教学法, 加强医学人文素质教育、以问题为导向、构建自主学习模式、强化中医临床思维能力培养等手段, 将学生临床综合实践能力和自主学习习惯培养贯穿于本科临床教学中, 并纳入出科考核内容。结果 经过2年的实践研究, 医学生人文素质、表达与沟通能力、自主学习及临床综合技能均得到提高, 该带教方法得到医学生认可。结论 应用循证医学教学法对提高中医院校医学生临床综合实践能力有积极作用。

关键词: 循证医学; 中医内科; 临床教学; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.003

文章编号:1672-2779(2018)-09-0006-02

The Applied Research of Evidence-based Medicine Teaching Methodology in the Teaching of Clinical Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

WANG Yan, WU Yang, WU Yan*

(Rheumatism Department, Yunnan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650021, China)

Abstract: **Objective** To promote the clinical comprehensive practice of students in college of traditional Chinese medicine. **Methods** Using the evidence-based medicine teaching methodology on students of traditional Chinese medicine and the combination of traditional Chinese and Western medicine specialty that practicing clinical skills in Yunnan hospital of traditional Chinese medicine during 2016-2017, promoting their medical humane quality, oriented on their questions, training their independent study skills, reinforcing their ability of thinking in clinical traditional Chinese medicine, focusing on the clinical comprehensive practice and the independent study skills of students, and add them into the examination. **Results** According to this 2-year practicing research, the humane quality, capability of expression and communication, and the skills of independent study and clinical comprehensive practice of students have all been promoted. This method of teaching is agreed by medical students. **Conclusion** The evidence-based medicine teaching methodology has a positive effect on promoting clinical comprehensive practice of students in college of traditional Chinese medicine.

Keywords: evidence-based medicine; internal medicine of traditional Chinese medicine; clinical teaching; teaching reform

临床实习是培养合格医学人才的必经阶段,也是高等医学教育的重要组成部分,医学生通过4年的理论学习,掌握了必要的医学基础知识,只有经过临床实习才能把医学理论转化为临床技能,为今后从事临床工作打下坚实的基础。云南省中医医院风湿病科,以提高中医高等教育人才培养质量为目的,大胆探索,努力创新,加大临床教学改革力度,自2016年起正式将循证医学教学法应用到中医内科临床教学中,旨在培养中医院校医学生临床综合实践能力。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2017年12月在我科进行临床实习的五年制本科生,包括云南中医学院中医专业、中西医结合专业。

1.2 教学方法 2013年为迎接教育部中医专业认证工作,我科就如何提高中医院校实习生临床综合实践能力进行探索,尝试运用循证医学教学法进行临床带教,取得了初步成效,2016年我科正式开展该项教学改革研究。

1.2.1 设置试验组与对照组 首先由教学秘书对进入我科实习的学生进行分组:单月入科学生为试验组,双

月入科学生为对照组。

1.2.2 医学人文教育 2组入科学生均进行医学人文教育,教会他们尊重患者,我科患者大多行动不便,鼓励学生为患者提供临床诊疗外的照顾与帮助,以取得患者信任,有助于采集病史;在日常工作中,由带教教师示范,从言语和行动上关注患者,学习沟通与交流技巧;在教学查房活动中,给予患者一句温暖和感谢的话语、一个关爱的动作,尽最大可能把医学人文素质培养贯穿于临床教学的各个环节^[1]。

1.2.3 专业实训 试验组采用循证医学教育模式:(1)学生为中心,以问题为导向,入科时要求学生了解本科的常见病及治疗方法,如“类风湿关节炎”“痛风”“温阳通络法在中医痹病中的应用”等,由带教老师给每位同学安排一个专题,让学生自行查阅资料,准备30 min PPT,每周安排一名医学生扮演“老师”,讲座结束后,其他同学可补充或提问,指导教师进行总结归纳,针对实习生讲解不够透彻全面的知识点给予补充。随后选择与所讲内容相关的具体病例,有针对性地开展教学查房,实现理论向实践的转化。(2)临床思维训练:学生入科第1周,在接诊病人时,指导教师示范如何收集四诊资料,进行体格检查,再结合辅助检查,作出初步的中医辨病、辨证及

※ 基金项目:云南中医学院高校教育立项课题[No.YB1503014]

* 通讯作者:liqingsh123@126.com

西医诊断,之后开具医嘱。事后安排学生查阅检索与该疾病相关的文献资料,按照循证医学原理评价疾病诊断及治疗的真实性和可行性,培养他们正确认识和临床具体问题的能力,养成自主学习、终身学习的习惯^[2]。第2周安排医学生独立接诊病人,要求在在规定时间内作出初步的诊疗计划;待医学生诊疗结束后,带教教师进行核查并点评,纠正存在的问题,肯定他们思维中的进步,激发他们临床思维的积极性,出科前将临床思维考核纳入出科成绩。该组学生出科时每人填写1份问卷调查表,以了解他们对临床教学改革的意见和建议^[3]。

对照组采用传统教学方法:以教师讲授为主,教师按照自己的诊疗经验,指导学生进行临床思维训练。每周的教学讲座及教学查房均由教师主讲,医学生被动接受,第1周由教师示范如何接诊患者,不安排学生查阅资料;第2周由医学生独立接诊患者,临床思维考核内容相同。

1.2.4 考核方法 2组学生在科内实习时间均为1月,出科时均组织闭卷理论考试,考题由题库提供,题型为论述题,共计40分,测评学生对风湿病学基本理论知识的掌握情况;临床技能考核通过平时成绩体现,包括考勤、临床思维能力、病历书写能力及实践操作等,共计60分。为避免主观性,考试评分由科内3名考核小组成员共同参与。

1.3 统计学方法 2组出科总成绩采用SPSS 14.0软件进行统计分析,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, $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

表1 2组学生出科成绩比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	出科总成绩
试验组	19	94.53 $\pm$ 2.855
对照组	22	81.23 $\pm$ 5.981

见表1。试验组与对照组出科成绩比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),试验组19份问卷调查表对该教学方法赞同率100%。

3 讨论

2001年国际医学教育专门委员会(Institute for International Medical Education, IIME)制定了本科医学教育全球最低基本要求,即世界各地医学院校培养的医学生必须具备:医学知识、临床技能、职业态度、行为和职业道德等^[4]。我国现行的医学教育,在很大程度上依赖教师单向知识传输,忽略了医学生创新性临床思维能力和人文素质教育^[5]。随着医学科技的高速发展,医学模式已由单纯生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变,临床医学行为也由过去的理论知识加个人经验向循证医学模式转变,这不仅对医务人员提出了新的要求,也给医学教育带来了新的机遇和挑战^[6]。循

证医学(evidence-based medicine, EBM)是20世纪90年代初发展起来的一门新型交叉学科,要求医疗工作者慎重、准确和明智地应用当前所能获得的最好研究证据,结合自身专业技能和多年临床经验,考虑病人的价值和愿望,将三者完美地结合制定出适合病人的治疗措施^[7]。循证医学为医务工作者提供了一种以问题为基础的终身学习模式和动力。从医学教育的角度来说,它是一种新的临床医学教育观,也是临床医学教育的发展趋势。循证医学教育法注重培养学生检索、评估和利用证据的意识和能力,使医学生从终结性教育转变为终身教育,是一种新式高效的终身学习教育理念^[8]。临床实习是医学生从理论迈向实践的必经阶段,也是实现理论知识向临床实践过渡的一个重要环节。其目标不仅要巩固课堂知识,更重要的是培养学生独立思考和解决临床实际问题的能力。循证医学要求医学教育必须注重学生实践能力的培养,着眼于教会他们学习,特别注重培养医学生运用各种现代化手段获取知识解决问题的能力;同时,循证医学理念让医学生由获取知识转变为探索知识,充分发挥他们求知的积极性、主动性和创造性^[9]。我们在临床教学中引入循证医学的思想,应用启发式、引导式教学方法,让他们自行查阅资料讲课、主动参与接诊病人等,激发医学生的学习兴趣,强化其主体意识和主动学习精神。

培养临床综合实践能力是高等医学教育的终极目标之一,也是临床教学改革的总趋势。通过2年的探索研究,我们观察到,循证医学教学组学生的出科总成绩优于传统教学组。该研究强化了学生临床综合实践能力培养,尽最大可能教会他们掌握自我更新医学知识和临床技能的方法和技巧,对提高临床教学质量有促进作用。由于国内全面启动住院医师规范化培训制度,三甲医院的临床毕业实习生数量明显减少,一定程度上影响了该项教学研究的开展,下一步我们准备将循证医学教学法向下级医院宣传并推广。

参考文献

- [1]卢长艳,季国忠,王锦帆.临床实践教学中强化医学人文活动的思考[J].中华医学教育探索,2013,12(2):187-190.
- [2]曹少博,朱俊勇,武军驻,等.以培养学生自主学习为中心的医学教学改革[J].中华医学教育探索,2013,12(1):20-23.
- [3]王燕,吴洋,李兆福.以培养临床综合能力为核心的教学实践与改革[J].中国中医药现代远程教育,2014,15(8):134-135.
- [4]郑少燕.从医学教育认证探讨医学教育[J].医学与社会,2010,23(10):102-103.
- [5]曹少博,朱俊勇,武军驻,等.以培养学生自主学习为中心的医学教学改革[J].中华医学教育探索杂志,2013,1(12):20-23.
- [6]线福华.医学教育改革、创新与发展[J].中华医学教育探索杂志,2011,1(10):33-35.
- [7]王家良.循证医学[M].北京:人民卫生出版社,2001.
- [8]管剑龙.循证医学在医学教育中的实施与意义[J].中医管理杂志,2008,7(16):512-513.
- [9]邓红珠,唐洪,唐宗玲,等.运用循证医学理念指导临床医学专业本科生临床实践教学[J].中华医学教育杂志,2007,6(27):86-88.

(本文编辑:张文娟 本文校对:汤小虎 收稿日期:2018-02-02)

结构化临床见习模式在儿科教学中的研究与实践※

朱浩宇

(长春中医药大学附属医院儿童诊疗中心, 吉林 长春 130021)

摘要:目的 评估结构化模式教学法在临床见习教学中的应用效果。方法 收集2012年级以中医儿科学为必修课的中医专业学生共120例, 随机平均分为2组, A组采用结构化临床见习模式, B组采用常规的临床见习模式。采用理论考试、临床病例考核、问卷调查相结合的形式, 进行教学效果评估。结果 A组的理论考核、临床病例考核平均成绩明显高于B组 ($P<0.05$), 并且A组学生在教师讲解的启发性、分析解决问题能力提高的程度、对该教学模式的满意程度等方面评分均高于B组 ($P<0.05$)。结论 结构化教学模式临床见习应用于儿科教学取得了满意的教学效果, 优于传统教学方法。

关键词: 结构化临床见习模式; 儿科; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.004

文章编号:1672-2779(2018)-09-0008-03

The Research and Practice of Structured Clinical Practice in the Teaching of Pediatrics

ZHU Haoyu

(Child Care Center, the Affiliated Hospital of Changchun University of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the application of structured model teaching method in clinical probation teaching. **Methods** A total of 120 traditional Chinese medicine students in grade 2012 were collected for the compulsory course of pediatrics of traditional Chinese medicine. The two groups were randomly divided into two groups. The structured clinical probation model was applied in group A, and the routine clinical probation model was used in group B. The teaching effect was evaluated by the combination of theoretical examination, clinical case assessment and questionnaire survey. **Results** The average results of the theoretical assessment and clinical case assessment in group A were significantly higher than those of the group B ($P<0.05$). Besides, Group A scored higher in terms of inspiring, analyzing and solving problems, and satisfaction with the teaching mode ($P<0.05$). **Conclusion** The application of the structured teaching pattern clinical probation to the pediatrics teaching has achieved satisfactory results in this study, which is superior to the traditional teaching method.

Keywords: structured clinical practice model; pediatrics; teaching reform

中医儿科学是一门研究人类从胎儿到青少年时期生长发育、疾病预防和儿童保健的临床医学学科。儿科又称“哑科”, 小儿或口不能言, 或言而不确, 所以增加了儿科工作困难。如何在掌握理论知识的基础上, 运用儿科的诊疗技巧, 顺利开展临床诊疗工作, 从而形成从理论到实践的飞跃, 是中医儿科临床课教师应探讨的教学方法。近年来, 各医学院校教研室在临床见习教学中, 普遍采用以授课为基础的教学法 (lecture-based learning, LBL)^[1], 大多数采用大班式程式教学方法, 对单门课程的讲授有一定的深度, 全面系统地掌握理论知识, 但不足之处为在知识的讲授过程中忽略临床实践, 与临床脱轨, 不能紧密地联系。考虑到传统的教学模式不能让本科生获得较多的实际工作经验, 为此我们结合自身院校特点, 倡导创新教育, 建立一套适合本院校见习生的教育模式, 采用结构化的临床见习模式, 本文旨在研究此类教学模式在儿科见习中的应用并评价其效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2012年级以中医儿科学为必修课的中医专业学生共120例。所有学生均为普招生, 其年龄、性别比例、入学成绩差异均无统计学意义。将120例中

医专业学生随机平均分为2组, A组采用结构化临床见习模式, B组采用常规的临床见习模式。2组均采用人民卫生出版社出版的第九版统编教材《中医儿科学》, 授课学时相同, 见习内容按教学大纲的要求。并由同一位老师讲授中医儿科学理论课和负责指导临床见习。中医儿科学课程开设于第5、6学期, 共计69学时, 其中理论课40学时, 实训课和课间临床见习29学时。试验内容: 以中国中医药出版社第8版《儿科学》呼吸系统章节为授课内容, 包括: 感冒、咳嗽、肺炎喘嗽、哮喘、反复呼吸道感染等内容, 总计10学时。

1.2 教学方法 A组: 对于典型病例采取以学生为主导, 让学生采集病史并进行体格检查, 训练学生掌握儿科的问诊方法及体格检查的基本操作手法, 拟提出相关辅助检查。完全遵循接诊患儿的正常程序进行, 并作出病例特点总结、诊断及鉴别诊断分析、诊疗计划等, 充分发挥学生主观能动性, 最后由教师进行总结, 并给予客观的评价; 对于复杂病例采取教师和学生互动方法, 选取待讨论的疑难病例, 首先由教师介绍患儿的临床表现和理化检查, 然后让学生总结该病例的特点, 提出考虑诊断和鉴别诊断及初步的检查计划和治疗计划, 再由教师提出查房意见, 指示后续治疗和检查计划, 根据检查结果和后续治疗变化, 进一步让学生得出诊断和完善治疗方案。对于少见病例采取以教

※ 基金项目: 吉林省教育科学规划课题[No.GH150246]

师为主导的方法,选择少见病、季节病种等特殊病例,以老师为主导,介绍病人的疾病表现、理化检查、诊治特点和治疗效果。将病例与教学内容密切相联。

B组:运用常规的临床见习模式,采用顺序性教学法,先进行理论课的教学,然后临床见习,通过病房查房的方法对学生们进行讲解,最后教师再进行总结。

1.3 教学效果评价

1.3.1 理论考核 每一章节教学内容结束后分组进行考试测验,理论考试主要考核学生对儿科学基本概念、基本理论的理解及记忆能力,以客观性试题为主,占60%分数。所有试卷由同一位老师进行评分。

1.3.2 临床病例考核 学期结束后对所有学生进行临床病例考核,A、B 2组均为同样的病例。要求对临床病例资料进行诊断及制定治疗方案,按要点给分,含病史采集、体格检查、诊断、病例分析及讨论等,其主要目的在于考核学生的实际动手能力及临床思维能力,以主观性试题为主,占40%分数,所有考生由同一位老师进行评分。

1.3.3 问卷调查 学期结束后对A组学生进行无记名问卷调查。通过问卷了解同学对不同方法的学习接受程度,进行量化评分(得分越高,接受程度越高)。内容包括:教师讲解的启发性、分析解决问题能力提高的程度、对该教学模式的满意程度等3个项目进行调查,每项10分。

1.4 统计学方法 所有数据运用SPSS 19.0统计软件进行统计学分析。计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 理论与病例考核 见表1。

表1 2种教学法教学成绩比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	人数	理论考核	病例考核	χ^2 值	P 值
A组	60	83.9 $\pm$ 10.9	83.1 $\pm$ 10.8	10.5	<0.05
B组	60	76.1 $\pm$ 13.4	77.0 $\pm$ 12.9	10.8	<0.05

A组的理论考核、临床病例考核平均成绩明显高于B组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 问卷调查 见表2。

表2 学生对2种教学法的评价 ($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	教师讲解的启发性	分析解决问题能力	教学模式的满意
A组	60	8.4 $\pm$ 1.0	8.7 $\pm$ 0.9	8.7 $\pm$ 1.0
B组	60	7.7 $\pm$ 1.2	7.5 $\pm$ 0.9	7.2 $\pm$ 1.0
χ^2 值		7.6	7.2	10.1
P 值		<0.01	<0.01	<0.01

A组学生在教师讲解的启发性、分析解决问题能力提高的程度、对该教学模式的满意程度等方面评分均高于B组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

中医儿科学是一门临床学科,理论学习和临床实践的有机结合至关重要,在巩固理论知识的同时,初

步获得儿科学的感性认识。儿科学病名复杂繁琐,学习内容多,单纯的传统教学方法存在被动与局限性,使学生对知识掌握一知半解,感到乏味而导致知识掌握脱节。同时儿科学的许多特点抽象复杂,不易形成贯穿始终的知识系统,很难把握知识并做到灵活运用^[2],从而抑制了学生学习的兴趣性与积极性,导致学生领悟性不高。

本科生临床实践是医学实践中的具体表现形式之一,临床实践分为临床见习和临床实习两部分,两者是本科生在不同的学习阶段的实践过程。临床见习是由基础理论学习向临床实践过渡的重要途径,是培养和提高医学生运用所学理论知识进行逻辑思维和临床实践的重要阶段,是实现由医学生向实习医生、向医生转变的必需过程。因此,见习教学的效果将影响医学生以后阶段的临床实践和后继的理论再教育。传统的临床教学模式已历经多年的实践和印证,显示出一些教学上的优点。然而,临床医师的临床实践行为很容易受早期的教育因素影响,而传统的灌输式教学方式对改变临床医师的临床实践行为效果不佳,导致医学生后期临床工作的不利,而科学提高医学生主动性的教学方式可有效地改变临床医生的临床实践行为。

迄今为止,在开设有临床医学的院校中,一般采用顺序性教学法,即完成本学期所有理论教学后,根据见习大纲要求按部就班地进行。上述临床教学的方式可以理论联系实际,条理性强,巩固医学生的基本理论、基础知识和基本技能。而在教学的过程中,有的教师会将自己的从医心得传授给学生。传统的教学有时发散,缺乏系统性。实践证明传统的教学方法有较大的局限性,易导致学生墨守成规,不利于发散性思维的培养,缺乏科学的临床思维。传统的教学模式实际上是以理论教学内容为中心,学生通过观察典型患者的临床诊断和理解理论知识,实为验证性。因此,尽管传统的临床医学带教有优点,但亦存在一定的弊端和局限性。特别是理论课满堂灌的教学模式,无法调动学生学习的积极性,更不利于学生分析问题、解决问题的能力和创新能力的培养,如果不进行相应的改变,势必不能紧随医学科学的发展步伐,适应新形势下医学教育要求。

“教无定法,贵在得法”,老师的职责是教学生如何“学”,培养分析与综合能力、选择与决策能力、创新能力和交流表达能力,尽可能培养学生主动性,激发学生的创造潜能^[3]。结构化教学模式,这种课程-实践-课程的教学模式其实类似于“三明治”教学法,经过临床观察,对实践能力的培养大有裨益^[4]。

通过结构化的临床见习模式,将临床见习和理论知识讲授更紧密的连接,巩固学生课堂理论知识的掌握,提高临床主动分析和解决问题的能力,培养学生正确的

临床思维,训练儿科基本临床技能,掌握医患沟通技巧以及其对提高学生将来进行儿科临床实习效果。将结构化的临床见习模式运用到儿科教学中,使学生的理论学习能紧密联系实践,达到理论指导实践、实践验证理论的教学效果。克服传统课程体系造成的基础与临床割裂,学习和探索未知的积极主动性欠缺等弊端,实现人才培养中基础知识与实践能力的有机结合,提升医学生的综合素质。结构化临床见习模式,可以推动教师素质的提高,是一种值得推广的科学的教学方法。但任何教

学方法都有其自身的缺陷和不足,因此我们要因材施教,对不同的学生采取不同的教学方法。

参考文献

- [1]朱航,薛浩,徐靓.等.PBL联合LBL教学法在心血管内科临床教学中的效果[J].中国当代医药,2015,22(30):148-150.
- [2]毛萌,金星明.中国发育行为儿科学的发展与展望[J].临床儿科杂志,2010,28(8):123-127.
- [3]张金莲,余润民,王文凯.研究实践型教学方法在中药学专业本科实习教学中的设计和实践[J].时珍国医国药,2010,21(12):3299.
- [4]林琳,徐丽.“三明治”教学法在担保法教学中的应用[J].哈尔滨金融学院学报,2011,4(2):122-123.

(本文编辑:张文娟 本文校对:米佳 收稿日期:2017-12-25)

师生课堂互动的教学设计[※]

——以灸法课为例

王亚南 梁洁仪 黄泳* 曲姗姗 张继革 姚钰钰

(南方医科大学中医药学院,广东 广州 510515)

摘要:“互动式教学”有利于提高学生的积极性和主动性,使学生由“浅层学习模式”向“深层学习模式”靠拢,从而在很大程度上提高了课堂学习质量。本文以灸法课堂教学为例,介绍了师-生互动的设计与实施,强调师-生互动的“放”“导”“收”环节,举例说明了具体的实施步骤,并提出在师-生互动的过程中,需注意课堂环境的精心营造、课堂话题的认真设计以及课堂的进一步延伸。

关键词:课堂互动;灸法;教学设计;课堂学习;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.005

文章编号:1672-2779(2018)-09-0010-03

Instructional Design of Classroom Interaction between the Teacher and Students —Taking the Course of Moxibustion as an Example

WANG Yanan, LIANG Jieyi, HUANG Yong, QU Shanshan, ZHANG Jiping, YAO Zengyu

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

Abstract: The "interactive teaching" is conducive to improve students' learning enthusiasm and initiative, also makes students get close from the shallow level to the deep level learning model, and thus enhances the quality of classroom learning to a considerable extent. Taking the classroom instruction of moxibustion as an example, this paper mainly introduced the design and implementation of the interaction between the teacher and students, and emphasized the key links of the interaction between the teacher and students, release, guide and acquisition. It also illustrated the concrete implementation steps in the process of the interaction, that attention should be paid to the careful construction of classroom circumstance, serious design of discussing topics and the further extension of content study.

Keywords: classroom interaction; moxibustion; instructional design; classroom learning; teaching reform

课堂教学是学生获取知识的主要途径之一,因此,提高学生在课堂上的学习效率显得尤为重要。大量事实表明,传统的填鸭式课堂模式已经不再适应时代的需求,提高学生的学习兴趣,变被动学习为主动学习是一个亟待解决的问题,在这过程中,良好的“师生互动”有着关键意义。Sousa的研究表明,在大学课堂中,通过传统的教学模式24小时内信息保留率仅为5%。而Pugsley和Clayton的研究也证明,“互动式教学”的效果明显优于传统教学模式^[1]。

“互动式教学”包括师-生互动、生-生互动、人-物

互动等,其中,“师-生互动”是一个关键环节。在“互动式教学”中,学生才是课堂的主体,而老师只是扮演着指导者的角色^[1]。良好的师生互动可以提高学生的课堂参与度,增强学生的学习兴趣,从而提高课堂学习效率。

刺灸灸法学是针灸推拿专业的专业课之一,其中灸法课具有非常重要的地位,它主要包括灸法基础知识,灸法分类与操作方法,灸感、灸量与补泻以及灸法作用与应用等内容。要求学生掌握灸法的概念、分类及各自的操作方法、适应范围、注意事项等内容,从而为临床应用打好基础。在灸法课堂的学习中,我们尝试贯穿“师-生互动”教学法,特别注重相关教学设计,积累了一定的经验。总结如下。

※ 基金项目:广东省质量工程项目[No.C1033550];广东省质量工程项目针灸推拿学特色专业建设[No.C1034458]

* 通讯作者:nanfanglei@163.com



1 灸法课师生互动的设计与实施

课堂教学的师-生互动,主要针对基本知识和技能,针对重点和难点。教师设计的提问,必须精巧、目的性强、开放性,并且一定有助于学生的深入理解和运用。备课阶段,教师就要将互动的环节做好设计,针对不同的知识点设计好话题;课堂师-生互动的进行当中,教师要掌控互动环节,调节讨论的节奏,引导学习的方法。教师要把握“放”“导”“收”三个环节,保证话题的有效性,保证互动的高质量;课后,教师需要完成自我总结、提高,同时收集学生的反馈,分析其意见和建议,并且听取同行和督导的点评和指导,磨练和完善互动的技巧。在灸法课程的学习中,我们将上述设计实施如下。

1.1 针对概念的互动 概念是一个理论的基本内容,学生要学习一个新的知识点,首先要理解它的概念。针对概论的理解,教师要精心设计互动。

在“灸法”概念的学习中,先由老师提出问题,让同学们根据自己的理解来讨论“概念”的内涵,在适当的时候加以引导与提示,启发学生对概念的拓展外延进行思考,并明确概念的细节。以“灸法”的概念为例,在PPT中展示几张患者正在接受灸法治疗的照片,由此引出所学内容——灸法,然后向同学们提问:“大家觉得灸法是什么呀”,这时候,学生就会很自然的依据图片的引导讲出自己的理解:“用艾叶烧”“在经络腧穴或者患处上方熏”等,对于一些细节方面的遗漏,老师适当地予以提醒:“那大家觉得艾灸如何达到治疗效果的呢?”学生便会发现自己在最初的思考过程中的缺失并加以完善,这样主动地参与到概念的思考当中,就会使记忆更加深刻。最后由老师对同学们的回答进行总结,使学生对“灸法”的概念有了更明确的认识。

1.2 针对施灸材料的互动 施灸材料是艾灸的基础知识,也是需要掌握和强调的。这个环节的师-生互动,以学生懂得材料的选择、能够制作出合格的艾炷为目的。

老师展示本节课将会学到的施灸材料,交给学生轮流传递观察、比较、思考,然后讨论,最终由老师进行总结。比如讲到“三年艾绒”和“五年艾绒”时,老师拿出两种不同的艾绒,请同学们观察、比较,并将艾绒分发给同学,每人拿到一小撮,比较手感、气味等方面的差异,然后说出观察到的内容。学生A发现颜色不同:一种颜色比较深,一种颜色比较浅;学生B发现味道不同:两种不同年限的艾绒药味浓郁程度、芳香程度均有所不同;学生C发现手感不同:用手指轻轻搓揉两种艾绒,一种比较粗糙,一种则相对比较绵密;学生D分别点燃少许艾绒,观察燃烧过程、烟雾

情况、艾灰性状,因为时间有限,不能立刻报告观察结果,嘱其课后补报。最后由老师进行总结,分析了新艾和陈艾的不同,说明了陈艾的功效,再次加深同学们的印象。

艾炷是艾灸操作重要的材料之一,老师向同学们讲解用艾绒制作艾炷的方法,同学们体验自己动手制作艾炷,通过视觉感知大、中、小艾炷的差距。最后可以对同学们制作的艾炷进行评价,选出做的好看的艾炷进行表扬“这个艾炷是最漂亮的”,指出做的相对不好看的艾炷对学生们说:“这个全场最丑”,引起哄堂大笑,调节课堂气氛,使同学们放松心情,开心地度过课堂时光。

1.3 针对操作的互动 艾灸操作是整个章节的重点,需要学生能够明白不同方法的选择,准确完成不同艾灸方法的各个步骤。

老师先展示艾灸的操作,然后让同学探讨操作的过程、细节、注意事项等问题,最后由老师进行总结。例如在介绍“隔盐灸”时,同学A说:“操作部位在肚脐”,同学B则补充道:“在神阙穴进行操作”,同学C说:“病人躺在治疗床上,把盐填满病人的肚脐,然后把姜片放在盐上面,再把艾炷放在姜片上点燃”。此时同学们的思维可能陷入瓶颈,没有人再回答,老师则适时地提醒:“那应该用怎样的姜片比较好呢?”,同学D说:“姜片要薄厚适度并且要均匀”,同学E说:“用到的姜要是新鲜的,还要在姜片上面戳小洞”,此时同学们已经变得活跃起来,有同学主动提问:“病人要是觉得烫了怎么办?”关于这个问题,其他同学们发表了自己的不同看法,有人觉得用止血钳夹起姜片连同烧尽的艾炷一起扔掉换新的,也有人觉得只换掉艾炷就行,还有人提出赶紧把填入肚脐的盐清走,等等。最后,老师解释了同学们在讨论过程中的意见分歧,补充了没有提及的细节问题,对整个艾灸操作进行总结。

再比如“回旋灸”的部分,同样,首先由学生自行讨论相关内容,最后由老师进行总结。而关于回旋灸“面积”的这个问题,还没有固定的答案,因此将这个问题作为小组任务留给了第四小组的同学,让他们课后查找文献古籍。

1.4 针对适应证、禁忌证、注意事项的互动 艾灸的具体应用,是本章节与临床的接轨,要求学生明确艾灸的适应证、禁忌证,注意治疗过程中各种可能出现的问题。

首先让同学们讨论艾灸的适应证、禁忌证及注意事项,然后由老师进行解释总结,加强同学们的记忆。以“灸法补泻”为例,老师让同学们发表自己对灸法

补泻的看法, A同学说:“我觉得灸法没有泻的作用, 都是温热的, 那肯定是补的作用”; B同学反驳道:“我觉得灸法是有补泻之分的”; 这时候C同学也回答道:“我认为针法有补泻, 灸法补泻还真不知道”。最后, 由老师评价同学们的回答, 介绍古代医家对灸法补泻的认识, 总结这部分的内容。

1.5 针对机制研究的互动 艾灸的机制需要联系前沿研究, 回答传统灸法是怎么发挥防治功效的。

比如, 讨论到艾灸产生的烟雾时, 老师点燃艾条, 使教室充满艾烟, 创造模拟情景并询问:“艾灸过程产生的烟, 对于疾病的防治有益无益?” 经过讨论后, A同学说:“艾灸重点是艾绒燃烧产生温热感, 刺激穴位, 从而发挥作用, 艾烟没什么用”, B同学说“我认为艾烟也有作用, 艾叶有通经活络, 温经散寒的功效, 艾灸过程中, 烟雾会发挥一定的治疗作用”, 这时候C同学发出疑问:“那现在市场上的无烟艾灸怎么解释?” 并提出自己的观察“临床上有病人非常不喜欢艾灸的烟雾, 治疗过程中会有专门仪器抽走艾烟”。同学们有的说有、有的说没有, 因为课堂时间有限, 于是将这个问题交给同学们课后进行讨论。

2 师-生互动设计与实施心得

《基础教育课程改革纲要(实行)》中提到“教师在教学过程中应与学生积极互动、共同发展, 要处理好传授知识与培养能力的关系, 注重培养学生的独立性和自主性, 引导学生质疑、调查、探究, 在实践中学习, 促进学生在教师指导下主动地、富有个性地学习”^[2]。

“师-生互动”是提高课堂教学质量的关键因素。因此, 不能让“课堂互动”流于形式, 有效的课堂互动应该注意以下内容。

2.1 师-生互动的课堂环境需要精心营造 首先, 师生之间应该平等和谐。要和学生做朋友, 多一些鼓励和表扬, 要允许学生出错, 在课堂上没有权威, 只有合理, 这样才能调动所有学生的积极性, 使学生愿意参与到课堂互动当中; 其次, 师生之间要互相尊重。还课堂给学生, 老师不再是课堂的主导者, 只是作为一个引导者, 来指引学生主动的思考; 最后, 在讨论过程应该就事论事。注意不要偏离主题, 不要故意刁难别人, 当其他同学发言时不能随意打断, 尊重别人的发言, 当双方持不同意见时, 应有序争论, 切忌语言暴力, 使争论演变为言语攻击。

2.2 师-生互动的课堂话题需要认真设计 首先, 问题要紧扣教学大纲, 针对重点、难点内容; 其次, 问题需具有开放性, 能引起讨论、引发思考; 最后, 问题要能够加深理解、记忆、帮助后期的应用。

2.3 师-生互动的课堂需要进一步延伸 课堂上的时间是非常有限的, 有很多问题都没有办法及时解决。师-生互动既要能够放出去, 又要能够收回来。一方面在有限的课堂时间内解决基本学习的知识和技能, 另一方面适当延伸课堂, 启发学生进一步学习和思考。因此, 一些能够引发学生思考、争论的问题, 可以延伸成课外课题, 由小组课后协作解决; 对于基础知识的学习, 可以通过问题的引导, 进一步将基础和临床结合, 将书本和实践结合。

研究分析表明, 大学生的学习可以被分为两个层次, 即“浅层学习”和“深度学习”^[3]。浅层次的学习仅仅停留在对知识的理解记忆, 学生比较被动, 而深层次学习模式下, 学生会主动学习, 在对原有知识消化吸收的基础上, 进行批判、思考、整合、运用。“师-生互动”可以促进学生对内容的理解, 加深对知识的记忆, 并且引导学生自我思考, 使同学们的学习模式逐渐向“深度学习”靠拢^[3]。因此, 良好的师-生互动有利于提升学生的综合学习能力, 提高课堂学习质量。

“师-生课堂互动”的教学模式能够激发学生学习的积极性和自主性, 提高学生的综合素质, 有利于培养符合新时代要求的人才, 是一种有效可行的方法。但是它的设计, 还存在许多不足之处, 需要我们更加深入的探索。

参考文献

- [1]顾佳峰. 高等教育中的互动式教学——以北京大学“世界课堂”为例[J]. 黑龙江高教研究, 2013, 31(2):24-27.
- [2]刘龙辉. 师生有效互动的探讨[J]. 中华少年, 2017(8):284.
- [3]陈明, 陆建峰, 牛浩. 基于深层次学习理论的翻转课堂发展性评价体系的构建[J]. 现代远程教育, 2017(6):20-26.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王升旭 收稿日期:2018-02-01)

温馨提示

最近有部分作者反映, 有人冒充我刊工作人员以核对文章、邮寄杂志、发票等为由, 打医院科室电话, 索要作者个人信息, 要求加作者微信。我刊调查了解得知, 这些人是从网络、数据库搜集到作者、单位、科室, 从医院官网查询电话, 冒充我刊工作人员身份与作者联系以行骗。

近来电信诈骗猖獗, 诈骗手段翻新。敬请我刊广大作者、读者提高警惕, 注意防范, 谨防上当受骗。我刊编辑部特设咨询电话:010-57289309、010-57289308; 发行及财务:010-87363190; 唯一投稿邮箱:zgzyycjy@163.com; 官网:www.zgzyycjy.com。

中国中医药现代远程教育杂志社

2018年3月

中医骨伤3D打印手法复位教学模型的质量控制※

赵文韬^{1,2,3} 易红赤^{1,2,3} 魏庆中^{1,2,3*}

(1 云南中医学院临床医学院骨伤教研室, 云南 昆明 650500;

2 云南中医学院第一附属医院骨伤科, 云南 昆明 650021; 3 云南省中医医院骨伤科, 云南 昆明 650021)

摘要:目的 在引入3D打印模型辅助中医骨伤手法复位教学过程中,发现模型打印效果对教学效果有着较大的影响,就如何提高打印质量进行总结分析。**方法** 研究纳入桡骨远端骨折病例2例,通过三维模型的提取,三维模型优化后按照打印层厚分别为0.1、0.2、0.3 mm;模型纵轴垂直于打印平台、纵轴平行于打印平台的模型。将打印模型按照外观真实度、表面光滑度、骨折线对位精确度、后期处理难易度4个方面进行评价。**结果** 最后获得3D打印的桡骨远端骨折模型12个,经评分评出合格模型8个,不合格模型4个。**结论** 在利用3D打印模型进行中医骨伤科教学活动时,模型在打印机打印平台上的放置方式对打印模型的质量影响大于打印层厚对打印模型质量的影响。但是随着层厚的增加,模型的质量仍然存在下降的趋势,因此在实际运用过程中,设置打印层厚时仍然应根据实际要求设计。

关键词: 手法复位; 教学模型; 中医骨伤; 3D打印

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.006

文章编号:1672-2779(2018)-09-0013-04

Quality Control of 3D Printing Teaching Model of Manual Reduction in Orthopedics of Traditional Chinese Medicine

ZHAO Wentao^{1,2,3}, YI Hongchi^{1,2,3}, WEI Qingzhong^{1,2,3*}

(1. Department of Orthopedics, School of Clinical Medicine, Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650500, China;

2. Department of Orthopedics, the First Affiliated Hospital of Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650021, China;

3. Department of Orthopedics, Yunnan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650021, China)

Abstract: **Objective** To summarize how to improve the printing quality in the application of 3D printing model assisted teaching and the impact on the teaching. **Methods** Two cases of distal radius fractures were included. The 3D model was extracted, and then the model was optimized for printing. According to the print layer height is 0.1, 0.2, 0.3mm, model longitudinal axis perpendicular to the print platform, the vertical axis parallel to the print platform method for model printing. The printing models were evaluated in terms of appearance, smoothness of the surface, alignment accuracy of the fracture line, and post-processing difficulty. **Results** Twelve models of distal radius fractures were obtained by 3D printing. Eight of the qualified models were evaluated and 4 were unqualified. **Conclusion** In the use of 3D printing model for orthopedics teaching activities in traditional Chinese medicine, the placement of the model on the print platform has a greater impact on print quality than print layer thickness. However, it can still be seen that as the layer thickness increases, the quality of the model is declining. Therefore, in the actual use of the process, set the print layer thickness should still be based on the actual design requirements.

Keywords: manual reduction; teaching model; orthopedics of traditional Chinese medicine; 3D printing

中医骨伤是以中医基础理论为指导,研究和防治骨关节及其周围筋肉损伤与疾病的一门中医临床学科,相关疾病主要包括骨折、脱位、筋伤等几大类。中医骨伤手法复位是整复骨折、脱位的特色治疗方法,具有手术治疗不可替代的“简、便、验、廉”优势。传统手法复位的教学与传承多是通过教师讲解、演示,学生在教师指导下通过实践体会的方法来学习。

三维(3-dimensional, 3D)打印技术是一种利用逆向工程原理制造立体结构的快速成型方法,是数字化技术在骨科运用的一种先进方法^[1]。现在3D打印技术已经在骨科领域已经得到广泛运用,可利用3D打印技术

来模拟展示骨折移位情况、设计个性化内固定物、进行术前规划、制定个体化手术方案等^[2]。

为了提高中医骨伤手法复位的教学效果,在讲授和实践教学过程中,借鉴相关成果的经验,我们在教学中引入了3D打印模型辅助教学,取得了良好的教学效果。在这个方法运用过程中,发现模型的打印质量对教学效果有着较大影响。本文借助桡骨远端骨折(colles骨折)3D打印教学模型制作经验,就如何提高打印质量进行总结分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经云南中医学院第一附属医院伦理委员会批准通过,本研究纳入桡骨远端骨折(colles骨折)2例,分别为:患者1,男性,35岁,跌伤后右侧腕部疼痛、活动受限2 h入院,入院就诊后体格检查提示:右腕部局部肿胀,局部呈“餐叉”样畸形,局部压痛,可触及骨擦感。呈现桡骨远端骨折(colles骨折)典型

※ 基金项目:云南省教育厅科学研究基金项目[No.2016ZDX086];云南省科学技术厅-云南中医学院应用基础研究联合专项资助[No.2017FF117(-040)];云南省卫计委科研资助项目[No.2014NS331]

* 通讯作者:wqz915@sohu.com

体征, X线检查提示桡骨远端骨折 (colles 骨折); 患者2, 男性, 50岁, 跌伤后右侧腕部疼痛、活动受限3 h入院, 入院就诊后体格检查提示右腕部局部肿胀, 局部呈“餐叉”样畸形, 局部压痛, 可触及骨擦感。呈现桡骨远端骨折 (colles 骨折) 典型体征, X线检查提示桡骨远端骨折 (colles 骨折)。2名患者经签署同意书后行右腕部CT扫描, 扫描层厚0.625 mm。描后数据以DICOM格式保存, 用于三维模型建模。

1.2 建模方法

1.2.1 三维模型的提取 将患者DICOM格式的CT影像导入交互式医学影像控制系统Mimics10.01软件 (Materialize, Inc., 比利时)。分别使用阈值分割命令、蒙版工具、区域增长命令、编辑蒙版命令将骨骼和软组织分离, 编辑图像形状, 选择所需区域, 逐层分割出所需的骨骼结构 (图1); 最后通过进行重建, 重建包括桡骨远端骨折块、近段桡骨、掌骨、腕骨等结构的初步三维曲面模型 (图2)。该三维模型以STL格式保存。



图1 分割出各部分所需的骨骼结构

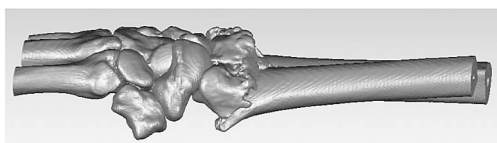


图2 初步的三维曲面模型

1.2.2 三维模型优化 将STL格式的模型逐个导入到自动逆向工程软件Geomagic 2012 (Geomagic, Raindrop Geomagic, 美国) 获得曲面模型, 这个过程还需要通过软件对骨骼模型进行曲面优化, 删除钉状物、填充空缺部分, 增加光顺程度, 编辑轮廓线, 构造曲面片, 拟合曲面等操作 (图3)。待模型呈现表面光滑、轮廓清晰, 外观与真实状态完全一致以后继续以STL格式保存。

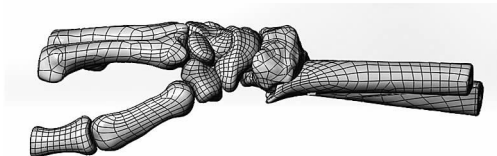


图3 优化后的模型

1.3 3D打印教学模型打印方法 将STL模型导入3D打印专业软件Cura 15.04 (Ultimaker, 荷兰) 进行打印前切片。

模型设置于打印机平台中央位置。打印喷头直径设置为0.65 mm, 打印层高分别设置为0.1、0.2、0.3 mm; 壁厚设置为1 mm; 顶/底面厚度设置为0.75 mm; 填充密度设置为20%; 打印速度使用30.0 mm/s; 喷头温度设置为210 ℃; 支撑类型设置为部分支撑; 工作台附着方式设置为网格, 厚度2 mm。然后使用软件中模型旋转命令, 分别按照模型纵轴垂直于打印平台 (图4)、纵轴平行于打印平台 (图5) 进行模型放置。模型大小比例设置为1:1。设置完毕的切片文件以gcode格式保存到SD卡后准备打印。

将SD卡插入Ultimaker 2 Extended打印机后预热打印机, 使用打印材料为聚乳酸 (PLA), 材料直径为2.85 mm, 利用熔融层积成型技术 (fused deposition modeling, FDM) 获得所需模型。打印完毕后对模型进行去除支撑、打磨光滑等处理。

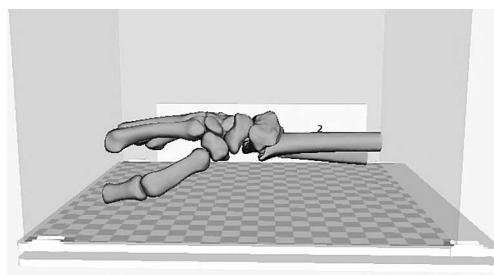


图4 模型纵轴垂直于打印平台

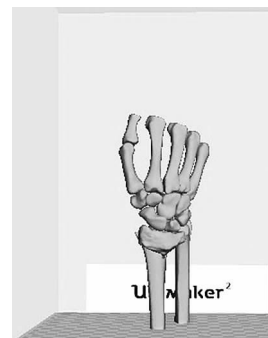


图5 模型纵轴平行于打印平台

1.4 打印模型质量的评价方法 通过将打印模型按照外观真实度、表面光滑度、骨折线对位精确度、后期处理难易度4个方面进行评价, 每个指标分别分为优秀、良好、差3个级别, 每个级别分别赋予3分、2分、1分。4项评分相加总分 ≥ 7 分为合格, < 7 分为不合格。打分通过3位有丰富临床、教学经验的教师评估, 3人对每个模型单独评分, 各个级别评分取3人评分总分的平均分, 小数点后一位评分采取四舍五入计分。

2 结果

最后获得3D打印的桡骨远端骨折模型12个 (表1)。经过3位教师的评分, 我们评出合格模型8个, 不合格模型4个 (表2)。模型纵轴平行于打印平台打印的评分低于纵轴垂直于打印平台的方法。随着层厚增加, 模型评分仍然呈现下降的趋势。

表1 3D打印的桡骨远端骨折模型例数 (例)

组别	纵轴垂直于打印平台			纵轴平行于打印平台		
	层厚0.1 mm	层厚0.2 mm	层厚0.3 mm	层厚0.1 mm	层厚0.2 mm	层厚0.3 mm
患者1	1编号:1	1编号:3	1编号:5	1编号:7	1编号:9	1编号:11
患者2	1编号:2	1编号:4	1编号:6	1编号:8	1编号:10	1编号:12

表2 3D打印的桡骨远端骨折模型质量评分 (分)

模型编号	外观真实度	表面光滑度	骨折线对位精确度	后期处理难易度	总分
1	3	3	2	2	10
2	3	3	2	2	10
3	3	3	2	2	10
4	3	2	2	2	9
5	2	2	2	2	8
6	2	2	2	2	8
7	2	2	1	1	6
8	2	2	2	1	7
9	2	2	1	1	6
10	2	2	2	1	7
11	2	1	1	1	5
12	2	1	1	1	5

3 讨论

3.1 选择桡骨远端骨折3D打印模型的意义 由于教育环境和教育技术的革新变化,现在的医生需要更多的培训方法和手段,而一个好的3D打印模型对训练医生具有重要意义^[3]。桡骨远端骨折在临床上可以分为伸直型(colles骨折)和屈曲型两种。作为在临床最为常见的骨折之一,中医手法复位治疗可以取得良好的治疗效果。桡骨远端骨折的中医手法复位是中医骨伤实践及临床教学的重要内容。传统的桡骨远端骨折手法复位教学大多是通过教师在课堂讲授复位方法,实践教学课进行示范教学,学生在临床实践环节参与实际临床治疗等环节掌握具体的治疗方法。为了提高教学效率与质量,有必要开发新的教学手段。而文章选择了以桡骨远端骨折模型来研究如何提高3D打印模型质量具有两方面的积极意义,第一是有针对性地研究如何更好提高桡骨远端骨折模型的打印质量;其次是通过以桡骨远端模型的打印为切入点,为提高其他骨折模型的打印质量提供参考。

3.2 骨伤科手法复位示范中使用3D打印模型的优势 中医复位手法形式繁多,实施操作方法经验性强,对操作的技巧性和力度大小要求非常高,因此中医骨伤手法复位技术不易推广,影响着中医正骨复位手法的继承和发扬,利用现代科技技术将抽象的中医骨伤手法复位治疗技术直观、逼真地表现出来,具有深远的意义和良好的发展趋势^[4]。与真实骨骼标本对比,3D打印模型具有获取容易、可反复演示等优势,有利于对学习者的手法操作技能进行动态反馈和科学分析,保证其在短时间内掌握操作要领、完成手法学习任务^[5]。运

用数字化3D打印技术还可以为中医骨伤临床教学提供更加直观的教学模型,通过3D打印模型重现患者的受伤机制、展现骨折的移位程度,调动了学生学习的积极性,提高教师的教学质量和学生的学习效率^[6]。3D打印的教学模型仿真性强、形象直观,学生更容易理解复杂的解剖结构,能提高学生的学习兴趣 and 知识的掌握牢靠程度^[7]。因此,研究如何提高3D打印手法复位教学模型具有可以实现的现实意义,可以为中医骨伤手法复位的教学提供一种先进的方法。

3.3 3D打印模型质量的控制 3D打印骨折模型的过程包括医学影像数据的提取、数字模型的制作、打印机设置和最后材料成型等过程。而模型材料成型过程中的质量工艺参数主要有:扫描速度、填充间隔、填充线宽、分层厚度、喷头温度、成型室温度等,3D打印的方法有多种,包括:FEM技术、立体平版印刷技术(SLA)、选区激光烧结技术(SLS)、激光成型技术(DLP)、UV光固化成型技术等,同时材料的选择也是多种多样,常用的成型材料主要有聚乳酸(PLA)、光敏树脂、工程塑料(ABS)以及聚氨酯(TPU)材料等,聚乳酸和工程塑料都是硬性材料,光敏树脂是微弹性材料,聚氨酯则是弹性材料。TPU材料作为一种弹性体,是介于橡胶和塑料之间的一种材料,能在35℃以下保持良好的弹性,无毒无害,对皮肤无刺激^[8]。打印模型的质量除了要注意到具体打印参数的设置以外,还与材料的选择和打印成型的具体技术有直接关系。而文章中观察的质量控制指标主要包括打印层厚和打印模型相对于打印平台放置位置两个指标。经过观察对比,发现主要影响打印质量的因素为模型放置方法,其放置的方法将会影响到打印过程中软件自动生成支撑的位置,直接影响到模型最终的成型质量。打印层厚尽管没有明显影响到打印模型的精度,但是在临床运用时可以接受的精度还要结合实际需要设置^[9]。在本研究过程中可以发现,随着层厚增加,模型的精度会有一定下降,但影响程度远不如模型放置位置的影响大。

3.4 本研究的不足 文章以桡骨远端骨折手法复位3D打印教学模型为例分析了如何提高打印质量,但是仍然存在不足。本文仅选择了FEM方法和PLA材料进行研究,在方法的选择上过于简单,同时选择的参考指标设置也缺少具体的规范,因此在实际运用过程中可能还需要不断探索与完善。

4 结论

在利用3D打印模型进行中医骨伤科教学活动时,打印模型在打印机打印平台上的放置位置对打印模型的质量影响大于打印层厚对打印模型质量的影响。因此在制作3D打印模型过程当中,应当选择合理的放置位置以保证打印质量。尽管打印层厚对打印质量的影响不明显,但是仍然可以看出随着层厚的增加,模型

的质量仍然存在下降的趋势。因此,在实际运用过程中,设置打印层厚时仍然应根据实际要求进行设计。

参考文献

- [1] Favero CS, English JD, Cozad BE, et al. Effect of print layer height and printer type on the accuracy of 3-dimensional printed orthodontic models[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2017, 152(4):557-565.
- [2] 赵景新, 马雅昌, 韩栋, 等. 3-D 打印在青少年胫骨远端骨折累及骺板损伤手术中的应用[J]. 中国修复重建外科杂志, 2017, 31(10):1195-1199.
- [3] Takahashi K, Morita Y, Ohshima S, et al. Creating an Optimal 3D Printed Model for Temporal Bone Dissection Training[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2017, 126(7):530-536.

- [4] 张俊忠, 邱鹏, 李传莉, 等. 中医正骨复位手法信息采集系统的设计[J]. 计算机仿真, 2012, 29(2):297-300.
- [5] 田林, 田聪, 周红海, 等. 3D 打印联合有限元分析技术在中医骨伤本科临床教学中的应用[J]. 中国全科医学, 2016, 19(S1):289-291.
- [6] 王建忠, 孙明启, 包国玉. 3D 打印模型在中医骨伤科学教学中的应用研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(20):11-13.
- [7] 杨长伟, 何大为, 陈自强, 等. 基于三维打印技术的骨科教学模型设计及教学实施体会[J]. 中国医学教育技术, 2015, 29(5):550-552.
- [8] 陆亮亮, 史廷春, 于云, 等. 3D 打印指骨骨折支具的研究[J]. 航天医学与医学工程, 2017, 30(4):263-269.

(本文编辑:张文娟 本文校对:董平 收稿日期:2018-02-23)

基于案例式 PBL 的对分课堂※

——中医妇科学教学改革的新模式

王景叶 郝海霞*

(内蒙古医科大学中医学院, 内蒙古 呼和浩特 010059)

摘要:“对分课堂”是复旦大学心理学博士生导师张学新教授提出的一种新型课堂教学模式,整个教学过程在时间上被清晰分离为三个过程,即讲授(presentation)、内化和吸收(assimilation)、讨论(discussion),也可简称为PAD课堂。是一种基于PBL但又不同于PBL的新型教学法,能够极大地促进学生提升学习兴趣,激发学生学习积极性和主动性,增强学生的自我存在意识,在培养学生的探究能力、分析和解决问题的能力方面起着重要作用。

关键词: 中医妇科学; 对分课堂; 案例式PBL; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.007

文章编号:1672-2779(2018)-09-0016-02

The Presentation-Assimilation-Discussion Class Based on Case-based PBL --A New Model of Teaching Reform of Gynecology of Traditional Chinese Medicine

WANG Jingye, HAO Haixia

(School of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010059, China)

Abstract: The "presentation-assimilation-discussion class" is a new type of classroom teaching mode of doctoral student in psychology at the Fudan University. Professor Zhang Xuexin proposed that the teaching process is clearly separated into three processes in time, namely teaching (presentation), internalization and absorption (assimilation), the discussion (discussion), also referred to as PAD class. Is a new teaching method, but different from PBL based on PBL, can greatly promote students to enhance interest in learning, stimulate students' learning enthusiasm and initiative, strengthen students' self-consciousness, plays an important role in fostering students' inquiry ability, ability to analyze and solve problems.

Keywords: gynecology of traditional Chinese medicine; presentation-assimilation-discussion class; case-based PBL; teaching reform

近年来,我国高等医学院校针对教学方法的改革做了诸多尝试,新的教学方法被不断引入教学实践中,极大地促进了医学生对专业课的学习兴趣,一定程度上提高了课堂教学质量与学生的学习效率。如“以问题为中心”的教学法(problem-based learning, PBL)在国内外大多数国家的医学院校得到了广泛的应用并取得了较好的教学效果^[1]。如何进一步完善PBL教学方法,充分调动广大医学生在专业课堂中的学习主动性,也是当今医学教学改革中的一个重要研究方向。对分课堂是由复旦大学心理学博士生导师张学新教授于2013年10月率先提出的一种新的高校教学模式^[2]。其核心理念是把一半课堂时间分配给教师进行讲授,另一

半课堂时间分配给学生以讨论的形式进行交互式学习。讲授、课后学习和讨论是对分课堂的三个核心环节,对分课堂教学模式将传统的讲授式课堂和讨论式课堂进行了有效结合,成功地规避两种教学模式独立实施的缺点。其更强调生生、师生互动,使教育教学活动回归“教的主导,学的主体”双边互动、教学相长的本质,有效化解了当前大学课堂师生互动相对被动的困境,呈现出一种崭新的课堂形态^[3-4]。据此,作为一名力求改变传统讲授式课堂模式为主的中医药院校的青年教师,通过对张学新教授所著的《对分课堂-中国教育的新智慧》一书的拜读,深受触动,对基于案例式PBL的对分课堂教学模式在中医妇科学教学中的应用做了如下探讨,以供同行参阅。

1 PBL教学模式的优缺点

1.1 PBL教学模式的优点 金建敏等^[5]在对临床实习的学生进行教授时发现,与传统的灌输式教学方法相比,

※ 基金项目: 内蒙古医科大学精品资源共享课-中医妇科学[No. NYJPZYGXK201703]

* 通讯作者: haohaixia2011@163.com

PBL教学模式以学生为主体,学生充分利用现代科技手段进行自学,积极主动参与,从而达到提高学习效果;通过提出问题,建立假设,收集资料,讨论假设,总结5个阶段培养学生以病例为中心内容的发散思维和横向思维以及灵活运用知识的能力。PBL教学提倡以学生的主动学习为主,而不是传统教学的填鸭式教育,是一种全新的学习方式,不但有利于培养学生理论联系实际、分析思考和解决处理问题的能力,更有利于充分发挥学生学习的主观能动性、培养学生独立思考的能力,从而从整体上提高学生素质^[6]。

1.2 PBL教学模式在中医妇科学课堂中之不足 我院中医妇科学这门课程是在学生大四学年开始讲授,作为一门中医专业临床课程,笔者在授课过程中发现,以案例引入为主的PBL教学模式在调动同学们学习的主动性、积极性方面效果往往差强人意。分析其中原因,概括为如下几点:(1)千篇一律式的生硬、呆板的案例引入式的PBL教学模式,形成所谓的“套路式”教学,学生对刚接触的内容尚未完全消化、吸收,不易提出深刻的问题,难以形成新颖的观点和看法,讨论缺乏深度,不能很好地突出中医妇科学这门课程的特殊性和复杂性;(2)有时引入简单的案例,往往提不起学生动脑思考的兴趣,这也就很好地解释了为什么每每讲到案例分析时同学们总是低头不屑,自顾自学,难以做到生生互动、师生互动。(3)鉴于中医妇科学是运用中医学理论认识女性生殖系统的解剖、生理、病理特点,诊疗规律和研究女性特有疾病的一门临床学科^[7],学生中不乏很多男女学生对这门课程所涉问题羞于讨论,难以勇敢表达自己对某些疾病的观点、看法。

以上原因概是案例式PBL教学模式在中医妇科学课堂教学中所遇之瓶颈,寻求一种突破,扬其长,避其短,势在必行。

2 基于案例式PBL的“对分课堂”教学新模式

中医妇科学作为一门临床专业课,传统模式的案例式PBL教学法在其课堂上越发显得形式化。对分课堂的出发点就是把这样形而上的“即时讨论”改为“延时讨论”,让学生经过独立学习和独立思考,对教师讲授的内容进行一定程度的内化和吸收之后,再展开讨论,从而有效提升讨论质量,保证学生学有所悟。

结合传统课堂和讨论式课堂各自的优势,“对分课堂”是把一半课堂时间分配给教师进行讲授,另一半课堂时间分配给学生以讨论的形式进行交互式学习。

具体于《中医妇科学》每一章节的讲授而言,在讲授环节,教师主要介绍教学内容的框架、重点和难点,而后提出临床经典病案供学生课后思考,而不是将病案作为本节课程的引入点来激起学生一时的学习兴趣。在讲授和下一次病案讨论两个环节之间,学生有一定的时间阅读教材、深入理解、完成作业,这是

个性化的内化和吸收的过程。但内化和吸收须要求学生独立完成,不能与同学或教师进行讨论和交流。

在讨论环节,教师上课后先不做讲授,立刻让学生分组,通常男女生共4人一组,进行讨论。讨论主要是针对教师上次课的讲授内容、学生在内化阶段的学习结果及教师的遗留病案进行。然后,让学生分享自己的体会、收获和困惑,互相答疑、互相启发,取长补短,把普遍性的问题记录下来。小组讨论后,教师组织全班交流,对小组讨论中存在的疑难问题进行逐一解答,最后进行总结^[8]。

3 思考与展望

基于PBL的对分课堂教学模式决不是教师课堂讲授与学生讨论学习的简单混合和随意叠加,而是从尊重学生学习和发展规律的角度,对课程教学内容和结构进行的全面重组与改革。这种改革不仅对教师的教学素养和能力提出了更高的要求,也对学生的学习能力提出了新要求^[9]。笔者认为,鉴于中医妇科学学科的特殊性和重要性,首先教师应在讲授该课程时向学生阐明身为医者,“疾病面前无性别”的大医情怀,打消学生尤其是男同学学习妇科课程的害羞心理;其次,教师在不断累蓄自身专业底蕴的同时,更应注重课前对教学内容的研磨和把控,根据教学内容的重点,精心设计PBL典型临床案例,激发学生思考潜力,给予学生独立思考问题、分析问题及解决问题的空间和时间。最后,身为教师,还要注意充分挖掘学生的潜能、关爱学生^[10],因材施教,营造良好的生生、师生互动氛围。总之,基于案例式PBL的对分课堂教学模式,能有效地促进学生开展自主学习,提升学习兴趣,增强学生的自我存在意识。在提高教学质量的同时激发学生的学习积极性和主动性,培养学生的探究能力、分析和解决问题的能力。笔者将在未来的教学实践中依据教学效果与学生反馈情况,对所授课程的教学模式做进一步优化和完善。

参考文献

- [1]袁松柏,何小英,苏小芳.浅谈“以问题导向学习模式”的教学在康复实训中的应用[J].课程教育研究,2016(9):230.
- [2]张学新.对分课堂:大学课堂教学改革的新探索[J].复旦教育论坛,2014,12(5):5.
- [3]王明媚.对分课堂在大学英语课程教学中的实践与反思[J].高教论坛,2016(8):66.
- [4]陈瑞丰.对分课堂:生成性课堂教学模式探索[J].上海教育科研,2016(3):71.
- [5]金建敏,崔晶,孙永昌,等.PBL结合LBL在呼吸内科临床见习中的应用[J].中华医学教育探索杂志,2011,10(10):1238-1240.
- [6]赖毛华,马红霞,宋兴华.PBL结合多媒体教学在中医妇科学见习带教中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(18):84-85.
- [7]杜小利,毛惠.中医妇科学[M].2版.北京:科学出版社,2017:3.
- [8]张学新.对分课堂-中国教育的新智慧[M].北京:科学出版社,2016:5-6.
- [9]邱茜,张连成,李玉峰.基于建构主义和翻转课堂的信息安全专业课程教学[J].计算机教育,2016(2):69.
- [10]汪江桦,汤建国,王思秀.基于翻转课堂的信息安全专业课程教学模式研究[J].福建电脑,2016(7):35.

(本文编辑:张文娟 本文校对:隋凤明 收稿日期:2018-01-24)

中医院校分子生物学检验技术教学改革探讨[※]

宋军营¹ 徐华明² 段文慧¹ 仝岩³ 任伟宏³ 宫洪涛³ 张振强^{1*}

(1 河南中医药大学中医免疫学实验室, 河南 郑州 450046; 2 河南中医药大学科技处, 河南 郑州 450046;
3 河南中医药大学第一附属医院检验科, 河南 郑州 450000)

摘要: 本文分析了目前中医院校分子生物学检验技术教学中存在的问题, 通过探讨改进教学内容和方法、合理运用多媒体等教学手段、重视实验教学, 理论联系实际、加强与学生的交流、改革考核方式等教学改革措施, 以期提高教学质量, 激发学生的学习兴趣, 进而为社会培养医学高素质人才。

关键词: 分子生物学; 检验技术; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.008

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0018-03

Discussion on Teaching Reform of Molecular Biology Technology in University of Traditional Chinese Medicine

SONG Junying¹, XU Huaming², DUAN Wenhui¹, TONG Yan³, REN Weihong³, GONG Hongtao³, ZHANG Zhenqiang^{1*}

(1. Laboratory of Medical Immunology, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. Office of Science and Technology, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

3. Clinical Laboratory, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: This article analyzed the existing problems in molecular biology teaching. By discussing the teaching reform measures such as the improvement of teaching contents and methods, the rational use of multimedia teaching means, paying attention to the experimental teaching, theory with practice, strengthening the communication with students, the modes of examination was reformed. In order to improve the quality of teaching, to stimulate the students' interest in learning, then we will cultivate the high quality medical talents for the society.

Keywords: molecular biology; test technology; teaching reform

作为生命科学中的前沿学科, 分子生物学在DNA双螺旋结构提出后的几十年间迅猛发展, 现已成为帮助临床诊断、指导疾病治疗的重要手段^[1]。近年来, 分子生物学检验已成为了医学检验中的新兴领域, 随着该项技术在临床上的广泛开展与应用, 国内外的众多高校都相继开设了分子生物学检验技术课程。该课程作为医学检验专业的主干课程, 与其他多门学科的知识点相互交叉渗透, 需要学生具有扎实的专业基础和极广的知识面, 是一门技术性、综合性都很强的学科。同时由于其课程内容抽象难懂, 使学生在学时易产生距离感和畏惧感, 给教学增添了极大的难度^[2]。再加上中医院校学生生源文理兼收, 文科生生物学基础差、相关知识匮乏, 甚至会有部分学生在学习上还有障碍和厌烦感, 现笔者结合近年来的教学经历, 通过对分子生物学检验技术课程的教学改革进行探讨, 以期提高中医院校的教学质量, 激发学生的学习兴趣, 进而培养他们的科研创新意识。

1 分子生物学检验技术教学存在的问题

分子生物学检验技术课程涉及生物化学、分子生物学、遗传学等众多学科的内容, 各种新理论、新技术不断充实, 发展速度迅猛, 但教学现状并不乐观。

其复杂的知识体系构成、过少的实验教学课时安排、理论与实践严重脱节等是目前多数中医学院所共同面临的问题, 也正是由于这些因素, 使得学生在学习这门实用性很强的专业课时无法提起兴趣, 往往只是为了应付考试, 修学分, 很难达到真正的教学目的。

2 提高教学效果的措施

2.1 改进教学方法和教学内容 在教学内容方面, 可以概括分为三大章节: 基础理论知识、检验技术、临床应用。其中基础理论知识章节与生物化学的内容有重叠, 但又各有侧重, 在讲课时应注意合理安排这部分的学时, 以免造成不必要的资源浪费。检验技术章节则主要介绍临床中常用的基本检验技术及其原理, 还会适当地介绍一些近年来的最新技术, 因为这些新技术在学生今后的工作及科研中是不可或缺的, 同时还能开阔视野, 拓宽知识面。而临床应用章节主要通过深入讲解分子生物学检验在感染性疾病、遗传病及肿瘤等方面的研究, 让学生对该技术在临床疾病诊疗中的实际应用有更形象更充分的认识^[3]。

在教学方法方面, 改变以往“填鸭式、灌输型”的传统教学模式, “授之以鱼不如授之以渔”, 引导学生学会学习, 注重培养其独立思考的能力。通过合理精简教学内容, 借助模型、动画等多种途径, 吸引学生的注意力。同时, 可以紧跟潮流, 开通教学微信公众号, 借助网络平台, 建立资源共享库, 及时更新授课内容及国内外的新技术新理论, 更加有效地提升教学质量^[4]。另外, 根据学生对所学知识的实际掌握情况, 灵活调整各章

※ 基金项目: 河南省基础与前沿科学研究项目 [No. 14230041023, 162300410127]; 河南省高校科技创新人才支持计划 [No. 13HASTIT027]; 河南省郑州市普通科技攻关项目 [No. 141PPTGG435]

* 通讯作者: zhang_zhenqiang@126.com



节的授课学时,增删部分内容,使教学更趋合理化。

2.2 合理运用教学手段

2.2.1 应用多媒体教学 相较于以往传统的板书教学,多媒体形式更灵活、内容含量更丰富,可以通过幻灯片、动画、视频等更加直观形象地呈现,利于学生在有限的时间内获得更多的信息量。多媒体教学的应用对于理论抽象、技术原理复杂的分子生物学课程往往能取得事半功倍的教学效果。比如,在讲到聚合酶链式反应技术时,插入讲解发明人莫里斯的发明经过,讲解蛋白质的生物合成时,就可以在PPT中插入一段蛋白质合成的视频,将枯燥难懂的文字描述转化为更加生动形象的图像展示出来,使抽象的理论具体化,加深了学生趣味性,增强了对概念的理解和记忆。当然,在进行多媒体教学时绝不能只是一味追求课件的花样展示,导致课件内容过多、节奏过快而学生的实际接受度却很低。我们应该合理利用多媒体教学交互、直观的优势,强化对各知识点框架的整理和组织,把各知识点串连起来,以便于学生理解记忆为首要原则^[5]。

2.2.2 在教学中合理引入临床实例 分子生物学检验技术课程与临床联系密切,将临床实例引入到课堂教学中,不但能调动学生的学习热情和积极性,还能让他们对分子生物学检验技术在临床的实际运用有一定的感性认识。在引入临床实例时要特别注意时机、内容和方法的合理掌控^[6]。在授课之初应以举例论证的方式引导学生进入主题,讲课过程中以小组问题讨论的形式引导学生主动思考,授课结束时再以归纳总结的方式回顾整节课所学的知识点,这样穿插于教学中的临床实例,才能紧密结合教学重点,做到有的放矢。特别是将临床病例与循证医学结合应用于课堂教学,不但能一定程度地提高了学生的检验水平,更培养了学生独立思考、分析、解决问题的能力^[7]。

2.3 重视实验教学 理论联系实践 实验教学对于理论知识的进一步理解和巩固作用巨大,在分子生物学检验课程中占有重要地位。实验教学不但能培养学生的操作技能,帮助其正确掌握实验方法,更重要的是还能锻炼其观察、分析、解决问题的能力,有助于全面提高学生的综合素质。在一项有关实验课满意度的调查中发现,有71.35%的学生表示学校实验室的仪器设备不足,有51.62%的学生表示实验教学内容和学时较少^[8]。针对此种情况,结合笔者自身对该门课程的教学经历,特提出以下几点关于实验教学改革建议:首先,适当地增加综合性、设计性实验的比例。多数院校受课时所限,仅开设了5~6个验证性实验项目,学生的参与度及积极性不高,只需按部就班地进行操作,无法培养学生的实验综合技能和思辨思维。而综合性、设计性实验则更能发挥学生的主观能动性,需要他们运用所学的知识和技能,结合实验自身的特点自行选择适当方法,分析、整理实验步骤并完成

整个实验。之后可由实验老师对其实验设计及结果进行可行性分析,指出存在的问题及需要改进的地方,培养学生自主学习、相互协作的科研态度。其次,开设开放性实验室。由于自身特点,分子生物学实验大多耗时长、步骤复杂、需反复操作练习。通过开设开放性实验室,可以更加全方位地拓展学生的发展空间,学生可根据自己的实际情况合理安排,利用晚上或周末的空闲时间进行再次的实验训练,大大地弥补了实验学时的不足^[9]。最后,注重与临床实践相结合。分子生物学检验课程一般开设的都是一些基础性实验,与临床实际操作有一定的差距,将课堂中的理论及实验技术与临床实践相结合,组织学生去医院见习,通过操作临床中先进的仪器设备,让他们对自身的专业发展有更清楚的认识。总而言之,将系统的思维方式与总体的设计理念贯穿教学始终,不仅教会学生如何做实验,更要他们掌握实验的整个设计、筹备及开展的全过程,为将来工作或科研打好基础。

2.4 加强与学生的交流 课堂教学时,可以通过讨论、辩论等形式,引导学生联系生活实际,变被动为主动,激发学生的思维活力,当他们遇到不懂的地方时要注意反复强调。课后及时了解学生对该堂课所授知识的掌握程度,根据反馈情况及时作出调整。多为学生介绍一些与分子生物学检验技术相关的权威实验网站,或是专业的中外文献资源。鼓励学生成立科研小组、申请科研课题,从中获得更多的实践机会,培养严谨的科研思维,提高相关的研究技能。

2.5 改革考核方式 分子生物学检验技术课程的考试大致包括理论考试和实验考试,寻找合适的考试模式是尤其需要探讨的重要内容。其中理论考试涉及面广,涵盖知识点多,概念抽象难懂,学生容易陷入“重记忆、轻思考”的怪圈。近年来,对于理论考试已经采取尝试了许多措施,如随机从题库抽题、增加客观题比重、增加病例分析题型等,这些举措对于过去考试中常见的弊端起到了一定的纠正。但理论考试仍然侧重于记忆成分的考查,忽视了综合分析能力的考查。学生为了应付考试,只能围绕教材重点死记硬背,不利于真正独立学习能力的养成。笔者认为,应该以“考核评估”代替“考试评价”,通过增加课堂提问、撰写小综述论文等方式,使考试分数的构成多元化。同时还可尝试开卷考试的形式,在没有现成标准答案的情况下,学生只有深入理解各知识点间的相互关系,开动脑筋独立思考,才能完成试题。而实验考核常常因为耗时过长,无法真正全面地进行评价。笔者认为,可以通过“实验操作、实验报告、知识考核”三者结合的方式进行考查^[10]。由老师现场提问,学生操作解答,每次的实验项目的操作、作业及实验报告均纳入最后的考核成绩。总之,通过借助改革考试方式,达到充分调动学生积极性,提高其知识掌握程度及实验技能

水平的效果。

3 小结

分子生物学作为一门前沿学科,特别是该技术广泛应用于疾病检测。在分子生物学检验技术的教学,更要求学生必须掌握、应用好这项技术。教学时应合理选择授课内容,引导学生养成独立思考的习惯,合理运用教学资源,理论联系实际,改革考核制度,提升教师队伍整体素质,真正做到学有所成、学有所用,将学生培养成医学高素质人才。

参考文献

- [1]梁大敏,陈莉,宫路路.大专院校分子生物学检验与技术教学模式探讨[J].现代医药卫生,2016,32(12):2603-2604.
- [2]熊伟,左绍远,周静华,等.医学检验专业临床分子生物学检验课程的教学反思[J].基础医学教育,2016,18(10):828-832.

- [3]行书丽,张华果.分子生物学检验技术教学模式初探[J].河南职工医学院学报,2014,26(4):487-488.
- [4]张晶晶,陈元球,李江滨.分子生物学检验教学情况及改革效果的调查分析[J].教育观察,2016,5(11):98-99.
- [5]姚军.渗透式双语教学在《分子生物学检验技术》课程中的实践[J].检验医学与临床,2013,10(6):730-733.
- [6]张小华,刘向勇,秦加阳,等.医学检验专业分子生物学教学改革研究与探索[J].基础医学教育,2015,17(12):1045-1047.
- [7]王海英,周太梅,张申,等.分子生物学检验技术教学中病例引导与循证思维的应用[J].检验医学与临床,2013,10(24):3402-3403.
- [8]王艳琴,袁才佳,蒋显勇,等.分子生物学检验技术实验教学改革探讨[J].社区医学杂志,2016,14(11):80-82.
- [9]张徐,周丽萍,孙梓喧,等.临床分子生物学检验实验实践教学实践和探讨[J].科教文汇,2014(5):60-61.

(本文编辑:张文娟 本文校对:贾亚泉 收稿日期:2017-10-13)

临床医学专业中医学教学实践与探索[※]

翟佳丽 肖晓飞 宫健伟 马红

(滨州医学院传统康复教研室,山东 烟台 264000)

摘要:中医学是医学院校临床医学专业的基础课程之一,受西医思维模式影响,学生在理解和学习中医学知识上有一定困难,本人从提高学生学习主动性、动手能力和学习效率3个方面进行教学实践和探索,以此提高教学质量。

关键词:中医学;临床医学;教学实践

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.009

文章编号:1672-2779(2018)-09-0020-02

The Teaching Practice and Exploration of Traditional Chinese Medicine in Clinical Medical Specialty

ZHAI Jiali, XIAO Xiaofei, GONG Jianwei, MA Hong

(Traditional Rehabilitation Department, Binzhou Medical College, Shandong Province, Yantai 264000, China)

Abstract: Traditional Chinese medicine is one of the basic course of medical colleges and universities for clinical medicine professional, influenced by western medicine thinking mode, the students have some difficulty in understanding and learning traditional Chinese medicine knowledge. We have practiced and explored in three aspects from the initiative to improve students' learning ability and learning efficiency, in order to improve the teaching quality

Keywords: traditional Chinese medicine; clinical medicine; teaching practice

西医院校的临床医学教育是整个医学教育的基础,其质量的好坏直接关系到高等院校医学人才培养的质量。党中央、国务院历来高度重视医学人才培养工作。“十二五”以来,国家出台的一系列举措为提高全国高等院校医学教育质量提供良好的政策环境,如《教育部卫生部关于实施临床医学教育综合改革的若干意见》《教育部关于全面提高高等教育质量的若干意见》等^[1]。医学教育质量的关键是教学的质量,提高临床医学专业课程“中医学”的教学质量是本人研究的重点。

中医学课程主要讲授中医基础理论、中医诊断学、中药学和方剂学等知识。中成药和针灸推拿等中医治疗技术也是我国各级各类医院必不可少的治疗方法。学习中医学能为临床医学专业学生走向临床,走上工作岗位打下坚实的基础。按照国家教委要求和临床医

学专业培养方案,学生前期已经系统学习了系统解剖学、组织与胚胎学、生理学等西医课程。中医和西医属于不同的理论体系,思维方式、研究手段以及治疗方法有很大差异,学生在理解和学习中医学知识上有一定困难。中医和西医在两种不同的文化土壤和社会背景中发生发展起来。在自然观上,中医学属有机自然观,强调整体、功能、天人相应等,其理论可证性弱;而西医学属于构造型自然观,强调结构、局部、分析等,其理论具较强的可证性^[2]。因此,西医院校临床医学专业的学生在初次接触到中医学时往往存在着学习兴趣低、积极性不高的问题^[3],本人通过数年的教学实践,在临床专业学生的中医学教学中积极探索,对教学中存在的问题进行了必要的整改,积累了点滴经验,总结如下。

1 增加授课内容趣味性 提高学生学习主动性

中医学是以我国传统的社会历史文化为背景,以中国传统医学理论和实践为主体的一门综合性学科^[4]。通

※ 基金项目:山东省滨州医学院青年骨干教师培养计划及教育部“互联网+”背景下的混合式学习研究项目[No.EIJYB2017-088]

过提升学生的传统文化素养,有助于确立中医思维模式,激发中医学习兴趣,培养传统医德,对于中医学知识的认可大有裨益^[5]。兴趣的产生在于人与环境的相互作用,是人与特定情境内容相互作用的结果。兴趣是可以培养和激发的,从未接触过中医学知识的临床医学学生,课程的第一部分中医基础理论就承担着培养和激发学习兴趣的任务^[6]。在讲解中,可适当增加中国传统文化和人物故事,帮助学生理解中医基础理论知识。比如,阴阳学说部分,用阴阳的繁体字“陰陽”来解释阴阳的最初的含义:日光照在山岗的一侧,明亮、温暖、动物活跃兴奋、水气向上向外升腾等,代表了阳的特点,反之为阴。藏象学说部分,五脏中肺生理功能为主气,司呼吸,宣发卫气,主管情志中的悲伤,引导学生分析红楼梦人物林黛玉,因为其肺气阴两虚,所以具有咳嗽气喘、容易感冒、怕冷、易于悲伤啼哭的症状。肝主疏泄,开窍于目,在志为怒。肝火上炎之人情绪急躁易怒,常有眼睛发红、露睛的症状。引导学生分析三国演义中的人物张飞:肝火上炎导致脾气急,睡觉睁着眼睛,也就是中医中所说的露睛,最后被部下所害也与他急躁易怒有关。而病因学的七情内伤部分用文学典故范进中举,大喜发疯的例子解释心主神志,在志为喜,大喜伤心。学生一般对于此类传统文化和人物故事非常感兴趣,学习的主动性也会大大提高。

2 增强师生互动教学 提高学生动手能力

动手能力的提高自始至终是医学人才培养的重点,而实践是提高学生动手能力的主要手段。对于临床医学专业学生来说,一般都具有较好的发现问题、解决问题的能力。课堂教学应该是师生双方共同参与的动态变化的过程,如果始终以教师宣讲为主的“填鸭式”教学,学生很快会感到枯燥乏味,兴趣索然。中医学作为临床经验中总结出来的学科,中医学知识的掌握很大程度上取决于在实践中得到的体会^[7]。由于受专业学时总量的限制,临床医学的中医学没有安排实验课。针对这一情况,本人在教学过程中有针对性地设计教学大纲,将部分章节设计为理论实验一体化课程。这部分主要是中医诊断学和中药学的内容。比如四诊中的脉诊,在讲解正常脉象后分别要求学生10人为一大组,2人为一个小组,互相进行脉诊,异常的脉诊要举手示意授课教师,由授课教师再次进行脉诊,将具有典型异常脉象的学生作为每组的标准化病人,由教师带领组内的学生对其进行辨证分析。对于中药学的部分,本人会携带当堂讲授的中药标本到课堂,让学生传阅,观察其外形,从而产生直观印象。对于小蓟、蒲公英等校园中常见的安全无毒的中药,要求学生以神农寻百草的心态在课后进行寻找、收集、鉴定,并带到课堂上讲解该药的四气五味性能和功效主治。通

过这种方式可以极大地提高学生的课堂活跃度和动手能力,使学生感受到中医的神奇,从而建立起信心,也促使个人自觉地学习中医学,减少厌学情绪。

3 重视课前十分钟 提高学习效率

中医学课程理论知识比较多,本人在每次课后都会将本次课的重点内容总结为数条,说明掌握程度。下次授课时充分利用课前十分钟,要求学生对重点内容大声朗读和背诵,复习相应知识。

(1)“课前十分钟大声朗读法”能加强学生记忆的效果。记忆分视觉记忆、听觉记忆和运动记忆等不同的记忆类型。学生在放声朗读背诵的过程中,通过眼睛看书获得视觉信息,形成视觉记忆;声音传到耳朵获得听觉信息,形成听觉记忆;以及口腔发出声音产生动作,形成运动记忆;多重信息叠加到大脑,从而产生最佳记忆效果。(2)“课前十分钟大声朗读法”能提高学生学习的积极性。十分钟的集体复习背诵后,为了检测学生的复习效果,本人一般每次课都携带学生花名册,随机点名,依照学生的回答情况打分,作为平时成绩,如果迟到或缺勤,则扣除相应分数,从而很好地提高出勤率。(3)“课前十分钟大声朗读法”能培养学生良好的学习习惯。随着智能手机的普及,很多学生有课堂上玩手机、打游戏的恶习,分散精力,严重影响其学习成绩。在集体背诵复习的过程中,班级内形成良好的学习氛围。身处其中的学生也无心玩手机、上网,慢慢从被动到主动,自觉养成良好的学习习惯。

要想充分的利用好“课前十分钟”,首先要求学生提前十分钟到教室,现在大学一般不再要求严格早晚自习,但是提前十分钟到教室都是可以做到的。教师也要以身作则,提前到场,如果学生对上次课程重要知识点还有不明确的地方,可以再次重复,确保学生复习有的放矢。

总之,中医学课程的教学是一个反复实践、长期探索的过程,教师要在教学中不断总结经验,探索授课方法,提高教学质量。

参考文献

- [1]杨敏,邓庆平,黄鹤冲.高等院校临床医学人才综合素质评价指标体系的构建[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(9):1160-1161.
- [2]刘宁,李文刚.用比较的观点看中医学的特色和优势[J].北京中医药,2004,23(6):366-367.
- [3]钟玉,严瑾,荣晓凤.合理使用中成药的PBL法临床教学改革探索[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(14):18-19.
- [4]王桂敏,魏铭.中医学[M].2版.北京:科学出版社,2013:7.
- [5]杨雪.浅谈中国传统文化对《中医学》教育的意义[J].中医教育,2013,32(6):83-84.
- [6]王鑫.中医基础理论教学中培养学习兴趣方法探讨[J].包头医学院学报,2015,32(2):155-156.
- [7]傅贵平,江嘉陵.临床专业《中医学》教学实践与探索[J].井冈山学院学报(自然科学),2007,28(2):133-134.

(本文编辑:张文娟 本文校对:石慧 收稿日期:2018-02-12)

中医耳鼻咽喉科学临床技能实验教学中 批判性思维的培养※

申 琪

(河南中医药大学第一临床医学院, 河南 郑州 450000)

摘 要: 本文阐释批判性思维的概念, 学习经历、教学方法、环境是批判性思维的主要影响因素, 提出我国学生的批判性思维普遍不足, 教师应首先具备批判性思维, 探讨了在中医耳鼻咽喉科学临床技能实验课上通过采取学生积极合作课堂教学方式、渗透反映批判思维的教学内容来培养医学生的批判性思维, 有了批判性思维, 有了探究心, 才具备创新的素质。

关键词: 批判性思维; 中医耳鼻咽喉科学; 临床技能实验教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.010

文章编号:1672-2779(2018)-09-0022-03

Cultivation of the Critical Thinking in the Experimental Teaching of Clinical Skills of Otolaryngology of Traditional Chinese Medicine

SHEN Qi

(The First Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, china)

Abstract: This paper explained the concept of critical thinking, the experience of learning. The teaching method and the environment are the main influencing factors of critical thinking. The critical thinking of students in our country is generally insufficient. Teachers should have critical thinking. Cultivating critical thinking of medical students through the teaching contents of critical thinking, collaborate actively in the course of clinical skill experiment of otolaryngology of traditional Chinese Medicine. With critical thinking, we have the quality of innovation.

Keywords: critical thinking; otolaryngology of traditional Chinese medicine; experimental teaching of clinical skills

国际医学教育组织于2001年制定了全球医学教育最低基本要求, 其中批判性思维和研究领域要求医学毕业生须具有“批判性评价现有临床经验和技术的力量、不断自我学习和评估能力、求知创新意识及进一步发展的潜力”^[1]。2007年11月教育部高等学校中医学教学指导委员会制定了“中国本科中医学教育标准”, 要求“注重学生批判性思维的养成, 掌握科学的方法”。2010年5月2日, 一批大学校长汇聚在南京的“中外大学校长论坛”。在这次论坛上, 一位外国校长指出: 大学教育, 不可缺失对于批判性思维的培养。

在医学科学领域, 由于医学问题的复杂性及不确定性, 对医学生批判性思维能力的培养尤为重要。我们在工作中逐渐发现医学生的批判性思维明显不足, 所以在临床技能实验教学中更加注意结合临床实际来培养医学生的此项思维能力和习惯。

1 何谓批判性思维

早期进行批判性思维研究的格拉泽认为“批判性思维是由态度、知识和技能组成的, 包括质询态度; 有效推理、抽象、概括的知识; 引用以上态度和知识的技能”^[2]。目前学术界影响较大的定义是在20世纪90年代, 由美国哲学学会运用Delphi方法得出: “批判性思维是有目的的、自我调控判断的过程, 包括解释、分

析、评价、推理及对证据、概念、方法、标准的解释说明, 或对判断所依据的全部情景的考虑”。

批判性思维是指对于某种事物、现象主张发现问题所在, 同时根据自身的思考逻辑做出主张的思考, 包括理解、分析、评估、质疑等综合判断, 是逻辑能力的综合体现。批判性思维是理性的、逻辑的、顺理成章的、温和而富有建设性的; 是一种有扬有弃的辩证思维形态。其主要特征是批判和继承, 否定和肯定互相包含和统一; 是能抓住要领, 善于质疑辨析, 基于严格推断, 富于机智灵气, 清晰敏捷的思维。批判不是简单的、粗暴的否定, 更不是“怀疑一切”或否定主义, 不是大概概念和大帽子堆砌出来的、极端的、激烈的、居高临下的。

2 批判性思维的影响因素

2.1 学习经历 研究表明, 学历越高, 批判性思维倾向越高^[3]。对不同年级、不同专业学生的批判性思维倾向的调研结果发现, 大二时医科、文科学生优于理科、工科学生, 研二时得分由高到低依次为工科、理科、文科、医科^[4]。所学的专业、学历的高低、学习时间的长短、阅读量的多少对其批判性思维的结果均有一定的影响。

2.2 教学方法 应用案例启发、讨论式的教学方法、PBL教学方法, 借助多种现代教具对学生批判性思维进行培养^[5]。

2.3 环境 学校、教育、专业、文化对批判性思维有影

※ 基金项目: 河南省特色品牌硕士专业学位授权点(工程硕士领域)[No.2015HNZY]



响。也有学者的研究并不认同文化对批判性思维形成有影响。以香港大学生为研究对象,结果显示成长在中产阶级或上流社会家庭中的学生批判性思维较高,子女的批判性思维与父亲的批判性思维呈正相关,认为与不同社会阶层享有的资源差异有关。

3 批判性思维的弱化

我国长期以来应试教育盛行,教学方式以“填鸭式”教学为主,学生从小就习惯于被动的接受,质疑、析疑、解疑的能力没有得到应有的发展。与欧美国家相比,我国批判性思维教育教学中的现实运用比较滞后。据统计我国学生批判性思维的意识 and 能力均显著低于西方学生,主要是我国没有经历过深刻的资产阶级革命,中国的传统文化注重对权威的服从,对学生的思维有一定的禁锢,尤其是在中医院校深受中国传统文化的影响,在这种背景下,教育过程中对知识的承袭强调较多,创新意识不足。

遗憾的是,目前担当传道授业解惑的高等学校教师本身缺乏批判精神,大学教师批判精神、创新意识的缺乏容易导致周围的大学生也产生了顺从心理,只为求知识,而不求智慧,有唯书、唯上、唯权威。他们一般不会挑战教师和权威的观点,学生是被动的倾听者、接受者,把注意力放在对于知识要点的掌握上,而不是去培养独立和批判性思维的能力。现在资讯发达,信息、知识可以通过各种渠道获得,学生在大学里不仅是占有获得智慧——知识的必要条件,而更重要的是要受到包括批判精神在内的知识分子群体精神的熏陶。大学教师批判精神的弱化势必影响学生获得此种精神的能力^[9]。

对某医学院校的临床医学专业135名学生进行问卷调查^[7],发现4.44%学生表现为正性批判性思维能力,七个特质中仅“认知成熟度”表现为正性倾向;“自信心”表现为负性倾向,而“分析能力”和“求知欲”处于负性倾向临界状态。男女学生在批判性思维总体评价上存在差异。得出医学生批判性思维能力整体表现弱的结论。

医学是一门特殊的学科,其学科的局限性、风险性、复杂性、不确定性等特点在一定程度上使得医学生批判性思维能力较其他学科学生要求高。

3 中医耳鼻咽喉科学教学中如何培养批判性思维

中医耳鼻咽喉科学临床技能实验教学在四年级或五年级开设,我们发现学生在这一阶段学习中很少能大胆地提出自己的观点,不善于进行创新性思维。在学习中发现不了问题,不知道在学习中遇到困惑应该怎样思考,更不知道如何去寻找解答的方法。

3.1 教师应具备批判性思维素质 首先要求教育者在观念上要有所转变。教师中应首先充分认识到提高学生批判性思维能力的重要性,自觉了解批判性思维内涵,

广泛涉猎和吸收西方先进的思想。其次要具备相应的素质和技能,例如:积极的批判意识、较强的思维能力、严谨的治学态度和深厚的学术造诣等,熟悉如何将批判性思维活动及内容融入到课堂中,避免传统的“以教师为中心”的现象,有意识地改变学生的以求同思维为主的思维习惯,不压抑学生主体思维的能动性,从而将批判性思维结合到课程中。

3.2 提倡批判的教学态度 采取学生积极合作教学方式 惟有批判性思维的教师才谈得上培养批判性思维的学生。在课堂上应该提倡批判的教学态度,创造良好的课堂气氛和教育环境。要培养学生独立的个性,能进行独立的分析判断,树立不唯书、不迷信权威、不照搬经验、不盲目等学习的基本原则,给学生提供发展批判性思维的机会与氛围。比如,一个患儿在权威专家那里得到先天性耳聋的诊断,一般就会认为这个诊断肯定是正确的,其实这就是一种迷信权威的思维方式,教学中我们有意识地培养学生先学会提出问题,这个诊断正确否?然后启发学生从患者具体的病情出发,作出自己的有根据的判断,还需要做什么检查,如何做等。这就是提出问题后,还要想到会有多种可能的答案。当然并不一定非要推翻权威专家的诊断,你的思维方式才有意义。也不能为标新立异,为了批判而批判,不是因为他们是权威就要批判,而是为了用自己的经验和事实去重新审视他们的观点是否有逻辑,是否有道理,去发现真理这才是批判性思维真正的意义及价值所在。学生在这样的思考过程中还可以将学到的知识融会贯通。

在学术上强调人人平等,特别是师生之间在学术研究上的平等关系。没有批判的精神,就没有了对权威的怀疑,只剩下盲从和迷信,惟有坚持批判的精神,才会敢于质疑、勇于反驳,才会有所突破。在教学上,强调培养学生独特、良好的思维习惯,具有广博的兴趣和开阔的视野。教师们不再是永不会犯错、不应该被质疑的权威,学生真正从对教的依赖中解放出来,掌握获取知识的方法。

通过采取学生积极合作的讨论式课堂教学方式进行教学,可以采用以问题为基础的教学方法,以问题作为基本因素,将课程的内容相互联系起来,让学生积极参与学习过程,或采取学生小组讨论和教师指导为主的教学形式,鼓励学生培养其建立设问、反思、多角度思考等学习的基本策略,强调问题的解决过程,在这个过程中再发现问题,有所感悟,而不是单纯获取知识,最后讨论的结果可能不一定有标准答案。最终的目标是让学生在解决问题的过程中学习必要的知识,学会正确的思维和推理方法。

3.3 渗透反映批判思维的教学内容 中医耳鼻咽喉科学历史也是一个体现出批判思维的历史,虽然将医学家

们经验总结汇编而成的《内经》奠定了学术的发展基础。以后在中医学传统传承方式下形成的不同医学流派,虽然都是从《内经》理论体系的基础上发展起来的,但因医家的不同见解、学派间的不同观点、学派内部不同流派之间的不同看法即在某种程度上反映出批判精神。讲述这些知识,让学生感知到批判意识推动了学科的发展,有破有立是历史发展的必然。

爱因斯坦说过:“用专业知识教育人是不够的……要使学生对价值有所理解并且产生热烈的感情,那是最基本的。他必须获得对美和道德上的善有鲜明的辨别力。否则,他,连同他的专业知识,就更像一只受过很好训练的狗,而不像一个和谐发展的人”。大学担负了为社会培养人才的职责,不仅要使受教育者有一技之长,更主要是把学生培养为有思想、有责任感、敢于批判的大写的人。

有了批判性思维,有了探究心,有了求真、自主、专注、大胆、有意识地探寻的精神,有了勤学好问、

专心致志、持之以恒的习惯,才能打开新方向、新面貌的探照灯,也是创新精神的必备素质,有助于孕育灵感、提出和检验新假说,能有效地提高创新的概率和质量。推广这样的批判性思维教育,就是培育理性社会,提高创新能力。这将对民族和国家走向文明、繁荣和强大的目标做出重大的贡献。批判性思维教育是每个教育工作者的责任和荣誉。

参考文献

- [1]关彩霞,古启梅.中医院校学生对“全球医学教育最低基本要求”的态度调查与分析[J].西北医学教育,2004,12(5):352-354.
- [2]约翰·杜威著.我们怎样思维·经验与教育[M].姜文闵,译.北京:人民教育出版社,2005.
- [3]符丽燕.衡阳市三级医院护士批判性思维能力及影响因素的研究[D].长沙:中南大学,2006.
- [4]金璐.大学生批判性思维倾向调查研究[D].南京:南京师范大学,2009.
- [5]阴山燕,曹秋爽,白雪艳,等.PBL教学对学生批判思维能力影响的研究[J].中国高等医学教育,2011(8):102.
- [6]于小艳.大学批判精神对大学生厌学的影响[J].扬州大学学报(高教研究版),2006,10(5):17-19.
- [7]陆耀红,刘嘉祯,王道珍,等.医学生批判性思维/能力的现状调查与影响因素分析[J].中国医学教育技术,2016,30(1):37-41.

(本文编辑:张文娟 本文校对:高天雨 收稿日期:2018-01-29)

儿童抽动障碍课堂教学设计※

张桂菊 金 喻* 李 璇

(山东中医药大学第一临床医学院, 山东 济南 250014)

摘要:总结本科生课堂讲解儿童抽动障碍的教学经验。(1)在病因病机方面要重点突出小儿生理病理特点,尤其是肺常不足、脾常不足、肝常有余;(2)在治疗方面辨病论治与辨证论治相结合,并简要介绍西医学治疗本病的药物;(3)辨证用药与专药的应用相结合,讲解钩藤、白芍、石菖蒲治疗抽动障碍的重要作用;(4)充分利用多媒体的优势展示讲解内容;(5)补充典型案例加深学生对本病的印象。

关键词:儿科;抽动障碍;课堂教学;专药;案例式教学;肝风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.011

文章编号:1672-2779(2018)-09-0024-03

Classroom Teaching Design of Tic Disorder in Children

ZHANG Guiju, JIN Yu, LI Xuan

(The First Clinical Medical College, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China)

Abstract: The teaching experience of children in the classroom was summarized, including several aspects as follows: In etiology and pathogenesis, we should focus on the physiological and pathological features of children. Especially the lung and the spleen is often insufficient, the liver is often redundant. In the treatment of combination of disease differentiation and syndrome differentiation, we briefly introduced western medicines to treat the disease. The application of syndrome differentiation medicine and special medicine is combined to explain the important role of hook rattan, radix paeoniae and acorus gramineus. We make full use of the advantages of multimedia presentation. We supplement typical cases to deepen students' impression of the disease.

Keywords: pediatrics; tic disorders; classroom teaching; special medicine; case-based teaching; liver wind

儿童抽动障碍又称多发性抽动症,是临床常见的儿童时期起病的神经精神性疾病。通常在3~15岁发病,国内报道8~12岁人群中抽动障碍患病率2.42%。男性学龄儿童患病危险性最高,男女患病比率为3~4:1。

《中医儿科学》教材自七版开始纳入本病,列入小

儿肝系疾病的范畴,此后不同版本《中医儿科学》教材中均把本病作为重点内容列入,说明中医药治疗儿童抽动障碍的特色与优势明显。

本人从事中医儿科学教学近20年,在课堂授课方面积累了一定的经验,认为在本病的教学设计上应重视以下几个方面。

1 病因病机应重点突出小儿生理与病理特点

本病的病因多责之于先天禀赋不足、饮食所伤、感受外邪、疾病影响、情志失调等因素。《中西医结合

※ 基金项目:山东省高等医学教育研究中心第八批教育科研规划课题[No.YJKT201705]

* 通讯作者:jinyu8502@163.com



合儿科学》(第九版)将该病纳入小儿常见心理障碍章节,更加注重情志因素的影响。独生子女一代,父母过分溺爱,使儿童面对困难或挫折时承受力差;又或者父母期望值过高,学业负担重,都可造成儿童心理压力过大而致情志失调发为该病。

儿童抽动症多起病于学龄前期与学龄期,与小儿生理特点密切相关。其中肺常不足,脾常不足,肝常有余为抽动症形成的生理基础。肺常不足,卫外不固,感受六淫之邪,损伤卫阳,内应心肝,因肝常有余,易肝风内动,或外邪从阳化热,引动肝风,则见抽动诸症。或脾虚肝旺,木亢生风,如清代医家沈金鳌所言:“脾虚则生风者,非风自脾生。脾虚则肝木必强,乃风生于肝也。故风盛则筋急,肝主筋故耳。”或痰郁化火,痰火上扰心神。

儿童抽动症多起病于学龄前期与学龄期,该时期是儿童从婴幼儿时期居家生活到托幼机构、小学等集体机构的过程,容易因感受外邪、外界压力过大、父母管教方式不当诱发或加重病情。基于儿童的生理特点,加之各种因素的影响,故这一时期儿童“发病容易”,与小儿“发病容易,传变迅速”的病理特点相吻合。在课堂讲解时要突出生理为基础、病理为特点的重要内容,帮助学生理解本病在儿科临床多见的原因。

2 辨病论治与辨证论治相结合

儿童抽动症是西医病名,中医界认识尚不统一,古代无抽动症病名,根据症状与中医学“慢惊风”“癰瘕”“肝风”等范畴。在辨证论治上,既要沿用五脏辨证的方法主要从肝脾论治,也要从本病的发病特点辨病论治;在分证论治上,既要从风、火、痰、湿之思路讲解气郁化火证、脾虚肝旺证、阴虚风动证的辨证治疗,也要适当补充现代医学研究进展,如根据本病容易外感诱发加重的特点从肺论治,采取疏风宣肺、清肺化痰、利咽通窍的治法。

并且需要介绍当代西医学治疗本病的常用药物,如氟哌啶醇、泰必利口服方法。同时补充针对发病诱因,对家长和患儿同时进行心理疏导起着非常重要的作用。

3 辨证用药与专药的应用相结合

在重点讲解辨证分型处方的基础上,应继续讲解治疗本病专方专药,专药如钩藤,《本草纲目·钩藤》记载:“钩藤手足厥阴药也,足厥阴主风,手厥阴主火,钩藤通心包于肝木,风静火息,则诸证自除”。故可在本病所有证型中均选用平肝熄风之钩藤。白芍味苦,酸,微寒,有补血敛阴、柔肝平肝之效,现代药理研究表明,白芍有镇静与缓解肌肉痉挛的作用。石

菖蒲有开窍除痰、醒神健脑的作用,现在药理研究表明其主要成分有镇静、镇痛、解痉之效。

4 利用多媒体课件展示讲解内容

多媒体教学的好处是不仅节省了大量的板书时间,更重要的是内容更加丰富,使学生在有限的时间内接收更多的信息,内容丰富,印象深刻^[1]。抽动症患儿症状较多,涉及头面、四肢、腹部等抽动症状,也有咳嗽、清嗓等发声性抽动症状,单纯板书与教师口头描述往往印象不深,所以在课堂上尽量用多媒体方式传授给学生图片、视频短片等资料,使内容更形象、生动,加深学生的印象,提高教学效果。教师授课前应认真准备,搜集患儿眨眼、耸肩、摇头、做鬼脸、清嗓、咳嗽等典型表现展示给学生。在展示过程中,应对影像进行部分处理,保护患儿隐私,传授知识的同时也传播人文关怀。人文教育是医学教育的重要部分,应贯穿教育的始终。

值得注意的是,单纯多媒体教学容易淡化教师的教学主导地位,学生的主体地位,使教师沦为“放映员”,学生成为“观众”,从而影响教学目标的实现^[2]。故教师在使用多媒体教学的同时,也要灵活运用传统教学方式如板书,在课堂进展过程中把重点与要点在黑板上逐条列出,避免多媒体翻页后知识点不能再现的问题。另外,作为教学的主体,教师应运用风趣的语言、丰富的表情以及肢体动作感染和调动学生,使其思维始终游走在课堂之内。

5 重视案例式教学的作用

案例形象、直观,利于对知识的把握^[3]。案例式教学一直是临床课程的重要内容,在讲解的过程中,穿插典型病例资料,融合基本知识和基本技能于实际病例中,吸引学生集中注意力,引导学生思考,有利于增加学生与教师的互动^[4]。

本病的危害主要来自家长的责怪、过分关注,同学朋友的歧视,患儿自身感到焦虑紧张,影响心理发育,当成年后进入社会十分不利。临床研究显示,约20%患儿成年期存在严重甚至更复杂的抽动障碍,预后不佳^[5]。而临床上,很多患儿抽动症状不重,并不影响生活学习,真正对患儿产生严重影响的是来自外界的压力。通过具体案例可将患儿与家长的感受与困惑呈现给学生,使学生在理解本病理论知识的基础上,从医生角度思考如何跟家长和患儿沟通,减轻其心理负担,改善预后。例如有一患儿,男,8岁,父母40多岁时生育,且都性格内向,平时鲜与孩子沟通,但对其学习要求却很高,家庭氛围压抑,导致患儿出现眨眼、耸肩、腹肌抽动等表现。就诊过程中患儿神情紧张,很少与医务人员交流。其母亲已逾经50岁,正值

更年期,对孩子病情过分关注,焦虑不安,不停说教,导致患儿愈加紧张,症状反复,加重病情。通过讲解这个典型病例,使学生对本病的病因病机有更深刻的理解,并认识到家长的心理行为在治疗儿童抽动症过程中的重要作用。

总之,要想充分运用2个学时的时间,完成课堂讲解儿童抽动症知识,应抓住重点,采用多种教学方法想结合,突出本病特点,结合临床案例加深印象,并适当补充现代研究内容,才能取得较好的教学效果。

参考文献

- [1]郑明显.以肾病综合征为例谈中医儿科学的教学体会[J].长春中医药大学学报,2008,2(24):44-47.
- [2]秦俭,隋鑫.多媒体解剖学教学中的常见问题及改革措施探讨[J].基础医学教育,2011,13(3):293-294.
- [3]刘琼,杨云松,李成年,等.BOPPPS 教学模式中国医学史课堂教学设计初探[J].中医教育,2017,36(6):233.
- [4]李江全,汪受传.案例式教学在中医儿科学教学中的应用探析[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(15):44-45.
- [5]邓红珠,邹小兵.儿童抽动障碍共患病[J].中国实用儿科杂志,2012,27(7):485-487.

(本文编辑:张文娟 本文校对:潘月丽 收稿日期:2018-02-06)

医学院校医德教育实施途径的探讨※

肖玉洁 宋炜熙 曾光 田莎 罗银河 黄立中*

(湖南中医药大学中西医结合学院,湖南 长沙 410208)

摘要:通过分析医德教育的重要性及现状,探讨医德教育在医学院校实施的途径。医德教育对于培养医学生的职业素养非常重要,通过改进医德教育的实施途径可以提高教学效果。

关键词:医学院校;医德教育;实施途径

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.012

文章编号:1672-2779(2018)-09-0026-02

Discussion on the Implementation of Medical Ethics Education in Medical Colleges and Universities

XIAO Yujie, SONG Weixi, ZENG Guang, TIAN Sha, LUO Yinhe, HUANG Lizhong*

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

Abstract: Through the analysis of the importance and present situation of medical ethics education, the ways of medical ethics education in medical colleges and universities were discussed. The medical ethics education is very important for the training of medical students' professionalism, and the teaching effect can be improved by improving the implementation methods.

Keywords: medical colleges and universities; medical ethics education; implementation

医德指医务人员在医疗卫生工作实践中应该遵守的,主要依靠社会舆论、传统习惯和内心信念来维持的行为规范的总和,是一般社会道德在医学领域中的个体体现^[1],医德教育是一门致力于培养医生价值观、社会观以及行医过程中人际交往技巧的广泛而重要的学科^[2]。医学院作为培养未来医务人员的摇篮,除了培养医学理论知识和实践能力外,对于医务人员医德的培养也起着至关重要的作用,如何在大学教育中有效实施医德教育是值得我们探讨的课题。

1 医德的重要性

医德作为行医过程中的核心指导原则,是有效调节医疗行为各方利益的基本行为准则和道德规范,医务人员医德水平的高低,直接影响疗效和医患关系,关系着医疗卫生事业的发展,推动着社会的和谐和进步^[3],受到患者、法律、舆论等多方面的监督和制约,医德水平进步才能提高医疗水平,减少医患纠纷,保障

医疗与社会的稳定。

在我国传统文化中,“医,仁术也”,医者仁心,医生需要具备高超的医术和高尚的医德来救死扶伤,医德的范畴广泛,如济世救人,淡泊名利,精益求精,谦虚谨慎等。晋朝杨泉《物理论》中提出:“夫医者,非仁爱不可托也;非聪明理达不可任也;非廉洁淳良不可信也”,清朝怀远的《医彻·品行》中言:“夫医必自爱自重,而后可临大病而是托”,均强调了医德的重要性。唐代医家孙思邈的著作《千金要方》,其名意为“人命至重,有贵千金,一方济之,德逾于此”,他提出:“凡大医治病,必当安神定志,无欲无求,先发大慈恻隐之心,若愿普救含灵之苦。若有疾厄来求救者,不得问其贵贱贫富,长幼研蚩,怨亲善友,华夷愚智,普同一等,皆如至亲之想”。“西方医学奠基人”希波克拉底认为,医术是人类掌握的一切技术中最美、最高尚的。他指出医生不仅要有高超医术,还要具有热心、谦虚、冷静、利他等优秀品质^[4]。

2 医德教育的现状

医学院校开设医德教育相关课程是很重要的,如卫生法、自然辩证法、医学心理学、医学伦理学等,

※ 基金项目:湖南省普通高等教育教学改革研究项目【No. 201-221】

* 通讯作者:hlz992002@163.com



有利于培养医学生的医德素养,提高人文素质,初步掌握与患者、同事的沟通技巧,更好地进入以后的社会角色。但是我们目前医学院的教学安排中,医德相关课程少,且一般在大一开设,大部分课程都是医学基础和临床课程。我国医学院校的医德教育教师大多数由思想政治理论课教师担任,部分由掌握一部分医学人文知识的医学专业教师担任,通晓医学人文核心课程的跨专业、跨学科、医文兼通的高素质人才稀缺,制约了包括医学伦理学课程在内的医学人文课程的开设及教学质量的提高^[6]。而且我们医学院的医德课程教学还是以理论讲授为主,辅以视频、案例讨论等,但生动性、实践性不够,学生的专业课学习任务繁重,对于医德相关课程的重视不够,教学效果欠佳,教学方式还需要改进。

3 医德教育的实施途径

“十年树木,百年树人”,基于医德教育的必要性和重要性,医学院要重视医德教育,从人才培养目标、培养方案、课程体系、教学方法、教学过程和考核方式等多个方面进行规划设计,使得医德教育贯穿五年医学教育过程中,培养学生规范的职业道德和职业精神。

3.1 调整课程设置 增加实践教学 增加医德教育相关课程,开设卫生法、自然辩证法、医学心理学、医学伦理学、医学道德与职业精神、医患关系等,小部分设置为必修课,大部分设置为选修课,课程设置时间以大一为主,但贯穿于五年医学教育的始终。考核方式多样化,除了笔试外,还可以小论文、读书报告、研讨会、情景剧等多种方式,考察学生对医德问题的理解程度。

在医德教育的教学方式上,除了讲授外,增加大量的实践教学环节,一方面是课堂实践,通过案例分析,通过让学生表演、参与、讨论等方式进行,教学形式多样化,目的在于让学生思考“如何做一名好医生”,答案可以人性化,非教条式,启发学生的发散性思维,从医术、医德、法律、人情等方面综合评估找到一个最佳的解决方案;一方面是社区医疗实践、见习、实习医疗实践,通过面对真实的病人,真实的案例,在临床医生的带教下,老师循循善诱,帮助学生理清思路,锻炼学生独立解决问题的能力;一方面是在住院医师规范化培训中引入医德教育,医德教育体现在培训课程中,更突出尊重生命、认真负责、廉洁自律、团队精神等品德,一名合格的住院医师规范化培训学员,既要掌握基本的诊疗技能以及精湛的医疗技术,更要养成良好的医德素养;在临床工作中不能仅仅只是关心治疗疾病的本身,更要多关注患者的疾苦;既要重视患者的生理疾病,更应关注心理、社会

环境等诸多因素对患者病情的影响^[6],医德与医术都要达到合格水平。

3.2 教师队伍建设 学校引入和培养多学科交叉、具备综合知识背景的教师和带教医务人员,提高专业教师、医德教育教师对医德教育的重视,引导相关教师加强医德教育。教师的言传身教对于学生有着很大的影响力,医德教育不仅仅是相关课程老师的任务,思想政治课、医学史等课程的老师在对学生的教学时,也要把医德教育引入教学内容中,有机融合,对学生进行熏陶,在思想政治课中,从入学教育、课堂教育等方面培养学生济世救人、淡泊名利、谨慎认真的医德,是非常重要的^[7]。“夫以铜为镜,可以正衣冠;以史为镜,可以知兴替;以人为镜,可以明得失”。从古至今,我们的名医灿如星辰,这些名医都是以医术精湛、医德高尚闻名于世,以名医的医案为例,给学生以医德的示范,丰富了教学内容,给了学生初步的启迪。

专业课老师是与学生相处时间比较长的,学生也比较信服,学生对于专业课的学习比较专注。在专业课的授课过程中,在给学生讲解临床思路时,要有意识渗透和融入医德教育的内容,要培养学生严谨认真的习惯,还要培养学生的人文关怀。在见习、实习、规培过程中,既要培养学生规范的医疗技能,还要培养学生的职业素质,锻炼学生独立处理病人的能力,还要让学生学会换位思考,“老吾老,以及人之老;幼吾幼,以及人之幼”,推己及人,在医疗行为中体现人文关怀。中国源远流长的传统文化是医德的来源,这些优秀品德是为人为医的根本。

总之,在医学院进行医德教育是非常重要的,有利于培养合格的医疗人才,我们要从多个环节强化、合理化医德教育,丰富其实施途径^[8],培养学生的职业素养,树立正确的医德观和规范的医疗技能,才能让学生以后担当起医学重任,成为救死扶伤、医德高尚的好医生。

参考文献

- [1]王晨.关于医务人员职业道德问题的思考[J].理论前沿,2005(4):42.
- [2]郑志博.国外医德教育的历史沿革和模式分析[J].中国市场,2014(29):92-93.
- [3]尚文.结合德育教育探索医学生的医德教育路径[J].中国医学伦理学,2017,30(12):1537-1540.
- [4]张大川,边育红.医学院校的人文素质教育与医德培养[J].高等学刊,2017(3):166-169.
- [5]孙莹炜,胡正娟.关于中美医学院校医德教育访谈研究结果的认识与思考[J].中国医学伦理学,2017,30(4):453-456.
- [6]汪正芳,张声生.中医住院医师规范化培训中传统医德教育的内容和意义[J].继续医学教育,2017,31(11):79-81.
- [7]张秋生,吕庆建.医学生思想诊治教育中的医德教育作用分析[J].医学教育与实践,2017,25(4):216-218.
- [8]孔秀娟.尊重医德心理规律 加强医学生医德教育[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(3):28-30.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李亮 收稿日期:2018-03-02)

PBL 教学模式在中医骨伤科临床教学中的应用

周 驰 张庆文*

(广州中医药大学第一附属医院关节骨科, 广东 广州 510405)

摘要:目的 比较PBL教学法与传统教学法在中医骨伤科临床教学中的差别,探索PBL教学模式在中医骨伤科临床教学中的应用。方法 将84名学生随机分为PBL教学组和传统教学组,各42名,分别采用PBL教学和传统教学后,采用考核和调查问卷的方法分析教学效果。结果 PBL教学组的病例分析得分、总分、满意度和专业兴趣的帮助程度均高于传统教学组($P<0.05$),二者差异有显著性。结论 PBL教学模式在中医骨伤科临床教学中应用效果显著,值得在临床教学中应用。

关键词: PBL教学法;传统教学法;中医骨伤科;临床教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.013

文章编号:1672-2779(2018)-09-0028-02

The Application of PBL Teaching Model in Clinical Teaching of Orthopedics of Traditional Chinese Medicine

ZHOU Chi, ZHANG Qingwen*

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

Abstract: **Objective** To compare the difference between PBL teaching method and traditional teaching method in clinical teaching of orthopedics in traditional Chinese medicine, and to explore the application of PBL teaching mode in clinical teaching of orthopedics and traumatology in TCM. **Methods** 84 students were randomly divided into PBL teaching group and traditional teaching group, with 42 students in each group. PBL teaching and traditional teaching were used respectively. After the corresponding teaching, the results of the teaching were analyzed by the method of examination and questionnaire. **Results** The scores of case analysis, total score, satisfaction and professional interest in PBL teaching group were higher than those in traditional teaching group ($P<0.05$), and there was significant difference between the two groups. **Conclusion** The application of PBL teaching model in the clinical teaching of orthopedics of Chinese medicine is remarkable, and it is worthy of application in clinical teaching.

Keywords: PBL teaching method; traditional teaching method; orthopedics of traditional Chinese medicine; clinical teaching

PBL (problem-based learning) 教学模式是近年来国内外医学教育广泛应用的一种新型教学模式,其倡导以学生作为中心,在教师的引导下针对具体患者的疾病进行问题导向式学习,具有明显的主动性,突破传统灌输式教学模式的缺点,符合当前素质教育要求^[1]。中医骨伤科理论知识内容繁杂、抽象专业,使学生在有限的学时内真正理解掌握、引导学生将理论知识更好地与临床实践结合显得尤为重要。因此,本文就PBL教学法在中医骨伤科临床教学中的应用效果进一步探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择广州中医药大学2016—2017年度在我院中医骨伤科实习的本科生84名作为研究对象,所有学生均已完成中医骨伤科理论知识的学习,其中男生45名,女生39名,使用抽签法随机分为PBL教学组和传统教学组。PBL教学组,男22名,女20名;平均年龄(22.07 ± 0.60)岁。传统教学组,男23名,女19名;平均年龄(22.00 ± 0.54)岁。2组学生在医学教育背景、性别、平均年龄等方面无统计学差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 研究方法

1.2.1 PBL教学组 教师根据教学大纲要求,选择几

个比较典型的案例,以此准备基础知识和临床技巧等方面相关的问题,并在课前布置给学生。学生以8~9人为小组,通过查阅文献和资料,到床边采集病史、体格检查和相关影像资料,针对问题进行病情分析和讨论,作出诊断并提出下一步诊治方案。最后由教师总结并指出和纠正结果中存在的不足之处。

1.2.2 传统教学组 学生跟随教师诊治患者,整个过程中由教师分析、诊断并提出治疗意见。

1.3 观察指标 课程结束后,由教研室非带教老师一起出考题对学生进行临床技能和病例分析考核,并在考试中给予评分,分别计算平均分数作为最终成绩。考试结束后发放调查问卷,关于学生对教学模式的满意程度和专业兴趣培养情况进行问卷调查。

1.4 统计学方法 数据采用SPSS 22.0进行统计分析,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,采用2组样本 t 检验和独立样本 χ^2 检验,当 $P<0.05$ 时差异有显著性。

2 结果

2.1 2组学生考核成绩比较 2组学生临床技能得分和病例分析得分及总分进行比较,PBL教学组临床技能得分、病例分析得分和总分均高于传统教学组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

* 通讯作者:zcmzy1@163.com

表1 2组学生临床技能得分和病例分析得分及总分比较
($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	临床技能得分	病例分析得分	总分
PBL教学组	42	40.68 ± 5.71	35.88 ± 4.92*	75.56 ± 7.76*
传统教学组	42	38.78 ± 6.01	33.39 ± 4.58	72.17 ± 7.83
t值		1.469	2.371	2.550
P值		0.146	0.020	0.013

注:与传统教学组相比,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

2.2 2组学生对教学模式的满意程度和专业兴趣培养情况调查结果比较 调查结果显示,PBL教学组的学生对教学模式的满意程度(90.47%)明显高于传统教学组(69.04%),PBL教学组的学生表示对专业兴趣培养的(80.95%)明显高于传统教学组(54.76%),2组比较差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。见表2~3。

表2 2组学生对教学模式的满意程度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意程度
PBL教学组	42	24(57.14)	14(33.33)	4(9.52)	38(90.47)*
传统教学组	42	12(28.57)	17(40.48)	13(30.95)	29(69.05)

注:与传统教学组相比,* $P < 0.05$

表3 2组学生表示对专业兴趣培养的(帮助程度) [例(%)]

组别	例数	非常有帮助	有帮助	无帮助	帮助程度
PBL教学组	42	16(38.10)	18(42.86)	8(19.04)	34(80.95)
传统教学组	42	4(9.52)	19(45.24)	19(45.24)	23(54.76)

注:与传统教学组相比,* $P < 0.05$

3 讨论

3.1 PBL教学法的优势 临床实习是医学生到医生两个角色转变的重要阶段,是将理论知识应用于临床实践、巩固和更好地理解理论知识的关键时期^[2],在临床实习中培养的自主学习能力、独立的临床工作能力、临床思维能力将大大有益于他们的医学职业生涯。与理论教学所不同的是,在临床教学中,教师应以帮助学生培养学习主动性、激发学生的学习兴趣、提高积极参与意识为目的,使医学生更好地掌握理论知识和适应临床工作。中医骨伤科是一门防治骨关节及其周围肌肉损伤与疾病的学科^[3],实践性较强,然而课本知识晦涩难懂,因此提高中医骨科临床教学质量和培养学生实践能力尤为重要。传统教学法以教师知识输出和学生知识接收的单向性为特点,学生对知识的死记硬背造成了高分低能的现象,不符合临床学习对实践的要求。本研究显示,与传统教学法灌输式教学相比,采用PBL教学法能明显提高学生的病例分析能力和知识掌握程度,PBL教学法以临床病例为切入点、以问题为基础、以学生为中心、以老师为导向,充分调动学生学习的积极性^[4],更能满足临床教学的需求,将传统教学

法授之以“鱼”转化为授之以“渔”^[5],教师的角色不再是教科书的搬运工而是教学知识的设计者和学生的引导者,更好地诠释了“师者,传道授业解惑也”。与此同时,学生在PBL教学过程中满意度普遍较高,积极的临床参与和自主学习不仅使他们理解和巩固了理论知识,培养自我探索学习的求知欲和动手实践能力,而且在合作中增强交流、相互促进、增强友谊,提高专业学习兴趣。而在本次研究中,虽然PBL教学组临床技能得分高于传统教学组,但两者在统计学上不具有显著性差异,因此关于PBL教学法是否能够提高中医骨伤临床技能有待进一步探讨。

3.2 实施PBL教学法需要解决的问题 一是在PBL教学启动前要对学生进行鼓励动员。由于我国传统教学模式的影响,学生在临床实习前长期处于灌输式教学中,缺乏对知识的探索、整合和提炼能力,教学模式的改变会导致他们产生畏难心理和引起不适应性^[6]。因此,在实施PBL教学法前要给予学生鼓励,引导他们由被动学习到主动学习进行角色转变。二是要加强师资队伍的建设,加强带教老师的培训。教师在PBL教学中处于主导地位,教师设计的问题和引导直接影响学生的思维和学习效果^[7]。这就要求带教老师不仅要有精湛的中医骨伤医技,还必须具备高超的授课技巧。因此,应该定期组织教师进行PBL教学培训^[8],增强教师队伍的教学素质。教师在授课前要有充足的备课,设计问题应根据临床病例,结合中医骨伤理论基础、外科手术等,因势利导。二者有机结合,发挥PBL教学法的优势。

4 结论

PBL教学模式在中医骨伤科临床教学中的应用效果显著,有效地提高了学生临床病例分析能力,较大幅度地帮助学生培养专业兴趣,学生对该教学模式的满意程度较高,可以在临床教学中广泛应用。

参考文献

- [1]刘军,陈生弟.PBL教学在医学教育中的应用与前景[J].中国高等医学教育,2013(4):5-6.
- [2]邓学灵,石碧兰,余少英,等.医学生临床实习教学质量的影响因素及对策分析[J].河南医学研究,2017(12):2168-2169.
- [3]王和鸣.中医骨伤科学[M].北京:中国中医药出版社,2017:385.
- [4]陆洁莉,毕宇芳.问题导向学习教学法中教师的角色分析和作用[J].诊断学理论与实践,2016(3):333-335.
- [5]吴敏,王照东,肖玉周.PBL教学模式在骨科临床教学中的应用研究[J].中华全科医学,2013(7):1129-1130.
- [6]程妍,马师洋,王燕,等.重视循证医学与PBL教学结合模式在内科实习教学中的应用[J].第十七届全国高等医学院校诊断学教学改革研讨会[C],长沙,2014.
- [7]赖亚曼,李伟明.PBL教学模式下医学院校教师素质探析[J].医学教育探索,2008(11):1143-1145.
- [8]DOLMANS D H, De GRAVE W, WOLFHAGEN I H, et al. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research[J]. Med Educ, 2005,39(7):732-741.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王海彬 收稿日期:2018-02-02)

提高医学检验人才检验水平和创新能力的改革思路※

肖建勇 谭宇蕙 占玉娟

(广州中医药大学基础医学院生物化学教研室, 广东 广州 510006)

摘要:传统医学检验毕业生存在创新性人才匮乏, 就业前景差的问题, 其根本原因是专业课程设计和教学模式相对陈旧落后。广州中医药大学在2014年新设立了医学检验专业, 我们作为课程负责人对新设医学检验进行了创新改革, 对人才进行四个层次进阶式培养, 包括基础理论的学习及基本实验操作能力培养, 临床化学检验和分子检验的技能训练, 实体与虚拟教学的结合促进自主能力培养, 加入科研团队进行创新性课题研究。本文阐述的培养新模式旨在为培养适合现代医学检验需求的人才提供思路。

关键词:医学检验; 教学改革; 进阶式培养; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.014

文章编号:1672-2779(2018)-09-0030-03

The Reform Thinking of Improving the Medical Examination and Creative Capacity of the Undergraduates Majored in Medical Laboratory Science

XIAO Jianyong, TAN Yuhui, ZHAN Yujuan

(Department of Biochemistry, Basic Medical School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510006, China)

Abstract: Generally, the undergraduates with Medical Laboratory Science lacked creative way of thinking and as a result showed low competitiveness in the job market. The key reason is that the curricula design and teaching mode are outdated. Medical Laboratory Science as a novel major was set up in Guangzhou University of Chinese Medicine in 2014. In this paper, we employed series of measures to reform the curricula construction and teaching model. In detail, the students are normally subjected to four-tiered advanced education. At stage one the students mainly focus on learning fundamental knowledge and practicing basic experimental skills. Their ability of clinical examination and molecular detection will be trained at stage two. At stage three, we will cultivate the students' ability of independent-learning through the combination of realistic and virtual teaching methods. At stage four, the students are allowed to join in PI research team and involved in the specific research program in order to promote their creative way of thinking. The novel teaching ideas shared in this paper aimed to cultivate the creative talents in the medical examination so as to meet the requirement of medical laboratory.

Keywords: medical laboratory science; teaching reform; advanced education; talent training

广州中医药大学基础医学院自2014年起开设了医学检验学专业, 它是以基础医学为核心理论知识体系, 以检验仪器学、临床病原生物学检验、临床免疫学检验、临床血液学检验、临床生物化学检验等各种临床检验技术为核心的专业技术学科^[1]。本专业旨在培养掌握基础、临床和检验医学的基本知识、理论和技能, 熟练应用现代仪器设备及先进医学检验技术, 并具有一定科研发展潜能的应用型医学检验专门人才^[2]。面对分子医学的广泛应用和个体化精准医疗时代的来临, 检验人员的知识结构、实验技能迎来了升级的需求与挑战, 我们要培养学生开拓新检验项目的能力, 为医院检验中心或专业医学检验公司输送医学检验的高级技能人才及研发人才。可以预测, 医学检验学更高层次的人才培养将导致未来一个新型职业的诞生——分子诊断医生^[3]。然而, 传统医学检验专业的实验教学偏向于“老师为主, 学生为辅”的模式, 仅依靠于带教老师的步步指导, 而忽略了学生的主体地位和创新能力, 因此, 面临

这一医学检验的新形势, 自该专业设立以后, 为了强化本专业学生的医药实践应用及创新能力, 我们在教学上做了相应的布置与改进, 本文以生化与分子生物学教研室为例, 实行了四层递进的教学进程方法, 不同层次有不同的教学目标和教学模式, 在此, 与大家分享如下。

1 基础理论的学习及基本实验操作能力培养

利用基础课程——生物化学课, 先让学生有扎实的生化理论基础和基本生化实验技能, 教学模式与医药类专业相同。精心设计实验项目, 在非常有限的实验课时内, 让学生熟悉四大生化技术——分光、离心、层析、电泳技术, 融合四大生化技术于普通指标检测实验中, 狠抓基本功训练。例如, 血糖检测特意选用了经典化学法, 而不是临床目前常用的酶法, 因为传统检测法更能让学生体会生化检测的设计思路过程, 更多的生化基本操作, 如各种量程移液器、离心机和分光光度计的正确使用等。利用血糖测定讲解分光光度法, 利用转氨反应和氨基酸分析讲解层析技术, 利用核酸分离纯化鉴定实验讲解离心技术和电泳技术, 恰好完成四大生化技术的系统教学。尽管层析技术目

※ 基金项目: 国家自然科学基金【No.81773953】



前在医学检验学中应用的不多,但是我们认为,基础技能培训不能过于功利,这是基础中的基础,如果连这些基本实验技能都不会,就谈不上进入第二层次的专业技能训练。为了拓宽基础的理念,让学生掌握完整和系统的一套生化基本技术,我们仍然选用了层析技术这一实验项目。为了学生能够更快地进入实验状态,实验还要求学生课前预习实验原理及过程,课后实验报告中对实验过程中出现的失误及结果与预期不符的原因进行详细分析。

而在实验教学过程中,我们会详细介绍实验室规章制度以及在实验室需要注意的事项,如实验室卫生安全,以及如何配制试剂、天平的正确使用、有毒试剂的正确处理、水浴锅及玻璃仪器的规范操作等,以便所有学生都能基本掌握这些实验基本技能,为第四层次的加入科研团队做铺垫。从高年级学生所在的实习实验室反馈回来的信息来看,该专业学生的实验基本技能还是掌握得比较牢固的。

2 临床化学检验和分子检验的技能训练

分子生物学和分子检验学,主要实验课为质粒DNA的提取纯化和RNA的提取纯化、质粒DNA的限制性内切酶酶切等核酸提取技术、聚合酶链式反应和蛋白免疫印迹分析技术等,为学生讲解各种分子生物等技术,让学生熟悉了解分子生物等技术。这两门课是生物化学和临床生化检验基础上的提高。医学检验技术说到底也是属于生物技术,正如临床生化检验学的本质是生化技术一样,分子检验学本质就是分子生物学技术,如果说有区别,就是只在样本前处理与制备上不同,其后续的核酸(基因)、蛋白质纯化、定性定量分析鉴定模块与分子生物学技术是完全一致的,故分子检验学课程设置是分子生物学实验课的继续,设置高比例的实验课时(12节理论36节实验),还安排了校外专业检验公司的工程技术人员讲座,讲授分子检验学的进展和临床具体应用情况,让学生了解分子检验学的前沿。临床生物化学检验,高达2/3比例的实验课,专门聘请广东省中医院或广州中医药大学第一附属医院检验科的老师们为本专业学生讲解,大量临床生化实验使学生熟悉掌握了现有临床生化检验项目的所有操作和实验室质控方法,而且直接选用临床目前使用的方法,抓好这一应用基本功训练,目标是完成目前岗位需要的技能训练。

3 实体与虚拟教学的结合促进自主能力培养

虚实结合,利用新建立的虚拟实验室,解决临床样本较难取得的问题。目前,分子检验学应用最多的是产前诊断、遗传病检测和恶性肿瘤的检测,实验课需要大量病人样本,这些样本不易取得,也容易造成安全问题,所以我们采用正常动物样本完成了大部分的技术训练,再以虚拟教学完成了完整的从临床样本

开始的检验过程,而且能较短课时内学习较多分子检测项目。先有实体实验操作的感性直观认识,再在“虚拟中”完成实体操作的触类旁通,可大大拓宽知识容量。虚拟教学还有一个最主要的教学目标,是學生可以离开教学实验室、在课后乃至宿舍中均可利用网络进行预习和复习,体会学过的实验操作过程,是实体实验的一个很好补充。

4 加入科研团队进行创新性研究

学生实习可以选择PI(Principal investigate)研究团队的实验室、三甲医院检验科或专业医学检验机构。以学校总成绩加学分评分,成绩优秀者优先选择,从而要求学生在大学期间注重学习及平时学分的积累,积极参加学术讲座,积极参与课外科研活动、各种学术竞赛及学校社团活动等,培养学生的学术思维,扩大学生的眼界。学生如果选择进入PI研究团队的实验室,那么就以基础医学院的各科研团队教师为导师,以学科科研实验室与学院科研平台为基地,与研究生一起带教,完成科研带教模式的综合实验训练;并鼓励学生参加“大学生挑战杯”“大学生创新创业训练计划”等项目。目的是培养研发性创新思维与技能,加强实践能力、独立科研开发能力的培养。如果学生选择医院检验科实习,我们也搭建了良好的平台,目前我们已与广东省中医院、广州中医药大学第一附属医院等各级、市级中医院等三甲医院检验科进行合作,与医学生上临床规培实践一样,让学生真正接触临床,学以致用,促进教学与临床结合教育,并及时了解学生在临床实习过程中的情况,从而不断提高学生的实践操作能力。就高年级实习情况来看,将近98%的学生均选择去医院检验科实习。另外,我们知道在分子检验方面更专业和更具创新能力的是专业的医学检验机构,为此,我们与永诺、万孚公司等专业检验公司进行合作,以公司的检验部门为基地,完成实习教学,并使學生熟悉当前检验技术的形势,适应这个分子医学广泛应用和个体化精准医疗的新时代。目的是培养学生的医药学研究应用及生物医药研发技能,为培养复合型、创新型人才打下基础。长达十个月的实习时间,无论是在哪个实习单位,学生的科研或临床实践能力都是可以得到锻炼。而在创新能力培养方面,我们拟通过开展检验新技术学术沙龙、严格管理毕业论文答辩制度、加强人文素质的熏陶等途径。

至今,我校医学检验专业在读生已经有四届了。目前,高年级学生已经分别在PI研究团队的实验室、医院检验中心或专业医学检验公司等开展毕业论文设计和实习,各实习单位均给予了良好的反馈。这对我们是极大的鼓励。随着时代的发展,传统医学检验实验教学已不再适应社会需求,我们也必须与时俱进,优化我们新专业的课程设计,突出我们新专业的教学

特色,积极培养检验技术方面的优秀人才,使检验技师这一行业能充分发挥自己的作用,从而推动我国检验医学的发展进步^[4]。

参考文献

[1]高昌浩.由医学检验到检验医学的思考[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(8):181-182.

[2]韩利.对医学检验到检验医学转变的再认识[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(8):178-179.

[3]府伟灵,黄庆.分子诊断与个体化医疗[J].临床检验杂志,2012,30(10):746-748.

[4]赵桂梅.检验医师—检验医学发展的出路[J].国际检验医学杂志,2013,34(6):763-764.

(本文编辑:张文娟 本文校对:杜标炎 收稿日期:2018-02-09)

临床药学立体化教学改革后教学医院药师压力源分析※

王 伟 任振堃*

(锦州医科大学附属第三医院药学部,辽宁 锦州 121000)

摘要:随着数字化信息时代的到来,在融媒时代的背景下,高校微课、网络课、微信评教、微信考试等多系统立体化授课与考核体系正在推进与实施。教学医院药师在工作模式和教学水平上发展更快,临床配合度稍高,实践时间长,科研压力也更大,还要不断学习,紧跟教学改革发展的脚步。调查本院开展临床药学立体化教学后医院药师压力主要的来源情况,与相对应的压力应对策略,为提高医院临床药学教研室的药师的工作积极性和提高其职业幸福感提供参考依据。

关键词:教学医院;医院药师;压力源;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.015

文章编号:1672-2779(2018)-09-0032-03

Analysis on the Pressure Source of Hospital Pharmacists after Three-dimensional Teaching of Clinical Pharmacy in a Teaching Hospital

WANG Yi, REN Zhenkun

(Department of Pharmacy, the Third Affiliated Hospital of Jinzhou Medical University, Liaoning Province, Jinzhou 121000, China)

Abstract: With the advent of the digital information era, multi-system three-dimensional lectures and assessment systems are being promoted and implemented in the context of the media era, such as micro-lectures, online lectures, WeChat assessment, and WeChat examinations. Teaching hospital pharmacists in the work patterns and teaching level to develop faster, with a slightly higher clinical practice and practice time, research pressure is greater, but also continues to learn, follow the pace of teaching and development. After investigation in our hospital clinical pharmacy three-dimensional teaching hospital pharmacist major source of pressure, and the corresponding strategies to respond to the pressure, to improve the teaching and research office of clinical pharmacy in our hospital pharmacist's work enthusiasm and provide a reference basis to improve their professional happiness.

Keywords: teaching hospital; hospital pharmacists; pressure source; teaching reform

教学医院药师一直以来面临着很多压力,一方面来源于自身,一方面来源于岗位,而在数字化信息化多样化发展的药学服务模式变化的今天,药师们还将面临着巨大的压力和挑战,他们的心理健康应当受到重视和关心。让他们感受到关注和重视,不但能坚定事业发展的信心,同时也感受到自身的成长与医院的发展息息相关,增强了职业责任感和自信心。本文通过对教学医院药师面临的压力源和应对策略分析,进一步提高教学医院药师的工作积极性及个人价值。

1 开展临床药学立体化教学后医院药师压力源

1.1 教学医院药师自身原有的压力源

1.1.1 药师考试考核较多 一是如本院临床药学教研室的兼职教师(药师),平均初始学历为硕士学历,要在入院工作当年或是进院两年之内考取执业药师,一年后或者已经在校期间考取了初级,入职三年后多数都

需要考取主管药师;二是执业药师考试通过率相对较低,职称考试考试科目较多,且难度逐年增大^[1]。因为兼职教师(药师)入职年纪多为27岁以上,相应婚姻、生育等压力较大,且每每多和晋级考试同期。

1.1.2 理想与现实的距离 药师在入院工作前,基本全部进行了本科及研究生阶段的教育,相应的药学基础知识较为扎实,但缺乏与临床相对应的工作经验,且在部分部门工作的药师,其学习的专业与现岗位出现了不对应的现象,学习到的相关专业知识不能学以致用^[2]。

1.2 教学医院药师工作方面的压力源

1.2.1 工作风险高 药师因为工作处于临床窗口单位,不仅要进行正常的调剂审方工作,还面临着提供临床合理用药指导的工作,临床合理用药的沟通工作十分繁重,且会面对患者的不合作与软对抗,容易引起兼职教师(药师)强迫症等多种负面情绪。

1.2.2 医教研结合 在正常工作以外大学附属医院的兼职教师(药师)还需承担相应的繁重的教学任务和科研工作,如本院兼职教师药师,年均授课时数达到140

※ 基金项目:辽宁省教育科学“十三五”规划立项课题【No. JG17DB174】

* 通讯作者:13941699822@163.com

学时为合格,且年均理论授课时数不低于40学时。同时晋级压力也造成兼职教师(药师)对论文和科研教学立项的需求压力大增。如晋升主管药师/讲师就要求发表两篇以上的发表在核心期刊的论文,且学校每年把科技核心期刊进行筛选,优中选优定为本校的核心期刊,发表难度日渐加大。而且科研与教学立项均需要大量的论文作为支撑,从而造成科研教学工作量的大增,极易造成兼职教师(药师)对晋级产生了严重的职业倦怠。

2 开展临床药学立体化教学后新增压力源

2.1 教学医院药师工作复杂化 随着微课、网络课、微信评教、微信考试等多系统立体化授课与考核体系的推进与实施。教学由单一的板书与PPT多媒体授课手段,开始变成了立体化、全覆盖式、差异化的教学育人,使医院药师的工作复杂化,大量工作都得从头开始。如学校于去年开始设立微课,我教研室兼职教师(药师)全员参加了学校组织的微课教学培训班,课程为2周记为22学时,即不算利用的课余时间,平均每位兼职教师(药师)当月工作时间增加三个工作日。而且学习后各位药师还花了相应的时间用于微课的备课、制作与录制。本教研室共计承担4门课程68学时的微课教学任务,故我教研室于去年大概共使用7人次190余学时录制制作了相应的微课。

2.2 家庭内部的不和谐因素增多 出于工作与教学需要,教学医院的兼职教师(药师),除了值班授课频繁之外,上学校授课与在本院带教任务也日渐繁重,造成兼职教师(药师)与家庭成员的可团聚时间日益减少,对兼职教师(药师)家庭的稳定性与幸福感都会产生一定影响。对其生活中的另一半、子女、或是父母长辈会产生愧疚感。如在夫妻生活中,压力与紧张感会造成其生活的不和谐因素增多。从而对其本人也会造成职业倦怠或是由此衍生出相应的心理问题,令其加重个人的心理负担^[3]。

2.3 学科价值难以得到体现 (1) 本教研室带教的临床药学专业的学生对于其各自未来的职业前景有不同的需求,部分学生就是满足于取得足够学分的基础上,节省时间就是为了考研,对于与临床相结合的授课与教学满足于75分万岁,以取得学位证,而不重视相应的教学与考核。(2) 随着“十三五”以来,国家开始让临床药师对于医生诊疗方面进行辅助与指导,使许多医生对于药学监护产生一定程度上的偏差与误解,不能理解和支持临床药师的相应工作,甚至干扰与敌视临床药师的工作。同时这些行为与态度会对临床药师带教的学生产生一定程度的错误认识,使带教药师与临床药学的学生在心理上缺乏认同感,自我价值受到忽视,进而对临床药学的工作前景与未来产生错误的认知与理解。

3 对策

3.1 管理层面对策

3.1.1 实现精细化管理 学校改变了以往的相对粗放的管理,制定符合教学医院实际情况的制度流程。特别是今年以来,国家放开了职称评聘,使带教药师的职称评聘在医院与学校层面上由一刀切变为精细化分层分型评聘。使药师由都要晋级主管药师/讲师,副主任药师/副教授,变为医疗教学型/医疗科研型/医教研均衡型^[4],考核的尺度与要求都不一样,使一部分不想在科研上花时间和在科研上没有前途的药师,可以把时间与精力花在医疗与教学上,真正的人尽其才,物尽其用,从根本上降低了医院药师的考试考核评聘压力。

3.1.2 减轻工作负荷 补充相应的人力资源,通过自动配药机、自动发药机的引入与使用,把药师由简单重复性劳动中解放出来,使兼职教师(药师)有更多的时间与精力投入到临床合理用药监护、不良反应监测上面,更好地服务于临床,服务于患者,使患者得到更多的药学监护。同时也使药师更好地回归到医教研相应工作,提升自身的工作能力与科研能力,更好地服务于社会,创造更大的人生价值。

3.1.3 严控资格准入关 在入职第一年和第二年应该要求新入职药师均考取执业药师证书,使其可以持证在门诊急诊药局一线工作。同时在两年的工作中把专业能力强且希望投身于临床药学工作中的年轻药师选拔出来,进行一年的脱产专业临床药师培训与考核,使之具有临床药师资格。之后再吧机遇与空间留给医院药师,让他们自己自由选择相应的医教研工作,大到专业分工对口,小到性格与爱好与工作相适应,使药师学有所用,学得已用。

3.2 医院药师自身对策

3.2.1 增强自身的业务能力 快速熟练掌握现代化的网络信息技术和专业能力,不放过一切继续教育与在职教育的机会充实自己,使医院药师具有相应的能力,从而使医教研工作有机结合起来,各有侧重,充分发挥自身优势^[5]。

3.2.2 自我心理调节 医院药师应有一种正确的人生观,价值观、职业观,设立合理的目标。在工作中对自己有一个合理的定位,医教研跟各方面都可以实现自身人生价值。同时一定要心态平和,面对日渐复杂的工作生活中的压力与困难,找到一种对自己正确的压力缓解方式,排解与释放压力。

3.3 合理的外部支持

3.3.1 家庭支持 温馨和谐的家庭氛围在一定程度上可以缓解压力,同时医院药师在面对压力困惑时应该主动寻找倾诉对象,排解压力。因为压力只有在亲情与友情的帮助下才能合理地排解与释放。

3.3.2 行业理解 医生与药师, 医生与护士, 教师与学生之间都应该加强沟通, 彼此相互尊重, 减少误会和分歧^[6]。因为伤害就在一瞬间, 也许我们没有感觉到伤害, 但伤害已经存在, 所以沟通是缓解一切伤害与误会最好的工具。加强沟通, 加强理解才能真正地避免这一切的发生。

4 小结

医院药师, 尤其是教学医院的医院药师工作特点与性质, 决定了该群体属于高压人群。而长期高压工作必然会带来各种不良的心理与生理的反应, 必然也会影响医院医疗教学等方面的工作。医院药师的压力主要来源于人力不足和工作环境特殊, 而教学医院的医院药师更面对着繁重的教学任务和日新月异教学手段的更新。

所以管理者应该正视并且重视这一问题。药师本身也要自我调理, 正确处理。通过大环境改善与小问题的解决, 使药师减轻压力, 轻松自如面对生活与工作。

参考文献

- [1]史颖, 徐箫, 王栋. 基层医院药师职业压力源分析[J]. 解放军医院管理杂志, 2014, 3(21): 226-227.
- [2]李爱民. 新医改形势下医院药学学科的职能转变[J]. 中国医院药学杂志, 2013, 21(33): 1805-1806.
- [3]杨廷忠, 黄韩腾. 社会转型中城市居民心理压力的流行病学研究[J]. 中华流行病学杂志, 2003, 24(9): 760-764.
- [4]施天慧, 毛春芳. 基于德尔菲法的药事管理教学案例库构建研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(20): 48-51.
- [5]李学林, 徐涛. 我国医院药师在医疗机构中的定位与作用[J]. 中国药房, 2014, 25(5): 388-390.
- [6]邱文娟, 陆冬妍, 冯玉兰, 等. ICU 护士职业压力源分析及对策[J]. 解放军医院管理杂志, 2013, 20(8): 781-783.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 李东辉 收稿日期: 2018-01-30)

依托病理生理学教学平台 增强护理专业学生循证护理意识^{*}

张立民 张玉平 郭亚雄 牛春雨 赵自刚^{*}

(河北北方学院基础医学院病理生理学教研室, 河北 张家口 075000)

摘要: 随着循证护理理念的提出及在临床实践中的应用, 医学院校在早期教学过程中培养护理专业学生循证护理意识显得尤为重要。鉴于病理生理学课程在基础到临床之间的重要性, 以病理生理学教学为抓手, 培养护理专业学生循证护理意识, 必将为其今后临床工作中参与医疗干预, 加强医护合作, 从而最大程度促进患者康复、降低住院死亡率奠定坚实的基础。

关键词: 病理生理学; 教学改革; 循证护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.016

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0034-03

Strengthening the Nursing Students' Consciousness of Evidence-based Nursing with Relying on the Pathophysiology Teaching Platform

ZHANG Limin, ZHANG Yuping, GUO Yaxiong, NIU Chunyu, ZHAO Zigang^{*}

(Department of Pathophysiology, Basic Medical College, Hebei North University, Hebei Province, Zhangjiakou, 075000, China)

Abstract: Along with the concept of evidence-based nursing and the application of the evidence-based nursing in clinical practice, this paper put forward higher requirements on nursing staff. The clinical nurses with low qualification are in the majority. So it is very important for medical educators to cultivate nursing students' consciousness of evidence-based nursing in the early stages of teaching process. Pathophysiology plays an important role between basic medicine and clinical medicine. If we take the pathophysiology teaching as the gripper to cultivate nursing students' consciousness of evidence-based nursing, there will be a solid foundation for nurses to participate in medical intervention, strengthen medical cooperation, so as to promote the patients' rehabilitation and reduce in-hospital mortality.

Keywords: pathophysiology; teaching reform; evidence-based nursing

根据我国高等医学教育的发展方向, 高校必须贯彻“以学生为中心”的教学理念, 以加强大学生创新创业教育、实践实训能力为导向, 培养具有创新精神与实践能力的高素质医学人才。因此, 高校教师在理论教学中, 应该针对培养目标进行有目的、有计划的精准教学, 做到以学生进入工作岗位后“能力”为导向的“教学”。以护理专业为例, 循证护理是临床护理

过程中最基本的思维模式, 如何以课程教学为抓手, 增强学生的循证护理意识, 是目前护理专业教学中亟待解决的问题。“循证护理”就是作为护理人员能够以有价值的科学证据提出问题, 进而寻找实证, 通过证据为患者提供全方位的最佳护理^[1]。可见, 循证护理的灵魂就是用证据说话。作为一名优秀的护理人员, 需要掌握一个根本证据的前提是要熟悉疾病的发生、发展和转归的基本规律与机制, 以此指导自己的临床护理工作并能够对病人的健康管理做出正确指导。因此, 我们在基础医学与临床医学的桥梁课程——病理

^{*} 基金项目: 河北北方学院教育教学改革项目[No.JG201606]

^{*} 通讯作者: zzghyl@126.com



生理学的课程教学中,对护理专业学生进行了循证护理意识的精准教学,试图早期培养未来临床护理人员的循证护理意识,取得了一定的成效。

1 我国护理人员的基本状况及护患关系

受传统观念的影响,人们对于护士的认识就是停留在打针、输液、执行医嘱、护理患者的水平,要求知识储备能力较低,所以造就了当前我国护理人员学历水平偏低的现象。截至2010年,我国大专以上的护理人员仅为51.3%,仍有半数比例的护理人员为中专水平,甚至还有仅经过普通培训就上岗的护理工作人员;职称方面,护理人员的职称普遍偏低,其中具有高级职称的护士仅为1.9%,中级职称的为18.9%,而初级职称的为81.2%,人员结构配置极不合理^[2]。这与国外护理工作人员水平相差甚远,而护理水平高低与住院病人的死亡率、院内感染以及其他不良事件的发生率具有直接关系^[3]。同时,在我国,重医轻护的现象一直存在,一般医院的管理层对于护士的培养一直重于护理技能,而轻视了护理人员在医学基础知识上的学习,更不用谈及护理科研了,从而造成了护理人员医学基础知识掌握能力较差,整体水平偏低的现象。

护理人员的低学历、薄知识、轻沟通的状况是造成当前护患关系紧张的一个重要方面,同时很多医患矛盾也会转嫁到护士身上,原因就在于一般情况下患者因为担心下一步的治疗,不敢直接和医生发生冲突,而护士大部分为比较年轻的女性,给人有“好欺负”的印象。另外,医生一般与患者接触的时间较短,下医嘱后的治疗阶段均是护士与患者接触,因此,基本所有问题都咨询护士,而我国护理人员的资源非常缺乏,远远低于世界的每千人护士数,所以护士的工作量是非常大的,很难保持以饱满的热情来面对患者及家属,再加上一般护士的医学基础知识确实非常薄弱,临床医学思维较差,因此对于患者咨询的医学问题基本上以“不知道”回应,从而引起了护患沟通的障碍^[4]。此外对于现阶段的护患关系,除了护士自身的问题外,患者对医护人员的不信任以及要求过高也是造成护患关系紧张的一个重要方面。

2 循证护理及其在我国现状

循证护理是护理人员在护理活动过程中,审慎地、明确地、明智地将科研结论与临床经验、患者愿望相结合,获取证据,作为临床护理决策依据。包括三个要素:可利用且最适宜的护理研究依据;护理人员的个人技能和临床经验;病人的实际情况、价值观和愿望。因此以病人的实际情况、价值观和愿望为出发点是循证护理的一个重要要素,也是在进行循证护

理过程中的一个基本出发点,同时更高的专业技能和良好的临床思维也是循证护理过程中对护理人员的要求。护理人员参与循证护理的三个重要表现就是护士要参与医疗干预、要及时地发现护理问题及掌握解决问题的具体措施、要使用标准语言来描述问题和干预结果。通过将护理问题与循证护理有机的结合,可在医护合作问题上取得较好的效果。目前我国一些三甲医院已经把患者的一般性治疗和处理工作交给了护理人员^[5],这也是循证护理的发展需要,同时这对护士的医学专业水平提出了更高的要求,护理人员必须能够对疾病的发生发展、疾病的转归有着清晰的认知,只有这样才能做到准确的病情判断和预测。因此,随着循证护理建设的推进,医院管理者及医学院校的教育者都应该从多方面考虑如何提高护理人员的水平,如何通过提高护理人员的水平以使循证护理在临床工作中得到有效的实施,进而降低患者的病死率,改善护患关系。

研究表明,目前临床护理人员的循证护理知识还比较薄弱^[6],究其原因,首先主要是当前在临床护理一线的护士大多为刚走出大学校门的实习护士或者初级职称人员,而在医学院校一般没有循证护理方面的课程教育。其次护理人员工作压力大,再教育的时间短及机会少,从而使得循证护理意识薄弱,循证护理的发展受到了制约。因此,要促进循证护理的发展,不仅医院有重要责任,同时作为培养护理工作者的医学院校也应该在教学过程中渗透循证护理的思想,这在加强临床一线护理人员的循证护理意识上具有重要的作用。

3 在病理生理教学中加强循证护理意识

病理生理学是医学课程中的一门基础课,旨在研究疾病发生、发展及转归,进而为临床治疗提供理论依据,在医学教育体系中占有极其重要的地位^[7]。在对解放军总医院来自全国多所高校毕业的96名新入职护士的调查中发现,47%的新入职护士认为对于疾病发生机制的掌握非常有必要,48%的护士认为对于疾病发生机制的掌握一般有必要,仅有5%的护士认为没必要。可见,病理生理学知识体系在临床护理过程中的重要性。而目前大部分在校的护理专业的学生常常轻视基础医学课程的作用,认为基础课对于将来的工作没有作用,而循证护理要求护理人员需具有缜密的临床思维,作为护理专业学生学好病理生理学能够对疾病的基本病理过程有着清晰的认识,这样才能很好地指导临床护理,才能很大程度上与患者进行无障碍的沟通,最终满足当前临床

护理工作的需求。

病理生理学教学内容包括3个部分：疾病概论，基本病理过程，系统器官病理生理学。

疾病概论：主要探讨疾病发生发展的普遍规律，是对疾病的一个总体认识。同时在这一部分拓展当前的热点问题，如脑死亡，对于脑死亡的判定标准及其与心肺死亡的区别阐述清楚，这对于尽早器官捐献及移植和减少医疗资源浪费具有重要的意义。自从2016年1月1日起，我国开始禁止死囚犯作为供体进行器官移植，取而代之的是公民自愿捐献，这不但没有影响供体数量，反而显著增加，这就要求医护人员必须具有严格的判定标准，这也是临终护理关怀的重要体现，同时也是对患者人权的尊重。

基本病理过程：探讨多种疾病中可能出现的共同的、成套的功能代谢结构的变化，如水电解质代谢紊乱、酸碱平衡紊乱、缺氧、发热、弥散性血管内凝血、应激、休克等，这些均是护理人员在临床工作中常见的病理过程。因此，掌握病理过程所引起的病机变化及临床表现，对护理学生尤为重要。譬如，输液是临床上护士的日常工作，输液不外乎两种情况，一是作为溶媒加入治疗药物起到治疗作用，再有就是水电解质出现了紊乱，那么护理人员在工作中需要清楚补液该怎么补，输何种液体，比例是多少？譬如案例：6岁女童，呕吐腹泻3天入院，查体：体温37.5℃，心率98次/分，四肢无力，眼窝凹陷，精神萎靡。诊断为急性腹泻。医嘱给2/3张液体，除常规抗生素治疗外，还加了钾，同时建议做血气。患者家属困惑，便询问护士为什么脱水，为什么给钾，钾的作用是什么，查血气作用是什么，是不是无谓的加药、检查，此时作为护士就得通过专业的知识对患者家属做出解释，消除疑惑。这些内容均是《病理生理学》“水、电解质和酸碱平衡紊乱”部分的内容。因此，鉴于病理生理学理论较强、较抽象，我们在给学生讲授病理生理学知识的过程中要多以案例来启发其积极性，多以在临床上常见的案例来思考如何通过理论机制来解释，通过步步设问、解答，让学生自己循证，把学生带入临床情景中才能激发其兴趣。

系统器官病理生理学：探讨体内主要系统的某些疾病在发生、发展过程中可能出现的一些常见而共同的病理过程，常称其为综合征。如心功能不全、呼吸功能不全、肝功能不全、肾功能不全、脑功能不全等。譬如，防治冠心病患者便秘的循证护理研究颇多，为什么对于心力衰竭的患者要在护理过程中一定要注意保持大便通畅？为什么便秘会引起心

脏猝死，机制是什么？心衰后机体会有什么样的功能和代谢变化？对于Ⅱ型呼吸衰竭患者在进行氧疗时为什么要采取低浓度、低流量持续给氧措施？机制是什么？呼吸衰竭时机体功能代谢发生了什么变化？通过病理生理学的认真学习，以上所有问题便能迎刃而解。在教学中通过临床护理实践来循证，只有掌握了这些证据，有了想去循证意识，才能提高理论水平，进而从病人实际情况出发解决护理问题，进行个性化护理。

综上，针对当前人们的护理需求、考虑到目前医患关系，人们对护理人员的水平提出了更高的要求。加快循证护理建设势在必行，鉴于病理生理学在基础医学到临床医学之间的重要作用，相信在医学院校中以病理生理学教学为平台，加强护理专业学生循证护理意识教育，一定能够为将来循证护理所要求的护理人员参与医疗干预，加强医护合作，从而最大程度促进患者康复、降低住院死亡率奠定坚实的基础。

参考文献

- [1]Gu MO, Ha Y, Kim J. Development and validation of an instrument to assess knowledge and skills of evidence-based nursing [J]. J Clin Nurs, 2015, 24(9-10): 1380-1393.
 - [2]于尧,郭新荣,胡海霞,等.护理人力资源配置现状研究进展[J].护理研究, 2014(33):4100-4102.
 - [3]Frost SA, Alexandrou E. Higher nurse staffing levels associated with reductions in unplanned readmissions to intensive care or operating theatre, and in postoperative in-hospital mortality in heart surgery patients [J]. Evidence-based nursing, 2013, 16(2): 62-63.
 - [4]黄玮,张祖仪,李田.我国护患关系存在的问题及对策[J].医学与社会, 2013, 26(11):61-63.
 - [5]田新强,牛春红,刘宏,等.护理专业本科生病理生理学教学探讨[J].基础医学教育, 2013, 15(7):666-668.
 - [6]王贺芳,贵艳玲,张金华,等.护理人员循证护理认知现状调查及影响因素分析[J].护理管理杂志, 2015, 15(2):98-100.
 - [7]王建建,殷莲华.病理生理学[M].8版.北京:人民卫生出版社, 2013:22-26.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:张春晖 收稿日期:2018-02-12)

人生“十不得”

人生,若要立济世之德,修绝世之学,建不世之功,传后世之业,必须做到“十不得”。一是冷不得,二是懒不得,三是躁不得,四是狂不得,五是软不得,六是露不得,七是乱不得,八是浮不得,九是急不得,十是贪不得。

人生做到“十不得”,达到“戒、定、慧”,正心修身,磨砺自强。坚定中医理想,必成一代明医!

——魏素丽、杨建宇摘编自《国医大师孙光荣教授中和医派临床经验集》

如何激发学生学习中医理论的兴趣

——通过落枕医案初探留学生针灸学的全英教学

何颖

(广州医科大学附属第一医院中医科, 广东 广州 510120)

摘要: 中医学的理论讲授, 难度最大在于众多专业名词的解释, 以理论解释理论是现今常用的方法。对于不具备中国传统文化背景的留学生, 以字面直译方法“生搬硬套”来解释理论概念, 理解起来更为吃力, 教学效果不尽人意。中医学是源于生活且以人为本的医学, 针灸学是其中的核心组成部分, 在教学中不妨从生活常见问题出发, 让学生有感性体验, 从而激发其认知和学习兴趣, 不失为以人为本的理念践行。文章讲述通过“落枕”病例作为引子来引导留学生学习、理解治疗原则背后所隐含的中医学基本概念。

关键词: 留学生; 中医学; 全英教学; 感性体验; 学习兴趣; 学术交流

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.017

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0037-03

How to Arouse Students' Interest in Learning Theory of Traditional Chinese Medicine

--Discussion on the English Teaching of Acupuncture and Moxibustion for Foreign Students through the "Stiff Neck" Cases

HE Ying

(Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangdong Province, Guangzhou 510120, China)

Abstract: The difficulty of teaching theory of traditional Chinese medicine lies in the explanation of much professional terminology, and theoretical interpretation is a commonly used method nowadays. For foreign students who do not have Chinese traditional cultural backgrounds, it's more difficult to understand the theoretical concept by literal translation, which leads to unsatisfactory teaching effect. Traditional Chinese medicine is a life-based and people-oriented medicine. Acupuncture and moxibustion is one of the core components. In teaching, we can start from the common problems in life so that students have a sensory experience to stimulate their cognition and interest in learning. The article describes the basic concepts of traditional Chinese medicine hidden behind the principle of treatment through introducing "stiff neck" cases as guides to foreign students.

Keywords: foreign students; traditional Chinese medicine; English teaching; perceptual experience; arousing interest; academic communication

1 中医学全英教学目前面临的问题

中医学源远流长, 有着深厚的人文历史积淀。现今, 在高等医学院校教育体系中, 中医学除了是中医、中西医临床、临床专业的必修课程外, 同样是留学生临床专业必须掌握的内容。由于中医在国际上的认知度越来越高, 且随着中医在西方国家的应用范围逐渐变广, 中医跨文化传播取得了显著成绩, 甚至在全球掀起了中医传播的热潮^[1]。中医走向世界是一个不可避免的大趋势, 越来越多的外国学生选择到中国学习、深造, 留学生教育已成为我国高等医学教育的重要组成部分^[2], 中医学全英教学的重要性日益突显。

中医学来源于道家哲学, 文化内涵深邃, 融合了中国传统儒、释、道等经典论述, 同时吸收了诸子百家内核, 借鉴了天文、历法、自然、历法等自然科学知识, 兼有自然、人文等多重属性^[3], 这使得很多涉及中医基础理论的医学术语, 如“五行”“经络”“气血”等在英语中的翻译中显得困难, 尤其是面对缺乏中华传统文化背景的留学生, 直接的字面、欠缺文化内涵的直译会令教学对象处于云里雾里, 似懂非懂的状态。大量的中医专有名词及概念的罗列和书面解释对于留学生学习兴趣的激发作用微乎其微, 使得课堂教学的气氛枯燥, 老师照本宣科, 学生僵化记忆知

识点以应付考试, 教与学是完全割裂的两部分。教师机械讲授重点知识, 留学生对于课堂教学只能应付式接受, 对所教授内容不求甚解, 更遑论日常应用。例如对于经络腧穴的讲授, 每一个腧穴的中文名称都蕴含深意, 虽文字上大多是大自然的山水风物, 但实际上与人体气血的盛衰情况密切相关, 例如“太溪”“涌泉”“合谷”, 理解好每一个穴位的含义对经络理论的认识和临床运用大有裨益。但由于语言障碍和文化背景的差异, 留学生对于穴位的认知通常局限于教材上标示的以经络英文名称缩写和穴位序号组成的穴位名称, 或者其解剖定位, 对于腧穴的理解只能停留在生硬的水平, 对于中医实质的掌握只是流于形式。但若重点解释每个穴位的含义, 教学学时的不足令理想化教学与现实成为鱼与熊掌, 难以兼得。因此需要寻找既能让学生从实质理解腧穴、经络概念又能有感性体验的教学方式。中医在世界的传播, 留学生的回国应用是其中不可或缺的一环, 流于形式的教学也与“让中医走向世界”的宏愿渐行渐远。

2 针刺的迅捷疗效可作为教学突破点

医学最重要的宗旨和依归是治病救人, 临床疗效是其中的关键。对于来自不同文化背景的医学生, 单纯的理论教育令学生觉得索然无味, 有时候采取感性

体验方式反而更容易激发学生的学习兴趣。相比起西医,中医的优势在于能摆脱现代先进仪器设备,以个人自身的气血为根本,利用中草药或外治疗法的一些简单器具来调整、导引人体的势能、偏性从而达到治疗目的。针灸是中医学中最为核心的临床外治疗法,其由于疗效迅捷、操作安全,无副作用等优势成为率先冲出国门,在西方国家中兴起“中医热”的先行军。由于针灸是直接作用于人体经络、腧穴上的一种临床技术,若运用得当,其刺有若《灵枢·九针十二原》之易用难忘,其效则每能如拔刺、如雪污、如决闭、如解结,对于痛证等多种疾病的疗效可做到立竿见影,在课堂教学中可以完全通过临床真实病例的展示来揭示经络、气血的重要性,从而让学生可以从实际出发掌握其概念和原理。

3 课堂实例展示理论知识和临床的有效结合

以下以广州医科大学2015级临床留学生专业的一次经络腧穴学理论课来展示如何运用一个常见的痛证病例以激发学生学习经络、腧穴的兴趣以及使难懂、晦涩的中医学概念落地。落枕是生活中的常见痛证,虽然多见,但由于普通老百姓缺乏经络知识,使得在日常生活中的解决手段捉襟见肘,每至医院求诊花费不少的时间与金钱,疗效还不如人意。若学生们能从课堂中学习到如何解决这种常见病,便进而对其背后的治病机理、临床思维产生兴趣,学习动力便会大增。俗话说,兴趣是学习的最大动力,有了这种启蒙基础,后续的相关理论学习便会柳暗花明,水到渠成。以下以师生之间的课堂对话来展示如何通过治疗“落枕”来作引子引导学生有目的地学习“经络”理论(注:“师”代表笔者,“生”代表学生)。

师: Good morning, guys, today we are going to learn some theories about meridians and collaterals. You've already known what nerves and blood vessels are, they are the concepts in anatomy, which are pathways transmitting nervous signals and blood. Meridians and collaterals are also pathways, they only exist in living persons, and therefore they can't be detected by any modern equipment on bodies. So, what moves in meridians and collaterals? It's Qi and blood, which also only exist in living persons. You know acupuncture is getting more and more popularity worldwide for its clear and fast curative effect, and it's always applied based on the theory of meridians and collaterals. So in today's lesson, I am going to expose you to the charm of it. Who wants to experience first? I promise you will get much benefit from the simple treatment. Come

on! (早上好,同学们!今天学习的内容是经络。众所周知,神经和血管是人体传输神经反射信号和血液的通路,属于解剖学的概念,经络同样是通道,但只存在活人身上,因此在尸体上不能以任何仪器探测。那到底在经络中运行的物质是什么呢?是气和血,气血同样只存在活人身上。针灸由于其明确、迅捷的临床疗效而在世界上得到越来越多人的认可,而针灸的理论基础在于经和络。在今天的课堂上我打算让你们领略一下经络的神奇和魅力。谁想第一个体验?我保证体验的这位学生能从中获益良多,请积极举手!)

生: Hey Ms. He, I got stiff neck when I got up, I feel obvious pain between my neck and on my right shoulder, and what's worse, I cannot turn to the right! I am very painful now. (老师,今天早上起床后我得了落枕,颈部和右肩有明显痛感,更糟糕的是我的头完全不能转向右侧,现在异常痛苦。)

师: OK, this is a frequently-encountered problem in clinic. Usually patients suffer from stiff neck for half a day or a couple of days because the Qi and blood don't move smoothly in the local meridians and collaterals, there are several reasons for that, for example the local part of neck and shoulder have been attacked by wind or coldness or have experienced long-term strain and a certain factor which leads to onset of the problem. So, remember, qi and blood are always the key factors we have to take into account. Now comes the meridians, collaterals and acupoints. Everyone has the above three. Acupoints can be regarded as every switch on our living body, and we are the ones who know how to switch on in order to realize the greatest potential. (落枕在临床上是一个常见问题,通常,患者落枕的情况持续少则半天,多则数天,原因在于局部经络气血的不疏通。局部受风寒或长期劳损是常见病因。但请牢记,气血永远是我们需要考虑的关键因素。现在来说说穴位,穴位可以看作人身上的开关,人体呢,则能够使这些开关的潜能发挥到极致。)

Now I tell you how to make friends with these switches and more importantly, solve the problem. Grace, come here. Show everyone the most painful part is between your right shoulder and neck. Watch me, now I press here (the point between the 4th and 5th metacarpal bones, posterior to the 4th and 5th intermetacarpal joints on the left hand, i.e. Zhongzhu), painful? (现在,我将告诉你们如何利用这些开关,更重要的是利用它们来解决问题。过来这边,你最疼痛的部位是右侧颈肩,现在我按压你左



手的中渚穴,感觉如何?)

生: Ouch! Yes, here, but why Ms. He? Why does the pain on my neck have relationship with my hand? (很痛! 但为何我右侧颈肩部疼痛与左手有关联?)

师: Haha, it is only a beginning. Now I am going to treat you with the needle (insert the needle into this point fast and moderately, twist and rotate the needle). (这只是开始, 现在我快速进针, 缓慢地捻转针体。)

生: Wow, I can feel sourness and distension at the point you inserted the needle, and a little bit numbness. Oh, the feeling is strange. (哇, 现在我感觉刚进针的部位酸胀, 还有点麻木, 感觉很奇怪。)

师: Good, that is qi sensation, which means qi has arrived at the point. Now can you feel whether the feeling goes upward or downward the hand? (很好, 那是气感, 证明现在已经得气, 现在你感觉一下你所说的酸胀感是否会沿着手背往上走或往下走?)

生: It seems to move between the 2 fingers and upward to the wrist. (似乎沿着两手指间向上走到手腕。)

师: OK, now you turn to left, and then turn to right slowly. Keep turning, meanwhile, I continue to rotate and twist the needle. (好的, 现在你慢慢把颈转向左侧, 接着转向右侧。持续做转颈动作, 同时, 我继续运针。)

生: Well, it seems to be much easier to turn right! (噢, 现在我向右转似乎利索很多!)

师: Keep turning as slowly and extremely as possible. (尽可能地缓慢地以最大幅度转动颈部。)

生: Yes, it's gradually getting better and better. (现在疼痛逐步缓解, 转动的幅度也可以越来越大了。)

师: Grade for your neck pain now, with the condition that you have full point as 10 before the treatment and zero as the normal. (对你的颈痛评分, 10分是最疼痛的, 0分是正常。)

生: 2 points left. (剩下2分。)

师: Fine. In other words, her neck pain has been alleviated by 80%. The needle will be retained in the point for the next 10 minutes. So do you have any questions? (换句话说, 颈痛缓解程度有8成, 需要多留针10分钟, 同学们, 现在有问题吗?)

生1: Yes, why to select the hand point to treat the neck pain? (为何选择手上的穴位来治疗颈部问题?)

生2: The pain is on right side, why to select the point on the left hand? (颈痛是在右侧, 为何选择左手穴位?)

师: Good questions! The answer lies in what I am going to tell you: meridians and collaterals. (问得好! 答案在于今天所要讲的内容: 经和络。)

至此, 学生对于选穴的好奇心已被成功地激发起来。对于普通大众, 头痛治头、脚痛治脚的治疗方法是理所当然, 不需要太多的理论基础和临床思维铺垫。因此, 患落枕的这位留学生下意识地认为右病当取右侧的穴位, 当目睹笔者使用远离颈项部且位于左手的穴位来治疗且效如桴鼓既觉不解也觉得新鲜有趣。其实中医属于整体医学, 人体的每一处问题均可通过循行经络的联络来以远端的穴位来解决, 以远道取穴的原则来治疗痛证的例子在临床上不胜枚举。接下来, 笔者根据病例的特点分析病变区域所属经络, 讲解经络循行, 以及进一步引入远道取穴、以《黄帝内经》中的“从阴引阳, 从阳引阴”为理论基础的巨刺理论。如此一来, 留学生对于整个病例的发生机制、经络辨证、选穴以及治疗原则便能逐渐深入, 透彻理解, 贯通自如。当然落枕可以换成肩周炎、腰痛、踝关节扭伤等常见痛证。这样学生便能举一反三。由此可见, 一个成功治愈“落枕”的病例足可以让留学生充分体验到针灸疗效的神奇。以学生的亲身体验来配合教学效果当然更佳, 倘若课堂上无病例可寻, 授课老师可直接选用临床典型病例进行详细叙述, 在征得患者同意的情况下取得针刺过程的图片或视频片段来配合分析则更具说服力。以取穴少, 疗效佳的病例作为切入点能很大程度上激发学生的兴趣。接下来回过头再讲述理论基础会比先理论后实践来得事半功倍。在学生看来, “经络”“气血”等看似“玄妙”的中医术语不再是一个个空洞无物, 为讲课而设置的概念, 而是可以实实在在落地, 与生活紧密接轨, 可随时随地应用的理论。

由于针灸在国际上的认知度越来越高, 接受相关课程教育的学生也日渐增多, 影响范围广泛, 故突破中医学教学传统的讲授模式, 使被动灌输式教育变为学生的主动积极式学习, 使教学手段多样化, 在有限的教学时间内让学生更高效地掌握针灸技术的理论知识, 对中医学的传承及针灸技术在国内外的传播均具有积极意义。藉此方法分享对临床专业留学生中医学全英教学中的一点心得。

参考文献

- [1]刘国伟.浅析中医跨文化传播[J].中华中医药杂志, 2011, 26(5):1047-1050
- [2]石教旺.来华留学生留学目的及收获调查[J].教育理论研究, 2013(23): 94-95.
- [3]薄彤, 聂静怡.PBL教学模式与留学生中医文化教学[J].天津中医药大学学报, 2011, 30(2):115-116.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈建雄 收稿日期:2018-01-18)

医护合作培训对耳鼻喉科护士专业能力的影响

朱锦玲 池艳宇

(北京大学人民医院耳鼻喉科, 北京 100034)

摘要:目的 通过医护合作培训提高耳鼻喉科护士专业能力。方法 2015年6月1日—2016年12月31日对耳鼻喉科护士进行医护合作培训,包括:医护共同查房及病例讨论,医护共同演练专科操作,医生讲解各种内镜检查及手术视频,医护共同承担科研课题。培训后比较独立培训组和合作培训组护士在职培训满意度、理论考核成绩、专科操作考核成绩等。结果 2组护士在职培训满意度、理论考核成绩、专科操作考核成绩比较,差异具有统计学意义 ($P<0.01$)。结论 医护合作培训非常有助于提高耳鼻喉科护士的专业能力。

关键词: 护士培训; 医护合作性培养; 耳鼻喉科; 专业能力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.018

文章编号:1672-2779(2018)-09-0040-03

Effect of Health Care Cooperation Training on the Professional Ability of ENT Nurses

ZHU Jinling, CHI Yanyu

(Department of Otolaryngology, People's Hospital of Peking University, Beijing 100034, China)

Abstract: **Objective** To improve the professional ability of ENT nurses through health care cooperation training. **Methods** We conducted a series of specialized knowledge and skill training for the ENT medical staff through health care cooperation, including joint specialist vocational study, health care rounds and case discussions. The doctor explained various endoscopic and surgical videos. Doctors and nurses research together. After the training, the nurses of the independent training group and the cooperative training group were satisfied with the in-service training, the scores of the theoretical examination, and the performance of the specialized operation and so on. **Results** Through cooperation training, the score of nurses' specialized knowledge and operation technology between the two groups was compared, and difference was statistically significant ($P<0.01$). **Conclusion** Health care cooperation training could help to improve the professional ability of ENT nurses.

Keywords: nurse training; health care cooperation training; otolaryngology; professional ability

医护合作是医生和护士一起工作,共同解决病人的问题,共同决定和执行病人治疗和护理的过程^[1]。近年来,医护合作的理念被广泛接受并引申到医护查房、安全管理、护士培训、科学研究等领域^[2-4]。耳鼻喉科护理工作的特点是专科性强,病种多,急症多,病情复杂,兼有内科及外科治疗。在临床工作中需要耳鼻喉科护士具备非常专业的理论知识和操作技术,能够匹配医疗技术的发展水平使之同步提高,护士的专科在职培训是解决这一问题的良好途径。一直以来,耳鼻喉科护士在职培训主要是采用护理独立培训的方法,即由护士长或高年资护士指导完成。由于护士专业所限,在专科知识领域有许多局限性,讲授基础解剖、疾病转归、手术方法、治疗新进展时多是经验教学,还存在许多盲区和不足,使培训的效果不尽如人意。我科自2015年6月1日起应用医护合作培训方法对护士进行在职培训,医生参与多方面的培训工作,取得良好的效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 医护合作培训组培训对象为2015年6月1日—2016年12月31日在我院耳鼻喉科工作的护士(包括轮转培训护士),共34名,平均年龄(27.3 ± 1.25)岁。护理独立培训组培训对象为2014年1月1日—2015年5月31日在我院耳鼻喉科工作的护士(包括轮转培训护士),共35名,平均年龄(28.5 ± 1.37)岁。2组护士在年龄、职称、学历等方面均无统计学

差异,具有可比性。

1.2 医护合作培训方法

1.2.1 医护共同查房及病例讨论 晨间查房是医护人员了解病人病情变化最直观的一个通道,以往是医生独立床边查房,护士单独床旁交接班,信息不连贯,病人也需要重复描述。医护共同查房的模式是每日早晨集体交班后由带组医生、管床医生、责任护士一起进行医疗护理共同查房,护士负责汇报病人的生命体征及病情变化,医生针对病人临床情况进行分析,使医护人员对病人的康复目标有统一的认识,医护人员共同确认治疗原则、护理重点^[5]。每周护士长和当班责任护士参加科主任大查房,针对科内复杂或典型病例进行讨论,进一步了解治疗效果,指导相关护理措施。每月1次以圆桌会议形式进行护理查房,由责任护士进行病例汇报,介绍病人的基本情况,提出护理问题和护理措施。邀请主管医生进行该疾病专科知识讲解,包括发病机制、临床表现、并发症、本病相关的治疗新进展、临床指南的解读等,医生的专业性和科普性使授课通俗易懂,以提高护士的专业知识。

1.2.2 医护共同演练专科操作 耳鼻咽喉诸器官多存在于细小及深在的腔洞,查体及治疗时需借助光源、额镜及专科器械进行操作。年轻的护士由于缺乏练习,专科基本功操作并不扎实,视野不清晰必然会影响后续的操作和护理。结合住院医规范化培训的契机,我科定期进行耳鼻咽喉查体基本功考核,包括佩戴额镜、

前鼻镜检查、外耳道检查、咽喉部检查等，先期护士一起观看操作示教，参与演练，然后由高年资主治医师和护士长一起对护士进行考核，督促护士抓好基本功，提高专科技能。考核优秀者给予奖励。

1.2.3 医生讲解各种内镜检查及手术视频 由于护士缺乏对解剖结构、病理变化的直观认识，医生进行鼻内窥镜、鼓室镜、纤维喉镜等监视系统下可视的操作时，提前告知护士，安排其观看并在操作过程中给予讲解。经过内镜系统的观看，护士逐渐掌握了专科解剖以及术前术后病人的局部表现，使理解力有了很大提高。在临床中护士无法参与到医生的手术过程，对手术名称及手术方式只是一个初步的认识，在这种情况下我们在医护合作培训模式下又进行了新的探讨，为了护士学习进行手术视频剪辑，从手术开始时的切口；术中的操作、止血；术毕时的处理缝合等浅显易懂的部分进行分段演示。分别由耳科学组、鼻科学组、咽喉头颈科学组的专家进行播放讲解，使护士对手术有了更具体、直观的认识，尤其是中耳及内耳手术，在护士无法企及的领域使之得窥门径，进一步指导临床工作，也利于对病人的健康宣教。

1.2.4 医护合作开展临床研究 在培训临床专科护理能力的基础上，我们也重视培训临床护士的科研能力，借鉴其他医院的模式组建医护科研核心组，成员包括科室科研秘书（医学博士）、护士长、具有科研基础的本科学历护士即科研护士2名。科研秘书负责临床科研整体布局与设计，针对护士们提出的科研思路给予分析和指导；护士长负责临床质量与科研管理，使护理科研安全有序进行；科研护士负责科研项目管理及配合护士长帮助其他护士的科研培训与指导^[4]。在开展科研互动交流时，鼓励护士积极参与医院研究与发展基金护理课题的申报，汇报科研课题的进展情况，文献共享与读书报告。通过交流，培养临床护士的科研兴趣，由科研秘书切实解决科研中的难点和薄弱环节，获得技术支持。

1.3 独立培训方法 护理查房、病例讨论、操作练习、护理科研均由护理人员独立完成，其时间、次数和培训内容与医护合作培训相同。

1.4 效果评价方法 回顾性查阅2014年1月1日—2015年5月31日耳鼻喉科护士在职培训满意度调查表（此表为自行设计，内容包括5个条目，评分采取likert 5级评分法）、护士理论考核及操作考核成绩。将2014年6月1日—2015年12月31日实施医护合作培训时的数据与之比较，对所收集的计量资料采用 t 检验， $P < 0.01$ 认为有统计学差异。

2 结果

见表1~2。

表1 2组耳鼻喉科护士在职培训满意度比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	促进对理论知识理解	提高学习兴趣	锻炼临床思维	提高解决问题的能力	愿意参加培训
独立培训组	3.31 ± 1.07	3.20 ± 1.13	3.48 ± 0.92	3.77 ± 1.00	4.03 ± 0.56
合作培训组	4.35 ± 0.69	4.53 ± 0.66	4.26 ± 0.71	4.38 ± 0.65	4.59 ± 0.49
t 值	-4.77	-5.97	-3.93	-3.01	-4.34
P 值	<0.01	<0.01	<0.01	0.008	<0.01

表2 2组耳鼻喉科护士考核成绩比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	人数	理论考核	专科操作考核
独立培训组	35	88.43 ± 3.48	87.57 ± 3.38
合作培训组	34	91.79 ± 2.96	91.79 ± 2.98
t 值		-4.324	-5.496
P 值		<0.01	<0.01

3 讨论

3.1 有利于增进护士专业知识 提高专业能力 以往科室传统的护士独立培训模式是由护士独立完成的，由于护理专业的局限性，使培训存在一些不足。例如授课时大多单一参考教科书或是经验式授课法，专业知识讲解不透彻，不能及时获取最前沿的知识，很难全面地为科室护士提供上升的空间。Lindeke等^[5]认为，医护合作是一个强调知识共享和共担责任的过程，强调沟通和信息共享。医护合作性培训通过医护共同查房、典型病例讨论，专科操作练习，内镜检查及手术视频讲解等方式，使医护双方在交流中发表各自的观点，有利于护士更好地理解治疗意图，培养临床思维能力，使护士在工作中能对病人的病情观察更为细致，临床判断更为准确，处理更加及时、有效。由于有临床医师的现场指导，即时解决护理问题，护士的积极性更高，为护士提供了一个良好的学习机会，从而增进护士专业知识，提高专业能力。

3.2 能增强团队凝聚力 减轻护士工作压力 有研究^[6]表明，积极的医护合作有利于医护沟通渠道和交换信息的畅通，更全面、真实地评估病人，了解病人需求，有利于做出正确的临床决策，提高整体医疗效果，从而提高病人满意度，促进医患关系的和谐发展。国外研究认为职业护士与医师的合作性交流有助于团队内部解决问题，降低护士压力^[7]。通过医护合作性培训，医护合作的时间和次数增多，护士对医生的培训给予肯定，医生也对科室护士的临床能力有了进一步了解，使医护关系更加融洽，团结协作精神也进一步增强，减轻了护理工作压力，从而使更多的病人受益。

3.3 能提升护士的科研能力 培养科研兴趣 医护合作培训模式不仅增进护士的专业能力，同时也培训护士的科研能力。由于护士科研理论基础薄弱，实践经验不

足,导致很多护士对科研望而却步。我们通过组建科室科研核心组,请医生辅导具有一定科研能力、对科研感兴趣的护士,通过查阅护理期刊,医生首先了解护理科研所涉及的领域和范畴,启发护士的科研思维。在医生的科研课题中,已经有护士参与临床调查等部分,包括术后症状的汇总、生活质量的调研等,逐步转化为护理科研的思路和方法。小组定期开展科研互动交流,汇报科研课题的进展情况,文献共享与读书报告。通过交流解决科研难点,获得支持,培养科研兴趣。目前科室护士已发表科研论文7篇,其中核心期刊3篇,申请院内科研发展基金3项。

4 医护合作培训模式的启发

医生护士始终要以病人为中心,为病人提供高质量的医疗和护理服务,医护合作培训模式改变了以往医护关系主导-从属模式,即医师开医嘱,护士执行医嘱,两者很少交集。医生通过参与护士培训,对护士的工作有了更多了解,可以更有针对性地对病人的护理工作给出指导性意见,同时护理人员专业能力的提高也是病人安全性的有效保证。

5 目前科室医护合作模式中存在的问题

由于护士的接受能力、自主学习能力均存在一定的差异,培训效果自然也不尽相同。在职培训需要将培训的内容不断进行强化巩固,同时医生的授课水准也不尽相同,我们希望医护合作培训模式能越来越被重视,使护士的在职培训能够充分利用科室的有效资源,最大限度地提升护士的专业能力。

参考文献

- [1]Baggs JG,Ryan SA,Phelps CE,et al. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care [J]. Heart Lung, 1992(21):18-24.
- [2]刘燕,李志丽.谈医护合作模式下的病房陪护管理[J].解放军医院管理杂志, 2014, 21(2):177-178.
- [3]杨献军,郑娟,林兰.医护合作培训对 ICU 护士实践能力的影响[J].中国护理管理, 2010, 10(10):80-81.
- [4]王兰,许莹.医护合作提升腹膜透析中心护理科研管理质量的时间与效果[J].中华护理杂志, 2013, 48(5):423-425.
- [5]Lindeke LL, Sieckert AM. Nurse-physician workplace collaboration [J]. Online J Issues Nurs, 2005, 10(1):5-6.
- [6]Lake ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index [J]. Res Nurs Health, 2002, 25: 176-188.
- [7]Diane KB, Chiemi K. Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units [J]. JOMA, 2004, 34(2):60-70.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王 旻 收稿日期:2018-01-15)

中医医院肿瘤科规范化培训小讲课设置的思考

施 俊 龚亚斌 陆 雁 姚嘉麟 吕 英 姚依劼 钱程欣 孙晨冰 王 芹 许 玲

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院肿瘤科, 上海 200437)

摘 要: 小讲课是规范化培训生(规培生)在各专业科室轮转时常用的教学方法和手段。中医医院肿瘤科的临床工作具有“涵盖肿瘤中西医诊疗两套思维模式”“内科各方面知识涉及广杂”和“抗肿瘤辨病中药的广泛运用”等特点,因此在针对规培生讲课内容设置上应贴近肿瘤中西医临床实际,讲求“实用性”“补漏性”“经验性”原则,并结合微信等现代信息途径,拓宽规培生肿瘤及其并发症知识面的广度和深度,提高临床实践能力与技术水平,避免可能的医疗疏忽和差错。

关键词: 规范化培训; 肿瘤科; 小讲课; 中医医院

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.019

文章编号:1672-2779(2018)-09-0042-03

Reflection on the Standardized Training Courses for the Oncology Department of the Hospital of Traditional Chinese Medicine

SHI Jun, GONG Yabin, LU Yan, YAO Jialin, LYU Ying, YAO Yiqing, QIAN Chengxin, SUN Chenbing, WANG Qin, XU Ling
(Oncology Department, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)

Abstract: The small lecture is the common teaching method for the standardized trainee in the rotation of various professional departments. The clinical work of department of oncology in the hospital of traditional Chinese medicine has some characteristics as following: "covering thinking modes of Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of tumor", "involving wide knowledge of all aspects of Internal medicine" and "using anti-tumor herbal medicines of traditional Chinese medicine according to various tumors". Therefore the setting of small lecture for the standardized trainee should be close to the clinical practice, emphasis on the "practicality", "complementarities" and "experiential" principles and combined with WeChat and other modern information methods in order to broaden the breadth and depth of knowledge of the standardized trainee on the tumor and its complications, improve the clinical practice ability and technical level and avoid medical negligence and possible errors.

Keywords: standardized training; oncology; small lecture; hospital of traditional Chinese medicine

以临床医疗问题为导向的医学教育培训模式改革是当今医学教育教学体系改革的重要内容之一^[1]。上海市从2010年12月起实施住院医师规范化培训教育体制改革,在高等院校教学改革和住院医师规范化培训制度改革的背景下,如何提高规培生临床胜任力及保持

规范化培训的中医特色备受关注^[2]。虽然PBL、CP、CBL、仿真实验室、多学科会诊评估制度等先进教学模式已经在规范化培训包括肿瘤学等专业中得到有效的运用^[3-6],但是传统科内小讲课还是不可或缺的培训有效形式,继续在规培教学中被广泛应用。肿瘤科住院医师规范

化培训是目前培养肿瘤专科医师的重要途径, 中医医院的肿瘤科相对于纯西医的肿瘤科具有自身不同的特点, 笔者在规范化培训小讲课内容设置上进行了一些初步的思考和尝试, 取得了良好的教学效果, 总结如下。

1 中医医院肿瘤科的特点

由于肿瘤专业的自身特殊性, 中医肿瘤学科又起步较晚, 因此中医医院肿瘤科具有差异于其他中医内科专业的自身特点。

1.1 涵盖肿瘤中西医诊疗两套思维模式 现代医学对肿瘤的诊断不仅包括患者的临床诊断, 还包括肿瘤病理学、肿瘤标志物分子生物学和影像学诊断, 而对于肿瘤的治疗涉及手术、放化疗、免疫治疗、靶向治疗等多种手段与方式。对于肿瘤的中医治疗目前方式方法也开始往多元化发展, 不仅包括传统的中药汤剂口服, 还包括中药抗肿瘤静脉注射液的使用、针对肿瘤并发症的中医外治法等。中医医院肿瘤科作为内科范畴的专科之一难以避免地会涉及到中西医两套诊疗思维模式, 在西医诊断和治疗的基础上, 采用中医疗法协同达到防治肿瘤复发转移的目的, 如化疗期间采用扶正中医治法防治骨髓抑制等, 使得患者生存质量和生存时间得到明显改善。这就要求中医医院肿瘤科的医师熟练掌握中西医两套诊疗模式和知识点。

1.2 内科各方面知识涉及广杂 肿瘤科往往被戏称为“大内科”, 这是因为根据患者原发和转移病灶的不同和临床分期的差异, 患者临床表现差异较大, 同时肿瘤带来的并发症多样, 如倾倒综合征、副癌综合征、上腔静脉综合征、肺栓塞、恶病质等, 又会出现多样的临床表现, 在临床处理时不仅需要掌握相关外科知识, 更重要的是需要涉及内科各个系统的知识与技能, 包括消化、呼吸、心内、急救、内分泌等。因此肿瘤专业被认为涵盖各级分科、各个亚专业, 不仅包括内科多个一级及二级学科, 也包括肿瘤内科、肿瘤外科、放疗科、介入科、影像科、病理科, 以及营养、姑息、麻醉、心理等各个三级学科^[7]。这就使得肿瘤专业的从业者需要更大的知识储备, 范围更为广杂。

1.3 抗肿瘤辨病中药的广泛运用 由于传统中医讲求辨证论治的特点, 因此中医原无各种肿瘤病名, 多根据患者症状辨证后归入各种中医病名下论治, 如胃癌多归入胃痛、噎膈、呃逆, 肝癌多归入癥瘕、积聚等。随着对中医药的深入研究, 越来越多抗肿瘤中药的抗癌效应与作用机理被探索发现, 同时很多中医名家根据自身临床体会发现了一些针对特定肿瘤的抗肿瘤经验用药, 因此目前中医肿瘤治疗时往往会将辨病与辨证治疗相结合, 在辨证基础上加入与不同肿瘤相对应

的抗肿瘤中药, 如肺癌多加入石见穿、石上柏, 胃癌多加凌霄花、蛇莓等, 使得抗肿瘤辨病中药在肿瘤专科临床中被广泛运用, 这点与其他中医临床科室存在明显差异。

2 小讲课设置的思考与尝试

根据以上中医肿瘤科的特点, 我们对规培生的小讲课设置进行了适当调整, 力求体现“实用性”“补漏性”和“经验性”的原则。

2.1 实用性 实用性是针对肿瘤专科的临床特点与实际, 同时结合肿瘤治疗的前沿发展, 安排实用性强的专科内容进行讲授, 内容突出实践的可操作性, 使得规培生尽快适应肿瘤科的临床常规诊疗过程, 达到熟练使用无差错的标准。如化疗是肿瘤科医师必须掌握的专业技能, 但是化疗药物分类较多, 方案多样, 配合的辅助药物又容易出现差错, 针对此情况我们设置了“常见化疗药物与方案介绍”的小讲课, 着重介绍不同化疗方案的适应证、方案组成与注意点, 如特定化疗方案药物剂量的计算、使用培美曲塞时使用维生素B₁₂的时机与方法、不同化疗方案地塞米松的使用剂量与时间等。又如随着精准治疗的时代来临, 肺癌等恶性肿瘤的靶向治疗飞速发展, 靶向药物越来越多, 已经成为国际NCCN指南中的推荐疗法, 针对靶向治疗我们设置了“常见靶向药物与副反应”的小讲课, 不仅介绍不同基因突变所对应靶向药物的种类和使用方法, 还包括药物所对应的皮疹、蛋白尿等副作用及其处理, 使规培生面对相应肿瘤患者时可以给出合理的靶向治疗建议和副反应处理。

实用性还体现在针对临床最常见的非肿瘤专科临床知识与技能的巩固与提高, 使得规培生能够熟练处理日常临床经常面临的多种问题, 如肿瘤患者常见因进食异常或放化疗后腹泻呕吐等多种原因引起水电解质紊乱, 出现低钠、低钾、高钙等异常变化, 严重者可能危及生命, 针对这一情况我们设置了“水电解质紊乱的纠正原则与方法”讲课内容, 系统复习了低钠血症、低钾血症等异常电解质状态的纠正方法, 特别重要的是讲授中突出贴近临床实际, 着重讲授与运用有关的关键要点, 如纠正电解质紊乱时的泵滴运用、补钾量的合理计算等, 让规培生的临床能力从了解上升到实用的层面。

中医药疗法是中医类医院肿瘤科必然的临床方案组成部分, 在中医方面除了设置“常见恶性肿瘤的辨证论治”“常见经方在肿瘤治疗中的运用”等常规讲课内容帮助规培生形成肿瘤辨证论治思维和理法方药诊治规范以外, 还根据临床实际设置了具有中医特色的实用性讲课内容。如“常见中药抗肿瘤静脉制剂的

辨证运用”主要教授如何根据患者不同分期或放化疗不同阶段的辨证结果,结合静脉制剂的寒热温凉中医属性,选择最佳注射药物及其方法,包括静脉滴注、穴位注射、胸腹腔灌注等。又如“通腑法在肿瘤患者便秘中的使用”介绍不同通腑药物(包括不同炮制品)在不同便秘中的合理运用,如介绍生白术小剂量偏于健脾利水,而大剂量则有通便之功,可起到通腑不伤正之效,可予脾虚便秘肿瘤患者使用。

2.2 补漏性 补漏性是指在讲课安排中对容易忽略的、又最容易出现医疗差错的知识点进行重点强调或指导,从而提高规培生的医疗水平。如化疗方案除了药物与剂量非常重要以外,化疗药物的注射顺序也十分关键,而这一点又恰恰容易被遗忘或者忽略,遇到需要标注化疗顺序时,规培生就往往感到束手无策,因此在小讲课中单独设置“常见化疗药物补液顺序”课时,对不同化疗方案中化疗药物的前后顺序及其原因进行讲解,对化疗相关知识点进行补充。又如纠正低钠血症时,补钠速度不宜过快,否则容易造成髓鞘溶解,而规培生刚接触临床时只知道应该补钠,而容易忽略补钠速度,造成安全隐患,因此在小讲课中增加“纠正水电解质紊乱的注意事项”内容,着重讲解如何安排补液浓度、如何控制补钠速度等关键点,查缺补漏。

对于中医内容也存在补漏的必要,如中医外治法以往在肿瘤的治疗中较少出现,因此以往肿瘤治疗中几乎没有提及相关内容,而近年来随着中医外治法在肿瘤临床的大量实践,多种外治法在肿瘤并发症中的良好疗效被业界逐渐接受并推广,如敷贴疗法治疗肺癌咳嗽、皮硝大黄粉外敷治疗胸腹水等,因此对中医外治法在肿瘤患者中的运用经验,进行总结并教授给规培生成为了一种必要。我们针对这一情况设置了“中医外治法在肿瘤治疗中的运用”小讲课,不仅教授敷贴、火针、刺络拔罐、穴位敷贴等外治疗法的肿瘤适应证和操作方法,同时对规培生今后将这些外治法进一步推广也是一种启发。

除了小讲课内容设计上突出补漏性以外,我们还通过“提问式查房”的方式对补漏的关键知识点进行反复复习与巩固,即在小讲课教授相关内容以后,每次上级医师查房都针对补漏的知识点为规培生展开提问,由规培生床旁回答,上级医师纠正并补充,通过反复训练起到牢固记忆的作用。这种“提问式查房”方法是对小讲课的有力补充,也可以说是一种“补漏”。

现代社会微信等新媒体已经替代了原来的纸质媒体广泛融入了人们生活。新媒体已成为现代教育不可缺少的重要组成部分,新媒体的广泛应用对规培生的

教育提出了新的挑战^[8]。小讲课虽然可以在内容设置上做到丰富多彩,但是每个月的讲课次数毕竟有限,这时候就可以利用新媒体来达到补漏的作用。我们在规培生入科之时就建立一个交流的微信群,群里除了提供讲课资料与幻灯以外,带教老师还定时地将微信公众号(如肿瘤时间、医学界肿瘤频道等)中高质量的中医肿瘤相关链接或文章转发至群中作为小讲课的补漏,进一步拓宽了规培生的知识面。

2.3 经验性 经验性是指小讲课设置时不仅涵盖肿瘤专业中西医基础知识,还相应增加临床经验性的教学内容,这点在中医上尤为突出。中医的临床运用很大部分来源于临床经验的总结,这包括不同中医名家的学术思想和流派、不同中医名家的临床用药规律、针对不同肿瘤的中药辨病用药等方面,因此我们在小讲课的设置中适当增加了此类经验性内容的介绍,比如“不同恶性肿瘤的抗癌中药选择”“扶正法在肺癌治疗中的运用”“刘渡舟经方在肿瘤治疗中的使用经验”等,既能拓展规培生知识面,又能让他们将这些经验活学活用,起到举一反三的效果。

另外在小讲课中我们还尽可能地针对临床疑难问题,有的放矢地邀请其他科室或外院的专家前来讲授自身经验,如针对肺部磨玻璃结节良恶性的判断一直存在难点,我们就邀请了影像科读片专家前来讲授磨玻璃结节读片经验等,这对临床技能的提高起到了良好的促进作用,也是专科医师和规培生极佳的学习机会。

总之,中医医院肿瘤科针对规培生讲课内容设置上应贴近肿瘤中西医临床实际,不仅要设置涵盖基础知识的实用性内容,还要增加补漏性和经验性临床内容比例,并结合微信等现代信息途径,拓宽规培生肿瘤及其并发症知识面的广度和深度,从而起到提高临床实际能力与技术水平的效果。

参考文献

- [1]杨志海,刘红旭.对“专硕”与“规培”并轨的认识与思考[J].北京中医药,2015(9):751-753.
- [2]王东军,俞屹婷,田雪瑞,等.基于提高中医临床胜任力探讨学术型研究生规培衔接培养[J].中医药管理杂志,2016(14):24-25.
- [3]周文静,李亚琴,赵瑜,等.3种教学模式在儿科住院医师规范化培训中的应用[J].卫生职业教育,2016(12):72-74.
- [4]宫晨,庄亮,邱红,等.PBL和CBL相结合在临床肿瘤学教学中的应用[J].中华医学教育探索杂志,2015,14(11):1168-1172.
- [5]阮燕,谢力,侯敏,等.放疗仿真实验室教学在肿瘤专科住院医师规范化培训中的运用[J].中国继续医学教育,2016,8(15):20-21.
- [6]闫宇,朱丽喆,任予.乳腺外科在住院医师规范化培训中的优势与亮点[J].医学教育研究与实践,2017,25(1):153-156.
- [7]王莉,卢娟,刘义,等.整合医学模式下住院医师规范化培训中肿瘤科带教工作的探索[J].继续医学教育,2017,31(2):6-8.
- [8]黄省利,李宗芳,刘原,等.新媒体时代住院医师规范化培训方式的探讨[J].中国医学教育技术,2017(1):6-9.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈洁 收稿日期:2018-02-12)

基于现代名老中医经验的 感冒病因病机及证素规律研究[※]

卞晴晴¹ 李素云^{1,2} 马锦地¹ 李庆磊² 孙曙明^{1,2} 蔡永敏² 李路广² 李建生^{1,2*}

(1 河南中医药大学第一临床医学院, 河南 郑州 450046;

2 呼吸疾病诊疗与新药研发河南省协同创新中心, 河南 郑州 450046;

3 河南中医药大学第一附属医院呼吸科, 河南 郑州 450000)

摘要:目的 基于对近现代百年名老中医经验文献的总结, 分析感冒的病因病机及证素规律, 为丰富其病因病机及临床治疗提供科学依据。方法 基于《现代名老中医肺病数据库》《期刊肺病数据库》, 建立《现代名老中医诊治感冒文献研究数据库》, 运用SPSS 22.0软件对结果进行统计分析。结果 建立了《现代名老中医诊治感冒文献研究数据库》, 包含50种病因, 依次有外感、风邪、风寒、寒邪等。病机以肺失宣肃、气虚、卫气虚等较为常见。17个证素中, 以风、寒、热、气虚等病性证素和以肺为主的病位证素较为多见。证素组合规律以二证素和三证素组合最为多见。其中二病性组合以风邪+寒邪最为常见, 病位多在表、肺。结论 名老中医诊治经验所反映的感冒病因病机理论与目前教材等文献有一致的内容, 也有着更丰富的内涵, 有待进一步总结。

关键词:感冒; 病因; 病机; 证素; 名老中医; 中医传承

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.020

文章编号:1672-2779(2018)-09-0045-03

Study on the Etiology and Pathogenesis and Rules of Syndrome Elements of Common Cold Based on the Experience of Famous Veteran Doctors of Traditional Chinese Medicine

BIAN Qingqing¹, LI Suyun^{1,2}, MA Jindi¹, LI Qinglei², SUN Shuming^{1,2}, CAI Yongmin², LI Luguang², LI Jiansheng^{1,2}

(1. The First School of Clinical Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China;

2. Collaborative Innovation Center for Respiratory Disease Diagnosis and Treatment & Chinese Medicine Development of Henan Province, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

3. Department of Respiration, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Objective To explore the rules of etiology and pathogenesis distribution, syndrome elements distribution and combination in treating common cold through studying the experience of modern famous doctors of TCM in the treatment of common cold. **Methods** Literatures which met the inclusion criteria were retrieved from the existing " Lung Disease Database of Modern Famous Doctors of Chinese Medicine" and " Lung Disease Database of Journals" for the establishment of " Literature Research Database of Experience of Modern Famous Doctors of Chinese Medicine in treating common cold". The data were analyzed with SPSS22.0 statistical software. **Results** The " Literature Research Database of Experience of Modern Famous Doctors of Chinese Medicine in Treating common cold" which included 50 kinds of etiology was established, mainly of the etiology were exogenous evil, wind pathogen, wind chill and cold pathogen. And pathogenesis includes impairment of purifying function of the lung. The most common in the seventeen kinds of evidence type elements were wind, cold, heat, qi deficiency. And lung was the mainly syndrome element of pathogenic location. The combination of two syndrome elements and three syndrome elements were the common combination rule. The combination of two syndrome elements of common cold was wind pathogen combined with cold pathogen. The disease location was mainly external and the lung. **Conclusion** The rules of etiology distribution, pathogenesis distribution, syndrome elements distribution and combination in treating common cold by modern famous doctors of TCM are valuable and deserve further research.

Keywords: common cold; etiology; pathogenesis; syndrome elements; famous veteran doctor of traditional Chinese medicine; traditional Chinese medicine inheritance

名老中医是我国医学领域活的瑰宝, 在学术造诣和临床水平上堪称佼佼者和领路人, 是将中医理论、前人经验与当今临床实践相结合的典范。他们丰富的临床经验和灵活学术思想, 是中医药事业源源发展的动力所在, 也是中医药创新发展的源泉。因此, 对诸

多名老中医的经验进行挖掘并揭示其规律, 对中医理论发展至关重要。感冒在西医学上称为“上呼吸道感染”, 狭义的上呼吸道感染又称为普通感冒, 为临床常见疾病, 其病因病机较为复杂, 发生率较高。成人每年发生2~4次, 儿童发生率更高, 每年6~8次。全年皆可发病, 冬春季较多。深入研究其病因病机及证素分布规律, 对于丰富完善感冒的病机理论及指导临床均具有重要意义。因此, 本文基于上述两大数据库建立《现代名老中医诊治感冒文献研究数据库》, 对感冒病因病机及证素规律进行统计分析, 为丰富其病因病机

※ 基金项目: 国家中医药管理局国家中医临床研究基地业务建设科研专项[No.JDZX2012027]; 河南省中医临床学科领军人才培育计划资助[No.HNZYLJ201301001]; 河南省郑州市科技领军人才项目[No.131PJRC659]

* 通讯作者: li_js8@163.com

理论及临床治疗提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 基于《现代名老中医肺病数据库》(1911年—2011年)和《期刊中医肺病数据库》(1989年—2012年),建立《现代名老中医诊治感冒文献研究数据库》,包含感冒文献2369篇。

1.2 纳入标准 (1)第一至第四批全国名老中医有关感冒诊治经验的著作和期刊文献。(2)1911年—1990年参加一线临床工作达30年以上、在权威期刊发表学术论文或编著肺系疾病相关著作,诊治感冒的学术文献。

1.3 排除标准 (1)重复发表或出版的文献,只取一篇;(2)科普类的文章。

1.4 研究方法

1.4.1 构建数据库 在上述已建立的两大数据库中以关键词“感冒”“伤风”进行检索,建立《现代名老中医诊治感冒文献研究数据库》。数据库包括病名、病因、病机、证素(包括病性、病位)、证候、方药等内容。

1.4.2 相关术语的规范 参照由中医药学名词审定委员会审定公布《中医药学名词》^[1]和《中医大辞典》规范病因病机名称。

1.4.3 提取与规范证素 参照《证素辨证学》^[2]拆分证素,如肺肾阴虚证拆分为肺、肾、阴虚,痰热蕴肺拆分为痰、热、肺。

1.5 统计学方法 编写《感冒证候文献数据库整理规范》,采用EXCEL和SPSS 22.0软件建立数据库并对病因、病机、证素进行统计分析。

2 结果

2.1 病因分布 包含病因的文献有1301条,共50种病因。见表1。

表1 病因分布情况 [例(%)]

病机	频次	频率(%)	病机	频次	频率(%)	病机	频次	频率(%)
外感	674	51.8	寒邪	161	12.4	湿邪	83	6.4
风邪	315	24.2	内伤	103	7.9	风热	76	5.8
风寒	177	13.6	热邪	83	6.4	时邪	66	5.1

2.2 病机分布 有关病机的文献1157条,共171种病机。见表2。

表2 病机分布情况 [例(%)]

病机	频次	频率(%)	病机	频次	频率(%)	病机	频次	频率(%)
肺失宣肃	168	14.5	风寒袭肺	51	4.4	风邪犯肺	32	2.8
气虚	102	8.8	风热犯肺	46	4.0	卫阳被遏	32	2.8
卫气虚	94	8.1	阳气虚	46	4.0	寒邪束表	29	2.5
风寒袭表	91	7.9	内热	38	3.3	郁久化热	29	2.5
营卫不和	81	7.0	阴虚	33	2.9			

2.3 证素分布及组合规律 关于证素的数据1326条。

2.3.1 证素分布 共提取证素17个,其中病性证素有12个,病位证素有5个。见表3。

表3 证素频数分布情况 [例(%)]

证素	频次	频率(%)	证素	频次	频率(%)	证素	频次	频率(%)
风	431	32.5	阴虚	78	12.1	肺	480	36.2
寒	337	25.4	暑	52	3.9	表	431	32.5
热	316	23.8	燥	38	2.9	半表	28	2.1
气虚	138	10.4	毒	28	2.1	半里		
湿	97	7.3	阳虚	17	1.3	胃	19	1.4
痰	76	5.7	血虚	17	1.3	中焦	4	0.3

2.3.2 证素组合规律

2.3.2.1 证素的组合形式 感冒的证素组合中,以二证素(26.4%)和三证素组合(50.0%)出现的频率高。见表4。

表4 证素组合分布情况 [例(%)]

证素组合形式	频次	构成比(%)
一证素	179	17.1
二证素	276	26.4
三证素	522	50
四证素	68	6.5
合计	1045	100

2.3.2.2 证素组合类型 主要包括两证素组合、三证素组合和四证素组合,其中气虚、阴虚、血虚未涉及病位因素而归为单证素组合形式。见表5。

表5 证素组合类型分布 [例(%)]

二证素组合	频次(频率%)	三证素组合	频次(频率%)
表+风	81(6.1)	表+风+寒	166(12.5)
肺+热	50(3.8)	肺+风+热	83(6.3)
肺+燥	38(2.9)	肺+风+寒	51(3.8)
寒+湿	34(2.6)	表+风+热	50(3.8)
肺+气虚	26(2.0)	表+暑+湿	41(3.1)

2.3.2.3 单一病性证素与病位证素组合分布 见表6。

表6 单一病性证素与病位证素组合分布 [例(%)]

病性证素	频次	构成比(%)	与病位证素组合	频次	构成比(%)
风	81	7.8	风+表	81	7.8
热	50	4.8	热+肺	50	4.8
燥	38	3.6	燥+肺	38	3.6
气虚	26	2.5	气虚+肺	26	2.5

2.3.2.4 两病性证素与病位证素组合分布 见表7。

表7 两病性证素与病位证素组合分布情况 [例(%)]

病性证素	频次	构成比(%)	与病位证素的组合	频次	构成比(%)
风+寒	217	20.8	风+寒+表	96	9.2
			风+寒+肺	51	4.9
风+热	133	12.7	风+热+肺	83	7.9
			风+热+表	50	4.8
寒+热	68	6.5	寒+热+表+肺	68	6.5
痰+热	40	3.8	痰+热+肺	40	3.8



3 讨论

3.1 感冒病因 感冒多以六淫、时行病毒侵袭人体而致病。以风邪为主因,因风为六淫之首,流动于四时之中,故外感为病,常以风为先导。但在不同季节,每与当令之气相合伤人,而表现出不同的证候,如秋冬寒冷之季,风与寒合,多为风寒证;春夏温暖之时,风与热合,多见风热证;夏秋之交,暑多夹湿,常表现为风暑夹湿之证候。但一般以风寒、风热为主,夏令常夹暑湿之邪。正如《诸病源候论》所言:“夫时气病者,此皆因岁时不和,温凉失节,人感乖戾之气而生,病者多相染易。”^[3]本组的病因分析显示,外感、风邪、风寒、寒邪、内伤,与现有相关文献记载大体一致,尚有伏邪、醉酒和误治等致病因素在以往文献中报道较为少见。

3.2 感冒病机 卫表不和与肺失宣肃是感冒的基本病机。风性轻扬,多犯上焦,故《素问·太阳阳明论》说:“伤于风者,上先受之。”外感六淫之邪侵犯人体多从口鼻而入,肺处胸中,位于上焦,主呼吸,气道为出入升降的通路,喉为其系,开窍于鼻,外合皮毛,职司卫外,故感邪之后肺卫首当其冲,机体很快出现卫表及上焦肺系症状^[4]。本文的病机结果表明,感冒的病机有171种,其中肺失宣肃、气虚、卫气虚、风寒袭表、等病机描述与目前文献记载的内容基本相符。病机描述中气虚不摄、食滞内停、阴盛、阴虚风动及阴阳格拒等鲜有报道。其原因可能因我国历史久远,地理广袤,语言描述上存在差异,但内在含义是保持一致的,也可能与兼杂其他内伤疾病等有关,有待进一步深入探讨研究。

3.3 感冒证素规律 所谓“证素”即辨证的基本要素,是对病理本质所作的判断,主要指辨证所确定的病位和病性^[5],这又是构成“证名”的基本要素^[6]。朱文峰教授^[7]认为“证素”是通过“证候”(症状、体征等病理信息)的辨识。因此,证素分布及规律的研究对于揭示疾病的病机规律及其本质有重要作用。

本次研究共提取17个证素,包括12个病性证素和5个病位证素。病性证素以风、寒、热、气虚为主。病位证素则以肺、表为主,体现了它们在感冒中的重要地位。证素组合是疾病的病因病机及演变规律的体现。本文结果显示,有4种较为常见的证素组合形式,单一证素有气虚、表、半表半里、胃、中焦。两证素组合以风+表的出现最多。三证素组合以风+寒+表的形式最为常见。四证素组合主要为表+寒+肺+热。就病性证素与病位证素组合结果而言,单一病性证素主要为气虚、

阴虚、阳虚、血虚,气虚主要病位在肺,阴虚的主要病位在肺、胃;两病性证素与病位证素组合时以风+寒、风+热的出现频率较高,其病位是表和肺。通过上述证素组合规律提示,感冒的病机肺失宣肃、气虚、卫气虚、风寒袭表等为常见,为揭示病机、证候的内涵提供理论依据。

综上所述,感冒的常见病因有外感、风邪、风寒、寒邪和内伤等。病机中以肺失宣肃、气虚、卫气虚、风寒袭表常见。感冒尚存有一些变证,例如风寒感冒,寒邪不解,可以化热,而见口干欲饮,痰转黄稠,咽痛等症状。反复感冒,引起正气耗散,由实转虚,或在素体亏虚基础上,反复感邪,以致正气愈亏,而风邪易侵,均可导致本虚标实之证^[8]。基于感冒的病因病机可知,感冒虽存有变证,但多为外感六淫之邪,其病程较短而易愈,且多愈后良好。只有少数情况可因诱发其他宿疾而使病情加重。另外尚有老年、婴幼儿及体弱患者正气虚弱,抗病能力较差,时行感冒起病急骤,发病迅速,病情危重,都必须加以重视,防止发生传变,或同时夹杂其他疾病^[9]。

参考文献

- [1] 中医药学名词审定委员会. 中医药学名词[M]. 北京: 科学出版社, 2005: 246-247.
- [2] 朱文峰. 证素辨证学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 142.
- [3] 周仲瑛. (新世纪全国高等中医药院校规划教材) 中医内科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 63.
- [4] 晁恩祥, 孙塑伦, 鲁兆麟. 今日中医内科(中卷)[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2011, 2.
- [5] 王永炎, 严世芸. 实用中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 104.
- [6] 黄碧群, 朱镇华. 证素等概念的辨析[J]. 中华中医药杂志, 2012, 20(6): 273-274.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 毛 静 收稿日期: 2018-02-12)

洪雅中草药·低等植物· 念珠藻科名录

地木耳(念珠藻) *Nostoc commune* Vauch.

入药部位: 全株入药。

性味: 性寒, 味甘、淡。

功能主治: 清热解毒, 健脾利湿。治疗目生云翳, 肺热咳嗽, 烫火伤等。

生境分布: 生于800米以上岩石荒坡草地。瓦屋山、总岗山多见。

——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

针刺治疗不孕症临床研究的 Meta 分析[※]

刘涛 张驰 曹佳男 刘霞 刘密 刘迈兰* 常小荣*

(湖南中医药大学针灸推拿学院, 湖南 长沙 410007)

摘要:目的 系统评价历年针刺治疗不孕症的疗效性与安全性。方法 计算机检索中国知网数据库 (CNKI) 中针刺治疗不孕症的临床随机对照试验。检索时间从建库至2017年11月1日。由2名研究者以Jadad标准对每个纳入研究进行偏倚风险与质量评估, 使用RevMan 5.3软件进行meta分析。结果 共纳入12项研究, 共计1124例患者。meta分析结果显示: 以针刺为主要干预措施组对照西药或中药组受孕率高, 总体有效率OR=3.23, 95%CI为[2.42~4.32] ($P<0.00001$), 且漏斗图结果显示基本对称。结论 针刺或以针刺为主要治疗措施治疗不孕症疗效优于常规西药或中药治疗, 可提高患者受孕率。

关键词: 针刺; 不孕症; meta分析; 文献研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.021

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0048-04

A Meta-analysis on the Clinical Study of Acupuncture in Treating Infertility

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

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

Abstract: **Objective** To systematically evaluate the efficacy and safety of acupuncture in treating infertility. **Methods** CNKI were searched for randomized controlled trials (RCTs) of acupuncture for infertility. Retrieval time was from the build up to November 1 of 2017. According to modified Jadad standard, the bias risk and quality assessment of each RCT included were evaluated by two researchers. RevMan 5.3 software was adopted for the meta-analysis. **Results** Totally 12 RCTs were included with 1124 patients. The result of meta-analysis indicated the total effective rate of conception in the acupuncture group or acupuncture combined with other group was superior to that in the western medicine group or Chinese medicine group OR=3.23, 95% CI [2.42~4.32] ($P<0.00001$), and the funnel plot was basically symmetry. **Conclusion** The acupuncture group or acupuncture combined with other group was better than the Western medicine group or Chinese medicine group, which can improve the patient's pregnancy rate.

Keywords: acupuncture; infertility; Meta analysis; literature research

近年来, 女性患者不孕率逐年升高, 已成为世界性的生殖健康问题^[1], 严重影响生活质量、家庭幸福, 同时也是衡量一个国家生殖健康、医疗水平、生活、经济、文化等多个层面的重要指标。1995年世界卫生组织 (WHO) 对不孕症的定义: 有正常性生活的夫妇, 未采取避孕措施同居1年以上, 而不能使女方妊娠或维持妊娠者。世界育龄妇女不孕症的发病率高达8%~10%, 且呈逐年上升趋势^[2]。2001年WHO报道, 发展中国家不孕患病率大致为8%~12%, 大概5000~8000万对夫妇患有不孕症。非洲撒哈拉沙漠以南, 25~49岁的继发不孕患病率更高, 达30%以上^[3]。

针刺治疗不孕症历史悠久, 在西方国家, 针刺疗法是中医治疗不孕症最常用的方法之一, 可见针刺治疗在提高不孕患者潜力方面有着独特优势。越来越多的临床和动物研究探讨针刺治疗不孕症的疗效并探讨其机制。现代研究表明: 针刺可调节月经和诱导排卵, 促进子宫和卵巢的血液循环。Stenver-Victorin等^[4]的研究也表明针刺可降低多囊性卵巢综合征 (PCOS) 的体

重指数 (BMI)、腰臀围比、血清T浓度、球蛋白比值, 血清基础胰岛素水平, 可以被认为是药物排卵诱导的替代手段。

1 资料与方法

1.1 纳入标准 (1) 研究类型: 符合以针刺为主要干预措施治疗不孕症患者的随机对照试验, 文章选取于CNKI建库至2017年11月1日。(2) 干预试验: 采用针刺为主的干预措施。(3) 研究对象: 所有患者均为女性, 病例来源不限, 明确诊断为不孕症。(4) 结局指标可以涉及: ①月经周期; ②排卵期子宫内膜厚度、子宫内膜类型; ③宫颈黏液评分; ④双向型基础体温; ⑤排卵、妊娠例数; ⑥血清性激素: FSH、LH、E₂、PRL、P、T; ⑦卵巢情况; ⑧血脂改变水平; ⑨空腹血糖; ⑩空腹胰岛素; ⑪BMI; ⑫输卵管情况; ⑬卵泡发育情况; ⑭B超检查结果; ⑮月经症状疗效; ⑯治愈时间等。(5) 所有文献均需提及患者有效、无效。

1.2 排除标准 (1) 不属于不孕症病例的文献; (2) 发表类型为会议或者学位论文; (3) 不符合以针刺为主要干预措施的文献; (4) 疗效评价指标未包含以上结局指标的文献; (5) 重复发表在CNKI的文献。

※ 基金项目: 国家自然科学基金项目 [No.8167151612]; 国家中医药管理局推广项目 [No.81373716, 81704182]

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

表1 纳入文献的基本情况与质量评价结果

纳入研究	例数		诊断标准	干预措施		疗程	随访	结局指标	基线水平	随机方法描述	分配隐藏	盲法	失访	改良Jadad评分
	针刺为主组	西药/其它组		针刺为主组	西药/其它组									
刘玉芬2017	62	62	国内行业标准	针刺	克罗米芬	6个月	无	①②④⑤⑩	具有可比性	随机数字表法	无	无	无	2
卓缘圆2016	50	50	国内行业标准	针刺+克罗米芬	克罗米芬	3个月	无	①②③④⑤⑥	具有可比性	随机数字表法	无	无	无	2
孙选2016	60	60	鹿特丹PCOS相关标准	电针+炔雌醇环丙孕酮片	炔雌醇环丙孕酮片	3个月	无	①②④⑥⑩⑪⑬⑭	具有可比性	随机	无	无	有	2
许明珠2015	32	30	国内行业标准	赖氏“通元针法”+中药	中药	3个月	无	②④⑥⑬	具有可比性	SAS软件随机	无	无	有	3
梁卓2015	30	30	国内行业标准	针刺+克罗米芬	克罗米芬	4个月	无	①②④⑥⑩⑪⑬⑭	具有可比性	随机数字表法	无	无	无	2
任蓉2015	30	30	国内行业标准	针刺+推拿	输卵管通液术治疗	3个月	无	⑦	具有可比性	随机法	无	无	无	1
吴家满2014	30	30	国内行业标准	针刺+埋线	克罗米芬	3个月	无	①③④⑤⑥	具有可比性	随机法	无	无	无	1
王娜婧2014	32	32	国内行业标准	针刺	促孕方	6个月	无	⑤⑬⑭	具有可比性	随机数字表法	无	无	有	2
田丽颖2013	32	30	国内行业标准	针刺+中药	中药	40天	无	⑤⑫	具有可比性	随机	无	无	无	1
滕辉2011	38	27	国内行业标准	针刺	枸橼酸氯米芬片	3个月	无	①④⑤	具有可比性	随机	无	无	无	1
宋丰军2008	56	54	国内行业标准	针刺+艾灸	克罗米芬	3个月	无	③④⑤⑥⑬⑭	具有可比性	随机	无	无	有	2
杨继若2005	160	80	WHO诊断标准	针刺	克罗米芬	1个月	无	④⑥	具有可比性	随机	无	无	无	1

注:①月经周期;②排卵期子宫内膜厚度、子宫内膜类型;③宫颈粘液评分;④双向型基础体温;⑤排卵、妊娠例数;⑥血清性激素:FSH、LH、E₂、PRL、P、T;⑦卵巢情况;⑧血脂改变水平;⑨空腹血糖;⑩空腹胰岛素;⑪BMI;⑫输卵管情况;⑬卵泡发育情况;⑭B超检查结果;⑮月经症状疗效;⑯治愈时间

1.3 研究方法

1.3.1 检索方法与文献筛选 由2名研究人员各自在CNKI检索,检索时间从建库起截止至2017年11月1日。检索关键词为:“不孕症”“针刺”。参考纳入与排除标准,对检索出的文献依据标题与摘要进行初步筛选,获得相关文献的全文进行进一步的评估,最终将符合要求的随机对照试验纳入分析。

1.3.2 文献质量评价 通过对CNKI检索后的文献进行仔细阅读,筛选出符合要求的文献。再由2名研究人员各自运用修改版的Jadad等的评分原则对已经符合要求的文献进行质量评价。若意见不统一,可以协商讨论。评价范围1~7分,低质量研究的范围为1~3分,高质量研究的范围为4~7分。其中包含的评价内容为:①采用随机分组并且其序列产生的方法是否恰当;②采用随机化隐藏方法是否恰当;③采用盲法并且其实施方案是否恰当;④退出或者失访患者是否描述了其个数和原因。

1.4 统计学方法 采用RevMan 5.3软件对符合要求的文献进行meta分析。计数资料运用比值比(OR)及95%CI为效应分析统计量。采用 χ^2 检验对符合纳入要求的文献研究结果进行异质性检验。若 $P \geq 0.1$ 且 $I^2 \leq 50\%$,则表明每项研究结果之间存在同质性,可运用固定效应模型进行meta分析;若 $P < 0.1$ 且 $I^2 \leq 50\%$,表明各项研究结果之间存在异质性,若研究结果相差不大,在可以接受范围内,则也可采用固定效应模型对结果进行meta分析;若 $P < 0.1$ 且 $I^2 > 50\%$,表明各项研究结果之间存在异质性,对产生异质性原因进行分析,若无明显临床异质性,可采用随机效应模型进行meta分析;若异质性过大,则采用描述性分析。meta分析的检验水准为 $\alpha = 0.05$,结果以森林

图表达。

2 结果

2.1 文献检索结果 通过CNKI检索,共出现270篇文献,有12篇文献符合以上纳入标准,文献中涉及的试验均在中国进行。通过阅读题目及摘要排除文献255篇。剩余15篇下载并阅读全文进行筛选,排除3篇^[5-7],其中2篇^[5-6]干预措施不是以针刺为主,1篇^[7]未描述不孕患者有效无效。

2.2 纳入研究基本情况和质量评价 按照修改版Jadad等评价原则对纳入的文献进行评价,纳入研究的文献质量均较低,针刺组或针刺加其它组609例,西药组或其他组515例,纳入研究的基本情况与质量评价结果见表1。

2.3 穴位选用频次 针刺治疗不孕症主要以足阳明胃经、督脉、任脉、足太阴脾经、足太阳膀胱经穴位为主,本文收集的文献中引用穴位最多的是三阴交,其次为中极、关元。具体引用情况可见图2~3。

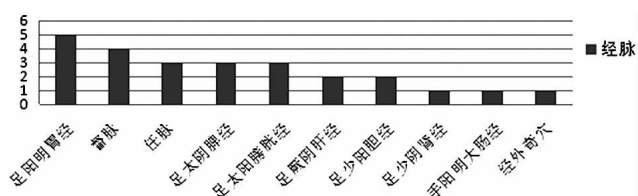


图2 经络引用频次表

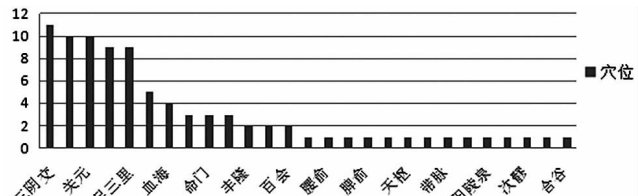


图3 穴位引用频次表

表2 纳入研究的症状指标研究及具体结果

纳入研究	测量指标	干预措施		统计学意义	结果
		针刺/针刺加其它	西药/西药加其它		临床意义
刘玉芬2017	①②④⑤⑪	针刺	克罗米芬	$P<0.05$	针刺调周法治疗排卵障碍性不孕症较克罗米芬疗效显著,能提高受孕率,改善症状,且无明显不良反应。
卓缘圆2016	①②③④⑤⑥	针刺+克罗米芬	克罗米芬	$P<0.05$	“调任通督针刺法”能促使PCOS患者月经周期恢复正常,增加子宫内膜厚度,促进卵泡发育成熟,还能有效降低血清LH水平,改善卵巢功能,有效提高排卵率,疗效优于口服克罗米芬。
孙选2016	①②④⑥⑩⑪⑬⑭	电针+炔雌醇环丙孕酮片	炔雌醇环丙孕酮片	$P<0.05$	针刺联合西药较西药治疗PCOS不孕症疗效确切。
许明珠2015	②④⑥⑬	赖氏“通元针法”+中药	中药	$P<0.05$	针药结合治疗不孕症患者疗效优于单纯中药治疗,说明针刺具有明显增效作用,可提高妊娠率,降低流产率。
梁卓2015	①②④⑥⑩⑪⑬⑭	针刺+克罗米芬	克罗米芬	$P<0.05$	针刺联合促排卵治疗可明显改善PCOS患者BMI、胰岛素抵抗及激素水平,提高排卵率及妊娠率,疗效优于单纯药物治疗。
任蓉2015	⑦	针刺联合腹部推拿	输卵管通液术治疗	$P<0.05$	针刺联合腹部推拿能有效增强输卵管血流灌注,从而消除炎症、通畅输卵管,针对血瘀型输卵管不通不孕有较好的疗效。
吴家满2014	①③④⑤⑥	针刺+穴位埋线	克罗米芬	$P<0.05$	调任通督针刺法配合穴位埋线促排卵疗效确切,可显著提高多囊卵巢综合征不孕患者的排卵率和受孕率,可显著调节卵巢综合征不孕患者的内分泌。
王偲婧2014	⑤⑬⑭	针刺	促孕方	$P<0.05$	辨证针刺治疗不孕症与中药疗效相当,但治愈时间较短。
田丽颖2013	⑤⑫	针刺+桃红四物汤	桃红四物汤	$P<0.05$	针刺加桃红四物汤治疗输卵管阻塞为疗效显著的方法。
滕辉2011	①④⑤	针刺	枸橼酸氯米芬片	$P<0.05$	针刺加电针可促排卵治疗不孕症,其治愈率优于口服枸橼酸氯米芬片。
宋丰军2008	③④⑤⑥⑬⑭	针刺+艾灸	克罗米芬	$P<0.05$	针灸与口服克罗米芬排卵效果相比,相差不大,但针灸较口服药物,受孕率高且流产率要低。
杨继若2005	④⑥	针刺	克罗米芬	$P<0.05$	针刺有促排卵作用,治疗内分泌失调性不孕症疗效显著。

2.4 meta分析结果 meta分析结果如图4及表2所示。

(1) 异质性检验结果: $\chi^2=13.24$, $P=0.28>0.1$, $I^2=17\%<50\%$, 该12个研究具有同质性, 因此采用固定效应模型作为统计学方法。

(2) $OR=3.23$, 95%CI为 $[2.42\sim4.32]>1$, 从图4结果可以看出, 以针刺为主要干预措施组与不孕症患者受孕率升高有关, 说明以针刺为主要干预措施组的不孕症患者受孕总有效率优于其他组。

(3) 合并统计量的检验 $Z=7.97$, $P<0.00001$, 差异具备统计学意义。符合要求的12篇文献所产生的漏斗图如图5示: 图形左右基本对称, 说明这12个纳入研究所产生的偏倚相对较小。临床效果详见图4, 总体治疗率有改善。

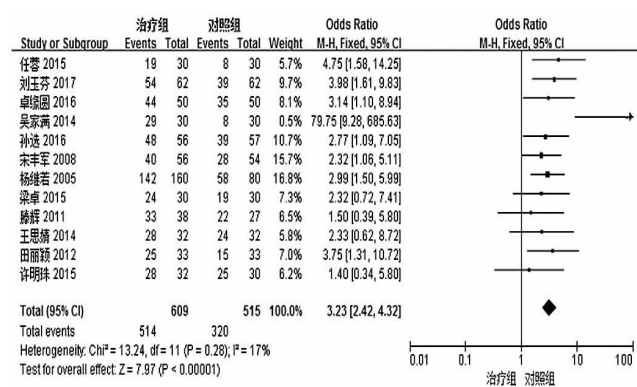


图4 以针刺为主的治疗方法对照其他组总有效率比较

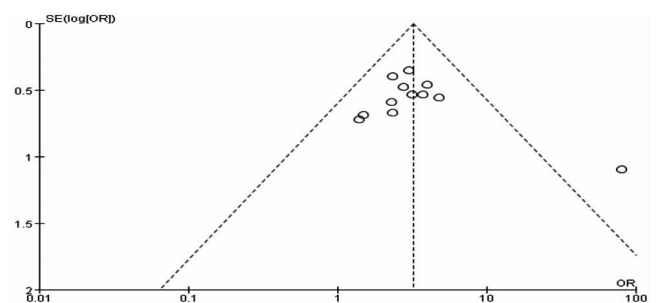


图5 以针刺为主要治疗方法组治疗不孕症临床疗效漏斗图

3 讨论

本研究收集CNKI从建库截至2017年1月1日针刺治疗不孕症的随机对照试验。对12个符合纳入要求的文献进行meta分析, 结果可以提示: 针刺可以对不孕症患者产生影响, 能提高其受孕率, 在总体疗效上较一般西药以及中药有优势。纳入的12个研究的临床诊断标准基本为国内行业标准, 10篇为国内行业标准^[8-17], 1篇为鹿特丹PCOS相关标准^[18], 1篇为WHO关于不孕不育的诊断标准^[19], 所有纳入的研究质量均不高, 属于低质量研究。其治疗的针刺手法以及选取的治疗穴位各有差别, 且并未具体描述所选用的随机方法与盲法, 故无法评估是否真正做到了随机分配, 很可能受试验者和受试者主观因素的影响而造成结果的偏倚。如表2所示, 每个研究所采用的评价指标各不相同并且评分的标准也各有差异, 可能造成结果偏倚。

近年来,国内外许多临床实验表明,针刺治疗不孕症不仅临床效果显著,还能避免长期服用西药带来的副作用,安全性和疗效性均较好,故在治疗不孕症方面有比较好的前景。

本研究运用meta分析对符合纳入要求的不孕症研究进行评价,提高了统计检验效能,较单个研究而言,本研究可能能够提供相对可靠的循证医学证据。

有研究表明针灸可以增加卵巢血液流动,可能是由于它的交感抑制作用,可降低去甲肾上腺素水平、皮肤温度、血压、疼痛耐受性阈值^[20]。在实验性的大鼠研究中,放置在腹部和后肢的电针有与卵巢和子宫相同的躯体神经支配^[21-23],针刺增加了卵巢的血流^[21-22]。Stener-Victorin E等^[24-25]也发现针刺可通过降低卵巢内皮素、促肾上腺皮质激素释放因子和神经生长因子的浓度,调节交感神经活动。

相关研究提示针灸的某些作用是通过内源性阿片肽介导的,尤其是 β -endorphin。因为这些神经肽可通过影响GnRH,进而影响促性腺激素分泌。动物研究表明,针灸可影响GnRH分泌,影响外周血促性腺激素水平^[26-27]。在正常的排卵期女性,针灸也影响了血浆FSH、LH、 E_2 和P^[28-29]的水平。

综上所述,以针刺为主的治疗方法在提高不孕症患者受孕率方面优于西药或中药治疗,但由于纳入的文献质量普遍较低,故无法得出肯定性的结论,该研究结果仍需要设计大样本、多中心、随机对照试验进行验证。

参考文献

- [1]De Placido G, Clarizia R, Cadente C, et al. Compliance and De Placido G, Clarizia R, Cadente C, et al. Compliance and diagnostic efficacy of mini-hysteroscopy versus traditional hysteroscopy in infertility investigation [J]. EUR J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2007, 135(1):83-7.
- [2]Carbonnel M, Goetgheluck J, Frati A, et al. Robot-assisted laparos copy for in fertility treatment: currentviews[J]. Fertil Steril, 2014, 101(3):621-6.
- [3]Cui W. Mother or nothing: the agony of infertility[J]. Bull World Health Organ, 2010, 88(12): 881-882.
- [4]Stener-Victorin E, Waldenström U, Tagnfors U, et al. Effects of electroacupuncture on anovulation in women with polycystic ovary syndrome [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2000(79):180-8.
- [5]杨鉴冰,王菁,贾成文.中药联合针刺治疗超大卵泡不排性不孕症临床观察[J].现代中医药,2015(6):48-49.
- [6]代晓峰.针刺、耳穴贴压联合二甲双胍治疗肥胖型多囊卵巢综合征不孕症临床观察[J].新中医,2017(4):128-131.
- [7]梁荣伟,刘新雄,李学余,等.穴位针刺加封闭联合辅助生殖技术对PCOS不孕患者激素水平的影响[J].西部中医药,2013,26(2):98-99.
- [8]刘玉芳,王齐.针刺调周法治疗排卵障碍性不孕症临床观察[J].实用中医药杂志,2017,33(7):833-834.
- [9]卓缘圆,吴家满,林婉珊,等.“调任通督针刺法”治疗多囊卵巢综合征不孕症的临床疗效观察[J].中国针灸,2016,36(12):1237-1241.
- [10]许明珠,崔韶阳,赖新生,等.赖氏“通元针法”结合中药治疗不孕症临床随机对照研究[J].中华中医药学刊,2015(8):1811-1814.
- [11]梁卓.针刺联合促排卵对痰湿型多囊卵巢综合征不孕妇女妊娠率和排卵率的影响[J].现代中西医结合杂志,2015,24(14):1498-1500.
- [12]吴家满,卓缘圆,钟宇玲,等.调任通督针刺法配合穴位埋线治疗多囊卵巢综合征不孕症[J].吉林中医药,2014,34(5):526-529.
- [13]王偲婧,刘希茹,王波,等.辨证针刺治疗不孕症临床随机对照研究[J].上海中医药杂志,2014(12):56-58.
- [14]田丽颖,赖巨燕,高平.针刺任脉合桃红四物汤治疗输卵管阻塞临床观察[J].中医药临床杂志,2012,24(1):62-63.
- [15]滕辉,刘昱磊,王俊玲,等.针刺加电针促排卵治疗不孕症疗效观察[J].上海针灸杂志,2011,30(6):372-373.
- [16]宋丰军,郑士立,马大正.针灸治疗排卵障碍性不孕症临床观察[J].中国针灸,2008,28(1):21-23.
- [17]任蓉,蔡智刚,樊志奇,等.针刺联合腹部推拿治疗血瘀型输卵管不通不孕症的临床观察[J].中医药导报,2015(5):88-90.
- [18]孙选,戚其华,孔守芳,等.西药联合针刺治疗多囊卵巢综合征不孕症临床研究[J].中国中医药信息杂志,2016,23(11):25-28.
- [19]杨继若,马燕燕,刘亚利,等.针刺治疗内分泌失调性不孕症的对照研究[J].中国针灸,2005,25(5):299-300.
- [20]rdahl S, Elam M, Olausson B, et al. Sympathetic nerve activity after acupuncture in humans[J]. Pain 1998, 75:19-25.
- [21]Stener-Victorin E, Kobayashi R, Kurosawa M. Ovarian blood flow responses to electroacupuncture stimulation at different frequencies and intensities in anaesthetized rats[J]. Auton Neurosci, 2003(108):50-56.
- [22]Stener-Victorin E, Fujisawa S, Kurosawa M. Ovarian blood flow responses to electroacupuncture stimulation depend on estrous cycle and on site and frequency of stimulation in anesthetized rats[J]. J Appl Physiol, 2006(101): 84-91.
- [23]Stener-Victorin E, Kobayashi R, Watanabe O, et al. Effect of electroacupuncture stimulation of different frequencies and intensities on ovarian blood flow in anaesthetised rats with steroid-induced polycystic ovaries [J]. Reprod Biol Endocrinol, 2004(2):16.
- [24]Stener-Victorin E, Lundberg T, Cajander S, et al. Steroid-induced polycystic ovaries in rats: effect of electroacupuncture on concentrations of endothelin-1 and nerve growth factor (NGF), and expression of NGF mRNA in the ovaries, the adrenal glands, and the central nervous system[J]. Reprod Biol Endocrinol, 2003(1): 33.
- [25]Stener-Victorin E, Lundberg T, Waldenström U, et al. Effects of electroacupuncture on corticotrophin releasing-factor (CRF) in rats with experimentally induced polycystic ovaries[J]. Neuropeptides, 2002(35): 227-231.
- [26]Lin JH, Liu SH, Chan WW, et al. Effects of electroacupuncture and gonadotropin-releasing hormone treatments on hormone changes in anoestrous sows[J]. Am J Chin Med, 1988(16):117-26.
- [27]Yang SP, Yu J, He L. Release of gonadotropin-releasing hormone (GnRH) from the medio-basal hypothalamus induced by electroacupuncture in conscious female rabbits[J]. Acupunct Electrother Res, 1994(19):19-27.
- [28]Aso T, Motohashi T, Murata M, et al. The influence of acupuncture stimulation on plasma levels of LH, FSH, progesterone and estradiol in normally ovulating women[J]. Am J Chin Med, 1976(4):391-401.
- [29]Yu J, Zheng HM, Ping SM. Changes in serum FSH, LH and ovarian follicular growth during electroacupuncture for induction of ovulation [Chinese][J]. Chung His I Chieh Ho Tsa Chih, 1989(9):199-202.

(本文编辑:杨杰 本文校对:刘近兰 收稿日期:2018-03-02)

基于调补心肾理论对益心气补肾精法 改善认知功能作用机制的研究^{*}

马琳 孙莉 项颖^{*}

(吉林省中医药科学院老年病科, 吉林 长春 130021)

摘要:目的 通过观察益气补肾活血方对轻度认知功能损害(MCI)患者的临床疗效及蛋白图谱差异,探讨益心气补肾精法改善认知功能的作用机制。方法 选择老年MCI患者180例,随机分为治疗组和对照组各90例,在同样给予基础治疗的基础上,治疗组给予中药汤剂益气补肾活血方口服,疗程为12周。结果 治疗后治疗组认知量表评分升高,与对照组比较,有显著性差异。治疗组Notch和Tau蛋白的基因表达均低于对照组,其余选取的差异蛋白点的基因表达并无明显差别。结论 益气补肾活血方可能通过改变血清蛋白质图谱而改善MCI患者的认知功能。

关键词: 调补心肾; 益心气补肾精; 认知功能损害

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.022

文章编号:1672-2779(2018)-09-0052-03

Study on the Mechanism of Improving Cognitive Function by Tonifying Heart and Kidney Essence Method Based on the Theory of Benefitting Heart and Kidney

MA Lin, SUN Li, XIANG Ke

(Geriatrics Department, Jilin Province Academy of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: **Objective** By observing the difference of clinical effect and protein atlas of patients with mild cognitive impairment (MCI) treated with Yiqi Bushen Huoxue prescription, to explore the mechanism of the method of mending heart and Kidney. **Methods** Selecting 180 elderly patients with MCI, they were randomly divide into treatment group and control group, with 90 cases in each group. On the basis of the same basic treatment, the treatment group was given the decoction of Chinese medicine of Yiqi Bushen Huoxue prescription. The course of treatment is 12 weeks. **Results** The score of cognitive scale increased after treatment in the treatment group, and there was a significant difference comparing with the control group. The gene expression of Notch and Tau protein in the treatment group was lower than that of the control group, and there is no significant difference in the expression of the other selected differentially expressed protein points. **Conclusion** The Yiqi Bushen Huoxue prescription could improve the cognitive function of MCI patients by changing the protein profile of serum.

Keywords: benefitting heart and kidney; tonifying heart and kidney essence; cognitive impairment

轻度认知功能损害(MCI)是痴呆的早期阶段,积极防治MCI对防治老年痴呆具有重要意义。我科室多年来致力于MCI及老年痴呆方面的研究,调补心肾法是我们治疗MCI的根本大法,其核心是通过益心气、补肾精改善认知功能,预防老年痴呆,代表方剂为临床经验方“益气补肾活血方”。我们对该方进行了大量研究,证实临床疗效确切,并已从微观角度初步探讨了其作用机理。为了更好地揭示益心气、补肾精法改善认知功能的本质,我们近年来又运用蛋白组学技术进一步探讨了其作用机理,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院门诊及病区就诊的MCI患者180例,随机分为治疗组、对照组各90例。**1.2 诊断标准** 参照Petersen提出的MCI诊断标准。(1)主诉有记忆下降;(2)精神量表评价:临床痴呆评定量表(CDR)评分为0.5分,简易精神状态量表(MMSE)评分大于或等于24分。

1.3 纳入标准 (1)年龄40~75岁;(2)患者的视力听力能够完成测试,MMSE评分不低于24分。(3)CDR评分等于0.5分。

1.4 排除标准 按照NINCDS-ADRDA和DSM-IV诊断标准诊断为痴呆者。(1)排除痴呆及其他可引起脑功能损害的内科疾病或精神心理状态;(2)患有可导致认知功能损害的其他疾病者;(3)合并其他严重内科疾病者;(4)有精神疾病史者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 治疗既往存在疾病的同时,给予益气补肾活血方(人参10g,鹿茸5g,生地黄20g,三七5g,牡丹皮15g,石菖蒲10g,远志10g)水煎,取汁300mL,每次150mL,日2次口服。疗程12周。

1.5.2 对照组 只给予治疗既往存在疾病的药物。疗程12周。

1.6 观察指标 蒙特利尔认知评估量表(MOCA)、MMSE、CDR、日常生活能力量表(ADL)、蛋白分析。

1.7 统计学方法 用SPSS 12.0软件进行数据统计学分析。

2 结果

2.1 MOCA和MMSE量表积分比较 见表1。治疗组治疗前后的MOCA及MMSE分值均有较大的改善,差异有显著性。对照组治疗前后疗效不明显。

^{*} 基金项目:吉林省科技厅自然科学基金资助项目[No. 20150101211JC]

^{*} 通讯作者:xiangke1961@163.com

表1 MOCA和MMSE量表评分比较表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	MOCA	MMSE
治疗组	治疗前	24.26 ± 3.25	25.33 ± 1.09
	治疗后	26.18 ± 3.41 ^{**Δ}	28.45 ± 1.62 ^Δ
对照组	治疗前	25.13 ± 3.85	25.84 ± 0.50
	治疗后	26.60 ± 4.06	26.53 ± 1.28

注:组内比较:^{*}P<0.05,^{**}P<0.05;组间比较:^ΔP<0.05

2.2 蛋白质谱分析结果 在2组样品的二维电泳图谱中,选取17个有差异的蛋白点进行质谱分析。用Mascot 软件对所获得的样品进行数据库查询,将查询结果与相应二维凝胶电泳上的等电点、分子量及匹配得分进行综合分析。质谱分析结果如下(表2),根据质谱结果利用Venny 2.1 软件制作韦恩图显示2组蛋白差异(图1),结果中有2个蛋白(Notch和Tau蛋白)得分较高,认为是阳性结果,显示与治疗组相比,对照组中两个蛋白含量均较高,需进一步鉴定。

表2 17个差异蛋白点的鉴定结果

序号	蛋白名称	分子量 (道尔顿)	等电点	非冗余 肽段数	蛋白质 评分	蛋白质评分 置信区间(%)	最佳 离子评分
1	APP	116943	4.64	15	598	100.00	91
2	PEN 2	12029	9.03	7	110	100.00	85
3	E-cadherin	134193	4.39	7	97	100.00	101
4	Presenilin 1	52667	5.06	13	667	100.00	97
5	Presenilin 2	50011	4.45	9	156	100.00	93
6	TNF	25644	6.19	5	89	21.33	67
7	Aph	29047	4.52	11	647	100.00	118
8	Beta-catenin	85496	5.32	6	107	99.96	102
9	Notch(F-Next)	85326	5.03	25	1035	100.00	157
10	Nicastrin	78410	5.47	16	890	100.00	113
11	CD8	25728	9	7	87	100.00	109
12	XIAP	56684	5.92	9	133	100.00	96
13	Tau	78927	5.98	27	1209	100.00	175
14	FLIP	54099	8.38	7	113	99.97	89
15	Bcl-2	26265	6.51	12	786	100.00	132
16	Bax	24334	5.23	10	707		117
17	DR5	47894	5.24	15	834		125

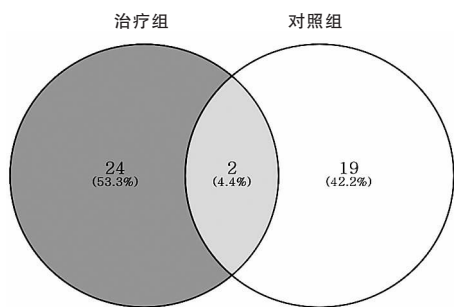


图1 2组数据差异蛋白点的韦恩热图分析结果

RT-PCR 验证。根据质谱分析结果,我们从中选取了5个差异蛋白点进行研究。APP、Notch、Presenilin

1、E-cadherin 和Tau protein, 用Real-time PCR 加以验证。RT-PCR结果显示给药组中Notch(图2)和Tau蛋白(图3)的基因表达均低于对照组,而其余3个选取的差异蛋白点的基因表达并无明显差别。

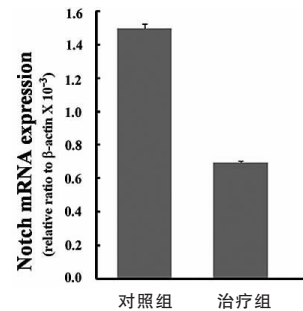


图2 RT-PCR检测Notch基因表达含量

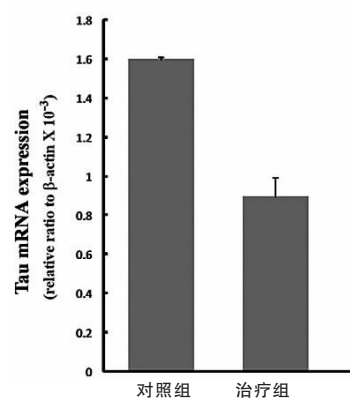


图3 RT-PCR检测Tau基因表达含量

3 讨论

目前医学界公认MCI是介于正常老化和痴呆之间的一种认知缺损状态,是阿尔茨海默病的早期阶段。我们认为,心肾亏虚是老年智力减退的基本病机,治疗当在调补心肾的基础上佐以活血、化痰、开窍等治标之法,以达到标本兼顾,气血同调,补散并行的目的,使阴阳平、气血和、脑窍利,神识清。益气补肾活血方系我科室应用多年的治疗老年智力障碍的经验方,由人参、鹿茸、生地黄、三七、牡丹皮、石菖蒲、远志等药物组成,用于临床多年,证实疗效肯定。本研究用益气补肾活血方对肾精亏虚型轻度认知功能障碍患者进行干预,通过双向电泳分离等方法得到各组总蛋白质分子解剖图谱,用图像分析软件分析各组件差异蛋白质点,MS/MS质谱分析,结合蛋白质生物信息库,鉴定出差异蛋白,进一步探索益心气、补肾精法改善认知功能的作用机理。

蛋白质组(proteome)的概念是1994年由Wilkins首先提出^[1],它是指“一种基因组、一种生物、一种组织或细胞所表达的全套蛋白质。采用对整个细胞甚至整个组织的全套蛋白质的蛋白组学研究方法,对证候研究有着重要意义^[2]。蛋白质组学的建立为研究蛋白质水平的生命活动开辟了更为广阔的前景,提供了新型有

效的研究手段^[3]。蛋白质组学的核心技术双向电泳(2-DE)是目前分析蛋白质分辨率和重复性最高的技术,能够连续在一块胶分离数千种蛋白质。蛋白组学的研究可从遗传学角度和基因水平做出疾病发生发展、疗效和遗传学概率性评估,为老年疾病的早期诊断和防治提供研究思路和依据,为中医证候诊断客观化提供遗传病理基因方面的依据。蛋白质组学研究基因的最终表达产物——具有活性的蛋白质,以蛋白质双向电

泳和新型质谱分析为技术平台,研究不同条件和状态下蛋白质组的性质和变化规律,是后基因组时代的研究重点。

参考文献

- [1]Wilkins M. Government backs proteome proposal[J]. Nature, 1995(378): 653.
- [2]刘为民.中医证候研究与证候蛋白质组学[J].中医药学报, 2003, 31(3): 1.
- [3]梅武轩.蛋白质组学与中医证本质的研究[J].中华中医药学刊, 2008, 2(7): 1551-1553.

(本文编辑:张文娟 本文校对:赵振 收稿日期:2018-02-09)

中西医结合康复疗法对慢性阻塞性肺疾病预后的影响

关晓宁

(鞍山市长大医院康复科, 辽宁 鞍山 114007)

摘要:目的 探究中西医结合康复疗法对慢性阻塞性肺疾病患者的影响。方法 选取2016年10月—2017年10月呼吸内科住院的慢性阻塞性肺疾病患者120例,随机分为对照组60例,康复组60例。对照组患者进行常规的治疗及体育锻炼,康复组患者在对照组基础上进行中西医结合康复治疗。分别对2组患者进行连续3周的治疗。并对治疗后2组患者的肺功能、呼吸困难分级情况、运动耐力时间、6 min步行距离及生活质量等方面进行差异性对比分析。结果 2组患者治疗后在肺功能、呼吸困难分级情况、运动耐力时间、6 min步行距离及生活质量等方面较治疗前均有明显改善,且康复组的改善程度较对照组更加显著,组内及组间比较差异均具有显著性($P < 0.05$)。其中康复组治疗后1秒率为 $(79.75 \pm 9.84)\%$,明显高于对照组 $(65.71 \pm 9.11)\%$,康复组治疗后呼吸困难分级为 (1.20 ± 0.33) 分,明显好于对照组 (2.78 ± 0.88) 分,康复组治疗后运动耐力时间为 (9.89 ± 2.64) min,明显长于对照组的 (8.49 ± 2.51) min,康复组治疗后6 min步行距离为 (389.72 ± 41.82) m,明显大于对照组的 (356.74 ± 40.16) m,且康复组治疗后在生活质量各条目方面均明显好于对照组。结论 中西医结合康复疗法能够有效减轻慢性阻塞性肺疾病患者的痛苦,改善慢性阻塞性肺疾病患者的生活质量,对慢性阻塞性肺疾病患者的康复具有很好的临床疗效。

关键词: 中西医结合疗法; 针灸; 康复; 慢性阻塞性肺疾病; 喘证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.023

文章编号:1672-2779(2018)-09-0054-04

Effect of Rehabilitation Therapy of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine on Prognosis of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

GUAN Xiaoning

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

Abstract: **Objective** To investigate the effect of integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation therapy on patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Methods** 120 patients with chronic obstructive pulmonary disease hospitalized in our department of respiratory medicine from October 2016 to October 2017 were randomly divided into control group (60 cases) and rehabilitation group (60 cases). The control group of patients was treated with conventional treatment and physical exercise, and the rehabilitation group was given integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation therapy based on the control group. Two groups of patients were treated for three consecutive weeks. Differences in lung function, dyspnea classification, exercise endurance time, 6-minute walking distance and quality of life between the two groups were compared and analyzed. **Results** After treatment, the two groups were significantly improved in lung function, grading of dyspnea, exercise tolerance time, 6-minute walking distance and quality of life than those before treatment, and the improvement in the rehabilitation group was more significant than that in the control group. There was significant difference between groups ($P < 0.05$). The rate of one second in the rehabilitation group was $(79.75 \pm 9.84)\%$, which was significantly higher than $(65.71 \pm 9.11)\%$ in the control group. The level of dyspnea was (1.20 ± 0.33) in the rehabilitation group, which was significantly higher than that in the control group (2.78 ± 0.88) . After exercise, the exercise tolerance time (9.89 ± 2.64) points significantly longer than the control group (8.49 ± 2.51) points, rehabilitation group 6 minutes after walking distance (389.72 ± 41.82) meters was significantly greater than the control group (356.74 ± 40.16) meters, and the rehabilitation group after treatment quality of life entries Obviously better than the control group. **Conclusion** The integrated traditional Chinese and Western medicine rehabilitation therapy can effectively alleviate the pain of patients with chronic obstructive pulmonary disease, improve the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease, and has a good clinical effect on the rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; acupuncture; rehabilitation; chronic obstructive pneumonia; dyspnea

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种气息受限性呼吸系统疾病,临床以慢性咳嗽、咳痰、呼吸困难或肺部功能损伤等为主要表现。发病过程中肺功能呈进行性下降的趋势,

严重影响了患者的日常生活,导致机体各脏器功能受损,如此反复恶性循环,最终危害了患者的生命^[1]。

COPD是一种气流受限且不完全可逆的疾病,症状会随气流的受限程度呈成进展性、逐步性加重, COPD



的发病因素常与吸烟、环境污染、生活工作环境及肺部受到有害气体或有害物质的侵袭等有关。

COPD 患者会因疾病的发展而出现低氧血症、高二氧化碳血症等表现, 患者需要长期忍受憋闷、活动受限等问题, 严重摧残了患者的身心健康。COPD 患者大多会出现呼吸障碍, 由于其肺部功能受损, 因此呼吸困难、憋闷是急需解决的首要问题。然而, 大多数医学者把更多的精力集中在对COPD疾病本身的治疗上, 往往忽视了对COPD患者的肺功能康复^[2]。本研究通过对COPD患者进行中西医结合康复治疗, 并对治疗后2组患者的肺功能、呼吸困难分级情况、运动耐力时间、6 min步行距离及生活质量等方面进行差异性对比分析, 探究中西医结合康复疗法对COPD患者的影响, 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10月—2017年10月在我院呼吸内科住院的COPD患者120例, 并通过随机数字表分成2组, 分别为对照组和康复组各60例。其中对照组包括男32例, 女28例; 年龄45~70 (55.90±13.39) 岁。康复组包括男34例, 女26例; 年龄44~71 (56.51±13.22) 岁。2组患者一般资料对比无显著差异 ($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 以中华医学会呼吸分会制定的《慢性阻塞性肺疾病诊疗指南》为参考标准, 所有入选患者需满足以下几点^[3]。(1) 满足COPD分级, 即: I 级为轻度, $FEV_1/FVC<70\%$ 、 $FEV_1\geq 80\%$, II 级为中度, $FEV_1/FVC<70\%$ 、 $50\%\leq FEV_1\leq 80\%$, III 级为重度, $FEV_1/FVC<70\%$ 、 $30\%\leq FEV_1\leq 50\%$, IV 级为极重度, $FEV_1/FVC<70\%$ 、 $FEV_1<30\%$; (2) 患者具有一定文化水平, 能够与医护人员进行正常沟通, 且能遵医嘱进行治疗; (3) 具有慢性咳嗽、呼吸困难、气短等不可逆的肺功能损伤表现; (4) 治疗前未接受其他类似治疗; (5) 患者对本研究签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1) 患有支气管哮喘病史者; (2) 伴有心肝肾、血液系统、免疫系统或其他系统严重疾病者; (3) 伴有严重的精神疾病、听力或视觉障碍者; (4) 非呼吸道疾病引起的活动障碍或下肢运动障碍, 如骨折等^[4]。

1.4 治疗方法 对照组患者进行常规的治疗及体育锻炼, 患者可依据自身的不同病情, 自行选择体育锻炼, 如散步、登山、爬楼梯等。康复组患者在对照组的基础上进行中西医结合康复治疗。具体内容包括中医针灸治疗、中医运动治疗、疾病认知干预、生活行为干预、呼吸功能训练等方面。

针灸治疗取患者舒适体位, 取患者中府、云门、

尺泽、孔最、列缺、太渊、阳溪、合谷、曲池、肺俞、脾俞和肾俞。采用平补平泻的针刺手法, 留针20 min, 捻转频率为每5 min 1次。针灸的治疗频率为每日1次。

中医运动治疗是对患者进行统一的八段锦练习, 使运动量最大程度地在靶心率中进行发挥和施展。其中八段锦的动作包括双手高举、左右开弓、转腰后转、马步攢拳, 动作幅度大且用力均匀, 其中双手高举的同时双足足跟需离开地面, 在运动过程中锻炼的频率不易过快, 利用马步的高低来调整心率。八段锦的频率为每周4次, 每次0.5 h。

疾病认知干预是对患者进行相关知识的补充和科普, 对COPD的发病机制、诊断方法、治疗方式及预后等方面进行讲解。大多患者因缺乏对COPD知识的掌握, 往往在疾病发生早期会出现慌乱、紧张的状况。指导患者在接受抗生素、化痰、糖皮质激素等常规治疗的同时注意治疗带来的不良反应。使患者和家属通过学习的方式提高对疾病的认识, 既能缩短疾病的恢复时间, 又可提高患者的自我保护能力^[6]。

生活行为干预是从患者的饮食、生活方式等方面对患者进行指导。首先对患者进行BMI测定, 并以单位体重静息能量消耗计算出COPD患者每天的实际能量需求。为患者建立个体化饮食结构, 指导患者低盐低脂普食, 在确保基本蛋白质摄入的同时多吃富含维生素的清淡食物。如: 咳嗽气短, 动则加重, 倦怠乏力等症状为主的肺气虚患者, 选择补肺气的食药物^[7], 如大枣、瘦肉、鸡肉、山药和黄芪等; 咳嗽气短, 动则加重, 食少纳呆、腹胀、大便溏的脾肺气虚者, 选择补肺健脾的食药物, 薏苡仁、蜂蜜、桂圆、山药、百合、白扁豆、茯苓、白术等, 制粥或煲汤食用。敦促患者戒烟, 防止疾病的进一步恶化。指导患者保持正确的排痰方式, 嘱患者坐位身体前倾, 深呼慢吸以确保吸气饱满, 然后缩唇, 再次深吸气, 用力将肺部痰液咯出, 对于气道被黏痰堵塞者, 进行雾化治疗以化痰。

呼吸功能训练是康复训练中必不可少的一项训练, 指导患者进行腹式呼吸法和缩唇呼吸法。腹式呼吸法可选择半卧位或仰卧位。患者双膝微曲以放松胸腹肌肉, 两手分别轻放于腹部及胸部, 再用鼻子均匀吸气, 使放在腹部的手有被向上抬起的感觉, 而放在胸部的手位置无变化, 即为吸气; 再用口呼气, 使放在腹部的手有下降的感觉, 而放在胸部的手位置无变化, 即为呼气^[8]。缩唇呼吸法: 闭嘴经鼻吸气、口唇缩成吹口哨状呼气, 收腹、胸部前倾, 缓慢呼气, 保证吸气与呼气时间比为 1:2 或 1:3。进行正确的走路呼吸法, 吸气时走两步, 呼气时走四步。训练患者进行有效的

呼吸功能锻炼,如扩胸、提肩、转体等。

分别对2组患者进行为期3周的连续治疗。

1.5 观察指标

1.5.1 肺功能 用力肺活量 (FVC),是指尽力吸气后,尽力尽快呼气所能呼出的最大气量,该指标是对患者肺中气体用最快速呼出的能力的测定^[9]。而其中呼气第1秒内所呼出的气体量为一秒用力呼气容积 (FEV₁)。而FEV₁/FVC%则被称为1秒率,正常男性的FEV₁一般大于3 L,女性FEV₁一般大于2.3 L,而FEV₁/FVC%则多大于80%。若肺功能受损则二者的数值均降低。FVC、FEV₁、FEV₁/FVC是反映患者通气及弥散功能的重要指标。

1.5.2 呼吸困难分级情况 参考英国呼吸研究委员会制定的呼吸困难分级标准^[10]。0分表示没有呼吸困难,1分表示快走或上坡行走时偶有气短,2分表示因呼吸困难而比正常情况时走得慢或以未病时的速度于平地上行走时需要停下来进行喘促呼吸,3分表示在平地上慢行数分钟后需要停下来呼吸,4分表示静止时仍出现明显的呼吸困难。

1.5.3 运动耐力时间及6 min步行距离 使患者在医院的走廊里进行独立的行走,测出患者最大能力范围内的时间,以及6 min之内的最大步行距离^[11]。

1.5.4 生活质量 生活质量简表 (SF-36) 是由美国波士顿健康研究所研制的一种普适量表,量表共分为8个维度,是对患者生理和心理健康的评估,测评得分与患者生理心理健康程度呈正比例关系^[12]。

1.6 统计学方法 选用SPSS 19.0统计学软件进行统计分析,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组患者治疗前后肺功能比较 见表1。

表1 2组患者治疗前后肺功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	FVC(L)	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC(%)
对照组	60	治疗前	2.54 ± 0.62	1.56 ± 0.43	61.22 ± 9.17
		治疗后	2.73 ± 0.81 [△]	1.79 ± 0.54 [△]	65.71 ± 9.11 [△]
	<i>P</i> 值(组内)		0.04	0.04	0.03
	<i>t</i> 值(组内)		1.02	1.04	4.37
康复组	60	治疗前	2.56 ± 0.57	1.58 ± 0.45	61.71 ± 8.92
		治疗后	2.97 ± 0.94 ^{△*}	2.33 ± 0.88 ^{△*}	79.75 ± 9.84 ^{△*}
	<i>P</i> 值(组内)		0.04	0.04	0.02
	<i>t</i> 值(组内)		1.42	1.35	8.89
<i>P</i> 值(组间)			0.04	0.04	0.03
<i>t</i> 值(组间)			1.04	1.27	6.66

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

2.2 2组患者治疗前后呼吸困难分级、运动耐力、步行距离的比较 见表2。

表2 2组患者治疗前后呼吸困难分级、运动耐力、步行距离的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	呼吸困难 分级(分)	运动耐力 时间(min)	6分钟步行 距离(m)
对照组	60	治疗前	3.28 ± 0.73	7.59 ± 2.03	301.23 ± 39.12
		治疗后	2.78 ± 0.88 [△]	8.49 ± 2.51 [△]	356.74 ± 40.16 [△]
	P值(组内)		0.04	0.04	0.01
	t值(组内)		1.52	1.03	12.57
康复组	60	治疗前	3.31 ± 0.67	7.52 ± 2.22	302.78 ± 39.90
		治疗后	1.20 ± 0.33 ^{△*}	9.89 ± 2.64 ^{△*}	389.72 ± 41.82 ^{△*}
	P值(组内)		0.04	0.04	0.01
	t值(组内)		1.42	2.55	14.43
	P值(组间)		0.04	0.04	0.02
	t值(组间)		1.34	1.32	10.05

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

2.3 2组患者治疗前后生活质量的比较 见表3。

3 讨论

3.1 指标的选择与COPD的关系 COPD是以气道阻塞,肺功能受损为特点的疾病之一,越来越多的学者通过大量研究发现肺功能的损伤是该病发病的首要症状,肺脏对于人体的呼吸、循环行为发挥着不可替代的作用。而FVC、FEV₁的测定结果是直接反应肺通气情况的直接指标。呼吸困难分级量表则是对患者呼吸情况的功能性检测而COPD的发生不单纯是肺功能的损坏,更是一种激素、内分泌、代谢、骨骼等全身性系统功能下降的复杂性疾病。运动能力的下降是其全身性疾病的重要特征之一^[13]。COPD患者运动耐力、时间下降的主要原因是由于COPD患者气道发生堵塞,呼吸肌做功负荷增加,呼吸肌需过度的收缩以满足人体所需的气体容积,而患者又同时承受着营养不良、机体能量供不应求的状态,呼吸肌疲劳致使患者的活动能力和耐力下降,因此对COPD患者的运动能力测定显得尤为重要。随着人们生活水平的提高,人们对生活的定义已不仅仅局限于活着,生活质量量表可作为多种疾病预后情况的重要测量工具,因其具有操作简单、信度高及患者的良性反应等优势,深受广大患者的喜爱。测评分为生理测量和心理测量,更加深刻地对患者的预后身心情况进行辨析。

3.2 中西医结合康复疗法对COPD患者的影响

3.2.1 针灸治疗 针灸学作为我国传统医学的治疗方法,无论是对于疾病的治疗及康复,或是对疾病的愈后调理等方面均具有其独特的疗效,对于多种疾病的治疗效果已被全球公认^[14]。根据COPD的临床表现可将其归属于中医“肺胀”“喘证”的范畴,本病的发病原因属本虚标实,以肺脾肾虚为本,痰瘀为标。中医学认为

表3 2组患者治疗前后生活质量的比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	生理功能(PF)	生理职能(RP)	躯体疼痛(BP)	总体健康(GH)	精力(VT)	情感职能(RE)	社会职能(SF)	精神健康(MH)
对照组	60	治疗前	72.17 ± 17.93	37.52 ± 10.23	53.56 ± 11.40	42.41 ± 10.25	27.94 ± 6.59	41.85 ± 11.43	49.42 ± 12.38	37.49 ± 8.49
		治疗后	75.23 ± 16.45 [△]	43.29 ± 10.03 [△]	56.54 ± 11.78 [△]	55.30 ± 12.49 [△]	33.81 ± 10.22 [△]	51.40 ± 12.39 [△]	63.12 ± 12.78 [△]	39.49 ± 10.21 [△]
		P值(组内)	0.04	0.03	0.04	0.02	0.03	0.02	0.02	0.04
康复组	60	治疗前	72.24 ± 17.72	37.25 ± 10.21	56.39 ± 13.92	41.53 ± 12.44	24.60 ± 7.49	38.23 ± 10.92	47.12 ± 18.21	36.14 ± 10.22
		治疗后	79.95 ± 17.33 ^{△*}	58.44 ± 11.53 ^{△*}	74.19 ± 13.54 ^{△*}	58.91 ± 12.45 ^{△*}	66.28 ± 16.59 ^{△*}	83.29 ± 20.32 ^{△*}	65.99 ± 13.38 ^{△*}	57.96 ± 12.66 ^{△*}
		P值(组内)	0.03	0.01	0.01	0.02	0.01	0.01	0.02	0.02
P值(组间)		t值(组内)	3.64	6.62	3.09	10.99	6.28	9.93	11.22	2.21
		t值(组内)	7.17	12.28	12.13	10.06	13.37	14.42	11.13	9.98
		P值(组间)	0.04	0.01	0.01	0.04	0.01	0.01	0.04	0.01
t值(组间)		t值(组间)	4.42	12.22	13.35	3.52	14.49	14.44	2.29	13.74

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

“气”为人体之本,机体的一切活动均离不开气的推动。肺主气,司呼吸,人体一身之气离不开肺功能的正常运行。脾为后天之本,主运化,“脾气虚则四肢不用”。肾为宗气之生发之处,是水谷精微的养料,宗气与清气汇于胸中,肺脾肾气的充盈,是清气正常运动的重要保证。本研究以针刺肺经穴位为主,配伍脾俞和肾俞,起到了调节气血、疏通经络、改善微循环、调节新陈代谢平衡等作用。因此,在COPD发作后对患者进行中医针灸治疗,对病人的疾病康复具有比较重要的意义。

3.2.2 康复治疗对COPD的影响 八段锦的运动包括了大量的上肢、下肢的有氧运动,通过身体规律性的运动配合呼吸运动达到条畅气血、顺畅呼吸的作用^[15]。其中左右开弓、转腰后转、马步攢拳等运动最大限度地增加了胸廓的容积,使空气最大幅度地吸入肺中,通过促进膈肌的运动有效提高肺活量。心理康复疗法是临床中一种较为常见的心理康复疗法。认知心理学认为认知活动取决于人的主观情绪和行为,在认知过程中人们心中的主观情绪是非常重要的,错误的情绪是由于主观意识的扭曲、歪曲所形成的,及时地纠正错误情绪是疾病转归、治疗、预后及康复的重要环节。中医食疗学非常注重食物性味的功能,通常利用食物的性味归经来调整人体的气血阴阳,食物同药物一样具有寒、热、温、凉四种性质,采用“因人制宜”的方式达到治疗疾病的目的。大多数COPD患者发病后病情恶化的主要因素之一是由于无法进行正确的呼吸,通过对患者进行呼吸功能的锻炼,采用正规的腹式呼吸法和缩唇呼吸法^[16],可有效缓解患者呼吸受限的问题。研究结果发现,治疗后2组患者在肺功能、呼吸困难分级情况、运动耐力时间、6 min步行距离及生活质量等方面较治疗前均有明显改善,且康复组的

改善程度较对照组更加显著,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。

研究结果表明,中西医结合康复治疗能够有效减轻COPD患者的痛苦,改善COPD患者的生活质量,对COPD患者的康复具有很好的临床疗效。

参考文献

- [1]梁静波,方秋红.支气管哮喘-慢性阻塞性肺疾病重叠综合征的研究进展[J].中国老年学杂志,2017,37(7):1784-1786.
- [2]姚文飞,屠春林,付玉华,等.肺康复对慢性阻塞性肺疾病急性加重期住院患者的疗效[J].中国康复理论与实践,2017,23(1):101-105.
- [3]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):255-264.
- [4]石齐芳,盛鹰,王树云,等.4种评分对慢性阻塞性肺疾病急性加重合并呼吸衰竭患者预后评估价值的比较[J].实用医学杂志,2017,33(2):242-245.
- [5]彭红星,陈芙蓉,杨荣时,等.两种评分在慢性阻塞性肺疾病急性加重期并呼吸衰竭患者预后中的价值[J].中国老年学杂志,2014(14):3879-3881.
- [6]陈晓梅,郭洪花,张彩虹,等.慢性阻塞性肺疾病患者信息化自我管理的研究进展[J].中国实用护理杂志,2017,33(7):552-555.
- [7]刘玉键.中药补肺汤辅助治疗慢性支气管炎的疗效观察[J].基层医学论坛,2017,21(11):1380-1382.
- [8]李露,高欣源,李剑华,等.系统呼吸训练对肺癌患者术后短期呼吸运动功能的疗效[J].中国康复医学杂志,2016,31(11):1225-1229.
- [9]吴春婷,赵佳晖,魏东,等.肺功能对合并慢性阻塞性肺疾病患者心脏外科手术预后的影响[J].中华结核和呼吸杂志,2017,40(2):86-89.
- [10]路国平.慢性阻塞性肺疾病严重程度的评价[D].广州:南方医科大学,2013.
- [11]周希蓓,张仪芝.物理振动疗法对肺叶切除术后患者肺功能与心肺运动耐力的影响[J].国际护理学杂志,2016,35(16):2301-2304.
- [12]王红雨,张林.简版生活质量量表(SF-12)在农村高龄老年人中的测量信度与效度[J].上海交通大学学报(医学版),2016,36(7):1070-1074.
- [13]柴晶晶,朱华栋,于学忠,等.慢性阻塞性肺疾病评估测试对COPD急性加重期的有效性评估[J].中国急救医学,2017,37(2):158-163.
- [14]李春芝,李明泉,高海洋,等.针灸联合化痰清肺方剂口服辅助大剂量甲泼尼龙静滴治疗急性加重期COPD[J].山东医药,2015(35):34-36.
- [15]邓艳芳,陈锦秀.八段锦单举式对慢性阻塞性肺疾病患者康复效果的影响[J].中华护理杂志,2015,50(12):1458-1463.
- [16]贺胜男,钮美娥,倪静玉,等.缩唇腹式呼吸结合立式呼吸体操对中重度慢性阻塞性肺疾病患者的影响[J].中国实用护理杂志,2016,32(14):1049-1056.

(本文编辑:张文娟 本文校对:梁现泽 收稿日期:2018-02-28)

中药处方分析在中药调剂中的价值分析

于洪波

(辽宁省沈阳市苏家屯区中心医院药剂科, 辽宁 沈阳 110101)

摘要:目的 分析中药处方分析在中药调剂中的价值。方法 随机将100例接受中药治疗的患者分成对照组和试验组, 每组50例; 对照组治疗过程中, 中药师并没有在中药调剂中应用中药处方分析; 试验组治疗中, 中药师在中药调剂中应用中药处方分析, 对2组患者满意度和药物副作用发生情况进行观察。结果 试验组用药安全不良事件发生次数、药物副作用发生次数均显著少于对照组, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在中药调剂中应用中药处方分析能让用药安全性显著提高, 值得推广。

关键词: 中药处方; 处方分析; 中药调剂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.024

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0058-02

Analysis on the Value of Prescription Analysis of Traditional Chinese Medicine in Chinese Herbs Dispensing

YU Hongbo

(Department of Pharmacy, Sujiatun District Central Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110101, China)

Abstract: **Objective** To analyze the value of traditional Chinese medicine prescription analysis in Chinese herbs dispensing. **Methods** 100 cases of patients treated with traditional Chinese medicine treatment were randomly divided into control group and experimental group, with 50 cases in each group. During the treatment of the control group, Chinese herbs dispensing did not apply the prescription analysis of traditional Chinese medicine. During the treatment of the experimental group, Chinese herbs dispensing applied the prescription analysis of traditional Chinese medicine. The satisfaction and side effects were observed. **Results** The number of adverse drug events and the incidence of side effects in the experimental group were significantly less than those in the control group, and there was a statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of traditional Chinese medicine prescription analysis in Chinese herbs dispensing can greatly improve the safety of drug use, and it is worth popularizing.

Keywords: Chinese herbs prescription; prescription analysis; Chinese herbs dispensing

对中药处方中的药物进行调配, 让其成为供患者服用的药剂的过程即为中药调剂, 其特点主要为定量准确、操作复杂而严格、临床调配等^[1]。《处方管理办法》明确指出, 在对中药处方进行调剂时首先应对处方合理性进行分析^[2]。临床药师在处方分析中的作用非常重要, 是连接医师和患者的纽带, 对于减少药物副作用、提高用药安全、保证临床疗效非常关键。本研究分析中药处方分析在中药调剂中的价值, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本文所选100例接受中药治疗的患者均为我院2016年6月—2017年8月所收治, 随机将其分成对照组和试验组, 每组均为50例。对照组中, 27例男性, 23例女性; 患者年龄19~62岁, 平均 (40.3 ± 7.4) 岁; 21例为肺病, 14例为脾胃病, 11例为肝胆病, 4例为心病。试验组中, 29例男性, 21例女性; 患者年龄21~64岁, 平均 (41.1 ± 6.8) 岁; 22例为肺病, 15例为脾胃病, 9例为肝胆病, 4例为心病。2组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组治疗过程中, 中药师并没有在中药调剂中应用中药处方分析; 试验组治疗过程中, 中药师在中药调剂中应用中药处方分析, 具体方法如下。

1.2.1 根据临床诊断分析中药处方组成 在收到中药处方后, 中药师首先应对临床诊断进行查看, 然后对方

剂的组成合理性进行分析。如果疾病诊断和方剂不相符, 应及时和临床医师联系, 在确认后才能调配中药处方; 如果疾病诊断和方剂相符, 则可以调配中药处方。在分析中药处方时, 应对中医药在实证与虚证、风寒证、风热证等方面的用药差异加以关注, 对方剂进行检查, 看是否满足对症用药的相关原则, 虚证不适合选择峻猛泻下药, 避免药物副作用增加或者病情恶化。除此之外, 中药师还应应对临床医师所开具的处方前记、处方正文以及处方后记等内容进行认真核对, 应对患者基本资料进行检查, 避免发生年龄、性别等常见错误。中药师应通过中医学和中药学理论知识来认真检查中药处方。

1.2.2 分析临床医师用药目的 临床医师在开具中药处方时, 正常情况下不会将药材饮片的规格、炮制方法等要求详细标出, 配药过程中, 中药师应满足临床医师的用药目的, 按照临床诊断来对中药材的炮制方法进行评定, 饮片性味、功能应该满足治疗要求。严格根据中药学知识来对临床医师的用药目的进行分析, 如果不能正确评定则应及时向临床医师反馈, 防止发生药物副作用。比如中药处方中的半夏, 如果是用于对咳嗽痰多进行治疗, 则应该给付“清半夏”; 如果是用于对心下痞闷、湿阻中焦进行治疗, 则应给付“法半夏”; 如果是用于对呃逆、呕吐进行治疗, 则应选择

“姜半夏”；如果是用于对食积不化进行治疗，则应选择“半夏曲”等。不同饮片选择不同的炮制方法，在功能和作用方面也存在较大差异，在中药调剂时应根据中药处方，按照饮片的药性来进行合理调剂。

1.2.3 分析中药处方中用药配伍和剂量 在对中药处方的配伍合理性进行分析时，应严格根据“十八反、十九畏”来进行，如果存在药材配伍禁忌则应拒绝调配，而且应及时向临床医师反馈，对中药处方进行及时调整，应注意妊娠期女性、幼儿以及老年人群的用药安全性。中药师应通过中药学知识来对中药饮片加减方的合理性进行评定。药物剂量会直接影响临床治疗效果，如果用量过小则不能实现预期的治疗效果，用量过大则会出现药物毒副作用。中药师应对药材进行准确称量，让中药方剂的用药剂量保证合理。

1.2.4 中药处方脚注分析 按药材性质确定处理方法 因为中药材的质地存在差异，所以入煎时要求也存在差异。例如对于中药处方中的果实、种子类药物，在入药时均应掰开或打碎，动物角甲类、矿石类饮片的质地比较坚硬，要想有效煎出其有效成分，就应先煎。草乌、川乌等应先煎30~60 min，让乌头碱含量降低，让药物毒副作用减轻。木香、薄荷等气味芳香存在挥发性成分的饮片则不能久煎，防止有效成分流失而导致疗效降低，可以后下。富含绒毛的旋覆花、辛夷花等应进行包煎，防止绒毛对咽喉造成刺激，花粉类、动物粪便类、细小种子类药物也应进行包煎。阿胶、鹿角胶等胶类药材如果和其他药物同煎，则会粘连成块，同时还会对其他药物的煎出造成影响，所以应进行烊化。临床药师在进行中药调剂时，应对中药处方脚注进行分析，按照处方脚注要求进行处理，同时向患者详细解释，让方剂疗效得以充分发挥。

1.2.5 注意事项 提前向患者讲解药材煎煮的正确顺序，告知患者煎煮过程中的相关注意事项，向患者详细讲解煎煮正确方法和用药期间的注意事项；叮嘱患者严格遵医嘱用药，药物用法和用量不能随意更改。患者在服药过程中，不能和部分食物同时服用，患者不能进食影响治疗或与药性相反的食物。药物、食物均存在不同性能，所以应禁忌适宜，根据药物性能和疾病特点选择合理的食物，让药效得以充分发挥，病程有效缩短。例如首乌、地黄应忌蒜、葱，常山应忌葱，蜂蜜应忌生葱，鳖甲应忌苋菜等。

1.3 观察指标 对患者治疗过程中的用药安全不良事件、药物不良反应发生情况进行统计记录。

1.4 统计学方法 选择SPSS软件来分析和统计本试验相关数据，计数资料选择 χ^2 检验，计量资料则选择 t 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

试验组治疗过程中的用药安全不良事件发生次数、药物副作用发生次数均显著少于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，如表1。

表1 用药安全不良事件和药物副作用发生情况观察 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	用药安全不良事件发生次数	药物副作用发生次数
试验组	50	2.2 ± 0.5	2.3 ± 0.7
对照组	50	6.6 ± 2.3	8.2 ± 2.5
t 值		13.2185	16.0697
P 值		<0.05	<0.05

3 讨论

在我国医疗体系逐渐完善的过程中，药学服务作用也越来越显著，医疗机构的药学服务也在不断改变。中药调剂具体是指在中医诊断和治疗过程中，中药师根据中药处方来对药材进行配制的过程^[1]。中药方剂中所涉及的药材种类较多，需要进行临床调配，对调配者的技术要求比较高，而且对操作的要求也比较多，因此容易出现各种安全隐患。中药药学服务明确指出，中药师应严格开展处方调剂，并对中药处方分析进行完善，进而让中药用药的副作用有效降低，使中药临床用药的安全性提高。中药处方作为中药调剂的核心，对中药处方进行全面分析，中药师应根据临床诊断认真落实处方核对、药品调配以及用药指导等工作，对药学服务进行不断完善，让服务质量显著提高。

本研究对照组治疗过程中，中药师并没有在中药调剂中应用中药处方分析；试验组治疗过程中，中药师在中药调剂中应用中药处方分析，结果发现试验组的用药安全不良事件发生次数、药物副作用发生次数均显著少于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。在中药调剂中加强中药处方分析，能让用药重复、书写不清等人为疏忽有效减少；通过对临床医师的用药目的进行分析，满足临床医师的用药目的，能让药物副作用有效减少；对中药处方中的用药配伍和剂量进行分析，能保证用药配伍的合理性，让用药剂量保证准确和标准；详细告知患者相关的注意事项，能让临床用药的安全性显著提高，保证临床疗效。

总之，在中药调剂中应用中药处方分析能让用药安全性显著提高，保证临床疗效，值得推广。

参考文献

- [1]刘建平.中药处方分析及其在药学服务中的应用效果分析[J].医学信息, 2017, 30(17):123-124.
- [2]蔡清宇,周思,谭海龙,等.中药处方评价现状与分析[J].首都医药, 2013, 20(2):19-21.
- [3]冯建军.中药处方分析及其在药学服务中的应用[J].亚太传统医药, 2014, 10(18):131-132.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李卫红 收稿日期:2018-01-10)

心理干预、认知疗法联合 辨证治疗更年期功血的临床研究

方 琴 龙鲜梅

(南昌市洪都中医院针灸科, 江西 南昌 330006)

摘要:目的 探讨心理干预、认知疗法联合中医辨证治疗更年期功血的临床效果。方法 选取2016年6月—2017年6月收治的120例更年期功血患者为研究对象,运用抽签的方式将其分为2组,每组60例。2组均接受心理干预、认知疗法干预,对照组给予常规治疗,观察组给予中医辨证治疗,对2组的治疗效果进行对比。结果 观察组患者的中医疗效与对照组相比有明显优势 ($P < 0.05$);且止血时间、子宫内膜厚度改善情况明显优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 对于更年期功血患者,在对其进行心理干预和认知疗法干预的基础上,采用中医辨证的治疗方法安全性和有效性更高。

关键词: 心理干预; 认知疗法; 辨证论治; 更年期功血; 脏躁; 崩漏

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.025

文章编号:1672-2779(2018)-09-0060-03

Clinical Study on Psychological Intervention Combined with Cognitive Therapy in Treating Menopausal Blood Based on Syndrome Differentiation

FANG Qin, LONG Xianmei

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330000, China)

Abstract: **Objective** To explore the clinical effect of psychological intervention combined with cognitive therapy in treating menopausal blood based on syndrome differentiation. **Methods** 120 cases of menopausal patients who were admitted to our hospital from June 2016 to June 2017 were selected as the study subjects, and they were divided into two groups by lottery, with 60 cases in each group. Both groups received psychological intervention and cognitive therapy intervention, and the control group was given routine treatment. The observation group was given syndrome differentiation treatment. The therapeutic effect of the two groups was compared. **Results** The therapeutic effect in the observation group was significantly superior to that of the control group ($P < 0.05$). The improvement of endometrial thickness was significantly better than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** On the basis of psychological intervention and cognitive therapy intervention, the safety and efficacy of TCM syndrome differentiation are more effective.

Keywords: psychological intervention; cognitive therapy; treatment based on syndrome differentiation; hysteria; metrorrhagia and metrorrhagia

更年期女性的卵巢功能逐渐退化,难以产生成熟卵泡,故而失去正常女性激素出现的周期性变化,随之出现不规则的阴道出血,称之为更年期功血。西医采用止血剂和诊刮的治疗方法,治疗缺陷体现在止血不完全、治疗安全性差,病情反复,增加了治愈难度^[1-2]。本研究以我院收治的120例更年期功血患者为研究对象,探讨中医辨证疗法的治疗效果和应用价值,具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取我院收治的120例更年期功血患者为研究对象,符合更年期功血的诊断标准^[3],纳入时间为2016年6月—2017年6月。运用抽签法将其分为2组,每组60例。对照组中:年龄最大54岁,年龄最小43岁,平均 (49.26 ± 2.33) 岁;病程最短2个月,最长2年,平均 (1.12 ± 0.23) 年;子宫内膜约厚 (1.55 ± 0.26) cm;出血约 (24.1 ± 10.1) d;血红蛋白 (77.4 ± 6.2) g/L。观察组中:年龄最大55岁,年龄最小42岁,平均 (49.38 ± 2.47) 岁;病程最短3个月,最长2年,平均 (1.26 ± 0.34) 年;子宫内膜约厚 (1.65 ± 0.29) cm;出血约 (24.6 ± 8.7) d;血红蛋白 (74.8 ± 4.3) g/L。将2组患者的年龄、病程数据纳入统计学软件中进行分析处理,

发现2组患者在上述基线资料的对比上不存在明显差异,统计值均 $P > 0.05$,有可比性。

1.2 诊断标准 (1) 中医诊断标准:按照中药新药在临床研究中相关指导性原则,对血瘀证给予科学辨证。(2) 西医诊断标准:按照现代老年妇科学等临床诊断相关标准,拟定的临床诊断相关标准是:①发病女性的最大年龄是55岁,最小年龄是40岁;②具体临床表现是:患者子宫呈现出不规则性出血状况,存在不规则性的经期特征,其出血量不一致,甚至是呈现大量性出血;③进行B超或是相关妇科检查后,均未呈现出附件器质或是子宫性病变;④在经前期或者是出血期进行诊断刮宫处理,且她们子宫内膜表现出简单性的过度增长趋势;⑤进行体温的基础测量,都呈现为单相表现。

1.3 纳入标准 (1) 符合诊断标准且病理检查及诊断性刮宫等报告呈现,没有分泌期的变化,子宫内膜进行单纯性生长,进行宫颈TCT检查表现出良性病变;(2) 未处于哺乳期,无生殖器官等器质性临床病变,未产生肿瘤病变;(3) 在参与分组研究之前的3个月以内,没有运用止血药或者女性激素等一类的药物干预,不存在过敏性体质,并且进行药物试敏未出现异常;

(4) 没有合并肝肾、心血管等重度、原发性的病症,不存在血栓、栓塞类病症。

1.4 排除标准 (1) 存在语言表达障碍、神志不清或是精神病等一类的患者;(2) 表现出较差依从性,没有依照规定进行药物应用,没有办法对疗效进行判定或是临床资料信息不全等对疗效造成影响或是无安全性一类的患者;(3) 存在吸烟或是酗酒迹象的患者;(4) 处于哺乳期的女性,存在乳腺癌、子宫内膜癌或是其他类型的肿瘤患者;(5) 在参与分组研究之前的3个月以内进行药物试敏出现过敏的人员,有用中西止血类药物或是女性激素进行干预治疗的病史患者。

1.5 研究方法 2组患者均接受心理干预和认知疗法干预。(1) 心理干预:在治疗前要征得患者的同意,向患者说明治疗的目的和重要性,让患者主动配合。向患者讲解以往治疗成功病例,减轻患者的不安情绪,并给予其积极的心理暗示。医护人员还要耐心倾听患者的担忧和疑虑,细心认真地解答问题,给予理解的态度。另外,需改变环境来改善负性情绪。(2) 认知疗法:对患者进行相关知识宣教,帮助患者重建对疾病和治疗的认知,实现角色的快速转换。通过鼓励,也可以协助患者对问题进行多维度思考,对治疗工作也积极配合。经认知重建以及上述方式,可以将她们错误的思维转变,对其中不合理的认知成分进行变化,从而把不良行为或是情绪上的反应有效消解,最终实现患者在功血临床治疗方面的全新认知。

对照组给予常规治疗(止血合剂),用5%Gs 500 mL+止血敏注射液3 g+止血芳酸注射液0.3 g+Vc 3 g静脉点滴,每日1次,连用3 d,若不能止血,则诊刮。

观察组给予中医药辨证治疗,中医方剂为安冲汤加减,药方组成:白术10 g,黄芪15 g,龙骨15 g,生牡蛎15 g,生地黄15 g,白芍15 g,海螵蛸15 g,茜草根10 g,续断10 g,棕榈炭10 g,山萸肉15 g。煎汤取汁400 mL,分早晚2次服用,1周1个疗程,持续用药2个疗程。

1.6 观察指标 (1) 对2组患者的止血时间、子宫内膜厚度改善情况进行统计对比。(2) 记录2组患者治疗期间的治疗总有效率情况,计算并进行统计对比。

1.7 统计学方法 将本组研究中的120例更年期功血患者,各项一般资料及对比结果均准确纳入到统计学软件SPSS 17.0中,进行数据的分析和处理。中医疗效、不良反应发生率等计数型指标以%表示,用 χ^2 检验;平均年龄、平均病程、止血时间、子宫内膜厚度等计量型指标以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者的中医疗效对比 观察组的治疗有效率为

98.33%,高于对照组的83.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$),存在可比性,具体见表1。

表1 2组患者的中医疗效对比分析 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	60	30(50.0)	21(35.0)	8(13.33)	1(1.67)	59(98.33)
对照组	60	12(20.0)	22(36.67)	16(26.66)	10(16.67)	50(83.33)
χ^2 值						8.1068
P 值						0.0044

2.2 2组患者治疗后子宫内膜厚度与止血时间对比 经治疗后,观察组患者的子宫内膜厚度改善情况优于对照组,组间差异显著($P < 0.05$);在止血时间上,观察组明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。具体见表2。

表2 2组患者治子宫内膜厚度与止血时间的对比分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	子宫内膜厚度(mm)	止血时间(d)
观察组	60	0.53 $\pm$ 0.04	5.27 $\pm$ 1.26
对照组	60	1.02 $\pm$ 0.28	10.84 $\pm$ 2.36
t 值		13.4192	16.1272
P 值		0.0000	0.0000

3 讨论

更年期综合征,属于身心类的一种疾病,它的症状产生和处于更年期的女士机体下丘脑、垂体、卵巢及其植物神经等系统的中枢功能出现失调存在必然联系。更年期功血主要是因为女性卵巢功能退化,不能产生成熟的排卵卵泡,导致女性无正常周期性变化而出现阴道出血。西医上往往采用止血剂与刮宫治疗,本研究使用的止血合剂是治疗更年期功血的常用类药物,可调节下丘脑-垂体-卵巢轴,从而达到止血和闭经的效果。中医上认为,月经有调节肾气-天癸-冲任-子宫轴的作用,但更年期女性的生理条件特殊,处于“阴常不足、阳常有余”的状态之中。更年期功血属于“崩漏”的范畴,脾肾不足、冲任不固,故不能止血。本研究使用的安冲汤,原方出自于《医学衷中参西录》,方中黄芪扶正固本,大补元气;白术燥湿利水,健脾益气;生地黄清热凉血,养阴生津;龙骨镇惊固涩,平肝潜阳;白芍治疗月经不调或是崩漏以及带下;山萸萸益肾固精,降血糖,消炎抗菌;茜草根治疗瘀滞肿痛,风湿痹痛等。诸味药材合用有补血、益气、健脾、滋肾、止血之功效,且此方安全性高,可改善患者的疾病症状,提升其生活质量。此外,在治疗的同时也要进行心理干预及认知疗法的实施。可以同步理想化恢复患者的身心情况,和以往进行西药治疗作对比,显著减少了患者的止血时间,心理症状、机体情况获得全面改善,进一步实现预期治疗目标。

本研究结果显示,观察组患者的中医疗效98.33%(59/60)高于对照组83.33%(50/60),在止血时间、子

宫内膜厚度改善情况方面也具备显著优势。本结果与张胜利^[6]在报道中得出的研究结果存在相似性,从本研究成果中可以看出,通过对更年期功血患者进行心理和认知疗法干预可稳定患者的不良情绪,在此基础上应用中医药辨证论治治疗,可及时止血,改善患者的临床症状。并且,中医药的用药安全性高,不会出现出汗、心悸等不良反应。

综上所述,对于更年期功血患者,在对其进行心理干预和认知疗法干预的基础上,采用中医辨证的治疗方法的有效性更高,且有应用和推广价值。

参考文献

- [1]刘秀艳,梅冬艳,谷娜.中西医结合治疗更年期功能性子宫出血的临床观察[J].中国医药导刊,2016,18(10):983-984,987.
 - [2]韦欣梅.西医与中西医结合治疗更年期功能失调性子宫出血的疗效[J].世界临床医学,2016,10(7):132-132.
 - [3]杨荣素.研究不同剂量米非司酮治疗更年期功血的疗效[J].临床医药文献电子杂志,2015,2(6):1090-1091.
 - [4]季虹.新加固经汤联合妈富隆治疗肾虚瘀热型更年期功血的临床观察[J].黑龙江医药,2016,29(5):910-911.
 - [5]丁婷,钟志兵,章文春,等.心理干预联合中药治疗围绝经期综合征的系统评价[J].江西中医药,2016,47(2):47-51.
 - [6]张胜利.心理干预、认知疗法联合中医药辨证治疗更年期功血的临床效果分析[J].医药卫生:文摘版,2016,7(3):162-162.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:陶 阳 收稿日期:2018-02-09)

开心片治疗 ACS 对 ERK1/2MAPK 信号通路的影响

张 瑶

(广州中医药大学第三附属医院急诊科, 广东 广州 510145)

摘要:目的 通过观察开心片对急性冠脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS) 患者内脂素 (Visfatin)、丝裂原活化蛋白激酶 (mitogen-activated protein kinases, MAPK)、基质金属蛋白酶-9 (MMP-9) 等相关炎症指标的影响, 探讨其对 ERK1/2MAPK 信号通路的影响。**方法** 选择 ACS 患者 120 例, 按简单随机化方法分为对照组 (以西医规范化治疗方案) 和开心片组 (西医规范化治疗和中成药开心片口服), 分别在治疗前及治疗后 1 个月检测 Visfatin、MAPK、MMP-9、单核细胞趋化蛋白-1 (MCP-1)、超敏 C-反应蛋白 (hs-CRP)、白细胞介素-6 (IL-6) 水平, 并观察治疗后的不良反应情况。**结果** 开心片能明显降低 MAPK、MCP-1、MMP-9、IL-6、hs-CRP 浓度, 但对 Visfatin 水平无明显改变。**结论** 推断开心片可通过影响 ERK1/2MAPK 信号转导通路而调控炎症因子, 同时改善 ACS 患者的临床症状。

关键词: 急性冠脉综合征; 开心片; 炎症因子; ERK1/2MAPK 信号通路; 胸痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.026

文章编号:1672-2779(2018)-09-0062-03

Effect of Kaixin Tablets on ERK1/2MAPK Signal Pathways in Patients with ACS

ZHANG Yao

(Emergency Department, the Third Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510145, China)

Abstract: **Objective** By observing the influence of Kaixin tablets on Visfatin, MAPK, MMP-9 and other related inflammatory factors in ACS patients, and to discuss the influence of Kaixin tablets on ERK1/2MAPK signal pathways. **Methods** The ACS patients of 120 subjects are enrolled and divided into Kaixin tablet group ($n=60$) and control group ($n=60$). The control group was treated with standard Western medicine therapy, the Kaixin tablet group was given Kaixin tablets based on the theory of traditional Chinese medicine in combination with standard western medicine therapy. Blood Samples were taken before the therapy was started and a month later, the expression of Visfatin, MAPK, MCP-1, MMP-9 and IL-6 were detected in the peripheral blood, and then the adverse reactions after treatment was observed. **Results** Kaixin tablets can obviously reduce blood of ACS patients' hs-CRP, IL-6, MCP-1, MMP-9 and MAPK concentration level, but has no effect to Visfatin level. **Conclusion** It is inferred that Kaixin tablet can regulate inflammatory factors by affecting ERK1/2MAPK signal transduction pathway and improve the clinical symptoms of ACS patients at the same time.

Keywords: Acute coronary syndrome; Kaixin tablet; inflammatory factors; ERK1/2MAPK signal transduction system; chest discomfort

急性冠脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS) 是一组以冠状动脉粥样硬化斑块破裂、血栓形成或血管痉挛而致急性或亚急性心肌缺血的临床综合征。祖国医学对 ACS 有着丰富的认识, 可明显改善患者临床症状, 延缓疾病进展恶化, 甚至可降低死亡率。陈镜合教授根据生脉散、越鞠丸、失笑散加减而创制的中成药开心片, 具有益气养阴、活血化瘀、化痰散结的作用。本研究通过测定 120 例 ACS 患者 Visfatin、MAPK、MMP-9、MCP-1、hs-CRP、IL-6 炎症指标水平, 观察开心片治疗 ACS 患者前后这些相关炎症指标水平的变化探讨其对 ERK1/2MAPK 信号通路的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 12 月—2016 年 3 月就诊于广州中医药大学第一附属医院门诊及病区的 ACS 患者共 120 例, 另选择健康志愿者 30 例作为正常对照组, 正常对照组病例来源于广州中医药大学第一附属医院体检保健科体检人群, 经相关检查如心脏彩超、动态心电图等已排除冠心病或其他器质性心脏病的人群。正常组 30 例, 男性 15 例, 女性 15 例; 平均年龄 (60.10 ± 3.73) 岁。ACS 患者中男性 63 例, 女性 57 例; 平均年龄 ($58 \sim 67$) 岁。按简单随机化的原则将纳入标准的 120 例 ACS 患者为开心片组和对照组, 其中治疗组 60 例, 男 33 例, 女 27 例;

年龄(61.20±2.74)岁。西药组60例,男30例,女30例;年龄(64.10±2.34)岁。2组患者在年龄、性别和病程上比较无显著性差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 不稳定性心绞痛参照中华医学会心血管分会2000年发布的《不稳定性心绞痛诊断和治疗建议》^[4]及美国心脏病学会2011年指南^[5],急性心肌梗死参照中华医学会心血管分会2010年发布的《急性心肌梗死诊断和治疗指南》^[6]以及美国心脏病学会2013年指南^[7]纳入标准为符合ACS诊断标准,年龄18~70岁,配合诊断治疗,依从性好。

1.3 排除标准 不符合ACS诊断标准者;病情危重,心功能Ⅲ级以上,严重肝肾功能不全;虽有本病但长期服用其他干扰本研究的药物,且不能停用者;既往有冠脉介入治疗或冠状动脉旁路移植术病史的患者予以排除,以减少上述治疗可能导致的研究结果偏倚。

1.4 治疗方法 西药组予西医规范化治疗方案(扩张冠脉、降低心肌耗氧、抗栓以及介入治疗等);治疗组在西医规范化治疗基础上给予中成药开心片(4片/次,温开水送服,每日3次,连续服药1个月)治疗。

1.5 观察项目 安全性观测项目:血常规、尿常规、大便常规;心电图、肝功能(ALT、AST)、肾功能(BUN、Cr)。

疗效性观测项目:一部分常规临床送检,应用免疫散射比浊法检测血清hs-CRP;一部分将所收集的标本置于有标记的无菌带塞试管中,不抗凝,30 min内进行离心处理,以3000 r/min离心20 min,取上层血清,置于EP管中,贮藏于-80℃低温冰箱保存,避免反复冻融,保存过程中如出现沉淀,应再次离心。待标本收齐后于37℃解冻,采用酶联免疫吸附剂测定法(ELISA)测定visfatin、MAPK、MCP-1、MMP-9、IL-6;中医症候评分。

1.6 统计学方法 应用SPSS 12.0统计软件,数据以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。检验资料符合正态分布时采用t检验或校正t检验,多组间计量资料间均数比较分别采用卡方检验、方差分析,等级资料组间比较采用Ridit分析。

2 结果

2.1 炎症指标水平 ACS患者发病后IL-6、MMP-9、Visfatin、MCP-1、MAPK、hs-CRP浓度明显增高,治疗后治疗组所测得IL-6、MMP-9、MCP-1、MAPK、hs-CRP均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组所测得Visfatin低于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。

表1 ACS组和正常组IL-6、MMP-9、Visfatin、MCP-1、MAPK、hs-CRP含量比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	IL-6(ng/L)	MMP-9(μg/L)	Visfatin(μg/L)	MCP-1(ng/L)	MAPK(U/L)	hs-CRP(mg/L)
治疗组	60	52.87±8.18	16.81±2.29	16.20±2.86	190.15±31.51	892.95±74.22	14.86±5.60
西药组	60	56.87±8.18	14.01±2.01	14.14±2.18	218.77±18.54	800.13±167.98	17.24±4.49
正常组	30	39.41±5.63	7.95±0.81	13.23±2.21	141.87±15.75	589.50±81.05	7.43±2.12

表2 2组治疗前后IL-6、MMP-9含量比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	IL-6(ng/L)		MMP-9(μg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	60	52.87±8.18 [△]	21.60±1.44 ^{*△△}	16.81±2.29 ^a	6.99±0.34 ^{a*}
西药组	60	56.87±8.18	47.85±6.49	14.01±2.01	9.53±0.30

注:经t检验,与同组治疗前比较,^{*} $P=0.03<0.05$,与同期西药组比较[△] $P=0.119>0.05$,^{△△} $P=0.001<0.05$;与同组治疗前比较,^a $P=0.001<0.01$;与同期西药组比较,^{*} $P=0.052>0.05$,^{*} $P=0.001<0.05$

表3 2组间治疗前后Visfatin、MCP-1含量比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	Visfatin(μg/L)		MCP-1(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	60	16.20±2.86 [△]	5.39±0.36 ^{*△△}	190.15±31.51 ^a	91.86±5.44 ^{a*}
西药组	60	14.14±2.18	9.58±0.41	218.77±18.54	148.08±4.64

注:经t检验,与同组治疗前比较,^{*} $P=0.001<0.01$,与同期西药组比较[△] $P=0.14>0.05$,^{△△} $P=0.931>0.05$;与同组治疗前比较,^a $P=0.001<0.01$,与同期西药组比较,^{*} $P=0.342>0.05$,^{*} $P=0.001<0.05$

表4 2组间治疗前后MAPK、hs-CRP含量比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	MAPK(U/L)		hs-CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	60	892.95±74.22 [△]	135.45±12.11 ^{*△△}	14.86±5.60 ^a	4.46±1.52 ^b
西药组	60	800.13±167.98	232.54±21.48	17.24±4.49	8.24±1.60

注:经t检验,与同组治疗前比较,^{*} $P=0.001<0.01$,与同期西药组比较[△] $P=0.24>0.05$,^{△△} $P=0.039<0.05$;与同期西药组比,^a $P=0.742>0.05$,^b $P=0.001<0.05$

2.2 中医症候积分 经统计学方法Ridit分析,治疗组显效率高于西药组,无效率低于西药组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表5 2组患者中医症候积分比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	加重	Z值	P值
治疗组	60	30	26	4	0	-3.15	<0.05
西药组	60	24	28	8	0		

2.3 不良反应 2组患者中有3例在治疗时的尿常规见尿,有2例在治疗前出现牙龈出血,这5例均为STEMI的患者,考虑为溶栓时或者溶栓后的肝素使用导致凝血功能改变,在停用或减量肝素后患者牙龈出血症状消失,尿组合复查正常,可排除开心片的影响。治疗后血、便常规,肝肾功能,电解质检查结果同治疗前相比均没有恶化趋势,说明开心片对人体没有明显的毒副作用,是安全有效的。在治疗过程中未见不良反应。

3 讨论

开心片由越鞠丸去神曲加生山楂,生脉散去五味子加黄芪、失笑散、浙贝母、白芥子组成。冠心病的邪实因素不外气、血、痰、湿、食、火六郁,六者中以气郁为先,陈镜合教授主张“郁”是发病的关键,并提出“脾虚肝郁是本质”“心病治肝”的理论,以疏肝解郁为法,故创立开心片。现代药理研究证实方中诸味药物具有良好的心血管系统药理作用,能增强心肌收缩力、抗心肌缺血缺氧、扩张冠脉及周围血管、

降压、利尿、抗心律失常, 尽早应用还可缩小心肌梗死的面积。有研究证实开心片可抑制Ang II和ET释放的作用, 从而改善内皮功能障碍和神经内分泌失调^[6], 而ACS的发生发展与内皮功能障碍、神经内分泌失调有密切关系。

ACS是内科急危重症, 而其重要病理基础是炎症。多种炎症因子如Visfatin、MAPK、MCP-1、MMP-9、IL-6等在不稳定斑块的生长中起着促进作用, 并且可能引起冠脉内皮功能紊乱、诱发冠脉痉挛等。本研究也发现, Visfatin、MAPK、MCP-1、MMP-9、IL-6、hs-CRP等炎症因子在新发病的ACS患者外周血中浓度较健康人群明显升高, 再次证实了炎症因子与ACS的发病有着密切的联系。

MAPK家族主要分为3个亚类: ERK1/2、JNK以及p38MAPK。ERK信号转导通路至少通过3条途径调节细胞的生长: 通过磷酸化氨甲酰基磷酸合成酶Ⅱ激发DNA合成; 通过MAPK活化的蛋白激酶(MAPK activated protein kinase, MAPKAPK)促进细胞周期的进展; 通过增强转录因子AP-1的活性间接促进细胞的生长。活化后的ERK1/2参与细胞诸多的生理过程如细胞运动、增值、分化和凋亡^[6], 还在动脉粥样硬化发生发展过程中调控炎症因子的表达^[7]。近年来有相关课题研究提示hs-CRP、IL-6、MCP-1、MMP-9、Visfatin的表达与MAPK的调控作用有关^[8]。本研究证实开心片可明显降低ACS患者血中IL-6、MMP-9、MCP-1、MAPK、hs-CRP浓度, 可推断开心片可能通过刺激细胞从而激活ERK1/2MAPK信号通路, 然后作用于其底物, 以促进多种细胞因子的表达, 影响调控相关炎症因子, 减少炎症因子的释放。

开心片治疗后血中Visfatin浓度变化不大, 降低不明显。Visfatin最初称为前B细胞克隆增强因子(PBEF), Kadoglou N.P.等^[9]报道, 颈动脉斑块患者血清Visfatin/NAMPT水平增高, 可作为AS的一种新型生物标志物。内脏脂肪素可促进脂肪细胞利用葡萄糖合成甘油三酯, 并使甘油三酯在细胞内堆积, 导致血管病变, 最终引起心血管事件。脂肪在中医理论中由膏脂精微所形成, 属于水谷精微的一部分, 过多的膏脂精微可使气化不行导致脂凝和脂结, 从而影响气血的运行, 气血运行不畅, 气滞血瘀, 心脉痹阻, 而成胸痹心痛。开心片中只一味山楂10 g, 现代药理研究已证实山楂可降血脂。本研究结果示开心片对Visfatin水平无影响, 可初步推断与开心片中降脂药的使用量偏少有关, 对于这个结论的证实, 有待于进一步的进行临床实验研究以明确。

本次研究证实开心片可明显降低ACS患者血中IL-6、MMP-9、MCP-1、MAPK、hs-CRP浓度, 改善患者的临床症状, 且安全无不良反应, 结合西医治疗可取得更好的治疗效果。

参考文献

- [1]中华医学会心血管分会. 不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[J]. 中华心血管病杂志, 2000, 28(6): 409-412.
- [2]Antman. 2013 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline)[J]. 2011 ACC/AHA Practice Guidelines: 1-40.
- [3]中华医学会心血管分会. 急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(8): 675-690.
- [4]Antman. 2013 ACC/AHA Guidelines for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction[J]. 2013 ACC/AHA Practice Guidelines: 1-63.
- [5]赵静, 刘南. 开心片抗心肌梗死后心室重构的临床研究[J]. 新中医, 2005, 37(4): 31-32.
- [6]Fabregat I, Roncero C, Fernandez M, et al. Survival and apoptosis: a dysregulated balance in liver cancer[J]. Liver Int, 2007, 27(2): 155-162.
- [7]Dong C, Davis RJ, Flavell RA. MAP kinases in the immune response[J]. Annu Rev Immunol, 2002(20): 55-72.
- [8]曹伟峰. 急性冠脉综合征中医辨证分型与ERK1/2MAPK信号通路的相关性研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012.
- [9]Kadoglou N P, Gkontopoulos A, Kapelouzou A, et al. Serum levels of visfatin and visfatin in patients with coronary artery disease-Kozani study[J]. Clin Chim Acta, 2011, 412(1-2): 48-52.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 郑海霞 收稿日期: 2018-02-09)

洪雅中草药·低等植物· 多孔菌科名录

猪苓(猪苓菌)*Polyporus umbellatus* (Pers.) Fr.

入药部位: 菌核入药。

性味: 性平, 味甘、淡。

功能主治: 利水渗湿, 消肿。治疗淋浊, 妇女崩漏、带下等。

生境分布: 阔叶林、竹林下。瓦屋山、总岗山多见。具有开发价值。

茯苓(茯苓菌)*Poria cocos* (Schw.) Wolf.

入药部位: 菌核入药。

性味: 性平, 味淡。

功能主治: 利湿, 健脾, 安神。治疗水肿尿少, 脾虚食少, 便溏泄泻, 心神不安, 惊悸失眠等。

生境分布: 马尾松林下。瓦屋山、总岗山多见。具有开发价值。

老木菌(树舌)*Ganoderma applanatum* (Pers.) Pat.

入药部位: 子实体入药。

性味: 性平, 味甘、苦。

功能主治: 清热解毒。治疗劳伤吐血, 胃癌, 食管癌等。

生境分布: 杂木林中。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

从六经病欲解时浅议经前期综合征的中医治疗思路※

曹东东¹ 杨洪艳^{2*}

(1 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510000; 2 广东省中医院妇科, 广东 广州 510000)

摘要: 本文以六经辨证为纲, 结合女性生理周期特点, 运用“六经病欲解时”理论, 对经前期综合征(PMS)的治疗做进一步探讨, 为PMS辨证治疗提供一个中医治疗思路。首先从六经病欲解时理论对PMS进行辨证-辨时; 其次从月经周期新解理论认识PMS, 最后对PMS辨时握机, 提出PMS病机特点“实则阳明, 虚则太阴”。通过导师杨洪艳治疗的两个临床病案, 初步介绍用六经病欲解时理论治疗PMS的辨治思路及特点。

关键词: 经前期综合征; 六经病欲解时; 三阴三阳; 开阖枢; 月经周期; 黄帝内经

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.027

文章编号:1672-2779(2018)-09-0065-03

Discussion on the Treatment Ideas of Premenstrual Syndrome from the Time for the Elimination of Six-meridian Disease

CAO Dongdong¹, YANG Hongyan²

(1. The Second Clinical Medical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510000, China;

2. Gynecology Department, Guangdong Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510000, China)

Abstract: Based on the syndrome-differentiation of the six meridians, combined with the characteristics of women's physiological cycle, this paper used theory of the time for the elimination of six-meridian disease, further explored the treatment of premenstrual syndrome (PMS) and provided a traditional Chinese medicine treatment for PMS syndrome differentiation treatment. First of all, from the theory of the time for the elimination of six-meridian disease, the PMS was dialectically differentiated and timely differentiated, time differentiation identified. Secondly, the PMS was understood from new Chinese medicine insights to menstrual cycle. And finally, PMS time differentiation, grasped the pathogenesis, put forward the characteristics of PMS pathogenesis "Shize Yangming Xuze Taiyin". Through the two clinical cases of the mentor Yang Hongyan, a preliminary introduction to the theory and treatment of PMS in the treatment of PMS with the time for the elimination of six-meridian disease was made.

Keywords: premenstrual syndrome; the time for the elimination of six-meridian disease; three yin and three yang; open-close-axis; menstrual cycle; Huangdi Neijing

经前期综合征 (premenstrual syndrome, PMS) 是指在经前反复发生的涉及躯体和神经 (情感、行为) 两方面的症候群, 并且影响了妇女日常生活和工作^[1]。研究^[2]显示, 国内80%的女性有经前期症状, 20%~32%的女性患有经前期综合征, 其中严重者占3%~8%。主要表现为烦躁易怒、焦虑、易激惹、失眠、头痛、乳房胀痛、颜面水肿等, 严重者可影响妇女的正常生理。现代医学认为PMS的发生与卵巢激素的周期性波动、脑神经递质的改变、前列腺素作用、维生素B6缺乏和精神社会心理因素等相关^[3], 治疗上以抗抑郁药物、性激素、维生素、情感支持、饮食、行为训练及宣教等^[4]为主, 缺乏特异性治疗方法。

中医对本病治疗存在明显优势, 中医界普遍认为PMS发生多与脏腑、气血、阴阳失调有关, 在月经周期中, 胞宫气血盈亏变化较快, 加之经前阴血下注血海, 使其他脏腑经脉相对阴血不足, 进而引发某些脏

腑功能或气血失调, 而表现出一系列躯体和神经症状^[5]; 本病的基本病机为肝失疏泄, 目前从肝论治已成为公认的治疗方法。但临床实践中, 脏腑辨证体系容易产生固化思维模式, 导致方药使用的单一性。鉴于经前期症状的复杂性和节律性, 导师杨洪艳教授善用六经气化辨证思维进行诊治。

众所周知, 经前期综合征每次经前反复出现或加重, 经后减轻或消失, 是周期性发作疾病, 具有动态性及节律性。本文以六经辨证为纲, 结合女性生理周期特点, 运用“六经病欲解时”理论的规律性, 对经前期综合征的治疗做进一步探讨。

《素问·天元纪大论》曰:“阴阳之气各有多少, 故曰三阴三阳也。”“寒暑燥湿风火, 天之阴阳也, 三阴三阳以奉之”。《素问·五运行大论》曰:“寒暑燥湿风火, 在人合之。”说明六经是自然界气候及人体阴阳之间的消长变化。《素问·阴阳离合论》云:“圣人南面而立, 前曰广明, 后曰太冲; 太冲之地, 名曰少阴; 少阴之上, 名曰太阳; ……广明之下, 名曰太阴; 太阴之前, 名曰阳明; ……厥阴之表, 名曰少阳。是故三阳之离合也, 太阳为开, 阳明为阖, 少阳为枢;

※ 基金项目: 国家中医药管理局申办广东省中医院研究项目【No. 201507003】

* 通讯作者: wangyf@126.com

……三阴之离合也，太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢”。三阴三阳表述的是自然界阴阳离合的六种状态^⑥，阴阳运动可分为开、阖、枢三种状态，阴阳各有开、阖、枢，就形成了太阳、少阳、阳明、太阴、少阴和厥阴三阴三阳之六经。

“六经病欲解时”首载于汉·张仲景《伤寒论》：“太阳病欲解时，从巳至未上”“阳明病欲解时，从申至戌上”“少阳病欲解时，从寅至辰上”“太阴病欲解时，从亥至丑上”“少阴病欲解时，从子至寅上”“厥阴病欲解时，从丑至卯上。”龙砂医学流派顾植山教授将“欲解时”释为“相关时”^[7]，即与三阴三阳相关的时间节点问题，在解读“三阴三阳”“开阖枢”的动态有序变化的时空规律的基础上，发现三阴三阳六经病在其欲解时段可出现规律性的临床特征。

女性月经顺应自然阴阳消长变化而出现的人体对应气血盈亏规律性变化,从而出现规律的月经周期。杨洪艳教授运用三阴三阳“开阖枢”理论^[8],从卵泡的生长发育变化角度阐释月经周期,认为阳气生长过程对应卵泡生长期,阳气转化过程对应排卵期,阳气收藏对应黄体形成和萎缩期。按“三阴三阳开阖枢理论对月经周期理论新解”^[9]。可知,PMS反复出现或加重的时期正处于阳气收藏阶段,属于黄体形成和萎缩阶段,位于太阴、阳明位。属于六经病欲解时中的太阴病、阳明病欲解时。

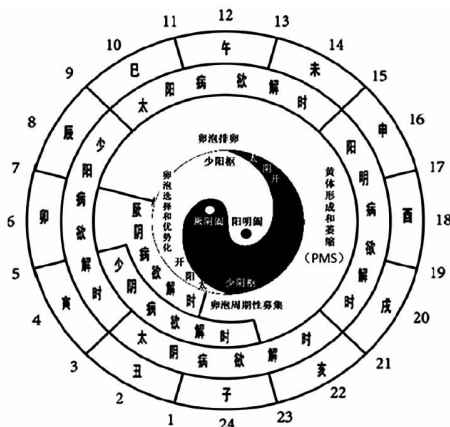


图1 六经病欲解时与卵泡发育示意图

如图1所示，PMS处于卵泡发育的黄体形成和萎缩阶段，既处于“开阖枢理论”中的太阴、阳明位，又属于“六经病欲解时”中太阴病、阳明病欲解时。清·柯韵伯曰：“实则阳明，虚则太阴”，高度地概括了阳明、太阴的病变规律。

阳明主降浊，太阴主升清，两者升降相因。《素问·六微旨大论》论标本中见曰：“阳明之上，燥气治之，中见太阴；太阴之上，湿气治之，中见阳明。”阳明主燥，阳明之中气为湿，燥金得湿，相济为美，故燥湿相济。若阳明的阖降功能失常，中轴升降失常，清阳不升，易从燥化、热化，阳气的收敛、肃降、收藏功能减弱，少阴失藏精敛气功能，阴阳气化运动升

降出入失常，故发生脏腑、气血功能失调。轻则气机不畅，阳明失阖，出现阳明实证，如愤怒发火、情绪失控、易激惹、焦虑、乳房胀痛等一系列的躯体或精神症状；重则郁久化热，出现失眠、口苦咽干、头痛、大便秘结等。若太阴的升清功能失常，中阳不运，中轴升降失常，浊阴不降，易生寒湿，轻则出现情绪起落或抑郁消沉、脘腹胀满、大便溏泄、面浮肢肿等，重则精亏血少，出现经前或经期腰酸腿软、头晕耳鸣等证。太阴与阳明无论从气机升降还是六气属性上，关系密切，故“实则阳明，虚则太阴”。

临床上运用六经欲解时的“辨象-辨时-握机”^[9]的临床思维辨治PMS,观察PMS出现、减轻或加重时间,结合疾病发生所处的月经周期的阶段——黄体形成和萎缩阶段,可据此诊断PMS病位在太阴、阳明,病机特点为“实则阳明,虚则太阴”,治疗上阳明实证宜选用降泄阳明的方药;太阴虚证宜选用补虚温中方药。处方开药时主用或兼用该经治方,效果明显。

笔者选其医案二则，初步介绍这一特色理论在治疗PMS中的辨治思路及特点。

案1 黄某，女，31岁。2017年2月10日初诊。患者因经前头痛疲倦2年就诊。每次经前一周出现头痛难忍，异常疲倦，伴易激惹，时有腹胀满，大便烂，无口干口苦，纳一般，眠可，面色微黄，形体偏瘦，舌淡偏暗，苔薄白，脉细沉。证属：寒湿蕴积，气机不畅。处以备化汤加减，连服2月经前头痛疲倦好转，大便正常。随访2月经前头痛疲倦未复发。

按：备化汤一方，出于《三因方》该方为丑末年太阴湿土司天、太阳寒水在泉而设的运气专方，病机为“阴专其令，阳气退避，民病腹胀，跗肿，痞逆，拘急，其为寒湿合邪可知”。此患者经前一周反复出现经前头痛疲倦，经后减轻，伴易激惹，属太阴虚证，寒湿蕴积，气机不畅。寒湿邪气侵袭太阴脾土，己土不升，太阴之气不运，中轴升降失常，则清阳不升，浊阴不降，出现腹胀满，大便烂，脾失健运，气机不和，气血生化不足则纳一般，体瘦、面黄。治以补太阴为主，补少阴君火以温化太阳寒水，抑木扶金疏太阴湿土，气机调畅，寒祛湿除，诸症皆消。

案2 孔某，女，28岁。2017年6月9日初诊。因经前反复出现痤疮伴乳房胀痛6个月就诊。经前10天左右开始出现面部痤疮，经前1~2天痤疮明显增多，高出皮肤，尖有脓头，月经期痤疮消退，反复发作，伴经前乳房胀痛，经前烦躁易怒，口干口苦，纳可，眠差，大便秘结，3日1次。舌红苔黄腻脉弦。证属：少阳阳明合病。予大柴胡汤加减，连服7剂，经前乳房明显好转，痤疮减少。

按：大柴胡汤一方，出于张仲景《伤寒杂病论》。病机为太阳阳明合病。此患者病机属阳明实证，少阳

阳明合病。阳明失阖降功能，阳气的收敛、肃降、收藏功能减弱，出现乳房胀痛，经前烦躁易怒；经前10天左右开始出现面部痤疮，经前1~2天痤疮明显增多，高出皮肤，尖有脓头，为阳明经气不降，阳明热化，热邪上攻头面。热扰少阳则口干口苦。眠差，经前烦躁易怒为热扰心神。大便秘结，为阳明燥化，阳明热盛日久伤筋耗液。主诉看似繁杂，然无外阳明阖降失责，治以泻阳明为主，阳明阖降功能正常，气机升降恢复正常，药到病除。

本文从新的视角解读经前期综合征，对PMS辨证治疗提供一个思路，希望能启发读者，起到抛砖引玉的作用。

参考文献

- [1]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2014.
- [2]Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder[J]. Am Fam Physician, 2016, 94(3):236-240.
- [3]陈科亮,陈炜.经前期综合征影响因素研究进展[J].中国实用妇科与产科杂志,2014(9):729-732.
- [4]罗劲梅.经前期综合征治疗进展及展望[J].海南医学,2009(S5):299-301.
- [5]贺稚平.从肝论治经前期紧张综合征[J].北京中医药大学学报,1995(6):47-48.
- [6]顾植山.从五运六气看六经辨证模式[J].中华中医药杂志,2006(8):451-454.
- [7]陶国水.顾植山谈六经病“欲解时”及临床应用[J].时珍国医国药,2017(7):1707-1709.
- [8]杨洪艳,顾植山.三阴三阳开阖枢理论对月经周期理论新解[J].中国中医基础医学杂志,2016(11):1457-1459.
- [9]老膺荣,唐泽彦,蒋俊民,等.学习顾植山“辨象-辨时-握机”运用乌梅丸体会[J].新中医,2013(7):196-198.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘建 收稿日期:2018-03-20)

《伤寒论》辨治心理障碍概述

吕梦奕 叶海勇*

(浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江 杭州 310053)

摘要:目的 分析六经与心理障碍的关系,整理总结《伤寒论》方在心理障碍中的研究与应用,从而指导临床对于心理障碍的辨治。方法 通过查阅文献资料,探索心理障碍与六经辨证的关系,论述心理障碍的六经辨治,归纳《伤寒论》方在心理障碍治疗上的概况。结果 六经与心理障碍的发生存在内在联系,《伤寒论》方治疗心理障碍已有较多的临床观察与实验基础。结论 对于心理障碍的患者,我们可以运用六经辨证作为指导,抓住主症、辨证论治,触类旁通、灵活运用。

关键词:伤寒论;心理障碍;六经

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.028

文章编号:1672-2779(2018)-09-0067-03

Summary of Treatment Based on Syndrome Differentiation for Mental Disorder from *Treatise on Febrile Diseases*

LYU Mengyi, YE Haiyong

(The First Clinical Medical College, Zhejiang Chinese Medicine University, Zhejiang Province, Hangzhou 310053, China)

Abstract: Objective To analyze the relationship between six-meridian and mental disorder, to summarize the research and application of the prescription in *Treatise on Febrile Diseases* in mental disorders, so as to guide the clinical treatment for mental disorders. **Methods** Through access to literature, the relationship between mental disorders and six-meridian was explored, syndrome differentiation and treatment of mental disorder with six-meridian was discussed, and the prescription in *Treatise on Febrile Diseases* among the treatment of mental disorders was summed up. **Results** The occurrence of mental disorders and six-meridian are intrinsic link. There are many clinical and experimental bases for the treatment of mental disorders with the prescription in *Treatise on Febrile Diseases*. **Conclusion** For patients with mental disorders, we can use the six-meridian as a guide, seize the main symptoms for syndrome differentiation, and flexibly use the theory by analogy.

Keywords: *Treatise on Febrile Diseases*; mental disorder; six-meridian

中医学强调整体观念,认为人体自身及人与环境之间具有统一性与联系性。因此中医学在观察、分析健康与疾病等问题时,不仅注重躯体的情况,也关注人的心理状态。个体作为生活在特定社会环境中的一员,其发展必然受到社会因素的影响。这种影响与人的各种生理、心理活动及其病理变化密切相关。当今社会生活节奏快,人们面对来自家庭、事业等各方的压力,出现心理失衡的情况不再少数。东汉末年张仲景的《伤寒论》是奠定中医临床医学基础的著作,书中以六经统百病,虽无明确提出对于心理障碍的治

疗,然而其中与个体心理相关的内容却十分丰富^[1],故本文将其进行归纳与总结,以期指导临床上对于心理障碍的辨治。

1 《伤寒论》与心理障碍

仲景在描述六经病的证治时,不单是针对躯体症状,对于患者的精神症状也有着精准的描述,如96条中的“嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而不呕”,107条中的“胸满烦惊,小便不利,谵语”等。《伤寒论》本着对内经思想的继承,立足于“天人合一”“心身合一”的高度思考疾病。阴阳失调、脏腑功能失和、枢机不利是疾病发生的主要机理,亦是导致心理失衡状态的原因。如心理障碍可伴营卫不和的症状,

* 通讯作者:18658705270@163.com

提示其与太阳经病变有关;阳明热盛,火扰心神,易出现精神方面的症状;心理障碍的患者可能有情志抑郁、不思饮食、口苦咽干的情况,则应从少阳经辨治;此外,太阴、少阴、厥阴经的病变亦与不同种类的心理障碍有关联。《伤寒论》有言曰:“观其脉证,知犯何逆,随证治之。”这是仲景提出的针对六经兼变证的治则,实则是《伤寒论》辨证论治的主要精神所在,强调了有是证、用是方的原则,它适用于临床一切疾病的辨治,也是我们辨治心理障碍的关键。

2 六经辨治心理障碍

2.1 从太阳经辨治 太阳经统摄营卫,其病变以营卫功能失调为主要特点。如围绝经期综合征中,患者会出现神经衰弱的精神症状,也会出现如头痛、汗出、心悸、恶风、恶寒、骨节疼痛等。因此遇到心理障碍伴营卫失调的病例,可从太阳经辨证论治^[2]。裘昌林^[3]在治疗神经系统疾病经验中,即灵活运用桂枝系列经方治疗诸如焦虑状态、睡眠障碍的患者,并获得较好的疗效。如对全身酸痛不适、情绪不佳、脾气暴躁、夜寐不安的患者用以桂枝汤加減,其辨证关键为在外营卫失调、在里阴阳不和。《金匱要略》云:“桂枝汤,外证得之,解肌和营卫;内证得之,化气和阴阳。”袁海建等^[4]通过对近年来实验研究的文献整理分析后发现,桂枝汤对的汗腺分泌、体温、免疫功能、胃肠蠕动及血压有双向调节作用。因此凡病机上具有营卫阴阳失和或卫阳受伤、营气虚寒等情况都可以用本方化裁治疗。从《伤寒论》48条之“其人躁烦,不知痛处,乍在腹中,乍在四肢,按之不可得”可知,太阳表郁轻症同样可造成患者心中烦乱不安的情况,此时当予辛温发散之剂,小汗即安。故桂枝麻黄各半汤、桂二麻一汤、桂二越一汤均可在此基础上抓住主证,触类旁通。《医林改错》云:“脊闷,即小事不能开展,即是血瘀。”太阳蓄血亦为论治心理障碍的一方面。陈逊斋^[5]言此:“发狂者,热结血胞,血瘀而液浑,血液不清则心脏血管之通于神经者,即发生刺激与障碍,古人云‘血不洁则魂乱’。”此种情况应直接使用攻逐之法,以抵挡汤泻热逐瘀、推陈出新。涉及太阳病变证的治疗,同样应遵守“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的原则。具体而言,如对于阴损及阳,阴阳俱虚,虚阳浮越所致的焦虑抑郁状态,可用桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗^[3],此方投治精神分裂症患者疗效亦佳^[6]。

2.2 从阳明经辨治 阳明为多气多血之经,故发病时正邪相争剧烈,多见大实、大热之象,《内经》曰:“诸躁狂越,皆属于火”“诸热瞀瘈,皆属于火”。若火热内盛,不管其在经、在脏腑,均易扰乱心神而致神志异常,见心烦、不寐、谵语等症。阳明经所对应的神志障碍多是火热为患。若见邪热内炽弥漫,肢体

躁动而心神烦乱,可根据其病机脉证选用白虎汤,其中石膏、知母善清热泻火除烦,汪昂《医方集解》谓:“又烦出于肺,躁出于肾,石膏清肺而泻胃火,知母清肺而泻肾火,甘草和中而泻心脾之火,或泻其子肺,或泻其母心,不专治阳明气分热也。”临床观察显示,白虎汤可治疗精神病之食欲亢进^[7]。若患者“虚烦不得眠”,则提示热郁胸膈证,用栀子豉汤清宣郁热,宁心安神。临床上孙亚霜等^[8]用栀子豉汤加味治疗焦虑症,并指出栀子对中枢神经有镇静作用,淡豆豉“能化阴气上奉于心,故治烦躁”。袁圣龙^[9]在临床观察中发现,运用栀子豉汤加減治疗情志不遂,肝脾气结,日久气郁化火而见烦躁失眠的患者确有良效。同时,燥热所导致的胃肠气机受阻、津液受灼、浊热上扰心神,当以承气汤论治,热消腑通则神志清明,故可治疗狂躁抑郁症与精神障碍^[6]。阳明邪热不解,侵入血分,宿瘀与邪热相合则成阳明蓄血。“有病急躁,是血瘀”,抵挡汤以应之。

2.3 从少阳经辨治 《证治汇补》曰:“郁病虽多,皆因气不周流”。少阳与人体的疏泄、通调功能息息相关,又因胆主决断,禀少阳春生之气,喜调畅而恶抑郁,故与情志有密切关联。《素问·阴阳离合论》云:“是故三阳离合也,太阳为开,阳明为阖,少阳为枢”。少阳位于表里之间,内合阳明,外达太阳,枢机宣畅则诸症不扰。柴胡汤独特的组方用药正合少阳的生理特点,其作用方式为拨动少阳枢机以调升降出入,疏畅全身气机,而得脏腑安和。故临床多用小柴胡汤治疗抑郁症^[10]。柴胡桂枝汤在抑郁症的治疗中亦有临床应用与动物实验的支持^[11-12],现代研究认为其主要应用已不局限于外感病症,而用于情志病症和疼痛病症中。高美富^[13]用柴胡桂枝汤治疗焦虑性神经症性头痛取得了较好疗效。此外,现代药理实验显示,柴胡类经方具有多种抗抑郁活性成分^[14-15]。故柴胡类方在心理障碍的治疗中有较多的应用,如少阳内兼阳明里实所使用的大柴胡汤,临床可治疗精神分裂症^[6];少阳邪气弥漫,表里俱病,虚实互见所使用的柴胡龙骨牡蛎汤,临床可治疗抑郁症^[6]及狂躁症^[6]。以上诸方在均可结合患者的临床表现,用于心理障碍的辨证施治。另外,《伤寒论》145条所言“如见鬼状者,此为热入血室”,即是妇人经期感邪,血室空虚,邪气因入,导致血分蓄热,心神不宁而言语错乱,可启发女性心理障碍的证治。

2.4 从太阴经辨治 太阴居阴分之表,主输布营卫阳气于三阴脏腑。病入太阴,以脾阳虚、寒湿阻滞为主要特征。脾胃虚弱,则升降清浊失判,水谷运化失常,营卫气血乏源,湿邪停聚中焦。营卫失则寤寐不安、气血乏则多思心悸,痰浊上扰心神亦可导致病者的不

安状态。又如《证治汇补》云：“五脏之精华，悉运于脾，脾旺则心肾相交。”即脾胃功能健全为交通心肾的重要条件。反之，若情志不遂，气机郁滞，便易形成肝木乘脾土的病理状态，加重脾胃虚寒的情况，出现腹中绵绵作痛、痞满不适、泄泻等，加重思虑情况，形成恶性循环。《伤寒论》中论述太阴病的方剂较少，如第277条曰：“自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也，当温之，宜服四逆辈。”故对于中阳不足，脾胃虚弱，寒湿内盛，升降失常的心理障碍患者，可用四逆辈治疗。药理研究表明，四逆汤有明显的抗大脑老化及抗氧自由基作用，因而对于学习记忆能力的改善以及精神病的治疗有着积极的作用^[17]。

2.5 从少阴经辨治 少阴，包括心肾二脏及其所属经脉。《灵枢·经脉》曰：“肾足少阴之脉……气不足则善恐”。董兴鲁等^[18]认为肾对焦虑症的发病有着极为重要的意义，其病机体现于肾-肝-心轴上，而心肾不交是焦虑症的必然病理转归。病至少阴，机体心肾阴阳俱虚，病以全身性的虚热或虚寒为主要特征。少阴热化证即由阴虚火旺、心肾不交所致，多见心烦失眠之症。刘渡舟医案中，某患者心烦少寐，自觉居室狭小、憋闷不堪。刘老认为此乃心火燔灼、肾水不能上承，以致火上水下不相既济之证，故投以黄连阿胶汤加减^[19]。《素问·生气通天论》曰：“阳气者，精则养神”。少阴寒化者，阳气虚衰，阴寒内盛，神用不彰。故见心理障碍伴蜷卧欲寐、四肢欠温等症者，治宜温阳散寒、潜阳安神。樊旭升^[20]在神经症治疗心得中提出，面对心烦不安、便秘失眠的焦虑症患者，其受吴茱萸汤“少阴病、吐利，手足逆冷，烦躁欲死”和茯苓四逆汤“发汗，若下之，病仍不解，烦躁者”的启发，从寒论治焦虑，用此二方之合方治疗，投药即效。吴荣祖^[21]运用吴茱萸四逆汤合苓桂术甘汤治疗抑郁症及精神病时，见患者情绪低落，精神萎靡，对周围事物淡漠忽视，认为其病之标象为厥阴生机不振，而实质在于少阴原动力不逮，故治以温水燥土达木。

2.6 从厥阴经辨治 厥阴指足厥阴肝经、手厥阴心包经及其所络属的脏腑而言。肝失疏泄，可引起五脏气血阴阳失调从而导致一系列病理变化，提示从厥阴论治心理障碍的重要性。厥阴为病，因肝失条达、脾虚不运，故常以上热下寒、寒热错杂为主要表现。病入厥阴，临床可有烦躁易怒、热气上冲撞心感等症状，代表方为乌梅丸。乌梅丸在临床上可治疗蛔虫扰神所致癫疾，同时乌梅丸具有调理阴阳、温脾敛肝、疏肝止痛之功，因此可有效缓解精神症状。赵杰^[22]在临床上用乌梅丸合补坎益离丹加减治疗广泛性焦虑症，并指出乌梅为本草中酸性之最，大敛肝气。全方从肝阳入手，以治疗阳虚为主的焦虑症。

3 总结

《伤寒论》对现今心理障碍的中医辨治有较高的指导意义。然临床上心理障碍种类繁多，其病理变化复杂，一般非单纯一经的病变，多为合病或并病。如肾虚肝旺为少阴与厥阴合病；若火不生土，运化无权，寒湿内盛上冲则体现太阴与少阴的病变；再如太阳与少阴相表里，太阳失固，少阴里虚，阴阳运行失序，则出现躁郁不寐的情况。《伤寒论》中并无治疗心理障碍的明确观点，故在临床辨析中，应严格遵守辨证论治的原则，同时要触类旁通，灵活运用，抓住疾病的主要矛盾，从而拓展临床上对于心理障碍的辨治思路。《伤寒论》中尚有大量经典方药可应用于心理障碍治疗，未来于临床中当辨病与辨证相结合，进行更多的应用与尝试，并加强与之相关的药理研究，从而为经方在心理障碍的治疗中开辟更大的空间。

参考文献

- [1] 黄兰英, 龚鹏, 刘玉良, 等.《伤寒杂病论》心身疾病诊疗方法浅析[J]. 浙江中医药大学学报, 2014, 38(2): 137-139.
- [2] 潘赞琰, 于红娟.《伤寒论》方在围绝经期综合征中的临床应用概况[J]. 山东中医杂志, 2017, 36(12): 1081-1083.
- [3] 张丽萍, 裴辉, 裴昌林. 裴昌林运用桂枝系列方治疗神经系统疾病经验[J]. 河南中医, 2015, 35(10): 2315-2317.
- [4] 袁海建, 李卫, 金建明, 等. 桂枝汤化学成分、药理作用机制与临床应用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(23): 4556-4564.
- [5] 陈逊斋. 伤寒论改正并注[M]. 北京: 学苑出版社, 2011: 92.
- [6] 刘议隆.《伤寒杂病论》对精神疾病的辨治规律研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2014.
- [7] 杜立通, 闫雪生, 涂晓龙, 等. 经方白虎汤临床应用概况[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(11): 111-113.
- [8] 孙亚霜, 颜红. 栀子豉汤加味治疗焦虑症 50 例[J]. 湖南中医杂志, 2009, 25(6): 46-47.
- [9] 袁圣龙. 栀子豉汤在心身疾病治疗中的应用[J]. 云南中医中药杂志, 2013, 34(6): 76-77.
- [10] 陈亚萍. 小柴胡汤加减治疗抑郁症 35 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2010, 45(10): 741.
- [11] 葛鑫宇, 于林, 蔡俊逸, 等. 柴胡桂枝汤治疗抑郁症 40 例临床观察[J]. 中国临床研究, 2014, 27(5): 614-615.
- [12] 王洪宇. 柴胡桂枝汤抗小鼠抑郁的实验机理探讨[D]. 济南: 山东中医药大学, 2016.
- [13] 高美富. 柴胡桂枝汤治疗焦虑性神经性头痛的疗效[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(6): 76-77.
- [14] 戈宏焱, 陈博, 许丹, 等. 柴胡皂苷 A 对抑郁模型大鼠脑中单胺类神经递质及其代谢产物含量的影响[J]. 高等学校化学学报, 2008, 29(2): 1535-1538.
- [15] 王景霞, 张建军, 李伟, 等. 白芍提取物治疗抑郁症的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(7): 183-184.
- [16] 李宝华, 李志焕, 马阳春. 胡思荣应用经方治疗初产妇产后抑郁经验[J]. 河南中医, 2016, 36(11): 1883-1884.
- [17] 杨宏梅, 王燕燕. 四逆汤的药理作用及其机制研究进展[J]. 医药导报, 2014, 33(10): 1348-1352.
- [18] 董兴鲁, 曲森. 焦虑症从肾论治探析[J]. 江苏中医药, 2013, 45(10): 7-9.
- [19] 刘渡舟. 伤寒论通俗讲话[M]. 上海: 上海科技出版社, 1980.
- [20] 樊旭升. 神经症中医治疗心得[J]. 光明中医, 2015, 30(4): 869-871.
- [21] 卞秀娟, 吴荣祖. 吴荣祖教授运用吴茱萸四逆汤合苓桂术甘汤治疗阳虚型抑郁证经验[J]. 云南中医中药杂志, 2015, 36(12): 6-8.
- [22] 赵杰. 温阳法治广泛性焦虑障碍的探讨[A]. 中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第十一届学术年会论文汇编[C]. 中国中西医结合学会精神疾病专业委员会, 2012: 3.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 吕文辉 收稿日期: 2018-02-28)

膏肓灸探赜

张二伟¹ 陈兴华^{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康复护理中心, 广东 广州 510405)

摘要:为研究膏肓灸源流及其治疗效应,对中医古籍中有关膏肓灸内容进行了探究。膏肓灸由唐代孙思邈首创,至南宋庄绰开始成熟。膏肓灸是直接灸法,具有较为广泛的治疗效应,多用于补虚,尤重益气与扶阳。膏肓灸治疗效应与肺、心、肾、膀胱及三焦关系密切。膏肓灸仅指艾灸膏肓穴,灸后若气壅于上可灸足三里和气海。施灸时应注意准确取穴并选择适宜的壮数。

关键词:膏肓灸;膏肓;艾灸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.029

文章编号:1672-2779(2018)-09-0070-03

Study of Moxibustion at Gaohuang (B43)

ZHANG Erwei¹, CHEN Xinghua²

(1. The First School of Clinical Medicine, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China;

2. Rehabilitation Nursing Center, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

Abstract: In order to study the source of moxibustion at Gaohuang (B43) and its effect, this paper probed into the contents of moxibustion at Gaohuang (B43) in ancient books of Chinese medicine. Moxibustion at Gaohuang (B43) was created by Sun Simiao in the Tang Dynasty, and Zhuang Chao made it mature in the Song Dynasty. Moxibustion at Gaohuang (B43) is the direct moxibustion, which has a broad effect and is used to supplement the deficiency, especially to invigorate qi and support yang. The effect of moxibustion at Gaohuang (B43) is the most closely related to the lung, the heart, the kidney, the bladder and the triple energizers. It only refers to Gaohuang (B43). If qi stagnates after moxibustion, it's better to moxibustion at Zusanli (S36) and Qihai (CV6). In the meantime, it's important to pay attention to accurate acupoints and choose appropriate amounts of the moxa cone.

Keywords: moxibustion at Gaohuang (B43); Gaohuang (B43); moxibustion

膏肓穴位于人体后背足太阳膀胱经,是人体补虚要穴,多用灸法。中医古代文献对艾灸膏肓穴多有载录,可用于治疗虚损羸瘦、失精、咳逆上气等多种疾病。本文从文献角度对膏肓灸源流及其发展脉络进行梳理,探讨膏肓灸效应特点,以此为中医针灸临床、教学及科研提供思路。

1 膏肓其名

“膏肓”一词最早见于《左传》,晋景公患病请医缓医治,医缓认为其病在“肓之上,膏之下,攻之不可,达之不及,药不至焉,不可为也”。后人以“病入膏肓”表示患者病情险恶已无法医治。在中医典籍里“膏”与“肓”最早见于《灵枢·九针十二原》:“膏之原,出于鸠尾,鸠尾一。肓之原,出于脐上,脐上一。”中医学中“膏肓”有三种含义:(1)指体内的实体结构。《左传》与《灵枢》皆认为“膏肓”为人体的实体结构,且“膏”与“肓”的部位不同。“膏”与“肓”具体指人体的哪两个部位尚存在争议。针灸名家李鼎教授^[1]认为“膏肓”应为“鬲肓”,“鬲”为胸腹的间隔部位,而“肓”则为腹内脏腑外围的包膜。(2)指一种病证。《肘后备急方》云:“膈中之病,名曰膏肓。”^[2]《扁鹊心书》云:“肺寒胸膈胀,时吐酸,逆气上攻,食已作饱,困倦无力,口中如含冰雪,

此名冷劳,又名膏肓病。”^[3]《千金宝要》云:“膈气为膏肓”^[4]。(3)指穴位名称,即位于人体后背足太阳膀胱经上的膏肓穴。

2 膏肓灸源流

唐代医家孙思邈最早提出了膏肓灸法,《备急千金要方》云:“膏肓俞无所不治,主羸瘦虚损,梦中失精,上气咳逆,狂惑忘误”^{[5]904}。孙氏重视膏肓俞的定位方法,详细描述了三种不同体位的取穴法,并且指出:“时人拙不能求得此穴,所以宿痼难遣。若能用心,方便求得,灸之无疾不愈矣”^{[5]905}。书中未提及隔物,则膏肓灸应属于直接灸法。

自孙思邈提出膏肓灸法之后,后世医家对膏肓灸做了大量的探索和总结,膏肓灸治症愈加广泛。北宋琼瑶真人《针灸神书》云:“浑身疼痛要升阳,气上提搓仔细详,若筋疼痛宜汗法,膏肓多灸莫针良”^[6]。北宋王执中《针灸资生经》云:“久嗽,最宜灸膏肓穴”^{[7]195},“或背上先疼,遂牵引肩上疼者,乃是膏肓为患。《千金》、《外台》固云‘按之自觉牵引于肩中是也’,当灸膏肓俞,则肩背自不疼矣”^{[7]21-222}。

南宋时期,庄绰编撰《灸膏肓腧穴法》一书,此书是中医史上第一部膏肓灸专著。此书在孙思邈《备急千金要方》和北宋王惟一《明堂铜人灸经》的基础上,进行了大量总结,丰富了膏肓取穴方法的内容,辅以图示图文并茂,方便了取穴定位,同时保留了膏

* 通讯作者:dr_xinghua@qq.com



膏灸的重要医案。作者提出了具体的灸后补养方法,指出灸后宜食温软羹饭,毋食生冷、油腻及鹅鱼虾等发物,灸后阳气康盛,然“勿以阳气乍盛辄犯房事”^[8]。又指出膏灸灸过量可能引起不适,提出了解决方法:“如觉气壅,可灸脐下气海、丹田、关元、中极四穴中一穴;又当灸足三里,引火气以实下”^[8]。至此,膏灸法已趋完备,后世医家研究膏灸灸多宗此书。

3 膏灸灸治疗效应

3.1 膏灸灸多用于补虚 尤重益气与扶阳 《灸法秘传》云:“如五劳七伤,诸虚百损而患血者,灸其膏肓,弗可缓也”^{[9]804},“咳嗽……日久成劳者,灸膏肓弗误”^{[9]803}。《杂病广要》云:“若积日既久,变成劳症者,宜灸膏肓”^{[10]86},“有贵人久患喘,夜卧不得而起行,夏月亦衣夹背心。予知是膏肓病也,令灸膏肓而愈”^{[10]878}。

3.2 膏灸灸亦可泻实 《针灸资生经》云:“痰涎等证,不一而足。惟劳瘵有痰为难治,最宜灸膏肓穴,壮数既多,当有所下。砭砭然如流水之状,盖痰下也”^{[7]190}。

3.3 膏灸灸可调神 《灸法秘传》云:“凡有一切虚损劳瘵,及至形神大惫,惟灸膏肓穴,可冀挽回,否则无救矣”^{[9]803}。

3.4 膏灸灸可助孕 《急救广生集》云:“膏肓穴在脊骨四柱下,近五柱两旁各开三寸。治五劳七伤,身形羸瘦,男子失精,女子失血,骨蒸咳逆,怔忡健忘等症,以致无嗣。灸之,百病俱愈,交接即孕”^[11]。

4 讨论

4.1 何谓膏灸灸 药王孙思邈首创膏灸灸,仅指艾灸膏肓俞。宋代庄绰《灸膏肓腧穴法》提出了膏灸灸引起不适的解决方法:“如觉气壅,可灸脐下气海、丹田、关元、中极四穴中一穴;又当灸足三里,引火气以实下。”^[8]及至明代李梴《医学入门》则曰:“灸至百壮千壮,灸后觉气壅盛,可灸气海及足三里,泻火实下”^[12]。

由上可见,膏灸灸仅指艾灸膏肓穴,而灸足三里、气海是为了消除因过量艾灸膏肓所导致的“气壅”不适。且灸足三里、气海,其壮数必然较少,不适症状缓解后自可停灸。若艾灸膏肓后未出现不适,则不必灸足三里、气海。然而,有学者将膏肓、足三里和气海三穴同时施灸,艾炷大小、壮数几无差别,称此为膏灸灸,这是曲解了膏灸灸的本义。况且,膏肓、足三里和气海,三穴皆是人体补虚要穴,三者同灸,哪个穴位发挥较大效应亦未可知。因此,膏灸灸仅指艾灸膏肓穴,灸后若出现气壅于上的不适则可灸足三里和气海。

4.2 膏灸灸穴位特异性探析 艾灸膏灸灸治疗效应广泛,究其原因在于膏灸灸的穴位特异性。膏灸灸在人体后背上部,处纯阳之地。高式国《针灸穴名解》云:“上有

肺之魄户,下有心之神堂,本穴居二者之间,即医缓所谓膏之上,膏之下也,故名‘膏肓俞’”。膏灸灸与肺相近,且与肺之魄户相邻,肺司呼吸主一身之气,又主宣发肃降通调水道,故艾灸膏灸灸可温肺益气,治疗久咳、癆瘵等病。左侧膏灸灸与心相近,且与心之神堂、心包之厥阴俞相邻,心主神明,又主血脉。《黄帝内经》云:“血气者,人之神”。故艾灸膏灸灸可益血而调节神志。

《灵枢》认为“膏”与“肓”分别为人体的两个实体结构,“膏”的原穴是鸠尾,“肓”的原穴是脐,即气海。而“膏肓俞”则是膏灸灸脏气输注于人体后背的穴位。鸠尾位处胸膈之下,气海在下腹部,二者正好将人体分为三部分,则艾灸膏灸灸可调节三焦之气。三焦为决渎之官,水道出焉,膏灸灸可温通三焦化气行水。且膏灸灸位于膀胱经,膀胱为州都之官,艾灸膏灸灸可温阳利水。故艾灸膏灸灸当觉“气下砭砭然如流水状”^{[5]905}。周楣声《针灸穴名释义》云:“此穴无所不主,又指为助长正气之门”。膏灸灸位于膀胱经,膀胱经络肾属膀胱。膀胱与肾互为表里,肾藏元阴元阳,是人身元气之根。元气健旺则精力充沛邪不能侵。人久病多伤肾,膏灸灸具有补虚的作用当与肾关系密切。肾主生殖,故膏灸灸可助孕。故,膏灸灸治疗效应与肺、心、肾、膀胱及三焦关系密切。

4.3 穴位选取必须准确 膏灸灸穴靠近肩胛骨,若患者体位不当,则肩胛骨容易将穴位覆盖。《备急千金要方》云:“灸时孔穴不正,无益于事,徒破好肉耳”^{[5]861}。取穴准确,才能取得较好的疗效。因此,孙氏创立膏灸灸明确指出了患者正坐、侧卧和俯卧三种不同体位的取穴方法。《灸膏肓腧穴法》一书更记载了十三种取穴方法,并绘制了相应图谱。可见,膏灸灸取穴必须准确,否则徒劳无功。

4.4 选择适宜壮数 膏灸灸用于补虚,一般壮数较多,《刺灸心法要诀》云:“膏肓穴,主治诸虚百损,五劳七伤……灸七七壮至百壮”^[13]。《针灸玉龙经》云:“虚羸有穴是膏肓……灸之千壮亦无妨”^[14]。然而,《黄帝内经太素》云:“灸法亦须量人少长大小肥瘦,气之盛衰,穴之分寸,四时寒温,壮数多少,不可卒中失于常理”^[15]。可见,膏灸灸用于补虚虽然可以成百上千壮,还应视患者的具体情形而定。故,庄绰有艾灸膏灸灸后气壅于上之说。

5 结语

唐代孙思邈首创膏灸灸,至南宋庄绰发展成熟。膏灸灸多用于补虚,是治疗诸虚百损的重要疗法。膏灸灸仅指艾灸膏肓穴,若灸后出现气壅于上的不适,可灸足三里和气海。膏灸灸治疗效应较广泛,既可补

虚又可泻实，还能调神及助孕。膏肓灸治疗效应与肺、心、肾、膀胱及三焦关系密切，值得深入研究。膏肓灸施术时必须准确定位穴位，且艾灸壮数视患者具体情况而定，不可一味追求量大。同时，中医虚证多是长期患病的结果，施灸时宜徐徐增加壮数，不可一味求多求速。

参考文献

- [1]李鼎.何以“膏肓”一误再误——“膈(膈)贲”“荒、育”“幕、膜”各字音义辨析[J].中医药文化,2008(2):50-53.
- [2]晋·葛洪.肘后备急方[M].北京:北京科学技术出版社,2016:207.
- [3]宋·窦材.扁鹊心书[M].北京:中国医药科技出版社,2016:21-22.
- [4]宋·郭思撰.千金宝要[M].苏礼,杨承祖点校.北京:人民卫生出版社,1986:141.
- [5]唐·孙思邈.备急千金要方[M].太原:山西科学技术出版社,2010.
- [6]宋·琼瑶真人.针灸神书[M].陆寿康点校.北京:中国古籍出版社,1987:36.
- [7]宋·王执中.针灸资生经[M].黄龙祥,黄幼民整理.北京:人民卫生出版社,2007.
- [8]宋·庄绰.灸膏肓腧穴法[M]//元·窦桂芳集.黄帝明堂灸经 灸膏肓腧穴法子午流注针经 针经指南(旧题 针灸四书).北京:人民卫生出版社,1983:86.
- [9]清·金镛抄传.清·雷丰补说.抱一,江诚校字.灸法秘传[M]//陆拯主编.近代中医珍本集:针灸按摩分册.杭州:浙江科学技术出版社,2003.
- [10]日本·丹波元坚.杂病广要[M].北京:人民卫生出版社,1983.
- [11]清·程鹏程.急救广生集[M].北京:中国中医药出版社,1992:104.
- [12]明·李梴.医学入门[M].金嫣莉,何源,乔占兵校注.北京:中国中医药出版社,1995:121.
- [13]清·吴谦.医宗金鉴(下册)[M].北京:人民卫生出版社,1982:159.
- [14]元·王国瑞.针灸玉龙经[M]//李鼎评注.王罗珍校勘.针灸玉龙经神应经合注.上海:上海科学技术出版社,1995:22.
- [15]李克光,郑孝昌.黄帝内经太素校注:上册[M].北京:人民卫生出版社,2005:130.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 强 收稿日期:2018-01-29)

功能性消化不良从肝论治

崔倩倩 朱萌萌

(河南中医药大学硕士研究生2016级,河南 郑州 450000)

摘要:功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是一种临床常见疾病,其主要的发病机制尚不明确,但精神心理因素被认为是其发病的主要因素之一,但是运用西医治疗效果不佳,且病情易反复,而中医方面从肝论治FD,运用中药及中医外治法上取得了良好的临床效果,且安全性高,副作用小,值得进一步探讨研究及推广。

关键词:功能性消化不良;精神心理因素;从肝论治;痞证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.030

文章编号:1672-2779(2018)-09-0072-03

Treatment of Functional Dyspepsia from the Liver

CUI Qianqian, ZHU Mengmeng

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

Abstract: Functional dyspepsia (FD) is a common clinical disease. Its main pathogenesis is not yet clear, but mental and psychological factors are considered as one of the main causes of its morbidity. However, the use of Western medical treatment is not effective, and the disease is easy to repeat, and Chinese medicine aspect from the liver on the FD, the use of traditional Chinese medicine and Chinese medicine has achieved good clinical results, and high safety, side effects, it is worth further study and promotion.

Keywords: functional dyspepsia; psychosocial factors; treatment from the liver; syndrome of feeling fullness and distension

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是一类不能用系统性、代谢性或器质性疾病等来解释,但具有慢性消化不良症状的疾病^[1]。根据罗马IV最新诊断标准,FD必须符合上腹痛综合征(①上腹痛;②上腹部烧灼感)或餐后不适(①早饱感;②上腹部饱胀不适)的诊断标准^[2]。FD是一种临床常见病,相关调查研究显示,具有消化不良症状的患者中79.5%符合FD的诊断^[3]。根据流行病学调查,在国内消化病专科门诊,大于1/3为FD患者^[4]。西医认为FD的发生可能与胃酸分泌、幽门螺旋杆菌(H. pylori)感染、内脏高敏感性、精神心理因素及胃酸分泌等相关,其中发现超过一半的FD患者的发病与精神心理相关,精神心理因素也被认为是FD发病的主要因素之一^[5]。中医认为肝喜条达恶抑郁,同时肝输泄正常可影响脾胃气机升降,与FD的发生密切相关,因此从肝论治功能性消化不良,临床治疗效

果良好。

1 精神心理因素与FD密切相关

相关调查显示,FD患者中61%存在精神心理上的障碍,而器质性消化不良患者则仅为25%^[6],其中多数表现为抑郁焦虑情绪^[7]。而抑郁焦虑情绪可通过影响胃肠动力,改变胃肠敏感性等,从而可造成消化不良^[8-9];相关研究利用焦虑抑郁量表对FD患者测试发现焦虑抑郁分数与消化不良的程度呈正相关^[10];精神心理因素可影响脑-肠轴的调节及脑-肠肽如胃动素、5-羟色胺及胆囊收缩素等的释放可影响胃肠生理、免疫功能和内分泌等,从而诱导FD的发生^[11]。同时有临床研究显示在治疗FD患者时使用促胃动力药、抑酸药及抗焦虑抑郁药的基础上,加以生活指导及心理疏导有更好的治疗效果^[12]。

2 肝主疏泄对FD的影响

中医没有对“功能性消化不良”的记载,但根据



FD的临床表现及特点,中医将餐后饱胀不适综合征归属于“胃痞”,上腹痛综合征归属于“胃脘痛”。并认为本病的病位虽在胃,但与肝密切相关^[13]。胃痞属于痞满范畴,痞满在《内经》中称为“痞”“痞塞”“痞满”等,《伤寒论》首次提出“痞满”的病名,并提出:“满而不痛者,此为痞”。传统中医理论认为肝属木,性喜条达而主输泄,肝气条达舒畅,则脾胃气机升降顺畅。而忧思恼怒,情志不畅,则可造成肝气郁滞,失于输泄,横逆乘脾犯胃,致使脾胃升降失调,运化无力,胃腑失和,气机不畅,病发为痞满。张介宾在《景岳全书》中也提出:“怒气暴伤,肝气未平而痞。”^[14]《类证治裁·痞满》也提到:“暴怒伤肝,气逆而痞。”肝失条达,输泄失常,气机壅滞,中焦运化失常,“土壅木郁”而发病。胃痛又称胃脘痛,病名记载最早见于《内经》,并最早提出了发病与肝相关,如《素问·六元正纪大论》中提到:“木郁之发,民病胃脘当心而通”。但直到金元时期,《兰室秘藏》首立“胃脘痛”一门,明确了其病因病机、证候及治法等。中医认为抑郁恼怒,可影响肝气正常输泄,肝失疏泄,犯胃克脾,致使胃气阻滞,脾失运化,造成中焦气机不通,不通则痛,发为胃痛。《沈氏尊生书·胃痛》中说:“胃痛,邪干胃脘病也。……惟肝气相乘为尤甚,以木性暴,且正克也。”《医学正传·胃脘痛》中提出:“胃脘当心而痛……未有不由痰涎食积郁于中,七情九气触于内所致焉。”^[14]《临证指南医案》中也提到:“肝为起病之源,胃为受病之所。”因此肝失条达,疏泄失常,木气郁结,横逆乘脾犯胃,进而影响脾胃运化功能,导致腹胀、上腹痛、早饱等FD症状的发生^[10]。相关研究发现,肝气郁结可影响胃电、胃肠平滑肌张力及单胺神经递质水平,从而抑制胃肠动力而出现消化不良症状^[15]。

3 从肝治疗FD

3.1 复方中药治疗FD 肝的疏泄功能可影响脾升胃降,所以肝输泄正常,气顺则通,胃自安和,即是“治肝可安胃”。因此疏肝为治疗FD的常用治则。王稹等^[16]运用疏肝理气明方柴胡疏肝散加减治疗79例FD患者,总有效率为91%,效果较好,由此可见,在FD的治疗中,疏肝法具有良好的临床疗效。王菁等^[17]运用具有疏肝健脾作用的加味四逆散治疗33例FD患者,其总有效率明显高于服用多潘立酮的对照组,且症状改善及胃排空率优于对照组 ($P<0.05$)。刘雪梅^[18]运用具有调理肝胃气机作用的加味肝胃逍遥汤治疗150例FD患者,治疗组总有效率为93.33%,对照组为78.99%,2组相比具有

明显差异性 ($P\leq 0.01$)。叶人^[19]在治疗FD患者时运用具有疏肝解郁,理气和胃作用的舒肝调功饮,其治疗前后症状积分、症状严重程度及远期预后效果等改变均明显优于对照组。汪静娟等^[20]运用柴胡疏肝散合二陈汤加减,形成具有疏肝理气作用的疏肝和胃汤,治疗肝胃不和型FD患者,疗效显著。丁霞教授善于从调理肝胃气机方面治疗FD,一般常用香苏散加减治疗,在临床应用时取得了良好的临床疗效^[21]。魏明^[22]运用调肝法治疗FD,主要包括疏肝和胃法(柴胡疏肝散加减)、疏肝健脾法(四逆散合香砂六君子汤加减)、疏肝泄热法(丹栀逍遥散加减)、养肝和胃法(一贯煎加减),配合调节精神,在临床治疗中取得了较好的效果。朱西杰教授认为对于FD的治疗应注意调肝以助运和胃,理肝以健运安胃,自拟蜥蜴脱敏动力散(蜥蜴、乌药、乌梅、五味子、柴胡、白芍、牡蛎、枳实、焦山楂、干姜等研为末),临床发现可以提高肠道敏感性,增加胃肠动力,因此在治疗FD上取得了良好的临床效果^[23]。

3.2 中医外治法治疗FD 运用具有疏肝理气作用的中医外治法在治疗FD中也取得了良好的临床疗效。天津中医药大学第一附属推拿科已故的胡秀璋主任自创的胡氏腹部推拿法联合针灸具有提高胃动素水平的作用,在治疗肝胃不和型FD患者上有效率明显优于对照组^[24]。相关临床研究发现利用疏肝和胃作用的针刺方法治疗FD,在症状积分下降,精神健康、躯体疼痛及社会功能的改善上明显优于对照组^[25]。吴泰鑫^[26]运用温针灸治疗肝气犯胃型FD患者,其总有效率明显高于普通针刺组,且提高健康状况相关生活质量量表积分上也明显优于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.01$)。石亮^[27]运用具有调理气机、健脾和胃作用的针刺配合热敏灸治疗FD患者,在总有效率及症状减轻上均明显优于对照组 ($P<0.05$)。李杰等^[28]运用针灸联合耳穴贴压法治疗FD,治疗后治疗组胃功能症状改善明显优于对照组,取得较好的临床效果。王成伟^[29]采用针灸治疗FD伴有情绪障碍患者时,其主要症状及抑郁状态与单纯中药治疗组对比明显改善,效果良好。

由此可见,中医药及中医外治法在治疗FD上取得了良好的临床疗效,值得深入研究及推广。

4 讨论

FD是目前常见的消化系统基本疾病,其发病机制目前尚不明确,但无论从西医还是中医方面上来讲,大部分研究者还是认为精神心理因素,即中医上提到的肝郁,在FD的发病中具有十分重要的作用。但目前西医治疗基本在对症治疗的基础上,使用抑酸药、抗

酸药、促胃肠动力药以及根除幽门螺杆菌,必要时心理治疗等^[9],但症状易反复,迁延难愈。而中医从肝论治取得了较好的临床疗效,且安全性高,副作用小,因此在FD的治疗上值得进一步探讨研究及推广。

参考文献

- [1]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组.中国功能性消化不良专家共识意见(2015年,上海)[J].中华消化杂志,2016,36(4):217-229.
- [2]Stanghellini V, Talley NJ, Chan F, et al. Rome-IV-Gastrointestinal disorders, Gastroenterology, 2016, 150(6): 1380-1392.
- [3]Wai CT, Yeoh KG, Ho KY. Diagnostic yield of upper endoscopy in Asian patients presenting with dyspepsia [J]. Gastrointestinal Endoscopy, 2002 (56): 548-551.
- [4]李瑜元, 裴玉强, 沙卫红, 等. 社会心理因素和功能性消化不良的关系: 流行病学调查(英文)[J]. 中医杂志, 2002(7): 122-124, 155.
- [5]柯美云. 中国消化不良的诊治指南(2007 大连)[J]. 胃肠病学, 2008(2): 114-117.
- [6]李勇, 贺丹军, 魏睦新. 功能性消化不良与精神心理因素的相关性及中药的干预作用[J]. 世界华人消化杂志, 2012, 20(32): 3081-3086.
- [7]贾子亮, 白光. 从肝论治功能性消化不良[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(20): 39-40.
- [8]Enck P, Kaiser C, Felber M, et al. Circadian Variation Of Rectal sensitivity and gastrointestinal peptides in healthy volunteers[J]. Neurogastroenterol Motil, 2009, 21(1): 52-58.
- [9]Pajala M, Heikkinen M, Hintikka J. A prospective 1-year follow-up study in patients with functional or organic dyspepsia: changes in gastrointestinal symptoms, mental distress and fear of serious illness[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2006, 24(8): 1241-1246.
- [10]唐军伟, 吕林. 从肝论治功能性消化不良概述[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(9): 141-143.
- [11]徐亮, 徐剑群. 功能性消化不良与精神心理因素关系的研究进展[J]. 徐州医学院学报, 2010, 30(6): 418-420.
- [12]姜慧敏, 蒋义斌, 张少虹. 精神心理干预在功能性消化不良的药物治疗中的作用[J]. 药学服务与研究, 2008(1): 52-54.
- [13]张声生, 赵鲁卿. 功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(6): 2595-2598.
- [14]周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 186-188, 197-198.
- [15]张三印. 肝气郁结影响胃肠运动的机理研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2003.
- [16]王祺, 钱屹. 柴胡疏肝散加减从肝论治功能性消化不良 79 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2005(23): 3117.
- [17]王菁, 胡运莲. 从肝论治功能性消化不良 33 例临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(11): 54-55.
- [18]刘雪梅. 从肝论治功能性消化不良 150 例疗效观察[J]. 四川中医, 2009, 27(8): 74-75.
- [19]叶人, 蔡慎初, 项祖闯. 从肝论治功能性消化不良的临床体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2003(16): 1763-1764.
- [20]汪静娟, 张凤菊. 从肝论治功能性消化不良体会[J]. 实用中医药杂志, 2003(9): 494.
- [21]王龙华, 苏泽琦, 朱辰辰, 等. 丁霞教授从肝论治功能性消化不良经验[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(1): 127-129.
- [22]魏明. 调肝法在治疗功能性消化不良中的作用[J]. 中医研究, 2004(4): 49-50.
- [23]韩博, 李卫强, 肖清燕, 等. 朱西杰治疗功能性消化不良经验[J]. 江西中医药, 2011, 42(11): 19-20.
- [24]房伟, 赵雪圆. 胡氏腹部推拿配合针灸治疗肝胃不和型功能性消化不良 40 例[J]. 陕西中医, 2012, 33(2): 215-217.
- [25]陈秋萍. 疏肝和胃法针刺治疗功能性消化不良的临床研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2013.
- [26]吴泰鑫. 温针灸治疗肝气犯胃型功能性消化不良的临床疗效观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [27]石亮. 针刺配合热敏灸治疗功能性消化不良的临床研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2011.
- [28]李杰, 马占军, 梁桃. 针灸联合耳穴贴压法治疗功能性消化不良[J]. 中国康复, 2009, 24(3): 197.
- [29]王成伟, 刘梦圆, 闫江华, 等. 针灸对伴情绪障碍功能性消化不良患者的疗效观察[J]. 中国针灸, 2015, 35(9): 876-880.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 张丽慧 收稿日期: 2018-02-02)

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

刍议黄海波“管病”经验※

黄震洲¹ 张龙梅¹ 荣宝山^{2*}

(1 呼和浩特市蒙医中医医院黄海波全国名老中医药专家传承工作室, 内蒙古 呼和浩特 010030;

2 内蒙古医科大学中医学院中医临床基础教研室, 内蒙古 呼和浩特 010031)

摘要: 黄海波教授将输卵管及盆腔急慢性炎症因素所致的不孕症统称为“管病”。认为“管病”多因寒、湿、热、瘀等导致胞脉闭阻所致。针对部分患者服食汤剂困难, 依从性差, 不能长期服用的缺陷, 在中医外治法的相关理论指导下, 采用中药保留灌肠以及外敷的方法以畅管促孕, 临床疗效满意。

关键词: 黄海波; 不孕症; 管病; 老中医经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.031

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0075-02

Discussion on Experience of Professor Huang Haibo in Treating "Tube Disease"

HUANG Zhenzhou¹, ZHANG Longmei¹, RONG Baoshan²

(1. Huang Haibo National Famous Traditional Chinese Medicine Experts Inheritance Studio, Hohhot Hospital of

Traditional Chinese Medicine and Mongolian Medicine, Inner Mongolia, Hohhot 010030, China;

2. College of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010030, China)

Abstract: Professor Huang Haibo refers to the infertility caused by the acute and chronic inflammatory factors in fallopian tubes and pelvic cavity. It is believed that "tube disease" is caused by cold, humidity, heat and blood stasis. Some patients have difficulty eating, poor compliance and not long-term use. Under the guidance of relevant theories of traditional Chinese medicine external treatment, the method of Chinese medicine retention enema was adopted and applies with the smooth tube pregnancy, and the clinical curative effect is satisfied.

Keywords: Huang Haibo; infertility; tube disease; experience of traditional Chinese medicine doctor

1 对不孕症和“管病”的认识

黄海波教授将输卵管及盆腔急慢性炎症因素所致的不孕症统称为“管病”。认为其多因寒湿之邪凝滞经脉, 或湿郁久化热, 或热毒、湿之邪侵及胞宫胞脉, 使气血失和, 聚而不散, 在局部形成瘀滞, 致使胞脉闭阻; 或金刃直损、经期摄生不慎, 瘀热湿毒侵袭, 与血互结, 气血运行不畅, 冲任受损, 邪毒塞滞于下焦, 终致胞脉闭阻不通, 难以摄精成孕。病理关键在于经脉瘀堵。多以腹痛、性交痛、带下病等输卵管阻塞性不孕症、妇科盆腔炎症性疾病等表现为常见临床症状。辅助检查: 子宫输卵管碘油(造影), 妇科超声, 输卵管镜, 宫腹腔镜等可作为确诊依据。

2 诊治思路

由于“管病”多因寒、湿、热、瘀等导致胞脉闭阻, 需长期用药。而服用煎剂虽疗效较好, 但味苦难咽, 不少患者有畏惧情绪, 长期服用, 有依从性差的缺陷。故黄海波教授根据祖国医学外治法的相关理论, 仿《金匱要略》中矾石丸、蛇床子散等纳药脏中的用法, 对于一些服用汤剂有困难的患者, 采用中药保留

灌肠以及外敷的方法以畅通输卵管。本法既保留了煎剂的良效, 又具有如下优势: 一方面因为直肠与子宫、附件相邻, 彼此静脉丛交互吻合, 直肠吸收充分, 中药吸收总量比口服给药吸收总量高, 生物利用度增加, 药物经直肠黏膜吸收后, 除发挥全身治疗作用外, 更重要的是能发挥局部用药效应, 使药物直接渗透到病变部位, 从而能较长时间维持有效药物浓度, 促进局部血液循环, 使增生纤维组织软化, 利于炎症病灶的吸收。另一方面, 将药物加热到39~40℃, 局部注入, 又有利于加速局部血液循环, 使局部组织营养得到改善。现代医学研究^[1]表明, 药物完全可从皮肤吸收而发挥治疗作用, 水溶性和脂溶性药物可经被动弥散, 穿透角质层渐渐被吸收。此外, 皮肤附属器汗腺、毛囊、皮脂腺也是药物吸收的通道。

黄海波教授针对“管病”之病因病机, 主张在结合现代医学诊断的基础上, 辨病与辨证相结合, 并以妇女生理、病理特点为基础, 以脏腑病变出现之“症”为辨证依据, 以舒、调、养为法, 以“畅管”。多用具有清热解毒、活血化瘀、化湿通络之品保留灌肠。代表方药: 洁炎通管汤。同时以洁炎通管汤热药渣外敷, 并在理疗灯照射下腹部以加速血液循环, 促进病理产物的吸收、消散, 以达到疏通经络, 促进机体的再生和修复之目的。强调输卵管因素不孕绝非单纯机械性攻伐能独胜, 应注重整体功能的调节, 改善输卵管局部

※ 基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室项目[No.(2014)252号]

* 通讯作者: rongbaoshan2009@163.com

血液循环,促使粘连松解,恢复输卵管本身蠕动,畅通的生理特性。

由于不孕症是由一种或多种疾病因素、理化因素及不良生活方式作用于生殖众多环节后导致的一种病证。所以黄海波教授在诊治不孕不育症时往往要求男女同时检查,针对具体病因,辨证施治,同时在诊治过程中,注重心理疏导,给予健康指导,在条件成熟时根据女方月经周期情况予以必要的生活指导,必要时常酌情配伍柴胡疏肝散加活血通络之品口服,以提高受孕几率。

3 用药经验

黄海波教授治疗“管病”惯用中药保留灌肠法,以洁炎通管汤为基础方,治疗痛疼性(盆腔瘀血综合征、痛经)、增生性(子宫肌瘤、囊肿包块)、炎性(输卵管阻塞性不孕、盆腔炎)等疾病。药物组成:鸡蛋花15~30 g,蒲公英30~60 g,败酱草30~60 g,连翘10~20 g,白花蛇1条,蜈蚣1条,海藻15~30 g,昆布15~30 g,三棱15 g,莪术15 g,丹参30 g,穿山甲10~30 g,路路通30 g,乌药10 g,桂枝10 g。加减:热重于湿加紫花地丁、红藤、大黄;湿重于热加苍术、黄柏、土茯苓;气虚加生黄芪、扁豆、肉桂;寒湿加炮附片、砂仁、桂枝;气滞者加炒枳壳、大腹皮、姜厚朴;血瘀者加鳖甲、水蛭、土鳖虫。

本方为保留灌肠外用方,过敏体质慎用,经期或患有不适宜中药保留灌肠法治疗的内科疾病患者禁用。如为内服使用,方中药物剂量宜酌情减量。使用方法:上述中药煎取约200 mL,冷却至38℃左右,嘱患者每晚睡前,排空大便后静卧,用肛管插入肛门内15~18 cm行保留灌肠,尽可能延长药液保留时间,以利于药物充分吸收,每日1次。外敷方即洁炎通管汤。使用方法:在中药保留灌肠的同时,以洁炎通管汤热药渣拌入适量樟脑,以纱布包裹,温热外敷于下腹部两侧输卵管的体表位置,温度以患者能耐受为度,时间1小时左右。以理疗灯照射,以保持温热状态。借热力的通达作用,使药气直入任脉,抵达胞宫。《本草纲目》载樟脑有通关窍,利滞气之功。外敷的热效应及药物作用可使盆腔局部血液循环加快,血管扩张,加速炎症的消散及吸收。

中医学有“瘀血不祛,新血不生”之论,故在行经期间,黄海波教授常用少腹逐瘀汤加穿山甲15~30 g,路路通10 g,其病邪可随经血下而解。穿山甲性味咸,微寒,入肝、胃经,有活血散结、通经下乳、消痈溃坚之功;路路通有祛风活络,利水通经之功。刘美芳^[2]研究发现:穿山甲可加快局部血液循环改变血液流变性,增加纤溶酶活性,促进已形成的纤维蛋白溶解,从而松解粘连组织,解除输卵管内的梗阻和管外的粘连;通过抗感染作用,迅速杀灭细菌,清除异物,溶

解并加速坏死组织的清除而疏通输卵管;抑制氧自由基损伤过度,以促进组织修复,保护输卵管上皮细胞,提高输卵管黏膜上皮纤毛的活力,恢复输卵管的拾卵、运卵功能,最终达到成功受孕。李荔等^[3]认为活血祛瘀类药物可对卵巢产生良性调节作用,提高卵泡发育水平,有效改善患者内分泌系统。

4 验案举例

王某某,女,30岁。初诊时间:2008年5月12日。婚后曾孕50余天,流产后间断性出血10余天,经中医治疗血止。3年来多方求医至今仍不孕。经我院检查:男方精液正常,妇科常规妇检也未见异常。患者诉:流产后常少腹隐痛,月经不调,有时提前或错后,量少或淋漓不断,色暗红有血块,腹凉作痛,带多色黄有异味,有时带中见少量暗红色血,素腰困痛,膝软乏力。经B超结果显示双角子宫,为能确诊,经子宫输卵管碘油造影结果为双角子宫、双侧输卵管间质部完全阻塞。舌红苔薄黄腻,脉细略数。证属湿热瘀阻,肾虚不孕。治则:清热利湿、活血化瘀。处方:鸡蛋花15 g,蒲公英30 g,连翘12 g,败酱草30 g,泽泻12 g,赤芍10 g,茯苓10 g,薏苡仁10 g,皂角刺10 g,丹参30 g,路路通12 g,三棱10 g,莪术12 g。15剂,水煎保留灌肠,同时以热药渣外敷并以神灯照射,以保持温热状态。

二诊:用药后少腹隐痛明显好转,带白无味,原方加焦杜仲12 g,桑寄生10 g,再以上法治疗15剂。经期停药,改为少腹逐瘀汤加味。方拟:炒干姜5 g,赤芍9 g,当归10 g,炒五灵脂7 g,生蒲黄9 g,川芎6 g,制没药5 g,延胡索7 g,肉桂9 g,穿山甲10 g,路路通10 g,益母草10 g,牡丹皮6 g。水煎服。每月经期连服4剂,早晚饭后各温服100 mL。

三诊:腹痛消失,经期略有腹痛,血块减少,经量适中,但腰痛困乏无力仍未明显好转。采拟补肾虚、调冲任、通脉络。处方:鹿茸5 g(研末),淫羊藿10 g,枸杞子10 g,续断10 g,焦杜仲12 g,穿山甲20 g,赤芍10 g,丹参10 g,路路通12 g,三棱6 g,莪术6 g,败酱草10 g,甘草6 g。水煎保留灌肠。连用25剂。

四诊:诸症消失,精神佳,经净5天,输卵管通液结果显示:双侧输卵管轻度通而不畅。效不更方再用25剂,经期再用少腹逐瘀汤加味4剂治之,再连用2月后女方闭经出现妊娠反应,经妊娠试验呈阳性,次年剖腹产一足月健康女婴。

参考文献

- [1]王端义,贾怀玉,纪化美.中医敷脐疗法[M].北京:人民卫生出版社,1991:5.
- [2]刘美芳,匡继林.浅议穿山甲治疗输卵管阻塞性不孕症的作用机制[J].湖南中医杂志,2014,30(2):104-105.
- [3]李荔,莫惠,文斌,等.针灸联合二甲双胍治疗肥胖型多囊卵巢综合征不孕症的临床研究[J].中华中医药杂志,2014,29(7):2115-2117.

(本文编辑:李海燕 本文校对:钱占红 收稿日期:2018-01-03)

赵振昌治疗肾性血尿的经验[※]

杨瑞军 张守琳 刘艳华*

(长春中医药大学中医内科学, 吉林 长春 130021)

摘要: 本文介绍赵振昌治疗肾性血尿的经验。赵振昌认为肾性血尿的病机关键在于脾肾亏虚、湿热瘀阻, 辨证分脾肾亏虚证、阴虚火旺证、外感风热证、湿热内蕴证、毒热交结证、瘀血内阻证、本虚寒凝证, 注重临床权变, 有效地指导了临床实践。

关键词: 肾性血尿; 赵振昌; 中医治疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.032

文章编号:1672-2779(2018)-09-0077-03

The Experience of Professor Zhao Zhenchang in the Treatment of Renal Hematuria

YANG Ruijun, ZHANG Shoulin, LIU Yanhua*

(Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: This paper introduced the experience of Professor Zhao Zhenchang in the treatment of renal hematuria. Professor Zhao Zhenchang believes that the key to the pathogenesis of renal hematuria lies in the deficiency of spleen and kidney, the resistance of heat and humidity. The syndrome is considered different types, including spleen and kidney deficiency syndrome, yin deficiency heat syndrome, external wind heat syndrome, heat and humidity syndrome, toxic heat transfer syndrome, blood stasis syndrome and the cold inside syndrome. He Pays much attention to the clinical contingency and guides the clinical practice effectively.

Keywords: renal hematuria; Zhao Zhenchang; therapy of traditional Chinese medicine

肾性血尿是指排除结石、结核、肿瘤、尿路感染、肾外出血因素及泌尿系结构异常等因素, 血液经肾脏随小便排出体外的疾病, 故又称为肾小球性血尿。通常以反复发作的肉眼血尿或持续镜下血尿为特征, 可见于多种肾小球疾病。IgA肾病是肾小球性血尿的常见原因, 某些进展性肾小球疾病早期, 也可仅表现为无症状血尿。现代医学对不伴有蛋白尿、高血压、肾功能下降的血尿尚无积极的干预措施, 也并不能阻止若干年后该病进展为终末期肾病。因此, 关注肾性血尿并给予积极治疗, 实属必要。肾性血尿可归属于中医“尿血”的范畴进行辨证论治。

赵振昌教授是国家级名老中医, 国家中医药管理局师承工作指导老师, 从医五十余年, 一直服务于长春中医药大学附属医院, 其家学渊源深厚, 临床善于治疗肾病, 疗效显著。其在长期的临床实践中发现, 即使是单纯镜下血尿的患者, 也存在脾肾亏虚、湿热瘀阻之“证”, 如果能见微知著, 见病知机, 及时给予对证治疗, 确实可以阻断或延缓该病的进展。本文试总结其治疗肾性血尿的经验, 为临床提供参考借鉴。

1 病因病机

赵振昌教授认为, 肾性血尿的病机关键在于脾肾亏虚、湿热瘀阻。

1.1 脾肾亏虚为本 脾肾亏虚是肾性血尿发生的根本。邪之所凑, 其气必虚, 人体正气的亏虚是造成机体功

能紊乱、招致疾病的根本。乔成林^[1]认为肾性血尿多由气虚失摄所致, 其发病脏腑多责于脾肾二脏, 日久肾气不足, 火不生土, 以致中气虚损, 统摄无权, 血不归经随尿血。脾肾为人体先后天的根本, 脾统血, 肾藏精, 脾肾亏虚可导致血液不能潜藏统摄于脉内, 反而溢于脉外, 导致尿血。李东垣《脾胃论》指出: “百病皆由脾胃衰而生也”, 因此, 外受湿邪, 饮食所伤, 劳累过度, 思虑太过, 各种外邪内患久客于身, 常先困脾, 均可导致脾气亏虚, 血失统摄, 血溢脉外, 而致尿血。赵振昌教授认为, 不仅饮食不节可伤脾害胃, 现代人大多生活不规律, 衣着过薄可外招寒湿, 劳累熬夜、工作压力大、所思不遂等, 皆可损伤脾胃, 从而导致一系列疾病, 因此脾虚在现代人的致病因素中比较多见。肾主封藏, 先天禀赋不足, 后天失养, 或因外邪由表入里而内伤于肾; 或因久病失治误治, 耗伤肾精, 以致肾气虚而封藏失职; 或肾阴亏虚, 阴虚火旺, 肾与膀胱脉络被灼, 迫血妄行, 均可导致尿血。故脾肾亏虚为肾性血尿发生的内在根本。

1.2 湿热瘀阻为标 肾病恒有湿。湿邪有外感、内生两端。外感寒湿或湿热之邪, 皆可入里化热; 肾主水, 肾虚主水功能障碍, 势必内生湿浊之邪, 在体蕴久化热, 湿热胶结, 循经下注, 热灼肾络, 血溢脉外而致尿血。湿性缠绵难解, 这也是肾病易于慢性化的因素之一。故湿热伤肾是肾性血尿发生的基本原因。

热迫血络可致尿血。赵振昌教授辨治肾性血尿对热邪尤其强调, 认为热有虚实之分: 虚热是指虚火内盛, 灼伤肾络, 导致尿血。实热分为风热、毒热、湿热。表虚卫不固, 或外感风寒袭表, 入里化热, 风热

※ 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; 吉林省中医药科技项目[No.2016035]

* 通讯作者: liuyanhu0715@126.com

外侵,邪热搏结咽喉,循经伤及肾络而尿血。故肾性血尿患者常在急性上呼吸道感染时出现咽喉红肿疼痛,喉核肿大,继见肉眼血尿,或镜下血尿加重。或因外感毒热,或热蕴日久化毒,毒热之邪损伤脉道,或循经下犯,损伤肾络而致尿血。

瘀血阻络,可使血不循经而致尿血。李学铭认为瘀血贯穿肾性血尿病程始终,既是本病的病理产物,又是病情加重的重要原因^[2]。因虚致瘀主要包括气虚血瘀、阳虚血瘀及阴虚血瘀。实邪导致血瘀则主要分为外感和内伤两大类。外感风寒入里化热,或感受风热、毒热,损伤脉络,血溢脉外发为血尿。内伤主要包括因湿致瘀、气滞血瘀和出血血瘀。尿血属离经之血,而离经之血即是瘀血^[3]。

总之,脾肾亏虚,正气不摄,湿热瘀阻,迫血妄行,导致肾络受伤而尿血。

2 辨证论治

《景岳全书·杂证谟·血证》指出:“凡治血证,须知其要,而血动之由,惟火惟气耳。故察火者但察其有火无火,察气者但察其气虚气实。知此四者而得其所以,则治血之法无余义矣”。这是治疗血证的总则,肾性血尿亦不能脱于此。《证治汇补·尿血》中指出:“胞移热于膀胱则尿血,是尿血未有不本于热者,但有各脏虚实之不同耳”。但邪热分虚实,实热治应清热泻火;虚热治应滋阴降火。夹湿需注意健脾除湿及清热利湿;瘀血阻络应活血通络,止血而不留瘀。赵振昌教授治疗肾性血尿,主要针对其“脾肾亏虚,湿热瘀阻”的病机关键,围绕虚、热、湿、瘀辨证论治。

临床辨证用药如下:(1)脾肾亏虚证,可见体倦乏力,气短懒言,面色少华,纳差食少,腹胀便溏,畏寒怯冷,腰膝酸软,头晕耳鸣,每遇劳累易复发,见肉眼血尿或镜下血尿,舌淡红体胖边有齿痕,脉沉细或细弱。治宜滋肾健脾,凉血止血,益气摄血。方用自拟培本止血方加减。药用黄芪、山药、党参、生地、熟地、知母、白术、茯苓、山萸肉、女贞子、小蓟、白茅根、丹皮、淫羊藿、肉苁蓉、杜仲、菟丝子。水煎服,日1剂。赵振昌教授认为,淫羊藿、肉苁蓉、杜仲、菟丝子温补肾阳而固精,性质不甚燥烈,故而喜用。(2)阴虚火旺证,多为持续镜下血尿,可见头晕目眩,腰膝酸软,手足心热,遗精盗汗,耳鸣心烦,口干咽燥,虚烦不寐,舌红绛少苔,脉细数。治宜滋阴清热,凉血止血。方用知柏地黄汤合二至丸加减。(3)外感风热证,多见血尿鲜红,病程短,常于外感后咽痒咳嗽,咽干咽痛,咽喉肿痛,口渴喜饮,舌红苔薄黄,脉浮数。治宜疏风清热,凉血止血。方用银翘散加减。(4)湿热内蕴证,多见血尿缠绵难愈,排尿灼热感,脘腹胀满,肢体倦怠困重,纳呆,腰痛,口干渴,舌红苔黄腻,脉滑数。治宜清热利湿,

凉血止血。方用八正散加减。可加用白花蛇舌草,清热利湿解毒,活血散瘀利尿,赵振昌教授将其作为治疗肾性血尿湿热内蕴之要药。(5)毒热交结证,常见肉眼血尿,或见皮肤紫癜,发热,咽痛,心烦口渴,大便干,舌红,苔黄,脉滑数。治宜清热解毒,凉血止血。方用犀角地黄汤加减。(6)瘀血内阻证,可见尿血,颜色暗红,夹有血块,排尿不畅,少腹刺痛拒按,夜间加重,舌唇紫暗或有瘀点、瘀斑,苔薄,脉涩或沉细。治宜活血化瘀,通络止血。方用血府逐瘀汤加减。(7)本虚寒凝证,尿血颜色时而淡红,时而暗红,排尿不畅,少腹腰部冷痛,四肢不温,纳呆,大便稀溏,舌唇淡暗,苔薄,脉沉细涩。治宜补本培元,温阳通络。方用右归丸合当归四逆汤加减。

3 临床权变

如小便黄赤灼热,尿色鲜红,口干渴等实热证候,多加用凉血止血药,如:地榆、地肤子、鳖甲、茜草等;若小便短赤带血,手足心热,两颧潮红,耳鸣耳聋等阴虚内热证时,多加用滋阴清热药,如:牡丹皮、鳖甲、白芍、墨旱莲等;若尿量少,双下肢及眼睑轻度浮肿,身体困倦等湿困证候,多加用利尿消肿药,如:白术、茯苓、泽泻、车前子等。若便秘,纳呆,可加用肉苁蓉、大黄、郁李仁、火麻仁等润肠通便药;若血压偏高,头晕目赤等肝阳上亢证,可加用钩藤、天麻、石决明等平肝潜阳药等,不胜枚举。

4 医案举例

张某某,女,26岁。初诊:2014年9月27日。主诉:镜下血尿7个月,加重5天。现病史:患者7个月前体检,尿常规:潜血2+,血尿定位:肾小球性血尿,未系统治疗,后反复出现乏力、腰酸、小便短赤等症状。5天前劳累后乏力加重,伴腰酸、尿黄,现就诊于我院门诊,诊断为“隐匿型肾小球肾炎”。刻见:神疲乏力,气短懒言,腰酸,五心烦热,肢凉,纳可,寐差,尿时黄,大便正常,月经提前,舌淡红,苔薄,脉弦细。理化检查:尿常规:潜血1+,RBC:109/μL;血尿定位:肾小球性血尿,异型RBC占75%。中医诊断:尿血,气阴两虚。西医诊断:隐匿型肾小球肾炎。治法:补气养阴,凉血止血。方药:四君子汤合六味地黄丸加减。山萸肉20g,山药30g,白术15g,黄芪20g,生地20g,茯苓30g,小蓟20g,侧柏炭20g(包煎),鳖甲50g(先煎),地榆20g,白茅根50g,仙鹤草20g,百合30g,熟地黄20g,茜草20g,萆薢子20g,杜仲20g,地肤子20g。上方水煎取汁300mL,每次150mL,日2次口服。

二诊:经两次复诊服药20剂后,尿常规:潜血1+,RBC:80.2/μL,神疲乏力、气短懒言缓解,出现腰痛,尿黄,大便正常,舌红,苔薄黄,脉弦细。续调服以巩固疗效。加减治疗3月余,复查:尿常规:潜血-,RBC:

4.6/ μ L, 腰痛、乏力明显缓解, 纳可, 寐良, 二便正常。舌淡红, 苔薄黄, 脉弦细。续调服以巩固疗效。

按语: 对于反复血尿, 神疲乏力, 气短懒言, 腰酸, 五心烦热, 舌淡红, 苔薄, 脉弦细, 多见于阴虚内热, 热伤阴络而下血, 其中腰酸、五心烦热为肾阴亏虚典型症状。患者为青年女性, 此类患者多为先天禀赋不足, 后天失养, 肾主纳气, 脾主统血, 气血生化之源, 日久则气阴两伤, 气不摄血, 而见尿血, 故治疗以鳖甲益气养阴, 补肾培元, 凉血止血为主, 方中山萸肉、山药、白术、黄芪、生地黄以益气养阴补耗伤之气血, 藕节、地榆、茜草凉血化瘀止血, 地肤

子、连翘清热利湿治标, 全方合用, 补气固摄, 养阴清热, 故而尿血愈。

5 小结

赵振昌教授治疗肾性血尿经验丰富, 其在明确认识脾肾亏虚、湿热瘀阻病机关键的基础上进行辨证论治, 注重灵活权变, 有效指导了临床实践。

参考文献

- [1] 吴喜利, 安鹏, 叶冰玉, 等. 乔成林治疗肾小球源性血尿经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(6): 586-587.
- [2] 范军芬. 李学铭治疗肾性血尿经验简介[J]. 山西中医, 2011, 27(6): 11-12.
- [3] 戴璐, 武士锋, 杨洪涛. 基于古籍文献探讨尿血的病因病机源流[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2013, 14(6): 563-564.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 王成武 收稿日期: 2017-12-22)

苏云教授治疗脾肾阳虚型便秘经验总结

孙雅鹏¹ 苏云^{2*}

(1 山西中医药大学硕士研究生2015级, 山西 太原 030619;

2 山西中医学院附属医院肛肠一科, 山西 太原 030024)

摘要: 济川煎加减是治疗脾肾阳虚型便秘的代表方剂。便秘的病因病机错综复杂, 病位在大肠, 病变涉及五脏, 脾肾阳虚型便秘多涉及肾脏。导师苏云教授认为, 肾阳虚, 大肠失于温煦, 寒凝气滞, 大肠蠕动停滞, 是引起便秘的重要原因之一。故, 苏云教授认为, 补益脾肾为本, 祛除外邪为标, 内用中药调理, 外用敷贴巩固, 内调外敷治疗脾肾阳虚型便秘, 在临床上取得了良好的临床疗效, 为临床上治疗便秘提供了依据。

关键词: 便秘; 脾肾阳虚; 中药敷贴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.033

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0079-03

Experience Summary of Professor Su Yun in the Treatment of Yang Deficiency of Spleen and Kidney Constipation

SUN Yapeng¹, SU Yun²

(1. Grade 2015 Graduate, Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030619, China;

2. Proctology Department, the Affiliated Hospital of Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030024, China)

Abstract: Jichuan decoction is the representative prescription for the treatment of yang deficiency of spleen and kidney constipation. The cause of constipation pathogenesis is complex, the disease lies in the large intestine, and lesions involves the five internal organs. The yang deficiency of spleen and kidney constipation involves the kidney. Professor Su Yun thinks that kidney yang, loss of warm in the colon, cold coagulation stagnation, stagnation of large intestine is one of the important causes of constipation. Professor Su Yun believes that tonifying the spleen and kidney is the basis, dispelling the external evil as the standard, treating constipation with internal and external application with Chinese herbal medicine, applying external application, and treating constipation with deficiency of spleen and kidney yang, and has achieved good clinical effect. It provides a basis for clinical treatment of constipation.

Keywords: constipation; yang deficiency of spleen and kidney; Chinese medicine application

导师苏云教授, 主任医师、硕士生导师、山西省名中医, 山西中医学院附属医院肛肠防治中心主任, 从事肛肠系统疾病的研究与诊治30余年, 对便秘(constipation)的诊治形成了自己独特的观点和经验, 对便秘的中医治疗也有很深的造诣, 余有幸师从苏云教授, 在跟师学习过程中获益匪浅, 现将论治中医便秘的一点经验述之如下。

便秘是一种大肠病证, 是由于大肠传导功能失常导致的, 临床以大便排出困难, 排便时间延长或排便间隔时间长为特征。西医学中的功能性便秘, 如: 肠易激综合征、肠炎恢复期、直肠及肛门疾病所致之便秘, 药物性便秘, 内分泌及代谢性疾病所致的便秘,

以及肌力减退所致的便秘等都属本病范畴。

1 病因病机

《素问·厥论篇》曰: “太阴之厥, 则腹满腹胀, 后不利。” 《素问·举痛论篇》曰: “热气留于小肠, 肠中痛, 瘕热焦渴, 则坚干不得出, 故痛而闭不通矣。” 可见《内经》中已经认识到便秘与脾胃受寒、肠中有热和肾病有关。再如《灵枢·邪气脏腑病形》曰: “肾脉微急, 为不得前后。” 仲景对便秘已有了较全面的认识, 提出了寒、热、虚、实不同的发病机制, 设立了承气汤的苦寒泻下, 麻子仁丸的养阴润下, 厚朴三物汤的理气通下, 以及蜜煎导诸法。《兰室秘藏·大便结燥门》谓: “若饥饱失节, 劳役过度, 损伤胃气, 及食辛热厚味之物, 而助火邪, 伏于血中, 耗散真阴, 津液亏少, 故大便燥结。” “大抵治病, 不可一概用巴

* 通讯作者: sxzysy@163.com



豆、牵牛之类下之，损其津液，燥结愈甚，复下复结，极则以至引导于下而不通，遂成不救。”故李东垣强调了饮食劳逸与便秘的关系，指出治疗便秘不可妄用泻药。程钟龄的《医学心悟·大便不通》将便秘分为“实秘、虚秘、热秘、冷秘”。

苏云教授认为便秘的发病原因是多方面的，主要有外感寒热之邪，内伤饮食情志，病后体虚，阴阳气血不足等方面。并且这些病因病机之间常常互相转化，或相兼为病。如肠胃积热与气机郁滞可以并见，阴寒积滞与阳气虚衰可以相兼；气机郁滞日久化热，可导致热结；热结日久，耗伤阴津，又可转化成阴虚等等。然而，便秘总以虚实为纲，冷秘、热秘、气秘属实，阴阳气血不足所致的虚秘则属虚。虚实之间可以转化，可由虚转实，可因虚致实，而虚实并见。归纳起来，形成便秘的基本病机是邪滞大肠，腑气闭塞不通或肠失温润，推动无力，导致大肠传导功能失常。

余导师苏云教授认为脾肾阳虚型便秘的病因为：患者得病初期，不予重视，拖延病期，使疾病由实转虚，或前期未能正确治疗，多用寒凉泻下之品解一时之快，如番泻叶、大黄、芒硝、芦荟等，损伤中阳，脾虚则运化失司，糟粕内停；《景岳全书》：“凡下焦阳虚，则阳气不行，阳气不行不能传送，而阴凝于下，此阳虚而阴结也”，阳虚则胃肠失于温煦，肠道失于濡养，推动无力，传导失司则大便难下形成便秘。长期服用苦寒攻伐之品，耗伤阳气，致肾阳虚弱，肾开窍于二阴，肾阳为本，肾阳亏虚，则阴寒内生，肠道失于温煦，推动无力，小便清长、大便艰涩形成便秘。

苏云教授认为脾肾阳虚型便秘主要表现为大便排出困难，粪质干硬，排出困难，排便时间、排便间隔时间延长，大便次数减少，常三五日、七八日，甚至更长时间解一次大便，每次解大便常需半小时或更长时间，常伴腹胀腹痛，头晕头胀，暖气食少，心烦失眠等症；或粪质干燥坚硬，排出困难，排便时间延长，常由于排便努挣导致肛裂、出血，日久还可引起痔疮，而排便间隔时间可能正常；或粪质并不干硬，也有便意，但排便无力，排出不畅，常需努挣，排便时间延长，多伴有汗出、气短乏力、心悸头晕等症状。由于燥屎内结，可在左下腹扪及质地较硬的条索状包块，排便后消失。余跟师两年余，临床最常见表现为大便干或质中，不易排出，无便意，虽偶有便意却排出困难，伴有肛门憋胀下坠感及里急后重症，小便清长，面色㿔白，畏寒肢冷，甚则腹中冷痛，腰膝酸软，舌质淡，苔白，脉沉迟^[1]。本病起病缓慢，多属慢性病变过程，多发于中老年和女性。

2 诊治经验

2.1 中药汤剂 苏教授擅长治疗脾肾阳虚型便秘，近年来在过去辨证论治的基础上，对专方专药治疗便秘的

研究比较多，并取得了一定的成绩。常使用济川煎加减治疗脾肾阳虚型便秘，即肉苁蓉（酒洗去咸）20 g，当归15 g，牛膝15 g，泽泻10 g，升麻10 g，枳壳15 g，火麻仁20 g，制附子9 g（先煎），熟地黄15 g，玉竹6 g。

脾肾阳虚贯穿整个病理过程，但疾病本质是以虚为主，实邪亦可挟在其中，如湿邪、热邪、瘀邪等。《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》：“趺阳脉微弦，法当腹满，不满者必便难，两胁疼痛，此虚寒从下上也，当以温药服之”，是故在治则治法上要以补为本^[2]。

“北方色黑，入痛于肾，开窍于二阴。”在《内经素问》中，古人认为便秘与肾的关系十分密切。肾主水，开窍于二阴，司二便，若肾阳虚衰，则下元不温，气化无力，则五液失主，纳合失司，致小便清长而大便秘结。肾之府为腰，肾虚则腰膝乏力酸软。治则上宜温肾益精，润肠通便。方中君药为肉苁蓉，功效为温肾助阳，润肠通便。臣药为当归补血理血，润肠通便，牛膝补肾强腰，共引药下行。佐药为枳壳破气消积，化痰除满以助通便，泽泻利小便而泄肾浊。清阳升则浊阴自降，稍加升麻以升清阳，最为精妙，诸药配合为使药，共助通便。“善补阳者必于阴中求阳，阳得阴助而生化无穷”，临床运用时，多补养精血、润肠通便药物同用，故加熟地黄、玉竹养阴润燥，增强通便功效^[3]。

兼气虚者加黄芪30 g，党参15 g补中益气；兼有血虚则加制首乌20 g补血润肠；兼寒凝气滞、腹痛甚者加肉桂10 g，木香10 g温中行气止痛，加淫羊藿10 g，锁阳10 g大补元阳；兼胃气不和、恶心呕吐者加姜半夏15 g，砂仁10 g降逆止呕；肾阴阳俱虚者去泽泻，加熟地黄15 g；兼见舌红绛者，当加桃仁10 g，川芎15 g，丹参10 g活血润肠；兼见苔白腻或苔黄腻者，若湿邪盛者，当加白薏仁5 g，杏仁15 g，薏苡仁20 g化湿和中，若湿热之邪盛者，加黄连10 g，黄芩10 g，栀子15 g清利湿热；若老人虚冷便秘，可用半硫丸；若脾阳不足，中焦虚寒，可用理中汤加当归、芍药；若肾阳不足，尚可选用金匱肾气丸或右归丸。

2.2 穴位敷贴 穴位敷贴选取神阙穴，循脐部经络可直抵病所，脐部为腹壁最薄处，周围血管丰富，其下即为大肠，有利于药物的充分吸收与利用，刺激肠道蠕动。敷贴中药选取：枳实、厚朴、三棱、莪术。按照1:2:1:1的比例研磨成粉，配以适量黄酒，搅拌均匀成糊状，将其涂在脐贴上，约10 g，每次6小时，早晚2次。敷贴的中药皆有畅达肠腑气机的功效，可通过刺激肠道蠕动，促进排便；而阳虚便秘者，久病成瘀，然三棱、莪术不但通畅气机，尚有活血之效，尤宜于此症。便秘尚有外导法，如《伤寒论》中的蜜煎导法，对于大便干结坚硬者，皆可配合使用。

3 典型医案

韩某，女，54岁。于2017年6月19日在门诊以“排

便困难5年,加重3月”为主诉来诊。患者5年前无明显诱因出现排便困难,大便质中,3日1次,自行口服“通便灵”“果导片”“番泻叶”“四消丸”等药助便,效果欠佳。近3月排便困难逐渐加重,便意消失,伴里急后重症、腹部胀痛、肛门憋胀下坠感。口服“泻药”量逐渐增加,方可排便,大便干,6~7日一行,纳可,眠佳,舌质暗、苔薄白,脉沉细。诊断:阳虚便秘。治法:温补肾阳,润肠通便。方药:济川煎加减。处方:肉苁蓉(酒洗去咸)20g,当归15g,牛膝15g,泽泻10g,升麻10g,枳壳15g,火麻仁20g,制附子9g(先煎),黄芪30g,桃仁10g,丹参10g,水煎服,日1剂,早晚分服。及中药敷贴日2次。用药1周后,患者腹部胀痛逐渐减轻,矢气增多,便意逐渐恢复,期间排便2次,略有不畅,便质硬,成羊粪状;2周后,腹部偶有胀气,便意明显增多,排便4次,皆顺畅排下,仍有排不净感,便质干,成型;用药3周后,腹胀腹痛基本消失,便意恢复正常,排便8次,便质软。

按:苏云教授认为,目前阳虚便秘在中老年人群中发生率高,极大影响了患者的生活质量,老年人多真阳、真阴亏损,多属虚证,但临床多见虚实夹杂、寒热错杂,故遇老年人便秘不可一味补虚,更不可用猛进攻伐之品。故脾肾阳虚型便秘的治疗以温补肾阳,润肠通便为法,运用济川煎加减联合中药敷贴治疗

此型便秘,取得较好疗效,一般患者用药1月后可收获良效,便意普遍恢复,腹痛腹胀逐渐消失,大便次数可调整到1~2天1次,且较为顺畅,巩固疗效2月后,排便顺畅。济川煎主治阳虚阴寒内盛,功效为温阳通便。在温阳的基础上加熟地黄、玉竹养阴润燥,达到阴中求阳之效;加制附子增强其温阳之效;加火麻仁以润肠通便,增强其攻下之力。如今只用一种疗法稍显力量薄弱,故用敷贴疗法以助疗效,厚朴、枳实增强行气之功,三棱、莪术不但通畅气机,且对病久成瘀有活血之效,黄酒不但能引药入经,且温通经脉,尤宜此症。

预防调摄:患者不能单单依赖药物功效,自身生活习惯对排便有很大影响,应注意饮食调理,合理膳食,便干量少者,适当多食富含纤维素的粗粮、蔬菜、水果、避免辛辣燥火之食。增加体力活动,加强腹肌锻炼,避免久坐少动。保持心情舒畅,戒忧思恼怒,适当锻炼,可促进胃肠蠕动;养成定时排便的习惯,养成晨起排便习惯。如此才能提高治疗阳虚型便秘的疗效。

参考文献

- [1]朱勇.丁义江治疗脾肾阳虚型便秘的经验[J].江苏中医药,2015,47(9):17-18.
- [2]杨勇,丁曙晴,丁义江.阳虚便秘诊治策略[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(10):73-75.
- [3]张森,刘华生,高丽娟.温针灸联合穴位敷贴治疗阳虚便秘的临床疗效研究[J].针灸临床杂志,2015,34(5):29-31.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘丽红 收稿日期:2018-03-20)

孙晓娜辨证治疗幽门螺杆菌感染相关性胃炎经验

王春辉¹ 孙晓娜^{2*} 毛俊青¹

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

摘要:通过整理孙晓娜治疗幽门螺杆菌感染相关性胃炎的病例,总结出幽门螺杆菌相关感染胃炎的中医病因病机、辨证论治经验。孙晓娜治疗幽门螺杆菌感染相关性胃炎重视病因病机,辨证精良,用药精准,提倡辨证与辨病相结合。

关键词:幽门螺杆菌;胃炎;辨证论治;孙晓娜

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.034

文章编号:1672-2779(2018)-09-0081-03

Experience of Professor Sun Xiaona in the Treatment of Helicobacter Pylori Associated with Gastritis Based on Syndrome Differentiation

WANG Chunhui¹, SUN Xiaona², MAO Junqing¹

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

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

Abstract: By arranging cases of Professor Sun Xiaona in treating Helicobacter pylori associated with gastritis, the etiology and pathogenesis, syndrome differentiation were summed up. Sun Xiaona in the treatment of Helicobacter pylori associated with gastritis attaches importance to the etiology and pathogenesis, excellent syndrome differentiation, accurate medication, and advocates the combination of syndrome differentiation and disease differentiation.

Keywords: Helicobacter pylori; gastritis; treatment based on syndrome differentiation; Sun Xiaona

幽门螺杆菌(H.pylori,简称Hp)是一种定植于胃黏膜的微需氧革兰阴性杆菌,在世界范围内的感染率

超过50%。而我国是Hp感染率较高的国家,平均总感染率达56.22%^[1]。循证医学表明,胃炎、胃溃疡、胃癌与Hp感染关系密切。根除Hp的治疗,能够增强胃黏膜的保护,改善胃内环境,调整紊乱的胃肠消化功能,

* 通讯作者:13598009262@126.com

临床症状能够明显改善。但是随着抗生素的滥用,临床经常遇到Hp根除率降低、耐药性增高及复发率高的问题。资料表明,通过中医辨证,可以明显提升Hp根除率、降低耐药性及复发率等。孙晓娜教授行医近30载,治疗Hp相关性胃炎疗效显著。笔者有幸师从孙老学习,受益良多,现将孙老辨证论治Hp相关性胃炎的经验总结如下。

1 病因病机

Hp相关性胃炎常见的临床症状:胃痛、饱胀、反酸烧心、嗝气呃逆、口干口臭等,根据症状可归属于中医“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”等病证范畴。孙师认为本病的病因无外乎素体脾虚、饮食不节、外感六淫、内伤七情等方面,而脾胃虚弱是本病发生的基础。素体脾虚、饮食不节、外感六淫、内伤七情等诸多致病因素作用于脾胃,脾胃受损,纳运失常,升降失司。脾胃失于健运,聚湿生痰,湿热蕴结中焦,气机阻滞不畅,不通则痛。脾胃失于健运,日久化火伤阴,脉络瘀阻或长期忧思恼怒,情志不遂,肝失疏泄,气机阻滞,横逆犯胃。本病的病位在胃,与肝脾关系密切。肝属木,为刚脏,性喜调达而主疏泄,胃属土,喜润而主受纳,肝胃之间,木土相克。若忧思恼怒,肝气郁结,易于横逆犯胃,以致中焦气机不利。脾脏胃腑互为表里,同居中焦,生理上共主气机升降,病理上脾胃相涉。孙师将Hp相关性胃炎分为脾虚、湿热、气郁、血瘀四个临床证型。

2 辨证论治

2.1 健脾益气 适用于脾胃虚弱,胃失和降。主要表现为胃脘隐痛、喜按喜暖、食后胀满,纳呆少食、大便稀溏、神疲乏力,舌质淡有齿痕、苔薄白、脉沉细等。方用香砂六君子汤加味。方中党参补脾益气,为主药;白术苦温,茯苓甘淡,二者同用,加强益气助运之力;陈皮能散、能燥、能和,为脾胃宣通疏利之要药,配以木香,加强理气健脾和胃之功;清半夏燥湿化痰,砂仁健脾化湿,两者合用助脾运化;炙甘草甘温益气,助诸药以健脾益气。现代研究^[2]已证实其中的香砂六君子汤有提高免疫力的功效,可增强胃黏膜的屏障保护功能。

2.2 清热化湿 适用于湿热蕴结,中焦失司。临床常见胃脘痞闷或胀痛、胃部灼热,口苦、口臭,恶心、呕吐,大便不畅或泄泻,舌质红,苔黄厚而腻,脉弦滑数。方用半夏泻心汤加味。孙师认为Hp感染当属中医“邪气”范畴,脾胃湿热患者中Hp感染率最高,可能与脾胃湿热为Hp感染提供了有利的生长繁殖环境密切相关。清半夏性温味辛,具有和胃降逆、燥湿散结的作用;黄芩、黄连性寒味苦,具有燥湿清热之功效。姜成等^[3]在体外实验中发现,黄连对Hp的抑菌浓度值最

小,抑菌作用强。说明了在半夏泻心汤中黄连的抑菌作用是值得肯定的。干姜可散寒温中;甘草、党参味甘性平,具有益胃生津、健脾益气之功效^[4]。诸药合用,共奏清热化湿,调气畅中之功效。吴忠祥等^[5]通过小鼠实验发现半夏泻心汤可降低Hp感染小鼠血清IFN- γ 含量,调节细胞免疫保护胃黏膜,从而得出半夏泻心汤治疗Hp相关性胃病的结论。

2.3 疏肝理脾 适用于肝气郁结,横逆犯脾。临床症见胃脘胀满或胀痛,情绪因素可诱发或加重,可伴胁肋胀痛暖气、嘈杂、反酸、胸闷、食少、大便不调、心烦易怒、睡眠差、舌红、苔薄黄、脉弦。方用柴胡疏肝散加减。孙老在治疗Hp相关性胃炎时常提醒笔者,Hp反复感染患者,经常有肝气瘀结之证。故健脾不忘疏肝,调肝不忘实脾,木土同治。方中柴胡疏肝解郁为君药;香附理气疏肝,助柴胡以解肝郁;川芎、白芍行气活血而止痛,助柴胡以解肝经之郁滞,二药相合,增其行气止痛之功,为臣药;陈皮、枳壳理气行滞;芍药、甘草养血柔肝、缓急止痛,为佐药;炙甘草兼调诸药,亦为使药。诸药合用,共奏疏肝行气、健脾和胃,使肝气平、脾气健、胃气和。刘承伟^[6]用柴胡疏肝散加减治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎56例,有效率达92.86%。

2.4 活血化瘀 适用于湿热日久,气滞血瘀。此型可见胃脘刺痛,痛处拒按,痛有定处,舌质暗红或有瘀点、瘀斑,面色暗滞,脉弦涩。方用丹参饮合失笑散加减。孙师认为临床上Hp感染的胃炎患者,病情容易反复,日久耗伤气血,瘀血生毒,是产生Hp的因素之一。湿性重浊黏滞,易阻滞气机;热邪燔灼炎上,易伤津耗气。湿热胶着日久,内阻气机,气血运行不畅进而出现气滞血瘀的病理特点。方中丹参、蒲黄、五灵脂活血散瘀止痛;檀香,砂仁行气和胃。刘江龙^[7]发现失笑散加痛泻要方加味治疗Hp感染性胃炎在临床症状、根除Hp率、胃镜检查上,疗效胜过西药三联法(克拉霉素、阿莫西林、奥美拉唑)。

3 医案举隅

赵某,男,35岁。2017年11月2日来就诊。主诉:胃脘部胀满反复发作半年余,加重1周。患者平素偏嗜辛辣。半前因过量饮酒后出现胃脘部胀满不适,2017年5月曾于当地医院就诊,作胃镜检查诊断为“慢性浅表性胃炎伴糜烂”,胃镜下尿素酶试验+,并行根除Hp三联疗法和抑酸治疗,症状反复。1周前因同事聚会后症状再发加重,遂至我院门诊。现症见:自觉胃脘胀满,偶有隐痛,进食辛辣油腻、生冷之物后症状加重,纳差食少,晨起刷牙恶心,睡眠尚可,大便不爽,小便正常。查体:胃脘按之不痛,舌体胖大,舌边尖红,苔厚腻、黄白相间,脉弦滑。辅助检查:C¹³呼气试验:

阳性,数值6.5。孙师指出:患者平素偏嗜辛辣,湿热蕴结脾胃,损伤中焦脾胃,脾胃升降失常。故有心下痞满,且满而不痛、纳差、干呕等症。拟半夏泻心汤加減以寒热平调,消痞散结。处方:姜半夏10 g,黄连6 g,干姜6 g,黄芩10 g,党参10 g,姜竹茹10 g,白术15 g,木香9 g,厚朴10 g,甘草10 g,大枣5枚。15剂,每日1剂,水煎服,分2次温服。嘱患者清淡饮食,减少外出就餐机会;餐具高温消毒,单独存放;牙刷半月更换1次。复诊患者述症状大减,偶有泛酸、烧心,故守上方加煨瓦楞子30 g,海螵蛸15 g,继服20剂,症状全无,随访半年未述不适。

4 结语

孙教授认为, Hp与胃炎、胃溃疡、胃癌的发生关系确切。根除Hp感染,对阻止其向胃癌发展临床意义重大,单纯的三联疗法或者四联疗法对Hp相关性胃炎性的急性期,疗效尚可,但随着抗生素的滥用、细菌的耐药,使得三联或者四联疗法效果往往欠佳。孙师

指出: Hp可归属“邪气”范畴,病因繁多,病机复杂,在临床实际工作中将Hp相关性胃炎辨证论治,以健脾益气、清热化湿、疏肝理脾、活血化痰等治法,对改善症状、Hp根除率及复发率上效果远远优于单纯西药。在临床实际工作上一定要分清标本、虚实,辨病辨证相结合,方能事半功倍,取得较好疗效。

参考文献

- [1]张万岱,胡伏莲,萧树东,等.中国自然人群幽门螺杆菌感染的流行病学调查[J].现代消化及介入诊疗,2010,15(5):265-270.
- [2]傅智敏,朱曙东.香砂六君子汤对大鼠急性胃黏膜损伤的保护作用[J].浙江中医学院学报,2000,24(4):52.
- [3]姜成,鄢春锦,刘蔚雯,等.15味中药抑制幽门螺杆菌的体外试验[J].福建中医学院学报,2003,13(6):30-32.
- [4]王艳芳,张秀芬.半夏泻心汤配合西药治疗慢性非萎缩性胃炎80例[J].陕西中医,2010,31(9):1132-1133.
- [5]吴忠祥,贺龙刚,谭达全,等.半夏泻心汤及其拆方对Hp感染小鼠胃黏膜保护作用的研究[J].湖南中医药大学学报,2010,30(5):23-25.
- [6]刘承伟.柴胡疏肝散加減治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎56例[J].吉林中医药,2001(3):7-8.
- [7]刘江龙,刘娟萍,郭红莲.失笑散加痛泻要方加味治疗幽门螺杆菌感染性胃病疗效观察[J].中国现代药物应用,2014,8(16):154-155.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张广玉 收稿日期:2018-02-06)

张磊疏利涤浊法治疗癌症验案二则

王星晨 马艳敏

(河南中医药大学基础医学院,河南 郑州 450000)

摘要: 国医大师张磊从医数十年,尤善于治疗各种疑难杂病,对癌症的治疗亦有独到见解。认为中医对癌症的治疗应立足于辨证,从人的整体出发辨证施药,不可盲目堆砌“抗癌药”。其通过经验总结自创疏利法、涤浊法,治疗癌症及癌症术后恢复颇有疗效,可明显减轻癌症病痛和极大改善病人术后的生活质量。本文通过分析张磊运用自创疏利法、涤浊法治疗癌症的案例,探讨张磊的临证辨证思路。

关键词: 癌症;疏利法;涤浊法;医案;张磊

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.035

文章编号:1672-2779(2018)-09-0083-03

Two Proved Cases of Professor Zhang Lei in the Treatment of Cancer with the Method of Removing Turbidity

WANG Xingchen, MA Yanmin

(School of Basic Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Zhang Lei, the master of traditional Chinese medicine, has been a doctor for decades. He is especially good at treating all kinds of difficult and complicated diseases, and has a unique view on the treatment of cancer. Zhang thinks that traditional Chinese medicine in the treatment of cancer should be based on syndrome differentiation, from the whole of the syndrome differentiation application, and not put forward "cancer drugs". Zhang summed up the experience of self-made dredging turbidity in the treatment of cancer and after operation. It can significantly reduce cancer pain and improve postoperative quality of life. By analyzing the case of Zhang in the treatment of cancer by using the method of self-made dredging turbidity, this paper analyzed and discussed the syndrome differentiation thinking of master Zhang.

Keywords: cancer; turbid-removing method; dredging method; medical records; Zhang Lei

张磊教授,第三届国医大师,国家二部一局第二批承制导师,现系国家“十五”攻关“名老中医学术思想、经验继承研究”课题的国家级名老中医,首届全国中医药传承特别贡献奖获得者,河南中医事业终身成就奖获得者。张老从医六十余载,学验俱丰,医理纯熟,医术精湛,尤善于治疗各种疑难杂病。自创临证八法即:轻清法、涤浊法、疏利法、达郁法、运通法、灵动法、燮理法和固元法,以上八法,依据病

情,可单用,可合用,可交替使用,灵活掌握。

张磊教授通过辨证论治,以及对临证八法的灵活运用,治疗癌症以及癌症术后的恢复均取得良好的疗效,现列举张磊教授运用疏利、涤浊法治疗癌症医案二则,介绍如下。

1 疏利法

邓某,女,50岁,2014年11月14日初诊。主诉:右乳腺癌术后2年。2012年7月检查出乳腺癌,化疗6



个疗程，后服西药调理。近期体检发现左乳有肿块，疼痛，腹胀，食欲尚可，但食后吐酸水。大便秘时稀，一日二行，小便有灼热感，小腹疼痛。眠可。手术后绝经，伴心烦。舌质暗红、苔黄略燥，脉沉滞。处方如下：柴胡10 g，陈皮10 g，川芎10 g，生白芍10 g，制香附10 g，浙贝母10 g，桔梗10 g，砂仁4 g（后下），蜈蚣粉2 g（冲服），天花粉10 g。10付，日1付，水煎服。

二诊：服上方1月，效可。腹胀明显减轻，左乳肿块减轻。仍食后返酸。口干不欲饮，夜间为甚。时心烦，眠差，入睡困难。大便可，小便频。舌质暗红、苔薄白，脉细。处方如下：清半夏10 g，陈皮10 g，茯苓10 g，大贝10 g，炒麦芽15 g，炒神曲10 g，炒山楂15 g，夏枯草15 g，川芎10 g，皂刺10 g，小麦30 g，连翘18 g，生甘草6 g，五味子10 g。15付，日1付，水煎服。

2015年1月7日三诊。服上方15付。左乳肿块痛，返酸均已近愈。现症见：饭后易恶心干呕，自觉胸下有气上顶。下午食后腹胀明显，矢气多。眠差，于凌晨2点易醒，醒后难以入睡。大便秘，小便频。近两日感冒，口干，怕冷。舌质暗淡、苔白腻，脉沉滞。处方：清半夏10 g，陈皮10 g，茯苓10 g，炒枳实10 g，竹茹10 g，黄连6 g，胆南星6 g，灯心草3 g，夜交藤30 g，香橼10 g，生甘草3 g，小麦30 g。10付，日1付，水煎服。

按语：一诊时患者为右乳腺癌术后，出现左乳肿块疼痛，并腹胀返酸，心烦。证属肝郁气滞化火，木旺乘土。肝气犯胃则腹胀返酸，肝气乘脾则大便秘结不调。气滞化火蕴结下焦则小便频数灼热，小腹疼痛。法当疏肝理气，清热和胃。方用柴胡疏肝散加浙贝，桔梗，砂仁，蜈蚣粉，天花粉。方中君以柴胡条达肝气而疏郁结；臣以香附疏肝行气止痛、川芎行气活血，开郁止痛，二药共助柴胡梳理肝气；佐以陈皮理气行滞而和胃；白芍养血柔肝缓急止痛，养肝体利肝用，以上为柴胡疏肝散去枳壳、甘草，辛疏酸敛合法共奏疏肝解郁，行气止痛之功。加砂仁以醒脾调胃，快气调中，止呕；蜈蚣粉攻毒散结，通络止痛，《医学衷中参西录》言其“走窜之力最速，内而脏腑，外而经络，丹气血凝聚之处皆能开之”^[1]。浙贝、天花粉苦寒清热泻火、散结消痈排脓、生津止渴。桔梗宣肺排脓，为舟楫之剂，载药上行。诸药合用，共奏疏肝解郁，行气止痛，清热和胃之功。

至二诊腹胀肿块疼痛减轻，表明肝郁气滞已减轻，现口干不欲饮，说明肝郁未疏，脾气不健，津液输布异常，不能上承于口，故口干。食后返酸说明胃仍不和，“胃不和则卧不安”^[2]，故眠差；肿块未消，仍需消肿散结止痛。治当疏肝理气，健脾和中。方选：清半夏、茯苓、陈皮、甘草法二陈汤以燥湿理气和中，焦

三仙以健脾和胃，夏枯草、连翘味辛苦寒，清热泻火散结消肿。皂角刺消肿托毒排脓。五味子补肾宁心收敛固涩、小麦养心阴宁心安神。全方理气健脾，和胃化湿，消肿散结，宁心安神诸法于一方，使气机通畅，脾胃水谷纳运相得，则诸症得治。

至三诊肝气已疏，现症见：恶心干呕，腹胀，眠差，此为湿浊内盛，胆胃不和，法当理气化痰，清胆和胃。方用温胆汤加减。方中君以清半夏燥湿化痰，和胃止呕；臣以竹茹清胆和胃，除烦止呕，君臣相配令胆气清肃，胃气顺降，胆胃则和。陈皮、枳实、香橼理气化痰；茯苓渗湿健脾以消痰。黄连合胆南星清热化痰；合灯心草则清心火以安神；夜交藤、小麦养心安神。诸药合用令胃气和降、胆郁得舒，痰浊得去，心神得安。朱丹溪云“司疏泄者肝也”，肝主疏泄，喜条达而恶抑郁。整观三诊，张老用“疏利法”疏达肝气，健运脾胃。本病治疗疏利调和，随症加减，体现张老动态的和平辨治观。

2 涤浊法

徐某，男，65岁。主诉：肺癌术后2月。现动则喘气，心慌，身困乏力。咳嗽，咳白稀痰，食欲差，纳少，大便秘，一日二行，眠可。舌暗红、苔白腻，脉沉弱。处方：苇茎30 g，冬瓜子30 g，生薏苡仁30 g，桑白皮10 g，地骨皮10 g，北沙参15 g，生白芍30 g，黄芩10 g，白前10 g，桔梗10 g，茯苓10 g，橘红6 g，生甘草6 g，粳米一撮（包煎）为引。15付，日1付。

二诊：服上方55付，效可。喘气心慌减轻，偶尔咳嗽，少量白痰。现阴囊潮湿，晨起口干，眠纳可，二便调，舌淡苔黄腻，脉沉滞。处方：苇茎30 g，冬瓜子30 g，生薏苡仁30 g，桔梗10 g，浙贝10 g，北沙参30 g，生山药15 g，炒山药15 g，炒白扁豆10 g，黄芩10 g，生甘草3 g。15付，日1付，水煎服。

按语：患者为肺癌术后，定伤及正气。咳嗽吐白稀痰，为痰饮壅于肺部，动则气喘，乏力为气虚。纳少，便溏为脾虚不运，子盗母气。《素问·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行”。脾肺两脏协调配合，相互为用，则津液正常输布与排泄。而此患者浊邪阻肺，肺失宣降，则脾失健运，水液不化，聚湿生痰。且患者肿瘤切除后，人体正气尚盛，致肿瘤从热化治疗后而有蕴热，且肺为娇脏，喜湿而恶燥，治疗肺病忌温药以劫其津，张师未病先防，先安未受邪之地，用苇茎汤与泻白散加减涤化痰饮。方中君以苇茎汤清肺宣壅，涤痰化饮。泻白散为臣清肺止咳平喘。桔梗宣肺，白前降气，一升一降，以复肺气宣降之权，且能排脓消痈，黄芩橘红为佐以清热散结，北沙参、生白芍反佐以养肺阴，肺浊已去，肺阴定亏，反佐阴药，重建水之上源，茯苓淡渗利湿，

通利水道，为邪之出路，且与甘草，粳米合用，养胃和中，培土生金。甘草兼调药性，为佐使。体现张老用药平和，祛邪扶正的特点。

至二诊患者喘气、咳嗽吐痰均减轻。现阴囊潮湿，苔黄腻，口干为湿热聚于下焦，根源在于脾的运化功能下降，升清降浊能力下降，因此仍守涤浊法，清热燥湿，健脾和胃。仍以苇茎汤加减为底，清肺养阴，佐金平木。加炒白扁豆，生炒健脾利湿。总而来说，患者为肺癌术后，子病及母，脾胃升降失和，水液不输，生湿化热，郁蒸肝胆，此为太少并病，水湿失于输布，出现痰湿浊邪壅滞。津液者，血之余，行乎外，通一身，如天之清露，若液浊气滞，则凝聚而为疾。张老创涤浊法疏涤气血津液，令其条达通畅以致平和。

3 体会

随着手术方法改进和西医放化疗技术的提高以及

药物的研究发展，对肿瘤的治疗疗效似乎有所提高。但为何在手术、放化疗后肿瘤的复发率却居高不下呢？应该说，手术、放化疗仅仅是解决肿瘤之“标”的问题，而引起肿瘤发生的原因也就是它的“本”却没有得到处理^[3]。何谓本？本就是我们人这个整体，这个是肿瘤发生的土壤环境。所以对肿瘤最根本的治疗应该是治人，而不是仅仅盯着一个肿瘤。张师深明此理，以人为本，治疗人的整体，运用疏利、涤浊法使人之一身气血津液通畅条达，加之顾护人体正气，故临床治疗癌症及术后病人用之多效，足令我辈深思揣摩。

参考文献

[1]柳西河.重订医学衷中参西录[M].北京:人民卫生出版社,2006:131.

[2]田代华.黄帝内经·素问[M].北京:人民卫生出版社,2005:68.

[3]李益民.中医药治疗癌症体会[J].国医论坛,2010,25(3):22-23.

(本文编辑:李海燕 本文校对:代民涛 收稿日期:2018-01-30)

胡小芳运用补肾活血法 治疗未破裂卵泡黄素化综合征的经验总结

王 瑞¹ 胡小芳^{2*}

(1 河南中医药大学硕士研究生2017级,河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一附属医院生殖科,河南 郑州 450000)

摘 要:本文总结胡小芳运用补肾活血法治疗未破裂卵泡黄素化综合征的经验。胡小芳认为未破裂卵泡黄素化综合征的主要病因病机为肾虚血瘀。故对于此类患者,胡小芳主张在月经周期之始即结合中西医疗法,采用补肾活血之法,调理冲任,疏经通络,鼓舞肾阳,改善卵巢血流状态,促进盆腔微循环,诱导卵子排出,调高排卵率和妊娠率。

关键词:未破裂卵泡黄素化综合征;肾虚血瘀;补肾活血法;胡小芳;不孕不育

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.036

文章编号:1672-2779(2018)-09-0085-03

Experience Summary of Professor Hu Xiaofang in Treating Luteinized Unruptured Follicle Syndrome by Tonifying Kidney and Activating Blood Circulation Therapy

WANG Rui¹, HU Xiaofang²

(1. Grade 2017 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: The article summarized experience of Professor Hu Xiaofang in treating luteinized unruptured follicle syndrome by tonifying kidney and activating blood circulation therapy. Professor Hu Xiaofang thought that the main etiology and pathogenesis of unruptured follicle luteinization is kidney deficiency and blood stasis. Therefore, for such patients, Professor Hu Xiaofang advocated at the beginning of the menstrual cycle is combined with traditional Chinese and western medicine therapy, by using the method of tonifying the kidney and activating blood circulation, regulating Chong and Ren, sparing the meridian and dredging collaterals, encouraging kidney yang, improving ovarian blood flow, and promoting pelvic microcirculation, increasing ovulation rate and pregnancy rate.

Keywords: luteinized unruptured follicle syndrome; kidney deficiency and blood stasis; tonifying kidney and activating blood circulation therapy; Hu Xiaofang; infertility

未破裂卵泡黄素化综合征(LUFS)指卵泡成熟后不破裂,在促黄体生成激素(LH)峰值形成48小时后卵子仍未排出,成熟卵泡原位黄素化并分泌孕酮(P),致使子宫、卵巢发生一系列类似排卵的周期性改变^[1]。

临床上此类患者多表现为月经规律,基础体温呈双相型改变,子宫内膜呈周期性变化,孕酮与雌二醇水平与正常排卵期相比亦未见明显差异,因此LUFS是无排卵型月经的一种特殊类型。

近年来,随着我国二胎政策的开放,人们对不孕症的认识程度越来越高,不孕症也逐步受到更多人的

* 通讯作者:15436466@qq.com

关注。在引起女性不孕的诸多因素中,卵泡黄素化不破裂是其一个重要原因。据统计,正常育龄妇女中LUFS的发病率为5%~10%,不孕症妇女中LUFS的发生率为25%~43%^[2],多囊卵巢综合征中LUFS的发病率可高达37.5%^[3]。胡小芳教授从事妇科十余载,结合自己的临床经验,采用中西医治疗,运用补肾活血法帮助LUFS患者突破卵泡成熟不破裂的难关,成功受孕。笔者有幸随胡小芳教授学习,以下是对胡教授在临床中治疗LUFS的经验总结。

1 病因病机

胡师认为LUFS的主要病因病机有虚实两个方面,虚证多因先天不足、后天失养、屡孕屡堕、暗产、小产等损伤肾精,肾阴阳气血不足,无力滋养、鼓动卵子排出;实证多则之肝郁气滞、寒凝血瘀,寒瘀为患以致胞宫失养,络脉瘀阻,气血运行不畅,阻碍卵子的排出。肾藏精,主生殖,为先天之本,其功能的协调,阴阳的平衡、转化对女子月经的潮闭和生殖孕育起着主导作用。经后期,胞宫空虚,肾阴渐长,子宫藏而不泻,此时正是子宫内膜增长,募集卵泡之时,若此期肾阴亏虚,精血不足,则碍于女性土壤的增长和种子的发育,以致卵泡不能按时成熟、排出,土壤不能如期增厚肥沃。经间期,阴盛阳动,正是种子育胎之时,若此时阴盛阳虚,冲任失调,气血失常,则无力鼓舞卵子排出。肾阳亏虚,失其温煦,以致寒凝,寒凝则气滞,气滞则血瘀,同时寒凝亦可致瘀,甚或寒瘀互结,进一步加重血瘀,致使气血运行不畅,阻碍卵子的排出和内膜的转化。经前期,阴盛阳升,阴阳俱盛,此期正是受精卵着床发育之时,若肾精气血亏虚,土壤贫瘠,则难以载胎、安胎,以致受精卵不能着床,或着床后不能正常发育。行经期,重阳则开,胞宫泻而不藏,血海由满而溢,排出经血。血是月经形成的物质基础,天癸是月经来潮的先决条件,肾为天癸之源、气血之根,肾气盛,天癸至,气血调和,则子宫按时满溢,经期如常,女子则能顺时而孕,聚血养胎;肾气亏虚,气血不足,胞宫满溢无期,经候无常,则无力种子育胎。

2 治疗方法

此类患者多有子宫内膜异位症、盆腔慢性炎症、盆腔粘连、盆腔和宫腔手术操作史,伤及气血、胞络,而至胞脉瘀阻,此外患者常因长期不孕,情志不畅,肝之调达疏泄功能失常,而致肝郁气滞,阻碍肾中阳气运动,导致冲任气血运行受阻,加之某些促排卵药物和抗前列腺素药物的应用,均能对卵巢血供造成影响,引起或加重LUFS。胡师认为对此类患者的治疗不能只关注于经间期,而应在月经期即开始调理,运用周期疗法,行经期通因通用,活血化瘀,促进经血排出;经后期滋肾益精养血促进卵泡发育;经间期因势

利导,温补肾阳,活血化瘀,改善卵巢微循环促进卵泡排出;经前期补肾安胎帮助受精卵的着床发育。同时结合患者的症状、体征、舌象、脉象,佐以健脾利湿、疏肝解郁或益气养血之品。胡师主张在行经期运用活血化瘀之品,如桃仁、赤芍、红花、川芎等促进瘀血排出,同时采用中西医结合外治法,如:盆腔穴位注射、磁热疗法、中频脉冲电治疗、中医定向透药疗法、隔物灸法、针刺及中药直肠滴入疗法,以理气活血、逐瘀散结,共起疏通经络、调畅气血、消除炎症、松解粘连之功;经后期用菟丝子、续断、熟地黄、当归、女贞子、墨旱莲等滋肾养血,促进卵泡募集和内膜增长;经间期运用菟丝子、杜仲、熟地黄、当归滋补肾阴,阴中求阳,仙茅、淫羊藿、巴戟天等鼓舞肾阳,三棱、莪术、丹参、川芎、赤芍活血化瘀,同时辅以针灸疗法,选穴肾俞、三阴交、子宫、中极、关元,结合患者体质,肾虚配以太溪,血虚配以血海,痰湿配以内关、丰隆,肝郁配以太冲等,以温经通脉、补肾壮阳、益气生血,调节内脏的气血、阴阳,改善卵巢血供促进卵子排出;经前期用续断、菟丝子、桑寄生、阿胶、党参、白术等固肾安胎,促进受精卵的着床和发育。

3 经典医案

王某,女,32岁,已婚。2017年10月初诊。患者于2014年因计划外妊娠行人工流产,2016年因右侧卵巢巧克力囊肿于当地医院行腹腔镜下巧克力囊肿剥离术,2017年于当地医院行卵泡监测4月,自然监排下,月经周期第13~15天优势卵泡发育至18~20 mm,卵泡不能自行破裂,肌注HCG后卵泡仍未能破裂。现为求系统治疗,遂就诊于我院。刻下症见:小腹偶有刺痛,劳累后腰酸背痛,失眠多梦,纳食可,二便调,舌暗,胎薄白,脉沉涩。月经:平素月经规律,13岁月经初潮,周期27~30天,经期5~7天,量一般,色稍暗,伴血块,经期时有小腹刺痛,血块排除后疼痛减轻。末次月经:2017年9月28日,量色质同前。孕1产0。西医诊断:(1)继发性不孕;(2)LUFS。中医诊断:断续(肾虚血瘀)。诊疗经过:中医周期疗法治疗,经阴道超声下监测排卵。经期活血化瘀,疏经通络,促进瘀血排出,方以桃红四物汤加减,配以盆腔穴位注射、磁热疗法、中频脉冲治疗、中医定向透药疗法、隔物灸法;经后期滋肾益精养血,用菟丝子、续断、熟地黄、当归、女贞子、墨旱莲等促进卵泡发育及子宫内膜增长;经间期补肾助阳兼活血化瘀,菟丝子、杜仲、熟地黄、当归、仙茅、淫羊藿、巴戟天、丹参、川芎、赤芍、三棱、莪术等,少佐疏肝解郁之郁金、香附,并辅以针刺治疗,选穴肾俞、三阴交、子宫、中极、关元、太溪,鼓舞肾阳,促进卵子排出;经前期补肾安胎,用续断、菟丝子、桑寄生、阿胶、党参、白术

等帮助卵泡着床发育。连续监测排卵2月，卵泡均破裂，未孕。

2017年12月10日于我院治疗，行卵泡监测，月经周期第13天，内膜厚8 mm，左侧优势卵泡18 mm，予补肾助阳，活血化瘀，中药3付口服，针刺治疗1次。

2017年12月12日再次至我院行卵泡监测示：左侧卵泡破裂，指导同房，予补肾安胎中药14付口服。

2017年12月29日，月经后错5天，家中自测尿妊娠试纸：阳性，至我院查血HCG：560 IU/L，雌二醇128 pg/mL，孕酮54 ng/mL，守方加减，继续保胎。

按：胡小芳教授认为，此患者既往有宫腔及盆腔操作史，曾连续监排4个周期，卵泡均未破裂黄素化，故考虑为LUFS，结合患者症状体征，中医辨病属断续（肾虚血瘀证）。胡师按照中医周期疗法，抓住患者肾虚血瘀的病机特点，经期通因通用，活血化瘀促进瘀血排出；经后期益肾养精促进卵泡发育；经间期顺时而为，补肾助阳兼活血化瘀促进卵泡排出；经前期补肾安胎，帮助受精着床发育；受孕后，继续益肾养胎。

4 结语

中医认为“女子无子，多因经候不调”“经候不

调，病皆在肾经”，治疗女性不孕重在调和肾之阴阳气血。现代研究表明卵巢的血液循环与卵巢的功能息息相关，正常妇女卵巢内血管的周期性形成是伴随卵巢血流的周期性变化而改变的^[4]，补肾活血法能恢复排卵侧卵巢动脉血流的周期性灌注^[5]，提高LH和E₂水平，诱导LH峰出现，促使子宫、卵巢动脉扩张，改善卵巢微循环^[6]。胡小芳教授综合中西医理论，抓住LUFS的主要病机，运用补肾活血法调理冲任，祛瘀通络，改善盆腔血供，促进卵巢微循环，诱导卵子排出，大大提高了LUFS患者的排卵率和妊娠率。

参考文献

- [1]陈建明.实用不孕不育诊断与治疗[M].广州:广东科技出版社,2013.
- [2]孙建华,李久现,张晓丹.中西医结合治疗未破裂卵泡黄素化综合征临床研究[J].中医学报,2015,12(30):1804-1807.
- [3]王海芳,宋雪茹.未破裂卵泡黄素化综合征的研究进展[J].国外医学计划生育分册,2005,24(4):185-186.
- [4]叶咏菊.穿山甲联合针刺治疗多囊卵巢综合征患者卵泡黄素化的疗效观察[J].中国中医药科技,2016,23(1):87-88.
- [5]雷洁莹,方如丹.补肾活血法在多囊卵巢综合征促排卵治疗中未破裂卵泡黄素化综合征的应用[J].广东医学,2013,34(11):1776-1778.
- [6]王玖玲,朱敏华,李淑玲,等.益肾活血法治疗未破裂卵泡黄素化综合征的临床研究[J].山东大学学报(医学版),2008,46(2):204-206.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张贵春 收稿日期:2018-02-09)

李雪瑞辨治偏头痛临床经验总结

张美军

(准格尔旗中蒙医院内三科,内蒙古 鄂尔多斯 010300)

摘要:偏头痛是一种常见的慢性神经血管性疾病,属于中医学“头风”“头痛”范畴,其病机要点为:风火上扰,气血逆乱,痰浊瘀血阻络,不通则痛。临证多见肝阳头痛,治以疏肝理气止痛或平肝熄风止痛,方用柴胡疏肝散或天麻钩藤汤加减;痰浊头痛,治以健脾燥湿,化痰通络,方用化痰通络汤加减;瘀血头痛,治以活血化瘀,通窍止痛,方用通窍活血汤加减;常配合引经药及虫类药,对临床辨治偏头痛起到良好疗效。

关键词:偏头痛;中医药疗法;临床经验;李雪瑞

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.037

文章编号:1672-2779(2018)-09-0087-03

Clinical Experience of Li Xuerui in Treating Migraine

ZHANG Meijun

(Department of Internal Medicine, Zhungeer Qi Hospital of Traditional Chinese Medicine and Traditional Mongolian Medicine, Inner Mongolia Autonomous Region, Erdos 010300, China)

Abstract: Migraine is a common chronic neurovascular disease. Migraine belongs to "wind syndrome of head" and "headache" category in traditional Chinese medicine. The pathogenesis is hot on the disturbance of qi and blood, phlegm, blood stasis. The clinical syndromes are liver yang headache treated by relieving qi stagnancy in liver and relieving pain or calming the liver to stop the wind and relieving pain, using Chaihu Shugan powder or Tianma Gouteng decoction, phlegm headache treated by tonifying spleen for eliminating dampness and resolving phlegm and dredging collaterals, using Huatan Tongluo decoction and blood stasis headache treated by activating blood stasis, using Tongqiao Huoxue decoction. Combined with herbal medicine and insect drugs, good curative effect in clinical treatment of migraine has obtained.

Keywords: migraine; therapy of traditional Chinese medicine; clinical experience; Li Xuerui

李雪瑞主任医师系内蒙古自治区第二批老蒙中医药专家学术经验指导老师,从事中医内科临床、教学、科研30余载,治学态度严谨,医德高尚,学术思想寓意深广,治疗内科多种疾病具有丰富的临床经验,尤其对偏头痛的诊治有独特的见解。作为李老师学术经

验继承人,笔者跟师侍诊,受益匪浅,现把李老师诊治偏头痛的经验总结如下。

1 病因病机

偏头痛是一种与大脑神经血管功能失调有关的慢性神经系统性疾病^[1],是临床常见的原发性头痛,好发

于中青年,以反复发作偏侧或双侧头痛为特征,其发病急骤、痛势剧烈、止作无时、痛止如常、反复发作、缠绵难愈,且常伴恶心、呕吐、失眠、焦虑等自主神经症状,严重影响患者的生存质量,是医学界公认的难治疾病^[2]。现代医学认为偏头痛的发病机制主要有以下四方面:一是脑血管的舒缩功能障碍;二是原发性神经功能紊乱;三是三叉神经血管复合体与丘脑神经功能紊乱;四是视网膜-丘脑-皮质机制引起的对光、声、触觉和嗅觉失调^[3]。西药主要以麦角胺类、非甾体类抗炎药、选择性5-HT受体激动药终止偏头痛发作^[4]。

偏头痛属于中医学“头风”“头痛”范畴。中医学认为,头为清阳之府,乃髓海之所在,凡五脏精华之血,六腑清阳之气皆上注于头。其病理因素主要有三:一是,头位于机体最高处位置,有巅顶之称,故有“巅顶之上,唯风可到”之说,因“风为阳邪,其性轻扬”“风者善行而数变”“风为百病之长”的特性。风有外风和内风,内外相搏,故头痛多有发止迅速的特点,因而头痛的发生多与风邪密切相关。二是,头为诸阳之会,手足三阳经络皆循行于头面部而汇聚,阳热炎上,而遇风邪煽动,尤如烈火遇狂风,风火上扰,则头痛发作更速。三是,本病多病程较长,而且顽固,有易反复发作,迁延难愈之特点。故有“久病入络”“久病必瘀”“不通则痛”之说。头痛之因虽众,然“瘀”为主要因素,因此,风火上扰,气血逆乱,阻滞经络,不通则痛是发生头痛的病机关键。

2 临证经验

2.1 肝阳头痛 肝阳头痛多由情志失调引起。肝主疏泄,性喜条达,若情绪忧郁,肝气郁结化火,或情绪恼怒,肝阳亢胜生火,上扰清窍,则发为头痛。若因情绪忧郁而见头痛者,临床表现多为头昏胀痛,痛势较缓,胁肋疼痛,脘痞不舒,夜寐不安,舌红苔黄,脉弦数。治以疏肝理气止痛。方用柴胡疏肝散加减,药物组成:陈皮12 g,柴胡12 g,川芎12 g,枳壳10 g,白芍12 g,香附10 g,夏枯草12 g,炙甘草8 g。若因情绪恼怒而见头痛者,临床多表现为头痛剧烈,以两侧为重,心烦易怒,口苦面红,舌红苔黄,脉弦数。治以平肝熄风止痛,方用天麻钩藤汤加减,药物组成:天麻12 g,钩藤(后下)10 g,石决明(先煎)30 g,栀子10 g,黄芩10 g,川牛膝10 g,杜仲10 g,益母草10 g,桑寄生10 g,夜交藤10 g,茯神10 g,郁金12 g,合欢皮15 g。若肝火炎上而见目赤肿痛者,加龙胆草清肝泻火;若头痛较重者,加延胡索以增强止痛之效;若胁肋疼痛较重者,用炒白芍、炙甘草以柔肝缓急止痛;若有血瘀而见胸肋刺痛者,加桃仁、红花以活血化瘀。

案 刘某,男,54岁。2016年7月16日初诊。主诉:头痛10余年,复发加重1周。现病史:患者10余年前因工作学习紧张和情绪波动后出现头痛,以两侧及巅顶疼

痛为主,在鄂尔多斯市中心医院检查头颅CT未见异常,诊断为“偏头痛”,曾服麦角胺咖啡因、布洛芬等治疗,疼痛缓解,但每遇工作紧张或情绪波动则诱发加重。近1周来头痛复发,服药无效而前来就诊。患者以两侧及巅顶疼痛为主,呈持搏动样疼痛,时胀痛,眩晕,寐少易醒,心烦易怒,颜面潮红,口干苦,二便调,舌红、苔薄黄,脉弦滑。查体:血压:130/70 mmHg,心肺腹、神经系统未见异常。西医诊断:偏头痛;中医诊断:头痛,证属肝阳头痛。治以平肝熄风止痛。方以天麻钩藤汤加减。处方:天麻12 g,钩藤(后下)10 g,石决明(先煎)30 g,栀子10 g,黄芩10 g,柴胡10 g,夏枯草15 g,益母草10 g,夜交藤10 g,茯神10 g,川芎12 g,藁本10 g,延胡索15 g,白僵蚕10 g,地龙8 g,生甘草6 g。每天1剂,水煎取汁400 mL,分2次服。服7剂后,头痛较前减轻,仍心烦易怒,失眠多梦,口干苦,证属肝火旺盛,守上方去天麻、钩藤,加龙胆草12 g,菊花20 g,以增强清肝泻火之功。又服7剂,患者头痛明显减轻,无心烦、口干苦,唯睡眠较差、梦多,两目干涩,效不更方,守前方加炒酸枣仁30 g养心安神,刺蒺藜12 g、决明子20 g以平肝疏肝明目,继服7剂而愈。随访半年未复发。

2.2 痰浊头痛 痰浊头痛多由脾虚不能运化水湿,湿聚生痰,痰浊中阻,上蒙清窍,痰阻脑络所致,其特点为头痛反复发作,缠绵难愈。临床多见头痛昏蒙,胸脘满闷,舌苔白腻,脉弦滑有力;治以健脾燥湿,化痰通络,方用化痰通络汤加减,药物组成:法半夏10 g,橘红12 g,枳壳12 g,川芎12 g,红花10 g,远志12 g,石菖蒲15 g,茯神15 g,党参15 g,丹参15 g,炙甘草6 g。若痰湿久郁化热,口苦,大便秘结,舌红苔黄腻,脉滑数者,加黄芩、竹茹、胆南星以清热化痰泄浊;若胸闷、恶心呕吐,加厚朴、佩兰、草豆蔻以消胀除满,降逆止呕。

案 赵某,女,46岁。2017年1月10日初诊。患者自诉头痛反复发作3年余,发作时以左侧为主。起初每月发作2~3次,近几个月每周发作2~3次,疼痛先为眶上钝痛,程度逐渐加重为剧痛,常伴有恶心、呕吐,服用布洛芬缓释胶囊后头痛稍微缓解,未能根治。患者体胖,苔白腻,脉滑数,西医查体未见阳性体征,颈椎及头颅CT检查未见异常。西医诊断:偏头痛,中医诊断:头痛,证属肝郁脾虚,痰浊阻滞脑络,治以健脾燥湿,化痰通络。方以化痰通络汤加减,处方:法半夏10 g,橘红12 g,枳壳12 g,红花10 g,远志12 g,石菖蒲15 g,党参15 g,白芷12 g,川芎12 g,黄芩12 g,醋柴胡12 g,佩兰12 g,草豆蔻12 g,炙甘草6 g;每天1剂,水煎取汁400 mL,分2次服。服5剂后,2017年1月16日复诊,头痛明显减轻,无恶心呕吐,有头昏闷感,舌质淡红,苔白腻,脉滑,上方去佩兰、草豆蔻、

黄芩、醋柴胡，石菖蒲加至20 g以增加化痰开窍之力，连服7剂以巩固疗效。2017年2月10日复诊，余症消失，前方继用7剂，随访半年未复发。

2.3 瘀血头痛 瘀血头痛多因头部外伤，气血滞涩，或气虚不能行血，气血凝滞，脉络不通，不通则痛，发为头痛。临床表现多为头痛经久不愈，痛处固定不移，痛势剧烈，痛如针刺，面色晦暗，妇女经行色暗或夹血块，唇舌紫暗或见瘀点、瘀斑，苔薄白，脉细或细涩。治宜活血化瘀，通窍止痛。方用通窍活血汤加减，药物组成：桃仁10 g，红花10 g，赤芍12 g，白芍12 g，川芎12 g，延胡索12 g，炙甘草6 g。若头痛较剧，经久不愈者，加全蝎、蜈蚣、土鳖虫搜风剔络止痛；若妇女经行不畅，夹有血块者，加益母草、当归活血化瘀；若气血亏虚而见神疲乏力者，加黄芪、党参、炒白术益气行血；若血瘀不荣经络而见肢寒不温者，加桂枝、炮附片，鸡血藤温经活血。

案 患者，女，48岁，2016年3月2日初诊。主诉：头痛反复发作3年。3年前曾有头部外伤史，而后每因情绪紧张或遇烦恼时，患者前额及眉棱处疼痛，痛如针刺，入夜较重，头脑昏沉，反复发作，经久不愈，神疲寐少，无呕吐症状，曾多次采用中药及盐酸氟桂利嗪、布洛芬治疗，效果不佳，舌紫暗，脉弦涩。经头颅CT检查，颅内未见异常。西医查体未见阳性体征。西医诊断：偏头痛；中医诊断：头痛，证属头部外伤、

瘀血内停、脉络不畅。治以活血通络、理气止痛，方用通窍活血汤加减，处方：桃仁10 g，红花10 g，赤芍12 g，白芍12 g，川芎12 g，延胡索12 g，白芷12 g，葛根15 g，土鳖虫3 g，炙甘草6 g。每天1剂，水煎取汁400 mL，分2次服，服用7剂后，头痛基本缓解，效不更方，嘱上方再服14剂，诸症消失。随访半年未复发。

2.4 合理选用引经药及虫类药 引经药能够引导药物直达病所，可起到事半功倍的效果。头痛部位在枕部，下连于项者属太阳头痛，选用川芎、羌活；头痛部位在前额眉棱骨属阳明头痛，选用白芷、葛根；头痛部位在头的两侧，或连及于耳者属少阳头痛，选用柴胡、黄芩、川芎；头痛部位在巅顶，或连及目系者属厥阴头痛，选用吴茱萸、藁本。此外，虫类药如全蝎、蜈蚣、白僵蚕、地龙、土鳖虫等具有祛瘀通络、平肝熄风的作用，对于疼痛剧烈、经久不愈的头痛效果较佳，因其多有小毒，故用量宜小，不可过用，且服用过程中应密切观察患者有无不良反应。

参考文献

- [1] 邹启桂. 偏头痛的病理生理及功能影像学[J]. 国外医学: 临床放射学分册, 2007, 30(4): 244-246.
- [2] 张晓雷. 清空煎治疗偏头痛机理探讨[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(4): 56.
- [3] 贾建平, 陈生弟. 神经病学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 158-159.
- [4] 石玲燕, 郑荣远. 偏头痛的药物治疗进展[J]. 药物流行病学杂志, 2005(4): 210-212.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 薛培忠 收稿日期: 2018-02-08)

王振涛运用瓜蒌薤白半夏汤疗胸痹心痛经验

杨 令

(河南中医药大学硕士研究生2015级, 河南 郑州 450000)

摘 要: 瓜蒌薤白半夏汤出自于张仲景《金匮要略》，具有通阳散结、降气化痰、运转胸中气机的作用，主要用于痰浊壅盛、闭阻心脉所致胸痹心痛。胸痹心痛是现代临床常见病、多发病，主要与西医学的冠状动脉粥样硬化性心脏病关系密切，现代研究表明痰瘀痹阻是动脉粥样硬化病理机制关键，本文主要探讨王振涛从痰、瘀论治胸痹心痛的方法，总结分析王振涛从痰论治胸痹心痛的经验。

关键词: 瓜蒌薤白半夏汤；胸痹；真心痛；痰瘀互结；王振涛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.038

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0089-03

Experience of Professor Wang Zhentao in the Treatment of Chest Stiffness and Pain with Gualou Xiebai Banxia Decoction

YANG Ling

(Grade 2015 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Gualou Xiebai Banxia decoction originates from *Synopsis of Golden Chamber* of Zhang Zhongjing. It has the function of dissipating yang, reducing qi and resolving phlegm, and running the qi machine in the chest, and is mainly used for obstruction of phlegm, blockage of heart and pulse, and chest arthralgia caused by blockage of heart and veins. Obstruction of heartache is modern clinical common disease, frequently-occurring disease, mainly with western coronary atherosclerosis is closely related to heart disease, modern research has shown that phlegm and blood stasis is the key pathological mechanism of atherosclerosis. This paper mainly discussed the therapy of Professor Wang Zhentao in treating obstruction of heartache from differentiation of phlegm and stasis, and summarized experience of Professor Wang Zhentao in treating obstruction of heartache.

Keywords: Gualou Xiebai Banxia decoction; chest stiffness; angina pectoris; intermingled phlegm and blood stasis; Wang Zhentao

王振涛教授，主任医师，博士研究生导师，河南省首届名中医，享受国务院特殊津贴，国家中医药管

理局重点中医专科科室负责人，国家中医药管理局病毒性心肌炎重点研究室主任。从医30多年，长期从事心

血管病的诊疗工作,尤在胸痹心痛的治疗方面造诣颇深。胸痹心痛是现代临床常见病、多发病,主要与西医学的冠状动脉粥样硬化性心脏病关系密切,现代研究表明痰瘀痹阻是动脉粥样硬化病理机制关键^[1-2]。笔者有幸跟师学习,现将王振涛教授运用瓜蒌薤白半夏汤治疗胸痹心痛的经验整理如下。

1 病因病机

汉代·张仲景在《金匮要略》中正式提出“胸痹”名称,并将胸痹的病机归为“阳微阴弦”,即上焦阳气不足,下焦阴寒内盛、水饮内停,寒饮上逆、阴乘阳位,痹阻心脉,发为胸痹心痛,为本虚标实之证。王振涛教授认为:本病多发于中老年人,此时人体脏腑功能下降,气血渐虚,肾气渐衰,由于肾中阴阳为五脏阴阳之根本,肾阳不足可致胸中阳气不足,血脉失于温煦,鼓动无力而痹阻不通,不通则痛;同时肾中阳气不足,也可导致肝脾功能失调而生寒凝、血瘀、气滞、痰浊等阻滞心脉而发心痛。正如《素问·脏气法时论》曰:“肾病者……虚则胸中痛”。随着现代人生活方式及生活节奏的改变,如:久坐少动,嗜食肥甘厚味,烟酒无度、恣情纵欲等,都可以耗伤人体正气、以致痰饮内生。痰浊阻于脉中,阻碍血液运行,气机不畅,使血瘀、气滞进一步加重。痰浊、瘀血同性,皆为阴邪,相为病因,易伤阳气,致虚者更虚,因虚致实,加剧了寒、痰、气、瘀等邪气的蓄积,因此痰瘀互生是胸痹心痛病重之源^[3]。故治以宣痹通阳、化痰祛瘀通络为主。

2 治疗经验

王振涛教授治疗痰瘀互结型胸痹心痛使用瓜蒌薤白半夏汤的基本处方为:瓜蒌皮15 g,薤白15 g,清半夏12 g,桂枝15 g,丹参24 g,桃仁12 g,红花12 g,赤芍12 g,川芎20 g,甘草6 g。使用经方而不拘于经方,结合兼症,灵活加减。方中瓜蒌味甘性寒入肺,涤痰散结,开胸通痹;薤白辛温,通阳散结,化痰散寒,能散胸中凝滞之阴寒、化上焦结聚之痰浊、宣胸中阳气以宽胸,是治疗胸痹的要药;清半夏辛散消痞,降气化痰散结,为燥湿化痰、温化寒痰之要药;方中桂枝温通心阳,降逆平冲;丹参、桃仁、红花、赤芍、川芎用于通行血脉、活血化瘀;甘草缓和药性,调和诸药。诸药合用使胸阳振、痰浊降、瘀血化、阴寒消、气机畅,则诸症可除。临床加减:气虚甚则加黄芪、党参以健脾益气,以助气血之源;气陷者,加柴胡、桔梗以升阳举陷;痰浊郁而化热者,加黄连、黄芩以清热化痰;痰热兼有阴虚者,加竹茹、玉竹以清化痰热,养阴润燥;大便干者,加用火麻仁、瓜蒌仁等。老年人脾胃较虚,不耐寒热,临床应用时应注意顾护胃气,多加用焦三仙、隔山消之类来顾护胃气。

3 医案举例

案1 李某,男,75岁,退休教师。2016年11月30

日初诊。主诉:阵发性胸闷、气短3月余。患者诉3月前无明显原因出现阵发性胸闷、气短,活动后易发,持续约数分钟,休息后可自行缓解。平素稍有畏寒,纳眠可,小便正常,大便偶溏。既往高血压7年余,自诉平素血压控制尚可。查体:血压:138/56 mmHg,心率76次/分。舌质红、苔白腻,脉弦滑。诊断:胸痹心痛(痰瘀互结)。处方:瓜蒌皮15 g,薤白15 g,清半夏12 g,桂枝15 g,柴胡12 g,炒枳壳12 g,丹参24 g,桃仁12 g,红花12 g,赤芍12 g,川芎20 g,桔梗15 g,川牛膝24 g,五爪龙30 g,煨诃子20 g,桑叶30 g,隔山消15 g,甘草6 g。

服汤药1周后复诊,诉服药后各症缓解。胸闷、气短明显好转,仍有畏寒,纳眠可,小便正常,大便稍稀。舌质淡暗,苔白薄腻,脉弦。处理:守2016年11月30日方加淫羊藿24 g,桂枝改为20 g,五爪龙改为45 g,继服7日。后诸症消失,患者惊叹中医奇效。

按:患者以“胸闷、气短”为主症就诊,属于中医“胸痹”范畴。胸痹的发生多由年高体虚、寒邪内侵、饮食失调、情志失节、劳倦内伤引起。主要病机为心脉闭阻,病位在心,涉及肺、脾、肾等脏,临床表现为本虚标实,虚实夹杂。患者年过七旬,肾气不足,精血渐衰,久病体虚,加之长期伏案写作,耗伤心血,肾阳蒸腾气化失司,水液代谢失常,痰浊内生,痰阻血脉,血行不畅,瘀血内生。痰浊、瘀血痹阻心脉,故见胸闷、气短。方中瓜蒌皮、薤白、桂枝温通心阳,丹参、桃仁、红花、赤芍、川芎、川牛膝以化痰通脉,更加清半夏增强化痰去浊之力。柴胡、桔梗以升清阳除气短之证,诸药合用,共奏通阳祛浊化痰之效。二诊时患者胸闷、气短明显减轻,稍有畏寒,大便稍稀,舌质淡暗,苔白薄腻,脉弦。故原方加淫羊藿24 g,桂枝改为20 g,五爪龙改为45 g,继服1周。本案例以瓜蒌薤白半夏汤加减治疗,收获颇验。

案2 韩某,男,66岁,无业。2016年11月1日初诊,主诉:阵发性心前区及咽喉部紧缩感1年,加重2月。1年前,患者于天气寒冷时出现心前区及咽喉部紧缩感,持续约1分钟后自行缓解。于当地医院按“冠心病”常规治疗,未作心脏冠脉造影,症状好转后出院,出院后坚持口服拜阿司匹林、阿托伐他汀钙片、硝酸异山梨酯、通心络胶囊。近2月,天气转冷后,上述症状再次反复出现,伴双下肢水肿,朝轻暮重。平素纳眠可,大便干,4~5日1行,小便正常。既往偶有血压升高,最高150/90 mmHg,未服用药物。舌质红,苔薄腻,脉沉细。诊断:胸痹心痛(胸阳不振,痰瘀互结)处理:瓜蒌30 g,薤白15 g,清半夏12 g,桂枝15 g,黄连15 g,陈皮30 g,竹茹30 g,丹参30 g,川芎24 g,五爪龙45 g,红花12 g,桃仁12 g,赤芍12 g,红景天30 g,通血香20 g,炒莱菔子30 g,甘草6 g,隔山消20 g,

火麻仁30 g。

服药1周后复诊,诉服药后胸痛伴咽喉部紧缩感发作较前明显减轻,休息后可缓解。纳眠可,小便正常,大便稍干。舌质红,苔薄腻,脉沉细。HR: 80次/分,律齐。处理:原方加郁李仁15 g,薤白改为24 g,桂枝改为20 g,五爪龙改为60 g,川芎改为30 g,加苏木15 g。1月后复诊,诉服药后胸痛及咽喉部紧缩感未再发作,纳眠可,二便调。舌质红、苔薄腻、脉沉细。心率:76次/分,律齐。继服上方1周,以巩固疗效。

按:四诊合参,患者以心前区及咽喉部紧缩感为主症,舌质红,苔薄腻,脉沉细。辨证为胸阳不振,痰瘀互结,方选用瓜蒌薤白半夏汤合黄连温胆汤加减。患者年过半百,体型偏胖,阳气不足,运化水湿无力,湿浊内生,痰踞胸中,痹阻胸阳,耗气伤阳。寒主收引,遇冷胸中阳气郁结郁,不得外达,则出现心前区及咽喉部筋脉挛急疼痛。故方中使用瓜蒌、清半夏化痰散结,薤白、桂枝通阳散结,平冲降逆。舌质红,苔薄腻为胸中阳气不得通达,饮入不化,痰浊内生,

郁久化热所致,故方中加用黄连温胆汤以理气清热化痰。胸阳不振及痰浊内阻均可致瘀阻心脉,故方加丹参、桃仁、红花、赤芍等以化瘀通脉。患者大便干,故加用莱菔子、火麻仁、郁李仁以行气润肠通便。

4 体会

瓜蒌薤白半夏汤是由张仲景创制,方中包括瓜蒌、薤白、清半夏、白酒。瓜蒌薤白半夏汤中,全瓜蒌清热化痰,宽胸散结;薤白通阳散结,行气导滞;清半夏消痞散结,降逆化痰;白酒通阳,以助药势。现在临床中多不再使用白酒,王振涛教授对于胸阳痹阻之重证,多加用桂枝取其温通心脉,助阳化气之力,效多奇佳。

参考文献

- [1]王东生,袁肇凯,魏经汉,等.冠心病痰瘀痹证与冠状动脉造影的相关性研究[J].中医杂志,2003,44(12):937-938.
- [2]郭力恒,张敏州,曾影红,等.岭南地区207例胸痹患者冠状动脉造影结果与舌象关系分析[J].辽宁中医杂志,2006,33(9):1098-1099.
- [3]张晗,康立源,张伯礼.心脑血管病痰瘀互结证述析[J].天津中医药,2009,26(2):172-174.

(本文编辑:李海燕 本文校对:杨凤鸣 收稿日期:2018-02-06)

卢跃卿辨治 IgA 肾病经验

贾剑威¹ 张 文^{2*}

(1 河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450008;

2 河南中医药大学第一附属医院肾病科,河南 郑州 450000)

摘要: IgA肾病是一种以IgA为主的免疫复合物沉积的原发性肾小球疾病。卢跃卿教授提出本病的病因病机为“邪”“郁”“瘀”“虚”相互错杂,虚实夹杂,外感与正虚结合,五脏不安,三焦失调,中伤于肾,发为本病,治以清热解毒、疏肝健脾、活血利水、补肾固精、中西并用的辨治思想,取得了良好的效果。

关键词: 卢跃卿; IgA肾病; 临证经验; 水肿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.039

文章编号:1672-2779(2018)-09-0091-03

Experience of Professor Lu Yueqing in Treating IgA Nephropathy

JIA Jianwei¹, ZHANG Wen²

(1. The First Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China;

2. Department of Nephrology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: IgA nephropathy is a primary glomerular disease that deposits IgA-based immune complexes. Professor Lu Yueqing put forward the etiology and pathogenesis of this disease as "pathogen", "depression", "stasis" and "deficiency" mixed with each other, mixed with the actual situation, with the combination of exogenous and virtual, five internal organs anxiety, disorder of the three jiao, injury to the kidney and development of the disease. The thought of clearing away heat and detoxifying, soothing liver and strengthening spleen, activating blood circulation and promoting water, tonifying kidney and reinforcing essence, and combining traditional Chinese and western medicine have achieved good effect.

Keywords: Lu Yueqing; IgA nephropathy; clinical experience; edema

IgA肾病是以肾小球系膜区IgA沉积为特征的肾小球肾炎。原发性IgA肾病是我国最常见的原发性肾小球疾病,约占肾活检患者的30%~40%,也是我国终末期肾病的首要原因。迄今,现代医学对IgA肾病的病因病机尚未完全阐明^[1]。近年随着中医对IgA肾病的深入研究,对其病因、病机及诊疗方面取得了显著进展,疗效颇

丰。卢跃卿教授从事中西医肾病临床、科研、教学40余年,对IgA肾病的认识、诊断、治疗方面具有独到见解。笔者跟师学习期间,获益良多。现将卢师治疗IgA肾病经验总结如下。

1 病因病机

根据IgA肾病的临床表现,祖国医学古籍中将其归为“血尿”“水肿”“腰痛”“虚劳”的辨治范畴。IgA肾病的病因病机较为复杂,中医各派医家对本病的

* 通讯作者:871361040@qq.com

病因病机认识各有千秋,张琪^[2]认为本病属本虚标实,本虚多为肝肾阴虚、气阴两虚,标实多为湿热毒邪。叶任高^[3]从病机分析其有肝肾阴虚、气阴两虚、脾肾气虚之别。黄国东等^[4]认为进食辛辣油腻,滋生湿热,水湿内郁,阻滞气机,使气行不畅,血为之结而成本病。卢跃卿教授根据其多年临床经验,提出本病的病因病机为:“邪”“郁”“瘀”“虚”相互错杂,虚实夹杂,外感与正虚结合,五脏不安,三焦失调,中伤于肾,发为本病。IgA肾病以本虚为主,邪实为标,易感受风热、疫毒之邪犯肺,肺固护卫表失调,不能温分肉,充皮肤,则发热恶寒;肺开窍于鼻,肺失宣畅,故咳嗽、咳痰、鼻塞、流涕;肺津不足,喉失所养,易喉燥咽干;金不生水,肾失所养,而腰痛不适,发为本病。IgA肾病患者素体虚弱,脾肾气虚,气虚则郁,加之情志拂郁,郁阻于内,气郁血瘀,瘀阻于肾,发为本病。IgA患者外邪未除,内传于里,损伤脾胃;或纳食不香,痞满腹胀;或脾不运化,湿浊积滞;阻遏脉络,肾络受阻,发为本病。IgA肾病久治不愈,则肺脾肾虚损,气虚血瘀阻于脉络,瘀阻则血溢脉外,发为血尿;血虚则阴伤,气阴两虚,则肾失所养,固藏不牢,精微外泄,发为蛋白尿;阴损及阳,阴阳俱损,则畏寒肢冷,腰膝酸软,肾失蒸化,水液不运,发为水肿。故后期IgA肾病病机发展为气虚血瘀→气阴两伤→阴阳俱损。

2 辨证论治

2.1 清心宣肺治其标 IgA肾病常因外感而发病,外感时邪或风热上扰,外邪袭肺,肺失宣降,营卫失和,则出现咳嗽、咳痰、鼻塞、发热等风热犯肺之症。《诸病源候论》认为“心主于血,与小肠合,若心象有热,结于小肠,故小便血也”。心肺同居上焦,邪易扰心,动心,则心烦不寐;心火下移小肠,灼伤血络,发为血尿,舌红苔薄黄,脉浮数。治以清心宣肺,辛凉透表,凉血止血。拟用银翘散合栀子豉汤加减:金银花30 g,连翘20 g,淡竹叶12 g,茯苓30 g,栀子20 g,菊花12 g,桔梗9 g,甘草6 g,荆芥12 g,淡豆豉12 g,白茅根20 g,茜草根20 g,芡实20 g,金樱子20 g。因其本在肾,其标在肺,故卢师在清热宣肺时多加用芡实、金樱子增强固肾益精之功。

2.2 健脾和胃补其中 IgA肾病易多发于胃肠道感染,或使原有疾病加重^[5]。中医古籍《内经》云:“中气不足,溲为之变”。饮食、劳倦或久病体虚而致中气不足,脾虚则统血、摄血失常,血溢脉外,发为血尿;脾虚清气不升,脾肾气虚,精微下泄,出现蛋白尿;脾虚则土不制水,水湿泛滥肌肤发为水肿。临证中多见食少

腹满、胃脘嘈杂、少气懒言、面色萎黄,舌淡苔滑,有齿痕,脉弱无力等。治宜健脾和胃,益气利水,方用归脾汤加减:黄芪40 g,党参30 g,炒白术20 g,茯苓30 g,龙眼肉15 g,炙甘草6 g,冬瓜皮30 g,玉米须30 g,芡实20 g,枸杞子20 g,当归20 g,木香20 g。卢师善用黄芪以健脾益气、固肾益精,辨证论治,量大效著。现代药理研究表明:黄芪多糖能促进RNA和蛋白质合成,具有保护肾脏,消除蛋白尿和利尿作用,且能提高血中的白蛋白^[6]。

2.3 补益肝肾固其本 IgA肾病迁延日久,易气阴两虚,肝肾同居下焦,“乙癸同源”,则肝肾阴亏,虚火灼络,阴虚动血、耗血,则尿血,腰酸耳鸣,五心烦热;虚火循经上炎,则口苦、咽干、咽痛;肝阴不足不能濡养眼目而眼干眼涩;阴不制阳则肝阳上亢,易出现面红目赤、头晕目眩;迁延日久,阴损及阳,则表现为阴阳两虚之症,多见腰酸乏力,大便溏薄,口舌生疮,舌淡而胖、苔薄。治宜肾气丸加减:附片6 g,生地20 g,山药30 g,山萸肉20 g,茯苓20 g,牡丹皮20 g,泽泻20 g,芡实30 g,黄芪30 g,麦冬20 g,金樱子30 g,丹参30 g,煅牡蛎20 g,白芍20 g,炒白术30 g。全方滋阴补阳,平肝和胃,固肾益精,达到调补阴阳,护正除邪之效。

3 典型医案

夏某,女,27岁,2016年03月13日初诊。患者1年前无明显诱因突发肉眼血尿,无水肿,遂就诊于当地医院,查尿蛋白(+++),隐血(+++),尿红细胞4161 μL ,24 h尿蛋白定量3.2g/24 h,肝肾功无异常,给予头孢唑肟钠、甲硝唑、金水宝等治疗,效差。6个月前就诊于郑州大学第一附属医院,行肾活检术,病理报告提示:IgA肾病(弥漫增生性肾小球病变)。给予甲基泼尼松片60 mg每天1次口服,配合百令胶囊,贝那普利片,维生素D钙片,碳酸氢钠片等治疗。后间断复查尿蛋白1+~2+,隐血1+~2+,24 h尿蛋白定量在1~2 g/24 h,泼尼松治疗两个月后规律减量,2016年3月13日来卢教授门诊时仍泼尼松30 mg,每天1次,口服。患者2天前感冒后出现头晕,伴黄涕,咽干,舌红苔黄,脉细数。治以清热解毒,养阴生津。药用太子参30 g,甘草10 g,陈皮15 g,金银花15 g,连翘10 g,黄芩10 g,生地10 g,芦根30 g,炒牛蒡子10 g,荆芥5 g,薄荷10 g,升麻10 g,辛夷10 g,炒苍耳子10 g。3付,水煎服,1剂/d,早中晚温服。

2016年3月16日复诊:服3剂后上述症状基本消失,自诉小便泡沫多,腰部酸沉,舌质红,苔薄黄,脉弦数。治以益气养阴、固肾强腰。(下转第103页)

凉血止血和滋补肝肾法治疗紫癜性肾炎

邸家琪¹ 徐闪闪^{1*} 孙 杨¹ 丁 樱²

(1 河南中医药大学中医儿科硕士研究生2016级, 河南 郑州 450046;

2 河南中医药大学第一附属医院儿科, 河南 郑州 450000)

摘要:女贞子安五藏, 滋补肝肾之阴; 旱莲草有凉血止血之效; 二药同用组成一代名方“二至丸”, 使药效相得益彰。现代研究证实其具有调节免疫, 缩短凝血时间等功效, 故临床上应用广泛。丁樱认为紫癜性肾炎(单纯血尿型)主要病机为“热”“虚”“瘀”, 伏热郁于内致血溢脉外而尿血, 根据多年的临床经验, 采用滋补肝肾佐以清热凉血, 或联合来氟米特治疗紫癜性肾炎(单纯血尿型)颇有疗效。

关键词:凉血止血; 滋补肝肾; 二至丸; 紫癜性肾炎; 血尿; 丁樱; 血淋

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.040

文章编号:1672-2779(2018)-09-0093-03

Therapy of Cooling Blood and Stopping Bleeding Combined with Nourishing Liver and Kidney in the Treatment of Henoch-Schonlein Purpura Nephritis

DI Jiaqi¹, XU Shanshan¹, SUN Yang¹, DING Ying²

(1. Grade 2016 Graduate of Pediatrics of Traditional Chinese Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. Department of Pediatrics, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: The five internal organs of Ligustrum lucidum, nourishing the yin of the liver and kidney; Eclipta has the effect of cooling blood to stop bleeding. The second drug is used to form a generation of famous "Erzhi pill", and make the two drugs work well. Modern research has the effect of regulating immunity, shortening blood clotting time and so on, so it is widely used in clinic. Professor Ding Ying believes that the main pathogenesis of purpura nephritis (pure hematuria) is "hot", "virtual" and "stasis". The hypothermic depression causes blood to flow outside the veins. According to years of clinical experience, it is effective to treat purpura nephritis (pure hematuria) by nourishing the liver and kidney mainly by clearing away heat and cooling blood combined with Leflunomide tablets.

Keywords: cooling blood and stopping bleeding; nourishing liver and kidney; Erzhi pill; purpura nephritis; hematuria; stranguaria due to hematuria

1 二至丸现代药理研究

二至丸据蔡秀江等^[5]考证最早出自明代吴旻所著《扶寿精方》, 具有补腰膝, 壮筋骨, 强阴肾, 乌髭发之效, 价廉而功大, 故近代对其研究甚多。其组成为女贞子、旱莲草各等分, 女贞子于冬至日前后采收, 旱莲草于夏至日前后采收药效颇佳, 故命名为“二至”。女贞子初载于《神农本草经》, 味苦平, 有安五藏, 养精神, 除百疾之效。旱莲草味甘酸, 性寒, 《新修本草》记载“洪血不可止者, 傅之立已”。现代药理研究已发现女贞子的主要成分有萜类、黄酮类、苯乙醇苷类、挥发油、脂肪酸等, 对特异性和非特异性免疫均具有调节作用, 还具有抗炎、抗菌、抗病毒等作用^[1]。杨正标等^[2]用女贞子不同部位的提取物刺激肾阴虚的大鼠, 发现女贞子可能通过影响机体雌二醇、三碘甲状腺原氨酸、甲状腺素及环磷酸腺苷这些共同的潜在的物质基础而达到改善肾阴虚的症状。旱莲草的主要成分有香豆草萜类、三萜皂甙类、甾体类、噻吩类、黄酮类及挥发

油等, 现在研究其药理作用主要表现在调节免疫、止血、酶激活、保肝降脂等^[3]。陈锐等^[4]从旱莲草中分离出既能直接使红细胞凝聚成团, 也能先将纤维蛋白原转变为纤维蛋白, 再通过纤维蛋白使红细胞凝聚成团的化合物。女贞子与旱莲草配伍, 即二至丸具有保肝降酶、抗肝纤维化、抗衰老、调节免疫功能、缩短血液凝血时间、改善血液流变性、抑制肿瘤、抗炎、抗疲劳等作用^[5]。现代药理研究也表明女贞子与旱莲草配伍运用具有协同的作用, 钟询龙等^[6]采用超高效液相色谱联用四级杆串联飞行时间质谱技术分析两药配伍前后化学成分差异, 发现两药合提液和合并液化学成分存在明显差异, 其中女贞苷、蟛蜞菊内酯等含量显著下降, 而特女贞苷、橄榄苦苷等含量显著升高, 女贞子与旱莲草配伍可显著提高三萜类、环烯醚萜类等多种化学成分在合提液中的溶出量, 从而提高药物的疗效。

2 血尿诊断及中医病因、病机

过敏性紫癜又称亨-舒综合征 (Henoch schonlein purpura, HSP) 是以全身系统性小血管炎为主要病变的血管炎综合征, 临床以双下肢、臀部等部位出现对

* 通讯作者:1967533607@qq.com

称分布的紫癜为主要表现, 伴或不伴腹痛、关节痛。紫癜性肾炎 (Henoch schonlein purpura nephriti, HSPN) 为HSP最严重的并发症之一, 临床上有单纯血尿型、血尿伴蛋白尿型、单纯蛋白尿型、急性肾炎型、肾病综合征型、急进性肾炎型和慢性肾炎型。其中单纯血尿又称孤立性血尿, 表现有镜下血尿和肉眼血尿。镜下血尿的常用标准有: (1) 1周内3次尿中红细胞 (RBC) 数目超出正常范围即离心尿时 ≥ 3 个/高倍视野 (HPF) 或 ≥ 8000 个/mL, 非离心尿时 ≥ 1 个/HPF时, 具有病理性意义; (2) Addis计数: 红细胞 >50 万/12 h, 即可诊断血尿。当尿红细胞 $>2.5 \times 10^6$ /L (1000 mL尿中含0.5 mL血液) 即可出现肉眼血尿, 肉眼血尿的颜色与尿液的酸碱度有关, 中性或弱碱性尿颜色鲜红或呈洗肉水样, 酸性尿呈浓茶样或烟灰水样^[7]。血尿在中医属于“血证”范畴, 需与血淋相鉴别, 两者均有尿中带血, 但血淋会伴有疼痛难忍, 血尿一般无此症状。血尿主要病位在肾与膀胱, 小儿素体虚弱, 稚阴稚阳, 易感外邪, 感而化热, 热扰脉络致使血不循经而溢脉外。正如《太平圣惠方·治尿血诸方》所言: “夫尿血者, 是膀胱有客热, 血渗于脬故也。血得热而妄行, 故因热流散, 渗于脬内而尿血也”。目前西医在治疗孤立性血尿方面方法局限, 而中医根据辨证论治, 有其独特的优势。

3 丁樱教授关于血尿的学术思想

丁樱教授为国家级名中医, 博士生导师, 从事儿科肾脏病研究三十余年, 从多年临床经验总结出紫癜性肾炎病机主要以“热”“瘀”“虚”为主。根据紫癜性肾炎的发病特点及临床表现, 本病的外因多为感受风热、邪毒, 或进食鱼虾、辛辣等燥热腥发动风之品; 内因主要为素体有热, 血分伏热^[8]。而过敏性紫癜的急性期患儿体内郁热邪毒炽盛, 治以清热解暑为法。一般患儿会在紫癜出现后的2~4周出现肾脏损伤, 此时热邪伏于体内耗伤真阴, 而肝肾同源, 母病及子, 患儿会出现夜寐不安、手脚心热、眼干涩等症状, 治以清热的基础上加用旱莲草、女贞子等滋补肝肾并清热凉血之品效佳。

4 典型医案

患儿张某, 女, 8岁。2017年9月11日初诊。主因发现双下肢皮肤紫癜1月伴尿检异常10天为代主诉来诊。1月前患儿外感后发现双下肢少量皮肤紫癜, 无腹痛、关节痛, 未予重视, 后紫癜量增多蔓延至臀部并伴有双踝关节肿痛。至当地医院查尿常规无异常, 诊断为过敏性紫癜, 住院与阿糖腺苷及甲强龙 (用量不详) 静滴12天, 患儿踝关节肿痛消失, 仍有少量紫癜反复, 出院后与氯雷他定 (10 mg, 每天1次)、强的松 (10 mg, 每天2次) 口服1周, 紫癜消退且无新出皮肤紫癜。再次至当地医院复查尿常规: Pro-, BLD2+。患儿家长为求

进一步治疗遂至我院门诊查血常规无异常, 尿常规: Pro-, BLD+, WBC 0/HP, RBC 2-5/HP, 红细胞计数 $57.5/\mu\text{L}$; 彩超示: 左肾静脉胡桃夹 (-)。刻下症: 患儿自诉咽中有痰, 手脚心热, 夜间明显, 纳可, 眠不安, 大便2日1次, 质干, 小便正常。舌红、苔薄黄, 脉浮数。中医四诊合参诊断为血尿病, 辨证为属阴虚内热, 选用丁师自拟血尿方, 处方: 生地黄15 g, 牡丹皮10 g, 茜草9 g, 白及6 g, 小蓟15 g, 仙鹤草10 g, 当归6 g, 黄芩6 g, 连翘6 g, 大蓟10 g, 甘草3 g, 法半夏6 g, 山豆根6 g。7付, 日1付, 水煎服, 嘱7日后复诊。

2017年9月18日二诊: 患儿服上药后手脚心热较前稍好转, 咽中痰液较前减少, 纳一般, 眠可, 大便日1次, 质可, 小便正常。舌红、苔黄稍厚, 脉数。复查血常规无异常, 尿常规: Pro-, BLD 2+, WBC 0-3/HP, RBC++++/HP, 红细胞计数 $940.1/\mu\text{L}$ 。于上方加墨旱莲15 g, 女贞子10 g, 焦三仙各10 g。7付, 日1付, 水煎服, 7日后复诊。

2017年9月26日三诊: 患儿手脚心热较前明显好转, 夜间有盗汗, 余未诉不适, 纳眠可, 二便正常, 查血常规无异常, 尿常规: Pro-, BLD 3+, WBC 0-1/HP, RBC+/HP, 红细胞计数 $294.2/\mu\text{L}$ 。患儿服上方有效, 继续予上方的基础上减去清半夏、山豆根, 加煅龙骨牡蛎各15 g。14付, 日1付, 水煎服。

2017年10月9日四诊: 患儿夜间出汗愈, 治疗期间无新出皮肤紫癜, 纳眠可, 二便调, 查血常规无异常, 尿常规: Pro-, BLD+, WBC 0-1/HP, RBC+/HP, 红细胞计数 $135.6/\mu\text{L}$ 。上方有效, 继服14付, 日1付, 水煎服。

2017年10月23日五诊: 患儿未诉不适, 查血常规无异常, 尿常规: Pro-, BLD+-, WBC 0-1/HP, RBC 0-3/HP, 红细胞计数 $25.7/\mu\text{L}$ 。上方继7付, 2日1付, 服完停药。随访2月, 患儿每周查尿常规均无异常。

5 讨论

紫癜性肾炎的发生主要是由于以IgA为主的免疫复合物在肾小球系膜区沉积, 导致血尿或 (和) 蛋白尿的产生。丁师治疗仅有少量红细胞漏出的紫癜性肾炎 (单纯血尿) 只用中药进行调理, 若红细胞数量增多或伴有蛋白尿时, 会在服用中药的基础上加用免疫抑制剂进行治疗。众多免疫抑制剂中丁师会选用来氟米特来治疗单纯血尿型的紫癜性肾炎, 究其原因大致因为来氟米特可较好地抑制炎症细胞黏附于内皮, 还可抑制尿苷等物质的生物合成, 对于细胞活素具有较好的调节作用。同时, 来氟米特还会影响RNA及DNA的合成, 降低免疫球蛋白的形成, 抑制增生活跃的有关细胞^[9]。小儿体质本为“阳常有余, 阴常不足”, 此案例中患儿患病时感邪化热, 又用激素治疗导致阴虚内热, 故表现为手脚心热, 盗汗等症状。故用生地黄、牡丹皮清热凉血兼

活血，小儿肾常不足，生地黄还有补益肾精之效；茜草、大小蓟凉血止血；白及止血兼有疗疮之效；仙鹤草止血补虚；黄芩、连翘清里热；患儿诉咽中有痰，查体咽腔充血，予山豆根、法半夏清热利咽。二诊患儿尿中红细胞增多，但其余症状消失大半，证明原方在一定程度上是对症的。尿红细胞会升高的原因可能为患儿病程较长，损及五脏而尤以肾脏为著，而患儿舌质仍红，提示热仍未清，故在原方的基础上加入女贞子、旱莲草以安五藏，主要以滋补肝肾为主，同时用以清热止血；纵观全方，主要以清热药为主，服用时间过长恐伤胃气，故予焦三仙以固护胃气。三诊患儿尿中红细胞减少，仅有盗汗症状，故减山豆根、清半夏加煅龙牡以收敛固涩。四诊、五诊患儿诸症减轻，继服以巩固疗效。丁师选用二至丸而不用其他药的原因大概为：二至丸可以在清热的同时滋补肝肾，治疗肝肾阴虚引起的一些兼症；二

至丸协同用药可增强药物的疗效。

参考文献

- [1]刘婷婷,王萌.女贞子化学成分与药理作用研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2017,20(14):228-234.
- [2]杨正标,苏洁,陈素红,等.女贞子不同提取部位对肾阴虚大鼠内分泌系统的影响[J].中药药理与临床,2015,31(1):168-170.
- [3]袁继承,蒋永和,沈志滨.旱莲草化学成分的研究进展[J].亚太传统医药,2009,5(1):125-128.
- [4]陈锐,许群,陈昱,等.旱莲草凝血和溶血活性成分的研究[J].天然产物研究与开发,2014(26):1161-1164.
- [5]蔡秀江,黄美艳,丁安伟,等.二至丸考源及药理作用研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(23):272-275.
- [6]钟询龙,王若伦,段炼,等.基于UPLC/Q-TOF-MS技术分析女贞子与墨旱莲配伍协同增效的物质基础[J].中国医院药学杂志,2017,37(19):1887-1891.
- [7]易著文.儿童血尿的诊断思路[J].中国实用儿科杂志,2014,29(6):252-255.
- [8]任献青,郑贵珍,管志伟,等.丁樱教授从热、瘀、虚辨治小儿过敏性紫癜性肾炎经验[J].中华中医药杂志(原中国医药学报),2013,28(12):3586-3588.
- [9]曾蕾,殷彩霞,黄雷招.来氟米特联合糖皮质激素对IgA肾病患者疗效的影响[J].中国现代医生,2015,53(34):21-24.

(本文编辑:李海燕 本文校对:段凤阳 收稿日期:2018-02-23)

刺血疗法治疗丹毒1例

马培锋

(河北省沧州中西医结合医院康复院区,河北 沧州 061001)

摘要:丹毒为感染性皮肤病,一般发病前有局部外伤,多见于颜面部及下肢,容易反复发作。耳部丹毒极为少见,没有明确外伤感染史,仅有耳部发病者给诊断带来一定困难,该患者第一次仅有左侧耳部红肿,第二次高热伴同侧面部红肿,结合上述病史,诊断丹毒,第一次经单纯放血治疗而愈,第二次放血治疗后高热消退,面部红肿明显缓解,证明刺血疗法在丹毒治疗中的良好疗效。

关键词:丹毒;刺血疗法;耳部;颜面部;医案

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.041

文章编号:1672-2779(2018)-09-0095-03

Blood-pricking Therapy in the Treatment of Erysipelas for One Case

MA Peifeng

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

Abstract: Erysipelas is an infectious skin disease, usually with local trauma before onset. Erysipelas is common in the face and lower extremities, prone to recurrent attacks. The ear is extremely rare, and there is no definite history of trauma infection, but only the patients with ear disease have some difficulties in diagnosis. For the first time, only the left ear was red and swollen, and the second high fever was accompanied by inflammation on the side, and combined with the previous history, the diagnosis of erysipelas was confirmed. The first time it was treated with pure blood. After the second bloodletting treatment, the fever subsided and the facial redness was relieved, which proved the good effect of pricking blood therapy in the treatment of erysipelas.

Keywords: erysipelas; blood-pricking therapy; ear; face; medical case

丹毒是溶血性链球菌侵入皮肤或黏膜内的网状淋巴管所引起的急性感染性皮肤病。《圣济总录·疮肿门·诸丹毒论》中记载:“热毒之气,暴发于皮肤间,不得外泄,则蓄热为丹毒。以其色如涂丹之赤,又复阳气伏于皮中,故谓之丹也”,笔者应用刺血疗法结合中药外敷治疗丹毒1例,临床症状缓解快,现报告如下。

马某,男,73岁。主诉:突发左侧颜面部红肿、疼痛伴发热2小时,就诊时间:2016年2月3日17:00。患

者为陕西人,入冬至沧州,离家千里,临近过年,思乡心切,加之北地冬季严寒、风烈,室内外温差大,外出受寒,突发左侧颜面部红肿、疼痛,略有痒感,伴发热、恶寒,无恶心、呕吐等,前来就诊。既往史:半月前曾患突发左侧耳廓红肿、发热伴痒,经河北省沧州中西医结合医院皮肤科、耳鼻喉科会诊后考虑冻疮,笔者予局部放血治疗1次,当时红肿、发热感减轻,3天后痊愈;无其余病史。查体:T 39.3℃,P 120次/min,R 22次/min,BP 135/80 mmHg,左侧面部焮红



肿胀,局部皮温升高,舌红、苔黄腻,脉滑弦数。血常规:WBC $15.66 \times 10^9/L$, Neu 84.7%,经我院皮肤科会诊结合左耳红肿史,中医诊断:颜面部丹毒(左侧),辨证为风寒外束、热毒内蕴型;西医诊断:颜面部丹毒。予中西医结合治疗,中医外治应用刺血疗法合外敷软膏,(1)当日予丹毒部位刺血治疗;(2)第二天予病变局部外敷清热解毒药膏。西医:口服阿莫西林克拉维酸钾分散片457 mg,口服,8小时1次,连用7天。刺血疗法治疗过程:颜面部皮肤红肿处用75%酒精消毒后,取临床用采血针,在颜面部红肿明显、局部发硬处迅速点刺约20针,点刺深度5~10 mm,出血量以“血尽自止为度”,由于患者惧怕疼痛,未对所有皮损处点刺放血,约半小时后患者体温恢复正常,至夜间(约20:00),患者未再发热,放血处红肿明显减轻,周边红肿范围略有扩大,较前红肿处轻,由于患者惧怕放血,未再行放血治疗,予局部敷药及口服抗炎药物治疗7天,1周后痊愈。随访至今,患者丹毒未再复发。

按:中医认为丹毒是由于素体血分热毒郁于肌肤,复加外感火毒湿邪搏结或皮肤黏膜破损,毒邪乘虚而入,内外相合而致。此病还与气候有关,若遇到五运六气不顺之年易使丹毒外发而出现高发病率。血热为病之本,外受毒邪乃病之标,久则血行被阻瘀而成^[1]。《素问·至真要大论》曰:“诸痛痒疮皆属于心”“诸热瞀瘵,皆属于火”,心主血脉,五行属火,说明此病之红肿热痛关乎于心,性质为火热,联通于血脉。“风为百病之长”,风是火毒热邪之载体,祛邪当以“治风”为首要,而中医有“治风先治血,血行风自灭”之治则,治血息风,百邪自灭,故治血为此病治疗之总则^[2]。《灵枢·小针解》曰:“宛陈则除之者,去血脉也”,即用刺血可除脉中之瘀血,疏通血脉,自然热清血凉、火泄毒解,患处红肿热痛自消。丹毒又称“赤游丹”或“游火”,其中发于头面部轻者称“抱头火丹”、重者称“大头瘟”^[3],皆由火毒之邪,阻塞经络,气血壅遏而成^[4]。放血疗法和中药外敷属于中医外治之法,中医外治法是相对于内治法而言,广义外治法泛指临床各科除内服药物治疗以外的一切治疗方法;外科外治是指运用药物、手术或配合一定的器械,直接作用于病变部位或患者体表某部位,从而达到治疗目的的方法^[5],体表皮毛、腠理、穴位,通过经络气血与内脏相联系;在体表的病变采用外治法,比内治更便捷,诚如吴师机言:“外治之理,即内治之理;外治之药,即内治之药,所异者法耳”,其优点在于:局部用药更近病所;内外治结合增强疗效;服药者易接受;方法多样,相互配合施用灵活;药之无效可迅速终止。刺血疗法有清热解毒、疏通经络血气^[6]的作用,可以通过放出病变局部的血液,使热毒之邪随血液流出而达

到外泄的目的。放血疗法治疗丹毒,在《针灸集成》中有记载,曰:“风丹及火丹毒,以三棱针,无间乱刺当处及晕畔,多出恶血,翌日更看赤气所在,如初乱刺,弃血如粪,神效”。《医心方》将放血和外用药物治疗结合起来,曰:“夫丹者,人身体,忽然赤,如丹涂之状,故谓之丹也……能以锋针去其血,然后敷药,大良”。本患者高龄,远离故土,临近过年,思家心切,火由心起于内,火性炎上,至于头面,加之外被寒凉所遏,火气不得外泄,蕴郁而为毒,热毒聚于颜面,则局部红肿焮热、瘙痒,发为丹毒。若本病不能得到及时施治,则可导致病变处血管及淋巴管水肿、管腔狭窄堵塞,红肿区域病情反复,急性炎症迁延成为亚急性和慢性炎症^[7]。本患者左耳红肿,症状较轻,病变范围较小,经一次单纯放血治疗而痊愈,第二次颜面部丹毒,经放血治疗,半小时后体温恢复正常,且局部红肿热痛明显缓解,足以证明局部放血对全身的炎症性反应的治疗价值。外敷药物为我院脉管炎科自制膏药,内含生大黄、生胆南星、升麻、芙蓉叶、黄柏、白芷、白及、紫草、苦参等药,其中生大黄、黄柏、苦参清热燥湿、解毒消肿,共为主药,生胆南星可镇静止痛、化痰散结消肿,芙蓉叶凉血消肿排脓,升麻解毒透脓,紫草活血散结,白芷消肿止痛,白及解毒敛疮,诸药合用具有清热除湿、散瘀通络、消肿止痛等功效。

现代医学认为丹毒是一种累及真皮浅层淋巴管的感染,主要致病菌为溶血性链球菌,诱发因素为手术伤口或皮肤破损后的任何炎症,轻度擦伤或搔抓、头部皮外伤均可能导致此病,致病菌可潜伏于淋巴管内,常引起复发。该患者半月前突发左耳红肿、发热、瘙痒,临床症状较轻,病变范围小,经放血治疗一次即痊愈,本次再次出现左侧面部红肿,范围较前扩大,且伴有高热,将两次发病联系起来,综合考虑,第一次突发左侧耳部红肿可能是局部丹毒的第一次发病,当时因无明显外伤史,结合严冬起病,考虑为冻疮,经治疗痊愈,本次以左侧面部红肿且发热再次起病,考虑为临床复发,反复的临床发作,使第二次丹毒的临床诊断明确,经放血治疗,发热症状消失,未再反复,病变局部焮红肿胀明显缓解,由于患者惧怕针灸,后续以局部外用药物及口服抗炎治疗而收功。

由于中西医对本病的认识不同,现代医学认为本病是由于局部的感染所致,治疗应避免局部的损伤性刺激,而中医学理论则认为,本病由局部所蕴火毒所致,局部放血可清热解毒泻火,为治疗本病的特效疗法。所以临床在应用刺血疗法治疗时一方面应向患者及家属将本病的中西医认识及治疗方法的差别解释清楚,使患者能接受刺血疗法;另一方面刺血疗法具体操作时应做好针具及局部消毒,防止造成局部的再次

损伤,导致病情反复或加重。

参考文献

- [1]董文启.凉血解毒利湿法治疗下肢丹毒的疗效观察[J].四川中医,2007,25(12):87-88.
[2]朱守应.刺血加针刺为主治疗丹毒35例[J].中国针灸,2017,37(2):170.
[3]陆德铭.中医外科学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:73-74.

- [4]李曰庆.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2002:83.
[5]贺成功,龙红慧,徐天馥,等.放血疗法的临床实践[J].长春中医药大学学报,2017,33(1):88.
[6]谭新华.中医外科学[M].北京:人民卫生出版社,1999:83-93.
[7]胡小辉,蒋晓萍.金黄散外敷配合青霉素治疗下肢急性丹毒40例临床观察[J].中医药导报,2009,15(8):35-36.

(本文编辑:李海燕 本文校对:马远新 收稿日期:2018-01-30)

柴胡加龙骨牡蛎汤及合方治疗更年期综合征心法

刘少颖¹ 李素领^{2*}

(1 河南中医药大学硕士研究生2016级,河南 郑州 450008;

2 河南中医药大学第一附属医院国医堂,河南 郑州 450000)

摘要:李素领临证善于运用柴胡加龙骨牡蛎汤及合方治疗更年期综合征。强调紧抓“胸满烦惊”的主症,重视“少阳枢机不利”的病机特点,将辨病和辨证有机结合,兼顾对症处理,推崇合方应用,临证多合用半夏厚朴汤、温胆汤、百合地黄汤等。其病机认识、临床药理研究、用药规律与特色、辨治施治等方面,对临床均有指导作用。

关键词:柴胡加龙骨牡蛎汤;经方;合方;更年期综合征;郁证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.042

文章编号:1672-2779(2018)-09-0097-02

Chaihu Longgu Muli Decoction and Combined Prescription in Treating Climacteric Syndrome

LIU Shaoying¹, LI Suling²

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China;

2. The First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Professor Li Suling is good at applying Chaihu Longgu Muli decoction and combined prescription in the treatment of climacteric syndrome. Teacher Li stressed the emphasis on grasping the main symptoms of "chest full of scared" emphasis on "Shaoyang card machine adverse" pathogenesis characteristics, the combination of disease and syndrome differentiation, both symptomatic treatment, clinical application of highly combined, multi combination of Banxia Houpu decoction, Wendan decoction, Baihe Dihuang decoction etc.. Its pathogenesis, clinical pharmacology, drug laws and characteristics, differentiation and cure and so on, have clinical guidance.

Keywords: Chaihu Longgu Muli decoction; classical prescription; combined prescription; climacteric syndrome; melancholia

西医更年期综合征是指妇女在围绝经期或其后,因卵巢功能逐渐衰退或丧失,脑垂体功能亢进,雌激素水平下降所引起的以植物神经功能紊乱代谢障碍为主的一系列综合征^[1]。由于社会竞争日益激烈,以及其他的社会、家庭因素,更年期出现严重不适症状的妇女越来越多^[2]。其易侵犯神经精神系统,常易患精神抑郁症、健忘、强迫观念、情绪不稳、焦虑、感觉异常、甚至躁狂、精神分裂症等。更年期综合征可归属于中医“脏燥”“郁证”“不寐”等病范畴。中医认为本病的发生与此期妇女肾气渐衰,天癸将竭,阴精不足,阴阳失调的生理基础有关。在治疗更年期综合征的经方中,李师善用柴胡加龙骨牡蛎汤加减变化。柴胡加龙骨牡蛎汤治疗更年期综合征,病程短暂,病势轻浅者,本方往往多效。而更年期综合征病机复杂,病势缠绵,临证所见,多有兼夹,清代唐荣川言:“病之繁重者,药亦繁重也”,故临床常须与其它方剂相合而取效。合方始于《伤寒论》,原指经方与经方的相合,李师对合方有其独到的见解,所谓合方,既可以是经方与经方相合,也可以是经方与名方、名方与名方的相合。李师临证宗经

方、名方之旨,灵活组方,随证加减化裁,合方之时,务求病机相合,主症兼症相适,效如桴鼓。

1 方药浅析

柴胡加龙骨牡蛎汤是由小柴胡汤加减变化而来,出自《伤寒论》第107条:“伤寒八九日,下之,胸满烦惊、小便不利、谵语、一身尽重、不可转侧者,柴胡加龙骨牡蛎汤主之”^[3]。原文主治因伤寒太阳表证误用下法,邪气入里,结聚于少阳,而成表里俱病,虚实互见之变证,治宜和解少阳、镇惊安神^[4]。李师认为:少阳经气不利,胆热内郁则胸满而烦;胆火上炎,胃热上蒸,上扰心神,甚则惊惕谵语;三焦亦属少阳,故胆火内郁者,或可引起三焦决渎失职,膀胱气化不利,而见小便不利;气失调达,上下内外皆郁而不通,故一身尽重,不可转侧^[5]。足少阳胆经布胸胁,方以小柴胡汤斡旋少阳,疏利胆腑,扶正祛邪,加桂枝,使内陷之邪从外而解;龙骨、牡蛎、铅丹重镇安神,以治烦躁惊狂,张锡纯云:“人身阳之精为魂,阴之精为魄,龙骨能安魂,牡蛎能强魄,精神自足,虚弱自愈也,是龙骨、牡蛎,故为补魂魄精神之妙药也”^[6]。因铅丹有毒,临证中多以珍珠母、代赭石、磁石替用,尚有异曲同工之妙;大黄泻里热,和胃气;茯苓淡渗利

* 通讯作者:hk-lsl@163.com

水,宁心安神;诸药合用,寒温并举,攻补兼施,共成和解清热,镇惊安神之功。

现代药理研究表明,柴胡加龙骨牡蛎汤对神经系统脑内神经递质有影响,可增加脑内乙酰胆碱含量、抑制记忆障碍,并有镇静和抗癫痫的作用^[7]。李师认为本方乃“更年期综合征通用方”,只要抓住“胸满烦惊”之主症,病机恰当,便可放心用之于临床。

2 合方化裁

李师临证知常达变,治病必求其本,析李师辨治选方经验思路,临症若兼有胆怯易惊、呕吐呃逆、苔腻、脉滑等胆胃不和,痰热内扰等症,常合温胆汤理气化痰、清胆和胃。若客邪所郁,阻滞气机,气郁痰生,阻于咽喉,而见咽中如有物阻,咳之不出,吞之不下等气郁痰阻症,常合用半夏厚朴汤以行气散结,降逆化痰,使郁气得疏,痰涎得化,如此清阳得升,浊阴自降,气机复常。若因七情郁结,肝气郁滞,肝郁及脾,脾失健运,气血生化不足,日久形成肝郁脾虚血瘀之证,本着《内经》“木郁达之”“疏其气血,令其条达”之意,而应用逍遥散疏肝解郁,健脾养血。肝郁血虚日久,生热化火,常合用丹栀逍遥散以疏肝解郁、清热凉血,火退则诸病皆愈。伴见神志异常者,如《金匱要略》所述脏躁病:“妇人脏躁,喜悲伤欲哭,象如神灵所作,数欠伸,甘麦大枣汤主之”^[8]。应用甘麦大枣汤,使气血充裕,阴平阳秘,肝气得和,则脏躁诸症自除。若阴血不足,神明失养,则易出现情志方面的改变,如《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病脉证并治》云:“百合病者……口苦,小便赤,诸药不能治,得药则剧吐利,如有神灵者,而身形如和,其脉微微”。临症多表现为焦虑忧郁,或紧张猜忌,或沉默寡言等,常合百合地黄汤以滋阴清热。方中百合、生地黄两者配伍,使心阴得以滋养,肾阴得以滋补,则邪热自消。症见头眩耳鸣,时或怕冷,时或烘热汗出、腰酸膝软等肾阴阳两虚、虚火上扰见症者,常合二仙汤以温肾阳,补肾精,泻肾火,调冲任。若见眩晕耳鸣,鼻燥咽干,腰膝酸痛,月经量多等肝肾阴虚之证,临床多合用二至丸以补益肝肾,滋阴止血。若伴身热懊恼,虚烦不得眠,舌质红,苔微黄,脉数之症,此为无形邪热困扰,常合栀子豉汤以清热除烦,对火郁虚烦之证疗效颇佳。

3 医案举例

宋某,女,55岁。2017年2月17日初诊。主诉:头晕、心悸5年余。患者2011年因情志不畅出现头晕,心悸胆怯,反复5年不愈,先后于各市级医院就诊,查脑血管核磁、心肌酶、心电图、心脏彩超,均未见异常;肝胆脾胰彩超示:肝内胆管结石,口服胆炎康,开胸顺气丸,未能见效;自述近3年来体重下降20斤,乃于今日来我处就诊。症见:形体消瘦,头晕,心悸不宁,抑郁不乐,胆怯易惊,恶心,纳可,失眠多梦,夜寐2

小时,大便稍干;舌苔黄厚而腻、质红,脉滑。西医诊断:更年期综合征。中医诊断:郁证,证属肝郁胆热,痰热扰神;治宜疏肝利胆,化痰安神。方用柴胡加龙骨牡蛎汤合温胆汤加味。处方:柴胡12g,黄芩12g,半夏12g,枳实12g,党参12g,陈皮15g,茯苓15g,合欢皮15g,竹茹20g,茯神20g,煅龙骨30g,煅牡蛎30g,首乌藤30g,谷精草30g,决明子15g。7剂,日1剂,水煎服,早晚分服。

2月24日二诊:自述服药后,头晕、心悸症状好转,现偶有头晕耳鸣,右胁刺痛感,暖气不畅,舌脉同前。处方:上方加旋覆花10g,石菖蒲10g,香附15g,川芎10g。继服7付。

3月3日三诊:服二诊方后,诸证减轻,现咽喉不适,偶有堵塞感,纳眠可,二便调,苔薄白、质红。守二诊方加苏梗12g,服至半月,自觉症状消失,随访至今,病情稳定。

按:李师认为,痰热内阻是更年期综合征的致病因素之一,此类患者多由肾气虚损,体内水液不能蒸化,加之脾虚运化失司,水湿不化,聚而生痰;更年期情绪不稳,肝失疏泄,胆胃不和,气郁则痰逆,内扰脏腑,脏腑功能失调,故身体发生诸多不适症状^[9]。针对痰湿内聚,阻滞气机,郁热蕴结,胆胃失和之病机,当治以疏肝利胆,化痰安神。辨证予柴胡加龙骨牡蛎汤合温胆汤加味,使上扰之痰热得除,则症自安。方中不取原柴胡加龙骨牡蛎汤中的大黄,而选用谷精草、决明子,因二者主入肝经,不仅有润肠通便之效,兼能清泻肝火。佐以茯神、首乌藤、合欢皮养心安神;两方合用,共奏疏肝利胆、清胆和胃、理气化痰、镇惊安神之功,故获良效。二诊时考虑患者肝气不疏,肝气郁于肝络,则胁肋疼痛;脾胃升降清浊功能失常,导致气机不畅,则暖气不畅。症属肝郁气滞,治宜疏肝理气,方用王清任《医林改错》卷上:通气散。方中柴胡、香附疏肝理气,合以川芎活血开郁,三药配伍,有行气活血,条达郁滞之功。佐以旋覆花利气下行;石菖蒲化湿和胃,宁神益智。后选用苏梗宽胸利膈,顺气除痞。由于药证相符,故取良效。

参考文献

- [1]成秀明.柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗女性更年期综合征体会[J].基层医学论坛,2009,13(32):1018.
- [2]于舒雁,刘会丽,苗明三.更年期综合征的分子机制及中医药治疗更年期综合征的特点[J].中医学报,2012,27(3):338-340.
- [3]张仲景.伤寒论[M].北京:中国医药科技出版社,2013:4.
- [4]刘渡舟,傅士垣.伤寒论论解[M].天津:天津科学技术出版社,1983:96.
- [5]梅国强.增损柴胡加龙骨牡蛎汤临证思辨录[J].上海中医药杂志,2013(2):27-30.
- [6]张锡纯.医学衷中参西录[M].太原:山西科学技术出版社,2009:224.
- [7]王建云.柴胡加龙骨牡蛎汤治疗神经系统药理分析及运用研究简况[J].实用中医内科杂志,2013,27(10):63-66.
- [8]张仲景.金匱要略[M].陈纪蕃.北京:人民卫生出版社,2008.
- [9]杜凤英,薛蓉.加味温胆汤治疗痰湿瘀阻型更年期综合征56例[J].现代中医药,2008(5):30-31.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘江凯 收稿日期:2018-02-12)

肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝模型大鼠 肝脏组织 PPAR α 表达的影响[※]

隋晓丹

(长春中医药大学附属医院肝脾胃病科, 吉林 长春 130021)

摘要:目的 验证肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝 (NAFLD) 模型大鼠肝脏组织 PPAR α 表达的影响。方法 观察肝脂溶颗粒对实验性大鼠肝脏组织 PPAR α 表达的影响。结果 PPAR α mRNA 水平, 高剂量组最接近正常组, 显著高于其它药物干预组 ($P < 0.05$); 中剂量组与对照组相比无差异 ($P > 0.05$); 低剂量组低于高、中剂量组及对照组 ($P < 0.05$)。结论 肝脂溶颗粒具有提高 NAFLD 大鼠肝脏组织 PPAR α 基因表达的作用。

关键词: 非酒精性脂肪肝; 肝脂溶颗粒; 肝脏组织 PPAR α

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.043

文章编号:1672-2779(2018)-09-0099-02

Effect of Ganzhirong Granules on Expression of PPAR α in Liver Tissue of Rats with Non-alcoholic Fatty Liver

SUI Xiaodan

(Department of Gastroenterology, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: **Objective** To verify the Ganzhirong granules on expression of PPAR α in liver tissue of rats with non-alcoholic fatty liver (NAFLD). **Methods** The Ganzhirong granules on expression of PPAR α in liver tissue of rats with non-alcoholic fatty liver was observed. **Results** The high dose group was the closest to the normal group, which was significantly higher than other drug intervention group ($P < 0.05$), the middle dose group was higher than the control group ($P > 0.05$), and the low dose group was lower than the high, the middle dose group and the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Ganzhirong granules can increase the expression of PPAR α gene in liver of NAFLD rats.

Keywords: non-alcoholic fatty liver; Ganzhirong granules; liver tissue PPAR α expression

本实验通过观察肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝 (NAFLD) 模型大鼠肝脏组织 PPAR α 表达的影响, 及肝脏组织 PPAR α 表达在 NAFLD 中的作用并探明调节其作用的传导途径, 为中医临床干预治疗非酒精性脂肪肝提供理论依据和新的思路。

1 实验材料

1.1 实验动物 Wistar 大鼠 60 只, 雄性, 体重 (200 $\pm$ 20) g。

1.2 药物 肝脂溶颗粒: 长春中医学院附属医院制剂室, 批准文号: 长卫制药字 (96) 1367 号。

多烯磷脂酰胆碱胶囊: 赛诺非安万特 (北京) 制药有限公司, 批准文号: 国药准字 H20059010。

2 实验方法

2.1 非酒精性脂肪肝模型复制方法 大鼠适应环境 1 周后随机分为正常组 9 只、高脂组 51 只。正常组予普通饲料喂养, 高脂组予高脂饲料 (88% 基础饲料、10% 猪油、2% 胆固醇) 喂养, 自由饮水。12 周后随机选出 7 只大鼠 (正常组 1 只, 高脂组 6 只), 处死后取肝脏组织进行 HE 染色, 验证造模情况。

2.2 实验动物分组及给药方法 12 周后, 正常组大鼠普通饲料喂养同时每日生理盐水灌胃。高脂组大鼠随机

分为模型组、多烯磷脂酰胆碱胶囊对照组 (简称: 对照组)、肝脂溶颗粒高、中、低剂量组 (简称: 高、中、低剂量组)。继续高脂饲料喂养同时每日给予不同药物进行灌胃 (模型组: 生理盐水灌胃 1 mL/100 g; 对照组: 多烯磷脂酰胆碱胶囊水溶液灌胃, 按 0.14 g/kg 体重给药; 高剂量组: 100% 浓度肝脂溶颗粒水溶液灌胃, 按 3 g/kg 体重给药; 中剂量组: 70% 浓度肝脂溶颗粒水溶液灌胃, 按 2.1 g/kg 体重给药; 低剂量组: 30% 浓度肝脂溶颗粒水溶液灌胃, 按 0.9 g/kg 体重给药)。连续灌胃 4 周后取材。

2.3 肝脏组织标本采集 腹主动脉取血处死大鼠, 打开腹腔完整分离肝脏, 快速取下肝脏组织放入预先消毒的冻存管中, 立即置于液氮中, 保存待用。

2.4 观察指标 RT-PCR 法测定肝脏组织 PPAR α 的表达。

2.4.1 Trizol 法提取组织总 RNA

2.4.2 RNA 纯度的测定 采用 Trizol RNA 法提取肝脏组织总 RNA 后, 利用紫外分光光度计测 260 nm、280 nm 的紫外吸收值, 计测 OD_{260/280} 值, 1.9~2.1 为较纯的 RNA。

2.4.3 逆转录反应

2.4.4 荧光 PCR 反应 引物合成: PCR 扩增引物由上海生物工程有限公司设计合成。见表 1。

※ 基金项目: 教育部博士点基金 [No.20112227110002]

表1 引物设计

引物名称	序列	扩增长度(bp)
GAPDH	上游5'-GGG TGA TGC TGG TGC TGA GTA TGT-3'	700
	下游5'-AAG AAT GGG AGT TGC TGT TGA ACT C-3'	
PPAR α	上游5'-TTA CAG ACT ACC AGT ACT TAG G-3'	176
	下游5'-AGG CTT TGT CCC CAC AG-3'	

2.4.5 PCR产物的检测和分析 取5 μ L PCR产物进行2%琼脂凝胶5 V/cm电泳,电泳结果用凝胶紫外扫描成像仪扫描,用BandsScan 软件进行图像分析,测定各电泳带灰度值,计算PPAR α mRNA的RT-PCR产物与GAPDH mRNA的灰度比值(V值),作为PPAR α mRNA的表达值。

PPAR α mRNA相对表达量=PPAR α 电泳带灰度值/GAPDH电泳带灰度值。

2.5 统计学方法 采用SPSS 16.0 统计软件处理数据,计量资料数据以均数加减标准差($\bar{x} \pm s$)表示。

3 实验结果

半定量 RT-PCR 检测大鼠肝脏 PPAR α mRNA 水平的变化,检测结果显示:从肝组织PPAR α 相对表达量(v值)来看,正常组明显高于其它各组 ($P < 0.01$),差异有统计学意义;模型组明显低于其它各组 ($P < 0.01$),差异有统计学意义;高剂量组最接近正常组,显著高于其它药物干预组 ($P < 0.05$),差异有统计学意义;中剂量组与对照组相比 ($P > 0.05$),差异有统计学意义;低剂量组低于高、中剂量组及对照组 ($P < 0.05$),差异有统计学意义。说明肝脂溶颗粒有提高肝脏组织PPAR α 基因表达的作用。见表2。

表2 各组大鼠16周末肝脏组织PPAR α mRNA 水平比较(v值)
($\bar{x} \pm s$)

组别	只数	PPAR α mRNA
正常组	8	2.64 $\pm$ 0.35
模型组	9	0.59 $\pm$ 0.42*
对照组	8	1.83 $\pm$ 0.28 Δ
高剂量组	9	2.18 $\pm$ 0.67* Δ #
中剂量组	8	1.77 $\pm$ 0.53* Δ ##
低剂量组	9	0.92 $\pm$ 0.16* Δ #

注:与正常组相比 * $P < 0.01$, ** $P < 0.05$;与模型组相比 $\Delta P < 0.01$, $\Delta\Delta P < 0.05$;与对照组相比 # $P < 0.05$, ## $P > 0.05$

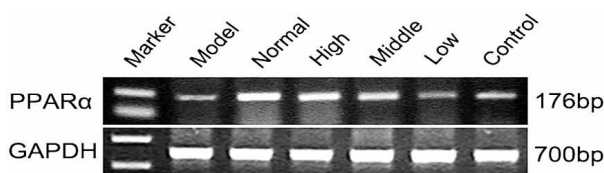


图1 PCR电泳图

4 讨论

过氧化物酶体增殖物激活受体 (PPARs) 是一种较新的甾体激素类核转录因子,根据其结构及功能可分为 α 、 β 和 γ 三种亚型,PPARs^[1]可以调节细胞脂肪酸代谢的各个环节,而参与脂肪酸氧化系统的一些关键酶均由PPAR α 调节,PPAR- α 在脂质代谢中占有重要地位——维持体内脂质代谢的动态平衡。PPAR α 在肝细胞内含量较丰富,能够通过多种途径来保持肝细胞内的脂质内环境稳定^[2],如:调节脂蛋白的代谢,而促进肝脏对脂肪酸的摄取、转运及氧化利用;抑制游离脂肪酸和三酰甘油的合成等。PPAR α 的激活还能够通过降低体重,降低TG和FFA水平,减少机体脂肪含量及降低某些参与IR的细胞因子合成,如IL-6, TNF- α , 补体C3等,从而提高全身的胰岛素敏感性^[3],改善IR。PPAR α 功能缺陷可引起能量代谢紊乱、肝脏微血管周围脂肪沉积、炎症导致脂肪性肝炎^[4]。因此,如PPAR α 缺失就会导致脂肪酸氧化减少或胰岛素抵抗而导致NAFLD。

刘铁军教授总结多年治疗非酒精性脂肪肝的临床经验,认为肥甘是非酒精性脂肪肝的重要病因,其形成与湿、热、瘀、积有关。治疗上,遵循《素问·至真要论》所谓“坚者消之”“结者散之”“逸者行之”“衰者补之”的法则,根据病机施以清热利湿、化痰消积之法。自研肝脂溶颗粒,由决明子、泽泻、茯苓等组成。本实验结果可见肝脂溶颗粒能增强肝脏组织PPAR α mRNA表达,能在基因水平上影响肝脏脂质的合成,调节脂质代谢,促进脂肪酸氧化分解,减轻肝细胞脂质沉积,达到治疗NAFLD的作用。其疗效与剂量呈正相关,且增强PPAR α mRNA表达水平的效果优于多烯磷脂酰胆碱胶囊。

高脂饮食诱导NAFLD大鼠肝脏组织PPAR α 表达明显减弱,这可能是大鼠引起非酒精性脂肪肝的机制之一,肝脂溶颗粒明显增强了肝脏组织PPAR α mRNA表达,因此,肝脂溶颗粒对非酒精性脂肪肝的防治作用,可能是通过增强肝脏组织PPAR α mRNA表达,在基因水平上影响肝脏脂质的合成而实现的。

参考文献

- [1] FERRE P. The biology of peroxisome proliferators-activated receptors: relationship with lipid metabolism and insulin sensitivity [J]. Diabetes, 2004(53): 43-50.
- [2] EVERETT L, GALI A, CRABB D. The role of hepatic peroxisome proliferator-activated receptors (PPARs) in health and disease [J]. Liver, 2000(20): 191-199.
- [3] RUIH M, PETER HJ. The metabolic syndrome and type 2 diabetes: role of the adipocyte [J]. Curr Opin Lipidol, 2003, 14: 549-553.
- [4] RAO MS, REDDY JK. Peroxisomal beta-oxidation and steatohepatitis [J]. Semin Liver Dis, 2001, 21(1): 43-55.

(本文编辑:李海燕 本文校对:侯立 收稿日期:2018-01-17)

黄芩经不同方式处理黄芩苷保留量的差异

陈 茜

(辽宁省锦州市妇婴医院药剂科, 辽宁 锦州 121000)

摘要:目的 比较黄芩药材经各种工艺处理后,黄芩苷保留量的差异。方法 按《药典》中含有黄芩的中药制剂成型过程,将黄芩药材经适当方式处理,包括煎煮法、温浸法、水提酸沉法、水提醇沉法、乙醇提取法、乙醇加热回流法、活性炭吸附法,以黄芩苷的转移率为指标,比较各种提取方法之间的差异。结果 各处理方法的提取率分别为:水煎煮法为34.75%、温浸法为3.70%、水提酸沉法为8.55%、水提醇沉法为35.45%、乙醇提取法为24.10%、乙醇加热回流法为51.30%、活性炭吸附提取法为0.85%;转移率分别为:水煎煮法为51.98%、温浸法为6.90%、水提酸沉法为50.59%、水提醇沉法为37.66%、乙醇提取法为2.84%、乙醇加热回流法为63.56%、活性炭吸附提取法为4.68%。结论 黄芩的这些提取工艺中乙醇加热回流法提取黄芩苷的提取率最高,转移率也最高;水提酸沉法提取黄芩苷的纯度最高。活性炭吸附提取法提取黄芩苷的提取率最低,乙醇提取法提取黄芩苷的纯度最低,转移率也最低。

关键词:黄芩;黄芩苷;提取工艺;中药化学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.044

文章编号:1672-2779(2018)-09-0101-03

Difference of Baicalin Retention in Different Processing Methods of *Scutellaria Baicalensis* Georgi

CHEN Xi

(Pharmacy Department, Jinzhou Maternal and Child Hospital, Liaoning Province, Jinzhou 121000, China)

Abstract: **Objective** To compare differences of the retention amount of scutellaria baicalensis gorsi. **Methods** According to the forming processes of traditional Chinese medicinal preparation containing the baicalin in pharmacopoeia, extracting baicalin materials with different ways, these ways include water decoction method, warm immersion method, water-extracting and acid-depositing, water-extracting and alcohol-depositing, alcohol-extracting, ethanol heating reflux method and activated carbon adsorption extraction, then taking the transfer rate of scutellaria baicalensis gorsias index, the differences of various extraction ways were compared. **Results** The extraction yield of water decoction method, warm immersion method, water-extracting and acid-depositing, water-extracting and alcohol-depositing, alcohol-extracting, ethanol heating reflux method and activated carbon adsorption extraction is 34.75%, 3.70%, 8.55%, 35.45%, 24.10%, 51.3%; their transfer rate is 51.98%, 6.90%, 50.59%, 37.66%, 2.84%, 63.56%, 4.68%. **Conclusion** The extraction yield of ethanol heating reflux method is the most highest, it is transfer rate is the most highest, the purity of water-extracting and acid-depositing is the most highest. The extraction yield of activated carbon adsorption extraction is the lowest, the purity of alcohol-extracting is the lowest, and it is transfer rate is the lowest.

Keywords: scutellaria baicalensis georgi; baicalin; extraction process; chemistry of Chinese materia medica

黄芩为唇形科植物黄芩 *Scutellaria baicalensis* Georgi 的干燥根。春秋二季采挖,除去须根及泥沙,晒后撞去粗皮,晒干。味苦性寒,具有清热燥湿,泻火解毒,止血,安胎功效。主要用于湿温、暑温、胸闷、呕恶,湿热痞满,泻痢,黄疸,肺热咳嗽,高热烦渴,血热吐衄,臃肿疮毒,胎动不安。在中成药生产中,常以黄芩的提取物入药。主产于河北、陕西、辽宁、内蒙古、山东、黑龙江等地,其主要成分是黄酮类化合物,其中黄芩苷的含量最高,有很好的提取利用价值^[1]。它的抗菌谱较广,能抑制多种细菌、皮肤真菌、钩端螺旋体等,对青霉素等抗生素产生抗药性的金黄色葡萄球菌,黄芩仍对其具有抑制的作用;黄芩还具有降血压、利尿、保肝、利胆、镇静、解除平滑肌痉挛、抗过敏等作用。在临床上,黄芩对小儿急性呼吸道感染、急性菌痢、传染性肝炎、肾盂肾炎、慢性气管炎等均具有良好的治疗效果。黄芩苷产品不但

应用于天然纯植物药领域,还应用于人体及动物病的防治,恶性疾病防治以及化妆品等众多领域,其应用领域非常广泛,市场前景广阔,目前已成为国内外研究的热点,并且,黄芩药材在应用到制剂的过程中有很多不同的提取工艺,所以,本实验以黄芩中最重要的成分黄芩苷的保留量为指标,比较这些提取工艺的差异。本实验对黄芩资源的综合利用具有一定的参考意义。

1 仪器和试剂

1.1 材料和试剂 黄芩药材(批号:110508,厂家:亳州市贡药饮片厂,产地:河北承德)、黄芩对照品(批号:110715-201117,中国食品药品鉴定研究院)、甲醇(色谱醇,天津化学试剂公司)、纯化水,磷酸(沈北化学试剂厂)、浓盐酸(天津化学试剂公司)、无水乙醇(天津永晟精细化工有限公司)、及10%氢氧化钠(北京化工厂)均为分析纯、活性炭、PH试纸。

1.2 主要仪器 L-2000型高效液相色谱仪、微量进样器($\phi=0.7$, 针长5.1)、旋转蒸发仪(上海亚荣生化仪器厂RE-52A)、恒温干燥箱(精宏XMTD-8222)、水浴锅(诺艺HH-6)、直型冷凝管、圆底烧瓶、调温生热套(ZD-HW)、电子万用炉(220 V.AC/2000 W)、电子分析天平(AL204)、超声波清洗器(KQ-250DE型)、10 mL、50 mL、100 mL量瓶、烧杯、蒸发皿、玻璃棒。

2 方法

2.1 提取工艺

2.1.1 煎煮法 取黄芩药材20 g, 水煎煮2次, 每次2 h, 合并2次煎液, 过滤, 浓缩干燥, 备用^{[2]916}。

2.1.2 温浸法 称取黄芩粗粉20 g, 溶媒采用蒸馏水, 80 ℃水浴加热, 提取2次。第1次加入溶媒10倍量, 提取1 h; 第2次加入溶媒8倍量, 提取0.5 h。合并2次滤液, 将滤液加热到40 ℃, 加浓盐酸调pH值至1.5左右, 保温60 min, 取出再静置12 h。沉淀物用蒸馏水洗涤2次, 于55 ℃干燥, 备用^[3]。

2.1.3 水提酸沉法 取黄芩药材20 g, 加水煎煮3次, 第1次2 h, 第2、3次各1 h, 合并3次煎液, 滤过, 滤液浓缩至密度为1.03~1.08 (80 ℃) 的浸膏, 于80 ℃用2 mol/L的盐酸调节pH值至1.0~2.0, 保温1 h, 静置24 h, 滤过, 沉淀用水洗至pH值至5.0, 再用70%乙醇洗至pH值为7.0, 低温干燥, 备用^{[2]612}。

2.1.4 水提醇沉法 取黄芩药材20 g, 水煎煮2次, 每次1.5小时, 合并煎液, 过滤, 滤液浓缩至相对密度1.18~1.22 (80 ℃) 的清膏, 放冷, 加入乙醇使含醇量达60%~70%, 静置12 h以上, 取上清液滤过, 滤液回收乙醇, 浓缩, 干燥, 备用^{[2]495}。

2.1.5 乙醇提取法 取黄芩药材20 g, 粉碎成最粗粉, 用90%乙醇提取3次, 第1次2 h, 第2、3次各1.5 h, 合并提取液, 回收乙醇, 浓缩, 干燥, 备用^{[2]690}。

2.1.6 乙醇加热回流法 取黄芩药材20 g, 粉碎成粗粉, 加75%乙醇浸泡16 h后, 加热回流3次, 每次2 h, 滤过, 滤液合并, 回收乙醇并减压浓缩, 干燥, 备用^{[2]857}。

2.1.7 活性炭吸附法 取黄芩20 g, 加水煎煮2次, 每次1 h, 滤过, 合并滤液, 用2 mol/L盐酸溶液调节pH值至1.0~2.0, 在80 ℃保温30 min, 静置12 h; 滤过, 沉淀加8倍量的水, 搅拌, 用10%氢氧化钠溶液调节pH值至7.0, 加入等量乙醇, 搅拌使沉淀溶解, 滤过, 滤液用2 mol/L盐酸溶液调节pH值至2.0, 在60 ℃保温30 min, 静置12 h; 滤过, 沉淀用乙醇洗至pH值至4.0, 加10倍量的水, 搅拌, 用10%氢氧化钠溶液调节pH值至7.0, 每1000 mL中加入5 g活性炭, 充分搅拌, 在50 ℃保温30分钟, 加入等量乙醇, 搅拌均匀, 滤过, 滤液用2 mol/L盐

酸溶液调节pH值至2.0, 在60 ℃保温30 min, 静置12 h; 滤过, 沉淀用少量乙醇洗涤, 于60 ℃下干燥, 备用^{[2]846}。

2.2 对照品溶液的配制 精密称取黄芩苷对照品适量, 加70%甲醇制成60 $\mu\text{g/mL}$ 的溶液, 摇匀, 即得。

2.3 供试品溶液的制备 取黄芩粗粉样品0.1 g, 精密称定, 置50 mL容量瓶中, 加入70%乙醇40 mL, 超声10 min, 冷却, 定容至刻度, 精密量取1 mL, 置25 mL量瓶中, 加70%乙醇至刻度, 摇匀, 用微孔滤膜滤过, 取续滤液, 即得。

2.4 测定波长选择 采用紫外分光光度计对黄芩苷对照品溶液在200~400 nm波长范围内进行扫描, 在278 nm波长处有较强的吸收, 结合《中国药典》(2010版一部)黄芩质量标准, 选定280 nm为检测波长。

2.5 色谱条件 用十八烷基硅烷键合硅胶为填充剂色谱柱(250 mm $\times$ 4.6 mm, 5 μm)。以甲醇-水-磷酸溶液(47:53:0.2)为流动相; 流速为0.8 mL/min; 检测波长: 280 nm; 柱温: 25 ℃; 理论板数按黄芩苷峰计算应不低于2000^[4]。

2.6 测定法 精密吸取对照品溶液与供试品溶液10 μL , 注入液相色谱仪, 测定, 即得黄芩苷含量。

3 结果

3.1 线性关系考察 取黄芩苷对照品适量。分别配制成每1 mL为10 μg 、20 μg 、40 μg 、60 μg 、120 μg , 进样量为10 μL , 样品按上述色谱条件测定各峰面积。以峰面积积分值为纵坐标, 各对照品的浓度为横坐标, 绘制标准曲线; 得回归方程: $Y=34630X+22327$, $r=0.9998$; 黄芩苷浓度在10~120 $\mu\text{g/mL}$ 之间时与峰面积呈良好的线性关系, 见图1。

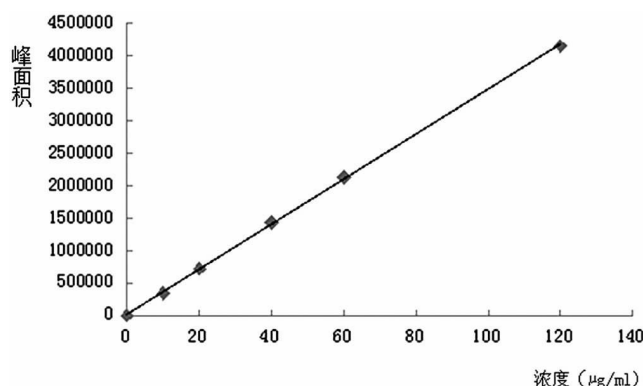


图2 黄芩苷标准曲线

3.2 样品测定 分别精密称取不同提取工艺的黄芩浸膏粉, 按2.3项下操作, 在上述色谱条件下对《药典》中黄芩原药材及4批不同提取工艺下的黄芩浸膏粉进行HPLC分析, 结果显示提取率分别为: 水煎煮法为34.75%、温浸法为3.70%、水提酸沉法为8.55%、水提醇沉法为35.45%、乙醇提取法为24.10%、乙醇加热回流法为51.30%、活性炭吸附提取法为0.85%; 转移率分

别为：水煎煮法为51.98%、温浸法为6.90%、水提酸沉法为50.59%、水提醇沉法为37.66%、乙醇提取法为2.84%、乙醇加热回流法为63.56%、活性炭吸附提取法为4.68%。见表1。

表1 样品测定结果

	m _粗 (g)	t(s)	A	m _取 (mg)	精(g)	提取率(W%)	纯度(M%)	转移率(N%)
乙醇加热回流法	10.26	11.787	377664	100.4	1.5636	51.30	15.24	63.56
水煎煮法	6.95	11.667	455561	100.4	1.2776	34.75	18.38	51.98
水提酸沉法	1.71	11.647	180152	100.3	1.2444	8.55	72.77	50.59
水提醇沉法	7.09	11.700	325096	100.6	0.9264	35.45	13.07	37.66
温浸法	0.74	11.773	569351	100.2	0.1698	3.70	22.95	6.90
活性炭吸附提取法	0.17	11.767	1677262	100.4	0.1151	0.85	67.71	4.68
乙醇提取法	4.28	11.707	35907	100.5	0.0698	24.10	1.45	2.84

4 讨论

不同乙醇浓度提取的黄芩苷含量不同，75%乙醇条件下黄芩苷含量最高，故选择75%乙醇做提取溶剂为适宜的溶剂^{[2]495}。随温度的提高，提取率增加，达85℃

时提取率最高，故乙醇加热回流提取时以乙醇微微沸腾为提取温度，不宜过高浪费乙醇和能源^{[2]690}。本文采用HPLC法测定黄芩药材中黄芩苷的含量，黄芩苷与其他成分能够很好分离，专属性及重现性好，结果准确可靠，可用于该制剂的质量控制和分析^[9]。

以上结果表明乙醇加热回流法提取黄芩苷的提取率最高，转移率也最高，水提酸沉法提取黄芩苷的纯度最高，活性炭吸附提取法提取黄芩苷的提取率最低，醇提法提取黄芩苷的纯度最低，转移率也最低。

参考文献

- [1]汪霞,张雪,廖晓嘉.不同提取工艺下黄芩浸膏粉中黄芩苷含量的测定研究[J].中国现代药物应用,2010,2(9):10-11.
- [2]国家药典委员会.中华人民共和国药典·中药制剂[S].北京:中国医药科技出版社,2010.
- [3]Han Lujia, Yan Qiaojuan, Wang Zhengqiang. Study on extraction technique and separation method of Balcadin[J]. Transaction of the CSAE, 2011, 6(8):6-7.
- [4]汪霞,张雪,廖晓嘉.不同提取工艺下黄芩浸膏粉中黄芩苷含量的测定研究[J].中国现代药物应用,2010,2(9):10-11.

(本文编辑:李海燕 本文校对:薛飞 收稿日期:2018-02-06)

(上接第92页)药用金樱子30g,地黄10g,山药30g,酒萸肉20g,茜草30g,麦冬30g,金银花20g,太子参20g,玉竹30g,酒黄精30g,百合20g,仙鹤草20g,蒲公英15g,芡实30g,牛膝20g。7付,水煎服,每日1剂,早中晚温服。配以雷公藤多甙片2片/次,3次/d;肾复康胶囊5粒/次,3次/d;百令胶囊,5粒/次,3次/d。

2016年3月23日三诊:尿检:尿蛋白1+,隐血1+,24h尿总蛋白定量1.21g/24h,患者小便泡沫减少,腰部酸沉消失,仍时有乏力,纳差之症,故加黄芪40g加强益气之功,炒白术30g、陈皮20g健脾运化,7付,水煎服。

2016年3月31日四诊:尿检:尿蛋白+-,24h尿总蛋白定量0.62g/24h,患者诉稍有眠差,加炒酸枣仁20g,茯神20g养血安神,7付,水煎服。此后一直此方加减,并逐步规律减少泼尼松的用量,2016年4月16日查尿常规:尿蛋白-,隐血-,24h尿总蛋白定量0.12g/24h。随访3月,患者尿检未见异常。

按:卢跃驹教授认为IgA肾病多与“邪”“郁”“瘀”“虚”有关,即外邪侵袭、情志郁结、瘀血阻络、脾肾亏虚,本病亦具有易外感,易加重,缠绵难愈,不宜清除的特点。多由肺气虚耗,感受外邪为基础,肺主宣发,肾主纳气,肺气虚损则肾气不足。李澍在《身经通考》有言:“肾病必先求治于肺”,故清热宣肺,补肾益气为其初始治疗原则,且现代医学研究认为上呼吸道感染可加重肾小球对于IgA免疫复

合物的炎症反应,此符合中医的病机。临床诊疗过程中,IgA肾病患者多有内郁、湿热、瘀血、热毒等病理蕴藉体内,缠绵日久难愈,久则耗损正气,虚实夹杂,卢师多采用驱邪扶正,标本兼治之法。此患者就诊时处于急性发作阶段,急则治其标,方用桑菊饮清热利咽,凉血止血。后患者病情稳定,处于慢性持续状态,应健脾补肾,益气养阴为本。方中黄芪、白术益气健脾,配以陈皮理气燥湿;金银花,蒲公英清热解毒;地黄、山药、酒萸肉、麦冬、太子参、玉竹、黄精、百合益气养阴生津;金樱子、芡实益肾固精;牛膝强腰填髓,佐以丹参、仙鹤草活血止血,改善肾脏血液循环。卢师在治疗过程中,常中西医结合,结合电镜及尿检,辨病论治,病证结合,既可标本兼治,亦可以消除激素等西药的副作用,达到事半功倍之效。

参考文献

- [1]王海燕.肾脏病学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2008:993-1023.
- [2]张琪.张琪临床经验辑要[M].北京:中国医药科技出版社,1998:63-70.
- [3]叶任高,刘慧,黄玉玺.中西医结合治疗IgA肾病的疗效观察[J].中国中西医结合肾病杂志,1992,12(1):17.
- [4]黄国东,何小萍,向少伟,等.清热利湿活血法治疗隐匿型IgA肾病的临床观察[J].吉林中医药,2007,27(10):67-69.
- [5]Kawasaki Y, Hosoya M, Suzuki H, et al. Possible pathogenic role of interleukin-5 and eosinophilic protein in Henoch-Schönlein purpura nephritis[J]. Pediatr Int, 2005, 47(5):512-517.
- [6]俞东容,杨汝春,林宜,等.防己黄芪汤对阿霉素肾病大鼠蛋白尿及足细胞病变的影响[J].中国中西医结合肾病杂志,2009,10(4):295-298.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邢海燕 收稿日期:2017-12-18)

分时辨治消渴病 82 例临床分析

王 刚 罗 艳 汤秀珍

(本溪市中医院糖尿病科, 辽宁 本溪 117000)

摘要:目的 对治疗消渴病使用分时辨治给药方式的实际效果进行研究分析。方法 选择2016年8月—2017年8月治疗的82例消渴病患者作为研究对象,全部患者分为对照组、观察组,对照组进行常规的护理干预治疗,观察组在对照组治疗基础上加用分时辨治给药治疗方式,观察2组患者的空腹血糖以及餐后2h血糖水平,同时对比2组患者的治疗总有效率以及临床症状改善情况。结果 观察组治疗总有效率以及临床症状改善程度情况均明显高于对照组 ($P < 0.05$),差异有统计学意义。结论 治疗消渴病使用分时辨治的方式有显著疗效,在临床治疗中值得推广应用。

关键词:分时辨治;消渴;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.045

文章编号:1672-2779(2018)-09-0104-02

Clinical Analysis on the Treatment of Consumptive Thirst in Different Time Based on Syndrome Differentiation for 82 cases

WANG Gang, LUO Yan, TANG Xiuzhen

(Diabetes Department, Benxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Benxi 117000, China)

Abstract: **Objective** To study and analyze the actual effect of the treatment of consumptive thirst in different time based on syndrome differentiation. **Methods** From August 2016 to August 2017 in our hospital, a total of 82 cases with diabetes patients were selected as the research objects. All patients were randomly divided into observation group and control group. The control group received routine nursing treatment, and the observation group received the treatment in different time based on syndrome differentiation on the basis of the control group. The fasting blood glucose and 2 hour postprandial blood glucose levels were observed, while the total effective rate and the improvement of clinical symptoms between the two groups was compared. **Results** The total effective rate and the improvement of clinical symptoms in the observation group were significantly better than those in the control group ($P < 0.05$), and the difference was statistically significant. **Conclusion** It has a significant effect in the treatment of consumptive thirst, and it is worth popularizing in clinical treatment.

Keywords: treatment in different time based on syndrome differentiation; consumptive thirst; therapy of traditional Chinese medicine

在现代医学中,消渴病是指糖尿病,是一种以高血糖为特征的代谢性疾病,消渴病患者在临床上的主要表现为多尿、消瘦、多食善饥、多饮等症状,亦有很多患者临床未见任何表现,体检时突然发现血糖升高者。消渴病名的出现最早见于《黄帝内经》,《素问·奇病论》有“其气上溢,转为消渴”的记载^[1]。中医学认为消渴病为标实本虚,病变的部位在肾、胃、肺,其基本病机表现为燥热偏盛、阴津亏耗等^[2]。本文对治疗消渴病使用分时辨治方式的实际效果进行研究分析,旨在找出治疗消渴病更好的方式,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年8月~2017年8月于我院糖尿病病房治疗的消渴病患者82例作为研究对象,全部患者分为对照组、观察组,即观察组41例,男21例,女20例;年龄26~63岁,平均年龄(45.87±30.24)岁;病程2~9年,平均(4.56±1.32)年;空腹血糖7.04~14.95 mmol/L,平均(9.58±2.36) mmol/L;餐后2h血糖9.68~16.33 mmol/L;平均(13.86±3.64) mmol/L。对照组41例,男22例,女19例;年龄25~64岁,平均(44.72±30.10)岁;病程2~10

年,平均(4.71±1.54)年;空腹血糖7.06~14.85 mmol/L,平均(9.55±2.39) mmol/L;餐后2h血糖9.67~16.30 mmol/L,平均(13.93±3.58) mmol/L。对比2组患者的性别、年龄、病程、血糖水平等基本资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。

1.2 研究方法 对照组使用常规护理干预,其中包括对病室中的常规护理,对患者日常生活的护理,饮食方面的调护与管理,对患者进行康复运动方面的指导,针对心理情绪不佳的患者,通过心理疏导的方式缓解患者的负面情绪。

观察组在对照组的治療基础上加用分时辨治方式,本院自制中药舒肝降糖丸,由五味子、僵蚕、黄芪、西洋参、郁金、柴胡、黄芩、清半夏、麦冬等组成,能够起到调肝气、降肺气、清热化痰的作用;健脾降糖丸,由鸡内金、砂仁、白术、黄芩、荷叶、茯苓、佩兰等组成,能够祛浊化湿、运化水谷、调脾健胃;益肾降糖丸,由生地黄、西洋参、桃仁、巴戟天、红花、附片、山萸肉等组成,有补肾气、养阴化痰的作用。在凌晨3~5点或5~7点使用温水服用舒肝降糖丸,3~6 g/次;在9~11点使用温水服用健脾降糖丸,3~6 g/次,

在17~19点使用温水服用益肾降糖丸, 3~6 g/次。在服药期间禁辛辣饮食、烟酒, 30 d为1个疗程, 服用3个疗程。

1.3 观察指标 临床症状显著改善, 空腹时血糖以及餐后2 h血糖恢复正常或者降低程度在40%以上, 表示治疗显效; 患者临床症状有所改善, 空腹血糖以及餐后2 h血糖降低20%以上, 表示治疗有效; 患者临床症状无任何改善甚至有加重情况, 血糖水平减低不超过20%或者无变化。

1.4 统计学方法 将本研究结果数据纳入SPSS 19.0统计学软件中分析, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 以(%)率表示, 若 $P<0.05$ 则差异有统计学意义。

2 结果

观察组显效人数29例、有效人数9例、无效人数3例, 治疗总有效人数38例, 治疗总有效率为92.68%; 对照组显效人数21例、有效人数6例、无效人数14例, 治疗总有效人数27例, 总有效率65.85%。对照组总效率明显低于观察组 ($P<0.05$), 见表1。

表1 2组患者总有疗效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	41	29(70.73)	9(21.95)	3(7.32)	38(92.68)
对照组	41	21(51.22)	6(14.63)	14(34.15)	27(65.85)
χ^2 值		7.998	1.793	21.899	21.899
P值		0.005	0.181	0.000	0.000

3 讨论

消渴病是中医病名, 以多尿、多饮、多食、疲乏、尿甜以及消瘦为主的病症, 是一个涉及多脏腑功能失调、气血津液紊乱, 临床表现复杂多样的疾病。中医学对消渴病的病因病机有着不同认知, 或寒或热, 或实或虚, 但根本皆为津液的异常代谢。通过现代医学化验检查表现为尿糖、高血糖, 其主要的病变部位是胃、肾、肺, 病机表现为燥热偏盛、阴津亏损^[3]。消渴病患者在临床上的表现与现代医学的糖尿病患者的临床表现基本上一样, 中医治疗方式中对预防出现并发症、改善患者临床症状以及提高患者日常生活质量方面有显著效果。

有研究表明根据《内经》的相关论述及临床经验将消渴病按症状特点和病机的演变分为三期^[4]: 脾瘅期、消渴期及消瘅期, 分别对应消渴病分期辨证, 消渴病前期、消渴病期及消渴病并发症期, 指导临床治疗取得了满意的效果。我们借鉴其研究分期, 进行分时辨治, 亦取得了较好的疗效。人体患消渴病时间较长以后, 容易出现病情失控, 导致经脉失养、阴阳俱虚、

气血逆乱, 同时因为脏腑重要器官受损严重导致出现肢体麻疼、昏迷中风、目盲、眩晕等, 消渴病患者的经络、气血在运行时, 不同的时间段会出现不足以及盈盛, 正如《血证论》云: “木之性在于疏泄, 食气入胃, 全赖肝木之气以疏泄之, 而水谷得化”。现在由于人们生活节奏加快, 工作压力增大, 消渴病的发病有低龄化的趋势, 因此治疗过程中宜疏肝解郁、健脾布精为主, 舒肝降糖丸中的西洋参、五味子、麦冬能够敛肺生津、滋阴, 清半夏、黄芩能够化痰清热, 使得人体肝和气平, 保证一天中的精神充足, 僵蚕、郁金以及柴胡有调节、降低肝气的作用, 在寅卯时进行服用; 《素问·奇病论篇》里提及: “夫五味入口, 藏于胃, 脾为之行其精气。”《素问·厥论篇》论述脾胃功能为: “脾主为胃行其津液者也。”因此, 《医宗必读》说: “一有此身, 必资谷气, 谷入于胃, 洒陈于六腑而气至, 和调于五脏而血生, 而人资之以为生者也, 故曰后天之本在脾。”健脾降糖丸中的荷叶、佩兰、茯苓起到化湿祛浊的功效, 白术、黄芪、鸡内金、砂仁有健脾和胃的功效, 在巳时服用; 《圣济总录》记载: “消渴病久肾气受伤, 肾主水, 肾气虚衰, 气化失常, 开阖不利, 能为水肿”, 益肾降糖丸中桃仁、生地、红花以及山萸肉能够化瘀养阴, 巴戟天、附片以及西洋参有温阳补肾的功效, 在酉时服用^[5]。根据不同的外界环境条件以及患者自身情况, 在不同时间进行调养治疗^[6-7], 在不同时间段进行下药, 分调各脏^[8], 经气借助药力, 药力借助经气, 两者之间相互补充, 相互提升药效, 本研究观察组总有效率显著高于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述, 治疗消渴病使用分时辨治的方式有显著疗效, 在临床治疗中值得推广应用^[1]。

参考文献

- [1]田代华.黄帝内经[M].北京:人民卫生出版社, 2005:13.
- [2]杲东.消渴病丸对2型糖尿病患者血糖及作用临床研究[J].医药前沿, 2016, 6(27):297-298.
- [3]黄寅鑫, 曾纪斌, 许希雪, 等.黄芪消渴病方联合西药治疗糖尿病肾病的临床观察[J].中国民族民间医药, 2017, 26(1):81-82.
- [4]吕仁和, 张法荣, 高彦彬.消渴病(糖尿病)中医分期辨证与疗效评定标准[J].中国医药学报, 1993, 8(3):54-56.
- [5]秦瑞君.麦冬消渴病片治疗2型糖尿病患者的疗效及其对血糖与胰岛素敏感性的影响[J].糖尿病新世界, 2016, 19(18):26-28.
- [6]周潮, 佟杰, 李晓哲, 等.中医分时辨治初发2型糖尿病临床疗效观察[J].中华中医药学刊, 2013(3):635-636.
- [7]弓敏.中医治疗糖尿病的82例临床分析[J].中国保健营养旬刊, 2013, 23(10):6191-6192.
- [8]于凤.中医治疗消渴病阴虚燥热证1例临床分析[J].中国现代药物应用, 2015(19):261-262.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张晓霞 收稿日期:2018-01-26)

中药炮制方法对其临床疗效影响的研究

刘德华

(兖矿集团总医院药剂科, 山东 邹城 273500)

摘要:目的 研究中药合理炮制对其临床效果的影响。方法 选择采用中药治疗的患者72例。随机分2组, 对照组使用未经过炮制处理的中药, 试验组则采用经合理炮制的中药治疗相关疾病。分析治疗结果。结果 试验组临床疗效及不良反应显著优于对照组, 差异显著, $P < 0.05$ 。结论 对中药进行合理炮制可以有效地提高中药的临床效果, 而且安全性更高。

关键词: 中药炮制; 临床应用; 中药加工

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.046

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0106-03

Study on the Traditional Chinese Medicine Processing Method on its Clinical Curative Effect

LIU Dehua

(Department of Pharmacy, Yankuang Group General Hospital, Shandong Province, Zoucheng 273500, China)

Abstract: **Objective** To study the effect of reasonable preparation of traditional Chinese medicine on its clinical effect. **Methods** 72 cases of traditional Chinese medicine treated in our hospital were randomly divided into two groups. The control group was treated with unprocessed Chinese medicine. The experimental group was treated with traditional Chinese medicine, and the results were analyzed. **Results** The clinical effect and adverse reactions of the experimental group were significantly better than that of the control group. The difference was significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The reasonable preparation of traditional Chinese medicine can effectively improve the clinical effect of traditional Chinese medicine, and the safety is higher.

Keywords: Chinese medicine processing; clinical application; traditional Chinese medicine processing

中医是我国的传统医学, 是人类医学史上的一颗瑰丽的明珠。但是天然的中草药不仅含有各种杂质, 而且其复杂多变的化学成分很难人为掌控, 有些药物甚至会对人体产生毒性, 直接把未经处理的天然植物成分应用于人体的话, 治疗效果以及安全性都难以保证。在对多种中草药的运用过程之中, 古今的中药人逐渐形成了一些固定的对中药的处理方法, 即目前所说的中药的炮制^[1-3]。在充分研究理解药物使用方法、药物性质以及配伍要求的基础上, 对药物进行合理的炮制, 有利于清洁中药, 发挥药性, 使药物的性质更符合临床的要求, 减少药物对机体的伤害^[4-6]。但炮制对相关药物临床效果的具体作用尚未得到临床以及业内学者的广泛认可。为了研究中药炮制对药物临床作用的具体影响, 我院特进行此次研究, 详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择从2016年1月—2017年2月在我院进行相关中药治疗的患者72例进行这次研究。严格按照随机的原则分成2组, 保证每组患者的人数相同。这些患者都对本研究知情同意, 本研究也经过了相关部门的批准。所有患者的年龄21~62岁, 平均(44.12±3.10)岁。其中试验组36例, 男性22例, 女性14例; 年龄23~61岁, 平均(44.13±2.34)岁。对照组36例, 男性20例, 女性16例; 年龄24~62岁, 平均(45.66±2.52)岁。2组患者上述一般资料差别不显著, 可比较, $P > 0.05$ 。

1.2 治疗方法 对照组患者采用没有经过有效炮制的中

药进行治疗, 要注意做好中药的严格清洁, 剔除研究表明不经过炮制会对人体有较大毒性的药物。试验组患者则选择经过合理炮制的中药治疗。治疗方剂的配伍皆由我院具有丰富临床经验的医师进行, 确保了治疗的安全有效。2组患者的中药方剂都采用中医传统的煎煮法进行处理。所有患者都在每天早餐和晚餐之后服用, 每次用量150 mL。

1.3 观察指标 观察2组患者治疗效果的差异以及不良反应(腹部疼痛、恶心呕吐、惊厥等)的发生情况。

1.4 疗效判断标准 显效: 患者临床症状消失; 有效: 患者临床症状得到改善; 无效: 患者的临床症状没有改善。

1.5 统计学方法 本研究数据使用SPSS 20.0进行处理与分析, 计量资料表示形式是($\bar{x} \pm s$), 用t-test, 计数资料选取卡方检验。 $P < 0.05$ 时差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗效果比较 经过不同的治疗之后, 对照组的总有效率为63.89%, 明显低于试验组(97.22%), $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表1。

表1 2组治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	36	20(55.56)	3(8.33)	7(19.44)	30(63.89)
试验组	36	32(88.89)	2(5.56)	1(2.78)	35(97.22) ^a

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 2组不良反应发生情况比较 经过不同的治疗之后, 试验组患者不良反应的发生情况明显少于对照组, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。见表2。

表2 比较2组不良反应的发生情况 [例(%)]

组别	例数	腹痛	恶心呕吐	惊厥	总不良反应
对照组	36	7(19.44)	8(22.22)	6(16.67)	21(58.33)
试验组	36	2(5.56)	1(2.78)	3(8.33)	6(16.67) ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

近年来研究人员将现代科学技术运用于中医的研究之中,证明了中医的作用机制等,传统医学越发受到临床的重视,为人类疾病的治疗做出了重大的贡献。但是中药大多数来源于自然界,有许多不确定因素,所以需要依据各种药物的性质以及作用机制的不同对其进行相关处理。按照中医学科基本理论与技术要求,对药物进行合理的处理以及加工,使药物符合临床治疗疾病的使用方法与原则,符合用药的安全性等一系列特殊处理方式与流程便是目前所谓的中药的炮制^[7]。药物炮制以后,含有的枯草泥土等杂质被有效地去除,提高药物的质量;而且将天然的体积较大或不适合患者使用的药物改变其物理性状,使患者使用更方便;而且合理的加工之后,药材不容易腐败变质,有利于长期对药物进行储存。

综合几千年经验以及现代科学研究进展,目前临床常用的炮制方法有切、炒、蒸、水飞等多种方法^[8]。其中,炒制和蒸制的炮制措施主要通过物理加热的方式改变药物性质;水飞的炮制措施则是使用清洁的饮用水对药物进行处理^[9]。而且,为了进一步改变药物的物理性状,使药物在使用时更方便安全,对药物进行处理时会额外加入一些不影响药性的辅助物质:如加入蜂蜜改变药物口味,使其更易被患者接受,加入酒类促进药物有效成分的析出,还有的需要加入食醋等,不一而足。现代药理学研究表明,科学合理的药物炮制手段以及方法可以改变药物本身含有的有效成分与其配比:如,经过合理的炒制或者蒸制等炮制手段处理之后,药材内含有的起重要治疗效用的生物碱的含量以及种类会发生变化,有效成分变得更多,更适于治疗疾病;在药物炮制过程中加入含酒精的物质能够促进药物中含有的有效成分被煎煮出来,提高药物治疗的效果。通过加热等方式进行炮制时,可以使药物中含有的挥发油从药材体内挥发出去,减少其在药物中的含量,可以降低该物质引起的恶心呕吐等不良反应。经过许多医务工作者长期的研究以及大量临床经验的总结,认为合理的炮制会对药物治疗疾病的效果产生影响,而且不同的炮制方法产生的影响是不一样的。我们通过查阅权威文献以及总结自身经验,分析认为炮制对中药材效用产生影响主要有几个原因:

(1) 合理科学的炮制方法可以有效地降低药材中含有的对机体有危害的物质,因而减少了毒副作用的发生概率,患者可以得到更好的治疗,效果更佳^[10]。例如,新鲜的半夏采用加热的方式并加入姜进行炮制之后,其含有的毒性物质大量减少,患者使用后产生恶心呕吐的现象得到有效的控制:乌头类药材经过长时间的合理炮制之后,其内所含的毒性成分得到有效的控制,安全性得到较大的提高。(2) 合理的炮制可以改变中草药的物理性状。如将体积较大的葛根制成体积较小的形式,便于患者使用以及药物的取拿,患者更容易接受治疗方案,治疗的效果自然得到改善。(3) 经过炮制之后的药物去除大部分水分,可以延长药物的储存时间,减少了药物发生变质的可能性,提高了临床使用的药物的品质,利于药效的发挥^[11]。(4) 促进药材含有的有效成分从药材内挥发出来,便于患者的吸收,使有效成分的浓度提高,治疗的效果自然得到提升^[12]。如:对临床常用药物地黄进行炮制之后,人为破坏了植物细胞的屏障作用,储存在细胞内部的有效成分从细胞内析出,患者使用该药以后,可以轻易地吸收有效成分,药效起作用更快。(5) 炮制可以有选择性地改变药物的使用部位,避免了在使用的药物的时候掺杂如过多的无效成分。如对临床常用药物远志进行适当的炮制之后,选择性地去除了该药物效用并不明显的芯部,保留了其他发挥治疗作用的部位,可以提高其治疗效果。总之,对药物进行合理的炮制,可以减少有毒物质对人体的危害,提升药物治疗疾病的效果^[13]。

本研究,使用炮制过的中药的试验组患者,有效率高于使用没有经过炮制的对照组患者;而且,腹痛、恶心呕吐、惊厥等不良反应的发生较对照组更少,差异均具有统计学上的意义, $P < 0.05$ 。以上结果充分证明了炮制之后中药的高效性以及安全性。

综上所述,将中药进行合理的炮制之后,相关药物的疗效增强,治疗患者的有效率提高,取得令人满意的效果,而且不良反应的发生更少,安全性更高,在临床进行大范围推广有比较高的价值。

参考文献

- [1]陈楚河,申强.谈谈中药的炮制与临床[J].新疆中医药,2012,30(1):57.
- [2]谢素萍,闫晓宏,徐桔叶.浅谈中药饮片的加工炮制与临床疗效[J].光明中医,2012,27(8):1674-1675.
- [3]程三芳.探讨中药炮制对临床用药疗效的有利影响[J].世界临床医学,2015,9(1):50-52.
- [4]刘卫东.分析不同类型中药的炮制方法及中药炮制对临床疗效的影响[J].中外健康文摘,2014,10(11):175-175.
- [5]孟陶.中药炮制对中药饮片疗效的影响分析[J].海峡药学,2016,28(9):176-177.
- [6]扎西翁姆,王波,杨晓敏,等.中药炮制对中药饮片的化学成分及疗效影

- 响的分析[J].医学理论与实践,2013,27(8):1113-1114.
- [7]宗延波.探讨中药炮制方法对临床应用疗效的影响[J].世界最新医学信息文摘,2014,14(2):150.
- [8]孙继华.浅析中药炮制对其化学成分及临床应用的影响[J].中国医药指南,2013,11(7):701-703.
- [9]杨梅.中药炮制对中药饮片的化学成分及疗效影响的分析[J].中医临床研究,2015,7(24):147-148.
- [10]刘雪玲.中药炮制对临床疗效的影响分析探讨[J].中国卫生产业,2013,10(24):173-174.
- [11]沈多荣.中药炮制方法对临床疗效的影响分析与应用思考[J].内蒙古中医药,2016,35(15):102.
- [12]赵明宇.浅析中药炮制法对临床应用疗效的影响[J].北方药学,2016,13(12):153.
- [13]王晓文.中药炮制方法对临床应用疗效的影响探讨[J].大家健康,2016,10(12):61.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:王欣 收稿日期:2018-02-08)

中草药浸泡治疗 CapeOX 化疗相关性手足综合症的临床观察

毛文娟¹ 么杨²

(1 辽阳市中心医院肿瘤内三科,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 观察中草药浸泡治疗CapeOX化疗导致手足综合症的疗效。方法 选取70例病理诊断结、直肠癌且术后第4周接受CapeOX化疗方案患者,随机分为观察组与对照组各35例。对照组采用常规化疗方法治疗,观察组采用化疗联合中草药浸泡治疗,对比2组的疗效。结果 治疗后2组手足综合征发生率为:观察组42.85% (15/35),对照组62.85% (22/35),2组间比较有显著差异 ($P < 0.05$)。结论 应用中草药浸泡防治CapeOX化疗相关性的手足综合征,效果显著,值得推广。

关键词: 中草药浸泡; 手足综合征; 化疗; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.047

文章编号:1672-2779(2018)-09-0108-02

Clinical Observation on Chinese Herbal Medicine Soaking on CapeOX Chemotherapy-associated Hand-Foot Syndrome

MAO Wenjuan¹, YAO Yang²

(1. Department of Oncology, Liaoyang Central Hospital, Liaoning Province, Liaoyang 111000, China;

2. Department of Oncology, Liaoyang Third People's Hospital, Liaoning Province, Liaoyang 111000, China)

Abstract: **Objective** To observe the therapeutic effect of Chinese herbal medicine soaking in the treatment of hand-foot syndrome caused by CapeOX chemotherapy. **Methods** 70 cases of hand foot syndrome in hospital were randomly divided into observation group and control group, with 35 patients in observation group and 35 patients in the control group. The control group was given conventional chemotherapy treatment, while observation group received chemotherapy combined traditional Chinese medical drug soaking. The therapeutic effect of the two groups was compared. **Results** The occurrence rate of HFS in the observation group and the control group was 41/85% and 62.85% respectively, and there was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of traditional Chinese medical drug soaking in the treatment of CapeOX chemotherapy-associated hand foot syndrome can obtain significant effect, and it is worth promoting.

Keywords: Chinese herbal medicine soaking; hand-foot syndrome; chemotherapy; arthromyodynia

手足综合征为临床中常见的使用化疗药物(比如卡培他滨、奥沙利铂、多西他赛等)或生物靶向药物(舒尼替尼、厄洛替尼)等相关肿瘤治疗药物后所引起。手足综合征的发生率约为45%~68%。手足综合征(hand-foot syndrome, HFS)是手掌一足底感觉迟钝疼痛或化疗引起的肢端红斑甚至发生溃疡的一种皮肤毒性反应,主要发生于受压区域。临床主要表现为指、趾末端热、痛、手足皮肤红斑性肿胀,感觉迟钝、麻木、严重者发展至脱屑、水疱、溃烂和剧烈疼痛,脱皮,并可能继发感染,严重影响患者的日常生活。一定程度上限制了化疗用药治疗剂量的提高,并降低了患者的生活质量。目前,给予大剂量维生素B₆(300 mg/d)营养神经或糖皮质激素促进抗氧化作用,疗效

不佳,且维生素B₆降低了顺铂的药物疗效。利用华润三九药业提供的手足麻协定方(灸黄芪、桂枝、白芍、赤芍、当归、茯苓、鸡血藤、豨莶草、制川乌、防风、何首乌)行化疗期间手足浸泡联合口服维生素B₆共同抑制化疗的神经毒性的手足综合征。是否给肿瘤患者带来新的希望临床观察如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取辽阳市中心医院和辽阳市第三人民医院的70例病理诊断结、直肠癌且术后第4周开始接受CapeOX化疗方案患者,分为观察组35例患者,对照组35例患者。70例患者年龄为40~65岁,男性45例,女性25例。2组患者在性别、年龄等方面比较,差异无统计学意义 $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 选择术后患者病理诊断属结、直肠癌：cTNM 临床分期为Ⅱ、Ⅲ期；拟接受6个周期以上CapeOX方案化疗者：年龄40~65岁；行为状态KPS：100~70分；骨髓、肝、肾、心、肺功能正常；预计生存期>36周；知情同意参加本研究，签署知情同意书。

1.3 排除标准 排除术后有肺部感染、肝功能不全，梗阻性黄疸、病理性骨折等并发症者；有活动性重复癌者；患精神障碍者。

1.4 治疗方法 (1) 对照组：患者于术后第4周开始给CapeOX化疗方案：奥沙利铂（商品名：艾恒，江苏恒瑞医药股份有限公司生产，批号：国药准字H20000337）130 mg/m²，D1；卡培他滨（正大天晴制药公司生产，批号：国药准字H20073024）850~1000 mg/m²，每日2次口服，每3周重复。(2) 研究组：在对照组基础上，给予手足协定方中草药浸泡（炙黄芪10 g，桂枝6 g，白芍10 g，赤芍10 g，当归10 g，茯苓10 g，鸡血藤15 g，豨莶草10 g，制川乌10 g，防风10 g，何首乌10 g）。药物化疗期间早晚手足浸浴各20 min。

1.5 疗效判定标准 手足综合征分级标准^[4]：采用美国国立癌症研究所（NCI）对化疗药物引起的手足综合征制定的明确分级标准来判断：Ⅰ级表现为手足色素沉着、发红，无疼痛感，不影响日常生活；Ⅱ级表现为手足皮肤肿胀、红斑，伴疼痛，影响日常生活，不影响功能；Ⅲ级表现为手足皮肤脱屑、水疱、溃疡伴疼痛，无法日常生活，影响功能。

1.6 统计学方法 计数资料采取率（%）表示，组间率对比采取 χ^2 检验；以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

患者手足综合征出现的中位时间是第2周期。对照组手足综合征的发生率为62.85%，35例患者中，没有出现手足口综合征的13例，Ⅲ级6例，Ⅱ级4例，Ⅰ级12例。观察组手足综合征的发生率为42.85%，35例患者中，没有出现手足口综合征的20例，Ⅲ级4例，Ⅱ级6例，Ⅰ级5例。观察组的发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 2组化疗后发生手足口综合征情况比较 [例(%)]

组别	例数	0	I	II	III	发生率
对照组	35	13	12	4	6	22(62.85)
观察组	35	20	5	6	4	15(42.85)*

注：与对照组比较，* $P<0.05$

3 讨论

根据本次临床观察，对患者完成化疗后接受中药

湿敷治疗的效果比较明显，多数患者的治疗得到满意的治疗，缓解患者化疗致手足综合征副反应症状，对患者耐受程度及心理康复有着积极作用。结直肠癌常用的CapeOX方案中卡培他滨由于口服作用好，治疗效果确切，患者容易接受，卡培他滨的不良反应主要为手足综合征血液学毒性和消化道反应，且主要为轻、中度不良反应，均可逆^[5]。杀伤肿瘤细胞的同时也对正常细胞产生较大伤害，产生较多的不良反应。毛跃伟等^[3]研究表明，卡培他滨为氟嘧啶甲氨酸酯剂，能经消化道到达病灶，可加重一氧化氮造成的神经元损伤，对神经细胞具有保护和损害的双重作用。临床使用过程中发现奥沙利铂的主要毒副反应为神经毒性，主要表现为肢体末端麻木、疼痛、感觉异常等，遇冷时可加重，但骨髓抑制和肾毒性较轻，给予对症治疗或停药3个月左右可恢复正常^[4]。双药合用手足综合征更加严重，必须有效干预。在中医学上属于中医“络病”“痹证”的范畴，“外治之理，即内治之理”，中药外治为体表直接给药，病机为气虚血瘀，故治疗上以益气活血通络。皮肤或黏膜表面吸收后，药力直达病所。林玉冰^[6]研究表明，中药粉浸泡能明显减轻和预防静脉化疗患者手足综合征的发生。手足综合征的发生乃是癌毒阻滞手足部络脉，癌毒虽根于脏腑，但流窜为患，阻于四肢百骸^[6]。方中乌头走而守，通于十二经之要药，温通经脉。桂枝温通经脉，通阳化气；鸡血藤活血通络，养血抗癌；赤芍活血行气，化瘀止痛；黄芪通络，祛瘀止痛。合用共奏养血、活血、化瘀、温通、止痛，使皮肤、肌表、经络温通，直达于四肢末端，配合温水浸泡、按摩，使四肢荣润，皮肤症状得以改善。本研究结果初步提示：中晚期胃癌、结直肠癌术后应用CapeOX化疗方案治疗时，联合中草药浸泡扶正抗痹治疗，总体能提高患者的生活质量。

参考文献

- [1]Joan D, Webster-Gandya,Chris Howa. K,et al. Plantar erythrodysesthesia (PPE):A Literature review with commentary on experience centre[J].European Journal of Oncology Nursing, 2007(11):238-246.
- [2]李颖,姜达,吴圆圆,等.替吉奥和卡培他滨治疗进展期乳腺癌的多中心临床研究[J].中华肿瘤杂志,2017,39(8):607-612.
- [3]毛跃伟,杨松鹏,高磊,等.奥沙利铂联合卡培他滨治疗晚期结肠癌的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016,32(14):1286-1292.
- [4]刘丽,谭光根,武昱,等.S-1与卡培他滨分别联合奥沙利铂治疗晚期结直肠癌的临床疗效研究[J].肿瘤药,2017,6(7):309-314.
- [5]林玉冰,张清莲,沙丽文.中药粉浸泡对肿瘤患者静脉化疗引起的手足综合征护理干预效果观察[J].广西中医药大学学报,2016,19(1):112-113.
- [6]姜家康,刘传锋,迟文成.手足综合征的中西医诊疗进展[J].黑龙江医学,2016,40(4):293-295.

(本文编辑:李海燕 本文校对:毛文艳 收稿日期:2018-01-15)

活血利湿汤治疗下肢动脉硬化闭塞症40例

张静云¹ 何春红^{2*} 宋群路¹ 郭兴蕊¹

(1 河南中医药大学洛阳研究生工作部, 河南 郑州 450046;

2 洛阳市第一中医院周围血管一病区, 河南 洛阳 471000)

摘要:目的 观察活血利湿汤治疗下肢动脉硬化闭塞症的疗效。方法 选取80例门诊收治的下肢动脉硬化闭塞症, 将其随机分为治疗组和对照组, 所有患者均给予控制血压、控制血糖、稳定斑块等基础治疗, 治疗组服用活血利湿汤, 对照组服用桃红四物汤, 均连续治疗3周为1疗程, 疗程结束后统计效果。结果 经治疗, 治疗组总有效率92.5% (37/40) 明显高于对照组82.5% (33/40) ($P < 0.05$)。结论 活血利湿汤治疗下肢动脉硬化闭塞症有较好疗效, 有效改善肢体循环及缺血情况, 提高患者生活质量, 具有一定推广性。

关键词: 活血利湿汤; 下肢动脉硬化闭塞症; 脂质代谢; 脉痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.048

文章编号:1672-2779(2018)-09-0110-02

Huoxue Lishi Decoction in the Treatment of Arteriosclerosis Obliterans of Lower Extremity for 40 Cases

ZHANG Jingyun¹, HE Chunhong², SONG Qunlu¹, GUO Xingrui¹

(1. Luoyang Graduate Department, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. Ward One of Peripheral Vascular Disease, Luoyang First Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Luoyang 471000, China)

Abstract: **Objective** To observe the therapeutic effect of Huoxue Lishi decoction on arteriosclerosis obliterations of lower extremity.

Methods 80 cases of arteriosclerosis obliterations of lower extremity patients were selected and randomly divided into treatment group and control group. All patients were given basic treatment such as blood pressure control, blood sugar control, stable plaque, etc. The treatment group was given Huoxue Lishi decoction. The control group was given Taohong Siwu decoction. Continuous use for 3 weeks was a course of treatment. The therapeutic effect was analyzed. **Results** After treatment, the total effective rate of the treatment group (92.5%) was significantly higher than that of the control group (82.5%) $P < 0.05$. **Conclusion** Huoxue Lishi decoction has a good curative effect on arteriosclerosis obliterations of lower extremity. It can effectively improve the circulation and ischemia of limbs, and improve the quality of life of patients.

Keywords: Huoxue Lishi decoction; arteriosclerosis obliterations of lower extremity; lipid metabolism; vessel bi-disease

下肢动脉硬化闭塞症是周围血管科常见的慢性肢体动脉硬化闭塞性疾病^[1],由于脂质代谢紊乱等因素使动脉内膜发生粥样变化,从而导致动脉狭窄、闭塞,病变肢体供血不足,引起下肢间歇性跛行、皮温降低、疼痛、乃至发生溃疡或坏死等临床表现^[2],多累及大、中动脉,是全身性动脉硬化在下肢的表现。随着生活水平的提高,人口老龄化、饮食结构不合理、快节奏生活压力等因素共同驱动下,下肢动脉硬化闭塞症的发病率日益增多,且有年轻化趋势,其发生率国外报道为11.6%~24.6%^[3-4],亟需我们给予足够的重视。随着医疗水平的不断提高以及血管腔内技术的发展,近年来经皮腔内血管成形术、球囊扩张、支架植入为代表的微创介入治疗以其微创、术后恢复快及可重复性好的优势,逐渐成为下肢动脉硬化闭塞症主要的治疗手段^[5],但远期效果还需验证^[6]。然而基于中医整体观念及辨证论治的传统理论,可贯穿治疗疾病始终,疗效较好^[7],所以近几年研究中医药治疗本病已成热点。笔者通过临床观察总结,发现活血利湿汤治疗下肢动脉

硬化闭塞症疗效显著,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 笔者以2017年8月—2017年2月于洛阳市第一中医院门诊就诊的下肢动脉硬化闭塞症患者80例为研究对象,将其按随机数字法分为治疗组和对照组,其中治疗组男24例,女16例;年龄53~89岁;平均(73.5±9.71)岁;病程0.5~25年,平均(13±2)年;既往史:高血压17例,冠心病12例,脑血管疾病11例。对照组男22例,女18例;年龄52~87岁,平均(72.5±8.51)岁;病程0.7~30年,平均(12±3)年;既往史:高血压21例,冠心病10例,脑血管疾病19例。2组患者年龄、性别、病史比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》^[8](国家中医药管理局,南京大学出版社,1994)。

1.3 排除标准 (1) 近3个月有严重心脑血管、肝、肾、视网膜等并发症或合并其它严重原发性疾病者。(2) 已知有凝血机制障碍,或2个月内有重大手术史、创伤史。(3) 计划妊娠、意外妊娠、妊娠或哺乳期妇女。

* 通讯作者: lyhech@163.com

1.4 剔除标准 (1) 治疗依从性差, 未按方案规定用药。(2) 中途停止或改用其它中药治疗或死亡患者及不能耐受中药治疗者。(3) 治疗过程中病情加重明显而不能继续本方案治疗者。

1.5 治疗方法

1.5.1 基础治疗 基础疾病, 给予西医对症处理, 如控制血压、控制血糖、稳定斑块等治疗。

1.5.2 对照治疗 治疗组中医治以清热利湿、活血化瘀为则, 给予利湿活血汤加减, 具体方药如下: 茵陈15 g, 黄柏15 g, 薏苡仁30 g, 茯苓30 g, 白术12 g, 当归12 g, 赤芍12 g, 生地黄15 g, 川芎15 g, 川牛膝15 g, 栀子10 g。日1剂, 水煎留汁400 mL, 分早晚饭后200 mL温服。

对照组: 以活血化瘀为则, 予以桃红四物汤加减, 具体方药如下: 桃仁15 g, 红花15 g, 当归12 g, 川芎15 g, 赤芍12 g, 生地黄15 g, 川牛膝15 g。日1剂, 水煎留汁400 mL, 分早晚饭后200 mL温服。

均以3周为1个疗程, 疗程不足3周达临床治愈者, 即结束方案治疗, 记录相关检测指标。

1.6 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行统计分析, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较, 若正态分布用采用独立样本 t 检验, 若偏态分布采用秩和检验, $P < 0.05$ 表示差别有显著性。

1.7 观察指标 观察下肢发凉、麻木、静息痛、间歇性跛行、足背皮温等症状和体征并记录其相应评分分值。

1.8 评价标准 参照《动脉硬化闭塞症诊断及疗效标准》^[9](中国中西医结合专业委员会周围血管病专业委员会) 拟定的疗效判定表, 并制定中医证候评分表。由观察者根据患者实际情况进行填写并计算分值。临床痊愈: 中医临床症状、体征消失或基本消失, 积分减少 $\geq 90\%$ 。显效: 中医临床症状、体征明显改善, 积分减少 $\geq 70\%$, $< 90\%$ 。有效: 中医临床症状、体征均有好转, 积分减少 $\geq 30\%$, $< 70\%$ 。无效: 中医临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 积分减少 $< 30\%$ 。

2 结果

治疗后, 治疗组总有效率为92.5%, 明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	18	10	9	3	37(92.5) [△]
对照组	40	16	7	10	7	33(82.5)

注: 与对照组比较, [△] $P < 0.05$

3 讨论

本病属于“脱疽”“脉痹”范畴, 本病多发为中老年人, 年老体虚, 中阳不振, 脾胃运化功能失调, 水湿不化, 聚而成痰饮; 多表现为下肢, 湿性趋下, 易袭阴位; 现代人久嗜酒肉肥甘生湿之品, 湿聚而不化, 亦可成痰或痰饮。门诊就诊患者多属病变早期, 其病理特点为“湿”“热”“瘀”互结, 故在活血化瘀基础上, 重用清热利湿, 若“邪热”减退, 兼用利湿之品。利湿活血, 血行则瘀除, 瘀除则络通。

活血利湿汤中茵陈、黄柏、薏苡仁清热祛湿, 祛邪行血, 川牛膝引经下行, 茯苓、白术健脾利湿, 运化有权, 气血有源, 当归、川芎行气活血, 栀子清热利湿, 泻火除烦, 凉血解毒。现代药理表明, 当归能够保护缺氧大鼠神经系统^[10], 扩血管增加循环血流量; 川芎能够红细胞聚集性、降低血液黏度; 茵陈具有改善微循环、降脂及抗炎的作用。茯苓、薏苡仁具有抗菌、抗炎、利尿的作用, 稳定斑块的作用; 栀子、黄连具有抗炎、抗菌、降压、抗血小板聚集的作用; 赤芍具有抗血栓、抗血小板聚集, 抗动脉硬化等作用^[11]; 川牛膝则具有抗炎、降低血黏稠度等作用^[12]。

总之, 活血利湿汤能够安全并快速缓解患者症状、提高患者生活质量, 具有可推广性。

参考文献

- [1]王玉琦. 下肢动脉硬化闭塞症的外科治疗问题[J]. 中华普通外科学杂志, 2003, 18(4): 197-198.
- [2]范利, 崔华, 胡亦新, 等. 不同年龄老年急性心肌梗死住院患者近期预后的临床分析[J]. 中华老年医学杂志, 2009, 28(3): 190-192.
- [3]李京雨, 刘涛, 路军良, 等. 介入治疗复杂下肢动脉硬化闭塞症技术与疗效分析[J]. 中华放射学杂志, 2011, 45(10): 960-963.
- [4]Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II)[J]. Vasc Surg, 2007, 45 Suppl: 65-67.
- [5]赵翼, 原野, 刘辉, 等. 腔内血管成形术治疗老年人下肢动脉硬化闭塞症临床疗效及安全性评价[J]. 北华大学学报(自然科学版), 2018, 19(1): 68-72.
- [6]骆曦图, 杨澄宇, 刘正军. 经皮腔内血管成形术联合血管内支架治疗下肢动脉硬化闭塞症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(22): 2440-2442.
- [7]方金. 庞鹤教授学术思想与临床经验总结及益气活血祛毒解毒法治疗 A-SO(未溃期)的临床研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- [8]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.
- [9]杨博华. 动脉硬化闭塞症诊断及疗效标准(2016年修订稿)[J]. 北京中医药, 2016, 35(10): 909-910.
- [10]巩瑞. 当归的药理作用研究进展[J]. 黑龙江科技信息, 2015(17): 111.
- [11]吴昊, 胡家才, 周甜, 等. 加味四妙勇安汤颗粒剂治疗间歇性跛行下肢动脉硬化闭塞症的临床疗效[J]. 世界中医药, 2017, 12(4): 753-756, 760.
- [12]叶品良, 彭娟, 刘娟. 川牛膝研究概况[J]. 中医药学报, 2007, 35(2): 51-53.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 叶林 收稿日期: 2018-03-16)

糖肾平汤配合针灸治疗早期糖尿病肾病 41 例

林霓鹏¹ 邱英明²

(1 厦门市鼓浪屿干部疗养院中医科, 福建 厦门 360000; 2 厦门市中医院内分泌科, 福建 厦门 361001)

摘要:目的 观察糖肾平汤配合针灸治疗早期糖尿病肾病的有效性。方法 对2016年5月—2017年12月厦门市中医院内分泌科82例确诊的早期糖尿病肾病患者, 随机分为对照组和治疗组(各41例)。在西医规范治疗的基础上, 治疗组在对照组治疗的基础上给予糖肾平汤配合针灸治疗。结果 2组中医证候疗效、总有效率比较, 治疗组均明显优于对照组($P<0.01$)。治疗组尿微量白蛋白显著降低, 2组比较有显著性差异($P<0.01$)。同时, 虽然2组治疗前后空腹血糖明显下降(与治疗前相比 $P<0.01$), 但治疗组也优于对照组($P<0.05$)。结论 糖肾平汤配合针灸治疗DN疗效确切。

关键词: 糖尿病肾病; 糖肾平汤; 针灸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.049

文章编号:1672-2779(2018)-09-0112-03

Tangshenping Decoction Combined with Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Early Diabetic Nephropathy for 41 Cases

LIN Nipeng¹, QIU Yingming²

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Gulangyu Cadres Sanatorium, Fujian Province, Xiamen 360000, China;

2. Endocrinology Department, Xiamen Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Xiamen 361001, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of Tangshenping decoction combined with acupuncture and moxibustion in the treatment of early diabetic nephropathy. **Methods** 82 early diabetic nephropathy patients in Xiamen municipal hospital of traditional Chinese medicine from May 2016 to November 2017 were randomly divided into treatment group of 41 cases and control group of 41 cases. Under the standardized treatment of Western medicine, the treatment group was treated with Tangshenping decoction combined with acupuncture and moxibustion. **Results** The curative effect and total effective rate of TCM syndrome in the two groups were significantly better than those in the control group ($P < 0.01$). The treatment group could significantly reduce urinary albumin combining with control group ($P < 0.01$). At the same time, although the fasting blood glucose decreased significantly before and after treatment in both groups ($P < 0.01$), the treatment group was also superior to the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Tangshenping decoction combined with acupuncture and moxibustion in the treatment of early diabetic nephropathy has definitely curative effect.

Keywords: diabetic nephropathy; Tangshenping decoction; acupuncture and moxibustion

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是糖尿病微血管并发症中最常见的一种, 又被称为糖尿病肾小球硬化症, 在糖尿病微血管病变的基础上所产生的慢性并发症已经成为左右糖尿病患者预后的一大主要因素。因糖尿病慢性并发症而致残致死的患者一直在增加, 也是导致糖尿病患者死亡的主要原因之一^[1]。DN病因起初是源于微血管的血流动力学变化, 肾小球血流量增加、肾脏肥大, 接着肾小球系膜细胞增殖、系膜细胞外基质增加、肾小球基底膜增厚, 最终导致弥漫性或结节性肾小球硬化。本病预后不良, 多种并发症如高血压可加速肾功能衰竭的进展, 因其为不可逆性改变, 故最终会导致终末期肾功能衰竭。DN引起肾功能衰竭的患者已成为透析病人的第二大来源, 因此早期进行监控、干预、治疗, 对DN的预后有着重大的影响^[2]。现代医学在治疗DN时主要采取积极控制血糖, 定期检查尿白蛋白排泄率, 控制血压, 减少尿蛋白的排泄等对症治疗, 目前尚无满意的治疗方法。其防治的重点是早期发现, 早期治疗, 因此, 积极探索和发挥中医优势, 在基础治疗(包括控制血糖、治疗高血压、低

盐优质低蛋白饮食)的同时, 配合中医辨证论治, 突出中医特点, 采用中医药治疗DN, 对减少尿蛋白, 改善肾功能, 控制本病的进展有积极作用。近年来, 我们采用中药糖肾平汤配合针灸治疗早期DN取得较好的疗效, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 82例患者均来源于2016年5月—2017年12月厦门市中医院内分泌科, 采用随机数字分组法分为研究组和对照组各41例。对照组男18例, 女23例; 年龄48~71岁, 平均(52.5±10.9)岁; 糖尿病病程5~20(9.3±3.1)年。研究组男19例, 女22例; 年龄46~75岁, 平均(53.1±11.5)岁; 糖尿病病程7~17(10.1±2.9)年。2组患者年龄、性别、糖尿病病程等一般资料比较, 无显著性差异($P<0.05$), 有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 早期DN的诊断标准符合1999 Mogensen分期标准, 即6月以内至少2次以上尿清蛋白排泄率(UAER) 20~200 $\mu\text{g}/\text{min}$ (用放射免疫法测定)^[3]。

1.2.2 中医证候诊断标准 “参照中华中医药学会肾病

分会《糖尿病肾病诊断、辨证分型及疗效评定标准》(试行方案)的有关DN脾肾气虚型及瘀证的标准^[4]。

1.3 纳入标准 (1)符合早期DN诊断标准;(2)符合脾肾气虚兼瘀证辨证者;(3)年龄45~75岁,男女不限;(4)均取得患者的知情同意。

1.4 排除标准 (1)非糖尿病肾病性肾损害;(2)1型糖尿病所致早期肾损害;(3)合并糖尿病严重急性并发症;(4)合并心、脑、肝、脾、胃严重疾病患者、肿瘤及精神病患者。

1.5 治疗方法 2组均在糖尿病教育、饮食控制的基础上,给予口服降糖药或胰岛素降糖治疗,血糖控制在:空腹7.8 mmol/L以内,餐后2 h 10 mmol/L以内。治疗组在基础治疗的同时采用糖肾平汤:黄芪20 g,生地黄15 g,太子参20 g,山茱萸15 g,怀山药20 g,金樱子15 g,桑螵蛸12 g,茯苓皮15 g,玉米须15 g,土茯苓30 g,僵蚕10 g,鬼箭羽15 g,丹参15 g,地龙10 g,水蛭5 g。每日1剂,水煎分2次服,每袋200 mL,每次1袋,早晚餐后0.5 h温服,并配合针灸:中脘、血海、足三里、地机、支沟、天枢、太溪、肾俞、白环俞、阳陵泉、膏肓俞、中极。1周3次,2月为1个疗程,1个疗程后观察疗效。

1.6 观察指标 (1)实验室理化指标24 h尿蛋白定量、尿微量白蛋白、空腹血糖(fasting blood-glucose, FPG)治疗前后各检测1次。(2)脾肾气虚兼瘀证评分参照文献进行,治疗前后各进行1次评价。

1.7 疗效评定标准 疗效判定标准和中医症候记分原则的制定主要是参照中华中医药学会肾病分会《糖尿病肾病诊断、辨证分型及疗效评定标准》(试行方案)、《中药新药临床研究指导原则》。其疗效评判标准主要分为显效、有效和无效,基本划分标准如下:显效:空腹血糖恢复正常或者下降了33%以上;尿白蛋白排泄率恢复到正常或者下降了50%以上;24 h尿蛋白下降50%以上;临床症状基本消失。有效:空腹血糖、尿白蛋白排泄率有所下降,但不足显效标准;24 h尿蛋白下降但不足50%;临床症状较治疗前好转但仍然有明显的临床症状。无效:临床症状未改善或恶化;实验室指标无变化或升高^[5-6]。

1.8 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,符合正态分布采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组中医证候总积分比较 治疗前2组比较,差异无

统计学意义($P>0.05$)。治疗后治疗组的改善作用明显优于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 2组中医证候总积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	积分差值
治疗组	41	15.90 $\pm$ 5.33	4.82 $\pm$ 2.30	11.73 $\pm$ 3.81*
对照组	41	16.91 $\pm$ 5.19	7.67 $\pm$ 1.72	9.25 $\pm$ 4.38

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 2组疗效比较 见表2。

表2 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	41	20	16	5	36(87.8)*
对照组	41	15	13	13	28(68.3)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.3 2组治疗前后尿微量白蛋白、空腹血糖比较 结果显示:治疗前2组比较,差异无显著性意义($P>0.05$),治疗后治疗组的改善作用明显优于对照组($P<0.01$)。见表3。

表3 2组治疗前后尿微量白蛋白、空腹血糖的比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	UAER(μ g/min)	24h尿蛋白定量(g)	空腹血糖(mmol/L)
治疗组	41	治疗前	76.27 $\pm$ 12.12	235.71 $\pm$ 32.58	6.52 $\pm$ 1.26
		治疗后	33.32 $\pm$ 9.03	49.07 $\pm$ 14.11	6.34 $\pm$ 1.05
对照组	41	治疗前	84.18 $\pm$ 11.47	231.36 $\pm$ 38.44	6.65 $\pm$ 1.16
		治疗后	61.13 $\pm$ 12.36	125.32 $\pm$ 19.89	6.24 $\pm$ 0.94

3 讨论

DN是糖尿病严重的并发症,开始表现为间歇性少量蛋白尿,以后逐渐加重变为持续性蛋白尿,加上糖尿病本身蛋白质代谢失调,以致产生肾病综合征,病情继续恶化发展为肾功能衰竭。DN是目前导致终末期肾病的主要病因,致残致死率极高。中医古籍中并未关于“糖尿病肾病”中医病名的记载,然而关于DN的病因及类似DN的临床表现很早就有记载,《外台秘要》对消渴的记载有“其久病变或发痼疽或为水病”。《儒门事亲》也有记载:“其状饮而数溲,或不数溲变为水肿”。刘河间在《三消论》中提到:“若渴而饮水不绝,腿消瘦,而小便有脂液者,饮一溲二,其小溲如膏油,即膈消中传变。”^[7]古代医籍中明确提出在DN病机动态演变过程中,病程早期阴虚为本,日久耗气而致气阴两虚,出现本虚标实,以气阴亏虚为本,湿浊瘀血互结为标。DN的发生发展是多因素作用的结果,最初为气阴两伤,久而演变为脾肾俱损,阴阳两虚,夹有瘀血和水湿潴留。瘀血和湿浊是糖尿病肾病久经不愈的病因所在,瘀血是糖尿病肾病贯穿始终的

病邪,湿浊是糖尿病肾病早期的潜藏之邪。正虚邪实,虚实夹杂是早期DN的病机特点,因此治疗上应以益气养阴,活血化痰,利湿泻浊为组方原则。而瘀血和湿浊贯穿始终,故辨证治疗中必须重视活血化瘀,利湿化痰,以提高DN的疗效。

糖肾平汤以山茱萸、怀山药、生地黄滋精固肾,生津养肝;黄芪和太子参健脾益气和中;丹参和鬼箭羽活血通经,鬼箭羽有明显的降血糖作用;地龙、水蛭破血逐瘀通络;金樱子和桑螵蛸补肾固精缩尿;茯苓皮、玉米须、土茯苓健脾祛湿利水;僵蚕祛风化痰散结。全方补而不滞,祛瘀泻浊不伤正,瘀去浊降除宿根,助脾气、肾精的化生,使气阴充养,治疗DN之气阴两伤、精微下泄者颇为适宜。推其原理:糖肾平汤通过降糖,改善了糖代谢,使DN早期的高滤过恢复,降低了尿微量白蛋白,有效地延缓和阻止了糖尿病肾功能衰减的自然进程。现代药理表明,黄芪多糖增加2型糖尿病大鼠心肌组织PPAR- γ mRNA表达,减轻胰岛素抵抗增加敏感性以降低血糖^[8]。水蛭显著降低DN大鼠24 h尿蛋白定量水平,减少肾脏胶原蛋白表达,减轻肾小球硬化及肾小管损伤程度^[9]。

针灸方面,选用中脘、血海、足三里、地机、支沟、天枢、太溪、肾俞、白环俞、阴陵泉、膏肓俞、中极等穴治疗本病。方中:肾俞为肾脏之背俞穴,肾脏精气输注之处,太溪为肾经之原穴,肾经原气之所发,二穴相配可养先天、益肾气,治其本。地机为脾经之郄穴,为气血汇聚之处,活血养血之要穴。血海为脾血归聚之海,有导血归海之效,可扶脾统血,活血祛瘀,乃治疗血症之要穴。二穴相配可化血中之瘀滞而通经络。中脘为六腑之所会,胃经之募穴,胃经之精气所汇聚之处,具有健脾胃,助运化,调升降之功效。足三里为胃气之大会,胃经之合穴,补之则补脏腑之虚损,益脾胃,升举陷;泻之则引胃气下行,升清阳,降浊阴,助胃气水谷之运化;阴陵泉为脾经之合穴,能运中焦,化湿滞,健脾升阳,开通水道;与足三里、中脘相配以调理脾胃。天枢为手阳明大肠经募穴,泻之可荡涤肠胃之秽浊。支沟属手少阳三焦经,为三焦经气所行之“经”穴,功善调理诸气。气为血之帅,血为气之母,气行则血行,血行则瘀自除,瘀除则经络通。与天枢相配可调气通腑降浊,使邪毒由大便而去。中极为足太阳膀胱经之募穴,能助膀胱之气化,通利小便,洁净腑,引浊邪而出。白环俞、

膏肓为降浊之经验效穴。总之腧穴相互配合,以肾俞、太溪补益肾之阴阳,中脘、足三里、阴陵泉调理脾胃,脾胃为后天之本,气血生化之源,补后天以养先天,地机、血海养血活血而化瘀通络,七穴为君,以健脾补肾,活血祛瘀治其本;以支沟、天枢、膏肓、白环俞、中极等穴为臣,使毒由大便而出,湿由小便而去,使浊毒分利、引邪外出治其标。全方标本同治,虚实兼顾,通补兼施,扶正而无留邪,祛瘀而不伤血,分利浊毒而不伤正,从而达到扶正祛邪、标本兼治的目的。

综上,糖肾平汤配合针灸治疗早期DN疗效显著,改善了糖代谢,使DN早期的高滤过恢复,降低了尿微量白蛋白,改善肾功能,减少尿蛋白,对机体整体调节,延缓DN进展,可望延长患者生存时间。

参考文献

- [1]薛耀明.糖尿病肾病诊治新进展[J].中国处方药,2005(6):58-61.
- [2]钱立荣.加强对糖尿病慢性并发症的防治研究[J].中国糖尿病杂志,2003,11(4):231.
- [3]World Health Organization. Definition, diagnosis and classifications of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO consultation, Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus[S]. Geneva: WHO, 1999.
- [4]中华中医药学会肾病分会.糖尿病肾病诊断、辨证分型及疗效评定标准(试行方案)[J].上海中医药杂志,2007,41(7):7-8.
- [5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:68-73.
- [6]李保春,王林辉,梅小斌.糖尿病性肾病[M].上海:第二军医大学出版社,2005:120.
- [7]吴正治.关于中医病名的创新及其他.中国医药学报,1990,5(4):8.
- [8]刘洪凤,宋铁军,宋宇亮,等.APS对2型糖尿病胰岛素抵抗大鼠PPAR- γ mRNA表达的影响[J].中国食物与营养,2013,19(16):70-71.
- [9]戈娜,李顺民,孙慧力,等.地龙对糖尿病肾病大鼠肾脏保护作用的研究[J].上海中医药杂志,2010,44(6):103-105.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邱英明 收稿日期:2018-04-03)

洪雅中草药·低等植物·

地茶科名录

太白茶(雪茶) *Thamnotia vermicularis* (Ach.) Asahina.

入药部位:地衣体入药。

性味:性平,味苦。

功能主治:清热解毒,养心安神。治疗肺癆骨蒸,神经衰弱。

生境分布:3000米以上荒草块。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

攻坚散联合乳腺治疗仪治疗乳腺增生症 100 例※

杨春雷 刘秋蓓

(鹰潭市中医院普外科, 江西 鹰潭 335000)

摘要:目的 观察中药攻坚散加配乳腺病治疗仪理疗治疗乳腺增生症的临床疗效。方法 回顾性分析2015年2月—2017年2月收治的160例乳腺增生症患者,根据治疗方式的不同分成2组,治疗组给予中药攻坚散加配口服配合乳腺病治疗仪理疗,对照组给予口服逍遥丸及维生素E、维生素B₆治疗,观察2组临床疗效和治疗前后血清性激素水平。结果 治疗后治疗组总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗后2组血清雌二醇 (E_2)、垂体催乳素 (PRL) 水平下降,治疗组明显优于对照组 ($P<0.05$)。结论 应用中药攻坚散加配联合乳腺治疗仪治疗乳腺增生症临床疗效显著,值得临床推广应用。

关键词: 乳腺增生症; 攻坚散; 乳腺病治疗仪; 雌二醇; 垂体催乳素; 乳腺; 理疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.050

文章编号:1672-2779(2018)-09-0115-03

Gongjian Powder Combined with Breast Therapeutic Instrument in the Treatment of Cyclomastopathy for 100 Cases

YANG Chunlei, LIU Qiubei

(General Surgery, Yingtan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Yingtan 335000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of Gongjian powder combined with breast therapeutic instrument in the treatment of cyclomastopathy. **Methods** Retrospective analysis on 160 cases of cyclomastopathy patients during February 2015 to February 2017 was made. According to the different methods of treatment, they were divided into two groups. The treatment group was given traditional Chinese medicine crucial adjustment of oral with mammary gland disease therapeutic apparatus physical therapy, and the control group was given oral Xiaoyao pill and vitamin E, vitamin B₆. The clinical curative effect and serum sex hormone levels before and after the treatment were observed. **Results** The total effective rate after treatment was significantly higher than that in the control group, and the difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the serum estradiol (E_2) and pituitary prolactin (PRL) decreased, and the treatment group was significantly better than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The Gongjian powder combined with breast therapeutic instrument in the treatment of cyclomastopathy has significantly curative effect, and is worthy of clinical popularization and application.

Keywords: cyclomastopathy; Gongjian powder; breast therapeutic instrument; Estradiol; pituitary prolactin; lump in breast; physiotherapy

乳腺增生症是乳腺外科最常见的良性乳腺疾病。由于女性周期性(如经期),事件性(怀孕、生产),更年期(青春期、绝经期)有规律性或无规律性的频繁的内分泌变化和紊乱,使得女性乳腺上皮和间质出现不同程度的增生及复旧不全所导致的乳腺正常结构紊乱^[1]。在中国被命名为“乳腺增生症(病)”,也叫“乳腺囊性增生症”“乳腺纤维囊性改变”。30~50岁是高发时期^[2]。临床上主要表现为乳房有形状及大小不同的肿块、疼痛与月经周期相关的乳腺组织良性增生性疾病。乳房胀痛、乳头溢液等。目前,无特异性治疗的药物。近年来我院采用中药攻坚散加配乳腺病治疗仪理疗治疗乳腺增生症取得较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2015年2月—2017年2月我院收治的乳腺增生症患者160例,均为女性,年龄27~54岁,平均(42.7±7.6)岁,病程1~10年,平均(3.5±1.6)年,依据患者入院时间及治疗方法不同将160例患者分成2组,治疗组100例,平均年龄(39.8±8.8)岁,平均病程

(3.8±3.6)年,单侧病变18例,双侧病变82例。对照组60例:平均年龄(42.6±6.7)岁,平均病程(4.2±2.1)年,单侧病变12例,双侧病变48例。2组患者的平均年龄、平均病程及病情等临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 (1) 一侧或双侧乳房胀痛,大多数呈周期性,于月经前1周感乳房胀痛,月经后胀痛减轻,严重者整个月经周期均有疼痛。(2) 体检:乳房一侧或双侧乳房内可有不同大小的条索或结节状肿块,局限性或弥漫性,边界不清楚,质韧,可有触痛,与周围组织无粘连,有的仅表现为乳腺腺体不规则增厚,腋窝淋巴结未见肿大;(3) 所有病例均由彩超检查可见大小不等的单个或多个无回声区。诊断乳腺增生症。所有病例均符合中华医学会外科学会乳腺病专业委员会第八次会议(2002年)修订的《乳腺增生病诊断标准》,除外乳腺炎、乳腺纤维瘤、乳腺癌等其他乳腺疾病患者。

1.3 治疗方法 治疗组:乳腺治疗仪联合中药治疗,采用徐州亿康电子科技有限公司生产的EK-8000B型乳腺病治疗仪治疗,每天1次,每次30 min,15 d为1个疗

※ 基金项目:江西省卫生计生委中医药课题【No.2016B141】

程,2个疗程中间间隔2天,3个疗程后观察疗效,同时联合中药攻坚散加减口服,中药方剂:玄参30 g,柴胡12 g,丹参18 g,莪术12 g,海藻12 g,鸡血藤15 g,昆布15 g,三棱12 g,生牡蛎30 g(先煎),夏枯草30 g,菟丝子15 g,王不留行20 g(炒制),淫羊藿15 g,郁金10 g。水煎服,每日1剂,每次200 mL,分2次温服。对照组:口服逍遥丸,每次6 g,每日2次,及维生素E、维生素B₆治疗。

1.4 疗效评定标准 (1) 按照中国中医外科学会乳腺专业组制定的标准。痊愈:乳房疼痛及肿块消失,停药3个月无复发。显效:乳房疼痛消失,肿块最大直径缩小超过1/2。有效:乳房疼痛减轻,肿块最大直径缩小小于1/2,或乳房疼痛不减轻,但是肿块缩小1/2以上。无效:肿块没有缩小,或者反而增大变硬;肿块没有缩小,而且单纯乳房疼痛没有缓解。随访1年,分析2组间治愈、显效、有效、无效例数以及痊愈时间的差别。(2) 比较2组治疗前后血清性激素水平变化。

1.5 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2/F 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

疗程结束时,治疗组:治愈15例,显效54例,有效25例,无效6例,总有效率94.00%;对照组:治愈5例,显效13例,有效22例,无效20例,总有效率66.67%。治疗组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后随访1年,对照组复发率为10%,治疗组复发率为5.3%,2组复发率比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	复发率
治疗组	100	15	54	25	6	94(94.00)	5(5.3)
对照组	60	5	13	22	20	40(66.67)	6(10.0)

2组治疗前后血清性激素水平变化比较:与治疗前比较,2组治疗后血清PRL和E₂水平均显示不同程度的降低($P < 0.05$),治疗组PRL和E₂的降低明显优于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 2组患者治疗前后血清性激素变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	E ₂ (pg/mL)	PRL(μ g/mL)
治疗组	治疗前	144.27 $\pm$ 45.20	25.76 $\pm$ 6.49
	治疗后	125.26 $\pm$ 39.12	16.14 $\pm$ 5.71
对照组	治疗前	143.00 $\pm$ 45.39	25.12 $\pm$ 6.02
	治疗后	136.00 $\pm$ 38.64	19.52 $\pm$ 6.73

3 讨论

乳腺增生症被认为是妇女内分泌功能失调(雌、孕激素比例失衡;乳腺性激素受体的质和量异常;催乳素升高)所致的乳腺上皮和间质增生以及复旧不全引起的一种非炎症、非肿瘤性的疾病。主要是乳管和

腺泡上皮增生,导致正常的乳腺结构紊乱^[3],属于乳腺正常发育和退化异常。欧美学者将这种乳腺的结构和功能紊乱划分为结构改变轻微但症状严重的“乳痛症”和结构上呈现囊性或结节性改变为主的“乳腺纤维囊性病”^[4]。而中华预防医学会妇女保健分会乳腺保健与乳腺疾病防治学组将乳痛症排除在《乳腺增生症诊疗共识》^[1]之外。将乳腺增生症根据病理分成乳腺腺病和乳腺囊性增生病(症)。乳腺腺病的病理结构是小叶内腺泡增生和小叶内末端导管增生及腺泡导管化,小叶内腺管和纤维结缔组织均不同程度增生,小叶纤维化,管泡萎缩,基本失去正常的形态。乳腺囊性增生病(症)的病理结构为乳腺小叶小管及末梢导管高度扩张而形成囊肿,可形成大小不等的小囊肿或孤立性大囊肿,囊肿内液体各异,有透明淡白液体,有棕褐色稍混浊液体,有乳白色混浊浆液。乳腺增生症的主要临床表现为乳腺胀痛、肿块、结节感,部分病人合并有乳头溢液^[5]。乳腺病灶穿刺活检是诊断和排除乳腺癌的“金标准”,病理学不同的乳腺增生症发生乳腺癌的风险有所相同^[6],真正具有病理组织学意义的“乳腺增生”患者大约仅占活组织检查人群的46%(33.9%~64.5%),伴有异型增生的乳腺增生患者约占3%~15%^[7]。

乳腺增生症属于中医学理论中的“乳癖”范畴,《疡科心得集》曰:“乳癖乃乳中结核,形如丸卵,或坠垂作痛,或不痛,皮色不变,其核随喜怒消长”^[8]。《疡医大全·乳癖门主论》曰:“乳癖多由思虑伤脾,怒恼伤肝,郁结而成也”^[9]。主要分为两类:一为肝郁痰凝,二为冲任失调。患者情志不畅,肝郁气滞,气机不畅,经脉不通,乳络不畅,脾失健运,痰湿内生,郁滞于胸胁,易肝郁痰凝瘀血阻于乳络,致乳房肿块;若冲任失调,体内气血亏虚,无力运化,气血凝滞,易致病理产物阻塞乳络,壅塞不通,阻滞乳络,乳房痰浊凝结而发病。治疗方法包括中药口服、针灸、中药外敷、按摩、理疗、心理疏导及手术治疗等。我院采用中药攻坚散配合乳腺治疗仪理疗治疗,疗效较好。

中药攻坚散具有活血化瘀,软坚散结功效,主要用于肝郁痰凝症型的乳癖症。《药性论》:“玄参能治暴结热、主热风头痛,伤寒劳复,散瘤瘰癧。”乳癖多由肝郁化火,玄参、夏枯草清热凉血、滋阴降火、解毒散结,与生牡蛎、王不留行、海藻、昆布同用,可以起到软坚散结、消痰利水,通利血脉、活血通经、消痛止痛的作用,以柴胡引入肝经,疏解气郁,郁金、丹参、鸡血藤、三棱、莪术补肝肾,活血行气,解郁散瘀,消积止痛,养血调经。肾气不足,冲任不调是乳腺增生疾病之本,淫羊藿、菟丝子滋补肝肾,为命门要药。海藻中含较多量的镁可舒缓紧张压力等作用。

乳腺治疗仪治疗机理较复杂,集合了(1)近红外光可穿透患处深达4 cm以上,升温产生的热生物效应,

加速血液循环,促进局部新陈代谢和激活免疫系统,深部消肿止痛;(2)智能生物波调节人体内分泌平衡,重新分泌激素,阻止再次复发;(3)电脉冲模拟针刺按摩,磁疗具有消肿止痛,调节细胞极性的作用;(4)靶向精确治疗,在特定的动能驱动下,具有强大的渗透作用,使药物粒子沿着生物通道通过皮肤、组织和包膜,定向、定量、恒速的导入病变组织和器官,使病变组织药物处于高浓度状态。通过乳腺治疗仪发出的生物电刺激波,通过穴位和神经末梢把(生物电信号)传至脑垂体,改善末梢神经兴奋性,并使血管平滑肌、淋巴管等产生节律性的收缩和舒张。促进新陈代谢,改善血液微循环,释放内啡肽,缓解腺苷酸环化酶多肽体系激活引起的内分泌紊乱,神经紧张引起的肾上腺素及甲状腺激素等升高而造成的疼痛。对乳房疼痛症状的改善有很好的疗效。

本研究应用乳腺治疗仪联合攻坚散结散治疗乳腺增生症取得良好效果。疗程结束时,治疗组总有效率94.00%,显著高于对照组66.67%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后随访1年,对照组复发率为10%,治疗组复发率为5%,2组复发率比较差异无统计学意义

($P>0.05$)。该方法在传统中药软坚散结的基础上利用生物电刺激波的作用,调节内分泌,释放内啡肽,二者相辅相成,相互促进,达到缓解乳房胀痛的作用。乳腺治疗仪成本几万元,价格实惠,基层医院均可投入使用,而中药价廉,易于采购,具有可行性。该方法疗效好,且复发率较低,值得临床推广应用。本研究没有比较乳腺治疗仪与攻坚散各自的治疗效果及两种治疗效果是单纯叠加还是具有协同作用,需待进一步研究。

参考文献

- [1]中华预防医学会妇女保健分会乳腺保健与乳腺疾病防治学组.乳腺增生症诊治专家共识[J].中国实用外科杂志,2016,36(7):759-762.
- [2]邵志敏.乳腺肿瘤学[M].上海:复旦大学出版社,2013:218-223.
- [3]赵玉沛,陈孝平.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2015.
- [4]郑新宇.“乳腺增生症”与“乳腺纤维囊性变”的概念交集与认识偏差[J].中华乳腺病杂志(电子版),2016,10(5):260-263.
- [5]张保宁.乳腺肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2013:453-456.
- [6]Rungruang B, Kelley JL 3rd. Benign breast diseases: epidemiology, evaluation, and management [J]. Clin Obstet Gynecol, 2011, 54(1): 110-124.
- [7]刘璐,郑新宇.乳腺良性病变的组织学分型及其乳腺癌风险[J].中国实用外科杂志,2016,36(7):720-724.
- [8]高秉钧.疡科心得集[M].天津:天津科学技术出版社,2004:51.
- [9]杨秀丽,封三花,李娜,等.莪术消瘿汤加減治疗气滞血瘀型囊性乳腺增生疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(32):3624-3625.

(本文编辑:杨杰 本文校对:刘斌华 收稿日期:2018-02-06)

人工虫草制剂结合布地奈德福莫特罗粉吸入剂 治疗哮喘的临床观察

张韞迪

(辽河油田总医院中医科, 辽宁 盘锦 124008)

摘要:目的 探讨人工虫草制剂联合布地奈德福莫特罗吸入剂治疗哮喘的临床疗效。方法 选择67例哮喘患者,随机分为2组,对照组给予平喘化痰药+布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗;试验组在对照组基础上予人工虫草制剂治疗,15 d为1个疗程。比较治疗前后2组患者临床症状,血清CRP水平及肺功能。结果 治疗后与对照组相比,试验组的巨噬细胞分数较高($P<0.05$),中性粒细胞分数和血清CRP水平较低($P<0.05$),肺功能各项指标较高($P<0.05$)。试验组患者的总有效率高于对照组($P<0.05$)。结论 人工虫草制剂联合布地奈德福莫特罗吸入剂治疗哮喘临床有效,改善肺功能,推测其与降低血清炎症因子相关。

关键词:人工虫草制剂;布地奈德福莫特罗吸入剂;哮喘;呼吸系统;喘证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.051

文章编号:1672-2779(2018)-09-0117-03

Clinical Observation on Artificial Cordyceps Combined with Budesonide Dermotorol Powder Inhalation in the Treatment of Asthma

ZHANG Yundi

(Department of Traditional Chinese Medicine, Liaohe Oil Field General Hospital, Liaoning Province, Panjin 124008, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical effect of artificial cordyceps combined with budesonide dermatorol in the treatment of asthma. **Methods** 67 asthmatic patients were randomly divided into 2 groups. The control group was given budesonide formoterol powder inhalant. The experiment group was treated more with artificial cordyceps on the basis of the control group. 15d was a course of treatment. The clinical effect, levels of CRP and lung function was compared after treatment. **Results** Comparing with the control group, the macrophage scores of the experimental group were higher ($P<0.05$), neutrophil fraction and serum CRP levels were lower ($P<0.05$). Comparing with those before treatment, levels of FEV₁ and FEV₁/FVC increased in 2 groups ($P<0.05$), the lung function of the treatment group was higher ($P<0.05$), the total effective rate of the experiment group was higher than the control group ($P<0.05$), and the levels of TAOC and SOD in the treatment group were higher than the control group ($P<0.05$), and the levels of MAD was lower ($P<0.05$). **Conclusion** Artificial Cordyceps combined with budesonide dermatorol powder inhalation can improve the immune level of asthma patients and improve the lung function of patients, and it is worthy of clinical application.

Keywords: artificial cordyceps; budesonide dermatorol inhalation; asthma; respiratory system; dyspnea

哮喘是在多种细胞及细胞组分共同作用下的以气道反应性增高为主要特点的呼吸道慢性气管炎症^[1]。全

世界哮喘患者目前约有3亿人,其中中国哮喘患者约3000万人,成为影响人们身心健康的重要疾病,越来越

越受到关注^[2]。哮喘的不及时、不规范治疗均能危及生命,布地奈德福莫特罗是临床治疗哮喘的常用有效药物,临床应用广泛^[3]。冬虫夏草具有补肺肾、益精气的作用,对于久咳虚喘有良好的临床治疗效果^[4]。本次研究通过观察冬虫夏草结合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗哮喘患者的临床疗效以为哮喘的治疗提供新的临床依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2015年11月—2016年11月于我院呼吸科确诊并符合纳入标准的65例哮喘患者,随机均分为对照组和试验组。2组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 2组患者基本资料比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)	发病时间(年)
对照组	33	21	12	39.65±4.05	7.25±0.15
试验组	34	23	11	40.26±4.15	7.33±0.18
$t(\chi^2)$ 值		0.119		0.609	1.973
P 值		0.730		0.545	0.053

1.2 纳入标准 根据《哮喘病诊疗指南》^[5]明确诊断为哮喘;年龄15~70岁;临床资料完整准确;所有患者均通过专家伦理委员会审核,家属签署知情同意书。

1.3 排除标准 治疗期间,病情变化,需要调整治疗措施的患者;进行研究时,不配合研究方案的患者;同时合并有其他严重疾病的患者;对治疗药物耐受性差的患者。

1.4 治疗方法 对照组33例患者予以常规治疗(吸氧、远离污染环境以及过敏原等),同时予以平喘化痰药和布地奈德福莫特罗粉吸入剂(瑞典 AstraZeneca AB, H20110556),1吸,日2次。试验组34例患者在对照组基础上予冬虫夏草制剂(国药准字Z10910014,江西济民可信金水宝制药有限公司),5片,日3次。15 d为1个疗程,治疗2个周期。病情变化者,及时中断研究,调整治疗方案。

1.5 观察指标及疗效评价标准 (1)疗效评价标准。治愈:治疗后患者的临床症状或体征消失;好转:治疗后患者的临床症状或体征改善;无效:治疗后患者的临床症状或体征无变化甚至加重。(2)检测患者治疗前后的痰液炎性细胞分数、血清CRP水平、肺功能指标。

1.6 统计学方法 运用SPSS 17.0进行统计分析,计量资料以平均数加减标准差 ($\bar{x} \pm s$)表示,2组间比较使用成组 t 检验,计数资料以数值表示,2组间比较用 χ^2 检验,均以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者痰液炎性细胞分数以及血清CRP水平比较 治疗后,对照组的巨噬细胞分数升高 ($P<0.05$),中性粒细胞分数和淋巴细胞分数降低 ($P<0.05$);试验组的巨噬细胞分数升高 ($P<0.05$),中性粒细胞分数和淋巴细胞分数以及血清CRP水平降低 ($P<0.05$)。治疗后试验组的巨噬细胞分数高于对照组 ($P<0.05$),中性粒细胞分数和血清CRP水平低于对照组 ($P<0.05$)。见表2。

表2 治疗前后2组患者痰液炎性细胞分数以及血清CRP水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	巨噬细胞 分数(%)	中性粒细胞 分数(%)	嗜酸性粒细胞 分数(%)	CRP ($\mu\text{g/L}$)	淋巴细胞 分数(%)
对照组	33	治疗前	28.2±2.85	64.2±6.47	2.8±0.30	8.5±0.89	4.1±0.46
		治疗后	39.7±4.01*	52.8±5.32*	2.9±0.33	8.4±0.87	3.8±0.40*
试验组	34	治疗前	27.9±2.82	64.4±6.46	2.7±0.29	8.4±0.86	4.2±0.48
		治疗后	51.8±5.20**	40.5±4.11**	2.8±0.31	7.4±0.78*	3.7±0.39*

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

2.2 2组患者肺功能指标比较 治疗后,2组患者的FEV₁与FEV₁/FVC水平平均比治疗前提高 ($P<0.05$),且治疗后试验组的肺功能指标均比对照组高 ($P<0.05$)。见表3。

表3 治疗前后2组患者肺功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FEV ₁ (L)		FEV ₁ (%)		FEV ₁ /FVC(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	33	1.01±0.12	1.20±0.14*	35.13±3.58	43.62±4.39*	48.87±4.91	58.49±5.87*
试验组	34	1.03±0.12	1.34±0.16**	35.09±3.52	48.75±4.90**	49.25±4.97	63.77±6.39**

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

2.3 2组患者的有效率比较 治疗后,试验组患者的总有效率高于对照组 ($\chi^2=4.446$, $P<0.05$)。见表4。

表4 2组患者治疗后有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
对照组	33	11(33.33)	14(42.42)	8(24.24)	25(75.76)
试验组	34	18(52.94)	14(41.18)	2(3.03)	32(94.12)**

注:与对照组比较,** $P<0.05$

3 讨论

每年5月份的第1个星期二为世界哮喘日,统计显示哮喘病的发病率呈增长趋势,人们对于哮喘的重视与认识也逐渐增加^[6]。遗传因素和环境因素是哮喘病发病的两个重要因素,其中遗传因素占重要地位。大多数哮喘患者有家族过敏史,多属于过敏体质,本身也可能伴有过敏性鼻炎以及特应性皮炎等。哮喘的发病

机制主要分为变态反应、气道慢性炎症、气道高反应性、气道神经调节失常、遗传机制、呼吸道感染、神经信号转导机制和气道重构及其相互作用等,机制复杂,尚未有明确的定论^[7]。哮喘多在夜间和(或)凌晨发作,临床表现为喘息、气促、胸闷、咳嗽等症状,这些症状会伴随气流阻塞,能通过治疗或者自行逆转。哮喘的规范化治疗十分重要,不仅可以降低哮喘的死亡率,而且能改善患者的生活质量。统计显示,通过合理规范的治疗,80%的哮喘患者可以很好地控制疾病,不影响正常的工作和生活。

布地奈德福莫特罗是复方制剂,由布地奈德和福莫特罗两种药物组成。其中布地奈德为肾上腺皮质激素,福莫特罗为长效选择性 β_2 受体激动剂^[8]。两种成分通过不同的作用方式对减轻哮喘症状、改善肺功能有协同作用,在临床上广泛应用。金水宝具有补肺肾,益精气的作用,临床应用广泛,对于肺肾亏虚的咳嗽,腰膝酸痛、咯血、盗汗、阳痿遗精、神经衰弱等都具有良好的效果^[9]。冬虫夏草是我国民间的一种名贵滋补药材,人们充分发掘其价值后,受到临床十分重视。研究发现虫草的营养成分高于人参,能够增强机体的免疫力,对肺肝肾的病变组织有修复作用。试验研究发现冬虫夏草能增强肾上腺素对支气管的扩张作用,改善支气管平滑肌痉挛,缓解慢性支气管炎、哮喘、肺气肿、肺心病患者的临床症状。此外所含有的虫草素对肺部病原菌有强烈抑制和杀灭作用,而虫草酸和虫草多糖能修复已受损的肺泡细胞^[10]。其具体的免疫系统机制如下:(1)能双向调节体液免疫功能;(2)使巨噬细胞吞噬功能大大提高;(3)促进核酸和蛋白质合成,利于脾淋巴细胞增殖;(4)提高自然杀伤细胞的活性,提高机体抵抗免疫原的效果。这些研究与本研究结果相符,在研究中我们发现治疗后试验组的巨噬细胞分数高于对照组($P<0.05$),中性粒细胞分数和血清CRP水平低于对照组($P<0.05$),治疗后试验组的肺功能指标均比对照组高($P<0.05$)。这些结果说明冬虫夏草对于哮喘患者免疫力的提高以及呼吸系统功能改善具有重要作用。

本试验通过对67例哮喘患者进行研究分析,表明冬虫夏草结合布地奈德福莫特罗粉吸入剂对哮喘的治疗有较好的临床效果,但因病例数较少,尚须临床进一步深入研究,以便推广应用。

参考文献

- [1]朱嵘,杜强.金水宝胶囊联合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗高风险慢性阻塞性肺疾病的临床疗效[J].实用心脑血管病杂志,2016,24(10):114-117.
- [2]Ortega H G, Liu M C, Pavord I D, et al. Mepolizumab treatment in Patients with Severe Eosinophilic Asthma[J]. New England Journal of Medicine, 2014, 371(13):1198-1207.
- [3]Bel E H, Wenzel S E, Thompson P J, et al. Oral glucocorticoid-sparing effect of mepolizumab in eosinophilic asthma[J]. New England Journal of Medicine, 2014, 371(13):1189-97.
- [4]Cabana M D, Slish K K, Evans D, et al. Impact of physician asthma care education on patient outcomes[J]. Health Education & Behavior, 2014, 117(5): 2149-2157.
- [5]卓致远.布地奈德福莫特罗粉吸入剂联合苏黄止咳胶囊治疗咳嗽变异性哮喘的临床疗效观察[J].实用心脑血管病杂志,2014(12):91-92.
- [6]刘晓娟,钟文明,罗光亮,等.布地奈德雾化吸入联合中药方治疗儿童支气管哮喘疗效分析[J].中国妇幼保健,2015,30(26):4472-4474.
- [7]蔡文姬,孙晓艳,丁会.孟鲁斯特联合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗老年妇女哮喘的临床研究[J].中国妇幼保健,2014,29(3):466-468.
- [8]刘晓亮,曹励强,沈娜.支气管哮喘患者应用布地奈德福莫特罗干粉吸入剂联合督导方法治疗的临床效果[J].临床药物治疗杂志,2016,14(3):36-39.
- [9]段兴,孙锋,沈柏蕊,等.金水宝胶囊联合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗支气管哮喘的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2017,17(3):321-323.
- [10]阮晓琳,周星星,彭来君,等.气阴双补中药对哮喘大鼠肺组织 TGF- β 1 及 Smad2/3 表达的影响[J].中华中医药杂志,2017(3):1271-1275.

(本文编辑:杨杰 本文校对:马海禹 收稿日期:2018-02-28)

洪雅中草药·低等植物·

炭棒科名录

地炭棍(乌灵参)*Xylaria nigripes* (Kl.) Sacc.

入药部位:菌核入药。

性味:性平,味甘、淡。

功能主治:镇静,安神,利湿,滋补心肾,强筋壮骨。

生境分布:寄生白蚁废巢中。瓦屋山、总岗山多见。

蕴藏量极少。

洪雅中草药·低等植物·

牛皮叶科名录

牛皮叶(老龙皮)*Lobaria retigera* Trevis.

入药部位:全株入药。

性味:性寒,味苦。

功能主治:健脾利湿,祛风。治疗风湿痹痛,跌打损伤等。

生境分布:生于2800米以上潮湿地上。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

中西医结合治疗糖尿病周围神经病变临床观察

褚 威

(辽阳市第三人民医院中医科, 辽宁 辽阳 110000)

摘要:目的 探讨补阳还五汤联合西药治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效。方法 将2016年5月—2017年5月内分泌科接诊的212例糖尿病周围神经病变患者纳入研究对象,按照入院单双号顺序分为试验组和对照组各106例,对2组患者同时进行血糖控制及甲钴胺药物口服的基础上,试验组患者给予补阳还五汤结合治疗,对患者治疗前后的下肢运动神经及感觉神经传导速度(MNCV、SNCV)、肝肾功能、血糖、血脂、电解质、心电图等指标变化情况进行监测,并对2组患者经30 d治疗后的疗效进行评价。结果 治疗后,试验组患者的MNCV和SNCV的改善情况明显优于对照组($P < 0.05$),试验组患者的治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 补阳还五汤用于糖尿病神经病变患者的临床治疗效果显著,无毒副作用,应普遍推广。

关键词:糖尿病;周围神经病变;甲钴胺;补阳还五汤;痹证;消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.052

文章编号:1672-2779(2018)-09-0120-02

Clinical Observation on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Treating Diabetic Peripheral Neuropathy

CHU Wei

(Department of Traditional Chinese Medicine, Liaoyang Third People's Hospital, Liaoning Province, Liaoyang 110000, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of Buyang Huanwu decoction combined with Western medicine in the treatment of diabetic peripheral neuropathy. **Methods** 212 cases of diabetes in our hospital from May 2016 to May 2017 in department of endocrinology admissions of peripheral neuropathy were included in the study. According to admission dual order, they were divided into experimental group and control group, with 106 cases in each group. On the basis of blood glucose control and Mecobalamin oral drugs, the patients in the experiment group received Buyang Huanwu decoction. Before and after treatment of lower limb motor and sensory nerve conduction velocity (MNCV, SNCV), monitoring of liver and kidney function, blood glucose and blood lipid, electrolytes, electrocardiogram changes were detected, and the curative effect of the two groups after 30 days of treatment was evaluated. **Results** After treatment, the improvement of MNCV and SNCV in the experimental group was significantly better than that in the control group ($P < 0.05$), the total effective rate of the experimental group was significantly higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The effect of Buyang Huanwu decoction in the treatment of diabetic neuropathy is remarkable, which should be popularized.

Keywords: diabetes; peripheral neuropathy; Mecobalamin; Buyang Huanwu decoction; arthromyodynia; consumptive thirst

糖尿病是一种代谢性疾病,主要是由于胰岛素分泌缺陷或其生物作用受损而引起高血糖症状。高血糖症状如长时间存在,极易导致机体组织(眼、肾、心脏、血管、神经)损伤而引起功能障碍^[1]。糖尿病周围神经病变(diabetic peripheral neuropathy, DPN)为糖尿病引发的并发症。早期症状为麻木,感觉障碍,随着病情的变化,可出现疼痛,甚至肌肉萎缩等临床症状,是引起糖尿病患者致残致死的常见原因^[2]。目前临床对DPN的治疗多以控制血糖及营养神经药物为主要治疗方法。本研究通过对试验组患者采用甲钴胺联合中药补阳还五汤治疗取得了满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我院2016年5月—2017年5月内分泌科接诊的212例DPN患者纳入研究对象,按照入院单双号顺序分为试验组和对照组各106例。对照组:男51例,女55例;年龄45~73岁,平均(59.6±13.1)岁;糖尿

病病程10.9~17.1年,平均15.3年。试验组:男54例,女52例;年龄52.4~73.8岁,平均(62.3±11.6)岁;糖尿病病程11.2~16.1年,平均15.4年。2组患者在性别、年龄、病程等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 全部患者均符合DPN诊断标准^[3]:(1)确诊为糖尿病患者(空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L或餐后血糖 ≥ 11.1 mmol/L);(2)经临床诊断证实存在周围神经病变的电生理特点者。

1.3 排除标准 入选患者中排除患严重心、肝、肾疾病者;其他原因导致周围神经病变及血糖升高者。排除妊娠或哺乳期妇女及合并糖尿病急性并发症者。

1.4 治疗方法 对照组患者采用常规方法进行药物治疗和指导,即在控制饮食、运动的基础上进行健康宣教、血压、调脂等综合治疗。同时口服降糖药或胰岛素,甲

钴胺(弥可保片) 500 μg , 3次/d; 吡喃硫胺片50 mg, 3次/d, 对血糖进行控制。试验组患者在以上治疗和指导基础上加用补阳还五汤加味进行治疗, 1剂/d。补阳还五汤加味药物包括: 生黄芪40 g, 桃仁10 g, 当归尾10 g, 赤芍12 g, 红花6 g, 川芎6 g, 地龙6 g, 丹参30 g, 对于夜间有疼痛的患者, 可加入蜈蚣5 g, 僵蚕10 g。有麻木症状者可加入鸡血藤30 g, 桂枝6 g。口干者加石斛15 g, 天花粉15 g, 麦冬12 g, 沙参12 g。气虚者加白术15 g, 太子参15 g。有明显的四肢怕冷症状可加入淫羊藿叶10 g, 加炮附片6 g。治疗周期: 2组患者均为2个疗程(1个疗程15 d)。治疗期间对2组患者的血糖水平密切监测, 并对治疗效果进行评价。

1.5 观察指标 采用ZEP2500型肌电图仪对2组患者治疗前后的下肢运动神经及感觉神经的传导速度(MNCV、SNCV)及肝肾功能、血糖、血脂、电解质、心电图等指标进行检测并对结果进行比较。

1.6 疗效评价标准 显效: 周围神经病变症状明显好转或消失, 神经系统检查示深浅感觉及膝腱反射明显改善或恢复正常, 肌电图检查明显改善。有效: 周围神经病变症状有所好转, 深浅感觉及膝腱反射有所改善, 肌电图检查显示有所改善。无效: 周围神经病变症状及深浅感觉、膝腱反射无改善, 肌电图显示无明显改善。有效率 = [(显效 + 有效) 例数 / 总例数] $\times$ 100%。

1.7 统计学方法 采用SPSS 12.0统计软件进行数据处理, 计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 计数资料采用 χ^2 检验, 治疗前后组间比较采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者的周围神经传导速度比较 治疗前2组测定结果比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后2组的测定结果均有改善, 且试验组优于对照组, 2组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组周围神经传导速度变化比较 ($\bar{x} \pm s$, m/s)

组别	例数	时间	MNCV		SNCV	
			正中神经	腓神经	正中神经	腓神经
试验组	106	治疗前	36.5 $\pm$ 2.1	35.13 $\pm$ 1.04	37.2 $\pm$ 1.4	34.20 $\pm$ 1.15
		治疗后	46 $\pm$ 4.6*	41.94 $\pm$ 1.49*	41.4 $\pm$ 1.9*	41.32 $\pm$ 1.48*
对照组	106	治疗前	36.3 $\pm$ 2.4	34.90 $\pm$ 1.04	37.1 $\pm$ 1.5	34.28 $\pm$ 1.01
		治疗后	39.2 $\pm$ 2.1	35.60 $\pm$ 1.15	38.6 $\pm$ 1.9	35.42 $\pm$ 1.39

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

2.2 2组患者临床症状改善情况 对照组患者中, 显效35例, 有效14例, 无效57例, 有效率为46.23%。试

验组患者中, 显效64例, 有效17例, 无效25例, 有效率76.42%。治疗组总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。

2.3 不良反应 2组患者治疗后肝肾功能、心电图、血脂、电解质等指标均无明显变化, 无明显不良反应。

3 讨论

DPN是临床常见的, 危害最大的糖尿病微血管并发症之一^[3]。DPN会导致足部溃疡、坏疽、截肢等严重后果, 对患者的日常生活造成严重影响。目前临床对DPN的发病机制及病因尚不明确, 也有研究认为其与高血糖而导致的代谢紊乱和微小血管病变所致的神经缺血缺氧有关^[4], 而中医认为, DPN是由气虚血瘀引起, 气虚而使血行迟缓, 以致脉络凝结^[5], 所以, 中医常以化瘀通络、益气活血为主要治疗手段。补阳还五汤出自清代王清任的《医林改错》, 方中红花、赤芍、丹参、川芎、鸡血藤、桃仁、地龙具有活血化瘀、通筋利络的作用, 而黄芪有益气作用, 与活血作用相得益彰^[6]。另外, 丹参中的丹参酮还具有抗血栓及抗凝功效, 可使纤维蛋白的溶解加速, 从而减少血小板的聚集和黏附, 降低血液黏稠度, 增加毛细血管开放数量, 使血液畅通。黄芪可抑制血栓形成, 扩张血管, 使血管内皮细胞功能得到提高。

本研究结果表明, 采用血糖控制及甲钴胺药物口服及补阳还五汤加味进行中西医结合治疗的试验组患者在MNCV和SNCV的改善上明显优于采用血糖控制及甲钴胺药物口服治疗的对照组, 2组的疗效比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 补阳还五汤加味不仅可使患者的DPN病程缩短, 还可明显改善患者的疼痛症状, 使患者的生活质量得到明显提高。

参考文献

- [1]肖红胜. 中西医结合疗法在糖尿病周围神经病变中的应用效果研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(8): 1094-1095.
- [2]胡洁云, 罗虹. 中西医结合治疗糖尿病周围神经病变临床研究[J]. 新中医, 2015, 47(2): 81-82.
- [3]张之超, 祁彩琴. 中西医结合治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察[J]. 中国伤残医学, 2015, 23(12): 117-118.
- [4]黄昊红. 凉血散瘀、温经通脉方治疗糖尿病周围神经病变临床研究[J]. 中国医学报, 2014, 29(7): 967-968.
- [5]高赛赛, 杨宏, 沈飞霞. 中西医结合治疗糖尿病周围神经病变临床疗效分析[J]. 新中医, 2015, 47(12): 96-98.
- [6]杜翔. 银杏达莫联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变 51 例临床观察[J]. 中国现代医生, 2011, 49(6): 58-60.

(本文编辑: 杨杰 本文校对: 曹英军 收稿日期: 2018-02-11)

针推启学
ACUPUNCTURE AND
MASSAGE GUIDING LEARNING

电针廉泉、率谷穴治疗脑卒中后运动性失语的临床研究※

郑约保^{1,2} 林淑芳^{1,2}(1 福建中医药大学附属康复医院针灸科, 福建 福州 350003;
2 福建省康复技术重点实验室, 福建 福州 350003)

摘要:目的 旨在通过平行的随机对照试验来观察电针廉泉、率谷穴对脑卒中运动性失语患者的临床疗效,为临床治疗脑卒中后运动性失语提供适宜的针刺方案。方法 将120例脑卒中患者按随机数字表法随机分为试验组、对照组各60例。对照组接受常规内科治疗及语言功能训练,试验组在对照组的基础上接受电针廉泉、率谷穴治疗,疗程为4周。分别于治疗前后采用中国康复研究中心汉语标准失语症检查法(CRRCAE)评定患者的语言功能,以波士顿诊断性失语症严重程度分级标准(BDAE)评定患者失语的严重程度。结果 治疗前后2组组内比较,BDAE及RRCAC中的听理解、复述、命名3项指标均有显著性意义的提高($P<0.05$)。治疗后2组组间比较,试验组BDAE及RRCAC中的听理解、复述、命名3项指标均明显优于对照组($P<0.05$)。结论 电针廉泉、率谷穴能明显降低脑卒中后运动性失语患者失语严重程度,提高患者听理解、复述、命名的语言功能。

关键词: 廉泉穴;率谷穴;脑卒中;运动性失语;中风;语謇

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.053

文章编号:1672-2779(2018)-09-0122-03

A Clinical Study of Electro-acupuncture at Lianquan (CV23) and Shuaigu (G8) in the Treatment of Motor Aphasia Patients after Stroke

ZHENG Yuebao^{1,2}, LIN Shufang^{1,2}

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, Rehabilitation Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

2. Fujian Key Laboratory of Rehabilitation Technology, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of electro-acupuncture at Lianquan (CV23) and Shuaigu (G8) in the treatment of motor aphasia patients after stroke, and to offer a suitable acupuncture scheme for motor aphasia after in clinic. **Methods** According to the random number table, 120 patients were divided into experimental group and control group, with 60 in each one. The patients in the control group were treated with routine medical treatment and speech and language therapy. On the basis of the control group, the experimental group was treated with electro-acupuncture at Lianquan (CV23) and Shuaigu (G8). The treatment was continued for 4 weeks (one time a day, 30 minutes every time, 5 days a week). The outcome was tested at baseline, after the treatment period (4 weeks) including China Rehabilitation Research Center Aphasia Examination (CRRCAE) and Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE). **Results** The auditory verbal comprehension, repetition and naming were significant difference between experimental group and control group before and after the treatment period in CRRCAE ($P<0.05$). The function of language (BDAE) showed significant improvement for participants both in experimental group and control group ($P<0.05$). **Conclusion** This clinical study showed that electro-acupuncture at Lianquan (CV23) and Shuaigu (G8) is good for motor aphasia patients after Stroke.

Keywords: Lianquan (CV23); Shuaigu (G8); cerebral apoplexy; motor aphasia; stroke; impeded speech

失语症是脑卒中后常见的功能障碍之一,急性脑卒中患者中约有21%~38%受失语症影响,不管急性还是慢性脑卒中,失语的出现将提示欠佳的预后^[1]。因失语症影响,脑卒中患者与家庭、社会的交流受到限制,他们的生活独立能力下降,社会参与能力降低,严重影响了生活质量,并且将给卒中后的康复治疗带来不利影响^[2]。运动性失语是较常见的失语类型,在脑卒中患者中发病率较高^[3],可表现为语言表达障碍,语量少,说话费力,断断续续,找词困难^[4],对于运动性失语的治疗,现代康复常用针对性语言功能训练来锻炼患者的语言功能,单纯进行语言功能训练,效果欠理想^[5]。针刺作为中医康复的重要组成部分,在改善脑卒中中运动性失语方面发挥着独特作用,目前相关研究有的进行常规选穴,有的与临床经验相结合进行取穴,对运

动性失语都有一定程度的改善^[6]。笔者采用电针廉泉、率谷对脑卒中运动性失语患者进行治疗,通过量表评价对疗效进行分析,实施如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象来源于2017年3月—2017年12月于福建中医药大学附属康复医院住院的120例脑卒中后运动性失语患者。临床按随机数字表法将入选病例随机分为试验组60例和对照组60例。2组一般资料比较,无显著性差异,具有可比性,详见表1。

表1 2组一般资料比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)	病程(d)	脑卒中类型(例)	
						脑出血	脑梗死
试验组	60	29	31	53.58±1.81	69.23±4.32	17	43
对照组	60	36	24	58.38±1.31	79.15±3.53	26	34

1.2 诊断标准 参照1995年全国第四次脑血管病学术会议通过的诊断标准。

※ 基金项目:福建省科技厅科技平台建设项目[No.2015Y2001]

1.3 纳入标准 (1) 符合“脑卒中”的诊断要点,并经头颅CT或MRI检查证实;(2) 病程<6个月;(3) 由脑卒中所致,经中康汉语标准失语症检查判定为运动性失语的患者;(4) 18岁≤年龄≤80岁;(5) 本人同意并愿意签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 波士顿诊断性失语症严重程度分级标准评定为0级的患者;(2) 患有严重的心血管、肺、肝、肾或造血系统疾病者;(3) 患有抑郁、焦虑、精神分裂症和其他精神疾病者;(4) 正在参加影响本研究结果评价的其它临床试验者。

1.5 剔除和中止标准 (1) 入组后再次中风的患者;(2) 未按既定方案进行相应的治疗的患者;(3) 不符合纳入标准而被误入者;(4) 自行退出研究者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 接受常规内科治疗和语言功能训练,根据2010年《中国脑血管病防治指南》进行常规的内科治疗;参照中国康复医学会组织专家编写的《常用康复治疗技术操作规范(2012年版)》对患者进行听、说、读的语言功能训练,根据每个患者的汉语标准失语症检查评价结果进行听、说、读等不同方面的侧重性训练。30 min/次,1次/d,5次/周,共4周。

1.6.2 试验组 在对照组治疗的基础上接受针刺治疗。(1) 选穴:廉泉、率谷,参照全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材《针灸学》(第九版)进行定位。(2) 操作方法:选穴定位后,常规消毒,并选用华佗牌(0.03 mm×25 mm)毫针刺入,得气后连接电针(华佗牌SDZ-V,中国苏州医疗用品厂有限公司生产),时间30 min,低频连续波,以患者耐受为度,30 min/次,1次/d,5次/周,共4周。

1.7 观察指标

1.7.1 语言功能评定 采用中国康复研究中心汉语标准失语症检查法(China rehabilitation research center aphasia examination, CRRCAE)评定患者的语言功能。

1.7.2 失语严重程度评定 以波士顿诊断性失语症严重程度分级标准(Boston diagnostic aphasia examination, BDAE)评定患者失语的严重程度,包括0~5级。0级代表无有意义的语言或听觉理解能力,因此本研究排除0级患者。

1.8 统计学方法 本研究采用SPSS 20.0统计分析软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差表示,2组一般资料比较采用 t 检验、 χ^2 检验或非参数检验,等级资料用非参数检验,计量资料比较采用 t 检验或非参数检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗前后BDAE的比较 治疗前2组患者失语严重程度比较无明显差异($P>0.05$);治疗后,2组患者

失语严重程度组内、组间比较,均有显著意义的降低($P<0.05$),详见表2。

表2 治疗前后2组BDAE比较 (例)

组别	例数	治疗前					治疗后				
		1级	2级	3级	4级	5级	1级	2级	3级	4级	5级
试验组	60	9	15	25	9	2	2	8	36	12	2
对照组	60	12	23	18	6	1	6	17	28	8	1

2.2 2组治疗前后CRRCAE的比较 治疗前2组患者CRRCAE中听理解、复述、命名、出声读及阅读5项语言功能比较均无显著差异($P>0.05$);治疗后,2组患者CRRCAE中听理解、复述、命名3项语言功能组内、组间比较,均有明显提高($P<0.05$);2组患者CRRCAE中出声读、阅读2项语言功能组内、组间比较,均无显著意义的改变,详见表3。

表3 治疗前后2组CRRCAE中5项语言功能比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间点	听理解	复述	命名	出声读	阅读
试验组	60	治疗前	28.80±1.51	42.22±1.95	23.75±1.47	22.07±1.74	23.05±2.12
		治疗后	40.65±1.80	39.67±1.77	39.35±1.83	26.00±1.92	28.85±1.96
对照组	60	治疗前	27.88±1.46	54.48±2.04	23.38±1.37	20.90±1.55	21.68±1.58
		治疗后	32.95±1.75	47.68±2.19	31.63±1.73	24.20±1.66	25.68±1.61

3 讨论

现代医学对脑卒中运动性失语的研究较为深入。Behroozmand等^[7]认为运动性失语患者的语言加工及语言障碍的特定方面如重复性缺陷与感觉运动的集成网络相关。Price等^[8]通过fMRI除了颞上回和额下回这两个脑网络,顶叶、颞叶、前额叶区域等脑网络也是语言网络的重要组成部分,运动性失语与脑网络、连接脑网络的通路及周围纤维束等密切相关。现代康复治疗运动性失语主要是基于这些机制进行语言功能训练,通过听、说、读、写等练习,使语言相关的脑区、通路得到刺激,病位血液供应改善,语言功能得到改善^[9]。

针刺是传统康复的重要组成部分,是中风后运动性失语康复的重要治疗手段,包括舌针、头针、体针等其他联合针刺方案^[10]。王涛然等^[11]针刺上廉泉、金津、玉液、聚泉、海泉等穴位,患者的语言表达能力得到有效提升;Chang JL等^[12]借助MRI观察到,电针后,运动性失语患者额叶、颞叶、顶叶、枕叶、脑岛、楔前叶等各种与语言相关的脑区被激活,因而认为针刺通过激活皮层-皮质下功能网络促进运动性失语的恢复。Teng YY^[13]研究了头针顶颞前斜线下2/5,顶旁1线、顶旁2线联合语言功能训练对运动性失语的临床疗效,发现患者口语表达、阅读及书写能力均明显提高。

失语在中医学属于“不语”“语謇”“音暗”以及“舌强”等范畴。针刺舌体上穴位一方面可以刺激与舌体密切联系的经脉,另一方面可增加舌体气血濡

养^[14],舌体的功能活动增强则语言功能得以恢复。任脉和阴维脉在廉泉相交汇,足少阴所“结”,针刺廉泉可通膈利咽,刺激深部的舌下神经和咽喉神经,治疗舌强不语,暗哑等。《素问·脉要精微论》中记载“头为精明之府”“头为诸阳之会”,《灵枢·邪气脏腑病形篇》曰:“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍”。可见头部与脏腑、经络紧密联系,刺激头部的穴位,可调节脏腑、经脉气血循环流注。“脑为元神之府”,语言的产生也受高级生命中枢的控制,属脑,属神,神不清则语不利,通过针刺脑部腧穴,通气血,养脑络,则神清语利^[15]。率谷位于头部,属足少阳胆经,为足太阳、少阳之会,少阳胆经其支者绕耳经颈部结喉旁下行缺盆,一方面发挥头部穴位功能,使神清语利,同时刺激咽喉,并通过心脉与舌相联系,治疗中风后失语。

本研究结果证实电针廉泉、率谷穴能明显降低脑卒中后运动性失语患者失语严重程度,明显改善运动性失语患者听理解、复述、命名的语言功能。

参考文献

- [1] Lazar R M, Boehme A K. Aphasia As a Predictor of Stroke Outcome [J]. Curr Neurol Neurosci Rep, 2017, 17(11): 83.
- [2] Kroleck M, Gana K, Lucot C, et al. Quality of life in aphasic patients 1 year

- after a first stroke [J]. Qual Life Res, 2017, 26(1): 45-54.
- [3] Fazio P, Cantagallo A, Craighero L, et al. Encoding of human action in Broca's area [J]. Brain, 2009, 132(Pt 7): 1980-1988.
- [4] 李辉,吕颖霞. 电针疗法结合语言康复训练治疗脑梗死致运动性失语 28 例临床观察[J]. 新中医, 2014(6): 178-180.
- [5] 熊杰,张蒙,郭文丽,等. 醒脑开窍针刺法结合语言康复训练治疗脑梗死运动性失语临床研究[J]. 中医学报, 2016(10): 1609-1613.
- [6] Chang J, Zhang H, Tan Z, et al. Effect of electroacupuncture in patients with post-stroke motor aphasia: Neurolinguistic and neuroimaging characteristics [J]. Wien Klin Wochenschr, 2017, 129(3-4): 102-109.
- [7] Behroozmand R, Phillip L, Johari K, et al. Sensorimotor impairment of speech auditory feedback processing in aphasia [J]. Neuroimage, 2018, 165: 102-111.
- [8] Price C J. The anatomy of language: a review of 100 fMRI studies published in 2009 [J]. Ann N Y Acad Sci, 2010, 1191: 62-88.
- [9] Brady M C, Kelly H, Godwin J, et al. Speech and language therapy for aphasia following stroke [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, (6): D425.
- [10] Sun Y, Xue S A, Zuo Z. Acupuncture therapy on apoplectic aphasia rehabilitation [J]. J Tradit Chin Med, 2012, 32(3): 314-321.
- [11] 王涛然,刘群,赵丽侠,等. 舌针配合语言疗法治疗中风运动性失语的疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2016(1): 36-37.
- [12] Chang J, Zhang H, Tan Z, et al. Effect of electroacupuncture in patients with post-stroke motor aphasia: Neurolinguistic and neuroimaging characteristics [J]. Wien Klin Wochenschr, 2017, 129(3-4): 102-109.
- [13] Teng Y Y, Hong J. Clinical observation of scalp acupuncture plus speech rehabilitation for Broca's aphasia after cerebral stroke [J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2017, 15(2): 104-108.
- [14] 张红星,艾宙. 中风病的中医治疗与康复指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 143.
- [15] 常静玲,高颖,孙塑伦. “形神合一”理论指导下的脑卒中后失语康复治疗与评价[J]. 中华中医药杂志, 2013(9): 2523-2527.

(本文编辑:杨杰 本文校对:洪昆达 收稿日期:2018-01-26)

揞针治疗胞轮振跳 35 例临床观察[※]

曹兴伟 张霞 方琳 冯小梅 李群英*

(西南医科大学附属中医医院眼科, 四川 泸州 646000)

摘要:目的 观察揞针治疗胞轮振跳的临床疗效。方法 将70例胞轮振跳患者随机分为2组,研究组35例采用揞针太阳、攒竹、四白、丝竹空、合谷、足三里穴位治疗,对照组35例采用口服甲钴胺片治疗。结果 总有效率:研究组为85.7% (30/35),对照组为40.0% (14/35),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 揞针治疗胞轮振跳疗效确切,值得临床推广运用。

关键词: 揞针疗法; 胞轮振跳; 穴位

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.054

文章编号:1672-2779(2018)-09-0124-03

Clinical Observation on the Curative Effect of Thumbtack Needle in the Treatment of Twitching of Eyelid for 35 Cases

CAO Xingwei, ZHANG Xia, FANG Lin, FENG Xiaomei, LI Qunying

(Ophthalmology Department, the Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine of Southwest Medical University, Sichuan Province, Luzhou 646000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of thumbtack needle in treating twitching of eyelid. **Methods** 70 twitching of eyelid patients were randomly divided into 2 groups. 35 cases in the study group were treated with the acupuncture of Taiyang (EX-HN5), Cuanzhu (B2), Sibai (S2), Sizhukong (TE23), Hegu (LI4) and Zusanli (S36). The control group of 35 patients was treated with oral treatment of MeCobalamin tablets. **Results** The total effective rate in the study group and the control group was 85.7% and 40% respectively. The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The curative effect of thumbtack needle therapy on twitching of eyelid is definite, which is worthy of clinical application.

Keywords: thumbtack needle therapy; twitching of eyelid; acupoint

胞轮振跳,指胞睑不由自主的牵拽跳动的眼病,又名脾轮振跳(《证治准绳·杂病·七窍门》)、目睛跳动,俗称眼皮跳^[1]。相当于西医的眼睑痉挛,系指眼轮匝肌

的痉挛性收缩^[2]。本文主要讨论的是久跳不止的眼睑痉挛,运用中医揞针疗法取得了较为满意的疗效。报告结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2016年5月—2017年11月门诊就诊的胞轮振跳患者70例,随机分为治疗组35例,男8

※ 基金项目:四川省教育厅重点项目[No.18ZA0536]

* 通讯作者:1420983788@qq.com

例,女27例;年龄22~60岁,平均(42.0±8.5)岁;病程0.5~30个月,平均(7.1±8.0)月。对照组35例,男10例,女25例;年龄22~59岁,平均(42.1±7.7)岁;病程0.5~34个月,平均(7.0±8.0)月。2组患者在年龄、性别、病程方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]:胞睑跳动,或牵及眉际、面颊,不能自主控制;胞睑皮肤正常,眼外观端好。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)不符合诊断标准;(2)未按规定治疗或采用了其他方式影响疗效评价;(3)资料不全,无法判定疗效;(4)出现不良反应,难以继续完成治疗方案;(5)合并妊娠、意向妊娠或哺乳期;(6)患有严重的高血压、糖尿病、心脏病及肝肾功能异常等;(7)面部因外伤所致的眼肌痉挛者;(8)排除因屈光不正、倒睫、结膜炎、结膜及角膜异物、角膜溃疡、虹膜炎等眼部疾病引起的眼睑痉挛。

1.5 治疗方法 研究组:采用揠针治疗,选择太阳、攒竹、四白、丝竹空、合谷、足三里穴位。周围皮肤常规消毒后,用镊子夹取带有揠针(日本株式会社生产,中国代理名称:四川唯高科技有限责任公司;注册证编号:国械注进2014227129)的胶布,揠针针尖瞄准穴位按下,揠入皮肤,嘱患者不定时按压贴针部位,使其产生酸胀感,面部选取靠近患处穴位。揠针每天更换1次。每日1次,连续14d为1个疗程,2个疗程后统计疗效。

对照组采用口服甲钴胺片,每次1片,每日3次,连续14d为1个疗程,2个疗程后统计疗效。

1.6 疗效评定标准 疗效评定参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]中的有关标准进行评定。治愈:胞睑振跳消除;好转:胞睑振跳明显减轻;未愈:胞睑振跳如故。总有效率=(治愈+好转)/总例数×100%。

1.7 统计学方法 所有数据均采用SPSS 19.0统计软件进行处理,用($\bar{x}\pm s$)表示计量资料,用百分比(%)表示计数资料,组间计量资料比较采用独立样本 t 检验,组间计数资料比较采用秩和检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

经4周治疗后(见表1),研究组临床总有效率为85.7%,明显优于对照组的40.0%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	无效	治愈率	总有效率
研究组	35	15	15	5	42.8	30(85.7)*
对照组	35	5	9	21	14.2	14(40.0)

注:与对照组比较, $Z=-3.870$, $P=0.000<0.05$

3 典型医案

患者,肖某,男,35岁。2017年11月20日就诊。自诉1月以来左眼上睑跳,劳累后加重,当时就诊于当地诊所,予以甲钴胺片营养神经、艾司唑仑口服镇静安神对症治疗,一直未见好转,后逐渐加重,特来我院就诊,纳可,眠差,舌质淡、苔薄白,脉细。中医辨证心脾两虚,治以补益心脾。采用揠针治疗,对左侧太阳、攒竹、四白、丝竹空、合谷、足三里穴位,嘱患者不定时按压贴针部位,使其产生酸胀感。揠针每天更换1次。每日1次,连续14次治疗后患者左眼胞轮振跳状况消失,连续随访2个月无复发。

4 讨论

胞轮振跳属于眼睑神经疾病,多数原因不明,多发生于中老年女性,部分患者系硬化血管对神经干的交叉压迫引起^[2]。目前,临床治疗胞轮振跳手段主要包括药物、手术,常用药物治疗包括口服卡马西平、氯硝安定、酰胺米嗪,严重者或注射A型肉毒毒素、复方樟柳碱等^[4-5],手术包括眼轮匝肌、眉肌的肌肉切除术等^[6]A型肉毒毒素注射治疗效果显著,但复发率较高;而手术治疗副作用较大、易复发、术后并发症较多。

中医认为本病多因肝脾血虚,日久生风,风性动摇,牵扯胞睑而致或久病过劳,劳伤心脾,心脾两虚,气血不足,筋肉失养而致。《目经大成·目》:“此症谓目睑不待人之开合,而自牵拽振跳也。盖足太阳厥阴营卫不调,不调则郁,久郁生风,久风变热而致。”《审视瑶函·脾轮振跳》指出:“此症谓目脾不待人之开合,而自牵拽振跳出。乃气分之病,属肝脾二经络之患。人皆呼为风,殊不知血虚而气不知顺,非纯风也。”治疗上应以补养心脾,养血熄风为主^[1]。一直以来运用中药联合针刺治疗胞轮振跳的疗效,从相关报道得到证实,刘菊芬^[7]、刘坚等^[8]运用针刺法治疗胞轮振跳取得了满意效果。但现代社会,随着生活节奏的加快,传统针刺治疗过程耗费时间过长,越来越多的患者无法接受,因此寻求一种操作简单、方便有效的治疗方式迫在眉睫。采用新型皮内针揠针方式,通过浅刺穴位和持久留针的方式,尽量减轻针刺时的疼痛,延长针刺效应时间,进而达到提高临床疗效的目的^[9],揠针属于传统针法里面的浮刺和浅刺,浅刺是通过调节卫气,激发机体卫外功能,达到治病的目的,留针的目的则在于候气或者调气,最终达到气血和调阴阳平衡的目的^[10]。

本文研究组选取胞睑周围穴位配以足三里、合谷,通过疏调局部经络气血,活血祛风通络、补益气血疗法,有养血熄风,补养心脾之效,达到了传统针刺治疗相同的治疗效果,对比分析明显好于口服甲钴胺治疗的对照组,是临床上值得推广的治疗胞轮振跳的方法,可广泛应用于临床。揠针治疗方式简便易行,值得在眼科临床治疗过程中进一步研究。

参考文献

- [1]段俊国.中医眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2012:127-128.
[2]李凤鸣.中华眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2006:876-877.
[3]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准中医眼科病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:99.
[4]Hellanman A, Torres Russotto D. Botulinum toxin in the management of blepharospasm: current evidence and recent developments [J]. Ther Adv Neurol Disord, 2015, 8(2):82-91.
[5]Defazio G, Hallett M, Jinnah HA, et al. Development and validation of a clinical scale for rating the severity of blepharospasm [J]. Mov Disord, 2015, 30(4): 525-530.

- [6]韩雪梅,王晶,刘晓.特发性眼睑痉挛的手术治疗[J].眼外伤职业眼病杂志, 2008, 30(12):945-946.
[7]刘菊芬,王桂红.针刺治疗眼睑痉挛 32 例疗效观察[J].内蒙古中医药, 2013, 14(5):39-40.
[8]刘坚,徐红,张仁.益气通络针刺法治疗眼睑痉挛疗效观察[J].中国针灸, 2014, 34(1):37-40.
[9]郝洋,刘伟宏.新型揶针临床应用偶拾[J].中国针灸, 2013, 33(S1):87-89.
[10]张雪华.皮部理论在临床治疗及预防保健中的运用[J].南京中医药大学学报, 1996, 12(3):34-36.

(本文编辑:杨杰 本文校对:汪伟 收稿日期:2018-01-24)

自发热包隔药灸对小儿慢性腹泻患者 分泌型免疫球蛋白 A 及细胞免疫水平的影响※

周小斌¹ 陈小波^{1*} 罗娟娟²

(1 赣南医学院第一附属医院康复科, 江西 赣州 341000; 2 赣南医学院第一附属医院儿科, 江西 赣州 341000)

摘要:目的 观察自发热包隔药灸对小儿慢性腹泻病患者分泌型免疫球蛋白A及细胞免疫水平的影响,评价其临床疗效。方法 将48例慢性腹泻患儿随机分为隔药灸组和对照组,隔药灸组采用自发热包隔药灸治疗,对照组口服蒙脱石滴剂及枯草杆菌二联活菌颗粒治疗,2组患儿均暂停添加新辅食,在病情需要时给予维持电解质平衡、补液等支持治疗。观察比较按疗程治疗后2组患儿的分泌型免疫球蛋白A和细胞免疫指标水平,并评价自发热包隔药灸治疗小儿慢性腹泻病的临床疗效。结果 隔药灸组治愈率50%、总有效率91.67%;对照组治愈率37.5%,隔药灸组治愈率优于对照组 ($P < 0.05$)。2组疗程结束后隔药灸组分泌型免疫球蛋白A水平低于对照组; CD^{3+} 水平高于对照组; CD^{4+}/CD^{8+} 比值大于对照组 (均 $P < 0.05$)。结论 自发热包隔药灸能较快控制小儿慢性腹泻患者的临床症状,对患儿分泌型免疫球蛋白A和细胞免疫指标水平的改善明显。该疗法确切有效,同时具有可操作性强,安全性高的优点,易于对小儿慢性腹泻患者治疗操作。

关键词: 自发热包; 隔药灸; 儿科; 慢性腹泻; 分泌型免疫球蛋白A; 细胞免疫

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.055

文章编号:1672-2779(2018)-09-0126-03

Effect of Self-heating Package Partitioned Moxibustion on Secretory Immunoglobulin A and Cellular Immunity in Children with Chronic Diarrhea

ZHOU Xiaobing¹, CHEN Xiaobo¹, LUO Juanjuan²

(1. Rehabilitation Department, the First Affiliated Hospital of Gannan Medical University, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China;

2. Pediatrics Department, the First Affiliated Hospital of Gannan Medical University, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

Abstract Objective To observe the effect of self-heating package partitioned moxibustion on secretory immunoglobulin A and cellular immunity in children with chronic diarrhea, and to evaluate its clinical effect. **Methods** 48 children with chronic diarrhea were randomly divided into partitioned moxibustion group and control group. The partitioned moxibustion group was treated with self-heating package partitioned moxibustion. The control group took oral drops of montmorillonite and live combined *Bacillus subtilis* two bacteria granule treatment. Two groups of children were suspended to add new foods to maintain electrolyte balance, rehydration support in the treatment of the condition needed. According to the observation after treatment, the secretory immunoglobulin A (SigA) and cellular immunity level, the difference between the two groups of children with SigA and cellular immunity index were observed, and the clinical curative effect of self-heating package partitioned moxibustion was compared. **Results** The cure rate of the partitioned moxibustion group was 50%, the total effective rate of the partitioned moxibustion group was 91.67%, the cure rate of the control group was 37.5%, and the cure rate of the of the partitioned moxibustion group was better than that of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the level of SigA in the partitioned moxibustion group was lower than that of the control group, and the level of CD^{3+} of the partitioned moxibustion group was higher than that of the control group; and the ratio of CD^{4+}/CD^{8+} the partitioned moxibustion group was greater than that of the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** The self-heating package partitioned moxibustion can quickly control the clinical symptoms, and significantly improve immunoglobulin A and cellular immunity level. The therapy is accurate and effective, and has the advantages of strong maneuverability and high safety. It is easy to treat the patients with chronic diarrhea.

Keywords: self-heating package; partitioned moxibustion; pediatrics; chronic diarrhea; secretory immunoglobulin A; cellular immunity

慢性腹泻病 (chronic diarrheal disease, CDD) 是多种因素导致的以大便次数增多或大便性状改变为特

点的一组消化道疾病,是儿童常见病,也是小儿营养不良的重要原因。慢性腹泻病病程长,治愈困难,明显影响儿童生长发育,迫切需要对该病更为有效的治疗方法。隔药灸属于中医灸法治疗的一种,其同时具有灸法的治疗作用和间隔药物的作用。根据中医理论,

※ 基金项目:江西省“星火推广计划”项目【No.20168005】

* 通讯作者:luckychenxiabo@126.com

灸法能治疗辨证属脾胃虚弱、阳虚气虚型的腹泻，灸法治疗腹泻在我国有悠久的临床实践历史。但是，对小儿进行灸法操作难度大，安全性差，容易烫伤。我们结合小儿治疗的特点，改良了隔药灸的热源，使用自发热包作为热源进行隔药灸治疗小儿慢性腹泻病。本研究通过观察自发热包隔药灸对小儿慢性腹泻病患者分泌型免疫球蛋白A及细胞免疫水平的影响，评价其临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年2月—2017年2月我院门诊及住院小儿慢性腹泻病患者48例。患儿男23例，女25例；年龄最小4个月，最大12岁，平均 (52 ± 2.4) 月；病程2~6个月，平均 (2.6 ± 0.5) 月。大便次数5次/d以上(平均 7.5 ± 2.2 次/d)。按照就诊日期与就诊ID号相加取后两位数，对照随机数字表随机分隔药灸组、对照组。2组患者性别、年龄、大便次数、病程比较无显著性差异($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准 根据我国卫生部1992年发布的《中国腹泻病诊断治疗方案》^[1]关于慢性腹泻病的诊断标准确定患者：大便性状改变或大便次数增多，即排便量超过10 g/(千克体重·d)、粪便含水量超过80%、次数超过3次/d的其中之一，则诊断为腹泻；病程在2个月以上为慢性腹泻病。

1.3 纳入标准 符合慢性腹泻病诊断标准，且近2周内未进行其他治疗的患儿；患儿家属同意入组治疗，并签署知情同意书。

1.4 排除标准 大便常规示脓球菌阳性患者；合并有消化系统其它疾病的患者；有严重肝、肾、血液系统疾病者；有皮肤病或皮肤过敏病史者；不能按疗程完成治疗者。

1.5 治疗方法

1.5.1 隔药灸组 予自发热包隔药灸治疗。治疗方法：患儿仰卧位，在自发热包上放置药饼，贴于中脘穴、气海穴、关元穴，以医用透明胶布固定，保留8 h。治疗每日1次，15 d为1个疗程。隔药灸药饼制作方法：桂皮90 g，白芥子90 g，车前子120 g，白术90 g，木香60 g。打粉混匀，治疗时取药粉5 g以适量姜汁调和制成间隔药饼。隔药灸所用自发热包(新疆古纳斯制药有限公司生产，乌药监械(准)字2014第1360052号)主要成分：硅藻土、还原铁粉、焦炭、盐。规格：30 mm×25 mm。性能指标：自发热包接触空气后发热时间>6 h，温度稳定范围：48~53 ℃。

1.5.2 对照组 治疗方案根据慢性腹泻病治疗指导原则，予以以下治疗：蒙脱石混悬液(南京白敬宇制药有限公司生产，国药准字0030862H4)，服用方法：1岁以下每次10 mL，每日3次；1~2岁，每次10~20 mL，每日3次；2岁以上，每次20~30 mL，每日3次，餐前0.5 h口服。枯草杆菌二联活菌颗粒(北京韩美药品有限公司生产，国药准字00220307)服用方法：2岁以下儿童，每次1袋(1 g)，1日2次；2岁以上儿童，每次2袋(2 g)，每日2次，温水冲服。2组患儿均暂停添加新辅食，根据病情予调节水电解质平衡、补液等支持治疗^[2]。2组患者均在治疗15 d后评定疗效。

1.6 观察指标

1.6.1 疗效标准 根据《中国腹泻病诊断治疗方案》^[1]对小儿慢性腹泻病治疗效果的评定：粪便性状及次数恢复正常(<2次/d)，无全身症状为治愈；大便成型、次数减少，全身症状明显改善为有效；粪便性状、次数及全身症状均无好转为无效。

1.6.2 分泌型免疫球蛋白A检测 检测2组患儿疗程前后粪便分泌型免疫球蛋白水平，采用放射免疫法检测。

1.6.3 细胞免疫水平测定 检测2组患儿疗程前后血清T淋巴细胞亚群CD³⁺(%)以及CD⁴⁺/CD⁸⁺比值，采用荧光免疫标记法检测。

1.7 安全性分析 记录2组患儿不良反应和不良事件，包括烫伤、皮肤过敏。

1.8 统计学方法 数据用SPSS 16.3统计软件进行分析，计数资料以百分率表示，用 χ^2 检验。计量资料以均数±标准差表示，采用 t 检验。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 由表1可见，隔药灸组治愈率优于对照组， $\chi^2=3.24$ ， $P<0.05$ ，有显著性差异。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率
隔药灸组	24	12(50.00)	10(41.67)	2(8.33)	91.67
对照组	24	9(37.50)	11(45.83)	4(11.7)	83.34

2.2 2组患儿分泌型免疫球蛋白水平及细胞免疫水平比较 由表2可见，2组治疗前分泌型免疫球蛋白A水平比较， $t=1.09$ ；CD³⁺比较， $t=1.13$ ；CD⁴⁺/CD⁸⁺比较， $t=1.28$ ，均 $P>0.05$ 。2组疗程结束后分泌型免疫球蛋白A水平比较， $t=4.28$ ；CD³⁺比较， $t=3.54$ ；CD⁴⁺/CD⁸⁺比较， $t=3.76$ ，均 $P<0.05$ 。提示2组指标均有改善，隔药灸组对分泌型免疫球蛋白A水平及细胞免疫水平的影响程度优于对照组。

表2 2组SigA及细胞免疫水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	SigA(mg/mL)	CD ³⁺ (%)	CD ⁴⁺ /CD ⁸⁺
隔药灸组	24	治疗前	303.37±27.75	53.61±5.25	0.83±0.11
		治疗后	209.24±20.58 ¹⁾	65.73±4.96 ¹⁾	1.59±0.12 ¹⁾
对照组	24	治疗前	304.32±26.36	53.57±5.34	0.82±0.21
		治疗后	249.26±19.42	61.61±5.02	1.14±0.23

注:治疗后与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$

2.3 安全性评价 隔药灸组共4例出现施灸部位皮肤潮红,考虑为灸法致轻度烫伤,减少敷贴时间后即好转。无皮肤破损、过敏病例。

4 讨论

目前认为,感染、过敏、免疫缺陷和自身免疫性疾病、小肠组织异常及吸收机制障碍、肠道菌群失调、微量元素锌缺乏、营养不良均可能与慢性腹泻病因相关^[3]。研究表明,肠功能紊乱性机制在该病的发病过程中有重要作用,如:乳糖酶缺乏时,未被小肠消化吸收的乳糖到达大肠后可转变成短链有机酸,导致肠腔渗透性增加,引起渗透性腹泻^[4]。肠道的正常运动方式改变,肠蠕动加速,肠内容物过快通过肠腔无法充分消化吸收,导致腹泻^[5]。

隔药灸是中医灸法治疗的一种,它同时具有灸法的治疗作用和间隔药物的药物疗效。中医理论认为,灸法能治疗虚寒、里虚陷下诸候,辨证包括属脾胃虚弱、阳虚气虚型的腹泻^[6-7]。隔药灸治疗慢性腹泻具有较好疗效,其机理可能与调节肠功能紊乱有关^[8-9],隔药灸属于中医治疗慢性腹泻的主要外治方法之一^[10]。本研究选取中脘穴、气海穴、关元穴行隔药灸治疗。中脘聚集及传导地部水液;气海为补气要穴,具有升阳提气、扶正补虚的作用;关元具有培元固本、补益下焦的作用,是治疗元气亏损的要穴,三穴共奏化湿止泻、益气扶正之效。间隔中药由桂皮、白芥子、车前子、白术、木香组成,以姜汁为引药。桂皮有补火助阳、散寒温经的功效;白芥子功效利气豁痰,除寒暖中;车前子功效利湿止泻;白术、木香理气健脾,燥湿止泻;生姜温中散寒,为引药^[11-12],选方符合中医治疗辨证属脾胃虚弱、阳虚气虚型腹泻的治则。

本研究中,隔药灸组治愈率50%、总有效率91.67%;对照组治愈率37.5%,隔药灸组治愈率优于对照组($P < 0.05$)。隔药灸治疗组治疗后分泌型免疫球蛋白A水平低于对照组;CD⁴⁺/CD⁸⁺比值大于对照组(均 $P < 0.05$)。分泌型免疫球蛋白A是反映体液免疫功能的指标,该项指标升高与肠道内炎症反应及病情严重程度成正相关^[13-14]。判断细胞免疫水平较准确

的方法是T细胞亚群测定,CD³⁺、CD⁴⁺、CD⁸⁺在体内处于相互制约的动态平衡^[15],CD³⁺(%)和CD⁴⁺/CD⁸⁺是体现细胞免疫功能的重要指标,CD³⁺(%)下降或CD⁴⁺/CD⁸⁺比值下降提示人体细胞免疫紊乱,存在细胞免疫功能紊乱是慢性腹泻迁延不愈的重要因素^[16]。本研究结果显示,隔药灸组和对照组的SigA水平和细胞免疫指标均有改善,隔药灸组改善程度优于对照组。本研究的临床疗效与实验室指标的统计分析结果均显示,自发热包隔药灸治疗小儿慢性腹泻的效果优于常规药物治疗。本研究表明,自发热包隔药灸对小儿慢性腹泻病患者分泌型免疫球蛋白A及细胞免疫水平具有良性影响,临床疗效较好,可为推广应用提供理论依据。

参考文献

- [1]方鹤松,魏永毓,段恕成,等.中国腹泻病诊断治疗方案[J].实用儿科杂志,1998,3(6):381.
- [2]王卫平.儿科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:1026.
- [3]王璐.儿童迁延性慢性腹泻的病因分析[J].国际检验医学杂志,2011,32(2):236.
- [4]Santos N, Hoshino Y. Global distribution of rotavirus serotypes genotypes and its implication for the development and implementation of an effective rotavirus vaccine[J]. Rev Med Virol, 2005, 15(1):29-56.
- [5]Ball JM, Mitchell DM, Gibbons TF. Rotavirus NSP4: a multifunctional viral enterotoxin[J]. Viral Immunol, 2005, 18(1):27-40.
- [6]孙国杰. 针灸学[M]. 5版. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 247-249.
- [7]王晓燕. 隔药灸对虚寒胃痛和脾虚泄泻患者免疫功能的影响[J]. 中国针灸, 2004, 24(11):756-758.
- [8]吕霜, 杨燕, 盛燕, 等. 小儿腹泻病临床疗效类文献的相关研究[J]. 北京中医药, 2010, 29(9):657.
- [9]陈小波, 罗娟娟. 隔药灸与西药治疗小儿迁延性及慢性腹泻疗效对照观察[J]. 中国针灸, 2013, 33(2): 847.
- [10]张鑫, 杨维华. 外治法治疗小儿迁延性腹泻研究进展[J]. 中国中西医结合儿科学, 2014, 6(6):34-36.
- [11]国家药典委员会. 中国药典 2010 年版[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2010:5847.
- [12]钟赣生. 中药学[M]. 9版. 北京: 中国中医药出版社, 2012:73-548.
- [13]农少云, 杨晓泉, 梁娟英, 等. 迁延性慢性腹泻患儿细胞及体液免疫功能分析[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(18):2280.
- [14]Mehar JM, Esposito DH, Holman RC, et al. Risk factors for diarrhea-associated infant mortality in the United States, 2005-2007[J]. Pediatr Infect Dis-ease, 2012, 31(7):717-721.
- [15]邱海波, 伍小军, 周志伟, 等. 结直肠癌患者外周血 T 淋巴细胞亚群和 NK 细胞数目的变化及其临床意义[J]. 广东医学, 2009, 30(3):447-449.
- [16]邵仲达, 张小平. 肠功能障碍与 T 淋巴细胞亚群检测[J]. 疑难病杂志, 2010, 9(3):243-245.

(本文编辑:杨杰 本文校对:唐卫东 收稿日期:2018-03-02)

中国穴位埋线疗法系列讲座(74)

穴位埋线等中医药治疗荨麻疹的研究进展

马婷雪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 兰州大学第一医院中西医结合科, 甘肃 兰州 730020)

摘要: 本文总结近几年来中医药疗法诊治荨麻疹的临床研究, 从中医辨证、中药方剂、针灸疗法、穴位埋线疗法等角度综述中医药治疗荨麻疹新进展, 资料表明中医药疗法治疗荨麻疹安全有效, 不良反应及副作用小, 长期疗效肯定, 但对中医药治疗荨麻疹的研究尚需进一步深入。

关键词: 荨麻疹; 中医药疗法; 针灸; 穴位埋线; 研究进展

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.056

文章编号:1672-2779(2018)-09-0129-04

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (74)

New Progress on Acupoint Embedding Thread Therapy in the Treatment of Urticaria

MA Tingxue¹, YANG Caide²

(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: This paper summarized the clinical research of TCM therapy in the treatment of urticaria in recent years. Review of the new progress in the treatment of urticaria with traditional Chinese medicine from the perspectives of syndrome differentiation, traditional Chinese medicine prescription, acupuncture therapy, acupoint catgut embedding therapy, etc. was made. Data shows that therapy of traditional Chinese medicine is safe and effective, has less adverse reaction and side effect and definitely long-term curative effect. However, the research on the treatment of urticaria with traditional Chinese medicine still needs to be further studied.

Keywords: urticaria; therapy of traditional Chinese medicine; acupuncture and moxibustion; acupoint embedding thread; research progress.

(上接第8期)

荨麻疹, 中医称为“鬼饭疙瘩”“风”“风疹”“瘾疹”“风疹块”“赤疹”“白疹”。瘾疹, 最早见于《素问·四时刺逆从论》:“少阴有余, 病皮痹瘾疹”。荨麻疹是临床常见的一种皮肤病, 因各种原因引起的皮肤黏膜、血管扩张及渗透性增加而发生的暂时性局部水肿性损害。一般四季均可发生, 尤以春季为发病高峰, 病程超过六周以上者为慢性荨麻疹^[1]。荨麻疹以皮肤出现鲜红色或苍白色风团、时隐时现, 瘙痒无度, 消退后不留痕迹为特点。现代医学治疗本病常选用抗组胺药物和激素类药物, 这些药物多具有不良反应, 个别还会引起显著的过敏反应, 其效果多不理想, 对人体产生毒副作用, 其往往作用快且短暂, 但停药后复发率高, 易有依赖性^[2]; 中医药治疗荨麻疹疗效确切, 复发率低, 无依赖性, 具有一定的优势。本文回顾近几年中医药治疗荨麻疹的临床研究, 综述如下。

1 中医药辨证治疗荨麻疹

1.1 风寒束表型 《诸病源候论·风瘙身体瘾疹候》曰:“邪气客于皮肤, 复逢风寒相折, 则风瘙瘾疹”^[3]。本证多见于寒冷性荨麻疹, 临床表现为皮疹淡红或淡白, 寒冷刺激或遇风吹, 皮损突发而起, 当温度上升, 则皮损渐消, 舌淡苔薄白, 脉迟缓^[4]。本证患者可能禀赋

不足, 不慎乘凉饮冷, 外袭肌肤, 外感风寒, 营卫失调发病。王贝文等^[5]运用玉桂宁荨汤治疗此型荨麻疹, 方药组成: 黄芪30 g, 白术15 g, 桂枝15 g, 白芍15 g, 防风15 g, 荆芥15 g, 炙甘草10 g, 生姜15 g, 大枣10 g, 2个疗程结束后, 治疗组的总有效率(93.3%) 优于对照组的总有效率(73.3%), 说明玉桂宁荨汤能有效减轻此型荨麻疹患者的临床症状, 且玉桂宁荨汤疗效明显优于咪唑斯汀缓释片。

1.2 风热犯表型 《诸病源候论·风瘙身体瘾疹候》曰:“若赤轮者, 由凉湿折于肌中之热, 热结成赤轮也。得天热则剧, 取冷则灭也”。本证多由于禀赋不足, 风寒之邪入里化热, 或感受风热, 或食辛辣、荤腥等, 生风化热之物而致。症见全身或暴露部位出现风团样扁平丘疹, 稍高于皮肤, 疹块色红, 剧痒, 遇冷减轻, 遇热加剧。可伴有恶寒、发热、咽喉肿痛等症, 苔薄黄, 脉浮数。周丰宝等^[6]治疗此型荨麻疹方药为: 荆芥20 g, 防风20 g, 秦艽20 g, 龙葵30 g, 黄芩20 g, 浮萍草30 g, 银柴胡20 g, 地肤子30 g, 白鲜皮20 g, 苦参15 g, 陈皮20 g, 生地黄30 g, 牛蒡15 g, 甘草20 g。若瘙痒剧烈者加白蒺藜20 g, 夜交藤30 g; 风团色鲜红灼热者加牡丹皮30 g, 紫草20 g, 地骨皮20 g; 口渴甚者加玄参30 g, 天花粉30 g; 大便秘结者加枳实20 g, 生大黄15 g(后下)。3个疗程后评价近期疗效, 停药1年后随访, 总有效率93.33%。

1.3 胃肠湿热型 清代《疡医大全·斑疹门主论》曰:

* 通讯作者: 13993162751@163.com

“胃与大肠之风热亢已极，内不得疏泄；外不得透达，拂郁皮毛腠理之间，轻则为疹”。临床症见风团色红而痒，发作时常伴有消化道症状，纳差、腹胀、腹痛，大便干或溏泄，甚至恶心呕吐、全身乏力。张正杰等^[7]认为治宜健脾燥湿、活血祛风，方用燥湿消疹汤，药物组成：当归10 g，川芎10 g，赤芍12 g，荆芥8 g，防风8 g，地肤子15 g，苍术10 g，黄柏10 g，广木香6 g，甘草3 g。大便秘结者加大黄10 g，大便溏泄者加炒薏苡仁30 g，泽泻12 g，疗效显著。

1.4 气血两虚型 荨麻疹患者因禀赋不足，或后天失养，气血亏虚，气不足，则卫外失固；血不足，则生风化燥，肌肤失养；腠理不密，气血不足，风邪乘虚而入发为本病^[8]。本证常见风团反复发作，缠绵难愈，劳累时病情加重，体弱或虚胖，乏力，唇甲无华，舌淡苔白有齿痕，脉细弱^[9]。张万义^[10]治疗一患者王某，男，20岁，周身皮疹反复出现1年余。自诉无明显诱因于面部、躯干、四肢出现大片风团，疹色淡红瘙痒。自诉曾多方治疗，疗效不佳。风团夜晚多发，躯干、四肢、耳部可见少量风团，高出于皮肤表面，色淡红，瘙痒。舌质淡红，苔薄白，脉细数。临床诊断为慢性荨麻疹。辨证属气血亏虚，血虚生风。治拟益气养血、祛风止痒。处方：当归10 g，川芎10 g，黄芪10 g，党参10 g，茯苓10 g，白术10 g，广陈皮10 g，白芷10 g，葛根10 g，羌活10 g，防风10 g，地肤子10 g，白鲜皮10 g，甘草6 g。水煎服，连服7剂，每日1剂。二诊：服药后，风团量减，色淡红，时有痒，舌淡红苔薄白，脉细数。守法继服原方，日1剂，连服7剂。三诊：无症状，巩固治疗1周后停药。随访半年，未再起皮疹，治愈。

2 名老中医经方治疗荨麻疹

我国首届国医大师之一的李振华教授在治疗气血虚弱型荨麻疹患者时采用益气健脾、活血祛风之法^[7]，给予补气消疹汤（自拟）治疗，药物组成：黄芪20 g，党参12 g，白术10 g，茯苓15 g，当归12 g，川芎10 g，赤芍15 g，桂枝6 g，白芍12 g，防风4 g，羌活10 g，荆芥8 g，地肤子15 g，厚朴10 g，广木香6 g，甘草3 g。10剂，水煎，1日1剂。气血虚弱证多发生在年老或久病体弱之人，此型临床虽比较少见，但可久病缠绵，反复发作难愈。本病是由久病导致气血不足，卫阳不固，风湿之邪郁于肌表，故每遇冷空气而发作。方中黄芪、党参、甘草补气固表，白术、茯苓等健脾利湿，当归、川芎、赤芍配黄芪可以补气和血，桂枝、白芍为小建中汤调和营卫，防风与黄芪、白术为玉屏风散固肺卫之表，防风之量不宜过大，以免祛邪伤正；羌活、荆芥、地肤子祛风透表，散皮肤之风湿而治瘙痒，厚朴、广木香宽中理气，运化中焦，使补而不滞。诸药合用，理法方药环环相扣，故疗效显著。

赖新生教授^[11]治疗血虚风燥型荨麻疹患者治以益

气养血，熄风潜阳之法。方选当归饮子加减。处方：当归12~15 g，黄芪、生地黄各15 g，白芍、何首乌各12 g，荆芥、防风、白蒺藜各10 g，川芎、生甘草各6 g。加减：心烦易怒，胸胁胀满者加沙参12 g，川楝子10 g；夜寐不安者加夜交藤30 g，合欢皮20 g，酸枣仁15 g；月经不调、痛经，舌有紫象瘀点者加丹参、益母草各15 g；口干欲饮者加天冬、麦冬、玄参各10 g。

周丽君等^[12]运用马齿苋汤加减治疗慢性湿疹合并慢性荨麻疹1例，方用：野菊花15 g，马齿苋20 g，牡丹皮15 g，龙骨20 g，川射干15 g，紫荆皮15 g，连翘15 g，金银花15 g，生地黄15 g，知母10 g，生石膏20 g，五味子6 g，茯苓15 g，山药20 g，炒谷芽20 g，生甘草6 g。服药一星期，患者自诉瘙痒显著减轻，睡眠改善，皮损基本消退。

3 针灸治疗荨麻疹

现代医学临床研究，针灸是通过神经、体液等途径提高巨噬细胞的吞噬能力，从而达到促进和调节细胞、体液免疫作用来治疗疾病的；它能使抗体在血液中的维持时间有效延长，从而调整机体免疫的平衡，在抑制炎症细胞的游出、降低炎症灶血管通透性、减轻水肿、促进细胞修复等方面有着极其重要的作用。针灸治疗荨麻疹有效是针对荨麻疹的病因、病机，利用针灸特殊的治疗机理，其疗效稳固、不良反应率低，易被患者接受。

吴正远^[13]治疗13岁风寒型荨麻疹女患者1例。患者因外感风寒，皮肤出现淡红色风团，瘙痒难忍，到药店购买马来酸氯苯那敏、息斯敏等药服用2天后无明显疗效且症状加重，晚间伴随有刺痛。该症状属本虚又兼外感风寒，应取双侧曲池、合谷、血海为主穴，足三里、太冲、风池穴为配穴，加艾灸10分钟，以祛风止痒；20分钟后，患者全身风团疙瘩全退，稍感痒，经治7天痊愈，随访未见复发。第2位患者男，47岁，患荨麻疹5年，每晚病发，伴随有瘙痒、刺痛、呼吸困难等症状；服用中西药治疗一直无效，初诊为反复发作性慢性荨麻疹。吴正远认为该症状应取足太阳膀胱经经穴为主，取膈俞、脾俞、胃俞，配穴以委中、天井为主，采用平补平泻手法，以清热毒瘾疹蕴于血分者；再交替用三棱针点刺大椎穴加拔火罐10分钟，以疏风邪而清血热；经治7天症状减轻，发作次数明显减少。

付露^[14]运用电针脐周四穴为主加隔盐灸治疗慢性荨麻疹。取穴：曲池、合谷、血海、三阴交、膈俞；配穴：风热犯表加大椎、风门；风寒束表加风门、肺俞；血虚风燥加风门、脾俞；胃肠湿热加内关、支沟、足三里；呼吸困难加天突、天容、列缺、照海；女性经期风疹伴月经不调加关元、肝俞、肾俞。试验组总有效率93.3%；对照组总有效率80%；两组疗效比较，试验组疗效优于对照组。王同庆^[15]运用毫针结合电热针

治疗血虚风燥,肝肾两虚型荨麻疹患者,用电热针刺刺百会、气海、关元、血海(双),其中百会穴采用与皮肤平行的进针方向,进针0.5寸,气海、关元、血海(双)采用与皮肤垂直的方向进针,进针深度为0.8寸。接通电热针仪,电流定在50 mA,以病人舒适为度。毫针刺太冲、三阴交、太溪、合谷、曲池等配穴,与皮肤方向垂直进针1.0寸,留针40~60分钟,每日1次,10次为1个疗程,治疗3个疗程,中间未起风疹,瘙痒缓解,同时未服用任何药物治疗,随访至今未复发。

4 穴位埋线诊治荨麻疹

穴位埋线是在针灸的发展和延伸,把针刺效应、留针及埋针刺刺激的长效作用、穴位封闭、刺血效应、穴位处机体组织损伤的后作用效应、组织疗法、复合刺激等多种刺激方式融为一体,同时发挥作用,形成一种复杂而柔和的非特异性刺激冲动,通过神经一体液的调节来调整脏腑机能状态,促进机体新陈代谢,提高人体的免疫功能,促进血液循环,加速炎症吸收而产生良性诱导,达到消除疾病的目的^[16]。穴位埋线疗法通过埋入可吸收线体长期持续刺激穴位,从而对穴位产生一种缓慢、柔和、持久、良性的“长效针感效应”,长期发挥疏通经络的作用。而且治疗一次便可获得长久的治疗作用,被认为是使穴位受到长时间良性刺激的理想方法之一^[17]。

马重兵等^[18]观察以“三风穴”(风门、风市、风市前)为主埋线治疗慢性荨麻疹的安全性及疗效。将60例符合标准的荨麻疹患者随机分为治疗组和对照组,各30例,治疗组采用“三风穴”为主埋线治疗,对照组采用口服氯雷他定治疗。治疗组总有效率86.67%,对照组总有效率73.33%。治疗组明显优于对照组,说明穴位埋线治疗荨麻疹安全有效,副作用低,依从性较好,值得临床推广。

卫哲等^[19]观察“三风穴”为主穴位埋线对慢性荨麻疹患者血清IFN的影响,将60例荨麻疹病人随机分为治疗组和对照组,各30例,治疗组采用“三风穴”为主埋线治疗,对照组采用口服氯雷他定治疗,治疗1个疗程后,比较两组临床疗效,检测治疗前后慢性荨麻疹患者血清IFN水平。结果治疗组总有效率86.67%,对照组总有效率73.33%,治疗组优于对照组,表明“三风穴”为主埋线治疗慢性荨麻疹安全有效,“三风穴”为主埋线治疗慢性荨麻疹的机理,可能与升高慢性荨麻疹患者血清IFN水平,从而调节Th1和Th2失衡状态,达到治疗的目的。

马婷雪等^[20]运用手卡指压式星状神经节埋线为主治疗荨麻疹将60例荨麻疹患者,采用随机对照法分为观察组和对照组各30例;观察组以星状神经节埋线为主,对照组以普通穴位埋线。结果显示观察组总有效率为96.67%,对照组总有效率为93.33%,说明以星状

神经节埋线为主治疗荨麻疹有确切的疗效,明显优于对照组。

盘文丽等^[20]运用穴位埋线疗法治疗胃肠湿热型慢性荨麻疹,将符合纳入标准的60名患者采用随机数字表法,随机分为治疗组及对照组,每组各30例。结论说明:穴位埋线法与西药均能改善胃肠湿热型慢性荨麻疹患者的临床症状体征和生活质量;西药治疗快速起效,早期疗效优于穴位埋线法;穴位埋线法起效较慢,但疗效稳定,远期疗效优于西药治疗。

王军^[21]运用中药配合穴位埋线治疗寒冷性荨麻疹,女患宋某36岁,2年来反复发作风疹块伴瘙痒,曾经多种方法治疗,效差,身体暴露部位可见大片风团,遇冷加重,遇暖则缓,脉象濡细,食少,便溏,怕冷。证属脾虚胃弱,治宜益气固表,甘温健脾,方用四君子汤加减,配合穴位埋线,主穴:大肠俞、曲池、足三里;配穴:膻中、脾俞。埋线2次治疗后,风团基本消退,痒感减轻,遇冷皮疹发作不显,原方3剂,埋线1次,以巩固之。随访半年,无复发。

5 其他中医疗法

戴安琪^[22]运用温针灸治疗血虚风燥型慢性荨麻疹1个疗程后,治疗组总有效率为86.7%;对照组总有效率63.3%。两组临床疗效比较,说明治疗组的临床疗效优于对照组。所以在治疗血虚风燥型慢性荨麻疹中,无论选用温针灸疗法还是口服氯雷他定疗法,均能有效减轻风团(数量、直径、水肿程度、持续发作时间)及瘙痒的临床症状,提高患者的生活质量,但在愈显率、风团持续发作时间、直径及瘙痒程度方面,温针灸的疗效明显优于口服氯雷他定疗法,综合评价温针灸疗法在治疗血虚风燥型慢性荨麻疹的疗效更好。温针灸疗法具有安全性、有效性、无需用药、无毒副作用的特点,在临床上可推广应用。

张晓菊等^[23]采用自血穴位注射诊治慢性荨麻疹,慢性荨麻疹60例患者,经穴位注射自血治疗,选穴:脾虚湿阻及气血不足型取足三里(双)、阴陵泉(双);肝郁脾虚型取阳陵泉(双)和阴陵泉(双)。治疗后,多数3次即可起效,快者1次即可见效,5次治愈者12例,10次治愈者20例;显效者26例,无效者2例。此疗法操作简便、安全、无副作用、痛苦小、费用低,值得推广。

综上所述,在中医基础理论的指导下,中医药疗法治疗荨麻疹通过提高机体免疫力,降低机体应激状态,安全有效,中医药治疗慢性荨麻疹虽起效缓慢,但疗效确切,复发率低,无依赖性,不良反应及副作用较小,长期疗效肯定。但中医药疗法治疗荨麻疹存在辨证不统一、不规范,缺乏中医药治疗荨麻疹机制的实验研究理论,需要通过完善和规范中医药治疗荨麻疹诊断及治疗标准,深入探讨中医药治疗荨麻疹的

机理, 进一步提高研究文献的科学性和可行性, 才能更进一步促进中医药治疗荨麻疹的发展。

参考文献

- [1]马婷雪. 手卡指压式星状神经节埋线为主治疗荨麻疹的疗效观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(3): 111-112.
- [2]李兴春. 慢性荨麻疹中医研究进展[J]. 山东中医杂志, 2011, 30(3): 213.
- [3]钟卫红, 莫惠芳, 储开宇. 从风邪论治荨麻疹[J]. 湖南中医药大学学报, 2011, 31(12): 8-9.
- [4]王秀杰. 荨麻疹中医治疗初探[J]. 中外医疗, 2011, 30(25): 93.
- [5]王贝文. 玉桂宁荨麻疹治疗风寒型荨麻疹的临床观察及机理研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2016.
- [6]周丰宝. 中医辨证分型治疗荨麻疹 60 例疗效观察[J]. 中国疗养医学, 2014, 23(12): 1098.
- [7]张正杰, 李郑生. 国医大师李振华教授治疗荨麻疹学术经验[J]. 中医研究, 2011, 24(11): 56-57.
- [8]张剑. 杨文信教授辨证论治慢性荨麻疹经验介绍[J]. 新中医, 2011, 43(12): 146-147.
- [9]董灵玉. 特发性荨麻疹的中医辨证施治[J]. 光明中医, 2013: 27-29.
- [10]张万义. 中医药治疗慢性荨麻疹[J]. 湖北中医杂志, 2013, 35(3): 51.
- [11]张云凌. 赖新生教授治疗荨麻疹经验介绍[J]. 新中医, 2012, 44(2): 142.
- [12]周丽君. 马齿苋汤加减治疗慢性湿疹并慢性荨麻疹 1 例[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(19): 79.
- [13]吴正远. 针灸治疗荨麻疹浅析[J]. 临床医药文献杂志, 2014, 1(12): 2310.
- [14]付露. 电针脐周四穴为主加隔盐灸治疗慢性荨麻疹的研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- [15]王同庆. 毫针结合电热针治疗荨麻疹经验拾要[J]. 环球中医药, 2014, 7(7): 566.
- [16]杨才德, 雒成林. 穴位埋线疗法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 290-295.
- [17]伦新. 实用针灸手法学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 481.
- [18]马重兵, 杨才德, 等. “三风穴”为主埋线治疗慢性荨麻疹 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(9): 107.
- [19]卫哲, 杨才德. “三风穴”为主穴位埋线对慢性荨麻疹患者血清 IFN- γ 的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(10): 106.
- [20]盘文丽. 穴位埋线法治疗胃肠湿热型慢性荨麻疹的临床研究[D]. 昆明: 云南中医学院, 2016.
- [21]王军. 中药配合穴位埋线治疗寒冷性荨麻疹 50 例临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2015, 36(2): 30.
- [22]戴安琪. 温针灸治疗血虚风燥型慢性荨麻疹的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [23]张晓菊. 自血穴位注射疗法治疗慢性荨麻疹 60 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(7): 154.

(本文编辑: 杨杰 本文校对: 何天有 收稿日期: 2018-03-16)

(未完待续)

针灸联合舒血宁注射液治疗脑梗死的临床观察

李琳

(大连市中医医院脑病科, 辽宁 大连 116000)

摘要: 目的 观察针灸联合舒血宁治疗脑梗死患者的临床疗效。方法 选取2016年1月—2017年12月在脑病科接受治疗的脑梗死患者60例, 应用信封法随机分为试验组与对照组, 2组患者均按照临床治疗指南常规予以氯吡格雷、阿司匹林抗血小板凝集治疗、他汀类药物稳定斑块、控制血脂、控制血糖、血压等对症治疗, 对照组应用舒血宁注射液20 mL, 日1次, 静点; 试验组在对照组基础上应用针刺治疗。3个疗程后观察2组患者的临床疗效。结果 治疗后试验组患者的有效率为90% (27/30), 明显优于对照组的63.3% (19/30), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 对于脑梗死患者应用舒血宁联合针灸治疗效果优异, 值得临床广泛推广应用。

关键词: 脑梗死; 针灸疗法; 舒血宁注射液; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.037

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0132-03

Clinical Observation on Acupuncture and Moxibustion Combined with Shuxuening Injection in the Treatment of Cerebral Infarction

LI Lin

(Encephalopathy Department, Dalian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of acupuncture combined with Shuxuening injection in treatment of cerebral infarction. **Methods** 60 patients with cerebral infarction from January 2016 to December 2017 treated in our hospital were selected. They were divided into experimental group and control group by envelope method, with 30 cases in each group. Two groups of patients according to clinical guidelines were given the treatment of routine clopidogrel and aspirin antiplatelet aggregation therapy, statins lipid plaque control the control of blood glucose, blood pressure and other symptomatic treatment. The control group used Shuxuening injection 20ml once a day. The experimental group adopted acupuncture and moxibustion on the basis of the control group. The clinical curative effect of two groups of patients was observed after three courses of treatment. **Results** The effective rate of the patients in the experimental group was 90%, which was significantly better than that of the control group (63.3%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The acupuncture combined with Shuxuening injection in treatment of cerebral infarction has good effect, and is worthy of extensive promotion and application.

Keywords: cerebral infarction; acupuncture and moxibustion therapy; Shuxuening injection; stroke

脑梗死是常见疾病, 随着我国社会老龄化的不断加剧, 脑梗死发生率有所升高。由于患者治疗不及时、存在禁忌证、不配合治疗等因素, 临床应用溶栓治疗的患者所占比例不多。脑梗死属于中医学

“中风病”的范畴, 其发病的基本病机为脏腑亏虚, 功能失调, 使机体产生痰、瘀等病理因素, 阻滞经络, 蒙蔽心窍。目前对于非急性期脑梗死患者, 临床通过活血化瘀类中药联合针灸穴位刺激可以加速

组织代谢、恢复肢体神经血液营养供应、改善神经传导阻滞状态,可在短时间内恢复患者的神经运动障碍。我科应用舒血宁配合针灸疗法治疗脑梗死患者颇有效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2017年12月在我院脑病科接受治疗的脑梗死患者60例,采用信封法随机分为试验组和对照组,试验组30例,其中男性15例,女性15例;年龄49~78岁,平均(60.7±5.3)岁。对照组30例,其中男性14例,女性16例;年龄48~77岁,平均(59.9±6.3)岁。经统计学分析,2组患者年龄和性别均无统计学差异($P>0.05$),可以进行比较。

1.2 纳入标准 所有纳入的病例均符合1995年第四届脑血管病学术会议修订的脑血管病的诊断标准,并且纳入病例均经过CT或核磁共振检查确诊^[1]。

1.3 排除标准 (1) 药物过敏的患者;(2) 恶性肿瘤患者预计生存期<3个月;(3) 不同意参加临床试验的患者;(4) 晕针患者;(5) 有溶栓指征,并要求溶栓治疗的患者。

1.4 治疗方法 2组患者均按照临床治疗指南常规予以氯吡格雷、阿司匹林抗血小板凝聚治疗、他汀类药物稳定斑块控制血脂、控制血糖、血压等对症治疗^[2]。对照组在常规治疗方法基础上应用舒血宁注射液20 mL,日1次,静点。试验组在常规治疗方法基础上应用针灸针刺治疗,具体方法:选取头维穴、百会穴、曲池穴、四白穴、内关穴、合谷穴、太冲穴、太溪穴、阴陵泉穴、委中穴、承山穴。针刺穴位,当患者得气后行平补平泻的手法用拇指将针灸向前捻转6次,再应用提插补泻之补法行针6次,行针时要将另一只手指压于穴位下方经络,防止针感下传,以促针感传于病所,使局部穴位产生热感,行针后守气1 min,留针25 min,拔针后左手拇指轻压针孔。2组患者均以21 d为1个疗程,共观察3个疗程^[4]。

1.5 观察指标 疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准》中的疗效评价。痊愈:病人患侧肢体的肌力和运动障碍全部正常;临床显效:病人的下肢肌肉力量正常,无明显运动障碍,上肢肌肉力量容易受情绪、天气等原因影响,偶有不适;有效:病人的患侧肢体可以活动,但是仍有部分的关节活动障碍;无效:治疗无效果或者病情加重^[2]。

1.6 统计学方法 用SPSS 19.0统计软件对2组患者的数据进行分析,计数资料以率表示,比较应用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

在治疗3个周期后,试验组有效率为93.3%,高于对照组63.3%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组疗效比较

[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	30	4(13.3)	14(46.7)	9(30.0)	3(10.0)	27(90.0)
对照组	30	2(6.7)	10(33.3)	7(23.3)	11(36.7)	19(63.3) ¹⁾

注:与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$

3 讨论

中医学经过长久的发展,历代医家通过对前人的中风理论不断完善,对该病的病机有了深入的研究,目前认为中风的发病是由于脏腑精气亏虚,产生痰湿、瘀血等病理因素,加之外邪入侵,伤人经络,使得人体脏腑功能紊乱,阴阳之气不相调和所致。针灸是目前治疗中风的有效手段,《黄帝内经》:“偏枯,身偏不用而通,志不乱,巨针取之,乃可复也”,指出中风的治疗应该辨明患者虚实,采取虚则补之、实则泻之的治疗方法^[5]。太冲穴为肝经的原穴,太溪穴为肾经的要穴,两穴配合有滋水涵木,平肝潜阳之效。合谷穴、曲池穴为治痰之要穴,具有健脾祛痰之效。内关穴为八脉交会穴与阴维脉相通。三阴交是醒神开窍的要穴。现代医学研究显示针刺局部穴位对处于缺血状态的脑组织具有修复及保护功效^[6]。研究显示对于小鼠脑缺血模型可以显著改善脑部缺血灶局部的水肿带和炎症反应。进一步的超微结构研究显示脑细胞中线粒体对于缺血较为敏感,发生脑缺血10 min以上即可出现水肿,针刺局部组织后可以明显减轻脑细胞中线粒体的水肿,并且还可以明显增长大脑中神经元的数量。针刺还可以增加和改善脑部血液循环,增加脑部血流供应改善脑细胞缺血状态^[7]。研究还显示针刺治疗脑梗死患者可以改善脑细胞的缺氧状态、改善脑电活动、明显减少脑部自由基。针刺治疗具有简单易行、价格低廉、容易被接受等特点,是目前治疗脑梗死的重要治疗方法^[8]。

舒血宁注射液是中药银杏叶的提取制剂,目前研究显示其主要为银杏酯类和银杏酮类等物质。现代药理学研究显示银杏酮是抗氧化剂,能够清除血管内的自由基、扩张脑血管、明显地降低血管内血流阻力,对于脑血管具有较好的保护作用,对脑梗死有着良好的治疗作用。银杏内酯是一种血小板活化因子抑制剂,可以明显地抑制血小板凝聚、降低血管内血液黏度、减少血管内血栓形成、改善脑血管微循环,逆转脑损伤^[9]。国内外研究资料显示针刺穴位能够调节脑部大血管血流量,并且增强脑血管侧支循环的建立,增加脑灌注、脑胆碱能神经纤维数量,调节皮质功能,加速了脑梗死后遗症患者的康复。本次试验结果证明,试验组在治疗3个周期后有效率为90%高于对照组63.3%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。通络针法配合舒血宁注射液治疗脑梗死患者安全有效,值得广泛推广应用。

参考文献

- [1]中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-381.
- [2]国家中医药管理局医政司.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2014:4.
- [3]中华医学会神经病学分会脑血管病学组.急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2010)[J].中国临床医生,2011,39(3):67-73.
- [4]戴淑青,苏莉,曲宪双,等.补元通络法治疗中风后肩痛的临床研究[J].中华中医药学刊,2017,33(7):1628.

- [5]沈士军.针灸结合康复训练治疗中风后遗症的疗效观察[J].中国民族民间医药,2010(3):35-37.
- [6]方兴德,王玉花.头体针配合阴阳经交替取穴巨刺法应用治疗中风临床观察[J].中国临床研究,2012,2(12):1223.
- [7]孙伊平.温针灸在糖尿病合并中风后遗症临床效果研究[J].糖尿病新境界,2014(11):74.
- [8]包飞,王道海,张云祥,等.体针与头体针联合对动脉硬化性脑梗死急性期的治疗作用比较[J].中国针灸,2008,28(1):10-12.

(本文编辑:杨杰 本文校对:王佛有 收稿日期:2018-02-12)

针灸治疗小儿面瘫的临床观察

庄红

(本溪钢铁(集团)总医院医务部,辽宁 本溪 117000)

摘要:目的 观察小儿面瘫的针灸治疗效果。方法 选取收治的80例面瘫患儿为研究对象,利用计算机随机法将其分为对照组和观察组,各40例。对照组患儿采取常规针刺疗法进行治疗,观察组采用针灸疗法进行治疗。观察比较2组治疗效果。结果 经治疗,观察组治愈28例、显效11例、无效1例,治疗总有效率为97.5% (39/40),而对照组治愈20例、显效13例、无效7例,治疗总有效率为82.5% (33/40),观察组治疗有效率高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。结论 针对面瘫患儿采用针灸治疗的效果非常显著,既可显著改善患儿的面瘫症状,又能促使其面部表情肌活动恢复正常,因此值得临床应用推广。

关键词: 儿科;面瘫;针灸疗法;口眼喎斜

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.058

文章编号:1672-2779(2018)-09-0134-02

Clinical Observation on Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Facial Paralysis in Children

ZHUANG Hong

(Medical Department, Benxi Iron and Steel Group General Hospital, Liaoning Province, Benxi 117000, China)

Abstract: **Objective** To study and observe the therapeutic effect of acupuncture and moxibustion in treating pediatric facial paralysis. **Methods** 80 children with facial palsy were selected from our hospital. Using computer stochastic method, they were divided into control group and observation group, with 40 cases in each group. The control group was treated with routine acupuncture therapy. The observation group was treated with acupuncture. The therapeutic effect was compared. **Results** After treatment, in the observation group, 28 cases were cured, 11 cases were markedly effective, one case was ineffective, and the total effective rate was 97.5% (39 / 40). In the control group, 20 cases were cured, 13 cases were markedly effective, 7 cases were ineffective, and the total effective rate was 82.5% (33 / 40). The effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group. The difference between the groups was statistically significant $P<0.05$. **Conclusion** The acupuncture and moxibustion in the treatment of facial paralysis in children has significant effect, can significantly improve the symptoms of facial paralysis in children, promote the recovery of muscle expression muscle activity, so it is worthy of clinical application and promotion.

Keywords: pediatrics; facial paralysis; acupuncture and moxibustion therapy; obliquity of mouth and eye

在临床上,一种较为常见的面神经麻痹症状,即为面瘫,该病症主要症状为面部表情肌群丧失或者部分丧失运动功能,主要是由中枢性运动障碍所致^[1]。面瘫具有周围性面瘫和中枢性面瘫之分,其中,周围性面神经麻痹的发病原因主要为受寒、耳部感染、脑膜感染、神经纤维瘤等,该病症在临床上较为常见,且又称之为Bell麻痹、周围性面神经炎等。而周围性面瘫的发病机理为:面神经管(茎乳突孔)内组织发生急性水肿后,由于本身的炎症而导致面神经核或者面神经受到损伤时,则面部运动功能受到影响,并出现一定障碍^[2]。周围性面瘫的发病一般与感染病毒等因素有关,且多见于一侧发病,可发生于任何季节、任何年龄。该病临床表现为流泪、流涎、不能皱眉、不能鼓腮、嘴角歪斜向健侧、鼻唇沟变浅、眼睑闭合不全、

患侧额纹消失等^[3]。因此本文选取我院收治的80例面瘫患儿为研究对象,利用计算机随机法将其分为对照组和观察组,各40例,即对小儿面瘫的针灸治疗效果进行了研究与分析,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80例面瘫患儿为研究对象,利用计算机随机法将其分为对照组和观察组,各40例。其中,对照组患儿男23例,女17例;年龄7~115个月,平均(64.12±3.18)个月;病程为1~26 d,平均(13.5±1.2) d。观察组患儿男25例,女15例;年龄6~114个月,平均(63.23±4.27)个月;病程为1~25 d,平均(12.8±2.1) d。2组患儿主要临床症状为:味觉障碍、说话不清晰、不能皱眉、不能蹙眉、角膜反射消失、鼻唇沟变浅、不能鼓腮、不能吹口哨、口角下垂(口角歪向

病灶对侧,或者瘫痪面肌对侧)。2组患儿性别、年龄、病程、临床症状等基础资料对比, $P>0.05$, 差异无统计学意义, 有一定可比性。

1.2 诊断标准 根据第4版《小儿神经病学》进行诊断, 主要症状: 不能鼓腮、不能皱眉、鼻唇沟变浅、嘴角向健侧歪斜、眼睑闭合不全、患侧额纹消失。排除中枢性面神经麻痹^[4]。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采取常规针刺疗法进行治疗, 即从患侧部位选择下关穴、颧髎穴、承浆穴、翳风穴、攒竹穴、阳白穴、四白穴、颊车穴、地仓穴、迎香穴等, 对侧部位穴位选择合谷穴, 其余部位选择百会穴、风府穴等。治疗前将患儿体位调整为侧卧位, 且常规消毒处理皮肤, 采用0.5寸毫针平刺风府穴、采用1寸30号毫针平刺百会穴, 其余穴位采用1.5寸30号毫针平刺。针刺得气后留针30 min, 1次/d, 持续治疗10 d为1个疗程。

1.3.2 观察组 采用针灸疗法进行治疗。穴位选择: 丝竹空穴、攒竹穴、阳白穴、四白穴、颊车穴、地仓穴、迎香穴、翳风穴、下关穴、合谷穴等, 于健侧取合谷穴, 其余穴位取患侧。针灸穴位根据患儿面瘫实际症状表现进行合理选择, 鼻唇沟平坦者配迎香穴、人中沟歪斜者配水沟穴、目赤者配睛明穴等。治疗前将患儿体位调整为侧卧位, 且常规消毒处理皮肤, 采用0.30 mm×50 mm规格的毫针进行针刺, 留针30 min; 起针后点燃艾条对行针穴位行回旋灸, 每穴灸2~3 min, 每次艾灸15 min, 1次/d, 持续治疗10 d为1个疗程。

1.4 观察指标 观察比较2组治疗效果。治愈: 患儿治疗后面瘫症状消失, 且面部表情能够正常活动; 显效: 患儿治疗后面瘫症状获得有效控制, 且面部表情肌活动情况明显改善; 无效: 患儿治疗后面瘫症状无变化甚至加重, 面部表情肌活动无变化^[5]。治疗总有效率=(治愈+显效)/总例数×100%。

1.5 统计学方法 将研究所得的最后数据使用SPSS 22.0统计学软件进行数据处理。在处理数据过程中, 计量资料采用 t 检验, 以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

经治疗, 观察组治愈28例、显效11例、无效1例, 治疗总有效率为97.5% (39/40), 而对照组治愈20例、显效13例、无效7例, 治疗总有效率为82.5% (33/40), 观察组治疗有效率高于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表1。

表1 2组患儿治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	无效	总有效率
观察组	40	28(70.0)	11(27.5)	1(2.5)	97.5(39/40)
对照组	40	20(50.0)	13(32.5)	7(17.5)	82.5(33/40)
χ^2 值		8.3333	0.5952	12.5000	10.3520
P 值		0.003	0.440	0.000	0.000

3 讨论

中医学理论认为, 面瘫一般是由风邪引起, 而疏通经络是治疗面瘫的根本方法。所以在临床治疗面瘫患儿的过程中, 广泛采用中医疗法进行治疗。小儿面瘫的发病因素主要包括素体虚弱、气血亏虚、肝肾不足, 导致风邪乘虚而入, 卫气虚弱、腠理不固, 使得气血运行被扰乱, 从而引发面部麻木, 口眼歪斜等。而采用针灸疗法治疗小儿面瘫时, 针灸穴位一般分为局部取穴和远端选穴, 可供选择的穴位主要为风池穴、翳风穴、下关穴、阳白穴、迎香穴、地仓穴、颊车穴、承浆穴、合谷穴、太阳穴、头维穴、四白穴、攒竹穴、大迎穴、人中穴、印堂穴、坎宫穴、厉兑穴、丝竹空穴、颧髎穴、巨髎穴、口禾髎穴、耳门穴、足三里穴、太冲穴、鱼腰穴、脾俞穴、牵正穴、睛明穴、瞳子髎穴、听会穴、百会穴、廉泉穴、承泣穴、上关穴、外关穴等。急性期治疗时, 一般以局部取穴为主, 必要时可结合远端取穴, 这样即可起到疏通经络、调理气血等效果。另外采用针灸治疗面瘫患儿时, 还能有效扩张血管、控制感染、并促进受损神经供血、供氧、促进患儿体内微循环, 并能促使患儿病情更快恢复^[6]。本研究中, 对照组患儿采取常规针刺疗法进行治疗, 观察组采用针灸疗法进行治疗, 结果显示: 经治疗, 观察组治愈28例、显效11例、无效1例, 治疗总有效率为97.5%, 而对照组治愈20例、显效13例、无效7例, 治疗总有效率为82.5%, 观察组治疗有效率高于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。该研究结果与相关文献报道^[7]一致, 这表明采用针灸疗法治疗小儿面瘫的效果显著, 可显著改善和控制患儿的面瘫症状, 从而促使其面部表情肌活动逐渐恢复正常。因此可以看出, 针对面瘫患儿采用针灸治疗具有十分重要的临床价值和意义, 因此值得临床应用推广。

参考文献

- [1]张茹, 王雪峰. 针灸推拿疗法治疗小儿周围性面瘫研究进展[J]. 中国中西医结合儿科学, 2013, 5(1):24-26.
- [2]李玲燕. 针灸联合中药湿热敷治疗小儿面瘫 33 例[J]. 光明中医, 2017, 32(3):396-397.
- [3]张霞. 小儿面瘫的针灸治疗效果观察[J]. 中国医疗器械信息, 2017, 23(8):99-100.
- [4]罗静. 针灸按摩联合中药湿热敷治疗小儿面瘫疗效观察[J]. 山西中医, 2017, 33(5):28-29.
- [5]矫承媛, 赵文华, 曹祥群. 针灸配合推拿治疗小儿面瘫临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(5):211-212.
- [6]马炜林, 郭丽娜, 徐涵斌, 等. 针灸配合耳穴压豆治疗小儿面瘫 1 例[J]. 中国民间疗法, 2017, 25(11):29.
- [7]贾鲲, 吕忠礼. 针灸按摩联合中药湿热敷对小儿面瘫的疗效观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(6):724-725.

(本文编辑:杨杰 本文校对:张秀萍 收稿日期:2018-01-15)

中药热敷灸结合针刺治疗面瘫临床观察

梁瑞丽 王丽娜* 祝自江

(北京市怀柔区中医医院针灸科, 北京 101400)

摘要:目的 观察中药热敷灸结合针刺治疗风寒型面瘫的临床疗效。方法 将入选的60例患者随机分为2组, 治疗组30例, 采用中药热敷灸结合针刺疗法; 对照组30例, 采用单纯针刺疗法, 观察2个疗程, 并对比2组疗效。结果 中药热敷灸组痊愈率83%, 单纯针刺为63%。2组疗效比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 中药热敷灸组疗效明显优于单纯针刺组, 中药热敷灸结合针刺疗法是治疗风寒型面瘫的有效方法。

关键词: 周围性面瘫; 中药热敷; 灸法; 针刺疗法; 口眼喎斜

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.059

文章编号:1672-2779(2018)-09-0136-02

Clinical Observation on Chinese Medicine Hot Compress Combined with Acupuncture in the Treatment of Facial Paralysis

LIANG Rili, WANG Lina, ZHU Zijiang

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Huairou District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101400, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of hot compress combined with moxibustion and acupuncture in the treatment of wind cold facial paralysis. **Methods** 60 patients were randomly divided into two groups. 30 cases in the treatment group were treated with hot compress moxibustion and acupuncture. 30 cases in the control group were treated with acupuncture. The therapeutic effect was compared after two continual cycles. **Results** The cure rate of traditional Chinese medicine hot compress moxibustion group was 83%, and the curative effect of simple acupuncture was 63.2 group ($P < 0.05$). **Conclusion** The hot compress moxibustion and acupuncture therapy can produce a significantly curative effect on cold facial paralysis.

Keywords: peripheral facial paralysis; Chinese medicine hot compress; moxibustion therapy; acupuncture therapy; obliquity of mouth and eye

周围性面瘫 (Peripheral paralysis), 是临床常见病, 古称“卒口僻”“口眼喎斜”“引口移颊”, 临床以口眼歪斜为主要症状, 近年来该病发病仍呈上升趋势。在治疗方面, 国内尚无统一标准。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的临床指南。急性期一般以使用皮质类固醇激素来减轻面神经水肿、缓解神经受压, 恢复期辅以维生素促进神经髓鞘恢复。有学者研究表明^[1], 上述治疗方案并不能明确肯定对周围性面瘫有益, 仅能说类固醇、无环鸟苷对改善面肌功能方面很可能是有效的。笔者对2016年1月—2017年9月, 来我科就诊面瘫患者, 进行不同针灸方法治疗, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部病例均来自针灸门诊患者, 随机将60例患者按就诊先后顺序随机分为治疗组和对照组。2组资料经 χ^2 检验差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性 (见表1)。

表1 2组患者一般资料的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男	女	年龄(岁)	病程(天)
观察组	30	14	16	41.86±4.38	7.82±5.15
对照组	30	15	15	43.83±3.97	8.12±4.88
χ^2 值/ t 值		2.781	0.900	0.347	
P 值		0.082	0.124	0.215	

1.2 诊断标准 按照2003年中国中医药出版社出版王启才主编的《针灸治疗学》^[2]关于周围性面瘫的诊断标准, 认为周围性面瘫的中医诊断主要根据口眼歪斜的临床表现和体格检查。主要临床表现: 一侧面部板滞、麻木、瘫痪、额纹消失, 眼裂变大, 露睛流泪, 鼻唇沟变浅, 口角下垂歪向健侧, 病侧不能皱眉、蹙额、闭目、露齿、鼓腮; 部分患者初期时有耳后疼痛, 还可出现患侧舌前2/3味觉减退或消失, 听觉过敏等。

本研究入选患者均为风寒证型, 特点: 见于发病初期, 面部有受凉史, 舌淡、苔薄白, 脉浮紧。

1.3 纳入标准 (1) 符合风寒型面瘫诊断标准的患者; (2) 年龄14~60岁; (3) 初次发病门诊患者; (4) 签署知情同意书者。

1.4 排除标准 (1) 合并中枢性面瘫患者; (2) 合并带状疱疹患者; (3) 确诊有精神疾患的患者; (4) 孕妇及哺乳期患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 在患侧面颊部, 施中药热敷灸, 联合针刺治疗。

1.5.1.1 中药热敷灸 中药组成: 白附子20 g, 荆芥60 g, 威灵仙30 g, 桂枝30 g, 葛根60 g, 羌活20 g, 白芷30 g, 防风30 g等。将上述药物, 溶于3 L水中, 煎煮至水沸。

1.5.1.2 针刺治疗 热敷灸后, 行针刺疗法, 按照《北京地区常见病中医诊疗规范》选取阳白、颊车、地仓、迎香、下关、承浆、外关为主穴。按照中华人民共和国

* 通讯作者: wanglina1004@163.com

国国家标准《经穴部位》定位。穴位局部消毒后,采用直径0.25 mm×25 mm的华佗牌毫针刺入穴位,得气后,留针30 min。药垫使用医用纱布,叠至24层左右,裁制成大小约为10 cm×20 cm,浸满药液备用。热敷灸方法令患者侧卧,暴露患侧面部,将药垫淋至药液不外流,铺放于患侧面部,将单孔灸盒插好无烟艾条固定在药垫上,进行药灸。每日1次,每次20 mm。

1.5.2 对照组 单纯针刺治疗,方法同热敷灸组针刺方法。

1.5.3 疗程 每日1次,每周5次,10次为1个疗程,治疗2个疗程。2个疗程结束后,继续对未痊愈患者进行观察治疗至6个疗程,对2组痊愈者进行疗程的统计比较。

1.6 疗效评定标准 H-B分级量表^[3]是1985年由House和Brackmann根据面神经自然恢复程度为标准制定的分级量表,依据患者面部肌肉在总体、静止状态和运动状态的情况进行分级。结合患者临床症状、体征在治疗前后的变化进行评定^[4]。痊愈:症状、体征全部消失;显效:根据H-B分级,症状改善2级以上;有效:H-B分级症状改善1级以上;无效:H-B分级症状改善不到1级。

1.7 统计学方法 采用SPSS 17.0统计分析软件进行计算;参数检验用成组t检验,非参数检验用卡方检验,等级资料两样本比较用秩和检验,定量资料的统计描述用均数±标准差表示。

2 结果

2.1 2组疗效比较 从表2可以看出,2个疗程结束后,治疗组疗效优于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

表2 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效
治疗组	30	25(83.33)▲	4(13.33)	1(3.33)	0
对照组	30	19(63.33)	7(23.33)	2(6.66)	2(6.66)

注:经秩和检验, $Z=-2.771$, $P=0.006<0.05$

2.2 2组H-B面肌功能分级比较 从表3可以看出,2个疗程结束后面神经功能分级比较,治疗组优于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

表3 2组H-B分级比较 (例)

组别	I级	II级	III级	IV级	V级	VI级
治疗组	25▲	4	1	0	0	0
对照组	19	7	2	2	0	0

注:经秩和检验, $Z=-4.178$, $P=0.012<0.05$

2.3 2组痊愈例数比较 从表4可以看出,2个疗程结束后治疗组痊愈例数明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义;6个疗程结束后,2组痊愈例数比较没有差异, $P>0.05$ 。

表4 2组疗程痊愈例数比较 (例)

组别	2个疗程	6个疗程
治疗组	25 ▲	30
对照组	19	28

注:经成组t检验, $P<0.05$

3 讨论

北京地区中医诊疗规范中,明确提出针刺疗法为治疗面瘫的常规治疗方法,本研究针刺所选穴位均为规范治疗处方,具体不再赘述。笔者在长期的临床实践中发现,单纯针刺法治疗面瘫虽简方法单,但仍有部分患者病程过长,超过2个月,甚至有患者病程达到半年之久,以至出现肌肉挛缩、联带运动或鳄鱼泪综合征等后遗症^[5],给患者及家庭带来了极大的压力和痛苦。

风寒型面瘫病机为正气不足,脉络虚损,风寒之邪中于面部经络^[6]。因此在治疗上,不仅要祛邪外出,更要注意适当扶正。周楣声的《灸绳》详细阐述了“灸针并重,灸针互为依辅”的重要思想。本研究正是基于此理论,使用灸法先补而后泻,即在补益正气的同时,使外邪自祛;再配合针法先泻而后补,即在驱邪外出的同时,使正气自复,攻补兼施^[7],共同达到祛邪扶正的治疗目的。

考虑面部位置的特殊性,选择中药热敷灸方法,首先可避免烫伤,保证安全;其次因有湿润药垫隔挡,减少患者面部干燥不适感;最重要的可借助灸热之力,将药性由表达里,通过皮毛腠理,循经运行,以达温经通络,调和气血之功。同时,中草药外用的治疗由来已久,本研究所用中药方为我院针灸科多年临床经验用药,有祛风通络、活血化瘀的作用。本研究的结果提示中药热敷灸结合针刺治疗组效果优于单纯针刺组,在一定程度上提高了疗效,缩短了病程,加速了面瘫的恢复。让面瘫患者在恢复期尽早恢复面神经功能,减少因病程过长而出现的后遗症候。在治疗上联合针、灸、药,突出了中医药疗法的特色之处,患者舒适度高,值得推广。

参考文献

- [1] 全世明,高志强.贝尔面瘫治疗指南[J].国际耳鼻喉头颈外科,2006,30(40):274.
- [2] 王启才.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2003:69.
- [3] House JW, Brackmann DE. Facial 13.else grading system[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1985(93):146.
- [4] 刘征,王海燕,陈伊,等.浮刺配合雷火灸治疗贝氏面瘫的临床观察[J].针灸临床杂志,2016,32(12):36-38.
- [5] 王兴林,黄德亮.面神经麻痹[M].北京:人民军医出版社,2002:163.
- [6] 刘洁.滞针法联合牵正合剂治疗风寒型面瘫 50 例[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(11):74.
- [7] 周楣声.灸绳[M].青岛:青岛出版社出版社,2009:51.

(本文编辑:杨杰 本文校对:王海燕 收稿日期:2018-02-12)

“嘘”字诀对气滞血瘀型腰椎间盘突出症急性期镇痛效果的护理观察※

李敏^{1,2} 赖渊杰³ 赖莲花^{1,2} 陈秀明^{1,2} 何湏^{1,2} 刘萍^{1,2} 江彦^{1,2} 蔡树河^{1,2*}

(1 福建中医药大学附属康复医院骨伤康复科, 福建 福州 350003;

2 福建省康复技术重点实验室, 福建 福州 350003; 3 福建医科大学附属第一医院营养科, 福建 福州 350005)

摘要: 目的 观察“嘘”字诀对气滞血瘀型腰椎间盘突出症急性期的镇痛作用。方法 纳入82例气滞血瘀型腰椎间盘突出症急性期患者, 随机分成对照组和观察组分别41例, 比较2组的VAS疼痛评分及临床疗效。结果 临床疗效比较, 观察组和对照组有效率分别为95.12% (39/41) 及80.49% (33/41), 观察组优于对照组($P < 0.05$); VAS疼痛评分比较, 观察组优于对照组($P < 0.05$)。结论 应用“嘘”字诀能更有效地缓解急性期气滞血瘀型腰椎间盘突出症疼痛。

关键词: “嘘”字诀; 腰椎间盘突出症; 气滞血瘀型; 急性期; 镇痛; 六字诀; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.060

文章编号:1672-2779(2018)-09-0138-02

Observation on the Nursing of Concept "Xu" Tactics on the Analgesic Effect in the Acute Phase Prolapse of Lumbar Intervertebral Disc of Stagnation of Qi and Blood Stasis

LI Min^{1,2}, LAI Yuanjie³, LAI Lianhua^{1,2}, CHEN Xiuming^{1,2}, HE Zhen^{1,2}, LIU Ping^{1,2}, JIANG Yan^{1,2}, CAI Shuhe^{1,2*}

(1. Orthopedics Rehabilitation Department, the Affiliated Rehabilitation Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

2. Key Laboratory of Rehabilitation Technology of Fujian Province, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

3. Nutrition Department, the First Affiliated Hospital of Fujian Medical University, Fujian Province, Fuzhou 350005, China)

Abstract: **Objective** To observe the curative effect of "Xu" tactic on the analgesic effect in the acute phase prolapse of lumbar intervertebral disc of stagnation of qi and blood stasis. **Methods** A total of 82 patients with acute phase prolapse of lumbar intervertebral disc of stagnation of qi and blood stasis were enrolled and divided into control group and observation group, with 41 cases in each group. VAS pain scores and clinical efficacy were compared between the two groups. **Results** The effective rate of the observation group and the control group was 95.12% and 80.49%, respectively. The VAS pain score in the observation group was better than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of "Xu" tactic can effectively alleviate the pain of acute phase prolapse of lumbar intervertebral disc of stagnation of qi and blood stasis.

Keywords: "Xu" tactics; prolapse of lumbar intervertebral disc; stagnation of qi and blood stasis type; acute phase; analgesia; six words tactics; arthromyodynia

腰椎间盘突出症 (lumbar disc herniation, LDH) 是指椎间盘变性、纤维环破裂致髓核突向后方或突至椎管内, 致使相邻组织遭受刺激或压迫而出现的一系列临床症状^[1]。LDH以气滞血瘀型多见, 此病急性期腰部疼痛明显^[2], 这是就诊的最重要因素。

故寻找迅速缓解LDH患者急性期疼痛的方法成为我们需要攻克的难关。我院骨伤康复科已将医学典籍《诸病源候论》中五脏病的六字诀中的“嘘”(xū) 字诀治疗神经根型颈椎病急性期疼痛这一技术应用到临床, 且取得显著效果^[3]。在此基础上, 课题组自2017年1月以来将此项技术不断应用于急性期气滞血瘀型LDH临床护理实践, 取得满意的镇痛效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 82例病例资料均由我院骨伤康复科2017年1月—2017年12月收录。随机分为2组, 各41例患者。观察组男23例, 女18例; 年龄27~58岁, 平均 (45.15±11.37) 岁; 病程最短4 h, 最长6 d, 平均病程 (4.71±1.26) d。对照组男21例, 女20例; 年龄27~60岁, 平均 (46.31±10.86) 岁; 病程最短3 h, 最长6 d, 平均病程 (4.69±1.29) d。2组在性别、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《中医病证诊断疗效标准》中LDP的诊断标准^[4]。

1.2.2 中医症候分型 气滞血瘀型, 表现为腰腿部酸痛不适, 不耐久坐久站久行, 遇劳则甚, 卧床休息能缓解, 疲乏感, 舌淡暗、苔薄白, 脉细涩。

1.3 纳入标准 (1) 符合本课题的适应证要求。(2) 符合上述诊断的“急性期”标准。(3) 年龄26~60周岁。(4) 自愿接受且签署知情同意书配合治疗者。

※ 基金项目: 福建省科技厅科技平台建设项目【No. 2015Y2001】; 福建省康复产业研究院技术创新平台子课题【No. 2015Y2001-23】; 福建省康复产业研究院 / 福建省康复技术重点实验室建设项目

* 通讯作者: 13706989977@163.com

1.4 排除标准 (1) 哺乳期和妊娠妇女。(2) 精神病患者。(3) 合并有肝、脑、肺等严重疾病患者。(4) 椎体狭窄、恶性肿瘤、结核等患者。(5) 中途放弃或者已处于别的治疗,可能干扰本课题结果者。

1.5 治疗方法

1.5.1 观察组

1.5.1.1 “嘘”字诀练习 患者静卧床上,叩齿津液,然后轻念“嘘”,字从舌出,气从唇出,耳朵听不到。在相同环境下,每天如此动作,连续做5次为1遍,然后做1次调息,每天在固定时段清晨、午间、晚间及睡前各做15 min,连续做6 d。

1.5.1.2 常规护理 按照2013年国家中医药管理局发布的《腰椎间盘突出症(气滞血瘀型)中医护理方案》进行常规护理。(1) 疼痛的护理:做好疼痛评分,急性期卧床休息,腰部制动。(2) 肢体麻木的护理:做好麻木部位的评估,按摩麻木肢体,缓解局部肌肉痉挛。(3) 下肢活动受限的护理:评估患者下肢肌力,做好安全防护措施。(4) 中医特色治疗护理:骨盆牵引的护理、腰椎整复的护理、腰椎牵引的护理。(5) 特色技术的应用:穴位按摩;中药熏洗;烫熨治疗;艾灸;拔罐;穴位注射;刮痧。(6) 饮食调护:食用红豆粥、三七鲫鱼汤、当归瘦肉粥以活血化瘀。(7) 健康指导:急性期患者以卧床休息为主;正确佩戴腰托。(8) 情志调理:了解患者的情绪,做好安慰工作,保持情绪平和,有益患者的身心健康。

1.5.2 对照组 常规护理同观察组。

1.5.3 疗程 每天护理1次,共持续6 d。

1.6 统计学方法 采用SPSS 20.0软件进行统计处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,显著性水平为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 疗效判定与标准

2.1.1 疼痛程度评估标准 依据视觉模拟评分法(visual analogue scale/Score, VAS)^[9],该法比较灵敏,具有可比性。即在10 cm线上均分10段,由左至右为0, 1, …… 8, 9, 10,其中0为不痛,10为最痛。采用患者自评方式将自身疼痛点数据记录为VAS评分。

2.1.2 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》中LDP的疗效评定标准^[4]。(1) 治愈:腰腿痛等自觉症状消失。(2) 显效:腰腿痛等自觉症状基本消失。(3) 有效:症状部分消失。(4) 无效:症状、体征无明显改善。

2.2 治疗效果 见表1~2。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	41	11	25	3	2	95.12*
对照组	41	5	17	11	8	80.49

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

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

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	41	7.15 $\pm$ 1.72	3.01 $\pm$ 0.42 [◇]
对照组	41	6.81 $\pm$ 1.61	4.67 $\pm$ 0.75 [◇]

注:与同组治疗前比较,[◇] $P < 0.05$;与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

腰部疼痛是LDH急性期主要的临床表现。此期总治则:疏经通络、解痉镇痛。上述提到我院骨伤康复科已将医学典籍《诸病源候论》中五脏病的六字诀中的“嘘”(xū)字诀治疗神经根型颈椎病急性期疼痛这一技术应用于临床,且取得显著效果^[3]。此技术是基于中医整体观、脏腑以及经络理论。以“通督强脊,调理脏腑,扶阳固本”为指导,是蔡树河副主任医师在传承名老中医林如高医师和王和鸣医师手法整脊疗伤的学术思想及经验,带领福建中医药大学附属康复医院骨伤康复团队在工作中总结出的治疗方法^[9]。

肝、“嘘”字诀与气滞血瘀型LDH三者之间的关系。中医认为,肝乃“将军之官”。《素问·痹论》曰:“骨痹不已,复感于邪,内舍于肾;筋痹不已,复感于邪,内舍于肝”,肝脏功能的异常,易使全身气血功能的异常,致使主筋功能障碍,引发LDH^[7]。医学典籍《诸病源候论》论述了通过“嘘(xū)、呵、呼、咽、吹、嘻”六字诀对肝、心、脾、肺、肾五脏病的调理和治疗作用^[8]。中医认为,五脏病的六字诀第一式为“嘘”(xū)字诀,“嘘”字诀与肝相应,嘘字养肝^[9]。《童蒙止观》《遵生八笺》中也提到“肝-嘘,心-呵,脾-呼,肺-咽,肾-吹,三焦或胆一嘻”^[8]。

综上所述,肝脏具有维持全身气血功能。“嘘”字诀与肝相应,口吐“嘘”字时,气流随着肝经运行,行气活血,泄出肝之浊气,调理肝脏以达到镇痛效果。

本研究提示观察组和对照组都可以起到较好的镇痛效果($P < 0.05$),且观察组缓解急性期气滞血瘀型LDH疼痛的疗效优于对照组($P < 0.05$)。“嘘”字诀临床操作简便,并且临床疗效确切,为临床防治急性期气滞血瘀型LDH提供更有效的中医护理方案,适宜推广。

参考文献

- [1]周游,王均.腰椎间盘突出症疼痛机制的综述[J].中外医疗,2014,32:196-198.
- [2]张燕,杨会生,姜国华.腰椎间盘突出症非手术治疗方法研究进展[J].中医药信息,2012,29(3):132-135.
- [3]李敏,赖连花,赖渊杰,等.嘘字诀用于急性期神经根型颈椎病镇痛的临床护理观察[J].中国中医药现代远程教育,2016,13(15):49-50.
- [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]Faerbank JC. Arthroscopic microdiscectomy and selective fragmentectomy[J]. Clin Orthop, 1998(347):150-167.
- [6]王诗忠,蔡树河.“通督强脊”理论渊源及其在防治脊椎病的应用[J].世界中医药杂志,2010,11(2):150-152.
- [7]刘健.风湿病中医临床思维[J].中医临床杂志,2010(9):753-761.
- [8]代金刚,曹洪欣,张明亮.《诸病源候论》五脏病的六字诀导引法解析[J].环球中医药,2014(5):353-355.
- [9]何兰娟,田永衍.《诸病源候论》六字诀治疗五脏病候探析[J].辽宁中医杂志,2015(5):966-967.

(本文编辑:杨杰 本文校对:丁怀利 收稿日期:2018-01-30)

中药外敷联合红外线 治疗麻痹性肠梗阻疗效及护理研究※

陈 艳 张春兰 朱玉梅

(新余市中医院外二科, 江西 新余 338000)

摘要:目的 探讨中药外敷联合红外线治疗麻痹性肠梗阻疗效及护理效果。方法 将2016年1月—2017年12月接诊的60例术后及其他原因引起麻痹性肠梗阻的患者纳入本研究。按照随机数字表法均分为观察组和对照组各30例, 对照组: 常规治疗, 观察组: 在常规治疗的基础上, 采取中药外敷联合红外线治疗。观察患者疗效、再次手术率、并发症发生率、肛门排便排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解时间。结果 观察组肛门排便排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解时间均低于对照组 ($P < 0.05$), 观察组总有效率93.33% (28/30) 高于对照组53.33% (16/30) ($Z = -3.435$, $P < 0.05$), 观察组再次手术率、并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 中药外敷联合红外线治疗麻痹性肠梗阻疗效显著, 患者再次手术率、并发症发生率低, 肛门排便排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解时间短, 临床应用价值较高。

关键词: 中药外敷; 红外线; 麻痹性肠梗阻; 护理; 肠结

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.061

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0140-02

Study on the Curative Effect and Nursing of External Application of Traditional Chinese Medicine Combined with Infrared Ray in the Treatment of Paralytic Ileus

CHEN Yan, ZHANG Chunlan, ZHU Yumei

(Surgical Department, Xinyu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Xinyu 338000, China)

Abstract:Objective To explore the curative effect and nursing effect of external application of traditional Chinese medicine combined with infrared ray in the treatment of paralytic ileus. **Methods** 60 cases of postoperative and other causes of paralytic ileus were included in our hospital from January 2016 to December 2017. According to the random number table method, they were divided into the observation group and the control group, with 30 cases in each group. The control group was treated with conventional therapy, and the observation group was treated with external application of traditional Chinese medicine combined with infrared therapy on the basis of conventional treatment. The reoperation rate, complication rate, anus exhaust defecation time, recovery time of bowel sound, abdominal pain relief time were observed. **Results** The anal exhaust defecation time, recovery time of bowel sound, abdominal pain relief time of the observation group were lower than those of the control group ($P < 0.05$). The total effective rate of observation group was 93.33% which was higher than 53.33% of the control group ($Z = -3.435$, $P < 0.05$). The reoperation rate, complication rate of the observation group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The external application of traditional Chinese medicine combined with infrared ray in the treatment of paralytic ileus has significant effect, the rate of reoperation and complication of the patients is low, the anus exhaust defecation time, recovery time of bowel sound, abdominal pain relief time is short, and has higher clinical application value.

Keywords: external application of traditional Chinese medicine; infrared ray; paralytic ileus; nursing; intestinal obstruction

麻痹性肠梗阻是外科常见病症, 多因急性弥漫性腹膜炎、腹膜后血肿、感染等引起, 患者神经抑制、肠壁肌运动减弱、麻痹等造成的。患者经常规治疗, 难以在短时间内缓解, 容易发生水电解质紊乱等情况, 严重影响患者的生活质量^[1]。研究有效的干预措施, 及时缓解胃肠功能紊乱, 改善患者的肠道血液循环状态, 具有重要意义。我院开展了中药外敷联合红外线治疗, 效果较好。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2016年1月—2017年12月我院接诊的60例术后及其他原因引起麻痹性肠梗阻的患者纳入本研究。按照随机数字表法均分为观察组和对照组各30例, 观察组男性19例, 女性11例; 年龄24~71岁, 平均(51.11±7.46)岁。对照组男性20例, 女性10例; 年龄

25~70岁, 平均(50.24±7.57)岁。2组患者的性别、年龄等基线资料具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 符合《急症腹部外科学》中的麻痹性肠梗阻诊断标准^[2]; 凡属急性腹膜炎等出现持续性腹胀痛、肠鸣音减弱等可见小肠和结肠均匀胀气者; 知情同意, 签署知情同意协议书; 符合本研究治疗方案。

1.3 排除标准 机械性肠梗阻; 肠系膜血管疾病; 难以配合完成本研究者。

1.4 研究方法 对照组: 常规治疗, 禁食, 营养支持, 纠正酸碱平衡等。肠外营养, 热氮比为100~150:1, 胃管注入石蜡油30 mL, 2次/d。

观察组: 在常规治疗的基础上, 采取中药外敷联合红外线治疗。

护理措施: 减轻腹胀、促进胃肠功能恢复。采用中药外敷联合红外线达到治疗效果。将中药(冰片、玄明粉、石菖蒲、制没药、赤芍、大黄)研制成粉加入食

※ 基金项目: 江西省新余市科技计划项目【No.20173090835】

醋调拌装入到15 cm×15 cm的棉袋内做成封包置于患者以脐为中心部位并联合红外线照射30 min/次, 2次/d, 以达到松解及防止肠粘连作用。

1.5 观察指标 观察患者疗效、再次手术率、并发症发生率、肛门排便排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解时间。

疗效评价^[3]分为痊愈(患者腹部胀痛消失、肛门能够正常排气, 而且肠鸣音恢复)、有效(患者腹部胀痛减轻、肛门排气不畅, 而且肠鸣音弱)和无效(患者临床症状未改善)。总有效率为痊愈率和有效率的和。

1.6 统计学方法 使用SPSS 19.0进行统计学处理, 疗效以百分率表示, 组间比较用秩和检验, 再次手术率、并发症发生率用百分率表示, 组间比较用 χ^2 检验, 肛门排便排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解时间以均数±标准差表示, 组间比较用 t 检验, $P<0.05$ 时差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肛门排便排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解时间对比 观察组肛门排便排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解时间均低于对照组 ($P<0.05$), 见表1。

表1 肛门排便排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解时间对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	肛门排便 排气时间(h)	肠鸣音 恢复时间(h)	腹胀腹痛 缓解时间(d)
观察组	30	21.69±3.49	15.58±6.44	2.68±1.77
对照组	30	44.49±4.35	31.28±7.24	5.59±2.45
t 值		35.782	13.353	9.005
P 值		0.032	0.039	0.044

2.2 疗效对比 观察组总有效率93.33%高于对照组53.33% ($Z=-3.435$, $P<0.05$), 见表2。

表2 疗效对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
观察组	30	17(56.67)	11(36.67)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	7(23.33)	9(30.00)	14(46.67)	16(53.33)
Z 值					-3.435
P 值					0.001

2.3 再次手术率、并发症发生率对比 观察组再次手术率、并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$), 见表3。

表3 再次手术率、并发症发生率对比 [例(%)]

组别	例数	再次手术	并发症
观察组	30	0(0.00)	2(6.67)
对照组	30	7(23.33)	9(30.00)
χ^2 值		7.925	5.455
P 值		0.005	0.020

3 讨论

麻痹性肠梗阻也叫做无动力性肠麻痹, 是因各种

原因影响肠道植物神经系统的平衡, 或影响肠道局部神经传导及肠道平滑肌收缩, 导致肠管扩张蠕动消失^[4-6]。中医研究认为, 肠梗阻属“肠结”范畴, 六淫、七情、饮食不节等均能引起腑气不通^[7-8]。中医学认为, 脐为任脉之神阙穴, 任脉乃奇经八脉之一, 贯穿于十二经脉之间, 为经络之总枢, 气通百脉, 布五脏六腑^[9]。在脐部外敷中药联合红外线护理干预, 通过热敏传导及药液渗透刺激穴位, 可直接改善人体微循环, 防止细菌移位, 促进血液流通、改善肠管血运状态、促进肠蠕动以及对肠黏膜屏障作用有更好发挥, 能够达到通络活血、行腹部气机、改善体内微循环、消除腹胀的效果。本研究结果显示, 观察组总有效率93.33%高于对照组53.33% ($Z=-3.435$, $P<0.05$)。长时间梗阻, 肠腔内的细菌发生移位, 会发生全身性脓毒血症, 严重者危及生命。通过干预, 患者临床症状得到改善, 意义明显。

临床在治疗麻痹性肠梗阻时, 主要以恢复胃肠动力、纠正酸碱平衡为主。结合中医治疗, 活血化瘀、通里攻下, 达到治疗的效果^[10]。中药外敷方法中, 主要成分为冰片、玄明粉、石菖蒲、制没药、赤芍、大黄等, 通过联合红外线治疗, 可以促进水肿消散、改善机体微循环, 缓解患者胃肠功能。本研究结果显示, 观察组肛门排便排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解时间均低于对照组 ($P<0.05$)。患者各指标恢复较快, 及早改善了胃肠功能, 提高了患者的生活质量。中药敷脐治疗简单安全, 无不良反应, 研究结果显示, 观察组再次手术率、并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$)。可见该治疗方法效果较好, 安全性高。

总之, 中药外敷联合红外线治疗麻痹性肠梗阻疗效显著, 患者再次手术率、并发症发生率低, 肛门排便排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀腹痛缓解时间短, 临床应用价值较高。

参考文献

- [1]彭香.中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻 28 例[J].中国中医药现代远程教育, 2014, 12(9):50-51.
- [2]李桂民, 薛明喜, 李晓梅.急症腹部外科学[M].北京:人民军医出版社, 2010:372-374.
- [3]胡凯文, 左明焕.中医恶性不完全性肠梗阻诊疗指南(草案)[A].国际中医药肿瘤大会会刊[C].中华中医药学会, 2007.
- [4]罗亚丽, 李辉映, 钱军, 等.加味六磨汤治疗胸腰椎骨折后麻痹性肠梗阻疗效观察[J].新中医, 2016, 48(4):101-103.
- [5]余斌.泛葡胺治疗急性胰腺炎所致麻痹性肠梗阻 25 例[J].中国中医药现代远程教育, 2012, 10(17):34-35.
- [6]冯洁.分析剖宫产后麻痹性肠梗阻的危险因素及诊疗方法[J].临床医学, 2015, 35(6):87-89.
- [7]易剑锋, 叶蓁蓁, 潘海邦, 等.醋甘遂、复方大承气汤、生长抑素联合治疗麻痹性肠梗阻[J].中国实验方剂学杂志, 2015, 21(10):182-186.
- [8]高敏, 王微, 符思.中西医结合治疗急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻的临床观察[J].环球中医药, 2015, 8(5):546-549.
- [9]单庆顺, 潘玉焕, 章来长.无明确诱因麻痹性肠梗阻 36 例诊治分析[J].北京:人民军医, 2014, 57(11):1233-1234.
- [10]康春博, 刘金洪, 李旭斌, 等.经鼻型肠梗阻导管在急性麻痹性肠梗阻治疗中的应用价值[J].世界华人消化杂志, 2013, 21(24):2470-2474.

(本文编辑:杨杰 本文校对:朱玉梅 收稿日期:2018-02-11)

中药热敷配合穴位按摩 护理小儿泌尿外科排尿功能障碍的疗效[※]

罗 丽

(中国医科大学附属盛京医院小儿泌尿外科, 辽宁 沈阳 110004)

摘要:目的 探讨中药热敷配合穴位按摩护理疗法改善小儿泌尿外科术后早期排尿功能障碍的临床疗效。方法 采用病例对照的研究方法对2016年4月—2017年10月术后早期出现排尿功能障碍的56例患儿进行疗效观察。将患儿按随机数字表分配, 试验组28例, 对照组28例, 其中对照组在术后进行常规护理, 试验组在常规术后护理的同时, 使用中药热敷配合穴位按摩护理, 2组患者均护理1个月。护理结束后计算临床总有效率, 观察患儿术后1个月平均24 h排尿情况。结果 2组患者临床疗效显著, 对照组临床总有效率为82.14% (23/28), 试验组临床总有效率为92.86% (26/28), 试验组总有效率较高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 护理结束后试验组患儿24 h排尿频次和24 h尿失禁频次, 明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 中药热敷配合穴位按摩护理疗法能提高膀胱气化功能, 促进炎症吸收, 明显提高临床疗效, 改善患儿术后早期排尿功能障碍, 临床上值得应用。

关键词: 儿科; 泌尿外科术后; 排尿功能障碍; 中药热敷; 穴位按摩; 护理; 尿闭

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.062

文章编号:1672-2779(2018)-09-0142-03

The Therapeutic Effect of Chinese Medicine Hot Compress Combined with Acupoint Massage Nursing Therapy on Urinary Dysfunction after Urological Surgery in Children

LUO Li

(Department of Pediatric Urology, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effect of Chinese medicine hot compress combined with acupoint massage nursing therapy to improve early urination dysfunction after urological surgery in children. **Methods** A case-control study was conducted to observe the curative effect of 56 children with urinary dysfunction in our hospital from April 2016 to October 2017. The children were assigned according to random digital table. There were 28 cases in the experimental group and 28 cases in the control group. The control group received routine nursing care after operation, while the experimental group used Chinese medicine hot compress combined with acupoint massage nursing at the same time of routine postoperative nursing. The total clinical effective rate was calculated after nursing care, and the average urination rate of 24 hours after 1 month was observed. **Results** The clinical efficacy of the two groups was significant, and the total clinical effective rate of the control group was 64.15%. The total effective rate of the experimental group was 85.90%, which indicated that the total effective rate of the experimental group was higher ($P < 0.05$). After nursing, the number of 24 hours urination and 24 h incontinence in the experimental group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Hot compress and acupoint massage nursing therapy can improve bladder gasification function, promote inflammatory absorption, improve clinical curative effect and improve postoperative voiding dysfunction in children, which is worthy of clinical application.

Keywords: pediatrics; postoperative urological surgery; dysuria; Chinese medicine hot compress; acupoint massage; nursing care; retention of urine

泌尿疾病是临床上的常见疾病类型, 小儿泌尿系统疾病更为常见, 当前由于各种因素的影响, 临床上常见的小儿泌尿系统疾病包括: 尿道畸形、尿道瓣膜及尿道口狭窄、先天性输尿管异常、先天性肾性疾病等, 该类疾患临床多以外科手术为主要治疗手段。随着现代医学技术的突飞猛进, 小儿泌尿外科手术的临床效果及安全性得到一致认可, 但其术后造成的排尿功能异常仍使得临床医生为之困惑, 加之术后伤口愈合不良、诱发感染及患儿依从性较差等诸多不良因素, 因此制定完善确切的护理干预显得尤为重要^[1]。中医护理体现了中医辨证施护的中医特色, 在护理过程中根据患儿体质病情, 采取中药热敷联合穴位按摩的治疗方案, 实现药物透过皮肤直达病位, 促进膀胱气化的

功能恢复, 通过穴位按摩达到疏通经络、调节气血的目的, 从而改善患儿术后症状^[2]。对此临床通过观察临床疗效及患儿排尿功能改善情况, 探究中药热敷配合穴位按摩护理疗法的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2017年3月1日—2017年10月31日于我院住院的泌尿外科术后患儿56例。其中男性38例, 女性18例, 依据随机数字表随机分为试验组和对照组。试验组28例, 男性18例, 女性10例; 平均年龄 (7.36 ± 1.42) 岁。对照组28例, 男性20例, 女性8例; 平均年龄 (8.74 ± 2.04) 岁。2组患者各项基本临床资料相比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 患儿均符合《实用小儿泌尿外科学》^[3]疾病标准, 需行泌尿外科手术, 年龄 ≥ 3 岁, 术后均存在排尿功能障碍; 对研究中的药物不过敏; 试验由我院伦理

※ 基金项目: 国家自然科学基金【No.81701531】

协会予以批准,家长具有知情权并签署知情同意书。

1.3 排除标准 患儿年龄 ≤ 2 岁;无排尿功能障碍;合并严重的肝肾功能损害等;参与试验前行本病相关技术治疗者;试验期间擅自服用其他药物者。

1.4 护理方法 2组患儿均予以我院常规护理,包括术前、术中、术后护理,其中术后护理包括对患儿尿管、输液管、引流管等情况进行检查,安抚、稳定患儿情绪等。试验组在此基础上予以中药热敷配合穴位按摩护理。中药热敷是将普通棉质毛巾放置中药药液中(药物组成为:萹蓄、木通、肉桂、白芷、细辛、羌活各30g),使其充分浸湿、拧干,遂将富含药液的温热毛巾折叠至方形后平铺于下腹部,与膀胱解剖区域相对应,复在其上置一热水袋,以维持毛巾的温度为40~50℃,具体温度以患儿皮肤舒适度为度,热敷时间30 min/次。操作过程中,应时时注意患儿热敷处皮肤色泽变化,避免造成患儿皮肤烫伤。按摩穴位具体为:足三里(双)、三阴交(双)、气海、关元穴。具体操作:顺时针反复按摩2~3次,3~5 min/次,力度由轻到重,以患儿耐受为度,2组患儿均护理1个月。

1.5 观察指标

1.5.1 疗效评价标准 参照《实用小儿泌尿外科学》^[9]在术后1个月进行疗效判定。显效:患儿排尿费力等症状消失,自主排尿功能恢复正常,剩余尿量 < 10 mL;有效:患儿排尿费力等症状显著改善,兼有尿频现象,剩余尿量 ≥ 10 mL,但 < 20 mL;无效:患儿排尿费力等症状未见改善甚至恶化,剩余尿 > 30 mL。临床总有效率=(显效+有效)/例数 $\times 100\%$ 。

1.5.2 24 h排尿情况 记录2组患儿术后近1月内平均24 h排尿频次及尿失禁频次。

1.6 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件进行统计学分析,24 h排尿频次及尿失禁频次等计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用卡方检验,统计值 $P < 0.05$ 为具有统计学差异。

2 结果

2.1 临床疗效比较 治疗后,试验组的临床总有效率优于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者临床总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	28	18(64.29)	8(28.57)	2(7.14)	26(92.86)*
对照组	28	10(35.71)	13(46.43)	5(17.86)	23(82.14)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 24 h排尿频次和24 h尿失禁频次比较 护理后2组患儿24 h排尿频次和24 h尿失禁频次均有降低,试验组的24 h排尿频次和24 h尿失禁频次都明显低于对照组,2组24 h排尿频次和24 h尿失禁频次比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。如表2。

表2 2组患儿24 h排尿频次和24 h尿失禁频次比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	24 h排尿频次	24 h尿失禁频次
试验组	28	护理前	11.88 $\pm$ 2.26	3.99 $\pm$ 0.41
		护理后	5.33 $\pm$ 1.72**	1.03 $\pm$ 0.13**
对照组	28	护理前	11.85 $\pm$ 2.13	3.88 $\pm$ 0.54
		护理后	8.89 $\pm$ 1.12#	2.34 $\pm$ 0.11#

注:与护理前相比,* $P < 0.05$;与对照组同期比较,* $P < 0.05$

3 讨论

尿道畸形、尿道瓣膜、尿道外口狭窄等泌尿系统疾病为现代临床小儿常见疾患,临床主要以外科手术介入治疗为主,进而显著提高治愈率及生活质量,降低其致残率,但其术后并发症给患儿生活、学习等诸多方面造成不同程度的影响,亦影响其躯体健康、心理健康^[4]。例如尿道瓣膜异常是男性患儿排尿异常中最常见的诱因,行瓣膜切除术后仍有部分患儿排尿功能存在不尽人意的后遗症表现,日久再次造成尿失禁、尿分叉等病变。亦存在少数特殊病患,术后排尿功能仍存在障碍,且其病因不明确,针对该类现象,临床医生依旧束手无策,因此应于术后早期及时干预患儿排尿功能的恢复^[5]。传统护理治疗过程中,护理人员缺乏整体调节护理干预的治疗意识,这种护理方式不利于护患关系的发展,极容易降低护理服务的疗效性^[6]。泌尿外科疾病在中医病位责之肾、膀胱,病久涉及肝脾等,因此需时刻注意病变改善程度,及时控制病情,预防疾病转变。中医护理在泌尿疾病中应用较为频繁,其作为中医传统外治手段的同时,亦为现代中医护理技术之经典疗法,尤以术后患儿尿闭或尿失禁症状治疗效果尤佳,通过穴位按摩、药液热敷等途径,可显著改善症状,提高临床疗效及生活质量^[7]。

研究认为小儿泌尿外科术后出现的排尿功能障碍可归属于中医学中“癃闭”“遗尿”等疾病范畴,其发病机制主要为膀胱气化失职,水道通利不畅,痰饮水湿等蓄积于膀胱,发为癃闭;亦或肾阳亏损,气不摄津,形成泄泻^[8]。故临床可通过应用中医护理疗法,辨证施护,增强患儿体质以达到改善术后症状的目的。中药热敷及穴位按摩属于中医护理的常用的方法之一,中药热敷系指药物及热敷干预方式联合应用的治疗手段,使得药效直达病灶,药力与温热效应透过肌肤充分吸收,协助膀胱正常生理功能及时恢复^[9]。中药热敷疗法具有促进排尿的作用,其操作方法简单易行、毒副作用小,深受患者认可赞同,具有临床推广意义。本次试验使用的热敷药物组成为萹蓄、木通、肉桂、白芷、细辛、羌活,其中萹蓄、木通具有利水渗湿之效,肉桂能温补元阳,白芷、细辛、羌活能通窍利水,以上诸药合用能明显改善脾肾功能,化气利水,补肾助阳,有助于患儿恢复。穴位按摩亦是临床常用的中医外治法,是通过刺激相关脏腑经络,以达到调节气血经络,促进机体恢复的作用

[10]。方中气海穴具有疏通原气、通达三焦的作用，可温补肾阳、通利三焦、运化水湿等功效；关元穴为三焦之气所生之处，具有大补元气、补肾益精、协助膀胱气化功能恢复，两者相须为用，共奏恢复三焦气机的疗效，促进膀胱逼尿肌收缩，恢复其正常排尿^[11]。三阴交为足三阴经之交汇穴，可起到健脾益气、运化水湿、疏肝理脾补肾等作用；足三里为足阳明胃经之合穴。现代医学研究表明，针刺按摩等操作作用于足三里穴，可起到补中益气、导气下行、培土化元、宣通气机等临床作用。脾胃互为表里，故以上两穴相配应用，能够调畅气机、通调水道、疏通足三阴经气血，清利机体湿热之邪，存进气血运行调和，膀胱气化恢复，实现通利小便的治疗作用^[12]。现代研究表明，按摩三阴交及足三里穴具有促进膀胱逼尿肌收缩功能，提高逼尿肌张力的功效，从而恢复排尿作用^[13]。

综上所述，中药热敷配合穴位按摩护理疗法改善小儿泌尿外科术后早期排尿功能障碍，疗效显著，可有效减少尿路感染风险，故临床上可推广应用治疗。

参考文献

- [1]黄锦华.中医护理方案在泌尿外科疾病护理中的应用[J].全科护理,2014(14):1293-1294.
- [2]黄莉.浅谈中医护理在泌尿外科疾病的运用[J].医学信息,2014(19):259-259.
- [3]黄澄如.实用小儿泌尿科学[M].北京:人民卫生出版社,2006.
- [4]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.
- [5]王华.探讨先天性小儿尿道下裂患者术后护理[J].中国保健营养(上旬刊),2014,24(2):913.D
- [6]宋宸宇.泌尿外科手术围手术期的中西医结合护理[J].大家健康(中旬版),2014(9):32-32.
- [7]倪志福,汪晓玲,屈振繁,等.小儿泌尿外科术中采用神经电调节改善早期排尿功能障碍的临床研究[J].微创泌尿外科杂志,2016,5(6):356-360.
- [8]赵胜男.中西医结合护理干预在小儿泌尿外科围手术期的应用探讨[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(20):151,154.
- [9]孙洪,须斐,顾玉玲,等.中药包热敷神阙穴改善混合痔术后尿潴留的应用研究[J].护理研究,2013,27(24):2630-2631.
- [10]吴燕,陈秋容,巫倩英,等.生葱热敷联合穴位按摩用于腹腔镜术后尿潴留患者的效果观察[J].中国临床护理,2017,9(3):195-197.
- [11]韩亚杰.泌尿外科疾病的中医护理体会[J].医药前沿,2017,7(3):240-241.
- [12]于江琪.泌尿外科疾病的中医护理体会[J].中国医药导报,2010,7(36):79-80.
- [13]张英,杨卫娟,唐颖,等.穴位按摩在产后尿潴留预防护理中的应用[J].护理研究,2015(17):2122.

(本文编辑:杨杰 本文校对:李京 收稿日期:2018-02-06)

微信平台健康宣教在急性心肌梗死介入手术中的应用※

佟冬雪¹ 于洪宇^{2*}

(1 锦州市中心医院心内科, 辽宁 锦州 121000; 2 锦州医科大学护理学院, 辽宁 锦州 121000)

摘要:目的 探讨微信平台健康宣教对急性心肌梗死介入手术患者的应用效果。方法 分析2015年2月—2017年2月收治的急性心肌梗死介入手术患者60例临床资料,依据宣教方式不同进行分组,对照组30例和观察组30例。观察2组患者急性心肌梗死病情知识掌握程度评分、介入手术认知程度评分情况,以及患者护理满意度和治疗依从性情况。结果 观察组患者急性心肌梗死病情知识掌握程度评分、介入手术认知程度评分均高于对照组,观察组患者护理满意度和治疗依从性均高于对照组, $P < 0.05$,差异有统计学意义。结论 微信平台健康宣教在急性心肌梗死介入手术患者中应用,可以提高患者急性心肌梗死病情知识水平和介入手术认知程度,提高患者满意度和依从性,值得临床推广应用。

关键词:微信平台;健康宣教;急性心肌梗死;介入手术;胸痹;科普

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.063

文章编号:1672-2779(2018)-09-0144-03

Application of Health Education on WeChat Platform in Interventional Operation of Acute Myocardial Infarction

TONG Dongxue¹, YU Hongyu²

(1. Department of Cardiology, Jinzhou Central Hospital, Liaoning Province, Jinzhou 121000, China;

2. Nursing School, Jinzhou Medical University, Liaoning Province, Jinzhou 121000, China)

Abstract: **Objective** To discuss the application effect of health education on WeChat platform in interventional operation of acute myocardial infarction. **Methods** clinical data of 60 cases of AMI interventional operation patients in our hospital from February 2015 February 2017 were analyzed, which was to be divided into two groups by different mission way, with 30 cases in the control group 30 cases in the observation group. The AMI knowledge mastery degree score, minimally invasive surgical cognition score of two group patients, the nursing satisfaction and treatment compliance of two group patients were observed. **Results** The AMI knowledge mastery degree score, minimally invasive surgical cognition score of observation group were higher than those of the control group, the nursing satisfaction and treatment compliance of the observation group were higher than those of the control group $P < 0.05$, and the difference were statistical significance. **Conclusion** The application of AMI interventional operation patients by WeChat platform health education could improve AMI knowledge mastery degree and minimally invasive surgical cognition, increase nursing satisfaction and treatment compliance, and it is worth to be used.

Keywords: WeChat platform; health education; acute myocardial infarction; interventional operation; chest discomfort; popularization of science

急性心肌梗死属于心内科常见类型,其发生是由于持久性严重的心肌缺血,造成心肌细胞急性坏死。

临床症状主要是胸痛、急性循环功能障碍,有心肌损伤、心肌缺血、心肌坏死等心电图改变^[1-2]。随着介入治疗在急性心肌梗死患者应用的成熟和护理学的不断发展和深入,对于急性心肌梗死介入手术患者临床护理方式的探讨也明显增多^[3-4]。在介入手术治疗急性心肌梗

※ 基金项目:辽宁省自然科学基金[No.20170540353]

* 通讯作者:liming982619@126.com

死患者过程中,有效的护理方式不仅保障了患者手术效果,提高患者康复效率。网络信息服务的推广,微信平台是一个具有高度影响力和互动性的信息传播平台,其不仅可以编辑文字,同时还可以添加图片、音频、视频,通过在微信平台中推广健康宣教,促使患者更快、更方便地获得急性心肌梗死介入手术治疗的相关护理知识。本研究通过分析我院2015年2月—2017年2月收治的急性心肌梗死介入手术患者60例临床资料,拟探讨微信平台健康宣教对急性心肌梗死介入手术患者的应用效果,现将结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2015年2月—2017年2月收治的急性心肌梗死介入手术患者60例临床资料进行分析,依据宣教方式不同进行分组,对照组30例,其中男17例,女13例;年龄36~57岁,平均年龄(42.3±4.9)岁;文化程度:小学6例,初中或中专10例,高中或大专11例,大学及以上4例;职业类别:脑力劳动者15例,体力劳动者15例。观察组30例,其中男16例,女14例;年龄37~59岁,平均年龄(42.5±4.5)岁;文化程度:小学7例,初中或中专9例,高中或大专9例,大学及以上5例;职业类别:脑力劳动者17例,体力劳动者13例,本研究经我院道德伦理委员会批准,2组患者在知情同意的前提下进行本项调查,2组患者一般资料比较无统计学差异, $P>0.05$ 。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 针对急性心肌梗死介入手术患者临床特点采用常规护理方法,术后注意做好常规性的饮食指导、生活习惯指导等。

1.2.2 观察组 在对照组急性心肌梗死介入手术患者常规护理方法的基础上,以微信平台作为媒介开展患者的健康宣教工作。首先患者及家属通过扫描微信群二维码的方式进入急性心肌梗死介入手术患者微信群,关注健康宣教的微信公众号,护理人员指导患者参与微信群讨论和学习的方法,学习微信公众号推送健康宣教内容。其中微信群内主要定时发送急性心肌梗死介入手术术后护理常识,包括患者术后建立良好的饮食习惯、生活习惯,康复运动的图片和视频。微信群内主要推送急性心肌梗死基本知识,临床表现、临床溶栓治疗基本方法和过程,医院内检查急性心肌梗死方法,患者术后延续性护理要点,心梗复发的预防和临床表现,出院后的注意事项。2组患者术后1个月,对相关指标进行观察。

1.3 观察指标

1.3.1 病情知识掌握程度、介入手术认知程度评分情况 病情知识掌握程度评分,主要包括患者对于急性心肌梗死形成原因、发病机理、临床治疗基本过程、术后注意事项进行评价,总分100分,分数越高提示患者知识掌握程度越好^[5-6]。介入手术认知程度评分采用问卷调查的方式,分别对急性心肌梗死的介入手术治疗、溶

栓治疗及相关护理要点、健康宣教等相关的知识要点进行评估,评估总分为0~4分,分数越高提示认知度越高^[7-8]。

1.3.2 护理满意度和治疗依从性情况 满意度调查采用问卷调查的方式,急性心肌梗死患者对于介入手术的术前准备、术中护理人员配合、术后护理指导方面进行满意度评价,总分100分,大于80分为满意,反之为不满意^[9]。依从性评价是对患者治疗护理过程中依从配合度进行评价,分为依从和不依从两类,其中依从是患者对于治疗护理工作高度配合或者基本配合,不依从是对治疗护理工作有抵触情绪或者配合度较低^[10]。

1.4 统计学方法 采用统计学软件SPSS 19.0建立数据库,计量资料以均数±标准差表示,计数资料以百分率表示,计量资料采用 t 检验分析,计数资料采用卡方检验分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者急性心肌梗死病情知识掌握程度评分、介入手术认知程度评分情况 见表1。观察组患者急性心肌梗死病情知识掌握程度评分、介入手术认知程度评分均高于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。

表1 2组患者急性心肌梗死病情知识掌握程度评分、介入手术认知程度评分情况 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	急性心肌梗死病情知识掌握程度评分	介入手术认知程度评分
对照组	30	78.8±10.3	2.6±0.5
观察组	30	89.6±8.7	3.5±0.4
t 值		4.39	7.70
P 值		<0.05	<0.05

2.2 2组患者护理满意度和治疗依从性情况 见表2。观察组患者护理满意度和治疗依从性均高于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。

表2 2组患者护理满意度和治疗依从性情况 [例(%)]

组别	例数	护理满意度	治疗依从性
对照组	30	24(80.0)	25(83.3)
观察组	30	29(96.7)	30(100.0)
χ^2 值		13.55	18.22
P 值		<0.05	<0.05

3 讨论

介入手术是治疗急性心肌梗死的方法之一,近年来随着介入手术不断进步和发展,其创伤小、出血少、恢复快等优点,促使其在临床得到广泛推广。急性心肌梗死介入手术患者的术后护理对于患者预后和降低复发率具有重要的意义。传统的健康宣教只是存在于口头教育和发放宣传手册,宣传方式缺乏生动性,内容相对单调。微信在社会交往中得到广泛的使用,手机用户增多,微信的使用也明显增多,微信平台可以作为患者宣教的媒介在临床应用。其可以接受文字、图片、视频、

音频等多种信息,可以帮助患者随时随地学习关于急性心肌梗死的知识、临床治疗基本原理,不受到环境的限制,提高了患者探索医学知识的主动性,提高了健康宣传的效率。微信平台不受到时间、空间上的限制,患者可以根据自己的实际情况,参与健康宣教,可以由一名护理人员对多名患者进行健康宣教,明显地节约了人力资源,提高了患者满意度和依从性。

本研究通过分析我院2015年2月—2017年2月收治的急性心肌梗死介入手术患者60例临床资料,依据宣教方式不同进行分组,对照组30例和观察组30例。观察2组患者急性心肌梗死病情知识掌握程度评分、介入手术认知程度评分情况,观察2组患者护理满意度和治疗依从性情况。结果表明,观察组患者急性心肌梗死病情知识掌握程度评分、介入手术认知程度评分均高于对照组,观察组患者护理满意度和治疗依从性均高于对照组,提示微信平台的应用利于患者认知水平和疾病知识掌握水平提高,更好地接受临床治疗,间接性提高了满意度。另外通过微信平台在急性心肌梗死介入手术患者中的应用,可以及时将医院的相关信息告知患者,及时从患者得到反馈信息,利于患者定期到医院复查,医护人员及时地帮助患者解决疑难问题,让患者放心,提高了护患沟通效率,积累了临床护理经验。

综上所述,微信平台健康宣教在急性心肌梗死介入手术患者中应用,可以提高患者急性心肌梗死病情知识水平和介入手术认知程度,提高了患者满意度和依从性,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]覃桂荣.出院患者延续护理的现状与发展趋势[J].护理学杂志,2012,27(3):89-91.
- [2]Cusack M, Taylor C. A literature review of the potential of telephone follow-up in colorectal cancer[J]. J Clin Nurs, 2010, 19(17-18):2394-2405.
- [3]Cox K, Wilson E. Follow-up for people with cancer: nurseled services and telephone interventions[J]. J Adv Nurs, 2003, 43(1):51-61.
- [4]Chow E, Fung KW, Bradley N, et al. Review of telephone follow-up experience at Rapid Response Radiotherapy Program[J]. Support Cancer Care, 2005, 13(7):549-553.
- [5]Lawn S, Schoo A. Supporting self-management of chronic health conditions: common approaches[J]. Patient Educ Couns, 2010, 80(2):205-211.
- [6]Duffy J R, Hoskins L M. Development and testing of a caring-based intervention for older adults with heart failure[J]. J Cardiovasc Nurs, 2005, 20(5):325-332.
- [7]Wong F K, Chow S, Chan T M. Evaluation of a nurseled disease management programme for chronic kidney disease: a randomized controlled trial[J]. Int J Nurs Stud, 2010, 47(3):268-278.
- [8]Koinberg I L, Fridlund B, Engholm G B, et al. Nurse-led follow-up on demand or by a physician after breast cancer surgery: a randomized study[J]. Eur J Oncol Nurs, 2004, 8(2):109-117.
- [9]王爱琴, 钟世良, 贾赛雄, 等. 电话随访对提高骨折患者手法复位后治疗依从性的作用[J]. 广东医学, 2011, 32(13):1783-1784.
- [10]Livingston P, White V, Hayman J, et al. How acceptable is a referral and telephone-based outcall programme for men diagnosed with cancer? A feasibility study[J]. Eur J Cancer Care, 2006, 15(5):467-475.

(本文编辑:杨杰 本文校对:刘大维 收稿日期:2018-02-02)

中医护理经输尿管软镜下钬激光碎石术后疼痛的效果研究

钟婉露

(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 探讨中医护理在经输尿管软镜下钬激光碎石术后疼痛中的应用价值。**方法** 将接诊的68例经输尿管软镜下钬激光碎石术患者进行分组:试验组和对照2组各34例。所有入选者都采取常规护理手段,试验组加用中医护理措施。综合分析2组术后疼痛的缓解情况,并比较患者满意度。**结果** 试验组术后6 h以及12 h的VAS评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。试验组的患者满意度为97.06% (33/34),明显高于对照组的82.35% (28/34) ($P < 0.05$)。**结论** 经输尿管软镜下钬激光碎石术后疼痛中积极采用中医护理措施,有助于减轻患者的疼痛感,提高满意度。

关键词: 钬激光; 中医护理; 输尿管软镜; 石淋

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.064

文章编号:1672-2779(2018)-09-0146-03

Study on the Postoperative Pain of Holmium Laser Lithotripsy under Soft Ureteroscopy

ZHONG Wanlu

(Urology Department, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: Objective To explore the application value of traditional Chinese medicine nursing in the postoperative pain of holmium laser lithotripsy under ureteroscope. **Methods** In this hospital, 68 cases of holmium laser lithotripsy under ureteroscopy were divided into the experiment group and the control group, with 34 cases in each group. All the candidates adopted conventional nursing methods, and the experimental group supplemented with traditional Chinese medicine nursing measures. The postoperative pain relief of the two groups was comprehensively analyzed, and the patient satisfaction was compared. **Results** The VAS scores of 6h and 12h after surgery in the experiment group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). The satisfaction of patients in the experimental group was 97.06%, which was significantly higher than 82.35% in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The traditional Chinese medicine nursing in the postoperative pain of holmium laser lithotripsy under ureteroscopy is helpful to reduce the pain and improve the satisfaction.

Keywords: holmium laser; traditional Chinese medicine nursing; ureteroscope; urolithic stranguria

作为全球性疾病中的比较常见的一种,泌尿系结石乃泌尿外科疾病,在中医学中被纳入“淋证”等范

畴,常由外感湿热和饮食不洁所致,并以疼痛剧烈难忍、血尿以及辗转不安等为主症,可对患者的身体健

康造成较大创伤^[1]。现阶段,经输尿管软镜下钬激光碎石术乃本病的一种重要治疗手段^[2],效果好,但患者在术后比较容易出现疼痛感,使得其预后效果降低。对此,本研究将着重探讨中医护理在经输尿管软镜下钬激光碎石术后疼痛中的应用效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年10月—2017年9月本院接诊且行经输尿管软镜下钬激光碎石术治疗的患者68例,随机分成2组:试验组和对照组各34例。其中,试验组男性19例,女性15例;年龄为18~75岁,平均(41.6±7.2)岁;输尿管结石者21例;肾结石者13例。对照组男性18例,女性16例;年龄为19~76岁,平均(41.8±7.0)岁;输尿管结石者22例;肾结石者12例。比较2组的结石类型等基线资料, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 护理方法 试验组和对照组2组患者在术后均实行常规护理,内容包括:基础生命体征监测,严格遵医嘱指导患者用药,病情观察,饮食干预,并发症预防及护理等。此外,试验组再加用中医护理措施,详细如下。

1.2.1 向患者提供体穴针刺护理 对于精神紧张、病情严重、疲劳以及饥饿患者来说,不宜对其施以针刺治疗。针刺前,全面评估患者的病情和机体状况,做好相关穴位的消毒处理工作,并指导患者取最舒适的体位。针刺时,尽量避开血管,合理掌握针刺的深度、方向以及角度。选择患者的双侧阳陵泉穴、关元穴、肾俞穴、中脘穴、三阴交穴以及足三里穴等进行针刺,刺入皮肤之后需捻转得气,然后再行泻法,亦或者是配合电针治疗,每10 min行针1次,并留针约30 min。若疼痛缓解的情况不明显,需适当延长患者针刺治疗的时间。

1.2.2 合理应用耳穴埋籽法 仔细检查患者的耳廓皮肤是否完整,对于耳廓皮肤完整的病患,需利用75%酒精棉签彻底消毒其耳廓皮肤,并在脱脂处理后,选择患者的双耳三焦、肾、膀胱、肾上腺、输尿管、交感以及尿道等穴位,在明确患者既往无胶布过敏史之后,再利用胶布(0.7 cm×0.7 cm)于所选穴位上各固定1粒王不留行籽。每日按时对患者的上述耳穴进行科学的按压,3~5次/d,每个穴位每次需要按压3 min,并以患者的耳廓出现发胀发热感为宜^[3]。

1.2.3 对患者进行辨证施护 选择薏苡仁、金钱草、五灵脂、鸡内金、蒲黄、石韦以及通草等中药对患者进行治疗,以起到排石通淋、清利湿热以及行气活血的作用。对于膀胱湿热型病患,需保持室内凉爽干燥,嘱咐饮食尽量清淡,易消化,可多食用一些具有利湿功效的食物,比如冬瓜、芹菜以及黄瓜等,此外,亦可予以薏苡仁绿豆汤,叮嘱禁食肥甘厚腻以及辛辣性的食物。对于肾气亏虚型病患,需嘱咐多休息,保持室内温暖向阳,切勿多劳累,可多食用具备补益脾肾

功效的食物,比如黄芪和枸杞子等,并禁食油腻以及生冷食物。对于肾阴不足病患,需保持病室的凉爽清净,鼓励多饮水,可多喝绿茶,禁食肥甘厚腻的食物,同时指导其做适量的有氧运动,以增强机体抵抗力,促进病情恢复^[4]。

1.2.4 情志护理 建立和谐、友好的护患关系,积极对患者进行健康教育。对于疼痛发作的病患,护士需保持和蔼的态度,面带微笑,并耐心倾听患者倾诉,指导更换最舒适的体位,与此同时,还应让患者做深呼吸运动,以放松全身肌肉,减轻疼痛感。鼓励患者采取转移注意力的方法缓解焦虑、紧张等不良情绪,比如观看电视节目、和家人聊天以及听音乐等。

1.3 观察指标 利用视觉模拟评分量表(VAS)^[5]评价2组术后不同阶段的疼痛程度。分值越高,提示疼痛越剧烈。采取问卷调查的方式,对2组进行干预效果满意程度的调查:不满意,0~69分;基本满意,70~90分;满意,90~100分。

1.4 统计学方法 以统计学软件SPSS 20.0分析,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,经 t 检验;以(%)表示计数资料,经 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛程度比较 术后1 h,试验组的VAS评分和对照组比较无显著差异, $P>0.05$ 。术后6 h以及12 h,试验组的VAS评分均明显低于对照组,组间差异显著, $P<0.05$ 。如表1。

表1 2组疼痛程度对比 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术后1 h	术后6 h	术后12 h
试验组	34	6.74±1.32	3.17±1.46	1.84±0.92
对照组	34	6.81±1.35	5.02±1.93	3.45±1.61
t 值		0.2162	4.4575	5.0627
P 值		0.8295	0.0000	0.0000

2.2 满意度比较 问卷调查结果显示,试验组的满意度97.06%,明显高于对照组的82.35%,组间差异显著, $P<0.05$ 。如表2。

表2 2组满意度对比 [例(%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	满意度
试验组	34	18(52.94)	15(44.12)	1(2.94)	33(97.06)
对照组	34	11(32.35)	17(50.00)	6(17.65)	28(82.35)
χ^2 值					11.7153
P 值					0.0006

3 讨论

现阶段,对于泌尿系结石的治疗临床可采取经输尿管软镜下钬激光碎石术,此术式具有并发症少、创伤小以及术后病情恢复快等特点,不仅有助于抑制患者病情的进展,同时还能有效改善其生活质量^[6]。但有报道称,患者在术后比较容易因局部炎症介质浸润以及创口组织粘连水肿等因素的影响而产生疼痛感。相

关研究表明,对于取石彻底的患者来说,其术后疼痛症状比较轻微,可通过采取转移注意力、做深呼吸运动等方式进行缓解。但对于取石不彻底的患者来说,可能会因为残石再次嵌顿摩擦而导致较剧烈的疼痛,使得其无法忍受。对此,我们需要积极采取针对性较高的措施对术后疼痛患者进行有效的干预,以尽可能地帮助其减轻疼痛程度。中医护理是一种基于中医辨证施护理念的护理手段,在临床上具有非常广泛的应用,可通过情志护理、耳穴埋籽法、辨证施护以及针刺疗法等方式,帮助患者减轻疼痛,提高住院期间的生理和心理舒适度。有报道称,在常规护理的基础之上,对接受输尿管软镜下钬激光碎石术治疗的患者辅以中医护理,可显著减轻其术后疼痛感,改善预后,提高护理满意度。本研究结果表明,试验组术后6 h以及12 h的VAS评分明显比对照组低,组间差异显著 ($P <$

0.05);试验组的患者满意度明显比对照组高,组间差异显著 ($P < 0.05$)。

综上所述,合理应用中医护理方案,可显著减轻经输尿管软镜下钬激光碎石术后患者的疼痛程度,并有助于改善患者的预后,减少护理纠纷的发生风险。

参考文献

- [1]环汝利.经输尿管软镜下钬激光碎石术后疼痛的中医护理观察[J].云南中医中药杂志,2015,36(1):96-97.
- [2]汤菊芬,方海丽.皮肾镜及输尿管镜钬激光碎石微创术中医护理体会[J].云南中医中药杂志,2015,36(1):106.
- [3]汤朝秀.312例肾中、下盏入路经皮肾输尿管镜钬激光碎石术的中医护理[J].中国医药指南,2013(2):347-348.
- [4]彭静.经肾镜气压弹道碎石术治疗肾结石的中医护理[J].医药前沿,2013(15):261-261.
- [5]高小平,李玉梅,赵彬芳,等.护理干预对经皮肾镜钬激光碎石术后患者疼痛的影响[J].临床误诊误治,2010,23(11):1096-1097.
- [6]孙育华,唐美艳,陈金鑫,等.个体化护理对经皮肾镜钬激光碎石术后切口疼痛及使用止痛药物的影响[J].医学信息,2014(11):138-139.

(本文编辑:杨杰 本文校对:毕建斌 收稿日期:2018-01-19)

中医护理管理中特色护理质量评价的应用

肖莉芬

(江西省南昌市社会福利院老年科,江西 南昌 330025)

摘要:目的 分析中医特色护理质量评价在中医护理管理工作中的应用效果。方法 将46名中医护理人员平均分为试验组和参照组,参照组采用常规护理管理模式,试验组在参照组的基础上实施中医特色护理质量评价。将护理管理实施前和实施后2组中医护理人员的综合护理管理质量评分进行对比,并比较患者对2组护理人员的护理服务的满意度。结果 实施护理管理前,2组的综合护理质量评分无明显差异, $P > 0.05$;实施中医护理管理后,试验组的综合护理质量评分 (93.24 ± 2.43) 分高于参照组 (88.24 ± 3.41) 分, $P < 0.05$ 。患者对试验组护理人员的满意度95.65% (22/33) 高于参照组73.91% (17/23), $P < 0.05$ 。结论 在中医护理管理中实施中医特色护理质量评价,护理人员的护理水平和护理质量得以提高,且患者的满意度较高。

关键词: 中医护理; 中医特色; 护理质量评价

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.065

文章编号:1672-2779(2018)-09-0148-03

Application of Characteristic Nursing Quality Evaluation in Traditional Chinese Medicine Nursing Management

XIAO Lifan

(Geriatric Department, Nanchang Social Welfare Institute, Jiangxi Province, Nanchang 330025, China)

Abstract: **Objective** To analyze the application effect of TCM characteristic nursing quality evaluation in nursing management in traditional Chinese medicine management. **Methods** 46 TCM nursing staff were average divided into experimental group and control group. The control group used routine nursing management mode, and the experimental group applied characteristics of traditional Chinese medicine nursing quality evaluation on the basis of the control group. The nursing management quality score was compared between two groups of TCM nurses before and after the implementation of nursing management, and the satisfaction of the nursing staff of the two groups was compared. **Results** There was no significant difference between the two groups before the nursing management. After the implementation of TCM nursing management, the comprehensive nursing quality score of the experimental group (93.24 ± 2.43) was higher than (88.24 ± 3.41) of the control group $P < 0.05$, and the difference was statistically significant. The patients' satisfaction with the nurses in the experimental group (95.65%) was higher than that of the control group (73.91%) $P < 0.05$, and there was statistical difference between the two groups. **Conclusion** In the nursing management of traditional Chinese medicine, the quality evaluation of TCM characteristics was carried out, and the nursing level and quality of nursing staff were improved. The patients' satisfaction is higher.

Keywords: traditional Chinese medicine nursing; traditional Chinese medicine characteristics; nursing quality evaluation

近年来,医疗水平提高,中医院对护理管理工作的重视力度加大。护理质量的高低可以体现护理人员的护理能力的高低,而中医院的护理管理水平也可以通过护理质量来体现。为了向患者提供更加优质的护

理服务,中医院应采取更加科学和高效的护理管理模式,使护理管理工作规范化,提升护理人员的服务质量,提升护理质量,从而提升患者的满意度^[1]。本研究将我院的46名护理人员分为2组,在中医护理管理中分

别实施常规护理管理模式、中医特色护理质量评价,就2种护理模式的应用效果展开对比分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我院的46名女性中医护理人员作为研究对象,分为参照组和试验组,每组23名。试验组中,副主任护师1名,主管护师2名,护师6名,护士14名;年龄22~46岁,平均(33.46±3.53)岁;工龄1~21年,平均(10.31±1.23)年;研究生2名,本科12名,大专6名,中专3名。参照组护士13名,护师6名,副主任护师1名,主管护师3名;年龄21~45岁,平均(33.25±3.16)岁;工龄1~20年,平均(11.05±1.02)年;本科13名,中专3名,大专6名,研究生1名。2组的基本资料比较差异较小, $P>0.05$,差异无统计学意义。

1.2 护理管理方法 参照组:应用常规的护理管理模式,主要包括对护理人员的中医基础理论知识的掌握程度、常见病的中医护理工作和辨证施护管理工作的管理水平和操作技能等进行考核。

试验组:在常规护理管理的基础上实施护理质量评价模式,在中医护理工作指南^[2]的指导下进行护理质量评估,由考核人员对护理人员的中医护理健康教育质量、对常规中医护理知识和操作技能的掌握和运用程度、中医护理的实施效果等方面进行评价,详细评价管理方法为:

(1) 访谈患者:考核团队对患者进行访谈,对患者的住院环境、病情控制、饮食和用药指导、康复护理、情志护理等中医护理情况进行充分了解,考察患者对以上中医护理各方面内容的了解和掌握程度,由此来评判患者对护理人员的中医护理服务的满意程度。

(2) 访谈护理人员:考核小组对护理人员进行访谈,考察护理人员对中医基本护理知识的掌握以及运用情况,所考核的内容包括中医疾病症候分型、中医重点护理内容、辨证护理的方法等,注意护理人员的回答,根据其回答进行评估。

(3) 检查现场:由考核小组的人员不定期对护理人员的护理工作进展情况进行现场检查,了解护理人员对护理项目的记录、中医护理操作实施、中医诊疗仪器的使用、患者病房环境的护理、对中药药物用法用量的掌握情况、推拿按摩手法和力度是否到位等^[3],发现其工作中存在的问题,检查护理文书是否规范化书写,对患者的病例记录是否准确、完整等。

(4) 整改措施:考核组成员根据考核的结果,分析和整理中医护理管理工作中出现的问题,与科室主管人员进行沟通,共同探讨解决问题的方法,提出具有针对性和可行性的应对措施,强化对护理人员的培训,提高其对中医护理知识和中医护理相关操作技能的掌握以及运用程度,从而提高其护理服务质量。

1.3 观察指标 (1) 对比分析护理管理前后2组护理人

员的综合护理管理质量评分包括中医护理常规应用、中医护理技术操作水平、中医护理健康教育等内容,共100分,分值越高,表明护理工作质量越好;(2) 比较患者对2组护理人员护理服务的满意程度,采用我院自制的护理满意度评分表来评估满意度,让患者根据表格自行填写,满分为100分,超过90分表明非常满意,75~89分表明满意,60~74分为一般,低于60分则为不满意。以满意率和非常满意率之和为满意度。

1.4 统计学方法 采用SPSS 18.0统计学软件分析研究所得数据,以(%)表示计数资料,行 χ^2 检验;以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,行 t 检验。若 $P<0.05$,则组间差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 护理前后2组的护理质量综合评分对比 护理实施前,试验组的护理质量综合评分为(72.31±5.26)分,参照组为(73.21±5.14)分, $P=0.06$, $t=0.58$,差异无统计学意义;实施护理管理后,试验组的综合评分为(93.24±2.43)分,参照组为(88.24±3.41)分, $t=5.72$, $P=0.00$,差异存在统计学意义。

2.3 2组护理满意度对比 如表1所示,试验组的护理满意度为95.65%,高于参照组73.91%, $P<0.05$,2组间存在统计学差异。

表1 患者对2组护理人员的护理服务的满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	满意度
试验组	23	15(65.22)	7(30.43)	1(4.35)	0(0.00)	22(95.65)
参照组	23	11(47.82)	6(26.09)	4(17.39)	2(8.70)	17(73.91)
χ^2 值		1.41	0.10	2.01	2.09	4.21
P 值		0.23	0.74	0.15	0.14	0.04

3 讨论

中医以研究人体的生理特征和病理特点为主,兼顾疾病的诊断、预防以及治疗。伴随着医疗服务事业的发展以及人们生活水平的提高,人们对健康的重视意识提高,更加注重健康和养生,而中医在养生方面起到良好的作用。中医护理的基本特点是统一完整性和辨证施护,统一完整性强调人体是有机的整体、人与自然界的统一性。中医护理强调“七分养,三分治”,坚持“预防重于治疗”的原则,在保健、亚健康的改善以及疾病的治疗方面均具有积极的作用^[4]。近年来,由于人们对医护服务的质量要求越来越高,这就要求中医院不断提高和改善中医医疗服务。此外,由于护理工作医疗服务的重要组成部分,患者治疗效果的提高离不开科学有效的护理措施,因此,医院应对中医护理管理工作给予高度重视,通过优化护理管理体系来提高护理人员的护理服务水平,从而提升患者的满意度和信任度。

有相关数据显示,先进、系统的中医护理质量评价在提高管理水平和护理质量方面起到促进作用。因此,本研究将中医护理人员分组,参照组实施常规护

理管理模式,但研究表明该模式下护理人员的护理管理水平不高,且服务质量也较低^[5]。而本研究中的试验组以常规的中医护理管理为基础,实施中医特色护理质量评价,由考核人员对患者和护理人员进行访谈,通过访谈评价护理人员对中医护理基础知识的掌握程度,并评估患者对护理员的护理服务的满意程度。在护理人员开展护理工作时对其进行现场检查,以此来检测和评估护理人员对相关中医护理技术操作的运用效果^[6]。访谈以及现场检查结束后,考核小组对护理人员中医护理管理工作中存在的问题和应该改进之处进行分析,拟定出科学合理的应对措施,加强对护理人员职业技能的培训,提升护理人员的服务能力,从而使患者的满意度得以提高^[7]。通过实施中医特色护理质量评价,中医护理团队改进管理工作中的不足,在实践中找到提高中医护理管理水平的有效途径。本研究表明,实施中医护理管理后,和参照组相比,患者对试验组护理人员的满意度更高(95.65% > 73.91%), $P < 0.05$,差异具有统计学意义。较之参照组(88.24±3.41分),试验组的综合护理管理质量评分

(93.24±2.43分)较高, $P < 0.05$,差异存在统计学意义,该结果与黄春霞等^[8]的研究结果相似。

综上所述,将中医特色护理质量评价应用于中医护理管理中,不但可以提高护理人员的护理管理质量,还可以提高其护理服务水平,患者的满意度较高,推荐实施该护理管理模式。

参考文献

- [1]唐征.护理质量评价在中医护理管理中的应用效果分析[J].中医临床研究,2015,7(5):132-133.
- [2]彭长燕.护理质量评价在中医护理管理中的应用效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(10):154,156.
- [3]张巧蓉,李艳萍,胡妍,等.护理质量评价在中医护理管理中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(19):112-113.
- [4]李晓阳.护理质量评价在中医护理管理中的应用效果观察[J].中国卫生产业,2016,13(29):147-149.
- [5]赵香兰.护理质量评价在中医护理管理中的应用价值探讨[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(21):133-135.
- [6]王立梅.护理质量评价在中医护理管理中的应用效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(7):100-101.
- [7]赵雯.护理质量评价在中医护理管理中的应用价值分析[J].中医临床研究,2015,7(5):117-118.
- [8]黄春霞,陈英.中医特色护理质量评价在中医护理管理中的应用[J].中医药管理杂志,2015,23(21):67-69.

(本文编辑:杨杰 本文校对:王佳女 收稿日期:2018-02-09)

冬病夏治穴位贴敷及护理干预慢阻肺的临床观察

张明利

(中国医科大学附属第一医院重症医学,辽宁 沈阳 110000)

摘要:目的 探讨慢阻肺患者治疗中采取“冬病夏治”穴位敷贴及护理的临床疗效。方法 将68例慢阻肺患者随机分为2组(各34例),对照组实施常规护理,研究组实施“冬病夏治”穴位敷贴配合护理干预,对比2组治疗前后的肺功能改善情况及临床疗效。结果 治疗后2组各项肺功能指标均有明显改善($P < 0.05$);研究组治疗后的 PCO_2 、 TCO_2 、BE值明显低于对照组, PO_2 、THbc值明显高于对照组($P < 0.05$)。研究组总有效率94.12%(32/34)明显高于对照组79.41%(27/34)($P < 0.05$)。结论 “冬病夏治”穴位敷贴配合护理干预治疗慢阻肺能够有效改善患者的肺功能,提高临床疗效。

关键词: 穴位敷贴;冬病夏治;慢阻肺;护理;肺胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.066

文章编号:1672-2779(2018)-09-0150-03

Clinical Observation on Acupoint Application of Treating Winter Disease in Summer and Nursing of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ZHANG Mingli

(Intensive Care Unit Department, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: Objective To discuss the clinical effect of acupoint application of treating winter disease in summer and nursing of chronic obstructive pulmonary disease. **Methods** 68 cases of chronic obstructive pulmonary disease patients were randomly divided into two groups with 34 cases in each group. The control group used routine nursing. The study group received acupoint application of treating winter disease in summer and nursing. The pulmonary function before and after treatment and the clinical curative effect were compared. **Results** After treatment, the lung function indexes of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the PCO_2 , TCO_2 and BE value in the study group were significantly lower than those in the control group after treatment, and the value of PO_2 and THbc in the study group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). The total effective rate of the study group was 94.12%, which was significantly higher than 79.41% of the control group of ($P < 0.05$). **Conclusion** The acupoint application of treating winter disease in summer and nursing of chronic obstructive pulmonary disease can effectively improve the lung function and the clinical effect.

Keywords: acupoint application; treating winter disease in summer; chronic obstructive pulmonary disease; lung-distension

慢阻肺是临床常见的肺部疾病,其临床表现以呼吸困难、胸闷气短、喘息、咳嗽咳痰为主,严重时引

发肺心病、呼吸衰竭,给患者的生命安全造成严重威胁^[1]。临床实践显示西医常规治疗慢阻肺的疗效十分有

限,有报道^[2],中医“冬病夏治”理论结合穴位敷贴治疗慢阻肺具有较好的效果。现将慢阻肺患者治疗中采取“冬病夏治”穴位敷贴的护理体会及效果总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年3月—2017年3月我院收治的68例慢阻肺患者。使用随机数字表法分为2组(各34例):对照组男20例、女14例;平均年龄(61.2±10.4)岁;病程3~36年,平均(12.8±4.8)年。研究组男19例,女15例;平均年龄(60.8±9.9)岁;病程2~37年,平均(13.2±5.4)年。2组一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 符合《慢性阻塞性肺疾病诊断指南》^[3]。

1.3 纳入标准 符合诊断标准;患者自愿参与研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 其他原因引起的喘息、咳嗽、肝肾功能、心功能障碍者;慢性支气管炎者;哺乳期、妊娠期患者。

1.5 护理方法 对照组实施常规治疗与护理:吸氧、抗炎、祛痰、机械通气,应用糖皮质激素等。

研究组实施“冬病夏治”穴位敷贴配合护理干预。
(1) 穴位敷贴法:取肺俞穴、膻中穴、脾俞穴、肾俞穴、膏肓俞穴。取延胡索3 g,甘遂3 g,细辛2 g,洋金花6 g,白芥子6 g,苦杏仁6 g,麻黄6 g研磨成粉,加姜汁调成糊状,制成饼状,然后将其贴敷于上述穴位,以医用胶布固定。入伏当日开始贴敷,2 h/次,每隔10 d贴敷1次,共3次。
(2) 护理干预方法:①心理干预。大多数患者对中医“冬病夏治”理论的实践效果都将信将疑,同时还会担心夏季贴敷可能会造成皮肤过敏、局部感染等并发症。为打消患者顾虑,提高患者的治疗依从性,护理人员要积极地对患者进行心理干预。使用通俗易懂的语言向患者解释夏季贴敷治疗慢阻肺的原理、方法、注意事项、效果等,提高患者对“冬病夏治”的认知水平,从而积极地配合临床工作。②病情观察。在患者进行贴敷期间,护理人员要密切监测患者的局部反应情况。对于年老体弱者,可适当缩短贴敷时间,每次2~4 h为宜,对于耐受力较好的中年患者,则可贴敷5~6 h。对于特殊体质者、对敷药敏感者,如果在贴敷后,局部有大片的、明显的潮红,且患者有严重的热辣、烧灼感,则要提前去除贴敷药物。若贴敷后,患者无明显不适感,或仅有微痒感,则可适度延长贴敷时间(≤ 8 h)。③局部护理。在贴敷中药后,患者会有轻度的灼热感,要告知患者这是正常反应。贴敷后将药物取下,皮肤出现潮红是药物起效的表现。如果患者局部有严重的潮红、疼痛,

则要使用酒精棉球对局部进行擦洗,以缓解疼痛不适感,避免起疱。并嘱患者不得挠抓,以免感染。对于贴敷后出现较大水泡者,则要对局部进行消毒,然后用注射器将水泡中的渗液吸出,保持局部干燥,以利于创面愈合。④营养护理。禁食刺激、生冷、辛辣之物,海鲜、肥甘厚味等,饮食要清淡,营养丰富,多吃新鲜水果蔬菜。

1.6 观察指标 (1) 治疗前后,分别对2组肺功能指标二氧化碳分压(PCO_2)、氧分压(PO_2)、二氧化碳总量(TCO_2)、血液中碱分子残留量(BE)、血红蛋白(THbc)进行记录。(2) 根据患者临床症状的变化进行疗效评价:临床症状消失或显著减轻,中医证候积分至少减少70%为显效;临床症状有效减轻,中医证候积分减少30%~70%为有效;中医证候积分降幅不足30%,临床症状无改善甚至有加重为无效。

1.7 统计学方法 使用SPSS 20.0软件,计数资料(%)比较用 χ^2 检验,计量资料($\bar{x}\pm s$)比较用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗前后肺功能指标比较 2组治疗前各项肺功能指标无显著差异($P>0.05$),治疗后2组各项肺功能指标均有明显改善($P<0.05$),研究组治疗后的 PCO_2 、 TCO_2 、BE值明显低于对照组, PO_2 、THbc值明显高于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 2组治疗前后肺功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	PCO_2 (mmHg)	PO_2 (mmHg)	TCO_2 (mmol/L)	BE(mmol/L)	THbc(g/L)
研究组	34	治疗前	60±15	70±11	41.5±12.3	11.5±1.6	130±20
		治疗后	38±12 ^a	89±16 ^a	30.2±8.3 ^a	5.5±1.3 ^a	145±17 ^a
对照组	34	治疗前	61±16	71±15	40.9±11.5	10.9±1.7	129±18
		治疗后	48±13 ^a	76±14 ^a	37.4±11.2 ^a	9.4±1.4 ^a	135±16 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$

2.2 2组临床疗效比较 研究组总有效率94.12%,明显高于对照组79.41%($P<0.05$)。见表2。

表2 2组临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	34	11	21	2	94.12
对照组	34	8	19	7	79.41
χ^2 值					9.422
P 值					<0.05

3 讨论

慢阻肺在中医学中属“咳嗽、喘证、肺胀”范畴,本病在发病之初多由邪入肺部所引起,继而可累及脾肾,所以本病以外邪、血瘀、痰浊为标,以肾虚、肺虚、脾虚为本^[4]。(下转第155页)

从中西医结合角度建立类风湿关节炎的 细胞和动物模型※

薛崇祥 韩蕊 何世勇 肖楠 张琳*

(大连医科大学中西医结合研究院/中西医结合学院, 辽宁 大连 116044)

摘要: 随着对类风湿关节炎研究的深入, 类风湿关节炎细胞模型和动物模型被广泛运用于类风湿关节炎发病机制研究和抗类风湿新药的研发。细胞模型和动物模型模拟人类疾病状态的程度以及评价方法的可靠性和准确性直接影响实验研究结果的价值。查阅相关文献, 从造模方法、造模机制、评价指标及方法优劣等方面对类风湿性关节炎的实验模型进行综述, 为建立与人类类风湿性关节炎高度相似的类风湿性关节炎模型提供参考。

关键词: 类风湿性关节炎; 细胞模型; 动物模型; 综述; 痹症

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.067

文章编号: 1672-2779(2018)-09-0152-04

Establishment on the Cellular and Animal Models of Rheumatoid Arthritis from the Perspective of Integrated Medicine

XUE Chongxiang, HAN Rui, HE Shiyong, XIAO Nan, ZHANG Lin

(College of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine/Institute of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116044, China)

Abstract: For the further research on rheumatoid arthritis, the study of rheumatoid arthritis mechanism and anti-rheumatoid drugs highly depends on effective cell models and animal models. The degree of similarity of cell models and animal models to human disease status and the accuracy and reliability of evaluation methods of them directly influence the value of the results of experiments. The related literatures of rheumatoid arthritis were reviewed and summarized from their modeling methods, modeling mechanism, evaluation index, merits and demerits, which will provide reference for establishing RA models that are similar to human RA.

Keywords: rheumatoid arthritis; cell model; animal models; review; arthromyodynia

类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA) 是指一种以慢性、对称性多关节炎为主要特征的、原因不明、全身性炎症改变的自身免疫性疾病^[1]。滑膜炎的持久反复发作, 导致关节软骨及骨质破坏, 最终导致关节畸形及功能障碍; 在中医上属于“痹症”范畴。随着类风湿关节炎研究的深入, 出现了很多不同的类风湿关节炎的研究模型。本文通过查阅文献资料, 就类风湿关节炎的细胞和动物建模方法、造模机制、评价指标及方法优劣等方面的研究作一简要综述。

1 类风湿关节炎细胞模型与检测指标

类风湿关节炎细胞模型的建立是进行类风湿关节炎细胞体外研究的基础, 是类风湿关节炎实验研究的重要组成部分^[2]。

高皖皎等^[3]用胶原酶法分离获取AA-FLS细胞进行原代培养, 观察各代细胞形态特征, 免疫细胞化学方法鉴定细胞; CCK-8法检测AA-FLS与正常大鼠FLS的增殖活性差异; ELISA测定细胞TNF- α 和比IL-1 β 的分泌水平; Hochest33258法考察细胞凋亡状态; Western Blot

检测AA-FLS细胞线粒体凋亡通路重要调控蛋白Bcl-2和Bax及Pro-Caspase-3和Cleave-Caspase-3的表达水平。

杨亚旭等^[4]选择类风湿关节炎滑膜成纤维细胞培养至3~7代, 流式细胞术检测细胞表面标记抗体, 验证为RA-FLS细胞。待细胞增殖至适当数目后接种于六孔板中, 除空白对照外其余各孔加入10ng/mL TNF- α 诱导RA-FLS细胞成为异常增殖的类风湿关节炎细胞模型。MTT法检测细胞增殖情况; Western Blot检测不同处理组Wnt-1、P-catenin、C-myc及DKK-1蛋白的表达情况。

宁乔怡等^[5]通过细胞培养, 在体外构建类风湿关节炎滑膜成纤维细胞模型。将类风湿关节炎患者的滑膜组织原代培养, 经传代去除杂质后, 获取纯净的FLS, 采用波形蛋白检测, 鉴定 FLS。取3~5代对数生长期细胞用于后期实验。

彭孝武等^[6]建立AIA大鼠滑膜成纤维细胞和单核细胞共培养诱导破骨样细胞模型。先建立AIA大鼠模型, 取其双侧膝关节滑膜组织, 单核细胞作为诱导形成OLC的前体细胞, 将传代至3~5代的SFs制备成细胞悬液, 培养, 诱导生成具有典型破骨细胞特征的OLC, 经抗酒石酸酸性磷酸酶 (TRAP) 染色阳性的多核 (≥ 3 核) 细胞为OLC。

马莎等^[7]比较胶原酶消化法、改良组织块法、双酶消化法三种方法对RASFs细胞进行培养, 采用倒置相差

※ 基金项目: 国家自然科学基金项目【No.81403306】; 中国博士后基金项目【No.2017M611241】; 辽宁省大学生创新创业项目【No.2017101610100051】

* 通讯作者: zhl8247@163.com



显微镜观察细胞形态及生长特性,以Vimentin组织化学法进行鉴定,台盼兰计数培养14天后所得活细胞数目。结果发现改良组织块培养法能最大限度地利用滑膜组织,获得最多数量原代RASFs细胞,是建立体外类风湿关节炎细胞模型最高效、快捷的方法。

2 类风湿关节炎动物模型

2.1 西医

2.1.1 II型胶原蛋白诱导大鼠类风湿关节炎造模方法 首先用75%的乙醇擦拭大鼠尾根部皮肤,然后将该乳剂于大鼠尾根部皮内从基底部2 cm于尾根部皮下注射0.1 mL致炎。21天后按0.1 mL/只,再于尾根部皮下加强免疫1次。

为了保证免疫条件的齐同性,各组均在同一时间免疫,即以免疫时间为基准点。然后开始CIA诱导致炎。一般大鼠免疫10天起相继出现踝关节肿胀,行动迟缓、跛行。正常对照组食欲、活动、大便正常,背毛光泽,反应灵活^[8-11]。

2.1.2 佐剂性关节炎动物模型 按佐剂的不同分为完全佐剂(CFA)和不完全佐剂(IFA),其中CFA使用最多。

完全佐剂是将无水羊毛脂与液体石蜡按1:2的比例配成1 mL混合液,高压灭菌后加入10 mg在80℃灭活1 h的减毒卡介苗或干燥结核菌制成。造模大多选取雄性大鼠等动物,注射方法采用后足跖部或尾根部皮内注射,一次性皮内注射CFA 0.1 mL,制备成AA模型^[12-13]。

朱玉芳等^[14]于大鼠右足趾皮下注射福氏完全佐剂(CFA),造模后第7、14、21、28天对2组大鼠进行关节炎评分,发现模型组关节肿胀明显,大鼠表现接近于人体的类风湿关节炎,且造模过程简单、稳定,是研究RA的较理想模型。

2.2 中医证型 根据2016年最新的《中医病症诊断疗效标准》^[15],将类风湿关节炎分为6种不同证型,分别是风寒湿阻、风湿热郁、痰瘀互结、肾虚寒凝、肝肾阴虚、气血亏虚。考虑到“同病异治”和“异病同治”的中医差异性,分别以6种证型名称以及“动物模型”作为关键词,搜索中国知网、万方、维普数据库近10年的文献数据,时间期限为“2007年1月1日—2017年1月1日”,搜索国内外相关文献,以期用不同方法建立不同证型的类风湿关节炎中医动物模型,达到类风湿关节炎病证结合造模方法对比、优化和规范的目的。

2.2.1 风寒湿阻 王拥军等^[16]模拟自然界不同风寒湿的刺激,选用新西兰白兔作为实验对象,利用SHH-250GS人工气候造模箱,调整风力、温度、湿度,以建立中医风寒湿痹证型颈椎动物模型。这种方法利用模拟

的自然条件对实验动物进行处理,因为类风湿关节炎是一种长期的慢性疾病,故处理时间较长,耗时耗力;同时,风寒湿邪长期处理会对全身其他器官和系统造成差异性的影响,影响造模动物最终实验结果。

陈勇等^[17]选用Wistar雄性大鼠作为造模材料,从大鼠尾根部、颈背部皮内多点注射小牛II型胶原(完全弗氏佐剂乳化),7 d后再于尾根部和背部皮内注射胶原加强免疫,期间在造模箱里给予风寒湿3种外界刺激,建立病证结合的类风湿关节炎风寒湿痹动物模型。这种方法与前者相比,结合了化学性刺激,缩短了处理时间,是前者的一种进步与改良。

2.2.2 风湿热郁 王静等^[18]通过湿热环境、高脂饮食、微生物感染三因素结合造模方法复制湿热证相关模型,根据湿热痹即痹证+湿热证的特点,进行湿热痹动物模型的建立。先制作佐剂性关节炎模型,次日开始每日将大鼠置于相对湿度为95%的环境中,并连续3日将大鼠放于熏蒸器(自制)上,每日8小时,观察大鼠后足左右足跖肿胀情况,大鼠后足关节开始出现二次反应,左足出现关节红肿为造模成功。

2.2.3 痰瘀互结 在建立痰瘀互结动物模型的实验中,多采用高脂饲料喂养,并以脂肪乳液灌胃的方式使研究动物达到高脂血症的典型状态^[19-23],以“肥人多痰湿”的理论为依据,气血不能正常运行,以致血瘀痰凝壅结,最终达到建模目的。在类风湿痰瘀互结证的研究中缺乏此类报道,具体有效的建模方法有待进一步探究。

2.2.4 肾虚寒凝 王燕等^[24]在观察不同品系、不同品种大鼠时,考虑到价格、可行性、发病率和发病程度,发现制作痹症(类风湿关节炎)大鼠模型时,首选SD大鼠,其次Wistar大鼠,雌雄均可。按常规方法切除大鼠双侧睾丸或卵巢,去势后4周,尾根部皮下注射II型胶原,7天后注射量减半,加强免疫一次,验证造模成功。

2.2.5 肝肾阴虚 刘文兰等^[25]采用长期激怒法制备肝肾阴虚动物模型,在此基础上使用CCl₄原液一次性腹腔内注射,复制CCl₄急性肝损伤模型,并从一般状态、饮水量、进食量、游泳时间、肛温、唾液酸碱度、体重减轻、肝脏系数、肝功能、肝脏形态、肝组织病理等方面对模型进行评价。但目前也尚未发现有关类风湿肝肾阴虚证型的有关研究。

2.2.6 气血亏虚 苗明三等^[26]在前期研究的基础上,综合放血与环磷酰胺造血虚模型的特点,相互克服所造模型的不足,并对放血量和放血次数,环磷酰胺应用剂量和方法进行了探讨,摸索造模最佳方法。尚未发现相关报道中有类风湿关节炎专门的气血亏虚动物模型

建立方法,是否可以借鉴类风湿关节炎其他中医证型进行病证结合动物模型建立,还有待进一步观察和实验。

3 评价标准

多评价标准联合是如今动物模型评价的主流方向,但关于类风湿关节炎动物造模是否成功的评价标准种类较多且较为混乱,从整体、组织器官、细胞和分子角度进行评价的标准大致有以下几种。

3.1 整体水平评价指标 对类风湿关节炎的动物模型的整体水平评价指标多基于造模后动物的行为表现及关节表现^[4,27]。在行为上,应当表现出与临床类风湿关节炎的整体表现相一致,但疼痛、肢体沉重、口渴等主观感觉性等不同证型的个体表现无法测量与监测,可测量的指标仅有活动度下降、四肢拘挛、类风湿结节等少数临床表现。

张栋等^[28]在中医症候模型复制方法的研究中,主张“证”的动物模型,应该符合临床“证”的要求为标准,从模型动物的表现、中医理论模拟的造模因素、“证”的客观指标以及方药反证四个方面进行整体水平评价。

3.2 组织器官水平评价指标 在关节表现上,可发现造模动物足关节出现对称性红肿疼痛、关节僵硬,活动受限,随着炎症的进展,关节不能负重,皮肤溃疡或关节变形。相比于MRI和PET-CT, X线检查相比较为常用,能观察到骨关节改变;关节肿胀度评分可以用来测定关节改变程度。定期制作模型动物病变关节的病理切片观察,观察滑膜、血管翳的形成等多种指标,可观察到滑膜脂肪水肿及肉芽组织形成,软骨组织及骨组织呈典型的关节炎病变^[29-30]。

3.3 细胞水平评价指标 滑膜细胞明显增生,层次增多,排列紊乱,并可见红细胞沉降率明显升高,中性粒细胞、单核细胞、淋巴细胞浸润,破骨细胞异常增生^[4,31]。

3.4 分子水平评价指标 从免疫学分子改变的角度分析,出现高滴度的IgG抗体,测量类风湿因子(RF)、白细胞介素IL-6、IL-1、抗Ⅱ型胶原的量^[32]。

4 讨论

随着类风湿关节炎的研究不断深入,类风湿关节炎的细胞和动物造模方法显得尤为重要,相关实验方法慢慢趋于完善,但由于实验细胞与动物和人体的差异性,每种方法都不能完全代替个体,造模方法也在不断地完善。

从上述类风湿关节炎的细胞模型来看,对细胞模型的实验与研究较少,细胞类型以类风湿关节炎滑膜成纤维细胞和破骨样细胞为主。以原代分离培养的

MH7A为研究对象能更加真实地反映类风湿关节炎患者体内的病理状态,可作为类风湿关节炎理想的体外细胞模型,但原代细胞来源有限,且增殖速度相对缓慢,使用代次有限^[7],其他滑膜成纤维细胞体外培养方法对培养出的细胞要求较高。用细胞模型进行的细胞实验在通路的探索和高通量筛选等方面有明显的优势^[34],而且相比于动物实验模型的建立具有省钱、重复性高和试验周期短等优点^[33],但体外实验的疗效却不能代表体内实验,可以作为体内实验的验证方式。

从上述类风湿关节炎的动物模型来看,Ⅱ型胶原蛋白诱导大鼠类风湿关节炎(CIA)和佐剂性关节炎动物模型(AA)造模方法是最常用的两种方法。AA动物模型操作简单、费用低,是应用较经典的类风湿关节炎造模方法,但滑膜增生和软骨破坏则不明显,缺少慢性病理过程,且在免疫学特点及病理学特征和人类类风湿关节炎有着一定的种属差异。CIA不仅有类似类风湿关节炎的急性病变特点,还存在一定的慢性病理特征,且操作简单,多数学者认为CIA更接近理想类风湿关节炎。CIA同样存在缺陷,不能描述病情的加重与缓解,造模方法无相对统一规范^[34]。不同证型的类风湿关节炎中医动物模型是病证结合动物模型的进步,既有西医疾病的诊断特征,又有中医症候的病因病机和不同表现。同时,也必然要求类风湿关节炎动物模型能够最大限度地接近人的类风湿关节炎,这就需要一方面考虑动物与人存在的种属差异,另一方面考虑四诊信息不易搜集,使动物模型本身的成功性和代表性存在一定的偏差^[35-40],选择合适的动物模型建立方法。

不管是细胞模型还是动物模型,都是类风湿关节炎研究中不可缺少的实验材料。随着新型治疗类风湿关节炎药物的临床需求日益严峻,创新抗类风湿药的研制仍未有革命性的突破,不断完善实验细胞模型和动物模型的建立方法将会对探索类风湿关节炎病理生理机制和治疗提供帮助,为后续中西医治疗类风湿关节炎提供基础资料。

参考文献

- [1]潘童.类风湿关节炎诊断新旧标准对比分析[D].泰安:泰山医学院,2013:6-14.
- [2]Smith M D, Baeten D, Ulfgren A, et al. Standardisation of synovial tissue infiltrate analysis: how far have we come? how much further do we need to go?[J]. Annals of the Rheumatic Diseases, 2006, 65(1):93-100.
- [3]高皖皎.扁蒴藤素抑制类风湿关节炎滑膜成纤维细胞增殖及其机制研究[D].广州:南方医科大学,2016.
- [4]杨亚旭,邵丽娟,黄小丽,等.类风湿关节炎常用动物造模方法的研究进展及评价标准比较[J].风湿病与关节炎,2015(4):62-66.
- [5]宁乔怡,周静,李东晓,等.苗族药金乌健骨汤对类风湿关节炎滑膜成纤维细胞NF- κ Bp65,IKK- α 及IKK- β 表达的影响[J].中国实验方剂学杂志,2017,23(7):154-159.
- [6]彭孝武,周玲玲,朱亚梅,等.清络通痹方对佐剂性关节炎大鼠破骨细胞分化相关miRNA表达的影响[J].中国中西医结合杂志,2016,36(10):1213-1218.

- [7]马莎,林俊,于亮,等.三种培养原代滑膜成纤维细胞方法的比较[J].昆明医科大学学报,2016,37(6):52-56.
- [8]Pietrosimone K M, Jin M, Poston B, et al. Collagen-Induced Arthritis: A model for Murine Autoimmune Arthritis[J]. Bio-protocol, 2015, 5(20).
- [9]Schurgers E, Billiau A, Matthys P. Collagen-induced arthritis as an animal model for rheumatoid arthritis: focus on interferon- γ [J]. Journal of Interferon & Cytokine Research the Official Journal of the International Society for Interferon & Cytokine Research, 2011, 31(12):917-26.
- [10]高金良.加味黄芪建中汤对类风湿关节炎大鼠相关细胞因子及免疫球蛋白的影响[D].长春:长春中医药大学,2014.
- [11]陈哲.金丝桃素光动力疗法治疗类风湿关节炎动物模型的实验研究[D].合肥:安徽中医药大学,2016.
- [12]杨秀丽.类风湿关节炎的血小板微粒表达机制及新风胶囊对其干预的研究[D].合肥:安徽中医药大学,2016.
- [13]李培培,解国雄,宋珊珊,等.大鼠佐剂性关节炎模型表现特征及评价指标[J].中国免疫学杂志,2012,28(5):453-457.
- [14]朱玉芳,裴银辉,周芳媛,等.Wistar 大鼠福氏佐剂性类风湿关节炎动物模型研究[J].河北联合大学学报(医学版),2016,18(5):337-340.
- [15]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.
- [16]王拥军,施杞,周泉,等.兔风寒湿痹证型颈椎病模型的建立[J].Journal of Integrative Medicine(结合医学学报(英文)),2007,5(1):39-44.
- [17]陈勇,卢芳国.从类风湿性关节炎风寒湿痹阻证模型思考中西医结合病证动物模型[J].湖南中医药大学学报,2012,32(2):3-4.
- [18]王静.清热除痹汤治疗湿热型类风湿关节炎疗效评价及对 NF- κ B 的影响[D].广州:广州中医药大学,2012.
- [19]高杉,张敏,李琳,等.冠心病痰瘀互结证动物模型的建立及机制探讨[J].天津中医药,2013,30(12):729-731.
- [20]朱丽红,汪克明,王宗殿,等.冠心病痰瘀互结证动物模型复制方法的研究[J].广州中医药大学学报,2006,23(4):346-349.
- [21]张仲林,凌保东,袁明勇,等.痰瘀互结型卵巢囊肿动物模型的建立及评价[J].中华中医药杂志,2014(7):2157-2161.
- [22]李卫民,池建淮.缺血性中风痰瘀互结证动物模型的初步探讨[J].山西中医学院学报,2012,13(1):15-18.
- [23]杨凯伦,周好波,潘晔,等.基于文献探讨冠心病痰瘀互结证动物模型的评价标准[J].北京中医药大学学报,2016,39(6):476-479.
- [24]王燕.肾虚痹证(类风湿性关节炎)病证结合动物模型制作方法研究[D].北京:中国中医科学院,2010.
- [25]刘文兰.长期激怒法结合肝损伤制备肝肾阴虚病证结合模型的建造和评价[C]// 情绪与健康及其中医药干预国际学术研讨会暨中医基础理论第七次学术年会,2013.
- [26]苗明三,佟丽,方晓艳,等.大鼠气血双虚动物模型的建立[C]// 中国实验动物学会学术年会,2004.
- [27]马俊福,侯秀娟,刘小平,等.类风湿关节炎寒证动物模型的建立与评价[J].中华中医药杂志,2016(5):1967-1970.
- [28]张栋,孙静.中医证候动物模型复制方法的研究[J].吉林中医药,2009,29(8):655-658.
- [29]郑擎.兔早期类风湿性关节炎模型的 VEGF、TNF- α 、高频超声、病理的对照评估[D].福州:福建医科大学,2015.
- [30]BAKHITIAR, MUHAMMAD,裴银辉,等.混合胶原型大鼠类风湿关节炎模型制备及评价[J].河北联合大学学报(医学版),2016,18(2):96-97.
- [31]李茜,梁晓东,曹永仓,等.类风湿关节炎血瘀证大鼠模型的制备及评价[J].山东中医药大学学报,2017(5):476-481.
- [32]赵志勇,王勇,马玉琛,等.类风湿关节炎贫血大鼠模型的建立及评价[J].解放军医药杂志,2017,29(3):5-9.
- [33]环奕.WNT 信号通路为靶点的高通量药物筛选细胞模型的建立[D].北京:中国协和医科大学,2006.
- [34]于坤,徐枝芳,余楠楠,等.佐剂性和胶原诱导性关节炎模型比较分析[J].辽宁中医药大学学报,2018(1):106-109.
- [35]罗薇,任继刚,周海燕,等.中医药研究中类风湿性关节炎动物模型建立的思考[J].中华中医药学刊,2016(2):292-294.
- [36]杨俊玲,卢军,赵翡翠,等.类风湿性关节炎实验动物模型的研究进展[J].西北药学杂志,2015(3):329-332.
- [37]魏艳霞,李鑫,林也,等.类风湿关节炎病证结合动物模型研究进展[J].中国中医基础医学杂志,2017(10):1485-1488.
- [38]吴品金.类风湿关节炎动物模型研究进展[J].风湿病与关节炎,2016,5(12):70-73.
- [39]陈程,黄光辉,黄豆豆,等.类风湿关节炎啮齿类实验动物模型的研究进展[J].现代药物与临床,2013,28(3):428-434.
- [40]陈哲,郭艳幸.类风湿关节炎实验动物模型研究综述[J].风湿病与关节炎,2015(12):67-70.
- [41]何俊华.类风湿性关节炎中医辨证分型、体质分类与预后不良联系的研究[D].广州:广州中医药大学,2015.
- [42]岳静,张亚楠,季旭明,等.类风湿性关节炎病证结合动物模型的研究进展[J].辽宁中医杂志,2016(5):1095-1097.
- [43]杜丽妍.类风湿性关节炎病证结合治疗优化方案研究及基本方痹愈汤实验研究[D].北京:中国中医科学院,2008.
- [44]强宇靖,罗奎元,高慧琴.类风湿性关节炎动物模型研究进展[J].甘肃中医学院学报,2015(6):74-78.

(本文编辑:杨杰 本文校对:李炜玲 收稿日期:2018-02-06)

(上接第151页) 穴位贴敷是中医经典的外治之法,结合“冬病夏治”理论,在三伏天进行穴位敷贴治疗慢阻肺具有操作简单、疗效显著的优点。不少临床研究都显示,夏季三伏天气候炎热,肺气舒畅,腠理开窍,从现代医学角度则能发现这一时期人体的毛细血管扩张良好,皮肤毛孔处于打开状况,呼吸通畅,此时进行中药穴位贴敷可让药物经毛细血管迅速吸收,达到各脏腑,从而更好地发挥药效。穴位贴敷通过中药刺激各腧穴,能够促进气血运行,通经活络,让药物直达病所,从而更好地祛除各种寒性疾病,同时由于三伏人体阳气充足,所以治疗后不易再感寒邪,从而减少旧病复发。需要注意的是,三伏天进行穴位贴敷容易引起局部水疱、疼痛不适,所以在贴敷过程中,护理人员必须密切观察患者的局部反应情况,做好相应的护理干预,以确保穴位贴敷的顺利进行。本

研究结果显示,实施“冬病夏治”穴位敷贴配合护理干预的研究组,治疗后的各项肺功能指标均显著优于对照组,总有效率显著高于对照组。这一结果与周诗晶^[9]的报道结果一致。“冬病夏治”穴位敷贴配合护理干预,治疗慢阻肺有效改善肺功能,提高临床疗效,值得推广。

参考文献

- [1]严鑫,郭秀君,孙敏芝,等.穴位贴敷辅助治疗对稳定期 COPD 患者临床疗效及安全性的研究进展[J].护士进修杂志,2014,(17):1580-1583.
- [2]潘其胜.用中药穴位贴敷法治疗慢阻肺的效果探讨[J].当代医药论丛,2016,14(11):97-98.
- [3]罗齐军,陈媛丽,夏燕华,等.三子六君汤联合穴位贴敷治疗慢阻肺急性加重期临床研究[J].亚太传统医药,2017,13(14):142-144.
- [4]胡凤臻,马艳东.“温络祛浊”法在中药穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病中的应用研究[J].河北中医药学报,2016,31(2):49-51.
- [5]周诗晶,李星,曹国军,等.中药内服外敷对慢性阻塞性肺疾病合并高黏血症患者的临床疗效[J].微循环杂志,2017,27(2):26-30.

(本文编辑:杨杰 本文校对:关丽 收稿日期:2017-11-07)

中西医结合治疗慢性硬膜下血肿的研究现状

梁袁赫 杨建军

(河南中医药大学硕士研究生2015级, 河南 郑州 450000)

摘要:慢性硬膜下血肿(CSDH)是临床上致残率较高的脑血管疾病之一。因其发病隐匿,易被误诊,治疗不及时则遗留各种神经功能后遗症,对人们生活质量造成了极大影响。CSDH在传统中医中属于“出血性中风”范畴,近年来研究表明,中西医结合的方法治疗CSDH可以有效降低该病的致死率和致残率。本文关于CSDH的中西医结合治疗方法的研究状况作简要阐述。

关键词:慢性硬膜下血肿;中西医结合治疗;研究现状;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.068

文章编号:1672-2779(2018)-09-0156-03

The Current Research Situation of Combination of Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Chronic Subdural Hematoma

LIANG Yuanhe, YANG Jianjun

(Grade 2015 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Chronic subdural hematoma (CSDH) is one of the clinically morbid cerebrovascular diseases. Because of its occult disease, it is easy to be misdiagnosed. Because of its occult incidence, easy misdiagnosis and delayed treatment, it left a variety of neurological sequelae, which has a great impact on the quality of life of people. CSDH belongs to the category of "hemorrhagic apoplexy" in traditional Chinese medicine. Recent studies have shown that the treatment of CSDH by the combination of traditional Chinese and Western medicine can effectively reduce the mortality and disability of the disease. This article briefly described the research status of the combination of traditional Chinese and Western medicine in the treatment of CSDH.

Keywords: chronic subdural hematoma; combination of traditional Chinese and Western medicine; current research situation; stroke

颅内出血后血液积聚在硬脑膜下,3周以上出现症状者称为慢性硬膜下血肿(CSDH),是神经外科常见病之一。CSDH好发于老年人,发病率占颅内血肿的10%,硬膜下血肿的25%^[1]。慢性颅内压增高是其主要临床表现,表现症状为间断性头痛、头晕,记忆力下降、反应迟钝和计算力下降等高级智能症状,少数可有偏瘫、失语和癫痫发作等神经功能症状。随着我国人口老龄化,CSDH成为危害中老年人健康的脑出血性疾病之一而引起社会关注。随着人们健康意识的提高及该病的危害,近年来医学对CSDH的发病机制、治疗等进行了深入研究,总结出了更加有效的治疗方法。

1 发病机制

1.1 西医对本病的认识 正常情况下,老年人因老年性脑萎缩致使硬脑膜与脑组织之间活动空间变大,使得桥静脉充盈且长度延长,轻微的外力及碰撞就可以导致血管破裂,引起硬膜下积血^[2]。此外,抗凝药物的滥用、外伤性脑脊液漏引起的低颅压、外伤性硬膜下积液等也是CSDH发生不可忽视的重要因素。CSDH的发生机制目前尚无定论,随着现代影像学 and 分子生物学的发展,电子显微镜的临床应用,关于CSDH发生机制的研究进展取得了丰硕的成果。目前,能被广大学者认同和接受的发病机制有局部炎症反应、局部纤溶亢进反应、外膜新生致成熟血管形成等^[3]。目前,大多数学者接受的是“血肿外膜血管形成、再出血假说”^[4],即外膜新生不成熟血管机制学说。其认为血肿包膜有外膜和内膜之分,内膜靠近蛛网膜,较薄,没有新生毛

细血管;外膜靠近硬脑膜较厚,外膜在生长过程中毛细血管大量新生,新生的毛细血管内径宽、胞壁薄、基膜不完整、通透性较强,所以会反复慢性渗出。有学者认为:血肿外膜反复破裂出血及再生,血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)和碱性成纤维细胞生长因子(basic fibroblast growth factor, bFGF)在血肿腔中高表达;VEG的主要作用是调节血管内皮细胞基质溶解、内皮细胞的迁移、管腔形成,最终增强血管通透性^[5-6]。在bFGF和VEGF的共同作用下,促进新生血管形成,增加血管通透性,从而导致CSDH的发生。随着我国人口老龄化进程的加快,老年性脑萎缩人数的增多,慢性硬膜下血肿对社会的危害也更加凸显出来。因此,怎么将该病的危害降到最低,是我们面临的主要课题。

1.2 中医学对本病的认识 中医学认为,慢性硬膜下血肿属“出血性中风”的一种,病位在脑。《灵枢·贼风》云:“若有所坠堕,恶血留内而不去。”慢性硬膜下血肿乃是因为脑部脉络受损,络破致血溢脉外而成瘀血,瘀阻脑络故头痛;瘀阻经络而致偏瘫;血瘀日久而耗气致气虚,气虚而进一步致血行不畅加重血瘀,二者互为因果,相互纠结,最终导致脑内血肿包囊;气机逆乱,津液运行不畅,凝聚成痰,痰迷脑窍致痴呆或癫狂。病位在脑,病性属本虚标实。

2 慢性硬膜下血肿的治疗

2.1 内科药物治疗 治疗原则:减轻炎症反应,抑制慢性渗出及增生;促进毛细血管生成,减低复发率;促



进血肿吸收,改善神经功能损伤,提高预后。(1)糖皮质激素的应用:糖皮质激素能阻断CSDH形成过程中的炎症应答机制,首先,通过抑制淋巴因子和前列腺素等因子起到抑制炎症反应的作用;其次,通过抑制RNA的生成,降低炎症介质的表达,最终减轻局部炎症反应。总之,糖皮质激素能有效治疗CSDH,并能降低其复发,但因其长期使用带来的副作用限制了糖皮质激素的临床应用。(2)他汀类药物的应用:在保守治疗CSDH中,他汀类药物是应用最广泛的药物之一。他汀类药物能够改善新生血管生成及减少炎症反应。口服小剂量的阿托伐他汀能有效治疗CSDH,它既能有效促进血肿吸收,明显改善患者神经功能症状,又能防止血肿复发^[7]。因他汀类药物副作用小,疗效可观,又能软化血管,从而越来越成为临床治疗CSDH的常用药物,长服用者需注意复查肝功能。(3)止血药物的应用:对于在CSDH的治疗过程中是否应该使用止血药物依然是一个争论的话题,但有效地选择合适的止血药物仍然可以有效防止血肿进一步扩大。

2.2 外科手术治疗 主要治疗目的是快速释放血肿,减轻颅内压,尽快解除占位效应,改善神经功能,缩短病程,提高预后,降低致死率。(1)小骨窗血肿清除:此方法优点是操作直观,清除减压彻底,但创伤较大。(2)微创钻孔引流术:微创穿刺治疗CSDH效果满意,是治疗CSDH的有效方法之一^[8]。钻孔穿刺引流术治疗慢性硬膜下血肿手术优点有:手术时间短,创伤小,疗效确切,是目前临床应用最广的手术方法,适用于血肿量较大,有明显的神经功能症状,甚至脑疝形成的患者。(3)神经内镜下血肿清除术:阮航等认为部分信号混杂的絮冻状半液态或有分隔型的慢性硬膜下血肿患者,可采用纤维神经内镜治疗则更有优势,弥补了单纯钻孔手术不易彻底清除及复发率较高等不足^[9]。

2.3 传统医学治疗 慢性硬膜下血肿在中医上属于出血性中风的一种,病位在脑。该病的致残率及病死率均很高。因此,探求全面、有效果的中医治疗方法已经成为眼下的主要任务。风、火、痰、瘀为该病的病理基础,疾病早期标实为主,以祛邪为要,后期虚象始生或虚实夹杂并存,治以扶正为主,但化瘀之法不可偏废^[10]。(1)益气活血法:王清任在《医林改错》中提到“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”。气虚引起血瘀,只当补气为主,活血化瘀为辅,使气血调达而自和,代表方剂补阳还五汤。相关研究表明,补阳还五汤应用在微创穿刺术治疗慢性硬膜下血肿术后患者,能够明显改善患者的神经功能缺损症状并提升患者的日常生活能力^[11]。(2)活血化瘀法:“脑为元神之府”与五脏六腑之精气密切相关,头部受到外来伤害,便会损伤脑髓,若治疗不及时或不当,则

可能导致瘀血停滞,不易清除,引发肝风内动、痰湿内生、耗气伤津,最终使脑络失和、气血失调,诱发出血,血府逐瘀汤或通窍活血汤能活血化瘀,祛瘀通络,为活血化瘀法的代表方剂^[12]。现代临床及实验研究均表明,活血化瘀药物能有效改善血液循环,增加脑部血流量^[13]。(3)祛痰开窍法:中风病日久,气机不畅,凝聚成痰,上蒙清窍则神昏,或发为癫狂,气血受阻则发为偏瘫,舌强语謇,故痰不治则气火难降,风阳难潜,清窍不开。故用祛痰开窍法可以明显改善意识状况,从而提高预后。(4)平肝熄风法:中风病急性期证属肝阳风动,症状为突然昏仆、不省人事或头晕目眩,肢体痉挛等。肝风内动者多以平肝熄风法为主。(5)痰瘀同治:痰、瘀是贯穿本病始终的两大病理因素。中风日久,失治误治,最终迁延日久痰瘀互结,所以痰瘀同治的理念也需时刻牢记。

2.4 针灸治疗 针灸疗法是在慢性硬膜下血肿恢复期能够起到辅助治疗作用的有效方法。慢性硬膜下血肿的常出现一侧肢体偏瘫,中医属“痿症”,针刺时取体表解溪、丰隆、足三里、梁丘等腧穴,取“治萎独取阳明”之意。针灸治疗通过刺激这些经络腧穴,通经活络,扶正于内,祛邪于外,能加快肢体功能恢复进程,又可以提高患肢肌肉活力,有效地预防肌肉萎缩,为慢性硬膜下血肿患者康复功能锻炼做铺垫。因此,针灸疗法在慢性硬膜下血肿治疗过程中有着不可替代的作用。

2.4 康复疗法 慢性硬膜下血肿有着较高的致残率,随着人们对生活质量要求的日益提高,康复疗法越来越成为CSDH患者提高预后,改善生活质量的保证。肢体偏瘫患者采用物理治疗、肌力训练等疗法;吞咽困难患者可用咽部刺激疗法;失语患者给予构音训练、命名训练等。康复疗法根据患者自身具体情况制定个体化的康复方案,大大提高了慢性硬膜下血肿患者的生活质量。

3 研究现状

近年来CSDH虽然越发受到人们的重视,但因本病发病隐匿,易失治误治,病残率高,死亡率也高。本病是神经外科常见的疾病,以老年人居多,随着我国人口老龄化步伐的加快,3个月内有头部外伤史者,应高度警惕该病存在,切勿因外伤不可靠或头部伤势轻微而忽视^[14]。传统医学对本病在理论及治疗方面的认识有待进一步发展,对本病急性发病的诊断及治疗不够及时;西医方面对本病发病机制阐述尚不完善,且西医外科手术该病有着不可规避的风险,单纯的中医或者西医治疗方法对该病的治疗及认识均有较大局限。手术治疗后频繁出现血肿清除后脑组织不能完全恢复原位,血肿复发甚至需二次手术等问题,成为临床治疗过程中亟待解决的难点^[15]。因此,我们不断地

寻求更为全面稳妥的治疗方案。在外科手术的基础上后期配合中医中药及针灸疗法可改善患者预后,提高患者生活质量。中医药在外科手术治疗后的配合使用为慢性硬膜下血肿的治疗找到了新航标,能极大地提高治疗效果,越来越成为我们研究的侧重点。因此,中西医结合的方法在慢性硬膜下血肿的治疗中能够明显地减低病死率及致残率,减轻患者及社会的负担。

参考文献

- [1]王忠诚.王忠诚神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2005:442-444.
- [2]李新才,孙兆良,姜秀峰.慢性硬膜下血肿发病机制及临床治疗的研究进展[J].中国微侵袭神经外科杂志,2017,22(6):281-283.
- [3]苏少波.慢性硬膜下血肿:外膜超微结构和外周血 EPCs 的观测及临床特征分析[D].天津:天津医科大学,2010.
- [4]ITO H, YAMAMOTO S, KOMAI T, et al. Role of local hyperfibrinolysis in the etiology of chronic subdural hematoma[J]. J Neurosurg, 1976, 45(1):26-31.
- [5]BOROUJENI M B, BOROUJENI N B, GHOLAMI M. The effect of progesterone treatment after ovarian induction on endometrial VEGF gene expression and its receptors in mice at pre-implantation time[J]. Iran J Basic Med Sci, 2016, 19(3):252-257.

- [6]OSUKA K, WATANABE Y, USUDA N, et al. Activation of signal transducer and activator of transcription 3 in endothelial cells of chronic subdural hematoma outer membranes[J]. World Neurosurg, 2016, 91:376-382.
- [7]郑皓文,都荣霞,陈礼刚.慢性硬膜下血肿药物治疗的研究进展[J].新疆医学,2016,46(4):438-439.
- [8]郭华强,郭予全,吴至声,等.CT 定位微创穿刺治疗慢性硬膜下血肿 23 例[J].当代医学,2102,18(1):143-144.
- [9]阮航,杨国平.神经内镜手术治疗慢性硬膜下血肿的体会[J].临床外科杂志,2015,23(1):78-79.
- [10]王永炎.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:124.
- [11]何卫春,朱敏,郭春华.补阳还五汤联合微创穿刺术治疗慢性硬膜下血肿患者临床疗效观察[J].湖北中医药大学学报,2015,17(6):16-18.
- [12]田薇.血府逐瘀胶囊治疗老年慢性硬膜下血肿的临床疗效[J].临床医学,2017,21(9):62-64.
- [13]谢邦军.活血化瘀药类中药在出血性中风中的应用体会[J].实用中医内科杂志,1995,9(1):40.
- [14]张正勇.小骨窗开颅手术治疗老年慢性硬膜下血肿的疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(17):53-54.
- [15]李陇平,赵晓平.中西医结合治疗慢性硬膜下血肿研究进展[J].河南中医,2016,36(2):365-367.

(本文编辑:杨杰 本文校对:杨建军 收稿日期:2018-04-03)

尿酸性肾病的中医药治疗及研究进展

李坤皓¹ 于市委^{2*}

(1 河南中医药大学研究生2015级,河南 郑州 450004; 2 河南中医药大学研究生2017级,河南 郑州 450004)

摘要:尿酸性肾病是由于血尿酸升高所导致的肾脏病变,具有隐匿性强、危害性大等特点。近年来,随着人民生活水平的提高,高尿酸血症的患病率日益升高。中医药界对于尿酸性肾病日益重视,众多中医名家在继承前辈学术思想的基础上,不断创新,对尿酸性肾病的治疗研究取得了明显成果。本文就尿酸性肾病的病因病机、辨证论治、临床治疗及实验研究进行概述。

关键词:尿酸性肾病; 中医药治疗; 综述; 痹证; 水肿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.09.069

文章编号:1672-2779(2018)-09-0158-03

The Development and Research Progress of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Uric Acid Nephropathy

LI Kunhao¹, YU Shiwei²

(1. Grade 2015 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450004, China;

2. Grade 2017 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450004, China)

Abstract: Uric acid nephropathy is caused by the increase of blood uric acid, which has the characteristics of high occult and great harm. In recent years, with the improvement of people's living standard, the prevalence of hyperuricemia has increased. With the increasing emphasis on uric acid nephropathy in traditional Chinese medicine, many famous traditional Chinese medicine practitioners have been innovating on the basis of inheriting the academic thought of their predecessors, and have made remarkable achievements in the treatment of uric acid nephropathy. This article summarized the etiology, pathogenesis, treatment, clinical treatment and experimental study of uric acid nephropathy.

Keywords: uric acid nephropathy; therapy of traditional Chinese medicine; review; arthromyodynia; edema

尿酸性肾病,是因机体内嘌呤代谢紊乱致血尿酸产生过多,或因肾脏排泄减少而使血尿酸升高,导致尿酸盐在血液中呈过饱和状态,沉积于肾脏而导致的病变。据不完全统计,痛风患者40%以上可发展成为慢性肾脏病,其中约有半数患者有肾小球滤过率的下降,尸检发现约79%~99%的痛风患者患有尿酸性肾病^[1]。

20世纪50年代,高尿酸血症在我国的发病率极低^[2]。近年来,我国高尿酸血症的发病率逐年提高,保守估

计高尿酸血症患者已达1.2亿之多^[3]。据有关学者的调查结果显示:高尿酸血症在普通社区居民中的发病率已达19.1%,其中慢性肾脏病(CKD)在高尿酸血症患者中发病率达32.7%之多,显著高于血尿酸水平正常的人群(16.2%)^[4]。研究表明:高尿酸血症与糖尿病、肥胖、高脂血症、高血压等疾病密切相关^[5]。近年来,中医药界对于尿酸性肾病日益重视,中医名家对此开展了众多研究,现将此做一综述。

1 病名

尿酸性肾病属现代医学概念,古代医家对于其无

* 通讯作者:765188716@qq.com

直接记载,根据其发病特点,多归属于“痛风”“痹症”“水肿”“腰痛”“石淋”“肾劳”等范畴。“痛风”之名最早由元代医家朱丹溪提出,《丹溪心法》中记载:“痛风者,四肢百节走痛,方书谓之白虎历节风证是也……遍身骨节疼痛,昼静夜剧,如虎嗟之状,名曰白虎历节”。清初医家张璐在《张氏医通》中记载:“痛风一症,《灵枢》谓之贼风,《素问》谓之痹,《金匱要略》名曰历节,后世更名曰白虎历节。”由此观之,古代医家对本病的认识多仅限于现代医学中的痛风性关节炎。近年来随着中医药的发展,中医名家对于痛风性肾病的认识愈加广泛,强调辨病与辨证相结合。

2 病因病机

陈以平教授^[9]审证求因,将本病的病因分为内因和外因,内因为患者先天肾气亏虚,外因则为嗜食肥甘、劳倦过度。患者正气亏虚,则易受风寒湿热之邪,邪气侵袭筋络关节,日久不去,以致痰浊内生,气血运行不畅,骨失所养,不荣则痛发为痹病。或气滞血瘀,痰瘀互结,痹阻经络,不通则痛而发痹病;邪气痹阻经络关节,日久不愈,累及脏腑,而致肾、脾等脏器虚损;在疾病的产生发展过程中,因正邪两方强弱的变化而表现出不同的临证表现,或关节疾病表现明显,或以全身症状为主,但湿热、寒浊、血瘀等贯穿疾病的始终。

关建国教授^[7]认为,本病正虚邪实、虚实夹杂,正虚主要由于患者先天肾气亏虚,或年老体弱多病,或嗜食肥甘,以致脾肾亏虚,气机运化失常;邪实在于气血运行无力而致血瘀,运化不及则湿浊内生,继而浊瘀阻痹,经络不通,深入腰府,侵袭肾脏。

邵朝弟教授^[8]认为本病内因为先天脾肾亏虚、饮食不节、情志失调等,外因为风、寒、湿、热之邪侵袭人体,内外相因而发本病。以脾肾两虚为本,湿、热、痰、瘀为标。

3 辨证论治

陈以平教授^[9]根据本病虚实夹杂的病理特点,将本病分为两期,急性发作期以邪气盛为主,稳定期以正气虚为主。护肾是基本治则。急性发作期:(1)寒湿痹阻证,治宜温阳散寒、除风胜湿止痛,选方桂枝芍药附子汤加减;(2)湿热痹阻证,治宜清热利湿、通络止痛,选方三妙丸合白虎桂枝汤加减;(3)湿瘀阻络证,治宜利湿泄浊、祛瘀通痹,选方四妙丸合桃红四物汤加减。稳定期:(1)脾肾亏虚,水湿不化证,治宜补肾健脾、利湿化浊,选方无比山药丸加减;(2)肝肾阴虚,瘀血内结证,治宜滋补肝肾、祛瘀散结,选方左归丸合桃红四物汤;(3)脾肾阳虚,湿浊内蕴证,治宜温补脾肾、利湿泄浊,佐以活血,选方右归丸合桃红四物汤加减。

邵朝弟教授^[8]根据多年临床经验将本病分为4型:

(1)脾肾气虚型,选方参苓白术散加减;(2)肝肾阴虚型,选方一贯煎加减;(3)气阴两虚型,选方六味地黄丸加减;(4)阴阳两虚型,方用炮附片、女贞子、菟丝子等。

4 临床治疗

4.1 四四二合方 张汉新等^[11]将104例尿酸性肾病患者随机分为治疗组58例和对照组46例,治疗组予四四二合方加减,对照组予别嘌醇,治疗8周后观察结果显示:治疗组、对照组临床有效率分别为84.5%、71.8%,治疗组优于对照组 ($P<0.05$)。

4.2 金匱肾气丸 黄刚等^[12]将64例脾肾阳虚型尿酸性肾病患者随机分为治疗组和对照组,各32例,基础治疗相同,治疗组予金匱肾气丸,对照组予别嘌醇,治疗8周后观察结果显示:治疗组、对照组临床有效率分别为90.6%、65.6%,治疗组明显优于对照组 ($P<0.05$)。

4.3 加味三妙散 向少伟等^[13]将94例慢性尿酸性肾病患者随机平均分为治疗组和对照组,对照组采用常规西药治疗,治疗组予加味三妙散加减,治疗12周后结果显示:治疗组、对照组临床有效率分别为87.2%、61.7%,治疗组明显优于对照组 ($P<0.01$)。

4.4 肾维宁 杨同广等^[14]将82例尿酸性肾病患者随机平均分为治疗组和对照组,治疗组予口服肾维宁冲剂,对照组予常规剂量别嘌醇,2个疗程后结果分析显示,治疗组、对照组临床有效率分别为87.8%、65.9%。经测定的2组治疗前后24小时尿酸及血尿酸结果分析,肾维宁冲剂能明显降低血尿酸,并具有促进尿酸排泄的作用,而别嘌醇促进尿酸排泄的作用不甚明显。

4.5 益肾泄浊汤 曹晖等^[15]将108例尿酸性肾病患者随机平均分为对照组和治疗组,对照组予常规剂量别嘌醇治疗,治疗组予口服自拟益肾泄浊汤,治疗组临床总有效率92.6%,对照组75.9%,治疗组临床疗效明显占优。观察发现,治疗组患者缓解率、显效率明显优于对照组。益肾泄浊汤不仅能降低患者血尿酸水平,降低24小时尿蛋白定量,保护肾功能,亦能使患者临床不适症状得到明显缓解。

4.6 健脾四妙汤 李俊等^[16]将192例高尿酸血症患者随机分为治疗组128例和对照组64例,对照组予别嘌醇口服,治疗组予自拟健脾四妙汤口服,2组均观察治疗8周,追踪观察24周,分析结果显示2组近期临床疗效无明显差异,治疗组远期疗效总有效率为95.3%,对照组53.1%,治疗组远期疗效明显优于对照组 ($P<0.01$)。健脾四妙汤具有明显降低血尿酸的作用,且作用持久度较别嘌醇明显为高。

4.7 加味活血四妙汤 陈彦明^[17]将30例脾肾两虚、湿浊瘀阻型尿酸性肾病患者随机分为试验组和对照组。临床治疗3个月后观察发现,2组患者血尿酸、血肌酐水

平均有不同程度的下降, 试验组较对照组更为明显。

4.8 泄浊除痹汤 林晓蒙^[18]将60例湿热瘀阻型尿酸性肾病患者随机平均分为治疗组和对照组, 对照组予苯溴马隆及碳酸氢钠片, 治疗组加用泄浊除痹汤。治疗组、对照组临床有效率分别为83.4%、50.0%。

5 方药实验性研究

5.1 萆薢除痹汤 江雪纯等^[19]利用腺嘌呤和盐酸乙胺丁醇制作尿酸性肾病大鼠模型, 设立模型组、空白组、别嘌醇组、萆薢除痹汤低、中、高剂量组共6组, 实验结果显示萆薢除痹汤各剂量组可不同程度降低组织和细胞中NF- κ B, MCP-1, ICAM-1, VCAM-1的表达, 且高浓度组对于各指标的下调作用明显强于低浓度组, 这说明萆薢除痹汤在减轻尿酸盐沉积的同时还可抑制诸炎症因子的表达, 从而缓解尿酸所致的肾损伤。

5.2 大黄附子汤 涂玥等^[20]发现大黄附子汤通过下调p-JNK、p-Bcl-2蛋白表达, 干预JNK/Bcl-2信号通路, 改善肾小管/间质损伤, 延缓疾病进展。

5.3 复方青秦液 陈祎等^[21]发现复方青秦液通过降低尿酸水平及抑制HUA-TLR2、4/NF- κ B免疫炎症性损伤途径的多靶点调节机制, 达到抑制高尿酸性肾损害的目的。

5.4 复方萆薢汤 苏筠霞等^[22]利用氯喹酸钾制作尿酸性肾病大鼠模型, 设置模型组、对照组、别嘌醇组以及低、中、高剂量复方萆薢汤组。实验结果: 中药组大鼠血尿酸、尿素氮、血肌酐较模型组明显降低, 且呈剂量依赖性, 低剂量中药组与别嘌醇组差别不明显。研究结果显示, 复方萆薢汤具有保护尿酸性肾病大鼠肾脏的作用, 其作用机制可能与减少尿酸盐沉积与NGAL、KIM-1的分泌, 从而抑制肾间质纤维化有关。

5.5 化湿泄浊汤 伍新林等^[23]研究发现, 化湿泄浊汤可通过下调MCP-1及IL-1 β mRNA的表达, 改善大鼠肾脏炎症程度, 保护肾功能。

6 单味中药研究

大黄可下调CTGF在大鼠肾组织的表达及升高HGF的表达, 延缓肾纤维化的发展^[24]。威灵仙可通过减少尿酸盐结晶在肾小管间质中的沉积及炎性细胞浸润, 降低UAN大鼠肾损害^[25]。黄柏具有保护UAN大鼠肾功能的作用, 可能与下调TNF- α 及COX-2的表达有关^[26]。鸡矢藤可通过降低UAN大鼠肾脏组织COX-2及TNF- α mRNA的表达, 发挥对肾脏的保护作用^[27]。虎杖可抑制黄嘌呤氧化酶的活性, 降低血尿酸水平^[28]。

7 小结

尿酸性肾病的病机为本虚标实、正虚邪实、虚实夹杂, 本虚为先天不足、脾肾亏虚, 标实为湿热浊瘀交阻。目前西医治疗尿酸性尚未有明显突破, 主要以降低血尿酸为主, 长期服用降尿酸药物会带来一定的毒副作用, 例如对肾间质的损伤。中医药治疗尿酸性肾病优势明显, 临床疗效显著, 且毒副作用较小^[29]。目

前当代医家在临床及实验室研究均取得了一定成果, 论治思路不尽相同^[30], 为临床治疗提供了依据, 但因其样本量偏小, 统计学意义有待进一步研究。我们应当在前人的基础上, 深入研究, 力争创新, 进一步发挥中医药治疗尿酸性肾病的优势。

参考文献

- [1]KhanSR. Crystal-induced inflammation of the kidneys: results from human studies, animal models, and tissue-culture studies[J]. Clin Exp Nephrol, 2004, 8(2):75-88.
- [2]朱君, 余俊文. 高尿酸血症和痛风的流行病学及其危险因素的研究进展[J]. 现代生物医学进展, 2008(1):191-195.
- [3]胡大一, 丁荣晶. 无症状高尿酸血症合并心血管疾病诊治建议中国专家共识[J]. 中国全科医学, 2010, 13(11):1145-1149.
- [4]邹和群, 孙世澜. 进一步提高高尿酸性肾病的防治水平[J]. 临床肾脏病杂志, 2011, 11(2):52.
- [5]Hakoda M. Epidemiology of hyperuricemia and gout in Japan[J]. Nippon Rin-Sho, 2008, 66(4):647-652.
- [6]金周慧, 陈以平, 邓耀毅. 陈以平教授治疗尿酸性肾病经验撷拾[J]. 中医药学刊, 2005(6):976-977.
- [7]刘宏伟. 尿酸性肾病如何辨治[J]. 中医杂志, 1997, 38(5):311.
- [8]郭向东, 邵朝弟, 王小琴. 邵朝弟教授治疗慢性尿酸性肾病临证经验[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(12):3820-3822.
- [9]傅文录. 肾脏病[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 275-283.
- [10]金劲松. 邵朝弟教授治疗慢性尿酸性肾病的经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2005(4):190-191.
- [11]张汉新, 麻志恒, 施志琴, 等. 加味“四二合方”治疗原发性痛风性肾病[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(16):248-250.
- [12]黄刚, 叶一萍. 金匮肾气丸治疗痛风性肾病疗效评价[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(11):2808-2810.
- [13]向少伟, 赖申昌, 蒙宇华. 加味三妙散治疗慢性尿酸性肾病的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(11):979-981.
- [14]杨同广, 刘奔流, 梁一鸣, 等. 肾维宁联合中药灌肠治疗尿酸性肾病的临床研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2012, 13(11):1003-1004.
- [15]曹晖, 王晓红. 益肾泄浊汤治疗尿酸性肾病疗效观察[J]. 陕西中医, 2011, 32(12):1584-1585.
- [16]李俊. 健脾四妙汤治疗高尿酸血症临床疗效分析[J]. 中医药导报, 2010, 16(5):51-53.
- [17]陈彦名. 加味活血四妙汤干预慢性尿酸性肾病进展的临床及动物实验研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2017.
- [18]林晓蒙. 泄浊除痹汤治疗湿热瘀阻型尿酸性肾病 30 例[J]. 浙江中医杂志, 2016, 51(3):188.
- [19]江雪纯, 平凡, 张谨枫, 等. 萆薢除痹汤对大鼠尿酸性肾病防治作用的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(16):103-108.
- [20]陈祎, 陆妍, 王亚南, 等. 复方青秦液对尿酸性肾病大鼠肾组织 Toll 样受体表达的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(6):722-727.
- [21]涂玥, 孙伟, 万毅刚, 等. 大黄附子汤调控 JNK/Bcl-2 信号通路而改善尿酸性肾小管/间质损伤的机制[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(5):1351-1356, 1636.
- [22]苏筠霞, 许筠, 李建华, 等. 复方萆薢汤对尿酸性肾病大鼠尿 NGAL 和 KIM-1 的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15(3):201-204.
- [23]伍新林, 刘利华, 刘桃丽, 等. 化湿泄浊祛瘀汤对尿酸性肾病大鼠肾组织 MCP-1、IL-1 β 表达的影响[J]. 中药材, 2015, 38(8):1705-1709.
- [24]李俊, 胡家才. 大黄对尿酸性肾病大鼠肾脏 CTGF 和 HGF 的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2010, 11(9):761-764, 847.
- [25]林凤平, 任开明, 宋恩峰, 等. 威灵仙对尿酸性肾病大鼠的实验研究[J]. 中成药, 2006(6):842-845.
- [26]刘睿, 胡家才. 黄柏对尿酸性肾病大鼠的影响及机制[J]. 武汉大学学报(医学版), 2011, 32(2):180-182, 282.
- [27]朱文靖. 鸡矢藤环烯醚萜苷对大鼠尿酸性肾病的防治作用及机制研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2013.
- [28]朱春霞, 韩彬. 虎杖的化学成分与抗痛风作用研究进展[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(8):191-193.
- [29]孔庆歆, 刘加林. 中医药治疗慢性尿酸性肾病的思考与研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2012, 13(11):1004-1005.
- [30]王元, 邓跃毅. 从病因病机论治痛风性肾病的思路探讨[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2013, 14(4):375-376.

(本文编辑: 杨杰 本文校对: 邢海燕 收稿日期: 2018-01-16)