

提高视障生方剂学教学质量的探讨[※]

林海燕¹ 于佳宁² 于京平¹

(1 滨州医学院中西医结合学院, 山东 烟台 264003; 2 滨州医学院烟台附属医院两腺外科, 山东 烟台 264100)

摘要: 从背景分析、实施方案和实施效果三方面探讨提高视障生方剂学教学质量的方案, 其中实施方案包括课前、课中、课后、课程考试、质量监控等五方面。发现大多数学生方剂学成绩较好。该实施方案能够提高视障生教学质量, 有推广应用的价值。

关键词: 方剂学; 教学质量; 视障生; 特殊教育

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.001

文章编号:1672-2779(2018)-11-0001-03

Discussion on Improving the Teaching Quality of the Students with Visual Impairment for Studying Formulas of Chinese Medicine

LIN Haiyan¹, YU Jianing², YU Jingping¹

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

2. Department of Two Gland Surgery, Yantai Affiliated Hospital of Binzhou Medical University, Shandong Province, Yantai 264100, China)

Abstract: **Objective** To discuss the scheme of improving the teaching quality of the students with visual impairment for studying formulas of Chinese medicine. **Methods** Discussion was from three aspects, such as the background analysis, the implementation plan and the implementation effect. Among them, the implementation plan includes five aspects as follows: pre-class, class, after-school, course examination and quality control. **Results** Most of the students have good dosage form. **Conclusion** The implementation scheme can improve the teaching quality of the students with visual impairment for studying formulas of Chinese medicine, and has the application value.

Keywords: formulas of Chinese medicine; teaching quality; students with visual impairment; special education

方剂学是中医学专业的四大专业基础课程之一, 是中医辨证论治理论体系中的重要组成部分, 也是集中体现中医理、法、方、药有机统一的一门重要课程。

我校中医学专业于2012年开始面向全国招收视障学生, 2014年开始为视障学生开设方剂学课程, 目前已为四届学生授课。在授课的过程中, 我们不断摸索、寻找适合视障学生的授课方式, 努力提高方剂学的教学质量, 取得了一定的成绩。

1 背景分析

1.1 课程背景 方剂学是中医学专业四大基础课程中最难学的一门课程, 其涉及的教学内容非常丰富, 要求通过本课程的教学, 学生掌握方剂的基本理论和200首左右常用方剂的组成、用法、功用、主治、配伍意义及其加减运用, 引导学生领悟组方原理、配伍规律、临床应用等, 培养学生分析、运用方剂和临床组方的能力, 以更好地适应中医临床的需要。目前, 该课程为85学时, 要使学生在短时间内, 掌握常用方剂的基础知识, 并且学会使用方剂, 这既需要前期三门专业基础课程的铺垫, 又要把三门课程很好地融合, 对于普通学生来说尚且不易, 对视障学生来说难度更大。

1.2 学生背景 我们目前招收的视障学生情况参差不齐,

有之前在中专学过方剂学的, 有从来没有接触过的, 在授课过程中要兼顾; 从视力情况来说, 部分学生能通过放大镜看书, 有部分学生有一定的光感, 还有一部分学生全无光感。故在授课过程中就需要改变传统的授课方式; 从心理方面来说, 视障学生相对比较敏感, 在讲解过程中要照顾学生的情绪变化。

2 实施方案

针对课程和学生的实际情况, 我们努力摸索出一套比较适合视障学生的“五位一体”的方剂学运行模式, 以切实提高教学质量。

2.1 课前 传统的教学, 课前教师备教材, 备学生, 根据学生知识掌握的情况进行备课。为视障学生授课除了常规准备工作外, 很重要的一项工作是为视障学生准备电子教材, 尤其是重点突出、详略得当的讲稿, 更有助于学生的学习。课前, 要将电子教材、讲稿通过红蜘蛛软件传给学生, 使学生可以提前预习。

2.2 课中

2.2.1 重点难点突出 详略得当 在授课过程中要重点突出, 难点详细解读, 以使视障生明白学习的重点难点。方剂学学习的重点是常用方剂的组成、用法、功用、主治、证治机理、方解、辨证要点、使用注意、鉴别, 在授课之初就要使视障生明白学习的重点, 有的放矢。学习的难点主要有三点: 一是主治和证治机理, 解决的办法是紧密联系中医基础理论、中医诊断学的相关

※ 基金项目: 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-ZY017】

知识点讲解。学生只有明白了证治机理,才能灵活用于方剂来解决临床问题;二是方解,解决的办法是紧密联系中药学的相关知识点讲解。方解是后对方剂按照君臣佐使进行的一种剖析,虽然不同医家对个别方剂的分析不同,但是对大多数方剂已经形成共识。方剂本就由中药组成,是在辨证准确的基础上选择合适的药物按照一定的规矩组合而成。故只有掌握好中药,分析方剂才能得心应手;三是相似方剂的鉴别,解决的办法:结合中药学的药物之间的鉴别来讲解,以明确不同方剂的功效和主治特点;结合中医诊断学的证候之间的鉴别来讲解,以明确不同证候的临床表现。如麻黄汤和麻杏甘石汤的鉴别,从药物组成来看,共有的药物是麻黄、杏仁、甘草,不同点是麻黄汤还有桂枝,桂枝为解表药,和麻黄配伍可增强麻黄的解表之功,故麻黄汤的功效侧重于解表,主治外感风寒表实证。麻杏甘石汤还有石膏,石膏为清热泻火药,且石膏的用量比麻黄大很多,故整首方表现出来的就是寒性,加之石膏入肺经,可清肺热,杏仁可止咳平喘,麻黄可宣肺平喘,故麻杏甘石汤的功效侧重于清肺平喘,可治疗外邪入里化热,热邪壅肺引发的咳喘证。至于外感风寒表实证和肺热咳喘证如何鉴别,可运用中医诊断学知识来比较。

2.2.2 采用灵活多样的教学方法 在给视障生授课方剂学的过程中,我们比较常用的方法是讲授法、案例法、比较法、讨论法等。可根据授课内容不同而采用不同的方法。

讲授法具有信息量大的特点,能在很短的时间内使学生掌握大量的知识,但很容易造成学生的被动接受,缺乏主动思考的过程^[1]。一般常用在讲方剂学基本理论部分。只有学生掌握好基本理论,才能在学习具体方剂时正确分析方剂。比如八法中的汗、吐、下、清、消、和、温、补,每一种治法都详细给学生讲解,并结合中药学中的章节让学生进行对应,如讲汗法要使学生想到解表药,讲清法要使学生想到清热药,这样既可以复习中药学中的知识,而且可以借助对中药学的复习加深对八法的认识,后面在学解表剂或清热剂时就没有违和感。

案例法接近临床,学生学习积极性高,而深受视障生的喜欢,但需要耗费的时间比较多,200余首方剂不可能全部采用案例法^[2]。一般常用在讲每一节的代表方剂。传统的方剂学习是按照组成、功效、主治病证、方解、使用注意、加减变化等来进行讲解,采用案例法可从分析病案入手,运用所学的中医基础理论,尤其是中医诊断学知识,望闻问切四诊合参,进行辨证。根据证确立治法,然后选择合适的中药,按照君臣佐使组成方剂。在组方的过程中,学生复习了中药学的

知识,加深了对方剂的理解,记忆更加持久。

比较法可运用于相似方剂间的比较。比如同是吴鞠通创立的银翘散和桑菊饮,区别使用时,就需要用到比较法。通过组成、功效、主治病证的分析,我们就知道为何银翘散被称为辛凉之平剂,桑菊饮被称为辛凉之轻剂。比较法不但可用于同一章节中方剂的比较,也可用于不同章节中方剂的比较。比如,白虎汤与当归补血汤的比较,补阳还五汤与镇肝熄风汤的比较等,只要能找到共同点就有比较的意义。通过比较,我们对方剂的认识更加深刻,在比较中训练临床思维^[3]。

讨论法可运用于一些比较容易掌握的章节,比如开窍剂、祛暑剂,可以让学生提前预习,课堂上一起讨论,如讨论暑邪致病的特点:暑为阳邪,其性炎热;暑伤气阴;暑多夹湿;暑易兼夹表寒等,可得出祛暑剂分为祛暑清热、祛暑解表、清暑利湿和清暑益气四节的结论。在讨论中加深对祛暑剂的认识,避免靠死记硬背掌握知识点的弊端,切实提高学生的学习兴趣。

总之,多种教学方法有机融合,整个教学过程始终坚持“以学生为主体”的教育理念,可切实提高教学质量。

2.3 课后 方歌的背诵是学习方剂过程中很重要的一环,我们要求学生必须熟练背诵方歌,课后来完成。很多学生最初不接受背方歌的作业,我们就采用请高年级优秀学长或用优秀学长背方歌顺利通过考研的例子来激励大家,使学生们树立起背方歌的信心。

课后还可通过网络教学平台、QQ群等方式与学生在线进行交流,以解决课间时间短,学生没有时间跟老师交流或者个别学生由于性格内向不好意思直接跟老师交流的问题。在网络教学平台上可布置作业,敦促学生课后复习,以巩固所学知识。

2.4 课程考试 改变以往“一锤定音”的终结性评价,慢慢向形成性评价转变。通过过程考评(30%)和期末卷面考评(70%)两种途径进行。过程考评又包括出勤、随堂背方歌、学习主动性和阶段性考试(网络测试)组成,可视具体情况而采取灵活多样的过程考评方式。避免出现学生临时抱佛脚,靠突击、死记硬背应付过关的情况。

2.5 质量监控 采取网上评价的方式,获取学生对任课教师授课水平的认可度,并将学生评价的成绩及时反馈给任课教师,以提高教师的授课水平;同时辅助领导干部评价、督导专家评价、同行专家评价等的三级评价指标体系,每学期至少有1位领导干部听课,1~2位督导专家听课及2~4位同行专家听课,占教师总评成绩的40%,切实达到以评促教,以评促学的目的。

另外,可通过调查问卷的方式来征求学生在方剂

学学习过程中遇到的问题,以及任课教师教学中存在的问题,并及时进行反馈,以促进教师不断提高授课水平。

3 实施效果

通过以上“五位一体”的方剂学运行模式的实施,视障学生普遍感觉学习方剂不再变得那么困难,愿意主动跟任课教师进行交流,师生互动良好,学生

成绩整体较好,切实提高了方剂学的教学质量。

参考文献

- [1]田静,熊岚.“讲授法”还有生存空间吗?[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2015,17(3):29-31.
- [2]郭亚春,苏萌,周晓慧,等.案例法教学在医学微生物学课程中的应用[J].医学理论与实践,2017,30(3):2023-2024.
- [3]林海燕,于佳宁,郝雯瑾.比较法在视障学生中药学教学中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(4):16-18.

(本文编辑:李海燕 本文校对:林 莺 收稿日期:2018-03-13)

高职高专刺法灸法学实训教学教改实践※

王艳杰¹ 王 雷² 黄 泳^{3*}

- (1 渭南职业技术学院医学院,陕西 渭南 714026; 2 渭南市骨科医院骨科,陕西 渭南 714000;
3 南方医科大学中医药学院,广东 广州 510515)

摘 要:在高职高专刺法灸法学教学中,为培养学生的动手操作能力、调动学习积极性、强化操作技能、突出学生主体地位,通过增加实训课时、碎片化教学设计、结合临床实际、练考评并重、转变教师角色等实训教学方面的改革,激发了学生学习兴趣,同时提高了学生课堂学习效率、教师教学能力和教学水平。

关键词:刺法灸法学;实训教学;高职高专;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.002

文章编号:1672-2779(2018)-11-0003-02

The Teaching Reform Practice of Training Teaching in Acupuncture and Moxibustion Technique in Higher Professional Education

WANG Yanjie¹, WANG Lei², HUANG Yong³

(1. Medical School, Weinan Vocational and Technical College, Shaanxi Province, Weinan 714026, China;

2. Department of Orthopaedics, Weinan Orthopaedics Hospital, Shaanxi Province, Weinan 714000, China;

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

Abstract: In teaching of subject of acupuncture and moxibustion technique, in order to cultivate students' ability of practical operating, arouse the enthusiasm of learning, strengthen the manipulative skill, and highlight the dominant position of students, the reform of training teaching, such as increasing the training lessons, fragmenting the teaching design, combining with clinical practice, paying equal attention to practice and evaluation, changing teacher role, etc. was made. These reforms stimulated students' learning interest, meanwhile, improved students' learning efficiency in class, teachers' teaching ability and teaching level.

Keywords: acupuncture and moxibustion technique, training teaching, higher professional education; teaching reform

刺法灸法学是针灸推拿专业的临床技能课,又是经络腧穴理论与针灸临床治疗之间的桥梁课程。针灸治疗疾病的过程是将经络腧穴理论与各种刺灸法有机结合的具体实施过程。针灸方法的正确与否,直接影响到针灸的疗效,关系到患者对施术者的评价。因此,熟练地掌握刺法灸法理论和操作技能,并能付诸于临床实践,是一名合格的针灸推拿工作者的必备条件。

基于刺法灸法课理论知识丰富、操作内容繁杂,操作技能水平要求高,及针对高职高专层次应用型人才培养的需要,刺法灸法学教学内容安排在注重基础理论知识讲解的基础上,进一步加大技能训练力度,注重训练学生的各种针灸操作技术,基于此,本学期试验性增加刺法灸法学的实训课时量,将教学方式改

为实训操作为主、理论讲授为辅、练考评并重的形式,下面总结刺法灸法学实训教学体会如下。

1 突出技能训练 强化操作技能

为培养学生的动手操作能力,突显刺法灸法学较强的实践操作性,对于课程的教学安排,在增加总学时的基础上,加大实训实操课时,由原来的30学时增加到46学时。针对各种针灸操作技能的学习多源于模仿与练习^[1],实训课授课形式较以往有所改变,由“先教师演示,后指导学生操作,最后学生操作”改为“先提问操作要点,教师进行总结复习,而后学生操作,教师根据操作情况进行示范更正学生在实际操作中存在的问题”。如头针法实训课教学:首先,提问常用头穴线定位、主治和头皮针针刺操作;其次,教师根据学生回答情况从头皮针法针刺前准备、进针及推针、快速捻转手法、抽添手法、留针和出针等方面进行总结;再次,学生分组操作,教师查看学生操作情况,针对操作不规范、手法不娴熟等情况给予指导。

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

* 通讯作者:nanfanglei@163.com

最后,教师先总结学生操作中存在共性和一些典型的个性问题,再按照头皮针操作流程进行规范的操作示教,从而使同学们进一步加深印象。

2 碎片化教学设计 提高课堂学习效率

在移动互联网时代,人们热衷于博客、微博、微信、电子书等电子媒体的阅读方式了解各种信息,知识碎片化以及逻辑碎片化是不可避免的。新一代大学生们亦开始接受碎片化学习方式和知识传授方式。本教研室以课堂教学改革为切入点,充分利用我校针灸推拿学在线开放课程建设的契机,将刺灸法医学和针灸推拿学中中共有的毫针刺法、灸法和拔罐法等刺灸技术部分进行碎片化教学设计,尤其在实训课中,切割课堂时间,细化相应知识点,比如进针法操作,将每个进针法作为一个知识点:(1)复习针刺操作要点;(2)在纸垫或仿真模具上行针刺操作;(3)观看操作视频;(4)老师总结后进行针刺操作演示;(5)学生分组练习,同学间评价操作情况;(6)完成实训报告。通过这种细化的复习、操作、点评和总结的形式,可以吸引学生注意力,调动学习积极性,激发学习兴趣,强化记忆,使学生掌握学习技巧,改进操作水平,同时加强了师生间的互动,活跃了课堂氛围。这种知识点的碎片化教学设计,有利于提高课堂学习效率。

3 结合临床实际 培养职业兴趣

本课程是针灸推拿专业的临床技能课,具有操作内容繁杂的特点,授课过程中重视培养学生动手操作能力是至关重要的,本门课作为针灸治疗学的后续课程,理论知识的讲解一定要与临床实践紧密结合起来,同时,实训课中更应适当地结合临床实际,让学生能将所学知识应用于实践,培养职业兴趣和临床实践能力。如皮肤针叩刺治疗斑秃的疗效较佳,在皮肤针法训练时,教师可以给出斑秃案例,详细讲解并演示皮肤如何治疗斑秃和操作注意事项;耳针法训练时,耳尖具有较好的降压和清热作用,可用于发热和高血压的治疗,因此学习耳尖穴时应详细介绍什么情况下可以选用本穴、哪种方法刺激耳尖、怎样刺激及操作注意等。还可根据课程内容安排情况,选取合适的临床病案,模拟标准化病人进行临床诊疗练习,其既有助于学生构建临床诊疗思维,激发学习热情,又可提高学生的临床应用能力,有助于书本到临床的初步过渡^[2]。

4 练中考考中评 练考评结合

针对刺灸法医学具有临床应用和技能训练的特点,考核不失为检验和评价学生对教材内容的掌握情况和临床业务能力,及评估学生创新思维的最佳方式,因

此,教学安排在加大实训课时基础上对应实训内容合理匹配实训考核,每次考核分数均计入实训考核成绩。考核分为三阶段:第一阶段,实训课中,教师示范,学生练习后,因学生人数较多,根据课程内容进行随堂抽查考核,考核后教师点评,督促学生练习,克服懈怠情绪。第二阶段,根据实训课时间进度安排,按照教学模块内容,进行阶段性考核,教师制定考核内容和对应的详细评分表,不同阶段的考核选定不同学生作考官^[3],每次选定6~8名考官,其余学生分组后抽取考核题目进行考核,考核后考官反馈并评价本组考核情况,教师根据考核情况进行总结点评,学生作为学习者与考评者的双重身份,学习主动性明显增强,多名学生的考核评价与教师点评相结合,则能更准确地反馈学生对知识的掌握情况。第三阶段,终结性考评,课程结束后,细化考核知识点,结合教科书实训部分制定考核手册,对课程重点实训内容进行全面细致的考核,考核结束后,考核教师对每个学生的知识掌握情况以及存在问题逐一给出书面形式的点评,其不但督促学生主动进行操作练习,也有助于提高期末复习效率。

5 教师角色转变 督促教师教中学

为贯彻以“学生为中心”的人才培养模式,实训课的教学不再是“教师示范、教师考评、教师总结”的形式,为培养学生自主学习能力,强化操作,及更好地利用现代多媒体设备,实训教学以“学生练习、学生观看和模仿操作、学生考评为主,教师予以指引和点评”,教师不再是课堂上的主角。教师要结合教学实际,改进教学模式,分解实训知识点;根据实训内容,编写临床案例;规范操作要领,分解操作步骤,制作教学视频和参与资源库建设等工作,进一步督促教师不断学习,做到教学相长,提高自身的教学能力和教学水平。

综上,在刺灸法医学的教学中,为适应高职高专学生特点,培养学生的动手操作能力,调动学生学习积极性,激发学习兴趣,提高教师教学能力,提升人才培养质量,做到学以致用,改革实训课程安排,加大实训力度,改革教学模式,练考评结合,开启学生的临床思维,突显学生的主体地位是十分必要的。

参考文献

- [1]陈明剑.盲校刺灸法医学教学难点分析及其对策[J].中国医药指南,2013,11(20):773-774.
- [2]胡蓉.《刺灸法医学》实践教学改革的研究与实践[J].上海针灸杂志,2016,35(3):376-378.
- [3]谢洪武,刘福水,焦琳,等.翻转课堂在《刺灸法医学》课程教学中的实践和效果分析[J].中国医学教育技术,2016,30(5):559-562.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李冰 收稿日期:2018-03-30)

经典方剂临床应用研究与解析 在方剂学实践教学中的应用※

乔 铁¹ 马 进² 梁 可¹ 郑冰元¹ 李芳潇¹ 朱明丹¹

(1 辽宁中医药大学基础医学院方剂学科, 辽宁 沈阳 110032;

2 辽宁中医药大学附属第二医院脑一科, 辽宁 沈阳 110034)

摘要:目的 通过在方剂学教学中开设《经典方剂临床应用研究与解析》培训,对即将毕业的中医药院校临床专业学生进行临床诊疗培训,采用多媒体授课的形式,情境教学与角色扮演相结合,重点培训经典方剂的现代名家医案,提高学生的中医临床诊疗水平。**方法** 针对120名参加《经典方剂临床应用研究与解析》培训的学生,进行调查回顾分析。**结果** 学生对《经典方剂临床应用研究与解析》实践技能培训很感兴趣,普遍反映培训内容实用、专业,对于即将毕业从事中医药临床很有帮助。**结论** 《经典方剂临床应用研究与解析》是针对即将毕业的学生进行的临床实践技术培训,是对方剂学的有益补充。通过培训,学生对中医临床实践有了进一步认识,引导培养学生的中医思维,方剂临床应用水平有了很大提高,达到了教学目的。

关键词:方剂学;实践教学;临床应用;经典方剂

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.003

文章编号:1672-2779(2018)-11-0005-02

The Application of the Study and Analysis of the Clinical Application of Classical Pharmacology of Traditional Chinese Medical Formulae in Practice Teaching of Pharmacology of Traditional Chinese Medical Formulae

QIAO Tie¹, MA Jin², LIANG Ke¹, ZHENG Bingyuan¹, LI Fangxiao¹, ZHU Mingdan¹

(1. Science of Basic Medicine, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110032, China;

2. Department of Cerebrology, the Second Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine,

Liaoning Province, Shenyang 110034, China)

Abstract: **Objective** Through the creation of the classic pharmacology of traditional Chinese medical formulae study on clinical application and analysis of clinical training, Training for clinical professional students in colleges and universities of Chinese medicine graduate, the use of multimedia teaching form, teaching situation and role play combination, focusing on the training of the classic prescription of modern famous medical records, improve the level of clinical diagnosis and treatment of traditional Chinese medicine students. **Methods** 120 students who participated in the research and analysis of the clinical application of classical prescriptions were reviewed and analyzed. **Results** The students are very interested in the practical skills training of clinical application research and analysis of classic prescriptions. It is generally reflected that the training content is practical and professional, which is very helpful for them to graduate and engage in clinical medicine. **Conclusion** the research and analysis of the clinical application of classical prescription is clinical practice training for the students who will be graduating, which is a useful supplement to the medicine. Through training, the students have further understanding of clinical practice of Chinese medicine, and guide the training of students' thinking in traditional Chinese medicine. The level of application of other agents in clinical practice has been greatly improved, reaching the required teaching purpose.

Keywords: pharmacology of traditional Chinese medical formulae; practice teaching; clinical application; classical prescription

建国后,中医方剂学得到了快速发展,逐渐形成了一门结构完善、独立的学科门类,成为基础医学和中医临床医学的桥梁,也是中医药院校学生的必修课程,是中医临床诊治疾病的重要方法和手段。因此,方剂学的教学质量,学生对方剂的理解与应用,直接关系到学生毕业后成为一名合格的中医师的临床诊疗能力,尤其是中医药院校即将毕业的临床专业的学生。但是现在的方剂学教学方法和教材仍以传统的背诵方歌为主,其教学质量无法满足临床的需要。因此,针对临床专业的毕业生开展经典方剂临床应用研究与解析培训十分必要。《经典方剂临床应用研究与解析》立足于中医传统理论优势,通过分析名家医案,研究

探讨经典方剂在临床中的应用,研究解析临床诊疗组方方法,组方思维。中医名家的临床经验、理论水平和学术创新都体现于医案中,特别是经典方剂的运用,学习医案可以帮助学生总结名医临床证治经验和训练辨证论治的技能,体现中医临床实践的价值。因此,辽宁中医药大学于2016年起,针对即将毕业的临床专业的学生,开设了经典方剂临床应用研究与解析,采用多媒体授课的形式,情境教学与角色扮演相结合,重点培训经典方剂的现代名家医案,提高学生的中医临床诊疗水平。

1 教学准备

1.1 教材的选择 以实用临床方剂学为基础,根据范颖教授主编的《实用临床方剂学》^[1],结合现代名家医案,自编《经典方剂临床应用研究与解析》作为本次培训的主要教材,《方剂学》^[2]作为参考材料。

※ 基金项目:辽宁省高等学校杰出青年学者成长计划【No. LJQ2014098】

1.2 课程安排 本次培训学时数为18学时, 培训人数共计120人, 均以多媒体授课为主。

1.3 课程内容 见表1。

表1 课程内容

章节	章节内容	学时分配
	总论	2学时
第一章	桂枝汤临床应用研究与解析	2学时
第二章	半夏泻心汤临床应用研究与解析	2学时
第三章	白虎汤临床应用研究与解析	2学时
第四章	黄连解毒汤临床应用研究与解析	2学时
第五章	酸枣仁汤临床应用研究与解析	2学时
第六章	柴胡疏肝散临床应用研究与解析	2学时
第七章	补阳还五汤临床应用研究与解析	2学时
第八章	养阴清肺汤临床应用研究与解析	2学时
第九章	考试	2学时

1.4 授课对象 授课对象为辽宁中医药大学本科临床专业即将毕业学生。

1.5 教学方法 本次培训为辅助课程, 由教学实验中心安排, 专门针对临床专业即将毕业的学生, 以提高学生的临床中医诊疗能力为目的。本次培训上课时间是上午8:00—11:10, 由于学生即将毕业, 学习动力不足, 注意力不容易集中, 所以上课时所采用的教学方法十分重要。本次培训以多媒体教学法为主, 配合名家典型医案, 使学生从方证分析到临床运用, 从治病之方到处世之道, 从理念到方法, 把辨证论治落到实处^[3]。

1.6 教学反馈 培训结束后, 发放调查问卷共120份, 收回有效问卷120份, 有效回收率为100%。问卷主要对以下问题进行了调查。

1.6.1 经典方剂临床应用研究与解析是否有必要开展 所有学生都认为对于即将毕业的他们来说, 进行经典方剂临床应用研究与解析培训十分必要。有利于培养学生们养成良好的中医诊疗思维。

1.6.2 学生对授课形式的评价 采用传统的多媒体教学, 在教学过程中, 以学生为主体, 逐一对医案进行分析, 对患者进行诊疗, 引导学生做出正确的判断。调查结果显示, 学生对此种培训方式十分满意。

1.6.3 学生对培训课程的评价 《经典方剂临床应用研究与解析》立足于中医传统理论优势, 通过分析名家医案, 研究探讨经典方剂在临床中的应用, 研究解析临床诊疗组方方法、组方思维。中医名家的临床经验、理论水平和学术创新都体现于医案中, 特别是经典方剂的运用, 学习医案可以帮助学生总结名医临床证治经验和训练辨证论治的技能, 体现中医临床实践的实验价值。问卷调查显示, 学生对经典方剂临床应用研究与解析的培训很感兴趣, 普遍反映培训内容实用、

专业, 对于他们即将毕业从事中医药临床很有帮助。通过培训, 学生对中医临床实践有了进一步认识, 对方剂的临床应用有了很大提高, 达到了教学目的。

1.6.4 学生对考核形式的意见 考核内容、方法和手段对学生的学习内容与方法有很大影响, 科学合理的考试形式能够促进学生能力的提高, 而不是成为学生的负担。本次培训采用传统的课堂答卷的考试形式并结合课堂表现、课堂提问等综合评定学生成绩, 而考试内容则以名家医案中的病例为主。通过这种考核方式, 考查了学生分析驾驭材料的能力, 这也符合高等院校培养复合型人才的要求^[4]。

2 教学反思

中医学是中国传统的生命医学, 富含中华民族传统的文化内涵和人文气息, 其理论体系完整而独特, 且差别于西方医学。而《经典方剂临床应用研究与解析》有着自己独特思维方式和特点, 注重实际应用, 培养学生的独立思考能力, 提高其中医诊疗能力。对临床经验的积累是一个长期的过程, 目前由于受课时等方面的限制, 培训不能从中医历史渊源、中医学应用实践等方面对学生进行深入的教学, 部分学生的学习兴趣不高, 处于被动学习状态, 也有部分学生由于中医理论深奥抽象, 觉得枯燥无味且无从入手^[5]。

针对这些情况, 首先在培训中要联系临床实际, 引导培养学生的中医思维, 改变以教师为主的传统教学模式, 可适当穿插情景教学, 选出部分学生充当患者, 充分利用当代各种先进的教学设备和手段, 比如幻灯、录像及多媒体课件等, 激发学生的学习兴趣, 培养学生熟练运用方剂中药的技能^[6]。经典方剂临床应用研究与解析作为方剂课的有效补充, 课时较少, 需要学习的内容多, 这就需要充分利用课堂时间, 提高培训质量, 让最短的时间产生最大的效益。只有经过长期积极的探索, 锐意进取, 树立持续发展的教育观, 才能营造构建一个互动、和谐的教学氛围, 提高教学质量。

参考文献

- [1]范颖, 马骥, 张林. 实用临床方剂学[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2014.
- [2]谢鸣, 周然. 方剂学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [3]许爱珍, 金华. 创新中医教学方法的研究方案及其思考[J]. 江苏中医药, 2008, 40(2): 69-70.
- [4]范宏英, 龙北国. 开设《生命起源与进化之谜》选修课的教学实践[J]. 西北医学教育, 2008, 16(6): 1162-1164.
- [5]李莉. 论中医院校青年教师教学能力的培养[J]. 云南中医中药杂志, 2011, 32(9): 89-91.
- [6]乔铁, 马进, 鞠宝兆. 开设中医体质养生选修课的教学与实践探讨[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(8): 134.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 朱 辉 收稿日期: 2018-01-15)

经络腧穴学探究式教学法结合传统文化的应用※

许安萍 解桔萍 秦立新 程 凯 李 瑞 白兴华
王朝阳 刘清国 马惠芳 韩 丽 李志刚 宋 萌*

(北京中医药大学针灸推拿学院, 北京 100029)

摘要: 经络腧穴学是针灸学的核心基础课程, 其理论教学部分既是重点也是难点。中医学的基本理论根植于中国传统文化, 并且充分体现传统文化的基本观念和思维方式。在《经络腧穴学》教学中, 采用探究式教学法, 深入挖掘针灸理论的文化内涵, 有利于促进学生建立中医思维模式, 提高自主学习兴趣。

关键词: 经络腧穴学; 探究式教学法; 传统文化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.004

文章编号:1672-2779(2018)-11-0007-02

The Application of Inquiry Teaching Method Combined with Traditional Culture in the Teaching of Meridians and Acupoints

XU Anping, XIE Jieping, QIN Lixin, CHENG Kai, LI Rui, BAI Xinghua,
WANG Chaoyang, LIU Qingguo, MA Huifang, HAN Li, LI Zhigang, SONG Meng

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

Abstract: The meridians and acupoints is the core of acupuncture and moxibustion courses, the theoretical part of the teaching is both important and difficult. The basic theory of Chinese medicine is rooted in traditional Chinese culture and fully embodies the basic concepts and modes of thinking of traditional culture. In the teaching of meridians and acupoints, inquiry teaching method will further promote the cultural connotation of acupuncture theory and help students establish their thinking mode and improve their interest in autonomous learning.

Keywords: meridians and acupoints; inquiry teaching method; traditional culture

探究式教学法是目前普遍倡导的以学生为主体的教学方法, 其重在强调教学过程中, 学生通过以“自主、探究、合作”为特征的学习方式进行自主学习、深入探究并进行小组合作交流。为使探究式学习切实取得成效, 教师需要在探究之前向全班学生提出若干富有启发性、能引起学生深入思考、并与当前学习对象密切相关的问题。

经络腧穴学是针灸学的核心内容, 是针灸学后续课程的基础。该课程理论教学部分既是重点也是难点, 其面临的关键问题是如何建立学生中医思维及针灸特有诊疗模式。由于大学前传统文化教育的欠缺, 此时学生由逻辑思维模式向中医思维模式转化的过程中必然出现障碍, 影响学习效果。在一项有关中国传统文化在中医药院校普及推广现状调查中, 57.45%的学生认为中医药院校开设传统文化相关课程非常必要, 32.85%的学生认为现行教材中涉及“中国传统文化”的内容份量很少, 不能满足需求^[1-2]。

鉴于此, 根据本课程教学目的与内容, 我们采用探究式教学法, 在诠释针灸概念基础上, 引导鼓励学生深入挖掘针灸理论背后的传统文化内涵, 达到了良

好的教学效果。

1 在《经络腧穴学》经络部分教学的应用

经络部分教学的内容主要围绕经络系统的组成展开, 常有学生反馈经脉、络脉等概念抽象难懂, 不易区分。概念是反应对象本质属性的思维方式, 针灸经典概念的诠释是理论教学中核心内容, 通过启发使学生主动探索传统文化与针灸理论形成及发展的密切关联, 一方面可加深学生对经络理论体系认识, 另一方面有利于学生建立巩固中医思维模式。

经脉概念形成的早期, 古人对经脉形态的认识除了对身体的触诊与解剖之外, 与自然界的沟渠互相比附也是一种重要方法。古人将水分为“经水”“落渠”“枝水”“别流”等, 而“经脉”“络脉”“经别”“支脉”等关于脉之大小深浅的概念均是根据水之分类术语比拟而来, 且其本义与相应的水名相同。主干之大脉名“经脉”, 分支之小脉曰“络脉”, 与《管子》对水系的划分方式完全相同。《灵枢·刺节真邪》:“故行水者, 必待天温冰释冻解, 而水可行, 地可穿也。人脉犹是也。”经脉不仅在形态上与地脉相类, 在生理上亦与地脉流行特点相似, 其常态以通行为顺, 以壅塞不通为病。学生通过探索式学习, 了解“取象比类”“天人同构”等传统思维方法在经络理论形成、发展过程中的意义, 并形成直观感性的认识, 如此加

※ 基金项目:首都大学生思想政治教育研究课题[No.BJSZ2017ZC170]

* 通讯作者:mengsong1231@163.com

深了对经脉等概念的理解^[3]。

就督脉而言,作“督率”,表达“总督诸阳”的生理功能。溯源“督”字,与𩑦、禡读音相同,意谓脊背中,则督脉即脊中之脉。另外,“督”在早期文献中多作督察、督正、督责之义,如《周礼·春官·大祝》:“禁督逆祀命者”,《管子·九守》:“修名而督实,按实而定名”,加之督脉位于人身之中的特定位置,逐渐形成其“督率诸阳”的重要生理功能,为后世医家所运用。教学中,以“督”为题,学生在探究“督”字的过程中即可掌握督脉的功能及应用。

2 在《经络腧穴学》腧穴部分教学的应用

《经络腧穴学》(第7版)将腧穴的名称概括为三类,即天象地理类、人事物象类、功能形态类,其中又涉及日月星辰、山谷丘陵、建筑居处、生活用具、解剖部位、脏腑功能等。古人对腧穴的命名取义非常广泛,上察天文,下观地理,中通人事,远取诸物,近取诸身,并且结合了腧穴的分布特点、作用、主治等内容。《千金翼方》载:“凡诸孔穴,名不徒设,皆有深意”。可见,腧穴的名称不仅是一个代号,更渗透着传统文化各方面的元素^[4]。

有的腧穴名称体现地理水文之貌,这类腧穴的名称中常含有山、丘、陵、谷、海、泉、泽等字,或象征腧穴所在部位形态的特点,或比喻此处经气流注的特点。如承山穴在小腿后腓肠肌两肌腹与肌腱的交角处,此处腓肠肌隆起犹如山丘,穴在其下,有承上之意,故得承山之名;海,《说文·水部》中记载“天池也,以纳百川者”,象征事物之广阔深远,古人将气所归聚之海名之为气海穴,提示此穴具有主周身之气的功能,可调一身之气候。

有的腧穴名称取自古代建筑文化,这类腧穴名称中常含有阙、庭、堂、宫、廊、室、门、户、舍、府、库、仓、窗、垣、井等字。任脉胸腹部穴位自巨阙穴至紫宫穴的命名与古代庭院建筑布局非常相似,路径犹如进入一座庭院,先到门观“巨阙穴”,穿过正中堂室前的庭院“中庭穴”,步入正室的前堂“玉堂穴”,最后登堂入室为“紫宫穴”。

有的腧穴名称源于中国古代哲学范畴,这类腧穴的名称中常含有天、地、阴、阳、神、气等字。“天在上,地在下”,一般含有“天”字的腧穴分布在人体腰以上的部位,含“地”字的腧穴在腰以下,通天穴在头,天窗穴在颈,地机穴在胫,地五会穴在足。又

“内为阴、外为阳,腹为阴、背为阳”,一般含有“阴”字的腧穴分布在人体胸腹及四肢内侧面,而含有“阳”字的腧穴分布在背及四肢外侧面,如阴陵泉穴与阳陵泉穴、阴都穴与腰阳关穴。

腧穴部分教学的内容主要围绕腧穴的分类、定位、作用及特定穴展开。学生普遍感觉腧穴部分内容繁多,难以记忆,并且容易混淆。在教学中,运用探究式教学,鼓励学生挖掘腧穴名称背后的文化内涵可加深对腧穴相关知识的理解和记忆。

3 总结

经络腧穴学属于针灸专业基础课,中医院校一般在大学二年级开设。这一阶段学生的学情特点是已学习中医基础理论、中医诊断学等中医基础课程,对《黄帝内经》等经典亦有所了解,此时是通过传统文化激发学生学习中医的兴趣与建立中医思维模式的关键阶段^[5]。

该课程所涉及的内容繁多复杂,理论教学本就枯燥乏味,并且部分内容涉及晦涩难懂的古汉语名词及条文,教学确实存在一定难度,如何让学生较好地掌握内容繁多的理论知识是教学过程中不可忽视的问题。与此同时,该课程也承担着帮助学生建立与巩固中医思维模式的重任。目前,许多中医教育工作者已经达成共识:中医教师授课除了传授中医的基础知识外,还应将中医的历史文化背景、哲学根源、认识论、方法论、理论特色等贯穿于始终,让学生在掌握中医知识的同时,逐步形成中医的思维方式,学会用中医的理论分析问题、解决问题。

探究式教学法对学生颇具吸引力,学生在探究的过程中,不仅有效完成了理论知识的学习,同时感受到了中医的魅力,体会到了传统文化的力量。这种启发—探究式教学模式以学生为主体,其在针灸理论教学中的应用,激发了学生的学习兴趣,促进了学生中医思维模式的建立。

参考文献

- [1]李如辉,王静波,张卓文,等.论中医学、中医文化与中国传统文化的关系[J].中华中医药杂志,2015,30(6):1931-1933.
- [2]黄怡然,夏晶,刘佳利,等.中国传统文化在中医药院校普及推广现状调查——以北京中医药大学为例[J].广西中医药大学学报,2014,17(S1):69-71.
- [3]李磊,尤传香.试论经络理论的文化内涵[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2013,14(1):12-15.
- [4]陈敏.浅述运用训诂学研究腧穴名称的意义[J].中国针灸,2016,36(5):539-542.
- [5]卢伟.论本科生的中医思维方式培养[J].北京中医药,2015,34(9):760-761.

(本文编辑:李海燕 本文校对:姜 婧 收稿日期:2018-03-27)

实验针灸学研究性实验教学模式初探[※]

张志星 张小卿 董宝强 陈以国 李春日*

(辽宁中医药大学针灸推拿学院, 辽宁 沈阳 110847)

摘要: 实验针灸学是古老针灸学的一个新的分支, 始建于上世纪80年代, 是在中西医科学理论指导下, 应用现代科学技术和实验方法, 研究针灸学基础理论、刺灸效应和机理, 探索针灸对人体生命活动影响规律的一门学科, 是针灸学现代科学研究的重要基础。为了使针灸专业本科生成为教学科研型人才, 在实验针灸学课程的实验教学中, 建立了以学生探究性学习为主体, 以学生自行设计性实验为核心, 以培养学生科研素质为目标的研究性实验教学模式, 使实验针灸学教学达到新的层次。

关键词: 实验针灸学; 研究性实验教学; 学生科研素质

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.005

文章编号:1672-2779(2018)-11-0009-03

A Preliminary Study on Experimental Teaching Mode of Experimental Acupuncture

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

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

Abstract: Experimental acupuncture is a new branch of ancient acupuncture, which was founded in the 1980s, it is in Chinese and western medicine under the guidance of scientific theory, the application of modern science and technology and experimental methods, the basic theory study of acupuncture, moxibustion effect and mechanism, explored the effects of acupuncture on the human body life activities a discipline, is the important foundation of acupuncture in modern scientific research. In order to make students who major in acupuncture teaching in the experimental teaching of the experimental acupuncture course, established the inquiry-based learning to students as the main body, students to design experiments as the core, to cultivate the students' scientific quality as the goal of the research experiment teaching mode, teaching experimental acupuncture reached a new level.

Keywords: experimental acupuncture; research experiment teaching; cultivation of scientific research quality

针灸专业学生的科研实践, 是以实验针灸学课程为平台进行的。实验针灸学是古老针灸学的一个新的分支, 始建于上世纪80年代, 它是在中西医科学理论指导下, 应用现代科学技术和实验方法, 研究针灸学基础理论、刺灸效应和机理, 探索针灸对人体生命活动影响规律的一门学科, 是针灸学现代科学研究的重要基础。在这门课程中实验教学是重要组成部分, 以往实验教学主要以验证性、综合性实验为主, 随着我校将人才培养向教学、科研型模式的转变, 为我们提出了新的工作要求, 即要在本课程的建设中, 开展研究性教学, 培养学生建立科研思维、获取科研信息, 进行科研活动, 掌握科研技能。为此, 近几年, 我们立足于研究性实验教学的探索, 建立了以学生探究性学习为主体, 以学生自行设计性实验为核心, 以培养学生的科研素质为目标的模式, 使实验针灸学教学达到新的层次。

1 探索内容

1.1 树立研究性教育教学理念 通过大量的教育理论学习, 我们认识到研究性教学主要体现在教师要掌握创新教育理论, 即在教学目标上重视训练学生创新思维、创

新能力^①; 在教学方式上打破课堂教学的时空限制, 将课堂教师讲授理论, 与课外学生进行科研创新活动相结合, 有的放矢地进行实验教学; 在教学关系上, 突出学生在学习中的主体地位, 教师是指导者、服务者、协作者。形成超越传统的教学格局, 以解决问题为目的开展实验教学, 为学生能力释放提供一个开放的教学系统。

1.2 掌握研究性教学设计原则 即在教学设计时注重学习主体的自主性; 注重学习过程的互动性; 注重学习环境的开放性; 注重学习目标的预期性; 注重评价方式的公平性。

1.3 实现研究性教学主要途径 选用《实验针灸学》创新教材, 丰富针灸科研实验的基本知识; 采用多样教学形式, 形成以学促研、以研促学的学习氛围; 开放科研实验室扩展实验教学的空间; 取得教务医疗处、资产处的多方资助, 保证学生完成科研课题。

1.4 实施研究性教学具体方案 研究性实验教学以教师讲授的中医科研方法为基础^②, 以学生自行设计性实验为主线, 随课堂教学进度, 进行研究性实验活动, 主要分三个阶段。准备阶段: 在开学初学习针灸科研思路和方法, 即让学生们分成5~6人1组的实验小组, 每组选择预研究的实验题目, 并查阅文献, 建立科学假说; 实施阶段: 在课堂讲授科研设计后, 安排各组进行自行设计性实验; 同时总结实验结果, 分析实验结论, 形成实验报告; 评价阶段: 组织设计性实验大赛报告会,

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

* 通讯作者: leechunri@hotmail.com

表1 科研实验项目分析情况

(人)

科学性				创新性			整体水平				器官水平						其他
对照	重复	随机	均衡	选穴	刺灸	实验方法	血压	体温	血糖	皮肤导电量	心电	呼吸	胃蠕动	小肠蠕动	胃小肠血流	膀胱排尿	耗氧量等
39	14	41	41	14	6	10	5	3	2	5	10	4	2	2	2	3	3

由校内专家组成评议团,对每组实验进行点评,通过打分评选优胜者,并予以奖励。

2 研究性实验教学实践情况

按照探索内容的要求,我们在近两年间系统地进行了研究性的实验教学工作,先后在针灸专业3个年级5个班(41个实验小组)中开展了实验针灸学学生自行设计性实验大赛,参加学生有206名,共完成了41项科研实验项目,分析情况如表1。

分析41个实验小组的情况,学生们科研实验具有如下特点:大部分实验小组能够严格按照科研的基本原则进行实验,使实验具备了科学性;大部分实验小组能够在不同方面有所创新;部分实验小组能够“跳出”讲义,选择较独特的观察指标。

存在的不足有:个别小组只是自身对照,未设对照组;部分小组创新性不突出,还是验证书本上的知识;观察指标水平不高;机制性探讨相对少。

总结以往学生设计性实验的情况,为我们今后实验教学提供了新的工作目标,即要突出实验的创新性;充分利用学校的教学、科研设备资源,提高观察指标的水平;适当启发学生进行针刺机制的研究。

3 研究性实验教学效应

通过学校专家及教师和学生的反馈结果分析,一致认为研究性实验教学是实验教学的改革,其大大提高了实验教学的质量,体现在以下方面。

3.1 培养了学生科研思维及分析问题和解决问题的能力

在中医科研方法授课基础上开展设计性实验,学生们能够将科研设计的三要素,科研设计的基本原则,及误差控制的方法,运用到实验设计及实验操作中^[9]。由于自行设计性实验操作较验证性及综合性实验复杂,在实验过程中大部分组都遇到了意想不到的问题,学生们集思广益,很好地解决了具体问题,使实验顺利进行,如秦海运小组在给对照组家兔舌下含服硝酸甘油片时,为防止家兔将硝酸甘油片吞下或吐出,使用前在药片中间穿个孔,将线穿入孔中掉起,把药片送入家兔舌下并用玻璃分针压住兔舌以防脱出。大部分小组实验虽然只有4~8小时,却锻炼了学生们分析问题和解决问题的能力。

3.2 增加了学生探索针灸治病与防病的兴趣

在检索文献中,学生们发现临床报道一些穴位能够治疗某些疾病,他们带着好奇心,设计自己的实验,想验证其穴是否真的有效,或者是选用不同的针刺手法刺激相同穴,看哪种方法起效更快,或者是探讨刺激穴位对某些疾病是否有保护作用等。实验证明:(1)刺激与延

髓相近的穴位升压效应要比远端穴位快;(2)电针刺激“内关”穴要比艾灸“内关”穴缓解心肌缺血效应明显;(3)穴位放血要比针刺退热效应明显;(4)针刺具有双向调节呼吸节律的作用;(5)针刺“三阴交”穴对小肠血流影响较“足三里”穴明显;(6)“胃管下俞”降血糖较“足三里”穴明显等。学生们在讨论中纷纷提到实验为今后临床工作积累了资料,增加了探索医学未知的兴趣及积极性。

3.3 练就了学生的科研作风 诸多小组实验证明,实验设计越周密,实验过程越细致,操作越严格,结果越明显,误差越小,实验成功率越高。有的实验小组能够重视实验中出现的阴性结果,不回避问题,积极分析失败的原因、找出不足。设计性实验练就了学生的严谨科研作风。

3.4 培养了学生的团结协作精神 自行设计性实验,完全按照科研的基本程序进行,从检索文献到确立题目,再到实验设计及实验操作,数据分析,最后制作实验汇报幻灯片,内容多且复杂,并非一个学生所能完成,每个实验小组均由小组长总体负责,将各项任务分配给每个组员,分头工作,实验时大家互相配合,互相帮助,出现问题共同分析,各出主意,互相鼓励,团结协作,很好地完成了实验。

3.5 补充了综合性实验教学内容 部分学生自行设计性实验应用学校教学设备资源,得出了科学的实验结果,比以往综合性实验先进,因此近来将这部分设计性实验稍加改进,补充到综合性实验中,促进了实验项目建设。

3.6 开发了学生非智力因素 提高了学生综合素质 学生智力的发展离不开兴趣、情感、意志、能力、个性等非智力因素,这些非智力因素在自行设计性实验中得到了充分的展示。

3.6.1 诱发学习动机 培养学习兴趣 在设计性实验的准备阶段,让学生们提出在学习针灸学基础课中,及在针灸临床课间实习中遇到的问题;并在讲解针灸基本理论的现代研究的课程中,列出目前急需解决的前沿问题,供同学们研究,引发学生的兴趣、调动学生探索的积极性。学生们通过教师的引导,各小组积极讨论,选择本组感兴趣的研究题目。有些题目较难完成,为了保持学生的学习积极性,我们克服了很多困难为学生做好实验准备。

3.6.2 营造了良好的师生关系 情感是非智力因素最有感染力的因素。在设计性实验中,当学生遇到实际问题时,教师按照规范的科研方法指导他们实验,严

格要求,热情鼓励,用严谨的科研作风感染学生。当学生实验需要在课外时间进行时,帮助学生解决了相关生活问题。我们对学生尊重、理解、关心、爱护,营造了良好的师生关系。

3.6.3 培养了坚忍不拔的意志 由于有些小组实验设计比较复杂,在规定的学时内不能完成实验,这些学生利用课间、周六、周日等休息时间进行实验,如乔野小组实验就历时30天,他们毫无怨言,还风趣地说,这是难得的机会,通过实验得到成长。有的小组因为某些原因实验失败了,我们帮助他们分析原因、鼓励他们克服沮丧情绪,这些学生主动提出重新设计、重新实验,最终取得了较好的成绩。实验过程证明,学习意志决定了实验结果与专家评议的成绩。

3.6.4 展示了个性及多方面能力 学生自行设计性实验的评价,采用实验汇报的形式进行,每个组将实验报告做成幻灯片,由1名学生代表演讲。后由专家组(8~10人组成)根据实验及演讲的情况进行现场打分,并予以点评,指出优点和不足。在这个过程中,学生们学会了实验数据分析、实验结果的表述、PPT文件的制作,部分学生又一展表演才能。在谈到设计性实验的体会时,学生们都表示,虽然是一次实验,却看到了

自己的人身价值,才华得到了充分展示,是五年大学生活中最难忘的一页。

4 体会

通过研究性实验教学的实践,我们体会到:实验课建设的改革与探讨,对实验教学起了积极的促进作用,即使学生提高了综合素质,又检验了教师理论授课的效果,同时也暴露出课堂教学及实验教学的漏洞及不足,为今后实验教学改革提供具体内容及方向,并督促我们对研究性实验教学不断完善,是一举多得的措施^[4]。这项工作的开展有必要深入进行,它将会给实验针灸学课程建设带来崭新的面貌,为学生今后从事针灸领域的学术研究打下坚实的基础。

参考文献

- [1]毛慧娟,魏建子,汪丽娜,等.基于 Sandwich 教学模式的《实验针灸学》研究性教学实践与评估[J].上海针灸杂志,2014,33(12):1180-1182.
- [2]郑利岩.实验针灸学研究性实验教学模式的探索与实践[A].第三届全国刺络放血学术研讨会暨首届亚洲刺络放血学术研讨会暨高等中医药院校创新教材《实验针灸学》教材编写会论文集[C].中国针灸学会刺络灸法学会分会刺络疗法学术委员会、中国针灸学会实验针灸学分会刺络原理研究会、中国针灸学会,2007:4.
- [3]逢紫千,孙宏志,王延博.基于针灸专业本科生科研能力培养的《实验针灸学》实验教学改革策略[J].长春中医药大学学报,2017,33(6):1011-1013.
- [4]吕美君,杜莹,冷雪,等.中医院校本科生科研能力提升的新路径探索[J].基础医学教育,2017,19(11):882-885.

(本文编辑:李海燕 本文校对:随月皎 收稿日期:2018-03-13)

慕课理念及 PBL 教学法在中医儿科学教学中的应用

王明明¹ 林海凤² 张永春^{3*}

- (1 南京中医药大学第一临床医学院,江苏 南京 210029; 2 重庆医药高等专科学校中医学院,重庆 401331;
3 江苏省中医院儿科,江苏 南京 210029)

摘要:慕课和PBL二者都强调在教学过程中以学生为中心,将慕课理念与PBL教学法有机结合,运用于中医儿科学教学中,二者互相补充,取长补短,将会使学生能更迅速地掌握中医儿科理论及临床知识,更有效地培养学生的临床思维和诊断治疗儿科疾病的能力。

关键词:MOOC; PBL; 中医儿科学; 教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.006

文章编号:1672-2779(2018)-11-0011-03

The Application of MOOC Philosophy and PBL Teaching Method in the Teaching of Pediatrics of Traditional Chinese Medicine

WANG Mingming¹, LIN Haifeng², ZHANG Yongchun³

(1. The First Clinical College, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China;

2. School of Traditional Chinese Medicine, Chongqing Medical and Pharmaceutical College, Chongqing 401331 China;

3. Pediatrics Department, Jiangsu Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

Abstract: Both MOOC and PBL emphasize that students should be the center of the teaching process. Combine MOOC philosophy with PBL pedagogy and apply them to teaching of TCM pediatrics through complementing each other and learning from each other. It will enable students to master TCM pediatrics theory and clinical knowledge more quickly and cultivate students' clinical thinking and diagnosis and treatment of pediatric diseases more effectively.

Keywords: MOOC; PBL; pediatrics of traditional Chinese medicine; teaching

慕课 (massive open online course, MOOCs) 即大规模开放的在线课程, PBL (problem-based learning)

即以问题为基础的学习方法,二者都强调在教学过程中以学生为中心,与传统的以教师为中心的教学模式有所不同。自2013年起,本人主持了基于PBL的《中医儿科学》古今名医病案辅助教学模式的研究,参与了

* 通讯作者: zyc4502@126.com

“十三五”江苏省高等学校在线开放课程中医儿科学课程的制作,现将慕课理念及PBL教学法应用于中医儿科学教学过程中的体会总结如下。

1 慕课理念的优点和不足

随着互联网技术的飞速发展,人们获取信息的方式变得越来越简单方便。互联网技术在教育领域的广泛应用,使得慕课的价值得以体现。慕课是互联网时代下诞生的开放性网络课程,通过在线教育平台提供世界各地的优质课程,实现资源共享,学习者在互联网上通过简单的网上注册,就可以在网上进行免费学习^[1]。慕课课程通常包括授课视频、在线测评、讨论互动等环节。学生首先观看关于某个主题的短小视频,视频简单精炼,重点难点突出,约8~15 min,可以反复观看、研究揣摩,没有时间和地点的限制。在观看授课视频之后,可以使用针对重点知识和技能的线上测试题进行机器评阅或者同伴互评,考核合格后再进行下一步的学习。最后,老师和学生一起切磋交流,老师在讨论区发布扩展性的提问,让学生共同探讨解决问题的答案,教师也可以加入其中进行引导。

慕课授课视频可以展示所讲授疾病的图像、音频和视频,与文字相比,更能够激发学生的学习兴趣,带给学生感性认识;观看慕课授课视频没有时间和地点的限制,学生可以利用空闲的碎片时间进行学习,提高了学生的学习效率;学生们根据在线学习时的兴趣点,建成不同的学习小组或团队,使用QQ群、微信群进行互动交流,共同回答教师发布的提问,可以提高学生的自主学习能力,培养学生的团队合作精神。通过良好的师生互动,及时获得学习效果反馈,教师可以及时改进而提高授课质量。

慕课虽然能够为学生提供实时在线讨论平台,但这种虚拟数字化的交流却无法真正替代学生与老师面对面的交流,老师在交流过程中的表情、语气也会影响学生对所学内容的理解,在交流过程中需要进行的临床实践技能操作也无法完成。

慕课授课视频常常是围绕某个主题即某章节的一个知识点展开讲解,而学生常难以体会到每个知识点之间的衔接和联系,从整体上来说,慕课学习模式会导致学生缺乏理论知识的系统学习,这时就需要老师的及时引导总结。

利用慕课进行学习,学习进度、学习时间、学习地点都可以由学生自行决定,某种程度上也增加了学生的惰性,对于一些学习习惯差的学生来说,没有老师的现场监督,无法保证学习的主动性和有效性^[2]。

慕课因为具有上述优点而在世界各地不断升温、快速发展,相比传统的教学模式,慕课交互性强、直观、便捷、有趣,慕课的应用能提高学生学习的主动

性、积极性,但慕课也存在着不足,因此慕课永远都无法取代现实中的课堂教学,只能作为课堂教学的一部分来辅助课堂教学。

2 PBL教学法的优点和不足

PBL教学模式要求教师提供学习材料,在教师的指引下,以问题为基础、学生为主体,学生思考问题、分析问题、解决问题^[3]。PBL教学模式要求把学生将要学习的内容与真实情景联系起来,使学生在真实情景中主动探索思考,最终创造性地寻找到解决问题的答案,可以说,解决问题的过程就是学习的过程。实施PBL教学法包括以下环节^[4]:首先对学生进行分组,每组约5~6人,然后老师展示真实情景并设计问题、提出问题,老师引导学生自己解决问题,学生可以通过组内讨论、上网查询或去图书馆搜寻资料的方式寻找答案,同时老师应当监督学生的合作情况,点拨学生调整思路。经过上述学习探索之后,小组成员再次集中讨论交流,运用获取的新知识重新研究老师提出的问题。各学习小组得出最后的统一结论后,推选一名组员进行成果展示,成果展示后学生还要评价反思探究问题的整个过程,总结所获得的新知识新技能。

PBL教学模式中,学生以小组合作的形式研究老师给出的问题,通过收集资料、认真思考、积极讨论自己去解决问题,从解决问题的实践中体会到知识的欠缺而主动去互联网或图书馆查阅资料,在解决问题的过程中大家以小组为中心互相帮助,进而培养了学生的自主学习能力和团队合作精神。PBL教学模式中,老师可以提供临床中的真实病案并提出问题,引导学生从真实病案的症状体征中分析病因病机、辨证要点,将中医儿科学的理论知识融于真实病例的辨证治疗之中,从而培养了学生临床辨证思维能力、理论联系实际能力。PBL教学模式中,学生深入学习思考后也会提出某些让老师难以回答的问题,这样就可以提醒老师进一步反思,督促老师不断学习,拓宽了老师的教学思路。

PBL教学模式下,学生以自己原有的知识为基础去理解新的知识,需要学生应用理论知识去解决实际问题,对学生的知识基础、推理比较能力、文献检索能力的要求较高,某些学生如果基础知识不够扎实,推理比较能力、文献检索能力不强,就会使得学习小组成员主动学习、参与合作的程度不尽如人意,这时需要老师提供学习资料来帮助学生激活先前学过的基础知识,解决这一问题就需要老师引导学生观看互联网上的慕课授课视频,通过相关的慕课授课视频来增强以往学习过的知识点与中医儿科学知识点之间的联系。

PBL教学模式的魅力体现在课堂上的讨论交流,而这种讨论交流时常是不可控的,PBL教学模式中讨论



的问题通常是开放性的问题,有些学生对知识的把握和运用能力不足,会使得讨论缺乏针对性而进展缓慢,不同想法碰撞时激起思想火花,又会使得课堂讨论耗时较多,这些都会影响教学进度,这时慕课在线讨论平台的讨论互动环节就可大大节约PBL教学模式的课堂讨论交流时间。

3 慕课理念及PBL教学法应用探索

将慕课理念及PBL教学法应用于中医儿科学教学中的实施过程分为课前学习准备、课堂讨论总结、课后共享学习成果三个部分。

3.1 课前学习准备 为了节省时间,让学生课前充分准备,可在前次授课结束时将下一次授课要学习的内容提供给学生,这些内容可以是没有时间和地点限制的慕课视频、具有真实情景性质的临床典型病案、老师设计的问题等等,让学生根据老师提供的资料进行自学并查阅相关文献、进行小组讨论。中医儿科学某些疾病的病因病机治疗与中医内科学某些疾病的病因病机治疗有相似之处,学生在学习中医儿科学之前大多数已学习过中医内科学,可以让学生思考中医儿科学与中医内科学某些疾病的相同与不同之处,这样既可以复习以往学过的中医内科学知识,又可以激发学生学习中医儿科学的兴趣和热情。临床典型病案将临床真情实景呈现给学生,学生观看病案视频后要求学生思考回答下列问题:该病案的中、西医诊断可能是什么(包括中医病名、证型,西医病名)?诊断依据是什么?如何进行鉴别诊断和辨证?其病因病机和治疗思路是什么?这些问题与教学目标密切相关,包含了教学内容中的重点和难点。此外,课前学习准备,还为学生利用互联网和图书馆查阅资料提供了方便和充裕的时间。

3.2 课堂讨论总结 课堂讨论时鼓励学生畅所欲言,发表不同观点,教师只是适当引导启发。当讨论能够围绕学习主题时,老师尽可能少发言,当讨论偏离学习主题时,老师要提出问题和假设引导学生讨论,从错误观点中发现问题重点分析。例如小儿感冒的风热证中常会出现寒热夹杂证,可能是寒从热化、或热为寒闭,学生在讨论风热感冒时常不能意识到感冒寒热夹杂证是学习内容中的重点,可以提出下列问题帮助学生更好地学习这一知识点:区别感冒的寒热夹杂证和风寒证的关键是什么?举例说明如何寒从热化或热为寒闭?怎样治疗感冒的寒热夹杂证?这些问题由感冒寒热夹杂证的临床表现及鉴别联系到产生的病因病机、选择的治疗原则,就形成了对感冒寒热夹杂证的整体认识。在讨论某一病例的病因病机和辨证治疗时,还可以提出如下问题:针对此患儿的病因病机,如何进行个体化治疗?观察病情变化的症状体征和实验室

检查监测指标是什么?假设该患儿在病程中出现某种变证应该如何处置?该患儿的短期和长期预后如何?讨论结束后,每组选派一个学生总结汇报,并解答其他小组的疑问,最后老师进行总结归纳,并对学生没涉及到的重点难点进行针对性的讲解,对一些临床技能操作做出示范,以此来提高教学效果。

3.3 课后共享学习成果 在课后,通过慕课在线平台共享学习成果,学习成果可以上传文字、音频、视频、PPT等,同时老师和学生还可以对学习成果进行再次评价,在慕课在线平台上再次进行深入讨论,以弥补课堂讨论的不足。课后的讨论可以使用QQ群、微信群等,随时随地地讨论问题、解决困难、回答疑问,这种不受地点时间限制的在线讨论,可以使讨论次数和时间明显增多,使老师与学生之间、学生与学生之间的沟通更充分,从而达到更好的教学效果。

中医儿科学是一门临床课程,为了学生在实习和走上工作岗位后,能够较快地适应临床工作,提高处理中医儿科临床实际问题的能力,将慕课理念及PBL教学法有机结合,运用于中医儿科学教学中,二者互相补充,取长补短,将会使学生能更迅速地掌握中医儿科学理论及临床知识,更有效地培养学生的临床思维和提高学生治疗儿科疾病的能力。

参考文献

- [1]周龙军.关于慕课的理性思考[J].华夏教师,2017(1):23-25.
- [2]郑依萌.近五年慕课(MOOC)研究综述及背后争议[J].黄河之声,2017(10):17-19.
- [3]赵琳,王健明,郑玉萍,等.PBL教学法在七年制眼科见习教学中的实践与思考[J].中国医学教育技术,2017,31(1):94-96.
- [4]张华.PBL教学法在高职院校教学中的应用研究[D].石家庄:河北师范大学,2010.

(本文编辑:李海燕 本文校对:胡美同 收稿日期:2018-03-19)

温馨提示

最近有部分作者反映,有人冒充我刊工作人员以核对文章、邮寄杂志、发票等为由,打医院科室电话,索要作者个人信息,要求加作者微信。我刊调查了解得知,这些人是从网络、数据库搜集到作者、单位、科室,从医院官网查询电话,以我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。敬请我刊广大作者、读者提高警惕,注意防范,谨防上当受骗。

我刊编辑部特设咨询电话:010-57289309、010-57289308;发行及财务:010-87363190;唯一投稿邮箱:zgzyycjy@163.com;官网:www.zgzyycjy.com。

中国中医药现代远程教育杂志社

2018年3月

PBL教学法在中医院校泌尿外科临床实习中的应用

黄 坚 张仁荣 陈 铭 谢建兴

(广州中医药大学第一临床医学院, 广东 广州 510405)

摘要:目的 分析PBL教学法在中医院校泌尿外科临床实习中的应用效果。方法 选取2015年6月—2017年5月在我科实习的2014、2015级专业学位硕士研究生作为研究对象,共64名,随机分为试验组和对照组,每组32名。实验组采用PBL教学方法,而对照组采用传统LBL教学方法。经过4周的实习后,在出科前对学生的理论成绩、临床操作水平、问卷调查进行评分。结果 采用PBL教学法的学生理论成绩、临床操作成绩及综合能力等得到显著提升。结论 在泌尿外科临床实习中采取PBL教学法,能够显著提升学生的理论水平、临床思维及自我满意度,值得推广。

关键词: PBL教学法; 泌尿外科; 临床实习

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.007

文章编号:1672-2779(2018)-11-0014-02

The Application of Clinical Practice of PBL Teaching Method in Urology of Universities of Traditional Chinese Medicine

HUANG Jian, ZHANG Renrong, CHEN Ming, XIE Jianxing

(The First Clinical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 210029, China)

Abstract: **Objective** To analyze the effect of PBL teaching method in clinical practice of urology of universities of traditional Chinese medicine. **Methods** From June 2015 to May 2017, 64 master degree students of grade 2014 and grade 2015 in our department were selected as research subjects. They were randomly divided into experimental group and control group, with 32 students in each group. The PBL teaching method was used in the experimental group, while the traditional LBL teaching method was used in the control group. After 4 weeks' internship, in terms of former theoretical achievements, on students' clinical skills, questionnaire score was evaluated. **Results** The students' theoretical achievement, clinical operation performance and comprehensive ability were significantly improved by using PBL teaching method. **Conclusion** The PBL teaching method in clinical practice in urology can significantly improve the students' theoretical level, clinical thinking and self satisfaction. It is worth popularizing.

Keywords: PBL teaching method; urology; clinical practice

PBL教学法(problem-based learning)是一种以问题为基础的教学方法,其主要通过以问题为中心、学生为主体、教师为导向的教学模式,培养学生自主学习的积极性和主动性,以及系统全面分析、解决实际问题的综合能力^[1]。该方法注重基础与临床知识跨学科整合,培养和提高实习生多方面的素质和能力,尤其是主动学习和终身学习意识、创新精神、批判性思维、沟通能力和团队合作精神等。泌尿外科是一门专科性很强的学科,腔镜手术早已经成为泌尿外科的专科发展方向,传统的教学模式常不能使学生全面深入地掌握相关知识,为此,近年来我们在中医院校采取了PBL教学模式,取得良好效果,特做如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取在我科实习的2014、2015级专业学位硕士研究生作为研究对象,共64名,随机分为试验组和对照组,每组32名。试验组采用PBL教学方法,而对照组采用传统LBL(lecture-based learning)教学方法。每位实习生入科后即进行理论知识测试。2组学生在性别、年龄以及所学课程进度等方面经统计学检验,无统计学差异($P>0.05$)。带教教师均由具有5年以上泌尿外科工作经验,主治医师以上职称,并获取硕士及以上学历的教师担任。

1.2 研究方法 授课内容主要为“十二五”全国高等中医药院校规划教材(第九版)《外科学》泌尿、男性生殖系统疾病章节相关疾病,并以原始病案为基础,将资料收集、整理加工为PBL教案。学习目标主要为建立临床思维,培养横向思维,明确中医理论指导下的治疗对疾病诊治的切入点,对疾病作出较为正确的诊断、鉴别诊断,针对疾病提出对其诊治的方案;掌握泌尿外科基本操作技能:前列腺直肠指检、导尿管、包皮环切术、膀胱镜检查术、膀胱镜下双J形管拔出术等。教学方法上试验组主要根据实习轮转换分批次采用PBL模式教学,每批次实习时间为4周,采用带教教师根据典型病例提出问题,并提供主要参考文献,学生通过课本、主要参考文献、网络等多种媒介查阅资料—床边带教—学生讨论问题—教师归纳总结的方法。对照组主要根据实习轮转换分批次采用LBL模式教学,每批次实习时间为4周,采用复习理论—床边带教—指导操作—结合最新进展和询证医学知识归纳总结的4步教学法。具体方法如下:建立PBL学习小组,学生在泌尿外科轮转时间为4周,每次5~7人,自然组成一个PBL小组,由学生选出主席1人,要求相对组织能力强、威信高;记录员1名,要求书写良好,逻辑分析能力强。每次PBL教学时,依次发放事先准备好的一节

(含2~3幕)学生版PBL教案,主席组织学生依照“问题、假设、知识点、学习目标”这一框架,针对每一幕病案发起头脑风暴,提出问题、分析问题,记录员及时在白板上进行记录,大家共同总结并画出内在逻辑关系图,提炼出知识点,最后总结出本节的学习目标,依据自主选择的原则,分配到每位学生,在随后的1周中利用教科书、期刊杂志、网络等各种资源进行解决,并加以总结形成书面资料,与团队成员共享。在下次PBL教学前,首先进行汇报讨论,与大家共同分享学习目标相关资料并进行讨论。前次学习目标完成后,开始发放本节学生教案,进行新一轮的学习,如此反复。

2 考核与问卷

2.1 成绩评价 每个月末课程教学结束时,专任教师负责对学生的理论成绩、临床技能以及综合能力进行评分,满分均为100分。

最终2组在理论水平、临床操作、综合能力等方面的平均成绩比较均有明显的差异,且试验组优于对照组。且满意度方面,试验组的学生亦高于对照组。该结果充分证明PBL教学法在中医院校泌尿外科临床实习中具有广阔的教学前景。

2.2 问卷评价 每个月末学生轮科结束时,专任教师向学生发放调查问卷,其中包括表达与沟通、团队合作、知识信息管理、问题分析和临床推理能力等方面。总共发放问卷64份,问卷全部收回,对问卷结果汇总如表1所示。

表1 调查问卷汇总结果 (%)

问卷评价内容	满意	一般	不满
表达与沟通能力	86	10	4
团队合作能力	81	11	8
知识信息管理能力	88	10	2
问题分析能力	95	4	1
临床推理能力	96	2	2

本问卷调查充分显示运用PBL教学法,能大幅度的提升学生的表达与沟通、团队合作、知识信息管理、问题分析和临床推理能力,让学生从被动者的角色变为主动者,把抽象的临床操作具体化、复杂的理论知识简单化。

3 讨论

传统LBL模式的实习是以知识的提供者教师为中心,主要是以学科为基础的单一知识传授的理论授课,侧重于学习内容(知识的获取),优点是知识的系统性和完整性较强,教材体系完善,教师和管理者熟悉,易于实施与组织管理,节约人力、财力等^[2]。这种被动学习的方式,考核为终结性的评价,重在考核知识的

掌握情况,容易造成基础与临床脱节,教学内容交叉重复,不利于学生综合素质和能力的培养;只局限于诊断与治疗,忽视疾病的预防、康复、健康促进,重专业知识,忽视自然、人文社会、行为、医学伦理等,以疾病为中心,不是以病人为中心,以个人能力和经验出发,忽视团队力量,重经验,对循证医学方法注意不够,对批判性思维强调不够。

PBL模式的实习是以学生为中心,教师却只为学习的促进者,主要是以器官/系统为基础,是自我导向式、互动式的学习方式,注重基础与临床知识跨学科整合,培养和提高实习生多方面的素质和能力,尤其是主动学习和终身学习意识、创新精神、批判性思维、沟通能力和团队合作精神等。这种主动学习的方式,考核为终结性评价与形成性评价相结合,既考核知识的掌握,也评价能力和表现,但知识的系统性、覆盖面、深度等方面存在一定缺陷,对教学资源、学生素质要求高,教育成本高,实施、管理难度大^[2-3]。PBL模式的学习始于1969年加拿大McMaster University,核心理念为学习应该是基于一定情境的、自我导向式的、互动合作的知识建构过程^[4]。这种模式的学习已在医学教育中得到广泛应用,代表着过去二十年间医学教育改革的趋势之一。我国医学院校从1980年开始尝试PBL教学模式,至今已有85%的学校采纳应用^[5]。但鲜有完整的中医院校泌尿外科PBL教学模式临床实习学习平台,本研究作为我院泌尿外科学科内PBL教学法的临床应用,大胆构建了一个PBL教学模式临床实习学习平台,以期培养出适应当今社会现状优秀的中医院校泌尿外科人才。

最后,引用医学院学生们的一句话:医学知识就像一颗大树,传统教学是教师讲一枝一杈交给学生并帮助学生合成大树;而PBL教学则是引导学生从一片树叶开始顺藤摸瓜摸索出完整的大树。PBL教学法在中医院校泌尿外科临床实习学习平台的构建,必然会激发学生对相关知识掌握的兴趣,为成为一个合格的五星级医生打下良好的基础。

参考文献

- [1]Neville AJ.Problem-based learning and medical education forty years on.A review of its effects on knowledge and clinical performance[J]. Med Princ Pract, 2009, 18(1): 1-9.
- [2]张荣贵,徐光勇,姜庆,等.基于问题的学习教学法在泌尿外科教学中的应用[J].现代医药卫生,2012,28(12):1903-1904.
- [3]姚鲲,何乐业,蒋志强,等.新形势下泌尿外科实习教学模式的改革初探[J].中国西部科技,2013(12):57-58,120.
- [4]Barrows HS.A taxonomy of problem-based learning methods[J].Med Educ, 1986, 20(6):481-486.
- [5]王桂芝,刘红,王莹,等.我国PBL和LBL教学模式的外科教学效果比较的Meta分析[J].中国循证医学杂志,2013(11):1313-1317.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邱云楼 收稿日期:2018-03-207)

实验针灸学双语教学初探

黄娟

(内蒙古医科大学中医学院, 内蒙古 呼和浩特 010010)

摘要:在中医专业本科生的《实验针灸学》实验教学中实施双语教学,采取互动式、启发式、引导式教学,以学生为主体,理论讲解结合实验操作,增强学生在教学中的参与感,提高教学质量。实验准备及讲述采取沉浸式教学,加强英语专业术语输入,实验过程增加英语讨论,结束时要求学生英语总结,实验报告要求中英双语书写;并有效结合原版教材、网络平台、课件等手段,有利于学生更好地掌握英语专业术语,提高学生英语理解和表达能力。

关键词:实验针灸; 双语教学; 教学方法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.008

文章编号:1672-2779(2018)-11-0016-02

A Study on Bilingual Education Theories of Experimental Acupuncture

HUANG Juan

(College of Traditional Chinese Medicine, Inner Mongolia Medical University, Huhhot 010010, China)

Abstract: Bilingual education in TCM students' experimental acupuncture teaching, using the interactive learning and heuristic, guiding teaching, taking students as the main body, theoretical explanation combined with experimental operation, enhancing students' sense of participation in teaching, improving teaching quality. The experiment preparation and narration adopts immersion teaching, strengthens the English specialized term input, increases the English discussion in the experiment process, requests the students do English summary at the end, the experiment report request the Chinese and English bilingual writing, and effectively unifies the original textbook, the network platform, Courseware is helpful for students to master English terminology and improve their ability to understand and express English.

Keywords: experimental acupuncture; bilingual education; teaching method

2001年教育部发文强调指出:按照“教育要面向现代化,面向世界,面向未来”的要求,为适应经济全球化和科技革命的挑战,本科教育要创造条件用英语等外语进行公共课和专业课的教学。2002年教育部高教司将双语教学作为主要项目列入《普通高校本科教学工作水平评估指标体系》,并明确要求“用双语授课课程采用外文教材,并且外语授课课时达到该课程总课时的50%以上”,各高校在双语教学模式的尝试中都做了大量工作^[1]。双语教学是指学校里使用第二语言或外语教授知识性科目。对于我国高等教育双语教学来讲,不属于第二语言,而是外语教学,主要目的是培养既精通专业又精通外语的高素质、具有国际竞争能力的复合型人才。

1 《实验针灸学》双语教学必要性

双语教学的目的是推进外语与专业的融合,培养一专多能、能直接参与国际竞争与合作的国际通用型人才,而培养既精通中医专业知识、又能熟练运用外语进行专业交流的人才,高等中医药院校责无旁贷。目前中医药院校的学生,在学习了多年英语之后,很少能参加国际学术会议,更难以用英文撰写学术论文。从事中医药专业研究,需要阅读大量的英文文献,才能追踪国际发展的前沿,同时中医药的研究成果以英文的形式发表,才能提高国际认可程度^[2]。

《实验针灸学》以近年来针灸现代研究的成果为主要学习内容,既涵盖了传统针灸理论,又与学科最新研究相衔接,既有理论知识,又有临床技术,信息量大,内容灵活,要求学生对于最新研究、文献,都要有所了解。课程双语教学更深层次的目的是在外语学习过程中,把我国的传统针灸理论以外语的形式推向世界,因此学生肩负着既学习又应用,进而推广的使命。另外,双语教学旨在引导学生快速、精准地了解本领域的发展趋势。语言是信息化社会的重要信息符号,掌握的语言越多,获取的信息就越多,双语教学的引入,有利于学生开拓视野,加强外语文献的涉猎。通过引入国外相关学科教材,借鉴国外教学方法,在帮助学生专业基础知识的同时,掌握英文学术词汇,进一步提高科技信息的利用能力,从而有利于本学科人才培养质量的提高。

另外,双语教学的实质是用教学语言促使语言能力的发展,其基本原则是教师坚持使用学生的目的语,向学生提供较多的语言信息,以此来促进专业知识和语言能力的共同提高。双语教学比大学英语、专业英语这种单纯的语言教学更有意义,学生在学习专业知识的同时自然而然无意识地习得了语言知识。出于学习专业知识的需要,学生的学习兴趣 and 动机都很强烈,并且比单语教学持久。这种教学模式也可以更好地帮

助学生提高英语的学习成绩^[3]。

2 双语教学开展的可行性与困难

笔者在《实验针灸学》教学过程中尝试双语教学,部分学生有畏难情绪,多数也是平时英语成绩薄弱的学生,而英语成绩好的学生会更加积极主动,有调查显示:学生对于双语教学的实施是赞同的,而反对的原因主要是教师的教学方法不当及害怕增加学习负担,仅有少部分学生对英语学习排斥,说明双语教学具备可行性,同时也需要考虑学生接受程度;学生对于理论课双语教学模式可接受的程度仍限于关键词、重要概念和小结部分,实验课部分采用英文讲述,实验报告全中文,只有少部分学生愿意接受全英文或大部分英文教学。绝大多数学生希望使用中英文相结合的教材,相互对照,有利于学生自学^[4]。

3 双语教学开展方法

3.1 教师 在理论或实验课上进行双语教学,教材的选用,师资的培养,以及采取何种形式进行双语教学等相关问题,需要通过实践来寻求一种最适宜的双语教学模式。合格的教师是双语教学成功的一个重要环节,也是首先需要考虑的因素,首先,应从本课程授课教师英语水平的提高入手,通过培训、访学等多种形式,着重提升教师的英语口语、讲学水平;其次,在校内组织优秀的外语教员对双语教师进行课堂用语和语音语调的辅导。

3.2 教学模式 目前,世界上流行的双语教学模式主要有以下3种类型:沉浸式,指在学校教育中使用外语或第二语言作为教学语言,指导学生专业学习课程;维持式,指学生刚进校时用母语教学,以后逐步使用外语教学,但同时部分学科仍采用母语教学;过渡式,指学生刚上学时部分或全部使用母语教学,过一段时间之后,转为仅使用另外一种语言教学。对于学生而言,更倾向于中英文结合、穿插、有互动的教学方式,调查显示,部分学生认为仅关键词、小结即可,部分学生要求先讲英文,再中文翻译,而少部分学生则可以接受全英文教学。

综上,我们在双语教学的过程中要充分考虑学生意愿、接受程度、重视课堂互动、调动学习气氛。结合课程自身特点,在《实验针灸学》实验课程教学中,采用引导、互动、启发式的教学模式,理论讲授采取沉浸式教学,大量、集中灌输相关专业知识和术语,关键词、小结部分中英文结合,利于学生充分理解教学内容;指导实验进行的过程中,中英文结合,提高学生兴趣,增加学生参与感。实验结束要求学生自我

总结用英语阐述,实验报告采用中英文结合,进一步提高学生英语理解、表达及书写能力^[5]。

3.3 教材 现行教材以十三五规划教材及自编教材为主,还没有双语教学的专门教材,结合上述两种教材,进行自编教材的修订,加入英文内容,降低学生学习难度,有条件的情况下,引进相关专业原版教材作为辅助学习资料。

其次,利用学校网络课程,借助MOOC的形式为学生搭建“助学平台”,即在学习原教材之余,为他们提供一些针对性、工具性学习资料,包括用中文编写的配套资料或讲义,中英专业词汇对照表,多媒体课件以及课程网站,英文习题集等等,建立丰富的立体化的学习资源系统、实时的学习辅导渠道^[6]。

4 总结

任何一个学习过程都不是简单的信息输入、存储和提取,而是学习者和学习环境之间的互动过程,以学生为中心的自主学习才能发挥教与学的最佳状态,教师采用启发式教学,加强师生和学生之间的互动,在教学过程中,充分激发学生主动学习的能力;其次,教师在讲课过程中英语和中文的使用应当注重灵活性,书面文字可都用英语表达,专业术语要标出中文;课堂口头讲授时应根据学生的总体水平,知识的难易程度来决定英语使用的比例,难点重点一定要用中文进行翻译解释,英文不足的部分可以考虑用PPT和板书来补充,每节课英语的比例超过50%。总的原则是因材施教,循序渐进^[7]。

在中医学生专业课教学采用双语模式,对于英语、专业教学,学生综合素质提高等各方面都大有裨益,然而师资和教材的匮乏严重阻碍教学开展,正因为如此,也说明在中医学生中开展双语教学的必要性和紧迫性,解决好教师、教材的问题,就能够保证较高质量的双语教学进行,尤其对于实践、实验等互动性强的课程,对学生专业知识和语言能力的培养往往能起到事半功倍的效果。

参考文献

- [1]胡炜,蒋堃.高校双语教学实践初探[J].改革与开放,2010(18):172-173.
- [2]高增平.高等中医药院校中药学相关专业开展双语教学的探讨[J].中医教育,2009,28(3):55-56.
- [3]金弱.双语教育的文化资源整合功能研究[D].南京:东南大学,2016.
- [4]张颖.病理生理学双语教学可行性及教学模式分析[J].医学教育探索,2009,3(8):290-292.
- [5]李颖,王舒然,孙长颖.启发式教学和双语教学相结合在医学教育中探讨[J].中国高等医学教育,2009(10):1-2.
- [6]王洪彬,李雪青,崔健美,等.以学生为中心的经络腧穴学课程双语教学模式初探[J].河北联合大学学报(医学版),2012,14(1):127-128.
- [7]赵荣,刘自力,王建明.《针灸学》双语教学中的几个常见问题[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(12):236-237.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李永乐 收稿日期:2018-03-22)

LBL 联合情景教学法在神经内科教学中的探索

薛红

(贵阳中医学院第二临床医学院神经内科, 贵州 贵阳 550001)

摘要: 情景情境教学法是指在教学过程中, 教师有目的地引入或创设具有一定情绪色彩的、以形象为主体的生动具体的场景, 以引起学生一定的态度体验, 使学生的学习能力和教学质量提高的教学方法。本文以具体运用情景教学法在神经内科教学中的体验, 分析在神经内科教学过程中实施情景教学法的方法和意义, 旨在提高教学质量, 推进神经内科教学水平, 情景教学法有助于全面培养医学生的学习能力, 提高了医学生的学习积极性、自学能力、沟通能力、临床思维能力和临床技能, 提高学习者的综合素质, 培养高素质的临床医学人才, 值得在临床医学教学中推广和应用。

关键词: 情景教学法; 神经内科; LBL

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.009

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0018-02

Exploration of LBL Combined with Situational Teaching Method in the Teaching of Neurology

XUE Hong

(Neurology Department, the Second Clinical College, Guiyang University of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550001, China)

Abstract: Situational teaching method refers to the introduction or creation of vivid and concrete scenes with certain emotion and image as a whole in the teaching process, so as to arouse students' sentiments and attitude, and to improve the learning skills of students and teaching method of teachers. Based on the experience of situational teaching in the teaching of neurology, this paper analyzed the method and significance of implementing situational teaching in the teaching process of neurology, in order to improve the teaching quality and promote the teaching level of neurology. Situational teaching method is helpful to cultivate the learning ability of medical students in all-round way, and to improve the learning enthusiasm, self-study ability, and communication capability as well as clinical thinking ability and skills of medical students, so as to improve the comprehensive quality of learners and cultivate high-quality clinical talents, which are worth popularizing and applying in clinical medicine teaching.

Keywords: situational teaching method; neurology; LBL

情境教学法是指在教学过程中, 教师有目的地引入或创设具有一定情绪色彩的、以形象为主体的生动具体的场景, 以引起学生一定的态度体验, 从而帮助学生理解教材, 并使学生的学习能力和教学质量提高的教学方法^[1-2]。情景教学法已经在国内外一些医学院校开展, 但在国内仍处于试探性、起步阶段^[3]。神经系统疾病临床表现多样化, 症状复杂, 病因复杂, 急危重症多见, 神经系统结构复杂抽象, 神经系统疾病容易混淆、诊断不清, 学生难以理解、掌握。在神经疾病的医学教学中, 教师需要在教学大纲规定时间内讲授相关疾病的症状、诊断、治疗等内容, 学生需要掌握这些知识点, 并将课堂上所学的知识用于临床实践中, 单靠传统的教学模式很难取得较好的教学效果, 笔者以传统授课为基础的教学法 (LBL) 为主的教学方法结合病例情景演绎则能取得较好的教学效果, 在临床教学中开展神经病学的情景教学是提高神经病学教学水平和质量的一种探索。情景教学模式在培养医学生综合能力、创新能力及团队合作方面起到了很好的作用, 下面介绍在神经内科的临床教学中引入情景教学模式的实施方法和意义。

1 LBL联合情景教学法的实施方法

临床教学的内容为本科教学西医内科学神经系统疾病脑血管病、癫痫。教学老师在授课前与学生进行沟通交流, 明确授课内容和方法。

1.1 第一阶段 按照教学大纲要求在课堂上采用传统的课堂授课模式, 讲解脑血管病、癫痫的概念、流行病学、病理基础、临床表现、辅助检查、治疗方法等, 使学生对相关基础和临床知识有所掌握。

1.2 第二阶段 联合情景教学的模式进行教学, 具体步骤。

1.2.1 向学生介绍情景教学和实施方案 例如在脑血管疾病部分由教师提供一个急性脑梗死的病例, 布置具体场景的简洁剧本, 学生根据剧本情节要求, 模拟一例急性脑梗死在时间窗内接受溶栓治疗的一个就治疗过程。在癫痫这一节的教学病例是癫痫的持续状态的情景教学, 在教室里有一个学生扮演患者突然出现抽搐, 急诊就诊的诊断治疗过程。

1.2.2 组织学生在各个环节进行角色的分配和情景的设计安排 在情景教学中学生根据剧本情节要求, 如模拟一例急性脑梗死在时间窗内接受溶栓治疗的一个就治疗过程, 自行设计分派角色扮演, 从患者、家属、120接诊、急诊室接诊、神经科医生接诊、到影像科做检查, 抽血检查, 等待检查结果, 医生与患者和家属沟通交流, 提出治疗方案, 具体如何溶栓治疗。通过这一个模拟诊治的过程, 进入角色, 掌握急性脑梗死溶栓治疗。

1.2.3 学生在教师指导下进行病例的情景模拟 如情景教学病例是癫痫的持续状态, 在教室里有一个学生扮



演患者突然出现抽搐,患者的同学怎么办?拨打急救电话,转运患者到医院,医院急诊室医生和护士如何接诊,同学和家属如何介绍病情,医生如何处置,护士如何处理医嘱,完成一个病例的发病到就诊的过程处理。

1.2.4 对情景剧的评价和交流 在情景表演结束后,由观众同学对情景的过程处理进行评价,发现问题。

1.2.5 教师对情景剧的问题进行分析评价,对情景教学总结 老师对情景演绎中出现的问题进行分析,与学生一起讨论、总结病例的情景演绎,发现问题,指出问题。通过急性脑梗死、癫痫持续状态的抢救治疗,使同学们熟悉掌握急性脑梗死、癫痫持续状态等急重症患者的临床表现、诊断思路、如何抢救、治疗患者。

2 LBL联合情景教学法的优点

2.1 提升医学学生的学习兴趣和主动性 目前大多数医学教学中LBL在医学教学中占主导作用,在临床实践教学过程发现经传统教学方式教学的学生常有理论与实践脱节现象,询问病史等基本功底参差不齐,人文关怀不足。情景教学法与传统的以教师讲授、满堂灌的LBL教学模式不同,在传统的以教师讲解为主的教学基础上增加情景教学法,在教学过程中安排情景教学,医学生在学习临床课程中初步接触临床疾病,提高医学生对医学的兴趣,使其愿意花时间去查询和学习与神经疾病相关的基础和临床资料,而不是呆板地接受“填鸭式”的授课。学习兴趣的产生能提高医学生学习的积极性和主观能动性,老师在教学过程中既讲课又对学生进行指导,充分发挥了以学习者为主体的主导作用,老师予临床经验的传授。情景教学能有效提高学生的自学能力,转变被动学习方式,为主动学习方式学生能在教学中自发地、有针对性地分析问题和解决问题。从而达到自主学习的目的,改善教学模式和教学方法,提高学生的学习兴趣和思考能力。

2.2 提高学生的动手能力和临床实践能力 传统教学模式下,学生在课堂上被动接受教师授课,缺乏独立思考与临床实践的机会,综合分析某项临床救治的机会。在模拟情境下,情景教学法将学习过程置于一定的模拟情境中,使学生学会如何判断病情,采取正确有效的救治措施,学会在救治患者过程中保持良好的心理素质,动作熟练,操作准确到位,从而得心应手地参加今后的临床实践。

2.3 改善医患关系 实现人文关怀 通过情景教学,学生扮演患者和家属,换位思考,感受就诊流程,体验医疗过程中的人文环境,反思医生言语行为对患者和家属的影响,在医生的角度上去改善医患关系。同时通过角色的扮演,体验患者及家属的心情,换位思考,

更好地体验医患关系,在实践中体会、实现人文关怀。

2.4 提高学生观察能力、分析能力和执行能力 通过情景教学,各个环节的扮演者能体会到不同环节的问题,如何拨打急救电话,如何接诊,如何挂号等各个细节的衔接。扮演患者的学生只有掌握疾病的临床特点,熟悉疾病的临床表现,揣摩患者的症状,才能扮演好角色;观察席上的同学观看情景演练,观察情景各个环节,提出发现问题,进行讨论纠正。以学生为主体,通过情景扮演,把学习过程置于复杂的有意义的问题情境中,通过发现问题,分析解决问题来掌握临床知识与技能。

2.5 提高团队协作精神 传统教学模式,老师授课,学生在课堂上接收知识,自行复习考试,同学之间缺乏相互交流,也难以有互相协作任务要求。情景教学通过模拟演练共同完成对疾病的救治,在临床工作中协作精神是非常重要的,靠单个医务人员的力量难以完成患者的救治,整个抢救过程需要大家互相配合,齐心协力,才能在最短的时间内达到最好的效果^[3]。

3 情景教学需要注意的问题

由于教学大纲学时的安排是传统教学学时安排,在具体实施情景教学的过程,准备查阅资料,分析课本的内容,组织排练和表演是在课余时间,还需要调整实施方案,更好更有效地提高学生的临床实践能力和教学水平。教学模式的探索需要不断地发现问题、探索问题,总结教学经验,为培养医学生,实现医学生的教学与临床实践相结合具有十分重要的意义,可以促使学生真正理解和掌握医学知识,不断提高学生的医学专业水平,增强学生的临床经验,为医学事业培养应用型人才。

4 总结

近年来国内外的医学教学研究表明,情景教学作为一种新的教学方法,学生为主体,通过教师的引导,能够将医学基础知识与临床实践通过情景演绎传授给学生,相对于传统的教学方法具有明显的优势,培养学生的学习能力、分析处理问题能力、创新能力、沟通和团队协作能力。基础与临床结合、理论与实践融合,使学生在进入临床工作后能正确地分析和解决问题,并能很好地与他人沟通合作。情景教学法在医学教学中还处于探索阶段,还需要不断地深入学习和研究,总结医学教育的教学经验。

参考文献

- [1]程芳,万军芳.医学院校情景教学的难点与对策探讨[J].医学理论与实践,2011,24(5):612-613.
- [2]庞东渤.以案例教学为导向情景教学模式在眼科教学中的探讨[J].国际眼科杂志,2011,11(9):1582-1584.
- [3]叶珊,林绍鹏.情景教学在临床医学生心肺复苏教学中的应用[J].卫生职业教育,2013,31(10):38-39.

(本文编辑:李海燕 本文校对:况时祥 收稿日期:2018-04-03)

SBAR 标准沟通模式在儿科护生带教中的应用研究

哈海霞 王小琴* 文 艳

(西安交通大学护理系, 陕西 西安 710049)

摘要:目的 探讨SBAR标准沟通模式提高儿科护生的学习成绩和实习满意率的效果。方法 选择2016年5月—2017年2月在我科实习的60名护生, 通过随机对照的方式, 分为对照组30例和试验组30例, 对照组采用儿科普通带教模式, 护生与患儿沟通时, 依赖于自身的沟通能力, 试验组老师指导护生在与患儿进行沟通时, 给予SBAR标准化沟通模式, 调查2组护生实施SBAR前后的护患沟通能力评分和对带教模式的满意度评价结果, 并进行统计分析。结果 试验组护生的护患沟通能力、满意度均高于对照组, 差异有统计学意义。结论 SBAR标准化沟通模式有助于提高实习护生与患儿之间沟通的质量, 提高学生的满意度, 提高实习积极性。

关键词: SBAR标准沟通模式; 儿科; 护生; 带教

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.010

文章编号:1672-2779(2018)-11-0020-03

Study on the Application of SBAR Standard Communication Model in Paediatric Nursing Teaching

HA Haixia, WANG Xiaoqin, WEN Yan

(Nursing Department, Xi'an Jiao Tong University, Shaanxi Province, Xi'an 710049, China)

Abstract: **Objective** To explore the effect of SBAR standard communication model to improve the study performance and internship satisfaction rate of pediatric nursing students. **Methods** From May 2016 to February 2017, 60 nursing students in our department were divided into control group and the experimental group, with 30 cases in each group. The control group adopted general pediatrics teaching mode, the nursing students communicate with children, depends on their ability to communicate, and the experimental teacher guided nursing students in communication with children, they were give SBAR standardized communication mode. Before and after the implementation of SBAR nurse communication, ability of nursing students score and the satisfaction degree of the evaluation results on the teaching model, and statistical analysis were investigated. **Results** The communication ability and satisfaction of nursing students in the experimental group were higher than that in the control group, and the difference was statistically significant. **Conclusion** The standardized communication model of SBAR can improve the quality of communication between trainees and children, students' satisfaction and their enthusiasm.

Keywords: SBAR standard communication mode; pediatrics; nursing students; practice teaching

在20世纪90年代, SBAR沟通模式被作为团队资源管理培训课程的一部分, 在各地医疗机构中广泛开展使用^[1], 它是一种以证据为基础的沟通方式, 包括以下4个步骤: situation (现状)、background (背景)、assessment (评估)、recommendation (建议), 分别显示发生了什么、什么情况导致、我认为问题是什么、我们应该如何去解决这个问题的沟通程序^[2]。通过相关的研究, 专家发现SBAR沟通模式能够很好地为医护人员提供及时、正确的信息, 减少不必要的混乱, 从而提高团队效率^[3]。在国外, SBAR模式不仅仅应用于临床医疗护理工作, 还被用于护理教学当中^[4]。并且很多专家一直致力于SBAR沟通模式在整个医疗体系中的应用, 尤其是包括医、教、研中的运用^[5]。而儿科护生刚走出学校, 踏入临床, 与患儿进行沟通的能力水平参差不齐, 在有限的时间做到与患儿及家属进行满意的沟通, 能力亦有所欠缺, 2016年, 我科将SBAR沟通模式应用于护生, 以规范护生与儿科患者之间沟通的方式, 提高护生的学习质量, 效果满意, 现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年5月—2017年2月在我科实习

的60名护生, 通过随机对照的方式, 分为对照组30例和试验组30例, 对照组护生男性3例, 女性27例, 平均年龄 (21.92±1.04) 岁, SBAR实施前, 护患沟通能力评分为 (2.66±0.72) 分, 试验组护生男性4例, 女性26例, 平均年龄 (21.96±1.12) 岁, SBAR实施前, 护患沟通能力评分为 (2.64±0.73) 分, 2组一般资料相比, 差异无统计学意义。

1.2 纳入标准 安康市中医医院儿科全日制护理本科实习护士, 在我科实习均为1个月; 均严格遵守我院护理部的要求, 具有相同的实习计划、方案和轮转科室, 并能按时按质完成实习计划, 实习期间无不良事件如烫伤、被患者投诉等发生; 身体健康, 能理解并能积极配合本研究。

1.3 排除标准 既往有SBAR标准沟通方式的培训、学习经历或参与过SBAR的课题研究者; 考核期间抄袭者; 在我科实习期间请假、旷工或有迟到早退者。

1.4 研究方法

1.4.1 对照组 采用我院儿科普通临床带教方法, 护生在与患儿进行沟通时, 只依据护生平时与人沟通的方式进行沟通。

1.4.2 试验组 采用SBAR标准化沟通模式与患儿进行沟通, 护生在儿科实习第1天, 由参加过SBAR课题培训

* 通讯作者: huli13516@163.com

表1 护患沟通能力评分量表

(分)

项目	很认同	认同	不确定	不认同	很不认同
会主动与患儿进行交流	5	4	3	2	1
与患儿交流时,条理清晰	5	4	3	2	1
能将患儿目前的情况告知患儿及家长,并能提出合理建议	5	4	3	2	1
患儿对护生的病情沟通很满意	5	4	3	2	1
护生进行每项操作时,能积极与患儿进行沟通	5	4	3	2	1
护患沟通总得分	5	4	3	2	1

表2 2组护生护患沟通能力评分比较

($\bar{x} \pm s$,分)

组别	会主动与患儿进行交流	与患儿交流时,条理清晰	能将患儿目前的情况告知患儿及家长,并能提出合理建议	患儿对护生的病情沟通很满意	护生进行每项操作时,能积极与患儿进行沟通	护患沟通总得分
对照组	2.52±0.61	2.19±0.72	2.83±0.82	2.77±0.75	2.59±0.92	2.67±0.73
试验组	4.31±0.48	4.25±0.44	4.32±0.51	4.22±0.53	3.96±0.92	4.23±0.61
t值	-20.783	-22.758	-14.928	-13.212	-9.139	-32.480
P值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

的6名儿科高级责任护士及护士长组成培训小组,通过PPT、微课、真人演示的方式对30名护生进行知识培训,培训内容如下:S:先进行身份识别,并介绍患儿的基本情况,如姓名、年龄、疾病诊断等;B:主诉、病因、现病史、既往史等;A:阳性指征,异常检查结果或生命体征等;R:是指在评估的基础上,加以分析判断,并为下一步的诊疗制定初步治疗计划。以小儿腹泻为例,护生与患儿及家长进行沟通的流程为:S:1床,早上好,请问您叫什么名字?今年多少岁?好的,张三小朋友,我查看了你的病程记录,你目前的诊断是腹泻,你目前的主要症状是腹部疼痛、大便稀烂、次数多;B:该病的主要原因是轮状病毒感染引起的,主要通过消化道传播,主要表现为解黄色水样便,一天可拉十几次,部分伴有发热、腹痛等,你之前从来没有过这样的症状;A:今天你的大便结果回报,轮状病毒是阳性的,因为大便次数多,时间长了可能会导致肛周皮肤潮红或破损,或者导致你自身的水电解质紊乱,目前你有轻度脱水的症状;R:针对你的情况,医生已经开了口服补盐液给你补充电解质,思密达口服药保护肠道黏膜,氧化锌软膏外涂肛周皮肤以免皮肤破损,只要你们积极配合治疗,你的病情大约过1周左右就会痊愈,请你们不要担心,如果家里有其他小孩子,请做好隔离措施,家长接触患儿前后均要求洗手,注意饮食和水源的卫生,以免交叉感染。你这次住院总的费用约为5000元,如果你有医疗保险或新农合都可以报销,具体报销比例由你所在地的相关部门制定,不懂的可以去我院的出入院收费处找收费员。

1.5 评价指标 通过护患沟通评分量表^[1]评价,经问卷星软件将评分量表发布在“儿科SBAR课题组微信群”里,由儿科6名带教老师对每名护生的护患沟通能力进行评分,6名老师评分的平均分为该名护生的实际得

分,得分由低到高,护生分数越高,表示沟通能力越强,见表1。护生实习结束后,发放满意度调查表,调查表由护理部统一制定,分为非常满意、满意、一般、不满意、非常不满意5个级别,护生填表时不记名,当场回收,有效回收率100%。

1.6 统计学方法 运用SPSS 24.0软件分析,分析方法:独立样本t检验, $P \leq 0.05$ 认为所差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组护生的护患沟通能力评分比较 试验组护生的护患沟通能力优于对照组, $P < 0.05$,差异有统计学意义,见表2。

2.2 2组护生对带教模式的满意度比较 试验组护生对SBAR的带教模式满意度优于对照组, $P < 0.05$,差异有统计学意义,见表3。

表3 2组护生对带教模式满意度对比 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意
对照组	30	22	2	5	1	0
试验组	30	28	1	1	0	0
Z值						-6.275
P值						0.000

3 讨论

儿科护士的沟通能力,是护理人员在临床工作中必须要学习和重点掌握的技能之一^[6],国内医院协会曾把护患之间有效的沟通列为病人十大安全目标之一^[7],儿科被称为是一个哑科,患儿的接收能力有限,在常规的护患沟通中,护生与患儿之间的沟通方式随意性大,沟通效果与护生的个人能力有关,而护生与患儿之间的沟通水平有高低,大部分学生不能做到有效沟通,或者不能突出重点,如果沟通障碍,可能会导致患儿接收到错误信息,造成一些不良后果。有学者通过SBAR沟通模式在三级医院中的使用研究发现,SBAR沟通模式的使用能够(下转第49页)

儿童风湿免疫专科护理工作手册在临床培训中的应用效果评价[※]

王君君 王玉莲 魏晓琼 史 靓 周 玉

(重庆医科大学附属儿童医院风湿免疫科, 儿童发育疾病研究教育部重点实验室,
儿童发育重大疾病国家国际科技合作基地, 儿科学重庆市重点实验室, 重庆 400014)

摘要:目的 探索儿童风湿免疫专科护理工作手册的制定及其在临床培训中的应用效果。方法 选择某儿童专科医院风湿免疫科为研究对象, 通过调研专科护理人员需求, 制定专科护理工作手册, 并应用手册对科内护理人员进行培训, 评价其应用效果。结果 实施后出院患者满意度、院级理论考试成绩、院级护理质控检查均有提高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 儿童风湿免疫专科护理工作手册应用于临床培训, 提高了专科护理质量, 值得临床应用及推广。

关键词: 风湿免疫; 护理; 工作手册; 培训

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.011

文章编号:1672-2779(2018)-11-0022-02

Evaluation on the Practice Effect of Pediatric Rheumatology and Immunology Nursing Specialist Work Manual in Clinical Training

WANG Junjun, WANG Yulian, WEI Xiaoqiong, SHI Liang, ZHOU Yu

(Department of Rheumatology and Immunology, Children's Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400014, China,
Ministry of Education Key Laboratory of Child Development and Disorders, China International Science and
Technology Cooperation Base of Child Development and Critical Disorders, Chongqing Key Laboratory of Pediatrics, Chongqing 400014, China)

Abstract: **Objective** To explore the application effect of pediatric rheumatology and immunology nursing specialist work manual in clinical training. **Methods** Choosing a rheumatology and immunology division of a specialist children hospital as the research object, by investigating the needs of specialist nurses, a specialist nursing manual was developed. Application of manual training nursing staff within the department, its application effect was evaluated. **Results** After the implementation, the scores of nurses' nursing theoretical knowledge, nursing quality of the whole division and patient satisfaction are all increased, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The application of pediatric rheumatology and immunology nursing specialist work manual in clinical training can improve the quality of nursing work, and it is worthy of clinical application and promotion.

Keywords: rheumatology and immunology; nursing; working manual; training

伴随二胎政策开放, 儿科专科护士需求急剧增长, 医院大量吸收新鲜血液, 护士普遍呈现年轻化趋势, 而儿科专科护士培训和成长周期长^[1]。风湿免疫性疾病是一类侵犯多系统和多脏器的自身免疫病, 可导致各种组织和器官的损伤^[2], 故儿童风湿免疫科是儿童疑难危重症患者较集中的科室, 疾病基础知识和临床药物知识都相当复杂, 目前国内独立的儿童风湿免疫科数量尚有限。如何尽快地培养儿童风湿免疫专科熟练护士, 是医院及科室管理人员迫切需要解决的问题。设计合理的培训与教育方案, 把人员的培训与教育贯穿于临床实践过程中, 是专科护士核心能力的培养的快速途径^[3]。目前临床培训普遍采取老带新的方法, 高年资老师根据经验自行带教, 科室缺乏统一同质化标准, 是培训过程中的弊端^[4]。2016年4月—2016年12月我科针对临床护理工作的需求, 制定了一本专科护理工作手册, 以自学结合科室统一培训的方式, 经过系统培训和临床应用后, 取得了较好成效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 科室核定床位54张, 护士21名。截止2016年4月, 人力资源情况如下, 年龄: <25岁8名, 25~30岁10名, >30岁3名; 工龄: <1年7名, 1~5年6名, >5年8名, 学历: 大专4人, 本科15人, 硕士2名; 职称: 护士16名, 护师2名, 主管护师3名。出院患者满意度, 选择我科2016年4月—2016年12月1820名出院患者为试验组和2017年4—12月1989名出院患者为对照组。

1.2 手册的制定 手册共五册, 包括: (1) 风湿免疫科标准化护理工作流程及注意事项手册; (2) 风湿免疫性疾病安全用药手册; (3) 风湿免疫性疾病整体护理手册; (4) 基础护理三基理论手册; (5) 儿科护理三基理论手册。手册(1)(2)(3)制作过程, 首先建立手册编辑小组, 在充分调研科室护理人员需求基础上, 设计手册框架, 由科室两名分别工龄6年和11年的硕士研究生大量文献搜索基础上起草编写, 2名工龄25年的主管护师负责临床实践检验, 对存在疑问的知识点提出来讨论后核对与修正。成稿后, 请科室2名工龄10年以上主治医师审稿, 定稿后, 制作。手册(4)(5)由医院护理部组织全院护理教学培训质控组和全

※ 基金项目: 国家临床重点专科建设项目(临床护理)【No. 国卫办医函 [2013]544 号】; 重庆市卫生计生委医学科研计划项目【No. 2016MSXM035】

部护理单元,组稿,审稿,制定而成。科室制作成纸质版手册,编入我科工作手册。

1.3 手册的应用 手册的应用主要采用以下几种形式:(1)手册发放后,采取护士自学的方法,护士长晨间查房按照顺序抽查掌握情况;(2)科室每周一晨间查房,若涉及到手册里的内容,组织统一学习;(3)遇到相应的疑难危重病人,责任护士自己根据手册查阅;(4)医院每年组织三基理论考核,在手册范围内选题,督促护理人员主动学习意识。

1.4 效果评价 统计2016年4月—2016年12月(手册应用前)和2017年4月—2017年12月(手册应用后)的院级护理质控组督查结果、出院患者满意度,护理人员院级理论考核成绩为评价指标。(1)院级护理质控组督查结果:以全院护理质量安全委员会质量检查分数为依据。护理管理、护理技能、护理文书、急救物品、教学培训、优质护理、急危重症患儿护理、基础护理质量等每季度考核1次;护理部督查每月考核1次;夜查房每周考核1次。(2)出院患者满意度:采用全院统一的出院病人满意度调查问卷,对每例出院病人进行调查,问卷包括7个条目,分为满意、较满意、不满意3个维度。涵盖病房护士服务态度、护士健康教育能力、护士技术操作等的评价,患者其中任何一条目不满意,则认定为不满意患者。(3)护理人员院级理论考核由医院每年组织1次。

1.5 统计学方法 应用SPSS 24.0统计软件进行,计量资料均经K-S正态性检验, P 值 >0.05 ,符合正态分布,采用均数 $\pm$ 标准差进行描述,组间比较采用 t 检验;计数资料采用例数、百分比进行描述,组间比较采用卡方检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 手册应用前后出院患者满意度 手册应用后出院患者满意度提高, $P<0.05$ 。见表1。

表1 手册应用前后出院患者满意度 [例(%)]

组别	出院病人数	满意度	χ^2 值	P 值
手册应用前	1820	1784(98.0)	7.83	0.005
手册应用后	1989	1971(99.1)		

2.2 手册应用前后院级护理质控检查得分 手册应用后院级护理质控检查得分提高。见表2。

表2 手册应用前后院级护理质控检查得分 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	护理检查次数	得分	t 值	P 值
手册应用前	69	98.8 $\pm$ 2.2	2.26	0.025
手册应用后	70	99.5 $\pm$ 0.9		

2.3 手册应用前后院级理论考试成绩提高 手册应用后院级理论考试成绩提高, $P<0.05$ 。见表3。

表3 手册应用前后院级理论考试成绩 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	人数	成绩(分)	t 值	P 值
手册应用前	21	89.0 $\pm$ 5.6	3.728	0.001
手册应用后	21	94.1 $\pm$ 3.9		

3 讨论

3.1 有利于专科护理质量的提高 由一般资料可见,本研究科室护士资历较年轻,手册制定过程中强调基础理论知识和临床实践可操作性相结合的原则,更偏重于实践性。尤其针对新近护士、低年资护士较多而专科理论较深奥的专业,制定专科护理工作手册^[5],把临床经验凝练成文字材料,并制定良好的培训计划,对护士培训有积极的促进作用,科室护理人员日常工作质量得到提高。

3.2 有利于护理人员专科知识水平的提高 护理人员日常工作繁重,需要掌握的知识和临床能够花费在理论学习上的时间往往不成正比,在药物的存放、配置信息、配伍、高危药品的管理、用药的注意事项等方面护理人员往往难以掌握,尤其是年轻护士往往难以全面掌握各种药物的作用及注意事项^[6]。而合理、安全有效的药物管理是保障患者用药安全的最基础和最重要的环节。本研究通过充分调研科室人员需求后,单独整理一册风湿免疫性疾病安全用药手册,对护士临床工作具有很强的指导意义,护理人员在工作过程中遇到疑问可以随时翻阅,避免了因记忆模糊而导致错误应用药物的风险。同时把基础护理和儿科护理基础知识制作成册,方便护士利用碎片时间掌握三基及专科知识,随时查阅,温故而知新,适合理论联系实际,提高了专科护理人员理论知识水平。

3.3 有利于患者满意度的提高 专科护理手册涵盖了科室常见疾病护理常规和常用药物药理作用,对护理人员工作具有指导作用,促进科室护理人员能够更有针对性地开展不同疾病患者的护理。同时科室护理人员在给病人进行健康教育时有可以借鉴的模板,宣教一致性增强,患者家属的信任度增加,患者满意度提高。

3.4 还有持续完善的空间 尽管在编写专科护理手册时进行了相应访谈调研及思考与修订,但临床工作仍有较多的新增知识点未能全面覆盖,在临床实践过程中,科室护理人员若发现手册不完善的地方,主动给手册编写小组成员反馈,相应管理人员详细记录并同步查询相关资料,在下一版中补充和更新,促进手册不断完善。

参考文献

- [1]郑显兰,郭蓉.儿科护理人员配置现状与思考[J].中国护理管理,2012(8):9-12.
- [2]胡爱玲,刘媛.40例风湿免疫性疾病病人皮肤溃疡的护理[J].护理研究,2013(35):4037-4038.
- [3]李丽君,李桑.风湿免疫科无痛病房中实施优质护理的探讨[J].护理学杂志,2012(21):19-21.
- [4]王莉莉,王蓓,韩玲,等.乳腺专科应用SOP手册实施护理质量控制的实践与效果评价[J].中国护理管理,2017(2):239-243.
- [5]李天红,潘敏,姚文艳,等.应用培训手册实施儿科新护士培训的实践[J].中国护理管理,2013(2):102-104.
- [6]樊小朋,金学勤,徐晔,等.护理用药安全手册的制定及应用[J].护理学杂志,2013(17):47-49.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王 玮 收稿日期:2018-05-04)

病理科研兴趣小组——低年级医学本科生 新学习模式探索※

刘沐琳¹ 颜志盈¹ 徐子衍¹ 张盈盈¹ 谭 滢¹ 陈 丽^{1*} 周忠志^{2*}

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

摘要: 为了促进中医院校低年级西医临床医学专业学生病理学理论知识与科研实践相结合, 湖南中医药大学病理学教研室陈丽老师在病理学课程讲授期间, 作为科研指导老师创建病理学教研结合新模式——在授课班级内学生以自愿原则报名经面试后组建病理学科研兴趣小组。指导老师在科研指导期间带领学生完成科研活动任务, 以申报成功的国家自然科学基金为依托利用业余时间定时开展文献阅读、项目申请、论文撰写及相关实验的学习和讨论。结果表明, 新学习模式有利于增强学生对于病理学理论知识的理解与认识, 提高学生的科研素养、发散性及逻辑思维能力, 并且在平时团队协作学习过程中增强了沟通、表达能力, 与老师、同学建立了更为深厚的感情; 指导老师也在每次的提问和补充讲解中, 教学与语言表达能力不断提高, 更对我国自然科学基金的内容有了进一步的思考, 为其提出新的科研课题提供思路, 有利于教学相长。实践证明, 该种教研结合新模式是行之有效的, 具有一定的参考价值, 笔者认为值得推广。

关键词: 病理; 兴趣小组; 教研结合; 低年级; 医学本科生

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.012

文章编号:1672-2779(2018)-11-0024-03

Pathological Scientific Research Interest Group—New Learning Mode Exploration of Junior Medical Undergraduates

LIU Mulin¹, YAN Zhiying¹, XU Ziyang¹, ZHANG Yingying¹, TAN Ying¹, CHEN Li¹, ZHOU Zhongzhi²

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

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

Abstract: In order to promote junior students of clinical medicine in Chinese medicine universities to combine theoretical knowledge and scientific research practice in pathology, during the course of the pathology course, Chen Li, the teacher of pathology teaching at Hunan University of Chinese Medicine, created a new model of pathology teaching and research as a research instructor-in the course of the class, students were invited to sign up for the pathology research interest group after the interview. During the scientific guidance, instructor led students to complete scientific research tasks, supported by the successful national natural course entitled, use spare time to carry out science literature reading, project application, thesis writing and the related experimental study and discussion. The results showed that the new learning mode was beneficial to strengthen students' understanding of the theoretical knowledge the in pathology, improve the students' scientific literacy, divergent and logical thinking ability, and enhance the communication and expression ability in the process of collaborative learning, the establishment of a more profound feelings with teachers, classmates at ordinary times. Instructors also constantly improved the teaching and language expression ability in each question and supplementary explanation and had a further thinking to the national natural course entitled content, put forward new research subject for its provide train of thought, which was beneficial to teaching and learning. The practice has proved that this kind of new model combined with the teaching and research is effective and has certain reference value, and the author thinks it is worth promoting.

Keywords: pathology; research interest group; combination of teaching and research; junior; medical undergraduates

随着社会科学的飞速发展, 医疗卫生领域技术水平逐渐提高和国际竞争日益激烈, 要求新时代的医学生要具有扎实的专业知识以及出色的科研能力^[1]。根据我国《中国高等医药教育课程指南》, 我国本科医学专业大多实行“基础-临床-实习”的传统模式, 大多数学生在学习过程中只会死记硬背, 不会主动发现问题、分析问题、解决问题, 未能形成整体优化的知识体系, 这样会深感课程任务繁重, 学习压力大^[2]。而病理学作为基础医学与临床医学接轨的桥梁学科, 要求临床专业学生必须掌握病理理论知识及实验操作技能, 如何培养中医院校医学本科

生的实践能力及科研能力成为亟待解决的问题。作为学习病理学的低年级医学本科生, 有一定基础医学知识并有时间, 有热情, 有精力, 能参与到科研与实践中来, 同时教授病理学并指导科研的指导老师也有足够的教学和科研经历来指导和投入其中。至此, 根据学生的需求以及各方面的努力, 湖南中医药大学医学院病理教研室陈丽老师在教授病理学的同时成立病理科研兴趣小组, 以探究新的学习模式。

1 病理科研兴趣小组构建

2017年2月23日, 湖南中医药大学2015级临床医学7、8班共计23名同学自愿报名参与病理科研兴趣小组, 并在1203教室进行面试。在个人面试过程中每位同学讲述参与理由、兴趣爱好及特长。面试选拔后由指导老师进行分组, 共分为3组, 并设立科研大组长及生活大组长, 小组长, 秘书长等职位。

※ 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】; 湖南省中医药管理局基金项目【No.2015133】

* 通讯作者: 1224909171@qq.com; 3z_cl@163.com



2 学习模式

2.1 病理学习 在课堂上,指导老师会在教授病理学知识的同时,穿插着其国家自然科学基金项目中的有关科研知识给学生讲解,让学生能进一步地理解,例如在讲授肉芽组织这一内容时,其中涉及创伤修复过程中瘢痕的形成,指导老师会以在科研实验中小鼠创伤为例,给学生具体化讲解这种书本上略显生硬的病理概念在实践中是如何演变的,这帮助学生更具体化地认识与记忆。

2.2 科研学习

2.2.1 科研例会 例会固定于每周二下午6点在医学院会议室举行,内容是由科研大组长与指导老师沟通提前一周安排,包括论文讲解、实验内容介绍及新学习方法共享等。我们总共开展了九次例会,前三次会议主要讲解了指导老师国家自然科学基金标书的内容和里面的基本知识点以及涉及的实验技术,第四次会议学习了教改论文的写作方法,第五、六、七次会议主要将成纤维细胞、毛发生长及肺和大肠的胚胎发育方面知识进行系统化总结,后两次会议进行了英文文献的学习和SCI论文写作方法的探讨。各小组内成员分工完成,指派组内一名成员在会上讲解学习内容,其他成员在会议记录本上进行记录总结,并进行现场提问,指导老师将科研与病理理论知识相结合进行补充讲解。例如,在第五次例会上,成员通过查找资料、建立思维导图、制作PPT并且联系《组织学与胚胎学》集中学习成纤维细胞的起源、发育、分化、成熟的过程,并结合胚胎发育和皮肤修复进行讨论。在此过程中,指导老师补充讲解病理学知识——成纤维细胞在创伤修复中发挥的作用,帮助学生在学科研新理论的同时巩固基础医学知识。

2.2.2 科研实验 病理科研兴趣小组成员在课余时间参与课题实验,包括小鼠皮肤移植、免疫组化、制作与观察病理切片及创伤造模等实验操作。小组成员在实验老师的带领下进行分工合作、梳理总结后轮流操作,熟悉全套实验步骤。例如,在创伤造模实验时,指导老师让同学们在不同的时间点对小鼠创伤区域进行炎症反应的肉眼观察,并在实验老师的指导下将标本制作成切片对不同炎症反应时期分别进行镜下观察,有利于同学们将在病理课堂上学习的理论知识与实践相结合,深化知识理解,提升实验操作能力。

3 成果总结

以一学期为节点,在学期末对本学期学习内容进行总结,将日志、PPT、实验步骤、会议记录及个人述职汇总成书,并由指导老师对一学期的活动进行点评总结、颁发结业证书并合影留念。

4 讨论

病理科研兴趣小组面向处于“黄金时段”的低年级医学本科生招生,由湖南中医药大学病理教研室的

陈丽老师作为指导老师,在病理学课程的学习过程中开展。指导老师在病理教学的课堂上融合科研有关知识进行拓展讲解;兴趣小组成员在科研学习过程中以小组为单位在例会中进行汇报,每个成员都参与其中,进行资料检索与整理,PPT制作及讲解,大家互相探讨,团结协作,共同学习,并在指导老师的引导下结合其国家自然科学基金项目对病理理论知识进行进一步地学习与理解,逐步形成了一个新的学习模式。这种新的模式一改传统模式的枯燥,“融研于学”^[3],在这个过程中不仅为学生开辟了一个新的思维空间,增强了学生的理论知识,提高了科研素养,更在每次上课和科研活动中增强了老师和同学间深厚的感情,同时指导老师在每次的提问和补充讲解中,教学和语言表达能力进一步提高,更对其国家自然科学基金项目中的相关内容有了进一步的思考,为其提出新的科研课题提供思路。参与其中的低年级医学本科生相对于高年级学生来说更有时间,有精力,有热情参与,这样有利于尽早尽快地启发思维,处于现阶段的指导老师也有足够的资历和时间配合学生进行该种新学习模式的探索。学生在科研过程中反复地分析、揣摩相关医学书本知识,将学到的理论知识加以发挥,并有效地与科研相结合。在参与实践的过程中有的放矢地补充学习,既能行之有效地加强对所学知识的掌握,提高成绩,又能学以致用地应用到实践当中。例如在学期末本科科研兴趣小组的两名成员在与研究生和住院医师共同参与湖南中医药大学第一附属医院举办的实验技能大赛中取得三等奖的优异成绩。

在该种“教研结合”的模式中学生们在指导老师的悉心指导与严格要求下有组织有纪律地学习,笔者经切身体验认为该学习模式具有改善学生僵化思维,提高学习效率,开拓科研学习视野,提高自主学习能力的良好效果,因此认为值得推广,写下此文,仅供参考。

附参与学习同学总结一篇

自己感到特别幸运和幸福能在这学期遇见陈丽老师以及加入这个科研兴趣小组,自己从最开始的科研“小白”到现在对科研有了自己的一个进一步认识理解,我们在陈丽老师的带领下一路走来,不仅学习到了许多科研知识,还收获了与老师,同学们间的更深的情谊。

很感谢陈丽老师对我的信任,让我担任科研大组长一职。在我们至今已进行的十一次例会里,根据同学们的知识学习深入要求和陈丽老师的国家自然科学基金标书内容,每周二例会结束后安排下周例会内容。我们先后进行了相关知识“扫盲”,老师标书的讲解学习及对超低温微粉ANBP的进一步文献学习。每个小组成员在小组长的带领下都很积极,按时保质地

完成了每一次的讲解,可能在刚开始的时候大家还未能很快地适应这种以我们自己讲解学习为主的学习方式,但大家在一次次的团队配合中不断调整,逐渐适应了过来。大家也在一次次的学习锻炼中提高了自己的英文阅读能力,PPT制作能力及讲解PPT等综合能力。同时陈丽老师还会在每组讲解结束后进行讲解内容的提问,不仅检查了讲解同学的掌握情况还帮助大家一起更加深入地学习该讲解内容。并且会在相应知识点时给我们穿插讲解有关病理学的知识,“有例可依”我们学习起来也没有单纯学

习课本知识那么抽象难理解,趣味性更高。

很感谢陈丽老师给我们提供这么多科研学习机会,我们也会更加努力认真地勤奋学习,不辜负老师对我们的付出!前路方长,且行且努力!

参考文献

- [1]安锦丹,赵洪涛,刘星,等.医学本科生开展科研创新实验的实践与探索[J].中国高等医学教育,2016(9):54-55.
- [2]李翠兰,廖一名,邓依凡,等.我国医学本科生教育的现状及思考[J].基础医学教育,2014,16(11):991-993.
- [3]刘莉,洪天国.“科研促教、科研促学”教学模式的探索与研究[J].中国高等医学教育,2013(12):53-54.

(本文编辑:李海燕 本文校对:胡梅 收稿日期:2018-03-20)

药学服务新模式下的处方点评※

谢扬帆¹ 张虹^{2*}

(1 湖南中医药大学药学院,湖南 长沙 410208;

2 河南省洛阳正骨医院(河南省骨科医院)学科建设办公室,河南 洛阳 471002)

摘要:目的 探索处方点评新思路,为提升医院药学服务质量提供参考。方法 关注处方级联,将处方前置审核、处方精简及PDCA循环法运用到药学服务中。结果 处方点评是保障临床用药安全、经济、有效的重要手段。结论 药学服务新模式下的处方点评,应是全面而精准的。临床药师应将处方前置审核、处方精简、PDCA循环法充分运用到药学服务中,为患者提供更加人性化的药学服务。

关键词:处方点评;药学服务;前置审核;处方级联;处方精简;PDCA循环法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.013

文章编号:1672-2779(2018)-11-0026-02

Prescription Review under the New Model of Pharmaceutical Care

XIE Yangfan¹, ZHANG Hong²

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

2. Discipline Construction Office, Luoyang Bone-setting Hospital (Henan Orthopaedic Hospital), Henan Province, Luoyang 471002, China)

Abstract:Objective To explore a new way of prescription evaluation, and to provide reference for improving the quality of pharmaceutical care in hospital. **Methods** Paying attention to prescription cascade, prescription pre-audit, prescription reduction and PDCA cycle to pharmaceutical services was applied. **Results** Prescription evaluation is an important means to guarantee the safety, economy and effectiveness of clinical drug use. **Conclusion** The prescription evaluation under the new model of pharmaceutical service should be comprehensive and accurate. Clinical pharmacists should review the prescription before, and the prescription should be simplified and PDCA cycle method is fully applied to pharmaceutical care, and provides more humane pharmaceutical services for patients.

Keywords: prescription evaluation; pharmaceutical care; pre-audit; prescription cascade; prescription reduction; PDCA cycle

处方点评是一项专业性强而又严谨的工作,点评的质量好坏将直接影响到患者的疗效,是提高处方合理性的的重要手段,同时,处方点评也是医院进行临床药品应用管理和医疗服务质量改进的重要组成部分。如何正确指导临床合理用药是医院临床药师面临的任务。因此,处方点评便成为了掌握临床用药情况,保障临床用药安全、经济、有效的重要手段,也是提升医院药学服务质量的关键因素。

1 处方前置审核

目前,处方点评的缺陷主要表现为处方审核的滞

后性,与发达国家推行的处方前置审核存在着较大的差距。若能尽早干预医嘱,在患者缴费前完成处方审核工作,积极及时地与医师进行沟通,将对处方质量产生积极的作用^[1]。医生开出处方后,将先通过软件审核,系统审核通过后处方可直接打印,在医生签字后生效;如果没有通过,该处方将传送到临床药学部进行人工审核,未通过人工审核的处方将通过软件传达医师,再修改处方。

因此,处方前置审核需要强大的信息化系统支持,在审方系统中需要安装具有完善的合理用药功能软件,利用智能化信息技术系统开发自动化合理用药监管软件,还需引入独立的处方点评辅助工具^[2]。该方法将有助于提高处方质量,规范医师处方行为,促进医师与临床药师的交流学习,使处方点评真正起到防患于未

※ 基金项目:全国中药特色技术传承人才培养项目【No.国中医药人教函〔2015〕168号】;河南省中医药科学研究专项课题【No.2016ZY3022】;河南省科技攻关项目【No.162102310367】

* 通讯作者:lyzgzh2008@163.com

然的效果,促进医院整体医疗水平及药学服务质量向更高质和高效的方向发展。

2 处方级联

1995年在医学界权威学术刊物《柳叶刀》(The Lancet)中首次提出了“Prescribing Cascade”一词^[3],国内有学者根据其内涵译为“处方级联”^[4]。其定义为:医师处方给患者一种药物后引起了不良事件体征和症状,为处理这些不良事件体征和症状,产生新的药物处方的情况,而这个新的药物处方又可引起新的不良事件体征和症状,从而产生下一个处方级联。由此可见,处方级联反应是一种连锁效应,一旦产生不被识别为药物不良反应或药源性疾病的不良体征和症状,处方级联将会接踵而至。处方级联的逐步产生及放大,将会严重影响患者的健康,同时产生沉重的经济负担。所以,医师与临床药师应尽量避免处方级联的发生。通过合法选用药物、认识药物不良反应以及适当处理药物不良反应来预防处方级联的发生。而当处方级联已经产生时,可通过处方精简来处理^[4]。

3 处方精简

Woodward MC于2003年在澳大利亚医院药师学会官方刊物(Journal of Pharmacy Practice and Research)中首先提出“Deprescribing”一词^[5],国内学者将其译为“处方精简”^[6]。处方精简(Deprescribing),指对减少可能导致患者损害或患者不再获益的用药剂量或停用该药的计划和管理过程;其目标是在减少用药负担和损害的同时维持或提高患者生活质量。处方精简是处理处方级联的良好方式,通过减少过高的用药剂量或停用不再需要的药物来实现。处方精简的具体步骤如下:

全面整理患者用药史,评估患者的用药是否有利于当前适应证;权衡继续用药的利弊,确认无证据证明该药对患者有益或有害;通过评估每种用药被精简的可行性,以及被精简的优先级,制订出处方精简和监控计划并与患者进行沟通;监控计划,记录监护工作。

药师在处方精简工作中,将发挥积极的作用。在有效的管理实施和监控下,处方精简是可行并安全的^[6]。

4 PDCA循环法降低处方调配差错率

PDCA循环又叫质量环,其中P(Plan)表示计划,D(Do)表示执行,C(Check)表示检查,A(Action)表示处理。该方法目前已被广泛应用于人力资源管理和企业管理中适合应用于过程改善,是全面质量管理所应遵循的科学程序^[7]。

其管理模式及实施步骤分为4点,分别是计划

(Plan)、实施(Do)、检查(Check)和行动(Action)。PDCA循环法的管理理念是一种逐步完善的管理过程。将该法运用到门诊药房的日常工作中,能有效降低处方调配差错率。在刚开始实施该模式时药房可能无法全面找到不足,但这并不影响在实际工作中随时查漏补缺^[8]。做到具体问题具体分析,在PDCA循环法的应用过程中,可将一些针对性强的简单可行的对策制定成一系列标准化流程,所有相关工作人员应在工作中严格执行^[9]。PDCA循环之所以称为循环法,就因其是一个反复循环的过程,每循环一次,就改善一些问题,减少一些差错的产生,使质量水平持续提升。只有不断将在循环过程中成功的经验纳入标准并固化,存在的问题进入下一循环进行解决,才能提高效率,减少处方调配差错率,从而达到提升药房的管理质量和服务水平的目的。

5 结语

随着医疗服务体系由“以疾病为中心”转为“以患者为中心”,药学工作者的主要职能也应向发挥指导和监督作用,为患者提供更加科学有效合理的用药方案的方向转变,促进临床合理用药、精准用药。而处方点评发挥着至关重要的作用。处方前置审核能有效提高处方质量,起到防范于未然的效果。在用药过程中做到不该用的药不用,可用可不用的药尽量不用,该用的药合理使用,减少处方级联的产生。通过处方精简处理处方级联,有效控制“大处方”“长处方”,减轻患者负担。而将PDCA循环法充分应用到药学工作中,可减少处方调配差错率,提升药学服务运行效率,在确保患者安全用药的同时提升患者满意度,从而使医院整体医疗服务水平达到一个新的高度。

参考文献

- [1]刘兴才,李彩云,李健,等.前置性医嘱审核及干预对门诊输液处方质量的影响[J].实用药物与临床,2016,19(10):1316-1319.
- [2]罗艳,裴丽,刘饭阳,等.门诊用药安全监测与智能化用药审核模型的应用评价[J].中国药业,2014(10):53-55.
- [3]Rochon P A, Gurwitz J H. Drug therapy[J]. Lancet, 1995, 346 (8966): 32-36.
- [4]伍俊妍,吴凯珊,郑志华.处方审核需关注——处方级联(Prescribing Cascade)[J].今日药学,2017(8):551-554.
- [5]Woodward M C. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People Through Reducing Medications [J]. J Pharm Pract Res, 2003, 33 (4): 323-328.
- [6]曾英彤,杨敏,伍俊妍,等.药学服务新模式——处方精简(Deprescribing)[J].今日药学,2017(6):390-393.
- [7]张琳,卢立军. PDCA循环在医院病区药品质量管理中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(1):158.
- [8]沈志华. PDCA循环法在降低门诊药房处方调配差错率中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2011, 19(6): 560-561.
- [9]沈荣生,沈丽霞. PDCA循环管理办法在降低我院门诊药房发药差错率中的应用[J]. 中国药房, 2012, 18(37): 3495-3496.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张虹 收稿日期:2018-03-20)

我国护理专业中高职衔接一体化课程设置 存在问题及对策[※]

王红艳¹ 陈劲松^{1*} 李 燕² 陈雨萍² 曹 俊³

(1 四川护理职业学院学院办公室, 成都 610100; 2 成都中医药大学护理学院, 成都 611137;
3 四川护理职业学院护理系, 成都 610100)

摘要:有效推进中高职衔接一体化是护理专业人才培养的重要课题, 课程衔接是中高职衔接一体化的核心问题。但目前中职与高职在人才培养模式方面存在差异, 导致中高职衔接一体化课程设置存在课程目标不清晰、课程内容重复等问题, 中高职院校应积极采取相应措施, 促进中高职课程衔接。

关键词:护理专业; 中高职衔接; 课程设置

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.014

文章编号:1672-2779(2018)-11-0028-03

The Existing Problems and Countermeasures of the Integration of the Integrated Curriculum in the Nursing Specialty in China

WANG Hongyan¹, CHEN Jinsong¹, LI Yan², CHEN Yuping², CAO Jun³

(1. College Office, Sichuan Nursing Vocational College, Sichuan Province, Chengdu 610100, China;

2. Nursing School, Chengdu University of TCM, Sichuan Province, Chengdu 611137, China;

3. Nursing Department, Sichuan Nursing Vocational College, Sichuan Province, Chengdu 610100, China)

Abstract: It is an important issue for the training of nursing professionals to effectively promote the integration of Vocational and technical colleges and universities, and the link of curriculum is the core problem of the integration of vocational colleges. But at present, there are differences between secondary vocational schools and higher vocational colleges in terms of talent training mode, resulting in problems such as unclear curriculum objectives, repeated curriculum contents and so on. Therefore, secondary vocational colleges should take corresponding measures to promote the link up of secondary and higher vocational courses.

Keywords: nursing specialty; the link of the middle and the higher vocational colleges; curriculum design

我国护理学科起步较晚, 人才缺乏, 目前中高职培养仍是护理人才培养的主力^[1]。《国务院关于加快发展现代职业教育的决定》(国发〔2014〕19号)、《四川省现代职业教育体系建设规划(2014—2020)》等文件均明确提出要从培养目标、课程体系等方面推进中高职衔接一体化^[2]。目前我国护理专业中高职衔接的模式主要有五年一贯制、对口招生模式、自主招生模式^[3]。尽管中高职衔接一体化受到政府及教育部门的大力倡导与支持, 但在实践过程中, 仍存在一些有待改进的问题。课程衔接是中高职衔接一体化的核心^[4], 因此本文从中职与高职衔接过程中课程设置存在的相应问题进行分析、总结, 并提出相应建议, 旨在为护理专业中高职衔接一体化课程设置提供参考。

1 中高职衔接一体化课程设置现状

1.1 人才培养目标不准 课程评价层次不清 人才培养目标的建立是课程和教学标准制定的先决条件。我国中职和高职教育的人才培养目标分别为培养技能型人才和高素质技能型人才, 但两者之间的差异并不明确,

因此难以根据培养目标实现课程衔接^[5-6]。邵晋萍^[7]认为, 培养目标的区分不清晰在一定程度上导致了中高职衔接一体化专业课程设置的难题。此外, 不论中职院校还是高职院校毕业生均应参与护士执业资格考试, 并以取得护士执业资格证书为参与护理工作的基本条件, 国家尚未出台针对不同层次学生的考核标准和职业准入制度, 存在课程评价层次不清晰的现象, 导致无法根据不同评价标准完成相应课程设置, 难以实现课程的中高职衔接一体化^[8]。

1.2 内容重复 衔接不强 理论课程、技能培训、校外实践内容存在重复, 衔接不强。目前尚无统一的护理专业中高职衔接教材, 学习哪些知识是学生在完成中职阶段学习后进入高职阶段时面临的重要问题之一。中职阶段主要要求学生掌握基本技能, 对理论知识要求不高, 因此中职学生大部分只具备一定的动手能力, 缺乏思考能力和学习能力, 而高职教育对学生的要求相对稍高, 这使得中职学生进入高职阶段后在学习上衔接不到位。在课程设置方面, 中职与高职在专业课程科目安排、课时分配上有接近90%的相似性^[9], 也就是说, 学生在高职阶段接触的专业课程大部分是其中职阶段已经学习过的, 导致学生的学习积极性下降。在技能培训方面, 有学者^[10]认为对不同层次学生技能要

※ 基金项目: 四川省教育综合改革试点项目(第三批)【No.川教办[2016]4号】; 四川省教育厅教育科研课题

* 通讯作者: xinba789@126.com



求、培训内容应该有所不同,但目前,中职院校和高职院校学生所接受的技能培训内容差别很小,不利于学生的职业发展。

在校外实践方面,学生在完成中职阶段学习后,需进行为期8个月的临床实习,而高职阶段学习完成后,仍需要再次进行实习,大部分学生在中职实习阶段对临床技能有一定程度的熟悉和掌握,而高职阶段实习内容与中职阶段实习内容差别不大,一方面造成资源浪费,另一方面,甚至可能对学生造成身心损害^[10]。

1.3 文化基础课程与人文课程衔接不到位 随着护理职业发展,社会需求的护理人才应具备的能力不再局限于传统的仅能提供基本护理操作,而是专业素质与人文素养相结合的人才。要培养具备较好综合素质的护理人才,在课程设置环节应同时兼顾专业课程、文化基础课程及人文课程。中职学生文化基础较为薄弱,进入高职院校学习可能会出现对更深层次知识难以掌握的问题^[9]。就文化基础课程而言,目前我国中职教育模式与高中相似,开设语文课程。而高职院校很少开设语文这一学科,这可能是导致部分高职院校毕业生在临床工作中写护理记录、语言表达等存在困难的原因之一。此外还有英语、计算机等基础课程也存在衔接不到位的现象,导致学生英语水平不高、使用计算机的能力不强,不利于学生的职业发展。

人文素养也是现代护士的重要素养之一。而中高职教育注重护理操作技能培养,人文课程很少受到重视,如护理礼仪、护理伦理、护理心理学等课程,学生在护患沟通、人际交流等方面不能学到更多技巧,同样不利于学生的职业发展。

2 加强护理专业中高职衔接一体化课程设置建议

2.1 准确定位中高职护理专业人才培养目标 突出课程评价层次性 只有在明确人才培养目标的前提下,才能构建有效的课程体系。高职教育不完全是中职教育的延续,两者应设立其各自的培养目标。鉴于目前取得护士职业资格证书是进入护理行业的基本要求,中高职教育均应以达到护士执业资格考试的要求为基本前提,在此基础上,结合学生的就业情况,适当调整中高职护理专业学生的培养目标^[11]。中职应以培养技能型人才为目标,重点培养学生的基础护理操作能力,高职在培养技能型人才的同时应注意体现高职特色,即培养学生的综合能力。

在课程评价环节,应体现中职与高职的区别与层次性,不论是理论学习、技能操作还是临床实习,应对中高职学生分别采用不同的评价标准。目前中高职课程存在一定程度的重复,对于相同课程,可要求中职学生掌握较少、基本的知识,而要求高职学生在此基础上掌握相对较深入的知识;技能操作上可要求学生掌握正确、安全的护理操作,而要求高职学生在此

基础上同时注意操作的规范性、连贯性、美观性;在临床实习阶段,要求中职学生熟悉基本护理工作内容,要求高职学生在此基础上学习急危重症护理以及复杂仪器的使用,同时学习护理科研基础知识。只有明确各自的教学目标和评价标准,才能做好中高职衔接一体化的课程设置。

2.2 整体设计整合中高职课程 加强衔接 避免重复 中高职院校必须在两者明确各自培养目标的前提下,通过整体规划,按照“一体化”理念,共同努力,构建中高职衔接一体化课程体系,从而实现中高职课程的有效衔接^[8]。这需要中高职院校之间加强沟通交流。面对课程的机械化重复这一目前中高职衔接一体化面临的主要问题,有效的方法是对中高职课程进行整合。闫长虹^[12]通过对“3+3”护理专业学生医学基础课程进行整合,提高了学生的成绩,同时起到了提高学生的学习兴趣、培养学生的逻辑思维能力、增强基础知识与临床连贯性的作用,并且有利于促进教师的全面发展。在进行课程设计时应注意与行业岗位所需能力相结合,在充分调研的基础上进行。

2.3 文化基础课程、人文课程与专业课程相结合 提高学生综合能力 培养符合现代社会需求的护理人才要求护理专业学生在学习专业课程的同时重视文化基础课程的学习。中职阶段文化基础课程主要包括语文、德育、计算机基础等,高职阶段文化基础课程主要包括思想道德修养与法律基础、毛泽东思想与邓小平理论等。文化基础课程的学习对提高学生的综合能力具有重要作用。如学习语文知识有利于学生具备更好的书写能力、语言表达能力,学习计算机课程有利于提高学生使用办公软件的使用能力、文献检索能力等;这些均是目前护理工作中基本的、重要的能力类型。但需要注意的是,在中高职阶段应对学生学习有不同的要求。如中职阶段英语学习可着重锻炼学生的口语能力,高职阶段则重点培养学生的英语交流能力;中职计算机课程要求学生掌握基本操作,高职则要求学生熟练掌握各项医院工作所需要的计算机应用。

人文素养也是现代护士所需要具备的素养之一。中高职应统筹安排一定的人文课程,如护理美学、护理伦理学、护理心理学等,并根据学校的实际条件,尽量开设文学欣赏等选修课,促进学生的人文修养,提高学生的综合素质。

2.4 重视师资培训 提高人才培养质量 教师是课程的实施者,课程衔接是中高职衔接一体化的核心和落脚点^[13],因此师资保证是中高职衔接一体化的重要条件。中高职院校应定期进行教师培训,促使教师掌握各种教学及考核方法,培养学生的综合能力^[14]。此外应引进人才,增加“双师型”教师数量,打造合格的“双师型”教师队伍,促进理论知识与临床病例的结合,提高护

理人才培养质量^[3]。

3 小结

目前我国护理专业中高职衔接一体化处于探索阶段,面临诸多问题,其中课程衔接是主要问题之一,中高职院校应加强沟通与协作,明确各自的培养目标,共同构建符合学生能力和职业发展的课程体系,同时重视师资队伍建设和推进课程衔接,提高护理人才培养质量。

参考文献

- [1]张先庚,吴际军,曹俊.护理专业中高职衔接一体化教育存在问题及对策[J].护理实践与研究,2017,14(2):125-126.
- [2]孟源北.加快发展现代职业教育服务经济社会和人的发展——学习《国务院关于加快发展现代职业教育的决定》的体会[J].广州职业教育论坛,2014(4):1-4.
- [3]李娜.关于护理专业中高职教育衔接的探讨[J].卫生职业教育,2013,31(20):91-92.
- [4]邱红鑫,曹文元.护理专业中高职衔接的研究进展[J].卫生职业教育,

2016,34(5):70-71.

- [5]游晓功.护理专业中职与高职课程衔接存在的问题及对策[J].卫生职业教育,2016,34(11):80-81.
- [6]刘洪波,李宗花,张虹.影响中高职课程体系衔接的主要因素及应对策略——以护理专业高职“2+3”分段培养为例[J].继续教育,2015(8):34-35.
- [7]邵晋萍,李志英.护理专业中高职衔接中职阶段课程设置调查分析[J].卫生职业教育,2015(8):135-137.
- [8]范先超.影响护理专业中高职课程衔接的因素与对策[J].生物技术世界,2015(7):183-184.
- [9]杨琼,陈晓斌,任平先.护理专业中高职课程有效衔接的研究[J].教育教学论坛,2015(24):229-232.
- [10]徐国庆.中高职衔接中的课程设计[J].江苏高教,2013,169(3):139-141.
- [11]程小萍.浅议护理专业中高职衔接教学标准的制定[J].教育教学论坛,2014(35):122-123.
- [12]闫长虹.整合护理专业基础医学课程 加强中高职衔接[J].卫生职业教育,2016,34(13):53-54.
- [13]保静,杨爱萍.中高职课程体系衔接的几点建议[J].卫生职业教育,2015,33(15):34-36.
- [14]王芄,杨小玉,杜美婷,等.中高职衔接护理专业课程体系的构建[J].中国高等医学教育,2015(2):78-80.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张先庚 收稿日期:2018-03-27)

中医经典课程在全科医学定向生培养中的重要作用※

周 雯

(安徽中医药大学中医学院中医临床基础系,安徽 合肥 230038)

摘要:发挥中医经典课程在中医药人才培养方面的突出作用一直是中医教改的重点。笔者从事经典课程教学多年,教授过中医专业各方向学生,对于全科医学定向班学生的培养一直关注。正值国家大力推行分级医疗、加大基层医疗的投入之际,本文试图从经典课程在全科定向医学学生培养中的突出作用来加强经典课的教学,为中医教改提供支持。

关键词:中医经典;定向培养;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.015

文章编号:1672-2779(2018)-11-0030-03

The Important Role of Classic Course of Traditional Chinese Medicine in Directional Training of General Medicine

ZHOU Wen

(Department of Traditional Chinese Medicine Clinical Foundation, College of Traditional Chinese Medicine, Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Anhui Province, Hefei 230038, China)

Abstract: The prominent role of traditional Chinese medicine courses in the cultivation of Chinese medicine talents has always been the focus of Chinese medicine reform. The author has been engaged in the classic course teaching for many years, and has taught the students in all directions of traditional Chinese medicine, and has been concerned about the cultivation and growth of the students in the general medical orientation class. Coming as countries push forward the classification of medical treatment and increasing the financial input in the primary care, this article attempted from the classic course in general directional medical students to cultivate the prominent role to strengthen the classical teaching, and provide support for the traditional Chinese medicine teaching reform.

Keywords: classic course of traditional Chinese medicine; general medical orientation training; teaching reform

2011年7月,国务院印发《关于建立全科医生制度的指导意见》,明确提出大力培养全科医生,并积极引导他们留在基层执业。而此前,医学院校没有开设全科专业,特别是中医全科,基层也没有全科诊室,上下级医院缺乏沟通协作。而全科医生在医疗体系中的重要性是毋庸置疑的,世界发达资本主义国家的医疗体系中全科医生承担着大部分医疗任务,而我国的全科医生严重缺乏,导致基层医疗水平低,远远没有承担起相应的社会责任。

所以,现阶段我国政府正大力推行分级医疗,努力让全科医生承担起居民首诊、分诊、双向转诊的任务。从发达国家的经验看,合格的全科医生可以解决九成患者的医疗问题,只有一成患者需要转到大医院治疗^[1]。所以大力培养全科医生、提高全科医生的执业水平势在必行。

我校的中医全科定向生从2011年开始招生,不断为社会输送合格的全科中医人才。为适应国家的医疗政策,对于其教学改革一直在进行中,其中中医经典课程教学一直是教改的重中之重,旨在不断探索如何根据定向生的专业特点因材施教^[2],取得了一定的成果。

※ 基金项目:安徽中医学院金匱要略精品开放课程[No.zylc201218]



今本文试从以下三点进行阐述。

1 把经典课程跟社会热点问题紧密联系

例如最近的一场流感,患者纷纷挤到三甲大医院的急诊科、呼吸科、儿科、等,造成这些诊室不堪重负,甚至不得不停诊。而一篇阅读量10万+的“一场流感下的北京中年”一文又造成了民众不必要的恐慌和抢购药品的风潮。而作为卫计委推荐的治疗流感的唯一中成药连花清瘟胶囊(连翘、金银花、炙麻黄、炒苦杏仁、石膏、板蓝根、绵马贯众、鱼腥草、广藿香、大黄、红景天、薄荷脑、甘草)清瘟解毒,宣肺泄热,体外试验表明:本品对流感病毒、副流感病毒1型(HVJ-1)、呼吸道合胞病毒(RSV)、腺病毒3型和7型(ADV3和ADV7)、单纯疱疹病毒1型(HSV-1)和2型、SARS病毒、金黄色葡萄球菌、甲、乙型溶血性链球菌、肺炎球菌、流感杆菌均有一定的抑制作用。该方在《伤寒杂病论》经典名方麻杏石甘汤基础上融入温病学的清热解毒透热之法,寒温并用,效果显著。连花清瘟胶囊的被选用推荐体现了中医经典课程的重要性。

在全科医学定向生的培养过程中,如果不加强经典课的教学而仅仅只重视中医内科学是完全不够的。我们发现中医内科学的肺系病证中对于感冒分证论治中第一个证型风寒感冒给出的方剂是荆防达表汤而不是麻黄汤^[31-37],笔者作为一名长期在临床工作具有丰富临证经验的中医医师,认为该方辛温解表宣肺散寒的能力不足,不能很好体现出中医治疗感冒的简、准、快的特点,更没有体现出经方在临床上特别是“时行感冒”(流感)上的优势。这就使学生将经典课程跟内科学脱节,不利于中医人才的培养。特别是定向培养生,他们作为基层的中医全科医生,感冒作为最常见的内科病在他们的执业生涯中可能是碰到最多的,如何中医辨证治疗流感应该是每位定向生应该掌握的基本中医技能,如果仅仅强调中医内科学而忽视中医经典思维的培养,定向生的中医辨证水平势必不高,在今后基层医院遇到类似的疾病时极有可能造成误诊。

所以笔者认为,经典课教师在授课过程中一定要时刻关注有关中医药的各种方针政策,把社会热点问题和经典课程紧密联系起来,这样经典才有生命力,经典课程才能焕发出新的光彩。

2 把经典课程与现代病种紧密联系

3月6日的中医书友会公众号《被贬入附录的中风病方祖》一文称,《金匱要略》中风病篇的侯氏黑散和风引汤是治疗中风病的有效方法,在历代医家的医案治验中每有奇效,并且引用丁光迪《谈侯氏黑散和风引汤的实用价值》一文以论证外风在中风病致病因素中的重要性。但是非常令人不解的是中医内科学中风病通篇没有提到外风这个致病因素,本校中医本科

班通用的《中医内科学》脑系疾病中风节认为中风的基本病机为“风阳上扰,气血逆乱,直冲犯脑,致脑脉痹阻或血溢脑脉之外”^{[31]26},认为其病因为阴虚阳亢,给出的方剂无不是天麻钩藤饮、半夏白术天麻汤等,根本没有提及中外风在临床中辨证的重要性,以及《金匱要略》侯氏黑散、风引汤以及附方《古今录验》续命汤治中风痲等,这样明显的缺陷中医临床上是不可以想象的。

笔者根据多年临床经验认为中外风的病因病机在中医内科特别是神经内科中意义重大,例如格林巴利综合征、多系统萎缩等一系列神经内科棘手的病症很多情况下用中外风辨证效果显著,或者如果按中医内科学补肝之阴或者健脾化痰的方法往往会不得其法甚至越治越坏。而对于该问题一直以来都有学者对此有论述和强调,如四川名医余国俊等。但是中医内科学对此一直没有更改,我们认为对于内科学来说这是有失偏颇的。定向班的学生在基层首诊尤为重要,如果不重视经典课的教学仅仅只学习中医内科学中风节,势必会导致他们在首诊时会误诊,这不仅会给病人的经济以及医保带来巨大的浪费,更严重的是耽误了治疗,可能会带给病人致命的后果。

所以,笔者建议经典课教师在授课过程中一定要把课本和现代病种紧密联系,与中医内科学紧密联系,坚持经典课程应有的教学水平,这样经典课程才能真正发挥指导其它中医课程准绳的作用,最大化发挥其价值。

3 把经典课程跟中医的传承创新紧密联系

2017年10月8日中办、国办发布《关于深化审评审批制度改革鼓励药品医疗器械创新的意见》之后,国家食药监总局发布了关于中药的细分文件——公开征求《中药经典名方复方制剂简化注册审批管理规定(征求意见稿)》及申报资料(征求意见稿)意见》指出,将支持中药传承和创新,建立完善符合中药特点的注册管理制度和技术评价体系,处理好保持中药传统优势与现代药品研发要求的关系,突出疗效新的特点,体现临床应用优势。

我们深知中医药的创新来自传承,来自中医经典的临床疗效。没有大量临床疗效的支撑,中医药的创新无从谈起。现阶段国家在大力推进强基层医疗、提高基层医生的技术水平,如果没有基层中医医师大量正确辨证使用中医药,国家的分级医疗很难真正有效推行,更谈不上中医药的继承与创新了。中医经典课程在定向生培养中的重要性可见一斑^[4]。如上述,基层中医医师只有真正掌握了中医经典的辨证要领,才能在临床正确灵活地运用中医药,才能真正地继承和发展。而要做到这一点需要经典课的授课教师不断提高自身教学、临床和中医思维水平,并且始终要抱有一颗奉

献学生、传承中医的心。

4 结语

我校定向班从2010年开始已经成功招收了七届,毕业了三届,取得了阶段性成果。但是我们也要看到不足之处,尤其是中医经典课程在学生培养过程中的优势和重要性还没有真正体现出来,教师的主观能动性没有真正发挥出来。而国家在大力推行分级医疗引导全科医学生留在基层工作,我们作为经典课教师要积极发挥自身优势,不仅教授给他们中医经典知识,还要引导他们立足基层扎根基层的信心。

现代社会病种多,病情复杂,这就要求基层医生

有全面扎实的中西医基本功,特别是中医的辨证。普通本科班学生的就业大部分是专科,并且有研究生阶段继续学习。而全科定向生必须要知识全面、首诊准确,除了在本科阶段的理论学习外,几乎没有了更多全面的理论学习。全科医学生的教育任重道远。

参考文献

- [1]李红梅.没有高收入,难留高水平全科医生[N].人民日报:2018-01-28.
- [2]周雯.“因材施教”法在金匮要略课堂教学中的运用[J].安徽中医学院学报,2011,30(6):68-69.
- [3]薛博瑜,吴伟.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2016:31-37,126.
- [4]周雯.将中药学知识融入到中医经典教学中去[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(21):111-112.

(本文编辑:李海燕 本文校对:吴元洁 收稿日期:2018-03-24)

药学本科生药学教学综合改革方案的探讨[※]

陈彩云¹ 林 莺¹ 于京平² 王樱霖²

(1 滨州医学院药学院, 山东 烟台 264003; 2 滨州医学院中西医结合学院, 山东 烟台 264003)

摘要: 生药学是药学本科专业的一门专业基础课,同时也是一门实践性较强的课程,本课程的前导课程为药用植物学和天然药物化学等课程。结合当前药学本科专业未设置药用植物学课程,实践教学内容单一的情况,通过增加学时和药用植物学基础内容、加强实践教学中药用植物和药材辨识环节及综合性试验的设计等综合性改革方式,使学生通过《生药学》的学习夯实药用植物学和生药学基础,强化了综合性知识的理解与掌握,达到了良好的教学效果。

关键词: 生药学; 药学本科专业; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.016

文章编号:1672-2779(2018)-11-0032-03

Discussion on the Comprehensive Teaching Reform of Pharmacognosy for Undergraduates of Pharmacy

CHEN Caiyun¹, LIN Ying¹, YU Jingping², WANG Yinglin²

(1. School of Pharmacy, Binzhou Medical University, Shandong Province, Yantai 264003, China;

2. College of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Binzhou Medical University, Shandong Province, Yantai 264003, China)

Abstract: Pharmacognosy is a basic course for the undergraduate pharmacy major, and also a practical course. The leading courses of this course are medicinal botany and natural medicine chemistry. Combining with the fact that there is no medical botany course in the undergraduate pharmacy major at present, the practice teaching content is single. By adding the study hours and the basic contents of medicinal botany, strengthening the comprehensive reform methods of plant and medicinal materials identification and design of comprehensive tests in practical teaching, students can consolidate the basis of medicinal botany and pharmacognosy through the study of pharmacognosy, strengthen the comprehensive knowledge understanding and grasps, and has achieved the good teaching effect.

Keywords: pharmacognosy; undergraduate of pharmacy major; teaching reform

生药学^[1](Pharmacognosy)指以生药为主要研究对象,对生药的名称、来源(基源)、生产(栽培)、采制(采集、加工、炮制)、鉴定(真伪鉴别和品质评价)、化学成分、医疗用途、组织培养、资源开发与利用和新药创制等的学问。换句话说,生药学是利用本草学、植物学、动物学、化学、药理学、医学、分子生物学等知识研究天然药物应用的学科。根据专业培养目标,本课程以学习常用生药为主,继承传统鉴别经验,学习现代鉴定方法,掌握生药鉴定的基本理论、基本知识和基本技能,为从事生药的真伪鉴别、品种整理、质量评价和开发应用打下基础,以确保临床用

药的安全有效。生药学的主要内容是各种生药的记载项目内容,其中植物形态和显微特征的描述经常涉及到药用植物学的专业术语和基本概念,而我校药学本科专业并未设置药用植物学课程。2016年国务院关于印发中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)的通知,提倡保护中药资源,开展中药资源普查,急需能够识药辨药的药学人才。因此,为使我校学生具备扎实的理论基础和较强的野外实践能力,本文针对药学本科专业学生未修药用植物学课程且实践内容设置单一的情况进行教学改革与探索,以提高教学质量。

1 课堂教学改革

1.1 课程安排改革 改革前的生药学安排在第七学期,是药学本科专业学生大学四年唯一接触的与生药材有

※ 基金项目:山东省高密市中药资源普查[No.2017-521]



关的课程,但由于第七学期也是大部分学生准备研究生入学考试的关键时期,学生课堂听课效果,课堂互动及课堂反馈效果不理想。但《生药学》不仅是某些学生研究生入学考试或复试、执业药师资格证考试的必考内容,也是毕业生将来从事医药相关工作相当重要的知识及专业储备。因此,生药学是一门集理论和实践为一体的相当重要的专业基础课程。为了提高生药学课堂教学质量,提高我校毕业生水平,让更多感兴趣的学生更好地学习这门课程,我们将本门课程由第七学期提前到第五学期,保障教学效果。

1.2 学时及教学内容改革 生药学课程涉及面广,内容庞杂分散,知识点多为记忆性的内容,且条目相似容易混淆,历来被学生视为枯燥乏味、费时费力的一门课程^[2]。生药学基本内容为总论和各论两大部分。总论主要讲述生药化学成分及其生源、生药鉴定的一般程序和技术,生药标准化的意义及生药的采收、加工、炮制、贮藏的原则和基本方法。各论讲述141种生药(按植物科属分类)的鉴定特征及分析方法。药用植物学为生药学的前导课程,也是学生具备识药辨药实践能力的基础知识储备课程,比如:生药大多来自于药用植物的根和根茎,如没有药用植物学基础,学生只知道根和根茎都长在地下,却不知道他们有什么区别,结果只能死记硬背。为了让学既有良好的前导课程的基础,又能抓住课程重点理解难点,本门课程理论学时由30学时调整为45学时,加入药用植物学组织、器官(根、茎、叶、花、果实和种子)内容,为各论各生药材的讲解奠定基础。通过学习药用植物器官的显微构造掌握各器官的共性,在学习各生药材的显微特征时,在其共性的基础上进一步掌握其特性,即不容易混淆又省时省力。精简教学内容,重点讲述46味重点药材,其他药材的学习以自学形式完成,为学生学习提供各种条件和信息,告知学生获取信息资源的途径和方法,以作业的形式布置给学生,并根据学习报告情况给出成绩,计入平时成绩。

1.3 教学方法改革 增强学生学习的趣味性。教师把自己所学所见的药材典故及案例引入到课堂中,避免满堂灌的现象,既能活跃课堂气氛,又能加深学生对生药材的全面深入理解与记忆。中药典故^[3]的引入能够使学生了解一味生药的前世今生,赋予药材生命力而更加鲜活。案例的引入能够使学生带着问题去学习,如双子叶植物类生药星号药材细辛,我们引入了案例版生药学的案例^[4]:药监局到某农村药店抽检药品,发现其出售的细辛为带根的干燥全草,认定该细辛质量不合格,要求立即停止出售。药店老板不服,拿出2000年版《中国药典》及一些中医药典籍,均表明细辛为全草入药。我们带着案例中产生争议的问题学习生药材细辛,最后解释案例是因为马兜铃科植物大多

含有马兜铃酸,能引起严重的肾毒性,而细辛中马兜铃酸主要存在于叶中,根及根茎中含量很低,所以2005年版《中国药典》收载细辛药用部位为根及根茎。由此与学生进一步讨论社会热点问题,17年的马兜铃酸事件,同学们虽然了解马兜铃酸有肾毒性,但当对中药毒性持何种科学态度的热点问题进行讨论时,有些学生还会有一些极端的看法,教师应适时引导,避免过于偏激或错误的思想,给出应如何对待中药毒性的客观合理的观点,弘扬中医中药的正能量。

2 实验教学改革

生药学是一门实践性较强的课程,生药材的基源、性状、显微及理化鉴别是生药学实验的重要组成部分,以往生药学实验多以验证性实验为主,为了使学完全参与到实验教学中来,理论与实践相结合,培养学生创新性实验技能,我们在课堂上除了展示生药材图片、饮片及标本以外还增设了综合性实验内容,如准备多种生药材粉末,混合任意3种,通过显微理化鉴别确定生药材种类,同时每次实验课鉴别8种生药材饮片,包括生药材的名称、科目和入药部位,根据学生识别种类的多少计入学生的平时实验成绩;开展滨州医学院本草园药用植物实地观察,使学生对生药的基源及植物形态等有了感性的认识,通过实验教学综合改革增强了学生学习的积极性、主动性和趣味性,培养学生初步掌握药材识别与鉴定的基本思路与方法。生药学理论与实践教学的综合改革为我们指导学生开展大学生科技创新活动并参与全国第四次中药资源普查奠定了坚实的基础。

3 考试方式改革

生药学的教学目的是在学生获得生药学基本理论知识的同时,能得到相应的基本技能训练,是一门实践性较强的课程,根据生药学的课程特点,我们对考试模式进行了改革,采用形成性评价体系考核方式,包括过程性考核和终结性考核两个方面。课程过程性考核占总成绩30%,包括以下几个方面:平时自学成绩占总成绩的5%,通过交作业完成;生药材饮片及标本的识别,每节实验课每位学生识别8味生药材饮片,占总成绩的10%,增加学生学习的压力和动力;实验考核,学生通过实验完成实验报告,占总成绩的10%;实验过程评价,考察学生实验态度、动手能力、出勤率及课堂整体表现,占总成绩的5%。终结性考核为理论考试,占总成绩的70%,本门课程为必修课,闭卷考试,试卷命题严格按照教学大纲及考试大纲的要求进行,考试后及时进行试卷质量及试题难易度分析,使考试能够真实地反映出学生对知识点的掌握情况。

4 小结

生药学是药学专业的一门重要的实践性较强的专业必修基础课,同时也是内容枯燥,知识点繁琐,容

易混淆,识记内容多的课程,所以课程要避免“满堂灌”式的教学模式,根据课程的重要性合理地调整上课的时间及学时,重视前导基础课程的重要性,结合课程的特点教学过程中使用大量的图片和实物讲解教学,加深学生的理解与记忆。适当地引用中药典故和案例,增强学生学习的趣味性和课堂的生动性,起到事半功倍的作用。注重理论与实践相结合,加强实践环节,改进考试方法。通过多种教学方法提高学生学习的趣味性、积极性和主动性,培养学生基本实验技

能和基本科研思维方式,为后续课程及将来的科研打下良好的基础,今后我们还将继续探索适合药理学本科专业生药学的教学方法,提高教学质量,培养出高素质的药学人才。

参考文献

- [1]蔡少青.生药学[M].北京:人民卫生出版社,2014.
 - [2]郑承剑,张宏,韩婷,等.《生药学》教学体会与思考[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(7):61-62.
 - [3]张虹.一本书读懂中药典故功效及用法[M].中原农民出版社,2013.
 - [4]李新中,姬生国.生药学(案例版)[M].北京:科学出版社,2017.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:张 静 收稿日期:2018-03-20)

践行融入“临川文化+工匠精神”的医院管理模式

章猛高¹ 黄佳佳²

(1 抚州市临川区第二人民医院院办,江西 抚州 344000; 2 抚州市中医院药剂科,江西 抚州 344000)

摘要:通过在医院管理工作中融入地方特色精髓——临川文化和时代工匠精神,我院医务人员在临川文化的熏陶和工匠精神的追求下,激发了医务人员的热情、业务水平得到不断提升,为患者营造更加舒心的治疗和康护环境;健全我院科学人文的管理制度,力争我院能为实现全市民的中国梦和身心健康做出更大努力和贡献。

关键词:临川文化;工匠精神;医院管理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.017

文章编号:1672-2779(2018)-11-0034-03

The Implementation of the Hospital Management Model Integrated with "Linchuan Culture and Craftsman Spirit"

ZHANG Menggao¹, HUANG Jiajia²

(1. The Second People's Hospital of Linchuan District, Jiangxi Province, Fuzhou 344000, China;

2. Pharmacy Department, Fuzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Fuzhou 344000, China)

Abstract: By integrating the essence of local characteristics Linchuan culture and craftsmanship of the times into hospital management, enthusiasm of our medical staff has been boosted and our professional skills have been continuously improved under the influence of Linchuan culture and the pursuit of craftsmanship, thus creating more comfortable treatment and healthcare environment for our patients; our hospital has improved our scientific and humanistic management system so that our hospital can provide strong guarantee for the realization of China's dream by all citizens and make greater efforts and contributions in maintaining physical and mental health.

Keywords: Linchuan culture, craftsmanship, hospital management

抚州市临川区第二人民医院是一所由区政府成立的非营利性二级综合性医院,坐落于“十一世纪改革家”王安石、“东方莎士比亚”汤显祖的故乡,盱江医学、建昌帮发源地,素有“文化之邦”“才子之乡”“名中医之乡”美誉的江西省抚州市。现为市、区两级城镇职工基本医疗保险及区新型农村合作医疗、城镇居民医疗定点医院及文昌桥社区卫生服务中心举办单位;承担城外郊区及周边农村数万人的医疗、保健及计划生育指导等工作。

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。随着人民生活水平从小康向富裕过渡以及健康意识的增强,人们更加追求生活质量、关注健康安全,不仅要求看得上病、看得好病,更希望不得病、少得病,看病更舒心、服务更体贴。这就不仅需要地方特色文化的丰富内涵和涵养,还要时代的工匠精神来做有力的保障使之实现。将“临川文化和工匠精神”融入到我院的日常管理工作中以来,医患关系得到和谐发展,

医院效益明显提升,医院管理制度逐渐完善。

1 临川文化

每个地方都有自己的地方特色,而地方特色最为突出的一个体现就是地方文化。临川文化是指以临川古治属为核心,其文化精神在临川区域 12 县市内辐射并发展的文化。它是中华文化的有机组成部分。既有中华文化的共同特点,又有其自身的特点和内涵,源远流长^[1]。临川文化以临川古治属为核心,为现今抚州市 10 余县(区)的区域性文化,包括人文、哲学、教育、文学、艺术、科学、医理、学术、宗教、民俗等方面所特有的物质和精神文化成果。临川文化杰出代表人物众多,如王安石,为北宋著名政治家、思想家、文学家、唐宋八大家之一,对五行学说有深刻认识。明代临川汤显祖,杰出戏剧家,以“临川四梦”而闻名中外,被誉为“东方的莎士比亚”^[2]。

1.1 临川文化-临川戏曲 临川素有戏曲之乡的美誉,戏曲戏剧文化的三大形态在抚州至今保存完整。一是



专业文人创作的戏剧，如明代汤显祖在地方戏曲摇篮中培育出千古佳作《临川四梦》，名震寰宇；二是原始祭祀性戏剧，如南丰、乐安等县至今保存完好的傩戏，业已成为海内外学者关注的焦点^[3]；三是民间戏曲，至今活跃在乡村里巷的民间戏班多达二百多个班社，其中，抚州采茶戏，是抚州地方戏的一支劲旅，很受当地人民的欢迎，得到戏剧界的青睐。我院职工中就有相当部分人会唱喜欢唱抚州采茶戏，经各科室调查发现也有部分患者喜欢抚州采茶戏；我院工会为丰富医务人员和患者的生活成立了“医友抚州采茶戏”之家。

1.2 临川文化-临川书法 书法是中国传统文化的重要组成部分，是中国特有的艺术形式。书法使人怡情气爽，陶冶人的情操，修身养性，且对人的心理和生理方面都有一定的调节和锻炼作用，可使人灵心焕发，无疾而寿，为此成立了“医友书法之家”。临川籍人氏曾行、赵崇番、陈景元、虞集、李瑞青、舒同等书法艺术家，有书法爱好的医务人员或患者可到我院“医友书法”之家来书写，书写时手、眼、脑的协调配合，练书时，须绝虑凝神，全躯启动，力送毫端，注于纸上，抒胸中气，散心中郁。

1.3 临川文化-中药养生 据医学史和地方志记载，宋、元、明、清四代，江西历史十大名医中，陈自明、危亦林、龚廷贤、龚居中、李挺、黄宫绣、谢星焕等7人均均为临川的医家。中药有着自身的天然优势，我院积极开展中药养生课堂、临川医家养生课堂，本人带头利用多媒体等形式讲解给每一位医务人员和患者，并把一些普通患者能买得起且在日常生活中常见的药食两用的中药编辑成小手册发给我院每个患者，并细心指导其使用和注意事项。同时，聘请临川名老中医讲解临川医家养生之法；如龚廷贤-医林状元，明代著名医学家，江西金溪龚家人，享年97岁。不仅医术高明，还是当时著名的养生学家，其养生思想一固肾气，保根本；调脾胃，养后天；饮食重在有节，气血贵在流通。不仅给我院的医务人员培训了中药养生和临川医家养生知识，更加使得每一位患者对中药养生和临川医家养生法有了进一步的认识，且可在医生的指导下根据自己的病情进行中药养生或中药调理。

1.4 临川文化-玉隆万寿宫 离我院不到300米就是文昌里作为临川（抚州）老城，是临川文化的重要代表和符号，遗存下大量文物古迹，其中最有代表性的是玉隆万寿宫（抚州会馆）。玉隆万寿宫中设有红色文化、抚州红色景点和伟人在抚州的革命活动、革命故事传说和党史资料。抚州是中国工农红军第四次、第五次反围剿斗争的主战场；非遗保护文化如南丰跳傩、乐安傩舞、广昌孟戏、宜黄戏等、地方风物。届时，临川区玉隆万寿宫中的汤显祖戏曲艺术团经常会义唱，

我院便组织方便的患者或患者在家属的陪同下一起来参观临川文化和观看汤显祖的“临川四梦”，即《牡丹亭》《紫钗记》《南柯记》《邯郸记》以缓解焦虑的情绪。

患者在我院医务人员的精心组织和安排下，经过深厚的临川文化中的戏曲、书法、中医药、红色文化等的感染和熏陶下，不仅可缓解焦虑、惊恐的情绪，使之心情舒畅，气血冲和；同时，其思想定会随临川文化一道具有顽强不息的战胜疾病之精神，利于早日康复。

2 时代的工匠精神

2016年《政府工作报告》中首次提到“工匠精神”。“工匠精神”主要是指在制造产品的过程中追求“精益求精，注重细节以及追求完美和极致、严谨、一丝不苟、耐心、专注、坚持、专业、敬业”的精神^[4]。医务人员的德育以及中华传统文化的教育目的是为了更好培养优秀的工匠—医务工作者。人的因素是第一要素。要创造一流康复环境，先要培育一流的医师队伍，我院的医务人员更应以“工匠精神”的高标准要求自己 and 塑造自己。以“工匠精神”的内涵来治疗患者的病痛，并使之早日康复，把培养优秀工匠建立在深厚的临川文化基础之上。正如全国总工会宣教部部长王晓峰说：“工匠精神的内涵有三个关键词：一是敬业，就是对所从事的职业有一种敬畏之心，视职业为自己的生命；二是精业，就是精通自己所从事的职业，技艺精湛；三是奉献，就是对所从事的职业有一种担当精神、牺牲精神，耐得住寂寞，守得住清贫，不急功近利、不贪图名利^[5]。”

2.1 开展义诊 我院不定期在文昌社区、玉隆万寿宫广场、湖南乡等地开展健康义诊活动，均有许多居民前来检查或询问。居民对健康的渴求从未减退，并结合医生专家讲座宣传活动，为居民提供更为完善的健康服务。也是弘扬医务人员爱岗敬业、服务精神，增强医疗卫生工作者的服务意识和奉献意识。

2.2 科室考核 对科室医生建立起以考核为基础，以工匠精神为手段，以激励为根本的考核体系，对完善内部管理机制，改善科室医生工作业绩和提升科室医师的能力，促进医院管理水平的不断提升和铸就工匠精神的可持续健康发展，具有现实意义。

2.3 组织学习 每周利用开晨会的时间，全体医务人员吟诵《弟子规》《大医精诚》《大学》等传统经典和现代高科技医学报刊、药学报刊等知识，目的在于通过吟诵提升涵养。在面对患者尤其是不理解的患者时性情会变得更加平和、沟通气氛变得更融洽，营造了和谐气氛。利于开展工作，且医生和患者双方也得以心情舒畅。中华优秀传统文化是中华民族的“根”和“魂”^[6]，中华传统文化的根有多深，工匠就能走多远，

从医务人员日常生活、工作中去培养,来感染患者及其家属。把“工匠精神”建立在临川文化的基础之上,来激励我院医务人员专业的自学和相互学习。

2.4 患者评价 著名管理大师彼得·德鲁古说过:“如果你不能评价,你就无法管理”。对于医者而言,所要求的就是对患者要怀抱一颗仁心,设身处地为患者着想,与患者的交流是在充满爱的氛围中进行,而不是没有表情的程序化的诊治。通过开展患者评价平台,在医患关系上得到了和谐发展;在同仁之间得到了谦和礼让。

2.5 举办技能竞赛 热衷于技术与发明创造的“工匠精神”是每个国家活力的源泉,中国的创新驱动发展也正呼唤“工匠精神”的回归^[4]。为落实“工匠精神”,我院聘请有关专家或上级领导为医务人员在理论、实践操作等竞赛项目上检验和指导;及时发现问题、找到差距、寻找改进方法,以追求精益求精,达到以赛促学、以赛促改、以赛促精的效果。

2.6 培养名师 王海龙出身中医世家,系抚州市名老中医,擅长内科、呼吸、消化常见病和多发病的治疗。我院副主任中医师喻宏伟便是王海龙的高徒,一直跟随王海龙名老中医学习临床理论知识、临床实践及其自成体系的学术思想,在王海龙名老中医的精心栽培下,现喻宏伟副主任中医师在临川区也有颇名望,深

受患者的好评。名师出高徒,通过跟名师等途径来培育高素质、高水准的工匠医师。

3 结语

医务人员通过临川文化活动的组织学习和工匠精神正能量传播的有机结合下,极大地丰富了患者在住院期间的的生活且激发了患者对临川文化学习的动力,使之对临川文化有所认识;着力改善了患者与医务人员的“高压线”危局,得到了和谐友善的发展,有力提高了我院医务人员的业务水平;且我院的整体管理水平得到提升;业务发展得到进一步扩大。在营造良好的临川人文环境和新时代工匠精神的同时,现我院正努力打造“名医、名科、名院”工程,全面提升我院的核心竞争力,抚州市临川区第二人民医院正以崭新的面貌、精湛的技术、饱满的热情,在临川文化和新时代工匠精神的契机下,为建设“二个一百年”的中国梦提供有力保障。

参考文献

- [1]罗传奇,张世俊.临川文化史[M].广州:广东高等教育出版社,1993.
- [2]胡志方,黄文贤.野江医学纵横[M].北京:人民卫生出版社,2012.
- [3]梁海波,陈鸿.临川雄舞之神韵[J].江西社会科学,2007(1):149-153.
- [4]国务院.政府工作报告——2016年3月5日在第十二届全国人民代表大会第四次会议上[N].人民日报,2016-03-18.
- [5]让工匠精神涵养时代气质——弘扬工匠精神大家谈[N].人民日报,2016-06-21.
- [6]中共中央宣传部.习近平系统重要讲话读本[M].北京:人民出版社,2016.
- [7]亚力克.福奇.工匠精神[M].杭州:浙江人民出版社,2014.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈文 收稿日期:2018-03-20)

心内科研究生临床教学查房方法探讨

麻京豫

(河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450008)

摘要: 临床教学查房是提高医学生教学质量和临床实践能力的重要途径。对心内科研究生的培养目标要高于本科生。狠抓心内科研究生教学查房质量,对教学查房方法进行研究探讨,对提高心内科研究生的临床教学质量十分必要。教学查房按以下步骤进行:教学查房前准备;注重教学查房过程的细节;教学查房后进行病情分析讨论;最后带教老师根据本次教学查房问题总结发言。

关键词: 临床教学;查房;心内科;研究生;教学质量

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.018

文章编号:1672-2779(2018)-11-0036-03

Study on the Methods of Clinical Teaching Round in the Graduate of Cardiology

MA Jingyu

(First School of Clinical Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

Abstract: The clinical teaching round is an important road in increasening teaching quality of medical studentds and in clinical practice. In order to enhance the teaching quality of the master of department of Cardiology, we must make up our mind to study the methods of clinical teaching rounds. Clinical teaching rounds should accord to the following steps: The first is preparation before teaching round. The second is pay attentions to details in the course of teaching rounds. The third is to discuss and analysis the disease after Clinical teaching rounds. The last is that the clinical instruction teacher must be summarizing according to problems which is discovered in the clinical teaching rounds.

Keywords: clinical teaching; ward round; cardiology; graduate; teaching quality

作为心内科研究生,已经完成大学本科5年临床医学专业的基础学习,而且通过在医院内、外、妇、儿

等各个专业的短期实习,已经对各科疾病具有了一定的临床实践技能。所以在心内科专业实习过程中,要



提高其对心内科专科技能的培养,不但要掌握心内科常见病、多发病的诊断和治疗,而且对一部分少见的心血管疾病也要熟练掌握,以减少对疾病的误诊、漏诊率。

教学查房可锻炼实习生的临床思维,提高自学能力和临床操作能力^[4],也是心内科研究生掌握诊断、治疗心内科疾病方法的有效途径,定期进行教学查房,狠抓教学查房质量,对提高心内科研究生的临床技能十分必要。本人在多年的临床带教工作中,有一部分心得体会,在此与各位专家共勉。

1 教学查房前准备

(1) 每周固定一个上午或下午进行教学查房。时间1小时左右。

(2) 提前1天通知到每位研究生要查的病人姓名、床号、所患主要疾病。提前让管床住院医师写好病情摘要,查房前发放到每一位参加教学查房的研究生手中。病情摘要包括:主诉、现病史、既往史、个人史、家族史及药物过敏史、体格检查、主要实验室检查结果、目前诊断、治疗经过和效果。提出目前病人可能存在的需要本次查房讨论、解决的疑难问题。

(3) 教学查房前由管床医师与备查病人及家属沟通好本次查房的目的、时间、参加的医务人员。以取得病人配合,避免不必要的医患麻烦和纠纷。

(4) 带领教学查房的医师职称必须是主治医师或讲师以上职称,具有2年以上临床带教工作经验。

(5) 选取的病例要具有典型性、代表性,病情要相对稳定,病人及家属愿意配合。主要就诊的病因诊断要明确,治疗方法较成熟,治疗效果较肯定。

(6) 带教医师查房前一定要给研究生们明确本次教学查房要达到的教学目的,明确要掌握的诊断治疗技能,明确要避免临床工作中可能出现的偏差和容易犯的错误的。注重“以问题为导向”的启发式、诱导式教学方法。

(7) 一次教学查房时间不宜过长,1小时左右较合适。要求掌握的内容不宜过多,要抓住重点和难点内容,否则教学将流于形式,达不到提高临床教学质量和研究生专科技能的目的。比如对“急性右室心肌梗死”的病人,它的重点内容就是右室梗死的临床表现,心电图、心肌坏死标记物表现和演变规律。难点就是右室梗死后的血流动力学变化,以及如何处理这种病人的低血压状态。

(8) 在整个教学查房过程中,带教老师要始终贯彻“人文医学”理念,教育示范学生时时处处“关心爱护病人,以病人为中心”。以身作则是最好的教育方

式。比如:在病房见到病人时,要面带微笑问病人“上午好、下午好”等问候语。天气冷时,带教老师要先暖一下双手,再掀开衣被给病人做体检。查体结束时,要给病人盖好衣被,并说“祝你早日康复,谢谢你的配合”等语言。

2 教学查房过程

(1) 研究生首先在示教室里集合,由管床的研究生医师做病情摘要汇报。以前这个程序是在病人床头进行的,但是近年来由于医患纠纷越演越烈,目前均放在查房前进行。时间约10~20分钟。

病情摘要包括病人一般情况如姓名、年龄、性别等。病史部分主要介绍病人的主诉、现病史、既往史、家族史、生活史及过敏史。体格检查主要包括病人生命体征如体温、脉搏、呼吸、血压,主要的阳性体征和阴性体征。实验室检查主要介绍阳性结果和具有排除性诊断的阴性结果。根据这些临床信息得出目前诊断,提出治疗方案。针对以上临床情况和不确定的因素,及时对研究生提出存在的质疑和问题。例如:对一个“急性右室心肌梗死”的病人,提出患者为什么会出现低血压?这种低血压是心源性休克吗?如何处理这种低血压?右室心梗和其他部位心梗处理原则和措施一样吗?你对病人的病史、体格检查、诊断和治疗方案有哪些疑问和不同见解?带着问题去查房,效果自然好于脑袋空空。

(2) 在带教老师带领下,研究生整齐穿戴白大褂、佩戴胸卡有序进入病房、按规定站立在病人病床两侧及床边。态度要严谨、和蔼、安静,不能随意交头接耳,要显示出对带教老师、病人的尊重。此过程约需要15分钟。

带教老师让提前指定的研究生医师对患者进行相关病史采集和体格检查。重点询问与本次就诊主诉有关的现病史、既往史、家族史和相关药物治疗经过。体格检查主要是心肺体检如:心脏叩诊浊音界大小,心脏听诊心音、心率、节律、杂音、心包摩擦音等;肺部听诊呼吸音强弱,有无干湿啰音等。例如:对“急性右室心肌梗死”监护病人,先观察心电监护仪上病人的各项参数:心率、血压、呼吸、血氧饱和度等。然后视诊病人面色是否苍白,口唇、舌质是否发绀,颈静脉有无怒张,下肢有无指凹性水肿。触诊肝脏有无肿大、肝颈静脉回流征是否阳性。叩诊心界是否扩大。心脏听诊各瓣膜听诊区有无杂音,心率是快是慢,心律是否整齐,心音是否低钝,有无心包摩擦音,有无额外喀喇音。肺部听诊呼吸音强弱,有无干

湿啰音等体征。

3 教学查房后分析讨论病情

进行病史询问和查体之后,带教老师对病人的配合表示感谢后带领大家返回示教室进行病情讨论和总结,约需30~40分钟。

(1) 进行查体的研究生要给大家汇报查体的阳性体征和必要的阴性体征,并提出自己对该病人目前可能存在的问题和疑问。带教老师针对查体过程中出现的问题、错误进行指正、讲解。

(2) 综合患者的病史、体格检查、各项实验室检查指标,对病人目前的诊断、治疗和预后进行综合分析判断^[2]。

还以“急性右室心肌梗死”为例。先让研究生们阅读病人不同时间的心电图,强化他们掌握心肌梗死心电图的演变规律。然后翻看不同时间点心肌坏死标记物水平的变化,特别是标记物开始升高、达峰、恢复到正常值3个时间点的演变。同时要联系患者发病以来的症状体征如胸闷胸痛、低血压与心电图、心肌坏死标记物演变的关系。引导研究生紧紧抓住诊断急性心肌梗死的3个主要方面证据:临床表现、心电图和坏死标记物。重点强调对怀疑急性心梗的病人,除了常规做12导心电图,还要立即加做右胸导联(V_{3R} 、 V_{4R} 、 V_{5R})^[3]、后壁导联(V_7 、 V_8 、 V_9)心电图,避免漏诊右心室、后壁心梗。

诊断确立后,让研究生自由发言该如何救治右室梗死。急性心肌梗死属于危急重症,急性期死亡率尤其高。“时间就是心肌,时间就是生命”,一定要对研究生们反复贯彻这个理念。对急性心梗治疗分为ST段抬高和非ST段抬高两种,要按相关最新指南给予患者最恰当的治疗。如“急性ST段抬高右室心肌梗死”发病在12小时以内的首选紧急冠脉介入治疗,开通梗死相关冠状动脉。只要开通了梗死冠脉,对梗死造成的低血压状态一般会很快纠正。如果介入或血管内溶栓开通血管失败,低血压状态就较难纠正。这时必须给予扩容治疗,同时给予抗血小板、抗凝药物治疗,避免心肌再度梗死和梗死面积扩大。

(3) 让学生根据所掌握知识再次讨论一开始提出的问题。

如“急性右室心肌梗死”为什么会出现低血压?这种低血压是心源性休克吗?如何处理这种低血压?右室心梗和其他部位心梗处理原则和措施一样吗?

通过讨论让学生掌握右室心梗出现低血压的病理生理机制,这种低血压不同于左心室大面积梗死出

现的心源性休克,只是一种低血压状态。要纠正这种状态首先需要开通梗死血管恢复右室心肌血液灌注、需要扩容治疗,而不是像左室梗死左心衰一样要严格限制液体入量。

右室心梗和其他部位心梗的用药不同,禁用硝酸酯类药物和利尿剂。为什么呢?这既是右室梗死教学的重点,更是一个难点,需要重点讲解分析。

因为右室梗死导致右室收缩力下降导致右室输出量降低,回流到左室的血容量明显减少,导致心脏左室前负荷相对不足,因而左室泵出的心输出量明显降低,导致体循环动脉血压降低。其实左室这时功能并非不正常,而是由于回流的血容量不足而已。因此右室梗死禁用扩张动脉和静脉的一切药物,否则会导致全身血容量更加不足,血压进一步下降,冠状动脉灌注更加减少,心肌更加缺血,心肌坏死面积会进一步扩大,这时犹如“雪上加霜”,甚至会加速患者猝死发生。硝酸酯类药物广泛应用于冠心病治疗,可扩张冠脉、改善心肌缺血,但是它也扩张全身静脉系统,直接导致静脉回流减少,导致心脏前负荷不足,结果是血压进一步下降,甚至导致真正的休克和死亡发生。利尿剂因利尿作用直接导致血容量下降、血压下降,所以急性右室梗死禁忌。

因而为了解决容量不足,左室前负荷不足问题,不但不能用硝酸酯类和利尿剂,而且要对右室梗死低血压情况迅速进行扩容治疗。要强调这是与其他部位心肌梗死治疗措施的主要区别。

4 带教老师总结发言

通过病房教学查房,就患者病情让研究生进行比较充分的讨论后,带教查房老师要总结发言,指出这次教学查房的长处和不足之处,以后要扬长避短。

要强调仅仅对病人的一次教学查房并没有完成对病人的诊断治疗任务,还需要各位研究生对这个病人继续关注观察,并对此后可能出现的诊治问题进行思考、分析、判断,最终达到对此类疾病基本知识、基本理论、基本技能的整体把握,同时还必须得密切关注该疾病最新前沿进展,找出目前该疾病尚不能解决的问题,为以后开展课题研究打开思路。

参考文献

- [1]翟同均,张祺,曾辉.突出教学查房临床实践性的探讨[J].中国高等医学教育,2012(9):105-106.
- [2]李树妹,尹学亮,磨鹏诗.教学查房改革的实践与探讨[J].现代医院,2015,15(4):139-140.
- [3]宋艺.急性下壁合并右室心肌梗死的心电图诊断价值研究[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(64):63.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李 媛 收稿日期:2018-03-20)

某院 2017 年中草药饮片处方点评分析

罗红成 胡小玲

(江西省中西医结合医院药剂科, 江西 南昌 330003)

摘要:目的 通过对中药饮片处方点评, 分析中药饮片处方不合理存在问题及下一年度需改进措施及建议。方法 每月随机抽取本院门诊中药饮片处方100张及出院病历30份。对不规范处方统计分析, 对存在问题进行分析。结果 1200张门诊处方不合理的共计86张, 合格率为92.83%; 360份出院病历不合理的共计98份, 合格率为72.78%。结论 针对中药饮片处方存在不合理现象, 在医院质控组与药师每周一次下临床科室与临床医师对存在问题进行沟通, 有利于提高医师与药师专业技术水平, 进一步提高患者用药安全性、有效性、经济性。

关键词: 中药饮片; 处方分析; 合理用药; 医院管理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.019

文章编号:1672-2779(2018)-11-0039-02

Analysis on Prescriptions Comment of Chinese Herbal Medicine Tablets in a Hospital in 2017

LUO Hongcheng, HU Xiaoling

(Pharmacy Department, Jiangxi Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330003, China)

Abstract: Objective Through the review results of prescriptions of traditional Chinese medicine decoction pieces, the problems existing in the unreasonable prescriptions of traditional Chinese medicine decoction pieces were analyzed, and measures and suggestions for improvement were required in the next year. Methods A random sample of 100 prescriptions of herbal decoction pieces from the hospital and 30 records of discharges were collected monthly. Analysis of non-standard prescriptions and analysis of existing problems was made. Results A total of 86 out of 1200 outpatient prescriptions, with a pass rate of 92.83%. A total of 98 medical records were unjustified and the qualified rate was 72.78%. Conclusion Aiming at unreasonable phenomenon, Chinese medicine yinbian prescription in the hospital quality control group and pharmacists weekly issued clinical departments and clinicians to communication problems, to improve physicians and pharmacists' professional technology level, further improve the patients' drug safety, effectiveness and economy.

Keywords: Chinese herbal medicine decoction pieces; prescription analysis; rational administration; hospital management

随着国家“十三五”规划的实施, 用药安全问题也日益受到关注, 药品安全事关人民群众身体健康及社会和谐稳定, 用药不合理已成为威胁人类健康的全球性问题^[1]。据统计, 用药种类数量增加, 不良反应发生率也会随之增加^[2]。促进医院中药饮片合理使用, 保障患者用药安全, 控制中药饮片费用不合理增长, 深化医药卫生体制改革, 充分发挥中医药特色, 提高中药饮片点评技术水平, 切实保障人民群众的权益与用药安全。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取我院2017年每月中草药饮片处方100张, 出院病历30份, 全年共计中药饮片处方1200张(药品管理法规定)(从医院HIS系统调出该患者当天开具西药处方及中成药处方), 出院病历360份。对患者中药饮片合理性进行评价及中药饮片数据行分析。

1.2 点评依据 《药品管理法》《处方管理办法》《江西省医疗卫生机构中药饮片处方点评工作方案(试行)》(赣卫药政字[2016]22号)、《2015版中华人民共和国药典》《医院处方点评管理规范》《中药处方格式及书写规范》《关于进一步加强中药饮片处方质量管理强化合理使用的通知》及《黄帝内经》的特点体现整体观念和辨证论治, 辨证过程中, 应注意全面分析病情、掌握病证与辨病的关系等基本原则的运用。

1.3 点评内容 中药饮片处方点评的内容主要是中药饮

片处方的诊断与辨证论治; 用药不适宜处方如用药与辨证不符的、重复用药、与其他药物存在相互作用的不规范用药等方面进行综合评价。

2 结果

2.1 中药饮片处方情况 抽查某院2017年中草药饮片处方中进行统计分析(详见表1), 门诊中药饮片处方全年每剂均味数7.48味、每剂均金额30.05元、每张处方均药付数8.27付。

表1 2017年每月100张门诊中药饮片处方每月统计结果

	饮片味数 ≤10(张)	饮片味数 11~15(张)	饮片味数 16~20(张)	饮片味数 >20(张)	毒性 饮片张(张)	平均 味数	平均金额 (元)	每张处方药 付数
1	69	30	1	0	0	8.03	22.39	8.81
2	69	28	3	0	0	8.40	18.30	8.21
3	85	15	0	0	0	7.73	22.20	6.97
4	65	32	3	0	0	9.01	22.89	9.23
5	84	12	4	0	0	7.26	26.52	9.30
6	82	17	1	0	0	7.57	22.37	7.91
7	73	20	6	1	0	7.61	39.17	7.95
8	70	29	1	0	0	7.56	33.00	8.66
9	80	19	1	0	0	7.20	35.76	7.44
10	90	8	2	0	0	6.39	35.94	8.24
11	86	13	1	0	0	6.40	46.10	8.63
12	84	15	1	0	0	6.68	36.00	7.94
平均	78.08	19.83	2.00	0.08	0	7.48	30.05	8.27

2.2 不合理中药饮片处方情况 抽查某院1200张中药饮片及360份出院病历不合理用药情况(详见表2), 结果

表2 2017年不合理中药饮片处方抽查情况

项目	门诊处方数(张)	占不规范处方百分比(%)	占抽查处方百分比(%)	出院病历(份)	占不规范处方百分比(%)	占抽查处方百分比(%)
用药与辨证不相符	2	2.90	0.17	9	9.18	2.50
与其它药物联用不适宜或者不良作用	3	4.35	0.25	21	21.43	5.83
贵重中药饮片无指征,用法、用量不适宜或与诊断不符合	12	17.39	1.00	16	16.33	4.44
重复用药	10	14.49	0.83	20	20.41	5.56
妊娠禁忌	0	0.00	0.00	1	1.02	0.28
缺中医诊断不规范	19	27.54	1.58	21	21.43	5.83
中药饮片的书写,未体现"君、臣、佐、使"的特点要求	3	4.35	0.25	2	2.04	0.56
处方的用法用量不准确	21	30.43	1.75	2	2.04	0.56
其它的	16	23.19	1.33	6	6.12	1.67

门诊处方不合理共计86张合格率为92.83%,出院病历不合理共计98份,合格率为72.78%。

2.2.1 方剂与辨证不相符 理法方药的不一致性例如,风寒感冒的热性中成药不宜与治疗风热感冒的寒性中成药联用,例如感冒清热颗粒与双黄连口服液联用不合理。寒热并用是治疗寒热错杂证的配伍形式^[9],药师需有一定中医基础知识,对于临床复杂病证、寒热夹杂证、中和药性、经典方剂等需综合评价。

2.2.2 与其它药物联用不适宜或者产生不良作用 从点评结果总结分析出现频繁中药饮片(大黄、甘草、鹿茸、丹参与部分西药联用不适宜。例如大黄中含有鞣质与钙剂结合可形成难以吸收的络合状化合物;甘草中含甘草酸有保钠排钾的作用,是患者体内钾离子减少,其与地高辛不合理配伍可使心脏对强心苷的敏感性增强而引起患者中毒^[9]。医师未充分了解药物间的理化性质,如含钙、镁、铝及铁等二、三价金属中药颗粒与患者服用抗菌药物左氧氟沙星存在配伍禁忌,含钾较高中药颗粒剂(五味子、牛膝、益母草)与保钾药物联用临床医嘱未监测血钾浓度,甘草颗粒与强心苷联用,可使强心苷中毒发生率^[9]。

2.2.3 重复用药 药师主要存在中药饮片与多种中成药联用极易出现,而药师点评时把撑尺度,某院药师评判关键点:毒性成分饮片重复、君药相同成分叠加、贵重饮片叠加、中药饮片方剂中有细辛联用中成药通天口服液,两药都含细辛,毒性成分,容易造成中药不良反应的发生。

2.2.4 中医诊断不规范 《中药饮片处方格式及书写规范》规定:“中药处方应当包含以下内容:中医诊断,包括病名和证型(病名不明确的可不写病名),应填写清晰、完整,并与病历记载相一致”。从表2中显示,某院出院病历这项不合格率占5.83%。如处方中只有西医诊断如肺癌、非萎缩性胃炎等,病程中未有中医内涵的辨病论治或,后者药师在审核处方时无法判断其用药的合理性。

2.2.5 其它 如剂量不适宜、用量过长、贵重药品等不

合理使用情况。临床诊断为气血两虚证,开具人参30g,认为剂量不合理,人参用于补气时常用量3~10g。但用在独参汤中人参用量达30g,达到回阳救逆之效为合理。

3 分析与干预措施

某院有部分非中医专业医师参加西学中培训经考核合格,获得中医专业结业证,经医务科授予取得开具中药处方资格,这部分中医师在中医辨病论证上基本功仍不扎实,开具方剂存在不合理稍高些,建议老带新,传承我院中医药方化。

HIS系统电子处方^[4]开具与系统维护如十八反、十九畏、贵重药品常用量、毒性饮片用量、妊娠用药禁忌设置在信息系统中,可以明显提高中药饮片处方书写质量,在处方完整性方面、用药合理性方面均有提高。

培养中药药学人才培养,参与到临床,建立中医药用药临床思维,深入中医中药内涵,实践与理论相结合,提升中药饮片处方点评技术水平。

针对中药饮片处方存在不合理现象,在医院质控组与药师每周一次下达临床科室与临床医师对存在问题进行沟通,有利于提高医师与药师专业技术水平,进一步提高患者用药安全性、有效性、经济性。

4 小结

通过对某院中药饮片的点评,能提高中药饮片合理用药率,降低药品费用有所裨益,但总的合格率还不够理想,处方点评药师技能仍需大大加强。

参考文献

- [1]樊萍,高洋洋,黄跃洲,等.某院提升药师审方干预技能的效果评价[J].中国药房,2017,28(14):1998-2001.
- [2]Krause G, Borchert M, Benzler J, et al. Rationality of drug prescriptions in rural health centers in Burkina Faso[J]. Health Policy Plan, 1999, 14(3):291-298.
- [3]陈孝强.含甘草、丹参、大黄的中药与西药配伍处方分析[J].亚太传统医药,2015,11(4):139-140.
- [4]王海峰.我院2012年中药处方点评[J].中国中医药信息杂志,2013,12(20):94-95.
- [5]金锐,王宇光,薛春苗,等.中成药处方点评的标准与尺度探索(九):寒热并用[J].中国医院药学杂志,2017,37(2):201-206.
- [6]胡小玲,李云峰,罗静.某院中药配方颗粒处方点评及不合理用药分析[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(8):33-34.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张欣 收稿日期:2018-03-30)

中医妇科学实习生中医思维能力的培养

赵 帅 相 珊

(山东中医药大学第一临床医学院生殖中心, 山东 济南 250011)

摘要: 中医学研究和应用的基础是中医思维能力, 在临床阶段要培养中医妇科学应用型人才就必须突破现行教育模式下存在的部分中医思维模式束缚, 开展传统文化普及、重视研读经典著作、延长临床实践时间, 其中培养兴趣、深化中国传统文化素养、提高中医理论及临床基础、精读中医经典及中医学学术流派经典著作、培养中西医结合思维是立足思维培养, 构建中医应用型人才成长的重要阶梯。指导中医妇科学实习生培养中医思维是临床带教老师的职责, 结合妇科学科特色, 强调中医思维的临床意义, 重视中医妇科学科用语及临床用药规律, 突出中医妇科学中医思维特色及养成中医思维模式。

关键词: 中医妇科学; 实习生; 中医思维; 人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.020

文章编号:1672-2779(2018)-11-0041-02

Cultivation of Thinking Ability of Interns in Gynecology of Traditional Chinese Medicine

ZHAO Shuai, XIANG Shan

(Reproductive Center, the First School of Clinical Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250011, China)

Abstract: The research and application of traditional Chinese medicine is the basis of the thinking ability, to cultivate application-oriented gynecology of traditional Chinese medicine in clinical stage must break through the existing part of current education mode of traditional Chinese medicine thinking mode, to carry out the traditional culture, and attaches great importance to the study of classic works, to extend the time of clinical practice, which cultivate interest, deepen China's traditional culture accomplishment and improve TCM theory and clinical, intensive reading classic and academic schools of traditional Chinese medicine of traditional Chinese medicine classics, cultivation now combine traditional Chinese and Western medicine thought is based on thinking, build a applied talents of traditional Chinese medicine the important step of growth. Gynecology of traditional Chinese medicine interns training thinking of traditional Chinese medicine is the responsibility of clinical teaching teacher, combined with the subject characteristics of department of gynecology, emphasizes the clinical significance of TCM thinking, attaches great importance to the law of language of gynecology of traditional Chinese medicine and clinical medicine, highlight the characteristics of gynecology of traditional Chinese medicine TCM thinking and the thinking mode of traditional Chinese medicine.

Keywords: gynecology of traditional Chinese medicine; interns; traditional Chinese medicine thinking ability; talent training

中医思维是每位中医临床医生必备的技能, 是临床实践中思维模式转换的关键一环。对于中医妇科学实习生来说, 踏实临床注重基础是技能提高的关键步骤, 其中培养中医思维能力既是实习大纲要求必须掌握的一项基本功, 也是学会诊病技术和临床思维的必由之路^[1]。良好的思维能力既是继承发展中医药学的要求, 也是提高中医学术水平的重要措施。指导实习生中医思维是带教老师的职责, 对于每一位临床专业的实习生, 中医思维的渗透是学习生涯中要掌握的要点。人体脏腑经络气血的活动规律, 男女基本相同, 但女性在脏腑方面有胞宫, 在生理上有经带胎产以及哺乳等特殊特性, 必然在病理上也相应地产生特有的疾病。鉴于专业特点, 中医妇科临证思维在所有的思维模式中存在着一定的难点, 现将中医妇科实习教学及临床带教中指导实习生培养中医思维能力的点滴体会与大家共享。

1 积极开展中国传统文化普及

中医传统文化思维形成的基础是中国传统文化, 目前在高等院校中中国传统文化作为一项必修课程出现, 一定程度反映了传统文化在思维培养中的重要性。具有一定中国传统文化素养, 是形成中医思维的必要条件。四书、五经、中庸之道在培养人性的同时给与中医院校的学生们临床思维的指导, 中国传统文化的发源、发展、成熟与传承让每一代实习生们有着厚重

的文化寄托及思维沉淀。除了在课堂学习阶段有必要学好中国传统文化, 在临床带教中也有必要遴选出有典型代表并与中医思维密切相关的传统文化论著, 如《内经》《中国传统文化导论》《中国古代哲学》等, 引导学生熟读经典作品, 弥补临床带教时间的不足, 熟读经典以做到学以致用, 知晓中医学发生发展的脉络, 继承先辈们留下的经典著作及先进认知, 指导学生运用传统文化蕴含的道理处事待人, 培养学生从入门开始就运用中医思维研究中医学专业知识^[2]。

2 重视中医妇科学经典著作研读

中医妇科学是中医学的重要组成部分, 是在中医学的形成和发展中逐渐建立和充实起来的。医学发展的历史, 离不开社会政治、经济发展的历史影响, 从夏商周时期到唐代, 从宋代到新中国成立之后, 从扁鹊、王叔和到薛己、王清任, 从《内经》《胎产书》到《傅青主女科》《医林改错》, 每一个阶段都涌现出大量的集大成者及优秀的经典著作。中医妇科经典著作是中医理论和临床经验的集大成者, 是既往经验知识的积累和总结, 是中医妇科思维模式的传承, 其在中医学的继承与发展中发挥着关键性作用, 在临床工作之余需要熟读熟记, 如《黄帝内经》《景岳全书》《医学衷中参西录》《医宗金鉴》。对于中医妇科本专业而言可以根据临床实践需要, 有针对性选择一些著

名医家医著并选择有代表性章节进行讲解,如《傅青主女科》对于经带胎产的认识以及沿用至今的定经汤、两地汤、清经散等方剂的临床应用、《女科正宗》中部分章节对于不孕症及生殖理论的阐述、《素问》中对于男女生长发育周期的总结、《金匱要略》对于病因病机以及疾病分类的认识、《妇人大全良方》中对于“妇人以血为根本”的认识,以此不断培养中医妇科实习生的中医思维能力,培养中医妇科实习生对于妇科特有疾病经带胎产的致病基础及病因病机理解。

3 强调中和思维模式

中医基础理论中的整体观念、辨证论治、阴阳五行学说、治未病思想等,都是在“中和”思想的指导下开展的,中医传统文化中强调整体调节以及以平为期。如中医妇科理论中脏腑功能失常、气血失调导致的疾病重视阴阳平衡和五行制化,月经病的周期疗法中重视调整月经期、经后期、经间期、经前期肾中阴阳气血的平衡,带下病中重视调整脾胃水液的气化等。发病观中以“肾-天癸-冲任-胞宫”生殖轴作为一个有机的整体,强调肾在整个中医妇科学中的主导地位,天癸的调节能力,冲任的经脉调节,胞宫的藏泻有时。诊治疾病时“谨察阴阳所在而调之,以平为期”“内治重在调、外治重在局部,强调节欲以防病”,皆源自于儒家的“中和”思想。在中医妇科辨证论治的经典方剂如完带汤、清热固经汤、参芪寿胎丸、生化汤等君臣佐使的配伍均体现了中医传统观念中的“中和”“互补”模式。中医妇科学思维能力在月经病、带下病、妊娠病、产后病、妇科杂病中得到了具体的、广泛的应用,中医妇科实习生需要具备中和思想以不断加深中医思维模式的培养^[3]。

4 延长临床实践时间

在现阶段中医药高等院校中本科临床实践时间为一年,不足基础理论学习的三分之一,而对于中医妇科学实习生而言临床阶段的实践是走向正式诊疗的重要一环及必备一项。临床实践时间短、效果差是实习生培养中的通弊,甚至很多面临毕业的实习生面对就业压力的问题把临床实践当成儿戏,把临床见习实习时间当作自己的考研复习时间。对于中医妇科学的学习既要重视理论知识,也要加强临床实践,通过案例分析、见习实习,在临证实践中掌握专科技能,提高临床思维能力及实际工作能力。中医妇科学传统的研究范围,包括月经不调、崩漏、带下、子嗣、妊娠、临产、产后、乳疾、症瘕、前阴诸疾及杂病等内容,为了拓宽学习者的思路,提高临床诊断准确性和加深对中医理论的理解,加强对西医妇产科学、妇科体格检查及辅助检查、产科概要、常见妇产科疾病与计划生育知识的认识,带教培养阶段早临床、多临床目前在临床带教中已达成师生共识。临床实践时间一般以2年为宜,前期主要以跟师门诊和课程讲述的形式进行,后期以病房及门诊结合为主的形式。进行一定时间的见习后可以在临床带教老师的指导下进行一定的独立

门诊,对于中医妇科学中妊娠病稽留流产产生化汤以及人工流产术的应用都需要长期的实践处理过程,延长临床实践时间方能提高个人的临证处理能力及动手操作能力,这种逐渐过渡、强调经验与实践的模式对中医妇科学实习生而言是培养中医思维模式的良好实践。

5 坚持中医思维与创新思维培养相结合

创新是民族发展的动力,是科技腾飞的支撑,是知识更新的支柱。在中医学发展过程中,创新是学科完善的源泉,中医学的发展有着深厚的文化基础,从扁鹊时期自伤寒杂病论走来,其中部分的信息以及遣方用药特点随着现代女性生理病理的改变以及生活环境的不同均需要加以修正,培养实习生加强中医思维方法的训练,掌握扎实的中医基本理论及基本知识,重视中医思维能力但不完全拘泥于中医模式,广泛获取中西医结合知识及科技信息,发挥创新式发散式思维优点,以扩充的知识武装传统中医诊疗点,不断提高临床治愈率。非手术中西医结合治疗异位妊娠、先兆流产、不孕症等妇科疾病都陆续取得了不错的进展,作为临床指导老师在临床带教中要不断改进教学方法,特别是运用启发式、案例式、导入式等教学方法,注重形成性评价,将中医思维方法的培养渗透到临床实践中。培养实习生掌握中医妇科研究思路、中医思维能力、创新研究的方法,深入研究妇科疾病的发病机制,创新性运用中西医结合思维诊疗疾病^[4]。中西医结合妇产科学在建国以来取得了很多新的成果,并研制了多种妇科准字号药物用于临床以提高疗效。在创新式思维模式的引导下,自1989年以来陆续成立了很多国家重点学科,这些都为中医妇科学的发展提供了新的线索和途径,也为中医妇科实习生提供了崭新的发展平台。

综上所述,对于中医妇科学实习生而言,有着与传统中医学实习生的共同点与异同点,需要着重在中医妇科特有疾病的产生、女性的生殖生理解剖与病理、经带胎产疾病各自的不同处理、妇科检查及计划生育中加深理解与实践,所以在临床带教中切不可一概而论。教师应充分认识中医妇科实习生的带教特点,适当地延长临床实践时间,加深对传统文化以及中医妇科经典的解读以及实习生的熟记,创新性灵活性与传统的文化积淀共存,加强对其临床思维能力及中医思维能力的培养,加强对综合型与能力型人才的关注。在踏实基础研究的层次上不断深入开展实践研究,在实践中不断归纳总结,建立适当的人才教育培育模式,在此基础上传承优良的中医经典及思维能力并且服务于临床医疗。

参考文献

- [1]张建伟.如何指导实习生书写中医妇科病历[J].中国病案,2008,9(7):48-49.
- [2]赵海梅,卢钊,敖梅英.构建中医学专业应用型人才培养的阶梯[J].2017,32(4):597-600.
- [3]梁鹤.重视中医基础理论教学中的中医思维培养[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(3):9-11.
- [4]郭宏伟.中医药高等教育教学规律研究[J].中医教育,2017,36(2):10-13.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张建伟 收稿日期:2018-03-30)

清热解毒法对颈动脉粥样硬化患者 Hs-CRP、LDL-C 的影响^{*}

何 武 杨 键 蒋敏玲 江 伟 易桂生 文 辉

(桂林医学院附属医院中医科, 广西 桂林 541001)

摘要:目的 观察清热解毒法代表方剂黄连解毒汤对颈动脉粥样硬化患者高敏C-反应蛋白、低密度脂蛋白胆固醇的影响。方法 将120例颈动脉粥样硬化患者随机分为治疗组、黄连解毒汤治疗组、联合治疗组。治疗组接受常规治疗, 黄连解毒汤组接受黄连解毒汤治疗, 联合治疗组在常规治疗的基础上加用黄连解毒汤治疗。治疗前后观察患者颈动脉粥样硬化患者高敏C-反应蛋白、低密度脂蛋白胆固醇的变化。结果 治疗组与黄连解毒汤治疗组降低颈动脉粥样硬化患者高敏C-反应蛋白、低密度脂蛋白胆固醇效果相当 ($P>0.05$), 联合治疗组效果较治疗组、黄连解毒汤治疗组有效 ($P<0.01$)。结论 黄连解毒汤能通过清除体内热毒降低颈动脉粥样硬化患者炎症反应。

关键词: 清热解毒法; 黄连解毒汤; 颈动脉粥样硬化; 高敏C-反应蛋白; 低密度脂蛋白胆固醇

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.021

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0043-03

The Effect of Clearing Heat and Removing Toxin Method on Hs-CRP and LDL-C of Carotid Atherosclerosis Patient

HE Wu, YANG Jian, JIANG Minling, JIANG Wei, YI Guisheng, WEN Hui

(Department of Traditional Chinese Medicine, the Affiliated Hospital of Guilin Medical University, Guangxi Province, Guilin 541001, China)

Abstract: Objective To investigate high-sensitivity C-reactive protein, low density lipoprotein cholesterol in patients with carotid atherosclerosis. **Methods** Totally 120 patients with carotid atherosclerosis were divided into three groups. The group one was treated with synthetical medical, the group two was treated with Huanglian Jiedu decoction, and the group three was treated with synthetical medical and Huanglian Jiedu decoction. Eight weeks was a course of treatment. **Results** High-sensitivity C-reactive protein and low density lipoprotein cholesterol was descended, the group three was better than others. **Conclusion** Huanglian Jiedu decoction can reduce high-sensitivity C-reactive protein in patients with carotid atherosclerosis by clearing heat and removing toxin.

Keywords: clearing heat and removing toxin method; Huanglian Jiedu decoction; carotid atherosclerosis; high-sensitivity C-reactive protein; low density lipoprotein cholesterol

动脉粥样硬化 (atherosclerosis, AS) 是一全身性疾病。AS是心脑血管疾病的病理基础。研究发现, AS是机体血管受损后的慢性炎症过程, 在AS患病及进展过程中一直伴随着慢性炎症反应^[1-4]。颈动脉粥样硬化(carotid atherosclerosis, CAS) 是AS的一种, 其患病往往早于冠状动脉粥样硬化等血管硬化病变。CAS的进展、斑块的形成与破裂和继发的血栓形成(即易损斑块)是导致AS性脑梗死的主要原因^[5]。近年来由于火热邪气导致中风、火热脑病等传统理论的研究, 并验证于临床, 认为火热病邪在CAS发病中具有重要意义^[6]。本研究通过观察黄连解毒汤对CAS患者的影响, 探讨清热解毒法对CAS的影响及作用机理。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年1月—2016年10月在桂林医学院附属医院门诊及住院诊断CAS的患者120例为研究对象, 将其随机分为治疗组(常规治疗)40例、黄连解毒汤治疗组40例、联合治疗组(常规治疗+黄连解毒汤)40例。所有患者均签署知情同意书。治疗组中男性23例, 女性17例, 年龄35~72岁, 平均年龄(59.3±

12.1)岁, 病程1.0~13.0年, 平均病程(6.31±1.12)年; 黄连解毒汤治疗组中, 男性18例, 女性22例, 年龄38~75岁, 平均年龄(63.5±13.2)岁, 病程1.0~17.5年, 平均病程(6.34±1.10)年; 联合治疗组中, 男性21例, 女性19例, 年龄40~78岁, 平均年龄(58.7±13.0)岁, 病程1.0~17.5年, 平均病程(6.34±1.11)年; 各组患者均经多普勒超声检查显示存在动脉异常; 各组在性别、年龄和病程方面均无显著性差异, P 均 >0.05 , 具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组以常规西药进行治疗, 主要给予患者调节血脂(辛伐他汀片, 20 mg, 每晚1次, 批号: A1512132)及抗血小板聚集(阿司匹林肠溶片, 0.1 g, 每日1次, 批号: BJ33745)等方案进行治疗; 黄连解毒汤治疗组以黄连解毒汤进行治疗, 方组为黄柏、黄芩各6 g, 黄连、栀子各9 g, 1剂/d, 水煎服; 联合治疗组则在治疗组的基础上再加用黄连解毒汤进行治疗。均连续治疗8周。然后将各组患者治疗前及治疗后4周、8周时的高敏C-反应蛋白(high-sensitivity C-reactive protein, hs-CRP)、低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein cholesterol, LDL-C)进行检量与比较。

1.3 观察指标 试剂盒均购于北京九强生物技术有限公

^{*} 基金项目: 广西壮族自治区卫计委课题[No.z2015370]

司,hs-CRP测定采用免疫比浊法,LDLC测定采用酶直接法;均用PUZS-300型全自动生化分析仪对标本进行测定。

1.4 统计学方法 本研究中的计量资料均采用软件SPSS 21.0进行处理, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组治疗前、后hs-CRP的变化 治疗4周后,各组hs-CRP较治疗前无明显差异($P>0.05$);治疗8周后,各组hs-CRP较治疗前有数据差异($P<0.05$),联合治疗组效果明显($P<0.01$),如表1所示。

表1 治疗前后hs-CRP含量变化 ($\bar{x}\pm s$,mg/L)

组别	例数	治疗前	治疗4周后	治疗8周后
治疗组	40	21.90 $\pm$ 3.17	18.48 $\pm$ 3.43 [▲]	17.45 $\pm$ 3.42 [△]
黄连治疗组	40	21.39 $\pm$ 4.89	18.74 $\pm$ 5.16 [▲]	15.90 $\pm$ 3.39 [△]
联合治疗组	40	22.04 $\pm$ 4.11	18.01 $\pm$ 4.81 [▲]	15.41 $\pm$ 2.74 [#]

注:与治疗前比较,▲ $P>0.05$,△ $P<0.05$,# $P<0.01$

2.2 各组治疗前后 LDL-C 的比较 治疗4周后,各组LDL-C较治疗前无明显差异($P>0.05$);治疗8周后,各组LDL-C较治疗前有明显差异($P<0.05$),其中联合治疗组效果明显($P<0.01$),如表2所示。

表2 治疗前后血LDL-C含量变化 ($\bar{x}\pm s$,mmol/L)

组别	例数	治疗前	治疗4周后	治疗8周后
治疗组	40	4.67 $\pm$ 1.04	3.92 $\pm$ 0.90 [▲]	3.82 $\pm$ 0.85 [△]
黄连治疗组	40	4.70 $\pm$ 0.93	3.96 $\pm$ 0.92 [▲]	3.35 $\pm$ 0.84 [△]
联合治疗组	40	4.92 $\pm$ 1.22	3.99 $\pm$ 0.95 [▲]	3.13 $\pm$ 0.48 [#]

注:与治疗前比较,▲ $P>0.05$,△ $P<0.05$,# $P<0.01$

3 讨论

AS是心血管系统疾病中多发病,也是危害人类健康的常见病。它不仅是一种独立的疾病,也是心、脑、肾等重要器官疾病的病理基础和病理环节,严重威胁着人类的健康。AS是一个由炎症与脂质途径共同作用的慢性系统性炎症性疾病^[7-8],AS斑块或易损破裂斑块组织病理学研究证实斑块内有以巨噬细胞为主的炎症细胞浸润。炎症反应是AS进展及斑块不稳定的主要原因,有不稳定斑块的患者是未来发生心、脑、肾血管疾病的高危人群,提示炎症活动在AS的发生、发展过程中起着重要作用^[9]。颈动脉是人体重要的浅表动脉,其特殊的生理结构使之成为最易发生AS的大血管之一。CAS是全身AS的一部分。研究表明,炎症反应不仅参与AS病变的形成和进展,还对病变晚期易损斑块的形成具有重要意义。因此,积极有效地控制炎症反应,对治疗CAS及防治由CAS引起的心、脑、肾血管疾病起到积极的作用。

hs-CRP是一种非糖基化聚合蛋白,在机体各种急性慢性炎症、组织坏死与组织损伤时大量释放,是临床

上常用的各种急慢性炎症标志物。其具有免疫调节功能及免疫识别特性。血管的急慢性炎症过程导致AS是导致缺血性脑血管疾病发生的主要原因之一,血管的炎症具有渗出、变质、增生等炎症反应的病理特征,病变部位的炎症反应贯穿于AS形成及发展的全过程。近年来研究表明hs-CRP在AS形成和发展中起关键作用^[10]。而LDL-C是一种运载胆固醇进入外周组织的脂蛋白颗粒,可被氧化成氧化LDL-C,当氧化修饰的LDL-C过量时,其携带的胆固醇便沉积在动脉壁上,久而引起AS。流行病学证据均显示LDL-C升高与心肌梗死和血管性疾病死亡风险的增加密切相关。

中医学对CAS虽无明确记载,但其症状等多见于眩晕、头痛、头风、中风等病的论述中。CAS在临床上多表现为头晕、头痛、头部有紧箍和(或)压迫感,烦躁易怒,有耳鸣、嗜睡等症状,记忆力减退,容易疲劳,甚至表现为身体某部位发生阵发性、痉挛性抽搐。多认为CAS诸多临床表现多为痰火、肝火上扰清窍所致。火热邪气常傍随气血运行,全身上下内外无所不及,而气血的运行是以经络血脉为其通道,所以血脉最易被火热灼伤、痰瘀搏结,血得热则煎熬成块,附着于血脉,成为受邪部位。随火热邪气形成的痰瘀互相结滞,津聚血滞加重,脉道损伤,日久胶结难解,致脉道硬化僵直,痰、瘀有形之邪如果在局部结滞,即为斑块形成。黄连解毒汤始载于唐代王焘的《外台秘要》,是由黄芩、黄柏、黄连、栀子四味药物组成,具有清热泻火解毒的功效,传统用于热毒壅盛于三焦所致的大热烦躁、口燥咽干、目赤睛痛、错语不眠、热病吐衄、热或发斑等病症。该方为中医药清热解毒方中的代表方剂。本研究通过观察黄连解毒汤对CAS患者hs-CRP、LDL-C影响,发现治疗4周后,各组hs-CRP、LDL-C较治疗前无明显差异($P>0.05$);治疗8周后各组hs-CRP、LDL-C较治疗前有明显差异($P<0.05$),其中联合治疗组效果明显($P<0.01$)。表明黄连解毒汤能通过消除患者的火热邪气,而降低CAS患者hs-CRP、LDL-C,减轻CAS患者的炎性反应及高血脂状态,起到抗AS的作用。

参考文献

- [1]Yang G, Wang Y, Zeng Y, et al. Rapid health transition in China 1990-2010 findings from the Global Burden of Disease Study 2010 [J]. The Lancet 2013, 381 (9882):1987-2015.
- [2]周衍德,张艳林,谢莹,等.植物凝集素样氧化型低密度脂蛋白受体-1与动脉粥样硬化[J].国际脑血管病杂志,2015(2):145-150.
- [3]赖鑫,张华奎,贾素洁,等.组蛋白修饰参与动脉粥样硬化发生与发展的研究现状[J].中国临床药理学杂志,2015,3(8):673-676.
- [4]Liang Z, Han R, Qu Y, et al. Role of prophylactic filter placement in the endovascular treatment of symptomatic thrombosis in the central veins[J]. Thromb Res, 2014, 134(1):57-62.
- [5]GONZALEZ N R, LIEBESKIND D, DUSICK J, et al. Intracranial arterial stenoses: current viewpoint, novel approaches, and surgical perspectives[J]. Neu-

- rosurg Rev, 2013, 36(2): 175-185.
- [6]丁元庆, 屈静, 杨军. 颈动脉粥样硬化与证治探[J]. 山东中医杂志, 2007(3): 1-2.
- [7]Executive committee for Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. JAMA, 1995, 273: 1421-1428.
- [8]Naghavi M, Libby P, Falk E, et al. From vulnerable plaque to vulnerable patient: a call for new definitions and risk assessment strategies: Part I. Circulation, 2003, 108(14): 1664-1672.

- [9]Hansson GK, Libby P. The immune response in atherosclerosis: a double-edged sword. Nat Rev Immunol. 2006, 6(7): 508-519.
- [10]吴立文, 林华. 我国癫痫外科术前评估的现状和存在的问题[J]. 中华医学杂志, 2006, 86(47): 3313-3314.

(本文编辑:李海燕 本文校对:辛敏 收稿日期:2018-03-30)

疏肝健脾法论治反流性食管炎经验浅析[※]

隋晓丹

(长春中医药大学附属医院肝脾胃病科, 吉林 长春 130021)

摘要: 反流性食管炎是指由于胃、十二指肠内容物反流入食管引起食管黏膜损伤的一种慢性难治性疾病。笔者结合多年临床治疗反流性食管炎经验, 认为反流性食管炎病机应强调木郁土壅、胃失和降, 临床辨证以肝胃郁热证较为常见, 运用疏肝健脾法, 常用方为疏肝和胃颗粒治疗反流性食管炎, 临床疗效显著。

关键词: 反流性食管炎; 健脾疏肝法; 吐酸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.022

文章编号:1672-2779(2018)-11-0045-02

Analysis on the Experience of Invigorating Spleen and Soothing Liver Method in Treating Reflux Esophagitis

SUI Xiaodan

(Department of Gastroenterology, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: Reflux esophagitis is a chronic refractory disease caused by the reverse flow of stomach and duodenal contents into the esophagus. In combination with many years of clinical experience in the treatment of reflux esophagitis, the author considers that the pathogenesis of reflux esophagitis emphasizes the accumulation of wood, depression and soil. Stomach disharmony, syndrome differentiation of liver and stomach stagnation heat more common, the use of the method of invigorating the spleen and soothing the liver, commonly used to soothe the liver and stomach granule, the clinical efficacy is remarkable.

Keywords: reflux esophagitis; invigorating spleen and soothing liver method; acid regurgitation

反流性食管炎是指由多种原因导致食管下段括约肌松弛时, 胃酸、胰十二指肠液、胆汁等胃内容物反流入食管, 引起食管黏膜损伤的一种慢性难治性疾病^[1]。临床以反酸烧心、嘈杂、胃痛、咽喉不利、胸骨后不适等为主要症状。随着人们生活水平的日益提高, 反流性食管炎发病率近年来亦呈逐渐升高趋势^[2], 严重影响患者正常生活。目前, 现代医学治疗反流性食管炎主要通过增强胃肠动力, 制酸并防止胃酸反流, 从而消除导致反流性食管炎的致病因素。选择胃肠动力药、质子泵抑制剂和H₂受体拮抗剂, 如奥美拉唑、埃索美拉唑等, 虽可有效抑制胃酸, 但不良反应也很常见。近期疗效明显, 但远期疗效不理想, 且易反复。若长疗程维持用药, 易引发各种并发症, 如长期抑酸治疗有诱发萎缩性胃炎的倾向。而中医药对反流性食管炎的治疗却显示了独特的优势。笔者根据肝脾相关理论, 认为从肝脾论治、以疏肝健脾法治疗反流性食管炎具有临床指导意义。

1 病机强调木郁土壅、胃失和降

在中医古籍中并无“反流性食管炎”的记载, 结合反流性食管炎反酸, 嗝气, 烧心, 胸骨后烧灼痛等

表现, 其可归属于中医“吐酸”“嘈杂”“胃痛”“胃反”等疾病范畴。依据《景岳全书·吞酸》:“腹满少, 吐涎呕恶, 吞酸嗝气, 谗语多思者, 病在脾胃”, 指出脾胃为反流性食管炎病位。《医学传心录·咽酸尽为乎食停》:“咽酸者, 吐酸者, 俱是脾虚不能运化饮食, 郁积已久, 湿中生热, 湿热相蒸, 遂作酸也”, 故脾胃虚弱为发病基础, 胃失和降为主要病机。脾胃乃后天之本, 同居中焦, 互为表里, 胃腑生理功能上主受盛水谷, 故情志失调、饮食不节、外感六淫、酒食无度、素体胃弱或久病不愈, 均可致胃纳受损、胃失和降。脾胃运化有常, 则后天之气盛, 而邪不敢妄动。而素体脾胃虚弱或久病体虚耗伤脾胃, 则土虚木克, 肝气犯胃, 胃失和降, 胃气上逆, 而见反酸、嘈杂等症。《血证论》:“木之性主于疏泄, 食气入胃, 全赖肝木之气疏泄之, 而水谷乃化”。可见反流性食管炎发病亦与肝失疏泄关系密切。胃为阳土, 喜润恶燥, 其气以降为顺, 肝为刚脏, 喜条达而恶抑郁, 若平素恼怒易激、忧愁抑郁, 易致肝失条达, 疏泄不利。脾司运化, 赖于肝气疏泄之功, 肝在味为酸, 肝气郁滞, 克伤脾胃, 肝胃不和, 胃失和降, 胃气上逆, 而见反酸、嗝气, 反酸为反流性食管炎主要临床症状, 即酸性的胃内容物异常反流入食管, 对食管黏膜的刺激损

※ 基金项目:吉林省中医药管理局课题[No.2017202]

伤^[3],而胃酸产生与肝脏关系密切。中医学理论五味与五脏相对应,酸为肝之味。正如《症因脉治·外感吐酸水·内伤吐酸水》言:“呕吐酸水之因,恼怒忧郁,伤肝胆之气,木能生火,乘胃克脾,则饮食不能消化,停积于胃,遂成酸水浸淫之患矣”。《医家心法》云:“凡为吞酸,尽属肝木,曲直作酸也。”《素问玄机原病式·六气为病·吐酸》亦提到:“酸者,肝木之味也,由火盛制金,不能平木,则肝木自甚,故为酸也。如饮食热则易于酸矣。”可见肝与吞酸、反酸及酸性胃内容的产生均有着非常密切的关系。

2 辨证以肝胃郁热证较为常见

反流性食管炎一般病程较长,临床中有很多患者因为焦虑、抑郁、精神紧张,导致反流性食管炎反复发作,难以治愈。胃肠道是非常情绪化的器官,不良情绪会影响胃肠激素的分泌、食管下段括约肌压力和胃食管动力。因此,肝郁气滞是反流性食管炎发病过程中的重要因素^[4]。情志不畅、忧思恼怒,扰动肝气,肝气郁结,失于疏泄,胃气壅滞,失其和降,气逆于上。而肝为刚脏,体阴而用阳,气机郁滞,易化热生火。胃为阳明燥土,为多气多血之经,凡病邪踞之容易化热。故肝气犯胃,易从热化,而致肝胃郁热,气郁热壅,浊阴不降,酸水泛溢,故见反酸、嗝气、烧心、嘈杂、胸骨后灼痛、心烦易怒,善太息,纳差,口干苦,大便干,舌红苔黄,脉弦数等症状。正如秦景明言:“呕吐酸水之因,恼怒忧郁,伤肝胆之气,木能生火,乘胃克脾,则饮食不能消化,停积于胃,遂成酸水浸淫之患矣。”《医碥》言:“肝木疏泄太过,则脾胃因之而气虚,或肝气郁结太甚,则脾胃因之而气滞,皆肝木克脾土也。”《临证备要·吞酸》言:“胃中泛酸,嘈杂有烧灼感,多因于肝气犯胃。”^[5]

3 治疗当重视肝脾气机同调

肝与脾胃气机同调,脾胃为全身气机升降之枢纽,肝主疏泄,调畅气机,肝之疏泄功能正常,则脾司运化功能不受影响,气机升降如常。如《证治准绳·嘈杂》言:“嘈杂与吞酸一类,皆由……肝木动摇中土……盖土虚不禁所摇,故治法必当补土伐木。”提出补脾平肝治疗原则。依据《证治要诀》对治法提出:“凡气冲胸者,气冲胸痛,食已暴吐而渴,始当降气和中”。《张氏医通·呕吐啰·吐酸》亦指出:“若胃湿气郁而成积,则湿中生热,从木化而吐酸,久而不化,肝木日肆,胃土日衰,当平肝扶胃”,故提出以“疏肝健脾、燥湿泄热”为基本治疗原则。依《证治汇补·吞酸》:“吞酸为中气不舒,痰涎郁滞,须先用开发疏畅之品”之理用药,常用药有:柴胡、枳壳、香附、佛手、陈皮疏肝解郁;白术、白芍、砂仁、甘草、吴茱萸、茯苓、党参等保护胃黏膜,促进胃动力;海螵蛸、瓦楞子等抑制胃酸;旋覆花、代赭石、沉香、半夏等

降逆止呕;黄连、牡丹皮、栀子、吴茱萸等清泻肝胃之火;黄芪、党参、薏苡仁、太子参、茯苓、白术等益气健脾;川楝子、延胡索等止痛。常用方药为疏肝和胃颗粒,治疗反流性食管炎肝胃郁热证。本方由香附、五灵脂、姜半夏、茯苓、黄连等组成,诸药合用,芳化湿滞以调理脾胃,苦辛并进以复其升降,共奏疏肝健脾、燥湿泄热和胃之功,使湿热得化,气郁得通,清升浊降,胃气得和,反酸、嗝气、烧心、胸骨后灼痛等症可除。治标之时不忘顾护胃气,即扶正固本为主,辨因去邪为辅,标本兼顾而又标本兼治。本方经80例反流性食管炎患者临床观察,治疗组患者予疏肝和胃颗粒联合埃索美拉唑,对照组患者予埃索美拉唑治疗,治疗8周后,对比两组临床效果:两组临床症状及内镜疗效均有改善,治疗组优于对照组。治疗组总有效率为90%,对照组总有效率83.3%。

综上所述,反流性食管炎在其发病及治疗过程中均与肝脾关系密切,而肝胃郁热是临床常见证型^[6],木郁土壅、胃失和降是其常见病机,故治疗上应重视肝胃气机同调,以疏肝健脾、燥湿泄热为基本原则。配以清热、制酸、止痛、化瘀等法,合理组方用药,必能够标本兼治。此外,反流性食管炎易反复发作,情志不畅及饮食不节是本病最常见诱发因素,故药物治疗时应特别重视患者的情绪变化,避免精神刺激。而饮食上应注意添加疏肝理气食物,如芹菜、茼蒿、西红柿、萝卜、橙子、柚子、柑橘、香橼、佛手、陈皮等;清胃火、泄肠热食物,如小米、豆腐、绿豆、苦瓜、黄瓜、白菜、茭白、西瓜、梨等;健脾补气食物,如茯苓、莲子、扁豆、芡实、香菇、蜂蜜、红枣、香蕉、莲藕、葡萄、山药等;饮水宜忌辛辣温热之品如韭菜、辣椒、大蒜、酒、浓茶、咖啡、狗肉、虾等;避免油腻、煎炸等食物,应以煮、炖、余、烩、蒸为主,同时饮食应注意避免进食过热或过烫食物,防止损伤食道黏膜;餐后避免剧烈运动、避免腰带过紧;少食多餐,每餐尽量不要过饱;尽量让患者在每餐后30分钟内保持上身躯干直立位;睡觉时可将枕头垫高15~20 cm,以减少夜间胃内容物发生胃及食管反流;睡前2小时内尽量不进食、不饮水,睡前避免喝热茶或饮料及大量饮水。

参考文献

- [1]中华医学会消化病学分会.2014年中国食管反流病专家共识意见[J].胃肠病学,2015(20):155-168.
- [2]吴丽辉.小柴胡汤加减治疗反流性食管炎疗效观察[J].陕西中医,2014(4):418-419.
- [3]李笑梅.解郁清胃汤治疗肝胃郁热型反流性食管炎作用机制研究[J].四川中医,2016,34(11):85-87.
- [4]郝悦,黄裕新,王景杰.心理性应激对大鼠胃排空的影响及胃粘膜的损伤[J].第四军医大学学报,2002,23(7):603-605.
- [5]秦伯未.中医临证备要[M].北京:人民卫生出版社,1963:84.
- [6]叶蔚,王小奇,刘彬彬,等.反流性食管炎中医证候特点探析[J].中华中医药学刊,2013,31(7):1570-1571.

(本文编辑:李海燕 本文校对:侯立 收稿日期:2018-03-20)

补气活血通络方治疗缺血性中风的临床观察※

王美姣 张宪忠 于 宁

(日照市中医医院脑病科, 山东 日照 276800)

摘要:目的 观察使用自拟补气活血通络方治疗缺血性中风的临床疗效。方法 选取100例缺血性中风患者, 随机分为治疗组和对照组, 对照组50例给予口服阿司匹林肠溶片100 mg qn, 瑞舒伐他汀钙片10 mg qn; 治疗组50例给予自拟补气活血通络方 (制乌梢蛇10 g, 土鳖虫10 g, 醋制地龙10 g, 水蛭2 g, 白僵蚕10 g, 三七5 g, 丹参10 g, 鸡血藤10 g, 桃仁10 g, 红花10 g, 川芎6 g, 赤芍10 g, 黄芪30 g, 当归10 g, 制稀莪草10 g, 临证可适当加减), 颗粒剂, 水冲取200 mL, 早晚两次温服, 日1剂。连续服用30天为1疗程。观察治疗效果及不良反应。结果 治疗组显效17例, 有效24例, 无效9例, 有效率80.00%。对照组显效13例, 有效22例, 无效15例, 有效率70.00%。治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 补气活血通络方治疗缺血性中风效果明显, 值得进一步推广于临床。

关键词: 补气活血通络方; 缺血性; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.023

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0047-03

Clinical Observation of Invigorating Qi and Activating Blood Circulation Method in Treating Ischemic Stroke

WANG Meijiao, ZHANG Xianzhong, YU Ning

(Department of Encephalopathy, Rizhao City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Rizhao 276800, China)

Abstract: Objective To observe the clinical curative effect of treating ischemic apoplexy by using self-designed invigorating qi and activating blood circulation method. **Methods** A total of 100 cases of ischemic stroke patients were randomly divided into treatment group and control group, 50 cases in control group were given oral administration of Aspirin enteric-coated tablets 100mg QN, Rosuvastatin Calcium tablets 10mg qn. 50 cases in the treatment group were administered with the self-made tonifying qi-activating blood-activating prescription (10 g of preparation of Zaocys dhumnades, 10 g of Eupolyphaga Seu Steleophaga, 10 g of vinegar, 2 g of leech, 10 g of stiff silkworm, 10 g of ginseng, 10 g of red sage root, 10 g of red peony root, 10 g of peach kernel, 10 g of safflower, 10 g of herba siegesbeckiae, 10g of Radix Paeoniae Rubra, 30 g of Radix Angelicae Sinensis, 10 g of Radix Angelicae Sinensis, 10g of Radix Paeoniae Rubra, and appropriate addition and subtraction), Granules, water, 200 ml, morning and evening two warm, one dose a day. 30 days as a course of treatment. **Results** In the treatment group, 17 cases were significantly effective, 24 cases were effective, 9 cases were ineffective, and the effective rate was 80.00%. In the control group, 13 cases were significantly effective, 22 cases were effective, 15 cases were ineffective, and the effective rate was 70.00%. The curative effect of the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The tonifying qi-activating blood-activating prescription in the treatment of ischemic stroke has obvious effect, and it is worthy of further promotion in clinical medicine.

Keywords: invigorating qi and activating blood circulation; ischemic; stroke

缺血性中风即缺血性脑卒中, 是中医对急性缺血性脑血管疾病的统称。它是以猝然昏倒, 不省人事, 伴发口角歪斜、语言不利或半身不遂为主要症状的一类脑血液循环障碍性疾病。由于其发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高以及并发症多的特点, 所以目前已把它列为威胁人类健康的三大疾病之一。随着人们生活节奏的加快、高脂肪、高蛋白食物的摄入以及工作压力的加大, 使得缺血性中风的发病率呈逐年上升的趋势。若不能接受及时的治疗, 则会导致患者终身偏瘫或丧失语言功能, 这样不仅对患者的生活质量造成了不良的影响, 同时加重了患者以及其家庭的经济负担, 甚则影响生命。缺血性中风多因气候骤变、精神刺激、劳作失宜, 跌倒碰撞等, 引起脏腑功能失调, 气血逆乱, 进而产生风、火、痰、瘀、虚, 导致脑脉痹阻, 脑髓神机受损, 故而出现半身不遂、舌强语謇、甚则昏仆等一系列证候。缺血性中风的关键病

位在脑, 同时与心、肝、肾、脾关系密切。心火旺盛、肝失条达、脾失健运, 最终都将影响脑脉, 引发中风。而风、火、痰、瘀、虚在疾病演变过程中, 也并非孤立的, 而是互相影响, 密切关联。气虚则无力行血, 血脉阻滞而成瘀; 阴虚则无以制阳, 风阳动越; 气虚运化失职, 痰湿内生, 郁结化热, 热可生风, 同时痰热互结阻滞脉道, 可成瘀; 痰瘀互结, 脉络受阻, 血行不畅, 又可进一步使肢体失养, 而见虚。故临床上常见风痰阻络、风火上扰、痰热腑实、阴虚风动、气虚血瘀、阴虚络阻等证型。临床征候虽错综复杂, 千变万化, 但各种疾病、各个症状都有其各自的机理, 所以从整体来说, 总不外乎邪正盛衰、阴阳失调、气血失常、气机紊乱等病机变化的一般规律。因此治疗原则应以补虚泻实为主。现代医学的脑梗死、脑栓塞等疾病归属为缺血性中风, 所以现代医学治疗以对症支持治疗为主, 包括静脉溶栓、抗凝、抗血小板聚集、抗动脉硬化、清除自由基等药物的治疗。通过治疗, 可以在某些程度上减轻患者症状, 改善其生活治疗,

※ 基金项目: 山东省五批中医师承项目

但同时面临相关药物的并发症，如抗凝及抗血小板药物可能引起出血或消化道刺激症状，抗动脉硬化的他汀类药物可能造成肌肉溶解及肝损害。在中医治疗方面，补气活血通络方根据缺血性中风的病因病机及证候特点进行组方用药，辨证论治，不良反应少，临床收到明显效果。两种治疗效果对照如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年12月—2017年12月我院脑病科收治的100例患缺血性中风的住院患者，随机分为治疗组和对照组，每组50例。其中治疗组男28例，女22例；年龄为25~75岁，平均年龄（48.0±4.5）岁；病程最短为7 h，最长为15天，平均7.5天；首次发病的有39例，反复发作11例。对照组男31例，女19例；年龄30~80岁，平均年龄（49.0±5.5）岁；病程最短为1天，最长为20天，平均（12.3±5.0）天；首次发病的有35例，反复发作的15例。观察患者证候参照《中医病症诊断疗效标准》^[1]，辨证分型包括有风痰阻络型、风火上扰型、痰热腑实型、阴虚风动型、气虚血瘀型、阴虚络阻型。两组在年龄、性别、病程、疗效、不良反应等方面进行比较。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 口服阿司匹林肠溶片，每日1次，每次100 mg；瑞舒伐他汀钙片，每日1次，每次10 mg。以上药物连续使用1个月后，观察疗效。

1.2.2 治疗组 拟补气活血通络方治疗，药物组成：制乌梢蛇10 g，土鳖虫10 g，醋制地龙10 g，水蛭2 g，白僵蚕10 g，三七5 g，丹参10 g，鸡血藤10 g，桃仁10 g，红花10 g，川芎6 g，赤芍10 g，黄芪30 g，当归10 g，制豨莶草10 g。如伴有风痰者，加法半夏12 g，石菖蒲15 g；伴有风火者，加钩藤12 g，天麻10 g；伴有腑实者，加大黄9~10 g；伴有阴虚者，加龟板6 g；气虚明显者，加大黄芪用量至50 g；半身不遂以上肢为主者，可加桑枝、桂枝以温经通络；下肢为主者，加牛膝、杜仲以引药下行，补益肝肾；言语不利为主者，加石菖蒲、郁金、远志等以化痰开窍；体质偏寒者，加以温阳散寒之品；脾胃虚弱者，加党参、白术以补气健脾；瘀血较重者，可适当加量活血化瘀之品；阳盛热象明显者，注意减少温燥之品，以免助热生火；头痛、眩晕者，可加菊花、桑叶、夏枯草；心悸、喘息者，加桂枝、炙甘草以温经通阳；肢体麻木不仁者，加木瓜、伸筋草等舒筋活络；小便失禁者，加益智仁温肾固涩；汗多者，可加龙骨、牡蛎等敛汗之品。治疗者患者使用颗粒剂型，简单易于冲服，每日口服1剂，早晚分2次饭后温服，嘱咐患者服药治疗期间注意避免辛辣、腥膻、生冷、茶酒等刺激性食物或饮品，口服治疗1个月后观察疗效。

1.3 疗效评价 根据《中药新药临床研究指导原则》拟

定以下标准。显效：治疗后，症状、体征消失，能正常工作生活，随访半年无复发者；有效：原有证候、体征明显减少或减轻，偶有发生，不影响日常生活和工作；无效：症状、体征无明显变化，甚至恶化，出现其他并发症者^[2]。总有效率=（显效人数+有效人数）/总人数×100%。

1.4 统计学方法 数据均通过SPSS16.0软件包实现，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 2组疗效比较 治疗组显效17例，有效24例，无效9例，总有效率为82%；对照组显效13例，有效22例，无效15例，总有效率为70%，治疗组疗效明显优于对照组， $P<0.05$ ，见表1。

表1 2组疗效对比

[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	50	17	24	9	41(82.0)*
对照组	50	13	22	15	35(70.0)

注：* $P<0.05$

2.2 不良反应比较 治疗组出现1例轻度恶心，患者可耐受，后自行缓解；对照组出现2例明显上腹部疼痛不适，口服相关消化道药物后方缓解。

3 讨论

关于中风的认识，最早始于《黄帝内经》，当时在认识上以症状为主，描述为“偏枯”、“仆击”等，治疗则重针灸。至汉代张仲景的《金匮要略》定名为中风，将喎僻不遂、不识人、舌强等症统一于一个疾病。宋、金、元时期，对中风病因进行了较为深入的探讨，非风学说兴起，认为本病的发生与火气痰虚有关。至明代，提倡以内风为主，并出现顺气化痰、健脾益气、养血活血、补肾滋阴等新的治法和相应的方剂，并开创闭脱救治。清代，中风分类更精细，如分为真中风、类中风、阴中、阳中、热闭、寒闭等；故辨证用药方面更为具体，创制了多种有效方剂，王清任的补阳还五汤便应运而生，并沿用至今。王清任先生曾云“夫元气藏于气管之内，分布周身，左右各得其半。人行坐动转，全仗元气，若元气足，则有力；元气衰，则无力；元气绝，则死矣，若元气一亏，经络自然空虚，有空虚之隙，难免其气向一边归并”，据此创制了此经典之方。补阳还五汤原方组成为生黄芪120 g，当归6 g，赤芍5 g，地龙、川芎、红花、桃仁各3 g。本方证以气虚为本，血瘀为标，即王清任所谓“因虚致瘀”。故治疗当以补气为主，活血通络为辅。重用生黄芪，补益元气，气行则血行，血行则瘀去络通，为君药。当归活血通络而不伤血，用为臣药。赤芍、川芎、桃仁、红花协同当归以活血祛瘀；地龙通经活络，力专善走，周行全身，以行药力，亦为佐药。缺血性中风病在本虚的基础上，还兼有痰邪、瘀血等

阻滞脉道。故在治疗上,既要固本,即补气活血,还要兼顾祛痰、化瘀、通络,补气活血通络方正是在补气活血之补阳还五汤的基础上加入虫类药而成。虫类药的使用亦有漫长的历史,早在甲骨文时期就记载了蛇、麝、犀牛等40余种药用动物,《大戴礼记》提到“禽为羽虫,兽为毛虫,龟为甲虫,鱼为鳞虫,人为倮虫”。说明古代把“虫”字作为动物的总称,所以虫类药即为动物药。《神农本草经》记录动物药67种,其中全蝎、水蛭、僵蚕、龟甲、牡蛎、鳖甲等一直在临床被广泛使用。张仲景更是将虫类药作用于内科、妇科等多种疾病的治疗,《伤寒论》及《金匮要略》中,使用各种虫类药达12种。至清代,王清任在《医林改错》中,对血瘀证使用虫类药配伍治疗的方剂有9首,且至今应用广泛。就性质来说,虫类药有其自身的特点,性多沉降,且多归肝经,以其善于蠕动走串之特点,攻逐走窜,通达经络,祛风行血,容易被人体吸收利用^[1]。同时虫类药的配伍使用较为严格,当谨慎使用,掌握去邪不伤正的原则。补气活血通络方中乌梢蛇、土鳖虫、地龙、水蛭活血通络,兼能祛风、白僵蚕祛风化痰散结;桃仁、红花、三七、川芎、丹参、赤芍、鸡血藤养血活血化瘀;当归、黄芪补气养血,酒制豨莶草除湿通痹活络。重用补气药与活血药相伍,使气旺血行以治本,配合虫类药祛瘀通络以治标,达到标本兼顾的目的;且补气而不壅滞,活血又不伤正。达到预期治疗目的。缺血性中风各证候之间相互关联、相互转化,总结根本均是因虚致实或因实致虚,虚实错杂,风、火、虚、痰、气、瘀等因素在一定条件下相互影响,相互作用,急性期标实症状突出,急则治其标,故治疗以祛邪为主,同时注意扶正,防止耗伤气血津液,故补气活血通络方符合扶正祛邪的治则;

恢复期及后遗症期,邪实未清而正气已虚,治疗也应注意扶正祛邪兼顾。所以,总体看来,补气活血通络方既可治疗缺血性中风急性期,又是治疗中风恢复期及后遗症的常用方,适用于多种证型。同时现代研究表明黄芪能降低血管内阻力、扩张血管、改善脑代谢、增加氧供^[4]。整个方子能去瘀血、生新血,改善血液粘稠度,改变血液流变学的性质,清除自由基、消除或减小斑块,进而延缓动脉粥样硬化;扩张血管,尤其是动脉血管;改善微循环,提高组织耐氧的能力;调节血流分布,改善心脏功能;抑制血液凝固,抗血栓形成及预防血栓再发;促进出血和渗出物的吸收;促进组织的修复和再生;抑制胶原纤维的合成,抗组织增生,促进增生性病变的转化和吸收;增强免疫代谢功能,抗过敏反应或变态反应;增强组织的细胞的兴奋性;抗血小板聚集、降低纤维蛋白原;可促进脑内源性神经干细胞的生长、存活和向神经元及胶质细胞的分化,改善神经功能恢复进程^[5]。科学地调节被破坏了的阴阳平衡,重建人体的内环境,保持身体机能稳定。

综上所述,补气活血通络方在缺血性中风的多种证候及病程中均可应用,且临床疗效佳,副作用小,值得临床进一步推广辨证使用。

参考文献

- [1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [2]中华人民共和国卫生部颁布.中药新药临床指导原则[S].第一辑,1993:24-27.
- [3]窦志芳.医林改错注释及临床应用[M].太原:山西科学技术出版社,2006:5.
- [4]周萍,周滢.黄芪的不同配伍应用体会[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(10):275-277.
- [5]樊奥光.治疗性血管生成的研究进展[J].中国药物与临床,2003,3(3):178-179.

(本文编辑:李海燕 本文校对:杨峰 收稿日期:2018-04-03)

(上接第21页)快速提升低年资护士的工作能力帮助管理者培训临床护士,同时降低管理成本^[1]。通过SBAR沟通模式,能有效避免护生个人沟通水平低的因素,能让护生在短时间判断有效信息,分析、整合患儿的病例信息,使护生对患儿的病情做到心中有数,能够有条不紊地与患儿及家长进行沟通,对于部分胆小、不自信的护生,能提高护生与患儿进行沟通的信心,提高主动与患者进行沟通的兴趣,并于无形中提升自己的沟通能力,不仅能提升自己良好的社会形象,这也为护生正式走上临床岗位打下了良好的基础。但是,本研究也存在不足之处,比如在SBAR沟通模式实施过程中,对于护生的收集信息、处理信息和逻辑思维的能力等都有比较高的要求,护生来自不同的学校,接受教育的程度、水平不完全相同,对于SBAR沟通模式的掌握能力也会不一样,这导致研究的结果可能存在偏倚。

参考文献

- [1]Whittingham KA, Oldroyd LE. Using an SBAR-keeping it real. Demonstrating how improving safe care delivery has been incorporated into a top-up degree programme[J]. Nurse Education Today, 2014(34):e47-e52.
- [2]徐双燕,姚梅琪,周海燕.标准化沟通模式在医护间沟通中的应用[J].中华护理杂志,2012,47(1):48-49.
- [3]Zimmermann PG. Cutting edge discussions of management policy, and program issues in emergency care[J]. J Emerg Nurs, 2001, 27(2):179-189.
- [4]Fay-Hillier TM, Regan RV, Gallagher Gordon M. Communication and patient safety in simulation for mental health nursing education[J]. Issues in Mental Health Nursing, 2012, 33(11): 718-726.
- [5]De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, et al. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study[J]. Resuscitation, 2013, 84(9): 1192-1196.
- [6]勾洋,石群,汤月明. SBAR沟通模式在急诊重症监护室护理交接中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(9): 3241-3243.
- [7]中国医院协会. 实施病人安全目标指南[M]. 北京: 科学出版社, 2009: 31-33.
- [8]Randmaa M, Martensson G, Leo Swenne C, et al. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study[J]. BMJ Open, 2014, 4(1): 42-48.

(本文编辑:李海燕 本文校对:罗永丽 收稿日期:2018-04-03)

钼靶 X 线在乳腺增生病辨证分型中的价值

房丹凤

(中国医科大学附属盛京医院放射线科, 辽宁 沈阳 110004)

摘要:目的 探讨钼靶X线应用在乳腺增生病中医辨证分型中的价值。方法 回顾性分析乳腺增生病患者100例, 均经中医辨证分型, 分别采用BI-RADS标准钼靶X线分型及现代影像学钼靶X线分型, 总结不同中医证型的钼靶X线表现。结果 BI-RADS标准钼靶X线分型, 冲任失调组主要为致密型与多量腺体型; 痰瘀互结组主要为多量与少量腺体型; 肝郁气滞组主要为多量腺体型。致密型的冲任失调组患者明显多于其他2组 ($P<0.05$), 多量腺体型的肝郁气滞组患者明显多于其他两组 ($P<0.05$), 少量腺体型的痰瘀互结组患者明显多于其他2组 ($P<0.05$)。现代影像学结果, 冲任失调组主要为肥厚型、大片型; 痰瘀互结组主要为结节型; 肝郁气滞组主要为小片型、结节型。结论 乳腺增生病诊断中钼靶X线检查是重要的检查方法, 为中医辨证分型提供诊断依据。

关键词: 乳腺增生; 辨证分型; 钼靶X线; 乳癖

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.024

文章编号:1672-2779(2018)-11-0050-02

The Value of Molybdenum Target X-ray in the Syndrome Differentiation of Cyclomastopathy

FANG Danfeng

(Radiology Department, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

Abstract: **Objective** To explore the value of molybdenum target X-ray in the syndrome differentiation of mammary gland. **Methods** 100 cases of cyclomastopathy patients were retrospectively analyzed. The BI-RADS molybdenum target X-ray classification standard and modern line of molybdenum target X-radiographic classification were applied, and the different TCM syndrome types of molybdenum target X-ray manifestations were summarized. **Results** BI-RADS standard molybdenum target X - line classification, the impact of the disordered group is mainly compact and multi-volume adenoids. Phlegm-blood stasis is mainly composed of multiple and small amounts of adenocarcinoma. The liver qi stagnation group is mainly a multi-volume gland type. Dense type of blunt as a disorder group patients were significantly more than the other two groups ($P<0.05$), more quantity of gland body liver depression and qi stagnation group patients were significantly more than the other two groups ($P<0.05$), a small amount of gland body in patients with phlegm and blood stasis group was obviously more than the other two groups ($P<0.05$). The results of modern imaging are mainly of hypertrophy and large type. The main nodules are nodular type. The liver qi stagnation group is mainly small and nodular type. **Conclusion** Mammography is an important examination method for the diagnosis of cyclomastopathy, which provides the diagnostic basis for TCM syndrome differentiation.

Keywords: cyclomastopathy; syndrome differentiation classification; molybdenum target X-ray; lump in breast

在乳腺疾病中, 乳腺增生病是一种常见病、多发病, 主要发病于35~40岁女性群体。目前临床针对该病症的发病原因尚未弄清, 而中医学理论认为, 该病症属于“乳癖”范畴, 且按照患者不同的临床表现可将其分为冲任失调型、痰瘀互结型; 肝郁气滞型等。而在临床治疗的过程中, 根据不同中医辨证分型采取不同的治疗方法。但当前针对中医辨证分型, 临床辅助检查支持缺乏一定有效性和客观性^[1-2]。因此本研究选取我院收治的乳腺增生病患者100例, 回顾性分析患者的临床资料, 根据钼靶X线的表现分组, 为乳腺增生病的中医辨证分型提供诊断依据。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2016年6月—2017年12月收治的乳腺增生病患者100例为研究对象, 回顾性分析患者的临床资料, 年龄为24~50岁。所有患者均经中医辨证分型, 即分为冲任失调组20例, 平均年龄为 (35.4±5.2) 岁, 平均病程为 (3.2±0.5) 年; 痰瘀互结组30例, 平均年龄为 (36.2±5.5) 岁, 平均病程为 (3.1±0.5) 年;

肝郁气滞组50例, 平均年龄为 (35.9±5.3) 岁, 平均病程为 (3.4±0.6) 年。3组患者基础临床资料比较差异不显著, $P>0.05$ 。

1.2 纳入及排除标准 年龄为18~50岁; 均符合辨证诊断中的一种; 均知晓本次实验并签订知情同意书; 排除依从性差或不配合检查者, 排除伴有血液系统、循环系统或严重呼吸系统疾病者, 排除乳腺恶性肿瘤者。

1.3 辨证标准 (1) 冲任失调型: 表现为脉细, 舌薄白, 舌淡, 月经紊乱, 乳房疼痛较轻。(2) 痰瘀互结型: 表现为苔腻, 舌暗红, 乳房疼痛与月经无关。(3) 肝郁气滞型: 表现为苔薄, 舌淡红, 烦躁易怒, 乳房疼痛与月经有关, 乳房窜痛, 胀痛。

1.4 诊断标准 (1) 乳房疼痛、肿块; (2) 病理学检查可见不同程度的乳腺腺泡、导管扩张、增生; 乳腺内部经乳房钼靶X线显示可见均匀密度增高影; 乳腺内经乳腺超声显示可见纤维腺体组织回声紊乱。

1.5 方法 本次研究所用的仪器型号为Prospect S Fastr乳腺X射线机 (美国GE公司), 常规乳腺摄影采用侧斜

表1 现代影像学钼靶X线分型

[例(%)]

组别	例数	团球型	棉球型、串珠型	条索型	乳房悬韧带变形、增粗型	肿块型	肥厚型、大片型	小片型	结节型
冲任失调组	20	1(5.00)	1(5.00)	1(5.00)	0(0.00)	2(10.00)	10(50.00)	3(15.00)	2(10.00)
痰瘀互结组	30	2(6.67)	1(3.33)	1(3.33)	2(6.67)	3(10.00)	3(10.00)	5(16.67)	13(43.33)
肝郁气滞组	50	3(6.00)	2(4.00)	0(0.00)	2(4.00)	3(6.00)	5(10.00)	23(46.00)	12(24.00)

位(MLO)和头尾位(CC)。参照BI-RADS标准(由美国放射学会提出)进行钼靶X线片分型:(1)致密型:可见乳腺组织致密;(2)多量腺体型:可见多量的纤维腺体,且乳腺组织分布不均匀;(3)少量腺体型:可见散在的纤维腺体;(4)脂肪型:脂肪组织几乎完全替代乳腺组织。采用《现代乳腺影像诊断学》中相关标准对乳腺增生病进行分型^[3]:(1)团球型:可见乳腺整体密度均增高;(2)棉球型、串珠型:可见非典型重度增生;(3)条索型:可见乳腺异管扩张、增生;(4)乳房悬韧带变形、增粗型:可见乳房悬韧带变形、增粗;(5)肿块型:可见不均匀密度的肿块增生;(6)肥厚型、大片型:可见一个或几个大叶增生;(7)小片型:可见半圆形或小球形致密团;(8)结节型:可见乳腺内散在分布或点状密集的小结节。

1.6 统计学分析 采用软件SPSS 22.0进行数据处理。计数资料用卡方检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 现代影像学钼靶X线分型 冲任失调组主要为肥厚型、大片型;痰瘀互结组主要为结节型;肝郁气滞组主要为小片型、结节型。见表1。

2.2 BI-RADS标准钼靶X线分型 冲任失调组主要为致密型与多量腺体型;痰瘀互结组主要为多量与少量腺体型;肝郁气滞组主要为多量腺体型。致密型的冲任失调组患者明显多于其他两组($P<0.05$),多量腺体型的肝郁气滞组患者明显多于其他两组($P<0.05$),少量腺体型的痰瘀互结组患者明显多于其他两组($P<0.05$)。见表2。

表2 BI-RADS标准钼靶X线分型

[例(%)]

组别	例数	致密型	多量腺体型	少量腺体型	脂肪型
冲任失调组	20	8(40.00)	9(45.00)	2(10.00)	1(5.00)
痰瘀互结组	30	3(10.00)	12(40.00)	14(46.67)	1(3.33)
肝郁气滞组	50	4(8.00)	40(80.00)	3(6.00)	3(6.00)
合计	100	15	61	19	5

3 讨论

在临床上,乳腺增生病属于一类症候群,在女性群体中较为常见,临床表现为乳房刺痛、隐痛、胀痛等,主要与内分泌失调、精神压力过大等因素有关,导致了下丘脑-垂体-性腺激素调节紊乱,临床上根据患

者的不同中医辨证情况,给予相应的治疗,疗效达到最佳。该病症具有复杂多样的病理表现,且主要表现为导管和乳腺小叶增生。而导致患者发病的原因除遗传因素外,还包括由紧张、焦虑、抑郁等情绪造成的体内雌激素水平失调。该病症一般在育龄妇女中具有较高发病率,而绝经后或者青春期较为少见^[4]。

中医学理论认为,该病症的发生与冲任、肝、脾、肾等脏腑经络功能具有一定关系,且是由冲任失调、疏泄失常、肝气郁结、情志不畅,造成痰凝结聚、气滞血瘀、气血运行不畅所致^[5]。而目前在临床诊断乳腺疾病的过程中,钼靶X线检查是较为常用的检查手段,且其优点在于经济实惠、放射剂量少、操作简单、成像清晰、整体感强、特征突出、对钙化敏感性高等^[6]。本研究中,乳腺腺体根据BI-RADS标准进行钼靶X线分型:冲任失调组主要为致密型与多量腺体型;痰瘀互结组主要为多量与少量腺体型;肝郁气滞组主要为多量腺体型。乳腺增生病钼靶X线分型:冲任失调组主要为肥厚型、大片型;痰瘀互结组主要为结节型;肝郁气滞组主要为小片型、结节型。其中冲任失调型多发生具有较长病程的中年妇女,其乳腺腺体增厚,且肿块质地坚实,形状不规则,界限清楚,表面不光泽等。通过中医辨证分型还发现,乳腺增生疾病是由早期气滞向后期痰凝、血瘀发展而成。因此可以看出,女性乳腺增生病中医辨证分型与钼靶X线表现具有一定相关性。

女性乳腺增生病诊断中钼靶X线检查是重要辅助手段,有利于中医辨证分型,因此值得临床应用推广。

参考文献

- [1]陈健,雷瑞美,叶晓青.钼靶X线检查在乳腺增生病中医辨证分型中的应用价值[J].新中医,2016,48(9):56-57.
- [2]田彦华,官卓娅,侯俊伟.乳腺增生病辨证分型与乳腺钼靶X线相关性研究[J].山东中医杂志,2011,30(2):87-88.
- [3]卢德超,沃立科,赵虹,等.不同中医证型乳腺增生组织蛋白质组的研究[J].中华中医药杂志,2011,26(3):565-569.
- [4]徐春红,张晓菲.乳腺增生病中医辨证与钼靶影像学相关性的研究[J].中国医药指南,2014,12(20):311-312.
- [5]吕萌,王芷乔,裴晓华,等.乳腺增生病中医证候学调查研究[J].中医药学报,2015,21(16):1-4.
- [6]王小燕,凌冰,韦海明,等.乳腺增生超声造影特征表现及诊断[J].中国超声医学杂志,2013,29(7):615-618.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李禹其 收稿日期:2018-03-06)

基于病案数据挖掘的中医临床理论重建初探

马思佳¹ 孙旭² 马鑫桦¹ 李远^{1*}

(1 河北大学中医学院, 河北 保定 071002; 2 河北医科大学药学院, 河北 石家庄 050000)

摘要: 中医临床理论多是由著名医家的经验升华形成的, 反映了临床上不同学术派系以及不同学科的优势特征, 但这其中不免掺杂了个人主观经验, 因此本文就中医临床理论研究中医病案为基础, 对应用病案数据挖掘结果来总结和重建中医临床理论的方式进行了探讨, 认为该方法可为完善中医临床理论提供客观的数据支持, 使中医临床理论的来源更具有科学性。

关键词: 病案; 数据挖掘; 中医临床理论; 转化医学; 临床科研一体化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.025

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0052-03

Preliminary Study on the Reconstruction of Traditional Chinese Medicine Clinical Theories Based on Medical Record Data Mining

MA Sijia¹, SUN Xu², MA Xinhua¹, LI Yuan^{*}

(1. Department of Traditional Chinese Medicine Hebei University of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Baoding 071002, China;

2. College of Pharmacy, Hebei Medical University, Hebei Province, Shijiazhuang 050000, China)

Abstract: The clinical theories of traditional Chinese medicine are mostly formed through the sublimation of the experience of famous doctors. They reflect the characteristics of clinically different academic factions and different disciplines. However, they inevitably incorporate personal subjective experience. Therefore, this article is based on the clinical theory of traditional Chinese medicine in the study of traditional Chinese medicine. The use of case data mining results to summarize and reconstruct the clinical theory of TCM was discussed. It is believed that this method can provide objective data support for the improvement of TCM clinical theory, and make the source of TCM clinical theory more scientific.

Keywords: medical records; data mining; TCM clinical theories; translational medicine; clinical scientific research integration

中医临床理论决定着中医临床学科的发展水平, 是中医临床发展的动力。从古至今, 中医名医名家辈出, 他们的临床经验和学术思想不断提炼升华, 逐步形成了传统的中医临床理论。新中国成立以来, 中医不断汲取最新的科技成果, 进行了大量临床实践, 而中医临床理论发展缓慢, 已经成为制约当代中医学术发展的瓶颈, 对如何开拓中医临床理论的研究, 可谓见仁见智, 但各种新的临床理论常常裹挟着“各家学说”。在当今大数据和信息技术发达的背景下, 运用数据挖掘技术对中医病案进行大数据分析, 客观揭示当前中医临床理论的本来面目, 尽可能减少个人见解的偏倚, 对于推动中医临床理论发展具有重要的现实意义, 本文就基于病案数据挖掘的中医临床理论重建进行探讨如下。

1 传统中医临床理论的构建框架

1.1 中医古典文献是传统中医临床理论的基础 众所周知, 中医之所以能够屹立千年不倒, 很大一部分原因是因为其有独特的理论体系, 而在这其中, 中医古典文献做出的贡献应该是第一位的。因为这些古典文献的记载和流传, 为后世的医家提供了参考和借鉴, 使得我们从前人的思维上不断创新, 与临床进行有机结合, 不断研究出新的适合于当前时代的临床理论。例如, 中医学无论在理论研究还是在临床治疗方面的丰富, 许多根本性的理论都是源自于《内经》。该书创立

了藏象、经络、诊法等各方面的理论^[1], 勾画了中医理论的雏形, 构建了中医理论体系的基本框架。到后期东汉时期张仲景的《伤寒论》则是创造了以六经辨证和脏腑辨证为主的局面, 其所倡导的“观其脉证, 知犯何逆, 随证治之”使得辨证论治登上新的高度。到了金元时期, 就是百家争鸣的时代, 这期间以金元四大家为主的学派开始萌生, 留下了许多可供后世医家参考的古典文献并创建了不同的临床理论, 而明清时期以叶天士和吴鞠通为首确立的卫气营血和三焦辨证, 使温病学的辨证理论逐步趋于完善, 至今仍是指导临床治疗温热病的理论依据。

总之, 传统中医临床理论的构建和完善, 离不开前人的摸索与贡献, 也得益于著名医学家创建的传统中医理论, 使得我们现在的中医体系不断的饱满和充实。

1.2 当代著名中医的临床经验不断提升为中医临床理论 传统中医的临床理论, 在很大程度上展示着著名医家的临床经验。在中医理论与实践发展的相互促进过程中, 当代医家通过读书、临证、心悟将实践经验不断总结并升华为理论, 又在实践中不断完善既有的理论, 成为中医理论发展的重要途径和模式, 而当代中医理论的发展则需要将传统理论与现代实践相互融合起来。

例如上世纪60年代时, 面对中医基础理论中新的思想相对匮乏的这一局面, 邓铁涛结合其治疗的临床经验, 首次提出了“五脏相关学说”。尽管当时的理论准备并不完善, 但是这一理论的提出, 在很大程度上

* 通讯作者: liyuandutcm@126.com

完善并且取代了“五行学说”中某些模糊性和不确定性,并且随着时代的发展,逐渐验证了邓老的这一经验的正确性,也成为指导中医临床理论的一大重要体系^[2]。又如,脑出血这一现代疾病在古代名为中风,多数是“从风而治”,认为肝脏与中风的的关系最为密切。随着时代的推进,自20世纪80年代以来,许多学者根据微观辨证和中医理论“离经之血便是瘀”,提出急性出血中风属中医血证,瘀血阻滞是急性期脑出血的最基本病机,是治疗的关键所在^[3]。故现代中医临床治疗上多以活血化瘀法治疗脑出血、脑梗塞这一系列疾病。若是仔细研读传统中医临床理论后,我们不难得出其构成和完善离不开当代著名医家的临床经验,它是在历经岁月的洗礼下不断塑造成型的。

1.3 传统中医临床理论不断将现代医学相关内容中医化 传统中医临床理论不断吸收现代医学的理论,将其相关内容不断中医化,将病人的各种证型通过五脏辨证、阴阳五行辨证以及八纲辨证划分得越来越细化,以提供病人在中医临床上治疗的理论依据。中医吸取了现代医学理论后正在不断壮大其内容,现代医学相关内容中医化在许多难治疾病的辨证治疗中都起到了良好的指导作用^[4]。如艾滋病是古代传统中医辨证论治的空白,通过对艾滋病中医病因病机、证候规律、治法方药的系统研究,提出了“艾毒伤元”“脾为枢机”“气虚为本”的病因病机学说,确立了艾滋病“培元解毒”“益气健脾”的治疗原则,为中医药防治艾滋病奠定了理论基础,为进一步提高艾滋病的中医药临床诊疗效果提供理论依据^[5]。

2 当前中医临床理论发展存在的不足

2.1 中医主流理论不突出且与时俱进力度不够 不可否认的是,当代的中医临床理论发展也是存在诸多不足的,中医理论的完善和发展是中华五千年来集体智慧的结晶,个别医家提出的临床理论可能各有千秋,其所立的角度和思维也不尽相同。例如,同是治疗输卵管阻塞这一疾病时,朱南孙教授认为多是由于湿蕴冲任所致,其用自拟的清热利湿方进行治疗;而李广文教授则认为这一疾病多是由于瘀血阻络为主,治疗上以活血祛瘀为法,拟通任种子汤进行治疗^[6]。又如对于“和解法”这一治疗方法的理法方药,当代名医蒲辅周老先生认为“寒热并用,补泻合剂,表里双解,苦辛分消,调和气血,皆谓和解”。而方和谦教授则认为“在治法上扶正祛邪,表里兼顾,此法就为和解法”。不同的医家在面对不同的疾病,甚至是不同的理法方药时,所持的看法常常是“各家学说”,这就导致了当

前中医临床理论发展比较混乱,不能全面地体现中国五千年来的发展过程中的中医主流理论。

目前中医基础理论还存在一个缺陷就是它的与时俱进力度还不够,很多古代经典方药的主治病症,在当今时代已经不再多见了。比如蛔虫导致的蛔厥这一致病因素在现代已经不再常见,对应的乌梅丸的主要适应病症也不再是蛔厥;在针对没有明显临床表现的疾病如乙肝时,按传统中医往往体现出“无证可治”的状态;传统的诊断与现代检查相结合的力度也不够,中医临床基础理论在某些程度上忽略了其与生化、B超、X光、CT等现代检查结果的结合,并没有用中医理论对其做一合理的陈述;且现在临床上很多中药的药理作用、性味归经的研究作用还不够深入、细致,其作用不能在微观上得以解释。这些都导致了临床上很多情况没有从中医理论来认识中医,不是“以中解中”,而是“以西解中”,形成了临床抛弃中医理论的状态^[7]。由于中医学是一门实践性很强的学科,它是在哲学辨证的思想指导下,与临床经验不断结合,这与西医知识体系相比较,难免存在一定的滞后性,这都会使得中医临床理论发展相对的落后。

2.2 部分中医理论带有权威专家的“个人学说”偏见 传统中医强调个人经验和学说,以中医内科学为例,第八版中的脑系疾病在第九版中已经删除,其涉及到的各种脑系疾病大多数归属于心系疾病与肝系疾病。根据其版本的不同,我们可以明显看出其凸显的中心内容及其思想不同,其多是体现编著者的理论思想,在一定程度上并没有客观地揭示疾病的本质,治疗理论也不够完善,一部分内容与最新研究得出的论文理论不符,这使得当代中医临床理论在某些程度上,带有权威专家的“个人学说”色彩。由于现代西方先进的科技文化流入,使得中医在一定程度上备受质疑,而正是因为人们对于中医理论的一些偏见,才使得中医长期让人诟病。

3 新的时代背景下中医临床理论发展方向

3.1 临床理论应具有真实性与系统性 中医临床理论的发展方形应当是建立在客观并且真实的临床实践基础上,从一次次临床实践中得出。由于历史时代的原因以及假设推理、模式建设的广泛使用,当代中医临床理论中理论与假说并存的现象较为普遍,如中医的五运六气学说对现代疫病预测和人体各经络脏腑在时间上对于人体治病效果的不同等,就需要我们在扎实的文献与临床实践基础上,对医案进行认真总结,利用科学的方法深入挖掘,开展中医理论的去伪存真研究,

以促进中医理论的科学与健康发展。

另外,传统的中医临床治疗上所用的理法方药,多是根据个人经验所进行的。随着科技的不断发展与时代的不断进步,当代的中医临床理论应该在成功的中医医案上进行系统的总结,不断挖掘和研究其微观的结构,并随着年月的更迭不断更新,不断完善,使其具有科学性和理论依据。同时,对近年来兴起的传染性非典型肺炎、艾滋病、禽流感等古人所没有经历过的疾病的诊治,中医就其病因病机的认识以及探究相应的诊疗方法,无疑也是一种理论上的创新^[9]。通过对其进行深一层次的研究和发现,归纳出合适的治则治法,找到针对这一疾病的理法方药,使其更具有系统性,使得临床上中医治病可以循序渐进,注重整体,也是当代临床理论的一大发展方向。

3.2 临床理论具有信息化的特点并可持续拓展 随着时代的进步,当代的中医临床理论可以通过网络等方式进行共享,在大数据的这一时代背景下,随着病案的不断报道与积累,可以将各类成功的中医医案进行统计和挖掘,其结果也会不断进行更新和发展。不同的医家对于某一疾病的认识角度可能不同,其表现在病位、病性、病势和证候的判断标准也不一样,因此方药规律也不一样。而通过统计某一中医或西医疾病的较大样本病例,并对其进行数据挖掘,可以得出整个中医群体对于这一疾病诊治的证候分布、治则治法、处方用药等的规律,甚至可以根据统计的结果探索出新的方药,分析他们的共同点和所在差异。将中医临床理论具有信息化的这一特点不断地拓展下去,通过计算机等客观科学的手段进行分析,与主观的名老中医传承模式相比,更具客观性,更容易被临床医生接受,对各种疾病的中医临床用药也更具有指导价值。

4 基于病案数据挖掘的中医临床理论重建

4.1 病案研究是中医理论发展的重要基础 在当今大数据的时代背景下,中医固有的传统整体论科学特征有了越来越多的可供改变的空间。这种变化既为其按照自身特有的规律发展特点带来了机遇,也给未来中医理论的发展提出了挑战。同时,学习医案研究也是中医学相关大学生们应该学习的一项内容。阅读医案是必要的训练,也是中医入门的方法之一。医案的故事性引人入胜,在自然而然中接受中医思维方法和传统文化知识,同时医案中所呈现的名医风范,医德对学生起到潜移默化的影响,并培养对专业的热爱^[9]。病案客观、真实地直接记录疾病诊断和治疗过程,医案研

究作为中医理论发展过程中至关重要的一环,是中医理论发展的重要基础,以研究病案为基础,对于中医理论的形成和临床上中医积累经验,都起到了一定的辅助提升作用。

4.2 数据挖掘方法是中医理论发展的现代技术手段 利用多种数据挖掘技术对中医病案中的有关信息进行归纳、整理,是近年来传承中医临床经验的重要方法之一^[10]。通过对同一种疾病的病案进行数据挖掘以分析医者的思路和探索其用药的方法,对中医临床病案进行规范化的整理,能够深入总结其临床经验,挖掘隐藏在大量病案背后的诊治规律,甚至探索出新的方药配伍,为中医理论的发展提供一定的科学依据的同时,使得中医理论的发展越来越现代化,不仅仅只是停留在以前的靠读书和个人经验的结合,也为广大的中医在日后的临床治疗上提供了新的思路 and 方向。

4.3 临床实践推动理论发展,赋予转化医学新的内涵 目前,我们通过并按数据挖掘来总结一些中医对于治疗同一种疾病所采取的诊断和用药,可以获得新的思路,并且为完善我们现有的中医理论基础可以提供可靠的理论支持。采用数据挖掘技术对中医学术思想和临证经验进行研究,可以全面解析其中的规律,分析中医个体化诊疗信息特征,提炼出临证经验中蕴藏的新理论、新办法,可以实现经验的有效总结与传承^[11]。与此同时,要求我们用发展的眼光将现代的科技手段整合加入到传统的中医学理论中去,推陈出新,通过临床实践与基础理论的不结合,不断完善,推动祖国医学现代化,谱写有关于中医学在转化医学上新的篇章。

参考文献

- [1]刘向哲.中医理论创新与发展的基础和机遇[J].中医学报,2010,25(5):884-885.
- [2]邱仕君,吴玉生.在基础理论与临床医学之间——对邓铁涛教授五脏相关学说的理论思考[J].湖北民族学院学报(医学版),2005,22(2):36-39.
- [3]顾宁,周仲英.通下法治急性脑出血研究进展[J].中国中医急诊,2000,9(5):227.
- [4]靳士英.邓铁涛教授学术成就管[J].现代医院,2004(9):1-6.
- [5]许前磊,徐立然,郭会军,等.艾滋病发病与防治中医理论的初步构建[J].中医杂志,2015,56(11):909-911.
- [6]张少聪,周伟生.名老中医验方治疗输卵管阻塞性不孕症概况[J].中华中医药学刊,2010(3):489-491.
- [7]孟静岩,应森林.试论中医基础理论指导临床研究的思考与途径[J].上海中医药大学学报,2009(3):3-5.
- [8]邢玉瑞.新形势下中医理论发展的思考[J].中医杂志,2016,57(18):1540-1542.
- [9]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(18):80-82.
- [10]郭军.基于数据挖掘分析前名老中医病案整理的思路与方法[J].中医药信息,2011,28(2):49-50.
- [11]吴嘉瑞,唐仕欢,郭位先,等.基于数据挖掘的名老中医经验传承研究述评[J].中国中药杂志,2014,39(4):614-617.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张冬亚 收稿日期:2018-03-27)

X线及MRI肩周炎患者影像特征与辨证分型的关系

单双¹ 贾中文²

(中国医科大学附属第四医院放射线科, 辽宁 沈阳 110032)

摘要:目的 研究肩周炎患者X线与MRI的影像特征与中医辨证分型的关系。方法 选取肩周炎患者100例进行X线检查, 其中21例患者同时接受MRI检查。分析检查结果, 总结肩周炎影像特征与中医辨证分型的关系。结果 15例瘀滞型、26例风寒湿型、59例气血亏虚型。肩峰下脂肪线模糊且部分消失者34例, 肩部软组织内片状或斑点状钙化者31例, 肩峰下滑囊增厚者3例, 肩关节退行性变者46例, 包含21例不同程度骨质疏松和关节间隙改变者及25例关节面边缘骨质增生者, X线正常15例。21例MRI检查提示肩袖损伤4例、肩盂关节积液16例、肩峰下关节滑囊积液1例。结论 肩周炎患者的影像学具有一定的特征, 能为疾病分型及辨证施治提供参考。

关键词: MRI; 肩周炎; 辨证分型; X线; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.026

文章编号:1672-2779(2018)-11-0055-02

The Relationship between the X-ray and the Image Characteristics of MRI and Syndrome Differentiation Classification in Patients with Scapulohumeral Periarthritis

SHAN Shuang, JIA Zhongwen

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

Abstract: Objective To study the relationship between the imaging characteristics of X ray and MRI in patients with periarthritis of shoulder and the syndrome differentiation of TCM was studied. **Methods** A total of 100 patients with periarthritis of shoulder were examined by X ray, and 21 patients underwent MRI examination at the same time. The relationship between the characteristics of periarthritis of shoulder and the syndrome differentiation of Chinese medicine was summarized. **Results** There were 15 cases of stasis, 26 cases of wind chill and 59 cases of qi and blood deficiency. Under the shoulder peak disappear fat faint and part of the 34 cases, flake or punctate calcification within the shoulder soft tissue 31 cases, shoulder peak decline capsule thickening of the 3 cases, shoulder joint degeneration of 46 cases, contains 21 cases of varying degrees of osteoporosis and joint clearance changer and 25 cases of articular surface edge bone, increase the living X-ray normal 15 cases. In the 21 cases, there were 4 cases of rotator cuff injury, 16 cases of glenoid joint effusion, and 1 case of synovial fluid accumulation under the shoulder peak. **Conclusion** The imaging of patients with periarthritis of shoulder has certain characteristics, which can provide reference for disease classification and syndrome differentiation treatment.

Keywords: MRI; scapulohumeral periarthritis; syndrome differentiation; X-ray; arthromyodynia

现阶段, 肩周炎在我国临床上比较常见, 患病以50岁左右的人群为主, 中医学称为“锁肩风”和“五十肩”等, 和肌腱、关节退变以及肌肉的损伤有着较密切的关系^[1]。相关资料中提到, 人体在罹患肩周炎后可表现出活动受限以及肩部疼痛等症状, 可对其生活质量造成较大影响^[2]。对此, 本文将重点分析X线及MRI在肩周炎患者诊断中的影像特征与中医辨证分型的相关性, 总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年9月—2017年12月本科接诊的肩周炎患者100例, 包含男性患者61例, 女性患者39例; 年龄34~70岁, 平均(55.27±3.14)岁; 病程2~9年, 平均(3.1±0.6)年。患者就诊时具有不同程度的肩关节及周围疼痛、活动幅度减小与肩关节功能障碍等症状, 且其疼痛还呈现出夜间明显的这一特点。

1.2 中医辨证分型标准 (1) 瘀滞型。临床表现主要为: 关节活动幅度减小, 舌色较暗, 薄黄苔, 肩周固定部位出现剧烈疼痛, 伴关节肿胀, 脉象细且涩。部分患者既往有外伤史。多因瘀血内阻、外伤筋骨、脉

络不通、劳累过度与筋脉受损所致。

(2) 气血亏虚型。临床表现主要为: 气候变化时, 肩周出现不同程度的酸痛感, 人比较消瘦, 常有气短懒言、容易疲乏、四肢乏力、喜按喜揉、头晕目眩以及心悸失眠等症状, 脉细沉(或者沉), 舌质淡, 舌苔白(或者少苔)。常由肝肾精气衰退所致, 使得气血不足、筋失所养, 并引发血脉周流运行不畅的情况, 从而导致血虚生痛。以筋脉痹为主要病机。

(3) 风寒湿型。症状比较轻, 临床表现主要为: 感觉迟钝, 肩周有不适感, 受凉后肩部出现疼痛感, 但在采取保暖措施后疼痛感可逐渐减轻, 关节功能受到一定限制, 脉弦紧(或者弦滑), 舌质淡, 舌苔白腻。主要由风寒内侵所致, 使得湿邪内聚, 并由此引发血脉凝涩以及筋脉失养的情况。

1.3 影像诊断 100例患者都施以X线检查, 首先, 行肩关节X光正位摄片, 对于部分病例, 需加摄斜位片, 当中有21例接受MRI检查。

(1) 选择飞利浦DR对全部患者施以肩关节X线检查, 采用自动电离曝光的方式。患者X线影像表现为:

肩峰下脂肪线模糊且部分消失者34例,肩部软组织内片状或斑点状钙化者31例,肩峰下滑囊增厚者3例,肩关节退行性变者46例,包含21例不同程度骨质疏松和关节间隙改变者以及25例关节面边缘骨质增生者,X线提示正常15例。

(2) 其中21例患者施以MRI检查,选择GE HDE 1.5T型的MRI仪,扫描序列有:肩关节横轴位T1WI,肩关节斜冠状位PDWI,脂肪抑制T2WI,肩关节斜矢状位PDWI,设计层厚3~4 mm。结果显示,冈上肌肌腱信号与形态异常者有4例、盂肱关节积液者有16例、肩峰下关节滑囊积液者有1例。当中,冈上肌肌腱部分撕裂者有1例,其影像学特征为:肌腱中存在T2WI高信号影;肌腱纤维部分断裂。关节侧边缘和肌腱滑囊侧变薄者1例,影像特征为:信号增高,且在T2压脂序列中显示比较好。

2 结果

100例患者中,气血亏虚型有59例,占59.0%;瘀滞型有15例,占15.0%;风寒湿型有26例,占26.0%。

表1 100例患者中医辨证表现分析表 (例)

表现	瘀滞型	风寒湿型	气血亏虚型
肩袖损	3	0	1
钙化	2	7	22
关节囊积液和滑囊积液	2	2	13
退行性变	4	9	24
肩峰下脂肪线模糊且部分消失	4	8	22

3 讨论

临床上,肩周炎具有比较高的发病率。相关资料中提到,人体的肩关节具有结构复杂这一特点,而肩袖则有助于稳定肩关节,主要由小圆肌、肩胛下肌冈下肌以及冈上肌组成^[3]。近几年来,人们对于肩袖损伤有着比较多的研究。肩关节肌肉比较薄弱,关节盂比较浅,且活动幅度比较大,极容易发生损伤。特别是在现阶段中受大量应用空调以及不良生活习惯等因素的影响,使得越来越多的人罹患本病。若患者在发病后不能接受及时的对症治疗,将会引发关节软骨以及肌腱等损伤,骨质增生,滑膜改变,以及组织内钙盐沉积等,从而导致其关节功能明显下降,日常活动受到较大影响^[4]。故积极研究肩周炎影像表现和中医分型之间的关系,可为患者中医辨证治疗提供重要参考。

CT与X线都能将肩关节骨质改变清楚地显示出来,比如:岗上肌钙化,肩锁关节与肩胛盂周围形成骨赘,肩峰下间隙减小,能为临床医师诊断肩周炎患者的病情和病因等提供重要依据,但其在显示韧带和肩袖等软组织结构这一方面上并不理想,且其也不易发现肌腱早期病变。相关研究表明,肩周炎能引发肩峰下脂肪线模糊消失,乃比较可靠的一种X线征象,以滑囊和

肩部肌肉炎症所致周围组织水肿为主,存在脂肪线模糊消失的情况^[5]。

肩周炎能导致肩锁关节和周围组织的改变,比如:关节间隙异常,骨质疏松,关节面增生等,这可能与肩周炎病变的发展有着较密切的关系^[6]。MRI是一种比较现代化的检查手段,具有多维成像以及软组织对比度高等特点,能将其作为肩部病变的一种首选影像学检查方式,对于疑似肩袖损伤的病患,比如:肩袖部分撕裂(或者撕裂),亦或者是肩部撞击综合症病患,可选择MRI对其病情作出评估^[7]。在对患者进行MRI检查时,其肩关节的解剖结构能够清楚地显示在T1WI上,病灶性质、病灶部位以及严重程度等都能明确显示于T2WI上,STIR能显示解剖结构,但因具备突出水信号以及抑制脂肪成分等特点,在显示关节与滑囊积液、肌肉和骨髓水肿以及肌腱损伤上具有更高的敏感性。MRI关节造影检查能显著提高盂唇撕裂和肌腱撕裂诊断的准确性,但因此法具有一定的侵袭性,所以,在现阶段中还无法完全用在临床上。

在显示钙化性冈上肌肌腱炎这一方面上,MRI不太理想,只表现出T1WI和T2WI极低信号,比较容易发生漏诊的情况。钙盐成分异常积聚在肌腱内中时,可引发钙化性肌腱炎,钙盐异常积聚在滑囊中时,可引发钙化性滑囊炎,乃自限性疾病,大部分都能自行吸收,但对于症状比较严重的患者来说,则应采取手术疗法。肩袖肌腱,特别是冈上肌腱比较容易沉积羟基磷灰石晶体。X线平片能够将肱骨大结节周围组织中的钙化灶清楚地显示出来。

肩周炎中医辨证论治比较有特色,本研究100例患者都接受中医辨证治疗,联合推拿和针灸,取得了十分显著的成效。采取影像学方式对患者的病情进行诊断,并积极找到其病理改变,可有效提高其临床治疗的效果。现阶段,肩周炎作为一种常见疾病,通过X线进行普查,经MRI对患者病情作出明确诊断,乃中医诊断未来的一种延伸,建议推广。

参考文献

- [1]单华,周金彬.肩周炎影像诊断与中医辨证分型[J].中外医学研究,2014(34):10-12.
- [2]郭和东,武胜花,张立帅,等.中医辨证分型分经综合疗法治疗肩周炎临床观察[J].大家健康(中旬版),2017,11(1):23-23.
- [3]丁建,陈艳,姚建,等.肩周炎与肩袖损伤的MRI鉴别诊断在临床治疗中的意义[J].医学影像学杂志,2017,27(2):324-326.
- [4]王毓佳,冯晓荣,梁韬,等.磁共振成像在肩关节周围炎的病情评价中的应用[J].中国CT和MRI杂志,2017,15(10):125-127,131.
- [5]叶涛,李刚,罗金寿,等.MRI肩周炎的临床诊断价值[J].中国医学计算机成像杂志,2013,19(5):430-433.
- [6]郑卓肇,田春艳,尚瑶,等.肩关节常见病变:MRI诊断[J].磁共振成像,2011,2(6):456-464.
- [7]王燕华,吴淑芳,黄招兰,等.中老年肩周炎102例X线特点与治疗观察[J].长江大学学报(自然科学版)医学下旬刊,2014,11(2):36-38.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈艳霞 收稿日期:2018-03-02)

浅析三和解法治疗恶性肿瘤

卢亚品¹ 于 贺¹ 孙 根¹ 底迎亚¹ 杨亚琴^{2*}

(1 河南中医药大学研究生2015级, 河南 郑州 450000; 2 河南省中医院肿瘤一区, 河南 郑州 450000)

摘要: 恶性肿瘤的病因病机复杂多变, 现代治疗方法多有其局限性, 而中医以整体观念和辨证论治为基础, 并在恶性肿瘤的治疗上取得了较好的疗效。本篇从和营卫、和少阳、和阴阳三个方面阐述恶性肿瘤的临床治疗, 并以桂枝汤、小柴胡汤、阳和汤为代表方进行详细论述。

关键词: 恶性肿瘤; 和营卫; 和少阳; 和阴阳; 桂枝汤; 小柴胡汤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.027

文章编号:1672-2779(2018)-11-0057-03

Analysis of Three Reconciliation Method in the Treatment of Malignant Tumors

LU Yapin¹, YU He¹, SUN Gen¹, DI Yingya¹, YANG Yaqin²

(1. Grade 2015 Postgraduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Ward One of Oncology, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: The etiology and pathogenesis of malignant tumors are complex and changeable, and modern treatment methods have their limitations, while traditional Chinese medicine based on the holism concept and syndrome differentiation, and has achieved good results in the treatment of malignant tumors. This article describes the clinical treatment of malignant tumor from three aspects of keeping ying and wei qi in balance, keeping shao yang in balance, keeping yin and yang qi in balance, and takes Guizhi decoction, Xiaochaihu decoction and Yanghe decoction as representative prescriptions.

Keywords: malignant tumor; keeping ying and wei qi in balance; keeping shao yang in balance; keeping yin and yang qi in balance; Guizhi decoction; Xiaochaihu decoction

随着恶性肿瘤发病率的逐年升高, 现代医学对肿瘤的认识不断深入, 并研发出了一系列抗肿瘤药物, 但因其毒副作用明显, 致使很多患者难以完成全部疗程; 中医药具有毒副作用小、减轻放化疗不良反应、提高生活质量、延长生存期等特点, 目前已广泛应用于恶性肿瘤的防治中。杨亚琴教授根据中医理论结合临床经验总结出“三和解”法治疗恶性肿瘤, 且取得了良好的临床疗效。下面就从“和营卫、和少阳、和阴阳”三个方面进行具体阐述。

1 “和营卫”即调和营卫

1.1 营卫理论的起源及生理病理 营卫理论起源于《黄帝内经》, 后被张仲景整理在《伤寒杂病论》中, 成为重要理论之一。营气与卫气均来自于水谷精微, 卫气行于脉外, 且具有保护人体, 避免外邪侵入的作用, 《内经》中又称为“人气”“阳气”, 由于其为“水谷之悍气也, 其气剽疾滑利, 不能入于脉也”(《素问·痹论篇》)。营气运行于脉中, 有化生血液, 濡养周身的的作用; 其“气从太阴出, 注手阳明”依次循十二经脉、督、任, “下注肺中, 复出太阴”(《灵枢·营气篇》)。《内经》中卫气为营卫的主导, 其循行营内外是营卫和谐的基础; 病理则以“卫气为百病母”为主要病机。《金匮要略》的营卫生理表现在“若五脏元真通畅, 人即安和”。其生理病理均体现了营卫调和

与人体健康的关系密切。周小平^[1]通过论述营卫失常的病机与病证的关系来证明营卫失常是许多疾病发生发展的内在因素, 因此治疗疾病的重要手段就是恢复营卫功能。

1.2 桂枝汤调和营卫 《伤寒论》的桂枝汤是调和营卫的代表方, 清代医家柯韵伯在《伤寒附翼》中称赞其为“仲景群方之魁, 滋阴和阳, 调和营卫, 解肌发汗之总方也”。日本医学家浅田宗伯在《勿误方函口诀》中如是说: “此方为众方之祖, 古方以此为胚胎者有百余方, 其变化运用无穷。”徐彬在《金匱心典》中提出桂枝汤为“外证得之, 可解肌和营卫; 内证得之, 能化气调阴阳”。现如今桂枝汤仍被广泛地应用于临床各种疾病治疗中, 其病机是“营卫不和”者, 均可用桂枝汤加减治之, 正如“观其脉证, 知犯何逆, 随证治之。”是也。导师杨亚琴教授认为, 恶性肿瘤的病因病机复杂多变, 其中多与营卫失和相关, 故在临床治疗中注重调和营卫, 营卫和则阴阳调和, 阴阳和则病去。目前恶性肿瘤的西医治疗以化疗、放疗等为主, 而中医认为, 放化疗损伤人体正气, 易导致肺卫气虚、卫外不固、易受外邪侵袭, 及营卫不和, 甚则阴阳失调。在临床中肿瘤患者, 多已行放化疗, 易出现脾胃不和及营卫失和, 脾胃运化水谷精微化生营卫之气, 故可知调理脾胃才能恢复营卫的正常运行。桂枝汤被称为群方之冠, 众多医家认为与调和脾胃有关, 因脾胃是气血生化之源, 其中营为血, 卫为气, 机体生理

* 通讯作者: yangyaqin2000@126.com

功能正常与否全在气血, 气血不和则百病生, 故调和气血营卫方治百病。桂枝汤的组成是桂枝、芍药、生姜、大枣、炙甘草, 桂枝温通血脉、化气; 芍药味酸性收、疏理肝气以破阴结、与甘草酸甘化阴以养胃阴; 甘草味甘入脾、健脾益气; 姜主卫, 枣主营, 甘草主和, 三药合和开胃健脾, 调和营卫。综上所述, 桂枝汤通过调和脾胃化生气血以达到调和营卫, 扶正祛邪, 邪去而不伤正。

2 和少阳 即和解少阳

2.1 少阳理论解析 《素问·阴阳类论》中将阳气分为三阳, 其中太阳为阳气最大, 又称“巨阳”; 阳明为阳气显著为“二阳”, 少阳因阳气弱小为“一阳”, 故又称“稚阳”“小阳”。《伤寒论讲义》中称少阳为阳气始生, 正气较弱^[2], 即少阳乃阳气初生, 其气尚微。少阳虽微弱, 具有温煦和长养全身各脏器的作用, 且在人体新陈代谢中起重要作用。其中《内经》称“阳明多气多血, 太阳多血少气, 少阳多气少血, 太阴多血少气, 厥阴多血少气, 少阴多气少血”; 并首次提出“少阳为枢”的理论, 故少阳主调和三经, 并维持全身气血运行。少阳涉及到脏腑为胆腑和三焦腑。吴鞠通在《医医病书》中道: “盖胆为少阳, 主升阳气之先, 输转一身之阳气。”既说明了人体阳气的运行与胆腑关系密切, 又再次强调了少阳输转一身阳气的重要性。总结各位医家的论述可知少阳的生理功能与人体的其他脏腑、阳气、经络等的运行正常关系密切。

2.2 小柴胡汤和解少阳 张仲景治疗伤寒少阳证的方法是和解少阳, 代表方是小柴胡汤。柯韵伯称赞小柴胡汤为“少阳枢机之利, 和解表里之总方”。少阳证的病机为邪犯少阳, 胆火内郁, 枢机不利。《伤寒论》96条: “伤寒五六日, 中风, 往来寒热, 胸胁苦满, 嘿嘿不欲饮食, 心烦喜呕, 或胸中烦而不呕, 或渴, 或腹中痛, 或胁下痞硬, 或心下悸、小便不利, 或不渴, 身有微热, 或咳者, 小柴胡汤主之。”230条: “阳明病, 胁下硬满, 不大便而呕, 舌上白苔者, 可与小柴胡汤。上焦得通, 津液得下, 胃气因和, 身濈然汗出而解。”成无己《注解伤寒论》曰: “与小柴胡汤以除半表半里之邪”, 又指出“伤寒中风, 有柴胡证, 但见一证便是, 不必悉具……”^[3]。对历代文献及临床经验总结发现小柴胡汤不仅应用于少阳病本证, 而且还应用于三阳合病而以少阳证为主之病症, 时至今日小柴胡汤在内、外、妇、儿等多科中已广泛运用。小柴胡汤是由柴胡、黄芩、人参、半夏、甘草、生姜、大枣7味药组成, 其功效是和解少阳、疏利三焦、和胃降逆、扶正抗邪、通达表里阴阳、协调脏腑等。柴胡、黄芩

清解肝胆邪热, 半夏、生姜祛脾胃之寒、和胃止呕, 人参、炙甘草、大枣为益气和中扶正之品。导师杨亚琴教授认为: 肿瘤患者皆属阴阳失衡, 而少阳又为人体阴阳变化之枢机, 运用和解少阳之法可促进气血阴阳运行; 且肿瘤患者经放化疗等治疗后正气损伤, 不宜过多应用攻伐之品, 应在扶正基础上加用解毒药物, 以达到祛邪不伤正、正盛邪自去的目的。临床中主要应用于原发性肝癌、乳腺癌、肺癌、食管癌等恶性肿瘤中。

2.3 小柴胡汤的现代药理研究

现代药理研究表明: (1) 小柴胡汤具有免疫调节作用: 主要是对巨噬细胞、淋巴细胞、细胞因子的影响; (2) 对肿瘤直接抑制作用对细胞周期的影响: 诱导细胞凋亡、对血管内皮素的影响、清除活性氧; (3) 抗细菌、抗病毒、抑制变态反应; (4) 抗衰老、保护肝细胞、有激素样和非激素样抗炎作用。王军等^[4]将90只健康昆明鼠随机分为5组, 即治疗组为腹腔注射免疫抑制剂环磷酰胺 (Cyclophosphamide), 对照组为腹腔注射生理盐水, 观察得出小柴胡汤能够拮抗环磷酰胺的免疫抑制作用, 升高免疫抑制小鼠IL-2、IL-6及TNF- α 的水平, 其中小柴胡汤中、高剂量组效果更明显, 故在一定程度上能够调节机体的免疫功能。于慧玲等^[5]还发现小柴胡汤各剂量组对C6胶质瘤大鼠模型均有抑瘤作用, 且能通过促进机体TNF- α 、IL-2、IL-6蛋白的释放从而增强机体的免疫功能。于慧玲等^[6]通过制作C6胶质瘤大鼠模型进行对比分析发现小柴胡汤可抑制C6胶质瘤细胞的增殖活性及微血管形成, 通过降低肿瘤组织中增殖细胞核抗原 (PCNA) 和CD34的阳性率从而降低微血管密度 (MVD) 和增殖指数, 达到治疗C6胶质瘤的作用。杜好信等^[7]通过使用小柴胡汤作用于人食管癌细胞株发现小柴胡汤对Eca-109细胞株具有明显的抑制作用, 其抑制率与剂量浓度呈正相关, 并发现小柴胡汤有明显的诱导细胞凋亡的作用, 并可以阻断细胞周期及降低细胞增殖, 从而达到抑制肿瘤增殖的目的。

3 和阴阳 即调和阴阳之气

3.1 阴阳学说与恶性肿瘤理论解析 阴阳学说属于中国古代哲学范畴, 也是中医基础理论的核心。《中医基础理论》言: “阴阳, 是对自然界相互关联的某些事物或现象对立双方的概括, 并含有对立统一的内涵。”^[8]《素问·阴阳应象大论》曰: “阴阳者, 天地之道也, 万物之纲纪, 变化之父母, 生杀之本始, 神明之府也。”中医理论认为疾病发生的基本病机是阴阳失衡, 故治疗疾病以阴阳为本。《素问·生气通天论》: “阴平阳秘, 精神乃治, 阴阳离决, 精神乃绝”, 说明了疾病

发展的两种不同情况,即阴阳平衡与阴阳失衡。恶性肿瘤的病机及治疗也与阴阳有着密切关系,因此治疗肿瘤的基本原则是调整阴阳,补其不足,泻其有余,恢复阴阳平衡。

中医理论认为,恶性肿瘤的发生是由于机体阴阳失衡,正气亏虚,外邪乘虚而入,气化不利,导致气结、痰凝、血瘀、热毒搏结日久积滞而成。《灵枢·百病始生》曰:“积之所生,得寒乃生,厥乃成积。”《难经·五十五难》曰:“积者,阴气也,五脏所生,其始发有常处,其痛不离其部。”《证治汇补·积聚》曰:“积属阴,五脏所主,发有常处,痛不离部。”《医学汇编》所谓:“正气虚则为岩”。《黄帝内经》曰:“阴成形,阳化气”。说明积证的阴阳属性为阴,故恶性肿瘤辨证论治应扶助正气、平衡阴阳。《素问·至真要大论》:“谨察阴阳所在而调之,以平为期”。正如《黄帝内经》言:“正气存内,邪不可干”,目前恶性肿瘤的治疗方法仍以手术、化疗、放疗为主,治疗的同时也损伤了人体的正气,出现气血津液亏虚、阴阳失衡,故纠正阴阳的盛衰,是治疗肿瘤的关键,以实现“阴平阳秘,精神乃治”;若不及时调整阴阳失衡的状态,则会出现恶性肿瘤终末阶段即“阴阳离决,精气乃绝”。所以治疗恶性肿瘤就必须调和阴阳,使机体达到阴阳平衡。

3.2 阳和汤调和阴阳 阳和汤出自清代医家王洪绪的《外科证治全生集》,其中记载“阳和汤……主治骨槽风,流注,阴疽,脱骨疽,鹤膝风,乳岩,结核,石疽,贴头疽及漫肿无头,平塌白陷,一切阴凝等证。”阳和汤组成为熟地二两,鹿角胶三钱,姜炭五分,肉桂一钱,去皮,研粉,麻黄五分,白芥子二钱,生甘草一钱。功效为温阳补血,散寒通滞。方中重用性味甘温之熟地为君药,填精补髓,温补阴血;以性味甘温、血肉有情之鹿角胶为臣药,正体现了“形不足者温之以气,精不足者补之以味”之说,二药合用温补肾阳,体现了阴中求阳之法,阳得阴助则生化无穷;以肉桂为佐药以温肾化气,温通血脉;姜炭入血分,温脾阳;麻黄辛温宣散,畅达阳气;白芥子温化寒痰,通络散结;生甘草调和诸药。诸药配伍发挥作用,正如王洪绪自序中称:“阳和一转,则阴分凝结之毒,自能化解。”

古代文献记载阳和汤是治疗阴疽的代表方,然而现代众多临床工作者对阳和汤原方及化裁方进行了深入细致的研究,总结出其可以治疗阳虚寒凝型的多种疾病,也包含恶性肿瘤的治疗。导师杨亚琴教授认为肿瘤发生的根本原因是阳气亏虚、阴阳失衡。肿瘤患

者均为正气不足,即阳气亏虚,而产生血脉瘀滞、寒痰凝聚而结成块,因阳和汤能够温化寒凝通经络、补益精血扶助阳气,阳气恢复鼓动气血运行,瘀滞、凝结得以消散,使筋骨、肌肉、血脉凝聚之阴邪皆得尽去,阴阳平衡,机体才得以恢复康健。导师在临床中常常应用阳和汤治疗各种恶性肿瘤,临床疗效屡试不爽。

3.3 阳和汤现代药理研究 现代药理研究发现:阳和汤能够诱导肿瘤细胞凋亡,直接抑制肿瘤生长,提高机体免疫力,抑制淋巴管生成等。高永翔等^[9]通过实验发现阳和汤能对癌细胞有直接的杀伤作用,干扰肿瘤细胞的生长周期,抑制肿瘤生长,及通过诱导细胞凋亡的综合途径发挥活性作用。窦建卫等^[10]通过建立裸鼠荷人乳腺癌模型随机分为5组,其中3个对照组给予阳和汤治疗,发现阳和汤对乳腺癌组织中CD90表达具有显著的下降作用,明显抑制对乳腺癌细胞生长。黄立中等^[11]发现大剂量阳和汤对小鼠移植性肝癌有一定的抑制作用,与荷瘤对照组比较差异有显著意义($P<0.05$),抑制率达37.24%;对肉瘤也抑制作用,抑制率为39.61%。

4 结语

导师杨亚琴教授根据中医理论及临床经验总结出“三和解”法,即调和营卫、和解少阳、调和阴阳三方面,其中主要以桂枝汤、小柴胡汤、阳和汤为代表方,将其融合并适量加减应用于各种恶性肿瘤的治疗,取得了良好的临床疗效。恶性肿瘤的发病机理错综复杂,而中医药在治疗恶性肿瘤的过程中取得了显著的疗效,但其治疗的机理仍待进一步研究。

参考文献

- [1]周小平.《金匮要略》中营卫失常病证探析[J].安徽中医学院学报,2009,28(26):8-9.
- [2]李培生,刘渡舟.伤寒论讲义[M].上海:上海科学技术出版社,1996:120.
- [3]郭霭春,张海玲.伤寒论校注语译[M].天津:天津科学技术出版社,1996:65,70.
- [4]王军,苏海涛,孙丽梅,等.小柴胡汤对免疫抑制小鼠细胞因子影响的研究[J].中华中医药学刊,2013,31(10):2242-2244.
- [5]于慧玲,麻春杰,盖聪.小柴胡汤对C6胶质瘤大鼠模型抑瘤及免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2014,34(12):3375-3377.
- [6]于慧玲,麻春杰,盖聪.小柴胡汤对C6胶质瘤大鼠微血管密度和肿瘤细胞增殖活性的影响[J].中国老年学杂志,2014,34(11):3056-3058.
- [7]杜好信,黄种新,姚成才.小柴胡汤对食管癌细胞株Eca-109增殖和凋亡的影响[J].光明中医,2014,29(1):51-54.
- [8]刘燕池.中医基础理论[M].北京:学苑出版社,2011:25.
- [9]高永祥,沈欣,宗桂珍,等.阳和汤对裸鼠人癌移植瘤的抗肿瘤作用研究[J].中国实验方剂学杂志,2006,12(7):57-59.
- [10]窦建卫,任翠翠,郝云,等.阳和汤对裸鼠荷人乳腺癌组织中CD90表达的影响及其抑瘤作用[J].世界中医药,2015,10(3):391-393,398.
- [11]黄立中,张晓明,左亚杰,等.阳和汤对小鼠移植性肿瘤抑制作用的实验研究[J].湖南中医学院学报,2002,22(1):33,59.

(本文编辑:李海燕 本文校对:田同德 收稿日期:2018-03-06)

《傅青主女科》肾中水火旺盛月经先期的理论探析

樊聪俐¹ 张慧俊¹ 魏绍斌^{2△}

(1 成都中医药大学临床医学院中医妇科学, 四川 成都 610075;

2 成都中医药大学附属医院妇科, 四川 成都 610072)

摘要: 月经先期是以月经周期异常为主的妇科常见病, 本文就《傅青主女科》肾中水火太旺致月经先期之理论特点作了一初步的探讨, 认为傅氏治疗月经先期重视清热泻火、滋补肾水, 求于本因, 以平衡肾中阴阳之法而调经。

关键词: 傅青主女科; 肾中水火太旺; 月经先期;

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.028

文章编号:1672-2779(2018)-11-0060-02

Analysis on the Theory of Premenstrual Menstruation Caused by Excess Water and Fire of the Kidney in *Fu Qingzhu's Obstetrics and Gynecology*

FAN Congli¹, ZHANG Huijun¹, WEI Shaobin^{2*}

(1. Gynecology and Gynecology of the School of Clinical Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine,
Sichuan Province, Chengdu 610075, China;

2. Department of Gynecology, the Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province,
Chengdu 610072, China)

Abstract: Menstruation is a common gynecological disease mainly with abnormal menstrual cycle. In this paper, a preliminary study on the theory of premenstrual period caused by excess water and fire of the kidney in *Fu Qingzhu's Obstetrics and Gynecology* was made. It is believed that Fu's in the treatment of menstruation prematurely attaches importance to clearing heat and reducing fire, nourishing kidney water, seeking for this reason, and regulating menstruation by balancing the method of yin and yang in the kidney.

Keywords: *Fu Qingzhu's Obstetrics and Gynecology*; excess fire and water of the kidney; premature menstruation

月经先期又称“经行先期”、“月经超前”、“经早”, 是指月经周期提前七天, 小于十九天, 月经量基本正常或偏多, 并连续两个周期以上异常。月经周期紊乱, 特别是先期而至, 在临床上较为常见。如合并经量过多或经期延长, 日久可致经血大下或淋漓不净, 最终形成“崩中”或“漏下”, 使病情加重, 难以治愈。因此, 重视月经先期的治疗十分必要^[1]。现将《傅青主女科》对月经先期的认识进行总结归纳, 便于深刻地了解该病, 以提高中医的临床疗效。

1 古代医家对月经先期的认识

前人对本病的论治主要在于“热、虚、瘀”三个方面。热者, 在于迫血妄行, 《丹溪心法》: “经水不及期而来者, 血热也”; 《济阴纲目》: “赶前为热”; 《校注妇人良方》引王子亨言“阳太过则先期而至”; 《万氏妇人科》: “如性急躁多怒, 多妒者, 责其气血俱热且有郁也”; 《景岳医话》: “肝藏血而主疏泄, 故阴虚火旺之体, 每有水不涵木, 木火内炽, 血不能藏, 失其疏泄之常, 而月经先期而至”; 《薛氏医案》认为“先期而至者, 有因脾经血燥, 有因脾经痰滞, 有因肝经怒火, 有因血分有热, 有因劳役动火”, 可见热有阳盛血热、郁热、虚热之分。至于虚者, 在于气虚不能摄血, 《景岳全书》提出: “若脉证无火, 而经早不及期者, 乃心脾血虚, 不能固摄而然”; 《罗氏会约医

镜》: “先期而至者, 多属血热有火, 此固一说…有气脱陷, 及门户不固而妄行者, 则所重在脾在肾, 不得尽言为火。”瘀者, 在于瘀阻伤络, 脉损血溢, 《金匱要略》: “经一月再见者, 土瓜根散主之”^[2]。

2 《傅青主女科》对月经先期的认识

“妇人先期经来者, 其经甚多, 人以为血热之极也, 谁知是肾中水火太旺呼。夫火太旺则血热, 水太旺则血多, 此有余之病, 非不足之症也。似以不药, 有喜。”“又有先期只来一二点者, 人以为血热之极也, 谁知肾中火旺而阴水亏乎。夫同是先期之来, 何以分虚实之异? 盖妇人之经最难调, 苟不分别细微, 用药鲜克有效。先期者火气之冲, 多寡者水气之验。故先期而来多者, 火热而水有余也; 先期而来少者, 火热而水不足也。”可见傅青主认为, 肾中火旺, 热扰冲任、胞宫, 破血下行, 可致月经先期; 肾中水亏, 虚热内生, 热伏冲任, 血海不宁亦可致月经先期而下^[3]。

3 为何傅青主不提及气虚血瘀

“气为血帅”, 月经先期是否与气虚有关? 傅氏认为: “经本于肾”、“经水出诸肾”, 月经的产生以肾为主导。肾为天癸之源、冲任之本、气血之根、肾与胞宫相系、与脑髓相通、是五脏六腑之本, 肾通过多层次、多渠道、多位点对月经的产生发挥主导作用^[4]。近代妇科大家夏桂成提出“阴虚阳盛”这一主证型, 以肾阴虚为病机中心演变出各证型: 肾阴亏虚, 阴不制阳, 谓之虚热; 肾阴亏损程度较轻, 火旺在外界因



素及体质影响下,火旺偏甚者,谓之实热;肾阴不足,不能涵养心肝,情绪不畅,烦躁忿怒,可致郁热;气虚致病,临床比较少见,有相当部分系先期量多病程较长,血为气母,血去气弱,气虚是果而非因,但气虚之后倒果为因,又加剧了病情;阴阳互根,长期阴虚,又必及阳,导致阳虚血瘀。从月经周期阴阳半月进行论述,月经之所以先期,主要是阳半月不足,阳长不及,此乃阴阳互根的关系所致,阴是月经周期演化的物质基础,阳之不足,正是阴精不足所致,阴虚则火旺,火旺非正常之阳,不仅不能持续正常的阳长规律,相反迫血妄行致月经先期^[2]。由此可见,肾中水火过旺是月经先期的本因,而到了疾病后期又会衍生出其他各种病因。

4 《傅青主女科》对于月经先期的治疗

对于“肾中火有余”者,原文曰:火不可任其有余,而水断不可使之不足,治之法但少清其热,不必泄其水也。方用清经散:丹皮三钱,地骨皮五钱,白芍三钱(酒炒),大熟地三钱(九蒸),青蒿二钱,白茯苓一钱,黄柏五分(盐水浸炒)。此方虽是清火之品,然仍是滋水之味,火泄而水不与俱泄,损而益也。方中地骨皮、熟地清血热而滋肾水,丹皮、青蒿、黄柏清热泻火而凉血,白芍养血敛阴,茯苓行水泄热,全方滋肾清热,凉血养阴,使热去而阴不伤,血安则经自调;对于“肾中火旺而阴水亏者”,治之之法不必泄火,只专补水,水既足而火自消矣,亦既济之道也。方用两地汤:大生地一两(酒炒),元参一两,白芍药五钱(酒炒),麦冬肉五钱,地骨皮三钱,阿胶三钱。此方之用地骨、生地,能清骨中之热。骨中之热,源于肾经之热,清其骨髓,则肾气自清,而又不损伤胃气,此治之巧也。况所用诸药,又纯是补水之味,水盛而火自平理也。方中生地、元参滋肾阴,壮水制火,白芍、麦冬养血敛阴,地骨皮辅助生地清骨中之热,泻肾火,阿胶滋阴补血,全方重在滋肾壮水,水足而火自平,阴平阳秘则经行如期。黄绳武先生在《傅青主女科评注》中对清经散、两地汤评论道:“清经散法在清热而不伤水,诚为清火良方、调经妙法;两地汤妙在壮水以制阳光,育阴潜阳,补阴配阳,从而达到‘水盛而火自平,阴生而经自调之目的’”。

5 医案选读(孙浩铭医案)

岳某,12岁,学生。1973年3月9日初诊,患者11岁月经初潮,近数月经期均提前旬日,经量多,色鲜红,偶伴小血块,病程5天,行经第2天小腹疼痛一阵即止。平时面赤口干,白带较多,无臭味。脉弦细,

舌质红,苔薄黄。证属阴虚血热,带脉受损。目下未届经期,投以养阴清热,佐以固带。处方:女贞子15g,墨旱莲15g,生地黄24g,枯黄芩9g,杭白芍9g,白冠花15g,金樱子30g,苏芡实15g,漂白术9g,生牡蛎30g(先煎)。服5剂。

3月15日次诊:据述药后带下减少。仍防月经先期,照前方续进5剂。

3月20日三诊:药后月经未见提前,并无其他症状出现,带下亦减。脉细弦,舌质淡红、苔薄白。又服前方5剂。

4月5日四诊:月经于今晨来潮,相隔32天,色红、量中等。脉弦细、舌如常。治以滋肾养阴。处方:女贞子15g,墨旱莲15g,干藕片24g,杭白芍9g,漂白术9g,炙甘草3g,狗脊15g,黑檀豆12g。服5剂。

按语:《素问·上古天真论》云:“女子七岁,肾气盛,齿更发长;二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,固有子”。此例初潮年仅11岁,肾气未盛,冲任未充,而见月经先期,面赤口干,参合舌脉,乃阴虚血热所致。拟方用二至丸,水陆二仙丹,滋肾养阴,佐以白芍、黄芩、生地黄凉血泄热,取白术、牡蛎、白冠花以助固带。经用上法调治后月经应期而至,带下已愈,说明血热渐清,带脉已固,故用药酌减清热固摄之品,继用滋肾益阴,以善其后^[3]。

6 体会

关于患者在临床上表现出复杂症候的辨析,本文的综述主要体现在对月经先期主证型的研究。通过跟随导师学习和临床实践,我认为对复杂症候的分析,需要结合每个患者的体质类型。正如江春华等在《中医治疗法则概念》中说:“疾病好比藤的蔓生,根只有一个,而引伸出去的分枝却是又长又多。病邪入体,只有一个根,以后可以转化,这是以人体为基础而作为矛盾的转化;病邪的阴阳偏胜借用人体的阴阳偏胜,就会表现得变幻百出。所以同样一个病邪,在这人有这样的变化,而在另一人则又可见不同的变化”。肾中阴阳不平衡是导致月经先期的“根”,而“气虚”、“血瘀”则是其引申出去的分枝,傅氏“肾中水火太旺致月经先期”理论概出于此。

参考文献

- [1]樊俊华,李艳青.月经先期的中医药治疗[J].现代中西医结合杂志,2007,16(28):4256.
- [2]赵金燕,杜伟静,杨胜霞.月经先期的中医认识[J].黑龙江中医药,2009(1):60-61.
- [3]傅青主女科[M].肖承棕.北京:人民卫生出版社,2015:22.
- [4]马宝璋,齐聪.中医妇科学[M].3版.北京:中国中医药出版社,2012:83.
- [5]肖承棕,吴照.中医妇科名家经验心得·孙浩铭医案[M].北京:人民卫生出版社,2009:72.

(本文编辑:李海燕 本文校对:赵中和 收稿日期:2018-04-03)

黄海波教授诊治卵病经验采菁[※]

黄震洲¹ 张龙梅¹ 荣宝山^{2*}

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

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

摘要: 黄海波教授认为“卵病”的发生情志因素占主因, 肝郁为基本病机, 脾肾两虚是发病重要因素。临床多用具有疏肝解郁, 益肾健脾, 促卵种子作用的小柴胡变通饮“调卵”, 临床疗效满意。

关键词: 黄海波; 不孕症; 卵病; 老中医经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.029

文章编号:1672-2779(2018)-11-0062-02

Experience of Professor Huang Haibo in the Diagnosis and Treatment of Egg 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 believes that the main causes of the "egg disease" are the emotional factors, the stagnation of liver qi as the basic pathogenesis, and the deficiency of the spleen and kidney. The clinical uses the Xiaochaihu Biantongyin which has the functions of soothing the liver and relieving depression, tonifying the kidney, strengthening the spleen and promoting. The clinical effect is satisfactory.

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

黄海波教授认为虽然多囊卵巢综合症、闭经、高泌乳素、卵巢储备功能下降等疾病的发病因素众多, 但均可引起患者排卵障碍而致不孕症的发生。故将这些疾病引起的不孕症统称为“卵病”。

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, 顺利的输入宫腔, 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·求子》云: “凡人无子, 当为夫妻俱有五劳七伤、虚羸百病所致”。黄海波认为不孕(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。

黄海波教授将先天性卵巢发育不全症、多囊卵巢综合症、卵巢功能早衰、功能性卵巢肿瘤、下丘脑—

垂体—卵巢轴功能紊乱、全身性疾病影响卵巢功能导致不排卵等因素引起的排卵障碍所致不孕症统称为“卵病”。认为虽然肾主生殖, 肾气充盈是卵巢功能正常的物质基础, 然时下不孕患者由于盼子心切, 信心不足等诸多情志因素扰动, 多伴肝郁的临床症状, 且肝郁易传他脏而致排卵受限, 正如《金匱要略》所言: 见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾。故本病情志因素占主因, 肝郁为基本病机, 脾肾两虚是发病重要因素。《傅青主女科》亦载: “其郁而不能成胎者, 以肝木不舒, 必下克脾土而致塞; 脾土之气塞, 则腰脐之气必不利”; 《圣济总录》载: “妇人所以无子者, 冲任不足, 肾气虚寒也”。现代医学研究^[1-2]亦表明, 精神过度紧张, 可影响大脑皮层中的神经介质, 干扰下丘脑—垂体—卵巢轴的调节机制, 从而导致卵巢功能的失调、性激素分泌量的失衡, 进而导致黄体功能不全、排卵障碍, 从而形成不孕症。乔明琦等^[3]、庞保仍等^[4]研究发现: 通过调畅肝气可达到调整内分泌、调节下丘脑—垂体—性腺轴生殖系统的目的。临床多以不孕, 排卵异常, 月经失调, 带下过少, 性欲减退, 阴中干涩伴烦躁易怒或性情抑郁, 胁痛且胸胁胀满, 腰酸腿软, 或伴形寒肢冷, 善太息, 经前乳房胀痛, 纳呆腹胀, 腹泻或便溏, 舌质暗, 舌淡苔薄白或白滑, 脉沉弦细, 尺脉弱等为主症。辅助检查: 性腺激素六项、甲功、

※ 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



生化全项指标、宫颈黏液异常，基础体温呈单向型，超声监测排卵异常等可作为确诊依据。

2 诊治思路

黄海波教授针对“卵病”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，以疏、调、养为法“调卵”。多用具有疏肝解郁，益肾健脾，促卵种子之品。代表方药：小柴胡变通饮。强调用药时尽量选用药性柔和之品，避免带药受孕产生不良后果。

黄海波教授认为不孕症不是一个独立的疾病，是由一种或多种疾病因素、理化因素及不良生活方式作用于生殖众多环节后导致的一种病证。所以黄海波教授在诊治不孕不育症时往往要求男女同时检查，针对具体病因，辨证施治，同时在诊治过程中，注重心理疏导，给予健康指导，在条件成熟时根据女方月经周期情况予以必要的生活指导，“机械任务”性房事为大忌，宜规律合谐，提高夫妻生活质量为佳。通过调整饮食结构，适当体育运动，身心同治，以获事半功倍之效。

3 治疗特色

黄海波教授针对“卵病”之治疗，认为“调卵”本在“肝郁”，只要有“肝郁”病机皆可使用，不一定诸症具备，女子为阴柔之体，立法原则以“调”为主线，调肝和脾，气血顺畅；调和阴阳，纠正偏颇。主张调肝气、和脾胃、益肾精，以疏肝解郁安神，益肾健脾，佐以活血化瘀为法，临床喜用仲景小柴胡汤加减即小柴胡变通饮，治疗多囊卵巢综合症、闭经、高泌乳素、卵巢储备功能下降等因素引起的排卵障碍所致不孕症。小柴胡变通饮药物组成：醋柴胡9 g，云茯苓12 g，桂枝6 g，党参15 g，姜半夏7 g，炒黄芩5 g，山药10 g，陈皮9 g，炙甘草6 g，香附10 g，坤草15 g，紫河车10 g，姜枣为引。加减：肾气虚者加蛤蚧1对（去头足），紫石英15~30 g，沉香3~6 g（后下）；肾阳虚者加仙茅9 g，仙灵脾9 g，黄精10 g；肾阴虚者加女贞子10 g，旱莲草10 g，菟丝子10 g；血虚者加黄芪30 g，当归6 g，鸡血藤15~30 g；血瘀者加当归10 g，川芎9 g，红花9 g；痰湿者加瓜蒌皮10 g，佛手10 g，石菖蒲9 g；另外黄海波教授针对患者不同个体情况，注重个体化治疗，以中医辨证论治为主体，与现代医学优势互补，以期提高单一中药或西医治疗的临床疗效，如高泌乳素血症者酌加炒麦芽、钩藤或联合嗅隐亭；多囊卵巢综合症者加龙骨、牡蛎或配合克罗米芬及来曲唑；排

卵受限加土鳖虫9 g，沉香6 g，配合绒毛促素肌注治疗等。

4 验案举例

卢某，女，28岁。于2009年4月6日初诊。主诉：闭经7月，结婚3年不孕。刻诊：16岁初潮，经期4天，周期3~6月不等，经量中，色淡，阴道干涩，带下少，性欲淡漠，伴少腹冷胀，腰酸困痛，劳累后足跟痛，情志抑郁，喜太息，纳少多梦，二便调。舌质淡红，苔薄白，边见瘀斑，脉沉弦细，尺弱。辅助检查：妇科常规检查正常，BBT单相，B超监测无卵泡，雌二醇：36.31 pmol/L，促卵泡激素：3.23 IU/L，黄体生成素：1.79 IU/L，泌乳素：301 mIU/L，睾酮：0.79 nmol/L，孕酮：2.62 nmol/L。甲功三项正常。中医诊断：不孕症，闭经；西医诊断：原发性不孕，排卵障碍。证属：肾虚肝郁。治法：疏肝补肾，促卵助孕。方药：小柴胡变通饮加减。醋柴胡9 g，云苓10 g，桂枝9 g，党参20 g，姜半夏6 g，炒黄芩3 g，刺五加15 g，炙甘草6 g，香附10 g，当归10 g，仙茅9 g，仙灵脾9 g，黄精10 g，姜枣为引。每日1剂，连服20剂。并嘱如感觉少腹单侧有隐疼、胀痛并伴有白带增多，其质如蛋清时，即可B超监测有无排卵，如月经来潮停药，结束3~7天禁房造影。

4月27日二诊：诸症稍有缓减，月经未潮。瘀斑色减，脉沉有力。守方继续治疗30天。

5月29日三诊：诸证明显改善，近几日自觉少腹左侧有隐隐作疼感，白带增多，阴道湿润，有性欲感，按医嘱B超监测右卵巢内见有卵泡，直径12 mm×15 mm，未见优势卵泡。此乃肾精充盈，气血调和，相当于经间期“的候”之象。继前方加减治疗，上方去黄芩加紫河车15 g，紫石英30 g，紫苏梗9 g，土鳖虫9 g，沉香6 g（后），连服12剂，以温肾行气，活血逐瘀破积，推动卵子排出。嘱隔日监测卵泡1次，直至排卵，并特别提醒卵泡发育直径≥18 mm时规律性生活，避免“任务”性同房。

7月16日四诊：近几天晨起恶心甚者呕吐，脉象滑而有力，妊娠试验结果阳性。嘱忌房事，食清淡营养之品。随访足月生一女婴，母女健康。

参考文献

- [1]王金道,刘勇,郭念锋.临床疾病生理学[M].北京:北京师范大学出版社,2001.
- [2]李灿东,高碧珍,黄熙理,等.不孕症肝郁病理与性腺轴功能变化的相关性研究[J].上海中医药大学学报,2005,19(3):36-38.
- [3]乔明琦,张惠云,高冬梅.经前平颗粒对经前期综合征肝气逆患者尿中神经递质变化的影响[J].辽宁中医杂志,2007,34(3):257-259.
- [4]庞保珍,赵焕云.补肾疏肝与补肾治疗无排卵性不孕 149 例[J].浙江中医杂志,1992,27(12):539-539.

(本文编辑:李海燕 本文校对:钱占红 收稿日期:2018-03-16)

丁象宸从《内经》理论应用苦参治疗不寐经验初探※

马永剑

(宁夏回族自治区人民医院中医科, 宁夏 银川 750002)

摘要:《内经》对于失眠病因病机论述,有卫气夜不入于阴,或胃不和而卧不安,或阳盛阴虚,或营卫气血不足等,立法补虚泻实,并出方药半夏秫米汤,丁象宸老中医师《内经》之法,悟《本经》等本草著作载苦参之功用,以其苦寒沉降,泻阳坚阴,清相火,燥湿热,能平胃气,安五脏,利九窍,使湿热除,营卫和,胃气降,阴阳和,相火平,而能安然入寐。

关键词:苦参;不寐;名老中医;临证经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.030

文章编号:1672-2779(2018)-11-0064-02

Discussion on Experience of Ding Xiangchen in Treating Insomnia with Lightyellow Sophora Root from the Theory of *Neijing*

MA Yongjian

(Department of Traditional Chinese Medicine, Ningxia People's Hospital, Ningxia, Yinchuan 750002, China)

Abstract: The etiology and pathogenesis of insomnia in *Neijing* is wei qi night does not enter the yin, or stomach and lie unease, or yang sheng yin deficiency, or yingwei qi and blood deficiency, and so on, and make up for deficiency diarrhea. Banxia Shumi decoction was put forward. Ding Xiangchen with the method of *Neijing* understood the *Benjing* other herbal works of the function of radix sophorae flavescens, with its bitter cold settlement, Xieyang Jianyin, clearing phase fire, dry wet heat, can calm stomach qi, peace five viscera, benefit nine orifices, make damp and heat remove, yingwei and, stomach qi drop, yin and yang

Keywords: lightyellow sophora root; insomnia; famous doctor of traditional Chinese medicine; clinical experience

丁象宸教授临床治疗失眠,辨证与辨病结合,对于部分患者,在遣方施药时,常加入一味苦参,疗效倍增。结合历代本草书籍载述,通过对丁教授典型验案分析,将丁教授治疗经验做以总结。

参看本草书籍所载苦参性味主治等。《神农本草经》载:“苦参,气味苦寒,无毒,主治心腹结气、症瘕积聚、黄疸、溺有余沥、逐水、除痈肿、补中明目、止泪”。《本草新编》载:“苦参,味苦,气寒,沉也,纯阴,无毒。入心、肝、肾、大肠之经。治肠风下血,热痢刮痛难当,疔狂言心燥,结胸垂死;赤癩眉脱者,祛风有功;黄胆遗溺者,逐水立效。扫遍身痒疹,止卒暴心疼,杀疥虫,破症瘕,散结气,明目止泪,解渴生津,利九窍,通大便。第过于迅利,宜少用为佐使,不宜多用为君臣。至称益肾、安五脏、定心志,不可信之辞也”。以及《本草备要》《本经逢原》《得配本草》《本草经集注》《本草崇原》等历代本草,未载述苦参可以治疗失眠。

丁象宸教授认为苦参苦寒沉降,具有祛邪安脏作用。邪去脏安,五脏安定,神志得养,则寐寤如常也。丁象宸教授应用苦参,多见于湿热内盛,脾胃肝胆湿热,或厥阴相火妄动,以及部分阳盛阴虚(阳盛为主)证型患者。

1 苦参治疗失眠的认识

1.1 主治皆湿热为患之病 湿热阻滞中焦,气机壅滞,阴阳不得交通,胃气壅滞,胃不和则卧不安。应用苦参,实法《内经》半夏秫米汤,祛除中焦脾胃壅滞之痰湿实邪,邪去则阴阳交通,营卫调和,卫气得以入于阴,五脏安和能入寐。即所言“主治心腹结气,症瘕积聚”,所结之邪气散,胃气降而和,症瘕积聚除,阴阳交通,厥逆得复,则五脏客邪除,卫气得以入于阴而寐。

1.2 清相火 养肝胆 苦参苦寒,直入肾经,直折亢盛之相火,其性降,相火平,湿热去,阴自复,阴阳平和,心肾水火既济,神不受扰,心志定、神志安故能入寐。即《本经》所述主治“黄疸、补中明目、止泪、溺有余沥”,此皆肝胆相火为患所致,苦参能治之,故能安然入寐。

1.3 泻阳坚阴 不寐之因,有责之于阴虚阳盛者。苦参苦寒直折,泻去阳盛之热使从小便去而阴得以固护。苦参苦寒坚阴,功同黄柏。《本经》所述主“逐水、溺有余沥”实为苦参苦寒直折泄热,又可利小便使热从小便出。热盛则肿,热胜血败肉腐为痈,苦参“除痈肿”乃泻阳热以坚阴,热去、结散则痈肿消。

同时丁教授指出:苦参毕竟苦寒沉降,祛邪以安脏,中病即止。初用量可多,随邪之多少而斟酌其量,不可久用蛮用,以免伤脾气,败胃气,乏生升之气,反致中寒痞满,或化燥伤阴。

※ 基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家丁象宸传承工作室项目【No.国中医药人教发(2014)20号】



2 医案举隅

患者王某某,女,42岁,主因“失眠1年余”于2014年3月4日就诊。患者失眠1年余,自购市售治疗失眠药心神宁,天王补心丹等中成药和安定等药物,疗效欠佳,遂来就诊,刻下症见:寐差多梦,饱食则夜更难入睡,入暮不敢多食,烦躁易怒,易汗出,进食则汗出如淋,头汗多,易生口疮,口干苦饮少,能食,易腹胀,大便不调,或黏不爽,素腰酸困。月经经素提前1周,量少质稠,色深,白带素多,色黄质稠,阴痒。脉濡滑,舌苔厚根微黄。诊断:不寐(湿热内盛,胃失和降,相火妄动,心神受扰)。治法:清热祛湿,和胃降逆,降泄相火,清心安神,方药:龙胆草10g,生地黄10g,栀子6g,黄芩10g,车前子10g,柴胡10g,泽泻12g,赤芍10g,炙甘草6g,茯苓10g,枳壳10g,法半夏6g,苍术8g,生薏米20g,川牛膝10g,苦参20g,5剂水煎服,日1剂,分早饭后半小时,晚睡前1小时2次口服。患者初服药大便略稀溏,无黏滞不爽,睡眠改善,5剂服尽,已能安然入睡,情绪亦较前明显改善,后就诊随证加减,前后服药30剂,饮食睡眠改善如常,二便调,经调带减,无明显不适而告愈。

按:此例患者,湿热内盛,流于三焦,扰动厥阴,相火妄动,心神受扰,阻滞脾胃,热蒸脾湿,则口舌生疮,胃热故能食汗出,营卫化生于脾胃,湿滞热蒸,营卫不和,卫气不和,剽悍滑疾,见开而出,不循常道从下焦出,随汗而出,夜不得入于阴护卫阴脏,胃气不降反上迫肺脉,扰动心神,故不得入寐。湿滞脾气,故腹胀便黏不爽,湿热下流,带脉失约,故带下黄稠,阴痒腰困俱是湿热之邪为患所致。以龙胆泻肝汤合四妙丸加减,入苦参一味,一药多用,正如李时珍云主“养肝胆气,安五脏,平胃气”“定志益精,利九窍,除伏热肠”“小便黄赤,疗恶疮、下部蚀”等功效。

《黄帝内经》所载不寐与卫气、胃气、跷脉以及邪气有关。与发病最为密切的为卫气,胃。胃与卫气、正气又紧密相关,气积于胃,以通营卫。卫气的正常运行与胃的功能正常密切相关,卫气的行进伴随着胃的功能的发挥,脾胃乃气血化生之源,营卫在人体之中,如环无端周行不已。胃者,水谷之海,六腑之大源也,五味入口,藏于胃,以养五藏气。气口太阴也,是以五藏六腑之气味皆出于胃,变见于气口。故胃为气血生化之源,五藏六腑皆禀气于胃。五藏之气得胃之养,胃不和,胃气不得承顺而亢害,则五藏

失养,神不安,卫气不得入阴护养藏阴,故目不瞑。胃不得承顺,邪滞于内,厥气客于藏府,此为实,卫气不得入于阴,阴气虚藏不得养为虚。至于跷脉一端,其乃少阴之别,少阴主肾,肾主水,肾者胃之关也,俱与胃有关也。《黄帝内经》对于不寐病机不外乎虚实二端,并出不寐之治法:补其不足,泻其有余,调其虚实,以通其道,而祛其邪。周国琪等^[1]研究认为《黄帝内经》对失眠病机分为“正邪客脏、水气上逆、火热炽盛、五脏气滞”四种。焦俊杰等^[2]研究《内经》认为“失眠的本质因素则是阳明通道壅塞,阳明逆而不降,是发于心而根于胃”。余学庆等^[3]提出“《内经》认为造成失眠,其总的病机为阳不入阴,并以阴虚阳盛为多,以及“气血虚弱、邪扰营卫、经络阻滞、水火失济而形成的阴阳失调、阳不入阴证”。李楠等^[4]基于《内经》研究认为卫气失常,神机不和是抑郁障碍共病失眠的基本病机,包括卫气郁滞,心火失用;痰瘀入络,邪结难愈;昼不精则夜不瞑三方面。蒋涛等^[5]结合《内经》失眠论述从中焦脾胃论治疗效确切。王玉贤等^[6]研究《内经》认为“气血衰衰,厥气客入,客邪阻遏”为失眠病因,提出“补虚泄实,和合阴阳;通达经络,调和营卫;驱逐邪气,安神定志”的治疗思路。刁丽梅等^[7]研究《黄帝内经》认为“阴阳不交是失眠病机的纲领,阴虚者补之,阳盛者泄之,外邪阻碍者通之,是失眠总的治疗原则”。可见《黄帝内经》所言失眠因于实邪者有多端,其中有湿热阻滞脾胃以及胃肠燥结,邪气客于胃,扰乱胃气,胃失和降,不得承顺,承乃顺,亢则害,胃气不承顺反亢盛上逆,扰神,不能传糟粕俱下于大肠而成下焦,下焦气化失常,卫为所阻,营卫不得通行,故腹满不得卧而眠,此即胃不和则卧不安。苦参一药正乃泻脾胃之湿热,决渎脾胃之壅塞以祛其实,苦寒坚阴以益虚,使经络大通,阴阳和得而安卧。

参考文献

- [1]周国琪,张宇鹏.《内经》失眠病证的证治探讨[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(11):818-819.
- [2]焦俊杰,郭洪亮,袁俊亮,等.失眠的病机本质探析[J].辽宁中医杂志,2016,43(10):2082-2084.
- [3]余学庆,陈玉龙.浅谈《内经》失眠证治[J].国医论坛,2000,15(1):22-23.
- [4]李楠,丁元庆.基于《黄帝内经》营卫理论探讨抑郁障碍共病失眠的发病机制[J].中医杂志,2017,58(11):905-906.
- [5]蒋涛,王宇其,梁超,等.从《黄帝内经》“胃不和则卧不安”探讨失眠病机[J].云南中医中药杂志,2013,34(12):16-18.
- [6]王玉贤,马克信,王飞雪,等.《黄帝内经》论失眠[J].上海中医药大学学报,2015,29(1):11-14.
- [7]刁丽梅,刘泰.从《黄帝内经》理论浅析失眠的病因病机及治疗原则[J].浙江中医杂志,2008,43(2):73-74.

(本文编辑:李海燕 本文校对:侯莉娟 收稿日期:2018-05-08)

赵玉庸教授治疗慢性肾脏病经验※

赵 政¹ 杨一民² 赵雅丹⁴ 魏华娟³ 潘 莉^{4*}

(1 河北省辛集市第一医院检验科, 河北 辛集 052360;

2 石家庄普济中西医结合医院中医科, 河北 石家庄 050000; 3 石家庄市中医院肾内科, 河北 石家庄 050000;

4 河北中医学院中西医结合学院, 河北 石家庄 050200)

摘要: 赵玉庸教授有50余年诊治肾脏病经验, 临床治疗慢性肾脏病注重治病求本, 包括调整阴阳、以平为期及明辨标本、权衡缓急; 固护胃气, 重视脾胃在肾脏病发生、发展及治疗中的作用; 病证结合, 依据客观检查结果进行治疗及判断疗效; 重用虫药, 善用活血通络药治疗肾脏病, 取得较好疗效。现将赵老经验进行总结, 为临床治疗此类疾病提供方法和思路。

关键词: 赵玉庸; 慢性肾脏病; 临证经验; 水肿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.031

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0066-03

Experience of Professor Zhao Yuyong in Treating Chronic Kidney Disease

ZHAO Zheng¹, YANG Yimin², ZHAO Yadan⁴, WEI Huajuan³, PAN Li⁴

(1. Clinical Laboratory, The First People's Hospital of Xinji City, Hebei Province, Xinji 052360, China;

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang Puji Integrated Medicine Hospital, Hebei Province, Shijiazhuang 050000, China;

3. Hospital of Traditional Chinese Medicine of Shijiazhuang City, renal medicine, Hebei Province Shijiazhuang 050000, China;

4. College of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Hebei University of Chinese Medicine, Hebei Province,

Shijiazhuang 050200, China)

Abstract: Professor Zhao Yuyong has been engaged in clinical kidney disease for more than 50 years. He uses the methods of searching for the primary cause of disease in treatment, including the adjustment of the yin and yang to balance, identifying biao and ben; protecting wei qi, paying attention to the role of spleen and stomach in the development and treatment of renal diseases; combining disease with syndrome are used, treating and judging the curative effect according to the objective examination results; being good at making use of insect drug of huoxuetongluo medicine. Better curative effect is obtained. The article summarized Zhao Yuyong's experience for providing ideas and methods.

Keywords: Zhao Yuyong; chronic kidney disease; clinical experience; edema

赵玉庸教授为全国第二、三、四、五批中医药专家学术经验继承工作指导教师, 长期从事慢性肾脏病研究及临床实践, 有丰富的治疗经验, 且疗效显著, 现对赵老师治疗肾脏病经验进行总结。

1 治病求本

治病求本是中医治疗学中一条重要的治疗原则, 是具有最普遍指导意义的治疗规律, 充分体现了中医注重人体生命运动和以人为本的医学理念, 是中医辨证论治精神实质的具体体现。具体包括以下内容。

1.1 调整阴阳 以平为期 早在《内经》时期就对“治病求本”思想有深刻阐释^[1],《素问·阴阳应象大论》曰:“阴阳者, 天地之道也, 万物之纲纪, 变化之父母, 生杀之本始, 神明之府也, 治病必求于本”。疾病的发生是由于阴阳的动态平衡被打破, 治病的根本原则即通过调节阴阳使其恢复动态平衡。赵老师认为肾病的发生是由于各种病理因素如气滞、血瘀、湿热、毒邪等使人体内正常的阴阳平衡破坏, 脏腑功能失调所致^[2], 应根据病因病机进行治疗, 恢复阴阳动态平衡, 使疾病痊愈。

1.2 明辨标本 权衡缓急 治病求本应先分清标本, 急则

治标, 缓则治本。

1.2.1 邪正分标本 正气在疾病发生发展和转归过程中起决定性作用, 正气虚衰, 邪气易侵; 正气恢复, 抗邪有力, 疾病向愈; 固正治本, 祛邪治标。如慢性肾衰竭患者, 本为脾肾衰败, 标为湿毒瘀阻肾络, 当临床出现水肿、恶心呕吐、纳呆等症状时, 当急则治标, 首要任务为降肌酐、保护肾功能, 方中以水牛角丝、土茯苓、大黄等祛湿解毒之品为主药祛邪, 辅以健脾补肾等药扶正。

1.2.2 表里分标本 表证为标, 里证为本。外感是慢性肾脏病中起病或使疾病反复发作、缠绵难愈之诱因, 患者如有外感症状如鼻塞、流涕、咽痛等, 此为标急, 急则治标, 应以祛风解表药为主, 加用荆芥、防风、辛夷、金银花、元参、板蓝根等药, 如热象明显, 赵老师酌减扶正治本药黄芪用量或减去焦术, 外邪去除, 以治本为主, 用玉屏风散加减巩固正气^[3]。

1.2.3 新病旧病分标本 先患之旧病, 病程长, 气血逆乱严重, 疾病缠绵难愈为本, 后患新病, 病程短, 病邪轻, 治疗较易为标, 治疗先分标本, 如肾病综合征患者服用激素面部痤疮明显, 如破溃, 易致感染, 加重病情, 此新病为标, 标急先治标, 主方加金银花、连翘、紫花地丁、牡丹皮、赤芍等清热凉血之品治标, 待症状好转, 酌加扶助正气之补药, 以治病求本。

1.2.4 同病异治 异病同治 二者殊途同归, 均是以疾病的

※ 基金项目: 河北省科技计划项目【No:16277718D】; 河北省中医药管理局科研计划项目【No:2014158】; 河北中医学院博士科研基金【No.BSZ2017007】

* 通讯作者: panli-123456@163.com



“本”为出发点,强调疾病的根本病机,不为疾病表象所迷惑,把原则性和灵活性结合起来,充分体现了“治病求本”的治疗原则。同病异治,如某些IgA肾病患者因情志不遂起病,平素急躁易怒,治疗以丹栀逍遥散为主方加减治疗;而有些患者因外感起病,平素易感,治疗以玉屏风散为主方酌加金银花、元参等清热祛风解毒之品治疗。异病同治,如慢性肾小球肾炎和肾病综合征,赵老师认为二者基本病机均为“肾络瘀阻”,治疗以健脾补肾,化瘀通络为原则,即不论何病,均针对其主要病机治疗。

2 固护脾胃

《素问·刺法论》云:“正气存内,邪不可干。”正气的强弱不仅是疾病发生发展的根本原因,而且是疾病预后的决定性因素,所以在治疗中重视保护或扶助正气,提高机体抗御和驱逐病邪的能力至关重要。而脾胃则是正气之源^[6]。脾胃为后天之本,气血生化之源。《灵枢·刺节真邪篇》曰:“真气者,所受于天,与谷气并而充身者也”。所以历代医家在立法、组方、用药上处处顾护脾胃,体现了治病以胃气为本的指导思想 and 施治原则。医圣张仲景在《伤寒论》制方用药方面首开重脾胃治病之先河^[5],虽然没有专论脾胃,但其脾胃学说内容贯穿于六经辨证论治体系过程中,内有多种健脾和胃之法;自仲景以后,历代医家对治病以胃气为本的原则,也多有阐发,李东垣认为“内伤脾胃,百病由生”“有胃气则生,无胃气则死”。治疗中强调脾胃为主。在肾脏疾病治疗过程中,赵老师认为,肾脏疾病的发生和脾胃密切相关,如肾病中蛋白尿应为肾失封藏,精微下泄,但与脾密切相关^[7],盖因“肾之主脾也”。《医经精义》曰:“脾土能制肾水,所以封藏肾气也。”表明脾能协助肾气封藏。此外,《素问·经脉别论》指出:“脾气散精,上归于肺”。指出脾气能主升清,防止谷气下流、精微下泄,有助于肾之封藏。倘若脾虚不能生化阴精以涵育肾气,无以升清致谷气下流,则肾失封藏,精微下泄出现蛋白尿。脾统血,有统摄血液行于脉中,防止其逸出脉外的功能。此外,脾气主升,《临证指南医案》提出:脾宜升则健。倘若脾气不足,中气下陷,气不摄血,血随气下,可致血尿。《灵枢·决气》曰:“中焦受气取汁,变化而赤,是谓血。”《灵枢·邪客》更明确云:“营气者,泌其津液,注之于脉,化以为血。”血液主要由营气与津液相合,变化为赤而成。倘若脾虚日久,营气化源亏乏,可致贫血。“诸湿肿满,皆属于脾”,脾在水液运化过程中起着非常重要的枢纽作用,脾气亏虚,水液代谢失常产生水肿。《灵枢·师传》云:“脾者主为卫。”《素问·阴阳应象大论》指出:“脾生肉,肉生肺。”脾肺相生,脾气健运,肺气充盛,故能宣发卫气于肌表^[8],且《灵枢·本神》曰:“脾藏营。”营气行于脉中,卫气行于脉外,营卫协调,若脾失健运,营气不足,可以影响卫气功能,肾病患者易

感外邪,病情反复与肺脾功能失调相关。故治疗肾病过程中赵老师非常重视固护脾胃,不管患者有无脾胃亏虚之象,必加黄芪、茯苓、焦白术此三味药以健补脾胃之气,且肾病病人病史较长,缠绵反复,治疗棘手,需常年服药,药物均需胃之受纳,脾之运化,对脾胃有一定影响,故应保护胃气,临床应注意:(1)慎用苦寒伤胃药,如黄芩、紫花地丁等,若必须使用,则佐助健脾和胃药,如陈皮、砂仁、麦芽等,中病即止,切忌长期服用;(2)注重脾胃症状,问诊着重询问食欲,病人如有脾胃不适症状,酌加药物,以恢复脾胃功能为要;(3)处方中运用多味相近功效药物,正常药量,且同种功效药交换使用,避免药物的副作用,可长期服用,

3 病证结合

赵老师在辨证论治基础上,针对肾脏疾病特殊性,用病证结合方法进行治疗,随着肾穿刺技术的普及,人们对此技术的认识加深,做肾穿刺以明确病理诊断的病人增多,病人就诊常带有肾穿结论的病理诊断报告单;另有部分患者,起病隐匿,体检发现,无任何明显症状,就诊时手持实验检查结果和肾脏B超等要求服用中药治疗,此时宜结合病理诊断和实验室检查进行治疗,如病理诊断为局灶性阶段性肾小球硬化症、系膜增生性肾小球肾炎的患者,宜在主治方基础上加软坚散结中药,如鳖甲、牡蛎、皂刺,必要时可要求患者做第二次肾穿观察病理改变;尿检有血尿患者,酌加止血药,如小蓟、白茅根、三七粉^[10-12]、茜草、乌贼骨等;蛋白尿者加活血通络虫类药,如乌梢蛇、地龙、僵蚕等及药理研究有降蛋白作用的药物如积雪草、金雀根、翻白草、灯盏花^[13]等;血液检查贫血者,加晚蚕砂、阿胶、元肉等;血小板减少者,加女贞子、仙鹤草等;血凝异常,如凝血功能差者,禁用活血化瘀通络药,如高凝则重用活血通络药。疗效判断亦需以检查结果做客观依据,不能以症状好转为依据,因病人主观感觉各异,且症状与病情好转不成正比。

4 重用虫药

临床中,虫类药性善走窜,能深入络脉,搜剔络中伏邪^[14],临床广泛用于诸风、痰瘀、积聚等顽痼痼疾的治疗,具有植物药不可比拟之功效。唐荣川曰:“动物之攻利尤甚于植物,以其动物之本性能行,而又具有攻性。”叶天士云:“久则邪正混处其间,草木不能见效,当以虫蚁疏逐。”赵老师认为,慢性肾脏病,迁延不愈,久则病邪入络,“肾络瘀阻”为慢性肾脏病共有病机^[9],用此理论指导慢性肾脏病的中医临床实践,提出在健脾补肾、化瘀、祛湿等常规治法基础上,重视通络虫类药的应用。肾络畅通,气化功能得以恢复,能升能降,能开能合,能出能入,能收能放,各种精微物质得以施布于全身内外,瘀阻去而诸病自愈,临床及实验研究证实,虫类药物具有减轻蛋白尿、降

低血压、保护肾功能的作用。同时要注意这类药物的副作用,部分药物有毒,剂量过大会导致中毒。临床常用虫类药为地龙、僵蚕、蝉蜕、蜈蚣等。

地龙:性寒,味咸,入脾、肝、肾经。具有清热息风,通络,平喘,利尿的作用。对肾络瘀阻、水湿留滞者最为适合,地龙下走肾经,清热而利水道,对热结膀胱、小便不利,甚则引起水肿的病症,可配合利水药如车前子、椒目等同用。地龙尚能清热祛痰,可用于肾脏病呼吸道感染者。现代药理研究,地龙含蚓激酶,能降低血小板集聚、改善血液循环,有纤溶和抗凝作用,且能增强人体免疫力。

僵蚕:性平,味咸辛,归肝、肺、胃经,有息风止痉、祛风止痛、化痰散结之功,既能平内风以解痉,又能驱除外风以散风热,且可化痰而散结。临床中对风、痰引起的肾脏病有较好的疗效,现代药理研究其提取物有较强的抗凝作用。

蝉蜕:性寒,味甘,归肺、肝经,有疏散风热、利咽开音、息风止痉之功,治疗蛋白尿兼见咽喉肿痛者效果较好,同时能减轻血尿,故急性肾炎常用其散风热、利咽喉。慢性肾炎蛋白尿日久不退者亦可用,常用量10 g。

蜈蚣:为蜈蚣科动物少棘巨蜈蚣的虫体,性温,味辛,有毒,入肝经。具有祛风、解痉、解毒的功效。能通经络而息肝风,肝风除而痉厥自止,故有祛风解痉之效。对于急慢惊风及破伤风呈现痉挛抽搐、角弓反张等

症者,常与全蝎、钩藤、僵蚕等药配合应用。外用治疮疡肿毒、瘰癧溃烂等症。临床使用1~2条,或1~3 g煎服^[9]。

参考文献

- [1]陈杰,李海峰.近百年来对《内经》治则的研究[J].吉林中医药,2015,35(4):425-427.
- [2]丁英钧,蔡冀民,潘莉,等.慢性肾脏病“肾络瘀阻”共有病机学说及临床意义[J].时珍国医国药,2011,22(3):690-691.
- [3]霍亚超,马鸿杰.玉屏风散合防己黄芪汤治疗慢性肾炎举隅[J].亚太传统医药,2017,13(2):106-108.
- [4]秦微,崔家鹏,王彩霞.“脾主运化、统血”等脾藏象理论相关哲理思维研究[J].时珍国医国药,2017,28(8):1944-1946.
- [5]王飞,黄雅慧.论《金匮要略》的固护脾胃观[J].现代中医药,2016,36(3):58-59.
- [6]黄晓芬,李娟,李金田.论《伤寒论》保胃气思想[J].陕西中医药大学学报,2016,39(1):112-113.
- [7]魏华娟,潘莉,刘洪德,等.赵玉庸治疗蛋白尿经验[J].中医杂志,2015,56(11):916-918.
- [8]刘晓瑞,黄彬洋,张愿,等.肺之“卫-窍-脏-络”体系辨析[J].社区医学杂志,2017,15(4):55-57.
- [9]巩振东.从肺论治慢性肾小球肾炎[J].中国中医药信息杂志,2017,24(11):115-116.
- [10]卫强,周莉莉.小蓟中挥发油成分的分析及其抑菌与止血作用的研究[J].华西药理学杂志,2016,31(6):604-609.
- [11]刘金荣.白茅根的化学成分、药理作用及临床应用[J].山东中医杂志,2014,33(12):1021-1023.
- [12]赵常英.关于三七的活性成分药理与临床应用功效的相关探讨[J].2016,16(9):195-196.
- [13]刘勤,张红宇,王璐.灯盏花药理作用研究进展[J].云南中医中药杂志,2013,34(2):61-63.
- [14]张亚萍,唐振宇,李永亮.论叶天士对张仲景通络法的继承与发挥[J].上海中医药杂志,2017,51(9):37-39.
- [15]许庆友,丁英钧,赵玉庸[M].北京:中国中医药出版社,2010:152-153.

(本文编辑:李海燕 本文校对:董绍英 收稿日期:2018-03-16)

马纯政教授中医药治疗脑瘤的经验

刘亚南¹ 吕默晗¹ 屈帅勇¹ 马纯政^{2*}

(1 河南中医药大学研究生2016级,河南 郑州 450000; 2 河南省中医院肿瘤二区,河南 郑州 450002)

摘要:脑瘤是发于颅内肿瘤的统称,是临床常见的恶性肿瘤之一,其发病和死亡率呈逐年上升趋势。马纯政教授从事肿瘤专业20余载,在恶性脑瘤的治疗上积累了很多经验。马师认为脑瘤的发生是因正虚邪盛,宿痰聚于颅内所致,故在治疗上马师强调行气化痰,活血通络。笔者跟随马师学习,就其在中医药治疗脑瘤的经验有一定的感悟,在此与大家分享。

关键词:脑瘤;马纯政;中医药;行气化痰;活血通络

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.032

文章编号:1672-2779(2018)-11-0068-03

Experience of Professor Ma Chunzheng in the Treatment of Cerebroma with the Application of Chinese Medicine

LIU Yanan¹, LYU Mohan¹, QU Shuaiyong¹, MA Chunzheng²

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

2. Ward Two of Oncology, Henan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: Cerebroma is a general name for intracranial and extracranial tumors, and it is one of the most common malignant tumors in the clinic. The incidence and mortality rate are increasing year by year. Professor Ma has engaged in cancer for more than 20 years, and has accumulated a lot of experiences in the treatment of malignant brain tumors. He thinks the occurrence of the brain tumor is due to the vital qi's deficiency and pathogenic factors spirit. Brain tumor is caused by phlegm in brain, so he stresses not only activating qi and eliminating phlegm but also activating blood and dredging collaterals. We follow with the Professor Ma, and have some experience in the treatment of brain tumors in traditional Chinese medicine, and want to share with you.

Keywords: cerebroma; Ma Chunzheng; Chinese medicine; activating qi and eliminating phlegm; activating blood and dredging collaterals

脑瘤是发于颅内肿瘤的统称,包括发于脑实质的原发性肿瘤和身体其他部位转移到颅内的继发性肿瘤^[1],

在此我们主要论述恶性脑瘤的中医治疗。西医对恶性脑瘤的治疗是最大限度的手术切除,配合放化疗为主。但临床上多数患者确诊时已失去手术机会或术后反复复发,又因其血脑屏障及脑部富含神经和重要功能分

* 通讯作者:mchzh666@126.com



区,使脑瘤的放化疗受到限制。祖国传统医学对脑瘤无明确记载,根据患者头痛、头晕、呕吐、抽搐、半身不遂等症状,常将其归为“头痛”“眩晕”“中风”“呕吐”“癫痫”等范畴。《灵枢·大惑论》曰:“上属于脑,后出于项中。故邪中于项,因逢其身之虚……入于脑则脑转,脑转则引目系急,目系急则目眩以转矣。”《素问·奇病论》指出:“当有所犯大寒,内至骨髓,髓者以脑为主,脑逆故另头痛,齿亦痛,病曰厥逆”^[2]。

1 辨证分型分期论治

马纯政教授认为脑瘤是因正虚邪盛,本虚标实所致。《素问遗篇·刺法论》曰:“正气存内,邪不可干”,脑肿瘤的发生也因“正虚邪人,阴阳失调,寒热相搏,毒积脏腑,营衍壅塞”所致^[3]。人体正气虚弱,气、血、阴、阳失调,致气机阻滞、痰结凝滞、瘀毒凝结,病理因素多为风、痰、瘀、毒。马师根据患者手术前后、放化疗等情况,给予分期论治。术前癌毒力大,以行气化痰,配合散结解毒为主;术后身体虚弱,正气受损,以健脾扶助正气为主;放化疗期间损伤气阴,以益气养阴,兼活血消瘀为主。马师在临床上将脑瘤分为痰瘀阻窍型,治以行气化痰,祛瘀通窍,以通窍活血汤加减;风毒上扰型,治以平肝潜阳,清热解毒,以天麻钩藤饮加减;阴虚风动型,治以滋阴潜阳,息风通窍,以大定风珠加减;气血亏虚型,治以补气养血,解毒散结,以八珍汤加减。

2 行气化痰的治疗原则

马师认为脑瘤乃宿痰聚于颅内所致。正常生理情况下,人体水液的输布排泄主要依靠肺、脾、肾三脏及三焦的气化作用。三焦气化功能正常,则将水谷精微化为津液,运行输布全身,发挥滋润濡养作用。若肺失宣发、津液不布;脾失健运,水失内生;肾阳不足,水液不得蒸化,三焦气塞,脉道壅闭,则水饮停积,不得宣发,聚成痰饮。痰饮可阻滞气血运行,影响水液正常代谢,又可蒙蔽心神,致使头晕目眩、精神不振、癫狂痫等,且“痰之为物,随气升降,无处不到”,致病广泛。祛痰用药选择上,湿痰用白术、苍术;寒痰用半夏、生姜;风痰用胆南星、白附子;老痰用石菖蒲、海浮石;燥痰用杏仁、瓜蒌;食积者加焦三仙^[4]。痰饮虽为病理产物,但究其本质乃水谷精微所化,痰饮为阴邪,无阳不运,而气为阳,有温煦发散的特性。故马师在祛痰方中多用行气、理气之品,如陈皮、砂仁等,气滞则痰凝,气虚则无力运行,故马师据其辨证常适量配合补气药物,如黄芪、党参等。

3 强调活血通络

头为诸阳之会,五脏六腑之精气皆上注于头,且脑为髓海,调控人体一身生理功能。若人体正气不足,复受外感邪毒,壅塞脉道,致痰浊、瘀血停滞与脑,则留结成块。祖国传统医学认为“脑为血海”即脑部血容量大^[5],并据人体生理需要将血液分配到各支脉中。血液运

行不畅,停滞于经脉则为瘀血、为死血,“死血痹着,新血不能灌溉,死血闭塞,心血不能营周”。故马师在脑瘤的治疗上善用活血化瘀药物,如川芎、红花、赤芍等,以促进血液运行,消散瘀血,使血液发挥正常的濡养作用。《本草汇言》曰:“红花,破血、行血、和血、调血之药也”。脑瘤之病日久所积,非表证、急证,为久病,百病久恙,血络必伤。“以食血之虫,飞着走络中气分,走着走络中血分,可谓无微不至,无坚不破”,故常用虫类药物以通络,取虫类药善搜络走窜之性,故蜈蚣、壁虎、地龙等。蜈蚣辛温、有毒,归肝经,可息风镇痉,攻毒散结,通络止痛。现代药理研究表明蜈蚣有抗惊厥、改善微循环、延长凝血时间等作用。

4 医案举例

患者,女,30岁,2017年5月10日初诊。2012年行脑胶质瘤切除术,术后化疗2周期,2016年因癫痫复发,于当地医院诊疗后,行第2次脑胶质瘤切除术,术后癫痫反复发作,平素口服卡马西平抗癫痫治疗,效果欠佳。现患者神志清,精神欠佳,癫痫反复发作,较前频繁,持续约5分钟,吐字不清,右侧肢体活动不利,纳食欠佳,二便正常,舌暗红,苔白厚腻,脉沉弦。西医诊断:脑胶质瘤术后化疗后。中医诊断:脑瘤,证属痰瘀阻窍。治宜行气化痰,祛瘀通窍。给予中药汤剂口服,处方:炙黄芪20 g,厚朴9 g,炒川芎10 g,当归15 g,胆南星18 g,姜半夏15 g,浙贝母15 g,红豆杉12 g,石菖蒲30 g,赤芍15 g,桂枝12 g,地龙15 g,藁本12 g,白芷12 g,炒山楂15 g,炙甘草6 g。7剂,水煎服,日1剂。

2017年5月18日二诊:精神可,诉癫痫发作次数较前减少,右侧肢体活动不利、纳食较前明显好转。处方:炙黄芪30 g,川芎15 g,当归15 g,红豆杉20 g,陈皮9 g,清半夏9 g,石菖蒲30 g,枸杞子30 g,酒苡蓉15 g,炙淫羊藿15 g,地龙15 g,薏苡仁20 g,苍术15 g,白芷12 g,藁本15 g,炒决明子10 g,炒山楂10 g,炙甘草6 g。15剂,煎服法,同前。

2017年6月5日三诊:精神可,诉癫痫未再发作,吐字较前明显清晰。守5月18日方口服汤药30剂,另蜈蚣30条,全蝎90 g,壁虎90 g,鸡内金120 g,干蟾皮90 g,打粉口服,分30天口服。2017年7月2日电话回访,患者诉上述症状均未再发作,嘱患者按三诊打粉方长期服用。

按:患者癫痫反复发作,发作时两目上视,口吐白沫,四肢抽搐,结合患者舌暗红,苔白厚腻,脉沉弦,辨证为痰瘀阻窍证,治宜活血化瘀,祛瘀通窍。方中以石菖蒲为君,《景岳全书》曰:“癫痫客忤,开心气胃气,行滞气,通九窍,益心智”,其味辛,可化湿开胃、开窍豁痰、醒神益智;胆南星、厚朴味苦,可燥湿化痰助菖蒲以涤痰开窍,且厚朴味辛,为阴中之阳,可升可降行气以助化痰,炒川芎、当归、赤芍

活血化痰，推陈致新为臣药；红豆杉清热解毒、抗癌，炒山楂健胃消食改善纳差症状，桂枝温通血脉，改善右上肢活动不利症状，地龙通络抗癌助化痰瘀血共为佐药；白芷、藁本引药上行，炙甘草调和药性为使药。全方在辨证基础上注重行气化痰，活血通络。二诊患者症状减轻，脑瘤日久损伤正气，故马师在上述治疗原则上加用枸杞子、淫羊藿、酒苡蓉等药物补元阴元阳，正气足则邪气消。三诊患者病情稳定，嘱其服用虫类打粉药物，虫类药善搜剔经络之风、湿、痰、瘀，“疗死血，虫类为要药”。且虫类药物价格昂贵，用其散剂能充分利用药物。

5 小结

综上所述，马师认为脑瘤的发生主要是正虚邪盛，

气、血、阴、阳失调，三焦气化功能失司，风、痰、瘀、毒停滞于脑部，聚结成块，发为脑瘤。马师认为脑瘤的发生与痰饮关系最为密切，“百病皆由痰作祟”，故在治疗上强调行气化痰，同时重视活血通络法的应用。马师根据脑瘤多年临床经验探索出自己的辨证分型及治法方药，为中医药治疗脑瘤提供了新的思路。

参考文献

- [1]张贺,梁新安.中医药治疗脑瘤的研究进展[J].湖南中医杂志,2014,30(5):170-171.
 - [2]司富春,刘亚丽.脑瘤的中医用药分析[J].河南中医,2010,30(7):709-710.
 - [3]邵梦扬,宋光瑞.中医肿瘤治疗学[M].天津科技翻译出版公司,1994:155.
 - [4]林丽珠,朱丹溪.“从痰辨治”理论思辨及在脑瘤中的应用[J].新中医,2010,42(9):127-128.
 - [5]黄燕,杨利.出血中风和缺血中风病机差异与“脑中血海”“升降枢轴”的关系初探[J].中国中医药信息杂志,2004,11(6):472-473.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:马纯政 收稿日期:2018-03-02)

傅金英教授治疗产后身痛的经验总结

王小莎¹ 傅金英^{2*} 李瑞丽²

(1 河南中医药大学中医妇科学硕士研究生2017级,河南 郑州 450002;

2 河南中医药大学第二附属医院·河南省中医院妇科学,河南 郑州 450002)

摘要:通过跟师学习,总结傅金英教授治疗产后身痛的临床经验。傅金英教授认为产后身痛以气虚血瘀为本,感受风寒湿邪为标,治疗上强调“三分药物七分养”。采取中医药治疗,情志调养,运动疗法。傅金英教授治疗产后身痛疗效显著,给患者带来了福音。

关键词:傅金英;产后身痛;中医药治疗;情志调养;运动疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.033

文章编号:1672-2779(2018)-11-0070-03

Experience of Professor Fu Jinying in the Treatment of Postpartum Pain

WANG Xiaosha¹, FU Jinying², LI Ruili²

(1. Grade 2017 Postgraduate of Gynecology of Traditional Chinese Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;

2. Department of Gynecology, Henan Hospital of Traditional Chinese Medicine·the Second Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: Learning from the teacher, experience of Professor Fu Jinying in the treatment of postpartum pain was summarized. Professor Fu Jinying believed that the postpartum body pain was based on qi deficiency and blood stasis, and felt the wind cold and damp evil as the standard. The treatment emphasized "three points and seven points of medicine". Chinese medicine treatment, emotional remedies and sports therapy were used. Professor Fu Jinying has a significant therapeutic effect on postpartum pain and brings the gospel to the patients.

Keywords: Fu Jinying; postpartum pain; therapy of traditional Chinese medicine; emotional care; sports therapy

产妇在产褥期内,出现肢体或关节酸楚、疼痛、麻木、重着者,称为“产后身痛”。又称“产后遍身疼痛”“产后关节痛”“产后痹症”,俗称“产后风”。西医学相当于在产褥期因风湿、类风湿引起的关节痛、产后的坐骨神经痛、多发性肌炎、产后血栓性静脉炎出现类似症状者,可与本病互参^[1]。但患者曾多方求医,查类风湿因子、血沉、抗“O”及X线检查均未见明显异常,西医临床多给予非甾体抗炎药或激素药治疗,临床效果差,副作用较大,给患者带来痛苦^[2]。导师傅金英教授从医多年,充分发挥中医中医药特色,治疗产后身痛临床疗效显著,具有独特优势,给患者及家

属带来福音。傅金英,女,医学博士,教授,主任医师,博士生导师。现任河南中医药大学妇科学主任,中华中医药学会妇科分会常务委员,中国民族医药学会妇科专业委员会常任理事,傅金英教授长期坚持一线、教学和科研一线。擅长中西医结合诊治月经不调、更年期综合征、不孕症、产后康复等疾病。笔者有幸跟师学习,受益良多,现将其治疗产后身痛的辨证思路及用药思路介绍如下。

1 病因病机

1.1 气虚血瘀 本病始见于《诸病源候论》:“产则伤动血气,劳损脏腑,其后未平复,起早劳动,气虚而风邪趁虚伤之,致发热者,故曰中风。若风邪冷气,初客皮肤经络,痛痹不仁,苦乏少气”;《陈素庵妇科补

* 通讯作者:fujinying2003@163.com



解》曰：“产后遍身疼痛，因产时损伤，气血升降失常而留滞关节，筋脉引急，是以遍身疼痛也。然既遍身作痛，则风寒瘀血十有五六。”产妇在分娩期间由于产伤、出血及用力耗气动用体内的正气，使产妇气血骤虚^[3]。《血证论》：“运血者，即是气。”，气虚不能行血，加之恶露的排出，故产褥期的生理特点是“多虚多瘀”。可见本病的病机主要是产后气虚血瘀，不能荣养四肢百骸所致的“不荣则痛”。

1.2 风寒湿邪 《黄帝内经》云：“正气存内，邪不可干；邪之所凑，其气必虚。”疾病的发生必是内因与外因的结合，产妇饮食、起居感受风寒，前期未予重视，是产后身痛的主要外在病因。《普济方》曰：“夫中风筋脉挛急者，由产后气血不足，脏腑俱虚，日月未满而起早老役，动伤脏腑，虚损未复，为风邪冷气初客于肌肤经络，则令人顽痹不认，羸乏少气，风气入于筋脉，挟寒则挛急也。”可见本病风寒湿邪趁虚而入，留滞于肢体经络，所致的“不通则痛”。若风邪偏盛，则痛无定处；寒邪偏盛，疼痛剧烈，得热痛减；湿邪偏盛，则关节肿胀，麻木重着。

故此病属于本虚标实之证，气虚血瘀为本，感受风寒湿邪为标。

2 治疗方法

2.1 中医药治疗 《沈氏女科辑要笺正》云：“此证多为血虚，宜滋养，或有风寒湿三气杂至之痹，以养血为主，稍参宜络，不可峻投风药。”本病以虚为本，本着虚则补之的原则，当补气血的不足，因此傅金英教授重用黄芪为君药，大补气血，兼用党参、白术、茯苓，取其四君子汤之意，益气健脾，当补后天之本，当归、赤芍、川芎取其四物汤之意，祛其熟地之滋腻，补血活血，其中川芎兼有行气之功，使补而不滞之功。正如吴昆《医方考》卷三：“血气俱虚者，此方主之。人之身，气血而已。气者百骸之父，血者百骸之母，不可使其失养者也……气旺则百骸资之以生，血旺则百骸资之以养。形体既充，则百邪不入，故人乐有药饵焉。”同时，随着人们的生活水平、社会意识的提高，产妇在产褥期追求个人时尚，未做到避风寒，致使风寒湿邪侵入人体，当以寒者热之为原则，当用温热之药，方中附子、干姜最为大热，散其大寒。寒者凝，凝者淤，淤则堵，堵则痛，方用桂枝温通血脉之意，同时当用木香、厚朴、砂仁、陈皮以行气，能使血脉得以运行。同时用羌活、独活、秦艽祛风湿药，羌活主治上半身风寒湿痹痛，独活主治下半身风寒湿痹痛，羌活、独活合用可去全身之风寒湿痹症，秦艽既能祛风湿，又能舒筋活络，药性平和，素有“风药中之润药”的功效，三药合用可增强治疗风寒湿痹症。

同时傅金英教授根据患者的个人情况，具体问题具体分析，如失眠者加茯神、首乌藤、酸枣仁，肝气

郁结者加合欢皮、郁金，肾阳虚者加续断、桑寄生、淫羊藿、巴戟天等，湿重者加薏苡仁、佩兰、藿香、砂仁等药物。

2.2 情志调养 《备急千金要方》曰：“养生之道，重在养神；养神之要，重在养德”“性既自善，百病不生”说明了情志对人体身体健康的影响之深^[4]，傅金英教授认为现代生活节奏快，面对压力时，要有豁达乐观，积极向上的态度，百病才不易侵入人体。《三因极一病证方论·七气叙论》说：“喜伤心，其气散；怒伤肝，其气出；忧伤肺，其气聚；思伤脾，其气结；悲伤心，其气散；恐伤肾，其气怯；惊伤胆，其气乱。虽七诊自殊，无逾于气。”说明了情志对人体各个脏腑的影响，只有做到“恬淡虚无，真气从之”，才能“精神内守，病安从之”。这既是养生的重要条件，也是治病的要点。傅金英教授每次都叮嘱患者要处理好自己的情绪，不要受外界环境的影响，方能使药效达到最佳。

2.3 运动疗法 《吕氏春秋》载：“流水不腐，户枢不蠹，动也。”这强调了运动的重要性。“动则升阳”，人只有在不断运动的过程中才能生成阳气。傅金英教授认为应该多锻炼身体，动用人体的阳气，阳气生发，则寒则去。正所谓《后汉书·华佗传》载：“动摇则谷气则消，血脉流通，病不得生，譬犹户枢不朽是也。”^[5]人只有运动，才能有助于食物的消化，才能帮助血脉的流通，通则不痛，人体的四肢关节才不会疼痛、重着。傅金英教授常常亲自教授患者拍打身体、舒展四肢，鼓励患者勤练八段锦、太极拳之类的运动，重视呼吸、意识、姿势的配合，主张精神合一的状态，让患者自身锻炼身体，以达到疏通经络、散结化瘀、增强体质的功效。

2.4 其他疗法 脾胃为气血生化之源，为后天之本，食物的消化需要脾胃的运化，产后身痛属于气虚血瘀，再加感受风寒湿邪，更应该调养脾胃，固护脾胃防邪如侵，同时勿吃生冷食物，防止病邪加重。中医养生注重药食同源的道理，认为饮食得当，等同于药物的功效，这就需要我们根据自身的体质选择合适的食物，产后身痛的患者可多选择温性食物，如生姜、葱，也可适量地饮酒来温通肢体^[6]。

《素问·生气通天论》：“阳气者，一日而主外，平旦人气生，日中而阳气隆，日西则阳气已虚，气门乃闭”，现在越来越多的年轻人，生活作息不规律，熬夜现象越来越严重，晚上不能正常地进入睡眠，过多地消耗人体的阳气，阳虚生虚寒，加重了产后身痛的病情，这就要求我们作息时间规律，保证正常的睡眠，提高睡眠质量，使其阴阳平衡。

3 典型医案

徐某，女，28岁。初诊：2017年9月11日，以“产后1年余，全身酸困，怕凉1年”为主诉就诊，患者自诉

在产褥期贪凉，常开空调，起初未在意，现全身酸困症状逐渐加重，右侧面颊部轻微疼痛，右脚发凉，怕冷，PMP：2017年5月28日，LMP：2017年8月5日，月经量色可，无血块，无痛经，纳眠可，二便调，舌紫红，有瘀点，脉细弱而涩。诊断：产后身痛（气虚血瘀兼风寒湿邪）处方：黄芪60 g，党参20 g，白术15 g，茯苓20 g，当归15 g，川芎12 g，赤芍12 g，制附子15 g（先煎），桂枝30 g，干姜12 g，秦艽15 g，羌活12 g，木香10 g，独活12 g，厚朴12 g，益母草30 g，川牛膝15 g，淫羊藿30 g，巴戟天15 g，7剂，日1剂，水煎服。并嘱患者避风寒，勤锻炼，畅情志。

9月18日二诊：服药后面颊疼痛减轻，下肢困重，全身疼痛症状有所好转，9月12日月经来潮，量少，色暗，无痛经，轻微腹泻，大便1日2次，小便调，舌紫红，有瘀点，脉细弱而涩。加陈皮12 g，砂仁6 g（后下），焦三仙各15 g，鸡内金15 g，健脾和胃化湿。因在月经前期当去益母草30 g，川牛膝15 g，淫羊藿30 g，巴戟天15 g。7剂，日1剂，水煎服。

2017年9月25日三诊：守9月18日方加仙灵脾30 g，巴戟天15 g，桑寄生15 g，14剂，日1剂，水煎服。此后数次复诊，于11月9日来诊，患者月经规律，诉无其他不适，诸症消失。随访2月后，未再复发。

4 结语

《灵枢·百病始生》云：“此必虚邪之风，与其身形，两虚相得，乃客其形”，疾病的发生，是内外因的结合，只有外界的虚邪之风与人体的正气虚弱相结合，才导致疾病的发生。《妇人大全良方》曰：“夫产后中风，筋脉挛急者，是气血不足，脏腑俱虚，日月未满而起早劳逸，动伤脏腑，虚损未复，为风邪冷气客于皮肤经络，则令人顽痹不仁，羸乏少气，风气入于筋脉，挟寒则拘急也”。傅金英教授从医多年，临床经验丰富，本着“无拘于产后，亦无忘于产后”的原则，对病因病机准确把握，注重天人合一的理念，不仅仅强调药物的治疗，更强调饮食、运动、情志的调节，使其顺应自然，达到治病与养生的结合，使患者受益。

参考文献

- [1]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:286-290.
- [2]张海英,李玉珍.糖皮质激素类药物的药理特性及合理应用[J].临床药物治疗杂志,2004,2(3):36-42.
- [3]张旭,王军,赵吉平.赵吉平治疗产后身痛的疾病[J].北京中医药,2011,30(11):817-818.
- [4]周波,陈瑞芳.邓铁涛中医养生思想探讨[J].中医杂志,2016,57(24):2146-2147.
- [5]晏显妮,陈瑞芳.浅谈健身气功八段锦与中医养生治未病的关系[J].湖南中医杂志,2017,33(9):135-136.
- [6]韩云霞,傅金英.绝经期妇女养生保健经验浅析[J].中医药通报,2016,15(5):45-46.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李艳青 收稿日期:2018-03-30)

张怀亮教授从风论治眩晕的经验总结

胡柯洋¹ 张怀亮^{2*}

(1 河南中医药大学研究生处,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: 眩晕是临床常见疾病,导致眩晕的病理因素主要有风、火、痰、瘀。张怀亮教授认为,风为眩晕发生的基本病理因素,风邪在六邪之中最为多见。若风邪外袭或体内肝风内动,上扰巅顶,导致清阳受蒙,则发为眩晕。由此可见,风与眩晕的发生息息相关。张怀亮教授临床擅从风论治眩晕,既疏散外风,又平息内风,内外兼顾,辨证论治,在治疗眩晕病的过程中取得了显著的疗效。笔者从眩晕的病因病机以及风与眩晕的关系加以论述,并谨录临床验案以详其通。

关键词: 张怀亮; 眩晕; 风邪; 临证经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.034

文章编号:1672-2779(2018)-11-0072-03

Experience Summary of Professor Zhang Huailiang in Treating Vertigo from the Wind

HU Keyang¹, ZHANG Huailiang²

(1. Graduate Department, 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: Vertigo is a common clinical disease. The pathological factors leading to vertigo are wind, fire, phlegm and blood stasis. Professor Zhang Huailiang believes that wind is the basic pathological factor of vertigo and wind evil is the most common of the six evils. If the wind is out of the way or liver wind moves, the brain can be disturbed. It can cause qingyang not to rise, so vertigo occurs. Thus, wind is closely related to the occurrence of vertigo. Professor Zhang Huailiang is good at treating vertigo from the wind in clinical practice. He not only disperses the wind, but also puts out the internal wind. Through internal and external consideration and dialectical treatment, and he has achieved remarkable curative effect in the treatment of vertigo. The author discusses the etiology and pathogenesis of vertigo and the relationship between wind and vertigo. The medical cases are also recorded for its thorough understanding.

Keywords: Zhang Huailiang; vertigo; wind pathogen; clinical experience

眩晕的主要特征为目眩和头晕,轻者闭目即止,重者如坐船,旋转不定,不能站立,有时出现恶心呕吐甚

至昏倒等症。西医认为眩晕是机体对空间关系的定向障碍或平衡感觉障碍,是一种运动错觉^[1]。现代医学对眩晕的认识有很大进步,但在治疗上并未有所突破。张怀亮教授多年来潜心钻研中医理论,具有丰富的临床经

* 通讯作者:zh121@126.com

验,现将其从风论治眩晕的学术经验与思想进行分析。

1 眩晕的病因病机

眩晕的病因病机复杂多样,其病因主要为情志不畅、饮食不节、年高肾亏、久病体虚、跌仆外伤等。眩晕的病机,历代医家论述颇多。《内经》认为眩晕和肝有着密切的关系;刘完素提出眩晕的病机应从风火立论;朱丹溪主张“无痰不作眩”,首倡痰火致眩学说;虞抟于《医学正传》中有“血瘀致眩”的说法,认为瘀血停留,导致经脉不通,气血不能上荣于头目,发为眩晕;《景岳全书·眩运》强调“无虚不作眩”,指出气血亏虚,清窍失养,从而导致眩晕^[1]。综上所述,历代医家对眩晕病因病机的认识虽有所不同,但总结起来不外虚和实两个方面。虚者为气、血、阴、阳的亏虚,脑失所养;实者为风、火、痰、瘀的有余,上扰清窍。正所谓“无风不作眩”,张怀亮教授主张从风论眩,认为风是导致眩晕发生的直接致病因素,既可外来,也可内生,同时风为百病之长,风邪常兼他邪而致眩,风邪致病最为多见,是外邪致病的先导。

2 风与眩晕的关系

风在中医中有内风、外风之异,自然界中凡具有风之轻扬开泄、善行数变特性的外邪,称为外风,而由机体内生的动摇、眩晕、抽搐、震颤等类似风动的病理状态,称为内风^[2]。从外风致眩的角度来看,风性轻扬开泄,易袭阳位,头为诸阳之汇,风邪上乘头目,导致气机运行不畅,发为眩晕;风性主动,善行而数变,风邪侵袭经络,则气血运行不畅,易生眩晕;风为百病之长,他邪易依附于风而侵入人体,上干脑窍,清阳不升,导致眩晕。因此,外风即风邪,是六淫之首,是导致眩晕的基本致病因素。从内风生眩的角度来看,《素问·至真要大论》云:“诸风掉眩,皆属于肝”。指出内风与肝关系密切,也称肝风内动。若肝气郁结,化火亢逆,暴怒伤肝,肝风上扰,或劳伤肝肾,水不涵木,风阳上犯脑窍,发为眩晕,证属肝阳化风;若热病极期,热邪炽盛,火热亢盛化风,风阳循经上冒而致眩晕,证属热极生风;若热病后期,阴液耗损,或久病耗伤,津液亏损,筋失濡润,阴不制阳,风阳升动,则生眩晕,证属阴虚风动;若久病耗损,或失血过多,生血不足,血不荣络,虚风内动,导致眩晕,证属血虚生风。此外,风不仅可以单独发病,还可夹杂火、痰等病理因素致眩。因情志不遂,郁怒伤肝,气火暴升,火邪上炎,扰乱头目,发为眩晕,证属风火上攻;因饮食起居失调而致脾气虚弱,运化失司,则痰浊、水湿中阻,上干脑窍,易生眩晕,证属风痰上扰。由此可见,外风和内风是眩晕病发生的重要病理因素,外感风邪和肝风内动相结合,则外风有所依附,内风有所相助。在治疗上也应内外并重,疏散外风和平息内风并举,内外兼治,适得其法^[3]。

3 典型医案

案1 杜某,男,52岁,农民,以“发作性头晕、头痛2年,加重3天”前来就诊,近两年来头晕反复发作,时有两侧太阳穴及后枕部胀闷痛,平素血压150/90 mmHg,口苦,心烦急躁,眠差,多梦,身乏力,纳可,饮食无偏好,口苦,舌红,苔黄,脉弦数。四诊合参,证属肝阳偏亢,肝风上扰;治以平肝息风,清热活血。方用天麻钩藤饮加减。其药物如下:天麻10 g,钩藤30 g,石决明30 g,栀子12 g,黄芩9 g,柴胡10 g,白芍15 g,牛膝15 g,益母草15 g,桑寄生10 g,生龙骨30 g,生牡蛎30 g,夜交藤15 g,炙甘草10 g。水煎服,7剂,日1剂,早晚分服。药后症减,守上方加减就诊三次而愈,至今未发。

按:肝有升发条达之性,肝阳易亢而化风,若肝木过旺,风气过盛,上扰清窍,加之患者为中年男性,有高血压病史,故见头晕、头痛;肝经郁火扰乱心神,出现心烦急躁、失眠多梦的症状;肝胆火热,胆热上泛,则口苦;舌质红、苔黄,脉弦数,都是肝阳偏亢的表现。总之,患者为肝肾不足,肝阳偏亢,生风化热,上干清窍,引发眩晕。证属本虚标实,以标实为主,故以天麻钩藤饮平潜肝阳,补益肝肾。方中天麻、钩藤平肝息风,石决明咸寒质重,凉肝除热,可增加平肝息风止眩之力;栀子、黄芩清泄肝火;柴胡疏肝解郁,缓解心烦急躁的症状;白芍酸甘,柔肝敛阴;牛膝引血下行,合益母草活血利水,增加平降肝阳之功效;桑寄生补益肝肾以固本,生龙骨、生牡蛎共奏平肝潜阳,镇静安神之功效;夜交藤宁心安神,改善睡眠,甘草补益脾气,调和诸药。纵观全方,以平肝息风为主,同时兼补益肝肾,宁心安神。既补肝体,又助肝用,肝肾并治,立法全面,用药周到,药证合拍,其疾自愈^[4]。

案2 冯某,女,35岁,教师。2017年6月11日初诊,主诉为头晕间断发作1个月。1月前出现头晕,目眩,头痛,胁痛,月经不调,乳房胀痛,心烦易怒,纳差,失眠,二便短小。舌淡红,苔白,脉弦细。辨证为肝气郁结,血虚生风。治则为疏肝解郁,养血熄风。方用柴胡四物汤加减。处方:柴胡10 g,炒枳壳10 g,黄芩12 g,炒白芍15 g,当归15 g,川芎10 g,醋郁金15 g,炒白术15 g,煅磁石30 g,茯苓15 g,党参15 g,炙甘草10 g,朱砂(冲服)2 g。水煎服,7剂,日1剂,早晚分服。

二诊:患者服上方后头晕好转,胁痛及乳房胀痛消失。眠稍差,心烦急躁,时有阵发性潮热汗出,舌淡红,苔白,脉弦细。守上方去柴胡,加川楝子9 g,黄柏30 g,淫羊藿15 g,合欢皮30 g。7剂,水煎服。

三诊:患者服上方后诸症明显好转。

按:肝喜条达主疏泄,调畅全身气机,患者平素工作压力大,七情郁结,肝血耗损,虚而生风,故见头晕,目眩,头痛;肝失条达,肝气横逆,出现胁痛;肝

郁血虚，冲任失养，表现为月经不调，乳房胀痛；心肝血虚，容易生热，躁扰心神，表现为心烦不安、夜寐多梦；舌淡红、苔白，脉弦细，体现肝郁血虚。因此，患者为肝郁血虚，虚而生风，上扰巅顶，导致眩晕。方以柴胡四物汤加减，可疏肝郁，养肝血，达到疏肝解郁，养血熄风的效果。方中柴胡疏肝郁，黄芩降肝火；当归主入血分能补血，气味芳香可行气，补中有行，是治疗肝郁血虚的要药；炒白芍养血敛阴，柔肝和营；炒枳壳、醋郁金行气解郁；川芎辛温走窜，上行头目，下行血海，活血行气之效显著，补血而不滞血；党参可益气补血，配以炒白术、茯苓健脾祛湿，使运化有权，气血有源；煅磁石平肝降逆，朱砂可清心安神，炙甘草益气补中，缓肝之急，调和诸药。诸药合用，气血兼顾，肝脾同治，气调血行。二诊时患者阵发性潮热汗出，心烦急躁，故去柴胡之升散，代之川楝子疏肝清热，以防柴胡劫肝阴。更加黄柏、淫羊藿清相火，温肾阳，合欢皮可增加养心安神之功效。如此配伍，共奏疏肝解郁、养血益气、平肝息风之功效。

4 结语

在当今时代，随着社会节奏的加快以及工作、生

活等各方面压力的增大，眩晕的发病率也越来越高，我们要予以重视，应进行积极的治疗与预防。张怀亮教授认为眩晕病有轻重、缓急之分，致病因素有外感和内伤两个方面，在治病过程中要做到审证求因，辨证论治^[6]，其从风论治眩晕的思想丰富和发展了中医学关于眩晕病的学说，展现了中医药在治疗眩晕病过程中的显著疗效。同时，张怀亮教授还指出，根据中医“治未病”的思想，平时要适当锻炼身体，提高身体素质，保持情绪的稳定性，饮食要做到有度有节，避免过度劳累，尽量戒烟戒酒，从运动、情绪、饮食、生活习惯等各方面综合调节，积极预防眩晕病的发生。

参考文献

- [1]戚勇,黎凯.黎凯教授从风论治眩晕[J].实用中医内科杂志,2013,27(1):12-13.
- [2]朱敬秀,许彦来.历代中医名家论眩晕[J].实用医药杂志,2007(8):999-1000.
- [3]李庆,杨东东,史敏.浅谈“诸风掉弦,皆属于肝”指导治疗眩晕[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(14):13-14.
- [4]曾泽生,罗斌.眩晕证治议[J].中国现代药物应用,2015,9(7):236-237.
- [5]郭秀梅,张运克.张运克教授治疗眩晕的临床经验[J].光明中医,2017,32(14):2018-2020.
- [6]张怀亮.辨证治疗眩晕病临床心得[J].河南中医,2008(7):1-4.

(本文编辑:李海燕 本文校对:范晓飞 收稿日期:2018-03-30)

邱英明主任医师标本兼顾治疗糖尿病的中医辨证思路

林霓鹏¹ 邱英明²

(1 厦门市鼓浪屿干部疗养院中医科,福建 厦门 360000; 2 厦门市中医院内分泌科,福建 厦门 361001)

摘要:糖尿病属中医学消渴范畴,传统认为本病是以阴虚为本,燥热为标,常以上消、中消、下消的三消辨证体系论治。但随着现代医学及科技的发展,血糖检测变得简单、便捷,糖尿病的确诊及干预治疗更为及时,部分早期或(和)治疗后的糖尿病患者临床表现仅有血糖水平升高,多饮、多食、多尿及消瘦的“三多一少”表现不明显,传统的三消辨证已不能完全阐释现代糖尿病的发病特点。邱英明教授行医三十余载,学术建树颇多,尤其是在糖尿病的研究治疗方面形成了自己的学术风格和治疗体系。笔者在耳濡目染中,对邱英明教授研究治疗糖尿病有了一定理解,现将邱英明教授标本兼顾治疗糖尿病之体会介绍如下。

关键词:糖尿病;消渴;辨证思路;邱英明;标本兼顾

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.035

文章编号:1672-2779(2018)-11-0074-03

Syndrome Differentiation Thoughts of Chief Physician Qiu Yingming in Treating Diabetes Mellitus with both Manifestation and Root Cause of Disease

LIN Nipeng¹, QIU Yingming²

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Gulangyu Cadres Sanatorium, Fujian Province, Xiamen 360000, China;

2. Endocrinology Department, Xiamen Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Xiamen 360000, China)

Abstract: Diabetes is a category of traditional Chinese medicine consumptive thirst. Traditionally, this disease is based on yin-deficiency-based, hot and dry as the subject, and is often treated with the above-mentioned elimination, the middle-mentioned elimination, and the below-mentioned elimination. But with the development of modern medicine and science and technology, blood sugar detection becomes simple and convenient. Diabetes diagnosis and interventions are timelier. The clinical manifestations of some patients with early-stage or (and) post-treatment diabetes were only elevated blood glucose levels, and the "three more and one less" performance of overdrinking, overeating, polyuria, and wasting was not obvious, and traditional three types of diabetes syndrome cannot fully explain the clinical characteristic of modern diabetes. Professor Qiu Yingming has been practicing medicine for more than 30 years and has made many academic achievements. In particular, he has formed his own academic style and treatment system in the research and treatment of diabetes. After a period of study, the author had a certain understanding of Professor Qiu Yingming in the treatment of diabetes. The following is a presentation of Professor Qiu Yingming's experience in the treatment of diabetes.

Keywords: diabetes; consumptive thirst; syndrome differentiation thoughts; Qiu Yingming; manifestation and root cause of disease

1 病机特点-本虚标实、虚实夹杂

脾肾功能失常是糖尿病发病的主要根源,脾肾与

气机升降、津液代谢的关系主要体现在两个枢机^[1]:第一,气机升降的枢机,脾胃功能起主要作用。“脾主



升、胃主降”，脾气主升，胃气主降，脾气上升，升至上焦之心肺；胃气下降，降达下焦之肝肾，是谓升降有序，阴阳互济。一方面脾胃之气升降可滋润、温养上、下两焦脏腑之气的升降，另一方面诸脏腑之气的升降也依靠脾胃之气的升降，而脾胃之中焦是其通行之道路，故曰：“脾胃之气，亦名中气，气机升降之枢纽也”。如脾气亏虚失调，升运功能失职，阴津下流，上不奉心肝则燥热，下不滋肝肾则阴虚。第二，升清降浊，肾脏起重要作用。肾主水，主要是肾气的气化作用。饮入于胃，游溢精气……下归于肾，由肾之气化，其清者复经三焦上升归肺（升清），其浊者，下输膀胱（降浊），如此反复无穷，上下运作，津液的利用、尿浊的排泄全赖于此。所以水液代谢的关键是肾气的气化作用，如肾气虚，肾脏功能失调则津液无以升腾，津液不布，下行则随尿液排出。脾胃受损，则精微损也，故糖尿病的发病与脾胃气机升降失常、清浊逆乱有关^[2]。糖尿病病变责之于正虚，以脾失升清、肾失气化为重，表现为口干、多尿。病程发展过程中脾肾虚弱，脾失健运，肾失气化，气机升降失司，升清降浊失职，产生水湿、痰浊、瘀血诸邪，此为因虚致实；诸邪又可反伤脾肾，加重正虚，形成恶性循环。可见糖尿病的病机特征是“本虚标实、虚实夹杂”。“本虚”在于脾肾之虚，“标实”责之瘀血、湿浊交阻^[3-4]。虚实夹杂的复杂病机之间往往会互为因果，使病变程度加重且更趋复杂。

1.1 气阴两虚是糖尿病的基本病机 气阴两虚是贯穿全病程的基本病机，也是病理转机的关键。日久不愈出现的并发症，其病因病机及其演变必然离不开上述规律。追溯糖尿病生成之源，其本在于脾虚气脱，阴津下流所致。故治疗上重在补脾益肾以固下脱之阴津，养阴可化涸竭之津液。从临床观察所见，糖尿病患者，大多数经过中西医治疗，“三多”症状不明显，或仅存口干欲饮，常见寐差烦躁，视物模糊，腰膝酸软，疲乏无力，尿多有沫，夜尿2~3次，舌质暗红，苔薄黄腻，脉细弦。这些证候则反映了气阴两虚的病机，病变脏腑重在脾肾。

1.2 瘀浊内阻是导致糖尿病发生的重要因素 脾肾亏虚、气阴两虚是糖尿病的基本病机，脾肾亏虚、功能失调而导致升运失职，湿邪内滞，湿浊是脾肾功能失调所致之病理产物，又是新的致病因素，湿浊壅滞体内，至始至终影响着气化和水液代谢。脾肾亏虚，功能失调，导致水液的蒸腾、气化、输布功能失司，最终导致水湿停聚、湿浊储留。痰浊、湿浊储留是糖尿病发病变化的重要因素，也是其病程中至关重要的病理环节。痰浊、湿浊作为病理产物在体内形成，又可成为糖尿病病变中新的致病因素作用于机体。痰浊、湿浊滞留体内，壅塞三焦，妨碍机内气机功能，影响气化，

导致五脏六腑功能失调加重；痰浊、湿浊性黏滞易致经络不通，壅滞气血，导致气血运行不畅，血运停滞又成为引起和加重血瘀的要素。痰浊、湿浊和瘀血是糖尿病病变过程中的病理产物，它们一旦在体内形成，互相作用交互为患，并可与气阴两虚这一基本病机互为因果，使病情呈恶性循环式加重。因此，瘀浊内阻是导致糖尿病发生的重要因素，而且贯穿全过程。

2 病证复杂，治应标本兼顾、整体调理

糖尿病的发生发展是多种因素互相作用的结果，病症复杂，临床主要表现是本虚标实，本为气阴亏虚，标为瘀血湿浊互结，病机特点是正虚邪实，虚实夹杂^[5]。最初为气阴两伤，久而演变为阴阳虚损，而瘀血和水湿潜留。瘀血和湿浊是糖尿病久经不愈的病因所在，瘀血是糖尿病贯穿始终的病邪，湿浊是糖尿病的潜藏之邪。正虚邪实，虚实夹杂是本病的病机特点，因此治疗上应标本兼顾、整体调理，以益气养阴、活血祛瘀、化湿泻浊为组方原则，同时兼顾健脾养胃畅气机。扶正祛邪，消补兼施，补得消则补而不滞，消得补则泄浊作用益彰。病程早期阴虚为本，日久耗气而致气阴两虚，出现本虚标实，以气阴亏虚为本，湿浊瘀血互结为标，而瘀血和湿浊贯穿始终，故辨证治疗中必须重视活血化瘀，利湿化浊，同时应兼顾脾胃气机的调畅，以提高糖尿病治疗的疗效。

2.1 益气养阴、补脾益肾为主要治疗原则 健脾益气以资化源，补肾摄精则精微得固。常用山茱萸、怀山药、生地黄滋精固肾；菟丝子、枸杞补益肝肾，滋阴明目；党参、黄芪健脾益气；白芍和酸枣仁酸甘化阴。几种中药共助益气养阴、补脾滋肾。

2.2 病程日久，兼以祛瘀化浊 糖尿病病程日久不愈，其瘀血、湿浊内阻停滞体内，且贯穿于糖尿病的始终。因此需要兼顾“祛瘀化浊”之法。瘀血、湿浊内阻作为糖尿病发生与加重病程中的一重要因素，它可与气阴两虚这一基本病机互为因果而使病情呈恶性循环式加重，即脾肾气虚，功能失调，气化无力，推动失职阴津停滞亏损失濡而瘀滞更重；瘀血、湿浊不除又使气阴生化无力，阴津难复^[6]。常用川芎、丹参、鬼箭羽、威灵仙、僵蚕、苍术和葛根等。丹参和鬼箭羽活血通经；威灵仙祛风通络降血糖；僵蚕祛风化痰散结；苍术和葛根健脾祛湿；几种中药共助活血祛瘀通络、化湿泄浊。

2.3 健脾养胃畅气机 在大剂益气养阴的滋腻之品中，常可加入鸡内金、谷芽、麦芽、山楂、砂仁等，健运脾胃、疏畅气机。

3 医案举例

刘某，男，67岁。2015年4月12日初诊。糖尿病病史5年，长期服用瑞易宁、二甲双胍，并饮食控制治疗。刻下：寐差多梦，视物模糊，（下转第82页）

医源于巫：以秦医缓、扁鹊为中心的考察[※]程 佩¹ 沈秋莲² 龚勇军¹ 胡素敏¹

(1 江西中医药大学基础医学院, 江西 南昌 330004; 2 江西财经大学马克思主义学院, 江西 南昌 330013)

摘要: 三代之时, 虽然自然哲学观逐步占据统治地位, 但是巫术观念仍然在社会上盛行。当时人们对病因的认识仍然不能完全摆脱巫术的影响。春秋时期, 虽然巫、医已有逐渐分离的趋势, 但是在相当长的时间内, 巫术医学仍然压倒自然医学。春秋时期, 第一批真正青史留名的医生医和、医缓、扁鹊这些医生都与巫医有着千丝万缕的联系。

关键词: 医源于巫; 医缓; 医和; 扁鹊

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.036

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0076-02

Medicine Originating from the Witchcraft: An Investigation on Taking Yi He Yi Huan and Bian Que in Qin Dynasty as the Center

CHENG Pei¹, SHEN Qiulian², GONG Yongjun¹, HU Sumin¹

(1. Basic Medical School, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China;

2. School of Marxism Studies, Jiangxi University of Finance and Economics, Jiangxi Province, Nanchang 330013, China)

Abstract: Although the concept of natural philosophy gradually dominated during the three ancient Chinese dynasties, the concept of witchcraft was still prevalent in society. At that time, people's understanding of the cause of the disease was still not completely free from the effect of witchcraft. In the Spring and Autumn period, the witchcraft and medicine had gradually separated, but in a long period of time, the witchcraft medicine was still overwhelmed by the natural medicine. The first real doctors of medicine, Yi Huan, Yi He and Bian Que were inextricably linked with the witch doctor.

Keywords: medicine coming from the witchcraft; Yi Huan; Yi He; Bian Que

三代之时, 虽然自然哲学观逐步占据统治地位, 但是巫术观念仍然在社会上盛行。不得不承认, 当时人们对病因的认识仍然不能完全摆脱巫术的影响。春秋时期, 虽然巫、医已有逐渐分离的趋势, 但是在相当长的时间内, 巫术医学仍然压倒自然医学。此时期专职医生出现, 他们最初由巫师中分化出来, 是为巫医。而后又经过相当长的一段时间, 他们中的一部分又从巫医中分化出来, 是为真正的医生。春秋时期, 第一批真正青史留名的医生医和、医缓、扁鹊这些医生都已有与巫医分离的趋势。尤其是在扁鹊身上, 可以看到他与巫医分离的绝决之心。但是, 当仔细分析史料时, 发现这些医生又都与巫医有着千丝万缕的联系。

1 医和与医缓

先说医缓。《左传·成公十年》记载: 晋侯(景公)梦大厉, 被发及地, 搏膺而踊, 曰: “杀余孙, 不义。余得请于帝矣!” 坏大门及寝门而入。公惧, 入于室。又坏户。公觉, 召桑田巫。巫言如梦。公曰: “何如?” 曰: “不食新矣。” 公疾病, 求医于秦。秦伯使医缓为之。未至, 公梦疾为二竖子, 曰: “彼, 良医也。惧伤我, 焉逃之?” 其一曰: “居肓之上, 膏之下, 若我何?” 医至, 曰: “疾不可为也。在肓之上,

膏之下, 攻之不可, 达之不及, 药不至焉, 不可为也。” 公曰: “良医也。” 厚为之礼而归之。六月丙午, 晋侯欲麦, 使甸人献麦, 馈人为之。召桑田巫, 示而杀之。将食, 张, 如厕, 陷而卒。小臣有晨梦负公以登天, 及日中, 负晋侯出诸厕, 遂以为殉^{[1]431-432}。

晋景公噩梦之后, 是先请教巫师的, 但是他对巫师的话不满意, 于是才请来秦国名医医缓。结果医缓的话和晋景公梦中的话相合, 于是晋景公信服了医缓。于是后人常常将桑田巫和医缓对比, 认为这是医学对巫术的一次胜利。但是我们需要回到《左传》的语境中去分析这一历史事件。在先秦时期, 甚至在秦汉以后相当长的历史时期内, 中国历史文献惯以占星、占梦等形式预言国家大事。虽有名医出现, 但是故事的本质是要讲君王的死生及国家政治大事, 名医的诊视往往只是在增添神秘效果。这里医缓对晋景公的诊视与下文中扁鹊对赵简子、齐桓公的诊视都是这个含义。我们切不可将之视作医生诊视技术的高超。事实上, 这篇文献通篇都未言及医缓是采用何种技术诊视的。医缓在这里的作用与桑田巫并无二异。医缓离开后, 晋景公果然掉到茅坑里窒息而亡。桑田巫的预言完全正确。桑田巫也好, 医缓也好, 他们的出现都是为验证晋景公的死期将至。所以, 作者本人的态度仍然是对巫医区分模糊不清, 摇摆不定。

再说医和。《左传·昭公元年》记载: 晋侯(平公)求医于秦。秦伯使医和视之, 曰: “疾不可为也。

※ 基金项目: 江西省高等学校教学改革研究项目【No. JXJG-17-12-19】; 江西中医药大学校级教改项目【No.2016jzyb-19】



是谓：“近女室，疾如蛊。非鬼非食，惑以丧志。良巨将死，天命不佑。”公曰：“女不可近乎？”对曰：“节之。先王之乐，所以节百事也。故有五节，迟速本末以相及，中声以降，五降之后，不容弹矣。于是有烦手淫声，慆堙心耳，乃忘平和，君子弗德也。物亦如之，至于烦，乃舍也已，无以生疾。君子之近琴瑟，以仪节也，非以慆心也。天有六气，降生五味，发为五色，征为五声，淫生六疾。六气曰阴、阳、风、雨、晦、明也。分为四时，序为五节，过则为灾。阴淫寒疾，阳淫热疾，风淫末疾，雨淫腹疾，晦淫惑疾，明淫心疾。女，阳物而晦时，淫则生内热惑蛊之疾。今君不节不时，能无及此乎？”出，告赵孟。赵孟曰：“谁当良臣？”对曰：“主是谓矣！主相晋国，于今八年，晋国无乱，诸侯无阙，可谓良矣。和闻之，国之大臣，荣其宠禄，任其宠节，有灾祸兴而无改焉，必受其咎。今君至于淫以生疾，将不能图恤社稷，祸孰大焉！主不能御，吾是以云也。”^{[1]704-705}

医和对晋平公病因的诠释是颇令人信服的，指出国君之病“非鬼非食”，乃是好女色而导致的阳淫热疾，晦淫惑疾。但是他又说“良臣将死，天命不佑”，显然又有巫术预言的内容在里面。这也说明医和身上仍有浓厚的巫医色彩。

二 扁鹊

最后谈一下扁鹊。据李伯聪先生考证，史书上所说的扁鹊故事，大致上是两个名医的故事。一个在春秋晚期，一个在战国早期。上下跨度近四百年^[2]。大约正是因为所论非一时一人，所以在扁鹊身上，我们既能看到他嫉巫如仇的一面，也能看到他身上浓厚的巫医色彩的一面。

扁鹊学医于长桑君。长桑君即为巫医，因此扁鹊乃是从巫医脱胎而来。《史记·扁鹊仓公列传》载：扁鹊者，勃海郡郑（郑）人也，姓秦氏，名越人。少时为人舍长。舍客长桑君过，扁鹊独奇之，常谨遇之。长桑君亦知扁鹊非常人也。出入十余年，乃呼扁鹊私坐，闲与语曰：“我有禁方，年老，欲传与公，公毋泄。”扁鹊曰：“敬诺。”乃出其怀中药予扁鹊：“饮是以上池之水，三十日当知物矣。”乃悉取其禁方书尽与扁鹊。忽然不见，殆非人也。扁鹊以其言饮药三十日，视见垣一方人。以此视病，尽见五脏症结，特以诊脉为名耳^[3]。

我们注意到最后一句，扁鹊给人诊治，全凭他的特异功能——透视。至于脉诊，只是一个幌子。

在扁鹊为赵简子诊病的故事中，扁鹊的巫医身份暴露地更为明显：

当晋昭公时，诸大夫强而公族弱，赵简子为大夫，专国事。简子疾，五日不知人，大夫皆惧，于是召扁鹊。扁鹊入视病，出，董安于问扁鹊，扁鹊曰：“血

脉治也，而何怪！昔秦穆公尝如此，七日而寤。寤之日，告公孙支与子舆曰：‘我之帝所甚乐。吾所以久者，适有所学也。帝告我：‘晋国且大乱，五世不安。其后将霸，未老而死。霸者之子且令而国男女无别’。’公孙支书而藏之，秦策于是出。夫献公之乱，文公之霸，而襄公败秦师于殽而归纵淫，此子之所闻。今主君之病与之同，不出三日必闲，闲必有言也。”居二日半，简子寤，语诸大夫曰：“我之帝所甚乐，与百神游于钧天，广乐九奏万舞，不类三代之乐，其声动心。有一熊欲援我，帝命我射之，中熊，熊死。有黑来，我又射之，中黑，黑死。帝甚喜，赐我二笥，皆有副。吾见儿在帝侧，帝属我一翟犬，曰：‘及而子之壮也以赐之。’”帝告我：‘晋国且世衰，七世而亡。嬴姓将大败周人于范魁之西，而亦不能也有也。’”董安于受言，书而藏之。以扁鹊言告简子，简子赐扁鹊田四万亩^[4]。

这个故事的主人公显然是赵简子而非扁鹊。扁鹊用脉诊就说出一系列政治预言。这让人怀疑脉诊在此的真实效果。而且扁鹊仅仅进行了诊视，未进行治疗，这与之前的秦医缓和无异。而后赵简子醒来证实了扁鹊预言的正确，于是他厚赐扁鹊。这里的扁鹊，似乎是一位擅于谶纬预言的巫师而非医生。在后世的医书中，比如《黄帝内经》，我们也可以见到一些有关梦的解释，这些解释大都立足于生理、病理，而扁鹊的解释则完全与之无关。

以上种种，说明巫术医学在先秦时期医学中的地位是不容小觑的。于是，在当时人们对疾病病因的认识上，就会有非常显著的巫文化痕迹。

西汉时期陆贾《新语·资质》里讲到扁鹊被巫师排挤不能为人医治的故事：

昔扁鹊居宋，得罪于宋君，出亡之卫。卫人有病将死者，扁鹊至其家，欲为治之。病者之父谓扁鹊曰：“吾子病甚笃，将为迎良医治，非子所能治也。”退而不用。乃使灵巫求福请命，对扁鹊而呪。病者卒死，灵巫不能治也。夫扁鹊，天下之良医，而不能与灵巫争用者，知与不知也^[5]。

虽然故事的真实性值得商榷，但是故事本身说明当时普通百姓对巫医的信任要甚于扁鹊这样真正的医生，他们将疾病产生的原因更多归于鬼神而非生理病理因素。不过，作者指出，那位信巫的人家最终耽误了自己孩子的病情，事实证明，巫不能治病，能治病的只能是扁鹊这样的良医。

参考文献

[1]左丘明.左传[M].上海:上海古籍出版社,2015.

[2]李伯聪.扁鹊和扁鹊学派研究[M].西安:陕西科技出版社,1990:85.

[3]司马迁.史记[M].北京:中华书局,2006:605.

[4]陆贾.新语[M].沈阳:辽宁教育出版社,1998:11.

(本文编辑:李海燕 本文校对:胡素敏 收稿日期:2018-01-29)

柴胡加龙骨牡蛎汤临床应用举隅

郭佳莹¹ 孟毅^{2*} 乔明亮² 赵童¹ 张林娜¹

(1 河南中医药大学硕士研究生2017级, 河南 郑州 450008; 2 河南省中医院脑病二区, 河南 郑州 450002)

摘要: 柴胡加龙骨牡蛎汤系《伤寒论》经方, 是古代治疗精神情志类疾病的一张名方, 具有和解泄热, 镇惊安神之功效, 主治少阳病兼表里三焦俱病的症候, 此类疾病病机复杂, 临床运用应首抓“胸满烦惊”, 然不可拘泥于“但见一证便是”, 且不应囿于少阳证, 该文着重阐述孟毅教授施治, 灵活运用本方加减, 治疗失眠、抑郁、癫痫等疾病, 并获得良好的临床疗效。

关键词: 柴胡加龙骨牡蛎汤; 失眠; 抑郁; 癫痫

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.037

文章编号:1672-2779(2018)-11-0078-03

Clinical Application of the Chaihu Longgu Muli Decoction

GUO Jiaying¹, MENG Yi^{2*}, QIAO Mingliang², ZHAO Tong¹, ZHANG Linna¹

(1. Grade 2017 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China;

2. Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: Chaihu Longgu Muli decoction is a prescription in *Shanghan Lun*, and it is a famous prescription for the treatment of mental disorders in ancient times. This decoction is effective on reconciling and spilling hot, relieving convulsion and calming the nevers. It attends a variety of disorders caused by shao yang syndrome and exterior and interior syndrome. This kind of disease is complicated, and the clinical application should be the first to grasp the "chest fulling of shock", but it should not be confined to a certificate, and it should not be limited to the SHAO YANG syndrome. Professor Meng Yi applies the Chaihu Longgu Muli decoction in treating wakefulness, depression and epilepsy, and obtains better clinical effect.

Keywords: Chaihu Longgu Muli decoction; wakefulness; depression; epilepsy

柴胡加龙骨牡蛎汤出自《伤寒论》第107条^[1]:“伤寒八九日, 下之, 胸满烦惊, 小便不利, 谵语, 一身尽重, 不可转侧者, 柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”伤寒病误下后, 有如结胸、下利等病归于一处者, 也有如本证, 各症状散漫于一身者。如尤在泾于《伤寒贯珠集》中所论述:“胸满者, 邪痹于上; 小便不利者, 邪痹于下; 烦惊者, 邪动于心; 谵语者, 邪结于胃, 此病之在里也。一身尽重, 不可转侧者, 筋脉骨肉, 并受其邪, 此病之在表也。”本病表里俱受其邪, 由于正气耗损, 邪气内陷, 弥漫三阳, 是故该病乃表里三焦俱病的症候, 必当阴阳合散以为治。《素问·阴阳离合论》云:“是故三阳离合也, 太阳为开, 阳明为阖, 少阳为枢”, 可见少阳的枢机作用对气机升降起到了重要作用, 然少阳枢折于内, 生阳之气无从可启, 胸阳开则胸满, 合则烦惊; 决渎之官受限, 则小便不利; 阳明内郁, 扰动心神, 故见谵语^[2]; 三焦俱为邪热弥漫, 气化不利, 是以一身尽重之症^[3]。此错杂之病, 当以错杂之药治之。柴胡加龙骨牡蛎汤由小柴胡汤剂量减半, 去甘草, 加龙骨、牡蛎、铅丹、桂枝、茯苓各一两半, 大黄二两组方, 方中12味药共奏寒热、升降、补泻之功, 因其和解清热、解郁安神而成古今临床治疗精神情志类疾病的名方。孟毅教授结合多年临床经验, 辨证施治, 灵活运用本方治疗不寐、郁证、癫痫等多种疾病, 现介绍如下。

1 不寐案

程某, 女, 45岁。2017年4月13日初诊, 患者以“失眠5年余”为主诉前来就诊, 诉近5年来, 常自觉心胸憋闷、烦躁, 每于夜间加重, 转侧难眠, 甚至彻夜不寐, 严重影响生活, 患者2年前行乳腺癌手术, 术后常感乳胀, 平素心烦、易怒、喜叹息, 伴口苦, 喜冷饮, 小便黄, 大便干, 舌尖红、苔黄腻, 脉弦。辨证属少阳、阳明合病, 治以和解少阳, 通腑泻热, 方选柴胡加龙骨牡蛎汤加减, 药用: 柴胡20 g, 黄芩15 g, 法半夏15 g, 党参15 g, 桂枝15 g, 茯苓15 g, 龙骨15 g, 牡蛎15 g, 大黄10 g (后下), 煅青礞石30 g, 夜交藤30 g, 大枣6枚, 7剂, 日1剂, 水煎服。

2017年4月20日复诊: 患者诉夜间憋闷、烦躁感较前减轻, 乳房仍时有胀痛, 舌脉同前, 遂于原方基础上加用橘仁10 g, 枳壳10 g, 续服7剂。

2017年4月27日三诊: 上述症状均有好转, 效不更方, 半月后复诊, 诸症皆消, 随访半年, 未再复发。

按: 失眠指入睡困难, 睡眠维持困难或兼而有之, 并伴有疲劳、躯体不适 (头疼、触痛、胃肠功能紊乱等)、认知改变 (注意力、记忆力下降等)、情绪改变 (紧张、低落、焦虑等)、生活质量下降等症候^[4]。由于现代生活节奏加快, 各种社会压力纷至, 失眠日趋成为影响人们生活的一大疾患。早在《内经》中就有关于失眠的描述, 称其为“不寐”, 病机多属阴阳失衡, 《灵枢·口问》载:“卫气昼日行于阳, 夜半行于阴, ……阳气尽, 阴气盛, 则目瞑, 阴气尽而阳气盛, 则

* 通讯作者: meng5055@126.com



寐矣”，可见阴阳消长平衡乃昼醒夜寐的关键，因此治疗上主要通过平衡脏腑阴阳，以期“阴平阳秘，精神乃治”。程某心胸憋闷，善叹息，提示少阳被郁，肝木不舒；口苦、喜冷饮提示胆火上炎；大便干提示热邪与肠中糟粕搏结，炼劫津液，症属少阳阳明合病，故选方柴胡加龙骨牡蛎汤。《脾胃论》云：“胆者，少阳春生之气。春气生则万化安，故胆气春生，则余脏从之，所以十一脏皆取决于胆也。”胆气畅达对于十一脏的生理活动，表里出入，升降清浊，均有关键作用。《伤寒明理论》有云“大抵胸胁满，以邪气出入里，未停留，为实气郁积而不行，致生满也，和解斯可矣。”故用半量小柴胡汤以和解少阳枢机不利，清泻胆腑郁热，使郁热除，则气机畅达，内陷之邪得以转出；桂枝入太阳经以透达通阳，协助小柴胡汤使里邪得以转出，现代医学研究表明^[4]桂枝对中枢神经系统具有镇静作用，桂皮醛小鼠灌胃可使其自发活动减少；茯苓、夜交藤养心安神，《本草主义》以“而惟以此为普通品，则亦无效”描述夜交藤治疗失眠的必要性，其有效成分与戊巴比妥钠有显著协同作用，一定剂量下可使慢波睡眠时间延长；龙骨、牡蛎用以重镇安神，龙骨可增强戊巴比妥钠的催眠效果，与牡蛎协同作用，提高睡眠质量；方中用大黄10 g以通腑泻浊，荡涤弥漫三焦之邪；铅丹含小毒，故以青礞石代用，以起重镇平肝之效。二诊时患者症状较前明显改善，唯余气滞明显，加用橘仁、枳壳以理气、散结、止痛，缓解乳房胀痛，后患者诸症皆消。

2 郁病案

患者徐某，女，50岁。2016年11月8日初诊，患者诉近段情绪低落，对日常生活缺乏动力，急躁易怒，不愿与人交谈，自觉浑身憋闷、沉重，时而头痛，时而胸痛，腹胀，排气即愈，纳可，夜眠差，醒后难眠，小便不利，大便调，舌红苔薄白，脉弦。诊断为郁证，辨证属肝郁气滞证，方选柴胡龙骨牡蛎汤加减，药用：柴胡20 g，黄芩15 g，姜半夏15 g，党参15 g，桂枝15 g，茯苓15 g，龙骨15 g，牡蛎15 g，大黄5 g（后下），煅青礞石20 g，炒莱菔子30，苏梗20，大枣15 g，干姜15 g，7剂，日1剂，水煎服。

2016年11月15日复诊：患者诉服药后诸症减轻，舌象同前，脉沉弦，于原方基础上加用贯叶金丝桃10 g，加强疏肝解郁之功，续服10剂，1月后随访，诸症皆消。

按：抑郁症是以持久的心境障碍为特征的一种疾病，表现为长期的自发性情绪低落、离群、躯体不适以及睡眠障碍。由于近年来生活压力增大、工作节奏加快、抑郁症的发病率持续升高。目前，抑郁症已然成为全球第四大致残疾病，因此对抑郁症防治的研究亟待加快进展，以期减少发病率及缓解不适症状。西

医治疗抑郁症的药物多为针对发病机理研发，但长期服用会产生恶心、呕吐、肝肾毒性等不良反应，且因为药物的作用谱较窄，较难形成广泛疗效^[5]。抑郁症在中医属于“郁证”“脏躁”“百合病”等范畴，《杂病源流犀烛·诸郁源流》云：“诸郁，脏器病也，其原本于思虑过深，更兼脏器弱，故六郁之病生焉。六郁者，气、血、湿、热、食、痰也”。柴胡加龙骨牡蛎汤方理气解郁兼以解湿、热、痰、食之郁，标本同治。患者表现为持续性情绪低落，并伴随憋闷、疼痛、胀气、眠差等躯体化症状，治以理气解郁为主，并兼以导痰除滞、重镇安神。肝主疏泄，性喜条达而恶抑郁，若五脏失调，七情内伤，必伤及肝，使其气机不畅。《素问·本病论》曰：“人或患怒，气机上而不下，即伤肝也”；明代赵献可提出“凡郁皆肝病”，疏肝理气对于治疗郁病的重要性可见一斑。方中小柴胡汤用以疏肝解郁，同时柴胡可作为引经药，引诸药入肝经，增强疗效；患者腹胀明显，配以炒莱菔子，苏梗以增强行气之力；龙骨、牡蛎、煅青礞石三药共奏安神助眠之功；二诊加用贯叶金丝桃10 g，研究表明贯叶金丝桃可控制5-HT再摄取，能显著改善抑郁状态^[6]，药后症状全部消失。

3 癫痫案

患者李某，男，19岁，2015年11月5日初诊，患者以“癫痫17年，加重1月余”为主诉前来就诊，患者2岁时因高烧引发癫痫，后未持续正规治疗，现每周癫痫发作1次，以夜间为主，发作前多有先兆，每于腹痛后发作，纳眠可，小便调，大便黏腻，舌暗红，苔白腻，脉弦。辨证属痰瘀阻窍证，方选柴胡龙骨牡蛎汤加减，药用：柴胡20 g，黄芩15 g，姜半夏15 g，党参15 g，桂枝15 g，茯苓15 g，龙骨15 g，牡蛎15 g，大黄10 g（后下），煅青礞石20 g，全蝎10 g（另包），蜈蚣2条（另包），薏苡仁30 g，甘草10 g，芍药15 g，大枣15 g，干姜15 g。7剂，日1剂，水煎，蜈蚣、全蝎焙后研末，入药冲服。

2015年11月12日复诊：患者诉效果欠佳，观其舌脉同前，于原方基础上加石菖蒲15 g，嘱其续服7剂。

2015年11月19日三诊：患者诉近一周未再发作癫痫，且大便较前通利，效不更方，40剂后患者症状消失，随访半年，未再复发。

按：癫痫是因脑神经异常放电引起的反复发作性脑功能失调综合征，以意识丧失和肌肉抽搐为主要表现。癫痫在中医称之为“痫病”，认为该病多因七情失调、脑部外伤、过度劳累、先天因素等导致脏腑功能失常，气机内乱，以致风、火、痰、瘀蒙蔽清窍^[7]，癫痫病机复杂，病程顽缠，方以柴胡龙骨牡蛎汤加减，小柴胡汤调和肝胆，以桂枝、茯苓调和上冲之气，配以芍甘，柔肝缓急，缓解肢体痉挛后的酸痛不适感；

取味涩之龙骨镇静安神，配以咸寒之牡蛎，摄纳浮阳，解热除烦；配以半夏、大黄、薏苡仁，更增其豁痰除湿之功；全蝎、蜈蚣息风止痉；原方铅丹有毒，改用青礞石，增坠痰下气、平肝镇惊之效。全方诸药协调，以期扶正祛邪，使误下之邪巧出体外，病祛体安。复诊时患者诉效果欠佳，考虑其为顽疾久滞，恐未能即刻见效，观其舌脉同前，证型未变，遂定原方续服，并加菖蒲15 g，以增开窍化痰，醒神益智之功。

4 结语

柴胡加龙骨牡蛎汤是古代治疗精神情志类疾病的一张名方，其基本病机可概括为少阳胆腑不利，表里三焦俱病，根据具体病性，或夹湿、夹痰、夹火、夹气滞，甚或虚实并见，错综复杂。但症状百端，需谨遵其宗，根据《方輿輓》论述：“以胸满烦惊为主证，其余皆客证也”，孟毅教授认为《方輿輓》所诉主证并非使后人拘泥于但见“胸满烦惊”一证是也，而是由少阳枢机不利，开合失司所致诸证，临床需详辨病机，将和解少阳、泄热通腑、清泄胆火、温中益气用药于一方，以解少阳胆腑郁热，清兼夹诸积滞。由于此类

疾病病机复杂，故其治疗用药也需多加斟酌，若虚烦不得眠者，加夜交藤，合欢皮，枣仁以宁心安神；痰胜者，加石菖蒲、竹茹、远志化痰开窍定痫；风阳亢扰者加钩藤、石决明，甚或予龟板、鳖甲重镇潜阳；热盛动风者加生铁落，龙胆草；抽搐甚者，加全蝎、地龙以息风止痉；若久病气血亏虚者，加当归、黄芪补气生血。临床上此类疾病纷繁复杂，远非本文所列之数，但若基本病机相同，方证相投，选药得当，定可取得满意的疗效。

参考文献

- [1]张仲景.伤寒论[M].北京:人民卫生出版社,2005:48.
- [2]尤在泾.伤寒贯珠集[M].北京:学苑出版社,2009:9.
- [3]郝万山.郝万山伤寒论讲稿[M].北京:人民卫生出版社,2008.
- [4]Cooper SL, Graham AW, Goss CW, et al. Unhealthy and unsafe practices associated with symptoms of depression among injured patients [J]. Int J Inj Contr Saf Promot, 2011,65(2):1-6.
- [5]Gershon S, Newton R. Lack of anticholinergic side effects with a new antidepressant-trazodone[J]. J Clin Psychiatry, 1980,41(3):100-4.
- [6]张颖,陈宇霞,黄世敬.柴胡及柴胡类方的抗抑郁研究现状[J].世界中西医结合杂志,2014,9(9):985-988.
- [7]周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:163.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张艳垚 收稿日期:2018-02-08)

从《孙子兵法·虚实篇》看中医虚实病证

王 彬 刘增秀

(广州中医药大学马克思主义学院, 广东 广州 510180)

摘要:《孙子兵法》的内容已经超越其文字的含义,更多的是其在思想上的启发和指导作用。特别在中医领域,被误解为不交叉的学科,没有研究的意义和价值。然而,通过结合孙子思想和中医虚实病证的研究,却可以更好地认识和了解相关病证,具有很大的医学价值。本文结合两者进行分析,旨在促进人们从更深层次理解中医的虚实病证。

关键词: 孙子兵法; 虚实; 病证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.038

文章编号:1672-2779(2018)-11-0080-03

The Excess-deficiency Syndrome in Traditional Chinese Medicine from the Perspective of *The Art of War*

WANG Bin, LIU Zengxiu

(Institution of Marxism, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510180, China)

Abstract: The content of *The Art of War* has gone beyond the meaning of words. Moreover, its enlightening and conducting function has a remarkable influence on thoughts. Especially in the field of Chinese medicine, it is misunderstood to be an unparalleled subject and to be valueless and meaningless. Nevertheless, by merging the perceptions of Sun Tsu and the excess-deficiency syndrome in Chinese medicine, the syndrome can be better acquainted with and comprehended, which also is valuable in medical science. This dissertation integrates both of them for analysis, and promotes people to be familiar with the excess-deficiency syndrome from a deeper layer.

Keywords: *The Art of War*; excess-deficiency; syndrome

孙子又称孙武,春秋时代著名的军事家,著名书籍《孙子兵法》由其撰写。书籍包含十三篇,其中第六篇《虚实篇》关于如何扰敌制胜和平衡敌我力量颇有研究价值。中医的虚实病证中,讲述邪气和正气如何斗争而产生虚和实的病证,以及两者具有迷惑性和同时存在的局面。对于中医的虚实病证,运用孙子的思想加以研究,具有异曲同工之妙。因此,结合两者研究,可以更好地了解中医的虚实病证理论。

1 虚实病证的概念

正气是人体正常功能活动的总称,即人体正常功能及所产生的各种维护健康的能力,包括自我调节能力、适应环境能力、抗邪防病能力和康复自愈能力。正气的作用方式有三点:其一,自我调节,以适应内外环境变化,维持阴阳的协调平衡,保持和促进健康;其二,抗邪防病,或疾病发生后驱邪外出;自我康复,病后或虚弱时自我修复^[1]。



邪气又称病邪,即各种致病因素,包括存在与外界环境之中和人体内部产生的各种具有致病或损伤正气作用的因素。诸如六淫、七情、外伤及痰饮等。在人体的生命活动中,正气发挥维持人体正常生理功能的作用,而人体随时受邪气的侵袭,邪正二者不断发生斗争,同时不断平衡与统一,保证人体的健康。邪正斗争的过程,影响着病症的虚实变化。邪正力量不断产生变化,随着邪正的消长,就会出现虚与实的变化。

实是指邪气盛而正气未虚,表现为邪气正盛,但正气尚足与之抗衡,临床表现为亢盛有余的状态。而虚是指正气不足,抗病能力减弱,表现为体质虚弱。虽然正气能抗邪,但力量不足,难以表现为较剧烈的病理反应。

2 虚实真假与探明实情

在疾病过程中,邪正进行斗争,所出现的现象与本质上不完全一致的真实假虚和真虚假实的病理变化,被称为虚实真假病证。在特殊情况下,在现象与本质上不完全一致的情况下,临床往往出现与本质不符的假象。因此,必须全面占有临床资料,详细分析疾病现象,从而揭示疾病的本质。其中,真虚假实是指病理变化的本质,而实是表面现象,是假象。如脾虚病人,一方面可以看到纳呆食少、疲乏无力等正气虚弱的现象,同时又可看到腹满、腹胀、腹痛等一些类似“实”的症状。而真实假虚的病机本质为实,而虚则是表面现象,是假象。如热结肠胃,里热炽盛的病人,一方面看到大便秘结、腹满硬痛拒按等实证的表现,有时又可出现精神萎靡、不欲多言,但语声高亢气粗。孙子曰:“故策之而知得失之计,作之而知动静之理,形之而知死生之地,角之而知有余不足之处。”孙子认为,用兵打仗要通过认真地策划筹算,来分析敌人作战计划的优劣和得失;要通过挑动敌人,来了解敌人的活动规律;要通过佯动示形于敌人,来试探敌人生死命脉所在;通过小规模交锋,来了解敌人兵力的虚实强弱。中医的虚实病证可以出现假象与本质不一致的情况,可能在临床上表现为真实假虚与真虚假实的状态。因此如孙子所言,应该全面把握敌人的情况,探明军情的真假,调配军队,而不是贸然出兵。若敌人只是佯攻,而我军却出兵,对于士气打击是巨大的,所谓“一鼓作气,再而衰,三而竭”。对于虚实病证亦如此,应该全面调查清楚病人的症状,从而揭示本质。

3 实则驱邪与我专敌分

临床表现为实证,说明处于邪气正盛,而正气与之抗衡阶段,表现出激烈的斗争结果。此时,必须尽力驱赶邪气,以保证正气不会大伤,进而损伤身体器官。孙子曰:“出其所不驱,趋其所不意”^[2]。故孙子的

观点是,要出击敌人无法救援的地方,要突袭敌人未预料的地方。在邪气入侵人体后,要出其不意地对邪气逗留的器官进行用药,以驱赶邪气出人体。孙子又云:“进而不可御者,冲其虚也”。前进使敌人无法防御,是进攻敌人防守薄弱的地方。在出其不意地驱赶邪气的时候,还要首先对邪气还未产生太大影响的器官进行用药,攻击其薄弱的地方,然后再考虑分段驱邪。孙子又云:“故形人而我无形,则我专而敌分;我专为一,敌分为十,是以十攻其一也,则我众而敌寡;能以众击寡者,则吾之所与战者约矣。”要使敌人暴露痕迹而我军不露痕迹,这样,我军兵力就可以集中而敌军兵力就不得不分散。我军兵力集中在一处,而敌人兵力分散在十处,这样我军便可以十倍兵力攻击敌人,从而形成敌寡我众的形势。能做到集中优势兵力攻击处于劣势的敌人,那么同我军交战的敌人就有限了。金元四大家之一的刘完素,用防风、麻黄、薄荷、荆芥、桔梗、连翘,使邪热从肌表汗孔而散;而后用石膏、黄芩、栀子,使热毒从里而清;用大黄、芒硝使热结从下而排;又用滑石使邪热从小便而利。其中的思想就是分杀邪气,导邪外出,实现我专为一,而敌分为十的效果,做到以十倍力量击杀于敌人^[3]。因此,对待驱赶邪气,不仅要做到出其不意,还要分邪制胜。

4 虚则扶正与守其不攻

人体若出现虚证,证明人体邪气入侵后,正气已经受到损伤,因此必须对正气进行协助,转攻为守。《孙子兵法》写道:“故备前则后寡,备后则前寡;备左则右寡,备右则左寡,无所不备,则无所不寡。”所以,敌人防备前方,则后方兵力薄弱;敌人防备后方,则前方兵力薄弱;敌人防备左方,则右方兵力薄弱;敌人防备右方,则左方兵力薄弱;处处加以防备则导致兵力处处薄弱。因此,对付邪气就不能单单各处防备,而是要有重点地进行防备。孙子曰:“善守者,敌不知其所攻”。故善于防御者,敌人不知道往哪里进攻。因此,在正气虚弱之时,就要在邪气不到的地方用药。以扶正气,使其防备在邪气未触及的地方,固守在那里,以致驱赶邪气出体为止。孙子又云:“守其必固者,守其所不攻也。”^[4]在孙子看来,防御而必能稳固,是因为扼守在敌人无力攻取的地方。故《金匱要略》写道:“见肝之病,知肝传脾,必先实其脾气。”因此,在邪气进入肝脏,引发疾病后,运用肝传脾的原理,在脾脏匡扶正气,守在邪气无力进攻的地方,做到守其所不攻,就能驱赶邪气出人体。

5 虚实错杂与灵活策略

虚实错杂是指疾病过程中,邪正斗争中包括虚

中夹实和实中夹虚。邪正的消长，不仅可以产生单纯的虚或实的病理变化，而且由于疾病的失治或治疗不当，以致病邪久留，损伤人体的正气；或因正气本虚，无力驱赶邪气，而致水湿、痰饮等病理产物的凝结阻滞，往往可以形成虚实同时存在的虚中夹实、实中夹虚等虚实错杂的病理变化。其中，虚中夹实是指以虚为主，又兼夹实候的病理变化。如脾阳不振，运化无权，皆为虚候；水湿停聚，发为浮肿为实。而实中夹虚是指以实为主，兼见虚候。因邪热炽盛而见高热、汗出、便秘等的实证，又兼有口干舌燥、口渴引饮、尿短赤等邪热伤津耗气的症状^[5]。因此，治疗虚实兼夹的症状不能运用固定思维和仅从某方面去思考，而是应该如流水一般，善于变化，动态的思维去解决。《孙子兵法》有云：“故其战胜不复，而应形于无穷。”在孙子的思想中，每一次取得胜利所用的方法，都不是简单地重复，而是具体问题具体分析。因此，对待虚中夹实和实中夹虚的病证必须灵活对待，而不是一成不变地用药，应该如流水的规律一般，时刻调整用药的配方、剂量和方式。孙子又云：“夫兵形象水，水之形，避高而趋下；兵之形，避实而击虚。水因地而制流，兵因敌而制胜，故兵无常势，水无常形，能因敌变化而制胜者，谓之神。故五行无常胜，四时无位，日有短长，夜有死生。”^[6]用兵的规律就犹如流水的规律一般，水的规律，避开高处流往低洼的地方；用兵的规律，就要避开敌人的主力而攻击敌人的弱点。水因地形的高低而决定其流向，作战则根据不同的敌情而制定取胜的策略。所以，用兵没有固定刻板的形态，水的流动也不会有一成不变的形态。能够

根据敌情变化而灵活取胜的，可谓用兵如神。因此，五行当中相生相克没有固定的常势，四季轮流更替，没有哪个季节是永恒的，一年之中白天有长有短，一月之中有圆亦有缺。在中医的虚实证中，应如孙子所说，根据机体实际情况，制定灵活策略，有针对性地对待虚实错杂症候，从而做到药到病除的效果，平衡邪正力量，使人体达到健康状态。

6 总结

虚实病证的产生是由于邪气与正气在人体斗争的结果，对于虚实病证，首先要如孙子所言，通过佯动来探明敌军的动静和实力，探明病情的虚实，不可被假象所迷惑，而要看清本质。对于人体邪气旺盛的情况下，需要运用“我专为一，敌分为十”的策略和出其不意的战略来驱邪外出，以保证正气不会受到太大损伤。然而，对于正气已然受损的情况下，必须采用转守为攻，匡扶正气的战略转变，要做到“守而必固，守其所不攻”的状态，使正气在邪气入侵之前的地方恢复并加强，以迫使邪气撤退。因此，策略的制定并不是一成不变的，而是行如流水一般的灵活，特别对于虚实错杂的病证，就不能顽固地使用单一方法，而是适时变化。中医的智慧博大精深，同样孙子的思想也具有相似的特点，因此结合两者进行研究具有无限潜在的学术价值。

参考文献

- [1]付文录.《孙子兵法》与中医临证思维[J].中医研究,1994(1):7-9.
- [2]高新彦.《孙子兵法》与中医学[J].上海中医药杂志,2002,36(11):33-34.
- [3]杨云松,罗浩,肖相如.《孙子兵法》对中医临床治疗的指导意义[J].辽宁中医杂志,2005,32(2):109-110.
- [4]李花,卜海龙,罗迪.从《孙子兵法》看中医“保胃气”[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(6):203-204.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘霁堂 收稿日期:2018-03-23)

(上接第75页)腰膝酸软,口渴欲饮,疲乏无力,尿多有沫,大便秘结,夜尿3次,舌质暗红,苔薄黄腻,脉细弦。空腹血糖8.7 mmol/L,餐后2 h血糖11.6 mmol/L,证多气阴两虚,湿热瘀血互结。宜健脾益肾治其本,化湿清热活血治其标,标本兼顾,重在整体调理。处方:黄芪20 g,太子参20 g,生地黄15 g,山茱萸10 g,山药20 g,白芍15 g,酸枣仁15 g,白僵蚕10 g,苍术10 g,鸡内金10 g,枸杞15 g,菟丝子15 g,葛根20 g,丹参20 g,炙甘草6 g。方解:黄芪、太子参养阴益气;白芍、酸枣仁、炙甘草酸甘化阴;枸杞子、山药、山茱萸共调补肾阴,敛肾精;以菟丝子温阳暖肾,意在“阳中求阴”“阴得阳升而泉源不竭”;并于众多滋腻药物中加入香燥灵动健运脾机之品-苍术,健脾化浊;以鸡内金调畅脾胃气机;再入葛根以鼓舞脾气升清;丹参、白僵蚕清热活血化瘀、通络散结。终使清气得升,后天得健,阴液生化有源;先天得养,固摄有权,

不致精微下泻;气血行而湿浊瘀得以化。服药1月,诸症轻减,症见腹胀纳闷,去菟丝子,加砂仁10 g,陈皮10 g,木香10 g,续服2个月,症状消失,舌质淡红,苔薄白,脉细弦。查血糖示:空腹血糖6.8 mmol/L,餐后2 h血糖8.9 mmol/L。嘱续服巩固疗效。

参考文献

- [1]阮祺.参芪菟萸饮对脾虚湿滞型糖耐量减低者的疗效观察[D].福州:福建中医药大学,2008.
- [2]李园园,罗伟.玉米须的降糖作用及开发利用方法[J].现代农业科技,2012(1):160.
- [3]曹红霞,林燕,蔡恩照,等.邱英明治疗消渴病的体会[J].中国中医药咨讯,2010,11(33):194.
- [4]阮祺,邱英明.邱英明治疗消渴经验浅析[J].吉林中医药,2007,27(12):10.
- [5]吉训超,谢志雄,刘艳霞,等.2型糖尿病胰岛素抵抗的中医实质初探[J].新中医,2005,37(7):88-89.
- [6]冯建华.化痰活血法治疗2型糖尿病30例临床研究[J].中医杂志,2004,45(3):191-194.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邱英明 收稿日期:2018-03-30)

中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘经验探析

邓泽坤¹ 孟 泳^{2△}

(1 河南中医药大学第二临床医学院, 河南 郑州 450000; 2 河南省中医院肺病科, 河南 郑州 450000)

摘要: 咳嗽变异性哮喘是哮喘的一种特殊类型, 是典型哮喘的一种前期表现, 也是慢性咳嗽的最常见原因。正是由于它处于向典型哮喘发展的特殊阶段, 使得其早期诊断与治疗具有特殊的临床价值。近年来, 现代医学及国内传统医学都对咳嗽变异性哮喘做了不少的临床研究, 但关于中西医结合治疗本病的高质量研究不多。笔者通过临床跟随孟泳学习, 收录了中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘经验方案。

关键词: 中西医结合疗法; 咳嗽变异性哮喘; 临证经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.039

文章编号:1672-2779(2018)-11-0083-02

Analysis on the Experience of Integrated Traditional Chinese Medicine and Western Medicine in the Treatment of Cough-variant Asthma

DENG Zekun¹, MENG Yong²

(1. The Second Clinical Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

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

Abstract: Cough-variant asthma (CVA) is a special type of asthma. It is an early stage of asthma and the most common cause of chronic cough. It is because CVA is in the special stage of development to typical asthma that its early diagnosis and treatment has special clinical value. In recent years, both western medicine and traditional Chinese medicine have done a lot of clinical research on CVA, but the high quality of the literature is not much. In this paper, the author has collected relevant medical records through studying with the Professor Meng, and hopes to provide an effective reference for the treatment and research of CVA.

Keywords: therapy of integrated traditional Chinese medicine and Western medicine; cough-variant asthma; clinical experience

咳嗽变异性哮喘^[1](cough variant asthma, CVA)属于哮喘的一种特殊类型,咳嗽是其唯一或主要临床表现,无明显喘息、气促等症状或体征,但存在气道高反应性。主要表现为刺激性干咳,通常咳嗽比较剧烈,夜间及凌晨咳嗽为其重要特征。感冒、冷空气、灰尘及油烟等容易诱发或加重咳嗽。CVA是慢性咳嗽的最常见病因,国内多中心调查结果显示其约占慢性咳嗽原因的三分之一。1972年,Glaser等^[2]首次报道了CVA,认为存在一组以咳嗽为主要表现的哮喘患者。随后,Banerjee等^[3]进一步证实了这种类型的哮喘患者存在。周仲瑛教授^[4]认为部分慢性咳嗽经久反复,可发展致喘。

1 病因病机

现代医学中,CVA的病因^[5]还不十分清楚,目前认为与典型哮喘相似,同时受遗传因素和环境因素的双重影响。发病机制与气道炎症、气道高反应、神经因素等^[6-9]有关。CVA^[5]的气道炎症和气道高反应与典型哮喘相似,但反应程度较轻,在受到外界环境刺激时,炎症发生于气道黏膜表面,临床上可仅表现为刺激性干咳;咳嗽受体包括^[8]两大类Aδ纤维(受轻微碰触或吸入粉尘的刺激发生反应)和C纤维(主要对化学刺激物发生反应),感受器受到刺激后,通过迷走神经传入髓质咳嗽中枢,进而通过传出神经,使膈肌、肋间肌、咽产生相应的咳嗽动作。在中医传统著作中,虽然没有关于CVA的明确记载,但早在《内经》中就有“五

脏六腑皆令人咳,非独肺也”之说。近年来,不少医家在借鉴前人经验的基础上,结合自己的临床实践,就CVA提出了自己的观点。晁恩祥^[10]认为CVA是因为风邪犯肺,邪郁肺络、肺气失宣、肺管不利、气道挛急所致。陆为华^[11]则认为本病的发生与“肺脾气虚”或“肺虚气弱”有密切关系。孟泳教授博览古今贤士论述,并结合多年临床经验,认为本病的发生多以风为主,以痰为患。

2 治疗方法

中华医学会呼吸病学分会哮喘学组《咳嗽的诊断与治疗指南(2015)》认为^[12]CVA治疗原则与典型哮喘相同。(1)ICS联合支气管扩张剂治疗。建议治疗时间至少8周以上,部分患者需要长期治疗。(2)如果患者症状或气道炎症较重,或对吸入激素治疗反应不佳时,建议短期口服糖皮质激素治疗。如果服激素治疗无效,需注意是否存在诊断错误。(3)少数对ICS治疗无效的患者,使用白三烯受体拮抗剂治疗可能有效。治疗疗程及对气道炎症的抑制作用仍有待进一步研究。张之文^[12]教授认为该病属中医“咳嗽”的范畴,风邪是本病证发生、发展和演变过程中的主要致病因素,在分期辨治本病时应把“疏风法”贯穿始终。武慧等^[13]临床研究发现,治疗组用宣肺祛邪、解痉平喘中药与西药氨茶碱和必可酮气雾剂治疗CVA的效果优于对照组用口服氨茶碱和吸入必可酮气雾剂治疗。孟泳教授认为该病的治疗应当遵循标本兼治、病证结合、整体审察的原则,中西药联合应用。

3 医案分析

患者聂某,女,38岁。2017年2月23日初诊:反复咳嗽10年。咳嗽,咳白痰,冬季易加重,平时易感冒、乏力,睡眠差,当地诊所间断服药治疗(具体不详),效欠佳,今来我院就诊。否认药物过敏史。既往无特殊可载。查体:咽腔充血,听诊双肺呼吸音粗,未闻及明显杂音。肺功能:支气管舒张试验阳性。平素纳可,睡眠差,易乏力,易感冒,大便偏干,舌质淡红,苔薄黄,脉浮。诊断:中医:咳嗽病(风热犯肺证);西医:咳嗽变异性哮喘。方用:桑白皮15g,炒黄芩15g,桔梗15g,蜜紫菀12g,紫苏子15g,炒苦杏仁12g,浙贝母15g,清半夏6g,蜜麻黄9g,生地黄20g,天花粉20g,石斛20g,甘草6g,炒僵蚕10g,百合30g,黄芪30g,茯神20g,麸炒白术30g。7剂,水煎服,日1剂。复方甲氧那明胶囊(商品名:阿斯美,第一三共制药(上海)有限公司生产,生产批号:SP252AA,规格:每粒含盐酸甲氧那明12.5mg,那可丁7mg,氨茶碱25mg,马来酸氯苯那敏2mg),服用方法:每日3次,每次2粒;孟鲁司特钠片(商品名:平奇,鲁南贝特制药有限公司生产,生产批号:10151008,规格:10mg/片),服用方法:每晚1次,每次1片;醋酸泼尼松片(浙江仙琚制药股份有限公司生产,生产批号:1504132,规格:5mg/片),服用方法:每日3次,每次1片。

3月2日二诊:治疗后症状稍有改善,仍咳嗽,乏力。前方去生地黄。7剂,水煎服,日1剂。停用醋酸泼尼松片,继续口服孟鲁司特钠片,口服剂量及用法同上。

3月9日三诊:治疗后症状较前减轻,仍咳嗽、乏力,调整方案,继续治疗。给予院内自制膏剂,固本平喘膏,每日3次,每次1包(冲服或含化)。嘱其院外自行口服布地奈德福莫特罗/信必可都保,每日2次,每次1吸,建议其至少连续使用2个月以上。

按:患者聂某为中年女性,因久病体虚,肺卫不固,受外邪侵而致病。故辨证为本虚标实,风热犯肺,正气不足之证,治以外祛风热之邪,内佐以扶正。本方取自《景岳全书》中的桑白皮汤,将其加减应用。取原方清肺降气化痰之效,佐以黄芪、白术补气健脾、益卫固表;百合、茯神宁心安神而养阴润肺。联合复方甲氧那明胶囊止咳化痰,孟鲁司特钠片及泼尼松片缓解气道痉挛以共同控制咳嗽。二诊时,患者症状减轻,将有协同作用的药物减量后继续治疗。三诊时,症状基本控制,给予固本平喘膏口服,疗程巩固治疗。

4 小结

《河间六书·咳嗽论》谓:“寒、暑、燥、湿、风、火六气,皆令人咳”,以风邪为主,其它外邪可随风邪而入,侵袭人体。本医案中孟泳教授注重扶正与祛邪相结合。不仅给予中药黄芪、白术等补脾益肺,而且于后期给予中药膏方整体调理。联合西药复合制剂复方甲氧那明胶囊,可以降低气道高反应性和抑制迟发相变态反应^[4],孟鲁司特钠片属于白三烯受体阻滞剂^[15],能够竞争性地与白三烯受体结合,起到缓解支气管痉挛的作用,醋酸泼尼松片^[16]具有较强抗炎活性的作用。诸药联合应用,能够有效控制咳嗽。

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(2015)[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(5):323-354.
- [2]Glauser FL. Variant asthma[J]. Ann Allergy, 1972, 30(8):457-459.
- [3]Banerjee DK, Lee GS, Malik SK. Underdiagnosis of asthma in the elderly[J]. Br J Dis Chest, 1986, 81(1):23-29.
- [4]周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:70.
- [5]钟南山, 刘又宁. 呼吸病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:517.
- [6]Ohta K, Yamaguchi M, Akiyama K, et al. Japanese guideline for adult asthma[J]. Allergol Int, 2011, 60(2):115-145.
- [7]Matanmoto H, Niimi A, Takemura M, et al. Features of cough variant asthma and classic asthma during methacholine-induced bronchoconstriction: a cross-sectional study[J]. Cough, 2009, 5(1):1-6.
- [8]李明华, 殷凯生, 朱栓立. 哮喘病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:829.
- [9]Takemura M, Niimi A, Matsumoto H, et al. Atopic features of cough variant asthma and classic asthma with wheezing[J]. Clin Exp Allergy, 2007, 37(12):1833-1839.
- [10]罗社文. 恩恩祥治疗咳嗽变异性哮喘经验[J]. 中医杂志, 2002, 43(1):74-75.
- [11]陆为华. 中药治疗小儿咳嗽变异性哮喘 120 例[J]. 上海中医药杂志, 1999(7):24-25.
- [12]舒发明, 黄英, 罗雪梅, 等. 张之文教授疏风法治疗过敏性疾病的经验[J]. 成都中医药大学学报, 2016, 39(1):87-89.
- [13]武慧, 张琳. 中西医并用治疗咳嗽变异性哮喘的临床研究[J]. 北京中医药大学学报, 2008, 31(2):135-137.
- [14]董强. 复方甲氧那明胶囊在感冒后咳嗽临床治疗中的地位评价[J]. 中国现代医学杂志, 2014, 24(27):69-72.
- [15]王匀, 黄伟鹏, 梁煜, 等. 孟鲁司特钠片辅助治疗支气管哮喘急性发作的可行性及安全性研究[J]. 中国医药科学, 2016, 6(7):95-98.
- [16]杨宝峰. 药理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013:335-335.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李 彬 收稿日期:2018-03-13)

恽铁樵是中国中西医汇通派代表医家,对中医脉学的发展有一定的贡献。其《脉学讲义》(原名《脉学发微》)是结合临床具体病例和个人自己调治身体过程中自己的脉象变化来展开讨论脉学的,对读者和学生们特别有趣味性和吸引力。全书共五讲,分两次再做修汇而成,第一部分专治脉诊之外诊法,第二部分是概论和十字脉象,第三、四部分是病案谈脉象,第五部分是其女儿执笔补入的真脏脉和奇经八脉内容。全书用中西汇通的观点,阐述脉理,解释脉要,对脉学发展有一定的积极推动意义。

——杨明、杨建宇摘编《恽铁樵临证基础讲义》(民国名中医临证教学讲义选粹丛书)

通过总挥发油和细辛脂素含量 比较野生辽细辛与栽培辽细辛的质量※

陆 杨 赵 容* 李佳颖 李 鑫 赵海亮

(辽宁中医药大学药学院, 辽宁 大连 116600)

摘 要:目的 比较栽培的辽细辛与野生辽细辛的质量差异。方法 通过研究其挥发油含量和使用HPLC法测定细辛脂素含量,对辽细辛的栽培样品和野生样品进行分析。结果 两种细辛脂素含量均达到《药典》标准,但栽培细辛的挥发油含量未达到《药典》标准。

关键词: 细辛;挥发油;细辛脂素;中药化学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.040

文章编号:1672-2779(2018)-11-0085-02

Comparison on the Quality of the Growing and Wild Asarum heterotropoides by Study the Content of Volatile Oil and Asarinin

LU Yang, ZHAO Rong*, LI Jiajing, LI Xin, ZHAO Hailiang

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

Abstract: Objective To compare the quality discrepancy of the growing and wild Asarum heterotropoides. **Methods** By study the volatile oil content and use HPLC method to test the asarinin content to compare the quality of the growing and wild sample. **Results** The asarinin content both of them accord to the criterion of pharmacopoeia of china, but the volatile oil content of the growing Asarum heterotropoides not accord to the criterion of pharmacopoeia of China.

Keywords: Asair Radix et Rhizoma; volatile oil; asarinin; chemistry of Chinese materia medica

辽细辛为《药典》规定的正品细辛的来源,为马兜铃科植物辽细辛(Asarum heterotropoides)的干燥根及根茎^[1]。其性温,味辛,归心、肺、肾经,具有解表散寒,祛风止痛,通窍,温肺化饮的功效,主要用于风寒感冒,头痛,牙痛,鼻塞流涕,鼻鼾,鼻渊,风湿痹痛,痰饮咳嗽。其主要成分是细辛总挥发油和细辛脂素,现代研究也表明细辛挥发油具有解热、镇痛、抗炎、抗真菌的作用^[2],细辛脂素更具有抗病毒和抗结核杆菌的作用^[3],还有文献报道细辛脂素对免疫有抑制作用,能够产生保护受体器官的作用^[4],两者都是《药典》规定的重要的质量检查标准。辽细辛为辽宁道地药材,但现在市场上的细辛的野生品与栽培品难以分辨,且尚未明确两者之间有效成分含量方面的差别,难以对其品质进行较为科学的评价,临床用药存在混乱的现象。故本实验通过对挥发油和细辛脂素这两种检验药材质量的指标性成分对野生与栽培的药材质量进行比较,具有科学性,且能为临床药材的选用提供一些依据。

1 仪器、材料及实验药材

电热套、1000 mL的圆底烧瓶、挥发油提取器、球形冷凝管、铁架台及铁夹、纯净水、栽培辽细辛(来自辽宁省新宾县细辛栽培基地)粉末、野生辽细辛(来自辽

宁省西丰县)粉末,Aglient 1100高效液相色谱仪(美国安捷伦公司)、F100型粉碎机(上海高致精密仪器有限公司)、超声波清洗器、电子天平BP211D(0.01 mg)(上海精密科学仪器有限公司)、细辛脂素对照品20 mg(上海源叶生物科技有限公司)、色谱甲醇、纯净水、乙腈。

2 实验方法

2.1 实验步骤 取适量细辛粉末置于圆底烧瓶中,加入纯净水,搅拌均匀,加入玻璃珠,固定圆底烧瓶,安装挥发油提取器,注入适量纯净水,使水进入挥发油提取器内,并使液面保持在零刻度线以下,安装冷凝管,通水,加热,保持微沸状态,持续约2~3 h,待挥发油提取器中的挥发油不再增加时,即停止加热,读取挥发油体积,重复实验多次,准确记录数据^[5]。

2.2 色谱条件 C18色谱柱(250 nm×4.6 nm, 5 μm);流动相为乙腈—水(45:55),流速1 mL/min保留时间34.322 min,柱温35℃,检测波长287 nm^[6]。

2.3 对照品溶液制备 精密称定细辛脂素对照品3.49 mg置于5 mL容量瓶中,用甲醇溶解定容,摇匀。溶解完全后用0.45 μm微孔滤膜过滤到EP管中,得0.698 mg/mL对照品储备液备用。

2.4 样品溶液制备 精密称定栽培细辛粉末、0.5007 g分别置于锥形瓶中,加入甲醇20 mL,称定质量,密封。超声(100 W, 40 kHz)提取45 min,取出并冷却至室温,称量并补足损失质量,过滤,收集续滤液,用0.45 μm微孔滤膜过滤后作为栽培细辛的供试品溶液,即为样品一^[7]。同

※ 基金项目:辽宁中医药大学大学生创新创业训练计划校级项目
[No.201610162096]

* 通讯作者:zhaoxiaorong1985@163.com

样精密称取野生细辛粉末0.5026 g, 并以上述步骤制成野生细辛的供试品溶液, 为样品二。

2.5 线性关系考察 取“2.3”项制备的细辛脂素储备液1 mL定容至5 mL容量瓶中(0.14 mg/mL)不同浓度分别进样详细记录数据, 然后以进样质量浓度为横坐标, 峰面积为纵坐标绘制标准曲线, 得回归方程 $Y=2246.5x-165.18$ ($R^2=0.9991$), 结果表明细辛脂素在0.21~1.4 $\mu\text{g}/\mu\text{L}$ 与峰面积呈良好的线性关系。

3 实验现象

3.1 挥发油 细辛粉末呈现浅棕色, 但栽培细辛的粉末较野生细辛的粉末相比颜色较浅。圆底烧瓶中的液体沸腾后, 液面上会出现大量泡沫, 会有淡黄色挥发油进入挥发油提取器, 大部分挥发油的密度比水小, 会浮在水面上, 偶尔会有小部分挥发油的密度比水大, 会在水层以下, 极少见挥发油悬浮在水层中。保持微沸状态, 期间挥发油数量不断增加, 同时有少部分细小油滴随水回到圆底烧瓶。约2~3 h后, 挥发油提取器内的挥发油体积基本不再增加, 但仍有小部分细小的油滴随水回到圆底烧瓶中, 但增加实验时间挥发油的含量仍未有所增加。实验结束后, 读取挥发油体积, 并将其保存在密封的EP管中, 减少其挥发。栽培细辛的挥发油和野生细辛的挥发油都有强烈特殊气味, 密度大部分小于水, 也有少部分挥发油的密度大于水, 且两者颜色并不存在明显差异, 均为较浅的黄色。

3.2 细辛脂素 细辛脂素的对照品溶液呈现无色透明溶液, 细辛脂素粉末开始并未完全溶解于甲醇中, 待放置一夜后完全溶解。栽培细辛和野生细辛经过提取过滤后可以得到淡黄色的溶液, 无明显气味, 且两者颜色并无明显差别。色谱分析时, 标准品可在34.322时见到明显尖锐的峰。样品一(栽培细辛样品)与样品二(野生细辛样品)则均会出现诸多不规则的杂质峰, 但均在34.322附近出现明显尖锐的峰, 基本可以同标准品的保留时间相吻合, 可以判定, 此峰为样品峰。见图1~3。

4 实验结果

4.1 挥发油比较 对实验所得数据进行分析处理可得, 栽培辽细辛挥发油含量约0.0202 mL/g, 野生辽细辛的挥发油含量约0.1008 mL/g。

4.2 细辛脂素含量比较 经计算可得栽培辽细辛细辛脂素的含量约为2.3407%, 野生辽细辛细辛脂素的含量约为2.3280%。

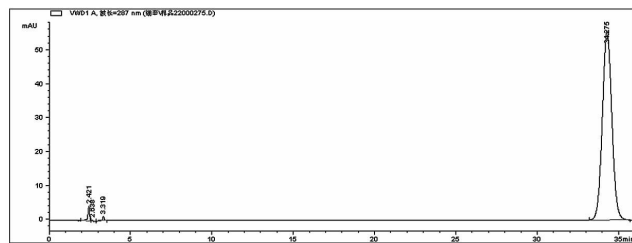


图1 对照品色谱图

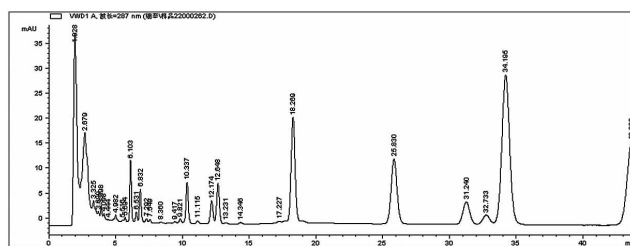


图2 样品一(栽培样品)色谱图

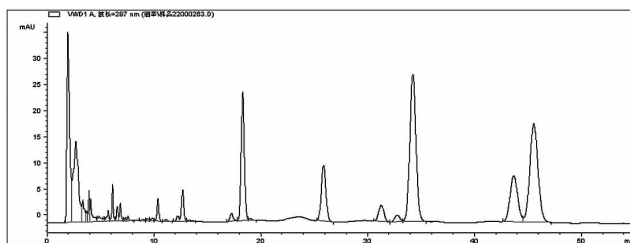


图3 样品二(野生样品)色谱图

5 讨论

国家《药典》规定挥发油含量应不低于2% (mL/g), 即不低于0.02 mL/g, 由此可见, 野生细辛挥发油含量符合《药典》规定, 但栽培细辛挥发油的含量未达到《药典》标准。《药典》规定含细辛脂素不得少于0.050%。由此可见, 栽培细辛和野生细辛的细辛脂素含量均达到了《药典》的标准。综合挥发油和细辛脂素两个指标来看, 虽然栽培细辛和野生细辛的细辛脂素含量均达到药典标准且栽培细辛的细辛脂素含量略高于野生细辛的含量, 但其挥发油含量未达到《药典》标准, 故不应流入市场, 用于临床治疗。但野生细辛资源有限且质量不均衡, 难以满足市场用药需求, 而栽培细辛含量又难以达到标准, 故建议应深入探讨细辛挥发油和细辛脂素等有效成分在细辛中的生物合成机理, 而后进一步改进细辛的栽培技术, 保证细辛有效成分含量的同时保证细辛的产量以满足市场的用药需求, 同时保护野生细辛资源。

本实验仅对细辛的有效成分进行了粗略的研究, 未对细辛中的马兜铃酸的含量进行深入研究, 也未对样品的重金属、农药残留及灰分等指标进行研究, 也未对不同产地和不同栽培基地及不同品质的细辛进行系统研究。故建议临床用药时应应对辽细辛多方面的数据进行综合考量, 以确实保证药品疗效和用药者的身体健康。

参考文献

- [1]中国科学院中国植物志编辑委员会.中国植物志:第24卷[M].北京:科学出版社,1988:161.
- [2]谢伟,陆满文.细辛挥发油的化学与药理作用[J].宁夏医学杂志,1995,17(2):121.
- [3]蔡少青,王禾,陈世忠.北细辛非挥发性化学成分的研究[J].北京大学学报:医学版,1996,28(3):228.
- [4]张丽丽,关振中,张景奎.细辛脂素体外免疫抑制作用的实验研究[J].中华心血管杂志,2003,31(6):444.
- [5]穆启运,阮新民.川芎和细辛挥发油提取工艺的研究[J].中国中医药科技.2010,17(2):143.
- [6]王桂芳,张守尧,朱素琴.HPLC法测定北细辛中芝麻脂素和细辛脂素的含量[J].药物分析杂志,1999,19(4):251.
- [7]国家药典委员会.中华人民共和国药典·一部[S].北京:中国医药科技出版社,2015:230.

(本文编辑:张文娟 本文校对:邢艳萍 收稿日期:2018-03-16)

青皮枳实枳壳香橼鉴别

张付轩 卢红委

(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:目的 区分青皮、枳实、枳壳、香橼(枸橼、香圆)性状特征, 阐明以上药材《药典》检验标准, 防止在中药材验收、使用过程中发生混淆。方法 通过文献梳理和查阅, 结合工作经验区分青皮、枳实、枳壳、香橼(枸橼、香圆)的不同之处, 特别是性状鉴别和功效及应用方面的异同点, 并附带介绍了同属植物枸橼和柚的性状特征。结论 五种药材都来源于芸香科植物果实, 有的为同种药材不同时期, 性状和成分比较相近, 功效和主治症方面也有很多不同之处, 国家《药典》对其有效成分含量检测标准也是不一样的, 特别是在性状鉴别方面, 虽然很接近, 但抓住要点, 还是很容易区别的。

关键词: 青皮; 枳实; 枳壳; 香橼; 枸橼; 香圆; 中药鉴别

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.041

文章编号:1672-2779(2018)-11-0087-03

Identification of Fructus Aurantii Citron Peel of Citrus Aurantium

ZHANG Fuxuan, LU Hongwei

(Yangzi River Pharmaceutical Group Jiangsu Longfeng Tang Traditional Chinese Medicine Co., Ltd., Jiangsu Province, Taizhou 225300, China)

Abstract: **Objective** To distinguish a peel, Fructus aurantii Immaturus, Fructus aurantii, citron, citron, incense circle on the characters of six kinds of medicinal herbs, clarify the Pharmacopoeia standards, to prevent confusion acceptance, use process in medicine. **Methods** Through literature review and inspection, combined with work experience to distinguish a peel of Fructus aurantii Immaturus and Fructus aurantii, citron, citron, sweet round difference, especially the identification of character and effectiveness and application aspects of the similarities and differences was carried out, and characters of the same plant and trifoliate orange and grapefruit was introduced. **Conclusion** All of the six kinds of medicinal materials are derived from the fruits of the rutfamily and some of the same medicinal materials in different periods. There are many differences between traits and components. There are many differences between efficacy and main symptoms. The national pharmacopoeia is also different in the content of effective components. Especially in character identification, though very close, it is very easy to distinguish the key points.

Keywords: peel; Fructus aurantii Immaturus; Fructus aurantii; citron; citrate; sweet round; identification of Chinese medicinals

青皮、枳实、枳壳、香橼都属于芸香科植物, 均具有透明的油腺点, 内含挥发油。在实际应用中有相互替代的情况, 市场中存在互相掺入, 以此充彼的混乱现象, 现将它们的异同简述如下。

1 青皮

本品芸香科植物橘 *Citrus reticulata* Blanco 及其栽培变种的干燥幼果或未成熟果实的果皮。5~6月收集自落的幼果, 晒干, 习称“个青皮”; 7~8月采收未成熟的果实, 在果皮上纵剖成四瓣至基部, 除尽瓢瓣, 晒干, 习称“四花青皮”。主产于福建四川、广东广西等省^[1]。四花青皮: 果皮剖成4裂片, 裂片长椭圆形, 长4~6 cm, 厚0.1~2 cm。外表面灰绿色或黑绿色, 密生多数油室; 内表面类白色或黄白色, 粗糙, 附黄白色或黄棕色小筋络。质稍硬, 易折断, 断面外缘有油室1~2列。气香, 味苦、辛。

个青皮呈类球形, 直径0.5~2 cm。表面灰绿色或黑绿色, 微粗糙, 有细密凹下的油室, 顶端有稍突起的柱基, 基部有圆形果梗痕。质硬, 断面果皮黄白色或淡黄棕色, 厚0.1~0.2 cm, 外缘有油室1~2列。瓢囊8~10瓣, 淡棕色。气清香, 味酸、苦、辛。本品常和枳实相互混合出售, 应引起注意。青皮富含挥发油, 油中主要成分为萜烯、枸橼醛、癸醛、辛醇、努卡柏烯等。另含枸桔甘、橙皮苷、柚苷。2015版《药典》规

定本品含橙皮苷 ($C_{28}H_{34}O_{15}$) 不得少于5.0%^[2]。

2 枳实

本品为芸香科植物酸橙 *Citrus aurantium* L. 及其栽培变种或甜橙 *Citrus sinensis* Osbeck的干燥幼果。5~6月收集自落的果实, 除去杂质, 自中部横切为两半, 晒干或低温干燥, 较小者直接晒干或低温干燥, 产于江西、四川、湖北、贵州等省。多系栽培。以江西清江所产为闻名, 商品习称“江枳壳”^[1]。本品呈半球形, 少数为球形, 直径0.5~2.5 cm。外果皮黑绿色或棕褐色, 具颗粒状突起和皱纹, 有明显的花柱残迹或果梗痕。切面中果皮略隆起, 厚0.3~1.2 cm, 黄白色或黄褐色, 边缘有1~2列油室, 瓢囊棕褐色。质坚硬。气清香, 味苦、微酸。本品和个青皮区别要点: 本品果皮较厚, 常外翻; 青皮果皮较薄, 不外翻, 且本品酸味较浓。本品按干燥品计算, 含辛弗林 ($C_9H_{13}NO_2$) 不得少于0.30%^[2]。

3 枳壳

本品为芸香科植物酸橙 *Citrus aurantium* L. 及其栽培变种的干燥未成熟果实。7月果皮尚绿时采收, 自中部横切为两半, 晒干或低温干燥^[1]。

本品呈半球形, 直径3~5 cm。外果皮棕褐色至褐色, 有颗粒状突起, 突起的顶端有凹点状油室; 有明显的花柱残迹和果梗痕。切面中果皮黄白色,

光滑而稍隆起,厚0.4~1.3 cm,边缘散有1~2列油室,瓢囊7~12瓣,少数至15瓣,汁囊干缩呈棕色至棕褐色,内藏种子。质坚硬,不易折断。气清香,味苦、微酸。

4 香橼

本品为芸香科植物枸橼 *Citrus medica* L.或香圆 *Citrus wilsonii* Tanaka的干燥成熟果实。秋季果实成熟时采收,趁鲜切片,晒干或低温干燥。香圆亦可整个或对剖两半后,晒干或低温干燥^[1]。枸橼主产于云南、四川、福建等省。香圆主产于江苏、浙江、安徽、江西等省。

4.1 枸橼 本品呈圆形或长圆形片,直径4~10 cm,厚0.2~0.5 cm。横切片外果皮黄色或黄绿色,边缘呈波状,散有凹入的油点;中果皮厚1~3 cm,黄白色或淡棕黄色,有不规则的网状突起的维管束;瓢囊10~17室。纵切片中心柱较粗壮。质柔韧,气清香,味微甜而苦辛。以片色黄白、气香浓者为佳。

枸橼中主要成分为右旋柠檬烯、枸橼醛、右旋芳樟醇和邻氨基苯甲酸甲酯等。此外尚含辛弗林、橙皮苷、新橙皮苷、柚皮苷、川陈皮素及苦味成分苦橙苷、苦橙酸。辛弗林和N-甲基络胺有升压作用。甜橙含挥发油和黄酮苷。本品按干燥品计算,含柚皮苷($C_{27}H_{32}O_{14}$)不得少于4.0%,新橙皮苷($C_{28}H_{34}O_{15}$)不得少于3.0%^[2]。

4.2 香圆 本品呈类球形,半球形或圆片,直径4~7 cm。表面黑绿色或黄棕色,密被凹陷的小油点及网状隆起的粗皱纹,顶端有花柱残痕及隆起的环圈,基部有果梗残基。质坚硬,剖面或横切薄片,边缘油点明显,中果皮厚约0.5 cm,瓢囊9~11室,棕色或淡红棕色,间或有黄白色种子。气香,味酸而苦。以个大、皮粗、色墨绿、质坚、香气浓者为佳。

枸橼果实中富含挥发油、脂肪油,主要成分右旋柠檬烯、枸橼醛、乙酸芳樟酯等。脂肪油中含有梨蓇素、枸橼苷、橙皮苷、柚皮苷、圣草酚-葡萄糖苷等。种子含柠檬苦素、奥巴叩酮。含柚皮苷($C_{27}H_{32}O_{14}$)不得少于2.5%^[2]。以上药材的性状鉴别要点见表1。

5 总结

药材在功效、主治症方面有很多相同之处。所含成分差别较大。2015版中国《药典》对青皮检测标准为橙皮苷,枳实检测项目为辛弗林,枳壳检测项目为新橙皮苷和柚皮苷,香橼检测项目为柚皮苷。性状特征除四花青皮特征较为明显外,其余几种共性较多。个青皮与枳实,枳实与枳壳,枳壳与香圆之间都有很多共性之处。在药材验收时宜出现相互混淆现象。个青皮顶端具突起花柱残基;香圆花柱顶端周围具圆环;枳实与枳壳表面具突起颗粒及突起颗粒上面凹下油室。枳实与枳壳来源同种植物不同采收时期干燥果实,应以直径大小来区别。这几种药材所含化学成分及比例也不相同,以这些物质为基础导致它们之间气和味也不同,它们所表现清香味是不同的。如香橼具香甜柠檬味,枳实、枳壳所散发酸橙特有酸味,以及个青皮所散发的青涩幼果气息。枳实和枳壳最明显特征为中果皮外翻如盆状;个青皮剖面平展不外翻。枳实和枳壳牵涉到栽培变种的酸橙果实,产地范围广,栽培变种多,性状鉴定参考具体性状鉴别同时,应重点参考具体参数,如枳壳中果皮厚度0.4~1.3 cm就是一个重要的鉴别参数。同属植物枸橼中果皮厚度0.3 cm以下,瓢囊8个以下;柚子剖开晒干,中果皮厚而松泡外翻,中柱凸起,瓢囊浅棕色^[3]。柚子主含柚皮苷,其近成熟果实外果皮水烫后干燥为橘红,其幼果为橘红胎,瓢囊数目多,通常在10~17个,发育欠佳,中果皮厚而松泡,其特征上文已经介绍。检测项目:柚皮苷($C_{27}H_{32}O_{14}$)不得少于3.5%^[2]。青皮、枳实、枳壳、香橼在中医临床应用方面也有区别。青皮:苦、辛,温。归肝、胆、胃经。疏肝破气,消积化滞。用于胸胁胀痛,疝气疼痛,乳癖,乳痛,食积气滞,脘腹胀痛。枳实:苦、辛、酸,微寒。归脾、胃经。破气消积,化痰散痞。用于积滞内停,痞满胀痛,泻痢后重,大便不通,痰滞气阻,胸痹,结胸,脏器下垂。枳壳:苦、辛、酸,微寒。归脾、胃经。理气宽中,行滞消胀。用于胸胁气滞,胀满疼痛,食积不化,痰饮内停,脏器下垂。香橼:辛、苦、酸,温。归肝、脾、肺经。疏肝理气,宽中,化痰。用于肝胃气滞,胸胁胀痛,脘

表1 五种药材鉴别要点

项目	物种来源	果实成熟度	果实直径(cm)	外观特征	种子	中果皮厚度(cm)	囊室数(个)	瓢囊颜色
青皮	芸香科橘及其变种	幼果	0.5~2	顶端有乳头状突起花柱柱基。	无	0.1~0.2	8~10	淡棕色
枳实	芸香科酸橙及其变种和甜橙	幼果	0.5~2.5	外果皮有颗粒状突起,突起顶端有凹陷的油点。	无	0.3~1.2	7~12	棕褐色
枳壳	芸香科酸橙及其变种	未成熟果实	2.5~3	外果皮有颗粒状突起,突起顶端有凹陷的油点。	有	0.4~1.3	7~12	棕色或棕褐色
枸橼	芸香科枸橼	成熟果实	4~10	边缘呈波状。	有	1~3	10~17	黄白色
香圆	芸香科香圆	成熟果实	4~7	顶端有隆起花柱柱基及隆起的环圈。	有	1~3	9~11	棕色或红棕色

腹痞满, 呕吐噎气, 痰多咳嗽。虽然都归为行气药, 但是药力有大小, 归经有偏重, 功效有差异。青皮重在破肝气; 枳实行胃气; 枳壳药性较为芳香, 兼有化湿效果; 香橼更为芳香, 化痰养胃效果较为明显。青皮和枳实都为幼果, 穿透行气力较强; 枳壳和香橼为近成熟果实, 味由酸转甘, 行气力转缓, 芳香气渐长, 除湿化痰效果逐步体现。综上所述, 这几种药材在验收、调剂、

临床应用中应认真对待, 不可混谈。

参考文献

- [1] 李家实. 中药鉴定学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002(8): 405, 408-409.
- [2] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 74, 197, 246-247, 258.
- [3] 中国食品药品鉴定研究院. 中国中药材真伪鉴别图典[M]. 广州: 广东科技出版社, 2016: 113.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 黄新兰 收稿日期: 2018-01-29)

酸枣仁复方胶囊总皂苷提取工艺优化的研究

罗其昌¹ 阙俊杰² 李文治¹ 林恋竹^{2*}

[1] 无限极(中国)有限公司, 广东 广州 510665; [2] 华南理工大学轻工与食品学院, 广东 广州 510640]

摘要: 酸枣仁复方胶囊以酸枣仁、远志等药材为原料提取总皂苷, 以乙醇浓度、提取时间、温度为考察因素, 以总得率、总皂苷提取率为指标, 采用响应面分析法, 确定了复方总固形物、总皂苷提取的最优工艺参数, 即: 乙醇浓度68%, 提取时间3 h, 提取温度60℃, 其总得率为39.92%, 总皂苷提取率为2.55%。

关键词: 酸枣仁复方胶囊; 提取; 工艺优化; 总皂苷; 响应面分析法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.042

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0089-03

Study on Optimization on the Extraction of the Total Saponins in Compound Capsule of *Ziziphus jujuba* Mill.var.spinosa

LUO Qichang¹, QUE Junjie², LI Wenzhi¹, LIN Lianzhu²

(1. Infinitus (China) Company Ltd, Guangdong Province, Guangzhou 510640, China;

2. School of Food Science and Engineering, South China University of Technology, Guangdong Province, Guangzhou 510006, China)

Abstract: The total saponins of the compound capsule of *Ziziphus jujuba* Mill.var.spinosa is extracted from *Ziziphus jujuba* Mill.var.spinosa, *Polygala tenuifolia* Willd. The effects of alcohol concentration, extraction time, and extraction temperature on the total solid yields and total saponins yields were discussed by response surface method. The optimal condition was described as follows: 68% alcohol solution, extraction time 3h, extraction temperature 60°C. Under the optimal condition, the total solid yield was 39.92%. The total saponins yield was 2.55%.

Keywords: compound capsule of *Ziziphus jujuba* Mill.var.spinosa; extraction; optimization on the extraction; total saponins; response surface analysis method

酸枣仁复方胶囊以酸枣仁、远志等药材为主要原料, 按比例制成复方, 具有安神、改善睡眠作用。其中药材酸枣仁具有补肝、宁心、敛汗、生津的功效, 主要含有皂苷、黄酮、脂肪油、蛋白质和挥发油等成分, 皂苷类化合物是酸枣仁的主要药效成分^[1]。远志的功能为安神益智、祛痰、消肿, 临床应用范围较广, 疗效确切, 主要成分为皂苷类、生物碱、糖类、脂肪油, 远志皂苷是远志最主要的活性成分^[2]。但未有针对酸枣仁复方胶囊复方进行皂苷优化提取工艺研究。因此, 本文将在前人研究的基础上, 采用响应面法优化提取复方中皂苷。

1 实验材料与试剂

酸枣仁(产自河北, 批号: 160201)、远志(产自河北, 批号: 160201) 药材: 由无限极公司提供, 50℃烘干, 粉碎, 过40目筛; 人参皂苷Re(批号: 110754-201524), 购于Sigma公司; 其它化学试剂购于广州化

学试剂厂, 均为分析纯。

2 仪器与设备

SHZ-D(Ⅲ) 真空泵(巩义市予华仪器有限公司); DFY-500万能粉碎机(温岭市林大机械有限公司); AL204电子天平(梅特勒-托利多仪器有限公司); CR22N 高速冷冻离心机(日立公司); CU600 电热恒温水箱(上海福玛实验有限公司); 101-3 电热鼓风恒温干燥箱(上海浦东兴荣科学仪器有限公司); SHZ-82水浴恒温振荡器(金坛市恒丰仪器厂); 752 N紫外可见分光光度计(上海精密科学仪器有限公司)。

3 实验方法

3.1 复方总皂苷提取 按比例分别称取酸枣仁、远志等, 按料液比1:10(m/v)加入不同浓度乙醇溶液, 在不同温度下提取不同时间, 2000 g离心10 min, 抽滤, 取上清液, 定容至100 mL, 待测。

3.2 紫外分光光度法测定总皂苷含量 采用香草醛-高氯酸法^[3]测定, 以人参皂苷Re为标准品绘制曲线。

* 通讯作者: felzlin@scut.edm.cn

3.3 数学模型的建立 采用响应面分析设计实验方案,建立数学模型,得出最优工艺参数。

4 实验结果与讨论

4.1 响应面分析实验方案及结果 根据Central Composite实验设计原理,选取乙醇浓度、提取温度和提取时间3个因素,采用响应面分析法优化提取工艺,具体实验方案及结果见表1。由响应面软件Design Expert 7.0.0得到的分析结果见表2和表3。

表1 响应面分析实验方案及结果

试验号	A乙醇浓度 (%)	B提取时间 (h)	C提取温度 (°C)	总得率 (%)	总皂苷提取率 (%)
1	20	1	70	11.1	0.98
2	80	1	70	29.3	1.42
3	20	3	70	21.4	1.07
4	80	3	70	45.1	1.56
5	20	2	60	13.2	1.22
6	80	2	60	32.3	2.00
7	20	2	80	18.2	1.38
8	80	2	80	38.1	2.03
9	50	1	60	18.7	2.21
10	50	3	60	34.1	2.56
11	50	1	80	23.2	2.84
12	50	3	80	35.4	2.43
13	50	2	70	24.3	2.02
14	50	2	70	23.8	2.09
15	50	2	70	24.2	1.98
16	50	2	70	23.6	2.05

经回归拟合后,各实验因素对响应值(总得率)以及响应值(总皂苷提取率)的影响可以分别通过如下回归方程表示:

$$\text{总得率} = 23.975 + 10.1125 \times A + 6.7125 \times B + 2.075 \times C + 1.375 \times AB + 0.2 \times AC - 0.8 \times BC + 0.175 \times A^2 + 2.575 \times B^2 + 1.3 \times C^2 \quad (1)$$

$$\text{总皂苷提取率} = 2.035 + 0.295 \times A + 0.02125 \times B + 0.08625 \times C + 0.0125 \times AB - 0.0325 \times AC - 0.19 \times BC - 0.815A^2 + 0.0375B^2 + 0.4375C^2 \quad (2)$$

通过方差分析(见表2、表3)可知,方程(1)(2)达到显著水平。同时,检验结果表明,方程(1)(2)对实验拟合度好,可用方程(1)对不同提取条件下复方总固形物得率进行预测,此外,可用方程(2)对不同提取条件下复方中总皂苷提取率进行预测。模型预测值和实际值比较接近。同时,根据F值,可以得出诸因素对复方总固形物得率影响的大小顺序为:乙醇浓度>提取时间>提取温度。此外,根据F值,可以得出诸因素对复方中总皂苷提取率影响的大小顺序为:乙醇浓度>提取温度>提取时间。综上所述,乙醇浓度对复方总固形物得率及皂苷提取率的影响最显著。

表2 回归方程(1)的方差分析表

项目	平方和	自由度	均方	F值	Prob > F	显著性
回归模型	1256.695	9	139.6327778	175.0881226	< 0.0001	*
A	818.1013	1	818.10125	1025.832288	< 0.0001	*
B	360.4613	1	360.46125	451.9890282	< 0.0001	*
C	34.445	1	34.445	43.19122257	0.0006	*
AB	7.5625	1	7.5625	9.482758621	0.0217	*
AC	0.16	1	0.16	0.200626959	0.6699	
BC	2.56	1	2.56	3.210031348	0.1234	
A ²	0.1225	1	0.1225	0.153605016	0.7087	
B ²	26.5225	1	26.5225	33.25705329	0.0012	*
C ²	6.76	1	6.76	8.476489028	0.0269	*
残差	4.785	6	0.7975			
失拟项	4.4575	3	1.485833333	13.61068702	0.0298	
净误差	0.3275	3	0.109166667			

注:“Prob > F”<0.05为显著

表3 回归方程(2)的方差分析表

项目	平方和	自由度	均方	F值	Prob > F	显著性
回归模型	4.336725	9	0.481858333	47.96598922	< 0.0001	*
A	0.6962	1	0.6962	69.30236416	0.0002	*
B	0.003613	1	0.0036125	0.359601825	0.5707	
C	0.059513	1	0.0595125	5.924097885	0.0509	
AB	0.000625	1	0.000625	0.062214849	0.8113	
AC	0.004225	1	0.004225	0.420572377	0.5407	
BC	0.1444	1	0.1444	14.37411862	0.0091	*
A ²	2.6569	1	2.6569	264.47781	< 0.0001	*
B ²	0.005625	1	0.005625	0.559933637	0.4826	
C ²	0.765625	1	0.765625	76.21318955	0.0001	*
残差	0.060275	6	0.010045833			
失拟项	0.053775	3	0.017925	8.273076923	0.0581	
净误差	0.0065	3	0.002166667			

注:“Prob > F”<0.05为显著

由表2、表3可知,A,B,C,AB,B²,C²对复方总固形物得率有显著影响,而其他因素的影响较小;A,BC,A²,C²对复方中总皂苷提取率有显著影响,而其他因素的影响较小。

表4 模型(1)分析表

指标	标准差	平均值	离散系数	R ²	调整R ²
结果	0.89	26	3.43	0.9962	0.9905

表5 模型(2)分析表

指标	标准差	平均值	离散系数	R ²	调整R ²
结果	0.1	1.86	5.37	0.9863	0.9657

4.2 乙醇浓度、提取温度与提取时间之间交互作用 乙醇浓度与提取时间之间的交互作用对复方总固形物得率的影响如图1所示。固定提取时间,复方总固形物得率随乙醇浓度的增加而增加,随着提取时间的延长,复方总固形物得率不断增加。固定乙醇浓度,复方总固形物得率随提取时间的延长而不断增加,随着乙醇浓度的增加,复方总固形物得率不断增加。因此,采

用长时间高浓度乙醇提取法,可获得高固形物得率。

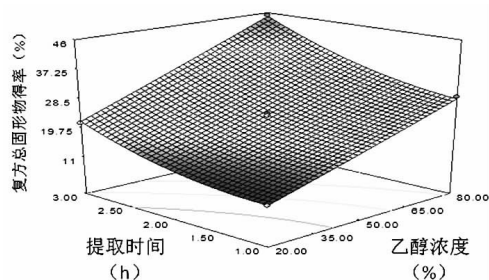


图1 乙醇浓度与提取时间对复方总固形物得率的影响

提取时间与提取温度之间的交互作用对复方中总皂苷提取率的影响如图2所示。当提取温度较低时,复方中总皂苷提取率随提取时间的延长而不断增加,但当提取温度逐渐升高,复方中总皂苷提取率随提取时间的延长而有所下降。固定提取时间,复方中总皂苷提取率随温度升高而降低,但当提取温度超过65℃,总皂苷提取率随温度升高而增加。

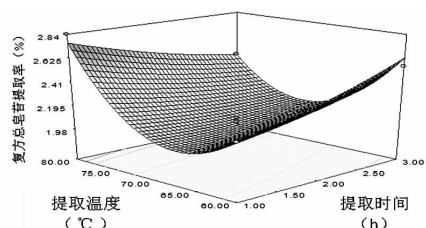


图2 提取时间与提取温度对复方中总皂苷提取率的影响

因此,采用短时间高温提取法,可获得较高皂苷提取率,此外,也可采用低温长时间提取法,也可获得较高皂苷提取率。

结合回归模型的数学分析得到复方总固形物、总皂苷提取的最优工艺参数,即:乙醇浓度68%,提取时间3小时,提取温度60℃,其总得率为39.92%,总皂苷提取率为2.55%。采用上述最优提取条件进行复方总固形物、总皂苷提取的提取实验,重复实验3次,实际测得总得率为41.0%,总皂苷提取率为2.60%。因此,采用响应面分析法优化得到的提取条件参数准确可靠,具有实用价值。

5 结论

以酸枣仁、远志等复方为原料提取总皂苷,以乙醇浓度、提取时间、温度为考察因素,以总得率、总皂苷提取率为指标,采用响应面分析法,确定了复方总固形物、总皂苷提取的最优工艺参数,即:乙醇浓度68%,提取时间3小时,提取温度60℃,其总得率为39.92%,总皂苷提取率为2.55%。

乙醇浓度对复方总固形物得率及皂苷提取率的影响最显著。采用长时间高浓度乙醇提取法,可获得高固形物得率。采用短时间高温提取法,可获得较高皂苷提取率,此外,也可采用低温长时间提取法,也可获得较高皂苷提取率。

参考文献

- [1]路丹,王菲,李清,等.酸枣仁皂苷提取物的制备与酸枣仁皂苷A和B的含量测定[J].沈阳药科大学学报.2011,28(7):535-539.
- [2]梁戈亮.远志总皂苷的超声提取工艺及动力学研究[D].西安:陕西师范大学,2018.
- [3]林恋竹,赵谋明,饶国华.余甘子总皂苷提取工艺优化的研究[J].食品工业科技.2009,30(8):167-170.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张颖梅 收稿日期:2018-03-13)

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

临床鉴习 CLINICAL GUIDING
LEARNING济川煎联合艾灸治疗脾肾阳虚型老年功能性便秘的
临床观察

李金龙

(辽宁中医药大学附属第三医院大肠外科, 辽宁 沈阳 110000)

摘要:目的 探讨济川煎联合艾灸治疗脾肾阳虚型老年功能性便秘的临床疗效。方法 采取对照研究方法对90例脾肾阳虚型老年功能性便秘患者进行观察。其中对照组患者进行常规西医治疗, 试验组患者使用济川煎联合艾灸治疗, 2组患者均治疗1个月。治疗结束后比较2组临床总有效率、治疗前后各项症状。结果 2组患者临床疗效显著, 对照组临床总有效率为66.67% (30/45), 试验组临床总有效率为93.33% (42/45), 试验组总有效率高 ($P<0.05$); 2组患者经过治疗后, 其各项症状均有改善, 但试验组效果明显优于对照组 ($P<0.05$)。结论 济川煎联合艾灸治疗脾肾阳虚型老年功能性便秘具有很好的疗效, 临床上值得应用。

关键词: 济川煎; 艾灸疗法; 脾肾阳虚型; 老年科; 功能性便秘; 中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.043

文章编号:1672-2779(2018)-11-0092-02

Clinical Observation on Jichuanjian Decoction Combined with Moxibustion in the Treatment of Elderly Functional Constipation with Yang Deficiency of both Spleen and Kidney

LI Jinlong

(Colorectal Surgery Department, the Third Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110000, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical effect of Jichuanjian decoction combined with moxibustion in the treatment of elderly functional constipation with yang deficiency of both spleen and kidney. **Methods** A case control study was used to study the 90 cases of patients with functional constipation with yang deficiency of both spleen and kidney. The patients in the control group were given the conventional Western medicine treatment, and patients in the experimental group used Jichuanjian decoction combined with moxibustion treatment. Two groups of patients were treated one month. At the end of the treatment, the clinical total effective rate, the two groups of treatment before and after the symptom comparison and the traditional Chinese medicine symptom score was compared. **Results** The clinical curative effect of the two groups was distinct. The clinical total effective rate in the control group was 66.67%, the clinical total effective rate in the experimental group was 93.33%, the total effective rate in the experimental group was higher, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the symptoms of both groups were improved, but the experimental group was significantly better than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Jichuanjian decoction combined with moxibustion in treating elderly functional constipation of yang deficiency of both spleen and kidney is very effective. It is worthy of application in clinic.

Keywords: Jichuanjian decoction; moxibustion therapy; yang deficiency of both spleen and kidney; geriatrics; functional constipation; therapy of TCM

老年功能性便秘是指老年人缺乏器质性病因, 没有结构异常或代谢障碍, 除外肠易激综合征, 是一种慢性便秘^[1]。患者通常有粪便坚硬、排便困难、便不尽感和便次减少等表现^[2-3]。中医学认为, 老年功能性便秘多为虚证便秘^[4], 而又以脾肾阳虚型多见, 主要由于年老体弱、饮食劳倦、过食生冷、感受寒湿等原因所致, 病位主在大肠, 与大肠的传导失司至关重要, 与肺、脾、肾等关系密切, 人体脾胃受累, 导致肺、脾、肾诸脏虚弱^[4-5]。济川煎方温阳通便, 艾灸温煦补阳, 主要用来治疗脾肾阳虚的便秘^[6], 通过对90例患者对照研究发现, 使用艾灸联合济川煎方治疗脾肾阳虚型的老年功能性便秘具有明显的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2016年3月1日—2017年12月31日于我院住院的脾肾阳虚型老年功能型便秘患者90例, 随机分为2组, 每组各45例。其中试验组男性21例, 女性

24例; 年龄为65~85岁, 平均年龄 (75.39±8.43) 岁; 病程 (7.21±2.48) 年。对照组45例, 男性21例, 女性24例; 年龄为60~82岁, 平均年龄 (73.72±9.95) 岁; 病程 (9.91±2.42) 年。2组患者各项基本临床资料相比无差异 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 西医诊断标准根据美国胃肠病委员会制定的2006年《国际功能性胃肠疾病罗马标准诊断》^[7]中功能性便秘的诊断标准, 排便费力 (4次排便中至少有1次); 排便为块状或硬粪便 (4次排便中至少有1次); 肛门直肠梗阻和或阻塞感 (4次排便中至少有1次); 排便有不完全排空感 (4次排便中至少有1次); 需用手协助以促进排便 (4次排便中至少有1次); 每周排便少于3次。不符合肠易激综合征的诊断标准。经检查排除其他因素所造成的便秘。中医诊断标准参考《中药新药临床研究指导原则》^[8]脾肾阳虚型便秘证诊断标准, 临床表现为: 排便困难, 排便时间长, 排便频率少, 大

便干结或大便并不干硬,腹痛腹胀,神疲气短,面色
 㿠白,小腹冷痛,身寒肢冷或腰膝酸冷,小便清长,
 舌胖而淡,苔薄腻,脉沉细迟。

1.3 治疗方法 采用病例对照研究方法,对90例脾肾阳
 虚型老年功能性便秘的患者进行治疗研究。对照组进
 行常规的西医治疗,口服枸橼酸莫沙必利片(5 mg/片,
 鲁南贝特制药有限公司提供),口服,每次1片,每日3
 次,饭前服用。试验组应用济川煎方联合艾灸进行治疗,
 其药物组成为:当归15 g,肉苁蓉(酒洗去咸) 10 g,牛
 膝10 g,枳壳10 g,泽泻10 g,升麻6 g。用水150 mL,
 煎至100 mL,煎2次,共200 mL,每日1剂,分2次空腹
 温服,服用1个月;采用艾条在足三里、神阙穴上方依
 次进行回旋、雀啄、温和灸各5 min,每天1次,14 d为
 1个疗程。

1.4 观察指标

1.4.1 疗效评价标准 对2组患者进行临床总体疗效判
 定:痊愈:疗效指数 $\geq 90\%$,主要症状全部消失,大
 便正常;显效:疗效指数70%~89%,便秘情况明显改
 善,大便正常或恢复至病前水平;有效:疗效指数在
 30%~69%,排便间隔时间缩短或便质干结改善;无
 效:疗效指数 $< 30\%$,便秘或其他症状无改善。总有效
 率=痊愈有效率+显效有效率+有效显效率^[8]。

1.4.2 治疗前后症状 比较2组患者治疗前后的排便频
 率、持续时间、便意程度、困难程度以及大便干结情
 况,若结果有所改善,临床用药有疗效,反之,无效。

1.5 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行统计学分
 析,计量资料用均数 $\pm$ 标准差表示,采用 t 检验;计数
 资料用率或构成比表示,采用 χ^2 检验,统计值 $P < 0.05$ 为
 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 经过治疗后,试验组的临床总有
 效率高于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义。如表1。

表1 2组患者临床总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	45	10(22.22)	18(40.00)	11(24.44)	6(13.33)	42(93.33)*
对照组	45	6(13.33)	14(31.11)	9(20.00)	16(35.56)	30(66.67)

注:与对照组相比,* $P < 0.05$

2.2 2组治疗前后症状的比较 经过治疗后,2组治疗前
 后症状比较,发现患者排便频率、持续时间、便意程
 度、困难程度以及大便干结情况都有所改善,且试验
 组效果远远优于对照组($P < 0.05$)。如表2。

表2 2组治疗前后症状比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	排便频率	持续时间	便意程度	困难程度	大便干结
试验组	45	治疗前	4.27 $\pm$ 3.45	6.67 $\pm$ 3.43	4.08 $\pm$ 3.25	6.48 $\pm$ 2.36	4.56 $\pm$ 3.58
		治疗后	0.58 $\pm$ 1.61*	2.04 $\pm$ 1.19**	0.79 $\pm$ 1.31**	1.45 $\pm$ 2.36**	0.32 $\pm$ 0.87**
对照组	45	治疗前	4.25 $\pm$ 3.98	6.58 $\pm$ 3.72	4.32 $\pm$ 0.34	6.56 $\pm$ 1.78	4.89 $\pm$ 2.45
		治疗后	3.01 $\pm$ 3.17*	4.67 $\pm$ 2.15*	3.78 $\pm$ 3.69*	4.92 $\pm$ 1.67*	3.45 $\pm$ 2.32*

注:与治疗前相比,* $P < 0.05$;治疗后与对照组比较,** $P < 0.05$

3 讨论

老年功能性便秘系指老年人并未出现器质性障
 碍,并没有肠道结构改变的一种慢性便秘,主要临
 床表现为排便困难、排便频率减少、排便时间延长、
 频有便意而无便出^[9]。其与饮食、药物、精神心理等
 很多因素有关。现代医学对本病尚无特效疗法,中
 医学认为老年功能性便秘主要是由于大肠传导失常
 所导致,究其根本认为其多与老年人脾肾阳虚密切
 相关。脾肾功能失常导致脾的运化功能以及肾阳温
 煦功能失司,进而导致气机壅滞、津液不通,造成
 大肠传导的失常^[10]。其脾肾功能失常导致脾的运化功
 能以及肾阳温煦功能失司,进而导致气机壅滞、津
 液不通,造成大肠传导的失常。《素问·玉机真脏
 论》论述:“脾不足,令人九窍不通。”《内经》
 云:“大便难者,取足少阴。”由此可见脾肾功能失
 常对便秘患者有严重的影响。其治疗多用益气温阳
 之法,济川煎方具有温阳通便的作用^[11]。方中肉苁
 蓉温肾阳、益精血的作用,温肾润肠;当归补血活血,
 润肠通便;牛膝补益肝肾,善下行;枳壳理气宽中
 以助通便;泽泻渗湿、利小便;升麻升清以致浊阴
 自降,助通便之效,诸药合用,起到温肾助阳,润
 肠通便的作用,而配合艾灸进行治疗更起到了温煦
 补阳的作用,加强了气血经络的运行。综上所述,
 济川煎联合艾灸对于脾肾阳虚型的老年功能性便秘
 患者的临床治疗效果显著,患者症状得以明显改善,
 临床上可推广应用治疗。

参考文献

- [1]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.中国慢性便秘诊治指南(2013,武汉)[J].胃肠病学,2013,33(10):605-612.
- [2]竺翊,余苏萍.功能性便秘中西医结合治疗进展[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(4):222-225.
- [3]何丰华,刘玉姿,吴晔,等.老年功能性便秘从脾论治理论探讨[J].中国中医基础医学杂志,2015(3):321-322.
- [4]薛晓东,陈宝元.行气活血化痰法治疗慢性功能性便秘研究进展[J].山东中医杂志,2015(6):478-480.
- [5]陈宏慈,甘爱萍,邹连珍,等.中医药综合治疗老年虚秘(老年功能性便秘)30例[J].实用中西医结合临床,2015,15(3):26-27.
- [6]唐伟峰,唐晓军,杨巍.功能性便秘的中西医研究进展[J].世界中西医结合杂志,2015,10(6):880-884.
- [7]邵万金,杨柏林.便秘罗马Ⅲ标准[J].中华胃肠外科杂志,2007,10(6):579-580.
- [8]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,2002:43-44.
- [9]张迪,袁星星,王炳予,等.艾灸腹部穴位治疗脾肾阳虚型慢传输型便秘的疗效观察(英文)[J].Journal of Acupuncture and Tuina Science,2017,15(6):426-433.
- [10]刘倩.济川煎加味联合持续规范化健康教育干预用于老年功能性便秘患者的效果观察[J].国际医药卫生导报,2017,5(4):749-752.
- [11]谭红.加减济川煎治疗老年功能性便秘的临床疗效[J].实用中西医结合临床,2017,10(3):63-65.

(本文编辑:张文娟 本文校对:路越 收稿日期:2018-03-27)

润燥止痒胶囊联合NB-UVB照射 治疗成人特应性皮炎的临床观察

王海亮¹ 阿米娜·哈布力² 木尼热阿·卡马里² 景 瑛^{1*}

(1 长春中医药大学附属医院皮肤科, 吉林 长春 130021;

2 新疆阿勒泰地区哈萨克医医院皮肤科, 新疆 阿勒泰 836599)

摘要:目的 观察润燥止痒胶囊联合NB-UVB照射治疗成人特应性皮炎的临床疗效。方法 选取2014年7月—2016年5月治疗90例符合标准的成年特应性皮炎患者随机分为2组, 对照组给予NB-UVB照射治疗, 薇诺娜保湿霜外涂; 治疗组在对照组基础上配合润燥止痒胶囊口服; 观察2个疗程后各组疗效, 半年后随访复发情况。结果 2个疗程结束后, 治疗组总有效率95.6% (43/45), 高于对照组总有效率82.2% (37/45) ($P<0.05$); 对照组个别患者出现红斑瘙痒等不良反应; 半年后治疗组复发率7.1% (2/28), 明显低于对照组复发率33.3% (5/15) ($P<0.05$)。结论 润燥止痒胶囊联合NB-UVB照射治疗成人特应性皮炎临床疗效较好, 安全可靠, 值得推广应用。

关键词: 特应性皮炎; 润燥止痒胶囊; NB-UVB

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.044

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0094-03

Clinical Observation on Runzao Zhiyang Capsule Combined with NB-UVB Radiation in the Treatment of Atopic Dermatitis in Adults

WANG Hailiang¹, Amina Haby², Munire Kamali², JING Ying¹

(1. Department of Dermatology, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China;

2. Department of Dermatology, Kazakh Medical Hospital, Xinjiang, Aletai 836599, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of Runzao Zhiyang capsule combined with NB-UVB radiation in the treatment of AD in adults. **Methods** 90 adult AD patients who met the criteria were randomly divided into 2 groups. The control group received NB-UVB irradiation treatment and Winona moisturizing cream. The treatment group was treated with Runzao Zhiyang capsule on the basis of the control group. The curative effect was observed after 2 courses of treatment, and the relapse was followed-up after six months. **Results** After 2 courses of treatment, the total effective rate of the treatment group was 95.6%, the total effective rate of the control group was 82.2%. The difference was significant, and the control group had some adverse reactions such as erythema and pruritus. After half a year, the recurrence rate of the treatment group was 7.1%, and the recurrence rate of the control group was 33.3%. **Conclusion** Runzao Zhiyang capsule combined with NB-UVB irradiation is effective, safe and reliable in the treatment of atopic dermatitis in adults, and is worthy of popularization and application.

Keywords: atopic dermatitis; Runzao Zhiyang capsule; NB-UVB

特应性皮炎 (atopic dermatitis, AD) 又名异位性皮炎、异位性湿疹、遗传过敏性皮炎, 是一种常见的具有慢性、复发性、瘙痒性、炎症性等特征的过敏性皮肤病。本病的发病机制并不完全清楚, 疾病很难完全根治, 严重地影响了患者的生活质量和身体健康。根据不同年龄段的表现, 本病分为婴儿期、儿童期和青年与成人期3个阶段^[1]。成年人发病率为1%~3%, 且呈逐年上升的趋势^[2]。笔者在2014年7月—2016年5月以润燥止痒胶囊联合NB-UVB照射治疗成人期AD患者45例, 取得明显疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来源于我院在2014年7月—2016年5月治疗的90例患者 (男42例, 女48例)。年龄18~43岁, 平均 (19.21±6.27) 岁, 病程8~23年, 采用随机数字表法, 按就诊先后顺序随机分为2组。治疗组45例, 男19例, 女26例; 平均年龄 (20.51±5.62) 岁。对照组男23例, 女22例; 平均年龄 (19.37±7.21) 岁。2组患者在

年龄、性病、病情等方面, 经统计学处理均无显著性差异, 具有可比性。

1.2 诊断标准 所有患者均符合williams诊断标准^[3]、中医证候诊断标准^[4]。

1.3 纳入、排除标准 纳入标准: ①患者1个月内未接受过抗组胺药及皮质类固醇治疗, 1周内未接受过任何局部治疗; ②无内外科严重疾病; ③无并发细菌、病毒或真菌感染; ④非孕期和哺乳期患者; ⑤依从性好, 服从医嘱。排除标准: ①对紫外线过敏者; ②治疗前1个月内有光敏性药物应用史、光化学治疗史者; ③红斑狼疮、黄褐斑、雀斑、皮肤肿瘤及白内障患者等。本研究方案经医院伦理委员会批准, 患者均知情同意。

1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组 润燥止痒胶囊 (国药准字Z20025030, 国药集团同济堂 (贵州) 药业有限公司) 口服, 每次4粒, 每日3次。给予NB-UVB光疗仪 (德国Waldmann公司生产的UV100L系统光疗仪) 照射, 照射时患者配戴防护罩保护眼睛。治疗前将患者的治疗皮肤置于距辐射位21 cm处, 辐射波长311 nm, 初始剂量为0.3 J/cm², 以

* 通讯作者: jingying420@sina.com

后根据皮肤反应逐渐增加照射剂量。如果前次照射治疗后未出现红斑或者红斑产生持续时间 $<24\text{ h}$,下次治疗时则将每次递增剂量为 0.1 J/cm^2 ;如果红斑产生持续时间在 $24\sim48\text{ h}$,下次治疗时则维持原剂量继续治疗;如果红斑产生持续时间超过 48 h 或出现红肿、灼痛、水疱,则下次治疗时间延长至症状消失,并在下次治疗时照射剂量降低 0.1 J/cm^2 ;每次最高剂量不超过 2.5 J/cm^2 ,每周2次。保湿剂:薇诺娜柔润保湿霜(滇虹药业生产,批号13010153),每日2次。

1.4.2 对照组 NB-UVB照射、薇诺娜外涂同治疗组。2组患者均以连续治疗4周为1个疗程,治疗2个疗程。

1.5 观察指标 观察和记录2组患者治疗情况,并在治疗2个疗程后进行病情评估,判定疗效、治疗期间观察不良反应发生情况,并统计发生率。

1.6 疗效评定标准 参照文献^[9],治疗前,根据患者皮疹形态和自觉症状等因素的差异,按照AD评分标准(SCORAD)分为轻度(<15 分)、中度($15\sim40$ 分)、重度(>40 分)3类。临床疗效根据SCORAD评分改善率分4级,包括痊愈(95%以上)、显效($61\%\sim95\%$)、进步($20\%\sim60\%$)、无效(20%以下)。改善率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分 $\times 100\%$ 。有效率为痊愈、显效例数、有效率之和占总例数的百分比。

1.7 统计学方法 使用SPSS 22.0统计软件进行分析。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗效果比较 见表1。2个疗程结束后,治疗组总有效率95.6%,高于对照组总有效率82.2%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	45	28	10	5	2	43(95.6)
对照组	45	15	10	12	8	37(82.2)

注:与对照组比较, $\chi^2=10.413$, $P=0.015$, $P<0.05$

2.2 2组痊愈患者复发率比较 见表2。治疗后半年内,治疗组痊愈患者复发率明显低于对照组($P<0.05$)。

表2 2组复发率比较 [例(%)]

组别	例数	3个月	6个月	复发率
治疗组	28	0	2	2(7.1)
对照组	15	2	3	5(33.3)

注:与对照组比较, $\chi^2=4.916$, $P<0.05$

2.3 不良反应 治疗组治疗过程中均未发现明显的不良反应;对照组随着照射剂量增大,部分患者出现红斑、瘙痒症状,减少照射剂量后好转。

3 讨论

AD是一种慢性皮肤病,极易复发,临床主要表现为剧烈瘙痒、全身皮肤明显干燥,属于较为常见的过

敏性、复杂性皮肤病。中医学在AD的辨证论治中积累了丰富的治疗经验,在治疗和防止复发方面,显示出比单纯应用西药更明显的疗效^[9]。中医学认为血虚风燥、肌肤失养是本病的病机所在。润燥止痒胶囊由生地黄、生何首乌、制何首乌、桑叶、苦参、红活麻组成,具有养血滋阴、祛风止痒、润燥通便之功效,适用于血虚风燥所致的瘙痒性皮肤病。该药现已被广泛应用于治疗老年皮肤瘙痒症、慢性湿疹、银屑病、慢性荨麻疹等疾病,而且和其他药物联合应用有很好的协同作用,减少其他药物及疗法的副作用^[7]。研究发现润燥止痒胶囊既能增加皮肤屏障功能,又能有效缓解瘙痒等症状^[8]。笔者用润燥止痒胶囊治疗本病,恰中病机。现代医学认为AD发病机制一般与遗传因素、免疫异常、环境因素、皮肤屏障功能异常有关,其中屏障功能障碍和异常炎症应答是AD发病机制的两大核心环节^[9]。中国特应性皮炎诊疗指南指出,紫外线是治疗AD的有效方法,且以NB-UVB的疗效最佳^[10],其治疗推荐级别为B级,证据级别为Ⅱ级^[11]。NB-UVB具有皮肤穿透性强,红斑效应较小,不易灼伤皮肤以及不易引起DNA的突变等优点,被广泛应用于难治愈性皮肤病的临床治疗。研究表明NB-UVB照射具有通过多种途径调节机体的免疫功能、促进局部炎症的吸收和愈合、增强皮肤的屏障功能以及降低皮肤上的金葡菌和糠秕孢子菌定殖等作用^[12]。学者研究发现IL-23/Th17/IL-17免疫通路可能在AD的发生中起着重要的作用,NB-UVB照射可明显下调AD患者外周血IL-17A,IL-17F,IL-23,IL-22及IL-21水平,这可能是NB-UVB治疗AD的机制之一^[12]。外治之法亦内治之法,修复皮肤的屏障功能在本病的治疗中起着重要作用。薇诺娜柔润保湿霜有保湿、抗过敏、抗炎的功效,能减轻皮肤瘙痒,减轻炎症反应,缩短治疗时间,提高疗效,对特应性皮炎有很好的辅助治疗作用^[13]。

通过对研究的结果数据进行分析,我们发现2个疗程结束后,治疗组的总有效率高于对照组,复发率低,且没有严重的不良反应发生,充分证明了本疗法疗效确切,安全可靠。润燥止痒胶囊协同NB-UVB光疗不仅提高治疗效果,缩短病程,而且由于润燥止痒胶囊的养血滋阴祛风止痒功效,薇诺娜的修复皮肤屏障功能作用,能够有效降低NB-UVB长期照射所导致的瘙痒、脱屑、红斑等常见副作用的几率。所以润燥止痒胶囊联合NB-UVB治疗AD时,标本同治,内外结合,往往可收到显著的疗效。本研究结果说明NB-UVB照射联合润燥止痒胶囊有协同治疗作用,疗效确切,不良反应发生率低,值得推广。

参考文献

- [1]中华医学会皮肤性病学分会免疫学组.中国特应性皮炎诊疗指南(2014版)[J].中华皮肤科杂志,2014,47(7):603-606.
- [2]Eichenfield L F, Ellis C N, Mancini A J, et al. Atopic Dermatitis: Epidemiology and Pathogenesis Update[J]. Seminars in Cutaneous Medicine & Surgery,

- 2012, 31(3 Suppl):S3-S5.
- [3] 慕彰磊, 张建中. 特应性皮炎的诊断标准[J]. 中国医学文摘: 皮肤科学, 2016, 33(2): 97-100.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 264.
- [5] 蔡剑峰, 张学奇, 邵笑红, 等. 氟芬那酸丁酯软膏治疗儿童特应性皮炎的临床疗效观察[J]. 中华全科医学, 2014, 12(8): 1214-1215.
- [6] 饶琪, 宋瑜. 中医药治疗特应性皮炎研究进展[J]. 浙江中西医结合杂志, 2014, 24(7): 651-654.
- [7] 刘钟, 李东升. 润燥止痒胶囊治疗几种常见皮肤疾病的现状[J]. 中国医学文摘: 皮肤科学, 2015, 32(6): 690-694.
- [8] 黄艳春, 姚芳, 章俊, 等. 润燥止痒胶囊联合蓝科肤宁治疗面部激素依赖性皮炎的疗效和安全性[J]. 武警医学, 2017, 28(2): 194-195.
- [9] 陈煦, 陈长城, 李巍. 特应性皮炎发病的免疫机制[J]. 中国医学文摘: 皮肤科学, 2016, 33(2): 110-113.
- [10] 中华医学会皮肤性病学会免疫学组. 中国特应性皮炎诊疗指南(2014版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2014, 47(7): 603-606.
- [11] 姚煦. 特应性皮炎的光疗[J]. 中国医学文摘: 皮肤科学, 2016, 33(2): 212-214.
- [12] 邱会芬, 王雯, 王忠永, 等. NB-UVB 对特应性皮炎患者外周血 IL-23/IL-17 轴表达的影响[J]. 中国皮肤性病杂志, 2016, 30(10): 1010-1013.
- [13] 张永宁, 刘乐. 他克莫司联合薇诺娜保湿霜治疗小儿特应性皮炎疗效观察[J]. 临床军医杂志, 2015, 43(10): 1087-1088.
- (本文编辑: 张文娟 本文校对: 刘颖 收稿日期: 2018-03-20)

丹参注射液联合脂必泰对 NAFLD 血流变影响

王亚磊¹ 刘光伟^{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消化科, 河南 郑州 450000)

摘要: 目的 探讨改善血流变对治疗非酒精性脂肪肝病的作用。方法 选取非酒精性脂肪肝病患者50例, 联合丹参注射液、脂必泰胶囊治疗10天, 对比治疗前后血液流变学的变化。结果 50例患者全血还原黏度、血浆黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数明显下降($P < 0.05$)。结论 丹参注射液联合应用脂必泰胶囊对改善血流变、治疗非酒精性脂肪肝病有一定的价值。

关键词: 非酒精性脂肪肝病; 血流变; 丹参注射液; 脂必泰胶囊; 痰痞

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.045

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0096-02

Effect of Salvia Miltiorrhiza Injection Combined with Zhibitai on Hemorheology of Nonalcoholic Fatty Liver Disease

WANG Yalei¹, LIU Guangwei²

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

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

Abstract: **Objective** To discuss the effect of improving hemorheology on the treatment of non-alcoholic fatty liver disease. **Methods** Fifty patients with non-alcoholic fatty liver disease were treated with Salvia miltiorrhiza injection and Zhibitai capsule for 10 days. The changes of hemorheology were compared. **Results** The whole blood reductive viscosity, plasma viscosity, hematocrit, erythrocyte concentration index dramatic decline ($P < 0.05$). **Conclusion** Salvia miltiorrhiza injection combined with Zhibitai capsule has certain value in improving hemorheology and treating non-alcoholic fatty liver disease.

Keywords: nonalcoholic fatty liver disease; hemorheology; salvia miltiorrhiza injection; Zhibitai capsule; phlematic mass

非酒精性脂肪肝病 (nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD), 是一种无过量饮酒史, 以肝细胞实质脂肪变性和脂质贮积为特征的临床病理综合征, 目前缺乏有效的预防和治疗手段^[1], 中医药治疗对脂肪肝改善具有显著疗效, 逐渐得到重视^[2]。血流变的异常是脂肪肝病发生发展及器官损害的重要病理基础和影响因素, 血液黏度的升高与脂肪肝发生率呈正相关, 故在治疗时应积极降低血液黏度, 改善血液流动性^[3], 对脂肪肝治疗及提高患者生活质量, 延缓或避免进展至肝硬化具有重要意义^[4]。笔者对50例住院患者联合应用丹参注射液、脂必泰胶囊^[5]进行治疗, 观察治疗前后血液流变学指标的变化判断临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 观察病例均选自2017年9月—2018年2月

住院患者, 经统计符合纳入标准及排除标准者共计 50 例, 其中男性28例, 女性22例, 平均年龄 (55.61 ± 4.31) 岁, 组内数据差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 诊断标准参考《非酒精性脂肪肝诊断标准》^[2,6-7] 制定。明确NAFLD的诊断需符合以下条件: ①无饮酒史或饮酒折合乙醇量 <140 g/周(女性 <70 g/周)^[8]; ②排除药物性肝病、Wilson病、病毒性肝炎及自身免疫性肝病等可致脂肪肝的疾病; ③肝脏组织学或影像学符合弥漫性脂肪肝的诊断, 不明原因的ALT/AST/GGT持续增高半年以上, 减肥或改善胰岛素抵抗后脂肪肝改善者^[1,9]。

1.3 纳入标准 ①符合脂肪肝临床诊断; ②依从性好; ③均应用丹参注射液 (浙江康恩贝制药股份有限公司, 每支装10 mL)、脂必泰胶囊 (成都地奥九泓制药厂生产, 每粒装0.24 g) 治疗; ④可采集准确临床观察指标。

1.4 排除标准 ①治疗前正在应用他汀类、阿司匹林类

* 通讯作者: liuguangwei1975@163.com

及同类药物；②年龄大于70周岁或小于20周岁；③合并心、脑、肾及其他严重疾病者。

1.5 治疗方法 在针对原发病及危险因素治疗的基础上，应用丹参注射液20 mL加入5%葡萄糖注射液250 mL稀释后静脉滴注，每日1次；应用脂必泰胶囊1粒/次，每日2次，治疗10天。

1.6 检测方法 治疗前和治疗后共采血2次。受检者采血前1天禁酒，清淡饮食，次日7点空腹采取静脉血5 mL，置于肝素抗凝管中充分摇匀，使用全自动血流变分析设备检测血流变学变化，检测指标包括全血还原黏度 (mPas)、血浆黏度 (mPas)、红细胞压积 (%)、红细胞聚集指数。

1.7 统计学方法 应用SPSS 19.0软件统计验证，结果以均值±标准差 ($\bar{x} \pm s$)表示，用 t 检验。

2 结果

见表1。

表1 50例患者治疗前后血液流变学指标变化 ($\bar{x} \pm s$)

观察指标	参考范围	治疗前	治疗后	P值
全血还原黏度200(1/S)	3.36~4.62	5.06±0.51	4.02±0.53	<0.05
全血还原黏度30(1/S)	4.29~5.91	6.13±0.65	5.05±0.52	<0.05
全血还原黏度5(1/S)	6.81~9.59	9.82±1.08	8.01±0.79	<0.05
血浆黏度	1.26~1.70	1.89±0.48	1.24±0.12	<0.05
红细胞压积	35.00~45.00	63.88±1.49	54.01±1.64	<0.05
红细胞聚集指数	2.98~5.99	4.32±0.31	3.26±0.48	<0.05

通过数据分析，治疗前后各项指标均下降 ($P < 0.05$)，说明丹参注射液联合脂必泰胶囊能改善脂肪肝患者血流变。

3 讨论

近年随着肥胖症和代谢综合征在世界流行，NAFLD迅速增长呈低龄化发病趋势，多数脂肪肝患者可无任何临床症状^[10]，进展至肝硬化时，患者可出现黄疸、水肿、扑翼样震颤以及门脉高压体征。结合其临床表现，目前中医学多将其归于“痰痞”“瘀血”“肝癖”“积聚”等范畴^[11]，失代偿期又符合“鼓胀”“黄疸”的特征，王见义等^[12]认为气、痰、瘀互结是其基本病机。近代医家充分结合现代医学探究，胡义扬^[13]教授认为在病因病机方面主要有肝失疏泄、肝血瘀滞等，瘀血内结、相互搏结于肝所致。故治疗中应遵循《素问·至真要大论》所谓“结者散之”“坚者消之”“逸者行之”法则，酌用活血化瘀、消痞散结之品^[14-17]。

丹参注射液是由丹参提取物加工而成的中药针剂，《神农本草经》记载丹参入心、肝经，有活血化瘀之功，现代药理表明其具有一定改善微循环、抗凝及促纤溶作用，使血流加速，降低血液黏度，影响肝脏代谢功能，减缓肝内脂质沉积^[18]。脂必泰胶

囊是参考《金匱要略》中古方“泽泻汤”，由红曲、山楂、泽泻、白术四味中药制成，红曲具有活血化瘀的功效，“泽泻汤”具有通脉、行气的功效，而配伍山楂可消痞散结，也强化了活血化瘀的作用，临床治疗脂肪肝、改善肝内血液流变学具有坚实的理论基础。由此可见，我们联合应用丹参注射液、脂必泰胶囊治疗NAFLD符合中医学“散之”“消之”“行之”原理^[18-19]。

通过观察50例患者治疗前后血流变结果表明改善血流变可以改善脂肪肝的病变程度，不但血流变各项指标降低，而且临床症状也有所减轻，这表明丹参注射液联合应用脂必泰胶囊对改善血流变、治疗非酒精性脂肪肝病有一定的临床推广价值。但本研究碍于样本量偏小、观察时间短、统计数据不足，有待后续大样本、长周期的观察。

参考文献

- [1]陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].14版.北京:人民卫生出版社,2013:2021-2024.
- [2]中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病组.非酒精性脂肪肝诊断标准[J].中华肝脏杂志,2010(18):163-166.
- [3]李经纬.中医大辞典[M].2版.北京:人民卫生出版社,2004:42.
- [4]席连英,谭华炳.脂肪肝的成因与血流变的关系探讨[J].中国微循环.2004,8(4):251-252.
- [5]中国心脏联盟,中国康复医学会心脏预防与康复专业委员会,脂必泰胶囊临床应用中国专家共识组.脂必泰胶囊临床应用中国专家共识[J].中华内科杂志,2017,56(8):628-631.
- [6]孟红兵.130例脂肪肝患者血脂及血流变分析[J].中国医药指南,2012,10(18):206-207.
- [7]李军祥.非酒精性脂肪性肝病中医诊疗共识意见[A].中华中医药学会脾胃病分会第二十三次全国脾胃病学术交流会论文汇编[C].中华中医药学会脾胃病分会第二十三次全国脾胃病学术交流会,2011:14-18.
- [8]Chawla A, Repa JJ, Evans RM, et al. Nuclear receptors and lipid physiology: opening the X-files[J]. Science, 2001,294(5548):1866-1870.
- [9]Utzschneider KM, Kahn SE. The Role of Insulin Resistance in Non-alcoholic Fatty Liver Disease[J]. Clin Endocrinol Meta,2006,91(12):4753-4761.
- [10]都兰海.中医辨证医治脂肪肝的临床疗效观察[J].大家健康:学术版,2015,9(16):9-10.
- [11]胡子毅,叶菁.蒋小敏教授辨治非酒精性脂肪肝经验[J].河北中医,2015,37(12):1768-1771.
- [12]王见义.王灵台从痰论治脂肪肝经验撷萃[J].辽宁中医杂志,2011,39(5):832-833.
- [13]胡义扬.加强中医药治疗脂肪性肝病的深入研究[J].中西医结合杂志,2004,24(1):12.
- [14]徐睿熙.衡先培从痰论治非酒精性脂肪肝的经验[J].广西中医药,2016,39(2):62-64.
- [15]刘文全,商红叶,张琴.辨证与辨病结合治疗非酒精性单纯性脂肪肝133例疗效观察[J].新中医,2005,37(9):43.
- [16]朱耀群,陈军贤,林祖辉.辨证分型治疗脂肪肝52例疗效观察[J].新中医,2001,33(11):26-27.
- [17]王亚平,要全保,张志银,等.益肝降脂方治疗痰瘀互结型非酒精性脂肪肝64例[J].上海中医药杂志,2006,40(2):21.
- [18]张永艳.益气化浊法治疗非酒精性脂肪肝82例[J].中医研究,2006,19(7):28.
- [19]杨晋原,康永.活血降脂胶囊治疗非酒精性脂肪肝48例[J].中西医结合肝病杂志,2006,16(2):114.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张自阳 收稿日期:2018-05-22)

中医治疗难治性肾病综合征临床观察

张胜利

(枣庄通晟实业有限公司医院中医科, 山东 枣庄 277011)

摘要:目的 探究难治性肾病综合征的中医治疗效果。方法 选择2015年1月—2017年12月收治的32例难治性肾病综合征患者, 将其随机分为2组, 观察组和对照组, 每组16例。对照组给予常规西医疗法, 观察组给予中医治疗, 对2组患者的治疗效果进行对比。结果 观察组患者的有效率为81.25% (13/16), 明显高于对照组68.75% (11/16), $P < 0.05$ ($\chi^2 = 9.0655$)。观察组患者不良反应发生率为12.50% (2/16), 明显低于对照组31.25% (5/16), $P < 0.05$ ($\chi^2 = 8.0762$)。结论 难治性肾病综合征采用中医治疗, 较安全, 可以借鉴。

关键词: 肾病综合征; 中医药疗法; 水肿; 疑难杂症

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.046

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0098-02

Clinical Observation on Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Refractory Nephrotic Syndrome

ZHANG Shengli

(Department of Traditional Chinese Medicine, Zaozhuang Tongfu Industrial Co., Ltd. Hospital, Shandong Province, Zaozhuang 277011, China)

Abstract: Objective To explore the effect of traditional Chinese medicine in the treatment of refractory nephrotic syndrome.

Methods Thirty-two patients with refractory nephrotic syndrome who were admitted to our hospital from January 2015 to December 2017 were randomly divided into observation group and control group, with 16 cases in each group. The control group was given conventional Western medicine, while the observation group was given TCM treatment. The therapeutic effect of the two groups was compared. **Results** The effective rate of the observation group was 81.25%, which was significantly higher than that of control group (68.75%) $P < 0.05$ ($X^2 = 9.0655$). The incidence of adverse reactions in observation group was significantly lower than that in control group (12.50% vs 31.25%, $P < 0.05$, $X^2 = 8.0762$). **Conclusion** Traditional Chinese medicine in the treatment of refractory nephrotic syndrome is safe, and can be used for reference.

Keywords: nephrotic syndrome; therapy of traditional Chinese medicine; edema; intractable diseases

临床上肾病综合征较为常见, 按病因分为三种类型, 即原发性、继发性及遗传性肾病综合征, 临床表现为水肿、大量蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症等, 该疾病的治疗包括利尿消肿、抗凝、糖皮质激素及免疫抑制剂等, 然而由于种种原因, 如长期使用激素等, 会造成难治性肾病综合征的发生^[1]。难治性肾病综合征病情复杂, 且较严重, 常规的西医治疗疗效不佳, 为探究中医治疗难治性肾病综合征的临床效果, 现选择我院自2015年1月—2017年12月收治的32例患者作为研究对象, 报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选择我院自2015年1月—2017年12月收治的32例难治性肾病综合征患者, 将其随机分为2组, 观察组和对照组, 每组16例。对照组, 男9例, 女7例; 年龄为25~76岁, 平均 (45.26±4.92) 岁; 病程为最短10天, 最长7年, 平均 (3.27±0.98) 年; 膜增生性24例, 局灶节段硬化型9例。观察组, 男17例, 女16例; 年龄为22~79岁, 平均 (45.96±4.19) 岁; 病程为最短9天, 最长7.5年, 平均 (3.57±1.38) 年; 膜增生性23例, 局灶节段硬化型10例。2组患者在一般资料等方面无明显差异, $P > 0.05$ 。

1.2 治疗方法 对照组给予常规西医治疗, 采用激素联合环磷酰胺的方案, 标准激素给药方法: 起初使用强的松口服, 剂量为1.0 mg/(kg·d), 病情好转后

将药物剂量减量, 药物每周少用5 mg, 直减至1.0 mg/d; 强化给药方法: 连续3 d使用甲基强的松龙, 每天1.0 g, 强的松暂不使用, 3 d后再口服强的松, 并使用环磷酰胺, 剂量为450 mg, 以静脉滴注的方法给药。观察组在对照组基础上联合中医辨证方法进行, 并在基药的基础上加减, 基药处方为: 生黄芪30 g, 炒白术、党参、黄芩及茯苓各15 g, 川桂枝、柴胡、法半夏、泽兰、泽泻及炙甘草各10 g。如血瘀者可加川芎、益母草各30 g, 莪术10 g; 为湿热者可加石苇、六月雪各30 g; 尿素氮肾虚者可加杜仲15 g, 肉苁蓉10 g, 桑寄生30 g。所有中药均为水煎服, 2次/d, 400 mL/次。

1.3 观察指标 在2组患者治疗前后, 检测24 h尿蛋白定量 (UTP)、血浆白蛋白 (ALB)、血肌酐 (Scr) 及尿素氮 (BUN) 指标, 并进行对比^[2]。

1.4 疗效评价标准 显效: 治疗6个月后患者的蛋白尿, (高度) 水肿及高脂血症、低蛋白血症等临床症状不再发生, 各项检测指标正常; 有效: 治疗6个月后患者的蛋白尿, (高度) 水肿及高脂血症、低蛋白血症等临床症状不再发生, 各项检测指标接近正常; 无效: 患者病情无变化, 甚至恶化^[3]。

1.5 统计学方法 应用SPSS17.0软件进行分析, 以%表示计数资料, 采用 χ^2 检验, 以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料, 采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后2组患者检测指标对比 所有指标在治疗前都相差不大 ($P>0.05$), 其中治疗后2组患者 (UTP、BUN) 下降均较明显, 与治疗前对比, $P<0.05$, 但组间对比, $P>0.05$; ALB及Scr指标治疗后与治疗前相比, 2组患者虽有变化, 但均不明显, $P>0.05$, 组间对比, $P>0.05$ 。

表1 2组患者治疗前和治疗后6个月UTP、ALB、ScrBUN对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	UTP(g/24h)	ALB(g/L)	Scr(μmol/L)	BUN(mmol/L)
观察组	16	治疗前	4.38±0.93	25.72±4.27	67.28±6.96	7.61±2.85
		治疗后	0.82±0.52 ^a	34.39±4.03	71.28±8.27	4.87±3.41 ^a
对照组	16	治疗前	4.29±0.82	26.01±4.29	68.28±6.28	7.63±2.83
		治疗后	0.72±0.35 ^a	33.29±3.98	72.19±8.29	5.62±2.89 ^a
t值(2组治疗后)			9.3842	2.0743	2.8424	5.0975
P值			0.0183	0.8743	0.0838	0.0238

注: 与治疗前对比, ^a $P<0.05$

2.2 2组患者临床疗效对比 观察组患者的有效率为81.25%, 明显高于对照组68.75%, $P<0.05$ 。见表2。

表2 2组患者临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	16	7	6	3	13(81.25)
对照组	16	4	7	5	11(68.75)
χ^2 值					9.0655
P值					0.0241

2.3 不良反应对比 观察组1例出现血压升高, 1例出现转氨酶升高; 对照组2例出现血压升高, 3例出现转氨酶升高。观察组患者不良反应发生率为12.50%, 明显低于对照组31.25%, $P<0.05$ ($\chi^2=8.0762$)。

3 讨论

肾病综合征常见的病因是上呼吸道感染、受凉及劳累等, 当出现难治性肾病综合征时临床表现为感染、血栓、急性肾衰竭等, 危及患者的生命, 目前而言该疾病并无有效的治疗方法^[4-5]。西医以激素联合免疫抑制剂为主, 激素抗炎作用较强, 机体免疫反应可得到抑制, 将肾小球滤过膜的通透性进行改善, 致使尿蛋白的流失量、速度减少; 环磷酰胺属于免疫抑制剂, 其免疫抑制作用较强, 可使肾小球硬化的机率减少后有效避免, 肾间质亦不易出现纤维化, 可提高治疗效果, 并使激素依赖性发生率降低, 多数患者在治疗后短时间内尚可控制, 但不久后又会出现尿蛋白增多、水肿等现象, 且有较多的不良反应, 难以达到预期的疗效^[6-8]。

在中医理论里, 难治性肾病综合征属于“虚劳”“水肿”等范畴, 其致病因素有多种, 如湿毒、湿热及瘀血等, 长期的元气不足, 使脾肾受到了损害。因而在治疗上, 需对脾肾功能进行保护, 使其恶化的现象延缓^[9], 可以用中西医结合的方法治疗难治性肾病综合征。本次组方中, 黄芪有利尿消肿、补气的作用; 白

术有益气生血及健脾的作用; 茯苓有健脾、安神及利尿的作用; 黄芩有清热泻火的作用, 柴胡有安神、疏肝和胃的作用; 川桂枝善通阳气, 可将阴寒化解, 同时有利尿的作用; 法半夏归属脾经, 调节脾胃; 泽兰、泽泻有利水消肿的作用; 炙甘草的作用是益气滋阴, 通阳复脉; 川芎、益母草有活血化瘀、止痛作用; 莢术的功是祛风除湿; 石苇、六月雪的功效是燥湿化热; 桑寄生、杜仲及肉苁蓉的功效是补益肝肾。组方中的药物功效不一或相似, 可增强药物效果或有互补作用, 人体的免疫功能有所改善, 使骨髓的造血功能增强, 在治疗后较长时间内不复发。

由本研究结果可知, 联合治疗组, 治疗后6个月内绝大多数患者临床症状好转明显, 如蛋白尿、高度水肿、高脂血症、低蛋白血症等, 且在治疗后出现血压升高、转氨酶升高等不良反应的比例较低。本研究中联合治疗组, 其临床有效率、不良发应发生率分别为81.25%、12.50%。张莉等^[10]采用中医辨证联合激素常规治疗难治性肾病综合征, 其临床有效率、不良反应发生率83.09%, 与本次研究结果相符。对于难治性肾病综合症疾病而言, 在治疗后我们不仅要注重其症状的改善, 还要关注其临床检测指标, 如UTP、ALB、Scr及BUN等。本研究中, 在治疗前, 2组患者的UTP、ALB及BUN均较高, Scr值均较低, 在治疗后, UTP值、BUN值均有所改善, 中西医治疗组改善明显, 其AIL、Scr值改善不明显, 可能是由于病例数目有限, 其具体效果需进一步探求。

综上所述, 在传统西医治疗的基础上联合中医辨证治疗难治性肾病综合征, 治疗后其低蛋白尿、高脂血症及水肿等现象改善明显, 且发生不良反应率较低, 具有优势, 可以借鉴使用。

参考文献

- [1] 庞秀爽, 裴海明. 黄芪注射液足三里穴位注射治疗难治性肾病综合征 30 例疗效观察[J]. 河北中医, 2015(5):740-741, 742.
- [2] 张健强, 宋建美, 韩学忠. 中药肾区离子导入配合益肾化湿颗粒治疗难治性肾病综合征[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(1):8-9.
- [3] 邹川, 刘旭生, 卢富华, 等. 黄春林教授治疗难治性肾病综合征低蛋白血症的中医用药经验探讨[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2013(5):952-957.
- [4] 张慧慧. 护理干预对中西医结合治疗难治性肾病综合征疗效的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2015, 3(22):102-103.
- [5] 边宝娟, 郑东文, 李成杰. 肾康注射液联合吗替麦考酚酯治疗难治性肾病综合征的临床疗效观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2016, 38(5):36-39.
- [6] 陈南官, 周智文, 廖颖文, 等. 自拟五脏通补散治疗难治性原发性肾病综合征疗效观察[J]. 中医临床研究, 2016, 8(4):11-13.
- [7] 杨敬伟. 益气温阳补肾汤治疗难治性肾病综合征疗效及对 T 淋巴细胞亚群、细胞因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016(4):382-383, 456.
- [8] 余斐, 孙伟. 中医诊疗理念在肾临床的应用[A].// 中华中医药学会肾病分会第二十八次学术交流会论文集[C]. 中华中医药学会肾病分会第二十八次学术交流会, 2015:49-54.
- [9] 詹继红, 胡茂蓉, 谢恂. 补肾调肝法治疗脾肾阳虚型难治性肾病综合征临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(5):81-83.
- [10] 张莉, 张志强. 中医辨证联合激素常规治疗难治性肾病综合征临床疗效观察[J]. 四川中医, 2015, 33(1):98-100.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 王伟 收稿日期: 2018-03-23)

清金化痰汤治疗老年社区获得性肺炎 32 例

韩秋盈¹ 孟泳² 甘德堃²

(1 河南中医药大学第二临床医学院, 河南 郑州 450002; 2 河南省中医院肺病科, 河南 郑州 450002)

摘要:目的 观察清金化痰汤加减治疗痰热壅肺型老年社区获得性肺炎(CAP)的临床疗效及其对血清CRP和IL-6、IL-10的影响。方法 将64例老年CAP患者采用随机数字表法分为对照组和治疗组。对照组采用常规抗感染及对症支持治疗,治疗组在对照组基础上加用清金化痰汤,疗程为10 d。观察并记录2组患者治疗前后总有效率、临床症状积分及血清CRP和IL-6、IL-10的水平变化情况。结果 治疗组总有效率为90.63%(29/32)高于对照组84.38%(27/32) ($P<0.05$);治疗后,治疗组中医症状积分均低于对照组 ($P<0.05$);治疗组CRP及IL-6、IL-10水平均优于对照组 ($P<0.05$)。结论 清金化痰汤加减治疗痰热壅肺型老年CAP临床疗效显著,能够改善临床症状,降低血清CRP和IL-6、IL-10炎症因子的水平。

关键词:老年科;社区获得性肺炎;清金化痰汤;炎症因子;咳嗽

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.047

文章编号:1672-2779(2018)-11-0100-03

Qingjin Huatan Decoction in Treating Elderly Community-acquired Pneumonia for 32 Cases

HANG Qiuying¹, MENG Yong², GAN Dekun²

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

2. Department of Pulmonary Disease, Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of Qingjin Huatan decoction in the treatment of elderly community-acquired pneumonia with phlegm-heat syndrome and its effect on serum CRP, IL-6 and IL-10. **Methods** 64 elderly patients with CAP were divided into control group and treatment group by random number table. The control group was treated with conventional anti-infection and symptomatic supportive treatment, treatment for 10 days. The treatment group was treated with Qingjin Huatan decoction on the basis of the control group. The changes of total effective rate, clinical symptom scores, serum CRP, IL-6 and IL-10 levels before and after treatment were observed and recorded in both groups. **Results** The total effective rate in the treatment group and control group was 90.63% and 84.38% respectively, and there had significant difference between the two groups ($P<0.05$). After treatment, the TCM symptom scores in the treatment group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The levels of CRP, IL-6 and IL-10 in the treatment group were better than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The clinical curative effect of Qingjin Huatan decoction in the treatment of phlegm-heat lung-type elderly CAP is significant, which can improve the clinical symptoms and reduce the levels of serum CRP, IL-6 and IL-10.

Keywords: geriatrics; community-acquired pneumonia; Qingjin Huatan decoction; inflammatory factor; cough

社区获得性肺炎(community acquired pneumonia, CAP)是呼吸科常见疾病,即在社区环境下罹患的感染性肺实质炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染,而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎^[1]。老年CAP是指65岁以上老年人所患CAP。中医认为老年CAP属于“风温肺热病”的范畴,有研究显示^[2]:痰热壅肺证为风温肺热病最常见证型(约占53%),在老年CAP中痰热壅肺证达到63%。对于痰热壅肺型老年CAP,治以清热、宣肺、化痰为主^[3],采用清金化痰汤配合常规抗感染治疗痰热壅肺型老年CAP,结果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取64例我院呼吸科住院期间诊断为肺炎患者。按随机数字表法分为2组,治疗组32例,男16例,女16例;年龄65~85岁,平均年龄(69.60±6.30)岁。对照组32例,男14例,女18例;年龄65~84岁,平均年龄(71.16±6.51)岁。2组患者性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》^[1]制定。中医诊断标准参照《中医内科

学》拟定^[4]:咳嗽,喘息,痰多质黏厚或稠黄,胸胁胀满,咳时引痛,或有身热,舌质红、苔黄腻,脉滑数。

1.3 纳入标准 符合CAP西医诊断标准且符合中医痰热壅肺证辨证者;年龄65~85岁;肺炎危险指数与分级(PSI)为Ⅲ级和Ⅳ级者^[5];知情同意并接受中药汤剂治疗者。

1.4 排除标准 不符合CAP的中、西医诊断标准者;入院时存在严重心、脑、肝、肾等疾病,影响临床观察者;PSI分级为Ⅰ、Ⅱ、Ⅴ级者;精神类疾病或其他原因无法配合者;对本药已知成分过敏者。

1.5 治疗方法 对照组首先根据经验选择β内酰胺类抗生素,并给予对症处理。治疗组患者加用清金化痰汤(栀子12 g,黄芩12 g,桑白皮15 g,知母15 g,瓜蒌仁15 g,芦根15 g,浙贝母10 g,陈皮10 g,麦冬15 g,炙甘草6 g,桔梗9 g,茯苓15 g)治疗,水煎200 mL,日1剂水煎,分早晚温服。2组患者均治疗10 d。

1.6 观察指标 ①治疗后2组患者的有效率;②临床主要症状、体征评分^[6],包括咳嗽、痰量、喘息、胸痛、湿啰音、胸片、肺部体征等,根据无、轻、中、重,分别记为0、2、4、6分,治疗前后各评价1次;③分别于

治疗前、后静脉采血4 mL分离血清,置-80℃冰箱保存待测CRP、IL-6、IL-10,应用美国Thermo公司的MULTISKAN GO全波长酶标仪,采用ELISA法检测血清IL-6、IL-10水平,试剂盒购自博士德生物工程有限公司。

1.7 疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]进行评价。治愈:患者发热、咳嗽、咳痰、肺部啰音等临床症状完全消失,血常规正常,胸片显示阴影部分完全吸收;显效:患者发热、咳嗽、咳痰、肺部啰音等临床症状明显好转,血常规正常,胸片显示阴影大部分吸收;有效:患者发热、咳嗽、咳痰、肺部啰音等临床症状有所改善,血常规指标有所改善,胸片显示阴影部分吸收;无效:患者临床症状无改善甚至恶化,血常规异常,胸片显示阴影无吸收,甚至扩大。

1.8 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件进行统计分析,2组率的比较采用 χ^2 检验;计量资料以均数加标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,均以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 治疗组总有效率显著高于对照组($P < 0.05$),见表1。

表1 2组总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	32	25	3	1	3	90.63
对照组	32	15	5	7	5	84.38
χ^2 值						8.00
P 值						0.046

2.2 2组治疗前后症状积分比较 2组治疗前咳嗽、咳痰、喘息、胸痛、啰音积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后2组咳嗽、咳痰、喘息、胸痛、啰音积分均低于治疗前($P < 0.05$);治疗后治疗组咳嗽、咳痰、喘息、胸痛、啰音积分均低于对照组,差异有统计学意义,见表2。

2.3 2组治疗前后血清CRP等炎性指标比较 治疗前2组血清CRP、IL-6、IL-10水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后血清CRP、IL-6、IL-10水平均

低于治疗前($P < 0.05$);治疗组治疗后CRP、IL-6水平平均低于对照组,IL-10水平高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 2组治疗前后血清CRP等炎性指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP($\mu\text{g/l}$)		IL-6(ng/l)		IL-10(ng/l)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	26.56 $\pm$ 5.52	8.34 $\pm$ 2.77	61.86 $\pm$ 6.68	28.43 $\pm$ 8.99	11.86 $\pm$ 3.64	4.42 $\pm$ 1.54
治疗组	32	28.32 $\pm$ 4.98	6.74 $\pm$ 3.18*	62.41 $\pm$ 6.79	23.96 $\pm$ 7.31*	11.45 $\pm$ 3.37	6.28 $\pm$ 1.76*
t 值		1.339	-2.146	-1.098	-2.182	0.453	2.080
P 值		0.185	0.036	0.277	0.033	0.652	0.042

注:治疗后与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

CAP是院外感染病原体引起的肺炎炎症并伴有咳嗽、咳痰、喘息、胸痛、发热等症状。老年CAP患者临床特点^[7]:呼吸道症状不典型,病情变化快,抗生素的广泛应用导致多重耐药菌株的增长,使老年CAP治疗比较棘手。西医以抗生素治疗为主,但近年细菌耐药不断升高,单一治疗方法难以达到预期疗效。中医认为老年CAP属于“风温肺热病”范畴,其主要病因、病机为温热之邪或风燥犯肺,肺气不宣,热蒸津液聚为痰,或燥邪灼津生痰,肺气失于宣发肃降,而发为咳嗽、咳痰等。清金化痰汤源自《杂病广要》^[8],方中黄芩泻火解毒、清热燥湿,是治疗“痰热壅肺”之良药,桑白皮、栀子清泻肺热,知母、麦冬养阴清热、润燥止咳;桔梗、浙贝母、瓜蒌仁宽胸开结、清热涤痰;茯苓健脾利湿,陈皮理气化痰,各药相辅相成,共奏清热、化痰、宣肺之功效。

本研究结果显示,清金化痰汤加减联合常规抗感染治疗总有效率为90.63%,高于单纯西医治疗(84.38%),且咳嗽咳痰、胸痛、肺部啰音等中医症状积分明显下降,血清CRP和IL-6、IL-10等炎性因子水平显著优于对照组,提示清金化痰汤加减治疗老年CAP疗效显著,能够改善临床症状,而且能够控制细菌感染,减轻炎症反应。

对于痰热壅肺型老年CAP患者,清金化痰汤加减配合常规西医抗感染治疗,可显著提高临床疗效,改善炎性因子水平,值得临床上进一步推广。

表2 2组治疗后症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	咳嗽		咳痰		喘息		胸痛		啰音	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	32	1.60 $\pm$ 1.04	0.65 $\pm$ 0.74 $^{\Delta}$	1.60 $\pm$ 0.88	0.55 $\pm$ 0.48 $^{\Delta}$	1.60 $\pm$ 0.94	0.30 $\pm$ 0.47*	1.75 $\pm$ 0.93	0.50 $\pm$ 0.51 $^{\Delta}$	1.65 $\pm$ 1.04	0.55 $\pm$ 0.58*
对照组	32	1.83 $\pm$ 1.11	1.23 $\pm$ 1.05	1.75 $\pm$ 0.86	1.02 $\pm$ 0.87	1.75 $\pm$ 0.96	0.92 $\pm$ 0.99	1.77 $\pm$ 1.13	1.00 $\pm$ 1.04	1.67 $\pm$ 0.77	1.02 $\pm$ 0.72
t 值		0.828	2.473	0.668	2.591	0.612	3.099	0.075	2.364	0.085	2.784
P 值		0.411	0.016	0.507	0.012	0.543	0.003	0.941	0.021	0.933	0.007

注:治疗后与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$,* $P < 0.01$

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会.社区获得性肺炎诊断和治疗指南[S].中华结核和呼吸杂志,2016,39(4):253-278.
- [2]徐向东,姚卫海,曹迎.社区获得性肺炎-中医证型相关分析[J].江西中医药,2012,43(5):17-19.
- [3]李建生.老年人社区获得性肺炎中医辨证治疗概要[J].中医学报,2010,25(3):439-441.
- [4]张伯礼,薛博瑜.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2012:37.
- [5]中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会.社区获得性肺炎中医诊疗指南(2011版)[J].中医杂志,2011,52(21):1883-1889.
- [6]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,2002:11-12.
- [7]沈晔婧,徐爱晖.合肥地区老年社区获得性肺炎的特点分析[J].临床肺科杂志,2012,17(2):220-221.
- [8]周丽平.清金化痰汤为主治疗老年社区获得性肺炎45例临床观察[J].浙江中医杂志,2015,50(7):492-493.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:甘德堃 收稿日期:2018-03-20)

补阳还五汤结合穴位贴敷治疗中风后偏瘫 30 例

苏锦华

(辽宁省阜新市中医医院内一科, 辽宁 阜新 123000)

摘要:目的 观察补阳还五汤加加减结合穴位贴敷治疗气虚血瘀型中风后偏瘫的临床疗效。方法 选择2014年6月—2017年6月阜新市中医医院门诊及住院患者60例,随机分为对照组和治疗组各30例,2组均进行中风常规药物治疗,治疗组在对照组的基础上加用补阳还五汤加加减结合穴位贴敷治疗,观察2组患者偏瘫肢体功能的恢复情况。结果 对照组30例,显效10例,有效15例,无效5例,总有效率83.33% (25/30);治疗组30例,显效18例,有效10例,无效2例,总有效率93.33% (28/30)。经统计分析,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。结论 补阳还五汤加加减结合穴位贴敷治疗气虚血瘀型中风后偏瘫疗效较佳。

关键词:补阳还五汤;穴位贴敷;中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.048

文章编号:1672-2779(2018)-11-0102-02

Buyang Huanwu Decoction Combined with Acupoint Application in the Treatment of Hemiplegia after Apoplexy for 30 Cases

SU Jinhua

(Department of Internal Medicine, Fuxin Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Fuxin 123000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of modified Buyang Huanwu decoction combined with acupoint application in treating hemiplegia after apoplexy with qi deficiency and blood stasis. **Methods** 60 cases of outpatient and hospitalized patients from June 2014 to June 2017 in Fuxin Hospital of Traditional Chinese Medicine were selected, and they were randomly divided into control group and treatment group. Both groups were treated with conventional stroke drugs. The treatment group was treated with modified Buyang Huanwu decoction combined with acupoint application on the basis of the control group. The recovery of hemiplegia limb function was observed in two groups. **Results** In the control group, 10 cases were significantly effective, 15 cases were effective, 5 cases were invalid, and the total effective rate was 83.33%. In treatment group, 18 cases were significantly effective, 10 cases were effective, 2 cases were invalid, and the total effective rate was 93.33%. The therapeutic effect of the treatment group was better than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The effect of modified Buyang Huanwu decoction combined with acupoint application in treating hemiplegia after stroke with qi deficiency and blood stasis is better.

Keywords: Buyang Huanwu decoction; acupoint application; stroke

中风又名脑卒中,是中老年人常见病及多发病。其发病率、致残率较高,严重影响患者生存期及生活质量,所以中风后遗症的治疗日益受到人们重视。笔者采用补阳还五汤加加减结合穴位贴敷治疗气虚血瘀型中风后偏瘫,疗效较佳,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年6月—2017年6月阜新市中医医院门诊及住院患者60例,均经神经系统查体及头CT或头MRI确诊为脑梗死。经神经系统查体患肢肌力 ≤ 4 级,生命体征平稳,意识清楚,无贴敷禁忌证。按照患者就诊的先后顺序用查随机数字表法分为对照组和治疗组各30例。对照组:男性22例,女性8例;平均年龄(63.17 $\pm$ 11.04)岁;平均病程(23.17 $\pm$ 12.67)d;治

疗前肌力(2.10 $\pm$ 1.03)级。治疗组:男性17例,女性13例;平均年龄(64.53 $\pm$ 9.76)岁;平均病程(26.73 $\pm$ 13.85)d;治疗前肌力(2.13 $\pm$ 0.97)级。经统计学分析,2组患者年龄、性别、病程、治疗前肌力比较均无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准 中医以1996年国家中医药管理局脑病急症协作组修订的《中风病诊断与疗效评分标准(试行)》^[1]为诊断标准,具有半身不遂症状。

西医以1995年全国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》^[2]为诊断标准,具有运动性偏瘫。结合病史、症状、体征和影像学检查确诊(头颅MRI/CT证实)。

1.3 纳入标准 符合上述疾病诊断标准;年龄40~80岁;

病程2个月以内；患者或家属知情同意。

1.4 排除标准 非缺血性脑卒中者；合并心、肺、肝、肾等严重功能障碍、血液病者；既往有痴呆、精神失常或严重干扰观察、影响疗效判断者；生命体征不稳定者；不符合纳入标准，或资料收集不全者；中医分型非气虚血瘀型者。

1.5 治疗方法 2组患者均予脑梗死的常规药物治疗，主要包括改善脑循环，降低颅内压、减轻脑水肿，抗血小板聚集或抗凝，活血通络，基础疾病的对症处理等治疗。

治疗组在基础治疗的基础上加用补阳还五汤加减结合穴位贴敷。补阳还五汤加减药物组成：黄芪30~50 g，当归15 g，川芎15 g，赤芍20 g，桃仁10 g，红花10 g，地龙15 g，丹参15 g，鸡血藤30 g。血虚甚者加枸杞子、首乌藤；肢体无力、腰膝酸软者加续断、桑寄生、杜仲；肢冷加桂枝；头晕者加天麻、钩藤；言语不利加胖大海。每日1剂，煎汁300 mL，150 mL日2次口服，30 d为1个疗程。

穴位贴敷药物组成：透骨草、桂枝、川椒、红花、艾叶、川芎、食醋调。取穴：肝俞、手三里、足三里、三阴交、阳陵泉、涌泉。血虚甚者加血海；腰膝酸软者加肾俞；头晕加大椎；言语不利加廉泉。贴敷60 min，每日1次，2周为1个疗程，中间休息1 d，2个疗程后观察疗效。

1.6 疗效评价标准 患者偏瘫肢体肌力评价采用积分法^[3]：提高肌力级数=治疗后肌力级数-治疗前肌力级数。提高不足1级为0.5分，1级为1分；提高不足2级为1.5分，2级为2分；提高不足3级为2.5分，提高3级为3分；无提高者为0分。疗效标准：显效：肌力提高2~3分；有效：肌力提高0.5~1.5分；无效：肌力无提高为0分。

1.7 统计学方法 所有数据均用SPSS 17.0软件进行处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示；配对计量资料和等级资料用秩和检验；计数资料以百分率表示，用 χ^2 检验。

2 结果

见表1。治疗后对照组总有效率为83.33%，治疗组总有效率为93.33%，2组经秩和检验， $Z=-2.116$ ， $P=0.034<0.05$ ，治疗组优于对照组，差异有统计学意义。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	10	15	5	25(83.33)
治疗组	30	18	10	2	28(93.33)

3 讨论

中医认为中风多发生于40岁以上的中老年人，多

在内伤积损的基础上，复因情志不遂、劳逸失度、饮食不节、气虚邪中等导致阴阳失调、气血逆乱而发为中风。李东垣认为本病属“正气自虚”，指出“凡人年逾四旬，气衰之际，或因忧喜愤怒伤其气者，多有此疾”。本病病位在心脑、与肝肾关系密切。本病病理性质多本虚标实。而中风后遗症多为气虚血瘀、经络痹阻。张锡纯《医学衷中参西录》：“……专以气虚理论，谓人之元气，全体原十分，有时损去五分，所余五分，虽不能充体，犹可支持全身。而气虚者，经络必虚，有时气从经络虚处透过，并于一边，彼无气之边，即成偏枯”。临床多用补阳还五汤以益气养血、化瘀通络，本方出自清·王清任的《医林改错·卷下·瘫痪论》，书中云：“此方治半身不遂，口眼歪斜，语言蹇涩，口角流涎，大便干燥，小便频数，下肢痿废，遗尿不禁”。方中黄芪补气以养血，当归、川芎、赤芍、鸡血藤养血活血，桃仁、红花、地龙、丹参化瘀通经；枸杞子、首乌藤滋阴养血；续断、桑寄生、杜仲滋补肝肾；桂枝温经通络；天麻、钩藤平肝潜阳；胖大海利咽开音。

现代医学研究证实^[4-5]补阳还五汤加减具有扩张血管，改善血液流变、血管微循环，抑制血小板凝聚，降低血浆黏稠度，提高红细胞变形力作用，可增加脑动脉血流量，缩小脑梗死灶，促进神经组织修复，促进偏瘫功能恢复。

穴位贴敷疗法既有穴位刺激作用，又能通过药物吸收达到药理作用。经辨证选药后，通过局部取穴、循经取穴、随证取穴的方法使外用敷药通过皮毛、经穴、经脉而发挥作用，达到以肤固表，以表脱毒，以经通脏，以穴除邪，扶正强身的目的^[6]。且其操作简便，安全性高，毒副作用小、易于患者接受，尤其适用于老幼体弱或惧怕针灸患者，值得临床广泛应用。

补阳还五汤加减结合穴位贴敷治疗气虚血瘀型中风后遗症，疗效较佳，值得临床推广应用。

参考文献

- [1]国家中医药管理局脑病急症科研协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [2]全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [3]韩虹虹,崔卫东,郭青.滞针法对中风偏瘫肢体肌力的疗效观察[J].光明中医,2009,24(1):44-45.
- [4]安建武,李东学,李马娃.针灸配合补阳还五汤治疗脑中风偏瘫56例[J].光明中医,2010,25(9):1670.
- [5]徐晶,辛随成,张青川.补阳还五汤治疗缺血性脑血管病的研究进展[J].山西中医学院学报,2009,10(4):73-76.
- [6]郭长青,陈幼楠,张学梅.穴位贴敷(第2版)[M].西安:交通大学出版社,2013:4.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘文玉 收稿日期:2018-03-27)

皮肤针叩刺联合痰热清注射液治疗隐翅虫皮炎 30 例

刘 萍 张艳晖 宋淑华 刘艳兵 陈 平

(江西省中西医结合医院皮肤科, 江西 南昌 330003)

摘要:目的 观察皮肤针叩刺联合痰热清注射液治疗隐翅虫皮炎的临床疗效。方法 将60例隐翅虫皮炎患者随机分为2组, 各30例。对照组常规外用炉甘石洗剂治疗, 治疗组采用皮肤针叩刺联合痰热清注射液治疗, 观察2组临床疗效。结果 治疗组总有效率96.67% (29/30), 高于对照组总有效率66.67% (20/30) ($P<0.05$)。治疗组症状消失时间明显短于对照组 ($P<0.05$)。结论 皮肤针叩刺联合痰热清注射液治疗隐翅虫皮炎疗效显著。

关键词: 皮肤针叩刺; 痰热清注射液; 隐翅虫皮炎

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.049

文章编号:1672-2779(2018)-11-0104-02

Cutaneous Needle Tapping Combined with Tanreqing Injection in the Treatment of Paederus Dermatitis for 30 Cases

LIU Ping, ZHANG Yanhui, SONG Shuhua, LIU Yanbing, CHEN Ping

(Department of Dermatology, Jiangxi Province Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330003, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of cutaneous needle tapping combined with Tanreqing injection in the treatment of paederus dermatitis. **Methods** 60 cases of paederus dermatitis were randomly divided into two groups, with 30 cases in each group. The control group used conventional external Calamine lotion, and the treatment group was treated with cutaneous needle tapping combined with Tanreqing injection. The clinical effects of the two groups were observed. **Results** The total effective rate of the treatment group was 97%, and the total effective rate of the control group was 67%. The time of disappearance of symptoms in the treatment group was significantly shorter than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Cutaneous needle tapping combined with Tanreqing injection in the treatment of paederus dermatitis has good curative effect

Keywords: cutaneous needle tapping; Tanreqing injection; paederus dermatitis

隐翅虫皮炎亦称线状皮炎,是由毒隐翅虫所致线条状、点状或片状皮肤炎症。中医认为本病是由于接触隐翅虫虫毒,湿热毒邪郁于肌肤所致,属于中医虫毒疹的范畴^[1]。其临床特征是面颈、胸、背及四肢等外露部位突然红斑、水疱,自觉剧痒及灼热疼痛。多发于夏秋季,尤为雨后闷热天气。患者以青壮年为主^[2],在全世界的热带和亚热带地区均有发生^[3]。临床多见散发病例,也有爆发性流行的报道。本科采用皮肤针叩刺联合痰热清注射液治疗隐翅虫皮炎,取得了满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 筛选本院皮肤科门诊2016年1月—2017年12月收治的隐翅虫皮炎患者60例,采用数字表法随机分为治疗组和对照组,每组各30例。其中,治疗组男性14例,女性16例;年龄(30.9±13.75)岁;病程(1.73±0.68) d。对照组男性10例,女性20例;年龄(29.3±10.68)岁;病程(1.87±0.76) d。按照发病部位划分,面部12例,颈部28例,胸背部16例,四肢4例。2组患者一般情况比较无统计学差异,具有可比性。

1.2 病例纳入、排除及剔除标准 纳入标准:年龄18~60岁,符合隐翅虫皮炎的诊断标准,参照2006年版中华医学会编著的《临床诊疗指南·皮肤病与性病分册》^[2]及2017年4月赵辨主编的第二版《中国临床皮肤病学》^[4]诊断依据:(1)夏秋季外露部位突然出现的条索状、点状或斑片状的水肿性红斑、丘疹、水疱或脓疱;(2)自觉剧痒、灼痛;(3)常在集体单位中有多人同时发

现或造成小范围的流行。病程1~3 d内,且未经过抗组胺、抗感染等治疗。家属知情同意,自愿受试并签署知情同意书。排除标准:不符合纳入标准者;对本研究中任何一种药物有全身或局部过敏史者;有严重内分泌、心血管、血液、肝肾等系统疾病以及免疫功能低者;瘢痕体质者;孕妇及哺乳期妇女。剔除标准:未按规定用药、未按时复诊或不接受跟踪调查,无法判定疗效者。

1.3 治疗方法 治疗组采用皮肤针叩刺联合痰热清注射液外敷。方法:患者取适当体位,皮损常规消毒后,局部行皮肤针叩刺,至皮肤潮红、散在出血为度,随后将痰热清注射液与0.9%氯化钠注射液按1:10比例调和,取无菌纱布敷于患者皮损处,用注射器抽吸药液,持续均匀洒在纱布上。每次湿敷15~20 min,2次/d,连敷7 d。对照组采用炉甘石洗剂均匀涂抹患处,每日3次,连用7 d。

1.4 疗效标准 治愈:皮疹完全消退,不痛不痒,或残留色素沉着或色素消失。好转:皮疹明显消退,无新疹发生,自觉灼痛、瘙痒减轻或皮损消退30%以上。未愈:皮损依然如故,或消退不足30%,自觉症状无明显改善。

1.5 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行处理。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,并对数据采用t检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组症状消失时间比较 见表1。结果示治疗组症状

消失时间明显短于对照组 ($P<0.05$)。

表1 2组症状消失时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	疼痛缓解时间	创面愈合时间(d)
治疗组	30	(11.33±4.46)min	3.57±1.45
对照组	30	(2.53±0.96)d	7.57±1.73

注:与对照组比较, $P<0.05$

2.2 2组总有效率比较 见表2。结果示治疗组总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$)。

表2 2组总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
治疗组	30	22(73)	7(23)	1(4)	29(96.67)
对照组	30	8(27)	12(40)	11(36)	20(66.67)

注:与对照组比较, $P<0.05$

2.3 不良反应 2组均未见不良反应。

3 讨论

隐翅虫皮炎是由于皮肤接触隐翅虫毒液——强酸性毒液导致灼伤而引起的皮肤炎症性反应。皮损形态为点状、线条状、菱形、片状水肿性红斑,边界清晰,红肿上有较密的丘疹、水疱、小白点或小脓疱,部分表面有糜烂、炎性渗出物,线状皮损犹如指甲抓伤一样,形态多异而不规则;有些在损害中心可融合成片状,皮损痊愈后都有色素沉着。病程最短4 d,最长20 d,发病的2~5 d内患者症状最严重,有些因抓破而致局部皮肤糜烂,并发淋巴管炎及淋巴结炎。患者自觉多为感染部位瘙痒或灼痛,无发热等全身中毒症状;该病常易误诊为带状疱疹、湿疹、接触性皮炎、脓疱疮等,以及电光性眼炎、急性闭角型青光眼等眼疾^[5]。

隐翅虫是甲虫的一种,属于昆虫纲,鞘翅目,白天常栖息于草木间或石下潮湿阴暗处,昼伏夜出,有明显的趋光性,多在夜间有灯光处成群飞行。闷热潮湿的天气,活动尤甚。目前发现的毒隐翅虫主要是梭毒隐翅虫和黑足蚁形隐翅虫。虫体各段均含有毒素,为一种强酸性(pH值1~2)的毒汁,夏秋季节皮肤裸露,该虫夜晚飞行间落在裸露皮肤上叮咬皮肤或虫体受压时释放出毒液,即引起皮炎。隐翅虫皮炎是由隐翅虫体内强酸性毒素渗入皮肤所引起的急性炎症性皮肤病,皮肤科临床常见,多见于夏秋季节,早至2月底,迟至11月底,南方地区多发,好发于暴露部位^[4,6]。

皮肤病中医外治法主要指不经口服给药,而从体表皮肤及黏膜等途径用中草药进行敷、贴、浴、熏、洗、灸、扑、点、涂、擦等,以及使用器械或针灸叩刺来治疗皮肤病科疾病的方法。其应用广泛,疗效确

切,使用简便,易于掌握,安全可靠,副作用小,既可单独外用,亦可结合内服药物治疗,目前已被广泛应用于临床。此次配合应用皮肤针叩刺疗法,通过皮肤针叩刺人体皮肤表面的特定或穴位,或经脉循行路线,激发经络功能,调整脏腑气血,从而达到排毒活血、消肿祛痛、敛疮止痒、防腐生肌等功效^[7]。

痰热清注射液是中医临床常用注射剂之一,其主要中药成分包括黄芩、连翘、金银花、山羊角以及熊胆粉。黄芩是痰热清注射液中的主要成分,属寒性药材,味苦,其功效主要是清热解毒,祛湿泻火;连翘味苦,属于微寒性药材,具有清热宣透的功效;金银花味甘甜,属于寒性药材,是痰热清注射液一种重要的佐剂,具有清热、宣肺、解毒的功效;山羊角具有苦咸的味道,属寒性药材,能够化痰解毒、平肝熄风;熊胆粉为苦味、寒性药材,具有宣肺解表、清热燥湿的功效。这几种药材在此中药配方中共同奏效,使痰热清注射液具有清热解毒、化痰止咳、平肝宣肺等重要疗效^[8]。主治中医证候:痰湿阻肺、痰热阻肺、湿热蕴结、痰热蕴肺、胆郁痰扰、寒热错杂、肝风内动、血分证、脾胃湿热、湿热证、热毒炽盛、卫分证、风热犯肺、气分证。证候特点主要与热、毒、痰相关^[9]。10%痰热清稀释液湿敷,具有清洁、收敛、清热湿毒作用,可减轻充血水肿,减少渗出,促使疮面快速收敛结痂,驱散湿毒邪。

本研究表明,治疗组疼痛缓解时间、疮面愈合时间明显短于对照组 ($P<0.05$)。治疗组总有效率高高于对照组 ($P<0.05$)。说明皮肤针叩刺联合痰热清注射液治疗隐翅虫皮炎疗效显著,加速创面愈合,快速缓解肿痛,缩短疗程,避免病情加重或发展迁延,无不良反应,明显优于常规治疗,值得临床推广应用,为广大患者解决痛苦。

参考文献

- [1] 樊国维. 皮肤病中医治疗全书[M]. 广州: 广东出版社, 1996: 281-282.
- [2] 陈洪铎, 马圣清, 王家璧, 等. 临床诊疗指南·皮肤病与性病学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 47-48.
- [3] 孙晓东, 景海霞, 任玉莲, 等. 隐翅虫皮炎诊治研究进展[J]. 中国医刊, 2013, 48(2): 31-32.
- [4] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2017: 685-686.
- [5] 柳小青, 马红梅, 王宗德, 等. 毒隐翅虫的危害与防治[J]. 中华卫生杀虫药械, 2015, 21(5): 523-526.
- [6] 李雅龙. 人体寄生虫学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 240.
- [7] 高强, 程树军, 梅新, 等. 梅花针叩刺、拔罐配合激光治疗隐翅虫皮炎 98 例[J]. 实用医学杂志, 2007, 23(7): 1078.
- [8] 杨武韬. 痰热清注射液药理与临床作用观察[J]. 中医临床研究, 2015, 7(1): 22-23.
- [9] 张志华, 郑光, 郭洪涛, 等. 痰热清注射液临床应用文献[J]. 中成药, 2014, 36(1): 52-55.

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

奇正消痛贴膏治疗急性踝关节扭伤的临床观察

屈明磊 娄世龙 曹玉净

(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 观察奇正消痛贴膏与依托考昔片治疗急性踝关节扭伤的临床疗效。方法 通过随机分组的方法将60例患者分为2组, 每组30例, 对照组口服依托考昔片配合患肢制动, 治疗组外用奇正消痛贴膏配合患肢制动, 2组均以14 d为1个疗程, 观察各组踝关节的疼痛、肿胀及活动情况。结果 经过治疗后, 虽然2种方法对踝关节扭伤均有疗效, 但是治疗组疼痛、肿胀及活动情况评分低于对照组, 临床疗效较对照组好, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 应用奇正消痛贴膏治疗急性踝关节扭伤可明显减轻疼痛, 提高治疗效果, 获得较满意的临床疗效, 值得临床推广应用。

关键词: 奇正消痛贴膏; 急性踝关节扭伤; 中成药疗法; 伤筋

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.050

文章编号:1672-2779(2018)-11-0106-02

Clinical Observation on Qizheng Xiaotong Plaster in the Treatment of Acute Ankle Sprain

QU Minglei, LOU Shilong, CAO Yujing

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

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of Qizheng Xiaotong plaster with Etoricoxib tablets in the treatment of acute ankle sprain. **Methods** 60 patients were divided into two groups by random grouping, with 30 cases in each group. The control group was treated with oral Etoricoxib tablets with affected limb brake. The treatment group was treated with Qizheng Xiaotong plaster combined with limb bracing. The 2 groups were treated with 14 days as a course of treatment. The pain, swelling and activity of the ankle joint were observed. **Results** The two groups were treated with different treatments. Although the two methods are effective for ankle sprains, the pain, swelling and activity of the treatment group after the medication were higher than that in the control group. The clinical effect was better than that of the control group. There was a significant difference between the 2 groups ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of Qizheng Xiaotong plaster in the treatment of acute ankle sprain can significantly reduce pain, improve the therapeutic effect, obtain satisfactory clinical effect, and is worthy of clinical application.

Keywords: Qizheng Xiaotong plaster; acute ankle sprain; therapy of Chinese patent drug; injury of the muscle and tendon

关节扭伤是临床上常见的一种疾病, 这种疾病主要是由于患者的不恰当运动所造成, 病情较轻的仅有部分韧带发生撕裂, 病情较重者会发生完全断裂, 甚至发生撕脱性骨折, 关节脱位等可能, 踝关节是该病发生的主要部位, 膝关节和腕关节次之^[1], 如果治疗不及时, 造成踝关节的反复损伤, 导致踝关节功能障碍, 影响患者的正常生活与工作。急性踝关节扭伤常常是由于急性暴力导致的不超过两周的急性损伤^[2]。2017年3月—2017年12月在河南省中医院共收集了60例踝关节扭伤的患者, 随机分为对照组和治疗组, 治疗组使用消痛贴膏治疗, 对照组使用依托考昔片, 观察消痛贴膏的疗效, 现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择河南省中医院2017年3月—2017年12月收治的符合标准的60例患者作为研究对象, 根据入院顺序随机分成对照组和治疗组, 治疗组30例, 男20例, 女10例; 年龄18~70岁, 平均年龄为 (37.2±17.2) 岁; 扭伤24例, 软组织挫伤6例; 对照组30例, 男18例, 女12例; 年龄16~68岁, 平均年龄 (35.9±16.5) 岁; 扭伤26例, 软组织挫伤4例。治疗组和对照组在年龄、性别、病情方面比较, 差异没有统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 诊断标准 有明确的踝关节外伤史; 受伤以后踝部

疼痛、肿胀、活动受限; 踝部触压痛; X线检查未见骨折、脱位征象^[3]。

1.3 纳入标准 符合以上诊断; 受伤以后未做其他治疗; 签署知情同意书, 愿意配合治疗。

1.4 排除标准 踝关节韧带损伤严重, 需要行手术治疗者; 踝关节皮肤存在缺损或者存在皮肤病者; 损伤到就诊的时间超过3 d者; 对本次使用药物的某些成分存在过敏者; 不能配合治疗的患者。

1.5 疗效标准 参照《中医病症诊断疗效标准》中踝关节扭伤的疗效标准^[4]。治愈: 踝关节无肿痛, 关节的稳定性、灵活性、力量正常; 显效: 踝关节的肿痛基本消失, 踝关节的稳定性、灵活性、力量大致正常, 但偶尔会有酸痛不适感; 有效: 踝关节的肿痛明显减轻, 但走路不稳, 活动后肿胀会加重; 无效: 踝关节的肿痛没有改善, 关节不稳定, 活动障碍。

1.6 治疗方法 治疗组和对照组均在让患者卧床休息, 抬高患肢等基础治疗的条件下进行, 治疗组使用消痛贴膏, 该药主要是由姜黄、花椒、水牛角、独一味、棘豆等药物组成, 具有活血化瘀、消肿止痛的效果。用法: 清洁患者踝部的皮肤, 揭开药贴的塑料薄膜, 将小袋内的湿润剂均匀涂抹在中间药垫的表面, 将药垫贴敷于疼痛处, 压实周边的胶布, 每天更换1次, 7 d为1个疗程。对照组则口服依托考昔片 (安康信, 国药准

字J20130133), 每日1次, 每次60 mg。

1.7 观察指标 在治疗前、治疗后的2周, 观察患者局部的疼痛、压痛、肿胀、瘀斑、活动功能情况。参考《中药新药临床研究指导原则》^[5] 进行评分。疼痛指数: 无疼痛 (0分), 轻度疼痛、时作时止 (1分), 疼痛能够忍耐、经常发作 (2分), 疼痛无法忍受、持续不断 (3分); 压痛指数: 重度按压时没有疼痛 (0分), 重压时有疼痛 (1分), 中等的力度按压时出现疼痛 (2分), 轻度扣压就会感觉到疼痛 (3分); 肿胀指数: 没有肿胀 (0分), 轻度的肿胀并且中心高度<0.5 cm (1分), 中度的肿胀伴有中心高度 0.5~1 cm (2分), 重度的肿胀伴中心高度>1 cm (3分); 瘀斑 (面积) 指数: 无 (0分), 瘀斑 <4 cm (1分), 瘀斑 4~16 cm (2分), 瘀斑>16 cm (3分); 功能障碍指数: 无运动功能障碍 (0分); 受伤部位轻度受限 (1分); 受伤部位功能中度受限 (2分); 活动功能丧失 (3分)。疗效指数= [(治疗前积分-治疗后积分) / 治疗前积分] ×100%^[3]。

1.8 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行数据分析, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料的组间比较采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效对比 治疗组愈显率93.33%, 对照组愈显率73.33%, 治疗组愈显率明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表1。

表1 2组临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	6	16	8	0	22(73.33)
治疗组	30	18	10	2	0	28(93.33)

注: 与对照组比较, $P < 0.05$

2.2 2组患者临床症状评分对比 2组治疗1个疗程后疼痛、触压痛、肿胀、瘀斑、活动情况评分低于治疗前 ($P < 0.05$); 治疗后治疗组临床症状评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表2。

表2 2组临床症状评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	疼痛	触压痛	肿胀情况	瘀斑	活动情况
对照组	30	治疗前	2.199±0.549	2.732±0.419	1.926±0.411	1.259±0.513	2.438±0.512
		治疗后	0.738±0.488	1.622±0.542	0.798±0.473	0.721±0.373	0.943±0.461
治疗组	30	治疗前	2.211±0.514	2.667±0.479	1.799±0.432	1.298±0.548	2.359±0.551
		治疗后	0.458±0.502	0.954±0.572	0.498±0.489	0.323±0.141	0.402±0.106

注: 治疗前后比较, $P < 0.05$, 治疗后与对照组比较, $P < 0.05$

3 讨论

急性踝关节扭伤是指踝关节周围的软组织损伤, 包括韧带、肌腱以及关节囊, 主要是韧带的损伤, 踝关节周围的韧带主要有内、外侧韧带以及下胫腓韧带,

内侧韧带又称三角韧带, 分为浅深两层, 浅层的韧带从前向后为胫舟、胫跟及胫距后韧带, 深层是胫距前韧带, 外侧韧带则包括腓距前、跟腓以及腓距后韧带。当我们在不平整的道路上行走, 或者下坡、下楼梯, 由高处跳下时, 受到内外翻暴力, 常常会引起踝关节周围韧带的损伤, 临床上以内翻损伤为多见。当踝在跖屈位受到内翻暴力时, 首先发生距腓前韧带损伤, 当踝关节于0度位受到内翻暴力时, 可单纯发生跟腓韧带损伤, 但常见的是继发于距腓前韧带损伤之后, 由外力继续作用于跟腓韧带损伤, 距腓后韧带在外踝三组韧带中较为坚强, 损伤极少发生, 仅当踝关节极度背屈位而又受到内翻暴力时, 才能损伤。由于三角韧带比较坚强, 较少发生损伤, 因外翻或外旋暴力, 多引起三角韧带前部断裂, 完全断裂时多合并有外踝或腓骨下段骨折, 并可同时有下胫腓韧带损伤。

中医认为, 急性踝关节扭伤属于“伤筋”的范畴, 《素问》中指出: “气伤痛, 血伤肿。故先痛而后肿者, 气伤形; 先肿而后痛者, 形伤气”。由于外来暴力, 导致踝部筋脉受损, 血溢脉外, 淤血停滞, 不通则痛, 故见伤处肿胀, 疼痛, 中医辨证为气滞血瘀。消痛贴膏主要是由花椒、水牛角、水柏枝、棘豆、姜黄等中药成分组成, 独一味具有强壮筋骨, 消肿止痛之功, 水牛角、水柏枝、棘豆具有清热凉血解毒、发散生肌的功效, 姜黄、花椒温经祛湿, 共奏活血化瘀、消肿止痛的作用。膏药外敷在中医外科中占有很重要的地位, 与内治法相比较, 操作更加实用简单。通过药物外敷, 局部皮肤能够直接吸收, 没有经过胃肠道和肝脏, 避免了药物的毒副作用, 从而达到内病外治, 从表透里, 舒筋通络。消痛贴膏采用润湿剂药物作用使疗效叠加, 具有起效迅速、药力强劲、药效持久的作用, 消痛贴膏能够明显改善踝关节周围软组织的血液循环, 降低炎性介质水平, 促进损伤的尽快修复。

本研究结果显示, 2组治疗急性踝关节扭伤都有疗效 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$), 说明奇正消痛贴膏治疗急性踝关节扭伤疗效更加显著, 值得临床推广。

参考文献

- [1]孙建皖, 朱晨, 方诗元, 等. 踝关节损伤中下胫腓联合分离的诊断与治疗[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2011, 26(4): 375-376.
- [2]王和鸣. 中医骨伤科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 256.
- [3]孙树椿, 孙之镐. 中医筋伤学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 10-16.
- [4]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [5]国家中医药管理局. 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: 349-352.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 曹玉净 收稿日期: 2018-03-13)

得宝松穴位注射治疗变应性鼻炎的临床分析

李奇¹ 郑炯² 邓军华² 邓茂林³ 蒋奇平²

(1 上海市东方医院吉安医院中医科, 江西 吉安 343000; 2 上海市东方医院耳鼻喉科, 上海 200120;
3 上海市东方医院吉安医院检验科, 江西 吉安 343000)

摘要:目的 变应性鼻炎(allergic rhinitis, AR), 即过敏性鼻炎, 是机体接触变应原后主要由IgE介导的鼻黏膜非感染性炎症性疾病。病情常反复发作, 长期治疗不愈很容易出现其它并发症, 本研究探讨得宝松穴位注射治疗变应性鼻炎的疗效。方法 采用西药中医穴位注射为治疗组, 对照组采用抗组胺药物口服治疗, 进行临床及实验室分析。结果 2组治疗效果及实验室检查方面均具有显著性差异 ($P<0.05$)。结论 得宝松穴位注射治疗变应性鼻炎具有疗效肯定, 治疗方法简洁的特点, 值得临床推广使用。

关键词: 变应性鼻炎; 得宝松; 曲池; 穴位注射

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.051

文章编号:1672-2779(2018)-11-0108-03

Clinical Analysis on Diprospan Acupoint Injection in the Treatment of Allergic Rhinitis

LI Qi¹, ZHENG Jiong², DENG Junhua², DENG Maoling³, JIANG Qiping²

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Shanghai Dongfang Hospital, Ji'an Hospital, Jiangxi Province, Ji'an 343000, China;

2. Department of Otolaryngology, Shanghai Dongfang Hospital, Shanghai 200120, China;

3. Department of Clinical Lab, Shanghai Dongfang Hospital, Ji'an Hospital, Jiangxi Province, Ji'an 343000, China)

Abstract:Objective Allergic rhinitis (AR) or allergic rhinitis is a non-infectious inflammatory disease mainly mediated by IgE after contact allergens. The illness often recurs, and has long-term treatment. It is easy to develop other complications. The therapeutic effect of the treatment of allergic rhinitis by the use of diprospan acupoint injection was explored. **Methods** Using diprospan medicine acupuncture point injection was selected as treatment group. Another control group received oral treatment with antihistamine. The clinical and laboratory analysis were made. **Results** Two groups had significant differences in therapeutic effect and laboratory examination ($P<0.05$). **Conclusion** The treatment of allergic rhinitis is confirmed by the injection of diprospan. It has simple treatment of characteristics and is worthy of clinical promotion.

Keywords: allergic rhinitis; diprospan; Quchi (LI11); acupoint injection

变应性鼻炎(allergic rhinitis, AR), 即过敏性鼻炎, 是机体接触变应原后主要由IgE介导的鼻黏膜非感染性炎症性疾病。病情常反复发作, 长期治疗不愈很容易出现其它并发症, 本研究探讨得宝松穴位注射治疗变应性鼻炎的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 搜集病例耳鼻喉科门诊患者, 经询问病史、进行体格检查、实验室检查等, 共选择符合条件的变应性鼻炎患者70例。纳入后填写“VAS评分表”知情同意书, 并通过随机分为治疗组和对照组。治疗组35例, 其中: 男13例, 女22例; 年龄最小10岁, 最大63岁, 平均41.3岁。对照组35例, 其中: 男15例, 女20例; 年龄最小17岁, 最大65岁, 平均42.3岁。2组资料在性别、年龄方面比较无明显差别 ($P<0.05$)。

1.2 纳入标准 年龄在10~70岁, 性别不限; 符合2015年天津中华医学会耳鼻咽喉科制订的变应性鼻炎诊断和治疗指南的患者, 中医诊断为鼻鼽; 患者填写症状评分表, 签署知情同意书。变应性鼻炎症状评分: 评估患者近1周内鼻部症状, 以TSS作为基础, 同时包括患者可能合并存在的哮喘症状评分。具体项目为鼻痒、鼻塞、喷嚏、流涕, 眼部症状包括眼痒、眼红肿、流

泪、眼痛、憋气、喘息、咳嗽、胸部压迫感。程度由患者自行评估 (患儿由家长协助): 无症状为0分, 轻度为1分, 中度为2分, 重度为3分。将各症状得分相加总和作为症状评分总分, 用于相关性分析。

1.3 排除标准 (1) 剔除不合格患者, 血管运动性鼻炎, 非变应性鼻炎伴嗜酸粒细胞增多症, 感染性鼻炎, 激素性鼻炎, 药物性鼻炎, 阿司匹林不耐受三联征, 脑脊液鼻漏, 重度高血压, 心力衰竭, 骨质疏松等其它严重疾病患者; (2) 年龄10岁以下及70岁以上患者; (3) 临床上有其它严重疾病, 可能影响受试者安全者; (4) 其它不合适的患者。

1.4 治疗方法 治疗组: 得宝松穴位注射治疗。患者曲肘于肘横纹外侧端与肱骨外上髁连线的中点处, 单侧曲池穴消毒后, 一次性注射得宝松注射液0.5 mL (5+2 mg) (注: 直刺1~1.5寸), 以得气为主 (每3月1次)。对照组: 口服药物 (二代抗组胺药) 等常规治疗。治疗期间2组均外用生理海水鼻喷雾剂。

1.5 疗效标准 参照《变应性鼻炎疗效评定标准》。根据治疗前后症状和体征记分的总和, 改善的百分率按下式公式评定季节性变应性鼻炎的疗效: $[(\text{治疗前总分} - \text{治疗后总分}) / \text{治疗前总分}] \times 100\%$; $\geq 51\%$ 为显效,

50%~21%为有效, $\leq 20\%$ 为无效。

1.6 统计学方法 所有数据采用SPSS 13.0统计软件分析, 计数资料以例数或百分比(%)表示, 2组疗效比较采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表1 症状评分表

症状	3分	2分	1分
喷嚏,流涕	>20个	10~20个	<10个
鼻塞,鼻痒	需要用口呼吸	偶用口呼吸	感鼻塞,鼻痒
眼痒,红肿,流泪	全天不适	感不适可忍受	偶感不适
憋气、喘息、咳嗽胸部压迫感	明显	能忍受	偶有症状

治疗后2周时, 分别于治疗后2周、3月、1年时对2组进行临床疗效和实验室检查结果的比较, 结果见表2~7。2组疗效比较无显著性差异 ($P>0.05$)。治疗后3月时, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.05$), 差异有统计学意义。

表2 治疗后2周临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	18	8	9	26(74.3)
对照组	35	16	10	9	26(74.3)

注: $P=0.160>0.05$

表3 治疗后2周实验室检查结果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	总IGE(IU/mL)	IL-17(pg/mL)	IL-23 (pg/mL)
治疗组	35	治疗前	223.8 $\pm$ 98.6	164.5 $\pm$ 38.1	13.2 $\pm$ 5.7
		治疗后	200.3 $\pm$ 95.4	147.5 $\pm$ 35.3	10.2 $\pm$ 4.2
对照组	35	治疗前	232.8 $\pm$ 99.3	159.5 $\pm$ 42.1	14.2 $\pm$ 6.2
		治疗后	204.3 $\pm$ 96.4	145.5 $\pm$ 40.2	10.6 $\pm$ 4.8

注: $P=0.241>0.05$

表4 治疗后3月临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	22	8	5	30(85.7)
对照组	35	20	6	9	26(74.3)

注: $P=0.012<0.05$

表5 治疗后3月实验室检查结果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	总IGE(IU/mL)	IL-17(pg/mL)	IL-23 (pg/mL)
治疗组	35	治疗前	223.8 $\pm$ 98.6	164.5 $\pm$ 38.1	13.2 $\pm$ 5.7
		治疗后	125.3 $\pm$ 66.8	76.5 $\pm$ 30.7	6.8 $\pm$ 3.3
对照组	35	治疗前	232.8 $\pm$ 99.3	159.5 $\pm$ 42.1	14.2 $\pm$ 6.2
		治疗后	178.3 $\pm$ 75.4	113.5 $\pm$ 41.2	9.0 $\pm$ 4.5

注: $P=0.015<0.05$

表6 治疗后1年临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	26	6	3	32(91.4)
对照组	35	20	5	10	25(71.4)

注: $P=0.001<0.05$

表7 治疗后1年实验室检查结果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	总IGE(IU/mL)	IL-17(pg/mL)	IL-23 (pg/mL)
治疗组	35	治疗前	223.8 $\pm$ 98.6	164.5 $\pm$ 38.1	13.2 $\pm$ 5.7
		治疗后	71.3 $\pm$ 21.2	20.5 $\pm$ 10.8	3.8 $\pm$ 2.1
对照组	35	治疗前	232.8 $\pm$ 99.3	159.5 $\pm$ 42.1	14.2 $\pm$ 6.2
		治疗后	140.5 $\pm$ 45.5	59.5 $\pm$ 31.2	7.1 $\pm$ 4.0

注: $P=0.008<0.05$

3 讨论

随着工业化进展, 现代生活方式和人类生态环境的急剧变化, 变应性鼻炎的发病率有全球性增长的趋势, 其发病率约占人口的5%~50%国际儿童哮喘和变态反应调查发现: 发展中国家季节性变应性鼻炎累及50%的青少年^[1]。变应性鼻炎(allergic rhinitis, AR)是变应原作用于机体后引发IgE介导的鼻黏膜炎性反应, 表现为鼻塞、流涕、鼻痒、喷嚏等症状。近年变应性鼻炎患病率呈增长趋势, 在我国城市的患病率达8.7%~24.1%, 而广东地区体检人群变应性鼻炎患病率为15.6%^[2]。有调查显示本病的患病率: 北京8.7%, 上海13.6%, 广州14.1%, 武汉19.3%, 乌鲁木齐24.1%^[3]。患者除出现鼻部症状外, 还可出现睡眠问题如口渴、咽喉痛、记忆力减退、耳痒、耳闭气等; 青少年患者影响正常的学业。此外易发生药物反应和各种并发症: 鼻窦炎、鼻息肉、中耳炎、哮喘等。本病不仅是个医疗问题, 而且是个社会问题。

变应性鼻炎还是儿童常见的呼吸道疾病之一。儿童变应性鼻炎患者除有喷嚏、鼻痒、流涕和鼻塞等鼻部症状外, 儿童变应性鼻炎的并发症包括中耳炎、鼻窦炎、支气管哮喘(哮喘)、睡眠障碍等, 其与注意缺陷多动障碍的关系已引起人们的关注^[4]。

变应性鼻炎发作具有特异性, 变应性鼻炎患者阳性率检出高, 表明变应性鼻炎患者血清总IgE升高。季节性变应性鼻炎患者血清总IgE明显高于常年性患者病情较重, 体内血清IgE水平明显升高^[5]。

中医认为变应性鼻炎属于“鼽嚏”“鼻鼽”等范畴。痰瘀同病是变应性鼻炎的发病基础。痰是津液代谢失常形成的病理产物, 痰瘀同源是建立在“津血同源”的理论上, 痰瘀在变应性鼻炎病程中互为因果、互生互化。凡外感六淫、内伤七情、饮食劳倦损伤, 均可导致人体脏腑经络、气血阴阳功能失调, 产生痰瘀, 两者常可相互影响^[6]。

常规针刺以迎香、印堂、风池、风府、足三里等为主穴, 以上星、合谷、禾髎、肺俞、脾俞、肾俞、三阴交等为配穴, 每次取主穴、配穴各1~2穴, 2次/周治疗变应性鼻炎^[7]。

而本方法采用中医穴位注射, 曲池穴为手阳明大肠经合穴, 合穴是所入为合, 百川汇合之意, 为经气汇聚之所, 针此一穴可作用于全身, 此穴具有开宣肺

气,祛风通络的作用,而肺与大肠相表里,通过肺与大肠的同步调整,通利上下窍,可以促进鼻部症状的迅速好转。

复方倍他米松注射液为二丙酸倍他米松5 mg及倍他米松磷酸钠2 mg的复方制剂,可溶性倍他米松在注射后迅速起效,微溶性的二丙酸倍他米松注射后成为一个供缓慢吸收的贮库,持续产生作用,从而长时间控制症状。本方法简便易于接受。并且该方法起效迅速,长期维持疗效。通过相应的实验室检查,可以看出治疗的短期过程中,患者2周时,治疗组与对照组指标差异并不显著,而在治疗后3月至1年时,2组比较有显著差异,进一步证明本方法效果的持久稳定性。

变应性鼻炎是一个反复发作性的疾病,长期不愈很容易出现其它并发症,尤其将影响儿童的身心健康,给患者带来沉重的心理阴影,对一个家庭而言也是很

大的负担,本方法以中西医理论结合为主,方法简便,不服用药物,患者易于接受,结果表明本方法切实可行。

参考文献

- [1]殷明德.变应性鼻炎:全球性健康问题[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2002,16(5):195.
- [2]黄晓红,张冠荣,麦韵屏,等.广东地区体检人群变应性鼻炎患病率及变应原谱分析[J].广东医学,2013,34(13):1964-1965.
- [3]韩德民,张罗,黄丹,等.我国11个城市变应性鼻炎自报患病率调查[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42(5):378-379.
- [4]洪建国.变应性鼻炎对儿童健康的影响[J].实用儿科临床杂志,2013,28(4):241-242.
- [5]张茂华,薛均来,赵虹,等.变应性鼻炎血清总IgE水平测定及临床意义[J].中国实验诊断学,2012,16(6):1063-1064.
- [6]孙钺,宋飞飞,杨世忠.论络病理论与变应性鼻炎[J].中国老年医学杂志,2008,28(7):727-728.
- [7]张路,林佩君,李蕾,等.针刺蝶腭神经节治疗中重度持续性变应性鼻炎的疗效分析[J].国际中医中药杂志,2015,37(5):396-397.

(本文编辑:张文娟 本文校对:曹 阳 收稿日期:2018-03-06)

宣窍健脾配方颗粒治疗小儿风热壅窍型耳胀临床观察

邵丽郡¹ 郭 丹^{2*} 孙麦青³

(1 河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450002; 2 新郑职工医院耳鼻喉科,河南 郑州 451191;
3 河南中医学院第二附属医院耳鼻喉科,河南 郑州 450002)

摘要:目的 观察宣窍健脾配方颗粒治疗小儿风热壅窍型耳胀的疗效。方法 选取河南省中医院耳鼻喉科门诊就诊耳胀患儿中符合纳入标准的65例,随机分为治疗组33例和对照组32例。治疗组给予宣窍健脾配方颗粒口服;对照组给予克拉霉素口服,鼻塞患儿对症用曲安奈德鼻喷剂喷鼻。7 d为1个疗程,2个疗程后观察2组患儿治疗前后症状及体征、复发率。结果 治疗组有效率为81.82% (27/33),对照组有效率为65.62% (21/32),经统计分析治疗组有效率高于对照组($P < 0.05$)。结论 宣窍健脾配方颗粒治疗该病有确切的临床疗效,更易被接受,值得临床推广。

关键词: 宣窍健脾; 配方颗粒; 儿科; 耳胀; 风热; 中成药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.052

文章编号:1672-2779(2018)-11-0110-03

Clinical Observation on Xuanqiao Jianpi Dispensing Granules in the Treatment of Pediatric Wind-heat Phlegm Type Swollen Ear

SHAO Lijun¹, GUO Dan², SUN Maiqing³

(1. School of Medicine, the Second Clinical Hospital, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;
2. Otolaryngology Department, Xinzheng Workers Hospital, Henan Province, Zhengzhou 451191, China;
3. Department of Otolaryngology, Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: Objective To observe the curative effect of Xuanqiao Jianpi formula granules in the treatment of pediatric wind-heat phlegm-type swollen ear. **Methods** A total of 65 children with swollen ear who were admitted to the ENT clinic of Henan Provincial Hospital were randomly allocated to treatment group (33 cases) and control group (32 cases). The treatment group was treated with Xuanqiao Jianpi formula granules orally, and the control group was given clarithromycin orally, and the children with nasal congestion were symptomatic with nasal spray of triamcinolone acetonide. 7 days was a course of treatment. After 2 courses of treatment, the symptoms and signs and recurrence rate of the two groups were observed before and after treatment. **Results** The effective rate in the treatment group and the control group was 84.30% and 65.60% respectively. The two groups were analyzed by spss23.0 software ($P < 0.05$), and the difference was statistically significant. **Conclusion** Xuanqiao Jianpi formula granules have definite clinical curative effect on the disease, which is more easily accepted and worthy of clinical promotion.

Keywords: invigorating spleen; dispensing granule; pediatrics; swollen ear; wind-heat; therapy of Chinese patent drug

耳胀是以耳内胀、闷、堵塞感为主要特征的耳部疾病,大约90%的儿童在学龄前曾患该病,且年均发

作4次,以至于被称作“儿童早期职业病”^[1]。该病是导致小儿听力损失的重要疾病之一^[2]。西医的分泌性中耳炎、气压损失性中耳炎、粘连性中耳炎等疾病及各种原因不明的耳堵塞感均可参照本病进行辨证论治。如

* 通讯作者:2658jiayi@163.com

果不能够得到及时治疗,极易逐步发展出现相关并发症,甚至耳聋,从而严重影响患儿的生活质量^[9]。中医认为该病的病因病机为风邪外袭,或脾虚,肝胆湿热,亦或邪毒滞留、气血堵塞而致耳窍痞塞。笔者运用宣窍健脾配方颗粒治疗风热壅窍型耳胀患儿65例,疗效确切,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择河南省中医院于2016年9月—2017年5月耳鼻喉门诊就诊的风热壅窍型耳胀患儿作为研究对象,共65例,所有病例按照随机数字表法,随机分成对照组与治疗组,其中治疗组男16例,女17例;年龄4~12岁,平均(6.90±2.62)岁;病程最短4 d,最长60 d,平均(39.77±15.20) d。对照组男16例,女16例;年龄4~11岁,平均(8.36±3.13)岁;病程最短5 d,最长52 d,平均(21.80±9.40) d。2组患者的年龄、性别、病程等一般资料经统计分析, $P>0.05$,可以进行对比研究。

1.2 纳入标准 中医纳入标准:①所有病例诊断均参照《中医耳鼻咽喉科学》有关风热壅窍型耳胀的诊断标准:主要以耳胀、闷、堵塞感为突出症状,伴鼻塞、流黄涕,舌质红,脉浮数,或可有咽痛。②伴或不伴听力减退、自听增强、摇头耳内响水声。③既往可有饮食不节、反复呼吸道感染、长期流涕、鼻塞、张口呼吸和夜眠打鼾症状。

西医纳入标准:①年龄4~12岁,且符合《实用耳鼻咽喉科学》关于分泌性中耳炎的诊断标准;②经硬性耳内窥镜下观察到的中耳积液,鼓室导抗图为B或C型曲线,纯音测听检查为传导性听力损伴有10~30 dB的气骨导差;③知情并自愿配合治疗者;④病程≤2月。

1.3 排除标准 ①不属于纳入中医标准证型的患儿;②年龄小于4岁者;③因该病已经引起鼓膜或中耳的结构损伤,如明显的鼓膜内陷、萎缩等^[4-5];④伴有高危因素(如腭裂、永久性听力下降、言语发育迟缓或障碍、自闭症、与遗传有关的综合征、颅面发育异常等);⑤伴有其他严重全身性疾病;⑥因咽部恶性占位性病变致病者;⑦治疗前因鼻腔结构异常,需先行手术解除咽鼓管堵塞疾病(如鼻窦开放、鼻息肉切除、腺样体切除等)。⑧不自愿配合者。

1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组 患者口服宣窍健脾配方颗粒(所有配方颗粒均由河南省中医院制剂室提供),常用药物组成:辛夷6 g,苍耳子6 g,白术6 g,茯苓6 g,防风6 g,白

芷6 g,柴胡4 g,醋香附4 g,石菖蒲2 g,薄荷4 g,连翘5 g,蒲公英3 g,焦神曲、炒麦芽、焦山楂各6 g,炒鸡内金6 g,生甘草4 g。随症加减:咳重者加炙百部、桔梗以清润利咽;耳窍积液多者加车前草以清热利湿。每日1剂,分早晚饭后2次水冲服,连服2个疗程。

1.4.2 对照组 患者口服克拉霉素分散片(云南永安制药有限公司生产),根据患儿体重调整用量,用量标准依据药物说明书,每日2次,对鼻塞者对症用曲安奈德鼻喷剂喷鼻,每个鼻孔各1喷,1次/d。7 d一个疗程,连用2个疗程。

2个疗程后观察2组患儿疗效及体征变化,且治疗期间停用其他一切治疗。用药用量根据年龄、体重、病情程度酌情加减。

1.5 疗效评价标准 所有患者在接受治疗2个疗程后复查:①治愈:症状完全消失,复查耳内窥镜检查无鼓室积液,测听、声导抗检查鼓室导抗图为“A”型,纯音测听阈提高20 dB左右;②好转:症状减轻且中耳积液明显减少,听力改善幅度为10 dB以上,鼓室导抗图为A或C型;③无效:症状体征、中耳积液情况和听力改善幅度均未达到上述有效程度,鼓室导抗图为B或C型。总有效率为治愈率与好转率之和,对比2组患儿积液消失时间、随访观察3个月后复发率情况。

1.6 统计学方法 数据应用SPSS 23.0统计学软件分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较用 t 检验,计数资料用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 治疗组治疗有效率为84.30%,对照组为65.60%,治疗组显著高于对照组($P<0.05$)。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
治疗组	33	17	10	6	27(81.82)
对照组	32	13	8	11	21(65.62)

2.2 2组患者中耳积液消失时间、复发率比较 见表2。

表2 2组患者中耳积液消失时间、复发率比较 [例(%)]

组别	例数	中耳积液消失时间(d)	复发率(%)
治疗组	33	6.36±1.08	5.90
对照组	32	10.42±2.02	23.0

2组患者复发率比较,治疗组低于对照组,经 χ^2 检验, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

2.3 服药期间不良反应 治疗期间,2组患者均无明显不良反应,对照组发生不良反应者3例,治疗组中发生不良反应者1例;对照组停药后有3例分泌性中耳炎病情

再次复发,治疗组1例复发。

3 讨论

迄今为止,西医多认为分泌性中耳炎的主要发生原因是免疫变态反应、中耳感染(局部)、咽鼓管功能障碍等,研究认为其发生的最重要因素之一是咽鼓管的解剖学和生理学异常,但该病发病机制及病因尚未完全阐明。西医临床常用的治疗药物主要有类固醇药物、黏液促排剂、抗组胺药等,但美国最新该病指南认为对于儿童并不首选激素、抗菌素,及鼻用血管收缩剂,而对学龄前儿童更不可轻易做腺样体切除术,故其实际的诊治过程尚未形成既定规范^[6-8]。临床上,因小儿咽鼓管短、平、直的生理特点,该病非常普遍。

“耳胀”作为中医病名,始立于近代《大众万病顾问·下册》:“何谓耳胀,耳中作胀之病,是谓耳胀”。笔者认为,因小儿的特殊生理特点,对小儿该病的诊治绝不是像成人样简单缩小^[9]。小儿本为“稚阴稚阳”之体,脏腑娇嫩,形气未充,以肺、脾、肾常不足多见。小儿冷暖不知自调,加之肺主皮毛、主表,一旦调护失宜,极易为风热之邪乘虚而袭;而现今不在少数的儿童常饮食不节、偏嗜肥甘厚味而致食滞,食停于胃肠,脾失于健运,且脾主运化、主升清,清气不能上达,浊气上犯,与风热之邪胶着,循经上干,而发本病。在临床实践中,多数该病患儿就诊时多表现有以上症状,且常夹杂有积食情况。故本颗粒中除宣窍疏风之药外,常加用化积消食之药。本颗粒中辛夷、苍耳子属解表药,两者既为通窍要药,亦可辛散祛风;白术、茯苓两药配用健脾化湿,四药合用共为君药;焦神曲、炒麦芽、焦山楂、炒鸡内金均为消食化积开胃要药,为臣药;防风、白芷疏风解表、宣窍化浊;连翘、蒲公英疏散风热,清热解毒并透达外邪;柴胡透表泄热、通窍聪耳,并能疏解少阳经气,引药直达病所,与香附合用共奏通窍之效。石菖蒲为通窍要药,用量宜少,以防其温燥盗津液,与薄荷合用透表,加强辛散之力以透耳窍、四者共为佐药;甘草为国老,放入方中以调和诸药。诸药合用共奏疏风清热,宣窍健脾之效。

从本次研究结果可以看出中医治疗疗效确切,未见明显不良反应,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]刘娅,杨军,张杰,等.临床实践指南:分泌性中耳炎(更新版)[J].听力学及言语疾病杂志,2016,24(5):499-519.
- [2]罗仁忠,王小亚.儿童分泌性中耳炎的诊疗进展[J].中国医学文摘(耳鼻喉科学),2013,28(1):19-21.
- [3]陈敏,张雪溪,刘薇,等.低龄儿童分泌性中耳炎诊疗进展[J].中国耳鼻喉头颈外科,2016,23(8):448-453.

- [4]中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会.儿童中耳炎诊断和治疗指南(草案)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,43(12):884-885.
 - [5]American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media With Effusion[J]. Otitis media with effusion. Pediatrics, 2004, 113(5):1412-1429.
 - [6]龚树生.咽鼓管功能障碍研究及治疗现状[J].中国医学文摘(耳鼻喉科学),2015(6):298-303.
 - [7]张杰.重视儿童分泌性中耳炎的诊治[J].中国听力语言康复科学杂志,2018(1):1-5.
 - [8]Rosenfeld. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion Executive Summary (Update)[J]. Otolaryngology Head and Neck Surgery 2016, 154(2):201-214.
 - [9]赵胜堂.中医儿科耳鼻喉咽喉疾病特点及对策(之一)——中医小儿耳鼻喉科学的形成之管见[J].中医耳鼻喉科学研究,2017(3):49-52,41.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:赵丹丹 收稿日期:2018-03-23)

《神农本草经》三品分类法

《本经》三品分类法,是将药物分为上、中、下三类,并明确指出:上药一百二十种为君,主养命以应天;中药一百二十种为臣,主养性以应人;下药一百二十五种为佐使,主治病以应地。

君臣佐使本指国家官系等级层次,只有各个层次发挥各自作用,才能构成完整的有机国家社会,如同《素问·灵兰秘典论》篇中,十二脏腑之功能、地位及相互关联,不单是一个生理学、生命学和生物学问题,它涵盖了很重要的社会问题,透过生理现象映射出一定的社会问题,而通过社会现象的研究反过来促进生理问题的认识,向我们展示了社会医学模式。

《素问·宝命全形论》篇云:“天覆地载,万物悉备,莫贵于人,人以天地之气生,四时之法成……人生于地,悬命于天,天地合气,命之曰人。人能应四时者,天地为之父母(天地就是养育人类的父母)……”天、地、人三者和谐相处,演化出自然界和人类社会。《神农本草经·序录》将中药三品匹配成君、臣、佐使的不同地位,与天地人相应进行不同的联系,是用中国古代哲学类比思想和整体观进行推论,《神农本草经》药物的分类方法与国家官系匹配,自然是上品药为君,中品药为臣,下品药为佐使。三品药与天地人相应的根本原因,实际上遵从了陶弘景在《本草经集注》所解释:上品药养命,而天道仁育,故云应天;中品药养性,而人怀性情,故云应人;下品药主治病,而地体收杀,故云应地。现代中医临床药理学认为,君药的作用是针对病因的主证,又称之为主药;臣药的作用是辅助君药针对病因和主证,又称之为辅药;佐药是治疗兼证,抑制主辅药不良反应,协助主辅药发挥治疗作用;使药可引经、调和、矫味、发挥次要作用。诸药合用,共达安全、有效的最佳结果。

值得注意的是,今天看来,君臣佐使药不是一成不变的,在某种情况下可互为转换,所以古之中药上、中、下三品,不是上、中、下三等。古之先辈早有告诫:药无贵贱,能愈疾者皆为良药也。

——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。

宁甲片联合糖皮质激素治疗亚甲炎临床分析

张耀庭 杨俊瑶 林家坤

(萍乡市中医院内分泌科, 江西 萍乡 337000)

摘要:目的 评价宁甲片联合糖皮质激素治疗亚急性甲状腺炎的临床效果, 明确宁甲片治疗此疾病是否具有一定的作用并探讨中西医结合治疗此种疾病的优势。方法 通过回顾性方法收集萍乡市中医院内分泌科门诊及住院部亚急性甲状腺炎伴颈前疼痛患者的就诊、随访资料, 对比分析宁甲片联合口服糖皮质激素组(治疗组)与单纯口服糖皮质激素组(对照组)的治疗周期、治疗效果。结果 治疗组总疗程时间明显短于对照组($P < 0.05$); 治疗组临床证候改善优于对照组($P < 0.05$)。结论 宁甲片联合糖皮质激素治疗亚急性甲状腺炎疗效确切, 能够更好地改善临床症状、缩短治疗周期。

关键词: 亚急性甲状腺炎; 糖皮质激素; 宁甲片; 中西医结合疗法; 瘰疬

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.053

文章编号:1672-2779(2018)-11-0113-03

Clinical Analysis on Ningjia Tablet and Glucocorticoid in the Treatment of Subacute Thyroiditis

ZHANG Yaoting, YANG Junyao, LIN Jiakun

(Department of Endocrinology, Pingxiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Pingxiang 337000, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the clinical effect of Ningjia tablet combined with glucocorticoids in the treatment of subacute thyroiditis, and to determine whether Ningjia tablet can treat this disease and to explore the advantages of combining traditional Chinese and Western medicine in the treatment of such diseases. **Methods** A retrospective study was conducted to collect the treatment and follow-up data of patients with subacute thyroiditis and neck pain in the department of endocrinology of Pingxiang hospital of traditional Chinese medicine and inpatient department. The treatment cycles and the treatment effect clinical of data of Ningjia tablet with oral glucocorticoid group (treatment group) and Glucocorticoid group (control group) differences in efficacy, systematic analysis of the two groups was compared. **Results** The total duration of treatment in the treatment group was significantly shorter than that in the control group ($P < 0.05$). The improvement of clinical syndrome in the treatment group was better than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Ningjia tablets combined with glucocorticoid in the treatment of subacute thyroiditis has exact effect, can better improve clinical symptoms and shorten the treatment cycle.

Keywords: subacute thyroiditis; glucocorticoid; Ningjia tablet; therapy of combined traditional Chinese and Western medicine; gall

亚急性甲状腺炎(SAT)是一种多由病毒感染引起,以短暂颈前疼痛、甲状腺毒症为特征的自限性变态反应性疾病,其发病率为4.9/10万,男女发病比例为1:4.3,以30~50岁的女性为高发人群。中医对亚急性甲状腺炎的描述,特征性症状是颈前瘰疬伴有疼痛,为外感邪毒诱发气血痰瘀聚于颈前喉结部位所致,称之为“瘰疬”^[1-2]。我院内分泌科带头人、国家青年名中医林家坤主任医师以其经验方制作的院内中成药制剂宁甲片,在我院甲状腺疾病临床诊疗过程中大量使用,现就其在亚急性甲状腺炎治疗过程中的疗效做回顾性分析报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部入组病例均为2015年1月—2016年12月萍乡市中医院内分泌门诊及住院部收治的颈前疼痛明显的亚急性甲状腺炎患者,有效病例共42例(女性42例,男性0例);其中宁甲片联合口服糖皮质激素治疗者共23例,平均年龄为(34.70±5.20)岁,纳为治疗组;单纯口服糖皮质激素治疗者19例,平均年龄为(35.30±4.90)岁,纳为对照组。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《中国甲状腺疾病诊治指南》^[3]:根据急性起病、发热等全身症状及甲状腺疼痛、肿大且质硬,结合ESR显著增快,血清甲状腺激素浓度升高与甲状腺摄碘率降低的双向分离现象可诊断亚急性甲状腺炎。

1.3 纳入标准 符合亚急性甲状腺炎诊断标准;年龄18~65岁;伴有颈前明显疼痛症状的患者。

1.4 排除标准 收集资料发现原始临床数据记录不完整,影响临床疗效评估者;未按照规定进行治疗、无法坚持治疗等影响临床疗效评估者;不符合典型亚急性甲状腺炎伴颈前疼痛者;治疗期间出现严重不良反应或者严重并发症者。

1.5 治疗方法 治疗组:口服宁甲片+口服醋酸泼尼松龙片。宁甲片组成:药物主要为生牡蛎、龙骨、夏枯草、旱莲草、丹参、玄参、香附、白芍药、黄芪等混合加工制作成片剂。用法:口服,5片/次,3次/d;在整个治疗过程中服用。醋酸泼尼松龙片(江苏鹏鹞药业有限公司,国药准字H32021728)。用法:初始剂量按照每日0.5 mg/kg,维持1周,根据症状、体征及ESR的变化缓慢减少剂量(每周在原有剂量基础上减少5 mg或

者直接在原有剂量基础上减半剂量),总疗程6~8周或以上。治疗过程中,如出现疼痛症状反复,则根据症状增加口服剂量,延长治疗周期。对照组:单纯口服醋酸泼尼松龙片。治疗过程中如出现甲状腺毒症或甲状腺功能减退,随症加用盐酸普萘洛尔片或左旋甲状腺素片。根据临床表现,结合实验室甲状腺功能检测、心率等,调整用药剂量及停药时间。

1.6 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定。治愈:甲状腺恢复正常,全部症状、体征消失,相关的理化检查恢复正常,停药3个月无复发;显效:甲状腺疼痛消失,甲状腺肿减轻I度以上,相关的理化检查基本正常,停药后无复发;有效:甲状腺疼痛明显减轻,甲状腺肿减轻I度,相关的理化检查指标有所改善,停药后可复发;无效:症状、体征、相关的理化检查均无改善。

1.7 观察指标 观察治疗组与对照组的临床疗效情况及治疗结束3个月后随访复发情况。主要包括治疗过程中2组患者颈前疼痛缓解时间、血沉恢复正常时间、甲状腺肿大恢复情况、总治疗疗程及复发情况等。

1.8 统计学方法 应用SPSS 17.0统计学分析软件进行数据处理和统计学分析, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。计量资料用均数+标准差($\bar{x}\pm s$)表示,等级资料比较采用秩和检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验。

2 结果

经过对2组数据的统计分析,治疗组与对照组颈前疼痛缓解时间、血沉恢复时间比较均无统计学差异,治疗组及对照组治疗SAT均可快速缓解颈前疼痛症状,使血沉恢复正常,考虑糖皮质激素可快速改善上述症状、降低血沉指标。

2.1 治疗疗程分析 见表1。

表1 2组患者治疗疗程比较 (例)

组别	例数	0~4周	5~8周	9~12周	>13周	Z值	P值
治疗组	23	10	9	3	1	-2.001	0.045
对照组	19	3	9	5	2		

经统计2组整体疗程在14~105天,其中治疗组患者平均疗程为(40.21±21.89)d,对照组患者平均疗程为(57.47±23.63)d。经秩和检验,治疗组患者疗程整体短于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 疾病复发情况分析 见表2。

表2 2组患者复发情况比较 [例(%)]

组别	例数	复发例数	复发率	P值
治疗组	23	0	0	0.035
对照组	19	4	21.1	

治疗结束3个月后随访复发情况,治疗组复发率为

0%,对照组复发率为21.1%,经卡方检验,治疗组复发率明显低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),可见宁甲片联合醋酸泼尼松龙片治疗疾病复发情况明显低于单纯使用醋酸泼尼松龙治疗。

2.3 临床疗效分析 见表3。

表3 2组患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	Z值	P值
治疗组	23	17	6	0	0	-2.668	0.008
对照组	19	7	8	4	0		

2组患者治疗有效率均为100%。2组疗效分布情况经秩和检验,说明治疗组患者临床症候改善显著优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

现代西医学对亚急性甲状腺炎的早期治疗主要以减轻炎症反应及缓解疼痛为目的,轻症可用水杨酸或非甾体消炎药,疼痛症状明显选用糖皮质激素治疗。颈前痛症明显的亚急性甲状腺炎年轻患者常常因快速停用糖皮质激素而出现症状复发、病情迁延难愈;而长期服用糖皮质激素易于造成形体肥胖、满月面容、多毛、皮肤痤疮等副作用,对众多女性患者心理造成矛盾困扰,影响服药的依从性,大大降低了患者的治疗体验,影响疾病的预后。

现代中医对亚急性甲状腺炎的研究认识,其病因可归纳为内外因两个方面,责之于内包括体质、情志;责之于外则包括饮食、水土、外感^[5-6]。外感邪毒是主要外因,现代快节奏的生活及社会生存压力导致本病发病率上升,女性的生理特点致使女性发病率明显高于男性,这些都属于情志内伤即发病的内因^[7]。中医治疗从整体出发,根据病因病机,通过辨证辨病结合,初期多以清热解毒、利咽散肿为主,中期侧重疏肝理气、化痰散结,后期则以养阴清热,化痰散结以调整气血阴阳为侧重^[8]。虽然众多研究报道显示中药在治疗亚急性甲状腺炎上取得了显著疗效,但对快节奏生活的现代年轻人来说,个体辨证论治和煎煮中药都显得繁琐、难以坚持。

我院内分泌学科带头人林家坤主任医师结合亚急性甲状腺炎疾病发展的特点,抓住患者服用糖皮质激素的矛盾困扰心理,根据既往治疗经验凝练出经验方并制成中成药片剂宁甲片,对疼痛明显的亚急性甲状腺炎患者采取糖皮质激素配合宁甲片中西医结合治疗方法,一方面以中药消除糖皮质激素的副作用,一方面调整患者的气血阴阳。林家坤主任医师认为糖皮质激素为“纯阳”之品,短期大剂量服用可以鼓动、振奋人体阳气以抵御、祛除外邪,做到短时间内快速缓

解亚急性甲状腺炎患者颈前疼痛症状,但随着服药时间的延长,必将耗损人体自身的阴阳,一旦停用糖皮质激素,机体阴阳已虚反而更易遭贼邪入侵,导致疾病复发。故在宁甲片组方中,选用黄芪益气固表,旱莲草、白芍、玄参等滋养阴液以制“阳”,香附疏理气机,龙骨、牡蛎潜阳安神,兼收敛固涩、软坚散结,夏枯草、丹参等散日久而成的痰瘀之邪。此次回顾性研究显示糖皮质激素联合宁甲片治疗组总体治疗时间及临床症状缓解程度均明显优于单纯糖皮质激素对照组,并且契合了众多患者因糖皮质激素的副作用而寻求中医药治疗的心理特点,在总体疗效得到优化的同时,患者的就医治疗体验也得到了很大的提升。此次回顾性研究因为所在地级市人口基数较少,短期内回顾病案数量有限的特点,期望日后的临床研究,能扩

大研究样本数,增加观察指标,以期对宁甲片治疗亚急性甲状腺炎的临床疗效做出更为详细的评价。

参考文献

- [1]赵进喜,邓德强,王新歧.甲状腺疾病相关中医病名考辨[J].陕西中医学院学报,2005(4):1-3.
- [2]赵进喜.内分泌代谢病中西医结合诊治[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2004:270.
- [3]中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组.中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺炎[J].中华内科杂志,2008,47(9):784-788.
- [4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[S].北京:中国医药科技出版社,2002:392.
- [5]宿申,王东.亚急性甲状腺炎的中西医诊断与治疗[J].实用中医内科杂志,2013(12):166-167.
- [6]王学妍,李明哲,王士彪,等.中药治疗亚急性甲状腺炎疗效 Meta 分析[J].世界中医药,2015(2):268-271.
- [7]解文燕,吴志香.亚急性甲状腺炎中医药治疗概况[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(20):154-155.
- [8]陈乐,王旭.亚急性甲状腺炎的中医治疗进展[J].中医药导报,2015(23):109-111.

(本文编辑:张文娟 本文校对:姚晓文 收稿日期:2018-03-23)

针灸推拿联合西药治疗抑郁症的临床观察

雷 洋

(沈阳医学院附属第二医院精神心理科,辽宁 沈阳 110013)

摘要:目的 研究和探讨针灸推拿配合西药治疗抑郁症的疗效。方法 选择2017年1月—2017年12月收治的200例轻度抑郁症患者,随机分成2组,对照组采取西药常规方法治疗,观察组采取针灸推拿配合西药方法治疗,每组100例,3个月后,对治疗结果进行分析对比。结果 观察组的治疗总有效率明显高于对照组,差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。结论 在西药常规方法治疗基础上介入中医针灸推拿理疗康复可有效提高治疗总有效率,提高患者的生活质量和治疗的依从性,对患者恢复有非常积极的作用,值得在临床上广泛推广使用。

关键词: 针灸推拿; 抑郁症; 中西医结合疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.054

文章编号:1672-2779(2018)-11-0115-02

Clinical Observation on Cupuncture and Massage Combined with Western Medicine in the Treatment of Depression

LEI Yang

(Psychiatric Department, the Second Affiliated Hospital of Shenyang Medical College, Liaoning Province, Shenyang 110013, China)

Abstract: Objective To study and discuss the therapeutic effect of acupuncture and massage combined with western medicine in the treatment of depression. **Methods** From January 2017 to December 2017, 200 cases of mild depression patients in our hospital were collected. They were randomly divided into two groups. The control group was treated with the routine treatment. The observation group adopted acupuncture and massage combined with western medicine treatment. Each group has 100 cases. After 3 months of treatment, the analysis and comparison of treatment results was made. **Results** The total effective rate in the observation group was significantly higher than that of the control group. The difference between the control group and the observation group was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The method of conventional western medicine treatment on the basis of traditional Chinese medicine acupuncture and massage physiotherapy rehabilitation intervention can effectively improve the treatment efficiency, the quality of life and treatment compliance of patients, comparing with the control group, the observation group of patients has a very positive effect, which is worthy of widely used in clinic.

Keywords: acupuncture and massage; depression; therapy of combined traditional Chinese and Western medicine

随着社会经济的发展和人民精神文化生活水平逐渐提高,工作和生活的压力日趋严重,抑郁症患者逐年增加^[1]。抑郁症属于一种情感障碍疾病,但是病因尚不明确^[2]。其临床多表现为情感、知觉以及思维等方面出现障碍,且有精神活动相对不协调。患者在患病期间易出现病情反复发作,有部分患者会有病情恶化甚至加重的情

况,但是一部分患者治疗后能够痊愈或基本痊愈。本研究对我院自2017年1月—2017年12月收治的200例抑郁症患者使用2种不同方法治疗,并深入研究和探讨针灸推拿配合西药治疗抑郁症的疗效和价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院2017年1月—2017年12月收治的

抑郁症患者200例,其中男116例,女84例;年龄29~58岁,平均年龄(42.2±1.3)岁;病程(2.5±3.1)月。将其平均分成2组,每组100例。对照组,男62例,女38例;年龄29~57岁,平均年龄(41.8±1.2)岁;病程(2.6±3.2)月。观察组,男54例,女46例;年龄30~58岁,平均年龄(42.7±1.5)岁;病程(2.4±2.9)月,采用统计学手段对2组患者的数据进行分析,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 诊断符合《中国精神疾病分类与诊断标准》第三版^[1]:患者出现持续性的心境低落2周以上,同时伴有情感、知觉以及思维等方面障碍,且有精神活动相对不协调等症状,严重的具有自杀倾向。

1.3 排除标准 除外器质性疾病及非成瘾性物质导致的抑郁症状。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 采取西药常规方法治疗:①给予盐酸氟西汀(20 mg/次,每天1次口服)联合奥氮平(2.5 mg/次,睡前0.5 h口服)治疗^[2]。②密切关注患者的病情变化及检查结果,随时掌握患者的详细情况。③告知患者及家属良好的饮食习惯和生活习惯对病情的恢复有良好的作用。

1.4.2 观察组 患者在西药常规治疗的基础上采取针灸、推拿等中医治疗的方法。①针灸疗法:协助患者取侧卧位取穴:毫针平刺百会穴0.5~0.8寸;直刺中脘、合谷、太冲、足三里、三阴交、肾俞等穴位0.5~1.5寸;斜刺肝俞、脾俞两穴位0.5~0.8寸,得气后行补法,保持30 min。②推拿疗法,取患者督脉与膀胱经平推10 min、按5 min;取上肢、下肢及腰骶部分别给予揉5 min、按5 min、擦5 min,每次治疗30 min。治疗周期为10天1个疗程,治疗3个疗程,每两个疗程间隔20天。同时给予患者心理及运动干预治疗。且告知患者及其家属精神状态、良好的情绪和平衡神经活动对患者的康复有非常积极的作用。①心理干预:要根据患者的实际情况对其进行安慰和鼓励,缓解患者紧张和焦虑的心情,疏导患者的不良情绪,保证患者在轻松愉快的状态下进行康复治疗,增强患者对医护人员的信任感,提高患者对医护人员的依存度和配合度。②运动干预:对患者行被动治疗和主动治疗,减少患者身体功能的障碍,对预防、恢复和改善患者身体功能低下起到积极的作用。

1.5 疗效评价标准 疗效评价分为4个等级:痊愈(治疗后患者临床症状全部消失,可正常工作及生活)、显效(治疗后患者的临床症状基本消失或症状消失2/3以

上)、有效(治疗后患者的临床症状消失1/3以上)、无效(治疗后患者的临床症状无任何好转或比原有症状加重)。

1.6 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行数据统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用%表示, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

对照组患者总有效率为63%,观察组患者总有效率为92%。结果显示,观察组患者总有效率明显高于对照组患者,差异存在统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组的疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	100	28	35	29	8	92(92)
对照组	100	11	24	28	37	63(63)

3 讨论

随着抑郁症的患者逐年增加,越来越多的人重视抑郁症。抑郁症属于慢性疾病,具有复发率高,疗效慢等特点,此类疾病给患者和家属带来极大的经济负担和精神负担^[3]。在临床中,抑郁症多采取药物治疗以进行减少和预防抑郁症的复发,但是这种单一的治疗方式对患者的疗效不理想。而结合针灸推拿中医疗法取得了良好的疗效。中医学研究认为^[4],抑郁症患者大多因情志不畅、机体虚弱、久病大病等导致阴阳平衡失调、经气运行不畅而患病。针灸治疗选择针刺百会、中脘穴可起到升清宁神、降浊通腑之效^[5];针刺足三里具有健脾益气、强壮保健作用,有利于增强患者免疫能力的效果^[6];针刺合谷、太冲能调畅气机、消痹止痛^[4]。推拿治疗具有疏通经络,行气活血,滑利关节之效,有利于缓解患者临床症状,提高患者抗病能力^[7]。本研究通过对200例抑郁症患者进行分组研究发现,采取中医针灸推拿结合西药治疗的观察组的总有效率明显高于仅采取常规治疗的对照组,这充分证明了在治疗过程中介入中医针灸推拿对抑郁症患者的康复有良好的临床效果,能提高患者的生活质量和治疗的依从性,值得在临床上广泛推广使用。

参考文献

- [1]张蓉.小剂量奥氮平联合氟西汀治疗难治性抑郁症的随机对照研究[J].精神医学杂志,2013,26(4):274-276.
- [2]周焱,沈学武.氟西汀合并奥氮平治疗抑郁症的对照研究[J].淮海医药,2011,29(6):95-95.
- [3]刘二军,张伟玲,白亚平.针药联合治疗抑郁症临床疗效观察[J].中国针灸,2013,33(6):497-500.
- [4]马丽,卢艳春.针刺结合中药治疗肝气郁结型抑郁症31例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(6):57.
- [5]高丙南,胡浩然.抑郁症的推拿治疗[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(8):139-140.

(本文编辑:张文娟 本文校对:薛慧英 收稿日期:2018-03-20)

中国穴位埋线疗法系列讲座(76)

中西医治疗高血压的研究进展[※]

高敬辉¹ 杨才德^{2*} 王双平¹ 周 勇¹ 金芝萍¹ 赵 晶¹ 马列胜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: 高血压是心脑血管相关疾病一个最突出的危险因素。积极研究探索有效、可操作性强的具体治疗方案迫在眉睫。目前新一代理想的治疗高血压方法应该具有长效、高效、选择性高、能平稳使血压下降的特点, 更重要的是能保护或者逆转心脑血管损害、保护靶器官、疗效好、副反应少、患者容易接受等。以星状神经节为主埋线治疗高血压, 不仅在临床上能降低患者血压水平, 而且能使血压水平稳定在一个正常的区间。同时通过配穴的埋线, 调理气血, 使靶器官的损害减至最低。笔者认为这种方式治疗高血压所具有的这些优势可为未来高血压的临床治疗开辟一个新的天地。

关键词: 高血压; 星状神经节; 埋线治疗; 综述; 眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.055

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0117-04

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (76)

Research Progress on Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Hypertension

GAO Jinghui¹, YANG Caide^{2*}, WANG Shuangping¹, ZHOU Yong¹, JIN Zhiping¹, ZHAO Jing¹, MA Liesheng¹

(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: Hypertension is a major risk factor for cardiovascular and cerebrovascular diseases. To actively study effective and reasonable treatment is imminent. A new generation of ideal treatment of hypertension should be long-term, efficient, high selectivity, stable and step-down. More importantly, it can reverse the cardiovascular and cerebrovascular remodeling, protect target organs, have good curative effect, few adverse reactions, easy to tolerate patients and improve patients' quality of life. Stellate ganglion-based catgut embedding treatment of hypertension, not only in clinical patients with lower blood pressure levels, but also to stabilize blood pressure levels in a normal range. At the same time through the acupoints embedding, conditioning blood, the target organ damage to a minimum. We believe that this approach to the treatment of hypertension with these advantages can be for future clinical treatment of hypertension to open up a new world.

Keywords: hypertension; stellate ganglion; catgut embedding treatment; review; vertigo

(上接第10期)

全球大约10亿人正在受到高血压的困扰^[1]。2002年调查数据表明,我国>18岁成人高血压患病率约18.8%,保守估计我国约有2亿多人患高血压,约占全球高血压人数的1/5^[2]。高血压是心脑血管相关疾病的一个最突出的危险因素,长期高血压将导致多个靶器官损伤疾病,如:冠心病、心衰、中风、微血管病以及肾脏损害,危害甚至高于高血压病本身。因此,有效控制血压并防治高血压病引发的靶器官损伤是治疗高血压的关键。故研究有效控制血压并能同时防治高血压病引发的靶器官损伤的治疗思路及方法有着很大的现实意义和社会效益。本文主要针对近年来的最新临床研究成果作简要综述。

1 高血压病的诊断

高血压病是指以动脉血压增高,伴有心、脑、肾

和眼底等器官功能性或器质性改变为特征的全身性疾病。正常血压范围为收缩压100~140 mmHg(最高读数)和舒张压60~90 mmHg(最低读数)。血压持续等于或高于140/90 mmHg时,可诊断为高血压。高血压病的常见症状有眩晕、头痛、心悸等,以及表现为神经官能症症状的失眠、健忘、耳鸣、情绪波动等^[3]。

2 西医病理机制

目前认为高血压发病危险因素有:超重、高盐膳食及中度以上饮酒。我国流行病学研究也证明这三大因素与高血压发病显著正相关。目前被学术界普遍接受的致病机制^[4]有以下几种:(1)血管内皮紊乱学说;(2)肾素-血管紧张素-醛固酮学说;(3)内分泌学说;(4)遗传学说;(5)钠与高血压;(6)中枢神经系统和植物神经与高血压;(7)NO与高血压;(8)其他因素:如肥胖、吸烟、饮酒过多、低钾摄入等与高血压病的发生有密切关系。另外,长期紧张、压抑、忧虑、人际关系紧张,也易患高血压病。

这些病理机制均会造成循环血量的异常增加和动

※ 基金项目:甘肃省中医药管理局科研课题[No.GZK-2017-65]

* 通讯作者:13993162751@163.com

脉血管、微血管的异常收缩而使血压增高,以应对器官组织对营养、氧的需求。

3 中医病因病机

中医学认为,高血压的病位、病因、病机与肝的关系密切。病机主要是风、火、痰、虚、瘀为患,病位在清窍,与肝、肾脏关系密切。因情志不遂,肝气郁遏,五志过极化火。或因思虑劳伤,心气郁结,亢盛为火。火热内盛,或阴虚阳亢,发生高血压。若火热蕴于体内,周身脉络皆损,因此,在高血压的发生发展过程中,必然伴随相关经脉及脏器的病变。火热熏蒸气血,耗伤气阴,终致阴虚阳亢,脏腑失调。《内经》曰:“年六十,气大衰,九窍不利。”随着年龄的增长,脏腑逐渐虚衰,风、火、痰、瘀等留滞不去,致气阴渐虚。气血不利。《素问·至真要大论》曰:“诸风掉眩,皆属于肝”,高血压病的不寐、面红、口苦、口干、眩晕等症状均以肝阳上亢症状为主,肝火亢盛、肝阳上亢、肝风内动是最常见的证型。

4 高血压病的西医治疗

4.1 治疗目标 主要治疗目标是:最大程度地降低心血管并发症发生与死亡的总体危险。应当治疗所有可逆性心血管危险因素、靶器官损害和其他并存的疾病。

降压目标: 原则是在患者能耐受的情况下,逐步降压达标。一般应将血压降至140/90 mmHg以下;65岁及以上的老年人的收缩压应降至150 mmHg以下;伴有肾脏疾病、糖尿病或病情稳定的冠心病的高血压患者,降至130/80 mmHg以下,脑卒中后的高血压患者血压应低于140/90 mmHg。

4.2 治疗策略 一般按低危、中危、高危及很高危进行分层。评估患者的危险,在危险分层的基础上作出短期及长期的合理治疗方案。应反复测量血压,如果条件允许,尽可能进行全天候24小时动态血压监测,同时应评估靶器官损害情况,决定是否开始治疗方案。

4.3 常用药物 目前新指南推荐以下药物都适用于高血压的初始及维持治疗(IA):ACEI/利尿剂(噻嗪类/氯噻酮/呋达帕胺)/ β 受体阻滞剂/钙通道拮抗剂/ARB。

4.4 联合治疗 联合治疗的原则^[5]是:(1)选择药代动力学和药效学上可以互补的药物;(2)避免联合应用降压原理相近的药物;(3)联合治疗应较单药治疗提高疗效,加强靶器官保护;(4)减少及抵消不良反应;(5)长效和长效药物联合应用;(6)简化治疗方法,尽可能降低费用。依据DASH原则,WHO ISH 1999年主张合理的药物联合方案^[6]具体如下:(1)利尿剂和ACEI或ARB;(2)利尿剂和 β 受体阻滞剂;(3) β

受体阻滞剂和双氢吡啶钙拮抗剂;(4)钙拮抗剂和ACEI或ARB;(5) β 受体阻滞剂和 α 受体阻滞剂。

5 高血压病的中医治疗

5.1 中药治疗研究进展 对于高血压的中医辨证分型目前没有一个各方均认可的统一标准。根据中医辨证论治的特点,很多中医前辈分型不同,治疗方法多样。蓝福平^[7]将高血压病分5型:心肝阳盛,肝肾阴虚型,肝风内动型,阴阳俱虚型,脾胃气虚型。韩学杰^[8]将高血压病分为4型:痰湿壅盛证,阴虚阳亢证,气血两虚证。李秀峰等^[9]将高血压病分6型:肝阳亢盛,阴虚阳亢型,阴阳两虚型,脾虚肝旺型,脾虚及肺、脾肺气虚型,痰湿壅盛型。曹晓琳^[10]将高血压病分为4型:肝火亢盛型,阴虚阳亢型,气阴两虚型,痰浊壅阻型。顾月珍等^[11]将高血压病患者分为4型治疗:肝阳上扰型,阴虚阳亢型,肾精亏虚型,痰浊上扰型。张朝曦^[12]将高血压病并分为7型:肝阳上亢,热毒亢盛,痰浊内阻,气滞血瘀,肝血不足,中气不足,肾阳不足者。处方为辨证用药常用方。

目前,不论是根据中医辨证论治原则选方治疗还是专方依据不同症状加减治疗,在临床当中均取得了不错的效果。但是我们在临床研究发现,利用中药治疗高血压一般服用药物疗程较长,取效缓慢。很多患者因无法坚持治疗,顺应性较差。

5.2 针灸治疗研究进展

5.2.1 针刺疗法 康明明等^[19]取穴双侧人迎、合谷、太冲、曲池、足三里等治疗高血压,总有效率92.5%。俞华^[20]取穴合谷、曲池、足三里、阳陵泉、阴陵泉、内关、三阴交等,总有效率94%。于慧等^[21]对1989—2012年3月1日国内针刺治疗原发性高血压病的疗效进行了研究,共初检出372篇文献,经筛选后最终纳入18篇文献(共1462例患者)进行分析,结果显示,针刺治疗高血压病在降压疗效方面与西药相同。

5.2.2 放血治疗 吕德可等^[22]采用双耳交替放血,总有效率88.8%。古丽努尔^[23]取百会、脑户、双侧血压点(经外奇穴)、大椎等穴位,点刺放血,总有效率为94.6%。

5.2.3 敷贴治疗 经多人实验证明,服用降压药配合穴位敷贴对治疗高血压有着显著的作用。张魏等^[24]将30例门诊1、2级高血压的病人加用穴位敷贴治疗,总有效率在84%以上。陈红梅等^[25]采用服用降压药物同时应用中药贴敷双侧涌泉穴。证明收缩压与舒张压均显著降低。高血压主要临床表现头晕头痛、心悸恶心、耳鸣乏力等消失或明显好转。

综合上述研究成果来看,近年来中医治疗高血压



病的研究已经取得一定进展。针灸和中药治疗高血压都有一定的疗效。但在临床并未广泛使用,主要原因是高血压病临床辨证分型复杂多变,中成药的临床作用机理尚不完全清楚,降压中成药也没有合理使用。其实在治疗效果方面,目前专家共识认为单纯以血压指标评价疗效很不够,还应对靶器官的损害的逆转有一个评估,中医药在这方面具有一定的优势,理应在高血压的治疗方面占有重要地位。

5.3 埋线治疗最新进展 穴位埋线,是将可吸收性外科缝线置入穴位内,利用线对穴位产生的持续刺激作用以防治疾病的方法。《灵枢·终始》云:“久病者,邪气入深,刺此病者,深内而久留之。”《素问·离合真邪论》说:“静以久留”,这是埋线法产生的理论基础。与传统针灸不同的是,穴位埋线结合了现代医学理论中的放血、创伤修复理论,将针灸疗法中的进针、留针、行针、出针等疗效综合,延长了针刺时间及针感效果。穴位埋线早期因埋线工具限制及线体的排异反应等在临床中没有大量开展。而近几年微创埋线疗法的出现,埋线工具、线体、操作方法的改进,在高血压的治疗上发挥了重要的作用,得到了越来越多临床医生的认同。

唐氏^[26]在病变的特异反应点上运用穴位埋线疗法,虽总体有效率稍低(57.90%),但6个月随访期间未发现血压升高。人民解放军4891部队医院埋线治疗,总有效率80.00%。温氏^[27]在辨证分型选穴的基础上选取敏感反应最明显的穴位埋线,总有效率91.67%。郑氏^[28]在百会、风池、内关、三阴交、足三里、太冲穴等为主穴埋线治疗,总有效率92.00%。武氏^[29]以双侧血压点、心俞、肝俞、肾俞埋线,经随访发现血压平稳,且以轻度高血压患者效果较好,一般不用服用其他降压药。柏氏^[30]以双侧血压点、心俞、肝俞、肾俞为主穴埋线治疗,总有效率98.33%。王氏等^[31]取心俞、膈俞、肝俞、血压点埋线,总有效率87.50%。张氏等^[32]取双侧曲池、足三里、降压点、太冲等穴位埋线后,降压总有效率89.40%。秦氏^[33]取双侧足三里、曲池、穴位埋线治疗瘀阻脑络型高血压3个疗程后,治疗组降压和症状总有效率分别为88.60%和85.70%。徐氏等^[34]在治疗颈性血压异常时选双侧颈穴1和颈穴2,总有效率96.36%。血压平均下降 (1.91 ± 0.15) kPa,治疗前后血压有显著性变化($P < 0.05$)。此外,杨氏^[35]通过制备药线埋藏于所取穴位,总有效率93.33%。田氏等^[36]取顽固性高血压患者双侧心俞、肝俞、肾俞、血压点为主穴,随证配穴埋线并结合降压西药,治疗总有效

率为84.80%。胡氏^[37]、李氏^[38]、张氏^[39]等均用穴位埋线配合口服降压西药治疗,发现综合治疗组在降压及症状改善方面均优于对照组。李氏等^[40]采用穴位埋线配合口服硝苯地平缓释片治疗高血压病,治疗组症状总有效率为85.00%。文氏等^[41]以太冲穴为主穴随证选取配穴埋线联合降压西药治疗高血压病疗效突出,总有效率为97.40%,更能有效降低难治性高血压患者的血压。马氏等^[42]发现穴位埋线结合药物治疗在动态血压情况、血压昼夜节律改善良好,能更好地减轻或去除眩晕、头痛、急躁易怒等症状。

穴位埋线治疗高血压病的机理研究偏少,目前已知的研究成果总结如下:①复合刺激作用:穴位埋线作为一种综合刺激疗法,“留针”可产生持久而柔和的非特异性刺激冲动,经脊髓后角上传至大脑皮层,从而提高了中枢对病理刺激传入兴奋的干扰、抑制和替代,再通过神经一体液调节来调整脏腑,使达到治疗疾病的目的。②提高机体的营养代谢:线体埋入穴位后可使肌肉合成代谢增高,分解代谢降低,肌蛋白、糖类合成增高,乳酸、肌酸分解代谢降低,从而提高机体的营养代谢^[43]。③产生良性诱导:埋线后可在大脑皮层区建立新的兴奋灶,从而对病灶产生良性诱导,缓解病灶放电,保证大脑皮层感觉区细胞机能的正常作用,达到消除疾病的目的^[44]。此外李氏等^[45]认为,其降压机理可能为较长时间刺激穴位使神经内分泌效应得到调整,患者中枢神经系统兴奋性降低,抑制交感神经反射,降低肾素活性、血管紧张素Ⅱ含量、醛固酮含量、心钠素含量、降低血液黏滞度、改善微循环、调节微血管舒缩作用及灌流状态,通过反复刺激以恢复微血管应有的良好紧张性状态,降低细小动脉的外周阻力,改善左心功能等使动脉血压调节达到新的平衡。

6 星状神经节为主埋线治疗高血压最新进展

星状神经节是由第6、7颈部神经节构成的颈部节和第1胸神经节融合而成,有时还包括了第2胸神经节和颈中神经节,其节后纤维广泛分布C3-T12节段的皮肤区域。在功能上属于交感神经节。目前,多认为星状神经节的治疗作用主要有中枢神经作用和周围神经作用两方面,其通过调节丘脑的维护内环境的稳定机能而使机体的植物神经功能、内分泌功能和免疫功能保持正常。星状神经节的穿刺具有一定的风险,针刺和针刀等反复穿刺也会增加风险次数,近年来,星状神经节穴位埋线广泛应用于临床,应用新的穿刺手法回避了上述的风险,并且增强了良性刺激的时间和疗

效,得到了临床医师的认可和使用。

对星状神经节采用埋线的方式干预,不仅在临床上降低患者血压水平,而且使血压水平稳定在一个正常的区间。同时通过配穴的埋线,调理气血,使靶器官的损害减至最低。机体的反应机制可不用启动肾素-血管紧张素-醛固酮系统来为缺血的器官供血。所以Ang II和ALD水平均降低。

7 总结

在过去的几十年治疗高血压病的过程中,专家们逐渐发现,单纯的降低血压是不够的。高血压治疗的最终目标应该是减轻或逆转患者的终末器官损伤,防止严重并发症的发生,从而延长寿命。积极寻找理想的抗高血压药物和研究有效、合理的治疗方案迫在眉睫。随着对高血压发病机制研究的不断深入,治疗高血压措施的研究正在由单纯的降低血压向改善高血压并发症转变,新一代理想的治疗高血压方法应该具有长效、高效、选择性高、平稳降压的特点。更重要的是能逆转心脑血管损害、保护靶器官、疗效好、不良反应少。穴位埋线从根本上调节机体的阴阳平衡,并能控制影响血压波动的危险因素如失眠、焦虑、便秘等,从而有效改善高血压引起的各种不适症状。以星状神经节为主埋线治疗高血压,不仅在临床上降低患者血压水平,而且使血压水平稳定在一个正常的区间。同时通过配穴的埋线,调理气血,使靶器官的损害减至最低。机体的反应机制可不用启动肾素-血管紧张素-醛固酮系统来为缺血的器官供血。笔者认为这种方式治疗高血压所具有的优势可为未来高血压的临床治疗开辟一个新的天地。

参考文献

- [1]张红平,史海霞,薛永亮,等.抗高血压病中药的研究进展[J].时珍国医国药,2010,21(6):1489-1490.
- [2]刘立生,吴兆苏,朱鼎良.中国高血压防治指南[M].3版.北京:人民卫生出版社,2011:5-6.
- [3]张芝兰.高血压病古今中医文献的整理与研究[D].北京:北京中医药大学,2006.
- [4]连彩兰.原发性高血压的发病机制[J].实用医技杂志,2006(9):1671-5098.
- [5]占伊扬,姜潇,黄峻,等.抗高血压药物遗传学研究进展[J].中国全科医学,2007,10(4):329-332.
- [6]吴江.抗高血压药物联合用药研究进展[J].中国药事,2012,26(1):80-83.
- [7]蓝福平.高血压的病因及中医防治要点[J].临床合理用药杂志,2009,2(15):71.
- [8]韩学杰.高血压病中医诊疗方案(初稿)[J].中华中医药杂志,2008,23(7):611-613.
- [9]李秀峰,张瑜珠.高血压病的病因病机、辨证论治及体会[J].中国医药指南,2009,7(4):109.
- [10]曹晓琳.中医辨证治疗高血压130例临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(6):46.
- [11]顾月珍,刘旭玲.高血压病的辨证治疗[J].黑龙江中医药,2007,36(2):27-28.
- [12]张朝曦.中医辨证分型治疗高血压病[J].中国医药指南,2009,7(6):114-115.

- [13]谢富明,陈曦,肖玉玲,等.降压汤治疗高血压病90例[J].中国民族民间医药,2009,50(2):112-113.
- [14]郑明建.半夏白术天麻汤治疗高血压病30例[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(14):33.
- [15]沈金玲,王守富.化痰平肝饮治疗高血压病60例临床观察[J].中国中医急症,2008,17(8):1059-1060.
- [16]纪定国.羚角钩藤汤对原发性高血压合并高血脂症的临床研究[J].中医中药,2011,18(10):92-93.
- [17]潘力强,李耀芳,金庆文.健脾平肝降压汤治疗高血压病的临床研究[J].深圳中西医结合杂志,2007,17(1):22-24.
- [18]张晓霞,王金库.决明天麻饮治疗肝阳上亢型高血压病80例[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(15):172.
- [19]康明明,石学敏.针刺治疗原发性高血压病40例疗效观察[J].中华中医药杂志(原中国医药学报),2013,28(5):1406-1409.
- [20]俞华.五膈穴为主针刺治疗高血压病疗效观察[J].中国社区医师(医学专业),2013,15(4):248.
- [21]于慧,韩晶,谭奇纹.针刺治疗原发性高血压病的疗效分析[J].针灸临床杂志,2013,29(2):39-45.
- [22]吕德可,林闯,钟婷.耳尖放血治疗3级高血压病肝阳上亢证112例[J].中医药临床杂志,2013,25(7):625-626.
- [23]古丽努尔.刺络放血治疗高血压的临床体会[J].中国民族医药杂志,2008(8):35.
- [24]张魏,张学东,唐友琴.穴位敷贴治疗高血压病30例临床疗效和安全性观察[J].医学信息,2010(11):3419.
- [25]陈红梅,陈民.中药穴位贴敷治疗老年人高血压病临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(4):190-191.
- [26]唐天禄.穴位埋线治疗五种慢性病246例初步观察[J].广东医学,1965(5):27-29.
- [27]温木生.穴位埋线治疗高血压病60例[J].陕西中医,1990(9):421-422.
- [28]郑沛仪.肠线穴位埋藏治疗原发性高血压100例[J].广州中医药大学学报,1998,15(2):35-37.
- [29]武润爱.62例高血压病人穴位埋线的治疗与护理[J].中医外治杂志,2000,9(6):56.
- [30]柏树祥.穴位埋线治疗高血压[J].中国民间疗法,2000,8(4):19.
- [31]王旭静,李石良.穴位埋线治疗高血压病32例[J].中国民间疗法,2001,9(7):20-21.
- [32]张洪涛,蒋花.注线法治疗高血压病的临床疗效观察[J].西部中医药,2012(8):89-91.
- [33]秦小永.穴位埋线治疗瘀阻脑络型高血压疗效观察[J].上海针灸杂志,2013(1):21-22.
- [34]徐三文,江卫军.穴位埋线治疗颈性血压异常55例临床观察[J].中国中医骨伤科,1999(4):28-29.
- [35]杨立国.降压灵药线穴位注入治疗高血压病30例[J].中医外治杂志,2003,12(4):11.
- [36]田元生,程广书,王新义,等.穴位埋线治疗顽固性高血压46例[J].中医研究,2008,21(1):567-570.
- [37]胡灿,罗小宁.穴位埋线配合西药治疗原发性高血压的疗效[J].实用医学杂志,2009,25(2):305-306.
- [38]李滋平,闫晓燕.穴位埋线为主治疗高血压病的临床研究[J].针灸临床杂志,2009,25(11):3-5.
- [39]张宏生.穴位埋线治疗原发性高血压病60例[J].中国美容医学,2011,20(22):125.
- [40]李玲,许国防,陈丽.穴位埋线治疗高血压临床研究[J].中医学报,2011,26(6):754-756.
- [41]文秀华,文秀慧.太冲穴埋线治疗高血压180例[J].河南中医,2011,31(7):792-793.
- [42]马界,李明秀.穴位埋线结合降压西药治疗肝阳上亢型高血压38例临床观察[J].现代预防医学,2012,39(16):4281-4284.
- [43]田小刚.穴位埋线合拔罐治疗巨大腰椎间盘突出症37例[J].中国针灸,2007,27(9):684.
- [44]刘旭东,王莹,李益忠.穴位埋线治疗非酒精性脂肪性肝炎疗效观察[J].中国针灸,2010,30(8):637-640.
- [45]李璨,周艳丽,汤杰.穴位埋线配合西药治疗肺肾两虚型慢性阻塞性肺疾病疗效观察[J].中国针灸,2011,31(1):26-29.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李强强 收稿日期:2018-04-17)

(未完待续)

头针结合悬吊训练治疗中风后偏瘫的临床观察※

徐磊 郝群 马哲青

(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 观察头针结合悬吊训练治疗中风后偏瘫的疗效。方法 将中风偏瘫患者50例,按照随机分组法分为观察组和对照组,每组25例。对照组在常规治疗基础上采用悬吊训练治疗;观察组在常规治疗和悬吊训练的基础上进行头针针刺治疗。治疗结束后观察2组患者治疗前后Barthel指数、Fugl-Meyer评分、Brunnstrom分期的变化。结果 治疗结束后,2组与治疗前比较,均可明显改善中风偏瘫患者的运动功能及日常生活能力($P<0.01$),且观察组优于对照组($P<0.01$)。结论 头针结合悬吊训练治疗中风偏瘫患者运动功能障碍的疗效显著,有助于提高患者的日常生活能力,值得临床推广。

关键词:头针;悬吊训练;中风;偏瘫

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.056

文章编号:1672-2779(2018)-11-0121-03

Clinical Observation on Scalp Acupuncture Combined with Sling Exercise in Treating Hemiplegia after Stroke

XU Lei, HAO Qun, MA Zheqing

(Department of Rehabilitation Medicine, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Anhui Province, Bengbu 233004, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of scalp acupuncture combined with sling exercise treating hemiplegia after stroke. **Methods** 50 stroke patients with hemiplegia were randomly divided into observation group and control group, with 25 cases in each group. The control group was treated with sling exercise on the basis of common treatment, and the observation group was treated with scalp acupuncture on the basis of control group. Barthel index, Fugl-Meyer score, Brunnstrom stage changes were observed after treatment in the two groups. **Results** After treatment, motor function and activity of daily life were improved comparing to those before treatment in the two groups ($P<0.01$), and observation group was better than control group ($P<0.01$). **Conclusion** Scalp acupuncture combined with sling exercise can improve motor function and activity of daily life of stroke patients with hemiplegia, which is worthy of clinical application.

Keywords: scalp acupuncture; sling exercise; stroke; hemiplegia

我国目前已逐步进入老龄化社会,因此中风的发病率越来越高,中风患者往往遗留有多个方面的功能障碍,严重影响患者的日常生活、工作及社会交往等功能。其中大部分中风患者遗留有半身不遂、肢体麻木等临床症状,不但影响患者的自理能力,还对患者的生命造成严重威胁^[1]。国外有研究表明核心肌群悬吊训练可以提高脑卒中患者的平衡能力^[2],而且对偏瘫患者采用头针治疗可以较好地促进肢体功能的恢复^[3]。本研究就头针结合悬吊训练治疗中风后偏瘫进行临床观察,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2017年6月—2018年2月于蚌埠医学院第一附属医院康复医学科就诊的中风偏瘫患者50例按就诊顺序随机分为2组。观察组25例,男12例,女13例;年龄42~73岁,平均年龄(58.44±8.26)岁;病程(43.56±11.45)d。对照组25例,男13例,女12例;年龄41~72岁,平均年龄(58.28±7.95)岁;病程(43.00±11.97)d。所有病例符合西医脑血管疾病诊断标准^[4];符合中医中风诊断标准^[5];脑血管意外经CT或MRI检查证实;患者意识清醒,生命体征平稳;签署知情同意书。排除因脑肿瘤、外伤、代谢障碍等疾病引起的偏瘫患者;有严重心、肝、肾等原发性疾病患者。2组患者的年龄、性别、

病程比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 2组患者均给予常规治疗:对所有纳入病例给予常规的药物治疗。对于其他伴随症状或并发症,给予相应处理。所有病例均进行以神经肌肉促进技术和运动再学习疗法为主的常规康复训练。

1.2.1 对照组 在常规治疗的基础上给予悬吊训练:①患者仰卧位,悬吊双侧膝关节、抬起臀部并保持20 s,悬吊患侧膝关节、抬起臀部保持20 s;然后侧卧位,悬吊双侧膝关节、抬起臀部保持20 s^[6]。②腰部训练:训练竖脊肌、臀中肌等肌群为主,在仰卧、侧卧、俯卧等体位下,结合静态、动态闭链运动等,具体动作:患者仰卧单腿悬挂并维持及动态训练;俯卧双腿悬挂并维持等。③多点多轴悬吊训练:选择仰卧位腰椎中立位放置、仰卧位骨盆上抬、侧卧位腰椎中立位放置,3种悬吊治疗方式,训练躯干骨盆的控制能力和患侧下肢负重控制能力。每次治疗40 min,每周5次,共治疗4周。

1.2.2 观察组 在常规治疗和悬吊训练的基础上给予头针治疗。头针:①取穴:选取双侧枕下旁线、顶中线、偏瘫对侧的顶颞前斜线上1/5、顶旁1线。②操作方法:局部常规消毒后,针体与头皮呈15°夹角,快速将针刺入头皮下,当针尖抵达帽状腱膜下层时,指下感到阻力减小,行快速捻转手法,频率约200次/min,持续1 min,开始留针的同时进行常规康复治疗 and 悬吊训练,每次治疗30 min,每周5次,共治疗4周。

※ 基金项目:安徽省蚌埠市市级科技创新指导类项目[No.20160308]

1.3 观察指标 日常生活能力评定采用改良Barthel指数(modified Barthel index, BMI),包括进食、洗澡、修饰、大小便控制、行走等10项内容,总分100分,得分越高表示日常生活活动功能越好。采用Fugl-Meyer评分表评价其运动功能:共50项评分,总分100分,分值越高运动功能越好,总分<50分表示肢体严重功能障碍,50~84分表示肢体明显功能障碍,85~95分表示中等程度功能障碍,96~99分表示肢体轻度功能障碍。评定患者的Brunnstrom分期:将偏瘫肢体恢复情况根据肌张力和运动功能情况分为6个期,包括弛缓期、痉挛期、共同运动期、部分分离运动期、完全分离运动期、正常,分期越高表示上肢功能越好。分别于治疗前、后进行以上功能量表的评定。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0软件对数据进行统计分析处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,2组间比较采用独立样本 t 检验,计数资料比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后Barthel指数评分比较 2组患者治疗前Barthel指数比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性;治疗结束后,2组患者Barthel指数较治疗前均有明显改善($P < 0.01$),观察组评分优于对照组($P < 0.01$),结果提示头针结合悬吊训练在改善中风患者运动功能方面优于单纯的悬吊训练。见表1。

表1 2组患者治疗前后Barthel评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	25	23.80±4.40	55.00±5.59 [*]
对照组	25	23.80±4.15	46.40±5.31 ^{*#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组比较,[#] $P < 0.01$

2.2 2组患者治疗前后Fugl-Meyer评分比较 2组患者治疗前Fugl-Meyer评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性;治疗结束后,2组患者Fugl-Meyer评分较治疗前均有明显改善($P < 0.01$),观察组评分改善优于对照组($P < 0.01$),结果提示头针结合悬吊训练在改善中风患者运动功能方面优于单纯的悬吊训练。见表2。

表2 2组患者治疗前后Fugl-Meyer评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	25	16.88±2.82	48.12±5.14 [*]
对照组	25	16.88±2.46	36.88±5.42 ^{*#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组比较,[#] $P < 0.01$

2.3 2组患者治疗前后Brunnstrom分期比较 2组患者治疗前Brunnstrom分期比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性;治疗结束后,2组患者Brunnstrom分期较治疗前均有明显改善($P < 0.01$),观察组分期优于对照组($P < 0.01$),结果提示头针结合悬吊训练在改善中风患者运动功能方面优于单纯的悬吊训练。见表3。

表3 2组患者治疗前后Brunnstrom分期比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	25	2.48±0.51	3.72±0.61 [*]
观察组	25	2.24±0.35	2.88±0.44 ^{*#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组比较,[#] $P < 0.01$

3 讨论

中风患者的肢体偏瘫严重影响患者的自理能力,给家庭、社会带来沉重负担。因此提高中风偏瘫患者肢体运动功能是中风康复的重要目标之一^[7]。悬吊训练是核心稳定性训练的一种方法,治疗过程中患者处于悬吊状态,属于不稳定支撑面,患者为保持平衡,调整肌肉中本体感受器的参与,形成神经对肌肉的支配^[8]。悬吊训练系统能够提高躯干、髋部深层肌肉力量,这种不稳定状态下开展的力量训练能提高肌肉的收缩能力^[9]。悬吊训练可以通过对患者的躯干、核心肌群等方面的训练,提高患者的核心稳定性、平衡功能。其通过加强重力在训练中的作用,应用生物力学原理,进行闭链运动训练,从而提高了患者的运动功能^[9]。因此对躯干核心肌群的悬吊训练有助于中风偏瘫患者平衡能力和步行能力的恢复^[10]。

中医学认为“五脏六腑之精气皆上注于头”,故针刺头部腧穴,能起到疏通经络、运行气血、扶正祛邪作用。根据大脑皮质中枢交叉支配的原理,针刺偏瘫对侧头部腧穴能促进偏瘫侧肢体运动功能的恢复^[3]。现代研究表明,头针根据传统取穴的原则和方法在相应的头皮上针刺,能有效改善血液流变学等指标,促进病灶周围血管扩张,建立侧支循环,可改善脑细胞营养,调整大脑皮质的功能,促进脑组织的功能改善,进而促使患者偏瘫侧肢体运动功能得以改善^[11]。有实验研究表明头穴透刺可降低缺血性脑卒中大鼠海马区GFAPmRNA的表达,增高海马区NSEmRNA的表达,促进神经干细胞的分化,改善神经功能,达到治疗脑缺血损伤的作用。同时降低氨基酸毒性,减轻脑损伤和脑血管炎性免疫反应,抗自由基损伤,抑制细胞凋亡^[12]。通过针刺头部穴区,可加强大脑皮层功能区之间的协调和代偿,促进神经功能重组^[13]。

本研究采用头针结合悬吊训练治疗中风偏瘫,治疗结束后观察组和对照组Fugl-Meyer评分、Barthel指数评分、Brunnstrom分期方面较治疗前均有明显提高,且观察组疗效优于对照组。结果提示头针结合悬吊训练在提高中风患者运动功能方面优于单纯的悬吊训练,且头针结合悬吊训练在改善中风患者日常生活活动能力和运动模式方面优于单纯的悬吊训练。因此,头针结合悬吊训练可以在中风偏瘫患者的治疗中推广使用,促进中风偏瘫患者运动功能的恢复,改善患者的日常生活活动能力。

参考文献

[1]易保轩.针灸对中风后遗症的治疗效果观察[J].光明中医,2015,30(7):

1476-1477.

- [2] Fujita T, Sato A, Togashi Y, et al. Contribution of abdominal muscle strength to various activities of daily living of stroke patients with mild paralysis[J]. J Phys Ther Sci, 2015, 27(3):815-818.
- [3] Yan Wang, Jiangang Shen, Xiu-min Wang, et al. scalp acupuncture for acute ischemic stroke: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Evid-based Compl Alt, 2012; 480950.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379-380.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994:30-31.
- [6] 晏小华, 熊建忠, 李生伟, 等. 悬吊下躯干控制训练对脑卒中后遗症期运动功能的康复作用[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2017, 17(4):266-269.
- [7] 张建社, 刘朝晖, 常冬梅, 等. 核心稳定性训练结合运动再学习疗法对脑

- 卒中后下肢运动功能障碍的疗效[J]. 中国康复, 2013, 28(2): 114-116.
- [8] 华媛媛. 悬吊训练对脑卒中偏瘫患者躯干功能的影响分析[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(17):288-289.
- [9] 胡川, 顾莹, 李军. 悬吊运动训练对脑卒中后偏瘫患者平衡功能的影响[J]. 中国康复, 2015, 30(2): 114-115.
- [10] 荣积峰, 王卫宁, 吴毅, 等. 悬吊核心稳定训练对脑卒中恢复期患者平衡功能和步行能力的影响[J]. 中国康复, 2017, 32(2): 109-112.
- [11] 余蓝. 头针为主治疗中风后遗症疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2010, 29(2):88-90.
- [12] 田亮, 王金海, 孙润洁, 等. 头针治疗缺血性中风的机制研究进展[J]. 针刺研究, 2016, 41(1):87-93.
- [13] 全逸峰, 孟兆祥, 尹正录, 等. 头针联合跪位躯干强化训练对脑卒中偏瘫患者平衡及步行能力的影响[J]. 中国康复, 2016, 31(4):252-254.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李震宇 收稿日期:2018-03-09)

耳穴埋籽联合雾化 缓解低温等离子扁桃体术后疼痛的效果

杨礼丽

(江苏省中医院耳鼻喉科, 江苏 南京 210029)

摘要:目的 探讨耳穴埋籽联合布地奈德雾化吸入缓解低温等离子扁桃体切除术后疼痛的效果。方法 按随机分类法将2016年12月—2017年12月在耳鼻喉科行低温等离子扁桃体切除术的患者60例分为对照组30例和观察组30例, 对照组患者进行布地奈德雾化吸入, 观察组在对照组的基础上联合耳穴埋籽, 并观察2组患者术后疼痛情况, 研究这2种方法对患者术后疼痛缓解的影响。结果 观察组患者疼痛评分在术后6 h, 24 h和48 h均较对照组明显减轻 ($P<0.05$), 患者咽痛缓解程度明显优于对照组, 且没有出现任何并发症。结论 耳穴埋籽联合布地奈德雾化吸入, 可以有效的减轻低温等离子扁桃体切除术后患者的疼痛情况, 且效果显著。

关键词: 耳穴埋籽; 布地奈德雾化; 低温等离子扁桃体切除术; 疼痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.057

文章编号:1672-2779(2018)-11-0123-02

Effect of Auricular Buried Seed Combined with Atomization on Relieving Postoperative Pain Caused by Low Temperature Plasma Tonsils

YANG Lili

(Otorhinolaryngology Department, Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of auricular seeds combined with budesonide inhalation on relieving postoperative pain caused by low temperature plasma tonsils. **Methods** According to random classification from December 2016 to December 2017 in department of ENT of our hospital for coblation tonsillectomy, 60 cases were randomly divided into control group of 30 cases and observation group of 30 cases. The control group was given coblation tonsillectomy after inhalation of budesonide, and the observation group received plasma after tonsillectomy combined with auricular seeds based on the control group. The pain was observed after operation in the two groups. The effect of these two methods on postoperative pain relief in patients was observed. **Results** The pain score of the observation group after 6 hours, 24 hours and 48 hours significantly reduced comparing with the control group ($P<0.05$). Patients with sore throat in the observation relieved significantly better than that of the control group, and the observation had no any complications. **Conclusion** Auricular seeds combined with budesonide inhalation can effectively reduce the coblation tonsillectomy patient's pain, and has significant effect.

Keywords: auricular seed burial seed; budinaide atomization; low temperature plasma tonsillectomy; pain

低温等离子扁桃体切除术是耳鼻喉常见的一项手术, 利用低温等离子射频的能量, 以较低的温度 (40~70 ℃) 来切除扁桃体, 对扁桃体窝周围组织伤害小, 保护周围黏膜, 并且能够大大减轻患者的痛苦和缩短康复周期。术后患者常有明显的咽痛, 吞咽痛, 尤其在术后的24 h内, 疼痛不仅影响患者的进食说话和睡眠, 而且作为一种伤害性刺激, 甚至可导致全身“应激反应”, 不利于患者的术后恢复^[1]。因此, 如何帮助患者减轻疼痛成为护理过程中需要解决的首要问题。常规的止痛药或多或少都存在一定的副作用和不良反应。

近年来中医得到大力发展, 耳穴埋籽的镇痛效果显著。因此, 本研究在常规布地奈德雾化吸入止痛的基础上, 加入了手术前一天晚上给患者耳穴埋籽的护理措施, 取得了较好的效果评价, 现将过程及结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年12月—2017年12月在我院耳鼻喉科住院的患者60例随机分为观察组和对照组。对照组30例, 其中10岁以下儿童12例, 成人18~57岁18例; 平均住院时间为9.2天。观察组30例, 10岁以下儿童13例, 成人18~59岁17例; 平均住院时间为9.4天。所有患

者均在全麻低温等离子下行扁桃体切除术,术后均未出现原发性出血。2组患者的年龄、病程、手术方式等一般资料比较无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 所有在全麻低温等离子下行扁桃体切除术的患者;无严重心肺功能疾病者;凝血功能正常的患者。

1.3 排除标准 耳廓上有湿疹,炎症,溃疡,冻疮破溃的患者;习惯性流产的妇女,妊娠期、哺乳期的患者;对酒精过敏,胶布过敏的患者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 在术后3天应用布地奈德混悬液 (Astra Zeneca Pty Ltd; JX2009; 2 mL; 1 mg) 1 mg加入生理盐水6 mL中雾化吸入,每天2次,每次15~20 min。

1.4.2 观察组 患者在布地奈德雾化吸入的基础上联合术前一天耳穴埋籽。具体方法:在手术前一天晚上予患者耳穴埋籽,取穴神门、皮质下、心、肾上腺、扁桃体。先用探棒选取穴位(疼痛敏感点),再用75%酒精棉签消毒耳廓皮肤待其自然晾干,将华佗牌磁疗贴(苏州)贴在之前选定的耳部穴位上,食指与拇指相对在耳廓内外进行按压,每个穴位每次按压20下左右,每天按压4~6次,若疼痛发作可临时增加按压,让患者感到酸、麻、胀、痛(俗称“得气”),若耳廓有发热的感觉,疗效更好,春夏留籽2~3 d,秋冬留籽4~5 d,若有脱落,及时联系护士重新埋籽。

1.5 观察指标 分别评估并记录术前,术后6 h、24 h、48 h患者的疼痛评分。采用视觉模拟评分法(VAS法),用一条10 cm的标尺,分为10等份,0分代表无痛,10分代表无法忍受的剧烈疼痛,让患者根据自己的主观感觉从0到10给出疼痛评分。

1.6 统计学方法 采用SPSS 13.0统计软件对数据采用 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

从表1可以看出,2组患者术前VAS疼痛评分都是0分,差异无统计学意义 ($P>0.05$);观察组患者的VAS疼痛评分在术后6 h、24 h还是48 h,均比对照组有明显降低,差异具有统计学意义 (均 $P<0.05$)。

表1 2组术后VAS疼痛评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	术前	术后6 h	术后24 h	术后48 h
观察组	30	0	4.05±0.36	3.21±0.53	2.13±0.35
对照组	30	0	5.52±0.47	4.76±0.64	3.14±0.42
P 值		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

术后疼痛是扁桃体术后常见的症状,疼痛机制是:手术部位周围神经分布密集,手术中可能刺激舌咽神经和迷走神经等痛觉神经纤维触发疼痛,另一方面是术中咽部组织受到机械创伤后发生局部水肿,炎症细胞渗出,释放出组胺、前列腺素和缓激肽等炎性介质

和致痛物质,当这些介质达到一定浓度后使神经末梢感受器敏感度增加,痛阈降低,导致周围性痛觉过敏^[2],从而产生咽部疼痛和异物感。

对于扁桃体术后疼痛缓解,我们科一般采用雾化吸入减轻炎症反应,目前常用的药物是布地奈德。布地奈德雾化吸入可使药液雾化成小于5 μm 的微小药雾颗粒,使其沉积在咽部黏膜,提高局部药物浓度,发挥抗炎消肿的作用,减轻咽部的疼痛。现已有报道布地奈德雾化吸入能减轻扁桃体术后疼痛^[3],对手术引起的局部水肿、疼痛及异物感有较好的疗效。

中医学认为,扁桃体术后疼痛的病机为手术创伤,经络受损,局部气滞血瘀,不通则痛。耳穴埋籽是根据中医经络学理论,通过对耳廓的穴位进行刺激,疏通经络,调整脏腑气血功能,促进机体的阴阳平衡,从而起到预防和治疗疾病的作用。《灵枢·素问》一书中详细记载了耳与脏腑有着十分密切的关系,耳为“宗脉之所聚”,全身各大脉络聚会于耳^[4]。这说明了耳与脏腑在生理功能上密切相关,在病理上是不可分割的。因此,当人的身体某一部位出现病变时,通过经络循行在耳廓的敏感点出现相应的反应,依据这些反应,可以在耳廓相应穴位进行耳穴贴压来治疗。本研究所取的穴位中,“神门”可镇静止痛;“皮质下”可缓解大脑皮层紧张的情况;“心”可镇痛安神;“肾上腺”可抗炎解热镇痛,诸穴合用可获安神镇静止痛之效^[5]。现代医学也证明人体的耳廓分布了丰富的血管、神经和淋巴管,耳穴与神经、体液、脏腑、生物电都有着极其复杂的多途径、多层次的联系,与大脑皮层、躯体内脏有着紧密的联系。当人体的某一脏腑或者组织器官出现异常或者病变时,可以通过经络和神经体液等作用到耳廓相应的穴位上。通过按压对耳廓上相应穴位产生持续的机械性刺激,能促进机体制造内啡肽,起到镇痛的作用;能充分调动体液里的抗痛因子;耳穴的刺激冲动传导到与其对应的中枢神经,与疼痛部位传来的冲动进行作用,从而消除与降低人体对疼痛的感觉。

本研究表明耳穴埋籽结合布地奈德雾化吸入能显著减轻低温等离子扁桃体术后患者的疼痛。另外,耳穴埋籽操作简单,安全无损伤,便宜又便捷,还可减轻患者对止痛药的依赖性,减少使用止痛药引起的毒副作用,患者乐于接受,值得在临床进行推广。

参考文献

- [1]张中军,刘占立,夏利刚,等.术后疼痛应激及术后镇痛对血小板功能的影响[J].中国临床医学,2007,14(6):882.
- [2]Dirks J, M?iniche S, Hilsted KL, et al. Mechanisms of postoperative pain: clinical indications for a contribution of central neuronal sensitization. Anesthesiology, 2002, 97(6): 1591-1596.
- [3]雍惠,郭宏庆,马瑞霞.布地奈德雾化吸入对减轻扁桃体切除术后疼痛的效果观察[J].宁夏医学杂志,2013,35(3):246-247.
- [4]王德鉴.中医耳鼻喉科学[M].上海:上海科学技术出版,1984:6-7.
- [5]陈佩仪.中医护理学基础[M].北京:人民卫生出版社,2012:243-247.

(本文编辑:张文娟 本文校对:夏旭 收稿日期:2018-03-16)

针刺运动疗法对痉挛型脑瘫患儿建立立位平衡的临床观察

罗琼

(赣州市妇女儿童医院康复科, 江西 赣州 341000)

摘要:目的 探讨针刺运动疗法对痉挛型脑瘫患儿建立立位平衡的治疗效果。方法 选取2013年1月—2014年6月在康复科门诊就诊的18~30个月, 坐位平衡达Ⅲ级, 双下肢肌力达4级, 肌张力增高的痉挛型脑瘫患儿82例。随机分为2组, 其中观察组44例, 对照组38例。2组患儿均给予常规运动疗法, 观察组联合给予针刺运动疗法。结果 观察组的肌张力、粗大运动功能及立位平衡缓解均优于对照组 ($P<0.05$)。结论 给予针刺运动疗法的痉挛型脑瘫患儿病例, 双下肢肌力改善明显, 达立位平衡病例数多, 立位平衡达Ⅰ~Ⅱ级。

关键词: 小儿脑瘫; 痉挛型小儿脑瘫; 针刺运动疗法; 头针疗法; 立位平衡; 儿科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.058

文章编号:1672-2779(2018)-11-0125-02

Clinical Observation on Acupuncture Exercise Therapy on the Establishment of Orthostatic Balance in Children with Spastic Cerebral Palsy

LUO Qiong

(Rehabilitation Department, Ganzhou Women's And Children's Hospital, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

Abstract:**Objective** To explore the therapeutic effect of acupuncture exercise therapy on the establishment of orthostatic balance in children with spastic cerebral palsy. **Methods** from January 2013 to June 2014 in our hospital rehabilitation clinic at the age of 1 in June to 2 in June, up to class III sitting balance, lower extremity muscle strength of grade 4, the children with spastic cerebral palsy hypermyotonia 82 cases. The above 82 cases were randomly divided into two groups, of which 44 cases were observed in the observation group and 38 in the control group. Two groups were given routine exercise therapy, the observation group was given acupuncture and exercise therapy [D (before Sishencong and suspensory point line) and D (Baihui Qubin point and line) on the 1/5, at the same time combined with exercise therapy. **Results** The muscle tension, coarse motor function and the relief of orthostatic balance in the observation group were better than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture movement therapy in treating children with spastic cerebral palsy can significantly improve lower extremity muscle strength, Dalit balance case number and standing balance of I ~ ii.

Keywords: children's cerebral palsy; spastic children with cerebral palsy; acupuncture and exercise therapy; scalp acupuncture therapy; vertical balance; pediatrics

针刺运动疗法有狭义和广义之分, 狭义的针刺运动疗法是指在针刺的同时运动患部或在起针后紧接着运动患部。广义的针刺运动疗法, 除了治疗时针刺与运动的配合外, 在整个针刺治疗期间, 患儿每天坚持运动疗法。本研究属于狭义的针刺运动疗法, 即针刺双侧顶颞前斜线及顶颞后斜线的上1/5同时进行运动疗法。头针疗法是在头部特定的刺激区进行针刺治疗的一种方法。根据经络循行分布, 头为手足三阳经交汇之处, 手少阴心经和足厥阴肝经也直接上达头面部, 其余阴经也通过经别合入相表里的阳经上达头面部, 所以头部与整个人体有着密切的联系。运动疗法是康复医学中最主要的治疗方法之一, 是徒手或借助器械, 利用物理学的力学原理来预防和治疗疾病的方法。我

们在治疗过程中发现, 针刺运动疗法即头针疗法配合运动疗法对痉挛型脑瘫患儿建立立位平衡有良好效果。为观察并证实此效果, 特选取2013年1月—2014年6月收治的82例未建立立位平衡的痉挛型脑瘫患儿进行研究, 痉挛型脑瘫分类参照1956年美国脑性瘫痪学会(AACP)修订的分类方法, 以伸张反射亢进作为痉挛型脑瘫的临床特征。现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年1月—2014年6月在我院康复科门诊就诊的痉挛型脑瘫患儿82例, 均满足下列条件: 符合2004年全国小儿脑性瘫痪专题研讨会讨论通过的“小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件”^[1]; 双下肢肌张力增高; 年龄18月~30月; 生命体征稳定; 家长同意参与本研究

表1 临床病例资料

组别	例数	年龄(岁)	男	女	改良Ashworth肌张力分级					立位平衡分级			
					I	II	III	IV	V	0	I	II	III
观察组	44	2.23±0.62	28	16	36	6	2	0	0	41	3	0	0
对照组	38	2.35±0.39	25	13	34	3	1	0	0	36	2	0	0
统计量		Z=1.06	$\chi^2=0.04$		$\chi^2=0.96$					$\chi^2=0.09$			
P值		>0.05	0.84		0.62					0.77			

并签署知情同意书。随机分为2组, 观察组44例, 对照组38例, 2组病例临床资料见表1。

1.2 治疗方法 2组患儿均给予运动疗法, 观察组给予运动疗法的同时配合头针疗法, 针刺部位: 顶颞前斜线(前神聪穴与悬厘穴的连线)及顶颞后斜线(百会穴与曲鬓穴的连线)的上1/5。针刺方法 用30号1.5寸不锈钢毫针, 头部平刺进针1寸左右, 得气后留针30 min, 间隔10 min捻针1次, 平补平泻。阴阳偏盛者, 随证施用补泻手法。每日1次。连续治疗6个月。

1.3 康复疗效评定 在入组时和治疗6个月时采用如下方法对患儿进行评定。

1.3.1 粗大运动功能评定 采用粗大运动功能评估量表-88^[2] (Gross Motor Function Measure-88 Scale, GMFM-88) 评定患儿治疗前后粗大运动功能, GMFM评分以总百分比计算, 即5个功能区原始分占各自总分百分比之和再除以5。

1.3.2 肌张力评定 采用改良Ashworth肌张力分级法进行评定^[3]。

1.3.3 立位平衡评定 采用Berg平衡量表评定方法及评分标准^[4]进行评定。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0统计软件进行处理, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。

2 结果

治疗6个月后, 观察组与对照组粗大运动功能、肌张力及立位平衡缓解比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。立位平衡评分较治疗前明显提高, 见表2。

表2 2组康复疗效比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	GMFM-88	改良Ashworth肌张力分级	立位平衡评分 ^[5]
观察组	44	40.83±28.81	1.03±0.73	0.75±0.21
对照组	38	59.41±23.24	1.42±0.86	0.52±0.17
统计量		3.23	2.19	5.48
P值		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

脑性瘫痪是临床上最为常见的儿童致残性疾病之一。据报道, 该病在我国发病率为1.8%~4%, 占小儿神经与遗传咨询门诊人数的首位^[6]。脑性瘫痪严重影响患儿的各项功能, 降低其生活质量, 给家庭和社会造成了沉重的负担。而痉挛型脑瘫在脑瘫各种类型中发病率最高, 占全部患者的60%~70%^[6]。因此研究和探索一种简便且实用有效的能够建立患儿立位平衡的治疗方法具有非常重要的意义。

痉挛型脑瘫患儿常伴有很多异常姿势, 如头背屈, 角弓反张, 剪刀步态, 尖足, W坐等。因此, 要建立痉挛型脑瘫患儿的立位平衡, 增强足底感觉、建立平衡感显得尤为重要。头针疗法又称“头穴透刺疗法”, 是以针刺头部发盖区内一些特定经穴, 用来治疗全身

疾病的一种专门针刺疗法, 属微刺系统疗法范畴。头皮位于头部有发部分, 头部有发部分是气血汇聚的部位, 素有“头为精明之府”之称, 中医学认为“五脏六腑之精气皆上注于头”, 故针刺头皮特定的部位, 能起到运行气血、调和阴阳和疏通经络、扶正祛邪的作用。随着头皮针的不断发展, 产生了不同风格的流派, 如焦氏头针、方氏头皮针、汤氏头针、张氏头穴治疗、朱氏头皮针等, 最后中国针灸协会根据世界卫生组织亚太地区的建议和要求制定了《头皮针穴名国际标准化方案》^[7]。我科研究的头针疗法是综合焦氏头针及靳三针^[8]等多种针法, 结合我科患儿病情特点, 灵活运用, 取其精华, 形成适合我科实际情况的一套头针疗法。运动疗法是以运动作为治疗手段的物理治疗。也就是说运动疗法是利用运动的方法, 对身体的功能障碍和能力低下, 能够起到预防、改善和恢复作用的一种特殊治疗。运动疗法的主要目的包括: ①运动时抑制不必要的收缩, 使之充分迟缓; ②降低肌张力, 扩大关节活动度; ③增强肌力和耐力; ④保持适当的肢位和体位; ⑤保持各肌群相互间的协调性。我院通过运动疗法对痉挛型脑瘫患儿进行徒手或借助器械共同降低肌张力, 提高四肢肌力, 抑制异常姿势, 促进患儿立位平衡的建立。观察组在运动疗法的基础上每日同时加用头针疗法, 在一定程度上弥补了运动疗法只是被动活动患儿四肢及单一的模式训练, 可以较持续地刺激头皮反射区, 从而达到事半功倍的效果。

脑瘫患儿在进行运动疗法的过程中常因模式单一、被动训练而延长了治疗时间, 本研究是通过对比观察2组GMFM-88、改良Ashworth肌张力分级及立位平衡评分情况, 结果提示, 观察组肌张力降低幅度明显大于对照组, 观察组粗大运动评分提高幅度明显高于对照组, 观察组建立立位平衡的病例数明显较对照组多。通过观察, 观察组患儿完成其他动作的协调性也较对照组有一定程度的改善。头针疗法操作方法的简单, 无毒副作用, 在治疗师的监控下基本不存在危险性, 具有较强的可行性。因此, 对于痉挛型脑瘫患儿给予针刺运动疗法能有效降低肌张力, 提高双下肢肌力和各肌群的协调性, 建立立位平衡。

参考文献

- [1]《中华儿科杂志》编辑委员会, 中华医学会儿科学分会神经学组. 小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件及分型[J]. 中华儿科杂志, 2005, 43(4): 262.
- [2]邹小兵. 发育行为儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 318-322.
- [3]何成奇. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 11.
- [4]赵永昌. 康复医学与治疗技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 669.
- [5]李树春. 小儿脑性瘫痪[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2000: 1-5.
- [6]左启华. 小儿神经系统疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 704-709.
- [7]朱明清. 中国头皮针[M]. 广州: 广东科技出版社, 1993(5): 5.
- [8]袁青. 靳瑞针灸传真[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007(1): 212.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 陈福建 收稿日期: 2018-03-23)

耳穴压豆治疗高血压 30 例

刘 燕

(江苏省中医院泌尿外科东五病区, 江苏 南京 210029)

摘要:目的 观察传统中医疗法耳穴压豆对高血压患者的疗效。方法 将60例高血压患者随机分成观察组和对照组, 每组30例, 对照组患者进行西医常规治疗, 观察组患者在对照组基础上进行耳穴压豆治疗, 均治疗4周后观察疗效。结果 观察组患者降压效果明显优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 中医传统疗法耳穴压豆具有操作方便、简单、创伤小等一系列优点, 可广泛推广应用于临床。

关键词:耳穴压豆; 高血压; 中西医结合疗法; 眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.059

文章编号:1672-2779(2018)-11-0127-02

Auricular Pressing Therapy in the Treatment of Hypertension for 30 Cases

LIU Yan

(Eastern Five Ward of Urology, Jiangsu Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

Abstract: **Objective** To observe the curative effect of traditional Chinese medicine auricular pressing therapy in the treatment of hypertension. **Methods** 60 patients with hypertension were randomly divided into two groups, 30 patients in each group. The patients in the control group were treated with routine western medicine. The patients in the observation group were treated with auricular pressing on the basis of the control group. After four weeks of treatment, the curative effect was observed. **Results** The hypotensive effect in the observation group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Traditional Chinese medicine auricular pressing therapy has a series of advantages such as convenience, simple operation and small trauma, and can be widely used in clinical practice.

Keywords: auricular pressing; hypertension; therapy of combined traditional Chinese and Western medicine; vertigo

高血压 (hypertension) 是指以体循环动脉血压 (收缩压和/或舒张压) 增高为主要特征 (收缩压 ≥ 140 mmHg, 舒张压 ≥ 90 mmHg), 可伴有心、脑、肾等器官的功能或器质性损害的临床综合征。其临床表现为头痛、头晕、心烦、失眠、急躁易怒等。随着人们生活水平的提高, 高血压作为最常见的慢性病, 也是引发心脑血管疾病最主要的危险因素。正常人的血压随着内外环境以及气温的变化也会在一定范围内波动。中医学将其归类于肝阳上亢、肝风内动、气血亏虚、肝肾阴虚等范畴^[1]。

发生高血压的危险因素包括以下几点: (1) 遗传因素: 大约60%的高血压患者有家族史。目前认为是多基因遗传所致, 30%~50%的高血压患者有遗传背景。(2) 精神和环境因素: 长期的精神紧张、激动、焦虑, 受噪声或不良视觉刺激等因素也会引起高血压的发生。(3) 年龄因素: 发病率有随着年龄增长而增高的趋势, 40岁以上者发病率高。(4) 生活习惯因素: 膳食结构不合理, 如摄入过多的钠盐、低钾饮食、大量饮酒、摄入过多的饱和脂肪酸均可使血压升高。吸烟可使动脉粥样硬化的过程加速, 为高血压的一大重要危险因素。(5) 药物的影响: 避孕药、激素、消炎止痛药等均可影响血压。(6) 其他疾病的影响: 肥胖、糖尿病、睡眠呼吸暂停低通气综合征、甲状腺疾病、肾动脉狭窄、肾脏实质损害、肾上腺占位性病变、嗜铬细胞瘤、其他神经内分泌肿瘤等^[2]。

中医学认为, 人的五脏六腑均可以在耳朵上找到相应的位置点。当身体出现疾病时, 往往会在耳廓上

的相应穴位区出现反应, 刺激这些相应的反应点及穴位, 就可以起到防病治病的作用, 这些反应点及穴位就被称为耳穴^[3]。耳穴压豆法是在耳针疗法的基础上发展起来的一种保健方法。具体操作是将表面光滑近似圆球状或椭圆状的中药王不留行籽或小绿豆等, 贴于0.6 cm×0.6 cm的小块胶布中央, 然后对准耳穴贴紧并稍加压力, 使患者耳朵感到酸麻胀或发热的感觉, 中医称之为“得气”, 贴到穴位以后嘱患者每天自行按压数次, 每次1~2 min。每次贴压后根据气候等因素的变化可保持3~7 d不等。

耳穴压豆的关键是选准穴位, 即耳廓上的敏感点, 常用的选穴方法有以下几种: (1) 直接观察法: 对耳廓进行全面检查, 观察有无脱屑、水泡、丘疹、充血、硬结、疣赘、色素沉着等, 出现以上变形、变色点的相应脏腑器官往往患有不同程度的疾病, 可以用耳穴贴压治疗。(2) 压痛点探查法: 当身体患病时, 往往在耳廓上出现压痛点, 而这些压痛点大多是压豆刺激所应选用的穴位。方法是用前端圆滑的金属探棒或火柴棍, 以近似相等的压力, 在耳廓上探查, 当探棒压迫痛点时, 病人会呼痛、皱眉或出现躲闪动作。现将本科室收治的60例高血压患者进行耳穴压豆的疗效报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本科室2017年5月—2017年11月收治的60例高血压患者随机分成对照组和观察组, 每组30例。其中, 对照组男性16例, 女性14例, 病程 (10±26) 年, 二级高血压患者17例, 三级高血压患者13例; 观察组男性15例, 女性15例, 病程 (12±30) 年, 二级高

血压患者16例,三级高血压患者14例。2组患者年龄及高血压分级比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 见表1。

表1 血压水平及分类 (mmHg)

类别	收缩压	舒张压
正常血压	90~140	60~90
一级高血压	140~159	90~99
二级高血压	160~179	100~109
三级高血压	180	110

1.2.2 中医诊断标准 慢性病起病逐渐加重,或急性起病,或反复发作。可见有头晕目眩,视物旋转,轻者闭目即止,重者如坐车船,或见头痛,可伴有恶心呕吐,眼球震颤,耳鸣耳聋,汗出,面色苍白等。一般分为以下几种类型:肝阳上亢型:以血压升高兼见眩晕,伴头目胀痛、面红耳赤、烦躁易怒、舌红苔黄、脉弦数为辨证要点;肝肾阴虚型:以血压升高兼见眩晕,伴头痛耳鸣、腰膝酸软、舌红少苔、脉细数为辨证要点;阴阳两虚型:以血压升高兼见头晕目眩、心悸失眠、腰腿酸软、畏寒肢冷、小便清长、舌淡、脉沉细为辨证要点;痰浊中阻型:此证多见于肥胖型高血压病患者。以血压升高兼见头晕头胀、沉重如裹、胸闷多痰、肢体沉重麻木、苔腻、脉滑为辨证要点。一般高血压一期多属于肝火上扰,舌质红、苔薄白;高血压二、三期偏于肝阳上亢、肝肾阴虚,舌质红或绛红少苔;阴阳两虚证,可见舌质淡;气阴两虚证,舌偏胖有齿痕,舌质较淡;形体肥胖者可表现为痰浊中阻的舌象,即舌质淡红,苔白腻或黄腻。

1.3 治疗方法 2组患者均采用低盐低脂饮食,适当运动,保持情绪稳定等良好的生活习惯。对照组常规采取西医口服药物治疗,观察组在对照组基础上加用耳穴压豆治疗,取穴:交感、心、肾、降压沟等穴位。在光线充足、易于操作的环境下,患者取舒适卧位,先用拇食指紧拉耳轮后上方,由内至上,分区观察,用探棒用力均匀地探压寻找压痛点,当压到敏感点时,患者会出现皱眉、呼痛等反应,然后用75%酒精由内向外、自上而下酒精擦拭2遍,待干后将王不留行籽贴于敏感点上,按压这些贴于耳朵上的王不留行籽,可感觉到和之前一样的“得气”感,可双耳更换贴压,2周为1个疗程,2个疗程后观察疗效。

1.4 疗效评价标准 降压效果参照中华人民共和国卫生部制定的《中药新药治疗高血压病的临床疗效评定》的判断标准^[4]。显著:舒张压下降 ≥ 10 mmHg并降至正常或下降20 mmHg以上;有效:舒张压下降虽未达到10 mmHg,但降至正常或下降10~20 mmHg;无效:未达到有效水平。

2 结果

见表2。

表2 2组及疗效比较

[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	60	30	23	7	53(82)
观察组	60	45	36	4	56(93)

注:与对照组比较, $P<0.05$

3 医案举隅

患者李某,男性,72岁,自诉患高血压11年,平时常规服用降压药物控制血压。最近时感手脚麻木、头晕、头痛,近1周的血压值波动在收缩压(150~180) mmHg、舒张压(100~115) mmHg。运用中医四诊的方法收集资料,患者形体胖、舌红、苔白、脉弦,证属:肝阳上亢、肝火上炎。治法:平肝潜阳、泻火宁神。针对患者的具体病情,选择中医耳穴压豆治疗,取单侧耳降压沟、降压点、神门、内分泌、脑、耳后肾穴。将王不留行籽置于菱形胶布上,压于耳穴上,每穴压1粒,每次按揉各穴3~5 min,每日按压3次,每隔3日换压对侧穴位,连续治疗1个疗程,测量血压为:收缩压(140~175) mmHg、舒张压(100~110) mmHg,继续治疗1个疗程,测量血压:收缩压(135~150) mmHg、舒张压(90~100) mmHg,期间四肢麻木、头晕头痛症状缓解,多次监测血压均平稳。

4 讨论

高血压是一种遗传性疾病,与人们的生活习惯、饮食结构、运动水平、情绪等因素息息相关。随着生活水平的提高,高血压的发病率呈上升趋势,如果血压长时间控制不佳,会引起心、脑、肾多器官功能的损害,必须给予足够的重视,积极有效地控制血压。权威统计一半以上高血压患者死于肾衰竭、心衰竭,与降压西药关系重大。西药会让患者产生强烈的药物依赖性,带来头晕、恶心、心慌、哮喘、水肿等副作用。对于睡眠、情绪不好导致的假性高血压一旦服用降压药就判了死刑。降压药使血压调节机制高速退化,高血压患者要想摆脱药物,就要恢复人体血压调节系统,不能盲目使用西药降压。而且随着患者病情的变化以及药物的更改、加量、升级等,会加重患者的经济负担。在日常的生活中除了按医嘱服用药物以外,还可以运用中医整体观念、辨证论治、辨证护理的原则给患者实施适当的中医操作。帮助患者养成良好的生活习惯、健康的饮食结构、培养乐观的情绪等,在此基础上配合运用中医耳穴压豆的治疗,使患者血压控制在平稳的状态,以达到更好的临床效果。

参考文献

- [1]郭璇,谭华梁.耳穴压豆合中医护理治疗高血压43例疗效观察[J].湖南中医杂志,2014,30(4):15-16.
- [2]杨信才,王燕.耳穴治疗原发性高血压病研究概况[J].医学研究及教育,2009,26(1):63-65.
- [3]周亚滨,吴华慧.耳穴贴压法治疗高血压病疗效观察[J].中国中医急症,2012,21(10):1680-1681.
- [4]唐科毅.耳穴压豆中医护理在高血压患者中的应用效果观察[J].中医临床研究,2017,9(18):49-50.

(本文编辑:张文娟 本文校对:夏旭 收稿日期:2018-03-27)

子午流注法耳穴贴压表 在泌尿系结石疼痛中的临床应用[※]

王丽萍 湛婷婷

(江西省中西医结合医院护理部, 江西 南昌 330003)

摘要:目的 研究子午流注法耳穴贴压表对缓解泌尿系结石(石淋)患者疼痛的临床应用效果。方法 选择2016年1月—2016年12月就诊于泌尿外科的泌尿系结石患者60例,随机分为对照组30例及观察组30例,2组均进行基础治疗,对照组采用常规耳穴压豆技术进行耳穴贴压,观察组采用子午流注法耳穴贴压表进行耳穴贴压。7d为1个疗程。结果 观察组疼痛缓解有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 子午流注法耳穴贴压表应用于泌尿系结石(石淋)患者疼痛的中医护理技术中,增加了耳穴贴压的技术质量,增强了耳穴贴压的效果和患者的依从性,能有效缓解疼痛,增强疗效。

关键词:子午流注法;耳穴贴压;贴压表;石淋;疼痛;泌尿系结石

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.060

文章编号:1672-2779(2018)-11-0129-03

Clinical Application on Midnight-noon Ebb-flow Acupoint Selection Method of Auricular Pressure in Urinary Calculi Pain

WANG Liping, CHEN Tingting

(Nursing Department, Jiangxi Province Hospital of Combined Traditional Chinese and Western Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330003, China)

Abstract: **Objective** To study the clinical effect of midnight-noon ebb-flow acupoint selection method of auricular point sticking pressing table in urinary calculi (urolithiasis). **Methods** From January 2016 to December 2016, 60 patients with urinary calculi in department of urology were randomly divided into control group of 30 cases and observation group of 30 cases. The two groups were all treated with basic treatment. In the control group, the normal auricular point pressing technique was used to press the auricular acupoints, and in the observation group, the auricular acupoint pressing table was used to carry out the auricular acupoint sticking pressure by meridian injection. 7d was a course of treatment. **Results** The effective rate of pain relief in the observation group was significantly higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The midnight-noon ebb-flow acupoint selection method of auricular points pressing table used in urinary calculi (urolithiasis) TCM nursing in patients with pain increase the protection of the technical quality of auricular points, enhance the effect of auricular plaster therapy and patients' compliance, effectively relieve pain, and enhance effect.

Keywords: midnight-noon ebb-flow acupoint selection method; auricular pressure; pressure meter; urolithiasis; pain; urinary calculi

泌尿系结石,是一种世界范围的常见病、多发病。可发生于泌尿系统任何部位,可分为上尿路结石和下尿路结石,前者是肾结石和输尿管结石,后者是膀胱结石和尿道结石^[1]。中医学范畴称“石淋”,又称“腰痛”,其发病率呈上升趋势,在发达国家的发病率为10%~12%。泌尿系结石病原发于肾脏,其临床表现为突然出现腰痛或绞痛,疼痛呈持续性或间歇性,并由输尿管向会阴及阴束等处放射,可伴有血尿,排尿困难或尿流中断等因其复发率高。在临床上一一般采用解痉扩管,止痛,中医护理技术采用耳穴贴压等治疗。从2016年1月—12月采用笔者设计的子午流注法耳穴贴压按压表,应用于耳穴压豆治疗泌尿系结石的患者疼痛中,取得满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016—2017年我院泌尿外科泌尿系结石患者60例,随机分为2组。对照组30例,男性22人,女性8人。年龄22~75岁,病程1d~3年;肾结石:

6例,输尿管结石:24例。观察组30例,男性23人,女性7人;年龄24~67岁;病程2d~3年;肾结石:6例,输尿管结石:24例。2组一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 根据国家中医药管理局发布的《中医病症诊断疗效标准》^[2]中的石淋诊断标准,①腰部及肾区或下腹疼痛不适,尿频、尿急、尿痛,经肾脏B超、X线检查或肾盂造影确诊为尿路结石;②肾功能正常;③结石以下无尿路梗阻。

1.3 纳入标准 ①符合诊断标准;②首次发病;③单发结石。

1.4 排除标准 ①存在心肺等严重疾病;②有明显肾或输尿管积水;③不能坚持治疗的患者;④耳廓有畸形、损伤、缺如者。

1.5 治疗方法

1.5.1 基础治疗 了解患者疼痛的部位、时间、性质等,运用传统常规治疗及护理。

1.5.2 对照组 在基础治疗上采用耳穴压豆技术的常规健康宣教方法,根据结石部位,性质,采用耳穴贴压技术,主穴(2~3个)选择肾、输尿管、膀胱、尿道、

※ 基金项目:江西省南昌市科学技术局指导性科技计划项目【No. 20169636】

三焦、胆穴选择,依据辨证分型选择相应配穴(2~3个)加减,如交感、神门、脾、皮质下等,在选择耳穴上无差异,常规指导患者按压方法,一日3~5次。

1.5.3 观察组 在治疗与选穴上同于对照组。

观察组在基础治疗上运用子午流注法耳穴贴压表进行宣教指导,依据所选的耳穴,依据人体十二经脉气血流注顺序所对应的一天十二时辰,见表1,选择按压时间,如9:30(巳时,入脾经),15:30(申时,入膀胱经),18:30(酉时,入肾经),21:30(亥时,入三焦经)等,并指导患者每天在特定时间内进行有效按压,以酸麻胀痛等感觉为得气,示按压有效,而在按压表中打“√”直观记录按压的情况。子午流注法耳穴贴压表正面为患者的基本信息、诊断、症状、取穴、子午流注所取时间段、按压次数及按压感觉等,设计为表格式,书写简便,反面为耳穴贴压技术的注意事项及子午流注法时间表。

表1 十二时辰与十二耳穴配属关系

时间	寅	卯	辰	巳	午	未	申	酉	戌	亥	子	丑
耳穴	肺	大肠	胃	脾	心	小肠	膀胱	肾	心包	三焦	胆	肝

依据以上的配属关系,选择按压的相应时辰。

1.6 观察指标

1.6.1 疼痛评定 采用数字评分法,利用疼痛标尺让患者自己判断治疗前后指数的变化,0表示无痛,10表示无法忍受,中间由1~9表示疼痛的严重程度。

1.6.2 肾绞痛疗效标准 显效:治疗30 min内疼痛消失或下降6个疼痛指数以上,静息时疼痛指数<3;有效:30 min内下降3~5个疼痛指数,静息时疼痛指数<3;无效:疼痛不能缓解或加重。

1.6.3 满意度评定 患者对治疗进行满意度评价,分为满意、一般、不满意。满意度=(满意+一般)例数/总例数×100%

1.7 统计学处理 应用SPSS 15.0软件分析,计数资料用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验处理, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2组临床效果及满意度比较见表1~2。观察组的临床效果及满意度优于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组临床效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	17	6	7	23(76.67)
观察组	30	23	5	2	28(93.33)

注:与对照组比较,※ $P < 0.05$

表3 2组满意度比较 [例(%)]

组别	例数	满意	一般	不满意	满意度
对照组	30	15	7	8	22(73.33)
观察组	30	26	3	1	29(96.67)

注: $P < 0.05$

3 讨论

泌尿系结石,中医称为“石淋”,由于饮食肥甘、湿热、郁积于下焦煎熬尿液而成结石,泌尿系结石的主要症状为突然剧烈腰痛或绞痛。耳穴贴压法^[1]是在耳穴疗法的基础上发展起来的,通过经络传导,达到通经舒络、调节气血、防治疾病的一种治疗方法。中医学认为人的五脏六腑均可以在耳朵上找到相应的位置,当人体有病时,往往会在耳廓上的相关穴区出现反应,刺激这些相应的反应点及穴位,可起到防病治病的作用,这些反应点及穴位就是耳穴,使用王不留行压迫穴位,通过经络传导达到治疗目的,该方法简便易行,不受时间、地点限制,且无创伤性,广大患者容易接受。耳穴压豆在泌尿系结石中广泛使用,具有良好的止痛效果。患者由于疼痛,对护理人员的依赖性,疾病困扰精神状况,老年患者记忆力衰退等情况,在行耳穴贴压技术后,部分患者未做到每天按时、定时、规范、有效地按压30 min,从而影响耳穴贴压的疗效,未达到缓解或消除症状效果,及延长疾病转归过程。子午流注法耳穴贴压表促进了耳穴贴压技术按压刺激的规律性、规范性、有效性,减少患者对医护人员的依赖性,保障耳穴贴压技术的疗效。

子午流注法是我国古代医学中时间针灸学的重要组成部分,以“天人相应”的观点为基础,结合人体经脉循行,气血流注的原理,配以阴阳、五行、地支等学说而形成的,以一天十二时辰(地支)配合相应经脉按时开启的方法^[4]。子午流注理论是将人体的脏腑经络气血运行对应结合十二地支,从子时到午时,循环灌注,如环无端,盛衰开阖不进。又分为纳支法和纳甲法。本研究应用的为纳支法,是专以时辰为主的十二经流注,即根据经络气血流注最盛的时刻按压此经在耳穴上相应部位^[5]。本研究观察组中选择按压的时间为气血流注脾经、膀胱经、肾经、三焦经的时辰,更有效地调动经络气血,达到更好的疗效。我科采用子午流注法耳穴压贴按压表应用于泌尿系结石疼痛的临床护理技术中。保障耳穴贴压技术实施质量增强耳穴贴压技术的疗效,有效地缓解症状,促使疾病康复,促进中医护理技术的临床应用,取得满意效果。

在耳穴贴压治疗中应用子午流注法开穴法^[6]治疗痛证等,经临床病症观察,疗程短,见效快。耳穴治疗学,时间开穴法的根据是明代杨继州《针灸大成》十二经脉地支歌,歌曰:“肺寅大卯胃辰宫,脾巳心午小未中,申胱酉肾心包戌,亥焦子胆丑肝通。”针对泌尿系疼痛而采用耳穴贴压的患者,使用子午流注法耳穴贴压表,结合耳穴贴压技术如肾、输尿管可疏通经络,调节气血;交感穴可缓解内脏平滑肌痉挛;神门穴镇静等作用,及子午流注法顺应“天人合一”的自然规律,保障了耳穴贴压的疗效,减轻病痛,增加了

患者的依从性,提高了满意度,促进中医护理技术的临床应用。

参考文献

- [1]陈孝平,外科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:574.
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:26-27.
[3]李玉婷.穴位注射联合耳穴压豆治疗泌尿系结石[J].中医药临床杂志,

2015(2):207-208.

- [4]梁永林.子午流注纳子法理论探源[J].甘肃中医学院学报,2010,27(6):13-15.
[5]王燕,周苹,徐素萍.子午流注指导下耳穴贴压在预防前列腺增生术后便秘中的应用[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(5):191-193.
[6]郭守毅.子午流注纳子法在耳穴治疗上的应用[J].按摩与引导,1998;(6):36.

(本文编辑:张文娟 本文校对:付莲英 收稿日期:2018-03-20)

环境的湿度调控对痰湿阻滞型膝关节骨性关节炎疼痛护理的影响[※]

刘萍^{1,2} 李敏^{1,2} 陈晓锋^{1,2} 曹云^{1,2} 陈水金^{1,2}

(1 福建中医药大学附属康复医院推拿一科,福建 福州 350003; 2 福建省康复产业研究院,福建 福州 350003)

摘要: 目的 探讨环境相对湿度护理对寒湿型膝关节骨性关节炎(KOA)患者疼痛效果的影响,以期得出痰湿阻滞型KOA患者的最适环境湿度。方法 以痰湿阻滞型KOA患者60例为研究对象,随机分为环境湿度40%组、45%组、55%组各20例,在其住院期间相同大小和设置病房、常规治疗、常规护理的基础上,分别维持上述湿度,对比分析3组患者治疗前后疼痛VAS评分,比较3种环境护理下疼痛的缓解情况。结果不同环境相对湿度对寒湿型KOA患者疼痛有影响($P < 0.05$),且湿度45%组2周内的疼痛缓解率明显高于40%组和55%组。结论 适宜的环境湿度护理,能够缓解痰湿阻滞型KOA患者的疼痛症状,无明显不良反应,患者易接受,具有临床护理价值,值得推广使用。

关键词: 膝关节骨性关节炎; KOA; 环境湿度; 疼痛; 痹证; 痰湿阻滞; 护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.061

文章编号:1672-2779(2018)-11-0131-02

The Effect of Environment Humidity Control on Nursing of Patients with Knee Osteoarthritis Pain of Syndrome of Yang Deficiency and Coagulated Cold

LIU Ping^{1,2}, LI Min^{1,2}, CHEN Xiaofeng^{1,2}, CAO Yun^{1,2}, CHEN Shuijin^{1,2*}

(1. Orthopedics Rehabilitation Department, Rehabilitation Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

2. Fujian Rehabilitation Industry Research Institute, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

Abstract: **Objective** To study the environmental impact of relative humidity of cold dampness type nursing on patients with knee osteoarthritis pain, in order to obtain the optimal humidity period the patients yang dampness type of knee osteoarthritis. **Methods** 60 cases of cold dampness type of knee osteoarthritis patients were selected as the research objects. They were randomly divided into 40% group, 45% humidity group and 55% group, with 20 cases in each group. In the hospital ward, the same size and set the basis of the routine treatment and routine nursing period, maintain the humidity, contrast analysis and treatment of patients with after the VAS (visual analogue scale) pain score, comparison of 3 kinds of relieving pain nursing environment were carried out. **Results** The relative humidity has an effect on pain in patients with cold dampness type of knee osteoarthritis ($P < 0.05$), and 45% humidity group within 2 weeks of pain relief was significantly higher than the 40% group and 55% group. **Conclusion** The appropriate environmental temperature nursing can relieve the pain symptoms of KOA patients with phlegm-dampness block, have no obvious adverse reactions, be easily accepted by the patients, and have clinical nursing value, which is worth popularizing.

Keywords: knee osteoarthritis; KOA; environmental humidity; pain; arthromyodynia; phlegm stagnation; nursing

膝关节骨性关节炎(Knee osteoarthritis, KOA)是中老年人易患的一种常见病、多发病。患者常有反复发作的关节疼痛、关节肿胀及关节活动障碍,尤其下蹲、上下楼时明显,严重者膝关节畸形。本病发病率高,虽然该病死亡率较低,但可引起疼痛不适、功能障碍,对中老年人的身体健康产生严重影响,给患者的生活带来诸多痛苦与不便,降低患者生活质量^[1]。目前KOA已成为世界各国医学界研究的热点之一,关于

KOA的护理研究较多,但未见环境湿度护理的相关研究。本研究通过拟定3组环境湿度,探讨可控制痰湿阻滞型KOA的进展,减轻疼痛和关节肿胀的最适环境湿度,对防止疾病复发具有重要的意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年12月—2018年3月在福建中医药大学附属康复医院推拿一科就诊的KOA患者60例,纳入标准:(1)西医诊断符合美国风湿病学会2001年制定KOA诊断标准;中医证候诊断标准综合《中医病证诊断疗效标准》^[2]以及《中药新药临床研究指导原则》^[3]中KOA证候诊断标准。(2)疼痛数字评价量表(Numeric Rating Scale, NRS)评分4~7分;(3)意识清

※ 基金项目:福建省康复产业研究院技术创新平台子课题【No. 2015Y2001-20】;福建省科技厅科技平台建设项目【No. 2015Y2001】;福建省康复产业研究院/福建省康复技术重点实验室建设项目

楚,性别、年龄不限;(4)愿意配合调查,能够准确表达个人感受。排除标准:(1)不符合上述诊断标准和纳入标准者;(2)已接受其它有关治疗,可能影响本研究的效应指标观测者;(3)合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病以及精神病患者。将患者随机分为病房湿度40%组,45%组、55%组,每组20例。湿度40%组男11例,女9例;年龄(55.85±5.54)岁。湿度45%组男8例,女12例;年龄(55.65±5.67)岁。湿度55%组男9例,女11例;年龄(54.35±5.43)岁。3组年龄、性别、治疗时间、治疗前VAS评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 每个病室都装有湿度仪、加湿器、空调,3组患者入住前通过加湿器、空调分别调节病房湿度为40%、45%、55%,基于仪器的稳定性,病室湿度波动在1%内,入住后患者全程在病房里接受相同常规治疗及护理:参照国家中医药管理局“膝痹病(KOA)临床路径”的诊疗方案,对纳入病例进行常规治疗,治疗项目包括中医针灸、手法推拿、中药内服、中成药外用等综合治疗,疗程2周。常规护理包括:情志护理、生活护理、病情观察、用药护理、功能锻炼、康复指导。于治疗前、治疗7 d后、治疗14 d后分别对患者进行疼痛评分,收集所有数据。

1.3 疗效评定标准 根据视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale/Score, VAS)进行评分,方法如下:划一条10 cm的横线,横线的一端为0,表示无痛;另一端为10,表示剧痛;中间部分表示不同程度的疼痛,患者根据自我感觉准确在横线上描绘疼痛的程度。轻度疼痛平均值为(2.57±1.04)分;中度疼痛平均值为(5.18±1.41)分;重度疼痛平均值为(8.41±1.35)分。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用方差分析。

2 结果

通过环境湿度调节,湿度变化对寒湿型KOA患者疼痛VAS评分具有影响,45%组明显高于其他3组;45%组在7 d、14 d内的疼痛缓解率明显高于其他2组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1~2。

表1 3组治疗后VAS评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗后
40%组	20	5.92±1.49
45%组	20	4.45±0.87
55%组	20	5.52±1.17
F值		4.536
P值		0.005 ¹⁾ 0.039 ²⁾ 0.428 ³⁾

注:1)40%组与45%组比较;2)45%组与55%组比较;3)40%组与55%组比较。基于仪器的稳定性,病室湿度波动不超过1%

表2 3组疼痛缓解率比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	7天	14天
40%组	20	3(15)	14(70)
45%组	20	8(40)	18(90)
55%组	20	5(25)	15(75)
χ^2 值		3.24	2.55
P值		<0.05	<0.05

3 讨论

中医学认为KOA属中医“膝痹”范畴,《内经》曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹也”“所谓痹者,各以其时重感于风寒湿者也”^[4]。中年以后,肝肾渐衰,肾虚不能主骨,肝虚无以养筋。因肝肾亏虚,或阳虚寒凝,筋骨失于濡养,加之老年久病,劳损外伤,风寒湿邪乘虚侵入筋骨,导致气血瘀滞、经络痹阻而成。该疾病发作除内因外,大多伴有风寒湿三邪外侵^[5-9]。而其中以“湿”对膝痹复发影响巨大,故治疗本病,关键在于补益肝肾、祛风散寒除湿,而在预防疾病护理上主要体现在除湿防寒保暖等生活环境的改变^[6]。目前关于KOA的护理尚未见就环境相对湿度做专门研究的报道。生活环境是与人类关系最密切的各种自然和人工条件,它关系着人们的健康。在人们生活中,适宜的湿度不仅带给人们舒适的体验,更有利于患者治疗和康复,生活中调节环境湿度达到合适的水平,可以防止患者因受寒导致的KOA加重或复发。

综上所述,本病好发于中老年人,一般室内舒适湿度保持在40%~60%,在生活护理上我们拟通过设定环境湿度接近45%的不同环境,在相同常规治疗的基础上,比较3组治疗前后VAS评分和干预不同时间疼痛缓解情况,发现湿度变化对寒湿型KOA患者疼痛效果具有影响,接近45%环境湿度对缓解KOA疼痛的影响效果最好,对于KOA的治疗和防护有着重要的意义。

参考文献

- [1]黄艳红,陈冬霞.中医辨证护理措施应用于膝痹患者的效果探讨[J].现代诊断与治疗杂志,2016,27(7):1357-1358.
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1999:33.
- [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,2002:349-353.
- [4]李小寒.护理学基础[M].5版.北京:人民卫生出版社,2014:123.
- [5]许洪涛,陈西民,王宝山,等.奇正消痛贴治疗KOA的疗效观察[J].中国当代医药,2011,18(24):124.
- [6]付冬瑞.膝关节滑膜炎中西医结合治疗近况[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(1):85.
- [7]宋理萍.天灸疗法防治阳虚寒凝型KOA 36例[J].江西中医药,2014,45(8):61-62.
- [8]何玲.KOA早期护理干预的疗效观察[J].光明中医,2013,28(16):1249.
- [9]魏红.浅谈老年骨关节病的治疗和预防[J].中华临床医药杂志,2003,4(20):65-66.

(本文编辑:张文娟 本文校对:曹云 收稿日期:2018-03-23)

中医护理对乳腺癌患者癌因性疲乏的干预效果

田莉

(中国医科大学附属盛京医院肿瘤一科, 辽宁 沈阳 110022)

摘要:目的 观察中医护理在乳腺癌患者癌因性疲乏中的应用价值。方法 选择2015年4月—2017年6月本科接诊的乳腺癌患者74例,采用随机数表法进行分组:试验组($n=37$)实施中医护理,对照组($n=37$)实施常规护理。观察2组癌因性疲乏症状的缓解情况,比较患者满意率等指标。结果 试验组干预后的癌因性疲乏量表评分为 (2.73 ± 1.81) 分,明显比对照组的 (3.94 ± 2.06) 分低,组间差异显著($P < 0.05$)。试验组的护理满意率为97.3%,明显比对照组的81.08%高,组间差异显著($P < 0.05$)。结论 积极开展中医护理工作,可有效改善乳腺癌患者的癌因性疲乏症状,提高临床护理质量。

关键词: 癌因性疲乏; 乳腺癌; 干预效果; 中医护理; 五音疗法; 虚劳

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.062

文章编号:1672-2779(2018)-11-0133-02

The Intervention Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing on Breast Cancer Patients with Fatigue

TIAN Li

(Oncology Department, the Affiliated Shengjing Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

Abstract: Objective To observe the application value of TCM nursing in cancer patients with breast cancer. **Methods** 74 cases of breast cancer patients who were selected from April 2015 to June 2017 were selected. They were randomly divided into experimental group ($n=37$) implemented TCM nursing and control group ($n=37$) carried out routine nursing. The symptom relief of two groups of cancer patients was observed, and the satisfaction rate of patients was compared. **Results** The CFS score of the experimental group was (2.73 ± 1.81) , which was significantly lower than (3.94 ± 2.06) of the control group, and there was significant difference between groups ($P < 0.05$). The nursing satisfaction rate of the experimental group was 97.3%, which was significantly higher than 81.08% of the control group, and there was significant difference between groups ($P < 0.05$). **Conclusion** To actively carry out the nursing work of traditional Chinese medicine can effectively improve the symptoms of cancer in breast cancer patients and the quality of clinical nursing.

Keywords: cancer related fatigue; breast cancer; intervention effect; traditional Chinese medicine nursing; five-note therapy; consumptive disease

对于癌症患者来说,癌因性疲乏是其比较常见的一种症状,可对患者的身体健康造成较大损伤,同时也会严重影响其日常生活^[1]。相关资料记载,乳腺癌乃临床恶性肿瘤类疾病,国内发病率达到37.86/10万^[2],可采取放化疗或者是手术疗法来对患者进行治疗,但患者在治疗期间会出现癌因性疲乏的情况,使得其预后效果大受影响。对此,我们需要注重对乳腺癌患者进行有效的护理干预。本研究将以74例乳腺癌患者(接诊于2015年4月—2017年6月)为对象,着重剖析乳腺癌患者癌因性疲乏应用中医护理的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本科2015年4月—2017年6月接诊的乳腺癌患者74例,以随机数表法进行分组:试验组和对照组各37例。其中,试验组的年龄为35~68岁,平均 (49.2 ± 3.1) 岁;TNM分期为Ⅱ期者,4例;Ⅲ期者,15例;Ⅳ期者,18例。对照组的年龄为36~69岁,平均 (49.5 ± 3.2) 岁;TNM分期为Ⅱ期者,5例;Ⅲ期者,16例;Ⅳ期者,16例。患者均经病理学检查确诊符合乳腺癌诊断标准^[3],为中医气血两虚证型。比较各组的TNM分期等基线资料, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 排除标准 意识不清楚者;严重肝、肾等器官疾病者;病情不稳定者;既往有精神病阳性家族史亦或者是精神病史者;未签署知情同意书者;严重智力障碍者;临床资料不全者。

1.3 护理方法 所有患者在治疗期间都实施常规护理,包括:饮食指导,疾病宣教,病情观察,用药指导等。试验组加用中医护理方案,具体如下:

(1) 选择患者的太阳穴、神门穴、百会穴、关元穴、内关穴、涌泉穴以及足三里穴,并由专科护士对患者的上述穴位进行科学的按摩,100次/穴,每日2次。因患者患侧的肢体活动不便,可采取按摩捶打穴位的方式。与此同时,还应指导患者做适量的腹式呼吸训练,1 min/次,2次/d。在训练的过程当中,可放一些轻松舒缓的音乐,以帮助患者缓解心理压力,提高治疗配合度。

(2) 参考《黄帝内经》一书中提出的“五音应五脏”观点,同时结合五行生克的规律,在《中国传统五行音乐》中进行选取,让患者在每天的不同时间段中听不同的音乐,具体为:早10~11点,播放《梅花三弄》;午餐时,播放《花红月圆》;下午3~4点,播放《紫竹调》;晚7~8点,播放《胡笳十八拍》。

(3) 在对患者实行穴位按摩护理之前, 护士需要向患者详细解释穴位按摩的作用、目的和意义等, 并及时对患者的不良情绪进行有效的疏导, 从而提高患者的配合度与信任感。按摩后, 和患者进行良好的沟通, 积极帮助其消除心中的疑惑和不安感, 帮助纠正不良认知。

(4) 合理应用中医护理技术, 比如: 于每晚临睡前, 予以患者中药泡脚护理, 告诉患者在中药泡脚期间需取最舒适的体位, 轻轻闭上双眼, 缓慢呼吸, 摒除心中的一切杂念, 充分感受药物在皮肤组织中的渗透。此外, 还应根据患者的病情状况予以中药湿敷以及艾灸等护理。

(5) 治疗前, 引导患者大声说出带有激励性的语言, 比如: 今天我更有力量, 积极面对, 我就一定会取得成功, 治疗后病情便会好转等, 从而帮助患者树立起面对疾病的信心。建立医患微信交流群, 让患者在微信群中每天各分享一件懊恼以及愉快的事情, 与此同时, 患者也可通过微信群发送治疗期间遇到的问题, 医师和护士看见后便会及时向患者作出解答。

1.4 观察指标 参考癌性疲乏量表 (CFS) 评分标准^[4], 对2组干预前/后的癌因性疲乏症状作出评估。此量表包含有3个维度, 共有15个条目, 其中, 认知疲乏有4个条目, 躯体疲乏有7个条目, 情感疲乏有4个条目。采取Likert 5级评分法, 总计各条目得分为患者的CFS评分。分值越高, 提示癌因性疲乏症状越严重。

利用本科自制的调查问卷, 对2组分别进行护理满意率的相关调查, 调查结果分为不满意、满意和非常满意3个等级, 评分标准依次是0~59分、60~89分、90~100分。

1.5 统计学方法 数据以统计学软件SPSS 20.0分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 经 t 检验; 计数资料以 (%) 表示, 经 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 CFS评分比较 经评估, 试验组干预前的CFS评分和对照组比较无显著差异, $P > 0.05$; 干预后, 试验组的CFS评分明显比对照组低, 组间差异显著 ($P < 0.05$)。如表1。

表1 2组CFS评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后
试验组	37	4.26±1.58	2.73±1.81
对照组	37	4.31±1.17	3.94±2.06
t 值		0.1547	2.6840
P 值		0.8775	0.0090

2.2 患者满意率比较 试验组的患者满意率为97.3%, 比对照组的81.08%高, $P < 0.05$ 。如表2。

表2 2组患者满意率比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意率
试验组	37	22(59.46)	14(37.84)	1(2.7)	36(97.30)
对照组	37	14(37.84)	16(43.24)	7(18.92)	30(81.08)
χ^2 值					13.6436
P 值					0.0002

3 讨论

临床在确诊乳腺癌之后, 常常会采取综合性疗法对患者进行治疗, 比如手术、放疗以及化疗等, 但有报道称, 在治疗的过程中, 受癌因性疲乏症状困扰的患者约有70%~100%。由于癌因性疲乏属于一种主观性的、持续性的、可让人感觉到痛苦的症状, 主要来源自认知的、身体的以及情感的疲惫, 亦或者是与肿瘤有关的耗竭, 以注意力不集中、非特异性无力、全身技能衰退、兴趣减少、虚弱以及嗜睡等为主症, 可对患者的生活质量造成较大影响。

中医学将癌因性疲乏纳入“神劳”“虚劳”的范畴, 病因是脏腑亏损以及气血阴阳虚衰等^[5]。而中医护理则能通过穴位按摩、中药泡脚、言语开导、音乐疗法以及中药湿敷等方式, 让患者达到情志舒畅的状态, 并能起到调整脏腑、增强机体抗癌能力以及补养气血的作用。相关研究表明, 对40例乳腺癌手术患者施以中医护理干预之后, 其癌因性疲乏症状的缓解情况明显优于仅接受常规治疗的40例对照组患者; 并且, 干预组护理后的匹兹堡睡眠质量指数为 (8.55±0.90) 分, 明显比对照组的 (9.98±0.94) 分低。可见, 中医护理的实施, 不仅有助于促进乳腺癌手术患者癌因性疲乏症状的缓解, 同时还能有效提高其睡眠质量。

本研究试验组和对照组均实行了常规护理, 其中, 试验组加用了中医护理法, 结果显示, 试验组干预后的CFS评分明显比对照组低, 组间差异显著 ($P < 0.05$); 实验组的患者满意率明显比对照组高, 组间差异显著 ($P < 0.05$)。

总之, 积极对乳腺癌患者施以中医护理, 可有效缓解其癌因性疲乏症状, 提高护理满意率, 促进病情恢复。

参考文献

- [1]王绍彬. 中医情志护理对乳腺癌患者癌因性疲乏的干预效果[J]. 中西医结合护理(中英文), 2017, 3(9):96-98.
- [2]刘青. 系统护理对乳腺癌患者围手术期癌因性疲乏及生活质量的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(28):27-29.
- [3]姚宝菊. 护理干预对缓解乳腺癌患者癌因性疲乏的效果观察[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(5):48-49.
- [4]吴加花, 郑雪, 冯燕虹, 等. 系统化护理对乳腺癌患者在 TCA 方案治疗期间负性情绪及癌因性疲乏的影响[J]. 国际护理学杂志, 2016, 35(12):1666-1668, 1669.
- [5]曹鑫, 张欢, 刘玲, 等. 正念训练干预对乳腺癌患者化疗后癌因性疲乏的研究[J]. 重庆医学, 2016, 45(21):2953-2955.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 王欣然 收稿日期: 2018-03-30)

痔瘕熏洗剂联合光子治疗仪 对低位肛周脓肿术后临床观察及护理

李 丹

(江苏省中医院肛肠科, 江苏 南京 210029)

摘要:目的 观察痔瘕熏洗剂联合光子治疗仪配合有效的整体辨证护理措施对于低位肛周脓肿术后创面的疗效。方法 将30例低位肛周脓肿术后患者按1:1随机分配原则分为治疗组和对照组;治疗组术后用痔瘕熏洗剂坐浴,常规换药加用光子治疗仪照射创面;对照组常规温水坐浴换药。2组均给予优质整体护理。结果 治疗组患者术后能明显减轻疼痛,减少渗液的生成,创面的愈合时间也短于对照组,愈合效果也较好。结论 痔瘕熏洗剂联合光子治疗仪配合有效的整体辨证优质护理方案对于促进肛周脓肿术后创面愈合疗效确切。

关键词:痔瘕熏洗剂;光子治疗仪;肛周脓肿术后;优质护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.063

文章编号:1672-2779(2018)-11-0135-03

Clinical Observation and Nursing of Zhilou Lotion Combined with Photon Therapeutic Instrument on Low Perianal Abscess after Operation

LI Dan

(Proctology Department, Jiangsu Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

Abstract: **Objective** To observe the curative effect of Zhilou lotion combined with photon treatment instrument combined with effective nursing measures for holistic wound of low perianal abscess after operation. **Methods** 30 cases of patients by 1:1 were randomly divided into treatment group and control group. The treatment group was treated with postoperative Zhilou lotion hip bath with conventional dressing and irradiation treatment of wounds with photon. The control group received conventional warm water hip bath. The two groups were given high quality holistic nursing. **Results** The patients in the treatment group can obviously reduce the pain after operation, reduce the formation of the fluid, the healing time of the wound is shorter than that of the control group, and the healing effect is better. **Conclusion** Zhilou lotion combined with photon treatment instrument combined with effective nursing plan can promote the overall quality of syndrome differentiation perianal abscess postoperative wound healing efficacy.

Keywords: Zhilou lotion; photon therapeutic instrument; postoperative perianal abscess; high quality nursing

肛周脓肿是指肛管、直肠周围软组织或其周围间隙内发生急性化脓性感染,并形成脓肿,临床主要表现为肛周持续性疼痛,受压或咳嗽时加重。脓肿术后常有水肿、疼痛、渗液等情况发生^[1]。肛周脓肿发生后患者疼痛难忍,药物治疗仅能起到抗炎、缓解症状的作用,难以发挥治愈的效果。一般确诊为肛周脓肿的患者需要进行手术治疗,辅以科学的护理^[2]。我科对于肛周脓肿术后的患者应用痔瘕熏洗剂联合光子治疗仪治疗及实施有效的整体辨证护理方案,可有效促进伤口愈合,取得比较好的临床效果,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 30例患者为肛肠科2017年2月—2017年11月住院患者,按照1:1随机分配的原则分为治疗组(痔瘕熏洗剂联合光子治疗仪组)15例和对照组15例。2组患者一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 肛周脓肿的诊断标准是根据2012年由中华中医药学会提出发布的《中医肛肠科常见病诊疗指南》^[3]中“肛管直肠周围脓肿”的诊断标准:局部疼痛、红肿,由直肠指检有波动感及触压疼痛性肿块,无全身症状,肛周局部穿刺可抽出脓液,通常出现于肛提肌以下间隙为低位肛周脓肿。

1.3 纳入标准 ①符合诊断标准,且已签情同意书者;②年龄在18~60岁;③无心脑血管疾病,肝肾功能正常,无糖尿病等慢性疾病;④无手术及麻醉相关禁忌证。

1.4 排除标准 过敏体质,对痔瘕熏洗剂过敏者及对光子治疗仪产生的光源过敏

1.5 治疗方法

1.5.1 药物及治疗仪 痔瘕熏洗剂(批号:20161209)由虎杖、五倍子、鱼腥草、大黄、苦参、荔枝草、防风、黄连等组成,江苏省中医院生产。光子治疗仪型号:Carnation22;仪器编号:C22G15C00776。

1.5.2 治疗方法 治疗组及对照组术后均需西药消炎治疗,与患者建立信任关系,有效沟通。治疗组:于术后第1日开始,晨起便后,给予痔瘕熏洗剂100 mL,加温水2000 mL,坐浴15 min,每日2次,坐浴后先予碘伏棉球消毒创面,取合适体位,充分暴露治疗部位,注意保护患者隐私,调整光源,用黑色罩子罩住光源,防止灼伤患者眼睛,调整灯头角度,让光斑中心对准创面,并使光源至创面的距离为15~25 cm,打开光子治疗仪。每天照射1次,每次时间为15 min,治疗过程中观察患者面色,关注患者身体及心理变化情况,观察渗液流出情况,保持局部清洁卫生,观察皮肤情况,

防止灼伤等意外发生,治疗7 d,从术后第1天计算。对照组:术后晨起便后,予温水2100 mL,坐浴15 min,每日2次,坐浴后先予碘伏棉球消毒创面,再予无菌纱布覆盖胶布固定。

1.5.3 护理方法 2组均给予优质整体护理。

术后护理:疼痛的患者,遵医嘱耳穴埋籽,将王不留行籽作用于相应的耳穴,可取神门、交感、皮质下、直肠等穴,以缓解术后疼痛。术后常规手指点穴:合谷、内关、曲池以预防麻醉后或药物引起的恶心呕吐。术后预防肛周湿疹,予中药涂擦,术后观察小便情况,有些患者除了手术麻醉因素外也会因为焦虑引起小便不利,指导患者保持心情舒畅,也可温毛巾敷小腹部,避免烫伤,也可遵医嘱予患者艾灸治疗,取肾俞穴,三阴交穴,膀胱俞,以上方法均无效者,可遵医嘱予保留导尿。

饮食护理:指导患者饮食宜清淡、易消化、高蛋白、高纤维素为原则,忌食辛辣刺激、肥甘厚味、腥发之品,忌烟酒。宜食清热泻火解毒的食品,如绿豆、金银花、马齿苋等,可饮菊花银花茶,食用绿豆薏仁粥等。

1.6 观察指标

1.6.1 创面渗液 参照《中医外科学》总论中辨脓的原则。量少:渗液未渗透1块纱布(0分);量中等:渗液渗透1块纱布(1分);量多:渗液渗透超过2块纱布及以上(2分)。

1.6.2 创面疼痛 创面疼痛采用VAS疼痛指数评分。0~10分为疼痛逐渐增加,0分为无痛,10分为剧痛难忍。

1.6.3 创面愈合情况 愈合时间:术后第1天开始创面完全上皮化所需天数^[4]。

1.7 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]中对肠痛的治疗效果评价标准,术后30 d统计疗效。治愈:肛门疼痛消除,排便无障碍,创面无出血、无渗出,创面完全愈合;有效:肛门疼痛减轻,排便疼痛减轻,创面无出血、无渗出,创面肉芽组织新鲜,生长状况良好,创面缩小75%;未愈:肛门疼痛未减轻,排便疼痛,创面出血、渗出较多,创面肉芽组织色暗,生长状况较差,创面缩小25%。

1.8 统计学方法 采用SPSS 13.0软件对所有数据进行t检验($P<0.05$)。

2 结果

见表1~4。

表1 2组第3、7天创面渗液情况 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	用药第3天	用药第7天
治疗组	15	1.87±0.68*	0.56±0.35*
对照组	15	2.76±0.46	0.98±0.21

注:与对照组比较,* $P<0.05$

表2 2组疼痛评分、创面愈合时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	疼痛评分(分)	创面愈合时间(d)
治疗组	15	2.53±0.18*	15.29±2.85*
对照组	15	3.39±0.21	19.34±3.21

注:与对照组比较,* $P<0.05$

表3 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
治疗组	15	13	2	—	86.6
对照组	15	11	4	—	73.3

3 讨论

中医认为,患者素体亏虚、饮食不节、情志不调、瘀血阻滞等均是影响创口恢复的重要因素。正气存内,邪不可干,术后患者气血受损,气为血之帅,气虚则血行不畅,瘀血阻滞;气虚卫外不固、外感六淫等均会导致机体阴阳失调,造成创口迁延难愈^[6]。中药熏洗法是可以避免口服药物的首关消除效应,能直接将药物作用与手术创面,先熏蒸再洗创面,同时在熏洗过程中指导患者作提肛运动,能更利于药物吸收,促进组织微循环,改善手术创面局部血运情况,更好地促进切口愈合。中医学认为,肛周脓肿切排术致肌肉损伤,术后气滞血瘀,气血运行受阻,不通则痛;津液外溢,故常见创面疼痛、渗液、愈合时间长,治疗当活血化瘀、消肿止痛、敛疮生肌^[7]。我院最新的痔瘕熏洗剂组成:鱼腥草、大黄、五倍子、苦参、荔枝草、防风、虎杖、黄连。方中大黄性寒,味苦,能清热泻火燥湿;五倍子味酸,苦,可以收敛湿疮止血;虎杖味苦,微寒,能活血化瘀,鱼腥草、苦参和荔枝草合用能清热解毒排脓;黄连有清热凉血的功效;防风可祛湿解痉止痛。诸药合用,清热解毒、利湿消肿止痛、收湿敛疮,使毒邪尽去,气血通络,创面自愈。痢疮疮毒,具有活血化瘀、止痛、收敛、促进上皮生长的作用^[8]。

光子治疗仪是一种物理治疗方法,是我科对于肛周脓肿患者除了手术方法以外的一种辅助促进创面愈合的方法。光子照射可增加白细胞的吞噬功能,提高机体免疫力,促进渗出物的吸收,从而达到消肿、消炎作用,光子生物效应同时降低了炎症部位的五羟色胺含量,产生镇痛疗效^[9]。在红光照射后,线粒体的过氧化氢酶活性增加,这样可以增加细胞的新陈代谢,使糖元含量增加,蛋白合成增加和三磷酸腺苷分解增加,从而加强细胞的新生,促进肉芽组织生长及创面的愈合;同时也增加白血球的吞噬作用,提高机体的免疫功能,达到消炎、止痛的效果^[10]。

从临床运用来看,使用痔瘕熏洗剂联合光子治疗仪对低位肛周脓肿术后治愈率86.6%,能促进渗液吸收,有效减轻疼痛感,促进手术创面愈合,提高患者

舒适度,可以推荐广泛应用。

参考文献

- [1]董明飞.肛周熏洗仪配合中药熏洗用于肛周脓肿术后的效果探讨[J].中外医学研究,2016,14(3):144-145.
- [2]朱永伟.一次性根治术治疗肛周脓肿临床分析[J].临床合理用药杂志,2014,7(2A):145.
- [3]中华中医药学会.中医肛肠科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012:7.
- [4]李悠然.经括约肌间瘻管结扎术联合生物补片治疗经括约肌肛瘻临床研究[J].南京:南京中医药大学,2013.
- [5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,

1994:32-133.

- [6]章菊芬.中药熏洗对改善肛肠手术后疼痛及伤口愈合的疗效观察[J].辽宁中医杂志,2015,42(5):994-995.
- [7]李旭杰,欧春.龙血竭促进肛周脓肿术后创面愈合30例小结[J].浙江中医杂志,2016,51(2):131-132.
- [8]王苏,陈昌歧,王浩,等.“痔瘻熏洗剂”联合一期根治术治疗瘻管性肛周脓肿30例临床研究[J].江苏中医药,2017,49(4):42.
- [9]卞淑慧.中药熏洗配合高光光子照射促进肛瘻肛周脓肿术后创面愈合的疗效观察[J].结直肠肛门外科,2016,22(5):533.
- [10]董自庆,雷霆,陈华.红光照射对促进肛周脓肿术后创面愈合和缓解疼痛的效果观察[J].中国医学创新,2017,14(30):29.

(本文编辑:张文娟 本文校对:钱海华 收稿日期:2018-03-06)

经皮肾镜取石术后应用中医护理的康复效果研究

钟婉露

(中国医科大学附属第一医院泌尿外科,辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 剖析经皮肾镜取石术后中医护理的应用价值。方法 选择经皮肾镜取石术患者78例,采用数字抽签法随机分成研究组和对照组各39例。研究组行中医护理,对照组行常规西医护理。观察2组术后并发症的发生情况,比较VAS评分等指标。结果 研究组术后首次排气时间和下床时间明显比对照组短, $P<0.05$ 。研究组并发症发生率5.13% (2/39),明显低于对照组17.95% (7/39), $P<0.05$ 。研究组术后VAS评分为 (2.4 ± 0.7) 分,明显低于对照组 (5.6 ± 0.8) 分, $P<0.05$ 。结论 实行中医护理,有助于减轻患者经皮肾镜取石术后的疼痛感,促进病情恢复,减少并发症风险。

关键词: 中医护理;经皮肾镜碎石术;康复;腰痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.064

文章编号:1672-2779(2018)-11-0137-03

Study on the Rehabilitation Effect of the Application of Traditional Chinese Medicine Nursing after Percutaneous Nephrolithotomy

ZHONG Wanlu

(Department of Urology Surgery, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: Objective To analyze the application value of TCM nursing after percutaneous nephrolithotomy. **Methods** 78 cases of patients with percutaneous nephrolithotomy were selected, and the numbers were randomly divided into two groups ($n=39$). The study group performed traditional Chinese medicine nursing, and the control group received routine western medicine nursing. The incidence of postoperative complications was observed and the VAS score was compared. **Results** The first time after operation of the study group was significantly shorter than that in the control group $P<0.05$. The complication rate of the group was 5.13%, which significantly lower than 17.95% in the control group $P<0.05$. The postoperative VAS score of the study group was (2.4 ± 0.7) , which was significantly better than (5.6 ± 0.8) of the control group $P<0.05$. **Conclusion** The implementation of TCM nursing can help alleviate the pain of patients after percutaneous nephrolithotomy, promote the recovery of the disease, and reduce the risk of complications.

Keywords: TCM nursing; percutaneous nephrolithotomy; rehabilitation; lumbago

现阶段,临床治疗肾结石可采取经皮肾镜碎石术,此术式具有取石效果好、损伤小、术后恢复快以及痛苦轻等特点^[1],但患者在术后容易受多种因素的影响而出现发热、感染以及腹胀等并发症,使得其预后效果变差,不利于病情的快速恢复。本科近年来将中医护理法运用到部分患者的临床护理工作中,效果十分显著,现作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年11月—2017年10月接诊的经皮肾镜碎石术患者78例,根据数字抽签法进行分组:研究组和对照组各39例。其中,研究组男性21例,女性18例;年龄为20~73岁,平均 (41.57 ± 4.26) 岁;结石位于左肾者14例;位于右肾者19例;位于双肾者5例。对照组男性22例,女性17例;年龄为20~71岁,平均 (41.03 ± 4.52) 岁;结石位于左肾者13例;位于右肾者21例;位于双肾者4例。所有病例都经超声、X线片

以及静脉肾盂造影等检查均确诊符合肾结石诊断标准^[2],有经皮肾镜碎石术适应证,患者对本研究知情同意,且有完整的病历资料。2组的结石部位等基线资料比较, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 排除标准 意识障碍者;依从性较差者;严重心肝肾功能障碍者;精神疾病者;有经皮肾镜碎石术禁忌证者;语言理解障碍者;中途因各种原因退出治疗者^[3]。

1.3 护理方法 研究组实施中医护理,内容如下: (1)术前,根据患者的性格特征和实际情况,有针对性地对其施以情志疏导。加强对患者进行疾病健康宣教的力度,让患者能够充分认知肾结石的相关病理知识,从而帮助其树立起面对疾病的信心。将本科既往治疗成功的案例简单向患者作出介绍,并详细告知患者术后康复期间可能会出现的情况,耐心为患者解疑答惑,以尽可能地解除其心理负担,增强自信心,提高依从性。

(2) 术后,嘱咐严格禁食24 h,并待无明显不适感之后,再指导患者进食适量的流食,此后,可根据患者的实际情况逐渐过渡至普食。对于能进食普食的病患,需根据其中医临床辨证的结果予以相应的中医医师指导。比如:瘀血阻滞患者,需鼓励进食具有行气解郁以及活血化瘀功效的食物,常见的有花生、小米粥、荔枝、大枣和桃子等;膀胱湿热证患者,可指导进食冬瓜汤、鲫鱼以及赤小豆粥等,以达到通淋利尿的目的;肾气亏虚患者,指导进食补脾益肾的食物,如桂圆、牛羊肉以及大枣等;气阴两虚且气滞患者,指导进食具有生化气血以及理气活血功效的食物,如红枣粥、黄芪瘦肉汤和陈皮粥等。

(3) 采取穴位贴敷法对患者进行穴位护理,通常需要贴敷患者的上巨虚穴以及足三里穴,以起到和中通腑的作用。同时采取中频脉冲疗法,对患者的承山穴以及三阴交穴进行治疗,以达到改善局部气血的目的,从而有效降低下肢静脉血栓的发生风险。因切口疼痛能够影响患者病情的恢复和生活质量,所以,需采取穴位按摩的方式减轻患者的疼痛感,即选择患者的次髎穴、束骨穴、公孙穴与承山穴进行按揉。此外,也可采取压豆止痛以及耳穴贴敷的方式进行止痛。对于术后肩颈酸麻疼痛病患,需采取提捏止痛法进行干预,让患者充分放松肩颈部,并从肩颈部开始,经颈椎缓慢向上提捏,需要左右交叉进行提捏。

(4) 为预防患者在术后发生腹胀,需取粗盐(250 g)和吴茱萸(250 g),并将之制作成为药袋,然后再热熨患者的脐部,温度适宜时,将脐部作为中心,并沿顺时针方向外旋进行熨烫,从而有助于改善患者的腹胀症状。注意观察患者切口的情况,若切口出现肿胀或者发红等现象,应立即予以抗感染治疗,并取黄芩、没药、黄连、冰片、乳香、黄柏以及赤芍适量,待研磨成末后再加入适量的蜂蜜进行调匀,然后再将之外敷于患者的切口部位,以起到消肿止痛以及清热解毒的作用。加强对患者体温的监测力度,对于术后发热病患,需予以物理降温治疗,同时结合大椎穴、合谷穴与曲池穴敷贴治疗,从而实现泻热的效果。

对照组实施常规西医护理:疾病宣教,病情观察,遵医嘱用药,环境护理。

1.4 观察指标 准确记录2组的术后首次排气时间和下床时间,利用VAS评分法对2组术后的疼痛程度进行评价,分值越高,提示疼痛越剧烈,同时注意观察2组术后并发症的发生情况。

1.5 统计学方法 数据以统计学软件SPSS 20.0分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料以 $[例(%)]$ 表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后恢复情况比较 研究组的首次排气时间和下床时间明显比对照组短, VAS评分明显比对照组低,均 $P < 0.05$ 。如表1。

表1 2组术后恢复情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	首次排气时间(d)	下床时间(d)	VAS评分(分)
研究组	39	1.0±0.6	1.1±0.9	2.4±0.7
对照组	39	2.9±0.8	3.2±1.0	5.6±0.8
t 值		11.8654	9.7479	18.7994
P 值		0.0000	0.0000	0.0000

2.2 并发症发生率比较 研究组的并发症发生率为5.13%,比对照组的17.95%低, $P < 0.05$ 。如表2。

表2 2组并发症发生率比较 $[例(%)]$

组别	例数	发热	腹胀	切口感染	发生率
研究组	39	1(2.56)	1(2.56)	0(0.00)	5.13
对照组	39	4(10.26)	2(5.13)	1(2.56)	17.95
χ^2 值					8.0500
P 值					0.0046

3 讨论

近年来,人们的生活水平得到了显著提升,并且,人们的饮食结构也发生了较大的变化,由此也提高了人们罹患肾结石疾病的概率,从而对其生活质量造成了较大的影响。现阶段,临床可以采取经皮肾镜碎石术对肾结石病患进行治疗^[4],效果显著,且此术式也具备诸多的应用优势,但有报道称,患者在术后比较容易受多方面因素的影响而产生焦虑等不良情绪,使其治疗依从性下降,预后效果变差,从而直接性地影响到了患者病情的恢复。

中医护理乃临床上比较常见的一种护理手段^[5],可通过对患者的七情五志进行调整的方式,起到促进气血和畅以及术后病情恢复的作用。根据中医辨证分型向患者提供有针对性的饮食指导,可实现清热利湿、益气补血以及补气养阴的作用。采取穴位按摩的方式,不仅有助于胃肠运化,还能有效减少下肢静脉血栓的发生风险,帮助患者减轻术后疼痛感。以“未病先治”为基本原则,对患者进行发热以及术后腹胀等并发症的预防性护理,可有效降低患者术后发生并发症的几率。此研究结果表明,在开展中医护理工作后,研究组的并发症发生率为5.13%,比接受常规西医护理的对照组(17.95%)低,组间差异显著($P < 0.05$);并且,研究组的首次排气时间和下床时间明显比对照组短,术后VAS评分明显比对照组低,组间差异显著($P < 0.05$)。

总之,在经皮肾镜碎石术中向患者提供中医护理

措施,可有效促进其病情恢复,减轻术后疼痛感,降低并发症发生几率。

参考文献

- [1]王霞.经皮肾镜取石术后介入中医护理的价值探讨[J].内蒙古中医药,2017,36(4):176.
[2]郭丽君.中医护理对经皮肾镜取石术后恢复的影响[J].实用中医药杂志,2015,31(11):1064-1065.

- [3]王爱珍.快速康复外科理念联合中医护理在经皮肾镜取石术中的运用体会[J].养生保健指南,2017(40):126.
[4]彭静.经肾镜气压弹道碎石治疗肾结石的中医护理[J].医药前沿,2013(15):261-261.
[5]陈晶.快速康复外科理念联合中医护理在经皮肾镜取石术中的运用效果观察[J].内蒙古中医药,2017,36(4):160.

(本文编辑:张文娟 本文校对:毕建斌 收稿日期:2018-01-24)

肝癌介入手术后中医护理的影响研究

王晓燕 徐 阳

(中国医科大学附属第一医院介入科,辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 研究肝癌患者行介入手术后应用中医护理措施的影响。方法 介入手术治疗的原发性肝癌患者80例,随机分为对照组和试验组各40例。给予对照组患者常规护理措施,给予试验组患者中医护理措施。比较2组患者护理后特质焦虑量表和状态焦虑量表评分,及患者的并发症发生情况。结果 患者护理后特质焦虑量表评分、状态焦虑量表评分比较,试验组均优于对照组 ($P < 0.05$)。2组患者并发症发生情况比较,试验组发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 肝癌患者行介入手术治疗后采用中医护理措施,临床疗效较好。

关键词:肝癌;中医护理;介入手术

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.065

文章编号:1672-2779(2018)-11-0139-02

The Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing Measures in Patients with Hepatocellular Carcinoma after Interventional Surgery

WANG Xiaoyan, XU Yang

(Interventional Department, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: **Objective** To study the effect of TCM nursing measures after interventional surgery in patients with hepatocellular carcinoma. **Methods** There were 80 patients with primary hepatocellular carcinoma treated with interventional surgery, and they were randomly divided into control group and experimental group. The routine nursing measures were given to the control group and the nursing measures were given to the experimental group. The patients were compared with the postoperative trait anxiety scale and state anxiety scale, and the complications were compared. **Results** The scores of trait anxiety scale and state anxiety scale after nursing care in the experimental group were better than those in the control group ($P < 0.05$). The incidence of complications in the experimental group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** TCM nursing measures after interventional surgery in patients with hepatocellular carcinoma has better clinical effect.

Keywords: hepatocellular carcinoma; TCM nursing; interventional surgery

肝癌是临床上常见的恶性肿瘤,按照发病原因的不同可分为原发性肝癌和继发性肝癌两类^[1]。其中原发性肝癌起源于肝脏的上皮或间叶组织,继发性肝癌主要是指起源于其它器官和组织的恶性肿瘤侵犯至肝脏所致^[2]。原发性肝癌的发病原因目前尚未明确,相关研究表明其是多因素共同作用所致,其中遗传因素、环境因素、病毒感染等均与其发病存在关联^[3]。介入手术治疗是肝癌治疗中的常见方式,其主要是通过顺铂等抗癌药物的应用改善患者的病情。本研究对肝癌患者行介入手术后应用中医护理措施的效果进行分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从我院收治的行肝癌介入手术治疗的患者中选取80例分为对照组和试验组,每组各40例。对照组男26例,女14例;年龄22~78岁,平均年龄(49.625.84)岁。试验组男27例,女13例;年龄25~76岁,平均年龄(49.375.94)岁。2组患者的基本资料比较, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 护理方法 对照组给予常规护理,包括治疗过程中密切观察其病情变化情况,并观察患者用药后的不良反应等,发生异常情况时及时给予患者有效处理等。试验组采用中医护理措施,具体如下。

1.2.1 情志护理 肝癌患者的病情较为严重,容易产生各种不良情绪,因此入院后给予有效的情志护理措施。中医认为人是一个完整的机体,在情绪出现较大变化时会导致疾病的治疗受到影响,因此必须要在治疗时给予患者有效的情志护理。对于肝癌患者,护理人员应为患者讲述肝癌的相关病理知识,让其对肝癌有更深入的了解。同时,护理人员要联合患者家属给予患者更多关怀和鼓励,并积极帮助其完成治疗,从而帮助其消除不良情绪。

1.2.2 胃肠道护理 介入治疗时,患者会因肝失条达、胃气上逆,而胃气不降则会出现恶心呕吐等不良反应。针对胃肠道不良反应,护理人员给予患者电针治疗。选取患者的中脘、内关和足三里等穴位,采用电针进行穴位针刺,每次30 min,每天治疗2次。采用耳穴疗

法,使用王不留行籽与患者耳穴肾上腺、隔、口和胃穴处贴敷,每日贴敷2次,贴敷后对每个穴位进行按压,持续2 min,按压时合理控制力度,以患者感觉到轻微疼痛为宜。

1.2.3 肝区疼痛护理 根据中医理论,疼痛是血脉不通所致,采用介入治疗的肝癌患者组织存在水肿和坏死的情况,其局部缺血会导致瘀血停滞、脉络不通,出现肋痛。护理人员可根据患者的疼痛情况给予相应的护理,首先对病房的温度和湿度进行调节,让患者感觉到舒适。同时,使用双柏散膏在患者肝区进行外敷,起到抗炎消肿的作用。使用电针对患者的太冲穴、阳陵泉进行针刺,起到消肿止痛、舒筋活络的作用,每日给予患者电针治疗2次,每次30 min。

1.2.4 发热护理 在治疗过程中因大量抗癌药物的使用,肿瘤组织大量死亡而导致血流运行受到影响,导致其出现瘀血阻滞,从而出现气血不畅的情况,长时间郁结导致其出现体温升高的情况。在患者治疗过程中体温超出38℃时,给予患者茅根竹蔗汁内服,每次用量200 mL,每日服药3次,缓解发热症状。

1.2.5 饮食护理 中医上认为肝主疏泄、酸性收敛,过多的酸性食物会导致肝气顺畅受阻。因此治疗过程中护理人员禁止患者食用酸性食物,并根据患者的中医分型给予其相应的饮食护理。对于气滞血瘀型患者,应使用桃仁去皮尖后取汁与粳米制作成桃仁粥,每天让患者饮用200 mL,分2次食用。对于气阴两虚型患者,护理人员应多为其准备瘦肉、牛奶和果汁等食物。对于肝气郁滞型患者,护理人员应使用桔皮、升麻和枳实为患者熬制枳实姜汤,让患者每天饮用200 mL,分2次饮用。对于湿热蕴结型患者,护理人员应让其多饮用西瓜汁或茅根竹蔗汁,每日饮用200 mL,分2次饮用。

1.3 观察指标 对患者的不良情绪进行评价,其中主要是采用特质焦虑量表(T-AL)和状态焦虑量表(S-AL)进行评价,分数越高代表患者的不良情绪越严重。观察患者术后并发症发生情况,其中主要是观察患者伤口渗血情况、肝区疼痛情况和呕吐发生情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析,分别用%和($\bar{x} \pm s$)表示计数资料与计量资料,组间对比分别用 χ^2 检验和 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者不良情绪评分比较 2组患者护理前的特质焦虑量表和状态焦虑量表评分比较,护理后试验组评分均优于对照组, $P < 0.05$,见表1。

表1 患者护理前后不良情绪评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间	特质焦虑量表评分	状态焦虑量表评分
试验组	40	护理前	64.34±6.72	51.68±7.25
		护理后	31.25±5.87	28.43±5.49
对照组	40	护理前	63.48±6.95	51.04±7.19
		护理后	52.18±5.49	40.35±6.72

2.2 患者并发症发生情况比较 2组患者并发症发生情况比较,试验组发生率更低, $P < 0.05$,见表2。

表2 患者并发症发生情况比较 [例(%)]

组别	例数	伤口渗血	肝区疼痛	呕吐	发生率
试验组	40	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)	4(10.00)
对照组	40	4(10.00)	3(7.50)	6(15.00)	13(32.50)

3 讨论

肝癌是临床上常见的危重疾病,患者发病后会严重影响其正常生活受到严重影响,并且具有较高的死亡率^[1]。介入治疗是肝癌治疗中的常用方法,一般能让患者的临床症状得到有效改善,提升患者的生活质量。但根据临床实践,患者实施介入治疗后并发症较多,并且容易因不良情绪而影响其治疗效果。为了提升患者的介入治疗效果,减少其并发症,治疗过程中给予患者有效的护理十分必要^[2]。

中医护理是以中医理论为基础,根据患者的实际情况采取辨证施护的方式,通过临床资料的查阅和既往病例的分析,使护理质量得到提升。因患者的不良情绪是其治疗过程中最容易对治疗效果造成不良影响的因素,因此首先需要给予患者情志护理,让患者保持良好心态接受治疗。胃肠道不良反应和肝区疼痛是患者治疗过程中最常见的症状,因此护理过程中可采用电针、穴位按摩和中药外敷等方式缓解患者的临床症状。另外,还需要根据患者的中医分型给予其有效的饮食护理,让其饮食结构与其实际情况相符,从而避免饮食不良对其治疗效果造成影响。

本研究对肝癌患者行介入手术治疗后应用中医护理措施的效果进行分析,2组患者护理前不良情绪评分无明显差异,护理后2组患者评分比较,试验组更优。并且2组患者护理后并发症发生率比较,试验组更低。综上所述,肝癌患者行介入治疗后应用中医护理措施的效果显著,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1]吕婷,姚青青.护理干预对肝癌介入术后患者并发症及生活质量的影响[J].医学理论与实践,2017,30(3):437-439.
- [2]赵桂云.护理干预对肝癌介入手术患者的生存质量影响[J].当代临床医药,2016,29(5):2487-2488.
- [3]李立锦,周彩娥,孙惠娟.中医护理措施对肝癌患者行介入手术后临床治疗效果的影响[J].中医临床研究,2016,8(23):127-129.
- [4]易珍,何叶.对行介入手术后发生并发症的肝癌患者进行有针对性护理的效果研究[J].当代医药论丛,2016,14(7):77-78.
- [5]周智慧,胡柳.整体护理措施对肝癌患者行介入手术后临床治疗效果的影响[J].中国实用医药,2016,11(3):214-215.

(本文编辑:张文娟 本文校对:纪璐 收稿日期:2017-12-04)

肠黏膜机械屏障与肠易激综合征的关系※

刘涛 刘霞 张驰 曹佳男 刘迈兰 张国山 常小荣*

(湖南中医药大学针灸推拿学院, 湖南 长沙 410007)

摘要: 肠易激综合征作为胃肠疾患的常见病, 其发病机制与肠黏膜屏障、胃肠动力、内脏敏感性、脑-肠-菌轴等密切相关。其中肠黏膜机械屏障作为肠黏膜屏障最基础、最重要的屏障, 近年来, 对此开展的研究相对较多。肠黏膜机械屏障同肠黏膜化学、肠黏膜生物、肠黏膜免疫屏障构成肠黏膜屏障, 共同抵御内毒素、病原菌等有害物质, 维持肠道内环境稳态。肠黏膜机械屏障由肠黏膜上皮细胞、黏液层、紧密连接结构共同构成, 任一环节异常, 均会造成黏膜破坏, 导致肠易激综合征。本文主要就肠黏膜机械屏障与肠易激综合征的关系做一综述, 以期临床实验提供思考方向与理论支持。

关键词: 肠易激综合征; 肠黏膜机械屏障; 肠黏膜上皮细胞; 黏液层; 紧密连接结构; 腹泻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.066

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0141-04

The Relationship between Intestinal Mucosa Mechanical Barrier and Irritable Bowel Syndrome

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

(College of Acupuncture-Moxibustion and Tui na, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China)

Abstract: Irritable bowel syndrome is a common disease in gastrointestinal diseases, and its pathogenesis is closely related to intestinal mucosal barrier, gastrointestinal motility, visceral sensitivity, brain-gut-bacterial axis and so on. The intestinal mucosal mechanical barrier is the most important barrier for intestinal mucosa, and it has been studied comparatively in recent years. Intestinal mucosal mechanical barrier, Intestinal mucosal chemical barrier, intestinal mucosal biological barrier, intestinal mucosal immune barrier are consist of intestinal mucosal barrier, jointly resist bacterial endotoxin, pathogenic bacteria and other harmful substances, maintaining the homeostasis. Intestinal mucosal mechanical barrier is composed of intestinal mucosal epithelial cells, mucous layer and tight junction. Any abnormality in any link can cause the mucous membrane damage, leading to irritable bowel syndrome. In this paper, the relationship between intestinal mucosal mechanical barrier and irritable bowel syndrome is reviewed in order to provide the theoretical support for clinical trials.

Keywords: irritable bowel syndrome; intestinal mucosal mechanical barrier; intestinal mucosal epithelial cells; mucous layer; tight junction; diarrhea

近年来, 随着经济不断发展, 人们生活作息、饮食习惯也发生改变, 长期高强度压力工作、熬夜、不健康不规律饮食, 导致肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 发病率与日俱增。IBS患者症状主要表现为腹痛、腹泻、排便功能紊乱, 排便往往不受主观控制, 极大程度限制了患者的日常生活。研究表明, 其发病机制与肠黏膜屏障^[1]、胃肠动力^[2]、内脏敏感性^[3]、脑-肠-菌轴^[4]等有关。肠黏膜是机体与外界环境进行物质交换的重要场所, 也是病原菌、毒素等有害物质入侵机体的重要门户。肠黏膜屏障能有效地阻挡有害物质侵入机体, 从而维护肠道正常生理功能, 其主要由肠黏膜机械屏障、肠黏膜化学屏障、肠黏膜生物屏障、肠黏膜免疫屏障构成, 屏障间可以通过各种细胞因子、免疫因子、生物化学物质等相互调节, 维持肠道内环境在一个相对稳定的状态。但其中最为重要的是肠黏膜机械屏障, 它不仅能够阻挡病原菌、内毒素等有害物质侵入, 还能够维持其它屏障的功能。肠黏膜机械

屏障主要由肠黏膜上皮细胞、黏液层、紧密连接结构共同构成。

1 肠黏膜上皮细胞

肠黏膜上皮细胞主要有吸收细胞、杯状细胞、内分泌细胞、潘氏细胞、干细胞等, 其中吸收细胞占得比例最大, 为20 μm高柱状, 位于肠腔面的微绒毛, 能够吸收肠道内的营养物质, 还参与分泌性IgA的形成。sIgA与抗原 (antigen, Ag) 特异性结合, 从而阻止抗原粘附和穿过上皮结构, 防止免疫反应的发生。散在分布于吸收细胞之间的杯状细胞 (Goblet cells, GC) 是由肠道隐窝基底部的多功能干细胞分化而来, 可分泌黏蛋白、三叶肽以及蛋白等^[5], 共同构成肠道的黏液层, 可润滑肠道, 防止细菌粘附, 保护上皮^[6]。研究证明^[7], GC分泌的黏蛋白与强黏附力可以修复受损的肠黏膜屏障, 在肠黏膜屏障功能重建中起到至关重要的作用。GC还可将小肠腔的抗原呈递给小肠固有层CD103+的树突状细胞, 参与肠道免疫^[8]。作为小肠腺特征性的椎体形潘氏细胞 (Paneth cells, PCs) 来源于肠干细胞, 位于小肠隐窝的基底部, 在微生物刺激下, 可分泌α-防御素与溶菌酶在内的多种抗微生物肽 (antimicrobial peptides, AMPs)^[9], 是机体应用最广的宿主防御效应分

※ 基金项目: 国家自然科学基金项目课题【No.81373716; No.81704182】

* 通讯作者: xrchang1956@163.com

子,对革兰氏阴性细菌与革兰氏阳性细菌、真菌等具有抗菌活性^[10]。PCs分泌的AMPs主要有以下两个功能:隔离细菌,抵御肠道病原菌的侵袭;参与肠道微生物菌落的组成。PCs功能异常,会引起肠道共生菌紊乱,可致使细菌向无菌的器官移位。细菌移位(bacterial translocation, BT)正是许多感染性、炎症性疾病发生的病理基础^[11]。溶菌酶是首个发现表达于PCs的AMPs,其后引起研究者重点关注PCs的宿主防御功能。其中 α -防御素是由吞噬细胞及多种肠黏膜上皮细胞分泌的AMP,大量表达于人与小鼠的PCs胞浆中^[12],分泌到胞外的 α -防御素有极重要的宿主防御功能^[13]。因其带正电荷,可以与带负电荷的细菌胞膜结合,破坏细菌细胞膜的结构,灭活多种细菌毒素^[14],在肠道微生态平衡中发挥重要作用。小肠上皮细胞具有显著的自我更新能力,这有赖于位于小肠隐窝的干细胞,其可不断分化为各种肠黏膜上皮细胞。多种肠上皮细胞协同作用,共同抵御细菌、毒素的侵袭,维持肠黏膜环境稳定。

2 黏液层

肠道的黏液层作为固有防御分布于肠上皮细胞表面,是阻止细菌、毒素接触上皮细胞的“前线”^[15]。肠道黏液层主要由肠上皮细胞合成的分泌性黏蛋白MUC2、AMPs、水、免疫分子等构成,MUC2单体为杆状结构^[16],是黏液层的核心,可通过C端二硫键连接构成二聚体,N端二硫键连接构成三聚体,共同构成一个巨大的网状结构,具有良好的结构稳定性^[17]。这种网状结构以分子大小作为选择通过的机制^[18],细菌及其产物等大分子物质无法通过,从而阻止其与上皮细胞接触,保护肠道组织;还可为SIgA及AMPs提供结合位点,辅助肠黏膜免疫屏障^[19]。MUC2合成后聚集在杯状细胞顶端,可通过基础分泌与调控分泌释放从而发挥生物学效应,其体积可迅速扩张1000倍以上^[20],形成内层黏液锚着在上皮细胞表面^[21]。细菌、细菌产物和毒素、细胞因子、炎症因子等可激活NF- κ B,使MUC2转录增加^[22]。但长期刺激可导致杯状细胞功能受损,影响MUC2的合成。MUC2合成异常,黏液层薄弱致肠黏膜通透性增加,可导致溃疡性结肠炎^[23]。致病性大肠杆菌模型中,MUC2限制一切细菌与病原体同黏膜层接触,说明MUC2可有效防止病原物质侵袭,维持肠道环境相对稳定^[24]。研究表明,MUC2^{-/-}小鼠由于缺乏黏液层,致使细菌、内毒素等有害物质直接接触上皮细胞或深入隐窝、进入上皮细胞内,从而诱发炎症反应。与野生型小鼠相比,MUC2^{-/-}小鼠感染柠檬酸杆菌后,黏膜层表面微菌落数量增加,且粪便中的柠檬酸杆菌数量增加了10~100倍^[25]。MUC2还可激发肠道免疫功能,可通过树突状细胞诱导白介素-10(interleukin-10, IL-10)和其它免疫因子的表达^[26],发挥免疫功能。IL-10与MUC2合成有关,IL-10缺陷小鼠结肠黏液层MUC2合成减少,肠屏障通透

性明显增加^[27]。

3 紧密连接结构

紧密连接结构(tight junction, TJ)是构成肠黏膜屏障最重要的组成部分,位于肠黏膜细胞膜的顶部以及边缘,是决定细胞通透性,防止有害物质入侵的关键结构^[28]。紧密连接呈带状分布于上皮细胞间,形成质膜融合带起连接作用,相邻的质膜紧密连接可以防止肠腔内物质自由通过上皮结构。TJ是由不少于50种蛋白共同组成的复合体,由跨膜蛋白、连接复合物蛋白以及细胞骨架共同构成紧密连接复合物,其中跨膜蛋白包括Claudins、Occludin-1、JAMs等,连接复合物蛋白主要为ZO-1、ZO-2、ZO-3等构成,细胞骨架主要为微管、微丝、中丝等。紧密连接复合物能够将肠黏膜上皮与细胞骨架连接在一起,从而维持肠黏膜机械屏障的完整性。这种由高浓度固定的跨膜蛋白可以使离子定向转运,膜中脂类物质与蛋白质的侧向扩散,能维持肠黏膜的选择通透性,保持上皮层两侧物质的组成成分具有差异性,有效阻止肠腔内的毒素、细菌以及一些炎症介质通过,从而维持肠黏膜稳态^[29]。可见,TJ在维持肠黏膜屏障功能正常发挥与促进营养物质的吸收和阻止有害物质的吸收中起着关键作用。Occludin蛋白是最早发现构成紧密连接结构的蛋白,由细胞外的两个环以及细胞内的N端和C端构成,是构成紧密连接结构不可缺少的蛋白,能与Claudin-1、Claudin-2以及其他膜蛋白结合,对于紧密连接结构功能的发挥有重要作用,可以参与肠黏膜通透性的调节^[30],若该蛋白结构受损,则会导致肠黏膜通透性增加。有实验表明,在炎症性肠道疾病中,肠黏膜Occludin蛋白表达水平下降^[31],肠道致病菌、毒素等物质可通过降低Occludin含量从而破坏TJ结构^[32]。乳酸杆菌等益生菌使Occludin蛋白和细胞骨架蛋白表达升高,修复破坏的TJ^[33]。ZOs蛋白可以与Occludin蛋白的末端连接,并与肌动蛋白骨架紧密连接在一起^[34]。其中ZO-1是桥梁蛋白,可以使Occludin、Claudin-5同细胞骨架蛋白F-actin连接起来,其含量与紧密连接结构密切相关。JAMs在许多细胞中都有表达,可以调节肠黏膜通透性^[35]。Claudin蛋白是构成紧密连接蛋白中尤为重要的蛋白,在紧密结构中起到支柱作用^[36],蛋白之间的连锁形成了细胞旁路途径,这个途径可以允许离子与小分子物质通过,不允许大分子以及微生物通过,是影响肠黏膜通透性的主要因素。研究发现,缺乏Claudin-1会导致小鼠在出生后几小时就死亡,可能是由于缺乏Claudin-1导致紧密连接结构破坏,黏膜通透性增高,肠道屏障受损,从而导致小鼠因水分流失而死亡^[37]。

4 肠黏膜机械屏障与IBS的联系

构成肠黏膜机械屏障的肠上皮细胞、黏液层、TJ均参与肠黏膜通透性的调节,而肠黏膜通透性增加与

IBS的发生发展密切相关^[38]。肠黏膜通透性是指肠黏膜上皮细胞容易被某些大分子物质通过的特性。有关研究证实^[39],肠黏膜通透性增加,可使细菌、内毒素等有害物质通过进入血液循环,促使相关炎症介质的释放,损伤肠黏膜屏障,导致IBS。细菌和毒素可直接破坏紧密连接结构的不同蛋白^[40],引起肠上皮细胞间的间隙增大,通透性增高,引起相应的炎症性疾病。其中,occludin、Claudin蛋白可参与通透性的调节^[41],JAM-A缺失的大鼠通透性增高,炎症细胞聚集增多^[42]。IBS患者中TNF- α 、INF- γ 明显增多,两者可以破坏肠上皮细胞,导致肠黏膜通透性增高,TNF- α 可降低肠上皮屏障的跨上皮电阻(TER),INF- γ 能下调紧密连接蛋白occludin、ZO-1的高表达,增加肠上皮细胞旁的通透性^[43]。正常菌群可以释放短链脂肪酸(SCFA),维持肠黏膜通透性正常,IBS患者中肠道菌群失调,摄入的SCFA不足,使TJ蛋白分布异常,影响肠黏膜的通透性^[44]。

5 讨论

肠黏膜机械屏障作为最基础、最重要的肠黏膜屏障,在IBS的发生发展中扮演着重要角色。IBS的产生与肠黏膜通透性的增加有着密不可分的联系,肠黏膜通透性增加,病原菌、内毒素等有害物质就能侵入上皮细胞,引起相应的腹泻、腹胀、排便紊乱等IBS症状。肠黏膜通透性的维持与肠黏膜机械屏障密切相关,杯状细胞、潘氏细胞、干细胞等肠黏膜上皮细胞的功能,MUC2、AMPS、免疫分子等共同构成的黏液层,Occludin、claudin、ZO-1、细胞骨架等构成的紧密连接结构均是维持肠黏膜通透性的关键,任一环节发生异常,均会引起通透性增加。可见,IBS的发生发展与肠黏膜机械屏障密不可分,任一环节都值得研究者探索,为临床更好地治疗IBS寻找突破口。

参考文献

- [1] Vivinus-Nébot M, Frin-Mathy G, Bziouche H, et al. Functional bowel symptoms in quiescent inflammatory bowel diseases: role of epithelial barrier disruption and low-grade inflammation[J]. *Gut*, 2014, 63(5):744-752.
- [2] 彭珊, 赵钢, 李春艳. 肠易激综合症的发病机制研究进展[J]. *中国医药导报*, 2016, 13(6):54-57.
- [3] Young-Eun J. Increased Expression of Brain-derived Neurotrophic Factor in Irritable Bowel Syndrome and Its Correlation With Abdominal Pain[J]. *Journal of Neurogastroenterology & Motility*, 2013, 19(19):109-111.
- [4] Sohn W, Lee O Y, Lee S P, et al. Mast cell number, substance P and vasoactive intestinal peptide in irritable bowel syndrome with diarrhea[J]. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2014, 49(1):43.
- [5] Mccauley H A, Guasch G. Three cheers for the goblet cell: maintaining homeostasis in mucosal epithelia[J]. *Trends in Molecular Medicine*, 2015, 21(8):492-503.
- [6] 高英茂, 李和. *组织学与胚胎学*[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [7] 常建星, 陈双, 蒋龙元, 等. 小肠杯状细胞在大鼠休克后肠黏膜重建中的作用[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2005, 8(6):510-512.
- [8] Medole J R, Wheeler L W, McDonald K G, et al. Goblet cells deliver luminal antigen to CD103+ DCs in the small intestine[J]. *Nature*, 2012, 483(7389):345-349.
- [9] Salzman N H, Hung K, Haribhai D, et al. Enteric defensins are essential regulators of intestinal microbial ecology[J]. *Nature Immunology*, 2010, 11(1):76-83.
- [10] Stromberg R, Ottosson H, Miraglia E, et al. Boosting Innate Immunity with New Potent Inducers of Antimicrobial Peptide Expression [J]. *Meeting of the Scandinavian-society-for-immunology* 2014:432.
- [11] Zaragoza M M, Sankaran-Walters S, Canfield D R, et al. Persistence of gut mucosal innate immune defenses by enteric α -defensin expression in the simian immunodeficiency virus model of AIDS[J]. *Journal of Immunology*, 2011, 186(3):1589.
- [12] Cole J N, Nizet V. Bacterial Evasion of Host Antimicrobial Peptide Defenses[J]. *Microbiol Spectr*, 2016, 4(1).
- [13] Bevins C L, Martinporter E, Ganz T. Defensins and innate host defence of the gastrointestinal tract[J]. *Gut*, 1999, 45(6):911-5.
- [14] Kudryashova E, Quintyn R, Seveau S, et al. Human defensins facilitate local unfolding of thermodynamically unstable regions of bacterial protein toxins[J]. *Immunity*, 2014, 41(5):709-721.
- [15] Sperandio B, Fischer N, Sansonetti P J. Mucosal physical and chemical innate barriers: Lessons from microbial evasion strategies[J]. *Seminars in Immunology*, 2015, 27(2):111.
- [16] Ambort D, Johansson M E V, Gustafsson J K, et al. Calcium and pH-dependent packing and release of the gel-forming MUC2 mucin[J]. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2012, 109(15):5645-5650.
- [17] Johansson M E V, Sjövall H, Hansson G C. The gastrointestinal mucus system in health and disease[J]. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 2013, 10(6):352.
- [18] Gustafsson J K, Ermund A, Johansson M E, et al. An ex vivo method for studying mucus formation, properties, and thickness in human colonic biopsies and mouse small and large intestinal explants[J]. *American Journal of Physiology Gastrointestinal & Liver Physiology*, 2011, 302(4):G430.
- [19] Larsson J M, Karlsson H, Crespo J G, et al. Altered O-glycosylation profile of MUC2 mucin occurs in active ulcerative colitis and is associated with increased inflammation[J]. *Inflammatory Bowel Diseases*, 2011, 17(11):2299-2307.
- [20] Birchenough G M H, Johansson M E, Gustafsson J K, et al. New developments in goblet cell mucus secretion and function[J]. *Mucosal Immunology*, 2015, 8(4):712-719.
- [21] Round A N, Rigby N M, Garcia d l T A, et al. Lamellar structures of MUC2-rich mucin: a potential role in governing the barrier and lubricating functions of intestinal mucus[J]. *Biomacromolecules*, 2012, 13(10):3253-61.
- [22] Dharmani P, Srivastava V, Kissoonsingh V, et al. Role of intestinal mucins in innate host defense mechanisms against pathogens[J]. *Journal of Innate Immunity*, 2009, 1(2):123-135.
- [23] Antoni L, Nuding S, Wehkamp J, et al. Intestinal barrier in inflammatory bowel disease[J]. *World Journal of Gastroenterology*, 2014, 20(5):1165.
- [24] Bergstrom K S, Kissoon-Singh V, Gibson D L, et al. Muc2 protects against lethal infectious colitis by disassociating pathogenic and commensal bacteria from the colonic mucosa[J]. *Plos Pathogens*, 2010, 6(5):e1000902.
- [25] Johansson M E V, Phillipson M, Petersson J, et al. The inner of the two Muc2 mucin-dependent mucus layers in colon is devoid of bacteria[J]. *Gut Microbes*, 2010, 105(39):51-54.
- [26] Shan M, Gentile M, Yeiser J R, et al. Mucus Enhances Gut Homeostasis and Oral Tolerance by Delivering Immunoregulatory Signals[J]. *Science*, 2013, 342(6157):447.
- [27] Johansson M E V, Gustafsson J K, Holm é nlarsson J, et al. Bacteria penetrate the normally impenetrable inner colon mucus layer in both murine colitis models and patients with ulcerative colitis[J]. 2014, 63(2):281-291.
- [28] Terry S, Nie M, Matter K, Balda MS. Rho signaling and tight junction functions. *Physiology (Bethesda)* 2010(25): 16-26.
- [29] 邹仲之. *组织学与胚胎学*[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2005:15-18.
- [30] Alsadi R, Khatib K, Guo S, et al. Occludin regulates macromolecule flux across the intestinal epithelial tight junction barrier[J]. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, 2011, 300(6):G1054-G1064.
- [31] Ara N, Iijima K, Asanuma K, et al. Disruption of gastric barrier function by luminal nitrosative stress: a potential chemical insult to the human gastro-oesophageal junction[J]. *Gut*, 2008, 57(3):306-313.
- [32] Chen ML, Ge Z, Fox J G, et al. Disruption of tight junctions and induction of proinflammatory cytokine responses in colonic epithelial cells by Campylobacter jejuni [J]. *Infection and Immunity*, 2006, 74(12):6581-6589.
- [33] Hirano J, Yoshida T, Sugiyama T, et al. The effect of Lactobacillus rhamnosus on enterohemorrhagic Escherichia coli infection of human intestinal cells in vitro[J]. *Microbiology & Immunology*, 2003, 47(6):405-409.

- [34]孙兆瑞,刘红梅,杨志洲,等.肠三叶因子介导 PI3K/Akt 信号通路保护胃黏膜上皮细胞紧密连接[J].临床急诊杂志,2014,15(7):379-382,386.
- [35]Bazzoni G. The JAM family of junctional adhesion molecules[J]. Curr Opin Cell Biol 2003(15): 525-530.
- [36]Ulluwishewa D, Anderson RC, McNabb WC, et al. Regulation of tight junction permeability by intestinal bacteria and dietary components[J]. Journal of Nutrition, 2011, 141(5):769-776.
- [37]Furuse M, Hata M, Furuse K, et al. Claudin-based tight junctions are crucial for the mammalian epidermal barrier: a lesson from claudin-1-deficient mice [J]. Journal of Cell Biology, 2002, 156(6):1099-1111.
- [38]Zhou Q, Zhang B, Verne G N. Intestinal membrane permeability and hypersensitivity in the irritable bowel syndrome[J]. Pain, 2009, 136(5):41.
- [39]Goulet O, Ruemmele F F, Colomb V. Irreversible intestinal failure [J]. Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition, 2004, 38(3):250.
- [40]Polimeno L, Loiacono M, Pesetti B, et al. Anisakiasis, an underestimated infection: effect on intestinal permeability of Anisakis simplex-sensitized patients[J]. Foodborne Pathogens & Disease, 2010, 7(7):809.
- [41]Wang W, Uzzau S, Goldblum S E, et al. Human zonulin, a potential modulator of intestinal tight junctions[J]. Journal of Cell Science, 2000, 113 Pt 24 (113 Pt 24):4435.
- [42]Laukoetter M G, Nava P, Lee W Y, et al. JAMA regulates permeability and inflammation in the intestine in vivo[J]. Journal of Experimental Medicine, 2007, 204(13):3067.
- [43]Su L, Shen L D, Nalle S, et al. Targeted epithelial tight junction dysfunction causes immune activation and contributes to development of experimental colitis[J]. Gastroenterology, 2009, 136(2):551-563.
- [44]徐万里,陆高,梁世杰,等.短链脂肪酸介导的菌群-宿主互动与肠易激综合征的研究进展[J].世界华人消化杂志,2015(36):5815-5822.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘迈兰 收稿日期:2018-03-20)

近视性弱视研究概况※

邓秀芳¹ 刘玲^{2*} 王静波² 陈美荣²

(1 山东中医药大学硕士研究生2016级, 山东 济南 250355;

2 山东中医药大学附属医院眼科, 山东 济南 250011)

摘要: 弱视是儿童在视觉发育过程中常见的眼病, 儿童近视性弱视是临床上较为常见的眼科疾病, 如在患儿视觉发育期不及时治疗, 将造成终生视力下降, 严重影响日常生活和学习。临床上关于近视性弱视的发病机制的研究意见较一致, 从其治疗效果方面分析, 并不十分理想, 临床上对于其治疗方法还有待进一步研究考察。今对弱视及近视性弱视的治疗方法 & 疗效分析进行系统阐述。

关键词: 弱视; 近视性弱视; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.067

文章编号:1672-2779(2018)-11-0144-03

General Situation of Myopic Amblyopia

DENG Xiufang¹, LIU Ling², WANG Jingbo², CHEN Meirong²

(1. Grade 2016 Graduate, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China;

2. Department of Ophthalmology, the Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine Shandong Province, Jinan 250011, China)

Abstract: Amblyopia is a common eye disease in children during visual development, children myopic amblyopia is a common ophthalmic disease, such as puberty in children with vision not treated, will lead to a lifelong vision loss, and has serious impact on daily life and study. Clinical study of the pathogenesis of myopia amblyopia is agreed. From the aspects of its treatment, the effect is not very ideal, for the clinical therapy remains to be further research. The treatment method and curative effect analysis of amblyopia and myopic amblyopia were systematically expounded.

Keywords: amblyopia; myopic amblyopia; review

弱视是指在儿童的视觉发育过程中, 由于各种原因无法使视觉细胞得到充足刺激, 导致单眼或双眼的视力发育受到影响, 其最佳矫正视力低于相应年龄的疾病^[1]。弱视是儿童发育期常见且严重影响视功能的发育性眼病^[2]。据统计, 弱视的患病率约为 1%~5%^[3], 我国发病率为 2%~4%^[4], 我国弱视儿童的发病率为 0.81%~2.80%^[5]。弱视是一种可治疗的视力缺陷疾病, 如在患儿视觉发育期不及时治疗, 将造成终生视力下降, 严重影响日常生活和学习。临床上对弱视分为斜视性弱视、屈光参差性弱视、形觉剥夺性弱视、屈光不正性

弱视四大类。其中屈光不正性弱视包含远视性弱视、近视性弱视及混合散光性弱视三种, 临床上近视性弱视发病率较少, 在儿童屈光不正性弱视中约占 16%^[6]。近视性弱视好发于高度近视, 高度近视儿童弱视患病率为 75.8%。

本文共梳理了自 2005 年—2016 年关于近视性弱视文献 45 篇, 其发病机制的研究 5 篇, 治疗方法的研究 25 篇, 中医治疗手段研究 2 篇, 治疗疗效 20 篇, 说明临床上关于近视性弱视的发病机制的研究意见较一致, 主要是对治疗方法的研究及治疗效果的研究, 从其治疗效果方面分析, 其临床效果并不十分理想, 临床上对于其治疗方法还有待进一步研究考察。

1 弱视的发病机制

弱视的形成原理有两种学说: 一种是外周发生学

※ 基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家王静波传承工作室项目

* 通讯作者: 18765802201@139.com

说,认为弱视的受损部位在视网膜,由于弱视眼生理性视觉刺激不足,使视网膜中心凹处X型神经节细胞发生障碍,外侧膝状体相应层和与之相联系的视中枢皮层发育迟缓或抑制,导致功能低下、空间分辨能力差,从而形成弱视;另一种是中枢发生学说,认为是大脑视皮层对传入冲动发生反应的细胞减少,组织变薄,发育不良,所以发生视觉障碍^[7]。而近视性弱视又有其独特性,如惠氏认为近视性弱视主要是由于近视眼长期妨碍外界物体对眼内视网膜的刺激,导致视网膜成像模糊,在未及时治疗后导致视机能发育受到抑制,使图形识别能力低下,视觉发育延迟所致^[8]。

2 弱视的治疗方法

目前临床弱视治疗的方法主要包括去除病因、遮盖疗法、压抑疗法、增视仪治疗、近距离视功能训练、药物治疗等治疗方法^[9]。这些方法同样也是近视性弱视的主要治疗方法。

2.1 传统综合治疗方法 对于中心注视性弱视,采取常规遮盖疗法,或压抑疗法,联合视刺激疗法(CAM)、辅助精细训练;对于旁中心注视弱视,先采取红色滤光片转变注视性质。待转为中心注视后,再按中心注视性弱视治疗。也可以直接常规遮盖^[10]。传统综合治疗方法是治疗儿童弱视最简单、最经济、最有效的方法之一。在临床实践中应用较多,是有效的弱视治疗方法,然而此法例如精细目力训练方法在治疗近视性弱视的同时可能加剧近视度数的加深^[9]。

2.2 视觉多媒体训练 将患儿姓名、年龄、治疗史、裸眼及矫正视力、屈光度、眼球活动度、眼位、双眼视功能情况输入电脑存档,将以上资料提交该系统,自动生成一个标准的治疗方案,此方案包括:①刺激训练;②精细训练;③同时视训练;④融合训练(辐辏和分开);⑤立体视训练。指导医生再根据患儿矫正视力的差异,设定不同的训练项目。多媒体训练过程是一个需要定期复查、随时根据病情变化改变治疗方案的个体化治疗过程。总之,我们认为利用多媒体训练系统在全面治疗弱视上具有方便、快捷、患儿依从性好、视力恢复快并能同时重建双眼视功能的优势,值得推广应用^[11]。

2.3 极限训练整合复健法 即使用光学、物理学、心理学等方法训练眼的调节系统、眼球运动系统、增强对视细胞的有效刺激提高调节能力和聚散能力、改善调节反应能力和调节灵活度从而有效地提高视功能增加视力。整合复健法对屈光不正性弱视的治疗效果有效率能达到90%以上,特别是轻度弱视治疗效果良好。当然这种方法在短时期内也不是一种根治方法,而且疗

程越长效果越好,说明必须坚持长期治疗才能保持疗效^[12]。

2.4 配戴角膜塑形镜 角膜塑形镜(Ortho-K CL)是一种设计特殊的硬镜,通过镜片的“逆转几何”的设计,即镜片中央平坦周边陡的特殊设计,以机械压迫或按摩的方式,使角膜中央曲率半径变大,从而达到减少角膜屈光力的目的^[13]。配戴角膜塑形镜之后的塑型视力和屈光度数相对稳定,但弱视未得到改善。角膜塑形镜矫治度数有限,且因人而异,治疗过程漫长,因此对其矫治效果的预测性有待进一步研究^[14]。

2.5 视知觉疗法 视知觉疗法是一种利用视频终端进行训练的弱视新疗法^[15]。与标准的传统疗法相比,采用视频终端的视知觉疗法不仅具备更好的疗效,而且因训练所增加近距离用眼负担不影响弱视儿童的近视化,因此,视知觉疗法是一种值得推荐的儿童近视性弱视疗法^[16]。

2.6 乒乓球训练方法 患者均佩戴校正眼镜,对单眼弱视者采用传统遮盖法,所有弱视眼均用穿珠、描图等精细目力训练,红光弱视治疗仪治疗。坚持参加乒乓球训练1 h/次,每周4次。特别对于轻中度患者疗效明显,重度患者的治疗方法有待进一步探讨。对于年龄在5岁以下的儿童近视性屈光不正患者,由于动作协调性等原因,难以参与这种乒乓球运动疗法,是否可设计一种远视力刺激训练仪,并可有效刺激睫状肌的锻炼值得探讨^[17]。

2.7 准分子激光屈光性角膜切削术(PRK) PRK是通过冷激光,在不损伤周围其他组织的前提下快速精准消融预计除去的角膜部分的近视手术矫正法^[18]。PRK对改善患儿立体视功能意义重大,术后立体近、远视功能改善率均达到60%以上,但该手术对对比敏感度改善无明显作用^[19]。对于单眼高度近视屈光参差性弱视的低龄儿童患者施行PRK手术治疗是一种可选择的安全有效的治疗手段,不仅可以迅速有效地矫正屈光不正,提高视力,改善立体视功能,而且更为后期弱视治疗提供有利的条件^[20]。

2.8 红色视力表远距离视功能训练 采用短小遮盖+红色视力表远距离视功能训练。针对近视性弱视有效的远距离视功能训练方法是一种较好的选择,既能更好地提高近视性弱视治疗的疗效,又能相对减轻近视度数的发展。

2.9 视明饮汤剂加减配合西医常规疗法 采用常规西医疗法的基础上配合服用视明饮汤加减方。此法治疗近视性弱视疗效显著,该药能够提高患者视力和延缓屈光度增加,对患儿的全身症状亦有显著的改善作用^[21]。

2.10 针刺治疗 每次选用太阳、攒竹、三阴交、百会等穴位,4~5次/周,20 min/次,3个月1疗程,平均针刺2~3疗程。针刺治疗为客观治疗,不易受外界影响,但初期患儿接受率低,但无不良反应出现,同时针灸治疗疗程长,制约了其发展性^[22]。

2.11 知觉学习训练联合屈光手术 利用屈光手术解除屈光不正后,结合应用知觉学习方法治疗成人弱视。采用准分子激光原位角膜磨镶术,术后联合改良的自行设计的知觉学习软件,通过电脑显示屏显示与患者视敏度空间频率相对应的、刺激方式可变的 Garbon 斑知觉刺激视标,进行“位置辨别知觉学习训练”。该方法显示了明显的治疗效果,从而为成人弱视增添了新的治疗手段。

3 弱视的治疗效果

临床上不同屈光状态儿童弱视的基本治愈率为68.7%,总有效率为94.7%^[23]。与其他文献^[24-25]报道的结果基本一致。成人后治愈基本无望^[26]。多项临床研究发现近视性弱视的疗效远不如远视性弱视,如凤氏、叶氏及毛氏^[27-29]。研究发现,轻、中度近视所引起的弱视治愈率显著高于高度、超高度近视所引起的弱视,且轻度弱视的疗效显著高于中度弱视者。近视性轻度弱视的疗效较好,基本治愈率达到85.4%,显著高于中度弱视的44.6%^[26]。

临床观察发现,近视性弱视治疗难度明显大于远视性弱视,治疗效果偏差,治疗时间长,究其原因:一是按儿童屈光发展的趋势来说,儿童眼轴发育随生长发育而增长以及弱视治疗过程中近距离用眼负担往往会促使近视度的增长,弱视的治疗与近视度数的增长存在着不可调和的矛盾,而这种增长被认为是该类弱视疗效的影响因素;二是近视性弱视,尤其是高度近视性弱视,矫正视力通常很差,许多病人可能合并眼底病变,而临床上未能进行检查予以排除,所以这种矫正视力低下的情况并不是真正意义上的弱视,却潜在地影响了弱视治疗的效果;三是弱视的干预上由于近视患儿视近较为清晰而远视患儿视近远均需要调节,易引起调节疲劳,故远视性弱视易被及早发现并治疗,对双眼视功能发育的影响较小;四是儿童时期玩耍、活动过程中相对较多的远距离视物时不清,所以黄斑视锥细胞得不到足够的清晰成像刺激形成弱视^[27-33]。

总之,近视性弱视的临床治疗效果不佳,是临床上亟待解决的难题。儿童近视性弱视主要是近视眼长期妨碍外界物体对视网膜的刺激,致使视网膜成像模糊,出现视功能发育受到抑制,视觉发育延迟所致。

参考文献

- [1]王洪峰,王恩荣.对儿童弱视愈后认识的不断深入[A].2011 第三届全国医学科研管理论坛暨江苏省医学科研管理学术年会论文汇编[C].《中华医学科研管理杂志》编委会,《中华医学科研管理杂志》编辑部,江苏省医学会医学科学学会,2011:6.
- [2]张佳娟.幼年及成年单眼形觉剥夺性弱视大鼠视皮层 PSD-95 表达的研究[D].新乡:新乡医学院,2012.
- [3]Webber JL, Wood J. Amblyopia: prevalence, natural history, functional effects and treatment[J]. Clin Exp Optom 2005, 88(6): 365-375.
- [4]段俊国.中西医结合眼科学[M].北京:中国中医药出版社,2013.
- [5]He M, Huang W, Zheng Y, et al. Refractive error and visual impairment in school children in rural southern China[J]. Ophthalmology, 2007, 114(2): 374-381.
- [6]温克征.综合治疗儿童近视性弱视 34 例疗效观察[J].中国中西医结合儿科学, 2012, 4(2): 167-168.
- [7]王泽欧.有关弱视诊断的思考-弱视定义的再商榷[J].中国实用眼科杂志, 2006, 24(2): 120-122.
- [8]惠延年.眼科学[M].6 版.北京:人民卫生出版社, 2005: 217.
- [9]宋晶,魏春惠.近距离视功能训练对儿童近视性弱视的影响[J].现代医学, 2010, 38(2): 159-162.
- [10]赵堪兴,杨培增.眼科学[M].8 版.北京:人民卫生出版社, 2013.
- [11]黄杨利,赵牧,何建华.多媒体训练系统重建弱视儿童双眼视功能的临床观察[J].山东医药, 2013, 53(41): 39-41.
- [12]匡敬群,陈志隆,张隆强.极限训练整合复健法治疗弱视 115 例 145 只眼治疗疗效统计分析[J].中国眼镜科技杂志, 2013(1): 146-148.
- [13]George Romanos, Chong Huat Siar, Kh Ng, et al. A preliminary study of healing of superpulsed carbon dioxide laser incisions in the hard palate of monkeys[J]. Lasers in Surg Med, 1999, 24(5): 368-374.
- [14]袁亚梅,周素君,刘波,等.近视性弱视儿童配戴角膜塑形镜 1 例[J].中华眼视光学与视觉科学杂志, 2009, 11(5): 381.
- [15]阎丽,胡丹丹,阎春元.基于感知觉学习的儿童视觉及智能虚拟现实数据库系统对弱视治疗效果的研究[J].医疗保健器具, 2006, 13(2): 32.
- [16]肖信,刘伟民,黄建忠,等.视频终端治疗对近视性弱视儿童近视化的影响[J].中国妇幼保健, 2011, 26(6): 916-918.
- [17]赵萌珊,李志辉,赵奋图,等.乒乓球运动疗法在儿童近视性弱视中的疗效分析[J].医学信息(中旬刊), 2010, 5(8): 1978-1980.
- [18]白继.角膜屈光手术医师应注意抗炎类滴眼液对术后角膜生物力学的影响[J].中华实验眼科杂志, 2012, 30(12): 1057-1059.
- [19]王静,莫纯坚.屈光手术在儿童单眼高度近视性弱视中的应用[J].中国妇幼保健, 2015, 30(21): 3610-3611.
- [20]崔辉,吴倩,李程,等.屈光手术治疗儿童单眼高度近视性弱视的初步报告[J].中国斜视与小儿眼科杂志, 2014, 22(1): 12-16.
- [21]韩依宏,张洪星,郑新青,等.视明饮食剂加减治疗近视性弱视的临床观察[J].中医民间疗法, 2008, 16(8): 33-34.
- [22]李莉,郑煜,陆珩,等.针刺治疗近视性弱视疗效分析[J].中西医结合杂志, 2015, 25(12): 10-11.
- [23]孙鹏飞,肖瑛,陈国玲,等.不同屈光状态弱视儿童治疗效果的临床分析[J].中国斜视与小儿眼科杂志, 2014, 22(3): 17-19.
- [24]陈诗源,王志玉,史爱云.屈光不正性弱视的疗效观察[J].国际眼科杂志, 2012, 12(12): 2441.
- [25]陈澎,王鸿.综合疗法治疗儿童弱视 166 例临床疗效分析[J].山东大学耳鼻喉眼学报, 2013, 27(3): 54-55.
- [26]李凤鸣.中华眼科学[M].北京:人民卫生出版社, 2005: 2823.
- [27]风云,谭星平,杨昌全.屈光不正性弱视的远期疗效分析[J].中国实用眼科杂志, 2006, 24(3): 334-335.
- [28]叶采华.各类屈光不正性弱视的疗效观察[J].眼视光学杂志, 2005, 5(1): 49-50.
- [29]毛亚妮,项道满.两种屈光不正性弱视的疗效对比研究[J].中国斜视与小儿眼科杂志, 2005, 13(2): 54-56.
- [30]黄玲华,任兵,高晓唯,等.红色视力表远距离视功能训练在近视性弱视治疗中的疗效分析[J].中国斜视与小儿眼科杂志, 2013, 21(4): 12-15.
- [31]鲁诚,魏盟,魏承丽,等.近视性和远视性弱视视功能发育临床观察[J].国际眼科杂志, 2015, 15(7): 1298-1300.
- [32]肖林,石燕伟,鲍伟.弱视儿童近视化的临床观察[J].眼科, 2004, 13(5): 285-287.
- [33]刘继红.屈光不正性弱视儿童屈光度变化的远期追踪观察[J].临床眼科杂志, 2000, 8(1): 56-58.

(本文编辑:张文娟 本文校对:郑新春 收稿日期:2018-04-03)

人布氏杆菌病的治疗研究进展※

王栋才 赵新芳 白贺霞*

(石河子大学医学院第一附属医院中医二科, 新疆 石河子 832006)

摘要:近年来,人布氏杆菌病发病率在我国有回升趋势,已成为重要的公共卫生问题之一。该病发病机制复杂,很难根治,且易复发,并发症多,采取现有的治疗手段存在易耐药,不良反应多,治疗周期长等问题。目前国内对人布氏杆菌病治疗方面的研究大多为临床观察及回顾性的病例分析,缺乏高质量的RCT及多中心、大样本的科学研究。因此,加大对人布氏杆菌病的治疗研究具有重要意义。

关键词:人布氏杆菌病;治疗方法;研究进展;湿温

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.068

文章编号:1672-2779(2018)-11-0147-03

Research Progress on the Treatment of Human Brucellosis

WANG Dongcai, ZHAO Xinfang, BAI Hexia*

(Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Shihezi University, Xinjiang, Shihezi 832006, China)

Abstract: In recent years, the incidence of brucellosis has risen in China and has become one of the important public health problems. The pathogenesis of the disease is complicated, it is difficult to cure, and easy to relapse. There are many complications, and many problems in the course of adopting the existing treatment methods such as easy resistance, many adverse reactions and long treatment course. At present, most domestic researches on the treatment of human brucellosis are clinical observation and retrospective case analysis, lack of high-quality RCT and multi-center, large-sample scientific research. Therefore, it is of great significance to increase the treatment of human brucellosis.

Keywords: human brucellosis, treatment method; research progress; dampness-warm

人布氏杆菌病是由布鲁氏杆菌所引起的一种动物源性传染病,其传染源是患病的羊、牛等,主要通过职业性或环境接触病畜或其产品而发病,也可通过吸入含有布鲁氏杆菌的气溶胶^[1]感染发病。病原体侵入人体后能引起全身多个系统的损害,临床表现主要为发热、头痛、体重下降、多汗、乏力、全身不适、关节、肌肉疼痛和肝脾及淋巴结肿大等,病程在半年之内称为急性期,超过半年者称为慢性期,也有部分患者不出现急性期表现而直接进入亚急性期或慢性期^[2]。

1 人布氏杆菌病的流行病学特点及发病机制

人布氏杆菌病全年均可发病,以春末夏初发病较常见,世界各地均有发病,以农牧养殖地区多发,在我国如新疆、内蒙古、青海、宁夏、西藏、陕西、吉林等地发病率较高,其他非牧区省市也有该病散发情况。80年代之前该病多呈大规模爆发流行趋势,而今却逐渐转为分散式、点状式的流行形式。近年来,布氏杆菌病的发病率在我国有回升趋势,本病在农村及城市中的发生率逐年上升,全球每年有约50多万人感染布鲁菌病,在2013年法定传染病发病情况总结中,布氏杆菌病报告发病数位居第6位^[3],布氏杆菌病本身的死亡率不高,但并发症的死亡率很高。常见的并发症有神经血管、肌肉、骨关节、泌尿生殖系统、内分泌系统等病变,也可合并罕见的并发症,如合并心内膜炎致急

性心肌梗死、脑栓塞、甲状腺危象、热性惊厥及脑梗死等,或者损伤骨髓、运动功能障碍,严重影响患者身心健康和生活质量^[4]。人布氏杆菌病的发病机制复杂,目前尚无明确的定义,大部分学者认为是自身免疫、变态反应、内分泌紊乱、免疫抑制以及免疫耐受因素作用的结果^[5];还有一部分学者认为可能是被感染的单核、淋巴细胞能抵抗细胞的凋亡,使得被感染细胞生存时间延长,从而增加感染的机会^[6]。研究表明布鲁菌属细胞内寄生的病原微生物,首先侵入专职的吞噬细胞,如巨噬细胞、树突状细胞等,并能在吞噬细胞中存活并生长繁殖,提示该菌具有逃逸吞噬细胞的吞噬杀灭功能和抑制细胞凋亡和细胞免疫的机制,从而引起长期的慢性感染^[7];也有研究表明布氏杆菌病的发生发展过程可表现出菌血症、败血症和毒血症,细胞毒性T淋巴细胞和小胶质细胞的活化,参与了本病的免疫病理机制,布氏杆菌的脂多糖和细菌本身可能导致人体的过敏,从而引发全身变态反应,累及多组织、多脏器和多系统^[8]。总之,人布氏杆菌病发病机制复杂,很难根治,且易复发,并发症多,因此,探讨和研究出能够预防及治疗布氏杆菌病的新方法及新药物具有重要意义。

2 目前人布氏杆菌病的治疗手段

2.1 抗菌药物治疗 人布氏杆菌病的抗菌药物治疗原则为早期、规范、足量、联合。该病以抗菌治疗为主要措施,由于本病是由细胞内菌引起的慢性肉芽肿感染,治疗需选择能够渗透到巨噬细胞内,而且在细胞内酸性环境下能发挥作用的药物,可选用四环素类、利福霉素类、氨基糖苷类、喹诺酮类及头孢类等。布氏杆

※ 基金项目:国家中医药管理局“十二五”重点学科中医传染病学项目基金【No.国中医药人教发[2012]32号】

* 通讯作者:26822965@qq.com

菌主要在人体网状内皮系统的细胞内繁殖,抗菌药物与抗体不易进入细胞,治疗上常采用抗生素的联合、长程或多疗程。国外研究证实四环素类是治疗布氏杆菌疾病最有效的药物,这些药物廉价、易购、副作用小,且适合于任何年龄段^[9]。国外Karabay研究^[10]表明,多西环素-氧氟沙星治疗布氏杆菌效果满意。国内王海波^[11]的研究提示复方甘草酸苷、左氧氟沙星、多西环素三药联合应用治疗慢性布氏杆菌病疗效确切,不良反应发生率低,是治疗慢性布氏杆菌病的有效治疗方案。路慎国^[12]的研究表明对于布氏杆菌感染者,使用多西环素联合复方甘草酸苷开展联合治疗,临床效果显著,安全性强,值得进一步推广。邓莉莉^[13]研究证实利福平联合多西环素治疗布氏杆菌病,二者有协同作用,能够明显改善患者临床症状,具有临床诊疗价值。最近的布病抗生素治疗的 Meta 分析提示:双抗治疗的基础上再增加一种抗生素可以提高治疗效果,不良反应率没有明显升高^[14]。抗菌药物是治疗该病的首选,但易耐药,不易根治,复发率高,不良反应多。

2.2 手术治疗 人布氏杆菌病并发症多,布氏杆菌性脊柱炎是常见的并发症,是人体脊柱感染布氏杆菌后主要以椎间盘炎性病变、椎体破坏及脓肿形成为主要表现的特异性感染^[15]。多数情况下可采取正规保守治疗使之治愈^[16]。但对于正规保守治疗效果不佳、存在明显腰椎不稳及神经压迫症状、腰痛剧烈的患者,可以考虑手术治疗,目的在于清除病灶、减压椎管、矫正畸形及恢复脊柱稳定性、缓解疼痛,促进患者早日康复^[17]。国内苏胜杰等^[18]的回顾性研究结果表明,在严格把握手术适应证的前提下,采用手术治疗腰椎布鲁杆菌性脊柱炎可获得满意的效果,能够达到彻底清除病灶及稳定脊柱的目的,手术时间、术中出血及其术后相关并发症的发生率较低。郎益宝等^[19]回顾性分析了23例脊柱布氏杆菌病患者的病例资料,最终得出结论:大多数患者经药物保守治疗可获得满意效果,伴有脓肿形成压迫神经或脊髓压迫者经积极手术治疗,也可获得满意效果。进行手术清除病灶与使用内固定材料在保守治疗无效的布氏杆菌性脊柱炎上已基本达成共识,但需要严格把握手术适应证。

2.3 中医中药治疗 抗菌药物对人布氏杆菌病急性期有明确的疗效,但不能抑制其复发,对亚急性期、慢性期、合并有并发症的患者治疗效果欠佳。人布氏杆菌病在中医学中属“湿温”“疫病”“虚损”“痹证”等范畴,为机体感受外邪,风、寒、湿、疫疔之邪入侵,初期表现为外感症状,久而不愈,外邪迁延,耗伤正气,引起发热、关节痛及其他相关症状缠绵难愈。主要治则为祛邪和扶正,急性期以祛邪为主,兼以扶正,慢性期以扶正为主,兼以祛邪,三因制宜,辨证论治。如信彦才^[20]认为对于该病的辨证论治正如《伤寒论》所说“观其脉证,知犯何逆,随证治之”,他采用

这种思路治疗300例布氏杆菌病患者,进行了疗效观察分析,得出通过规范化中西药联合治疗有效率可达100%,部分患者服中药依存性差,治疗效果不如中西医结合治疗患者,这说明中西医结合治疗布病优于单纯西药治疗,表明中西医结合是治疗布氏杆菌病行之有效的方法。樊永贞^[21]采用抗菌药物联合中药八珍丸加减治疗慢性布病,治愈率显著高于纯西医疗法,对解决慢性布病治疗的难题,提高慢性布病患者的临床疗效,有一定的实用推广价值。赵振霞^[22]在常规西医治疗基础上加用小柴胡汤加减辨证治疗15例布病患者,与常规西医治疗组进行比较,得出结论是小柴胡汤加减联合西药治疗布氏杆菌病疗效肯定。据刘红霞^[23]报道,经典方剂升阳散火汤可以治疗布氏杆菌病所致的慢性发热。诸多研究表明中西医联合治疗人布氏杆菌病疗效确切,可明显改善机体免疫、微循环,抑制过敏介质及炎性介质的释放,并且具有明显的止痛作用,但缺乏大样本、多中心、高质量的RCT证据。

2.4 中医特色治疗 大部分人布氏杆菌病患者经抗菌治疗、中医中药治疗都能治愈,但当布氏杆菌病失治、误治,转为慢性期,并发肌肉、关节等部位疼痛。布病并发肌肉、关节疼痛时属瘀血内阻、气机不畅、经络不通,属于中医学“痹证”的范畴,可以给予具有活血化瘀、舒经活络、调畅气机、通经止痛等作用的刮痧、拔罐、针灸、热敷疗法等中医特色治疗。王金梅^[24]研究表明刮痧走罐疗法对布病并发的后背窒息样疼痛有显著疗效,并且见效快,操作简单,无毒副作用,无痛苦,患者易于接受。因此该治疗方法值得在临床上推广应用。赵越洋等^[25]对32例布病并发关节积液的患者采用火针治疗,治愈率87.5%,有效率100%,结果满意,值得推广使用。张雪英等^[26]采用辨证选穴、辨证选法的方法治疗布病并发骨关节疼痛患者,如对于辨证为气血不足、正虚邪恋的患者使用穴位注射黄芪注射液以扶正祛邪,益气养血,对于肝肾心脾失调的患者应用毫针疗法滋补肝肾,调理心脾,对于瘀血阻络者应用华佗夹脊火针点刺法活血化瘀、通络止痛。中医特色治疗人布氏杆菌病具有一定优势。

2.5 其他治疗 由于人布氏杆菌病病程长,患者因长期发热、肌肉疼痛、骨关节疼痛等,处于慢性消耗状态之中,在临床诊治过程中营养支持治疗也不容忽视,如给予氨基酸注射液、维生素B、维生素C等对症支持治疗,有助于患者康复及恢复体能^[27]。据临床观察报道^[28-29],慢性布病患者中蒙药联合能发挥长期实践经验的特长,明显改善症状,缩短疗程,减少布病的复发率,提高治愈率,增强人体免疫力。另外改变饮食习惯、加强功能锻炼也有助于布病慢性期的恢复。

3 总结与展望

目前我国布病疫情形势严峻,发病率逐年上升,

已成为重要的公共卫生问题之一^[30]。布病治疗过程中易出现耐药现象,很难根治,且易复发。研究证实中医中药及中医特色疗法对布病治疗有确切的疗效,但大多研究为临床观察及回顾性的病例分析,缺乏高质量的RCT及多中心、大样本的研究。因此,临床医生和药理学人员应该加大中医中药及中医特色疗法治疗布病的研究力度,为中医药及中医特色疗法治疗布病提供科学依据。从而提高治疗成功率,降低布病复发率,减少并发症发生率,缩短治疗周期,减少不良反应。

参考文献

- [1]曾令佳,杨雯雯,帖萍,等.山西省医疗机构2015年布鲁氏菌病诊断与报告质量调查[J].中华流行病学杂志,2017,38(11):1480-1483.
- [2]邹洋,冯曼玲,王菲,等.布氏杆菌病药物治疗现状分析[J].中国全科医学,2012,15(20):2332-2335.
- [3]王永怡,王妹.2013年感染性疾病热点回顾[J].传染病信息,2014,1(27):1-2.
- [4]王晶,王维平,李宝广,等.以脑梗死为特点的布氏菌病一例[J].脑与神经疾病杂志,2010,18(5):394.
- [5]Drevets D A, Leenen P J, Greenfield R A. Invasion of the central nervous system by intracellular bacteria[J]. Clinical Microbiology Reviews, 2014, 17(2):323-347.
- [6]Tolomeo M, Carlo P D, Abbadessa V, et al. Monocyte and lymphocyte apoptosis resistance in acute and chronic brucellosis and its possible implications in clinical management[J]. Clinical Infectious Diseases, 2013, 36(12):1533-1538.
- [7]包依夏姆·阿巴拜克力.布氏杆菌病146例临床分析[D].乌鲁木齐:新疆医科大学,2013.
- [8]孟祥珠.布氏杆菌病1的例化床分析[D].济南:山东大学,2017.
- [9]SOLERA. Update on brucellosis; therapeutic challenges[J]. Int Antimicrob Ag, 2010, 36(1):18-20.
- [10]Karabay O, Sencan I, Kayas D, et al. Ofloxacin plus rifampicin versus doxycycline plus rifampicin in the treatment of brucellosis: a randomized clinical trial[J]. BMC Infect Dis, 2014, 4(1):8-16.
- [11]王海波,刘海春,王振清.复方甘草酸苷联合西药治疗慢性布氏杆菌病[J].吉林中医药,2015,35(2):164-166.
- [12]路慎国.多西环素联合复方甘草酸苷治疗布氏杆菌30例临床分析[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(68):13278-13279.
- [13]邓莉莉,张君艳.利福平联合多西环素治疗布氏杆菌病的临床疗效观察[J].中外女性健康研究,2016(9):222-221.
- [14]丁枫,周玉美,郑源强,等.布病抗生素治疗的Meta分析[J].中国免疫学杂志,2017,33(5):726-733.
- [15]TALL E, KOC A, ONER A, et al. Spinal brucellosis[J]. NEU-Roimaging clin N AM, 2015, 25(2):233-245.
- [16]ULU-KILIC A, KARAAKAS A, RDEM H, et al. Update on treatment options for spinal brucellosis[J]. Microbiol Infect, 2014, 20(2):75-82.
- [17]WANG Z YUAN H GENG G et al. Posterior mono-segmental fixation, combined with anterior debridement and strut graft, for treatment of the mono segmental lumbar spine tuberculosis[J]. Int Orthop, 2012, 36(2):325-329.
- [18]苏胜杰,牛宁奎,施建党,等.椎间孔入路病灶清除、植骨融合、椎弓根钉内固定治疗腰椎布氏杆菌性脊柱炎的疗效分析[J].西安交通大学学报(医学版),2017,38(4):554-558.
- [19]郎益宝,邱玉金,孙海滨,等.23例脊柱布氏杆菌病的临床诊治分析[J].中国医药科学,2017,7(1):28-31,73.
- [20]信彦才,赵勇,信长华.中西医结合治疗急性布氏杆菌病300例疗效分析[J].中国医学工程,2012,20(10):113.
- [21]樊永贞,沈跃文,钱桂峰,等.中西医结合治疗慢性布鲁氏菌病效果观察[J].疾病监测与控制,2014,8(7):428-430.
- [22]赵振霞,贾奎,刘彩莉,等.小柴胡汤加减治疗布氏杆菌病15例[J].河南中医,2016(4):580-582.
- [23]刘红霞,刘迎春,岳振逸,等.升阳散火汤除湿法治疗布氏杆菌病发热1例临床体会[J].临床医药文献电子杂志,2015(23):4927.
- [24]王金梅.刮痧走罐治疗布氏杆菌病引起的后背窒息样痛[J].中国保健营养(中旬刊),2014(7):4506-4506.
- [25]赵越洋,王金梅.火针治疗慢性布氏杆菌病引起的关节积液32例临床观察[J].中医临床研究,2012,4(7):59-60.
- [26]张雪英,张启亮.慢性布氏杆菌病的针灸治疗[J].疾病预防控制通报,2011(5):94.
- [27]梁栋,孟海艳,唐全,等.2型糖尿病合并布氏菌病1例报告[J].山西医科大学学报,2015,46(9):944-945.
- [28]和殿峰.探讨治疗慢性布氏菌病常用中药的药理作用[J].中国医药指南,2015,13(14):296-297.
- [29]于修志.中蒙医解毒化湿法治疗布氏菌病[J].中国民族医药杂志,2016,22(9):30-32.
- [30]Lai S, Zhou H, Xiong W, et al. Changing epidemiology of human brucellosis, China, 1955-2014[J]. Emerg Infect Dis, 2017, 23(2):184-189.

(本文编辑:张文娟 本文校对:边文贵 收稿日期:2018-03-22)

中医对痛风认识的进展

范黎明 刘涛 李孟飞

(河南中医药大学第二临床医学院, 河南 郑州 450008)

摘要:总结了历代中医家对痛风病因病机的认识及其发展过程,对本病进行了分期分型,同时结合中医辨证论治,系统阐明了中医治疗痛风的思路及方法。单一西医疗法治疗本病副作用大且难以达到预期目标,而中西医结合不仅能弥补各自不足之处,还能在本病治疗方面取得更大突破。

关键词:中医药疗法; 痛风; 病因病机; 辨证论治; 综述; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.069

文章编号:1672-2779(2018)-11-0149-03

The Progress of Traditional Chinese Medicine on the Understanding of Gout

FAN Liming, LIU Tao, LI Mengfei

(The Second School of Clinical Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

Abstract: This article summarized the understanding and development of the pathogenesis of gout in the history of traditional Chinese medicine practitioners. The classification of this disease was carried out in stages and combined with syndrome differentiation and treatment to systematically clarify the ideas and methods of traditional Chinese medicine for gout. A single Western medical treatment of the disease side effects and difficult to achieve the desired goal, so due to the combination of traditional Chinese and Western medicine, make up for their respective deficiencies in order to achieve a greater breakthrough in the treatment of this disease.

Keywords: therapy of traditional Chinese medicine; gout; etiology and pathogenesis; treatment based on syndrome differentiation; review; arthromyodynia

痛风是由嘌呤代谢紊乱以及尿酸排泄障碍而导致血液尿酸浓度升高,尿酸盐结晶沉积于关节及其周围

组织引起的代谢性疾病,常继发糖尿病、高血压、脂肪肝、血脂异常等疾病^[1]。高尿酸血症早期无明显症状,

人们一般难以发现或发现后未引起足够重视,所以都是在痛风发作后才被关注。目前西医治疗本病手段有限且不能根治,因而中医治疗的优势就显现出来。痛风在中医属“痹证”“历节”,但该病名的首次提出是在朱丹溪《格致余论·痛风》一文中。

1 痛风的病因病机

1.1 古代医家对痛风的认识 在元以前并无痛风病名,对其叫法也各异。本病最早属“痹病”,《素问·痹论》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹。”汉代张仲景在《金匮要略》中提出的“历节病”与痛风症状类似,“寸口脉沉而弱……历节黄汗出,故曰历节,……乌头汤主之”。与之同时代的华佗在《华佗神医秘传》中提出的“脚气”也指本病,却并非现代医学上的脚气,“人病脚气与气脚有异者,即邪毒从内而注入脚者,名曰脚气”。隋·巢元方将本病命名为“历节风”,《诸病源候论·风病诸候》云:“历节风之状……此由饮酒后腠理开,汗出当风之所致也”。唐·孙思邈《千金要方》曰:“热毒流与四肢,历节肿痛”,并指出其病因为热毒。

痛风病名最早见于元·朱丹溪《格致余论·痛风》,“彼痛风者,大率因血受热……夜则痛甚,行于阴也”。并在《丹溪心法·痛风》中云:“痛风,四肢百节走痛是也,他方谓之白虎历节风证”,将历节病统一概括为痛风。明·张景岳《景岳全书·风痹》中言:“风痹一证,即今人所谓痛风也”,指出其表现为肢体红肿疼痛,且与气候变冷密切相关。清·张璐《张氏医通》对本病进行总结:“痛风一证,《灵枢》谓之贼风,《素问》谓之痹,《金匮》名曰历节,后世更名曰白虎历节”。

1.2 现代医家对痛风的认识 现代医家对痛风病因病机看法不一,故在其辨证论治上也有差异,但治疗原则相差不是很大。黄继勇等^[2]提出“痛风窠臼说”,认为本病发作期病因为湿热阻滞,缓解期以肝脾肾不和及湿阻为主,主要病理产物为“湿浊”,并贯穿本病始终,以清热利湿方进行治疗。朱良春以“浊瘀痹”作为痛风的病名,认为其病因为“痰”和“瘀”,病机是浊瘀内蕴、脾肾不和,应以泄浊化瘀、调益脾肾指导治疗^[3]。张天星等^[4]以中医理论为基础得出痛风患者体质为阳明经气旺盛,其诱因为饮酒,并结合《素问·厥论》对“热厥”认识,指出其病机为阳明热毒、太阴虚寒。张向伟等^[5]对痛风后期引起的肾病进行分析后得出其病机为浊瘀阻滞肾络,早期多为实证,晚期多为虚证,治宜用分清泄浊之四妙丸。

虽然不同医家对痛风认识不同,但总结其病理因素主要为湿热、痰浊、瘀毒,所涉及内脏主要有肝脾肾,治法上主要是清热泄浊化瘀和调理脏腑气机。

2 痛风的中医治疗

2.1 中医内治法对痛风辨证论治

2.1.1 急性发作期 (1) 湿热痹阻型:主要表现为双下肢病变小关节红肿、疼痛拒按,以第一跖趾关节为甚,患处色红、灼热、肿胀,多体温偏高,大便干,小便黄,舌红苔黄腻,脉滑数。刘凯旋等^[6]认为对湿热痹阻型痛风患者治宜清利湿热、通络止痛,选用铁军汤加减,主要方药组成为赤芍、牡丹皮、滑石、生山栀、玄参、生地黄、红花、桃仁、生大黄等。江崛等^[7]用当归拈痛汤合三妙丸对122例湿热痹阻型痛风患者进行随机对照试验,在治疗组的61例中,临床控制21例,显效29例,有效8例,总有效率95.09%,治疗组优于对照组($P<0.05$)。

(2) 痰浊痹阻型:患者体质多偏胖,关节及其周围反复疼痛肿胀,皮肤暗红,局部偶有酸麻及刺痛,伴有头晕、目眩,大便黏滞,舌胖质红、苔白腻,脉弦滑。睦蕴慧等^[8]认为本证主要以治“痰”为主,其组方用药多以全瓜蒌、清半夏、白芥子、浙贝母等化痰药为主,再加山药、茯苓、白术等健脾益气之品。项旭阳等^[9]用祛风活络泄浊汤对门诊116例痰浊痹阻型痛风患者进行随机对照试验,在治疗组58例患者中显效35例,有效16例,总有效率为87.9%,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

(3) 瘀毒蕴结型:临床表现为关节反复疼痛,屈伸活动不利,时有肿胀刺痛,患处皮肤紫暗,皮下多有结节,舌紫暗、苔黄厚,脉弦数。孟庆良等^[10]对朱良春治疗痛风性关节炎经验进行总结,认为本病主要是浊瘀毒邪留滞体内而导致,治宜泄化浊瘀、调益脾肾,方用痛风汤(威灵仙、秦艽、土茯苓、萆薢、土鳖虫、地龙、山慈菇、桃仁、红花、泽兰、泽泻等)加减。李丹等^[11]对70例湿热挟瘀型痛风患者使用痛风汤进行随机对照实验,35例治疗组中临床治愈12例,显效15例,有效6例,总有效率为91.4%,2组相比,具有统计学差异($P<0.05$)。

2.1.2 慢性间歇期 (1) 脾虚血瘀型:此型患者倦怠无力,关节肿痛症状缓解,关节周围肌肉发硬或稍有肿胀,患处皮肤色暗,时有胸痞脘闷,食少纳呆,面黄,舌胖有齿痕,舌质暗有瘀点,苔白脉细。李振华^[12]认为痛风主要是脾虚不运,湿热毒邪留注于关节,治宜健脾除湿、清热解毒通络,方用三妙丸合白虎桂枝汤加减,从脾胃入手常奏奇效。刘英华^[13]采用参苓白术散合金匱肾气丸加减对50例脾虚的老年慢性痛风性关节炎患者进行试验,此方补肾健脾、化湿泄浊,总有效率为96%,效果满意。

(2) 脾肾阳虚型: 本证主要见于久病患者, 主要表现为神疲乏力, 关节无疼痛, 频繁发作后尿酸盐结晶沉积于关节周围, 关节活动受限, 皮色正常, 偶有怕冷, 食欲不振, 失眠耳鸣及记忆力减退, 舌胖质淡有齿痕, 苔白腻, 脉沉无力。魏文著等^[14]认为本病病机主要是脾肾阳虚、痰湿痹阻, 治宜温阳化湿、通腑泄浊, 方用四逆汤合四妙散加减, 取效良好。朱婉华等^[15]继承朱良春治疗痛风的经验, 认为其病机为浊瘀痹阻、脾肾阳虚, 治以痛风汤为主, 辅以阳和汤、四妙勇安汤、四逆汤治疗痛风性关节炎伴下肢坏疽患者, 六诊后患者基本康复。

(3) 肝肾亏虚型: 本证为痛风患者长期迁延不愈, 病程常达数年或数十年之久, 由单关节受累渐渐导致多关节畸形肿胀, 骨质破坏, 活动明显受限, 形体逐渐消瘦, 怕冷畏寒, 性功能下降, 面色晦暗, 脉沉弦数。林昌松认为本证治宜补肝肾、强筋骨, 方用独活寄生汤加减, 同事辅以尫痹片来补益肝肾, 效果良好^[16]。崔占月^[17]对60例肝肾亏虚型慢性痛风患者采用温阳通络胶贴外用结合独活寄生汤内服进行随机对照试验, 在治疗组29例患者中, 痊愈18例, 有效10例, 总有效率为96.55%, 有统计学差异 ($P < 0.05$)。

2.1.3 痛风肾病期 痛风数年或数十年之久, 若治疗不当常常累积肾小管和肾小球功能, 临床上表现为夜尿频多或低比重尿, 尿液呈酸性, 偶有血尿、蛋白尿, 伴有轻微腰痛和下肢浮肿, 血压升高。董志刚认为痛风性肾病的病机是肝脾肾亏虚、痰瘀内阻, 主要病理因素为痰、湿、血瘀, 治疗上宜祛湿化痰、活血化瘀, 方药组成主要是防风、苍术、土茯苓、萆薢、芍药、独活、黄芪、当归等^[18]。张向伟等^[19]认为痛风性肾病特有病机为浊瘀痹阻肾络, 治以化湿降浊为主, 方药以四妙丸为基本方, 加以活血通络之鬼箭羽、益母草、泽兰、赤芍、丹参等。

2.2 中医特色疗法治疗痛风 中医对痛风的治疗, 除了中药汤剂内服外, 还包括外用法: 如中药外涂、针灸、刺络、熏洗等, 且都效果显著。陈兴华等^[20]用金黄膏外敷对60例急性痛风性关节炎患者分3组进行治疗, 每组20人, 其中戴芬组+金黄膏组优于金黄膏组, 金黄膏组又优于戴芬组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。刘晴等^[21]对针灸刺络疗法治疗痛风性关节炎经验总结后, 发现火针、电针、刺络放血等方法能明显改善疼痛症状, 且在降血尿酸浓度方面疗效显著, 具有操作简便、不良反应少等优势。万晓燕^[22]对120例痛风患者用中药熏洗进行临床试验, 治疗组30例患者加用三妙散合白虎

汤加减外用, 1周后, 治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。

3 小结

近年来, 西医对本病的病因病理已经有了非常深入的研究, 在治疗上也有所提高, 但所存在的严重副作用等问题仍待解决。中医对痛风的治疗方法众多, 并且有着副作用小、操作简单的优势, 但其也存在不足之处, 如目前临床上所用方剂多为自拟方, 虽有疗效, 但个体差异较大, 尚未被大量临床试验所证实。另外, 目前中医治疗痛风辨证及分期标准并不统一, 且缺乏全面评价疗效的标准。所以, 必须加强对本病辨证论治的规范, 加大中医科学临床研究设计的投入, 寻找疗效显著且被广泛认可的方药, 中西医结合, 发挥各自的优势, 为患者带来更多福音。

参考文献

- [1] 杨彦龙, 王海霞, 李小琴, 等. 痛风患者伴发病回顾性研究[J]. 重庆医学, 2018, 47(1): 26-28.
- [2] 黄继勇, 张艳, 范永升运用“清热利湿方”治疗急性痛风经验[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(1): 135-137.
- [3] 朱婉华. 痛风性关节炎辨证[N]. 中国中医药报, 2016-04-01(004).
- [4] 张天星, 王义军, 贺娟. 痛风的中医医理探究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(3): 268-269.
- [5] 张向伟, 柳红芳, 胡济源, 等. 痛风性肾病的辨机论治[J]. 北京中医药大学学报, 2017, 40(9): 790-792.
- [6] 刘凯旋, 张兰. 中医药治疗痛风简况[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(7): 101-103.
- [7] 江岷, 唐润科. 当归拈痛汤合三妙丸对湿热蕴结型痛风性关节炎的疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(21): 169-172.
- [8] 陆蕴慧, 殷海波, 石白, 等. 基于“痰瘀相关”探讨痛风病因病机及治疗思路[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(7): 1402-1404.
- [9] 项旭阳, 赵阿林. 祛风活络泄浊汤治疗痰浊阻滞型慢性痛风性关节炎的临床观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2015, 39(6): 464-466.
- [10] 孟庆良, 张子扬, 苗喜云. 朱良春泄浊化痰法治疗痛风性关节炎经验[J]. 中医杂志, 2017, 58(16): 1368-1370.
- [11] 李丹, 周兴辉. 自拟痛风汤治疗湿热挟瘀型痛风性关节炎临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(4): 982-985.
- [12] 李沛, 郭会卿. 李振华治疗痛风经验[J]. 中医杂志, 2010, 51(10): 875-876.
- [13] 刘英华. 健脾补肾、祛湿泄浊法治老年慢性痛风性关节炎 50 例[J]. 江西中医药, 2009, 40(9): 44-45.
- [14] 魏文著, 刘绍良, 洪潇挺, 等. 从阳虚致痹论治痛风[J]. 中医临床研究, 2015, 7(9): 8-9.
- [15] 朱婉华, 张侠福, 顾冬梅, 等. 泄浊化痰、调益脾肾法治疗痛风性关节炎伴下肢坏疽案[J]. 中医杂志, 2015, 56(13): 1169-1170.
- [16] 姬森国, 徐强, 王笑丹, 等. 林昌松教授治疗痛风性关节炎经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(8): 138-139.
- [17] 崔占月. 温阳通络胶贴治疗肝肾亏虚型慢性痛风性关节炎临床疗效观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011.
- [18] 张雪楠, 董志刚. 董志刚痰湿血瘀论治痛风性肾病临证经验[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(6): 1203-1204.
- [19] 张向伟, 柳红芳, 胡济源, 等. 痛风性肾病的辨机论治[J]. 北京中医药大学学报, 2017, 40(9): 790-792.
- [20] 陈兴华, 杨奕平. 金黄膏外敷治疗急性痛风性关节炎的临床研究[J]. 中成药, 2015, 37(10): 2331-2333.
- [21] 刘晴, 刘维, 吴沅峰. 针刺刺络治疗痛风性关节炎临床研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(8): 1573-1575.
- [22] 万晓燕. 三妙散与白虎汤加味足浴配合西药治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J]. 陕西中医, 2012, 33(8): 1005-1006.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 孟庆良 收稿日期: 2018-03-23)

心脏神经症中医证候分布规律的研究

程伟¹ 邓悦^{2*} 陈少军³ 陈艳俏³

(1 北京市怀柔区中医医院心血管病科, 北京 101400;

2 吉林省长春市长春中医药大学第一附属医院心内科, 吉林 长春 130117;

3 北京市怀柔区中医医院心血管科, 北京 101400)

摘要:目的 本研究采用文献研究探讨心脏神经症中医证候分布规律, 以更利于阐释心脏神经症的中医证候分布特点, 为临床辨证论治提供参考依据。方法 采用横断面研究设计方案, 首先通过清华大学CNKI医学知识数据库查阅21年文献资料, 进行文献研究, 运用描述分析方法统计各变量的频度和构成百分比, 总结心脏神经症的中医辨证规律。结果 文献研究显示: 心脏神经症7个基本证候为: 气虚、血虚、阴虚、血瘀、气滞、痰浊、阳虚, 其中气虚证最为多见, 其次为血虚与阴虚; 心脏神经症的证候要素组合主要有四类: 单因素证, 双因素证, 三因素证及四因素证。其中以四因素证的气虚+阴虚+痰浊+血瘀和气虚+血虚+痰浊+血瘀最为多见; 气虚在证候要素组合中分布最广。结论 结合文献研究, 气滞、气虚是心脏神经症的主要证素, 气滞、气虚、痰浊、血瘀是心脏神经症的主要病理机制, 心是心脏神经症的主要病位, 肝、脾与之密切相关。

关键词: 心脏神经症; 文献研究; 证候分布规律; 心悸; 证素

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.070

文章编号:1672-2779(2018)-11-0152-04

Study on the Distribution of Traditional Chinese Medicine Syndromes of Cardiac Neurosis

CHENG Wei¹, DENG Yue², CHEN Shaojun³, CHEN Yanqiao³

(1. Department of Cardiovascular Diseases, Huairou District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101300, China;

2. Department of Cardiology, the First Affiliated Hospital of Changchun University of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130117, China;

3. Department of Cardiology, Huairou District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101300, China)

Abstract: Objective This study used literature to study the distribution of TCM Syndromes of cardiac neurosis, in order to explain the characteristics of TCM syndrome distribution of heart neurosis and provide reference for clinical syndrome differentiation.

Methods A cross-sectional study design scheme was adopted. Firstly, the literature of 21 years was consulted through the CNKI medical knowledge database of Tsinghua University, and the literature was studied. The frequency and percentage of the variables were calculated by the method of description and analysis. The TCM syndrome differentiation of the heart neurosis was summarized.

Results Literature studies show that 7 basic syndromes of heart neurosis are qi deficiency, blood deficiency, yin deficiency, blood stasis, qi stagnation, phlegm, yang deficiency, among which qi deficiency syndrome is the most common, the second is blood deficiency and yin deficiency, and there are four types of syndromes of cardiac neurosis: single factor syndrome, double factor syndrome, three factor syndrome and four factor syndrome. Among them, qi deficiency and yin deficiency, phlegm turbidity, blood stasis and qi deficiency, blood stasis, phlegm turbidity, blood stasis were most common among four factors; qi deficiency was the most widely distributed in the combination of syndrome elements. **Conclusion** Combined with literature study, qi stagnation and qi deficiency are the main syndromes of heart neurosis. Qi stagnation, qi deficiency, phlegm turbidity and blood stasis are the main pathological mechanism of heart neurosis. The heart is the main disease of heart neurosis, and the liver and spleen are closely related.

Keywords: cardiac neurosis; literature research; pattern of syndrome distribution; palpitation; diagnosis units about disease location

心脏神经症(cardioneurosis)又称心脏神经官能症(cardiac neurosis)是以心脏不适为主要临床表现的神经官能症,其临床特点为心血管症状与神经功能紊乱合并出现。患者主观感觉复杂多样的心血管症状,包括心悸、心前区痛、气短等,但临床无任何与其具有因果关系的器质性心脏病或对心脏有影响的其

血管症状的产生和变化与心理因素密切相关。本病青壮年多见,女性明显多于男性,年龄分布以30~50岁者为最多见。因此,本病应引起人们足够关注与重视。根据临床表现,本病可归入中医学“心悸”“惊悸”“怔忡”“心痛”等范畴。邓铁涛^[1]教授认为心悸是为本虚标实之证,本虚即气虚与阴虚,标实为痰浊与血瘀,本病基本病机为气虚、阴虚、痰浊、血瘀。颜德馨^[2]教授认为“气血失衡”为心悸产生根本原因,而瘀血是其基本病机。王守富^[3]认为肝郁为心脏神经症的根本原因。李应东^[4]教授认为心悸产生的

* 通讯作者:dye7138@sina.com

主要原因是气血两虚,即本虚,随着情志因素导致肝郁,气滞产生病理产物血瘀。陈镜合^[5]教授认为情志因素“郁”是心脏神经症的病机。周端^[6]提出心悸为本虚标实之证,以虚为本,痰瘀水饮为标。许占民^[7]认为心悸病机为本虚标实,气血阴阳亏虚为本,痰饮、血瘀为标。沈氏^[8]认为该病属实中挟虚之证,病机为痰扰心神。祝光礼^[9]认为青年人心悸与肝郁、情志因素密切相关。聂嫦娥等^[10]认为本病虚实夹杂,心脾两虚为本,气滞、痰浊、血瘀为标。刘海艳^[11]认为本病的病机气滞与肾虚。近几年来,中医药在治疗心脏神经症方面发挥了较大优势,无论是在改善症状方面,还是在治愈疾病都取得了一定的进展,但仍存在一些问题。心悸的辨证分型和疗效判定缺乏统一的标准,不利于药品的筛选和疗效评价;多数临床报道样本较小,缺乏大样本、多中心、随机双盲、前瞻性的临床循证研究;对用药患者的随访率低,远期疗效难以系统评价。因此,进一步进行理论创新,加强实验研究,制定统一的疗效标准,扩大临床观察样本,开发有效成药,以更好地发挥中医药治疗心脏神经症的优势。

1 资料与方法

1.1 资料来源 检索文献采用计算机检索和人工检索相结合方式。主要以清华大学CNKI医学知识数据库1990年1月—2012年1月国内发表的文献为主,以“心悸”“心脏神经症”“辨证论治”为关键词进行检索。

1.2 纳入标准 (1) 选择中医和中西医结合临床辨证治疗心脏神经症的文献,以及辨证施治、专家经验介绍、理论叙述、综述等对心悸进行辨证分析的文献。(2) 符合心脏神经症的西医诊断标准。(3) 针对心脏神经症临床辨证分型研究文献。(4) 作者或临床资料来源相同者取其一,对于辨证分型、症状描述相同以及一稿两投的文章,以其中较早发表的一篇计;对于采用同一辨证标准的文章,以其中较早发表的一篇计并将其标准进行纳入。

1.3 统计学方法 采用双人双机录入,将量化的数据资料输入SPSS 16.0的数据库,运用描述分析统计出各变量的频度和构成百分比。

2 结果

2.1 文献类型病例数及分类 研究资料来源于1990年1月—2012年1月国内发表的文献,包括文献综述研究,临床研究,证候研究等多种类型的研究共181篇,并提取每篇所阐述的证候要素,累加得到总证候495个,具体文章类型分布及所占比重如表1。

表1 文献类型分类

文献来源	证候数	百分比
文献综述	317	64.04
临床研究	170	34.34
证候研究	8	1.62

通过上表可以看出,文献综述研究在心脏神经症中医辨证上应用最多,其次为临床研究,而证候研究最少。

2.2 心脏神经症证候的分布情况 根据《中医诊断学》《中医证候规范》以及多位专家探讨总结,针对181篇文献统计资料,在495个证候中提取相关的病性证候要素,如从心血瘀阻、心脉痹阻、瘀血阻络、瘀阻心脉中提取血瘀,从肝气郁结、心气郁滞、肝郁气滞阳郁遏中提取气滞,从心气亏虚、心虚胆怯中提取气虚,从心阳不振、心阳亏虚、肾阳虚提取阳虚,从气血不足提取气虚和血虚两种证候要素,从心脾两虚夹有痰瘀提取气虚、血虚、痰浊、瘀血四种证候要素等,对基本证候要素进行归类统计,其出现频率在1%以上的证候要素如表2。

表2 频率大于1%的证候要素总体分布情况

证候要素	例数	百分比
气虚	116	23.43
气滞	82	16.57
阴虚	77	15.56
血瘀	76	15.35
血虚	56	11.31
痰浊	55	11.11
阳虚	50	10.10

为总结各证候之间是否存在差异,对以上所有证候进行独立样本的 χ^2 检验,结果 $\chi^2=49.396$, $P<0.01$,因此在文献资料中所提取的证候总构成不同。如表2所示,占比重最大的为气虚证,气滞证、阴虚证次之。

2.2.1 实性证候要素总体分布情况 如表3示。

表3 实性证候要素分布情况

证候要素	例数	百分比
气滞	82	15.35
血瘀	76	11.31
痰浊	55	11.11

在181篇文章所有的证候中,实性证候要素出现最多的为气滞,其次为血瘀与痰浊。

2.2.2 虚性证候要素分布情况 见表4。

表4 虚性证候要素分布情况

证候要素	例数	百分比
气虚	116	23.43
阴虚	77	16.57
血虚	56	15.56
阳虚	50	10.10

如上表所示,在虚性证候中,气虚出现频次最多,其次为阴虚及血虚,阳虚最少。

2.3 心脏神经症证候要素的组成

2.3.1 心脏神经症证候要素的整体组合情况 根据证候要素的定义及分类标准可将病性证候要素的组合情况分为单因素证,双因素证,三因素证及四因素证,所占比例超过1%的证候组合形式及所占比重,见表5。

表5 频率>1%的证候要素组合形式统计表

组合类型	组合形式	频次	百分比
单因素	气滞	18	3.64
	气虚	9	1.82
双因素证	气虚+阴虚	13	2.63
	气虚+血虚	7	1.41
	血虚+气滞	5	1.01
三因素证	气虚+血虚+血瘀	5	1.01
四因素证	气虚+阴虚+痰浊+血瘀	29	5.86
	气虚+血虚+痰浊+血瘀	25	5.05
	气虚+气滞+痰浊+血瘀	8	1.62

出现频率超过1%的证候组合共有9种,在单因素中气滞出现频率最高,气虚次之,双因素证中气虚+阴虚最多,血虚+气滞最少,三因素证中主要有气虚+血虚+血瘀,四因素证中气虚+阴虚+痰浊+血瘀出现频率最多。在所有证候组合中,单因素证中气滞及四因素证中气虚+阴虚+痰浊+血瘀所占比例最高。

2.3.2 病性证候要素组合情况 见表6。

表6 病性证候要素组合

病性	证候要素	频次	(%)
实性	气滞	13	3.64
虚性	气虚+阴虚	18	2.63
	气虚+血虚	9	1.82
虚实结合	气虚+血虚+血瘀	5	1.01
	气虚+阴虚+痰浊+血瘀	29	5.86
	气虚+血虚+痰浊+血瘀	25	5.05
	气虚+气滞+痰浊+血瘀	8	1.62

实性证候要素中,频数>1%的证候要素为气滞;虚性要素中,气虚+阴虚最多,气虚+血虚最少,在虚性与实性证候要素结合中,频次最多的是气虚+阴虚+痰浊+血瘀与气虚+血虚+痰浊+血瘀,其中气虚+血虚+痰浊+血瘀的频次略低于前者,气虚+气滞+痰浊+血瘀

频次出现最少。

2.4 心脏神经症病位证候要素

2.4.1 心脏神经症病位证候要素分布 在对181篇涉及病位的495个证型进行统计分析后,出现频率>1%病位证候要素所得情况如表7。

表7 出现频率>1%病位证候要素分布

病位	频次	百分比
心	151	41.37
肝	96	26.30
脾	69	18.90
肾	31	8.49
胆	18	4.93

上表可见,心脏神经症的病位主要在心,与肝胆脾肾有关,尤其与心肝脾关系最为密切,为比较各病位证候要素构成比是否存在差异,进行独立样本的 χ^2 检验,结果 $\chi^2=195.514$, $P<0.01$,因此在文献资料中所提取的各病位证候要素总体构成不同。

2.4.2 心脏神经症病位证候组合分布情况 见表8。

表8 出现频率>1%病位证候要素组合情况

病位	频次	百分比
心	39	10.68
心+肝	33	9.04
心+脾	32	8.77
肝	19	5.21
心+肝+脾	10	2.74
心+肝+脾+肾	9	2.47
心+肾	8	2.19
心+肝+脾+肾+胆	5	1.37
肝+肾	4	1.10

在表8中,出现频率>1%的病位要素的组合形式共有9种,包括单病位要素证和组合病位要素证,在所有病位要素中以单位要素证心出现频率最高,其次为组合病位要素证心+肝。

3 小结

3.1 文献研究的文献类型分布特点 此次文献研究搜集1990—2012年中医心悸与心脏神经症有关的文献共181篇,共495个证候,调查结果表明:目前中医文献主要集中在文献综述研究上。

3.2 文献研究的中医证候要素的分布特点

3.2.1 病性证素的特点

3.2.1.1 病性证候要素分类 根据对心脏神经症的病性证素的统计结果可以看出,主要的病性证素是:气虚、血虚、阴虚、血瘀、气滞、痰浊、阳虚,其中气虚所占比重最大,其次为血虚与阴虚,这三种证候要素是心脏神经症患者中最多见的病性要素。实性证候要素主要为血瘀、气滞与痰浊,且以血瘀最为多见,虚性

证候要素主要为气虚、血虚、阴虚与阳虚，尤以气虚及阴虚出现最多。

3.2.1.2 病性证候要素的组合特点 通过对181篇与心脏神经症有关文献进行证候要素提取，完成统计分析后，发现病性证素的两个组合特点。其一：病性证候要素组合主要分为单因素证，双因素证，三因素证及四因素证，其中以四因素证的气虚+阴虚+痰浊+血瘀和气虚+血虚+痰浊+血瘀最为多见，其次为单因素证的气滞证；其二：气虚在证候要素组合中分布最广。在单因素证中气滞最多见，双因素证中气虚+阴虚最多，在三因素中气虚+血虚+血瘀最多见，在四因素中主要以气虚+阴虚+痰浊+血瘀和气虚+血虚+痰浊+血瘀为主。据上可以看出气虚在心脏神经症证候要素组合中分布最广。

3.2.2 病位证候要素的特点

3.2.2.1 病位证候要素的分类 通过对文献中的病位证候要素的统计分析，表明频率>1%的病位主要有心、肝、脾、肾和胆，其中病位心最多，其次为肝与脾。

3.2.2.2 病位证候要素组合的特点 在心脏神经症的文献资料中，出现频率>1%的病位证素组合共有9种，包含单病位证素和组合病位证素。出现频次最多的为单因素证素心、双因素证素心+肝及心+脾，说明心、肝、脾是心脏神经症的常见病位。

4 讨论

本研究采用文献研究对心脏神经症证候要素进行流行病学研究。首先借助于临床流行病学的调查方法与手段，收集完善的文献信息，根据中医专业知识对证候要素进行提取、归类，并在此基础上运用现代数理手段统计分析，最后对客观信息进行相关规律的研究、总结。

气滞、气虚在心脏神经症中具有重要地位。气滞是指人体某一部分或某一脏腑、经络的气机阻滞，运行不畅，以胀闷疼痛为主要表现的证候。引起气滞的原因有三方面：一是情志不舒，忧郁悲伤，思虑过度，而致气机郁滞；二是痰饮、瘀血等病理物质的阻塞或湿邪阻碍，导致气机郁滞；三是脏腑虚弱，运行乏力而气机阻滞。气虚是指元气不足，气的推动、固摄、防御、气化等功能减退，或脏腑组织的机能减退的虚弱证候。本研究通过文献回顾性研究后发现心脏神经症的基本病性证候要素为气滞、气虚、阴虚，其中气滞、气虚这两种证候要素是心脏神经症中最多见的病性证素。病性证候要素主要分四类，依次为单因素证，双因素证、三因素证及四因素证，调查结果显示在各

证候要素中，单因素证气滞最多，而气虚广泛分布于各证候因素组合之中。

气滞、气虚、痰浊、血瘀是心脏神经症的主要病理机制。随着年龄及病程的增长，心脏神经症的中医证候逐渐由实转虚，最初患病以气滞为多见，随着病程的增长，转为气虚，进而产生痰浊，血瘀等病理产物。而忧、郁、思等情志因素是气滞产生的主要原因之一，因此情志因素与心脏神经症有着极其重要的联系，提示临床医师治疗该病，在药物治疗的基础上，需配合心理干预，以达到较好的临床疗效。

参考文献

- [1]刘泽银,邹旭,罗英,等.邓铁涛心脾相关论治疗心悸临床经验总结[J].中国中医药信息杂志,2007,14(7):82-83.
- [2]胡晓贞,颜乾麟,颜德馨.颜德馨论心悸病机及其治法[J].中国中医药信息杂志,2007,14(11):82-83.
- [3]邢冬梅,李秋风,李兴渊.王守富主任医师论治心脏神经官能症经验[J].中医研究,2010,23(3):60-61.
- [4]刘清君,刘彩梅,巩婷.李应东教授论治心脏神经官能症经验[J].时珍国医国药,2009,20(1):227-228.
- [5]余锋.陈镜合教授治疗心脏神经官能症经验介绍[J].陕西中医,2009,30(6):705-706.
- [6]张文群.周端教授辨治心悸临床经验[J].四川中医,2011,29(12):6-7.
- [7]张会珍,赵志国,张一听.许占民教授辨治心悸的临床经验[J].河北中医药学报,2006,21(4):28-29.
- [8]沈金玲,王守富.十味温胆汤加减治疗心脏神经官能症 52 例[J].中医研究,2007,20(4):50.
- [9]刘昭.祝光礼从解郁论治青年人心悸[J].浙江中医杂志,2011,46(4):248-249.
- [10]聂嫦娥,金泓鑫.自拟稳心汤加减治疗心脏神经症疗效分析[J].实用中西医结合内科杂志,2005,19(3):235.

(本文编辑:张文娟 本文校对:孙久林 收稿日期:2018-05-04)

白芷的鉴别要点

药材鉴别

药材呈长圆锥形,长部较粗,长 10~25 cm,直径 1.5~2.5 cm。状如胡萝卜,表面灰棕色或黄棕色,根头部钝四棱形或近圆形,具纵皱纹、支根痕及皮孔样的横向突起,俗称“疙瘩丁”,有的排列成四纵行。顶端有凹陷的茎痕。质坚实,断面白色或灰白色,显粉性,形成层环棕色,近方形或近圆形,皮部散有多数棕色油点。质硬气芳香,味辛,微苦。

“疙瘩丁”:指白芷药材外皮的皮孔样横向突起。

饮片鉴别

饮片横切,呈类圆形厚片,外表皮灰棕色至黄棕色。切面白色或灰白色,具粉性,形成层环棕色,近方形(杭白芷),或近圆形(禹白芷),木质部约占横切面的 1/2,皮部散在多数棕色油室点。质硬气芳香,味辛,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。

阳和汤治疗恶性肿瘤的临床应用与实验研究进展

姚嘉良¹ 安君君¹ 杨亚琴^{2*} 任路平³

(1 河南中医药大学研究生2016级, 河南 郑州 450008; 2 河南省中医院肿瘤科, 河南 郑州 450002;
3 河南中医药大学研究生2017级, 河南 郑州 450008;)

摘要: 中医学认为阳和汤具有温阳补血, 散寒通滞的功效, 为治疗“阴疽”要方。通过阳和汤治疗肿瘤的临床应用与实验研究分析发现该方治疗肿瘤具有一定的应用前景。研究阳和汤对肿瘤所发挥的抑瘤作用机制, 对于深入认识温阳法治肿瘤的作用机制和扶正祛邪及标本兼治指导肿瘤的临床治疗具有重要的意义。

关键词: 阳和汤; 肿瘤; 临床应用; 实验研究; 温阳法; 综述; 虚劳; 瘰癧

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.071

文章编号: 1672-2779(2018)-11-0156-03

The Clinical Application and Experimental Progress of Yanghe Decoction in the Treatment of Malignant Tumor

YAO Jialiang¹, AN Junjun¹, YANG Yaqin², REN Luping³

(1. Grade 2016 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China;

2. Department of Oncology, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine Hospital, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;

3. Grade 2017 Graduate, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450008, China)

Abstract: Traditional Chinese medicine thinks that Yanghe decoction has the effect of warming yang and cold blood, and is the prescription in the treatment of "dorsal furuncle". The clinical application and experimental research of Yanghe decoction indicates that it has certain practical prospect for the treatment of tumor. The tumor-inhibitory effects of medicines in the prescription were studied, which has great significance for understanding its mechanism, and for understanding the principles of strengthening healthy qi to eliminate pathogenic factors and treating both the symptoms and root causes in the treatment of tumor.

Keywords: Yanghe decoction; tumor; clinical application; experimental study; warming yang therapy; review; consumptive disease; scrofula

截至目前恶性肿瘤的发病率和死亡率已跃居各重大疾病之首, 中医学认为恶性肿瘤的发生、发展是一个因虚致实、因实更虚、虚实夹杂的复杂过程; 其病机为气血亏虚、阴损及阳、寒凝痰聚血瘀, 且病性属寒, 其临床表现虚寒相交; 故可采用具有温阳补血、散寒通滞之效的阳和汤治之^[1]。阳和汤近年来被广泛应用于肿瘤的临床治疗, 相关的实验研究也显示其具有较好的抑制肿瘤作用, 现就阳和汤治疗肿瘤的认识和临床应用及实验研究进展综述如下。

1 阳和汤治疗肿瘤的认识和临床应用

《灵枢·百病始生篇》曰:“积之始生, 得寒乃生”“温气不行, 凝血蕴里而不散, 津液涩渗, 著而不去, 而积皆成矣”。阳气亏虚, 温煦通达之力减弱, 寒积内生, 久而成积, 生成肿块。阳虚寒凝与恶性肿瘤的发生发展关系密切^[2]。阳和汤对于辨证为阳虚寒凝的恶性肿瘤性疾病, 效果显著。

肺癌发病率居于恶性肿瘤的首位, 在我国已成为癌症死亡的首要原因。彭仁通^[3]以阳和汤为基础联合TP方案辨病辨证治疗中晚期非小细胞肺癌, 采用随机数字分组, 对照组30例单纯采用TP方案治疗, 治疗组30

例采用阳和汤联用TP方案综合治疗。结果显示治疗后两组近期疗效比较, 治疗组、对照组有效率分别为73.33%、43.33%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

乳腺癌的发病机制主要是正气不足、风寒入侵、七情内伤等病理因素导致机体脏腑功能紊乱、冲任失调, 导致气滞血瘀、痰浊交凝, 邪毒结滞乳部而成^[4]。王明军^[5]以阳和汤联合化疗治疗晚期乳腺癌的临床观察中, 采用随机分组, 对照组30例采用CAF方案化疗治疗, 治疗组30例在对照组基础上加用阳和汤治疗。结果显示两种治疗方案临床疗效相近, 但阳和汤联合化疗方案可提高晚期乳腺癌患者的生存质量, 同时减少化疗的不良反应, 具有一定的临床优势。

惰性淋巴瘤属于中医学“瘰癧”“失荣”“痰核”“阴疽”等范畴。甘欣锦等^[6]认为处于观察期, 无化疗对机体损伤的惰性淋巴瘤, 多为寒痰凝结证, 治疗应温阳散结, 软坚化痰。卢霞等^[7]以阳和汤联合化疗治疗惰性淋巴瘤的临床观察, 采用随机分组, 对照组30例单用CHOP方案化疗, 治疗组30例在对照组化疗基础上联合阳和汤治疗, 结果显示:总有效率治疗组为73.33%, 对照组为53.33%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

软组织肉瘤是一类来源于纤维组织、脂肪组织、

* 通讯作者: 879932616@qq.com

平滑肌组织等间叶组织的恶性肿瘤。软组织肉瘤的发病率为(2.4~5.0)/10万,占成人恶性肿瘤约1%,占儿童恶性肿瘤约15%^[8]。蒋士卿^[9]教授认为,软组织肉瘤其性属阴,为阴邪凝聚体内日久所致,属阳虚瘀结,本虚标实之证;治疗上以温阳法为基本治疗原则,重用阳和汤,同时结合临床证候辨证加减,治疗效果明显,疗效满意。

前列腺癌指的是发生在前列腺部位的上皮性恶性的肿瘤。许多临床研究表明中药对晚期前列腺癌患者疼痛及生活质量具有改善作用^[10]。前列腺癌患者分泌的前列腺素会促使肿瘤四周的骨质吸收神经末梢对患者的疼痛刺激使其极其敏感,从而产生疼痛感,而研究表明阳和汤对镇痛的治疗效果十分明显。邵铁群等^[11]在常规治疗的基础上加用阳和汤进行治疗,62例晚期前列腺癌患者治疗后疼痛显著改善达72.58%,有效改善达27.42%。

2 实验研究

抑瘤实验可以从宏观方面研究药物对肿瘤所具有的治疗作用。李仲普等^[12]研究发现,阳和汤对于阳虚证肺癌的生长具有明确抑制作用。窦建卫等^[13]观察阳和汤对三阴性乳腺癌裸鼠移植瘤生长的影响,发现阳和汤能够显著抑制裸鼠移植瘤的生长、增殖及转移。

干扰肿瘤细胞的迁移、增殖或提高机体正常细胞的增殖和生长都是临床上治疗肿瘤的目的,肿瘤细胞的侵袭及迁移行为是影响肿瘤转移的重要因素,越来越多的肿瘤病人死于肿瘤的转移,而阳和汤已被证实具有明显的抑制肿瘤细胞迁移的作用^[14]。冯磊等^[15]研究发现,阳和汤能有效治疗阳虚证乳腺癌骨转移,其可能机制是通过增加OPG的表达、抑制RANKL的表达,从而抑制乳腺癌骨转移的发展。

机体所具有的抗肿瘤免疫功能可以阻止肿瘤的发生和控制肿瘤的发展,促进抗肿瘤免疫功能的有效发挥是肿瘤治疗的一种重要方法。IL-2对细胞免疫应答具有重要的调节作用,能够促进细胞毒性T细胞的杀伤作用和激活巨噬细胞的吞噬功能。叶峥嵘等^[16]通过研究发现,阳和汤具有抑制H22荷瘤小鼠肿瘤生长的作用,使荷瘤机体IL-2水平升高和IL-4水平降低可能与其抑瘤作用机制有关。田同德等^[17]研究发现,阳和汤能够显著提高晚期胃癌阳虚证患者化疗的近期疗效和生活质量,通过改善肿瘤相关炎症微环境,重塑肿瘤免疫可能是其发挥化疗增效的重要机制。

3 讨论

阳和汤是治疗阴疽的经典效方,由熟地黄、肉桂、

麻黄、鹿角胶、白芥子、炮姜炭和生甘草等七味药组成。功能温阳、散寒、通滞,化阴凝而布阳和,故名“阳和汤”,治疗一切属“气血寒而毒凝”之阴疽。王洪绪在其《外科证治全生集》中已将“乳岩”“恶核”“失荣”“石疽”等都归于阴疽病,此类疾患相当于现代医学的肿瘤^[18]。《素问·阴阳应象大论》指出:“阳化气,阴成形。”肿瘤相当于中医学中的积聚和癥瘕等有形之物。因此,阳虚无以化,不仅贯穿整个恶性肿瘤疾病发生、发展及转归过程,且为根本致病因素^[19]。在肿瘤的发展过程中,阳虚寒凝、津血被阻和痰凝互结形成肿瘤后,增殖迅速,日以渐大,代谢活跃,损伤机体阳气,耗气夺血,致使机体出现面色苍白、少气懒言、畏寒肢冷、倦怠乏力等阳虚的状况。肿瘤患者的全身衰弱,是局部肿瘤之邪所致,而全身衰弱反可促使局部肿瘤之邪亢盛,这种反复恶性循环,终致不治^[20]。

阳和汤在恶性肿瘤性疾病中的运用,充分体现了中医异病同治之法,阳虚寒凝型积病均可辨证应用,每获奇效。阳和汤治疗肿瘤的认识和临床应用及实验研究进展显示该方治疗肿瘤具有一定的应用前景,应进一步开展其治疗肿瘤的临床疗效观察和作用机制研究。

参考文献

- [1]张贵才,李艳.中医学关于肿瘤病因病机的认识[J].中医药临床杂志,2014,26(1):72-73.
- [2]罗蒙蒙,杨亚琴.温阳法在恶性肿瘤及其并发症治疗中的应用探讨[J].亚太传统医药,2016,12(15):77-78.
- [3]彭仁通.温阳法联合TP方案治疗晚期非小细胞肺癌临床研究[J].中医学报,2016,31(2):175-178.
- [4]聂有智.乳腺癌中医临床治疗进展[J].中国临床医生,2011,39(4):28-30.
- [5]王明军.阳和汤联合化疗治疗晚期乳腺癌30例临床观察[J].中国民族民间医药,2017,26(9):110-111.
- [6]甘欣锦,傅华,沈伟.中医药分层辨治惰性B细胞淋巴瘤[J].湖北中医杂志,2014,36(7):45.
- [7]卢霞,刘凯.阳和汤联合化疗治疗惰性淋巴瘤30例疗效观察[J].湖南中医杂志,2016,32(5):62-64.
- [8]牛晓辉,徐海荣.肢体软组织肉瘤的诊断与治疗[J].中国肿瘤外科杂志,2015,7(1):1-5.
- [9]徐鑫,王赛,张孟哲,等.蒋士卿教授重用阳和汤治疗软组织肉瘤经验[J].中医学报,2016,31(3):319-321.
- [10]康川疆.川龙抑瘤汤联合TURP术治疗晚期激素非依赖性前列腺癌30例临床观察[J].中医药导报,2015,16(15):51-53.
- [11]邵铁群,杨明,贾默然,等.阳和汤对晚期前列腺癌患者疼痛及生活质量的改善作用[J].陕西中医,2016,37(3):319-321.
- [12]李仲普,胡学军,冯磊,等.阳和汤抑制阳虚证小鼠Lewis肺癌生长的实验研究[J].中医药导报,2017,23(9):25-29.
- [13]窦建卫,黄苹,赵天一,等.阳和汤对三阴性乳腺癌裸鼠移植瘤生长及IL-6、MMP-9表达的影响[J].中国现代医药杂志,2016,18(12):1-4.
- [14]窦建卫,任翠翠,郝云,等.阳和汤对裸鼠荷人乳腺癌组织中CD90表达的影响及其抑瘤作用[J].世界中医药,2015,10(3):391-393.
- [15]冯磊,毛丹,陈州华,等.基于RANK/RANKL/OPG系统探讨阳和汤对阳虚证乳腺癌骨转移裸鼠模型的影响[J].北京中医药,2017,36(1):27-

- 32.
- [16]叶峥嵘,吴琳,杨晓航,等.基于温阳法治疗肿瘤探讨阳和汤药组配伍对H22荷瘤小鼠抑瘤作用及IL-2、IL-4影响[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(8):37-39.
- [17]田同德,杨峰,岳立云,等.阳和汤对晚期胃癌阳虚证患者的化疗增效及其对肿瘤炎症因子,Treg,MDSCs水平的影响[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(22):160-164.
- [18]邓芳柏,赵小青,刘良.温阳解凝之阳和汤治疗肺癌浅析[J].中医药通报,2006,5(3):23-26.
- [19]夏克春,曾永蕾,郝皖蓉.从“阳化气,阴成形”来探讨恶性肿瘤的形成机制[J].世界中西医结合杂志,2015,10(4):573-574.
- [20]赵远红.恶性肿瘤“温药和之”解析[J].新中医,2008,40(7):100.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:郭军辉 收稿日期:2018-03-27)

中医药治疗肥胖2型糖尿病的研究进展

郭萌萌¹ 郑敏²

(1 上海中医药大学岳阳临床医学院, 上海 200437;

2 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院内分泌科, 上海 200437)

摘要:胰岛素抵抗(IR)是肥胖2型糖尿病的显著病理特征,减轻和防治胰岛素抵抗所致的代谢异常对提高疗效意义重大,应用西药治疗有一定的局限和副作用,而中医药在胰岛素抵抗的防治方面有着显著优势。笔者通过查阅近5年的文献资料,阐述了中医学对肥胖2型糖尿病病因病机的认识,并对中医药治疗肥胖2型糖尿病的概况综述如下。

关键词:2型糖尿病;综述;中医药治疗;消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.11.072

文章编号:1672-2779(2018)-11-0158-03

Research Progress of Chinese Medicine in the Treatment of Obesity Type 2 Diabetes Mellitus

GUO Mengmeng¹, ZHENG Min²

(1. Yueyang Clinical Medical College, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China;

2. Endocrinology Department, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)

Abstract: Insulin resistance is a significant pathological feature of obesity type 2 diabetes mellitus. Alleviating and preventing the metabolic abnormalities caused by insulin resistance is of great significance to the improvement of efficacy. The application of western medicine has certain limitations and side effects. However, Chinese medicine treatment has a significant advantage in the prevention and treatment of insulin resistance in patients with type 2 diabetes. By looking at the literature materials of the last five years, this paper expounded the understanding of the etiology and pathogenesis of obesity type 2 diabetes mellitus in Chinese medicine, and summarized the general situation of Chinese medicine in the treatment of type 2 diabetes mellitus.

Keywords: type 2 diabetes; review; therapy of traditional Chinese medicine; consumptive thirst

2型糖尿病属于中医“消渴病”范畴,《景岳全书》“消渴,其为病之肇端,皆膏粱肥甘之变”,提出肥胖患者的脂质过剩与堆积,是导致糖尿病胰岛素抵抗(IR)的病理基础,其影响人体糖代谢并进一步导致IR^[1]。同时,IR对肥胖产生及加重肥胖有一定的辅助作用。所以,病理条件下,IR和肥胖在疾病进展过程中很可能是反馈恶化作用。2型糖尿病的病因是IR及胰岛素功能缺陷,故仅控制血糖不能阻止2型糖尿病的进展^[2]。因此,如何解决IR已成为防治肥胖2型糖尿病的关键问题。近年来中医药在IR的肥胖2型糖尿病的防治中取得了一些可喜的进展。

1 病因病机

近年来,众多医家对本病的病因病机提出了不同观点,其中医机制可从以下几方面进行研讨。王莉、唐咸玉、陈怡等分别从病因、病位等方面考虑,认为脾为肥胖2型糖尿病病位中心,发病的根本病因病机是脾虚,

脾虚失于运化,内生痰湿,蕴化湿热,进而出现阴虚内热、脉络阻滞等变证^[3-7]。陈剑秋^[8]认为肥胖2型糖尿病由先天体质因素和后天饮食不节等所致,故脾胃亏虚应为主要病机,治疗应重在调理脾胃,健脾益肾,配合应用有降糖效果的中药。全小林教授把《黄帝内经》理论与自身临床实践相结合,得出饮食不节、过食肥甘、情志失调为肥胖2型糖尿病的主要病因,同时提出中满内有郁热是肥胖2型糖尿病的核心病机^[9]。另有医家认为胆为五运六气之首,胆气升发影响脾胃对水液的运化,胆气不得疏,同时嗜食膏粱肥甘导致脾运失健,水湿内生,炼液成痰,痰瘀互结,蕴久化热,故发为“消渴”^[10]。陈霞波等^[11]认为肥胖2型糖尿病由先天禀赋异常及后天脾胃运化失常引发,进而痰浊内生,气机不畅,影响气血津液的代谢,导致气滞痰浊内阻为主要病机。

2 辨证论治

本病的辨证,一要辨明标本虚实,二要分清邪浊。



本虚包括脾虚和肾虚，标实是指邪浊，包括湿痰、瘀、热及气滞等。可将肥胖2型糖尿病的中医证型大致分类为：气阴两虚证、脾虚痰湿证、脾肾两虚证、湿热困脾证、肝胃郁热证、痰瘀互结证、肝郁气滞证。气阴两虚证方面，陈婧^[12]将80例患者分为2组，治疗组在西医基础治疗药物的基础上加用益气养阴中药，结果显示治疗组在改善血糖、血脂上明显优于对照组。马国庆等^[13]用60例脾虚痰湿型2型糖尿病患者进行随机对照试验，证明芪术饮加减治疗在改善糖脂、胰岛素抵抗上较对照组应用盐酸二甲双胍治疗有显著优势。赵翠芳等^[14]应用大柴胡汤化湿降浊法治疗糖尿病伴高脂血症患者60例，12周后患者糖脂各指标均较治疗前明显改善，临床症状得到减轻。脾肾两虚证治疗上，李吉武^[15]认为本病病因责之于脾肾阳虚，故应补肾健脾益气温阳，自拟温阳益气活血方治疗肥胖2型糖尿病85例，治疗组有效率（90%）明显高于对照组（68.29%）。对于湿热困脾证的治疗，杨帅等^[16]对80例2型糖尿病患者进行中医证型与血脂、胰岛素、体质指数的相关性研究，发现湿热困脾型在四种证型中血脂异常比例最高。肝胃郁热证治疗上，甄仲、常柏结合全小林教授长期诊疗实践，开创开郁清热方治疗肥胖2型糖尿病的主要证型肝（胆）胃郁热证，认为开郁清热方对自发肥胖型2型糖尿病大鼠糖脂代谢均有很好的治疗效果，能一定程度上控制糖尿病的进程及并发症的发生发展。杨文军^[17]认为肥胖2型糖尿病的病机关键是热毒内蕴，故应以黄连解毒汤清热解毒，进行6个月随机对照试验后发现，在西药治疗基础上加用黄连解毒汤的治疗组胰岛素抵抗指数、胰岛β细胞功能指数的改善上明显优于对照组。对于痰瘀互结证，李红霞^[18]认为本病的基本病机为脾虚导致的痰瘀互结，应治以化痰逐瘀之法，并对120例患者进行随机对照试验，结果显示在改善患者中医症状及调脂方面明显优于对照组。刘竞芳^[19]在肥胖型糖尿病性脂肪肝的治疗上予以化浊导滞、活血化痰法临床疗效较满意。针对肝郁气滞证的治疗，王颖等^[20]把本病病机归为本虚标实，脾失健运、肝失疏泄，肝郁气滞，按治病求本的原则应用健脾疏肝理气作用的柴芪汤，经临床长期应用取得了较好的疗效，并经实验研究发现柴芪汤对代谢综合征模型大鼠能有效改善其糖脂代谢及IR指标。顾申^[21]认为本病主因消渴日久，气机阻滞，痰浊郁结不化致膏脂留滞脉中，应以疏肝降脂汤治疗2型糖尿病合并脂代谢紊乱，并对70例患者进行随机对照的临

床研究，发现治疗组有效率（80%）明显优于对照组（53.3%）。

3 单纯中药治疗

临床上很多专家根据自己对本病的认识和多年的临床用药经验，运用单药或配伍出自拟经验方用于治疗本病，疗效喜人。单味中药黄连提取物黄连素降糖效果显著，能增加胰岛素敏感性，改善IR，使肝糖原升高。李国生等^[22]认为黄连素可诱导白色脂肪棕色化，从而更好地改善IR。王峥嵘等^[23]将85例痰湿质代谢综合征患者进行随机对照研究，治疗组应用健脾消浊颗粒治疗总有效率（93%）明显优于对照组（66.7%），两组比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。周朝辉^[24]把76例代谢综合征痰浊血瘀证的患者随机分成两组，治疗组在原有治疗基础上加用荷竹瓜蒌茶包，结果显示，在血糖、血脂控制方面，治疗组对血糖、血脂各指标的降低优于对照组，差异有统计学意义。

4 中药联合西药治疗

中药在缓解临床症状、减轻不良反应、调节脏腑功能及机体免疫方面，可以对西药的不足进行弥补，临床上两者常联合治疗本病。黄海等^[25]将80例脾虚痰浊型的2型糖尿病IR患者随机分为2组，治疗组在对照组应用二甲双胍肠溶片和瑞格列奈片治疗的基础上加服自拟健脾降浊汤，治疗组有效率（85%）优于对照组（62.5%），差异有统计学意义。刘畅等^[26]收集58例2型糖尿病IR患者进行随机对照试验，试验组在对照组二甲双胍治疗的基础上给予益气养阴清热方，试验组在改善血糖、血脂上明显优于对照组。卢颖等^[27]对2型糖尿病合并非酒精性脂肪肝患者120例随机分组，分别在基础降糖治疗的同时，给予健脾祛湿方和吡格列酮治疗，治疗组血糖、血脂改善情况优于对照组。王军梅^[28]将85例湿热困脾证2型糖尿病患者随机分组，治疗组在二甲双胍片基础上予中药汤剂甘露饮加减，结果显示，治疗组在中医证候积分、糖脂代谢改善方面显著优于对照组。

5 针灸治疗

近几年的临床研究中，对于治疗肥胖2型糖尿病，针灸在减轻患者症状及改善实验指标上都取得了一定的疗效，对糖尿病患者生活质量的改善意义较大。徐静^[29]对150例肥胖2型糖尿病患者进行随机分组治疗，治疗组予针刺治疗，对照组口服盐酸西布曲明，得出治疗组在降低肥胖2型糖尿病患者的胰岛素、瘦素水平，

提高血清脂联素水平上与对照组差异显著。周平南等^[30]将76例新发肥胖2型糖尿病患者随机分组,得出针灸在改善新发肥胖2型糖尿病患者血糖、体重、IR上,治疗组总有效率(97.5%)优于对照组(81.5%)。向杰等^[31]将74例代谢综合征患者随机分成2组,治疗组在对照组常规治疗基础上给予针灸治疗,得出在改善体重、腰围、空腹血糖、餐后2 h血糖、胆固醇、甘油三酯指标上治疗组疗效优于对照组。所以,针灸疗法对新发肥胖2型糖尿病患者在血糖轻中度升高、不愿服药时较适合。

6 推拿联合西药治疗

有研究显示,推拿可以使机体内糖分解代谢加速,促使血糖水平降至正常,减少脂肪堆积。同时腹部推拿也能抑制患者饥饿感,使之食欲减退,摄入减少,通过消耗蓄积脂肪维持能量代谢,故推拿可用于治疗肥胖2型糖尿病。王朝^[32]、宋柏林等^[33]对肥胖2型糖尿病患者进行随机对照研究,治疗组在对照组二甲双胍基础上加推拿手法治疗,得出治疗组改善糖、脂代谢的疗效明显优于对照组,差异有统计学意义。

7 小结

西药在肥胖2型糖尿病IR的治疗上疗效明确,但其副作用也不容忽视,应用具有一定的局限性。而中药的降糖、降脂等方面作用虽没有西药起效快,但是对于肥胖2型糖尿病IR的患者,从中医的整体观念考虑可以对人体的内环境达到根本上的调整,从而改善患者整体的代谢功能,同时中药不良反应相对西药较小。故中医药治疗本病具有一定优势,把本虚作为本病的病机基础,结合病理因素湿、痰、瘀、热等,通过辨证论治,治标顾本,达到标本兼治,从根本上改善血糖、血脂和IR,整体上提升患者的生活质量,延缓疾病进展。

参考文献

- [1]杨昌万.273例中药制剂不良反应报告分析及预防对策[J].当代医学,2012,18(15):151-153.
- [2]胡红琳,王长江,张木勋,等.吡格列酮二甲双胍片治疗2型糖尿病的多中心随机双盲平行对照临床试验[J].中国临床药理学杂志,2009,25(6):483-486.
- [3]王莉,杨宇峰,张冰冰,等.石岩从脾虚论治肥胖型2型糖尿病的经验总结[J].辽宁中医杂志,2012,39(4):631-633.
- [4]唐咸玉,范冠杰,赵晓华.肥胖2型糖尿病中医证型频数分析[J].中医临床研究,2013,20(5):115-116.
- [5]陈怡,柴可夫.健脾和络法治疗肥胖型糖尿病探析[J].中华中医药学刊,2010,28(4):852-853.
- [6]李菁菁,罗艳.2型糖尿病中医诊治进展[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(3):146.

- [7]高雅文,陈美人.从脾论治肥胖2型糖尿病57例观察[J].浙江中医杂志,2013,48(7):500.
- [8]陈剑秋,马杰.从痰论治消渴病肥胖[A].第八次全国中医糖尿病学术大会论文汇编[C].中华中医药学会糖尿病分会,2005:3.
- [9]甄仲,常柏,李敏,等.开郁清热方对自发性肥胖型2型糖尿病大鼠脂代谢的影响[J].中华中医药杂志,2009,24(8):1056-1058.
- [10]苏小芳.从胆郁论治中心肥胖型胰岛素抵抗患者的临床干预研究[D].郑州:河南中医学院,2014.
- [11]陈霞波,袁文波,周开,等.益气化浊法治疗肥胖2型糖尿病的研究[J].世界中西医结合杂志,2010,5(11):989-990.
- [12]陈婧.益气养阴活血中药治疗社区老年2型糖尿病中的应用效果评价[J].内蒙古中医药,2016,10(2):77.
- [13]马国庆,寇吉友,贾英丽,等.芪术饮对新诊断肥胖2型糖尿病患者胰岛β细胞功能的影响[J].中医药信息,2010,27(3):45-46.
- [14]赵翠芳,李卉,程璐,等.清肝降浊化湿法治疗2型糖尿病伴高脂血症的疗效观察[J].世界中医药,2016,11(2):253-255.
- [15]李吉武,孟立锋.温阳益气活血方治疗初发肥胖2型糖尿病临床观察[J].新中医,2013,45(3):105-107.
- [16]杨帅,郑敏,张强.2型糖尿病中医辨证分型与体重指数、血清胰岛素水平及血脂关系的研究[J].中外医学研究,2015,13(27):6-8.
- [17]杨文军,王壤.黄连解毒汤对2型糖尿病肥胖患者的干预研究[J].山东中医杂志,2013,32(8):535-536.
- [18]李红霞,关得安,史红霞.化痰逐瘀法治疗肥胖型2型糖尿病临床研究[J].长治医学院学报,2007,21(1):59-61.
- [19]刘竞芳.化浊导滞、活血化瘀法治疗肥胖2型糖尿病性脂肪肝临床观察[D].石家庄:河北大学,2011.
- [20]王颖,刘晶,王新祥,等.柴芪汤对代谢综合征大鼠糖脂代谢及胰岛素抵抗的影响[J].北京中医药大学学报,2015,38(9):597-600.
- [21]顾申,目萍.疏肝降脂汤治疗2型糖尿病脂代谢异常疗效观察[J].河北中医,2005,27(7):491-492.
- [22]李国生,刘翔哈,李欣宇,等.黄连素调节BMP4转录通路基因表达改善2型糖尿病地鼠内脏白色脂肪组织胰岛素抵抗的研究[J].中国中药杂志,2016,41(3):514-520.
- [23]王峥嵘,张鸿雁,凌鑫.健脾消浊颗粒治疗痰湿质代谢综合征43例临床研究[J].河北中医,2016,38(3):340-342.
- [24]周朝辉.荷竹瓜蒌茶治疗代谢综合征的临床研究[J].临床医药文献杂志,2016,3(12):2229-2231.
- [25]黄海,张军城.中西医结合治疗2型糖尿病胰岛素抵抗临床观察[J].中华全科医学,2012,10(11):1746-1747.
- [26]刘畅,葛洪,李敏,等.气养阴清热方对2型糖尿病患者血脂、血糖及1,25-二羟维生素D3水平影响研究[J].中国生化药物杂志,2016,36(2):145-147.
- [27]卢颖,魏华,林梓圻,等.健脾祛湿方对2型糖尿病并非酒精性脂肪肝患者脂联素、肿瘤坏死因子-α和肝脏脂肪含量的影响[J].广州中医药大学学报,2015,32(3):394-397.
- [28]王军梅.甘露饮加减对湿热困脾证2型糖尿病中医证候和糖脂代谢水平的影响[J].四川中医,2015,33(12):80-82.
- [29]徐静,赵琳.针刺治疗2型糖尿病肥胖病疗效观察[J].山东中医药大学学报,2011,35(4):325-326.
- [30]周平南,彭鹏鸣,王蓉梯.针灸治疗新发肥胖2型糖尿病疗效观察[J].针灸临床杂志,2013,29(1):21-23.
- [31]向杰,于广,张林鸣,等.针刺配合常规疗法治疗代谢综合征疗效观察[J].山西中医,2016,32(1):30-32.
- [32]王朝辉,韩东岳,王之虹,等.腹部推拿结合二甲双胍对肥胖2型糖尿病患者糖脂代谢的影响[J].中国老年学杂志,2014,34(12):6874-6875.
- [33]宋柏林,朴春丽,陈曦,等.推拿配合二甲双胍治疗肥胖Ⅱ型糖尿病患者80例临床观察[J].成都中医药大学学报,2011,34(3):9-11.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张强 收稿日期:2018-03-20)