

中医学专业“线下-线上-门诊”经方师承模式的探索※

董正平¹ 肖相如² 叶蕾¹ 于晓飞¹ 王科军¹ 郑秋生¹ 丁晓洁^{1*}

(1 滨州医学院中西医结合学院, 山东 烟台 264003; 2 北京中医药大学基础医学院, 北京 100029)

摘要:在院校教育的基础上融入师承教育,可以达到优势互补的作用,这已经成为了中医教育界的共识,但寻求师承教育与院校教育的最佳契合点的具体实施模式尚有待进一步探讨。笔者以经方医学为切入点探索和实践院校教育与师承教育相结合的中医人才培养模式,初步构建了中医学专业“线下-线上-门诊”(简称3“O”)经方医学师承模式,为院校教育基础上融入师承教育的具体实施模式探索了新路。本文主要从“线下-线上-门诊”经方医学师承模式的实践历程、设计理念和实施过程三方面进行了总结和反思。

关键词:中医学; 线下-线上-门诊; 经方医学; 师承教育; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.001

文章编号:1672-2779(2018)-10-0001-03

Exploration on the "Offline-Online-Outpatient" Classic Herbal Formulas Medicine Apprenticeship Education Mode in Major of Traditional Chinese Medicine

DONG Zhengping¹, XIAO Xiangru², YE Lei¹, YU Xiaofei¹, WANG Kejun¹, ZHENG Qiusheng¹, DING Xiaojie^{1*}

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

2. College of Basic Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: The combination of college education and apprenticeship education can achieve the complementary role, which has become the consensus of Chinese medicine education. But the specific implementation mode of the best fit for the combination of college education and apprenticeship education still needs further study. From the perspective of classical prescription medicine, the writer explored and practiced the combination college education and apprenticeship education training model, constructed a professional "Offline-Online-Outpatient" (3" O") of traditional Chinese medicine teaching mode, exploring a new way for the foundation of education into the specific mode of apprenticeship education. This article mainly summed and reflected this mode from three aspects of the practice stages, the design idea and implementation process.

Keywords: traditional Chinese medicine; offline-online-outpatient; classical prescription medicine; apprenticeship education; personnel training

自古以来,中医学术都是由师承教育的模式传承和发展。与院校教育相比,中医师承教育在精神品质的传承、临床经验的传授、治学方法的建立等方面都具有明显的优势^[1]。近代以来,尤其是建国以后,院校教育逐渐取代了师承教育,成为当代中医的主体教育模式。与师承教育相比,院校教育的不足日益凸显^[2-3]。中医人才的培养模式必须遵循学科自身的特点,在院校教育的基础上融入师承教育,可以达到优势互补的作用,这已经成为了中医教育界的共识。

国内多所中医院校在融入师承教育方面进行了不少有益的探索和实践^[4-6],并取得了可喜的成绩。但由于受各方面条件的限制,仍没有充分体现师承教育的特色优势,实现真正意义上的结合,寻求师承教育与院

校教育的最佳契合点的具体实施模式尚有待进一步探讨^[7-9]。笔者以经方医学为切入点探索和实践院校教育与师承教育相结合的中医人才培养模式,初步构建了中医学专业“线下-线上-门诊”(简称3“O”)经方医学师承模式,为院校教育基础上融入师承教育的具体实施模式探索了新路。

1 实践历程

课题组一直致力于以经方医学为切入点探索和实践院校教育与师承教育相结合的中医人才培养模式,自2013年9月至今,组织形式经历了“经方兴趣小组”“仲景经方研习社”“《伤寒论》师承班”“开设选修课”的不断完善;教学形式进行了“经方讲座”“小组讨论”“网络互动”“门诊见习”等多种尝试。通过4年(8个学期)的实践探索,总结出“线下-线上-门诊”经方医学师承模式。该模式一方面吸取传统中医师承教育的精髓,突出教师引领,在治学理论和临床经验传承的基础上,强调批判性思维的养成;另一方面,通过制定一系列的规章制度,在实施中进行过程监控,采取知识传授与医德教育相结合、理论与实践

※ 基金项目:教育部、国家中医药管理局卓越医生(中医)教育培养计划改革试点项目;中华医学会医学教育分会和中国高等教育学会医学教育专业委员会医学教育研究立项课题[No.2016B-ZY013];山东省应用型人才培养特色名校工程建设项目;滨州医学院青年骨干教师培养计划经费资助

* 通讯作者:dingxiaojie0604@sina.cn

教学相结合、面授与网络教学相结合、集中学习与分组讨论相结合等教学形式。

2 设计理念

2.1 德才兼备 德才兼备,即:(1)要有德,也要有才,两者兼备,缺一不可;(2)两者决非并列,德应放在才前。对此,司马光在《资治通鉴》中有精辟解释:“才者,德之资也;德者,才之帅也。”可见,人的才能越高强,德与才的关系就越密切、越重要。这时,“才”越是体现“德”的凭借,“德”越是率领“才”的统帅;德不仅由才所体现,而且为才所深化、所升华;才不仅由德率领,而且为德所强化、所激活。对于医学生的培养而言,“德才兼备,德在才先”,更是一条至关重要的、不可或缺的教育教学理念。本模式在提升学生经方医学理论水平与临床能力的同时,尤其注重医德、人文精神的培养,所设计的教学内容将“大医精诚”“人文关怀”的精神贯穿始终。

2.2 理论联系实际 理论联系实际,是对马克思主义普遍真理同革命和建设的具体实践相结合原则的概括表述,是马克思主义最基本的原则之一。其基本精神是达到主观和客观、理论和实践、知和行的具体的历史的统一。医学是一门实践性非常强的科学,医学理论的学习和掌握必须结合临床实际,经方医学尤其如此。经方医学由1800年前的张仲景所创立,其理法能否指导当今的临床实践,其方药对人体究竟有何影响和作用?这些都是学习经方医学非常关键的问题。因此,本模式要求导师在讲解理论时,必须联系自身的临床实际;带学生到门诊见习,零距离接触临床;在课堂上必须带领学生亲尝经方药物,使学生对经方对人体的作用有更加深切的体会。

2.3 批判性思维 批判性思维就是通过一定的标准评价思维,进而改善思维,是合理的、反思性的思维,既是思维技能,也是思维倾向。批判性思维是一种专门的思维方式,其目的无外乎是做出更好的决策和判断事物(事情的对错)。批判性思维不是为了批判而批判,而是通过分析和评估做出更好的判断,是在吸收的同时要做出质疑、分析、评价、反思。对于医学这样一门日新月异的科学而言,学生必须具备以批判性的眼光来看待现有事物的素质。而在经方医学界,向来就有尊古崇经的倾向和特点。学习经方医学,在尊重仲景原文的同时,也必须以批判性的眼光来进一步研究。比如,《伤寒论》原文有“呕而发热者,小柴胡汤主之”。对于这条原文的研究,我们必须追问:什么情况下的“呕而发热”可以用小柴胡汤来治疗,什么样的“呕而发热”不能用小柴胡汤来治疗?常见的“呕而发热”有哪些类型?这类对学生的提问和启发,就是基于“培养批判性思维”的教育教学理念。

3 实施过程

3.1 制定相关规章制度 在实践中,课题组先后制定和完善了《师承班组织形式》《师承班管理办法》《师承班讲课流程》《师承班小组讨论实施办法》《师承班临床跟师办法》《师承班考评办法》等的规章制度和实施办法,以保证教育教学质量。

3.2 构建“线下-线上-门诊”经方医学师承模式

3.2.1 线下 以“经方讲座”为主,强调医术与医德教育相结合、理论研讨与方药亲尝相结合,体现“德才兼备”“理论联系实际”的育人理念。课前,为了培养学生美好的人文情操,在学生步入教室的时候,多媒体就在播放引导人心向善、向美的音乐;音乐停止,全体齐诵《大医精诚》。课中,在研讨《伤寒论》原文之前,安排“经方方药亲尝”的实践体验。将事先熬制好的一味经方常用药物(或一首经方),发给每位同学品尝,并进行尝药体会的分享,做好详细的记录。此外,我们将“尊师重道”的传统美德融入到了课堂,教师上台前先带领学生向医圣张仲景、药王孙思邈像行鞠躬礼,教师上台后,学生向教师行鞠躬礼,课后师生互相鞠躬致谢。为了培养学生独立思考、批判性思维、沟通协作能力,除了大班讲课外,安排学生进行小组讨论,每组6~8人,由主持人召集、引导。我们制定的《师承班讲课流程》,对课堂礼仪和研讨方式进行了详细的规定,并由此内化为师生的习惯。

3.2.2 线上 顺应当今“互联网+”背景下教学方法改革的潮流,为了使“师-生交流”“生-生交流”更加方便快捷,我们创建了微信公众号“医路偕行”、微信群“董正平博士中医交流群”、QQ群“董师《伤寒》师承课堂”进行讲课、答疑和讨论。线上讲课过程中助教老师协助主讲老师将重要知识点发到群聊。我们专门安排有医德、人文精神培养方面的线上讲座,其中,代表性的有“以精诚之志,铸大医之魂—《大医精诚》详解”“东方生命智慧—《伤寒杂病论原序》给当代人的启示”等。

3.2.3 门诊 为了让学生切身体会经方医学的临床价值,提升其专业认同感和成就感,激发学习动力,进而使学生掌握经方医学的临床能力,我们安排了跟诊见习的环节,见习后撰写心得体会,逐步培养其运用经方医学思维处理临床问题的能力。

4 反思

4.1 组织、保障力量有待加强 在院校教育基础上融入师承教育,是现代中医教育的最佳模式,国家对院校教育与师承教育相结合的中医人才培养模式的支持也相继出台了政策^[10-11]。但单靠政策的支持是不够的,需要我们在人力、财力、物力等方面加大投入,才能保证研究的可持续进行。今后我们争取申请更高级别的

教改项目,制定和完善相关制度,争取更加有力的保障。

4.2 激励机制有待建立 在实践过程中,我们发现,真正从内心热爱中医,并愿意为之付出努力的学生还是有限的,因此,有必要建立一套激励学生参与积极性与主动性的长效机制。这是我们今后进一步研究探讨的问题之一。

4.3 师资力量有待进一步加强 “所谓大学者,非谓有大楼之谓也,有大师之谓也。”要想培养一流的学生,必须有一流的师资。对师承教育而言,一流的师资必须具备深厚的中医理论、丰富的临床经验、高尚的教育理想、先进的育人理念、优秀的教学能力,对于一名教师来说,诚非易事。因此,必须加强高水平教师的培养和引进,提高师承教育的质量。

参考文献

[1]董正平,丁晓洁,叶蕾,等.论经方医学在当代中医师承教育中的优势[J].

中国中医药现代远程教育,2018,16(1):42-44.

[2]张婷婷,许二平,朱光,等.高等中医院校中医专业大学生专业思想问题现状及对策分析[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(19):22-24.

[3]狄晶,张亚林,高隽,等.中医院校开展传统文化教育的可行性研究[J].新课程,2016(4):6.

[4]章程鹏,黄必胜,吕文亮,等.中医教改实验班开办特色浅析[J].中医教育,2007,26(5):46-47.

[5]韦维,林寿宁,唐梅文.中医专业传统班实行导师制的探索与实践[J].广西中医学院学报,2009,12(4):92-94.

[6]马佐英,孟静岩,王蕾,等.中医传承班考核评价模式研究[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2014,15(1):68-70.

[7]闫忠红,杨天仁.中医院校教育与师承教育相结合的实践方式探索[J].西部中医药,2016,29(7):64-65.

[8]许二平.关于中医院校教育与师承教育的思考[J].中医教育,2016,35(4):9-12.

[9]武锋.论中医师承教育与院校教育相结合的模式[J].中医教育,2014,33(3):17-19.

[10]国务院.《中医药发展战略规划纲要(2016—2030)》(国发[2016]15号)[Z].2016-02-22.

[11]教育部,国家中医药管理局.《关于医教协同深化中医药教育改革与发展的指导意见》(教高[2017]5号)[Z].2017-07-13.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王毓恩 收稿日期:2018-03-13)

应用病案与疾病视频提升中医内科学教学质量的研究※

李燕梅¹ 高 鹏² 赵文霞¹ 路永坤¹ 张淑香¹ 张伟宇¹ 尹园园¹

(1 河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450046; 2 河南中医药大学康复医学院,河南 郑州 450046)

摘要:目的 研究病案与疾病视频在中医内科学教学中的应用效果。方法 抽取河南中医药大学本科2012级及2013级每届2个班级,随机分为试验组和对照组,试验组使用在传统教学模式基础上引入病案与疾病视频的教学方法,对照组使用传统教学模式。学期末采用考试与问卷调查相结合的方式进行教学效果评价。结果 试验组学生期末成绩、自我评估和临床实践能力均优于对照组 ($P<0.05$)。结论 在传统教学模式基础上引入病案与疾病视频的教学方法能够提高中医内科学的教学质量,促进学生中医辨证论治思维能力的培养,值得推广。

关键词:教学方法;中医内科学;病案;视频

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.002

文章编号:1672-2779(2018)-10-0003-03

Research on Applying Medical Records and Disease Video for Improving the Teaching Quality of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

LI Yanmei¹, GAO Peng², ZHAO Wenxia¹, LU Yongkun¹, ZHANG Shuxiang¹, ZHANG Weiyu¹, YIN Yuanyuan¹

(1. The First Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;

2. Rehabilitation Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

Abstract: **Objective** To study the effect of applying medical records and disease video in internal medicine of TCM. **Methods** The undergraduates were chosen from every two classes of grade 2013 and grade 2012 of Henan University of Traditional Chinese Medicine as subjects, and were randomly divided into experiment group given teaching method of medical records and disease video based on traditional mode and control group given traditional teaching mode. Teaching effectiveness evaluation was conducted through examination and questionnaire survey at the end of semester. **Results** Final grade, self-assessment and ability of clinical practice of the students in the test group were better than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Teaching method of applying medical records and disease video based on traditional mode could improve teaching effect in internal medicine of TCM and promote the cultivation of students' thinking ability in TCM syndrome differentiation, which is worth to be popularized.

Keywords: teaching method; internal medicine of traditional Chinese medicine; medical records; video

中医内科学是中医院校临床主干课程,是医学生学习其他中医临床课程的基础。其教学效果不仅关系到医学生对中医内科学理论知识的掌握,而且影响到中医院校学生临床辨证论治思维能力的培养^[1]。目前,我

国中医院校中医内科学的教学主要以任课教师讲义讲授为主的传统教学模式,教学方法仍比较单一,学生以机械接受为主,枯燥的教学方法使得学生不能更好地学习掌握本课程的内容,面对真实病例没有学以致用,解决临床问题的能力^[2]。中医内科学是中医基础理论应用于临床的主导课程,医学生对此课程学习具有很大热情。但是由于本课程内容抽象,传统教学方式

※ 基金项目:河南省高等教育教学改革研究项目[No. 2014SJGLX224]

让医学生在实际教学过程中无法切实体会本课程与临床疾病以及实际工作之间的联系,影响了医学生辨证论治能力的培养,容易产生迷茫情绪甚至降低学习兴趣,影响教学效果。所以我们在中医内科学课程的教学实践中,根据其实践性、抽象性强的特点,探索出在传统教学模式基础上引入真实病案与标准疾病视频的教学方法,增强学生学习的时效性和积极性。本研究将病案与疾病视频穿插引入到中医内科学课程教学中,进行以案例问题为基础先导、教师引导学生为主体的中医内科学教学改良方法,并通过统计学方法对其进行验证和总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取河南中医药大学第一临床医学院中西医结合临床本科专业2012级及2013级选修中医内科学课程的学生(每届2个班级)为研究对象,纳入研究的所有学生按照随机方法分为教学改革试验组252人(后文统称试验组)和传统教学对照组253人(后文统称为对照组)。试验组和对照组均为临床专业大三学生,均已系统学习了中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学等中医基础理论知识,2组学生在性别、年龄、知识基础等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法

1.2.1 试验组 在中医内科学传统教学法基础上给予病案与疾病视频穿插的教学方法:(1)通过手工及检索工具,采用文献检索法即顺查法、倒查法、抽查法、追溯法、综合法,收集整理出从古代及近代的相关病案文献千余本,按照中医内科学教学大纲,结合教材内容进行检索,精选出病例叙述较详,诊疗过程完整,理法方药皆备的古今中医内科疾病病案70个;(2)从临床中选择10个能够体现中医内科学疾病证型的典型患者,包括咳嗽、喘证、心悸、胸痹、中风、颤证、黄疸、鼓胀、水肿、消渴,按照疾病的诊疗过程,拍摄与病症相关的四诊、体征及兼证信息,剪辑加工制作成优质的10个疾病视频;(3)课前1周下发案例材料,设定问题;课堂上分组进行讨论,教师抽取学生对病案问题进行回答;最后教师按照教学大纲要求对病案进行总结。时间占总学时的1/3;(4)根据中医内科学教学学时安排,课程进度讲授1/3后,2/3后及结束后的3次各抽取1个典型视频进行播放,课堂上通过设立问题、分组讨论、教师提问及总结进行,所占课时与该病证《中医内科教学大纲》学时一致。

1.2.2 对照组 进行传统式的教学方法,教师根据中医内科学课程教学大纲要求充分备课,课堂上结合多媒体等多种教学手段,以教师讲授为主,突出重点、难点,学生课前预习,集体听课,课后完成思考题及作

业。

1.3 教学效果评价

1.3.1 考试成绩 包括临床实践能力和期末考试成绩。临床实践能力的考核主要是从病案集中随机抽取病案,考查内容有中医诊断、辨证分析、治法方药,着重考核学生的中医辨证思维思维能力。期末试卷主要考查学生掌握知识的程度。

1.3.2 问卷调查 设计学生评价教学手段、教师水平、教学效果等项目,从而了解学生对优化教学法的满意度^[9]。

1.4 统计学方法 所用数据采用SPSS 20.0进行分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计量资料的组间比较,正态、方差齐采用 t 检验,方差不齐采用秩和检验;计数资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义, $P>0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 调查问卷满意度 如表1所示,试验组调查问卷满意度高于对照组。

表1 2组调查问卷满意度比较

组别	问卷份数	≥ 80 分	满意度(%)
试验组	252	242	96.03
对照组	253	181	71.54

2.2 临床实践能力评分 如表2、表3所示:试验组临床实践能力评分优于对照组,差异有统计学意义。

表2 2012级2组临床实践能力评分比较

($\bar{x}\pm s$,分)

组别	问卷份数	得分
试验组	252	29.83 $\pm$ 0.379
对照组	253	25.91 $\pm$ 0.394

注: $P=0.001<0.05$

表3 2013级2组临床实践能力评分比较

组别	问卷份数	得分
试验组	252	29.84 $\pm$ 0.558
对照组	253	25.39 $\pm$ 1.993

注: $P=0.001<0.05$

2.3 期末考试成绩 如表4、表5所示:试验组期末考试成绩优于对照组,差异有统计学意义。

表4 2012级2组期末考试成绩比较

组别	问卷份数	得分
试验组	252	83.69 $\pm$ 7.50
对照组	253	78.98 $\pm$ 7.31

注: $P=0.001<0.05$

表5 2013级2组期末考试成绩比较

组别	问卷份数	得分
试验组	252	87.76 $\pm$ 6.11
对照组	253	75.73 $\pm$ 6.78

注: $P=0.001<0.05$



3 讨论

3.1 教学中病案与疾病视频应用的可行性和优越性 病案是指临床医师记录疾病诊疗过程的标准化文件,病案能够客观地、完整地、连续地记录病人的从发病到入院后的病情变化、诊疗经过、治疗效果及最终转归,是医疗、教学、科研的基础资料,也是医学科学的原始档案材料^[4]。在以临床实践为教学目的的医学课程中,病案教学得到广泛使用。现代医学类高校改革了病案教学方式,突出以具体临床病例为问题导向,启发医学生在教学过程中发挥主动性,通过病例和现代化的疾病视频帮助学生理清学习思路、优化知识体系,达到基础知识和临床实践应用有机结合的目的^[5]。

本研究通过手工及检索工具,采用文献检索法收集整理出从古代及近代的相关病案文献千余本,按照中医内科学教学大纲,结合教材内容进行检索,精选出病例叙述较详,诊疗过程完整,理法方药皆备的古今中医内科疾病病案70个。随后从临床中选择10个能够体现中医内科学疾病证型的典型患者,包括咳嗽、喘证、心悸、胸痹、中风、颤证、黄疸、鼓胀、水肿、消渴,按照疾病的诊疗过程,拍摄与病症相关的四诊、体征及兼证信息,剪辑加工制作成优质的10个疾病教学视频。通过病案和视频的整理,笔者在中医内科学教学课堂上通过设立问题、分组讨论、教师提问等方法进行教学探索。并且在经过临床实践能力和期末考试成绩的对比以及通过调查问卷对教学手段、教师水平、教学效果等项目进行教学评价,从而了解学生对优化教学法的满意度。经过调研和统计发现在引入病案教学和视频教学方式的中医内科学课程中明显受到学生欢迎,并且教学成果显著。

3.2 中医内科学教学方法优化探讨 医学高等教育是具有基础科学教育 and 应用科学教育相结合的一种复合型人才培养教育模式,国内外同行都在探索寻找一种全面有效的教学方法提高教学质量。针对这种改革趋势高等教育教学改革的具体目标体现在临床基石课程教学方法的优化提升。对于中医院校来讲,中医内科学是中医学重要的临床基石课程,从教学目标上来讲,提高中医内科学教学质量不仅关系到学生对本课程内容更好地理解和掌握,提高学生临床辨证能力,而且关系到中医复合型临床人才培养的最终目标。从具体学习方法上来讲,中医内科学是一门临床与基础衔接的基石课程,对于中医内科学的教学前提是学生要学习一些基石课程:如黄帝内经、难经、伤寒论、神农本草经等中医基础理论课程;以及中医诊断学、中药学、针灸学、方剂学等临床基石课程。学生只有在这些基础课程上才能进行中医内科学临床学习。中

医内科学的教学目的是要培养学生的中医药思维和中医临床诊疗思维。笔者在教学过程中发现学生虽然学习过相关课程,但是欠缺对基石课程的知识融合内化,缺乏灵活应用中医内科学临床诊疗思维的综合能力。

随着全国高校的扩招,医学院校师生人数也日益增多。笔者经过调查发现目前从事中医内科学教学的大多都是青年教师,临床经验不丰富,对中医内科学教学工作缺乏经验。针对中医内科学的教学实践特点,教师应该探索医案这一中医学的伟大宝库,将古今经典医案引入中医内科学课堂,再现中医名家对疾病辨证论治的过程,学习案例中的诊疗疾病原理和观点,既活跃了课堂气氛,又可以激发学生学习的兴趣并能够培养青年教师达到教学相长的效果^[6]。并且通过真实病例视频的整理,充分调动学生的多种感官,帮助学生把抽象的临床思维过程形象化、生动化,提高了学生接收知识的效率^[7]。例如在课前教师针对《中医内科学》“各论”中的疾病分享一个真实典型视频病例,分组引导学生先进行其病因病机、诊断鉴别、治疗思路等临床思维分析,把学生所学的基石课程的知识激发出来,和真实病例进行对比思索,从而锻炼医学生诊疗疾病的综合能力。

本研究证明,案例教学和视频教学有机结合是代表未来临床医学教育方向的成功教育模式,可以最大限度地调动学生学习的主动性、积极性。本研究通过调查问卷从学生反馈可以看出,案例视频教学不仅有助于学生对知识的理解记忆和运用,而且更能激发学生的学习兴趣 and 探索问题的欲望,进而提高分析问题和解决问题的能力,培养中医思维能力和临床实践能力。将经典病案与教学视频相结合的方法引用到中医内科学教学中,让学生间接地步入临床,犹如身临其境地面对病人,不仅使教学内容更生动形象,便于学生理解掌握,而且促进了学生辨证论治思维能力的培养,提升了教学质量,具有良好的教学效果,值得在全国高等医学院校中医内科学课程的教学中进行推广。

参考文献

- [1]关东升,李迎霞,崔应麟.CBL教学法在中医内科学教学中的应用[J].中国医药指南,2017,15(19):291-230.
- [2]王箬,许庆友,闫翠环,等.《中医内科学》教学理念及教学方法改革体会[J].天津中医药大学学报,2017,36(1):61-62.
- [3]杨哈,张怡,李胜涛,等.PBL教学在中医内科学课堂教学中的应用[J].中国中医药信息杂志,2016,23(2):120-122.
- [4]殷彩虹,杨佩兰,王振伟,等.床边教学提高中医内科学教学质量的研究[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(11):6-8.
- [5]赵彦超,杨峰颖,苏励.类证串讲法结合案例教学在中医内科学课堂教学中的应用[J].中医教育,2017,36(6):56-58.
- [6]卢峰,聂达荣,彭美玉,等.中医内科学应用名老中医病案教学法的探索[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(18):80-82.
- [7]温敏勇.多媒体技术在《中医内科学》教学中的应用与思考[J].中医药导报,2007,13(12):108-111.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张 娥 收稿日期:2018-02-27)

传统中医药理论与现代应用融合的 中药学教学改革探索[※]

邓雪 朱迪 刘艳秋*

(大连医科大学中西医结合学院, 辽宁 大连 116044)

摘要: 中药学课程具有较强的专业性与实用性, 是中医辨证施治、理法方药的重要环节。为培养具有综合能力的中药学人才, 满足中药现代应用发展需要, 本文旨在促使中药学顺应时代发展, 促进传统中医药理论与现代临床应用深度融合, 开展中药学课程教学改革与实践的研究。通过中药学常规教学的现状分析, 相关文献的调研, 实践运用的研究, 总结得到传统中医药理论与现代应用融合的中药学教学方式有助于相关专业学生对中药学全新知识体系架构的建立, 对于提高教学质量和人才培养具有重要的意义。

关键词: 中药学; 传统中医药理论; 现代应用

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.003

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0006-02

Exploration on the Reform of Chinese Materia Medica Teaching Based on the Combination of Traditional Chinese Medicine Theory and Modern Application

DENG Xue, ZHU Di, LIU Yanqiu

(College of Integrated Traditional Medicine and Western Medicine, Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116044, China)

Abstract: The "Chinese materia medica" has strong professionalism and practicality, and is an important part of syndrome differentiation and treatment of traditional Chinese medicine. In order to cultivate TCM talents with comprehensive abilities and meet the needs of modern application development of traditional Chinese medicine, this paper aims to promote traditional Chinese medicine to adapt to the development of the times, promote the integration of traditional Chinese medicine theory and modern clinical application, and carry out research on the teaching reform and practice of traditional Chinese medicine. Through the analysis of the status quo of routine teaching of traditional Chinese medicine, the investigation of relevant documents, the study of practical application, it is concluded that the traditional Chinese medicine theory and modern Chinese medicine teaching methods are helpful to the related professional students in setting up a new knowledge system of TCM, which is of great significance to improve teaching quality and personnel training.

Keywords: Chinese materia medica; traditional Chinese medicine theory; modern application

1 中药学概况

中药学是研究中药的基本理论及各种中药的来源、采制、性能、功效及临床应用等知识的一门学科, 作为中医学、中西医临床医学等专业的基础课, 中药学具有较强的专业性与实用性, 是中医辨证施治、理法方药的重要环节, 也是中药与临床应用联系的桥梁课程, 故中药这门课的学习情况不仅仅影响到此门课程的成绩, 还与后面方剂课、临床课密切相关。中药学的教学内容主要体现以中药基础理论、基本知识技能为主体的特征, 以继承并发扬中医药的特色和优势, 使中药服务于现代临床应用。21世纪, 中药产业进入现代化和国际化发展进程, 其知识结构与内涵大大扩增, 迫切需要具有较强实验能力、创新能力的综合性人才。

2 中药学教学现状

众所周知, 中药学这门课程需要大量记忆中药的性味、归经、功效与作用等, 大多数的学生在学习这门课程的过程中需要花费较多的时间与精力, 并且随

着时间的推移, 中药知识点的记忆就会逐渐的遗忘。而且, 目前教学情况也存在较多的困扰。例如教师教学过程仅仅沿用传统灌输式的教学方式, 照本宣科、本本主义, 缺乏与现代化的结合, 这就极大地影响学生学习中药学的积极性。另外还存在教学方式落后的情况, 教师不能面面俱到地掌握中药的最新研究进展, 依旧按照既往的授课方式, 学生就只能停留在表观了解中药的功用上, 无法从分子、细胞等水平深入剖析中药功用, 这也限制了新药开发的进程。中药学的实验课也只是停留在辨析中药饮片的水平上, 缺乏中药创新性的讲解, 在一定的程度上会限制学生发展, 缺乏传统中医药理论与现代应用融合。

3 中药学教学改革现状

目前, 针对中药学教学改革, 周蓓^[1]、孙玲^[2]认为中药学要理论与实践结合, 构建“多元化”课程教学体系、“理实一体化”课程教学体系, 开展多种教学方法改革与实践。李寒冰等^[3]认为, 在继承发扬中医药优势特色的基础上, 充分利用现代科学技术, 推动中医药现代化和国际化, 以满足时代发展和民众日益增长的医疗保健需求, 中药学与国际接轨非常必要。杨新辉^[4]、李亚荣等^[5]认为中药学需要更好的发展, 中药学的改革也迫在眉睫,

[※] 基金项目: 辽宁省教育科学“十三五”规划课题[No.JG17DB127]; 大连医科大学校级教改课题[No.DYLX16077]

* 通讯作者: yqliu@dmu.edu.cn

了解中药的现代研究进展,是提高学生学习中药学的兴趣是关键一步。何世明等^[9]认为,各院校的中药学教学普遍存在形式单调、设计欠佳、评价单一等问题。建议中药学教学应该进一步丰富教学形式,进一步优化教学设计,将有利于培养学生的主动学习能力和专业思辨能力。赵宇昊等^[10]认为,中药学的教学应结合中药学学科自身特点,在更好继承中药学传统知识的基础上,与现代学科研究进展、相关学科内容相结合,在中药学的教学中,要深入介绍中药药性理论的文献和现代研究进展,引入大量临床案例并进行讨论,还应结合现代中药药理学、中药化学等知识。事实上,随着古代疾病谱到现代疾病谱的转变,尤其现代心脑血管疾病,肿瘤疾病等重大疾病发病率的升高,很多中药使用频率有所改变,这就使得中药教学也要做出相应的改变来适应时代的发展。自屠呦呦研发青蒿素获诺贝尔奖之后,更加激发了人们对中药现代应用与开发的热情。中药学教学改革,对于中药学教育,中医药的人才培养,促进中药现代临床应用,服务于疾病治疗具有非常重要的意义。

虽然目前中药学课程教学改革与实践有了一定的基础,可以为中药学教学课程改革的实施提供借鉴。然而,对于传统中药和现代临床应用结合的教学模式与教学内容改革方面,缺乏必要的理论研究与实践探索。我们基于传统中医药理论与现代应用融合的中药学的薄弱点,从学校中西医结合临床医学专业学生现实情况出发,探索两者深度融合情况。

4 传统中医药理论与现代应用融合的中药学改革实践

中药的配伍理论、药性理论等是对古代用药经验凝结的哲学思想的高度概括,具有原创性和独创性,是中药与个性化人体相互作用形成的知识体系,是指导中药用药的基本原则。但是随着时代发展,如何将传统中医药理论与现代中药应用结合,使中药更好地服务于临床,服务于人类健康是当前中药学教学面临的重要问题。将中药课的传统理论学习与中药现代应用融合是今后培养中药学人才的重要形式之一。我们以中药学教学为依托,结合现代科研思维模式,整合科研发展情况,在“古学今”“今学古”的过程中,促进中药学教学改革,使学生在理解和掌握中药基础理论知识的同时,促进东西方医药学优势互补,相互融合,为能够掌握和运用中药的特色和优势的中药学人才培养奠定基础,为引领未来的医学、药学发展,为我国中药学发展储备力量^[18-19]。

4.1 中药理论与现代临床应用融合的理论研究 通过对中药传统理论的认识与理解,了解中药使用规律,并与中药的现代临床应用相比较,追溯传统中药理论指导现代临床应用的理论依据,找到二者可以深度融合的中药教学课程改革的理论依据。采用文献调研等方法,查阅古今中药书籍,进一步理解和认识中医药理

论。依据现代最新临床使用指南,分析现代疾病机制。在传统中药使用与现代临床运用上,分析中药现代临床应用与中医药理论区别与联系,为中药理论与现代临床应用深度融合提供理论基础。

4.2 开展实践研究 对学生实施中药理论与现代临床应用深度融合的中药教学课程改革培养模式实践研究。分析古今中药临床使用异同点,古今疾病谱变化规律,分析中药用药频率及治疗疾病的变化规律。拟采用实践方法结合案例分析法,通过对个别中药古今异同的临床使用方法,开展案例介绍及实践验证。归纳、总结形成理论观点。围绕中药的药性功效等问题,提出中药理论与现代临床应用深度融合的中药教学课程改革实施的培养模式探索。

4.3 中药学教学改革的方法策略 通过中药传统认识,提出促进相关专业学生中药学习能力培养的中药理论与现代临床应用深度融合的中药教学课程改革与实践实施模式的方法策略,全面提高中药学的教学质量,在教学改革的浪潮中独占一席,赋予传统中药学现代含义,更好适应当代医学发展,提高学生传统中医药知识的同时提升实验技术能力、自我探索能力、改革创新能力,革新技术,开创传统中药理论与现代中药临床应用深度融合新纪元。

5 结语

随着中药学的进步,中药学课程的改革是不可避免的。既往的传统教学手法着重于理论知识的记忆与传授,教学形式单一,并且随着时代的发展,这一传统教学手法与现代中药的理论有一定的差异,导致普遍存在一些教育弊端。因此,应该在国家、学校、技术等方面的支持下,实施教学改革,引进先进教学理念,提高中药学的教学水平,让学生更好地学习和掌握中药学知识。传统中医药理论与现代应用融合的中药学教学方式,有助于相关专业学生学习中药学全新知识体系架构的建立,对于提高教学质量和人才培养具有重要的意义,对国内医药类高校中药学的教学改革将起到引导、借鉴的作用。

参考文献

- [1]周蓓,吴燕春.临床中药学实践教学探索和实践[J].教育教学论坛,2015(8):138-139.
- [2]孙玲,郑国华.中药学专业课程体系改革研究与实践[J].时珍国医国药,2012,23(3):751-752.
- [3]李寒冰,王保奇,王常海.中药学及相关学科教学中对“中药与国际接轨”的解读[J].科技创新导报,2012(15):140-142.
- [4]杨新辉,宋宇宁.中药学教学现状及改革措施[J].现代职业教育,2017(24):108-109.
- [5]李亚荣.中药学教学现状及教学改革探析[J].学理论,2015(8):122-123.
- [6]何世民,郭忻,汪文娟,等.中药学教学现状及教学改革刍议[J].上海中医药大学学报,2012,26(2):18-20.
- [7]赵宇昊,刘仁慧,王秀娟,等.中药专业中药学教学改革的思考[J].中医教育,2009,28(6):76-77.
- [8]张新渐,黄建民,张尹,等.中药学实践教学方法的再研究[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(10):9-10.
- [9]陈芳,杨卫平,汪毅,等.中西医临床医学专业《中药学》课程实践教学改革初探[J].内蒙古中医药,2014,33(5):130-131.

(本文编辑:张文娟 本文校对:董佩佩 收稿日期:2018-02-08)

预防医学专业妇幼保健学教学内容需求调查[※]

牛丽薇¹ 郑会秋¹ 苏志刚¹ 刘艳¹ 包含¹ 曹宁¹ 苏雄¹ 康文岩² 王艳玲^{1*}

(1 内蒙古医科大学公共卫生学院, 内蒙古 呼和浩特 010110;

2 呼和浩特市口腔医院正畸科, 内蒙古 呼和浩特 010030)

摘要:目的 了解学生对妇幼保健学课程教学内容的需求, 为优化教学提供线索。方法 选取内蒙古医科大学2013级预防医学专业本科在校学生作为调查对象。在课程结束后采用自编问卷的形式, 针对学生对妇幼保健学课程的认识和兴趣开展调查。结果 在妇幼保健学课程各部分内容中, 较大比重学生认为除“绪论”和“妇幼卫生管理系统”外, 其余八部分均应重点掌握; 对生活或将来实际工作的意义比重最高和兴趣程度最高的均为“孕期保健”。结论 妇幼保健学是学生普遍认为较有意义且兴趣度较高的课程, 其教学方法的优化改进对培养实用型预防医学人才具有重要意义。

关键词: 预防医学; 妇幼保健学; 教学内容; 教学方法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.004

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0008-03

Investigation of the Demand for Teaching Content of Maternal and Child Health for Students Majoring in Preventive Medicine

NIU Liwei¹, ZHENG Huiqiu¹, SU Zhigang¹, LIU Yan¹, BAO Han¹, CAO Ning¹, SU Xiong¹, KANG Wenyan², WANG Yanling^{1*}

(1. School of Public Health, Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010110, China;

2. Orthodontics Department, Hohhot Stomatological Hospital, Hohhot 010030, China)

Abstract: **Objective** To study the demand for teaching content of maternal and child health, in order to provide clues for optimizing teaching. **Methods** Taking the grade 2013 students majoring in preventive medicine of Inner Mongolia Medical University as the subject and make questionnaires to research their understanding and interest of the maternal and child health. **Results** In each part of content, a larger proportion of students believe that all contents should be focused on master in addition to "introduction" and "maternal and child health management system", the highest proportion of the meaning of life or future work and most interesting are "prenatal care". **Conclusion** The maternal and child health is a course generally considered to be more meaningful and interesting by students. The optimization of its teaching methods is of great significance to cultivating practical preventive medicine talents.

Keywords: preventive medicine; maternal and child health; teaching content; teaching method

妇女和儿童的健康关系着一个国家和民族的兴盛发展, 随着大健康时代的到来, 人们对医疗保健的需求尤其是妇女和儿童对保健服务的需求急剧增加, 妇幼保健相关知识也成为构建适应社会需求的实用型医学人才培养体系必不可少的组成部分^[1]。许多院校积极开设妇幼保健医学专业, 然而妇幼保健学作为预防医学专业的必修课在我校刚刚起步, 保证其教学方法的科学性和课程体系的完整性对我校培养出技术水平一流、适应社会需求的预防医学人才至关重要。本次针对我校预防医学专业四年级学生进行妇幼保健学课程教学内容需求性开展调查, 旨在了解学生对妇幼保健学课程的认识和感兴趣程度, 以期使今后的妇幼保健学教学更能满足学生的需求, 为教学改革提供方向性指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取内蒙古医科大学2013级预防医学专业本科在校学生共41人作为调查对象。本次调查共计

发放问卷41份, 回收有效问卷41份, 问卷有效回收率为100%。

1.2 调查方法 采用问卷调查的方法, 在妇幼保健学课程结束后, 发放自编问卷进行调查。本次调查采取不记名方式进行, 在调查开始前, 向学生说明本次调查题目选项无正误之分, 依照个人实际情况作答即可, 调查结束后当场回收问卷。

1.3 问卷内容 妇幼保健学课程内容设置包括绪论、生殖健康、女童保健等10个部分, 问卷的编制以教学内容为基础, 分别调查“每部分的重要程度”“每部分对生活或将来实际工作的意义”以及“对每部分内容的感兴趣程度”, 问题设置采用选择题的形式。

1.4 统计学方法 将回收的问卷进行整理, 并用Epidata 3.0软件进行录入, 对数据采用SPSS 22.0统计软件进行构成比分析。

2 结果

2.1 学生对妇幼保健学课程内容重要程度的认识 在参与本次调查的41名学生中, 43.9%的学生认为“绪论”应为“了解”的内容, 43.9%的学生认为“妇幼卫生管理系统”应为“熟悉”的内容, 较大比重的学生认为

※ 基金项目: 内蒙古医科大学校级教学改革研究项目 [No. NYJXGG22017072]

* 通讯作者: ylwang1624@163.com

“生殖健康”等其余八部分均为应该重点“掌握”的内容,其中,50%以上的学生认为应积极学习并掌握“女童保健(58.5%)、青春期保健(65.9%)、孕期保健(56.1%)”三部分知识(见表1)。

表1 学生对妇幼保健学课程内容重要程度的认识 [例(%)]

内容	了解	熟悉	掌握
绪论	18(43.9)	14(34.1)	9(22.0)
生殖健康	8(19.5)	13(31.7)	20(48.8)
女童保健	9(22.0)	8(19.5)	24(58.5)
青春期保健	5(12.2)	9(22.0)	27(65.9)
婚前保健	7(17.1)	15(36.6)	19(46.3)
孕期保健	8(19.5)	10(24.4)	23(56.1)
节育保健	11(26.8)	12(29.3)	18(43.9)
围绝经期及绝经后妇女保健	8(19.5)	15(36.6)	18(43.9)
妇女常见病防治	9(22.0)	12(29.3)	20(48.8)
妇幼卫生管理系统	13(31.7)	18(43.9)	10(24.4)

2.2 学生对妇幼保健学教学内容对生活或将来实际工作意义的认识 通过本次调查可以看出,学生普遍认为学习妇幼保健学各部分知识对生活或将来实际工作较有意义,其中,认为“孕期保健”知识有意义的比重高达92.7%,认为“生殖保健”“青春期保健”“婚前保健”“节育保健”“围绝经期及绝经后妇女保健”和“妇女常见病防治”这六部分有意义的比重均高于80%,此外,认为“绪论”和“妇幼卫生管理系统”对生活或将来实际工作没意义的相对较高,分别为17.1%和12.2%(见表2)。

表2 学生对妇幼保健学各部分内容对生活或将来实际工作意义的认识 [例(%)]

内容	没意义	一般	有意义
绪论	7(17.1)	14(34.1)	20(48.8)
生殖健康	1(2.4)	5(12.2)	35(85.4)
女童保健	1(2.4)	8(19.5)	32(78.1)
青春期保健	2(4.9)	4(9.8)	35(85.4)
婚前保健	1(2.4)	5(12.2)	35(85.4)
孕期保健	1(2.4)	2(4.9)	38(92.7)
节育保健	2(4.9)	5(12.2)	34(82.9)
围绝经期及绝经后妇女保健	2(4.9)	3(7.3)	36(87.9)
妇女常见病防治	4(9.8)	3(7.3)	34(83.0)
妇幼卫生管理系统	5(12.2)	11(26.8)	25(60.9)

2.3 学生对妇幼保健学教学内容的感兴趣程度 本次调查显示,学生对妇幼保健学课程整体的兴趣较高,所有内容均为“感兴趣”所占比重最大,其中,“青春期保健”“孕期保健”和“妇女常见病防治”的内容最能激发学生的兴趣,感兴趣程度分别为82.9%、85.4%和82.9%。同时,学生都对“婚前保健”和“孕期保健”两部分内容表现出一定的兴趣,“没兴趣”所占比重均为0(见表3)。

表3 学生对妇幼保健学各部分内容的感兴趣程度 [例(%)]

内容	没兴趣	一般	感兴趣
绪论	14(34.2)	8(19.5)	19(46.3)
生殖健康	1(2.4)	9(22.0)	31(75.6)
女童保健	2(4.9)	9(22.0)	30(73.2)
青春期保健	2(4.9)	5(12.2)	34(82.9)
婚前保健	0(0.0)	9(22.0)	32(78.0)
孕期保健	0(0.0)	6(14.6)	35(85.4)
节育保健	1(2.4)	13(31.7)	27(65.9)
围绝经期及绝经后妇女保健	2(4.9)	7(17.1)	32(78.0)
妇女常见病防治	3(7.3)	4(9.8)	34(82.9)
妇幼卫生管理系统	11(26.9)	14(34.1)	26(39.0)

3 讨论

妇幼卫生工作是社会保障体系的重要组成部分,对于促进和保障社会经济发展起着重要作用,妇女儿童的健康状况直接反映全人群的健康水平^[2]。妇女儿童保健服务在当今社会日益受到重视,作为适应时代发展的综合性医学人才,妇幼保健学应成为其必要掌握的知识和技能^[3]。因此,在医学院校开设妇幼保健课程的作用和意义不容忽视,合理的内容设置、学生兴趣的激发以及适宜的教学方法等对妇幼卫生人才的培养具有重要的影响。

本次调查结果显示,就目前的十部分教学内容而言,学生普遍反映出“绪论”适合作为了解的内容,应该去熟悉“妇幼卫生管理系统”这部分知识,而其余八个部分的内容则均应重点掌握。其中,“青春期保健”在重要程度、实际意义和感兴趣程度3个方面都占有较高的比重。青春期是个体从童年向成年逐渐过渡的时期,是生长发育过程中一个极其重要的阶段^[4]。调查对象大多刚刚度过青春期,步入成年,经历了青春期身体、心理和社会行为各个阶段的发展变化,青春期相关知识在自身得到了很好的印证,这也成为其重点关注青春期保健的原因之一。

本次调查还发现,“孕期保健”被认为是对生活或将来实际工作最有意义,同时也是调查对象最感兴趣的内容。孕期保健是在妊娠期间为产妇提供科学合理的全程医疗保健服务,从而达到保障母婴健康,提高出生人口素质的目的^[5]。掌握孕期保健知识无论是对日后从事妇幼卫生相关工作或是日常生活都具有实用价值。而“绪论”和“妇幼卫生管理系统”两部分在学生中被称为“没意义”“没兴趣”的比重高于其它部分,这样的结果反映出学生更偏向于与实际生活联系密切的内容,而对宏观的理论性较强的内容不易于产生兴趣。此外,本次调查还发现“围绝经期及绝经后妇女保健”和“妇女常见病防治”两部分同样受到更多学生的关注,这可能与调查对象中女同学所占比

重较大有关。

4 建议

本次调查反映出学生对妇幼保健学课程的整体需求较高,合理的教学安排和适宜的教学方法更显得尤为重要,针对学生认为应该重点掌握的、对生活或将来实际工作有意义的、兴趣较高的内容应着重讲解,对于学生不感兴趣但同样重要的内容在授课中更应注重学生学习兴趣的激发和教学方法的改进,例如使用标本、模型、录像等直观的教学手段,引入案例分析讨论等参与式教学模式^[6],同时应注重授课教师知识结构的更新,加强与妇幼保健机构的交流,从而提高师资队伍的水平,使授课过程中的案例使用更加贴近实际^[7]。此外,还应注重理论与实践的结合,有研究表明妇幼卫生专业毕业生的动手操作能力不能很好地满足用人单位的需求^[8],可见在校期间实践技能的培养对满

足就业需求的必要性,而目前我校的妇幼保健学课程只有理论课程的设置,在今后的课程建设中应多开展实践锻炼,注重学生综合能力的提高,培养出实用型预防医学人才。

参考文献

- [1]冯敬华,黄作强,黄英兰,等.以就业为导向培养实用型妇幼卫生专科人才[J].卫生职业教育,2010(9):8-10.
- [2]钱序,陶芳标.妇幼卫生概论[M].北京:人民卫生出版社,2014:1.
- [3]张丽.广东某高校妇幼保健学教学浅析[J].中外医疗,2010(22):139-140.
- [4]季成叶.儿童少年卫生学[M].北京:人民卫生出版社,2012:51.
- [5]陈兰芳,朱秋红.孕期保健对孕产妇妊娠结局的影响[J].中国医药导报,2017,19(2):200-201.
- [6]许韶钧,陶芳标,苏普玉,等.妇幼保健学教学改革的实践[J].医学教育探索,2005,4(2):116-118.
- [7]张建端,杜玉开,方为民,等.妇幼卫生专业人才培养现状及问题的定性研究[J].中国妇幼保健,2007,22(13):1723-1724.
- [8]曹秀菁,陈婷婷,郝加虎,等.妇幼卫生专业毕业生反馈信息分析[J].中国农村卫生事业管理,2009,29(12):891-893.

(本文编辑:张文娟 本文校对:高玉敏 收稿日期:2017-12-15)

角色互换结合微课在针灸学教学中的应用[※]

张志星 张小卿 董宝强 李春日 陈以国*

(辽宁中医药大学针灸推拿学院, 辽宁 沈阳 110847)

摘要:随着时代的进步,教学改革与创新也势必要紧随时代的步伐,近几年新兴的角色互换和“微课”教学模式即是其发展的产物。从大量的教学实践中归纳得出经验,将角色互换和微课教学法结合在一起,应用于针灸学教学中会取得更为显著的学习效果。两者完美的结合将成为针灸学教学领域中新兴的一种教学模式,在分析两种教学的特点、具体结合方案和实践体会的基础上,倡导在以学生为主体的角色互换的教学模式下,结合灵活高效的微课教学是针灸学较好的教学模式。

关键词:角色互换;微课;针灸学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.005

文章编号:1672-2779(2018)-10-0010-03

The Application of Role Reversal and Micro Learning Resource in the Teaching of Acupuncture and Moxibustion

ZHANG Zhixing, ZHANG Xiaoqing, DONG Baoqiang, LI Chunri, CHEN Yiguo

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

Abstract: With the progress of The Times, the teaching reform and innovation will also be closely followed by The Times. In recent years, the emerging role swaps and the "micro-class" teaching mode are the products of its development. From a large number of teaching practices, it is concluded that the combination of role reversal and microteaching method can be applied in the teaching of acupuncture and acupuncture. Perfect combination of both will become a kind of acupuncture in the field of teaching new teaching mode, based on the analysis of the characteristics of two kinds of teaching, the concrete scheme and practice experience, on the basis of promoting the role exchange of take the student as the main body of teaching mode, the combination of flexible and efficient micro teaching acupuncture is a better teaching model.

Keywords: role reversal; micro learning resource; acupuncture and moxibustion

作为中医专业主干课程之一的针灸学,是一门实践性、理论性都很强的临床学科。同时也是中医学及中西医临床医学等非针灸推拿专业的必选课程,涵盖内容广泛,是一门连接中医基础知识与针灸临床应用的桥梁课程,突出对临床实际应用的培养是该学科的特点。

在实际教学中,教学时数少、授课内容多,对学生实际应用能力的培养方面比较薄弱。因此,我们需要寻找一种新的教学模式。利用有限的课时,让学生在学习中医、针灸基础知识的同时,能够将所学知识自由运用到临床诊治中,学会举一反三,从而更好地培养学生的实际应用能力。

角色互换教学模式,是当下广受欢迎的教学模式。角色互换除了“老师和学生”之间的互换,同样也可以是学生之间“医生和病人”的角色互换,类似

※ 基金项目:辽宁省自然科学基金[No.20170540628];校级教学改革研究项目[No.LNZYJG2015074]

* 通讯作者:cyg05@hotmail.com



“COSPLAY”的角色互换教学模式。它可以让学生独立思考问题,让知识点的记忆更加深刻。微课是基于网络平台而新兴的一种教学方式。它以精干短小的视频结合文字、声音、图像等现代多媒体技术,将课程内容和教学过程浓缩,重点突出,针对性强。而角色互换与微课的相互融合,弥补了针灸学教学中的不足,微课补充了因课时限制的学习内容浅表的窘境,而师生的角色互换则让学生们对基础知识的掌握更加扎实,“COSPLAY”角色扮演则使学生的临床应用能力有了“全真模拟”,使学生对以后的临床应用更加娴熟。

1 角色互换教学法与微课的理念

教材是无法变动的,学生是无法更新的,那么能变的只能是教学方法。从古至今,教学模式一直是老师一方讲台,学生坐着聆听,可是这种教学模式却不是最佳的。教师讲学生听,或教师问学生答,学生学会了“听”、学会了“答”,却没有学会质疑问难,常出现“听的懂,就是一做就错”的情况。

随着时代的进步,人类思维方式的转变,在教学方法上创造了更多新的教学模式。近年来,角色互换的教育模式也逐渐成为社会的主流。该种方式教学采用了先角色互换^[1]:学生讲一教师听,然后再角色互换,教师讲一学生听,反复进行角色互换,加上学生之间的“COSPLAY”角色扮演,既加深了学生们对授课内容的理解,又提高了授课效果,起到了事半功倍的效果。通过这种教学方法,不但可以培养学生的自学能力和严谨的治学态度,还同样锻炼了学生的语言表达和随机应变能力,提高其自信心。角色互换让学生在主动参与和成功体验中释放出巨大的学习潜能,为今后自主学习打下坚实的基础。相比传统教学模式,角色互换式教学模式对教师的要求更高,教师不但要以初学者的角度去认识实际学习中的难点,又要以研究者的眼光审视和分析教学过程中出现的问题,并对自身以往的教学进行反思,对出现的问题进行深入的探究,从而达到改进教学方法、提高教学水平的目的。

微课^[2]是以教学视频和其他支撑资源组成的,有打破传统课堂的时空限制、更好地适应学生个体差异以及增加课程资源的共享性等优势。微课程可以把教学中的知识点,尤其是难点、重点通过视频或课件传达。这需要教师精炼学习内容,进行知识点的提炼。在网络发达的信息时代,学生可以高效利用碎片时间随时随地进行学习,以阐述某一知识点为目标,高效直接地掌握所需学习的内容,提高学习的效率。微课是适应网络时代数字化学习的一种新兴学习方式。学生也

可以随时反馈学习情况。

2 角色互换和微课在针灸学教学中的结合应用

针灸学这门课程除总论外的三个教学篇章,从理论到实际操作再到临床应用都有各自的教学特点。课程总体的教学目标是要求学生在上篇理解并记忆经络腧穴的基本理论知识的基础知识点,中篇需熟练掌握针灸临床的各种施术操作,下篇则学习临床常见病和多发病,构建针灸治疗思维并辨证针灸施术治疗^[3]。整个课程知识点多、实践性强、专业性强,对学生从理论到实践的学习要求较高。

近年来,角色互换和微课教学方法在国内外教育领域广泛应用,在提高教学效果方面上,也取得了显著的成效。角色互换与微课教学这两种不同的教学方式,可作互补,各取优点,以取得最佳教学效果。所以,在医学教学上有广阔的应用前景。若要进行教学改革应以教学效果和课堂反馈相呼应,不能盲目地追求改革的形式而忽略了教学质量。因此,角色互换和微课的完美结合就显得尤为重要。角色互换教学模式要求教师间必须环环合作^[4],设计与教学内容相关的问题,并给予学生想象的空间和领域。微课则不同,学生多在碎片时间进行学习,学习自由度空间度大。结合角色互换教学模式的特点和不同专业学生的实际情况,可在课程知识的难点、重点处设计制作微课课件,由微课这种途径形成学生的自主学习模式。学生通过角色互换所学的基础知识,结合微课所学知识,进行知识整合和重建,达到对整个知识应用的融会贯通,最终达到解决问题的能力。

如何将两者完美结合运用到针灸学的课程教学中,值得教育工作者深入研究与探讨。

那么,具体该如何引导完成呢,例如上篇理解并记忆经络腧穴的基本理论知识的基础知识点,可以通过角色互换教学模式来学习和记忆。譬如说,上篇针灸基础理论中“十二经脉及其腧穴”的学习。教师可以将班级同学分为6组,每组负责2条经脉的学习讲解。此时老师成为聆听者——学生,学生成为授课者——老师的教学模式,可以让学生在准备过程中找到主动学习的乐趣,让知识点更牢固地停留在脑海里。同时学生在讲授课程前,教师可以引导学生以“COSPLAY”角色扮演的形式对穴位的定位进行讲解,同时可以以患者的身份将相应穴位的主治疾病进行表演,使对穴位的记忆更加深刻。同时,老师在聆听过程中可以及时纠正错误,进行相应指导,防止学生形成错误的惯性思维。主动讲授知识点可以让学生变得更有自信,更有益于以后的临床实际操作。

中篇的“刺法灸法”实践性较强,应将理论学习与实践操作融为一体,加强学生动手能力训练。针对此篇章,我们可以采用微课的教学模式,让学生更加直观地学习临床操作的技巧。例如将中篇的“刺法灸法”这种实践性较强的篇章进行知识点分解,然后利用微课视频制作技术,录制由老师拍摄的针刺技巧和灸法的操作视频,这种操作视频可以在向学生讲授相应操作知识前发给学生,让学生进行更直观地学习,增强临床操作能力。除此之外,结合角色互换遗留下的问题,教师同样可以利用微课课件录制相应的讲解视频,不但避免了课堂上课时的限制,还让学生们更容易记住相应的知识难点。

对于下篇“针灸治疗”的学习,学生需要建立中医针灸临床思维,不断提高临床动手能力。此时,角色互换中角色扮演则是较好的教学模式。教师可以将常见病按组分配给学生。学生根据病症,整理出一份相应的病例,然后学生根据整理出的病例,进行角色扮演。每组学生可以由“医生”“病人”“讲解者”组成一个团队。担当“病人”的学生可以将患者典型的临床表现尽可能的展现出来,担任“医生”的学生应在辨证后,进行选穴,通过这样的角色扮演,学生们可以更加深刻地记忆每类疾病的临床表现,并对相应疾病进行全面的治疗。

因此,课上多采用角色互换的教学模式,课下多采用微课教学模式,课堂内外的相互配合各取其优点,做到优势互补,可以让角色互换和微课成为学生心中愿意接受的教学模式,而且提高了学生学习的主动性和积极性。

3 角色互换和微课结合在针灸学教学中的实践关键

3.1 注重教师转变 改善教学模式 (1) 教师一定要转变传统的灌输式教学模式,强化以培养学生自主学习为核心的教学理念。(2) 教师必须对角色互换和微课教学模式有一定的认知,以便在教学过程中能准确地利用角色互换和微课教学模式的特点及其优势^[9]。教师讲授主题不再是某一方面具体的知识,而是获取某一方面知识的方法。因此,一堂课不再仅仅是老师一个人的主场,而变成了学生们的主场。每名学生的思维方式会因看问题的角度不同而会碰撞出更多的火花。但是,由于长期的灌输式教学,可能会使学生在成为“老师”时怀疑自己讲授的方法和内容是否“正确”。因此,如何顺应新教学模式来转变教师的角色至关重要。所以,在教学之初,教师应帮助学生建立足够的自信,从而有利于学生更加全面的感受与学习各章节知识点及各章节之间内在的联系,继而建立该课

程的理论框架。

3.2 帮助学生转变 提高学习效率 在教师转变新教学模式需要一定努力和付出的同时,对于长期接受传统教学的中国学生而言,适应角色互换和微课结合这样的教学模式等新的教学改革体系同样需要一个过程。在最初的教学过程中,学生可能会多少表现出一定的不适应,这时他们需要坚定信心,在老师的指导帮助下尽快适应新的课堂,享受知识。在这种新教学模式下,学生可以获得更多自我展示的机会,锻炼了独立思考,多角度看问题的能力。利用微课学习同样顺应时代发展,使微课成为学生更容易接受的学习手段。除此之外,在准备讲授课堂内容的过程中,阅读、查资料成为他们学习的新手段,由点到面,思维发散,将所有知识深深地刻印在脑海里,做到框架明朗、知识完备,使学习效率有了很大的提高。

4 结语

角色互换教学法与微课的结合在新教改形势下不失为一种新颖却又高效的教学模式,提高学生的自主学习积极性,有利于学生独立构建适合自己的针灸学知识大纲,从而引导学生更好地掌握专业知识,为日后走上临床打下坚实的基础^[6]。在新的时代背景下,学生的教育不应再被传统的填鸭式教学所禁锢,而应让学生成为自己的老师,学会自主学习,尽早进入独立思考,形成自己特有的思维模式。这样才能培养新时代下所急缺的人才。同样,面对电子产品泛滥的当下,微课时代背景的产物也顺其自然地成为了人们所能接受的学习方式。大家可以用手机、PAD、电脑等进行学习,学习的时间很短,但这种“碎片式”的学习让喜欢“快餐”文化的学生更好地利用课余时间进行学习,时间的短化让学生更容易记住知识点。

由此看来,角色互换结合微课实际上是大的时代背景下的产物,是培养新奇感与碎片化学习的结合,需要不断的探索与完善。

参考文献

- [1]杨宗强.对“角色转换教学法”的探索与实践[J].职业教育研究,2012(1):166-167.
- [2]于淑娟.学校微课建设的问题与反思[J].教学与管理,2015(3):32-35.
- [3]张效玮,曾玉,洗少龙.“师生角色互换法”教学法在康复医学教学中的应用探讨[J].中国高等医学教育,2011(4):103-104.
- [4]胡葵.中医专业《针灸学》教学方法改革设想[J].南京医科大学学报(社会科学版),2001(1):40-41.
- [5]张梁.角色互换式教学法在《针灸学》中的应用[J].教育教学论坛,2015(29):142-143.
- [6]李仕学,李义.PBL结合微课在针灸学教学中的应用探讨[J].中国卫生产业,2017,14(17):79-81.

(本文编辑:张文娟 本文校对:隋月皎 收稿日期:2017-12-21)

翻转课堂理念下中医临床基础 专业实践课教学方法研究※

张 萌 门九章* 何丽清 李孝波 李俊莲 高建忠

(山西中医药大学基础医学院, 山西 晋中 030619)

摘 要: 翻转课堂突破传统教学模式的先后次序, 强化教师与学生之间的互动, 从而提高知识传授与内化的效率, 成为当前流行的新兴教学模式。将翻转课堂运用于中医药专业课程可体现其优势, 同时也需要不断的实践与改良。结合山西中医药大学中医临床基础硕士研究生专业实践课程设置特点, 引入翻转课堂教学理念并运用教学助理 (teaching assistant, TA) 组织, 直播/录播、云平台等手段的辅助, 可激发学生临床思辨能力, 满足研究生教学培养目标。

关键词: 翻转课堂; 专业实践课程; 研究生教育改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.006

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0013-03

Study on the Teaching Method of Practical Course of Clinical Foundation of Chinese Medicine Based on Flipped Classroom

ZHANG Meng, MEN Jiuzhang*, HE Liqing, LI Xiaobo, LI Junlian, GAO Jianzhong

(College of Basic Medicine, Shanxi University of Chinese Medicine, Shanxi Province, Jinzhong 030619, China)

Abstract: The application of flipped classroom can break through the order of traditional teaching mode, strengthen the interaction between teachers and students, and improve the efficiency of knowledge transfer and internalization. Nowadays, flipped classroom has become a current popular new teaching mode. The application of flipped classroom in courses of Chinese medicine can reflect its advantages, but it also requires constant practice and improvement. Combined with the characteristics of practical course for graduate student of clinical foundation of Chinese medicine in Shanxi university of Chinese medicine, we try to apply flipped classroom and teaching assistant, live/recorded broadcast and cloud platform to stimulate students' clinical thinking ability and meet the objectives of graduate teaching.

Keywords: flipped classroom; practical course; reform in graduate education

近年兴起的“翻转课堂”教学模式源起于美国, 由可汗学院的创始人沙尔曼·可汗推广而受到全球教育工作者的重视与研究。翻转课堂的基本模式是线上讲授与线下互动的结合, 即学生在课前完成教师提供的教学视频为主的线上学习资源, 在此基础上, 师生在课堂上一同完成作业答疑、协作探究和互动交流等活动^[1]。翻转课堂的内涵在于符合教师教学为导向, 学生学习为中心的科学研究理念。它是学生线上自主学习与教师线下“授业解惑”的结合, 改变了以教师为中心或以学生为中心的单一教学理念^[2]。

1 翻转课堂在中医专业课程教学中的应用

随着信息化教学的深入人心, 将翻转课堂引入中医学专业课程的教学过程中已有诸多有益的探索与尝试^[3]。笔者认为, 中医临床课程诸如中医内科学、中医妇科学等, 以及类似方剂学、伤寒学、温病学等专业基础课程均体现出很强的临床实践性。然而, 以教师讲授为主的传统教学模式, 侧重于关注学生对知识的记忆, 较难结合临床实际来内化知识体系。目前来看, 中医药高校教育工作者对知识灌输式教学方法的弊端已有深刻认识,

并一直在积极探索更加科学合理的教学方法。翻转课堂颠覆传统课堂, 充分展示了启发式教学、讨论式课堂、网络远程教育资源等先进教学技术的优势, 一方面有助于加强学生课堂参与感, 促进师生思想碰撞, 从而提高学生辨病辨证思维能力、逻辑推理能力以及理论知识转化为临床实践的能力; 另一方面, 极大地激发了教师的荣誉感与责任心, 提高了教学效率和质量。

尽管翻转课堂的教学模式一时间受到全球教育界的瞩目, 但我们仍然要清楚地认识到, 翻转课堂在中医学专业课程教学的实际应用过程中也存在一些问题与不足。(1) 固化的教学框架与灵活的教学方式之间的矛盾。当前, 翻课教学改革主要集中在本科生教育, 本科课程有统一的教材与固定的教学大纲, 因此, 将翻课理念灵活地融入教学过程而又不超出规定课时所应完成的教学任务, 具有一定难度。(2) 教学对象数量与质量的参差性。许多院校专业基础课采取大班教学, 大班教学在完成课堂讨论, 师生交流方面仍然没有很好的范式。另外, 大班教学学生更容易产生惰性, 教师无法及时督促与评价课前自主学习的过程。这些在一定程度上均影响到翻转课堂的实际教学效果。(3) 教学内容设计对专业性有较高要求。医学院校临床实践课程的教师往往身兼数职, 需要完成临床、教学与科研三重工作。课前视频等多媒体资料的优劣无

※ 基金项目: 山西省教育厅研究生教育改革研究课题【晋教研[2017]2号, No. 2017JG81】

* 通讯作者: zm6064108@163.com

疑对翻转课堂的教学质量有着重要的影响,但是优秀的课前资料需要精心的制作,甚至需要许多跨专业、跨领域的知识,医学专业教师可能无法很好胜任。

2 研究生专业实践课搭载翻课理念的思考

翻转课堂的文化背景根植于美国,因此,翻转课堂的引入必须注意“本土化”^[4]。所谓“本土化”,就是在把握所授课程自我特征的基础上,将“翻转课堂”作为一种理念充分糅合入自己的课堂。这既需要找到二者之间的切合点,也需要配合其他教学手段,改进翻转课堂引入后所出现的新的教学瓶颈。

2.1 资源制备 多媒体资源制备的优劣是决定课程能否激发学生兴趣的关键。针对资源制作专业性较强的问题,我们采用直播/录播真实世界诊疗流程的策略。使用便捷的直播平台与摄录机可基本解决制作工具的需求。其中直播内容的制作,主要包含门诊直播、查房直播,对时间没有硬性规定。因为本学科研究生带指导教师均为享誉本省的名医,研究生主动跟诊学习的需求较为强烈,通过这种手段可以实现“远程跟诊”。这样的课前学习模式,学生节约通勤时间,也可保持诊室的相对安静,给医生诊疗、患者就诊提供更舒适的空间。录播内容的制作,主要选取特定病例,时间控制在10~15分钟,由教学助理(teaching assistant, TA)辅助完成,不必做过多编辑。以真实临床过程为课前学习的主要内容,教师不需要花费大量精力在课前多媒体制作上,而是留更多的时间思考课堂讲授的主要内容。

2.2 课程设计 本科阶段的课程设计必须符合教学大纲的要求,这大大限制了翻课教学设计的灵活性。我校研究生教学实行二级管理,教学大纲由本学科自主研制。学科基于临床实际,在学习中医经典的背景下,重点培养学生对中医内科疾病诊疗的掌握,因此,课堂主题的选取较为灵活。

2.3 课程组织 合理的课程组织有助于课堂活动的开展,提高课堂效率。在课程组织的过程中,教师不仅要扮演倾听者、评价者的角色,也必须承担管理者的角色,因此大班教学对小组分组、监督、组织讨论都存在一定难度,因此,本课程的开展仍尽量安排小班教学。TA是联结教师与学生的纽带,也是统筹教学活动的执行者,由本学科青年教师或高年级研究生担任课程TA,可极大地保障翻转课堂的良性运转。青年教师工作态度积极上进,TA角色可帮助其积累临床、教学经验。高年级研究生担任课程TA,可将其毕业考核纳入课程体系中去,一举两得。

2.4 学习评价 客观的学习评价有助于教学改革的进一步完善。研究生的学习评价是多元的,从教师角度出发,既要检验学生对所学内容的掌握程度,也应该关注他们从中得到什么样的启发。从学生角度出发,要结合自身知识短板与所长,对授课内容的掌握深度

做出调整。因此,笔者认为,有必要同时开展小组互评与教师评价。课程组织一旦到位,小组互评一般会顺利完成。教师评价主要利用课后感悟、PPT汇报、病例解读、科研思路汇报等多种途径,围绕临床与科研能力双提升的目标,完成相应的学习评价。

3 翻课理念下研究生专业实践课的教学模式设计

医学专业是一门具有显著实践性的应用型科学专业,素质培养在医学专业研究生教育中尤为重要,因此中医学专业研究生培养目标的定位应始终关注当前临床医学人才观的变化发展,即培养以精研中医经典与临床为立身之本,兼具现代医学科研创新思维的复合型医学人才^[5]。专业实践课是引导医学生将基础知识应用于临床的关键课程,可以实现医学生临床诊疗技能的养成与提升。一些调查研究也发现,教学方法的多样性、互动性更利于医学类研究生达到这一教学目标^[6]。在翻转课堂的思路下,结合本学科专业实践课教学特点,可以按照课程资源制作,课前自主学习,课上知识内化,课后研讨总结的基本流程进行实践研究。

3.1 课程资源制作 首先向患者说明直播/录播真实世界诊疗流程的目的与保密措施,征得患者同意后,签订知情同意书。TA组织门诊跟师或病房实习研究生,利用视频直播平台实时记录授课教师示范诊疗过程,同时使用多媒体设备录制存档。授课教师所选内容可以是临床过程中的特色病例、典型病例、疗效出众病例,甚至可以是无效病例。授课教师以本次示范过程为素材,抽离出其中涉及到的中医临床基础经典课程知识点,例如《伤寒论》中太阳病桂枝汤证方证要素、《金匱要略》中小青龙加石膏汤与小青龙汤在临床中的鉴别要点、外感病中风温表证与伤寒表证的判别难点等等。

3.2 课前自主学习 TA组织研究生采取小组的形式进行课前自主学习。以授课教师从临床过程中抽离出的知识点为讨论主题,共同或各自观看直播/录播视频文件,进行“远程跟诊”。然后,以小组为单位,对本次学习主题开展资料查阅、组内交流等有机的学习活动,最终在课前利用所汇总的资料提炼出本组观点。

3.3 课上知识内化 与传统意义上的课堂不同,翻课理念下的课堂更注重知识的内化。课堂上,授课教师首先组织学生,将小组讨论结果现场阐述。其次,根据自身命题时所思考的内容对各组观点进行点评。这一过程,在师生之间相互交流与沟通的基础上,将碰撞出许多对经典知识概念理解的闪光点,抑或是疑问点。

3.4 课后研讨总结 在TA安排下,学生于课后,将课堂上的内容依照重点、难点、疑点归类总结,并形成文字性作业作为平时考核成绩。这一过程,既强化了学生对基础知识的理解与掌握,也将课上遇到的问题转化为研究生自学的动力与开展科研的思路。

翻转课堂运用于中医学临床实践课程具有天然优

势,在实际教学过程中,又应当结合不同课程的“个性”,不断发现问题,解决问题,找到最佳的结合方式才能将这一教学模式真正落地。

参考文献

- [1] Bergmann J, Sams A. Flip your classroom: Reach every student in every class every day[M]. Washington D.C.: International Society for Technology in Education, 2012, 9-10.
[2] 张云峰,胡庆.翻转课堂教学模式的探索[J].时代教育,2014(5):105-106.

- [3] 黄志其,王柳萍,朱珠,等.翻转课堂运用于中医药课程教学的研究进展[J].教育现代化,2016(40):193-195.
[4] 杨晓宏,党建宁.翻转课堂教学模式本土化策略研究——基于中美教育文化差异比较的视角[J].中国电化教育,2014(11):101-110.
[5] 王亚红,吉兴旺.提高中医院校研究生专业素质的思考与对策[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(1):3-5.
[6] 林昌松,李楠,卢军,等.中医临床基础研究生教学模式的思考和探索[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(21):22-24.

(本文编辑:张文娟 本文校对:袁媛 收稿日期:2018-01-30)

西医院校中医学本科专业针灸学系列课程教学改革※

李 胜^{1,2} 潘小燕¹ 王鸿度¹ 张丰正¹

(1 西南医科大学附属中医院针灸康复科,四川 泸州 646000;

2 成都中医药大学针灸推拿学院,四川 成都 610075)

摘要:针对我校中医学本科专业针灸学相关课程进行改革初探,提出“灵活教学,先刺灸后腧穴”的教学策略,倡导“课堂教学与实验教学”的教学方针,争取条件让学生“早临床、多临床、反复临床”,同时制定形成性评价标准化客观化。将基础理论知识和临床实际早日结合起来,激发学生学习兴趣,增加学生主观能动性,明显提升教学效果。

关键词: 针灸学;课程改革;西医院校

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.007

文章编号:1672-2779(2018)-10-0015-03

The Teaching Reform of the Series Courses of Acupuncture and Moxibustion for the Undergraduate of Traditional Chinese Medicine in Western Medical University

LI Sheng Li^{1,2}, PAN Xiaoyan¹, WANG Hongdu¹, ZHANG Fengzheng¹

(1. Department of Acupuncture Rehabilitation, the Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Southwest Medical University, Sichuan Province, Luzhou 646000, China;

2. School of Acupuncture and Tuina, Chengdu University of TCM, Sichuan Province, Chengdu 610075, China)

Abstract: Aimed the reform exploration of acupuncture and moxibustion courses in undergraduate of TCM in our university, the teaching strategy of "flexibly teaching, acupuncture and moxibustion skills learning first then acupoints" was put forward and teaching principles of "combined classroom teaching and practical teaching" was advocated. Strived for conditions to let students "early clinical learning, more clinical learning, repeated clinical practicing", meanwhile, a standard and objective formative evaluation was established. The basic theoretical knowledge and clinical practice were combined to stimulate students' interest in learning, increased the students' subjective initiative, and improved the teaching effect.

Keywords: acupuncture and moxibustion, curriculum reform; Western medical university

我校(西南医科大学)为西医院校,其中西医结合学院中医学本科专业从2010年开始招生至今已历时7年,在学校和院系的大力建设推动下,中医学本科于2015年从普通本科专业升为重点本科专业。而针灸教研室对于中医学专业针灸学以及针灸相关课程的教学变革和探讨从开设专业至今一直在进行中。尤其对2015级中医学专业学生如何开展具有中医特色的教学,中西医结合学院召开了多次教学培养大纲修订会。

在借鉴外校的经验和本校的具体实际情况下,教学培养大纲规定中医学2015级从第一学年第一学期开始即开设有关针灸的相关课程:经络腧穴学、刺灸灸法学、推拿学、针灸治疗学。由于针灸相关课程具有

较强的临床实践性质,需要相关的中医基础知识和其他中医临床各科知识进行支撑。由此而带来的如何在教学中将理论与实践、抽象与现实进行完美结合,如何在教学中积极带动学生的主观能动性,以及如何将针灸相关课程逐步引入,加强学生中医临床思维等问题迫切需要进行解决。基于以上现实,主要针对2015级及以后的中医学本科专业提出本次教学改革初探,以期望为今后的教学提供可借鉴的有效经验,及时发现教学改革中可能存在的问题,并予以修正。

1 灵活教学 先刺灸后腧穴

以往的传统中医学教学模式常常将脏腑理论与经络理论分隔开来讲述,通常脏腑理论在前而经络理论在后。而在我校中医学的教学设置结合教学培养大纲来看,直接将经络腧穴理论放在了最开始进行讲授。这样做的好处在于:(1)经络腧穴理论作为中医理论的“生理”“病理”,学好经络腧穴有利于理解中医学的相

※ 基金项目:西南医科大学教改项目[No.JG2015032];西南医科大学数字化课程建设项目

* 通讯作者:531990597@qq.com



关知识,对形成中医的整体观和辨证论治思想有极大的帮助;(2)针灸学相关课程的实践性,有利于极快激发学生的学习兴趣,将以往枯燥的理论学习变为理论与实践的完美结合。同时利于激发学生主观能动性,为早临床、多临床、反复临床打下坚实基础。

但同样也存在以下问题:(1)2015级中医学第一学年第一学期即开设有经络腧穴学,而中医的其它基础知识基本上也在同期进行教学,需要有一个知识的储备和适应过程;(2)2015—2016学年第二学期,2015级中医学开设有刺灸灸法学和推拿学,从基础和临床的过渡时间过短,对大一的学生来讲,尚缺乏足够的实践时间。

针对这种情况,在一开始的教材征订中,即将经络腧穴学与刺灸灸法学两本教材同时征订到位。在2015级中医班开始上针灸相关课程时,针灸教研室集体讨论后决定,灵活变更培养大纲的教学顺序,打破传统的逐门课程依次教学推进的安排,针对2015级中医学专业学生的针灸推拿方面的培养目标,在现有的基础学科经络腧穴学之外,将本该于第一学年第二学期开设的刺灸灸法学提到本学期,从经络腧穴学的教学课时中分离出一半教学课时,两门课程同时推进。并实行先刺灸后腧穴的策略。而这一改变恰与辽宁中医药大学针灸推拿学院李宝岩老师推行的“针灸学先刺灸后经穴”教学思想不谋而合^[1]。在“先刺灸”的过程中,先接触并仔细了解刺灸所使用的工具,并对其结构、原理进行深入学习,并掌握具体操作方法。同时在针灸教学辅助用具如针刺仿真训练系统上进行基本练习,为自身练习和实际操作奠定基础,降低各种技能操作的危险性。学生经过锻炼后,在“后腧穴”的学习过程中,就会主动形成去分析穴位的生理解剖特点,并去制定合适这一个穴位的刺灸、灸法操作规程的习惯。等到真正操作时就会心中有把握而不至于慌乱,游刃有余。

2 课堂教学与实验教学并重

在实际教学中,针灸教研室除了重视针灸相关理论探讨外,始终将提升学生动手能力放在第一位。在刺灸灸法学教学中,将具体的实践课设计为毫针指力练习、进针法操作、补泻法操作、古典针法操作、灸法操作、罐法操作、三棱针梅花针操作、皮肤针皮内针操作以及特种针刺如火针、穴位埋线操作等具体课程。并分成小班教学,积极鼓励学生在指导教师的指导下进行相关的操作。

比如在毫针指力练习时,采用小包装的面巾纸一包,用1寸毫针进行提插和练习。当提插捻转熟练后,采用8 cm×8 cm左右大小的瓦楞纸纸板练习单手进针法,要求每针须穿透纸板。同时在练习时,强调宁心安神,身形端正,姿势标准,要保持对针刺技法的谦恭心态,并专注于“守神”的练习,做到《灵枢·终始》

曰:“深居静处,占神往来,闭户塞牖,魂魄不散,专意一神,精气之分,毋闻人声,以收其精,必一其神,令志在针”。将练习尽量与《黄帝内经》要求医者在针刺时“守神”,做到极高的专注力^[2]相符合。同时,告知学生,练习应尽量每日都能自我进行,方能有所得。

又比如在灸法操作过程中,设计了大小艾柱直接灸外关穴的体会,隔蒜灸、隔姜灸、隔附子饼灸中脘的体会,让学生在做完每一种灸法后及时将感受记录下来,并做对比,分析每种灸法的异同。课后让学生分组查阅相关资料,进一步了解每种灸法的内在机理。极大地提升了学生的主观能动性,激发了学生的学习热情。并在教学的课程中开始有意识地将科学研究的思维模式导入进去,引导学生发现问题,并鼓励学生去提出解决问题的假设。

在经络腧穴学的教学中,则将经络腧穴的相关内容拆分为6次点穴课。每次课让同学两两一组互相按经络循行标记穴位,每条经脉选择1~2个常用穴位指导学生进行针刺训练。将基础知识与临床技能融合到一起进行训练,既加强了学生的针灸技能,又加深了对针灸基础知识的理解掌握。

3 早临床 多临床 反复临床

在紧张的课堂学习之余,针灸教研室对中医学专业2015级学生制定了课外的实践培养计划和教学安排,集中课外实践培训,弥补课堂内教学实践技能学习中的不足,让学生具备理论运用于实践的能力,提高学生的综合素质,增强学生的社会竞争力。

采取与学校第二附属医院针灸康复科合作,有效依托学校附属中医院针灸康复科临床教学资源,每个周末安排一组共6名学生到针灸康复科针灸治疗区进行见习。并在带教教师指导下写出一份门诊病历,严格考勤制度,计入平时成绩考核范畴。

早临床的目的是让学生明白针灸的临床特色,认识到他们所学习的基础知识和针灸技能在临床上是有切实的用武之地的。同时也是基础与临床结合的一个过程,即临床发现问题——回归基础查找问题解决办法——再提出临床解决方法。并在临床见习实践的过程中,逐步灌输针灸“理-法-方-穴-术”的针灸临证思维。经过这样反复的训练,反复的临床,让学生的临证思维能力符合针灸学习的规律,并同时让学生觉得所学能更好地与社会融合,从而缩小理论与现实的差距,更加适应社会的需求。

4 形成性考核标准客观化

对于学生来讲,学习的目的—是为了掌握知识,二则是为了获取相应的学分。而在针灸相关课程提出改革后,无疑加重了学生的负担,一学期同时学习一门课程的两本教材让部分同学力不从心,并担忧期末考试内容复杂化而不能正常获得学分。为此,我们在

学校“形成性评价”导向体系下,对刺灸灸法学、经络腧穴学进行相应设计,将成绩构成分为:技能考核30%+平时课堂表现(考勤、提问等)10%+卷面成绩60%。其中技能考核包括:(1)穴位定位描述和在模特身上找出定位;(2)选取其中一个穴位进行指定进针手法和补泻手法操作;(3)灸法操作;(4)罐法操作。因经络腧穴的内容分配到了两个学期进行授课,所以腧穴考核是两学期期末都必考的内容,而在刺灸灸法学的内容上,第一学期主要针对常用进针法、常规单式或复式补泻手法的考核,而第二学期进行古典针刺手法的考核。考核标准按照中医执业医师的类似标准制定,形成客观化、标准化的评价体系,进而督促学生从平时训练到考核养成标准操作的习惯。

将传统课程“一考定成败”的总结性评价改为形成性评价,(1)做到了降低卷面所占比例,有效避免了学生期末为考试而积极学习的不良习惯;(2)将注重期末卷面的考核向强调过程考核转变^[3],引导学生注重过程的学习和技能锻炼,更加有利于教学的开展和学生积极性的培养。

5 小结

2015级和2016级中医学专业已经完成第一学年的

学习,而针灸教研室刺灸灸法学与经络腧穴学的教学也收获了诸多的经验。在通过以先刺灸后腧穴为主要的教学路线,课堂与实践教学并重为特色,制定规范形成性评价体系和标准、早临床多临床反复临床为辅助的培训体系后,中医学2015级和2016级学生对针灸的兴趣与日俱增。同时也给了笔者一些反思,虽然接触针灸知识的时候,这两批学生才刚刚踏入大学校门,中医学基础知识谈不上有多么扎实,临床经验更谈不上有多么的丰富,但学习的热情不减,一是说明在正确的教学方式上我们激发了学生的学习兴趣,唯有保持学生的兴趣,才能将被动学习变成主动学习。二是提示了刺灸灸法学、经络腧穴学等课程必须注重实际操作及动手能力的引导和培养,“纸上得来终觉浅,绝知此事要躬行”,唯有动手机会多、能力强,针灸技能水平才会逐渐提升,才能早日体会到《针灸问对》所说“针者,近乎技,几于道”的境界。

参考文献

- [1]李宝岩,李成林,曹锐.《针灸学》“先刺灸,后经穴”的优势与教学体会[J].中国针灸,2012,32(4):374-376.
- [2]董善京.《黄帝内经》针刺用神浅论[J].河南中医,2017,37(7):1155-1156.
- [3]杜旭,王瑞辉,刘娟,等.《针灸学》考核评价体系创新实践初探[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(24):162-163.

(本文编辑:张文娟 本文校对:丁斗 收稿日期:2018-03-16)

应用型中药炮制人才培养模式实践教学探索※

鞠成国 高 慧 林桂梅 单国顺 贾天柱

(辽宁中医药大学药学院,辽宁 大连 116600)

摘 要:为了提高学生的实践能力,使培养出的学生能够达到用人单位的要求,进行了比较深入的实践教学改革。该教学改革主要以雨课堂平台为依托,采用多点支撑的方法,从理论课、实验课、课外活动、课外实习、大学生创新创业项目、挑战杯项目、本科专题等多个方面提高学生的实践能力,同时提升实践教学灵活多变性,从而持续地提升学生的实践能力。

关键词:中药炮制学;雨课堂;教学改革;实践教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.008

文章编号:1672-2779(2018)-10-0017-03

Exploration on the Practical Teaching of Chinese Materia Medica Processing Application-oriented Talents Cultivating Mode

JU Chengguo, GAO Hui, LIN Guimei, SHAN Guoshun, JIA Tianzhu

(School of Pharmacy, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116600, China)

Abstract: In order to improve students' practical ability and enable our students to meet the requirements of employers, we have carried out in-depth practice teaching reform. The teaching reform mainly in the rain class platform as the basis, using the method of multi point support, improve the students' practical ability from the theory class, experiment class, extracurricular activities, extracurricular practice, College Students' innovative and entrepreneurial projects, Challenge Cup projects, undergraduate graduation topics and other aspects to improve students' practical ability, and improve practice teaching flexibility and variability, so as to continuously improve students' practical ability.

Keywords: Chinese materia medica processing; rain classroom; education reform; practice teaching

中药炮制学是中药专业学生的一门非常重要的专业课,中药炮制的实践教学又是中药炮制学教学过

程中的重中之重,是理论联系实际的重要途径,通过实践教学,使学生验证并加深理解课堂上所学到的中药炮制的基本理论知识,掌握炮制基本技能和代表药物的炮制方法、成品规格、炮制作用及炮制原理,培养学生实际操作能力和对所学理论知识的应用能力,

※ 基金项目:辽宁中医药大学教学改革研究项目[No. LNZYJG2015005]

引导学生在继承传统炮制技术的基础上运用现代科学研究方法探讨炮制原理,为继承和发展中药炮制学打下基础。与其它学科相比,炮制实践教学所占比重较大,如果加上外出实习的时间,约占总学时的60%~70%,从学时的安排上也能看出中药炮制实践教学的重要性。因此如何提高中药炮制学实践教学效果,让学生学以致用,为企业和研究机构培养合格的人才,是我们课程不断改革的原动力。目前,我们的教学改革是以雨课堂平台为依托,采用多点支撑的方法,提高学生的实践能力。

1 实践教学改革内容

1.1 实践教学体系的强大支撑—雨课堂的应用 “工欲善其事,必先利其器”!做任何事情都要有一个好工具,教学也是一样。目前,很多学校都在推进混合式教学,雨课堂是一个比较好的辅助手段。雨课堂,旨在连接师生的智能终端,将课前-课上-课后的每一个环节都赋予全新的体验,最大限度地释放教与学的能量,推动教学改革。雨课堂是一个主要面向高等教育领域的教学工具,从软件系统的角度上,它主要分为三个部分:手机端、桌面电脑端和远程服务器。其中,手机端和桌面电脑端直接服务于师生教学,远程服务器则用于支撑系统的运行和教学大数据的采集、存储、分析及决策。雨课堂的软件界面全部基于PPT和微信,较好地契合了教师的使用需要。雨课堂通过增强PPT和微信两个软件的既有功能,实现了在课外教师可以推送视频、语音、课件到学生的手机上,在课堂上可以进行师生之间的实时沟通反馈等一系列功能。这一方面大大降低了师生的学习成本,提高了软件的易用性;另一方面,也便于教师充分利用过往的课件资料开展教学^[1]。

因此,我们在这两年的中药炮制学教学过程中引入了雨课堂进行辅助教学,并在2014级中药学专业中药炮制学课程中进行了试点,应用雨课堂实现了课前预习,布置作业,课堂测试,课后答疑。尤其是在炮制传统实验课课前发布预习课件,可以让学生通过课件上的照片理解炮制程度,通过改革提高了学生的课堂学习效果。从最后学生的成绩分析可以看出,都是在题库出题的情况下,本次考试的平均分较去年提高2分左右,改革效果初步显现。

1.2 实验课的改革与实践

1.2.1 传统实验课的改革与创新 中药炮制学以往的实验教学内容包括两个部分,即传统实验部分和理化实验部分,但是不管是传统实验还是理化实验,学生仅需按实验指导逐步操作,学生只是被动完成实验任务,对实验过程所涉及的多方面问题,如自己操作炮制品质量的好坏,传统工艺是否可改进,如何评价中药饮

片质量的优劣等并不做深层次的思考,束缚了学生的独立思考 and 创新能力,难以激发学生对中药炮制学的兴趣和探究的欲望,更谈不上为中药炮制学的发展作贡献了。中药炮制学如果始终保持陈旧的实验教学内容,则不能适应现代中药的中药炮制机理及饮片质量标准研究发展趋势,因此,有必要对中药炮制实验教学内容进行一定的改革。

在传统实验课方面,现在的实验课增加示教的时间,让学生能够更加直观地感受到每个方法的操作要点,也能够理解每个药的炮制程度。并且我们在实验课之前会在雨课堂平台推送预习课件,课件上会有实验课上每个方法的操作要点、注意事项。并且附有炮制前后的照片,可以随时观看比对,使学生学起来印象深刻。

另外我们在传统实验课中新添加了一定学时的切制的内容,因为饮片的切制在中药炮制的整个体系中所占的比重还是比较大的,加入了切制的实验内容也使我们整个炮制实验课的体系更加完整;同时切制也是很有炮制传统特色的一部分内容,在全国也有多个帮派,每个帮派又各有不同,学生在上了切制的实验课后,都对切制的传统技艺赞叹不已。作为教师,我们也希望通过实验课,把切制的传统技艺传承下去^[2]。

1.2.2 理化实验课的改革与创新 我校中药学人才培养目标定位为培养适应中药事业发展需要,具有市场竞争力的实践型、创新型、创业型中药专门人才,为地方经济建设和社会发展提供强有力的智力支持和技术支撑,在教学上要促进学生知识、能力、素质协调发展,坚持早科研、多实践,在实验实践中培养学生的创新素质和创新精神。因此,在中药炮制学实验教学中,更应该强调对于同一个实验每个学生自己的理解和想法,强调对于操作过程中存在的问题要敢于有自己的理解和解决手段,当然,实验过程中也必须强调科学规范的实验操作和严谨的科学态度,保证实验结果的准确性和可靠性。我们要通过这种个性与共性结合的实验操作和解决问题的方法,培养学生独立的试验操作能力,启发其科学思维,强化科学创新意识。因此,在理化实验方面,中药炮制实验教学增加以设计性、开放性、研究性试验构成实验教学内容,以特色实验教学提高学生学习兴趣,提高学生动手实践实验能力,培养创新性中药炮制学专门人才。

例如,我们增加了不同方法软化黄芩对黄芩苷的影响,这里面不同于以往的是,不同方法软化的黄芩,以及黄芩的切制都是学生自己完成的,而不是老师给提供好的,通过这个实验,让学生体会到正确的炮制方法对保证中药饮片质量的重要性。

1.3 小小志愿者:让学生对炮制产生更浓厚的兴趣 在课



外,我们时不时地也会让学生参与到炮制学科组织的活动中来。在一些大型的活动中,我们还让对炮制有兴趣的同学作为志愿者加入进来。例如我们在2017年7月组织了首届“雷公杯”中药炮制学青年教师教学技能大赛,本次大赛吸引了全国中医药院校从事中药炮制学教学工作的教师参赛,我们征集了40多名学生志愿者,通过这次活动让学生与全国各有教学特色炮制骨干教师进行近距离亲密接触,受益良多。

另外本次大赛还邀请到了很有代表性的两位切制大师,樟帮的丁社如老先生和禹州的朱清山老先生,为同学们展示了白芍和槟榔的切制技艺,其中丁社如老先生还是白芍切制的吉尼斯世界纪录保持者。

通过这些活动让学生对中药炮制产生浓厚的兴趣,很有可能促使这些同学将来从事跟炮制相关的教学科研工作。

1.4 标本的制作 不再局限于书本的知识 由于学时的限制,实验课上学习的炮制方法和炮制品种毕竟有限,如何进一步提高学生的实践能力,使其能够举一反三,我们想到了鼓励学生在课外时间制作炮制品标本。

我们为学生提供试验的场所、试验材料以及提供必要的指导,让学生制作实验课上做不到的炮制品种标本,这样既使同学们在试验过程中得到了锻炼,也可以为教师提供教学样品,两全其美。

1.5 课外实习 让学生真正了解企业所需 在学校学的再多再透,没有真正的企业实习,也只能是“纸上谈兵”,因此,企业实习非常重要。2017年我们带领2014级中药学专业学生去河北安国聚药堂药业有限公司实习,通过实习,我们让学生了解企业炒黄、炒焦、炒炭、砂炒、蜜炙、发芽、发酵、蒸煮燹等是如何进行大生产的,同时也了解了饮片净制、切制的流程。另外也让学生了解到企业是如何保证生产出来的中药饮片质量的。晚上,我们又充分利用时间在雨课堂上进行了中药配方颗粒知识的学习。

通过课外实习,让学生对所学的知识从书本走向实际,使他们对所学知识有更深刻的理解,学以致用、融会贯通。也使学生了解到企业真正的需求,了解企业如何运作,利于学生自主创业。

1.6 微课微视频的制作 进一步提升教学质量和灵活性 我们在课上介绍的往往都是一些正确的操作方法,但是炮制往往是在一些错误的操作中总结经验,积累经验,因此,对于一些典型的错误操作我们可以录成微课、微视频的方式让大家借助雨课堂平台自主学习。也可以在课堂上共同学习,寓教于乐,效果较好。

1.7 大创挑战杯及本科专题的研究 提升学生的科研能力 大创、挑战杯也是锻炼学生的好机会,只要能够充分调动学生的积极性,一定能取得很好的效果。本人

曾经指导学生在2015年获得第十二届“挑战杯”辽宁省大学生课外学术科技作品竞赛二等奖,该项目的组的同学大多数都攻读研究生了。

本科专题是学生毕业前的最后一道关,如何把好最后一道关一直是我们思考的一个问题。本科的前三年学生已经进行了大量的基础课和专业课的学习,积累了一定的理论知识,如何让这些理论知识充分地融合,并应用到实际是非常关键的。因此,在做本科专题的时候,我们的研究内容尽可能地多学科交叉,我们也倡导学生在试验过程中互帮互助,这样在帮助别人的过程中也能学到更多的实验技能。希望在最后一道关能进一步地提高学生的科研实践能力。

2 讨论与展望

创新创业教育既强调创业意识、创新精神的培养,又注重创新创业综合素质的提高,特别是创新操作能力的拓展,这不是单纯的理论教学能够完成的,需要借助实践,要培养运用创造性思维,独立地、自主地发现问题,解决问题,提出新观点,并能从事相应的实践活动能力,这是一种高等教育的全新理念,是高等教育人才培养模式的根本变革^[3]。

本教学改革针对中药炮制学实践教学现状,提出实践教学综合发展思路。通过雨课堂平台的引入、实验教学的改革、参与炮制课外活动、安国实习、微课微视频的制作以及大创、挑战杯、本科专题等内容来培养学生的创新能力,以期提高中药炮制学实践教学质量,为培养具有实践创新能力和科研思维的中药炮制学人才奠定基础。

中药炮制学是中药专业的一门必修专业课,包括药学院中药学英语班、中药学普通班、中药制药专业、中药药剂学专业、药院专升本等多个层次与专业。因此,本教学改革涉及面广,影响范围大,对各专业层次的学生学习中中药炮制学都能有很大的帮助。本教学改革经过一段时间的运行之后,受到了学生的好评,学生也非常喜欢这种形式,学习的积极性有了比较明显的提高,并可以更多与教师互动,教、学互相促进。

以上只是我们在数年炮制实践教学过程中的一些粗浅体会,以此方式与同行交流,意在共同提高中药炮制学的实践教学水平。当然我们还有很多地方需要完善,希望在今后的教学过程中与同行商榷。

参考文献

- [1]王帅国.雨课堂:移动互联网与大数据背景下的智慧教学工具[J].现代教育技术,2017,27(5):26-32.
- [2]徐焱琛,夏莹,文惠玲.中药炮制实验教学改革与实践[J].外国教育研究,2007,5(3):42-44.
- [3]施冠群,刘林青,陈晓霞.创新创业教育与创业型大学的创业网络构建——以斯坦福大学为例[J].外国教育研究,2009(6):79-83.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王 巍 收稿日期:2018-01-19)

以学生为中心教育理念背景下 中医临床课程教学的思考※

林法财¹ 张超² 郝锋¹ 吴云川^{1*}

(1 南京中医药大学第二临床医学院, 江苏 南京 210023;

2 南京中医药大学医学与生命科学学院, 江苏 南京 210023)

摘要:在“以学生为中心”教育理念指导下,学生成为学习的主体,有利于培养学生的独立性,在中医临床课程的教学过程中,学生在收获“鱼”的同时也获得了“渔”,学生综合素质得到提高,同时也面临着弊端,因而要求教师循序渐进与因材施教相结合,现代教育技术与传统教育相结合,结合中医临床课程的特点,发挥学生的主体性与教师的主导性相结合的优势,使学生快速掌握临床课的学习方法和规律并得到全面的发展。

关键词:以学生为中心;中医临床课程;教育;教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.009

文章编号:1672-2779(2018)-10-0020-02

Thought on Traditional Chinese Medicine Clinical Course Teaching Based on Student-centered Education Theory

LIN Facai¹, ZHANG Chao², HAO Feng¹, WU Yunchuan^{1*}

(1. The Second School of Clinical Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China;

2. School of Medicine and Life Sciences, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China;)

Abstract: Students will become the subjects of study under the guidance of student-centered educational theory, which is beneficial to the establishment of students' independence and the promotion of students' comprehensive quality as students can not only learn what to learn but also how to learn in the teaching of traditional Chinese medicine clinical courses. However, this educational theory also has its disadvantages. Therefore, it is advised that teachers should not only teach the students steps by steps, but also teach them individually using modern educational technology combined with traditional educational technology, so as to play the advantages of students' subjectivity and teachers' dominance combining with the characters of TCM clinical courses, so that the students can rapidly grasp the methods and rules in study of clinical courses and obtain comprehensive development.

Keywords: student-centered; traditional Chinese medicine clinical course; education; teaching

以学生为中心的教育理念,是由美国心理学家卡尔·罗杰斯(Carl R. Rogers)于1952年首次提出,并用它解释一切教育和教学,同时将其应用到本科教育层面^[1]。以学生为中心,即以学生的学习和发展为中心,实现从以“教”为中心向以“学”为中心转变,从“传授模式”向“学习模式”转变。具体包括三个方面的内容:(1)强调在教学活动中,学生是本位,是第一位的,要达到教与学的统一;(2)教育的根本性质是服务性的,教育的硬件与软件建设应体现一切为了学生;(3)教育的核心问题是促进人的全面发展^[2]。要求教师的主导性与学生的主体性相结合,教学必须不断满足和适应学生成长的规律和需求,适应社会的发展,从而提高学生的学习质量,使学生在知识、能力和素质上获得全面提升。实现“以学生为中心”,是一种范式的转变,应全面、整体、协调推进^[3]。中医临床课程是介于理论课

与临床实习的桥梁课程,“以学生为中心”为中医临床课程教学带来机遇的同时也带来了挑战。随着科技的进步,现代教育技术的增加,教育理念的转变,以及人才培养与社会需求的接轨,传统的以教为主的教学模式已不能满足现代教学要求,以学为主的教学模式改革必然出现,中医临床课程有其特殊性,以学生为中心教育理念在中医临床课教学中有优势也有弊端,因此应传统教学与现代教学相结合,充分发挥以学生为中心的作用,是提高中医临床课的教学效果的关键。

1 以学生为中心在中医临床课中的必然

以学生为中心教学应由授之以“鱼”到授之以“渔”的过程,培养学生由被动学习转变为主动学习、自主学习、终身学习。这一点与中医药的学习方法相统一,《史记·扁鹊仓公列传》载:“人之所病病疾多,医之所病病道少”。医学的学习是终身的且需要不断的继承和创新,所以教会学生如何学习显得尤为重要,学生才会捕到更多的“鱼”。中医临床课中,理论与实践相结合,教师的任务不是教什么,而是如何教,如何启发学生,让学生学会如何从临床实践回归到理论,又将理论应用到临床实践,中医临床治病的方法

※ 基金项目:江苏省教育科学“十二五”规划课题[No. D/2015/01/53];江苏省自然科学基金[No.BK20171070];江苏成人继续教育推拿学精品课程

* 通讯作者:43969582@qq.com



技术较多,理论基础深厚,学生需要掌握的是理论与实践结合的规律,教师需要的是启发学生自己去探索。现代教育方法的增多,为以学生为中心的教育理念奠定了基础,如以问题为导向的PBL、基于团队学习的TBL、以案例为基础的CBL以及探究性教学等,教学方法已经成为衡量一所高等中医药院校教学方法改革开展质量的重要标志^[4]。此外学习方式的现代化、多样化,为以学生为中心教育理念提供了支撑。如网络课程、手机视频、远程教育、讲座报告等,且随着以学生为中心的开展,越来越多教学方法和学习方式将会不断涌现。

2 机遇与挑战

以学生为中心使学生变被动为主动,通过发现问题、自主分析问题、寻找答案,解决问题,在这个过程中学生得到综合素质的提高。在中医临床课程中,学生发现的问题很可能在书本和资料上找不到答案,在解决问题时常常需要求助于不同的老师,学生在寻找答案时与中医大家接触的机会随之增加,主动寻找名医名师,交流方式的培养、中医临床跟师学习机会的增加、探索解决问题等综合能力得到全面提高,为早实践、早临床提供条件,也为理论的学习打下基础。在寻找答案的过程中,随着知识面的拓宽,学生也养成了团结协作的习惯。“以学生为中心”的教学理念更有利于培养学生的自主性、独立性,养成主动学习的习惯,掌握学习的方法,使学生会学习,也为终生学习打下基础。

然而,教育现状是,学生进入大学后,中学时期的以“教”为中心突然转变为大学时期的以“学”为中心,教育模式转变,学生由被动接受知识转变为主动学习,中间没有过渡期,很多学生养成了不会学习的习惯,导致部分学生不知道学习什么。学生适应性存在差别,理解力也存在差别,而中医药自古是师带徒的教育模式,且注重因材施教,对所有人采用同样的教育模式,同样的教育方法,会使一部分学生不适应,从而产生厌学的心理。此外,中医临床课与理论课的性质及学习目标不同,中医临床课程是联系理论与实践的桥梁课程,对学生中医临床思维形成及医疗价值观的培养尤为关键,也为后续的临床实习动手能力的培养奠定基础。学习方法也应有别于前期理论课的学习,学生在前几年的理论学习中慢慢掌握了理论课的学习方法和规律,而突然进入临床实践要求较高的课程中,教学方法改变的同时,学习方法也需要改变,导致学生再次出现不适应期,而适应能力慢的学生会出现厌学心理。

3 教学方式的改变带来评价方式的改变

学生在自主学习的过程中需要花费大量时间,

课后查阅资料,自主的发现问题,分析问题,寻找答案,这个过程占用了学生大量的课后时间,而中医临床课实操技能更需要学生在课后花费大量时间反复练习,因此在评价体系上也应该予以体现,只以结果评判学生的最终成绩并不足以体现学习效果,且考核的重点应该是平时。除了传统的终结性评价外还需要贯穿于整个教与学的过程之中,即形成性评价与终结性评价相结合,且过程所占比例应大于结果。不以成败论英雄的评价体系更能激发学生的学习热情,学生可以不用为最终的考试分数而担心,从而以放松的心情投入到平时的学习过程之中,也可以全身心地参与到平时课后的主动学习之中,同时也避免了很长一段时期存在的大学生只在学期末突击学习的现象。中医临床课程中临床技能的培养是重点,而这种形成性评价更适用于中医临床课的教学评价。

4 总结

以学生为中心教育理念是新时期适应现代教育模式而出现的,也是现代教育技术和学习方式多样化背景下产生的。在中医临床课程的教学具有很多优点,同时也存在弊端,这就要求教师循序渐进与因材施教相结合,结合中医临床课程的特点,发挥启发式教学与案例式教学的优势,灵活选择教学方法与教学技术。针对临床课程的特点,可适当应用实践法、演示法、体验法、案例法等教学方法,教师的演示与学生的练习相结合,增加学生直观感知和体验,学生学习兴趣得到提高的同时也加快了对知识的理解认知度。中医临床课注重实践操作,教师多示范,多一些师生相互操作和交流有助于学生快速掌握实践技能^[5],同时也有助于学生快速适应临床课程的教学模式。中医学学历经几千年发展而不衰,根本原因在于其临床疗效是其长盛不衰的生命力^[6],在以学生为中心的教育理念下,如何运用现代教育手段结合传统教育的优势,使学生快速掌握临床课的学习方法和规律并得到全面的发展,是中医临床课教学的目标。

参考文献

- [1] 禄颖, 钱会南, 贺娟. 以学生为中心的内经课堂教学的思考[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(22): 38-39, 76.
- [2] 李胜涛, 张怡, 王飞, 等. 基于“以学生为中心”的教育理念创新中医内科学教学模式的探索与实践[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(11): 2770-2772.
- [3] 刘献君. 论“以学生为中心”[J]. 高等教育研究, 2012, 33(8): 1-6.
- [4] 林勋, 刘隽, 虎力, 等. 高等中医药院校教学手段与方法改革的现状调查分析[J]. 中医教育, 2013, 32(5): 1-4, 12.
- [5] 雷龙鸣. 《推拿手法学》中滚法教学方法的改进及其教学体会[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(4): 9-10.
- [6] 贺成功. 中医流派: 继承是基础, 创新是关键, 临床疗效是生命力[J]. 中国民间疗法, 2017, 5(3): 3-6.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 陈 潇 收稿日期: 2018-02-06)

提高中药炮制技术实验课堂的教学改革与体会[※]

杨海玲¹ 廖彭莹¹ 许丹妮^{2*} 刘舒凌¹ 曾春晖¹

(1 广西中医药大学药学院, 广西 南宁 530001; 2 广西民族师范学院化学与化工学院, 广西 崇左 532200)

摘要: 中药炮制技术是各大中医药院校高职中药学类专业的一门必修课程, 实验教学是理论与实践结合的纽带。该门课程实验教学的效果对评价中药炮制技术课程整体教学水平具有十分重要的意义。本文通过对中药炮制技术实验教学的教学方法、手段与内容的改革尝试, 充分调动和激发学生对实验课学习的积极性和主动性, 更好地提高了中药炮制技术实验课的教学效果。

关键词: 中药炮制技术; 实验课堂教学; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.010

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0022-03

The Teaching Reform and Experience of Improving the Experiment Course of Traditional Chinese Medicine Processing Technology

YANG Hailing¹, LIAO Pengying¹, XU Danni^{2*}, LIU Shuling¹, ZENG Chunhui¹

(1. College of Pharmacy, Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530001, China;

2. Department of Chemical and Biological Engineering, Guangxi Normal University for Nationalities, Guangxi Province, Chongzuo 532200, China)

Abstract: Traditional Chinese medicine processing technology is a compulsory course for students majoring in Chinese pharmacy in higher vocational colleges. While experimental teaching is the link between theory and practice. The effect of the course experiment teaching is of great significance to the evaluation of the whole teaching level of TCM processing technology. This paper attempts reform by teaching methods, means and contents of experiment teaching, fully mobilize and stimulate students learning enthusiasm and initiative to experiment, and better improve the teaching effect of TCM processing technology experiment.

Keywords: traditional Chinese medicine processing technology; teaching reform

中药炮制技术, 是根据中医中药理论, 按照临床用药特点和对中药生产的特殊要求, 而对药物进行各种加工处理的传统制药技术; 是一门密切联系生产、联系临床的技术性学科; 也是中医院校高职中药学类专业的一门必修课。笔者多年从事中药高职高专中药炮制课程的教学, 发现高职类学生存在学习基础差, 特别是对实验课程的学习的兴趣不高, 学习态度不重视(懒散或多以敷衍应付教学)等问题, 如何在教学过程中改变这种现状, 提高教学质量, 使学生真正掌握中药炮制加工的基本理论和技能? 下面笔者进行了多元化的教学实践, 即通过多种方式的结合, 提高课堂的活力和趣味性, 激发学生的学习热情, 提高课堂教学效率。

1 PBL教学法提高学生分析问题解决问题的能力

以问题为基础的教学法(problem-based learning, PBL)是近年来比较受推崇的一种教学方法^[1], 它是一种以问题为基础、学生为主体、教师为导向的小组讨论式教学方法^[2], 其目的在于培养学生主动学习、分析和解决问题以及独立思考能力^[3]。范晖等^[4]将PBL模式运用于中药炮制实验教学中并取得了一定教学效果, 笔者此前也在中药炮制技术这门课程理论课堂的教学中进

行了实践, 取得了较好的教学效果^[5], 因此也尝试将该方法运用到中药炮制技术的传统实验教学中。我们将学生分为2人1小组, 根据具体的实验章节内容设计相应的问题, 让学生带着问题去思考: 比如在传统实验课的清炒法实验内容的教学中, 我们通常通过问题引入课堂: 大家在家有做过菜? 你炒菜的时候一般是怎么做的? 炒药和炒菜有什么联系与区别吗? 同学们就会积极地发表自己的看法。此刻老师需根据同学们的看法进行及时总结和回应, 及时给予肯定, 可以说: “哇! 同学的发言真棒, 看来大家都是下厨高手!” 这样就可以让学生在情感上能够积极参与到课堂中来, 使师生之间建立更进一步的情感。师生之间深刻情感培养更有利于课堂教学, 可以说“良好的开端是成功的一半”。接着教师就会根据具体的实验内容继续引入问题: 炒法可以分哪些方法? 它们划分的依据是什么? 清炒法又可以分成哪几种方法? 具体有哪些步骤? 怎么判断药物的炮制程度? 比如王不留行, 可以让学生猜一猜这个黑色的小种子炒完之后会有怎样变化? 有的说它一定很香, 有的说它可能会爆裂开, 有的说可能还是原来的黑色, 有的说它可能比之前变脆了。在听取同学的看法后, 教师将演示具体药物王不留行炒制的过程, 最后当成品出来之后同学个个都表现出了惊讶的眼神和由衷的佩服, “哇, 中药炮制竟然能把这个小小的黑色种子变成了爆米花, 中药炮制太神奇了!” 通过教师适当演示具体的药物炮制的方法过程, 无形之中也可以铸造教师

※ 基金项目: 广西职业教育教学改革研究立项项目【No. GXGZJG2016B124】

* 通讯作者: xudanni126@126.com



的个人魅力。这时老师接着会提出问题让学生继续思考,王不留行炒成了白色米花形状,它的变化离不开炮制过程的关键技术要点,那它炮制的关键是什么?同学会举手发言:有的同学说要提前热锅,有的说要翻炒速度均匀,有的说倒出锅时速度要很快,有的说要去除泥沙。好,同学们说的都对!这就是我们中药炮制炒药的一般步骤:净制——预热——投药——翻炒——出锅。在这些过程中净制包括去除泥沙杂质和大小分档,以保证炮制程度的一致性;其次,预热要根据具体的药物要求而定,比如炒王不留行用中火,锅热比较烫,温度要高,而炒莱菔子用文火,锅温热度就要低很多。要想王不留行在锅内炒成白色的米花,那其在锅中加热的时间就不能太长,不然锅温低则爆不成花或是温度过高炒出的成品颜色过黄或过焦,这些都不符合质量要求。另外,翻炒时要注意“亮锅底”这一细节,这样方能保证成品的均匀性。最后,通过一名学生的实际操作快慢,让学生直观地感受和体会出锅速度对炮制成品质量的重要性,得讲究一个字“快”。通过问题引入结合以实例演示的方法让学生明白热锅、翻炒、出锅对炒药成功的重要性,可起到举一反三、触类旁通的效果。最后,教师在下课前,让每个小组的同学对如何区分清炒的三种方法的药物程度进行总结,教师再根据学生的观点进行总结归纳,并将提前通过网络等手段搜索获得的相关资料根据具体实验内容整理成易于记诵的中药炮制歌诀,如清炒法实验内容可以整理成如下内容:中药要炒好,火候很重要,文火与武火,适度掌握好,饮片要纯净,大小分档次,火候要分清,不及固无功,太过则损性;炒黄取其黄,黄而不焦;炒焦取其焦,焦而不黑,炒炭取其黑,黑而存性。王不留行炒,先用水洗好,炒至爆白花,入药奏奇效;地榆炒成炭,武火是关键,火星要灭尽,炒技功夫见^[6]。这样不但便于学生掌握所学的内容,还能充分发挥学生学习的积极性主动性和创造性,从而大大提高了教学效果。

2 增加外企业实训环节 搭建多层次实验教学平台

中药炮制技术是一门实践性较强的课程,目前学校也成立了中药炮制现代实训中心,虽然设备仪器都较为先进,但因教学管理、教师团队人员较少和实验材料经费及供应资源有限等问题,未能够实现全面的工业化的生产操作,学生很难亲身感受到中药炮制工业化的生产过程。因此,我们每年均在正常教学活动之外,组织学生到省内的著名药厂进行参观学习。组织学生到中药饮片企业参观学习,学生带着老师所给的参观目标和参观要求,在饮片厂经验丰富且操作熟练的工程师的指导下,了解饮片厂企业文化、历史发

展、饮片车间设计与布局、饮片生产设备、具体饮片炮制工艺流程与质量控制要求。通过这一实践进一步拓展了学生视野,使抽象的书本知识更加具体和形象化,也使学生亲身体会作为一名饮片制药工作人员应该具有的职业道德和谨慎的工作态度,这些均为学生今后的就业和工作打下基础^[7]。

3 引入炮制技能大赛 培养炮制能力和爱岗敬业精神

在最后一次炮制实验课,教师将组织一次炮制技能大赛。在比赛前老师会将大赛的具体规程和评分标准分发到各位同学的手中,以便学生熟悉相关要求。首先将学生按自愿原则,随机分组,每组5~6人,分组后我们将具体竞赛环节与内容设计成如下环节:(1)中药饮片“猜猜猜”。教师将20种炮制前后中药饮片图片展示在PPT上,要求每个小组在8分钟内在答题纸上写出中药饮片的处方用名,用时最少者成绩最高,依次排名。此项目占总赛项成绩20%。(2)炮制技能大比拼:每组选出2名选手参加该项内容比拼,选手在15分钟内完成2种中药的炮制。该赛项可以让学生了解和熟悉中药炮制“准备——净制——预热——投药——翻炒——出锅——清场”等一系列操作过程,培养学生安全第一、质量第一的责任感和服务意识。此项目占总赛项成绩80%。通过这个比赛,一方面鼓励学生及时复习所学内容。因为只有复习牢固掌握所学的知识才能“温故而知新”,才有可能赢得比赛。竞赛是一个主动复习与自主学习的过程,在复习中他们更清楚自己已掌握哪些知识,哪些知识还比较欠缺,因而更能有助于学生今后的学习。另一方面为了赢得比赛,每组同学都会认真观察中药饮片,仔细认真炮制,这样就使学生的学习热情被充分调动起来,整个竞赛过程学生情绪高涨,注意力高度集中,印象深刻,因而取得了较好的教学效果。

4 组织学生开展炮制视频录制活动 巩固炮制技能

在讲到具体加热炮制方法——炒法时,传统填鸭式的教学方法,学生只能被动去接收相关的知识,教学效果不太理想。因此笔者进行一些新尝试:教师通常会将自己制作的相关药物炮制方法的视频(但不同的是,这些视频或多或少都存在有一些操作问题),播放给同学们看。在看这些影视材料之前,首先教师会提醒同学们注意炮制过程的具体细节,教师会布置一些任务:比如大家注意看这些视频有哪些优点与不足?换句话说也就是让学生通过观看视频来发现问题。通过这一活动,使学生发现问题、分析问题能力得到了一定程度的培养。其次,教师会在学生发现这些问题的时候,再给出第二个任务,就是所有同学在整个实验课结束之后将要录制一个具体药物的炮制视频,视频可以用相机或者手机进行

录制,录制内容需包含以下炮制的几个步骤:准备——净制——预热——投药——翻炒——出锅——清场,这些步骤要求规范操作。对于录制的视频还需添加适当的文字进行说明或者通过声音解说。鉴于此,教师通常需提前将视频处理软件通过班级微信或QQ群发送给所有的同学,对于部分确实不会使用视频处理软件的同学可以请求班级其他同学的帮助,这样不但可以建立部分同学的个人魅力,增加同学之间的感情,还可以培养学生之间团结互助的精神。通过这一模式的教学改革,不但使内容讲授起来没那么枯燥和抽象,使课堂上传授知识和学习知识更加具体和可视化,使整个教学过程生动活泼,形象逼真,从而充分提高了学生的学习兴趣。另外,通过学生人人参与视频的录制,可以使学生的学习兴趣得到充分调动,在这种教学模式下,学生思维活跃,积极、主动地参与到课堂教学过程中,教学效果显著。

总之,实验教学是理论与实践结合的纽带,是高职高专中药炮制技术课程构建的重要组成部分。实验教学的效果对中药炮制技术课程整体教学水平的评价

具有十分重要的意义。通过对中药炮制技术实验教学方法多元化模式的改革尝试,不但充分调动学生自觉学习的积极性,同时激发学生对实验课学习的主动性,提高学生对实验课的重视程度,有助于提高中药炮制技术实验课的教学效果。通过对中药炮制技术实验多元化的教学方法和模式进行探讨,不断为当今社会培养更多应用型创新中药炮制专业人才。

参考文献

- [1]Hmelo C E,Ferrari M. The Problem-based learning tutorial:Cultivation of higher order thinking skills[J].Journal for the Education of the Gifted,1997,20(4):401.
- [2]王丽瑶,王永禄.PBL教学法在中药炮制学教学中的应用[J].西北药学杂志,2012,27(2):172-173.
- [3]赵琳.以问题为中心的教学法在儿科教学中的应用[J].医学教育探索,2007,6(12):1161-1162.
- [4]范晖,涂惠,钟凌云,等.中药炮制实验教学的PBL模式[J].实验室研究与探索,2013,32(4):166,171.
- [5]杨海玲,张振凌,覃葆.提高中药炮制技术课堂教学效率的实践体会[J].广西中医药大学学报,2014,17(1):127-128.
- [6]范晖.谈中药炮制实验教学的实践与探索[J].科教文汇,2007(36):59.
- [7]冯希勇,袁绍莉.浅谈《药物制剂技术》的课程教学改革[J].中国科技信息,2009(20):266-267.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李 斌 收稿日期:2018-04-17)

开展中医药文化进小学校园活动的体会

——以广西中医药大学医药会展中心活动为例

宁小清 钟霞军 谈远锋 韦 威 朱智德*

(广西中医药大学医药会展中心,广西 南宁 530001)

摘要:中医药文化是我国优秀传统文化瑰宝,千百年来对中华民族的繁衍生息作出了巨大贡献。如何在小学中开展中医药文化知识普及活动,让小学生从小接受中医药文化教育,了解中医药,接受中医药,是每一个中医药工作者义不容辞的责任。本文就多年在南宁市的小学中开展中医药文化科普活动谈谈体会。

关键词:中医药文化;小学校园;中医药科普

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.011

文章编号:1672-2779(2018)-10-0024-03

The Experience of Carrying Out the Activities of Traditional Chinese Medicine Culture in Primary School —Taking the Activities of the Medical Exhibition Center of Guangxi University of Chinese Medicine as an Example

NING Xiaoqing, ZHONG Xiajun, TAN Yuanfeng, WEI Wei, ZHU Zhide*

(Medical Exhibition Center, Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530001, China)

Abstract: Traditional Chinese medicine culture is an outstanding culture treasure of China, and has made a great contribution to the reproduction and interest of the Chinese nation for thousands of years. How to carry out the culture of Chinese medicine in a primary school literacy activities, making the pupils from childhood to accept traditional Chinese medicine culture education, the understanding of traditional Chinese medicine, accept the traditional Chinese medicine, is a bounden duty of Chinese medicine. This article discussed the experience of carrying out traditional Chinese medicine cultural popularization activities in the primary school of Nanning for many years.

Keywords: traditional Chinese medicine culture; primary school; popularization of traditional Chinese medicine

国家《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》提出,推动中医药进校园、进社区、进乡村、进

家庭,将中医药基础知识纳入中小学传统文化、生理卫生课程。目前,浙江省已发布了全国首套小学中医药教材,北京市也形成中医药文化中小学普及教材初版。很多中医药大学、中医院等都积极开展了中医药

* 通讯作者:14650901@qq.com



文化进校园活动,都颇有成效。陶景林等老师^[1-4]对小学生中医药文化素养提高进行了研究与实践,取得很好效果。广西中医药大学医药会展中心,自2001年建馆伊始,积极开展中医药文化进校园活动。本文以广西中医药大学医药会展中心为例,谈谈在开展中医药文化走进小学校园的活动中探索和实践的心得体会。

1 活动背景

1.1 中医药群众基础日渐薄弱 面临灭绝危机 前些年,中医药处于非常尴尬的位置。虽说中医药文化是我国的传统文化,源远流长、博大精深,是我国文化软实力的重要体现。但在以西医为主流的潮流冲击下,中医赖以生存的群众基础和社会基础正不断被削弱,群众对中医的信心和认识越来越淡薄。中医药虽存,但中医药文化却在社会洪流中被冲击得千疮百孔。

1.2 健康是财富 健康离不开中医药 “少年强则国强”。少年儿童健康成长,不光是家长,更是国家和民族的共同心愿。中医药文化有着几千年的沉淀,对中华民族的繁衍生息做出了巨大贡献,对青少年的健康成长有着极大的指导和帮助作用。

1.3 广西中医药大学医药会展中心建成 广西中医药大学医药会展中心于2001年12月建成,有中药标本馆、中国医学史馆、生命科学馆和校史馆,共展出中成药样品、中药浸制标本、中药饮片标本、中药蜡叶标本、人体解剖标本以及医学史、校史的标本、图片等13000多种(件)。中医药文化资源非常丰富。医药会展中心的专业老师,他们对中医药都有一颗虔诚的心,都有一个共同的愿望,就是以中心作为平台,充分利用这些丰富的资源,宣传中医药文化知识。

2 活动目的

通过开展中医药文化走进小学校园活动,旨在宣传、弘扬祖国的传统医药文化,从小培养小学生“爱中医爱中药”的情怀。通过在小学中启动中医药文化知识教育,传播中医药文化知识,普及中医药养生常识,既可以使学生了解中医药的博大精深,使小学生从小了解、热爱祖国传统文化,又可以使学生掌握基本保健知识,有利于培养良好的生活习惯,为他们的健康保驾护航。

3 活动内容及方式

我们在中医药文化进小学校园活动中,由于小学生有年龄分级特点,在活动内容及方式设计上,我们更多的是根据小学生的年龄特点而进行。

3.1 低年级(1~2年级)小学生 这一个年龄段的学生,好动,好奇,注意力不是很集中,容易被新奇的事物吸引。因此在活动内容的安排上更多的是考虑如何引起他们的兴趣为主要目的。于是我们活动内容及方式设计为:观看标本——听浅显讲解——了解生活中常见的事和物与中医药的关系——引起兴趣。为使低年

级小学生能看到中医药标本,一方面,我们设立一个流动微展馆,选择一些有代表性的浸制标本、药材标本、腊叶标本、人体标本等,组成一个小小的移动展馆,经常到小学开展巡展。另一方面就是请他们走进我们的展馆观看标本。通过介绍一些小学生身边常见、常听到的标本实物,之后引入中医中药方面相关的知识,引起他们对中医药的兴趣。比如南宁市常见到的木棉花,在每年的清明时节,满城都是红彤彤的木棉花,小学生对它非常熟悉。因此在讲解的过程中,(1)我们主要介绍木棉的一些生长特性:先长花,花落后长叶;(2)介绍木棉花的药用价值:功效:清热,利湿,解毒,是暑天解暑祛湿的五花茶的配料之一;(3)介绍木棉花的采集和使用:每年花季的时候,收集木棉花晒干,然后到6~8月的时候,可以和鸡蛋花、金银花、葛花、菊花一起煮水喝,可以解暑祛湿。通过介绍他们最熟悉的植物,引起他们的兴趣,然后介绍这个植物中医方面有什么作用,怎么用,这样让他们慢慢感受中医药物文化,逐渐激发他们对中医药的兴趣。

3.2 中高年级(3~6年级)小学生 这个年龄段的孩子,已经有一定的学习能力,逐渐学会分析问题。因此在活动内容的安排上更多的是考虑从如何引起他们的兴趣到积极参与为主要目的。我们活动内容及方式设计为:实物——兴趣——动手——体验——深入了解。抓住这个年龄段的特点,有针对性地选择与中医药文化相关的内容,指导学生初步了解与成长相关的中医药知识,掌握一些简单的养生保健,提高防病的技能。针对这一年龄段的小学生,我们主要是开展中医药文化知识专题讲座和帮助小学药草园的建立等重在体验的活动。

3.2.1 专题讲座 为更好营造爱中医药、学中医药、用中医药的良好氛围,普及中医药文化知识,我们经常到小学里开展中医药文化讲座。在选择讲座的内容上,我们主要侧重在趣味性、知识性、实用性和体验性。多年来我们主要开展过《端午话中药》《怎样选择感冒药》《凉茶与健康》《中(壮)医传统技法与体验》《中医养生操与体验》《消化道结构与小学生的饮食健康》《四季养生》《药食两用话中药》《入暑防蚊话中药》《识骨骼防意外》《植物标本的制作》等近20个专题讲座。这些专题讲座都是围绕着小学生对中医药文化的兴趣和需求,将中医药文化中的生命观、健康观、养生观等内容,运用符合小学生认知特点的语言和形式,做成课件,传播给学生,收到较好的效果。

《端午话中药》这个讲座是通过介绍端午节习俗而引入中医药知识的。端午节在本地是一个大节日。端午节有挂药草驱邪、避污,洗药澡健身体的习俗。于

是我们做讲课的课件、买端午药草，在小学3~5年级进行讲座。我们将药草菖蒲、艾草、龙船花、青蒿、马缨丹、佩兰等，分发到每个小组，学生通过看课件、听讲座、辨认药草，了解药草的功效与使用。课堂上，学生的兴致非常高，纷纷拿起药草，眼看、手摸、鼻闻等认真辨认药草，还跟授课的老师讨论，“这个我家花盆里种有”“这个龙船花在城市道路两旁种植有很多”“这个马缨丹公园里常见有，气味很独特”，学生非常踊跃参与其中，还纷纷表示回家后让家长买回一把药草熬水给全家洗澡，祛除身体的“毒气”，以达到身体健康的效果。通过这个讲座，同学们深刻体会到，中医药是国粹，离我们的生活并不遥远，而是深深地根植于我们的生活当中。

《中（壮）医传统技法与体验》主要是介绍刮痧、拔罐、艾灸、壮医的药线点灸的历史渊源、功用、操作方法以及简单的临床应用，着重让小学生了解人体的一些常用穴位，以及如何应用简单的技法来预防和解除诸如肚子痛、感冒等常见不适。小学生对穴位很感兴趣，除了学习我们重点教的大椎穴、风池穴、合谷穴、足三里等，还不停地询问其他的一些穴位和相关知识，还相互在身体上比划着学找穴位。还请小学生们找穴位体验艾灸的神奇，孩子们带着好奇的心态感受中医。在实践中汲取中医药知识，感受中医药文化的博大精深。

3.2.2 助建小药园 小药园是小学生动手种植药材——观察药材生长特性——享受收获成果——了解药材功效作用的地方。多年来，我们中心帮助4所小学建立了小型植物园，指导小学生种植中草药。我们选择一些耳熟能详、花开艳丽、还有特性明显的植物进行种植，如金银花、两面针、紫苏、薄荷、假蒺、广藿香、垂盘草、含羞草、跳舞草等中草药，种在小药园里，用小学生的口吻制作小标牌，介绍植物名称、来源、药用部位、功效和能治疗的疾病。小学生在老师的带领下为植物浇水、施肥除草，感受劳动的快乐。观察记录小植物逐渐长大的生长过程，开花时，采集来制作植物标本；成熟时，采收种子留来年。经过努力，小药园绿色盎然，药香四溢。尤其是金银花攀藤，长成一个小拱门，非常受小学生的喜爱，两面针叶的两面带针吸引他们的小眼球，含羞草羞答答的样子惹他们喜爱，跳舞草在他们的节拍下翩翩起舞，紫苏、假蒺、薄荷是餐盘里常见的香料，小药园成了小学生的小乐园。小学生在享受快乐的过程中，享受到中医药文化的滋润。

4 体会

通过开展多年的中医药文化进校园的科普活动探索与实践，我们到了10多所学校进行标本展出，近万名的小学生到展馆参观，开出了近百场的中医药科普主题讲座，助建了4个小药园。在探索与实践的过程中，我们深深体会到：

4.1 尽早点亮中小学生的中医药兴趣 让他们尽早与中医药结缘，对传承与发展祖国传统中医药文化有着极大的帮助。小学生从小接触、感受祖国传统中医药文化的博大精深，从小了解中医药，知晓中医药，感悟中医药，认同中医药，就可以使人们与中医药的距离拉近，更有利于传承与发展传统文化。

4.2 不同年龄，不同施教，不同效果 由于现在互联网、影视作品、书籍的影响，小孩子接受能力非常强。我们根据不同年龄阶段，开展不同的活动，取得不同效果。1~2年级更注重熟悉、好看、有趣，最好就是身边的事和物，这样才更容易引起小孩子的关注。而在3~6年级是趣味性 with 知识性结合，尽量动手体验，这样学生就容易参与进来，就容易引起学生想深入了解的愿望。

4.3 活动过程中，培养大学生科普志愿者队伍 这支队伍主要由大学一、二年级的学生组成，每年保持有70名科普志愿者。由会展中心的老师对他们进行必要素质培训，考核合格后便可在老社员的带领下参加讲解接待工作，每届学生大约在任2~3年。这支队伍已成为中医药科普教育工作不可缺少的生力军，一方面协助会展中心开展各项科普工作，传播中医药文化，活跃校园学术氛围，另一方面通过在科普活动中，也得到了很好的锻炼，对他们的专业素养、个人综合素质培养也得到很大的提高。

4.4 活动的遗憾 在多年的活动过程中，仅做了专题讲座课件，没有形成自己的读本。假如我们当初的顶层设计做得更好些，将开展活动的内容按小学生的年龄层次编排好教材，循序渐进进行教学，这样的持续性及效果会更好。因此也提醒我们在今后的科普活动过程中，构建起更科学的科普教育体系，比如包括科普读本、兴趣课堂、中医药博物馆体验等在内的系统体系，使知识更完善，更系统，更能适应小学生的学习。

习近平同志指出：中医药学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙。中医药传统文化是中华民族生生不息、代代传承的精神血脉。我们作为中医药工作者，有责任和义务在青少年中弘扬中医药传统文化，通过中医药文化进校园活动，普及小学生中医药知识，助力青少年的健康人生，将传统文化在青少年中发扬光大，增强文化自信，提高国民素质。

参考文献

- [1]李萍. 中医文化在基础教育中的探索[A]. 中医中药健康行论文集[C]. 中华中医药学会, 2013: 16-21.
- [2]陶景琳, 周京媛, 赵阳. 培养小学生中医药文化素养的实践研究[J]. 新课程(下), 2014(2): 172-173.
- [3]郭章华, 史志超, 徐茂华. 高校与小学协作开展中医药启蒙教育的意义[J]. 中国卫生产业, 2012, 9(17): 188-189.
- [4]韩晋涛, 孔琪娜. 中医药文化知识进学校成效浅析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(1): 211-212.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 那袭雪 收稿日期: 2018-03-06)

信息化教学设计在中医食疗药膳课程中的应用

——以“夏季药膳饮料的制作”为例

王 桐

(辽阳技师学院中草药种植系, 辽宁 辽阳 111000)

摘 要: 信息技术已广泛应用于中职教育领域, 本文以营养与保健专业核心课程, 中医食疗药膳中的药膳制作技能“夏季药膳饮料的制作”为例进行信息化教学设计, 重点介绍了教学设计的基本情况以及多种信息化手段在教学过程中的应用等, 通过教中学, 学中练, 练中思, 学生掌握了专业技能, 强化了职业素养。

关键词: 信息化; 教学设计; 中医食疗药膳; 饮料

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.012

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0027-02

The Application of Informatization Teaching Design in Traditional Chinese Medicine Diet Course ---Taking "the Making of Summer Herbal Drinks" as an Example

WANG Tong

(Department of Chinese Herbal Plant, Liaoyang Technician College, Liaoning Province, Liaoyang 111000, China)

Abstract: Information technology has been widely used in secondary vocational education. This article takes information and instructional teaching design as an example of the "the making of summer herbal drinks" in the core curriculum of nutrition and health care for traditional Chinese medicine diets. The article focuses on the basic situation of teaching design and the application of a variety of informational methods in the teaching process. By Learning in teaching, learning to practice, and thinking in practice, students have mastered professional skills and strengthened professional qualities.

Keywords: informatization; instructional design; traditional Chinese medicine diet; drink

随着信息化发展的加速, 现代信息技术与教学实践的融合不断深入, 传统教学模式早已不能满足教学的需求。信息化教学既是对传统教学的继承, 也是对教学模式的创新。利用信息化手段能够最大限度发挥教学环境、教学资源的作用, 让学生在创设环境中自主探究, 发现问题, 然后通过合作的方式主动解决问题, 提高了学生学习的兴趣, 培养了学生良好的学习习惯。教师从传统教育模式的灌输者, 变为引领者、促进者、帮助者, 学生从传统教育模式下的被动者变为主动者。

中医食疗药膳是一门理论与实际联系紧密的学科, 学生不但要掌握中医学理论知识, 还要研究食物特别是食疗药物与人类健康保健和疾病的关系, 更要能够运用知识进行实践操作, 掌握常用的药膳制作方法。在信息化资料不丰富的传统教学中, 学生的学习兴趣不高, 思考力差, 很难集中注意力学习效果差。信息化教学是对课堂教学方式的充分调动, 有利于资源整合, 提升教学效果。本文以营养与保健专业核心课程, 中医食疗药膳——夏季药膳饮料的制作为例(共计2学时)进行信息化教学设计, 探讨信息化教学设计在该课程中的应用。

1 教学设计的基本情况

1.1 教学分析

1.1.1 教材分析 本课节选自国家十二五规划教材《中医食疗药膳》第四章第二节的内容, 课程设计为2学

时。保健行业已成为中职学生的一个重要的就业方向, 药膳制作的基本技能是该岗位必须掌握的重要技能之一。

1.1.2 学情分析 授课对象是营养与保健专业二年级学生, 他们已具备了中医基础知识和药膳的基本理论, 熟悉了云班课堂的使用, 但理论应用于实践能力有所欠缺。本节课进一步学习药膳饮料的制作, 而这也是学生容易忽视, 简单而不易掌握的重要技能之一。学生们热衷于各种保健饮料, 但缺乏相应的制作技能。

1.1.3 教学目标 根据课程标准, 结合岗位需求, 从知识、能力、情感三方面确定教学目标: 知识目标: 了解夏季药膳饮料的制作要求及方法; 能力目标: 能制作不同功能的夏季药膳饮料; 情感目标: 体验自主学习, 团队协作的精神, 感受博大精深的中医食疗药膳文化, 培养学生的职业意识。

1.1.4 教学重难点 围绕教学目标和学生的认知规律确定本课的重点、难点。教学重点为夏季药膳饮料的制作要求及方法。教学难点为根据人体的生理特点, 结合夏季的气候变化, 制作出合理的药膳饮料。

1.2 教学策略 为了突出教学重点, 解决教学难点, 本课主要采用了问题探索法、案例教学法、讲授法等, 实现了以教师为主导, 学生为主体的教中学, 学中练, 练中思。采用的信息化手段, 主要体现在模拟情景软件, 蓝墨云班课虚拟仿真软件以及移动式互联资源等。

2 多种信息化手段在教学过程中的应用

教学过程包括以下6个环节,时间分配见表1。

表1 教学时间分配

时间	5 min	8 min	30 min	20 min	17 min	10 min
教学环节	模拟体验 课前预习	视频创疑 导入新课	自主探究 小组合作	师生互动 突出重点	模拟训练 解决难点	激励评价 布置作业

2.1 模拟体验 课前预习 通过模拟情景软件,了解药膳饮料制作的环境以及制作所需要的设备。将课前预习变成有趣的饮料制作环境的认知,保证教学的安全和有序开展。

2.2 视频创疑 导入新课 利用云班课堂播放视频,让学生了解夏季人们的生理特点,其中一位女士一到夏天就心烦意乱,一位男士吃不下饭,还有一位女士腹痛拉肚子、胃部隐痛。教师提出问题:“怎么给不同症状的人制作不同的夏季饮品呢?”通过信息化手段直观展示教学难点,并通过创疑的形式让学生产生学习的兴趣。

2.3 自主探究 小组合作 在教师的引导下,将学生分成3组。要求每组学生利用云班课堂资源去探寻3种症状的不同药膳方案,并填写教师根据本节课的内容和教学目标制作的学习任务单。第1组的同学选择莲子心、百合,第2组同学选择了陈皮、茯苓,第3组同学选择了党参、干姜。各组同学将任务单提交至云班课,教师审阅后即可进行药膳操作。线上理论,线下实操,理实结合,强化职业素养。

2.4 师生互动 突出重点 为了锻炼学生的表达能力,每组派代表展示任务成果,在第1组的分享展示中,针对教师提出的问题,学生进行了回答,传统教学中教师一对多的演示不能满足学生个性化需求,因此制作微课“莲子清新茶”,引导学生归纳总结药膳的制作特点就是在材料选择,如莲子心和百合都要既可以食用又可作药用的天然之品,一般不改变自身的口味,可酌情加入蜂蜜或冰糖调味。在第2组的分享展示中,教师通过问题的设计引出了本次课的教学重点,学生虽然回答了问题但还不全面,接着观看陈皮茯苓茶的制作视频。师生一起总结出药膳饮料制作的要求和方法,制作要求是将中药知识与烹调技术相结合,如茯苓需要久煮才能更好地发挥药效。制作方法是药物、水为原料通过煎煮等方法提取药液,经过滤澄清后,加入冰糖调味。联系生活走出课堂,针对时下最热点和敏感的问题:药膳饮料是药吗?让学生发表观点,进一步探寻药膳和疾病的关系,进而引发学生职业道德的思考。第3组以制作夏天人们贪凉后产生的病症的药膳为任务,遇到了本次课的教学难点,针对学生们对创业成功的学姐学哥的崇拜,让学姐现身说法,通过真实的操作环境和演示讲解,让学生明白除了季节性引起的不适症状,贪凉后也会产生不适的症状,因此要根据病人的病症具体分析,合理地制作药膳饮料。使志勿怒,使华英成秀,使气得泄,若

所爱在外,此夏气之应,养长之道也。《黄帝内经》中关于夏季养生的经文也告诉我们天人相应顺时养生,做人做事亦是如此,将职业素养渗透到我们的教学之中。

以学生为主体的同时不能忽略教师的引导作用,在学生分享作品之后,师生互动总结归纳出本节课的知识结构。(1)药膳的制作特点:①药膳原料的选择:既可食用又作药用的天然之品,如莲子心、百合。②药膳的调味:一般不改变自身的口味,可酌情加入蜂蜜、冰糖。(2)制作要求:中药知识与烹调技术相结合,如难溶于水的药物茯苓需久煮才能更好地发挥药效。(3)制作的方法:以药物、水为原料,通过煎煮等提取药液,经沉淀、过滤、澄清后,加入冰糖或蜂蜜调制。(4)心火、脾胃虚热、脾胃虚寒不同的症状有不同的药膳食疗制法。

2.5 模拟训练 解决难点 由于在实操中会遇到不同的食材、药材以及人体生理的各种特点,现实的实训条件不能满足教学需求,可以利用仿真实训软件制作多种药膳的操作演示,软件可以评价学生的选料成绩,制作是否符合药膳的要求。教师根据软件的评价反馈及时跟踪解答,教中学、学中练,突破我们的教学难点。

2.6 激励评价 布置作业 利用金数据制作问卷二维码,从药膳的口感、材料的选择、操作台面整洁度等项目综合评价,评选出最佳小组。将评价结果作为学生考取健康管理师的初始等级。学生有着当健康管理师的梦想,却缺少了健康管理师的执着和努力。我校的快乐作业本利用答题闯关游戏对本次课内容进行复习,加深了学生对知识的理解与记忆,教师也更容易掌握学生的学习情况。课内学习,课外拓展,双管齐下,通过微信公众号和电视专题节目让学生课后学习和查阅了解行业的最新动态,形成良好的职业理念。

3 教学总结

在本课的教学设计中,通过模拟情景软件、蓝墨云班课、虚拟仿真软件、移动式互联资源等信息化教学手段,使教学内容更加直观,传授课程方式更加多样化,学习结果反馈更加及时,评价方式也更加多元化。

通过教中学,学中练,练中思,学生掌握了专业技能,强化了职业素养。中医文化名扬天下,中医食疗药膳博大精深,我们应该以一带一路为发展契机,助推中医药事业走向世界。

参考文献

- [1]顾绍年.中医食疗药膳[M].北京:人民卫生出版,2016:83.
- [2]鲁昕.以信息化促职业教育现代化[J].江苏教育,2014(48):28.
- [3]李绍林,段启,赵珍东,等.信息化教学设计在高职中药炮制课程中的实践[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(1):24-27.
- [4]孙红梅.探究高职课程信息化教学设计的探索与实践——以消防联动控制系统课程为例[J].考试周刊,2016(16):161.
- [5]王桐.信息化教学设计在营养与膳食指导课程中的应用与反思——以“骨质疏松症的营养治疗与膳食”为例[J].新课程(下),2015(2):82.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张 斌 收稿日期:2018-03-22)

三明治教学法在小儿腹泻教学中的应用

曾妍 陈火莲 占小兵

(广州中医药大学第一附属医院新生儿科, 广东 广州 510405)

摘要:目的 通过将三明治教学法应用于小儿腹泻中, 探讨三明治教学法在儿科护理临床带教中的可行性。方法 选择广州中医药大学2014级、2015级、2016级护理本科专业2个班为研究对象, 从2个班级的学生分别随机抽取36人, 分为2组, 试验组为三明治教学模式, 对照组为传统模式, 分别讲授小儿腹泻的相关知识, 分析比较2组学生的考试成绩, 及对教学效果的满意度。结果: 试验组学生的考试成绩及对教学效果的满意度均明显优于对照组, 差异有统计学意义。结论 三明治教学法能调动学生自主学习的积极性, 提高对教学效果的满意度, 教学效果优于传统组。

关键词: 三明治教学法; 儿科; 腹泻; 儿科护理; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.013

文章编号:1672-2779(2018)-10-0029-02

The Application of Sandwich Teaching Method in the Teaching of Infantile Diarrhea

ZENG Yan, CHEN Huolian, ZHAN Xiaobing

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

Abstract: **Objective** To explore the feasibility of sandwich teaching method in pediatric nursing clinical practice by applying sandwich teaching method to infantile diarrhea. **Methods** Selecting 2014 grade, 2015 grade, 2016 grade nursing undergraduate two classes in Guangzhou University of Chinese Medicine as the research objects, 36 students were randomly selected from two classes, and were divided into 2 groups. The experimental group used sandwich teaching mode, and the control group used traditional model. The knowledge of infantile diarrhea was given. The student's test scores and satisfaction of teaching effect was compared between the two groups. **Results** The test scores of the students in the experimental group were significantly better than those in the control group, and the difference was statistically significant. **Conclusion** The sandwich teaching method can motivate the students to study independently, improve the satisfaction of teaching effect, and the teaching effect is better than the traditional mode.

Keywords: sandwich teaching method; pediatrics; diarrhea; pediatric nursing care; teaching reform

近年来, 国内外护理教育者为不断提高临床护理带教质量, 一直尝试着改进教学方法, 以临床实践为指导的新的教学模式和方法不断涌现^[1], 三明治教学法最早于1903年流行于英国, 表面上看它是由多层面包和鸡蛋、火腿组合成的一种食物, 其实它是将理论学习和实践交替相结合的一种学习方法^[2], 该教学法是一种将人数控制在36人以内的小班教学中安排学生进行小组讨论、交叉讨论、小组汇报, 再由老师进行总结的“学习-实践-学习”教学模式^[3]。经研究, 三明治教学法带教模式可以改善传统带教模式中实践知识比例过低的问题^[4]。为提高我院临床护理带教质量, 从2014年至今, 我院妇儿中心在护理实习生临床学习中, 选取“小儿腹泻的诊治及护理”作为主题, 随机选取部分学生进行了三明治教学, 与传统的教学方法对比, 效果显著, 现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取广州中医药大学2014级、2015级、2016级护理本科专业班三届护生为对象, 每届均通过随机双盲的方式选取2组护生, 每组各36人, 2组护生的培养计划、教学目标、需要轮转的科室相同, 均需要在我院进行临床实习8个月, 其中, 试验组护生平均年龄(23.1±2.1)岁, 对照组平均年龄(22.5±1.9)岁, 2组护生的一般资料相比, $P>0.05$, 具有可比性。**1.2 研究方法** 对照组采用传统教学方法, 即在临床带教时由主带教老师针对小儿腹泻通过PPT汇报的方式讲解,

并结合患者病情进行随机讲解。试验组采三明治教学法, 具体如下。

1.2.1 典型医案作为切入点 刑某, 1岁, 女, 因“大便次数增多3天, 呕吐发热半天”入院。症见: 患儿大便次数增多, 约10余次/日, 每次量不等, 水样便, 色黄, 无酸腐恶臭味, 无夹黏液脓血, 发热, 呕吐, 哭时少泪, 皮肤稍干, 纳眠差, 口渴, 饮水少, 小便减少。查体: 体温: 38.8℃, 脉搏: 126次/分, 呼吸: 36次/分, 体重: 10.5 kg。患儿神志清楚, 皮肤稍干燥。前囟稍下陷, 口腔黏膜干燥, 无疱疹。舌质略红、苔薄白微腻, 指纹紫滞达风关。

1.2.2 设置6个讨论问题 A: 六个月内的母乳喂养儿, 不容易发生腹泻, 为什么? B: 该患儿是属于生理性腹泻还是病理性腹泻? C: 腹泻的患儿可以用止泻剂吗? D: 如何指导家长合理喂养婴儿? E: 给腹泻婴儿进行液体疗法时, 需要遵循哪些原则, 如何实施? F: 针对该案例中的患儿, 护理重点是什么?

1.2.3 分组讨论 将36位同学按A、B、C、D、E、F分组, 每组6人, 分组为A-1, A1-2……, 依次类推, 每组围在一起讨论各组问题。时间限制为5 min。

1.2.4 交叉讨论 将6组护生按1、2、3、4、5、6分组, 交叉讨论各组讨论的结果。时间为10 min。

1.2.5 集中汇报 按A、B、C、D、E、F的方式, 由老师随机抽取各组的代表同学上台发言, 进行集中汇报,

时间为15 min。

1.2.6 老师补充 老师针对发言的内容进行补充,对同学知识点薄弱处如补液疗法、液体的张力计算等给予加强讲解。

1.2.7 金鱼缸问题 案例:患儿邢某于入院第二天出现神萎,反应差,略烦躁:体温37.8℃,心率126次/分,呼吸32次/分,体质量10 kg,前囟0.5×0.5 cm凹陷,皮肤弹性差,双侧眼眶凹陷,哭时无泪,唇干津液少,皮肤松弛,起皱,无压痛,肠鸣音活跃,四肢冷,循环差,可见少许大理石样花纹。选择手持A1、B2、C3、D4、E5、F6号码牌的同学进入金鱼缸问题讨论:请问患儿出现了什么问题?

1.2.8 总结和反思 老师对本次上课的内容进行总结和反馈。

1.3 评价指标 在2组护生结束儿科实习后,由妇儿中心统一安排对护生进行小儿腹泻知识考核,并发放带教效果满意度调查表,调查表由科室统一制定,由学生根据学习过程,对三明治教学法和传统教学效果的满意度进行评定,分为非常满意、满意、一般、不满意、非常不满意5个级别,护生填写调查表时不记名,安排专人当场回收,有效回收率100%。

1.4 统计学方法 将收集好的资料录入表格,用SPSS 24.0软件包进行统计学分析,分别通过 t 检验、秩和检验进行分析,检验水准 $\alpha=0.05$, $P>0.05$ 为无显著性差异, $P\leq 0.05$ 将认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 考核成绩比较 通过对2014级、2015级、2016级的考核,2组护生的考核成绩比较,由表1可知,试验组的各项成绩均明显优于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。

表1 2组护生考核成绩比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	2014级	2015级	2016级
对照组	36	82.8±6.15	86.3±4.06	85.1±4.78
试验组	36	89.2±4.06	90.0±3.38	90.0±3.37
t 值		-3.7	-4.128	-4.912
P 值		0.009	0.000	0.000

2.2 满意度比较 2组护生对三明治教学法及传统教学法的教学模式满意度评价对比,由表2可知,试验组护生对三明治教学法的满意度明显优于对照组, $P=0.000<0.05$,差异有统计学意义。

表2 2组护生对护理带教满意度对比 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意	护理满意度
对照组	36	25	4	6	1	0	80.5
试验组	36	30	3	3	0	0	91.7
Z 值							-5.245
P 值							0.000

注:护理满意度=非常满意率(%) + 满意率(%)

3 讨论

三明治教学法是以学生为主体地位的教学模式,该模式要求护生围绕着问题进行临床学习,由浅入深

地进行知识的传授^[9],通过分组讨论和交叉讨论,每个人都需要发表自己的见解,最后还需要进行集中汇报和金鱼缸讨论,需要大家的相互协作才能在较短的时间完成该堂课的学习任务^[9]。据文献报道,关于记忆效率,通过感官获得的信息,听看结合的效率仅为50%,理解后的表达则为70%,而做与描述可达90%^[7],传统教学方法中,主体是老师在讲,护生在听,护生的记忆效率只有50%,而三明治教学法不仅调动了多种学习途径,还结合了听和说两种方法,护生获得的记忆效率能达到90%,而且三明治教学法,需要每个学生积极参与,主动发言,以学生自主思考为主,不会忽略每个人,大家能畅所欲言,充分思考,在一定程度上还能拓展学生的知识面,加上轻松有趣的课堂气氛,能激发学生的学习动机和兴趣,所以学生的积极性很高,对该教学方法非常满意,从表2可知,采用三明治教学法的护生对该教学模式的满意度达到91.7%,明显高于对照组的80.5%, $P=0.000<0.05$,差异有统计学意义。而通过对2014—2016级护生的理论考核,从表1可以看到,采用三明治教学法的三届护生理论成绩均明显高于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。但是该方法亦存在不足之处,比如对人数要求有一定的限制,不适合大班教学,而且这种教学方法需要学生提前预习所学的理论知识,需要老师很好地调节课堂气氛^[9],对护生及讲课老师的要求较高^[9],而且该教学模式讨论问题只局限于6个问题,更侧重于操作性强的教学内容,教学方法的使用较为固定单一^[10]等。因此,在临床带教工作,应根据实际情况,从微课、微格、PBL、TBL、传统教学、三明治等多种不同教学模式中整合最合适的教学方法,取长补短,针对护生的不同水平进行因材施教,促进教师与护生之间的互动,提高学习自主学习的能力,不断提高学习效率。

参考文献

- [1]姚洁敏,李明,英洪友,等.《中医各家学说》案例式教学的探索与实践[J].上海中医药大学学报,2014,28(4):7-10.
- [2]武立刚,王禹,周艳,等.Sandwich 教学法在临床教学中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2017,38(10):1206-1208.
- [3]侯瑞芳,徐佩英,金涛,等.三明治教学法在内分泌临床见习课程中的运用[J].上海中医药大学学报,2015,29(5):16-18.
- [4]田霖林,赵文杰,单洁,等.“三明治”教学法在内分泌临床见习教学中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(6):880-881.
- [5]王熠钊,黄晓琳,许涛,等.“三明治”教学法在康复医学教学中的应用[J].中国康复医学杂志,2014,29(6):568-570.
- [6]王鑫,符梅华.三明治教学法在中医外科护理见习带教中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(9):18-19.
- [7]袁同慧,黄莎,胡翠环.三明治教学法在护士教学培训中的应用[J].齐鲁护理杂志,2017,23(4):117-118.
- [8]龙海燕,吕英,范良菊,等.“三明治”教学模式在成人健康护理学中的应用与实践[J].护理实践,2016,30(28):3521-3523.
- [9]彭巧君,辛丽萍,陈瑛瑛.“三明治”教学法在护理本科内科护理学中的应用效果[J].继续医学教育,2015,29(1):25-26.
- [10]黄玮,杨述华,刘国辉,等.Sandwich 教学法在骨科教学中的应用实践和探究[J].中国高等医学教育,2015(6):98-99.

(本文编辑:张文娟 本文校对:马秋艳 收稿日期:2018-02-23)

OSCE 模式在临床实习教学中的应用

李 杨

(南阳医学高等专科学校医学技术系, 河南 南阳 473000)

摘要:目的 分析OSCE模式在临床实习教学中的应用效果。方法 以研究阶段2015年1月—2016年1月, 临床实习教学工作作为对照组; 以研究阶段2016年2月—2017年2月, 临床实习教学工作作为研究组。对照组采用常规实习教学模式; 研究组采用OSCE模式开展临床实习教学, 比较2组实习教学效果。结果 对照组考核成绩 (81.5 ± 6.35) 分与研究组考核成绩 (92.5 ± 5.55) 分比较差异显著 ($P < 0.05$)。2组在每一个站点的考核成绩比较差异显著 ($P < 0.05$)。结论 OSCE模式在临床实习教学中的应用效果显著, 值得临床推广与应用。

关键词: OSCE模式; 临床实习; 临床能力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.014

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0031-02

The Application of OSCE Model in Clinical Practice Teaching

LI Yang

(Department of Medical Technology, Nanyang Medical College, Henan Province, Nanyang 473000, China)

Abstract: **Objective** To analyze the application effect of OSCE model in clinical practice teaching. **Methods** The study stages was from January 2015 to January 2016, the clinical practice teaching was the control group. The study period was from February 2016 to February 2017, clinical practice teaching was the study group. The control group used the conventional teaching mode, and the research group used the OSCE model to carry out clinical practice teaching. The practice teaching effect between the two groups was compared. **Results** The score of the control group (81.5 ± 6.35) was significantly different from that of the study group (92.5 ± 5.55) ($P < 0.05$). The scores of the two groups were significantly different at each site ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of OSCE model in clinical practice teaching is remarkable. It is worth popularizing and applying in clinical practice.

Keywords: OSCE model; clinical practice; clinical ability

OSCE即为客观结构化临床考试, 实际上就是通过采用模拟临床情境的方式^[1], 借助标准化病人或者模型作为依据, 实现对实习生在临床知识、技能以及思维等方面综合能力的训练与考核。OSCE是一种新型临床情景模拟模式^[2], 借助其优势在目前临床教学中的应用越来越广泛。本次研究在临床实习教学中开展, 现具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以研究阶段2015年1月—2016年1月, 临床实习教学工作为对照组, 以研究阶段2016年2月—2017年2月, 临床实习教学工作为研究组。对照组实习医生40名, 男性24名, 女性16名; 平均年龄 (26.63 ± 1.19) 岁。研究组实习医生42名, 男性23名, 女性19名; 平均年龄 (25.78 ± 1.12) 岁。2组研究对象年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组采用常规带教模式。

研究组采用OSCE模式: (1) 成立评估小组, 要求小组成员学习关于OSCE的相关内容, 并且要求将OSCE的相关理论知识及教学模式对每一位带教老师进行培训。要求教师根据实习的计划制定出评价大纲与具体的带教方案, 同时制定出具体的评价方法和标准。(2) 结合临床实际情况, 将OSCE站的设置设为5个考

站。第一站, 实习中间诊站, 这一站主要考察实习生的健康评估能力以及沟通能力的掌握情况。第二站, 考察实习生在检查患者身体使用的手法技巧的掌握情况, 以及与患者沟通能力的掌握情况。第三站, 主要考察实习生在开展健康教育方面的能力。第四站, 考察实习生对病例的分析能力。第五站, 考察实习生的操作技能, 包括各项临床技能, 例如胸腔穿刺、腹腔穿刺等。

要求所有的实习生都在规定的时间内完成考核, 并且在考核的过程中由老师进行监考。

1.3 观察指标 对比2组评分情况, 要求SP站点由SP评分, 非SP站点由监考老师评分, 评分标准: 不及格: < 60 分; 及格: $60 \sim 79$ 分; 良好: $80 \sim 89$ 分; 优秀: $90 \sim 99$ 分。

对比2组实习生成绩情况以及每一个站点的考核成绩情况。

1.4 统计学方法 使用SPSS 19.0统计学软件完成数据的处理与对比, 计数资料以 ($n, \%$) 表示, 用卡方检验, 计量资料则以 ($\bar{x} \pm s$) 来表示, 用 t 检验, 只有满足 $P < 0.05$ 时, 才可认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组实习生成绩对比 从表1可以发现, 对照组考核成绩与研究组考核成绩存在明显差异 ($P < 0.05$)。

表1 2组实习生成绩对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	考核成绩
对照组	40	81.5±6.35
研究组	42	92.5±5.55
<i>t</i> 值		6.39
<i>P</i> 值		<0.05

2.2 2组SP考核平均成绩对比 对比2组SP考核平均成绩,可以发现2组在每一个站点的考核成绩比较差异显著 ($P<0.05$)。具体见表2。

表2 2组SP考核平均成绩对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	考站1	考站2	考站3	考站4	考站5
对照组	40	76.39±5.04	73.24±3.64	72.35±4.02	71.04±3.89	78.65±4.27
研究组	42	88.34±4.92	80.46±4.51	87.18±4.66	88.83±4.21	89.28±3.75
<i>t</i> 值		4.29	5.14	4.74	3.52	5.14
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

目前临床实习教学的模式也在不断地发生着变化与升级。在临床实习过程中,往往会出现实习生对临床认知不足等问题,另外比较突出的问题就是在对实习生的管理上出现欠缺,导致影响实习生的实践能力。不管是国家还是医学院、护理学院等都越来越重视传统带教模式的改变。其中OSCE模式在临床实习中的应用也成为了趋势。通过将OSCE模式与临床实习教学结合,不仅有效实现了传统教学方法的改变,还能够进一步提升学生临床实践能力,应用优势明显。

OSCE (Objective Structured Clinical Examination)模式^[3],作为一种全新的医学生成绩考核评价方法^[4],OSCE具有客观性,形成了一种有序、有组织的考核框架。在临床实习中,这个环节作为医学教学中非常重要的一个环节,不仅是学生从课堂走向未来工作岗位的一个过渡,也是进一步提升学生理论知识与实践能力的有效方式。针对实习生的考核,主要以实操考核、床边考核为主,这种考核方式有一定的局限性,不仅不能了解学生知识掌握情况,也无法实现对学生全面、客观的评价。面对这种情况建立一个更加有效的教学体系非常重要。目前OSCE虽然在我国医学教育中应用时间不长,但是获得了良好的效果。目前医院的临床实习、学校实习教学都逐渐广泛应用OSCE模式,通过利用OSCE模式实现对学生临床实行教学与考核工作中,不仅能够为临床实习教学制定更加可行的方案,还能够最大限度确保考核的公平。

由于比起其他的考试不同,临床实习生的临床技能和临床决策能力非常重要,利用OSCE能够客观地对其进行评价,这是传统带教模式无法比拟的。

本研究中,对照组考核成绩 (81.5 ± 6.35) 分与研究组考核成绩 (92.5 ± 5.55) 分比较差异显著 ($P<0.05$)。通过对2组考试成绩的分析可以看出,研究组的成绩要明显高于对照组,这种方式充分说明采用OSCE模式效果优于采用传统的带教模式。在临床实习教学中,OSCE模式能够有效提高实习生的学习积极性,传统教学实现的是学生单项操作练习,最后由教师进行最终考核,这种带教方式单一且内容枯燥,学生没有学习动力,成绩得不到提高。通过利用OSCE教学模式,这种模式能够在带教过程中增加剧本设计、角色分配演绎等环节,既丰富了学习内容,又激发了学生的学习兴趣,进而提高学习效率,便于学生掌握所学知识并有效应用。OSCE模式还有利于提高实习生的综合能力^[5],传统带教模式只是教会实习生运用技能操作,而忽视了临床思维能力的培养。OSCE模式能够模拟临床实际情境,实现理论知识与临床操作的衔接,让实习生提早进入临床氛围。在实习过程中,以小组为单位,对培养实习生的团队协作能力也有积极意义。

本研究中,2组在每一个站点的考核成绩差异显著 ($P<0.05$)。杨旭等^[5]的研究中,通过分析综合性实训OSCE模式在口腔医学专业教学与考核中的应用,探讨OSCE模式对学生岗位胜任能力的影响。选取我校2014级三年制口腔医学专业学生80人分为2组,实验组40人,进行综合性实训;对照组40人,采用传统训练模式。最终结果实验组考核优秀率、对知识掌握的全面性和牢固性以及临床综合能力明显高于对照组,学生进入临床实习1个月后,调查显示实验组临床胜任能力明显优于对照组。本研究结果与上述结果类似。

综上所述,在实习的过程中通过客观结构化临床考核,不仅能够了解实习生的学习情况,又能够有针对性地进行自我学习和提高,对促进实习生处理问题能力、交流沟通能力、临床应激能力等能力的提高都有积极意义。在临床实习教学中采用OSCE模式可有效提高实习生的综合能力,值得临床推广与应用。

参考文献

- [1]杨静,徐智宇,渠晨晖.PBL结合CBL双轨教学模式在口腔科临床实习教学中应用分析[J].疾病监测与控制,2017,11(3):240-241.
- [2]姜丽波,王苏亮,刘海波,等.OSCE+SP模式在血液内科临床实习教学阶段的研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(20):3047-3048.
- [3]叶芬.OSCE在高职助产专业毕业考试中的应用初探[J].卫生职业教育,2013,31(22):129-130.
- [4]朱桐梅,吴丽荣,潘青,等.江苏省助产职业岗位能力需求调查分析与思考[J].中国妇幼保健,2014,29(27):4371-4372.
- [5]杨旭,高凤兰,刘春灵,等.口腔医学专业综合性实训及OSCE模式的实践研究[J].卫生职业教育,2017,35(1):90-91.

(本文编辑:张文娟 本文校对:杜勇 收稿日期:2018-03-09)

高校优秀教学团队建设浅析

石文英¹ 章薇^{2*}

(湖南中医药大学第一附属医院针灸推拿科, 湖南 长沙 410007)

摘要: 现代科学是一个多层次纵横交错的立体网络, 教学内容日益丰富, 学生的需求也日益多样化, 如何加强高校教学团队建设, 充分发挥每位教师的优势, 有效提高教育教学质量已成为我国高校改革与发展的主题。高等教育质量在很大程度上取决于高校教师队伍的整体素质和水平, 能否建立一支科学、合理、高效的教师队伍, 直接影响到高校的整体办学质量和水平。本文围绕高校教学团队建设的作用、现状及对策进行了初步探讨。

关键词: 高校; 教学团队; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.015

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0033-02

Analysis on the Construction of Excellent Teaching Team in Colleges and Universities

SHI Wenying, ZHANG Wei

(Department of Acupuncture and Massage, the First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China)

Abstract: Modern science is a multi-level and criss cross network, the content of teaching is increasingly rich, and the demand of students is increasingly diversified. How to strengthen the construction of teaching team, give full play to the advantages of each teacher, and effectively improve the quality of education and teaching has become the theme of the reform and development of colleges and universities in China. The overall quality of higher education depends highly on the quality of teachers in colleges and universities and the level, whether to establish a scientific, reasonable and efficient team of teachers, directly affect the overall educational quality and level of colleges and universities. This paper focuses on the role, status quo and countermeasures of the construction of teaching team in colleges and universities.

Keywords: colleges and universities; teaching team; talent training

随着科学技术的飞速发展, 各学科之间的相互联系越来越密切, 现代科学已形成了一个多层次纵横交错的立体网络, 教学内容变得日益丰富, 学生的需求也日益多样化, 使得高校教师无论是在知识传授上还是学术探究上都越来越依赖教师间的密切合作。如何加强高校教学团队建设, 充分发挥每位教师的优势, 从而有效提高教育教学质量已成为我国高校改革与发展的主题。2007年1月, 教育部提出要“加强本科教学团队建设”。同年2月, 再次提出要“建设教学团队, 培养可持续发展的教学队伍”。可见, 高校教学团队建设已受到学术界有关学者的广泛关注。

所谓教学团队是指根据合理的学缘结构、年龄结构、专长特点等有利于教学成果产生的制约因素, 以教书育人为纽带, 把提高教育教学质量作为共同愿景, 为完成某个教学目标而明确分工协作, 相互承担教学责任的少数知识、技能互补的教师所组成的团队^[1]。优秀的教学团队应具有以下特点: (1) 共同而清晰的愿景目标。(2) 德才兼备的带头人, 能引导学术方向相同或相近的教师向其靠拢。(3) 合理的梯队结构, 即团队人员在年龄、性格和能力上互相配合、互相补充。(4) 鲜明的团队精神, 通过发挥每位教师的特长, 相互学习, 共享知识, 勇于创新, 乐于奉献, 最终实现共同目标。(5) 科学的管理机制, 充分调动团队积极

性。(6) 显著的教学科研成果, 将学科最新研究成果引入教学领域或生产实际, 有效促进教学改革, 提高教学质量, 促进经济发展。随着科学技术的发展和高校职能的拓展, 以往单兵作战的科研和教学形式已不适应现代发展, 只有组成优秀的教学团队, 发挥群体作用, 才能达到“1+1>2”的效果, 提高学校可持续发展的实力。

1 高校教学团队建设的地位和作用

在当今知识经济社会背景下, 学生的需求日益多元化, 只有组成具备相关知识、技能互补的教学团队, 充分发挥每个人的优势, 才能把学科发展最前沿、最精华的内容展现给学生, 从整体上提高教学质量。创建优秀的教学团队, 有利于发挥团队的教学特色和学术优势, 做到人力资源的优化配置, 提升办学实力和竞争力; 有利于促进教学改革, 提高人才培养质量; 有利于激发教师积极性, 促进青年教师成长。教学团队建设作为我国高等院校人才队伍建设中的重要组成部分, 其整体素质和水平直接影响到高校人才培养这条生命线。

2 高校教学团队建设的现状与问题

随着近年来我国高等教育大众化步伐的加快、招生规模的不断扩大、聘用制的实施等, 我国高校教学队伍不可避免地出现了许多新的问题, 诸如年龄、学历、专业结构不合理, 缺乏理论和实践技能均较强的教师; 目标定位松散, 教师间缺乏信任, 凝聚力不够;

* 通讯作者: zw69996@gmail.com

教学管理机制、评价机制、激励机制等相关制度不完善;缺乏科学的培养及培训体系等等,尤其是传统的教师“单兵作战”的教学模式仍然占据着主导地位。这些问题的存在,使得目前高校教学团队的建设还远远不能满足高等教育改革和发展的需要。

3 高校教学团队建设的对策与建议

3.1 确立共同的愿景目标 共同的愿景目标是教学团队建设的基石。没有目标,团队就没有存在的价值。目标不确定、方向感缺失会使团队内部出现信息的断裂和价值观的分歧。只有基于共同的目标,才能促发团队成员的凝聚力,形成强大合力。从根本上讲,组建教学团队的最终目的是为了提高教育教学质量^[1]。作为团队成员,每位教师都必须忠诚于团队,为了共同的教学理念和目标不懈努力。

3.2 选拔合适的团队核心 教学团队带头人是团队的核心和灵魂,一个团队必须有一个高水平的带头人,才能够有效地推动高水平教学团队的建设。作为团队的领军人物,除应具有较高的学术造诣和丰富的教学经验外,还要有一定的管理能力,起到较强的凝聚力。因此,要加大团队带头人的培养和选拔力度,尽量做到所选出的带头人在教学、科研方面均具备较强实力,能较好掌握行业最新动态,使专业建设更好地贴近社会;同时又具有较强的人格魅力和感染力,能最大化地整合各种资源,扮好组织者和协调者的角色。

3.3 打造合理的梯队结构 团队的内部结构是指团队成员的有机构成^[2],团队的力量来自于成员之间的协作。从教学团队结构看,要发挥团队的最大能量,就要充分考虑学科、专业、课程的设置结构和团队成员在学历、职称、年龄上的优化组合。教学团队的目标是由不同教学人员共同完成的,每个成员都发挥着自己独特的作用。因此在团队建设方面要充分考虑人员的专业能力、教学技能是否互补,推进教学工作的老中青相结合,充分发挥教学团队对青年教师的传帮带作用,形成合理的梯队结构,实现最优化的综合效应。

3.4 树立鲜明的团队精神 教学团队不同于简单的教学群体,它是以高水平带头人为核心,搭配结构合理的教学人员,高效协作,为实现共同目标而凝聚起来的有机统一体^[3]。现在的高校教师仍存在着“一条腿走路”的现象,学校的教师不了解市场,而企业的教师又不了解教学,无法做到高水平的理论教学与丰富实践经验的有机结合。因此,教学团队作为一个整体,每个成员都应该具有集体意识,树立鲜明的团队精神,乐于奉献,团结协作,充分发挥每个教师的特长和优势,这样才能提高教学团队的凝聚力和战斗力。

3.5 制定科学的管理机制 教学团队管理机制的健全与

否是教学团队能否健康发展的关键,要保证团队的健康发展可从以下几个方面着手。(1) 建立科学有效的内部管理机制。将行政权力和学术权力适当分离,扩大教学团队的自主管理权。如团队负责人在改革教学模式,制定工作计划,调控内部经费,考核评价成员等方面均应有相当的自主权;而学校管理层应从发号令者的角色转换成团队的指导者、支持者和服务者,通过建立科学合理的机制为团队建设提供制度保障。(2) 建立有效的激励机制。要使教学团队保持旺盛的生命力和强大的吸引力,充分调动成员的积极性,必须建立有效的激励机制。物质上的激励可以在个人奖金、职称评聘、科研立项、年度绩效考核等方面给予适当的政策倾斜。精神上的激励可以通过树立典型,加大宣传,给优秀团队以精神上的优越感。(3) 建立严格的考核评价和淘汰机制。在考核评价机制上,从重视个人绩效考核向重视团队长期价值考核转变,从重视年度考核向重视聘期考核转变,鼓励教师积极加入教学团队,充分发挥每个成员的最大潜能。同时,建立淘汰机制,淘汰那些不适应团队发展要求、不能按时完成目标或因其它原因不适合继续在团队工作的成员,并不断补充新的优秀人才,始终保持团队活力。

3.6 培养高超的教研水平 教师是最具活力的教育资源,作为教育的直接实践者,承载着传授知识、培育人才等一系列责任。教师能力水平的高低直接影响教学质量的好坏。作为高校教师应同时具备教学和科研能力。在不断提高自身专业水平及教学能力的同时,也要不断开展科学研究,更新学科内容,使学生能及时了解学科前沿知识。学校应鼓励团队成员申报各级科研课题,通过科研能力的提升促进教学工作。在项目研究过程中,可采用以老带新的团队合作方式,实现传、帮、带,全面提高团队科研能力。

3.7 营造和谐的建设环境 在高校文化理念指导下,将文化建设纳入教学团队建设内容之中,营造以人为本、和谐、进取的团队建设环境,促进信任、理解、尊重以及科学精神在团队中的弘扬。此外,学校相关部门还应积极协调各方面力量,提供宽松的政策环境、良好的工作平台、充足的软硬件条件等,为教学团队的建设提供多方位的支持。

参考文献

- [1]叶建鸣.大学教师团队建设对促进青年教师专业发展的作用[J].教育评论,2008(5):27-29.
- [2]刘玲.高校教学团队建设的困境与对策——基于团队与群体区别的视角[J].教育体制与政策,2011(6):22-25.
- [3]吕改玲.我国高校教学团队建设研究[D].武汉:中南民族大学,2008.
- [4]仲耀黎.高水平教学团队建设与管理研究[J].国家教育行政学院学报,2012(2):35-38.

(本文编辑:张文娟 本文校对:章薇 收稿日期:2017-10-24)

科研夏令营-医学本科生科研思维能力的培养的新模式※

岳育民¹ 王霄霜¹ 谷依红¹ 刘沐琳¹ 陈港军¹ 李红枚¹ 陈 丽^{2*}

(1 湖南中医药大学临床医学7班2015级, 湖南 长沙 410208;

2 湖南中医药大学医学院病理教研室, 湖南 长沙 410208)

摘要: 社会的发展必定要求医学的发展, 为顺应时代医学人才培养的要求, 更好地培养医学本科生的科研思维能力, 使学生的科研素养得到进一步的提高, 最终达到培养会思考、善于思考的创新型人才的目的, 湖南中医药大学开展了暑期科研夏令营, 这种利用科研夏令营培养医学本科生科研思维能力的新模式对其它本科医学院校在医学本科生科研素质培养方面具有借鉴作用。

关键词: 科研夏令营; 医学本科生; 科研思维能力; 医学生培养新模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.016

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0035-03

Research Camp--The New Mode of Cultivating Scientific Research Thinking Ability of Medical Undergraduates

YUE Yumin¹, WANG Xiaoshuang¹, GU Yihong¹, LIU Mulin¹, CHEN Gangjun¹, LI Hongmei¹, CHEN Li²

(1. Grade 2015 of Clinical Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China;

2. Department of Pathology, School of Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

Abstract: The development of the society will require the development of medicine. In order to adapt to the medical personnel training requirements, better training of medical undergraduate students' scientific thinking ability, make the students' scientific literacy has been further improved, and eventually cultivate innovative talents will be thinking, Hunan university of Chinese medicine held summer research summer camp. This mode of cultivating scientific thinking ability of medical undergraduates by scientific research summer camp has reference to other medical colleges and universities in the training of medical undergraduates' scientific research quality.

Keywords: research summer camp; medical undergraduates; scientific research thinking ability; new model of medical students training

随着社会的进步和科技的发展, 对于医者的要求不仅仅停留在临床技术上, 更在科研能力与思维上有所要求, 以求能开拓新的诊断治疗手段, 更好地服务临床^[1]。同时思维作为一种个体运用科学方法进行思考的过程在整个科研活动中占有重要的地位。然而现阶段我国对医学本科教育以理论和临床学习为主, 而忽略了科研思维的培养。这样不利于医学生未来的发展, 无法满足时代的要求^[2]。在这个问题上已有前人对于科研思维培养的模式进行了相关的探索^[3-4], 笔者也就此问题进行了相关的探索, 以求得到一种更有效的培养科研思维的新模式。笔者通过亲身经历科研夏令营, 认识到科研夏令营的活动对于培养医学本科生科研思维起到了重要的作用, 因此提出科研夏令营这一医学本科生科研思维培养的新模式探索发现。

1 现状及问题

我国传统的教育模式一定程度上僵化了学生的思维, 同时目前的教师多忽视了对学生科研能力的培

养^[1], 使教学与科研严重脱离, 制约了我国创新型人才的培养^[5]。本科生的校园, 更多的是学生会、社团等组织, 而关于大学生科技创新的活动极少, 难以营造出学术科研的氛围。五年制医学生要求在本科阶段完成基础课程的学习, 没有过多的时间去查阅文献了解最前沿的动态、撰写标书、设计科研实验, 同时他们在本科阶段接触的实验大都属于验证性实验, 学生只需要按照讲义和老师讲解的步骤按部就班进行操作就能得到预期的实验结果, 这就会导致医学本科生将理论知识运用于科研实际的创新意识匮乏和能力单薄。

2 科研思维的重要性

科研思维是指个体运用一定的科学方法进行思考的过程。对于医学生, 本科阶段培养科研思维, 使其形成一种由表及里、延伸思索、联系相关的思维模式, 这样对学生理解课本知识、应用量多而杂的课本知识都具有极大的帮助; 同时, 目前无论是专硕还是学硕, 都对医学生的科研思维能力有着一定的要求。走向专硕, 科研思维是一个优秀的临床医师必备的业务素质之一, 他不仅要能掌握疾病的预防诊治及其前沿技术, 还要能思考探索研发新的预防诊治手段, 去解决在临床上可能会遇到的任何疾病。走向学硕, 大多数的工

※ 基金项目: 国家自然科学基金【No.81501669】; 湖南省自然科学基金【No.2016JJ3100】; 湖南省普通高等学校教学改革研究项目【No.2016-336】

* 通讯作者: 1224909171@qq.com

作将进行实验设计,因此要有自己的一套科研思维方式,学会设计实验、在实验中思考、掌控实验,做实验的主人。对医学生来说,本科阶段是学习科研的黄金时期。有了科研思维的正确指导,医学生的思维将发散更开阔,发现问题,分析问题,解决问题的能力将极大提升。

3 科研夏令营实施及方法

3.1 时间 2017年暑假期间。

3.2 地点 中国人民解放军总医院免疫及分子生物学实验室。

3.3 对象 湖南中医药大学15名来自西医临床,中西医结合临床,医学影像学低年级学生。

3.4 活动实施

3.4.1 活动准备 15名前往北京学习的学生,做好一系列的活动准备,(1)做好活动策划书。(2)每位同学购买人身保险,确保安全。(3)每位同学签订安全责任书,以及家长安全责任书,并且得到家长的同意,为我们整个科研活动做好前提准备。(4)15名同学分为两批,每一批同学都安排1名负责人,整个活动有1名总负责人。

3.4.2 活动方案 第一(前期):学生主要学习基础实验操作方法,理解领悟实验的原理和思路,按照计划每天做好实验学习记录和日志总结,为后期实验做好理论指导。

第二(中期):初步动手做动物实验和细胞实验。学生学习开展如下实验:小鼠I型糖尿病造模,建立小鼠背对背皮肤移植模型、分离培养大白鼠脂肪间充质干细胞、全骨髓贴壁培养法分离培养大白鼠骨髓间充质干细胞、细胞原代培养及传代、细胞的RT-PCR、转基因小鼠的鉴定。实验思路需由学生自行设计,实验全程由学生自行操作,实验需要的一些药品需要学生根据需求自己配备,实验步骤如何进行需由学生查阅资料,实验中出现问题由学生讨论解决,再改进实验方案。

例如,在小鼠I型糖尿病造模实验中,遇到了造模失败等情况。给小鼠腹腔注射STZ后,小鼠死亡或第3天时小鼠血糖并未达到11.1 mmol/L。之后,大家便查阅文献,与老师一起讨论并联系课本上的理论知识,最后得出:小鼠死亡是由于一次性大量注射STZ破坏胰岛 β 细胞,胰岛素释放,极大地降低了血糖含量,最终导致小鼠休克。随后的造模中改用了多次低剂量注射STZ来避免小鼠死亡,同时,为了防止小鼠死亡,同学们分别用了糖水和药渣来喂养,最后小鼠血糖并未升高,而给予正常饮水的小鼠造模成功。拿到这样的结果与老师一起讨论并查阅文献,发现了给予糖和药渣都会增强小鼠的抵抗和修复能力,最终导致造模失败,

而给予糖水后小鼠血糖都未上升,说明小鼠本身对糖代谢的能力很强。因此发现饮食与小鼠本身对糖尿病小鼠造模的成功率影响很大。

第三(后期):实验总结汇报以及文献汇报学习。学生们对实验学习过程中所遇到的问题进行汇总,在会上与老师一起讨论分析,同时选取影响因子在5以上的英文文献,小组内进行分工合作,细读文献,弄懂思路和实验原理。从文献的出处和作者,到其中的实验方法和结果都进行讨论和学习。在汇报之前进行预演,加强正式讲解时的流畅度,并提出相关问题,引发思考和讨论。学生在组会上依次进行讲解时,结合图文并茂的PPT,并尝试用英文进行讲解。老师在会上提出问题,学生尝试解答,或由老师对讲解内容进行补充。

4 结果

2个月的科研夏令营结束后,学生们均熟悉掌握了基本的实验技术操作,发现问题、研究问题、解决问题的科研思维能力在实践中得到培养,学生们感受到科研工作的严谨性,学会了用严肃认真的态度及科学的方法解决问题。返校后,这些参加过科研夏令营的学生,在医学实验课上表现比其他学生更为熟练,利用思维导图来帮助其更好地学习医学理论课程。同时学生们将夏令营的学习经历编辑成书,供其他医学本科院校学习和参考。

5 讨论

科研夏令营整体活动的优势存在以下几点:(1)独立思考,遇到问题多思多想,学生通过自己的方法解决,举一反三,多反思,解决实际问题。(2)激发科研兴趣,大胆探索,努力研究最新情况,解决最新问题,创造新理论,同时提高学生的思维能力。(3)团队协作能力。集思广益,团队的分工合作,对于科研活动的顺利进行,有着巨大的影响。(4)提高学生的社会实践技能,与人的沟通能力,进行科研问题的讨论时,讨论学习的过程中就会碰撞出思维的火花,触发出新的科研灵感,同时学生与专家面对面交流,既开阔眼界,增长见识,又了解国内外最新研究成果,保证课题的前沿性,为培养高素质人才奠定基础。

科研夏令营是一个开创性的思维探索学习活动,一定程度上弥补了医学生平时在学校里实验课程少且死板的缺陷^[9]。培养了学生独立思考的能力,特别是使学生的思维能力得到拓展。学生在做科研的过程中,必须坚持不懈地将课题继续研究下去,这更有助于培养医学生的科学探究精神,将科学理论与学生的思想以及实践相结合的科研夏令营新模式,对于医学生今后的发展有着至关重要的作用,我们组织医学本科生的科研夏令营,使医学本科生提前接触科研,不断地

去培养学生各方面的综合素质能力。

6 展望

科研夏令营促进了医学本科生科研能力的培养和课程学习的巩固。这种医学本科生科研思维能力培养的新模式,使医学本科生在短期内有效地提升了科研思维能力,是一种比较成功的新模式,将有望推动医学生科研综合能力的发展,为我国医学创新人才的培养以及医学基础的研究和临床医学诊疗水平的提高奠定基础。

参考文献

- [1]郑凯,彭云珠,李锐洁.论医学本科生科研思维和能力的培养[J].继续医学教育,2015,29(3):58-59.
- [2]杨洋,兰永连,王树玉.医学生科研思维能力培养探讨[J].现代医药卫生,2015,31(19):3035-3036.
- [3]董靖,卢旻鹏,李志勇,等.五年制医学生科研思维的培养及实践[J].教育教学论坛,2015(18):117-118.
- [4]卢泓成,黄华兴,王水,等.本科阶段医学生科研思维培养及创新实践[J].中国高等医学教育,2015(7):45-46.
- [5]段慧蕊.医学本科生科研创新素质现状分析与对策探讨[J].科技展望,2016,26(23):252-253.
- [6]冷雪,王莹,曹媛,等.中医药院校大学生创新思维培养模式的调查与思考[J].基础医学教育,2015,17(4):365-366.

(本文编辑:张文娟 本文校对:胡梅 收稿日期:2018-03-09)

基于医改背景中药学专业培养方案的研究※

雷志丹 郭秋言 彭买姣 杨晶 夏新华 雷志钧*

(湖南中医药大学药学院,湖南长沙 410208)

摘要:我国药学类大学生面向医药研制、生产、流通和使用等环节,根据调查发现其知识结构适应药品生产和新药研究环节,但在流通的学术推广和使用的药学服务环节难以胜任。究其原因,主要与高等院校的专业培养方案有关:课程设置以科研思维和化学思维为主,只适应部分市场需求,滞后市场经济的发展,与医药市场不配套等。我校在改革培养方案进行了尝试,努力为社会输送合格的医药人才。

关键词:医药改革;中药学;学术推广;临床药学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.017

文章编号:1672-2779(2018)-10-0037-04

Study on the Training Program of Chinese Pharmacy under the Background of Medical Reform

LEI Zhidan, GUO Qiuyan, PENG Maijiao, YANG Jing, XIA Xinhua, LEI Zhijun*

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

Abstract: Chinese pharmaceutical college students adapt to drug production and new drug research links, but the academic promotion and pharmacy services are not competent. The reasons are mainly related to the professional training programs of colleges and universities. The curriculum is just dominated by scientific thinking and chemical thinking, adapting to part of market demand, the development of lagging market economy, and not match the pharmaceutical market. Our school has tried to deliver qualified medical talents to the society

Keywords: medicine reform; Chinese pharmacy; academic promotion; clinical pharmacy

医药产业发展至今,医药产品已是相当丰富,人们对用药服务要求越来越高,不仅要求用药必须精准,而且希望药品的使用能个体化。但是不合理用药情况也是越来越严重,据统计,我国不合理用药约占用患者总数的11%~26%^[1],再加上药价虚高,看病难等问题,人们对目前的医疗体制改革并不满意。我国政府努力摸索适合发展中国家的医疗模式,自2009年出台的《医改近期重点实施方案(2009年—2011年)》明确提出了“积极探索医药分开的多种有效途径”^[2],医改一直在路上,社会与经济的高速发展及社会分工的日益多样化,要求劳动者所具备的专业知识和经验技能始终能与社会要求相匹配,以跟随时代发展的潮流,这符合社会分工的要求。自1999年全国高校扩招,中

国高等教育正由精英化向大众化转变^[3],高校毕业生人数越来越多,加之很多高校在专业设置、课程结构、人才培养模式等方面与人才市场需求不吻合,造成大学生就业出口不畅,大学毕业生的就业压力越来越大^[4]。面对新的就业形势,高等教育要大力发展综合性、交叉性、边缘性和应用性学科专业,扩大学科专业覆盖面,拓宽专业口径;改革教学内容和课程体系,根据市场需要,增加新知识、新技术的课程,让学生适应市场,顺利分流^[5]。

笔者了解到社会发展和医药改革的现状,对部分高等院校中药学培养方案进行调查,通过研究本人所在大学的药学培养方案,有了一些思考,供大学参考。

1 医药体制改革的现状

20世纪末期的临床药学,以及目前医药销售过程中学术推广型医药代表的转型都是医药发展和改革的产物。

1.1 医药代表的职能变迁 医药代表的内涵随着时代的

※ 基金项目:湖南省普通高等教育教学改革项目[No.2016-21];湖南省长沙市教学改革合作项目[No.2015-8107]

* 通讯作者:lzj-707@163.com

发展而变化。

2006年10月,中国化学制药工业协会制定了《医药代表行为准则》,规定了医药代表的基本职能:科学地向医疗机构推介药品,正确地宣传药品的安全性、有效性,辅助医疗机构合理用药;收集所推介药品的不良反应,及时向生产企业反馈,提出有效措施及处置办法,认真了解临床需求,提供科学的药学服务。按照《“国际制药企业协会联盟”医药代表宪章》,医药代表是指隶属医药品生产或经营企业,以正确使用和普及医药品为目的,代表公司同医疗人员接触,提供有关医药品的质量、有效性、安全性等信息服务并负责信息收集、传递等工作的业务人员。从以上信息可知,此时医药代表的职能是传递药品信息,收集不良反应。

随后,吉婉婉^[5]通过调查将我国的医药代表定义为:向医疗机构、医师介绍药品、设备器械的用法,告知药品、设备器械的使用禁忌,提供新的医药动态,收集并及时汇报药品不良反应,发现药品的新用途,同时负责增加医药生产企业或销售企业药品销量的业务人员;有些国外本土化能力相当强的企业,比如辉瑞直接将医药代表定义为推销人员,辉瑞销售渠道策略的核心是医药代表;销售人员不仅仅推销药品,还将药品的相关知识传授给医生^[6]。到后期医药代表的定义中,除了药品信息,还包括推销药品,甚至以推销药品为主。

郭积燕在《我国医药代表基本情况及职业岗位能力分析调查报告》中指出医药代表的主要工作任务包括传递药品、治疗方面的专业知识,协商制定药品学术推广计划和方案,收集药品的不良反应信息,最后还提到“不涉及销售行为”^[7],明确指出,医药代表不能参与销售。

在美国,临床医师的新药知识73%来源于医药代表的讲解,FDA收到的药品不良反应报告中,90%以上是通过医药代表收集的^[8]。

综上所述,可知医药代表其实肩负着两个方面的责任:一个是医药信息的传递与用药情况的搜集,另一个就是药物的销售。

大刀阔斧的医改造成目前医药局势的风起云涌:带金销售全面取消,两票制,医药代表备案制,药品零加成。政策之下,医药分家后的医药市场销售格局相应地发生变化,销售模式也随之进行改变,以前的“带金销售”不能延续,那么新的销售模式怎样形成,几百万的医药代表何去何从,很多企业都在思考和尝试。不少跨国制药企业已经试着用一些新的方式替代医药代表,例如辉瑞开设了专门的在线网站,医生如果想了解有关的药品信息,或者获取免费样品,都可

以在网页上点击完成。还有主动介绍药品的学术推广也是方向之一。医药代表最后会分化成两个阵营,一部分学术提升,进行药品使用的学术推广;另一部分,只是进行药品的销售。

1.2 药学服务能力 药学服务主要在社会药店和医院药房两个环节。社会药店药学服务人员存在数量不够,学历不高,知识结构不合理的严重缺陷^[9-10],目前医院药房开展临床药学服务最欠缺的知识内容为:疾病知识、临床知识、药物治疗知识和联合用药知识^[11]。

自20世纪九十年代出现药学保健(PC),将药师的工作以保障供应药品为主向临床延伸,“以药品为中心”向“以患者为中心”转移^[12],国际上的药学教育已经出现了改革,从传统的以“化学为主”药学教育模式向“化学-生物-医学”转变,现在更进一步转变为“化学-生物-心理-社会医学”的教育模式^[13]。

我国药学教育也在传统化学教育内容的基础上增加临床药学和药学服务的内容的介绍。

表现突出的在非学历的继续教育方面,我国执业药师的考试内容依据“以用定考”的原则,在2015年进行了大规模的改革,与实际工作接轨,努力将之前自认只是药品的售货员和搬运工的药师,塑造成具有法治观念、临床思维、质量管理能力的专业服务人才^[14]。大纲中将以前的大范围的本科化学和专业知识进行拓宽浅化,增加了药品不良反应与药物滥用监控的内容,增加了综合与技能方面的知识,临床药物治疗学(作用、评价、监护)和常用药品的临床应用,大幅增加临床病例和常见疾病用药分析的考察,这部分知识的增加基本上可以满足社会药店进行用药指导的需要。

在国内学历教育方面,大部分高等院校药学类教育也认识到了之前的教学内容偏重化学方面,毕业生的知识结构并不适应目前医药改革的需要。教学方案亟待改革,有些院校已经开始了培养方案的修订,比如缩减化学课的课时,增加临床医学课程,在教学内容上加入药物临床使用的不良反应以及相互作用等知识。

2 用人单位的调查

2016年下半年在招聘会上对招聘单位和毕业学生进行了调研。

从招聘会上了解到,来参加毕业生招聘的80家用人单位中:有54家单位需要招聘从事医药代表工作的毕业生,有10家经营企业需要招聘柜台销售人员,有8家招聘实验技术员和检验员,5所学校招聘教师,有3家医院招聘药学人员。可以预见在我国今后的医药发展中,学术推广型人才和药学服务型的人才需求将会迅速增长。

通过调研发现:本科院校的中药专业学生基本上



可以满足种植、鉴定、协助研究、检验、药品生产、销售、医疗机构的调剂、制剂、药品管理工作的要求。但是对于药品的学术推广,医疗机构的药学服务难以胜任。对于药品使用领域所需要的临床药物治疗方案的选择和评价能力低下;缺乏人文精神,缺少对广大患者的人文关怀,不能适应药学服务岗位,在面对患者提供药学服务时困难重重^[10]。

3 教育部中药专业的课程设置

随着社会的进步、经济的发展,高等教育的教学计划和培养方案也在不断完善,笔者调查了10所中医药院校中药学的专业设置,目前,国内药学类高等院校中药学教育均以4年制为主,已完成了学分制的改革,学生毕业必须修满一定的学分,从150~220分不等,其中必修课学分占到总学分的75%~90%,每个学分16~20课时。在调查过程中,发现大部分中医药院校在最近几年都在进行培养方案的修订,有70%的学校的实验课和理论课独立成课,只有少部分的没有单独分开。课程分类名目说法各异,如人文素养与素质拓展课程群、学习能力与创新意识课程群、基本知识与基本能力课程群、专业知识与专业能力课程群或通识教育基础课程、学科大类基础课程、专业核心课程、实践环节,但总体来说都是按照公共课,专业基础课,专业课,专业实践课四大块来划分。

大多数高等院校中药学培养方案与专业有关的专业基础课和专业课(含专业实践课)。专业基础课中基本上都是以化学为主,无机化学、有机化学、物理化学、生物化学、中药化学;专业课包括中药炮制及实验、中药鉴定及实验、中药药剂及实验。这些课程各院校之间学分差不多,所安排的上课学期大同小异,相差不远。

该课程体系培养出来的学生对药材的种植、基源、产地、显微鉴别、性味功效、炮制方法、检测指标、成分理化性质、提取浓缩、检测、剂型的生产工艺、质量标准等知识基本掌握,但有关临床用药指导、不良反应监测和用药风险评价的相关内容几乎是空白^[11]。此模式熏陶出来的药学类学生,对于临床药学服务、安全用药的知识相当匮乏,在面临患者提出的疾病诊治时普遍感觉自己知识内容不配套,整个专业构架不完整,难以满足人民群众在社会发展到当下阶段的用药精准化、用药个体化的需求。

4 针对药品产业链发展需求对中药学培养方案的修改

在美国,医药销售最主要的销售渠道是连锁药店,而中国目前最主要的推销手段是医药代表^[6]。王培^[13]总结美国南加州大学药学院的的培养计划,发现每年招收的80~100个学生中培养计划有Pharm D(临床药学博

士)、临床治疗学(Ph D学位)、药理与药理学(Ph D学位)、药物经济与政策学(Ph D),其中在招生比例中,Pharm D占了75%以上;从以上构成可以清楚地看出,美国药学院的教学重点显然是临床药学。

我国目前毕业的中药学类本科生,知识结构适应研制和生产环节,但对使用和销售环节的学术推广不能适应,在前期考察的国内高等院校的培养方案中,发现很多的高等院校都在针对国家政策、医改现状以及未来的就业趋势进行修订,有些大学增加了综合性实验设计,临床使用环节的课程在增加。成都中医药大学加了药理学、临床药学等选修课,另外除了药用植物教学野外实习2周外,还安排了医院实习1周;广西中医药大学设置了壮医学概论,将原实习前技能培训整合为综合实训2周,还加强了临床实践,包括临床实习前技能培训、岗位实习和毕业设计。

针对经济发展、医药体制改革及社会需求,其中我校的培养方案调整比较细化。

我校药学院目前有中药学、药学、药物制剂、生物工程、制药工程、中药资源与开发、食品科学与工程7个药学类本科专业。这些药学类专业的学生毕业后的去向:原药材种植、药品研制、药品生产、药品流通、药品使用、药品检验、药事管理等领域。

为深入贯彻落实湖南省教育厅《关于实施湖南省高等学校教学质量与教学改革工程的意见》的文件精神,我院已经着手对中药专业进行了改革探索,有多位教师对复合型应用人才的培养模式进行了思考,何群^[14]提出“围绕‘3+X’人才培养模式实施中药药剂学的课程体系改革的思路”;刘芳^[17]、杨晶^[18]对中药专业的课程进行了改革思考,最后在“中药学综合改革试点项目”和“2011年、2016年湖南省普通高等学校教学改革研究项目”的支持下,开展了中药专业“2+1+1”人才培养模式的探索^[19],目前在人才培养方案、课程体系、教学内容、教学质量评价体系等多方面取得了一定的成绩。

“2”:第一阶段为大学一、二年级,此阶段执行统一的教学进程,构建基础课程平台。基础课程由公共基础课、专业基础课组成,以满足“厚基础”的培养目标。

“1”:第二阶段为大学三年级,实现专业方向分化,开展“模块化”教学。“模块课程”由专业核心课程群与专业方向课程组成。

“1”:第三阶段为大学四年级,学生开展专业实践与毕业实习。

本科四年的核心课程:中医学基础、中药学、药剂学、基础化学(无机化学、有机化学、分析化学、物理化学)、生物化学、药理学、药用植物学、中药化

学、中药鉴定学、中药炮制学、中药药剂学、中药药理学、中药分析等。

课程分为三个方向：中药制剂与检验，临床中药方向，药品营销方向，三个方向除了上面的核心课程外，需要在下面的限选课程中选修20分。课程内容见表1~3。

表1 中药制剂与检验方向
(共计26学分,最低要求选修20学分)

序号	课程名称	学分数	学时数
1	波谱解析	3.0	48
2	生物药剂学与药物动力学	3.0	48
3	新药研究与开发	2.0	32
4	药品生产质量管理规范	2.0	32
5	中药新型给药系统	2.0	32
6	文献检索	2.0	32
7	药事管理学	2.0	32
8	制药装备与车间设计	2.0	32
9	中药制剂检测技术	2.0	32
10	制药工程原理	2.0	32
11	生物技术制药	2.0	32
12	药物化学	2.0	32

表2 临床中药方向
(共计25学分,最低要求选修20学分)

序号	课程名称	学分数	学时数
1	临床药物治疗学	3.0	48
2	临床医学概论	3.0	48
3	医院药学	2.0	32
4	药店经营管理	2.0	32
5	药物不良反应与相互作用	2.0	32
6	生物药剂学与药动学	2.0	32
7	医药商品学	3.0	48
8	文献检索	2.0	32
9	药事管理学	2.0	32
10	中药调剂与养护学	2.0	32
11	新药研究与开发	2.0	32

表3 药品营销方向
(共计27学分,最低要求选修20学分)

序号	课程名称	学分数	学时数
1	医药商品学	3.0	48
2	市场营销学	3.0	48
3	推销学	2.0	32
4	药事管理学	2.0	32
5	文献检索	2.0	32
6	公共关系学	2.0	32
7	组织行为学	2.0	32
8	商务谈判	2.0	32
9	营销策划	2.0	32
10	临床医学概论	3.0	48
11	生物药剂学与药动学	2.0	32
12	药店经营管理	2.0	32

该培养方案根据学生的就业意向,以市场为导向,

通过三个方向分类的学习,更好地满足学生的个性发展;改革教学内容与课程体系,根据市场需要,增加新知识、新技术的课程,让学生适应市场,顺利分流^[9]。其中临床中药学方向有临床医学概论,临床药物治疗学等医学类课程的加入;药品营销方向除了开设临床医学概论外,还单独开设市场营销学、推销学和临床医学概论等课程,这种教学设计已经意识到目前社会对药学类学生的不同需求,对毕业生建立临床药学和营销推广的知识框架比较有利。

5 结语

目前高等院校培养方案侧重于中药生产和新药研发,教学过程也多以科研思维和化学思维为主体的模式已经不能完全满足社会对医药类人才的需求,不断完善培养方案已成为当前高等教育改革不可避免的事实。各高校都在摸索改革方案,是否需要增加药物使用的课程,是否需要向临床药学倾斜,还需要更进一步地思考和调查。我校的“2+1+1”人才培养模式已初具雏形,这个改革还需要建立市场对改革后人才反馈的机制,了解改革的培养方案与岗位适应性的相关性,需要进一步地优化教学内容和课程体系,完善培养方案。

参考文献

- [1]李志泉,周惠萍.医院用药合理性分析[J].解放军药学报,2011,27(3):272-274.
- [2]国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)的通知[J].山东劳动保障,2009(5):52-56.
- [3]黄紫华.高等教育大众化背景下大学生就业问题的探讨[J].高教探索,2005(3):94-96.
- [4]杜才平.目前我国高校专业设置的现状、问题及其对策[J].湖北社会科学,2011(4):178-181.
- [5]吉婉婉,陈晶.基于需要层次理论对我国医药代表概念的再界定[J].中国药业,2012,21(12):8-9.
- [6]何鑫渠.国内医药行业营销策略的现状与优化研究[J].上海经济,2016(3):101-109.
- [7]郭积燕,郝晶晶,武昕,等.我国医药代表基本情况及职业岗位能力分析调查报告[J].首都医科大学学报,社会科学版2012年(增刊):62-65.
- [8]刘博,先德强,丁唯一,等.法律视野下的医药代表问题考量[J].医学与哲学:人文社会医学版,2008,29(8):25.
- [9]王勇,刘海山.云南执业药师执业环境堪忧[N].医药经济报,2007-8-8(A02).
- [10]徐蓉.我国药学服务型人才的培养[J].医药导报,2013,32(1):130-132.
- [11]李琳琳,龚时微.我国药学服务研究的内容与发展趋势[J].中国医院药学杂志,2012(32):147-150.
- [12]田侃.药事管理与法规[M].上海:上海科学技术出版社,2014:173.
- [13]王培,缪朝玉.亲历美国高等药学教学体制模式:访美国南加大后的观察和思考[J].药学实践杂志,2013,31(2):158-160.
- [14]康震.执业药师的角色转换、未来发展与策略[EB/OL]. <http://weibo.com/kangzhen118>.
- [15]张冰,金锐,吴家瑞.给予现代中药师知识框架构建临床中药学课程[J].药学教育,2011,27(5):23-25.
- [16]何群,夏新华,雷志钧,等.围绕“3+X”人才培养模式实施中药药剂学课程体系改革[J].药学教育,2010,26(1):33-35.
- [17]刘芳,吴萍,夏新华.中药专业《仪器分析》理论教学方式改革初探[J].中国科教创新导刊,2013(1):113-114.
- [18]杨晶,颜红,夏新华.基于《中药药剂学》课程在线考试系统开发的教学改革研究[J].中医导报,2013,19(4):128-129.
- [19]颜红,杨晶,夏新华.中药专业“2+1+1”人才培养模式探讨[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(24):80-82.

(本文编辑:张文娟 本文校对:杨晶 收稿日期:2018-01-03)

疾病预防与控制管理现状评价及改革策略

连妍洁 赵珂锐 刘思娜* 杨世驹 张曦文

(北京中医药大学针灸推拿学院, 北京 100029)

摘要: 当代科技的迅猛发展和社会的不断进步, 为预防医学与公共卫生领域的拓展提供了广阔的空间, 中国疾病预防与控制管理工作面临着机遇与挑战。本文阐述了近些年来中国疾病预防与控制管理现状, 分析了中国疾病预防与控制管理工作取得的成就和存在的问题, 总结和分析中国疾病预防与控制管理的发展趋势, 针对中国疾病预防控制管理功能做出评价, 提出可行的改革策略。

关键词: 疾病预防; 控制管理; 改革策略

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.018

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0041-03

Situation Assessment and Reform Strategy of Disease Prevention and Control Management

LIAN Yanjie, ZHAO Ruike, LIU Sina, YANG Shiju, ZHANG Xiwen

(College of Acupuncture and Massage, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: The development of science and technology as well as the progress of society has provided a bigger scope for preventive medicine and public health, however, disease prevention and control management still faces challenges. This paper describes the current situation of disease prevention and control management in China in recent years, analyzes the achievements and problems of disease prevention and control management in China, and summarizes and analyzes the development trend of disease prevention and control management in China. This paper evaluates the management function of disease prevention and control in China and puts forward feasible reform strategies.

Keywords: disease prevention; control management; reform strategy

1 疾病预防与控制管理的意义

疾病预防与控制管理是指一个国家或地区通过法律法规和相关政策组织卫生资源, 科学地组织制定预防控制对策, 对影响人群健康的重大疾病采取有效措施, 并保证这些措施得以有序、高效地实施和落实, 消除或减少其对居民健康的影响, 提高人群健康水平的过程^[1]。疾病预防是指防止疾病在人群中发生; 而疾病控制是指减少疾病在人群中的发生; 预防是指在疾病未发生前执行的一些动作; 而控制是指疾病在人群中发生后采取的一些措施。

对疾病进行有效的预防控制, 可以创造健康环境, 维护社会稳定。疾病预防与控制管理的工作做好了, 可以有效保护好劳动力, 保障国民经济平稳迅速发展; 还可以促进物质文明和精神文明的建设。相反, 若疾病失去控制, 则会对国家财产以及人民安全造成不可估量的损失。疾病预防与控制管理工作, 于国于民, 都意义重大。

2 中国疾病预防与控制管理的现状

2.1 中国疾病预防控制工作的现有成就 1949年以后, 中国加强了疾病防治机构和专业队伍建设, 强调了预防为主方针, 建立和完善制度化、规范化、法制化的管理体系。随着科技的进步, 不断研究、开发、推广、应用适宜的技术和方法, 强化了疾病预防控制工作技术力量, 建立起了疾病预防控制工作体系, 从而消灭和控制了一些严重危害人民健康的疾病, 如天花、鼠

疫、霍乱、流行性斑疹、伤寒、黑热病等。20世纪60年代初, 中国通过接种牛痘消灭了天花, 2000年实现了无脊髓灰质炎目标, 2008年实现了消除丝虫病的目标, 2012年消除了新生儿破伤风。2004年以来, 中国传染病疫情形势总体平稳, 甲乙类传染病年报告发病率、死亡率分别控制在272/10万和1.25/10万以下^[2]。

2.2 中国疾病预防控制工作的不足

2.2.1 疾病控制人员配备不足 以广西为例, 据2006年9月的调查数据, 广西各级疾控中心为满足工作需要自报的理想编制数为7689人, 而实际核定编制为5335人, 需增编2354人。按卫生部省级疾病预防控制中心 (CDC) 人员编制标准, 以辖区人口数的1/10万配置, 广西CDC理想编制数应为493人, 而定编人数355人。不仅编制不足, 各级CDC中非专业人员占编比例仍较大^[3]。从现有的疾病控制和妇幼保健机构来看, 中央、省和地市级的人员基本按编制配备到位, 但越到基层配备越缺, 且工作人员普遍学历低。前几年, 即使通过机构整合、统一调度、挖掘潜力, 实际工作中人力和财力资源还是存在很大缺口, 原来由卫生监督部门兼管的公共卫生监测、食品卫生、环境卫生等职能均要移交至疾病控制机构, 使原已不足的人员配备更显捉襟见肘。

2.2.2 职业病处于高发阶段 改革开放以来, 民营、私营企业的日益发展, 职业病防治的任务十分突出, 但由于职业病预防投资较大, 企业普遍不重视职业病预防控制工作, 致使全国职业病患者数量逐年上升, 每年都有新发职业病患者和急性职业中毒事故发生。提高工作场所所有害因素检测率和作业工人的

* 通讯作者: 893794990@qq.com

健康检查率是预防控制职业病发生的有效措施,但是许多城市每年有害有毒作业场所检测率、从业人员职业健康检查都十分不足。报告显示,在2014年报告的职业病中,职业性尘肺病26873例,急性职业中毒486例,慢性职业中毒795例,其他职业病合计1818例。从行业分布看,煤炭开采和洗选业、有色金属矿采选业和开采辅助活动行业的职业病病例数较多,分别为11296例、4408例和2935例,共占全国报告职业病病例数的62.52%^[4]。

2.2.3 传染病和慢性非传染性疾病发病率仍居高不下 虽然作为严重危害人民身体健康的传染病已经得到了有效控制,但是近几年来有些传染病还是呈现明显的上升趋势,霍乱、流行性出血热、病毒性肝炎、结核病等一些“老”传染病的发病人数还相当多,肺结核发病率居高不下。2014年,中国新报告感染者和病人达10.4万例,较上年增加14.8%。尽管全国艾滋病疫情整体保持低流行状态,但部分地区流行程度较高。而且从艾滋病毒感染绝对数字看,中国是世界上感染人数最多的15个国家之一。尤其值得关注的是,近年中国年轻男性感染率上升,女性感染者比例上升,各地艾滋病传播危险因素依然广泛存在^[5]。

近些年来,慢性非传染性疾病也成为了威胁中国国民健康的主要危险因素之一。在中国15岁以上慢性非传染病死亡人口中,慢性病的死亡率是传染病的4.5倍,全国每天约有1.4万人死于慢性病。与70年代相比,慢性病在总死亡人数中的比例从60%上升到80%^[6]。

2.2.4 地方病疫情重范围广 地方病是指相对局限于某些特定地区,在特定的自然条件和社会因素的作用下,因长期暴露于有致病因素的环境中而经常发生或造成地方性流行的疾病。

我国地方病70余种,是地方病流行较为严重的国家,全国各省、自治区、直辖市都有不同的地方病发生,有的地区可多达5~6种,受威胁人口高达4.2亿多。

31个省(区、市)不同程度地存在地方病危害,主要有碘缺乏病、水源性高碘甲状腺肿、地方性氟中毒、地方性砷中毒、大骨节病和克山病。我国外环境普遍处于缺碘状态,除上海市外,30个省(区、市)都曾不同程度地流行碘缺乏病。水源性高碘病区 and 地区分布于9个省(区、市)的115个县(市、区),受威胁人口约3000余万。燃煤污染型地方性氟中毒病区分布于13个省(市)的188个县(市、区),受威胁人口约3582万。饮水型地方性氟中毒病区分布于28个省(区、市)的1137个县(市、区),受威胁人口约8728万。饮茶型地方性氟中毒病区分布于7个省(区)的316个县(市、区),受威胁人口约3100万。燃煤污染型地方性砷中毒病区分布于2个省的12个县,受威胁人口约122万。饮水型地方性砷中毒病区分布于9个省

(区)的45个县,且在19个省(区)发现生活饮用水神含量超标,受威胁人口约185万。大骨节病病区分布于14个省(区、市)的366个县(市、区),受威胁人口约2197万。克山病区分布于16个省(区、市)的327个县(市、区),受威胁人口约3225万^[7]。

3 疾病预防与控制管理改革策略

3.1 重视疾病预防和控制管理工作的人才建设 重视疾病预防控制机构的人才建设,需在法学、社会学、医学、生物学、化学、心理学、卫生管理学、统计学等各方面建立高效人才队伍,进而加快人才培养,对现有的专业技术人员进行在职或者脱产培训,提升专业技术技能;加快速度引进预防医学等专业的硕士和博士等高层次、高学历人才,改变专业人才匮乏、学历及专业结构不合理这一状况,特别是要针对于当前社会中较为常见的新发传染病、非传染性疾病、环境污染、生物恐怖、食物中毒等疾病的控制工作进行人员配备和调整,从而不断提高中国疾病预防控制中心在控制预防方面的管理能力,以达到并符合适应当前疾病预防控制事业的发展要求。

3.2 职业病防护与控制管理

3.2.1 完善防治系统 建议各级政府加大对职业病防治的投入,在每个县市、区都至少设有高资质的职业性卫生技术服务机构和职业性健康体检机构各一家,以保证职业病的防治工作顺利开展。各卫生部门也要及时将已掌握的职业病发病情况和健康监护监督检查中发现的问题向安全监管部门通报。

3.2.2 监督检查生产环境 对生产环境进行监督检查,其目的就是判断是否可以施工、投产或使用,以及事先可采取哪些预防措施,另外还应对存在于生产企业的生产现场中有害因素进行监测检控,提出改善劳动条件的建议,并且对生产工人的安全健康加强监护。

3.2.3 加强卫生保健 在防治职业病的工作中,卫生保健措施占据很重要的位置,它既包括对接触有害因素的职工定期进行身体检查,以便尽早发现职业病,及时采取预防措施和相应的治疗办法;也包括就体检当中发现的职工身体上的异常变化和多发并发症,进行动态观察以分析其与生产性有害因素的关系,采取有针对性的防治措施。

3.2.4 及时做好调查 通过做好劳动卫生的调查,了解生产工作中有害因素产生的原因和发展的方向,结合对接触者身体状况的调查,分析并判断生产环境被污染的程度及接触者健康的危害程度。综合以上材料,并最后向基层企业及各主管部门,提出改善劳动条件和劳动状况的建议和要求。

3.3 加大传染病和慢性非传染病防治力度 开展传染病和慢性非传染病的早期筛检、卫生宣教和干预试点等活动。做好传染病和慢性非传染性疾病的防治工作对消灭

疾病有着相当大的作用和非常好的效果。对于传染病的防治和诊断,可以从社区抓起,社区不仅是大众生活的地方,也是传染类疾病最容易滋生和传播的密集地,日常生活中保持社区卫生的干净整洁,是预防传染病的主要措施之一。尽可能降低传染病发生的概率,流动人员也应积极配合,加强防护和监控,做到社区环境不留死角。对于难以管理和控制的流动人员,主动了解其基本情况和流动信息,对于传染病的预防也意义重大。

在慢性非传染性疾病的预防控制工作中,应及时发现患者并查出病情,定期进行卫生调查和专项筛查,例如周期性的健康体检等。建立随访管理及转诊制度,及时了解患者病情并评估其治疗情况和恢复状态。慢性病随访应要有全科医生、社区护士以及专业的健康管理师组成服务团队,负责分工调控,进行相关指标的检查 and 监测,并开展健康思想教育和患者的自我管理疏导,以利于慢性非传染性疾病的预防和治疗。

3.4 加强地方病防治力度

3.4.1 重视地方病防治的领导管理工作 设定防治规划并采取具体措施,加强专业防治机构的建设和管理,运用各种方法手段保证防治措施的落实和执行。

3.4.2 加强群众性的防治工作 通过宣传方式提高广大群众的防治意识,使其主动参与和配合需要开展的各项防治工作。重视普查普实,争取对患病群众做到早发现,早报告,早治疗,早康复。

3.4.3 积极发展防治措施 大力开展各项爱国卫生活动,改善环境卫生和居住条件,发展经济,普及文化知识。对于那些病因尚未明确的地方病,为了减少其发生,我们应当逐一采取简要并且可行性强的防治措施。

3.4.4 加强对地方病的科学研究工作 探索病因未明的地方病,提高防治工作的理论水平,做好科学技术的指导工作。

参考文献

- [1]方小衡,李正直.卫生事业管理学[M].北京:科学出版社,2008:184.
- [2]中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.中国疾病预防控制中心工作进展(2015年)[R].北京:北京市疾病预防控制中心,2015:97.
- [3]董柏青.基层疾控形势依然严峻[N].健康报,2008-02-14(003).
- [4]宗和.国家卫计委发布2014年全国职业病报告[N].中国矿业报,2015-12-08(002).
- [5]陈青.我国艾滋病疫情仍很严峻[N].文汇报,2015-11-19(007).
- [6]郭清.卫生管理学[M].北京:科学出版社,2005:203.
- [7]中华人民共和国国务院办公厅.国务院办公厅关于转发卫生部等部门全国地方病防治“十二五”规划的通知[J].中华人民共和国国务院公报,2012,59(4):42-42.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张玉苹 收稿日期:2018-03-06)

北京市民应用中医药养老的现状与建议

吉 军¹ 任 旭² 谢永明³

(1 中国中医科学院养生保健研究中心,北京 100700; 2 中国中医科学院医史文献研究所,北京 100700;
3 环保部对外合作中心,北京 100002)

摘 要: 当今中国迅速进入老龄社会,大多数老人只会习惯性地依靠西医药来治病,不知用中医来养生防病,他们对中医药具有的独特优势知之甚少。为了解本市居民运用中医药手段养老的现状,本课题组先后走访了北京东城区建国门社区卫生服务中心等5家机构。通过调研,课题组找出存在的主要问题,并提出5项促进中医药养老的建议。

关键词: 中医药文化; 养老; 医养结合; 老龄社会; 北京市民

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.019

文章编号:1672-2779(2018)-10-0043-03

Current Situation and Suggestions on the Application of Traditional Chinese Medicine in Beijing's Elderly

JI Jun¹, REN Xu², XIE Yongming³

(1. Healthy Living Research Center, China Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100700, China;

2. Institute of Medical History and Literature, China Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100700, China;

3. Center for External Collaboration, Ministry of Environmental Protection, Beijing 10002, China)

Abstract: China is rapidly entering into an aging society. Most elderly people habitually rely on only western medicine to manage diseases and know little about using traditional Chinese medicine to maintain health and prevent diseases and the unique advantages of TCM. In order to understand the status quo of Beijing senior residents in using TCM in their care, this research group paid ground visit to five community health service centers including the Jianguomen Community Health Service Center in Dongcheng District, Beijing, and sent out online questionnaires on the status of TCM in Beijing senior residents' care. Through the survey, the research team identified major problems existing and made five proposals for promoting the use of TCM in elderly care.

Keywords: traditional Chinese medicine culture; elderly care; combining medical service and life care; aging society; Beijing citizens

近年来,随着中国中医科学院屠呦呦教授研发抗疟中药青蒿素而获得诺贝尔医学奖,各界对中医药的关注度空前高涨,国民与政府对中医药的期待也随之增高,重视中医,发展中医成为历史发展的新潮流。

在养老过程中健康问题始终是非常重要的内容,而大多数老人只会习惯性地依靠西医药来治病,不知用中医来养生防病,他们对中医药具有的独特优势知之甚少,以为中医只是用汤药和针灸。其实,中医药在预

防和诊治某些老年病、慢性病种时,针对性强,疗效优,毒副作用少;针灸、推拿等中医药适宜技术群众基础好,易于掌握与推广;中医重视养生与保健,“治未病”理论与食疗理念日益为大众所接受;中医特色护理在养老卫生服务中非常符合居民需求特点等^[1]。

为了解本市居民运用中医药手段养老的现状,找出存在的主要问题并提出相应建议,本课题组先后走访了北京东城区建国门社区卫生服务中心、中国中医科学院老干部处、北京东城区隆福医院、昌平区太阳城银铃老年公寓、西城区牛街街道民族敬老院等机构。

1 调研对象

1.1 太阳城银铃老年公寓 太阳城银铃老年公寓有一个医务室,对公寓老人只能进行日常的测体温,量血压,吸氧等日间医疗照护。因公寓紧邻太阳城医院,公寓老人2016年前可以就近就医与急救。

为了解决这个公寓老年人就医难的首要问题,太阳城老年公寓和天通苑中医医院签订协议,每周一、周五医护人员来公寓,专设诊室房间进行针灸、按摩、开药等诊疗,这两天的上午均有医生给病人看病开出处方,下午由天通苑中医医院医护人员专程送回开据处方的药,方便入住银铃公寓的老人。

1.2 建国门社区医疗服务中心 社区卫生服务中心下设医养乐享家,提供综合健康服务,由专业公司运营管理,此中心中医西医并重,中医诊疗区占一半。在基层医疗机构中,其中医专业人员配置比较强,中心共有中医9人,主任医师1人,主治医师4人,其中博士后1人,硕士5人。中医业务包括四部分:常规诊疗,适宜技术,康复理疗,治未病。大量采用非药物疗法(中医适宜技术),无痛,无代谢负担与伤害。适应证几乎包括了所有常见慢性病种。服务深入家庭,家中可做中医调理,宣传也很得力。

1.3 隆福医院 该院2000年改制为北京市东城区老年病医院,专门从事老年医学、康复的老龄化门诊、急诊、巡诊、康复及临终关怀等服务工作。目前医院有职工742名,病床共计480张,在医养结合工作中共有88名医务人员进行此项工作。

隆福医院的全体职工在医院领导带领下,在医养结合、中医药及身体、心理康复上做出了巨大贡献和表率,并在医养结合的养老模式下对生活护理和医疗救助进行探索,在所在区域有效解决了中低收入老人的医养问题。

1.4 中国中医科学院老干部处 中国中医科学院离退休老同志很多,很多老同志退而不休,继续服务社会,发挥余热,涌现出很多在中医药科研、医疗和教学岗位上老当益壮的楷模。中医科学院的老同志日常十分注重健康养老,很多离退休人员平时积极参加各种文

娱活动,彼此之间还经常交流养生保健的经验;另外,中医药资源对健康养老的发展也具有独特和关键的作用。

多年来,中国中医科学院在老干部工作中,坚持“老有所教,老有所学,老有所乐,老有所为”的原则,积极组织好老年大学,把政治性、科学性、趣味性有机地结合,组织了丰富多彩、积极健康的文体活动。老干部处根据离退休老同志年龄、身体和兴趣爱好,开设了太极拳班、瑜伽班、舞蹈班、声乐班、棋牌班等,对老同志的身心健康起到了积极作用。

1.5 牛街社区医疗中心 2015年成立,下设3个服务站,进行65岁以上的免费体检、80岁以上的高龄护理,与宣武医院、回民医院形成医联体,人员独立、政府全额拨款。宣教力度在提高,每月2~3次的大课堂宣教,不断提高社区居民的健康意识。目前在大力开展三伏贴、四季粥方等中医健康辅助工作。居民中,中青年人群对中医在医疗及保健中的作用的认可度在不断提升。

2 中医药养老的突出问题及成因分析

2.1 政府对医疗机构运用中医药养老投入不足 以隆福医院存在的问题为例:老年病医院定位不规范,运行中入不敷出,难以为继,如果不能及时得到政府支持,会让医务人员的积极性受到严重挫伤。医养结合专业队伍急需扩大,特别是中医药介入养老保健,需要大批专业人才。

建国门街道社区医疗中心的情况表明:政府免费提供的多项服务反而不受老人欢迎。宣传途径不畅通(对老人),宣传内容与侧重不准确。中心召开居家老人医养结合座谈会,老人首先提出的意见是增加中医大夫,拓展中医药服务项目。因此医疗资源分配要侧重中医项目。

2.2 老年人过分依赖西医西药 人们普遍认为,养老过程中,无论是在养老院,还是居家养老,必须能就近就医,否则不能接受。以太阳城银铃老年公寓为例,它紧邻的太阳城医院完全可以满足公寓老人和周边社区的一般就医问题。但太阳城医院因经营管理不善在2016年底停业,入住太阳城老年公寓老人和周边社区居民发生就医困难,大小病痛即使去距离最近的医院也在2 Km以外。反观太阳城银铃公寓近几年来开设的中药足浴及修脚服务,却比较受老年人的欢迎。

2.3 专业护理人员不愿意从事养老 中医药专业和护理专业毕业生学成相关管理和护理方面知识,因社会偏见,自身认知,薪酬待遇等原因,不愿意到养老院工作,造成太阳城银铃老年公寓中护理人员长期文化水平低,专业技术水平无法提高。

2.4 老年人对中医药的认知缺乏 调研发现,很多社区

工作人员以及老人对中医药并不了解,对中医药用于养老,维护健康更是没有概念,这是近代中医药受到各种势力打压造成的恶果,这种认识上的偏差,严重影响中医药在国民心中的地位,从而造成中医药的诸多技术优势无法展现,不能造福于广大民众。

3 促进中医药养老的若干建议

3.1 转变观念 以健康为中心 俞梦孙院士指出,对于有病的老人,不是让他们首先去看病,而应让他们从恢复健康开始。他的根据是,老年人慢性病高发及身体衰老,更容易陷入以疾病为中心的模式,因此,我们应当大力提倡转向以健康为中心的模式,来解决老龄社会健康问题。绝大多数慢性病都是不健康生活方式造成的,而中医药维护健康,治疗慢性病,可以是引导患者选择健康生活方式,选择无害调理手段,综合促进身心恢复健康。只有国人转变健康观念,才能真正获得健康。对患有慢病的老人要立足于调养,这样做风险小,花费低,效果好。而近年流行的“医养结合”更多地误导老人依赖医院,而非依靠养生来维护健康。

3.2 中医药专业人才要在养老事业中发挥应有的作用 中医药专业人才要响应习主席的号召,加强民族自信,这关乎中华民族的伟大复兴。要努力弘扬祖国医学,开阔视野,重视养老养生业务,学习养老调理的相关技能,做到一专多能,并运用于老年慢性病患者的治疗方案中。要主动向患者推荐中医药调理手段,正面介绍中医药的技术特点与优势,让他们信任中医药。中医药专家要带头运用中医药维护自身健康,要给别人做出表率,尤其是中老年中医药工作者。

3.3 加强基层医疗与养老机构的中医药体系建设 有学者提出中医药特色居家养老服务供给对策:增加中医药保健服务项目,引导老年人健康养老;重视身体护理和生活协助,辅助老年人舒适养老;发挥中医的心理养生特色,支持老年人快乐养老^[2]。要加大社区医疗机构人员的中医人员比重,争取达到一半,同时加大社区医疗机构中医健康宣教的工作比重,要提高养老机构的医务室人员中医药水平,利用中医药“简便,价廉,易行”等中医特色,在预防、养生、保健、康复中发挥优势,为老年公寓里的老人提供健康管理、疾病预防、康复护理等中医服务。

3.4 鼓励中医从事养老行业 养老服务市场对中医药专业人才有强烈需求,政府对在养老院工作的中医药专业和护理专业毕业生,要有政策上倾斜和资金上的帮扶。在工资待遇,职称晋升方面要与其它专业的毕业生拉开差距,激励他们投身养老服务领域,拓宽就业渠道,开拓中医药发展新局面。中医药技术力量融入整合照料式养老服务的路径可以遵循下列步骤:调查

了解社区老年居民对中医药治疗及养生的认知与需求,开展相关中医健康讲座,建立中医健康状态评估规范,开设老年人常见病种专科门诊等^[3]。

3.5 加强对老年群体的中医药知识普及 中医药治疗老年病有以下优势:防重于治的健康理念,可减少疾病负担;个体化的诊疗方案,可有效控制疾病;多种非药物养生技术和方法,可提高生存质量^[4]。现在社会上假冒中医太多,正规宣传要跟上,主流媒体要充分宣传中医药在养老服务中的重要作用,要让老人了解中医药在维护健康方面的优势,让他们自觉接受中医药,主动运用中医药知识与技能,帮助自身养老。社区要经常组织中医药养老的讲座,老年大学的课程要重点推出中医药养生课程。

4 结语

习近平主席指出:“没有全民健康,就没有全面小康!”健康的重要性不言而喻,当今中国迅速进入老龄社会,老年群体的健康更为社会所关注,大家都知道要让老人健康,但如何获得健康却是一个很大的问题。采用不同的手段,获得的效果会大相径庭。当下流行的医养结合模式,正在滑向“医疗养老”,而医疗养老是以治病为中心的,不是以恢复健康为中心的。用西医来治各种慢性病,结果是病越治越重,用药越来越多,费用昂贵,风险陡增,常常折寿。从卫生经济角度看问题,中医药在医养结合模式中有现代医学无法比拟的优势和地位,充分发挥中医药的作用,可以更好地解决医养结合中的一些难题,使医疗资源和社会资源得到更好、更合理的分配和利用,从而减少医疗资源浪费,以更小的经济投入获得更大的社会效益^[5]。我们提倡中医药用于养老,不是让老人天天喝汤药,而是综合运用中医药调理手段来帮助他们尽量恢复健康,对象是失能前的老人,失能的老人则要依靠长期照护服务。总之,中医药应用于养老,需要通过政府引导与投入、老人自学与应用、养老机构积极提供、专业人才积极参与,这样才能形成全面提升老人健康水平的新局面!我们强烈呼吁,要让中医药在国人养老过程中发挥主导作用。

参考文献

- [1]胡凌娟,吴欣,李瑞峰,等.北京市中医药养老服务的发展现状及政策建议[J].中国医药导报,2017,14(16):16,94-97.
- [2]邓敏,周晓平.中医药特色居家养老服务需求分析与医养服务供给对策[J].中国卫生统计,2017,34(2):337.
- [3]罗燕妮,游莉,吴宗辉.中医药融入整合照料式养老服务的相关探讨[J].保健医学研究与实践,2017,14(1):11-13.
- [4]蔡秋杰,苏庆民.中医药在健康养老中的优势和策略探析[J].中医药管理杂志,2017,25(14):1-2.
- [5]杨永菊,张宇鹏,范春博,等.中医药在医养结合模式中的优势探讨[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(13):21-23.

(本文编辑:张文娟 本文校对:吕燕 收稿日期:2018-03-26)

中药饮片质量的影响因素及质量控制研究

丁 双

(无为县中医医院中药房, 安徽 无为 238300)

摘要:目的 探究中药饮片质量的影响因素和质量控制策略。方法 选取2016年1月—2017年5月医院中药房月质量管理工作中中药饮片存在的问题状况作为探究对象,对有关资料进行收集整理,并针对具体问题,总结影响因素,制定有效的管理策略。结果 经过分析17个月中药饮片的质量管理状况,其中饮片混淆、饮片含有杂质占比例值最高为47.06%,同科属植物混充合格药材鉴别错误占17.65%,主观经验鉴别存在失误占23.53%,混淆不同地区习用品种名称占11.76%。结论 影响中药饮片质量的因素众多,因中药饮片在中医治疗上可直接应用,所以必须实施有效的质量管理策略,才能保证临床中药饮片的质量和临床用药安全性,在提升治疗成效的同时,提升医院质量管理水平。

关键词: 中药饮片; 质量管理; 因素; 质量控制

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.020

文章编号:1672-2779(2018)-10-0046-02

Study on the Influencing Factors and Quality Control of Pieces of Chinese Herbal Medicine

DING Shuang

(Department of Chinese Herbal Medicine Pharmacy, Wuwei County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Anhui Province, Wuwei 238300, China)

Abstract: **Objective** To study the influencing factors and quality control of Chinese herbal decoction pieces. **Methods** From January 2016 to May 2017, the status quo of TCM pieces in the quality control of Chinese medicine pharmacies in our hospital was selected as the research object, and the relevant data were collected and sorted out. Based on the specific problems, the influencing factors were summarized, and effective management strategy was made. **Results** After analyzing the quality control status of Chinese medicinal pieces for 17 months, the pieces confused, the pieces containing impurities accounted for the highest proportion of 47.06%, the fragrant species mixed with qualified medicinal materials accounted for 17.65%, the subjective experience identification mistakes accounted for 23.53%, confusion in different regions occupy 11.76% of the names of species. **Conclusion** There are many factors that affect the quality of Chinese herbal medicine pieces. Because herbal medicine pieces can be directly applied in the treatment of traditional Chinese medicine, effective quality management strategies must be implemented to ensure the quality of clinical herbal medicine pieces and the safety of clinical medication, while improving the therapeutic effect, improving the level of hospital quality management.

Keywords: pieces of Chinese herbal medicine; quality management; factors; countermeasures

随着我国中医药业的不断进步与发展,临床中药饮片的应用率明显提升,中药饮片可直接应用于中医治疗中,其质量在影响治疗成效方面具有重要意义,且成为广大患者的优选药物,可见中药饮片管理质量的关键性作用^[1]。中药饮片必须根据中医药理论炮制加工后在临床上应用,其在质量管理方面明显复杂于西药,所以确保其质量管理水平至关重要^[2]。为有效提升本院中药饮片质量管理状况,本研究选取2016年1月—2017年5月本院中药房月质量管理工作中中药饮片存在的问题状况,针对其中中药饮片质量影响因素进行分析,提出具体改进措施。现将详细探究内容报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2017年5月本院中药房月质量管理工作中中药饮片存在的问题状况作为探究对象,对有关资料进行收集整理。

1.2 研究方法 收集17个月本院中药饮片质量管理检查工作中存在的问题和有关资料,并严格依照《安徽省

中药炮制规范》(2015年版)《中国药典》(2015年版)等有关中药饮片管理标准,对其事件导致因素进行分析,整理归纳其有关影响因素,并制定其具体有关管理策略。

1.3 观察指标 分析17个月中药饮片的质量管理问题,记录其影响因素,主要包括饮片混淆、饮片含有杂质、同科属植物混充合格药材鉴别错误、主观经验鉴别存在失误、混淆不同地区习用品种名称等。

1.4 统计学方法 在整个研究涉及到的全部数据均录入到SPSS 20.0统计学软件中,并总结此次研究结果。计数资料选用百分比表示,对其采用 χ^2 检验。组间数据经P值判断,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2 结果

经过分析17个月中药饮片的质量管理状况,其中饮片混淆、饮片含有杂质占比例值最高为47.06%,同科属植物混充合格药材鉴别错误占17.65%,主观经验鉴别存在失误占23.53%,混淆不同地区习用品种名称占11.76%。详情见表1。

表1 分析17个月中药饮片的质量管理状况 [例(%)]

影响因素	例数	比例值
饮片混淆、饮片含有杂质	8	47.06
同科属植物混充合格药材鉴别错误	3	17.65
主观经验鉴别存在失误	4	23.53
混淆不同地区习用品种名称	2	11.76
总计	17	

3 讨论

3.1 影响因素

3.1.1 药房工作人员水平低下 县级中药房的药品种相对较多,大部分管理人员缺失对中医药的具体知识、管理内容和药材鉴定等能力,再加上中医药房的炮制方式不合理,如有些中药饮片的薄厚不均匀、切制粗细不一、形状大小不一以及饮片药屑具有较高的比例。还有一些中药饮片由于炮制不当致使其本有颜色丧失。比如杜仲在炭烧时间时,因为时间较短,致使其不断丝,或因为炭烧时间较长致使其出现炭化现象等;黄芩颜色变为绿色、王不留行籽因为炒制时间太短未出现爆花现象等。另外,有些医院中药房缺少先进的炮制设备,加之技术有限,常生产出糊片、生片等不符规格饮片,进而使中药饮片质量受到影响^[9]。

3.1.2 缺乏养护素养 有些中药房的中药饮片在保管和贮藏时,对虫蛀、发霉、鼠咬等因素不关注,致使中药饮片质量明显降低,甚至丧失药效^[9]。容易霉变的中药材要对空气流畅、干燥等方面注意,并进行多次晾晒。针对容易虫蛀的药材必须实施低温存储。

3.1.3 缺乏鉴别意识 在鉴别中药饮片时极易混淆,比如含有杂质饮片等不明确,同科属植物混充合格药材鉴别错误、存在主观经验鉴别错误现象、混淆不同地区习用品种名称等,导致中药饮片质量管理受到严重影响^[9]。中药饮片必须根据中医药理论炮制加工后在临床上应用,其在质量管理方面明显复杂于西药,所以确保其质量管理水平至关重要。针对本院的中药房临床工作,经过研究分析17个月中药饮片的质量管理状况,其中饮片混淆、饮片含有杂质占比例值最高为47.06%,同科属植物混充合格药材鉴别错误占17.65%,主观经验鉴别存在失误占23.53%,混淆不同地区习用品种名称占11.76%。由此可见,饮片混淆、饮片含有杂质在影响中药饮片质量管理上十分严重,所以,必须针对中药饮质量影响因素实施有效的策略。

3.2 质量控制对策

3.2.1 强化中药专业知识素养 中药饮片管理者定期对中药知识进行学习,详细了解中药常识,提升管理知识和药材鉴定能力,进而提升每位管理人员的中药学知识水平。与此同时,不断提高中药饮片存储和保管能力,将储藏中药的现代和传统方式有机利用,依照本院的具体状况,凭借现代技术和设施,并使其满足

储藏需求^[9]。

3.2.2 定期进行工作经验总结 中药房工作人员必须对工作中出现的问题定期总结,并集中各自心得体会,比如存在哪些客观问题、导致饮片变质因素等,详细汇总工作经验,对工作进行改进。在对中药饮片进行初步经验鉴别时,主要靠尝、闻和看等方式,此时经验鉴别的第一步就是保障饮片质量,可是在该阶段中必须要求鉴别人员为工作经验十分丰富者,否则会出现鉴别错误、品种模糊不清等问题。因此,必须邀请经验丰富的鉴别工作人员详细讲解鉴别技巧,提升鉴别经验缺失者的鉴别能力,并对工作人员的勤检查、勤记录等方面积极鼓励,提升工作人员的鉴别意识^[7]。除此之外,中药工作人员必须对潜在危险因素或类似问题进行详细探查,梳理中药饮片管理中的细节问题,严格要求工作人员对药材的产地、来源等方面详细掌握,降低同科属植物混充合格药材鉴别错误、不同地区习用品种的名称混淆等状况发生率。

3.2.3 完善中药饮片质量管理流程 中药饮片在质量管理过程中,必须严格根据储存、分类要求,对贵重、麻毒药品饮片设置专柜转账管理区域。针对容易霉变的中药材,要对空气流畅、干燥等方面注意,并多次晾晒;将容易虫蛀的药材置于低温环境存储。同时定期对饮片储存区域检查,主要对其湿度、温度是否合理进行排查,将发霉、变质和走油的饮片清理干净。在使用饮片过程中,必须依照先购先出、接近药效期限先出原则,发远存近^[9]。除此之外,对中药房的特殊性能进行全面考虑,因为其直接面对病人,所以必须为患者提供药学服务,向其讲述用药、服药等有关知识内容,提升其对中药知识的了解程度。

总而言之,影响中药饮片质量的因素众多,因中药饮片在中医治疗上可直接应用,所以必须实施有效的质量管理策略,才能保证临床中药饮片的质量和临床用药安全性,在提升治疗成效的同时,提升医院质量管理水平。

参考文献

- [1]尧冬梅.基层医院饮片的质量问题与控制措施研究[J].光明中医,2017,32(6):908-909.
- [2]王丽君.基层医院中药饮片质量控制存在问题及对策探讨[J].中国卫生产业,2017,14(1):164-166.
- [3]肖琼.基层医院中药饮片质量控制存在问题及对策[J].新疆中医药,2015,33(1):40-41.
- [4]刘莹莹.浅谈中药房在中药饮片质量管理中存在的问题及解决对策[J].当代医药论丛,2016,14(9):93-94.
- [5]沈聪松,朱荆辉.中药房中药饮片质量管理存在的问题及管理对策[J].医药前沿,2016,6(2):331-332.
- [6]王三成.医院中药房在中药饮片质量管理方面存在的相关问题与改进对策[J].内蒙古中医药,2017,36(2):93-94.
- [7]邱宝玉,陈培坤,张碧玉,等.对医院中药饮片质量管理及药材饮片市场的相关思考[J].海峡药学,2015,27(11):276-277.
- [8]何沛婵.基层医疗机构中药饮片质量管理现状分析及改进策略[J].深圳中西医结合杂志,2016,26(22):197-198.

(本文编辑:张文娟 本文校对:韩燕全 收稿日期:2018-02-27)

论 著 WORKS

基于负压性肺水肿研究探讨※

陈志祥¹ 马 啸^{1,2}

(1 芜湖市中医医院呼吸内科·危重症医学科, 安徽 芜湖 241000;

2 国家中医药管理局内科气虚重点研究室, 安徽 合肥 230031)

摘要: 负压性肺水肿 (NEEP) 或称梗阻后肺水肿, 是由于剧烈的吸气努力对抗上气道梗阻导致的一种肺水肿, 通常见于上气道的急性感染、肿瘤及喉痉挛等。负压性肺水肿患者由于上气道梗阻吸气产生巨大的气道负压, 这一负压将增加液体经肺毛细血管滤过, 并在间质聚集, 且最终形成肺泡水肿。通过收集肺水肿的水肿液分析其中蛋白浓度暗示了静水压的改变是负压性肺水肿发病的最主要机制。病情通常较为凶险, 治疗上需要尽快地解除气道梗阻情况, 可采取的措施有气管插管、环甲膜穿刺、气管切开等, 建立有效的气道, 并给于正压通气; 若患者没有休克表现可予以利尿治疗。因为肺水肿液吸收机制尚正常, 经过积极的治疗肺水肿情况往往很快吸收消散。本文将讨论负压性肺水肿的临床表现、病理生理、治疗措施及展望。

关键词: 负压性肺水肿; 临床表现; 病理生理; 治疗措施

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.021

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0048-04

Discussion on the Study Based on the Negative Pressure Pulmonary Edema

CHEN Zhixiang¹, MA Xiao^{1,2}

(1. Department of Intensive Care Medicine, Wuhu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Anhui Province, Wuhu 241000, China;

2. Key Laboratory of Qi deficiency in Internal Medicine, State Administration of Traditional Chinese Medicine, Anhui Province, Hefei 230031, China

Abstract: Negative pressure pulmonary edema (NEEP) or obstructive pulmonary edema is a kind of pulmonary edema caused by severe inhalation against upper airway obstruction, which is commonly found in the acute infection of the upper airway, tumor and laryngeal spasm, etc. Patients with NEEP have a huge negative airway pressure due to upper airway obstruction resulting in huge negative airway pressure. This negative pressure will increase the liquid through the blood vessels, interstitial aggregation and alveolar edema. By collecting the edema fluid of pulmonary edema, analyzing the protein concentration in it, it is suggested that the change of hydrostatic pressure is the pathogenesis of negative pressure pulmonary edema. The illness is usually dangerous, and treatment needs to be lifted as soon as possible to relieve the airway obstruction, measures can be taken including endotracheal intubation, cricothyroid membrane puncture, tracheal incision, etc, to establish an effective airway, and give positive pressure ventilation, diuretic therapy can be given if the patient did not have shock performance. Because of the pulmonary edema absorption mechanism is normal, and pulmonary edema is often very fast absorbed and dissipated after having active treatment. This paper will discuss the clinical manifestations, pathological and physiological, treatment measures and prospects of NEEP.

Keywords: negative pressure pulmonary edema; clinical manifestation; pathophysiology; treatment measures

肺内正常的解剖结构及生理机制保持肺间质水分处于动态平衡当中, 已保证肺泡处于理想的湿润状态, 以完成肺的各项功能。任何打破这一平衡的因素将会导致肺脏的生理功能紊乱, 我们称之为肺水肿。根据肺水肿的成因不同可将肺水肿分为4类: (1) 高压性肺水肿; (2) 常压性肺水肿; (3) 负压性肺水肿; (4) 混合性肺水肿。前两种肺水肿已经被临床工作者所熟识, 但负压性肺水肿仍未得到广大临床医生充分的重视。本文将结合近年来相关研究着重对负压性肺水肿临床表现、发病机制及治疗进展做一阐述。

1 病因及临床表现

强有力的吸气努力对抗气道的梗阻是负压性肺水

肿发生发展的最主要病因。1973年Capitanio等人^[1]首次报道了负压性肺水肿, 随后多国学者相继报道了越来越多的病例, 负压性肺水肿的临床表现逐步被人们所认识, 同时更多的负压性肺水肿被临床诊断。在报道中儿童与成人常见的发病诱因有所不同。其中儿童病例常见的病因是急性喉炎及会厌炎, 这些病因引发了儿童的声门及声门下梗阻而发病。这些病例的首发症状多数为急性上呼吸道感染^[2], 并出现声门及声门下持续存在喘鸣音, 同时伴有呼吸衰竭。通常在此时肺部水肿情况就已经可以通过影像学检测出来 (如全胸片或胸部CT)。一项回顾性研究总结了来自2个ICU病房176例患儿病例资料, Galvis等人^[3]发现其中167名患儿 (既往无慢性气道梗阻病史) 有16例患儿诊断为负压性肺水肿, 其中因急性喉炎或会咽炎导致的有12例, 发病率约7%, 其余4例为拔管后喉水肿所致。另外有慢性气道梗阻的9名患儿中有4名进展为负压性肺水肿。导致这些患儿慢性气道梗阻的原因主要为悬雍垂肥大、

※ 基金项目: “十二五”国家科技支撑计划【No.2012BAI26B02】; 国家中医药管理局慢性阻塞性肺疾病肺气虚证重点研究室开放基金【No.2014mzfys003】; 安徽省芜湖市“十三五”重点扶持专科项目卫计委科教【No.[2017]10号】; 安徽省芜湖市总工会“陈志祥创新工作室”

鼻后孔狭窄、扁桃体肥大等。这一结果暗示有慢性梗阻者可能更易产生负压性肺水肿。在成人患者中,常见诱因与儿童不同,文献报道导致成人负压性肺水肿的诱因通常是外科手术后的喉痉挛,术后因拔管后喉痉挛所导致的负压性肺水肿的发病率难以准确统计,AIMS(澳大利亚事件监测研究)统计了4000例麻醉不良事件,其中189例为喉痉挛,但这189例患者中只有5例确诊为负压性肺水肿(在拔管后喉痉挛患者中发病率约3%)^[5]。真实的发病率尚不能准确估计,考虑到临床上围麻醉期经常有上呼吸道梗阻情况发生,实际发病率可能远高于目前所报告的数据,更多的病例可能被误诊或漏诊。在分析术后发生负压性肺水肿的相关研究中,引起人们注意的是Deepika等人^[6]发现在身体状况较好的患者或男性患者中出现喉痉挛后容易进展为负压性肺水肿,男性患者占负压性肺水肿80%,ASA I级或II级患者占73%,这暗示着健康男性出现喉痉挛时呼吸容易产生巨大的胸腔负压。

导致负压性肺水肿的病因不仅仅只是上述几种疾病,临床其他原因有:上呼吸道感染、肿瘤等,负压性肺水肿通常发生在麻醉留观室、急诊室、儿科ICU,而在内科ICU中负压性肺水肿较为罕见,这可能是由于临床医生对负压性肺水肿意识不够漏诊有关,其实一旦患者出现临床难以解释的肺水肿就应该考虑负压性肺水肿的可能。来自一家1500张床位规模三级保健医院的内科ICU历时4年的病例观察,报道了5例负压性肺水肿的患者,诱发负压性肺水肿病因多样,分别为气管狭窄支架植入术后、勒颈窒息、甲状腺肿阻塞、持续的咬管(气管插管)^[7]。事实上,导致负压性肺水肿的病因远不止这些,还有更多的潜在诱因如:异物吸入、甲状腺功能减退、气道分泌物浓缩、呃逆、甲状腺肿、颞下颌关节镜检查、困难插管、血肿、上气道肿瘤、口咽部外科手术、咽峡炎、肢端肥大症、纵膈肿瘤、电休克治疗、气管插管或喉罩咬管、机械通气时严重的人机不协调等^[8-19]。有研究认为阻塞性睡眠呼吸暂停也是负压性肺水肿产生的诱因之一,但心力衰竭及肺水肿与阻塞性睡眠呼吸暂停经常伴随存在,故很难区分出低氧血症、过度肥胖、心脏舒张期功能障碍及气道阻塞哪个是产生肺水肿的主因。有文章指出^[20-21],非喉痉挛的原因不明的术后肺水肿需要考虑患者有阻塞性睡眠呼吸暂停的存在。

2 负压性肺水肿形成的病理生理学机制

吸气努力对抗气道梗阻形成的巨大的胸腔负压是负压性肺水肿产生的病理生理学基础,这类似于生理性的米勒运动(关闭声门做吸气运动)。巨大胸腔负压是产生负压性肺水肿的前提,但症状及体征的形成则主要取决于肺部水肿产生与吸收速率的差值。这一过程可以通过Starling方程来阐述^[22]: $Q_f = K[(P_{mv} - P_i) - \sigma(\pi_{mv} - \pi_i)]$ 。在此公式中:

Q_f 为从毛细血管腔到肺泡间隙的液体通量; K 为毛细血管通透系数; P_{mv} 为毛细血管静水压; P_i 为肺泡组织间隙静水压; σ 为反射系数(反映血管阻止蛋白扩散的效力); π_{mv} 为毛细血管蛋白渗透压; π_i 为肺泡组织间隙蛋白渗透压。

在正常的情况下,肺内毛细血管内外静水压力差有利于维持液体稳定,一方面从毛细血管流入组织间隙,同时这些滤过液再通过淋巴管回流入血,二者处于动态平衡的状态^[23]。当静水压力差和/或蛋白渗透压梯度变大,便会破坏这一平衡使得滤过液增多,这时肺淋巴管回流也随之进一步增加,倘若尚在淋巴回流代偿范围内,则不会形成水肿,但一旦滤过液生成速率超过淋巴管回流的能力,滤过液便逐步聚集在肺泡组织间隙,继续发展则进一步渗入肺泡中。此时临床上表现为低氧血症、胸片上出现新的渗出病灶,并出现咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状。一些研究对负压性肺水肿患者的肺泡水肿液进行了分析,其中规模较大是来自加利福尼亚大学回顾性研究^[24],研究者对1982年—2002年341例需要机械通气的患者进行筛选,筛选出其中的负压性肺水肿患者,在341例患者中共有10名患者被确诊该病。这10名患者中有8例系术后喉痉挛、1例异物吸入及1例机械通气后严重的人机对抗,通过气管插管收集了这些患者的深部痰(水肿液),并同时留取血浆标本,测定水肿液及血浆的蛋白浓度。水肿液蛋白浓度与血浆蛋白浓度比值平均在 0.54 ± 0.15 ,这一数值低于0.65,类似于静水压增高导致滤过液集聚(漏出性)肺水肿的结果。但值得注意的是,这10例患者中有3例蛋白比值大于0.65(分别为0.66、0.69和0.80),这提示了负压性肺水肿同时可能存在毛细血管通透性增高情况存在。偶有报道负压性肺水肿患者气道可见淡血性分泌物,在这些案例中可能是由压力介导的肺泡毛细血管破裂所致,这也同时可以解释负压性肺水肿时高渗透性水肿产生的机制^[25-26]。近期有国内学者研究指出TNF- α 、IL-6等炎症因子可能参与了肺水肿的形成,同时指出需大样本的临床研究进一步证实^[27]。与此同时,需要考虑另一种导致水肿液血浆蛋白比值较高的可能,即肺泡上皮对肺泡水肿液内的电解质及水分吸收,而对蛋白吸收十分缓慢,这便导致肺泡内蛋白浓缩,故留取时间离发病时间较长可能会出现分泌物血浆蛋白比较高的情况出现。为了进一步实验模拟水肿产生机制,Loyd等人^[28]给绵羊施加吸气阻力,使得平均气道压维持在-10~-15 cm H₂O范围内,同时测定淋巴回流速率及淋巴血浆蛋白比值。给予气道阻力后淋巴回流速率便开始升高(达到最大值后保存不变),淋巴血浆蛋白比值由原来的0.56降至0.51,1 h后降至最低0.47。这一数据与低蛋白、静水压增高的肺水肿情况一致。研究同时发现在实验结束后淋巴血浆蛋白比值

并没有迅速的恢复至实验前水平,可能的解释是由于肺泡上皮对肺泡内水肿液清除所致。

3 负压性水肿的吸收

在报道的大多数负压性肺水肿病例中,肺部水肿在气道负压解除后24~48 h内迅速吸收。患者气管插管给与正压通气,保证机械通气频率大于患者呼吸频率且不出出现咬管情况,气道负压便会迅速解除。肺水肿的吸收机制已研究的较为透彻,主要是离子定向转运。I型及II型肺泡上皮细胞肺泡腔侧存在大量钠离子通道,而基底侧Na-K-ATP酶驱动上皮细胞内的钠离子流入肺泡组织间隙。钠离子逐步由肺泡腔流入肺泡上皮细胞进而转运至组织间隙,这一过程形成肺泡内与肺泡组织间隙渗透压梯度,导致肺泡内水分的重吸收入肺组织间隙,再通过组织间隙的淋巴管回流入血。因为肺泡内蛋白吸收较液体缓慢得多,随着水肿液的吸收,肺泡内水肿液蛋白浓度越来越高,故通过连续地测量肺泡水肿液内的蛋白浓度不难计算出肺泡水肿清除速率^[29]。在高压性肺水肿患者中(如常见的左心功能衰竭),肺部水肿清除率约在10%~20%/h,但如果同时伴有肺组织的损伤,则清除速率严重下降(最低可达0%~3%/h)^[30-31]。除了单纯组织损伤导致清除率下降外,近年来研究还发现TGF- β 1及IL-8等炎症因子抑制了肺泡上皮细胞 β_2 肾上腺素能受体介导的肺水肿吸收机制^[32]。Fremont等人^[24]分析了10例负压性肺水肿患者连续水肿液标本,得出负压性肺水肿消散速率约在(14 $\pm$ 17)%/h。虽然部分患者速率较低,但吸收系数均数与高压性肺水肿一致^[30]。血浆高水平的儿茶酚胺水平会增加肺泡上皮对肺泡腔水肿液的转运^[33],在负压性肺水肿患者急性期中因应激反应血儿茶酚胺水平会明显提高,同时患者的过度呼吸,这些情况可能会增加急性期水肿吸收速率。

4 治疗措施

负压性肺水肿患者通常需要立即给予气管插管呼吸机辅助呼吸及氧疗,但因为咬管或机械通气后严重的人机对抗则需要立即予以镇静和肌松处理。在术后留观室因声门及声门下水肿再次插管通常并不困难,但急诊室有些气道梗阻同时伴有困难插管则是巨大的挑战,如患有急性会厌炎的患者,在这种情况下需要立即准备环甲膜穿刺或气管切开术,迅速地建立人工气道^[34]。一旦人工气道成功的建立,气道负压会随着正压机械通气的给予而迅速消失,通常负压性肺水肿患者的肺泡水肿液能很快吸收消散,加利福尼亚大学回顾分析的10例负压性肺水肿确诊病例平均ICU住院时间<4 d,且大多患者预后良好,仅1例死亡(死亡率约10%)^[24]。但根据水肿程度不同,患者的临床表现也有不同,有部分患者甚至可能因大量的水肿液集聚和肺内分流而出现严重的低氧血症。这里总结了几条治疗策

略:

(1) 患者如无休克症状,可采取限制性液体治疗策略,必要时给予利尿治疗。研究证实^[35],对于血流动力学稳定的急性肺损伤或ARDS患者,采取限制性液体治疗策略虽不能改善60 d病死率,但却可以显著改善肺功能、缩短机械通气时间,且并不增加其他脏器功能障碍的发生率。通常情况下,负压性肺水肿患者血压明显升高,即存在低血容量及肾功能损害的可能性较小,给予利尿剂治疗是合理的,可能会加速肺水肿的吸收。除了指脉氧监测及胸片检查外,心脏及下腔静脉的超声检查、中心静脉压也可以指导利尿治疗。

(2) 若无禁忌证,建议给予低潮气量机械通气(潮气量6~8 mL/kg,平台压不超过30 cmH₂O)。尽管目前尚无研究来评价负压性肺水肿患者实施肺保护性机械通气策略的临床价值,但Futier E^[36]的一项多中心双盲平行对照研究:2组具有较高发生肺部并发症风险的上腹部大手术患者,在手术过程中一组实施常规机械通气(Vt: 10~12 mL/kg, PEEP=0),另一组采取肺保护性通气(Vt: 6~8 mL/kg, PEEP: 6~8 cmH₂O,每隔30 min重复一次肺复张,复张方法为PIP: 30 cmH₂O,持续30 s),主要比较2组间术后7天肺部和肺外并发症的发生情况。其结果显示与常规通气组相比,肺保护性通气组术后因合并急性呼吸衰竭而需要持续机械通气的人数明显减少,且住院时间明显缩短。提示即使在非ARDS患者,肺保护性通气也可以减少呼吸机相关性肺损伤的发生。最近两项研究也均证实了术中使用的保护性肺通气策略会使得患者获益^[37-38]。

(3) β 受体激动剂的使用。目前还没有关于 β 受体激动剂治疗负压性肺水肿研究,但是研究发现 β 受体激动剂会增加肺泡液体清除率^[39-40],在高原性肺水肿 β 受体激动剂预防治疗是有益的^[41]。近年一项动物研究指出 β 受体激动剂虽然增加了轻度肺源性ARDS小鼠肺泡上皮细胞离子通道及水通道蛋白的表达,但对肺形态功能及肺水肿的形成情况并无改善^[42]。同时一个大样本的随机对照试验显示ARDS患者中 β 受体激动剂治疗无获益^[43]。但负压性肺水肿患者肺泡液体清除率较ARDS患者而言功能是完整的,给予 β 受体激动剂可能会增加肺泡液体的转运,需要进一步研究证实。

(4) 严重的难治性低氧血症,一些补救性治疗需及早实行。包含:神经肌肉阻滞、俯卧位通气、ECMO等。

5 讨论

负压性肺水肿已逐步被人们所认识,气道内持续的负压是其产生的主要因素,而导致气道负压的诱因多种多样,且成人与儿童常见病因亦有所不同。在临床都具有相似的临床表现,处理策略首先要保证气道

的通畅予以保护性的正压通气及较高的氧浓度纠正低氧血症,同时利尿减少肺血管静水压,促进水肿吸收。随着认识的深入,在老年患者中,特别伴有肺部基础疾病的患者中,虽然呼吸肌力较青中年弱,但这些患者通常伴有较高的肺毛细血管静水压,较小的吸气负压便会加重压力差。肺部感染会使得肺部毛细血管的通透性增高,在伴有肺部感染的阻塞性睡眠呼吸暂停患者或气管插管咬管、人机不协调患者中,较小的气道负压可能会导致水肿的加剧,且难以与原发疾病区分。临床上对症状较轻的患者诊断出负压性肺水肿是很困难的,通常是在解除了上呼吸道梗阻后病情仍未明显缓解时才能明确这一诊断。因此我们可能低估了负压性肺水肿的发生率,需要更多的临床及基础研究来进一步阐述。

参考文献

- [1]付小伟,张保平.复张性肺水肿的诊治[J].临床肺科杂志,2013,18(1):61-62.
- [2]Capitiano MA, Kirkpatrick JA. Obstructions of the upper airway in children as reflected on the chest radiograph[J]. Radiology, 1973, 107(1):159-161.
- [3]张瑞,郭慧琴.婴儿全麻致急性肺水肿 1 例[J].临床肺科杂志,2014,19(2):388.
- [4]Galvis AG. Pulmonary edema complicating relief of upper airway obstruction[J]. Am J Emerg Med, 1987, 5(4):294-297.
- [5]Visvanathan T, Kluger MT, Webb RK, Westhorpe RN. Crisis management during anaesthesia: laryngospasm[J]. Qual Saf Health Care, 2005, 14(3):e3.
- [6]Deepika K, Kenaan CA, Barrocas AM, et al. Negative pressure pulmonary edema after acute upper airway obstruction[J]. J Clin Anesth, 1997, 9(5):403-8.
- [7]Koh MS, Hsu AA, Eng P. Negative pressure pulmonary oedema in the medical intensive care unit[J]. Intensive Care Med, 2003, 29(9):1601-1604.
- [8]Raj D, Priti K, Quari H, et al. An anesthetic management of negative pressure pulmonary edema [J]. CHRISMED Journal of Health and Research, 2016, 3(3): 223-225.
- [9]Mansoor D, Trevino C, Ganzini L, et al. Negative Pressure Pulmonary Edema after Electroconvulsive Therapy[J]. Journal of ECT, 2016, 32(2): e2-e3.
- [10]Postaci A, Aysun, et al. Negative Pressure Pulmonary Edema During Laryngeal Mask Use: A Case Report [J]. Medical Journal of Bakirkoy, 2016, 12(1):54-56.
- [11]Powell T, Sharma N, McKie K T. Postobstructive Pulmonary Edema following Tonsillectomy/Adenoidectomy in a 2-Year-Old with Poland-Moebius Syndrome[J]. Case Rep Otolaryngol, 2016 (2):1-2.
- [12]Choi H L, Min J H, Kang J H, et al. Postobstructive pulmonary edema that developed immediately after emergency surgical cricothyroidotomy [J]. Am J Emerg Med, 2016, 34(5): 936. e1-2.
- [13]Austin A L, Kon A, Matteucci M J. Respiratory Failure in a Child Due to Type 2 Postobstructive Pulmonary Edema[J]. Pediatr Emerg Care, 2016, 32(1): 23-24.
- [14]Bharathi K S, Kulkarni S, Sadananda K S, et al. Takotsubo cardiomyopathy precipitated by negative pressure pulmonary oedema following total thyroidectomy[J]. Indian J Anaesth, 2016, 60(3): 202-205.
- [15]刘蕊,张伟.喉罩拔除后负压性肺水肿一例[J].临床麻醉学杂志,2016,32(2):138.
- [16]陈杰华,王妹.负压性肺水肿四例临床分析[J].中华儿科杂志,2014,52(2):122-127.
- [17]Toukan Y, Gur M, Bentur L. Negative pressure pulmonary edema following choking on a cookie[J]. Pediatr Pulmonol, 2016, 51(7):E25-27.
- [18]孙静敏,金丹群,许愿愿,等.上气道梗阻并发负压性肺水肿三例临床分析[J].中华儿科杂志,2014,52(7): 531-4.
- [19]何焕钟.麻醉恢复期负压性肺水肿二例[J].中华全科医师杂志,2015,14(1): 68-69.
- [20]Lopez A, Lorente JA, Jerez V, et al. Sleep apnea, hypothyroidism and pulmonary edema[J]. Chest, 1990, 97(3):763-764.
- [21]Medford AR. Negative pressure pulmonary edema: consider undiagnosed obstructive sleep apnea too[J]. Chest, 2012, 141(5):1365.
- [22]Bressack M A, Morton N S, Hortop J. Group B streptococcal sepsis in the piglet: effects of fluid therapy on venous return, organ edema, and organ blood flow[J]. Circulation research, 1987, 61(5): 659-669.
- [23]张世魁,杨蓉佳.肺泡表面活性物质相关蛋白 A 在慢性心源性肺水肿大鼠肺组织中的表达[J].临床肺科杂志,2013,18(7):1208-1210.
- [24]Fremont RD, Kallet RH, Matthay MA, Ware LB. Postobstructive Pulmonary Edema: A Case for Hydrostatic Mechanisms[J]. Chest, 2007, 131(6):1742-1746.
- [25]Koch SM, Abramson DC, Ford M, et al. Bronchoscopic findings in post-obstructive pulmonary oedema[J]. Can J Anaesth, 1996, 43(1):73-76.
- [26]Bhavani-Shankar K, Hart NS, Mushlin PS. Clinical report: Negative pressure induced airway and pulmonary injury[J]. Can J Anaesth, 1997, 44(1):78-81.
- [27]朱磊,朱俊岭,张虹,等.急性喉炎并发负压性肺水肿九例临床分析及炎症因子变化[J].中国小儿急救医学,2016,23(6):405-408.
- [28]Lloyd JE, Nolop KB, Parker RE, et al. Effects of inspiratory resistance loading on lung fluid balance in awake sheep[J]. J Appl Physiol(1985), 1986, 60(1): 198-203.
- [29]Matthay M A, Landolt C C, Staub N C. Differential liquid and protein clearance from the alveoli of anesthetized sheep[J]. J Appl Physiol Respir Environ Exerc Physiol, 1982, 53(1): 96-104.
- [30]Vergheze GM, Ware LB, Matthay BA, et al. Alveolar epithelial fluid transport and the resolution of clinically severe hydrostatic pulmonary edema[J]. J Appl Physiol(1985), 1999, 87(4):1301-1312.
- [31]Ware LB, Matthay MA. Alveolar fluid clearance is impaired in the majority of patients with acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2001, 163(6):1376-1383.
- [32]Wagener BM, Roux J, Carles M, et al. Synergistic Inhibition of β 2-adrenergic Receptor-mediated Alveolar Epithelial Fluid Transport by Interleukin-8 and Transforming Growth Factor- β [J]. Anesthesiology, 2015, 122(5): 1084-1092.
- [33]Pittet J F, Wiener-Kronish J P, McElroy M C, et al. Stimulation of lung epithelial liquid clearance by endogenous release of catecholamines in septic shock in anesthetized rats [J]. Journal of Clinical Investigation, 1994, 94(2): 663-671.
- [34]Hermansen M N, Schmidt J H, Krug A H, et al. Low incidence of children with acute epiglottitis after introduction of vaccination[J]. Dan Med J, 2014, 61(4): A4788.
- [35]National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Clinical Trials Network, Wiedemann HP, Wheeler AP, et al. Comparison of two fluid-management strategies in acute lung injury[J]. N Engl J Med, 2006, 354(24):2564-2575.
- [36]Futier E, Constantin JM, Paugam-Burtz C, et al. A trial of intraoperative low-tidal-volume ventilation in abdominal surgery[J]. N Engl J Med, 2013, 369(5): 428-437.
- [37]Ladha K, Melo M F V, McLean D J, et al. Intraoperative protective mechanical ventilation and risk of postoperative respiratory complications: hospital based registry study[J]. BMJ, 2015(351):h3646.
- [38]Severgnini P, Selmo G, Lanza C, et al. Protective mechanical ventilation during general anesthesia for open abdominal surgery improves postoperative pulmonary function [J]. The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 2013, 118(6): 1307-1321.
- [39]Sakuma T, Folkesson H G, Suzuki S, et al. Beta-adrenergic Agonist Stimulated Alveolar Fluid Clearance in Ex Vivo Human and Rat Lungs [J]. Am J Respir Crit Care Med, 1997, 155(2):506-512.
- [40]邱海波,孙辉明,杨毅,等. β -肾上腺素能激动剂对急性肺损伤大鼠肺泡液体的清除效应[J]. 中华医学杂志, 2006, 86(3):187-191.
- [41]Sartori C, Allemann Y, Duplain H, et al. Salmeterol for the prevention of high-altitude pulmonary edema[J]. N Engl J Med, 2002, 346(21):1631-1636.
- [42]Uhlig C, Silva P L, Ornellas D, et al. The effects of salbutamol on epithelial ion channels depend on the etiology of acute respiratory distress syndrome but not the route of administration[J]. Respir Res, 2014, 15(1): 56.
- [43]National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Clinical Trials Network, Matthay MA, Brower RG, et al. Randomized, placebo-controlled clinical trial of an aerosolized β 2-agonist for treatment of acute lung injury[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2011, 184(5):561-568.

急性脑血栓采用中医治疗的可行性以及临床效果

王 蕾

(沈阳市第二中医医院脑病科, 辽宁 沈阳 110101)

摘要:目的 探讨中医疗法对急性脑血栓的临床效果。方法 抽取2015年2月—2017年2月收治的150例急性脑血栓患者为研究对象,根据治疗方式分为对照组和观察组。对照组采用常规疗法,给予观察组中医治疗方案,比较2组临床效果。结果 对照组治疗总有效率为84.0% (63/75),观察组治疗总有效率为96.0% (72/75),差异有统计学意义 ($P < 0.05$);2组治疗前生活质量、神经功能缺损积分差异不明显 ($P > 0.05$),治疗后,观察组上述指标明显优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 给予急性脑血栓患者中医治疗方案,既能缓解临床症状,又能改善神经功能,同时可提高生活质量,值得推广应用。

关键词:急性脑血栓;中医治疗方案;生活质量;神经功能;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.022

文章编号:1672-2779(2018)-10-0052-02

The Feasibility and Clinical Effect of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Acute Cerebral Thrombosis

WANG Lei

(Encephalopathy Department, Shenyang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110101, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of traditional Chinese medicine therapy on acute cerebral thrombosis. **Methods** 150 patients with acute cerebral thrombosis treated in our hospital from February 2015 to February 2017 were selected as the subjects, and according to treatment methods, they were divided into control group and observation group. The control group was treated with routine therapy, and the observation group was given traditional Chinese medicine treatment. The therapeutic effect was compared. **Results** The total effective rate in the control group was 84.0%, the total effective rate in the observation group was 96.0%, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Defects of the two groups before treatment quality of life and neurologic function score difference was not obvious ($P > 0.05$). After treatment, the index observation group was obviously better than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Traditional Chinese medicine in the treatment of patients with acute cerebral thrombosis can not only relieve clinical symptoms, but also improve neurological function and the quality of life.

Keywords: acute cerebral thrombosis; traditional Chinese medicine treatment plan; quality of life; nerve function; stroke

脑血栓是临床比较常见的脑血管疾病,以中老年群体为主要发病对象,患者普遍存在吐字不清、四肢麻木、视力减退等症状表现,同时伴随不同程度的意识障碍,严重影响患者日常生活。一般情况下,需在精确诊断的基础上采用针对性治疗方案,改善患者生存质量。急性脑血栓是中枢神经系统最常见的致死残性疾病。为探讨急性脑血栓安全有效的治疗方案,我院对收治的部分急性脑血栓患者予以中医疗法,成效明显,具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 抽取我院2015年2月—2017年2月收治的150例急性脑血栓患者为研究对象,根据治疗方法分为对照组和观察组,每组75例。对照组男36例,女39例;年龄43~78岁,平均(62.5±1.6)岁;病程1.5~18 d,平均(11.2±1.4) d。观察组男40例,女35例;年龄42~76岁,平均(61.9±1.5)岁;病程1.8~19.2 d,平均(11.6±1.5) d。本研究经医学伦理委员会批准,入组患者自愿参与。比较2组性别、年龄、病程等资料,差异不明显 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规疗法,给予患者血栓通(生产厂家:哈尔滨珍宝制药有限公司,国药准字:Z20025792,规格:0.18 g/粒),0.25 g/次,3次/d,注

射用降纤酶(生产厂家:长春远大奥制药有限公司,国药准字:H10983238),每次输注10单位,1次/d,连续3 d。观察组采用中医疗法,药方构成:黄芪20 g,当归15 g,丹参、赤芍、桃仁和红花各12 g,牛膝、地龙各9 g;头晕症状明显者,可加用清半夏、茯苓;心烦躁者应加入龟甲、熟地黄、天冬和白芍;炙甘草、石菖蒲等药材可用来改善乏力症状。每天1剂分早晚2次温水送服,治疗时间为3周。

1.3 观察指标 观察2组治疗总有效率、治疗前后生活质量、神经功能缺损评分和中风病症候积分。疗效判定标准:显效:临床症状基本消失,行动、交流无障碍,可正常生活;有效:临床症状明显缓解、行动能力和语言交流能力明显改善,正常生活能力明显提高;无效:临床症状、行动、语言交流能力无明显变化,难以正常生活。治疗总有效率=显效率+有效率。参照美国国立卫生研究卒中量表(NIHSS)评分法判定患者神经功能,得分越高,表明患者神经功能缺损程度越高。生活质量判定以生活质量综合评估问卷(GQOL-74)为依据,内容包括物质生活、躯体功能、社会功能和心理功能4个方面^[1-3]。

1.4 统计学方法 采用软件SPSS 19.0统计处理文中数据,治疗总有效率以百分数(%)表示,采用 χ^2 检验,

表1 2组治疗前后生活质量比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	物质生活		躯体功能		社会功能		心理功能		生活质量总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	75	42.6 $\pm$ 3.2	50.8 $\pm$ 1.6	52.4 $\pm$ 4.8	60.2 $\pm$ 1.4	50.6 $\pm$ 2.4	58.8 $\pm$ 3.6	47.6 $\pm$ 1.2	55.2 $\pm$ 1.6	199.0 $\pm$ 5.8	229.1 $\pm$ 4.1
观察组	75	42.4 $\pm$ 2.8	59.2 $\pm$ 2.4	53.0 $\pm$ 5.0	69.8 $\pm$ 1.8	51.2 $\pm$ 2.6	67.6 $\pm$ 3.2	47.4 $\pm$ 1.0	64.8 $\pm$ 2.0	199.8 $\pm$ 5.7	266.1 $\pm$ 4.7
<i>t</i> 值		0.407	25.220	0.750	36.459	1.469	15.822	1.109	32.460	0.852	51.376
<i>P</i> 值		0.342	0.000	0.277	0.000	0.072	0.000	0.135	0.000	0.198	0.000

生活质量和NHSS评分以($\bar{x} \pm s$)表示,采用*t*检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗前后生活质量比较 2组治疗前生活质量比较,差异不存在统计学意义($P > 0.05$),治疗后观察组生活质量明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),如表1所示。

2.2 2组治疗效果比较 对照组治疗总有效率为84.0%,明显低于观察组的96.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$),如表2所示。

表2 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	75	24(32.0)	39(52.0)	12(16.0)	63(84.0)
观察组	75	30(40.0)	42(56.0)	3(4.0)	72(96.0)
χ^2 值					6.000
<i>P</i> 值					0.014

2.3 2组治疗前后NIHSS评分比较 2组治疗前NIHSS评分差异不明显($P > 0.05$),治疗后观察组评分明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),如表3所示。

表3 2组治疗前后NIHSS评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	75	19.2 $\pm$ 2.4	12.1 $\pm$ 1.8
观察组	75	18.9 $\pm$ 2.6	7.5 $\pm$ 1.4
<i>t</i> 值		0.734	17.470
<i>P</i> 值		0.232	0.000

3 讨论

脑血栓是指血管病变引发的血管管腔狭窄或闭塞,使得脑组织局部供血不足,导致脑组织缺氧、缺血甚至坏死而产生的神经系统症状^[4]。它属于缺血性脑血管疾病,脑血栓多在睡眠时或安静状态下产生,无明显征兆,这主要与患者血流不畅通、血压水平过低有关;白天发病者,可能出现四肢无力、头昏、短暂性脑缺血等症状。动脉粥样硬化是引发脑血栓最常见的原因,血压下降、血液黏稠度上升、血小板聚集性增强时,脑血管管腔内凝聚大量凝血因子,形成血栓,堵塞血管,使得脑组织无法获得预后的氧气与血液,处于缺血、缺氧状态,甚至发生软化或坏死的情况。脑血栓病变范围广,复发频率高,部分患者治疗后可能产生智力和精神上的障碍,具体表现为:反应迟钝、理解

力下降、智力不足等,甚至演变为痴呆等。患者无法独立生活,同时存在暴躁、喜怒无常等病态表现。偏瘫是脑血栓比较常见的并发症之一,患者多表现出肌力衰退、行动不便等,情况严重时甚至完全不能行动,偏瘫肢体往往与血栓部位相对;不仅如此,一旦出现偏瘫,患者还可能存在感觉障碍,对疼痛等的反应度下降,并伴随不同程度的视觉缺损。

临床对脑血栓的治疗,主要以抗凝、溶栓、降纤、扩张血管为原则,降纤酶能够被用来溶解血栓、抑制血栓形成,对脑血栓疾病治疗效果明显;血栓通可活血祛瘀、通脉活络,多用于治疗中风偏瘫等病症。尽管西医疗法可改善脑血栓患者临床症状,但效果一般。

中医理论认为^[5],急性脑血栓属于“中风”范畴,是由气虚血瘀引发的经络不通、瘀血凝聚,使得患者产生吐字不清、半身不遂等症状表现,为此,需将通络化瘀、活血益气作为治疗原则。黄芪具有降压作用,对气滞湿阻的临床效果明显;当归可用于补血活血,入酒后活血化瘀效果好;红花是活血通经的常用药,能够散瘀止痛;桃仁有着活血化瘀的作用,加上赤芍、丹参、地龙等药材,可促使患者脑血栓症状明显缓解,治疗效果明显。

本研究结果显示,对照组治疗总有效率为84.0%,明显低于观察组的96.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组治疗前生活质量和NIHSS评分差异不明显无统计学意义($P > 0.05$),2组治疗后对应指标差异明显($P < 0.05$)。结论表明中医治疗急性脑血栓临床效果明显。

综上所述,给予急性脑血栓患者中医治疗方案,不但能提高治疗效果,还可改善生活质量,促进神经功能恢复,推广应用价值高。

参考文献

- [1]李杰.中西医结合治疗急性脑血栓形成37例临床观察[J].临床医药文献电子杂志,2015,2(2):361-362.
- [2]陈德宣,杨晓颖,张洁,等.血浆N末端脑钠肽前体与老年脑梗死患者神经功能缺损评分及预后的关系[J].医学综述,2015,21(13):2453-2454.
- [3]迟国萍.阿司匹林联合双嘧达莫对脑血栓疗效及生活质量的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(2):116-117.
- [4]唐凌雯,付欣羽,李作孝.阿托伐他汀联合抗血小板药治疗对脑血栓患者的疗效及血小板参数的影响[J].血栓与止血学,2015,21(6):367-369.
- [5]赵阳阳.补阳还五汤加味对气虚血瘀型缺血性脑中风血小板聚集率的影响[J].辽宁中医杂志,2016,43(2):306-308.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李艳娟 收稿日期:2018-02-09)

三七总皂苷联合阿司匹林治疗脑梗死 120 例临床分析

陈丽¹ 陈少贤² 杨敏² 刘邦德¹ 孙盛同¹

(1 广州市白云区人民医院药剂科, 广东 广州 510500; 2 广东省人民医院药学部, 广东 广州 510080)

摘要:目的 探讨三七总皂苷联合阿司匹林治疗脑梗死的临床疗效。方法 以2015年8月—2017年10月治疗的脑梗死患者120例为研究对象, 并随机分为治疗组和对照组各60例。治疗组采用三七总皂苷与阿司匹林联合治疗, 对照组仅采用阿司匹林进行治疗, 对比2组的治疗效果、血小板聚集率、复发率以及并发症发生率。结果 治疗组的总有效率86.67% (52/60) 明显高于对照组71.67% (43/60) ($P<0.05$)。治疗后治疗组患者的NIHSS量表评分明显低于对照组, 血小板聚集率明显低于对照组, 复发率明显低于对照组, 并发症发生率也明显低于对照组 ($P<0.05$)。结论 三七总皂苷联合阿司匹林可起到一定的预防作用, 治疗脑梗死效果显著, 安全性较高, 值得推广。

关键词:三七总皂苷; 阿司匹林; 脑梗死; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.023

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0054-03

Analysis on the Clinical Value of Notoginseng Total Saponin Combined with Aspirin in the Treatment of Cerebral Infarction for 120 Cases

CHEN Li¹, CHEN Shaoxian², YANG Min², LIU Bangde¹, SUN Shengtong¹

(1. Department of Pharmacy, Baiyun District People's Hospital, Guangdong Province, Guangzhou 510500, China;

2. Department of Pharmacy, Guangdong Province People's Hospital, Guangdong Province, Guangzhou 510080, China)

Abstract: **Objective** To study the clinical curative effect of notoginseng total saponins in combination with aspirin in treating cerebral infarction. **Methods** From August 2015 to October 2017 in our hospital, 120 cases of cerebral infarction patients were selected as the research objects. They were randomly divided into treatment group and control group, with 60 cases in each group. The treatment group was treated with notoginseng total saponin and aspirin combination therapy, and the control group was treated with aspirin only. The therapeutic effect of two kinds of treatments, platelet aggregation rate, recurrence rate and complication rates was compared between the two groups. **Results** The total effective rate of the treatment group (87.67%, 5/60) was obviously higher than that of the control group (71.67%, 43/60). The NIHSS scale score of the treatment group was significantly lower than that of the control group, platelet aggregation rate of the treatment group was significantly lower than that of the control group, the recurrence rate obviously of the treatment group was lower than that of the control group, and the incidence of complications of the treatment group was significantly lower than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The notoginseng total saponin in combination with aspirin has certain prevention function, in the treatment of cerebral infarction has remarkable effect and high security, and is worth promoting.

Keywords: notoginseng total saponin; aspirin; cerebral infarction; stroke

脑梗死是中老年疾病中常见的神经系统疾病^[1], 发病率极高, 不仅会严重损伤患者的脑部神经, 而且会对患者的机体产生一定程度的不良影响。临床上较多采用阿司匹林片对患者进行治疗^[2], 主要是通过减弱患者的脑部损伤程度, 降低心脑血管事件的发生率起到治疗的作用^[3-5]。但是治疗过程中容易损坏患者的其他器官, 而且会诱发较多的不良反应, 因此寻找更加有效的治疗方式是非常有必要的。有研究证实, 中医活血化瘀药物能够减少血栓的形成, 对于脑梗死患者的治疗也有一定的临床效果^[6-7]。此次研究旨在探讨三七总皂苷与阿司匹林联合治疗脑梗死的临床效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年8月—2017年10月在本院进行治疗的脑梗死患者120例为研究对象, 并随机分为治疗组和对照组, 治疗组患者共60例, 其中男性31例, 女性29例; 年龄46~78岁, 平均 (63.87±11.02) 岁; 病程2~8月, 平均 (4.92±1.95) 月。对照组患者共60例, 其中男性30例, 女性30例; 年龄48~77岁, 平均 (64.29±11.36) 岁; 病程3~8月, 平均 (5.04±2.13) 月。2组患

者性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 排除标准 (1) 近期服用过或正在服用华法林、硫酸氢氯吡格雷以及低分子肝素等抗凝药物的患者; (2) 其他重大器官合并症患者或肾功能严重衰弱者; (3) 对阿司匹林和三七皂甙药物过敏者; (4) 意识不清晰, 认知障碍或患有精神类疾病者。

1.3 治疗方法 对照组: 入院后对患者实施常规治疗, 包括调控好患者的作息时间、改善患者的饮食以及帮助患者进行适当的运动, 以控制患者的血糖、血脂以及血压水平趋于正常, 保证患者的体征平稳, 各种血检指标处于正常水平。然后指导患者服用阿司匹林肠溶片, 1次/d, 100~200 mg/次。治疗组: 在对照组采取的治疗方式的基础上, 指导患者服用含有三七总皂苷成分的药物, 药物选择规格为50 mg/粒的三七总皂苷 (血塞通) 片, 1次服用50~100 mg, 3次/d。2组患者皆以1周为1个疗程, 连续治疗3个疗程, 对比治疗后的效果。

1.4 观察指标 (1) 观察患者的神经功能缺损程度、中医临床症状变化, 并根据中华医学会第四次全国脑血

管病学术会议通过疗效评定标准（1995年）以及根据《中药新药临床研究指导原则》（2002年）采用尼莫地平评分法对患者的治疗效果进行评分；（2）观察美国国立卫生研究院卒中量表（the National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS）中的指标，包括意识水平、凝视、视野、面瘫、下肢运动等^[8]共12项；（3）检测患者的血小板聚集情况、计算观察2组患者的血小板聚集率；（4）记录治疗期间脑梗死再次发作的例数；（5）统计患者出现呕吐、恶心、大便潜血、鼻出血等并发症的发生数目，计算并发症发生率。

1.5 疗效判定标准 治疗效果评定：（1）神经功能缺损的积分值减少90%以上，中医临床症状全部或基本消失，证候积分降低95%及以上为痊愈；神经功能缺损积分值减少50%以上，中医症状得到明显改善，证候积分至少降低60%为显效；神经功能缺损积分值减少15%及以上，中医症状有所改善，证候积分至少降低25%为有效；神经功能缺损积分值减少15%以下，中医症状没有明显的改善，甚至更加严重，证候积分减少不足25%为无效。（2）NIHSS量表评分越低，说明患者恢复情况越好，治疗效果越好。血小板聚集率越高，治疗效果越差，复发可能性越大。

1.6 统计学方法 采用SPSS 22.0 软件进行统计学分析，计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较行 t 检验；计数资料采用结构比表示，组间比较行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗效果对比 治疗组的总有效率为86.67%，对照组的总有效率为71.67%，2组比较差异显著（ $\chi^2 = 4.093$, $P < 0.05$ ）。治疗前，治疗组与对照组患者的NIHSS量表评分比较无明显差异（ $P > 0.05$ ），治疗后治疗组患者的NIHSS量表评分明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表1~2。

表1 2组患者治疗效果对比表 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	60	31(51.67)	18(30.00)	3(5.00)	8(13.33)	52(86.67)*
对照组	60	21(35.00)	13(21.67)	9(15.00)	17(28.33)	43(71.67)

注：与对照组比较，* $P < 0.05$

表2 2组患者治疗前后NIHSS量表评分对比表 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	60	16.37 $\pm$ 3.02	5.37 $\pm$ 2.96
对照组	60	17.21 $\pm$ 3.65	11.02 $\pm$ 3.18
t 值		1.373	10.074
P 值		0.172	0.000

2.2 2组患者血小板聚集率、复发率、并发症发生率对比 治疗后治疗组患者的血小板的凝聚率明显低于对照组（ $P < 0.05$ ），复发率明显低于对照组（ $P < 0.05$ ），呕

吐、恶心、大便潜血、鼻出血等并发症发生率也明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 2组患者治疗后血小板聚集率、复发率、并发症发生率对比 (%)

组别	例数	血小板聚集率	复发率	并发症发生率
治疗组	60	83.92 $\pm$ 8.57	2(3.33)	3(5.00)
对照组	60	90.51 $\pm$ 6.24	8(13.33)	10(16.67)
t 值/ χ^2 值		4.815	3.927	4.227
P 值		0.000	0.047	0.040

3 讨论

随着人们生活水平的不断提高，不良生活及饮食习惯逐渐养成，高脂高糖食物也被越来越多地摄入^[9]，加之生活压力越来越大，过度劳累，长期以往就可能会出现脑部血管动脉硬化、脑部缺氧，进而导致脑梗死的发生^[10-11]。脑梗死发病突然，且变化快，发病者脑组织严重缺氧、缺血，无法支持脑部的正常活动，最终将导致脑组织损伤，患者的神经功能也受到严重影响。脑梗死患者一般表现为意识昏沉、发音困难、肢体障碍等^[12]，如果不能及时对坏死的脑组织进行清除，可能会进一步扩大脑部组织受损的面积，为患者的康复带来不良的影响，甚至出现较差的预后，比如残疾、偏瘫等。中国脑梗死中西医结合诊治指南（2017年）也强调^[13]，脑梗死的防治具有重要的意义，处理时应该注意做到早期诊断、早期治疗、早期康复以及早期预防。

对于脑梗死的治疗，临床上使用较普遍的药物是阿司匹林。研究结果显示，阿司匹林的总治疗有效率为71.67%，治疗前后NIHSS量表评分有了一定程度的降低，血小板的聚集率、疾病复发率和并发症发生率都明显较高。这说明阿司匹林对于脑梗死的治疗有一定的效果，可以有效改善患者的脑部受损情况、缓解临床症状，但是它在起到治疗效果的同时也会为患者的消化系统带来不良的影响，导致呕吐、恶心、大便潜血、鼻出血等并发的产生。而且不能有效改善血小板的聚集率，降低患者的复发率，安全性较低，同时为患者的治疗体验及预后都带来了不良的影响。

三七总皂苷是从中药三七中提取出来的物质，具有通络止血、活血化瘀的功效，目前已经将它用于一些治疗脑梗死的药物，比如血塞通，因其能够提高患者的血小板活性，进而降低血小板的聚集率，减少患者脑部血管中血栓的形成，并有效控制患者的出血状况。本次研究通过对比三七总皂苷联合阿司匹林以及单独使用阿司匹林治疗脑梗死的临床效果，发现三七总皂苷联合阿司匹林具有较高的治疗效率（86.67%），治疗后NIHSS量表评分明显较低，说明它能够有效缓解患者的临床症状，血小板聚集率明显降低，说明对于脑部出现暂时性缺氧、缺血的患者能够起到一定的预防作用。而且三七总皂苷联合阿司匹林治疗可以降低

疾病的复发率,减少并发症的发生,因此具有较高的安全性。

综上所述,三七总皂苷与阿司匹林联合治疗脑梗死具有较好的疗效,可以有效改善患者的症状,对于脑梗死的发生可起到一定的预防作用,能够降低血小板的聚集率、疾病的复发率以及并发症发生率,安全性较高,具有较高的临床价值。

参考文献

- [1]刘洛同,周杰,明扬,等.中青年脑梗死与老年脑梗死病因及危险因素差异[J].中国老年学杂志,2014,34(7):1748-1749.
- [2]沈德驹.三七皂甙联合阿司匹林治疗脑梗死 123 例临床观察[J].福建医药杂志,2017,39(2):97-99.
- [3]张剑宇,彭岚,刘冬柏,等.三七皂甙联合阿司匹林预防脑梗死复发疗效观察[J].实用医学杂志,2010,26(8):1424-1425.
- [4]王锋,李薇薇,石学敏,等.首次脑梗死与复发性脑梗死危险因素分析[J].中华中医药杂志,2016,31(1):232-234.
- [5]吴余燕.脑梗死后非症状性出血转化的危险因素及预后[D].大连:大连医科大学,2017.
- [6]邵晓飞.阿司匹林抵抗在脑梗死二级预防中与血管事件的关系[J].中国现代医生,2014,52(3):34-36.
- [7]朱新华,王恰如.阿司匹林治疗脑出血后急性脑梗死的利弊与展望[J].中国临床新医学,2015,8(12):1213-1216.
- [8]李建设,孟轲,赵剑婷,等.PEAR1 基因多态性对长期服用阿司匹林脑梗死患者复发的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(20):26-29.
- [9]唐蕊,赵明哲,庄向阳,等.阿司匹林联合小剂量氯吡格雷治疗 75 岁以上急性脑梗死临床效果观察[J].临床误诊误治,2015,28(8):85-88.
- [10]林岩.大、小血管病变所致的脑梗死患者阿司匹林抵抗与卒中复发的相关性研究[D].济南:山东大学,2017.
- [11]赵慧娟,李坤.三七皂甙联合阿司匹林对脑卒中患者神经功能和二级预防的临床研究[J].实用预防医学,2012,19(3):453-455.
- [12]郭笑冬.缺血性脑卒中中西医结合治疗研究进展[J].医学理论与实践,2012,25(1):31-33.
- [13]中国中西医结合学会神经科专业委员会.中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J/OL].中国中西医结合杂志[2018-02-09].http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2787.R.20180112.1618.008.html.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘红平 收稿日期:2018-03-13)

患者入院前排便姿势及排便状况与痔病发病的关系探讨

王立柱¹ 肖斌² 于贝贝¹

(1 山东中医药大学第一临床医学院, 山东 济南 250014; 2 西安市中医医院肛肠科, 陕西 西安 710021)

摘要:目的 通过对住院痔病患者资料的收集研究,探讨排便姿势及排便状况与痔病发生的相关性,以期通过纠正排便姿势来降低痔病的发生率。**方法** 抽取300例入院痔病手术患者,以调查问卷的形式记录这些患者的排便姿势及排便状况,观察并分析其相关性以及对痔病发生的影响。**结果** 通过对300例入院痔病患者的调查分析,痔病的严重程度与排便通畅度有明显的相关性 ($P < 0.05$),不同的排便姿势与排便耗时、排便通畅度有明显的相关性 ($P < 0.05$),且资料显示排便时间大于10 min的痔病患者人数比例明显多于排便时间小于10 min的患者,排便不通畅的痔病患者人数比例明显多于排便通畅的患者,而排便姿势与排便的频次、粪便性状没有相关性 ($P > 0.05$)。**结论** 排便姿势通过排便时间及排便的通畅度来影响痔病的发生,换言之,通过蹲姿排便或者坐姿排便时身体前倾与地面夹角越小,可明显缩短排便时间并改善排便通畅度,以此减少痔病的发生率。改善排便习惯,对痔病的防治及避免术后复发提供一定的科学依据。

关键词: 痔病; 排便姿势; 排便通畅度; 肛直角

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.024

文章编号:1672-2779(2018)-10-0056-03

Discussion on the Relationship between Postponement Posture as well as Defecation Status and Incidence of Hemorrhoid in Patients before Admission

WANG Lizhu¹, XIAO Bin², YU Beibei¹

(1. First School of Clinical Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China;

2. Proctology Department, Xi'an Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shaanxi Province, Xi'an 710021, China)

Abstract: **Objective** To investigate the correlation between defecation posture and defecation status and the occurrence of hemorrhoid disease in order to reduce the incidence of hemorrhoids by correcting the defecation posture. **Methods** 300 patients with hospitalized hemorrhoids were enrolled in this study. The defecation posture and defecation status of these patients were recorded in the form of questionnaires. The correlation and the occurrence of hemorrhoids were observed and analyzed. **Results** There was a significant correlation between the severity of hemorrhoids and the patency of defecation ($P < 0.05$). There were significant correlations between defecation and defecation ($P < 0.05$), and the data showed that the proportion of patients with defecation greater than 10min is significantly more than the proportion of patients with defecation less than 10min, defecation is not smooth the proportion of patients with hemorrhoids were significantly more than defecation patients, and defecation posture and the frequency of defecation, fecal traits were not correlated ($P > 0.05$). **Conclusion** Defecation posture through the defecation time and defecation fluency affect the occurrence of hemorrhoids, in other words, by squatting defecation or sitting defecation when the body forward and the angle of the smaller angle can significantly shorten the defecation time and improve defecation patency, in order to reduce the incidence of hemorrhoids, improve bowel habits, the prevention and treatment of hemorrhoids and to avoid recurrence after surgery to provide a certain scientific basis.

Keywords: Hemorrhoids; defecation posture; defecation patency; anal right angle

痔病(Hemorrhoids)是常见的一种肛肠疾病。现代医学认为,痔为肛垫的病理性改变,它是多因素作

用引起的疾病,至少由2~3个因素引起,又受多因素影响而加重。痔病的病因学说目前被多数认可的有静脉

曲张学说和肛垫下移学说^[1]。

随着社会的发展及人们生活水平的提高,越来越多的家庭由蹲式排便转为坐式排便,有研究称坐式排便更容易诱发痔病,相反蹲式排便才更为健康。本研究通过对四种不同的排便姿势研究观察,探讨排便姿势与痔病发生的相关性,以便有针对性地减少痔病的发生及减缓痔病的进展,同时为指导并纠正术后患者如何建立良好的排便姿势和习惯提供更为科学的依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 300例符合纳入标准的混合痔患者均来自2016年4月—2016年12月山东中医药大学附属医院肛肠科住院部,以术前平素排便姿势为基础,分别为蹲姿总计32例,其中男14例,女18例;坐姿时身体前倾与地面夹角 $\leq 30^\circ$ 总计64例,其中男21例,女43例;坐姿时身体前倾与地面夹角为 $30^\circ \sim 60^\circ$ 总计97例,其中男42例,女55例;坐姿时身体前倾与地面夹角为 $60^\circ \sim 90^\circ$ 总计107例,其中男65例,女42例。4组在年龄、性别方面,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 采用中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中华中医药学会肛肠病专业委员会、中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会在2006年7月制定的《痔临床诊治指南(2006版)》^[2]中混合痔的诊断标准。

1.3 纳入标准 (1) 年龄18~75岁;(2) 术前诊断符合本病诊断标准;(3) 同意参加本研究且配合研究者调研。

1.4 排除标准 (1) 年龄 <18 岁及 >75 岁,妊娠和哺乳期妇女;(2) 合并有肛周脓肿、肛瘘、直肠息肉、直肠恶性肿瘤或炎症性肠道疾病等肛肠疾病者;(3) 合并有心脑血管、血液病、糖尿病、恶性肿瘤等原发性严重疾病及精神疾病者;(4) 拒绝接受本研究调查的患者。

1.5 观察指标

1.5.1 观察排便状况 平素排便耗时:(1) 5 min以内;(2) 5~10 min;(3) 10~20 min;(4) 20 min以上。平素排便频次:(1) 1~2次/d;(2) ≥ 3 次/d;(3) ≤ 2 次/周。平素排便情况:(1) 通畅;(2) 欠通畅;(3) 费力;(4) 需干预排便(灌肠、口服药物及其他手法辅助排便)。平素粪便性状:(1) 质干;(2) 质软成形;(3) 质稀不成形;(4) 质时干时稀。

1.5.2 痔病主要症状的量化标准 见表1。

表1 痔病主要症状量化标准

程度	便血	坠痛	脱垂
正常	0分	0分	0分
轻度	2分(带血)	2分(下坠为主)	1分(能复位)
中度	4分(滴血)	4分(坠胀,有轻度疼痛)	2分(需用手才能复位)
重度	6分(射血)	6分(疼痛较重)	3分(用手并不能复位)

注:通过以上症状(S)的量化,将痔病的严重程度进行一个界定,以0分 $\leq S < 6$ 分为轻度,6分 $\leq S < 11$ 分为中度,11分 $\leq S \leq 15$ 分为重度

1.6 统计学方法 使用SPSS 19.0统计软件,根据不同临床资料的特点,选择最适合的统计方法。计量资料采用t检验,计数资料采用卡方检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 被调查者痔病严重程度与排便通畅度情况比较 见表2。

表2 痔病的严重程度与排便通畅度情况比较 (例)

痔病的严重程度	例数	通畅	不通畅
轻度	71	18	53
中度	96	20	76
重度	133	50	83
合计	300	88	212

注:通过采用 χ^2 检验, $P=0.016 < 0.05$,分析痔病的严重程度与排便通畅程度的比较存在统计学差异,两者具有相关性

2.2 被调查者4种排便姿势与排便耗时的比较 见表3。

表3 痔病患者4种排便姿势与排便耗时比较 [例(%)]

排便姿势	例数	5 min以内	5~10 min	10~20 min	20 min以上
蹲姿	32	3(9.4)	13(40.6)	8(25.0)	8(25.0)
坐姿时身体前倾与地面夹角 $\leq 30^\circ$	64	3(4.7)	27(42.2)	14(21.9)	20(31.3)
坐姿时身体前倾与地面夹角 $30^\circ \sim 60^\circ$	97	11(11.3)	30(30.9)	28(28.9)	28(28.9)
坐姿时身体前倾与地面夹角 $60^\circ \sim 90^\circ$	107	14(13.1)	13(12.1)	29(27.1)	51(47.7)
合计	300	31	83	79	107

注:通过采用 χ^2 检验, $P=0.001 < 0.05$,分析4种排便姿势与排便耗时的比较存在统计学差异,两者亦与痔病的发生具有相关性

2.3 被调查者4种排便姿势与排便频次的比较 见表4。

表4 痔病患者4种排便姿势与排便频次比较 [例(%)]

排便姿势	例数	1~2次/天	≥ 3 次/天	≤ 2 次/周
蹲姿	32	24(75.0)	8(25.0)	0(0.0)
坐姿时身体前倾与地面夹角 $\leq 30^\circ$	64	52(81.3)	7(10.9)	5(7.8)
坐姿时身体前倾与地面夹角 $30^\circ \sim 60^\circ$	97	75(77.3)	15(15.5)	7(7.2)
坐姿时身体前倾与地面夹角 $60^\circ \sim 90^\circ$	107	93(86.9)	12(11.2)	2(1.9)
合计	300	244	42	14

注:通过采用 χ^2 检验, $P=0.098 > 0.05$,分析4种排便姿势与排便频次的比较不存在统计学差异

2.4 被调查者4种排便姿势与排便通畅度的比较 见表5。

表5 痔病患者4种排便姿势与排便通畅度比较 [例(%)]

排便姿势	例数	通畅	欠通畅	费力	需干预排便
蹲姿	32	2(6.3)	20(62.5)	8(25.0)	2(6.3)
坐姿时身体前倾 与地面夹角 $\leq 30^\circ$	64	16(25.0)	26(40.6)	13(20.3)	9(14.1)
坐姿时身体前倾 与地面夹角 $30^\circ \sim 60^\circ$	97	34(35.1)	35(36.1)	24(24.7)	4(4.1)
坐姿时身体前倾 与地面夹角 $60^\circ \sim 90^\circ$	107	36(33.6)	55(51.4)	10(9.3)	6(5.6)
合计	300	88	136	55	21

注:通过采用 χ^2 检验, $P=0.001<0.05$,分析4种排便姿势与排便通畅度的比较存在统计学差异,两者亦与痔病的发生具有相关性

2.5 被调查者4种排便姿势与粪便性状的比较 见表6。

表6 痔病患者4种排便姿势与粪便性状比较 [例(%)]

排便姿势	例数	质干结	质软成形	质稀不成形	质时干时稀
蹲姿	32	5(15.6)	23(71.9)	3(9.4)	1(3.1)
坐姿时身体前倾 与地面夹角 $\leq 30^\circ$	64	21(32.8)	31(48.4)	9(14.1)	3(4.7)
坐姿时身体前倾 与地面夹角 $30^\circ \sim 60^\circ$	97	29(29.9)	40(41.2)	24(24.7)	4(4.1)
坐姿时身体前倾 与地面夹角 $60^\circ \sim 90^\circ$	107	41(38.3)	40(37.4)	20(18.7)	6(5.6)
合计	300	96	134	56	14

注:通过采用 χ^2 检验, $P=0.072>0.05$,分析4种排便姿势与粪便性状的比较不存在统计学差异

3 讨论

中医认为痔的发病因素与风、湿、热、燥、气虚、血虚有关,而导致痔病的根本为脏腑的虚弱,功能的失调。《黄帝内经·素问·五脏别论》云:“魄门亦为五脏使。”《血证论》云:“魄门之病,有中气下陷,湿热下注者;有由肺经遗热,传与大肠者;有由肾经阴虚,不能润肠者;有由肝经血热,渗漏魄门者,乃大肠之滞与各脏腑相连之义也。”同时古人已经认识到了排便的时效性、规律性,《千金要方》云:“肛门者……,应十二时”。由此可以看出,中医对痔病的病因病机及排便的规律均有了深刻的认识,然而对排便姿势对痔病影响的认识并不多见。

随着现代医学研究的不断发展,尤其是盆底肛肠外科的深入研究,对痔病的认识也日渐深刻。痔病与排便密切相关,刘秋菊等^[3]通过研究发现,排便姿势及排便习惯的改变是排便困难发生的独立相关因素。陶博等^[4]研究表明,通过对排便康复(包括排便姿势的引导)的干预可以减轻患者排便困难的程度,从而使患者的自我效能感提高,生活质量也相应改善。正确的排便姿势是结合解剖、腹部和胸部压力等排便物理学知识的一个复杂动作。有研究表明不同体位肛直角变化的同时盆底肌群也发生相应的变化^[5]。肛一直角代表盆底肌群主要是耻骨直肠肌的活动度,静止状态下呈

收缩状态,肛直角大约 92° ,力排时耻骨直肠肌松弛,肛直角可增加至 130° 左右^[6]。而不同的排便姿势下,肛直角的角度的发生改变,根据人体生理解剖结构表明:坐便时肛门直肠角的平均角度为 92° ,蹲位时平均角度可增加到 132° ,此时粪便更容易排出^[7]。而蹲姿及坐姿身体前倾角度减小的情况下,肛直角可完全打开,同时腹部和胸部用力相对减小,排便将更为顺畅。有学者曾经做过一次试验,让受试者吞下显影物,通过X片发现采用蹲姿排便时,肛直肠角的角度比坐姿排便大 26° ,由此可看出蹲姿因生理角度的改变而有利于排便。而痔病和便秘密切相关,而后者与盆底肌功能密切相关:痔病患者肛管静息压增高,伴有肛门外括约肌的反常收缩^[8]。故不同的排便姿势对痔病的发生产生不同的影响,同时也会加重或缓解痔病的发展进程。因此,通过改变排便姿势,选择更利于大便排出的姿势,使肛直角完全打开,对于防止痔病的发生以及减少痔病患者术后复发有着重要的意义。

本研究表明,痔病的严重程度影响排便通畅程度,当排便姿势为蹲姿或坐姿时身体前倾与地面的角度越小,痔病的患者比例也随之减少,排便姿势影响排便时间及排便的通畅度,研究表明在排便时间小于10 min、排便通畅的情况下痔病的发病人数也相对减少。综上,通过此项研究,引导患者如厕时通过改变排便姿势及不良的排便习惯,以期减少痔病发生及痔术后复发;与此同时倡导人们树立正确的排便理念。

参考文献

- [1]张东铭,王玉成.盆底肛肠外科临床与临床[M].北京:人民军医出版社,2011:62.
- [2]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.临床诊治指南(2006版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-463.
- [3]刘秋菊,盛雪平,陈万民,等.卒中便秘的发生及影响因素[J].青岛医药卫生,2010,42(2):96-98.
- [4]陶博,王富伟.排便康复干预对功能性便秘患者便秘严重程度、自我效能感及生存质量的影响[J].现代医药卫生,2017,33(14):7-8.
- [5]张东铭,王玉成.盆底肛肠外科理论与临床[M].北京:人民军医出版社,2011:277.
- [6]吉巧龙.耻骨直肠肌综合征的临床及X线诊断[J].放射学实践,2000(5):323-324.
- [7]郭靖然.浅谈问卷调查法在产品中的应用[J].设计,2014(31):15-16.
- [8]胡佐鸿.从盆底功能整体理论探讨刺激上唇系带龈交穴诊治痔病及腰扭伤的机制[J].新中医,2016,48(12):169-171.

(本文编辑:张文娟 本文校对:梅笑玲 收稿日期:2018-03-13)

中醫美歲

经方辨治特发性水肿临证体会

窦荣浩¹ 韩佳瑞^{2*}

(1 河南中医药大学硕士研究生2017级, 河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第二附属医院肾病科, 河南 郑州 450000)

摘要:特发性水肿是临床常见病。西医以利尿剂、孕激素及改善毛细血管通透性的药物治疗, 水肿可减轻或消失, 停药后常易反复, 给患者造成极大的困扰。中医学在对此病的认识、治疗方面有其独特优势, 常常选用辨证论治的方法治疗, 患者一般都能达到预期治疗目的。其中尤以运用经方治疗疗效确切而广为传颂。

关键词:特发性水肿; 经方; 辨证论治

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.025

文章编号:1672-2779(2018)-10-0059-03

Clinical Experience of Classical Prescription in the Treatment of Idiopathic Edema Based on Syndrome Differentiation

DOU Ronghao¹, HAN Jiarui^{2*}

(1. Grade 2017 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Department of Nephrology, the Second Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Idiopathic edema is a common clinical disease. According to diuretics, progesterone and improving capillary permeability drugs treatment, western medicine can help reduce edema or make it disappeared. However, it often repeats and causes great trouble to patients if they stop taking medicine. Traditional Chinese medicine has its unique features in terms of understanding and treatment of the disease, the treatment method of dialectical argumentation is often used, and patients can achieve the desired goal of treatment. Especially the effect of using classical prescriptions rather widely spread. On this account we write this article to attract jade, for the same side of the study.

Keywords: idiopathic edema; classical prescriptions; treatment based on syndrome differentiation

特发性水肿又称为周期性特发性水肿, 指病因不明, 体重增加及全身浮肿为特征的一组临床综合征^[1]。早在1955年Mach等首次报道周期性特发性水肿, 至今其病因、发病机制仍不十分明确^[2], 可能与毛细血管通透性增加、蛋白质代谢异常以及醛固酮、雌激素分泌过多等因素有关^[3]。西医以利尿剂、孕激素及改善毛细血管通透性的药物治疗, 水肿可减轻或消失, 停药后常易反复, 给患者造成极大的困扰。中医学在对此病的认识、治疗方面有其独特优势, 常常选用辨证论治的方法治疗, 患者一般都能达到预期治疗目的, 其中尤以运用经方治疗疗效确切而广为传颂。下面就笔者熟读经典及临床观察、应用经方辨治特发性水肿案例体会报道如下。

1 历史源流

众所周知, 经方以量少而精, 效如桴鼓而著称。但经方说法历来不一, 有的学者认为是指汉以前临床医方著作及方剂的泛称。正如《汉书·艺文志》云: “经方十家, 二百七十四卷。经方者, 本草石之寒温……”。现专指张仲景编著《伤寒杂病论》中的方剂^[4]。特发性水肿属中医学“肤胀”“肿胀”“水气”“水肿”范畴。《灵枢·水胀》曰: “肤胀者, 寒气客于皮肤之间, 鼓鼓然不坚, 腹大, 身尽肿, 皮厚, 按其腹, 窅而不起, 腹色不变, 此其候也。”本篇又云“水始起也, 目窠上微

肿, 如新卧起之状, 其颈脉动, 时咳, 阴股间寒, 足胫肿, 腹乃大, 其水已成矣。以手按其腹, 随手而起, 如裹水之状, 此其候也。”仲景在此基础上进行更为详细的论述, 在《金匮要略·水气病脉证并治》设专篇对其进行了完整的论述, 将水气病分为风水、皮水、正水、石水及黄汗五类, 分别针对这五种类型的水肿提出了相应的方证论治。《中藏经·论水肿脉证生死候》曰: “水者, 肾之制也。肾者, 人之本也。肾气壮则水还于海, 肾气虚则水散于皮。又三焦壅, 荣卫闭, 血气不从, 虚实交变, 水随气流, 故为水病。”至隋·巢元方《诸病源候论·水肿病诸候》开始将“水肿”作为各种水病的总称, 提出: “夫水肿病者, 由荣卫痞涩, 脾虚弱所为。”至此, 水肿作为中医病名一直沿用至今。至元代《丹溪心法·水肿》将水肿分为阴水和阳水两大类, 指出: “若遍身肿, 烦渴, 小便赤涩, 大便闭, 此属阳水; 若遍身肿, 不烦渴, 大便溏, 小便少, 不涩赤, 此属阴水”。

2 发病机理

2.1 不离肺脾肾三脏 《黄帝内经》对水肿病的发生与肺脾肾的关系早有认识, 如《素问·经脉别论篇》曰: “饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精……水精四布, 五经并行”。此段原文阐述了人体水液代谢的基本过程, 水液的运行由肺的通调水道, 脾的转输, 肾的开合, 三焦的气化共同来完成, 水肿的形成与肺脾肾三脏功能失调有关, 可见肺脾肾三脏是参与水液代谢的

* 通讯作者: 2008hanjiarui@sina.com

重要脏腑。《素问·水热穴论》篇：“肾者胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。上下溢于皮肤，故为跗肿。跗肿者，聚水而生病也。”《素问·至真要大论》指出：“诸湿肿满皆属于脾。”《灵枢·五癯津液别》云：“阴阳气道不通，四海闭塞，三焦不泻，津液不化，水谷并行肠胃之中，别于回肠，留于下焦，不得渗膀胱，则下焦胀，水溢则为水胀。”亦是上述观点的有力佐证。因此，肺脾肾三脏与水肿的发病，是以肾为本，以肺为标，而以脾为制水之脏，诚如《景岳全书·肿胀》所云：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水唯畏土，故其制在脾。今肺虚则气不化精而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行”^[9]。

2.2 肝脾不调 瘀水互结 虽然《黄帝内经》对水肿病的发生与肺脾肾三脏的关系早有论述，但水肿的发生亦不可忽视肝脏的作用。《素问·经脉别论》曰：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋……行气于府，府精神明，留于四藏。”《素问·大奇论》云：“两胁满，卧则惊，不得小便……肝肾并沉为石水，并虚为死。”即讲述肝在体为筋，经脾胃运化的水谷精微散布到筋，与他脏精微相合，推行至脏腑周身，保证人体健康活力，若肝不能敷行精津、血液，郁于大腹，轻则肝脾不调，导致局部胀闷，重则水液停聚、瘀水互结，酿生它疾。诚如清代名医周学海在《读医随笔》所云：“凡脏腑十二经之气化，必藉肝胆之气化以鼓舞之，始能调畅而不病，凡病之气结、血凝、痰饮、跗肿……皆肝气之不得疏畅所致也，或肝虚而力不能疏，或肝郁而力不得疏日久遂气停血滞，水邪泛滥。”

3 治则治法

《黄帝内经》首创水肿的治疗原则。《素问·汤液醪醴论》曰：“平治于权衡，去菀陈莖，微动四极，温衣，缪刺其处，以复其形。开鬼门，洁净府，精以时服，五阳已布，疏涤五脏，故精自生，形自盛，骨肉相保，巨气乃平。”所提出的“开鬼门”“洁净府”“去菀陈莖”成为后世治疗水肿的三大治疗法则，至今仍指导临床治疗。仲景在继承《内经》学术思想基础上，提出具体治法：“诸有水者，腰以下肿，当利小便，腰以上肿，发汗乃愈”“夫水病人，目下有卧蚕，面目鲜泽，脉伏，其人消渴。病水腹大，小便不利，其脉沉绝者，有水，可下之”“先病水，后经水断，名曰水分……去水，其经自下”。清代名医唐容川继承《内经》《金匱要略》，更加详尽论述血水关系，认为血瘀也致水肿，提出：“水病则累血，血病则累气，气分之水阴不足，则阳气乘阴而干血，阴分之血液不足，则津液不下而病气。……血虚则精竭水结，痰凝不散。失血家往往水肿，瘀血化水，亦发水肿，是血病而兼水也”“瘀血化水，亦发水肿”等理论，详细地分析血、水在生理、

病理上的相关性，创立了以活血祛瘀辨治水胀大法，后世医家辨治水胀时多在此基础上论治^[6]。

4 典型医案

患者李某，女，43岁，2017年7月26日初诊。主诉：双下肢水肿反复发作3年余。患者3年前因劳累出现双下肢水肿，晨起或劳累后明显，曾多次行血、尿常规，肝肾功能，甲状腺功能，心电图等检查均未见异常，西医诊断为特发性水肿。服呋塞米（速尿）片等利尿剂治疗，水肿未能达到预期治疗目的。近因双下肢水肿明显前来诊治。刻诊：颜面及双下肢中度水肿，劳累后加重，面唇发暗，胸闷，善太息，性情急躁，稍饮食即觉胃脘部饱胀感，经量少，色暗有块，质暗红，眠差，大便三日一行，小便短赤、色黄，苔薄滑，脉弦细。证属肝脾不调，瘀水互结。方予当归芍药散合桃核承气汤加减：当归10g，赤芍12g，川芎15g，茯苓15g，白术12g，泽泻30g，桃仁12g，桂枝9g，大黄9g，芒硝6g（水冲），猪苓6g，冬瓜皮30g，益母草30g，柴胡12g，生甘草6g。7剂，每日1剂，水煎服，早晚分服。

2017年8月2日二诊：颜面水肿明显减轻，大便一日一行，减大黄为6g，去芒硝，以前方7剂。

2017年8月9日三诊：颜面及双下肢轻微水肿，余症均明显缓解，减大黄为3g，效不更方，以前方14剂。后随症加减继服2月余，诸症基本消除。随访3个月，一切尚好。

按：水肿的发生，多数医家认为“其本在肾，其标在肺，其制在脾”，治水也多责此三脏。然本病的治疗，若拘守套法，往往收效甚微，正如《证治汇补》曰：“治水之法，行其所无事，随表里寒热上下，因其势而利导之，故宜汗、宜下、宜渗、宜清、宜燥、宜温，六者之中，变化莫拘”。本案患者的病情常与情绪、劳累相关，肝主情志，主疏泄，情绪变化导致肝失疏泄，影响脾主运化功能，脾运失健，水湿内停而发为面浮肢肿。先师仲景在《金匱要略·水气病脉证并治》篇载：“寸口脉沉而迟，沉则为水……妇人则经水不通。经为血，血不利则为水，名曰血分。”因患者肝郁气滞血凝，脾虚血亏湿蕴，致血海不能充盈，冲任失调，经脉不利，气不化津，而成水。患者面唇发暗，胸闷，善太息，性情急躁，稍饮食即觉胃脘部饱胀感，经量少，色暗有块，质暗红，均为肝脾不调之象。瘀水互结，故苔薄滑，脉弦细。方中当归，辛甘温，长于补血，又其辛味，行散温通，为活血行瘀之要药；赤芍活血散瘀清热；川芎既能活血化瘀又能行气止痛，《本草汇言》云其可上行头目，下调经水，中开郁结，血中气药；茯苓、白术健脾渗湿，培土以制水；重用泽泻，张隐庵曰：“泽泻……水气上而后下，消水”^[7]，健脾以利水，利水而不伤阴；桃仁、桂枝增强活血化瘀之功；大黄、芒硝泻热通便，导水邪从大便

而出;配伍猪苓、冬瓜皮、益母草,使之共奏利水之妙;柴胡疏肝调气,生甘草益气清热,调和诸药。

参考文献

- [1]赵静.特发性水肿的临证辨治[J].江西中医药,2014(2):20-21.
- [2]任红旗,胡伟新.周期性特发性水肿研究进展[J].国外医学·泌尿系统分册,2005,5(5):713-717.
- [3]汪静,朱晓宁,张光海,等.孙同郊辨治特发性水肿经验[J].泸州医学院学

报,2014,37(4):390-392.

- [4]刘渡舟.经方溯源[J].北京中医药大学学报,1999,1(22):7-9.
- [5]李志庸.景岳全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:602.
- [6]邵云侠.从气化学理论辨治水肿病的临床研究[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2007.
- [7]郭汝聪.本草三家合注[M].太原:山西科学技术出版社,2011:40.

(本文编辑:张文娟 本文校对:韩佳瑞 收稿日期:2018-02-11)

是动则病的探讨

刘全书 姬永宽* 郭超一

(河南中医药大学基础医学院,河南 郑州 450046)

摘要:“是动则病”一词最早见于《黄帝内经》中,后世对其的解释颇有争议。作者通过研究《黄帝内经》中的篇目原文,发现“是动则病”中“动”所描述的是对相关疾病的诊察方法,且在《黄帝内经》中对上述病症的治疗及具体操作方法有系统论述,对诊断和治疗“十二经脉”的从属病症具有一定价值。

关键词:是动则病;三部九候;离合真邪论;黄帝内经;灵枢经

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.026

文章编号:1672-2779(2018)-10-0061-02

Discussion on "the Disease Caused by Disorder of this Channel"

LIU Tongshu, JI Yongkuan,* GUO Chaoyi

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

Abstract: The word "the disease caused by disorder of this channel" is first found in *Huangdi Neijing*, and the explanation of the later generations is quite controversial. By studying the relevant contents of the original text of *Huangdi Neijing*, the author found that "disorder" described in "the disease caused by disorder of this channel" is the method of examination of the related diseases, the treatment and specific operation methods of the above conditions are systematically discussed in *Huangdi Neijing*. It has some value to diagnose and treat the subordinate disease of the twelve regular channels. Therefore, this paper systematically discussed the disease. It has certain value to diagnose and treat the subordinate disease of twelve regular channels.

Keywords: The disease caused by disorder of this channel; three body parts and nine pulse taking sites; *Lihe Zhenxie Lun*; *Huangdi Neijing Lingshu Jing*

“是动则病”这一概念最早出现在《灵枢·经脉》篇中,《灵枢·经脉》篇在“十二经脉”每条经脉循行路线后,关于“是动则病”的描述为:“肺手太阳之脉……是动则病肺胀满……此为臂厥。”“大肠手阳明之脉……是动则病齿痛颈肿。”“胃足阳明之脉……是动则病洒洒振寒……是为胃厥。”“脾足太阴之脉……是动则病舌本强……身体皆重。”“心手少阴之脉……是动则病噤干心痛,渴而欲饮,是为臂厥。”“小肠手太阳之脉……是动则病噤痛颌肿……膈似折。”“膀胱足太阳之脉……是动则病冲头痛……是为踝厥。”“肾足少阴之脉……是动则病饥不欲食……是为骨厥。”“心主手厥阴心包络之脉……是动则病手心热……喜笑不休。”“三焦手少阳之脉……是动则病耳聋浑浑焮焮,嗌肿喉痹。”“胆足少阳之脉……是动则病口苦……是为阳厥。”“肝足厥阴之脉……是动则病腰痛不可以俯仰……面尘脱色。”

这一内容被认为是中医通过“经络学说”以确认“病症从属于何相关经脉”并进而“选经取穴治疗”的重要依据。但是关于“是动则病”中“动”的含义及实际所指,后世却颇有争议;如,将其总结为十二经脉症候特点^[1]、十二经脉本经与所属脏腑病症^[2]、认为其

是“卫虚营实”^[3]等。

关于“是动则病”中“动”的含义及解释,东汉·许慎《说文解字》中讲:“动者,作也”;《辞海》释为:“改变原来的位置和状态,与静相对”^[4]。结合本义,此处“动”在经脉,当取其“异常搏动”之义。作者依照《内经》原文相关论述总结发现,其描述的是一种诊断方法;并且发现在《黄帝内经》中对于其的应用以及相应的治疗方法有较为系统的论述,现总结如下。

1 “动”是诊断原则

1.1 “动”为邪居之 关于因何而“动”,在《灵枢·经脉》篇中讲到:“脉之卒然动者,皆邪气居之,留于本末;不动则热,不坚则陷且空,不与众同,是以知其何脉之动也。”指出脉“动”的原因是“邪气居之”,而脉之所“动”,也是因“邪气所过”。之所以这样说,是因为在《素问·离合真邪论》篇中讲到:“夫邪之入于脉也,寒则血凝泣,暑则气淅淅,虚邪因而入客,亦如经水之得风也,经之动脉,其至也亦时陇起。其行于脉中循循然,其至寸口中手也,时大时小,大则邪至,小则平,其行无常处,在阴与阳,不可为度,从而察之,三部九候,卒然逢之,早遏其路”,文中讲到“经之动脉,其至也亦时陇起”;也就是说,“十二经脉”的“是动则病”之“动”,就是经脉上“时陇起”的现象;讲到“其至也亦时陇起”,也就是说,当“邪气”至则见“陇

* 通讯作者:tcmchiyork@163.com

起”，即“动”。另，文中讲到“其至寸口中手也”；也就是说，疾病中手经可在寸口诊察到邪气所致脉“动”。

同理，其他部位的疾病，可“从而察之，三部九候，卒然逢之，早遏其路”，即依照“三部九候脉法”诊察，诊察以“动”为标准，以定邪气所在。

1.2 “邪”为“虚邪” 如上所述，“夫邪之入于脉也……虚邪因而入客”，即“经之动脉”之所以见“时陇起”，是因为“虚邪入客”。关于虚邪，在《灵枢·刺节真邪论》中讲到：“正气者，正风也，从一方来，非实风，又非虚风也。邪气者，虚风之贼伤人也，其中人也深，不能自去”，又“虚邪之中人也，洒淅动形，起毫毛而发腠理”；即区别于“从一方来”的“正风”，是“中人也深”的外来“贼风”；故，此处“虚邪”当作“外感邪风”讲^[5]。

2 “三部九候”是操作方法

2.1 理论依据 以取“动”为操作方法，而以“三部九候”脉法取“动”；之所以这样说，除了以上所述，在《素问·离合真邪论》中还有这样的论述：“帝曰：善。然真邪以合，波陇不起，候之奈何？岐伯曰：审扪循三部九候之盛虚而调之，察其左右上下相失及相减者，审其病藏以期之。不知三部者，阴阳不别，天地不分。地以候地，天以候天，人以候人，调之中府，以定三部。故曰刺不知三部九候病脉之处，虽有大过且至，工不能禁也”。文中意在再次强调，“三部九候之盛虚”是诊察“病脉之处”与“邪气居之”的关键方法。另需说明，以上所引原文中，通过诊“三部九候”，以“审其病藏以期之”；依据原文，“病藏”者是“真邪以合”，“真”即《素问·离合真邪论》中“真气者，经气也”中的“经气”。

2.2 具体操作 至于如何具体选取部位操作，在《素问·三部九候论》中论述十分详尽：“帝曰：何谓三部？岐伯曰：有下部，有中部，有上部，部各有三候，三候者，有天，有地，有人也，必指而导之，乃以为真。上部天，两额之动脉；上部地，两颊之动脉；上部人，耳前之动脉。中部天，手太阴也；中部地，手阳明也；中部人，手少阴也。下部天，足厥阴也；下部地，足少阴也；下部人，足太阴也。”

3 “邪盛虚之”是治疗方法

3.1 刺以泻邪 如上所述，通过“三部九候”脉法诊察经脉之“动”，以定邪气所在，至于对于“邪气”所致“动”及所引起的相关病症的治疗方法，可以总结为“刺出其血”。需要说明的是，此治法仅针对《灵枢·经脉》篇中“邪气居之”所产生的“是动则病”中病症的治疗，与没有邪气存在的“气血偏倾”不同。正如《素问·离合真邪论》中描述：“帝曰：补泻奈何？岐伯曰：此攻邪也，疾出以去盛血，而复其真气，此邪新客，溶溶未有定处也，推之则前，引之则止，逆而刺之，温血也。刺出其血，其病立已”即治当“泻邪”。

3.2 针刺操作 关于治疗的操作方法，除上段中的“推之则前，引之则止，逆而刺之，温血也”，在《素问·离合真邪论》中有：“吸则内针，无令气忤；静以久留，无令邪布；吸则转针，以得气为故；候呼吸引针，呼尽乃去。大气皆出，故命曰泻”。文中描述了通过呼吸补泻中的泻法，以达到泻邪的目的。需要注意的是，文中有“以得气为故”，毫无疑问这里所说的“气”便是同篇“此攻邪也”中的“邪气”。那么如何确保泻邪，而“复其真气”呢？

3.3 针刺需候邪气 除了已知的“邪气”过则脉“动”以外，后文又有：“帝曰：候气奈何？岐伯曰：夫邪去络入于经也，舍于血脉之中，其寒温未相得，如涌波之起也，时来时去，故不常在。故曰方其来也，必按而止之，止而取之，无逢其冲而泻之。真气者，经气也。经气太虚，故曰其来不可逢，此之谓也。故曰候邪不审，大气已过，泻之则真气脱，脱则不复，邪气复至，而病益蓄，故曰其往不可追，此之谓也。不可挂以发者，待邪之至时而发针泻矣。若先若后者，血气已尽，其病不可下，故曰知其可取如发机，不知其取如扣椎，故曰知机道者，不可挂以发，不知机者，扣之不发，此之谓也”。文中描述了邪气过时，应当“方其来也，必按而止之，止而取之，无逢其冲而泻之”。如果“候邪不审”，导致“大气已过”，便不能再泻，“泻之则真气脱，脱则不复，邪气复至，而病益蓄，故曰其往不可追，此之谓也”，这也是“刺以泻邪”这一操作的注意事项。

4 小结

“是动则病”是通过应用“十二经脉”理论以直接指导临床取穴治疗的关键内容，是连接“十二经脉”循行路线与“经脉病”所表现的临床病症之间的关键桥梁，同时也是应用“经脉理论”治疗相关从属疾病的直接依据。当然，我们也应该明确其适用前提，即文中一再强调的“邪气居之”。对于在经脉的邪气，通过“三部九候脉法”审经脉“动”处以定其所在，以“针刺”的方法以达到“泻邪”的目的，是治疗“是动则病”中所述相关经脉从属疾病的重要方法，对临床研究经络系统疾病具有一定价值。

参考文献

- [1]吴永贵.《阴阳十一脉灸经》与《灵枢·经脉》“是动则病”、“所产(生)病”探讨[J].云南中医学院学报,1986(3):18-22.
- [2]张登部.从《帛书经》看“是动、所生病”[J].上海针灸杂志,1984(4):30-31.
- [3]孟建国,周红军.是动病的实质与对策[J].现代中西医结合杂志,2011,20(30):3842-3844.
- [4]陈利国.试论“是动则病,是主×所生病”[J].山东中医学院学报,1984(3):32-34.
- [5]刘锋,陈钢.论《黄帝内经》之“虚邪”[J].时珍国医国药,2013,24(1):193-194.
- [6]戢杨.“是动病”“所生病”与十二经脉辑要[J].实用中医内科杂志,2015,29(12):21-24.
- [7]曹昂焱.小议《灵枢·经脉》篇“是动”“所生病”及其区分依据[J].中国针灸,2017,37(7):776-778.
- [8]张昆,章闻.“是动病”“所生病”的内涵研究[J].陕西中医药大学学报,2016,39(4):9-12.

(本文编辑:张文娟 本文校对:朱秀敏 收稿日期:2018-02-08)

马继伟运用麻黄连翘赤小豆汤 治疗尿毒症皮肤瘙痒临床心得[※]

董磊鹏¹ 卢小蓓¹ 马继伟^{2*}

(1 河南中医药大学硕士研究生2015级, 河南 郑州 450008;

2 河南中医药大学第一附属医院肾内科, 河南 郑州 450000)

摘要: 尿毒症皮肤瘙痒患者病机以“风”为主, 有外感热毒风邪之外风, 又有血虚、血燥、血热之内风, 治疗当以祛风止痒为主; 尿毒症患者免疫低下, 易感湿热风邪, 治疗当祛风止痒, 清热利湿解毒, 遣方选用麻黄连翘赤小豆汤加减。

关键词: 尿毒症; 皮肤瘙痒; 湿热风邪; 麻黄连翘赤小豆汤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.027

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0063-03

Clinical Experience of Ma Jiwei in the Treatment of Uremic Pruritus with the Application of Mahuang Lianqiao Chixiaodou Decoction

DONG Leipeng¹, LU Xiaobei¹, MA Jiwei²

(1. Grade 2015 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China;

2. Nephrology Department, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

Abstract: The pathogenesis of uremic pruritus is mainly "wind", including exogenous wind-evil induced by exogenous toxin, and endogenous wind-evil caused by the deficiency or dryness or heat of blood, and the treatment should be based on dispelling wind and relieving itching. Uremic patients are susceptible to damp heat and wind evil for the hypimmunity. They should be treated with dispelling wind and relieving itching, clearing away heat, promoting dampness and detoxification, and prescribe based on ephedra forsythia and chick bean soup.

Keywords: uremic pruritus; dampness-heat and wind pathogens; Mahuang Lianqiao Chixiaodou decoction

马继伟, 男, 河南中医药大学第一附属医院肾内科副主任医师, 解放军总医院博士后, 从事中西医结合防治肾脏疾病临床、教学、科研工作12年, 主持参与国家自然科学基金面上项目2项, 治学严谨, 善于中西医结合防治慢性肾脏病、糖尿病肾脏疾病、狼疮性肾炎、肾病综合征等肾脏疾病并形成自身特色。

皮肤瘙痒是指皮肤发痒不适并诱发搔抓欲望, 在终末期肾病患者中尤为常见, 称之为尿毒症皮肤瘙痒(UP), 约15%~49%的患者于透析前已表现该症状, 在透析患者中约占50%~90%^[1]。其临床主要表现为全身或局部不同程度的皮肤发痒, 多见于胸背、四肢和头部, 阵发性发作, 持续时间不等, 夜间明显, 常可自行缓解, 外部环境如热、透析、压力、冷、身体活动和降雨等会影响或加重瘙痒, 搔抓后可出现继发性皮肤损伤, 如皮肤瘢痕、结痂、色素沉着、苔藓样变等, 常导致尿毒症患者神经精神异常如焦虑、抑郁、失眠等, 严重影响患者的生活质量。

1 病因病机

中医对UP并无统一病名, 因其以皮肤瘙痒为主要

特征, 多将其划分为“风瘙痒”“痒风”等范畴, 关于其病因病机, 大多认为皆属于“风”, 如外感热毒风邪之外风, 正如《素问》所载: “外邪客于肌中, 则肌虚, 真气发散, 又寒搏皮肤, 外发腠理, 开毫毛, 淫气妄行, 则为痒也”, 以及血虚、血燥、血热引起的内风。杨栋等^[2]学者将UP分为血虚(燥)生风、湿浊内蕴、毒邪壅滞、肝胆郁(湿)热及营卫不和等证型, 并通过养血祛风、清热燥湿、活血化瘀、调和营卫等治法, 取得较好临床效果。终末期肾病患者病机多以本虚标实为多, 脏器虚损为本, 水湿、瘀血为标, 又因其免疫力低下, 多易感外邪, 兼夹表证, 临床以湿热风邪多见。

2 研究现状

目前对UP并没有统一的诊断标准, 多数认为满足以下2条即可确诊: (1) 符合慢性肾脏病诊断标准, CKD 5期 (eGFR<15 mL/min 1.73 m²); (2) 符合皮肤瘙痒诊断标准: 不同程度的皮肤瘙痒, 且2周内至少瘙痒3天, 每天数次, 每次持续数分钟或以一种特定瘙痒模式持续大于6个月。根据UP可能的发病机制分为透析相关性因素和非透析相关性因素: 前者指透析过程中可能与血液接触的物质导致了瘙痒的发生和加重; 后者相关发病机制有皮肤干燥, 周围神经病变, 二价离

※ 基金项目: 国家自然科学基金面上项目【No.81273950】

* 通讯作者: jjiwei193074@126.com

子如钙、镁、磷等浓度升高,血PTH、组胺、血维生素A、胆汁酸、P物质、阿片样物质等水平升高,免疫炎症,糖基化终产物在皮肤角质层聚积,外周血干细胞因子升高,营养不良等。根据皮肤瘙痒的神经病理机制:皮肤角质形成细胞分泌的内源性致痒物质如细胞因子、胺类、神经肽、神经生长因子等,刺激肥大细胞释放组胺或直接刺激皮肤C型纤维末梢,通过脊神经后根-对侧脊髓丘脑束-丘脑-下丘脑-网状结构-大脑皮质神经通路传导,从而产生搔抓欲望并诱发皮肤瘙痒,据此过程可将瘙痒分为皮肤源性瘙痒、神经病理性瘙痒、神经源性瘙痒、精神性瘙痒^[3],然而UP患者在上述多种因素作用下可能同时存在一种或几种类型的瘙痒。

由于UP常发生于复杂的代谢环境中,往往不能由单一类型或单一机制来解释,其治疗方法亦多种多样,治疗方法包括:局部药物治疗:皮肤润滑剂、辣椒辣素、普莫卡因洗液和他克莫司软膏等;药物治疗:抗组胺药如氯雷他定、酮替芬、西替利嗪,抗癫痫药如加巴喷丁、普瑞巴林(PG),阿片受体拮抗剂如纳曲酮、纳呋拉啡、CR845、纳布啡,抗抑郁药如舍曲林,抗炎药物如己酮可可碱(PTX)、沙利度胺、色甘酸钠(CS)、烟酰胺、 ω -3脂肪酸、硫酸锌,精神药物如氯硝西泮,5-HT₃受体拮抗剂如格拉司琼,白三烯受体拮抗剂如孟鲁司特,及消胆胺、活性炭等;肾脏替代治疗:肾移植、充分透析如血液透析联合血液灌流;其他如紫外线B疗法、乳果糖灌肠、甲状旁腺切除术;中医中药治疗:如针灸、脐疗、中药灌肠、中药外洗、中药熏蒸及中药口服汤剂等^[4-5]。

3 辨证要点

麻黄连翘赤小豆汤出自《伤寒论》262条:“伤寒,瘀热在里,身必黄,麻黄连翘赤小豆汤主之”。由麻黄、连翘、杏仁、赤小豆、大枣、桑白皮、生姜、甘草组成,其方证的基本病机为湿热熏蒸于表,或湿热兼表。辨证要点是:身黄如橘子色,小便不利而色黄,心烦,身痒,无汗,甚者水肿,或伴恶寒、发热等表证,舌红,苔黄或黄腻或黄白相兼,脉滑或滑数或浮滑等。在临床应用中发现该方可以通过疏风清热,利湿解毒,祛风止痒治疗尿毒症皮肤瘙痒症。

4 典型病例

刘某,男,48岁,于2017年9月12日就诊,主诉:双下肢水肿伴血肌酐升高5个月,皮肤瘙痒1周。5个月前因双下肢指凹性水肿,查血肌酐461 $\mu\text{mol/L}$,双肾体积缩小,并肾性贫血,计算内生肌酐清除率12 mL/min,诊断慢性肾脏病CKD 5期,接受中西医结合对症治疗;1周前无明显诱因出现皮肤瘙痒,背部及双下肢明显,

夜间加重,伴皮肤干燥,乏力,心烦,口干渴,纳眠差,尿量色黄量少,大便干,双下肢轻度指凹性水肿,舌质暗,苔薄黄,脉细,查血肌酐544 $\mu\text{mol/L}$,血钙1.6 mmol/L,血磷2.15 mmol/L,PTH 378 pg/mL, Hb 62 g/L,视觉模拟评分法(VAS)瘙痒评分7分。西医诊断:慢性肾脏病CKD 5期;中医诊断:痒风,血虚湿热证。西医治疗:控制血压血糖,低盐低脂优质低蛋白饮食,纠正并发症;中医治疗:养血祛风,清热利湿,处方:麻黄9 g,连翘18 g,赤小豆15 g,炒苦杏仁9 g,桑白皮15 g,炙水蛭9 g,炒桃仁12 g,北柴胡18 g,黄芩9 g,黄芪30 g,当归12 g,炒白术15 g,茯苓15 g,炙甘草9 g。7付,水煎服,日1付,早晚分服。

二诊:皮肤瘙痒有所缓解,VAS瘙痒评分5分,乏力、口干渴减轻,查血肌酐373 $\mu\text{mol/L}$,血钙1.87 mmol/L,血磷1.44 mmol/L, Hb 70 g/L,继服上方1周。

三诊:皮肤瘙痒、口干渴症状基本消失,乏力明显缓解,双下肢水肿减轻,尿量增加色淡,VAS瘙痒评分1分,查血肌酐437 $\mu\text{mol/L}$,血钙1.8 mmol/L,血磷1.16 mmol/L, Hb 84 g/L,继服上方1周巩固治疗。

5 讨论

现代药理研究表明:麻黄中有效成分可以抑制过敏介质的释放,具有显著的抗过敏作用^[6],桑白皮水提物可降低血管通透性,可抑制肥大细胞脱颗粒,通过调节肥大细胞功能发挥抗过敏作用^[7]。动物实验表明:麻黄连翘赤小豆汤有显著的止痒作用,并可以通过抑制机体的特异性IgE生成,抑制抗原攻击后的肥大细胞脱颗粒,减少组胺的分泌,从而发挥抗I型变态反应^[8-9]。亦有不少医者在临床中应用该方治疗皮肤瘙痒疗效明显^[10-11],目前常用于治疗奶癣、急慢性荨麻疹、日光性皮炎、黄褐斑、痤疮、湿疹、带状疱疹、风疹等皮肤病,急慢性肾小球肾炎、肝胆疾病、周围血管疾病、呼吸系统疾病、急性痛风性关节炎、异食症、逆行射精等病症。上述研究提示麻黄连翘赤小豆汤可改善皮肤源性瘙痒症状,但其对神经病理性瘙痒、神经源性瘙痒、精神性瘙痒是否有干预靶点,有待进一步实验证实。文中病案可以观察到在整个治疗过程中患者的血清磷水平出现持续下降,患者未服用磷结合剂,该结果是否与服用中药存在因果关系尚不明确,患者的皮肤瘙痒症状缓解是否与麻黄连翘赤小豆汤能调节钙磷代谢有关,我们将在日后临床中继续予以观察研究。

终末期肾病皮肤瘙痒是现代医学治疗的难点,其发病机制复杂,治疗方法多样,但除肾移植外仍无特效的治疗方法,目前正是祖国医学发挥长处之时,临床应用中医药辨证与辨病相结合治疗,运用外治、内

治及综合治疗等方法,取得了明显的疗效,但仍缺乏大样本、多中心、随机对照的临床研究。临床医师亦需结合患者情况,分析具体病因,采取合适有效的个体化治疗方案,以缓解患者症状,提高生活质量,回归社会生活。

参考文献

- [1] Narita I, Iguchi S, Omori K, et al. Uremic pruritus in chronic hemodialysis patients[J]. Journal of Nephrology, 2008, 21(2):161.
- [2] 杨栋,易铁钢,郑义侯,等.中医治疗尿毒症皮肤瘙痒的思路与方法[A].第二十次全国中医肾病学术会议论文集[C].第二十次全国中医肾病学术会议,2007.
- [3] 廖万清,朱宇.皮肤瘙痒的研究进展及治疗现状[J].解放军医学杂志,2011,36(6):555-557.

- [4] 戴维生,熊光军,姜明.黄地肾衰瘙痒洗液治疗尿毒症皮肤瘙痒 34 例临床观察[J].中医杂志,2014,55(14):1216-1218.
- [5] 郭佩玲.茵陈蒿汤治疗血液透析患者顽固性皮肤瘙痒症 29 例临床观察[J].中医杂志,1998(9):551-552.
- [6] 沈映君,陈长勋.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,2012:37-38.
- [7] 李良昌,秦向征,延光海,等.桑白皮水提取物的抗过敏作用[J].延边大学医学学报,2011,34(2):103-105.
- [8] 李小慧.麻黄连翘赤小豆汤抗 I 型变态反应的作用及作用机理实验研究[D].武汉:湖北中医学院,2003.
- [9] 邱明义,李小慧,石拓,等.麻黄连翘赤小豆汤血清对肥大细胞脱颗粒、组胺生成的影响[J].中药药理与临床,2003,19(5):3-4.
- [10] 温桂荣.运用经方治疗皮肤病体会[J].中医杂志,2012,53(20):1777-1779.
- [11] 李萍,黄正蓉,张思嘉,等.麻黄连翘赤小豆汤在皮肤科中的应用现状[J].辽宁中医药大学学报,2010(6):6-9.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘浩飞 收稿日期:2018-04-10)

黄海波诊治宫病经验采菁※

黄震洲¹ 张龙梅¹ 荣宝山^{2*}

(1 呼和浩特市蒙医中医医院全国名老中医药专家黄海波传承工作室,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: 黄海波将子宫内膜息肉、子宫肌瘤、宫腔粘连等引起胞宫孕育失常的疾病统称为“宫病”。认为“宫病”可因“虚”“实”致冲任失于温煦,胞宫胞脉失于濡养或闭阻,而难以摄精成孕。据《傅青主女科·种子篇》:“夫寒冰之地,不生草木;重阴之渊,不长鱼龙”“下部冰冷不受孕”的记载,以疏、调、养为法“暖宫”,临床疗效满意。

关键词: 黄海波;不孕症;宫病;老中医经验;妇科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.028

文章编号:1672-2779(2018)-10-0065-02

Experience of Professor Huang Haibo in the Diagnosis and Treatment of Uterine Disease

HUANG Zhenzhou¹, ZHANG Longmei¹, RONG Baoshan^{2*}

(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 010031, China)

Abstract: Professor Huang Haibo names endometrial polyps, uterine fibroids, intrauterine adhesions caused by pregnant uterus arrhythmia disease referred to as the uterine disease. Professor Huang Haibo thinks that "real" and "virtual" caused by Chongren lost in the warm, uterus cell pulse loss in Ruyang or block, and it is difficult to conceive. According to *Fu Qingzhu's Obstetrics and Gynecology·Zhongzi*, with dredging, adjusting and nourishing as the method of "warming the uterus", the clinical curative effect is satisfactory.

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

1 对不孕症的认识

现代医学认为排卵正常,精液正常,有正常的性生活,精卵能在输卵管内相遇并结合成受精卵,顺利地输入宫腔,子宫内膜准备充分,适于受精卵着床,此环节中任何一个异常,便可导致不孕症。唐《千金要方》云:“凡人无子,当为夫妻俱有五劳七伤、虚羸百病所致”。黄海波教授认为不孕(育)症病情繁杂疑难,病程迁延,是许多疾病或多种因素造成的一种结果,而非独立性疾病,证候寒热虚实夹杂,提出病

性为正虚(肾虚、脾虚、血虚、气虚)邪滞(寒、湿、痰、毒、气滞、血瘀),病位在肝、肾、脾、胞宫胞脉。邪正缠斗,互为因果,脏腑功能失常,冲任督带损伤,胎孕不受,辨治核心当以“管病”“宫病”“卵病”“精病”四大主线立论。

黄海波教授将宫颈息肉、子宫肌瘤、宫腔粘连等引起胞宫孕育失常的疾病统称为“宫病”。认为其多因素体阳虚,冲任失于温煦,或喜食寒凉生冷,脾虚气弱,运化失职,水湿停聚,或风寒湿邪直中,寒温失宜,寒湿下注,胞脉受阻;或肾虚血瘀,正虚胞弱,邪毒内侵,滞于冲任,日久渐成癥瘕;或气虚血少,气血运行乏力,冲任失养,胞宫失荣难以受孕。正如《神农本草经》:“女子风寒在子宫,绝孕十年无子”。

※ 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

《圣济总录》：“女子所以无子者，冲任不足，肾气虚寒也”。多以婚后不孕，月经错后或闭经，痛经，癥瘕，腰膝酸软、小腹冷痛、带下量多，质清稀，性欲减退，伴月经量少、色淡、质清稀；面色无华、头晕心悸、神疲乏力；舌质淡苔白，脉沉细无力。或月经色黑有块，块下痛减，常伴有月经后期，舌暗淡、边有瘀斑，脉紧或涩等为主要临床表现。辅助检查：超声检查，宫腔镜，子宫内膜活检可资诊断。

2 诊治思路

黄海波教授认为“宫病”可因“虚”“实”致冲任失于温煦，胞宫胞脉失于濡养或闭阻，而难以摄精成孕。针对“宫病”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，了解病证轻重缓急，根据经期、量、色、质及经期其它兼症等，据《傅青主女科·种子篇》：“夫寒冰之地，不生草木；重阴之渊，不长鱼龙”“下部冰冷不受孕”等记载，以疏、调、养为法“暖宫”。多用具有温肾暖宫，益气养血，填精助孕之品。代表方药：三紫汤加减。强调所谓宫寒不孕，究其根本乃由命门火衰，阳虚气弱，不能摄精成孕。并在治疗过程中，忌贪凉饮冷，宜节欲，以提高诊疗效果。

3 用药经验

黄海波教授治疗“宫病”惯用具有温肾暖宫，益气养血，填精助孕的三紫汤加减治疗子宫内膜息肉、子宫肌瘤、宫腔粘连等引起胞宫孕育失常的疾病。三紫汤药物组成：紫河车15 g，紫石英30 g，紫苏梗9 g；《本草经疏》载：“人胞乃补阴阳两虚之药，有反本还元之功”。现代研究表明^[1]其有治疗女子排卵功能异常，子宫发育不良，内分泌失调等所导致的不孕不育。《本草经疏》中载紫石英：肝血不足及女子血海寒虚不孕者，诚为要药。付灵梅等^[2]研究表明：紫石英有促进卵泡发育的作用，国家级名老中医褚玉霞教授^[3]亦惯以紫石英为主药治疗妇科诸多疾病。《本草通玄》中记载：“紫苏梗能行气安胎”。王惠玲等^[4]研究发现：紫苏梗和孕酮具有相同的作用，都能激发动物子宫内膜酶活性增长。

临证加减：气血亏虚合当归补血汤（黄芪，党参，当归，陈皮，鸡血藤，香附）加减以益气养血；实寒合少腹逐瘀汤加减以温经散寒、活血祛瘀；虚寒合温经汤加减以扶阳散寒、化瘀通络；气滞者加玫瑰花、合欢花、柴胡以疏肝理气；兼阳虚者，常加鹿角霜、淫羊藿，寒甚者加干姜、肉桂、桂枝等以温经散寒；归绥琪等^[5]研究提示，补肾法除能调节性腺轴外，同时也

调节肾上腺皮质功能，共同参与对生殖功能的调节作用。西药药理研究^[6]亦表明：补肾药具有类激素样作用，能提高垂体促性腺激素水平，使卵巢内LH/HCG受体增加，提高卵巢对垂体促性腺激素的反应性，增加内源性雌激素水平，从而促进初级卵泡向优势卵泡发育，通过调节下丘脑-垂体-卵巢功能达到治疗目的。

黄海波教授治疗宫寒不孕借鉴天津中医药大学妇科名家哈荔田教授诊疗寒凝胞中之痛经思路，喜用藁本，寓意在于寒邪在内不仅要祛内寒更宜宣通。藁本味辛性温，归膀胱经，有祛风散寒，除湿止痛之功。《神农本草经》载：“主妇人癥瘕，阴中寒，肿痛，腹中急，除风头痛”。其妙在于引寒邪以外出，寒者热之、治寒以热，向外宣通内消寒气。高颖等^[7]研究发现：藁本内酯可抑制热休克蛋白60所导致的TNF- α 、IL-6等炎症因子升高，具有一定的抗炎作用。故用之于“宫病”疗效显著。

4 验案举例

患者某，女，26岁，教师。2014年11月20日诊。主诉：婚后2年同居，性生活正常，未避未孕。刻诊：曾就诊于内蒙古医科大学附属医院，双方查无异常。14岁初潮，周期经期正常，下血量多色暗有块，初潮后至今行经少腹痛，痛则剧烈难耐，额头冷汗，伴腰背酸楚，少腹不温，畏寒肢冷，便溏乏力。舌淡白，苔薄白而润，脉沉细。中医诊断：不孕症，痛经，经行泄泻；西医诊断：原发性不孕症，原发性痛经。证属：冲任虚寒性痛经。治法：温肾暖宫，益气养血，填精助孕。方药：紫石英30 g，紫河车15 g，紫苏梗9 g，川芎10 g，白芍10 g，当归10 g，炒吴茱萸6 g，炙甘草6 g，桂枝10 g，阿胶10 g（烊化），牡丹皮6 g，人参6 g（兑服），炒干姜9 g，麦冬6 g，姜半夏9 g，炮姜6 g，香附10 g，醋延胡索10 g，藁本9 g。经期连服4剂。嘱其每次月经服此方4剂，调理5个月经周期，电话告之妊娠。

参考文献

- [1]陈新谦.新编药物学[M].北京:人民卫生出版社,1988:650.
- [2]付灵梅,谭朝阳,王丽君,等.紫石英对排卵障碍大鼠卵巢局部卵泡刺激素受体、黄体生成素受体表达的影响[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(5):185-186.
- [3]刘培培,赵婷婷,褚玉霞.褚玉霞教授紫石英汤异病同治验案举隅[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(17):72-74.
- [4]王惠玲,肖明,冯立新.紫苏梗、孕酮对子宫内膜酶活性效应的比较试验[J].西安医科大学学报,1990,11(2):121-124.
- [5]归绥琪,俞惊,魏美娟,等.补肾中药对雄激素致不孕大鼠垂体、卵巢及肾上腺作用的实验研究[J].中国中西医结合杂志,1997,17(12):735-738.
- [6]邓春枝,骆黎静,刘新蕊.补肾方治疗肾阴虚型多囊卵巢综合征临床观察[J].中华中医药学刊,2007,25(9):1895-1896.
- [7]高颖,陈蕊,顾宁,等.藁本内酯抑制 hHSP60 诱导 THP-1 细胞炎症反应及其机理探讨[J].辽宁中医杂志,2016,43(9):1926-1930.

(本文编辑:张文娟 本文校对:钱占红 收稿日期:2018-01-03)

赵国荣治疗小儿重度肝脂肪变性医案一则※

唐 菲 赵国荣* 梅 明 邹俊驹 何宜荣

(湖南中医药大学中医学院, 湖南 长沙 410208)

摘 要: 赵国荣认为肝脂肪变性属于中医“肝痞”“积聚”的范畴,其病因病机多为湿、热、痰、浊之邪郁阻肝脏,使其疏泄失常,且易传之于脾。临床治疗应辨湿热之轻重及所传之脏的虚实。今举案例一则,简要分析,以供同道探讨。

关键词: 肝脂肪变性;病因病机;赵国荣;儿科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.029

文章编号:1672-2779(2018)-10-0067-02

A Medical Case of Professor Zhao Guorong in the Treatment of Severe Fatty Degeneration of Liver in Children

TANG Fei, ZHAO Guorong*, MEI Ming, ZOU Junju, HE Yirong

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

Abstract: Professor Zhao Guorong considers the fatty degeneration of liver belongs to the category of "GAN PI" and "JI JU" in TCM, the etiology and pathogenesis is the dampness, heat, phlegm, turbid perverse trend obstructing the liver and cause it catharsis dysfunction, and transmitted to the spleen, easily. Clinical treatment should distinguish the degree of dampness-heat and the deficiency and excess of the viscera transmitted. Now, the paper gave a medical case for reference.

Keywords: fatty degeneration of liver; etiology and pathogenesis; Zhao Guorong; pediatrics

赵国荣教授系湖南省名中医,湖南中医药大学博士研究生导师,湖南省中西医结合学会肝病专业委员会主任委员。从事中医临床、科研、教学工作41年。擅长运用经方治疗急慢性肝病、胃肠病、代谢性疾病及内科疑难杂症等。在临床常常教导学生:“人是一个整体,不可单言一症而治病”“大道至简,尤其对于危重病,辨证准确的情况下尽量做到药简方精”,并从肝脏出发,结合中医五行学说、藏象学说及现代医学理论,系统地探讨了肝脾、肝肺、肝心与肠源性内毒素血症之间的联系^[1-3]。今举案例一则,略述其对于肝脂肪变性的认识及治疗。

邓某某,男,6个月。家属代诉患儿2016年12月15日因游泳被发现腹部鼓大,于青海省某医院行B超示:肝大,肝脏弥漫性病变,遂立即转于长沙某三甲医院进行肝穿刺活检,骨髓穿刺,基因检测等,诊断为重度肝脂肪变性,原因待查?住院期间考虑母乳不适合患儿,故停母乳改牛乳治疗十余日,无效且病情加重,患儿出现进行性消瘦、腹泻、不进食,医生建议肝脏移植,患儿家属拒绝,经人介绍于2016年12月30日前来赵教授门诊。症见:患儿腹部鼓大,面色萎黄,神情萎顿,表情淡漠,腹泻,5~7次/日,量中等,色黄,质稀如水样,不喜食,寐欠安,夜间喜哭闹,小便调。舌淡红,苔薄白腻,指纹淡红隐于气关。血常规:

WBC $7.34 \times 10^9/L$, RBC $3.79 \times 10^{12}/L$, HGB 106 g/L, PLT $284 \times 10^9/L$; 肝功能: ALT 75.9 U/L, AST 135.6 U/L, ALP 276 U/L; 血脂: TG 3.25 mmol/L, HDL-C 0.81 mmol/L, LDL-C 1.63 mmol/L; B超: (1) 肝切面增大,肝实质弥漫性病变(右肝最大斜径108 mm,左肝60 mm×79 mm,肝实质光点增粗密集,肝内管系走行不清晰,管道较细窄模糊,门静脉内径5.5 mm); (2) 餐后胆囊显示不清。中医诊断:肝痞;证型:脾虚夹湿,湿重于热;治法:益气健脾,渗湿止泻,清热利湿。处方:参苓白术散合茵陈四苓散加减。药物:党参10 g,茯苓15 g,炒白术10 g,淮山药15 g,扁豆10 g,莲子10 g,薏苡仁10 g,砂仁5 g,茵陈10 g,猪苓10 g,泽泻10 g,芡实10 g,甘草5 g。11剂,3日/剂,嘱服33天,水煎煮300 mL/剂,100 mL/日,分多次服完。

二诊:2017年2月3日,家属代诉服药1周后腹泻即止,大便2~4次/日,色黄,质偏稀,纳转佳;现仍腹部鼓大、夜间喜哭闹,寐欠安,舌、指纹同前。辨证为湿重于热,痰火凝结。治法:清热利湿,软坚散结。处方:茵陈四苓散合消瘰丸加减。药物:茵陈10 g,茯苓15 g,猪苓10 g,泽泻15 g,炒白术10 g,浙贝母10 g,生牡蛎10 g,玄参10 g,西洋参3 g,麦冬10 g,甘草5 g。11剂,3 d/剂,嘱服33天,水煎煮300 mL/剂,100 mL/d,分多次服完。

三诊:2017年3月10日,家属代诉腹部鼓大、夜间喜哭闹较前明显好转,无其它不适,纳可寐安,舌稍红,苔薄白,指纹淡紫隐于风关。效不更方,但有化热之势,故在上方加竹叶5 g,石膏10 g,法半夏10 g。

※ 基金项目:湖南省财政厅科学技术厅国际合作科技计划项目【No.2015WK3019】;湖南中医药大学中医临床基础重点学科资助

* 通讯作者:zhaogurong1116@sina.com

11剂,3日/剂,嘱服33天,水煎煮300 mL/剂,100 mL/d,分多次服完。

此后每月就诊一次,皆以茵陈四苓散加减巩固治疗,腹部鼓大逐渐减轻,肝功能也于2017年6月9日基本恢复正常:ALT 36.8 U/L,AST 67.5 U/L,ALP 196 U/L;后因2017年7月10日及2017年9月1日感冒两次,肝功能再次异常:ALT 102.8 U/L,AST 135.1 U/L。故先治疗感冒再继续以前方治疗。2017年11月15日最后一次就诊时,患儿腹部鼓大消失,无其它不适,复查血常规:WBC $8.86 \times 10^9/L$,RBC $4.45 \times 10^{12}/L$,HGB 125 g/L,PLT $347 \times 10^9/L$;肝功能:ALT 69.4 U/L,AST 101.5 U/L,ALP 178 U/L;血脂:TG 1.41 mmol/L,HDL-C 1.44 mmol/L,LDL-C 2.42 mmol/L;B超:(1)肝大,肝实质光点增粗(右肝最大斜径93 mm,左肝50 mm×68 mm,肝内管系走行清晰,门静脉内径6.8 mm)。从检查结果显示治疗11个月,贫血已纠正,血脂指标恢复正常,肝功能逐渐恢复,B超显示肿大肝脏明显变小,肝内管系走行由不清晰变清晰,管道较细窄模糊也恢复正常。

按:肝脂肪变性亦称肝脂肪浸润,是指肝脏的代谢和功能异常使过量的脂肪尤其是甘油三酯在肝细胞内过度沉积。临床常以血清学血脂、影像学CT的异常作为确诊手段,多从病因、调整饮食来治疗^[4-6]。而对于婴儿肝脂肪变性暂无特殊有效的治疗手段。中医则把肝脂肪变性归属“肝痞”“积聚”等范畴^[7],在中医理论的指导下,辨证治疗效果颇佳。如“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”理论出自《金匱要略·脏腑经络先后病脉证并治》^[8],但肝病实脾的理论早在《难经》就有记载,见于《难经·七十七难》^[9]:“所谓治未病者,见肝之病,则知肝当传之于脾,故先实其脾气,无令得受肝之邪”。二者所述皆是已病防传的观点,因肝属木,脾属土,木易乘土,肝主疏泄,脾主运化,脾的运化需要肝的疏泄作用来调节,故肝脏发生病变,易累及于脾,使脾之运化功能受损,故当先实脾,使脾强而肝无所乘^[10]。本案例现代医学停母乳改为牛乳是否也有肝病考虑传脾之意?但遗憾的是没有完整理论体系及可行治疗方法,只能从母乳喂养上去考虑。中医则根据患儿初诊有腹泻、纳差等症,即可知肝病已传脾,故赵师在治疗时仍先从脾胃入手,使脾强而后天之本足,脾强传变难以进一步深入,处以参苓白术散来益气健脾,渗湿止泻;但患儿病情危重,不可不重视原发疾病即肝病的治疗。因其属“肝

痞”“积聚”等范畴,为湿热聚结而成,故治疗又以清热利湿。从舌、指纹等分析该患儿属于湿重于热,故配茵陈四苓散来清热利湿;两方合用,实脾以扶正,清热利湿以祛邪。二诊时患儿腹泻止,纳食增加,胃气渐复,但仍腹部鼓大,治疗以清热利湿祛邪为主,仍用茵陈四苓散。因湿热内蕴,日久酿生为痰而易成结块,故配消瘰丸软坚散结;考虑到湿为阴邪,过度攻伐易耗气伤阴,故党参改为西洋参,再加麦冬起益气滋阴之效,续用白术、茯苓,把实脾之理论贯穿始终,只是权衡了扶正与祛邪的孰轻孰重而已。三诊时诸症皆缓,但从舌、指纹上看,有化热之势,再在原方基础上加竹叶、石膏清热生津,又恐甘寒清热之品碍湿,故又少佐辛温之半夏来燥湿,全方配伍,使热得清、湿能祛,互不胶结。后期病情稳定,故皆在茵陈四苓散的基础上加减治疗,肝功能也于2017年6月9日基本恢复正常。2017年7月10日及2017年9月1日因感冒出现肝功能再次异常,此时就要正确处理新感与旧病的关系,使感冒得愈,旧病继续治疗得以康复。

后语:记得该患儿第一次就诊时,其母亲在旁一直泣不成声,说没得救了,不知道怎么办,前面也有医生跟她说孩子跟母亲无缘,她又何曾会想到没过3个月就能安心地远去青海工作,奶奶带着孙子在长沙老家,每个月来就诊一次,喝着中药慢慢康复。这仅是赵国荣教授治疗众多危重病中的一例,笔者有幸跟诊,遂举此一例,简要分析,供同道探讨,为发扬中医、传承赵国荣教授治病经验而尽微薄之力。

参考文献

- [1]赵国荣,陈研焰,何宜荣,等.基于“肝脾理论”探讨肠源性内毒素血症致继发性肝损伤[J].湖南中医药大学学报,2016,36(1):44-46.
- [2]毛娅男,赵国荣,袁振仪,等.从中医“木旺侮金”与肠源性内毒素血症探讨肝肺二脏病理传变[J].中国中医药信息杂志,2017,24(2):112-114.
- [3]赵国荣,戴玉微,崔玉晖,等.从微生态与心血管损伤关系探讨清热解毒浊片对肠源性内毒素血症大鼠 iPA 与 PAI-1 的影响[J].中国中医急症,2017,26(1):46-49.
- [4]孙利芳.婴儿肝脂肪变性的 CT 诊断与临床[J].中原医刊,2005,32(15):78-79.
- [5]朱杰明.儿童 CT 诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,2003:317.
- [6]吕利,刘际清,关长群,等.肝脂肪浸润的血脂和 CT 研究[J].临床肝胆病杂志,1988(3):58.
- [7]周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007.
- [8]汉·张仲景.金匱要略[M].何任,何若苹整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [9]南京中医学院.难经校释[M].北京:人民卫生出版社,1979:163.
- [10]区鸿斌,陶衍明,金伟孝,等.“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”理论及其临床应用[J].中医杂志,2012,53(9):797-799.

(本文编辑:张文娟 本文校对:赵国荣 收稿日期:2018-03-09)

庞玉琴论治崩漏的经验

张 文¹ 贾剑威^{2*}

(1 河南中医药大学第一附属医院肾病科, 河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一临床医学院, 河南 郑州 450008)

摘 要: 庞玉琴认为崩漏病机为肾、肝、脾虚损失调, 冲任不固, 因气虚不统血或瘀热内积夹湿所致。根据崩漏的寒热虚实、发展阶段以及病人的年龄, 分塞流、澄源、复旧三个阶段治疗。

关键词: 庞玉琴; 崩漏; 临证经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.030

文章编号:1672-2779(2018)-10-0069-02

Experience of Professor Pang Yuqin in Treating Uterine Bleeding

ZHANG Wen¹, JIA Jianwei²

(1. Nephrology Department, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province,

Zhengzhou 450000, China;

2. The First Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

Abstract: Professor Pang Yuqin believe that the pathogenesis of this disease is the loss of balance of the kidney, liver, spleen and the unconsolidation of Chong and Conception Channels, because of deficiency of blood or stasis caused by heat within the plot folder wet. According to the uterine bleeding of the cold, heat, deficiency, excess, the development stage and the patient's age, there are three stage of treatment as sub-plug flow, Cheng source and rehabilitation.

Keywords: Pang Yuqin; uterine bleeding; clinical experience

中原庞氏妇科起源于清乾隆五十年(1785年),从庞安江起,继传庞继章、德武、德墨、东山、清治、云龙七代,沿传至今。庞氏妇科学术思想以论诊断首重奇经,调气血尤重理气、祛瘀,善用清热祛湿之法等著称。

1 崩漏概述

崩漏是月经的周期、经期、经量发生严重失常的病证,是指经血非时暴下不止或淋漓不尽,前者谓之崩中,后者谓之漏下。崩与漏出血情况不同,但其病因病机基本相同,故概称崩漏。可发生于从月经初潮后至绝经的任何年龄,足以影响生育,危害健康。

关于崩漏历代医家有很多记载。崩漏一词,首见于《内经·素问·阴阳别论》:“阴虚阳搏谓之崩”。《金匱要略·妇人杂病脉证并治》:“妇人有漏下者,有半产后因续下血都不绝者,有妊娠下血者也。”说明当时对不同情况的下血证已初具鉴别,为后世研究崩漏奠定了基础。隋代《诸病源候论》首列“漏下候”“崩中候”“崩中漏下候”,并指出是由于“劳伤气血”或“脏腑损伤”,以致“冲任二脉虚损”“不能制约经血”为主要病机,还观察到崩与漏可以互相转化。明代方约之在《丹溪心法附余》中提出治崩三法:“治法初用止血,以塞其流;中用清热凉血,以澄其源;末用补血,以复其旧。”清代《傅青主女科》:又提出“止崩之药不可独用,必须于补阴之中行止崩之法”。

历代医家认识并论治崩漏源远流长,但是随着现代医学发展,对于崩漏不能拘于前人的认识。庞玉琴教授认为崩漏属于月经病的范畴,其他病症所致的似崩似漏的阴道下血,均不属崩漏之列^[1]。

2 崩漏的发病机理

庞教授认为,崩漏发病,原因多端,病变非一脏一腑,常是因果相干,气血同病,多脏受累。但从整体来看主要为肾、肝、脾虚损失调,冲任不固;从局部来看,病变位于胞宫,因气虚不统血或瘀热内积夹湿,致胞宫藏泄失度而崩漏不止。整体为病本,局部为病标。崩漏发病原因除与肝、脾、肾三脏相关外,与其他脏腑也有一定的关系,凡气血经络受病,亦可以导致崩漏。

3 崩漏的辨证

3.1 四诊辨证 庞教授在诊治妇科诸病时除根据必要的西医检查诊断外,非常重视望、闻、问、切四诊在疾病辨识中的作用。尤其对于妇科疑难杂症之崩漏,虚实夹杂,寒热错杂,且病性可相互转变,如初起为血热实证,日久则气血耗损转为虚证。庞教授在辨崩漏时重点首查经血的量、色、质特点,并根据病人的舌质舌苔、出血时长、脉率脉形以及伴随体征,全面了解病情,准确辨其证型,并为辨证论治提供正确依据。经血非时暴下不止,或淋漓日久不尽,血色淡,质清稀,伴有面白无华,短气乏力,舌质淡,苔白润或有齿痕,脉虚细无力,为脾气虚或肾气虚;经乱无期,出血量少淋漓累月不知,或停经数月后又突然暴

* 通讯作者:1055067172@qq.com

崩下血，经色鲜红，质稍稠，伴有腰膝酸软，心烦，口苦，夜寐不宁，舌红，少苔或有裂纹，脉细数，为肝肾阴虚；经血非时而下，量时多时少，时出时止，或淋漓不断，或停闭数月又突然崩中，继之漏下，经色暗有血块，舌质紫暗或舌边尖有瘀点，脉弦细或涩，为血瘀所致。

3.2 根据年龄辨证 庞教授在临床上观察到，崩漏一证可发于不同年龄阶段的妇女，以青年女子和更年期妇女为多见。青年女子多属肾气不足，更年期女子多属肾脾两虚，故肾虚乃致崩之本，治疗崩漏调整周期，补肾应贯穿在整个病程中。而生育期妇女临床虽为少见，但如果工作及家务劳累，学习或情绪紧张，均可引起情志郁逆，导致肝、脾功能失常引发崩漏。

4 崩漏止血论治

崩漏的主症为出血，治疗目的为止血，然而不加以辨识出血时长、出血原因，一味止血恐有关门留寇之嫌。庞教授在临床中除根据方约之提出塞流、澄源、复旧的基本止血方法外，结合庞氏妇科在崩漏中独到的见解，运用庞氏止血三法治疗崩漏，收到良好的疗效。本着急则救其标，缓则救其本的原则，庞教授将崩漏分三个阶段治疗，即崩漏下出血多阶段，漏下出血少阶段，调理善后复旧阶段^[2]。

4.1 漏下量多时 塞流兼澄源 首重逐瘀 暴崩下血量多时，血随气脱，病情危急，急则救其标，宜用生脉散加减或独参汤补其气血为要，待病情缓和，再根据其出血性质选择用药。血热者加蒲公英、贯众炭、旱莲草、黑栀子、败酱草等清热凉血之品；气虚者加党参、升麻、枳壳、白芍炭等补气升提之品，庞氏云：“血崩发晕，必用人参”是为之道；阴虚者加麦冬、阿胶、熟地黄等滋阴补血之品。

“暴崩宜止宜涩”。但是无论何种原因造成的崩漏，总的病机为冲任损伤，胞脉不固血不归经，离经之血形成瘀血，故治疗时止血与化瘀药并用，既加速止血，又防止血留瘀之嫌，临床选用失笑散加益母草、枳壳、茜草等化瘀之品。庞教授认为，选用化瘀之药，实际上是选用对子宫平滑肌具有收缩作用的药物，通过加强子宫收缩而达到清除胞宫内残留瘀浊的目的。因崩漏主证为出血，故不用土鳖虫、桃仁、莪术等破血之品。

4.2 漏下血少 澄源为主 标本并重 “久漏宜清宜通”。庞教授认为漏下血少时，虽曰缓则治其本，但此时标

证——出血现象仍在，补气摄血不可偏废。又崩漏一病发病原因变化多端，治疗时还需抓主要病机，即冲任不固，不能制约经血，而冲任二脉与肝、脾、肾关系密切，治疗时着重肝、脾、肾的调治。

4.2.1 从肝论治 肝藏血，主疏泄，喜调达恶抑郁，与人的情志活动有着密切的关系。若情志不舒，则会导致肝气郁结，气滞则血瘀，引起血不归经而成为离经之血；气郁日久则化火生热，热扰冲脉，冲任不固亦导致出血。庞教授常应用丹栀逍遥散加减，用以疏肝清热，凉血定冲。若血热者加黄芩炭、生地黄炭、贯众炭。

4.2.2 从脾论治 脾为后天之本，气血生化之源，主运化、主统血，脾气主升，脾气对血液具有统摄作用，使血液循脉运行而不溢出脉外。若脾气虚，不能统摄血液，冲任不固出现崩漏下血之证。庞教授常选用补中益气汤或归脾汤加减，治以健脾益气，养血固崩；出血不止者去黄芪、当归，加阿胶、炒白芍以滋阴养血以止血。

4.2.3 从肾论治 肾为先天之本，藏精，主蛰，为封藏之本，主生长发育和生殖，天癸的到来与肾气的盛衰有密切的关系。若肾气不足，则上不能温煦脾阳，下不能温暖胞宫，导致冲任失常。肾为元阳之根，肾虚所致崩漏为病最重。脾虚日久，亦可渐损肾气，使肾封藏失职，轻者淋漓不尽，重者经血暴注。故多选用左归丸加减方；若出血不止者加旱莲草、阿胶珠、五味子加强固肾涩精之功。

4.3 调理善后 治本为主 年龄不同 治法有别 止血后要进行调理善后，目的有二：一是恢复体质；二是恢复青壮年妇女正常的月经周期。如果只控制出血，忽视调整周期则易致崩漏反复。调理善后，年龄不同，治法有别。青春期女子肾气未充，天癸初至，冲任不足，以补肾调冲任为主，常以六味地黄丸加减，同时顾护脾胃；对于育龄期妇女当以养血疏肝健脾为治，以丹栀逍遥散加减；更年期妇女，肾气渐衰，天癸亏竭，应采用健脾固肾方法调之方，用知柏地黄丸，此期妇女真阴不足，阳常有余，在健脾固肾基础上加滋阴降火之品，如菊花、蒲公英、白芍、旱莲草、阿胶等^[3]。

参考文献

- [1] 马宝璋. 中医妇科学[M]. 上海: 上海科技出版社, 2015: 83-85.
- [2] 庞清治, 庞玉琴. 崩漏止血3法讲解[J]. 中医杂志, 2002, 13(7): 547-548.
- [3] 胡国华. 全国中医妇科流派研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 312-333.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 李运恒 收稿日期: 2018-02-06)

李合国治疗慢性萎缩性胃炎经验

史省伟¹ 李合国^{2*}

(1 河南中医药大学硕士研究生2016级, 河南 郑州 450000;
2 河南中医药大学第一附属医院脾胃肝胆病科, 河南 郑州 450000)

摘要: 本文主要介绍李合国治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验。李合国从事消化系统疾病研究多年, 临床经验颇丰, 尤其在治疗慢性萎缩性胃炎方面, 发挥了中医药的优势, 认为慢性萎缩性胃炎的根本病机为脾胃气虚, 胃络瘀阻为本病的病理基础。在临证之际, 谨守病机, 辨证施治, 用药灵活, 随证加减, 自拟和胃方运用于临床, 并尤为重视日常综合护理, 故常常取得显著临床效果。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 李合国; 临床经验; 痞满

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.031

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0071-02

Experience of Professor Li Heguo in the Treatment of Chronic Atrophic Gastritis

SHI Sheiwei¹, LI Heguo²

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;
2. Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Experience of Professor Li Heguo in treating CAG was introduced. Professor Li Heguo has been engaged in the digestive system disease research for many years. His rich clinical experience in the treatment of the CAG plays the advantages of traditional Chinese medicine. He considers the main pathogenesis of CAG is qi deficiency and blood stasis of spleen and stomach. Focusing on the comprehensive nurse in the aspect of treatment showed a significant clinical effect.

Keywords: chronic atrophic gastritis; Li Heguo; clinical experience; distention and fullness

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是以胃腺体萎缩、胃黏膜变薄、黏膜肌层增厚等为主要病理改变的慢性炎症疾病, 可伴有肠上皮化生、异型增生, 为癌前病变^[1]。该病以上腹部胀满或疼痛、纳呆为主要临床表现, 伴有反酸、嗳气、乏力等症状, 后期可出现营养不良等症状; 西医诊断按照《中国慢性胃炎共识意见》^[2] 中CAG的诊断标准。本病属中医学“胃痞”“痞满”“嘈杂”等范畴。中医药治疗本病有着西医难于比拟的优势。李合国教授勤求古训, 拜访名师, 先后师从国医大师李振华教授, 全国名老中医李乾构教授, 经方大家李友枝教授, 从事脾胃病临床、科研、教学工作30余年, 临床经验丰富, 笔者有幸聆师教诲, 受益颇多, 现将其辨治CAG经验介绍如下。

1 谨守病因病机

《素问·五常政大论》曰: “备化之纪……其病痞” “卑监之纪……其病留满痞塞”; 《诸病源候论·痞噎病》: “由忧恚气积, 或坠堕内损所致。” 故CAG多与外邪侵袭, 误下伤正, 饮食不节, 饥饱失宜, 情志不调因素等有关, 上述病因均可影响至胃, 并涉及脾、肝, 使中焦气机不利, 脾胃升降失职, 发为本病。李教授根据传统中医学理论, 结合多年临床经验, 认为本虚标实为本病主要病机, 其虚者以脾胃气虚、胃阴

不足为主, 实者主要有肝郁、湿热, 久病入络, 胃络瘀阻是CAG的重要重要病机^[3]。

1.1 脾胃气虚为本 《普济方·虚劳心腹痞满》: “夫虚劳之人, 气弱血虚, 荣卫不足, 复为寒邪所乘, 饮食入胃, 不能传化, 停积于内, 故中气痞塞, 胃胀不通, 故心腹痞满也”; 清·刘一仁《医学传心录·病因赋·痞满脾倦积湿而成》曰: “脾倦无力运化, 水谷精微失布, 湿成痰, 停聚于中脘, 故痞也”; 《杂病源流犀烛》曰: “痞满, 脾病也, 本由脾气虚, 及气郁运化, 心下痞塞满”, 胃痞虽病在胃, 然与脾密切相关, 脾胃同居中焦, 以膜相连, 足太阴经属脾络胃, 足阳明经属胃络脾, 两者构成表里配合关系。上述诸多因素均可损伤脾胃, 脾胃气虚, 胃失所养, 而致胃腺体萎缩, 李师认为胃病日久, 累及脾脏, 脾气受损, 运化失职, 清气不升, 浊气不降, 中焦气机不利, 故作胃痞, 故本病以脾胃气虚为基本病机。同时慢性萎缩性多在原有胃疾基础上, 迁延不愈发展而来, 病程日久, 脾胃之气亏虚, 化生津液力量减弱, 可导致胃阴不足。

1.2 肝郁、湿热为标 中医学认为: 肝主疏泄, 脾主运化, 肝与脾胃关系密切, 脾胃气虚, 气血生化不足, 使肝体失养, 加之情志不畅, 则可影响肝之疏泄, 肝失条达, 肝气横乘犯胃, 胃气郁滞则脘腹胀满, 脾虚失运, 水湿内停, 蕴而化热, 乃成湿热; 胃病迁延不愈, 则由气入血, 经气郁滞, 血行不利, 湿瘀互结,

* 通讯作者: lhg1964@163.com

以致胃络瘀阻。

2 诊治经验

李师根据多年临床观察及实践,认为慢性萎缩性胃炎以脾胃气虚为根本病机,胃络瘀阻为该病的重要病理基础,总结出脾虚血瘀为本病的主要病机,在临证之时,故以健脾祛瘀为治疗大法,自拟和胃汤为基本方,临证灵活加减,并注重日常的综合调护。

2.1 益气健脾 祛瘀通络 脾胃气虚是导致本病的根本原因,脾胃气虚,生化乏源,胃失濡养,脾胃纳运无力,则出现湿阻、气滞、血瘀等病理变化,进而进一步损伤脾胃之气,从而形成恶性循环,湿与瘀互为因果,互相影响,导致病情缠绵难愈,故从健脾祛瘀论治,胃腑得养,湿瘀可祛,胃黏膜萎缩之疾可望痊愈。

2.2 和胃汤组方及方义 和胃汤适宜于脾虚血瘀证,该证主要临床表现:胃脘部痞胀,餐后加重,食欲不振,气短懒言,神疲乏力,口淡不渴,面色萎黄,舌质淡暗,苔白腻,脉沉涩,和胃方由党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、姜半夏、黄芪、醋三棱组成,本方取六君子汤之意,以益气健脾,燥湿化痰,党参味甘性平,善益气健脾,《本草从新》记载其能“补中益气,和脾胃”,同时加黄芪以补益中气,养血活血,配党参则补气作用加强,可治气虚诸证,实验表明党参、丹参、大黄的胃黏膜保护作用均发生很快,党参作用最强^[4],同时党参还有兴奋中枢神经作用,增强机体免疫功能,通过党参修补胃黏膜,调节胃肠运动的功能,可使萎缩的腺体、黏膜重新生长,从而达到修复萎缩黏膜的效果。白术味甘、苦,性温,入脾胃二经,具有补气健脾,燥湿化痰之功,多用于脾虚证,实验研究表明,本药水煎,对小鼠免疫系统,确实有增强和提高作用,通过提高机体自身免疫力对抗腺体的萎缩,和中医补益正气如出一源。茯苓味甘淡性平,入心、脾、肺、膀胱、三焦、胃经,《药品化义》曰:“茯苓,主治脾胃不和,泄泻腹胀,胸胁逆气,膈间痰气”;醋三棱破血中之气,以活血通络;全方补而不滞,通不伤正,通补兼施,体现了辨证施治的特色。本方对CAG的治疗,可能通过以下几方面发挥作用:(1)免疫调节;(2)改善萎缩黏膜的微循环;(3)修复萎缩胃黏膜;(4)调节胃肠蠕动等。

2.3 随证加减 (1)脾胃湿热证:胃脘嘈杂不舒,口干不欲饮,口苦,舌质红、苔黄腻,脉滑数者,和胃汤去黄芪、党参,加滑石、川木通、薏苡仁以清热利湿;(2)肝胃不和证:脘腹胀满,急躁易怒,善太息,舌质

淡红,苔薄白,脉弦者,和胃汤加柴胡、郁金、佛手、以疏肝解郁。(3)胃阴虚证:脘腹痞满,口燥咽干,大便秘结,舌红少苔,裂纹舌,脉细数,和胃汤中,易党参为太子参,同时去黄芪、茯苓,加玉竹、石斛、麦冬、北沙参以益气养胃生津。(4)兼顾余症:若纳呆较明显,则加焦三仙,以消食和胃;若舌质紫暗,脉沉涩,血瘀之象较明显,加川芎、醋莪术以增强行气活血祛瘀之效;若腹胀明显,加枳壳、厚朴、乌药以疏通气机,顺气畅中;若大便干结,排便不畅,加炒槟榔、当归以消积行气,活血通便;若暖气,加柿蒂以降逆止呃,经云:胃不和则卧不安,故胃病病人大多有失眠多梦之症,常将茯苓易为茯神,同时常酌加夜交藤、酸枣仁等养心安神之品。

2.4 日常调护 本病病程较长,疗程大约需半年,故日常护理尤为重要,应在日常生活中应注重养成良好的生活方式^[5]:(1)御寒保暖,以免受寒邪侵袭伤表,或使寒邪直中脾胃,导致疾病加重或复发;(2)饮食有节,不可过饥过饱、暴饮暴食或偏食酸、辣、油腻、生冷之品,而诱发或加重疾病;(3)劳逸结合,避免劳逸失度,中气内伤而促使疾病发生发展;(4)舒畅情志,防止过度忧思伤脾,影响气血运行。故CAG病人应饮食有节,起居有常,不妄作劳,精神内守。

3 结语

CAG是消化内科常见的一种疑难病,且呈逐年上升趋势,并且根据近年来大量的临床研究,该病的进展和演变受多种因素影响,病理伴有不典型增生者发生胃癌的危险性有不同程度的增加。故有效的治疗CAG并逆转其向胃癌转变是临床急需解决的问题。李教授通过多年临床观察及实践,提出脾虚血瘀为本病的主要病机,运用健脾祛瘀的治法,并自拟和胃汤应用于临床,取得了理想的疗效,显著改善了CAG患者的临床症状,使萎缩的胃黏膜得到修复,异型增生得到逆转,值得临床推广。

参考文献

- [1] LUCY VANNELLA, EDITH LAHNER, BRUNO ANNIBALE. Risk for gastric neoplasias in patients with chronic atrophic gastritis: A critical reappraisal[J]. National Institutes of Health, 2012, 18(12): 1279-85.
- [2] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见(2017年, 上海)[J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [3] 李墨航. 健脾活瘀方治疗慢性萎缩性胃炎(脾虚血瘀型)的临床观察及对患者血清PG水平的影响[D]. 郑州: 河南中医学院, 2015.
- [4] 李林, 潘志恒, 王竹立, 等. 党参等中药对胃粘膜的快速保护作用[J]. 中国医师杂志, 2001(2): 112-114.
- [5] 田源, 郭淑云. 郭淑云教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医临床研究, 2016, 8(35): 64-65.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 李香颖 收稿日期: 2018-01-26)

黄宁对引火归元的理解及临床应用

林元理 黄宁 陈体进

(福鼎市中医院富民中医二病区, 福建 福鼎 355200)

摘要: 引火归元是治疗元阳浮越、肾火上升的方法, 本文提出引火归元法的概念、形成以及黄宁对其看法。笔者在跟随黄宁出诊期间, 收集、整理了大量临床验案, 通过认真研读、分析, 总结了黄宁的诊疗思路及用药经验, 并附病案四则。

关键词: 引火归元; 医案; 口疮; 咽痛; 不寐; 黄宁

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.032

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0073-03

The Understanding and Clinical Application of Huang Ning on the Guiding Fire to Origin

LIN Yuanli, HUANG Ning, CHEN Tijin

(Ward Two of TCM, Fuding City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuding 355200, China)

Abstract: The guiding fire to origin is method to treat yuanyang floating and kidney fire. This paper puts forward the concept, formation and the opinion of Huang Ning. The authors followed teacher Huang Ning, collected a large amount of clinical cases, through careful study analysis, summarized the teacher Huang Ning of diagnosis and treatment and medicine experience. There are four cases of diseases, so that we can study and explore together.

Keywords: guiding fire to origin; medical record; aphtha; pharyngalgia; insomnia; Huang Ning

笔者作为福建省基层老中医药专家继承人, 跟随黄宁老师日常门诊, 经常得到黄师的教诲, 通过黄师的指导以及自身不断地学习经典及阅读相关医案, 对临床上多种疾病的治疗深有体会, 其中黄师应用“引火归元”法治疗口疮、咽痛、不寐、腰痛等疾病颇有疗效, 体会深刻, 笔者遵其理念, 每遇口疮、咽痛等, 循其法而治, 疗效显著, 现将黄师对“引火归元”的理解及治疗经验概括如下。

1 引火归元法的概念及形成

引火归元也称引火归原, 又名导龙入海, 是治疗元阳浮越、肾火上升的方法。引火归元的“火”, 又称“相火”“命门之火”“龙雷之火”“浮阳”“浮火”等, 引火归元的“元”, 主要指肾、命门。“相火”一词源于《素问·天元纪大论》, 是运气学说的一个基本术语。命门相火学说是引火归元的理论基础, 历代医家在《内经》的基础上, 开创及逐步发展命门相火学说, 刘河间首创命门相火之论: “左肾属水, 右肾属火, 游行于三焦, 心衰之道由此也。故七节之旁, 中有小心, 是言命门相火也”。朱丹溪承袭刘河间、张子和、李杲诸家之学, 著《相火论》, 提出相火既为肝肾两脏专司, 复分属于心包络、膀胱、三焦、胆等诸脏腑的观点。张景岳则发展了朱丹溪的相火论, 提出了“引火归元”法, 其称“相火当在命门”与“命门居两肾之中, 即人身之太极, 由太极以生两仪, 而水火具焉, 消长系焉, 故为受生之初, 为性命之根本”。并根据《黄帝内经》“从阴引阳”和“从阳引阴”的法则创阴阳相济的治疗原则, 把相火理论推向了新的高度, 形成了命门相火理论体系。清代叶天士集诸家之成, 将引火归元赋予新的含义: “引火归元, 因肾水不足,

虚火上亢, 用滋阴降火之法, 少加热药为向导, 引之下降, 使无据格之患”。从中可以看出, 叶天士所谓的引火归元实为针对肾水不足、虚火上亢而施, 改变了以往只有用桂附才是引火归元的局面, 是对引火归元理论的重要补充和发展^[1]。

2 黄师对引火归元法的理解

黄师比较认同“引火归元”法的广义、狭义说法, 广义的火不归元指的是阴虚之火, 此火多为真阴亏损, 水不制火。狭义的火不归元指阳虚火浮, 即元阳衰竭, 火不归元, 临床上又可分两种情况: 一是肾阳虚, 是疾病的本质: 面色㿔白, 腰膝酸软, 形寒肢冷, 尤以下肢为甚, 神疲乏力, 遗精早泄, 五更泄泻, 或小便频数、清长, 舌淡苔白, 脉沉细无力等; 二是虚火, 是疾病的假象, 如《景岳全书·火证》所云: “寒从中生, 则阳气无所依附而泻散于外, 即是虚火, 假热之谓也”。临床上此类虚火又可分为三种, 即戴阳和格阳、失位之分。戴阳是指虚阳上浮, 虚火上冲, 症状偏于头面五官局部诸疾, 以口舌生疮、牙痛齿浮、喉痹喉痛、头痛眩晕、口渴咽燥等症为主; 格阳指虚阳外越, 症状偏于全身, 以发热、发斑、面赤、肿块、汗出等症状多见; 失位指阳虚火浮还陷于下者, 见小便热、痛或拘急、大便窘迫不畅等^[2]。

古人应用引火归元法常治疗危重症候, 黄师认为引火归元反映在多方面, 用药的方法也是多样的, 治疗的病症不应过于局限, 根据诸多文献和资料, 其可广泛用于内科、外科、五官科和妇科等, 包括眩晕、视弱、耳聋、牙痛、目痛、口糜、舌疮、失眠、惊悸等多种病症。黄师认为应用“引火归元”法时应看透疾病本质, 辨证施治, 阴虚火浮时应在滋阴治法的同时

时加入少许的补阳药，阳气少火升腾肾水以上济克制心火、肝火等上焦之火，阳虚浮火在温阳的同时配伍滋阴的药物，才能使温阳之要药安居于下，使浮越之火归于元阳。正如《景岳全书·阴阳篇》：“阴阳原同一气，火为水之主，水即火之源，水火原不相离矣。”又言：“阴根于阳，阳根于阴，凡病有不可正治者，当从阳以引阴，从阴以引阳，各求其属而衰之，……引火归源，纳气归肾。”另外，引火归元的用药，当有很多方法，如用附子末、吴茱萸末醋调敷涌泉、丹田或足心，治疗虚火上炎之口疮、头痛及脏痛寒闭等证^[9]。

3 病案举隅

3.1 口疮 陈某某，男，46岁，于2016年10月就诊。主诉：舌痛1周。现病史：1周前出现舌痛，舌尖、舌边口唇四周出现多个溃疡点，舌痛而不欲进食，伴口干舌燥，喜饮水，双目干涩多见分泌物，面赤，牙龈出血，腰酸乏力，小便短赤，大便略结，寐欠佳，舌红少苔，脉细数，院外诊疗后症状未见明显改善。既往无重要病史。辨证属邪火上炎。治疗以滋阴清热，引火归元。处方：人参叶30 g，生地黄20 g，熟地黄20 g，知母15 g，黄柏10 g，石斛25 g，天花粉15 g，水牛角20 g，黄连6 g，肉桂3 g，生黄芪20 g，生甘草6 g。服药5剂后患者口腔溃疡及牙龈出血等证明明显好转，再服5剂巩固疗效，2016年12月10日复诊，诉舌痛、口腔溃疡痊愈，稍口干，腰膝酸软，盗汗，夜间潮热感，以知柏地黄丸随症治之，之后随访半年，情况良好。

按：此例患者因之前喜食辛辣烫食物，就诊时症见口腔溃疡、牙龈出血、口干舌燥等症，观其舌脉象，考虑阴虚为本，实火为标，肾阴亏虚，阴虚生内热，火不归元，虚火与实火相合上炎口腔、头面所致诸症。治以滋养肾阴为主，并配伍黄芪托疮生肌，天花粉、石斛清热生津，水牛角、黄连清泄实火，少许肉桂引火归元，全方滋阴清热、引火归元、攻补兼施。

3.2 咽痛 薛某，女，38岁，于2017年1月就诊。主诉：咽痛2周。现病史：患者2周前因受凉后出现咽痛，自觉身热，伴头痛、干咳，当时就诊于卫生院，监测体温37.9℃，诊断为“急性扁桃体炎”，予中草药及输注抗生素治疗（具体药物不详）后，咳嗽、发热均好转，但咽痛仍时有发作，遂就诊我院门诊，诉咽痛口干，喜饮热水，稍咳，形寒肢冷、腰膝以下为甚，舌淡，苔薄白，脉沉，证属下焦阴寒、虚阳上越，治以温阳散寒、引火归元，方用金匱肾气丸加减。处方：熟地黄20 g，山药15 g，山萸肉15 g，茯苓15 g，干姜8 g，附片6 g，肉桂（后下）3 g，桔梗10 g，百合15 g，生甘草6 g。服药4剂后患者咽痛好转，未再咳嗽，复诊原方去桔梗、百合，再服4剂，随访上述症状均好转，咽痛未再复发。

按：此例患者初起见咽痛、身热、头痛、干咳等

证，辨证多以表邪为主，但就诊我院门诊时兼见形寒肢冷、喜饮热水等，黄师认为其病之初起为阳虚兼外感之证候，此时若单纯治以解表清热，恐更伤阳气，虽外邪可治而阳虚更剧，现表邪已去，故黄师治疗以温阳补肾为主。其中干姜、附片、肉桂温阳补肾散寒，又引火归元，使浮越之阳火下归肾元，故火势自息；百合、桔梗止咳润肺利咽，以养浮火所伤之肺阴而咳嗽自止。此阳虚发热只宜温热，大忌清凉，正如赵养葵所说：“火可以水折，唯水中之火不可以水折，故必择其同气招引归元，则火始不上浮而下降矣”。

3.3 不寐 周某某，女，52岁，于2017年2月就诊。主诉：失眠3年，加重1个月。患者有失眠病史3年，多次院外就诊，服用多种镇静安神药及中成药，效果不佳，症状时有反复或加重，现就诊我院门诊，症见：心烦不寐，偶有心悸，时有头晕，手足心热，潮热盗汗，口干欲饮水，舌红少苔，脉细数。证属肾阴亏虚、心肾不交。方用六味地黄丸合交泰丸加减。处方：熟地黄20 g，山药20 g，山萸肉20 g，泽泻15 g，茯苓20 g，牡丹皮10 g，黄连8 g，肉桂3 g，生龙骨15 g，琥珀10 g，生甘草6 g。服药5剂后患者诉睡眠较前改善，余症均有好转，嘱其坚持服药1月余，期间随症加减，之后随访，睡眠可。

按：此例患者为肾阴不足，阴水不能上济于心，心火独旺，心肾不交而见上述诸症。正如徐东皋言：“有因肾水不足，真阴不升，而心阳独亢者，亦不得眠。”故在治疗上以滋补肾阴的同时，合以交泰丸，一则清独亢之心火；二则温肾助阳、引火归元。黄连、肉桂合用，使心肾相交，阴平阳秘，再加龙骨、琥珀、珍珠母之品重镇安神以增疗效。

3.4 腰痛 黄某，男，62岁。主诉：反复腰痛3年，加剧1周。患者有腰痛病史3年，既往多次住院治疗，经相关检查考虑“腰椎间盘突出症”，经药物治疗后，病情仍反复，1周前腰痛加剧，腿足酸软无力，不耐久行，腰部以下冷凉感，喜温细按，劳累后症状加剧，小便清长，舌淡苔白，脉沉细无力。证属肾阳虚。方用金匱肾气丸加减。处方：熟地黄20 g，山药20 g，山萸肉20 g，泽泻15 g，茯苓15 g，牡丹皮10 g，肉桂3 g，制附片9 g，杜仲15 g，桑寄生20 g，鹿角霜10 g。服药7剂后患者诉腰痛较前改善，腰部以下冷凉感较前改善，仍有疲劳感，复诊予中成药金匱肾气丸长期口服，1个月后复诊，诉腰痛基本好转，无余不适。

按：《黄帝内经·素问·六节藏象论》载：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也”，肾主骨，开窍于耳，内藏元阴元阳，水火之脏，先天之本，肾藏精，精能化气，肾精所化之气即为肾气，肾气又称“肾阳”或“元阳”，是全身阳气的根本，为全身一切机能活动的原动力，所以肾内藏元阴元阳。《素问·脉要精微论》

载：“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣”，说明腰痛病与肾之关系，金匱肾气丸又名桂附地黄丸、八味地黄丸，此方来源于东汉张仲景所著的《金匱要略》一书，为助阳补肾第一方，是经典名方，其方药组成是在滋阴降火的六味地黄丸的基础上加入桂附以温补肾阳而引火归元。此例患者观其症状、舌脉象，属肾阳虚，是疾病的本质，故治以金匱肾气丸为主

方，加桑寄生、杜仲补益肝肾，加鹿角霜助补肾阳之功。

参考文献

- [1]高琛,张晓燕.浦家祚教授对引火归元的理解及应用[J].光明中医,2014,29(12):2505-2506.
 - [2]王勇.“引火归元”辨析[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(10):1068-1070.
 - [3]邓先立.引火归元法及其应用[J].河南中医,2014,34(1):159-160.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:叶凡 收稿日期:2018-03-06)

邵梦扬治疗肝癌经验拾萃

吕默晗¹ 屈帅勇¹ 刘亚南¹ 马纯政^{2*} 邵梦扬³

(1 河南中医药大学第二临床医学院硕士研究生2016级,河南 郑州 450000;

2 河南省中医院肿瘤科,河南 郑州 450002; 3 郑州东方肿瘤医院肿瘤科,河南 郑州 450000)

摘要:原发性肝癌是我国乃至全球最常见的恶性肿瘤之一,发病率及死亡率仍居高不下。邵梦扬倡导的“三观指导下全方面综合治疗癌症的策略”,在临床应用中患者常获捷效,并在临床上得到推广以普愿普救天下含灵之苦,“三观”即整体观、动态观、平衡观。此文将从全方位综合治癌策略的学术思想、病因病机、病案举隅、全文总结等来进行论述。

关键词:肝癌;整体观;动态观;平衡观;邵梦扬

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.033

文章编号:1672-2779(2018)-10-0075-02

Experience of Professor Shao Mengyang in the Treatment of Liver Cancer

LYU Mohan¹, QU Shuaiyong¹, LIU Yanan¹, MA Chunzheng², SHAO Mengyang³

(1. Grade 2016 Graduate, the Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henna Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Department of Oncology, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;

3. Department of Oncology, Zhengzhou Dongfang Cancer Hospital, Henna Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Primary liver cancer is one of the most common malignant tumors in our country and even the world, the morbidity and mortality is still high. Professor Shao summed up the "under the guidance of three outlooks, the full range of comprehensive prevention and treatment of liver cancer strategy". In clinical applications, patients are often successful and are clinically popularized to save more people from disease. The "three outlooks" is the overall view, dynamic view. From the comprehensive cancer strategy a full range of academic thoughts, etiology and pathogenesis, medical records, etc. the summary was discussed.

Keywords: primary liver cancer; holistic view; dynamic view; balance; Shao Mengyang

邵梦扬教授是第二批全国老中医药专家学术经验继承人导师、享有国务院特殊津贴。从事临床60余载。著有医学专著6部,主审医学专著4部,发表论文100余篇。擅长三观指导下全方位综合治疗癌症,提出“全方位综合治癌策略”^[1]。他循古而不泥古,发扬而不离宗,笔者有幸跟随学习,收获颇多,现将治疗肝癌经验汇总如下。

1 全方位综合治癌策略的学术思想

癌症是一类多因素、多阶段、繁冗复杂的全身性疾病的局部表现,随着生物-社会-心理医学模式日益突出,整体观必须贯穿于整个治疗过程。通过规范化检查及个体化原则,拟定全方位综合治疗方案,灵活掌握治疗顺序,才能事半功倍,从而改善生活质量、延

长生存时间。笔者跟诊中领会自体疗的核心地位,心理治疗尤为重要,中医古籍中早有“七情”太过或不及所损脏腑的记载,并阐明了“七情”致病与情志治病的理论。通过调节情志治疗疾病,这就是“病由心生,病可用心治”之理,故健康世界,从心开始,临床运用此法,常获捷效。笔者认为情志疗法这根导向线应贯穿于癌症整个治疗中,《素问·上古天真论》曰:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安何来”。马克思说过:“一种美好的心情比十副良药更能解除生理疲劳和痛苦。”尤其肝癌,心疗更为可贵,故调整心态、端正人生势在必行。食疗:《黄帝内经·素问》曰“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补精益气”,《素问·生气通天论》曰“高粱之变,足生大疔”,故在膳食上,宜粗、淡、杂、少、烂、素,谨守这“六字”箴言。动疗:科学运动,

* 通讯作者:mchzh666@126.com

强身健体。

2 善乎明辨 辨证施治

肝癌发病隐匿、进展快、恶性度高、侵袭性强、易转移、预后差等特点，对放化疗不敏感，当务之急是为肝癌提供科学治疗，邵教授结合多年临床经验，在三观指导下，善乎明辨，患者从中获益。

2.1 病因病机 《诸病源候论·癥瘕病诸候》曰：“症瘕者，皆由寒温不调，饮食不化，与脏气相搏结所生也。”邵老认为，肝癌是气滞有形，血瘀有物，痛有定处，虽得之于气，但受病于血。或饮食不节，酗酒成癮；或情志不舒，暴怒伤肝等，日久导致气血失调、脏腑功能衰竭。尤为肝癌晚期，气虚血滞，气、血、痰相互搏结，且正气亏损，毒邪猖狂，导致正不敌邪之危象。李佩文^[9]认为：肝癌发病始于肝气郁结，终致脾虚、肝肾阴虚，提出益气健脾、疏肝解郁的治疗思路。

2.1.1 扶正为主 祛邪为辅 肝癌一经发现，正虚已成，扶正贵在调理肝脾肾，益气养血，即以无形胜有形。祛邪为辅，邵老不提倡大量清热解毒及攻伐消痞之品，徒伤胃气，乃犯虚虚实实之戒。

2.1.2 活血化痰 软坚散结 瘀血是肝癌发病的病理基础，当调和气血。百病多由痰作祟，故除益气养血外，佐以软坚散结等消导之品尤为重要，而不宜水蛭、守宫等破血散瘀之品，徒伤正气，加速病情进展。

2.1.3 注意顾护脾胃 脾胃乃后天之本，“见肝实脾”乃中医之古训。切忌仅见邪实之象而过于攻伐，“损其肝者缓其中”，中州得运，气血乃生、水湿可运，即“有胃气则生也”。

3 医案举隅

潘某，男，64岁。主诉：发现肝占位12天。患者于2012年3月因感冒后出现打嗝，严重打嗝可致呼吸困难，伴有呕吐、发热、无反酸、烧心等，至当地医院行增强CT示：肝内多发占位；初诊：精神差，纳欠佳，伴有呕吐，发热，乏力，二便调，舌淡暗，苔薄，舌下瘀曲，脉弦。肝功：ALT 44 U/L，GGT 61 U/L，AFP：8042.23 ng/mL，由CT及AFP等值高可诊断为原发性肝癌Ⅱ期。综合诊疗计划：（1）介入治疗：行TACE术。（2）中药针剂：复方苦参注射液清热利湿抗肿瘤，川芎嗪针活血化瘀。（3）辨证论治：证型：气滞血瘀，治则：疏肝理气、活血化瘀，处以柴胡疏肝散加减。方药：柴胡15 g，香附15 g，霹雳果30 g，虎杖30 g，土茯苓30 g，猪苓30 g，山慈菇10 g，野菊花30 g，蒲公英20 g，川芎15 g，鸡血藤30 g，地龙30 g，

焦三仙各20 g，鸡内金20 g，甘草10 g。共15剂，日1剂，水煎服。（4）疏肝解郁，调节情志。（5）平衡饮食，合理营养。（6）科学运动，强身健体。

二诊：精神好转，轻微乏力，二便调，舌淡暗，苔薄，脉弦细。肝功正常，AFP：49.46 ng/mL，继续原方案灵活治疗，辨证：肝郁脾虚。治则：疏肝解郁、健脾利湿。处以逍遥散加减。方药：柴胡15 g，香附15 g，黄芪30 g，绿萼梅15 g，虎杖30 g，土茯苓30 g，八月札30 g，猫爪草30 g，刀豆子30 g，生熟薏苡仁各30 g，蛇莓30 g，无花果30 g，鸡内金20 g，焦三仙各20 g，甘草10 g。20剂，日1剂，水煎服。此方需要着重强调的是黄芪这味药，现代药理研究表明，黄芪补气健脾，可显著提高患者的免疫功能，恢复淋巴细胞功能，增强网状内皮系统吞噬功能，具有升高白细胞的功效^[2]。

三诊：患者病情明显好转。彩超示：肝脏多发实性占位（较前明显缩小），肝功正常，AFP：3.52 ng/mL，除食疗、心疗、动疗外，通过望闻问切给予逍遥散加减，并服用肝清丸、扶正胶囊及癥积消胶囊^[3]，癥积消胶囊的主要药物：金刚藤、水蛭、三白草、薏苡仁。临床研究证实，癥积消胶囊作用平缓，能显著改善症状并提高患者的生存质量，远期疗效显著，不良反应小，联合化疗有明显的增效减毒作用^[4]。故癥积消胶囊是辅助治疗肝癌的理想药物，为研发新药提供强有力的理论支撑^[5]。

按：这是一例根据邵梦扬教授提出的“三观指导下全方位综合治疗”理论指导下肝癌患者长期带瘤生存的成功案例。患者2012年3月诊断为原发性肝癌Ⅱ期，后行2次肝脏介入术，2013年5月行中西医结合治疗1周期，后坚持服用“扶正胶囊、肝清丸等”，2016年3月8日肝功及AFP均正常。患者已带瘤生存6年，体现了“三观指导下全方位综合治疗”的重要性，全方位综合治疗，采用以中医药为主的中西医结合治疗，特别强调宏观调控，微观调治，健后天之脾胃，固先天之肾精，疏肝解郁，调情宜志。

参考文献

- [1]邵静,杜雨楠,陈璐.邵梦扬教授治疗老年原发性肝癌经验撷萃[J].中医学报,2015,30(12):1698-1702.
 - [2]许铁探,朱世杰,李佩文.治疗肝癌经验简介[J].北京中医药,2008,27(6):427-428.
 - [3]杜洪涛.健脾消积汤配合化疗治疗晚期恶性肿瘤临床研究[J].中医学报,2014,29(12):1712-1713.
 - [4]邵静,嵇玉英,周晓静.癥积消胶囊治疗原发性肝癌 242 例临床观察[J].河南中医,2004,24(11):27-28.
 - [5]邵梦扬,杨学峰.癥积消胶囊治疗原发性肝癌的临床研究[C].第八届全国中西医结合肿瘤学术会议论文集[C].中国中西医结合学会,2000:38-42.
- （本文编辑：张文娟 本文校对：马纯政 收稿日期：2018-02-09）

胡玉荃治疗子宫腺肌病验案2则

王庆阁¹ 翟凤霞^{2*△}

(1 河南中医药大学第一临床医学院硕士研究生2016级, 河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一附属医院胡玉荃名医工作室, 河南 郑州 450000)

摘要:胡玉荃是河南省知名妇科专家, 第四批名老中医学术经验继承及集成工作指导老师, 自幼饱读中医各家经典, 善取诸家之长, 具有深厚的中医理论基础及丰富的临床经验, 擅长各种妇科疾病的诊疗。认为治疗痛经应着重从瘀论治、分期论治并注重预防调护, 常收良好的临床疗效。本文列举胡玉荃教授治疗子宫腺肌病代表性验案2则, 对其治疗该病的临床经验进行分析总结, 以期临床治疗该病提供一些参考。

关键词:子宫腺肌病; 胡玉荃; 痛经; 临证验案; 瘀血

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.034

文章编号:1672-2779(2018)-10-0077-03

Professor Hu Yuquan in the Treatment of Adenomyosis for Two Proved Cases

WANG Qingge¹, ZHAI Fenxia^{2*}

(1. Grade 2016 Graduate, the First Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Hu Yuquan Studio of the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Professor Hu Yuquan is a well-known gynecologist in Henan province, and the fourth batch of traditional Chinese medicine academic experience inheritance and integration work instructor. Hu Yuquan is good at taking the long of the family, with profound theoretical foundation of TCM, rich clinical experience, good at the diagnosis and treatment of various gynecological diseases, and rich clinical experience in gynecological diseases. In this paper, Professor Hu Yuquan was selected for the treatment of uterine adenomyosis, and summarized the clinical experience of the treatment of the disease, so as to provide some references for the clinical treatment of the disease.

Keywords: adenomyosis; Hu Yuquan; dysmenorrhea; clinical medical records; abdominal mass

胡玉荃教授是中医妇科主任医师、教授, 河南省知名妇科专家, 第四批名老中医学术经验继承及集成工作指导老师, 从事妇科临床、教学和科研工作50年。胡师深谙中医经典, 善取诸家之长, 具有深厚的中医理论基础、丰富的临床经验和严谨的治学态度, 擅长诊治多种妇科疑难杂症。子宫腺肌病是临床常见病、多发病及疑难病, 是子宫内膜腺体或间质侵入子宫肌层形成弥漫或局限性的良性病变^[1], 中医可归属于“痛经”“癥瘕”等范畴。子宫腺肌病多发生于30~50岁的经产妇, 目前原因尚不明, 可能与各种宫腔操作手术增多有一定关系^[2]。临床表现为痛经, 月经不调(月经过多、经期延长), 不孕, 贫血等^[3]。西医治疗本病效果常不理想且副作用大, 中医辨证论治本病优势显著。笔者有幸侍诊学习, 兹将胡师治疗子宫腺肌病验案2则收集整理如下, 并附理法方药分析, 期望为临床诊治该病提供参考及新的思路。

1 验案举隅

案1 李某, 女, 34岁, 2016年5月3日初诊。患者

以“经前1周及经期腹痛、月经量多2年, 加重半年”来诊。近2年, 患者无明显原因行经腹痛, 量多, 近半年症状加重, 末次月经: 2017年4月18日, 前4天量极多, 经血顺大腿流淌, 色暗红, 质黏稠, 有血块, 伴腹痛(按揉及饮热水后无缓解), 后量少淋漓, 10天净。平素经前喜食冷饮, 时有外阴瘙痒, 口干渴, 纳差, 眠可, 大便偏干, 舌质红, 苔黄, 脉沉。孕3人流1足月剖宫产2, 未上环。查阴超提示“子宫腺肌病、剖宫产刀口憩室”。西医诊断: (1) 子宫腺肌病; (2) 剖宫产瘢痕憩室。中医诊断: (1) 痛经; (2) 癥瘕; (3) 经期延长; (4) 月经过多, 证属瘀热互结型痛经, 治以理气止痛, 清热化瘀, 方药: (1) 经前药: 黄芪15 g, 金银花30 g, 蒲公英30 g, 败酱草30 g, 白花蛇舌草30 g, 炒薏苡仁30 g, 蒲黄炭10 g, 五灵脂10 g, 茜草炭12 g, 菟丝子30 g, 墓头回15 g, 海螵蛸12 g, 墨旱莲30 g, 小茴香10 g, 白芷10 g, 甘草6 g。共15剂, 日1剂, 水煎服, 以黄酒和红糖水送服。(2) 经期药: ①通胞调经合剂100 mL, 每次50 mL, 日2次, 共5瓶。②月事喜丸每次1包, 日2次, 共1盒。③茴香颗粒6 g, 香附颗粒10 g, 各10包, 每次1包, 日2次。

* 通讯作者: 13673719708@126.com

△ 指导老师

2016年6月6日二诊：原子宫腺肌病，经量多，腹痛，经治疗腹痛明显减轻，末次月经：2016年5月22日，距经期16天。方药：（1）守初诊方，13付，日1付，水煎服；（2）经期药：①通胞调经合剂，每次50 mL，日2次，共5瓶。②经血宁胶囊，每次2粒，日3次，共1盒。

2016年7月8日三诊：服药后月经量较前减少，经前未再痛经，经期第2天腹痛1天缓解。末次月经：2016年6月18日，6月23日净（6天净），经色鲜。距经期10天，舌质红，脉沉。方药：（1）守5月3日初诊方加白术12 g，12付，水煎服，日1付；（2）经期药：守5月3日初诊方（2）。

3个月后电话随访，诉痛经基本消失，量色可，经行7天左右净。

按：患者以经行腹痛为主诉，彩超提示子宫腺肌病，中医没有“子宫腺肌病”这一病名，本证可归属于中医“痛经”“癥瘕”等范畴。中医辨治痛经，认为有虚实之分，即不通则痛和不荣则痛。病因由气血运行不畅，冲任阻滞所致。其病位在冲任、胞宫，与肝、脾、肾三脏密切相关。辨证论治：《景岳全书·妇人规》记载：“经行腹痛，证有虚实。实者，或因寒滞……或因热滞；虚者，有因血虚，有因气虚。然实痛者，多痛于未行之前；虚痛者，于既行之后”^[4]。本案中患者腹痛按揉后无缓解，月经量多，色暗红，质黏稠，结合舌脉，当辨属瘀热互结型。经前为经血下聚胞宫，经血将泄之时，若贪凉饮冷，则使胞宫气机失利，瘀血留滞胞宫。血瘀日久，易于化热，出现瘀热并见之证。《成方便读》指出：“血瘀之处，必有伏阳”。若瘀热不除，又易灼阴耗血，加重瘀阻状况^[5]。治法以理气止痛，清热化瘀。方用胡老师自拟经验方“经痛舒”加减。蒲黄炭、五灵脂（失笑散）活血祛瘀止痛，能去血中瘀滞，为君药；金银花、蒲公英、败酱草、白花蛇舌草、墓头回、墨旱莲等凉血化瘀清热，使瘀滞散而血中蕴热得除；小茴香温经止痛，防药物过于寒凉；炒薏苡仁健脾清热利湿，使脾气健运而湿除热去，血脉通畅；黄芪补气行血，防诸药伤正；红糖性温能活，黄酒活血脉、行药力、化瘀血而加强活血止痛之力。经期服茴香、香附颗粒以行气止痛，使气行则血行。配合胡老师自拟院内合剂通胞调经合剂以“急则治标”缓解疼痛，根据月经周期分阶段治疗，3个疗程奏奇效，可见胡师辨证用药一斑。

案2 王某，女，33岁，2017年7月6日初诊。患者以“月经量多，经行腹痛2年，加重半年”来诊。平素月经规律，4/28天，近两年月经后错，35~38天一潮，量较以往增多，有血块，轻微腹痛。近半年痛经较前

加重，遇暖缓解，经前乳胀。末次月经：2017年5月12日，4天净，现停经55天。平素常双上肢麻木、发胀，情绪急躁。纳一般，眠可，小便可，大便偏黏，舌质暗红，边齿痕瘀点，苔薄黄，脉沉弦。患者既往孕5足月剖娩1引产1（孕6月时因宫口松弛引产）人流3。体格检查：2017年6月29日查阴超示：子宫50 mm×51 mm×47 mm，内膜厚8 mm，子宫肌层回声不均，宫颈多发纳囊，盆腔积液23 mm。查血HCG<10 mIU/mL。西医诊断：（1）子宫腺肌病；（2）月经不调。中医诊断：（1）月经后期；（2）月经过多；（3）癥瘕。辨证属气滞血瘀证；方药：（1）红花10 g，桃仁10 g，川牛膝15 g，茜草炭12 g，蒲黄炭10 g，五灵脂10 g，金银花炭20 g，海螵蛸12 g，白芍12 g，旱莲草20 g，菟丝子30 g，黄芪15 g，乌药10 g，巴戟天12 g，枳壳12 g，炙甘草6 g。10剂，水煎服，日一剂。（2）丹莪妇康煎膏，1盒。

2017年7月20日二诊：末次月经：7月9日，5天净。第1天量多，第1~2腹痛可忍受，可正常工作，色暗红，有血块。腰酸，乳胀，多梦，纳可，大便正常。舌质红，苔黄腻，脉沉。方药：（1）守7月6日第1方，去红花，桃仁，川牛膝，加蒲公英20 g，败酱草20 g，炒薏苡仁20 g。10剂，水煎服，日1剂；（2）丹莪妇康煎膏，共1盒。

2017年8月17日三诊：末次月经：8月7日，4天净，量可，色暗，有血块，第1~2天痛经，经前乳胀，小腹痛较前好转；服药时胃部仍不适。方药：（1）守7月20日方，14付，水煎服，日1剂。（2）丹莪妇康煎膏，2盒。

2017年9月7日四诊：末次月经：9月2日，5天净，量较前减少，血块及痛经均较前好转，脉沉有力，舌质淡红，苔薄黄。方药：（1）守7月6日第一方去红花、桃仁、川牛膝、枳壳，加白花蛇舌草30 g，瓦楞子15 g，蒲公英30 g，败酱草20 g，炒薏苡仁20 g。14付，水煎服，日1剂；②丹莪妇康煎膏，共3盒。

2月后电话随访，患者经期腹痛基本消失。

按：本案中患者以“经期腹痛”“月经过多”来诊，彩超提示“子宫肌层回声不均”，诊断为子宫腺肌病，结合患者经前乳胀，情志不舒，舌质暗红，边齿痕瘀点，苔薄黄，脉沉弦，辨证属中医气滞血瘀证。肝气郁滞，失其调达之性，气为血之帅，气不畅则不能运血，致血行瘀滞，治当理气活血，化瘀止痛，方用膈下逐瘀汤加减。方义：初诊时患者月经逾期未潮，给予活血化瘀药助经血下行；失笑散活血祛瘀止痛，桃仁、红花、川牛膝破血逐瘀，川牛膝又能引血下行，给瘀滞之血有出路；现代研究川牛膝能扩张宫口，使

经血顺利外排。乌药、枳壳温经行气，更有“血得温则行”“气行则血行之意”；本案中患者有过剖宫产和多次人流史，金刃所伤，致使胞宫气机失利，瘀血留滞胞脉。血瘀日久，易于化热，出现瘀热并见之证，若瘀热不除，又易灼阴耗血，加重瘀阻状况，故加金银花炭、墨旱莲、白薇、茜草炭等以清热凉血止血。菟丝子、巴戟天调补冲任。配合丹莪妇康煎膏活血化瘀，疏肝理气，调经止痛。二诊为经后5天，此属经后期，故去桃仁、红花牛膝等化瘀之品，加炒薏苡仁以健脾清热利湿，使脾气健运而湿除热去，败酱草凉血化瘀清热，使瘀滞散而血中蕴热得除；据患者病情变化临证加减，乃收良效。

3 小结

胡师结合多年的临床经验，认为痛经多因于瘀，因瘀血阻滞胞宫胞脉则经血不得畅下，“不通则痛”，新血不得归经，“不荣则痛”，故经期宜因势利导，活血化瘀，促进经血外排；且痛经的治疗应根据月经周

期的不同分阶段论治，而“痛经治疗重在经前”，因此时血海满盈将泄，最易壅滞阻塞胞脉，此时也是胞宫瘀滞随经血外排的有利时机，故经前活血化瘀，温经通络，常收事半功倍之效。

因腺肌病是一不能彻底治愈之疾病，胡师认为除药物治疗本病外，预防调护亦为治疗中不可忽视的一点。辨证遣方的同时需告知患者经前期要顾护胞宫，勿贪凉饮冷，冒雨涉水；经期注意休息及卫生，勿劳累动气；育龄期做好避孕措施，减少手术所伤等才能减少疾病的复发。

参考文献

- [1] KISSLER S, ZANGOS S, KOHL J, et al. Duration of dysmenorrhoea and extent of adenomyosis visualised by magnetic resonance imaging [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2008, 137(2): 204-209.
- [2] 王鑫丹. 子宫腺肌病的治疗进展[J]. 右江医学, 2016, 44(5): 586.
- [3] 谈勇. 中医妇科学[M]. 北京: 人民教育出版社, 2002: 124-126.
- [4] 杨静宜. 原发性痛经的文献及临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2006.
- [5] 翟凤霞, 刘蔚霞. 胡玉荃妇科临证精粹[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 164.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 郭 森 收稿日期: 2018-02-23)

胡晓华治疗痰湿型多囊卵巢综合征不孕症的经验总结

王廷丽¹ 胡晓华^{2△}

(1 河南中医药大学第二临床医学院, 河南 郑州 450002; 2 河南省中医院妇产科门诊, 河南 郑州 450008)

摘要: PCOS所致不孕症是目前妇科临床上的常见病、多发病之一, 其中痰湿型更为多见。胡晓华针对这一型病症特点, 分期施治, 月经前期重在补肾健脾、化痰除湿, 佐以疏肝; 排卵期则意在调补肾阴肾阳, 并结合西医诊疗技术, 达到排卵助孕的目的, 其临床疗效显著。

关键词: 多囊卵巢综合征; 不孕症; 痰湿; 胡晓华; 瘢痕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.035

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0079-03

Experience of Professor Hu Xiaohua in Treating Infertility Caused by Phlegm-damp Polycystic Ovary Syndrome

WANG Yanli¹, HU Xiaohua²

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

2. Gynecology and Obstetrics Outpatient Department, Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henna Province, Zhengzhou 450008, China)

Abstract: PCOS is a common disease in gynecology infertility clinic, and cause of the phlegm type is more common. According to the characteristics of the disease, stages of treatment, menstrual stress in tonifying kidney and spleen, phlegm dehumidification, with the liver; ovulation phase is intended to tonify kidney yin and kidney yang, and Western medicine diagnosis and treatment technology to achieve the purpose of ovulation and pregnancy, and its clinical effect is significant.

Keywords: polycystic ovary syndrome; infertility; phlegm-dampness; Hu Xiaohua; abdominal mass

多囊卵巢综合征 (polycystic ovarian syndrome, PCOS) 是最常见的妇科内分泌疾病之一。在临床上以雄激素过高的临床或生化表现、持续无排卵、卵巢多囊样改变为特征, 并常伴有胰岛素抵抗和肥胖^[1]。是青春期及育龄期女性月经紊乱最常见的原因, 其病因至

今尚未完全阐明。PCOS是一种常见的导致女性不孕的病症, 近年来, 其发病率逐渐升高并趋于年轻化^[2], 由PCOS导致的不孕, 占不排卵性不孕症的50%~70%, 其中肥胖型属痰湿证的居多^[3]。

中医学中无“多囊卵巢综合征”病名, 但根据临床特征属于中医学“月经后期”“闭经”“崩漏”“癥瘕”“不孕症”等范畴。中医学认为形体肥胖者,

肾虚痰湿是其重要病因病机，并以补肾健脾、化痰祛湿为主要治则。胡晓华教授从事临床近40年，善于总结临床经验，形成了独特的中医辨证思维模式，其用药独具特色，对痰湿型PCOS及其所致不孕症的治疗提供了强有力的临证思路，笔者有幸跟诊左右，受益颇深。

1 病因病机

(1) 《医宗金鉴·妇科心法要诀》曰：“女子不孕之故，由其伤冲任也，……或因体盛痰多，脂膜壅塞胞中而不孕”，朱丹溪在《丹溪心法·子嗣》中也提出：“若是肥盛妇人，禀受甚厚，恣于酒食，经水不调，不能成胎，谓之脂膜满溢，闭塞子宫，宜行湿燥痰……”，二者均指出痰湿膜脂壅盛，滞于胞脉，导致不孕症的发生。虽然中医古籍中尚未有PCOS的病名及论述，但根据其临床表现、治则方药，以方测证，可知类似肥胖型PCOS不孕症患者的主要病因病机是素体肥盛，痰壅胞宫。而痰湿的形成，主要责之于脾肾功能失调。《妇人规》曰：“经候不调，病皆在肾经”“痰之本，经之源，为肾所主”，即肾虚是根本，痰湿阻滞是致病因素。肾藏精主生殖，为先天之本，又为水火之脏，寓真阴真阳，且肾阳是卵子排出的内在动力，肾阴是卵子成熟的物质基础，肾阴阳匮乏，痰壅胞宫，则可使卵泡发育迟缓，不能成熟，或卵泡壁过度增生不能破裂，致卵泡闭锁形成不孕。《素问·至真要大论》曰：“诸湿肿满，皆属于脾”，脾为后天之本，主运化，为水液升降输布之枢纽，若平素恣食膏粱厚味，或劳倦过度，伤及脾脏，脾失建运，水液输布失常，停聚体内产生水、湿、痰、饮等病理产物，下注胞宫，蕴滞冲任胞脉而致不孕。此外，肝主疏泄，调畅气机，调理冲任，故有“女子以肝为先天”之说，若肝失疏泄，可致冲任二脉失调，气血不和，致使排卵障碍。胡教授认为，本病以脾肾亏虚为本，痰湿为标，在用药期间始终兼顾调补肾阴肾阳，往往可取得显著疗效。

(2) 西医学认为PCOS的可能机制涉及：①下丘脑-垂体-卵巢轴调节功能异常，致使雄激素、雌酮过高，黄体生成激素与卵泡刺激素比例增高；②胰岛素抵抗和高胰岛素血症，并且过量的胰岛素作用于垂体的胰岛素受体，使LH释放，分泌雄激素，又通过抑制肝脏的性激素结合球蛋白，使游离睾酮增加；③肾上腺内分泌功能异常；④遗传和免疫因素等。以上均可抑制卵泡的成熟和排卵，进一步导致不孕症的发生。

2 临床表现

2.1 月经失调 为最主要的症状，表现为：经行衍期、

稀发，经量进行性减少渐致闭经。

2.2 不孕 患者婚久不孕，即有未避孕而未孕的病史 ≥ 1 年，性欲减退，不能摄精成孕。

2.3 兼见症状 多毛，以性毛为主；面部痤疮，时起时消，反复发作；形体呈腹部肥胖型等。

2.4 舌脉 舌淡胖，边有齿痕，或有瘀点、瘀斑，苔白腻或厚，脉弦滑，或涩。

3 治法

3.1 调整生活方式 PCOS患者中有近50%~60%为肥胖者，主要为腹部肥胖型。胡教授在临证中，尤为强调患者应控制饮食和加强运动，建立规律的生活作息，避免长期过度的精神紧张等，可增加外周组织对胰岛素的敏感性，纠正患者的高雄激素状态，改善卵巢的排卵功能，提高促排效果，解决女性不孕问题。

3.2 药物治疗 胡教授善于钻研古方、经典方，总结前人经验，临床运用古方，而又不拘泥于古方。正如叶天士《女科全书》中记载的苍附导痰汤，通过改善人体的脾胃运化功能达到运脾化湿、理气化痰、调经通络的目的，是临床上治疗痰湿型PCOS的经典方剂。笔者跟随胡晓华教授临床期间，见其运用此方得心应手，临证思路清晰明了，收效显著。每见属此证型者，以此方加减运用。具体药物组成：苍术、香附、法半夏、陈皮、茯苓、枳实、川芎、当归、制天南星、生白术、浙贝、玄参、生牡蛎、海藻、菟丝子、枸杞子、黄连、蒲公英、甘草。方中苍术、陈皮、茯苓健脾燥湿化痰，以杜绝生痰之源，加用法半夏、浙贝母，使其化痰散结之力更为显著；香附疏肝解郁、理气调经；川芎行气活血化痰，当归活血补血，配伍于众多祛湿化痰药中，可燥湿化痰而不伤阴血，补血而不碍于脾胃，现代研究表明，活血化瘀药能有效改善盆腔供血和微循环，从而增强卵巢和子宫的供血，促进卵泡的正常发育^[4]；枳实理气行滞、化痰除痞，气行则痰湿自除；制天南星辛温而燥，燥湿化痰之力盛，在改善多毛、痤疮方面，疗效显著；菟丝子性辛味甘平，辛以润燥，甘以补虚，入肾经求其本，平补阴阳，与枸杞子配伍，可促进卵泡（即生殖之精）的发育、成熟，为受孕做准备，现代研究，菟丝子具有雌激素样效应，可改善血流动力学；玄参、牡蛎、海藻性味咸微寒，三药相伍，软坚散结效力强，《本草备要》中提出：“咸以软坚化痰，消瘰癧结核，老血疝瘕……”^[5]，胡教授在临证中，依据病人的症状，二便情况等，合理加减三药用量；PCOS患者多有情志不疏，肝郁日久化火，故佐以蒲公英、黄连泻热；甘草则健脾益气，调和诸药。



全方标本兼顾，共奏补肾健脾、化痰祛湿、理气化痰之效。

胡教授应用此方，始终贯穿于各期，根据月经周期中阴阳气血盈亏的规律，对方药酌以加减。经后期去消瘤丸、海藻咸寒之品，加用熟地黄、山药、何首乌以滋肾阴，养精血；经间期即“氤氲期”“的候”，为阴阳转化阶段，加用丹参、泽兰等药以理气活血；经前期加续断、紫石英、淫羊藿等调补肾阴肾阳；月经期因势利导，活血调经，酌加桃仁、红花、益母草等。胡教授指出，对药物的选择，要灵活运用，必要时中西结合，优势互补。如患者合并胰岛素抵抗，加服二甲双胍，增强外周组织对胰岛素的敏感性；若伴PRL高，排除器质性病变后，可用上方合丹栀逍遥散加减应用，或上方加炒麦芽、川牛膝等药，西药加维生素B₆、甲磺酸溴隐亭片等，并定期复查肝肾功。结合患者全身症状改善情况，可适时地试孕和促排卵治疗。

4 典型医案

患者王某，女，24岁，已婚。于2016年8月12日初诊。主诉：月经周期后错5年余，未避孕2年未孕。现病史：末次月经：2016年7月8日，7天净，量少色黯不畅，夹有血块，痛经(+)。5年前无明显诱因出现月经后错，周期45天至2个月，经期5~7天，量少色黯，夹块而下，或呈黏条样，伴腹痛、腰酸，经期便溏，经前1周双乳房胀痛。结婚2年余，夫妇同居，未避孕而未孕，形体肥胖。现纳差，眠可，口稍干，心情易烦躁，大便黏腻，小便可；舌质淡，边有齿痕，苔白厚腻，脉弦沉滑。专科检查：外阴发育正常，阴毛呈女性分布；阴道畅，可见少量白色稀薄分泌物；宫颈I度肥大，质稍硬，可见数个米粒样纳囊；子宫及附件：后位，右附件区轻压痛，左附件区无明显异常。辅助检查：尿HCG：阴性。彩超示：双侧卵巢似多囊样超声改变，内膜：9 mm。西医诊断：(1) 月经失调；(2) 原发性不孕症。中医诊断：月经后期，证型：气滞痰湿型。治法：化痰除湿、理气活血通经。方药组成：苍术15 g，香附12 g，法半夏15 g，陈皮15 g，茯苓30 g，麸炒白术30 g，制南星10 g，麸炒薏苡仁30 g，枳壳15 g，川芎9 g，当归12 g，赤芍12 g，桂枝10 g，川牛膝15 g，菟丝子30 g，桃仁9 g，红花15 g，益母草30 g，甘草6 g。7剂，每日1剂，水煎400 mL，分早晚温服。嘱患者，于月经来潮后的第2~5天，早上空腹查内分泌六项，经净后复诊。

8月23日二诊：病史同前。末次月经：8月15日，6

天净，量较前增多，夹块而下，色黯，经前乳胀减轻，近期纳眠可，口不干，心情一般，仍感腰酸不适，大便情况较前好转，小便可。舌质淡，边有齿痕，苔腻，脉弦滑。于8月17日查性激素六项示：T：0.48，E₂：90，P：0.26，LH：8.63，FSH：4.10，PRL：29.30。方药：守上方去桃仁、红花，麸炒薏苡仁改为生薏苡仁、加女贞子15 g，墨旱莲15 g，仙茅10 g，淫羊藿30 g，炒麦芽100 g，川牛膝改为怀牛膝。14剂，每日1剂，水煎400 mL，早晚温服。

9月10日三诊：病史同前，患者诉服药后，全身情况明显好转，无腰酸不适，纳眠可，口不干，二便正常。舌质稍红，苔薄黄，脉弦数。于8月12日方基础上去制南星、法半夏，加蒲公英30 g，黄连6 g。7剂，每日1剂，水煎400 mL，分2次温服。

10月28日四诊：病史同前。末次月经：9月18日，量色可，有少量血块，经期无明显不适，现偶有恶心、呕吐，前来复诊。查尿HCG示：阳性。彩超示：宫腔内可见一8 mm×9 mm的妊娠囊。现停经41天，无腰酸、腹痛，无阴道出血。嘱患者注意休息，避免剧烈活动，定期查血HCG、P及彩超，了解胚胎及其附属物情况，不适随诊。

随诊：电话随访，患者现孕24⁺周，无明显不适。

5 体会

PCOS是目前妇科临床上较为常见的一种发病多因素、表现多态性的内分泌综合征^[9]，现发病趋于年轻化，育龄期的不孕症、功血以及子宫内膜癌等是其常见的并发症。在临床上，要根据患者的症状，结合妇科检查、实验室检查等以明确诊断，有性生活者，首先要排除妊娠。对本病的治疗，控制体重是其优先步骤，并能增强促排效果；对青春期的PCOS，以调整月经周期为目的；对育龄期的PCOS，以调周促排，改善卵巢功能为要。对药物的选择，不能拘泥于单纯的中药或西药，必要时中西结合，优势互补，以增强临床疗效，减轻病人的痛苦。

参考文献

- [1] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 359.
- [2] 谢梦, 王文平. 评估不孕症患者子宫内膜容受性的超声研究进展[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 17(8): 583-585.
- [3] 丁彩飞, 王晨晔, 杨欣, 等. 苍附导痰汤加减方对多囊卵巢综合征不孕症患者子宫内膜容受性的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(11): 1297-1301.
- [4] 洪玉峰, 孙蓓. 加减苍附导痰丸配合克罗米芬对多囊卵巢综合征并发的不孕的治疗效果评价[J]. 四川中医, 2016, 34(10): 90-93.
- [5] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 398-399.
- [6] 何美娥, 包兆胜, 宋春仙. 达英-35联合克罗米芬、绒毛膜促性腺激素治疗多囊卵巢综合征临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(17): 2619-2620.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 胡晓华 收稿日期: 2017-11-29)

大肠癌的病因病机分析及预防养生思路*

孔 展 孔婧妍*

(天津中医药大学中医学院, 天津 300193)

摘要: 大肠癌是一种常见的消化道恶性肿瘤, 病位在大肠, 其发病的内因为正气虚损, 五脏亏虚; 外因为湿热、瘀毒等邪毒入侵, 积聚日久, 最终损伤肠络而形成恶性肿块。此外, 本病发病还与生活方式、遗传因素密切相关。对于大肠癌的预防应注重养成良好的生活习惯、调摄情志、积极治疗慢性肠道疾病以及从思想上重视大肠癌, 积极定期体检等。

关键词: 大肠癌; 中医药疗法; 病因病机; 预防; 肠风; 积聚

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.036

文章编号:1672-2779(2018)-10-0082-03

Discussion on Etiology and Pathogenesis of Colorectal Cancer and the Prevention Thought

KONG Zhan, KONG Jingyan

(College of Traditional Chinese Medicine, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

Abstract: Colorectal cancer is a common digestive cancer, including colon and rectal cancer. The location of this disease is large intestine. The internal cause of colorectal cancer is the weakness of the five internal organs, and the external causes are damp, hot, stasis and so on. Accumulation of days, eventually damage the large intestine and form a malignant tumor. In addition, the paroxysm of colorectal cancer is related to one's lifestyle and genetic factors. Prevention of colorectal cancer should develop healthy living habits, cultivate modern, cure chronic intestinal disease actively, attach importance to colorectal cancer on thought and have regular physical examinations actively.

Keywords: colorectal cancer; therapy of traditional Chinese medicine; etiology and pathogenesis; prevention; hemorrhoidal hemorrhage; accumulation

大肠癌以湿热、瘀毒下注肠道导致大肠传导失司为基本病机, 并多由正虚亏虚、外邪侵袭、饮食内伤及情志失调所诱发。李红平等^[1]对2007年—2016年在遵义医学院附属医院内镜中心检出的大肠癌情况进行统计分析, 结果显示60~69岁为大肠癌发病的高峰年龄段, 且近年来发病率逐年上升。随着人们生活方式的改变, 本病出现了明显的年轻化趋势, 年龄在20~39岁的青年人结肠癌发病率及死亡率逐年升高^[2]。大肠癌早期症状以消化不良、腹痛、便血为主, 随着肿物发展, 中后期临床表现以大便性状改变为特征, 并多伴有腹痛、便血、肠梗阻, 发热和消瘦等全身症状。由于大肠癌的发病与生活方式、饮食习惯关系密切, 且早期症状不明显, 易被失治误治, 愈后效果不佳, 因此从病因病机角度分析大肠癌的预防养生思路对于预防和早期诊治大肠癌具有重要意义。

1 大肠癌的中医病因病机分析

“大肠者传导之官, 变化出焉。”传导、变化即指大肠接受从小肠而来的糟粕, 并将其转化为粪便排出体外的过程。若大肠传导变化的功能失常, 则会出现排便异常, 如便秘、泄泻甚则下痢赤白脓血便, 若经久不愈, 毒邪蕴结肠道, 损伤肠络, 形成大肠癌。大

肠癌为西医病名, 中医古籍中不曾出现, 现代中医学根据其临床表现将其归于“积聚”“肠覃”“肠风”“脏毒”“下痢”“锁肛痔”等。现针对大肠癌的基本病因病机进行分析。

1.1 湿热下注 传导失司 湿性重着、黏滞、并有趋下之势, 留置于大肠易发为泄泻, 其病变缓慢不易察觉, 最易引起慢性肠道疾病, 愈后易复发。热邪在气分易灼伤大肠津液, 耗气伤津, 出现肠燥津亏, 大便秘结; 入营血则耗血动血, 使大肠失于血液濡养, 动力减弱, 大便枯结难下甚则便血。湿与热结, 蕴结于肠道, 湿重于热则大便溏薄, 热重于湿则黄稠臭秽, 湿热并重严重者则会出现下痢脓血等症状。

湿热的出现, 在外可由于气候湿热, 久居湿地, 饮食失宜等原因所致; 在内可由于素体脾虚, 湿热内生, 运化无力, 日久不去, 最终下注大肠, 引发本病。

1.2 饮食失宜 损伤肠络 胃主受纳、腐熟水谷, 是接受食物的器官, 也是将食物进行初步消化的场所。脾主运化, 将胃中所受的水谷转化为精微物质, 并输送至全身各个脏腑, 维持其气血充盈, 保证机体各项生理机能正常, 继而维持后天各项生命活动。脾胃上受水谷, 传化精微, 为后天之本, 故而饮食失宜最易损伤脾胃, 导致后天气血生化无源, 正气受损, 使外邪易于侵入而内邪易于滋生。若病在大肠, 则最易造成食积、痰湿、气滞、瘀热下迫大肠, 邪气与大肠糟粕相蕴结, 最终日久成毒, 损伤肠络。

* 基金项目: 天津市高等学校科技发展基金计划项目【No. 20140204】

* 通讯作者: 345450988@qq.com



饮食失宜主要体现在：饥饱无度，暴饮暴食不加节制；长期饮食不注意卫生；嗜食肥甘厚味或生冷、辛辣之品。

1.3 情志不遂 七情内伤 《素问·举痛论》说：“百病生于气也。”情志不遂可导致脏腑气机逆乱，进而引起五脏所司功能失常，气血津液失调，使人体的自我调节能力减退，易感受外邪而诱发各种疾病。若忧思过度，心脾气机郁滞，肝气郁结，气郁日久，可以引起痰湿、血瘀等病变，痰饮与瘀血相互搏结于大肠，最终形成肿瘤。若大怒，则肝气上逆，内生火热，同时肝木克伐脾土，导致肝强脾弱，脾失健运，水湿内生，湿与热合，湿热下迫大肠，日久则损伤肠络。

1.4 肺脾肾虚 运化无力 肺主行水，其宣发肃降的功能推动着全身的水液运行，且肺与大肠为脏腑阴阳表里相配合，肺气不宣会影响大肠功能，出现大便不畅等症状。肾主人体的生长发育，为先天之本，且肾主水，水液的运化有赖于肾的调节。脾为后天之本，为气血生化之源，主运化水谷精微。两脏腑的功能与全身的运化有着密切关系，先天不足或素体虚弱正气亏虚之人，两脏虚损，易出现全身水液运化失常，水湿内停。或素体有热，则水湿化热，湿热下注最终阻滞气机，大肠传导失司，也可导致本病的发生。

1.5 肝肾阴虚 虚热内生 肝主疏泄，疏通调达全身气血津液；主藏血，而血属阴，故称肝体阴而用阳，易出现阴虚。肾主水，调节全身津液。若年老体虚，久病损伤肝肾，阴液亏虚，或因七情内伤，肝郁化火伤阴，最终导致肝肾阴虚，肠络燥热津亏，血虚失于濡养，大肠传导失司，以致大便燥结，排便困难，肠道久失濡润，日久导致癌变。

2 大肠癌的预防养生思路

2.1 健康合理饮食 脾主运化水谷，为后天之本，大肠传导运化糟粕，上受食物的性质决定了大肠运化的压力。王慧君等^[3]研究发现现代临床中脾虚证型是大肠癌最常见的证候之一，而对此类证型大肠癌的癌前病变以及运用健脾法防治大肠癌的研究却较少。针对健脾法防治大肠癌，合理的饮食方式应注意：饮食适时适量，饥饱适中，进食速度不宜过快；饮食清淡，减少生冷辛辣刺激食物及肥甘厚味的摄入，多食用粗粮与水果蔬菜；注意饮食卫生，过期、变质腐败的食物应禁止食用。

此外随着生活水平的提高及生活方式的改变，糖尿病、肥胖症、高血压、高脂血症等代谢综合征的发生率不断提高。研究表明^[4]BMI指数过高、糖尿病等代谢综合征是大肠癌患病的危险因素。李君山^[5]研究发现肥胖症可增加结肠癌的发病风险。因此，控制饮食、积极控制代谢综合征等各危险因素对预防大肠癌具有重要作用。

2.2 改善生活方式

2.2.1 养成良好的排便习惯 粪便的颜色、性状是大肠状态的直观反映。正常的大便频率为一天一次，排便的最佳时间为每日清晨，排便的时长约为3~5分钟。排便的同时从事其他活动如看手机、杂志等会延长排便的时间，使血液在肛门处滞留时间增长，从而增加形成痔疮的可能。若长期习惯性便秘，粪便在大肠滞留，会使大肠增加对粪便中水分的吸收，导致粪便更加干燥难以排出，形成恶性循环。食用粗纤维食物如各种豆类、水果蔬菜以及菌类，增加腹部运动如慢跑、仰卧起坐、手掌按摩腹部，排便后用温水清洗肛周，以及便后提肛运动等都有助于养成好的排便习惯。

2.2.2 戒烟 烟草的燃烧会释放多种有害物质，留置于消化道，长期则会产生消化道癌变。因此戒烟是预防大肠癌的必要手段。

2.2.3 科学作息 避免熬夜 熬夜会导致人体阴阳气机紊乱，各项机能减弱。顺应自然，顺应科学的作息，日出而作，日落而息。睡前不宜从事剧烈活动，入睡保持心情轻松、愉悦，保证充足的睡眠时间。

2.3 调摄情志 保持良好心态 现代研究发现心理状态与癌症的发病呈现显著的相关性，调节情志气机有利于提高癌症疗效^[6]。精神因素的长期刺激可以诱发生理上的改变，避免不良精神因素的刺激，注意调摄精神，保持平和心态，使气机调畅，气血充盈，正气旺盛，增强自身抵抗力，对于减少疾病的发生发展具有重要意义。

2.4 远离湿热环境 若久居湿热环境，则邪气易从外直犯肠道，所以居住地点应远离湿热环境，贴身衣物及被褥应常换洗，并在洗后置于阳光下自然晒干。注意个人卫生，养成良好的生活习惯，对于预防大肠癌的发生尤为重要。

2.5 积极治疗各种肠道疾病 陈坤等^[7]综合分析我国大肠癌发病的危险因素，结果表明位于前三的高危因素分别为肠息肉史、黏液血便、慢性腹泻。因此对于此类肠道疾病的患者，应该更加提高警惕，积极治疗肠道疾病，定期进行结肠镜检查，一旦发现腺瘤性息肉应及时切除，以防癌变。

2.6 思想重视 定期检查 许多人因思想不重视，忽视定期体检的重要性，对体检结果存在畏惧心理，或排斥直肠指检与结肠镜检查而拒绝去医院咨询检查，因此错过了早期发现大肠癌的时机，对后期的治疗造成极大的不便。定期检查可以很好地发现肠道潜在危机，预防和早期诊断大肠癌，从思想上重视定期体检对于大肠癌的早期预防及发现具有重要意义。

此外，数据统计表明有大肠疾患遗传病史者约占有大肠癌患者总数的20%^[8]，大肠癌的发病与遗传因素密切相关，如存在家族遗传性大肠癌、肠息肉病、

结肠炎等肠道疾病应更加注重自身健康状况,定期去医院咨询检查,以做到早期预警,预防大肠癌的发生。

综上所述,湿热下注大肠,饮食失宜,七情内伤,脾肾阳虚,肝肾阴虚都可导致肠络受损,病邪日久失治,从而导致大肠癌的发生。病从口入,大肠癌作为常见的消化道疾病,其预防更应该从改善日常生活方式开始,养成健康的饮食习惯,改善生活方式,恬淡虚无,保持良好的心态,从思想上重视大肠癌,定期体检等方式可以从病因层次有效预防大肠癌的发生,提高居民生活健康水平,节省国家医疗资源。

参考文献

- [1]李红平,苏薇,狄连君,等.2127例大肠癌临床发病特点的回溯性分析[J].肿瘤防治研究,2017,44(12):836-839.
- [2]姜艳芳,魏志,孙自勤.中国青年大肠癌发病趋势分析[J].胃肠病学和肝病学杂志,2016,25(9):982-987.
- [3]王慧君,吴晴,梁伟,等.健脾法治疗大肠癌作用机制及临床应用[J].吉林中医药,2015,35(3):315-318.
- [4]黄健,黄群,黄万钟,等.代谢综合征与大肠癌相关性研究[J].胃肠病学和肝病学杂志,2009,18(12):1105-1107.
- [5]李君山.肥胖相关基因多态性及肥胖和胆管癌的相关性研究[D].济南:山东大学,2015.
- [6]应小雄.情志与癌症关系的研究进展[J].上海中医药杂志,2000(10):46-48.
- [7]陈坤,袁炯良,张杨.大肠癌危险因素的Meta分析[J].浙江大学学报(医学版),2002,31(4):254-258.
- [8]Jemal A, Thomas A, Murray T, et al. Cancer statistics, 2002[J]. CA Cancer J Clin, 2002, 52(1):23-47.

(本文编辑:李海燕 本文校对:苏震东 收稿日期:2018-02-09)

中西医结合治疗 Vogt-小柳原田综合征 2例及病案分析

安瑞丽¹ 张怀亮^{2*} 徐进^{2*}

(1 河南中医药大学研究生2016级,河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一附属医院脑病四区,河南 郑州 450000)

摘要: Vogt-小柳原田综合征又称葡萄膜大脑炎,本文主要对2例以中枢神经系统表现为首发症状的小柳原田综合征患者的诊疗经过进行分析,以探讨其发病机制、临床表现、诊断、辅助检查及中西医结合治疗方法。Vogt-小柳原田综合征是一种累及多个系统的免疫性疾病,临床表现多样,误诊漏诊率高,应尽早行激素治疗以缩短病程,并结合中医药以改善症状及预后,减少并发症的发生。

关键词: Vogt-小柳原田综合征;葡萄膜炎;中西医结合疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.037

文章编号:1672-2779(2018)-10-0084-03

Medical Record Analysis and the Combination of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine in the Treatment of Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome for Two Cases

AN Ruili¹, ZHANG Huailiang², XYU Jin²

(1. Gread 2016 Graduate, the First Affiliated of Henan Univerity of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Ward Four of Encephalopathy, the first Affiliated of Henan Univerity of Traditional Chinese Medicine. Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Vogt-Koyanagi-Harada syndrome (VKHS), also know as uveoencephalitis. Two VKHS patient with an onset of neurological manifestation was retro-spectively reviewd to investigate the mechanism, clinical manifestation, diagnosis and therapeutic options of the combination of traditional Chinese medicine and Western medicine of the VKHS. The VKHS is an autoimmune inflammatory disease involving various systems. The clinical manifestations are variable and the misdiagnosis rate is high. Its neurological manifestation is similar to meningoencephalitis. Prompting initiation of hormone therapy is effectively to shorten the course, to improve prognosis combanded with the combination of traditional Chinese medicine and Western medicine for treatment and diminish complications.

Keywords: Vogt-Koyanagi-Harada syndrome; uveoencephalitis; combination of traditional Chinese medicine and Western medicine

Vogt-小柳原田综合征(VKHS)是一种累及全身多系统的自身免疫性疾病,常侵犯带色素的组织,如葡萄膜、脑膜、内耳及皮肤^[1],其发病机制目前尚不明确。主要表现为弥散性葡萄膜炎、神经症状、听力障碍、皮肤脱色素、毛发变白或脱落等^[2]。考虑这些症状分别

是由于自身抗体侵犯了脑膜、内耳、前庭神经、皮肤的黑色素细胞相关抗原引起炎症所致^[3]。其发病快、进展快、反复发作、致盲率高。也有合并脑实质、脊髓的报告^[4-6],考虑为人髓鞘碱性蛋白相关的自身免疫反应^[7]。首发症状多样,临床中可因其他系统受累症状收治入院,在诊断中漏诊误诊率高。VKHS主要发生于30~40岁年龄段,但也有报道证实其可发生于儿童期。虽然

* 通讯作者:zh121@126.com;jinx.2006@163.com



好发于有色人种,但是影响VKHS发病的首要因素是遗传背景,而不是皮肤颜色的深浅。现将河南中医药大学第一附属医院2016年、2017年收治的2例VKHS报道如下。

1 临床资料

案1 患者,张某,男,41岁,以发作性头痛20天为主诉于2017年5月1日入院,2017年4月10日起患者无明显诱因出现头痛,每次持续约2秒钟,发作频繁,部位不固定,以双耳后为著,伴有双眼视物模糊、瘙痒干涩,目睛、眼眶疼痛,曾服用布洛芬不能止痛,后出现听力下降。查体:神清、高级皮层功能正常,双眼结膜充血,视力下降、右眼外展受限,余各项运动充分,余阳性体征为颈稍强,颞下两指。血、尿、大便常规、生化、自身免疫、肿瘤标志物等未见明显异常,入院第2天腰椎穿刺测颅内压220 mmH₂O。脑脊液示:白细胞计数:80×10⁶/L,淋巴细胞:79%,蛋白定性:弱阳性,蛋白定量:461.6 mg/L (150~450 mg/L),EB病毒抗体、巨细胞病毒抗体阳性。眼部超声:双眼视网膜浅脱离;双眼球壁不均匀增厚;双眼玻璃体混浊。FFA示:双眼虹膜表面荧光渗漏明显,视盘呈高荧光。印象:左眼葡萄膜炎。头颅MRI及MRA、头颅增强未见明显异常。给予甲强龙1000 mg连用5天后改为口服激素并逐渐减量至维持量,并给予妥布霉素地塞米松眼液、普拉洛芬滴眼液、复方托吡卡胺滴眼液点眼。激素使用第1天头痛、眼珠疼痛肿胀明显好转,视力、视物变形未明显好转。并口服中药:柴胡10 g,黄芩9 g,夏枯草30 g,白芍15 g,生地黄12 g,牡丹皮9 g,麦冬15 g,桑叶60 g,炙枇杷叶15 g,钩藤30 g,菊花15 g,茵陈30 g,白茅根15 g,滑石15 g,党参15 g,生甘草10 g,全蝎10 g,蜈蚣3条。服用7付后头痛,双眼瘙痒干涩、目睛、眼眶疼痛消失,视力明显好转。

案2 患者张某,44岁,以持续性头痛20天,加重伴听力下降3天为主诉于2016年10月10日入我院,2016年9月20日患者出现持续性头痛、伴发热,体温最高至39.0℃,无明显其他症状,于北京市某医院就诊,未明确诊断,给予抗生素、止痛药治疗,未见明显好转,后仍间断发热、并相继出现视物模糊、双眼酸胀、畏光、听力下降,入院治疗,查体:神清、高级皮层功能正常,双眼结膜充血,视力下降、对光反射迟钝,余阳性体征为双侧病理征阳性、克氏征阳性。查血常规示:白细胞:19.2×10⁹/L,中性细胞比:83.6%。腰椎穿刺测脑脊液压力:75 mmH₂O,潘氏试验(+),脑脊液糖:4.74 mmol/L,脑脊液氯:124 mmol/L,脑脊液蛋白:26 mg/L。头颅MRI:无明显异常。初步诊断为“病毒性脑炎”,给予醒脑静、抗病毒、抗生素治疗,效不显,遂请眼科会诊,测眼压:R: 7 mmHg, L: 5 mmHg;检查示:睑、球结膜充血(++),角膜后可见羊脂样

Kp,触内皮皱褶,闪辉(++),可见大量房水,虹膜纹理不清、肿胀,右后虹膜后粘连。诊断为葡萄膜炎。给予妥布霉素地塞米松、双氯芬酸钠眼液、阿托品眼用凝胶治疗,并给予甲强龙1000 mg连用5天,后头痛、眼痛较前好转,并口服中药:柴胡10 g,黄芩9 g,桂枝10 g,夏枯草30 g,白芍15 g,生地黄12 g,牡丹皮9 g,麦冬15 g,桑叶60 g,炙枇杷叶15 g,钩藤30 g,白茅根15 g,滑石15 g,党参15 g,防风10 g,生甘草10 g。服用14付后头痛、发热消失,目睛、眼眶疼痛明显好转。

2 讨论

VKHS是我国常见的一种葡萄膜炎类型,其发病迅速、易反复发作、病程进展快,致盲率较高。其反复发作的特征与其自身免疫性相关,致盲率高与其误诊、漏诊率高息息相关。该病首发症状多样,临床中可因眼部、耳部、皮肤、脑膜炎等各种疾病入院,另有合并脑实质及脊髓损害的报告。2002年Iwata^[4]等报道1例合并皮层损害的以反复癫痫发作为主要表现的VKHS患者,Dahbour^[5]报道1例合并急性横贯型脊髓损害和脑损害的VKHS患者,2014年首都医科大学唐毅教授^[6]报道1例合并孤立性脊髓损害的VKHS患者。他们都经过规律的激素及免疫抑制剂治疗,得到显著改善。Smith和Rosenbaum^[8]的回顾性研究表明,56%的VKHS患者存在中枢神经系统的表现。其中包括假性脑膜炎、脑实质及脊髓的表现。由于患者合并视力损害、脑实质、脊髓病变,临床起初可误诊为脑肿瘤、视神经脊髓炎、多发性硬化等。可结合临床症状及通过血液、脑脊液、MRI检查等以鉴别诊断。若不明确该病特征,临床医生常常局限于本科治疗而导致病情进一步发展,延误治疗。VKHS的病因及发病机制至今存在遗传、炎症及自身免疫3种假说^[9]。目前研究多倾向于自身免疫性疾病,认为VKHS综合征的发生是机体对黑色素相关抗原和视网膜S抗原、光感受器间维生素A类结合蛋白等的自身免疫反应所致。因此有研究发现黑种人、黄种人较白种人发病率为高^[10]。而酪氨酸、人髓鞘碱性蛋白或其他相关蛋白可能为潜在的靶抗原,合并并不存在黑色素细胞的脊髓病变考虑可能与此相关^[7]。

该病Moorthy等^[11]将其分为4期:(1)前驱期:突然发病,常有感冒症状,如头痛、头晕、耳鸣,严重者有脑膜刺激症状,脑脊液淋巴细胞和蛋白升高。仅持续1~2周,以后逐渐恢复正常;(2)葡萄膜炎期:前驱期后3~5天出现眼部症状,视力高度减退。(3)恢复期:眼部症状逐渐消退,前节可遗留虹膜后粘连,视网膜下液体吸收,视网膜复位。眼底色素脱失形成晚霞样眼底,并有大小不等色素斑和色素脱失斑,视乳头周围有灰白色萎缩晕;(4)慢性复发期:反复发作,迁延不愈,表现为肉芽肿性炎症,发生严重并发

症,甚至失明。脱发、白发、白癜风多发生在眼病开始后数周或数月,一般5~6个月恢复。该2项病例入院时均在葡萄膜炎期。大多数病人常在前驱期未予以重视及临床医生的误诊漏诊而常于葡萄膜炎期才明确诊断,开始正规系统治疗,而到达此期常常会遗留不同程度的视觉症状。

目前, VKHS 尚无特异性诊断标准,最新标准为2007年由Rao等^[12]在2001年修订诊断标准的基础上修改后提出的。认为VKHS是一种独立性疾病,在不同病程阶段表现各异。根据所出现的临床症状和体征的不同,将VKHS分为完全性、不完全性和可疑性。新标准强调确诊病例应具有完整病史、体格检查和相关辅助检查资料,并排除眼部外伤或手术史。该2项病例均属完全性VKHS。

3 中西医治疗及预后

3.1 西医方面 一经明确诊断,在早期主要应用系统的大剂量糖皮质激素治疗,一般可获得良好的视力预后,但是如果诊断不及时,或者误诊漏诊,治疗不系统,则会出现炎症反复发作,迁延不愈,最终导致眼部出现严重的并发症。至此,基础治疗药物依然是糖皮质激素,以抑制炎症反应、稳定毛细血管通透性,从而减少组织渗出,尽快控制炎症反应。另外大多数患者常合有葡萄膜炎,需要根据葡萄膜炎的分期正确使用睫状肌麻痹剂、糖皮质激素及非甾体消炎药滴眼,以抑制炎症发生,防止眼部并发症。对于激素效果不佳及副作用较大者亦可选用免疫抑制剂。并且需要长期维持治疗,尽可能防止复发。本组2例病例中一例入院即明确诊断,给予大量激素治疗,后逐渐减量至维持剂量口服;另一例先诊断为病毒性脑膜炎,给予抗病毒、抗感染等治疗无效,后诊断明确后立即给予激素合并相关眼药治疗,病情明显好转。

3.2 中医方面 该病发病部位主要在头面部,以头痛、目睛干涩疼痛、视物模糊、听力下降为主要表现,中医辨其病位主要在肝胆,久则及肾,而且本病多发生在青壮年,故而实证为多。本组2例病例均值壮年,血气旺盛,多发为实证,结合两者皆有头痛、目睛红染、视物不清、耳痛辨证为肝火旺盛,木火刑金,化火伤阴。肝火炽盛,循经上攻头目,故见头痛、目睛疼痛。肝热移胆,上冲于耳,故见耳鸣、耳后疼痛等。目为肝木之窍,若火胜则木火相煽,目睛疼痛肿胀。以五伦学说,白睛属肺,瞳仁属肾,若肝火上炎,灼伤肺金,则白睛内赤脉弥漫、色泽鲜红。肝火旺盛、耗竭肾阴,反映在肝之窍,则视物模糊、羞明畏光。病症治疗不及,则易伤阴,况“年四十而阴气自半”,而阴虚又多发在肝肾之脏。方中可用夏枯草苦寒入肝经,亦为目珠疼痛之良药。牡丹皮清肝经热盛;生地黄、

白芍以补血养肝;木火刑金,肺经热盛,加枇杷叶可清肺热,并添“佐金平木”之功。再加党参、麦冬以补肺气,制肺金,肺阴充、肺气足,则可生肾水,肾水足又可达“滋水涵木”之意。另患者主为头痛,可取轻清上扬之桑菊、钩藤类药以引领诸药以达上窍,亦可平抑肝阳、清头目之热壅,在下取滑石、甘草等以利湿热,使邪热从小便而去。疼痛剧烈,主有瘀,取专入肝经之全蝎、蜈蚣以达搜风通络、活血化瘀、消肿止痛之效。本组2例患者均以此辨证治疗,头痛、目痛等症状得到显著缓解,尤其对于激素副作用大、免疫抑制剂效果欠佳者可明显改善临床症状,对于预后如何,尚需进一步追踪疗效。

中枢神经系统合并眼部、耳部、皮肤等病变,早期应及时排除病毒性脑炎、视神经脊髓炎、眼部本身病变等,正确认识实验室和辅助检查,充分认识VKHS的临床特征、病程,符合标准后及早应用糖皮质激素及免疫抑制剂,防止病情进一步发展,并注意预防激素及免疫抑制剂可能造成的反应,如低血糖、低钙及骨髓抑制,继发全身感染等。同时要认识中医在治疗本病的独特作用,减轻临床症状,尽早控制病情,减少并发症的发生。纵观方药,一者顺应“肝体阴而用阳”,肝阳亢盛者多因肝阴亏,清肝热时亦加用养肝阴之品以治本。二者,从五行生克制化论治,如取金生水、佐金平木、滋水涵木之意。三者,用药之部位,上下分治,因势利导。

参考文献

- [1] Moorthy, RS, Inomata H, Rao NA. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome [J]. Surv Ophthalmol, 1995, 39(4):265-292.
- [2] Wang Feng, Peizeng Yang. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome [J]. Current Eye Research, 2009, 23(7):517-523.
- [3] Blanc F, Fleury M, Talmant V, et al. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome [J]. Rev Neurol (Paris), 2005, 161(11):1079-1090.
- [4] Iwata NK, Hayashi T, Numaga J, et al. Fits and deafness [J]. Lancet Neurol, 2002, 1(6):387-388.
- [5] Dahbour SS. MRI documented acute myelitis in a patient with Vogt-Koyanagi-Harada syndrome: first report [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2009, 111(2): 200-202.
- [6] 唐毅, 王向波. 小柳原田病合并脊髓损害的临床研究并文献复习 [J]. 中国医刊, 2014, 49(1):44-46.
- [7] Fang W, Yang P. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome [J]. Curr Eye Res, 2008, 33(9):517-523.
- [8] Smith JR, Rosenbaum JT. Neurological concomitants of uveitis [J]. Br J Ophthalmol, 2004, 88(12):1483-1484.
- [9] 李燕利, 杨炜, 练海东, 等. Vogt-小柳原田综合征的临床分析 [J]. 国际眼科杂志, 2013, 3(13):575-577.
- [10] Guenoun JM, Parc C, Dhote R, et al. Vogt-Koyanagi-Harada Disease: clinical features, therapy and long-term visual outcome in a Caucasian and African population [J]. J Fr Ophtalmol, 2004, 27(9 Pt1):1013-1016.
- [11] Beniz J, Forster DJ, Lean JS, et al. Variations in clinical features of the Vogt-Koyanagi-Harada syndrome [J]. Retina, 1991, 11(9):275-280.
- [12] Rao NA, Sukavatcharin S, Tsai JH. Vogt-Koyanagi-Harada disease diagnostic criteria [J]. Int Ophthalmol, 2007, 27(2/3):195-199.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王鑫 收稿日期:2018-03-06)

中药材微生命活动的预防

黄新兰

(扬子江药业集团江苏龙凤堂中药有限公司, 江苏 泰州 225300)

摘要: 本文举例分析温度、湿度、阳光、空气等对中药材微生命活动的影响; 中药材微生命活动对药材有效成分、药材的外观性状和气味的影响。总结中药材微生命活动预防措施。中药材应根据其质量属性采取不同保存措施, 降低中药材的微生命活动, 取得满意的保存效果。

关键词: 中药材; 微生命活动; 堆垛; 二氧化碳; 空心垛; 镂空垛; 智能垛; 翻垛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.038

文章编号:1672-2779(2018)-10-0087-02

Prevention of Micro Life Activities of Chinese Herbal Medicine

HUANG Xinlan

(Yangzi River Pharmaceutical Group Jiangsu Longfeng Tang traditional Chinese Medicine Co., Ltd., Jiangsu Province, Taizhou 225300, China)

Abstract: The effects of temperature, humidity, sunlight and air on the activities of Chinese herbal medicines were analyzed. The preventive measures for the micro life activities of Chinese medicinal materials were summarized. Chinese medicinal materials should take different preservation measures according to their quality attributes to reduce the micro life activities of Chinese medicinal materials and achieve satisfactory preservation effect.

Keywords: Chinese medicinal materials; micro life activities; stacking; carbon dioxide; hollow stacking; hollowing; intelligent stacking; stacking

中药材以植物药材为主, 包括动物、矿物及部分加工品、化学制品和外来药。药用植物药用部位经过产地加工也就成了中药材, 药用部位经过加工后也就停止了植物原有的生命活动, 但是微弱的生命活动即组织细胞的呼吸作用, 水解反应, 酶解反应, 氧化反应, 聚合反应, 发酵等反应还是存在的。这些微生命活动的进行, 导致药材有效成分的降解, 药材变质。微生命活动的进行, 多部分放出热量, 加快了药材变质速度。与药材微生命活动有关的因素包括: 温度、湿度、氧气、光照等。变质表现在生虫、走油、变色、霉变、自燃等现象。药材变质后药效降低, 产生了新的物质, 同时使药材外观、性状、质地、气味发生明显的改变。外观方面大多由饱满变得干瘪, 质地变得较为松泡, 现就中药材的微生命活动的预防和利用简述如下, 供同仁参考。

1 影响中药材微生命活动的因素

1.1 水分和温度 中药材微生命活动的主要因素为药材的水分含量, 仓库的相对湿度。在合适条件下可以促进呼吸、水解、酶解、酵解等反应的进行。同时温度在16~35℃, 相对湿度在70%以上, 药材中含水量在13%以上, 也是害虫生长的有利条件, 药材含水量每增加一个百分点, 仓储温度就要降低5℃^[1]。螨类害虫生长适宜温度25℃, 相对湿度在80%以上; 在阴暗不通风, 温度25℃, 空气相对湿度在85%以上或药材含水率超过15%时, 霉菌孢子容易生长, 足够的营养条件下, 即萌发菌丝, 分泌酵素, 溶蚀药材内部组织, 使

其腐败变质, 失去药效^[3]。故每年5—10月份是药材霉变的高发期。酶适宜温度为20~45℃, 水分和温度也是水解反应, 酶解反应及其他反应必备的条件, 如黄芩水解变绿, 栀子酶解变黑, 槐花酶解变黄等等。故控制温湿度不仅是控制霉变生虫的要求, 也是控制植物药材微生命活动的要求。为此现实工作中根据中药材属性设置了阴凉库、冷库、常温库。阴凉库系指不超过20℃; 冷库系指2~10℃; 常温库10~30℃。2015版《中华人民共和国药典》除另有规定外, 贮藏项未规定贮存温度的一般系指常温^[4]。水分方面药材含水量控制在13%以下, 相对湿度在70%以下。

1.2 光照和氧气 光照和氧气也是中药材微生命活动的重要因素。植物中药材在生命体时, 光照促进光合作用的进行, 使有机物储备增加, 放出氧气; 但是中药植物经过加工后, 光照和氧气促进有机物的氧化、聚合和有机物的分解, 使药材变色、变质。牡丹皮、白芍的长期储存会出现粉红色; 部分药材会颜色变深、变暗。如人参、党参、太子参、黄芩、全草类、叶类和根茎类药材则会颜色变黄或变淡, 如鱼腥草、佩兰、紫花地丁、苏叶、薄荷、益母草、白芷、白术、黄柏、白术、当归、独活、黄芪; 有些药材断面形成层则会变得散乱扩散如板蓝根、桔梗; 麻黄草、陈皮、化橘红则会加深变红, 山茱萸、五味子由红变黑。微生命活动也包括中药材的呼吸作用。呼吸作用即组织细胞呼吸空气中氧气, 消耗有机物, 放出能量、水和二氧化碳。麦冬、百合、天冬、生地黄、熟地黄、知母等

含水分较高药材,大量堆积,呼吸作用的进行导致温度升高,这些热量不能够有效散发,继而出现走油、变色、霉变、酵解的发生。呼吸作用和酵解、水解作用导致中药材走油的发生,如枸杞子、麦冬、百合、天冬。空气中存在大量的微生物,这些微生物在药材表面或内部繁殖,分解药材营养成分放出热量,久储的药材有股异味的主要原因就是酵解。这些微弱的生命活动,产生热量,热量不能散发,加快药材变质的发生。药材的呼吸作用和酵解产生二氧化碳;二氧化碳有利于药材的储存,二氧化碳浓度的增加也有助于抑制中药材微生命活动的进行。故对于部分种子、果实、芳香类药材采用密闭保存能够取得较好的效果;况且含挥发油药材由于成分的易挥发性,在通风环境中储存有效成分易散失,本类药材的储存易在较为密闭环境中保存,特别对于那些在常温下气味较为浓厚的药材,如鱼腥草、薄荷、佛手、陈皮、香橼、化橘红、砂仁、花椒、八角、丁香、刺五加等药材,更适合密闭保存。动物类药材,如蛇类等为血肉有情之品,易自身发生降解和受到微生物侵袭,更适合控制药材水分和环境的水分含量而进行密闭保存。这些措施在2015版《中华人民共和国药典》中有更好的体现。并不是什么药材都适合在通风环境中保存,过分通风,氧的有效浓度增加,虽然可减少霉变的发生,也有利于中药材微生命活动的进行。通风目的是排除环境中湿气,故当湿度在有效范围内时,对通风进行有效控制。

2 药材微生命活的控制

中药材微生命活动产生热量,这些热量在药材储存过程中应该能够得到控制和避免。本部分药材多为根及根茎类,《药典》对其水分含量标准较低,微生命活动较为旺盛。在使用现代的养护方法基础上,采取下列措施可以使热量得到有效控制。

2.1 小包装 小包装与外界接触面比较大,热量容易散发。

2.2 高架库保存 近年来企业仓储发展高架库储存。高架库优点是药材堆积的高度和厚度明显降低,有利于热量的散发。

2.3 堆积空心垛 对于部分药材堆积时,垛中心设置为开放空心,有利于热量的散发。空心的设置根据药材包件的大小,中间设置为镂空的实体,便于包件的堆积。如果在空心位置设置调节温湿度开口,即为现代的智能堆垛,效果会更好。

2.4 设置镂空堆垛 镂空堆垛,或者使用镂空托盘,有

利于空气的流动,热量散发。

2.5 定期翻垛 对于易于发生变质的药材,定期翻垛。上面包件翻到下面,中间包件翻到上面。有利于热量散发,和水分散失的均衡性。防止上部药材失水较大而干枯瘦瘪,中部药材热量堆积。

2.6 定期对药材进行晾晒干燥 对于易于变质药材定期晾晒,使水分散发,热量散失,利于保管。值得注意的是在晾晒处理过程中要根据药材的性质而采取阴凉处晾晒,或太阳直接晒。对于见阳光易变色药材如花类和果实类药材,日光照射药材易氧化变色,故晾晒易覆盖镂空的黑色麻袋片或黑色粗网覆盖晾晒。也可以采用烘箱等设备,进行干燥。药材干燥后一定凉透后包装,防止热量在包件内堆积。

综上所述,药材微生命活动的存在,要求我们根据中药材本身的质量属性,采取不同的措施,有效控制中药材微生命活动。但对于微生命活动比较弱的中药材,产生热量较少,不足以引起药材质量改变,如砂仁、丁香、草果、陈皮、青皮、枳壳、枳实、香加皮、刺五加等芳香类药材则应适当堆垛,防止挥发性成分散失。对于易于变色的药材,如牡丹皮、白芍、赤芍也适宜适当堆垛,防止氧气浓度较高,引起药材变色、变质。对于质地比较松泡的叶类、花类、全草类、皮类、茎木类药材和部分果实类药材,如栀子、连翘等。虽然存在微生命活动,但包件透气性好,药材较为干燥时,适宜堆垛管理。

所以我们应该根据药材质量属性和中药材微生命活动的情况灵活分析,最大限度地控制药材质量。

参考文献

- [1]国家药典委员会.中华人民共和国药典[S].一部.北京:中国医药科技出版社,2015:XIII.
- [2]吕伟新.关于家庭粮食低温储存的探讨[J].食品科技,2013,38(9):124.
- [3]李家实.中药鉴定学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:21.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张付轩 收稿日期:2018-02-28)

中医药师训“六明”“六要”

第一明志,要志坚心定。

第二明德,要修德正身。

第三明理,要精研经典。

第四明术,要苦练笃行。

第五明法,要继承创新。

第六明业,要发挥优势。

以上“六明”,惟明医之道;以上“六要”,乃成名医之纲。

——徐江雁、杨建宇摘编自《国医大师孙光荣教授中和医派临床经验集》

浅谈中医治疗心理应激性心肌缺血

张晓青 韩丽华

(河南省中医院心病科, 河南 郑州 450002)

摘要: 心理应激性心肌缺血 (mental stress-induced myocardial ischemia, MSIMI) 是指冠心病患者受到心理刺激后而发生的心肌缺血, 其不同于药物、运动诱发的心肌缺血, 因此临床常被漏诊, 进而临床风险增加, 影响患者生存质量。MSIMI属中医“郁症”“胸痹”等范畴。《黄帝内经》言: “悲哀愁忧则心动, 心动则五脏六腑皆摇”。本文总结现代医学关于心理应激导致的稳定性冠心病患者心肌缺血的概念、特点、危险因素等以及中医对MSIMI的有效经验, 为今后临床诊疗提供借鉴。

关键词: 心理应激; 心肌缺血; 中医治疗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.039

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0089-02

Discussion on Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Psychological Stress Myocardial Ischemia

ZHANG Xiaoqing, HAN Lihua

(Heart Disease Department, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: The psychological stress myocardial ischemia (getting stress-induced myocardial ischemia, MSIMI) refers to the patients with coronary heart disease after exposure to the psychosocial and psychological stimulation of myocardial ischemia, its motion is different from the drug induced myocardial ischemia, therefore are often missed diagnosis, clinical and clinical risk increase, and affects the quality of survival MSIMI depression obstruction and other categories of traditional Chinese medicine. In the *Inner Canon of Huangdi* said as follows: sorrow sorrow leads the insides shaking which is all shaking of the viscera and the six viscera. From the modern medicine, the psychological stress stability is the concept of myocardial ischemia in patients with coronary heart disease risk factors and the effective experience of TCM of psychological stress myocardial ischemia, which can provide clinical diagnosis and treatment in the future.

Keywords: psychological stress; myocardial ischemia; therapy of Traditional Chinese Medicine

冠心病 (coronary heart disease, CHD) 是指冠状动脉发生粥样硬化引起管腔狭窄或闭塞, 导致心肌缺血缺氧或者坏死^[1]。CHD在我国人群中发病率高, 多项研究结果提示合并心理应激性心肌缺血 (mental stress-induced myocardial ischemia, MSIMI)^[2]的冠心病患者死亡率增加。新近一篇荟萃分析发现MSIMI可使冠心病患者终点事件的发生率或总病死率增加2倍^[3]。因此, 对MSIMI型冠心病患者的诊治迫切而需要。

1 MSIMI的研究概况

MSIMI又称精神压力导致的心肌缺血, 冠心病患者发生心理应激性心肌缺血多与性别、心理因素、心功能状态等有关。MSIMI临床上没有典型的心前区不适等心肌缺血症状, 发作较为隐匿。确诊冠心病的患者通常在受到心理刺激后出现胸闷、胸痛等不适, 此时通过心电图、心脏超声等可确诊心理应激性心肌缺血。

目前, 心理应激性心肌缺血已经引起临床医师和科研工作者的重视。有关研究显示冠心病患者MSIMI的发病率大约为20%~70%, 差异较大^[4]。其发病机理与血液动力学反应、冠状动脉血管舒缩反应、中枢神经系统因素、遗传因素等有关^[5]。临床治疗中可以从心理调节、生活方式等方面对冠心病患者MSIMI进行干预和治疗。

2 中医对MSIMI的认识

2.1 中医“七情之由做心痛”理论对防治MSIMI的重要

意义 中医虽无“心理应激性心肌缺血”的病名, 但中医对这种疾病却早有认识。《薛氏医案》“肝气通则心气和, 肝气滞则心气乏”, 即认为情志所伤是胸痹心痛的一个重要原因。心主血脉, 为全身气血运行的动力。肝藏血, 主疏泄, 肝的疏泄功能联系着全身的气机变化, 协调着全身气血的运行。心肝相互协调, 则心有所主, 肝有所藏, 脉道充盈, 气血运行有序, 脏腑组织营养充足, 机体功能正常。七情过极, 情志不遂, 肝气郁结, 心之气血受阻, 心络不通, 则出现类似于心肌缺血的症状。因此对防治MSIMI具有重要意义。

2.2 中医对MSIMI的病机认识 MSIMI归属于中医“郁症”“胸痹”“心悸”等范畴。肝气郁结, 日久不解, 气滞血瘀, 多致脉络瘀阻; 或胸痹日久, 气阴不足, 心气行血无力, 肝胆疏泄不及, 痰瘀日久, 而成正虚邪实之证, 或肝火日久, 耗伤阴血, 络脉失养, 心脉瘀阻, 多致胸痹日久不愈。或素体阴虚, 愤怒太过, 或疏泄太甚, 肝阳上亢, 致肝火扰心, 火迫脉急, 血为热结, 亦致胸痹心痛; 因此, MSIMI可从肝胆论治。韩丽华教授从中西医角度出发, 认为精神活动与心、肝均有密切关系, 且认为在临床上情志内伤首先伤肝而后及心者更常见, 还以临床实践证实了心病从肝论治的可能性。针对MSIMI的病机特点, 韩丽华教授提出疏肝解郁、柔肝养心、清肝养心的治疗法则, 使刚柔

相济, 气血调和, 则胸痹自除。

3 中医治疗MSIMI的有效经验

3.1 疏肝解郁法 药选柴胡、香附、川芎、枳壳、紫苏梗、青皮、佛手等。用于肝郁气滞, 心脉不畅者, 功善疏肝理气。症见情志刺激后出现胸闷胸痛, 情志抑郁, 善太息, 纳少眠差, 或心烦急躁易怒, 舌苔薄白, 脉弦。临床运用时, 兼寒可加细辛、吴茱萸, 兼热可加牡丹皮、山栀子, 兼痰可加半夏等。

3.2 柔肝养心法 药选生地黄、沙参、麦冬、当归、人参等。用于心肝阴虚之胸痹者, 功善养心柔肝。症见情绪激动或劳累后心悸, 心烦急躁易怒, 胸闷胸痛, 头晕目眩, 或手足心热, 或两目干涩, 口干咽干, 舌红, 苔薄白, 脉细数。

3.3 清肝养心法 药选牡丹皮、栀子、生地黄、川楝子、麦冬、白芍、丹参、郁金、酸枣仁等。用于肝胆火旺, 心阴不足之胸痹者, 功善降逆平肝, 滋养心阴。症见平素易怒者, 症见胸闷胸痛, 心中烦热, 或口干、口苦, 眠差, 头晕目眩, 小便短赤, 舌红苔黄, 脉弦细数。

4 经验拾菁

李某, 女, 59岁, 干部。2016年9月20日初诊。阵发性左胸部闷痛10月余, 加重2个月。2015年11月因生气出现左胸部憋闷疼痛, 以后每在情绪激动及劳累后出现, 在某医院诊断为“冠心病, 心绞痛”, 住院治疗1月后症状无明显改善而出院。刻下症: 阵发性左胸部憋闷疼痛, 多因情绪因素而诱发, 发作频繁, 每次持续数分钟, 含服速效救心丸、硝酸甘油可缓解, 平素心烦易怒, 善太息, 夜寐多梦, 气短乏力, 两肋肋郁胀

不适, 舌质暗红, 边有齿印, 脉沉弦细。以柔肝养心法为治疗原则, 方以一贯煎合冠心2号方为主加减, 生地黄20 g, 麦冬20 g, 人参6 g, 丹参15 g, 红花10 g, 川芎10 g, 赤芍10 g, 玉竹15 g。14剂。

二诊: 患者诉胸闷胸痛较前明显减轻, 睡眠较前好转, 偶有头部昏沉不适, 舌质暗红、苔薄白, 脉沉。上方加生龙骨20 g, 生牡蛎20 g。14剂。

三诊: 患者诉胸闷、胸痛明显好转, 余无明显不适, 继以益气活血方巩固治疗1周。

5 小结

随着现代人生活节奏的增快, 生活与工作压力越来越大, 长期精神高度集中与紧张, 心情得不到舒展, 情志抑郁, 肝气不舒, 致使气机不能调达, 七情过极, 日久不解, 多致瘀血阻络。MSIMI与中医从肝论治理论不谋而合, 临床诊治冠心病的过程中因注意结合患者心理因素, 整体合参, 辨证论治, 更能达到事半功倍的效果。

参考文献

- [1]Proietti R, Mapelli D, Volpe B, et al. Mental stress and ischemic heart disease: evolving awareness of a complex association[J]. Future Cardiol, 2011, 7 (3): 425-437.
- [2]葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
- [3]Wei J, Roobs C, Ramadan R, et al. Meta-analysis of mental stress-induced myocardial ischemia and subsequent cardiac events in patients with coronary artery disease[J]. Am J Cardiol, 2014, 114(2):187-192.
- [4]Boyle SH, Matson WR, Velazquez EJ, et al. Metabolomics analysis reveals insights into biochemical mechanisms of mental stress-induced left ventricular dysfunction[J]. Metabolomics, 2015, 11(3):571-582.
- [5]Strike PC, Steptoe A. Systematic review of mental stress-induced myocardial ischaemia[J]. Eur Heart J, 2003, 24(8):690-703.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘培民 收稿日期:2018-03-02)

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

ATP 及 P2X7 受体在三伏灸治疗支气管哮喘的作用机制研究[※]

陈 铭¹ 康佩芝² 董亚琴²

(1 福建卫生职业技术学院临床医学系, 福建 福州 350101;

2 福建省中医药研究院福建省经络感传重点实验室, 福建 福州 350003)

摘要:目的 观察三伏灸治疗对支气管哮喘新西兰兔大椎穴和肺俞穴透析液腺苷酸含量及肺组织P2X7受体mRNA表达的影响。**方法** 选取新西兰雄性兔子18只, 随机分为3组。进行支气管哮喘气道重塑模型造模后, 于“三伏天”以隔姜灸加中药贴敷法干预, 疗程结束后, 采用微透析的方法提取大椎穴、肺俞穴的透析液, 再用超高效液相色谱法测定透析液中腺苷酸的含量。取新西兰兔肺组织, 采用荧光定量PCR法观察各组肺组织P2X7受体mRNA表达的变化。**结果** 与空白组相比, 模型组大椎穴和肺俞穴的ATP浓度均明显升高 ($P<0.05$), 与模型组相比, 治疗组的大椎穴和肺俞穴的ATP浓度均明显下降 ($P<0.05$); 模型组新西兰兔肺组织P2X7受体mRNA的表达较空白组明显升高 ($P<0.05$), 治疗组P2X7受体mRNA的表达较模型组明显下降 ($P<0.05$)。**结论** ATP可能通过P2X7受体参与了支气管哮喘的发生发展过程, 三伏灸可通过下调局部穴位ATP的浓度, 进而调整肺组织P2X7受体的表达量, 达到治疗效果。

关键词: 三伏灸; 哮喘; 高效液相色谱; 大椎穴; 肺俞穴; 腺苷酸; P2X7受体

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.040

文章编号:1672-2779(2018)-10-0091-04

Research on the Mechanism of ATP and P2X7 in Dog Days Moxibustion

CHEN Ming^{1*}, KANG Peizhi², DONG Yaqin²

(1. Department of Clinical Medicine, Fujian Health College, Fujian Province, Fuzhou 350101, China;

2. Fujian Key Laboratory of Meridian Transmission, Fujian Academy of Chinese Medical Sciences, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

Abstract: Objective To observe the effect of ATP and P2X7 expression about New Zealand white rabbits which treat by dog days moxibustion. **Methods** 18 male New Zealand white rabbits were randomly divided into blank group, model group and experimental group. Airway remodeling of asthma model, experimental group were given medicine applicator Ginger joint intervention groups Ginger and sticking points are selecting Dazhui (GV14) and bilateral Feishu (B13). At the end of the experiment, extrac the dialysate of Dazhui (GV14) and Feishu (B13) by microdialysis method, and the ATP content was detected. The rabbits lung tissue was took, and the P2X7 gene expression was detected. **Results** Comparing with the blank group, in the model group the ATP content of Dazhui (GV14) and Feishu (B13) were significantly increased ($P<0.05$). Comparing with the model group, in the experimental group the ATP content of Dazhui (GV14) and Feishu (B13) were significantly decreased ($P<0.05$). Comparing with the blank group, the gene expression of P2X7 were significantly increased in the model group ($P<0.05$). Comparing with the model group, the gene expression of P2X7 were significantly decreased in the experimental group ($P<0.05$). **Conclusion** ATP may be involved in the development of bronchial asthma by P2X7. Dog days moxibustion may be decrease the ATP content and then decrease the gene expression of P2X7 to achieve the effect of treatment.

Keywords: dog days moxibustion; asthma; high performance liquid chromatography; Dazhui (GV14); Feishu (B13); ATP; P2X7

支气管哮喘是常见的慢性疾病之一。我们前期的实验则表明三伏灸可通过抑制MMP-9的合成, 使支气管哮喘新西兰兔细支气管平滑肌厚度及细支气管内管壁厚度明显变薄, 从而显著改善气道重塑现象而达到治疗效果^[1-2]。本文通过进一步观察三伏灸对ATP和P2X7受体的影响, 探讨三伏灸治疗支气管哮喘的作用机理。

1 材料与方法

1.1 实验材料

1.1.1 实验动物 新西兰兔18只, 雄性, 体质量 (2.5±0.3) kg, 由福建医科大学实验动物中心提供, 许可证号:

SCXK (闽) 2012-0001。

1.1.2 试剂、药物及仪器 卵白蛋白 (Ovalbumin, OVA) (美国Sigma公司); 氢氧化铝 (Aluminum hydroxide, AL (OH) 3) (西陇化工股份有限公司); 异氟烷 (瑞沃德公司); 甲醇 (色谱纯, 默克股份两合公司), 磷酸二氢钾、磷酸氢二钾 (色谱纯, 天津科密欧化学试剂有限公司), ATP、ADP、AMP、ADO (西格玛奥德里奇上海贸易有限公司), 实验用水超纯水; RNA提取液 (武汉谷歌生物科技有限公司); HyPure TMMolecular Biology Grade Water (HyClone公司); RevertAid First Strand cDNA Synthesis Kit (Thermo公司); FastStart Universal SYBR Green Master (Rox) (Roche公司); 引物 (武汉谷歌生物科技有限公司) P2RX7上游引物: 5'-CCACAGTCTCAATCACCCACAA-3', 下游引物: 5'-

※ 基金项目: 国家自然科学基金项目[No.81403490]; 福建省经络感传重点实验室; 福建省属公益类科研院所基本科研专项资助项目[No.2015R1035-3]; 福建省卫计委中青年骨干人才培养项目[No.2014-ZQN-JC-33]

CCACACATCCTCCCCTATCC-3', 待扩增产物长度191 bp。GAPDH 上游引物: 5' -CCGCCAGAACATCATCCCT-3', 5' -GCACTGTTGAAGTCGCAGGAGA -3', 待扩增产物长度262 bp。

ACQUITY超高效液相色谱仪 (waters 公司); SB-5200DT超声波清洗机 (宁波新芝生物科技股份有限公司); SHB-III循环水式多用真空泵 (郑州长城科工贸有限公司); BP211型电子天平称 (德国Sartorius公司); DL-200微型掌上离心机 (北京东林昌盛生物科技有限公司); ESP-32微透析注射泵 (深圳市瑞沃德生命科技有限公司), 瑞沃德呼吸系统 (瑞沃德公司)。匀浆仪 (康涛科技); 台式高速冷冻型微量离心机 (DragonLab 公司); 荧光定量PCR仪 (ABI公司); 超净工作台 (苏净安泰公司); 超微量分光光度计 (Thermo公司); 标准试剂型纯水仪 (青岛富勒姆科技有限公司)。

1.2.1 动物分组、造模及干预方法 18只新西兰兔适应性饲养1周后, 采用随机数字表法随机分为空白组, 模型组, 治疗组, 每组6只。除空白组外, 其他2组制备成哮喘模型。动物模型制造: 在第1、8天腹腔注射1 mL OVA (卵白蛋白) / AL (OH) 3混合液 (含OVA 10 mg和AL (OH) 3 200 mg) 致敏, 第15天开始应用超声雾化器于自制简易雾化箱中以一定浓度的OVA生理盐水溶液雾化激发, 每次20 min, 隔日1次, 持续30d。激发浓度分别为前15 d的1%, 后15 d的1.5%。空白组在第1、8天给予生理盐水代替OVA / AL (OH) 3混合液腹腔注射, 第15天开始以生理盐水代替OVA超声雾化吸入, 每次20 min, 隔日1次, 持续30 d。

治疗组给予三伏天隔姜灸联合中药敷贴 (白芥子、细辛、甘遂、延胡索等研末, 治疗前1天用姜汁及凡士林调成膏状备用), 穴位选择大椎及双侧肺俞, 置以直径约0.8 cm、厚约0.3 cm的鲜生姜片, 在姜片上放置底面直径为0.6 cm的圆锥形艾柱 (约为1 g) 艾灸, 3壮后分别敷贴外敷药4 h。于致敏后第15天 (初伏) 雾化前0.5 h干预, 隔日1次, 连续30 d。

1.3 观察指标及检测方法

1.3.1 膈穴ATP含量检测

1.3.1.1 实验样品收集方法及标准溶液的制备 接好微透析注射泵和微透析管路, 选用生理盐水为灌流液, 灌流速度为2 μ L/min。使用麻醉剂为异氟烷的麻醉呼吸机, 以5 cc/min $\times$ 5的量将兔子麻醉诱导, 定位大椎穴和肺俞穴, 用留置针穿刺皮肤并将留置针的外套管留于皮肤内, 借助外套管, 将已用超纯水浸泡过的线性探针的半透膜植入大椎穴和肺俞穴, 将线性探针的入口端与微透析泵管路连接, 出口端装入EP管中, 进行膈穴区透析液的收集, 同时将麻醉量降至5 cc/min $\times$ 2.5进行麻醉维持。前1 h的透析液不收集, 1 h后, 每20 min一管, 共收集3管, 标记后放-80 $^{\circ}$ C冰箱保存。高效液

相色谱测定时, 取出解冻后再放入离心机中离心2 min, 用移液枪吸取3管混合打入1个进样瓶中进行测定。

精密称取ATP、ADP、AMP、ADO标准品各10 mg, 加10 mL生理盐水配制成1mg/ml的混合标准液, 然后加生理盐水, 配制成系列浓度的混合标准液, 浓度从低到高依次为: 0.05、0.1、1、10、50、100 μ g/mL。为减小误差, 进行平行试验, 每次不同浓度的混合标准液都配制两管。

1.3.1.2 色谱条件 色谱柱: Waters ACQUITY UPLC C18色谱分析柱 (1.7 μ m, 2.1 $\times$ 100 mm)

流动相: C相为甲醇, D相为50 mmol/L磷酸二氢钾和磷酸氢二钾组成的磷酸盐缓冲液 (pH=6.8), 采用梯度洗脱, 0~0.85 min时, 流速为0.3 mL/min, 5%的C相和95%的D相; 0.85~0.86 min将流速降至0.1 mL/min; 0.86~4.0 min时, 维持0.1 mL/min流速, 5%的C相和95%的D相; 4.0~4.1 min, 将流速升至0.3 mL/min, C相升至20%, D相降至80%; 4.1~6.0 min时, 维持0.3 mL/min流速, 20%的C相和80%的D相; 6.0~6.1 min, 将流速维持0.3 mL/min, C相降至5%, D相升至95%; 平衡至10 min结束。

柱温为25 $^{\circ}$ C, 检测波长259 nm, 进样量5 μ L。

1.3.2 肺组织P2X7受体mRNA表达

1.3.2.1 总RNA的提取 取匀浆管, 加入1 mL的Trizol Reagent, 置冰上预冷; 取100 mg肺组织, 加入到匀浆管中; 匀浆仪充分研磨直至无可见组织块; 12000 rpm离心10 min取上清; 加入250 μ L三氯甲烷, 颠倒离心管15 s, 充分混匀, 静置3 min; 4 $^{\circ}$ C下12000 rpm离心10 min; 将上清转移到一新的离心管中, 加入0.8倍体积的异丙醇, 颠倒混匀; -20 $^{\circ}$ C放置15 min; 4 $^{\circ}$ C下12000 rpm离心10 min, 管底的白色沉淀即为RNA; 吸除液体, 加入75%乙醇1.5 mL洗涤沉淀; 4 $^{\circ}$ C下12000 rpm离心5 min; 将液体吸除干净, 将离心管置于超净台上吹3 min; 加入15 μ L无RNA酶的水溶解RNA; 55 $^{\circ}$ C孵育5 min; 使用Nanodrop 2000检测RNA浓度及纯度: 仪器空白调零后取2.5 μ L待测RNA溶液于检测基座上, 放下样品臂, 使用电脑上的软件开始吸光值检测; 将浓度过高的RNA进行适当比例的稀释, 使其终浓度为200 ng/ μ L。

1.3.2.2 实时荧光定量PCR反转录 取一PCR管, 加入含2 μ g RNA的溶液; 加入1 μ L oligo (dT) 18; 用无核糖核酸酶的去离子水补足至12 μ L; 于PCR仪上65 $^{\circ}$ C保温5 min, 迅速置冰上冷却; 依次加入4 μ L 5 $\times$ Reaction Buffer, 2 μ L 10 mM dNTP Mix, 1 μ L RiboLock RNAase抑制剂 (20 U/ μ L) 和1 μ L RevertAi M-MuLV逆转录酶 (200 u/ μ L), 用枪抽吸混匀; 于PCR仪上42 $^{\circ}$ C保温60 min, 结束后70 $^{\circ}$ C保温5 min灭活反转录酶。定量PCR: 取0.2 mL PCR管, 配制如下反应体系, 每个反转录产物配制3管。2 $\times$ qPCR Mix 12.5 μ L, 7.5 μ M基因引物2.0 μ L, 反

转录产物2.5 μL , ddH₂O 8.0 μL ; PCR扩增, 预变性95 $^{\circ}\text{C}$ 10 min; 循环 (40次) 95 $^{\circ}\text{C}$, 15 s $\rightarrow$ 60 $^{\circ}\text{C}$, 60 s; 熔解曲线60 $^{\circ}\text{C}$ $\rightarrow$ 95 $^{\circ}\text{C}$, 每15 s升温0.3 $^{\circ}\text{C}$ 。

1.3.2.3 结果处理方法 $\Delta\Delta\text{CT}$ 法: 每个标本重复3次, Ct值取平均值; $\Delta\text{CT}=\text{CT}$ (目的基因, 待测样本) - CT (内标基因, 待测样本); $\Delta\Delta\text{CT}=\Delta\text{CT}$ (待测样本) - ΔCT (对照样本); 表达倍数 $=2^{-\Delta\Delta\text{CT}}$ 。

1.4 统计学方法 计量资料用 ($\bar{x}\pm s$)表示, 采用SPSS 20.0统计分析, 进行正态检验, 符合正态分布, 多组比较用单因素方差分析, 2组组间比较采用独立样本 t 检验; 不符合正态分布, 采用独立样本秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 大椎穴和肺俞穴ATP浓度检测 表1。

表1 新西兰兔大椎穴和肺俞穴ATP浓度 ($\bar{x}\pm s$, $\mu\text{g/mL}$)

组别	只数	大椎穴ATP浓度	肺俞穴ATP浓度
空白组	6	0.3950 $\pm$ 0.0409	0.4650 $\pm$ 0.0774
模型组	6	12.4150 $\pm$ 1.2662	10.2986 $\pm$ 0.9360 $^{\Delta}$
治疗组	6	5.2417 $\pm$ 0.9637	4.3400 $\pm$ 0.9586 $^{\#}$

注:与空白组比较, $^{\Delta}P<0.05$;与模型组比较, $^{\#}P<0.05$

2.2 肺组织P2X7受体mRNA表达 见表2。

表2 新西兰兔肺组织P2X7受体mRNA的相对表达量 ($\bar{x}\pm s$)

组别	只数	相对表达量
空白组	6	0.1462 $\pm$ 0.0785
模型组	6	3.3615 $\pm$ 0.0254 $^{\Delta}$
治疗组	6	1.1713 $\pm$ 0.0153 $^{\#}$

注:与空白组比较, $^{\Delta}P<0.05$;与模型组比较, $^{\#}P<0.05$

3 讨论

哮喘是一种慢性气道炎症性疾病, 其发生与发展和气道炎症反应有着密切联系。ATP是细胞不可缺少的能源物质, 参与了细胞内各种代谢循环, 同时它可由突触释放并作为突触传递重要的神经递质; 还可由血小板、上皮细胞和嗜碱性粒细胞等释放出来, 通过分泌到胞外与细胞表面的特异性受体结合, 参与调节了多种细胞反应。研究表明^[3-7]: ATP可对呼吸道产生多重影响, 从而影响哮喘的发生及发展。ATP参与离子的跨膜转运, 促进呼吸道黏膜纤毛清除能力, 维护肺部的宿主防御功能; 作为一种重要的神经递质或分泌/旁分泌信使, 不仅可促使呼吸道平滑肌的收缩, 还可诱发呼吸道平滑肌上皮依赖性的舒张, 显示其复杂的双重调节作用; 是呼吸道疾病和炎症发生的重要介导者, 过量释放将导致炎症反应的加剧, 对于哮喘的发生与发展起促进作用。本次实验观察到模型组膈穴区ATP的浓度显著高于空白组, 也表明ATP参与了支气管哮喘的发生发展过程。

ATP的作用大多是通过激活细胞表面的特异性受体实现的, 众多受体中P2X7受体被认为是最特殊的受体。P2X7由595个氨基酸组成, 是一种2次跨膜的蛋白, 其N端和C端均在细胞内, 在细胞膜上可形成3个或更多个同源亚基复合体。它与其他P2X受体的不同在于P2X7位于胞内的有239个氨基酸, 显著多于其他已知ATP受体亚型梭基端氨基酸数量 (27~129个), 此结构基础决定了P2X7功能的特异性。P2X7受体的持续激活将导致大的膜孔形成, 使得相对分子质量为800 $\times 10^3$ 的大分子都可以自由通过, 最终导致细胞死亡, 因此P2X7受体也被称为P2Z受体, 即细胞死亡受体^[8]。大量实验证明人类P2X7基因调节哮喘中气道对感染的反应, P2X7基因所在的染色体基因位点包括许多和哮喘肺功能相关的基因。Denlinger等^[9]研究表明, ATP的释放是气道炎症反应细胞损伤过程中的一种有害信号, 在人和小鼠过敏原激发后, 气道ATP水平升高, 引发树突状细胞合成促进嗜酸粒细胞和淋巴细胞募集的细胞因子, 导致气道高反应性和气道炎症反应, 而P2X7受体参与了ATP释放的调控过程, 阻断P2X7可以减轻OVA激发的树突状细胞介导的嗜酸粒细胞和淋巴细胞浸润。本次实验观察到模型组肺组织P2X7表达显著高于空白组, 表明P2X7受体参与了支气管哮喘的发生发展过程。ATP可能是通过P2X7受体参与了支气管哮喘的发生发展过程。

三伏灸是以《内经·四气调神大论》提到的“圣人春夏养阳, 秋冬养阴, 以从其根”^[10]为理论依据的一种治疗方法, 利用天阳、艾之辛阳之性以及药物的温阳、辛散、走窜作用通过穴位的特异性温补脾肾、温阳散寒, 从而增强患者体质, 减少支气管哮喘的发作次数。近几年, 三伏灸在南方许多城市流行, 在临床上取得较为显著的疗效, 得到了患者及其家人的普遍认可。本次实验观察到治疗组膈穴区ATP的浓度和P2X7表达显著低于模型组, 表明: 三伏灸可能通过下调局部穴位ATP的浓度, 进而下调肺组织P2X7受体的表达量, 从而改善炎症反应达到临床疗效。

参考文献

- [1]文婧, 苏美玲, 李淑娟, 等.三伏灸不同灸量对支气管哮喘新西兰兔支气管形态的影响[J].中华中医药杂志, 2017, 32(11):4932-4935.
- [2]陈铭, 苏美玲, 文婧, 等.三伏灸不同灸量对哮喘型新西兰兔MMP-9表达的影响[J].中国中医药现代远程教育, 2017, 15(17):143-145.
- [3]苏晖晖.ATP过量释放在机械牵张致气道黏液高分泌中的作用[D].重庆:重庆医科大学, 2012.
- [4]Tarran R, Trout L, Donaldson SH, et al. Soluble mediators not cilia, determine airway surface liquid volume in normal and cystic fibrosis superficial airway epithelia[J]. J Gen Physiol, 2006, 127(5):591-604.
- [5]Esther CR, Alexis NE, Clas ML, et al. Extracellular purines are biomarkers of neutrophilic airway inflammation[J]. Eur J Respir, 2008, 31(5):949-956.
- [6]Button B, Picher M, Boucher RC. Differential effect of cyclic and constant stress on ATP release and mucociliary transport by human airway epithelia[J]. J Physiol, 2007, 580(2):577-592.

- [7] Oguma T, Ito S, Kondo M, et al. Roles of P2X receptors and Ca²⁺ sensitization in extracellular adenosine triphosphate induced hyper responsiveness in airway smooth muscle[J]. Clin Exp Allergy, 2007, 37(6):893-900.
- [8] Cotrina ML, Nedergaard M. Physiological and pathological functions of P2X7 receptor in the spinal cord[J]. Purinergic Signal, 2009, 5(2):223-232.
- [9] Denlinger LC, Angelini G, Schell K, et al. Detection of human p2x7 nucleotide receptor polymorphisms by a novel monocyte pore assay predictive of alterations in lipopolysaccharide-induced cytokine production[J]. J Immunol, 2005, 174(7):4424-4431.

- [10] 徐兵, 梁东. 黄帝内经四气调神[M]. 南昌: 江西科学技术出版社, 2013: 282.

(本文编辑:李海燕 本文校对:许金森 收稿日期:2018-02-02)

伤科紫草油微生物限度检查方法的验证

赵毛香 黄晓冰* 钟碧莲 王 凌

(广州中医药大学附属骨伤科医院药学部, 广东 广州 510375)

摘要:目的 建立伤科紫草油的微生物限度检查方法。方法 根据《中华人民共和国药典》2010年版微生物限度检查方法的要求, 开展验证实验。结果 采用常规法对伤科紫草油微生物限度检查方法进行验证, 细菌回收率大于90%、霉菌和酵母菌回收率大于90%; 控制菌检查中, 各阳性试验菌均检出, 阴性无干扰。结论 可采用常规法对伤科紫草油进行微生物限度检查。

关键词: 伤科紫草油; 微生物; 限度; 中药化学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.041

文章编号:1672-2779(2018)-10-0094-03

Methodological Validation of Microbial Limit Test for Shangke Zicao You

ZHAO Maoxiang, HUANG Xiaobing*, ZHONG Bilian, WANG Ling

(Pharmacy Department, the Affiliated Orthopedics Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510375, China)

Abstract:Objective To establish microbial limit test method for Shangke Zicao You. **Methods** According to Chinese pharmacopoeia (edition 2010) requirements validation experiment of microbial limit test method. **Results** Using the routine method of Shangke Zicao You microbial limit test method for validation, the recovery rates of bacteria, mold and yeast were higher than 70%, positive test bacteria were detected and negative without interference in the control bacteria test. **Conclusion** The microbial limit test of Shangke Zicao You could be investigated by routine method.

Keywords: Shangke Zicao You; microbial limit test; limit; chemistry of Chinese materia medica

伤科紫草油为我院注册制剂, 主要成分为紫草、大黄、白及等, 具有清热凉血, 活血解毒, 逐瘀止痛等功效, 临床用于跌打损伤、骨折肿痛、软组织损伤及烫伤未溃等, 疗效确切, 不良反应少^[1]。为了有效控制伤科紫草油的质量, 保证微生物限度检查结果的准确性, 确保方法的科学性, 本文根据《中华人民共和国药典》2010年版一部附录微生物限度检查方法的要求^[2], 对伤科紫草油微生物限度检查方法进行验证, 验证内容包括细菌、霉菌和酵母菌的计数方法, 以及金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌等控制菌检查方法。

1 仪器与试剂

1.1 仪器 电子分析天平 (JA1103), 台式灭菌器 (MOST-T), 台式高速离心机 (TGL-16G), 干热灭菌器 (BOS-150), 生化培养箱 (LRH-70)。

1.2 菌种 金黄色葡萄球菌 [CMCC (B) 26003]、枯草芽孢杆菌 [CMCC (B) 63501]、白色念珠菌 [CMCC (F) 98001]、黑曲霉菌 [CMCC (F) 98003]、大肠埃希菌 [CMCC (B) 44102]、铜绿假单胞菌 [CMCC (B) 10104], 购于中国药品生物制品检定所。

1.3 培养基 营养肉汤培养基、胆盐乳糖培养基、改良

马丁培养基、溴化十六烷基三甲铵琼脂培养基、营养琼脂培养基、玫瑰红钠琼脂培养基、卵黄氯化钠琼脂培养基, 购于广东环凯公司。

1.4 稀释剂 pH7.0无菌氯化钠-蛋白胨缓冲液、0.9%的无菌氯化钠溶液, 按2010年版《中华人民共和国药典(一部)·附录》方法配制。

1.5 样品 伤科紫草油 (批号:110801、110802、110803), 由广州中医药大学附属骨伤科医院制剂室生产。

2 方法与结果

2.1 菌液的制备 取金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、枯草芽孢杆菌、铜绿假单胞菌接种至营养肉汤中, 置于37℃培养箱中培养24 h, 白色念珠菌接种至改良马丁培养物, 25℃培养24 h。上述菌种各取1 mL, 加入0.9%的无菌氯化钠溶液9 mL, 稀释至菌悬液浓度为50~100 cfu/mL。黑曲霉采用斜面培养, 置于20℃培养箱培养1周后加3~5 mL 0.9%的无菌氯化钠溶液 (含0.05%聚山梨酯80), 洗下霉菌孢子, 取孢子菌液, 加入0.9%的无菌氯化钠溶液 (含0.05%聚山梨酯80) 稀释为50~100 cfu/mL的孢子悬液。

2.2 供试液的制备 取本品10 mL, 加pH7.0无菌氯化钠-蛋白胨缓冲液至100 mL, 振摇5 min, 混匀, 作为1:10的供试液。

* 通讯作者: hxiaobing@139.com

2.3 细菌、霉菌和酵母菌计数方法的验证

2.3.1 试验组 分别取1 mL供试液和试验菌液，菌液浓度为50~100 cfu/mL，采用平皿培养法，平行制备2个平皿，根据2010年版《中华人民共和国药典（一部）·附录》微生物检查方法试验。

2.3.2 菌液组 取1 mL试验菌液，菌液浓度为50~100 cfu/mL，采用平皿培养法，平行制备两个平皿，根据2010年版《中华人民共和国药典（一部）·附录》微生物检查方法试验，测定试验中加入的活菌数。

2.3.3 供试品对照组 取供试液，根据2010年版《中华人民共和国药典（一部）·附录》微生物检查方法试验，测定供试品本底菌数。

各试验菌开展独立的平行试验，分别进行3次，计算每次试验的回收率。各菌株回收率= (试验组菌落数-供试品对照组菌落数) /菌液组菌落数×100%。结果见表1。

表1 伤科紫草油细菌数、霉菌和酵母菌数计数验证结果

试验次数	回收率(%)				
	大肠埃希菌	金黄色葡萄球菌	枯草芽孢杆菌	白色念珠菌	黑曲霉菌
1	92	91	91	90	92
2	94	96	94	92	91
3	93	93	95	91	93

从表1可以看出：伤科紫草油根据2010年版《中华人民共和国药典（一部）·附录》微生物检查方法开展方法学验证试验，结果表明供试品5种菌回收率均符合药典规定的大于70%的要求，证明本品无明显抑菌作用，伤科紫草油可采用常规方法进行微生物限度检查。

2.4 控制菌（金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌）检查方法的验证

2.4.1 阳性对照组 取10 mL供试液、1 mL金黄色葡萄球菌试验菌液（浓度为50~100 cfu/mL），同时采用120 mL营养肉汤培养基直接培养；取10 mL供试液、1 mL铜绿假单胞菌试验菌液（浓度为50~100 cfu/mL），同时采用120 mL胆盐乳糖培养基直接培养。根据2010年版《中华人民共和国药典（一部）·附录》微生物检查方法开展试验。

2.4.2 阴性菌对照组 取10 mL供试液、1 mL大肠埃希菌试验菌液（浓度为50~100 cfu/mL），同时采用120 mL营养肉汤培养基直接培养；取10 mL供试液、1 mL大肠埃希菌试验菌液（浓度为50~100 cfu/mL），同时采用120 mL胆盐乳糖培养基直接培养。根据2010年版《中华人民共和国药典（一部）·附录》微生物检查方法开展试验。

2.4.3 供试品对照组 取供试液适量，根据2010年版《中华人民共和国药典（一部）·附录》微生物检查方法的要求，采用常规检查法对金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌进行检查。

各试验菌开展独立的平行试验，分别进行3次，试验结果见表2。

表2 伤科紫草油控制菌常规检查法验证结果

试验次数	阳性对照组		阴性菌对照组		供试品对照组	
	金黄色葡萄球菌	铜绿假单胞菌	金黄色葡萄球菌	铜绿假单胞菌	金黄色葡萄球菌	铜绿假单胞菌
1	+	+	-	-	-	-
2	+	+	-	-	-	-
3	+	+	-	-	-	-

注：“+”表示检出，“-”表示未检出

由表2可知，阳性对照组检出金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌，阴性菌对照组和供试品对照组均未检出，表明可用常规法对伤科紫草油进行控制菌检查。

3 成品微生物限度检查

取3批伤科紫草油，根据2010年版《中华人民共和国药典（一部）·附录》微生物检查方法的要求，采用常规方法进行检查。检验结果见表3。

表3 伤科紫草油微生物限度检查结果 (cfu/mL)

批号	细菌	霉菌和酵母菌	金黄色葡萄球菌	铜绿假单胞菌
110801	15	5	-	-
110802	30	10	-	-
110803	40	15	-	-

注：“+”表示检出，“-”表示未检出

由表3可知，对伤科紫草油采用常规法进行微生物限度检查，结果均符合2010年版《中华人民共和国药典（一部）·附录》中搽剂微生物限度标准。

4 讨论

药品微生物限度检查是控制药品质量的一项重要指标，为了保证方法的可靠性，使实验结果尽可能与药品中所含微生物的真实值接近，必须根据2010年版《中华人民共和国药典》的规定进行方法验证^[9]。

微生物限度方法学验证试验中所用的标准菌种的传代次数不得超过5代，并需要定期进行菌种鉴定，以检查菌种有无变异或污染，保证验证结果的准确性。枯草芽孢杆菌在平皿上生长时容易粘连成片，影响计数，可将50~100 cfu菌液于平皿上充分点散开，倒入琼脂后充分摇匀，菌落呈点状，易于计数^[9]。

跌打损伤、骨折肿痛、软组织损伤及烫伤未溃等，治宜清热凉血，活血解毒，逐瘀止痛。伤科紫草油是由多味中药制成的复方制剂，方中紫草性味苦寒，有清热凉血、活血解毒、透疹消斑之功效，为主药；辅以大黄凉血解毒、泻下攻积、逐瘀通经；佐以冰片芳香走窍，清热止痛。诸药合用，共奏清热凉血，活血解毒，逐瘀止痛等功效，临床上使用多年，疗效显著，期间未发现相关不良反应报告。

中药成分复杂，对制剂成品中的微生物可能存在一定的抑制作用^[9]，在开展中药制剂微生物质量检查中应进行方法学验证，以确定采用的方法的科学性，确保方法的准确性。伤科紫草油作为一种处方组方复杂的中药制剂，存在控制菌的潜在污染，本研究按照

2010年版《中华人民共和国药典》的规定,对伤科紫草油的微生物限度检查方法进行验证,确定了伤科紫草油的微生物限度检查方法,保证了方法的科学性和准确性,从而确保药品的质量安全,同时为我院医院制剂质量标准的修订和完善提供了一定的参考。

参考文献

[1]胡超燕.伤科紫草油治疗闭合性骨质并发张力性水泡的疗效研究[D].广

州:广州中医药大学,2015.

[2]国家药典委员会.中华人民共和国药典(一部)[S].北京:中国医药科技出版社,2010:附录 79-88.

[3]严晓明,刘萌,朱燕.四种医院制剂微生物限度检查方法学验证[J].中国药事,2015,29(5):485-491.

[4]李卓亚,袁继承.散结止痛颗粒微生物限度检查方法的验证[J].海峡药学,2017,29(6):37-38.

[5]李建志,王晓源,王亚贤.8种中草药抗菌作用实验研究[J].中医药信息,2015,32(1):32-34.

(本文编辑:李海燕 本文校对:袁伟彬 收稿日期:2018-03-09)

氯化两面针碱肠吸收研究

赵森¹ 姜黎¹ 慕杨娜² 邹明^{1*}

(1 大连大学附属中山医院药剂科,辽宁 大连 116001;

2 辽宁中医药大学附属第二医院伦理教研室,辽宁 沈阳 110032)

摘要:目的 评价两面针提取物在大鼠小肠内的吸收情况。方法 采用HPLC法测定体循环液中氯化两面针碱的含量,用UV法测定体循环液中酚红的量,用来校正小肠中水的吸收量,以准确计算药物的吸收量。结果 大鼠小肠对氯化两面针碱的吸收与药物浓度无关。结论 氯化两面针碱在体肠吸收是被动扩散。

关键词: 两面针; 肠吸收; 氯化两面针碱; HPLC

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.042

文章编号:1672-2779(2018)-10-0096-03

Research on Small Intestine Absorption Character of Chloride Nitidine Extractive

ZHAO Sen¹, JIANG Li¹, MU Yangna², ZOU Ming¹

(1. Pharmacy Department, Zhongshan Hospital Affiliated to Dalian University, Liaoning Province, Dalian 116001, China;

2. Ethics Department, the Second Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the absorbing state in rats' small intestine of Radix zanthoxyli extractive. **Methods** HPLC on determining the content of Nitidine chloride in general circulation fluid was applied. UV on determining the content of phenol red in general circulation fluid to check the absorptive amount of water was applied. **Results** Small intestine absorption of Nitidine chloride is in good condition. **Conclusion** There is no relation between the absorptivity and drug concentration, and the absorption pattern in situ intestinal is passive diffusion.

Keywords: Radix zanthoxyli; intestinal absorption; chloride Nitidine; HPLC

两面针药味辛、苦、微温,小毒,具有祛风通络、胜湿止痛、消肿解毒等作用。主要成分为生物碱,氯化两面针碱为两面针的主要成分,测定不同含量的两面针提取物在大鼠小肠的吸收情况,采用紫外分光光度法测定肠循环液中酚红的含量,标定体积,采用高效液相色谱法测定氯化两面针碱的含量。目前对两面针的药动学研究较少,本实验在体法预测氯化两面针碱的吸收情况。

1 材料与方法

1.1 仪器与试剂 LC6A高效液相色谱仪(日本岛津); Agilent色谱工作站(美国); HH-S11-Z型电恒温水浴锅(北京长安科学仪器厂); 电子天平(Sartorius,德国); SHB-3循环水多用真空泵(郑州杜甫仪器厂); T101-100型蠕动泵(保定兰格恒流泵有限公司); 氯化两面针碱对照品(上海纯优科技有限公司,批号:6872-57-7); 酚红(上海试剂三厂); 乌拉坦溶液(自制); Kerbs-

Ringer营养液(以下简称K-R营养液,自制)^[1]。

1.2 实验动物 雌雄Wistar大鼠40只,雌雄各半(大连医科大学实验动物中心); 合格证号SCXK(辽)2008-0002]。

1.3 样品溶液的测定方法

1.3.1 在体吸收的实验原理 被动扩散是消化吸收的最重要途径,用Fink方程式可以描述这一过程,方程变换后 $\ln X = \ln X_0 - K_a \cdot t$ 式中的 X_0 为初始药物量; X 为吸收后药物量; t 为吸收时间;以时间 t 对 $\ln X$ 作图应为一条直线,斜率 K_a 为药物在小肠吸收的速率。

1.3.2 循环液中酚红的测定方法

1.3.2.1 空白循环液(以下简称K-R营养液) 称取氯化钠7.8 g,氯化钾0.35 g,氯化钙0.37 g,氯化镁0.02 g,碳酸氢钠1.37 g,磷酸二氢钠0.32 g,葡萄糖1.4 g,加纯化水溶解定容至1000 mL容量瓶中,即得。

1.3.2.2 酚红测定波长的选择 酚红KR营养液、对照品储备液、对照品酚红KR营养液,于700~200 nm范围扫描,结果在558 nm处KR营养液、氯化两面针碱对酚红无干扰。

* 通讯作者:yifang_03@163.com

1.3.2.3 酚红测定方法 按照大鼠小肠吸收实验方法,在肠循环液中加入定量的酚红。

精密配制浓度为10 $\mu\text{g/mL}$ 、25 $\mu\text{g/mL}$ 、50 $\mu\text{g/mL}$ 酚红K-R营养液,置洁净试管中,加入0.2 mol/L的NaOH溶液5 mL,摇匀,按紫外-可见分光光度法在558 nm波长处测定吸光度。

1.3.2.4 酚红标准曲线制备 精密量取酚红储备液适量,稀释成浓度为5.0 $\mu\text{g/mL}$ 、10.0 $\mu\text{g/mL}$ 、25.0 $\mu\text{g/mL}$ 、50.0 $\mu\text{g/mL}$ 、100.0 $\mu\text{g/mL}$ 酚红溶液,按酚红测定方法操作,测定吸光度。得标准曲线方程: $A=0.0172C+0.0212$, $r=0.9999$ 。($n=6$) 酚红在5 μg ~100 $\mu\text{g/mL}$ 范围内,线性关系良好。

1.3.2.5 精密度考察 取低、中、高三种浓度的酚红储备液,按酚红测定方法操作,测定吸光度, $RSD=0.3\%$,结果表明,精密度良好。

1.3.2.6 稳定性考察 分别于0、2、4、6、8 h取样,按酚红测定方法操作,测定吸光度, $RSD=0.3\%$,结果表明,稳定性良好。

1.3.2.7 重复性考察 取同一样品5份,按酚红测定方法操作,测定吸光度, $RSD=0.4\%$,结果表明,重复性良好。

1.3.2.8 加样回收率考察 取酚红适量(含酚红1 mg、2.5 mg、5 mg),分别置具塞锥形瓶中,分别加入浓度为10 $\mu\text{g/mL}$ 、25 $\mu\text{g/mL}$ 、50 $\mu\text{g/mL}$ 的酚红溶液50 mL。平均 RSD 为1.1%,结果表明,方法回收率良好。

1.3.3 循环液中氯化两面针碱HPLC测定方法

1.3.3.1 色谱条件 Diamonsil XDB-C18 (150 $\times$ 4.6 mm, 5.0 μm); 磷酸盐缓冲液-乙腈 (55:45), $\text{pH}=3.5$; 流速: 1.0 $\text{mL}\cdot\text{min}^{-1}$; 检测波长: 328 nm; 柱温: 室温; 进样量: 10 μL 。

1.3.3.2 干扰项考察 以上述色谱条件,取K-R营养液、氯化两面针碱K-R营养液、酚红溶液各10 μL 进样。

氯化两面针碱的保留时间为12.466 min, K-R营养液、酚红溶液的保留时间均在5 min以内,通过实验表明K-R营养液及酚红中组分对氯化两面针碱无干扰。

1.3.3.3 标准曲线 精密吸取浓度为9.792 $\mu\text{g/mL}$ 的氯化两面针碱对照品溶液,分别进样5.0 μL 、8.0 μL 、10.0 μL 、15.0 μL 、20.0 μL ,回归方程为 $y=8.5089x+90.361$, $r=0.9994$,表明进样量在0.049~0.1958 μg 线性关系良好。

1.3.3.4 精密度试验 连续进样5次,每次10 μL ,测定其峰面积, $RSD=1.4\%$,结果表明,试验方法精密度良好。

1.3.3.5 稳定性试验 分别在0、2、4、6、8、10 h,进样,测定氯化两面针碱的色谱峰面积, $RSD=0.4\%$,结果表明,试验方法稳定性良好。

1.3.3.6 重复性试验 取样品5份,按照拟定的色谱条件,分别精密量取上述供试品溶液10 μL ,注入液相色谱

仪,测定峰面积, RSD 小于3,结果表明,实验方法重复性符合有关规定。

1.3.3.7 加样回收率试验 按供试品溶液制备方法制备供试品溶液,取已知氯化两面针碱含量(20.22 mg/g)的样品适量,精密称定,共5份,置具塞锥形瓶中,分别精密加入浓度为0.2448 mg/mL的氯化两面针碱对照品溶液4 mL,精密吸10 μL ,注入液相色谱仪,计算回收率,氯化两面针碱低、中、高浓度平均回收率为(100.81% $\pm$ 1.1)%、(99.87% $\pm$ 1.2)%、(101.3% $\pm$ 1.1)%。本方法回收率良好。

1.4 动物实验设计 取Wistar大鼠15只,随机分成高、中、低3个剂量组,将实验前禁食(自由饮水)12 h的大鼠称重后,以0.6 mL/100g的20%的乌拉坦溶液腹腔注射麻醉大鼠,麻醉后的大鼠固定在手术台板上,保持体温37 $^{\circ}\text{C}$,沿腹中线切开约3 cm,以直径为0.5 cm的玻璃管做胃肠道插管,与循环泵的胶管连接组成回路,先用37 $^{\circ}\text{C}$ 的盐水5 mL/min冲洗肠道,约10 min,直至肠道冲洗干净,然后用K-R营养液平衡5 min,将样品溶液200 mL连入循环装置中,以2.0 mL/min循环3 h,自实验开始后0 min、15 min、30 min、60 min、90 min、120 min、150 min、180 min分别取回流液1 mL,并补充等量的酚红储备液,以酚红标定体积,测定浓度分别为3.31 $\mu\text{g/mL}$ 、6.62 $\mu\text{g/mL}$ 、33.11 $\mu\text{g/mL}$ 氯化两面针碱的吸收率。

2 结果

将大鼠随机分成3组,按照实验方法,定时取样并测定,计算各时间点的剩余药量X,以剩余药量对数和时间作图,利用公式 $\lg X = \lg X_0 K_a \cdot t$ 计算出 K_a ,吸收半衰期 $T_{1/2}$,结果见表1~3。

表1 氯化两面针碱在大鼠小肠剩余药量-时间

给药量 (μg)	时间(min)							
	0	15	30	60	90	120	150	180
331	122.5	89.1	46.2	37.5	33.2	19.8	17.8	12.2
993	455.4	405.9	297	163.3	118.8	106.5	69.3	41.6
1655	742.3	594.0	396	226.1	209.6	160.5	99.2	88.1

表2 氯化两面针碱在体小肠吸收的药代动力学参数

给药量(μg)	$K_a(1/h)$	$T_{1/2}(h)$	r
331	1.13	0.611	0.9951
993	1.16	0.595	0.9882
1655	1.18	0.633	0.9948

注:半衰期约为0.6 h

表3 低、中、高浓度氯化两面针碱吸收百分率 ($\bar{x}\pm sD, n=5$)

氯化两面针碱浓度($\mu\text{g/mL}$)	吸收量($\mu\text{g}/3\text{ h}$)	吸收百分率(%)
3.31	407.39 $\pm$ 4.37	60.55 $\pm$ 0.53
6.62	804.72 $\pm$ 3.93	61.26 $\pm$ 0.32
33.11	4116.84 $\pm$ 96.02	63.13 $\pm$ 0.81

在大鼠小肠吸收百分率经t检验分析(下转第105页)

临床鉴习 CLINICAL GUIDING
LEARNING

复方青黛散治疗膝骨关节炎的临床观察※

方月龙^{1,2} 陈秀明^{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)

摘要:目的 观察复方青黛散外用治疗膝骨关节炎的临床疗效。方法 将60例急性膝骨关节炎患者随机分为观察组(30例)和对照组(30例)。比较2组VAS评分、关节肿胀水平及血沉(ESR)、C-反应蛋白(CRP)等改善情况。结果 2组患者观察期前后组内数据对比差异均有统计学意义($P<0.05$), 观察期结束后对比对照组与试验组VAS评分差异无显著性($P>0.05$); 关节肿胀水平差异有显著性($P<0.01$); ESR、CRP差异有显著性($P<0.05$)。结论 复方青黛散治疗急性膝骨关节炎疗效显著, 在改善肿胀症状, 降低ESR及CRP方面优于消炎止痛膏, 值得临床推广应用。

关键词: 复方青黛散; 膝骨关节炎; 塞来昔布胶囊; 消炎止痛膏; 中医外治法; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.043

文章编号:1672-2779(2018)-10-0098-02

Clinical Observation on Compound Qingdai Powder in the Treatment of Knee Osteoarthritis

FANG Yue-long^{1,2}, CHEN Xiu-ming^{1,2}

(1. Department of Orthopedics and Traumatology Rehabilitation, Rehabilitation Hospital Affiliated to Fujian University of

Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

2. Fujian Provincial Key Laboratory of Rehabilitation Technology, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of compound Qingdai powder in the treatment of knee osteoarthritis. **Methods** Sixty patients with acute knee osteoarthritis were randomly divided into observation group (30 cases) and control group (30 cases). VAS score, joint swelling and ESR, C-reactive protein (CRP) were compared between the two groups. **Results** The data of the two groups before and after the observation period showed significant difference ($P<0.05$), but there was no significant difference between the control group and the experimental group after the observation period ($P>0.05$). The difference was significant ($P<0.01$), and the difference on ESR and CRP was significant ($P<0.05$). **Conclusion** Fufang Qingdai powder has significant curative effect on acute knee osteoarthritis. It is superior to anti-inflammatory and analgesic cream in improving swelling symptom, reducing ESR and CRP, which is worthy of clinical application.

Keywords: compound Qingdai powder; knee osteoarthritis; celecoxib capsule; anti-inflammatory analgesic cream; external therapy of traditional Chinese medicine; arthromyodynia

膝骨性关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是由于膝关节软骨退行性变导致关节软骨完整性被破坏,累及骨质,在自身调节机制下出现纤维软骨再生,不断进行破坏-再生-再破坏的恶性循环的慢性关节炎疾病^[1],不仅严重影响患者的日常生活质量,而且还有致残的风险。近十多年来从中医药角度防治KOA一直是研究的热点。目前西药多采用口服非甾体抗炎药、关节腔内注射等,但由于其胃肠道反应以及肝肾功能损害而使得治疗不能长期服用。中药外治法治疗本病有较好的疗效,本研究采用复方青黛散外用取得良好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选择2017年2月—2018年2月在我院骨伤康复科就诊的患者60例作为研究对象。采用随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组30例,其中男12例,女18例;年龄43~66岁,平均(48.3±5.1)岁;病程1~23 d,平均(7.1±5.4) d。对照组30例,其中男

13例,女17例;年龄41~62岁,平均(44.5±3.8)岁;病程1~26 d,平均(7.6±5.1) d。比较2组的年龄、性别、病程,差异均无统计学意义,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 参照中华医学会骨科学分会《骨关节炎诊治指南(2007年版)》诊断标准;中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》相关标准。包括以下9条:(1)近1月内反复膝关节疼痛;(2)X线片(站立或负重位)示关节间隙变窄、软骨下骨硬化和(或)囊性变、关节缘骨赘形成;(3)关节液(至少2次)清亮、黏稠,WBC<2000/mL;(4)中老年患者(≥40岁);(5)晨僵≤30 min;(6)活动时骨摩擦音(感)。(7)符合(1)+(2)条或(1)+(3)+(5)+(6)条或(1)+(4)+(5)+(6)条,可诊为KOA。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)处于疾病急性发作期者,同时关节活动度小于正常范围:0°~140°;(3)年龄18~65岁,无意识障碍者;(4)对本课题研究知情,且自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)排除有继发性膝骨关节炎病史;

※ 基金项目:福建省科技厅科技平台建设项目[No.2015Y2001-12]

* 通讯作者:84191674@qq.com

(2) 妊娠期和哺乳期女性；(3) 合并有严重的心脑血管、造血系统、肝肾功能等疾病；(4) 有局部皮肤破损或严重皮肤病；(5) 目前正在参加其他临床试验者。

1.5 治疗方法 2组均进行每日200 mg塞来昔布胶囊口服的基础治疗，治疗期间停止口服或外用其他影响疗效的药物及理疗手段。

1.5.1 治疗组 加用复方青黛散外敷，每日1次，每次8 h，连续使用7 d。

1.5.2 对照组 加用消炎止痛膏外敷，每日1次，每次8 h，连续使用7 d。

1.6 统计学方法 采用SPSS 13.0软件处理数据，计量数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，2组计量资料比较用卡方检验或 t 检验，计数资料用 χ^2 检验，治疗前后对比用成组 t 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义， $P > 0.05$ 为差异没有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS评分比较 比较治疗前后患者疼痛程度的变化，2组均明显下降 ($P < 0.05$)，差异有统计学意义；2组间比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表1 VAS评分比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	6.83±0.90	1.36±0.99 ¹⁾
试验组	30	6.79±0.86	1.41±0.98 ¹⁾²⁾

注：与治疗前比较，¹⁾ $P < 0.05$ ；与对照组比较，²⁾ $P > 0.05$

2.2 关节肿胀水平比较 评分标准为：0分：皮肤纹理、骨突无改变，关节无积液；1分：皮肤纹理变浅、附近骨突清晰可见，关节积液少量；2分：皮肤纹理基本消失，肿胀于骨突相平，骨突标志不明显，关节积液中；3分：皮肤纹理完全消失，肿胀高出骨突，骨突标志消失，关节积液多，影响功能。

比较治疗前后患者关节肿胀程度的变化，2组均明显下降 ($P < 0.05$)，差异有统计学意义；2组间比较，试验组优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表2 关节肿胀水平评分的比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	2.03±0.40	1.06±0.19 ¹⁾²⁾
试验组	30	2.09±0.46	0.61±0.18 ¹⁾

注：与治疗前比较，¹⁾ $P < 0.05$ ；与试验组比较，²⁾ $P < 0.01$

2.3 ESR及C-RP水平比较 试验组和对照组治疗前后ESR及C-RP水平均有所下降，试验组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，但对照组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；2组间比较，在降低ESR及C-RP方面试验组优于对照组，

差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表3 ESR及C-RP水平比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	ESR		C-RP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	95.21±10.90	13.62±3.59 ¹⁾	53.49±11.55	10.09±2.73 ¹⁾
试验组	30	94.26±8.59	18.98±4.33 ¹⁾²⁾	52.32±11.08	15.19±4.89 ¹⁾²⁾

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

3 讨论

多年来，应用中医药防治KOA一直是研究的热点。大量的临床证实，中药外用治疗KOA有着确切的疗效。复方青黛散是在继承南少林流派经验方的基础上，结合临床观察进行改良创新，用于治疗关节炎的外用经验良方。方中主要成分有青黛、五加皮、虎杖等。根据“肝主筋，束故而利关节”“诸痛皆属于肝”的论述，并结合经络循行理论，我们认为KOA病变责之于肝，多为肝经湿热。方中应用吴茱萸为引经药，将药引入肝经，增强药效。五加皮补肝肾，强筋骨，虎杖祛风利湿，化痰散结，青黛清热解毒，化痰通络。共奏温中、解表、清热之功，具有化痰通络，散结消肿，通经止痛之效。

现代研究表明五加皮正丁醇提取物有抗炎镇痛的作用，其乙醇提取物对环氧化酶有抑制作用^[2]；青黛对于慢性炎症在外用治疗上均表现出明显的抗炎作用^[3]；虎杖具有良好的镇痛抗炎作用，其主要成分之一的白藜芦醇亦能明显改善微循环^[4]。

复方青黛散的制备工艺为将虎杖、五加皮、吴茱萸等药物提取浓缩至相对密度为1.02~1.05 (50℃)，加入甘油、聚山梨酯80、月桂氮卓酮、羟苯乙酯及适量水，加热至80℃，加入芒硝完全溶解后备用；另取单硬脂酸甘油酯、白凡士林混合，加热至80℃，加入水相中乳化，停止加热，继续搅拌，45~50℃时加入樟脑、冰片、薄荷脑的共熔液和青黛，搅拌均匀，制成1000 g，即得。但因处方中强电解质过高 (10%)，造成乳化极其困难，成膏状态也不稳定。现正改进处方，在保证临床疗效的前提下优化制备工艺。

本研究证明，外敷复方青黛散治疗KOA疗效确切，与消炎止痛膏具有相当的镇痛效果，但能更加有效消除肿胀，降低ESR及C-RP水平，控制关节炎症。

参考文献

- [1] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 4版. 北京: 人民军医出版社, 2012: 1676.
- [2] 郑婧, 张贵君, 韦敏, 等. 五加皮药材基原、化学成分及药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(8): 104-107.
- [3] 李东, 武彦舒, 王灿, 等. 青黛镇痛、抗炎药效学研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(13): 137-140.
- [4] 薛岚. 中药虎杖的药理研究进展[J]. 中国中药杂志, 2000, 25 (11): 651-653.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 连晓文 收稿日期: 2018-03-09)

消瘀止痛散联合肋骨固定带 治疗闭合性肋骨骨折的临床观察

姜世龙¹ 屈明磊¹ 曹玉净²

(1 河南中医药大学第二临床医学院硕士研究生2016级, 河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第二附属医院骨伤病科, 河南 郑州 450000)

摘要:目的 观察消瘀止痛散联合肋骨固定带治疗闭合性肋骨骨折的临床疗效。方法 将60例闭合性肋骨骨折随机分为治疗组和对照组各30例, 治疗组在给予肋骨固定带的基础上给予消瘀止痛散外敷; 对照组给予肋骨固定带固定, 比较2组的止痛及疗效。结果 治疗第2、4、8、15天, 治疗组患者的疼痛程度均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 消瘀止痛散可明显减轻肋骨骨折引起的疼痛, 值得临床推广。

关键词: 闭合性骨折; 消瘀止痛散; 疼痛; 肋骨固定带; 肋骨

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.044

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0100-03

Clinical Observation on Xiaoyu Zhitong Powder Combined with Rib Fixation Belt in the Treatment of Closed Rib Fracture

LOU Shilong¹, QU Minglei¹, CAO Yujing²

(1. Grade 2016 Graduate, the Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Department of Orthopaedics and Traumatology, the Second Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of Xiaoyu Zhitong powder combined with rib fixation in the treatment of closed rib fracture. **Methods** 60 cases of closed rib fracture patients were randomly divided into treatment group and control group, with 30 cases in each group. The treatment group was given Xiaoyu Zhitong powder deposited on the basis of rib fixation band, and the control group was given the ribs fixed belt. The pain and the curative effects of two groups were compared. **Results** After treatment of 2 days, 4 days, 8 days and 15 days, the pain degree of the patients in the treatment group was significantly lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Xiaoyu Zhitong powder can obviously relieve the pain caused by rib fracture, and it is worthy of clinical promotion.

Keywords: closed fracture; Xiaoyu Zhitong powder; pain; rib fixation belt; rib

肋骨骨折在胸部外伤中最多见, 约占一半左右, 尤其是多见于老年人, 因为老年人的骨质较脆, 韧性差, 其骨折类型可分为单发肋骨骨折和多发肋骨骨折, 由于骨折断端可刺激周围肋间神经, 从而产生剧痛, 尤其是在深呼吸和变换体位时, 疼痛更剧。临床常采用肋骨固定带合并口服或肌内注射减轻疼痛, 多根多处肋骨骨折则需要持久有效的镇痛效果, 现观察消瘀止痛散外敷联合肋骨固定带在减轻闭合性肋骨骨折引起的疼痛方面, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 现选取我院骨伤科2016年1月—2017年1月收治的闭合性肋骨骨折60例, 随机分为治疗组和对照组各30例, 治疗组男16例, 女14例; 年龄24~64岁, 平均42岁; 单侧或双侧肋骨骨折, 其中单侧10例, 双侧20例。对照组男18例, 女12例; 年龄22~66岁, 平均44岁; 单侧或双侧肋骨骨折, 其中单侧11例, 双侧19例。2组在骨折类型、年龄、性别这3个因素方面比较, 无差异, 具有可比性^[2]。

1.2 纳入标准 (1) 签署知情同意书; (2) 依从性好; (3) 符合肋骨骨折诊断标准并对药物无过敏反应; (4) 均为闭合性肋骨骨折, 局部无创面。

1.3 治疗方法 2组均采用肋骨固定带固定, 其中治疗组在此基础上外敷消瘀止痛散, 药物组成: 木瓜60 g, 栀子30 g, 大黄150 g, 蒲公英60 g, 廔虫30 g, 乳香30 g, 没药30 g将上述药物研成末后, 用饴糖或凡士林调敷, 敷于患处, 隔日1次, 2组治疗周期均为2周。

1.4 评价标准 (1) 分别于治疗后2、4、8、15 d采用视觉模拟量表 (VAS) 评分法来评疼痛程度, 具体做法如下: 在纸上画一条线, 线的一端用0分来表示, 另一端用10分来表示, 中间的表示不同的疼痛程度, 其中0分表示没有疼痛, 10分表示最疼, 最后让患者根据自身疼痛程度在这11个数字中挑选一个, 代表疼痛程度。(2) 骨折疗效评定: 参考我国中医行业标准《中医骨伤科病症诊断疗效标准》。治愈: 骨折对位对线满意, 断端愈合, 肿痛消失, 咳嗽, 呼吸无疼痛; 好转: 骨折对位对线可, 断端基本愈合, 局部轻微疼痛或压痛, 胸廓挤压实验阴性或阳性; 改善: 对位对线可或骨折对位不佳, 但功能尚可; 未愈: 骨折不愈合, 断端畸形, 功能障碍; 胸廓挤压实验阳性^[4]。

1.5 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行统计学处理, 计量资料以均值±标准差表示, 比较采用t检验; 计数资料比较采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学

意义。

2 结果

2.1 2组患者疼痛程度比较 治疗组第2、4、8、15天疼痛程度明显低于对照组，2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)，见表1。

表1 2组VAS疼痛评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	第2天	第4天	第8天	第15天
治疗组	30	4.62±0.61	4.21±0.68	3.87±0.64	3.19±0.68
对照组	30	7.90±0.75	7.60±0.92	6.98±0.81	5.79±0.84
t 值		18.58	16.23	16.50	13.53
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:治疗后与对照组比较, $P<0.05$

2.2 2组疗效比较 见表2。

表1 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	好转	改善	未愈	总有效率
治疗组	30	6	17	6	1	29(96.67)*
对照组	30	1	10	12	7	23(76.67)

注:与对照组比较, $\chi^2=5.19$, $*P=0.02<0.05$

3 讨论

肋骨骨折在胸部创伤中最常见，由于暴力直接作用于肋骨，可使肋骨弯曲折断，由于第4~7肋骨长而薄，最容易折断，若肋骨发生骨折，应严密观察。多根多处肋骨骨折可使局部胸壁失去肋骨支撑，出现反常呼吸，称为连枷胸，其表现为吸气时胸壁塌陷，呼气时胸壁突出，由于老年人骨质疏松，脆性较大，故肋骨骨折又多见于老年人。

肋骨骨折后由于断端可刺激周围的肋间神经，从而产生疼痛，尤其是在体位变换和深呼吸时疼痛更重，较重的疼痛可抑制患者呼吸，使其呼吸浅而无力，由于患者不敢用力咳嗽导致呼吸道分泌物不能排出，从而形成肺部感染和肺不张，如果断端移位较大，甚至可刺破肺脏、胸膜腔、局部血管，从而产生气胸、血胸、血气胸，严重可导致呼吸和循环衰竭，危及患者生命。

肋骨骨折处理原则是止痛及预防肺部感染，肋骨骨折止痛临床常采用口服或肌肉注射，多根多处肋骨骨折则需要持续有效的镇痛，常采用硬膜外镇痛、静脉镇痛、肋间神经阻滞和胸膜腔内镇痛，其中硬膜外镇痛具有区域神经阻滞的优点，镇痛效果最完善，并可借助装置实现病人自主控制镇痛，其减少了全身性静脉镇痛嗜睡、抑制咳嗽和呼吸的副作用，避免了肋间神经阻滞镇痛时间短和胸膜腔内镇痛效果不稳定，抑制膈肌功能的缺点，理想的镇痛能够有效改善肺功能，降低肺部并发症，促进早日下床活动，提高病人的生活质量。

中医学认为，由于骨折导致局部肌肉、筋脉受损，气机运行失调，血液溢于脉外，瘀滞于肌肤腠理，“不通则痛”，无论是由于气滞导致不通还是血瘀导致不通，使肌肉失去血液濡养，都能引起疼痛，因此，治疗必须以活血化瘀为主，根据损伤的发展过程，骨折分为三期，即初期、中期、后期；初期，一般在伤后2周内，骨折局部肿胀、疼痛，断端容易再次发生移位，治疗以活血化瘀、消肿止痛为主。中期，2周后肿胀基本减退，疼痛明显减轻，骨折部逐渐稳定，新骨开始生长，但是由于瘀血并未完全吸收，疼痛并未完全消失，治疗仍需要以活血化瘀，续筋接骨为主。后期，为伤后7周以后，由于骨折已经达到临床愈合，夹板或支具已经去除，但是骨头并未完全长实，此期，以功能锻炼为主，预防关节僵硬，肌肉萎缩，药物治疗主要以益气血、补肝肾、强筋骨为主^[1]。清·陈士铎在《百病辨证论》中说：“血不活者瘀不去，瘀不去则骨不能接也”。所以骨伤在治疗上必须活血化瘀与理气止痛兼顾，调阴和阳并重^[2]。《灵枢·本脏》认为：“血液在脉道内正常运行，阴阳协调，肌肉、关节、筋窍得到血液濡养，则，筋骨强劲有力，关节屈伸活动灵活”。所以，治疗伤骨必须行气消瘀，以纠正气滞血瘀的病理变化。《圣济总录》论认为：“血管是血液运行的通道，血液在其中运行，流向全身肌肉、关节、骨骼，营养全身，若因骨折外伤损伤了气血运行的通道，则气血不能运行致全身，瘀滞于局部，使肌肉、骨骼、关节失去了血液的营养，气血不通，不通则为肿为痛，治疗以活血化瘀、行气，使气流畅通，则疼痛消失。”^[4]《素问·阴阳应象大论》认为：“气受伤引起疼痛，血受伤引起肿胀，若先出现疼痛后出现肿胀，则气伤形；若先出现肿胀后出现疼痛，则形伤气。”《普济方·折伤门》认为：“若因为外伤导致局部骨折，伤及局部肌肉、骨骼、气血运行的通道，使气血运行受阻，瘀滞于局部，则为肿为痛。”骨折早期骨断筋伤，脉络受损，血液溢于脉外，导致气行受阻，气机不通，不行则瘀，不通则痛，故表现为疼痛，肿胀，局部可见皮下瘀斑，气机为气滞血瘀，治则宜活血化瘀、消肿止痛^[5]。

消瘀止痛散为我科常用伤骨药物，其药物组成：木瓜60g，栀子30g，大黄150g，蒲公英60g，廔虫30g，乳香30g，没药30g。将上述药物研成末后，用饴糖或凡士林调敷，敷于患处，隔日1次，其功效是活血祛瘀，消肿止痛，用于骨折伤筋，初期肿胀疼痛剧烈者，调敷于局部可以使药性发挥渗透直达病所，活血祛瘀散结，从而达到止痛的效果，其中：廔虫、乳香、没药活血化瘀，消肿止痛；木瓜疏通经络；栀子、大黄、

蒲公英清热。

综上所述,本试验通过外敷消瘀止痛散联合肋骨固定带治疗闭合性肋骨骨折发现,与对照组比较,治疗组能明显改善患者的症状和体征,且费用低,痛苦少,绿色、无副作用,值得临床大力推广。

参考文献

- [1]王和鸣.中医骨伤科学基础[M].上海:上海科学技术出版社,1996.
- [2]全常群,陈伟惠,黄扬云.微波加中药熏灸治疗闭合性肋骨骨折的临床观察[J].护理研究,2012,26(19):1770-1771.
- [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京大学出版社,1994.
- [4]张丹,张勤仓.中药外敷对促进骨折愈合中的作用[J].中医药导报,2012(10):43-44.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王前进 收稿日期:2018-03-13)

中药薰洗在膝骨痹风寒湿型患者中的疗效评价

梁小娴

(广州中医药大学第一附属医院四骨科,广东 广州 510405)

摘要:目的 观察中药薰洗在风寒湿痹证膝骨痹患者中的应用效果。方法 将90例符合纳入条件的患者分为对照组和治疗组,每组各45例,对照组给予常规治疗,治疗组在对照组基础上使用中药薰洗辅助治疗,治疗后比较2组患者第1~5天的疼痛评分和治疗疗效,并进行统计分析。结果 2组患者治疗后第1~2天VAS评分无明显差别, $P>0.05$;治疗后第3~5天,治疗组的VAS评分低于对照组,疗效优于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。结论 中药薰洗能改善风寒湿痹证膝骨痹患者膝关节的活动度,缓解疼痛,有利于风寒湿痹证膝骨痹患者膝关节的康复。

关键词: 中药薰洗; 风寒湿痹; 膝骨痹; 疼痛; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.045

文章编号:1672-2779(2018)-10-0102-02

Evaluation on the Curative Effect of Chinese Herbal Medicine Fumigation in Patients with Rheumatoid Knee Arthralgia

LIANG Xiaoxian

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

Abstract: **Objective** To observe the application effect of traditional Chinese medicine fumigation in patients with rheumatoid arthritis. **Methods** 90 cases of eligible patients were divided into control group and treatment group, with 45 cases in each group. The control group was given routine treatment, while the treatment group was treated with traditional Chinese medicine fumigating and auxiliary therapy on the basis of the control group. After treatment of 1~5 days, statistical analysis on pain score and treatment efficacy was made. **Results** After treatment 1~2 days, there was no evident difference on VAS score $P>0.05$. After treatment of 3~5 days, the VAS score in treatment group was lower than that of the control group, the curative effect in the treatment group was better than that of the control group $P<0.05$, and the difference was statistically significant. **Conclusion** Chinese herbal medicine fumigation can improve the activity degree of knee joint of rheumatoid arthritis patients and relieve pain, which is beneficial to the recovery of knee joint of rheumatoid arthritis patients.

Keywords: Chinese herbal medicine fumigation; rheumatism; knee arthralgia; pain; arthromyodynia

膝骨痹以腰膝不遂、四肢不仁为主要临床表现^[1],40岁以上人群多见,女性发病率高于男性,年龄越大,发病率越高,随着我国老龄化的到来,该病发病率不断上升^[2],该病会导致患者出现膝关节功能障碍,严重影响正常生活。目前,临床多采用局部封闭、针灸、电疗、推拿、口服止痛药等治疗,症状严重者需要给予手术治疗,但康复时间均缓慢,而且复发率高。中医认为,膝骨痹属于中医学的“膝痛”“筋痹”“骨痹”范畴,其中,风寒湿痹型的治疗原则为祛风除湿散寒。本研究为深入探讨中药薰洗在风寒湿痹证膝骨痹患者中的治疗效果,从2016年6月—2017年12月,选取90例患者进行临床试验,使用我院自制中药粉剂通络祛风散对患者双下肢进行中药薰洗,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对照组男12例,女33例;平均年龄

(63.07±8.94)岁;文盲1人,小学学历9人,初中学历25人,高中学历4人,大专以上学历6人;治疗前疼痛评分(6.57±0.97)分。治疗组男11例,女34例;平均年龄(63.94±8.99)岁;文盲3人,小学学历11人,初中学历22人,高中学历6人,大专以上学历3人,治疗前疼痛评分为(6.59±0.14)分,2组患者的一般资料相比, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 患者能正常沟通,自愿加入本研究;患者双下肢皮肤完整,无破损,无脓肿;患者凝血功能正常;无药物过敏史;治疗前VAS^[3]评分在4~8分;年龄30~70岁。

1.3 排除标准 无法正常沟通,拒绝签署知情同意书者;严重心肝、肾功能不全;严重感染或患有其他传染性疾病者;精神病患者;孕妇等。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 常规使用前列地尔注射液进行补液治

疗,口服塞来昔布胶囊消炎止痛,国产玻璃酸钠局部封闭治疗,并由理疗师给予中频脉冲、低频脉冲、子午流注等进行物理治疗。指导患者进行双下肢踝泵运动^[4]、股四头肌舒缩、直腿抬高、拍打双下肢活动,每天进行功能锻炼3次,每次10 min,每个运动做200次左右。

1.4.2 治疗组 在对照组的基础上,使用中药熏洗辅助治疗,方法:将本院自制制剂通络祛风散100 g倒入70℃热水中,搅拌均匀,倒入骨科专用木制熏洗盆,将患者的双膝暴露,置于熏洗盆的木架上,并予干燥、清洁大毛巾覆盖双膝,熏蒸患者双膝约15 min,若患者自我感觉水温过热,可将大毛巾掀起一角散热,待水温降至42℃左右,撤去大毛巾,用镊子或直接戴手套使用小毛巾洗浴患者双膝,5 min后洗浴完毕,从左、右、上、下4个方向推动患者髌骨^[5],再予清洁毛巾擦干双下肢,整理衣物,盖好棉被,嘱患者注意保暖,熏洗后0.5 h内卧床休息,避免外出受风,并多饮温开水。

1.5 评价指标

1.5.1 疼痛评价标准 采用VAS疼痛评分方法:用0~10分来代表疼痛的等级^[6]。

1.5.2 疗效评价标准 完全痊愈:症状消失,患者可自如行走、蹲起。显效:膝关节疼痛基本消失,关节活动度基本正常。有效:膝关节疼痛较前减轻,关节活动度恢复不完全。无效:膝关节疼痛无改变,关节活动度无明显恢复^[7]。

1.6 统计学方法 收集资料后用SPSS 24.0软件进行分析,分别采用秩和检验、*t*检验,检验水准 $\alpha=0.05$, $P>0.05$ 为差异无统计学意义, $P\leq 0.05$ 将认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗后第1~5天VAS评分比较 由表1可知,2组患者治疗后第1~2天VAS无明显差别, $P>0.05$ 。治疗后第3~5天,治疗组的VAS评分则明显低于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。

表1 2组患者治疗后第1~5天VAS评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	第1天	第2天	第3天	第4天	第5天
对照组	45	6.14±1.62	5.31±1.18	4.74±1.13	4.32±0.92	3.26±0.94
治疗组	45	5.66±1.71	5.19±1.45	3.82±1.72	3.26±1.18	2.32±0.84
<i>t</i> 值		1.213	2.413	2.762	4.474	4.767
<i>P</i> 值		0.229	0.067	0.006	0.000	0.000

2.2 2组治疗总体疗效相比 由表2可知,治疗组的疗效显著优于对照组,愈显率为93.33%, $P<0.05$,差异有统计学意义。

表2 2组患者疗效评价比较

[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率
对照组	45	28	9	7	1	37(82.22)
治疗组	45	34	8	3	0	42(93.33)
<i>Z</i> 值						-4.934
<i>P</i> 值						0.000

3 讨论

对于风寒湿痹型膝骨痹,历代医家认为风寒湿邪致痹,或郁而化热为热痹^[8],中医认为宜用祛风散寒、通络散瘀之法,而通络祛风散是我院自制中草药粉剂,在我院已应用多年,大量应用于骨科保守治疗及术后患者,它的主要成份为法半夏、制川乌、制天南星等,具有散瘀解毒、祛风通痹、通络止痛等功效。其中,法半夏具有外消痈肿的功效;制川乌具有祛风除湿,温经止痛的功效;制天南星具有散结消肿的功效^[9]。通过70℃的热水进行先薰后洗,通过热力和药物的协同作用,能使药物蒸汽直接作用于患者双膝部,从筋到骨,层层浸透,促进机体的新陈代谢及双下肢的血液循环,改善局部组织营养,减少双膝部病灶炎性渗出,并促进渗出物的吸收^[10],软化已机化的纤维组织^[10],温通关节,从而达到治疗的目的。再配合理疗师制定的规范化、系统化的功能锻炼,以患者自己进行主动运动为主,理疗师再辅助进行被动活动,能有效解除局部炎症粘连,提高肌肉的力量,恢复肌肉弹性,从而促进肌肉和膝关节功能的康复。从表1可知,治疗组患者治疗后第1~2天VAS评分与对照组比较无明显差别,治疗后第3~5天,治疗组的VAS评分则明显低于对照组,效果显著,总体疗效亦优于对照组,可见,使用通络祛风散中药熏洗可以减轻膝骨痹患者的疼痛,增加活动度,促进患者早日康复。

参考文献

- [1]刘献祥.中医药治疗膝骨性关节炎的研究现状[J].中医正骨,2012,24(1):3-7.
- [2]邓许勇,杨文龙,杨风云,等.热奄包治疗膝骨性关节炎的临床观察[J].光明中医,2018,33(1):75-76.
- [3]楚广玉,张清.紫草纱条对癌症晚期深度压疮患者白细胞、伤口面积、渗液量、疼痛评分的影响[J].河南中医,2018,38(2):269-271.
- [4]陈静.家庭护理干预在髌关节置换术后康复中的应用价值[J].实用医学杂志,2013,29(14):2386-2387.
- [5]李宗需.CPM机在骨科术后关节功能锻炼中的应用价值[J].实用临床医学,2014(11):63-64.
- [6]莫春慧,叶翠萍.多样化健康教育对肺癌术后患者疼痛控制的影响[J].护理实践与研究,2017,14(10):78-79.
- [7]陈建慧.中药熏洗配合中医手法治疗膝骨性关节炎66例[J].中医正骨,2014,26(2):45-46.
- [8]许艳春,邸鑫.中药熏洗对全膝关节置换术后患者康复的影响[J].长春中医药大学学报,2015,31(3):591-592.
- [9]罗国强,罗根香,饶友凤,等.中药熏洗外敷配合康复器治疗伸直型膝关节僵硬疗效观察[J].实用中西医结合临床,2014,14(7):29-30.
- [10]江新浩.中药熏洗配合手法松解治疗踝关节骨折术后僵硬的观察[J].江西医药,2014,49(11):1225-1226.

(本文编辑:李海燕 本文校对:黄国英 收稿日期:2018-03-09)

喘可治注射液调配中药穴位贴敷治疗肺胀病的临床观察

涂长英

(江西省中西医结合医院呼吸内科, 江西 南昌 330003)

摘要:目的 探讨喘可治注射液调配中药穴位贴敷治疗肺胀病的临床疗效。方法 56例患者随机分为治疗组(28例)和对照组(28例),治疗组采用喘可治注射液调配中药穴位贴敷治疗,对照组常规西医治疗。结果 治疗组总有效率为92.86%(26/28),显著高于对照组75.00%(21/28),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 喘可治注射液调配中药穴位贴敷治疗肺胀病效果显著,取得了良好的临床效果。

关键词:喘可治注射液;中药贴敷;肺胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.046

文章编号:1672-2779(2018)-10-0104-02

Clinical Observation on Chuankezhi Injection Combined with Acupoint Application of Chinese Medicine in the Treatment of Lung-distension Disease

TU Zhangying

(Department of Respiration, Jiangxi Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330003, China)

Abstract: **Objective** To observe the therapeutic effect of Chuankezhi injection combined with acupoint application of Chinese medicine in the treatment of lung-distension disease. **Methods** 56 patients were randomly divided into the treatment group (28 cases) and control group (28 cases). The treatment group was treated with Chuankezhi injection combined with acupoint application of Chinese medicine. The control group used routine treatment of Western medicine. **Results** The total effective rate of the treatment group was 92.85% (26/28), which was significantly higher than 75.00% (21/28) of the control group. The difference is obvious, and is statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The Chuankezhi injection combined with acupoint application of Chinese medicine in the treatment of lung-distension disease has significant effect, and has been achieved good effect.

Keywords: Chuankezhi injection; acupoint application of Chinese medicine; lung-distension

肺胀是中老年常见疾病之一,是多种慢性肺系疾患反复发作,久咳、久喘、久哮,迁延不愈,导致肺气胀满,不能敛降的一种病症^[1],中医所述的肺胀相当于西医的慢性阻塞性肺疾病。临床表现为胸部膨满、憋闷如塞;喘息上气、咳嗽痰多;烦躁、心慌、心悸,动则尤甚或面色晦暗、唇舌发绀、全身浮肿;其病程缠绵,经久难愈,严重者可出现神昏、惊厥、喘脱等危重症候。

流行病学调查显示我国40岁以上的人群中发病率高达8.2%,其在城市人口十大死亡疾病中居第4位,在农村居第1位^[2],严重影响患者的劳动力和生活质量。肺胀由于其患病人数多,死亡率高,社会经济负担重,已成为一个重要的公共卫生问题。我院2017年3月—2017年12月收治肺胀患者28例,运用喘可治注射液调配中药穴位贴敷治疗肺胀病取得了满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 参照《中医病症诊断疗效标准》进行确诊^[3]。选择2017年3月—2017年12月在我院住院符合肺胀诊断患者56例,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,治疗组28例,其中男性20例,女性8例;年龄51~77岁,平均(57.5±8.4)岁;病程4~13年。对照组28例,其中男性19例,女性9例;年龄53~75岁,平均(56.4±7.7)岁;病程5~15年。2组患者一般资料经统计学处理无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用肺胀病常规性治疗,给予祛痰剂、

抗生素、支气管扩张剂等。

1.2.2 治疗组 膏药制备:黄荆子、矮地茶、麻黄、甘草各2 g,研磨成粉末用喘可治注射液4 mL,再加适量醋和蜂蜜调成糊状药膏。

患者取坐位或侧卧位,充分暴露背部,注意保暖,用调配好的药膏分成8份,做成直径约1.5 cm、厚约0.3 cm的药饼,准确地分别贴敷天突、大椎、定喘(2个)、肺俞(2个)、脾俞(2个)穴位上,用橡皮膏固定。

贴敷后6~12 h后取下,每日1次,1个疗程10 d。

1.2.3 注意事项 (1)药膏每次现配现用。(2)护士操作时注意保暖,密切观察患者病情变化。(3)将贴敷药物固定好,防脱落。(4)患者在贴敷期间穿着柔软宽松的棉质衣衫。(5)在贴药取下前,不宜活动过多,以免药物移动脱落。(6)贴敷期间,不食寒凉、辛辣食品,避免直接吹风。

1.2.4 观察指标 观察2组患者1周后治疗效果及总有效率。

1.3 疗效评价标准 显效:咳嗽、咳痰、喘息等症状基本消失,肺部啰音消失;有效:咳嗽、咳痰、喘息等症状明显减轻,肺部啰音明显减少;无效:上述症状均无明显改善,甚至恶化。

1.4 统计学方法 所得资料用SPSS 17.0统计学软件进行数据分析,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

经治疗后,治疗组临床疗效明显优于对照组,经

统计学分析差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 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
治疗组	28	16(57.14)	10(35.71)	2(7.14)	26(92.86)
对照组	28	14(50.00)	7(25.00)	7(25.00)	21(75.00)

注:与对照组比较, $P<0.05$

3 讨论

肺为气之主, 肾为气之根, 若久病肺虚及肾, 金不生水, 致肾气衰惫, 肺不主气, 肾虚不纳气, 则气喘更甚, 出现呼多吸少, 动则尤甚等现象。肺胀急性发作期以痰凝水停邪实为主, 治疗应理气化痰、通腑、温阳化饮。而喘可治注射液具有温阳补肾、平喘止咳、增强体液免疫与细胞免疫的功能, 主治肾虚挟痰证。肺胀病发生多因久病肺虚, 痰浊潴留而致肺气不敛降、气还肺间、肺气胀满, 日久致肺虚, 又每因复感外邪诱使病情发作或加剧^[4]。肺气本虚, 复感外邪是导致肺胀的发病机理^[5]。而麻黄具有发表出汗、祛邪热气、止咳逆上气, 破症坚积聚之功效^[6]。黄荆子具有祛风解表、祛痰化湿、止咳平喘、抗菌、增强免疫的作用^[7]。矮地茶具有抗炎、化痰止咳、活血化痰的功效^[8]。甘草冠以“众药之王”, 具有补脾益肺、祛痰止咳、清热解毒^[9]、调节免疫、调和诸药之功效。

大椎: 此穴为阳中之阳, 调整全身经络, 提高机体免疫力, 改善肺功能。天突: 属任脉, 主肺性之气, 缓解治疗咳嗽、哮喘。定喘: 为经外奇穴, 主治喘咳。脾俞、肺俞: 可使肺气宣肃正常、脾运健旺、生痰无源, 而止咳化痰平喘。而肺俞和脾俞是足太阳经之背

俞穴, 太阳主一身之大表, 肺之气, 司呼吸主皮毛。肺之疾病, 乃皮毛不固, 即大表空虚, 故欲治肺必先固表、驱邪于太阳出, 阻邪于太阳入, 必不病也。上述穴位可达到扶正祛邪、益气固表的临床效果。

喘可治注射液调配黄荆子、矮地茶、麻黄、甘草等中药进行穴位贴敷, 通过经皮给药促进药物经穴位由表入里, 循经络内达脏腑, 起到扶正祛邪、调理气血、益气固表、宣肺止喘、止咳、化痰、温阳补肾等作用。

我科2017年3月—2017年12月收治肺胀患者56例, 进行分组处理, 对照组按常规治疗, 治疗组采用喘可治注射液调配黄荆子、矮地茶、麻黄、甘草等中药进行穴位贴敷治疗。经对比, 治疗组能更好地改善患者肺功能, 减轻疾病发作症状, 符合中医学“治病求本”的医学理念, 值得进一步研究。

参考文献

- [1] 坦文慧, 杨柯, 黄思诗, 等. 中药治疗肺胀用药规律文献研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(19): 341-344.
- [2] 李相良, 万文慧. 慢性阻塞性肺疾病稳定期的中医药治疗进展[J]. 世界中医药, 2014, 9(12): 1689-1692.
- [3] 纪伟娟, 赖立英. 中药穴位贴敷辅助治疗慢性阻塞性肺病的临床疗效观察[J]. 中国高等医学教育, 2014(9): 133-137.
- [4] 王杰, 冯英凯, 刘煌, 等. 肺胀合剂联合沙美特罗替卡松粉吸入剂治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的疗效观察[J]. 药物与临床, 2015, 26(14): 1959-1961.
- [5] 高海燕, 钟红卫, 彭素岚, 等. 慢性阻塞性肺疾病中医治法及药理研究评述[J]. 甘肃中医, 2009, 22(1): 15-17.
- [6] 杨昕宇, 尚长芳, 张凯熠, 等. 麻黄临床应用与药理作用研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(12): 2874-2877.
- [7] 赵湘湘, 郑承剑, 秦路平, 等. 黄荆子的化学成分研究[J]. 中草药, 2012, 43(12): 2346-2450.
- [8] 陈晓文, 宋良科, 谢娟. 矮地茶的研究进展[J]. 贵州农业科学, 2009, 37(11): 79-82.
- [9] 毕礼明, 陈英兰. 甘草治疗肾病研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(11): 228-231.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 李公舜 收稿日期: 2018-03-13)

(上接第97页) ($P>0.05$), 无显著差别, 高、中、低、三种浓度的吸收百分率基本相似, 吸收百分率与药物浓度无关, 结果表明氯化两面针碱在3.31~33.11 $\mu\text{g/mL}$ 浓度范围内吸收为被动扩散。

3 讨论

在碱性溶液中, 酚红的最大吸收为558 nm, 而不是550 nm, 离子型酚红被认为在小肠中无吸收, 但有文献报道酚红在大鼠小肠段也有吸收^[10], 在实验中用酚红标示回流液体积变化, 定容后计算回流液中的氯化两面针碱吸收量更准确, 克服了标定体积造成的误差。

大鼠在体循环接近体内环境, 实验设备简便。

实验结果可以看出, 氯化两面针碱在大鼠体内的吸收情况与药物浓度相关性不大, 低、中、高浓度的药物吸收百分率无显著差别, 半衰期约为0.6h, 氯化两面针碱的吸收较好, 方法简便可行, 为中药制剂的研制提供参考。

氯化两面针碱为两面针主要成分, 两面针在镇痛方面的文献被广泛报道, 本文采用大鼠在体肠吸收模

型研究氯化两面针碱在大鼠小肠的吸收为被动扩散, 实验设备简单, 接近体内环境, 对高、中、低浓度的氯化两面针碱吸收良好, 为中药制剂研发提供参考。

参考文献

- [1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典 2010 版(一部)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2010: 116-117.
- [2] 张蓉, 卢来春, 蒋学华. 格列美脲大鼠小肠吸收的研究[J]. 第三军医大学学报, 2004, 26(10): 886-888.
- [3] 江敏, 张恩娟. 原儿茶醛大鼠小肠吸收机理的研究[J]. 中国药房, 2003, 14(9): 528-530.
- [4] 胡一桥, 郑梁元, 钱陈钦, 等. 离子型药物酚红的小肠吸收研究[J]. 中国药科大学学报, 1996, 27(6): 355-359.
- [5] 吴刚, 孙长海, 吴洪斌, 等. 大鼠小肠循环液中酚红的双波长分光光度法的测定[J]. 中国现代药学, 2001, 18(2): 123-124.
- [6] 陆世惠, 龙盛京. 从两面针中提取总生物碱的工艺研究[J]. 西北药学杂志, 2012, 27(6): 514-516.
- [7] 刘延成, 程凤杰, 蒙衍强, 等. 两面针化学成分、药理活性及抗肿瘤机制研究进展[J]. 天然产物研究与开发, 2012, 24(4): 550-555.
- [8] 雷欣雨, 杨焕琪, 赖茂祥, 等. 广西不同产区两面针 HPLC 指纹图谱研究[J]. 中草药, 2012, 43(5): 1003-1008.
- [9] 韩建军, 宁娜. 两面针的药理作用研究进展[J]. 药学研究, 2013, 32(8): 473-474.
- [10] 江敏, 张恩娟. 原儿茶醛大鼠小肠吸收机理的研究[J]. 中国药房, 2003, 14(9): 528-530.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 李旭 收稿日期: 2018-02-06)

西黄胶囊外用治疗蜂蜇伤 52 例临床观察

赵慧忠¹ 杨青梅² 许兆毅¹

(1 北京市怀柔区中医医院皮肤科, 北京 101400; 2 蒲黄榆社区卫生服务中心中医科, 北京 100075)

摘要:目的 观察西黄胶囊外用治疗蜂蜇伤的临床疗效。方法 选取我院2017年1月—2017年12月的52例蜂蜇伤患者, 采用西黄胶囊外用方法进行治疗并观察临床疗效。结果 52例患者经过治疗后24h内痊愈11例 (21.15%), 显效29例 (55.77%), 有效12例 (23.08%), 无效0例, 总有效率100%。结论 西黄胶囊外用治疗蜂蜇伤疗效确切, 起效迅速, 值得临床推广应用。

关键词: 西黄胶囊; 蜂蜇伤; 蜂毒

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.047

文章编号:1672-2779(2018)-10-0106-02

Clinical Observation on External Application of Xihuang Capsule in Treating Bee Stings Injury for 52 Cases

ZHAO Huizhong, YANG Qingmei, XU Zhaoyi

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

2. TCM Department, Puhuangyu Community Health Service Center, Beijing 100075, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of external application of Xihuang capsule in treating bee stings injury.

Methods A total of 52 patients with bee stings were selected and treated with external application of Xihuang capsule in our hospital in 2017. The curative effect was observed. **Results** Among 52 patients, 11 cases (21.15%) were cured within 24h, 29 cases (55.77%) were markedly improved, 12 cases (23.08%) were effective, 0 case was invalid, and the total effective rate was 100%.

Conclusion The external application of Xihuang capsule in the treatment of bee stinging injury is effective, and it deserves clinical promotion.

Keywords: Xihuang capsule; bee stings injury; apitoxin

蜂蜇伤是由于胡蜂、蜜蜂、土蜂等蜇人蜂将蜂毒通过毒刺注入人体, 经血液循环扩散至全身引发的一系列毒性反应, 好发于每年的4—10月份。蜂毒的主要成分为组胺、神经毒素、溶血毒素、透明质酸酶、蚁酸等^[1]。这些成分可以引起局部红肿、疼痛、瘙痒, 少数引起水疱、坏死, 轻者数小时后可自愈, 而重者可引发过敏性休克、急性喉头水肿、肺水肿、多器官功能衰竭, 甚至死亡^[2]。来自国外的一些调查显示, 蜂螫伤有关的死亡率约为每年0.3/10万~4.8/10万^[3], 而国内尚缺乏相关的流行病学相关数据。

西黄胶囊是治疗痈疽疮疡、阴疽肿痛、淋巴结炎、多发性脓肿等的常用药物, 具有解毒散结、消肿止痛的功效^[4]。我科樊守哲副主任医师经过多年临床发现西黄胶囊外用治疗蜂蜇伤疗效显著, 笔者选取我院2017年蜂蜇伤患者进行疗效观察并统计, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集北京中医医院怀柔医院皮肤科2017年1月—2017年12月被蜂蜇伤的患者52例。其中男性29例, 女性23例, 平均年龄 (41.04±19.89) 岁。伤后至门诊时间最短10 min, 最长3 h, 平均 (1.2±0.7) h。其中以农村居民及游客居多。根据蜇伤部位, 上肢被蜇伤者22例, 下肢被蜇伤者27例, 头面部被蜇伤者3

例。其中轻度蜇伤47例, 中度蜇伤4例, 重度蜇伤1例。

1.2 诊断标准 主要表现为蜇伤部位有明显的红肿、刺痛及烧灼感, 甚至形成水疱, 少数被蜂蜇伤后发生蜂毒的吸收现象, 表现为发热头痛、恶心呕吐、腹胀腹泻、烦躁不安、血压下降, 甚至发生过敏性休克。

1.3 治疗方法 嘱患者休息, 询问蜂蜇伤病史, 观察蜇伤部位, 如有毒刺和毒囊遗留, 应即刻用镊子或针头去除, 使用肥皂水清洗患处, 把2~3粒西黄胶囊 (河北万邦复临药业有限公司, 国药准字Z20153041) 以纯净水调为糊状外敷于患处。对蜂蜇伤引起过敏性休克的, 先予肾上腺素及苯海拉明肌注, 地塞米松入壶, 并吸氧、监护, 同时尽快局部外敷西黄胶囊, 密切观察患者生命体征情况。

1.4 疗效评价标准 蜂蜇伤局部症状24 h内明显减轻为显效, 部分减轻为有效, 无改善或加重者为无效。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

2 结果

52例患者经过治疗后24h内痊愈11例 (21.15%), 显效29例 (55.77%), 有效12例 (23.08%), 无效0例, 总有效率100%。其中1例患者用药48 h后出现局部过敏的药物不良反应, 经抗过敏治疗后痊愈。

3 讨论

蜂蜇伤是由蜂尾部的毒刺刺入人体并注入毒素引起的,毒刺残留可以继续释放毒素从而使病情加重。蜂毒是一种成分非常复杂的混合物,包括多肽类、脂类、活性酶类、生物胺类、糖类和各种游离氨基酸以及其他挥发性物质等。多肽类包括蜂毒肽(Melittin)、蜂毒明肽(Apamin)、肥大细胞脱粒肽(MCDP)等;酶类主要有磷脂酶A2(PLA2)、透明质酸酶(Hya)、酸性磷酸单脂酶等;生物胺类有组胺、多巴胺、乙酰胆碱、去甲肾上腺素等;其他物质还包括蚁酸、磷酸、游离氨基酸、果糖、脂肪酸等^[1]。这些成分中,蜂毒肽具有强溶血性,又称为溶血肽^[5],能够引起溶血反应;还可以抑制心肌线粒体 Na^+/K^+ -ATP酶活性,导致心肌缺血及心律失常,甚至急性心肌梗死^[6]。蜂毒明肽可以通过血脑屏障,直接破坏神经细胞外膜的磷脂膜,是一种神经毒素^[7]。肥大细胞脱粒肽可以促使肥大细胞脱粒,从而引发炎症反应^[8]。磷脂酶A2可以和蜂毒肽产生协同作用,促使红细胞溶解,被称为“间接的溶血毒素”^[9]。透明质酸酶是蜂毒中的主要过敏源,而且生物活性强,可以为蜂毒的渗透和扩散打开通道,被称为蜂毒的“扩散因子”^[10]。

在这些成分的共同作用下,蜇伤局部会出现红肿、疼痛、瘙痒,皮温升高,少数引起水疱、坏死,轻者一般数小时后可自行缓解,少数病患可出现全身中毒症状(包括发热、头痛、眩晕、恶心呕吐等),极少数甚至出现意识障碍、喉头水肿、急性肺水肿、过敏性休克、免疫性溶血、肾衰竭或多器官功能障碍甚至死亡^[11-12]。目前针对蜂蜇伤的治疗方法较少,临床医师多建议及早处理局部伤口,拔除毒刺,减少对蜂毒的再吸收,局部冲洗,酌情使用蛇药片碾碎调成糊状外敷于伤处,24~48 h内给予局部冰敷。如出现全身症状,可针对性地进行对症、补液、支持、抗过敏治疗,继发急性肾损害(AKI)或MODS可以进行血液净化治疗^[13]。

西黄胶囊是在西黄丸祖方(清·王洪绪《外科证治全生集》)的基础上经现代工艺将乳香和没药通过 β -环糊精包埋技术处理后制成^[14],主要成分是人工牛黄、人工麝香、没药(制)、乳香(制)。其中人工牛黄为清热解毒要药,具有清心、豁痰、开窍、凉肝、息风、解毒的作用,主要用于热病神昏、癫痫发狂、中风痰迷、惊痫抽搐、口舌生疮、咽喉肿痛和痈肿疔疮等疾病^[15]。人工麝香具有开窍醒神、活血

通经、消肿止痛等功效,多用于治疗热病神昏、中风痰厥、气郁暴厥、痈肿瘰癧、跌扑伤痛、咽喉肿痛等疾病^[16]。西黄胶囊中麝香含量是西黄丸的6倍,可明显改善疼痛^[4]。乳香、没药同为活血化瘀药,具有活血散瘀、消肿止痛的功效,作为临床上的常用药对,常用于胸痹心痛、胃脘疼痛、痛经闭经、产后瘀阻、风湿痹痛、跌打损伤、痈肿疮疡等^[17]。四药合用,共奏清热解毒、活血化瘀、软坚散结、消肿止痛之功。

本法采用外敷西黄胶囊治疗蜂蜇伤,操作快捷易行,疗效确切,起效迅速,适合部队野外驻训、施工、户外旅游、田间务农等各种情况所遇到的蜂蜇伤,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]陈会良,贺绍君.蜂毒化学成分及其作用机理研究进展[J].安徽农业科学,2014(5):1406-1408.
- [2]肖莉,谭光林,卓衍华,等.蜂蜇伤47例临床分析[J].临床急诊杂志,2009,10(3):176-177.
- [3]Bill B M, Rueff F, Mosbech H, et al. Diagnosis of Hymenoptera venom allergy[J]. Allergy, 2005, 60(11):1339-1349.
- [4]刘文,杨志波.西黄胶囊联合火针治疗中重度痤疮20例临床观察[J].湖南中医杂志,2017,33(7):71-72.
- [5]Raghuraman H, Chattopadhyay A. Melittin: a Membrane-active Peptide with Diverse Functions[J]. Bioscience Reports, 2007, 27(4):189-223.
- [6]Kang H S, Kim S J, Lee M Y, et al. The cardiovascular depression caused by bee venom in Sprague-Dawley rats associated with a decrease of developed pressure in the left ventricular and the ratio of ionized calcium/ionized magnesium[J]. American Journal of Chinese Medicine, 2008, 36(3):505-516.
- [7]Hugues M, Romey G, Duval D, et al. Apamin as a selective blocker of the calcium-dependent potassium channel in neuroblastoma cells: voltage-clamp and biochemical characterization of the toxin receptor [J]. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 1982, 79(4):1308-1312.
- [8]Schmidt J O. Biochemistry of Insect Venoms[J]. Annual Review of Entomology, 1982, 27(27):339-368.
- [9]Kelley M J, Crowl R M, Dennis E A. Renaturation of cobra venom phospholipase A2 expressed from a synthetic gene in Escherichia coli[J]. Biochimica Et Biophysica Acta, 1992, 1118(2):107.
- [10]Marković-Housley Z, Miglierini G, Soldatova L, et al. Crystal structure of hyaluronidase, a major allergen of bee venom[J]. Structure, 2000, 8(10):1025-1035.
- [11]蔡素芳,张璟,高蕾.马蜂蜇伤致免疫性溶血1例[J].第三军医大学学报,2003,25(8):732-732.
- [12]周平,朱旭光.蜂蜇伤死亡原因分析及救治体会[J].中华急诊医学杂志,2001,10(4):276.
- [13]姚蓉.四川省蜂蜇伤规范化诊治专家共识[J].华西医学,2013(9):1325-1328.
- [14]张杰,张颖,孟惠彦,等.西黄胶囊辅助乳腺癌患者全程化疗的临床研究[J].环球中医药,2015(1):9-12.
- [15]邹秦文,石岩,魏锋,等.牛黄系列药材化学成分比较及其药理作用研究概况[J].中国药事,2014,28(6):646-650.
- [16]郭经.人工麝香研究进展[J].中国医学科学院学报,2014,36(6):577-580.
- [17]朱小芳,管咏梅,刘莉,等.乳香、没药药对的研究进展[J].江西中医药,2016,47(12):72-75.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘葵阳 收稿日期:2018-04-17)

螺旋CT多平面重建技术在肠梗阻中医证候分型中的应用

吴扬州

(中国医科大学附属第四医院放射线科, 辽宁 沈阳 110032)

摘要:目的 探讨肠梗阻不同中医证候分型中CT仿真内镜联合多平面重建技术的意义。方法 肠梗阻患者100例,术前均实施多层螺旋CT仿真内镜检查联合多平面重建检查。观察CT诊断符合率,总结CT诊断肠梗阻不同证候分型的影像学特点。结果 100例患者:麻痹性肠梗阻9例、肠套叠15例、肠扭转21例、肠粘连47例、肠道肿瘤8例。CT仿真内镜检查联合多平面重建检查与手术或内镜病理结果相比,符合率96.0%。与手术病理结果相比,CT诊断肠梗阻发病部位的符合率100.0%。中医证候分型:脏腑失调型15例、气血不足型14例、里热内结型26例、气滞血瘀型45例,肠梗阻不同中医证候分型的CT影像学特点差异显著。结论 肠梗阻不同中医证候分型应用CT仿真内镜联合多平面重建技术诊断的效果显著。

关键词: 肠梗阻;证候;分型;CT仿真内镜;多平面重建技术

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.048

文章编号:1672-2779(2018)-10-0108-02

The Application of Spiral CT Multiplanar Reconstruction Technique in the TCM Syndromes of Ileus

WU Yangzhou

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

Abstract: **Objective** To explore the significance of CT simulation endoscopy combined with multiplanar reconstruction in different TCM syndromes of intestinal obstruction. **Methods** In 100 patients with intestinal obstruction, multi-level spiral CT was performed before operation to check the multi-plane reconstruction. The imaging characteristics of different syndromes of CT in diagnosis of intestinal obstruction were observed. **Results** There were 9 cases of paralytic intestinal obstruction, 15 cases of intussusception, 21 cases of intestinal torsion, 47 cases of intestinal adhesion and 8 cases of intestinal tumor. CT simulated endoscopic examination combined with multi-plane reconstruction was compared with surgical or endoscopic pathological results, with coincidence rate of 96.0%. Comparing with the pathological results of the operation, the coincidence rate of CT diagnosis of intestinal obstruction was 100.0%. Classification of syndromes: viscera disorder type 15 cases, insufficiency of qi and blood type in 14 cases, hot junction in 26 patients, 45 cases of qi stagnancy and blood stasis syndrome, intestinal obstruction in different TCM syndrome classification of CT imaging features of significant difference. **Conclusion** The effect of CT simulation endoscopy combined with multiplanar reconstruction is remarkable.

Keywords: intestinal obstruction; syndromes; classification; CT simulation endoscopy; multiplanar reconstruction technology

在临床上,肠梗阻在腹部疾病中较为常见,但目前临床对于其中医证候分型的研究相对较少。中医临床近些年主要对肠梗阻病理机制以及脾胃生理功能概括的中医生理、病理改变具有深入的研究,但在中医证候分型方面相对较少,且相关研究与小肠疾病以及其他脾胃失调等具有重叠^[1-2]。近几年由于医疗科技的飞速发展,中医学结合现代影像学技术在临床上的应用不断拓展^[3-4]。因此本文即对肠梗阻不同中医证候分型中CT仿真内镜联合多平面重建技术的应用做了研究,现具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院收治的肠梗阻患者100例,回顾性分析其全部的临床资料,所有患者均经中医证候明确分型、中医辨证分析以及手术病理等确诊^[5]。其中男性患者54例、女性患者46例,年龄20~75岁,平均年龄(57.23±11.09)岁。

1.2 方法 术前均实施多层螺旋CT仿真内镜检查联合多平面重建检查。检查仪器为GE Lightspeed Qx 64 CT扫描仪,具体为:检查前1 d晚上注意清洁肠道,且禁食10 h,禁饮2 h,采用10 mg山莨菪碱与检查前10 min行

肌肉注射,并低张肛门注气。检查前指导患者采取俯卧位或仰卧位,然后从膈顶至盆腔对腹部进行扫描。整个病变区扫描需一次性闭气15~25 s。获得原始数据后行多平面重建,间隔1~2.5 mm,重建层厚2.5 mm,将重建处理后图像作图像三维处理,于AW4.0工作站完成,然后采用内镜导航软件“Navigator”,对充气肠管模式选择“白底黑影”阈值模式进行观察,可模拟内镜观察方法,并从“回盲部到胃”和从“胃到回盲部”的顺序进行观察,注意对小肠段以“电影回放”或“步进”形式进行反复观察,同时采取多平面重建(MPR)的方式进行观察,已获得不同角度的MPR影像特征。

1.3 观察指标 以手术病理为金标准,观察螺旋CT诊断符合率,并总结螺旋CT诊断肠梗阻不同证候分型的影像学特点。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0进行数据处理。计数资料用卡方检验,计量资料用t检验,以P<0.05为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 肠梗阻应用CT诊断的结果分析 100例患者手术病

理显示病因为：麻痹性肠梗阻9例、肠套叠15例、肠扭转21例、肠粘连47例、肠道肿瘤8例。CT仿真内镜检查联合多平面重建检查与手术或内镜病理结果相比，其符合率为96.0%（96/100）。而与手术病理结果相比，螺旋CT诊断肠梗阻发病部位的符合率为100.0%。见表1~2。

表1 CT诊断肠梗阻病因与手术病理结果对比 [例(%)]

检查方法	麻痹性肠梗阻	肠套叠	肠扭转	肠粘连	肠道肿瘤	合计
手术病理	9	15	21	47	8	100
CT检查	8*	15*	21*	46*	6*	96(96.0)*

注：与手术病理比较，*P>0.05

表2 CT诊断肠梗阻发病部位与手术病理结果对比 [例(%)]

检查方法	例数	结肠梗阻	小肠高位梗阻	中小肠低位梗阻	确诊
手术病理	100	37	13	50	100
CT检查	100	37	13	50	100(100.0)*

注：与手术病理比较，*P>0.05

2.2 肠梗阻不同中医证候分型的CT影像学特点 中医证候分型：100例患者脏腑失调型15例、气血不足型14例、里热内结型26例、气滞血瘀型45例，肠梗阻不同中医证候分型的CT影像学特点差异显著。CT影像学特点为：（1）脏腑失调型。可见肠黏膜破坏，肠管充盈缺损明显，偶可见结肠扭转、肠套叠征象。（2）气血不足型。肠管无明显扩张，肠管内大量充气明显，肠管内气液平面较小、较少，腹部有极少数量气液平面和大量充气肠管，并不构成比例。（3）里热内结型。可见乙状结肠、盲肠、直肠区域具有直径为3~6cm的类圆形或圆形，且较均匀或不均匀密度阴影，多为单个数量，部分患者阴影边缘存在显著的钙化圈，呈不规则，为多发瓜子型，且内芯钙化不规则，表现为透光区与斑块状。（4）气滞血瘀型。可见连续扩张的肠腔，且梗阻部位显著扩张，且积液、积气，血瘀为主者可见小肠液平面，且充气扩大。见图1~4。

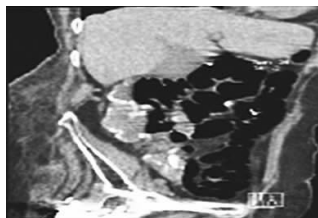


图1 肠梗阻脏腑失调型影像图

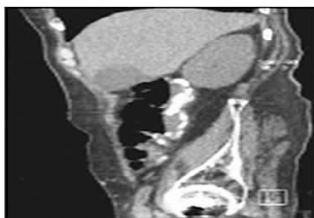


图2 肠梗阻气血不足型影像图



图3 肠梗阻里热内结型影像图

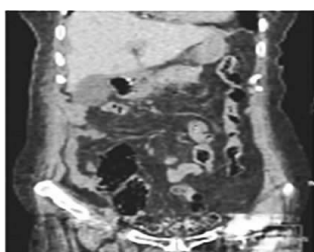


图4 肠梗阻气滞血瘀型影像图

3 讨论

在临床急腹症中，肠梗阻较为常见，其是由于肠道内容物异常运行，且其无法顺利流过并加以排泄的症状^[6]。目前针对肠梗阻患者，临床诊断的主要辅助方案即为影像学检查，而螺旋CT的特点在于成像技术丰富、扫描速度快、密度分辨力高等，因而在明确肠梗阻病因、发病部位以及梗阻程度方面发挥着重要作用^[7-8]。对于肠梗阻，中医理论研究具有悠久历史，但在辨证施治以中医证候分型方面较为紊乱^[9-10]。而由于影像学技术的飞速发展，在辨证分析肠梗阻的过程中，现代影像技术与中医传统理论的结合发挥着更大的作用，即能获得更充足的理论依据，且辨证分析也更为准确^[11-12]。本研究中，CT仿真内镜检查联合多平面重建检查与手术或内镜病理结果相比，其符合率为96.0%。而与手术病理结果相比，螺旋CT诊断肠梗阻发病部位的符合率为100.0%。该研究结果与相关文献^[13]报道一致，表明螺旋CT诊断肠梗阻具有较高的效果和准确性。而本文结果显示，肠梗阻不同中医证候分型的CT影像学特点差异显著。而其主要的特点为肠壁、肠腔存在不同程度改变，且肠腔内具有一定的气液平面、积气积液以及不同程度的扩张等。作为一种新型的CT影像学技术，CT仿真内镜具有较高的三维成像能力，较高的软组织对比度，因此其能对肠管周围病变以及小肠黏膜等进行清晰成像，还能结合多平面重建技术，对整体局部以及内外的影响实现兼顾观察导尿管，从而准确指导肠梗阻中医证候分型^[14-15]。因此，肠梗阻不同中医证候分型应用CT仿真内镜联合多平面重建技术诊断具有十分重要的临床价值和意义。

综上所述，肠梗阻不同中医证候分型应用CT仿真内镜联合多平面重建技术诊断的效果显著，即可准确诊断患者病因，且可指导患者中医证候分型，因此值得应用推广。

参考文献

- [1]浦江,吴玉辉,李湛忠,等.CT 仿真内镜联合多平面重建技术在肠梗阻不同中医证候分型中的应用价值[J].中国医学装备,2016,13(9):63-66.
- [2]付晨旭.不同中医证型肠梗阻 CT 影像特点探究[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(11):180-183.
- [3]谭洪涛.不同中医证型肠梗阻 CT 影像特点分析[J].中国社区医师,2017,33(17):99-100.
- [4]朱玉英,刘桂香,孟凡红.多层螺旋 CT 仿真内镜改良技术在结肠癌诊断中的应用研究[J].影像研究与医学应用,2017,1(6):52-53.
- [5]张宗斌,梁社富,李佳.超声、螺旋 CT、腹部 X 线诊断肠梗阻临床对比分析[J].现代中西医结合杂志,2014,23(24):2714-2717.
- [6]褚莺,王宝爱,坑蓉.多层螺旋 CT 与腹部 X 线平片分组临床诊断老年肠梗阻的诊断价值[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2015,13(6):71-73.
- [7]张毅琴,陆卫东,李伟,等.多层螺旋 CT 对老年人小肠梗阻病因的诊断价值[J].实用老年医学,2013,27(1):22-25.

(本文编辑:李海燕 本文校对:郭 奕 收稿日期:2018-02-11)

丹红注射液联合巴曲酶 对短暂性脑缺血发作患者的临床分析

郭 丹

(北京市丰台中西医结合医院脑病科·神经内科, 北京 100072)

摘要:目的 对短暂性脑缺血发作患者实施丹红注射液联合巴曲酶治疗, 并与巴曲酶单独使用进行比较, 观察两药联用的影响。**方法** 选取2016年6月—2017年6月66例患者入组, 采用随机数字表法分为观察组 (33例; 巴曲酶治疗+丹红注射液治疗) 和对照组 (33例; 仅采用巴曲酶进行治疗), 比较2组患者治疗后血液动力学参数、神经功能相关因子数差异。**结果** 观察组患者Vmean (平均血流速度)、Vmax (最大血流速度)、Vmin (最小血流速度)、Qmean (平均血流量) 均明显高于对照组患者, R (脑血管阻力) 明显低于对照组患者, 血清NSE (血清神经元特异性烯醇化酶)、S-100B (S100B蛋白)、MBP (髓鞘碱性蛋白)、GFAP (神经胶质纤维酸性蛋白) 均明显低于对照组患者, 差异较为明显 ($P < 0.05$)。**结论** 在巴曲酶治疗短暂性脑缺血发作患者的基础上实施丹红注射液治疗, 可进一步改善患者血流状态和神经相关因子水平, 临床疗效更为理想, 临床应用价值较高。

关键词: 短暂性脑缺血; 丹红注射液; 巴曲酶; 神经相关因子; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.049

文章编号:1672-2779(2018)-10-0110-03

Clinical Analysis on Danhong Injection Combined with Batroxobin on Patients with Transient Ischemic Attack

GUO Dan

(Department of Encephalopathy Neurology, Fengtai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing 100072, China)

Abstract: Objective To give Danhong injection combined with batroxobin in patients with transient ischemic attack, to compare with batroxobin alone, and to observe the effect of the combination of two drugs. **Methods** Sixty-six patients from June 2016 to June 2017 were selected and randomly divided into observation group (33 cases; batroxobin and Danhong injection) and control group (33 cases; only batroxobin treatment). After treatment, hemodynamic parameters, nerve function related to the number of differences was observed. **Results** Vmean, Vmax, Vmin and Qmean in the observation group were significantly higher than those in the control group, and cerebrovascular resistance, S100B protein, myelin basic protein, and glial fibrillary acidic protein in the observation group were significantly lower than those in the control group, and the difference was more significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Danhong injection can improve the blood flow status and nerve related factors in patients with transient ischemic attack on the basis of Batroxobin. The clinical effect is more ideal and clinical value is higher.

Keywords: transient ischemic attack; Danhong injection; Batroxobin; nerve related factors; stroke

短暂性脑缺血发作在临床上多见, 虽然临床症状和体征恢复较快, 但与完全性脑中风关系密切, 其可因脑缺血造成脑组织病理性损害^[1]。主要临床表现是短暂性失语、感觉障碍或者瘫痪, 存在明显脑血管血液动力学参数和神经功能相关因子异常, 可作为评价治疗手段对疾病改善是否有效的参考依据^[2]。目前, 临床上药物治疗最为常见, 本研究选取33例患者实施巴曲酶治疗, 另外33例患者在巴曲酶治疗基础上给予丹红注射液治疗进行对照分析, 比较患者神经相关因子水平和血流动力学参数的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年6月—2017年6月我科66例短暂性脑缺血发作患者入组, 利用随机数字表法分组, 观察组33例患者, 男20例, 女13例; 年龄49~78岁, 中位年龄 (67.3±15.8) 岁; 发作频率每周大于3次、2~3次、1次以下 (包括1次) 患者例数分别是10例、12例、

11例。对照组33例患者, 男19例, 女14例; 年龄50~78岁, 中位年龄 (66.6±16.1) 岁; 发作频率每周大于3次、2~3次、1次以下 (包括1次) 患者例数分别是11例、12例、10例。对比分析2组患者入组时组间数据, 差异不显著 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 按照中国短暂性脑缺血发作早期诊治指南规范 (2016年) 确诊^[3]。

1.3 纳入标准 突然出现的局灶性或全脑的神经功能障碍, 持续时间不超过24 h, 且除外非血管源性原因^[4]。入组患者均表示自愿参与本试验, 均签署了知情同意书。

1.4 排除标准 24 h内发现脑相应部位急性梗死患者。意识不清患者。

1.5 治疗方法 对照组 (33例): 给予患者巴曲酶治疗, 首次用药剂量是10 BU, 之后维持用药剂量是5 BU, 每2 d静脉滴注1次, 每次均需要利用100~250 mL生理盐

水稀释,滴速是1~1.5h。疗程2周。

观察组(33例):其中巴曲酶治疗方法同上,同时给予丹红注射液治疗,用药剂量是每天给予40 mL/次,将其混合浓度在5%的葡萄糖溶液,给予患者实施静脉滴注处理,连续治疗时间是2周。

1.6 观察指标 利用LK-2010XN-YT自动心脑血管检测仪分析患者脑血管血液动力学参数,包括平均血流速度、最大血流速度、最小血流速度及平均血流量^[9];ELISA法检测患者神经功能相关因子,包括血清神经元特异性烯醇化酶(NSE)、S100B蛋白(S-100B)、髓鞘碱性蛋白(MBP)、神经胶质纤维酸性蛋白(GFAP)水平。

1.7 统计学方法 使用SPSS 19.0软件分析数据,计量资料采用 t 检验(均数 $\pm$ 标准差),计数资料采用 χ^2 检验(率),差异存在统计学意义评定标准: $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 2组患者治疗后血液动力学分析 经过2周治疗后,观察组患者 V_{mean} (平均血流速度)、 V_{max} (最大血流速度)、 V_{min} (最小血流速度)、 Q_{mean} (平均血流量)均明显高于对照组患者,而 R (脑血管阻力)明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者治疗后脑血管血液动力学参数比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	平均血流速度(cm/s)	最大血流速度(cm/s)	最小血流速度(cm/s)	平均血流量(mL/s)	脑血管阻力(kPa·s ⁻¹ ·m ⁻¹)
观察组	33	20.33 $\pm$ 0.77	42.29 $\pm$ 1.14	11.55 $\pm$ 1.25	11.22 $\pm$ 0.65	1568.44 $\pm$ 40.36
对照组	33	18.55 $\pm$ 0.65	40.18 $\pm$ 0.63	9.36 $\pm$ 0.18	9.85 $\pm$ 0.14	1662.35 $\pm$ 45.47
t 值		10.1474	9.3059	9.9617	11.8363	8.8731
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2组患者治疗后神经功能相关因子比较 经过治疗后,观察组患者神经功能各项因子均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 2组患者治疗后神经功能相关因子对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	血清NSE(μ g/L)	S-100B(μ g/L)	MBP(μ g/L)	GFAP(ng/L)
观察组	33	8.22 $\pm$ 1.02	0.51 $\pm$ 0.08	1.41 $\pm$ 0.24	0.62 $\pm$ 0.11
对照组	33	10.36 $\pm$ 1.10	0.68 $\pm$ 0.06	1.88 $\pm$ 0.15	1.01 $\pm$ 0.14
t 值		8.1948	9.7657	9.5397	12.5832
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

中医学没有短暂性脑缺血发作的病名,根据临床症状特点短暂性脑缺血发作符合风邪的致病特点,即“风中急性期,风性善行而数变”,应归属于中医小中风范畴^[9]。其辨证分型大致分为:肝阳上亢、风痰阻络、气虚血瘀、肝肾阴虚等证型,具有突发性,反复性,

短暂性和可逆性。短暂性脑缺血发作患者主要临床表现是感觉障碍、失语及瘫痪等,表现出病情不稳定,这是在中风病病程中内风旋动攻冲不定的最明显阶段^[7],需要给予患者及时对症支持治疗。

丹红注射液作为中药丹参、红花的提取剂可发挥强效通络及活血化瘀作用,可促使患者因血管原因导致的血供较差状态明显改善,可显著改善患者心肌缺血及缓解患者心绞痛^[8],可有效治疗内分泌疾病及神经系统治疗并有效抑制血小板聚集,可促使患者血液流变学明显改善并有效发挥抗凝作用及强心作用等,可对患者血管内皮起到保护作用并可对患者血管再生起到明显加快作用。据相关性文献报道,丹红注射液药理机制是抑制磷酸二酯酶并促使红细胞、血小板环磷酸腺苷含量提高^[9],可强化患者红细胞变形并降低患者血小板聚集、黏附作用。临床证实,丹红注射液主要水溶成分可对前列环素合成酶活性起到刺激作用并促使PGI₂生成量明显提高,可对患者外周血管起到扩张作用并可最终改善患者组织器官血氧供应,可促使患者纤维蛋白溶解变性明显增强并有效避免患者形成血栓,降压效果较为理想。临床药理学分析后得出,丹红注射液可对患者血小板活化起到明显抑制作用并可以明显减少患者GPIIb/IIIa受体激活、减少血小板聚集并最终对改善患者脑血流起到积极促进作用。基于此,临床上在治疗短暂性脑缺血发作患者过程中常使用丹红注射液。临床研究发现,短暂性脑缺血发作患者存在反复脑部缺血情况,可损伤患者神经功能,临床主要表现是神经功能相关指标异常升高,监测这些指标改善程度可及时反映治疗干预措施是否有效。据相关文献报道,血清NSE、S-100B、MBP、GFAP水平可作为反映短暂性脑缺血发作患者疾病状态的高价值指标^[10]。

巴曲酶又名凝血酶样酶、去纤维蛋白酶,是由矛头蛇毒提取制得,本制剂具有降低纤维蛋白原的作用,用药后可促进出血部位的血栓形成和止血^[11]。多数学者认为,导致脑血管血液动力学参数异常的主因是短暂性脑缺血发作患者脑部血供受阻,监测以上指标可评估患者病情,还可用于评估患者临床疗效。由于巴曲酶血液黏度降低,降低纤维蛋白原(FIB)、改善凝血酶原时间(PT)和活化部分凝血活酶时间,临床研究显示联合阿司匹林在短暂性脑缺血的治疗中应用效果确切,可以有效提高临床治疗有效率^[12]。我们在巴曲酶治疗的基础上加丹红注射液,理论上在脑部血供减少、

脑部阻力增加的症状下,在降低凝血的同时改善血流状态以及神经相关因子水平。本研究结果:观察组患者平均血流速度、最大血流速度、最小血流速度、平均血流量、脑血管阻力、血清NSE、S-100B、MBP、GFAP均明显优于对照组患者,结果提示,给予短暂性脑缺血发作患者实施丹红注射液治疗,可促使患者神经相关因子水平改善^[9]。

综上,给予短暂性脑缺血发作患者实施丹红注射液治疗可明显改善患者神经相关因子水平及脑血管血液动力学参数,临床疗效较为理想。但本研究纳入样本量有限,还需要进一步研究,实施多样本、长时间的观察,为有效治疗短暂性脑缺血发作患者提供可靠临床数据,以期促使中西药联合用药结果更具有临床指导意义。

参考文献

- [1]邓玉文,李以菊,邓荣悦.丹红注射液对短暂性脑缺血发作患者神经相关因子水平及脑血流动力学参数的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(6):94-95.
- [2]黄荣娥,张学川,许岱均.丹红注射液联合复方血栓通胶囊对短暂性脑缺

- 血发作患者神经功能相关因子的影响[J].中医药信息,2015,32(5):113-115.
- [3]李江坤,张津华,付志新,等.以短暂性脑缺血发作为表现的患者 ABCD2 评分与脑磁共振 DWI 高信号的关系[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(5):78-79.
- [4]Kim MH, Moon JS, Park SY, et. al. Different risk factor profiles between silent brain infarction and symptomatic lacunar infarction [J]. Eur Neurol,2011,65(5):250-256.
- [5]汪蕾,李风军,吕月德.丹红注射液对短暂性脑缺血发作患者脑血流动力学及神经功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(18):2025-2027.
- [6]王青,陶定波,姜宾,等.不同剂量川芎嗪辅助治疗缺血性脑血管病疗效及对血清因子水平的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(16):1722-1724.
- [7]曹樱花.丹红注射液治疗短暂性脑缺血发作的疗效分析及对患者血流动力学及神经功能的影响[J].世界中医药,2017,12(10):2326-2329.
- [8]陈鑫,姜童子.丹红注射液对急性脑梗死患者神经功能缺损程度及血清炎症因子水平的影响[J].中国实用乡村医生杂志,2016,22(6):74-76.
- [9]叶立新,钟小桃,龙娜,等.丹红注射液对短暂性脑缺血发作患者血流动力学及血清胱抑素 C 和同型半胱氨酸的影响[J].国际中医中药杂志,2015,37(11):984-986.
- [10]初婷婷,叶琳琳,郑永慧,等.巴曲酶联合阿加曲班治疗短暂性脑缺血发作 200 例[J].中国老年学杂志,2015,34(14):3896-3897.
- [11]张广花,吴晓珂,刘文辉.巴曲酶联合低分子肝素钙治疗短暂性脑缺血发作的疗效分析[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(4):98-99.
- [12]杨宁,李云.短暂性脑缺血发作后认知障碍的研究进展[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(14):130-131.

(本文编辑:李海燕 本文校对:肖 蕾 收稿日期:2018-02-11)

暖肝煎联合化疗治疗直肠癌术后患者的临床观察

陈金红 周 洁

(天津中医药大学研究生院,天津 300193)

摘要:目的 探讨暖肝煎加减联合化疗治疗直肠癌术后气虚血瘀证的疗效。方法 选取2015年2月—2017年3月55例直肠癌术后化疗患者,运用随机数字表法将其分为对照组($n=27$)与试验组($n=28$),对照组予以单纯的化疗,试验组予以暖肝煎联合化疗的使用,2组患者均进行5个疗程的治疗,观察2组患者的临床治疗效果与治疗前后的生活质量评分。结果 试验组的临床治疗总有效率与治疗后的生活质量评分分别为96.43% (27/28) 与 (85.31±7.92) 分,对照组的分别为55.56% (15/27) 与 (75.24±8.07) 分,2组比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 暖肝煎加减联合化疗对于改善直肠癌术后患者气虚血瘀症状,减轻患者化疗后骨髓抑制并提升患者的预后生活质量具有一定效果。

关键词:暖肝煎;直肠癌术后;化疗;骨髓抑制

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.050

文章编号:1672-2779(2018)-10-0112-03

Clinical Observation on Nuangan Decoction Combined with Chemotherapy in Treating Rectal Cancer Patients after Operation

CHEN Jinhong, ZHOU Jie

(Graduate School, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

Abstract: Objective To explore the therapeutic effect of modified Nuangan decoction combined with chemotherapy in the treatment of qi deficiency and blood stasis syndrome after rectal cancer operation. **Methods** From February 2015 to March 2017, 55 patients with postoperative chemotherapy of rectal cancer were divided into control group ($n=27$) and experimental group ($n=28$). The control group was given simple chemotherapy. The experimental group was given modified Nuangan decoction combined with chemotherapy. **Results** The total effective rate and quality of life score were 96.43% and (85.31±7.92) respectively in the experimental group and 55.56% and (75.24±8.07) respectively in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Modified Nuangan decoction combined with chemotherapy can improve the symptoms of qi deficiency and blood stasis in patients with rectal cancer, reduce bone marrow suppression and improve the prognosis of patients with quality of life.

Keywords: modified Nuangan decoction; postoperative rectal cancer; chemotherapy; bone marrow suppression

直肠癌是恶性肿瘤的疾病之一,对患者造成严重影响。目前临床治疗中通常使用化疗药物对癌细胞进

行控制,从而能够起到一定的治疗效果。然而化疗药物在杀灭癌细胞的过程中也会影响到人体的正常细胞,

尤其是对骨髓造血细胞造成严重影响,进一步使患者出现骨髓抑制的不良现象^[1]。本研究回顾性分析了2015年2月—2017年3月采用暖肝煎加减配合化疗治疗直肠癌术后气虚血瘀证患者,观察其疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院肿瘤科接受治疗的55例直肠癌术后患者,运用随机数字表法将其分为对照组与试验组。对照组27例,男12例,女15例;年龄52~67岁,平均(56.3±4.7)岁;Ⅱ期患者共6例,Ⅲ期患者共14例,Ⅳ期患者共7例;16例患者行Xelox化疗方式,11例患者行Folfox4化疗方案;病程2~5个月,平均(3.5±1.2)个月。试验组28例,男19例,女9例;年龄53~69岁,平均年龄为(57.2±5.1)岁;Ⅱ期患者共5例,Ⅲ期患者共16例,Ⅳ期患者共7例;21例患者行Xelox化疗方式,7例患者行Folfox4化疗方案;病程3~7个月,平均(5.2±0.8)个月。

1.2 纳入标准 (1)符合卫生部《中国常见恶性肿瘤诊治规范》^[2]直肠癌的诊断标准,均为直肠癌手术后患者,术后病理组织学分型均为腺癌,Karnof-sky评分≥50分,预期生存期>3个月;(2)符合《中药新药临床研究指导原则》^[3]关于气虚与血瘀证的诊断标准;(3)复发转移符合一线化疗条件。

1.3 排除标准 (1)患有其他恶性肿瘤疾病;(2)患有严重的心、肝、肾等疾病;(3)处于妊娠期或者哺乳期;(4)对化疗药物过敏患者。

1.4 治疗方法 对照组进行单纯的化疗,Xelox方案如下:使用L-OHP药物(批准文号:国药准字H20064297,2011年4月8日,生产单位:江苏奥赛康药业股份有限公司)进行化疗,静脉注射剂量为130 mg/m²,时间为2 h,同时口服900 mg/m²的CapeOX(注册证号:国药准字J20080101,2008年11月28日,分装企业:上海罗氏制药有限公司),每天服用2次,14 d为1个周期,共5个周期。Folfox4方案如下:第1天使用L-OHP药物进行化疗,静脉注射剂量为130 mg/m²,时间为2 h,同时第1天、第2天分别静脉注射200 mg/m²的LV与600 mg/m²的5-FU(批准文号:国药准字H20051626,2010年8月26日,生产单位:海南中化联合制药工业股份有限公司),时间分别为2 h与22 h,14 d为1个周期,共5个周期。

试验组在对照组基础上予以口服暖肝煎加减汤剂,成分为柴胡6 g,清半夏10 g,枳壳30 g,当归10 g,枸杞子10 g,橘核10 g,茯苓20 g,小茴香12 g,肉桂10 g,

乌药10 g,沉香5 g,丹参10 g,莪术9 g。每日1剂,水煎,分2次温服,14 d为1个周期,共5个周期。

1.5 观察指标 (1)临床治疗效果,评价标准:采用WHO推荐的实体瘤客观疗效评价标准进行评判,总有效率=(有效例数+显效例数)/100。(2)治疗前后的生活质量评分,以卡氏计分为指标,评价标准:患者可自由活动,无任何并发症产生;满分为100分,最低分为50分。

1.6 统计学方法 采用SPSS 18.0统计软件,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料用百分比表示,行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床治疗效果比较 试验组患者的临床治疗效果明显优于对照组患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 2组患者临床治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	27	11(40.74)	4(14.81)	12(44.44)	15(55.56)
试验组	28	12(42.86)	15(53.57)	1(3.57)	27(96.43)*

注:与对照组比较, $t=12.722$, $P=0.0004$

2.2 治疗前后生活质量评分比较 治疗前,2组患者的生活质量评分比较,差异不具有统计学意义($P > 0.05$);治疗后,试验组的生活质量评分明显高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 2组患者治疗前后生活质量评分比较 (分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	27	74.16±8.65	75.24±8.07
试验组	28	73.59±8.37 [#]	85.31±7.92*

注:[#] $t=0.248$,^{*} $P=0.805$;^{*} $t=4.540$, $P=0.000$

2.3 化疗不良反应情况 化疗的不良反应主要为胃肠道反应、神经系统毒性和中性粒细胞减少和贫血,不良反应多为Ⅰ、Ⅱ度,且停药后均能恢复。未见严重的心、肝、肾毒性。患者耐受性好,无患者因不良反应退出治疗。经Wilcoxon检验,试验组中性粒细胞减少、贫血、腹泻和恶心呕吐的不良反应例数与对照组比较,差异有显著性($P < 0.05$)。

3 讨论

直肠癌是消化系统常见的恶性肿瘤,在我国常见恶性肿瘤中,其发病率和病死率都在前5位。到医院就诊的病例中,晚期不能手术者,化疗成了唯一的治疗方法。目前认为对直肠癌治疗有效的化疗药有3种:伊立替康、奥沙利铂、氟尿嘧啶。

化疗是辅助治疗恶性肿瘤的有效手段,然而化疗药物也将对人体的正常细胞造成损伤,经过相关的临床研究证实,化疗药物对于骨髓造血细胞的伤害最大,因而诸多患者在化疗过后出现骨髓抑制的不良反应。随着医疗技术的不断发展,临床中多使用造血干细胞CSF来治疗骨髓抑制,具有明显效果,不仅能够缩短骨髓抑制的休止期,同时还能够在较大程度上提升白细胞数量^[4]。虽然具有良好效果,然而该药物的价格十分昂贵,并且药效作用时间短,将会使患者产生更大程度的骨痛,除此之外,该药物在一定程度上还将刺激某些恶性细胞的繁殖,使得化疗出现较大困难。通过临床实践,采用中西医结合的方法能够取得较好的疗效。

直肠癌属于中医的“脏毒下血、肠覃、结阴”等范畴,病因多因七情过度,损伤肠胃,湿热蕴结,气血运行受阻,结为肿块,偶有便血^[5]。直肠癌的发生过程主要是由于肠道黏膜细胞不受控制的异常增生,细胞形态变得诡谲、不规则排列并向外围组织侵犯,逐渐由正常上皮组织变成腺瘤,向身体各处转移,造成肠道出血、阻塞、并逐渐耗尽正常组织,最后发展成腺癌。明·陈实功《外科正宗·脏毒论》曰:“其患痛连小腹,肛门坠重,二便乖违,或泻或秘,肛门内蚀,串烂经络,污水流通大孔,无奈饮食不餐,作渴之甚,凡犯此未得见其有生。”

暖肝煎为明代医家张景岳创制,出自《景岳全书》新方八阵之热阵,用治肝肾阴寒,小腹疼痛,疝气等证^[6]。张氏制方以温补著称,暖肝煎为其温补肝肾的代表方,尤以治疝对后世影响深远。对其他病症属肝肾虚寒者,景岳亦常用暖肝煎以温之:如寒热篇之“寒中厥阴,则少腹疼痛”者,气痼篇之“若肝肾寒滞,小腹气逆而痛者”,以及“妇人阴冷,肝肾虚寒者”,等等。亦有用本方治胁痛者,如《医学从众录》谓“两旁季胁痛者,肝气虚也,宜暖肝煎”。直肠癌术后的患者往往气血生化乏源,气虚则无力载血行血,最终可致气虚血瘀。大量研究表明,扶正益气 and 活血化瘀的中药对于抑制肿瘤的转移有重要意义。方中以小茴香、茯苓、当归、肉桂、沉香、乌药温补脾肾,扶助正气,脾气得健,则气生血运,正气得复;配以柴胡、半夏、枳壳、陈皮、丹参、莪术等行气活血、破瘀散结之品,使肿块得以消之。全方寓攻于补,攻补兼施,共奏扶正减毒、益气健脾、活血化瘀之功。药理实验研究表明:小茴香含脂肪油、挥发油、甾醇及糖苷、生物碱等有效成分,具有抗炎镇痛,抗菌,增

加胃肠蠕动等作用,在腹胀时可促进气体排出,减轻疼痛,同时还能抑制胃液分泌,具有抗溃疡作用,现代临床小茴香常用于理气和胃以及散寒止痛等^[7];当归多糖能增加外周血WBC、RBC、Hb及骨髓有核细胞数,这种作用特别是在外周血细胞减少和骨髓受到抑制时尤为明显^[8-9];茯苓有抗肿瘤的作用^[10];莪术其有效成分榄香烯有明显抑制肿瘤细胞生长之效^[11]。除此之外,中药副作用较小,进而可在较大程度上提升患者的预后质量。

综上所述,我们认为暖肝煎加减配合化疗治疗直肠癌术后患者,对于预防骨髓抑制具有显著效果,可作为未来一段时间内预防直肠癌患者化疗期间出现骨髓抑制的首选方式,临床上值得推广应用。

参考文献

- [1]黄维,李英,鲁文力,等.直肠癌同步放化疗所致急性骨髓抑制的临床和物理因素分析[J].中国肿瘤临床,2016,43(16):707-711.
- [2]中华人民共和国卫生部医政司.中国常见肿瘤诊治规范[S].2版.北京:北京医科大学,中国协和医科大学联合出版社,1991:11-18.
- [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:361-364.
- [4]赵晓华,刘桂,温珍平.升血汤对转移性结直肠癌化疗所致骨髓抑制及免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(12):1321-1323.
- [5]江滨,丁义江.中医文献对直肠癌病因病机的探讨[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(4):5-6.
- [6]王鹏,张家英.《景岳全书》新方八阵处方用药探析[J].安徽中医学院学报,1997,16(4):4-7.
- [7]王婷,苗明三,苗艳艳.小茴香的化学、药理及临床应用[J].中医学报,2015,30(6):856-857.
- [8]王改琴,贾书花,吴宏.当归多糖对小鼠骨髓基质细胞增殖、细胞周期及细胞凋亡的影响[J].四川解剖学杂志,2009,17(1):6-8.
- [9]张雁,吴宏,关雪晶,等.当归多糖照射前后给药对放射损伤小鼠造血功能恢复的比较研究[J].重庆医科大学学报,2010,35(7):965-969.
- [10]黄兆胜.中药学[M].北京:人民卫生出版社,2003:198.
- [11]周际昌.实用肿瘤内科学[M].北京:人民卫生出版社,1999:304.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈 涵 收稿日期:2018-01-15)

《神农本草经》临床药学八原则

1. 阴干暴干,采治时月,土地所出,真伪新陈,并各有法度的采收加工原则。
2. 有毒宜制的炮制原则。
3. 治热以寒药、治寒以热药的原则。
4. 药物的七情合和,当用相须、相使者良,勿用相恶、相反的配伍原则。
5. 君、臣、佐、使的组方原则。
6. 药有宜丸者、宜散者、宜水煎者、宜酒渍者、宜膏煎者等,并随药性,不得违越的剂型选择原则。
7. 用药剂量,先起用量如高粱子,从小剂量开始,逐渐增加剂量的毒性药物之用量原则。
8. 根据病情确定服药时间(时间药理学)原则。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(2)》,人民卫生出版社,2017.

基于红外热像技术探讨六字诀对人体督脉的影响※

潘晓华^{1,2} 萨喆燕^{1,2} 施嘉健³ 黄倩茹^{1,2} 鄢行辉⁴ 兰彩莲^{1,2} 许金森^{1,2*}

(1 福建省中医药研究院经络研究所, 福建 福州 350003; 2 福建省经络感传重点实验室, 福建 福州 350003;
3 福建中医药大学针灸学院, 福建 福州 350122; 4 福建中医药大学体育部, 福建 福州 350122)

摘要:目的 探讨健身气功·六字诀功法对督脉经线上皮肤温度的影响。方法 40名健康志愿者, 随机方式分为对照组20例与功法组20例, 通过红外热像技术比较观察功法组六字诀练功前后, 及对照组3个月前和3个月后督脉红外辐射轨迹, 记录督脉上平均温度的变化。结果 功法组在连续练习六字诀功法3个月后, 督脉循经红外辐射轨迹比练功前更加连续。功法组督脉穴位平均温度在练功前后改变明显($P<0.05$), 对照组试验前后平均温度的改变不大, 2组比较差异具有统计学意义。结论 练习六字诀对人体经络有调节作用, 督脉统摄一身之阳气, 六字诀可以调节人体的阳气, 使得气血的运行更加顺畅。

关键词: 六字诀; 督脉; 循经红外辐射轨迹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.051

文章编号:1672-2779(2018)-10-0115-03

Liuzijue Exercise on Meridian Course on Human Du Meridian on the Basis of Infrared Thermal Imaging Technology

PAN Xiaohua^{1,2}, SA Zheyang^{1,2}, SHI Jiajian³, HUANG Qianru^{1,2}, YAN Xinghui⁴, LAN Cailian^{1,2}, XU Jinsen^{1,2*}

(1. Meridian Research Institute, Fujian Academy of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

2. Key Laboratory of Propagated Sensation along Meridian of Fujian Province, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

3. College of Acupuncture and Moxibustion, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350122, China;

4. Department of Physical Education, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350122, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of Liuzijue exercise of health Qigong on the skin temperature of Du meridian. **Methods** 40 healthy volunteers were randomly divided into control group ($n=20$) and exercises group ($n=20$), the average skin temperature of Du meridian were measured before and after exercise for three months using infrared ray imaging technique. **Results** After three months of exercise, a marked infrared radiant track along the Du meridian was observed in the subjects of the exercise group. The average skin temperature of Du meridian of exercises group was ascended ($P<0.05$) compared to three months ago, and also higher than those of the control group. **Conclusion** Liuzijue exercise of health Qigong can regulate the meridian of human body, can raise skin temperature of the Du meridian and enhance its energy metabolism.

Keywords: Liuzijue exercise; Du meridian; infrared radian track along meridian course

2003年中国国家体育总局把重新编排后的健身气功·六字诀等健身法作为“健身气功”的内容向全国推广^[1]。六字诀,即六字诀养生法,是我国古代流传下来的一种养生方法,为吐纳法^[2],是以呼吸吐纳为主,同时配合嘘、呵、呼、咽、吹、嘻六种独特的吐音方法,唇齿喉舌的用力不同,以牵动不同的脏腑,调节经络气血的运行,从而强化体质。是中医养生和非药物治疗的优势绿色疗法,在长期临床实践中发现六字诀能改善气血运行,调理五脏六腑功能,因六字诀简单易学,且具备整体运动强度低,长时间有氧运动的特点^[3],且练习时间和场地灵活,可随时随地自我锻炼,是一种较为理想的健康养生方式。目前对于六字诀的效应研究主要涉及到呼吸系统^[4-5]、心血管系统^[6-7]、心理学^[8-9]和神经系统等方面^[10],然

而利用现代技术,从中医学角度阐述六字诀对人体机能影响的文献较为少见。本研究以督脉作为研究对象,基于红外热像技术,观察练习健身气功·六字诀功法3个月前后督脉循经红外辐射轨迹(IRRTM)的变化,探讨练习六字诀功法对人体经络气血运行的影响及作用机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 40名健康志愿者,年龄19~22岁,按照随机数字表分为2组,对照组和功法组各20例,均为福建中医药大学在校学生。排除标准为严重疾病患者、妊娠哺乳期妇女、精神疾病者。试验开始前告知志愿者每次试验的原理、试验进行的步骤或过程、试验的具体时间地点及相关注意事项,尽可能地避免因主观因素带来的试验影响。所有志愿者试验前签署知情同意书。

1.2 功法训练 功法组在福建中医院大学有教练资格的体育老师带领下,学习并练习“健身气功·六字诀”,练习方法参考2003年国家体育总局健身气功管理中心

※ 基金项目:国家自然科学基金【No.81001505】;中国医学气功学会项目【No.YXQG2015024】;福建省自然科学基金面上项目【No.2017J01533】

* 通讯作者: xujinsenjls@163.com

颁布的“健身气功·六字诀”标准,练习内容包括:预备势,起势,六字诀练习;收势,整个练功过程持续约30 min^[1]。每周练习5~7 d,持续练习3个月。所有志愿者在练习六字诀前以及练习六字诀3个月后,分别进入实验室完成相同的各项监测。对照组的20名志愿者在试验阶段保持相同的饮食、睡眠习惯,不参与其他的体育活动,与功法组同一时间段,分3个月前和3个月后进行实验室完成相同的各项监测。

1.3 观察指标 所有试验在福建省中医药研究院国家中医药管理局针灸生理三级实验室内进行。实验室内温度保持在 $(28\pm1)^{\circ}\text{C}$,室内无明显的对流或空气流动。使用仪器为ThermoTracerTH9100型红外热像仪(日本NEC公司)。仪器温度分辨率可以达到 0.02°C ,在检测人体体表经络温度时选择 $-20\sim 100^{\circ}\text{C}$ 内的温度检测范围。志愿者在监测当天没有剧烈运动,进实验室后全身放松,裸露观察部位,静坐10~30 min后,待适应实验室环境后,试验操作人员调整红外摄像仪位置,将镜头对准测试部位,调整焦距和温度范围,拍摄测试部位的红外热像图,使用配套软件记录上至大椎穴,下至命门连线的平均温度,为督脉背段的平均温度。

1.4 统计学方法 本试验采用SPSS 20.0统计软件进行统计学分析,统计学意义的标准水平是取 $\alpha=0.05$, $P<0.05$,所得数据用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示。性别属于计数资料,因此用 χ^2 检验(Fisher的精确检验)来检测。组内之间的比较符合正态分布的数据,可以采用配对样本 t 检验,不符合的则采用Wilcoxon秩和检验。组间比较符合正态分布的2组数据可以采用两独立样本 t 检验,不符合的使用Mann-Whitney U秩和检验。

2 结果

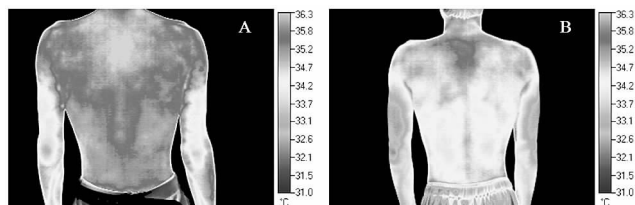
2.1 志愿者信息资料统计 志愿者的年龄、性别、体重及身高差异无统计学意义, $P>0.05$,数据如表1。

表1 2组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	人数	男	女	年龄(岁)	身高(cm)	体重(kg)
对照组	20	5	15	20.3 $\pm$ 0.801	163.75 $\pm$ 9.624	56.8 $\pm$ 10.294
功法组	20	2	18	20.4 $\pm$ 2.349	162.15 $\pm$ 6.293	56.799 $\pm$ 9.433

2.2 2组干预前后督脉线循经红外辐射轨迹变化 功法组练功前,功法组和对照组志愿者督脉背段红外辐射轨迹无明显差异,大部分志愿者督脉背段IRRTM连贯性较小,部分志愿者观察不到明显的督脉背段IRRTM,部分志愿者观察到呈片状显现的督脉背段IRRTM。

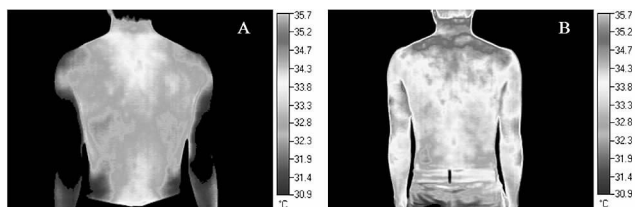
功法组练习六字诀功法3个月后,功法组督脉背段IRRTM较练功前连贯性更好,较易观察到督脉IRRTM,督脉显现率明显提高,见图1。对照组志愿者的督脉红外辐射轨迹跟3个月前红外辐射轨迹相比,变化不大,见图2。



A 练功前

B 练功后

图1 功法组练功前后督脉线循经红外辐射轨迹变化



A 3个月前

B 3个月后

图2 对照组干预前后督脉线循经红外辐射轨迹变化

2.3 2组督脉穴位平均皮肤温度变化 在练习“健身气功·六字诀”功法前,功法组与对照组的督脉背段平均温度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。3个月后对照组督脉背段的平均温度跟3个月前相比差异无统计学意义($P>0.05$),功法组督脉背段的平均温度较练功前有明显变化,差异有统计学意义($P<0.05$)。与对照组相比,功法组练习六字诀3个月后督脉背段的平均温度变化更大,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表2。

表2 2组干预前后督脉穴位平均皮肤温度比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	3个月前	3个月后
对照组	20	34.090 $\pm$ 1.064	34.360 $\pm$ 0.893
功法组	20	34.400 $\pm$ 0.769	33.725 $\pm$ 0.819 ¹⁾²⁾

注:与对照组相比,¹⁾ $P<0.05$;与练功前(3个月前)相比,²⁾ $P<0.05$

3 讨论与总结

人体经络遍布全身,调气血、通表里、和阴阳,是气血运行的重要通道。《黄帝内经》提出:“经脉者,所以决生死,调虚实,不可不通”,说明在正常生理状态下,气血的运行应该是通畅无阻^[11]。督脉为“阳脉之海”,统摄一身之阳气,络一身之阴气,有调节阳经气血的作用。本课题组之前对于经脉的相关研究表明,自然状态下使用红外热像仪观察人体经络,经脉线IRRTM大多表现为高温带,在一定程度上可以反映人体经脉的气血运行状况^[12]。已有的实验表明,督脉IRRTM最为明显,加热经脉上穴位可诱发未显现的经脉,也可使自然状态下已显现的经脉更加明显和连贯。说明督脉背段循经红外辐射轨迹反映背部体表温度的变化,也是人体能量的代谢变化,反映了督脉上气血的运行变化,也可通过外加刺激诱发督脉背段循经红外辐射轨迹,使气血运行更为顺畅^[13-15]。

六字诀最早见于陶弘景《养性延命录》,而健身气功六字诀是国家体育总局在此基础上进行精炼、简化,提倡推广的健身气功功法之一,以中医学为基础,

体现了整体观念和辨证论治的特点,有疏通经络、通行气血、调理脏腑的功能^[3]。本研究功法组志愿者通过练习健身气功·六字诀,督脉背段平均皮肤温度变化比对照组温度变化更大,使督脉背段IRRTM显现或加强,可以从一方面说明通过练习健身气功·六字诀,督脉上气血的运行得到改善,能量代谢较对照组旺盛,从长远来看,练习健身气功·六字诀对人体有良性的调节作用。本试验受试群体为福建中医药大学在校大学生,年龄层次较为集中,在条件允许的情况下,还需要加大样本量,并进行长期疗效观察,以便更好地指导临床。

4 总结

本研究结果提示健身气功·六字诀对人体经络有调节作用,督脉统摄一身之阳气,六字诀可以调节人体的阳气,使得气血的运行更加顺畅。

参考文献

- [1]国家体育总局健身气功管理中心.健身气功·六字诀[M].2003.
- [2]李岳.浅谈健身气功·六字诀[J].赤峰学院学报(自然版),2014(8):114-115.
- [3]侯敏燕,崔晓萍.精简六字诀对肺肾气虚 COPD 患者生存质量观察[J].光

- 明中医,2017,32(24):3518-3521.
 - [4]张鹏超.健身气功练习对大学生呼吸机能及能量代谢的影响[D].上海:上海体育学院,2013.
 - [5]陈铎秀,张文霞,郑国华.“六字诀”呼吸法在 COPD 稳定期患者肺康复中的应用[J].福建中医学院学报,2008,18(6):3-4.
 - [6]郑亮,张驰,武奎奎,等.健身气功六字诀对慢性心力衰竭患者心功能的影响[J].中国循证心血管医学杂志,2017,9(6):659-662.
 - [7]朱震,张世勤.健身气功·六字诀早期干预对慢性肺源性心脏病患者心功能影响的临床研究[J].江苏中医药,2010,42(12):18-19.
 - [8]宋丽波,董国菊,杨丽丽,等.健身气功六字诀对冠心病合并抑郁状态患者的影响[J].环球中医药,2017,10(8):869-871.
 - [9]郑信团,涂淑菊,涂人顺.六字诀新功法对中老年人心理干预的研究[J].中国中医药信息杂志,2012,19(4):68-69.
 - [10]陈驰,栾立敏,张怡,等.健身气功·六字诀对轻度认知功能障碍患者脑电波影响的临床研究[J].上海中医药杂志,2017(12):54-56.
 - [11]王欣.经络学说的现代科学研究及认识[J].温州医科大学学报,2003,33(5):352-353.
 - [12]胡翔龙,汪培清,许金森,等.人体体表循经红外辐射轨迹的主要特征和显现规律研究[J].红外与毫米波学报,2001,20(5):325-328.
 - [13]潘晓华,郑淑霞,许金森.经与非经旁开对照点热灸规律探讨[J].福建中医药大学学报,2012,22(3):3-6.
 - [14]潘晓华,许金森,郑淑霞,等.基于红外技术的人体经脉热传输特性探讨[J].中华中医药杂志,2012,27(7):1781-1784,1727.
 - [15]兰彩莲,潘晓华,萨喆燕,等.艾灸命门对督脉循行线上皮肤温度的影响[J].针刺研究,2016,41(1):70-73.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:朱小香 收稿日期:2018-02-06)

穴位按摩配合拉玛泽呼吸法对产妇产后的影响※

甘小利 陈桂珍

(萍乡市妇幼保健院妇产科,江西 萍乡 337000)

摘要:目的 探讨实施穴位按摩配合拉玛泽呼吸法对产妇产后的影响。方法 将180例在门诊产检、具备阴道分娩条件的产妇随机分为A、B、C 3组,每组各60例,3组产妇入待产室后均实行一对一陪伴分娩,A组在孕妇学校经过穴位按摩配合拉玛泽呼吸法训练;B组未进行穴位按摩及拉玛泽呼吸法训练;C组未进行穴位按摩及拉玛泽呼吸法训练,但宫口开大3 cm后进行了硬膜外麻醉镇痛。结果 C组产程中疼痛程度最轻,A组次之,和B组比较都有显著性差异。A组产程进展最快,顺产率最高,新生儿窒息率和产后2 h出血量最低。结论 穴位按摩配合拉玛泽呼吸法,更有利于减轻产妇的痛苦,缩短产程,提高自然分娩率,减少产后出血和新生儿窒息,保证母婴安全。

关键词: 穴位按摩;拉玛泽呼吸法;分娩疼痛;产程

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.052

文章编号:1672-2779(2018)-10-0117-03

Effect of Point Massage Combined with Lamazer Breathing Method on Parturition

GAN Xiaoli, CHEN Guizhen

(Department of Obstetrics and Gynecology, Pingxiang Maternal and Child Health Care Hospital, Jiangxi Province, Pingxiang 337000, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of point massage combined with Lamazer breathing method on puerpera delivery. **Methods** 180 patients in our hospital outpatient antenatal examination, the conditions of vaginal delivery were randomly divided into three groups, with 60 cases in each group, three groups of mothers into the labour room after the implementation of one company. Group A were randomly selected from the school for pregnant women after point massage and Ramazer's breathing method training were 60 cases. Group B did not use point massage and Ramazer's breathing method training. Group C did not use point massage combined with Ramazer's breathing method training, but the cervix 3cm after epidural anesthesia analgesia. **Results** The degree of pain in group C labor in most light, and followed by group A and group B. There was a significant difference between the two groups. In group A, the production process was the fastest, the rate of delivery was the highest, neonatal asphyxia and the 2 hours of postpartum hemorrhage were the lowest. **Conclusion** Point massage combined with Ramazer's breathing method is more conducive to relieve maternal pain, shorten labor process, improve the natural childbirth rate, reduce postpartum hemorrhage and neonatal asphyxia, and ensure the safety of mother and infant.

Keywords: point massage; Ramazer's breathing method; labor pain; labor process

分娩是一个特殊而复杂的生理过程,分娩疼痛给产妇带来不愉快的感受,贯穿整个产程以及产后的回

忆。长期以来,分娩疼痛被视为是正常的疼痛,随着医学新模式的发展,体现人文关怀服务已进入产时服务领域,提倡自然分娩、无痛分娩越来越受到重视,临床上采用多种方法减轻分娩疼痛,而非药物镇痛又

※ 基金项目:江西省卫计委科技计划项目【No.20187214】

是目前最为倡导的方法。如何有效减轻产妇宫缩痛、使母婴平安是每位医护人员追求的目标,我科于2017年6月—2018年1月应用穴位按摩配合拉玛泽呼吸法减轻产妇的分娩痛,收到了良好的效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择上述时期在我院住院分娩的正常足月,单胎,头位,骨盆外测量正常,无妊娠并发症,具备阴道分娩的条件,自愿阴道试产的孕妇180例,孕期在我院孕妇学校接受产前培训学习穴位按摩方法并坚持拉玛泽生产法训练的产妇60名,分为A组,B组未进行穴位按摩及拉玛泽呼吸法训练;C组未进行穴位按摩及拉玛泽呼吸法训练,但宫口开大3 cm后进行了硬膜外麻醉镇痛。3组年龄、孕次、孕周、身高、分娩时体质量及新生儿体质量差别无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法 产妇出现规律宫缩,宫口开大3 cm入待产室,3组产妇入待产室后均实行一对一陪伴分娩。A组:产妇从孕7个月起由孕妇学校经过拉玛泽减痛分娩法正规培训的2名助产师带教指导,训练结束经过考核发给合格证,产妇在临产入院时向助产士提交该证。拉玛泽呼吸法的操作要点:潜伏期:指引产妇进行胸式呼吸:眼睛注视某一点,缓慢鼻吸口呼,腹部放松。活跃期:在活跃加速期指引产妇进行浅而慢的加速呼吸:眼睛注视某一点,鼻吸口呼,随宫缩改变呼吸频率,宫缩增强则呼吸加速,宫缩减弱则呼吸减缓。在活跃减速期指引产妇进行浅呼吸:眼睛注视某一点,嘴巴微张开呼吸,呼吸频率随宫缩强度进行调整。宫口开全至胎头拨露期:指引产妇闭气用力呼吸:产妇平躺,双腿抬高屈曲并分开,两手抱大腿,大口吸气后憋20~30 s,向下用力吐气后马上再憋气用力,直至宫缩结束。胎头娩出着冠期:指引产妇进行哈气呼吸:嘴巴张大,进行喘息式急促呼吸,避免用力太大造成会阴撕裂。入待产室后,由其孕期陪伴训练的丈夫或家属陪伴,再由经过拉玛泽系统训练的专职助产士根据宫缩的节律决定采取适合的呼吸方法并指导产妇,家属配合喊口令。同时由助产士和家属给予穴位按摩,中医穴位按摩:宫口开大3 cm进入产房后对产妇进行穴位按摩。腰背部疼痛:背部阿是穴配合合谷、三阴交。腹部疼痛者关元穴配合血海、合谷、三阴交、胎儿娩出期:可以指压合谷、三阴交、内关穴。穴位按摩可由经过训练的助产师或者导乐分娩师进行。各个不同穴位的取穴、按摩方法及作用:阿是穴又称压痛点、天应穴、不定穴等。这一类

腧穴既无具体名称,又无固定位置,而是以压痛点或其它反应点作为针灸部位。阿是穴多位于病变的附近,也可在与其距离较远的部位。临床上医生根据按压时病人有酸、麻、胀、痛、重等感觉和皮肤变化等而予以临时认定。按摩方法为默数5下慢慢用力对准穴位按压,坚持7 s,默数5 s慢慢松开,力道以感到酸胀麻为宜。合谷穴位于拇指与食指合拢后,隆起肌肉最高处,可以指压穴位,力道以感到酸胀麻为宜,按摩合谷穴有镇静作用。三阴交位于小腿内侧,脚踝骨的最高点往上3寸处,按揉时,将拇指直立放在穴位上,先向下按压再揉,每次1 min左右,停歇后再揉。按揉三阴交有条畅人体气血运转作用。血海穴位于大腿内侧,从膝盖骨内侧的上角,上面约三指宽筋肉的沟,一按就感觉到痛的地方(坐在椅子上,将腿伸直,在膝盖内侧会出现一个凹陷的地方,在凹陷的上方有一块隆起的肌肉,肌肉的顶端就是血海穴)。点揉两侧血海穴3 min,力量不宜太大,能感到穴位处有酸胀感即可,要以轻柔为原则。可缓解宫缩痛。关元穴位于肚脐以下3寸(约为拇指除外四根手指并拢的宽度),方法为先搓热手掌,将掌心对准腹部关元穴做搓揉的动作,由轻到重,直到感觉发热,有缓解分娩宫缩疼痛作用。内关穴是手厥阴心包经的常用腧穴之一,出自于《灵枢·经脉》,位于前臂掌侧,当曲泽与大陵的连线上,腕横纹上2寸,掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间,有助于血气畅通作用,用大拇指垂直往下按,每次按揉3 min左右,直到局部感到酸麻。基本上每个穴位按摩持续约3 min,各个穴位交替按摩,以达到缓解宫缩疼痛的目的。B组:未进行穴位按摩及拉玛泽呼吸法训练;C组未进行穴位按摩及拉玛泽呼吸法训练,但宫口开大3 cm后进行了硬膜外麻醉镇痛。

1.3 观察指标 制定专门记录表,观察3组产妇分娩的疼痛程度,各产程时间、分娩方式、产后2 h出血量、新生儿Apgar评分等,由陪伴助产士进行记录。(1)疼痛程度采用模拟视觉评分法(visual analogue scale/score, VAS)对产妇疼痛程度进行评分, VAS评分为0~10分,分值越高越疼痛,由统一培训过的助产士或护士完成。(2)新生儿出生情况:用Apgar评分,0~3分为重度窒息,4~7分为轻度窒息,8分以上为正常。(3)产后2 h出血量:用容积法和称重法计算^[1]。

1.4 统计学方法 应用SPSS软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差表示,进行方差分析;计数资料用卡方检验进行比较;等级资料用秩和检验。

2 结果

2.1 分娩疼痛程度比较 A、C组分娩疼痛程度明显轻于B组 (P 均 <0.05)；C组分娩疼痛程度低于A组 ($P<0.05$)。见表1。

表1 产妇疼痛程度VAS评分对比 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程
A	60	5.35 $\pm$ 1.57	6.38 $\pm$ 1.59	3.11 $\pm$ 1.89
B	60	7.92 $\pm$ 2.25	9.78 $\pm$ 3.43	5.25 $\pm$ 1.08
C	60	2.12 $\pm$ 1.53	3.21 $\pm$ 1.87	2.18 $\pm$ 1.59
P 值		AB比 $P<0.05$ AC比 $P<0.05$	AB比 $P<0.05$ AC比 $P<0.05$	AB比 $P<0.05$ AC比 $P>0.05$

2.2 产程时间比较 第一产程时间A、C组明显短于B组 (P 均 <0.05)，A、C 2组间无明显差异；第二产程时间A组明显短于B、C 2组 ($P<0.05$)。第三产程时间3组无明显差异 ($P>0.05$)。见表2。

表2 3组阴道分娩产程时间比较 ($\bar{x}\pm s$,min)

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程
A	60	339.26 $\pm$ 35.35	39.41 $\pm$ 11.23	5.03 $\pm$ 0.24
B	60	503.26 $\pm$ 42.58	55.32 $\pm$ 11.97	6.76 $\pm$ 0.37
C	60	343.85 $\pm$ 59.27	60.20 $\pm$ 12.36	5.79 $\pm$ 0.33

2.3 产妇分娩结局比较 A组顺产率高于B、C组 ($P<0.01$)；阴道手术助产、新生儿窒息率低于B、C组 (P 均 <0.05)，剖宫产率B组明显高于A、C组。产后2 h的出血量A组明显少于B、C组 (P 均 <0.05)。见表3。

表3 产妇分娩结局比较 [例(%)]

组别	例数	分娩方式			新生儿 轻度窒息	产后2 h 出血量(mL)
		顺产	阴道手术助产	剖宫产		
A	60	50(83.33)	2(3.33)	8(13.33)	3(5.0)	120.56 $\pm$ 14.25
B	60	46(76.67)	4(6.67)	10(10.00)	7(11.67)	154.21 $\pm$ 16.76
C	60	45(75.00)	7(11.67)	8(13.33)	5(8.33)	200.32 $\pm$ 16.58

3 讨论

本研究显示穴位按摩配合拉玛泽呼吸法降低了分娩疼痛程度，虽然镇痛效果差于硬膜外麻醉镇痛，但其疼痛程度均在可承受的范围内，不会增加产妇及胎儿的额外风险，而硬膜外麻醉镇痛会增加产妇及胎儿的不确定风险因素，因此，有学者认为，对产妇实施此方法是最安全、可靠的分娩减轻疼痛方法^[2]。

本研究表明穴位按摩配合拉玛泽呼吸法和硬膜外麻醉镇痛都能达到缩短第一产程的效果，但前者缩短第二产程更明显，而后者有延长第二产程的趋势。分娩产生疼痛的同时，刺激可引起产妇交感神经兴奋，基础代谢率增加，需氧量增加，儿茶酚胺类物质释放增加，胎盘供血减少，脐血流量减少，

导致胎儿缺血缺氧。因此实行分娩镇痛，能减少胎儿窘迫、新生儿窒息^[3]。现代医学研究发现，穴位一般位于多条神经或血管交界处，浅层或深层均分布有丰富的神经分支或属支，按摩时按压特定部位，能够在一定程度上抑制神经纤维对痛觉的连续传导，使疼痛得到缓解；另一方面，局部按摩能明显促进按摩部位的血液循环及代谢物的清除，帮助产妇放松心情，提高外周肌肉耐力，放松产道周围肌肉，促进宫口扩张，减轻胎头对产道的挤压，缩短产程^[4]。有研究显示，穴位按摩既能镇痛，又能催产的原理在于：穴位刺激能增加体内内啡肽，从而产生镇痛作用，同时可使肾上腺活动加强，皮质醇分泌增加，为启动分娩过程起到了扳机作用^[5]。使用穴位按摩，着重于调和局部气血，使气血运行通畅，产妇疼痛减轻。拉玛泽呼吸法是一种心理预防式分娩准备方法。有研究表明，将该训练方法列为孕妇学校课程，有助于产妇建立自然分娩信心，降低剖宫产率^[6]。拉玛泽分娩法的理论是倡导自然分娩。研究表明拉玛泽分娩法能有效减少产妇对分娩的陌生和恐惧，帮助孕妇在分娩前做好身心准备，对分娩有正确的态度，有信心迎接分娩^[4]。通过呼吸训练，有助于维持镇定，分散产妇对宫缩疼痛的注意力，同时夫妻一起度过分娩过程，增加亲密感，更有助于顺利分娩。

中医认为，产时腹痛是由于胎儿动作，致使母体气逆乱而成，气血运行不畅，不通则痛。穴位按摩是以中医理论为基础，以经络穴位按摩为主，其手法渗透力强，可以放松肌肉、解除疲劳、调节人体机能，具有提高人体免疫能力、疏通经络、平衡阴阳功效。临床实验也证实了其具有很好的缓解分娩宫缩痛的效果。穴位按摩配合拉玛泽呼吸法加快了产程进展，缩短了产程，提高了自然分娩率，减少了产后出血和新生儿窒息，对母婴安全提供了更好的保障。该方法操作简单，容易掌握，经济实用，值得推广应用。

参考文献

- [1]乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2010:20,73.
- [2]赵珊,肖琴,赖春蓉,等.拉玛泽减痛分娩法在初产妇中的应用效果[J].国际护理学杂志,2003,32(2):242-245.
- [3]钱保明,王玉双,罗咏卡,因联合舒芬太尼用于硬膜外分娩镇痛效果观察[J].山东医药,2009,49(46):104-105.
- [4]余翠萍,李汉群.产妇心理状态对分娩质量的影响程度与护理干预[J].护士进修杂志,2013,28(14):330.
- [5]王冰洁,李万瑶,熊小英.经皮点穴刺激无痛分娩的研究[J].中国针灸,2001,21(1):29-31.
- [6]牛玉静,张文颖,杜建新,等.拉玛泽呼吸法在初产妇产程中的应用和效果[J].解放军护理杂志,2010,27(1A):15.

(本文编辑:李海燕 本文校对:甘永辉 收稿日期:2018-03-16)

超声引导下精确定位针刺深度电针膈膈穴 治疗顽固性呃逆※

刘 昶¹ 高 渊² 刘小静³ 蔡 云¹

(1 西安交通大学医学院第一附属医院中医科, 陕西 西安 710061;
2 西安交通大学医学院第一附属医院心内科, 陕西 西安 710061;
3 西安交通大学医学院第一附属医院感染科, 陕西 西安 710061)

摘要:目的 超声引导下精确定位针刺深度电针膈膈穴治疗顽固性呃逆疗效及安全性。方法 30例顽固性呃逆患者采用分层(中央型、非中央型)随机对照研究。结果 与针刺足三里相比,该方法显著缩短缓解呃逆所需时间,提高顽固性呃逆治疗的总有效率。但对中枢性疾病和周围性疾病所致的顽固性呃逆治疗效果相当。该疗法治疗的全部患者均未出现气胸以及明显不适反应。结论 B超引导精确定位针刺深度电针膈膈穴治疗能够安全有效治疗顽固性呃逆。

关键词: 超声引导; 电针; 膈膈穴; 顽固性呃逆

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.053

文章编号:1672-2779(2018)-10-0120-03

Ultrasound Guided Precise Positioning and Depth of Electroacupuncture at Ge Shu Point in Treating Intractable Hiccup

LIU Yi¹, GAO Yuan², LIU Xiaojin³, CAI Yun¹

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

2. Cardiology Department, the First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Shaanxi Province, Xi'an 710061, China;

3. Infectious Diseases Department, the First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Shaanxi Province, Xi'an 710061, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the efficacy and safety of ultrasound guided accurate needling depth and electroacupuncture at the Ge Shu point in the treatment of intractable hiccup. **Methods** 30 patients with intractable hiccup were studied by stratified, namely central nerve system (CNS) and non-CNS randomized controlled study. **Results** Comparing with acupuncture at Zusanli, such method significantly shortened the relieving time for hiccups and improved the total effective rate of intractable hiccups. But effects of electroacupuncture on two types CNS and non-CNS was the same. No pneumothorax or obvious discomfort was found in all patients. **Conclusion** B-ultrasound guided accurate depth of electroacupuncture at the Ge Shu is safety and effective on intractable hiccup.

Keywords: ultrasound guided; electroacupuncture; Ge Shu point; intractable hiccup; treatment

顽固性呃逆是临床上常见的并发症,因病因复杂,治疗方法众多,疗效却有限。膈膈穴虽然是中医治疗呃逆的重要有效穴,但正如《黄帝内经·灵枢》所说:“膈膈在七焦之间,……皆挟脊相去三寸所……灸之则可,刺之则不可。”因其比邻于胸腔,可灸不可刺,如针刺不当可造成气胸等严重的并发症,这极大影响了其治疗顽固性呃逆最佳疗效的发挥。

本研究拟在B超引导下精确定位针刺的位置和距离,并全程监测行针过程,从而使针刺膈膈穴起到膈肌起搏恢复膈肌规律收缩作用,为临床治疗顽固性呃逆提供有效可行的针灸治疗手段。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究共纳入2015年6月—2017年9月在西安交通大学第一附属医院、西安交通大学彬县医院就诊的72例门诊及住院的顽固性呃逆患者。其中符合纳入标准的患者44例,其中病因为中枢型患者17

例,周围型为28例,失访等原因剔除15例,最终每组各纳入15例患者(见图1)。

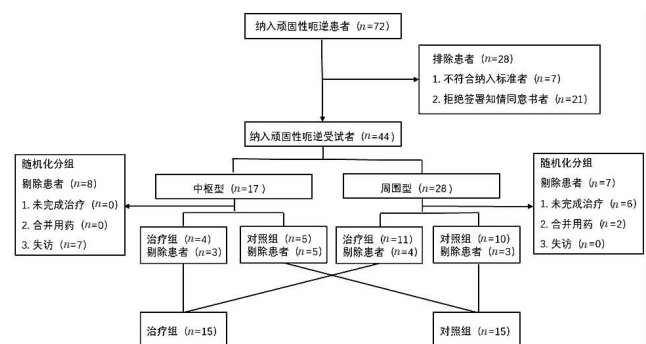


图1 受试者入选流程

其中治疗组男性8例,女性7例;对照组男性8例,女性7例。2组患者性别、年龄、病因比较,经统计学分析均无显著性差异($P>0.05$),2组间具有可比性。

1.2 研究设计 本研究严格遵循赫尔辛基宣言,并通过了西安交通大学第一附属医院伦理审核。在西安交通大学第一附属医院顽固性呃逆患者中,选取符合纳入、排除标准的门诊及住院患者,采用小样本分层随机对照研究,分为治疗组和对照组,按照1:1设计,每组15

※ 基金项目: 西安交通大学第一附属医院新医疗新技术项目【No. XJYFY-2017N57】; 西安交通大学第一附属医院临床研究课题【No. XJTUIAF-CRF-2017-017】

例患者。

1.3 分层方法 将顽固性呃逆患者分成两层，第一层为中央型，即患者具有明确中枢神经系统病变（包括影像学体层摄影术（CT）以及磁共振成像（MRI）证据）。第二层为非中央型疾病，包括胸、腹部或代谢性等其他非中枢神经系统疾病患者。

1.4 纳入标准 （1）纳入年龄18~70岁，出现持续呃逆超过48 h未停止的顽固性呃逆患者。（2）最近的15 d未进行胃复安治疗的患者。（3）签署了知情同意书的患者。

1.5 排除标准 （1）患有严重心、肺、肾功能衰竭，严重精神疾病，不能俯卧的患者。（2）拒绝针灸治疗的患者。

1.6 剔除标准 （1）症状未能痊愈且各种原因未能完成全部疗程治疗的患者。（2）治疗期间同时使用了其他治疗呃逆的药物及疗法的患者。（3）未能完成2周随访的患者。

1.7 操作方法 患者取坐位或俯卧位等舒适体位。治疗组膈俞穴采用常规同身寸手法定位，然后用B超精确定位针刺的深度，进针1~1.5寸，避开血管和神经，常规皮肤及针具消毒，固定后给与电针刺激30 min。调整电针的参数，待患者出现针感强烈，局部产生酸、麻、胀感为止。

对照组取双侧足三里，手法定位，常规皮肤及针具消毒，以指切法进针，直刺快速1~1.5寸，固定后留针30 min。每日1次，5 d为1个疗程。随访1周，观察是否有复发。

1.8 疗效判定标准 治愈：呃逆治疗30 min，呃逆完全消失，愈后1周无复发；有效：治疗后30~60 min，呃逆停止，间隔2~4 h后症状又出现，需多次治疗或愈合1周内偶有复发；无效：呃逆持续时间及发作次数无明显变化。总有效率=（治愈例数+有效例数）/总例数×100%^[1]。

1.9 安全性评价 操作过程中询问患者有无胸痛、胸闷、气短、呼吸困难等症状，避免气胸的发生。同时记录患者操作过程中的任何不适。

1.10 应急预案及处理措施 一旦发生气胸时立即给予氧气吸入，通知专科医护人员。备用12~16号无菌针头，必要时于锁骨中线第二肋穿入胸膜腔，简易放气。首次放气不要过多、过快，一般不超过800 mL。建立静脉通道，准备胸腔闭式引流装置。遵医嘱，给予镇咳剂和镇痛剂。观察病人呼吸困难改善情况、血压的变化。必要时转至专科治疗。

1.11 统计学方法 应用统计软件SPSS 17.0对所有数据进行统计分析。计数资料采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组缓解呃逆所需时间比较 治疗组中53.3% (8/

15) 的患者仅治疗1次即可达到完全缓解，显著高于对照组13.3% (2/15)。同时在首次治疗即完全缓解患者中，治疗组所需时间显著短于对照组 ($P<0.05$) (见表1，图2)。

表1 2组缓解呃逆所需时间比较

组别	例数	治疗1次	治疗2~5次	首次缓解所需时间(min)
对照组	15	2	13	23±4.82
治疗组	15	8*	7	11±2.41*

注：与对照组比较，* $P<0.05$

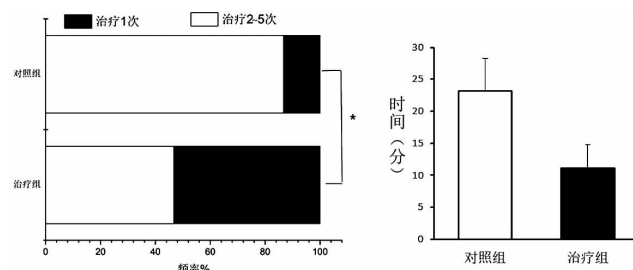


图2 2组缓解呃逆所需时间情况比较

2.2 2组治疗有效率比较 1个疗程后，治疗组治愈10例，有效3例，无效2例，总有效率86.7% (13/15)；对照组治愈4例，有效6例，无效5例，总有效率66.7% (10/15)。2组总有效率比较有显著统计学差异 ($P<0.05$) (见表2，图3)。

表2 2组治疗顽固性呃逆疗效分析 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
治疗组	15	4	6	5	66.7
对照组	15	10	3	2	86.7

注：与对照组比较，* $P<0.05$

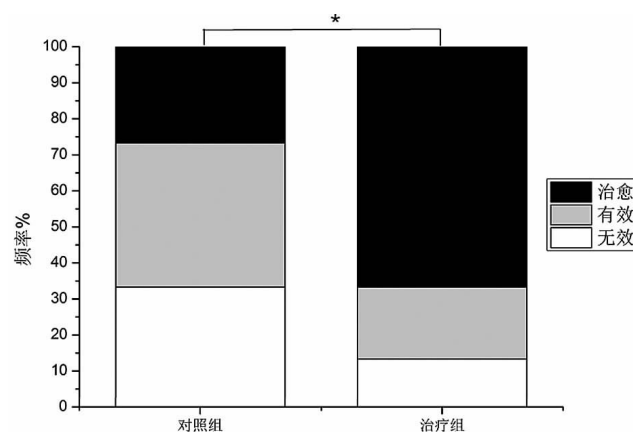


图3 2组治疗顽固性呃逆疗效比较

2.3 B超引导下电针膈俞穴对中枢型和周围型顽固性呃逆疗效分析 B超引导下电针膈俞穴对中枢型和周围型顽固性呃逆治疗效果相当。

表3 B超引导下电针膈俞穴对中枢型和周围型顽固性呃逆疗效分析 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
中枢型	4	1	2	1	3(75.0)
周围型	11	9	1	1	10(90.9)

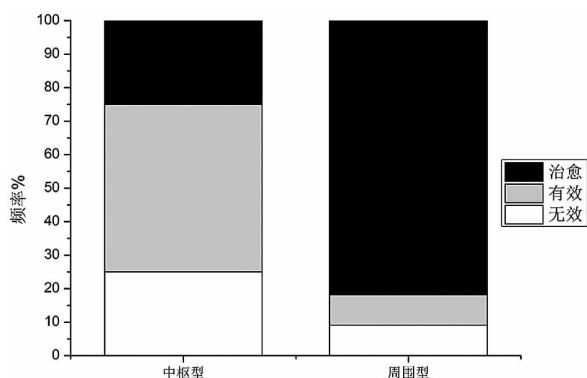


图4 B超引导下电针膈俞穴治疗中枢型和周围型顽固性呃逆疗效分析

2.4 安全性评价 治疗组15例患者在治疗过程中均未出现气胸,也无明显不适症状。

3 讨论

呃逆是膈肌痉挛所引起的,是由于膈肌、膈神经、迷走神经或中枢神经等受到刺激后引起一侧或双侧膈肌的阵发性痉挛,伴有吸气流声门突然关闭,发出短促响亮的特别声音。如果持续痉挛超过48 h未停止者,称顽固性膈肌痉挛,也叫顽固性呃逆 (intractable hiccup, IH),一般来讲,偶尔短暂地呃逆发作对大多数人是常见的,很少带来明显的不适或者伤害,但顽固性呃逆则会严重影响患者的进食和正常呼吸肌的运动,造成精神和躯体的沉重负担,并给患者带来极大的痛苦,对于一些体弱的患者甚至可能诱发全身的衰竭而危及生命。少数顽固性呃逆也常常是某些疾病加重的信号。因此正确及时地处理顽固性呃逆具有重要的临床价值及意义。

膈俞穴位于背部,当第7胸椎棘突下,旁开1.5寸。膈俞:膈,心之下、脾之上也,膈膜也;俞,输也。膈俞意指膈膜中的气血物质由本穴外输膀胱经。本穴物质来自心之下、脾之上的膈膜之中,故名膈俞。可以选择的穴位也有很多,但是真正能够直接作用于膈肌的穴位应该是膈俞穴。此穴的主治疾病为慢性出血性疾病、贫血、呃逆、神经性呕吐等。但因该穴的解剖位置深处就是胸腔及肺脏,操作不慎容易造成气胸等严重不良反应,正如《素问·刺禁论》中强调膈俞是“小心”之所在,当禁刺。膈俞穴用于治疗呃逆已有千年历史。典籍中强调此穴靠近胸膈,因此具有利气、开胸膈的作用。如配伍神阙可治胃气上逆的呃逆;与膻中、列缺、肺腧等相伍可治肺气壅闭的呼吸关;配伍中脘、丰隆等可治痰阻的噎膈;配伍足三里、气海、膻中等可疗

气虚阳衰的噎膈。但近年来临床上因针刺深度或角度不当而刺伤内脏、血管、神经等引起的意外事故时有发生^[2]。加之膈俞穴的特殊解剖位置,这使得很多针灸医师对膈俞穴选择弃而不用,或用而不敢达到一定深度。加之针灸医师临床技术水平的不同,取穴的准确度参差不齐,这些极大地影响了膈俞穴治疗顽固性呃逆的疗效。四肢穴位例如足三里不能直接作用于膈肌,仅仅是通过迷走神经反射来完成阻断膈肌痉挛的作用,所以研究中治疗顽固性呃逆的临床疗效不如电针膈俞穴。

引起顽固性呃逆的病因很多,其机制涉及外周膈神经、迷走神经和交感神经通路和中脑调节作用^[3]。非中枢神经系统起源和中枢神经系统起源的顽固性呃逆存在临床特点的差异^[4],但在我们的研究中并没有发现电针膈俞穴对这两种原因引起的顽固性呃逆存在疗效上差异。这一方面可能与针灸治疗主要通过迷走神经通路发挥疗效有关^[5]。另一方面也可能与我们的研究中样本量太少有关。

B超技术可以实现腧穴定位的可视化^[6],避免针刺意外事故发生,并能实现腧穴定位的标准化^[7]。本研究中全程监测针刺进针位置(避开大的血管和神经)以及进针深度,确保了获得最佳疗效的进针深度。这是本研究获得很好的治疗顽固性呃逆疗效但没有出现气胸的原因。研究表明B超引导精确定位针刺深度电针膈俞穴治疗能够安全有效地治疗顽固性呃逆。

参考文献

- [1]谭仁飞.穴位注射治疗脑卒中后顽固性呃逆40例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(9):65.
- [2]李岩琪,刘阳阳,张洁.针刺不良反应及针刺事故的现状分析[J].中国针灸,2011,31(8):764-767.
- [3]Chang FY, Lu CL. Hiccup: Mystery, Nature and Treatment[J]. J Neurogastroenterol Motil, 2012, 18(2):123-130.
- [4]Lee GW, Kim RB, Go SI, et al. Gender differences in hiccup patients: analysis of published case reports and case-control studies[J]. J pain Sim Man, 2016, 51(9): 278-283.
- [5]Liao JM, Lin CF, Ting H, et al. Electroacupuncture at Hoku elicits dual effect on autonomic nervous system in anesthetized rats[J]. Neurosci Res, 2002 Jan, 42(1):15-20.
- [6]郭春霞,邵水金,杨浩,等.数字化虚拟人体的针刺组织形变研究[J].上海中医药大学学报,2011,25(6):78-81.
- [7]李岩琪,郭义.中国古代针灸标准探究[J].吉林中医药,2011,31(3):232-234.

(本文编辑:李海燕 本文校对:叶峰 收稿日期:2018-01-30)

中国穴位埋线疗法系列讲座(75)

杨氏3+埋线针刀特色疗法整体观念治疗方式初探

王双平¹ 杨才德^{2*} 高敬辉¹ 缪晓兰¹ 周勇¹ 金芝萍¹ 马列胜¹ 赵晶¹

(1 七里河区中医院针灸科, 甘肃 兰州 730050;

2 兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科, 甘肃 兰州 730020)

摘要:中医的整体观念和筋膜链理论均认为人体是一个统一的整体。这两种整体观念的切合点便是中医的经络理论。在软组织损伤性疼痛的诊治领域,我们可以基于“整体”观念整合杨氏3+埋线针刀系列特色疗法相关套餐,以提高对疼痛的治疗效果。

关键词:杨氏3+; 整体观念; 经络; 筋膜链

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.054

文章编号:1672-2779(2018)-10-0123-04

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (75)

A Preliminary Discussion on the Overall Concept Therapy of Yang's 3+ Therapy Embedding Thread Acupotomy

WANG Shuangping¹, YANG Caide^{2*}, GAO Jinghui¹, MIAO Xiaolan¹, ZHOU Yong¹, JIN Zhiping¹, MA Liesheng¹, ZHAO Jing¹

(1 The Hospital of Traditional Chinese Medicine in Qilihe District, Lanzhou Gansu 730050;

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, Qilihe District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730050, China;

2. Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China)

Abstract: The whole concept of Chinese medicine and the theory of myofascial chain that the human body is a unified whole. The two points are the concept of the whole meridian theory in traditional Chinese medicine. The field diagnosis and treatment of injury pain in soft tissue, we can integrate the Yang's 3+ therapy series of special therapy related packages embedding thread acupotomy in the "whole" concept in order to improve the effect of treatment on pain.

Keywords: Yang's 3+; holistic concept; meridian; myofascial chain

(上接第9期)

整体观念是中医学中很重要的理论。整体就是统一和完整的特征,包括我们自身的整体性,还有与自然界的整体联系。人体是一个完整的整体,构成人体的各个部分之间结构上互相联系,功能上互相协调,病理上互相影响。这种机体自身整体性和内环境统一性的思想即是整体观念^[1]。筋膜链理念认为人体除了骨骼肌肉之外还有筋膜跟人体运动和保持体态有关,筋膜是一种结缔组织,全身的筋膜如同经纬网一样形成有机关联的链条,从头到足底贯穿全身。其中一些走向正好跟中医经络走向吻合^[2]。这一理念用筋膜经线将人体的运动单元连在一起,构成了一个“牵一发而动全身”的整体。基于这一切合点,在软组织损伤性疼痛的诊治领域,我们可以在两大“整体”观念统一之下整合中西医的诊治方法,以提高对疼痛的治疗效果。通过深入研究杨氏3+埋线针刀系列特色疗法后,我们发现这一疗法本身就是这种理念的具体体现,并且在多套餐联合应用时,我们也可以运用这一理念。

1 中医整体观念的优势与不足

整体观念作为中医理论的特色,它在中医学中所包含的根本含义,就是对疾病认知上的联系性和整体性,就是说人体与自然、五脏与六腑等联系起来作为

一个整体。《内经》中的“天人相应”思想、“脏腑相关”思想以及“五行学说”,都是对中医整体观念的具体体现^[3]。中医的整体观念思想在发展中逐渐有了系统思维的特征,已高于古代模糊整体论的水平,为此有人将中医的整体观念称为中医系统思维。但是,由于中医系统思维并没有冲破古代整体观念思维的束缚,仍然带有古代整体思维的烙印,因此,对人的健康与疾病的系统特质和系统规律的认识虽然在原则上是正确的,但在细节上则不是很清楚,还达不到现代系统科学的精细、严格程度^[4]。“细节不清”,这就是中医整体观念存在的不足。由于中医整体观念对“细节”认识的缺乏,给中医思维模式带来的缺陷是明显的,它直接影响和阻碍了中医由横向向纵向、由宏观向微观的发展,直接影响了现代科学技术向中医临床的渗透和对中医研究的支持。中医学虽然有它自身的特殊性,但是它的自然科学属性也决定了它必定有与现代科学、现代医学融合的切合点。在慢性软组织损伤性疼痛疾病的治疗中同样存在这样的问题。所以我们可以引入西医的解剖,其中的筋膜学说恰好最注重的也是整体。所以,我们试着用核心肌群及筋膜链理论的观点去统筹中医的整体观念,去探索疼痛性疾病治疗的规律,不仅仅满足于对疼痛局部的认识,还需要透过疼痛局部进入到人体运动系统,将人体左与右的联系,上与下的联系,尤其是运动系统的细节联系弄

* 通讯作者:13993162751@163.com

清楚。通过对整体观念的现代分析,用核心肌群及筋膜链理论,对中医的优势理论进行整合,希望在疼痛的治疗方面取得突破性发展。经络学说是中医理论体系中重要的组成部分,《内经》说:“十二经脉者,人之所以生,病之所以成,人之所以治,病之所以起,……”。经络,直者为经,横者为络。经络的功能是内属脏腑,外络四肢百骸,运行气血,濡养筋骨,滑利关节。经络主要包括十二经脉,十二经别,十二经筋,奇经八脉。在全身经络中,十二经脉分为六阳经、六阴经,逐经相传,循行于人体的脏腑、头面和四肢;经别是十二经脉的别出,构成表里配合;经筋则着重于浅部的联络^[1]。正是由于经络遍布全身,所以说经脉是气血运行的通道,能贯穿人体内外、联系上下,从而将人体各个部分联成为有机的整体。有很多学者认为,经络可以说是中医的解剖架构系统。从目前来看,至少在软组织解剖方面,经络完全可以胜任这一表述。经络的循行在很多方面与筋膜链一致,这为我们诊治慢性软组织损伤性疾病打开了一个中西结合的思路。

2 筋膜链理论

筋膜链理论是由著名治疗师Ida Rolf提出,是近年在康复领域比较常用的一种康复手段。后来她的学生Thomas Myers通过解剖来证实真实存在,很多的Rolf学派的医师在实践中验证的一套治疗方法。

2.1 筋膜链理论 体现了运动系统的整体性。在我们以往的解剖中,每一条肌肉都有相对固定的起点止点。比如,胸大肌起于锁骨内侧半、胸骨体和1~6肋软骨,腹直肌鞘前壁,而止于肱骨大结节。但实际在解剖中不完全是这样的,肌肉只有一部分起于或止于骨膜上,还有其中的一部分是以筋膜的形式与相邻的其它相关肌肉相连。起止点的理论将让我们从局部的角度来观察人体,而忽略了它整体的功能。

2.2 探究人体代偿特别是运动代偿的规律性 比如当我们左脚扭伤后,走路的时候右脚就会用力更多,来代偿一部分左脚的功能,这种现象就叫做代偿。这是人体为了完成任务而选择替代的一种方式,它会让我们在失稳状态下完成必要的活动,但同时也会让我们人体的某些部分过度的劳损,从而造成过度疲劳,发生损伤。那么人体是按照什么规律进行代偿的呢?筋膜链理论给了我们20条筋膜链,就像地图一样,我们可以循着它指引的路径来代偿,这一理论可以让我们从根本上解决疼痛等问题^[5]。

2.3 迅速减轻或消除疼痛 引发肌肉疼痛的原因,除了损伤、劳损等,还有一个很主要的引发因素就是粘连,“筋膜的粘连”。当筋膜粘连之后,会造成局部的活动降低。而相邻区域的肌肉就会代偿性地拉长,运动时过度收缩,产生过度劳损。解决这一问题的方法,就是将粘连的筋膜松解,疼痛就会明显减轻,甚至消失。

2.4 提高关节的灵活运动 如果我们的腓肌很紧张,做了各种的腓肌治疗没有起到很好的效果。因为腓肌是属于身体“后表链”的一部分,“后表链”就像一条整体性肌肉一样,我们只要对其中的关键节点松解后,那么整条“链”相关的肌肉都会起到一定的伸展作用。这个方法同样适用于其他的关节。

2.5 更好地理解动作 我们的每一个动作,都是由相应的筋膜链来不断地轮换工作来完成的。当我们理解了筋膜链的理论之后,就能分析出在某个动作中占主导地位的筋膜链是哪些,那么我们对软组织损伤性疼痛的诊治就具有针对性和整体观。如果某一肌肉群长期处于收缩的状态,就会阻断作用在骨骼上的对称的平衡力量^[6]。牵引着骨骼离开适当的位置,引起身体姿态上的扭曲,最终引起结构应力。而当身体在重力场中处于不平衡的位置时,就会危及软组织的整体协调,应力点附近的筋膜组织就会增厚,以避免该区域进一步偏离中垂线^[7]。同样,许多韧带也会一直处于拉紧的状态,以支撑偏离正常位置的关节。肌肉长期以不平衡的力量牵拉骨骼,会使牵拉的肌肉长期保持收缩的状态,与此同时,又使相对的肌肉长期处于被拉伸状态而变得相对薄弱。其结果就会导致身体缺乏协调性,这使得软组织很容易产生劳损。在做快速、大力量的动作时,不能拉伸的肌肉纤维极易撕裂。损伤极易发生在肌腱的结合处,以及肌腱与骨膜的结合部。除非引起软组织和骨骼系统产生应力的因素有所变化或消除,否则,身体将进一步退化,功能障碍进一步扩大,疼痛越来越严重,直至损伤的那一刻。这就是我们选择这些应力点进行治疗的原因。

杨氏3+埋线针刀系列套餐及套餐的联合应用就是通过松解、埋线的穴位刺激“抑强扶弱”来达到力学平衡,从而治疗软组织损伤性疼痛的目的。

3 杨氏3+埋线针刀特色疗法的两大“整体理论”体现

杨氏3+埋线针刀系列特色疗法是杨才德教授经过多年的临床实践和经科研验证总结的学术结晶。是穴位埋线疗法的发展和延伸。作为中医学体系的一部分,整体观念也是指导埋线针刀临床实践的基础理论之一。例如,在某些疼痛性疾病的诊治中,虽然也“以痛为腧”,但是也并不是哪里痛就一定在哪里埋线,而是要充分综合患者全身的情况和疾病特征,从总体上把握疾病的性质及其规律,从而辨证施治,使整体和局部互相配合,协调作战以对抗病魔,这些都是整体观念的充分体现^[8]。

3.1 杨氏3+埋线针刀系列特色疗法套餐本身的整体观念 中医学的整体观念与辨证论治的思想本身就蕴含了调节动态平衡的内容,有些有识之士概括埋线针刀疗法的核心就是“平衡”两个字。事实上,越来越多的临床实践就是在研究和调节人体的平衡机制、平衡的方式、



平衡的内容,以及如何恢复人体在不同方面的种种不平衡因素,使人体的疾病因“平衡”得以迅速恢复。

埋线针刀疗法治疗软组织损伤性疼痛是通过针刀疗法松解病变组织的粘连,有效地缓解局部肌肉痉挛,促进局部血液循环和神经营养功能的改善,促进局部水肿及无菌性炎症的吸收^[9]。穴位埋线不仅可对机体产生长久的刺激,延长针刺的效应,形成一种复杂的持久而柔和的非特异性刺激冲动,一部分经传入神经到相应节段的脊髓后角后内传脏腑起调节作用^[10],另一部分经脊髓后角上传大脑皮层,加强中枢对病理刺激传入兴奋的干扰、抑制和替代,再通过神经-体液的调节来调整脏器机能状态^[11];而且可吸收缝合线埋入人体后,逐渐被机体软化吸收,而起组织疗法的作用,能更好地调节机体内环境的相对平衡,提高机体的免疫能力和抗病能力,促进病变部位的组织修复;还能提高机体的应激能力,促进病灶部位促进血管新生^[12],改善血液循环,调节血管通透性,增加局部组织的营养供应,从而消除局部肌肉的紧张或炎症,从而从根本上减轻和消除了对神经的刺激,从而达到治愈的目的^[13]。

埋线通过较长时间的局部刺激能有效地解除疼痛,放松局部肌肉,已成为现在国内外医学界的一个共识。穴位埋线可抑制痛觉传导,使人体痛觉阈值升高,还可以扩张血管,使血液循环加快,增强代谢,改善神经、肌肉的营养^[14]。另外,通过长效刺激,可使肌肉节律性颤动,从而产生良好的收缩,颈部肌肉得到锻炼,则可缓解局部的痉挛状态,并纠正椎间的失衡状态,能松解局部粘连,促进炎性渗出物的吸收,减轻组织和神经纤维间的水肿,从而使局部组织张力下降,神经根受压及缺氧状态得以改善^[15]。对促进代谢,改善局部微循环,消除炎性水肿有着很强烈的作用,对于抑制疼痛亦有着很好的效果。

埋线针刀,在中西医理论的指导下,整合了针刀和埋线的技术优势,一气呵成、一次成功,疗效独特。埋线针刀,从埋线的角度,引入针刀的理念;从针刀的角度,引入埋线的理念。埋线针刀,拓展了针刀的疾病谱;埋线针刀,增强了埋线的疗效;埋线针刀,将埋线和针刀无缝结合,开创了医学的新领域^[16]!

3.2 杨氏3+埋线针刀系列特色疗法若干套餐配合应用中的整体观念 临床上在治疗某些慢性软组织损伤性疾病时,常常容易犯只关注局部细节,没有对整体性,相关联的部位进行治疗。如果整体结合了局部,其远期疗效大大提高。

用全面的观点(或者说整体观)来分析,慢性膝关节疾病多数也不是单独的膝关节问题。膝关节内侧副韧带损伤多以膝内侧部疼痛为主诉;髌下脂肪垫损伤以髌内下方疼痛、活动受限主诉。而实际上,在临床体检过程中,上述膝内侧副韧带损伤、髌下脂肪垫

损伤疾病除了膝关节内侧或髌下脂肪垫处的压痛之外,其实可能同时会有股四头肌、股内收肌、缝匠肌、股二头肌、半腱肌、半膜肌、髂胫束乃至臀中肌、臀小肌、腰肌等部位可寻找到压痛。

依据肌筋膜链理论,中医经络循行,在具体治疗软组织损伤性疼痛疾病时,我们可以选择疾病对应的套餐和关联性套餐或者套餐中的某个治疗点,从而提高及时疗效和远期疗效。例如颈型颈椎病,颈肩部出现疼痛、僵直、麻木等,中医认为是因为经络不通,气血运行不畅。而颈椎又关联到头部,所以当气血受阻,无法畅通时,就会导致头部气血亏虚,而出现眩晕等症状。经络是左右对称的。经过颈椎部分的就是手太阳小肠经。也就是说,当颈椎出现问题时,其实是小肠经的气滞血瘀。小肠经的循行:起于于小指外侧端(少泽),沿着手背外侧至腕部,出于尺骨茎突,直上沿着前臂外侧后缘,经尺骨鹰嘴与肱骨内上髁之间,沿上臂外侧后缘,出于肩关节,绕行肩胛部,交会于大椎(督脉),向下进入缺盆部,联络心脏,沿着食管通过横膈,到达胃部,属于小肠。主管颈椎的经络不在肩颈上,在我们的两个胳膊上,而且是在胳膊的外侧^[1]。肌筋膜链理论属于颈部的筋膜链大致也是这个走向。我们通过应用“项五针+冈五针的天宗点”就能取得很令人意外的良好效果。

例如膝关节骨性关节炎或腓肌损伤等膝部疼痛、功能受限性疾病。肌筋膜链理论告诉我们,“腓肌”是属于身体“后表链”的一部分,“后表链”就像一整条肌肉一样,我们只要对其中的一部分进行松解后,那么整条“链”都会起到一定的伸展作用。那么我们只需要松解一下足底筋膜、背部肌群或者是枕后肌群,那么你会发现膝关节的灵活性也会大大的提高。中医的经络同时告诉我们这是足太阳膀胱经经脉循行路径。即起于目内眦(睛明),上额交会于巅顶(百会,属督脉);巅顶部支脉:从头顶到颞颥部;巅顶部直行的脉:从头顶入里联络于脑,回出分开下行项后,沿着肩胛部内侧,挟着脊柱,到达腰部,从脊旁肌肉进入体腔,联络肾脏,属于膀胱;腰部的支脉:向下通过臀部,进入腘窝中;后项的支脉:通过肩胛内缘直下,经过臀部(环跳,属足少阳胆经)下行,沿着大腿后外侧,与腰部下来的支脉会合于腘窝中。从此向下,通过排肠肌,出于外跟的后面,沿着第五跖骨粗隆,至小趾外侧端(至阴),与足少阴经相接^[1]。所以我们在治疗膝关节疼痛及功能时首先可应用“腓五针+臀五针(或菱五针)”。同样在临床实践中取得了很好的效果。

由于肌筋膜链极大的和经络循行相似,中医出身者或者以中医为上医者,心理十分震撼,这不仅加深了其对于经络的信仰,也给了我们更多学术、科研上的支撑或者提供了思路;西医出身或者运动康复的医者,自然更容易接受,这给他们提供了一种治疗的新思路。

筋膜链和经络理论,从表现上有着极大的相似。对互相的治疗工具或者方法都有可借鉴的地方。在软组织损伤性疼痛疾病中,运用以筋膜链和经络理论组成的整体观念指导下联合应用杨氏3+特色疗法系列套餐的治疗效果更好,而且这在临床上屡见不鲜。

参考文献

- [1]印会河.中医基础理论[M].上海:上海科技出版社,1984.
- [2]托马斯·梅尔斯著.关玲,等译.解剖列车(徒手与动作治疗的筋膜链经线第3版)[M].北京:北京科学技术出版社,2016.
- [3]黄兆铭.从临床实践看中医整体观的重要性[J].现代中西医结合杂志,2010,19(3):227-228.
- [4]冯广义,张养生,丁然,等.从中医思维方式探讨中医学的发展[J].浙江中医药大学学报,2009,33(1):11-13.
- [5]马襄城,刘文杰.筋膜链理论对荷球队员康复训练的作用[J].求知导刊,2015(3):22-23.
- [6]冉令军,牛立勾.优秀游泳运动员膝关节损伤康复个案研究[J].运动,2013(19):31-32.

- [7]魏婷婷.身体功能训练中再生训练的应用[D].北京:北京体育大学,2014.
- [8]杨才德,包金莲,李玉琴,等.中国穴位埋线疗法系列讲座(二)穴位埋线疗法的治疗机理[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(2):68-71.
- [9]杨春,李金波,申鹏飞.针刀治疗神经根型颈椎病临床研究[J].吉林中医药,2009,29(9):786-788.
- [10]蔡昌龙,邢之华,刘卫平,等.穴位埋线治疗重型颅脑损伤恢复期患者临床观察[J].中国针灸,2004,24(12):818-820.
- [11]余洋,李绍平,孔祥丽,等.穴位埋线配合传统物理疗法治腰椎间盘突出症[J].中医临床研究,2010(1):79-80.
- [12]杨圆.温针灸治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2011.
- [13]张占伟,李文侠.穴位埋线治疗椎动脉型颈椎病68例疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2009,4(7):529-529.
- [14]郝先辉.电针治疗腰椎间盘突出症150例临床观察[J].山西中医学院学报,2014,15(1):51-53.
- [15]坎特里.电针结合推拿手法治疗神经根型颈椎病的临床研究[D].南京:南京中医药大学,2011.
- [16]杨才德.埋线针刀百问百答[M].北京:中国中医药出版社,2016.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李强强 收稿日期:2018-03-20)

(未完待续)

针刺推拿联合治疗肩周炎临床观察

张 瑀

(黑龙江省中医药科学院南岗分院风湿科,黑龙江 哈尔滨 150001)

摘要:目的 观察针刺联合推拿治疗肩周炎的效果。方法 随机将2016年9月—2017年9月收治的92例肩周炎患者分为2组,每组46例。对照组行针灸治疗,观察组在对照组的基础上联合推拿治疗。比较2组临床疗效。结果 观察组总有效率、日常生活能力评分及VAS评分明显优于对照组,差异显著($P<0.05$)。结论 针刺联合推拿治疗肩周炎效果理想,且有效缓解了患者的疼痛程度,提高了患者的日常生活能力,改善了患者的生活质量,值得临床推广。

关键词:肩周炎;针刺;推拿;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.055

文章编号:1672-2779(2018)-10-0126-02

Clinical Observation on Acupuncture and Massage in Treating Periarthritis Humeroscapularis

ZHANG Yu

(Department of Rheumatology, Nankang Branch of Heilongjiang Province Academy of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Harbin 150001, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of acupuncture combined with massage on periarthritis humeroscapularis. **Methods** A total of 92 patients with periarthritis humeroscapularis who were admitted to our hospital from September 2016 to September 2017 were randomly divided into two groups, with 46 patients in each group. The control group was treated with acupuncture, and the observation group was treated with massage therapy on the basis of the control group. The clinical efficacy of the two groups was compared. **Results** The total effective rate, daily life ability score and VAS score of the observation group were significantly better than those of the control group, and there was significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** Acupuncture combined with massage on periarthritis humeroscapularis has ideal effect, effective relief patient's pain, improve the ability of the patient's daily life and patient's quality of life, and is worthy of popularization in clinical medicine.

Keywords: periarthritis humeroscapularis; acupuncture; massage; arthromyodinia

近年来,随着生活工作方式的不断变化,肩周炎发病率越来越高,临床主要表现为肩部进行性疼痛,尤其以夜晚疼感最强。从事体力劳动的中老年群体是该疾病的高发人群^[1]。如果治疗不及时有效,不但会使肩关节能力明显受限,同时还会引起广泛的压痛性表现,病情进一步发展则会引起三角肌萎缩,极大威胁了患者的身体健康以及生活质量^[2]。常规西医治疗肩周炎具有复发率高、疗效差等不足^[3]。近年来,针刺联合推拿治疗肩周炎逐渐受到人们的重视。本研究选择92例肩周炎患者,观察针刺联合推拿的治疗效果。现报

道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机将我院2016年9月—2017年9月收治的92例肩周炎患者分为2组,每组46例。其中观察组男25例,女21例;年龄41~68岁,平均(46.9±2.6)岁;病程最短2个月,最长5年,平均(1.5±0.6)年。对照组男26例,女20例;年龄42~68岁,平均(47.1±2.7)岁;病程最短2个月,最长5年,平均(1.6±0.7)年。2组年龄、病程等差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 (1)符合中西医诊断标准者^[4];(2)精神、意

识清醒无障碍者；(3) 同意本次研究者。

1.3 排除标准 (1) 伴有心肝肾等器质性疾病者；(2) 临床资料不全者；(3) 精神意识障碍者；(4) 针刺穴位及其附近皮肤存在感染者。

1.4 治疗方法 (1) 对照组给予针灸治疗：取坐位，选择曲池、肩前、合谷、条口、承山等穴。首先对针具实施常规消毒，严格遵守无菌操作规范，针刺大约1寸，得气后留针0.5 h，每天2次，主要采用捻转法（利用拇指、食指及中指捏住毫针针柄实施捻转）、提插法（利用拇指与食指捏住毫针针柄，中指捏住针身，多次将其提起插入）实施针灸治疗，针刺期间应注意询问患者是否伴针感，同时建议患者肩关节实施适度运动，运动幅度以耐受为宜。1次/d，10 d为1个疗程。停针2 d继续下一疗程。(2) 观察组在对照组的基础上给予推拿治疗：取坐位，抬起患肢肘部以保持外展位，依次采用拿、揉以及擦法实施推拿；然后依次选择肩前、肩贞、曲池及阿是等穴实施点压弹拨法；最后选择运动关节法，以肩关节为轴心实施顺时针环转，运动幅度通过耐受情况进行适度调节。1次/d，10 d为1疗程。2组均治疗3个疗程。

1.5 观察指标 (1) 总有效率。治愈：疼痛等症状完全消失，肩关节功能正常；显效：疼痛等症状、肩关节功能明显改善；有效：疼痛等症状、肩关节功能有所缓解；无效：疼痛等症状、肩关节功能无明显变化甚至加重；(2) 疼痛情况：采用VAS法进行评估。①0~1分表明为优；②2~3分表明为良；③4~6分表明为可；④>7分则为差；(3) 日常生活能力 (ADL) 评分：选择Barthel指数进行评估，分数越高，提示日常生活能力越高。

1.6 统计学方法 使用SPSS 13.0软件对数据进行分析，计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，并进行t检验，计数资料采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组总有效率分析 治疗后，观察组总有效率明显优于对照组，差异显著 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组总有效率分析 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	46	25	11	8	2	44(95.65)
对照组	46	20	9	6	11	35(76.09)

2.2 2组日常生活能力评分及VAS评分分析 观察组日常生活能力评分、VAS评分分别为 (85.63 ± 5.52) 分、 (1.51 ± 0.24) 分；对照组分别为 (50.88 ± 54.93) 分、 (4.72 ± 0.55) 分；2组比较差异显著 ($P < 0.05$)。

3 讨论

肩周炎主要指肩关节囊及周围组织出现退变性疾病，40~50岁群体是高发人群。该疾病发病原因错综复杂，大部分学者认为主要是因气血不足、外邪入侵等

因素而引起。随着年龄的不断增加，肌腱会出现退行性病变，再加上肩关节活动频繁而造成劳损，最终导致肩周炎。目前，西医治疗肩周炎主要通过消炎以及镇痛等对症措施，但较难根治及疾病，复发率高，因此患者的依从性差^[5]。近年来，针灸联合推拿治疗肩周炎取得了良好的效果，这不仅可从根本上解决问题，同时还提高了患者的预后质量。

肩周炎发病机制主要是因正气受损、外邪入侵而导致经络受阻所致。因此目前中医治疗肩周炎主要按照舒经通络、活血止痛的基本原则。针灸联合推拿是治疗肩周炎的重要手段。推拿主要有推、揉、擦等手法，它们能够明显改善疼痛，缓解肌肉痉挛，增强局部血液循环，有利于腰部功能的恢复、炎症及水肿的快速吸收^[6]。针刺联合推拿术具有良好的协同效果，针灸具有良好的特异性与整体性特点，它能够有效温通经脉，疏通经络以及调和气血，大大改善了气血及经络受阻的情况，有利于增强机体微循环，并促进神经突触的重生与修复，进而增加了神经传导速度，最终达到改善疾病的目的^[7]。推拿则可松弛肌肉，舒经活络，有利于达到迅速解除粘连，修复痉挛的目的。现代研究发现^[8]，针刺穴位有利于促进脑啡肽的分泌，提高了机体对疼痛的耐受程度，降低了炎症因子水平，促进了组织的快速修复，增强了机体的免疫能力。另外针刺可有效扩张血管，消炎能力强。在针刺的基础上给予推拿，可以有效缓解组织挛缩程度，有利于关节功能的快速恢复。笔者认为，治疗期间应注意以下几点：(1) 针刺各穴位时，临床医师应注意捻转提插手法，这有利于抑制患肢疼痛信号向上传递，从而达到镇痛的目的；(2) 推拿时，注意观察患者的耐受度，力度、动作幅度应循序渐进，并注意主动与被动训练的有机结合。总之，针灸联合推拿治疗肩周炎效果理想，且有效缓解了患者的疼痛程度，提高了患者的日常生活能力，改善了患者的生活质量，值得临床中推广。

参考文献

- [1]唐泽念,袁铃钟.针灸推拿联合治疗肩周炎30例临床效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2015,25(2):70-71.
- [2]张丽娟.针灸推拿治疗肩关节周围炎临床疗效分析[J].中国实用医药,2015,10(23):260-261.
- [3]刘艳杰.针灸推拿治疗肩周炎临床分析研究[J].临床医药文献电子杂志,2014(1):94.
- [4]彭敏.针灸推拿疗法辅助治疗肩周炎临床疗效[J].中国处方药,2014,12(4):19-20.
- [5]苏克红,赵勇.分析探讨针灸与推拿结合治疗肩周炎的临床疗效[J].中国实用医药,2015,10(5):261-262.
- [6]焦玉生,王瑞芬.针灸联合推拿治疗肩周炎64例临床疗效观察[J].医学理论与实践,2015,28(10):1338-1339.
- [7]柳茵.针灸推拿治疗肩周炎的护理体会[J].中国医药指南,2014,12(12):339-340.
- [8]陈芬芬,廖用实,郑颖,等.中医针灸推拿治疗肩周炎浅谈[J].世界最新医学信息文摘,2016(60):160.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王毅铭 收稿日期:2018-03-09)

针刺攒竹及天鼎穴为主治疗顽固性呃逆30例

李伟洪¹ 白凌军²

(1 南京中医药大学附属南京市中西医结合医院针灸科, 江苏 南京 210014;

2 南京中医药大学附属南京市中西医结合医院儿科, 江苏 南京 210014)

摘要:目的 探讨针刺攒竹、天鼎为主治疗顽固性呃逆的临床疗效。方法 将60例顽固性呃逆患者随机分为治疗组和对照组, 治疗组采用针刺攒竹、天鼎穴为主治疗, 对照组采用巴氯芬治疗, 治疗5 d后观察疗效。结果 治疗组较对照组愈显率高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗中患者每天呃逆频次比较, 治疗组较对照组少, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗前后患者呃逆频次比较, 治疗组较对照组少, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 针刺攒竹、天鼎穴为主治疗顽固性呃逆能明显减少呃逆发作, 值得临床推广。

关键词: 攒竹穴; 天鼎穴; 针刺; 顽固性呃逆

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.056

文章编号:1672-2779(2018)-10-0128-02

Acupuncture at Cuanzhu (B2) and Tianding (LI17) in the Treatment of Intractable Hiccup for 30 Cases

LI Weihong¹, BAI Lingjun²

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, Nanjing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210014, China;

2. Pediatrics Department, Nanjing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210014, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effect of acupuncture on intractable hiccup by Cuanzhu (B2) and Tianding (LI17). **Methods** Sixty cases of intractable hiccup were randomly divided into treatment group and control group. The treatment group was treated with acupuncture of Cuanzhu (B2) and Tianding (LI17). The control group was treated with baclofen treatment. The curative effect was observed after five days of treatment. **Results** The effective rate of the experimental group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Comparing with the control group, the frequency of hiccup in the treatment group was less than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Comparing with the control group, the frequency of hiccup in the treatment group was less than that of the control group before and after the treatment, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The therapeutic effect of acupuncture on intractable hiccup by Cuanzhu (B2) and Tianding (LI17) is good. It is worth popularizing.

Keywords: Cuanzhu (B2); Tianding (LI17); acupuncture; intractable hiccup

呃逆别名“哕”, 俗称“打嗝”, 西医称为“膈肌痉挛”, 以胃气不降, 上冲咽喉而致喉间呃呃连声, 声短而频不能自制, 有声无物为主要表现的病证。呃逆持续48 h以上不能自愈, 给予常规治疗无效者即为顽固性呃逆^[1]。患者呃声频作, 严重影响工作和生活, 甚或造成心理问题。本人从事针灸临床工作十余年, 针灸治疗顽固性呃逆效果良好, 受到广大患者的好评, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者来源于2013年12月—2017年12月南京市中西医结合医院针灸科门诊, 共60例, 年龄18~70岁, 其中男35例, 女25例; 持续呃逆时间2~5 d。采用随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组30例, 其中男18例, 女12例; 平均年龄(44.3±13.95)岁; 平均病程(67.4±13.19)。对照组30例, 其中男17例, 女13例; 平均年龄(45.9±12.78)岁; 平均病程(67.3±11.8)。2组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义, 具有临床可比性。

1.2 纳入标准 符合中医诊断标准: 参照吴勉华等^[2]编著的《中医内科学》中关于呃逆的中医诊断标准。以气逆上冲, 喉间呃呃连声, 声短而频, 令人不能自制为主症, 其呃声或高或低, 或疏或密, 间歇时间不定。常伴有胸膈痞闷, 脘中不适, 情绪不安等症状。西医诊

断标准: 参照《最新消化系统疾病临床诊断治疗实用技术手册》^[3]顽固性呃逆的诊断标准, 以呃逆持续时间超过48 h, 呃声或高或低, 可自行停30~60 min后复起, 严重者呃声频作, 无间隙, 昼夜不停。且患者意识清醒, 生命体征平稳, 自愿接受治疗并签署知情同意书者。

1.3 排除标准 (1) 心、肝、肾、脑、血液系统等严重原发性疾病; (2) 恶性肿瘤患者; (3) 对巴氯芬过敏及不能使用巴氯芬治疗的患者; (4) 其他不宜针刺者。

1.4 治疗方法 治疗组: 主穴: 攒竹、天鼎。胃寒积滞足三里、中脘; 肝气犯胃配膻中、合谷、翳风、太冲; 气血虚弱配关元、气海。操作: 患者取仰卧位, 选用规格为0.3 mm×40 mm无菌针灸针, 进针前, 先对医者手及患者穴位局部皮肤进行常规消毒, 进针深度均为15~25 mm; 得气后平补平泻1 min, 攒竹接电针, 密波, 强刺激, 强度以病人耐受为度。留针30 min, 每日1次, 5 d为1个疗程。对照组: 给予巴氯芬片(宁波市天衡制药有限公司生产, 批准文号: 国药准字H19980103; 10 mg/片) 5 mg/次, 口服, 每日2次, 连用5 d。

1.5 疗效评定标准 参考文献方法^[3]对疗效进行评定。治疗结束1周后评定疗效。痊愈: 呃逆症状消失; 有效: 呃逆持续时间或发作次数明显减少; 无效: 呃逆持续时间或发作次数无改善。

参考文献方法^[4],对呃逆频次进行评分,以每小时呃逆最高频次记分。患者不能耐受,呃逆致无法进食,发作频次高于每小时10次者记9分;患者难以耐受,呃逆影响进食,发作频次每小时6~10次者记6分;患者能耐受,呃逆不影响进食,发作频次低于每小时5次者记3分;患者呃逆基本消失,发作频次低于每小时1次者记0分。分别记录治疗前、治疗后、治疗结束后1周评分。

1.6 安全性评价 观察针刺部位有无引起血肿、晕针等不良反应。

1.7 统计学方法 应用SPSS 19.0统计软件进行统计分析,组间比较用成组 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2组疗效比较,治疗组愈显率96.7%,对照组愈显率70%,治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义(见表1)。治疗中患者每天呃逆频次比较,治疗组较对照组少,差异有统计学意义(见表2)。治疗前后患者呃逆频次比较,治疗组较对照组少,差异有统计学意义(见表3)。安全性评价:试验组针刺周围无血肿,无晕针等不良反应。

表1 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	无效	总有效率	χ^2 值	P 值
治疗组	30	25	4	1	29(96.7) [◇]	7.68	0.01
对照组	30	11	10	9	21(70.0)		

注:与对照组比较,[◇] $P<0.05$

表2 治疗中患者每天呃逆频次比较 ($\bar{x}\pm s$,次/d)

组别	例数	治疗第1天	治疗第2天	治疗第3天	治疗第4天
治疗组	30	4.4 $\pm$ 1.71 [▲]	4 $\pm$ 1.64 [△]	3.1 $\pm$ 1.47 [◇]	1.5 $\pm$ 2.19 [◆]
对照组	30	6.2 $\pm$ 1.92	6.1 $\pm$ 1.84	5.6 $\pm$ 1.89	4.3 $\pm$ 2.32

注:与对照组比较,[▲] $P<0.05$,[△] $P<0.05$,[◇] $P<0.05$,[◆] $P<0.05$

表3 治疗前后患者呃逆频次积分比较 ($\bar{x}\pm s$,次)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	30	6.2 $\pm$ 2.07 [▲]	0.7 $\pm$ 2.04 [△]	4.52	0.00
对照组	30	6.4 $\pm$ 2.04	3.4 $\pm$ 3.12		

注:与治疗组比较,[▲] $P>0.05$,与对照组比较,[△] $P<0.05$

3 讨论

本研究表明针刺治疗顽固性呃逆,疗效较对照组好,差异有显著性。治疗中,每日呃逆频次较对照组少,差异有显著性。治疗前后比较,治疗组较对照组呃逆频次少,差异有显著性。表明针刺治疗顽固性呃逆疗效较对照组疗效好,能明显减少呃逆频次。另外,针刺治疗本病不良反应极少,较西药药物治疗更为安全,有效,值得推广。

呃逆主要是由于多种不明的原因刺激膈神经而导致膈肌痉挛,通过打嗝这一种症状表现出来。顽固性呃逆以呃声频作,持久,顽固,超过48 h,常规普通干预治疗无效为主要表现,是一种病因极为复杂的消化系统综合征。患者十分痛苦,影响工作和学习,严重影响患者生活质量。

从呃逆的病因病机来看,多数认为与过食生冷,情志因素及正气虚等有关。宋·陈无择《三因极一病证方论·哕逆论证》云:“大率胃实即噎,胃虚则哕,此由胃中虚,膈上热,故哕。”说明胃虚膈热发为哕。宋·朱肱《活人书·逆》中指出饮食不节,致寒热相搏、胃失和降、上逆动膈为呃逆主要病因病机。本病病位在膈,病变的关键在胃,还与肝、脾有关。

针刺通过调理经脉气血,达到脏腑通达舒畅的目的。呃逆的关键在于气的运动失常,胃气当降不降,反升,上动于膈,发为呃逆,顽固性呃逆,因气的运动太过,而致呃逆频作,难以自止。顽固性呃逆治疗从降逆着手,选穴上注重降逆调气,同时注重上病下取,使下降之气有所出路,达到调畅气机目的。攒竹穴为足太阳膀胱经穴位,且脏腑背俞穴位于足太阳膀胱经上,针刺攒竹穴,可行气降气,能疏泄膀胱经之气进达到调理全身脏腑气机,使经络通畅,气血调和之功。天鼎穴属手阳明大肠经,位居颈部,内应咽喉,有理气化痰、清咽利膈之功,天鼎穴临床单独治疗顽固性呃逆文献中亦有报道^[5]。笔者体会攒竹、天鼎配合应用,效果很好,攒竹穴所处的皮下有面神经、滑车上神经的分支,通过强刺激局部神经,直接兴奋大脑皮层的高级中枢,抑制迷走神经的异常兴奋,从而最终缓解膈肌痉挛,呃逆止^[6]。天鼎穴深部即膈神经的起始部,深刺天鼎穴直达膈神经,能调节膈神经兴奋性,起到止呃作用。两穴相配相得益彰。

翳风穴为手足少阳之会,有益气补阳之功效。“肺主一身之气,主宣发肃降”,肺对人体气机升降出入的顺序进行起关键的作用,而膻中位于胸部任脉之上,为八会穴之气会,为气之海,可利膈和胃,宽胸降逆,为理气降逆的要穴,故用之。足三里为足阳明胃经本经合穴,胃的下合穴,尤擅治脏腑之疾,调理脾胃,《灵枢》云:“取三里以下胃气逆”,说明其降胃气之功。足三里和胃降逆、宽中利气。中脘是胃之募穴,八会穴之腑会,可和胃降逆,中脘穴不加电针,以防加重病情。诸穴合用,共奏调气,降逆止呃的功效。

总之,临床上应用针刺治疗顽固性呃逆,效果好,复发率少,值得进一步研究,鉴于本研究时间短,病例少,在以后的工作中我们要继续扩大病例收集,增加随访频次,精简穴位,注重针灸方法的改进,以更好地应用于临床,服务于广大患者。

参考文献

- [1]陈洪宾.最新消化系统疾病临床诊断治疗实用技术手册[M].北京:北京科大电子出版社,2004:45.
- [2]吴勉华,王新月.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:202.
- [3]牛惠敏.针刺攒竹、风池穴治疗顽固性呃逆的临床体会[J].针灸临床杂志,2008,24(7):24-25.
- [4]闫晓瑞.不同针灸方法治疗中风后呃逆的临床观察[J].针灸临床杂志,2011,27(11):43-45.
- [5]杨志豪,蔡培勇.针刺天鼎穴治疗顽固性呃逆47例疗效观察[J].中国针灸,2005,25(3):164-166.
- [6]马爱勤,王会丽,王靖霞.穴位埋针治疗脑病并发呃逆21例[J].中国民间疗法,2013,21(8):19.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李新珍 收稿日期:2018-03-02)

针刀配合康复训练对顽固性网球肘的临床观察

胡振国 孙丽琴 杨文 董巧丽

(三峡大学附属仁和医院康复科, 湖北 宜昌 443001)

摘要:目的 采用小针刀松解术配合前臂肌群康复训练提高顽固性网球肘治疗效果。方法 将60例顽固性网球肘患者随机分为观察组和对照组各30例, 观察组在给予小针刀治疗的基础上配合一段时间的肘关节的康复训练, 改变不良的活动习惯; 对照组仅行传统的小针刀治疗。治疗3个月后, 参照Verhaar^[1]网球肘疗效评估判断标准对2组的治疗效果进行对比。结果 观察组疗效优21例, 疗效良8例, 疗效可1例, 疗效差0例; 对照组疗效优18例, 疗效良6例, 疗效可5例, 疗效差1例。将2组样本的等级资料进行秩和检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。结论 小针刀配合前臂肌群康复训练对顽固性网球肘的治疗效果优于单纯性小针刀治疗。

关键词: 小针刀疗法; Mills征; 功能训练; 顽固性肱骨外上髁炎

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.057

文章编号:1672-2779(2018)-10-0130-03

Clinical Observation on Acupotomy Combined with Rehabilitation Training on Intractable Tennis Elbow

HU Zhenguo, SUN Liqin, YANG Wen, DONG Qiaoli

(Rehabilitation Department, the Affiliated Renhe Hospital of China Three Gorges University, Hubei Province, Yichang 443000, China)

Abstract: Objective To improve the therapeutic effect of acupotomy with functional training for intractable tennis elbow. **Methods** 60 patients with intractable tennis elbow were randomly divided into observation group and control group, and each group had 30 cases. The observation group performed the rehabilitation training of the elbow joint for a period of time and changed the bad activity habits on the basis of acupotomy therapy. The control group was only treated with acupotomy therapy. After three months of treatment, the therapeutic effect of the two groups was compared by evaluating according to Verhaar's evaluation criteria of tennis elbow. **Results** In the observation group, 21 cases were excellent curative effect, 8 cases were good, 1 case was ordinary, and none was poor. In the control group, 18 cases were excellent curative effect, 6 cases were good, 5 cases were ordinary, and 1 case was poor. Rank and test the rank data of the two groups' samples was made $P < 0.05$, and the difference was statistically significant. **Conclusion** The therapeutic effect of acupotomy combined with forearm muscle group rehabilitation training on intractable tennis elbow is better than that of simple acupotomy therapy.

Keywords: acupotomy therapy; Mills sign; functional training; obstinate lateral epicondylitis

网球肘是肱骨外上髁炎的通俗叫法, 因多发于网球运动员顾名之, 是肘部常见的一种慢性损伤性肌筋膜炎。其病理机制是肱骨外上髁伸肌总腱附着处, 因反复牵拉或过度劳损产生轻微撕裂, 引起炎性水肿, 卡压周围细小血管神经束而发病。该病表现为肱骨外上髁疼痛, 腕关节用力时疼痛加重, Mills征阳性。目前临床上治疗本病的方法较多, 但因其特殊性症状易反复, 有些患者经多次就诊治疗, 疼痛时轻时重, 缠绵难愈, 一般将1年以上者即纳入顽固性网球肘范畴^[2]。Nirsch等^[3]提出难治性网球肘的病理改变不单局限于肱骨外上髁, 将难治性网球肘定义为一侧或双侧肘外侧疼痛、病程1年以上、反复发作、经久不愈。为解除患者痛苦, 取得更好疗效, 本研究采用小针刀配合康复训练治疗顽固性网球肘, 进行疗效观察。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对照组30例, 为我科室近3年来所治疗的上百例网球肘患者中随机选出, 仅予以一般性小针刀治疗。观察组30例, 其共同特征为经过一次或数次

相应治疗如局部封闭治疗、单纯性小针刀治疗或者常规物理治疗(超短波、超声波、电针治疗等)症状复发者, 包含对照组的部分人员。2组共56例(其中4例先后参加2组的治疗), 其中男32例, 女24例; 年龄30~60岁, 平均46.3岁; 2组病程均在1年以上。患者多为体力劳动者、手工劳动者或家庭妇女, 有腕肘部用力不当史。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予小针刀治疗。术者操作前先触摸并标记出疼痛明显的1~2个痛点, 患者端坐位, 将患侧肘关节屈曲90°平放于治疗台上。在肱骨外上髁部常规消毒后1%利多卡因局部麻醉, 应用汉章II-1型针刀于标记的痛点垂直进针, 针头至骨面后行纵疏横拨手法, 再90°调转针头, 沿骨膜横切3~5刀, 根据情况, 必要时用刀口紧贴骨面松解周围粘连的软组织, 再疏通一下伸腕肌, 伸指总肌, 旋后肌肌腱。出针后局部按压止血, 创可贴覆盖创口。

1.2.2 观察组 观察组康复训练一般在针刀治疗后的2~3 d进行, 先做前臂伸肌的伸展训练。患肢向前伸展, 掌

心向下,保持肘关节伸直状态。垂腕使手指垂直指向地面。另一只手抓住手腕和手指,加强腕关节向下弯曲的力度,直到前臂外侧肌群有紧张感,重复10~15次。再做前臂屈肌肌力训练,患者坐位并身体前倾。肘关节轻度弯曲手掌持一重物(哑铃或者弹力带)掌心向上自然放置于膝部(若使用弹力带则调整长度另一端固定于同侧脚下)向上抬举做负重练习。抬举、放下动作重复进行10~15次。以上内容训练每日进行2~3次。同时嘱咐患者在日常活动中,避免腕肘关节的过度屈伸活动。

1.3 疗效评定标准 参照Verhaar^[1]等网球肘疗效评估判断标准:“优”,肘部疼痛完全解除,患者对治疗结果满意,没有感到握力下降,腕关节背伸时不诱发疼痛;“良”,肘部疼痛偶尔发生,用力活动以后出现疼痛,患者对治疗结果满意,没有或感到握力上有轻微下降,腕关节背伸时不诱发疼痛;“可”,用力活动后肘部感到不舒服,但与治疗前比较要好得多,患者对治疗结果满意或中等满意,感到握力轻微或中度下降,腕关节背伸时诱发轻度或中度疼痛;“差”,肘部疼痛未减轻,患者对治疗结果不满意,感觉握力明显下降。

2 结果

所有患者均于治疗结束后3个月予以随访,并按疗效标准评定疗效(见表1)。将2组样本的等级资料进行秩和检验,得到Uc值5.1340, $P<0.05$ 。在 $\alpha=0.05$ 的水平上,认为2组比较差异有统计学差异。小针刀松解术配合前臂肌群康复训练对顽固性网球肘的治疗效果优于单纯小针刀治疗。

3 讨论

肱骨外上髁为肘部伸肌总腱附着处,在肘关节的反复用力活动中其肌腱与骨膜的附着点产生微小的撕裂,水肿,卡压周围细小血管神经束而发症状。有资料曾经引证Nirsch等于1980年提出的顽固性网球肘的诊断标准:(1)肱骨外上髁周疼痛,局部肿胀压痛,Mill征(+),经局封3次以上好转,但反复发作半年以上。(2)肱骨外上髁部的严重疼痛延续半年以上。

(3)肱骨外上髁部严重的局部压痛。(4)制动休息14 d症状缓解不明显。(5)制动期间外上髁局部封闭2次症状缓解不明显^[2]。且提出以局限于肱骨外上髁尖部压痛者,占该疾病的多数,以筋膜炎为主,多以产后及更年期妇女为主。压痛点位于肱骨外上髁与桡骨头之间者,以筋膜炎、滑囊炎或肱桡关节滑囊炎为主。

目前网球肘的病理机制主要集中在肱骨外上髁的研究。此外,滑囊炎、相关的周围神经嵌压、神经血管束狭窄以及肱桡关节滑膜嵌顿性炎症刺激都可成为该病的病因,但研究发现还有一些潜在因素,总结如下。

3.1 血管神经束卡压学说 该学说为1882年morris提出肱骨外上髁炎的概念,伸侧总肌腱的肉眼或显微镜下见到的撕裂是一种较为公认的病理机制^[4]。肱骨外上髁是前臂伸肌腱的附着点,有许多微小的神经血管束在此穿行,外力及损伤可使致该处的神经血管由于在肱骨外上髁附着处的肌腱撕裂而被卡压^[5]。前臂伸肌总肌腱的表面可见小血管,这些血管在该处肌腱的撕裂卡压下呈现病态。

3.2 相关周围神经通道卡压和间充质理论 Nirsch在1996年第一次提出了“间充质综合征”这一理论^[6],认为肌肉及肌腱均来源于间充质,因此将发生于肌肉及肌腱的创伤和非创伤性紊乱统称为间充质综合征。朱盛修^[6]曾有过四边孔区的压迫及Frohse弓处的压迫可致顽固性网球肘的理论,并证实了Frohse弓处的出现压迫可导致顽固性网球肘的发生。肱骨外上髁伸肌肌腱发生微小撕裂,即出现不成熟修复组织的不愈合,组织学上显示类似间叶纤维组织的增生。肱骨外上髁的附着点存在桡神经分出的多支肌支,其在臂段存在许多卡压点,在不良因素的刺激下,继发卡压,长期卡压后这些神经血管束产生病理改变而会出现疼痛症状。

3.3 肘关节解剖结构与周围软组织的关系 还有一些潜在性的致病因素,如肘关节解剖结构的改变。部分患者因先天的肘关节的骨性结构和韧带长期劳损引发肘关节不稳,并导致滑膜、神经血管束的卡压,继发炎症反应引起疼痛^[7]。

表1 2种治疗方法对于治疗顽固性网球肘的疗效秩和检验

疗效	例数			秩次范围	平均秩次	秩和		Uc值	P值($\alpha=0.05$)
	小针刀	小针刀+ 康复训练	合计			小针刀	小针刀+ 康复训练		
优	18	21	39	1~39	20	360	420		
良	6	8	14	40~53	46.5	279	327		
可	5	1	6	54~59	56.5	282.5	56.5		
差	1	0	1	60~60	60	60	0		
合计	30	30	60			T1=621.5	T2=848.5	5.1340	<0.05

大部分病例压痛点位于肱骨外上髁与桡骨头之间者,以筋膜炎、滑膜炎或肱桡关节滑囊炎为主。局部封闭的作用机理是用麻醉药物阻断局部疼痛,通常加肾上腺皮质激素类药物可以抑制局部炎症,增强血管扩张性,改善毛细血管通透性,减少炎症浸润,以延长局麻药物的治疗效果,故复发率比较高。临床观察发现注射激素在起到短时间止痛效果的同时,也加重局部肌腱组织的坏死,故这种治疗局限于初发者,对于顽固性病例已不适用。还有应用肉毒杆菌毒素注射、自体血液制品注射近年来也逐渐运用于网球肘的治疗^[8],且中、远期效果优于激素。传统的开放性手术及关节镜治疗的机理是对肱骨外上髁进行伸肌腱的切断松解或病变肌腱组织的清理,效果显著但创伤较大。小针刀的介入治疗通过刀刃对局部病灶的“破坏”与自身再修复,消除了骨膜下的“高压”状态,周围细血管神经束的“卡压”也得到解除,且针刀分离瘢痕组织或在损伤的韧带上刺孔后,形成出血灶,出血可形成胶原物质修补损坏的组织,故在临床上多能消除症状。网球肘的发病常与不正当的腕肘频繁用力有关,故即使一次性的治愈也很难避免在相同诱因下的再发。腕及肘关节的康复训练主要为桡侧腕短伸肌的静力牵拉练习,通过延长短缩、紧张的肌群,强化伸长、松弛的肌群,重新调整关节周围各组相关肌肉的长度和肌张力,以恢复肘关节正常的生物力学平衡^[9],因此,能很好地弥补这个缺陷,通过对前臂伸肌和屈肌的训练以纠正工作生活中不正确活动对肱骨外上髁的不良影响,达到消除诱因防止复发的作用。需要特别指出,临床上还有一种顽固性网球肘是颈源性的,为颈椎4~7阶段病变所致,称为颈源性网球肘。有研究发现,根源在颈椎的肱骨外上髁炎从解剖角度分析,由于颈神经根5、6向三角肌部、前臂桡侧走向,而肘外侧及前臂伸肌受臂丛颈5、6神经支配,当颈5、6椎体移位或小关节骨质增生时,椎间孔变窄,影响颈5、6神经根,因受压产生炎症变,引起前臂伸肌的痉挛,牵拉肱骨外上髁附着处的肌腱附着处,即出现肘外侧疼痛,手部握力下降,持物易脱落等现象^[10-11]。对此类网球肘的治疗一般要配合颈椎的推拿整复,There-Band弹性阻力带的训练才能取得较满意的疗效^[12]。

总之,小针刀松解配合肢体功能训练治疗顽固性网球肘具有操作简单、创伤小、费用少、恢复快、疗效可靠等特点,值得临床推广应用。

参考文献

[1] Verhaar J, Walenkamp G, Kester A, et al. Lateral extensor release for tennis

- elbow-A prospective long term follow up study[J]. J Bone Joint Surg Am, 1993, 75(7):1034-1043.
- [2] 刘胜淳, 陈志强, 郝永强. 网球肘的治疗[J]. 中国矫形外科杂志, 2000, 7(7):661.
- [3] Nirsch IRP, Pettrone FA. Medical tennis elbow[J]. Ortho Trans, 1980(3):298.
- [4] 朱盛修. 现代骨科手术学[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 1997:1493-1495.
- [5] 李良华, 李廷泰, 卢心宇, 等. 神经血管束切除治疗顽固性网球肘[J]. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11(6):373.
- [6] 朱盛修. 周围神经显微修复学[M]. 北京: 科学出版社, 1991:245-254.
- [7] 范炳华, 谢远军, 叶金波. 桡尺近侧关节损伤与网球肘的鉴别及手法治疗[J]. 中国骨伤, 2007(6):21-22.
- [8] 李富林, 黄宇, 尹东, 等. 网球肘的临床研究概况[J]. 中国临床新医学, 2017, 2(10):186-189.
- [9] 曹文吉, 杨新国. 针刀松解术配合康复训练治疗肱骨外上髁炎的临床观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2016, 4(18):88-90.
- [10] 梁建新, 赵尔弘. 顽固性网球肘从颈论治及临床分析[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2004(2):24-26.
- [11] 贾松. 肱骨外上髁炎合并 C5、6 神经根卡压综合征的治疗[J]. 中国骨伤, 2004, 17(12):758-759.
- [12] 陈香山, 何章明. 颈源性网球肘推拿与康复治疗[J]. 安徽师范大学学报, 2010, 33(4):393.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孙丽琴 收稿日期:2018-03-09)

茺蔚子的药物解读

《中华人民共和国药典》2015年版一部收载:茺蔚子,为唇形科益母草 *Leonurus japonicus* Houtt. 的干燥成熟果实。

【性味归经】性微寒,味辛、苦。归心包、肝经。

【功能主治】活血调经,清肝明目。用于月经不调,经闭痛经,目赤翳障,头晕胀痛。

【鉴别要点】本品呈三棱形,长2~3mm,宽约1.5mm。表面灰棕色至灰褐色,表面有深色斑点。一端稍宽,平截状,另一端渐窄而钝尖。果皮薄,子叶类白色,富油性。气微,味苦。

益母草,为唇形科植物益母草 *Leonurus japonicus* Houtt. 的地上部分。

【性味归经】性微寒,味苦、辛。归肝、心包、膀胱经。

【功能主治】活血调经,利尿消肿,清热解毒。用于月经不调,痛经经闭,恶露不尽,水肿尿少,疮痈肿毒等。

茺蔚子的鉴别要点

药材鉴别 茎呈方柱形,表面灰绿色至黄绿色;体轻,质韧,断面中部有髓。叶片灰绿色,多已皱缩,易脱落。叶相互对生,下部叶掌状3裂,上部叶羽状深裂,轮伞花序腋生,小花淡紫色,花萼筒状,苞片刺状,花冠唇形。气微,味微苦。

饮片鉴别 饮片呈不规则段。茎方柱形,四面凹下成纵沟状,灰绿色至黄绿色。饮片横切面中部有白色髓明显。叶片灰绿色,多皱缩,破碎。可见轮伞花序腋生,花黄棕色,花萼筒状,苞片刺状,花冠唇形,花与叶饮片均为破碎,气微,味微苦。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(2)》,人民卫生出版社,2017。

小儿泌尿外科 FTS 护理联合情志护理的应用※

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 探讨加速康复外科(Fast Frack Surgery, FTS)护理联合中医情志护理在小儿泌尿外科围手术期中的应用效果。方法 选取收治的泌尿系统具有手术指征的小儿患者146例,依据随机数字表法随机分为对照组和治疗组,各73例。对照组予以常规护理措施;治疗组在对照组的基础上采用FTS护理联合中医情志护理措施。结果 治疗后,治疗组术后清醒时间、住院时间及平均拔管时间显著快于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);经治疗,治疗组患者入院前、术前1天及术后1天焦虑评分显著低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);治疗组患者护理干预措施满意度为97.26%,对照组患者护理干预措施满意度为86.30%,说明治疗组护理方式显著优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 FTS护理联合中医情志护理在小儿泌尿外科围手术期中疗效确切,其护理方式贯穿整个治疗过程,针对术前疑虑、术中畏惧及术后烦躁等不良身心问题均具有良好的调节作用,故而值得临床推广应用。

关键词: FTS护理;情志护理;泌尿外科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.058

文章编号:1672-2779(2018)-10-0133-03

The Application of FTS Nursing Combined with Emotion Nursing in the Perioperative Period of Pediatric Urology

LUO Li

(Department of Pediatric Urology, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

Abstract: **Objective** To explore the application effect of FTS nursing combined with emotion nursing in the perioperative period of pediatric urology. **Methods** 146 cases of pediatric patients with surgical indication of urinary system in our hospital were collected. According to random number table method, they were randomly divided into control group and treatment group, with 73 cases in each group. The control group was treated by conventional nursing measures. The treatment group was treated with the FTS nursing combined with TCM emotion nursing measures based on the control group. The two groups were treated for 4 weeks. **Results** After treatment, average awake time, length of hospital stay and postoperative extubation time of patients in the treatment group were significantly faster than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the anxiety scores in the treatment group were significantly lower than those in the control group, and the results were statistically significant ($P<0.05$). The satisfaction with nursing intervention measures of the treatment group patients was 97.26%, the satisfaction with nursing intervention measures of the treatment group patients of the control group patients was 86.30%, it showed that the treatment group nursing was significantly better than the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** FTS nursing combined with TCM emotion nursing measures in pediatric urology perioperative has a curative effect, the nursing methods of throughout the whole treatment process, in view of the preoperative doubts and fear intraoperative and postoperative adverse mental and physical problems, such as anxiety had a good control effect, it is worthy of clinical application.

Keywords: fast track surgery; emotion nursing; urology surgery

小儿泌尿系统疾病在现代临床儿科疾病中较为常见,且具有较高的发病率及就诊率,主要涉及疾病有先天性输尿管异常、尿道瓣膜及尿道口狭窄、尿道畸形、尿道下裂、先天性包皮过长等疾病,该类病症临床以外科手术为主要治疗手段^[1]。因小儿作为一类特殊患病人群,其年龄尚小、主观意识差等因素,因此其围术期的护理干预具有重要的指导意义^[2]。近年来,为谋求减少手术应激反应及并发症发生率,加速患者术后身心康复训练效果,相继出现较多更具突出临床疗效的护理方式,其中以现代医学

FTS(Fast Frack Surgery)护理方式与中医情志护理方式作用较为显著^[3]。我院采取FTS护理联合中医情志护理应用于小儿泌尿外科围手术期,取得较好的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院2016年8月—2017年12月收治的具有泌尿外科手术指征的小儿患者146例,其中男性58例,女性88例;根据随机数字表随机分为对照组和治疗组,各73例。对照组男性28例,女性45例,年龄(6.27 ± 2.38)岁。治疗组男性30例,女性43例,年龄(6.31 ± 2.35)岁,2组患者各项基本临床资料相比无差异($P>0.05$)。

※ 基金项目:国家自然科学基金[No.81701531]

1.2 纳入标准 (1) 患者经临床检测及检查均确诊为泌尿系统疾病,且经过专家组确认具备外科手术指征者;(2) 年龄6~10岁,民族及性别不限;(3) 患者依从性较好,且具备理解并同意试验方案内容的能力者;(4) 各项基础指标检测正常,如血压、血糖等;(5) 自愿参与试验研究并签署知情同意书者。

1.3 排除标准 (1) 伴有其他脏器重大病变者;(2) 患有免疫性疾病者;(3) 病发前罹患精神类疾病者,如抑郁、焦虑、自闭症等;(4) 依从性差,试验期间未严格遵循试验要求者;(5) 不愿参与或不能参与研究者,如精神疾病者;(6) 临床资料收集不全或不完善者。

1.4 治疗方法 对照组给予我院常规围手术期护理措施,包括:指导患者术前与术后的饮食调节,解答其手术疑问,消除患者内心的恐惧与疑惑,对患者进行常规术后病情监测与镇痛治疗;治疗组在其基础上给予FTS护理联合中医情志护理措施,FTS护理包括:(1) 术前护理:培训护理人员强化护理理论知识及实践技能,护理人员应及时探视患者,掌握患者的临床基本资料,对年龄较大的患儿及其家属进行围术期手术相关事宜的讲解与说明;(2) 术中护理:护理人员在患者手术操作过程中予以及时有效的护理措施,并为操作医生迅速的做好仪器交接、传递工作,密切观测患儿生命体征动态变化及面部表情改变等,如若发生异常,应第一时间汇报给操作医师,以确保手术效果达到最佳;(3) 术后护理:手术完成后将患儿送至病房,责任护士应与巡回护士做好交接工作,以确保患儿导尿管、引流管、输液管等无任何异常。针对疼痛严重或情绪失控无法配合者可适当予以镇静止痛剂,确保患儿维持身心平衡、情绪安宁。

中医情志护理方法为疏通抚慰法,移情法,情绪宣泄,正确看待躯体正常改变四方面。其中移情法是指转移患者过多注意力,督促其康复后适当参加社会活动、户外运动等,以消除其对疾病的恐惧心理;疏通抚慰法是指对患者针对疾病及手术操作进行讲解与告知,突出情志因素与疾病治疗之间的联系,通过心理层面上的递进,树立其治疗信心;情绪宣泄是指通过一定的方式积极支持患者、鼓励患者发泄不良情绪,以调畅其消极负面情绪;正确看待躯体正常变化,因疾病造成形体上的损害对于患儿自卑、抑郁等不良情感是较为常见,因此医护人员应对其不良情绪进行疏

导,使其正确认识该变化及手术的必要性。依照患者入院时病史采集,对患者进行情志偏颇测评与统计,针对个体制定护理方案,以达到疏肝解郁,调畅情志的作用。

1.5 观察指标 (1) 记录并比较2组患者术后清醒时间、住院时间、平均拔管时间。(2) 记录并比较2组患者入院前、术前1天及术后1天焦虑评分情况。(3) 比较2组患者护理干预措施满意度。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计进行统计学分析,术后清醒时间、住院时间、平均拔管时间等计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,临床有效率等计数资料采用率(%)表示,采用卡方检验,统计值 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者术后清醒时间、住院时间、平均拔管时间比较 经治疗,治疗组患者清醒时间、住院时间、平均拔管时间均较对照组患者短,说明治疗组FTS护理联合中医情志护理方式显著优于对照组常规护理方式。见表1。

表1 2组患者术后清醒时间、住院时间、平均拔管时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术后清醒时间(min)	住院时间(d)	平均拔管时间(h)
治疗组	73	30.55 $\pm$ 4.61*	4.12 $\pm$ 1.23*	18.94 $\pm$ 3.54*
对照组	73	45.33 $\pm$ 4.35	7.12 $\pm$ 1.26	25.91 $\pm$ 4.02

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 2组患者入院前、术前1天及术后1天焦虑评分比较 经护理干预后,治疗组患者入院前、术前1天及术后1天焦虑评分均显著低于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 2组患者入院前、术前1天及术后1天焦虑评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	入院前	术前1天	术后1天
治疗组	73	53.23 $\pm$ 3.46	54.28 $\pm$ 4.23*	45.21 $\pm$ 3.24*
对照组	73	52.38 $\pm$ 6.71	66.28 $\pm$ 3.71	54.64 $\pm$ 3.19

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.3 2组患者护理干预措施满意度比较 治疗组患者经FTS护理联合中医情志护理干预后,术后护理满意度显著优于对照组常规护理,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 2组患者护理干预措施满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	护理满意度
治疗组	73	45	26	2	71(97.26)*
对照组	73	35	28	10	63(86.30)

注:与对照组比较,* $P<0.05$;护理满意度=(非常满意例数+一般满意例数)/总例数 $\times 100\%$

3 讨论

小儿泌尿系统疾病中多以先天性疾患最为多见,如外生殖器官畸形,先天性包皮过长等,致使患儿与家属产生较大的心理负担及消极情绪,患儿往往表现为羞怯、自卑、沉默寡言、恐惧等负性情绪^[6-8]。常规的护理措施主要包括向患者及其家属讲解手术注意事项、手术意义、饮食指导、疼痛缓解方式等相关事宜,但其临床效果仍不尽人意,存在一定程度的缺点^[9-12]。近年来FTS护理与中医情志护理深受广大患者认同及赞许。FTS护理的核心理念术前注重心理护理及健康教育,术中严密观测患者面部表情及生命体征变化、术后着重抚慰患者情绪及有效止痛,同时减少术后并发症的发生,缩短导尿管留置时间及住院时间,降低患者医疗消费,加速患者身心健康的恢复。情志护理来源于中医基础理论中“整体观念”及“辨证论治”的诊疗理念。正常的情志活动七情包括喜、怒、忧、思、悲、恐、惊,正如《素问·阴阳应象大论》中所云:“怒伤肝,悲胜怒,喜伤心,恐胜喜,思伤脾,怒胜思,忧伤肺,喜胜忧,恐伤肾,思胜恐”,围手术期患儿易产生紧张焦虑情绪,出现情志问题^[12]。故针对本病的护理还应注意调节患者情志的条达与舒畅,保持患儿心情愉悦,消除焦虑疑惑心绪,提高整体护理质量,达到最佳手术的满意效果^[13]。其中移情法是指转移患者过多注意力,督促其适当参加社会活动、户外运动等,以消除其对疾病的恐惧心理;疏通抚慰法是指对患者针对疾病及手术操作进行讲解与告知,突出情志因素与疾病治疗之间的联系,通过心理层面上的递进,树立其治疗信心^[14];正确看待躯体正常变化,因疾病造成形体上的损害对于患儿自卑、抑郁等不良情感是较为常见,因此医护人员应对其不良情绪进行疏导,使其正确认识该变化及手术的必要性^[15];情绪宣泄是指通过一定的方式积极支持患者、鼓励患者发泄不良情绪,以调畅其消极负面情绪。本护理方法的应用可减少患者身心创伤及应激性损害,充分彰显医学以“患者至上”的医护宗旨,亦能够更安全、更迅速地保证患者术后康复训练效果。

综上所述,FTS护理联合中医情志护理针对小儿泌尿外科围手术期出现的躯体痛苦及心理焦虑等问题起到颇为满意的治疗作用,可缓解或消除术前紧张疑惑、术中恐惧焦躁、术后疼痛烦闷等现象,在一定程度上缩短住院时间,降低患者医疗费用,且

亦能够获得更完善、更有效的高品质、高效率护理干预治疗。

参考文献

- [1]孔祥红,邱武英.泌尿外科小儿尿道下裂围手术期护理分析[J].河南医学研究,2017(21):4000-4001.
- [2]陈方.上海小儿泌尿外科的发展[J].上海医学,2017,40(7):419-422.
- [3]张燕.小儿泌尿系疾病 348 例临床分析[J].临床合理用药杂志,2014,7(2):97.
- [4]刘瑞清,田薇,苏德春.泌尿外科小儿手术围术期护理[J].中国药物经济学,2014,9(4):276-277.
- [5]邵晓莉.综合护理措施对小儿泌尿系统感染治疗依从性的影响[J].临床合理用药杂志,2014,7(7C):135-136.
- [6]李秀兰.小儿泌尿系统感染的临床诊断及治疗方法研究[J].临床医药文献电子杂志,2015,2(28):5815-5816.
- [7]陆鹏,何大维,林涛,等.单中心小儿泌尿系腹腔镜手术的并发症分析及防治[J].临床泌尿外科杂志,2017,32(2):88-91,96.
- [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]罗添华,白继庚.小儿泌尿外科的整体发展战略探讨[J].医学与哲学(B),2016,37(4):81-84.
- [10]孙洪旭,任尔飞.小儿泌尿外科疾病采用后腹腔镜手术治疗的效果观察[J].中国医药指南,2015,13(26):85-86.
- [11]李冰,罗丽,李雪,等.不同护理方式对小儿泌尿系统结石微创手术的影响研究[J].山西医药杂志,2016,45(14):1707-1709.
- [12]郑芳芳,刘晓红,莫樱,等.小儿泌尿系统感染与先天性泌尿系统畸形关系的临床分析[J].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2016,12(1):67-70.
- [13]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,2014,12(14):1293-1294.
- [14]张辉,张先庚,梁小利,等.中医情志护理研究进展[J].中国疗养医学,2014,23(3):208-209.
- [15]陈永玲.FTS 护理联合中医特色护理干预泌尿外科围手术期效果观察[J].湖南中医杂志,2016,32(5):153-155.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李京 收稿日期:2018-02-27)

温馨提示

最近有部分作者反映,有人冒充本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。本刊调查了解得知,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,以本刊工作人员的名义与作者联系的。

近来电信诈骗猖獗,诈骗手段翻新。敬请本刊广大作者、读者提高警惕,注意防范,谨防上当受骗。本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

康复护理干预对电针治疗周围性面瘫的影响观察※

史伟娜¹ 赵梅君¹ 朱 莉¹ 卜京丽¹ 徐 磊^{2*}

(1 蚌埠医学院第一附属医院耳鼻喉科, 安徽 蚌埠 233004;

2 蚌埠医学院第一附属医院康复医学科, 安徽 蚌埠 233004)

摘要:目的 观察康复护理干预对电针治疗周围性面瘫的影响。方法 选择2013年6月—2016年6月于蚌埠医学院第一附属医院就诊的周围性面瘫患者60例, 随机分为康复护理组($n=30$)和对照组($n=30$), 2组患者均采用电针治疗。对照组给予以常规护理, 康复护理组在此基础上给予康复护理。比较2组患者治疗前及干预1个月后Portmann 简易评分, 同时比较2组患者护理满意度和临床疗效。结果 干预后, 2组Portmann 简易评分较治疗前显著增加($P<0.01$), 康复护理组显著高于对照组($P<0.01$); 康复护理组患者护理质量满意度显著高于对照组($P<0.01$); 康复护理组患者临床疗效显著高于对照组($P<0.01$)。结论 康复护理干预可以显著提高电针治疗周围性面瘫的效果。

关键词: 康复护理; 电针; 周围性面瘫; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.059

文章编号:1672-2779(2018)-10-0136-04

The Observation on the Influence of Rehabilitation Nursing Intervention for Electroacupuncture in the Treatment of Peripheral Facial Paralysis

SHI Weina¹, ZHAO Meijun¹, ZHU Li¹, BU Jingli¹, XU Lei²

(1. Otorhinolaryngology Department, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Anhui Province, Bengbu 233004, China;

2. Department of Rehabilitation Medicine, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Anhui Province, Bengbu 233004, China)

Abstract: **Objective** To observe the influence of rehabilitation nursing intervention for the peripheral facial paralysis treated with electroacupuncture. **Methods** 60 patients with peripheral facial paralysis discharging from our hospital during June 2013 to June 2016 were randomly assigned to rehabilitation nursing group ($n=30$) and control group ($n=30$). Two groups were treated with electroacupuncture. The control groups were treated with normal nursing. The rehabilitation nursing group was treated with rehabilitation nursing on the base of normal nursing. Before and after the treatment, Portmann score were used to observe the effect. Patients' satisfaction rate and clinical effect were used to observe the effect. **Results** After treatment, the Portmann score was compared with before treatment, and the difference was statistically significant ($P<0.01$). Rehabilitation nursing group improved more significantly than control group after treatment ($P<0.01$). Patients' satisfaction rate and clinical effect of rehabilitation nursing group improved more significantly than control group ($P<0.01$). **Conclusion** Rehabilitation nursing could improve clinical effect of the peripheral facial paralysis treated with electroacupuncture significantly.

Keywords: rehabilitation nursing; electroacupuncture; peripheral facial paralysis; stroke

周围性面瘫, 属中医学“面瘫”“口僻”范畴, 是以口眼向一侧歪斜为主症的病证, 又称口眼喎斜^[1]。西医又称之面神经炎, 为面神经非化脓性炎症致周围性面神经麻痹, 表现为患侧表情肌瘫痪, 额纹变浅或消失, 眼裂扩大、不能皱额蹙眉, 眼睑闭合不全, 鼻唇沟变浅, 口角下垂, 鼓颊、吹哨漏气等^[2]。电针治疗周围性面瘫疗效确切、操作简便, 临床应用广泛, 且针灸在面瘫治疗中的应用已经引起世界范围内的关注^[3]。而电针后的康复护理干预对患者恢复有显著效果。本研究就康复护理干预对电针治疗周围性面瘫的影响进行临床观察。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择60例2013年6月—2016年6月于蚌埠医学院第一附属医院耳鼻喉头颈外科、康复医学科就诊的周围性面瘫患者。所有病例均符合有关文献诊断

标准^[4]。按电脑软件SPSS 21.0生成随机数字序号和分组将入选患者随机分为康复护理组和对照组, 每组30例。2组患者性别、年龄、病程、患病部位比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性, 见表1。

表1 2组患者一般资料比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)			病程(d)			左侧 (例)	右侧 (例)
				最小	最大	均数	最短	最长	均数		
康复护理组	30	15	15	21	55	40.93±10.19	7	25	12.77±5.24	15	15
对照组	30	18	12	20	59	43.83±9.14	7	22	14.13±4.59	17	13

1.2 纳入标准 (1) 符合上述诊断标准, 病程在7 d至1个月的周围性面瘫患者; (2) 否认过敏体质及无药物过敏史; (3) 自愿加入本试验并签署知情同意书者。

1.3 排除标准 (1) 排除肿瘤、手术、外伤等原因造成的周围性面瘫; (2) 继发于其他疾病者, 如腮腺炎、脑血管意外等; (3) 病程超过1个月的患者; (4) 不同意该试验的治疗方法。

1.4 方法 2组患者均采用电针治疗。针刺主穴: 阳白、太阳、攒竹、四白、地仓、颊车、下关、水沟、迎香、承浆、合谷、翳风。配穴加减: 风寒加双侧风池; 风

※ 基金项目: 安徽省名老中医工作室建设项目【No.卫中医药秘[2014]342号】

* 通讯作者: xuleibfy@163.com



热加双侧曲池。操作方法：使用 $\phi 0.30 \times (40 \sim 50)$ mm规格的无锡佳健牌不锈钢一次性针灸针，用75%酒精进行皮肤常规消毒后进针。快速刺入0.5~1寸，并加用电针治疗，采用苏州医疗用品厂有限公司生产的G-6805电针仪，波形选择疏密波，电流强度以患者耐受为度。选取攒竹和阳白、地仓和下关两组穴位连接电针。每日1次，每次30 min，10 d为1个疗程，共计3个疗程。

1.4.1 对照组 采用常规护理方案进行护理，根据患者病情采用眼部、口腔、饮食、局部保暖、健康宣教等多方面的护理，即根据患者面瘫的发病情况进行常规的配合性护理。

1.4.2 康复护理组 在常规护理的基础上给予康复护理，具体方法如下。

1.4.2.1 电针护理 帮助患者采取舒适体位，嘱患者针刺后要留针30 min，尽量避免变化体位，防止滞针、断针等情况的发生。对饥饿、劳累、大汗、口渴的患者应嘱其休息、进食、饮水后再予针刺。并注意针刺后的针眼清洁、严格消毒，避免感染。协助电针仪的使用，针刺以后在固定的穴位上加用电针导线，选择波形后询问患者的感觉以调整电针仪的强度，并以患者耐受为度。针刺过程中，应协助观察患者的反应，若患者有头痛、头晕、胸闷、恶心、呕吐等不适，应立即停止针刺，将针迅速拔出，让病人平卧，放低头部，注意保暖。让患者静卧片刻，给温水饮之，即可慢慢恢复。

1.4.2.2 心理康复护理 详细给患者介绍治疗程序方法，以减少患者对于针灸治疗的恐惧情绪，尤其对于初次接受针灸治疗的患者，讲述针灸治疗的优势和特点，消除其心理恐惧。面瘫后影响容貌，部分面瘫患者精神压力较大，情绪易急躁，应向患者说明病情，启发患者接受现实，告诉患者大部分患者在治疗后可以恢复。鼓励患者谈自身感受和想法，并给予心理疏导，使患者正确对待疾病，积极与医护配合，增强战胜疾病的信心^[9]。定期组织患者参加科内面瘫讲座，同时用科学知识和成功典型病例进行宣教，加强患者相互之间的交流，激励患者战胜疾病的信心，以达到最佳治疗效果。

1.4.2.3 康复训练 通过早期对面部表情肌进行运动训练，使受损的神经肌肉能逐步建立正确的运动模式，能改善面部血液循环，促进神经再生，使神经兴奋，改善血液循环，使瘫痪面肌的不协调运动得以矫正，从而防止麻痹肌肉的萎缩。指导患者进行面肌功能训练：鼓励患者对着镜子做抬眉运动：有节律地、用力将双眉抬起。闭眼运动：有节律地用力挤眼，使上下

眼睑闭合。鼓腮运动：闭住双唇，有节律地鼓起双腮，使之不漏气。吮嘴运动：用力吸吮双颊，使嘴撅起呈“O”形，两颊内陷。以及耸鼻、示齿、努嘴、等表情肌的训练，并嘱患者嚼口香糖、吹蜡烛、吹口哨等，以增强面部肌肉康复。轮刮眼睑：以两手食指及中指的螺纹面为术端，分别从眼内眦向外均衡刮上下眼睑。面部环形按摩：双手掌面贴近两侧面部，由下向上用力轻揉至额部，双手从额部由面部两侧下滑。每个动作练习10~20次，每天2~3次。

1.4.2.4 手法康复护理 通过手法按摩调整气血，疏通经络，使经络通而瘫痪的面部肌肉功能恢复正常。急性期指导患者进行自我按摩，在颊车、地仓、颧髎、阳白、太阳、翳风、瞳子髎、承浆、完骨处揉按。恢复期指导患者进行手法治疗一般以患侧为主，健侧为辅，先患侧，后健侧。四指合拢，用指腹从人中、承浆分别推向患侧颧髎，由头维推向鱼腰。用一指禅法顺着肌肉走向由鼻翼向耳后侧、由人中向颧髎、由承浆向颧髎、由上至下、从中间到两边各揉推。用拇指或食指指腹按摩翳风、风池、颊车、下关、迎香、四白、太阳、阳白、攒竹等穴位。掌揉颊车、地仓穴，以手之大鱼肌紧贴病侧颊车穴，边揉边移至地仓穴。每个手法操作5 min，每天2~3次。

1.4.2.5 内耳前庭功能训练 对于部分伴有带状疱疹、头晕的患者加强前庭平衡锻炼是改善症状、巩固疗效、减少复发的有效措施。向患者及家属解释功能锻炼的重要性和必要性，指导正确的锻炼方法，坚持内耳前庭功能锻炼。伴有眩晕患者进行前庭功能锻炼是极有益处的，特别是自主神经功能紊乱。眩晕较严重者可逐步由短距离的乘车、慢速转椅、原地踏步转动等开始，反复多次乘坐该交通工具，逐步加大活动量并持之以恒，症状可明显减轻^[6]。

1.5 评定指标 2组分别于治疗前和治疗1月后进行评定。评定者评定前接受相关评定知识的专业培训，且评定者非参与临床治疗者，并固定一个人。

1.5.1 Portmann 简易评分法 选用6个项目（皱眉、闭眼、动鼻翼、微笑、吹口哨、鼓腮）制定评分标准，每项3分，共18分，加上安静时印象分2分，最高分为20分。分值越高表明这个项目的状态越好^[7]。

1.5.2 护理满意度调查 在护理后进行调查，使用本院“病员满意度调查表”，共12项护理相关内容。患者满意度 $\geq 90\%$ 为非常满意；患者满意度71%~89%为基本满意；患者满意度 $\leq 70\%$ 为一般。

1.5.3 临床疗效 参照《周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准（草案）》^[8]。痊愈：达Ⅰ级（Ⅰ级正常）；双侧额纹、鼻唇沟恢复对称，皱眉与闭眼正常，

鼓腮时口角不漏气,进食时齿颊间不滞留食物残渣,谈笑时无口角歪斜,面部表情正常;评分满分。显效:达Ⅱ级(轻度麻痹);双侧额纹与鼻唇沟基本对称,眼闭合欠实,皱眉略显无力,颧肌肌力约为徒手肌力Ⅳ级,鼓腮时口角不漏气,进食时齿颊间不滞留食物残渣,笑时可见口角略不对称;评分在75分以上。有效:由Ⅳ级~Ⅵ级经治疗后改善为Ⅲ级(轻度麻痹),评分50~75分。无效:经治疗后仍停留在Ⅳ级以上,评分在50分以下。

1.6 统计学方法 采用SPSS 21.0对数据进行统计学处理,所有数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,各组数据在进行比较之前先进行正态性分布及配对设计是否成功,若满足正态性分布及配对设计成功,组间比较采用两独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验,否则采用秩和检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 Portmann简易评分比较 见表2。2组患者干预前Portmann简易评分无显著性差异($P > 0.05$)。干预后,2组Portmann简易评分较治疗前显著增加($P < 0.01$),康复护理组显著高于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组患者干预治疗前后Portmann 简易评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后
康复护理组	30	2.00±0.74	16.00±2.32 ^{*△}
对照组	30	1.97±0.81	10.07±1.31 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.01$

2.2 护理满意度比较 见表3。康复护理组患者护理质量满意度高于对照组($P < 0.01$)。

表3 2组患者护理质量满意度的比较 [例(%)]

组别	例数	满意	基本满意	一般	总满意度
康复护理组	30	14	13	3	27(90.00) [△]
对照组	30	7	10	13	17(56.70)

注:与对照组比较,[△] $P < 0.01$

2.3 临床疗效比较 见表4。康复护理组患者临床疗效高于对照组($P < 0.01$)。

表4 2组患者临床疗效的比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率
康复护理组	30	10	16	3	1	29(96.70) [△]
对照组	30	0	4	15	11	19(63.30)

注:与对照组比较,[△] $P < 0.01$

3 讨论

面瘫最早可见于《内经》,《灵枢·经筋》篇简要地叙述了本病的特征:“卒口僻,急者目不合”。因其发病急骤给患者带来生理上的痛苦,而面容的变化对患者的心理也造成巨大的压力。本病多由于外受风热或风寒之

邪气,内存阳明、少阳经络空虚或热盛致面部经络阻滞、气血不和、经脉失养,导致面肌弛纵。且电针在面瘫治疗上已经占有不可或缺的地位,有着简、便、廉、验的效果^[9]。此类患者面容的改变导致与其他疾病治疗上不一样的特殊性,除常规治疗护理外,更需要康复护理的干预。在进行针灸治疗后,面部穴位按压可能起到一定的巩固疗效作用;而穴位按压,可以使面部筋脉失养的情况缓解^[10]。面部的按摩和训练是有效的护理介入治疗面瘫的方法,可以提高面瘫患者面部功能,有助于面瘫患者的恢复^[11-12]。在药物、理疗、针刺及心理支持综合治疗的基础上,进行表情肌强化训练能提高患者的康复效果^[13]。护士可以面对面教会患者做局部肌肉功能训练的方法和局部穴位按摩的方法,帮助他们早日恢复,重返工作岗位。因面瘫后影响容貌,给日常工作生活带来诸多不便,许多患者担心出现后遗症而产生情绪低落、甚至抑郁、恐惧,过度的焦虑等心理障碍。康复护理干预能改善患者的心理障碍,使患者心理恢复平衡。在常规面部护理及饮食起居护理基础上同时加强情志护理,使患者正确认识疾病,保持放松心态,积极配合治疗,得到更好的疗效^[14]。康复护理干预在康复护理组患者的治疗过程中起到了重要作用。

本研究对康复护理组的周围性面瘫患者在电针治疗的基础上实施了康复护理,经对比分析研究可知,干预后,2组Portmann简易评分较治疗前显著增加,且康复护理组显著高于对照组。康复护理组患者护理质量满意度高于对照组。康复护理组患者临床疗效高于对照组。以上结果体现了康复护理在周围性面瘫治疗过程中的重要性,患者满意率也得到了大幅提升,肯定了康复护理在周围性面瘫治疗过程中的推广效果。综上所述,康复护理干预可以显著改善电针治疗周围性面瘫的效果,可在此类患者中推广应用。面瘫一旦发生及及时进行中西医治疗的同时应加强康复护理措施,可明显提高疗效,提高患者满意度,应进一步在临床中广泛运用。

参考文献

- [1]鞠晓晶,李清华,刘立安.电针不同波形治疗周围性面瘫的临床研究概况[J].针灸临床杂志,2012,28(10):71-73.
- [2]王俊英,詹光平.周围性面瘫的综合治疗与康复护理[J].中国中医急症,2010,19(10):1821-1822.
- [3]Sha-bei Xu, Bo Huang, Chen-yan Zhang, et al. Effectiveness of strengthened stimulation during acupuncture for the treatment of Bell palsy: a randomized controlled trial[J]. CMAJ, 2013, 185(6):473-478.
- [4]贝政平,蔡映云.内科疾病诊断标准[M].2版.北京:科学出版社,2007:71.
- [5]林艳,王静.护理干预对三联针法治疗周围性面瘫的影响研究[J].时珍国医国药,2013,24(4):959-960.
- [6]孙丽,任秀平,林乃芬,等.Ramsay Hunt 综合征 31 例临床护理[J].齐鲁护理杂志,2012,29(18):37-38.
- [7]谢财忠,唐军凯.药物结合物理疗法治疗周围性面瘫的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2008,30(6):428.
- [8]杨万章,吴芳,张敏.周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准

- (草案)[J].中西医结合心脑血管病杂志,2005,3(9):786-787.
- [9]马红涛,王伟,王卓文.电针及穴位贴片治疗周围性面瘫临床观察[J].针灸临床杂志,2012,28(11):30-32.
- [10]朱俞岚,许军,张备,等.面部运动疗法结合穴位按压治疗贝尔面瘫的临床观察[J].中国康复理论与实践,2014,20(4):392-394.
- [11]LM Pereira, K Obara, JM Dias, et al. Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis[J].Clinical Rehabilitation,2011,25(7):649-658.

- [12]Choi HJ, Shin SH. Effects of a Facial Muscle Exercise Program including Facial Massage for Patients with Facial Palsy[J].J Korean Acad Nurs,2016,46(4):542-551.
- [13]徐文玉,刘新,李阔.表情肌强化训练对特发性面神经麻痹的疗效[J].中国康复理论与实践,2014,20(5):474-476.
- [14]蔡南峭,于海波,马晓明.针刺治疗配合中医护理干预对肝郁型面瘫患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2014,20(11):1-3.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:蒋成义 收稿日期:2018-03-13)

中医护理对咳嗽变异性哮喘患者生活质量的影响

赫妍

(中国医科大学附属第一医院重症医学科,辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 探讨中医护理对咳嗽变异性哮喘患者生活质量的影响。方法 将80例咳嗽变异性哮喘患者随机分为2组(各40例),对照组常规护理,观察组在对照组基础上给予中医护理,对比2组护理满意度及莱塞斯特咳嗽生活质量问卷(LCQ)评分。结果 观察组护理满意度显著高于对照组($P<0.05$)。干预后,观察组心理维度、生理维度、社会维度及总分均明显高于对照组($P<0.05$)。结论 中医护理应用在咳嗽变异性哮喘患者中,提高了生活质量,临床疗效显著。

关键词:咳嗽变异性哮喘;中医护理;生活质量

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.060

文章编号:1672-2779(2018)-10-0139-02

Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing on Quality of Life of Patients with Cough Variant Asthma

HE Yan

(Intensive Care Unit Department, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: Objective To explore effects of the traditional Chinese medicine nursing on quality of life of patients with cough variant asthma. **Methods** In our hospital, 80 cases of patients with cough variant asthma were randomly divided into two groups, with 40 cases in each group. The control group was given routine nursing care, and the observation group was given TCM nursing on the basis of control group. The nursing satisfaction and lai Seth coughing, quality of life questionnaire (LCQ) score was compared between the groups. **Results** The nursing satisfaction of the observation group was significantly higher than that in the control group ($P<0.05$). After intervention, the psychological dimension, physiological dimension, social dimension and total score of the observation group were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The application of traditional Chinese medicine in patients with cough-variant asthma improved the quality of life, and the clinical effect was remarkable.

Keywords: cough variant asthma; traditional Chinese medicine nursing; quality of life

咳嗽变异性哮喘也叫隐匿性哮喘,临床表现刺激性干咳、夜间咳嗽加剧^[1]。它是一种慢性炎症性疾病,气道高反应性,患者的胸部X线片检查结果多无异常。临床实践发现,西药治疗咳嗽变异性哮喘的疗效有限,且容易复发。中医治疗咳嗽变异性哮喘由来已久,本院对咳嗽变异性哮喘患者联合应用中药疏风止咳汤和中医护理干预,取得了较好的效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2016年6月—2017年6月收治的80例咳嗽变异性哮喘患者。随机分为2组,各40例:对照组男性28例,女性12例;年龄20~74岁,平均(54.20±10.84)岁;平均病程(6.05±2.21)个月。观察组男性27例,女性13例;年龄21~73岁,平均(55.08±9.28)岁;平均病程(5.95±2.28)个月。2组一般资料比较无明显差异($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 符合咳嗽变异性哮喘的中医及西医诊断标准^[2];双肺可闻及干湿啰音、哮鸣音;肺功能检查无

异常。

1.3 排除标准 伴严重肺部疾病者;合并严重心脏、肾脏疾病者;近期应用激素者。

1.4 治疗方法 2组均口服舒弗美(广州迈特兴华制药厂,批号H44023791),2 mg日2次,丙酸倍氯米松气雾剂(广州东康药业,批号H44024063),100 μg日2次。疏风止咳汤由款冬花、紫菀各16 g,杏仁、炙麻黄、苏子、苏叶、五味子、前胡、地龙、牛蒡子各12 g,蝉蜕8 g组成,水煎煮,早晚各服用300 mL。

1.5 护理方法 (1)对照组给予常规护理,加强保暖;注意休息;忌食油腻、辛辣刺激食物;远离刺激性因素,知识宣教等。(2)观察组在对照组基础上给予中医护理干预,包括:①日常护理。保持室内空气清新、干净,减少花粉、粉尘、皮毛、冷空气等诱发哮喘的因素,注意休息,保暖,避免感冒,适当加强锻炼,增强体质。雾化治疗时,密切观察患者状态,若出现恶心呕吐、头晕、心率过快等不良反应,暂停吸入。

雾化后,轻扣患者后背,协助患者排痰。②情志护理。中医认为,忧伤伤肺、恐惧伤肾、愤怒伤肝、悲伤伤脾。由于哮喘反复发作,患者常感到焦虑烦躁,护理人员应主动与患者沟通交流,掌握患者的情志变化,给予相应的情志护理,讲解发病诱因、治疗方法、预防措施等,并进行健康宣教,讲解日常的护理措施,给予患者鼓励,增强战胜疾病的信心。③饮食护理。多摄入润肺清肺的食物(如雪梨、百合、枇杷等)。寒性哮喘者禁食寒性食物(如螃蟹、豆腐、蘑菇等),以温热类食物为主(如南瓜、阿胶、白果等)。热性哮喘者,清热化痰的食物(如丝瓜),禁食上火生痰的食物(如带鱼、荔枝等);取肾俞穴、肺俞穴、脾俞穴,进行拔罐或针刺;练习气功内养功法,增加深呼吸运动,每天坐功30 min,增强体质。2周为1个疗程,治疗4周。

1.6 观察指标 (1) 自制护理满意度量表进行评分,满分100分,完全满意>90分,基本满意80~90分,不满意<80分,护理满意度=(完全满意+基本满意之和)/总人数×100%。(2) 莱赛斯特咳嗽生活质量问卷(LCQ)^[3]评估生活质量,包括生理维度、心理维度、社会维度3个方面,共19个项目,总分越高生活质量越好。

1.7 统计学方法 使用SPSS20.0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 护理满意度 观察组护理满意度显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组护理满意度比较 [例(%)]

组别	例数	完全满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组	40	26(65.0)	10(25.0)	4(10.0)	36(90.0)
对照组	40	13(32.5)	12(30.0)	15(37.5)	25(62.5)
χ^2 值					8.352
P 值					<0.05

2.2 生活质量 2组干预前生活质量各项评分比较,均无明显差异($P > 0.05$);2组干预后的生活质量各项评分均明显提高($P < 0.05$),观察组干预后的心理、生理、社会维度的评分及总评分均显著高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组患者干预前后生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间	心理维度	生理维度	社会维度	总评分
观察组	40	干预前	3.62±1.15	3.74±0.64	3.87±0.75	11.23±2.69
		干预后	5.55±1.52 ^{ab}	5.42±1.36 ^{ab}	5.71±1.42 ^{ab}	16.68±4.26 ^{ab}
对照组	40	干预前	3.59±1.20	3.81±0.87	3.85±1.20	11.25±3.15
		干预后	4.10±1.15 ^a	4.33±1.45 ^a	4.61±1.36 ^a	13.04±4.12 ^a

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$

3 讨论

咳嗽变异性哮喘在临床上发病率越来越高,近年来越来越被重视,西医的治疗及护理只能控制症状,不能降低复发率,有研究^[4]表明,中医通过望、闻、问、切确定证型,如冷空气、粉尘、右眼等刺激后出现剧咳、鼻塞、咽痒,表现为舌红苔薄、脉浮,则为风咳、寒咳范畴;如呛咳、呼吸不畅、鼻塞胸闷,则为暴气咳范畴;如咳伴干渴,出现舌苔黄,脉滑数,则为热咳范畴。不同分型,给予不同的辨证施护,更利于减少症状和病情复发。中医护理干预中,通过中医的望闻问切原则,给予日常护理、情志护理、饮食护理等护理措施,具体包括:减少哮喘发作、雾化吸入,减少焦虑烦躁情绪、增强配合治疗的信念,饮食的调整,针灸拔罐及增加呼吸运动,使护理与治疗相结合,相辅相成,到达疏散风邪、化痰止咳平喘的功效。中医治病理论认为“三分治七分养”,表明了治疗与护理对哮喘患者同样重要,规范化的高质量护理能够提高临床治疗效果。

本研究结果显示,咳嗽变异性哮喘患者应用中医护理干预,明显提高了护理满意度,说明中医护理明显提高了临床护理质量。本研究结果还显示,中医护理干预明显提高了患者的心理维度、生理维度、社会维度及生活质量总分,这一结果与刘越^[5]文献报道结果一致。说明中医护理通过中医的辨证施护、日常护理、情志护理、药食结合、针罐联合、中医健身等护理干预措施,提高了临床护理水平,提高了患者生活质量,促进患者康复。中医饮食护理包括膳食指导、穴位刺激等,根据药食同源理论,辨证指导患者膳食,能够起到辅助治疗的效果;穴位贴敷、针灸、拔罐等外治疗法,通过刺激肾俞、肺俞、脾俞诸穴,能够起到疏通经络,止咳平喘的效果。

总之,中医护理应用在咳嗽变异性哮喘患者中,提高了护理满意度,提高了患者生活质量,临床效果较好,值得应用。

参考文献

- [1]宋天云,惠萍,范发才,等.疏风止咳汤加减联合孟鲁司特钠治疗咳嗽变异性哮喘临床观察[J].中国中医急症,2015,24(8):1481-1482.
- [2]刁玉明.疏风宣肺止咳汤对CVA的疗效及对BHR的影响[J].西南国防医药,2016,26(7):776-779.
- [3]张焱,柳贵容,谢俊,等.自拟止咳汤治疗咳嗽变异性哮喘71例临床观察[J].中国实用医药,2015,13(15):183-184.
- [4]张欣,陈雅民,安丽萍,等.咳嗽变异性哮喘的护理及中医护理干预[J].河北医学,2012,18(10):1472-1474.
- [5]刘越.疏风止咳汤联合中医护理干预对咳嗽变异性哮喘患者疗效及生活质量的影响[J].长春中医药大学学报,2016,32(5):983-985.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘玉春 收稿日期:2017-12-21)

中医护理质量指标管理效果研究

张 芹

(枣庄市峄城区中医院护理部, 山东 枣庄 277300)

摘要:目的 观察和分析中医护理质量指标管理的效果,并给予评价。方法 从2016年8月—2017年8月收治的5000例患者中随机双盲抽取272例患者进行随机分组,分为治疗组和对照组。对照组:给予患者常规的中医护理质量管理;治疗组:在常规的护理质量基础上给予患者中医护理质量指标管理。对比2组患者在不同的护理质量管理模式下各项护理质量指标的比较。结果 2组患者经过不同护理质量管理,治疗组的各项护理质量指标显著优于对照组,差异显著。结论 采用中医护理质量指标管理模式可改善我院的各项护理指标,提高护理质量。

关键词: 中医护理质量指标管理;常规护理管理;满意度;依从率;知晓率

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.061

文章编号:1672-2779(2018)-10-0141-02

Study on the Management Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing Quality Indexes

ZHANG Qin

(Nursing Department, Yicheng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Zaozhuang 277300, China)

Abstract: **Objective** To observe and analyze the effect of TCM nursing quality index management. **Methods** 136 patients admitted to our hospital from August 2016 to August 2017 were randomly divided into two groups. The patients were divided into treatment group and control group. In the treatment group, on the basis of routine nursing quality, the patients were given traditional Chinese medicine nursing quality index management. The comparison between the two groups of patients in different nursing quality management model of various nursing quality indicators was made. **Results** Two groups of patients after different nursing quality management, the nursing quality indexes in the treatment group were significantly better than those in the treatment group. **Conclusion** The management model of TCM nursing quality index can significantly improve the nursing index and nursing quality of our hospital.

Keywords: TCM nursing quality index management; routine nursing management; nursing satisfaction; compliance rate; awareness rate

护理质量是评价医院的重要手段和关键指标^[1],而中医护理质量管理中的护理质量指标极为重要,因此组建一个具有规划性的、科学的、与时俱进的中医护理质量指标,不仅有利于改善我院的护理质量管理与监测,还可以提高我院的护理水平,为医院培养更多人才^[2]。目前我国中医护理质量管理监控模式一直延续的是西医院的管理制度^[3],尚未形成完备的中医特有护理质量管理体系。因此,对中医护理质量管理模式一直是研究的重点。为此,将我院从2016年8月—2017年8月收治的136例患者作为研究对象,研究中医护理质量指标管理的临床效果,详细情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我院2016年8月—2017年8月收治的272例患者作为研究对象,分为对照组和治疗组。2组各136例患者;其中男性120例;女性152例。对照组:男性60例,女性76例;患者年龄15~75岁,平均(56.7±8.9)岁。治疗组:男性60例,女性76例;患者年龄14~73岁,平均(52.9±10.2)岁。比较2组患者的年龄、性别等资料,差异较小, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 研究方法 管理方案^[4]:根据相关资料以及书籍指南制定中医护理质量指标:即护理操作过程的不良情况;患者对治疗的依从性;患者对中医相关知识的知晓率;护理人员书写护理文书的正确率;患者对护理的满意程度。

1.2.1 对照组 采用常规的中医护理质量管理进行护理。

(1) 观察病情:护理人员应定时巡视病房,按时进行记录,密切监测患者的生命体征。(2) 对患者进行健康教育:指导患者正确对待疾病,以及了解疾病的相关知识。促进康复的方法,告知患者需要注意的地方,定期给予患者知识讲座。(3) 对患者进行心理护理:患者因为对疾病认识不全以及身体不适而产生焦虑、暴躁情绪等,护理人员应及时进行沟通,疏导患者的不良心理,增强患者对治愈的信心。(4) 对患者的饮食护理:中医治疗的患者尤其要注意饮食,患者应食用含营养较高的食物,饮食要清淡,多食用粗纤维饮食,防止便秘,忌烟酒,忌辛辣刺激等。(5) 生活护理:给予患者常规的护理,定时进行清洁和整理,防止患者发生感染等并发症。

1.2.2 治疗组 在对照组的基础上给予中医护理质量指标管理^[5-8]。(1) 中医护理质量指标管理方法:对于中医护理质量的指标应由责任护士进行核对落实,护理部每月检查并进行一次护理质量改进分析讨论会议,针对这5个指标的发生率进行分析,找出原因,分析目前的状况;建立近期目标,探讨改进措施,进行改进,评价结果。(2) 改进措施:①在实施中医护理过程中的不良情况:中医护理操作的主要内容为给患者进行敷药,贴药,耳穴压豆、穴位贴敷,按摩以及中药熏洗等。其主要发生的不良情况为患者用药过敏;在

熏洗时出现烫伤以及穴位寻找不准确出现的一系列反应。中药护理操作过程中存在不同程度的危险,因此,在操作前护理人员应该与患者进行沟通指导,明确告知患者操作存在的风险以及禁忌证;并对存在的风险采取预防措施。②患者对治疗的依从性:患者因为对中医治疗相关知识不了解,使得患者的依从性较低,为提高患者对治疗的依从性,护理人员需要在治疗前向患者讲解中医治疗的方法,注意事项以及治疗效果;定期安排患者与病友进行交流。③改善患者对健康知识的知晓率:护理人员应该加强对患者的健康指导,通过各种方式,如健康教育;发放疾病宣传的手册;定期进行知识讲座;护理人员应及时与患者进行沟通交流,了解患者目前对自己的疾病掌握程度,从而给予针对性的知识指导。④改善目前护理人员书写护理文书的正确率:护理文书的书写应采取三级监控,即质控员;护士长;质控科。现在护理文书多为电子化,通过三级监控,层层检查,及时找出其存在的问题,将其反馈给书写的护士,进行修改,从而提高书写的正确率。护士长应定时组织进行培训,如何规范化地书写护理文书,找出常见的错误,进行讲解改进。⑤提高患者对护理的满意程度:我院应采取优质护理;医护一体化等管理模式,从而提高我院的中医护理质量,减少差错发生等,使得患者的恢复效果更佳,从而提升我院的护理满意度,通过调查问卷的方式评价患者对我院的护理满意度,根据提出的意见和建议进行整改。

1.3 统计学方法 数据用SPSS 20.0统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2组患者进行不同的中医护理质量指标管理情况见表1,治疗组的中医护理质量指标明显优于对照组。

表1 2组各项护理质量指标的比较 [例(%)]

组别	例数	不良反应	依从率	知晓率	合格率	满意度
治疗组	136	2(1.47)	126(92.65)	132(97.06)	128(94.12)	124(91.18)
对照组	136	34(25.00)	80(58.82)	78(57.35)	82(60.29)	76(55.88)

3 讨论

近年来,随着社会的发展与进步,人们对医院的质量要求越来越高,而对于中医护理质量的管理一直是医院管理中较为薄弱的一项,因此对于中医护理质量管理的研究一直是中医院的研究重点。本研究中,我院的主要研究方向为中医护理质量指标管理模式,我院根据《中医院中医护理工作指南》^[9]为研究基础,制定中医护理质量指标,即中医护理操作中的不良情况;患者对治疗的依从性;患者对中医相关的知识的

知晓率;护理人员书写护理文书的正确率;患者对护理的满意程度5个指标。其管理模式是根据目前中医护理管理的现状进行分析,建立科学的、系统的、实际的、有效的管理,针对中医护理给予相对应的管理模式。

中医护理质量指标管理模式的主要目的是给予患者更加安全的就医环境,给予患者更好的临床治愈效果,使得护理质量提升。针对中医护理质量指标管理模式的探讨,需要研究人员的创新以及观念的改变^[10],持续改进护理管理方案,根据反馈信息进行改进,从而减少中医护理操作的不良反应,使得患者的治疗效果更佳;根据不同的患者对中医治疗的了解程度再给予指导,使得患者的依从性提高;定期对健康教育结果进行反馈;改进,全面完善对知识的普及,使得患者的知晓率提高;护理文书书写一直是一个较难攻克环节,由于护理人员知识水平有限,使得护理文书书写的正确率一直较为起伏,对此,我院研究采用三级监控的管理方法联合教学模式进行改进,使得护理文书书写更加规范化,正确率也逐步提高;患者对我院的护理满意度也大幅度提升。

本研究表明,中医护理质量指标管理使得我院的护理质量显著提高,各项指标均有所提升,可以作为中医护理管理的首选被广泛使用。

综上所述,中医护理质量指标管理可以使得患者的治疗效果更佳,患者对疾病的知晓率以及各个方面均有所改善,使得患者对我院的护理满意度提升,不仅提升我院的护理质量,还改善了护患矛盾,可以广泛使用。

参考文献

- [1]赵芹芹,刘华平,孙红,等.北京地区综合医院护理终末质量评价指标体系初步研究[J].中国护理管理,2010,10(8):40-42.
- [2]成翼娟,岳树锦,谷波,等.护理质量标准及评价体系的研究现状和趋势[J].护理管理杂志,2005,5(5):18-21.
- [3]许星莹,夏萍,黄慧玲,等.我国中医医院医疗质量评价指标体系的循证分析[J].中国医院管理,2008,28(8):31-33.
- [4]李燕峰,毕越英,陈海花,等.应用 Delphi 法构建临床护士绩效考评指标体系的研究[J].护理管理杂志,2012,12(7):460-462.
- [5]夏萍,豆晓莹,陈秀媚,等.基于德尔菲法的出院病人满意度量表研究[J].中国医院,2013,17(2):29-33.
- [6]何洁丽.护理三级质控体系前移在病区管理中的效果评价[J].中国医药指南,2012,10(21):388-389.
- [7]戴新娟,翟晓萍,张文杰,等.中医护理评估流程和质量标准的构建[J].中华护理杂志,2012,47(7):658-659.
- [8]Kim, M. J., Park, C. G., Park, S., et al. Quality of Nursing Doctoral Education and Scholarly Performance in U.S. Schools of Nursing: Strategic Areas for Improvement[J]. Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing, 2014, 30(1):10-18.
- [9]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杂志:电子版,2015,3(10):154-154.
- [10]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.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孟 瑾 收稿日期:2018-03-16)

冠心病 PCI 术后胸痛中西医结合辨证护理的研究

宋春晓

(中国医科大学附属第一医院整形外科, 辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 研究中西医结合辨证护理应用于冠心病PCI术后胸痛护理效果。方法 选取行PCI术治疗后胸痛的冠心病患者80例,随机分为对照组和试验组各40例。对照组给予常规护理,试验组给予中西医结合辨证护理。比较2组治疗效果、不良情绪评分、住院时间和满意度评分。结果 试验组胸痛治疗效果的总有效率为85.00% (34/40),明显比对照组的67.50% (27/40) 高 ($P < 0.05$)。试验组的住院时间为 (13.59 ± 4.62) d,明显少于对照组 ($P < 0.05$)。试验组干预后的SAS与SDS评分均明显比对照组低 ($P < 0.05$)。试验组的满意度评分为 (97.65 ± 2.16) 分明显高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 中西医结合辨证护理应用于冠心病PCI术后胸痛护理的效果较好,具有较高临床价值。

关键词: 中西医结合辨证护理; 冠心病; PCI

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.062

文章编号:1672-2779(2018)-10-0143-02

The Study on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing on Chest Pain of Coronary Heart Disease after PCI Based on Syndrome Differentiation

SONG Chunxiao

(Department of Plastic Surgery, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: **Objective** To study the nursing effect of combined syndrome differentiation of Chinese and western medicine in patients with coronary heart disease after PCI. **Methods** There were 80 patients with chest pain after PCI treatment, and they were randomly divided into control group and experimental group. The control group was given regular care, and the experimental group given integrated traditional Chinese and western medicine nursing. The therapeutic effect, adverse mood scores, length of hospitalization and satisfaction scores between the two groups was compared. **Results** The total effective rate in the experimental group was 85.00%, which significantly higher than 67.50% in the control group ($P < 0.05$). The test length of hospital stay (13.59 ± 4.62) d in the experimental group was significantly less than that of the control group ($P < 0.05$). After the intervention, SAS and SDS scores in the experimental group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). For patients satisfaction score (97.65 ± 2.16) in the experimental group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination of traditional Chinese and western medicine nursing care in the treatment of coronary heart disease after PCI postoperative chest pain nursing has a good effect and high clinical value.

Keywords: integrated traditional Chinese and western medicine nursing based on syndrome differentiation; coronary heart disease; PCI

冠心病是临床上常见的心血管疾病,其主要是因为冠状动脉发生粥样硬化病变所致。经皮冠脉介入治疗(PCI术)是冠心病治疗中的常见方式,其通过特质的带气囊导管经外周动脉送到冠脉狭窄处,通过对气囊的充盈以扩张狭窄的管腔,改善患者的血流,并通过支架的放置预防再次狭窄,具有较好的临床效果^[1]。但患者治疗后仍可能出现胸痛的情况,导致其治疗效果受到影响,影响患者的生活质量^[2]。本研究根据冠心病患者PCI术后的实际情况,对中西医结合辨证护理在其术后胸痛护理中的应用效果进行分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从我院2015年1月—2017年1月行PCI术后胸痛的冠心病患者中选取80例,并利用奇偶数字分组法将之随机分成2组:试验组和对照组各40例。其中,试验组男性24例,女性16例;年龄42~76岁,平均 (63.29 ± 4.75) 岁;缺血性胸痛者23例;非缺血性胸痛者17例。对照组男性23例,女性17例;年龄43~75岁,平均 (63.15 ± 4.68) 岁;缺血性胸痛者21例,非缺血性

胸痛者19例。患者均知情同意本研究并签字,获得医院伦理委员会批准,能积极配合完成试验,且有完整的病历资料。比较2组的年龄和性别等基线资料, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 方法 给予对照组患者常规护理,在患者手术后指导其按时遵医嘱服用抗心绞痛药物,同时通过讲座、宣传手册及口头讲解等方式对患者进行健康教育,让其对术后胸痛有更好的了解。在患者治疗后还要给予其有效的病情观察,及时发现患者的异常变化并采取针对性的措施,确保患者恢复。

试验组采用中西医结合辨证护理,首先根据中医心病诊断疗效标准与用药规范对患者的中医体质进行辨证分型,然后根据患者的实际情况采取有效的针对性护理。其中对于寒凝心脉型患者,应以祛寒活血和宜痹通阳为原则进行护理;对于气滞心胸型患者应以疏调气机及和血舒脉为原则进行护理;对于痰浊痹阻型患者应以通阳泄浊和豁痰开结为原则进行护理;对于瘀血痹阻型患者应以活血化瘀和通脉止痛为原则进行护理;对于气阴两虚型患者应以益气养阴和活血通

络为原则进行护理。同时,患者治疗过程中根据其喜好及身体状况为其搭配合理的饮食结构,给予其中药膳护理,并根据患者存在的不良情绪给予其心理护理,指导患者不断开展运动锻炼等。

1.3 观察指标 参考焦虑自评量表(SAS)以及抑郁自评量表(SDS)评分标准,对2组治疗后的焦虑和抑郁程度进行评估:分值越高,提示焦虑或者抑郁程度越严重,患者心理状态越差。同时利用本院自制的护理满意度调查问卷,评估2组对治疗效果的满意程度,最高100分,最低0分。分值越高,提示患者的满意度越高。准确记录2组的住院时间,并经综合分析后作出比较。

1.4 疗效判定标准 参考以下标准对2组的治疗效果作出评价:(1)显效:治疗后患者胸痛发作次数及每次发作的持续时间明显减少,且胸痛症状基本消失。(2)有效:治疗后患者的胸痛发作次数及每次发作时间有所减少。(3)无效:治疗后患者的胸痛发作次数及每次发作持续时间无明显变化,甚至增加。其中,(显效+有效)例数/例数 $\times 100\%$ 的计算结果为各组的治疗总有效率。

1.5 统计学方法 使用SPSS 22.0统计学软件完成统计,用百分率和($\bar{x} \pm s$)表示计数资料与计量资料,组间对比用 χ^2 检验和 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者疗效 2组患者疗效比较,试验组优于对照组, $P < 0.05$,见表1。

表1 2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	40	19(47.50)	15(37.50)	6(15.00)	34(85.00)*
对照组	40	16(40.00)	11(27.50)	13(32.50)	27(67.50)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 患者治疗后不良情绪评分、住院时间及满意度评分 试验组治疗后的不良情绪评分明显优于对照组,组间差异显著($P < 0.05$)。试验组的住院时间明显比对照组短,组间差异显著($P < 0.05$)。试验组的满意度评分高于对照组,组间差异显著($P < 0.05$)。如表2。

表2 患者治疗后不良情绪评分、住院时间及满意度评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SDS(分)	SAS(分)	住院时间(d)	满意度评分(分)
试验组	40	28.45 $\pm$ 6.74	31.25 $\pm$ 6.98	13.59 $\pm$ 4.62	97.65 $\pm$ 2.16
对照组	40	41.83 $\pm$ 7.92	43.25 $\pm$ 7.96	18.73 $\pm$ 2.94	89.73 $\pm$ 4.59

3 讨论

冠心病是临床上常见的心血管疾病,其中老年

群体中的发病率相对较高。冠心病患者发病的临床症状以胸痛最常见,其多为绞痛或压榨痛,对患者的正常生活造成严重影响。目前临床上对冠心病患者的治疗方式较多,PCI术是其中较为常见的治疗方式,一般能让患者的病情得到有效改善^[3]。但临床实践表明,患者PCI术后会因为各种原因再次出现胸痛,导致其治疗效果受到严重影响。

根据冠心病患者的实际情况,临床上在患者PCI术后出现胸痛时一般会给予其常规西医护理。其中主要是根据患者的实际情况指导其合理用药,并给予其健康教育和术后指导等常规干预^[4]。但根据临床实践,常规护理干预措施对患者胸痛的改善效果较差,不利于患者治疗效果的保障。中医学认为冠心病属于胸痹范畴,患者的病机为心脉血瘀、滞气、浊痰、凝寒,患者在长时间病变后导致心脉痹阻而发病^[5]。因此,在患者PCI术后出现胸痛时,需要根据患者的实际情况给予其有效的辨证护理措施。实际护理中应加强与患者的沟通交流,并及时纠正患者的错误认知,对其不良心理进行针对性干预,并给予患者辨证药物护理,再结合常规饮食护理和运动指导,从而让患者的治疗效果得到有效提升^[6]。

本研究针对冠心病患者的实际情况,对其PCI术后胸痛采用中西医结合辨证护理的效果进行分析,试验组的总有效率明显比对照组高,组间差异显著($P < 0.05$);试验组治疗后的SDS和SAS评分明显比对照组低,组间差异显著($P < 0.05$);试验组的住院时间明显比对照组缩短,组间差异显著($P < 0.05$);试验组的护理满意度评分明显比对照组高,组间差异显著($P < 0.05$)。

综上所述,中西医结合辨证护理干预措施在冠心病患者PCI术后胸痛中的应用效果显著,能明显改善患者的不良情绪,缩短患者的住院时间,并提升患者的护理满意度,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1]周艳,王玉,蔡晶晶.中西医结合辨证护理对冠心病PCI术后胸痛的影响[J].内蒙古中医药,2017,36(1):145.
- [2]杨霞,吴学华,沈敏敏.中医特色护理对CCU急性心肌梗死患者PCI术后症状与生活质量的影响[J].新中医,2016,48(11):181-183.
- [3]张利红.中西医结合辨证护理对冠心病PCI术后胸痛的影响分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(34):26-27.
- [4]曹媛,徐泽兰,潘展霞.中西医结合辨证护理对冠心病PCI术后胸痛的影响分析[J].中国医学创新,2014,11(36):102-104.
- [5]赵玉勤,沈正林,程亚妮,等.经皮冠状介入治疗后再发胸痛的护理干预[J].现代医学,2014,42(10):1240-1242.
- [6]劳素银.经皮冠状动脉介入治疗术后早期胸痛的评价及护理[J].医学理论与实践,2013,26(7):934-935.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈丹丹 收稿日期:2018-01-10)

中西医调控炎症因子治疗代谢综合征的研究进展※

刘丞豪¹ 袁莎莎^{2*} 杨宏杰²

(1 上海中医药大学岳阳临床医学院, 上海 201203;

2 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院内分泌科, 上海 200437)

摘要: 代谢综合征 (MS) 是临床上多个症候群构成的代谢紊乱聚合体, 近年来在国内外的发病率逐步上升, 并越趋呈现年轻化趋势。其病因病机复杂, 临床症状多样, 西医目前尚限于对症治疗。关于MS的发病机制, 近年来炎症病因理论备受关注, 而中医药对MS有独特的认识, 其多靶点、多途径、安全性高的特点在MS此类集多症候群为一体的慢性疾病治疗中有显著优势, 临床上可通过辨证论治、专方治疗、中成药治疗以及中西医结合等综合治疗缓解其临床症状, 延缓疾病进程, 取得较好的疗效。现将近年来中西医调控炎症因子治疗MS的研究进展综述如下。

关键词: 代谢综合征; 炎症因子; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.063

文章编号: 1672-2779(2018)-10-0145-04

Research Progress on the Treatment of MS by Regulating Inflammatory Factors with Traditional Chinese Medicine and Western Medicine

LIU Chenghao¹, YUAN Shasha², YANG Hongjie²

(1. Yueyang Clinical Medical College, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China;

2. Department of Endocrinology, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)

Abstract: Metabolic syndrome (MS) is a kind of aggregation of many syndromes in clinic. In recent years, the incidence of MS in China has been increasing gradually and showing a trend of younger age. Its etiology and pathogenesis are complicated, clinical symptoms are diverse, and Western medicine is still limited to symptomatic treatment. The theory of inflammatory etiology has attracted much attention in recent years. However, traditional Chinese medicine has a unique understanding of MS, its multi-target, multi-channel, high safety characteristics of this type of multi-syndrome MS for the treatment of chronic diseases have significant advantages. The clinical symptoms can be alleviated by syndrome differentiation, special prescription, traditional Chinese patent medicine and integrated traditional Chinese and western medicine, and the progress of the disease can be delayed and better curative effect can be obtained. The recent progress in the treatment of MS by regulating inflammatory factors with TCM and western medicine has been summarized as follows.

Keywords: metabolism syndrome; inflammatory factor; review

代谢综合征 (metabolic syndrome, MS) 是由中心性肥胖、高血糖、高血压和血脂异常构成的一种代谢紊乱集合体, 可显著增加心脑血管事件、2型糖尿病和癌症的发生率^[1]。目前普遍认为胰岛素抵抗 (IR) 是参与其发病的重要病理生理基础^[2]。胰岛素抵抗是指机体对一定浓度胰岛素的生物学效用低于正常水平的现象, 即胰岛素敏感组织或靶组织包括肝脏、肌肉、脂肪等中胰岛素作用降低或丧失的一种病理生理状态。胰岛素抵抗与MS的发生发展密切相关, 同时也是糖尿病或心脑血管事件发生的独立风险因素。因此, 改善胰岛素抵抗已成为目前临床治疗或控制代谢综合征的主要途径。

胰岛素抵抗的机制复杂, 至今尚未完全阐明, 可由多种因素引起。近年来炎症病因学理论受到广泛关注, 炎症因子与胰岛素抵抗之间的关系尤其成为近年研究的热点, 大多数专家学者认为胰岛素抵抗是一个

慢性亚临床炎症过程。相关研究表明, 许多炎症因子, 如肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 等, 均可启动炎症细胞因子信号转导, 从而引发细胞内炎症反应, 最终导致胰岛素敏感细胞内胰岛素信号传导受阻, 引发胰岛素抵抗^[3-15]。

中医既往对MS无系统论述, 也无MS直接对应的中医病名, 但根据其临床症候, 可归属于中医“肥满”“湿阻”“消渴”“眩晕”等范畴^[16]。MS中医病因病机复杂, 总结起来主要为素体肥胖, 嗜食肥甘厚味, 或情志不畅, 损伤肺、脾、肾之气, 酿生痰湿痰浊, 使人体气运行受阻, 久而郁热伤阴、化瘀阻络, 导致以痰浊、血瘀、郁热、毒邪为标, 脾虚、气虚、阴虚为本的顽症^[17]。正如《内经》云: “肥者令人内热, 甘者令人中满”。

西医针对MS不同组分予以控制血压、调节血脂紊乱、控制血糖等对症治疗和 (或) 增加胰岛素敏感性治疗, 在患者临床症状改善上有所欠缺, 缺乏对患者整体性和从根本病因上对患者的治疗, 且降压药、降脂药、降糖药均有一定不良反应, 临床上MS患者往往

※ 基金项目: 上海市教委课题 [No.30304113563]

* 通讯作者: yuanair368@126.com

临床症状多、合并症多，并发症多，常合并有心脑血管疾病，然而Meta分析显示胰岛素增敏剂代表药物吡格列酮、罗格列酮由于可显著增加患者心衰及男性膀胱癌风险，而在临床应用中受到很大限制^[18]。中医学以整体观念为指导，针对患者不同体质不同症候及疾病特点辨证论治，又可发挥中医学未病先治、既病防变的观念，对于MS此类集多症候群为一体的合并症和并发症较多的慢性疾病治疗中有显著优势，且在此类过程性疾病中，发挥了其多靶点、多途径的有效性及其相对于西药来说较高的安全性。现就中西医调控炎症因子治疗MS的临床研究进行综述。

1 西医治疗MS的临床研究

施中平^[19]将52例MS患者随机分为对照组和治疗组。对照组维持原降压降糖方案不变，治疗组在此基础上给予阿托伐他汀20 mg口服，每天1次，共4周。4周后，两组炎症因子血清高敏C反应蛋白、肿瘤坏死因子 α 、白介素6水平均明显降低 ($P<0.01$)，与对照组比较，治疗组炎症因子下降水平有统计学差异 ($P<0.05$)。提示阿托伐他汀可降低代谢综合征患者体内部分炎症因子水平。

肖斌等^[20]选取合并MS的2型糖尿病患者90例，随机等分为观察组和对照组各45例。对照组维持原西药治疗方案不变，观察组在对照组的基础上加用胰岛素增敏剂吡格列酮30 mg每次，每日1次进行治疗。治疗3个月后，观察组炎症因子IL-6、TNF- α 、PAI-1、hs-CRP水平与治疗前比较明显下降 ($P<0.05$)，且显著低于对照组治疗后 ($P<0.05$)。观察组治疗后糖脂代谢水平及胰岛素抵抗指数均较治疗前明显下降 ($P<0.05$)，且显著低于对照组治疗后 ($P<0.05$)。提示吡格列酮可通过调节炎症因子改善胰岛素抵抗。

于晓等^[21]将86例MS患者分为替米沙坦组 (40 mg/d)和硝苯地平组 (30 mg/d)，连续治疗观察6个月，治疗后2组的血压均明显降低 ($P<0.05$)，但组间比较差异未见统计学意义 ($P>0.05$)；替米沙坦组hs-CRP、TNF- α 、IL-6、UA、UAER较治疗前明显降低 ($P<0.05$)，而硝苯地平组与治疗前比较无明显变化 ($P>0.05$)。提示替米沙坦除有良好的降压疗效外，还能抑制MS患者的炎症反应。

严小宏等^[22]按照随机数表法将2型糖尿病合并MS患者60例，分为对照组、观察组各30例。对照组患者接受单独二甲双胍 (每次0.5 g，1日3次，口服) 治疗，观察组患者接受DPP-4抑制剂联合二甲双胍治疗 (加用西格列汀100 mg/次，1次/d)，连续治疗12周，治疗后，观察组患者糖代谢指标FPG、FPI、HOMA-IR及脂质代谢指标TG、TC的含量低于对照组患者，HDL-C的含量高于对照组患者；血清中炎症因子IL-6、CRP、TNF- α 的含量低于对照组患者 ($P<0.05$)。提示2型糖尿病合

并MS患者接受DPP-4抑制剂联合二甲双胍治疗，能够更为有效地控制机体糖脂代谢进程，并抑制微炎症状态，改善胰岛素抵抗。

西医治疗MS目前基本还是停留在对于MS各组分的治疗上，以控制血压、控制血糖、调节血脂为主，尚无突破性的进展，治疗药物上也停留在降糖药、降脂药和降压药中，虽对于MS有一定疗效，但缺乏对患者临床症状的改善、病程进展的延缓以及根本上的病因学治疗，因此中医或者中西医结合治疗MS或许会成为主流。

2 中医药治疗MS的临床研究

2.1 辨证论治 中医学认为，MS病因离不开个体先天禀赋的因素，与个体后天的生活方式也密不可分，病位涉及肺、脾、肝、肾，属本虚标实，脾虚、气虚、阴虚为本，郁热、痰浊、血瘀、毒邪为标贯彻始终。

全小林等^[23]将MS分为郁、热、虚、损四个阶段，根据因郁而热，热耗而虚，对由虚及损的不同阶段辨证论治。MS的早期即郁热阶段，郁证阶段治以六郁汤加减开郁泄热；热证阶段又分为肝胃郁热型和痰热互结型，分别以大柴胡汤加减和加味三黄汤 (生大黄、黄芩、黄连、水蛭、赤芍) 加减治疗。中期虚实相兼，既有脏腑气血功能不足的本虚，更有痰浊、瘀血的标实，治疗当标本兼顾；虚证阶段分为气阴两虚型。肝肾不足型及阴阳两虚型，分别治以参芪地黄汤加减益气养阴，杞菊地黄丸加减培补肝肾及地黄饮子加减阴阳双补。后期诸虚渐重，脉损络瘀益显，故在补虚的基础上必须强调活血化瘀通络，因此损的阶段在前一阶段治疗基础上加用抵当丸等活血通络药物。

肖月星^[24]将MS分为早、中、晚期，对应病理特点，辨证为肝郁脾虚型、痰浊中阻型和痰瘀阻络型，分别治以解郁健脾汤 (黄芪、山药、香附、郁金、川芎、生蒲黄、苍术、泽泻、黄连、决明子、生山楂、生麦芽) 健脾解郁、清热化湿，温胆汤、连朴饮健脾祛痰、清气化湿，生脉饮、桃红四物汤合二陈汤或平胃散益气养阴、化痰逐瘀通络。

王琦等^[25]将MS辨证为4型：肝郁脾虚型选用柴胡疏肝散逍遥丸等培土扶正疏肝理脾；瘀血内阻型方用桃红四物汤丹参饮活血通脉，化瘀散结；痰湿内蕴型治用苍附导痰汤健脾化痰利湿；气阴两虚型以参芪地黄汤益气养阴。

刘志龙等^[26]按中医辨证将MS分为6个证型治疗：肝胃郁热型，治宜清热解郁，方选大柴胡汤加减；痰湿困阻型，治宜燥湿化痰、健脾理气，方选香砂六君子汤加减；肝肾阴虚型，治宜滋补肝肾、养阴填精，方选左归丸加减；气阴两虚型，治宜益气养阴，方选参芪地黄汤加减；阴阳两虚型，治宜滋阴温阳、补肾固摄，方选二仙汤合肾气丸加减；瘀血阻络型，治宜活



血化瘀通络,方选血府逐瘀汤加减。

传统的中医辨证论治,对MS患者个体化治疗的临床症候改善有着显著优势,目前尚出于百家争鸣阶段,学术观点众多,尚缺乏统一的病因病机归纳、辨证标准、疗效判定标准等,缺乏多中心、大样本的随机对照临床研究,在客观性上有所欠缺。

2.2 中成药治疗 任昶等^[27]认为MS早期病机以邪实为主,邪实主要是痰湿瘀血互结。荷丹片按照“化痰降浊,活血化瘀”的治疗原则,发挥其在改善胰岛素抵抗、调节血脂、抑制慢性炎症方面的协同作用。将其98例非糖尿病MS患者分为2组,分别给予荷丹片每次2片,每日3次和罗格列酮,每次4 mg,每日1次治疗12周,观察2组治疗后腰围(WC)、BMI、FPG、FINS、HOMA-IR、TG、TC、HDL-C、LDL-C、CRP、TNF- α 、纤维蛋白原(FIB)的变化。2组治疗后FINS、HOMA-IR、CRP、FIB水平均降低。且组间比较无显著性差异;荷丹片组治疗后WC、BMI、TC、TG明显下降,HDL-C明显升高,且较罗格列酮组更显著。

刘德恒等^[28]认为MS病因病机乃先天禀赋不足,加上多食少动导致后天脏腑受损,气化障碍,邪热、湿浊和瘀血乘虚留驻,使精微不得化生和正常布输而发病。血脂清颗粒具有祛瘀化痰、益气通脉、化积调脂之功,可安全有效地降低MS患者体内炎症细胞因子水平,改善胰岛素抵抗,与阿托伐他汀钙片联合使用疗效更显著。将其90例患者分为3组(A组:阿托伐他汀钙片组;B组:血脂清组;C组:阿托伐他汀钙片加血脂清组),每组各30例。A组:阿托伐他汀钙片10 mg/次,qn;B组:血脂清颗粒1包/次,每日3次;C组:阿托伐他汀钙片10 mg/次,qn,加血脂清颗粒1包/次,每日3次。疗程8周,观察患者治疗前后血清hs-CRP、TNF- α 、HOMA-IR水平及血脂水平变化。治疗后3组HOMA-IR下降幅度与治疗前相比差异均有显著统计学意义(均 $P<0.01$);C组和A组治疗后血清TNF- α 明显下降,差异均有显著统计学意义(均 $P<0.01$);治疗后HOMA-IR比较,A组与B、C组差异均有统计学意义($P=0.004$ 、 0.000 、 0.002);TNF- α 比较,A组与B组、A组与C组比较差异均有统计学意义($P=0.000$ 、 0.000);C组与B组比较差异无统计学意义($P=0.626$)。

2.3 中药专方治疗 赵俊坡^[29]认为MS病因多为饮食不节,过食肥甘,多卧少动,伤及脾胃,加之先天禀赋不足,脾虚不运,水湿内停,而聚湿成痰,痰湿久居体内,阻于血脉,痰凝瘀阻而致病。为本虚标实之证,予健脾利湿方治疗。将其82例MS患者随机分为2组,对照组35例予常规西药治疗(氟伐他汀钠胶囊,每次40 mg,

每日1次睡前口服),治疗组44例在对照组治疗基础上加用健脾利湿方黄芪25 g,白术20 g,泽泻、茯苓各15 g,丹参12 g,大黄6 g,荷叶15 g,甘草6 g。每日1剂,分早晚2次服)治疗。2组均2个月为1个疗程,1个疗程后统计临床疗效,2组治疗后TC、TG、LDL-c、收缩压、舒张压、BMI及腰围较治疗前均降低,HDL-c升高,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗后hs-CRP、TNF- α 、IL-6及IL-18均降低,差异有统计学意义($P<0.05$);且治疗组治疗后均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗后SOD、GSH水平均升高,MDA降低,差异有统计学意义($P<0.05$);且治疗组治疗后SOD、GSH高于对照组,MDA低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结果治疗组总有效率92.68%,对照组总有效率77.14%,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

周晖等^[30]认为MS早期以邪实为主,包括气郁血瘀、湿浊热结等,随着病程的延长,由实致虚,而呈现出虚实错杂之证。糖脂平具有化湿降浊,活血通络的功。方中丹参鬼箭羽活血化瘀,泽泻化湿降浊,恢复一身气机运化。将其70例MS患者分为治疗组35例、对照组35例,治疗组在原治疗的基础上给予中药糖脂平汤药(主要由泽泻、丹参、鬼箭羽等组成)口服,对照组在原治疗的基础上给予罗格列酮(4 mg/次,1日1次)口服。疗程12周,观察2组治疗前后胰岛素作用指数(IAI)、胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)、hs-CRP和TNF- α 的变化情况。结果完成临床试验的65例中,治疗组33例,对照组32例。治疗后2组的IAI水平均升高,与本组治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后2组的HOMA-IR水平均下降,与本组治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗前2组的hs-CRP均有轻度升高,治疗后2组的hs-CRP均较本组治疗前明显降低($P<0.01$);治疗前后组间比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后2组的TNF- α 水平均明显降低,与本组治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);治疗后组间比较差异无统计学差异($P>0.05$)。

刘兴郡^[31]认为MS以血瘀痰湿为标,以脾虚为本,三黄丹参饮具有利湿化痰、活血行气,兼以扶助正气的功效,可降低MS患者降低炎症反应及内皮损伤。将其61例痰湿瘀滞型MS的患者随机分为中药组(三黄丹参饮组)31例及对照组(维持原西药治疗方案)30例。治疗12周后,观察并比较治疗前后2组炎症因子:超敏C反应蛋白(Hs-CRP)、肿瘤坏死因子(TNF- α)、白介

素-6 (IL-6), 氧化应激因子: 丙二醇 (MAD)、超氧化物歧化酶 (SOD) 以及内皮损伤因子: 血管性血友病因子 (vWF)、内皮素-1 (ET-1) 水平的变化。治疗后, 2组组内比较TNF- α 、IL-6水平下降 ($P<0.05$), 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$); (2) 治疗后, 中药组Hs-CRP、MDA、vWF、ET-1水平下降 ($P<0.05$), 与对照组比较差异无统计学意义; 其中Hs-CRP、MDA、ET-1组间差异有统计学意义 ($P<0.05$), vWF组间差异无统计学意义 ($P>0.05$); (3) 治疗后, 2组组内比较SOD水平均升高 ($P<0.05$), 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 问题与展望

MS是以胰岛素抵抗为中心的一组代谢紊乱集合体, 胰岛素抵抗是MS的重要病理基础。近年来炎症病因理论受到广泛关注, 认为胰岛素抵抗是固有免疫反应及慢性亚临床炎症的过程。有研究表明, 炎症因子是将MS和胰岛素抵抗联系起来的纽带, 且随着MS组分的增多, 胰岛素抵抗程度亦随之加重。因此, 改善MS患者炎症状态, 提高胰岛素的敏感性对MS患者尤为重要。目前胰岛素增敏剂的代表药物罗格列酮和吡格列酮, 因有增加患者心血管疾病 (包括心肌梗死、卒中、心力衰竭死亡等) 风险及男性膀胱癌风险, 使其临床使用受到严格限制。

由于MS具有发病多因素性和临床表现复杂性等特点, 中医学的辨证论治和个体化治疗有显著优势, 且具有整体性、多靶点、多途径、安全性高的特点。随着MS发病率的不断上升, 中医药在治疗MS方面发挥着越来越重要的作用, 其在改善患者临床症状缓解病情方面具有一定疗效, 可调整人体糖脂代谢失衡, 延缓停药后病情复发及进展; 在改善生存质量方面也有良好疗效, 具有相对西药安全性高的明显优势。但中医学对其病名病因病机和辨证分型尚无统一标准, 多是个人经验总结, 还未形成系统的理论; 在治疗上大都局限于疗效观察, 缺乏对机制的深入探讨, 而且辨证分型及疗效标准不统一。报道中还是以医家理论阐述总结为主, 缺乏大样本多中心随机对照双盲试验研究报告。因此, 应大力推进以上工作, 更好发挥中医药在治疗和预防MS的作用。

参考文献

- [1]ECKEL R H,GRUNDY S M,ZIMMET P Z.The metabolic syndrome [J]. Lancet, 2005, 365(9468): 1415-1428.
- [2]Di Carlo M, Picone P, Carrotta R, et al. Insulin promotes survival of amyloid-beta oligomers neuroblastoma damaged cells via caspase9 inhibition and Hsp70 upregulation[J]. J Bio Med Biotechnol, 2010(2): 147835.
- [3]Wisse BE.The inflammatory syndrome; the role of adipose tissue cytokines in metabolic disorders linked to obesity[J]. J Am Soc Nephrol Nov, 2004, 15(11): 2792-800.
- [4]Arner P. Insulin resistance in type 2 diabetes-role of the adipokines [J]. Curr Mol Med, 2005, 5(3): 333-339.
- [5]Jellema A, Plat J, Mensink RE. Weight reduction, but not a moderate intake of fish oil lowers concentrations of inflammatory markers and PAI-1 antigen in obese men during the fasting and postprandial state[J]. Eur J Clin Invest, 2004, 34(11): 766-773.
- [6]Derosa G, Bonaventura A, Bianchi L, et al. Effects of canrenone in patients with metabolic syndrome[J]. Expert Opin Pharmacother Nov, 2013, 14(16): 2161-2169.
- [7]Arner P. The adipocyte in insulin resistance; key molecules and impact of the thiazolidinediones [J]. Trends Endocrinol Metab, 2003, 14(3): 137-145.
- [8]Gasic S, Tian B, Green A. Tumor necrosis factor alpha stimulates lipolysis in adipocytes by decreasing G-protein concentrations [J]. J Biol Chem, 1999, 274(10): 6770-6775.
- [9]Mlinar B, Mare J, Janez A, et al. Molecular mechanisms of insulin resistance and associated diseases [J]. Clin Chim Acta, 2007, 375(1-2): 20-35.
- [10]Sartipy P, Loskutoff D J. Monocyte chemo-attractant protein 1 in obesity and insulin resistance [J]. Proc Natl Acad Sci USA, 2003(100): 7265-7270.
- [11]Fontan L, Eagon JC, Trujillo ME, et al. Visceral fat adipokine secretion is associated with systemic inflammation in obese humans[J]. Diabetes, 2007, 56(4): 1010-1013.
- [12]Rotter, Nagaev I, Smith U. Interleukin-6 (IL-6) induces insulin resistance in 3T3-L1 adipocytes and is, like IL-8 and tumor necrosis factor-alpha, overexpressed in human fat cells from insulin-resistant subjects[J]. J Biol Chem, 2003, 278(46): 45777.
- [13]Arner P. Insulin resistance in type 2 diabetes role of the adipokines. Curr Mol Med, 2005, 5(3): 333-339.
- [14]Senn J J, Klover P J, Nowak I A, et al. Interleukin-6 induces cellular insulin resistance in hepatocytes [J]. Diabetes, 2002, 51(12): 3391.
- [15]Rotter V, Nagaev I, Smith U. Interleukin-6 (IL-6) induces insulin resistance in 3T3-L1 adipocytes and is, like IL-8 and tumor necrosis factor-alpha, overexpressed in human fat cells from insulin-resistant subjects[J]. J Biol Chem, 2003, 278(46): 45777-45784.
- [16]沈净. “二调八证”辨治代谢综合征[J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36(8): 860-861.
- [17]曹拥军, 乔楠, 陈亚琴, 等. 代谢综合征中医证候及相关因素研究[J]. 陕西中医, 2014, 35(12): 1602-1604.
- [18]中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2013年版)[J]. 中国糖尿病杂志, 2014, 22(8): 2-15.
- [19]施中平, 林斌, 王军. 阿托伐他汀对代谢综合征患者部分炎症因子的影响[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(19): 3625-3626.
- [20]肖斌, 王晓茜, 陈雅文. 吡格列酮对合并代谢综合征的2型糖尿病患者血清炎症因子及胰岛素抵抗的影响[J]. 海南医学院学报, 2015, 21(4): 489-491.
- [21]于晓, 刘微微, 李波. 替米沙坦对代谢综合征患者炎症因子、尿酸及微量白蛋白的影响[J]. 中国实用期刊, 2016, 43(13): 16-18.
- [22]严小宏, 卢勇. DPP-4抑制剂联合二甲双胍对2型糖尿病合并代谢综合征患者糖脂代谢、微炎症状态的影响[J]. 海南医学院学报, 2017, 21(11): 16-21.
- [23]全小林, 张志远. 中医对代谢综合征的认识和治疗[J]. 中医杂志, 2002, 43(9): 708-709.
- [24]肖月星, 林兰, 倪青. 代谢综合征的中医认识和治疗思路[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(7): 538-539.
- [25]王琦, 李英帅. 中医对代谢综合征的认识及辨治探讨(下)[J]. 浙江中医杂志, 2006, 41(11): 623-625.
- [26]刘志龙. 浅谈代谢综合征的辨证论治[J]. 新中医, 2007, 39(3): 88-89.
- [27]任昶, 高永辉, 耿福太, 等. 荷丹片对非糖尿病代谢综合征患者胰岛素抵抗、血脂及炎症因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(12): 1434-1438.
- [28]刘德恒, 陈文鑫, 叶靖, 等. 血脂清联合阿托伐他汀对高血压合并代谢综合征患者血清炎症因子和胰岛素抵抗的影响[J]. 中国医药导报, 2013, 10(24): 79-82.
- [29]赵俊坡. 健脾利湿方对代谢综合征患者炎症因子水平及氧化应激的影响[J]. 河北中医, 2016, 38(5): 666-669.
- [30]周晖, 高彦彬. 糖脂平对代谢综合征患者胰岛素敏感性及炎症因子的影响[J]. 现代中临床, 2015, 22(3): 11-14.
- [31]刘兴郡. 三黄丹参饮对代谢综合征(痰湿瘀滞型)内皮损伤、氧化应激及炎症因子的影响[J]. 山西中医, 2015, 30(3): 85-88.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 范朝华 收稿日期: 2018-03-06)

神秘果化学成分和生物活性研究进展※

陈琪 王金祥 贾颖 赛那*

(内蒙古医科大学药学院, 内蒙古 呼和浩特 010110)

摘要: 本文总结神秘果化学成分及生物活性现阶段的研究进展, 旨在为今后神秘果的综合利用提供理论基础。包括对神秘果的具体成分以及生物活性的研究进行分类、概括及总结。神秘果其中含有变味蛋白, 食用后可以改变味觉, 可使人产生对具有酸味的食物感到甜味的效果, 同时具有其他生物活性成分。

关键词: 神秘果; 成分; 活性; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.064

文章编号:1672-2779(2018)-10-0149-04

Research Progress on the Chemical Constituents and Bioactivity of Synsepalum Dulcificum Daniell

CHEN Qi, WANG Jinxiang, JIA Ying, SAI Na

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

Abstract: To summarize the current research progress of the chemical constituents and bioactivities of Synsepalum dulcificum Daniell, aiming to provide a theoretical basis for the comprehensive utilization of mystical fruits in the future. Including the specific components of the Synsepalum dulcificum Daniell and biological activity of the study was classified and summarized. Synsepalum dulcificum Daniell contains the flavor protein, which can change the taste after eating, produce the effect of sweet taste to the sour food, and also has other bioactive ingredients.

Keywords: Synsepalum dulcificum Daniell; composition; activity; review

神秘果 (Synsepalum dulcificum Daniell), 热带常绿灌木, 系山榄科神秘果属。当初在西非、加纳、刚果等南非一带发现, 20世纪60年代作为国宝级的珍贵植物引入中国地区种植且禁止出口^[1]。神秘果可以改变人的味觉, 其中有效物质是一种特殊的糖蛋白——神秘果素 (miraculin), 其作用是将人从食物中感受的酸味转变成甜味, 因此被称为“天下第一奇果”。为更好促进这种稀有植物资源的开发和利用, 文章对神秘果的成分和生物活性展开系统的论述。

1 神秘果的成分

1.1 神秘果果肉成分 Chen M J等^[2]从神秘果的果肉中得到的成分有糖蛋白、柠檬酸、琥珀酸、草酸、VC、Vk1、(R★)-4-hydroxy-2-oxetanone以及其他果酸等。卢圣楼等^[3]进一步确认果肉中含有五环三萜和齐墩果酸, 并确定其含量分别为0.9, 0.3 mg/g。梁延霞等^[4]则得果肉中Vc的含量为46.98 mg/100 g。

1.2 神秘果种子成分 神秘果种子中含有丰富的天然固醇, 所以Guney等^[5]主要针对神秘果种子中脂类化合物的种类和组成进行了分析讨论, 实验结果表明脂类化合物约占种子干重的10.15%。脂类化合物又主要包括三种, 中性脂、糖脂和磷脂, 所占比例分别为

90.8%、7.3%、3.16%。其中中性脂包括主要甘油三酯、甘油二酯、甘油单酯、自由脂肪酸及不皂化脂, 所占比例分别为75%、16%、1.9%、2.9%、1.6%; 糖脂中主要包括单半乳糖甘油二酯、二半乳糖甘油二酯、脑苷脂, 所占比例分别为32.5%、20%、39%; 磷脂中主要包括脑磷脂、卵磷脂、磷脂酰肌醇, 所占比例分别为32%、68%、4%以及还有痕量的溶血卵磷脂。除此之外, 种子含有大量的棕榈酸、油酸和亚油酸。齐赛男等^[6]采用气相色谱-质谱分析法分析了神秘果种子油的成分, 同样得到了棕榈酸、油酸, 除此之外还得到3 α -烷基-12-齐墩果乙酸酯和14-甲基十五烷酸甲酯等。卢圣楼^[7]采用HPLC法测进一步针对神秘果种子中的齐墩果酸含量进行了测定, 得到结果为0.11 mg/g。

马艺丹等^[8]对神秘果种子中的成分, 包括18种氨基酸及12种矿物质元素进行分析和评价。得到数据为神秘果种子中水分、灰分、粗纤维、粗脂肪、粗蛋白、还原糖、多酚、多糖含量分别为6.74 g/100 g、7.14 mg/g、4.40 g/100 g、15.69 g/100 g、26.76 g/100 g、0.59 mg/g、11.56 mg/g和12.33 mg/g; 同时得到至少20种脂肪酸, 其中以不饱和脂肪酸为主, 占脂肪酸总量的54.80%, 主要物质是十八碳烯酸(29.96%); 还检测出18种氨基酸, 其中8种必需氨基酸含量占总氨基酸总量的40.69%, 必需氨基酸比值系数分(SRC)达到了94.22; 又测定了12种矿物质元素含量, 常量元素和微量元素

※ 基金项目: 内蒙古医科大学创新创业训练项目【No.2017101320017】; 内蒙古医科大学实验室开放基金项目【No.2016ZN16】; 内蒙古医科大学英才培育计划项目【No.2016YCPY030】

* 通讯作者: yxsaina@126.com

中含量最高的分别为钾和锰,潜在的有害元素汞、铅、镉、砷含量均低于《中国药典》(2010)。

1.3 神秘果果皮成分 Buckkmire等^[9]主要针对神秘果果皮中分离出的花色素苷(红色色素)和黄酮醇(黄色色素)进行了含量及成分研究。得到结果为每100 g鲜果可分离出14.3 mg花色素苷和7.2 mg黄酮醇,含水率约为78%。从花色素苷得到的成分有矢车菊素半乳糖苷、矢车菊素-3-单阿拉伯糖苷、矢车菊素-3-单葡萄糖苷、飞燕草素-3-单半乳糖苷和飞燕草素-3-单阿拉伯糖苷。从黄酮醇得到的成分有槲皮素-3-单半乳糖苷、杨梅素-3-单半乳糖以及痕量的槲皮素、山奈酚-3-单葡萄糖苷、山奈酚、杨梅素。

1.4 神秘果果叶成分 Chen等^[10]在神秘果叶中得到的成分有 β -谷甾醇、豆甾醇、羽扇豆醇、脱镁叶绿素a、脱镁叶绿素b、羽扇豆烯酮、乙酸羽扇醇酯和 α -生育醌。卢圣楼^[11]采用水蒸气蒸馏法提取神秘果叶挥发油,并进一步利用气相色谱-质谱联用技术(GC-MS)分析挥发油的化学成分,得到成分有匙叶桉油烯醇、柠檬烯、邻苯二甲酸二异辛酯、邻苯二甲酸二丁酯、棕榈酸及芳樟,所占比例分别为24.194%、15.805%、12.402%、10.326%、4.865%、2.139%。还得到7种脂肪酸,其中3种不饱和脂肪酸占脂肪酸总量的50%并以 α -亚麻酸的含量为最高,达到0.25 g/100 g。果叶中的氨基酸种类丰富,8种必需氨基酸含量占总氨基酸总量的41.50%。矿物质的常量和微量元素分析中,含量最高分别是钾和铁,潜在的有害元素汞、铅、镉、砷含量均低于《中国药典》(2010版)^[12]。

1.5 神秘果根茎成分 Chen M J等^[13]从神秘果果茎分离得到19种化合物,分别为dihydro-feruloyl-5-methoxytyramine (1)、4-acetonyl-3, 5-dimethoxy-pquinol (2)、(+)-epi-syringaresinol (3)、(+)-syringaresinol (4)、N-cis-feruloyltyramine (5)、N-trans-feruloyltyramine (6)、trans-p-coumaric acid (7)、cis-p-coumaric acid (8)、N-cis-cafeoyltyramine (9)、对羟基苯甲酸、香草酸、黎芦酸、丁香酸、2, 5-二甲氧基苯酚, 4, 5-三甲氧基苯甲酸、烟酸、甘油、 β -谷甾醇和豆甾醇。

1.6 神秘果根成分 Chen等^[14]从神秘果根中分离得到丁香酸、对羟基苯甲酸、香草酸、对羟基苯甲酸甲酯、异香草酸、N-cis-feruloyltyramine, N-trans-feruloyltyramine, N-cis-feruloyl-3-methoxy-tyramine 和 N-trans-feruloyl-3-methoxytyramine。

2 神秘果生物活性

2.1 神秘果矫味功能 Kurihara^[15]发现神秘果中含有名为神秘果素的蛋白质,这种蛋白质是导致变味的有效物质,其功能是将酸性食物的味道在一定时间(1~2 h)内使人感受为甜味^[16],同时它也可以影响患有糖尿病的动物对于胰岛素的敏感性^[17]。

神秘果素活性作用的发挥绝大部分是取决于它的结构以及所处环境。神秘果素是一种碱性的蛋白(GenBank accession number AB512278),等电点约为9^[18],在酸性环境下可以表现出活性^[19],最适合的酸性条件是pH=3.0,在中性以及碱性条件下(pH $\geq$ 6.0)则不表现出活性^[20]。Paladino等^[21]认为这种情况是因为神秘果素单体形式没有活性,只有以二聚体或者四聚体形式才表现出活性,而在酸性条件下更容易达到平衡,可以更好地与受体结合。这种特殊的情况是因为它的结构当中具有与其活性强弱密切相关的3种氨基酸Cys、His和Asn,其中的His却起着与Cys不同的作用。Ito等^[22]研究发现His-30和His-60是神秘果素的活性位点,其中His-30是最重要的^[23]。Antonella Paladino^[19]则证实了这种由于环境PH条件不同而表达不同活性的特点,并进行了神秘果素的分子动力学模拟学实验,分别在pH为3和7的环境下,通过测定神秘果素和其它不同的突变体的回转半径以及均方根偏差的实验,验证了神秘果素变味作用的原因:对于二聚体神秘果素而言,在酸性条件下,2个带电的His被诱导,这种变化导致:在酸性条件下会比在中性条件下更快地达到平衡;相对于中性条件,在酸性条件下,其单元结构之间的质量中心距离会加大;pH会导致2个亚基His-30重排,从而导致His的位置拉近。这些变化会使得神秘果素的结构具有一定的开放性,促使它与受体相结合,从而达到改变味觉的作用。

Girous E L^[24]认为神秘果素的变味功能体现在两个方面:(1)使酸性物质的酸味转变为甜味;(2)明显抑制酸性物质的酸味,同时也可以抑制苦味物质的苦味,例如可使尿素的苦味明显降低。Bartoshuk^[25]认为神秘果素使酸变甜是因为在类似于酸性物质和甜味物质的混合物中,酸性物质受到甜味物质的减效作用,这个过程中并没有直接关闭酸味受体。还有一种说法是神秘果素具有变味功能是因为神秘果素与甜味受体的对立面发生了结合,在合适的酸环境中,神秘果素可以改变它的构象与甜味受体发生结合,从而加强对甜味的感受,使人感受到甜味。但N. Nagai等^[26]却不接受



这一说法,因为一旦这个假说成立,那么酸味的信号仍可传输至中枢系统,但是脑磁波描记图却只检测出了甜味信号,因此他们认为使酸味变甜可能源于中枢系统中的味道信号传输中发生了改变。这些理论都认为神秘果素变味功能与人体受体紧密相连,因此在探究神秘果素的结构同时,也对了解人体味蕾结构会有很大帮助。

2.2 对血糖的影响 当发现神秘果会影响动物对胰岛素的敏感性时,人们展开了探究神秘果对于糖尿病具体作用的探究。李彦等^[27]使用链脲佐菌素 (Streptozocin, STZ) 一次性腹腔注射大鼠制作糖尿病模型,之后分别用神秘果提取物为0.10、0.05、0.025 g/kg 3组剂量分别灌胃给药 (ig) 5周,观察大鼠一般状态、体质量、血糖及糖化血红蛋白水平的变化,研究神秘果提取物对其影响。结果发现连续服用神秘果提取物的确可以改善糖尿病大鼠的“三多”症状,可以有效改善其体质量减轻程度,明显降低血糖和糖化血红蛋白水平,证实了神秘果对糖尿病大鼠有降糖作用。并且李彦^[28]认为神秘果提取物应该是通过有效改善糖耐量水平,增加胰岛素敏感性和调节脂代谢紊乱的途径来降低糖尿病模型动物的血糖水平,其中发挥效果的有效活性成分可能是神秘果素。

苗鑫^[29]则通过采用四氧嘧啶腹腔注射小鼠制备糖尿病模型,同时设立模型对照(蒸馏水)与阳性对照(二甲双胍),之后设立三组不同神秘果剂量水平,连续灌胃30天后测量血糖水平。在模型对照组与阳性对照组比较的实验结果,以及神秘果低、中、高剂量组与模型对照组比较结果中, P 均 <0.001 ,可认为各实验组之间前后血糖水平确有差异,进一步比较神秘果各剂量组的前后血糖差值,发现结果均低于模型对照组,且神秘果低剂量组的疗效优于神秘果中剂量组;神秘果低、中、高剂量组与阳性对照组比较, $P=0.258$;灌胃期间,小鼠各组体重变化趋势相同。根据实验结果可认为神秘果有降低或控制血糖的功效,且这种功效大致与二甲双胍相当,这进一步证实神秘果含有降血糖的成分。以上实验均表明神秘果的确对糖尿病动物模型有积极影响,但神秘果对胰岛素释放是否有影响或者影响胰岛素敏感性程度以及其降血糖作用的分子机制仍需进一步研究。

2.3 抗氧化性 刘红^[30]在探究神秘果果皮总酚与抗氧化性的实验中,得到60%乙醇和0.1%盐酸为最佳浸泡溶

剂浓度和酸度条件,在时间为0.5~5.0 h,温度为30~50℃的范围中,得到神秘果的总酚与还原力和1,1-二苯基苦基苯肼 (1,1-Diphenyl-2-picrylhydrazyl, DPPH) 自由基清除率之间的关系,温度可以促进神秘果果皮的抗氧化性,其抗氧化性也随温度的升高而增强,其中1.0 h是最佳提取时间。刘玉革^[31]继续优化了溶剂条件,改变不同浓度甲醇,通过单因素实验法来优化神秘果叶中总酚的提取条件,同时测定了神秘果叶甲醇提取液对DPPH的清除能力。得到结果为当溶液中总酚的浓度为74 $\mu\text{g/mL}$ 时,可以基本清除溶液中的DPPH。由此估算的神秘果叶提取液对DPPH清除的半数抑制浓度 IC_{50} 为30.44 $\mu\text{g/mL}$,这说明神秘果叶具有良好的抗氧化性。

Chen等^[30]的体外抗氧化试验结果也同样说明神秘果叶多酚具有较好的抗氧化活性,能有效地清除 $\cdot\text{ABTS}^+$ 、DPPH和 $\cdot\text{OH}$ 等自由基,其 IC_{50} 值分别为51.81、13.40和28.91 mg/L。

2.4 抑菌活性 卢圣楼等^[32]采用水蒸气蒸馏法提取的神秘果叶挥发油,对挥发油进行体外抗菌试验的结果表明,神秘果叶挥发油仅对绿脓杆菌没有明显的抑制作用,对其余7个试验菌株:枯草芽孢杆菌、金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、蜡状芽孢杆菌、四联球菌、藤黄八叠球菌、大肠杆菌均具有较好的抑菌活性,得到最小抑菌浓度 (MIC) 范围为39.06~252.15 mg/L。

2.5 对血尿酸影响 钟剑珊等^[33]通过给予小鼠灌服黄嘌呤物质后,同时加入抑制尿酸排泄的药物乙胺丁醇,制作高尿酸小鼠模型,对病理小鼠连续给予神秘果叶7天后,发现不同剂量均能明显降低血中尿酸水平,但有关神秘果叶降低血尿酸的药效学及机理并未阐述。

2.6 抗肿瘤活性 卢圣楼^[34]以神秘果叶纯化后的总黄酮为研究对象,评价了其抗肿瘤活性。体外抗肿瘤试验表明神秘果叶总黄酮对人白血病肿瘤细胞、人肺腺癌细胞和人胃癌细胞的活性都具有明显的抑制作用,并得到半数抑制浓度 IC_{50} 值分别为10.31、38.70和88.19 $\mu\text{g/mL}$ 。

WANG H M^[35]发现神秘果茎的成分具有抑制黑色素瘤和降低蘑菇酪氨酸酶的功效。

2.7 抗疲劳以及免疫作用 黄巨波^[36]利用神秘果为主要成分组成的混合果粉 (SDMFP) 以及卢圣楼提取神秘果叶纯化后的总黄酮均可以延长小鼠游泳至力竭的时间,降低了血乳酸和血清尿素氮含量,增加肌肉中肝

糖原含量,增加了过氧化氢酶和超氧化物歧化酶的活性,综合评价神秘果具有抗疲劳作用。

通过碳粒廓清实验(碳粒廓清试验是一种可以根据血液中廓清碳粒的速度来判断巨噬细胞的吞噬能力,从而反映单核细胞吞噬功能,吞噬功能则可以反映机体的非特异性免疫功能^[37])发现SDMF可以提高小鼠单核巨噬细胞系统吞噬异物能力,可说明神秘果在一定程度上可增强小鼠的免疫功能。

参考文献

- [1]成翠兰.神秘果的生物学特性及提取物的应用[J].云南热作科技,2000,23(1):34-36.
- [2]Chen M J,Lo W L,Huang L Y,et al. Isolation of a 2-oxet-anone from the fruits of *Synsepalum dulcificum*[J]. Nat Prod. Res,2010,24(19):1850-1853.
- [3]卢圣楼,刘红,曹佳佳,等.神秘果中齐墩果酸和五环三萜含量的测定[J].食品工业,2012,33(3):130-133.
- [4]梁延霞.神秘果稳定化措施的探讨[D].重庆:重庆大学,2007.
- [5]Guney S,Nawar W W.Seed Lipids of the miracle fruit(*Synsepalum dulcificum*)[J]. Food Biochem,1977,1(2):173-184.
- [6]齐赛男,贾桂云,雷鹏,等.神秘果种子挥发油化学成分的气相色谱-质谱分析[J].海南师范大学学报,2012,25(1):73-76.
- [7]卢圣楼,刘红,江虹,等.微波辅助提取-HPLC测定神秘果种子中齐墩果酸的研究[J].湖北农业科学,2012,51(4):816-819.
- [8]马艺丹,刘红,闫瑞昕,等.神秘果种子营养成分分析与评价[J].食品工业科技,2016,13(37):346-351.
- [9]Buckmire R E,Francis F J.Anthocyanins and flavonol of miracle fruit(*Synsepalum dulcificum*.schum)[J].J.Food Sci,1976,41(6):1363-1365.
- [10]Chen C Y,Wang Y D,Wang H M.Chemical constituents from the leaves of *Synsepalum dulcificum*[J].Chem Nat Compd,2010,46(3):495.
- [11]卢圣楼,符家珍,刘红.神秘果叶多酚的超声波提取工艺及其抗氧化能力[J].林产化学与工业,2014,34(5):146-151.
- [12]卢圣楼,刘红,郭飞燕,等.神秘果叶营养成分分析与评价[J].食品研究与开发,2014,35(17):111-114.
- [13]Chen M J,Hong Z L,Chen C Y.Secondary metabolites from the stem of *Synsepalum dulcificum*[J].Chem Nat Compd,2012,48(1):108-109.
- [14]Chen C Y,Wang Y D,Wang H M.Chemical constituents from the roots of *Synsepalum dulcificum*[J].Chem Nat Compd,2010,46(3):448-449.
- [15]K0 Kurihara,L M Beidler. Taste-modifying protein from miracle fruit [J]. Science,1968,161(847):1241-1243.
- [16]Ito K,Asakura T,Morita Y,et al. Microbial production of sensory-active miraculin[J]. Biochem Biophys Res Commun,2007,36(2):407-411.
- [17]Chen C C,Liu I M,Cheng J T.Improvement of insulin resistance by miracle fruit (*synsepalum dulcificum*)in fructose-rich chow-fed rats [J]. Phytother Res,2006,20(11):987-992.
- [18]Brouwer J N,van der Wel H,Francke A,et al.Miraculin the sweetness-inducing protein from miracle fruit[J].Nature,1968,220(10):373-374.
- [19]Antonella Paladino,Giovanni Colonna,Angelo M. Facchiano et al. Functional Hypothesis On Miraculin Sweetness By A Molecular Dynamics Approach[J]. Biochemical and biophysical research communications,2010,396(3):726-730.
- [20]Narendra Duhita,Kyoko Hiwasa-Tanase,Shigeki Yoshida,et al. Single-Step Purification of Native Miraculin Using Immobilized Metal-Affinity Chromatography [J]. Agric Food Chem,2009,(57):5148-5151.
- [21]Paladino A,Costantini S,Colonna G,et al. Molecular modeling of miraculin: Structure analysis and functional hypotheses [J]. Biochem Biophys Res Commun,2008,367(1):26-32.
- [22]Keisuke Ito a,Tomiko Asakura a,Yuji Morita,et al.Microbial production of sensory-active miraculin[J].Biochemical and Biophysical Research Communications,2007,360(2):407-411.
- [23]Keisuke Ito a,Taishi Sugawara a,Ayako Koizumi,et al.Bulky high-mannose-type N-glycan blocks the taste-modifying activity of miraculin[J]. Biochimica et Biophysica Acta,2010,1800(9):986-992.
- [24]Girous E L,Henkin R I. Purification and Some Properties of Miraculin, a Glycoprotein from *Synsepalum dulcificum* Which Provokes Sweetness and Blocks Sourness[J].J.Agr. Food Chem,1974,22(4):595-601.
- [25]Bartoshuk L M,Gentile R L,Moskowitz H R,et al. Sweet taste induced by miraculin fruit *Synsepalum dulcificum*[J].Physiology&Behavior,1974,12(3):449-456.
- [26]Hajime N,Chizuko Y,Kayo T,et al. Analyses of gustatory-related brain magnetic fields induced by taste sensation [C]. International Congress Series,2002,1232(4):147-152.
- [27]李彦,魏秀岩,卢禁.神秘果提取物对糖尿病大鼠降血糖作用的研究[J].广东药学院学报,2011,27(1):71-75.
- [28]李彦,路晓庆,刘艳薇,等.神秘果提取物对链脲佐菌素诱导的糖尿病大鼠血糖及脂代谢的影响[J].中药药理与临床,2011,27(4):64-66.
- [29]苗鑫.云南神秘果降血糖作用的探索性研究[J].中国医学,2013,12(3):99.
- [30]刘红,赵丹微,杨定国,等.神秘果果皮的抗氧化性[J].安徽农业科学,2010,38(14):7522-7524.
- [31]刘玉革,付琼,张秀梅.神秘果叶中总酚提取及其抗氧化活性研究[J].中国热带农业,2015,3(64):79-81.
- [32]卢圣楼,刘红,陈光英,等.神秘果叶挥发油化学成分分析及抗菌、抗肿瘤活性[J].林产化学与工业,2014,34(1):121-127.
- [33]钟剑珊,欧阳伟,袁晓清.神秘果叶对小鼠高尿酸血症模型影响观察[J].亚太传统医药,2013,9(8):9-10.
- [34]卢圣楼.神秘果叶营养价值和挥发油化学成分分析及其总黄酮提取纯化与药理活性评价[D].海口:海南师范大学,2013.
- [35]WANG H M,CHOU Y T,HONG Z L,et al. Bioconstituents from stems of *Synsepalum dulcificum* Daniell (Sapotaceae) inhibit human melanoma proliferation,reduce tyrosinase activity and have antioxidant properties[J]. Journal of the Taiwan Institute of Chemical Engineers,2011,42(2):204-211.
- [36]黄巨波,刘红,祁海兰.神秘果混合果粉营养成分及其抗疲劳和免疫作用[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(14):195-198.
- [37]袁红波,赵文,赵仁邦,等.金丝小枣糖浆对小鼠免疫功能的影响[J].中国食品学报,2008,8(1):13.

(本文编辑:李海燕 本文校对:布仁 收稿日期:2018-03-09)

学习《神农本草经》注意三种情况

第一,《本经》部分药物名称、品种和入药部位已发生了历史变迁,如桂枝、枳实、威灵仙、人参等。

第二,《本经》部分药物名称、品种和入药部位、临床性效未发生任何变迁,一直沿用至今,如当归、黄芪、柴胡等。但有些药物的特殊临床作用被当前中医药人所遗忘,如当归、玄参、地黄、柴胡等。

第三,《本经》部分药物的名称未发生变化,一直沿用至今,但其品种、入药部位、临床性效已发生变异,如续断、芍药、阿胶、陈皮、黄芪、黄精、玉竹等。

对上述三种情况,我们的临床医生,特别是高年资临床医生要重视,要精读《本经》,因为《本经》标志了经方的起源,《伤寒杂病论》方证源于《本经》。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(2)》,人民卫生出版社,2017。

中药离子导入治疗盆腔炎性疾病后遗症临床应用进展

周佳佳¹ 鲁平² 于俊杰² 王倩如^{2*}

(1 北京中医药大学护理学院, 北京 100029; 2 中日友好医院中医妇科, 北京 100029)

摘要: 盆腔炎性疾病后遗症是妇女常见的疾病, 复发率较高。近年众多文献报道, 中药离子导入可通过直流电将药物离子经皮肤或黏膜引入病变部位发挥消炎止痛的作用, 治疗此疾病的疗效确切, 为临床治疗盆腔炎性疾病后遗症提供了新的途径。本研究通过查阅近十年的相关文献, 对中药离子导入法治疗盆腔炎性疾病后遗症的临床效果进行综述分析, 认为中药离子导入法有方便、经济、安全、有效等优势, 具有良好的发展前景。

关键词: 盆腔炎; 后遗症; 中药; 离子导入; 综合疗法; 综述; 带下病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.065

文章编号:1672-2779(2018)-10-0153-04

Research Progress on the Clinical Application of Iontophoresis in the Treatment of Sequelae of Pelvic Inflammatory Disease

ZHOU Jiajia¹, LU Ping¹, YU Junjie², WANG Qianru²

(1. Nursing College, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

2. Department of Gynecology of Traditional Chinese Medicine, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China)

Abstract: Sequelae of pelvic inflammatory disease are common diseases in women, with high recurrence rate. In recent years, many literatures reported that iontophoresis of traditional Chinese medicine can lead to the anti-inflammatory and analgesic effect by introducing the drug ions through the skin or mucous membrane through the direct current, which provides a new way for the clinical treatment of sequelae of pelvic inflammatory disease. In this study, through consulting the relevant literature for nearly ten years, the clinical effect of traditional Chinese medicine iontophoresis method in the treatment of pelvic inflammatory disease sequelae is reviewed. It is concluded that the iontophoresis method of Chinese medicine has advantages of convenience, economy, safety and effectiveness, and has good prospects for development.

Keywords: pelvic inflammatory disease; sequelae; Chinese medicine; iontophoresis; comprehensive therapy; review; leukorrheal diseases

盆腔炎性疾病 (pelvic inflammatory disease, PID) 是妇科常见病、多发病, 主要由女性上生殖道炎症引起, 包括子宫内膜炎、输卵管炎等, 若未得到及时、积极、正确治疗, 则可引起盆腔炎性疾病后遗症^[1], 也称为慢性盆腔炎。盆腔炎性疾病后遗症主要表现为低热、疲乏、下腹坠痛、腰骶疼痛、白带增多等, 部分病程较长的患者可有神经衰弱症状, 如精神不振、周身不适、失眠。盆腔炎性疾病在中医学中无专门论述, 散在于癥瘕、带下、崩漏、热入血室等病证中, 但在治疗上历史悠久, 经验丰富, 尤其是中医外治法。传统的外治法包括针刺、灸法、贴敷疗法、耳穴疗法、推拿按摩、灌肠等^[2], 随着现代中医药技术的发展, 近年来采用中药离子导入法治疗盆腔炎性疾病后遗症也在临床上得到应用, 并取得了一定的效果。现将近年来中药离子导入治疗盆腔炎性疾病后遗症研究进展综述如下。

1 中药离子导入法作用机制

中药离子导入法的基本原理遵循药物离子导入的基本原则。在药物溶液中, 一部分药物在电流的作用下解离成离子, 将药物涂抹在肌肤表面或者纱布、海绵垫等介质上时, 药物中的阳离子和阴离子会遵循“同极相斥, 异极相吸”的原则, 阳离子从正极被驱离, 阴离子从负极被驱离, 而驱离方向是人体皮肤等需治疗的区域。被驱离的药物离子通过多种途径进入

人体较浅表区域, 并形成“离子堆”, 通过渗透作用缓慢进入病灶发挥治疗作用^[3]。

2 中药离子导入法治疗盆腔炎性疾病应用方式

2.1 单一中药离子导入法 王民^[4]将自拟活血化瘀汤 (苦参、蛇床子、白芥子、芡实、桃仁、红花、当归、丹参、莪术、蒲公英、紫花地丁、败酱草等中药) 采用离子导入法治疗慢性盆腔炎患者100例, 并与菌必治加替硝唑治疗100例患者对照观察, 结果显示, 离子导入组治疗总有效率优于对照组。欧剑英^[5]在常规治疗 (双黄连注射液静脉滴注配合中药保留灌肠) 基础上应用正清风痛宁药液进行离子导入治疗慢性盆腔炎的患者48例, 与对照组常规治疗对比, 证明离子导入法治疗慢性盆腔炎的有效率明显高于对照组。张雪珂^[6]在强化治疗基础上加用中药离子导入法 (中药方剂组成: 生黄芪、钱当归、白芍、川芎、红花、丹参、炒香附、乌药、川楝子、益母草、三七等) 治疗结核性盆腔炎伴积液的38例患者, 证明其近期临床疗效优于单纯抗结核药物强化治疗, 且无不良反应及并发症。万桔梅^[7]对中药离子导入 (主要药物有黄柏、忍冬藤、土茯苓、败酱草、牡丹皮、黄芩、红藤、昆布、透骨草、青风藤、当归) 治疗72例慢性盆腔炎患者进行观察, 结果表明此疗法的治疗有效率优于对照组的常规疗法, 1年后随访经B超及妇科检查证明疗效稳定, 远期效果良好。

2.2 中药离子导入法配合药物内服

2.2.1 配合中药内服 许燕萍^[8]应用少腹逐瘀汤加减 (小

* 通讯作者: 18610066838@126.com

茴香、干姜、延胡索、当归、川芎、肉桂、赤芍、蒲黄等)内服配合外用自拟之活血化瘀、通经活络方剂(三棱、莪术、赤芍、牡丹皮、红藤、昆布、水蛭、桂枝等)离子导入治疗25例慢性盆腔炎患者疗效明显优于仅内服少腹逐瘀汤加减的对照组。夏敏^[9]在口服本院协定方盆腔炎方(主要药物有柴胡、枳壳、赤芍、忍冬藤等)基础上加用磷酸川芎嗪注射液80 mg归来穴离子导入治疗慢性盆腔炎导致的输卵管阻塞性不孕53例患者,与对照组口服盆腔炎方对比结果显示离子导入组疗效明显为优,且无一例出现皮肤损伤及过敏反应。苏慧森^[10]对口服新癪片联合中药离子导入治疗140例慢性盆腔炎患者进行观察,3个疗程结束后评价治疗的总有效率为95.71%,值得临床应用研究。刘玉兰^[11]利用盆炎平方(药物组成:苍术、黄柏、丹参、薏苡仁、败酱草、香附、牛膝等)口服联合中药离子导入(药物组成:乳香、没药、红花、三棱、莪术、延胡索、透骨草、夏枯草、连翘等)治疗30例慢性盆腔炎患者,经比较分析,离子导入组治疗总有效率高口服黄藤素分散片的对照组,可明显改善患者临床症状,具有广阔的临床应用前景。

2.2.2 配合西药口服 诸葛军^[12]应用克林霉素静脉滴注、口服结合中药离子导入(中药组成:粗盐、透骨草、桃仁、红花、半枝莲、皂角刺、桂枝、三棱、莪术、牡丹皮、红藤、昆布)治疗盆腔炎性疾病后遗症患者26例,与仅口服克林霉素的对照组进行比较,显示西药结合离子导入治疗盆腔炎后遗症的疗效明显优于单用西药治疗,且操作简单安全,不增加患者的经济负担,值得临床推广应用。胡玉峰^[13]在给予盆腔炎性疾病后遗症患者氧氟沙星片400 mg加甲硝唑片400 mg口服基础上加用中药离子导入给药(方药:蒲公英、金银花、紫花地丁、败酱草、蚤休、红藤、白花蛇舌草、桂枝、茯苓、桃仁、牡丹皮、赤芍、川楝子等加减),与常规西药组对照观察,比较疗效和疼痛缓解情况,并随访18个月,统计2组复发及受孕情况,结果显示西药联合离子导入法综合疗效较佳。

2.3 中药离子导入法配合其他外治法

2.3.1 配合灌肠 李国华^[14]以中药保留灌肠(灌肠方组成:红藤、蒲公英、白花蛇舌草、败酱草、桂枝、紫花地丁、延胡索、舌草等加减)联合中药离子导入(中药组成:同灌肠方)治疗慢性盆腔炎患者100例,有效率为95%,明显高于对照组的85%,具有较为显著的优势,主要体现在治疗起效快、疗效确切不易反复、无不良反应、缩短住院天数,减少住院费用等。孙莉^[15]采用中药离子导入(组方:三棱、莪术、赤芍、牡丹皮、红藤、紫花地丁、水蛭、桂枝、皂角刺、桃仁、红花)

结合西药灌肠(灌肠液:普鲁卡因4 mL,氨苄西林钠舒巴坦钠1.5 g,山莨菪碱10 mg,庆大霉素24万IU,糜蛋白酶4000 IU)治疗慢性盆腔炎患者128例,总有效率为100%,随诊6个月未复发。魏春娥^[16]应用中药离子导入(中药处方:蒲公英、败酱草、鱼腥草、牡丹皮、赤芍、土茯苓、乳香、延胡索、生甘草等)联合中药保留灌肠(中药组成:同离子导入方)治疗30例盆腔炎性包块患者,治疗1~3个疗程后总有效率为100%,治愈率为96.7%。秦雯英^[17]在在中药灌肠(方剂组成:小茴香、干姜、延胡索、当归、川芎、肉桂、赤芍、生蒲黄、五灵脂、制没药、桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁等)基础上进行离子导入治疗56例慢性盆腔炎性疾病患者,经2个疗程后总有效率为96.4%,治疗过程舒适,方法简便,值得推广。

2.3.2 配合超短波疗法 朱秀兰^[18]采用直流电中药离子导入(自制中药水煎剂:白花蛇舌草、乳香、没药、血竭、红花、桂枝)加超短波治疗盆腔炎患者226例,与药物治疗组(青霉素等消炎药静脉点滴,口服中药失笑散)对比,结果表明协同作用使盆腔炎吸收快,疗效高,尤其对病情时间长、用药治疗无明显改善的患者,疗效较满意,优于单一药物治疗。张茂碧^[19]观察超短波并音频电中药离子导入(中药组成:红藤、败酱草、蒲公英、桂枝、川芎、白芷、桃仁、白芥子等)综合治疗慢性盆腔炎的临床疗效明显优于超短波治疗组,而且无痛苦,安全、方便,具有临床推广价值。朱凤俊^[20]对44例盆腔炎患者应用超短波疗法后加用中药离子导入(中药红花、杜仲、三七、丹参、白芍、木瓜、当归、鸡血藤、乌梢蛇等浸泡在65%乙醇中制成药液),并与采用单纯抗炎药物治疗的44例患者对照观察,结果显示综合组疗效高于药物组。王美蓉^[21]应用中药离子导入(中药组方:红花、丹参、蒲公英、败酱草、赤芍、皂角刺、薄荷、延胡索等)结合特定电磁波局部照射治疗慢性盆腔炎患者30例,并与仅抗生素静滴的对照组进行比较,2组疗效有显著性差异,联合组优于对照组。

2.3.3 配合艾灸 吴桂芳^[22]将慢性盆腔炎患者自由组合分为对照组和观察组各25例,2组均给予中药离子导入治疗,观察组每晚睡前进行一次施灸治疗,取内踝尖上3寸,胫骨内侧面后缘为三阴交穴及腹部压痛点,观察组疗效优于对照组,无任何副作用且能达到温经通络的效果。

2.3.4 配合耳穴贴压 袁玉欣^[23]采用耳穴贴压(取子宫、卵巢、内分泌、肾上腺、盆腔、交感穴)配合中药离子导入(湿热瘀结方:金银花、连翘、蒲公英、当归、川芎、白芍、紫花地丁、白芷、黄芪等;寒凝气滞方:

黄芪、丹参、党参、赤芍、红花、桂枝、香附、益母草、续断等)治疗76例慢性盆腔炎患者,经过2~4个疗程的治疗,总有效率为100%。

3 综合疗法

许芙蓉^[24]对治疗组120例盆腔炎性疾病后遗症患者应用中医综合法(每日口服方剂+每晚红藤汤加灌肠+隔日1次针刺合谷、内关、足三里、三阴交等穴),而对照组患者仅中药口服,经3个疗程后得出治疗组总有效率明显优于对照组,通过协同作用增强了治疗效果,减少了复发。王丽英^[25]的研究显示慢性盆腔炎综合疗法组(妇炎清汤经穴药物离子导入+旋转磁疗+热物理疗)的临床疗效优于中药治疗组和仪器治疗组,且经期应用对经量无不良影响,治疗痛经止痛有效率可达100%。翁双燕^[26]采用中医三联疗法(盆腔炎方合剂口服+盆腔炎灌肠方保留灌肠+盐酸川芎嗪注射液离子导入)治疗60例气滞血瘀兼郁热证型的盆腔炎性疾病患者,总疗效明显优于中药口服+保留灌肠组及中药口服组,在改善中医症状、局部体征、疼痛的程度,中医综合法组分别与中药口服联合保留灌肠组及中药口服组比较,差异有显著意义,结果证明中医三联疗法治疗盆腔炎性疾病(慢性盆腔疼痛)可以明显改善患者的临床症状、局部体征,适宜临床推广应用。周姣先^[27]选取60例急性慢性盆腔炎患者随机分成2组,试验组30例在用抗生素积极控制感染的同时,中药保留灌肠配合中药离子导入,对照组30例单纯使用抗生素治疗。2组治疗结果比较,显示试验组无论是治愈率还是总显效率都高于对照组,联合运用既可提高疗效,又能充分发挥协同作用,达到内病外治的效果。马晓贤^[28]观察红藤汤保留灌肠及中药离子导入配合盆腔灌注抗炎药治疗慢性盆腔炎的临床有效率明显高于仅盆腔灌注治疗的对照组,表明综合治疗较单一治疗疗效明显,治愈率高,复发率低,具有协同作用。

4 小结与展望

盆腔炎性疾病后遗症是女性内生殖器、盆腔腹膜及盆腔结缔组织发生的慢性炎症,其可局限于某一部位,也可同时发生在几个部位,且易与周围组织器官粘连,西医目前以抗生素治疗为主,效果欠佳,故病程长,易反复,严重影响妇女的身心健康,且继发一系列并发症如:月经失调、不孕、异位妊娠等,甚至引起夫妻间的矛盾等不良后果。中医理论认为盆腔炎性疾病后遗症属中医妇科杂病,热毒湿邪为本病的主要发病原因。湿热瘀结、气滞血瘀为本病的病理过程。究其原因,多因湿热下注,湿毒蕴结,损及任督二脉,瘀结胞中,导致气血失和、胞络受阻,气滞血瘀,日

久阻滞气机,不通则痛^[29]。因此中医治疗盆腔炎性疾病后遗症应针对患者体质及病邪性质进行辨证论治。其中外治法由于直接在病灶处给药,药效直接,无胃肠道毒副作用等深受患者及医者青睐。直流电中药离子导入法在传统中医外治法基础上应用现代科技,促进中药有效成分快速进入人体,同时集电流双重刺激,可有效加强组织再生,增强炎症的吸收,降低局部神经兴奋性,起到消炎止痛的功效,已广泛应用于外科、内科、妇科、眼科等疾病的治疗。

临床治疗盆腔炎性疾病后遗症时应根据患者病情,全身与局部兼顾,整体辨证内外治疗,目前中药离子导入在本病治疗起到重要作用,可根据病情选用单纯中药离子导入,也可选择中药离子导入配合其他治疗方法,可以达到内外同治、标本兼顾、起效迅速、远期效果良好等目的。在缓解疼痛症状方面,疗效优于口服非甾体类消炎止痛药物,对于长期久治的患者,可避免长期服用药物导致的不良反应,降低复发率,具有痛苦小、疗效好、疗效持久等优点。但直流电中药离子导入法也有一定的局限性,如引起皮肤过敏、起效较慢、不易控制剂量、不易深达等,还需进一步研究。由于操作方便、经济、直达患处、减少口服及静脉用药负担、毒副作用少等优势,直流电中药离子导入法可以在日后的盆腔炎性疾病后遗症治疗中发挥重大作用。

参考文献

- [1]马堃,罗颂平,李敏,等.中医药防治盆腔炎性疾病优势与证据研究进展[J].中国中药杂志,2017,42(8):1449-1454.
- [2]郑英慧,甘华婵,曹立幸,等.中医外治法治疗痛经的研究进展[J].中国中医急症,2017,26(3):456-459.
- [3]孟泳,刘晓光.中药离子导入配合药物治疗成人支气管肺炎疗效观察[J].郑州大学学报(医学版),2014,(3):417-418,419.
- [4]王民.中药离子导入治疗慢性盆腔炎临床体会[J].中国当代医药,2009,16(18):72-73.
- [5]欧剑英.中药离子导入治疗慢性盆腔炎的观察与护理[J].内蒙古中医药,2015,34(12):56-57.
- [6]张雪珂.中药离子导入法治疗结核性盆腔炎伴积液的近期疗效观察[J].中国医药,2012,7(7):897-898.
- [7]万桔梅,汤烈平.中西医结合治疗慢性盆腔炎72例临床观察[J].云南中医中药杂志,2010,31(11):23-23.
- [8]许燕萍,王艳.内服加中药离子导入法治疗慢性盆腔炎45例[J].河南中医学院学报,2006,21(2):64-64.
- [9]夏敏,李朝莲,蒋荣超,等.川芎嗪离子导入配合内服中药治疗输卵管阻塞118例[J].中医杂志,2005,46(5):366.
- [10]苏慧森,袁媛.新黄片联合中药离子导入治疗慢性盆腔炎疗效观察[J].山西中医,2012,28(12):19-20.
- [11]刘玉兰,任春丽,暴宏伶,等.盆炎平联合中药离子导入治疗慢性盆腔炎的临床研究[J].大家健康(下旬版),2014,(12):54-54.
- [12]葛军,程姬,赵佳瑜,等.中药离子导入合西药治疗盆腔炎后遗症26例[J].浙江中医杂志,2015,50(6):446.
- [13]胡玉峰.中药离子导入联合西药治疗盆腔炎性疾病后遗症48例[J].浙江中医杂志,2016,51(7):529.
- [14]李国华.中药保留灌肠联合离子导入治疗慢性盆腔炎100例临床护理[J].齐鲁护理杂志,2014(5):37-38.
- [15]孙莉,董春英.中药离子导入+西药灌肠治疗慢性盆腔炎128例[J].现代中西医结合杂志,2011,20(8):986.

- [16]魏春娥,李清芹,邢天伶,等.中药离子导入与中药保留灌肠治疗盆腔炎性包块30例疗效观察与体会[J].实用中西医结合临床,2007,7(1):58-59.
- [17]秦雯英,闫海威.中药离子导入治疗慢性盆腔炎的疗效观察[J].中国保健营养(上旬刊),2014,24(2):1132.
- [18]朱秀兰,王义发,王伟光,等.直流电中药离子导入加超短波治疗盆腔炎226例[J].中医药信息,2002,19(4):43-43.
- [19]张茂碧.超短波并音频电中药离子导入综合治疗慢性盆腔炎128例[J].四川省卫生管理干部学院学报,2007,26(1):19-21.
- [20]朱风俊.中药离子导入并超短波治疗盆腔炎44例疗效观察[J].中国煤炭工业医学杂志,2011,14(8):1212.
- [21]王美蓉,谢薇.中药离子导入结合特定电磁波局部照射治疗慢性盆腔炎30例[J].现代中西医结合杂志,2004,13(9):1157-1157.
- [22]吴桂芳.艾灸配合中药离子对盆腔炎治疗的效果观察[J].内蒙古中医药,2014,33(26):54,35.
- [23]袁玉欣.耳穴贴压配合中药离子导入治疗慢性盆腔炎76例[J].上海针灸杂志,2005,24(10):35-35.
- [24]许芙蓉.中医综合治疗盆腔炎性疾病后遗症[J].临床医学,2011,31(9):119.
- [25]王丽英,李鑫.综合外治法治疗慢性盆腔炎50例[J].中医外治杂志,2008,17(1):16-17.
- [26]翁双燕,张艳,夏敏,等.中医三联疗法治疗盆腔炎性疾病(慢性盆腔疼痛)的临床研究[J].中医临床研究,2017,9(17):90-93.
- [27]周姣先.中西医结合治疗盆腔炎性疾病效果的观察[J].内蒙古中医药,2013,32(11):20.
- [28]马晓贤,郑雪绒,张玲,等.红藤汤灌肠及离子导入配合西药盆腔灌注治疗慢性盆腔炎100例[J].陕西中医,2010,31(9):1186-1187,1195.
- [29]沈慧敏,杨越柏.超短波联合中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎的疗效观察[J].中国基层医药,2007,14(4):642-645.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:柳琪 收稿日期:2018-02-08)

中医药调节胰岛 β 细胞自噬的研究进展

林育¹ 王浩钰² 黄嘉华² 郑昊² 范穗强^{3*}

(1 广州中医药大学临床药理研究所, 广东 广州 510006;

2 广州中医药大学第一临床医学院, 广东 广州 510006;

3 广东药科大学附属第一医院中医科, 广东 广州 510000)

摘要: 随着人们生活方式的改变, 全球范围内糖尿病患者不断增加, 目前已达4.25亿, 防治形势十分严峻。目前已有的糖尿病治疗方法仍然存在诸多不尽如人意之处, 无法与当前巨大的需求相适应。在糖尿病的发生和进展中, 胰岛 β 细胞的损伤占有重要地位。随着对自噬研究的深入, 调节胰岛 β 细胞自噬水平已逐步被认为是改善胰岛 β 细胞损伤的一个重要途径, 寻找高效的、稳定的、可调节胰岛 β 细胞自噬的药物是一个可行的攻克糖尿病的方向。传统中医药是一个巨大且有待发掘的宝库, 因此我们对目前中医药调节胰岛 β 细胞自噬的研究进行了系统梳理, 以期后续的中医药调节胰岛 β 细胞自噬研究提供参考文献。

关键词: 自噬; 胰岛 β 细胞; 糖尿病; 中医药; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.066

文章编号:1672-2779(2018)-10-0156-03

Research Progress on Regulation of Pancreatic β Cell Autophagy by Chinese Medicine

LIN Yu¹, WANG Haoyu², HUANG Jiahua², ZHENG Hao², FAN Suiqiang³

(1. Institute of Clinical Pharmacology, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510006, China;

2. The First Clinical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510006, China;

3. Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Guangdong Pharmaceutical University, Guangdong Province, Guangzhou 510000, China)

Abstract: With the change of people's lifestyle, the number of people with diabetes in the world is on the increase. At present, it has reached 425 million. The situation is very grim. At present there are still many ways of treating diabetes which are not satisfactory and can not meet the current huge demand. In the occurrence and progression of diabetes, pancreatic β -cell damage plays an important role. With the deepening of autophagy research, regulating autophagy of pancreatic β -cells has gradually been considered as an important way to improve pancreatic β -cell injury. It is feasible to find efficient and stable drugs that can regulate autophagy of pancreatic β -cells overcome the direction of diabetes. Traditional Chinese medicine is a tremendous treasure trove to be explored. Therefore, we systematically sorted out the current studies on the regulation of islet β -cell autophagy by Chinese medicine in order to provide reference for the follow-up study of traditional Chinese medicine in the regulation of islet β -cell autophagy.

Keywords: autophagy, pancreatic β cell, diabetes mellitus, Chinese medicine; consumptive thirst

国际糖尿病联盟 (International Diabetes Federation, IDF) 2017年12月最新发布的数据显示, 全球糖尿病患者已有4.25亿, 相当于每11名成年人当中就有1人患糖尿病, 同比1980年增加了近3倍, 全球糖尿病防控形势严峻^[1]。目前, 糖尿病的主要治疗方法是通过减轻体重和加强运动锻炼以及配合相应的药物治疗, 但通过这些治疗途径并不能从根本上解决问题, 而且

治疗周期长, 费用高昂, 因此寻找新的糖尿病疗法显得尤为迫切。

1 胰岛 β 细胞与自噬

胰岛 β 细胞 (pancreatic β cell) 又称胰岛B细胞, 约占胰岛细胞总数的70%, 位于胰岛中央部, 为分泌胰岛素的细胞。胰岛 β 细胞的损伤是糖尿病发生发展的关键。自噬 (autophagy) 是在细胞凋亡 (apoptosis) 后又一个全新的生命科学研究角度。自噬是真核细胞一种高度保守的分解代谢通路, 也是其特有的生命现象^[2]。自

* 通讯作者: fansuiqiang@126.com

噬是通过溶酶体将细胞内变形、损伤、衰老的细胞器和过度积聚的蛋白质消化、降解,来实现循环利用细胞内原料,更新各细胞器,最终实现维持细胞稳态、促进细胞生存的作用,是广泛存在于真核细胞中的防御和应激调控机制。自噬对维持胰岛 β 细胞细胞的正常功能起着重要作用^[3],胰岛 β 细胞内正常水平的自噬可维持胰岛 β 细胞稳态。正常情况下,胰岛 β 细胞自噬可清除自由基等代谢产物,维持胰岛 β 细胞正常的数量、结构和分泌等功能,相关研究表明^[4]过度自噬会导致胰岛 β 细胞自噬性死亡而通过调节胰岛 β 细胞自噬可以有效应对内质网应激^[5]。综上,调节胰岛 β 细胞的自噬水平对延缓糖尿病的发生发展有重要意义,有鉴于此,我们系统地梳理了目前中医药调节胰岛 β 细胞自噬的研究,以为后续的中医药调节胰岛 β 细胞自噬科研工作提供参考。

2 调节胰岛 β 细胞自噬的中药复方

2.1 玉女煎 玉女煎为《景岳全书》中治疗糖尿病名方,功能清热滋阴,临床上治疗2型糖尿病疗效颇佳。何才姑等^[6-7]研究发现,自发性2型糖尿病大鼠(GK大鼠)胰岛细胞中自噬基因Beclin和LC3表达升高,经玉女煎治疗后两者表达均下降,接近于正常大鼠的水平,玉女煎可能是通过降低GK大鼠胰岛细胞内自噬的活性,从而减少了其胰岛细胞的自噬性凋亡。

2.2 津力达颗粒 津力达颗粒主要由人参、丹参、黄精等药物组成,具有健脾运津之功效,同时具有保护胰岛细胞的功能^[8-9]。孙颖等^[10]研究发现T2DM大鼠胰岛 β 细胞功能降低,自噬相关蛋白(Beclin-1, Atg7)表达下降,表明其功能受损机制可能与自噬水平受到抑制有关。给予津力达颗粒干预处理后,大鼠胰岛 β 细胞结构损伤减轻,自噬相关蛋白(Beclin-1, Atg7)表达有所上调,而反映自噬缺陷的p62蛋白表达下降,表明胰岛功能恢复。提示津力达可能是通过提高胰岛细胞自噬水平进而减轻胰岛 β 细胞损伤。

2.3 通心络胶囊 通心络胶囊主要由人参、水蛭、赤芍等药物组成,前期研究表明其对胰岛 β 细胞的具有保护作用^[11-12]。孙颖等^[10]研究发现T2DM大鼠胰岛 β 细胞功能降低,自噬水平降低,表明其功能受损机制可能与自噬水平受到抑制有关。予通心络胶囊处理后,糖尿病大鼠胰岛 β 细胞结构损伤减轻,自噬相关蛋白(Beclin-1, Atg7)表达有所上调,而反映自噬缺陷的p62蛋白表达下降,这均提示表明胰岛功能恢复。提示津力达可能是通过提高胰岛细胞自噬水平进而减轻胰岛 β 细胞损伤。

3 调节胰岛 β 细胞自噬的中药单体

3.1 小檗碱 小檗碱别名黄连素,为黄连的主要成分,具有清热解毒、抗炎抗菌等功用。胡亚耘等^[13]在动物实

验中发现,小檗碱对高糖或高脂诱导NIT-1细胞自噬有一定的促进作用,其机制可能与增加AMPK及其下游自噬相关TSC1、LC3-II蛋白的表达有关。

3.2 杨梅花色苷 杨梅花色苷是从杨梅汁中提取出来的含有糖苷等多种化学成分的化合物,研究指出杨梅花色苷中的杨梅粗蛋白解肽具有降血糖活性^[14],可较强力地清除氧自由基,在控制范围下对胰岛细胞的INS-1细胞无明显毒性。用杨梅花色苷预处理INS-1细胞,可提高表达胰岛细胞抗氧化的能力,减少H₂O₂诱导细胞自噬的发生^[15],起到保护胰岛细胞的作用。

3.3 桑叶多糖 桑叶是桑科植物桑的干燥叶,明代医家李时珍在其论著中就有桑叶“汁煎代茗,能止消渴”的相关论述。王婴等^[16]研究发现桑叶多糖可以通过多靶点改善2型糖尿病大鼠糖尿病症状,其中包括调节2型大鼠胰岛 β 细胞的自噬作用,调控 β 细胞的损伤和凋亡,从而保护胰岛 β 细胞。

3.4 肉桂酸 肉桂酸,又名 β -苯丙烯酸,是一种主要从肉桂皮或安息香中分离得到的有机酸。Zhao L等^[17]发现肉桂酸含药血清可减少软脂酸诱导的NIT-1细胞脂质沉积,电镜观察下显示肉桂酸处理后的自噬小体的数量明显增加,Western blot结果显示其AMPK磷酸化,LC3 II增加,肉桂酸调节NIT-1细胞自噬水平的机制可能与激活AMPK有关。

3.5 山奈酚 Ritu Varshney等^[18]的研究显示山奈酚能提高受棕榈酸刺激的RIN-5F细胞和小鼠胰岛细胞的活力和抗凋亡活性,其机制是山奈酚通过上调AMPK/mTOR途径激活自噬(LC3-II蛋白表达增加以及p62表达下降)从而发挥其抗脂毒性的 β 细胞保护作用。

3.6 韩国红参提取物 Lim SW等^[19]研究表明韩国红参提取物可以降低胰岛 β 细胞中自噬体的形成并且减弱溶酶体的降解,减少氧化应激和自噬泡,起到减轻胰岛细胞功能的障碍,增强胰岛 β 细胞活力和促进胰岛素的分泌。

4 小结与展望

胰岛 β 细胞损伤是糖尿病发生发展的重要机制,各种因素导致的胰岛 β 细胞自噬功能失调会使胰岛 β 细胞的正常功能受损,调节胰岛 β 细胞自噬保持正常水平不仅可以保护胰岛 β 细胞功能,同时可以延缓糖尿病的发生发展,因此,调节胰岛 β 细胞自噬成为治疗糖尿病新的突破口。到目前为止,胰岛 β 细胞自噬在中医药领域的研究还十分有限,亦存在以下几个问题:(1)目前的研究多局限于发现某些中药单体或中药复方对于胰岛 β 细胞自噬的影响,但对于药物如何调节其自噬的机制探讨不够深入,后续可从分子生物学等角度切入,进一步开展深入研究;(2)鉴于自噬存在着“双刃

剑”的作用,中药复方和中药单体是否存在双向调节作用,值得进一步深究;(3)针对调节胰岛 β 细胞自噬的中医药研究,当前还停留在基础研究层面上,日后还需要在糖尿病的临床研究上进行更多尝试和验证;总结现在已有研究,中医药调节 β 细胞自噬具有多靶点、多环节的特点,从其中进一步筛选出能够调节 β 细胞自噬的有效成分,探讨其作用机制,进而寻找新的糖尿病治疗药物,意义重大且具有广阔的前景。

参考文献

- [1]International Diabetes Federation.IDF DIABETES ATLAS (2017)[S].http://www.diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html.
- [2]赵娜.自噬对糖尿病及其慢性并发症的影响[J].山东医学高等专科学校学报,2017,1(39):63-67.
- [3]Fujitani Y, Kawamori R, Watada H. The role of autophagy in pancreatic β -cell and diabetes[J].Autophagy, 2009, 5(2):280-282.
- [4]朱丽波,李艳波.一把双刃剑:自噬对糖尿病和胰岛 β 细胞的影响[J].中国糖尿病杂志,2013,21(3):200-203.
- [5]Bachar-Wikstrom E, Wikstrom JD, Ariav Y, et al. Stimulation of autophagy improves endoplasmic reticulum stress-induced diabetes[J]. Diabetes, 2013, 62(4):1227-37.
- [6]何才姑,钱长晖,黄玉梅,等.玉女煎对 GK 大鼠胰岛自噬基因 Beclin 表达的影响[J].福建中医药大学学报,2012,22(2):32-35.
- [7]何才姑,钱长晖,黄玉梅,等.玉女煎对 GK 大鼠胰腺及肾脏自噬基因 LC3 表达的影响[J].福建中医药大学学报,2014,24(1):11-14.
- [8]张喜芬,杨立波,孙利,等.津力达颗粒治疗 2 型糖尿病随机双盲临床研究[J].疑难病杂志,2013,12(5):351-353.
- [9]金鑫,张彦芬,秘尧,等.津力达对高脂诱导的胰岛素抵抗 ApoE-/-小鼠骨骼肌胆固醇相关基因的影响[J].中国药理学通报,2014,30(11):1600-1604.
- [10]孙颖,金鑫,郭勇英,等.津力达颗粒联合通心络胶囊对 2 型糖尿病大鼠胰腺组织自噬的影响[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(23):92-96.
- [11]黄晓忠,刘晓颖,余细勇,等.通心络对高血压、高血糖合并高胆固醇血症大鼠的治疗作用[J].中国中药杂志,2011,36(2):224-227.
- [12]庞洁.“运脾津、通脾络”治疗消渴(2 型糖尿病)理论及实验研究[D].南京:南京中医药大学,2014.
- [13]胡亚标.小柴碱对高糖高脂诱导的 NIT-1 胰岛 β 细胞胰岛素分泌和自噬的影响[D].武汉:华中科技大学,2012.
- [14]张一帆.杨梅粗蛋白酶解肽及杨梅花色苷的活性研究[D].海口:海南大学,2015.
- [15]张波.杨梅花色苷对胰岛细胞氧化应激损伤的保护作用及其机制探讨[D].杭州:浙江大学,2010.
- [16]王婴.桑叶活性部位对 2 型糖尿病 microRNA 调控效应研究[D].广州:广州中医药大学,2017.
- [17]Zhao L, Jiang S J, LU F E, et al. Effects of berberine and cinnamic acid on palmitic acid-induced intracellular triglyceride accumulation in NIT-1 pancreatic β cells[J]. Chin J Integr Med, 2014, 14(9):1-9.
- [18]Ritu Varshney, Sumeet Gupta, Partha Roy. Cytoprotective effect of kaempferol against palmitic acid-induced pancreatic β -cell death through modulation of autophagy via AMPK/mTOR signaling pathway[J]. Molecular and Cellular Endocrinology, 2017, 448(17):1-20.
- [19]Lim SW, Jin, Luo K, et al. Ginseng extract reduces tacrolimus-induced oxidative stress by modulating autophagy in pancreatic beta cells[J]. Lab Invest, 2017, 97(11):1271-1281.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孟春想 收稿日期:2018-01-19)

帕金森病轻度认知功能障碍的中西医研究进展

丁鑫¹ 宫洪涛^{2*}

(1 河南中医药大学第一临床医学院, 河南 郑州 450000;

2 河南中医药大学第一附属医院脑病科, 河南 郑州 450000)

摘要: 帕金森病轻度认知功能障碍是目前临床治疗的难题之一。与帕金森病运动症状相比,非运动症状尤其是认知功能损害尚缺乏有效的治疗手段。本文参阅了近十年的临床试验及其他相关研究成果,对帕金森病轻度认知功能障碍的中西医研究进展做一综述,详细阐述了中医病因病机、西医发病机制和常用筛查量表,以及中西医临床疗效研究等情况,以供参考。

关键词: 帕金森病;轻度认知功能障碍;研究进展

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.10.067

文章编号:1672-2779(2018)-10-0158-03

The Research Progress of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine on Mild Cognitive Impairment of Parkinson's Disease

DING Xin¹, GONG Hongtao²

(1. The First Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

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

Abstract: Mild cognitive impairment of Parkinson's disease is one of the problems of clinical treatment at present. There is still a lack of effective treatment for non-motor symptoms especially cognitive impairment combining with motor symptoms. This article has read the clinical trials and other relevant research results of the last ten years to give a review of the research progress of traditional Chinese medicine and Western medicine on mild cognitive impairment of Parkinson's disease, expounding the etiology and pathogenesis, common screening scales and clinical efficacy study of traditional Chinese medicine and Western medicine in detail for reference.

Keywords: Parkinson's disease; mild cognitive impairment; research progress

帕金森病 (Parkinson's disease, PD), 又称震颤麻痹, 其病因和发病机制尚不明确, 主要病理特征是路

易小体在黑质多巴胺能神经元内的形成, 临床表现为运动障碍症状和各种非运动症状^[1]。非运动症状中以认知功能障碍最为常见。有研究表明, PD 非运动症状的出现较运动症状更早且与PD的预后密切相关^[2-4]。新诊

* 通讯作者: 1547325050@qq.com

断的PD患者轻度认知功能障碍 (mild cognitive impairment, MCI)的发病率可达 35%^[5],每年约有 10%的 PD 患者发展成痴呆^[6]。PD-MCI是PD患者认知功能正常与痴呆之间的一个中间阶段, 尽早识别和干预对于预防帕金森病痴呆具有积极意义^[7]。现将本病的中西医研究进展做如下综述。

1 祖国医学对PD-MCI的研究

1.1 病因病机和证候研究 戎健东等^[8]通过文献查阅和临床观察, 认为本病病机在于肾精亏虚、髓海不足。赵荣博等^[9]整理和研究了古代经典文献, 结合其临床经验, 将本病的病因病机归为虚实两类: 其一在于肾气精血不足导致脑髓空虚; 其二在于痰瘀滞于脑络导致脑窍壅塞。有研究者^[10]观察了PD-MCI 患者的证候组合形态, 发现髓海不足、血瘀证及痰瘀证最为常见。部分学者单从MCI着手研究其中医证候特征。秦虹云等^[11]调查结果显示, 老年MCI患者以痰湿质、阳虚质和气虚质居多, 辨证分型常见脾肾亏虚型、阴虚阳亢型和气血不足型。秦微^[12]研究发现, 老年人证型分布以虚证为主, 多为肾精亏虚、气血不足, 而中青年以实证为主, 多为痰浊阻窍、瘀血阻络。

1.2 临床疗效研究 多项研究表明中医药及其复方制剂治疗PD MCI具有一定优势, 在提高临床整体疗效的同时减少了不良反应。

有研究者^[13-14]发现, 银杏叶提取物能有效降低 PD-MCI的发生率且其改善认知的作用可随时间延长而增强。研究表明, 益智平颤方、五子衍宗汤等中药汤剂能显著提高PD-MCI患者的认知水平, 且安全性良好^[15-16]。其他如六味地黄丸、天智颗粒、复方活脑舒等中成药对PD-MCI也有明显疗效^[17-19]。张小莉等^[20]以针药并用治疗 PD-MCI疗效满意。

2 现代医学对PD-MCI的认识

2.1 发病机制 以现有理论尚不能完全解释PD-MCI的发病机制, 多数学者认为可能与多巴胺水平下降、多巴胺环路受损以及相关胆碱能通路的损伤有关^[21-22]。Nagano-Saito 等^[23]发现, 随着PD病程的进展, 纹状体多巴胺和前额叶-纹状体多巴胺相继耗竭, 造成多巴胺环路受损甚至破坏, 进而导致认知障碍^[24]。研究^[25]表明, 基底前脑Meynet核胆碱能通路损伤可能导致PD-MCI患者的认知功能损害。

PD患者认知功能损害也与某些代谢产物的水平有

关。刘培茹^[26]发现, PD-MCI患者同型半胱氨酸含量明显高于无认知功能障碍的患者及健康人群。王彩娟^[27]认为尿酸和血脂降低、同型半胱氨酸升高可能是 PD-MCI 患者发生的危险因素。黄婷婷^[28]认为PD-MCI与胰岛素抵抗密切相关。

另有实验^[29]表明, 脑白质纤维改变与PD-MCI成正相关, 脑血流低灌注可加重脑白质纤维化程度进而加重认知功能损害。

2.2 筛查量表 目前用于筛查PD患者认知损害的量表主要有简易智力状态检查(mini-mental state examination, MMSE)、蒙特利尔认知评定量表(the montreal cognitive assessment, MoCA)、帕金森神经心理痴呆评定量表(Parkinson neuropsychometric dementia assessment, PANDA)和帕金森病认知评定量表 (Parkinson's disease-cognitive rating scale, PD-CRS)等。

MMSE 是测评认知功能使用最多的量表, 但敏感性低, 易受年龄和教育的影响。有Meta分析结果提示, 筛查 MCI 时不应单独使用MMSE^[30]。王立安^[31]比较了MoCA和MMSE筛查PD-MCI的敏感性和特异性, 认为MoCA针对初中以上学历患者为高敏感性的筛查工具, 而MMSE适合初中以下学历的筛查。徐珊瑚等^[32]认为, MoCA量表比MMSE敏感性更高, 是PD-MCI患者较为理想的筛查工具。PANDA和PD-CRS是专门为PD患者设计的, 在检测 PD 患者认知损害方面均有较高的敏感性和特异性。PANDA量表的优势在于不受年龄和学历的影响, 有效性和客观性较强。PD-CRS量表的特点是可以对额叶皮质下认知损害及皮层性认知损害进行评定, 而且可以用于检测轻度额叶皮质下认知损害。

2.3 临床治疗 目前西医对于 PD-MCI 的临床治疗包括药物治疗和非药物治疗。

胆碱酯抑制剂和兴奋性氨基酸受体拮抗剂是临床常用的药物。多奈哌齐可显著改善认知障碍, 减轻患者精神症状, 且具有良好的耐受性, 是胆碱酯抑制剂的代表药物^[33]。王雅琴^[34]主张治疗PD认知功能障碍应尽早给予抗胆碱酯酶抑制剂如多奈哌齐和重酒石酸卡巴拉汀, 并尽早停用苯海索、金刚烷胺等抗胆碱能药物。美金刚属于兴奋性氨基酸受体拮抗剂, 可改善PD患者的认知功能, 也可改善其神经精神症状和运动功能^[35]。有研究表明, B型单胺氧化酶抑制剂司来吉兰可有效改善PD患者的执行力和注意力, 雷沙吉兰对管理能力和注

意力的改善更明显^[36]。王小力等^[37]认为,无论PD患者是否存在认知损害,均应该纠正及治疗心血管疾病、认知刺激以及相关应激等危险因素,改善抑郁、焦虑及睡眠障碍在PD-MCI治疗中也起到一定作用。

近年来,对于PD-MCI的治疗普遍结合非药物治疗,包括认知功能训练和体能锻炼、物理疗法、音乐或艺术疗法以及无创脑刺激技术等。

3 小结

PD-MCI严重影响PD患者的预后和生活质量。目前,可减缓或终止PD患者认知功能减退的干预手段极为有限。西药治疗PD-MCI虽可获效,但不良反应严重影响患者的生活质量,远期疗效也不尽如人意。中医药以其个体化辨证施治的诊疗特点,在PD-MCI的临床治疗中取得了较为满意的效果,能够显著提高临床疗效,减轻不良反应。但是,中医药治疗仍存在缺乏客观化、规范化的临床疗效评价体系及作用机制不明确等问题。为此,应进行更加深入的研究和探讨,充分发掘中医药的潜力,以期获得改善PD-MCI患者认知功能、提高其生活质量的有效途径。

参考文献

- [1] 吴江. 神经病学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 259-264.
- [2] Yang H J, Kim Y E, Yun J Y, et al. Identifying the Clusters within Nonmotor Manifestations in Early Parkinson's Disease by Using Unsupervised Cluster Analysis[J]. Plos One, 2014, 9(3): 1906.
- [3] Cersosimo M G, Raina G B, Pecci C, et al. Gastrointestinal manifestations in Parkinson's disease: prevalence and occurrence before motor symptoms[J]. J Neurol, 2013, 260(5): 1332-1338.
- [4] Swick T J, Friedman J H, Chaudhuri K R, et al. Associations between Severity of Motor Function and Nonmotor Symptoms in Parkinson's Disease: A Post Analysis of the RECOVER Study[J]. Eur Neurol, 2014, 71(3-4): 140-147.
- [5] Picillo M, Barone P, Pellecchia MT, et al. Evolution of mild cognitive impairment in Parkinson's disease[J]. Neurology, 2014, 82(15): 1384.
- [6] Hely MA, Reid WG, Adena MA, et al. The Sydney multicenter study of Parkinson's disease: the inevitability of dementia at 20 years[J]. Mov Disord, 2008, 23(6): 837-844.
- [7] 曲小丽. 帕金森病轻度认知功能障碍研究进展[D]. 重庆: 重庆医科大学附属第一医院, 2016.
- [8] 戎健东, 陆征宇, 赵虹. 帕金森病伴轻度认知功能障碍的中医治疗研究进展[J]. 健康教育与健康促进, 2014, 9(3): 202-205.
- [9] 赵荣博, 黄小波, 陈文强. 帕金森病轻度认知功能障碍的中西医研究进展[J]. 北京中医药, 2016, 35(5): 443-445.
- [10] 王彩娟. 帕金森病认知功能障碍患者中医证型分布规律[J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(4): 771-772.
- [11] 秦虹云, 皮衍玲, 杨震, 等. 社区老年人轻度认知功能障碍中医证候学特征的横断面调查[J]. 上海中医药杂志, 2015, 49(6): 6-8.
- [12] 秦微. 轻度认知功能障碍患者的中医证型分布规律探讨[D]. 保定: 河北大学, 2015.
- [13] 李琳, 张奇山, 杨期明, 等. 银杏叶提取物可预防帕金森病患者的认知障碍[J]. 中国医学创新, 2010, 7(29): 14-16.
- [14] 张超, 李红娟, 王金桥, 等. 银杏叶提取物治疗帕金森病轻度认知障碍疗效观察[J]. 中国现代医生, 2013, 51(31): 109-111.
- [15] 叶青, 张红智, 蔡定芳, 等. 益智平颤方治疗帕金森病合并轻度认知障碍疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2016, 50(7): 47-49.
- [16] 张慧和, 黄建平, 李玮, 等. 五子衍宗汤治疗肾虚髓减型帕金森病轻度认知功能障碍临床疗效评价[J]. 浙江中西医结合杂志, 2016(26): 998-1000.
- [17] 薛红, 魏周. 六味地黄丸对帕金森患者认知功能的影响[J]. 中国医药指南, 2010, 8(15): 18-20.
- [18] 潘燕, 张保朝. 天智颗粒治疗帕金森病轻度认知障碍[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(9): 253-254.
- [19] 张建春, 王彩娟, 李继安. 复方活脑舒对髓海不足型帕金森病轻度认知障碍的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(1): 68-69.
- [20] 张小莉, 冯为菊, 陈义良, 等. 针药并用治疗帕金森病合并轻度认知损害疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(4): 263-265.
- [21] Pedersen K F, Larsen J P, Tysnes O B, et al. Prognosis of mild cognitive impairment in early Parkinson disease: the Norwegian Park West study[J]. JAMA Neurol, 2013, 70(5): 580-586.
- [22] Aarsland D, Bronnick K, Williams-Gray C, et al. Mild cognitive impairment in Parkinson disease: a multicenter pooled analysis[J]. Neurology, 2010, 75(12): 1062-1069.
- [23] Nagano-Saito A, Habak C, Mejía A-Constaín B, et al. Effect of mild cognitive impairment on the patterns of neural activity in early Parkinson's disease[J]. Neurobiology Aging, 2014, 35(1): 223-231.
- [24] Ekman U, Eriksson J, Forsgren L, et al. Functional brain activity and presynaptic dopamine uptake in patients with Parkinson's disease and mild cognitive impairment: across-sectional study[J]. Lancet Neurol, 2012, 11(8): 679-687.
- [25] Christopher L, Duff-Canning S, Koshimori Y, et al. Salience network and parahippocampal dopamine dysfunction in memory-impaired Parkinson disease[J]. Ann Neurol, 2015, 77(2): 269-280.
- [26] 刘培茹. 高同型半胱氨酸血症与帕金森病认知功能的相关性研究[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2016, 43(1): 32.
- [27] 王彩娟. 帕金森病认知功能障碍中医证型与血脂 UA HCY 水平相关性分析[J]. 四川中医, 2016, 34(12): 53-55.
- [28] 黄婷婷. 胰岛素抵抗对帕金森病患者认知功能障碍的影响[J]. 白求恩医学杂志, 2015, 13(2): 130.
- [29] 朱睿明. 脑血流低灌注所致脑白质损伤在帕金森病认知障碍中的作用及机制研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2015.
- [30] 方嵘, 汤荟冬, 陈生弟. 轻度认知功能损害的诊断标准及其筛查测试进展[J]. 诊断学理论与实践, 2010, 9(6): 611-614.
- [31] 王立安, 庞爱兰, 张林明, 等. MoCA量表和在帕金森病轻度认知功能障碍筛查中的应用[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2014, 41(1): 16-19.
- [32] 徐珊瑚, 林闯, 朱银花, 等. 蒙特利尔认知评估量表在帕金森病伴轻度认知功能障碍患者中的应用研究[J]. 中国康复医学杂志, 2015, 30(3): 252-254.
- [33] Rolinski M, Fox C, Maidment I, et al. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies. Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012(3): 6504.
- [34] 王雅琴. 帕金森病认知功能障碍及遗传易感性研究[D]. 长沙: 中南大学, 2014.
- [35] Leroi I, Overshott R, Byrne EJ, et al. Randomized controlled trial of memantine in dementia associated with Parkinson's disease[J]. Mov Disord, 2009, 24(8): 1217-1221.
- [36] Hanagasi H A, Gurvit H, Unsalan P, et al. The effects of rasagiline on cognitive deficits in Parkinson's disease patients without dementia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study[J]. Mov Disord, 2011, 26(10): 1851-1858.
- [37] 王小力, 侯炳辉, 谢安木, 等. 帕金森病伴轻度认知功能障碍[J]. 实用老年医学, 2014, 28(7): 535.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 宫洪涛 收稿日期: 2018-04-10)