

## 新时代背景下课堂教学的思考※

纪永升 吕瑞红 宋淑慧 刘庆普 褚意新 刘延霆

(河南中医药大学药学院, 河南 郑州 450046)

**摘要:** 随着时代发展, 尤其是互联网技术高度发展, 课堂教学将发生颠覆性变化。传统的课堂教学面临严峻的挑战, 同时也带来机遇, 教师、学生及教学管理者都需要提高认识、转变观念。面对教学环境的改变、新的教学理念和技术, 教师作为教学的主导者, 要提升自身的学习能力, 还要拓宽知识面, 更新知识结构, 改进教学模式, 改变教学方法。教师要有数据、信息意识, 面对互联网海量数据还要具备信息的甄别能力, 数据获取、分析处理能力。在教学过程中要注重学生的思想教育, 引导学生建立正确的人生观、价值观。

**关键词:** 新时代; 课堂教学; 互联网+; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.001

文章编号:1672-2779(2018)-18-0001-03

### Reflections on Classroom Teaching Under the Background of New Era

Ji Yongsheng, Lyu Ruihong, Song Shuhui, Liu Qingpu, Chu Yixin, Liu Yanting

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

**Abstract:** With the development of the Times, especially the high development of internet technology, the classroom teaching will undergo inconceivable changes. Traditional classroom teaching is faced with severe challenges and opportunities, and teachers, students and teaching managers need to raise awareness and change their ideas. Suffering from the new teaching environment, teaching idea and technology, teachers as the manager of the teaching need to enhance their ability to learn, broaden the knowledge, update the knowledge structure, alter teaching model, and change teaching methods. In the face of massive internet data, teachers should not have information consciousness, but also gain the ability of acquirement and analysis. In the course of teaching, we should pay attention to students' thinking education, and guide them to establish the positive outlook on life and values.

**Keywords:** New era; classroom teaching; Internet+; teaching reform

随着时代的发展, 任何一个职业都会随着社会的发展而变化, 对教育来讲也毫无例外。中国经过几十年的经济建设, 改变的不仅是经济实力, 社会环境、人的思想、对教育的认识、人与社会的关系、思维方式等都发生颠覆性变化。随之而来的社会问题, 人与人的疏远、冷漠, 信仰缺失、诚信危机等问题深深影响了校园、教师及学生。整个社会浮躁、急功近利, 学生失去对学习的兴趣<sup>[1]</sup>。另外随着科技发展尤其是互联网高度发达, 对教育教学的影响是颠覆性的, 不仅是教学方式、方法及学习方法, 对于师生关系也产生影响。所有这些都要求教师必须要改变以适应时代发展。改变不仅仅限于在教学方法、教学模式及教学能力的改变, 还要在教育观念和教育体制方面。

### 1 新时代背景下课堂教学面临的挑战

**1.1 教学环境** 新时代下的教学环境不再是简单的校园硬件环境, 更重要的是在社会大环境的变化下, 教学环境的变化带给课堂教学的影响。首先在社会大的思想浪潮的影响下, 课堂教学的参与者教师及学生的思想也发生了变化, 学生不再专注于学习, 那么教师在

教学中角色也要发生改变。教师的角色定位自古以来是关于教师职业发展的焦点问题, 并随历史变革不断更新。自古以来就有“师者, 传道授业解惑”的说法。传什么道授什么业, 也应该适应时代发展, 应该包括知识的传授与精神的继承。所以对于学生的教育不仅要传授专业知识, 更重要的是对学生独立精神的培养、继承及激发其生命的热情。正如甘德安教授所说: “教师对于学生来讲有两大使命: 传授知识与学生生命的点燃者、促进者。”所以教师在课堂教学过程中首先是学生的“灵魂灯塔”, 引导学生建立正确的人生观、价值观。其次, 教学过程的中心“学生”更具时代特点, 新时代背景下的学生个性张扬, 教学过程师生关系、交流方式发生改变, 势必会影响到教学模式、方法的改变。另外, 教学过程的内容不再局限教材, 学生获得信息的途径、方式发生了改变, 教师失去了“权威”, 例如学生可以很轻松地用手机获得需要的信息。课堂教学必须改变以适应时代发展需求。

**1.2 教学理念和模式** 教学的创新改革从未停止, 以学生为中心是所有教学改革的出发点。近年来翻转课堂成为教学改革的焦点。何谓“翻转课堂”? 翻转课堂是一种将学生在教师的“教中学”反转为教师在学生的“学中教”的新型教学模式<sup>[2]</sup>。与传统课堂相比, 翻转课堂从教学方式方法、师生角色、教学内容等方面都产生了较大

※ 基金项目: 国家自然科学基金青年基金【No.21505034】; 河南中医药大学教育教学改革研究项目【No.2017JX54】; 河南省高等学校青年骨干教师培养计划【No.2017GCJS079】

的转变,由以前的以“教”为主的价值取向转变为以“学”为本的教学模式。其基本思想是:把传统的学习过程翻转,让学生在课前自主完成学习任务,课堂主要用于小组讨论、答疑解惑。传统的课堂是教师传授知识,自主学习在课后进行,从而丧失学习主动性。翻转课堂则运用多媒体技术将学习任务阶段前置,学生在课前可根据自己的需要开展个性化学习,遇到的疑难点可借助视频资源或者网络资源学习。最终在课堂上通过与同学、教师的有效交流与探讨,促进知识的理解并掌握。翻转课堂不仅仅反转了学习与教学的顺序。翻转课堂首先反转了教学过程中教师与学生的角色,教师从原来的以知识传播为主转变为以课堂组织为主,也就是说,教师从讲课为主转为引导和辅助学生学习为主,突出了学生的主体性。学生由被动学习转变为主动学习,而且在学习过程中与同伴及教师产生了互动。翻转课堂更注重对学生学习能力、学习习惯、思维方式、合作精神等的培养,更加符合学习型社会环境下人才培养模式。其次,翻转课堂反转了教学组织形式,学习主要发生在教室以外,不再以教师讲授学生听课为主的组织形式,课堂主要是以小组讨论、汇报形式完成,教学过程中产生了一对一、一对多的互动形式。教学效果的考核也不再局限于期末考试,课堂表现也是学习考核的重要内容。微课也是近年来新的教学模式。微课是以阐释某一知识点为目标,以短小精悍的在线视频为表现形式,以学习或教学应用为目的的在线教学视频<sup>①</sup>。微课虽小但功能俱全,结构内容完整,符合教学规律,满足于互联网技术要求,有利于传播,所以成为广泛流行的模式。微课的制作并非拍摄短视频而已。微课通常是以某知识点或问题为起点,以学习者为中心,满足于互联网特别是移动互联网的要求,最终使学习者快乐的学习。但是并非所有的教学内容都适合于微课的形式。除此以外慕课也是一种新的教学模式。无论是哪种教学模式都是以学生学习为中心,以教师为主导,教学过程中教师的工作并非较少,相反新模式的教学方式需要教师投入更多精力准备教学资源,上课下课后都要掌控学习过程才能达到预期。

**1.3 信息技术—“互联网+”—大数据** 互联网的高度发展正在改变着我们的生活与学习方式,互联网对课堂教学的影响是颠覆性的。“互联网+课堂”课堂教学模式,既可以为教师和学生提供丰富的教学和学习资源,也可以发挥学生的优势潜能,在课堂教育之外为学生量身定制符合学生自身学习特征的教育方案、教学管理,培养出符合信息化变革的富有个性和创新精神的人才<sup>②</sup>。“互联网+课堂”可以从两个方面理解互联网与课堂的关系:其一,互联网可以为教学提供丰富的资源,作为课堂教学的补充;其二,互联网可以为教学提供平台,这种网络教学模式可以使教师既能利用网

络提高教学效率,又能有效控制课堂教学的内容和进程。“互联网+”背景下,课堂教学活动所面临严峻的挑战。首先,基于“互联网+”不断有新的教学理念、模式出现。其次,教师角色的改变,教师更多扮演教学组织者与管理者的角色。再次,教学模式和教学方法受到挑战,传统的教学模式与方法已无法满足学生的课堂期望。最后,为满足教学需要,教师的知识面、知识结构及信息技术需要全面提高,学生面对互联网大数据需要有适当的辨别与接受能力。

## 2 新时代背景下课堂教学的提升策略

**2.1 提高认识 改变观念** 新时代背景下教师与学生都具有鲜明的时代特点,教师首先需要从思想层面认识到必须要改变才能适应新的课堂教学。不仅仅要学习新的教学理念、模式、方法、技术,还要转变教学过程中的角色。新时代背景下教师仍然是教学的主导,无论采取什么样的教学理念、模式,所有的教学过程都要在教师的组织、控制之下。新时代背景下教师传授专业知识的同时,更要做好学生思想教育,引导学生建立正确的人生观、价值观,做好学生的思想导师。需要转变观念提高认识的不仅仅限于教师,教学活动的主体学生也要提高认识,教育管理者也需要改变思想认识,多方聚力才能适应新时代的教学。

**2.2 提升教学能力与综合素质** 面临新时代的挑战,教师不仅要提高教的能力,更要提高学的能力,才能不断提高自身教学能力。一方面、教师要提高教学过程的控制能力,在转变观念的前提下,不但要拓宽知识面,更新知识结构,还要改进教学模式,改变教学方法。另一方面,“互联网+”背景下,教师要有数据意识、信息意识,面对互联网海量数据还要具备信息的甄别能力,还需要有数据获得、分析处理能力。另外对“互联网+”背景下产生的翻转课堂、微课等新的教学模式,并将对课堂教学产生颠覆影响,提高认识的同时,还要具备开展新形式教学的能力,所以也要提升翻转课堂等教学设计、教学资源制作的能力。

**2.3 教学管理 资源配置** 面对新时代背景下的挑战,教学的管理者也需要提高认识、改变观念。首先,改革教学管理制度,建立更适应的管理制度,激发教师在教学活动中的潜能。其次,教学管理部门需要为教学模式提供支持,可以对教师开展相关的培训以提升教师的教学能力,为新的教学模式提供公共的教学平台,保障教学的高效开展。另外,教育管理部门需要加强基础设施的建设,以减少资源配置不均的问题,例如基于互联网的翻转课堂的教学需要依赖与互联网的高度发达,部分地区学校互联网发展落后,会导致教师和学生获得资源的不均衡,翻转课堂也不能同步开展。

## 3 结语

在新时代背景下,要成为合格的教师,就要不断

更新自身知识结构、能力、素养。在“互联网+”时代,要以新的视角理解教学资源、平台,要以新的理念看待教学过程包括教学互动、组织、管理、考核评价等。教师自身的知识构架的更新发展,需要提升自身的跨学科学习能力,知识涉猎要广泛,不但要文理结合,提升人文素养,还要理论联系实际。最后,在教学过程中用责任感、爱心感染学生,激发学生热情,

助力其成功。

#### 参考文献

- [1]袁骊.改进教学模式 切实提高教学质量[J].中国大学教学,2009(1):11-13.
- [2]毕冉.“互联网+课堂”背景下高校教师职业能力面临的挑战及对策[J].现代教育管理,2015(12):50-55.
- [3]张一春.微课建设研究与思考[J].中国教育网络,2013(10):28-31.
- [4]平和光,杜亚丽.“互联网+教育”:机遇、挑战与对策[J].现代教育管理,2016(1):13-18.

(本文编辑:张文娟 本文校对:丹 阳 收稿日期:2018-06-22)

## 中华传统文化之中医特色文化对大学生 核心价值观的影响<sup>※</sup>

——以北京中医药大学为例

宋 萌 侯中伟 邬继红\*

(北京中医药大学针灸推拿学院,北京 100029)

**摘 要:**党的十九大以来,中国教育领域取得了长足进步,在高等教育进入“双一流”建设时代的同时,中华传统文化以及中医文化教育也正在变化。作为中华传统文化的重要组成部分,中医学打开了中华文明的宝库。中医特色文化倡导整体性和平和性,这种文化内涵对于处在思想剧变、阅世未深的“95后”大学生而言,能够促进他们思想的健康成长,同时对于营造校园良好文化氛围,维护校园安定团结,都具有积极意义。

**关键词:**传统文化;中医特色文化;价值观

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.002

文章编号:1672-2779(2018)-18-0003-02

### The Influence of Traditional Chinese Medicine Characteristic Culture on the Core Values of College Students --A Case Study of Beijing University of Chinese Medicine

SONG Meng, HOU Zhongwei, WU Jihong

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

**Abstract:** Since the 19th National Congress of the Communist Party of China, China has made great progress in the field of education. While higher education has entered the era of "double first-class" construction, Chinese traditional culture and culture of traditional Chinese medicine are also changing. As an important part of Chinese traditional culture, Chinese medicine has opened the treasure house of Chinese civilization. The characteristic culture of traditional Chinese medicine advocates integrity and peace. This cultural connotation can promote the healthy growth of their thoughts for college students who are in a period of drastic changes of thought and have not yet achieved a deep world. At the same time, it is necessary to create a good cultural atmosphere on campus and maintain campus stability and unity. It's all positive.

**Keywords:** traditional culture; traditional Chinese medicine characteristic culture; values

中医学不仅将人体内部脏腑经络看成一个有机的整体,而且将人体与自然、社会看成是一个有机的整体,体现了中华文化“天人合一”的整体观思想。中医药文化是中华优秀传统文化的重要组成部分,凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验。这就要求我们高等教育的实施者在青年学生核心价值观的培育上要坚持和遵循以文化人的规律,充分挖掘中华优秀传统文化的精髓,充分发挥中华优秀传统文化对青年学子润物无声的作用。

#### 1 中医思维有助于提升中医药学子专业认同感

“岐黄源于道”,暗含了中医学源于文化的哲学思

想,中医作为中国优秀传统文化宝库中的璀璨明珠,其知识体系就是在中国优秀传统文化的基础上建立和发展起来的。“医乃仁术”,指出了中医学与中国传统儒家“仁”的内在统一,也指明了广大中医药学子所应具备优秀传统文化“仁爱”的人文精神<sup>①</sup>。高尚的医德、完善的人格和优秀的人文精神是古今中医药人才成长的基石。因此,广大中医药学子在中医思维的建立过程中或者说在中医理论课程的渗透下,不自觉地树立了高尚的中医药学的伦理品格和职业情操,提升了传承民族文化的使命感和责任感,潜移默化地也将文化认同转化为了专业认同。

调查研究显示,79.89%的被调查者表示对现在的专业非常感兴趣;81.51%的被调查者表示对于“专业主干课”有明显的学习兴趣并愿意主动在实践上寻求

※ 基金项目:北京中医药大学党建课题[No.2016-DJ-024]

\* 通讯作者:2459443727@qq.com

学习机会；69%的被调查者表示对于“通识教育课”也是涵盖在专业学习中的一部分表示认同。这反映出中医药文化或者中医药课程体系学习与学生专业认同状况存在相关性，中医药文化或者中医药课程体系学习对学生专业认同有积极影响。

## 2 中医的仁术思想有助于培养学生高尚的职业情操

习近平在北京大学师生座谈会上的讲话中指出：“青年处在价值观形成和确立的时期，抓好这一时期的价值观养成十分重要。”不可否认的是，社会上的种种不良风气蔓延，已经侵蚀到了大学文化，急功近利与浮躁之风不同程度存在，学术造假和师德不良行为等负面影响给大学生的价值观带来了很大的冲击。中医文化的核心是“仁、和、精、诚”，现代大学的使命具有追求真理、崇尚学术、善于独立思考与批判的精神气质，这些气质与中医药文化核心相一致<sup>[2]</sup>。在学生素质教育培养中，我们充分发挥校园精神文化的激励、导向和熏陶功能。依托学校发展战略和办学理念，结合北中医60年办学历程，不断凝练和塑造具有北中医特色的精神文化内涵，倡导人心向学、传承创新的理念，坚持“立德树人，以文化人”的宗旨，弘扬“追求卓越，止于至善”的精神，在学生思政教育中积极培育、提炼大学精神，突出其在人才培养中的作用，并将中医文化中蕴含的思想观念和精神境界融于大学精神之中，加上学校大力宣传并号召学生学习大医精诚的核心价值观，济世苍生的人道主义精神，《黄帝内经》的传统文化观等，所以说从根本上说传统中医文化促进着医德的形成。

调查研究显示，学生主要学习动机按强度顺序前3位的依次是：“取得大学文凭，谋求理想的职业和社会地位”“报考研究生或将来出国作准备”“想提高自己的教育水平或做学问”分别占18.95%、16.70%与13.68%。说明现在的学生学习动机较为理智。从不同年级学生学习动机分析来看，高年级学生比低年级学生的学习动机要明确，这反映出通过一定时间的中医文化课程学习后，高年级学生对自身人生规划变得更为清晰。从纵向比较中可以发现，对专业认同感较强的学生选择“为了治病救人”“为了献身医学事业”选项的几率显著高于其他学生，且存在显著性差异。这反映出中医药文化或者中医药课程体系学习与培养医学生高尚的职业情操存在相关性，中医药文化或者中医药课程体系学习对于培养医学生高尚的职业情操有积极影响。

## 3 中医校园文化建设有助于学生价值观的养成

调查显示，现在大学生传统道德规范知之甚少，知道“四维八德”的更是微乎其微。究其原因就是我国对于学生的传统文化教育不足。现今，越来越多的社会大众开始喜爱中医药文化，对中医药文化所蕴含的价值取向、思维模式、认知方式越来越认同和接受。越来越多

的家长也意识到孩子们学一点必要的中医药知识，不仅对增强自己的体质和养成健康的生活方式大有好处，而且对认知中华文化的精神价值和培养良好的道德情操有重要作用<sup>[3]</sup>。2016年，“中医文化进校园校长研讨会”在京举行，中央文史研究馆馆员、创新人才教育研究会会长刘彭芝说：“把中医药引进校园是一种必然趋势，也是教育工作者面临的一个新使命、新课题。我们理应在学生心中植入中医药这样的文化基因，激发、唤醒他们的民族文化自觉与自信。”<sup>[4]</sup>以北京中医药大学为例，我校的校园文化建设基本取材于中医文化，而这些标志性的建筑和装饰又不断传播着中医，健全着中医院校文化品格。不仅有标志性的北中医文化博物馆，中医名家陈列墙，广场上树立的五老上书雕像以及孙思邈、张仲景、任应秋等大家的雕像也分布在校园各处。学生置身于有文化氛围的校园中，不断熏陶，是提升学业的无形的力量。

调查研究显示，69.87%的学生做过志愿者，学生普遍表现出帮助他人、乐于奉献等情感，有较强的社会责任感，77.51%的学生能够踊跃参加义诊、义卖、健康讲座等活动。大多数学生在生活、日常学习中，能扎扎实实地做好自己的本职工作，立足自己的岗位，都以不同的方式表现着自己践行社会主义核心价值观的行为。

## 4 传统文化及中医课程学习有助于高校学风养成

以我校为例，目前开设的传统文化课程，诸如中国传统文化史、中国古代哲学、医学心理学、医学伦理学等以及四大经典、医古文等，由浅入深地使学生逐步进入中医学的殿堂中，将文学作品中的医林人物故事、汉字中蕴藏的医道哲理、诗词中隐现的医药文化资源挖掘出来，让学生充分感受到中医药文化的博大精深，提升学习中医的兴趣。

在“爱中医、继承中医、学习中医、发展中医”的浓厚中医药氛围熏陶中，我校依托“修身导师”“研究生拜师典礼”“榜样力量——针院青年谈”等活动，定期开展“学风专项检查”，端正学生的学习态度，提升学习的兴趣和主动性，激发学生的学习动力。举办“学习方法经验交流会”、开展“中医基本功大赛”“《黄帝内经》知识竞赛”“针灸技能大赛”“经典诵读比赛”等活动，引导学生理解中医思想，把握中医精髓，不断勤求古训、博采众方。经过多年的实践，学校“尊师重道、持之以恒、精勤不倦、继承创新”的良好学风逐渐形成。

## 参考文献

- [1]贾成祥.儒家的价值取向与中医的重用轻体[J].中医学报,2013(179):526-527.
- [2]翟双庆.谈中医的传承与创新[J].中国科学(生命科学),2016(8):1033-1037.
- [3]谷晓红.医学生人文素质教育初探[M].北京:中国中医药出版社,2015.
- [4]徐峰,张栋.论仁学在中医教育中的应用[J].中医教育,2014(33):23-25.

(本文编辑:张文娟 本文校对:许安萍 收稿日期:2018-06-22)

# 中医药文化传播和中医翻译研究※

## ——以中医翻译名家魏迺杰为例

周义斌

(河南中医药大学外语学院, 河南 郑州 450046)

**摘要:** 中医药文化传播及中医翻译研究者涉及到国外传教士、汉学家、海内外医学工作者、医学和英语教育领域人员等, 其中涌现出一些杰出的代表人物。本文以外籍中医翻译名家魏迺杰为例, 对魏迺杰的个人背景、翻译内容、翻译思想、研究活动、主要成就及其学术影响等进行分析 and 评介, 旨在促进“中医翻译”这一边缘但重要性日益突出的领域登台亮相, 名家们的业绩和贡献的彰显, 也将激发更多国内外学者的研究兴趣, 开发中医翻译研究新动力新源泉, 结合中国文化走出去的国家战略, 对中医药文化乃至中华文化的国际传播意义重大。

**关键词:** 中医药文化; 文化传播; 翻译研究; 魏迺杰

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.003

文章编号:1672-2779(2018)-18-0005-03

### Research on the Cultural Transmission and Translation of Traditional Chinese Medicine —A Case Study of Famous Translator of Traditional Chinese Medicine Nigel Wiseman

ZHOU Yibin

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

**Abstract:** The researchers of cultural transmission and researches on the translation of traditional Chinese medicine involve overseas missionaries, sinologists, medical workers and Chinese TCM doctors and educators among whom outstanding representative personages emerge in large numbers. In this paper, a case study on the famous TCM translator and researcher Nigel Wiseman is conducted by analyzing and reviewing his personal background, translation works, translation theories, researches, chief achievements and academic influence in order to promote the studies on the field of TCM translation. And the achievements and contributions of the famous translators will stimulate the interests of overseas scholars and exploit new power and source. In combination with the "going global" strategy for Chinese culture development, it has profound influence on the international dissemination of TCM culture and even Chinese culture.

**Keywords:** traditional Chinese medicine culture; cultural transmission; translation research; Nigel Wiseman

中医药是中华优秀传统文化的瑰宝, 通过翻译向世界宣传中医药知识和文化, 是在国际舞台上展示中医技术硬实力和中华文化软实力的途径和重要内容。由于中医理论和中医语言的特殊性, “翻译”作为传播中医药文化的桥梁, 也可能成为“拦路虎”。为了保证这座桥梁畅通无阻, 中医翻译研究势在必行。近百年来, 不少海内外人士进行中医翻译研究, 包括早期向西方传递中医知识的传教士、医务工作人员及外交人员, 其中具有代表性的一位中医翻译名家就是魏迺杰。在外籍中医翻译里, 魏迺杰是一个典型代表, 他有着丰富的语言学知识和对中医理论的深入研究, 在中医翻译方面独树一帜。下面将从魏迺杰的个人背景、翻译内容、翻译思想、研究活动、主要成就及其学术影响等方面来全面、系统地评价他的翻译风格以及对中医药文化传播的深远影响。

#### 1 评述中医翻译名家魏迺杰

1.1 个人背景 魏迺杰 (Nigel Wiseman, 1954—), 英籍汉学家、语言学家, 1976年本科毕业于爱丁堡海瑞尔

沃特大学 (Herriot Watt University), 获西班牙语、德语翻译学士学位。2000年, 获英国埃克塞特大学 (University of Exeter) 补充健康应用语言学博士学位 (doctorate in Complementary Health and Applied Linguistics)。在台湾生活二十余年, 任教于台湾长庚大学, 从事中医英语和医学拉丁语教学, 熟悉中西方的语言与文化, 并且长期钻研中医理论知识及中医文化。他对中医的研究主要是介绍中医知识和中医英译, 包括中医名词术语的翻译及其标准化、中医英语语言, 其中他对中医英译问题的研究长达三十余年。

1.2 翻译内容 魏迺杰在中医名词术语、中医典籍文献和中医学术著作方面进行了大量的翻译实践。他曾在 Mitchell C 及冯晔医师的协助下, 翻译了中医典籍《伤寒论》, 完成《伤寒论译释》(Shang Han Lun: On Cold Damage, Translation and Commentaries), 这是他第一部经典著作的翻译, 并于1999年8月由美国标登出版社 (Paradigm Publications) 出版发行。全书附简体和繁体全文, 并以拼音注音结合注解。译本中的每一原文条目均采用四段式的翻译体例, 简体汉语、繁体汉语在前, 其次是汉语拼音的标注、英文翻译, 最后是语言注解及历代医家对文献的阐述和思考。2013年, 魏迺

※ 基金项目: 教育部人文社会科学研究规划基金项目 [No. 14YJA740062]; 河南省哲学社会科学规划办公室项目 [No. 2016BYY007]; 河南省教育厅人文社会科学研究项目 [No. 2019-ZZJH-140]; 河南中医药大学科研苗圃工程项目 [No.MP2016-51]

杰翻译完《金匱要略》，名为《金匱要略译释》(Jin Gui Yao Lue: Essential Prescriptions of the Golden Cabinet, Translation & Commentaries)，由标登出版社出版发行。真正的翻译理论和思想源自于翻译实践，又能反过来指导实践，魏迺杰有着丰富的翻译实践经验，这也是他翻译思想的基础与翻译理论的归宿。

**1.3 翻译思想** 魏迺杰的中医英译主导思想可总结为三个方面：(1) 保留中医概念的完整性；(2) 提出系统化翻译原则；(3) 独创的源语导向翻译法。在论文《应用系统化原则的翻译模式》中，他提出了“应用系统化的翻译原则”的中医英译核心思想，强调尽量保留中医概念的完整性<sup>[1]</sup>。他认为中医术语翻译的指导原则是系统化名词翻译原则，亦即每一条原则均当说明适用于某一类型名词的翻译方法，将所有的原则集合起来应可处理任一类型的名词<sup>[2]</sup>。魏迺杰在其博士学位论文 Translation of Chinese Medical Terms: A Source-Oriented Approach (《中医术语翻译——源语导向法》) 中，提出并详尽介绍了源语导向翻译法 (source-oriented translation)，认为这是翻译中医术语的最佳选择<sup>[3]</sup>。具体译法包括五种：直译法 (一般人所熟悉的中医名词术语，可译成目的语非专业人士熟悉的普通名词)、仿造法 (对于汉语词，以字作为翻译单位，每个字翻译为对应的英文单词，然后将英文单词组成词组)、造词法 (根据源语的词义，用相关的英语词或词素造新词)、音译法 (拼音翻译) 和比照西法 (当中医术语在西医种有对应的概念时，将其译成现成的英文西医学术语，前提是保证中医概念完整，且不引入西医概念)。为了保持中医概念的原始风貌，魏迺杰在翻译时以源语为导向，尽量使用仿造法 (loan-translation) 为主的系统化翻译模式，采取直译，这样能更加忠实完整地反映中医理论体系的特征，才能让读者在了解中医概念和医学信息的同时，领悟中医的特有原貌和深层文化内涵。

**1.4 研究活动** 魏迺杰不仅重视中医翻译实践，同时也致力于中医语言、中医古籍文献翻译、中医名词术语翻译规范化、中医翻译理论的深入研究，发表了大量中医英译相关的学术论文，就中医英译原则、策略、方法、规范化及标准化等多方面提出了个人见解，并推出了一套中医名词术语翻译标准化方案。在《中医英文词汇规范化的一些经验》中指出制定一套规范化的中医英文词汇是中医英译标准化未来发展的趋势和努力的方向<sup>[4]</sup>。此外，他还经常参加中医翻译相关的国内外学术交流活动，并且就中医英译和术语标准化问题进行主旨发言，与研究者们共同探讨中医英译的原则、策略和方法。

**1.5 主要成就** 魏迺杰潜心研究中医翻译三十年，先后在美国、台湾以及中国编译出版了数十部英文版或英

汉双语版的中医专著，包括中医词汇、中医辞典、中医教科书、中医古籍翻译等。

1985年，《中医基础知识》(Fundamentals of Chinese Medicine) 是他出版的第一部著作。他的中医术语英译词典 Glossary of Chinese Medical Terms and Acupuncture Points 于1990年由美国标登出版社出版，之后，他对该词汇系统进行补充，修改为《英汉·汉英中医词典》，作为他首次在大陆出版的一部大型中医英汉双语工具书，于1995年由湖南科学技术出版社出版，收词14200余条，在中医翻译界有重要的地位和广泛的影响。1998年，魏迺杰与他人合作出版《实用英文中医辞典》(A Practical Dictionary of Chinese Medicine) 是他在中医翻译领域的代表作，由美国标登出版社出版，之后又于2002年由人民卫生出版社引进，该词典主要是为了推广介绍魏迺杰先生所提倡的中医翻译词汇及词汇所代表的概念，被美国三大出版中医图书的出版社中的标登出版社和蓝罂粟出版社 (Blue Poppy Press) 指定为中医类相关出版物的英文词汇标准，其中的词汇被许多中医译者采用，他是目前唯一制定并出版一整套中医术语英译词汇体系的以英语为母语的外国人。

此外，魏迺杰还出版了一系列中医医学词汇教材，如《中医英语术语介绍》(Introduction of English terminology of Chinese medicine)，《中医字汇》(Chinese medical characters)，《中医语文：语法与字汇》。2003年，《中医常用字第一册：基本词汇辑》(Chinese Medical Characters Volume 1: Basic Vocabulary) 出版发行，目前该系列的第五册丛书已出版。这一系列丛书主要对不同分科的常用字给予解释说明，其他四册的中医常用字则涵盖了中医诊断学、中药学、针灸学和治疗学等多个方面。这些书籍在西方医学领域产生了一定影响，许多还被作为西方中医院校的教学丛书或课程参考书目广泛使用<sup>[5]</sup>。

**1.6 学术影响** 魏迺杰在《中医术语的源导向翻译》(Source-Oriented Translation of TCM Terms) 的报告中指出，根据调查与分析，全世界主要出版中医文献的出版社中，大约五分之三的出版物均采用了他的术语体系，而美国甚至有三分之二的出版社以他的词汇体系作为出版标准<sup>[6]</sup>。此外，采用他的术语体系进行中医翻译的作品数量也远远超过使用其它译者提出的词汇体系的作品数。国内中医翻译研究者陈可翼、谢竹藩、李照国、兰凤利等人均对魏迺杰的翻译思想给予过不同评介。多数专家都肯定了他在中医英译领域做出的重大贡献，支持他的简洁化和通俗译法，并且就一些术语的翻译提出不同的见解，同时也有学者对他的翻译思想提出不同看法，甚至指正批评。魏迺杰潜移默化地影响着中医翻译者的思路和方法，很多译者和研

研究者充分地研究他的翻译理念和方法,并加以借鉴使用,这在中医翻译研究领域产生了良好的影响,并将激发更多国内外学者的研究兴趣,开发中医翻译研究新动力和源泉。

## 2 结论

魏迺杰以其独特的个人背景和经历,同时熟悉中西方两种文化,在翻译中医时不会一味地按照西方语言标准和表达习惯来诠释中医,他力图保证中医基本概念和术语的良好回译性,提出中医名词术语英译的系统化翻译原则,采取以源语为导向的异化翻译策略以及趋向中医词语取类比象的仿造法,忠实地、完整地翻译出文化因素,让西方读者获取最真实最原始的中医风貌,真正进入中医世界来。作为外籍译者,他在中医翻译方面取得重要成就,在中医翻译学术研究领域产生重大影响,是中医翻译领域的引领者。

在中外人文交流日益频繁的新环境下,结合中国文化走出去的国家战略,讲好中国故事,传播好中华中医文化,需要更多的像魏迺杰这样的中医翻译者和

研究者,持有中医文化态度和中国思想,表现出对中医文化和特色的高度认可和尊重来进行中医翻译实践和中医翻译研究,从研究的视角来看待翻译实践,并将翻译实践看成研究的必要条件,在实践与研究之间提高中医文化传播效果和质量,这对于向世界展示真实而立体的中国、赢得世人理解和认可以及提高国家文化软实力具有重大意义。

## 参考文献

- [1] Nigel Wiseman(魏迺杰),许权维.中医名词英译:应用系统化原则的翻译模式[J].科技术语研究(季刊),2004,6(4):30-34.
- [2] Nigel Wiseman. Translation of Chinese Medical Terms: Not Just a Matter of words[J]. Clinical Acupuncture & Oriental Medicine, 2001, 2(1):50-59.
- [3] 李英照,施蕴中.回译性与魏迺杰的中医术语翻译模式[J].辽宁中医药大学学报,2008,11(10):208-210.
- [4] Nigel Wiseman. 中医英文词汇规范化的一些经验[J].科技术语研究,2003,5(3):22-23.
- [5] 杨丽雯. 多远系统论视阈下魏迺杰中医翻译思想研究[D].南京:南京中医药大学,2015.
- [6] N.A.R. Wiseman. Translation of Chinese Medical Terms: A source-Oriented Approach[D]. Exeter: University of Exeter, 2000.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张文举 收稿日期:2018-05-25)

# 基础营养学实验课程教学探索<sup>※</sup>

朱明明 宋志秀 施洪飞\*

(南京中医药大学第二临床医学院营养学教研室,江苏 南京 210023)

**摘要:**基础营养学是食品卫生与营养学专业的基础课程,实验教学课程是基础营养学课程体系中的重要环节。针对专业的培养目标,提升学生对基础营养学前沿实验技术的掌握水平,本教研室积极探索实验课程的教学内容和教学方法,目前已开设人体静息代谢率评估、淀粉血糖生成指数测定、膳食脂肪对小鼠甘油三酯水平的影响和维生素D对前列腺癌细胞生长的影响等实验课程,取得了较好的教学效果。

**关键词:**基础营养学;实验教学;教学设计

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.004

文章编号:1672-2779(2018)-18-0007-03

## Exploration on the Experimental Teaching of Basic Nutrition Course

ZHU Mingming, SONG Zhixiu, SHI Hongfei

(Department of Nutrition, the Second School of Clinical Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

**Abstract:** Basic nutrition is the basic course of food hygiene and nutrition. The experimental teaching course is an important part of the basic nutrition course system. Aim at the training goal of the specialty and the improvement of the students' proficiency in the advanced experimental technology of basic nutrition. The teaching and research department has actively explored the teaching contents and methods of the experimental course. At present, many experimental courses have been set up, and better teaching results have been achieved.

**Keywords:** basic nutrition; experimental teaching; instructional design

基础营养学是研究营养素理化性质、代谢过程、生理功能、缺乏或过量的危害、人体营养状况评价,以及人体对营养素的需要量和营养素的膳食来源的学科。基础营养学课程是针对食品卫生与营养学专业本科生开设,开设于大学二年级下学期,学生已学习生理学、生物化学与分子生物学等医学基础课程。本课

程采用理论教学和实验教学相结合的方式授课,理论课程48课时,实验课程24课时。

## 1 基础营养学实验教学现状

基础营养学这一课程在高等院校开设颇少,在确定该门课程实验教学内容和教学方法时,我们查阅大量营养学实验相关教材和文献资料,最为多见的实验内容为营养状况评估、膳食调查、营养配餐等公共营养或临床营养的实验,而关于营养素的实验教学内容较少,且集中于如何分离和检测营养素<sup>[1-2]</sup>。基础营养学

※ 基金项目:南京中医药大学校级教学课题[No.037084005009]

\* 通讯作者:925056955@qq.com

有别于公共营养学和临床营养学的学习范围,该课程是关于营养素代谢过程、生理功能、营养状况评估等内容的课程,这些知识应为基础营养学实验教学的重点教学内容。根据专业培养目标,结合基础营养学前沿实验技术,我们教研室目前开设人体静息代谢率评估、淀粉血糖生成指数测定、膳食脂肪对小鼠甘油三酯水平的影响和维生素D对前列腺癌细胞生长的影响等实验课程。

## 2 基础营养学实验课程设置

### 2.1 人体静息代谢率评估

静息能量消耗是维持机体细胞、器官的正常功能和人体觉醒状态的能量消耗,是一种与基础代谢很接近的代谢状态,通过静息代谢可近似估算人体基础代谢水平。人体静息代谢率评估实验的目的是要求学生掌握人体代谢率的使用以及分析人体静息能量消耗及其影响因素。以问题为导向的教学方法是提高教学效果的重要途径<sup>[9]</sup>。该实验教学前,我们要求学生复习静息代谢相关内容,并向学生提出问题:哪些因素影响静息代谢,在实验中我们如何分组验证?学生根据教师提出的问题,自行对班级学生进行分组并进行适当的干预,分组干预过程中教师将给予相应的指导。实验时学生根据分组依次测定各组受试者的静息代谢。

实验教学中,学生通过分析不同组别测得的静息能量消耗数据的异同,学生可直观地认识到不同体型、体质和年龄对静息代谢的影响。本实验测定的原理是基于呼吸商计算静息代谢,在测定过程中学生可实时观察到呼出CO<sub>2</sub>和吸入O<sub>2</sub>的体积,代谢车依据CO<sub>2</sub>和O<sub>2</sub>浓度比计算出呼吸商、静息能量消耗和能量来源等数据。学生通过该操作过程可直观地理解呼吸商的概念及其计算方法。

### 2.2 淀粉血糖生成指数测定

血糖生成指数(glycemic index, GI)是指含有50 g碳水化合物的食物与50 g的葡萄糖相比,在一定时间内(一般为餐后2 h)引起体内血糖应答水平的百分比值。血糖生成指数可作为糖尿病人选择糖类食物的参考依据,也可广泛用于高血压和肥胖人群的膳食管理以及居民营养教育等。淀粉血糖生成指数测定实验的目的是要求学生掌握淀粉类食物血糖转化的原理、血糖仪的使用以及血糖水平的测量方法。本实验采用小鼠作为实验模型,用一定量熟淀粉和葡萄糖灌胃小鼠,测定小鼠灌胃2 h内的血糖水平,记录空腹、灌胃后15 min、30 min、60 min血糖数据,绘制血糖生成曲线,计算淀粉血糖生成指数。

实验教学中学生通过测定血糖水平,绘制血糖生成曲线,以及计算淀粉的血糖生成指数等,能够加深学生对GI值的概念及其计算方法的掌握程度。学生通过小鼠灌胃、测定不同时间点的血糖等操作,可掌握血糖生成曲线测定方法,并培养学生进行动物实验的

操作能力。该实验使用的是便携式血糖仪测定血糖,便携式血糖仪是健康人以及糖尿病患者常用的血糖测定仪器,通过本实验对小鼠血糖水平的多次测定,学生可掌握血糖仪的使用和注意事项。

### 2.3 膳食脂肪对小鼠甘油三酯水平的影响

膳食脂肪是人类所需的三大宏量营养素之一,不适当地摄入膳食脂肪会引起体内代谢不平衡,从而导致疾病。本实验的目的是要求学生掌握高脂膳食对小鼠甘油三酯水平的影响以及血清甘油三酯的测定方法。自主探究型实验是提高学生实验参与度和积极性的重要方法<sup>[9]</sup>,该实验中我们要求学生以小鼠作为实验模型,全班分为5组,以小组为单位设计甘油三酯对小鼠血脂水平影响的实验方案,实验方案制定最终由教师指导确定,学生按照实验方案饲喂高脂饲料实验组小鼠和普通饲料对照组小鼠,干预结束通过摘眼球法取小鼠血液,测定小鼠血清甘油三酯水平,记录小鼠甘油三酯数据。

实验教学中我们通过分析对照组与实验组小鼠血清甘油三酯水平差异,高脂饲料喂养血清甘油三酯水平显著升高,学生可直观地认识到膳食脂类的摄入对血脂的影响,同时讲授膳食脂类对人体脂代谢的影响,加深学生对脂代谢相关知识点的理解和掌握。本实验测定血脂采用的是常见的血脂测定原理和方法,通过该实验的操作过程,学生亦可掌握血清脂类的测定方法和步骤。

### 2.4 维生素D对前列腺癌细胞生长的影响

维生素D作为脂溶性维生素,其生理功能包括调节体内钙磷稳态,促进生长和骨骼钙化,促进牙齿健全等。近年来,研究表明维生素D亦具有抑制乳腺癌、膀胱癌、前列腺癌等肿瘤生长的作用。本实验目的是要求学生理解维生素D对于肿瘤细胞生长的影响以及掌握细胞培养的基本技术。本实验采用的是前列腺癌细胞株模型,学生在教师指导下进行细胞复苏,换液、传代和接板等操作。维生素D干预实验中,用不同浓度维生素D处理前列腺癌细胞48 h,48 h后采用MTT法测定维生素D处理组和对照组前列腺癌细胞数量的变化,记录测定出的吸光度值,绘制细胞存活曲线。

调节钙磷稳态、维持骨骼牙齿的健康等,是维生素D传统的生理功能,然而随着科学研究的深入,不断有新的维生素D的生理功能被发现,例如维生素D抗肿瘤的功能。本实验通过分析处理组和对照组细胞数量的改变,学生们可认识到维生素D对前列腺癌细胞生长的抑制作用。本实验旨在鼓励学生多了解基础营养学前沿动态,全面地认识营养素的生理功能。本实验采用的是细胞培养模型,在实验过程中学生可掌握细胞培养的基本技术,包括细胞复苏、细胞换液、细胞传代和加药处理等,这对于学生后期进行科研学习具有重要意义。



### 3 基础营养学实验课程取得的成效

本课程实验教学设计时,我们强调将传统被动的、验证性的实验教学设计为主动的、创造性的实验教学<sup>[5]</sup>。实验中我们注重学生的自主参与性,动物实验中设置与学生数一致的动物只数,高脂动物造模中要求学生轮流到实验室进行小鼠换垫料和补充鼠食操作,细胞实验中采用学生分组分次方式进行细胞培养实验等,并将学生每次实验的参与度作为学生实验课程成绩的重要考核指标。实验课外延伸实验是培养学生的科研兴趣的重要途径<sup>[6]</sup>,部分学生在本课程结束后可在实验室继续进行相关实验研究。

本课程实验采用的实验模型和实验方法,包括小鼠模型、细胞培养方法等均是本专业本科生今后进行工作和科研必备的实验技能,不少考取研究生的学生反映在研究生操作考试环节中,由于对这些实验原理和方法的掌握,受到研究生导师的青睐,相关的科学研究开展得也较为顺利。本课程实验教学中选择的实验仪器包括代谢车、血糖仪等均为学生今后在工作中

需要使用的仪器。本专业毕业生反映在工作岗位上接触到这些仪器时不会感到陌生,且可进行相关操作。

### 4 小结

目前我们在基础营养学实验教学已积累了一些经验,但为了达到更好的教学效果,尚需不断实践和改革。另外,当代新的教育模式,如慕课、虚拟仿真实验室等已出现,如何合理地利用这些教学方法和资源来优化目前的基础营养学实验课程也值得我们不断地探索和实践。

### 参考文献

- [1]邓源喜,陈佳,许晖,等.食品卫生与营养学专业实验教学改革与探索[J].安徽农学通报,2017,23(23):142-144.
- [2]和慧梅.营养学实验教学改革探索[J].现代职业教育,2017(17):132.
- [3]张国良.PBL教学模式在预防医学课程教学中的运用[J].医学教育探索,2010,9(7):895-897.
- [4]卢晓南,邵文祥,路千里,等.探究性实验教学中创设问题情境的有效策略[J].实验室科学,2017,20(1):238-240.
- [5]刘伟,张敏佳,周雅琳,等.翻转课堂在营养学基础课程教学中的应用[J].中华预防医学杂志,2018(3):325-327.
- [6]尹亚玲,王博文,柴志方,等.混合教学模式在大学物理实验课程教学中的应用[J].物理实验,2017,37(3):41-47.

(本文编辑:张文娟 本文校对:征宗梅 收稿日期:2018-06-12)

## 增强现实技术在中医学教育中的应用研究<sup>※</sup>

王青<sup>1</sup> 刘旭初<sup>2\*</sup> 尹瑞英<sup>2</sup> 万倩茹<sup>2</sup> 曾凡宇<sup>2</sup>

(1 北京中医药大学,北京 100102; 2 河南中医药大学,河南 郑州 450000)

**摘要:**增强现实技术作为虚拟现实技术的一个重要新兴分支,近年来逐渐被广泛运用到各个领域。本文在介绍增强现实概念的基础上,分析了其对中医学教育发展的影响及意义,探究了增强现实技术目前在中医药基础教育领域中的应用现状及存在的问题,并提出了对其的前景展望,以便更好地为中医学教育服务。

**关键词:**增强现实技术;中医学教育;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.005

文章编号:1672-2779(2018)-18-0009-03

### Study on the Application of Augmented Reality in the Education of Traditional Chinese Medicine

WANG Qing<sup>1</sup>, LIU Xuchu<sup>2</sup>, YIN Ruiying<sup>2</sup>, WAN Qianru<sup>2</sup>, ZENG Fanyu<sup>2</sup>

(1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100102, China;

2. Henan University of Chinese Medicine, Henan, Zhengzhou, 450000, China)

**Abstract:** As an important branch of virtual reality technology, augmented reality has gradually been widely used in various fields in recent years. This paper analyses its influence on the development of education of traditional Chinese medicine and the meaning of it. It also delves the present condition of application and existed problems of enhancing reality technology in the basic education of traditional Chinese medicine on the basis of introduction of building concept. Besides, it proposes the prospects of augmented reality so as to serve for the education of traditional Chinese medicine better.

**Keywords:** augmented reality; education of traditional Chinese medicine; medical teaching reform

早在2013年,一只类似3D全息投影式呈现的可爱的北极熊风靡全网,以其趣味性、互动性强而深受人们喜爱,实际上这款名为奇幻咔咔的娱乐软件是依托了炫酷的增强现实技术。同年6月,一家专注于增强现实产品开发的Daqrl团队依托虚拟现实技术,开发了一

款解剖教学应用软件,使用者可以以一种新的方式观察人体复杂的结构,学习解剖学。我们不由得感叹科技改变生活,从娱乐到医学教育,增强现实技术应用越来越广,在某种程度上我们可以说是打开了一个接受知识新世界的大门。

### 1 增强现实技术概述

我们熟知的虚拟现实技术(Virtual reality, VR),是通过利用计算机核心技术生成逼真的视、听、触等一体化的虚拟环境,用户在使用时借助必要的设备,以自

※ 基金项目:河南中医学院大学生创新学习项目[No.CXXM[2016]0074]

\* 通讯作者:296553610@qq.com

然的方式和虚拟环境中的物体进行互动,从而使用户产生身临其境的感觉和体验<sup>[1]</sup>。而增强现实技术(Augmented reality, AR)是在虚拟现实技术的基础上发展而来的,这个概念源于P. Milgram和F. Kishino的文章,简单来说,增强现实是一种既包括虚拟世界又有真实世界要素参与的环境,它将计算机生成的虚拟图像信息应用到真实世界,真实的环境和虚拟的物体同时叠加到一个画面或空间,从而增加用户对现实世界的感知<sup>[2]</sup>。

就增强现实技术的研究现状来说,国外的高校与科研机构一般将重点放在增强现实技术的核心部分的研究上,如算法、软硬件基础平台、人机交互方式,在这其中比较著名的有业内最早的基于矩形识别标识进行三维空间注册的增强现实引擎——美国的AR-Toolkit开源项目,瑞士的三维注册算法以及新加坡的人机交互技术研究等,与此同时,有很多技术公司把成熟的核心技术与特定行业需求相结合以进行产品开发<sup>[3]</sup>。现在,美国一些高校、企业及军方的研究机构(如海军研究室等)均投入巨大的财力物力,目标是将增强现实技术更好地运用到现代工业中,创造更大的工业价值,另外德国、加拿大、奥地利等国的一些研究机构已实现了各自的增强现实技术实验原型系统<sup>[4]</sup>。相对于国外,国内对增强现实技术的研究起步较晚,研究机构大多以高校为主,北京理工大学、华中科技大学、国防科技大学等在增强现实技术的关键技术及工程应用等方面取得了一些成果,这些研究使增强现实技术的关键技术得到了进一步发展,并越来越多地开始在文化、教育、军事、建筑、医疗、设计、工程、影视、娱乐等领域进行应用。从调查数据可以了解到,目前我国有超过2000个与增强现实技术有关的创业公司和团队,开发者数量在2015年超过了12万人,上升了350%,联想、360等公司也开始涉足该领域<sup>[5]</sup>。

## 2 增强现实技术对中医药教育发展的意义

随着“互联网”行动计划的推进及大数据、互联网、物联网、云计算等技术的应用,现代信息技术对完善中医学校教育信息化基础设施建设,促进教育发展成果共享,推动中医药传承创新的革命性影响日趋明显。而且国务院日前印发的《“十三五”国家信息化规划》中也明确提出,要实施在线教育普惠行动,到2020年,基本建成数字教育资源公共服务体系。增强现实技术依托互联网平台,应时顺势而生,它能突破“时、空”限制,借助信息技术与灵活的移动终端,能够在最大限度整合信息资源的基础上为学习者提供更好的体验与学习效果。

中医药博大精深,几千年的历史文化积淀下形成了各家流派,且多以口口相传和古籍摘录的方式传承下来,一方面这是中医的特色,另一方面也正是因其受众的局限性在某些程度上阻碍了它的广泛传播<sup>[6]</sup>。目前,我国中医药传统的院校教育还是以教师讲,学生被动接受为主,虽然也有过诸如“翻转课堂”、PBL教学、情景模拟之类的新形式的开展,但是由于这些模式会受到各种因素的制约,故在实际教学的实施过程中还是只占据了小部分<sup>[7]</sup>。曾有大量实验表明:依托增强现实技术将虚拟世界与现实场景巧妙结合,能给使用者带来更易接受的学习体验和更强的视觉冲击力,对于学生和老师而言,这比单纯的现实课堂教学或完全虚拟的场景演示更能让人印象深刻<sup>[8]</sup>。中医学专业不仅要求学生掌握扎实的理论基础,而且要求他们具有娴熟的实验及操作技能。就以基础课程中药学为例,由于“医药分家”这一尴尬局面的存在,现在好多同学学过之后只是知药而不认药、懂药,有些甚至连用药部位都分不清楚,更谈不上很深刻地理解每一味药材,那么又如何指望他们将来在临床上的灵活运用呢?如果能够在第一遍学习的时候就加入增强现实技术中药饮片的展示,化抽象为具体,那么这样直观性、趣味互动性强的展示方式可以刺激学生联想记忆,拓展学习空间,延伸学习时间<sup>[9]</sup>。

同时,由于学科的特殊性,担任中医学基础课程的教师大多任务繁重,往往集科研、教学与临床于一身,而且随着近年来中医高等院校的扩招,大班教学,这就无形中给授课教师加大了压力。在医学教育中,实验实训课程往往占据重要分量,但是目前的现状是实验室资源不充足,投入成本高、消耗大,带教老师人手不够,再加上某些医学实验存在危害性大,伦理制约的实际问题。所以,对于高校来说,急需一个能够降低实验成本、减少人力、提高实验成功率、带动学生兴趣的优化方案<sup>[9]</sup>。倘若能够借助现代化信息技术手段,辅以增强现实技术,形成生动直观的动画、视频资源,再现医学课程中那些不易说明或难以展示的内容,而且恰好能解决上述问题,并能给学生营造一种近乎真实的沉浸式的体验感,定会起到事半功倍的效果。

## 3 增强现实技术在中医学教育中的研究

李潜等<sup>[12]</sup>提出在中医药院校课程中,一些实训课程使用了很多模拟人体的设备进行实践教学,虽然成果显著,但是增强现实技术与之相比更具优势,例如中医学、针灸学教育、护理学教育、中医美容方向等,需要大量的操作实践的科目可以应用增强现实技术,

此外, 临床操作实训、物理化学实验、远程医学教学、远程医疗实践、开发远程医疗援助应用等等, 都可以运用增强现实技术。南京中医药大学在野外采药和中药鉴定的实践教学应用中应用虚拟现实和增强现实技术, 对中药资源分布的野外生境、药用植物的形态和特殊繁殖器官以及珍贵药材进行三维建模, 使学生在虚拟环境中就可以体验到真实的采药过程<sup>[9]</sup>。在人体解剖方面, 演示人体骨骼结构时, 通过摄像头捕捉教师或学习者身体上的标记, 在显示屏中除了显示真实的人体之外, 还显示与之对应的骨骼, 随着身体的运动屏幕中的骨骼也随之运动<sup>[10]</sup>。Curiscope发布了一款融合了虚拟现实和增强现实技术的应用, 用户穿上一件特制的T恤, 结合智能手机或者平板电脑就可以让用户一窥人体内部器官, 而戴上三星Gear VR, 眼睛焦点注视一个特定的器官, 通过头部动作还可以随着血流方向进入到这个特定的器官, 以细胞的角度去了解人体器官, 并配有旁白声音解说相关的知识点, 让用户在不一样的体验中学习<sup>[11]</sup>。滕玮等<sup>[12]</sup>提出了建立在增强现实技术和针灸专家系统基础上的智能针灸系统, 本系统应用双目立体视觉原理, 通过表面三维信息重建, 可获得具有表面三维信息的真实人体的图像, 与已经绘制好的具有穴位的标准虚拟人体立体图像相叠加, 获得对应人体各部位的穴位及其相关资料, 通过自动控制机械手找到由专家系统确定的需要治疗的腧穴, 用激光对人体进行穴位激光投照, 进行针灸治疗。滕玮等<sup>[13]</sup>研究了仿射变换在增强现实智能针灸系统中的应用, 提出, 传统增强现实技术中的虚实注册依赖于相机定标, 存在不精确性和延迟性等局限, 而仿射变换理论, 通过将真实场景、相机和虚拟物体定义在同一坐标系下, 简化虚实注册的复杂度。可以发现上述滕玮等人的智能针灸治疗系统不仅仅能用在临床针灸治疗上, 还可以在针灸实验教学中应用此技术。

#### 4 问题与措施

尽管增强现实技术有着良好的发展前景, 但目前仍存在着一些问题。

(1) 中医基础知识内容多, 整理任务繁重。中医基础知识如中药、中医诊断、炮制、经络腧穴等门类繁杂, 专业性较强, 若要进行增强现实技术立体建模则需要部分中医专业教育者或者中医文化研究者参与其中。

(2) 增强现实技术应用软件开发处于起步阶段, 技术开发成熟度和社会满意度尚不理想。虽然目前增强现实技术发展迅速, 但众多大中小企业在技术开发方面仍存在难度, 比如增强现实技术的人机交互问题,

较人与智能手机可使用“图形界面和触控”交互方式, 增强现实技术设备与人的最优交互方式仍在探寻, 另外增强现实技术产品应用推广方面对公众缺乏吸引力, 市场占有率不足<sup>[14]</sup>。尽管国家支持推动中医药信息化发展, 但人力、物力、财力、技术、宣传等方面的投入还是面临一定困难。或许只有在增强现实技术软件应用开发发展到一定阶段, 攻克各种技术问题, 其中医学教学上才会发挥更大优势。

(3) 增强现实技术所依附的智能终端和处理器计算需具备一定条件。新鲜事物不断出现及知识的更新换代要求增强现实技术运行需要强大的数据库支持。面对现实中物体移动和复杂的环境, 增强现实技术所依赖的载体需要有精准的识别和速度。而目前智能终端所承载的数据库和处理器运算量难以满足增强现实技术应用的扩展<sup>[15]</sup>。这无疑给未来增强现实技术的应用和发展提出了更高的要求。

#### 5 总结与展望

随着信息技术的发展, 增强现实技术的应用充满了机遇和挑战。若未来将增强现实技术应用在中医基础课程教育方面, 一则更能激发学生的学习热情, 提高学习效率及教学质量; 二则对中医药发展来说, 是中医药走向大众一个重要的促进方式, 对中医药的继承和发展将会有着促进作用。

#### 参考文献

- [1]陈桂芬. 计算机虚拟现实技术在医学教育领域中的应用[J]. 科教文汇(上半月刊), 2009(19):193.
- [2]李潜. 增强现实技术为医学教育开拓无限未来[J]. 电脑知识与技术, 2012, 8(12):481-482.
- [3]吴帆, 张亮. 增强现实技术发展及应用综述[J]. 电脑知识与技术, 2012(34):8319-8325.
- [4]康绍鹏. 增强现实关键技术研究[D]. 沈阳: 沈阳航空工业学院, 2009.
- [5]余艳红. 增强现实技术的研究现状及发展趋势[J]. 湖南大众传媒职业技术学院学报, 2016, 16(1):55-57.
- [6]郭宏伟. “互联网+”背景下的高等教育发展与创新思考——以中医药专业为例[J]. 中国电化教育, 2016(10):102-106.
- [7]杨学祥, 张魁元, 胡鹏. “互联网+”时代高校继续教育发展的机遇与挑战[J]. 继续教育, 2016, 30(12):3-6.
- [8]袁晓红, 尹跃兵, 陈波, 等. 中药饮片3D动画标本资源库在《中药学》教学中应用的研究[J]. 继续医学教育, 2015(7):24-25.
- [9]马丽亚, 张大伟. 中医药虚拟仿真实验教学中心的建立与应用[J]. 中医药管理杂志, 2016(10):19-22.
- [10]姚卫峰, 包贝华, 张丽, 等. 中药学类虚拟仿真实验教学体系的构建与实践[J]. 药学教育, 2015, 31(6):39-43.
- [11]lsea. 教育先行: Curiscope 两款科普应用出炉[EB/OL]. (2016-02-13)[2017-05-25]. <http://www.vrsat.com/games/6199.html>
- [12]滕玮, 田淮, 曾芬芳, 等. 基于增强现实技术的智能针灸系统的视觉处理[J]. 华东船舶工业学院学报(自然科学版), 2004, 18(1):46-50.
- [13]滕玮, 曾芬芳. 仿射变换在增强现实智能针灸系统中的应用研究[J]. 江苏科技大学学报(自然科学版), 2006, 20(4):55-59.
- [14]刘鹏宇. AR: 增强的世界[J]. 互联网经济, 2016(8):16-19.
- [15]张晓洁. 当AR爱上APP[J]. IT 经理世界, 2012(21):110-113.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 戴冰星 收稿日期: 2017-11-20)

# 从“三个导向”论中医内科学临床教学发展思路<sup>※</sup>

史佳宁 张振贤\* 曾雪萍 王重卿 黄瑶 葛文金 陈敏 张维佳 诸燕英 韩燕

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院传统中医与治未病中心, 上海 200437)

**摘要:** 临床教学是医学教育领域的重中之重, 随着临床教学改革稳步推进, 培养真正具有岗位胜任力和优秀职业素养的临床人才成为中医内科学临床教学最为关注的终点目标之一。本文从“以高效衔接理论与临床实践为导向”“以培养自主学习能力和为导向”、“以激发职业向往度为导向”三个视角, 结合我院中医内科临床教学的实际工作与经验, 探讨中医内科学临床教学发展思路。

**关键词:** 中医内科学; 临床教学; 教学改革; 医学教育改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.006

文章编号:1672-2779(2018)-18-0012-03

## Discussion on the Clinical Teaching Development of Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine from "Three Orientations"

SHI Jianing, ZHANG Zhenxian\*, ZENG Xueping, WANG Chongqing, HUANG Yao,  
GE Wenjin, CHEN Min, ZHANG Weijia, ZHU Yanying, HAN Yan

(Center for Traditional Chinese Medicine and Health Prevention, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)

**Abstract:** Clinical teaching has a significant position in the field of medical education. With the steady advance of clinical teaching reform, one of the ultimate goals which clinical teaching of internal medicine of TCM focuses on is how to cultivate clinical talents with post competency and excellent professional accomplishment. In this article, we'll discuss clinical teaching development of internal medicine of TCM from "three orientations" combining with practical clinical teaching work and experience of our department. The "Three orientations" are as follows: efficiently connecting theory with clinical practice oriented, training independent learning ability oriented, and stimulating career yearning oriented.

**Keywords:** internal medicine of traditional Chinese medicine; clinical teaching; teaching reform; medical education reform

为响应国务院办公厅2017年关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见, 全国范围的医学院校在加强临床教学基地建设方面开展了一系列举措与研究立项工作。临床教学因其覆盖面广、实践性强、学科间交叉融汇性突出等特点在医学教育领域占据重要地位。在遵循医学教育规律和人才成长规律的前提下, 如何优化中医内科学临床教学发展模式, 培养能健全适应行业特点的高素质临床人才是中医内科学临床教学改革的核心。本文将从“三个导向”结合我院中医内科临床教学的实际工作与经验, 探讨中医内科学临床教学发展思路。

### 1 以高效衔接理论与临床实践为导向

**1.1 积极推动教学方式创新** 由校园至临床的跨度是每个医学生必须经历的, 临床带教在这一医学生初步成长为临床医生的过渡阶段承担着关键职责。理论服务于临床, 临床实践有赖于理论的不断充实, 优秀的临床带教就似催化剂, 帮助学生完成理论与临床实践的高效衔接, 使学生迅速捕捉到两者间相辅相成的关系。

理论与临床实践得以高效衔接的基础往往倚重教

学方式的创新, 使医学生能在开放型教学氛围中极大地调动潜能, 追求探索性学习, 提高分析和解决问题的能力。我科开展的海派中医学学术流派医案课程将课堂讲授法、小组研讨法、案例教学法、后期流派基地临证抄方法等多元教学方式融入临床教学, 引导学生思考讨论、通过团队协作解决疑惑、接触感悟临证实践, 取得了满意的教学效果<sup>[1]</sup>。此类创新型教学法的综合运用摒弃了枯燥单向的理论重复, 在中医内科学临床教学中, 以生动的形式、合适的医案导引既使学生了解海派中医文化及学术思想, 巩固中医经典理论, 又能逐渐带动他们进入临证模式、有效提高应诊能力, 化解临床实践初期的茫然。

**1.2 中医临床教学中的思辨应用能力培养** 中医内科学是一门极富实践性、经验性的专业学科, 传承中医经典、丰富中医内涵、提升临证应用能力是中医内科学临床教学的核心内容。扎实中医基础理论、培养对中医经典的学习热情、师承学习多钻多悟在中医理论与实践转化衔接中尤为重要。

中医内科学临床教学重视中医经典内涵的灌输。运用PBL教学、名医查房、拓展性讲座、网络课程、微课堂、经典教学门诊、跟师抄方等多样化教学方式, 以“基础能力培养→理论强化及拓展性培养→归纳和思辨能力培养→实践应用能力培养”为主线目标的递进式中医经典临床教学策略率先在我科实行后, 学生在模块

<sup>※</sup> 基金项目: 上海市重点教学改革项目, 上海中药事业发展三年行动计划——传统中医科建设项目【No.ZYSNXD-YL-CTXK】; 上海中医药大学十六期课程建设 I 类重点项目【No.JX61.07.59.01】; 上海中医药大学内科经典与临床教学团队项目【No.JX61.15.15.01】

\* 通讯作者: zhenxianzhang@hotmail.com

考、出站考中展现的辨证论治、临床诊治、临床操作能力提升明显<sup>[2]</sup>。且该教学策略的影响面已辐射至大学及兄弟院校,被证实具有良好成效,值得临床教学推广。名中医教学查房、教学门诊中,师生共撰脉案,展开临证分析、探讨,传授名中医辨证思路;师承抄方学习更是传承导师中医学学术思想、培养处方化裁能力的直接途径,为中医理论与临证实践的高效结合创造条件。

## 2 以培养自主学习能力的为导向

**2.1 引导构建临床思维** 临床思维是医生在临床工作中通过不断总结积累而逐步形成的思维方式,有赖于扎实的理论根基,对临床诊疗方案的正确确立具有重要影响。对初涉临床一线的医学生或低年资医生而言,在临床教学中引导构建合理清晰的临床思维对其今后独立胜任临床工作有深远意义。

临床教学应关心临床实践中医生该如何做和为何这样做,利用师生间的问答、辨析、互动来帮助学生构建合理的临床思维模式,培养其综合运用理论知识解决实际问题的技巧,培养学生在病例分析及诊治中的发散思维和横向思维,为临床培养实用型人才<sup>[3]</sup>。我科设计了中医经典与临床案例课程,在前期理论课基础上开展集中实训环节,以“提高中医临床思维能力”为中心,通过“中医经典复习训练”“中医思维训练”“临床案例讨论”三个模块,强化学生中医思维。教学手段采取教师讲解指导与自主学习训练相结合、基准教学内容与个性化指导相结合两种形式,能有效训练学生的辨证思维,提高学生运用中医思维快速解决临床问题的能力<sup>[4]</sup>。案例讨论模块所选的病例可以具有一定的复杂性,体现多学科融会贯通,并允许建立批判性思维。我们认为,引导构建临床思维的最终目的是让医学生化被动为主动,督促他们勤思考、发现疑惑及时填补知识盲区,培养他们在临床实践中独立分析、判断、处理问题的能力。

**2.2 强化互助学习模式** 新型的教学模式多注重互动环节,化解了填鸭式教学的机械性,有利于提升学生对知识的接受度。中医内科学临床教学中的互动模式不应仅停留在师生层面,临床带教可树立自身指导者和组织者的双重身份,在授业解惑之余创造更多学生与学生间的互助学习平台。这种医学生之间互助学习模式的强化,往往更能激发他们的求知欲和探究热情,并最大程度发挥其主观能动性。

互助学习平台追求形式的多样和医学内涵的丰富。例如,临床教学基地层面定期开展不同主题的竞赛类活动,内容可涵盖理论知识、技能操作、病案书写、病例讨论与临床答辩等,全面覆盖中医内科学临床教学各项培养内容,创造新颖的方式助学生完成考核任务、达到临床培养要求,创造备赛、竞赛环境使彼此互助提高。我科则探索了名医查房与学生讲课互动式

中医经典临床教学模式,鼓励学生积极开展自主讲课<sup>[5]</sup>。学生可自由分组、自拟主题,讲课前需完成文献查阅、结合经典深入分析病例、得出理法方药、经方解读、挖掘国内外研究进展、讲课预演等大量准备工作。团队小组在此过程中明确分工、互助协作,充分体现优势互补,彼此间能畅所欲言并及时反馈疑问或想法。借此形式培养学生对中医经典的兴趣,加深对中医经典的体会,拓宽彼此知识广度、强化中医思维。

互助学习模式始终把学生的自主性放在首要位置,允许学生大胆发挥,创造机会协同进步。临床带教更多扮演组织者的角色,适时给予画龙点睛式的总结或意见,指出学生们理解尚欠到位之处,点拨值得继续深入研究的方向。

**2.3 鼓励提升拓展性学习参与度** 拓展性学习的意义表现为两方面,一是寻找更多渠道收获专业知识的拓展:如参加各类高水平学术会议、继续教育研讨班等,跳脱出书本局限,接收所学领域权威学者的学术熏陶,感悟学科前沿,开拓研究思路。我院中医内科教学团队在临床教学中实施的“探索性写作”亦是拓展研究性学习的实例,以某病证的诊治思路、历史争议、复杂证型、矛盾病案为引提出开放式问题,鼓励学生通过文献查阅、小组辩论探讨,建立、证实或修正自己的观点,完成论点和思维总结<sup>[6]</sup>。二是走出医院、学校使学生的视野得以拓展:如鼓励医学生走进社区或定点合作机构,投身到科普讲座、义诊活动等行列,面向更广的社会群体。从中获取社会经验和临床经验的双重积累,培养身作为一名合格医生的综合素质,满足个性化发展需求。此外,尚可鼓励学生利用互联网资源创立微信公众号平台,甚至自办小报、刊物分享学术研究、临床工作心得。拓展性学习参与度的提升可大大增强医学生学习的主动性,临床带教则应起到鼓励、支持、协助、指导的重要作用。

## 3 以激发职业向往度为导向

激发医学生职业向往度的关键前提是培养他们的职业认同感。职业认同感是指,明确并认同自身从事职业的意义与价值,且能从该职业中得到乐趣,愿为之付出。职业认同感的高低能直接影响从业者的归属感、忠诚度、向上力、积极性、事业心和成就感。

有研究提出<sup>[7]</sup>,影响医生职业认同感的因素涉及工作压力、社会风气、舆论氛围等。长学制的培养周期往往令医学生产生付出与回报不成正比的感慨,而现今较为紧张的医患关系和部分负面舆论又不时挑战医生的尊严、消减初涉临床工作的医学生们的从医热情,这便对中医内科学临床教学工作提出更高要求。我科临床带教开始注重关心轮转学生的心理状态,促进小范围内有效沟通,及时了解他们的真实想法与困惑,同时加强职业认同感教育。通过言传身教时刻传递积极向上的职业正能量,及时扼制外界不确定因素可能

对学生产生的负面影响。帮助医学生正确认识医务工作,强化职业精神教育,传颂前辈医家的仁心仁术,弘扬大医精诚之风。帮助他们坚定信念,懂得医学是为人类谋福祉的崇高事业,正所谓“正其义不计其利,明其道不计其功”。

职业认同感的树立更在于多做临床,具备强化专业技能、救死扶伤的主人翁意识。我科临床带教愿意引导学生积极融入所在医疗团队,使他们拥有归属感。让学生能从临床积累中看到自己专业能力的进步提高,让他们认真投入临床工作而受到患者的信赖和认可,让他们跟随上级医生成功救治危重病人,这些只有在临床实践中才能收获的经历会成为宝贵财富。学生心中强烈的职业自豪感和荣誉感会油然而生,这便是激发职业向往度的最好方式,从而培养他们成为有理想、有追求、有行动力的人。

#### 4 总结

医学临床教育的范畴应覆盖专业技术和人文职业素养双层面。通过对中医内科学临床教学发展思路的探讨,我们认为,衔接理论与临床实践是临床教学的基本任务,继续推动教学方式创新从而高效、高质量

地完成此衔接任务是临床教学的追求目标;由被动接受型学习向学生自主探索型学习转化是临床教学的发展方向;而激发医学生的职业向往度则有助于提升其对行业的热爱和使命感,可以说是检验临床教学成功与否的必备标准之一。随着临床教学改革推进,紧跟临床教学基地步伐,充分整合我科教学资源,打造全能化中医内科学临床教学团队,为中国医疗行业培养一批优质临床人才、培养祖国传统医学的接班人是我科中医内科学临床教学持续发展的动力。

#### 参考文献

- [1]黄瑶,张振贤.海派中医学术流派医案课程在临床教学中的实施与效果研究[J].中医教育,2014,33(6):66-68.
- [2]张振贤,舒静,赵琛,等.递进式临床教学策略在中医内科经典教学中的运用[J].中国中医药现代远程教育,2017,19(15):4-5.
- [3]李春艳,王莺燕,刘丹,等.案例教学法结合PBL模式在医学研究生临床教学中的应用[J].中国医药导报,2014,36(11):126-128.
- [4]张振贤,赵琛,张焯,等.中医内科经典与临床案例课程的教学探索[J].中国高等医学教育,2013(2):84-85.
- [5]黄瑶,张振贤,陈敏,等.名医查房与学生讲课互动式中医经典临床教学模式探索[J].中医教育,2015,34(4):78-80.
- [6]赵琛,舒静,陈咸川,等.探索性写作在中医内科教学中的应用[J].中国医学导报,2007,4(13):87-88.
- [7]王强芬.关于提升医生职业认同感的研究[J].大学教育,2016(3):104-105.

(本文编辑:张文娟 本文校对:金燕 收稿日期:2018-06-05)

## 中医药院校研究生免疫学教学模式探讨

侯殿东 韩晓伟 雷萍 徐铭 马贤德 孙宏伟 关洪全

(辽宁中医药大学基础医学院,辽宁 沈阳 110847)

**摘要:**免疫学与中医药的关系十分密切,中医药理论中蕴藏着丰富的免疫学思想和内容。鉴于免疫学和中医药的紧密联系,我们从免疫学理论课和实验课教学过程中如何体现中医药特色进行了探讨,教学过程中应把中医药与免疫学理论和实验有机地结合起来,这将有利于培养有创新能力的高素质中医药人才。

**关键词:**中医药院校;免疫学;研究生培养;教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.007

文章编号:1672-2779(2018)-18-0014-03

### Discussion on the Teaching Mode of Immunology for Postgraduate in University of Chinese Medicine

HOU Diandong, HAN Xiaowei, LEI Ping, XU Ming, MA Xiande, SUN Hongwei, GUAN Hongquan

(Basic Medical College, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

**Abstract:** The relationship between immunology and traditional Chinese medicine is very close, and the theory of TCM contains abundant immunological thought and content. In view of close relationship between immunology and TCM, we discussed how to demonstrate characteristics of traditional Chinese medicine in the process of immunology teaching of theory and experiment, the immunology theory and experiment teaching combined with traditional Chinese medicine will be beneficial to cultivate the innovation ability of high quality talents of Chinese medicine.

**Keywords:** Chinese medicine schools; immunology; graduate students training; teaching model

中医学作为我国传统医学,是我国的瑰宝。中医药教育作为中医药学稳健发展的基石,为中医药的传承发展和中医药事业的繁荣兴盛作出了重要贡献。随着国家医药卫生体制改革的不断深化,中医药事业发展迎来了前所未有的机遇和挑战,这也对中医药人才培养提出了更新更高的要求。中医药院校研究生教育培养的是高端中医药人才,在培养过程中既要注重传

承中医药的特色和优势,又要善于吸收现代科学知识和技术,培养具有创新能力的高素质中医药人才<sup>[1]</sup>。

免疫学是现代医学乃至生命科学中发展最快的学科之一,无论是免疫学基础理论还是新型免疫学技术不断涌现,并快速更新。免疫学与中医药的关系十分密切,中医药理论中蕴藏着丰富的免疫学思想和内容<sup>[2]</sup>。在免疫学理论和技术高速度、高水平发展的今天,作

为一名中医药院校的免疫学教师，如何结合中医药专业特点，从培养新型高层次中医药人才的角度上好免疫学这门课程？笔者从理论课与实验课教学模式进行了探讨。

### 1 理论课教学内容的选择

硕士研究生免疫理论课教学与其它层次的学生教学不同，大多数硕士研究生都上过医学免疫学课程，对基础免疫学的知识都比较熟悉<sup>[9]</sup>。硕士研究生对这门课的兴趣主要来自于免疫学的新知识和新进展，渴望多学一些免疫学新技术，以便将来为自己开展课题研究打下基础。另外，免疫学本身是应用性较强的学科，这一属性决定了其同医学应用结合的重要性和必然性。因此，硕士研究生免疫学教学应突出应用。整个教学力求把学生的兴趣、求知欲与免疫学的新知识及应用相结合。教学过程中应根据医学免疫学教学大纲、学科发展及研究生的培养要求，精心编排合理的教学内容，保证教学内容的先进性和前沿性，这样有利于激发研究生探索欲望，鼓励他们思考未知领域。

在教学过程中，应注意教学与临床结合，免疫学是一门与临床有着密切联系的基础医学学科，在教学中把学生已感知到的临床现象与理论知识结合起来<sup>[4]</sup>。应该在理论课教学相关章节中加入相关理论知识和技术与临床疾病发生、发展、诊断和治疗的关系，使学生们能将免疫学理论知识与自己所从事的工作结合起来<sup>[9]</sup>。例如，在细胞因子一章中可以介绍细胞因子与疾病的诊断、预后观察和治疗的关系，临床上已经应用的细胞因子的种类和用途。在主要组织相容性抗原章节中，重点介绍HLA与疾病的相关性、与器官移植和法医鉴定的关系、HLA抗原表达异常与疾病的关系等。

### 2 理论课教学与中医药理论实践相结合

在免疫学理论教学中，除介绍免疫学前沿知识外，教学中应从以下几方面把免疫学理论与中医药理论和实践有机地结合起来。

**2.1 中医药与免疫学起源** 从免疫学发展史来看，免疫学起源于中国，葛洪提出用狗脑敷治狂犬病，被认为是中国免疫思想的萌芽<sup>[9]</sup>。我国古代医师在医治天花的长期临床实践中，发现康复后天花患者可获得终身免疫，受此启发开创了用人痘接种术来预防天花。

**2.2 中医药思想蕴含现代免疫学理论** 在中医学的思想中包含着许多免疫学理论，这些思想对免疫学的发展也具有一定促进作用。比如中医学中邪正学说中“正气”包括机体抵御和清除各种有害因素的能力，人体的免疫功能属中医学“正气”范畴<sup>[7-8]</sup>；阴阳学说与免疫的关系非常密切，免疫学的平衡稳定观念与中医学阴阳学说很相似，正常的免疫功能要保持一个适度的状态，不能过高或过低，否则就要发生超敏反应、自身免疫病和肿瘤等疾病<sup>[9]</sup>；中医的藏象学说蕴含着许多免

疫学思想，现代研究表明中医五脏心、肝、脾、肺、肾均与机体免疫功能有密切的关系<sup>[10]</sup>；六腑的生理功能和病理变化均与免疫有密切的关系，六腑功能正常，正气旺盛，免疫功能正常，邪气难以致病<sup>[11]</sup>；在中医的“气血津液”学说中蕴含着现代医学中免疫防御、免疫稳定和免疫监视三大功能的思想<sup>[12]</sup>。

**2.3 中医临床与免疫** 大量临床和实验研究表明，不少中医病证机体的免疫系统及其功能发生变化，且不同病证的变化有所不同，有些表现为某一方面的变化，也有些则表现为多方面的改变。在中医的临床治疗中包含着许多免疫调节思想和方法<sup>[13]</sup>，这些思想对免疫学的发展也具有一定的促进作用。比如治病求本、扶正祛邪、调整阴阳、活血化瘀法、清热解毒等均与免疫调节有关<sup>[14]</sup>。经过长期的观察和研究，中药方剂、针灸对机体免疫的调节作用已经得到充分肯定。

**2.4 中药及其有效成分的免疫调节作用** 对人体免疫功能有不同程度的作用，比如黄芪、灵芝、人参、白术等具有免疫促进作用，雷公藤、苏木、山茱萸等具有免疫抑制作用<sup>[15]</sup>。此外中药有效成分比如多糖、皂苷、生物碱等均有良好的免疫调节作用。

### 3 实验课教学应具有中医药特色

实验课是医学基础课教学中的重要组成部分，实验课不仅能加深学生对理论知识的理解，而且对培养学生的动手操作能力、科学思维及创新能力起着非常重要的作用。中西医并重是我国医药卫生体制改革的基本方针和指导思想。中医药和免疫间又有密切的联系，因此中医药院校免疫学实验课程应体现其自身中医药特色。

如何培养中医药院校研究生创新思维和科研能力是培养复合型、应用型高级中医药人才的关键。综合设计性实验可以激发学生参与实验的积极性，让学生由被动变为主动，成为实验教学的主体。随着免疫学研究不断发展，中医药与免疫关系的研究已经从临床观察深入到机制探讨，不少具有调节免疫功能中药的作用原理已得到阐明。因此，可以结合中医药研究的实际开展相应的综合设计性实验课，比如可以开展某种中药或方剂的免疫调节作用的研究性实验。学生经历了实验设计、进行实验以及形成论文的一个初步科学研究的实践过程，通过参与实验，可以使同学进一步学以致用，并进一步了解和掌握科学研究的基本思路和基本过程，提高同学对科研的认识和兴趣，熟练掌握已用过的实验技术，并且可使实验课与中医药研究紧密结合起来，加深学生对中医药与免疫关系的理解<sup>[16]</sup>。

综上所述，鉴于免疫学和中医药的紧密联系，我们从免疫学理论课和实验课教学过程中如何体现中医药特色进行了探讨，教学过程中把中医药与免疫学理论和实验有机地结合起来将有利于培养有创新能力的高素质中医药人才。

**参考文献**

- [1]王键,秦瑜.关于新时期医药卫生体制改革下的中医药人才培养的思考[J].中医教育,2013,32(2):1-4.
- [2]口锁堂,口维敏,吴焕淦.中医学免疫学思想探讨[J].中华中医药学刊,2009,27(8):1637-1639.
- [3]宋建勋,白云,何礼芳.面向新世纪硕士研究生免疫学教学改革[J].西北医学教育,2000,8(3):143-144.
- [4]侯殿东,韩晓伟,雷萍,等.中医院校提高医学免疫学教学效果的思考[J].中国中药现代远程教育,2018,16(1):43-44.
- [5]张力平,胡永秀,安云庆,等.浅谈研究生免疫学课程的教学改革[J].医学教育,2000,6(3):80-81.
- [6]马伯英.中国的人痘接种术是现代免疫学的先驱[J].中华医史杂志,1995,25(3):139-144.
- [7]张剑勇.李志铭教授论中医与免疫[J].世界中西医结合杂志,2009,4(10):696-697.
- [8]刘慧萍,谷旭宇,张国民,等.扶正祛邪与免疫靶向卵巢癌干细胞[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(7):149-151.
- [9]关洪全.论中医治则中的免疫调节思想[J].中医研究,2009,22(11):6-8.
- [10]吴晓康,贺新怀.浅析情志致病的藏象学基础及其与免疫的相关性[J].现代中医药,2005,25(4):5-6.
- [11]关洪全,韩晓伟,陈殿学.中医药免疫研究精要[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2014:161-164.
- [12]孙理军.论津液的抗病作用及其免疫学基础[J].陕西中医,2001,22(12):740-742.
- [13]张晓琳,孙建光.自身免疫性肝炎的中医辨证论治[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(2):2-4.
- [14]刘健.类风湿性关节炎从脾论治探讨[J].安徽中医学院学报,2004,23(1):1-4.
- [15]王爱萍,徐今宁.中药免疫调节作用研究进展[J].中国药业,2011,20(3):75-77.
- [16]侯殿东,姜欣,雷萍,等.在中医院校构建医学免疫学综合设计性实验教学模式的设想[J].医学理论与实践,2008,21(5):614-615.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘兵 收稿日期:2018-01-26)

# 不同毕业去向的中医学本科生实习带教模式的探讨

陈兴华 黄睿

(广州中医药大学第一附属医院针灸科,广东 广州 510405)

**摘要:**随着住院医师规范化培训政策的实施以及考研热的不断升温,中医学本科实习生的未来学习、就业计划与临床实习的矛盾在临床教学医院非常普遍,如何解决这一问题成为当下医学教育的热点。本文根据毕业去向将实习生分类,针对性地讨论了不同类别实习生的临床带教模式,希望为临床教学提供新的思路。

**关键词:**实习生;临床教学;毕业去向;教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.008

文章编号:1672-2779(2018)-18-0016-03

## Discussion on the Teaching Mode of the Internship of Traditional Chinese Medicine Undergraduates with Different Graduation Destination

CHEN Xinghua, HUANG Rui

(Department of Acupuncture and Moxibustion, No.1 Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

**Abstract:** With the implementation of standardized training of residents and the increasing number of post-graduate craze, conflict between the future plan of Chinese medical undergraduates and clinical practice has been very common throughout our country, how to solve this problem is becoming a hot spot of the present medical education. In this paper, we discuss the clinical teaching mode of different categories of interns based on the graduate destination, and hope to provide new ideas for clinical teaching.

**Keywords:** internship; clinical teaching; graduate destination; teaching mode

临床毕业实习是医学生将理论应用于实践,并在实践中全面训练和提高临床能力的关键阶段,是实现医学生培养目标的关键环节。近几年,随着住院医师规范化培训政策的实施以及考研热的不断升温,医学院校本科生既要完成医院临床实习任务,又要为未来开辟道路,包括考研、推荐免试攻读研究生、参加规培、求职等,导致双方之间矛盾日益突出,一定程度上扰乱了临床教学医院的教学秩序,对学生临床实习的质量也造成影响<sup>[1]</sup>。本文根据毕业去向将实习生划分归类,针对其不同的特性,讨论了中医临床教学医院“因人而异”的临床带教模式。

### 1 实习生分类

根据目前毕业去向情况,临床实习生主要分为考研生、推免生、医学方向就业生、计划规培生、非医学方向就业生。

**1.1 考研生** 随着高校扩招、就业压力增大、规培政策的实施,越来越多医学院本科实习生选择考研,而目前临床实习时间与应届毕业生的考研时间重合,考研生需要同时兼顾考研复习与临床实习两大任务,人的精力有限,大多数医学生都不能正确地处理好考研与实习的关系,巨大的压力易造成考研生“重复习、轻实习”的情况,致使其学习态度不端正,对带教老师交待的任务采取应付状态,处于“跟着跑、望着做、听着写”的层面上,缺乏主动性<sup>[2]</sup>。甚至存在出勤率下滑的情况,实习生纪律松散,并将毕业实习视为考研的负担,出现随意应付带教老师的情况<sup>[3]</sup>。这种现象不仅干扰了医院正常的实习教学秩序,而且使临床实习教学质量受到严重影响,人才培养质量得不到保证。

**1.2 推免生** 推免生,即获得推荐免试攻读硕士学位的准研究生,因为他们没有复习考研的压力,拥有更多



的时间和精力投入临床实习当中。由于初次上临床,推免生对于临床知识有较大的好奇心,学习热情与积极性都较高。同时专业型硕士学位研究生需要接受三年的住院医师规范化培训,他们倾向于临床思维的培养,因此实习参与度极高。

**1.3 医学方向就业生、计划规培生** 医学方向就业生是决定本科毕业后直接去医疗单位对口就业的实习生,计划规培生则是决定本科毕业后考取住院医师规范化培训资格的实习生。两者都是即将走上临床,需要自主收治病人,他们注重于临床思维培养,希望借助实习机会来提高自身医疗技能来应对面试,与推免生一样,他们有更多的时间和精力投入临床,学习热情与积极性都较高。

**1.4 非医学方向就业生** 因为未来工作性质不同,该类实习生对临床实习学习热情较低,主要是为了完成学校教学任务,缺乏学习主动性。

## 2 临床带教模式

**2.1 考研生** 对于考研生,带教老师需要以教材理论知识为主,临床与课本结合,使考研生在临床中能够加深教材知识记忆,同时带教老师在专业知识方面给予一定的指导和帮助,达到“考研促进实习,实习带动考研”的效果,以此来提高考研生的实习积极性。

临床实习阶段是巩固教学效果的重要阶段,是把学习地点由课堂转移到病房,学习的对象由书本转向为病人,带教老师需要指导帮助实习生完成这一过程的转化,带教的方法也应随之发生改变。带教老师要寓教于实际运用中,指导实习生用中医基础理论分析病因、病机、症状、证候、治则、方药、转归、预后等,利用鲜活的临床实践技能对生硬的课堂理论知识进行深化讲解。同时,实习生能够在临床实践中强化、梳理基础知识和基本技能,对课堂所学知识进行回炉,将考研知识与临床结合达到记忆巩固的作用。例如,带教老师将《中医内科学》知识与所在科室常见病种建立联系,在复习理论知识的同时,在临床上与病种接触可以加深记忆。首先提前让实习生熟悉《中医内科学》相关病种的病因、病机、症状、证候、治则、方药、转归、预后等,在实习过程中带教老师在遇见典型病种病人时可以让实习生对病人病情进行讨论,将诊断、辨证分型、治则治法、方药等一一阐述,带教老师对缺漏错误部分进行补充修改,这样大大提高实习生的学习参与度,既有利于学习理解帮助实习生考研,又能培养实习生一定的临床思维,在最大程度上兼顾考研与实习双收益。在收治病人时,带教老师可抓住病人特征进行教学,收治科室相关病种病人时,嘱实习生阐述相关中医病种的诊断、证型、治疗、方药及针灸内容,实习生既能通过独立问诊加深对疾病的认识,复习巩固考研教材知识,同时还能培养问诊

能力应对研究生面试考核。

技能操作方面,报考非本科室专业的实习生,带教老师可带领实习生观看相关非专业临床操作技能,让实习生大致了解操作流程及相关的适应证、禁忌证,报考本科室专业的实习生,在研究生面试时涉及到专业的技能操作也是考核的一部分,带教应让实习生动手参与各项操作,熟悉操作的步骤。

临床医学专业又是一门实践性很强的学科,招收的研究生不仅要有过硬的理论知识,更要具备较强的临床实际工作能力。而实习医生在临床实习期间复习考研,势必对临床技能的学习造成较大影响,导致实习质量的下降。因此,考研不应以放弃实习为前提,而应以完成实习任务为基础,合理解决临床实习与考研两者关系,避免相互矛盾。

**2.2 推免生、医学方向就业生与计划规培生** 对于推免生、医学方向就业生与计划规培生,三者都有较强烈的临床学习需求,没有考研复习压力,带教老师需要注重临床思维的培养,除了结合教材讲解外,需要拓展更多临床知识,例如疾病指南、治疗经验等,满足学习需求。

不同于考研生,带教老师需要引导实习生在教材理论知识的基础上,而不拘泥于教材,积极培养临床思维。带教老师应指导实习生掌握相关病种的病因、病机、症状、证候、治则、方药、转归、预后等,在临床遇见合适的病例,带教老师将教材与临床一一做对比,为实习生拓展临床最新研究成果、临床用药经验等,以此逐渐让实习生跳出教材的框架,开拓更广阔的医学视野,或是引导实习生自行查询相关文献研究,培养自主学习能力,并能加深实习生对知识点的记忆。收治病人时,带教老师除了引导实习生独立问诊外,还应培养其独立制定诊疗方案能力,带教老师担任监督、补充及修正的角色,以此让实习生逐渐完成从“学生”到“医生”的角色转化,进一步提高独立思考能力与临床思维。病例讨论方面,除了带教老师直接与实习生讲解典型病例外,每日带教老师查房时,可以根据患者的病情变化与实习生进行讨论,而不是默默处理,通过让实习生自主分析病情变化、调整治疗方案及用药,可以提高其临床应变能力,而亲自参与到病情分析与治疗方案的调整也可以提高实习生的专注度与临床兴趣。

技能操作方面,带教老师需要注重实习生的临床操作技能,让实习生多多参与技能操作,掌握基本操作适应证、规范、步骤等,在保障临床安全与带教老师的监督指导下独立完成临床操作,以达到熟练完成基础操作的水平。

此外,临床中西不分家,中医与西医是相辅相成的,即使中医院也广泛地运用现代医学进行诊疗,掌

握西医临床基础知识是中医院校实习生必不可少的一步。因此对待该类实习精力充沛的实习生时,带教老师可进行中西医结合教育,拓展实习生的临床思路,将辨证与辨病相结合,了解中西医相似疾病或病名的区别与联系,并熟悉临床常用西药及相关技能、器械的使用,介绍现代医学及中西医结合治疗疾病的成果,使实习生们在实践中能因病施治,并从临床实例中让实习生体会中西医结合的优越性,提高实习生的综合素质,同时也利用现代医学知识完善中医的不足,以此保障临床安全,避免医疗事故与纠纷。

**2.3 非医学专业就业** 对于非医学专业就业,带教老师除了按照教学要求完成实习内容的教学外,可根据个人需求对医学知识进行简单讲解,主要起到科普作用。

该类实习生对医学专业知识的学习积极性不高,主要为完成在校任务,学习方面更为被动。针对这类

实习生过多的专业教学对其未来事业没有过多帮助,建议从健康科普方面着手进行教学。带教老师带领实习生认识常见病的临床表现,介绍疾病的日常护理、预防调理以及特殊情况的紧急处理,让实习生对临床疾病有大致了解,即便不从事医学行业,也能通过实习来提高医学素质及生活质量。

总之,在考研、就业、规培等不同的情况下,带教老师需要根据不同实习人群特征实施不同实习人群的教学模式,因人而异达到较好的教学效果,针对性地对实习生进行教学,培养实习生的兴趣,以此来提高实习教学质量。

#### 参考文献

- [1]朱孔锡,郭建强,王红娟,等.医学生临床实习与考研矛盾的思考及对策[J].医学与哲学,2006,27(9):67-68.
- [2]殷朝阳.考研、供需见面和医实习生毕业实习的矛盾及其对策探讨[J].湖南医学高等专科学校学报,2002,4(2):48-50.
- [3]王颀.影响医实习生临床实习的原因分析及对策[J].长治学院学报,2007,5(2):12-13.

(本文编辑:张文娟 本文校对:杨海涛 收稿日期:2018-06-12)

## 中医全科医师规范化培训的体会与思考

樊园园

(南京市雨花台区铁心桥社区卫生服务中心康复科,江苏 南京 210000)

**摘要:**笔者首先阐述了中医全科医师在基层工作中的优势,及社区优秀中医人才队伍建设的必要性,总结了中医全科规范化培训的重大意义。并且作为已接受中医全科规范化培训的学员,结合自身的经历与体会,浅析现行中医规培模式中的亮点及不足,思考了几项改善策略。

**关键词:**中医全科医师;规范化培训;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.009

文章编号:1672-2779(2018)-18-0018-03

### The Experience and Thinking of the Standardized Training of TCM General Practitioners

FAN Yuanyuan

(Tiexinqiao Community Health Service Center of Yuhutai District, Jiangsu Province, Nanjing 210000, China)

**Abstract:** This paper related the advantages of general practitioners (GPs) at community-level and the necessities of development of GPs workforce at first. The great significance of the standardized training of TCM general practitioners was summarized. As a student has finished the training, the author analyzed the present situation of the development of standardized training of TCM GPs and discussed the thinking and suggestion about it.

**Keywords:** General practitioner of Chinese medicine; standardized training; personnel training

笔者毕业于南京中医药大学,毕业后通过南京市卫生局全科医师统招,成为了一名社区中医全科医师。2014年9月开始于南京市某三甲医院接受中医全科医师规范化培训(以下简称“中医全科规培”)3年,现结合自身经历和体会,浅析一下中医全科规培的意义、当前培训模式的亮点与不足及对现行模式改善策略的几点思考。

#### 1 中医全科医师在社区卫生服务工作中的优势

中医全科医师是掌握中医全科医学理论和思维,熟练运用中医全科医学技能,为群众提供专业的、全面的中医药服务的新型医生<sup>[1]</sup>。中医全科医师在社区卫

生服务工作中的优势主要体现在预防、临床和康复三个方面。

中医学倡导“上工治未病”的预防医学思想,祖国人民几千年来亦热衷养生防病,保健之法琳琅满目,如八段锦、导引术等传统保健功法,如小儿捏脊、摩腹等推拿手段,如“慎节起居、均适寒温”等养生原则。中医全科医师可将这些知识系统整理,根据居民不同的体质及四时节气的不同特点,结合本地自然、人文环境因素等做一些具有中医特色的、简便有效的预防保健措施宣传,增强居民总的预防保健意识,有效地提高居民身体、心理健康水平<sup>[2]</sup>

“小病在基层”，越来越多的心脑血管疾病、糖尿病、慢性呼吸系统疾病和精神心理疾病的日常治疗转向社区。而中医药在这些慢性病的个体化治疗、调理上优势独特。中医全科医师以“整体观念”“辨证论治”为理论基础，采用“三因制宜”“望、闻、问、切，四诊合参”个性化的诊疗手法，更有各种治疗技术，常用的适宜技术有中药、推拿、针灸<sup>[3]</sup>。

无论是急诊医院或康复医疗中心出院的大部分患者，还是社区内的其他需要康复的对象，都需要社区层次的康复治疗和指导<sup>[4]</sup>。在社区康复中，中医全科医师运用具有“简、便、验、廉”特点的中药汤剂、针灸、推拿、熏蒸等治疗手段，更易被患者接受，有利于长期康复的实施。

中医全科医师是全科医师队伍必不可少的部分，培养高素质的中医全科人才，是发展中医全科医学实践模式中的重心。

## 2 中医全科医师规范化培训的意义

近几年，社区医疗机构内的中医师一般由两类人员构成：一类是已工作多年的中医师，临床经验较丰富，学历与职称却不够高；一类是应届本科毕业生，基础扎实，临床能力与基层服务意识尚有欠缺。这样的中医全科医师构成无法很好地适应群众的医疗服务需求，也不利于基层中医卫生服务的可持续发展。

中医全科规培的目标是培养具有中医理论基础、中医临床思维能力、针灸推拿专业知识和综合诊疗技能，能熟练运用中医、中药、针灸推拿等中医适宜技术开展中医药诊疗、预防、养生保健、康复、健康教育和计划生育技术服务的合格中医全科医师<sup>[5]</sup>。

中医全科规培比岗位培训、在校教育等培养模式更系统、更专业，真正有效整合并运用了中医学与全科医学的理论体系。通过中医全科规培，社区医疗机构中仅擅长针灸、推拿等中医技术的人员可以加强中医全科理论知识学习，提高常见病、慢性病、多发病的中医诊疗防治能力，转型为更合格的“全科型”中医师；应届毕业生可塑力强，经系统的培训，可树立正确的基层服务理念，提高其社区临床服务和医患沟通的能力，成为真正适应社区、“下得去、留得住、用得好”的合格基层卫生人才。

## 3 现行中医全科规培模式的亮点与不足

### 3.1 亮点

**3.1.1 知识广度的拓宽** 中医全科规培中，学员的临床轮训时间不得少于26个月，笔者轮训了29个月。这么长的临床轮训时间内，见到各科室多种常见病、多发病及疑难杂症的诊疗。每个科室还有定期科内讲座，内容涉及危重疑难病例讨论或常见病的最新诊治指南

等。只要学员勤学善学，其知识广度可得到大幅拓宽，这将极有利于学员今后在基层首诊时识别出危重疑难病人，并做到及时转诊。

**3.1.2 科研思维的培养** 规培基地会定期组织专题讲座，因三甲医院对中青年医师科研能力要求较高，其中不乏医学科研能力提升类讲座。全科学员的科研思维也在潜移默化中渐渐形成。在当前的医疗环境下，社区医师是否需要积极开展科研工作，答案是肯定的。相对于其他医疗机构，社区医师有接触各类患者的机会，且和辖区内患者的关系更为稳定和密切，开展队列研究、针对慢性病的流行病学研究等具有明显优势。

### 3.2 不足

**3.2.1 中医特色不突出** 规培基地的带教老师在日常临床工作中，已习惯于大医院临床思维，收治病人直接勾选相应检查、输液组套，遇到非本科室问题立即请相关科室会诊；用药也多以西药、中成药为主，中药汤剂仅沦为“调理”的可有可无的角色。治疗不仅没有做到个体化，没有认真“望、闻、问、切”，更没有做到“衷中参西”。学员得不到中医辨病辨证思维的锻炼，中医临床能力得不到提高。

规培基地各个病区开展的中医技术项目很多，如骨科的烫熨治疗、活血散外敷消肿止痛，妇科的中药灌肠治疗盆腔炎，老年科的耳穴压豆治疗失眠等等。可惜的是，这些项目多是护理人员操作，且无法成为主流治疗手段。基地作为一个三甲中医医院，对于中医药特色优势技术重视程度仍然不足。

**3.2.2 适宜技术演练少** 中医全科规培的主要目的还是培养基础理论强、临床功底硬的中医全科医师，培训结束后能够在本单位独立开展诊疗工作。在规培基地病区内，学员即便取得了执业医师资格证，也不拥有处方权。学员多是跟在科室医生的后面，充当副手，每天的任务是写病历、粘化验单、陪病人做检查等，这些无法衡量其真正的临床能力，也培养不出学员的独立性和责任心。

在与社区中医卫生服务密切相关的康复科、针灸科、推拿科，本来可以加强对学员如针灸、推拿等中医适宜技术的锻炼。但因病人对学员缺乏信任，带教出于减少医患纠纷等各种考虑，只让学员进行中频治疗、接电针、艾灸等工作。针刺、针刀、骨伤整复等治疗仅口授讲解，学员得不到动手演练的机会，掌握不了技术要领，动手能力没有切实提高。

**3.2.3 社区实践时间短** 目前的中医规培模式中，社区实践时间是6个月。半年的社区实践，学员最主要完成两个转变：一是专科医学思维到全科医学思维的转变。主要是巩固和加强理论知识的学习与应用，进一步掌

握临床各种基本诊疗技术,以整体观对待患者,从专病、专科学习到全科、全员诊疗,从管理疾病到管理健康,使基层医学、全人医学、全科医疗、持续医疗等达到一定的水平,最终适应基层医疗的需求。二是完成心态的转变<sup>[9]</sup>。规培基地是三甲大医院,门诊、病房秩序井然;病人对医生信任度较高,态度恭敬。社区日常医疗工作繁琐无章,病人常质疑必要的检查及用药。这些不可避免地给学员带来心理落差,对今后回归单位后的工作开展缺乏信心。社区实践让学员顺利完成这两项转变,提前感受社区卫生服务工作特点,提高社区卫生服务核心能力,意义重大。

半年的实践,内容涉及健康档案管理、慢病治疗管理、中医养生保健、社区适宜技术等多个方面,有的科室只能分配1~2周时间,走马观花的实践中,对社区带教老师的临床经验、沟通技巧等都来不及深入学习。

#### 4 现行中医全科规培模式改善策略的思考

**4.1 注重中医临床思维培养** 规培基地可组织学员成立学习小组,定期作中医经典阅读报告会、中医典型病例分享会等,“熟读经典勤临床”,培养学员的中医四诊采集分析能力和辨病辨证思维,强化学员对中医学的兴趣及信心。

学员的跟师学习也不应只是流于形式,坐在门诊敲电脑、打方子。跟师学习安排的多是副主任以上级别的中医师,临床经验丰富。带教老师要结合临床实际,多讲解、多传授、多引导;规培医师则应当多请教、多接受、多领悟。而教和学的内容主要如中医疾病诊治的基本理念、诊疗程序和模式、辨证论治与具体方法、临床经验与心得、不同疾病的辨证要领等<sup>[7]</sup>。良好的师生互动有利于不断强化中医思维。

**4.2 加强中医适宜技术演练** 规培基地在安排轮训科室时,应考虑中医全科医师社区分工的侧重。中医全科医师,既是全科,也有专门的方向。康复科、针灸科、推拿科、老年科等科室,轮训时间可适当延长。轮训期间,基地与带教老师应尽量多安排学员的独立操作机会,真正锻炼学员。学员也应勤学苦练,珍惜每一次演练机会,获得带教及患者的认可。

**4.3 增加社区实践时间** 社区实践是中医全科规培中重要的组成部分,能入选全科规培社区实践基地的社区医院一般都是社区医院中的佼佼者,他们有很多社区卫生服务工作的经验,值得学员慢慢体会。社区实践利于中医全科医师将全科理论联系社区临床实际,培养全科诊疗思维。中国医师协会全科医学分会委员占伊扬院长曾表示:“增加全科医生在基层规培时间已是趋势。”

#### 5 总结

2010年,上海率先启动中医全科“5+3”规范化培养项目,是一个创新性、示范性举措。中医全科规培填补了基层优秀人才队伍建设的短板,也为发展基层社区中医做出了贡献。对于社区中医工作者来说,在三甲医院接受专业的中医全科规范化培训,是具有重大意义的成长过程,值得珍惜。

#### 参考文献

- [1]黄赛忠.中医全科医学在二级中医医院的地位和培育模式探讨[A].中华中医药学会全科医学分会成立大会暨2016年学术年会论文集[C].中华中医药学会,2016:6.
  - [2]王利,邓巧丽,刘晶.中医全科医生在基层医疗机构中的重要作用[J].湖北中医杂志,2014,36(5):72-73.
  - [3]韩玉萍,于小燕,艾兰.中医在社区慢性病防治中的应用优势[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(13):421-422.
  - [4]胡永善,戴红.社区康复[M].北京:人民卫生出版社,2006:8.
  - [5]丁洋.中医规培如何遵循人才成长规律[N].中国中医药报,2016-09-23(003).
  - [6]辛意,刘瑾玮,郝佳佳.中医全科医师规培社区实践的带教模式探讨[J].继续医学教育,2016,30(12):9-10.
  - [7]尹常健.中医规培要遵循中医规律[N].中国中医药报,2016-11-17(003).
- (本文编辑:张文娟 本文校对:王知佳 收稿日期:2018-06-15)

### 张仲景应用黄连情况

张仲景用黄连汤方共计14方。

#### ★剂量

最大剂量为十六两,如乌梅丸:乌梅三百枚,细辛、炮附子、桂枝(去皮)、人参、黄柏各六两,干姜十两,黄连十六两,当归、川椒各四两。功能:温脏,补虚,安蛔。治疗蛔厥,烦闷呕吐,久痢不止等。

最小剂量为一两。如大黄酒泻心汤:大黄二两,黄连一两。治疗邪热壅滞,心下痞,以及心火亢盛,吐血,衄血等症。

常用剂量一两至四两,如黄连阿胶汤:黄连四两,黄芩二两,芍药二两,鸡子黄二枚,阿胶三两。功效:育阴清热。治疗热邪伤阴,心烦不眠等。现今传统常用量为3~10g。《中华人民共和国药典》2015年版规定2~5g。

#### ★用法

仲景在其大黄泻心汤方言:“大黄、黄连之苦寒,以导泻心下之虚热,但以麻沸汤渍服者,取其薄而泄虚热。”即用滚开的沸水冲泡一会儿,取汁饮。不用煎煮。旨在取其气,意在取其清淡轻扬。

#### ★炮制

仲景所用含黄连汤方中黄连均未注明炮制,即全部用生品。而近、现代用黄连:清炒黄连,制其黄连苦寒之性;姜汁制黄连,意在增强清热止呕之力;酒炒制黄连,意在清上焦之火;吴茱萸汁制黄连,意在清肝,治厥阴病等。

——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。

# 临床案例讨论结合 PBL 教学法 在危重症学科护理带教中的应用

蒋旭萍

(江西省赣州市人民医院神经内科, 江西 赣州 341000)

**摘要:**目的 分析临床案例讨论结合PBL教学法在危重症学科护理带教中的应用效果。方法 选取2017年2月—2018年2月危重症学科实习护士46例,对护士编号后随机抽号进行分组,分为对照教学组( $n=23$ 例)和联合教学组( $n=23$ 例),对照教学组使用PBL教学方法进行教学,联合教学组在对照教学组的基础上结合临床案例讨论教学的方法进行教学。结果 联合教学组护士的护理知识掌握情况优于对照教学组护士,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),联合教学组护士综合能力提升情况优于对照教学组护士,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 采用临床案例讨论结合PBL教学法对危重症学科护士进行带教,有助于培养护士的综合能力以及解决突发问题的能力,教学效果优于单纯采用PBL教学法。

**关键词:** 临床案例讨论; PBL教学法; 危重症学科; 护理带教

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.010

文章编号:1672-2779(2018)-18-0021-02

## The Application of Clinical Case Discussion Combined with PBL Teaching Method in the Nursing Teaching of Critical Disease

JIANG Xuping

(Neurology Department, Ganzhou People's Hospital, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

**Abstract: Objective** To analyze the application effect of clinical case discussion combined with PBL teaching method in nursing teaching of critical diseases. **Methods** 46 cases of nursing interns in critical illness discipline were selected as subjects from February 2017 to February 2018. The nurses were randomly assigned numbers after the number of nurse, which were divided into the control teaching group ( $n=23$  cases) and the combined teaching group ( $n=23$  cases). The PBL teaching method was used in the control teaching group, and the teaching method in the combined teaching group was combined with the clinical case discussion on the basis of the control teaching group. **Results** The nursing knowledge of the nurses in the combined teaching group was better than that in the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The improvement of nurses' comprehensive ability in the combined teaching group was better than that in the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Clinical case discussion combined with PBL teaching method is helpful to train nurses' comprehensive ability and ability to solve unexpected problems. The teaching effect is better than that of PBL teaching method alone.

**Keywords:** clinical case discussion; PBL teaching method; critical disease; nursing teaching

在现代医学水平不断提升的现代社会,患者不仅对医院救治工作的救治效果给予了极大的期望,同时也对护理工作的护理质量和服务提出了越来越多的要求<sup>[1]</sup>。其中,危重症学科护理作为医院中的一个重要科室,以收治各种危重症患者为主,护理工作繁杂,任务繁重,其护理要求也就相应更高。做好对实习护士的带教工作,是顺利开展危重症科室护理工作的基础和重要前提<sup>[2]</sup>。为了更好地培养危重症科室护士的护理能力,我院对前来实习的护士给予了临床案例讨论结合PBL教学法的带教模式,取得较好成效,现将教学过程说明如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究选取2017年2月至2018年2月我院危重症科室的实习护士46例,对护士编号后随机抽号进行分组,分为对照教学组( $n=23$ 例)和联合教学组( $n=23$ 例)。其中,对照教学组中男护士3例,女护士20例;年龄17~23岁,平均年龄为(20.13±2.08)岁;受教育情况:大专生14例,本科生9例。联合教学组中男护士5例,女护士18例;年龄18~24岁,平均年龄为

(21.34±2.19)岁;受教育情况:大专生16例,本科生7例。2组患者的基线资料差异不显著, $P>0.05$ ,可比性良好。

**1.2 教学方法** 对照教学组:给予PBL(problem-Based Learning, PBL)教学法。(1)带教教师的培训:教师带教护士之前,对教师进行必要的教育培训工作,向教师讲解PBL带教的基本步骤和方法,以提高教师的带教效率。(2)教学问题的设置:通过设置教学问题的方法来帮助护士对教学内容进行理解。如针对危重症护理的特点,针对性地提出如何与患者家属进行有效的交流和沟通等问题,学生们通过自主探究和讨论,对问题进行解答,在相互学习的过程中也能够提高学生自主解答问题,自主学习的能力<sup>[3]</sup>。(3)学习小组的建立:护理工作是一项相互配合、相互协调的工作,因此,有必要在护士学习过程中建立相应的学习小组,让护士在小组中进行学习。带教教师为护士提供学习资料,同时提出学习问题,护士自主在小组内进行探究,通过相互协作和资源共享,自主解决问题。并在小组锻炼中形成较强的职业意识和团队意识,为之后

护士走上实际的工作岗位奠定基础。积极鼓励护士在小组学习过程中提问,对于护士存在的疑虑,教师及时给予解答,以帮助护士加深对学习内容的印象,同时也通过师生互动,形成良好的教学关系和氛围。

(4) 学习总结:定期组织护士对所学内容进行总结。通过成果展示的方式,对护士的学习效果进行中肯的评价。展示期间,教师及时指出护士存在的问题以便于其改正。展示结束后,对于表现优秀的护士给予适当鼓励,表现不足者鼓励其继续努力<sup>[4-5]</sup>。

联合教学组:在对照教学组护士的教学基础上结合临床案例讨论进行教学。带教教师根据护士实习纲要,选择临床实际案例进行教学,案例的选择要有针对性。选择好教学案例之后,由带教教师和护士共同对该案例相关病人进行管理。管理学习的内容包括日常对病人的护理查房工作,对患者护理质量和效果的评估,以及护士与护士之间护理工作的交接等方面。护士学习过程中,亲自对病例患者进行护理实践,对该病例患者的病情进行分析,并且通过小组成员之间的讨论和研究,为患者设置合理的护理方案和策略。对于小组讨论无法解决的问题,由带教教师指导完成<sup>[6]</sup>。临床案例讨论一般不做时间限制,指导护士能够对护理知识充分掌握。讨论教学过程中坚持以护士为中心,以师生互动为主要教学形式,推动学生对护理知识更好的学习和掌握。

### 1.3 观察指标

1.3.1 学习效果 对护士实习结束后的理论知识和专业技能两方面情况进行考核。理论知识采取书面问答形式,满分为100分。专业技能通过实际操作考评来评定,满分为100分。

1.3.2 综合能力提升情况 比较2组护士学习结束后的学习能力、问题解决能力、团队协作能力、突发事件处理能力以及心理承受能力提升情况。

1.4 统计学方法 数据处理:计量资料组间比较采用 $t$ 检验,计数资料组间比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 学习效果比较 联合教学组护士的护理知识掌握情况优于对照教学组护士,差异显著( $P<0.05$ ),详情见表1。

表1 学习效果比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	理论知识	专业技能
联合教学组	23	98.3±1.4 <sup>*</sup>	94.5±3.2 <sup>*</sup>
对照教学组	23	82.5±1.3	79.6±2.8
$t$ 值		39.6619	16.8054
$P$ 值		0.0000	0.0000

注:与对照教学组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$

2.2 综合能力提升情况比较 联合教学组护士综合能力提升情况优于对照教学组护士,差异显著( $P<0.05$ ),详情见表2。

表2 综合能力提升情况比较 (例)

组别	例数	学习能力	问题解决能力	团队协作能力	突发事件处理能力	心理承受能力
联合教学组	23	21	22	22	20	19
对照教学组	23	13	15	17	14	12
$\chi^2$ 值		5.1570	6.7688	4.2125	4.0588	4.8473
$P$ 值		0.0231	0.0092	0.0401	0.0439	0.0276

## 3 讨论

危重症学科护理工作多种多样,对护士的理论知识 and 专业技能等方面均有较高的要求。且危重症学科中突发情况较多,如果护理措施采取的不及时得当,将会对患者造成致命的损伤。因此,一名合格的危重症学科护理人员,应该同时具备较强的专业技能和较好的综合素质。

我院对前来危重症学科进行实习学习的护士给予了临床案例讨论结合PBL教学法的教学模式带教,取得较好教学效果。PBL教学法在临床带教中已有几十年的历史,这种教学模式倡导护士的自主学习,通过设置问题,让护士自主解决问题的形式,可以提高护士对知识的理解和掌握能力。与被动教学相比,PBL主动学习式教学方法效果更显著。但是,PBL教学法有教学进展慢、耗时长、知识学习缺乏系统性等缺陷<sup>[7]</sup>。这种教学方法能够极大地弥补PBL教学法存在的缺陷,同时也有利于培养护士的综合能力,使护士解决实际问题的能力得到极大的提升。

综上所述,临床案例讨论结合PBL教学法在危重症学科护理带教中的应用,能够提高教学成果,并有利于护士学习能力、问题解决能力等综合能力的提升。

### 参考文献

- [1]许琴英.情景模拟教学结合案例讨论在急诊护理临床带教中的应用价值[J].医学信息,2015,3(37):292-292.
- [2]金伟端,李雪一,邓丽萍,等.情景模拟教学与案例讨论相结合在急诊护理临床带教中的应用[J].当代护士(学术版),2013,5(7):124-125.
- [3]戚妙芬.情景模拟教学结合案例讨论在急诊护理临床带教中的应用价值研究[J].中国高等医学教育,2014,7(5):74,116.
- [4]罗玉莲.护理伦理再教育对实习护生伦理认知与决策能力的干预效果评价[J].中国实用护理杂志,2017,6(25):1987-1991.
- [5]陈兴强,蔡少莲.基于网络通讯软件的案例教学法在高职成人护理教学中的应用[J].护理研究,2016,9(33):4204-4205.
- [6]刘红,昌子艳,杨玉霞.结合案例分析对新护士进行操作培训的实践[J].中国护理管理,2013,12(5):94-96.
- [7]张娣,罗彩凤,邹圣强,等.基于学习过程设计的形成性考核体系在灾难护理教学中的应用[J].解放军护理杂志,2016,8(19):68-71.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张春英 收稿日期:2018-05-29)

# 西医院校中医学之辨证体系教学中存在的问题与对策<sup>※</sup>

李晓晨 张杰

(中国医科大学附属第一医院中医科, 辽宁 沈阳 110001)

**摘要:** 西医院校中医学教学面临较多问题, 辨证体系作为中医核心和教学中的重点, 问题具有代表性, 如时间少、教学目的不确定、实习与理论脱节等。笔者总结辨证体系教学中存在的问题, 并结合教学经验提供相应对策以解决问题, 明确教学核心内容, 改变教学方法, 倡导数字教学, 提高教学效果。

**关键词:** 西医院校; 中医辨证体系; 教学策略

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.011

文章编号:1672-2779(2018)-18-0023-03

## Problems of Traditional Chinese Medicine Teaching in General Medical University and Their Reforming Strategies

LI Xiaochen, ZHANG Jie

(Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

**Abstract:** Traditional Chinese medicine teaching in general medical university was unsatisfied under the influence of many problems such as indefinite purpose, few class hours but many teaching contents, especially in syndrome differentiation. The different theoretical system between traditional Chinese medicine and western medicine, and theory divorced from practice etc. Therefore, the author suggested several measures that may help increasing teaching quality such as making definite course purpose and stimulating students' learning interest, enhancing training of imagery thinking, carefully electing teaching contents, advocating digital course and integrating theory with practice and increasing clinical practice etc.

**Keywords:** general medical university; traditional Chinese medicine teaching syndrome differentiation system; teaching strategies

西医院校开展中医学课程, 是我国医学教育的特点之一, 这主要与我国的医疗制度和医学传统有关。近年来, 随着医学模式的发展与疾病种类的不断变化, 人们对中医学重要性的认识逐渐加深, 并且通过各种新媒体, 认识到中医对待疾病的理念和方法与未来医学发展方向具有高度的一致性, 包括在一些危重、疑难以及慢性疾病、身心疾病的治疗方面, 中医学都展现了其独特的优势。另一方面, 中医学在西医院校教学中存在的问题和矛盾, 也逐渐凸显。中医学作为西医院校临床医学专业的必修课, 其中的辨证体系部分, 更是中医学的核心内容之一, 无论是从理论的讲解, 还是具体的临床应用, 都具有十分重要的地位。但由于受到教学目的不明确、教学内容多而学时有限、理论脱离实际等问题的影响, 学生缺乏学习兴趣, 教学效果不理想。因此, 在新形势下, 如何进行教学改革, 提高中医学辨证教学质量, 是急需解决的问题。总结多年的中医学教学经验, 笔者针对西医院校临床医学专业中医学辨证教学存在的问题进行了分析, 提出相应的对策, 以供同行参考。

### 1 西医院校临床专业中医学辨证教学中存在的主要问题

#### 1.1 同学学习意愿强烈 投入精力有限 我们曾对本校

学习中医学的临床专业学生下发不记名问卷204份, 包括已经完成《中医学》学习的同学, 问卷统计结果显示, 对中医有较高兴趣的占87.6%; 如果有一些疾病, 你会想到使用中医治疗手段的占85.5%; 认为辨证论治部分需要增加学时数的同学占81.2%。但也有80.2%的同学认为该将中医学变为考查课, 以减轻复习或考试负担。这一结果说明, 对于中医学这门课, 西医院校的同学总体来说是非常感兴趣的, 对于其中有些疾病, 他们也相信并愿意尝试中医治疗, 学习其中辨证治疗的方法, 但这一愿望更多的是停留在兴趣范畴, 不愿花费更多的精力去深入学习和研究。这一问题不仅是中医辨证的问题, 也是学习中医学存在的共性问题。

#### 1.2 辨证的理论与方法晦涩难懂 与西医差别太大

中医学来源于医疗实践, 因此, 医疗实践的过程、方法以及临床效果, 是中医学最迷人之处, 是中医学的核心内容, 辨证论治代表了中医学的核心特色。但这种“看病”的方法与现代医学距离较远, 同学们的总体感觉是: 太难懂, 不好记, 感觉很形象, 但应用起来又很抽象。在这份调查问卷中, 有74.3%的同学认为中医辨证理论晦涩难懂, 与现代医学的理论差别巨大。这3/4的同学抵触或不理解, 说明这一问题的普遍性, 如果加之不深入学习, 对于学习内容会更加地难以接受, 学习效果也可想而知。其实, 同学们在学习这些辨证

※ 基金项目: 中华医学会医学教育分会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-ZY010]

理论的同时,是有很多实际问题的,他们会来咨询授课老师,比如睡眠差吃什么药,眼干涩应该如何用中药治疗,女同学手脚凉怎么办等。可见,除了理论的教授,还应与这些实际的临床问题紧密结合,这恰恰是开启他们学习中医辨证及中医学的大门。当然,对于某些极具中医特色的辨证论治内容,还需要与前面的理论结合才行,如有些同学对于“肝风内动”就很不理解,他会提出很多问题:什么是“肝风”?肝风如何会“动”?这“风”又是如何“动”的等,这些还是需要中医理论思维的培养。

**1.3 时间紧 任务重 临证少** 课时少、内容多、临证机会少是西医院校中医学教学普遍存在的问题。现在西医院校通行的中医学课程包括了中医学基础、中医诊断学、中药学、方剂学、针灸以及部分中医内科学等,这些内容在中医院校大约要花3~4年时间,上课时数超过600学时,并且很多课程都会有相当部分的跟师实习阶段。而对于西医院校的同学,这本《中医学》授课时间仅1学期,理论加实习50多学时,差别立现,根本无法圆满完成教学任务。中医是一门临床科学,很多理论都来源于实践,只有通过多实习,勤临证,才有可能理解中医辨证的方法,进而提高效果。与此同时,临床实习对于理论的理解具有举足轻重的作用,如对于肺气虚证,同学们实际观察到了某些病人自汗出,动则尤甚,形盛而少力,舌胖大有齿痕等,才会在脑海中留下深刻的印象。由于课时安排少,尤其是临床实践的课时较少,很难亲身体会中医辨证论治的真正过程,对望闻问切等诊法内容也就失去了相应的亲手操作的机会,影响学习的积极性和效果。

**1.4 教学方法单一** 目前我教研室的中医教学仍采取传统的教师主动授课式教学,所采用的所谓的多媒体教学课件也多是插入几张图片,如“面色萎黄”“肌肤甲错”“苔黄腻”等,这种授课方式仍以教师为授课的主体,同学处于被动接收的状态。其缺点显而易见:虽然在短时间内可以大量输出知识点,但也最大程度地消耗了同学主动学习的动力,使本身晦涩生疏的课程变得更加被动,这也恰恰是传统教学法的缺点。在我们发出的调查问卷中,对于授课方式以及课时安排上,有76%的同学认为,应该适当增加课间实习的学时,并加强与病人的互动。其实课间实习,是对教学方式单一的一种有效补充,通过观察和学习老师与病人的交流和四诊,来完善中医辨证的学习,在“病人身上”体会四诊合参,学会如何将大而全的四诊转化为核心四诊,为辨证论治服务,在与病人交流中学会如何用中医治病。

**1.5 核心教学内容不明确** 由于中医学特殊的理论特点和临床方法,使其有别于现代医学体系,其教学亦有别于其他西医的课程。对于同学来说,学习中医有似于“另起炉灶”,比如在教学中反复强调,中医的肾不是解剖学上的“两个肾脏”,所以相应的中医肾与膀胱疾病的各个证型也就不能简单地认为是“肾功能不全”。其实在这短短的一学期、五十几个学时的时间,对于一门知识点众多、理论基础特殊、临床应用复杂的学科,找准它的核心教学内容才是中医学教学的重中之重。因为在有限的时间内,无法做到面面俱到。根据目前的医疗体系,中医学和现代医学一样,都为广大人民的健康服务,二者在很多领域有着交集。西医院校的毕业生,将来从事临床工作,大约有3/5仍然会接触到中医中药的应用。这就为我们的教学指明了方向:我们应该让西医医生了解什么样的中医知识,为将来所用,这是核心问题。因此,如何在临床医学中确定中医学的教学核心,并以此为中心的教学工作,是急需解决的问题。

## 2 解决上述问题的对策

**2.1 明确教学目的 设置合理课程** 对于教学学时数,基本是无法改变,所以有效地利用目前教学时间,才能更好地提高教学质量<sup>[4]</sup>。通过调查问卷,同学普遍对针灸、诊法、辨证论治以及与现代医学的联系比较感兴趣,这恰恰也是与临床联系最为密切的几个部分。而对于中医基础相关内容,如五行阴阳、藏象学说等,兴趣就相对差一些。这也为我们以后制定教学核心内容提供了依据,如阴阳五行部分,用尽量少的学时数讲解清楚,对于五行与五色、五律等内容一带而过。当然,我们还计划对已就业的不同年资的西医院临床医生进行问卷调查,归纳出工作后医生愿意学习和了解的中医内容。这些问卷的结果应该更能说明在临床应用中医时,西医临床医生所面临的困惑和需要着重掌握的部分。如在之前我科的小范围的医院调查中,西医临床医生对中成药的应用存在普遍的关注,因为很多中成药的适应证是按照中医临床症状,或者是中医证型进行描述的,这与西药存在很大的差别,使很多的西医医生感到困惑,不能很好地应用中成药,这就是很实际的临床问题。基于此,我们可以在教学中,适当加入与此相关的内容,有条件时,可以将辨证、中药和方剂部分,适当整合,增加中成药的临床应用。比如复方丹参滴丸和芪参益气滴丸两种中成药,同样是治疗冠心病心绞痛,但中医证型却有很大的区别,如何让西医医生明白二者的区别,是讲解辨证时的关键。在目前授课中,我们也突出此方面的教学,比如



教同学在选择治疗感冒的中成药时,如何区别风寒感冒和风热感冒,这些内容无疑会更加适应临床。这部分后续的调研、总结以及反馈也为我们的教学内容改革提供依据,使我们的教学内容更加符合临床需要,真正做到“不但有趣有料,更要有用”。

**2.2 教学方法的改进** 将目前以传统的教师输出性教学为主的模式,向PBL(problem-Based Learning, PBL)教学方式逐步转化<sup>[2]</sup>。针对教学模式,我教研室已经采取了部分改革,同样也是基于前期对学生的问卷调查。我们主要把PBL教学放在了辨证论治部分,尤其是实习课上突出采用PBL授课模式。即在理论课上,仍然采取讲解为主的传统模式,但在临床实习中,引进PBL教学,将我科常见的疾病与证型制作出辨证教学库,给出疾病模型,包括主诉、症状、四诊内容,配合舌苔、面色等图片(患者眼部以马赛克处理,保证患者隐私),并提出问题,同学讨论,然后到床旁实际接诊患者,进行望闻问切四诊,最后归纳核心四诊内容,总结出中医证型,给出治疗方法,有能力者可给出方剂。对于这种PBL教学方法,同学们特别欢迎,通过事先了解病情,然后直接到中医科病房查看患者,使同学们近距离操作四诊,将望闻问切收集的资料,有效提取辨证信息,并结合病人情况,作出判断。并且在辨证过程中,和老师有效互动,把问题解决在当下。通过辨证的PBL教学实践后,我们发现,此方法大大提高同学们的参与性与积极性,对中医有着更为直观的认识,而且部分突破了书本的机械理解,比如对痰瘀互结证等多个证型同时存在的理解,对虚实夹杂证型的理解,以及对于病人所关注的症状改善而非指标改善的理解等,这些与单纯的传统辨证论治讲解相比,更能提高同学们对中医的直观认识,体会中医辨证的过程,事半功倍。

**2.3 教学评价体系的改革** 以往,对同学的中医学学习评价仅以期末考试的一张试卷来决定,这也造成很多同学唯“题库”“重点”是瞻,极大影响了学习的主观性和能动性<sup>[3]</sup>。现在我教研室已将PBL教学与实习结合,并将PBL教学中的实习成绩纳入最后的期末成绩。即每班视班级人数分为3~5个小组,每组的10人,在临床实习中,以PBL教学形式给出病例、问题,通过给患者进行四诊,最后以小组为单位,回答实习带教老师提出的问题,最后给出小组分数。此分数将最后计入期末成绩,其所占比例约为最后成绩的15%。这在很大程度上调动了同学们的积极性与参与性,能够让其更主动地参与临床实习,发挥主动学习、主动收集四诊资料的能动性,提高学习效率,让同学们放下“题库”,

着眼于病人,这也正是中医学始终强调的一点,即:中医着眼于“病的人”,而非“人的病”。只有不断地走近患者,真正用四诊去接触病人,才能让同学们了解中医的辨证特点,进而明白中医学有别于现代医学,这也恰恰是中医学为同学们提供最好的临床机会。

**2.4 深化慕课、微课等数字课程建设** 当今是多媒体的时代,而多媒体不仅仅限于课堂上和实习时的几十分钟。目前TED公开课、可汗学院、中国大学视频公开课、慕课<sup>[4]</sup>,甚至包括短视频等,这些多媒体、自媒体,在网络以及手机终端的影响超过了传统学校的数十倍。如何应用现代化的自媒体,扩展课程内容,加强与同学的联系,提高与同学的互动,做到了解动态、解决问题,是提高中医辨证教学的关键所在。自媒体高效、及时的特点,是传统教学无法比拟的,如干燥综合征病人,中医称为燥痹,如果能将其治疗前后中医四诊的情况加以记录,如舌苔变化、舌红而发干情况,以视频的形式,加以对比,结合病人的辅助检查情况,其教学效果将胜过课堂教学百倍。更为重要的是,这种自媒体的形式,将我们的教学模式开放,提高与同学的沟通与联络,可以促进同学独立思考、总结问题的能力。试想,同学们有一位他认为是“瘀血证”的病人,如果上传了舌苔的照片给老师,结合此病人舌的紫暗、瘀斑、瘀点等,并通过平台分享给在线的同学,大家对这个内容一定会记忆深刻。现在,我教研室的中医辨证体系的数字化已经如火如荼地进行着,包括已经成功完成人民卫生出版社《中医学辨证体系》的慕课录制,近期将出版上线;成功申请高等教育出版社的《中医学辨证体系》数字化课程,也已完成视频录制,现待完善后期文字内容。这些数字化课程都是对课堂教学的延伸,提高教学效果。

综上所述,中医辨证体系是中医的核心内容之一,与临床关系最为密切,是西医院校中医学教学的重点内容之一,也是提高中医教学成效的重点部分,对培养中医思维具有非常重要的作用。通过改革教学方法,明确教学目的,丰富教学途径,真正为中医辨证的教学服务,提高教学效率,也使同学们在今后的工作中能更为合理、高效地应用中医,提高中医诊疗水平。

#### 参考文献

- [1]杜永平,夏天,王宗仁.医科大学临床医学专业本科中医课教学改革实践[J].中医教育,2007,26(1):31-33.
- [2]钟广伟,王东和,张海男,等.PBL模式在西医院校《中医学》教学中的实践与探索[J].中医药导报,2009,15(8):96-97.
- [3]马碧涛,吴敏,阎秀菊,等.西医院校中医教学方法探讨[J].国际中医中药杂志,2012,34(9):853-854.
- [4]曲丹.慕课对于西医院校中医教学的改进[J].世界中西医结合杂志,2015,10(12):1742-1744.

(本文编辑:张文娟 本文校对:宗士群 收稿日期:2018-06-22)

# 基于自主学习理念的中医外科学后期临床能力培养 新模式构建与实践<sup>※</sup>

李杰辉 张 力 覃 锋 狄钾骐 张春霞 刘 明 黄 欣

(广西中医药大学第一附属医院创面修复周围血管科, 广西 南宁 530023)

**摘要:** 本项目突出学生的“自主学习”教学理念, 立足中医外科学后期临床教学基础, 改革教学方法, 创新教育技术, 在中医外科学后期临床培养中借鉴CBL及PCMC等教学方法的优点, 结合医学后期临床培养的特殊性, 建立了“案例-问题-实践-考核”一体式教学模式在中医外科学后期临床能力培养中的应用, 充分调动了学生学习积极性, 提升了学生“自主学习”的能力, 改革了后期临床考核方案, 建立计算机无纸化考核系统及临床技能综合评价模式, 使考核方式更加客观、真实, 充分反映了学生的学习效果。项目实施以来收到了显著的教学效果并取得了良好的应用成果, 为中医学培养了适应社会、素质强、能力高的优质医学人才。该项目成果荣获广西中医药大学第九届教学成果二等奖。

**关键词:** 中医外科学; 自主学习; 临床能力培养; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.012

文章编号:1672-2779(2018)-18-0026-03

## Construction and Practice of a New Model of Cultivating Sequential Clinical Capacity in Late Stage of Traditional Chinese Medicine Surgery Based on the Concept of Autonomous Learning

LI Jiehui, ZHANG Li, QIN Feng, DI Jiaqi1, ZHANG Chunxia, LIU Ming, HUANG Xin

(Department of Wound Repair Of Peripheral Blood Vessels, the First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Guangxi Province, Nanning 530023, China)

**Abstract:** This program highlighted the teaching philosophy of students' independent study, reformed teaching methods and innovated education technology based on sequential clinical teaching of traditional Chinese medicine surgery, and established the integrated teaching mode of case-problem-practice-assessment by referring to the advantages of CBL and PCMC teaching methods in sequential clinical cultivation of TCM surgery and combining with the specificity of sequential clinical cultivation. The application of new mode in the sequential clinical capacity cultivation of TCM surgery fully motivated students' study initiatives, promoted their capacity in independent study, reformed the sequential clinical assessment protocols, and established computer paperless assessment system and clinical skill comprehensive assessment mode to make tests more objective and real to fully reflect students' study effect. Since the implement of this program, excellent teaching efficiency and favorable application achievements have been obtained, thus providing outstanding socially adaptable medical talents with strong quality and proficient capacity. This program achievement has obtained the second prize of the 9th teaching achievement held by Guangxi University of Chinese Medicine.

**Keywords:** surgery of TCM; autonomous learning; clinical capacity cultivation; teaching model

中医外科学后期临床能力培养是中医高等教育培养过程中的关键环节, 是中医外科基础理论应用于临床实践的重要教学阶段。该阶段要让学生系统规范地掌握中医外科学基础理论知识, 又要充分调动学生的自主学习能力, 加强其归纳、总结、逻辑推理与实践运用能力, 全面提高临床诊断及各项临床操作技能, 培养敏捷、正确的中医临床思维, 为将来的临床工作奠定基础。

中医外科学后期临床能力培养包括中医外科临床技能的熟练掌握, 中医外科临床诊疗思维的培养及临床接诊应变能力的提高。传统后期临床教育通常以教师为中心, 以查房讲授为主, 教学方法比较枯燥简单, 学生学习的参与性和主动性没有充分发挥, 在复杂病例面前会选择等待老师解决, 无法培养学生主动接触病人、主动建立正确临床思维和实际分析解决问题的能力。

能力, 在一定程度上, 甚至使学生养成了一种惰于思考、循规蹈矩的学习习性, 后期临床考核亦采用传统的纸质考试模式, 难以全面地、科学地评价考生的实际水平, 并且增加老师的劳动量。如何有效改善上述局面, 使学生能够主动、有效的学习、充分接触患者、快速建立临床思维、掌握基本的临床接诊能力是中医外科学后期临床教学需面对的现实问题。因此, 中医外科学后期临床培养模式的改革创新势在必行, 建立积极的后期临床培养模式, 充分调动学生的“自主学习”能力, 对培养出适应社会、素质强、能力高的医学人才至关重要。

### 1 解决教学问题的方法

本项目侧重于中医外科学后期临床综合能力的培养, 基于学生“自主学习”理念, 建立了“案例-问题-实践-考核”一体式培养模式<sup>[1-4]</sup>, 具体举措如下:

(1) 创建中医外科学优势病种案例数据库, 启发培养学生临床诊疗思维能力。“案例分析”为实习医

※ 基金项目: 广西高等教育教学改革工程重点项目[No.2013JGZ136]

学生经过医院常规岗前培训入科后临床能力培养的第一部分,以临床典型案例为切入点,初步了解中医外科临床科室的具体诊疗流程,让刚入科的实习生对该科的常见病、优势病种有所了解,掌握基本的接诊思维,激发自主学习的兴趣。案例数据库中案例的选择应具有典型性、真实性、浓缩性和启发性,每个临床科室准备3~5个教学大纲要求掌握的优势病种作为典型案例,重点围绕如何在提供的案例中提炼有效信息、找出问题、排除干扰、进行临床辨证、诊断、鉴别诊断及治疗方案的制定,适当涉及基础病因病机的分析和临床接诊交流沟通技能的培养。案例数据库注重难度分级,根据不同对象(本科生、研究生、规培学员等)设置不同层次难度,循序渐进,培养学生临床诊疗思维能力。

(2) 基于“自主学习”理念开展临床实践,以学生“实践”为主体,穿插“问题”的提出与解决<sup>[5-6]</sup>。“问题”和“实践”贯穿于中医外科后期临床能力培养整个过程,实习学生经过案例教学的模拟训练后,开始进行真正主动独立接触病人的临床实践过程。临床实践中,鼓励学生主动接诊病患、询问病史,查体操作,主动分析病例资料,确立疾病诊断治疗方案,针对病例的动态进展进行诊疗方案的调整与优化,并对预后康复进行分析,提出全程诊疗方案。实践中鼓励学生主动提出问题,带教老师可提供文献资料查阅途径,包括相关专业书籍、专业网站等,指导学生利用网络资源主动解决问题,并鼓励学生更深层次拓展思考问题,培养学生临床发散思维,提高学生自主分析、归纳、解决问题的能力。在此过程中,鼓励学生与病患交流,体验学习临床医患关系的处理方式,注重学生临床应变能力的培养。

(3) 改革中医外科后期临床考核方案,建立计算机无纸化考核系统及临床技能综合评价模式<sup>[7]</sup>。“考核”分理论考核、临床技能考核及其他评价。理论考核立足于计算机平台,突破传统的纸质考试方法,应用现代多媒体、网络等技术构建生动形象的中医学无纸化考核系统,由各中医外科临床科室提供试题库素材,依托计算机网络中心在线考试。临床技能考核以临床诊疗思维和操作能力为主,考核时选择优势病种病例,由考生独自全程完成患者的接诊工作,包括病史采集、查体操作、疾病诊断、治疗方案的确立及预后的判断评价,同时考核学生与患者的接诊交流沟通病情的方式方法。其他评价指学生平时综合表现,包括学生自主学习读书笔记(查阅相关资料的记录)、平时病例讨论积极性、提出并解决问题情况、出勤率等综合表现。考核成绩构成比例为:理论考试30%,临床技能考核

40%,其他评价30%。

## 2 成果的推广应用效果

本项目自2012年开始实施以来,经过5年的实践,系统改革了中医外科学后期临床能力培养模式,取得了良好的成效。与传统培养模式相比,本项目的实施充分调动了学生的自主学习积极性,提高了自学能力及学习兴趣,培养了团结协作能力,拓宽医学知识领域,充分发挥学生的临床自主参与优势,使学生的中医临床思维能力得到良好的培养,解决实际临床问题的能力显著增强,学生临床教学满意度显著提高;考核成绩、临床诊疗能力、查阅文献、自学能力及分析解决问题的能力显著提高。通过该培养模式的改革,项目组多位老师指导的同学在“天堰杯”第二、三、四届泛珠三角区域中医大学生临床能力竞赛中均取得了较好成绩,分别获得2014年中医外科技能一等奖、2016年中医外科技能竞赛单项三等奖及2015年团体一等奖。

项目改革实施以来,培养了一批掌握该培养模式并成功应用于实践的优秀青年教师团队,项目组成员分别获得广西中医药大学“实践教学优秀教师”“教学管理先进个人”、广西中医药大学第一附属医院“十佳教师”、青年教师基本功比赛一等奖、“最受学生喜爱的临床带教老师”“教学标兵”等荣誉称号,在“天堰杯”第二届泛珠三角区域中医大学生临床能力竞赛中指导学生取得优异成绩被评为广西中医药大学临床能力优秀指导老师。

本项目实施以来,共发表相关教学论文11篇,出版专著6部,将学生“自主学习”的相关理念充分融入教材。教学专著的出版发行对于本项目教学成果的推广应用起到了举足轻重的作用。

本项目实施以来,在广西中医药大学多个专业及系别开展应用<sup>[8-10]</sup>,包括烧伤创疡、周围血管、男科、皮肤性病科、泌尿外科、麻醉科等,先后实施于广西中医药大学第一附属医院实习的2007、2008、2009、2010、2011级本科实习同学近600人,并将其推广应用至中医学研究生教育、住院医师规范化培训学员以及新入职护士专科能力培训等,使该培养模式应用范围扩大<sup>[11]</sup>。

## 参考文献

- [1] Li Jiehui, Tang Qianli, Zhang Li, et al. The Application of Simulation Teaching Methods in Clinical Teaching of Surgery of Chinese Medicine[J]. International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development, 2012, 1(4):357-364.
- [2] 李杰辉,唐乾利,代波.中医外科住院医师规范化培训 CBL 教学法的应用[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(9):19-21.
- [3] 李杰辉,张力,唐乾利,等.PCMC 教学模式在中医外科学临床教学中的应用研究[J].广西中医药大学学报,2015,18(1):135-137.
- [4] 黄新,李杰辉,杜娟娟,等.浅谈中医外科学后期临床教学体会[J].广西中

- 医药大学学报,2013,16(1):118-119.
- [5]代波,李杰辉,王权胜,等.中医外科学专业学位论文研究生培养模式的探讨[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(21):101-103.
- [6]代波,王权胜,陆海旺,等.中医男科实习医学生临床思维能力培养的探讨[J].广西中医药大学学报,2015,18(3):102-103.
- [7]杜娟娟,黄金春,区铜,等.基于计算机网络平台构建中医外科学考核新模式的探索[J].西北医学教育,2013,21(2):380-382.
- [8]莫永芳,伍业东,杜娟娟,等.PBL教学法在临床麻醉学实习带教中的应  
用探索[J].广西中医药大学学报,2016,19(1):116-118.
- [9]吴志洪,钟江,覃永健,等.皮肤科学中皮疹线索结合PBL教学法的实践和探索[J].继续医学教育,2012,26(Z1):31-33.
- [10]吴志洪,钟江,覃永健,等.银屑病在皮肤病与性病学教学中的案例作用[J].西北医学教育,2012,20(5):1027-1029.
- [11]李瑛,马林枫,文娟娟,等.新入职护士专科能力培养方法探索[J].全科护理,2015,13(24):2407-2408.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:王权胜 收稿日期:2018-06-22)

## PBL教学法结合标准化病人在诊断学 教学中的应用探索<sup>※</sup>

朱国华 姜宏 金桂兰 袁园 刘军楼

(南京中医药大学第一临床医学院,江苏 南京 210023)

**摘要:** 尝试将PBL教学法结合标准化病人应用于我校中医专业部分班级的诊断学实训教学,并且从期末考核结果中可以看出将PBL教学法结合标准化病人应用于诊断学实训教学比传统单一教师分组示教的教学效果要好,增强了学生学习的自主性与能动性,帮助他们相应知识的理解与掌握。

**关键词:** PBL教学法; 标准化病人; 诊断学实训教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.013

文章编号:1672-2779(2018)-18-0028-02

### Exploration on the Application of PBL Teaching Method Combined with Standardized Patients in the Teaching of Diagnostics

ZHU Guohua, JIANG Hong, JIN Guilan, YUAN Yuan, LIU Junlou

(The First Clinical College, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

**Abstract:** The PBL teaching method combined with standardized patients (SP) is applied to diagnostics teaching in some classes. From the final examination results, we found that the effect of PBL teaching method combined with SP patients in diagnosis teaching is better than that of traditional single teaching, which helps students understand and master relevant knowledge.

**Keywords:** problem-based learning teaching method; standardized patients; diagnostics teaching

基于问题式学习模式 (problem-based learning, PBL) 是以问题为导向、以学生为主体的一种教学方式,比传统讲授式教学法更侧重于培养学生主动学习的能力,是目前国际上普遍采用的一种教学模式<sup>[1-2]</sup>。在我校近年中医专业的诊断学教学改革中,首先成功将PBL教学法应用于部分班级的实验诊断学教学,从一个具体病案的角度帮助学生理解和串联相关实验诊断学项目,提高了学生的学习兴趣和学习效果。为了进一步提高中医人才培养质量,深化诊断学教学改革,自2008年至今本人所在的教学团队也一直致力于标准化病人 (standardized patient, SP) 的招募和培训,尝试将PBL教学法结合SP病人应用于诊断学问诊和体格检查的实训教学,并应用于该课程的各项技能考核<sup>[3-4]</sup>。

目前我校中医专业诊断学教学课时总体不够宽裕,故我们尝试将PBL教学法结合SP病人首先应用于我校中医专业部分班级的诊断学问诊和体格检查的实训教学,并与其他班级的传统教学法进行教学效果比较。具体报道如下。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我校中医临床五年制专业2012级中

医(2)班的42名学生作为教学试验组,将PBL教学法与SP病人相结合教学模式应用于该班的诊断学实训教学。同年,选取我校中医临床五年制专业2012级中医(1)班43名学生作为教学对照组,仍以传统的教师示教方式进行该班级诊断学的实训教学。以上两个班级均是在大三学年开设的诊断学课程,均按照我校中医专业的同一份教学大纲进行教学,均开展了18课时的问诊和体检的实训教学。两班级的诊断学实训课均由本人和姜宏教师带教,期末均采用同一份问诊病案和体格检查试题进行相应技能考核。

#### 1.2 研究方法

1.2.1 对照组 仍采用教师示教和学生间相互练习相结合的传统方法进行实训教学。①问诊部分:先把班级学生分成2大组,各自带教老师课前准备好一份病案资料,课堂上以口头形式跟学生交流该如何进行提问和分析,最后学生各自整理并上交一份该病案的书面病历。②体格检查部分:同样把班级学生分成2大组,每一大组请一位学生作为模特,带教老师在模特同学身上进行各体格检查项目的示范操作;然后学生两两一组,互相练习实训技能,带教老师巡视指导。期末体检技能考核时,每位学生从体检题库中任意抽取一题,然后学生两两搭配完成各自检查操作。

※ 基金项目:江苏省青年科学基金项目[No.BK20161052]

1.2.2 试验组 尝试将PBL教学法与SP病人相结合教学模式应用于该班的诊断学实训教学。①问诊部分：将该班学生分成2大组，每组带教老师课前准备好一个病案剧本，并按照此剧本培训一位SP病人。实训课时，每组学生围坐成一圈，并派出一名代表向SP病人进行问诊，其他学生记录问诊内容并可适时补充提问。问诊结束后该小组学生进行集体讨论，然后每位学生各自整理并上交一份最终病历。②体格检查部分：每章节的体检实训先仍按照上述传统方式分组，教师示教后学生间两两相互练习，带教老师巡视指导。但在各章节体检实训练习后，安排一次SP病人进入实训课堂，让每个学生对SP病人进行一次全身体检。期末体检技能考核仍采用对照组类似方式，让每位学生从同一份体检题库中任意抽取一题，然后学生两两搭配完成各自检查操作。

1.3 期末教学效果评价 ①2组的问诊技能成绩，是让每位学生根据问诊实训课上收集的病案问诊资料，课后整理成一份完整病案并提交给带教老师，带教老师按优、良、及格三个等级进行成绩评定。两个班级问诊实训课上采用的是同一份消化性溃疡的病案。②体格检查技能考核，期末用同一份体格检查试题对以上两个班级进行考核，每位学生通过抽签的方式完成其中1题的体格检查操作，带教老师按照每个体检项目的评分标准按百分制严格进行评分。③为了进一步了解学生对诊断学实训课程学习的热情和存在的问题，掌握PBL教学法结合SP病人的应用对学生学习的影响，期末对上述两个班级均进行了同一份问卷的问卷调查。问卷试题包含学生对诊断学实训课程学习的个人体会、学习效果、学习难点、存在的问题、个人建议等内容。

## 2 结果

2.1 技能考核结果 ① 问诊部分：2组问诊优秀率有较明显的差异，试验组优秀率为73.8%（总人数42名），对照组优秀率为46.5%（总人数43名）。试验组在问诊内容的完整性、问诊逻辑的连贯性、问诊语言的规范性等方面均要优于对照组。

②体格检查部分：试验组技能考核平均成绩高于对照组，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表1。

表1 2组诊断学技能考核结果 [人数(%)]

组别	人数	问诊病案的优秀率	体格检查技能考核平均成绩
试验组	42	73.8	88.20±0.25
对照组	43	46.5	82.56±0.04

2.2 问卷调查结果 ①学期末，对试验组发放调查问卷42份，收回42份。问卷调查结果显示，89%学生乐于接受这种能主动参与问诊和体检的教学方式；93%学生认为能跟SP病人直接进行问诊和体检交流，帮助他们能及时发现并纠正存在的问题，尤其结合病案的小组讨论式问诊帮助他们对所学知识的理解与记忆；9%

学生认为这种教学方式需要他们课前进行更多的知识准备，增加了一定的学习负担。

②对照组进行了诊断学实训教学效果调查。该组学生提出在诊断学实训课学习过程中，存在的主要困难有：问诊现病史部分觉得难度不小，很难按一定的顺序全面获得相关资料；因检查对象是正常同学，像甲状腺肿大、胸肺和心脏听诊等项目检查没有异常的直观认识，从而相关知识记忆不牢；另外就是不同检查项目间很难横向联系起来理解与记忆；希望课堂及课后可多安排相关病案的讨论练习。

## 3 讨论

通过对我校中医专业两个平行班诊断学课程中的问诊和体格检查，采用不同教学方法后的教学效果来看，将PBL教学法结合SP病人应用于实训教学比传统单一教师分组示教的教学效果要好，增强了学生学习的自主性与能动性，加深了他们对相应知识的理解与记忆，且帮助缓解诊断学实训课因课时不足导致教学效果不佳的矛盾<sup>[9]</sup>。在问诊过程中，因为有SP病人和带教老师对试验组学生的问诊进行了更多的问诊指导和问题反馈，更重要的是学生们自我参与了问诊的整个过程，激发了他们的学习兴趣和主观能动性，提高了教学效果。体格检查考核中，试验组在体检操作的连贯性以及受检者的人文关怀上要表现更好一些；但在具体项目检查手法的专业性和熟练性上两组差别不大，都还需要进入临床后更多实践练习，逐步提高。

但不可否认的是，将PBL教学法结合SP病人应用于诊断学实训教学，不仅要求学生上课前要自主做好相关知识的复习和准备，更是对带教老师提出了更高的要求。带教老师们不仅课前需要准备好合适的病案剧本，培训好SP病人，更重要是在实训课堂上面对学生随时出现的各种问题能够及时正确地纠正和引导。另外，每个SP病人不仅仅是学生们的检查或问诊对象，也要为学生的具体操作提供意见和评价，所以能够培养更多更稳定的兼具知识素养和语言表达及沟通技巧的SP病人，是我们以后诊断学教学改革工作的一个重点，期待培养出更多适应现代医学发展的优秀中医专业人才。

## 参考文献

- [1]洪俊,李艳.以临床思维为中心的实验诊断学教学新模式的建立[J].基础医学教育,2011,13(10):936-939.
- [2]梁丽娟,米友.TBL、PBL与LBL相结合教学在诊断学理论教学中的应用探索[J].中国高等医学教育,2014(11):97-98.
- [3]朱国华,沈群,姜宏,等.谈中医专业实验诊断学的现状及改革措施[J].中国民族民间医药,2010,19(1):50-56.
- [4]Taylor D, Mifflin B. Problem-based learning: where care we now[J]. Med Teach, 2008,30(8):742-744.
- [5]朱国华,金桂兰,姜宏.中医院校实验诊断学教学现状与改革探讨[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(15):74-76.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陆跃鸣 收稿日期:2018-06-15)

# 对现代针灸科研的几点反思<sup>※</sup>

周丽莉 许金森\*

(福建省中医药研究院·福建省经络感传重点实验室, 福建 福州 350003)

**摘要:** 针灸是中国的文化瑰宝, 它以简、便、廉、验、效等特色深受人们的喜爱, 已经被全世界一百多个国家广泛接受, 针灸科研取得了不少重要的研究成果, 但针灸科研工作仍存在许多问题。本文在广泛阅读文献的基础上, 结合笔者自己的研究经历, 发现针灸科研在运用现代西医学科研实验方法的同时, 缺乏鲜明的中医特色, 科研成果无法为针灸临床提供理论依据, 针灸科研缺少针对调和针灸标准化和个体化的研究方案, 科研成果不能很好地完善中医针灸理论, 并提出了自己的思路与想法, 以期对今后的针灸科研有所帮助。

**关键词:** 现代针灸科研; 中医特色; 反思

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.014

文章编号:1672-2779(2018)-18-0030-03

## Reflections on the Scientific Research of Modern Acupuncture and Moxibustion

ZHOU Lili, XU Jinsen

(Fujian Academy of Traditional Chinese Medicine·Key Laboratory of Propagated Sensation along Meridian of Fujian Province, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

**Abstract:** The acupuncture and moxibustion are Chinese treasures, and they are very popular in more than one hundred countries. The research of modern acupuncture and moxibustion has still some problems when some researchers are starting to have some success. For example, the research work of acupuncture and moxibustion doesn't keep its feature in the process of using the methods of modern medicine to make experimental study. The scientific studies don't serve to understand the mechanism, clinical application and the continued perfection of the traditional Chinese medicine's theory. The reflection might be helpful for the research of acupuncture and moxibustion in the future.

**Keywords:** scientific research of modern acupuncture and moxibustion; traditional Chinese medicine feature; reflection

针灸是中国古人经过漫长的实践, 在与疾病斗争过程中逐渐发现的一种特殊的治疗方法。关于针灸的具体作用机制是当前国内的研究热点, 目前针灸研究虽然运用各种现代科技手段来观察, 但结论很多是来证明针灸确实有效或者用大众普遍接受的西生物医学观点来解释针灸治病原理, 并没有很好地推动针灸自身发展。针灸科研工作过程还存在以下问题。

### 1 针灸科研缺乏符合自身学术特点的科研方法

当前的大部分针灸科研工作过程中采用西医的还原法来研究针灸作用机制, 过于追求采用现代西医学理念来解释针灸发挥治疗的作用机制, 有的甚至完全照搬西医科研方法。现代西医学根据自身的学术特点形成的方法学体系, 所用的方法符合其学术特点, 取得了很好的临床研究成果<sup>[1]</sup>。中医理论是完全不同于西医思维模式的独特理论体系、思辨模式和诊疗方法, 其中还有古代朴素唯物主义哲学思维的渗透。中医理论是用来指导针灸临床治疗的思维工具, 针灸的发展不能偏离中医理论的指导。中医理论的主要特色是辨证论治和整体观念。西医科研用的是微观方法, 不断解剖析研究对象, 与中医从宏观角度看待事物的出发点完全不同, 但是可以很好地彼此互补。从目前的

针灸科研成果来看, 采用各种高尖端仪器检测分析针灸刺激实验对象后产生的微观效应, 虽然取得了一些进展, 但这种进展更像是用西医理念来解释作用机制, 最后取得的成果并没有推动针灸本学科的发展, 只是让更多人承认针灸确实有效。在投入了大量的人力、物力和财力后, 得到的成果只是让外界承认自身, 而不能推动针灸指导理论以及临床疗效的前进, 这与科研的最终目的背道而驰。针灸科研过程也许可以将微观变化与中医宏观特色相结合, 互相验证、补充, 更好地指导疾病治疗。例如, 胃痛可以取胃经的足三里、梁丘穴, 中医理论认为人体是有机的整体, 五脏六腑的功能可以相互影响, 并不是孤立运行。从经络循环的角度看, 肝经夹胃, 胃痛辨证为肝气犯胃型时可以配合选取肝经的期门、太冲穴。实验设计方案可以肝气犯胃型胃痛表现的胃部疾病作为研究对象, 对比干预胃经上述腧穴以及联合肝经上述腧穴时, 观察疾病相关的微观物质、胃镜下变化, 该过程可以探讨在中医整体观念与辨证论治理论指导下, 是否确实引起研究对象的客观数据改变、与哪些微观物质有关、如何引起变化。在验证中医理论指导的确实可行性同时也探索了其微观作用机理, 也初步尝试宏观与微观相结合分析问题、发现问题, 并在后续的研究中进一步探讨、细化中医理论中的宏观理念与微观世界变化的对应情况, 最终更好地指导临床辨证选穴。所以, 针灸科研应寻找一套符合自身学术特点的科研方法, 才能

※ 基金项目:福建省自然科学基金[No.2015J01323];福建省科技厅  
 省属公益类科研院所基本科研专项[No.2018R1035-2]

\* 通讯作者:xujinsenjls@163.com

取得突破性进展。

## 2 针灸科研应服务于针灸临床

无论是哪个学科的科学实验研究最终都是为了应用于实践。针灸科研也不例外，针灸科研的最终目的也是服务于临床。目前针灸科研多重视微观作用机制的研究，这种微观作用机制固然重要，但对于针灸临床而言却难于运用这些针灸科研成果。究其可能原因：①针灸临床医师仍然习惯于使用传统的中医理论来阐释疾病的发生发展规律，运用传统的理论模型来窥探当下疾病的可能证型，针对该证型采用相应的治疗法则、治疗方法。现代针灸机理的研究轻于腧穴配伍、腧穴运用规律，而目前腧穴的运用与组方还十分混乱，缺乏明确的理论、针灸现代作用机理指导，导致针灸处方时而效如桴鼓、时而无效，疗效稳定性不高。②现代科研重视针灸机理研究，其成果转化为临床服务较难或较少，机理研究的多为微观物质变化，与宏观的整体现象以及中医理论融合、联系较差。最终结果是许多基础研究脱离临床实际，研究结果对于提高临床疗效以及推动中医针灸理论发展帮助不大。向韩济生院士在研究电针镇痛机制发现低频电针（2 Hz）可选择性释放脊髓内的脑啡肽、内啡肽，高频电针（100 Hz）以释放强啡肽为主，并且通过实验发现三种阿片肽任何两种同时作用都会产生协同作用。因而，采用2 Hz和100 Hz交替出现的疏密波可以提高针灸临床疗效；③多数基础和临床科研成果缺乏后续将成果转化为临床推广运用的资金，导致临床医师无法运用科研成果中的新技术与新方法，仍然根据以往的经验为患者提供治疗<sup>[2]</sup>。

## 3 针灸科研中的标准化与个体化关系的处理

针灸是一门医学技术，需要有一个针对这门技术的规范以及精确准则。针灸科研是利用现代科研手段和设备针对针灸展开的科学研究。该过程需要更多的标准来规范针灸实验中的设计方案。对针灸优势病种可以精简针灸处方的腧穴，利用科研手段筛选出该病种最有效并且最小数量的腧穴处方，这可以作为针灸标准化方案，具有普遍适用性。在此基础上，根据个体的具体情况结合辨证论治，适当加减腧穴，这是中医针灸个性化的体现。辨证论治可以理解为针对不同临床类型采用相应治疗方法。但传统的辨证论治在诊疗过程中较为依赖临床医师对患者症状的主观感受以及运用具象思维思考提炼得出治疗方案，相较于现代西医学而言逻辑严密性较差。现代西医学基于实验室实验和确切的实验数据，诊断与治疗的逻辑关系严密，并且凭借可视化的医学检验数据治疗前后的改变作为疗效判断标准<sup>[3]</sup>。其疗效的可视化并且有明确的疗效评定标准体系可信度极高。在中医诊疗过程中，无论辨证过程还是施治后的疗效评价都缺乏像现代西医学完善的诊疗以及评价标准。针灸科研应

重视这一点，利用科研手段为针灸辨证论治、最终疗效评价寻找到适合自身的标准与现代社会可接受的客观指标，为最终的临床诊疗提供有实验室依据的客观标准，而不仅仅是根据古代文献以及现代临床报道整理得出的针灸标准体系。此外，目前针灸科学研究对象主要针对病证结合，例如脾胃虚寒证慢性胃炎。针灸科研过程是否可以打破疾病的限制，而针对常见证型来寻找最佳选穴方案，研究不同疾病不同个体相同证型的共同选穴方案，也是处理针灸标准化方案与个体化差异的一种探索方式。

## 4 中医针灸理论的自我完善

针灸科研对传统中医理论深入研究不够，符合针灸治疗特点、能有效指导针灸临床诊疗的理论体系有待完善。由于历史原因，在缺乏先进检测仪器的过去，古人使用的推理、类比手段得出的结论可能不一定正确。所以现代针灸科研的其中一个任务应是基于中医理论的同时，去伪存真。有些外界人士认为中医不科学，很大程度是对中医理论模棱两可的说理部分感到无所适从。中医理论可以认为是通过长期实践建立起来对认识事物的一种理论模型，这种模型是在几千年的实践中总结、提炼而成。中医主要是以表知里的观察、援物比类的运用和宇宙万物的整体联系规律为前提，积累了丰富的人体自身、人与自然以及人与社会相互联系的认识，这是客观事物运动规律的呈现<sup>[4]</sup>。科学的含义是各种知识通过细化、分类研究，逐渐形成完整的知识体系，是人类探索感悟宇宙万物变化规律的知识体系的总称。中医的发展过程完全符合科学的定义，但不得不说中医知识体系还有很多逻辑不够严密的理论需要科研人员去通过实验得出更多可靠的数据来确定和完善。例如：巅顶头痛可以使用太冲穴，常有针入痛缓（止）的效果。理论依据是足厥阴肝经与督脉会于巅顶部，根据“经脉所过，主治所及”，可以远部选穴选取肝经腧穴治疗。但这其中还存在一些问题，根据“腧穴所在，主治所在”，也可以近部选穴选取督脉的百会穴，同样是近部选穴还可以选用经外奇穴四神聪，还有以痛为腧的阿是穴也能选用。如此多的选穴方案，到底哪一个方案是最有效的，亦或是巅顶痛中还有不同的临床类型，具体类型又有不同的最佳选穴方案。这些选穴理论依据逻辑上并不具有唯一性，理论依据也略为单薄。还有这几个腧穴单独使用与叠加使用的作用机理及具体疗效也欠明确。所以在临床中就会表现为疗效不稳定，根本原因还是作用机理不明确、指导理论欠完善。

由于历史条件受限，在检测手段有限的情况下通过外部征象来分析可能存在的内部变化，这一分析方法的依据逐步提炼升华为中医理论模型，临床医师根据这一理论模型进行临床诊疗。现代针灸研究有种种

客观原因,更倾向于采用高尖端仪器去检测使用针灸干预时机体的微观变化,但略于分析这一过程与中医理论的内在联系。仪器检测所得到的客观指标应作为辅助挖掘中医理论对针灸的规律性指导性作用,而不应成为为了指标新颖而进行科研活动。古人通过观察客观事物而建立中医理论模型、思维方法,这一模型若想要为医学界公认,需要我们的科研活动去获得更多有说服力的证据来验证它确实可以高效重复运用于医疗实践活动。

## 5 结语

目前针灸科研取得了不少重要的研究成果,但我们也要时常去反思科研中存在的问题。中医与西医科研方法的结合不应该只是单纯地杂糅,针灸科研还是

应该在中医学理论的指导下去重新分析、解决问题<sup>[5]</sup>。在借鉴现代西医学科研方法、引进循证医学的同时,还应该不忘初衷——针灸科研应推动和完善针灸的指导理论,应保持自身的学术特点、明确针灸的治疗规律、增强选穴配穴的可重复性,最终提高临床疗效。

## 参考文献

- [1]梁繁荣.关于针灸临床研究的思考[J].成都中医药大学学报,2008,31(2):1-2.
- [2]郭太品,任玉兰,李骥,等.针灸科研成果转化的问题与对策思考[J].中国针灸,2014,34(8):817-820.
- [3]胡波,刘峰.辨证论治探微[J].医学与哲学,2016,37(2):75-78.
- [4]李如辉.中医究竟“是经验医学”还是“理论医学”[J].陕西中医学院学报,2016,39(5):4-7.
- [5]陈晟,王军,赵吉平,等.对中医针灸临床研究中二则问题的思考[J].上海针灸杂志,2017,36(7):886-889.

(本文编辑:张文娟 本文校对:潘晓华 收稿日期:2018-06-15)

# 中医院住培医生临床实践能力提升的教学模式研究<sup>※</sup>

常立萍 杜海波 张兆志 李双娣 韦倩 李雪

(长春中医药大学附属医院心病中心,吉林 长春 130021)

**摘要:**中医院住培医生临床实践能力提升的教学模式研究是指以有资格成为住院医师规范化培训基地的中医院为依托,运用符合时代发展的教学方法,研究能够切实提高中医院住培医生临床实践能力的教育模式。通过该教学模式的建立和实施,对提高中医院住培医生临床实践能力起到积极的推动作用,促进中医院住培医生中西医诊疗能力的提升,实现由中医院住培医生向合格的住院医师的转变。

**关键词:**中医院住培医生;临床实践能力;教学模式研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.015

文章编号:1672-2779(2018)-18-0032-02

## Study on the Teaching Mode of Improving the Clinical Practice Ability of Resident Physicians in Hospital of Traditional Chinese Medicine

CHANG Liping, DU Haibo, ZHANG Zhaozhi, LI Shuangdi, WEI Qian, LI Xue

(Heart Disease Center, the Affiliated Hospital Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

**Abstract:** The research on the teaching mode of improving the clinical practice ability of resident doctor's clinical practice in the hospital means relying on the Chinese medicine hospital that qualified to become a standardized training base for resident doctors. Practice ability education model. Through the establishment and implementation of the teaching model, it will play a positive role in promoting the clinical practice ability of the resident doctor of the hospital, and promote the progress of Chinese and Western medical treatment ability of resident doctor of the Chinese medicine hospital and achieved the transition from a traditional Chinese medicine doctor to a qualified resident doctor.

**Keywords:** resident physicians of traditional Chinese medicine; clinical practice ability; research on teaching mode

住院医师规范化培训(以下简称住培),是指高等院校医学类专业本科及以上学历及以上学生,即临床医学类、口腔医学类、中医学类和中西医结合类学生,在5年医学院校毕业后,以住院医师身份接受的系统化、规范化培训。住培主要是经过住培基地的培养,提高医学生的临床实践能力和专业水平,为将来到医院从事临床工作打下坚实的临床实践基础。

## 1 中医院住培医生临床实践能力培养的研究背景

住院医师规范化培训制度始于19世纪末的德国,现在许多欧美国家已经建立起了较为完善的住院医师

规范化培训制度,并以获得医师专科证书作为培训的最后环节。国际经验证明住培制度可以培养出临床水平较高的好医生。我国的住培起步较晚,2014年全国启动实施了住培工作,经过国家认证的住培基地有559家,主要来自全国三甲医院。由于我国住培开展时间短,还处于边实践边摸索的阶段,加上有资质作为住院医师规范化培训的医院其自身条件的限制等客观原因,导致住院培培效果参差不齐,在取得成效的同时也暴露出一些问题。

## 2 中医院住培医生临床实践能力培养过程中存在的问题

中医院住培医生临床实践能力培养亟待解决的关键问题是中医院住培医生医学基础知识相对薄弱,临床实践能力差,动手能力欠缺,在专业科室内轮转时

※ 基金项目:吉林省高等教育教改研究课题立项支持项目[No. 2017008]



间短(一般1~2个月),对于中医专科的诊疗方案不得要领,与患者及其家属沟通时缺乏必要的中医职业心态与素养,带教老师忙于教学、科研、临床等工作没有充足的时间对学员进行有质量的培训等。

### 3 提高中医院住培医生临床实践能力的应对方法

经过近几年的实践经验,我中心逐步摸索出一套较为完善的住培培养模式,该模式具有一定的实用性和可操作性,具有中医院专科特色,能切实提高住培医生的医学水平。具体方法如下。

**3.1 完善师资培训体系和制定住培内容** 在中医院住培中建立导师制<sup>[1]</sup>,导师一般需具备主治医师以上职称,因祖传或师承具备疗效确切的中医诊疗方法或者在医学某一领域取得一定成绩的医生可放宽职称限制。建立完善的导师准入和考核机制,以住培医生满意为目标加强对导师队伍的建设<sup>[2]</sup>,增强导师的工作热情,提高导师的沟通能力,提高适应住培医生学习要求的导师水平,创建合格的带教老师团队。与住培机构相关管理部门进行沟通,协调好培训时间,使带教老师有充足的时间对住培医生进行有质量的专科临床实践能力培训。选定具有中医专科特色和有中西医临床实用价值的知识作为培训内容。如有中医专科诊疗特色的中药、方剂、针灸、推拿等治疗方法,中西医经典病例等内容。

**3.2 住培医生岗前培训** 对住培医生讲授必须掌握的心肺复苏术、手卫生、院内感染以及自我防护的知识,让住培医生熟悉所在培训机构的工作流程。介绍一些国内的医疗事故以及遇到问题时的应对策略。充分利用互联网的便利,通过微信建立导师和学员群,既能通过微信群发布通知,又能及时了解学员在学习过程中遇到的问题,及时发现和解决。

**3.3 优化中医院住培内容,进行短期有效的中医专科培训** 将中医专科培训内容改革。以中医院心病科为例,以1个月为周期,将准备授课的内容分周期进行,每个月授课2次,组织学员学习,月末进行考核,以笔试为主,以口试、实际操作等考核方式为辅。授课内容包括中医心系疾病的胸痹心痛、心悸、眩晕、不寐等疾病为主,以及涉及的西医相关疾病知识和中西医结合心脏康复专业知识。住培过程中一要注重问题导向式带教方法<sup>[3]</sup>,即围绕中医专科专病,导师提出关键问题,组织学员复习教材,查阅相关文献资料,加强学员对住培内容的理解。二要注重临床路径教学法<sup>[4]</sup>,以中医院专科专病的临床路径为主线,组织学员系统化和规范化学习疾病的诊疗方法。最后通过集中授课,讲解具有中医专科特色的诊疗方案和西医诊疗指南,带学员接诊病人、教学查房等一系列教学方法提高住培医生的临床实践能力。

**3.4 开展医学人文教育** 一项针对1226名住培医生的调查研究显示<sup>[5]</sup>,选择会继续坚持医生信念的占59.7%,选

择动摇的占28.5%,选择放弃职业信念的占7.2%。这项研究结果说明对住培医生开展医学人文教育的必要性。进行中医职业教育,在日常医疗工作中适当宣教一些医院的中医文化,如本院的全国名老中医的学术特点和医学成就,本院有中医诊疗优势的专科和专病,帮助学员树立学习中医的坚定信念,提高学员的医德水平,增进学员对患者的人文关怀,充分认识提高中西医结合临床实践能力的必要性。

**3.5 病例库的建设** 导师把中医专科既往和住培期间的典型病例向学员系统讲授,组织学员对病例进行讨论分析。征得患者同意后,可对患者的舌苔等临床资料进行拍照或录像,连同病例电脑保存,建立病例库以备日后使用,并将经典病例作为住培医生出科考核的重点内容。病例库是以案例为基础的教学模式(CBL)<sup>[6]</sup>的重要载体,以急性心肌梗死为例,CBL教学可将典型病例的症状,体征,心电图等辅助检查,中西医诊疗方案等资料以多媒体的形式向住培医生讲解,提高学员对重点专科疾病的临床诊疗能力。

**3.6 随访并建立持续改进的中医院住培教学模式** 每个住培周期结束后,对部分导师和学员进行随访,了解该教学模式对中医院住培医生临床实践能力提高的成效和存在的问题,反馈较多的问题组织带教老师商讨解决方案,不断对中医院住培模式进行改良,力求适应时代发展和现实需要。

## 4 小结

通过中医院住培医生临床实践能力提升的教学模式的建立,充分调动学员的积极性,变被动学习为主动学习,极大地提高了中医院住培医生的中西医临床实践能力。住培医生掌握了中医专科诊疗相关的医学基础知识,初步具备临床实际操作能力,能够比较熟练地运用中医专科诊疗方案诊治病人,增强了住培医生与患者沟通的能力,提升了住培医生的中医特色专业素养。实践证明,这种教学模式提高了中医院住培医生的医学水平,具有一定的实用性和可操作性。只有建立这种具有中医专科特色、与时俱进地不断改进和完善的教学模式,才能真正提高中医院住培医生的临床实践能力,更好地为人民健康服务。

## 参考文献

- [1] 朋玲龙,季学磊,朱峰岭,等.综合医院住院医师规范化培训应用“导师制”培训模式初探[J].现代医院,2017,17(11):1611-1615.
- [2] 王雪文,金利国,吴笑阳,等.以住院医师满意为目标加强成长导师队伍建设的实践与探索[J].中医药管理杂志,2015,23(16):12-15.
- [3] 杨勇.问题导向式带教方法在胸外科住院医师规范化培训中的应用[J].继续医学教育,2018,32(3):56-58.
- [4] 吴娜,李玲.临床路径在住院医师规范化培训教学查房中的应用[J].中国继续医学教育,2017,9(13):4-6.
- [5] 郑志红,万文慧,越春燕,等.住院医师规范化培训中影响医德教育效果的因素分析研究[J].中国医学伦理学,2016,29(1):103-106.
- [6] 吴优,杨健威.中医住院医师规范化培训医生心电图诊断学带教心得[J].广西中医药大学学报,2017,20(1):90-92.

(本文编辑:张文娟 本文校对:姜丽红 收稿日期:2018-06-05)

# 全国药品类专业《医药数理统计》教材修订的思考<sup>※</sup>

侯丽英

(上海健康医学院文理教学部, 上海 201318)

**摘要:** 通过文献调研、同行研讨、专家论证, 确定人民卫生出版社全国药品类十三五规划教材《医药数理统计》教材修订方案。提出理论体系对接专业人才培养目标、理实融合建设教材、拓展数字资源建设的指导思想, 为教材的科学修订奠定基础。

**关键词:** 医药数理统计; 教材修订; 数字资源; 药品类专业; 学科建设

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.016

文章编号:1672-2779(2018)-18-0034-03

## Thought on the Textbook Revision of Medical Mathematical Statistics about National Pharmaceutical Specialty

HOU Liying

(Arts and Science Teaching Department, Shanghai University of Medicine & Health Sciences, Shanghai 201318, China)

**Abstract:** Through literature research, peer discussion and expert demonstration, the textbook revision plan of medical mathematical statistics of the 13th five-year plan textbook of the people's health publishing house was determined. This paper puts forward the guiding ideology of combining the theoretical system with the training target of professional talents, constructing the teaching materials and expanding digital resources. Then, the paper lays the foundation for the scientific revision of the textbook.

**Keywords:** medical mathematical statistics; textbook revision; digital resources; pharmaceutical professional; discipline construction

在我校承接人民卫生出版社全国药品类专业国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材《医药数理统计》(第3版)编写任务之际, 编写组在文献调研、同行研讨、专家论证基础上, 对教材的修订方案进行了充分的研讨, 确定了《医药数理统计》是通过应用概率论与数理统计的原理和方法研究医药领域中随机现象统计规律性的一门学科, 它所建立的方法是大多数医药工作者从事科研和管理的基本工具, 从而使得《医药数理统计》成为药品类相关各专业一门重要的专业基础课程。课程的主要任务是使学生掌握概率和统计的基本概念、基本原理和运算, 学会怎样有效地收集、整理带有随机性的数据资料, 在此基础上对实际问题进行定量分析、推断和预测, 为药品领域科研、管理决策提供科学依据。因此教材修订既要满足学历教育阶段, 学生系统全面地掌握相关原理方法, 为分析化学、药物化学、药物分析等后续专业课程的学习奠定基础, 也要为今后从事药学服务、药物研发、药品生产、药品经营等高端技能型岗位工作打好基础。为了以上课程定位目标的实现, 我们从以下几个方面进行思考和总结。

### 1 教材理论体系对接专业人才培养目标

医学院校的学生如果不具备一定的统计学方面的知识, 就很难较好地完成与医药学相关课程的学习。在药品类专业开设医药数理统计课程, 不仅是为了普及统计学知识, 更是为了满足学生深入学习相关医药学知识的需要。由于药品类专业文理兼收, 使得学生

个体之间数学基础和学习能力差距较大, 对医药数理统计的学习始终处于被动状态, 缺乏自学能力和钻研精神。

鉴于以上专业学情分析, 教材理论体系注重基本概念和基本方法讲授, 本着“实用为主, 必需、够用为度”的原则来处理, 不花大篇幅进行理论推导证明, 强调原理的理解和结论的应用。多运用医药学研究的案例引导教学, 讲解知识点或实证, 符合专业人才培养目标的需要。

压缩和删减教材中与医药学脱节的内容以及目前教学内容中一些传统的, 但实际中不常用的内容, 减少不必要的计算技巧训练和命题的理论证明。本着这样的原则, 在上一版教材使用状况调研基础上, 本教材删去了原教材第十章“均匀设计”的内容, 增加了医药领域应用较广的“卡方检验”内容。并在第一章增加了全概率、贝叶斯概型, 第五章增加了极大似然估计法, 第九章增加了多元回归分析简介, 第十章增加了有交互作用的实验设计、实验结果的方差分析等内容。确定教材供中药制药技术、药学、药品经营与管理、药物制剂技术、生物制药技术等专业使用, 计划72学时, 主要章节内容包括: 事件与概率、随机变量的分布及其数字特征、数据的描述统计、抽样分布、参数估计、假设检验、方差分析、卡方检验、相关与回归分析、正交实验设计、SPSS实训项目等内容。具体对接专业人才培养目标过程中, 各知识点把握分为了解、熟悉、掌握三个层面:

(1) 了解随机事件、概率与数理统计的基本思想, 掌握相应的概念、性质和运算方法, 了解常用随机抽样方法和统计量的分布, 以及方差分析的基本原理和

※ 基金项目: 上海浦东新区科技发展基金【No.PKJ2016-Y15】; 上海健康医学院教学改革项目【No.B1-0200-18-309149】

正交实验设计的概念。

(2) 熟悉常用离散型、连续型随机变量的分布和数字特征,数据的描述统计量,以及统计表、直方图的适用范围与绘制方法;熟悉点估计和区间估计的求法;熟悉假设检验的基本思想和解题步骤;以及正交实验设计的直观分析法。

(3) 掌握常见概率计算公式;正态总体的统计量的分布;掌握常用统计描述指标的计算方法、正态总体的均值、方差的区间估计方法、单个和两个正态总体均值、方差的假设检验方法、单因素方差分析及双因素方差分析的基本方法;掌握卡方检验、掌握相关系数的假设检验方法、建立线性回归方程的方法以及线性回归方程的假设检验方法;掌握正交表的使用方法。

## 2 理实融合建设教材

美国心理学家麦克利兰曾提出素质冰山模型。冰山分为水面以上和水面以下两部分,冰山的水面以上部分指一个人所具备的明确知识,占比例较少,回答是什么、为什么的问题。主要是事实和原理知识,包括基本知识和基本技能。它们大多源于书本,通过程式化的手段传递,即可编码、可传递,可反思。其外在表现容易被了解与测量,比较容易通过训练来改变和发展。冰山的水面以下部分称为默会知识,占比例较大,回答怎么想、怎么做的问题。主要是理解力和领悟,包括社会角色、自我形象、特质、动机。默会知识主要源于实践活动,存于个人经验、实践活动或情境性活动中,是内在的、难以测量的部分,不容易通过外界影响而改变,但对人的行为与表现起着关键性的作用。根据素质冰山模型,教材作为人才培养的重要抓手,内容必然要体现理论和实践的融合,主要包括下面几个方面。

**2.1 理论教学内容融入专业结合的案例** 统计学知识已经渗透到现代医药学的各个领域,教材在每一章开篇设计有“导学情境”,导学情境精心设计对接生活、专业的案例,例如用医学参考值引出区间估计问题,“女士饮茶问题”分析假设检验的小概率事件原理等。读者在学习内容之初,对全章主体有一定的了解,熟悉本章的知识结构、专业特点。运用医药学研究的案例引导教学,用案例引出知识点,或在讲解知识点后用案例做实证,很好地体现了基础课与专业课程的融合,为学生后续专业课程的学习奠定基础,使教学内容不囿于教材,开拓学生的专业视野。

**2.2 SPSS实训项目提高教材的应用性** 随着生命科学大数据的迅猛发展,客观上要求医药类的学生必须具备一定的理性思维与创新意识,SPSS实训项目旨在引导学生借助统计软件理解抽象的统计理论、自主探索和研究统计问题以及统计应用问题的实践过程,促进医学生应用能力的提高。教材修订实训项目增至十个,

包括频数表编制和直方图绘制、样本资料统计描述和总体均数的区间估计、单个样本均值 $t$ 检验、配对设计样本 $t$ 检验、两个独立样本 $t$ 检验、单因素方差分析及两两比较、双因素方差分析、线性相关分析和线性回归、四格表资料的 $\chi^2$ 检验、行 $\times$ 列表资料的 $\chi^2$ 检验。技能目标要求学生能熟练运用所学知识,科学地搜集、整理、判断数据的性质,正确绘制统计表与直方图,学会查常用分布的临界值表,对统计数据作区间估计,假设检验,方差分析、建立线性回归方程等,能熟练使用SPSS软件进行统计数据的处理。从整体上掌握统计分析工作的基本流程与技能,培养学生运用数理统计方法分析、解决药学技术与管理中遇到的实际问题的能力。实训项目设计重点培养和提高学生的实际动手能力,彻底改变只知道统计学的计算方法而无法自己动手实现这种理论与实践脱节的情况,使教材的理论基础更加夯实、实践教学更符合专业发展的需要,更好地实现理论与实践结合。SPSS实训项目也可以通过选修课的方式进行开设。新颖的医药模型、先进的统计方法、灵活地运用统计软件来进行科学计算、模拟、作图、解决医学及其管理中的实际问题,运用数量化思想方法和手段进行资源的合理优化和配置,拥有这些技能的学生独具特色,势必会受到用人单位的青睐。

## 3 拓展教材的数字资源建设

联合国教科文组织《国际教育目标分类法》把教学活动定义为有意识的活动,涉及某种形式的交流,旨在引发学习。学习活动定义为个人经过经历、实践、修习和听讲,在信息、知识、理解力、态度、价值观、技能、能力或者行为方面的获得或改变。随着信息化的发展,学生学习模式发生很大变化,表现在兴趣爱好对学习的影响加大、“快餐文化”的影响加大、专业性阅读与专业性表达的能力减弱、学生更愿意接受形象认识,逻辑性认知和运用减弱、碎片化学习增多,使整体结构与关系的把握不足。

**3.1 增加理论和实践数字资源制作** 鉴于学习模式的改变,应加大教材数字资源的制作。网络微课是短时间获取知识的较好形式,微课以教学视频为主要呈现方式,反映教师在针对某个知识点或环节的教学活动中所运用和生成的各种教学资源的有机结合体。具有“短小精活”的特点,教学时间短,一般5~8分钟,不超过10分钟;容量少、内容少、文件容量小;知识点精炼,重点难点突出,相对完整;形式灵活、亲切,使用方式多样。按教学方法分为知识讲授型、解题演算型、实验演示型。按视频呈现形式分为课堂式讲解、写讲解、实景授课、动画演示、专题短片、访谈式教学、对话式教学、虚实结合。教材设计有实训微课,利用现代科技手段,提高教材内容的传输速度与质量,除此之外,教材还开发数字资源有多媒体课件、扫二

维码同步测试等,在时间和空间上拓展教师和学生教材使用范围,丰富教材资源。

**3.2 增强教材的可读性,提高自学能力的培养** 教材中设计有“导学情景”“难点释疑”“知识链接”“课堂活动”“点滴积累”等栏目,作为主体内容的补充,起到弱化难度、增强可读性的作用。教材的全部习题也进行了详解分析,为读者提供了极为有效的兼具基础性和技巧性的解题指导,有利于自学能力的培养。

#### 4 结语

《医药数理统计》教材修订工作是在人民卫生出版社和全国高等医药教材建设研究会指导下完成的,在编写过程中也得到了参编院校领导和教师的大力支持,编写过程中参考了现有知名医药大学教材的体系和内容,以及近年重要的相关文献,从中得到了智慧的雨露滋润,深受启发。在与编委的沟通中形成了“修订大纲”,对修订原则和具体要求进行了统一,最终在新

版教材中落实我们的修订思想。

《医药数理统计》教材进一步结合教师教学基本功,深入教材,深入学生,灵活掌握教学的基本环节和统计学在医药学中的应用方法与应用成果,理实融合,使学生具备科学的统计理念及辩证的思维能力;培养自主学习,探索发现问题,融会贯通的学习能力;培养言必有据、一丝不苟、实事求是、高度负责的理性思维方式和科学态度。培养学生严谨的工作作风、团队精神和合作交流意识,良好的职业道德和行为规范,促进学生综合文化素质的提高,只有这样,才能收到事半功倍的教学效果。

#### 参考文献

- [1]刘宝山.医药数理统计[M].2版.北京:人民卫生出版社,2014.
  - [2]马斌荣.医学统计学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2013.
  - [3]高祖新.医药数理统计方法[M].5版.北京:人民卫生出版社,2011.
  - [4]马志庆.医药数理统计[M].5版.北京:科学出版社,2017.
  - [5]颜虹.医学统计学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2010.
  - [6]薛薇.SPSS统计分析方法及应用[M].3版.北京:电子工业出版社,2013.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:石益海 收稿日期:2018-06-26)

## “双一流”背景下构建康复治疗学专业人才 多元化培养模式<sup>※</sup>

谭洁 张泓\* 李铁浪 邓石峰 周予婧 艾坤 曾序求 许明 邹莹洁

(湖南中医药大学针灸推拿学院,湖南长沙 410208)

**摘要:**在一流大学和一流学科建设中应突出人才培养的核心地位,而应用型康复人才的严重缺乏是制约中国康复医学事业发展的“瓶颈”,湖南中医药大学康复治疗学专业逐步形成了“将中医特色康复治疗技术融入现代康复医学理论体系,培养综合型的康复治疗专门人才”的专业优势,构建了具有中医院校特色的康复治疗学专业应用型人才多元化培养模式。

**关键词:**一流大学;一流学科;康复治疗学;人才培养;学科建设

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.017

文章编号:1672-2779(2018)-18-0036-03

### Construction of a Diversified Training Model for Rehabilitation Therapeutics under the Background of "Double First-class"

TAN Jie, ZHANG Hong, LI Tielang, DENG Shifeng, ZHOU Yujing, AI Kun, ZENG Xuqiu, XU Ming, ZOU Yingjie  
(College of Acupuncture and Massage, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

**Abstract:** In the first-class universities and first-class discipline construction, we should highlight the core position of personnel training, and the serious lack of applied rehabilitation talents is the bottleneck restricting the development of rehabilitation medicine in China. Rehabilitation therapeutics in Hunan University of Chinese Medicine gradually formed "the characteristics of traditional Chinese medicine rehabilitation treatment technology into the modern rehabilitation medicine theory system, training comprehensive rehabilitation treatment professionals" professional advantages, built a diversified training mode of rehabilitation therapy professional application talents with the characteristics in colleges and universities of traditional Chinese medicine.

**Keywords:** first-class university; first-class disciplines; rehabilitation therapeutics; personnel training; discipline construction

2015年10月,国务院下发的《统筹推进世界一流大学和一流学科建设总体方案》重要文件中指出:“坚持立德树人,突出人才培养的核心地位,着力培养

具有历史使命感和社会责任心,富有创新精神和实践能力的各类创新型、应用型、复合型优秀人才”。在“双一流”建设中重视人才培养,进一步明确高校办学的出发点和落脚点,是回归大学本位的重要标志,是一流大学建设向纵深推进的重要标志<sup>[1]</sup>。但现有康复人才培养模式已远落后于现实的需要,因此,如何快出人才、出好人才,探索建设具有中医院校特色、适用于中医院校的康复治疗人才培养模式已成为我们亟待

※ 基金项目:湖南省教育科学“十二五”规划课题【No. XJK015BGD052】;湖南省普通高等学校教学改革研究项目【No. JG2017-199】

\* 通讯作者:zh5381271@sina.com

解决的研究课题。

## 1 中国社会的康复需求及康复专业人才培养现状

随着我国人口老龄化发展和人们健康意识的改变,国家经济实力、政府和社会保障能力的不断提升;在《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确指出,以“注重预防、治疗、康复三者的结合”为指导,以满足人民群众日益增长的康复医疗服务需求为目标。“注重预防、治疗、康复三者结合”的医学模式的建立,中国康复医学的发展遇到了极好的机遇。然而,“十二五”期间康复治疗师需求调研和分析显示,13亿人口的中国康复工作人员不足2万人,康复治疗师缺口达10万人。严重缺乏康复人才,尤其应用型康复人才的缺乏是制约中国康复医学事业发展的“瓶颈”<sup>[2]</sup>。

为进一步做好“十三五”期间残疾人康复服务工作,《残疾人康复服务“十三五”实施方案》中指出:构建与经济社会发展相协调、与残疾人康复需求相适应的多元化康复服务体系、多层次康复保障制度,普遍满足城乡残疾人的基本康复服务需求。到2020年,有需求的残疾儿童和持证残疾人接受基本康复服务的比例达80%以上,并强调“推进残疾人康复相关专业建设,提升残疾人康复技术技能人才培养水平”。对康复治疗专门人才的巨大需求及国家政策的大力扶持,这给医学院校的康复教育提供了新的机遇和挑战。

经2017年系统回顾国家教育部公布《普通高等学校本科专业备案或审批结果》,显示本专业共有115所本科院校招生,其中中医院校27所,占23.5%。目前中医院校康复治疗学专业由于办学时间尚短,经验不足,普遍存在培养目标不明确、专业知识结构与课程的设置不合理、人才培养模式单一化等问题,如何体现中医院校康复治疗学专业办学特色,培养适应社会需求的应用型康复人才,使康复人才在核心竞争力上具有自身优势,是目前中医院校康复治疗学专业办学面临的现实问题。

湖南中医药大学是湖南省重点建设本科院校。康复治疗学专业于2007年招生,是湖南中医药大学新兴的优势专业。立足学校自身实际情况,学校坚持质量办学,不断改革人才培养模式。康复治疗学专业坚持将中医特色康复治疗技术融入现代康复医学理论体系,明确培养目标,优化专业知识结构,建立合理的课程体系,同时大力推行教学改革,培养学生的创新意识,引入现代信息教学技术手段,建立创新、实用复合型人才培养模式,以建设一流专业,培养一流人才,建设一流学科为目标。本专业于2011年顺利通过湖南省普通高校新设专业评估,获得了康复治疗专业理学学

士授予权;2012年获批国家中医药管理局“十二五”重点学科,2013年获批中西医结合康复医学硕士学位点。经过十余年的改革完善,我们在强调专业纯正性、重视西医知识完整性的基础上,强化了中医特色康复治疗的学习,使学生既具有纯正的西医血统,又具有鲜明的中医烙印。逐步形成了“将中医特色康复治疗技术融入现代康复医学理论体系,培养综合型的康复治疗专门人才”的专业优势。探讨构建了中医院校康复治疗学专业应用型人才多元化培养模式。

## 2 中医院校康复治疗学专业应用型人才多元化培养模式的构建

康复治疗专业是四年制理学专业,我校围绕“纯正的西医血统,鲜明的中医烙印”的改革思路,构建康复治疗学专业应用型人才多元化培养模式,即“教学理论与实践一体化”“实训模拟临床化”“临床技能操作模块化”“临床实习多站化”“职业素质养成一贯化”<sup>[3]</sup>。

**2.1 教学理论与实践一体化** 将中医特色康复治疗技术融入现代康复医学理论体系,培养应用型专业人才,构建中医院校康复治疗学专业知识结构课程体系。康复治疗学课程主要包括公共基础知识模块、专业基础知识模块、专业临床知识模块,三大模块课程比约为1:1:1。公共基础模块含政治、英语、体育等课程;专业基础模块包括西医基础课程,如人体发育学、功能解剖学、生理学运动学、医学影像学、西医内科学、西医外科学等;中医基础课程主要有中医基础理论、中医诊断学;二者学时比例约4:1。专业临床模块中,西医临床康复课程包括康复评定学、运动疗法技术学、作业治疗学、言语治疗学、康复工程学等,中医临床康复课程包括针灸学、推拿学、中医传统康复体育项目等;二者课程学时比例为4:1。在康复治疗学专业知识结构课程体系设置上强调以现代康复医学理论与技术为核心,以中西医结合为特色,注重中医实用技术的学习,突出中医院校特色。我校康复治疗专业现代康复知识与传统康复知识比例约4:1,既体现了以现代康复知识为主的教学模式,又充分发挥了中医药院校在传统康复教学上的优势<sup>[4]</sup>。

强化以“理论-见习-理论-实习”为主线的教学改革。介于康复治疗学是一门应用性很强的专业,为了让学生不仅能熟练掌握操作技能,而且具备全面利用所学知识实际分析解决问题的能力。在培养方案的实施过程中,安排学生在第四学期的理论学习结束后开展为期4周的临床见习,再进行1年的专业临床课程的理论学习,然后安排12个月的临床实习。从整个本科的培养过程来看,形成了“理论-见习-理论-实习”四段式的特色教学培养方式。经过见习后学生的收获多,

思考多,专业思想进一步巩固,在学习积极性、临床思维、医患沟通能力等方面明显优于未参加见习的同学。

**2.2 实训模拟临床化** 根据康复治疗实际要求建立康复技能教学实验室,并开展全国康复技能大赛培训、院校康复技能竞赛、技能展演等活动,并长期对专业学生及康复相关社团开放,为学生全面掌握康复临床技能提供良好的实训环境。同时采用形式多样的实训方式,模拟临床环境开展技能训练。通过标准化病人(SP)、情景模拟等形式对学生进行综合训练,采用客观、准确的结构化多站式临床考试(OSCE)进行培训考核,使学生得到公正的评价和训练<sup>[9]</sup>。此外,在强化学生的临床动手能力的基础上,注重培养学生的临床思维。如将思维导图应用到康复评定学课程的教学中,不仅要求学生掌握各种评定方法的操作,而且需要发散思维,将与评定相关的知识如解剖学、生理学、病理学、西医诊断学等内容联系在一起<sup>[9]</sup>。在言语治疗学教学中引入workshop教学模式,注重学生的参与和自主学习,通过相互交流、讨论和分享解决实际问题的学习方式培养学生创新思维<sup>[7]</sup>。

**2.3 临床技能操作模块化** 以临床疾病为纲优化和整合专业课程,形成神经系统疾病康复、骨骼肌肉疾病康复、内科疾病康复、儿童康复、盆底产后康复为单元的临技能模块课程,如在临床康复学的教学中,引入标准化病人临床情景模拟教学法,启发学生共同讨论实例,综合运用所学专业从不同角度尝试解决实际问题,培养临床思维。并制定五大疾病模块临床康复技能训练操作大纲。

**2.4 临床实习多站化** 临床实习是医学教育过程中的关键环节之一,如何开展有效的临床教学,培养出符合社会需求的康复治疗师,对于临床康复教学工作非常重要。单一康复医学科临床实习模式不能很好地满足学生毕业后从事康复医疗服务的就业需求,不利于康复治疗专业学生技能的掌握和综合素质培养,我们进行了毕业实习模式的改革创新,探索医技+临床+专科轮转临床实习策略,采用三站式临床实习模式,包括医技科(放射科)、康复相关临床科室(神内、神外、骨科、儿科、心血管、急诊等科室)、综合康复医学科(PT、OT、ST、康复辅助具、理疗、传统康复等);让学生在12个月的临床实习中全面掌握康复技能及相关知识点,尽量与临床接轨。并根据康复治疗学专业特点,利用OSCE设计一系列与PT、OT、ST相关的临床操作考站对学生进行实习毕业考核,逐步形成了实习单位、临床带教老师、患者、康复专业学生多环节的临技能实习反馈评价体系。

**2.5 职业素质养成一贯化** 鼓励学生通过社会实践、

暑期见习、大学生创新课题申报等活动,形成职业意识、激发职业兴趣,提高职业荣誉感,强化学生团队协作能力和沟通能力培养以适应社会需求。积极组织学生参加创新创业大赛、开展助研活动、申报大学生创新课题、研发制作与康复相关的专利,这些形式多样的活动,不仅提高了学生的综合素质,而且培养了学生的创新能力。如学生运用现代康复医学理论来研究中医康复医疗辅助器械,结合理疗学的低频脉冲电技术设计一种能够实现自动叩刺的新型脉冲电皮肤针,获国家发明专利。康复治疗师除了掌握专业理论和技术能力之外,还应具备良好的沟通和交流的能力,学生除进行正规的课堂理论与实践学习外,利用第二学年暑期进行临床见习,同时利用节假日深入社区、基层、福利院等机构宣传康复、认识康复,使其尽早地接触患者、社会,认识康复的重要性,树立牢固的专业思想,加强沟通和实践能力的培养。

通过多元化培养模式的构建与实施,培养了一批以现代康复医学理论与技术为核心,以中医康复技能为特色,满足我国临床实际需要的应用型康复人才。推进学生专业知识、康复技能和综合素质的提升,更有利于学生的职业生涯的可持续发展。我校康复专业学生获得国家等各类竞赛奖20次,其中国家级一等奖4次,二等奖2次,专利17项,其中发明专利2项,大学生创新性研究课题4项,各届毕业生就业率平均98%以上。

### 3 结语

中国健康服务业的发展,特别是残疾人康复事业的发展,迫切需要大批掌握康复理论与技术的专业人才。在争创“双一流”背景下,培养专门康复专业人才是大健康服务业发展的必然要求和发展趋势。中医院校康复治疗学专业应体现办学特色,培养适应社会需求的应用型康复人才,使康复人才在核心竞争力上具有自身优势,促进中国康复事业及相关产业的长足发展,为实现“健康中国”的重大战略目标努力。

### 参考文献

- [1]洪大用.在“双一流”建设中大力加强本科人才培养[J].中国大学教学,2016(4):9-16.
- [2]谭燕泉,江浩,励建安.基于“五合一”的康复治疗技术人才培养模式探讨[J].中国康复医学杂志,2014,29(12):1159-1161.
- [3]葛瑞东,郭京伟,于天源,等.北京中医药大学开设本科康复治疗学专业的可行性分析[J].中国康复医学杂志,2016,31(12):1386-1388.
- [4]艾坤,张泓,曾序求,等.中医院校“康复治疗学专业”知识结构构成的研究[J].中国高等医学教育,2013(12):20-22.
- [5]姜姗,林燕,闫永红.中医药院校临床技能实训中心的建设与管理探索[J].学园,2017(24):137-140.
- [6]黄桂兰,彭咏梅,张泓,等.思维导图在康复专业教学中的应用与探讨[J].中国康复理论与实践,2017,23(8):989-992.
- [7]谭洁,张泓,祁芳,等.Workshop模式在康复治疗学专业言语治疗学实践教学中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(16):11-13.

(本文编辑:张文娟 本文校对:韩国栋 收稿日期:2018-06-15)

# TBL教学法在高职高专院校内科学教学中的应用※

陈喜苹 秦玖刚

(南阳医学高等专科学校临床医学系, 河南 南阳 473000)

**摘要:**目的 探索以团队为基础的(team-based learning, TBL)教学法在高职高专院校内科学教学中的应用意义及其可行性,为内科学教学改革提供依据。**方法** 随机选取本校2015级普通专科临床医学专业2个班,一班作为试验组,采用TBL教学法;另一班作为对照组,采用传统教学法。**结果** 试验组学生学习兴趣、自主学习能力和团队意识以及病例考核成绩高于对照组( $P<0.01$ ),具有显著统计学意义,试验组学生的理论成绩均高于对照组( $P<0.05$ ),差异具有统计学意义。**结论** TBL教学法在内科学教学中具有可行性。

**关键词:** TBL教学法;内科学;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.018

文章编号:1672-2779(2018)-18-0039-02

## The application of the Internal Medicine Teaching in Higher Vocational College Based on TBL Teaching Method

CHEN Xiping, QIN Jiugang

(Medical College, Nanyang Medical College, Henan Province, Nanyang 473000, China)

**Abstract: Objective** To explore the significance and feasibility of team-based learning in internal medicine teaching in higher vocational colleges, so as to provide the basis for the reform of internal medicine teaching. **Methods** At random, we selected two classes of Clinical medicine specialty of 2015 grade general college in our school, one class served as the experimental group, using the team-based learning method, the other one served as a control group, using traditional teaching method. **Results** The students in the experimental group were more interested in learning, autonomous learning ability and team consciousness than those in the control class. The results of case examination and theory in the experimental group were higher than those in the control class ( $P<0.05$ ), and the difference was statistically significant. **Conclusion** TBL teaching method is feasibility in internal medicine teaching.

**Keywords:** team-based learning; internal medicine; educational reform; application exploration

TBL教学法(team-based learning),即以团队为基础的教学。是由美国Oklahoma大学的教育专家Larry K Michaelson提出的一种有助于促进学习者团队协作精神,注重人的创造性、灵活性与实践特点的新型教学模式<sup>[1-3]</sup>。它以团队协作为基础,以教师讲授和学生讨论相结合为主要教学方式。TBL教学法虽然现已在欧美等发达国家的医学院校中得到高度认可和广泛应用,但在国内研究与应用尚处于起步阶段。专科生在校时间短,科目多,导致基础课(生理、病理、药理等)学时少,任务重,学生学习难度大,基础知识掌握不牢固,影响内科学的学习。为改变这种现状,将TBL教学法引入内科学教学,并了解其可行性,探索培养适应社会发展需要的医学生的教学方法。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 随机选取本校2015级普通专科临床医学专业2个班,共116人,其中一班作为试验组(56人),另一班作为对照组(60人),2个班学生在入学成绩、智力、年龄和整体学习水平上等方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。2个班采用相同版本教材,由同一个教师授课。

**1.2 研究方法** 试验组采用TBL教学法,对照组采用传

统教学法。课程结束后,通过教学评价问卷调查情况、病例考核成绩及理论成绩来检测学习效果。

**1.2.1 上课前准备** 授课教师先进行TBL教学法的培训,然后选定TBL教学内容,确定教学目标及要求,设计授课方案。提前准备相关参考资料、自测题及讨论练习题,设计考核内容,制定学生教学评价调查问卷。选取临床上的常见病、多发病如慢性阻塞性肺疾病、高血压、冠心病、消化性溃疡、缺铁性贫血、糖尿病等作为TBL教学内容。本研究以“慢性阻塞性肺疾病”为案例进行具体的教学实施。

**1.2.2 试验组** ①组建小组,确定学习团队:本着优势互补,相互促进和共同探讨,有利于各小组之间公平竞争的原则,按照以前的成绩高低搭配组合,将56名学生分为8个团队,每个团队各选出1名积极活跃、组织能力强、有责任心的学生担任组长,进行协调管理,负责全组人员的讨论和最后的考评工作<sup>[4,5]</sup>;②课前预习:进行TBL教学前1周,教师根据选定的教学内容“慢性阻塞性肺疾病”向各小组发放典型慢阻肺的病例和问题手册(如肺源性呼吸困难的表现有哪些?干、湿啰音的临床意义有哪些?慢阻肺患者合理氧疗的方案是什么?应用洋地黄的前提是什么?利尿剂应用的原则是什么等等,并写出该患者的初步诊断、诊断依据、鉴别诊断、进一步检查和治疗原则),让学生带着这些

※ 基金项目:河南省医学教育教学改革与研究项目[No.Wjlx2016156]

问题,借助教材、教学资源库、图书馆或网络教学平台等资源,积极查找相关资料,并鼓励学生自己制作课件等以备课堂陈述;③课堂合作学习:课堂上,先对慢阻肺的基础知识进行个人提问和测试,教师进行评分,记录成绩。然后教师提出慢阻肺的拓展性和病案综合性问题,让分组讨论并对小组进行测试(每组推选1位同学上讲台为大家讲解本组同学讨论的结果),最后老师对每组同学的结论进行点评,针对学生回答的差错进行更正,给予知识的补充、完善,同时对同学提出的问题作进一步的解答;④课后总结:课后,各组的团队成员再次讨论总结,并对各成员贡献度互相评价。最后教师总结学习过程,补充学习中的不足,并点评团队合作情况及小组成员存在的问题,让大家了解自己在课程学习中的优势和不足,以加强后续学习。

**1.2.3 对照组** 选择与试验组相同的教学内容,课堂学习以老师讲解为主,教师采用多媒体,按照教学大纲进行传统方式授课,课后布置作业,学生自主完成作业和巩固复习。

### 1.3 效果评价

**1.3.1 理论考试成绩评价** 课程结束后,按教学大纲统一要求,由教师对试验组及对照组进行同样的理论试卷闭卷考试(满分100分),同一老师阅卷,比较2组学生的理论考核成绩。

**1.3.2 病例分析考试成绩评价** 2组在学习每种疾病后都进行病例分析考试,老师批改,每次病例分析满分10分,总计各次分数取其平均分为期末病例分析考试成绩。

**1.3.3 学生问卷调查评价** 采用提前自行设计好的调查问卷,对2组学生进行教学效果评价,共发放问卷116份,收回有效问卷116份,有效回收率100%。

**1.4 统计学方法** 将考核结果和调查结果进行统计学分析,计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示,均数比较采用  $t$  检验,计数资料进行  $\chi^2$  检验,当  $P < 0.05$  时认为差异有统计学意义,  $P < 0.01$  时认为差异有显著统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2组学生理论考试成绩比较 见表1。

表1 2组学生理论考试成绩比较 [人(%)]

组别	人数	<60分	60~70分	>70~80分
对照组	60	3(5.00)	12(20.00)	15(25.00)
试验组	56	2(3.57)	8(14.29)	13(23.21)
组别	人数	>80~90分	>90分	平均分
对照组	60	18(30.00)	12(20.00)	80.31±5.55
试验组	56	17(30.36)	16(28.57)	80.35±6.39 <sup>①</sup>

注:与对照组比较,① $P < 0.05$

### 2.2 2组学生病例分析成绩比较 试验组期末病例分析成

绩为  $(93.25 \pm 1.20)$  分,对照组为  $(86.92 \pm 1.25)$  分,2组比较,  $P < 0.01$ , 差异具有统计学意义。

### 2.3 2组学生教学评价问卷调查比较 见表2。

表2 2组学生教学评价比较 [人(%)]

组别	人数	提高学习兴趣	提高自主学习能	提高沟通表达能力	扩展知识面	加强团队意识
对照组	56	26(44.1)	26(38.2)	22(36.2)	32(52.9)	5(41.5)
试验组	60	56(100.0)	56(100.0)	54(97.2)	56(100.0)	53(94.1)
$\chi^2$ 值		36.082	40.127	41.26	30.55	37.654
$P$ 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

## 3 讨论

本研究将TBL教学法应用到内科学教学中,学生通过团队合作学习,理论考核成绩和病例分析的能力都有显著提高。研究表明,TBL教学法让学生在获得知识的同时又能调动学生的积极性,培养学习的兴趣性,提高解决问题的能力,提高沟通和团队合作的技巧<sup>[6]</sup>。同时又提高了学生的自学能力、文献检索能力、理论联系实践的能力。TBL教学方法转变了教师的角色,在教学过程中,学生是积极主动的学习者,教师是学生获得知识的指导者、组织者、帮助者,这促使教师再学习,提高专业知识水平。因此,TBL教学方法对教师的专业水平和整体素质提出了更高的要求。

内科学是融合了医学基础知识、诊断、外、妇、儿等多学科的一门独特学科,要求学生能综合运用各学科的知识分析和处理问题,同时还需具备良好的沟通协调能力,与多学科、多专业的老师之间进行协作。因此,TBL教学法适合内科学教学,并具有可行性。

### 参考文献

- [1] 苏爱华,杨黎,韩扬扬,等.TBL教学法应用于基础护理学实验教学的探索[J].中国高等医学教育,2014,11(11):100-101.
- [2] 王锦鸿,邹和群.PBL和TBL教学模式在医学教学中的应用探讨[J].中国实验诊断学,2015,28(23):6.
- [3] 马俊旗,赵骏达,李燕,等.TBL教学法在妇产科理论课教学中的应用[J].医学信息学,2015,28(20):5-6.
- [4] 尚立芝,季书,王峰,等.TBL教学法在医学本科和硕士生综合设计性实验中的应用[J].中国现代医生,2015,53(4):120-122.
- [5] 刘军,张震宇.TBL教学法在妇产科理论课教学中的应用[J].中国病案,2013,14(12):61-63.
- [6] 赵丽红,张丽芳,赵小平,等.TBL教学法在《基础护理学》教学中的应用及效果评价[J].护理教育,2013,32(12):2874-2876.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李庆洁 收稿日期:2018-06-12)





# 中西医结合执业医师综合笔试成绩的多维度分析

姚小东 谢晓东 甘陈芳 刘建

(西南医科大学中西医结合学院·附属中医医院, 四川 泸州 646000)

**摘要:**以每年国家中医药管理局中医师资格认证中心提供给我校的《中医类别医师资格综合笔试院校学科成绩分析报告》为基础,多维度分析2012年至2016年西南医科大学中西医结合执业医师综合笔试成绩,突出以问题为导向,发现问题,分析问题,解决问题,以期提高西南医科大学中西医结合专业教育教学质量和中医类别医师资格考试通过率,展现学校的办学特色和优势。

**关键词:**中西医结合执业医师;笔试成绩;教育教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.019

文章编号:1672-2779(2018)-18-0041-03

## Multidimensional Analysis on Written Examination Results of National Medical Licensing Examination of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

YAO Xiaodong, XIE Xiaodong, GAN Chenfang, LIU Jian

(The Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine·Integrated School of Traditional Chinese and Western Medicine of Southwest Medical University, Sichuan Province, Luzhou 646000, China)

**Abstract:** According to the Test Score Report of TCM Practitioners Qualification Examination provided by the state administration of TCM, problem oriented multidimensional analysis of written examination results of National Medical Licensing Examination of Integrative Chinese and western medicine of Southwest Medical University from 2012 to 2016. Finding problems and suggest solutions, so as to improve the education and teaching quality and increase the passing rate of integrated traditional Chinese and Western medicine of Southwest Medical University, presents the characteristics and advantages of university management.

**Keywords:** national medical licensing examination of integrated traditional Chinese and Western medicine; written examination results; education and teaching

西南医科大学作为国内西医院内办中医最早的几所高校之一,在六十多年的办学历程中,主动适应社会需求,积极推进改革创新,走出了一条具有自身特色的培养中西医结合人才路子。但是随着医师资格考试制度的不断完善和医学教育的不断深入,还存在着一些不能满足医学教育发展及改革需要的、亟待解决的问题。故此,结合近五年来国家中医药管理局中医师资格认证中心提供给我校《中医类别医师资格综合笔试院校学科成绩分析报告》(以下简称《报告》)的数据,多维度地分析比较,向纵深方面查问题,以期提高通过率和教育教学质量,这在深入推进医教协同改革,贯彻落实好《医师考试发展规划(2018—2020年)》的大背景下很有必要。

### 1 《报告》的基本概况

《报告》的主要框架:一是考试内容由中医基础知识、现代医学及公共知识和临床知识三部分组成;二是报告对象为我校当年毕业并参加医师资格考试医学综合笔试(具有规定学历中西医结合执业医师)的普通高等教育本科全日制类考生;三是将从医师资格考试内容要求的角度对考生的学科成绩进行统计分析作为报告方法;四是报告内容由总成绩(通过率)、学科平均成绩、学科平均掌握程度、不同认知层次的平均掌握程度5个板块构成。《报告》总体特点可以概括为岗位胜任力考查的目标突出,题型的设置、认知层次的配比和考试结构的效度比较理想。

### 2 西南医科大学的《报告》分析

#### 2.1 总成绩、通过率及排位

表1 总成绩、通过率及排位 (%)

年度	主体	平均分数	平均分 差值	通过率 (%)	通过率 差值	排位本校/ 全国
2012	本校	398.46	23.57	71.53	19.97	12/47
	全国	374.89		51.56		
2013	本校	409.50	33.48	75.42	22.44	10/34
	全国	376.02		52.98		
2014	本校	396.14	32.80	74.38	22.15	6/36
	全国	363.34		52.23		
2015	本校	418.94	39.20	83.63	25.37	3/34
	全国	379.74		58.26		
2016	本校	431.61	37.23	91.18	16.49	7/33
	全国	394.38		74.69		

观察表1中的数据可以发现,2012年到2016年,我校考生参加全国中西医结合执业医师考试总成绩(平均分)和通过率连续5年均高于全国平均水平,差值在16.49%~25.37%。2012年到2015年,我校在全国的排名(是指全国开设中医类本科专业并参加医师资格考试且考生人数在30人以上的院校中)从第12位逐年上升到了第3位。2016年的排位虽有所下降,但仍位列前10名,且通过率历史性第一次突破九成大关,达91.18%。2016年排位下降的原因可能有以下几个方面。

**2.1.1 主观方面** 从学校、学院、基地、教师、学生等5个维度来分析。

**2.1.1.1 学校层面** 近年来,随着高教的大发展和医疗卫生体制改革的不断深入,学校审时度势、抢抓机遇,大力加强内涵建设,特别是通过举办建校60周年系列活动、召开第十二次党代会、更名医科大学、完善基础设施功能布局等,促进了学校事业又好又快发展。但正是由于各种重大专项工作多、压力大、任务重,其他工作特别是教育教学没能得到很好的顶层统筹兼顾、全面推进。

**2.1.1.2 学院层面** 中西医结合专业开设在西南医科大学中西医结合学院。中西医结合为一级学科硕士学位授权点,中西医临床医学为国家级特色专业,中西医结合临床为国家中医药管理局重点学科。学院与西南医科大学附属中医医院实行“院院合一”管理体制,拥有基础和临床两大教学团队。一是近年来因招生规模、授课对象的逐渐扩大和增多,教学方法改革跟不上等因素使得学时不断增多,同时师资队伍的数量和质量增幅缓慢,也明显落后于学时增加。二是随着医院事业的飞速发展,临床各科室超负荷运转,临床工作牵扯了临床教师绝大部分精力,从而导致投入教学的精力不足。三是教学管理人员队伍没有充实到位。学院虽然有一名副院长直接分管本科教学工作,但同时还分管科研、实验室、研究生等其他工作;而直接服务教学一线的管理人员更是缺编严重,难以从容应对日常的教学管理、建设和改革工作。

**2.1.1.3 基地层面** 据研究表明,临床技能的培养与学校的理论知识学习成绩无必然联系。这从侧面说明临床实习教学及医院住院医师培训在学生临床技能培养锻炼过程中起到了更主要的作用。我校中西医结合专业的实习基地有9个,主要分布在川渝两地,但由于基地医院在整体实力水平、教师带教能力、重视学生程度等方面客观上存在差异,从而使得学生们要求掌握的临床知识和技能不能保证全覆盖、全一致。

**2.1.1.4 教师层面** 受现行职称评审条件和绩效工资改革方案影响,教师在选择岗位时普遍倾向于科研岗位。这种倾向对教学中心地位有一定冲击。同时对教学、科研能力重要性评价存在分歧,也在一定程度上导致了教师在两者精力和时间投入比例上失衡,容易挫伤广大教师对教学问题研究的积极性。

**2.1.1.5 学生层面** 一方面在校期间由于总课时和周学时偏多,学生的自主学习、自主探究知识融合时间总体偏少。另一方面在实习期间,学生们虽然能清醒认识到临床实习是最重要环节,但是实际情况却是绝大多数学生都想继续深造,所以往往把大部分精力用在了备战研究生入学考试的方方面面,从而疏忽了对基础、临床知识技能的学习、巩固和融合。

**2.1.2 客观方面** 历年来中西医结合执业医师合格分数线都比较高。2012年377分、2013年377分、2014年365分、2015年373分,自2016年起国家医学考试中心规定

将中西医结合执业医师通过分数线固定为360分。可以看出国家分数线虽然有所下降,但对我校的中西医结合执业医师考核通过率影响甚少,在一定程度上说明我校通过考生的分数居于高分段位的比较多。相反一些兄弟院校由于处于低分段位的通过考生比较多,2016年合格线的下降则直接提升了其他兄弟院校的整体通过率,从而对我校在全国的排位有一定影响。

**2.2 学科平均成绩及掌握率对比** 表2数据显示,近五年我校考生的中医基础知识、现代医学及公共知识、临床知识三大学科平均分和掌握率均高于全国平均水平。从2012年起,我校中医基础知识的平均分和平均掌握率逐年上升,但增长幅度不大。现代医学及公共知识的平均分和平均分掌握率有升降起伏,但波动较小。临床知识的平均分和平均分掌握率虽逐年提高,但在2016年有所下降,较2015年降幅分别为0.76、0.27个百分点,究其原因,可能与前面所述的学生考研人数上升较快有较大关联。

表2 学科平均成绩及掌握率对比

科目	年度	主体	平均分(分)	平均分差值(分)	平均掌握率(%)	平均掌握率差值(%)
中医基础知识	2012	本校	75.53	1.18	68.67	1.09
		全国	74.35		67.58	
	2013	本校	90.92	4.39	69.94	3.38
		全国	86.53		66.56	
	2014	本校	89.79	4.79	69.07	3.69
		全国	85.00		65.38	
	2015	本校	95.77	7.55	73.67	5.81
		全国	88.22		67.86	
	2016	本校	102.27	7.63	78.67	5.87
		全国	94.64		72.80	
现代医学及公共知识	2012	本校	103.99	9.41	65.00	5.90
		全国	94.58		59.10	
	2013	本校	126.72	13.38	70.40	7.44
		全国	113.34		62.96	
	2014	本校	116.56	12.12	64.75	6.73
		全国	104.44		58.02	
	2015	本校	130.04	14.35	72.24	7.97
		全国	115.69		64.27	
	2016	本校	127.90	13.05	71.06	7.25
		全国	114.85		63.81	
临床知识	2012	本校	218.93	12.92	66.34	3.92
		全国	206.01		62.42	
	2013	本校	191.86	14.99	66.16	5.41
		全国	176.87		60.75	
	2014	本校	189.79	15.45	65.45	5.48
		全国	174.34		59.97	
	2015	本校	193.13	17.31	66.60	5.97
		全国	175.82		60.63	
	2016	本校	201.44	16.55	69.46	5.70
		全国	184.89		63.76	

**2.3 以认知层次划分的平均成绩及平均掌握率** 从表3的数据不难看出,2012年至2016年我校考生在不同认知层

次划分的平均分和平均掌握率均高于全国平均水平,而且是知识成绩高于技能成绩。这一点可以充分说明我校考生理论知识掌握情况相对较好,但在自身技能层次与理论水平相比仍存在不足。技能层次虽高于全国平均水平但优势相对较小的原因可能有以下2个方面。

表3 以知识层次划分的平均成绩及平均掌握率

年度	层次	主体	平均分数 (分)	平均分 差值(分)	平均 掌握率(%)	平均掌握率 差值(%)
2012	知识	本校	273.73	16.83	66.12	4.07
		全国	256.90		62.05	
	技能	本校	124.73	6.74	67.06	3.62
		全国	117.99		63.44	
2013	知识	本校	286.95	23.68	68.81	5.68
		全国	263.27		63.13	
	技能	本校	122.55	9.8	66.97	5.36
		全国	112.75		61.61	
2014	知识	本校	277.47	23.81	65.75	5.64
		全国	253.66		60.11	
	技能	本校	118.67	8.99	66.67	5.05
		全国	109.68		61.62	
2015	知识	本校	301.40	29.03	70.59	6.80
		全国	272.37		63.79	
	技能	本校	117.54	10.17	67.94	5.88
		全国	107.37		62.06	
2016	知识	本校	300.77	27.20	72.13	6.53
		全国	273.57		65.60	
	技能	本校	130.84	10.03	71.50	5.48
		全国	120.81		66.02	

2.3.1 教师传道授业水平不齐 临床教师在教学过程中还没有很好地将课本知识与执业医师考试相关要求紧密结合起来,且正如前面所述的临床教师医教研压力过大,没有潜下心来进行教学研究和自我教学水平提升,讲授临床技能知识的技巧便不能及时更新。同时还一定程度存在年青医生授课带教的现象,这些教师由于刚参加工作不久,临床教学经验都显不足,其效果大打折扣。

2.3.2 学生知识掌握程度不一 中西医结合执业医师考试笔试中共有五门科目涉及技能层次的考试,分别为中西医结合内科学、外科学、妇科学、儿科学和针灸学。这几门临床课的课时有限,而课程的内容多、涉及的知识面广,因此要求学生在有限的教学课时内比较充分地理解和掌握理论知识和实践技能难度相当大。

### 3 基于上述分析结果的对策建议

《报告》客观、真实地反映了我校中西医结合专业毕业生参加执业医师考试的基本情况,也说明了我们在认识上、行动上存在很大不足。因此,针对上述系列的原因分析、症结查找,结合实际制定相应措施、加强整改落实刻不容缓。

3.1 注重思想发动政策引领 医师资格考试是《执业医师法》规定的行业准入制度,具有不可替代的重要作用<sup>[1]</sup>。全校上下要一盘棋,在思想上高度统一认识,切

实以《本科医学教育标准—中医学专业》《医师资格考试发展规划(2018—2020年)》为遵循,以新一轮专业认证为契机,以加强师资队伍建设和为抓手,全面深化中医学类专业教学质量改革,进一步提升教育教学水平,切实提高学生培养质量。

3.2 修订完善人才培养方案 人才培养方案是学校人才培养的顶层设计和实施方案,举足轻重。结合学校新一轮人才培养方案修订工作,进一步完善中西医结合临床专业人才培养目标和方案。将中医类别执业医师资格考试要求作为重要参考要素之一,将基本理论、基本知识、基本技能“三驾马车”摆上同等重要位置,加强学生的中西医结合临床诊疗、终身学习和创新实践能力培养。

3.3 加强课程间的交叉融合 学校要充分结合中西医结合执业医师资格考试要求对课程进行整体优化设计,坚定走逐步淡化学科界限之路,重视课程间的逻辑联系和内在规律<sup>[2]</sup>。加强各相关课程内容特别是人文社会科学与中医学和西医学临床之间的交叉渗透。只有构建起合理的课程体系,才能更好地实现中西医结合专业各门课程与执业医师考试要求的承接配套。

3.4 及时更新教育教学理念 学生的综合素质、自主学习和独立解决临床实际问题的能力是执业医师资格考试的重点,这就需要我们牢固树立“以学生为中心的教育理念”,摒弃以“教师为中心”“课堂为中心”“灌输式教学”为代表的传统课堂教学方法,积极推进教学方法和教学手段的改革,逐步从单一的教学方法转向启发式教学、探究式、研讨式的教学方法<sup>[3]</sup>。

3.5 加强实践教学基地建设 对学生实践能力的严格要求是中西医结合执业医师资格考试的重要目标。因此我们要坚持“早临床、多临床、反复临床”原则,结合学校正在推进的校院两级管理体制的改革,进一步加强学院直接对实践教学基地的遴选、管理和指导工作。只有构建起了数量充足、关系稳固、水平较高的教学基地平台,才能不断提高学生临床实践能力。

3.6 逐步稳妥推进“导师制” 实行本科生导师制是高等医学教育特别与师承教育的契合点。坚持“厚基础、强经典、重实践”原则,引入中医师承教育的优势资源和方法,选拔一定比例的优秀学生在第三学年选定学业导师进行临床跟师学习,也可以在导师指导下参加部分科研创新活动。这样不仅能培养学生自主学习能力、科研创新能力,也可以延长拓宽学生接触临床实践的有效面。

### 参考文献

- [1]国家卫生和计划生育委员会,医师资格考试委员会.国家卫生计生委医师资格考试委员会关于印发《医师资格考试发展规划(2018—2020年)》的通知[EB/OL].(2017-12-21).<http://www.nhfp.gov.cn/yzygj/s7655/201801/2c18869b10c54f769790f2c3cdc0bf47.shtml>.
- [2]尹萌.以中医类别执业医师资格考试为导向的本科教育教学改革[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(6):42-45.
- [3]许克祥.执业医师考试成绩比较分析与思考[J].河北联合大学学报(医学版),2012,14(5):723-724.

(本文编辑:张文娟 本文校对:廖慧玲 收稿日期:2018-05-30)

## 论 著 WORKS

# 益气活血解毒法治疗不稳定型心绞痛 52 例疗效分析<sup>\*</sup>

 董峰<sup>1</sup> 吕艳斐<sup>2</sup> 丁书文<sup>3</sup> 李晓<sup>3\*</sup>

 (1 山东中医药大学附属医院综合内科,山东 济南 250011;2 山东省立医院针灸理疗康复科,山东 济南 250021;  
3 山东中医药大学附属医院心内科,山东 济南 250011)

**摘要:**目的 观察益气活血解毒法治疗不稳定型心绞痛的临床疗效。方法 将105例不稳定型心绞痛患者随机分为2组,对照组给予西医常规治疗,治疗组给予益气活血解毒法联合西医常规治疗,观察2组临床疗效。结果 治疗后治疗组心绞痛疗效、心电图疗效、中医症状疗效以及硝酸甘油停减率均优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。结论 益气活血解毒法联合西医治疗不稳定型心绞痛优于单纯西医治疗,临床疗效显著,值得推广应用。

**关键词:** 不稳定型心绞痛; 益气活血解毒; 中西医结合疗法; 心悸

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.020

文章编号:1672-2779(2018)-18-0044-02

## Analysis on the Curative Effect of Tonifying Qi and Invigorating Blood Circulation for Removing Toxicity Method in the Treatment of Unstable Angina Pectoris for 52 Cases

 DONG Feng<sup>1</sup>, LYU Yanfei<sup>2</sup>, DING Shuwen<sup>3</sup>, LI Xiao<sup>3\*</sup>

(1. Department of General Medicine, the Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250011, China;

2. Department of acupuncture therapy and rehabilitation Shandong Province-owned Hospital, Shandong Province, Jinan 250021, China;

3. Department of Cardiology, the Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250011, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical efficacy of tonifying qi and invigorating blood circulation for removing toxicity method in the treatment of unstable angina pectoris. **Methods** 105 patients with unstable angina were randomly divided into two groups. The control group was given conventional treatment with western medicine. The treatment group was given tonifying qi and invigorating blood circulation for removing toxicity method combined with western medicine routine treatment. The clinical efficacy of the two groups was observed. **Results** The effects of angina pectoris, electrocardiogram, TCM symptoms and nitroglycerin in the treatment group were better than those in the control group after treatment, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). **Conclusion** The tonifying qi and invigorating blood circulation for removing toxicity method in the treatment of unstable angina pectoris is better than western medicine treatment, the clinical curative effect is remarkable, and it is worthy of promotion and application.

**Keywords:** unstable angina pectoris; tonifying qi and invigorating blood circulation for removing toxicity; therapy of integrated medicine; palpitation

不稳定型心绞痛是冠状动脉粥样硬化进展所致的血管腔进行性狭窄或粥样斑块破裂、糜烂,伴有不同程度的表面血栓形成、血管痉挛及远端血管栓塞导致的一组临床症状。丁书文教授认为气虚血瘀是不稳定型心绞痛的发病基础,热毒伤络是重要致病环节。近年来,我们运用益气活血解毒法治疗不稳定型心绞痛疗效显著,报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2014年5月—2017年7月我院接诊的门诊及住院不稳定型心绞痛患者105例,采用随机数字表法分为观察组52例和对照组53例。治疗组中男28例,女24例;年龄43~68岁。对照组中男27例,女25例;年龄42~70岁。

**1.2 诊断标准** 依据国家中医药管理局医政司胸痹急症协作组制定的《胸痹心痛(冠心病心绞痛)急症诊疗规范》及参照2012年中华医学会心血管病学分会制定

的《非ST段抬高急性冠状动脉诊断和治疗指南》<sup>[1]</sup>胸痹心痛病(不稳定型心绞痛)的诊断标准,并排除急性心肌梗死、主动脉夹层、肺动脉栓塞等病证。

**1.3 治疗方法** 对照组:给予西医常规治疗:阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司生产,国药准字J20130078) 0.1 g,每日1次,酒石酸美托洛尔片(阿斯利康药业(中国)有限公司生产,国药准字H32025391) 25 mg,每日2次,阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司生产,国药准字H20051408) 20 mg,每日1次,单硝酸异山梨酯片(鲁南贝特制药有限公司生产,国药准字H10940039) 20 mg,每日2次,并根据病情给予降血压、抗凝等治疗。心绞痛发作可临时给予硝酸甘油(北京益民药业有限公司生产,国药准字H11021022) 0.5 mg舌下含服,必要时5 min重复1次,总量不超过1.5 mg。

观察组:给予西医常规治疗和中药治疗。黄芪30 g,麦冬18 g,五味子9 g,川芎15 g,烫水蛭6 g,葛根18 g,三七粉3 g(冲服),连翘15 g,半枝莲15 g,黄连12 g,栀子9 g,冰片0.2 g(冲服),醋延胡索15 g,甘草6 g。以上中药由我院中药房调配,水煎400 mL,分早、晚2次温服,日1剂。

<sup>\*</sup> 基金项目:国家科技支撑计划[No.2007BAI10B01-048];国家中医药管理局全国名老中医药专家丁书文传承工作室项目

<sup>\*</sup> 通讯作者:lixiao617@163.com

## 1.4 疗效标准

**1.4.1 心绞痛及心电图疗效评定标准** 依据《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准》拟定评定标准。显效：心绞痛症状消失或基本消失，心电图恢复至“大致正常”（或“正常范围”）；有效：心绞痛发作频率、程度及持续时间明显减轻，S-T段的降低在治疗后回升0.05 mV以上，在主要导联倒置T波变浅（达25%以上者）；无效：心绞痛症状和心电图基本与治疗前相同；加重：心绞痛发作频率、程度及持续时间较治疗前加重，S-T段较治疗前降低0.05 mV以上，在主要导联倒置T波加深（达25%以上）。

**1.4.2 中医症状积分疗效标准** 显效：临床症状明显改善，证候积分降低 $\geq 2/3$ ；有效：临床症状有所好转，证候积分降低 $\geq 1/3$ ，但 $< 2/3$ ；无效：临床症状无明显改善，甚或加重，证候积分降低 $< 1/3$ 。

**1.4.3 硝酸甘油停减率** 停药：治疗后完全停用硝酸甘油；减量：治疗后硝酸甘油停减率达50%以上；未减量：治疗后硝酸甘油停减率不足50%。

**1.5 统计学方法** 应用SPSS 17.0统计软件进行数据分析，计数资料采用卡方检验，等级资料采用秩和检验，以双侧 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义， $P < 0.01$ 为有显著统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者心绞痛疗效比较** 观察组52例中显效26例，有效20例，无效5例，加重1例，总有效率88.46%。对照组53例中显效9例，有效25例，无效15例，加重4例，总有效率64.15%。经秩和检验，有显著性差异（ $Z = -2.745$ ， $P < 0.01$ ），2组疗效比较，治疗组优于对照组。

**2.2 2组患者心电图疗效比较** 观察组52例中显效9例，有效20例，无效21例，加重2例，总有效率55.78%。对照组53例中显效4例，有效14例，无效30例，加重5例，总有效率33.96%。经秩和检验，有显著性差异（ $Z = -2.231$ ， $P < 0.05$ ），2组疗效比较，治疗组优于对照组。

**2.3 2组患者中医症状疗效比较** 观察组52例中显效29例，有效20例，无效3例，总有效率94.23%。对照组53例中显效10例，有效28例，无效15例，总有效率71.69%。经秩和检验，有显著性差异（ $Z = -4.472$ ， $P < 0.01$ ），2组疗效比较，治疗组优于对照组。

**2.4 2组患者硝酸甘油减量情况比较** 治疗过程中根据患者病情变化调整硝酸甘油用量，治疗结束后2组患者硝酸甘油用量情况如表1。观察组停药11例，停药率21.15%；减量16例，停减率66.04%。2组相比，经秩和检验，有显著性差异（ $Z = -2.897$ ， $P < 0.01$ ）。

表1 2组患者治疗前后硝酸酯类药物减量情况 [例(%)]

组别	例数	停药	减量	未减量	停减率
观察组	52	11	24	17	35(66.04)
对照组	53	3	13	37	16(30.19)

**2.5 不良反应** 观察组中有1例患者出现谷丙转氨酶升

高，1例头痛；对照组中有2例患者出现谷丙转氨酶升高，1例胃部不适，均不影响正常治疗。

## 3 讨论

丁书文教授认为气虚血瘀是不稳定型心绞痛的发病根本，而热毒伤络是其顽固难愈的关键病机和发病特征。本虚标实是本病的基本病机，气虚是内生毒邪的病理基础，气虚常导致脏腑功能失调，气血运行紊乱，如若加之饮食不节、情志内伤及外感毒邪等诱因，极易引起诸邪蓄积<sup>[1]</sup>。正如《金匱要略心典》所载：“毒，邪气蕴结不解之谓。”热毒属阳邪，熏蒸内炽，燔灼急迫，正如《内经》中形容：“夫毒者，皆五行标盛暴烈之气所为也。”热毒蕴结于内，入血入络，灼伤津液，耗伤气血，损伤脏腑，加重气虚血瘀，又因其胶结壅滞不易解，常使毒邪久羁，顽固难愈。在本病的发生发展过程中，“毒邪”应作为一个独立的病因病机。因此，丁书文教授认为益气活血解毒是不稳定型心绞痛的治疗大法，补气是治本之法，活血化瘀是治疗常规，清热排毒是重要治法<sup>[2]</sup>。本方重用黄芪大补胸中之气，胸中之气即为宗气，贯心脉而行呼吸。《本经疏证》载：“黄芪一源三派，浚三焦之根，利营卫之气，故凡营卫间阻滞，无不尽通”，用其“损其心者，调其营卫”之意。黄芪合麦冬、五味子，一补一润一敛，可奏益气生脉之效<sup>[3]</sup>，共为君药。川芎、烫水蛭、葛根、三七粉活血化瘀，通络止痛；连翘、半枝莲、黄连、栀子清热解毒，共为臣药。醋延胡索活血止痛，冰片清热开窍，通络止痛，两者为佐。甘草调和诸药为使。诸药合用，共奏益气活血解毒之效，扶正祛邪，标本兼治，效果显著。实验及药理学研究表明，黄芪多糖对心肌急性缺血有良好的保护作用，同时能扩张冠状动脉及外周阻力血管，降低心脏负荷，改善心功能；五味子其有效成分有 $\beta$ 受体阻滞剂样作用，还可抑制血小板聚集；川芎中的川芎嗪能够改善冠脉血液循环，抗血小板聚集，有效减轻自由基对组织的损伤；水蛭和三七可抑制凝血和促进纤溶系统功能，降低血液黏稠度，改善血管内皮功能；黄连、栀子、连翘、半枝莲均有一定的解热、抗炎及镇静作用，黄连还能有效降低血脂水平，稳定斑块；冰片对冠脉痉挛有很好的防治作用，减轻缺血缺氧所致的心肌损伤。本观察表明，在西医常规治疗的基础上，中药运用益气活血解毒法治疗不稳定型心绞痛能够明显减轻心绞痛症状，减少心绞痛的发作频率，改善患者的生活质量，值得临床进一步推广应用。由于本研究中存在着样本量较小、跟踪时间短等问题，未能评估患者的远期预后，仍需进一步深入研究。

## 参考文献

- [1]中华医学会心血管病学分会.中华心血管病杂志编辑委员会.非ST段抬高急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2012,40(5):353-364.
- [2]丁书文,李晓.热毒学说在心系疾病中的构建与应用[J].山东中医药大学学报,2004,28(6):413-416.
- [3]丁书文,李晓.试论益气活血解毒是治疗冠心病的基本大法[J].中华中医药杂志,2012,27(12):3141-3144.
- [4]李晓.丁书文.论治冠心病经验[J].山东中医杂志,2007,26(9):641-644.  
(本文编辑:张文娟 本文校对:周亮 收稿日期:2018-06-05)

## 2型糖尿病六经辨证分型及与生化指标相关性研究

卢伟炽<sup>1</sup> 郭平<sup>2</sup>

(1 广州中医药大学第一附属医院内分泌科, 广东 广州 510405; 2 广州丹邈医疗门诊, 广东 广州 510000)

**摘要:**目的 探讨2型糖尿病患者六经辨证分型与生化指标的关系, 为六经辨证客观化提供参考。方法 纳入399例2型糖尿病患者, 按六经辨证进行分型, 分析证型与糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后2h血糖、空腹胰岛素、餐后2h胰岛素、低密度胆固醇、甘油三酯的关系。结果 少阳证发病率最高, 少阴证、太阴证糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后2h血糖较其他证型低, 太阳证餐后2h胰岛素较其他证型高, 太阴证甘油三酯明显高于太阳证、阳明证、少阳证、厥阴证、太阴证, 少阴证低密度胆固醇明显高于太阳证、阳明证、少阳证、厥阴证、太阴证、寒热错杂证。结论 2型糖尿病六经证型与糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后2h血糖、空腹胰岛素、餐后2h胰岛素、低密度胆固醇、甘油三酯存在一定相关性, 对六经辨证客观化具有参考价值。

**关键词:** 2型糖尿病; 六经辨证; 生化指标; 消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.021

文章编号:1672-2779(2018)-18-0046-03

### Analysis on the Correlativity between Six-meridian Syndrome Differentiation and Biochemical Indexes of Patients with Type 2 Diabetes

LU Weichi<sup>1</sup>, GUO Ping<sup>2</sup>

(1. Department of Endocrinology, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China;

2. Danmiao's Outpatient Clinic, Guangdong Province, Guangzhou 510000, China)

**Abstract: Objective** To approach the correlativity between six-meridian syndrome differentiation and biochemical indexes of patients with type 2 diabetes, and to an objective basis for six-meridian syndrome differentiation of type 2 diabetes. **Methods** 399 cases of included patients with type 2 diabetes were differentiated by syndromes according to six-meridian syndrome differentiation. The correlativity between syndrome types and glycosylated hemoglobin (HbA1c), fasting blood glucose (FBG), postprandial blood glucose (PBG), fasting insulin (Fins), post-meal insulin, low density lipoprotein cholesterol (LDL-C), triglyceride (TG) was analyzed. **Results** In six-meridian syndromes, Shaoyang syndrome was the most common. HbA1c, FBG and PBG of Shaoyin syndrome and Taiyin syndrome were lower than other syndromes. The post-meal insulin of Taiyang syndrome was higher than other syndromes. TG of Taiyin syndrome was obviously higher than other syndrome, and LDL-C of Shaoyin syndromes was obviously higher than other syndromes. **Conclusion** In Six-meridian syndromes of patients with type 2 diabetes, Shaoyang syndrome is the most common, between different syndrome and HbA1c, FBG, PBG, Fins, post-meal insulin, LDL-C and TG, there is a certain correlativity, which has the worth of reference for objectification of six-meridian syndrome differentiation.

**Keywords:** type 2 diabetes; six-meridian syndrome differentiation; biochemical indexes; consumptive thirst

近年来,随着我国经济的发展以及人民生活水平的提高,2型糖尿病的发病率也在逐步增高。1项关于亚洲人群2型糖尿病发病率的调查研究表明,我国现已经成为仅次于印度的2型糖尿病大国,预计到2025年我国将有2亿的2型糖尿病患者<sup>[1]</sup>。而根据我国国家卫生部调查显示,我国每天约新增3000例糖尿病患者,每年约增加120万例。在这些糖尿病患者中,2型糖尿病患者约占90%~95%<sup>[2]</sup>。糖尿病及其并发症会导致患者极大的痛苦并带来沉重的家庭负担。因此控制糖尿病,以及减少、延缓糖尿病并发症的发生已经成为整个社会的一个严峻的任务。我国传统医学对糖尿病的治疗、研究源远流长。2型糖尿病属于我国传统医学中“消渴病”范畴,对消渴病的辨证主要依靠四诊合参的脏腑辨证为主,而采用六经辨治的较少。六经辨证是《伤寒论》中提出的辨证方法,运用六经辨证对2型糖尿病进行辨证论治,可为中医治疗糖尿病提供一个崭新的方向。广州中医药大学内分泌科是全国糖尿病重点专科,近20年来在运用六经辨证治疗糖尿病方面取得了丰硕的成果、积累了丰富的经验。因此,

进一步研究2型糖尿病与六经辨证分型的关系,提高临床辨证治疗具有一定的指导和参考意义。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 观察对象为广州中医药大学第一附属医院2016年1月—2017年12月的糖尿病住院患者(399例),年龄20~84岁,平均(57.67±12.90)岁,平均病程(9.09±7.00)年。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 糖尿病西医诊断标准参见2007年《中国2型糖尿病防治指南》。空腹血糖(FPG)≥7.0 mmol/L;或糖耐量试验(OGTT)中服糖2h血糖(2HPG)≥11.1 mmol/L;或随机血糖≥11.1 mmol/L。

**1.2.2 中医诊断标准** 参照中华中医药学会2007年《糖尿病中医防治指南》。多饮、多食、多尿、形体消瘦,或尿糖增高等表现,是诊断糖尿病的主要依据。

**1.2.3 证候诊断** 参照广州中医药大学第一附属医院内分泌科2016年消渴病专科诊疗方案,将其按照六经特点进行归类。主要的证型有(1)太阳证-痰热互结兼

气阴两伤证：多饮多食多尿，便秘便干，口唇紫暗，舌质暗红，边有瘀斑，舌下静脉青紫，脉沉而涩等。

(2) 阳明证-肺胃热盛兼气阴两伤证：口干咽燥，口渴无度，欲冷饮甚多，饮后可舒，食欲亢进，易饥饿，进食量多，身恶热，热汗出，汗后背部恶风寒，或伴发热，舌干红苔黄燥，脉洪大。

(3) 少阳证-少阳失枢，胆火内郁证：口渴咽干，饮水不多，口苦，情绪不佳，心烦，纳差，时有呕恶或紧张焦虑，失眠，消极，心神不安，右胁部胀痛，隐痛或刺痛，胃脘部痞胀或闷痛，耳鸣耳闷胀，目赤，目眩。患者主诉症状繁杂，舌红或暗、或边尖红，苔白或薄黄，脉弦细。

(4) 太阴证-太阴虚寒证：微渴或不渴，纳呆，食谷欲呕，呕吐物无酸腐气味，或呕吐痰涎清水，手足冷汗出，大便稀烂不成形或初硬后溏，或伴胃腹满或疼痛，喜温喜按，舌淡苔白，脉沉弱。

(5) 少阴证-少阴阳虚寒湿证：小便频数量多，饮一斗，溲一斗，有泡沫，手足厥冷，畏寒肢冷，神疲倦怠，少气懒言，四肢乏力，腰酸膝软，或伴性欲淡漠，周身疼痛，关节疼痛，腰膝肩背寒痛，舌淡苔白或白滑，边有齿印，脉沉迟弱。

(6) 厥阴证-厥阴经脏虚寒证：干呕，吐涎沫，巅顶痛，目光滞涩，目常流泪，遇寒加重或迎风流泪，视力障碍，女子月经不调或白带量多，外阴瘙痒，男子睾丸痛，或四肢手足麻痹、厥寒，舌淡、苔白，脉沉或微细。

(7) 阴阳寒热错杂证：纳呆，胃脘痞满，满而不痛，微渴，下利，呕逆肠鸣，舌淡，苔白腻或微黄，脉弦细数。

1.3 纳入标准 第一诊断符合2型糖尿病的住院患者；一般资料完整的18~85岁患者。

1.4 排除标准 合病严重心、肝、肾、脑重要脏器疾病患者，合并有恶性肿瘤及免疫系统疾病的患者。

1.5 观察指标 糖化血红蛋白，空腹血糖，餐后2 h血糖，空腹胰岛素，餐后2 h胰岛素，甘油三酯，低密度脂蛋白胆固醇，分析其与六经辨证分型的相关性。

1.6 统计学方法 计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，采用SPSS 21.0统计软件分析处理。满足正态分布且方差齐的进行单因素方差分析；若不满足正态分布或方差齐的数据则运用秩和检验，一般认为  $P < 0.05$  为差异有统计意义。

## 2 结果

表1 2型糖尿病六经证型总体分布情况 [例(%)]

证型	例数	百分比
太阳证	70	17.54
阳明证	26	6.52
少阳证	153	38.35
太阴证	34	8.52
少阴证	74	18.55
厥阴证	23	5.76
阴阳寒热错杂证	19	4.76
总数	399	100.00

表1结果显示399例患者中，少阳证比例最高，共153例，其次则是少阴证及太阳证，分别有74例、70例。阳明证、太阴证、厥阴证以及寒热错杂证比例较少。

表2 2型糖尿病六经证型间性别分布 (例)

性别	阴证	阳证	阴阳寒热错杂证	合计
男	56	156	12	224
女	73	95	7	175

表2结果显示，男性发病例数高，共244例，发病率为56.14%，且以阳证为主；女性发病例数175例，发病率为43.86%，阴证、阳证发病率相差不多。

表3 2型糖尿病六经证型的糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后2 h血糖水平比较  $(\bar{x} \pm s)$

证型	糖化血红蛋白(%)	空腹血糖(mmol/L)	餐后2 h血糖(mmol/L)
太阳证	10.31±2.71	9.86±4.37	17.88±6.04
阳明证	10.30±3.13	8.64±3.27	14.14±6.81 <sup>○○</sup>
少阳证	9.33±2.54	9.25±3.73	17.99±5.15
太阴证	8.62±2.78*	8.54±4.24	14.79±5.92***
少阴证	8.08±2.21 <sup>△</sup>	7.46±2.90 <sup>△△</sup>	15.03±4.72 <sup>△△△</sup>
厥阴证	10.00±2.54	11.91±4.54	20.26±5.49
阴阳寒热错杂证	8.66±1.89	9.88±3.50	15.18±4.19
总数	9.28±2.65	9.10±3.89	16.89±5.63

注：与太阳证比较，<sup>△</sup> $P < 0.01$ ，\* $P < 0.01$ ；与太阳证、厥阴证比较，<sup>△△</sup> $P < 0.01$ ；与少阳证、厥阴证比较，<sup>○○</sup> $P < 0.05$ ，\*\*\* $P < 0.05$ ，<sup>△△△</sup> $P < 0.01$

表3结果显示，太阴证、少阴证的糖化血红蛋白水平低于太阳证，差异有显著统计学意义 ( $P < 0.01$ )。少阴证空腹血糖水平低于太阳证、厥阴证组，差异有显著统计学意义 ( $P < 0.01$ )。阳明证、太阴证、少阴证餐后2 h血糖水平低于少阳证及厥阴证，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表4 2型糖尿病六经证型的空腹胰岛素、餐后2 h胰岛素水平比较  $(\bar{x} \pm s, \text{uIU/mL})$

证型	空腹胰岛素	餐后2 h胰岛素
太阳证	13.61±6.99	54.15±29.73 <sup>●</sup>
阳明证	12.18±2.65	41.19±15.54 <sup>◆</sup>
少阳证	7.87±8.89 <sup>◇</sup>	30.65±20.09
太阴证	6.83±3.92*	27.84±14.89
少阴证	9.85±10.86 <sup>△</sup>	36.58±30.69
厥阴证	9.14±7.29 <sup>□</sup>	26.19±21.29
阴阳寒热错杂证	11.47±5.70	43.55±24.97
总数	9.68±8.47	36.69±25.51

注：与太阳证、阳明证、寒热错杂证比较，\* $P < 0.05$ ，<sup>◇</sup> $P < 0.01$ ；与太阳证、阳明证比较，<sup>△</sup> $P < 0.05$ ，<sup>□</sup> $P < 0.05$ ；与太阴证、厥阴证、少阴证、少阳证比较，<sup>●</sup> $P < 0.01$ ，与少阳证、厥阴证比较，<sup>◆</sup> $P < 0.05$

表4结果显示，少阳证、太阴证空腹胰岛素水平较太阳证、阳明证、寒热错杂证低，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。少阴证、厥阴证空腹胰岛素水平较太阳、阳明证低，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。太阳证餐后2 h胰岛素水平较太阴证、厥阴证、少阴证少阳证高，差异有显著统计学意义 ( $P < 0.01$ )。阳明证餐后胰岛素

水平较少阳证、厥阴证高，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表5 2型糖尿病六经证型的低密度胆固醇、甘油三酯水平比较  
( $\bar{x} \pm s$ , mmol/L)

证型	低密度胆固醇	甘油三酯
太阳证	3.11±1.38	2.94±2.31
阳明证	2.81±1.28	2.61±3.06
少阳证	3.33±2.04	2.39±2.82
太阴证	2.95±1.11	4.00±2.13*
少阴证	4.17±1.21 <sup>△</sup>	2.27±0.93
厥阴证	2.84±0.77	1.96±0.85
阴阳寒热错杂证	2.54±1.08	3.27±3.44
总数	3.11±1.64	2.63±2.44

注:与太阳证、阳明证、少阳证、厥阴证、太阴证、寒热错杂证比较,  $^{\Delta}P < 0.01$ ;与太阳证、阳明证、少阳证、厥阴证、太阴证比较, \* $P < 0.01$

表5结果显示,少阴证低密度胆固醇水平较太阳证、阳明证、少阳证、厥阴证、寒热错杂证高,差异有显著统计学意义 ( $P < 0.01$ );太阴证甘油三酯水平太阳证、阳明证、少阳证、厥阴证、太阴证高,差异有显著统计学意义 ( $P < 0.01$ )。

### 3 讨论

2型糖尿病属中医学中“消渴”的范畴,最早见于《黄帝内经》。在张仲景的《金匮要略》中也对消渴病的辨证、治疗进行了论述,如《金匮要略》云:“男子消渴,小便反多,以饮一斗,小便一斗,肾气丸主之。”目前认为其病因病机主要有:(1)禀赋不足,五脏柔弱,如《黄帝内经》云:“五脏皆柔弱者,善病消瘵。”(2)饮食失节,《素问·奇病论》云:“此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也,肥者令人中热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴。”(3)情志失调,《灵枢·五变》云:“怒则气上逆,……热则肖肌肤,故为消瘵。”(4)劳逸失节,《千金要方·消渴篇》曰:“凡人生防恣者众,盛壮之时,……此房事不节所致也”。而在辨证方法上,随着医学技术的发展及对糖尿病更进一步的认识,传统的“三消辨证”已无法适应临床上对糖尿病的治疗,需要寻找更实用的辨证方法来取代“三消辨证”。本研究尝试糖尿病的六经辨证与相关指标进行分析,以寻求两者之间的联系。研究发现,少阳证发病率最高,达38.35%。少阳主枢,主情志,此证的临床表现类似于糖尿病抑郁症。研究显示,患者的负面情绪可以导致神经内分泌失调,降低胰岛素的分泌并升高升糖激素的分泌量,使血糖升高<sup>[3-4]</sup>。而此证的发病率与WTO统计的糖尿病抑郁症发病率相近<sup>[5]</sup>,体现了情志失调在糖尿病发病中的重要性。另外,不同证型的2型糖尿病患者糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后2h血糖等指标相比有差异。特

别是少阴证、太阴证糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后血糖均值都偏低,其中糖化血红蛋白均值分别为(8.62±2.78)、(8.08±2.21)。此说明少阴证与太阴证的病人血糖控制并不差,住院治疗的主要原因不是控制血糖而在于其他糖尿病症状。而太阴证、少阴证病人症状多有疲倦乏力、纳呆便溏、腰腹冷痛等阳气受损表现,与糖尿病引起的疲劳综合征相类似。太阳证在餐后2h胰岛素均值上最高,且在糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后血糖上均较总体均值高。初发糖尿病病人多为中年肥胖之人,此类病人口干、口渴等症状明显,且BMI高,胰岛素抵抗大。太阳证为六经病的初始阶段,研究结果显示,此证型胰岛素分泌量大,血糖水平高,胰岛素抵抗大,与初发2型糖尿病类似。在低密度胆固醇及甘油三酯的统计结果显示,太阴证在甘油三酯的均值较高,少阴证在低密度胆固醇均值上最高,与其他大部分证型比较有差异。太阴证的特点是脾胃虚弱,特别是阳气亏虚;脾胃乃后天之本,脾胃虚弱,水谷精微物质运货受阻,酿生痰湿之邪。甘油三酯乃饮食中的精微物质,在太阴证患者中,脾胃虚弱,不能运化水谷精微,甘油三酯则代谢失常,滞留于血中,形成高甘油三酯血症。此研究结果和相关研究结果类似<sup>[6-7]</sup>。LDL-C是富含胆固醇的脂蛋白,其在血中含量过高会沉积于血管壁,促使动脉壁形成粥样硬化斑块,故LDL-C为动脉粥样硬化的危险因素。少阴主心肾,内寄元阴元阳。少阴证患者多为老年病人,肾中元阴元阳亏虚,不能化气行气,气机逆乱,导致LDL-C的转运功能下降,积聚于血中,导致LDL-C测定值高。此研究结果与李宝玲的研究结果相类似<sup>[8]</sup>。

综上所述,2型糖尿病患者的血糖、空腹胰岛素、餐后2h胰岛素、糖化血红蛋白、低密度胆固醇、甘油三酯等指标与六经证型存在相关性,对中医六经辨证客观化具有参考价值。

### 参考文献

- [1]Yoon KH,LEE JH,KIM JW,et al.Epidemic obesity and type 2 diabetes in Asia[J].Lancet,2006,368(9548):1681-1688.
- [2]YANG WY,LU JM,WENG JP,et al. Prevalence of diabetes among men and women in China[J].N Engl J Med,2010,362(12):1090-1101.
- [3]Gois C,Akiskal H,Akiskal K.The relationship between temperament,diabetes and depression[J].J Affect Disord,2012,142(10):S67-71.
- [4]Baskaran A,Milev R,McIntyre RS.A review of electroencephalographic changes in diabetes mellitus in relation to major depressive disorder[J].Neuropsychiatr Dis Treat,2013,9(1):143-150.
- [5]吴群励.糖尿病抑郁症与消渴兼证“郁证”及其中医治疗[J].中国临床医生,2006,34(5):13.
- [6]陶飞宝.2型糖尿病合并脂代谢紊乱的中医证候学研究[D].北京:北京中医药大学,2010.
- [7]吴俊宽.基于少阳太阴病机辨治糖尿病合并血脂异常的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2013.
- [8]李宝玲.2型糖尿病合并血脂异常的中医证候特点调查[D].广州:广州中医药大学,2015.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘树林 收稿日期:2018-06-05)



# 中医治疗三踝骨折的效果分析

马朝

(辽宁省义县中医院骨科, 辽宁 义县 121100)

**摘要:**目的 探讨中医治疗三踝骨折的临床效果。方法 随机选取2016年6月—2017年6月收治的三踝骨折患者102例,按照平行对照法分为研究组(中医综合疗法)与对照组(西医手术)。对比2组治疗效果。结果 研究组住院时间、骨折愈合时间均短于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗后6个月、12个月,研究组AOFAS踝-后足评分均优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );随访结束时,研究组、对照组关节功能优良率分别为94.12% (48/51)、80.39% (41/51),差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 三踝骨折治疗中应用中医综合疗法,能改善关节功能,缩短疗程,值得进行深入研究和推广。

**关键词:** 三踝骨折; 中医综合疗法; 关节功能

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.022

文章编号:1672-2779(2018)-18-0049-02

## Analysis on the Effect of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Trimalleolar Fracture

MA Zhao

(Orthopedics Department, Yixian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Yixian 121100, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of traditional Chinese medicine in the treatment of trimalleolar fracture. **Methods** 102 patients with malleolus fracture admitted to our hospital from June 2016 to June 2017 were randomly selected. They were divided into study group (comprehensive Chinese medicine therapy) and control group (western medicine surgery). The therapeutic effects were compared between the two groups. **Results** The duration of hospitalization and fracture healing of the study group were shorter than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). At 6 and 12 months after treatment, the AOFAS score of the study group was better than that of the control group, and there had statistically significant difference ( $P<0.05$ ). At the end of the follow-up, the rate of joint functional excellence in the study group and the control group was 94.12% and 80.39%, respectively, and there had statistically significant difference ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The comprehensive treatment of malleolus fracture with comprehensive traditional Chinese medicine therapy can improve the joint function and shorten the course of treatment.

**Keywords:** trimalleolar fracture; traditional Chinese medicine comprehensive therapy; joint function

汪翔等<sup>[1]</sup>提出,踝关节骨折发病率约为全部骨折疾病患者人数的3.92%,且呈现逐年增长趋势。而三踝骨折是一种多发踝关节骨折类型,会导致严重关节内损伤。以往,临床上多采用西医手术治疗,主要以切开复位内固定为主,但部分患者术后恢复效果仍欠佳。近年来,人们开始越来越多地关注中医在三踝骨折治疗中的应用。本研究旨在探讨三踝骨折治疗中中医综合疗法的应用,并对比西医切开复位内固定,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 经医院伦理委员会批准后,随机选取2016年6月—2017年6月本院收治的三踝骨折患者102例。研究组男34例,女17例;年龄24~46岁,平均(35.60±2.54)岁;病程1~18 h,平均(10.54±3.21)h;38例闭合骨折,13例开放骨折;32例交通事故伤,16例高空坠落伤,3例运动伤。对照组男33例,女18例;年龄25~47岁,平均(35.64±2.61)岁;病程1~18 h,平均(10.51±3.18)h;36例闭合骨折,15例开放骨折;31例交通事故伤,15例高空坠落伤,5例运动伤。2组一般资料对比, $P>0.05$ ,可对比。

**1.2 纳入标准** ①经X线、临床症状等检查确诊;②签

署知情同意书。

**1.3 排除标准** ①合并心、脑、肝、肾脏器疾病;②合并精神疾病、认知障碍等;③恶性肿瘤。按照平行对照法分组,各51例。

**1.4 治疗方法** 对照组给予切开复位内固定:仰卧位,连续硬膜外麻醉。依次切开外踝、内踝及后踝,依次复位后踝、外踝与内踝。切开后踝外侧,弧形切开内踝后端。后踝充分暴露,以2枚克氏针临时固定。X线下确保复位良好,以远端锁钉板固定腓骨,以拉力螺丝钉固定内踝、后踝。术后3周石膏外固定,给予抗生素预防感染治疗7 d。

研究组给予中医正骨手法:助手抱住患者大腿,术者握住患者足跟、足背,进行顺势拔伸牵引,确保骨折端对位;应用端提、折顶等方法,整复骨折或脱位,确保解剖复位良好。针对解剖复位不当者,采用器械辅助,以“金针拔骨”法复位,将一枚2.5 mm克氏针插入骨折间隙,经牵引或内外翻加大骨折端间隙,自间隙中分离软组织,或整复尚未对位的骨折端。透视下确保复位良好,分别在踝关节上胫骨前后径中点处、足跟后缘与内踝尖连线中点处、第一二跖骨颈部插入2.5 mm克氏针,安装外固定器。术后给予中药汤

剂：川木通、泽兰、红花、桃仁、五灵脂、木香各10 g，赤芍、当归尾各15 g，丹参20 g，田七30 g。以上药材以水煎服，取汁300 mL，1剂/d，分早晚2次服用。持续治疗2周。

**1.5 观察指标和评定标准** ①观察2组住院时间。②随访12个月，观察2组入院时、治疗后6个月、12个月美国足踝外科学会(AOFAS)踝-后足评分变化，最高100分，得分越高，情况越好<sup>[2]</sup>。③依据文献<sup>[3]</sup>拟定疗效评定标准：随访结束时AOFAS踝-后足评分为90~100分，踝关节活动度>80%，为优；以AOFAS踝-后足评分为75~89分，踝关节活动度50%~80%，为良；以AOFAS踝-后足评分为50~74分，踝关节伴轻中度肿胀感，关节活动度为20%~50%，为可；以AOFAS踝-后足评分<50分，关节活动度<20%，为差。优良率=优率+良率。

**1.6 统计学方法** 以SPSS 20.0统计学软件分析数据资料。计数资料样本容量 $n>40$ ，且理论频数 $T>5$ 时，用 $\chi^2$ 检验； $n>40$ ，但 $1<T<5$ 时，用校正 $\chi^2$ 检验。计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，以 $t/F$ 检验。 $P<0.05$ 表示有统计学差异。

## 2 结果

**2.1 2组住院时间、骨折愈合时间对比** 研究组住院时间、骨折愈合时间为 $(8.10\pm 2.05)$  d、 $(12.50\pm 3.51)$ 周，短于对照组的 $(13.26\pm 2.10)$  d、 $(14.92\pm 2.87)$ 周，差异有统计学意义( $t=12.557, 3.812, P=0.000, 0.000$ )。

**2.2 2组AOFAS踝-后足评分对比** 2组入院时AOFAS踝-后足评分对比，差异无统计学意义( $P>0.05$ )；治疗后6个月、12个月，2组AOFAS踝-后足评分均较入院时提升( $P<0.05$ )，且研究组优于对照组( $P<0.05$ )。见表1。

表1 2组治疗前后AOFAS踝-后足评分对比 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	入院时	治疗后6个月	治疗后12个月	<i>F</i> 值	<i>P</i> 值
研究组	68.51±3.65	83.40±9.95	92.65±4.52	170.956	0.000
对照组	69.05±4.02	78.95±8.54	88.60±3.84	140.797	0.000
<i>t</i> 值	0.710	2.424	4.877		
<i>P</i> 值	0.240	0.009	0.000		

**2.3 2组关节功能恢复疗效对比** 研究组关节功能优良率较对照组高( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组关节功能恢复疗效对比 [例(%)]

组别	例数	优	良	可	差	优良率
研究组	51	32	16	3	0	48(94.12)
对照组	51	28	13	8	2	41(80.39)
$\chi^2$ 值						4.320
<i>P</i> 值						0.038

## 3 讨论

三踝骨折是一种常见踝关节骨折类型<sup>[4]</sup>。该病若不及时治疗，极易导致出现畸形愈合、创伤性关节炎等

不良后果。郑炼生等<sup>[5]</sup>研究发现，部分三踝骨折患者单纯采用西医手术治疗的效果欠佳，加上手术操作较为繁琐，极易损伤骨膜，减缓骨痂形成，需实施二次手术。而且，术后单纯石膏或夹板外固定，难以满足解剖复位需求，极易因固定不良致使骨折端再次出现移位现象。

中医在三踝骨折整复治疗中进行了深入研究。比如，《世医得效方》中提出“或骨突出在内，用手正从此骨头拽归外……”。中医认为，骨折初期移位后牵拉周围软组织，存在可将移位骨折端拉回复位的恢复力。而中医正骨手法基于该理论，经由较轻的力量将骨折端牵拉复位，且具有操作简单、创伤小等特点，不必实施二次手术。本研究中，研究组实施中医正骨手法，笔者从中体会到以下几点：①手法整复时需先整体再局部，尽可能复位骨折及脱位。针对达不到解剖或近解剖复位者，需尽量使距骨复位。局部整复时高度重视手摸心会，按照骨折类型选择恰当整复顺序。整体整复后，X线下确保复位良好。若复位位置不理想，采用“金针拔骨”技术挑拨复位。②术后尽早进行功能锻炼，配合中药汤剂，以改善恢复效果。中医认为，三踝骨折发病后极易损伤筋骨，导致气血不畅，故临床治疗需复位筋骨，调节骨折部位气血。研究组所用中药汤剂成分包括桃仁、赤芍、红花、丹参等，具有活血化瘀、消肿止痛的作用，能改善血液循环，缓解疼痛，使得关节功能尽快恢复。而且，中医正骨手法治疗后应用活血化瘀中药，还能促使炎症吸收，使组织细胞再生修复，达到祛瘀、消肿的目的。

本研究治疗后，研究组住院时间、骨折愈合时间均较对照组短。而且，治疗后6个月、12个月，研究组AOFAS踝-后足评分改善效果较对照组更为理想。提示三踝骨折采用中医综合疗法治疗的效果更佳，能缩短疗程，促使骨折尽快愈合。此外，研究组关节功能优良率为94.12%，明显较对照组的80.39%高，差异显著，凸显出中医综合疗法应用的有效性，应用价值更高。

综上所述，中医综合疗法治疗三踝骨折，能获得较常规西医手术更为理想的效果，值得推广应用。

## 参考文献

- [1]汪翔,汪鑫.闭合复位经皮空心螺钉内固定和切开复位内固定踝关节骨折治疗中的疗效对比[J].世界中医药,2016,11(B03):1515.
- [2]严广斌.AOFAS踝-后足评分系统[J].中华关节外科杂志(电子版),2014,8(4):557.
- [3]刘伟明,吴征杰,吴家盛,等.中医综合治疗与手术治疗三踝骨折临床疗效比较[J].现代中西医结合杂志,2015,24(22):2448-2450.
- [4]孔繁羽.切开复位内固定+中药治疗三踝骨折的近期疗效及术后并发症分析[J].中国医药导刊,2016,18(2):116-118.
- [5]郑炼生,庄鹏,洪笃瑞,等.中医疗法治疗三踝骨折126例临床观察[J].中国民族民间医药,2016,25(10):58.

(本文编辑:张文娟 本文校对:才利伟 收稿日期:2018-06-05)

# 多囊卵巢综合征肥胖患者中医体质特点探析

张丽

(江苏省苏北人民医院中医科, 江苏 扬州 225001)

**摘要:**目的 分析多囊卵巢综合征肥胖患者的中医体质特点。方法 将近年来江苏省苏北人民医院门诊收治的200例多囊卵巢综合征患者按照体质质量指数(BMI)  $\geq 24$ 分为超重组和非超重组,记录所有患者的饮食习惯并对其中医体质进行判断,对所有患者进行分析,并对2组结果展开对比。结果 超重组中医体质多为痰湿质、气虚质,非超重组患者的体质多为湿热质、阳虚质。超重组中医体质为痰湿质的患者所占的比例相对较高,与非超重组相比具有统计学差异( $P < 0.05$ )。对比2组患者饮食习惯,结果显示超重组患者饮食中肥甘厚味者所占比例相对较高,与非超重组相比具有统计学差异( $P < 0.05$ )。结论 多囊卵巢综合征患者中医体质上有明显特点,以痰湿体质为主,饮食上重肥甘厚味。如果对此加以重视,在饮食上进行调整,改善其体质状况,必将有助于疾病控制,帮助患者缓解临床症状,这对于疾病的预防具有现实意义,可以此为依据进行治疗,为临床提供思路。

**关键词:** 多囊卵巢综合征; PCOS; 肥胖; 痰湿质; 饮食疗法; 月经不调

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.023

文章编号:1672-2779(2018)-18-0051-02

## Analysis on the Traditional Chinese Medicine Constitution Characteristics of Obese Patients with Polycystic Ovary Syndrome

ZHANG Li

(Department of Traditional Chinese Medicine, Subei People's Hospital, Jiangsu Province, Yangzhou 225001, China)

**Abstract: Objective** To analyze the obese patients with polycystic ovary syndrome of traditional Chinese medicine physique characteristics. **Methods** Records of 200 patients with PCOS in Subei People's Hospital in recent year's outpatient according to body mass index (BMI) were divided into 24 or more overweight and not overweight, constitution of traditional Chinese medicine on two groups of patients and dietary habits were analyzed. **Results** Overweight patients with qi deficiency constitution of TCM is phlegmy wet, more qualitative, not overweight patients constitution is more hot and humid, yang deficiency. Super restructuring of TCM constitution is phlegmy wet patients with significantly better than the proportion of overweight phlegmy wet in proportion, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). Comparing with the overweight patients overweight patients like eating fat sweet flavour of the proportion of patients with higher, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** TCM constitution of patients with PCOS obesity mainly phlegmy wet mass, its main characteristic of the eating habits like eating fat sweet flavour. Adjusting the PCOS patients with traditional Chinese medicine physique in preventing its occurrence has important clinical significance, and can provide a new train of thought for treating PCOS patients with obesity.

**Keywords:** polycystic ovary syndrome; PCOS; obesity; phlegmy wet constitution; dietary treatment; irregular menstruation

多囊卵巢综合征(PCOS)是临床常见一种疾病,严重危害女性身体健康,如果不能有效控制,可能带来更严重后果。根据目前统计结果显示,PCOS发病率逐渐增高,成为目前的常见病与多发病,并且以迅猛的态势不断提升,严重降低患者生存质量,带来一系列社会问题,成为了亟待解决的难题。PCOS的患者激素分泌明显异常,雄激素水平较高,进而引发一系列临床症状,患者月经不调,总量减少,出现闭经的情况,排卵出现明显异常。对患者进行影像学检查,通过超声检查卵巢,发现呈现囊性改变,实质有多个囊性回声,显示为特征性变化。这是一种女性生殖内分泌疾病,病情较为复杂,可能带来一系列临床症状,引起内分泌改变,从而引发一系列病理特征,患者有可能出现糖代谢异常,以育龄女性多见,发病率呈现逐渐增长趋势。除此之外该类患者会出现一些特征性表现。首先肥胖者较多,并且以腹型肥胖为主,这部分所占比例相对较高<sup>[1]</sup>。有学者针对患者的体重指数进行研究,并将其与中医体质结合起来,探讨与痰湿之

间的关系,结果提示密切相关。研究从几方面入手,除了体质特征之外,还探讨了病理病机、代谢方面的问题,甚至包括血流动力学异常等情况,结果都提示具有相关性。本研究以此为出发点展开,以中医体质学为切入点,对PCOS患者进行研究,根据实验要求入选病例,分析他们的体质特点,进而寻找其中的规律。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 根据本研究所参考诊断标准选取2015年1月—2018年1月江苏省苏北人民医院中医妇科及生殖中心患者为研究对象,共入选200例,所有患者都经临床明确诊断为PCOS。其中年龄18~38岁,平均(25.75±4.40)岁。本研究中的所有患者同意,并签署知情同意书。采集患者病史,询问一般状况如年龄、身高,查体并收集临床检验结果。按照体质质量指数(BMI)  $\geq 24$ 分为超重组(110例)和非超重组(90例)。2组年龄无明显差异( $P > 0.05$ )。

**1.2 西医诊断标准** 参照2011年卫生部标准:(1)排卵异常,数量少或无排卵;(2)激素水平分泌异常,血中雄激素含量明显增高,而且有相应表现;(3)超声

表1 2组患者中医体质分型分析

[例(%)]

组别	阳虚质	阴虚质	气虚质	痰湿质	湿热质	血瘀质	特禀质	气郁质	平和质	$\chi^2$ 值	P值
超重组	15(13.63)	8(7.27)	17(15.45)	28(25.45)	12(10.91)	10(9.09)	5(4.55)	9(8.18)	6(5.45)	41.405	0.000
非超重组	14(15.56)	11(12.22)	6(6.67)	8(7.27)	16(17.78)	9(10.00)	5(5.56)	10(11.11)	11(12.22)		

可见卵巢特征性表现,如体积增加(10 mL以上),或者可见多个卵泡,总数在12个以上,直径大约为2~9 mm;排除其他激素异常疾病。其中(1)为必备条件,其余任一项即可。

**1.3 纳入标准** 符合上述标准,患者未进行治疗,可以配合进行研究,知情同意。

**1.4 排除标准** 不符合上述标准者;不能够配合评分者;拒绝参与或无法判定者。

**1.5 中医体质判定** 以《中医体质分类与判定》<sup>[2]</sup>为参考,中医体质共有9个类型,对患者进行现场调查,通过调查问卷的方式获取数据,按照上述参考进行问卷设计,同时加入患者基本状况调查表。利用上述方式获取患者临床资料,了解其中医体质分型,并获知饮食习惯数据,对不同组患者进行对比分析。

**1.6 统计学方法** 采用Microsoft Excel 2007建立数据库,使用SPSS 17.0软件,计数资料以 $\chi^2$ 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 中医体质分型分析** 根据上述标准确定2组患者中医体质分型,并对它们进行对比,结果 $\chi^2=41.405$ ,  $P=0.000$ ,  $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。总体来看,2组的中医体质具有偏颇性,各自都具有不同特点。体重指数较大的1组患者大多为痰湿体质和气虚体质,比例为25.45%;非超重组则以湿热体质和阳虚体质为主,其中也包括一些痰湿体质,但所占比例相对较少,结果显示仅为7.27%。根据痰湿体质的情况来看,超重组比例明显较高,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。表1。

**2.2 饮食习惯分析** 根据2组患者饮食习惯数据进行对比,结果 $\chi^2=36.320$ ,  $P=0.000$ ,  $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。其中体重指数偏大的超重组饮食明显有偏嗜,相对于非超重组来说更喜肥甘厚味,统计结果显示喜肥甘厚味的患者占37.27%,喜食煎炸食物的患者占30.91%。与非超重组患者相比,超重组患者中喜食肥甘厚味和煎炸食品的患者所占的比例都明显超过非超重组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组患者饮食习惯分析 [例(%)]

组别	喜肥甘厚味	喜煎炸食物	多素少荤	荤素均匀	$\chi^2$ 值	P值
超重组	41(37.27)	34(30.91)	11(10.00)	24(21.82)	36.320	0.000
非超重组	24(26.67)	20(22.22)	17(18.89)	29(32.22)		

## 3 讨论

PCOS是临床常见的一种疾病,为女性生殖内分

泌系统疾病。疾病表现相对复杂,激素分泌明显异常,病理机制目前尚不清楚,研究仍有待进一步深入,目前还处于发展阶段。学者们对其进行研究,从不同角度深入,力图寻找到疾病与中医体质之间的关系。目前关于这方面的研究越来越多,中医体质成为一个重要的切入点,对于了解患者病情,进行有效控制,开展积极治疗都有重要意义。随着理论不断完善,人们发现对中医体质的调整可以有效预防各类疾病发生,对于高危人群具有重要意义。这也是本文的研究重点。根据体重指数对所有患者进行分组,观察各组中医体质情况,结果发现皆具有偏颇性。而体重指数较高的超重组痰湿者所占比例明显较高,与非超重组相比具有显著差异( $P<0.05$ )。从饮食习惯来讲,体重指数较高的超重组患者喜食肥甘、煎炸食物,其所占比例较高,相对非超重组来说差异明显( $P<0.05$ )。脾主运化,是气血生化之源,如果运化出现问题,那么有可能导致一系列后果。如果饮食习惯不佳,暴饮暴食,进食一些不健康食品,都可能对脾脏功能产生影响,导致运化出现障碍,如果运化不足,必然会使水湿内停,造成恶性循环,出现痰湿体质,进而可引发PCOS。而一系列的脏器功能下降,最终可能会导致气虚体质<sup>[3]</sup>。饮食和气虚密切相关,一旦失调就可能中气虚损,津液凝聚为痰,进而导致肥胖。

综上所述,痰湿体质的人出现肥胖的可能性较大,与相关理论相契合。本文主要针对于PCOS患者进行研究,探寻中医体质和疾病之间的关系,其中涉及到肥胖问题。体重过高和疾病的情况密切相关,如果进行体质调整,将有助于控制肥胖,同时治疗PCOS,这不失为一种新的思路。如果PCOS患者同时伴有肥胖,则考虑以纠正肥胖为主,改变饮食习惯,少食油腻食物,健康饮食,多吃一些瓜果蔬菜,适当地补充一些具有化湿功效的食物,有助于体质改善,减轻体重,从而更有效地治疗PCOS。

### 参考文献

- [1]Kowalska I, Kinalski M, Straczkowski M, et al. Insulin, leptin, IGF-1 and insulin-dependent protein concentrations after insulin-sensitizing therapy in obese women with polycystic ovary syndrome[J]. Eur J Endocrinol, 2001, 144(5):509-515.
  - [2]中华中医药学会.中医体质分类与判定(ZYXYH/T157-2009)[J].世界中西医结合杂志, 2009, 4(4):303-304.
  - [3]朱燕波,王琦,吴承玉,等.18805例中国成年人中医体质类型与超重和肥胖关系的 Logistic 回归分析[J].中西医结合学报, 2010, 8(11):1023-1025.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:高慧明 收稿日期:2018-06-05)

# 化疗对Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者中医证型影响的研究

骆嘉俊<sup>1</sup> 黄学武<sup>2\*</sup>

(1 广州中医药大学第一临床医学院, 广东 广州 510405;

2 广州中医药大学第一附属医院肿瘤中心, 广东 广州 510405)

**摘要:** 化疗配合中医药治疗对改善Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者预后、生活质量等有明确效果。但往往胃癌患者化疗前后中医证型会有变化, 随着病情的发展、化疗周期数的增多, 临床上常可见虚性症状较前增多, 严重者甚至影响下一阶段治疗。通过回顾性分析2012年1月1日—2017年3月30日广州中医药大学第一附属医院肿瘤中心收治的Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者, 化疗配合中医药治疗2周期前后证型的分布及变化情况, 使用SPSS 21.0软件统计数据, 得出化疗前后患者中医证型分布情况及化疗后虚性症状明显增多, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。从而提示我们临床上治疗Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者时要注意酌情使用补益类药物。

**关键词:** Ⅲ~Ⅳ期胃癌; 化疗; 中医药疗法; 中医证型变化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.024

文章编号:1672-2779(2018)-18-0053-03

## Study on the Effect of Chemotherapy on Traditional Chinese Medicine Syndrome Types in Patients with Stage III-IV Gastric Cancer

LUO Jiajun<sup>1</sup>, HUANG Xuewu<sup>2</sup>

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

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

**Abstract:** The chemotherapy combined with traditional Chinese medicine treatment has significant effect for prognosis and living quality, etc. of the patients with stage III-IV gastric cancer. However, the TCM syndrome changes before and after the chemotherapy in patients with stage III-IV gastric cancer. As the progression of disease and increase of chemotherapy cycles, virtual symptoms are clinically more frequent than before; it even influences serious person's next stage of treatment. Based on the retrospective analysis of the patients with stage III-IV gastric cancer at the Cancer Center of the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine from January 1, 2012 to March 20, 2017, as well as the distribution and changes of syndrome types before and after 2 cycles of chemotherapy combined with traditional Chinese medicine treatment, using SPSS21.0 for statistical data, it indicates that the patients' distribution of TCM syndrome before and after chemotherapy and virtual symptoms after chemotherapy increase significantly; and the difference has statistical significance ( $P < 0.05$ ). Thus, it suggests that we should pay attention to the use of tonic medicine as appropriate upon clinical treatment of patients with stage III-IV gastric cancer.

**Keywords:** stage III-IV gastric cancer; chemotherapy; TCM therapy; changes of TCM syndrome

胃癌是指起源于胃黏膜上皮细胞的恶性肿瘤, 是消化系统常见的恶性肿瘤之一, 其发病部位包括贲门、胃体、幽门, 是全球发病率仅次于肺癌、乳腺癌和大肠癌位居第四位的恶性肿瘤。在每年新诊断的癌症病例数中, 胃癌高居第二位。我国是胃癌发病率较高的国家, 并且对于早期胃癌的诊断率偏低, 2010年卫生统计年鉴显示, 2005年, 胃癌死亡率占我国恶性肿瘤死亡率的第3位<sup>[1]</sup>。胃癌最常见的病理类型为腺癌, 其他的类型包括腺鳞癌、鳞癌、未分化癌和不能分类的癌等。近年来, 虽然生活水平及卫生保健意识普遍提高, 但仍未能在胃癌的高危人群中开展大规模普查, 因此早期胃癌的诊断比例仍然很低, 进展期胃癌的比例居高不下<sup>[2]</sup>。多数患者就诊时, 肿瘤已处于Ⅲ~Ⅳ期, 失去手术机会或必须进一步行辅助化疗。但化疗产生的毒副作用对患者的生活质量造成严重的影响, 甚至导致患者不能继续接受后续的治疗。中医药在改善晚期胃癌患者临床症状、生活质量、降低化疗毒副作用、延长患者生存期等方面有独特的优势。

中医认识疾病、治疗疾病的基础是辨证论治。辨

证即是认证识证的过程。证是对机体在疾病发展过程中某一阶段病理反映的概括, 包括病变的部位、原因、性质以及邪正关系, 反映这一阶段病理变化的本质。论治又称施治, 是根据辨证的结果, 确定相应的治疗方法。辨证和论治是诊治疾病过程中相互联系不可分离的两部分。往往胃癌患者随着治疗的进行, 相应症状、证型等有可能出现变化, 发病初期以标实为主, 后期常见以虚损性表现为主。

本研究通过回顾性研究方法, 对68例Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者化疗前后中医证型进行统计分析, 同时研究其化疗前后证型分布特征, 以期为中医联合化疗治疗Ⅲ~Ⅳ期胃癌的辨证分型提供可靠的临床数据支持, 从循证医学的角度探索中西医结合治疗胃癌的优势所在。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 纳入研究的68例患者均为广州中医药大学第一附属医院肿瘤中心于2012年1月1日—2017年3月30日收治的经病理活检诊断及影像学检查明确诊断为Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照中华人民共和国卫生部医政

\* 通讯作者: doctorhxw@sina.com

司制定的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》，经病理学检查确诊为胃癌，病理分期参考美国癌症联合会（AJCC）及国际抗癌联盟（UICC）的第7版TNM分期标准。

**1.2.2 中医辨证分型、诊疗方案标准** 参照国家中医药管理局重点专科协作组制定的《胃癌中医诊疗方案（试行）》标准。其中虚证为脾气虚证、胃阴虚证、血虚证、脾胃阳虚证的总和，实证为热毒证、痰湿证、血瘀证、肝胃不和证的总和。

**1.3 纳入标准** 经病理诊断明确，符合胃癌（Ⅲ~Ⅳ期）诊断标准，年龄 $\geq 18$ 岁，男女不限；接受中医药联合化疗治疗 $\geq 2$ 次；2012年1月1日—2017年3月30日在广州中医药大学第一附属医院肿瘤中心住院次数，有详细、全面诊疗记录，包括精神状况、主要症状、病理类型、分期、主要诊疗计划、中医证型、中医药干预方案等；化疗结束后3月内有明确复查结果评估疗效；患者及家属配合随访。

**1.4 排除标准** 不符合上述标准者；多重癌症患者；合并心、肝、脑、肾和造血系统等严重性疾病及精神病患者。

**1.5 脱落标准** 不能配合随访，或资料变更等导致未能联系者。

**1.6 研究方法** 统计68例Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者所使用化疗方案，主要首发症状、舌脉、肿瘤部位、病理类型及分化情况、中医证型等，比较患者化疗前与化疗2个疗程后中医证型变化情况，所有数据均采用均数 $\pm$ 标准差表示。统计分析使用SPSS 21.0软件，采用双侧检验，以 $P < 0.05$ 差异为有统计学意义。其中计量资料采用 $t$ 检验，计数资料采用卡方检验。

## 2 结果

**2.1 基线资料** 68例Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者，其中男41例，平均年龄（ $59.76 \pm 13.586$ ）岁；女27例，平均年龄（ $55.89 \pm 13.565$ ）岁（ $F$ 值为0.277）。印戒细胞癌5例，腺癌63例，腺癌中高-中分化2例，中分化14例，中-低分化10例，低分化34例（其中3例未见免疫组化报告）。发生于胃底的10例、胃体25例、胃窦16例，胃底胃体6例，胃体胃窦11例。主要首发症状见表1。

表1 主要首发症状 [例(%)]

主要症状	例数	占比
上腹部疼痛或不适	40	53
消瘦乏力	5	7
食欲下降	5	7
反酸暖气	6	8
恶心呕吐	5	7
呕血黑便	7	9
大便性状改变	3	4
吞咽困难	4	5
总计	75	100

注：按患者主要首发症状记录，如患者同时出现多个首发症状，则均予以记录

**2.2 化疗前后中医证型分布** 从表2可以看出，Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者化疗前证型先后顺序为：肝胃不和证>痰湿

证>脾胃阳虚证>脾气虚证、血虚证>胃阴虚证>血瘀证>热毒证；虚证和实证分别为33例、35例，大致相当；化疗2周期后证型先后顺序为：脾胃阳虚证>胃阴虚证、血虚证>脾气虚证>肝胃不和证>痰湿证>血瘀证，其中虚证明显多于实证，卡方检验 $P=0.03$ ， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，表明化疗2周期后，虚证例数明显增加。

表2 证型分布 [例(%)]

证型	化疗前(例)	占比(%)	化疗后(例)	占比(%)	$\chi^2$ 值	$P$ 值
脾气虚证	8	11.8	11	16.2		
胃阴虚证	7	10.2	12	17.6		
血虚证	8	11.8	12	17.6		
脾胃阳虚证	10	14.7	15	22.1		
热毒证	3	4.4	2	2.9		
痰湿证	11	16.2	6	8.8		
血瘀证	5	7.3	3	4.4		
肝胃不和证	16	23.5	7	10.3		
虚证	33	48.5	50	73.5	8.935	0.03
实证	35	51.5	18	26.5		

## 3 讨论

随着技术的发展，早期筛查的逐渐铺开，胃癌的早期诊断病例比例将越来越高。但现阶段，新发现的胃癌病例仍多为中晚期病例，以手术为中心的治疗模式往往不能满足患者的需求。多学科综合治疗模式急需走上胃癌治疗的大舞台<sup>[1]</sup>，其中无论是新辅助化疗、辅助化疗均为重要治疗手段，中医药治疗也不可或缺。目前化疗主要分为三大部分：姑息化疗、辅助化疗和新辅助化疗<sup>[2]</sup>。姑息化疗目的是缓解肿瘤导致的临床症状，改善生活质量和延长生存期，常用的系统化疗药物包括：5-氟尿嘧啶、卡培他滨、替吉奥、紫杉醇、顺铂、奥沙利铂等，化疗方案包括两药联合或三药联合方案，常用的有5FU/LV+顺铂、卡培他滨+奥沙利铂、FOLFOX、ECF、DCF等，对体力状态差、高龄患者也可考虑口服氟尿嘧啶类或紫杉醇类药物的单药化疗。HER-2阳性者可考虑联合使用曲妥珠单抗。

中医药方面，胃癌属于“胃反”“反胃”“翻胃”“膈症”“积聚”等范畴<sup>[3]</sup>。胃反首见于《金匱要略·呕吐下利病脉证并治》篇：“朝食暮吐，暮食朝吐，名曰胃反。”明确指出本病病机主要是脾胃损伤，脾失运化，不能腐熟水谷，当时所提出使用的方剂大半夏汤和茯苓泽泻汤，至今仍指导着临床应用。现代医家对胃癌的研究逐渐增多，随着学术交流的增多，当今胃癌的病因病机各家说法大致相仿，达成基本共识。包括钱新兰等<sup>[4]</sup>提出的大部分胃癌患者发病前均有情志因素方面的改变，多为情志不舒。郑培永等<sup>[5]</sup>倡导的胃癌发生主要归结为气机不利、正虚为本，或六淫外袭，或饮食不节、恣食醇酒厚味，内外交争而致。综合而言，主要包括情志不舒、饮食不节、胃失和降、脾胃升降失常、运化失司、痰凝气滞、热毒血瘀等交阻于胃，积聚成块，导致正气亏虚、脏腑功能失调，久而

成癌。脾气虚证,治以健脾益气为法,方用四君子汤加减;血虚证,治以补血益气为法,方用四物汤加减;脾肾阳虚证,治以温补脾肾为法,方以附子理中汤合右归丸加减;热毒证,治以清热解毒为法,方用清胃散或泻心汤等加减;痰湿证,治以化痰利湿为法,方用二陈汤加减;血瘀证,治以活血化瘀为法,方用膈下逐瘀汤加减;肝胃不和证,治以疏肝和胃为法,方用柴胡疏肝散加减<sup>[8]</sup>,并随症加减。

患者证型并非一成不变,随着治疗进行,患者证型也在变化。化疗药物作为细胞毒药物,在杀灭恶性肿瘤细胞的同时也在影响着我们的正常细胞与组织,加重患者的脾胃、肝肾功能的负担,造成更多的虚性疾病、虚性状态的发生,甚至影响患者下一步的治疗。化疗期间配合中医药治疗,在增效减毒、益气补虚、和中降逆等方面有独特的优势,为化疗患者保驾护航。

综上所述,化疗对Ⅲ~Ⅳ期胃癌患者中医证型有影

响,突出的是化疗后虚性症状、虚性症候的发生较化疗前明显增多。临床上在化疗联合中医药治疗时必须关注到这一点,可酌情加用补益气血、调补脾胃、滋养肝肾等的补益性的药物。对于化疗后的患者,应重新予以辨证分型,对证用药,从而最大地发挥中医药治疗的优势。

#### 参考文献

- [1]中华人民共和国卫生部编.2010年中国卫生统计年鉴[J].北京:中国协和医科大学出版社,2010:269.
- [2]游伟程,张宗卫,安琦,等.胃癌流行病学研究近况(综述)[J].国外医学(肿瘤学分册),1983(4):213-217.
- [3]陈俊青,夏志平.胃肠癌手术学[M].北京:人民卫生出版社,2008.
- [4]万德森.临床肿瘤学[M].北京:科学出版社,1999.
- [5]周岱翰.中医肿瘤学[M].北京:中国中医药出版社,2011:228.
- [6]钱心兰,钱力兰.攻补兼施治疗胃癌113例[J].上海中医药杂志,1996(2):7-9.
- [7]郑培永,李凯.胃癌的中医发病机制及研究思路探索[J].辽宁中医杂志,2008,35(4):509-511.
- [8]国家中医药管理局重点专科胃癌协作组.胃癌中医诊疗方案(试行)[M].北京:国家中医药管理局,2011.

(本文编辑:张文娟 本文校对:黎鹏 收稿日期:2018-06-15)

## 病因病机及生化检验项目在肝硬化诊断中的作用

宋明慧

(辽宁省辽阳市中心医院检验科,辽宁 辽阳 111000)

**摘要:**目的 探讨生化检验项目运用在肝硬化疾病诊断中的临床效果及其中医病因。方法 选取2015年9月—2016年12月收治的56例肝硬化患者为观察组,同期健康体检者60例为对照组,行生化检验,对比2组检测结果。结果 观察组TP、CHE和ALB水平明显低于对照组,ALT、 $\gamma$ -GT、TBIL、AST、DBIL、ACP水平明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 中医学认为肝硬化疾病的发生与肝肾阴虚、脾肾阳虚、瘀血阻滞、湿热蕴结以及气滞湿阻等有关,及时行生化检验可以提高诊断准确率。

**关键词:**生化检验;病因病机;肝硬化;臌胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.025

文章编号:1672-2779(2018)-18-0055-02

### The Role of Etiology and Pathogenesis and Biochemical Test in the Diagnosis of Cirrhosis

SONG Minghui

(Department of Clinical Laboratory, Liaoyang Central Hospital, Liaoning Province, Liaoyang 111000, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of biochemical test in the diagnosis of cirrhosis and its etiology. **Methods** From September 2015 to December 2016, 56 patients with liver cirrhosis were treated as observation group. In the same period, 60 patients with healthy physical examination in our hospital were the control group, and the biochemical test was conducted to compare the results of the two groups. **Results** The levels of TP-CHE and ALB in the observation group were significantly lower than those in the control group, and the levels of ALT,  $\gamma$ -GT, TBIL, AST, DBIL, were also lower than those in the control group, ACP were significantly higher than those in the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** On the traditional Chinese medicine thinks cirrhosis of the liver disease and liver and kidney yin deficiency, spleen and kidney yang deficiency, blood clot blocks, damp and hot accumulate knot and qi and wet resistance and so on can improve the diagnostic accuracy of line and biochemical examination in a timely manner.

**Keywords:** biochemical test; etiology and pathogenesis; cirrhosis; abdominal tympanites

肝硬化是比较常见的一种慢性疾病,与肝脏细胞坏死或损伤导致肝硬变、血液循环路径更改以及肝小叶出现等有关,如果不及时治疗,容易出现诸多并发症如癌变、感染、肝腹水等,并且具有较高的病死率,严重危害患者健康。因为肝硬化发病早期缺乏典型症状,不容易被患者察觉,大部分患者确诊时,已经为中期或晚期,错过最佳治疗时机,5年生存率不高,所以早发现、早诊断、早治疗尤为重要。因此,本文研究肝硬化疾病诊断中运用生化检验项目的临床价值,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择我院2015年9月—2016年12月收治的65例肝硬化疾病患者为研究对象,再选择同期来我院体检的健康者60例为对照组。观察组病程最短3个月,最长5年,平均(2.6±1.4)年;年龄41~72岁,平均(56.3±12.3)岁;其中女性30例,男性35例;疾病类型:38例为酒精性肝硬化、27例为病毒性肝炎肝硬化。对照组年龄40~70岁,平均(56.1±12.2)岁;其中女性28例,男性32例。2组的病程、年龄等一般资料比较无差异( $P > 0.05$ )。

表1 2组各项指标比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	ALB(g/L)	CHE(U/L)	DBIL( $\mu$ mol/L)	$\gamma$ -GT(U/L)	ALP(U/L)	AST(U/L)	TBIL( $\mu$ mol/L)	TP( $\mu$ mol/L)	ALT(U/L)
对照组	42.3 $\pm$ 5.5	7244.5 $\pm$ 2201.6	3.5 $\pm$ 0.9	18.3 $\pm$ 6.6	75.3 $\pm$ 10.9	15.6 $\pm$ 2.5	11.1 $\pm$ 4.8	73.9 $\pm$ 9.1	15.3 $\pm$ 2.9
观察组	21.1 $\pm$ 2.6	2382.5 $\pm$ 781.2	37.5 $\pm$ 9.12	178.4 $\pm$ 21.3	182.5 $\pm$ 23.6	96.7 $\pm$ 13.6	86.6 $\pm$ 8.9	59.1 $\pm$ 7.7	57.1 $\pm$ 10.2
t值	13.094	5.309	8.112	10.983	6.309	9.276	12.832	8.309	12.442
P值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

1.2 中医辨证 由两名副高级职称以上医师根据《肝硬化中西医结合诊疗共识》进行中医辨证,并且对肝硬化进行中医分型,包括脾肾阳虚、水湿内阻、湿热蕴结、瘀血阻络以及肝气郁结等。

1.3 实验室检测 于清晨空腹状态下,分别采集2组静脉血5 mL,以离心半径或Xy 3000 r/min转速进行10 min离心处理后,分离血清,然后运用全自动生化分析仪检测各项指标,包括白蛋白(ALB)、胆碱酯酶(CHE)、直接胆红素(DBIL)、 $\gamma$ -谷氨酰转肽酶( $\gamma$ -GT)、碱性磷酸酶(ALP)、谷草转氨酶(AST)、总胆红素(TBIL)、总蛋白(TP)以及丙氨酸转氨酶(ALT)等。

1.4 观察指标 分别观察2组的各项检测指标,包括TP、AST、ALT、TBIL、ALP、 $\gamma$ -GT、DBIL、CHE以及ALB等,其中肝细胞损伤程度与AST和ALT水平呈正比关系;机体代谢功能与CHE和ALB水平呈正比; $\gamma$ -GT水平越高,则提示酒精性肝硬化越严重;而ALT和AST的比值 $>2$ ,则提示患者合并肝硬化。

1.5 统计学方法 本次数据采用SPSS 16.5软件分析,组间计量资料比较采用t检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

与对照组比较,观察组的TP、CHE和ALB水平较低,但是ALT、 $\gamma$ -GT、TBIL、AST、DBIL以及ALP等水平均较高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

## 3 讨论

3.1 肝硬化疾病的中医病因病机 中医学上将肝硬化划分为“单腹胀”“臌胀”范畴,认为其发病与感染血吸虫、酒食不节、黄疸以及情志所伤等因素有关,通常病因病机可以分为以下几类:①肝肾阴虚。病久不愈,肝脾两伤;房劳过度,肾阴损伤,致气道壅塞,清浊相混,元气亏虚;饮食不节,脾胃损伤,使瘀血不行,水气停留不化,伤耗津液,从而导致肝肾阴虚。②脾肾阳虚。膀胱和肾脏互为表里,水浊血瘀,累及肾脏,内伤肝脾,从而诱发该病。③瘀血阻滞。湿热蕴结,肝失疏泄,气血瘀阻而成本病<sup>[1]</sup>。④湿热蕴结。饮食不节,嗜酒过度,滋生湿热,损伤脾胃,脾不健运,郁而化热,湿热壅结而发病。⑤气滞湿阻。由于五志过极,升降失司,肝脾不和,饮食所伤;或气滞中满,脾胃运化失职,使水湿停留,痞塞中焦而发病<sup>[2]</sup>。

3.2 生化检验项目的作用 肝硬化是临床上的一种常见病、多发病,好发于中年男性,以腹胀、乏力、乳房

胀、疲倦等症状为主要表现,通常可以分为多种类型,包括胆汁淤积性肝硬化、酒精性肝硬化以及病毒性肝炎肝硬化等,其中酒精性肝硬化比较常见<sup>[3]</sup>。当前在对肝硬化进行诊断时,生化检验是比较常用的一种手段,主要指的是通过生物或化学的方法检查人类身体,包括谷草转氨酶、甘油三酯、直接胆红素以及总胆红素等检验指标。在生化检验项目中,谷草转氨酶能够将肝细胞的损伤程度充分反映出来,如果肝细胞出现坏死情况,则会升高分布在肝细胞中的谷草转氨酶和丙氨酸转氨酶水平,并且肝细胞损伤程度与其呈正比关系<sup>[4]</sup>。通常情况下,在健康人体中,白蛋白和球蛋白(A/G)的比值为1.5~2.5,对于合并肝硬化的患者,其A/G比值会明显下降,当其比值 $<1$ 时,说明肝硬化病情比较严重,并且如果胆碱酯酶水平下降,也说明可能存在肝硬化<sup>[5]</sup>。同时,胆碱酯酶、总蛋白以及白蛋白能够将肝细胞的合成代谢功能充分反映出来,并且临床上在对肝功能进行检测时,胆碱酯酶是比较重要的一个指标,如果肝脏出现病变,其活性会明显下降,而天冬氨酸转氨酶和乳酸脱氢酶等也能反映肝细胞的损伤程度<sup>[6]</sup>。ST Pendlebury等<sup>[7]</sup>在研究中发现,总胆汁酸和直接胆红素可以反映肝脏所具备的解毒和胆分泌功能,受非正常或正常因素影响,降解红细胞后能够形成有机复合物,分布在内皮系统内,也就是胆红素,通过对胆红素进行检测,可以对肝脏病变进行监测,有助于掌握患者病情变化。

综上所述,肝硬化疾病的中医病因包括湿热蕴结、肝肾阴虚、气滞湿阻、瘀血阻滞以及脾肾阳虚等,通过检验生化指标,可以监测患者病情变化,有助于改善预后。

### 参考文献

- [1]陈慈丽,郑慈燕,余涌珠.生化检验项目在肝硬化疾病诊断中的应用价值评估[J].中国卫生标准管理,2017,8(15):105-107.
- [2]刘文金,梁炎源,胡展鹏.生化检验在肝硬化疾病诊断中的临床应用价值探讨方向[J].中医临床研究,2016,8(6):24-25.
- [3]吴晓鲁.生化检验项目在诊断肝硬化疾病中的临床效果观察[J].大健康(学术版),2015,9(20):156-157.
- [4]张超阳.肝硬化患者中西医诊断中生化检验项目的应用及效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(7):129-131.
- [5]陈静伟,刘文超,李晓阳.生化检验项目用于肝硬化疾病诊断中的临床价值分析[J].继续教育,2014,28(11):33-35.
- [6]吴永岳,曹龙翔,吴华美.肝硬化疾病诊断中的生化检验项目价值探讨[J].中外医学研究,2013,11(36):10-11.
- [7]ST Pendlebury, J Mariz, L Bull, et al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards.[see comment][erratum appears in Stroke 2007 Mar; 38(3):1118 Note: Wallin, Anders [added][J]. Journal of Neuroscience the Official Journal of the Society for Neuroscience, 2010,30(24):8180.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘振 收稿日期:2018-05-30)



# 以太极阴阳试析阴陵泉在《针灸大成》中的应用<sup>※</sup>

娄琦 王晓燕<sup>\*</sup>

(山东中医药大学针灸推拿学院, 山东 济南 250014)

**摘要:** 阴陵泉是临床常用穴位之一。《针灸大成》是我国现存最为丰富与全面的古典针灸专著。本文以太极阴阳为理论依据, 分析探讨五脏关系, 并由此探讨阴陵泉在《针灸大成》五脏病症中的应用, 深入分析其内在机理, 为针灸临床提供理论指导。

**关键词:** 太极; 脾; 阴陵泉; 《针灸大成》

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.026

文章编号:1672-2779(2018)-18-0057-02

## Analysis on the Application of Yinlingquan in *Zhenjiu Dacheng* by Using Taiji and Yinyang

LOU Qi, WANG Xiaoyan

(College of Acupuncture and Massage, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China)

**Abstract:** Yinlingquan is one of the commonly used acupoints in the clinic. The *Zhenjiu Dacheng* is the most abundant and comprehensive classical acupuncture and moxibustion monograph in China. So analyzing the relationship between the five internal organs in the theory of Taiji and Yinyang, and discussing the application of SP9 in five internal organs diseases in *Zhenjiu Dacheng*, and providing theoretical guidance for clinical acupuncture and moxibustion.

**Keywords:** Taiji; spleen; Yinlingquan; *Zhenjiu Dacheng*

阴陵泉为足太阴脾经合穴, 是临床常用穴位之一。《针灸大成》集明代以前针灸著作于一体, 是我国现存最为丰富与全面的古典针灸专著<sup>[1-2]</sup>, 对现今针灸临床影响深远。书中有关阴陵泉的记载共计55处, 涉及定位归经、刺灸方法以及临床应用等多方面。笔者从太极阴阳角度探讨阴陵泉在《针灸大成》中的临床应用, 深入分析其内在机理, 为针灸临床提供理论指导。

### 1 太极阴阳及五脏关系

《道德经》:“道生一, 一生二, 二生三, 三生万物。”道者无极, 一者太极, 二者阴阳, 三者阴阳与中气也。阴阳者, 少阳(木)、太阳(火)、少阴(金)、太阴(水)四象也, 于人体则肝心肺肾四脏也; 中气者, 阴阳之间气也, 土也, 人身之脾胃也。诚如《四圣心源·天人解》<sup>[3]</sup>所讲:“阴阳未判, 一气混茫。气含阴阳, 则有清浊, 清则浮升, 浊则沉降, 自然之性也。升则为阳, 降则为阴, 阴阳异位, 两仪分焉。清浊之间, 是为中气, 中气者, 阴阳升降之枢轴, 所谓土也。枢轴运动, 清气左旋, 升而化火, 浊气右转, 降而化水。化火则热, 化水则寒。方其半升, 未成火也, 名

之曰木。木之气温, 升而不已, 积温成热, 而化火也。方其半降, 未成水也, 名之曰金。金之气凉, 降而不已, 积凉成寒, 而化水也。”是以无中气则阴阳分离, 孤阴不生, 独阳不长, 四象错乱, 于自然则万物不生, 于人体则百病丛生; 有中气则清阳上升, 浊阴下降, 阴阳调和, 升降有序, 于自然则万物生, 于人体则气血和, 脏腑调, 阴阳平, 疾病不生。

太极之中, 脾(胃)土居中以握权, 肾水居北以应坎, 肝木居东以应震, 心火居南以应离, 肺金居西以应兑。脾(胃)土位居中央, 掌握升降之大权, 清气左旋上升而化火, 浊气右转下降而化水。坎(肾水)中阳爻为真火, 其性上升以化心火, 方其半升, 则为肝木, 肝木气温, 其性升散, 上升不已而化心火, 离(心火)中阴爻为真水, 其性下降以滋肾水, 方其半降, 则为肺金, 肺金气凉, 其性敛降, 下降不已而化肾水。是以脾胃枢转正常, 则肝生心长肺收肾藏, 脾携清阳之气左升, 则肝肾之气上升无碍, 胃携浊阴之气右降, 则心肺之气下降有序, 是以太极之理备, 圆运动之法成, 五脏调和, 疾病不生。

### 2 阴陵泉在《针灸大成》中的应用

阴陵泉在《针灸大成》中应用广泛, 五脏病症皆有涉及, 如肝病之阴痛, 心病之不得卧, 肺病之喘逆, 肾病之小便不通, 脾病之腹痛腹胀等。诚如《针灸大成·卷六·考证穴法》所概括:“主腹中寒不嗜食, 胁下满, 水胀腹坚, 喘逆不得卧, 腰痛不可俯

<sup>※</sup> 基金项目:国家自然科学基金青年基金项目[No.81403326];山东省优秀中青年科学家科研奖励基金[No.2012BSB14020];山东省中医药科技发展计划项目[No.2011-004]

<sup>\*</sup> 通讯作者:wxy19800512@126.com

仰,霍乱,疝瘕,遗精,尿失禁不自知,小便不利,气淋,寒热不节,阴痛,胸中热,暴泄飧泄。”该记载对阴陵泉的主治进行了系统性的总结,其具体应用与分析如下。

**2.1 肝病** 肝者,木也,水生之,土长之,水土温和,则肝木荣发,气机舒畅;水寒土湿,不能长养木气,则树动风摇,疏泄失调。太极之中,脾虚土湿,中焦不运,则肝气上升无路,郁于中下二焦。肝木喜条达而恶抑郁,其愈郁,则愈欲疏泄,疏泄太过可致遗精、尿不禁、黄疸,疏泄不及可病淋癃。如《针灸大成·卷八·阴疝小便门》“小便不禁:承浆,阴陵,委中,太冲,膀胱俞,大敦。”以阴陵泉健脾祛湿,运转中焦升清阳之气,大敦、太冲以柔肝,敛肝木之疏泄,委中、膀胱俞疏通水道,承浆引气上行。脾旺,枢轴运转,则肝木上升,太极之气周流,小便之疾自消。现代临床中,常得新<sup>[4]</sup>针刺阴陵泉配以其他穴位治疗病毒性肝炎患者80例,有效率达97.5%。

**2.2 心病** 心者,君主之官,神明出焉。心火宜降下温肾水,然心火之降全赖中土枢转有序,枢转正常,则太极圆运动不息,心火自然下降。脾虚土湿,枢转失衡,太极不运,心火不降反升,上扰神明则现不寐等症。如《针灸大成·卷八·心脾胃门》“烦闷不卧:太渊,公孙,隐白,肺俞,阴陵泉,三阴交。”“不得卧:太渊,公孙,隐白,肺俞,阴陵,三阴交。”针刺阴陵泉、公孙、隐白、三阴交健脾枢转中焦,心火上逆克伐肺金,且肺主一身之气,其性降,针太渊、肺俞补肺引心火下行,则太极圆运动恢复,疾病自消。现代临床中,胡幼平等<sup>[5]</sup>针刺阴陵泉与丰隆治疗原发性高血脂症患者37例,有效率达94.12%。

**2.3 肺病** 肺者,金也,主一身之气,其性降。然肺金之降,全赖太极运转,太极运转,其权在中土。脾虚土湿,中焦运转不利,太极运动失衡,肺气上逆,而现喘逆等症。如《针灸大成·卷八·诸般积聚门》“喘逆:神门,阴陵,昆仑,足临泣。”针阴陵泉以健脾祛湿,运转中焦,中焦不运,君相二火不降反升克伐肺金,针神门、足临泣以泻君相二火,针昆仑疏通气血,引气下行。太极运转如常,肺气下降,且无君相二火之伤,则喘逆自消。现代临床中,罗云波<sup>[6]</sup>针刺阴陵泉配合其他穴位治疗咽源性咳嗽具有深刻体会。

**2.4 肾病** 肾者,水也,性藏,宜上交心火。太极之中,其上交心火,赖于脾土之升,脾虚土湿,中焦不运,太极运动失衡,则肾水上升无路,湿性重浊黏滞与寒水之气瘀滞下焦,则现小便不通,阴痛等病。如《针

灸大成·卷八·伤寒门》“小便不通:阴谷,阴陵泉”,针阴陵泉健脾祛湿升清阳之气,阴谷滋肾疏通水道,脾旺,清阳上升,则肾水(水中清气)上升有路,浊阴(小便)自降。《针灸大成·卷八·阴疝小便门》:“阴茎痛:阴陵,曲泉,行间,太冲,阴谷,三阴交,大敦,太溪,肾俞,中极。”针阴陵泉以健脾祛湿,运转中焦,三阴交调补肝脾肾三藏,大敦、行间、太冲柔肝,敛肝木之冲击,太溪、肾俞温肾水以上行,中极疏通水道,肝脾肾三藏之气上行,水道通畅,太极恢复,则阴痛自消。现代针灸临床中,罗时厚<sup>[7]</sup>透刺阴陵泉配以其他穴位治疗肾绞痛患者30例,有效率达93.3%。

**2.5 脾病** 脾者,土也,太极圆运动之枢轴也。脾土,喜燥恶湿。脾虚土湿,中气自病,太极圆运动息,气机瘀滞中焦,则腹痛腹寒泄泻等。如《针灸大成·卷八·腹胀胀满门》“腹寒不食:阴陵泉(灸)。”《针灸大成·卷八·肿胀门》“腹胀胁满:阴陵泉。”针阴陵泉健脾祛湿,运转中焦,太极气机恢复如常,则腹寒不食、腹胀胁满诸症自消。现代针灸临床中,温秀兰<sup>[8]</sup>针刺阴陵泉配以其他穴位治疗泄泻患者82例,有效率达98.8%,付怡<sup>[9]</sup>针刺阴陵泉配以其他穴位治疗胃痛患者20例,有效率达100%。

### 3 总结

阴陵泉为足太阴脾经合穴,有健脾祛湿、温运中焦之功。脾乃太极之中气,运转之枢轴,脾虚土湿,中气不运,太极不转,则肝木不升,疏泄失调,心火不降,扰乱神明,肺金不降,上逆咳喘,肾水不藏,遗精滑泻,脾土不化,腹痛腹胀。是以针刺阴陵泉健脾祛湿,温运中焦,再辩证配穴恢复太极圆运动,则肝生,心长,脾化,肺收,肾藏,五脏调和,疾病不生。是故《针灸大成·卷七·治病要穴》有“阴陵泉,主胁腹胀满,中、下部疾皆治”之论述。

### 参考文献

- [1]明·杨继洲.针灸大成[M].靳贤,补辑重编,黄龙祥,整理.北京:人民卫生出版社,2015.
- [2]张缙.针灸大成校释[M].北京:人民卫生出版社,2009.
- [3]清·黄元御.黄元御医籍(五)四圣心源四圣悬枢[M].麻瑞亭等点校.北京:人民卫生出版社,2016.
- [4]常得新.针刺治疗急性病毒性肝炎80例疗效观察[J].医学文选,1988(3):18.
- [5]胡幼平,卢松,胥林波,等.电针丰隆、阴陵泉治疗原发性高血脂症临床疗效研究[J].针灸临床杂志,2008,24(3):6-7.
- [6]罗云波.咽源性咳嗽的针灸辩证论治体会[J].四川中医,2013,31(13):38-40.
- [7]罗时厚.阴陵泉透刺治疗胆肾绞痛30例体会[J].中华中医药杂志,2009,24(S1):179.
- [8]温秀兰.针灸治疗泄泻82例[J].针灸学报,1992,8(6):13-14.
- [9]付怡.针灸阴陵泉治疗胃痛症[J].中国针灸,1996,16(21):24.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘焕鑫 收稿日期:2018-06-15)

# 中医五志为病在中国古典文学名著中的案例

刘宏

(辽宁中医药大学针灸推拿学院, 辽宁 沈阳 110847)

**摘要:**几千年来, 中医在养生、保健、防病、治病等方面的理念已经深入人心, 成为人们潜意识中不可撼动的固有成分。这种态势在古典文学著作中随处可见。例如, 中医认为, 五志(怒、喜、思、悲、恐)与五脏(肝、心、脾、肺、肾)密切相关, 如果五志太过, 就会尅伐五脏, 引起相应的病变。

**关键词:**五志; 中医; 中国古代文学; 情志病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.027

文章编号:1672-2779(2018)-18-0059-03

## The Cases of Five Emotions in Traditional Chinese Medicine Classics

LIU Hong

(College of Acupuncture and Massage, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Sheyang 1100847, China)

**Abstracts:** For thousands of years, the basic concept of traditional Chinese medicine in health care, disease prevention and treatment has become deeply rooted in the mind of the Chinese people, and has become an inherent component of people's subconscious mind. This situation can be seen everywhere in classical literature. For example, Chinese medicine believes that five emotions (anger, joy, thought, sadness, and fear) are closely related to the five organs (liver, heart, spleen, lungs, and kidneys). If the five emotions are lost too much, the five organs will be cut and caused.

**Keywords:** five emotions; traditional Chinese medicine; ancient Chinese literature; emotional disease

近些年来, 有人在互联网上对中医横加指责, 却没有动摇广大群众对中医的认可。这是因为, 批判中医的人本身并不太懂得中医, 尤其不太懂得中医不仅是中国的医学, 同时也是中国文化的重要组成部分。几千年来, 中医在养生、保健、防病、治病等方面的理念已经深入人心, 成为人们潜意识中不可撼动的固有成分。这种态势在古典文学著作中随处可见。例如, 中医认为, 五志(怒、喜、思、悲、恐)与五脏(肝、心、脾、肺、肾)密切相关, 如果五志太过, 就会尅伐五脏, 引起相应的病变。这种案例在中国古典文学著作中几乎开卷可得。

### 1 大怒伤肝

《三国演义》中的周瑜是东吴的大都督, 才智过人, 少年英雄, 只可惜器量狭小, 铸成了他的悲剧性格。

为了共同抗击曹操, 孙权与刘备结成联盟。然而周瑜嫉妒诸葛亮的过人才能, 每欲除之而后快。为此, 周瑜向孙权献计, 趁刘备丧偶之时, 要用孙权的妹妹孙尚香为诱饵, 招之入赘东吴, 到时候连同诸葛亮一起剪除。

哪知诸葛亮仅以三个锦囊妙计化险为夷, 不但让刘备娶了孙尚香, 还借得荆州为落脚之地。撤离东吴之时, 周瑜率部紧追不舍, 结果遭到诸葛亮伏兵的阻击不得不退到船上。

书中写到: 玄德令赵云望前哨探船只, 忽报后面尘土冲天而起。玄德登高望之, 但见军马盖地而来, 叹曰: “连日奔走, 人困马乏, 追兵又到, 死无地矣!” 看看喊声渐近。正慌急间, 忽见江岸边一字儿抛

着拖篷船二十余只。赵云曰: “天幸有船在此! 何不速下, 棹过对岸, 再作区处!” 玄德与孙夫人便奔上船。子龙引五百军亦都上船。只见船舱中一人纶巾道服, 大笑而出, 曰: “主公且喜! 诸葛亮在此等候多时。” 船中扮作客人的, 皆是荆州水军。玄德大喜。不移时, 四将赶到。孔明笑指岸上人言曰: “吾已算定多时矣。汝等回去传示周郎, 教休再使美人局手段。” 岸上乱箭射来, 船已开的远了。蒋钦等四将, 只好呆看。玄德与孔明正行间, 忽然江声大震。回头视之, 只见战船无数。帅字旗下, 周瑜自领惯战水军, 左有黄盖, 右有韩当, 势如飞马, 疾似流星。看看赶上。孔明教棹船投北岸, 弃了船, 尽皆上岸而走, 车马登程。周瑜赶到江边, 亦皆上岸追袭。大小水军, 尽是步行; 止有为首官军骑马。周瑜当先, 黄盖、韩当、徐盛、丁奉紧随。周瑜曰: “此处是那里? 军士答曰: “前面是黄州界首。” 望见玄德车马不远, 瑜令并力追袭。正赶之间, 一声鼓响, 山岫内一彪刀手拥出, 为首一员大将, 乃关云长也。周瑜举止失措, 急拨马便走; 云长赶来, 周瑜纵马逃命。正奔走间, 左边黄忠, 右边魏延, 两军杀出。吴兵大败。周瑜急急下得船时, 岸上军士齐声大叫曰: “周郎妙计安天下, 陪了夫人又折兵!” 瑜怒曰: “可再登岸决一死战!” 黄盖、韩当力阻。瑜自思曰: “吾计不成, 有何面目去见吴侯!” 大叫一声, 金疮迸裂, 倒于船上。众将急救, 却早不省人事<sup>①</sup>。

《黄帝内经》说: “肝者将军之官, 喜怒出焉。” 肝主藏血, 盛怒之时, 肝气横逆, 导致肝不藏血, 溢于脉外, 遂有金疮迸裂之症。周瑜之死, 从中医的角

度上看，是死于大怒伤肝。

## 2 大喜伤心

旧时科举，分童生、生员（秀才）、举人、贡生、进士五级，其中举人这一关至关重要，因为只有考取举人才有做官的资格。清代吴敬梓《儒林外史》就刻画了一个屡考不中穷秀才范进。

书中写到：到出榜那日，家里没有早饭米，母亲吩咐范进道：“我有一只生蛋的母鸡，你快拿到集上卖了，买几升米来煮餐粥吃。我已是饿的两眼都看不见了！”范进慌忙抱了鸡，走出门去。才去了不到两个时辰，只听得一片声的锣响，三匹马闯了来；那三个人下了马，把马栓在茅草棚上，一片声叫道：“快请范老爷出来，恭喜高中了！”母亲不知是甚么事，吓得躲在屋里；听见中了，方敢伸出头来说道：“诸位请坐，小儿方才出去了。”那些报录人道：“原来是老太太。”大家簇拥著要喜钱。正在吵闹，又是几匹马，二报、三报到了，挤了一屋的人，茅草棚下都坐满了。邻居都来挤着看。老太太没奈何，只得请一个邻居去找他儿子。那邻居飞奔到集上，到处找不到；直寻到集东头，见范进抱著鸡，手里插个草标，一步一踱的，东张西望，在那里寻人买。邻居道：“范相公快些回去！恭喜你中了举人，报喜人挤了一屋哩。”范进道是哄他，只装不听见，低着头往前走。邻居见他不理，走上来就要夺他手里的鸡。范进道：“你夺我的鸡怎的？你又不买。”邻居道：“你中了举人，叫你回家去打报子哩。”范进道：“高邻，你晓得我今日没有米，要卖这只鸡去救命，为甚么拿这话来哄我？我又不同你玩，你自己回去罢，莫误了我卖鸡。”邻居见他不信，劈手把鸡夺了，掼在地下，一把拉了回来。报录人见了道：“好了，新贵人回来了！”正要拥着他说话，范进三两步进屋里来，见中间报帖已经升挂起来，上写道：“捷报贵府老爷范进，高中广东乡试第七名‘亚元’，京报连登黄甲。”范进不看便罢，看了一遍，又念一遍，自己把两手拍了一下，笑了一声道：“噫！好了！我中了！”说着，往后一跤跌倒，牙关咬紧，不醒人事。老太太慌了，忙将几口开水灌了过去。他爬将起来，又拍着手大笑道：“噫！好了！我中了！”笑着，不由分说，就往门外飞跑，把报录人和邻居都吓了一跳。走出大门不多路，一脚端在池塘里，爬起来，头发都跌散了，两手黄泥，淋淋漓漓一身的水，众人拉他不住。拍着笑着，一直走到集上去了<sup>[2]</sup>。

中医认为，这是一个“大喜伤心”的典型案例。范进屡考不中而终于如愿，不由喜出望外，过分的欣喜令心气受损，导致痰迷心窍，神智错乱。这完全符合中医的理论。

后来有人出了个主意，要胡屠户去打范进一个耳

光，因为范进平时最怕的人就是胡屠户。

书中写到：胡屠户作难道：“虽然是我女婿，如今却做了老爷，就是天上的星宿。天上的星宿是打不得的。我听得斋公们说：‘打了天上的星宿，阎王就要捉去打一百铁棍，发在十八层地狱，永不得翻身。’我不敢做这样的事。”邻居内一个尖酸人说道：“罢了！胡老爹！你每日杀猪的营生，白刀子进去，红刀子出来，阎王也不知叫判官在簿子上记了你几千条铁棍，就是添上这一百棍，又打什么要紧？只恐把铁棍子打完了，也算不到这笔帐上来！或者你救好了女婿的病，阎王叙功，从地狱里把你提上第十七层来，也不可知！”报录的人道：“不要只管讲笑话。胡老爹这个事必须这般样，你没法子权变一权变？”屠户被众人拗不过，只得连斟两碗酒喝了，壮一壮胆，把方才这些小心收起，将平日的凶恶样子拿出来，卷一卷那油晃晃的衣袖，走上集去，众邻居五六个都跟着走。老太太赶出来叫道：“亲家，你只可吓他一下，却不要把他打伤了！”众邻居道：“这个自然，何消吩咐？”说着，一直去了。来到集上，见范进正在一个庙门口站着，散着头发，满脸污泥，鞋都跑掉了一只，兀自拍著掌，口里叫道：“中了！中了！”胡屠户凶神般走到跟前，说道：“该死的畜生！你中了甚么？”一个嘴巴打过去，众人 and 邻居见这模样，忍不住的笑。不想胡屠户虽然大着胆子打了一下，心里到底还是怕的，那手早颤起来，不敢打第二下。范进因这一个嘴巴，却也打晕了，昏倒于地，众邻居齐上前，替他抹胸口，捶背心。弄了半日，渐渐喘息过来，眼睛明亮，不疯了。众人扶起，借庙门口一个外科郎中姚驼子的板凳上坐着，胡屠户站在一边，不觉那手隐隐的疼了起来。自己看时，把个巴掌仰著，再也弯不过来。自己心里懊恼道：“果然天上文曲星是打不得的，而今菩萨计较起来了！”想一想，更疼得狠了，连忙问郎中讨了个膏药贴著<sup>[2]</sup>。

《黄帝内经》说：“惊能胜喜”。惊属水，喜属火，水能克火。范进突然被胡屠户打了一个嘴巴子，所产生的惊对于因喜而致的痰迷心窍起到了克制作用，于是神智恢复了正常。

## 3 思虑伤脾

元代王实甫的《西厢记》描写了一个动人的爱情故事。在山西普救寺投宿的张生（姓张名珙字君瑞），偶遇在寺中西厢借住的原崔相国的女儿崔莺莺，由于互相吟诗而产生爱慕。莺莺的母亲老夫人郑氏因门第不当从中作梗，极力阻止张生与崔莺莺来往。二人难得见面、两地相思，思虑日久，渐渐病倒。

书中对二人的病状有详细的描述：

【点绛唇】相国行祠，寄居萧寺。因丧事，幼女孤儿，将欲从军死。

【混江龙】谢张生伸志，一封书到便兴师。显得文章有用，足见天地无私。若不是剪草除根半万贼，险些儿灭门绝户俺一家儿。莺莺君瑞，许配雄雌；夫人失信，推托别词；将婚姻打灭，以兄妹为之。如今都废却成亲事，一个价愁糊突了胸中锦绣，一个价泪了脸上胭脂。

【油葫芦】憔悴潘郎鬓有丝；杜韦娘不似旧时，带围宽清减了瘦腰肢。一个睡昏昏不待观经史，一个意悬悬懒去拈针线；一个丝桐上调弄出离恨谱，一个花笺上删抹成断肠诗；一个笔下写幽情，一个弦上传心事：两下里都一样害相思。

【天下乐】方信道才子佳人信有之，红娘看时，有些乖性儿，则怕有情人不遂心也似此。他害的有些抹媚，我遭着没三思，一纳头安排着憔悴死。却早来到书院里，我把唾津儿润破窗纸，看他在书房里做甚么。

【村里迓鼓】我将这纸窗儿润破，悄声儿窥视。多管是和衣儿睡起，罗衫上前襟褶袂。孤眠况味，凄凉情绪，无人伏侍。觑了他涩滞气色，听了他微弱场息，看了他黄瘦脸儿。张生呵，你若不闷死多应是害死<sup>[1]</sup>。

【朝天子】张生近间、面颜，瘦得来实难看。不思量茶饭，怕待动弹；晓夜将佳期盼，废寝忘餐。黄昏清旦，望东墙淹泪眼<sup>[2]</sup>。

这是一个典型的思虑伤脾案例。

《黄帝内经》说：“脾胃者仓廩之官，五味出焉。”思虑过度则伤脾，脾的运化功能受损，则见“不思量茶饭”“废寝忘餐”；气虚神昏，则见“一个睡昏昏不待观经史，一个意悬悬懒去拈针线”；脾虚肌肉不丰，则见“带围宽清减了瘦腰肢”“瘦得来实难看”。

#### 4 忧悲伤肺

忧悲伤肺的典型案例在古典文学名著之中当属《红楼梦》里面的林黛玉。书中对林黛玉有一段精彩的描述：

两弯似蹙非蹙眉烟眉，一双似泣非泣含露目。态生两靥之愁，娇袭一身病。泪光点点，娇喘微微。闲静似娇花照水，行动如弱柳扶风。心较比干多一窍，病如西子胜三分<sup>[3]</sup>。

林黛玉如此弱不禁风的体质与她的身世有关。她幼年丧母，失于呵护，性情孤独，心情忧郁。因忧悲而伤肺，复因肺伤而忧悲，如此恶性循环，造成悲剧的基础。林黛玉寄居贾府，因自身的身世和性格，无法得到贾府的认可，也不能成全与贾宝玉之间的爱情，忧郁日久，健康每况愈下。终于在一个秋季，伤落花、感风寒、悲情缘、叹身世，内外交集，一病不起。

黛玉颜色如雪，并无一点血色，神气昏沉，气息微细。半日又咳嗽了一阵，丫头递了痰盒，吐出都是痰中带血的。大家都慌了。只见黛玉微微睁眼，看见

贾母在他旁边，便喘吁吁的说道：“老太太，你白疼了我了！”贾母一闻此言，十分难受，便道：“好孩子，你养着罢，不怕的。”黛玉微微一笑，把眼又闭上了<sup>[4]</sup>。

《黄帝内经》说：“忧伤肺”。林黛玉的症候是以肺阴不足为基础，阴血不足则“色如雪，并无一点血色”，气血虚衰则“神气昏沉，气息微细”，阴虚内热日盛则“痰中带血”。又因长期情志不遂，肝郁化火，最终导致木火刑金之证。

#### 5 惊恐伤肾

《红楼梦》中的贾瑞，字天翔，自幼失怙，家道贫寒，随祖父贾代儒度日。贾瑞仰慕王熙凤，欲求亲近。那王熙凤假意答应，约他夜间到一僻静处，暗中指使她的侄儿贾蔷、贾蓉前往恐吓他、敲诈他，并让丫鬟从楼上倒马桶浇他，一直折腾到第二天天亮。贾瑞回到家中一病不起、百药无效。这时来了一个道士，拿着一面镜子（风月鉴），嘱咐贾瑞只能照正面，不能照反面，三日即可痊愈。

贾瑞收了镜子，想道：“这道士倒有意思，我何不照一照试试。”想毕，拿起“风月鉴”来，向反面一照，只见一个骷髅立在里面，唬得贾瑞连忙掩了，骂：“道士混帐，如何吓我！——我倒再照照正面是什么。”想着，又将正面一照，只见凤姐站在里面招手叫他。贾瑞心中一喜，荡悠悠的觉得进了镜子，与凤姐云雨一番，凤姐仍送他出来。到了床上，哎哟了一声，一睁眼，镜子从手里掉过来，仍是反面立着一个骷髅。贾瑞自觉汗津津的，底下已遗了一滩精。心中到底不足，又翻过正面来，只见凤姐还招手叫他，他又进去。如此三四次。到了这次，刚要出镜子来，只见两个人走来，拿铁锁把他套住，拉了就走。贾瑞叫道：“让我拿了镜子再走。”——只说了这句，就再不能说话了<sup>[4]</sup>。（《红楼梦》第十二回）

《黄帝内经》说：“恐伤肾。”惊恐伤肾，动摇先天之本，肾关不固，故有汗出、遗精等症。贾瑞的病根起于痴心妄想，故百药无效。俗云：“心病还要心来医”，那道士本想皆“风月鉴”警醒贾瑞，告诉他他所心仪之人对他来说不过是一具白骨而已。怎奈贾瑞执迷不悟，终至不治。

《红楼梦》等中国古典名著经常中涉及到中医，书中描述诊病、辨证、选方、用药等，有条有理，丝丝入扣，俨然是一位临床经验十分丰富的老中医，这一方面说明作者学养丰厚、功底扎实，同时也说明中医作为中国传统文化的一部分早已落地生根、深入人心。

#### 参考文献

- [1]罗贯中.三国演义[M].北京:人民文学出版社,1973:476.
  - [2]吴敬梓.儒林外史[M].北京:人民文学出版社,1958:35-37.
  - [3]王实甫.西厢记[M].北京:人民文学出版社,2002:49.
  - [4]曹雪芹.红楼梦[M].北京:人民文学出版社,1973:166,1332.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:李成林 收稿日期:2018-04-24)

# 黄海波运用小柴胡变通饮经验浅谈<sup>※</sup>

 黄震洲<sup>1</sup> 荣宝山<sup>2\*</sup>

(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:** 黄海波认为: 虽然先天性卵巢发育不全症、多囊卵巢综合征、卵巢功能早衰、功能性卵巢肿瘤、下丘脑-垂体-卵巢轴功能紊乱等疾病的发病因素众多, 但其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”。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; 小柴胡变通饮; 经验; 不孕证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.028

文章编号:1672-2779(2018)-18-0062-02

## Discussion on the Experience of Professor Huang Haibo by Using Modified Xiaochaihu Drink

 HUANG Zhenzhou<sup>1</sup>, RONG Baoshan<sup>2</sup>

(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 although there are many factors in congenital ovarian hypoplasia, polycystic ovary syndrome, premature ovarian failure, functional ovarian tumors, hypothalamic-pituitary-ovary axis dysfunction, they can lead to infertility caused by ovulation disorders in patients. Therefore, infertility caused by these diseases is collectively referred to as "oocyte disease". It is believed that the occurrence of emotional factors of "oocyte disease" is the main cause, liver qi is the basic pathogenesis, and spleen and kidney deficiency are important factors in the pathogenesis. In clinical use, modified Xiaochaihu drink, which has the functions of relieving liver and relieving stagnation, replenishing kidney and spleen, and promoting egg seed, is used to regulate egg growth. The clinical effect is satisfactory.

**Keywords:** Huang Haibo; modified Xiaochaihu drink; experience; sterility

黄海波教授将先天性卵巢发育不全征、多囊卵巢综合征、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的不孕症统称为“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, 然时下社会竞争激烈、不孕患者盼子心切等情志因素扰动, 患者多伴肝郁症状, 且肝病易传脾而致肝脾同病, 气血化生障碍而影响排卵, 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<sup>[1-2]</sup>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。庞保珍等<sup>[3-4]</sup>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。临床喜用经方“小柴胡汤”为基础方, 以疏、调、养为法疏肝解郁, 益肾健脾, 促卵种子, 而成小柴胡变通饮。验之临床, 疗效满意。

### 1 小柴胡变通饮源流

小柴胡变通饮源自《伤寒杂病论》小柴胡汤。在《伤寒论》《金匱要略》中均有不同条文从各个方面论述其应用。由柴胡、黄芩、人参、半夏、甘草、生姜、大枣等组成, 具有和解少阳之功。主治少阳病证、妇人伤寒、热入血室等症。从药物组成看, 性味苦、辛, 微寒, 气质清轻的柴胡疏少阳之郁; 性味苦寒, 气质较重的黄芩清泄胆热, 二者相合, 一疏一清, 气郁通达, 火郁得发。生姜、半夏即止呕圣药小半夏汤, 和胃降逆。参、枣、草寓见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾之意, 补中益气, 防患于未然。从药物配伍及性味特点看, 柴芩合用苦降寒泻; 姜夏相配辛开热泻; 参枣草甘调补中。集寒热补泻于一方, 既各奏其功, 又相辅相成, 构成一个有机整体。全方寒温并用, 辛开苦降, 攻补兼施, 疏胆气之郁结, 清胆火之上炎, 除

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

\* 通讯作者: rongbaoshan2009@163.com

三焦之阻隔，补脾胃之虚弱，去痰湿之阻滞，从而达到宣通内外，调达上下，和畅气机的目的，此即和解少阳。黄海波教授在此基础之上，基于小柴胡汤调和肝胆气郁之性，加茯苓、桂枝、陈皮以温阳利水，加被誉为行气止痛之要药、妇科调经之要药的香附；治疗妇科病的要药益母草；滋补上品的紫河车；平补肺脾肾三脏的山药等加强其疏肝解郁、祛邪扶正之功而成具有疏肝解郁，益肾健脾，促卵种子作用的小柴胡变通饮。

## 2 治疗特色

黄海波教授针对“卵病”之病因病机，认为“调卵”本在“肝郁”，宗仲景“但见一证便是，不必悉具”之意，在诊疗过程中以“调”为主线，调肝气、和脾胃，气血顺畅，痰湿得消；调阴阳，扶正固本，偏颇得纠。临床喜用仲景小柴胡汤加减即小柴胡变通饮，治疗多囊卵巢综合征、高泌乳素、卵巢储备功能下降等因素引起的排卵障碍所致的不孕症。小柴胡变通饮药物组成：醋柴胡9g，茯苓12g，桂枝6g，党参15g，姜半夏7g，炒黄芩5g，山药10g，陈皮9g，炙甘草6g，香附10g，益母草15g，紫河车10g，姜枣为引。加减：肾气虚者加蛤蚧1对（去头足）、紫石英15~30g、沉香3~6g（后下）。肾阳虚者加仙茅9g、淫羊藿9g、黄精10g。肾阴虚者加女贞子10g、旱莲草10g、菟丝子10g。血虚者加黄芪30g、当归6g、鸡血藤15~30g。血瘀者加当归10g、川芎9g、红花9g。痰湿者加瓜蒌皮10g、佛手10g、石菖蒲9g。

另外黄海波教授针对患者的个体差异，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，以期提高疗效，尽早促孕。如高泌乳素血症者酌加炒麦芽、钩藤或联合嗅隐亭；多囊卵巢综合征者加龙骨、牡蛎或配合克罗米芬及来曲唑；排卵受限加土鳖虫9g、沉香6g，配合绒促素肌注治疗等。

黄海波教授认为：由于“卵病”是一种或多种致病因素作用于生殖众多环节后导致的，所以在辨证施治的同时，注重心理疏导，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，以身心同治，提高诊疗效果。

## 3 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，E<sub>2</sub>：

36.31 pmol/L，FSH：3.23 IU/L，LH：1.79 IU/L，PRL：301 mIU/L，T：0.79 nmol/L，P：2.62 nmol/L。甲功3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9g，茯苓10g，桂枝9g，党参20g，姜半夏6g，炒黄芩3g，刺五加15g，炙甘草6g，香附10g，当归10g，仙茅9g，淫羊藿9g，黄精10g，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：诸证稍有缓减，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15g，紫石英30g，紫苏梗9g，土鳖虫9g，沉香6g（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]张龙梅,黄震州,杜晓萍,等.黄海波教授治疗多囊卵巢综合征举隅[J].内蒙古中医药,2016(7):43-44.
- [2]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.
- [3]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.
- [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.
- [5]乔明琦,张惠云,高冬梅.经前平颗粒对经前期综合征肝气逆证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.

(本文编辑:张文娟 本文校对:钱占红 收稿日期:2018-06-19)

至于指法,则见于经义者,曰举,曰按,曰寻,曰推,曰上下,曰初持,曰久按,曰单持,曰总按。举按以诊高深也,上下以诊长短也,寻推以诊广狭厚薄、舒敛伸缩、进退起伏也,初持久按,以诊迟数止代也,单按总按,以诊去来断续也。

大率病者之脉,初下指虽见乏力,或弦细不和,按至十余至渐和者,必能收功,若下指似和,按久则微而涩,不能应指,或渐觉弦硬者,必难取效。

——徐江雁、杨建宇摘编自《张山雷脉学讲义》(民国名中医临床教学讲义选粹丛书)

# 牛学恩临证诊疗臌胀病经验

郭亚楠<sup>1</sup> 牛学恩<sup>2△</sup>

(1 河南中医药大学第二临床医学院, 河南 郑州 450000; 2 河南省中医院肝胆脾胃科, 河南 郑州 450000)

**摘要:** 通过整理牛学恩对鼓胀病病机、病理演变的认识及用药规律等, 探讨其对于鼓胀病的诊疗经验和学术思想。牛学恩从斡旋中土入手, 恢复机体一气周流的正常状态, 用苓桂浮萍汤加减治疗鼓胀病之特色与经验, 值得借鉴和推广。

**关键词:** 臌胀; 斡旋中土; 一气周流; 苓桂浮萍汤; 牛学恩

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.029

文章编号:1672-2779(2018)-18-0064-02

## Experience of Professor Niu Xueen in Diagnosis and Treatment of Meteorism Disease

GUO Yanan<sup>1</sup>, NIU Xueen<sup>2</sup>

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

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

**Abstract:** Summing up Niu Xueen's experience in diagnosis and treatment of meteorism disease, the experience and academic thoughts in the diagnosis and treatment of meteorism disease was discussed by arranging tutors' specific understanding both in the physiological functions and pathological changes of the human body and the law of drug use of meteorism disease. Starting from mediating the middle jiao to restore the normal state of qi circulation in the body, and using addition and subtraction of Linggui Fuping decoction in the treatment of meteorism disease is significant, which is worthy of reference and promotion.

**Keywords:** meteorism; mediating the middle jiao; the normal state of qi circulation in the body; Linggui Fuping decoction; Niu Xueen

牛学恩教授, 河南省中医院主任医师, 研究生导师。从事中医内科疾病的临床、科研工作30余年, 擅长中医肝胆疾病及脾胃疾病的诊治, 在运用中医药治疗臌胀病方面积累了较为丰富的临床经验, 疗效确切。笔者有幸跟师学习, 受益颇深, 现对导师治疗臌胀病经验介绍如下。

### 1 病因病机

臌胀病是指腹部胀大如鼓的一类病证, 临床症状以腹大胀满, 绷紧如鼓, 皮色苍黄, 脉络显露为特征, 属中医四大难症(风、癆、臌、膈)之一, 查阅相关文献可知, 古代医家对臌胀病之论治已基本可窥全貌。现代医家通过继承和发扬前人对臌胀病的认识, 认为臌胀的病因虽与情志所伤、酒食不节、感染虫毒、劳欲过度等有关, 但其直接原因应责之于黄疸、胁痛、积聚等病迁延日久, 进而伤及肝、脾、肾诸脏, 致使气、血、水瘀积于腹内, 以致腹部日渐胀大, 而成臌胀。本病初起, 肝脾受损, 肝失疏泄, 脾失健运, 从而气滞湿阻, 清浊相混, 此阶段以实为主; 因湿浊蕴阻中焦, 既可郁而化热, 出现水热蕴结之象, 又可湿从寒化, 出现水湿困脾之证; 病久则气血凝滞, 隧道壅塞, 瘀结水留更甚, 病延及肾, 肾火虚衰, 无力温助脾阳, 蒸化水湿, 且开阖失司, 气化不利, 而致阳虚水停; 若阳损及

阴, 湿聚热蕴, 耗阴伤津, 则肝肾之阴亦亏, 肾阴既损, 阳无以化, 则水津失布, 阴虚水停, 此阶段以虚为主。故臌胀病的病机特点即虚实错杂, 本虚标实, 随着疾病发展, 邪愈盛而正愈虚, 最终导致本病缠绵难愈。

导师牛学恩教授秉承黄元御学术思想, 对臌胀病有其独到的见解, 认为本病初期多由中气衰败致使气机升降失常所致。“中气”者, 阴阳升降之枢轴, 所谓土也。土生万物, 在人体则对应脾胃, 脾胃为后天之本, 又居于中焦, 为人体气机升降之枢, 如《四圣心源·劳伤解》云:“脾为己土, 以太阴而主升, 胃为戊土, 以阳明而主降, 升降之权, 则在阴阳之交, 是谓中气。”<sup>[1]</sup>中土之气升降浮沉, 循环往复, 就形成了人体自身的一气周流。具体而言, 即中土这股气, 在脾土升清的作用下, 自左路化为清阳上升, 肝木随己土上升, 肝气宣达温升化热生心火, 肾水随肝木亦左升而上济心火; 在胃土的和降作用下, 自右路化为浊阴下降, 肺金随戊土下降, 肺气收敛清降化寒生肾水, 心火随肺金右降而下温肾水, 使得中土冲和, 肝气宣升, 肺气敛降, 水火既济, 形成一个以中气为枢轴、为动力, 肝肾之气左升、心肺之气右降的动态周流变化。彭子益在《圆运动的古中医》将其描述为:“人身中气为轴, 四维如轮, 轴运轮行, 轮运轴灵。”<sup>[2]</sup>由此可见, 脾胃的气机升降作用至关重要。一方面, 脾升胃降, 肝木升发与肺金肃降, 心火下煦与肾水上滋,



肺之呼气与肾之纳气等均在脾胃升降斡旋下完成；另一方面，脾气主升，胃气主降，共同完成化生水谷精微以营养全身，为后天之本，升则上输心肺，降则下归肝肾，由此升降出入、承上启下，维持“清阳出上窍，浊阴出下窍；清阳发腠理，浊阴走五脏；清阳实四肢，浊阴归六腑”（《素问·至真要大论》）的生理功能。因此，若中气善运，各脏腑间气机运动有序、升降出入协调，即可通过气化作用，升清降浊，输布精微，排泄糟粕，共同完成机体的新陈代谢，促进生命活动的正常进行，而百病不生。诚如黄元御所述：“平人下温而上清者，以中气之善运也。胃主受盛，脾主消磨，中气旺则胃降而善纳，脾升而善磨，水谷腐熟，精气滋生，所以无病。脾升则肾肝亦升，故水木不郁，胃降则心肺亦降，故金火不滞。火降则水不下寒，水升则火不上热。”反之，若中气虚衰，气机升降无序，则百病由生。臌胀病即因中气衰败，出现湿土不运，肝脾不升，肺胃不降，气不化水而抑郁于下，水不化气而泛滥于上，人体气机无法正常周流，水湿停聚而发病。如《四圣心源》臌胀根原篇云：“臌胀者，中气之败也。肺主气，肾主水，人身中半以上为阳，是谓气分，中半以下为阴，是谓水分。气盛于上，水盛于下，阴阳之定位也。而气降则生水，水升则化气，阴阳互根，气水循环。究其转运之枢，全在中气。”故臌胀究其根源为中气之败，湿土不运，金木郁而升降窒。

## 2 治则治法

导师在临床治疗臌胀病时，遵循“治中以培升降之用，燥土而拨转运之机”，从斡旋中土入手，用药以泻湿燥土为法，使左路木火升发，右路金水敛降，恢复疏泄之能，水利邪去，则臌胀可除。选方苓桂浮萍汤加减，组方茯苓20g，泽泻30g，浮萍20g，陈皮12g，法半夏10g，大腹皮20g，杏仁10g，桂枝6g，甘草6g。方中茯苓甘平，桂枝温通阳气，是利水渗湿的首选药。《金匱要略心典》曰：“桂枝得茯苓则不发而反行水。”即可知桂枝与茯苓相辅相成，缺一不可<sup>[1]</sup>。泽泻能行水而上，使阴津上滋，利水之中又补阴不足<sup>[2]</sup>。浮萍利水消肿，因其生于水中而能出水上，且其叶入水不濡，是其性能散水者也，故凡水湿之病皆能治之；半夏、陈皮降肺胃之气、利湿降浊，杏仁宣肺化气，以复中土升降之动力；大腹皮除胀满、化湿浊、利小便；全方以燥土和胃降逆，宣肺助降，通调水道为主，并佐以少量甘草固护中土，防止过于降阴利小便而致清阳不能升散。如此水行木疏，升降有序，而水气之病得消。

## 3 典型验案

患者徐某，男，51岁。2018年2月因“腹部胀满2月余，加重1周”就诊。患者自诉发现乙型肝炎病毒感

染3年余，后自动停药，具体停药原因不详，在医生指导下服用润众（恩替卡韦分散片）抗病毒治疗，2月前出现腹部胀满，食欲减退，乏力，于当地医院住院检查，诊断为乙肝后肝硬化失代偿期，给予保肝、利尿、输注白蛋白等治疗，腹水减轻出院。近1周，患者再次出现腹胀，脘闷纳呆，稍感乏力，为求中医治疗，前来我院就诊。初诊：患者诉腹胀满，饮食欠佳，体倦乏力，睡眠可，小便正常，大便溏薄。触其腹部稍大，按之不坚，可叩及移动性浊音，双下肢稍浮肿，舌略红，苔白腻，根部明显，脉弦滑。平素易腹泻，喜饮酒。门诊查消化系彩超提示肝硬化；少量腹水。中医诊断：臌胀，证属水湿壅滞，胃失和降；治以燥土和胃，宣肺利水。处方：茯苓20g，泽泻30g，浮萍20g，陈皮12g，白术12g，法半夏15g，大腹皮20g，杏仁10g，桂枝6g。共7剂，水煎服，日1剂，少量多次温服，嘱其禁酒，勿劳累。

二诊：患者7天后前来复诊，自述腹部胀满较前稍好转，食欲改善不明显，诊其脉象较前应指缓和，守上方加焦神曲12g，麦芽12g，共10剂，以巩固治疗。后随访患者腹水基本消除，食欲恢复正常，乏力好转，嘱其规律服用抗病毒药物，畅情志，忌饮酒，注意休息，定期复查肝功能，乙型肝炎病毒载量测定，消化系彩超等。

**按：**患者既往慢性乙型肝炎病史，出现腹部胀满，移动性浊音呈阳性，双下肢稍浮肿，查彩超提示腹水，诊断臌胀明确，加之其平素喜饮酒，酒为水湿之品，又可助热，故其舌苔腻，是为湿邪所困，然患者脉弦滑大，阳气未虚，故考虑臌胀由水湿壅滞、胃失和降所致，治疗当从中土脾胃入手，以法半夏燥土和胃降逆，茯苓、泽泻培土泻湿，浮萍利水，大腹皮除胀满，神曲、麦芽疏通胃肠，恢复胃右转之力，杏仁宣肺气，桂枝调达肝气，诸药合用即宣肺降逆，燥土疏木，恢复中土之气的正常枢转。

## 4 结语

臌胀病是消化内科常见的难治病，徒用攻逐之品消除腹水虽有疗效，但不能巩固，旋即复起，伤人体正气，使之更加缠绵难愈。故导师在临床治疗当中，重视斡旋中土，恢复机体一气周流、如环无端、圆融和谐的正常状态，不仅固护人体正气，而且使气水循环，臌胀可除，疾病得消。导师用此法治疗臌胀病之特色与创新之处，值得临床借鉴和推广。

## 参考文献

- [1]黄元御.四圣心源[M].李玉宾,校注.北京:人民军医出版社,2015.
- [2]彭子益.圆运动的古中医学[M].北京:中国中医药出版社,2007:9.
- [3]清尤怡.金匱要略心典[M].北京:中国中医药出版社,1992:101.
- [4]蔡焦生,官临征,张爱萍.防己黄芪汤合猪苓汤治疗肝硬化腹水[J].光明中医,2010,25(12):2233-2234.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李振华 收稿日期:2018-06-12)

癌毒理论研究及其对癌肿辨证施治的指导<sup>※</sup>霍达<sup>1,2</sup> 任明<sup>1</sup> 宋春燕<sup>3</sup> 朱海燕<sup>2</sup> 郭利平<sup>1\*</sup>(1 天津中医药大学中医学学院, 天津 300110; 2 潍坊市人民医院肿瘤内科, 山东 潍坊 261000;  
3 潍坊医学院公共卫生与管理学院, 山东 潍坊 261000)

**摘要:** 本文通过对周仲英教授“癌毒”理论及相关文献进行研究, 总结“癌毒”是肿瘤发病的致病因子、病理产物及主要病机, 并且对“癌毒”转移途径进行总结分析。本文将“癌毒”病机理论与肿瘤微环境进行比较, 认为二者有关联性, 从西医的角度再次证实中医“癌毒”理论的合理性。通过理论与临床实践相结合, 确定扶正解毒祛瘀化痰的治疗原则, 制定“扶正解毒祛瘀方”, 为肿瘤的中医药治疗提供参考。

**关键词:** 肿瘤; 癌毒; 扶正解毒祛瘀; 辨证论治

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.030

文章编号:1672-2779(2018)-18-0066-04

## Investigation on Connotation of "Cancer Toxin" Theory and Its Guidance for Differential Diagnosis and Treatment of Tumor

HUO Da<sup>1,2</sup>, REN Ming<sup>1</sup>, SONG Chunyan<sup>3</sup>, ZHU Haiyan<sup>2</sup>, GUO Liping<sup>1</sup>(1. The School of Traditional Chinese Medicine, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300110, China;  
2. Department of Internal Medicine-Oncology, Weifang People's Hospital, Shandong Province, Weifang 261000, China;  
3. School of Public Health and Management, Weifang Medical University, Shandong Province, Weifang 261000, China)

**Abstract:** This paper studies the theory of "cancer toxin" awarded by Professor Zhou Zhongying and concludes that "cancer toxin" is the major pathogeny, pathological product and main pathogenesis of cancer, and summarizes and analyzes the way of "cancer toxin" transfer. The formation and pathogenesis of cancerous toxin are similar to the process of inflammation transformation into tumor inflammatory microenvironment. From the perspective of Western medicine, the rationality of "cancer toxicity" is reconfirmed. Combining theoretical research with clinical practice, and determines the principle of treating the treatment of detoxification and removing stasis, and formulates "the prescription of helping the detoxification and removing stasis". It provides reference for the treatment of tumor with traditional Chinese medicine.

**Keywords:** malignant tumor; cancerous toxin; strengthening the body resistance and detoxification for stasis removing; treatment based on syndrome differentiation

## 1 “癌毒”理论认识

国医大师周仲瑛对“癌毒”学说进行了深入研究, 提出“癌毒”理论, 进一步完善了中医治疗肿瘤的理论体系, 对临床中医治疗肿瘤进行了全面指导。通过学习周教授的理论体系及相关文献资料, 对“癌毒”理论有了进一步认识, 并以下文进行总结。

1.1 “癌毒”名称来源 “毒邪”是中医基础理论中的一个概念, 《素问》将“毒邪”描述为暴烈之气, 可见毒邪具有迅猛、暴戾、致病力强的特点。“癌毒”是现代医家提出的概念, 它是一种特殊的“毒邪”。

1.2 “癌毒”是致病因子 周教授<sup>[1]</sup>认为癌毒是在正气亏虚的基础上, 内因外因的共同作用下产生的一种强烈的特异致病因子。这种致病因子的产生前提是正气虚, 正所谓“正气存内, 邪不可干, 邪之所凑, 其气必虚”, “癌毒”是肿瘤产生的必要条件。“癌毒”作为

致病因子不同于六淫邪气(风、寒、暑、湿、燥、火), 也不同于瘀血、痰湿等致病因素。“癌毒”具有侵袭性和转移性的特点。

1.3 “癌毒”是病理产物 “癌毒”是病理产物。明代医家尤在泾提出邪气在体内日久不散, 积聚不化, 变生毒邪, 周教授<sup>[2]</sup>提出当机体气机失调, 脏腑功能失衡, 气血阴阳紊乱, 或有寒、热、痰、湿、瘀等病理因素的蓄积, 打破体内的平衡状态, 就可能酿生癌毒。癌毒作为病理产物, 并不单独存在于机体, 大多依附于痰、湿、瘀血等共同存在<sup>[3]</sup>。

1.4 “癌毒”是核心病机 机体正气不足, 气机不畅, 产生痰、湿、瘀等病理产物, 这些病理产物长期蓄积变生“癌毒”, “癌毒”与此病理产物胶结不散, 进一步阻滞气机运行, 津液不能正常输布则化为痰, 血液不能正常运行化为瘀, 与“癌毒”进一步胶结, 日久形成肿瘤, 而肿瘤又会进一步阻滞气机, 形成了恶性循环<sup>[4]</sup>。癌毒与痰、瘀互结流窜, 就形成了肿瘤的转移。“癌毒”整个肿瘤发生发展的核心病机。

## 2 癌毒转移的认识

2.1 癌毒转移特点 “癌毒”具有转移的特性, 这是癌

※ 基金项目: 教育部“创新团队发展计划”[No.IRT-16R54]; 天津市科技计划项目[No.15ZXLCSY00020]; 天津市滨海新区卫计委重点项目[No.2016BWKZ001]

\* 通讯作者: Gpgtin@yahoo.com.cn

肿难以治愈的最主要原因。正虚是癌肿产生与发展的前提，正虚亦是“癌毒”转移的前提，“最虚之处，便是客邪之地”，正气亏虚，无力御邪，癌毒流转到至虚之处，并留舍于此，“癌毒”进一步耗散正气，气机失调，痰湿、瘀血壅塞，进一步促使“癌毒”形成。血瘀、痰凝是“癌毒”扩散转移的环境。

## 2.2 癌毒转移的途径

### 2.2.1 经络、气街、四海转移途径

经络，是经脉和络脉的总称，是运行全身气血，联络脏腑形体官窍，沟通上下内外，感应传导信息的通路系统，是人体结构的重要组成部分<sup>[5]</sup>。气街、四海作为经气产生汇集布散所在，为经络通道的必要补充，加强了人体纵向和横向的联系<sup>[6]</sup>。

《素问》中对邪气在体内流转的通道进行了描述，认为“邪气”按照皮毛、孙脉、络脉、经脉、五脏肠胃逐渐深入，“癌毒”属于邪气，亦可按照此通路流转。《灵枢·卫气》阐述了经络系统在人体头、胸、腹、胫的交通枢纽作用，主要说明了经络的横向联系。

“四海”由血海、气海、水谷之海、髓海组成，为人体气血营卫汇聚的重要枢纽。“癌毒”经经脉、气街汇聚四海，再由四海输布各处，出现转移。经络、气街、四海相互配合，形成人体信息沟通的网络，正气亏虚，癌毒壅盛，正不抵邪，癌毒沿着此通道转移。

### 2.2.2 三焦、膜原、腠理转移途径

三焦是人体重要通道，《素问》《难经》将三焦分别称为“决渎之官”“原气之别使”。清代医家张志聪认为膜原是连于肠胃的脂膜，薛雪认为膜原外通肌肉，内连肠腑，膜原是三焦的门户。膜原遍布脏腑、肌肉、胃肠之间。腠理亦是遍布周身，与膜原相比，腠理位于机体比较表浅之处。唐容川认为“三焦气行腠理”。腠理在外，膜原在内，三焦连接膜原与腠理，三者共同构成通道，阴阳调达之时此通道以便气血运行、精微布散，阴阳失调之时此通道以便邪气、“癌毒”的转移。

### 2.2.3 五行转移通道

五行学说是中医基础理论的重要组成部分，五行学说反映了人体主要脏器的生理功能及其相互资生、相互制约的关系，并且也反映了五脏病变的相互影响。

相生关系的转变，包括“母病及子”及“子病及母”。如肾属水，肝属木，水能生木，故肾为母脏，肝为子脏。肾病及肝，即属母病及子。肝属木，心属火，木能生火，故肝为母脏，心为子脏。心病及肝，即是子病及母。

相克关系的转变，包括“相乘”和“相侮”两个方面，如临床上常见由于肝气郁结或肝气上逆，影响脾胃的运化功能而出现胸胁苦满、脘腹胀痛、泛酸等表现时，称为“肝旺乘土”。反之，先有脾胃虚弱，不能耐受肝气的克伐，而出现头晕乏力、纳呆暖气、胸胁

胀满等，称“土虚木乘”，再如肺金本能克服肝木，由于暴怒而致肝火亢盛，肺金不仅无力制约肝木，反遭肝火之反向克制，而出现急躁易怒，面红目赤，甚则咳逆上气，咯血等肝木反侮肺金的症状，称“木火刑金”。

五脏病变的相互影响，可用五行的乘侮和母子相及规律来阐释。对于肿瘤转移，五行学说可能提供一定依据，但此依据尚需进一步研究。

癌肿的转移途径不是单一固定，以上几种途径可以相互配合。对于癌肿转移途径的中医研究尚需继续进行。

## 3 基于“癌毒”理论的治疗方法

### 3.1 治疗原则

基于“癌毒”的病机理论，“解毒”应始终贯穿肿瘤治疗中，“癌毒”的产生及转移都以正虚为前提，“癌毒”发展过程中，不断耗散正气，扶正是防止肿瘤发生发展前提，痰湿、血瘀是癌毒的外在表现形式，根据此，制定“扶正解毒祛瘀化痰”的中医肿瘤治疗原则。

### 3.2 辨证与辨病相结合

癌毒与痰、瘀互结，在至虚之处停留生长，化生肿瘤，所以肿瘤可有不同的部位，即形成不同疾病。病位不同，病机随之相异，治法随之相变。如肺癌病位在肺，癌毒阻肺，津液不能输布凝结为痰，进一步耗伤气阴，治疗当兼顾益气滋阴之法。胃癌，病位实则在胃亦在脾，脾气虚为本，脾虚生湿化痰，与癌毒结合，治疗应加以补脾化湿之药。乳腺癌，乳腺为肝经走形之处，女子以肝为先天，肝喜条达而恶抑郁，肝气不舒，气血不调，化生癌毒，治疗应加以疏肝理气，调和气血之药。根据不同的病选择不同治疗方法，做到辨证与辨病相结合。

### 3.3 分期治疗

肿瘤发生发展是个变化过程，每个时期患者疾病的主次矛盾都不尽相同，因此肿瘤的治疗上也应该随之变化。肿瘤初期，邪实，正气尚不虚，治疗以攻积为主，中期正邪渐虚，治疗以攻补兼顾，晚期正虚邪不实，以补虚为主。程海波<sup>[7]</sup>提到在整个治疗过程中，祛毒亦是扶正，扶正亦是祛毒。

### 3.4 预防转移

《素问·玉机真脏论》曰：“五脏受气于其所生，传之于其所胜；气舍于其所生，死于其所不胜。”人体是整体，各脏腑之间有着相互联系，整体观念是治病核心。《金匱要略》曰：“夫治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”对于癌肿易于转移的特点，在治疗中应重视“治未病”，结合肿瘤可能转移途径，开展对五行生克乘侮规律研究，从多途径截断癌毒流窜。对于阻断癌肿转移，需要进一步研究及临床实践，目前尚无有效完整的治疗方法。

## 4 “癌毒”理论与现代医学中的“肿瘤炎性微环境”关系

### 4.1 肿瘤炎性微环境与肿瘤的形成

肿瘤周边存在炎性

微环境，这与肿瘤形成密切相关。炎性环境中含有细胞因子如白介素（IL-1）及肿瘤坏死因子（TNF- $\alpha$ ），这些细胞因子可以促使NF- $\kappa$ B及STAT3的活化，进而促使正常细胞向肿瘤细胞的转化，NF- $\kappa$ B及STAT3的活化也可促进细胞因子的持续生成，逐渐形成“炎症-肿瘤”的恶性循环<sup>[7-8]</sup>。

**4.2 肿瘤炎性微环境与肿瘤的发展** 肿瘤炎性微环境与肿瘤发展转移密切相关。炎性因子可以促进肿瘤细胞上皮-间质转化（EMT）的启动，进而改变了肿瘤上皮细胞连接的紧密性，促使肿瘤发生转移。炎性因子可以诱导血管内皮生长因子（VEGF），促使肿瘤血管生成，为肿瘤生长转移提供条件。炎症微环境能抑制肿瘤免疫应答，介导肿瘤细胞的免疫逃逸<sup>[4]</sup>。

**4.3 肿瘤炎性微环境与“癌毒”理论相关性** 肿瘤炎性微环境中的炎性因子、趋化因子，就像“癌毒”病机中的痰、瘀，能够诱导肿瘤细胞形成，肿瘤形成又会进一步产生这些病理产物，形成恶性循环。肿瘤炎性环境能够促使肿瘤发生转移，而“癌毒”理论中癌毒与痰、瘀胶结流窜，出现转移。肿瘤炎性微环境与“癌毒”理论有相关性，是同一病理机制，中西医的两种不同解释。

肿瘤炎性微环境学说从现代医学角度进一步说明“癌毒”理论的合理性。

## 5 以“癌毒”理论为基础的实验及临床疗效

**5.1 “癌毒”实验研究** 以“癌毒”理论为基础制定的“消癌解毒方”经过动物实验证明具有从抑制肿瘤生长、促进肿瘤细胞凋亡、减少肿瘤细胞增殖等多层次、多靶点、多环节发挥抗肿瘤作用<sup>[9]</sup>。李文婷<sup>[10]</sup>通过实验证明消癌解毒方可以降低人肝癌SMMC-7721细胞端粒酶浓度，并且这种关系成剂量依赖性，提示消癌解毒方可能通过抑制端粒酶活性来发挥抗肿瘤作用。吴勉华<sup>[11]</sup>消癌解毒方作用于TLRs/NF- $\kappa$ B信号通路，抑制NF- $\kappa$ B的异常持续活化，进而促进肿瘤细胞凋亡。

**5.2 “癌毒”临床试验研究** 陈海彬等<sup>[12]</sup>通过对120例患者进行化疗联合消癌解毒方对比78例单纯化疗患者，得出结论化疗联合消癌解毒方机体免疫功能明显高于单纯化疗组。周红光等<sup>[13]</sup>提出消癌解毒方能提高中晚期恶性肿瘤有效率，降低化疗药物的毒副反应率。刘拥军等<sup>[14]</sup>发现消癌解毒方对晚期胃热阴虚型胃癌有一定增效减毒作用，提高生活质量、降低毒副反应方面有优势，并且安全性好。消癌平注射液亦是在“癌毒”理论指导下制定的。李潇<sup>[15]</sup>通过前瞻性研究来探索化疗联合消癌平注射液对比单纯化疗患者的血液学指标，得出如下结论，消癌平注射液可以防治肺癌、胃癌化疗患者的骨髓抑制情况。

## 6 扶正解毒祛瘀方

“癌毒”理论提出“癌毒”是肿瘤发生发展的一个重要致病因素，是主要病机，也是病理产物。在治疗肿瘤过程中要贯彻“解毒”思想。该理论在临床研究中取得了不菲的成绩，进一步验证了中医药具有抗肿瘤减毒增效的作用，并且通过研究，用现代化指标证实该理论的可靠性。我院肿瘤科联合我院中医科通过对“癌毒”理论的研究，结合临床实践经验制定“扶正解毒祛瘀方”，临床取得很好的疗效。

**6.1 基础通用方** 基础通用方以“扶正解毒祛瘀”为基本治则，肿瘤总的病机属于正虚邪实，肿瘤的生发发展预后始终决定于邪正的消长盛衰、动态变化。肿瘤初期以邪实为主，治疗应攻邪药物较盛，中期邪实正虚，治疗应攻补兼施，晚期正虚为主，治疗以补中间消，养正除积<sup>[4]</sup>。根据文献研究及临床经验结合制定基础通用方，基础方分早期方、中期方、晚期方，此方药味相同，剂量不同，以体现病机正邪消长变化。

早期基础方：黄芪10 g，党参10 g，茯苓15 g，白术10 g，白花蛇舌草35 g，半边莲20 g，半枝莲20 g，莪术20 g，法半夏15 g，山慈菇20 g，夏枯草15 g，鸡内金15 g。

中期基础方：黄芪20 g，党参20 g，茯苓20 g，白术20 g，白花蛇舌草20 g，半边莲15 g，半枝莲15 g，莪术15 g，法半夏15 g，山慈菇15 g，夏枯草15 g，鸡内金15 g。

晚期基础方：黄芪25 g，党参25 g，茯苓15 g，白术15 g，白花蛇舌草10 g，半边莲10 g，半枝莲10 g，莪术10 g，法半夏10 g，山慈菇10 g，夏枯草15 g，鸡内金15 g。

**6.2 辨证辨病相结合** 辨病重在辨经络，根据不同肿瘤具体特点辨证治疗。因肺癌、胃癌、乳腺癌为临床发病率较高的肿瘤，下文以此3类肿瘤进行阐述。

肺癌病位主要在肺，肺为娇脏，易受诸邪之侵，易失清肃，耗气伤阴。癌毒阻肺，津液不能布散而成痰，血液不能输布而成瘀。治疗肺癌应在扶正解毒祛瘀基础上加以益气养阴、宣肺肃降。在原基础方上根据不同证候，辨证论治，加减用药。如患者出现乏力神疲，咳痰无力，为脾肺气虚证，予补脾益气治疗，再加党参10 g、黄芪10 g。若咳喘不止，为肺失宣肃、肺气上逆，予降气平喘治疗，加紫苏子10 g、杏仁10 g、川贝母10 g。如痰中带血，为肺络受损，予止血化瘀治疗，加蒲黄10 g、茜草炭10 g。如盗汗身热，口干咽燥为气阴两伤证，予养阴润燥治疗，加沙参15 g、女贞子15 g；如面色口唇苍白，头晕眼花等血虚证候，予益气补血治疗，加当归15 g、熟地黄15 g、仙鹤草15 g、黄芪10 g。

胃癌病位在脾胃，脾虚为胃癌的根本原因，脾虚，

癌毒侵袭,痰瘀湿热互结,治疗应在扶正解毒祛瘀基础上加以清热化痰、理气和胃。若倦怠乏力,恶寒喜暖,为脾阳虚弱,予温阳健脾加党参10g、黄芪10g、高良姜10g。若脘腹胀满或呃逆不舒为胃失和降,予理气和胃治疗,加以香附10g、紫苏梗10g、旋覆花15g、代赭石6g、丁香6g。如胃内嘈杂,咽干不寐为胃阴亏虚,予滋阴和胃生津治疗,加以沙参10g、麦冬10g、玉竹10g、石斛10g。若面色口唇苍白,头晕眼花等血虚证候,予益气补血治疗,加当归15g、熟地黄15g、仙鹤草15g、黄芪10g。

乳腺癌与肝经密切相关,女子以肝血为先天,肝喜条达,恶抑郁,肝失所养,肝郁气滞,化生癌毒,与痰瘀互结。治疗应在扶正解毒祛瘀基础上加以疏肝解郁。若患者郁闷不舒、胸肋胀满,为肝郁气滞,加以柴胡10g、枳壳10g、香附10g、青皮10g、陈皮10g;如乳腺尚存肿物,考虑痰凝瘀阻,予化痰散瘀,加以海藻10g、昆布10g、川贝母10g,考虑肿物位于肝经,加抗癌解毒肝经药物漏芦10g,王不留行10g;若面色口唇苍白,头晕眼花等血虚证候,予益气补血治疗,加当归15g,熟地黄15g,仙鹤草15g,黄芪10g。

基于“癌毒”理论的扶正解毒祛瘀方目前取得了不菲的临床疗效,但尚缺乏大样本随机对照多中心临床研究,在日后工作中我们将展开类似研究,为中医

药治疗肿瘤提供依据。

#### 参考文献

- [1]程海波,吴勉华.周仲瑛教授“癌毒”学术思想探析[J].中华中医药杂志,2010,25(6):866-869.
- [2]周仲瑛,程海波,周学平,等.中医药辨治肿瘤若干理念问题的探讨[J].南京中医药大学学报,2014,30(2):101-104.
- [3]程海波.癌毒病机理论探讨[J].中医杂志,2014,55(20):1711-1714.
- [4]沈政洁,程海波,沈卫星,等.肿瘤炎症微环境与“癌毒”病机相关性探讨[J].北京中医药大学学报,2015,38(1):14-15.
- [5]孙广仁.中医基础理论[M].北京:中国中医药出版社,2009:156.
- [6]叶乃菁,刘萱,李琦.癌毒转移的中医理论探讨[J].中医杂志,2014,55(3):185-186.
- [7]郭靛,钱露,郭宁.炎症——肿瘤恶性演进的推手[J].中国肿瘤生物治疗杂志,2013,20(3):259-265.
- [8]侯嘉杰,孙倍成.STAT3慢性炎症介导肿瘤发生和进展的关键节点[J].生物化学与生物物理进展,2014,41(1):69-78.
- [9]徐力立,周红光,司誉豪,等.miRNA抗肝癌机制与癌毒理论的关系研究概况,2017,58(8):704-705.
- [10]李文婷,吴勉华,赵凤鸣,等.比较蛋白质组学分析揭示消癌解毒方含药血清作人肝癌SMMC-7721细胞差异蛋白表达[J].中华中医药杂志,2016(5):1828-1835.
- [11]吴勉华,李栋.消癌解毒方加入脂多糖及CD284对人肝癌细胞SMMC-7721的TLRs/NF- $\kappa$ B信号转导通路TLR4等mRNA和蛋白表达的影响[J].中华中医药杂志,2012,20(12):3047-3051.
- [12]陈海彬,周红光,程海波,等.消癌解毒方对中晚期恶性肿瘤患者免疫功能的影响[J].南京医科大学学报(自然科学版),2009,29(9):1257-1259.
- [13]周红光,陈海彬,吴勉华,等.消癌解毒方配合化疗治疗中晚期恶性肿瘤临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2010(7):1140-1143.
- [14]刘拥军.消癌解毒Ⅲ号方联合化疗对晚期胃热阴虚型胃腺癌的临床研究[D].南京:南京中医药大学,2017.
- [15]李潇.消癌平注射液影响化疗导致骨髓毒性反应的探索性临床研究[D].北京:北京中医药大学,2016.

(本文编辑:张文娟 本文校对:胡强 收稿日期:2018-06-29)

## 读《裴永清医案医话》

刘铭君

(河北省沧州中西医结合医院中医健康保健中心,河北 沧州 061001)

**摘要:**通过深入研读《裴永清医案医话》,分析写作特点和处方特点,并结合自身临床实践,达到学习理解目的。此书全面客观,可读性强,并能有效的指导临床实践。一边读书思考,一边临床实践,是提升中医的正确思路和方法。

**关键词:**裴永清;医案医话;前列腺增生;丹毒;口腔溃疡;鼻窦炎

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.031

文章编号:1672-2779(2018)-18-0069-03

### Reading Medical Record and Notes of Pei Yongqing

LIU Mingjun

(Traditional Chinese Medicine Health Care Centre, Cangzhou Hospital of Combined Traditional Chinese and Western Medicine, Hebei Province, Cangzhou 061001, China)

**Abstract:** By studying Medical Record and Notes of Pei Yongqing in depth, the characteristics of writing and prescription was analyzed, and combining with their own clinical practice, the purpose of learning and understanding was achieved. This book is comprehensive and objective, readable, and can effectively guide clinical practice. While reading and thinking, while clinical practice, it is the correct idea and method to enhance traditional Chinese medicine.

**Keywords:** Pei Yongqing; Medical Record and Notes; benign prostatic hyperplasia; erysipelas; dental ulcer; nasosinusitis

裴永清教授,首届中医硕士研究生,系出名门,师承伤寒大家刘渡舟先生,为北京中医药大学教授。其人功底扎实,深研经方,活用时方,潜心于中医药治疗疑难杂症,疗效出众。

读书如寻友,可遇不可求,读中医书尤其如此,

况且“此道精微,思贵专一,不容浅尝者问津;学贵沉潜,不容浮躁者涉猎”<sup>[1]</sup>。裴永清教授的《伤寒论临床应用五十论》早就拜读过,偏于理论。下面讨论的《裴永清医案医话》,这本书侧重于临床实践,2017年已经读过一遍,今年重新买了一本,又通读了一遍,

感觉受益多多，现不揣浅陋，就本书的写作特点、方药特色等做一个简单分析，希望对大家能有所帮助。

## 1 本书写作特点与方药特点

**1.1 本书短小精悍 全面客观 可读性强** 与某些大部头的著作相比，本书实在是短小精悍。本书总计227页，包括63个医案。其中病例反映全面，涉及呼吸系统、消化系统、心血管系统、风湿免疫病、泌尿系统、妇科、儿科、眼科、皮肤科、疑难杂症等。裴教授勤于总结，善于分析，才能写成如此精炼的医案。其与某些云山雾绕的古书，苦苦纠缠于理论相比，本书可读性极强，令人倍感有趣，几乎就是一口气读完的。

**1.2 本书实事求是 严谨求实** 最重要的一点，本书应该是作者自己写成的，字里行间充满了严谨求实的写作风格。书中第75页写道：余曾说过，“无论中西医任何人，如果说肝硬化好治或者‘保好’之类的话，那纯属骗人骗己。”<sup>[2]</sup>

**1.3 本书也是学宗伤寒 活学活用的典范** 裴教授师出名门，伤寒功底深厚，实践经验丰富。就本书而言，伤寒经方占据优势，小青龙汤、吴茱萸汤、小柴胡汤、承气汤、小陷胸汤等等几乎随处可见；另外后世名方亦不少见，诸如三仁汤、柴葛解肌汤、逍遥散、加味苍柏散等；最后是一些有效的自拟方，如肺热咳喘方、柴胡胃苓汤等等。

**1.4 本书也是善于学习借鉴 兼收并蓄的典范** 裴教授跟师刘渡舟先生多年，学宗刘老也是应有之意义。刘老治疗乙肝的系列经验方柴胡解毒汤等，就得到了很好的继承和发展。并充分借鉴了其他著名医家经验，如印会河教授的化痰通气方、舒肝散结方等等，明显提高了疗效。

## 1.5 本书的一些方药应用细微之处 用处更大

**1.5.1 煎服法的问题** 平时一般处方就是中药早晚各1次服用。此书的一个显著特点就是，早中晚3次用药，量大效宏，效果显著。尤其是发热的几个病例，都是间隔两小时服药一次，才能取得好的效果。看似不经意的细节，其实临床实践非常关键，这往往也是处方能否取得速效的关键所在。

**1.5.2 忌口问题** 书中绝大部分病例都提到了忌口问题，这是中医特色所在，关乎临床疗效。如112页所写：乃因水果水分多而糖分高，对于湿热为患者，大有助湿增热之弊端……包括胃肠道疾病的病人，无论其舌腻与否，均应少食水果为宜<sup>[3]</sup>。本人以从事中医消化系统疾病的诊疗为主，忌口问题，尤其忌食水果也是患者普遍关心的问题，这条解释就很好地回答了这个问题。

**1.5.3 药物的疗程问题** 相当一部分病例简直是速效，部分病例都在一个正常疗程范围内，一小部分病例坚持长疗程方收全效，包括肝硬化结节，服药3年，这就

需要医者患者配合，尤其医者有很好的定力。

**1.5.4 强调重点之处** 有两个方子，抵当汤、加味苍柏散在书中出现了好多次，这就是重点所在。其中46页写道：抵当汤是活血化瘀的名方、经方，广泛用于脑梗和脑血栓、妇人瘀血所致的痛经和子宫肌瘤，以及月经闭而不行、乳腺增生、前列腺肥大、冠心病、结节性肝硬化、肝脾肿大等。加味苍柏散更是广泛用于痛风、丹毒、结节性红斑、过敏性紫癜等案例中。

## 2 现学现用 活学活用 自身临床实践

**案1 抵当汤治疗前列腺增生验案。**患者刘某某，男，55岁，2017年3月就诊，主因间断腹部下坠，尿频1年余就诊。患者在外院查尿常规，超声，前列腺液考虑前列腺炎伴增生，给予抗生素、保列治、银花泌炎灵等服用未见好转，亲友介绍来诊。刻见面色灰暗，腹部下坠明显，尿频，喝水很快入厕，尿等待，尿不净感，夜尿也多，3次左右，舌暗苔厚腻，脉沉细涩。考虑瘀血阻滞，给予四逆散和桃红四物汤加减，药进半月毫无寸功。偶尔上网买了本书，读过之后，现学现用，抵当汤加减：水蛭5g，土鳖虫10g，桃仁10g，生大黄5g，桂枝10g，茯苓皮20g，皂角刺20g，全蝎5g，蒺藜12g，泽泻15g，乌药10g，路路通15g。药进7剂，症状有所缓和，守方治疗3个月疾病缓解。

**按：**前列腺疾病是中老年男性的常见病和多发病，并且有年轻化的倾向。治疗此类疾病，可以参考现代医学化验检查结果，但是不能囿于现代医学的炎症观点，还得坚持中医的辨证论治，由裴教授经验得知，此类疾病多从瘀血湿阻论治，药物剂量宜大，疗程要长，才能取得好的疗效。

**案2 加味苍柏散治疗下肢丹毒验案。**患者王某某，女，52岁，2017年7月就诊。主因右下肢片状红斑5天就诊。缘起蚊虫叮咬后下雨涉水，低热，右下肢伸侧片状红斑，纸牌大小见方，伴红肿热痛，舌苔黄厚腻，脉弦滑。余只在上学实习见过丹毒，自己从来也没治过，只能硬着头皮治疗。只能一边闲聊，一边快速地思考方子，突然想到了刚看完不久的加味苍柏散，姑且一试：苍术15g，黄柏15g，川牛膝15g，薏苡仁30g，羌活9g，独活10g，当归12g，地黄12g，赤芍12g，牡丹皮15g，茯苓皮15g，连翘15g，白术15g，防己10g，木瓜10g，槟榔10g，桃仁10g，茜草10g，泽泻15g，广藿香12g。7剂，每日3次服药，嘱其饮食清淡，变化随诊。5天后复诊明显好转。加减调理1个月彻底痊愈。

**按：**不读书，不足以临证。每一位中医临床大家都应该是饱学之士。不临证，也不容易读懂书，中医书中很多内容必须经过临证体悟才能真正明白<sup>[4]</sup>。中医学人都应该是全科医师，内外妇儿均要涉猎，才能博涉知病，屡用达药。对于自己不太熟悉的专业和疾病，

也可以静心思考,思路正确,取得好的效果。

**案3** 清胃理脾散和导赤散治疗口腔溃疡验案。患者田某,男,35岁,口腔溃疡间断发作半年,于2017年10月就诊。曾在我市口腔医院就诊给予对症药物,效果一般,建议中医治疗。平时饮酒,辛辣食物较多。诊见舌头两侧、舌下、口腔颊部黏膜均有散在溃疡,米粒大小,疼痛难忍,舌淡红苔白黄厚腻,脉洪数实。考虑脾胃火盛,予清胃理脾散和导赤散加减:苍术12g,厚朴12g,陈皮6g,黄连6g,黄芩9g,甘草5g,地黄12g,通草6g,淡竹叶6g,甘草6g,栀子6g,豆豉6g,干姜3g,茯苓皮12g,冬瓜皮20g。7剂药物,早中晚各1次,并嘱其戒酒,忌辛辣刺激饮食。1周后复诊,口疮明显好转。继续巩固1个月彻底愈合。随访半年未见复发。

**按:**口腔溃疡,临床常见,一般是从火热论治,但是火分虚实,一般而言,男性烟酒过度,嗜好辛辣油腻食物,故发病偏于实火,故可以苦寒直折其火势,当然也需配伍调胃药物。裴教授喜用的清胃理脾散是清利湿热的代表方,可以效仿。

**案4** 慢鼻一号方治疗鼻窦炎验案。患者李某,男,15岁,主因间断头痛头晕,鼻塞黄涕2年,加重半月,于2017年11月就诊。患者多在冬季发病,影响学业。就诊前亦反复在我院耳鼻喉科就诊,建议其手术治疗,孩子惧怕手术,希望中药治疗。查咽红充血,舌苔黄厚腻,脉浮弦紧数。考虑内热外感,脾经湿热,外受风寒,取裴永清教授慢鼻一号方加减:广藿香10g,栀子

10g,石膏30g,防风10g,蝉蜕10g,麻黄6g,蔓荆子10g,苍耳子10g,辛夷花10g,白芷9g,连翘10g,薏苡仁30g,桃仁10g,皂角刺15g,路路通15g,生大黄5g,升麻7g,黄芩12g。7剂药,早中晚各1次。嘱其饮食清淡,可继续用生理盐水清洗鼻腔。复诊患者症状明显好转,查其舌苔无明显变化,继续前方治疗,再投10剂。复诊症状持续好转,效不更方,略微减量使用继续10剂。患者于年后来门诊治疗胃痛,当面告之,鼻窦炎至今未犯。

**按:**鼻窦炎人群非常广泛,尤其青少年群体更是高发,往往反复难愈,痛苦不堪。究其原因,与现在空气污染,鼻腔鼻窦解剖特点,青少年代谢旺盛,活动量小,过食油腻食物等都有一定关系。

笔者并非耳鼻喉专业医师,治疗这种疾病经验不足,肯定不敢包治包好。也不能很清晰认识到中西医诊疗各自的局限和边界在哪里。自己也没有特别的底气和自信就说此种疾病不必手术,内服药物就行。临床实践证明裴教授经验宝贵,可以效仿学习。以后以此方为基础治愈了10例此种病患,效果均较满意。

读经典学伤寒,多跟师勤实践,是学好中医的不二法门。有恒心、有毅力、有方法,万事皆不难。

#### 参考文献

- [1]程国彭.医学心得[M].北京:人民卫生出版社,2006:11-12.
  - [2]裴永清.裴永清医案医话[M].北京:学苑出版社,2016:75-76.
  - [3]裴永清.裴永清医案医话[M].北京:学苑出版社,2016:112-113.
  - [4]高建忠.高建忠读方与用方[M].北京:中国中医药出版社,2018:216-217.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:侯献兵 收稿日期:2018-06-15)

## 大美经方! 中医万岁! (代序)

今天有点兴奋!

“中华中医药祝之友/杨建宇教授经方传承工作室”的牌子挂在了印尼·巴淡岛!我很自豪地说,这是中医药界第一块“经方经方”传承研究机构的牌子!自然,在东南亚乃至全球也是第一!而这,必须感谢、感恩医圣张仲景的经方!

在上世纪80年代,我刚学了中医方剂学,就到新华书店买了一本《古方今用》,其中第一和方“桂枝汤”,不但用于治疗感冒,而且还广泛用于内外妇儿疾病。我印象最深的是既治坐骨神经痛,又治高血压。当时,我就有点懵!待学完《伤寒论》,就有点明白了。但,一直到90年代初,随着临床感悟的加深,对医圣经方潜心地体验,对《伤寒杂病论》的反复体味,就基本上明白了许多。继而,临床疗效随着经方更广泛地应用而有了大幅提高,随即,我就被郑州几个门诊及周边荥阳、上街、新密等地邀请出诊,还被许昌、濮阳、新乡、信阳等地邀请出专家门诊。直到现在,我仍坚持不懈地在临床中应用经方、体验经方、讲用经方、推广经方,并且效果显著,声誉远扬。时而,被邀至全国各地会诊疑难杂症;时而,被邀至全国各地讲解经方心得;偶尔,被邀至境外、东南亚讲经方,交流一下使用经方攻克疑难杂症的经验。而今天,把“经方经方”传承研究的牌子挂在了东南亚的巴淡岛上,而这一切,都缘于经方!都成于经方!这真是最美经方!大美经方!,我情不自禁地在内心深处呼喊,感谢经方!感恩医圣!时间如梭!中医药发展在千禧年进入加速期。重温中医药经典蔚然成风,国家中医药管理局全国优秀中医临床人才培养,重在经典的研修,通过对研修项目的关注、论证、宣教、参与、主持等历练和学习,我接触到了中医经典大家,对中医经典有了更深入的认识,对经方有了更深刻的体验,临床疗效再次得到了稳步提升。北京中医局、河南局、南阳市三地共同举办“仲景书院”,首批培训是“仲景国医传人首届经方精英班”,我有幸作为执行班主任,再次对经方大家和经方学验有了更多的感触和心得。再加之,近5年来我一直在牵头专病专科经方大师研修班的数十个研修班的学习与交流,在单纯的经方学习交流之基础上,更多地引导经方的学术提升和经方应用向主流医院内推广,使我对“经方热”乃至“经典热”有了更多层面的了解和把握。期间,有一个“病准方对药不灵”现象引起了我的关注,我认为这一定是中药药物的精准及合理应用出了问题。即而联想到,国优班讲经“神农本草经”若于找不到专门研究“神农本

草经”的教授,而在三批国优上课时,只有祝之友老教授一个人专注“神农本草经”专题研究与经方解读。原来这是中医药界普遍不读《神农本草经》的缘故,大家不重视临床中药学科发展的原因,从而导致临床中药品种、中药古今变异等问题没得到良好的控制和改善,导致用药临床不效。故而,我们就立即开始举办“基于《神农本草经》解读经方临床应用研修班和认药采药班”,旨在引导大家重温中医药首部经典《神农本草经》,认真研究经方的用药精准问题。此时此刻,明确提出“经药”这一“中医临床药理学”的基本概念,根据祝之友老的要求和亲自授课、督导,我迅速把这个概念推广至全国各地(包括台北市的国际论坛上),及东南亚地区和各国,为提高中医药临床疗效服务!而这个结果仍然是仲景经方的引领,仍然要感谢、感恩医圣张仲景!大美经方!最美经方!我和不少中医药人一样,稍稍有点小文人情愫,心绪放飞之时,就浮想联翩,继而就草草成文。恰好《最美经方系列丛书》第一集15册即将出版,而邀我作序,就充之为序。

之于“最美经方系列丛书”,启于原《神奇的中华经穴疗法系列丛书》的畅销与好评!继而推出本系列中原传媒出版集团重点畅销图书,也是目前“经方热”“经药热”之最流行类之书籍。系柳越冬教授带头由国家名中医传承室、大学科研机构、仲景书院经方兴趣研究小组等优秀的一线临床和科研人员共同编撰,为学习经方、应用经方、讲用经方的参考书籍!为经方的临床应用和科研、教学均有积极的助推意义,必将得到广大“经方”爱好者、“经药”爱好者的热捧!

最后,仍用我恩师孙光荣国医大师的话来作结束语,那就是:  
美丽中国有中医!  
中医万岁!

杨建宇

2018年6月2日,于新加坡转机回国候机时

注释:[1]同时还挂了“中华中药泰斗祝之友教授东南亚·印尼药用植物苑”和“中华中医药和中医派杨建宇教授工作室东南亚·印尼工作站”的牌子。每块牌子上都是印尼文、中文、英文3种文字。

## 实验研究 EXPERIMENTAL STUDY

# 克罗恩病大鼠模型制备最佳 TNBS 与乙醇浓度的筛选实验<sup>\*</sup>

 张驰<sup>1</sup> 肖玲<sup>1</sup> 刘涛<sup>1</sup> 王园园<sup>1</sup> 张国山<sup>2\*</sup> 刘密<sup>2\*</sup>

(1 湖南中医药大学研究生院, 湖南 长沙 410007; 2 湖南中医药大学针灸推拿学院, 湖南 长沙 410007)

**摘要:** 目的 应用不同浓度TNBS与乙醇的混合液灌肠制备克罗恩病大鼠模型, 对比结果进行评价研究, 寻求制备克罗恩病大鼠最佳的TNBS与乙醇浓度, 为克罗恩病的基础研究提供可靠的动物模型。方法 SPF级大鼠60只, 采用分层随机法分为5组; 分别予以体积比为1:1的双蒸水和无水乙醇混合液、2:1的TNBS和50%乙醇混合液、1:1的TNBS和50%乙醇混合液、2:1的TNBS和无水乙醇混合液、1:1的TNBS和无水乙醇混合液按0.6 mL/只 (100~150 mg/kg) 灌肠, 比较造模后大鼠不同的一般行为学、粪便及含水量的测定、体重、组织病理学等指标的差异。结果 与对照组比较, 模型组大鼠出现精神状态差、粪便含水量高、结肠肉眼、镜下观均有不同损伤等现象, 提示制备出不同病变程度的克罗恩病动物模型。结论 制备克罗恩病大鼠模型所需的最佳TNBS与乙醇浓度比例为TNBS: 无水乙醇=2:1。

**关键词:** 克罗恩病; TNBS; 动物模型; 腹泻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.032

文章编号:1672-2779(2018)-18-0072-04

## Screening Experiment of the Optimal TNBS and Ethanol Concentration in Rat Model of Crohn's Disease

 ZHANG Chi<sup>1</sup>, XIAO Ling<sup>1</sup>, LIU Tao<sup>1</sup>, WANG Yuanyuan<sup>1</sup>, ZHANG Guoshan<sup>2\*</sup>, LIU Mi<sup>2\*</sup>

(1. Graduate School, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China;

2. College of Acupuncture and Tuina, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China)

**Abstract: Objective** To prepare a Crohn's disease rat model by enema with different concentrations of TNBS and different concentrations of ethanol, and to evaluate the results of the comparison. To find out the optimal concentration of TNBS and ethanol for Crohn's disease rat, the basic research of grace provides a reliable animal model. **Methods** Sixty SPF rats were divided into 5 groups by stratified randomization method. The ratio of 1:1 mixture of distilled water and absolute ethanol, 2:1 TNBS and 50% ethanol were respectively used. 1:1 mixture of TNBS and 50% ethanol, 2:1 mixture of TNBS and anhydrous ethanol, 1:1 mixture of TNBS and anhydrous ethanol, and 0.6 ml/100-150 mg/kg enema. The differences in general behavior, fecal and water content, body weight, histopathology, and other indicators of the rats after modeling were compared. **Results** Comparing with the control group, rats in the model group had poor mental status, high stool water content, and different damage to the colon under the naked eye and under the microscope, suggesting that Crohn's disease animal models with different lesion levels were prepared. **Conclusion** The optimal ratio of TNBS to ethanol for Crohn's disease rat model is TNBS: absolute ethanol = 2:1.

**Keywords:** Crohn's disease; TNBS; animal model; diarrhoea

克罗恩病 (Crohn's disease, CD) 是一种复杂的慢性炎症性肠道疾病, 可以影响胃肠道的任何部位, 临床主要表现为腹泻、腹痛、直肠出血等, 同时出现体重减轻、营养不良与贫血等慢性消耗症状或生长发育受阻等全身表现, 是一种使人逐渐衰弱且无法治愈的终生性疾病, 具体病因及发病机制至今未明确<sup>[1]</sup>。目前研究克罗恩病发病机制和评价治疗效果的比较理想的模型制备方法<sup>[2]</sup>是参照Morris<sup>[3]</sup>于1984年首创的2, 4, 6-三硝基苯磺酸 (TNBS) 动物模型。前期预实验按照此造模方法以及其他相关的造模方法<sup>[4-6]</sup>, 尚未达到比较理想的模型效果。为深入挖掘CD传统造模方法, 我们设

计并进行了如下实验, 探讨病变程度与造模各试剂浓度之间的关系, 旨在寻求试剂最优浓度比, 建立合适且较为稳定的克罗恩病动物模型。

### 1 材料与仪器

1.1 动物 SPF级雄鼠60只, 体质量150~180 g, 动物合格证号11401300071533, 由厦门大学实验动物中心 [SYXK (闽) 1216-0006] 提供。

1.2 药品及试剂 2, 4, 6-三硝基苯磺酸 (TNBS, 合肥博美生物科技有限责任公司); 无水乙醇 (国药集团化学试剂有限公司, 12140509); 10%水合氯醛 (谷歌生物 (长沙) 生物科技有限公司)。

1.3 仪器 BA110S万分之一电子天平 (Sartorius公司); DGG-9123A电热恒温鼓风干燥箱 (上海森信实验仪器有限公司); BM-II型病理组织包埋机 (安徽电子科学研究所); 石蜡切片机 (德国Leica公司); Nikon 80i显

<sup>\*</sup> 基金项目: 国家自然科学基金项目 [No.81603705, No.81774438]; 湖南省自然科学基金项目 [No.2017JJ3245]

<sup>\*</sup> 通讯作者: tcmzgs@163.com; 7417091@qq.com



显微镜(尼康公司)。

## 2 研究方法

**2.1 分组及CD模型制作** 60只大鼠随机分为ABCDE 5组;适应性喂养1周后,禁食不禁水24 h;A组(双蒸水/无水乙醇)予以体积比为1:1的双蒸水、无水乙醇混合液按0.6 mL/只(100~150 mg/kg)灌肠;B组(2TNBS/50%乙醇)予以体积比为2:1的TNBS、50%乙醇混合液按0.6 mL/只(100~150 mg/kg)灌肠;C组(TNBS/50%乙醇)予以体积比为1:1的TNBS、50%乙醇混合液按0.6 mL/只(100~150 mg/kg)灌肠;D组(2TNBS/无水乙醇)予以体积比为2:1的TNBS、无水乙醇混合液按0.6 mL/只(100~150 mg/kg)灌肠;E组(TNBS/无水乙醇)予以体积比为1:1的TNBS、无水乙醇混合液按0.6 mL/只(100~150 mg/kg)灌肠;并另外注入0.2 mL空气,将残留在灌肠管(导尿管)中的混合液完全注入。灌肠后予以束缚倒立1 min,防止药液倒流。每周重复以上步骤1次,并记录老鼠的体重、粪便、一般行为学的变化;共进行4周。

**2.2 取材及处理** 造模4周后先将大鼠称重,之后予10%水合氯醛腹腔麻醉,剖开腹腔,取距离肛门6~7 cm的病变更处1 cm结肠段,用PBS充分冲洗粪便,迅速放在10%甲醛溶液的EP管中保存。观察大鼠结肠肉眼观和镜下组织学变化及肠道纤维化情况。

**2.3 统计学方法** 数据使用SPSS 22.0统计软件处理, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义,多样本均数比较采用单因素方差分析。

## 3 结果

**3.1 一般情况观察** 一般情况包括大鼠精神状态、活动情况、鼠毛和耳廓色泽、粪便、肛周污迹、抓持等应激的反抗情况等。

实验A组灌肠后大鼠精神状态良好,食量正常,活动度可,反应机智灵敏,鼠毛整洁有光泽,排黄色成形软便,未观察到大鼠蜷缩腹部和弓背抬腹现象,无肛周污迹,无稀糖或黏液样大便,垫料干燥无明显臭味,鼠笼清洁。在整个造模过程中,大鼠体重稳步增加,未出现死亡情况。

实验B组灌肠后大鼠精神状态一般,食量减少,活动度欠佳,反应灵敏,鼠毛缺乏光泽,排黄色稀便略成形,肛周可见少许粪便附着,未观察到大鼠蜷缩腹部和弓背抬腹现象无稀糖或黏液样大便,垫料湿润无明显臭味,鼠笼清洁度稍差。B组第1次灌肠后2~3天逐渐出现倦怠懒动、食欲下降、腹泻,稀便夹有黏液等症状。但在第2次灌肠前1~2天,观察上述症状明显好转,体重有所回升。在第2次和第3次灌肠后,1周中出现上述症状的时间逐渐延长,至第4周时,上述症状已无改善的趋势。在整个造模过程中,共出现2只大鼠死亡,解剖可见小部分结肠粘连。

实验C组灌肠后大鼠精神状态较差,食量明显减少,活动度较差,反应稍迟钝,鼠毛黯淡,排黄色稀糖黏液样大便,肛周可见黄色粪便附着,有时可观察到大鼠蜷缩腹部和弓背抬腹现象,垫料湿润有明显臭味,鼠笼清洁度差。C组第1次灌肠后2~3天逐渐出现倦怠懒动、食欲下降、腹泻,稀便夹有黏液等症状,第4天症状达到高峰。但在第2次灌肠前1~2天,观察上述症状稍有好转,在之后的第2、3、4次造模后,共出现3只大鼠死亡,解剖可见部分结肠粘连,体重较前次造模前略有减轻。

实验D组灌肠后大鼠精神状态差,食欲减退,活动度差,反应迟钝,鼠毛黯淡,排不成形黄色稀水样便,带有黏液;有时可见血液,肛周可见较多粪便附着,大鼠大部分时间呈蜷缩腹部和弓背抬腹现象,垫料湿润明显臭味,鼠笼清洁度很差。E组灌肠后出现大鼠死亡,解剖可见结肠脾区粘连,未见穿孔,腹腔少量血性腹水。大鼠在造模后第2~3天表现为肉眼可见暗红脓血稀便,在之后的造模过程中,共出现4只大鼠死亡,上述的其他症状一直相对稳定;除体重缓慢减轻外,无其他明显恶化的情况。

实验E组灌肠后大鼠精神状态极差,懒动,弓背蜷缩、扎堆、厌食消瘦,毛发变脆,竖毛,大鼠蜷缩腹部和弓背抬腹,排黏液脓血便,肛周附着大量黄褐色稀便,垫料臭味明显,鼠笼清洁度极差。D组造模完成后前3天大便出现肉眼可见暗红脓血的稀便,并在前2周造模前1~2天脓血消失,在之后的造模过程中仍为稀便,伴有脓血,食欲低下,进食量缓慢减少,倦怠懒动,毛色枯槁,形体瘦小,体重明显低于其他组别。在第2、3、4次灌肠后均有大鼠死亡,该组大鼠死亡率较高,死亡情况分别为:2、3、4只。解剖可见结肠粘连严重,伴有透壁性炎症及深大溃疡;腹腔可见大量血性腹水,并发散出刺鼻的腐臭味。

表1 各组大鼠生存率 [只数(%)]

组别	只数	死亡大鼠数量	生存率
A	12	0	100.0
B	12	2	83.3
C	12	3	75.0
D	12	4	66.7
E	12	9	25.0

**3.2 大鼠各时期肛周的情况及粪便含水率比较** 见表2、图1。

表2 各组别大鼠分辨含水率比较 ( $\bar{x} \pm s, g$ )

组别	只数	均值
A	12	0.173±0.034
B	12	0.233±0.067
C	12	0.298±0.022*
D	12	0.320±0.073**
E	12	0.355±0.029*

注:与正常组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$

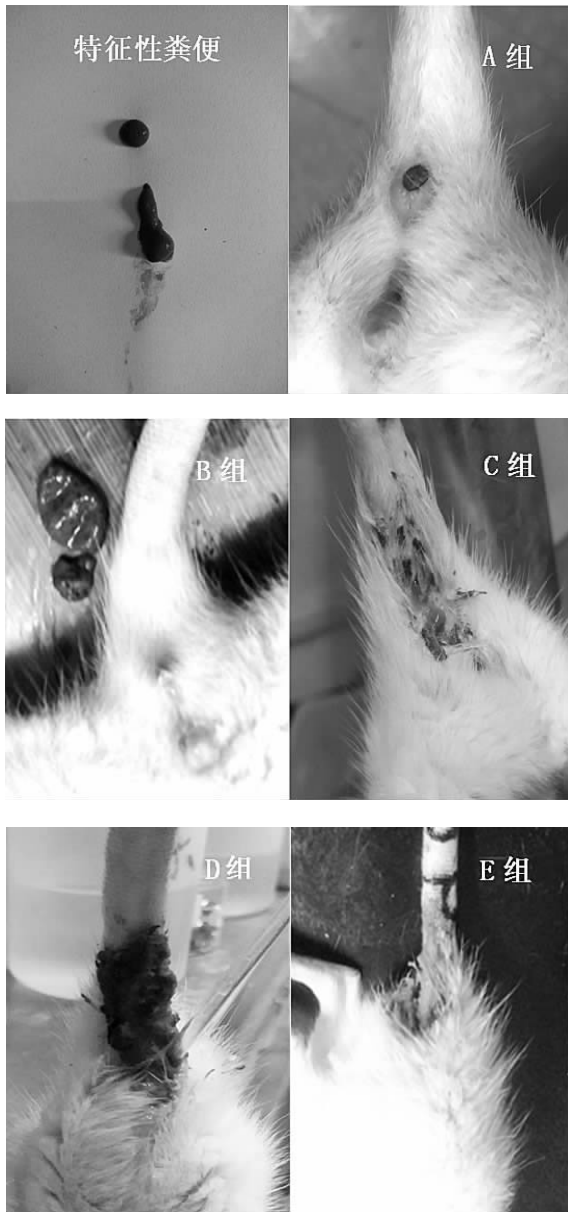


图1 特征性粪便及各组大鼠肛周情况图

**3.3 大鼠的体重变化** 适应性干预1周之后, 实验组大鼠对比对照组灌肠后, 体重均有所下降。而在第3周称重时, 大鼠的体重呈现缓慢增长趋势。第4周称重时大鼠依然表现出增长趋势, 实验组组间比较可发现: D组后期增长的速度较为平缓, 且低于其他组别。4组模型组大鼠与对照组比较, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。模型组治疗前后体重比较, 见表3。

表3 各个时期大鼠的体重变化 ( $\bar{x}\pm s, g$ )

组别	只数	第一周	第二周	第三周	第四周
A组	12	197.0±9.3	236.3±8.2	271.3±11.3	323.2±12.2
B组	12	196.8±6.8	186.3±7.4 <sup>#</sup>	212.7±5.8	257.1±6.4 <sup>#</sup>
C组	12	202.9±7.9	185.2±9.7 <sup>#</sup>	210.2±7.2 <sup>#</sup>	262.6±5.6 <sup>#</sup>
D组	12	198.7±7.1	187.9±6.2 <sup>#</sup>	205.3±9.1 <sup>#</sup>	239.0±11.4 <sup>#</sup>
E组	12	201.4±8.6	191.9±10.3 <sup>#</sup>	216.6±8.9	231.8±6.8 <sup>#</sup>

注: 与对照组比较, <sup>#</sup> $P<0.05$ , <sup>#</sup> $P<0.01$ ; 与同组灌肠前比较, <sup>#</sup> $P<0.05$ , <sup>#</sup> $P<0.01$

**3.4 各组大鼠结肠形态特征比较** A组正常对照组大鼠结肠形态正常, 黏膜光滑、无充血水肿, 质软, 颜色淡红, 肠壁较薄, 为正常的组织。可见结构黏膜上皮完整, 大鼠结肠褶皱清晰, 结肠袋明显, 腺管结构正常, 固有层中极少见到单核细胞浸润, 血管透见结肠, 基本无病理变化。B组大鼠造模后出现中度黏膜下炎症, 肠壁糜烂, 未见溃疡和粘连。C组大鼠溃疡的范围和程度均较D组小或轻, 且组内大鼠间个体差异较大; 除有较浅溃疡和轻度纤维结缔组织增生外, 其余均表现为黏膜下轻、中度炎症, 未见肉芽肿形成。肠腔连续性水肿, 黏膜弥漫性充血红肿, 黏膜表面可散见溃疡形成, 黏膜下层、肌层水肿增厚; 某些节段发红、稍扭曲, 结肠壁稍增厚, 肠腔稍有狭窄, 腺管扭曲。镜下杯状细胞丢失, 大量炎细胞浸润, 部分肠上皮细胞脱落坏死。D组大鼠出现透壁性炎症, 结肠壁可见非连续性糜烂、坏死及多个节段性深大溃疡形成, 肠壁与周围组织粘连严重; 偶见隐窝脓肿; 溃疡深达肌层, 黏膜里典型的鹅卵石样改变, 病变部位肠壁明显增厚, 部分大鼠伴有肠道狭窄。镜下黏膜下淋巴细胞浸润较多; 黏膜下有大量炎性细胞浸润, 结缔组织增生伴腺体杯状细胞减少, 有典型肉芽肿形成。E组大鼠结肠结肠肠壁重度连续、弥漫性充血红肿, 散见糜烂面及出血点、溃疡, 肠腔内有大量脓性黏液生成, 结肠袋及皱褶变浅变钝甚至消失。纵行裂隙样溃疡灶形成, 坏死大部分深入肌层, 只保留部分腺体结构, 黏膜层可见节段性透壁性坏死, 部分肠上皮细胞化生, 肌层明显增厚, 近端结肠扩张明显, 肠壁与局部腹膜、大网膜以及肠祥相互之间粘连。某些节段扭曲、变形、僵硬, 部分肠段可见狭窄, 近端结肠可有不同程度扩张。镜下杯状细胞消失, 黏膜可见大量炎性细胞和中性粒细胞浸润; 黏膜上皮糜烂, 肠上皮细胞坏死脱落, 黏膜层缺失。见图2~3。

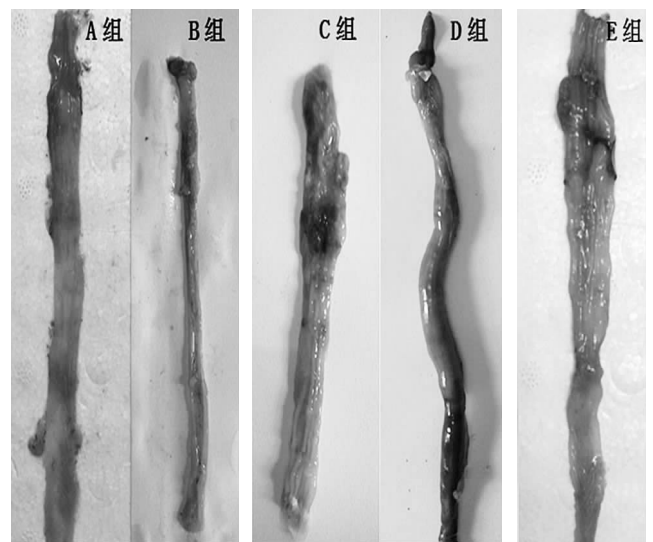


图2 各组大鼠结肠病变段肉眼视图

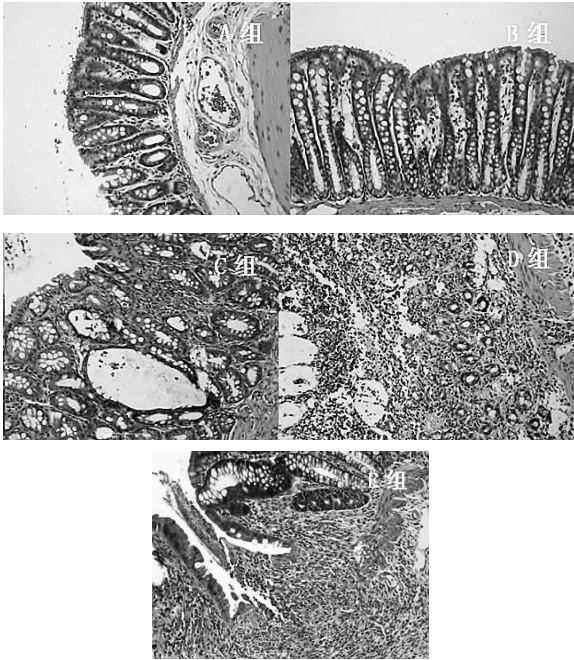


图3 各组大鼠结肠病变段显微镜视图(×200倍)

#### 4 讨论

目前研究中使用的克罗恩病模型包括:自发性、细胞移植型、化学药物诱导、基因型<sup>[7]</sup>CD动物模型,其中以化学药物如碘乙酰胺、吡喹酮、乙酸、葡聚糖硫酸钠和TNBS诱导产生为主。本实验选择经典的造模方法,在此基础上探寻最佳匹配浓度,建立的动物模型,并给予初步评价。

实验结果显示:对大鼠用TNBS直肠灌注后,外观及组织切片与灌生理盐水的对照组相比,模型组具有显著的克罗恩病病样<sup>[8]</sup>改变,提示克罗恩病模型造模成功。与生理盐水组相比,其他不同模型组及组间的大鼠的一般行为学、粪便及含水量的测定、体重、组织病理学等指标的差异性较大,大鼠会有不同程度的厌食、皮毛无光泽、蜷缩少动、体重减轻以及黏液便等症状。病理特征方面,TNBS诱导的模型以结肠末端病变为主,急性期可见黏膜充血、出血、糜烂,偶见线性溃疡。严重者全层透壁性坏死、肠上皮细胞坏死脱落,组织学可见中性粒细胞、淋巴细胞浸润,慢性期可见淋巴滤泡形成、隐窝变形,其病理改变类似于人类克罗恩病<sup>[9]</sup>。该动物模型与人体患克罗恩病的病理表现比较相似。

数据结果分析显示:当TNBS量固定时,病变程度随乙醇浓度增加而增大;当乙醇量固定时,病变程度随TNBS量增加而增大;当灌肠混合液固定时,TNBS低于1/2量时,病变程度与乙醇浓度呈现正相关的关系;当TNBS超过1/2量时,病变程度与乙醇浓度呈现负相关的关系。此次实验结果显示:分析大鼠克罗恩病模型肉眼、镜下观及一般行为学等指标发现,D、E两组造模效果较其他组别更显著,D组体重增加较为平稳,且

考虑E组大鼠的死亡率过高,故可选择D组TNBS/无水乙醇体积比为2:1混合液,作为制备克罗恩病大鼠模型的最优浓度比。

与传统的克罗恩病模型相比,该模型与人体疾病发生更为接近,更贴近临床疾病模型的要求,为克罗恩病的发病机制、以及中医药药物的治疗作用机理研究奠定了良好的基础。另外,随着科学技术的发展,基因型动物模型的研究也会越来越多,并且是从遗传方面探究CD的发病机制,此次实验可为今后更加深入研究CD提供良好的研究平台,以达到可操作性强,为揭示CD的病理变化,指导临床用药提供可靠前期试验的动物模型,并能为后期针灸等中医特色治疗与临床用药的对比实验研究奠定基础,以求更好的治疗方法,提供良好的病理载体。

#### 参考文献

- [1]Ray Boyapati,Jack Satsangi,Gwo-Tzer Ho.Pathogenesis of Crohn's disease[J].F 1000Prime Reports,2015,7(8688):44.
- [2]刘登瑞,哈小琴,高明太.炎症性肠病动物模型的研究进展[J].中国比较医学杂志,2008,18(1):77-80.
- [3]Morris GP,Beck PL,Herridge MS, et al. Hapten-induced model of chronic inflammation and ulceration in the rat colon[J].Gastroenterology,1989,96(3):795-803.
- [4]张露丁,高文艳.炎症性肠病动物模型的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2017,26(33):3759-3762.
- [5]刘智娟,宋莎莎,王佳佳,等.不同浓度乙醇对TNBS诱导小鼠克罗恩病模型的影响[J].安徽医科大学学报,2015,50(1):112-115.
- [6]杨舒,王新月,景姍,等.不同浓度三硝基苯磺酸和乙醇诱导的大鼠克罗恩病模型[J].中西医结合学报,2011,9(11):1242-1247.
- [7]黄晓丽,易文全,尹静,等.炎症性肠病实验研究的动物模型[J].临床消化病杂志,2007(19):58-62.
- [8]周长玉,王江滨,王立英.Th1/Th2介导免疫反应在TNBS诱导炎症性肠病动物模型中的作用探讨[J].中国实验诊断学,2007(11):1684-1686.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘未艾 收稿日期:2018-08-03)

## 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:zgzyyycjy@163.com;官网:www.zgzyyycjy.com。

中国中医药现代远程教育杂志社

2018年3月

# 葛明胶囊总黄酮含量测定<sup>※</sup>

潘东明<sup>1,2</sup> 黄亦琦<sup>2\*</sup> 戚欢阳<sup>2\*</sup> 郭诗妮<sup>1</sup> 马雪云<sup>1</sup> 刘晓娟<sup>2</sup>

(1 福建中医药大学药学院, 福建 福州 350122;

2 厦门市医药研究所 厦门市天然药物研究与开发重点实验室, 福建 厦门 361008)

**摘要:**目的 建立葛明胶囊中总黄酮的含量测定方法。方法 以葛根素为对照品,利用紫外分光光度法对葛明胶囊中的总黄酮进行含量测定。结果 葛根素浓度在2~10  $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ 吸收度与浓度呈良好的线性关系,回归方程为 $A=0.0946C-0.0069$ , $R^2=0.9998$ ,平均回收率为103.03%,RSD为2.45%。结论 本方法简便、灵敏、可靠,为该复方中药制剂的质量控制提供科学依据。

**关键词:** 葛明胶囊; 紫外分光光度法; 总黄酮; 葛根素; 质量控制; 中药化学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.033

文章编号:1672-2779(2018)-18-0076-03

## Determination of Total Flavonoids in Geming Capsule

PAN Dongming<sup>1,2</sup>, HUANG Yiqi<sup>2\*</sup>, QI Huanyang<sup>2\*</sup>, GUO Shini<sup>1</sup>, MA Xueyun<sup>1</sup>, LIU Xiaojuan<sup>2</sup>

(1. College of Pharmacy, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350122, China;

2. Xiamen Key Laboratory of Natural Medicine Research and Development, Xiamen Medicine Institute, Fujian Province, Xiamen 361008, China)

**Abstract:** **Objective** To establish the determination method of total flavone content in Geming capsule. **Methods** With Puerarin as the control, the content of total flavonoids in Geming capsule was determined by ultraviolet spectrophotometry. **Results** The concentration of Puerarin in the control group had a good linear relationship with the concentration in the range of 2~10 $\mu\text{g}\cdot\text{mL}^{-1}$ . The regression equation was  $A=0.0946C-0.0069$ ,  $R^2=0.9998$ , the average recovery rate was 103.03%, and RSD was 2.45%. **Conclusion** This method is simple, sensitive and reliable, providing scientific basis for the quality control of the compound Chinese medicine preparation.

**Keywords:** Geming capsule; ultraviolet spectrophotometry; total flavonoids; puerarin; quality control; chinese pharmaceutical chemistry

葛明胶囊由葛根、山楂、决明子、丹参等中药制成,具有利湿化浊、活血通络、润肠通便等功效<sup>[1]</sup>,除用于高血压症外,还可用于防治脂肪肝、肥胖症<sup>[2-3]</sup>。方中葛根、山楂等药物的降脂主要活性成分为黄酮类化合物<sup>[4-5]</sup>。本文拟将葛明胶囊中总黄酮含量作为其质量控制指标,采用单因素实验方法对提取条件进行优化后,以葛根素为对照品,利用紫外分光光度法对葛明胶囊中的总黄酮进行含量测定,为该复方中药制剂的质量控制提供科学依据。

### 1 仪器与材料

1.1 仪器 XS205电子分析天平(瑞士梅特勒-托利多公司,  $d=0.01\text{ mg}$ ); KQ-500VDB型三频数控超声波清洗器(昆山市超声仪器公司); SpectraMar M3酶标仪(美国Molecular Devices公司); 明澈TM-D24MV超纯水系统(德国Merck MilliPore公司)。

1.2 试剂与试剂 甲醇(批号20160902),无水乙醇(批号20160222),均为分析纯(西陇化工股份公司)。实验用水均为超纯水系统自制双蒸水。

标准品:葛根素(批号110752-201313,纯度95.5%,中国食品药品检定研究院)。

饮片:丹参(批号161215),山楂(批号161219)购自厦门燕来福制药公司;决明子(批号1608270122),葛根(批号1611010072)购自亳州市沪谯药业公司。经厦门市医药研究所鉴定,丹参为唇形科植物丹参 *Salvia miltiorrhiza* Bge.的干燥根及根茎、山楂为蔷薇科植物山里红 *Crataegus pinnatifida* var. *major* N. E. Brown 的干燥成熟果实、决明子为豆科决明属植物决明 *Cassia obtusifolia* L.或小决明 *C. tora* L.的干燥成熟种子、葛根为豆科植物野葛 *Pueraria lobata* (Willd.) Ohwi 的干燥根。

样品的制备:按照葛明胶囊配伍比例混匀各饮片粉末备用。

### 2 方法与结果

#### 2.1 葛明胶囊最佳提取条件的优化

2.1.1 提取溶剂的考察 精密称取6份样品333.33 mg于10 mL容量瓶中,分别用甲醇、无水乙醇、70%乙醇、水定容,先浸泡30 min,再进行超声处理(80 Hz, 100%) 30 min,过0.45  $\mu\text{m}$ 微孔滤膜;分别取不同溶剂提取的续滤液1 mL于50 mL容量瓶中,分别用甲醇、无水乙醇、70%乙醇、水定容;在250 nm处测其吸光度 $A_0$ ;取甲醇、无水乙醇、70%乙醇、水在250 nm处测其吸光度A。以 $\Delta A$  ( $\Delta A=A_0-A$ )与不同浓度乙醇溶液的关系作图,如图1所示。不同提取溶剂在70%乙醇时出现拐点,选取70%乙醇为最佳提取溶剂。

※ 基金项目:福建省卫生计生中青年骨干人才培养项目[No. 2018ZQN95]

\* 通讯作者: huangyq502@sina.com; huanyang7@163.com

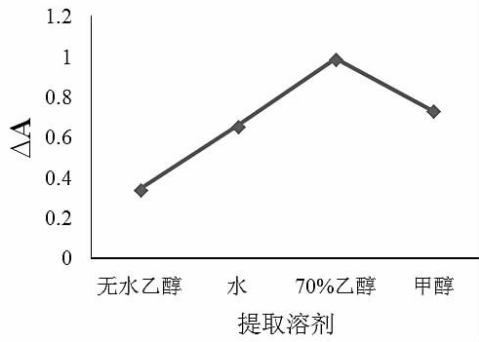


图1 不同提取溶剂的选择

**2.1.2 料液比的考察** 精密称取5份样品0.5 g, 分别加入5 mL、10 mL、15 mL、20 mL、25 mL 70%乙醇, 先浸泡30 min, 再进行超声处理(80 Hz, 100%) 30 min, 过0.45 μm微孔滤膜; 分别按不同料液比顺序取续滤液1 mL、2 mL、3 mL、4 mL、5 mL于50 mL量瓶中, 加入70%乙醇进行定容; 在250 nm处测其吸光度 $A_0$ ; 取70%乙醇在250 nm处测其吸光度A。以 $\Delta A (\Delta A = A_0 - A)$ 与不同料液比提取的关系作图, 如图2所示。不同料液比在1:30时出现拐点, 选取1:30为最佳料液比。

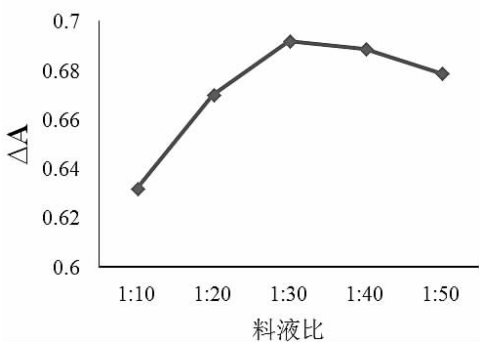


图2 不同料液比的选择

**2.1.3 超声时间的考察** 精密称取5份样品333.33 mg于10 mL量瓶中, 加入70%乙醇定容, 先浸泡30 min, 再进行超声处理(80 Hz, 100%), 时间分别为10 min, 20 min, 30 min, 40 min, 50 min, 后过0.45 μm微孔滤膜; 分别取不同超声时间提取的续滤液1 mL于100 mL容量瓶中, 分别用70%乙醇定容; 在250 nm处测其吸光度 $A_0$ ; 取70%乙醇在250 nm处测其吸光度A。以 $\Delta A (\Delta A = A_0 - A)$ 与不同超声时间提取的关系作图, 如图3所示。不同超声时间在40 min时出现拐点, 选取40 min为最佳超声时间。

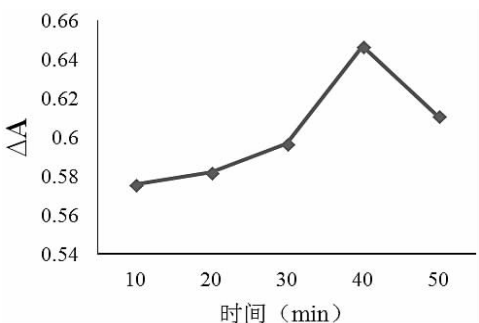


图3 超声时间的选择

**2.1.4 超声频率的考察** 精密称取3份样品333.33 mg于10 mL量瓶中, 加入70%乙醇定容, 先浸泡30 min, 再进行超声处理(100%) 40 min, 频率分别为45 Hz、80 Hz、100 Hz, 过0.45 μm微孔滤膜; 分别取不同超声频率提取的续滤液1 mL于100 mL量瓶中, 分别用70%乙醇定容; 在250 nm处测其吸光度 $A_0$ ; 取70%乙醇在250 nm处测其吸光度A。以 $\Delta A (\Delta A = A_0 - A)$ 与不同超声频率提取的关系作图, 如图4所示。不同超声频率在45 Hz的 $\Delta A$ 为最高, 选取45 Hz为最佳超声频率。

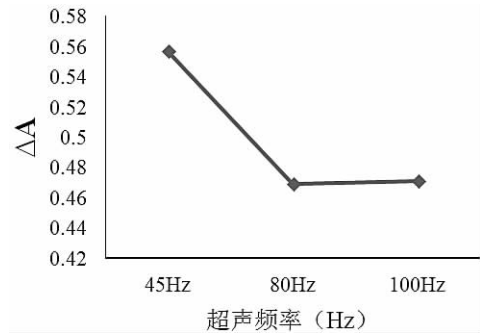


图4 超声频率的选择

## 2.2 葛明胶囊总黄酮含量的测定

**2.2.1 对照品溶液的制备** 精密称取葛根素对照品1.00 mg, 置5 mL量瓶中, 用70%乙醇溶液定容, 摇匀。

**2.2.2 供试品溶液的制备** 精密称取样品333.33 mg于10 mL量瓶中, 加入70%乙醇定容, 先浸泡30 min, 再进行超声处理(45 Hz, 100%) 40 min, 过0.45 μm微孔滤膜; 取续滤液1 mL于100 mL量瓶中, 用70%乙醇定容。

**2.2.3 线性关系考察** 精密吸取0.1、0.2、0.3、0.4、0.5 mL葛根素对照品溶液分别置于5个干燥的10 mL量瓶中, 用70%乙醇溶液定容, 摇匀, 在250 nm处测定吸光值, 计算得回归方程 $A = 0.0946C - 0.0069$ ,  $R^2 = 0.9998$ , 结果表明在2~10 μg·mL<sup>-1</sup>线性关系良好。

**2.2.4 精密度试验** 称取样品1份, 按“2.2.2”项下方法制备供试品溶液, 重复6次, 测定其吸光度值, RSD为0.07%。

**2.2.5 稳定性试验** 称取样品1份, 按“2.2.2”项下方法制备供试品溶液, 分别于0、1、2、3、4、5 h测定, 结果放置5 h时总黄酮质量分数均未发生明显变化, RSD为0.75%。

**2.2.6 重现性试验** 称取样品6份, 按“2.2.2”项下方法制备供试品溶液, 进行分析测定, RSD为1.48%。

**2.2.7 加样回收率试验** 称取样品9份, 分别加入一定量的葛根素对照品溶液, 按“2.2.2”项下方法制备供试液, 进样测定, 计算回收率, 结果见表1。总黄酮的平均回收率为103.03%, RSD为2.45%, 表明本方法准确性良好。

表1 加样回收率试验 (n=9)

编号	称样量 (mg)	样品含量 (mg)	加入量 (mg)	测得量 (mg)	回收率 (%)	平均回收 率(%)	RSD (%)
1	332.79	5.990	4.81	10.78	99.59		
2	332.38	5.964	4.83	10.88	101.79	102.81	3.74
3	333.05	5.959	4.82	11.12	107.07		
4	334.11	5.980	6.01	12.06	101.16		
5	333.54	6.038	5.96	12.32	105.39	103.62	2.12
6	333.21	5.979	6.02	12.26	104.33		
7	334.02	6.101	7.20	13.36	100.83		
8	333.90	5.968	7.22	13.56	105.15	102.63	2.19
9	333.36	6.001	7.21	13.34	101.92		

2.2.8 样品测定 取3批样品,按上述测定方法进行测定。结果3批葛明胶囊中总黄酮的平均含量为18.11 mg·g<sup>-1</sup>。

### 3 讨论

在最佳提取条件优化的超声频率中分别考察了45、80、100 Hz,发现45 Hz的超声频率为葛明胶囊总黄酮提取的最佳超声频率,其可能的原因是45 Hz的超声频率较80、100 Hz的超声频率低,超声场内所产生的空化效应,粉碎等作用强,故在此条件下葛明胶囊总黄酮成分的提取率较高。

以葛明胶囊中总黄酮含量作为最佳提取条件优化的研究指标。结果,单因素试验确定其最佳提取条件:70%乙醇为提取溶剂,以1:30为料液比,40 min超声时间,45 Hz超声频率。

本实验在此最佳提取条件下,采用紫外分光光度法测定了葛明胶囊中总黄酮,初步建立了该复方中药的质量控制方法,结果表明该方法不仅简便实用,而且其灵敏度高、重现性好,适合作为本制剂的质量控制方法,还可以为其他中成药及保健食品的质量控制相关研究提供一定借鉴。

### 参考文献

- [1]黄亦琦,赵鹏,杨辉,等.葛明胶囊调节血脂作用临床试验[J].辽宁中医药大学学报,2011,8(8):41-43.
- [2]黄亦琦,林蔚,杨辉,等.葛明胶囊的毒理学安全性评价[J].福建医药杂志,2012,34(1):6-9.
- [3]马雪云,戚欢阳,黄亦琦,等.葛明胶囊薄层色谱鉴别实验研究[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(23):150-152.
- [4]李艳敏,范颖,刘焯,等.黄芪黄酮与葛根黄酮配伍对肝脏糖脂代谢的影响[J].中国实验方剂学杂志,2015,10(21):109-112.
- [5]罗先钦,黄崇刚,伍小波,等.山楂总黄酮对复合因素致大鼠脂肪肝模型脂质代谢与低密度脂蛋白受体表达的影响[J].中草药,2011,42(7):1367-1373.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张国栋 收稿日期:2018-05-29)

## 原子吸收分光光度法测定牛黄解毒丸中雄黄的含量

贡庆欣

(吉林省通化市食品药品检验所化学室,吉林 通化 134000)

**摘要:**目的 建立牛黄解毒丸中雄黄的含量测定方法。方法 先对牛黄解毒丸进行微波消解,再用原子吸收分光光度法对雄黄中的砷进行定量分析。结果 砷的浓度在0~20 μg/mL与吸光度呈良好的线性关系,回归方程为 $Y = 5.295 \times 10^{-3}x + 7.996 \times 10^{-3}$ ,  $r = 0.9995$ ,平均加样回收率为98.89%,RSD为0.98%,15批样品中砷含量在24.96~63.30 mg/丸。结论 所建立的方法可靠、准确性高、专属性强,可有效控制牛黄解毒丸中雄黄的含量。

**关键词:**原子吸收分光光度法;牛黄解毒丸;雄黄;含量测定

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.034

文章编号:1672-2779(2018)-18-0078-03

### Determination of Realgar in Niu Huang Jie Du Pills by Atomic Absorption Spectrophotometry

GONG Qingxin

(Chemistry Room, Tonghua Institute for Food and Drug Control, Jilin Province, Tonghua 134000, China)

**Abstract: Objective** To establish a determination method of realgar in Niu Huang Jie Du pills. **Methods** Niu Huang Jie Du pills was firstly microwave digested, the quantitative analysis of arsenic in realgar was carried out by atomic absorption spectrophotometry.

**Results** The arsenic concentration is in a good linear relationship with the absorbance within the range of 0~20 μg/mL, the regression equation  $Y = 5.295 \times 10^{-3}x + 7.996 \times 10^{-3}$  ( $r = 0.9995$ ), the average recovery rate was 98.89% with RSD of 0.98%. The arsenic content in 15 batches of samples ranged from 24.96 to 63.30 mg per pill. **Conclusion** The established method is reliable, highly accurate, and strongly specific and can effectively control the contents of realgar in Niu Huang Jie Du Pills.

**Keywords:** atomic absorption spectrophotometry; Niu Huang Jie Du pills; realgar; determination

牛黄解毒丸为清热解毒类常用中药,被列入国家基本药物目录,现收载于《中华人民共和国药典》2015年版一部<sup>[1]</sup>。该方始见于元代(1278年)《咽喉脉证通论》,由人工牛黄、雄黄、石膏、大黄、黄芩、桔梗、冰片、甘草8味药组成,临床上主要用于火热内

盛、咽喉肿痛、牙龈肿痛、口舌生疮、目赤肿痛<sup>[1]</sup>。牛黄解毒丸历经数百年发展,因其用途广泛、疗效确切,成为深受患者青睐的清热解毒名方,并发展出牛黄解毒片等新剂型,得到越来越多的应用<sup>[2]</sup>。

雄黄收载于2015年版《中国药典》一部,其主要

成分是二硫化二砷 ( $As_2S_3$ )，是国务院在《医疗用毒性药品管理办法》中规定的28种毒性中药之一<sup>[1,3]</sup>。雄黄入药始载于《神农本草经》(称黄食石)，在我国临床应用已有两千多年的历史，是中医内治外用的常用药之一，也是很多复方中药的重要组成，许多常用中药制剂都含有雄黄，如安宫牛黄丸、牛黄解毒丸、局方至宝散等<sup>[1,3-4]</sup>。由于雄黄含砷，临床屡有报道大量或长时间服用含雄黄或外用雄黄的制剂造成急、慢性中毒，因此雄黄及其复方的安全性问题受到了国内外医学界的质疑，影响了含雄黄中成药的国际声誉<sup>[3]</sup>。近年来含雄黄中成药多次被曝出重金属(主要是砷)超标等问题，其安全性受到越来越多的关注<sup>[5-9]</sup>。牛黄解毒丸作为最常用的含雄黄中成药，2015年版《中国药典》一部对其雄黄仅规定了显微鉴别和三氧化二砷检查，没有含量方面的规定，无法对雄黄质量进行有效控制<sup>[1]</sup>。为完善药品质量标准，保证临床用药安全有效，本实验采用原子吸收分光光度法对雄黄中的砷进行了定量分析，介绍如下。

## 1 试剂与试药

Agilent 200 Series AA型原子吸收分光光度计及工作站(美国Agilent公司); CEM MARS 高通量密闭微波消解仪(美国CEM公司); 砷空心阴极灯(北京有色金属研究总院), 砷(As) 单元素标准溶液(1000  $\mu\text{g/mL}$ , 编号GBW08611, 批号17123, 中国计量科学研究院); AL104电子天平; 盐酸和硝酸均为优级纯, 水为超纯水; 牛黄解毒丸15批, 均为市售样品, 来自12家药品生产企业。

## 2 方法与结果

### 2.1 实验方法

**2.1.1 对照品贮备溶液的制备** 精密量取砷单元素标准溶液适量, 加水制成每1 mL含砷100  $\mu\text{g}$  的溶液, 即得。

**2.1.2 标准曲线溶液的制备** 精密量取砷对照品贮备溶液适量, 加10%混合酸[硝酸-盐酸(4:1)]溶液制成每1 mL含砷0  $\mu\text{g}$ 、1  $\mu\text{g}$ 、2  $\mu\text{g}$ 、5  $\mu\text{g}$ 、10  $\mu\text{g}$ 、20  $\mu\text{g}$  的溶液, 作为砷标准曲线溶液。

**2.1.3 供试品溶液的制备** 取本品10丸, 剪碎, 混匀, 精密称取0.2 g, 置聚四氟乙烯微波消解罐中, 加入硝酸4 mL、盐酸1 mL, 在微波消解仪中消解, 消解条件: 功率1600 W, 5 min内由室温升至120  $^{\circ}\text{C}$ , 在120  $^{\circ}\text{C}$  保持5 min, 在5 min内由120  $^{\circ}\text{C}$  升温至160  $^{\circ}\text{C}$ , 在160  $^{\circ}\text{C}$  保持5 min, 然后5 min内由160  $^{\circ}\text{C}$  升温至180  $^{\circ}\text{C}$ , 在180  $^{\circ}\text{C}$  保持20 min, 最后25 min内由180  $^{\circ}\text{C}$  降温至30  $^{\circ}\text{C}$ 。消解液放冷, 转移至50 mL量瓶中, 加水稀释至刻度, 摇

匀, 精密量取5 mL, 置50 mL量瓶中, 加10%混合酸[硝酸-盐酸(4:1)]溶液稀释至刻度, 摇匀, 即得。同法制备试剂空白溶液。

**2.1.4 测定法** 精密吸取标准曲线溶液、供试品溶液和试剂空白溶液, 照原子吸收分光光度法(火焰原子化器, 标准曲线法)<sup>[10]</sup>, 在193.7 nm波长处测定, 计算, 即得。

### 2.2 方法学考察

**2.2.1 阴性干扰试验** 按处方工艺制备不含雄黄的牛黄解毒丸阴性样品, 取6份, 按2.1实验方法测定砷的含量, 结果6份样品均未检出砷。说明样品中除雄黄外的其他7味药材对砷的含量测定没有干扰, 该方法专属性良好。

**2.2.2 线性关系考察** 精密量取砷对照品贮备溶液适量, 加10%混合酸[硝酸-盐酸(4:1)]溶液制成每1 mL含砷0  $\mu\text{g}$ 、1  $\mu\text{g}$ 、2  $\mu\text{g}$ 、5  $\mu\text{g}$ 、10  $\mu\text{g}$ 、20  $\mu\text{g}$  的溶液, 照原子吸收分光光度法(火焰原子化器, 标准曲线法)<sup>[10]</sup>, 在193.7 nm波长处测定吸光度, 以吸光度为纵坐标(Y, mL), 以浓度为横坐标(X,  $\mu\text{g/mL}$ ), 得回归方程 $Y = 5.295 \times 10^{-3}x + 7.996 \times 10^{-3}$ ,  $r = 0.9995$ 。结果表明砷的浓度在0~20  $\mu\text{g/mL}$ 与吸光度之间线性关系良好。

**2.2.3 重复性试验** 称取同一批号牛黄解毒丸(批号15090832), 剪碎, 混匀, 取约0.2 g, 精密称定, 共6份, 按2.1项下方法测定砷的含量, 结果平均含量为21.06 mg/g, RSD为1.26%, 表明方法的重复性良好。

**2.2.4 稳定性试验** 称取同一批号牛黄解毒丸(批号15090832), 剪碎, 混匀, 取约0.2 g, 精密称定, 共6份, 分别放置0、2、4、8、12、24 h, 按2.1项下方法测定砷的含量, 结果RSD为1.35%, 表明在24 h内的稳定性良好。

**2.2.5 加样回收试验** 精密称取已知砷含量的牛黄解毒丸(批号15090832, As含量21.10 mg/g) 6份, 每份约0.1 g, 精密加入砷单元素标准溶液(1000  $\mu\text{g/mL}$ ) 2 mL, 混匀, 按2.1实验方法测定回收率, 结果见表1。结果表明, 该方法的准确性良好。

表1 回收率测定结果 (n=6)

取样量(g)	样品中砷含量(mg)	标准溶液加入量(mL)	相当于砷(mg)	测得量(mg)	回收率(%)	平均回收率(%)	RSD(%)
0.1034	2.182	2	2	4.101	98.06	98.89	0.98
0.1060	2.237	2	2	4.199	99.10		
0.1081	2.281	2	2	4.203	98.18		
0.1006	2.123	2	2	4.138	100.36		
0.1055	2.226	2	2	4.143	98.04		
0.1030	2.173	2	2	4.156	99.60		

2.3 样品中砷的测定 精密称取15批不同批号的牛黄解毒丸样品, 每批随机取3份, 每份约0.2 g, 按2.1方法测定砷的含量。结果见表2。

表2 牛黄解毒丸中砷含量测定结果 (n=3)

批号	AS(mg/g)	AS(mg/丸)
15090832	21.10	63.30
16030328	19.45	58.35
160304	12.69	38.07
160405	14.43	43.29
160603	10.49	31.47
161801	16.34	49.02
161102	8.32	24.96
20161011	13.56	40.68
20161103	18.75	56.25
20170501	10.02	30.06
20160805	15.16	45.48
20160903	9.51	28.53
20170106	11.85	35.55
20170308	16.98	50.94
20170603	15.79	47.37

注:n=3代表每批样品样本数为3份

### 3 讨论

目前测定砷含量的方法主要有容量法<sup>[11-12]</sup>、原子吸收分光光度法(AAS)<sup>[13-14]</sup>、电感耦合等离子体原子发射光谱法(ICP-AES)<sup>[15]</sup>、电感耦合等离子体质谱法(ICP-MS)<sup>[16-17]</sup>等。与AAS法相比, 容量法存在操作繁琐、灵敏度低、取样量大、有时消化不良等缺点; ICP-AES法和ICP-MS由于灵敏度太高, 当样品中砷含量较高时, 容易导致仪器被污染。AAS法灵敏度高、专属性强, 适合应用于中成药中雄黄的含量测定。

由于本品处方中雄黄含量较高, 用石墨炉原子化器容易导致石墨炉被污染, 用氢化物发生原子化器操作比较繁琐, 选择火焰原子化器操作相对简便, 能够满足实验要求。

实验中选择不同的消解试剂进行比较, 即硝酸、硝酸-盐酸(4:1)、硝酸-盐酸(3:2)、硝酸-过氧化氢(4:1), 结果选择硝酸-盐酸(4:1)消解效果最好。同时还对微波消解的不同升温条件进行了比较, 结果在正文中的升温条件下消解最完全。

采用本文方法对15批牛黄解毒丸中雄黄的砷含量进行了测定, 15批供试品中砷含量为8.32~21.10 mg/g, 按每丸重3 g计算, 每丸砷含量在24.96~63.30 mg, 不同厂家、批次的样品含量差异较大, 最高与最低相差超过1倍。分析原因可能是(1)有的企业对所采购的雄黄药材未进行含量检测, 或未按《中国药典》规定对雄黄进行水飞炮制, 可能采用不合格雄黄生产; (2)由于《药典》对牛黄解毒丸中的雄黄未规定含量测定,

有的企业在生产过程中有意减少雄黄的投料量, 未按照处方规定加入足量的雄黄。

由于牛黄解毒丸处方中只有雄黄中含砷, 可以通过测定砷的含量控制制剂中雄黄的含量。

建议《中国药典》增加牛黄解毒丸中雄黄的含量测定, 以有效控制生产投料, 保证药品质量。

### 参考文献

- [1]国家药典委员会. 中华人民共和国药典:2015年版一部[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2015:336-337, 660-661.
- [2]王银梅. 牛黄上清丸(片)与牛黄解毒丸(片)之异同[J]. 湖北中医杂志, 2015(12):50-51.
- [3]马斌, 李彤, 姜泓. 我国雄黄及其复方的毒副作用研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2013(8):1623-1625.
- [4]戴卫波, 梅全喜. 中药雄黄药用历史沿革及安全性探讨[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(7):1836-1837.
- [5]贾超, 李景辉, 朱琳. 对《中国药典》2015年版一部含雄黄制剂标准的建议[J]. 实用药物与临床, 2017(10):1225-1228.
- [6]董菊, 吴娟, 王明艳, 等. 雄黄及其复方的毒理学研究进展[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2011, 25(6):601-604.
- [7]徐晓静, 笔雪艳. 雄黄及含雄黄中成药研究进展概述[J]. 黑龙江科技信息[J]. 2014(32):40-40.
- [8]刘冬英, 谭倩, 白研, 等. 含雄黄复方制剂中可溶性砷的研究[J]. 国际医药卫生导报, 2014, 20(11):1484-1487.
- [9]宋如珺, 徐德生, 刘力. 含雄黄复方制剂的安全性及组方配伍对雄黄减毒作用的研究进展[J]. 上海医药, 2016, 37(3):31-34.
- [10]国家药典委员会. 中华人民共和国药典:2015年版四部[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2015:41.
- [11]格日勒. 牛黄解毒丸(水丸)雄黄含量测定方法研究[J]. 石油化工应用, 2009, 28(7):74-75.
- [12]贾哲, 韩婷, 张慧, 等. 牛黄解毒片中雄黄含量的测定[J]. 中成药, 2017, 39(8):1748-1750.
- [13]张丽娟, 马群, 王晶, 等. 微波消解-原子吸收分光光度法测定中成药中砷、铜的含量[J]. 中药新药与临床药理, 2004, 15(5):342-344.
- [14]丘文嘉, 张玉英. 原子吸收分光光度法测定多烯磷脂酰胆碱中砷盐含量[J]. 中国药业, 2015, 24(14):77-79.
- [15]狄之光, 宋薇, 梁霞, 等. 微波消解 ICP-AES 法测定中药中铜、镉、铅的方法研究[J]. 现代科学仪器, 2004(4):43-45.
- [16]张会宗, 王瑞敏, 姜莹, 等. ICP-MS 测定香芍胶胶囊中砷汞铅镉铜的含量[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(1):154-155.
- [17]龙海荣, 谷筱玉, 谢景千, 等. 微波消解-电感耦合等离子体质谱法测定鸡骨草中铅、镉、汞、砷、铜的含量[J]. 中华中医药杂志, 2013(11):3431-3433.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘海洋 收稿日期:2018-05-29)

国医大师孙光荣教授认为, 不寐与“虚”及“火”关系最为密切, 其中“虚”乃气虚、阴虚, 心脾两虚。“火”乃心火、肝火, 而火的产生, 又与肾虚有关, 肾水不能上济, 则心火不能下行, 导致阴阳不能平和。故治疗的方法, 以益气养阴为本, 清心、泻火为辅。心主神明, 不寐之病, 虽关乎脑, 实则在心。心为君主之官, 主血脉而安五脏, 故神不寐者, 乃五脏不和也, 当和合五脏气血, 凡脾胃虚弱者, 当健脾和胃; 若有阴虚内热, 虚火扰心者, 敛心安神, 佐以清心之品, 务使心火下行, 肾水上润, 水火既济, 则神明安而不寐除矣。然有顽固性失眠者, 多为血瘀、痰浊胶结而成, 久病入络, 予活血、化痰、通络之品配伍治疗。

——于峰、曹柏龙摘编自《医道中和——国医大师孙光荣临证心法要诀》



# 黄芪桂枝五物汤联合温针灸 治疗奥沙利铂神经毒性的临床观察<sup>※</sup>

苏碧莹<sup>1</sup> 黄海福<sup>2\*</sup>

(1 广东省中西医结合医院中医内科, 广东 佛山 528253;  
2 广东省中西医结合医院肿瘤科, 广东 佛山 528253)

**摘要:**目的 探讨黄芪桂枝五物汤联合温针灸治疗奥沙利铂神经毒性的临床疗效。方法 将100例合格病例随机分为4组, 每组25例。分别为黄芪桂枝五物汤组、温针灸组、黄芪桂枝五物汤联合温针灸组及观察组。结果 治疗后各组患者的运动神经传导速度(MNCV)较治疗前均有所下降, 其中以观察组下降最为明显, 其次为黄芪桂枝五物汤组与温针灸组,  $P$ 均 $<0.05$ ; 黄芪桂枝五物汤联合温针灸组的MNCV在治疗后与治疗前比较差异无统计学意义,  $P>0.05$ ; 治疗后各组患者的感觉神经传导速度(SNCV)较治疗前均有所下降, 其中以观察组下降最为明显, 其次为黄芪桂枝五物汤组与温针灸组,  $P$ 均 $<0.05$ ; 黄芪桂枝五物汤联合温针灸组的MNCV在治疗后与治疗前比较差异无统计学意义,  $P>0.05$ ; 各组治疗后神经毒性分级以观察组出现严重神经毒性病例数最多, 其次为黄芪桂枝五物汤组及温针灸组, 以黄芪桂枝五物汤联合温针灸组出现严重神经毒性的病例数最少, 组间比较(除黄芪桂枝五物汤组及温针灸组比较无差异外)均有明显差异( $P<0.05$ )。结论 黄芪桂枝五物汤联合温针灸用于防治奥沙利铂神经毒性具有较好的临床效果, 值得推广。

**关键词:** 黄芪桂枝五物汤; 温针灸; 奥沙利铂; 神经毒性

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.035

文章编号:1672-2779(2018)-18-0081-03

## Clinical Observation on Huangqi Guizhi Wuwu Decoction Combined with Warm Acupuncture in Treating Oxaliplatin Neurotoxicity

SU Biying<sup>1</sup>, HUANG Haifu<sup>2</sup>

(1. TCM internal medicine department, Guangdong Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Guangdong Province, Foshan 528253, China;

2. Oncology Department, Guangdong Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Guangdong Province, Foshan 528253, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of Huangqi Guizhi Wuwu decoction combined with warm acupuncture on oxaliplatin neurotoxicity. **Methods** 100 qualified cases were randomly divided into four groups with 25 cases in each group. They were respectively the group of Huangqi Guizhi Wuwu decoction group, the warm acupuncture group, the Huangqi Guizhi Wuwu decoction combined with the warm acupuncture group and the observation group. **Results** groups of patients after treatment of motor nerve conduction velocity (MNCV) before treatment were decreased, with observation group fell the most obvious, followed by Huangqi Guizhi Wuwu decoction group and acupuncture group ( $P < 0.05$ ). The MNCV of Huangqi Guizhi Wuwu decoction combined with warm acupuncture group had no statistical significance after treatment and before treatment ( $P > 0.05$ ). Groups of patients after treatment of sensory nerve conduction velocity (SNCV) before treatment were decreased, with observation group fell the most obvious, followed by Huangqi Guizhi Wuwu decoction group and acupuncture group ( $P < 0.05$ ). The MNCV of Huangqi Guizhi Wuwu decoction combined with warm acupuncture group had no statistical significance after treatment and before treatment ( $P > 0.05$ ). Each nerve toxicity grading in observation group after treatment, the maximum number of cases of severe neurotoxicity followed by Huangqi Guizhi Wuwu Decoction group and warm acupuncture group, to Huangqi Guizhi Wuwu decoction combined with acupuncture group unity was the least number of cases severe neurotoxicity, comparison between groups (with the exception of Huangqi Guizhi wuwu tang and warm acupuncture group was no difference) had obvious difference ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Huangqi Guizhi Wuwu decoction combined with warm acupuncture has a good clinical effect on the prevention and treatment of oxaliplatin neurotoxicity, which is worthy of promotion.

**Keywords:** Huangqi Guizhi Wuwu decoction; warm acupuncture; oxaliplatin; neurotoxicity

奥沙利铂属于新的铂类抗癌化疗药物。其抗癌谱广、毒性低、疗效好, 并与顺铂、卡铂无交叉耐药。神经毒性使其在临床应用中受到一定限制<sup>[1]</sup>, 目前临床上没有一种标准的治疗用于预防奥沙利铂神经毒性<sup>[2]</sup>, 近年来国内诸多中医药研究者对于奥沙利铂的神经毒

性进行了积极的临床探索, 取得了很好的效果, 近年我们运用中医药的方法在防治奥沙利铂神经毒性方面也做了一些工作, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择我院2016年8月—2017年12月收治的住院患者, 均是确诊为大肠癌或胃癌需要接受含奥沙利铂方案化疗的住院患者, 共100例。随机将100例合格病例简单分为4组, 每组25例。分别为黄芪桂枝五物汤组、温针灸组、黄芪桂枝五物汤联合温针灸组及观察组。

※ 基金项目: 广东省中医药局科研课题中医药常规科研项目【No. 20161042】

\* 通讯作者: huanghaifu2004@163.com

1.2 纳入标准 所有纳入本研究的患者均需符合下列条件：(1) 无化疗相关禁忌证，预计生存期大于3个月；(2) 既往未接受过化疗；(3) 接受的化疗方案中含有奥沙利铂；(4) 自愿接受本临床研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1) 既往有各种可能导致末梢神经感觉异常的疾患；(2) 正在接受其他可能导致神经毒性药物治疗的患者；(3) 精神状态或认知能力异常者；(4) 化疗前或正同时接受放疗者。

1.4 剔除标准 有干扰或沾染因素者；试验记录不完整，不能完成疗程，或不能按计划用药者。

1.5 治疗方法 所有患者接受的化疗方案均为FOLFOX4 (第1天奥沙利铂85 mg/m<sup>2</sup>静滴；氟尿嘧啶先用400 mg/m<sup>2</sup>静滴，后续以600 mg/m<sup>2</sup>持续静脉推注22 h。同时第1、2天亚叶酸钙200 mg/m<sup>2</sup>静滴)，每2周重复1次，1次为1周期，共6个周期，化疗期间均接受化疗止呕处理。在此基础上分别接受黄芪桂枝五物汤、温针灸、黄芪桂枝五物汤联合温针灸及观察治疗。

1.5.1 黄芪桂枝五物汤组 患者于化疗前1日开始同时服用黄芪桂枝五物汤 (方药组成：黄芪30 g，桂枝15 g，白芍15 g，生姜25 g，大枣4个。水煎服，加水500 mL浓煎至100 mL，每日1剂)，直至化疗结束。

1.5.2 温针灸组 患者于化疗前1天开始同时接受温针灸。温针灸的具体操作：患者取仰卧位，穴位常规消毒后，选用规格0.30 mm×25 mm (1寸) 和0.30 mm×40 mm (1.5寸) 不锈钢毫针刺，内关、合谷直刺0.5~0.8寸，曲池、血海、足三里、三阴交直刺1~1.2寸。施以提插捻转补泻手法，通过使用手法针刺得气，各穴进针得气后留针，留针时在针柄上套放一段长约2 cm的艾卷，艾卷距皮肤约2~3cm，艾卷从下端点燃，直至艾卷燃完为止 (在穴位上隔一层纸垫)。每日1次。主穴：曲池、内关、合谷、足三里、三阴交，血海，均为双侧取穴，直至化疗结束。

1.5.3 黄芪桂枝五物汤联合温针灸组 患者在化疗同时接受上述两种治疗方法。

1.5.4 观察组 在化疗基础上仅接受止呕等对症处理，不接受其它任何针对神经毒性的治疗方法。

1.6 观察指标 (1) 测定神经传导速度 (NCV)：采用肌电图仪于第1次化疗前1日及6个周期化疗结束第2日测定各组患者的运动神经传导速度 (MNCV)、感觉神经传导速度 (SNCV)；(2) 根据奥沙利铂Levis专用感觉神经毒性分级标准评定各组患者神经毒性<sup>[9]</sup>。

1.7 统计学方法 将所收集的数据资料通过SPSS 22.0统计软件建立数据库并对数据进行处理和统计分析。

## 2 结果

2.1 各组治疗前后MNCV比较 治疗前各组患者两侧肢体的正中神经、腓总神经的MNCV比较均无明显差异 ( $P>0.05$ )。治疗后各组患者的MNCV较治疗前均有所下降，其中以观察组下降最为明显，其次为黄芪桂枝五物汤组与温针灸组， $^{\Delta}P$ 均 $<0.05$ 。黄芪桂枝五物汤联合

温针灸组的MNCV在治疗后与治疗前比较差异无统计学意义， $^*P>0.05$ 。见表1。

表1 各组治疗前后MNCV比较 ( $\bar{x}\pm s, m\cdot s^{-1}$ )

组别	例数	正中MNCV		腓总MNCV	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
黄芪桂枝五物汤组	25	40.6±2.3 <sup>Δ</sup>	39.1±2.1 <sup>Δ</sup>	42.5±3.1 <sup>Δ</sup>	41.2±2.7 <sup>Δ</sup>
温针灸组	25	40.5±2.2	38.9±2.0	42.8±2.9	41.4±3.0
黄芪桂枝五物汤联合温针灸组	25	41.0±2.4 <sup>*</sup>	40.3±2.2 <sup>*</sup>	43.0±2.8 <sup>*</sup>	42.2±2.6 <sup>*</sup>
观察组	25	41.4±2.1	38.5±2.9	42.7±2.8	40.5±2.9

注：<sup>Δ</sup> $P<0.05$ ；<sup>\*</sup> $P<0.05$

2.2 各组治疗前后SNCV比较 治疗前各组患者两侧肢体的正中神经、腓总神经的SNCV比较无明显差异 ( $P>0.05$ )；治疗后各组患者的SNCV较治疗前均有所下降，其中以观察组下降最为明显，其次为黄芪桂枝五物汤组与温针灸组， $^{\Delta}P$ 均 $<0.05$ 。黄芪桂枝五物汤联合温针灸组的MNCV在治疗后与治疗前比较差异无统计学意义， $^*P>0.05$ 。见表2。

表2 各组治疗前后SNCV比较 ( $\bar{x}\pm s, m\cdot s^{-1}$ )

组别	例数	正中MNCV		腓总MNCV	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
黄芪桂枝五物汤组	25	44.6±2.9 <sup>Δ</sup>	43.1±3.0 <sup>Δ</sup>	44.8±2.7 <sup>Δ</sup>	43.2±2.8 <sup>Δ</sup>
温针灸组	25	44.3±2.8	42.6±2.5	44.5±2.9	42.7±2.6
黄芪桂枝五物汤联合温针灸组	25	44.4±2.7 <sup>*</sup>	43.6±2.8 <sup>*</sup>	45.1±3.1 <sup>*</sup>	44.8±2.9 <sup>*</sup>
观察组	25	45.9±3.0	43.5±2.7	44.6±2.8	42.0±2.5

注：<sup>Δ</sup> $P<0.05$ ；<sup>\*</sup> $P<0.05$

2.3 各组神经毒性评定比较 各组治疗后神经毒性分级以观察组出现严重神经毒性病例数最多，其次为黄芪桂枝五物汤组及温针灸组，以黄芪桂枝五物汤联合温针灸组出现严重神经毒性的病例数最少，组间比较 (除黄芪桂枝五物汤组及温针灸组比较无差异外) 均有明显差异 ( $P<0.05$ )。

表3 各组治疗后神经毒性比较 (例)

组别	例数	1级	2级	3级	4级
黄芪桂枝五物汤组	25	9	12	3	1
温针灸组	25	11	9	4	1
黄芪桂枝五物汤联合温针灸组	25	15	8	2	0
观察组	25	8	7	6	4

## 3 讨论

奥沙利铂作为结直肠癌等多种类型的肿瘤治疗中的首选药物之一，神经毒性是其在临床使用中的主要限制因素之一，临床上以手足麻木及感觉异常为主要症状。急性发作多出现在输液当时或输液后的1~2 d，可因寒冷诱发或加重；慢性发作以肢端麻木，感觉迟钝或异常，有的甚至会出现功能障碍为主要症状<sup>[9]</sup>，尽管奥沙利铂导致的神经毒性发生机制并不是十分清楚，临床上

亦无用于防治奥沙利铂神经毒性的疗效确切的药物,然而,学者们从未停止研究和探讨对其神经毒性预防<sup>[5]</sup>。

作为我们中华民族的宝贵财富的传统医学,中医药在化疗药物引起的相关毒副作用的预防和治疗中具有重要作用。鉴于奥沙利铂神经毒性的症状与《内经·痹论》中“其不痛不仁者,病久入深,荣卫之行涩,经络时疏,故不痛,皮肤不营,故为不仁”的描述相似,因此,当今医家多将之归属于祖国医学“痹证”“血痹”的范畴。结合奥沙利铂神经毒性症状表现为肢端感觉麻木,遇冷诱发或加重的特点,认为本病的基本发病机制为奥沙利铂为大毒寒凉之品,易损伤体内阳气,导致元阳的丧失、不足和虚弱,并导致瘀血阻络。基于这一认识,我们确立了温养经脉,通络止痹为其治法。也有人认为在麻木产生的病机中营气虚可能起到关键作用<sup>[6]</sup>,因此我们使用黄芪桂枝五物汤以起益气温阳,调和营卫而止痹之效。方中黄芪甘温补气,补表卫之气为君;桂枝散寒温经通络;芍药养血和营而治血痹;生姜辛温,疏散风寒;大枣甘温、益气养血。通过对曲池、内关、合谷、血海、足三里、三阴交等穴位温针灸则起到温经通脉,行气通痹的效果。曲池穴可以主治上肢不遂,为寒证则补之灸之,配合内关、合谷、血海、足三里具有温阳散寒,活血通络作用。两者合用共同加强了温养经脉,通络止痹的功效,对奥沙利铂神经毒性起到较好的防治效果。我们

的临床研究观察显示了黄芪桂枝五物汤和温针灸均可以有效地提高奥沙利铂所致的运动神经和感觉神经的传导速度,改善了奥沙利铂神经毒性,而且两者联合运用优于任意单一方法的应用。

不同的肿瘤以及许多化疗方案中都广泛地使用了奥沙利铂,因此,其神经毒性也越来越受到临床重视<sup>[7]</sup>。亟需寻找更为有效防治奥沙利铂神经毒性的方法。通过本研究,我们认为黄芪桂枝五物汤联合温针灸用于防治奥沙利铂神经毒性可以有效地改善奥沙利铂神经毒性的相关症状,具有较好的临床效果,值得推广应用。

#### 参考文献

- [1] Cassidy J, Misset JL. Oxa lipat in-related side effects: Characteristics and management[J]. Semin Oncol, 2002, 29(5): 11-20.
- [2] Gamelin L, Boisdron-Celle M, Delva R, et al. Prevention of oxaliplatin-related neurotoxicity by calcium and magnesium infusions: a retrospective study of 161 patients receiving oxaliplatin combined with 5-Fluorouracil and leucovorin for advanced colorectal cancer[J]. Clin Cancer Res, 2004, 10(12 Pt 1): 4055.
- [3] 郑宇, 潘宏铭, 楼海舟, 等. 硫酸镁预防奥沙利铂神经毒性的临床观察[J]. 实用肿瘤杂志, 2004(19): 154-155.
- [4] 刘素, 张侠. 奥沙利铂神经毒性机制及基因多态性研究进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2015, 9(9): 1685-1689.
- [5] 李敬瑜, 孙珏. 奥沙利铂神经毒性防治思路与方法[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(15): 94-97.
- [6] 陈群伟, 石倩玮, 冯正权, 等. 从中医对麻木的认识浅析奥沙利铂神经毒性的病机[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(3): 177-179.
- [7] 陈小兵, 吕慧芳, 陈贝贝, 等. 奥沙利铂神经毒性机制及防治研究进展[J]. 中国医药科学, 2012, 2(3): 38-40.

(本文编辑:李海燕 本文校对:谢维宁 收稿日期:2018-06-22)

## 四君子汤对反复呼吸道感染的脑瘫患儿免疫功能的影响

黄洋 王春南

(沈阳市儿童医院康复医学科, 辽宁 沈阳 110032)

**摘要:**目的 观察四君子汤加减方对患反复呼吸道感染的脑瘫患儿免疫功能的影响。方法 选取72例患有反复呼吸道感染的脑瘫患儿, 随机分为2组各36例, 治疗组除发作期予对症治疗外, 发作间期应用四君子汤加减方治疗; 对照组仅发作期应用药物对症治疗。结果 治疗后治疗组血清IgA、IgM、IgG, 补体C3、C4及T淋巴细胞亚群CD<sup>4+</sup>、CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>结果较治疗前明显改善, 与对照组比较, 差异有统计学意义(P<0.05)。结论 四君子汤加减方对改善反复呼吸道感染的脑瘫患儿的免疫功能有明显疗效。

**关键词:** 脑性瘫痪; 呼吸道感染; 四君子汤; 免疫功能; 五迟五软

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.036

文章编号:1672-2779(2018)-18-0083-03

### Effect of Sijunzi Decoction on Immune Function in Children with Cerebral Palsy

HUANG Yang, WANG Chunnan

(Department of Rehabilitation Medicine, Shenyang Children's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110032, China)

**Abstract: Objective** To observe the effect of modified Sijunzi decoction on immune function in children with cerebral palsy. **Methods** 72 children with cerebral palsy with recurrent respiratory tract infection were selected. In addition to the treatment during the episode, the treatment group was treated with modified Sijunzi decoction during the episode. The control group was only used for the treatment of the disease. **Results** The results of serum IgA, IgM, IgG, complement C3, C4 and T lymphocyte subsets CD<sup>4+</sup>, CD<sup>4+</sup> / CD<sup>8+</sup> were significantly improved in the treatment group, and the number of clinical recurrent sensations decreased. **Conclusion** Sijunzi decoction has obvious effect on improving immune function of children with recurrent respiratory tract infection.

**Keywords:** cerebral palsy; respiratory tract infection; Sijunzi decoction; immune function; five kinds of vetadations and flaccidity

脑性瘫痪是出生前、出生时、出生后脑发育早期各种原因所致的非进行性脑损伤及脑发育缺陷, 主要

表现为中枢性运动障碍及姿势异常<sup>[1]</sup>。脑瘫患儿在康复治疗过程中由于脏腑功能较差, 极易反复出现发热、

鼻塞、流涕、头痛、四肢酸痛等感冒症状，出现上述症状时不得不休疗，这不仅大大影响了康复治疗的治疗计划，还易错过生长发育的黄金时间，最终影响康复治疗效果。

笔者选择2015年6月—2016年6月在院的患反复呼吸道感染脑瘫患儿，应用四君子汤加减方治疗，观察其对免疫功能的影响，比较治疗前后血清IgG、IgA、IgM、补体C3、C4及T淋巴细胞亚群CD<sup>4+</sup>、CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>，现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我科2015年6月—2016年6月收治的72例符合脑瘫西医诊断标准的且在康复治疗过程中反复呼吸道感染的患儿，根据先后顺序随机分成2组各36例，其中治疗组男10例，女26例；年龄1.5~12岁，平均(4.24±2.47)岁。对照组男15例，女21例；年龄1.5~12岁，平均(4.26±2.24)岁。2组患儿在性别、年龄、病程等方面比较，差异均无统计学意义( $P>0.05$ )，具有可比性。

**1.2 纳入标准** (1)符合脑瘫诊断的患儿；(2)根据《反复呼吸道感染的诊断标准》<sup>[2]</sup>，0~2岁患上呼吸道感染次数7次/年，下呼吸道感染次数3次/年；3~5岁患上呼吸道感染次数6次/年，下呼吸道感染2次/年；5~12岁患上呼吸道感染5次/年，下呼吸道感染2次/年，取最小值，入选患儿的上呼吸道感染次数均≥5次/年，下呼吸道感染≥2次/年；(3)能配合完成用药疗程；(4)无其他心肺功能疾病。

**1.3 治疗方法** 治疗组患儿呼吸道感染发作间期予四君子汤加减方(太子参10g，白术10g，茯苓10g，甘草20g，熟地黄10g)。水煎服，1剂/d，早晚分服，同时根据每次发病不同使用抗生素或抗病毒药物及对症治疗，1个月为1个疗程，连续用药3个月，用药期间正常进行康复训练。对照组在正常进行康复训练外，发病期按西医对因对症治疗，同治疗组。

**1.4 观察指标** 所有患儿均在治疗前后检测血清免疫蛋白IgG、IgA、IgM补体C3、C4和T淋巴细胞亚群CD<sup>4+</sup>、CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>。血清免疫蛋白检测采用散射比浊法，血清补体C3、C4测定采用单向免疫扩散法，T淋巴细胞亚群测定采用免疫荧光法。从体液免疫和细胞免疫两方面来分析对患儿免疫功能的影响。

**1.5 疗效评定标准** 依据2002年全国小儿呼吸道疾病学术会议制定的相关标准<sup>[3]</sup>拟定。显效：疗程结束后1年内，发作次数较治疗前(与去年同期相比，下同)减少2/3以上，发病时间明显缩短，严重程度减低；有效：疗程结束后1年内，发作次数较治疗前减少1/2以上，发病时间缩短，严重程度相对减低；无效：治疗后发作次数减少不足1/2，发病时间无明显缩短。

## 2 结果

**2.1 2组患儿治疗前后血清IgG、IgA、IgM比较** 治疗组治疗后血清IgG、IgA、IgM值较治疗前明显提高，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，而对照组变化不明显；2组治疗后血清IgG、IgA、IgM变化比较，差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组患儿治疗前后的血清IgG、IgA、IgM比较 ( $\bar{x}\pm s$ , g/L)

组别	例数	时间	IgA	IgM	IgG
治疗组	36	治疗前	0.51±0.21	0.97±0.11	5.69±0.83
		治疗后	1.53±0.11 <sup>△*</sup>	1.37±0.10 <sup>△*</sup>	7.97±0.79 <sup>△*</sup>
对照组	36	治疗前	0.52±0.18	0.97±0.12	5.70±0.80
		治疗后	0.55±0.20	0.96±0.11	5.97±0.82

注：与治疗前比较，<sup>△</sup> $P<0.05$ ；与对照组比较，\* $P<0.05$

**2.2 2组患儿血清补体C3、C4比较** 治疗组治疗后血清补体C3、C4值较治疗前明显提高，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，而对照组变化不明显；2组治疗后补体C3、C4值比较，差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 2组患儿治疗前后血清补体C3、C4比较 ( $\bar{x}\pm s$ , g/L)

组别	例数	时间	补体C3	补体C4
治疗组	36	治疗前	0.86±0.10	0.19±0.04
		治疗后	1.44±0.12 <sup>△*</sup>	0.37±0.06 <sup>△*</sup>
对照组	36	治疗前	0.87±0.11	0.20±0.05
		治疗后	0.89±0.12	0.19±0.06

注：与治疗前比较，<sup>△</sup> $P<0.05$ ；与对照组比较，\* $P<0.05$

**2.3 2组CD<sup>4+</sup>、CD<sup>8+</sup>、CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>比较** 治疗组治疗后CD<sup>4+</sup>、CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>较治疗前明显提高，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，而对照组前后变化不明显；2组治疗后CD<sup>4+</sup>、CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>比较，差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表3 2组患儿治疗前后T淋巴细胞亚群比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	CD <sup>4+</sup>	CD <sup>8+</sup>	CD <sup>4+</sup> /CD <sup>8+</sup>
治疗组	36	治疗前	38.25±6.25	37.56±6.70	1.28±0.81
		治疗后	44.87±7.34 <sup>△*</sup>	30.20±6.35 <sup>△*</sup>	1.58±0.75 <sup>△*</sup>
对照组	36	治疗前	40.89±5.78	36.93±5.89	1.18±1.01
		治疗后	40.48±6.58	1.21±0.88	1.21±0.87

注：与治疗前比较，<sup>△</sup> $P<0.05$ ；与对照组比较，\* $P<0.05$

**2.4 2组患儿临床疗效比较** 2组患儿治疗后总有效率比较，差异有统计学意义( $P<0.05$ )

表4 2组患儿临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	14	16	6	30(83.3) <sup>*</sup>
对照组	36	8	12	16	20(55.6)

注：与对照组比较，\* $P<0.05$

## 3 讨论

脑瘫属中医“五迟”“五软”范畴。古代属于“胎弱”“胎怯”，病因多为先天禀赋不足，后天失于调养。辨证分型主要有肝肾亏虚、心脾两虚、痰瘀阻滞<sup>[4]</sup>。

可以看出,脑瘫患儿辨证多有脾、肾两虚。呼吸道感染中医属“感冒”,感冒的病因主要是感受“外邪”,外邪侵犯人体是否引起发病,关键在于正气之强弱。正气之强弱又取决于肺脾肾脏腑功能,脑瘫患儿多脾肾两虚,脏腑功能不足,脾为肺之母,脾脏一虚,肺气先衰,则卫外不固,腠理疏松,外邪乘虚入侵,小儿感受外邪,外邪入里致肺气失宣,肺卫不固则发生反复咳嗽、咯痰、鼻塞、流涕。正如《幼科释谜·感冒》所云:“感冒之原,由卫气虚,元府不闭,腠理常疏,虚邪贼风,卫阳受扰。”由此可以看出脑瘫患儿较正常小儿更易患感冒,所以脑瘫小儿反复呼吸道感染的治疗关键在于健脾益气,脾胃强则营卫充,营卫充则卫表固,从而达到补中焦以充上焦的作用。选用《太平惠民和剂局方》益气健脾四君子汤为主方,本方以太子参为君,甘温益气,健补脾胃。臣以苦温之白术,既助太子参补益脾胃之气,更健脾燥湿,加强益气助运之力。佐以茯苓,健脾渗湿,苓术相配,则健脾祛湿之功益著。使以炙甘草益气和中,调和诸药。加一味熟地意在补益肾气,补血养阴,填精益髓。意在补益脑瘫小儿之先天不足,选方针对小儿脑瘫脾、肾两虚的病机特点,共奏补脾益气,填精益髓之功。根本固则正气足,正气足则卫外强。

现代医学药理研究表明,四君子汤主要成分有多糖、皂苷、萜类、生物碱、黄酮和挥发油等,有提高免疫功能,抗自由基损伤,改善内分泌,调节代谢等作用,熟地黄内含梓醇、糖类、地黄素、氨基酸、地黄苷,其中与免疫相关的主要作用成分熟地黄多糖,四君子汤及熟地黄中多糖均可通过激活肠道局部免疫从而影响系统免疫,促进细胞免疫及体液免疫功能。当前,大多研究主要集中在多糖对黏膜免疫,多糖富含多种生物活性成分和营养成分,通过激活巨噬细胞、T淋巴细胞、B淋巴细胞和血液补体蛋白来实现其免疫调节作用。

在对机体的免疫调节过程中,肠道黏膜免疫系统可能发挥了重要的作用,肠道免疫占全身免疫功能的70%。通过肠道免疫细胞,提供信息传递,通过神经内分泌网络联系,调节全身的免疫系统。肠道黏膜的免疫细胞在受到刺激后,发生活化,分泌细胞因子,分泌型IgA,淋巴细胞细胞毒作用,发挥肠黏膜的屏障防御作用。淋巴细胞活化后可迁移至免疫系统其他部分,介导胃肠道局部黏膜免疫系统导致的全身性免疫反应。免疫细胞表面细胞膜大多为糖或者糖基化合物,是免疫细胞与其他活性物质作用的配体,四君子汤就是通过激活肠道局部免疫影响系统免疫的作用机制<sup>[5-7]</sup>。

此外,肠道免疫系统按解剖和功能可分为诱导部位和效应部位<sup>[8]</sup>。肠道免疫的诱导部位主要在肠上皮细胞(iEC)、派氏结(PP)、肠系膜淋巴结(MLN);效

应部位主要在上皮内基底膜上的肠上皮内淋巴细胞(LEL)和固有层的淋巴细胞(LPL)。SIgA、LEL和LPL构成肠黏膜免疫三大重要因子,共同完成肠黏膜免疫应答。通过降低TNF- $\alpha$ 、IL-6等炎症因子水平来降低肠道炎症反应、减少肠道炎症因子、减轻肠道上皮细胞的损伤,从而促进肠黏膜修复,提高肠道免疫功能<sup>[9]</sup>。中药对机体的免疫调节作用是防治肠黏膜损伤的重要机理之一。机体产生正确免疫应答的关键在于促炎细胞因子和抗炎细胞因子的分泌平衡。四君子汤加熟地黄能提升黏膜IL-2、IL-4、IFN- $\gamma$ 和SIgA含量,改善黏膜细胞增殖,维护肠黏膜完整性<sup>[10]</sup>。

也有学者提出,四君子汤的免疫功能调节从神经-内分泌-免疫网络,在神经系统通过改善单胺类神经递质及神经肽含量,在内分泌系统通过调节胃肠激素、甲状腺激素及性激素含量,在免疫调节作用方面则可能是与提高脾脏指数与胸腺指数,增强T淋巴细胞活性,升高IgM水平,影响细胞因子及蛋白质的表达有密切关系<sup>[11]</sup>。

有文献报道,四君子汤不仅可以促进运动性疲劳的恢复,预防性给药还可提高机体的抗疲劳能力。由此可以猜想,四君子汤对长时间进行康复训练的脑瘫患儿的运动能力有促进作用,提高运动耐力及抗疲劳能力<sup>[12]</sup>。

本研究应用四君子汤加减方治疗脑瘫患儿反复呼吸道感染,观察其对患儿的免疫功能的影响,结果治疗前后患儿反复呼吸道感染次数均较前减少,血清IgG、IgA、IgM、补体及外周血T淋巴细胞亚群较治疗前明显改善。表明四君子汤加减方对提高脑瘫患儿免疫功能及治疗脑瘫患儿的反复呼吸道感染有效。

#### 参考文献

- [1]胡亚美,江载方.诸福棠实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [2]张波.反复呼吸道感染的临床概念和处理原则[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(62):194.
- [3]全国小儿呼吸道疾病学术会议纪要.反复呼吸道感染的诊断标准[J].中华儿科杂志,2003,21(6):341-343.
- [4]汪受传.中医儿科学[M].9版.北京:中国中医药出版社,212-217.
- [5]吴艳梅,马贤德,等.四君子汤治疗脾虚证实验研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(10):67-69.
- [6]熊山,丁晓晨.四君子汤化学成分和药理作用研究进展[J].山东医学高等专科学校学报,2017,39(5):371-374.
- [7]张永波,江振作,王跃飞,等.UPLC/ESI-Q-TOF MS法分析鲜地黄、生地黄、熟地黄的化学成分[J].中成药,2015(38)5:1104-1108.
- [8]高蓓蓓,彭颖,李晓波.四君子汤复方多糖肠道免疫调节作用及其机制研究进展[J].中草药,2018,49(2):462-467.
- [9]颜美秋,陈素红,吕圭源.石斛“厚肠胃”相关功效药理学研究及应用进展[J].中草药,2016,47(21):3918-3924.
- [10]黄子慧,任丹丹,曹程鸣,等.加味四君子汤对仔猪血清免疫因子水平及肠黏膜免疫的影响[J].西北农林科技大学学报,2017,45(3):75-81.
- [11]张巍云,唐洪梅,柴玉娜,等.四君子汤调节脾虚证神经-内分泌-免疫网络的研究进展[J].中华中医药杂志,2015,30(9):3219-3221.
- [12]薛玮,高云芳,屠晓莉,等.四君子汤对小鼠运动耐力与免疫功能的影响[J].西北大学学报(自然科学版),2011,41(5):838-842.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刑楠 收稿日期:2018-06-22)

# 加味补阳还五汤治疗缺血性脑卒中后 抑郁症的临床观察

应鑫

(辽宁省法库县中心医院住院部神经内科, 辽宁 法库 110400)

**摘要:**目的 探讨缺血性脑卒中后抑郁症患者应用加味补阳还五汤治疗的临床疗效。方法 选取我院2015年1月—2017年1月收治的70例缺血性脑卒中后抑郁症患者, 随机分为2组, 各35例。对照组采取帕罗西汀治疗, 观察组在此基础上加用加味补阳还五汤治疗, 比较2组的治疗效果。结果 观察组治疗有效率显著优于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组汉密尔顿抑郁量表 (HAMD评分) 显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。2组的各时间段TESS副反应量表评分差异不显著 ( $P > 0.05$ )。结论 加味补阳还五汤治疗缺血性脑卒中后抑郁症, 疗效显著, 值得在临床进一步探讨。

**关键词:** 缺血性脑卒中; 抑郁; 加味补阳还五汤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.037

文章编号:1672-2779(2018)-18-0086-02

## Clinical Observation on Modified Buyang Huanwu Decoction in the Treatment of Post-stroke Depression

YING Xin

(Neurology Inpatient Department, the Central Hospital of Faku County, Liaoning Province, Shenyang 110400, China)

**Abstract: Objective** To investigate the clinical value of modified Buyang Huanwu decoction in the treatment of post-stroke depression. **Methods** 70 cases of ischemic stroke depression admitted to our hospital from January 2015 to January 2017 were randomly divided into two groups, with 35 cases in each group. The control group was treated with paroxetine, while the observation group was treated with modified Buyang Huanwu decoction on the basis of the treatment. The therapeutic effect of the two groups was compared. **Results** The effective rate of the observation group was significantly better than that of the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the Hamilton Depression Scale (HAMD score) in the observation group was significantly lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in the TESS side effects score between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** modified Buyang Huanwu decoction has significant curative effect in the treatment of post-stroke depression. It is worthy of further study in clinic.

**Keywords:** ischemic stroke; depression; modified Buyang Huanwu decoction

缺血性脑卒中后抑郁症的患者机体功能受损, 生活自理能力下降, 需要依赖他人照顾、担心治疗的经济费用、担心预后等, 故容易出现抑郁症。患者主要表现为持久的情绪低落、思维迟缓等, 不良情绪可影响脑卒中的预后<sup>[1]</sup>。西医治疗以口服药物为主, 但长期服用可有副作用、易于成瘾等问题。随着研究的深入, 中医药内外法治疗脑卒中后抑郁症的研究报道较多, 表明其疗效可靠。故本文为了探讨缺血性脑卒中后抑郁症患者应用加味补阳还五汤治疗的临床价值, 特进行研究, 分析如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院2015年1月—2017年1月收治的70例缺血性脑卒中后抑郁症患者, 随机分为2组, 各35例。观察组: 男性19例, 女性16例; 年龄50~76岁, 平均(62.19±2.00)岁; 左侧脑卒中10例, 右侧脑卒中25例。对照组: 男性21例, 女性14例; 年龄51~77岁, 平均(62.12±2.09)岁; 左侧脑卒中11例, 右侧脑卒中24例。2组患者一般资料比较, 差异不显著 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。所有患者已签署知情同意书, 本研究经伦理委员会批准。

**1.2 纳入标准** (1) 患者符合中医中风的诊断标准: 患者发病急骤, 且嗜好烟酒, 劳倦内伤, 年老体衰等,

有偏身麻木、半身不遂、神昏、口舌歪斜、等症状, 经MRI或CT检查可见梗死病灶; (2) 符合中医抑郁的诊断标准: 患者可有情绪不宁、易怒善哭, 持久忧郁不畅等主症, 有困倦乏力、心悸、食欲不振、兴趣下降等兼症。

**1.3 排除标准** (1) 其他原因导致的抑郁; (2) 有精神病史的患者; (3) 有药物过敏史的患者。

**1.4 治疗方法** 所有患者均采取基础治疗, 监测血糖、血压, 抗血小板聚集, 营养脑神经, 预防并发症, 加强康复训练等。对照组患者给予盐酸帕罗西汀片治疗 (浙江华海药业股份有限公司, 国药准字H20031106), 每次20 mg, 每天1次, 在服药2~3周后可逐渐增加剂量, 最大剂量不超过50 mg/d。观察组采取加味补阳还五汤治疗, 黄芪(生) 30 g, 赤芍、地龙、柴胡、红花、川芎各9 g, 全当归、白术、茯苓10 g, 黄连6 g, 桃仁3 g。将上述药物煎水400 mL, 分2次服用, 每天1剂。连续用药1个月。

**1.5 观察指标** (1) 采用汉密尔顿抑郁量表 (hamilton depression scale, HAMD) 评分减分率评定治疗疗效, 显效: HAMD减分率在50%~74%; 有效: HAMD减分率在25%~49%; 无效: 患者未达到上述治疗标准。治疗有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

(2) 采用HAMD评价患者的抑郁状态，无抑郁：0~8分；轻度抑郁：9~19分；中度抑郁：20~34分；严重抑郁：超过35分。

(3) 采取副反应量表 (treatment emergent symptom scale, TESS) 评价患者的严重度、症状和药物的关系，共36项，评分越低，说明不良症状、体征、严重度越轻。

1.6 统计学方法 数据以统计学软件SPSS 20.0处理。计量资料以 ( $\bar{x}\pm s$ )表示，行t检验，计数资料以 (%)表示，采用Fisher确切概率法或 $\chi^2$ 检验：理论频数 $T>5$ 时用 $\chi^2$ 检验，理论频数 $T<1$ 时确切率检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患者治疗有效率比较 观察组治疗有效率显著优于对照组 ( $P<0.05$ )，见表1。

表1 2组患者治疗有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	35	5(14.29)	27(77.14)	3(8.57)	32(91.43)
对照组	35	4(11.43)	21(60.00)	10(28.57)	25(71.43)
$\chi^2$ 值					4.629
P值					0.031

2.2 2组患者HAMD评分比较 治疗前2组的HAMD评分差异不显著 ( $P>0.05$ )。治疗后观察组的HAMD评分显著低于对照组 ( $P<0.05$ )，见表2。

表2 2组患者HAMD评分比较 (例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	35	24.96 $\pm$ 2.11	7.44 $\pm$ 0.56
对照组	35	24.90 $\pm$ 2.18	11.00 $\pm$ 1.40
t值		0.117	13.968
P值		0.454	0.000

2.3 2组患者不良反应评分比较 2组各时间段TESS副反应量表评分比较，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，见表3。

表3 2组患者不良反应评分比较 (例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	1周末	2周末	4周末
观察组	35	5.33 $\pm$ 0.54	4.00 $\pm$ 0.33	3.67 $\pm$ 0.40
对照组	35	5.44 $\pm$ 2.40	4.04 $\pm$ 0.32	3.80 $\pm$ 0.30
t值		0.265	0.515	1.538
P值		0.396	0.304	0.064

## 3 讨论

缺血性脑卒中后抑郁症属于脑血管疾病常见的并发症，是影响患者日常生活能力和神经功能恢复的重要因素，发生率大概在25%~80%<sup>[2]</sup>。患者主要表现为持久的情绪低落、情绪不宁、兴趣减退等。目前缺血性脑卒中的发病机制尚不明确<sup>[3]</sup>，目前学者倾向于其是在多种因素作用下而产生的，主要包括有：(1) 生物因素：卒中次数、病变部位、日常生活能力损害、神经功能缺损程度、病灶数量等；(2) 社会心理因素：抑

郁史、家庭社会支持情况、近期负性生活事件、文化层次、烟酒嗜好、神经质个性等。目前有学者认为缺血性脑卒中后抑郁症的发生和神经递质缺乏具有相关性，脑卒中病灶可对大脑内5-HT神经元和去甲肾上腺素能神经元通路造成破坏，引起以上两种神经递质含量减少而发生抑郁症。故从神经生物学角度来说缺血性脑卒中后抑郁症的发生和去甲肾上腺素 (NA) 和五羟色胺 (5-HT) 系统失衡相关。目前临床多采取选择性5-羟色胺再摄取抑制剂类 (SSRI) 药物治疗抑郁症<sup>[4]</sup>，帕罗西汀即属于SSRI类药物，其通过选择性地对5-HT转运体进行抑制，并对突触前膜对于5-HT再摄取进行阻断，延长5-HT的作用，而发挥抗抑郁功效的。西药治疗抑郁症疗效虽好，但具有明显的毒副作用，故临床在寻找更有效的治疗方案。

缺血性脑卒中属于中医“中风”的范畴，脑卒中后抑郁症属于中医“郁证”的范畴<sup>[5]</sup>，病变部位在肝，但和心脏、脾脏、肾脏也有密切关联。中医认为与患者肝气郁结，肝失疏泄，气滞血瘀，气郁痰阻，肝气横逆，脾失健运，肝脾失和，心脾两虚，心神失养等相关。故中医认为治疗该症应该以调畅气机、理气开郁、补益心脾、理气活血、滋养肝肾为主。本次研究采取的是加味补阳还五汤治疗，其中有黄芪、赤芍、地龙、柴胡、红花、川芎、全当归、白术、茯苓、黄连、桃仁等11味中药。黄芪具有活血化瘀、通络经脉、补益元气等功效，属于君药。全当归可活血通络、补气养血，柴胡可疏肝解郁，二者属于臣药，当归、柴胡、赤芍合用可滋补肝体、养血柔肝；红花、桃仁、川芎协同赤芍、当归可达到活血化瘀的目的；茯苓、白术可健脾化湿；地龙可通络经脉，助行药力属于佐药。黄连具有清热解毒、健脾除湿的功效。诸药合用可疏肝解郁、活血通络。

观察组治疗有效率显著优于对照组 ( $P<0.05$ )。治疗后观察组汉密尔顿抑郁量表评分显著低于对照组 ( $P<0.05$ )。2组的各时间段TESS副反应量表评分差异不显著 ( $P>0.05$ )。以上研究表明采取补阳还五汤联合帕罗西汀治疗的效果显著优于单独使用帕罗西汀。综上所述，加味补阳还五汤治疗缺血性脑卒中后抑郁症，疗效显著，值得在临床进一步探讨。

## 参考文献

- [1] 聂容荣, 江伟, 卢妃萍, 等. 加味补阳还五汤治疗缺血性脑卒中后抑郁症的临床研究[J]. 中成药, 2016, 38(4):958-960.
- [2] 刘斯尧, 林彬, 金彩君, 等. 柴胡越鞠丸治疗脑卒中后抑郁的临床疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2014, 6(5):564-565.
- [3] 刘晓芹, 张九成. NO 与缺血性脑卒中患者颈动脉粥样硬化斑块的相关性分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 6(19):81-82.
- [4] 白洁, 徐静, 臧东静, 等. 浅析振奋肝阳(气)在肝阴虚型抑郁症治疗中的作用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 9(2):138-138.
- [5] 宋钦, 臧艳静, 张宸豪. 中医中药治疗脑卒中后抑郁进展[J]. 世界中医药, 2015, 10(a1):793.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张莹莹 收稿日期:2018-06-15)

# 清热除湿汤与皮炎汤治疗面部脂溢性皮炎的临床疗效评价

吕景晶<sup>1</sup> 陈朝霞<sup>2</sup> 徐景娜<sup>1</sup> 周涛<sup>1</sup> 张金超<sup>2</sup> 刘正荣<sup>3</sup>

(1 首都医科大学附属北京中医医院皮肤科, 北京 100010;

2 北京市中医研究所银屑病中医临床基础研究北京市重点实验室, 北京 100010;

3 北京中医药大学北京中医医院临床医学院, 北京 100029)

**摘要:**目的 观察清热除湿汤与皮炎汤治疗湿热内蕴型面部脂溢性皮炎的临床疗效, 初步探讨清热除湿汤、皮炎汤治疗面部脂溢性皮炎的疗效优势。方法 选取2015年4月—2017年4月在本院接受治疗的88例面部脂溢性皮炎患者作为研究对象, 将患者随机分为3组, 治疗组A予以清热除湿汤治疗; 治疗组B予以皮炎汤治疗; 对照组予以龙胆泻肝丸治疗, 疗程2周, 观察2组患者瘙痒程度、皮疹面积、皮疹颜色的变化。结果 治疗组A与治疗组B皮肤瘙痒、皮疹面积、皮疹颜色治疗前后差值评分无统计学差异。治疗组A、B与对照组相比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组A与治疗组B中医症状评分无统计学差异, 治疗组A、B与对照组患者相比皮肤油腻改善情况、口渴及便秘情况中医症状评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 清热除湿汤、皮炎汤治疗湿热内蕴型脂溢性皮炎均具有较高的临床效果, 可以改善患者的皮肤病状况以及临床症状, 具有一定的临床应用价值。

**关键词:** 脂溢性皮炎; 清热除湿汤; 皮炎汤; 湿热内蕴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.038

文章编号:1672-2779(2018)-18-0088-03

## Evaluation on the Clinical Effect of Qingre Chushi Decoction and Piyan Decoction on Facial Seborrheic Dermatitis

LUY Jingjing<sup>1</sup>, CHEN Zhaoxia<sup>2</sup>, XU Jingna<sup>1</sup>, ZHOU Tao<sup>1</sup>, ZHANG Jinchao<sup>2</sup>, LIU Zhengrong<sup>3</sup>

(1. Dermatology Department, Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010 China;

2. Beijing Institute of Traditional Chinese Medicine, Beijing Key Laboratory of Clinical Basic Research of Psoriasis, Beijing 100010, China;

3. Clinical College of Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical efficacy of Qingre Chushi decoction and Piyan decoction in the treatment of hot and humid facial seborrheic dermatitis and to discuss the therapeutic advantages of Qingre Chushi decoction and Piyan decoction in the treatment of facial seborrheic dermatitis. **Methods** 86 patients with facial seborrheic dermatitis who were treated in our hospital from April 2015 to April 2017 were selected as study subjects. Patients were randomly divided into treatment group A treated with Qingre Chushi decoction, treatment group B treated with Piyan decoction and control group treated with Longdan Xiegwan pills. After 2 weeks course of treatment, itching skin rash area rash color changes was observed. **Results** There was no significant difference between treatment group A and treatment group B in skin pruritus, skin rash area, skin rash color difference before and after treatment. The difference in data between the treatment group A and B and the control group was statistically significant ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in TCM symptom scores between treatment group A and treatment group B, There was significant difference between the treatment group and the control group ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in TCM symptom scores between treatment group A and treatment group B, there was significant difference between treatment group and control group ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference between treatment group and control group ( $P < 0.05$ ). The scores of TCM symptoms of thirsty and dry stool in treatment group were lower than those in control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Qingre Chushi decoction and Piyan Decoction have a higher clinical effect on the treatment of damp heat and seborrheic dermatitis. It can improve the skin condition and clinical symptoms of patients and has certain clinical application value.

**Keywords:** facial seborrheic dermatitis; Qingre Chushi decoction; Piyan decoction; damp-heat intrinsic

脂溢性皮炎通常以面部多发, 是一种慢性丘疹鳞屑性、浅表炎症性皮肤病, 可伴有不同程度的瘙痒, 以青少年多见。由于脂溢性皮炎发生于面部, 不仅给患者造成容貌的困扰, 又由于其瘙痒难忍, 严重者影响患者工作及生活, 甚至影响心理健康。脂溢性皮炎中医称之为“面游风”“白屑风”。病因主要由湿热内蕴所致, 临床中使用清热除湿汤、皮炎汤效果满意。为比较两者的疗效差异遂进行初步研究。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2015年4月—2017年4月在北京中医药大学附属北京中医医院接受治疗的88例湿热内蕴型面部脂溢性皮炎患者。将患者按照随机方式平均分为治疗组A、治疗组B和对照组, 治疗组A为32例, 男18例, 女14例; 年龄18~42岁, 平均年龄(28±7)岁; 治疗组B为30例, 男15例, 女15例; 年龄18~42岁, 平均年龄(26±7)岁; 对照组26例, 男16例, 女10例; 年龄18~42岁, 平均年龄(28±8)岁。3组患者在年



龄、性别、病程方面差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照赵辨主编的《临床皮肤病学》<sup>[1]</sup>中有关脂溢性皮炎的诊断标准: 患者面部出现油腻性暗红或黄红色斑片, 可覆有鳞屑, 无明显渗出和糜烂, 伴有不同程度的瘙痒, 即符合脂溢性皮炎诊断标准。

**1.3 纳入标准** 符合上述脂溢性皮炎诊断标准; 近2周无药物治疗史; 知情同意并签署同意书的患者。

**1.4 排除标准** 对本研究治疗药物过敏者; 患有肝、肾功能不全或其他系统重大疾病者; 妊娠期或哺乳期妇女; 面部伴有其他皮肤疾病影响疗效观察者; 长期应用糖皮质激素或其他免疫抑制剂者; 不配合治疗、不能按照要求用药者。

**1.5 治疗方法** 治疗组A使用清热除湿汤方: 龙胆草10 g, 车前草15 g, 黄芩10 g, 生地黄15 g, 白茅根30 g, 大青叶15 g, 生石膏30 g (先煎), 六一散15 g。水煎去汁400 mL, 日1剂, 分2次早晚分服。治疗组B使用皮炎汤方: 生石膏30 g (先煎), 生地黄30 g, 牡丹皮12 g, 赤芍12 g, 知母10 g, 竹叶6 g, 银柴胡12 g, 地骨皮10 g, 金银花10 g, 连翘10 g, 生甘草10 g。水煎去汁400 mL, 日1剂, 分2次早晚分服。对照组使用龙胆泻肝丸 (主要成分为龙胆、柴胡、黄芩、栀子 (炒)、泽泻、车前子 (盐炒)、当归 (酒炒)、地黄、炙甘草。北京同仁堂制药有限公司生产, 商品规格: 6 g×12袋, 水丸, 批准文号: 国药准字Z11020653) 口服: 每日2次, 每次1袋。于饭后0.5 h服用。外用药物: 红肿渗出明显者, 可用生马齿苋30 g, 煎汤冷湿敷于患处。干燥脱屑者可用维生素E乳外用。所有患者一经选定, 即进行安全性检测 (三大常规、肝肾功、心电图) 后, 符合入选标准者, 即按用药要求进行治疗, 疗程2周, 治疗期间忌食辛辣刺激腥发食物, 停用一切面部化妆品。服药后每周复诊1次。

**1.6 观察指标** 对比观察3组患者治疗前后的皮肤瘙痒程度、皮疹面积以及皮疹颜色; 同时对比观察3组患者的油腻改善情况、口渴及便干情况进行中医症状评分。

**1.7 统计学方法** 采用SPSS 19.0统计学软件处理数据, 计量资料用 ( $\bar{x}\pm s$ ) 表示, 行 $t$ 检验,  $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 3组患者皮肤评分比较** 本研究中, 治疗组A、治疗组B比较, 皮肤瘙痒评分、皮疹面积评分以及皮疹颜色评分均相当, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 2个治疗组上述分值低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表1~3。

表1 治疗组A与治疗组B皮肤评分治疗前后差值对比

(例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	皮肤瘙痒	皮疹面积	皮疹颜色
治疗组A	32	1.2±0.5	0.9±0.5	1.5±0.4
治疗组B	30	1.3±0.6	0.8±0.4	1.3±0.5
$t$ 值		7.1000	7.2516	8.1200
$P$ 值		0.052	0.299	0.123

表2 治疗组A与对照组皮肤评分治疗前后差值对比

(例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	皮肤瘙痒	皮疹面积	皮疹颜色
治疗组A	32	1.2±0.5	0.9±0.5	1.5±0.4
对照组	26	2.0±0.7	2.6±0.2	2.6±0.4
$t$ 值		6.9130	6.2170	6.5333
$P$ 值		0.018	0.001	0.0001

表3 治疗组B与对照组皮肤评分治疗前后差值对比

(例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	皮肤瘙痒	皮疹面积	皮疹颜色
治疗组B	30	1.3±0.6	0.8±0.4	1.3±0.5
对照组	26	2.0±0.7	2.6±0.2	2.6±0.4
$t$ 值		7.1252	7.0001	6.9217
$P$ 值		0.020	0.012	0.005

**2.2 3组患者中医症状评分比较** 本研究结果显示, 治疗组A与治疗组B患者的油腻改善情况、便干以及口渴中医症状评分无统计学差异; 治疗组A、治疗组B中医症状评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表4~6。

表4 治疗组A与治疗组B中医症状评分治疗前后差值

(例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	油腻改善情况	便干	口渴
治疗组A	32	1.2±0.4	1.4±0.3	0.9±0.4
治疗组B	30	1.3±0.2	1.2±0.2	1.1±0.1
$t$ 值		7.1000	7.2690	7.0524
$P$ 值		0.1010	0.666	0.052

表5 治疗组A与对照组中医症状评分治疗前后差值

(例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	油腻改善情况	便干	口渴
治疗组A	32	1.2±0.4	1.4±0.3	0.9±0.4
对照组	26	1.9±0.7	1.8±0.5	2.0±0.7
$t$ 值		6.9901	6.9223	6.5427
$P$ 值		0.049	0.018	0.006

表6 治疗组B与对照组中医症状评分治疗前后差值

(例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	油腻改善情况	便干	口渴
治疗组B	30	1.3±0.2	1.2±0.2	1.1±0.1
对照组	26	1.9±0.7	1.8±0.5	2.0±0.7
$t$ 值		9.8821	6.1251	6.2525
$P$ 值		0.018	0.001	0.002

## 3 讨论

脂溢性皮炎,现代医学发病机理尚不清楚,中医称“面游风”。《医宗金鉴·外科心法要诀》中说:“面游风燥热湿成,面目浮肿痒虫行,肤起白屑而痒极,破金黄水津血疼,”非常准确地描述了病症,认为湿邪、热邪是本病成因。在实际临床中,本病好发于青壮年,在诸多诱发因素中,过食辛辣腥发为主要诱因,包括辣椒、鱼、羊肉、海鲜等,饮食不节等最终致湿热内蕴而发病,甚者反复发作,经久不愈<sup>[2-3]</sup>。中医立足于整体观念和辨证论治的思想,治疗面部脂溢性皮炎具有一定的优势<sup>[4-5]</sup>。

清热除湿汤由著名中医皮肤科专家赵炳南先生创制,由龙胆泻肝汤化裁而来,该方具有清热解毒除湿的作用。方中龙胆草味苦性寒,归肝、胆、胃经,具有清热泻火燥湿功效<sup>[6]</sup>。《名医别录》记载龙胆草有“益肝胆气”之说,此乃邪去则正安之意。黄芩苦寒,能清气分实热,有清热燥湿,泻火解毒,止血,安胎之功。生石膏味辛甘,清热泻火除烦止渴。大青叶大寒而具有清热解毒,凉血消斑的功效,能清气血及表里两清,且苦寒不燥,清热而不损阴。《本草正义》载:“味苦气寒,为清热解毒之上品,专主温邪热病,实热蕴结,及痈疡肿毒诸证,可以服食,可以外敷,其用甚广。”生地黄性寒质润而具有清热凉血养阴之功。白茅根具有清肺胃热,凉血利尿功效。甘寒生津,甘润不燥,为治疗血热妄行之常用药。《本草求真》记载:“能解酒毒,溃痈疽,及疔毒诸疮……。”《本草正义》:“甘寒而多脂液,虽降逆而异于苦燥,则又止渴生津,而清涤肠胃间之伏热,能疗消谷燥渴……。”车前草尤擅长利水清湿热之功以清热解毒,可内服,亦可鲜草捣敷。六一散为滑石、甘草组方而成,具有清暑利湿作用,可除烦热,生津液,止渴宽中,清热而不留湿,利水而不伤阴。诸药合用,共奏清热解毒除湿之功。

皮炎汤是著名中医皮肤病专家朱仁康医师的经验方,皮炎汤仿犀角地黄汤、银翘散和白虎汤,又兼有化斑汤之意,诸药有机结合,其功能为清热凉血、泻热消斑,其中生地黄、牡丹皮和赤芍入血分泻火清热;金银花、连翘清热解毒,透营转气;生石膏、知母和生甘草清泻阳明实热,透热转气,生甘草又兼为使药;竹叶清热解毒、清气分热<sup>[7]</sup>。叶天士在《温热论·外感温热篇》中提出的“……在卫汗之可也……到气才可清气,入营犹可透热转气……入血就恐耗血动血,直须凉血散血……”成为后世治疗温热病之准则。根据组

方药物及功效,清热除湿汤临床常用于治疗湿热性皮肤病。

总之,根据中医“同病异治,异病同治”的原则,对于湿热内蕴型面部脂溢性皮炎,清热除湿汤与皮炎汤有异曲同工之妙。

## 参考文献

- [1]赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2010:1166.
- [2]李曰庆,何清湖.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:198-199.
- [3]马新华.中药辨证联合他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎临床观察[J].新中医,2011,47(3):123-124.
- [4]李冬梅,李丹萍,李丽琼.中医治疗脂溢性皮炎研究概况[J].中国民族民间医药,2017(11):59-62.
- [5]林锐辉.中医药治疗脂溢性皮炎研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(11):158-158.
- [6]杨岚,李文元,曲剑华.清热除湿汤治疗湿热型痤疮的临床观察[J].实用皮肤病学杂志,2016,9(1):56-58.
- [7]于彬,马桂琴,刘馨雁,等.皮炎汤治疗皮肤病医案4则[J].北京中医药,2012,31(8):613-614.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王宁 收稿日期:2018-06-19)

## 鹿茸的药材鉴别

梅花鹿茸:习称花鹿茸。呈圆柱状分枝,具一个分枝者习称“二杠”,主枝习称“大挺”,长17~20 cm,锯口直径4~5 cm,离锯口约1 cm处分出侧枝,习称“门庄”,长9~15 cm,直径较大挺略细。外皮红棕色或棕色,多光滑,表面密生红黄色或棕黄色细茸毛,上端较密,下端较疏;分岔间具1条灰黑色筋脉,皮茸紧贴。锯口黄白色,外围无骨质,中部密布细孔。体轻。气微腥,味微咸。具两个分枝者,习称“三岔”,大挺长23~33 cm,直径较二杠细,略呈弓形,微扁,枝端略尖,下部多有纵棱筋及突起疙瘩;皮红黄色,茸毛较稀而粗。体轻,气微腥,味微咸。

马鹿鹿茸:习称马鹿茸。较花鹿茸粗大,分枝较多,侧枝一个者习称“单门”,两个者习称“莲花”,三个者习称“三岔”,四个者习称“四岔”或更多。马鹿茸按产地分为“东马鹿茸”和“西马鹿茸”。

东马鹿茸:“单门”大挺长25~27 cm,直径约3 cm。外皮灰黑色,茸毛灰褐色或灰黄色,锯口面外皮较厚,灰黑色,中部密布细孔,质嫩;“莲花”大挺长可达33 cm,下部有棱筋,锯口面蜂窝状小孔稍大;“三岔”皮色深,质较老;“四岔”茸毛粗而稀,大挺下部具棱筋及疙瘩,分枝顶端多无毛,习称“捻头”。

西马鹿茸:大挺多不圆,顶端圆扁不一,长30~100 cm。表面有棱,多抽缩干瘪,分枝较长且弯曲,茸毛粗长,灰色或黑灰色。锯口色较深,常见骨质。气腥臭,味咸。

——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。

# 养阴清肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病疗效及其对肺功能的影响

王宏伟

(沈阳市西城中医医院中医科, 辽宁 沈阳 110025)

**摘要:**目的 探讨养阴清肺汤对慢性阻塞性肺疾病疗效及其对肺功能的影响。方法 收集我院中医科收治的慢性阻塞性肺疾病患者84例,随机分为对照组和治疗组,各42例。其中对照组予以硫酸沙丁胺醇片口服,1片/次,3次/日;治疗组在对照组的基础上给予养阴清肺汤治疗,温水送服,100 mL/次,3次/日,2组患者均治疗4周。比较2组患者临床疗效、肺功能及血清免疫学指标改善情况及中医证候积分改善情况。结果 经治疗,治疗组患者临床总有效率为85.71% (36/42),对照组患者临床总有效率为69.05% (29/42),治疗组显著优于对照组,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ );治疗后,治疗组患者FVC、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC及血清IL-8、TNF- $\alpha$ 改善均较对照组患者显著,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ );治疗后,治疗组患者中医证候积分降低较对照组患者更明显 ( $P < 0.05$ )。结论 养阴清肺汤对慢性阻塞性肺疾病患者可起到较好的治疗作用,具有滋阴清热、止咳平喘的功效,亦可提高患者肺功能,改善临床症状等,值得推广应用。

**关键词:** 养阴清肺汤;慢性阻塞性肺疾病;肺功能;肺胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.039

文章编号:1672-2779(2018)-18-0091-03

## The Curative Effect of Yangyin Qingfei Decoction in the Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Its Influence on Lung Function

WANG Hongwei

(Department of Traditional Chinese Medicine, Xicheng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110025, China)

**Abstract: Objective** To explore the Yangyin Qingfei decoction in treating chronic obstructive pulmonary disease and its influence on lung function. **Methods** 84 patients with chronic obstructive pulmonary disease admitted to the department of traditional Chinese medicine in our hospital were selected and randomly divided into treatment group and control group, with 42 cases in each group. The control group was treated with salbutamol sulfate tablets, 1 tablet/time, 3 times/day. The treatment group used Yangyin Qingfei decoction on the basis of the control group warm water delivery, 100ml/ time, 3 times/day. Both groups were treated for 4 weeks. The clinical efficacy, lung function and serum immunological index improvement of the two groups and the improvement of TCM syndrome integration was compared. **Results** After treatment, the total clinical efficiency of the patients in the treatment group was 85.71% (36/42), the total clinical efficiency of the control group was 69.05% (29/42), the treatment group was significantly better than the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). After treatment, the improvement of FVC, FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>1</sub>/FVC and serum IL-8 and TNF- $\alpha$  in the treatment group were significantly higher than those in the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). After treatment, the reduction of TCM syndromes in the treatment group was more obviously than that in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Yangyin Qingfei decoction has a better therapeutic effect on patients with chronic obstructive pulmonary disease, it has the effect of nourishing yin and clearing heat, relieving cough and asthma, improve lung function and the clinical symptoms, and it is worthy of clinical promotion.

**Keywords:** Yangyin Qingfei decoction; chronic obstructive pulmonary disease; lung function; lung distention

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 系指机体中小气道发生的慢性炎症,以气道持续性气流受限为主要特征,与气道和肺脏对有毒颗粒或致炎物质刺激反应性增强有关,以IL-8、TNF- $\alpha$ 表达水平异常较为常见<sup>[1]</sup>。现代医学针对本病以药物对症治疗为主,辅以氧疗机械通气、肺康复训练等干预手段,但临床效果仍不尽人意<sup>[2]</sup>。本病属中医内科学中“肺胀”“喘证”等疾病范畴,多由于肺的宣发肃降功能失常,致使气机升降逆乱,最终发病,以肺阴不足证较为多见<sup>[3]</sup>。养阴清肺汤是中医治疗肺系病症的经典方剂之一,始见于清代郑梅涧编撰的《重楼玉钥》,方中生地、麦冬、甘草、元参、贝母、丹皮、薄荷等药并驱使用,可起到清热解暑、滋养肺阴之功效,因此本试验采用养阴清肺汤对慢性阻塞性肺疾病患者进行研究,现就试验结果报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院2017年6月—2018年4月中医科

收治慢性阻塞性肺疾病患者84例,其中男性54例,女性30例,根据随机数字表随机分为治疗组和对照组,各42例。治疗组男性30例,女性12例,年龄(45.83 $\pm$ 3.2)岁,病程(2.4 $\pm$ 0.9)年;对照组患者男性24例,女性18例,年龄(44.91 $\pm$ 3.3)岁,病程(2.5 $\pm$ 0.7)年。2组患者各项基本临床资料相比无差异 ( $P > 0.05$ )。试验由我院伦理委员会予以批准,患者具有知情权并签署知情同意书。

1.2 诊断标准 (1) 西医诊断标准参照2007年中华医学会呼吸学分会制定的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》<sup>[4]</sup>:临床主要以短期内咳嗽、咯痰、气短喘息、痰多质黏稠等为主;肺功能检查提示,排除患有其他肺部疾病条件下,吸入支气管扩张剂后FEV<sub>1</sub>/FVC < 70%者;(2) 中医诊断标准参照2008年版《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》<sup>[5]</sup>:症见咳嗽喘息、呼吸气急、喘促气逆、胸部胀满、痰黏难咯,舌红少苔,脉数无力或细数者。

**1.3 排除标准** (1) 不符合上述中西医临床诊断标准者；(2) 合并严重的心、脑、肾器官疾病者；(3) 患有支气管哮喘、支气管扩张症、肺结核等肺病者；(4) 罹患心理疾病、精神疾病不能参与或不愿参与试验研究者；(5) 临床资料收集不完善者。

**1.4 治疗方法** 2组患者均给予常规治疗方案，要求戒烟、忌食辛辣等刺激性食物、保持所处环境空气质量优良等。对照组予以硫酸沙丁胺醇片，用法用量：口服，1片/次，3次/日；治疗组在对照组治疗的基础上给予养阴清肺汤进行干预，组方如下：生地黄12 g，麦冬9 g，甘草9 g，元参6 g，贝母8 g，牡丹皮6 g，薄荷9 g，以上诸药，以水1000 mL，煎煮至300 mL即可。用法用量：温水送服，100 mL/次，3次/日，2组患者均治疗4周。

### 1.5 观察指标

**1.5.1 疗效评价标准** 疗效评价标准采用尼莫地平法进行测评，以症状积分变化衡量临床疗效<sup>[7]</sup>，痊愈：症状积分减少率 $\geq 95\%$ ；显效： $95\% >$ 症状积分减少率 $\geq 70\%$ ；有效： $70\% >$ 症状积分减少率 $\geq 30\%$ ；无效：症状积分减少率 $< 30\%$ 。其中症状积分减少率= (治疗前症状总积分-治疗后症状总积分) /治疗前症状总积分 $\times 100\%$ ，临床治疗总有效率= (痊愈例数+显效例数+有效例数) /总例数 $\times 100\%$ 。

**1.5.2 患者肺功能及血清免疫学指标改善情况** 于患者清醒状态下，予以患者支气管扩张剂喘乐宁200  $\mu\text{g}$ ，嘱患者反复吸入3次，进行肺功能检测。记录第1秒用力呼气容积 (FEV<sub>1</sub>)、用力肺活量 (FVC) 及第1秒率 (FEV<sub>1</sub>/FVC) 指标；清晨进行空腹静脉血采集，取血约4 mL，注入无菌带塞试管中，即刻送往检验室检验IL-8、TNF- $\alpha$ 指标。

**1.5.3 患者中医证候积分改善情况** 分别记录2组患者治疗前后咳嗽喘息、呼吸气急、胸部胀满、痰黏难咯等中医证候积分改善情况，按照轻、中、重程度分为3个等级，分别记作0、2、4、6分。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 16.0进行统计学分析，血清IL-8、TNF- $\alpha$ 等计量资料采用单因素方差法，以均数 $\pm$ 标准差表示，采用 $t$ 检验，临床有效率及不良反应发生率等计数资料以率 (%) 表示，采用卡方检验，统计值 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组临床疗效比较** 治疗后，治疗组患者临床总有效率优于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组患者临床总有效率对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	42	10	22	4	6	36(85.71)*
对照组	42	6	15	8	13	29(69.05)

注：与对照组比较，\* $P < 0.05$

**2.2 2组患者肺功能及血清免疫学指标改善情况比较** 治疗后，与对照组比较，治疗组患者FVC、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC及血清IL-8、TNF- $\alpha$ 表达水平均显著改善，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组患者肺功能及血清免疫学指标改善情况对比

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	FVC/L	FEV <sub>1</sub> (L/S)	FEV <sub>1</sub> /FVC
治疗组	42	治疗前	1.75 $\pm$ 0.51	1.27 $\pm$ 0.42	0.43 $\pm$ 0.19
		治疗后	2.52 $\pm$ 0.54**	1.99 $\pm$ 0.39**	0.72 $\pm$ 0.13**
对照组	42	治疗前	1.78 $\pm$ 0.53	1.25 $\pm$ 0.47	0.44 $\pm$ 0.21
		治疗后	1.95 $\pm$ 0.48*	1.31 $\pm$ 0.35*	0.53 $\pm$ 0.14*

组别	例数	时间	IL-8(fmol/L)	TNF- $\alpha$ (fmol/L)
治疗组	42	治疗前	132.97 $\pm$ 15.44	59.31 $\pm$ 7.89
		治疗后	51.68 $\pm$ 7.42**	14.03 $\pm$ 2.05**
对照组	42	治疗前	132.88 $\pm$ 15.39	59.35 $\pm$ 8.01
		治疗后	78.98 $\pm$ 7.52*	27.44 $\pm$ 2.11*

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

**2.3 2组患者中医证候积分改善情况比较** 治疗后，与对照组比较，治疗组患者中医证候积分降低更明显 ( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 2组患者治疗前后中医证候积分改善情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	时间	咳嗽喘息	呼吸气急	胸部胀满	痰粘难咯
治疗组	42	治疗前	2.78 $\pm$ 0.24	2.76 $\pm$ 0.25	2.44 $\pm$ 0.47	1.97 $\pm$ 0.67
		治疗后	0.86 $\pm$ 0.75**	0.35 $\pm$ 0.39**	0.46 $\pm$ 0.45**	0.46 $\pm$ 0.36**
对照组	42	治疗前	2.79 $\pm$ 0.28	2.77 $\pm$ 0.43	2.45 $\pm$ 0.32	1.94 $\pm$ 0.72
		治疗后	1.41 $\pm$ 0.82*	0.81 $\pm$ 0.73*	1.42 $\pm$ 0.86*	0.85 $\pm$ 0.43*

注：与本组治疗前比较，\* $P < 0.05$ ；与对照组同期比较，\*\* $P < 0.05$

## 3 讨论

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 属祖国医学中“喘证”“肺胀”等范畴，病机为肺的宣发肃降功能失常，导致气机失于条达，阻滞肺部，且肺为娇脏，易受内外火热之邪侵犯，因此治疗本病应以滋阴降火、止咳平喘为原则<sup>[8-10]</sup>。本研究采用养阴清肺汤治疗，药味包括生地黄、麦冬、甘草、玄参、贝母、丹皮、薄荷，方中生地黄滋养肾阴，麦冬润肺阴，玄参清热增液，三者并驱，共奏滋阴清热增液之功<sup>[11-12]</sup>。现代药理学研究表明<sup>[13]</sup>，生地黄所含有效成分B-谷甾醇、丁二酸、甘露醇等，具有较好的杀菌抗炎疗效，可显著提高慢性阻塞性肺疾病患者免疫力，减轻IL-8、TNF- $\alpha$ 等致炎物质对气道的刺激作用；麦冬可提高机体抵御外邪、协调适应性的作用，还可在一定程度上起到抗炎杀菌的疗效；玄参可显著抑制金黄色葡萄球菌、白喉杆菌等致病菌活性，以起到镇静消炎的功效<sup>[14]</sup>；牡丹皮具有清热凉血，消肿散结的作用，现代医学研究发现，牡丹皮具有较好的抗炎、抗增生的作用，针对慢性阻塞性肺疾病出现的肺组织纤维化、肺泡弹性减弱等具有显著的改善作用<sup>[15]</sup>；贝母清热润肺、化痰止咳；薄荷辛凉宣散，消肿利咽；甘草可缓急平喘，调和诸药，其所含

甘草酸、甘草甜素、糖皮质激素样物质具有明显的抗炎抗菌、抗过敏、止咳平喘的作用,临床广泛应用于治疗各种急慢性肺疾病,可起到保护机体病变气管黏膜。

综上所述,养阴清肺汤可显著提高慢性阻塞性肺疾病患者肺功能,改善临床症状,调节血清免疫学IL-8、TNF- $\alpha$ 表达水平,使得患者病情得到有效的控制,值得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1]牛伟平.中西医结合治疗慢性阻塞性肺病急性加重期临床疗效观察[J].解放军预防医学杂志,2016,34(22):184.
- [2]王东晓,孙杰.慢性阻塞性肺病发病机制的研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(42):27-28,25.
- [3]涂思义,高燕玲,严桂珍.六君子汤加味对慢性阻塞性肺病稳定期肺气虚证患者的临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(4):96-99.
- [4]左小亮,孟泳.慢性阻塞性肺病稳定期中医药治疗进展[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(2):149-150.
- [5]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺病学组.慢性阻塞性肺病诊

- 治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(14):8.
- [6]中华中医药学会.中内科学常见病诊疗指南·西医疾病部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:71-73.
- [7]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:98.
- [8]车德亚.中医药在慢性阻塞性肺疾病缓解期治疗中的优势[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(6):164-165.
- [9]赵年昆,李岩.慢性阻塞性肺病的中西医结合治疗进展[J].内蒙古中医药,2017,36(22):192-193.
- [10]孙雪梅.中西医结合治疗慢性阻塞性肺病的应用效果初步研究[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(39):7708-7711.
- [11]厉旭光,谢旺,张洁,等.自拟养阴清肺汤联合西医治疗慢性阻塞性肺病疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(32):3579-3581.
- [12]冯仲成,卢慧芳,邓雪芳.养阴清肺汤联合西药治疗老年慢性阻塞性肺气肿随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2017,31(9):54-56.
- [13]刘艳飞,刘玥,成龙,等.养阴清肺汤治疗慢性咳嗽和慢性阻塞性肺疾病疗效和安全性的Meta分析[J].中国循证医学杂志,2017,17(6):698-704.
- [14]祁华琼,黄伟明,何洋.养阴清肺汤治疗慢性阻塞性肺病(阴虚燥热证)的临床疗效分析[J].中医临床研究,2017,9(13):109-110.
- [15]何龙.养阴清肺汤治疗慢性阻塞性肺气肿的临床疗效观察[J].中国医药指南,2016,14(12):8-9.

(本文编辑:李海燕 本文校对:赵永涛 收稿日期:2018-06-12)

## 固冲汤治疗脾虚型崩漏的疗效评价

江南

(江西省吉水县中医院妇产科,江西 吉水 331600)

**摘要:**目的 分析固冲汤加减治疗脾虚型崩漏的疗效。方法 选取我院2017年1月—2017年12月收治的脾虚型崩漏患者42例,随机分为观察组与对照组各21例。对照组实施西药治疗,观察组实施固冲汤加减治疗,将2组患者治疗3个月经周期后的疗效、阴道出血、中医症状改善状况进行对比。结果 观察组治疗效果好于对照组,观察组止血效果优于对照组 ( $P<0.05$ );治疗后观察组中医症状积分优于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 对脾虚型绝经过渡期崩漏患者实施固冲汤加减治疗,不仅具有显著的止血效果,而且可以使患者的中医症状得以有效改善,且副作用较少,值得临床推广应用。

**关键词:** 固冲汤;崩漏;脾虚

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.040

文章编号:1672-2779(2018)-18-0093-03

### Evaluation on the Curative Effect of Guchong Decoction in the Treatment of Metrorrhagia Due to Spleen Deficiency

JIANG Nan

(Department of Obstetrics and Gynecology, Jishui Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Jishui 331600, China)

**Abstract: Objective** To analyze the value and efficacy of modified Guchong decoction in the treatment of metrorrhagia due to spleen deficiency. **Methods** 42 patients with metrorrhagia due to spleen deficiency treated in our hospital from January 2017 to December 2017 were randomly divided into the observation group and the control group, with 21 cases in each group. The control group was treated with western medicine. The observation group was treated with the treatment of Guchong decoction. The curative effect, the vaginal bleeding and the improvement of TCM symptoms were compared between the two groups after 3 menstruations. **Results** The therapeutic effect of the observation group was better than that of the control group, the hemostatic effect of the observation group was better than the control group, the TCM symptom score of the observation group was better than the control group after the treatment, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Modified Guchong decoction in the treatment of metrorrhagia due to spleen deficiency not only has significant hemostatic effect, but also can effectively improve the symptoms of Chinese medicine and have less side effects. It is worthy of clinical application.

**Keywords:** Guchong decoction; metrorrhagia; spleen deficiency

崩漏属于妇科中较为常见且多发的疾病,通常发生在青春期、绝经过渡期、育龄期,其发病率较高,不仅会使患者出现失血性贫血状况,而且还会出现失血性休克,引发相应感染等严重病症,甚至会对妇女的身心健康产生严重影响<sup>[1]</sup>。为此,我院选取了2017年1月—2017年12月收治的脾虚型崩漏患者42例,对其中21例患者实施固冲汤加减治疗,与21例实施西药治疗

进行对比,现总结如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院2017年1月—2017年12月收治的脾虚型崩漏患者42例,将其随机分为观察组和对照组,观察组21例,年龄40~57岁,平均(48.5 $\pm$ 8.5)岁;病程最短5个月,最长3年,平均(1.9 $\pm$ 0.5)年。对照组21例,年龄在39~56岁,平均(47.5 $\pm$ 8.5)岁;病程最

短4个月,最长3年,平均(1.8±0.6)年。2组患者的基本资料对比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组实施西药治疗,口服炔诺酮片,5 mg/次,3次/d。患者阴道出血现象停止之后,每隔3天逐渐减少1/3,一直减到2.5 mg,1次/d。患者阴道出血现象停止20 d后,就可以停药。患者月经来潮之后的14 d,口服地屈孕酮,10 mg/次,2次/d,连续服用10 d。用药时间为3个月经周期。

观察组实施口服固冲汤加减治疗。处方为:黄芪30 g,炒白术12 g,党参30 g,山茱萸15 g,海螵蛸15 g,棕榈炭10 g,白芍12 g,煅龙骨、煅牡蛎20 g,茜草炭10 g,炙甘草6 g。1剂/d,分别在早晚服用。腰酸酸软者,加菟丝子15 g,杜仲炭10 g;潮热盗汗、五心烦热者加龟甲12 g、女贞子、墨旱莲12 g。血热者加生地黄15 g、地榆炭9 g。血虚者加入阿胶9 g。经血紫黯夹血块,且舌质暗红或者呈现瘀点者加入三七3 g、益母草15 g。患者在月经期根据处方加减。血止后按照周期对患者进行调经,患者月经的第5天或者使崩漏停止之后,原先处方需要去掉收涩品,加入熟地黄12 g、枸杞子15 g、制首乌15 g、山药15 g。滋补肾阴,服药约5~10剂;排卵期患者需要在原先处方去收敛固涩之品,加入菟丝子、路路通15 g,杜仲、枳壳9 g,服药5剂。用药时间为3个月经周期。

**1.3 观察指标** (1) 观察记录3个月经周期,患者治疗后的月经周期、经期、经量、止血时间、中医症状等。

(2) 疗效判定标准:根据国家中医药管理局的《中医病症诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>中的崩漏疗效作为判断标准。治愈:周期、经量、经期均恢复正常,能够维持3个月以上的月经周期;好转:经期、经量、周期均明显恢复,但不能保持3个月经周期,经量减少,经期缩短;未愈:阴道出血无明显变化。有效率=(治愈+好转)例数/总例数×100%。

(3) 中医症状判断:依据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>,对患者症状进行分级量化标准拟定。主症按照无、轻、中、重分别记分为0、2、4、6分,次症按照无、轻、中、重,分别记分为0、1、2、3分,舌脉按照无、有分别记分为0、1分。

(4) 止血疗效判定:依据《中药新药临床研究指导原则》。痊愈:患者治疗后阴道出血在3~5 d内停止,经量恢复正常(<80 mL);显效:治疗后阴道出血5~10 d内停止,经量逐渐减少(<100 mL);有效:治疗后患者阴道出血10 d后停止,月经周期、经量轻微改善;无效:治疗后,阴道出血未停止,周期、经量无改善。止血效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

**1.4 统计学方法** 将收集的相关数据录入SPSS 20.0软件中,进行统计分析,计数资料以%表示,行 $\chi^2$ 检验;计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,行 $t$ 检验, $P<0.05$ 表示差异有

统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组疗效比较** 观察组有效率明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),具体数据结果见表1。

表1 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效率
观察组	21	8(38.10)	11(52.38)	2(9.52)	19(90.48)
对照组	21	4(19.05)	9(42.86)	8(38.10)	13(61.90)
$\chi^2$ 值					21.491
$P$ 值					<0.05

**2.2 2组止血疗效比较** 2组止血效果比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具体数据结果见表2。

表2 2组止血疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	21	11(52.38)	5(23.81)	3(14.29)	2(9.52)	19(90.48)
对照组	21	12(57.14)	4(19.05)	4(19.05)	1(4.76)	20(95.24)
$\chi^2$ 值						1.802
$P$ 值						>0.05

**2.3 2组治疗后中医症状积分比较** 治疗后2组中医症状积分对比,观察组明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),具体数据见表3。

表3 2组患者治疗后中医症状积分比较 (例, $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	食欲减退	神疲懒言	肢体倦怠	食后腹胀	大便溏薄
观察组	21	2.03±0.42	1.12±0.32	1.10±0.49	0.82±0.31	0.52±0.41
对照组	21	4.05±0.36	3.89±0.43	1.99±0.54	1.89±0.48	1.98±0.65
$t$ 值		16.734	23.682	5.593	8.581	8.706
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 结论

对于崩漏而言,其与西医出现功能失调性子宫出血病症基本一致,属于一种生殖内分泌疾病<sup>[4]</sup>。在现代医学研究中显示,崩漏妇女通常会出现卵巢功能衰退、性激素分泌逐渐减少、促性腺激素逐渐升高,内分泌失调等。中医学认为妇女肾气渐衰,《素问·上古天真论》谓:“七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”其通常表现为冲任损伤,不能对经血进行制约,子宫藏泻失常等<sup>[5]</sup>。在西医治疗过程中,主要以炔诺酮片为主,形成相应的孕酮衍生物,不仅有孕激素的作用,而且还有雄激素样作用,其能够使子宫内膜逐渐萎缩而止血。地屈孕酮属于口服的一种孕激素,其能够使子宫内膜转变为完全的分泌相,以此避免雌激素使子宫内膜出现增生或者癌变风险。而固冲汤具有补气健脾、固冲摄血的功效。固冲汤加减方中有黄芪、党参、白术补气健脾,脾气健旺则统摄有权,故为君药。肝司血液,肾主冲任,故山萸肉、白芍补益肝肾,养血敛阴共为臣药。煅龙骨、煅牡蛎、棕榈炭收涩止血,又配合海螵蛸、茜草化瘀止血,使血止而无留瘀之弊,以上共为佐药。综合全方,补气固冲以治本,收涩止

血以治其标,共奏固崩止血之效。

本研究显示,观察组治疗效果优于对照组;观察组止血效果优于对照组;治疗后观察组中医症状积分优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),即固冲汤加减在对绝经过渡期脾虚型崩漏治疗过程中,具有显著止血效果,可以有效改善中医症状,与西药治疗相比具有显著优势。

综上所述,对脾虚型绝经过渡期崩漏患者实施固冲汤加减治疗,不仅具有显著的止血效果,而且可以使患者的中医症状得以有效改善,且副作用较少,值

得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1]胡靳乐,杨化冰.隐白穴艾灸联合固冲汤内服治疗脾虚崩漏[J].湖北中医杂志,2016,38(10):65-66.
- [2]王玉梅.安冲汤治疗崩漏的临床体会[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(3):94-95.
- [3]郭红燕.中医辨证护理功能失调性子宫出血的应用[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(24):123-124.
- [4]余次碧,罗倩翎,张美玲,等.隐白穴艾灸联合固冲汤治疗脾虚型崩漏止血的临床观察[J].中国实用医药,2017,12(28):111-113.
- [5]蓝晓颖,程红.围绝经期崩漏中医治疗概况[J].中医临床杂志,2017(11):1983-1986.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李金生 收稿日期:2018-06-12)

## 肺脾肾论治在小儿哮喘治疗中对肺功能、炎症因子的影响

刘玉凤

(辽宁中医药大学附属第四医院儿内科,辽宁 沈阳 110101)

**摘要:**目的 探讨肺脾肾论治在小儿难治性哮喘治疗中的作用及对肺功能、炎症因子及病情积分的影响。方法 回顾性选取2015年2月—2016年12月我院收治的小儿难治性哮喘患儿88例,根据治疗方法不同分为对照组和肺脾肾论治组。对照组患儿采用我院常规西药治疗,肺脾肾论治组患儿在对照组患儿治疗基础上联合自拟润肺健脾益肾汤治疗。观察2组患儿肺功能、病情积分及各细胞因子水平变化情况。结果 2组患儿治疗后病情积分较治疗前改善,肺脾肾论治组患儿治疗后病情积分优于对照组( $P<0.05$ )。2组患儿治疗后FVC、FEV<sub>1</sub>及PEF水平均较治疗前上升,肺脾肾论治组患儿治疗后FVC、FEV<sub>1</sub>及PEF水平高于对照组( $P<0.05$ )。2组患儿治疗后IL-8、LgE、OPN及ECP水平较治疗前下降,IFN- $\gamma$ 和Cor水平较治疗前上升( $P<0.05$ )。肺脾肾论治组患儿治疗后IL-8、LgE、OPN及ECP水平低于对照组,IFN- $\gamma$ 和Cor水平高于对照组( $P<0.05$ )。结论 运用肺脾肾论治小儿难治性哮喘疗效确切,可有效改善患儿肺功能,调节患儿免疫因子、OPN和ECP水平。

**关键词:**肺脾肾论;哮喘;肺功能;炎症因子;儿科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.041

文章编号:1672-2779(2018)-18-0095-03

### Effect of Lung-Spleen-Kidney Therapy on Pulmonary Function and Inflammatory Factors in the Treatment of Children Asthma

LIU Yufeng

(Department of Pediatrics, the Fourth Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110101, China)

**Abstract: Objective** To explore the role of lung, spleen and kidney therapy in the treatment of children with refractory asthma and its effect on lung function, inflammatory factors and disease score. **Methods** A total of 88 children with pediatric refractory asthma admitted to our hospital from February 2015 to December 2016 were retrospectively selected and divided into control group and lung-spleen-kidney group. The control group was treated with routine western medicine in our hospital. The lung-spleen-kidney group was treated with self-made Runfei Jianpi Yishen decoction on the basis of the control group. Changes in lung function, disease score, and levels of cytokines in the two groups of children were observed. **Results** The condition scores of the two groups of children were improved after treatment compared with those before treatment. The scores of the patients after treatment in the lung-spleen-kidney group were better than those in the control group ( $P<0.05$ ). The levels of FVC, FEV<sub>1</sub>, and PEF in the two groups after treatment were higher than before treatment. The levels of FVC, FEV<sub>1</sub>, and PEF in the children in the lung-spleen-kidney were higher than those in the control group ( $P<0.05$ ). The levels of IL-8, LgE, OPN and ECP in the two groups of patients after treatment decreased compared with those before treatment, and the levels of IFN- $\gamma$  and Cor increased compared with those before treatment ( $P<0.05$ ). The levels of IL-8, LgE, OPN and ECP in the children of the lung-spleen-kidney group were lower than those in the control group after treatment, and the levels of IFN- $\gamma$  and Cor were higher than those in the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The use of lung, spleen and kidney theory in the treatment of children with intractable asthma is effective, can effectively improve the children's lung function, regulation of children with immune factors, OPN and ECP levels.

**Keywords:** lung-spleen-kidney theory; asthma; pulmonary function; inflammatory factors; department of pediatrics

小儿难治性哮喘是临床常见的慢性呼吸道疾病,以反复发作性呼吸不畅、气息喘促、发热为主要临床症状,大部分患儿经对症治疗可以控制病症,但仍有

少许难治性哮喘患儿经治疗后,病症控制不理想,经久不愈,缠绵难愈,对患儿的生活、学习造成严重影响<sup>[1]</sup>。临床常采用孟鲁司特治疗,该药物属于新型的

甾体类抗炎药,能够改善气道高反应性,缓解临床症状,但远期疗效欠佳。中医认为小儿难治性哮喘病程中,肺脾肾三脏相互影响,提出肺脾肾论治,辨证以肺、脾、肾等脏阳气虚损为主,以健脾补肺纳肾为治疗原则<sup>[2]</sup>。本研究对我院收治的88例小儿难治性哮喘患儿分别采用常规西药与联合自拟润肺健脾益肾汤治疗,并对比分析其临床疗效、肺功能、各细胞因子水平变化,为临床选择最佳的治疗方案。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾性选取2015年2月—2016年12月我院收治的小儿难治性哮喘患儿88例,根据治疗方法不同分为对照组和肺脾肾论组。对照组42例,男24例,女18例;年龄3~12岁,平均(8.14±3.22)岁;有哮喘家族史6例,药物及食物过敏史15例,冷空气及粉尘过敏3例。肺脾肾论组46例,男25例,女21例;年龄3~12岁,平均(8.18±3.41)岁;有哮喘家族史5例,药物及食物过敏史17例,冷空气及粉尘过敏5例。所有患儿均符合美国胸科协会2000年<sup>[3]</sup>和1995年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>中关于难治性哮喘诊断标准;年龄≥3岁,病程≥1年者;能够配合服用中药者;患儿及家属知情同意,依从性较好。排除标准:支气管扩张、肺结核等结构性肺病者;心、肝、肾及其他系统疾病者;合并严重鼻窦炎、胃食管反流及先天性免疫缺陷者;资料不全者。2组患儿性别构成比和年龄等一般资料比较,具有均衡性( $P>0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 对照组患儿采用我院常规西药治疗,口服孟鲁司特钠片(批准文号:国药准字H20083372,生产企业:鲁南贝特制药有限公司),10 mg/次,1次/d。

肺脾肾论组在对照组治疗基础上联合自拟润肺健脾益肾汤治疗,药物组成:黄精15 g,熟地黄10 g,防风10 g,五味子10 g,沙参10 g,白术10 g,乌梅10 g,石菖蒲6 g,黄芩6 g,橘红6 g,将上述药物混合水煎服,1剂/d,每天分3次服用。

**1.3 检测方法** 所有患儿在治疗前后分别在早晨8点空腹抽取3 mL肘静脉血,以3000 r/min进行10 min离心,提取上清液,保存至-20℃待检。采用酶联免疫吸附测定(ELISA)中双抗体夹心法测定IL-8、IgE、IFN- $\gamma$ 水平,试剂盒购自北京邦定生物医学公司;采用免疫比浊法检测OPN、ECP及Cor水平,试剂盒购自北京维欣伊科技发展有限公司,操作步骤均严格按照试剂盒说明书进行。仪器采用美国SENSOR MEDICSV6200肺功能检测仪检测FVC(V/L)、FEV<sub>1</sub>(V/L)、PEF(L/s)等肺功能指标。

**1.4 观察指标** 观察患儿治疗前和治疗后3个月病情积分、肺功能、免疫指标、骨桥蛋白(OPN)、嗜酸性粒

细胞阳离子蛋白(ECP)及皮质醇(Cor)水平变化情况。临床症状积分判断标准:从日间和夜间患儿咳嗽、喘息及咯痰方面进行评价,积分范围0~5分,分数越高说明症状越重。

**1.5 统计学方法** 数据统计分析采用SPSS 19.0进行处理,所有计量指标均采用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )进行统计描述,病情积分和肺功能情况等计量资料组间比较采用LSD-t检验,组内比较采用配对t检验, $P<0.05$ 表示具有统计学差异。

## 2 结果

**2.1 2组患儿治疗前后病情积分比较** 2组患儿治疗后病情积分较治疗前改善,肺脾肾论组患儿治疗后病情积分优于对照组( $P<0.05$ )。见表1。

表1 2组患儿治疗前后病情积分比较 (例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	42	3.01±0.54	1.57±0.34*
肺脾肾论组	46	3.14±0.58	0.84±0.24**

注:组内比较,\* $P<0.05$ ;组间比较,\*\* $P<0.05$

**2.2 2组患儿治疗前后肺功能情况比较** 2组患儿治疗后FVC、FEV<sub>1</sub>及PEF水平均较治疗前上升,肺脾肾论组患儿治疗后FVC、FEV<sub>1</sub>及PEF水平高于对照组( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组患儿治疗前后肺功能情况比较 (例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	FVC(V/L)	FEV <sub>1</sub> (V/L)	PEF(L/s)
对照组	42	治疗前	3.11±0.87	1.64±0.35	3.67±1.14
		治疗后	3.54±0.34*	1.83±0.22*	5.14±1.22*
肺脾肾论组	46	治疗前	3.13±0.85	1.66±0.36	3.70±1.12
		治疗后	3.69±0.37**	1.98±0.28**	6.41±1.05**

注:组内比较,\* $P<0.05$ ;组间比较,\*\* $P<0.05$

**2.3 2组患儿治疗前后免疫指标水平比较** 2组患儿治疗后IL-8和IgE水平较治疗前下降,IFN- $\gamma$ 水平较治疗前上升( $P<0.05$ )。肺脾肾论组患儿治疗后IL-8和IgE水平低于对照组,IFN- $\gamma$ 水平高于对照组( $P<0.05$ )。见表3。

表3 2组患儿治疗前后免疫指标水平比较 (例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	IL-8(ng/L)	IFN- $\gamma$ (pg/mL)	IgE(ku/L)
对照组	42	治疗前	51.85±5.66	262.25±66.99	251.24±28.24
		治疗后	48.22±4.12*	285.22±52.11*	114.22±15.24*
肺脾肾论组	46	治疗前	52.01±5.32	265.04±67.45	249.87±29.02
		治疗后	40.12±3.89**	304.25±50.11**	89.21±12.03**

注:组内比较,\* $P<0.05$ ;组间比较,\*\* $P<0.05$

**2.4 2组患儿治疗前后OPN、ECP及Cor水平比较** 2组患儿治疗后OPN和ECP水平较治疗前下降,Cor水平较治疗前上升( $P<0.05$ )。肺脾肾论组患儿治疗后OPN和ECP水平低于对照组,Cor水平高于对照组( $P<0.05$ )。见表4。



表4 2组患儿治疗前后OPN、ECP及Cor水平比较 (例,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	OPN(pg/mL)	ECP(pg/mL)	Cor(nmol/L)
对照组	42	治疗前	13.25±3.24	25.22±3.14	28.21±7.14
		治疗后	11.54±1.52*	17.51±1.67*	41.20±7.89*
肺脾肾论组	46	治疗前	13.27±3.28	25.31±3.21	28.51±7.22
		治疗后	8.97±1.24**	13.36±1.33**	75.10±11.54**

注:组内比较,\* $P<0.05$ ;组间比较,\*\* $P<0.05$

### 3 讨论

小儿难治性哮喘是哮喘的一种类型,是大剂量吸入糖皮质激素后仍不能获得良好控制的哮喘,其发病率约占哮喘的5%~10%,严重影响患儿的身体健康<sup>[4]</sup>。中医认为小儿难治性哮喘属于“咳嗽”“喘证”“肺胀”等范畴,病位在肺,累及脾、肾、心等脏器,以肺脾肾虚为主,痰湿瘀阻为标<sup>[5,6]</sup>。小儿机体多为“纯阳之体”“阳常有余、阴常不足”,过敏性儿童多为阴虚体质<sup>[7]</sup>。小儿机体生理特征为“脏腑娇嫩,肺脾肾常虚”,肺卫不固,藩篱薄弱,易反复受到外邪侵袭以致肺卫闭郁、失于宣肃、反复咳嗽<sup>[8,9]</sup>。临床常采用西药治疗,孟鲁司特是一种强效的选择性白三烯受体拮抗剂,能够有效阻断白三烯与其受体结合,控制白三烯生物学活性,减轻气道阻塞,缓解临床病症<sup>[10,11]</sup>。但单纯使用该药物的远期疗效有限,因此,本研究在此基础上联合肺脾肾论治,以提高其临床疗效。

肺脾肾三脏作为水液代谢的重要脏器,功能失调则会导致水液代谢障碍,出现痰浊潴留,在哮喘发病中发挥重要作用,中医学者通过久病入络理论并结合现代病理研究提出哮喘宿根为痰瘀互结的理论<sup>[12-13]</sup>。肺脾肾论治以健脾固本为要,补肾纳气为纲,其中黄精,补气养阴、健脾润肺益肾;乌梅,养阴敛肺、固肾平喘;熟地黄,填精益髓、补肾纳气;防风,祛风解表、胜湿止痛;五味子,收敛固涩、益气生津、补肾宁心;沙参,养阴清热、润肺化痰;白术,健脾益气、燥湿利水;石菖蒲,化湿开胃、开窍豁痰、醒神益智;黄芩,清热燥湿、泻火解毒;橘红,祛风通窍、理气化痰;诸药相伍,标本兼治,共奏补益肺脾肾、祛风养阴、化痰平喘之功效<sup>[14-15]</sup>。本研究中2组患儿治疗后病情积分较治疗前改善,肺脾肾论组患儿治疗后病情积分优于对照组,肺脾肾论组患儿治疗后FVC、FEV<sub>1</sub>及PEF水平高于对照组 ( $P<0.05$ ),这佐证了上述分析,同时也提示小儿难治性哮喘患儿应用孟鲁司特联合肺脾肾论治的治疗效果优于单纯常规西药,更能减轻患者病症,改善肺功能,更值得临床应用。

OPN是一种分泌性糖基化磷蛋白,因具有整合素受体结合的RGD结构,可以促进肺细胞粘附与迁移作用,参与了哮喘患者气道免疫炎症反应、气道组织重塑。Cor是肾上腺分泌的一种糖皮质激素,在维持患者正常生理机能中发挥重要作用,当机体出现创伤应激反应时,该因子水平会显著上升。ECP是毒性最强的

碱性蛋白,会导致哮喘患者气道上皮损伤、平滑肌痉挛,是诱发气道炎症的重要介质。本研究发现,肺脾肾论组患儿治疗后OPN和ECP水平低于对照组,Cor水平高于对照组 ( $P<0.05$ ),其原因为肺脾肾论治能够减少气道因变应原刺激所致的细胞与非细胞性炎症物质,缓解呼吸肌疲劳,改善慢性缺氧与二氧化碳潴留,减少气道黏液分泌量,保护支气管。

为进一步明确肺脾肾论治的治疗效果,本研究跟踪观察2组患者的免疫指标发现,肺脾肾论组患儿治疗后IL-8和IgE水平低于对照组,IFN- $\gamma$ 水平高于对照组 ( $P<0.05$ ),其原因为肺脾肾论治可以有效减少嗜酸粒细胞为主的炎性细胞在气道黏膜浸润,对气道重塑产生抑制作用,降低气道高反应性,改善机体免疫力,提高患儿肺功能,缓解临床病症。

本研究创新性在于根据儿童生理病理特征,采用肺脾肾论治小儿难治性哮喘,突破传统单纯西药治疗的思路,并通过病情积分、肺功能、免疫指标等多方面证实肺脾肾论治的显著疗效。但本研究不足之处在于未分析远期疗效、复发率及患儿生活质量,有待于加大样本深入探究。

综上所述,运用肺脾肾论治疗小儿难治性哮喘疗效确切,可有效改善患儿肺功能,调节患儿免疫因子、OPN和ECP水平,值得临床应用与发展。

### 参考文献

- [1] Brzozowska A, Majak P, Jerzyńska J, et al. Exhaled nitric oxide correlates with IL-2, MCP-1, PDGF-BB and TIMP-2 in exhaled breath condensate of children with refractory asthma[J]. Postepy Dermatologii i Alergologii, 2015, 32(2):107-113.
- [2] 李敏,丁丹丹.从肺脾肾论治儿童难治性哮喘 30 例临床观察[J].中国中医基础医学杂志,2016,17(3):426-427.
- [3] 郭利光,戚跃勇,文利,等.难治性哮喘的临床特征及其肺部改变的 HRCT 特点[J].中国医学影像技术,2015,31(2):177-180.
- [4] 任明星,薛国昌,沈琳娜,等.甲泼尼龙联合阿奇霉素治疗小儿难治性支原体肺炎的疗效与安全性分析[J].中国全科医学,2015,18(5):588-591.
- [5] 苗伟伟,汪凤凤,陈子,等.奥马珠单抗治疗难治性哮喘疗效的 Meta 分析[J].中国呼吸与危重监护杂志,2015,23(5):449-455.
- [6] Stephenson S T, Lou A S B, Helms M N, et al. Cysteine oxidation impairs systemic glucocorticoid responsiveness in children with difficult-to-treat asthma[J]. Journal of Allergy & Clinical Immunology, 2015, 136(2):454.
- [7] 林志雄,王开梅,陈江,等.不同剂量糖皮质激素辅助治疗小儿难治性肺炎支原体肺炎合并肺外并发症疗效比较[J].中国医院药学杂志,2017,37(7):639-642.
- [8] 卞华,王帅,张翠月,等.从肺脾肾-皮毛相关论治系统性硬化病的理论基础[J].中华中医药杂志,2017,16(2):701-703.
- [9] 王爱华,南丽娟,赵霞.中医药治疗小儿哮喘缓解期的研究进展[J].中国中医基础医学杂志,2015,28(9):1196-1196.
- [10] 陶迪,司振阳,张骥.中医药治疗小儿咳嗽变异性哮喘的研究概况[J].中国中医基础医学杂志,2015,11(4):485-486.
- [11] 朱彦,张伟.从肺脾肾论治慢性阻塞性肺疾病探讨[J].山西中医,2015,31(7):1-2.
- [12] 王燕,白晓红,刘芳.桑皮止咳方联合孟鲁司特治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床研究[J].中华中医药学刊,2015,16(3):697-699.
- [13] 邱莹,徐立然,李亮平,等.从肺脾肾气虚论治老年肺部感染[J].时珍国医国药,2016,27(9):2224-2225.
- [14] 金玉晶,韩雪,葛国岚,等.运用穴位埋线从肺、脾、肾论治小儿反复呼吸道感染[J].中医学报,2016,31(9):1277-1280.
- [15] 王保芹,许燕,王心恒,等.从肝、脾、肾三脏论治肺癌探析[J].辽宁中医药大学学报,2016,36(8):182-184.

(本文编辑:李海燕 本文校对:赵 焯 收稿日期:2018-06-19)

# 针药结合治疗阿片类药物相关性便秘临床观察<sup>※</sup>

马永剑 马桂莲

(宁夏回族自治区人民医院·西北民族大学第一附属医院中医科, 宁夏 银川 750001)

**摘要:**目的 研究针药结合治疗阿片类药物相关性便秘的临床疗效。方法 选取阿片类药物相关性便秘患者60例,分为针药合治组和西药组,每组各30例。针药合治组给予中药温脾通关汤结合针灸足三里及四关穴,西药组给予乳果糖口服。观察各组治疗7 d、14 d的中医证候评分表积分。结果 针药合治组治疗7 d及治疗14 d临床症状较西药组改善率高。结论 针药结合治疗阿片类药物相关性便秘具有肯定的临床疗效。

**关键词:** 阿片类药物相关性便秘; 针刺; 中医药疗法; 中医证候

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.042

文章编号:1672-2779(2018)-18-0098-03

## Clinical Observation on Acupuncture and Medicine in the Treatment of Opioid-related Constipation

MA Yongjian, MA Guilian

(1. Ningxia People's Hospital o The First Affiliated Hospital of Northwest University for Nationalities, Ningxia, Yinchuan 750001, China)

**Abstract: Objective** To study the clinical efficacy of acupuncture combined with medicine in treating opioid-related constipation.

**Methods** Sixty patients with opioid-related constipation were selected, which were divided into acupuncture combined treatment group and western medicine group, with 30 cases in each group. The acupuncture and medicine combination group was given the traditional Chinese medicine Wenpi Tongguan decoction combined with acupuncture at Zusanli (ST36) and Siguan points, and the western medicine group was given lactulose orally. The scores of the TCM syndrome scores of each group were observed for 7 days and 14 days. **Results** The clinical symptoms of the acupuncture combined treatment group were higher than those of the western medicine group at 7 weeks and 14 weeks. **Conclusion** The combination of acupuncture and medicine in the treatment of opioid-related constipation has a positive clinical effect.

**Keywords:** opioid-related constipation; acupuncture; therapy of traditional chinese medicine; TCM syndrome

癌症,因其严重影响生命质量及生命期限,且发病率逐年升高,使得人们“谈癌色变”。癌症的主要症状除了疼痛外,还伴有其它影响生活质量的因素,如腹痛、饮食差、恶心呕吐、心悸、头晕、乏力等。治疗癌性疼痛时,西医多以阿片类药物口服,服用阿片类药物后临床易引起便秘症状,中药联合针刺疗法不但治疗阿片类药物相关性便秘,更有助于改善癌症引起的伴随症状。本研究分析中药汤剂联合针灸对癌症患者临床症状的具体改善情况,为临床提供更多的治疗方法,提高癌症患者的生存质量。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年4月—2018年4月我院中医内科和宁养院门诊及住院患者共60例为研究对象。分为针药合治组和西药组,每组各30例,采用自身前后对照方法。被纳入者年龄46~65岁,其中年龄46~55岁19例,55~65岁41例,平均年龄57岁。

**1.2 纳入标准** 恶性肿瘤诊断标准:参照中华人民共和国卫生部医政司编《中国常见恶性肿瘤诊治规范》<sup>[1]</sup>中的诊断标准。便秘西医诊断标准:参照中华医学会消

化病学会胃肠动力学组、中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组研究制定并于2013年发布的《中国慢性便秘诊治指南(2013,武汉)》<sup>[2]</sup>:必须包括下列2项或2项以上:(1)①至少25%的排便感到费力,②至少25%的排便为干球粪或硬粪,③至少25%的排便有不尽感,④至少25%的排便有肛门直肠梗阻感和(或)堵塞感,⑤至少25%的排便需手法辅助(如用手指协助排便、盆底支持),⑥每周排便少于3次;(2)不用泻药时很少出现稀便;(3)不符合肠易激综合症的诊断标准。便秘中医诊断及证候诊断标准:参照中华中医药学会脾胃病分会2009年制定发布的《慢性便秘中医诊疗共识意见(2009,深圳)》<sup>[3]</sup>及《中医病症诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>和《中医内科学》:本课题研究的便秘为辨证脾肾阳虚型,(1)主症:①大便干或不干,排出困难;②脉沉迟。(2)次症:①腹中冷痛,得热则减;②小便清长;③四肢不温;④面色㿔白;⑤舌淡苔白。上述证候确定:主症必备,加次症2项以上即可诊断。诊断明确的中、重度癌性疼痛,需服用阿片类药物止痛者,凡符合西医慢性便秘诊断标准且中医辨证属脾肾阳虚为主证型者为纳入病例。

**1.3 排除标准** (1)慢性胃肠道疾病病史,如肠易激综合征,癌症诊断前即存在的慢性便秘病史,克罗恩氏病,溃疡性结肠炎,盆腔放疗后结直肠放射性炎症,腹腔结

※ 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];宁夏自然科学基金项目[No.NZ16196];

核以及炎症反应、内分泌及代谢病、其他药物等引起的肠粘连、肠麻痹、机械性肠梗阻者；(2) 晚期危重患者，预计生存期小于3个月者；(3) 合并有严重心、肝、肾等脏器损害的患者；(4) 孕妇、哺乳期妇女、精神病患者；(5) 已知对中药过敏者；(6) 对针灸治疗晕针者；(7) 入组前6周内腹部手术史；(8) 癌症诊断前即存在便秘，长期服用泻药；(9) 放化疗期间的患者或放化疗结束不满2月者。

**1.4 治疗方法** 在规范接受阿片类药物镇痛治疗过程中，2组都接受相同的心理辅导、便秘健康教育、指导合理膳食等护理措施。禁用其他与防治便秘有关的药物。针药合治组在此基础上给予中药温脾通关汤口服，方剂组成及剂量如下：人参9 g，制附子6 g，干姜6 g，当归9 g，肉桂4 g，赤芍6 g，炙甘草6 g，知母9 g，元参12 g，枳壳6 g，丹皮6 g，大黄6 g。兼腹胀者加健脾理气之品木香，莱菔子；兼口干、大便干结者，加滋阴润燥之品生地、玄参；兼乏力者加健脾益气之品黄芪、陈皮。中药水煎200 mL，每日2次，餐后服。针灸足三里、四关穴，每日1次，留针15 min。西药组给予乳果糖口服液服用15 mL/日，可根据患者实际情况调整剂量。

**1.5 观察指标** 阿片类药物相关性便秘的症状程度评分，采用中医证候分级量化标准。依据量表中的12项症状作为主要观察指标，不同的症状给予不同的记分。分别记录针药合治组及西药组治疗前、治疗后第7天、第14天中医证候评分的变化，评定疗效。

**1.6 统计学方法** 研究数据采用SPSS 17.0统计软件进行统计分析，计量数据采用t检验，均数±标准差表示，P<0.05表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 针药合治组治疗前后中医证候评分各症状积分比较见表1。

表1 针药合治组中医证候评分各症状积分比较 (x̄±s,分)

症状	例数	治疗前	治疗7天	治疗14天
便秘	30	4.67±1.49	4.13±1.26**	3.40±1.38**
腹痛	30	1.93±0.77	1.77±0.62*	1.53±0.62*
腹胀	30	1.97±0.75	1.87±0.67*	1.57±0.67*
纳差	30	2.20±0.70	2.00±0.58*	1.60±0.55**
恶心呕吐	30	1.53±0.72	1.40±0.55*	1.27±0.44*
心悸	30	1.53±0.81	1.47±0.72	1.30±0.59*
头晕	30	2.03±0.80	1.83±0.64*	1.67±0.70*
肢寒畏冷	30	1.77±0.80	1.57±0.67*	1.43±0.62**
小便异常	30	1.70±0.64	1.53±0.56*	1.37±0.48*
手足心热	30	1.97±0.84	1.77±0.76	1.70±0.69
腰腹发凉	30	2.27±0.81	2.03±0.71**	1.80±0.70**
困倦乏力	30	1.90±0.65	1.63±0.60*	1.40±0.49*

注:经配对t检验,与治疗前相比,\*P<0.05,\*\*P<0.01

### 2.2 西药组治疗前后中医证候评分各症状积分比较 见表2。

表2 西药组中医证候评分各症状积分比较 (x̄±s,天)

症状	例数	治疗前	治疗7天	治疗14天
便秘	30	4.47±1.61	4.23±1.49*	4.49±1.52
腹痛	30	1.97±0.75	1.82±0.65*	2.01±0.67
腹胀	30	2.10±0.70	1.98±0.70*	2.03±0.71
纳差	30	2.17±0.64	2.07±0.57*	2.15±0.60
恶心呕吐	30	1.57±0.76	1.47±0.62	1.55±0.53
心悸	30	1.43±0.72	1.40±0.66	1.27±0.57
头晕	30	2.17±0.73	2.10±0.54	2.02±0.63
肢寒畏冷	30	1.67±0.75	1.60±0.66	1.80±0.62
小便异常	30	1.67±0.65	1.57±0.62	1.61±0.55
手足心热	30	1.87±0.85	1.89±0.81	1.83±0.75
腰腹发凉	30	2.33±0.79	2.22±0.70	2.21±0.72
困倦乏力	30	1.90±0.70	1.85±0.64	1.91±0.55

## 3 讨论

中医对恶性肿瘤的认识，多以虚、寒、瘀为主，临床中患者多见腹痛、腹胀、纳差、畏寒肢冷、腰腹发凉、乏力困倦等症状，脉沉细，辨证以脾肾阳虚型多见。本研究针药合治组以温脾通关汤联合针刺疗法治疗阿片类药物相关性便秘，西药组给予乳果糖。温脾通关汤以温脾汤合滋肾通关丸两方化裁组成，方中附子大辛大热，归心、肾、脾经，具有补火助阳、散寒止痛之效。大黄，具有泻下导积之功，肿瘤患者多素体亏虚、正气不足，气虚无力推动脾胃运行，予大黄“荡涤积滞”“祛瘀生新”，但大黄苦寒，配伍附子则寒性被制而泻下之功犹存。全方标本兼治，祛邪不伤正，既有消积通腑之功，又有温脾暖肾之效。本研究运用温脾通关汤联合针刺疗法，对阿片类药物相关性便秘进行治疗和临床观察，同时观察对癌症患者次症的治疗程度。本研究观察阿片类药物相关性便秘患者60例，采用中医证候分级量化标准，选取脾肾阳虚常见的12个临床症状作为观察指标，分别以针药合治组、西药组治疗后不同时期，观察临床证候的改变，进而判断药物的治疗作用。

从针药合治组及西药组证候分级量化评分可以看出，对于西药组而言，治疗7天后，证候量表中便秘、腹痛、腹胀、纳差等评分有所下降，说明患者治疗7天后，上述症状有所改善。但治疗14天后，上述症状的证候评分并未持续下降，而且伴随的其它次症评分未见明显下降，说明西药组治疗14天后临床症状改善效果不明显。针药合治组治疗7天后，便秘、腹痛、腹胀、纳差证候评分明显下降，说明上述症状改善明显。治疗14天后，畏寒肢冷、小便异常、腰腹发凉、困倦乏力等证候评分较治疗前有显著下降，说明上述证候在治疗14天后明显减轻。其余症状，如恶心呕吐、头晕、心悸等3个症状较治疗前有改善，但手足心热较治疗前无明显差异(P>0.05)，说明针药合治组除手足心热症状外，其余症状均得到改善。

温脾通关汤,方中主药多入心、脾、肾三经,治疗心腹冷痛、肢冷、乏力等症状,具有明显效果,且配合针刺足三里及四关穴,足三里穴能激发胃气,引气下行,治便秘、腹胀、纳差等症状。四关穴有研究认为其具有激发大脑功能作用,可调节气机的升降,可治疗头痛、心悸等症状。针药合治对阿片类药物相关性便秘临床疗效较好,体现了中医标本兼治、治病

必求于本的思想,有助于提高癌症患者的生命质量,值得临床推广。

#### 参考文献

- [1]刁先民,康真,王家祝.三阶梯止痛疗法治疗癌症疼痛的临床研究[J].中国医药指南,2012,10(11):320-321.
- [2]中华中医药学会脾胃分会.慢性便秘中医诊疗共识意见[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(2):136-139.
- [3]国家医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].中国医药科技出版社,2012.

(本文编辑:李海燕 本文校对:侯莉娟 收稿日期:2018-08-21)

## 宣上畅中渗下法联合抗生素治疗痰湿质盆腔炎疗效分析<sup>※</sup>

刘青菊<sup>1</sup> 张俊远<sup>2</sup> 孙素华<sup>2\*</sup> 李玉华<sup>2</sup> 耿桂青<sup>2</sup> 杨洪娟<sup>3△</sup>

- (1 河北衡水市第二中医医院妇科,河北 冀州 053200; 2 河北衡水市第二中医医院内科,河北 冀州 053200;  
3 河北医科大学第一医院肾内一科,河北 石家庄 050031)

**摘要:**目的 观察利用宣上、畅中、渗下法,中药汤剂联合抗生素治疗痰湿体质盆腔炎患者的优势并分析原因。方法 将60例痰湿体质盆腔炎患者随机分为2组,对照组30例予常规西药治疗,治疗组30例在对照组治疗基础上应用宣上畅中渗下法中药汤剂治疗。2组均以14 d为1个疗程,治疗1个疗程,治疗后6个月随访。观察2组治疗前后痰湿体质评分及疗效。结果 治疗组治疗后在痰湿体质积分的改善上与对照组比较差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 2组总有效率、复发率比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),治疗组疗效优于对照组。结论 宣上、畅中、渗下法中药汤剂联合抗生素治疗痰湿体质盆腔炎患者,能改善患者痰湿体质偏向,疗效显著,达到减缓疾病的进程和减少复发的目的,减轻了患者经济负担,提高了患者生活质量。

**关键词:** 盆腔炎; 中西医结合疗法; 痰湿; 抗生素; 带下病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.043

文章编号:1672-2779(2018)-18-0100-04

### Clinical Analysis on the Curative Effect of Therapy of Smoothing Qi Movement and Promoting Qi Circulation to Alleviate Middle Jiao as well as Eliminating Dampness and Diuresis Combined with Antibiotics in the Treatment of Pelvic Inflammatory Disease of Phlegm-dampness Constitution

LIU Qingju<sup>1</sup>, ZHANG Junyuan<sup>2</sup>, SUN Suhua<sup>2</sup>, LI Yuhua<sup>2</sup>, GENG Guiqing<sup>2</sup>, YANG Hongjuan<sup>3</sup>

- (1. Department of Gynaecology, the Second Hospital of Traditional Chinese Medicine in Hengshui City, Hebei Province, Jizhou 053200, China;  
2. Department of Internal Medicine, the Second Hospital of Traditional Chinese Medicine in Hengshui City, Hebei Province, Jizhou 053200, China;  
3. Department of Nephrology, the First Hospital of Hebei Medical University, Hebei Province, Shijiazhuang 050031, China)

**Abstract: Objective** To observe the advantage of the curative effect of therapy of smoothing qi movement and promoting qi circulation to alleviate middle jiao as well as eliminating dampness and diuresis combined with antibiotics in the treatment of pelvic inflammatory disease of phlegm-dampness constitution and analyze the reasons. **Methods** 60 patients with phlegm-dampness constitution pelvic inflammatory disease were randomly divided into two groups. 30 cases in the control group were treated with routine western medicine. 30 cases in the treatment group were treated by therapy of smoothing qi movement and promoting qi circulation to alleviate middle jiao as well as eliminating dampness and diuresis on the basis of the control group. The 2 groups were treated for 14 d for 1 course. 6 months after treatment, patients were followed-up. The phlegm-dampness constitution score and curative effect of 2 groups of patients with phlegm-dampness constitution pelvic inflammatory disease before and after treatment were observed. **Results** The improvement of phlegm and dampness constitution in the treatment group was significantly different from that in the control group ( $P < 0.05$ ). The total effective rate and recurrence rate of the 2 groups were statistically significant ( $P < 0.05$ ), and the curative effect of the treatment group was better than that of the control group. **Conclusion** The therapy of smoothing qi movement and promoting qi circulation to alleviate middle jiao as well as eliminating dampness and diuresis combined with antibiotics in the treatment of pelvic inflammatory disease of phlegm-dampness constitution can improve the deviation of phlegm dampness, the curative effect is significant, the progress and recurrence of the disease can be slowed down, the economic burden of the patients is relieved and the quality of life of the patients is improved.

**Keywords:** pelvic inflammatory disease; therapy of combination of traditional Chinese and Western medicine; phlegm-dampness constitution; antibiotics; leukorrheal diseases

盆腔炎症 (pelvic inflammatory disease, PID), 是指女性盆腔生殖器官、子宫周围的结缔组织及盆腔腹

膜的炎症。盆腔炎反复发作是盆腔炎性疾病的常见后遗症。也是妇科临床上最常见的问题,其发病时间长,病情较顽固,诱发因素复杂,难以彻底治愈,严重影响患者生殖健康和生活质量,给患者带来巨大的经济和心理负担。目前西医对盆腔炎多采用抗生素治疗,但效果不佳,且副作用较多。2016年1月1日—2016年12月31

※ 基金项目:河北省中医药管理局中医药类科研计划课题【No. 2016286】

\* 通讯作者:148111704@qq.com

△ 指导老师

日,我们应用宣上畅中渗下法治疗痰湿质盆腔炎30例,并与常规西药治疗30例对照观察,旨在寻求更加合理有效的防治方案,针对痰湿质盆腔炎的疗效观察如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 全部60例均为河北省衡水市第二中医医院妇科门诊患者,随机分为2组。对照组30例,急性盆腔炎患者2例,慢性盆腔炎患者28例;年龄30~60岁,平均(36.15±10.58)岁;病程1~6月,平均(3.01±1.31)个月。治疗组30例,急性盆腔炎患者2例,慢性盆腔炎患者28例;年龄30~60岁,平均(35.41±11.57)岁;病程1~6月,平均(3.09±1.27)个月。2组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 西医诊断依据《妇产科学》<sup>[1]</sup>中“盆腔炎”诊断标准:(1)最低标准:宫颈举痛,子宫压痛,或者附件压痛;(2)附加标准:或者体温超过38.3℃;宫颈或者阴道有黏液脓性分泌物;阴道分泌物0.9%NaCl涂片见到大量白细胞;红细胞沉降率升高;血C-反应蛋白升高;实验室证实的宫颈淋病奈瑟菌或衣原体阳性;(3)特异标准:子宫内膜活检发现子宫内膜炎的组织学证据;经阴道超声检查或磁共振显像显示输卵管壁增厚、管腔积液、并发或不并发盆腔积液或输卵管卵巢脓肿;腹腔镜检查有符合PID的异常发现。

中医诊断参照王琦教授的《中医痰湿体质的判定标准研究》<sup>[2]</sup>标准制定。痰湿体质:(1)主症,体形肥胖,腹部肥满松软,小腹疼痛,口黏苔腻;(2)次症,带下量多,色黄有臭味或色白,腰骶酸痛,头昏身重或乏力困倦,眼睑浮肿,心悸,胸闷泛恶。以上主症必备,次症具备3项即可诊断。

1.3 纳入标准 符合上述中西医诊断标准及中医体质诊断标准者,年龄在30~60岁,知情同意,志愿受试者。

1.4 排除标准 (1)急性心肌梗死;(2)近1个月有手术患者;(3)无法控制的心律失常;(4)恶性肿瘤患者;(5)盆腔炎合并阑尾炎、膀胱炎、结肠炎等。

### 1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 予常规西药治疗。注射用头孢唑啉钠[中诺药业(石家庄)有限公司,国药准字H13021636] 1.0 g,头孢过敏者用盐酸克林霉素注射液[广州白云山天心制药股份有限公司,国药准H20053586 (2 mL: 0.3 g)] 0.3 g,加入0.9%氯化钠注射液200 mL中,每日2次静脉滴注;甲硝唑氯化钠注射液(石家庄四药有限公司,国药准字H13022487) 250 mL,每日1次静脉滴注。

1.5.2 治疗组 在对照组治疗基础上,应用宣上畅中渗下法治疗。药物组成:炒苦杏仁6 g,枇杷叶10 g,桔梗6 g,白豆蔻6 g,郁金10 g,厚朴6 g,枳壳6 g,通草6 g,滑石9 g,冬瓜仁18 g,黄芪9 g,党参9 g,麦冬6 g,五味子3 g。日1剂,水煎2次取汁500 mL,分早、晚2次服。气虚较重者,党参、黄芪用量调整为党参30 g,黄芪30 g。

1.5.3 疗程 2组均以14 d为1个疗程,治疗1个疗程,治疗后6个月随访。

1.6 观察指标 (1)记录患者临床症状、体征、中医舌苔、脉象的变化。辅助检查:子宫附件彩超;(2)观察2组患者治疗前后体质积分变化,痰湿质患者体质积分标准<sup>[3]</sup>见表1。

表1 痰湿质患者体质积分标准

请根据近1年的体验和感觉,回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
①您感到胸闷或腹部胀满吗?	1	2	3	4	5
②您感到身体学生不轻松或不爽快吗?	1	2	3	4	5
③您腹部肥满松软吗?	1	2	3	4	5
④您有颈部油脂分泌多的现象吗?	1	2	3	4	5
⑤您上眼睑比别人肿(仍轻微隆起的现象)吗?	1	2	3	4	5
⑥您嘴里有黏黏的感觉吗?	1	2	3	4	5
⑦您平时痰多,特别是咽喉部总感到有痰堵着吗?	1	2	3	4	5
⑧您舌苔厚腻或有舌苔厚厚的感觉吗?	1	2	3	4	5

判断结果: 是 倾向是 否

1.7 疗效评定标准 痊愈:临床症状和体征消失,妇科检查子宫及双附件区无压痛,彩超检查盆腔无积液,痰湿质积分15~24分;显效:临床症状和体征明显改善,妇科检查子宫及双附件区压痛减轻,痰湿质积分25~52分;有效:临床症状和体征有所改善,痰湿质积分51~73分;无效:临床症状、体征,妇科检查及彩超检查均无改善,痰湿质积分75~92分。以痊愈+显效+有效统计总有效率。复发:患者治疗后至治疗后6个月随访期间,多因受凉、情绪激动、劳累导致临床症状、体征再次出现。

1.8 统计学方法 应用SPSS 19.0 统计软件包进行统计分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用t检验;计数资料率的比较采用 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组治疗前后痰湿体质积分比较 由表2可见,2组治疗后、随访时痰湿质积分均较本组治疗前降低( $P<0.05$ ),且治疗组治疗后、随访时痰湿质积分低于对照组( $P<0.05$ )。

表2 2组治疗前后痰湿体质积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	随访时
治疗组	30	81.25±4.59	37.50±9.58* <sup>△</sup>	49.25±9.58* <sup>△</sup>
对照组	30	80.74±5.07	68.75±5.45*	79.65±3.42*

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后、随访时比较,<sup>△</sup> $P<0.05$

2.2 2组疗效比较 由表3可见,2组总有效率比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),治疗组疗效优于对照组;治疗组复发率低于对照组,治疗组远期疗效优于对照组( $P<0.05$ )。

表3 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	复发	总有效率
治疗组	30	2(6.67)	12(40.00)	14(46.67)	2(6.67)	3(10.00)*	28(93.33)*
对照组	30	2(6.67)	8(26.67)	14(46.67)	6(20.00)	7(23.33)	24(80.00)

注:与对照组比较,\* $P<0.05$

### 3 讨论

盆腔炎反复发作是临床最常见的问题,由于盆腔炎造成的组织结构的破坏,局部防御机能减退,在高危因素影响下可再次感染导致盆腔炎反复发作,其发生率约为25%<sup>[4]</sup>。西医治疗以根据药物敏感试验选用敏感有效的抗生素为主,但单纯应用抗生素,疗效差,若长期应用可产生耐药甚至二重感染,反复发作,正气虚衰,形成慢性盆腔炎<sup>[5]</sup>。

盆腔炎在中医多归属于“妇人腹痛”“热入血室”“带下”“癥瘕”“痛经”“不孕”等病证范畴。多由经行产后,胞门未闭,风寒湿热之邪或虫毒乘虚内侵,与冲任气血相搏结,蕴结于胞宫,反复进退,耗伤气血,虚实错杂,缠绵难愈。中医认为带下病主要以湿邪为患。《傅青主女科》云:“夫带下俱是湿证”“夫黄带乃任脉之湿也。”亦如《医宗金鉴·妇科心法要诀》所说:“因体盛痰多,脂膜雍塞胞中而不孕。”瘕积与痰湿亦密切相关。湿为阴邪,其性趋下,易袭阴位,人体下焦最易遭受湿邪侵袭而致病。故盆腔炎与痰湿体质关系密切。王琦教授在《中医体质学》<sup>[9]</sup>中将中医体质分为9种,痰湿体质是由于水液内停而痰湿凝聚,以黏滞重浊为主要特征的体质状态,也是一种常见病理体质类型。从体论治即是“整体观念”思想的体现,也是“因人制宜”“治病求本”治病特色的体现<sup>[9]</sup>。在当下的社会环境中,痰湿体质人群正在呈逐渐增长的态势。这主要与以下几个方面有关:(1)饮食起居是影响痰湿体质形成的重要原因。当今社会,人们久坐少动,工作烦劳、熬夜、贪凉吹风、嗜食寒凉生冷食物、物欲难止,致使脾胃受伤,脾虚失司,水谷精微运化障碍,以致湿浊留滞,痰湿体质人群不断增多。如张从正所说:“膏粱之人,起居闲逸,奉养过度”,则必致“中脘留饮胀闷”。(2)疾病和药物的影响。首先:一些重病,慢性消耗性疾病也可以导致脏腑失和,阴阳失调,成为影响痰湿体质形成的重要因素。其次:随着人们生活水平的提高,滥用滋腻之品,也可导致痰湿内盛。如《医学求是》曰:“药饵常投,参茸并进,又有认为中虚者,时服胶、地等滋腻之品,积久生痰,中宫痞满。”再次:抗生素的滥用,因其质多阴寒<sup>[7]</sup>致使中伤脾胃,脾运失司,水液运化障碍,以致阴津滞留,也可变为痰浊。最后:先天禀赋是痰湿体质形成的内在基础<sup>[9]</sup>,年龄也与体质的形成密切相关。有资料表明,随着年龄的增长,痰湿体质的发生率明显递增<sup>[10]</sup>。在妇科临床中,与痰湿体质密切相关的慢性盆腔炎症病人也呈现逐年增长的态势。

内在的身体失衡是引起疾病的根本原因。体质状态反映正气强弱,决定发病与否<sup>[3]</sup>。调整和改善患者的

偏颇体质降低其对疾病的易感性可以达到治疗和预防疾病复发的目的,为中医“治病求本”治病特色的体现。叶桂在《临证指南医案·呕吐》中强调:“凡论病先论体质、形色、脉象,以病乃外加余身也。”基于此理论以调节特定人群的体质达到治疗和预防疾病复发的目的,我们提出宣上、畅中、渗下法以畅通三焦气机,治疗痰湿体质型盆腔炎患者的思路:辛温芳香之炒杏仁、桔梗、枇杷叶等宣降肺气,畅水之上源。辛开苦降之白蔻仁、郁金、厚朴、枳壳等以求气行则湿行。利水渗湿之功的通草、滑石、冬瓜仁等以助膀胱气化,导湿浊之邪从小便而出。辅以黄芪、党参、麦冬、五味子固护津气,气虚明显者黄芪、党参用量30g。加蒲黄、五灵脂、赤芍活血化瘀,配以温阳、通阳类药物。其对痰湿质盆腔炎患者的影响亦已在前期研究中报告<sup>[9]</sup>。

近年来的研究表明,盆腔炎患者体内存在免疫调节机制异常<sup>[10]</sup>,黄芪、党参、麦冬、五味子固护津气同时能增强机体的免疫力,使患者症状减轻,病程缩短,复发率降低。宣上畅中渗下法治疗痰湿质盆腔炎患者的临床症状、体征及中医舌、苔、脉象改变,结合痰湿体质评分,治疗组盆腔炎患者与对照组治疗后、随访时痰湿体质评分均较本组治疗前降低,且低于对照组治疗后、随访时。治疗组临床总有效率优于对照组,复发(复治)率低于对照组;临床疗效优于对照组。说明调理痰湿质能患者改善体质、提高临床疗效。

即便如此,盆腔炎的复发率在随访周期内还是很高。我们在治疗中发现主要与以下几方面有关:(1)中药治疗疗程不足;(2)过度劳累,感寒饮冷,精神压力致使机体免疫力下降;(3)宫腔操作史,如人流、清宫等;(4)患者自行用药致药不对症贻误病情治疗;(5)不注意经期和性生活卫生。故我们应除保证本病的用药疗程外,病情缓解后针对患者体质的调整和改善患者的偏颇体质,进行中药口服治疗,降低其对疾病的易感性以达到治疗和预防疾病的复发的目的。并且需要:(1)加强锻炼,适寒温,调饮食,起居有节,增强机体的抗病能力;(2)规范宫腔操作,避免医源性感染;(3)加强性健康教育,增强自我保护意识;(4)对病因病机的辨证治本治疗应引起充分重视。

本研究结果显示,运用宣上、畅中、渗下法中药汤剂,联合抗生素治疗痰湿体质型盆腔炎能显著改善慢性盆腔炎患者的痰湿体质积分且疗效显著,复发率低,值得临床推广应用。

#### 参考文献

[1]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:258.

- [2]王琦,叶加农,朱燕波.中医痰湿体质的判定标准研究[J].中华中医药杂志,2006,212(2):73-74.
- [3]王琦.中医体质学[M].北京:人民卫生出版社,2005:44,241-242,286-305,455,462.
- [4]魏绍斌.盆腔炎反复发作的中医治疗探讨[J].中国实用妇科与产科杂志,2008,24(4):253-255.
- [5]程桂真,呼军明.中西医结合综合治疗慢性盆腔炎100例分析[J].中国误诊学杂志,2007,7(7):1581-1582.
- [6]伍明.结合痰湿体质治疗慢性盆腔炎的理论探讨[J].全国中医妇科第八次学术研讨会论文集[C].全国中医妇科第八次学术研讨会,2008:240.
- [7]马艳东.医论刍言[M].石家庄:河北科学技术出版社,2015:123.
- [8]宋咏梅.痰湿体质形成的影响因素[J].山东中医药大学学报,2002,26(2):100-101.
- [9]刘青菊,孙素华,杨红娟.宣上畅中渗下法联合西药治疗痰湿质盆腔炎临床观察[J].河北中医,2017(11):1667-1671.
- [10]杨越.慢性盆腔炎的辨证与治疗[J].辽宁中医杂志,2004,31(1):53-54.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:张金生 收稿日期:2018-05-29)

## 中西医结合治疗肝硬化腹水的效果分析

潘瑜凡

(江西省婺源县中医院内科,江西 婺源 333200)

**摘要:**目的 对肝硬化腹水患者采用中西医联合的方式进行治疗,查看其临床治疗效果。方法 选择2015年3月—2017年9月在我院接受治疗的138例肝硬化腹水患者参与研究,随机将患者分成2组,对照组69例,观察组69例。对照组患者采用常规的西医治疗措施进行治疗,观察组患者则采用中西医结合的方式进行治疗,对比2组患者治疗总有效率,并查看2组患者临床症状消失时间,统计2组患者肝功能复常率。结果 经过治疗对比,2组患者的临床症状均有所改善,且观察组的治疗总有效率和对照组相比存在显著差异,观察组的临床症状消失时间和对照组相比存在显著差异,观察组的肝功能复常率和对照组相比存在显著差异( $P < 0.05$ )。结论 对肝硬化腹水患者采用中西医结合的方式进行治疗,能够改善患者病症,促进患者康复,因此值得临床推广应用。

**关键词:** 中西医结合疗法;肝硬化;腹水;腹胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.044

文章编号:1672-2779(2018)-18-0103-03

### Analysis on the Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Cirrhosis Ascites

PAN Yufan

(Department of Internal Medicine, Wuyuan County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Wuyuan 333200, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of integrated traditional Chinese and western medicine in the treatment of ascites due to cirrhosis. **Methods** A total of 138 patients with cirrhosis ascites who were treated in our hospital between March 2015 and September 2017 were selected for study. Patients were randomly divided into two groups: 69 in the control group and 69 in the observation group. Patients in the control group were treated with conventional western medicine treatment. Patients in the observation group were treated with the combination of traditional Chinese and Western medicines. The total effective rate of treatment was compared between the two groups of patients. The time of disappearance of clinical symptoms in the two groups of patients was examined. Statistics of the two groups were obtained. The liver function rate is normalized. **Results** After treatment comparison, the clinical symptoms of the two groups of patients have improved, the patient's condition has been improved to varying degrees, the total treatment efficiency of the observation group was compared with the control group, and there was a significant difference. The time of disappearance of symptoms of the observation group was significantly different from that of the control group. There was a significant difference in the recovery rate of liver function between the observation group and the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The integrated traditional Chinese and western medicine in the treatment of ascites due to cirrhosis can improve the patient's condition and promote the recovery of patients, so it is worthy of clinical application.

**Keywords:** combined therapy of traditional Chinese and Western medicine; cirrhosis; ascites; abdominal tympanites

肝硬化患者时常伴有腹水等并发症,且根据相关资料统计,近年来肝硬化腹水的患病人数仍在不断增加,已严重威胁到人们的生命健康<sup>[1]</sup>。目前治疗肝硬化腹水主要采用西医治疗措施,例如保肝利尿等,但是临床治疗效果具有一定的局限性。根据相关研究资料显示<sup>[2]</sup>,采用中医治疗措施进行肝硬化腹水的治疗,可以有效缓解患者的症状,保护患者肝功能和体征,从而巩固治疗效果。本研究针对肝硬化腹水患者采用了中西医结合的治疗措施,现将结果汇报如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年3月—2017年9月在我院接受

治疗的138例肝硬化腹水患者参与研究,随机将患者分成2组,对照组69例,观察组69例。对照组患者中男性37例,女性32例;年龄34~68岁,平均年龄为(46.28±2.95)岁;病程最短6个月,最长8年,平均病程(3.28±0.34)年;其中53例患者为肝炎性肝硬化,16例患者为酒精性肝硬化。观察组患者中男性39例,女性30例;年龄35~69岁,平均年龄为(46.84±3.05)岁;病程最短6个月,最长10年,平均病程(3.84±0.42)年,其中56例患者为肝炎性肝硬化,13例患者为酒精性肝硬化。2组患者性别、年龄等一般资料比较差异没有统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 2组患者在入院后,均给予10%或5%的糖水加门冬氨酸钾镁、还原型谷胱甘肽、复方丹参等静脉输液治疗,同时给予患者双氢克尿噻片和螺内酯片口服治疗,对于白蛋白不足30 g/L的患者,则在治疗过程中给予患者10%白蛋白治疗,每周治疗2次,每次50 mL。

对照组患者采用常规西医治疗措施进行治疗,给予患者甘草酸二铵(生产厂家:海南制药厂有限公司制药二厂,规格:10 mL,50 mg,批号:国药准字H20063751)进行治疗,每日150 mg,采用加液体静脉滴注的方式进行治疗,在接受2周治疗后可改为口服治疗,每次服用150 mg。每日服用3次。

观察组患者则采用复方甘草酸苷(生产厂家:哈尔滨三联药业有限公司,规格:草酸苷80 mg,盐酸半胱氨酸40 mg,甘氨酸800 mg,批号:国药准字H20060571)进行治疗,每日80 mg,采用加液体静脉滴注的方式进行治疗,在接受2周治疗后可改为口服治疗,每次服用50 mg。每日3次。同时观察组患者在此基础上加入中医治疗措施,采用中药方给予患者治疗。药方组成:黄芪30 g,茯苓20 g,白术20 g,丹参15 g,柴胡12 g,党参15 g,当归15 g,白芍16 g,陈皮12 g,三棱10 g。用水煎煮后取出药汁,每天早晚各服用1次,每天服用1剂。患者如果存在湿重症状,则可在药方中加入藿香15 g,佩兰12 g,苍术15 g;如果患者存在湿热症状,则可在药方中加入栀子15 g,茵陈30 g;如果患者的腹水症状较为严重,则可以加入大腹皮30 g,泽泻20 g;如果患者存在大便干燥现象,则可以加入大黄13 g。患者坚持服用药物4周。

**1.3 观察指标** 观察2组患者临床症状的改善情况,并记录症状的消失时间,同时观察2组患者的治疗总有效率,并记录2组患者的肝功能复常率。

患者的临床症状消失,经过肝功能检测后数据显示正常,并且患者的血浆白蛋白水平也保持在正常范围内,则代表患者治疗显效;患者的临床症状有所减少,经过肝功能检测后数据基本显示正常,并且患者的血浆白蛋白水平也基本保持在正常范围内,则代表患者治疗有效;患者的临床症状没有改善,且肝功能未恢复正常,血浆白蛋白水平也未恢复,则代表患者治疗无效。

**1.4 统计学方法** 本研究使用SPSS 19.0统计学软件对2组患者的数据进行分析与处理,计数资料和计量资料分别以(%)和( $\bar{x} \pm s$ )表示,分别采用卡方检验和t检验,当 $P < 0.05$ 时,差异存在统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者治疗效果对比** 经过治疗对比,患者的病情均有不同程度的好转,且观察组的治疗总有效率和对照组相比存在显著差异( $P < 0.05$ ),如表1所示。

表1 2组患者的治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	69	23(33.33)	31(44.93)	15(21.74)	54(78.26)
观察组	69	32(46.37)	34(49.28)	3(4.35)	66(95.65)
$\chi^2$ 值					9.200
P值					<0.05

**2.2 2组患者临床症状消失时间对比** 经过治疗对比,2组患者的临床症状均有所改善,且观察组患者的临床症状消失时间和对照组相比存在显著差异( $P < 0.05$ ),如表2所示。

表2 2组患者临床症状消失时间对比 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	腹胀	纳差	浮肿
对照组	69	12.4±1.7	11.8±1.7	12.2±1.6
观察组	69	7.8±1.2	6.7±1.3	9.1±1.1
t值		18.362	19.795	13.262
P值		<0.05	<0.05	<0.05

**2.3 2组患者肝功能复常率对比** 经过治疗对比,2组患者的肝功能均有不同程度的改善,且观察组患者的肝功能复常率和对照组相比存在显著差异( $P < 0.05$ ),如表3所示。

表3 2组患者肝功能复常率对比 [例(%)]

组别	例数	谷丙转氨酶	总胆红素	白蛋白	肝功能白球比例
对照组	69	41(59.42)	46(66.67)	40(57.97)	42(60.86)
观察组	69	56(81.15)	57(82.61)	51(73.91)	53(76.81)
$\chi^2$ 值		7.807	4.631	3.904	4.087
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

肝硬化是肝脏的一种病变类型,由于患者的细胞出现变性或坏死等现象,因此导致瘢痕收缩或者组织纤维增生等现象的出现,使得患者的肝质由此变得坚硬<sup>[3]</sup>。在肝硬化患者中,腹水大多产生于失代偿期,该并发症主要是由于患者的肝功能出现持续性损伤的现象,因此导致患者的门静脉处于高压状态而产生<sup>[4]</sup>。根据相关研究报告显示<sup>[5]</sup>,出现腹水的患者占失代偿期肝硬化患者的3/4左右。肝硬化腹水患者在发病后会存在明显的腹痛症状,大多数患者会存在心律失常的现象。如果不及时采取有效措施进行治疗,极有可能导致患者病情继续加重,引发肝性脑病或者肝肾综合征等其他疾病,甚至会给患者带来死亡的威胁。腹水发生机制相对复杂,并且治疗难度大。

甘草酸二铵在长期以来在我国治疗慢性肝病的应用中发挥着十分重要的作用,这种药物能将患者体内的谷丙转氨酶快速降低,但是随着病例的增加,不少病例在治疗过程中出现了谷丙转氨酶的反跳现象,因此在长期治疗过程中的治疗效果打了折扣,不利于患者的康复,而随着复方甘草酸的出现,甘草酸二铵已逐渐被取代。复方甘草酸苷中含有活性成分甘草酸,



患者服用后该成分会在人体内与 $\beta$ -葡萄糖醛酸酶发生作用,从而实现2个分子的葡萄糖醛酸的代谢,使其转化为甘草次酸,而甘草次酸对产生炎性介质的代谢酶活性具有较强的选择性抑制功能,能够抑制诸如白三烯、前列腺素等炎性介质的产生,从而帮助恢复变形的肝细胞,并且能够对尚未受损的肝细胞产生一定的保护作用,并且能够激活肝细胞的再生能力。甘草次酸和肝脏内的其他类固醇激素代谢酶具有很强的亲和作用,可以在一定程度上将类固醇的代谢速度减缓,从而使其能够充分发挥自身的类固醇样作用。同时甘草次酸还能够调节免疫细胞的活化能力,从而使胸腺外淋巴细胞分化的功能得到强化,使干扰素发挥应有的效应,从而对病毒产生较强的抑制作用,实现灭活病毒。

在中医学领域,肝硬化腹水应归属于“胁痛”“臌胀”的范畴,情志内伤、酒食不节、湿热侵袭等是该病的主要发病原因,导致患者腹内瘀积气、血、水等,从而引发疾病<sup>[9]</sup>。因此在治疗上主要采用健脾柔肝、活血益气的原则展开。本次治疗中所使用的药方里,黄芪可以帮助患者改善肝损伤的现象;党参则能有效帮助患者实现体液免疫力的提高;茯苓对于肝脏具有积极的保护作用;而丹参除了对肝脏有较好的保护作用外,还能有效预防乙肝病毒。以上药物共同发挥作

用,能够帮助患者清热利水、健脾保肝。本研究中,观察组患者采用中西医结合的治疗方式,患者的临床症状得到了有效改善,治疗的总有效率和症状的消失时间均和对照组存在显著差异,同时观察组患者的肝功能复常率也明显优于对照组患者。由此可见,采用甘草酸苷联合中药的中西医结合治疗,能够有效改善肝硬化腹水患者的临床症状,促进肝功能的改善,缓解患者后期症状和体征,以确保患者的生命健康。

#### 4 结语

对肝硬化腹水患者采用中西医联合的方式进行治疗,能够有效缓解患者症状,改善治疗效果,保护患者肝功能,促进患者早日康复,因此值得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1]赵云清.西药联合应用中药贴脐治疗肝硬化腹水的疗效分析[J].辽宁中医杂志,2016,43(4):793-795.
- [2]陈继林,朱珍才,刘子辉.中药汤剂联合西医治疗肝硬化顽固性腹水临床研究[J].亚太传统医药,2015,11(2):129-130.
- [3]樊洁.西药联合健脾利水方治疗肝硬化腹水40例疗效及安全性分析[J].基层医学论坛,2016,20(3):355-356.
- [4]戴亚娟,柴胡疏肝散联合西药治疗肝硬化腹水随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2015,29(4):81-83.
- [5]张厚.中医联合利尿剂治疗肝硬化腹水的总体疗效评价[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(7):104-105.
- [6]华鹏.中西医结合治疗乙肝后肝硬化腹水(气滞湿阻证)临床疗效分析[J].中医临床研究,2016,8(32):54-56.

(本文编辑:李海燕 本文校对:潘瑜凡 收稿日期:2018-05-16)

## 祛白汤联合消白酊治疗白癜风的疗效观察

王莉

(吉林市人民医院皮肤科,吉林 吉林 132011)

**摘要:**目的 观察口服祛白汤联合外用消白酊治疗白癜风的疗效。方法 采用随机的方法将126例白癜风患者分为2组,治疗组66例患者口服祛白汤辨证加减治疗联合外用消白酊,对照组60例患者口服消白汤辨证加减治疗同治疗组。2组疗程均为2个月,观察皮疹情况。结果 治疗组有效率为80.3% (61/66),痊愈率为45.45% (30/66);对照组有效率为48.33% (50/60),痊愈率为31.67% (19/60)。治疗组有效率明显高于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 祛白汤联合外用消白酊治疗白癜风效果较好。

**关键词:** 白癜风;祛白汤;消白酊

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.045

文章编号:1672-2779(2018)-18-0105-03

### Observation on the Curative Effect of Qubai Decoction Combined with Xiaobai Tincture in the Treatment of Vitiligo

WANG Li

(Dermatology Department, Jilin People's Hospital, Jilin Province, Jilin 132011, China)

**Abstract: Objective** To observe the curative effect of oral Qubai decoction combined with Xiaobai tincture in the treatment of vitiligo. **Methods** The randomized controlled methods were used. 126 cases of patients were divided into two groups. In the treatment group, 66 patients were treated with oral Qubai decoction combined with Xiaobai tincture. 60 patients in the control group were treated with oral Qubai decoction. Both groups were treated for 2 months, and the rashes were observed. **Results** The effective rate of the treatment group was 80.3%(61/66), and the recovery rate of the treatment group was 45.45%(30/66). The control rate of the control group was 48.33%(50/60) and the recovery rate of the control group was 31.67%(19/60). The effectiveness of the treatment group was significantly higher than that in the control group, and the difference between the two groups was statistically significant ( $P<0.01$ ). **Conclusion** Qubai decoction combined with Xiaobai tincture in the treatment of vitiligo has better effect.

**Keywords:** vitiligo; Qubai decoction; Xiaobai tincture

白癜风是一种常见的后天性色素脱失性皮肤黏膜疾病。中医所称“白驳”“白驳风”“白癩”等即指

白癜风。我科2015年6月—2017年6月应用自拟“祛白汤”联合外用消白酊治疗白癜风126例,疗效较为满

意,现总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 126例白癜风患者均来自我院皮肤科门诊,其中男60例,女66例,年龄8~66岁,平均28.5岁;病程最短2周,最长15年,平均5.2年。根据全国中西医结合皮肤性病学学会色素病学组《白癜风临床分型标准》<sup>[1]</sup>对126例白癜风患者进行分类、分期。寻常型110例,其中局限型58例(进展期42例,稳定期16例),散发型23例(进展期16例,稳定期7例),泛发型13例(进展期8例,稳定期5例),肢端型16例(进展期10例,稳定期6例),节段型16例(进展期11例,稳定期5例)。将126例患者随机分成治疗组66例和对照组60例。2组在性别、年龄、病程、辨证方面、临床分型及分期例数的差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** (1)后天发生的色素脱失斑或色素减退斑;(2)皮损界限清楚且形态不规则;(3)皮损边缘色素加深;(4)皮损内毛发可变白或可见毛囊口周围复色现象;(5)Wood's灯下白斑呈瓷白色。其中5项中若有3项成立可以确诊为白癜风,条件(1)为必要条件<sup>[2]</sup>。

**1.3 纳入标准** 符合白癜风的诊断标准;均来自我院皮肤科门诊;均不合并恶性贫血、甲状腺疾病、恶性黑色素瘤疾病及不伴有心、肝、肾等脏器功能不全的患者;近3个月内均不曾全身应用系统的抗白癜风的药物治疗、糖皮质激素或其他免疫调节剂治疗者;治疗期间均不可以随意终止治疗或更换药物和方法者。

## 1.4 治疗方法

**1.4.1 治疗组** 口服自拟“祛白汤”加减,同时联合消白酊外搽。

方剂组成:当归15g,川芎10g,制首乌20g,生地15g,丹参20g,补骨脂15g,白芷10g,鸡血藤20g,女贞子15g,苍术10g,麦冬15g,菟丝子15g。根据临床表现辨证加减<sup>[3]</sup>,气血不和型:白斑色淡,边缘模糊,发展缓慢,兼见面色晄白、神疲乏力,手足不温,舌淡苔白,脉细者,方加党参15g,白术10g,云苓20g,白芍15g。肝肾不足型:白斑边缘清楚而整齐,脱色明显,斑内毛发亦多变白,局部或泛发,病程长,兼有头昏、耳鸣、腰膝酸软,舌淡或红,苔少,脉细弱者,方加枸杞子20g、桑寄生15g、熟地黄15g、沙参20g。瘀血阻滞型:白斑多局限而不对称,边界截然,斑内毛发变白,发展缓慢,色紫暗或有瘀点,白斑亦可发生于外伤后的部位上。局部可有轻度刺痛、舌脉怒张,舌质暗有瘀点或瘀斑,脉象涩滞者,方加田七15g、桃仁15g、红花15g、姜黄10g。风湿阻络型:白斑色淡,边缘欠清,病程较长、多泛发而不局限,兼见肌肉麻木或关节酸痛,舌质淡、苔薄白,脉弦细者,方加独活15g、白蒺藜20g、木香10g、苍耳子10g。用

法:每日1剂,水煎服,每日服2次,每次150mL。同时联合局部外搽自制“消白酊”(补骨脂50g,红花50g,丹参25g,白芷25g,桃花25g,上药浸入75%的酒精至500mL,2周后备用)局部外搽,以摩擦至白斑发红为度,每日2次,2个月为1疗程。

**1.4.2 对照组** 单用口服中药治疗,辨证分型用药同治疗组。

2组均治疗2个月后进行疗效评估。

**1.5 疗效判定标准** 痊愈:白斑完全消退,恢复正常肤色;显效:白斑部分消退或面积缩小,恢复正常肤色的面积占原皮损面积的50%以上;进步:白斑部分消退或面积缩小,恢复正常肤色的面积占原皮损面积的10%~49%;无效:白斑无色素再生或范围扩大,恢复正常肤色的面积占原皮损面积的10%以下<sup>[4]</sup>。有效率以痊愈加显效计。

**1.6 统计学方法** 率的比较采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床疗效** 见表1。2组有效率比较,差异有统计学意义( $\chi^2=14.13$ , $P<0.05$ )

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	进步	无效	总有效率
治疗组	66	30	23	8	5	61(80.30)*
对照组	60	19	10	21	10	50(48.33)

注:与对照组比较,\* $P<0.05$

**2.2 不良反应** 2例患者局部用药后出现红斑、丘疹,减少用药次数后自行缓解,口服药物无不良反应。

## 3 讨论

白癜风是一种遗传和免疫共同作用导致的色素脱失性皮肤病。该病以局部或泛发性色素脱失形成白斑为特征,现代研究发现白癜风患者体液和细胞免疫均有明显异常,其更详细的发病机理还不清楚。现认为与自身免疫异常、表皮黑素细胞的自毁,家族遗传、精神创伤、过劳、焦虑过度、接触化学物质、酪氨酸与铜离子相对缺乏等因素有关。本病的发生是具有遗传素质的个体在多种内外因素的激发下,出现免疫功能、神经精神及内分泌代谢等多方面的功能紊乱,导致酪氨酸酶系统抑制或黑素细胞破坏,终使患病处色素脱失<sup>[5]</sup>。中医认为本病是因情志内伤、肝气郁结,复感风邪夹湿搏于肌肤导致肝肾不足、气血失和、络脉瘀阻、血不滋养等病理变化,从而引起本病的发生<sup>[6]</sup>。我们以中医辨证为主,采用中药当归、川芎、制首乌、生地、丹参、补骨脂、白芷、鸡血藤、女贞子、苍术、麦冬、菟丝子为主方组成的祛白汤具有扶正固本、养血活血、祛风散瘀通络之功效,从而达到调和气血、改善循环,并在临床上根据具体情况辨证加减应用。

同时联合由中药补骨脂、红花、丹参、桃仁、白芷组成的消白酊外搽,诸药配合直接作用于皮肤,起到温经通络、活血化瘀,改善局部血液循环的作用<sup>[9]</sup>。现代药理研究发现补骨脂、白芷、苍术、麦冬、具有光感作用,其中补骨脂兼能增强酪氨酸酶的活性,促进皮肤黑素的合成。红花、丹参、桃仁、当归可改善微循环。女贞子、菟丝子能促进肾上腺素的分泌,而且女贞子、补骨脂含较高的铜。本研究应用祛白汤口服联合消白酊外搽治疗白癜风取得了较单用祛白汤口服更

为满意的疗效。同时内治与外治相结合也体现了中医“整体观念”的辨证思想。

#### 参考文献

- [1]全国中西医结合皮肤性病学会色素病学组.白癜风临床分型及疗效标准[J].中国皮肤性病杂志,2004,18(5):278.
- [2]朱文元.白癜风与黄褐斑[M].南京:东南大学出版社,2002:125.
- [3]黄泰康,喻文球,谈煜俊.中医皮肤性病性病学[M].北京:中国医药科技出版社,2000:517.
- [4]张学军.皮肤性病性病学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:185-186.
- [5]王世民.中医方药手册[M].3版.太原:山西人民出版社,2012:224-357.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张晓琳 收稿日期:2018-06-22)

## 坤泰联合芬吗通在早发性卵巢功能不全不孕患者中的应用

胡艳梅

(四川省攀枝花市妇幼保健院生殖健康科,四川 攀枝花 617061)

**摘要:**目的 探讨坤泰胶囊联合芬吗通在早发性卵巢功能不全合并不孕症患者中的临床应用。方法 选择2016年1月—2018年1月在攀枝花市妇幼保健院生殖中心就诊的早发性卵巢功能不全合并不孕症患者200例,随机分为治疗组和对照组,每组100例。治疗组采用坤泰胶囊联合芬吗通治疗,对照组仅采用芬吗通治疗,2组均治疗3个周期。观察2组治疗前后卵泡刺激素(FSH)、促黄体生成素(LH)、FSH/LH、雌二醇(E<sub>2</sub>)、基础窦卵泡数(AFC)、抗苗勒管激素(AMH)、子宫内膜形态及厚度的变化情况。结果 经过3个周期的治疗后,2组的FSH、LH水平降低,FSH/LH升高,与治疗前相比差异有统计学意义( $P < 0.05$ );对照组的AMH、AFC呈升高趋势,与治疗前比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗组的AMH、AFC升高,与治疗前比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );对照组的内膜以B、C型为主,厚度有所增厚,与治疗前比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗组的内膜以A型为主,厚度明显增厚,与治疗前比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 应用坤泰胶囊联合芬吗通预处理能够改善早发性卵巢功能不全合并不孕症患者的卵巢功能及内膜容受性,有助于妊娠。

**关键词:**坤泰胶囊;芬吗通;早发性卵巢功能不全;不孕证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.046

文章编号:1672-2779(2018)-18-0107-03

### The Application of Kuntai Combined with Femoston in Patients with Premature Ovarian Insufficiency Complicated with Infertility

HU Yanmei

(Department of Reproductive Health, Maternal and Child Health Hospital of Panzhihua City, Sichuan Province, Panzhihua 617061, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical application of Kuntai capsule combined with femoston in patients with premature ovarian insufficiency complicated with infertility. **Methods** From January 2016 to January 2018, 200 cases of patients with POI insufficiency complicated with infertility in the reproductive center of Maternal and Child Health Hospital of Panzhihua were selected. The patients were randomly divided into the treatment group and the control group, with 100 cases in each group. The treatment group was treated with Kuntai capsule combined with Femoston, while the control group was only treated with Femoston. The two groups were treated for 3 cycles. The changes of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), FSH/LH, estradiol (E<sub>2</sub>), basic antral follicle count (AFC), anti Mullerian hormone (AMH), and the morphology and thickness of endometrium were observed before and after treatment in the two groups. **Results** After 3 cycles of treatment, the levels of FSH and LH decreased and FSH/LH increased in the two groups, and the differences were statistically significant compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ). The AMH and AFC in the control group showed an upward trend, and there were no significant differences compared with those before treatment ( $P > 0.05$ ), while the AMH and AFC in the treatment group increased significantly compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ). The endometrium in the control group was mainly type B and type C. the thickness was thickened, and there was no significant difference in thickness before and after treatment ( $P > 0.05$ ). The endometrium in the treatment group was mainly type A and the thickness was significantly thickened compared with that before treatment ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Kuntai capsule combined with femoston can improve ovarian function and endometrial receptivity in patients with POI complicated with infertility, which is helpful to pregnancy.

**Keywords:** Kuntai capsule; femoston; premature ovarian insufficiency; infertility

早发性卵巢功能不全(premature ovarian insufficiency, POI)是指女性在40岁以前出现卵巢功能减退,主要表现为月经异常(闭经、月经稀发或频发)、促性腺激素水平升高(FSH>25 U/L)、雌激素水平波动

性下降。POI病因复杂,发病机制尚不明确,西医多采用激素替代治疗,但存在较大的副作用,长期激素替代治疗的安全性及可接受性仍有争议,而且也无法从根本上保护或恢复卵巢的功能。对于合并不孕症患者,

目前尚无最佳的用药方案<sup>[1]</sup>。研究表明坤泰胶囊能治疗早发性卵巢功能不全,且副作用小,安全性高,为不适用或不愿用激素补充治疗的妇女提供了一种新的选择。不少学者尝试将坤泰胶囊联合激素替代疗法应用于POI患者的治疗,取得了满意的效果<sup>[2]</sup>。本研究对200例早发性卵巢功能不全合并不孕症患者采用不同的用药方案,比较用药前后基础性激素水平、窦卵泡数、抗苗勒管激素及内膜变化情况,从而为POI合并不孕症患者的治疗提供进一步的依据。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2016年1月—2018年1月在攀枝花市妇幼保健院生殖中心就诊的200例早发性卵巢功能不全合并不孕症的患者,随机分为对照组(芬吗通)及治疗组(坤泰+芬吗通)。

**1.2 纳入标准** (1)原发性不孕指既往无妊娠史,现夫妇同居有正常性生活,未避孕未孕1年;继发性不孕指既往有妊娠史,现夫妇同居有正常性生活,未避孕未孕1年;(2)女性年龄<40岁,出现停经或月经稀发4个月,并有连续2次间隔4周以上的FSH>25 U/L,诊断为POI;(3)所有患者均因社会、经济因素等原因拒绝辅助生殖助孕,充分知情同意,自愿要求药物治疗,自行试孕;(4)所有患者均行不孕症常规检查,排除输卵管因素、子宫内膜异位症、以及男方因素引起的不孕,无激素治疗的禁忌证,至少3个月内未用任何激素类药物。

**1.3 治疗方法** 药物:坤泰胶囊,0.5 g×36粒/盒,贵阳新天药业股份有限公司生产(国药准字Z20000083);芬吗通,28粒/盒,Abbott Biologicals B.V(批准文号H20110208)。

治疗方案:所有患者均于卵泡增殖晚期通过彩色多普勒超声检查子宫内膜形态及厚度,月经第3天测定基础性激素、AMH及AFC,分别开始用药。坤泰胶囊每日3次,每次4粒,芬吗通每日1次,每次1粒,共28 d后停药,撤药出血第3天开始服用下1周期的药物,1周期用完重复下1周期药物,共3个周期。治疗前后测定相关检测指标。

**1.4 观察指标** 分别统计2组患者的年龄、身高、体质量指数(body mass index, BMI)、不孕年限等一般资料,检测治疗前后增殖晚期子宫内膜形态及厚度、基础性激素水平(FSH、LH、FSH/LH、E<sub>2</sub>)、AMH、AFC。于月经周期第3天空腹抽静脉血8 mL,离心后取血清,置于-70℃冰箱中待检。采用电化学发光法测定FSH、LH、E<sub>2</sub>、AMH、试剂盒购自罗氏公司。阴超检查:月经来潮第3天及卵泡增殖晚期,使用美国GE彩色多普勒超声诊断仪,监测卵巢直径2~9 mm的基础窦卵泡个数。

**1.5 随访** 安排专人对所有病人进行随访,随访期限设

定为开始用药后12个月以内。其中包括:(1)是否继续用药,以及用药过程中是否有不良反应;(2)是否妊娠以及妊娠时间。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 22.0统计软件,所有数据均以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,计数资料采用 $t$ 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者一般情况比较** 2组患者在年龄、BMI、不孕年限等方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表1。

表1 2组患者一般情况比较

组别	例数	年龄(岁)	BMI(kg·m <sup>-2</sup> )	不孕年限(年)
对照组	100	38.25±1.98	21.14±1.28	3.25±1.19
治疗组	100	40.17±1.25	22.05±2.16	3.46±2.18

**2.2 2组用药前后AFC水平比较** 对照组用药后AFC较用药前呈增高趋势,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗组用药后AFC较用药前明显增高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),用药后治疗组与对照组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组患者用药前后B超下AFC水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,个)

组别	例数	用药前	用药后
对照组	100	3.35±0.28	3.39±0.16
治疗组	100	3.21±0.33	4.45±0.27 <sup>△</sup>

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组同期比较,<sup>△</sup> $P<0.05$

**2.3 2组用药前后激素水平变化** 对照组和治疗组在用药后FSH、LH水平较用药前明显降低,FSH/LH升高,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),组间比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );对照组用药后AMH水平较用药前呈升高趋势,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗组用药后AMH水平上升,与用药前比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),用药后治疗组AMH与对照组比较,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 2组用药前后激素水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	FSH(IU·L <sup>-1</sup> )	LH(IU·L <sup>-1</sup> )	FSH/LH
对照组	100	用药前	26.35±1.29	22.30±0.39	2.23±0.18
		用药后	20.38±1.37*	18.17±0.24*	2.29±0.25*
治疗组	100	用药前	26.14±1.28	22.51±0.47	2.25±0.16
		用药后	20.05±2.16*	16.18±0.56*	2.28±0.15*

组别	例数	时间	E <sub>2</sub> (pmol·L <sup>-1</sup> )	AMH
对照组	100	用药前	188.52±20.13	0.42±0.06
		用药后	197.54±31.15	0.44±0.09
治疗组	100	用药前	190.36±20.39	0.50±0.08
		用药后	198.03±17.78	0.62±0.06 <sup>△</sup>

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组同期比较,<sup>△</sup> $P<0.05$

**2.4 2组用药前后子宫内膜厚度及形态比较** 用药后对照组患者内膜类型以B+C型为主,内膜厚度无明显变化,与用药前比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),用药后治

疗组患者内膜类型以A型为主,内膜有明显增厚,与用药前比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),用药后组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。

表4 2组用药前后子宫内膜厚度及形态变化情况比较(例,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	A型(%)	B+C型(%)	内膜厚度(mm)
对照组	100	用药前	25	75	7.25±1.28
		用药后	40	60	7.80±1.47
治疗组	100	用药前	30	70	7.45±0.16
		用药后	62	38	8.65±0.92 <sup>△</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ ;与对照组同期比较,<sup>△</sup> $P<0.05$

### 3 讨论

**3.1 POI合并不孕的生育问题** POI的发病机制尚不明确,如何使POI不孕患者获得临床妊娠,一直是生殖医学领域讨论的难点之一。文献报道POI是一个渐进和波动的发展过程,可能表现为卵巢功能衰退程度不同的4个阶段:(1)隐匿期,表现为基础促性腺激素正常,但是生育力减退,甚至不孕;(2)生化期,表现为基础促性腺激素水平明显增高,同时生育力减退,甚至不孕;(3)显性期,除了促性腺激素明显增高及生育力明显减退外,还出现月经失调;(4)卵巢衰竭期,为卵巢功能衰退的终末阶段,出现基础促性腺激素升高、不孕症、月经失调甚至闭经,以及雌激素缺乏所导致的一系列临床症状。临床实践和研究表明,POI女性患者的病情可能贯穿、波动于这4个并不绝对的阶段中。约有5%~10%的POI患者在确诊后仍可获得妊娠,约80%的POI患者受孕后可分娩出一个健康的孩子<sup>[3]</sup>。

**3.2 POI合并不孕的治疗** 激素替代治疗对POI患者的健康维持是必需的,同时对避免子宫萎缩也有益处,但单纯的雌孕激素治疗并不能达到满意的治疗效果,许多学者尝试用中医学的方法来改善卵巢功能<sup>[4]</sup>。中医认为肾为先天之本,因此,中医提倡补肾填精、益气养血、活血是治疗不孕症的关键。坤泰胶囊作为一种传统中药,由6味药材组成:熟地黄、黄连、黄芩、白芍、阿胶、茯苓,具有滋阴降火、清心除烦、安心安神、调节阴阳的作用。研究表明<sup>[5]</sup>坤泰胶囊改善卵巢功能的机制可能与上调抗凋亡基因Bcl-2 mRNA的表达,提升免疫力,抑制凋亡作用有关,同时,坤泰胶囊具有类似植物雌激素的作用,能促进子宫内膜发育,有助于受精卵着床,却不具有雌激素的不良反应,容易被广大患者接受。

本研究发现,坤泰胶囊联合芬吗通治疗后卵巢储备功能出现暂时性的好转,AFC、AMH与用药前相比,呈升高趋势,有统计学差异,FSH、LH与用药前相比,呈现下降趋势,有统计学差异,内膜厚度明显增加,说明药物通过对H-P-O轴的调节,暂时改善或者延缓了卵巢功能下降的程度,减少了窦卵泡的耗竭,增加了

可利用卵泡的数量,同时改善了子宫内膜容受性,如果此时能够同时结合必要的促排卵措施或者辅助生殖技术助孕,有可能增加妊娠率<sup>[6]</sup>。

本研究随访发现,在参与研究的所有患者中,共有10例妊娠,均长期服用芬吗通+坤泰胶囊,其中5例服药3个月,3例服药6个月,2例服药10个月,而其他无妊娠者,长期的随访研究表明,坤泰胶囊在改善子宫内膜容受性的同时并不会刺激子宫内膜增生,避免了因内膜过度增生所导致的不良反应。

### 参考文献

- [1]Sills ES, Alper MM, Walsh AP. Ovarian reserve screening in infertility: practical applications and theoretical directions for research[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2009, 146(1):30-36.
  - [2]高慧,徐文君,李杨,等.坤泰胶囊治疗卵巢早衰的研究进[J].现代药物与临床,2016,31(8):1309-1312.
  - [3]陈子江,田秦杰,乔杰,等.早发性卵巢功能不全的临床诊疗中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2017,52(9):577-581.
  - [4]栾素娟,崔青,张玉花,等.坤泰胶囊在卵巢储备功能降低的不孕症患者中的应用[J].中成药,2017,39(6):1318-1320.
  - [5]张邵芬,哈灵侠,谢倩,等.更年期宁心胶囊与戊酸雌二醇对更年期大鼠脾细胞凋亡基因 bcl-2、Bax 表达的影响[J].中国中西医结合杂志,2004,24(6):201-204.
  - [6]郑瑞君,张宸铭.坤泰胶囊对原因不明性不孕症子宫内膜容受性的影响[J].中成药,2014,36(11):2261-2264.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:张杰 收稿日期:2018-05-30)

## 龙眼的药物解读

《中华人民共和国药典》2015年版一部收载:龙眼肉,为无患子科植物龙眼 *Dimocarpus longan* Lour.的假种皮。

【性味归经】性温,味甘。归心、脾经。

【功能主治】补益心脾,养血安神。用于治疗气血不足,心悸怔忡,健忘失明,血虚萎黄等。

【鉴别要点】本品为纵向破裂的不规则薄片,常黏结成团;长1~1.5 cm,宽2~4 cm,厚约0.1 cm。表面棕褐色,半透明。外表面皱缩不平,内表面光亮,有细皱纹。质柔润。气微香,味甜。

【禁忌】

1. 湿阻中满或有停饮、痰、火者忌服。
2. 孕妇体内多有热,不宜食用。
3. 小儿脏腑功能还未健全,不宜食用偏热偏寒食品,龙眼肉偏温,故不宜食用。
4. 龙眼肉含糖量高,故糖尿病患者不宜食用。

商品流通中的伪品龙眼

(请注意鉴别无患子科植物荔枝 *Litchi chinensis* Sonn.的假种皮。)

药材呈不规则的块片状或囊状,多黏结成团,长1.4~4 cm,宽1.5~2.5 cm,表面红棕色至棕黑色,皱缩不平,多为环切纵向剖开。内表面红棕色至红紫色,光滑而无光泽。有细致的纵向纹理,偶见内表皮与皮肉分离呈双层皮。质柔略糙,黏手,气香特异,味甜微酸。

——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.

# 电针八髎穴联合生物反馈 治疗出口梗阻型便秘疗效观察<sup>※</sup>

刘经州<sup>1</sup> 刘宝林<sup>1\*</sup> 高英杰<sup>1</sup> 杨红群<sup>2</sup> 贾国璞<sup>1</sup> 谢双喜<sup>1</sup> 宋春侠<sup>1</sup>

(1 承德医学院附属医院肛肠科, 河北 承德 067000; 2 承德市妇幼保健院产科, 河北 承德 067000)

**摘要:**目的 观察电针八髎穴联合生物反馈治疗慢性出口梗阻型便秘的临床疗效。方法 选取2016年1月—2017年12月肛肠科门诊收治的出口梗阻型便秘患者60例, 随机分为试验组和对照组, 试验组采用电针八髎穴联合生物反馈, 对照组采用灌肠加生物反馈。**结果** 试验组有效率为93.3% (28/30), 对照组有效率为70.0% (21/30), 2组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 2组治疗后排便症状较同组治疗前均有明显改善, 且试验组显著优于对照组 ( $P < 0.05$ ); 2组治疗后肛门动力学指标较治疗前均有明显改善, 且试验组显著优于对照组 ( $P < 0.05$ )。**结论** 电针八髎穴联合生物反馈治疗出口梗阻型便秘临床疗效确切, 操作简单易行, 值得临床推广应用。

**关键词:** 八髎穴; 生物反馈; 灌肠; 出口梗阻型便秘; 针刺

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.047

文章编号:1672-2779(2018)-18-0110-03

## Observation on the Curative Effect of Electroacupuncture for Baliao Acupoints Combined with Biofeedback in Treating Obstructive Constipation

LIU Jingzhou<sup>1</sup>, LIU Baolin<sup>1</sup>, GAO Yingjie<sup>1</sup>, YNAG Hongqun<sup>2</sup>, JIA Guopu<sup>1</sup>, XIE Shuangxi<sup>1</sup>, SONG Chunxia<sup>1</sup>

(1. Department of Proctology, the Affiliated Hospital of Chengde Medical College, Hebei Province, Chengde 067000, China;

2. Obstetrics Department, Chengde Maternal and Child Health Hospital, Hebei Province, Chengde 067000, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical efficacy of electroacupuncture at the point of acupoint combined with biofeedback in the treatment of patients with chronic outlet obstructive constipation. **Methods** Sixty patients with obstructive constipation were selected from January 2016 to December 2017 in the anorectal clinic were selected. The patients were randomly divided into experimental group and control group. The experimental group was treated with electroacupuncture at Baliao point combined with biofeedback, and the control group was treated with enema and biofeedback. **Results** The effective rate in the experimental group and in the control group was 93.3% (28/30) and 70.0% (21/30) respectively. There was a statistically significant difference between the two groups ( $P < 0.05$ ). The symptoms of defecation before and after the treatment in both groups were significantly improved, and the treatment was improved. After treatment, the experimental group was significantly better than the control group ( $P < 0.05$ ). Both groups after treatment than the treatment before the anal kinetic indicators have improved significantly, and the experimental group after treatment was significantly better than the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Electroacupuncture and acupoints combined with biofeedback in the treatment of outlet obstructive constipation is effective, easy to operate and worthy of clinical application.

**Keywords:** Baliao acupoint; biofeedback; enema; outlet obstruction constipation; acupuncture

慢性功能性便秘 (chronic function constipation, CFC) 是指无明显器质性病变而以功能性改变为特征的排便障碍, 表现为大便量减少, 变硬, 排出困难, 或合并一些常见临床症状, 如排便时间延长, 直肠坠胀感, 排便不尽感, 甚至需要手法协助排便。其中包括结肠慢传输型便秘、出口梗阻型便秘和混合型便秘。出口梗阻型便秘临床常见, 这类病人肛门直肠症状明显, 笔者2015年1月—2016年12月采用电针八髎穴联合生物反馈治疗出口梗阻型便秘30例, 取得了满意的临床疗效, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 60例均为承德医学院附属医院肛肠科门诊2016年1月—2017年12月收治的出口梗阻型便秘患

者, 其中男性5例, 女性55例; 年龄35岁~72岁, 平均年龄 (54±4.5) 岁; 病程6~96个月, 平均 (36±3.5) 月。按照随机数字表法将60例患者随机分为2组, 即试验组和对照组, 试验组中男性2例, 女性26例; 年龄38~72岁, 平均年龄 (56±4.8) 岁; 病程8~96个月, 平均 (37±3.6) 月。对照组中男性3例, 女性29例; 年龄35~68岁, 平均年龄 (52±4.2) 岁; 病程6~90个月, 平均 (35±3.4) 月。2组患者的一般资料, 包括性别、年龄, 病程比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。所有患者均签署治疗知情同意书, 该研究已经本院医学伦理委员会审核通过。

**1.2 纳入标准** 所有患者均符合罗马Ⅲ功能性便秘的诊断标准<sup>[1]</sup>: 即在过去的12个月中, 持续或累积至少12周并有以下2个或2个以上症状: 4次排便至少1次用力过度; 4次排便至少1次为硬便或者颗粒样便; 4次排便至少1次有肛门直肠梗阻感或阻塞感; 4次排便至少1次需要手法

※ 基金项目: 河北省承德市科技支撑项目 [No.201701A053]

\* 通讯作者: 283681356@qq.com

帮助；每周大便次数少于3次，日排便量小于35 g。

**1.3 排除标准** 行结肠镜检查发现结直肠器质性病变者，如发现结直肠肿瘤或结直肠息肉；行结肠传输试验证实为结肠慢传输便秘者；严重心肺功能障碍、严重高血压、冠心病者；精神障碍性疾病者；妊娠及哺乳期妇女；有内痔、外痔、混合痔、肛瘘、肛裂、肛周脓肿等肛门疾病或有肛门直肠手术史者。

**1.4 治疗方法** 试验组采用电针八髎穴联合生物反馈，对照组采用生物反馈加灌肠。分别治疗3个疗程后进行疗效评价。

选取穴位：八髎穴。步骤如下<sup>[2]</sup>：患者暴露下半身并取俯卧位，以枕头置于患者腹部使臀部抬高，躯干和下肢的角度在30°左右。明确解剖位置：骶骨上缘和尾骨尖连线的中点向两侧各旁开1横指，确定骶孔位置S<sub>3</sub>；两侧S<sub>3</sub>骶孔位置向上各1横指，确定S<sub>2</sub>骶裂位置；两侧S<sub>2</sub>骶孔位置向上各1横指，确定S<sub>1</sub>骶孔位置；两侧S<sub>3</sub>骶孔位置向下各1横指，确定S<sub>4</sub>骶裂孔位置。S<sub>1</sub>、S<sub>2</sub>、S<sub>3</sub>、S<sub>4</sub>对应穴位分别为上髎穴、次髎穴、中髎穴和下髎穴，以0.5%碘伏消毒以上穴位，选用0.35 mm×50 mm一次性毫针，与体表呈60°角进针，针刺深约40 mm，提插捻转得气后，使针感向肛门和前阴部位放射，选用并连接好G6805型脉冲电针治疗仪，上髎、次髎、中髎、下髎各连接一对电极，调节档位至低频断续波，频率为60次/分，输出为方形波，正脉冲波峰峰值50 V，波宽为500 us，负波脉冲峰值为35 V，波宽250 us，留针时间约30 min，每日1次电针治疗，7次为1个疗程，治疗3个疗程后给予效果评估。

生物反馈治疗<sup>[3]</sup>：将粘贴式三导腹前斜肌体表电极与纵行的插入式肛管电极，分别置于体表和肛门外括约肌内侧，构成回路电路，连接便秘生物反馈治疗仪，在计算机显示屏上观察患者在排便实验中的波形，选择与之对应的生物反馈课程，每天治疗1次，每次持续45 min，每周治疗7次，1周为1个疗程，治疗3个疗程。每次生物反馈治疗结束后患者自行训练排便动作，每天至少3次，每次持续时间约为20 min。

灌肠治疗：嘱患者左侧卧位，灌肠器盛满温盐水400 mL并悬挂于输液架上，将涂抹石蜡油润滑剂的导管头部插入患者肛门，深度保持约10 cm，嘱患者肛门保持闭合状态并禁止行排便动作，打开导管中部的阀门开关，匀速将温盐水灌入患者直肠，嘱患者以最长保留灌肠，之后排出体外。每日行4次灌肠，上下午各2次，7天为1个疗程，进行3个疗程。

### 1.5 疗效评价

**1.5.1 疗效评定标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》，采用尼莫地平法进行计算<sup>[4]</sup>，疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%，痊愈：主要症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%；显效：

主要症状、体征明显改善，70≤疗效指数<95；有效：主要症状、体征明显好转，30%≤疗效指数<70%；无效：主要症状，体征无明显改善，甚或加重，疗效指数<30%。

**1.5.2 自拟便秘症状评价标准** 排便费力、排便不净感：无排便费力、排便不净感为0分；偶尔有排便费力、排便不净感为1分；经常有排便费力、排便不净感为2分，每次都有为3分。排便频率评分：排便1天1~2次为0分，排便≥3次/周为1分，排便1~2次/周为2分，排便<1次/周为3分。

**1.5.3 排便肛门直肠动力学指标** 2组治疗前后行肛门直肠测压：肛管静息压 (anal rest pressure, ARP)、肛管最大收缩压 (anaml maximum contraction pressure, AM-CP)、肛管最长收缩时间 (anal longest contraction time, ALCT)。

## 2 结果

**2.1 2组患者疗效比较** 试验组有效率为93.3%，对照组有效率为70.0%，2组比较差异有统计学意义 (P<0.05)，结果提示试验组临床疗效优于对照组，见表1。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	30	6(20.0)	8(26.7)	14(46.7)	2(6.7)	28(93.3) <sup>a</sup>
对照组	30	2(6.7)	6(20.0)	13(43.3)	9(33.3)	21(70.0)

注：与对照组比较，<sup>a</sup>P<0.05

**2.2 2组患者治疗前后排便症状积分比较** 2组患者经过治疗后排便症状均有明显改善，分别与治疗前比较，差异具有统计学意义 (P<0.05)；治疗后，2组排便症状积分比较，差异具有统计学意义 (P<0.05)，提示试验组排便改善程度优于对照组，见表2。

表2 2组患者治疗前后排便症状积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	时间	排便费力	排便不净感	排便频率
试验组	30	治疗前	2.37±0.61	2.46±0.52	2.76±0.56
		治疗后	1.63±0.56 <sup>ab</sup>	1.72±0.55 <sup>ab</sup>	1.68±0.43 <sup>ab</sup>
对照组	30	治疗前	2.39±0.52	2.56±0.51	2.65±0.52
		治疗后	1.89±0.45 <sup>a</sup>	1.94±0.57 <sup>a</sup>	1.87±0.41 <sup>a</sup>

注：与本组治疗前比较，<sup>a</sup>P<0.05；与对照组同期比较，<sup>b</sup>P<0.05

**2.3 2组患者治疗前后肛门动力学各指标比较** 治疗后，2组ARP和ACMP较同组治疗前均有减小，且治疗后试验组的减小程度优于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)，见表3。

表3 2组患者治疗前后肛门动力学各指标比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,KPa)

组别	例数	时间	ARP	AMCP	ALCT
试验组	30	治疗前	7.68±0.57	21.76±1.58	35.77±3.67
		治疗后	6.53±0.56 <sup>ab</sup>	16.65±1.36 <sup>ab</sup>	34.89±3.52
对照组	30	治疗前	7.89±0.57	23.96±1.67	34.83±3.53
		治疗后	7.16±0.46 <sup>a</sup>	18.13±1.32 <sup>a</sup>	32.64±3.14

注：与本组治疗前比较，<sup>a</sup>P<0.05；与同期对照组比较，<sup>b</sup>P<0.05

### 3 讨论

出口梗阻型便秘 (outlet obstruction constipation, OOC) 是功能性排便障碍中较为常见的一种类型, 多见于经产妇。目前OOC常用治疗方法包括口服泻剂、灌肠治疗、生物反馈治疗、外科手术治疗等。长期口服泻剂容易引起大肠黑变病<sup>[9]</sup>, 停用泻剂后更容易加重便秘; 外科手术干预治疗属于有创操作, 患者痛苦大, 费用高, 加之手术疗效的不确定性等因素, 其更容易引起患者恐慌、焦虑甚至抑郁。生物反馈治疗是目前一种治疗便秘的有效方法, 其临床疗效肯定, 国内已经有相关研究和报道, 井松梅<sup>[9]</sup>对78例功能性便秘患者进行生物反馈治疗, 发现其总有效率为85.9%, 便秘症状和排便动力学指标均有明显好转及改善, 且进行了6个月的跟踪随访, 和治疗前相比有显著性差异。骶神经刺激疗法目前作为新兴的治疗手段, 在我国取得了很好的临床疗效。李欣等<sup>[7]</sup>对40例出口梗阻型便秘患者行骶神经刺激疗法, 发现其临床疗效要优于单纯口服复方聚乙二醇电解质散剂和单纯应用针灸治疗。但是骶神经刺激仪价格昂贵, 治疗费用高, 疗程长, 病人依从性差。而电针八髎穴, 只需要操作者熟悉解剖定位和针刺手法, 成本低廉, 患者依从性好, 治疗费用相对较低。

中医巨著《黄帝内经》中就有八髎穴的记载, 八髎之名称最早见于《素问·空骨论》, 其曰: “腰痛不可以转摇, 急引卵阴, 刺八髎与痛上, 八髎在腰尻分间。”关于八髎穴的详细定位可追溯到《针灸甲乙经》, 书中曰: “上髎在第一空, 腰踝下一寸, 夹脊陷者中, 次髎在第二空, 夹脊陷者中, 中髎在第三空, 夹脊陷者中, 下髎在第四空, 夹脊陷者中。”本研究电针八髎穴步骤中的定位与上述中医著作中所记载基本相同。八髎穴属于足太阳膀胱经穴, 足少阴肾经与足太阳膀胱经相互表里, 八髎穴是治疗便秘的要穴, 早在《针灸甲乙经》中就有记载, 其曰: “大便难, 腰尻中寒,” 《千金要方》中就有“大小便不解灸八髎”之说, 电针八髎穴有调理下焦和痛经活络之功效, 可以激活并调理膀胱及肾司开阖之功能, 促进二便恢复正常。现代解剖学认为八髎穴的深部为第1、2、3、4骶神经之走行, 而骶神经根走行于椎管内, 电针八髎穴可以刺激骶神经, 从而调节排便反射。

本研究中60例患者治疗前ARP和AMCP均较大, 其中试验组经过治疗后下降到 (6.53±0.56) KPa, 对照组下降到 (7.16±0.46) KPa, 2组比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 经过治疗后试验组AMCP下降到 (16.65±1.36) KPa, 对照组下降到 (18.13±1.32) KPa, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), ARP的产生受到肛门

内、外括约肌的综合作用而形成, 但主要由肛门内括约肌产生, 内括约肌是不随意肌, 正常状态下保持收缩, 从而形成一定的压力。AMCP是肛管收缩产生的最大压力, 可以反映肛门的控便能力, 肛门失禁的病人AMCP明显低于正常人, 而出口梗阻型便秘患者AMCP远远高于正常人。出口梗阻型便秘患者肛门静息压及AMCP过大, 排便时不能及时降低, 便形成了排便的阻力, 成为了便秘的一个重要因素。经过治疗后试验组的ARP和AMCP较对照组均有显著性改善, 说明直肠的感觉和盆底肌的运动功能得到了显著改善, 肛管松弛程度也有了明显的改善。电针八髎穴, 电针的脉冲作用可以通过足太阳膀胱经的经脉、经别或者络脉传导到体内更深部位, 也可以到达骶神经支配的相关区域。孙国杰认为<sup>[8]</sup>: 脉冲电刺激有刺激运动传出神经和传入神经的双重功能。八髎穴与现代解剖学S<sub>1</sub>-S<sub>4</sub>骶孔存在一一对应的关系, 决定了电针刺刺激八髎穴可以使得电脉冲刺激S<sub>1</sub>-S<sub>4</sub>骶神经的分布区域, 诸如盆底、尿道、膀胱、直肠等, 对出口梗阻型便秘有一定的治疗作用。其作用机制可能是, 电刺激产生的脉冲频率可以抑制或者兴奋S<sub>1</sub>-S<sub>4</sub>骶神经使得直肠以及肛门恢复正常的储存粪便和排便的生理机能。灌肠治疗通过增加直肠容量, 刺激直肠压力感受器, 产生神经冲动到达低级怕便中枢, 之后传给大脑高级神经中枢, 再将神经冲动传给盆底肌肉, 松弛肛门使得排便动作得以完成。灌肠治疗只是完成一个刺激排便过程, 未达到有效治疗的目的。而电针八髎穴有促进排便和治疗便秘的双重作用。

综上所述, 电针八髎穴联合生物反馈治疗出口梗阻型便秘, 中西医结合, 可以有效降低患者ARP和AMCP, 明显改善患者的便秘症状, 使得排便通畅, 缓解排便不净感, 改善排便频率, 操作简便易行, 费用低廉, 具有一定的临床应用价值。但本研究存在不足, 比如样本量偏少, 虽然近期疗效肯定, 但是远期疗效尚待进一步随访观察。

#### 参考文献

- [1]金黑鹰, 章蕾, 实用肛肠病学[M].上海:上海科学技术出版社, 2014:10.
- [2]杨士伟, 辛学知, 刘钧宁.电针八髎穴治疗盆底痉挛综合征疗效观察[J].中国针灸, 2014, 34(9):869-872.
- [3]张春泽, 张雅莉, 付文政, 等.生物反馈对低位直肠癌术后排便动力学的影晌[J].中国中西医结合外科杂志, 2016, 22(3):235-237.
- [4]金国栋.穴位埋线治疗便秘型肠易激综合征疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(1):5-7.
- [5]贺银丽, 高虹.含蒽醌类中药的毒性研究及其进展[J].中国医药导报, 2014, 11(35):160-162.
- [6]井松梅.生物反馈治疗在功能性排便障碍性便秘的临床效果[J].中国全科医学, 2017, 7(20):141-143.
- [7]李欣, 赵刚, 张立泽, 等.骶神经刺激对功能性出口梗阻型便秘的动力学影响及疗效观察[J].山东医药, 2013, 53(37):68-70.
- [8]孙国杰.针灸学[M].上海:上海科学技术出版社, 2002:152.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张学诚 收稿日期:2018-06-12)



## 中国穴位埋线疗法系列讲座(83)

# 颈中神经节配合天突穴埋线治疗慢喉痹临床观察

蔡志梅 王玉明

(甘肃省武威针灸医院针灸科, 甘肃 武威 733000)

**摘要:**目的 观察颈中神经节配合天突穴埋线治疗慢喉痹的效果。方法 将60例慢喉痹患者随机分为2组,埋线组30例给予颈中神经节配合天突穴埋线治疗,针刺组30例给予单纯针刺治疗,对比其疗效。结果 埋线组总有效率90.0%,针刺组总有效率69.7%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:颈中神经节配合天突穴埋线治疗慢喉痹是一种安全有效的方法。

**关键词:**颈中神经节;天突穴;慢喉痹;埋线;针刺

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.048

文章编号:1672-2779(2018)-18-0113-02

### Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (83)

### Clinical Observation on Cervical Middle Ganglion Combined with Catgut Embedding at Tiantu (RN22) in Treating Chronic Laryngeal Arthralgia

CAI Zhimei, WANG Yuming

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Wuwei Acupuncture Hospital, Gansu Province, Wuwei 733000, China)

**Abstract: Objective** To observe the effect of middle cervical ganglion combined with catgut embedding on chronic laryngeal arthralgia. **Methods** 60 patients with chronic laryngeal arthralgia were randomly divided into two groups. 30 cases in the catgut embedding group were treated with the middle cervical ganglion combined with catgut embedding at Tiantu point, and 30 cases in the acupuncture group were treated with simple acupuncture. The curative effect was compared. **Results** The total effective rate in the embedding group and in the acupuncture group was 90.0% and 69.7% ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The middle cervical ganglion combined with catgut embedding is a safe and effective method to treat chronic laryngeal arthralgia.

**Keywords:** middle cervical ganglion, Tiantu (RN22); chronic pharyngitis; catgut embedding; acupuncture

(上接第17期)

慢喉痹(即慢性咽炎)为咽部黏膜、黏膜下及淋巴组织的慢性炎症。以咽喉干燥,痒痛不适,咽部异物感或干咳少痰为症候特征。笔者以颈中神经节配合天突穴埋线治疗慢喉痹,现报道如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 60例患者均于2015年3月—2018年3月就诊于武威针灸医院门诊部,随机将患者分为埋线组和针刺组。埋线组30例,年龄27~50岁,男23例,女7例;病程最短5个月,最长13年。针刺组30例,年龄28~49岁;病程最短4个月,最长11年,男24例,女6例。2组患者临床资料经统计学处理,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》(以下简称《指南》)<sup>[1]</sup>及《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>相关部分拟定诊断标准。

**1.2.1 中医诊断标准** (1)可有急喉痹反复发作史,或有嗜好烟酒、辛辣食物史,或长期烟尘、有害气体刺激史;(2)咽部干燥,或有异物感、灼热感、轻微疼痛等不适感,或咽痒咳嗽、干呕等。病程较长,时轻时重;(3)咽黏膜弥漫性充血,或见咽侧索肥厚,咽后壁淋巴滤泡增生,甚者融合成片;或咽黏膜干燥萎缩。

**1.2.2 中医辨证分型** (1)肺肾阴虚证:咽干少饮,隐隐

作痛,午后较重,或咽部哽哽不利,干咳痰少而稠;或有手足心热,午后颧红,失眠多梦,耳鸣眼花;舌红,苔薄,脉细数;(2)脾气虚弱证:咽喉不舒,微干、微痒、微痛;口干不欲饮,或喜热饮,或恶心,呃逆反酸,倦怠乏力,少气懒言,或腹胀,胃纳欠佳,大便不调;舌质红、边有齿印、苔薄白,脉细弱;(3)脾肾阳虚证:咽部异物感,哽哽不利,痰涎稀白,病程日久,咽黏膜色淡;或有面白,形寒肢冷,腰膝冷痛,腹胀,食少,大便清稀;舌质淡胖,苔白,脉沉细;(4)痰瘀互结证:咽部异物梗阻感,咽微痛,咳痰不爽;或恶心想吐,胸闷不舒;舌质暗红,或瘀斑瘀点,苔薄白,脉弦滑。

#### 1.3 治疗方法

**1.3.1 埋线组** 取穴:主穴:颈中神经节、天突穴。配穴:肺肾阴虚证加肺俞、肾俞及相对应的夹脊穴;脾气虚弱证加脾俞及相对应夹脊穴;脾肾阳虚证加脾俞、肾俞及相对应夹脊穴;痰瘀互结证加脾俞、膈俞及相对应夹脊穴。

**体位:**仰卧位,使枕部与背部处于同一高度或将一薄枕置于颈后部,使头尽量后仰,以充分暴露颈部。口微张以减小颈前肌张力。

**穿刺方法及要点:**术区碘伏常规消毒,戴无菌手套。颈中神经节<sup>[3]</sup>:左手中指端置于环状软骨外缘(胸锁关节向上2.5 cm)与胸锁乳突肌、颈总动脉之间,

指端向后方触压约1 cm,右手持一次性使用埋线针(规格型号:AN-S9,镇江高冠医疗器械有限公司)快速刺破皮肤,从此处缓慢进针约1 cm,将可吸收性外科缝线(商品名:PGLA缝线,上海浦东金环医疗用品股份有限公司,线长1 cm)植入(边推针芯,边退针管),出针后用消毒干棉球按压片刻,创可贴固定。天突穴<sup>[1]</sup>:左手中指端置于胸骨柄后上缘处,右手持一次性使用埋线针(规格型号:AN-S9,镇江高冠医疗器械有限公司),从此处进针并沿胸骨柄后缘向下刺入1 cm,将可吸收性外科缝线(商品名:PGLA缝线,上海浦东金环医疗用品股份有限公司,线长1 cm)植入,出针后用消毒干棉球按压片刻,创可贴固定。

**1.3.2 针刺组** 取穴:同埋线组。操作:采用常规法针刺,以患者得气为度,不留针,平补平泻手法,每天治疗1次,治疗7 d,休息3 d,治疗21次为1个疗程,1个疗程后观察疗效。

**1.4 疗效评定标准** 参照《中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》(以下简称《指南》)<sup>[2]</sup>及《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>相关部分拟定疗效标准。痊愈:症状消失,咽黏膜充血水肿消退,咽后壁肿大的淋巴滤泡恢复正常,黏膜分泌物消失;显效:大部分症状消失,只有轻微的咽部异物感,咽黏膜充血水肿明显减轻,咽喉壁留有少量淋巴滤泡及少量黏液;有效:症状好转,咽黏膜充血水肿减轻;无效:经治疗,症状、体征无变化者。

**1.5 统计学方法** 使用SPSS 10.0统计分析软件进行统计分析,总有效率采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。由专业人员对数据处理分析。

## 2 结果

如表1所示,埋线组总有效率优于针刺组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
埋线组	30	6(20.0)	19(63.3)	8(26.7)	3(10.0)	27(90.0) <sup>0)</sup>
针刺组	30	4(6.7)	11(36.7)	9(27.3)	10(30.3)	23(69.7)

注:与针刺组比较, $\chi^2=3.96$ ,<sup>0)</sup> $P<0.05$

## 3 讨论

中医学认为,咽喉与经络的关系非常密切,据《经络学》<sup>[4]</sup>记载,直接或间接通过咽喉部的经络有12条之多,可谓是经络循行的“要冲之处”或“咽喉要道”。如“胃足阳明之脉,循喉咙;脾足太阴之脉,挟咽;心手少阴之脉,上挟咽;小肠手太阳之脉,循咽下膈;肾足少阴之脉,循喉咙;肝足厥阴之脉,循喉咙之后,上入颞颥(喉头部);任脉者,至咽喉。督脉者,入喉。肺手太阴之脉,从肺系横出腋下;大肠手阳明之脉,入缺盆;三焦手小阳之脉,入缺盆;胆足少阳之脉,入缺盆。”依据“经脉所过,主治所及”的

原则,选取颈中神经节(相当于阿是穴)配合天突穴埋线治疗慢喉痹。既能充分发挥局部治疗作用,又能从整体调理脏腑功能,标本兼治,理论依据充分,临床疗效显著。

现代医学认为,颈交感神经节分为颈上、颈中和颈下神经节,分别位于C<sub>2</sub>、C<sub>6</sub>和C<sub>7</sub>椎体前侧方,颈下神经节与T<sub>1</sub>神经节融合而称为星状神经节。由于星状神经节与喉返神经、膈神经、臂丛神经、气管、食管、甲状腺和甲状腺下动脉、胸膜顶、颈动脉鞘、锁骨下动脉、椎动脉等重要神经、组织、血管毗邻,穿刺风险高。另外星状神经节存在解剖变异的问题,如7%~10%的人群中椎动脉位于C<sub>6</sub>横突孔之外走行,50%~70%人群中食管位于气管后方偏左位置,尚有部分人群存在食管憩室等情况,误穿均可能导致严重并发症。Cha等<sup>[5]</sup>用超声测量了从皮肤到C<sub>6</sub>横突的进针深度,结果:此深度平均值为男性(9.5+2.7) mm(左侧)和(9.7+2.5) mm(右侧),女性(8.0+2.2) mm(左侧)和(8.2+2.0) mm(右侧)。最后认为无论男女,其进针深度的平均值不应超过10 mm,最大的深度值是16.6 mm。

作用机制主要有中枢作用和外周作用两方面,其中枢作用通过调节下丘脑的机能维护内环境稳定,使机体的植物神经功能、内分泌功能和免疫功能保持正常;其周围作用是由于抑制埋线部位的节前节后纤维功能,调节和抑制分布区内的交感神经支配的心血管运动、腺体分泌、肌肉紧张、支气管收缩及痛觉传导,从而阻断了疾病的恶性循环<sup>[6]</sup>。而颈中神经节定位清晰,穿刺深度确定了安全范围,减低了穿刺过程中损伤毗邻神经及组织血管的风险,同样能够产生与星状神经节相同或相近的临床疗效<sup>[7]</sup>。

天突穴深部布有锁骨上神经前支及丰富的交感神经纤维,而交感神经纤维又广泛分布至咽喉、气管、支气管等组织,这是颈中神经节(相当于阿是穴)配合天突穴埋线治疗慢喉痹的神经生理学基础。三穴同用,针线结合,增强了对穴位的刺激量,提高了咽喉部免疫机能,使慢性炎症得到控制,从而达到治疗目的。

## 参考文献

- [1]中华中医药学会.《中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》[S].北京:中国标准出版社,2012:29.
- [2]李研.颈中交感神经节阻滞在神经性耳聋耳鸣治疗中的应用价值[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(15):75-76.
- [3]韦昭文,刘海英.天突穴针刺安全深度的应用解剖研究[J].辽宁中医药大学学报,2010(3):153-154.
- [4]李鼎.经络学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:21-78.
- [5]卢光,易晓斌,陶蔚,等.星状神经节阻滞技术的临床应用[J].中国疼痛医学杂志,2015,21(1):56-59.
- [6]杨才德,雒成林.穴位埋线疗法[M].北京:中国中医药出版社,2015:359.
- [7]姜友水,李锋,陈辉,等.超声引导下颈中神经节阻滞操作方法的优化[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(12):958-959.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李青梅 收稿日期:2018-07-02)

(未完待续)

# 针灸治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效

张平

(赣州市人民医院康复医学科, 江西 赣州 341000)

**摘要:**目的 探究中医针灸治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效。方法 选取我院2015年7月—2017年12月收治的100例脑卒中后吞咽困难患者作为研究对象,通过病床尾号单双数的抽取方式将患者分为对照组50例,试验组50例。对照组患者给予常规康复治疗,试验组患者给予中医针灸治疗,并对2组患者的临床治疗效果以及吞咽功能和生活质量评分进行比较。结果 试验组患者的临床治疗效果以及吞咽功能和生活质量评分均优于对照组,  $P < 0.05$ 。结论 在脑卒中后吞咽障碍患者的治疗中采用中医针灸方式可以有效改善患者的吞咽功能,促使患者的生活质量得到提升,具有良好的治疗效果,因此值得推广。

**关键词:** 脑卒中; 吞咽障碍; 针刺; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.049

文章编号:1672-2779(2018)-18-0115-02

## The Clinical Effect of Acupuncture and Moxibustion in Treating Dysphagia after Stroke

ZHANG Ping

(Department of Rehabilitation Medicine, Ganzhou People's Hospital, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of TCM acupuncture on dysphagia after stroke. **Methods** In our hospital from July 2015 to December 2017 admitted 100 cases of dysphagia after stroke patients as the research object were selected. Through the number of hospital beds and private single extraction, patients were divided into control group of 50 cases and experimental group of 50 cases. The control group was given routine rehabilitation treatment, and the experimental group was given the way of traditional Chinese medicine acupuncture treatment. The clinical therapeutic effect of two groups of patients as well as swallowing function and quality of life score comparison was made. **Results** The clinical treatment effect, swallowing function and quality of life score of the experimental group were better than those of the control group  $P < 0.05$ . **Conclusion** TCM acupuncture in the treatment of patients with swallowing disorder after stroke can effectively improve the patients' swallowing function, improve the quality of life, has good treatment effect, and is worth promoting.

**Keywords:** stroke; dysphagia; acupuncture; stroke

脑卒中是神经科最常见的一种疾病,主要是指脑部血管突然性的崩裂或血管阻塞,使得血液无法正常流入大脑,从而引起脑组织损伤<sup>[1]</sup>。患者在发生脑卒中时可表现为头晕头痛、肢体麻木、吐字不清、半身不遂等症状,严重情况下还会造成患者的死亡,对于广大患者的身体健康和生命安全都是一种极大的威胁<sup>[2]</sup>。在脑卒中的临床治疗中,通常情况下以疾病预防为主,但对于在脑卒中后存在吞咽障碍的患者来说,及时的针灸治疗是促进病情好转的关键<sup>[3]</sup>。因此,本文通过对收治的100例患者进行了分组研究,并对其中的50例给予中医针灸治疗,效果较为显著,现将本研究结果报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院2015年7月—2017年12月收治的100例脑卒中后吞咽困难患者,通过病床尾号单双数的抽取方式将患者分为试验组和对照组。对照组50例,男25例,女25例;年龄50~75岁,平均(62.5±2.5)岁。试验组50例,男28例,女22例;年龄51~76岁,平均(63.5±2.6)岁。2组患者的一般资料没有显著的差异,  $P > 0.05$ ,具有可比性。

**1.2 纳入标准** 以上2组患者均符合《脑卒中诊治标准》

中关于脑卒中疾病的相关诊断标准,且经过了影像学以及病理学检查确诊为脑卒中患者;2组患者均存在不同程度的吞咽困难的情况,如舌运动困难、咀嚼异常等;均属于自愿参与的患者,并签订了知情同意书,经过了医院伦理委员会的批准。

**1.3 排除标准** 排除合并其器官恶性病变的患者;排除存在严重感染的患者;排除心肝肾功能不全的患者;排除入组进行治疗前已经接受过系统治疗的患者;排除存在严重精神障碍以及语言交流障碍的患者;排除不愿参与本次研究或者中途退出研究的患者。

### 1.4 治疗方法

**1.4.1 对照组** 对照组患者给予常规康复治疗。(1)医护人员要密切关注患者的呼吸情况,及时给予患者吸氧治疗,必要时进行气管插管;(2)要鼓励患者尽可能地多进食食物,但在进食过程中要注意避免误吸情况的出现,否则会造成感染;(3)定期为患者以及家属进行健康知识宣教,帮助患者和家属提高对疾病治疗的认知,提高对治疗的依从性;(4)对于存在不同程度疼痛的患者来说,医护人员要及时给予患者止痛药。

**1.4.2 试验组** 试验组患者给予中医针灸治疗。针灸方法:在金津穴、廉泉穴、玉液穴、双侧风池穴、百劳

穴进行针刺，留针时长约20 min，每天针灸1次。

2组患者在接受常规康复治疗之后均给予吞咽训练：可以在患者的口腔中放入汤匙，指导患者进行舔勺、咀嚼等动作的训练，一方面锻炼口腔的灵活性，另一方面也锻炼了患者的喉部肌肉；除此之外，还可以利用冰冻好的棉棒蘸水，刺激患者的舌根、咽后壁、软腭等部位，帮助患者进行吞咽训练，每次训练时长维持在10 min左右，每天进行3次。

**1.5 观察指标** (1) 临床治疗效果。显效：患者的洼田饮水试验结果正常，吞咽困难的症状消失；有效：患者的洼田饮水试验评分有明显的提升，吞咽困难的情况也有所好转；无效：以上情况均未达标。有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%；(2) 吞咽功能和生活质量评分。

**1.6 统计学方法** 本研究数据资料均以SPSS 20.0软件进行处理，计量资料均以均数±标准差表示，采取 $t$ 检验，计数资料以(%)表示，采用 $\chi^2$ 检验，结果以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者临床治疗效果比较** 试验组患者的临床治疗效果明显优于对照组， $P<0.05$ ，具体情况见表1。

表1 2组患者临床治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	50	38(76)	11(22)	1(2)	49(98.0)
对照组	50	27(54)	13(26)	10(20)	40(80.0)
$\chi^2$ 值					8.2737
$P$ 值					0.0040

**2.2 2组患者吞咽功能和生活质量评分比较** 试验组患者的吞咽功能和生活质量评分明显优于对照组， $P<0.05$ ，具体情况见表2。

表2 2组患者吞咽功能和生活质量评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	吞咽功能评分	生活治疗评分
试验组	50	95.33±2.78	96.56±1.62
对照组	50	81.65±2.66	79.87±1.54
$t$ 值		25.1409	52.7995
$P$ 值		0.0000	0.0000

## 3 讨论

近年来，我国脑卒中患者在逐年增多，具有极高的发病率和致残率。脑卒中的产生可能与高血压、动脉粥样硬化、不良的生活习惯等因素有关，合并高血压、高血糖、血脂异常的患者已经成为了脑卒中发生的高危人群<sup>[4]</sup>。吞咽障碍是脑卒中患者最为常见的一种后遗症，除了进行常规的治疗之外，有效的中医针灸可以帮助患者进一步改善吞咽困难的状况，促进病情的好转，提高生活质量<sup>[5]</sup>。因此，本研究主要采取了针

灸的方法来开展对脑卒中患者的治疗。

中医认为，脑卒中属于“中风”的范畴，主要是由于气血失调、血行失畅、肝气郁滞等原因而引起的，所以在中医的治疗当中，要将活血化瘀、调理气血、祛风除湿作为主要的治疗方向<sup>[6]</sup>。针灸是中医治疗中较为常见的一种方法，也是一种中国特有的治疗疾病的手段，属于“内病外治”的医术。主要是指通过经络、腧穴的传导作用，以及应用一定的操作法，来治疗全身疾病，具有治疗范围广、操作简便、经济安全等优势，通过在不同穴位行针，帮助患者达到治疗疾病的目的<sup>[7]</sup>。在金津穴和玉液穴进行针刺主要可以治疗口疮、舌强、舌肿等症；廉泉穴主要用于治疗舌下肿痛、舌根急缩、舌强、中风失语等症，具有通气血、疏经脉的功效，配合金津穴、玉液穴可以有效治疗治舌强不语、舌下肿痛、舌缓流涎、暴暗等症<sup>[8]</sup>；风池穴又称热府穴，在头额后面大筋的两旁与耳垂平行处，所属经络为足少阳胆经。主要用于头痛、头重脚轻、眼睛疲劳、颈部酸痛、落枕、失眠等症的治疗，在此处进行针灸可以起到壮阳益气、疏风散热的功效；百劳穴具有舒经活络、滋补肺阴的作用。在金津穴、廉泉穴、玉液穴、双侧风池穴、百劳穴进行联合行针可以更好地缓解患者吞咽困难的状况，有效改善病情<sup>[9]</sup>。在针灸的基础上进行吞咽康复训练，这样一来促进了呼吸道功能的恢复，及时清除了瘀积在患者呼吸道的异物，保持了正常的呼吸功能，改善了吞咽功能<sup>[10]</sup>。

本研究表明，试验组患者的临床治疗效果以及吞咽功能和生活质量评分均明显优于对照组， $P<0.05$ ，由此可以得知，在脑卒中后伴有吞咽障碍的患者中采取中医针灸方式可以有效改善患者的吞咽功能，进一步提升其生活质量，因此，值得在临床治疗中进行广泛的应用。

## 参考文献

- [1]刘晨. 针灸联合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 医学综述, 2014, 20(11):2095-2096.
- [2]张盘德, 姚红, 周惠娣, 等. 针灸与吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(11):989-993.
- [3]刘喜悦. 针灸与吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察[J]. 中国中医急症, 2017, 26(1):170-172.
- [4]陈澈, 院立新, 张根明, 等. 针灸综合治疗方案对卒中后吞咽障碍的临床疗效研究[J]. 针灸临床杂志, 2014(5):9-12.
- [5]张利泰, 刘铁红, 张红文, 等. 立体针刺结合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2014(7):15-17.
- [6]冯声旺, 曹淑华, 杜淑佳, 等. 针刺配合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(4):347-350.
- [7]祝飞虹, 吴赞杨, 郑娟芬, 等. 舌下三针联合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效观察[J]. 中国医师杂志, 2015, 17(4):586-587.
- [8]闫晓洁. 电刺激与针灸治疗急性脑卒中后吞咽障碍疗效对比分析[J]. 四川中医, 2015(12):177-179.
- [9]杨玲, 黄科源, 王娟. 不同方法治疗急性脑卒中后吞咽障碍的疗效比较[J]. 重庆医学, 2015(22):3063-3065.
- [10]齐明, 张根明. 针灸治疗卒中后吞咽障碍疗效研究[J]. 北京中医药, 2013(7):512-514.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈万生 收稿日期:2018-06-19)

# 颈椎病实施中医推拿治疗法的临床效果观察

徐兵

(南昌市按摩医院推拿科, 江西 南昌 330006)

**摘要:**目的 分析颈椎病实施中医推拿治疗法的临床效果。方法 选取2015年3月—2017年4月本院收治的颈椎病患者92例,按照随机信封法将其分为试验组(46例)、对照组(46例)。对照组实施口服药物治疗,试验组实施中医推拿治疗,观察2组患者的治疗效果、治疗时间、机体功能恢复时间、疼痛评分、椎间盘高度、功能障碍指数、不良反应发生率。结果 试验组治疗效果高于对照组,  $P<0.05$ ; 试验组治疗时间低于对照组,  $P<0.05$ ; 显示试验组机体功能恢复时间低于对照组,  $P<0.05$ ; 试验组疼痛评分低于对照组,  $P<0.05$ ; 试验组椎间盘高度低于对照组,  $P<0.05$ ; 试验组功能障碍指数低于对照组,  $P<0.05$ ; 试验组不良反应发生率低于对照组,  $P<0.05$ 。结论 颈椎病实施中医推拿治疗法的临床效果显著,机体功能恢复时间较短,值得临床推广和应用。

**关键词:** 颈椎病; 中医推拿; 疼痛; 椎间盘; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.050

文章编号:1672-2779(2018)-18-0117-02

## Observation on the Clinical Effect of Massage Therapy on Cervical Spondylosis

XU Bing

(Department of Tuina (massage), Nanchang Massage Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

**Abstract: Objective** To analyze the clinical effect of massage therapy on cervical spondylosis. **Methods** From March 2015 to April 2017, 92 cases of cervical spondylosis in our hospital were divided into experimental group (46 cases) and control group (46 cases) according to random envelope method. The control group was treated with oral medicine. The experimental group was treated with traditional Chinese medicine massage. The treatment effect, recovery time of body function, pain score, intervertebral disc height, disability index and incidence of adverse reactions were observed. **Results** The therapeutic effect of the experimental group was higher than that of the control group  $P<0.05$ . The treatment time in the experimental group was lower than that in the control group  $P<0.05$ . The recovery time of body function showed that the experimental group was lower than that of the control group  $P<0.05$ . The pain score of the experimental group was lower than that of the control group  $P<0.05$ . The intervertebral disc height was lower in the experimental group than in the control group  $P<0.05$ . Dysfunction index in the experimental group was lower than that in the control group  $P<0.05$ . The incidence of adverse reactions in the experimental group was lower than that in the control group,  $P<0.05$ . **Conclusion** the clinical effect of TCM Massage Therapy on cervical spondylosis is significant, and the recovery time of body function is shorter, which is worthy of clinical promotion and application.

**Keywords:** cervical spondylosis; TCM massage; intervertebral disc; arthromyodynia

颈椎病属于一种以退行性病理改变为基础的疾病,多由于颈椎长期劳损、骨质增生、椎间盘突出,神经根或椎动脉受压等造成的,主要表现为椎节失稳、松动等,属于老年常见病,其病程较长且容易反复,严重时会出现肢体瘫痪的现象,对患者的生活质量造成一定的影响,应及时进行有效的治疗<sup>[1-2]</sup>。随着中医学的不断发展,将推拿手法运用到治疗中达到一定的效果,本试验旨在研究颈椎病实施中医推拿治疗法的临床效果,现做如下汇报。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将本院2015年3月—2017年4月收治的92例颈椎病患者,按照随机信封法分为试验组和对照组,各46例。试验组:男23例,女23例;年龄21~62岁,平均年龄(41.5±15.5);病程0.3~2年,平均病程(1.15±0.6)年。对照组:男24例,女22例;年龄22~63岁,平均年龄(42.5±17.5);病程0.5~2.5年,平均病程(1.45±1.02)年。将2组患者基本资料进行精细对比分析,差

异不明显( $P>0.05$ ),具有临床可比性。所有患者均自愿入组并签署知情同意书,本研究经医院学术伦理委员会批准。

**1.2 纳入标准** 符合颈椎病诊断标准的患者、意识清醒患者。

**1.3 排除标准** 有严重心、脑、肝、肾等脏器病变患者、药物过敏患者、造血系统障碍患者,血运障碍患者、肿瘤患者。

**1.4 治疗方法** 2组患者入院后,进行一系列相应体征检查,病情确诊后,给予对照组患者常规西药治疗,同时给予止痛药、钙剂等。

试验组给予中医推拿治疗,具体方法如下:(1)患者保持正坐状态,医疗人员立于患者背后,以掌根揉法对患者的颈椎进行推拿,在进行推拿过程中应时刻询问患者感受,以其难受力为标准,对患者颈部、肩部、背部的肌肉进行按摩,使其产生一定的热量<sup>[3]</sup>;(2)主要穴位在肩井穴、膈穴、风池穴、百会穴等,采

用点按的方法来进行推拿,推拿时间在15 min左右,连续进行5次,使患者的颈椎肌肉得到有效的放松<sup>[4]</sup>;  
 (3)对患者的头部进行重点按摩,以肘部、前臂托起患者下颌部,将另一只手的大拇指放于对侧颈椎棘突下,双手协同使患者的头部进行提拉,动作轻柔,幅度不宜过大<sup>[5]</sup>。

**1.5 观察指标** 观察2组颈椎病患者治疗效果、治疗时间、机体功能恢复时间、疼痛评分、椎间盘高度、功能障碍指数、不良反应发生率。颈椎病患者临床总有效率的评价标准:显效:患者临床症状消失,颈椎功能恢复正常,颈椎活动度明显增加;有效:患者临床症状明显好转,颈椎功能部分正常,颈椎活动度逐渐增加;无效:临床症状无变化,颈椎功能未恢复正常,颈椎活动度无变化<sup>[6]</sup>。治疗总有效率=显效率+有效率。采用视觉模拟评分法进行疼痛评分,患者评分越低,疼痛度越低,恢复越好<sup>[7]</sup>。

**1.6 统计学方法** 用SPSS 19.0软件分析,2组患者的观察指标中属于计量资料,用 $t$ 检验,采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示;计数资料用 $\chi^2$ 检验,采用%表示, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者治疗效果对比** 试验组显效29例、有效13例、无效4例,治疗总有效率91.3% (42/46);对照组显效26例、有效8例、无效12例,治疗总有效率94.4% (34/46),2组患者临床总有效率对比差异显著 ( $P<0.05$ ), $\chi^2=4.842$ 。

**2.2 2组患者临床指标对比** 试验组治疗时间、机体功能恢复时间、疼痛评分、椎间盘高度、功能障碍指数低于对照组, ( $P<0.05$ ),详见表1。

表1 2组患者临床指标对比 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗时间 (d)	机体功能 恢复时间	疼痛评分 (分)	椎间盘高度 (mm)	功能障碍 指数(分)
试验组	46	10.56±1.37	7.84±1.21	1.44±0.36	4.86±0.51	4.25±0.54
对照组	46	16.37±1.85	11.36±1.93	5.14±1.69	5.36±0.42	10.84±0.42
$t$ 值		17.117	10.480	14.523	5.133	65.334
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.3 2组患者不良反应发生率对比** 2组患者不良反应发生率对比,试验组低于对照组,  $P<0.05$ ,详见表2。

表2 2组患者不良反应发生率对比 [例(%)]

组别	例数	头晕	手指发麻	恶心呕吐	不良反应发生率
试验组	46	1	2	0	3(6.5)
对照组	46	4	6	1	11(23.9)
$\chi^2$ 值					5.392
$P$ 值					<0.05

## 3 讨论

颈椎病属于中医“项痹”范畴,其主要是因为不良生活习惯造成的,随着技术和经济的不断发展,大部分工作需要电脑上完成,长时间的电脑操作会造成上肢肌肉过于紧绷,人们又没有相应的颈椎保护意识,致使其发病率越来越高,应及时进行有效的治疗<sup>[8]</sup>。

本研究结果表明,试验组临床治疗效果高于对照组,治疗时间、机体功能恢复时间、疼痛评分、椎间盘高度、功能障碍指数、不良反应发生率低于对照组,  $P<0.05$ ,具体分析如下:中医推拿作为一种中医特色疗法,具有疏通经络的目的,通过按、揉、推、拿等方法来对患者的肩井穴、膻穴、风池穴、百会穴等进行按摩,可以促进机体对炎症因子的吸收,减少局部软组织对周围颈椎神经的压迫,从而修复软组织,促使机体颈椎功能的恢复。中医推拿可以缓解肌肉痉挛、防止软组织进一步粘连,使机体椎体保持一个相对稳定的状态,避免不良反应的发生<sup>[9]</sup>。推拿按摩直接作用于肌肉、韧带等软组织,通过整复错位,对肌肉有一定的松弛作用,缓解上肢肌肉的痉挛,促进机体血液循环,增强颈椎肌肉血氧供应,还可以有效促进颈椎正常生理曲度的恢复且其操作较简单,安全性较高,医疗费用较低<sup>[10]</sup>。

综合上述,颈椎病实施中医推拿治疗法的临床效果显著,机体功能恢复时间较短,值得临床推广和应用。

### 参考文献

- [1]王公财.中医推拿配合颈椎牵引治疗神经根性颈椎病的效果观察[J].健康研究,2017,37(6):705-706,709.
- [2]杜丽芳.中医推拿治疗神经根型颈椎病临床探讨[J].中外医疗,2016,35(31):171-173.
- [3]王军.中医推拿在颈椎病治疗中的效果研究[J].内蒙古中医药,2016,35(5):120.
- [4]丁勇,庄洁.中医推拿结合针灸治疗神经根型颈椎病的临床疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(29):141,146.
- [5]余清云.中医推拿结合针灸治疗神经根型颈椎病临床疗效分析[J].当代医学,2016,22(1):156-157.
- [6]金佩虹.中医推拿治疗颈椎病患者的临床疗效分析[J].中国民康医学,2015,27(13):91-92,103.
- [7]邱惠兰,陈文斌.神经根型颈椎病运用中医推拿治疗的临床研究进展[J].医药前沿,2015,5(33):327-328.
- [8]Zhang H, Chen H, Wang H, et al. Effect of Chinese tuina massage therapy on resting state brain functional network of patients with chronic neck pain[J]. Journal of Traditional Chinese Medical Sciences, 2015, 2(1):60-68.
- [9]Yong H C, Gui C H. Efficacy of Massage Therapy on Pain and Dysfunction in Patients with Neck Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. Evid Based Complement Alternat Med. 2014, 2014(12):204360.
- [10]Donghong L I, Gao S, Zhang W, et al. Juvenile cervical spondylosis treatment by "producing yang by moving"theory[J]. Journal of Changchun University of Chinese Medicine, 2015, 31(2):313-315.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李长如 收稿日期:2018-06-12)

# 白芥子不同配比三伏灸对支气管哮喘的临床观察

金海鹏 王永 李相良 叶清景 谢俊杰 陈学勤 耿学斯\*

(北京中医药大学厦门医院针灸科, 福建 厦门 361012)

**摘要:**目的 观察生熟白芥子不同配比三伏灸协定处方对支气管哮喘的临床疗效及皮肤反应观察。方法 将93例支气管哮喘患者随机分为A组(生熟白芥子1:1)、B组(生熟1:2)、C组(熟白芥子), 每组31例, 最终完成研究共88例, A组28例, B组30例, C组30例。各组均取双侧定喘、肺俞、心俞、厥阴俞穴, 于三伏天穴位贴敷, 每伏贴敷1次, 共3次。观察各组治疗后临床疗效、中医证候积分改变, ACT评分、FEV<sub>1</sub>、PEF、EOS及皮肤反应评分的变化。结果 治疗后, A组、B组、C组有效率分别为78.60% (22/28)、96.67% (29/30)、13.33% (4/30), 各组疗效比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。治疗后, B组中医证候积分, 支气管哮喘ACT评分, 肺功能参数FEV<sub>1</sub>、PEF, 血清EOS优于A组、C组 ( $P<0.05$ )。治疗后, 3组皮肤过敏反应评分依次降低, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 生熟白芥子不同配比三伏灸协定处方均能改善支气管哮喘的症状, 但随生白芥子比例增加, 皮肤反应逐渐加重, 起泡比例增加, 但并非皮肤反应越强疗效越显著。生、熟白芥子1:2配比三伏灸协定处方能够改善支气管哮喘中医相关症状同时, 对ACT评分、FEV<sub>1</sub>、PEF、EOS均有改善作用, 且皮肤反应轻, 起泡少, 患者依从性好。

**关键词:** 支气管哮喘; 哮喘; 三伏灸; 穴位贴敷; 白芥子

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.051

文章编号:1672-2779(2018)-18-0119-06

## Clinical Observation on Sanfu-moxibustion by Using Semen Sinapis Albae in Different Proportions in Treating Bronchial Asthma

JIN Haipeng, WANG Yong, LI Xiangliang, YE Qingjing, XIE Junjie, CHEN Xueqin, GENG Xuesi

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Xiamen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Fujian Province, Xiamen 361012, China)

**Abstract: Objective** To observe the effectiveness and skin reaction of bronchial asthma with sanfu-moxibustion agreement prescription by using semen sinapis albae in different proportions. **Methods** 93 patients with bronchial asthma were randomly divided into three groups, and the proportion of raw and cooked mustard seeds was different, 1:1, 1:2 and 0:1, respectively, with 31 cases in each group. The final study was completed in 88 cases, and there were 28 cases in A group, 30 cases in B group and 30 cases in C group. Acupuncture points are applied at the bilateral Dingchuan, Feishu, Xinyu, and Fuyinshu points in dog days and applied for a total of 3 times. The clinical efficacy, TCM syndrome integral changes, ACT score, FEV<sub>1</sub>, PEF, EOS and skin reaction score were observed after treatment. **Results** After treatment, the effective rates of the 1:1 group, 1:2 group, and 0:1 group were 78.60% (22/28), 96.67% (29/30), and 13.33% (4/40), respectively, and there was a significant difference in efficacy between the groups ( $P<0.05$ ). The 1:2 group was better than the 1:1 group of the raw white mustard seed and 0:1 group in the TCM syndrome score, the ACT score of bronchial asthma, the pulmonary function parameters FEV<sub>1</sub>, PEF, and the serum EOS ( $P<0.05$ ). After treatment, the three groups of skin allergy scores decreased in sequence, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The symptoms of bronchial asthma could be improved by the different prescriptions of Sanfu-moxibustion prescriptions, but with the increase of the proportion of raw mustard seeds, the skin reaction and the proportion of the blisters increased gradually, but it is not that the stronger the skin reaction was, the more significant the effect was. The 1:2 group can not only improve the TCM related symptoms of bronchial asthma, but improve the ACT score, FEV<sub>1</sub>, PEF and EOS, and the skin reaction is light, the blister is few, and the compliance of the patient is good.

**Keywords:** bronchial asthma; asthma; Sanfu-moxibustion; acupoint application; semen sinapis albae

哮喘是由多种细胞包括嗜酸粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、平滑肌细胞、气道上皮细胞等, 以及细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。患者表现为反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽等, 同时伴有可变的气流受限和气道高反应性。随着病程的进展, 可导致气道结构改变<sup>[1]</sup>。虽然目前糖皮质激素、 $\beta_2$ -受体激动剂、抗胆碱能药广泛应用于临床, 但哮喘的控制率仍低, 尤其是基层医院及边远地区, 究其原因, 主要是对激素类药物的不规范使用、支气管控制药价格昂贵及长期使用造成的骨质疏松、肥胖、高血压等严重不良反应。

中医治疗支气管哮喘临床疗效显著, 尤其是冬病夏治穴位贴敷治疗, 能改善喘息、哮喘、胸闷等症状, 且经济方便, 易于推广<sup>[2]</sup>。系统回顾证实, 穴位贴敷治

疗支气管哮喘对改善哮喘患者的生存质量有重要的作用。但由于贴敷后部分患者会出现皮肤不同程度反应<sup>[3]</sup>, 轻则红肿瘙痒, 重则破溃流脓, 给患者身心造成痛苦, 往往放弃该疗法。

通过文献复习, 三伏贴发泡等皮肤反应主要为白芥子及甘遂<sup>[4]</sup>。白芥子尤其是生白芥子, 内含白芥子苷, 水解后的产物白芥油有较强的刺激作用, 可致皮肤充血、灼痛, 甚至发泡<sup>[5]</sup>, 是三伏灸即时起泡的主要成分。而研究涂抹生甘遂醇提取物, 发现家兔的皮肤红斑明显可见, 水肿勉强可见<sup>[6]</sup>, 提示甘遂的发泡是继发于生芥子之后的。因此, 寻找既对皮肤安全, 又不失疗效的三伏灸协定处方成了各家医院及研究机构研究的热点。

介于前期研究总结, 本课题提出假说, 认为适当减少生白芥子在处方中的比例, 可以减少皮肤发泡反应, 又能改善支气管哮喘的疗效。因此, 本课题通过观察生熟白芥子不同配比三伏灸协定处方对支气管哮

\* 通讯作者: yuhongtao007@163.com

喘的临床疗效,并对皮肤反应进行详细评估分析,为制定更加安全、有效的处方提供依据和参考。本课题通过院内伦理委员审核通过,伦理号为2016-K017-01。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本课题观察的对象均来自于福建中医药大学附属厦门市中医院针灸康复科、呼吸内科,湖里区江头街道社区卫生服务中心针灸科,湖里区禾山街道社区卫生服务中心针灸科2016年7月—2017年7月招募的支气管哮喘患者(伦理委员会批准号:2016KY-007-01)。课题设计时,以支气管哮喘患者中医症候积分、FEV<sub>1</sub>% (1秒率)、ACT(哮喘控制测试)、EOS%(嗜酸性粒细胞占比)及皮肤敏感度为效应指标。经查阅文献<sup>[7]</sup>及本课题前期预实验,得到不同生白芥子比例药贴敷穴位的起泡率分别为82.9%和25.9%,以 $\alpha=0.05$ 为统计意义水准,检验效能(power)设定为90%( $\beta=0.1$ ),用随机设计两样本率比较时样本量估计的公式计算后确定样本量(单侧检验):

$$n = \frac{4(U_{\alpha} + U_{\beta})^2 P(1-P)}{\delta^2}$$

经上述公式估算, $n=24.5 \approx 25$ 例,按20%失访率计算,则各组需31例,3组总病例数为93例。

根据纳入标准、排除标准筛选93例,随机分为A组(生熟白芥子配比1:1);B组(生熟白芥子配比1:2组);C组:(熟白芥子组)。研究过程中A组脱落3例(皮肤严重破溃伴感染),B组脱落1例(受试者因公务离开厦门),C组剔除1例(数据不全)。最终完成全部流程者,A组28例,B组30例,C组30例,共88例。3组患者性别、年龄、病程、中医症候积分、肺功能、外周血嗜酸性粒细胞计数比较差异无统计学意义(均 $P>0.05$ ),具有可比性,见表1。

表1 3组支气管哮喘患者一般资料比较 (例, $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	男	女	年龄(岁)	病程(年)
A组	28	16	12	47.4±12.4	10.5±4.7
B组	30	16	14	44.7±16.2	12.5±3.6
C组	30	15	15	46.9±13.3	11.5±4.8

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 中医诊断标准** 参照1994年发布的《中医病证诊断疗效标准》:(1)发作时喉中哮鸣有声,呼吸困难,甚至张口抬肩,不能平卧,或口唇指甲紫绀;(2)呈反复发作性;(3)有家族史;(4)两肺可闻及哮鸣音,或伴有湿啰音;(5)血嗜酸性粒细胞可增高。

**1.2.2 西医诊断标准** 参照2008中华医学会呼吸病学分会哮喘学组起草的《支气管哮喘防治指南》中诊断标准<sup>[8]</sup>:(1)反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽,多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激以及病毒性上呼吸道感染、运动等有关;(2)发作时在双肺可闻及散在或弥漫性,以呼气相为主的哮鸣音,呼气相延长;(3)上述症状和体征可经治疗缓解或自行缓解;

(4)除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽;(5)临床表现不典型者(如无明显喘息或体征),应至少具备以下1项试验阳性:①支气管激发试验或运动激发试验阳性;②支气管舒张试验阳性FEV<sub>1</sub>增加 $\geq 12\%$ ,且FEV<sub>1</sub>增加绝对值 $\geq 200$  mL;③呼气流量峰值(pulsed electric fields, PEF)日内(或2周)变异率 $\geq 20\%$ 。符合1~4条或4、5条者,可以诊断为哮喘。

**1.3 纳入标准** (1)符合上述诊断标准;(2)年龄:30~60岁;(3)哮喘严重程度分级为3级的患者,即每日有症状,影响活动和睡眠,夜间哮喘症状 $\geq$ 每周1次,FEV<sub>1</sub>占预计值为60%~79%;(4)皮肤敏感性筛查评分为0分者;(5)患者自愿参加本课题研究,能积极配合,完成试验及随访过程,签署知情同意书者;(6)第1次进行穴位贴敷或曾经穴位贴敷但最近3年内未做过该治疗。

**1.4 排除标准** (1)血糖控制不佳的糖尿病患者;(2)妊娠或哺乳期妇女;(3)合并有严重造血系统疾病及精神病患者;(4)不能坚持治疗者,在治疗过程中使用吸入性糖皮质激素者;(5)既往对贴敷药物严重过敏者,皮肤敏感试验阳性患者;(6)哮喘急性发作期;(7)其他原因所致的气喘,如心源性哮喘等;(8)中医辨证为热喘,面红,痰黄黏稠,心烦口渴,舌红,苔黄腻,脉滑数。

**1.5 剔除标准** (1)不符合纳入标准而被误入者;(2)试验中,失访、资料不全影响疗效判定者;(3)违背治疗方案,无法判定疗效;

**1.6 脱落标准** (1)纳入病例中途终止治疗或出现不良反应而中途停止治疗者;(2)未完成治疗程序及评定者。

## 1.7 随机与盲法

**1.7.1 随机法** 应用SPSS 20.0统计软件中,依次编写好1~90的编号的数据文件,通过随机数字生成器,随机种子默认值2000000,产生随机数字,对这些数字进行由大到小的编秩次,取1~31为A组,32~62为B组,63~93为C组。根据纳入标准及排除标准将符合条件的93个受试者按入组时间顺序依次编号(1~93),并根据上述秩次分组,由专人负责保管。

**1.7.2 盲法及揭示** 本课题因为药物不同配比,外观没有区别,所以由盲法管理员进行3种不同配比药物制作、分组,即用数字1、2、3代表研究报告中的组别。通过SPSS 17.0软件设置盲底,并保存。待统计分析结束后,由盲法管理员宣布组别的代码进行揭盲。

## 1.8 治疗方法

**1.8.1 药物准备** 生白芥子、熟白芥子、甘遂、延胡索、细辛等研末,过100目筛备用,药材由厦门鹭燕医药公司提供。除生熟白芥子外,其余药物及配比,按厦门市中医院针灸科三伏灸协定处方配比。

**1.8.2 不同观察组生熟白芥子配比** A组按生熟白芥子1:1配比,余按同前。B组按生熟白芥子1:2配比,余按同前。C组按生熟白芥子0:1配比,余按同前。将上述药



物调和按不同配比,分成3组,并进行编号,分别定义为A组、B组、C组。

**1.8.3 药饼的制作** 将上述不同组别药物,各自均匀混合。每次不同组别药物100 g,用200 mL姜汁调和,制作成药膏,经拍打加工后,制作成直径3 cm,厚度0.5 cm的药饼。

**1.8.4 胶布的选择** 选用透气胶带(上海卫生材料厂有限公司),规格1.25 cm×910 cm。

**1.8.5 穴位的选择** 根据我科三伏灸支气管哮喘处方,选用双侧定喘、肺俞、心俞、厥阴俞共八穴,膻穴定位根据《经络腧穴学》第9版(刘清国,胡玲.全国高等中医药院校“十二五”规划教材,中医药出版社,供针灸推拿学专业用)所描述穴位进行定位。

**1.8.6 贴敷的时间** 选择农历三伏灸日进行贴敷治疗,每次贴敷选择上午9~12点进行,持续治疗时间为2 h。疗程设计3次为1个疗程,即首次贴敷后10 d,为第2次贴敷时间;首次贴敷后40 d,为第3次贴敷时间。

**1.8.7 注意事项** (1) 贴敷期间忌食海鲜、生冷、肥腻、刺激性食物;(2) 贴敷期间,禁止到公园等花草较多处活动,防止过敏性皮肤疾病干扰试验;(3) 贴敷期间,禁止触碰带毛发动物。

**1.8.8 不良事件的处理** (1) 贴敷后当时或数小时后即出现皮肤发红、痛痒感,属于正常皮肤反应,不要搔抓或反复触摸,以防发生皮肤感染;(2) 若出现水泡,大小为0.5 cm×0.5 cm,通常2~3 d逐渐干瘪结痂,不需特殊处理;(3) 0.5 cm×0.5 cm<水泡<1.0 cm×1.0 cm,用注射器将泡液抽出,用安尔碘涂擦,并用2 cm×0.5 cm小纱覆盖;(4) 水泡>1.0 cm×1.0 cm,用注射器将泡液抽出,用安尔碘涂擦,外用湿润烧伤膏,伴瘙痒者,可给依巴斯汀10 mg(厂家:西班牙艾美罗医用药物工业有限公司;规格10 mg),每天1次,共3 d。

## 1.9 疗效观察

**1.9.1 中医证候积分** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>,在三伏灸治疗前,及末伏治疗后1周分别采集1次,见表2。

表2 中医证候积分

症状	正常 (0分)	轻度 (3分)	中 (6分)	重 (9分)
喘息	无	喘息偶有发作,程度轻,不影响睡眠或活动	症状介于轻重之间	喘息明显,呈持续性,不能平卧,影响睡眠或活动
咳嗽	无	白天间断咳嗽,不影响正常生活和工作	症状介于轻重之间	昼夜咳嗽频繁或阵咳,影响休息和睡眠
胸闷	无	偶有气促	时有,不影响日常生活	常有胸闷气促,影响日常生活
哮鸣音	无	偶闻,或在咳嗽、深快呼吸后出现	散在	满布
恶寒	无	偶感轻度恶寒	时感恶寒,需要增加衣物	恶寒重,得衣不减

**1.9.2 临床疗效标准** 参照《支气管哮喘防治指南(2008)》<sup>[10]</sup>,分为显效(控制)、有效(部分控制)、无效(未控制),在三伏灸治疗前,及末伏治疗后1周分别采集1次,见表3。

表3 疗效判定标准

临床症状	控制 (满足一下所有)	部分控制 (1周内出现以下1种)	未控制
日间症状	无(或≤2次/周)	>2次/周	
活动受限	无	任何一次	任何一周出现
夜间症状/憋醒	无	任何一次	部分控制表现
药物治疗的需求	无(或≤2次/周)	2次/周	≥3项
PEF或FEV <sub>1</sub>	正常	<80%预计值	
急性发作	无	≥1次/年	≥1次/周

## 1.10 观察指标

**1.10.1 哮喘控制测试(ACT)评分** 过去4周内哮喘对患者日常活动的妨碍、呼吸困难出现的次数、哮喘症状对睡眠的影响、急救药物的使用、哮喘控制情况评估5方面内容,每方面按病情的轻重分别计1~5分,分数越高,提示患者情况越好。分别于治疗前、治疗后1周时行评定<sup>[11]</sup>。

**1.10.2 肺功能用力呼气量(FEV<sub>1</sub>), 呼气流速值(PEF)** 分别于治疗前、治疗后1周时行评定。

**1.10.3 嗜酸性粒细胞计数** 分别于治疗前、治疗后1周时行检测。

## 1.10.4 皮肤安全性观察指标

**1.10.4.1 皮肤敏感性筛查** 治疗前,分别对受试者进行皮肤敏感性测定。本课题选用二甲基亚砜(DMSO)试验:DMSO试验可以诱导出强烈的烧灼感,并且会引起红斑、风团的形成。试验方法是在室温下,将直径为8 mm的高级真空酯形成的柱状圈置于前臂屈侧,加入90%或100%的DMSO 10 μL,5 min后擦干试验物,再过5 min进行评分。分数越高,皮肤敏感性越高,评分标准<sup>[12]</sup>见表4。

表4 DMSO皮肤试验临床评分标准

分值	红斑	风团
0	无反应	无反应
1	轻微红斑	滤泡样风团
2	红斑	轻微隆起、坚实的风团
3	明显红斑	明显高起、坚实的风团

**1.10.4.2 皮肤过敏反应评分** 参照中华人民共和国卫生部药政局编制的《新药(西药)临床前研究指导原则汇编(药理学、毒理学)》中皮肤过敏反应评分标准<sup>[13]</sup>,自拟皮肤反应观察表,其中包括了皮肤潮红、瘙痒、肿胀、灼热、疼痛、水泡、色素沉着、溃烂等。分别于每次贴敷治疗后48 h进行皮肤反应观察、记录评分,见表5。

表5 皮肤过敏反应评分标准

分值	表现
0(无)	贴敷处皮肤未见红晕,患者无瘙痒感
2(轻度)	皮肤发红、发痒,贴敷处皮肤凸起但未发泡,或微发泡,直径小于0.5 cm,少量泡液,不需要穿刺抽液
4(中度)	皮肤痛、痒,不影响正常起居,水泡直径为0.5~1.0 cm,泡浆饱满,泡周红晕
6(重度)	皮肤痛、痒难忍,影响正常起居,水泡直径大于1.0 cm,泡浆饱满,泡周红晕,需要针刺抽液
8(极重度)	局部皮肤破溃,流脓,水泡融合,直径大于3 cm,伴全身瘙痒,发热,甚至过敏性休克

1.11 统计学方法 应用SPSS 20.0统计软件进行统计。计量资料先进行正态分布性检验,符合正态分布的,采用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )进行统计描述,不符合正态分布的,采用“中位数M(四分位间距P25, P75)”表示。计数资料采用频数(构成比)进行统计描述。研究结果统计分析使用遵循研究方案分析(PP分析),脱落者不纳入统计分析。计量资料符合正态分布,且各总体方差相等,采用One-Way ANOVA检验,然后应用SNK-q检验进行两两比较,若各组方差不等,采用Dunnnett T3 检验进行两两比较;若不符合正态分布,采用Kruskal-Wallis检验。计数资料采用 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 各组患者治疗前后中医证候积分比较 表6显示,治疗前,三组患者的中医证候积分比较, $P>0.05$ ,组间具有可比性。治疗后,3组患者的中医证候积分比较, $F=293.422$ , $P<0.01$ ,认为治疗后3组患者中医证候积分是不全相同的。3组间两两比较, $P<0.05$ ,认为中医证候积分改善,B组优于A组,A组优于C组。

表6 3组支气管哮喘患者治疗前后中医证候评分比较

( $\bar{x}\pm s, M$ )

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分	(治疗后-治疗前)/治疗前
A组	28	33(30.75, 36)*	13.59, 15)	0.709±0.077#
B组	30	34.5(30, 36.75)*	9(8.25, 12)	0.810±0.087#
C组	30	33(30, 36)*	24(21, 27)	0.270±0.108#

注:3组治疗前证候积分经Kruskal-Wallis检验, $P=0.561>0.05$ ;3组治疗后证候积分经One-Way ANOVA检验, $F=293.422$ , $P<0.01$ ,3组间两两比较采用Student-Newman-Keuls检验, $P<0.05$

2.2 各组患者临床疗效比较 表7示,A组有效率为78.6%,B组有效率为97.67%,C组有效率为13.33%。3组间临床疗效比较 $P<0.01$ ,B组优于A组,A组优于C组。

表7 3组支气管哮喘患者有效率比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
A组	28	10(35.70)	12(42.90)	6(21.40)	22(78.60)
B组	30	23(76.70)	6(20.00)	1(3.30)	29(96.67)
C组	30	1(3.33)	3(10.00)	26(86.70)	4(13.33)
合计	34(38.60)	21(23.90)	33(37.5)	62.50	

注:3组有效率采用 $\chi^2$ 检验, $\chi^2=58.412$ , $P<0.01$ ,差异有显著统计学意义

2.3 各组患者治疗前后支气管哮喘ACT评分比较 表8显示,治疗前各组ACT评分比较, $P>0.05$ ,组间具有可比

性。治疗后各组患者ACT评分比较, $F=388.675$ , $P<0.01$ ,认为治疗后3组患者ACT评分是不全相同的。进行两两比较, $P<0.05$ ,B组优于A组,A组优于C组。

表8 3组支气管哮喘患者治疗前后ACT评分比较

( $\bar{x}\pm s, M$ )

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分	(治疗后-治疗前)/治疗前
A组	28	20(19, 21)*	8(6, 9)	0.63±0.08#
B组	30	20.5(19, 22)*	4(3, 5.25)	0.75±0.07#
C组	30	20(19, 21)*	16(15, 17)	0.23±0.08#

注:3组治疗前ACT积分经Kruskal-Wallis检验, $P=0.235>0.05$ ;3组治疗后ACT积分经One-Way ANOVA检验, $F=388.675$ , $P<0.01$ ,3组间两两比较采用Student-Newman-Keuls检验, $P<0.05$

2.4 各组患者治疗前后肺功能比较 表9显示,治疗前各组FEV<sub>1</sub>、PEF比较, $P>0.05$ ,组间具有可比性。治疗后A组、B组FEV<sub>1</sub>、PEF较本组治疗前差异均有统计学意义( $P<0.01$ ),C组无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后各组患者FEV<sub>1</sub>比较, $F=29.237$ , $P<0.01$ ,认为治疗后3组患者FEV<sub>1</sub>是不全相同的。3组间进行两两比较, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。治疗后各组患者PEF比较, $F=36.883$ , $P<0.01$ ,进行两两比较, $P<0.01$ ,差异有显著统计学意义。肺功能FEV<sub>1</sub>、PEF改善,B组优于A组,A组优于C组。

表9 3组支气管哮喘患者治疗前后肺功能参数比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	FEV <sub>1</sub>		PEF	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	28	0.638±0.080*	0.760±0.068 <sup>▲□</sup>	0.629±0.120*	0.748±0.980 <sup>■</sup>
B组	30	0.651±0.053*	0.835±0.169 <sup>▲□</sup>	0.611±0.078*	0.828±0.068 <sup>■</sup>
C组	30	0.661±0.119*	0.670±0.093 <sup>▲□</sup>	0.604±0.058*	0.613±0.078 <sup>■</sup>

注:3组治疗前FEV<sub>1</sub>经One-Way ANOVA检验, $F=0.116$ , $P=0.891>0.05$ ;3组治疗前后比较采用配对T检验,其中 $t_A=-6.756$ , $t_B=-11.146$ , $\square P_A<0.01$ , $\square P_B<0.01$ ,差异有显著统计学意义, $t_C=-1.650$ , $\square P_C=0.11>0.05$ ;3组治疗后FEV<sub>1</sub>经One-Way ANOVA检验, $F=29.237$ , $P<0.01$ ,3组间两两比较采用Student-Newman-Keuls检验, $P<0.05$ ;3组治疗前PEF经One-Way ANOVA检验, $F=0.647$ , $P=0.526>0.05$ ;3组治疗前后比较采用配对T检验,其中 $t_A=-10.156$ , $t_B=-16.9$ , $\square P_A<0.01$ , $\square P_B<0.01$ , $t_C=-1.273$ , $\square P_C=0.21>0.05$ ;3组治疗后PEF经One-Way ANOVA检验, $F=36.883$ , $P<0.01$ ,3组间两两比较采用Dunnnett T3 检验, $P<0.01$

2.5 各组患者治疗前后血清EOS比较 表10示,治疗前3组患者血清EOS比较, $P>0.05$ ,组间具有可比性。治疗后A组、B组血清EOS较本组治疗前差异均有统计学意义( $P<0.01$ ),C组无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后各组患者血清EOS比较, $F=9.064$ , $P<0.01$ ,认为治疗后3组患者血清EOS是不全相同的。3组间进行两两比较, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。血清EOS改善,B组优于A组,A组优于C组。

表10 3组支气管哮喘患者治疗前后血清EOS水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
A组	28	0.083±0.042*	0.046±0.040 <sup>▲</sup>
B组	30	0.088±0.041*	0.036±0.030 <sup>▲</sup>
C组	30	0.091±0.041*	0.074±0.038 <sup>▲</sup>

注:3组治疗前血清EOS水平经One-Way ANOVA检验, $F=0.161$ , $P=0.852>0.05$ ;3组治疗后血清EOS水平经One-Way ANOVA检验, $F=9.064$ , $P<0.01$ ,3组间两两比较采用Student-Newman-Keuls检验, $P<0.05$ ;3组治疗前后比较采用配对T检验,其中 $t_A=4.029$ , $t_B=5.085$ , $\square P_A<0.01$ , $\square P_B<0.01$ , $t_C=1.488$ , $P_C=0.148>0.05$

2.6 各组患者皮肤过敏反应评分比较 表11示, 各组患者在初伏、中伏、末伏皮肤过敏反应评分比较,  $\chi^2=64.407$ ,  $P<0.01$ , 认为3组患者皮肤过敏评分不等; 3组间进行两两比较,  $P<0.01$ , 认为C组优于B组, B组优于A组。

表11 3组支气管哮喘患者治疗后皮肤过敏反应评分比较 (M)

组别	例数	初伏	中伏	末伏
A组	28	4(4, 6)	4(4, 6)	4(4, 6)
B组	30	2(2, 4)	2(2, 4)	2(2, 4)
C组	30	0(0, 0)	0(0, 0)	0(0, 0)

注:3组患者初伏、中伏、末伏皮肤过敏反应评分采用Kruskal-Wallis检验,  $\chi^2=64.407$ ,  $P<0.01$ ; 3组间两两比较采用Kruskal-Wallis ANOVA on ranks by LSD 检验,  $P<0.01$

### 3 讨论

支气管哮喘多属中医“哮病”范畴, 临床表现为喉中哮鸣有声, 呼吸气促困难, 甚则喘息不能平卧为特征。病因可以归纳为以痰为主, 痰伏于肺, 遇感诱发。发病机制为痰气搏结, 壅阻气道, 肺失宣降。发时以邪实为主, 治当祛痰利气; 反复日久, 正虚邪实者, 又当兼顾, 不可单纯拘泥于祛邪。治疗原则分两种情况, 若发生喘脱危候, 当急予扶正救脱; 平时应扶正治本以减少或控制其发作。基于古籍《内经》“春夏养阳, 秋冬养阴”“天人相应”的养生防病理念, 将药穴结合治疗哮喘, 首见于《张氏医通》。近年来中药穴位敷疗法逐渐受到临床医生与哮喘患者的青睐。但是由于部分患者贴敷后会出现不同程度的皮肤反应, 有的表现为局部皮肤红肿、瘙痒, 尚可忍受, 一些患者出现贴敷处皮肤起泡, 破溃, 流脓, 影响患者正常作息, 导致不能坚持完贴敷疗程, 影响疗效。本研究重在探讨如何在保证疗效的前提下减少皮肤反应的程度, 提高患者的依从性。

3.1 起泡对支气管哮喘疗效及中医证候的影响 三伏灸源于中医学“冬病夏治”“天人相应”“内病外治”理论, 三伏天时, 外界阳气最旺, 人体阳气与外界阳气相应, 此时机体处于阳盛期, 腠理易于开泄, 寒凝易于温化<sup>[14]</sup>。在三伏日期间, 于背部阳气旺盛之阳经腧穴, 给予辛温发散中药贴敷, 通过刺激经穴, 再次激发振奋阳气, 辛温散寒, 化痰止咳。吴氏等研究表明, 三伏贴疗效比较, 皮肤发泡者优于皮肤无反应者。皮肤发泡主要机制是三方灸协定处方中生白芥子, 在白芥子酶的作用下, 水解为白芥子碱, 具有很强的皮肤穿透性, 易导致皮肤起泡。但也有研究表明, 不是局部皮肤刺激量越大, 疗效就越显著<sup>[15]</sup>。动物实验表明皮肤刺激有饱和量, 超过时, 疗效即不再增加<sup>[16]</sup>。崔氏等研究显示, 中等强度皮肤反应可达最佳效果<sup>[17]</sup>。崔氏等研究还表明, 提示一定比例的生白芥子可能有利于提高疗效, 但疗效分析结果显示组间比较差异无统计

学意义<sup>[18]</sup>。本课题在生熟不同配比白芥子三伏贴协定处方治疗支气管哮喘的疗效探讨上, 得到类似于崔氏等的研究, 一定程度增加熟白芥子比例, 疗效与传统生、熟白芥子各半比例相当。在中医症候积分改善上, 也得到相同的统计学结果。熟白芥子的白芥子酶作用被抑制, 对皮肤的刺激性明显减弱, 但其镇咳作用优于生白芥子<sup>[19]</sup>。所以, 适当比例增加熟白芥子比例, 不但临床疗效未减退, 而且与传统三伏灸有着同样的改善咳喘、胸闷、恶寒等症状。

3.2 起泡对支气管哮喘临床指标的影响 李氏等<sup>[20]</sup>研究提示:嗜酸性粒细胞(EOS), 可引起迟发型哮喘反应, 同时EOS是气道变应性炎症中的主要效应细胞。有研究发现, 三伏灸可减弱白介素4(IL-4)对EOS在气道聚集、浸润的作用, 从而终止哮喘发作或减轻症状<sup>[21]</sup>。崔氏研究还发现三伏灸治疗, 无论用生白芥子还是熟白芥子, 对支气管哮喘患者均有免疫调节功能, 但各组间血EOS均无显著差异, 表明皮肤反应的强弱程度对免疫功能的调节似乎无显著影响<sup>[21]</sup>。本课题研究结果提示:生、熟白芥子配比1:2, 能获得更好地降低EOS水平, 说明皮肤起泡与免疫调节无显著相关性。同时, 本课题研究结果提示, 生、熟白芥子配比1:2协定处方, 对改善ACT评分, FEV<sub>1</sub>, PEF等方面, 优于其他两组, 提示该配比处方能改善支气管哮喘慢性持续状态, 缓解临床症状, 本课题将在后续研究中, 动态观察FEV<sub>1</sub>及PEF变化, 进一步深入探讨可能肺功能改善机制。

3.3 起泡对皮肤的影响 本课题通过对皮肤敏感性评分, 发现皮肤反应与生白芥子比例呈正比关系, 与崔氏等研究结果一致。崔氏等<sup>[22]</sup>研究发现:白芥子在协定处方中比例大小对起泡有影响, 而且生、炒白芥子的内在比例不同也对起泡率有影响。但李氏<sup>[23]</sup>的研究表明:三伏贴疗效与是否出现皮肤反应有关, 但与皮肤起泡程度关系不密切, 所以降低起泡率就显得重要了。现代人多不太喜欢起泡, 许多患者表现为起泡后紧张心理, 起泡后对患者穿衣、睡眠、洗澡都带来不便, 尤其是年轻女性和儿童, 因此控制皮肤反应, 达到临床疗效, 同时避免起泡, 是我们追求的目标<sup>[23]</sup>。

3.4 课题的局限性 本课题观察的指标因为科研经费问题, 只能观察患者血液中嗜酸性粒细胞计数, 未能涉及患者的免疫球蛋白E(IgE)、血清T细胞亚群水平(CD<sup>4+</sup>/CD<sup>8+</sup>)及干扰素- $\gamma$ (IFN- $\gamma$ )等。希望今后能进一步开展三伏灸与免疫相关机制的临床研究。

本研究在皮肤反应方面, 只观察了贴敷治疗后48h皮肤变化, 未能就贴敷的持续时间或贴敷时的局部压力进行观察, 希望在今后的科研中进一步观察。

综上所述, 生熟白芥子不同配比三伏灸协定处方均能改善支气管哮喘的症状, 但随生白芥子比例增加, 皮肤反应逐渐加重, 起泡比例增加, 但并非皮肤反应

越强疗效越显著,生、熟白芥子1:2配比三伏灸协定处方能够改善支气管哮喘中医相关症状同时,对ACT评分,FEV<sub>1</sub>,PEF,EOS均有改善作用,且皮肤反应较传统生熟白芥子1:1配比较轻,起泡少,患者接受度高。但生、熟白芥子不同配比三伏灸协定处方的效应不同,其具体机制有待今后进一步研究。

#### 参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.支气管哮喘防治指南(2016年版)[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(9):1-24.
- [2]李丽萍,包烨华,楚佳梅,等.冬病夏治穴位贴敷防治支气管哮喘130例疗效观察[J].中医杂志,2012,53(4):307-310.
- [3]边致远,边金,寿升芸,等.冬病夏治穴位贴敷对患者皮肤反应的观察研究[J].护士进修杂志,2017,32(12):1146-1147.
- [4]王茵萍,徐月红,陈宝,等.白芥子涂法"复方及单味药抗豚鼠哮喘效应的比较[J].江苏医药,2011,37(14):1643-1645.
- [5]汪洪波.三伏灸致严重过敏性皮炎2例[J].内蒙古中医药,2012(11):179.
- [6]刁义平.生甘遂和醋甘遂提取物急性毒性和刺激性实验研究[J].药物不良反应杂志,2007,9(4):2434-246.
- [7]宋晓平,姬晓兰.斑蝥、白芥子发泡规律的研究[J].中国针灸,2007,27(2):126-127.
- [8]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.支气管哮喘防治指南[J].中华哮喘杂志(电子版),2008,2(1):3-13.
- [9]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:64.
- [10]陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:69-79.

- [11]王德军.哮喘控制测试问卷在哮喘中的应用效果[J].中国现代医生,2016,54(14):88-90.
- [12]Agner T, Serup J. Quantification of the DMSO-response-a test for assessment of sensitive skin[J]. Clin Exp Dermatol, 1989, 14(3):214-217.
- [13]中华人民共和国卫生部药政局.新药(西药)临床前研究指导原则汇编(药理学、毒理学)[M].1993:206-207.
- [14]武德贵,付海申.冬病夏治三伏贴药理分析及临床应用研究[J].中医临床研究,2015,7(29):22-23.
- [15]吴新贵,何源浩.背俞穴的主治作用及其机制[J].中国临床康复,2006,10(43):170-182.
- [16]张伟,陈明人,熊俊.不同灸量悬灸"大椎"穴对哮喘大鼠细胞免疫学机制的影响[J].针刺研究,2012,37(3):202-205.
- [17]崔淑华,李娜,邢燕军.穴位贴敷不同皮肤反应对防治支气管哮喘发作的影响[J].针刺研究,2014,39(3):222-227.
- [18]崔淑华,李娜,邢燕军.白芥子不同配比穴位贴敷对支气管哮喘患者免疫球蛋白及嗜酸粒细胞的影响[J].中医杂志,2014,5(11):935-938.
- [19]冯宝民,邱琳,谌启鹏,等.基于炮效关系研究白芥子镇咳药效物质基础[J].中国药理学通报,2010,26(9):1173-1176.
- [20]李明华,殷凯生,朱栓立.哮喘病学[M].北京:人民卫生出版社,1998:83-100.
- [21]Shi HZ, Deng JM, Xu H, et al. Effect of inhaled interleukin-4 on airway Hyper reactivity in asthmatics[J]. Am J Respir Crit Care Med, 1998, 157(6 Pt 1): 1818-1821.
- [22]李光熙,刘志国,聂文萃,等.消喘膏治疗支气管哮喘所致皮损与临床疗效相关性的研究[J].中国民间疗法,2006,14(10):40-42.
- [23]姚国红,徐列波.不同白芥子炒制程度对穴位贴敷后患者皮肤的影响[J].上海针灸杂志,2015,34(1):57-58.

(本文编辑:李海燕 本校校对:施莹 收稿日期:2018-05-25)

## 捏脊联合艾灸治疗糖尿病胃轻瘫 52 例临床疗效观察

张义军<sup>1</sup> 祁晓磊<sup>2</sup> 王育梅<sup>3</sup>

- (1 北京市朝阳区金盏第二社区卫生服务中心中医科,北京 100103; 2 解放军总医院康复医学科,北京 100089; 3 中日友好医院呼吸科,北京 100029)

**摘要:**目的 观察捏脊联合艾灸疗法治疗糖尿病胃轻瘫的临床效果。方法 将104例患者随机分为2组各52例,均予以西医常规控制血糖、糖尿病饮食及运动指导,并控制血压、血脂,治疗组加捏脊并予艾灸中脘及双侧足三里。结果 治疗组总有效率100%,对照组总有效率44.23%,2组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 捏脊联合艾灸治疗糖尿病胃轻瘫疗效肯定并能减少患者服药负担。

**关键词:**捏脊;艾灸;糖尿病;胃轻瘫;消渴;腹胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.052

文章编号:1672-2779(2018)-18-0124-03

### Observation on the Clinical Effect of Chiropractic Combined with Moxibustion in the Treatment of Diabetic Gastroparesis for 52 Cases

ZHANG Yijun<sup>1</sup>, QI Xiaolei<sup>2</sup>, WANG Yumei<sup>3</sup>

- (1. Department of Traditional Chinese Medicine, the Second Community Health Service Center of Chaoyang Jinzhan District, Beijing 100103, China; 2. Rehabilitation Medicine of Chinese PLA General Hospital, Beijing 100089, China; 3. Respiratory Department, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical effect of chiropractic combined with moxibustion on diabetic gastroparesis. **Methods** 104 patients were randomly divided into two groups, with 52 cases in each group. Patients in the control were given blood glucose control, diabetes diet and exercise guidance, and control of blood pressure and blood lipids treatment. The treatment group was treated with with chiropractic and moxibustion in Zhongwan and bilateral Zusanli. **Results** The total effective rate in the treatment group and in the control group was 100% and 44.23%. There was a significant difference between the two groups ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Chiropractic combined with moxibustion is effective in the treatment of diabetic gastroparesis and can reduce the patient's burden of medication.

**Keywords:** chiropractic; moxibustion; diabetic; gastroparesis; consumptive thirst; abdominal distension

糖尿病胃轻瘫 (diabetic gastroparesis, DGP) 又称糖尿病胃麻痹症 (gastroparesis diabeticorum), 是糖尿病最常见的并发症之一, 1958年即有研究者提出该并发症

定义<sup>[1]</sup>, 主要临床症状为胃脘胀满、早饱、厌食、嗝气、恶心呕吐、吞酸等<sup>[2]</sup>, 该并发症不但增加患者服药负担, 影响生活质量, 并且还影响血糖的有效控制<sup>[3]</sup>。近些年,

随着对糖尿病以及其并发症的研究，对糖尿病的防治积累了一些经验，对该并发症的发病机制有了更深的认识，但对其治疗仍然没有特效方法。笔者在应用临床西医常规治疗方案的同时，采用捏脊联合艾灸中脘及双侧足三里治疗糖尿病胃轻瘫取得比较好的疗效，作如下报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2015年1—2015年12月在北京市朝阳区孙河社区卫生服务中心就诊的2型糖尿病并发胃轻瘫患者104例。将104例患者随机分为2组：治疗组和对照组各52例。其中治疗组：男18例，女34例；年龄42~68岁，平均51.58岁；糖尿病病程11~24年，平均16.54年；胃轻瘫病程3~9个月，平均6.52月。对照组：男20例，女32例；年龄40~67岁，平均52.14岁，糖尿病病程10~22年，平均17.22年；胃轻瘫病程3~11个月，平均6.28月。2组性别、年龄、糖尿病病程及胃轻瘫病程差异不显著，均具有可比性 ( $P > 0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 参考《关于糖尿病新诊断标准和分型》<sup>[4]</sup>：(1) 糖尿病病程大于5年；(2) 有厌食、餐后饱胀及上腹部不适；(3) X线钡餐检查有程度不等的胃扩张，蠕动、收缩力减弱，胃排空延迟；(4) 除外胃肠道器质性病变。

**1.3 排除标准** (1) 血糖控制较差的糖尿病急性并发症(如酮症酸中毒、高渗性非酮症糖尿病昏迷等)患者；(2) 患其他影响胃动力的消化系统疾病(如肝胆胰腺疾病、消化性溃疡、消化系肿瘤等)者；(3) 有严重的全身或其他系统疾病，伴严重的心、肝、脾、肺、肾疾病者；(4) 妊娠期及哺乳期妇女。

**1.4 治疗方法** 2组均采用西医常规方案控制血糖，对照组：口服多潘立酮片(吗丁啉，西安杨森集团生产，生产批号：201409) 10 mg/次，3次/天，7 d为1个疗程，共干预4个疗程；治疗组：采用捏脊、艾灸综合治疗，7 d为1个疗程，共干预4个疗程。具体操作方法：(1) 捏脊：患者俯卧，充分暴露脊背部，操作者拇指指腹与食指、中指指腹对合，提捏皮肤肌肉，拇指在后，食指和中指在前，拇指向前推动，同时食指和中指向后捻，边捏边向头颈移动，从长强穴沿督脉向上捏至大椎穴，为操作1遍；从第4遍开始每捏3次提拿一下，重点提拿脾俞、胃俞、肝俞等背俞穴以增强刺激、加强疗效。每提捏6遍为1次治疗，每天连续治疗3次；(2) 艾灸：用艾灸盒固定艾柱(艾柱选用北京国医研医药技术开发有限公司生产的五年草本艾柱)于中脘、双侧足三里穴位，每穴艾灸一柱。捏脊与艾灸疗法，每日进行1次，以患者不感觉不适，能耐受为原则，并随时密切观察患者的病情变化，若发现不适、异常立

即停止操作并及时处理。

**1.5 疗效判定标准** 将5个症状早饱、胃脘胀满、恶心呕吐、嗝气及食欲不振分别量化分为5个等级<sup>[5]</sup>。0级：无症状；1级：症状程度很轻或偶尔出现症状，但不影响工作及生活；2级：症状程度在1级和3级之间；3级：症状频繁并明显影响工作及生活；4级：症状严重，非常痛苦。各级评分分别为0、1、2、3、4分，计算疗效指数= [(治疗前总分值-治疗后总分值) / 治疗前总分值 × 100%]<sup>[6]</sup>。按疗效指数分为：显效：>75%，有效：51%~75%，好转：36%~50%，无效：<26%。

**1.6 血糖测定** 应用德国罗氏 (ACCU-CHK) (监械(进)字第2012第2401580号) 血糖仪测定空腹血糖和餐后2 h血糖。

**1.7 统计学方法** 采用SPSS 17.0完成统计学分析：计数资料采用 $\chi^2$ 检验，计量资料采用 $t$ 检验。

### 2 结果

**2.1 2组疗效比较** 治疗后治疗组总有效率为100.00%，对照组总有效率为44.23%，2组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	好转	无效	总有效率
对照组	52	2	21	28	1	23(44.23)
治疗组	52	28	24	0	0	52(100.00) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$

**2.2 治疗前后2组各症状比较** 治疗后治疗组和对照组的各症状均较治疗前明显改善，差异有统计学意义 ( $P = 0.00$ )，见表2。

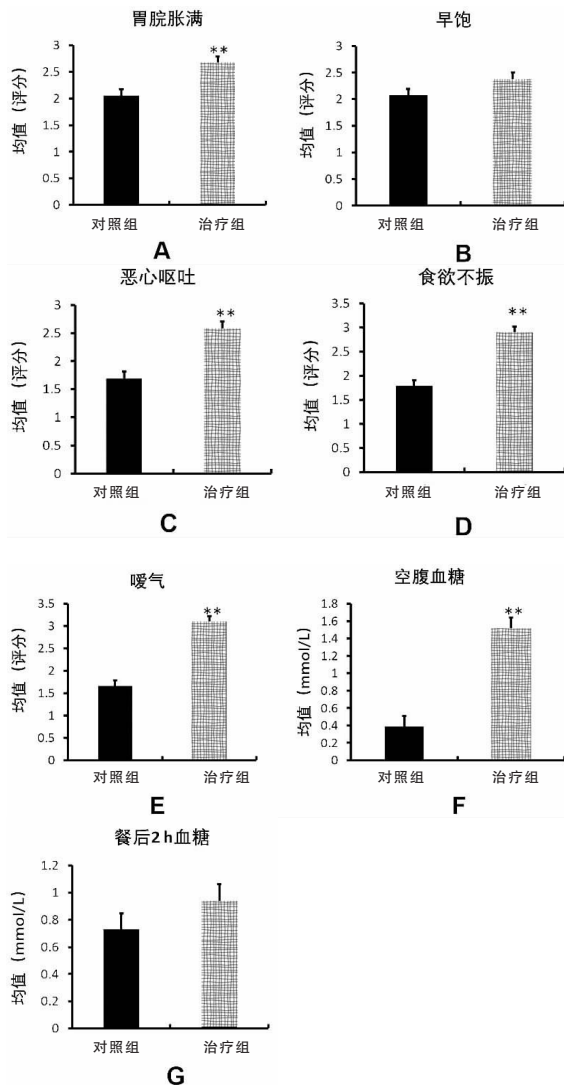
表2 2组治疗前-治疗后各症状的配对 $t$ 检验结果

组别	例数	指标	均值	标准差	标准误	95%置信区间		$t$ 值	sig. (双侧)
						下限	上限		
对照组	52	胃脘胀满	2.06	0.85	0.12	1.82	2.29	17.46	0.00
		早饱	2.08	0.88	0.12	1.83	2.32	16.98	0.00
		恶心呕吐	1.69	0.85	0.12	1.45	1.93	14.31	0.00
		食欲不振	1.79	0.80	0.11	1.57	2.01	16.11	0.00
		嗝气	1.67	1.18	0.16	1.34	2.00	10.19	0.00
		空腹血糖	0.39	0.49	0.07	0.25	0.53	5.69	0.00
治疗组	52	餐后2 h血糖	0.73	0.69	0.10	0.54	0.93	7.61	0.00
		胃脘胀满	2.67	0.88	0.12	2.43	2.92	21.92	0.00
		早饱	2.38	1.05	0.15	2.09	2.68	16.37	0.00
		恶心呕吐	2.58	1.14	0.16	2.26	2.90	16.25	0.00
		食欲不振	2.90	1.01	0.14	2.62	3.19	20.63	0.00
		嗝气	3.10	0.82	0.11	2.87	3.33	27.14	0.00
治疗组	52	空腹血糖	1.15	0.63	0.09	0.98	1.33	13.16	0.00
		餐后2 h血糖	0.94	0.68	0.09	0.75	1.13	9.95	0.00

**2.3 治疗前后2组各症状变化值比较** 治疗前后，2组在临床症状的变化值有统计学差异 ( $P = 0.00$ )，2组早饱、餐后2 h血糖的变化值无统计学差异 ( $P > 0.05$ )。见表3和图1。

表3 治疗前后2组各症状的变化值t检验结果

指标	F值	sig.	t值	df	sig. (双侧)	均值 差值	均值的 标准误	95%置信区间	
								下限	上限
胃脘胀满	3.29	0.07	-3.63	102	0.00	-0.62	0.17	-0.95	-0.95
早饱	4.32	0.04	-1.62	102	0.11	-0.31	0.19	-0.69	-0.69
恶心呕吐	6.84	0.01	-4.47	102	0.00	-0.88	0.20	-1.28	-1.28
食欲不振	1.54	0.22	-6.22	102	0.00	-1.12	0.18	-1.47	-1.47
暖气	4.69	0.03	-7.12	102	0.00	-1.42	0.20	-1.82	-1.82
空腹血糖	5.03	0.03	-6.88	102	0.00	-0.76	0.11	-0.98	-0.98
餐后2h血糖	0.67	0.42	-1.55	102	0.12	-0.21	0.14	-0.48	-0.48



注:\*\*代表差异极显著

图1 治疗前后2组各症状变化情况

2.4 不良反应 此次观察中2组均未发生不良反应。

### 3 讨论

糖尿病胃轻瘫是临床上糖尿病最常见的并发症之一，其胃动力障碍是由多方因素引起，确切的发病机制目前还不清楚，争论很多，多数认为该症发生与高血糖、微血管病变、神经功能障碍、胃肠激素异常、胃肠平滑肌病变及代谢紊乱等相关<sup>[6]</sup>，消化道动力障碍是本病发病的病理基础<sup>[7]</sup>。治疗上，西医一般控制血糖同时给予促进胃肠动力药物，临床症状亦有所改善。

中医没有糖尿病胃轻瘫之病名，可参考“痞证”“痞满”“呕吐”等证论治，《黄帝内经》即有“消瘴”“发满”并论，提示“消瘴”日久即可导致“发满”。《杂病源流犀烛》中有“……呕吐啰，脾胃虚弱病也……”，<sup>[8]</sup>表明恶心、呕吐、暖气、腹满等症状群与脾胃虚弱相关。冯长根等<sup>[9]</sup>认为“久病必虚”，病程较长的糖尿病患者容易发生糖尿病胃轻瘫，其主要病机是“消渴”日久阴损耗气，从而导致中气虚弱、脾胃升降失调。

本次临床观察中，治疗组总有效率优于对照组。笔者认为，糖尿病胃轻瘫病机属虚实夹杂，本虚标实。“消渴”阴虚燥热日久迁延导致脾胃虚弱、胃气上逆，治疗当健脾胃、降逆气，本研究在西医控制血糖方案基础上给予捏脊联合艾灸，疗效显著。通过捏脊联合艾灸调阴阳而改善脏腑功能，从而健脾和胃降逆，使患者症状得到改善并降低空腹血糖。背乃人体阳位，捏脊疗法直接调节背部督脉并足太阳膀胱经，督脉乃为阳脉之海，而足太阳膀胱经第一侧线循行所过脊柱两侧为脏腑背俞穴，故通过捏脊可振奋阳气、改善脏腑功能；灸法即艾灸疗法，采用艾条、艾柱等在穴位上熏灸，借其热力及艾叶的温通效用防治疾病。清·吴亦鼎《神灸经纶》有云：“……灸取于火……能消阴翳，走而不守，善入脏腑……能通十二经、入三阴、理气血，以治百病效如反掌。”中脘穴为胃之募穴、八会穴之腑穴，属奇经八脉之任脉，有健脾和胃、利水降逆之效能；足三里穴乃足阳明胃经合穴，具健脾化湿，生发胃气之功。故艾灸中脘及双侧足三里能够健脾和胃而降逆气，从而缓解糖尿病胃轻瘫之临床症状群。

现今，糖尿病患者越来越年轻化，发生糖尿病胃轻瘫也越来越多，艾灸联合捏脊疗效可靠，操作简单，患者容易接受，能够减轻患者服药负担，且无不良反应发生，是糖尿病胃轻瘫治疗的有效方法。

### 参考文献

- [1]Kassander P.Asymptomatic gastric retention in diabetics (Gastroparesis diabeticorum)[J].Ann Intern Med, 1958,48(4):797-812.
- [2]潘国中,曹进植.现代胃肠病学[M].北京:科学出版社,1995:981-985.
- [3]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:958.
- [4]钱荣立.关于糖尿病的新诊断标准和分型[J].中国糖尿病杂志,2000,8(11):5-6.
- [5]卢一悦.捏脊与按摩治疗糖尿病性胃轻瘫的效果[J].中国临床康复,2006,10(15):32-35.
- [6]钟毅,周红,钟灵.胃肠舒治疗糖尿病胃轻瘫的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2005,25(3):203-206.
- [7]迟家敏,汪耀,周迎生.实用糖尿病学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2009:511-516.
- [8]沈金鳌.杂病源流犀烛[M].李占永,李晓林校注.北京:中国中医药出版社,1994:56-72.
- [9]冯长根,刘霞.糖尿病胃轻瘫的中医药治疗进展[J].山东中医杂志,2002,21(8):508-511.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孙丽 收稿日期:2018-06-22)

# 宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗 胸腔积液的临床护理分析<sup>※</sup>

魏莉瑛<sup>1</sup> 贾琳<sup>2</sup> 吕晨芳<sup>3</sup> 刘连幸<sup>2</sup> 武蕾<sup>2</sup> 郭洁<sup>2</sup>

(1 河北省中医院肿瘤二科,河北 石家庄 050011; 2 河北省中医院呼吸二科,河北 石家庄 050011;  
3 邯郸市峰峰矿区中医院内科,河北 邯郸 056200)

**摘要:**目的 探讨宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗胸腔积液的临床护理效果。方法 选取我院2013年4月—2015年4月128例胸腔积液患者进行回顾性分析,随机分为治疗组和对照组各64例。对照组采用常规西药治疗和护理,治疗组采用离子导入宣肺化痰、活血利水方并配以常规西药治疗和护理。比例2组患者心理健康状况[焦虑自评量表(SAS)评分和抑郁自评量表(SDS)评分]、满意度、并发症发生情况。结果 护理后,2组患者的SAS和SDS评分明显优于护理前( $P < 0.05$ ),而且治疗组的SAS和SDS评分明显优于对照组( $P < 0.05$ );治疗组的满意度(100%)明显高于对照组(78.1%) ( $\chi^2=9.038$ ,  $P < 0.05$ );治疗组的并发症发生率(7.8%)明显低于对照组(15.6%) ( $\chi^2=7.938$ ,  $P < 0.05$ )。结论 采用宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗胸腔积液并进行临床护理可以改善患者心理状况,满意度高,并发症少,具有重要临床意义。

**关键词:** 胸腔积液; 宣肺化痰; 活血利水方; 悬饮

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.053

文章编号:1672-2779(2018)-18-0127-03

## Analysis on the Clinical Nursing of Ventilating the Lung and Resolving Phlegm Combined with Promoting Blood Circulation and Water Retention Prescription Iontophoresis in the Treatment of Pleural Effusion

WEI Liying<sup>1</sup>, JIA Lin<sup>2</sup>, LYU Chenfang<sup>3</sup>, LIU Lianxing<sup>2</sup>, WU Lei<sup>2</sup>, GUO Jie<sup>2</sup>

(1. Oncology Department, Hebei Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Shijiazhuang 050011, China;  
2. Respiratory Department, Hebei Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Shijiazhuang 050011, China;  
3. Department of Internal Medicine, Fengfeng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Handan 056200, China)

**Abstract: Objective** To study the clinical nursing analysis of ventilating the lung and resolving phlegm combined with promoting blood circulation and water retention prescription iontophoresis in the treatment of pleural effusion. **Methods** 128 cases of pleural effusion patients from April 2013 to April 2015 were retrospectively analyzed, and were randomly divided into treatment group and control group ( $n=64$  cases). The control group used conventional western medicine therapy and nursing, and the treatment group used t ventilating the lung and resolving phlegm combined with promoting blood circulation and water retention prescription iontophoresis and matched with conventional western medicine therapy and nursing. The mental health status of the proportion ((anxiety self-assessment scale Self - Rating Anxiety Scale, SAS) score and depression Self rating scale (Self - rating' scale, SDS) score), satisfaction, and complications of two groups of patients was compared. **Results** After care, SAS and SDS scores of two groups of patients were better than before care, and there had statistical significance ( $P < 0.05$ ). And SAS and SDS scores of treatment group were obviously better than those of the control group, and there had statistical significance ( $P < 0.05$ ). Satisfaction (100%) of treatment group was obviously higher than that of control group (78.1%), and there had statistical significance ( $\chi^2=9.038$ ,  $P < 0.05$ ). The incidence of complications (7.8%) of treatment group was obviously lower than the control group (15.6%), with statistical significance ( $\chi^2=7.938$ ,  $P < 0.05$ ). **Conclusion** Using ventilating the lung and resolving phlegm combined with promoting blood circulation and water retention prescription iontophoresis and clinical nursing can improve the patients psychological status, has high satisfaction and fewer complications, and has important clinical significance.

**Keywords:** pleural effusion; ventilating the lung and resolving phlegm; promoting blood circulation and water retention prescription; pleural effusion

胸腔积液是常见临床疾病,其发病是因为患者的全身发生病变或局部发生病变,从而影响动态吸收平衡而形成胸膜腔<sup>[1]</sup>。主要的临床表现为呼吸困难、发绀、咳嗽、胸闷、胸痛等症状<sup>[2]</sup>,临床常用的治疗方法是中心静脉导管胸腔闭式引流术。因此对这方面的研究也比较多,采用此方法对改善患者的症状具有明显效果,而且在治疗的同时进行相应的护理可以更好地改善患

者的症状,提高患者的生活质量。本研究采用宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗胸腔积液,并结合常规治疗和护理,确定宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗胸腔积液的效果及护理效果,并为深入的研究提供可靠依据。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2013年4月—2015年4月128例胸腔积液患者进行回顾性分析,所有患者均符合胸腔积液的诊断标准<sup>[3]</sup>,所有患者自愿并签订同意书。排除严重

※ 基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目【No.2015092】

肝肾等器官疾病患者。随机分为治疗组和对照组，其中治疗组患者64例，男性33例，女性31例；年龄55~78岁，平均年龄(66.5±11.6)岁；胸腔积液间隙2~9个。对照组患者64例，男性34例，女性30例；年龄56~79岁，平均年龄(67.8±12.6)岁；胸腔积液间隙2~10个。2组患者在一般资料方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )，具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组：采用常规药物治疗，主要是采用直流电离子导入尿激酶(丽珠集团丽珠制药厂生产，国药准字H44020647)，治疗过程中对患者的胸腔积液进行严格的监控，同时进行常规护理，对患者进行脉搏、心率、呼吸以及血压等常规监测<sup>[9]</sup>。

治疗组：在对照组的基础上采用宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗并进行护理。宣肺化痰、活血利水方的制作过程为：选用炙麻黄6g，炒苦杏仁12g，炙甘草15g，鱼腥草30g，陈皮15g，清半夏15g，茯苓15g，瓜蒌20g，蜜桑白皮20g，葶苈子20g，红花20g，丹参20g，益母草30g冷水浸泡30min，文火煎煮2次，每次30min，取汁，将该汤剂用直流电离子导入病灶，并以脾经当令的时辰为控制核心进行离子导入。每次在上午9点至11点离子导入宣肺化痰、活血利水方并配以常规西药治疗和护理。具体的护理如下。

**1.2.1 心理护理** 根据患者的恐慌、紧张、抑郁等不良情绪进行心理沟通，缓解患者的不良情绪，顺利进行手术治疗。

**1.2.2 健康教育** 根据患者的情况对其进行相关知识的讲解，提高患者对自身疾病的了解，并积极配合医师进行治疗。不仅对饮食进行健康指导，而且对患者的身体锻炼进行健康指导。

**1.2.3 并发症的护理** 患者治疗后均会出现并发症，根据并发症的情况进行合理的治疗及护理，减少对患者的损伤。

### 1.3 观察指标

**1.3.1 对2组患者抑郁和焦虑情况进行评分** 采用抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)进行评价<sup>[10]</sup>，抑郁值为53分，大于53分就为抑郁。焦虑标准分值为50分，大于50分为焦虑，分值越高越严重。

**1.3.2 对患者满意度进行评价** 采用李克特量表进行评估<sup>[9]</sup>，共分为非常满意、满意、一般、不满意和非常不满意5级来评价，以问卷形式进行调查。满意度=非常满意率+满意率。

**1.4 统计学方法** 数据分析使用SPSS 13.0统计学软件，计量资料用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示，进行 $t$ 检验，计数资料采用百分率表示，进行 $\chi^2$ 检验， $P<0.05$ 表示差异

有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者抑郁、焦虑和症状评分比较** 由表1可知护理后，2组患者的SAS和SDS评分明显优于护理前，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )；而且治疗组的SAS和SDS评分明显优于对照组，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组患者治疗及护理前后的SAS、SDS评分比较

组别	例数	ASA评分		SDS评分	
		治疗及护理前	治疗及护理后	治疗及护理前	治疗及护理后
治疗组	64	65.9±1.6	32.4±1.4 <sup>*</sup>	60.9±1.5	29.6±1.9 <sup>*</sup>
对照组	64	62.5±1.9	49.9±1.5 <sup>*</sup>	61.6±1.8	5.7±1.1 <sup>*</sup>

注：与治疗及护理前比较，<sup>\*</sup> $P<0.05$ ；与对照组比较，<sup>\*</sup> $P<0.05$

**2.2 2组患者满意度比较** 由表2可知治疗组患者的满意度(100%)明显高于对照组(78.1%)，差异具有统计学意义( $\chi^2=9.038$ ,  $P<0.05$ )。

表2 2组患者满意度的比较

组别	例数	[例(%)]					
		非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意	满意度
治疗组	64	55(85.9)	9(14.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	64(100.0) <sup>*</sup>
对照组	64	40(62.5)	10(15.6)	7(10.9)	4(6.3)	3(4.7)	50(78.1)

注：与对照组比较，<sup>\*</sup> $P<0.05$

**2.3 2组患者并发症情况比较** 治疗组发生5例并发症，其中2例切口发热，3例心律失常，并发症发生率为7.8%；对照组发生10例并发症，4例切口发热，3例心律失常，3例局部感染，并发症发生率为15.6%，2组并发症发生率存在明显差异( $\chi^2=7.938$ ,  $P<0.05$ )。

## 3 讨论

**3.1 宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗胸腔积液的析** 宣肺化痰、活血利水方是采用中药成分中的有效成分，将其制作成液体，采用离子导入的方法进行治疗，其中蜜麻黄具有润肺，止咳平喘的功效，因此也经常用于治疗胸腔积液的症状，具有一定的效果；炒苦杏仁具有抗炎镇痛、平喘等功效，用于此药方也是根据其平喘的功效，和炙麻黄一起改善患者咳嗽的症状；炙甘草具有补脾和胃，益气复脉的功效，可以有效调节患者的胸闷等症状；鱼腥草具有清热解毒、排脓消痈、利尿除湿、健胃消食等功效，可以很好地调节患者的消化不良；陈皮具有健脾和胃，行气宽中，降逆化痰的功效，和炙甘草、鱼腥草配合使用调节患者的脾胃；清半夏具有燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结；茯苓渗湿利水，健脾和胃，宁心安神；瓜蒌清热涤痰，宽胸散结，润肠；蜜桑白皮具有泻肺平喘、利水消肿功效；与葶苈子、红花、丹参、益母草等益气补血的中药配合使用，可以很好地改善患者的症状。



比常规西药治疗效果更明显。在治疗同时进行护理可以达到更好的治疗效果。

### 3.2 宣肺化痰活血利水方离子导入治疗胸腔积液的护理

**3.2.1 对患者进行心理护理** 患者对治疗知识的缺乏,在治疗的过程中会出现恐慌、紧张、焦虑不安等不良情绪<sup>[6-7]</sup>,因此对患者进行相关的知识讲解,并与患者进行沟通,缓解患者的不良情绪。使患者产生信任,积极进行心理疏导,提高患者的治愈信心与治疗依从性。通过心理护理,本研究患者的SAS和SDS评分明显比护理前降低,而采用宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗并进行护理的患者的抑郁和焦虑评分均得到明显降低,而且比常规护理降低明显。

**3.2.2 对患者进行健康教育的护理及效果** 对患者讲解手术的相关知识,并对手术过程进行相关的教育健康方面的护理,使患者更多地了解相关知识;手术中叮嘱患者不要剧烈咳嗽,而且保持呼吸均匀,避免异常动作影响手术的顺利进行,而且患者要积极配合手术,保持良好的心态<sup>[8-9]</sup>;在手术过程中与患者进行交流,缓解患者的紧张情绪,而且还可以为患者讲解治疗的进度,消除患者的恐惧心理,并严密观察患者各项生命体征的变化,而且也要对患者的表情变化进行观察,发现患者有异常的体征或表情变化要及时配合医生进行处理<sup>[10-11]</sup>;手术结束后对患者讲解手术后可能的并发症情况,并告知患者如何进行并发症的处理,并避免并发症的发生。在治疗的同时进行护理可以很好地减少患者的并发症,采用宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗的同时进行相应的护理,患者的并发症明显减少,为7.8%,明显低于对照组。

**3.2.3 对患者并发症的护理** 患者可能出现的并发症是切口发热,心律失常及局部感染<sup>[12-13]</sup>,本研究治疗组出现2例切口发热,3例心律失常,没有局部感染的发生。因此在护理中要时刻观察患者生命体征的变化,同时还要对手术后患者的并发症密切监视,如果出现要及时处理,避免更严重的情况发生。另外要注意患者的饮食,告知患者多食用维生素含量高、蛋白含量高、纤维含量高的食物,不仅戒烟酒,而且少食用刺激性食物<sup>[14]</sup>。针对可能发生的并发症进行护理,患者的并发症发生率明显降低,而且更利于患者的康复。

本研究对比分析宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗及护理与常规治疗及护理对改善胸腔积液患者临床症状的效果,通过研究发现采用宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗及护理后的SAS和SDS评分明显降低,而且患者的满意度比较高,并发症发生

率也比较低,由此可以说明采用宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗及护理可以很好地改善患者的症状。

综上所述,采用宣肺化痰、活血利水方离子导入治疗胸腔积液并进行临床护理可以改善患者心理状况,满意度高,并发症少,具有重要临床意义。

### 参考文献

- [1]Victoria Villena Garrido, Enrique Cases Viedma, Alberto Fernández Villar, et al. Recommendations of Diagnosis and Treatment of Pleural Effusion. (Update)[J]. Archivos de Bronconeumología (English Edition), 2014, 50(6): 235-249.
- [2]郑爱翔,朱进.超声引导下胸腔穿刺抽液合中药治疗胸膜粘连术后多发性胸腔积液疗效观察[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(24):365-367.
- [3]武梦妹.留置中心静脉导管治疗恶性胸腔积液临床护理体会[J].中国卫生标准管理,2015,6(15):229-230.
- [4]张雪玲.临床护理路径在肺癌合并恶性胸腔积液胸膜固定术治疗中的应用效果研究[J].全科护理,2012,10(11):3075-3077.
- [5]赵凌海.中心静脉导管留置对结核性胸腔积液进行治疗的临床护理观察[J].中国伤残医学,2012,20(12):155-157.
- [6]王琨,谷小燕,罗斌,等.胸腔冲洗治疗恶性胸腔积液致胸腔感染7例临床护理[J].齐鲁护理杂志,2011,17(9):68-69.
- [7]王春燕.留置中心静脉导管治疗恶性胸腔积液的护理分析[J].中国卫生标准管理,2015,6(2):96-97.
- [8]李侠.优质服务对胸腔穿刺置管引流联合腔内注射尿激酶治疗结核性包裹性胸腔积液患者的影响分析[J].中国医药指南,2014,12(32):327-328.
- [9]李洁,邹玉兰,杜艳玲.中心静脉导管引流胸腔积液的临床分析与护理[J].西部医学,2011,23(10):2000-2001.
- [10]朱广云.胸腔积液临床护理体会[J].中国现代药物应用,2015,9(6):211-212.
- [11]黄晓平.胸腔积液临床护理体会[J].中国现代药物应用,2013,7(20):222-223.
- [12]王智琴,陆维秀,赵子琨,等.热灌注化疗治疗恶性胸腔积液的临床护理[J].全科护理,2014,12(11):1021-1023.
- [13]吕国燕.中心静脉导管引流恶性胸腔积液的临床护理体会[J].大家健康,2013,7(4):186-187.
- [14]张巧宁.恶性心包胸腔积液患者采用循证护理的临床观察[J].中国肿瘤临床与康复,2013,20(3):275-277.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张春霞 收稿日期:2018-05-15)

### 现代中医对龙眼肉补益心脾,养血安神认识

龙眼肉甘润味厚,能补心脾、益气血、润脏、健脑力、宁神志,并且该品补而不燥,滋而不腻,富含营养物质及多种维生素,具有促进造血,改善心脑血管和降血脂作用,为滋补心脾之佳品。凡老人体弱,病后体虚,或劳伤心脾,气血不足所致之失眠健忘,心悸怔忡,头晕眼花,少气倦怠等,可配伍党参(老年人配伍太子参)、丹参、黄芪、当归、酸枣仁、远志、茯苓等,以补益心脾、养血安神。

民间常配伍大枣(去核)煎水常服,用于补血、益脑等。

——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。

# SOX 方案联合参芪扶正注射液 治疗老年晚期胃癌的临床分析及护理体会

刘海棠

(中国医科大学附属第一医院日间病房, 辽宁 沈阳 110001)

**摘要:**目的 探讨SOX方案联合参芪扶正注射液治疗老年晚期胃癌的临床分析及护理体会。方法 选取2016年3月—2017年3月我院收治的不宜进行手术治疗的老年晚期胃癌患者60例, 随机分为2组, 每组各30例。对照组单用SOX方案治疗, 对患者采用常规护理, 研究组应用SOX方案联合参芪扶正注射液治疗, 对患者采用延续性护理。结果 研究组的不良反应发生率明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 研究组的护理满意度显著高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 老年晚期胃癌患者的治疗过程中, SOX方案联合参芪扶正注射液的治疗效果理想, 患者对延续性护理满意度更高, 临床上应进一步推广应用。

**关键词:** 晚期胃癌; SOX方案; 参芪扶正注射液; 老年科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.054

文章编号:1672-2779(2018)-18-0130-02

## Clinical Analysis and Nursing Experience of SOX Regimen Combined with Shenqi Fuzheng Injection in the Treatment of Elderly Patients with Advanced Gastric Cancer

LIU Haitang

(Day Ward, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical analysis and nursing experience of SOX regimen combined with Shenqi Fuzheng injection in the treatment of elderly patients with advanced gastric cancer. **Methods** 60 elderly patients with advanced gastric cancer who were treated in our hospital from March 2016 to March 2017 were randomly divided into two groups, 30 cases in each group. The control group was treated with SOX regimen alone, the patients were treated with routine nursing. The study group was treated with SOX regimen combined with Shenqi Fuzheng injection, and the patients were treated with continuous nursing. **Results** The incidence of adverse reactions in the study group was significantly lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ), and the nursing satisfaction in the study group was significantly higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** SOX regimen combined with Shenqi Fuzheng injection has an ideal therapeutic effect in the treatment of elderly patients with advanced gastric cancer, and the patients' satisfaction with continuous nursing is higher. Therefore, SOX regimen should be further promoted and applied in clinical practice.

**Keywords:** advanced gastric cancer; SOX regimen; Shenqi Fuzheng injection; gerontology department

胃癌是我国常见的恶性肿瘤之一, 具有较高的发病率和死亡率。由于胃癌早期时特异性症状并不明显, 并不容易被诊断出来, 而且手术治疗后的复发率也很高, 化疗仍是治疗晚期胃癌患者的主要方式<sup>[1]</sup>。近年来医学研究发现, 采用化疗、免疫治疗和中西医结合等治疗方式可以阻碍肿瘤的发展, 提高胃癌患者的生存期<sup>[2]</sup>。在中国版的NCCN胃癌临床实践指南中, 采用替吉奥联合顺铂化疗作为标准方案, 而SOX方案的效果更好, 肾毒性小, 肠道反应较轻, 更容易被老年患者接受。我院在对老年晚期胃癌患者的治疗过程中, 使用SOX方案联合参芪扶正注射液进行治疗, 并在化疗后对患者采用延续性护理, 取得满意效果, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年3月—2017年3月我院收治的老年晚期胃癌患者60例, 均经过组织病理学确认为晚期胃癌, 患者拒绝手术治疗或不能进行手术治疗。将患者随机分为2组, 其中对照组男19例, 女11例; 年龄60~75岁, 平均年龄(62.0 ± 4.3)岁。研究组男14例, 女16例; 年龄60~78岁, 平均年龄(64.1 ± 3.2)岁。患者均知情同意本研究, 一般资料具有可比性 ( $P >$

0.05), 同时经过医院伦理委员会批准。

### 1.2 治疗方法

**1.2.1 对照组** 患者只采用SOX方案进行化疗。口服替吉奥胶囊40~60 g, 每日2次, 连续14 d, 使用奥沙利铂130 mg/m<sup>2</sup>, 第1天静脉输液, 每3周为1个周期。对病人实施常规护理, 内容有休息、饮食、用药、检查等指导。

**1.2.2 研究组** 患者在采用SOX方案化疗同时联合参芪扶正注射液治疗。静脉滴注参芪扶正注射液250 mL/次, 每日1次。在常规护理的基础上实施延续性护理, 护理内容除了休息、饮食、用药、检查指导外, 定期举办与化疗知识相关的讲座, 增加病人对化疗的了解, 对患者进行心理辅导, 提高治疗信心和配合度, 在患者出院后进行随访, 并对化疗后的恢复及生活方面进行指导。

**1.3 观察指标** 观察2组治疗后患者的骨髓抑制、周围神经毒性和胃肠道反应等不良反应发生率; 护理满意度采取对患者问卷调查方式, 由病人或家属填写, 总分为100分, 80分以上为满意, 60~80分为基本满意, 60分以下为不满意。

1.4 统计学方法 数据应用SPSS 18.0进行分析,其中计数资料以(%)表示,行 $\chi^2$ 检验,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,进行t检验,  $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患者不良反应情况对比 研究组的不良反应发生率明显低于对照组 ( $P<0.05$ ),具体见表1。

表1 2组患者不良反应情况对比 [例(%)]

组别	例数	骨髓抑制	周围神经毒性	胃肠道反应	发生率
对照组	30	8	6	10	24(80.0)
研究组	30	6	3	7	16(53.3)
$\chi^2$ 值		5.354	5.792	5.825	6.937
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2组患者护理满意情况对比 研究组的护理满意度显著高于对照组 ( $P<0.05$ ),具体见表2。

表2 2组患者护理满意情况对比 [例(%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	30	6	11	13	17(56.7)
研究组	30	9	13	8	22(73.3)
$\chi^2$ 值		5.327	5.314	5.935	6.361
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

由于老年晚期胃癌病人的状况较差,已不适合采用放疗、手术等治疗方式,所以治疗胃癌特别是晚期胃癌患者的主要方式是化疗。如何提高晚期胃癌患者的生活质量和生存率,阻碍肿瘤进展,是目前医学关注的重点之一<sup>[3]</sup>。临床医学研究证明,化疗方案联合中医药可以提高胃癌患者的生活质量和生存率,减轻化疗的不良反应,使化疗疗效增强。晚期胃癌患者采用SOX方案进行化疗,大多患者能耐受,不良反应较少,疗效好,已成为治疗胃癌患者的基础方案之一<sup>[4]</sup>。替吉奥胶囊由奥替拉西钾、替加氟和吉美嘧啶组成,是一种氟尿嘧啶类的口服药剂,在服用后替加氟在体内转化为5-氟尿嘧啶,发挥抗癌的作用。奥沙利铂是铂类化学药剂,具有消化道不良反应轻、抗癌活性广的优点,在临床化疗方案中广泛应用。参芪扶正注射液是一种中药药剂,含有黄芪、党参等成分,可保护心、肾、肝的功能,具有扶正固本、补虚益气等功效。黄芪多糖是黄芪中的有效成分,可以增强人体免疫力,使白细胞增加,保护骨髓作用增强,而且能增强T细胞、NK细胞、LAK细胞和IL-2的抗癌活性,提高体液免疫和细胞免疫功能,具有抗肿瘤作用。党参中含有人参皂苷等有效成分,可提高人体免疫功能,使巨噬细胞的吞噬功能增强,使植物神经功能得到改善,增强食欲,抗疲劳,可有效减轻化疗的不良反应,提高身体抵抗力<sup>[5]</sup>。参芪扶正注射液中的党参、黄芪等成分也可以使心肌细胞代谢增强,降低心肌耗氧量和血液黏度,增加左心室每搏输出量和心脏射血分数,在化

疗时对心脏起保护作用<sup>[6]</sup>。本研究发现SOX化疗方案联合参芪扶正注射液的中西医结合方案患者的骨髓抑制、周围神经毒性和胃肠道反应等不良反应发生率明显低于对照组。

延续性护理是在常规护理基础上的补充,为胃癌患者组建了一支延续性护理团队,对刚进医院治疗的患者发一份患者健康状况调查表,登记患者信息,让患者进行护理评估,然后根据患者的病情及化疗情况安排随访计划<sup>[7]</sup>。除了对患者实施常规的休息、饮食、用药、检查指导,延续性护理方案还有如下几个方面:①对病人讲解化疗知识,在化疗之前护士对病人及家属讲解化疗时会出现的常见不良反应症状如恶心、呕吐、手足麻木等,出现症状后积极处理,减轻化疗时的不良反应,定期举办化疗知识讲座,鼓励患者及家属积极参加,提高治疗的配合性与积极性;②对患者进行心理辅导,患者由于被病痛折磨与对自己病情的担忧,通常会产生焦虑不安,抑郁不振等不良情绪,降低了患者的治疗积极性与配合度,还会影响化疗的疗效,护士应对患者的问题进行针对性解决,对患者进行心理辅导,让患者看到生存的希望;③建立信息群,在病人出院后定期进行电话回访,了解患者病情,并进行生活及用药指导,提高患者出院后的生活质量;④控制延续性护理的质量,每月为1周期,3个周期后,让患者填写护理问卷调查表并进行评分等<sup>[8]</sup>。延续性护理作为一种新型的护理模式,对患者实现在院内、院外无缝护理连接,让病人感受到护理的更细致、专业和安心。本文通过研究对比2组的护理满意度,发现研究组的护理满意度明显高于对照组,病人更倾向于延续性护理。

综上所述,我院在对老年晚期胃癌患者的治疗过程中,SOX方案联合参芪扶正注射液的治疗效果理想,有效降低了不良反应发生率,使化疗疗效提高,延续性护理的实施提高了患者的护理满意度,临床上应进一步推广应用。

### 参考文献

- [1]韩燕鸿,揭珂,张荷,等.参芪扶正注射液联合GP方案治疗非小细胞肺癌的Meta分析[J].中国实验方剂学杂志,2016(8):226-230.
- [2]武阳.伊立替康单药与联合消癌平治疗老年晚期胃癌的比较研究[J].中国药房,2016,27(5):657-659.
- [3]吴亭,李日彩.FOLFOX7方案联合艾迪注射液治疗晚期胃癌的效果及毒副反应[J].广东医学,2016,37(3):438-440.
- [4]宾业鸿,蔡正文,刘汉峰.SOX方案与改良mFOLFOX6方案治疗弥漫型进展期胃癌的疗效和安全性比较[J].中国药房,2016,27(21):2903-2906.
- [5]汪华玲,李海荣,李春梅.姑息性手术治疗中晚期胃癌患者的护理观察[J].中华肿瘤防治杂志,2016(2):365-366.
- [6]杨阳,曾铁英.健康赋权理论在老年护理中的启示[J].中华护理杂志,2016,51(6):737-741.
- [7]蔡燕,王绚璇,龚勋,等.民营医院老年住院患者护理风险评估及实施对策[J].中国老年学杂志,2016,36(17):4315-4316.
- [8]刘丽萍,李英利,吴彬,等.长期护理对护理院老年人生活质量的影响[J].中国老年学,2016,36(16):4068-4070.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘晓菲 收稿日期:2018-05-29)

# 中西医结合护理干预促进剖宫产产妇乳汁分泌的效果

俞红兰

(江西省赣州市信丰县人民医院产科,江西 信丰 341600)

**摘要:**目的 评价中西医结合护理干预促进剖宫产产妇乳汁分泌的效果。方法 选取我院收治的剖宫产产妇46例为观察组,对患者给予中西医结合护理;选取同期剖宫产产妇46例为对照组,对患者给予常规西医护理。结果 观察组术后乳汁分泌始动优良率97.83%(45/46),48 h泌乳量优良率96.65%(44/46),乳房胀痛发生率8.70%(4/46);对照组术后乳汁分泌始动优良率80.43%(37/46),48 h泌乳量优良率71.74%(18/46),乳房胀痛发生率39.13%,2组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 对剖宫产产妇采取中西医结合护理干预,能提高乳汁分泌效果。

**关键词:** 中西医结合护理;护理干预;剖宫产;乳汁分泌

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.055

文章编号:1672-2779(2018)-18-0132-02

## Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Intervention on Promoting Maternal Milk Secretion in Cesarean Section

YU Honglan

(Obstetrics Department, Xinfeng County People's Hospital of Ganzhou City, Jiangxi Province, Ganzhou 341600, China)

**Abstract: Objective** To evaluate the effect of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing intervention on promoting the secretion of lactation in cesarean section. **Methods** 46 cases of patients treated with integrated traditional Chinese and Western medicine were selected as observation group. 46 cases of cesarean section were selected as the control group, and the patients were given routine medical care. **Results** The excellent rate of breast milk secretion in the observation group was 97.83% (45/46), the good rate of 48h lactation was 96.65% (44/46), the incidence of breast distention was 8.70% (4/46), the good rate of breast milk secretion in the control group was 80.43% (37/46), the good rate of 48h lactation was 71.74% (18/46), the incidence of breast distention was 39.13% (18/46), and the comparison was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The nursing intervention of integrated traditional Chinese and Western medicine for cesarean section women can improve the effect of milk secretion.

**Keywords:** integrated traditional chinese and western medicine nursing; nursing intervention; cesarean section; milk-secretion

目前,随着高危妊娠、高危分娩产妇的增多,剖宫产已成为一种重要的分娩方式。一直以来,母乳喂养是产科重点研究问题,而剖宫产产妇早期切口疼痛、麻醉、体位受限,再加上剖宫产后乳胀、缺乳、乳头凹陷等情况,多数产妇不愿意接受哺乳,出现泌乳延迟情况<sup>[1]</sup>。就针对剖宫产产妇乳汁分泌情况,我院总结多年经验,采取中西医结合护理干预,取得让人满意效果。本研究就对剖宫产产妇采取中西医结合护理干预,探究对乳汁分泌的作用,现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2017年1月—2018年3月我院收治的剖宫产产妇46例为观察组,年龄20~37岁,平均(27.96±5.41)岁;孕周36~41周,平均(38.74±1.85)周;初产妇19例,经产妇27例;选取同期在我院剖宫产产妇46例为对照组,年龄20~37岁,平均(28.01±5.40)岁;孕周36~41周,平均(38.76±1.91)周;初产妇20例,经产妇26例。2组患者年龄、孕周及产次差异比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),可进行对比。

**1.2 护理方法** 对照组:常规西医护理。(1)心理护理。医护人员应做好剖宫产产妇认知干预,向产妇及家属讲解母乳喂养的优点、方法及注意事项。将关于

母乳喂养相关知识制成健康手册,包括母乳喂养体位、方法技巧、注意事项及预防干预知识。模拟母乳喂养方法,指导产妇正确哺乳,指出喂养中存在的问题。同时要与产妇沟通交流,了解产妇心理状态,尽量消除产妇焦虑、不安等情绪;(2)准确哺乳。首先为剖宫产产妇建立一个安静、舒适、干净的病房环境,适当控制探视人员的出入。指导产妇侧卧位、坐位环抱式,以免伤口受压疼痛。喂奶结束后,产妇用食指轻压婴儿下颌,再拉出乳头,以免乳头疼痛及损伤;(3)饮食干预。产妇术后6 h适当进食米汤或蛋汤,尽量不要进食甜食,以免胃肠胀气。术后12 h,进食鲫鱼汤、排骨汤、猪蹄汤等,为产妇提供必要营养,以此促使乳汁尽早分泌。

观察组:中西医结合护理。产妇西医护理同对照组,中医护理:(1)乳房按摩。由专人按摩,产妇平卧位或坐位,乳头乳晕以50~60℃温开水清洗,以热毛巾热敷乳房。按摩者用双手大小鱼际均匀按摩乳房壁,呈螺旋式按摩;右手从右边乳房下方按摩到左乳房上方,由左臂内侧开始按摩至左乳房侧面;左手由左乳房下方按摩到右乳房上方,由右臂内侧按摩到右乳房侧面,每次反复按摩,约10 min。双手呈球形状拿捏乳房,于边缘按摩至中心,反复按摩,约10 min。拇指、食指、中指抓住乳头、乳晕,期间轻柔牵拉乳头

约5~6次,反复按摩,约10 min; (2) 穴位按摩。气血不足者,选气海、血海穴;乳房条件较差者,选乳中穴、乳根穴;肝气郁结者,选檀中穴;吸收差、出血多者,选少泽穴。根据产妇实际情况,结合推拿、按摩,使产妇感受到局部发热、酸、麻、胀、痛等感觉为度; (3) 催乳方剂。基本方:穿山甲、天花粉、党参、丹参、王不留行、桃仁、当归、麦冬、黄芪各15 g,厚朴、枳壳各12 g,大黄、通草各10 g,桔梗、陈皮各6 g,鲫鱼1条。上述药方用1000 mL水文火煮60 min,取汤,产妇在术后6 h服用,每天口服2次。待产妇乳汁分泌足量后,可停止服用。

**1.3 观察指标** 观察2组产妇乳汁分泌始动时间及产后48 h泌乳量,调查产妇产后乳房胀痛发生情况。

乳汁分泌始动时间:优:时间≤24 h;良:24~48 h;可:>48 h<sup>[2]</sup>。产后48 h泌乳量:优:产妇24 h哺乳次数>8次,双侧乳房饱满,满足新生儿需求;良:乳汁能满足新生儿部分需求,需适当配合配方奶,乳房尚饱满;可:产妇自觉双侧乳房松弛,乳汁分泌量少,用手挤奶见少许乳汁,无法满足新生儿需求<sup>[3]</sup>。

**1.4 统计学方法** 应用SPSS 20.0统计学软件包处理数据。计数资料以率表示,采取 $\chi^2$ 检验,当 $P<0.05$ 时,说明差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组产妇乳汁分泌始动效果比较** 观察组术后乳汁分泌始动优良率97.83%,高于对照组的80.43%,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表1。

表1 2组产妇乳汁分泌始动效果比较 [例(%)]

组别	例数	优	良	可	优良率
观察组	46	32	13	1	45(97.83)
对照组	46	11	26	9	37(80.43)
$\chi^2$ 值					5.498
$P$ 值					0.019

**2.2 2组产妇48 h泌乳量比较** 观察组48 h泌乳量优良率96.65%,高于对照组的71.74%,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表2。

表2 2组产妇48 h泌乳量比较 [例(%)]

组别	例数	优	良	可	优良率
观察组	46	33	11	2	44(96.65)
对照组	46	14	19	13	33(71.74)
$\chi^2$ 值					7.965
$P$ 值					0.005

**2.3 2组产妇乳房胀痛发生率比较** 观察组产妇乳房胀痛发生率8.70% (4/46), 低于对照组的39.13% (18/46),

差异有统计学意义 ( $\chi^2=10.096, P=0.001$ )

## 3 讨论

母乳是婴幼儿最理想的天然食品,营养价值高,易于吸收,富含多种抗体。母乳喂养能增强婴幼儿抵抗力,早期吸吮母乳,与母亲皮肤接触,能增加母子之间的交流及母子感情。同时母乳吸吮,通过刺激乳头,刺激催产素,促进子宫收缩功能,减少产妇产后出血的发生。另外,新生儿早期母乳,能刺激新生儿肠胃蠕动,粪便排出,降低血清胆红素水平<sup>[4]</sup>。近年来,我国剖宫产发生率呈逐年增加趋势,而产后缺奶、奶涨发生率也随之增加,纯母乳喂养率逐年降低。产后母乳喂养一直是剖宫产产妇重点关注问题,手术刺激、切口疼痛、机体应激反应、情绪变化等因素均会影响产妇母乳喂养情况。近年来,为了提高剖宫产产妇产后母乳喂养成功率,逐渐采用母婴同室、早吸吮等护理措施<sup>[5]</sup>,但多数产妇依然未能及时随时按需哺乳。而且剖宫产术后产妇普遍存在哺乳延迟、泌乳始动时间延长等状况,使产后缺乳、乳房胀痛的发生率明显提高。因此,需做好剖宫产产妇母乳分泌的护理干预,针对产妇具体情况,指导产妇准确哺乳,提高产妇产后母乳分泌效果。

我院根据多年经验,对产妇采取中西医结合护理,观察组术后乳汁分泌始动优良率97.83%,48 h泌乳量优良率96.65%,乳房胀痛发生率8.70%;对照组术后乳汁分泌始动优良率80.43%,48 h泌乳量优良率71.74%,乳房胀痛发生率39.13%;2组比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。因此,中西医结合护理的应用,明显提高了产妇乳汁分泌始动及48 h泌乳量效果,相应减少了乳房胀痛的发生。中西医结合护理,早期指导产妇正确哺乳,心理疏导、穴位配合,乳房按摩,以此提高产妇泌乳效果,使泌乳始动时间提前,泌乳量增加。总而言之,对剖宫产产妇采取中西医结合护理干预,能提高乳汁分泌效果,加快泌乳始动时间,效果显著。

## 参考文献

- [1]柳爱兰.中西医结合护理对剖宫产产妇术后乳汁分泌的影响[J].护理实践与研究,2016,13(5):73-75.
- [2]汪巧玉.中西医结合护理对剖宫产术后母乳喂养成功率的影响[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(19):124-126.
- [3]高耀秀.中西医结合护理对剖宫产产妇术后乳汁分泌的影响[J].实用中医药杂志,2016,32(12):1247-1247.
- [4]翟义.舒适护理在剖宫产产妇护理中的临床疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(4):69-70.
- [5]熊娟.中西医结合护理对剖宫产产妇乳汁分泌的影响[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(22):127-129.

(本文编辑:李海燕 本文校对:何丽丽 收稿日期:2018-05-22)

# 中西医结合护理慢性心衰的价值观察

陈华香 梁海华

(江西省兴国县人民医院内科, 江西 兴国 342400)

**摘要:**目的 分析慢性心衰患者给予中西医结合护理的临床效果。方法 以我院2015年6月—2017年3月接诊的42例慢性心衰患者为观察对象,以随机数字表法将其分为对照组、研究组,均21例。对照组采取常规西医护理,而研究组则中西医结合护理,分析比较2组护理效果。结果 护理后,研究组的心功能Ⅰ级、Ⅱ级占比高于对照组,且研究组的心功能Ⅲ级明显低于对照组,差异存在统计学意义 ( $P < 0.05$ );研究组的生活质量评分高于对照组,差异存在统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 中西医结合护理有助于改善慢性心衰患者心功能,从而提高其生活质量,预后良好,值得使用。

**关键词:**慢性心衰;中西医结合护理;心悸;喘证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.056

文章编号:1672-2779(2018)-18-0134-02

## Observation on the Value of the Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing in Patients with Chronic Heart Failure

CHEN Huaxiang, LIANG Haihua

(Department of Internal Medicine, Xingguo County People's Hospital, Jiangxi Province, Xingguo 342400, China)

**Abstract: Objective** To analyze the clinical effect of integrated traditional Chinese and western medicine nursing on chronic heart failure. **Methods** In our hospital during from June 2015 to March 2017, 42 cases of chronic heart failure patients were selected as observation objects with random number table method. They were divided into control group and study group, with 21 cases in each group. The control group was given regular western medicine nursing, and the study group was given integrated traditional Chinese and western medicine nursing. The nursing effect was compared. **Results** After nursing, the heart function I and III proportion of the study group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The quality of life of the study group was higher than the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The integrated traditional Chinese and western medicine nursing can improve the cardiac function and quality of life.

**Keywords:** chronic heart failure; integrated traditional Chinese and western medicine nursing; palpitation; dyspnea

慢性心力衰竭是常见的心内科疾病,表现为乏力、体液潴留等症状,致使患者生活质量降低<sup>[1]</sup>。随着老年人机体生理功能的减退,抵抗力的降低,使其成为该病的好发人群。随着当前研究的深入分析,认为临床护理在患者治疗过程中起到至关重要的作用,并提出中西医结合护理对其预后发展具有显著的促进作用。为此,本研究以我院慢性心衰患者为例,对其提供中西医结合护理,现介绍如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 纳入2015年6月—2017年3月我院收治的42例慢性心衰患者,均知晓研究,且签署了知情同意书,通过数字表法将其随机分为2组,即对照组21例,男女比例12:9,年龄60~85岁,病程1~4年,心功能分级为3例Ⅱ级、5例Ⅲ级,13例Ⅳ级。研究组21例,男女比例13:8,年龄62~82岁,病程1~5年,心功能分级为4例Ⅱ级、6例Ⅲ级,11例Ⅳ级。分析比较2组基线资料,发现差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),且研究符合医学伦理。

### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 采取西医常规护理,如下:(1)监测生命体征变化,持续低流量吸氧;(2)按照少食多餐原则,向患者提供低盐低脂、高维生素、富含钾及适量

纤维素的清淡、易消化食物;(3)叮嘱患者尽量卧床休息,减少活动,避免加重心脏负担;(4)安排舒适病房,定期开窗通风,维持室内空气清新,减少交叉感染机会;定时为患者提供翻身、拍背等操作,促进痰液排出体外,保持呼吸道通畅;(5)和患者主动交流,向其介绍疾病相关知识,以及护理常规流程,并耐心解答患者提出的问题,赢得患者的信任感,从而消除其不良心理,促使患者积极配合治疗、护理;(6)做好家属思想工作,利用家庭支持系统作用,进一步增强患者治疗信心;(7)按照医嘱,指导患者用药(利尿剂、强心剂、血管扩张剂等),并密切监测患者用药期间有无不良反应,如乏力、肠鸣音减弱、头痛、心动过速等,积极对症处理。

**1.2.2 研究组** 采取中西医结合护理,西医常规护理同对照组相同,中医护理如下:(1)心肺气虚型,表现为神疲乏力、食少纳呆、脉沉无力等症状,对此应当密切监测患者面色、脉搏、呼吸等变化,并做好保暖工作,日常饮食主要以丰富、易消化食物为主,如豆制品、瘦肉、蛋类等,严禁暴饮、暴食、辛辣等刺激性食物;(2)血脉瘀阻型,表现为心悸怔忡、气短、胸痛等症状,应当注意评估胸痛的部位、程度、持续时间、性质等,以便提供相应的治疗措施,日常饮食

以低盐、活血化瘀、益气通脉食物为主，如田七炖鸡粥；（3）阳气虚脱型，表现心悸气喘、四肢厥冷、大汗淋漓、面色苍白等，日常护理应当注意保暖，积极做好情志护理、饮食护理（低盐低脂、补气助阳食物为主，如牛肉汤、狗肉等）；（4）气阴两虚型，表现为气短疲乏、头昏目眩、心烦失眠等症状，对此应当叮嘱患者注意休息，结合自身病情，进行适当体力活动，同时注意日常饮用水的摄入，并多食用益气养阴、温补益气食物；（5）痰热壅肺型，表现为心悸气短、咳嗽、胸膈痞满、尿少、舌红苔黄等症状。护理上需要密切监测患者体温变化，并做好咳嗽痰黏稠者的排痰、吸痰等方面的护理，尽量向其提供清热化痰措施、降气定喘食物；（6）阳虚水泛型，表现为心悸气喘、腰酸膝冷、面色苍白、脉沉无力等症状。护理上应当注意定期开窗通风，消毒清扫，时刻保持室内空气流通，以及根据天气变化，指导患者增减衣物，避免感染，诱发病情加重。此外，协助患者按摩肌肉、活动关节，改善局部组织血液循环。

**1.3 观察指标** 观察2组心功能（以NYHA心功能分级为依据）以及生活质量。生活质量评价标准<sup>[2]</sup>：以生活质量综合评定问卷(GOQL-74)为依据，评估患者生活质量，共4个维度，分别为物质生活、社会功能、躯体功能、心理功能，均20分，分值越高，生活质量越理想。

**1.4 统计学方法** 以统计学软件SPSS 21.0为工具，计量资料、计数资料分别表示为 $(\bar{x} \pm s)$ 、 $n$  (%)，结果以 $t$ 检验、 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 心功能比较** 护理后，研究组的心功能Ⅰ级、Ⅱ级占比高于对照组，且研究组的心功能Ⅲ级明显低于对照组，差异存在统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表1。

表1 心功能比较 [例(%)]

组别	例数	I级	II级	III级	IV级
研究组	21	8(38.10)	12(57.14)	1(4.76)	0(0.00)
对照组	21	2(9.52)	5(23.81)	11(52.38)	3(14.29)
$\chi^2$ 值		4.725	4.842	11.667	3.231
$P$ 值		0.030	0.028	0.001	0.072

**2.2 生活质量比较** 研究组生活质量各项指标评分均高于对照组，差异存在统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表2。

表2 生活质量比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	物质生活	躯体功能	心理功能	社会功能
研究组	21	18.5±1.3	18.3±1.3	18.7±1.1	18.5±1.1
对照组	21	15.0±1.1	15.3±1.2	15.3±1.3	14.3±1.0
$t$ 值		9.418	7.771	9.149	12.947
$P$ 值		0.001	0.001	0.001	0.001

## 3 讨论

慢性心力衰竭的临床治疗目标是以改善疾病症状、提高生活质量、降低再次住院率/死亡率为主<sup>[3-4]</sup>。随着当前我国人口老龄化的急剧增加，老年慢性心力衰竭患病率逐渐增高，对其身心健康、生活质量造成严重影响，同时对其家庭发展也产生一定不良影响。目前，在慢性心力衰竭患者的临床治疗上，常常配以西医常规护理，但护理效果一般，难以达到良好的预期效果。

就中医角度而言，慢性心衰属于“心痹”“痰饮”“心悸”等范畴，在中医辨证指导下，可分为多种类型，如心肺气虚型、阳气虚脱型、气阴两虚型、痰热壅肺型、阳虚水泛型等。随着当前中医研究的深入分析，发现西医常规护理基础上联合中医护理的应用范围越来越广泛，特别是慢性心力衰竭患者临床方面，其效果尤为显著，有助于充分发挥传统中医辨证论治特点。李皖迎<sup>[5]</sup>以慢性心衰患者为例，随机分为A组（中西医结合护理）、B组（西医常规护理），分析比较发现A组的心功能Ⅰ级占比、护理满意度均高于B组，充分体现出中西医结合护理对慢性心衰患者心功能的改善、护理满意度的提高具有显著促进作用。

本研究结果显示，研究组心功能Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级占比，以及生活质量评分均较对照组高 ( $P < 0.05$ )，原因如下：（1）中西医结合护理能够根据疾病的不同类型采取最为恰当的措施进行治疗护理，从而达到缓解临床症状、改善心功能等目的；（2）中西医结合护理可以根据患者情志特点，提供针对性的护理措施，消除其不良心理，树立战胜疾病信心，加速机体康复进程；（3）中西医结合护理，更加注重养生保健工作，从而实现未病先防目标。

综上所述，慢性心衰患者护理中的中西医结合护理应用效果显著，有利于患者心功能的恢复、生活质量的改善，值得大力宣传、使用。

### 参考文献

[1]王拥军.《伤寒杂病论》心衰论治[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(2):61-63.  
 [2]沈小丽,王芳.舒适护理干预在老年慢性心衰护理中的分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(26):127-127.  
 [3]高红,石峻培.老年慢性心力衰竭患者的中西医结合护理及预后分析[J].光明中医,2017,32(23):3476-3478.  
 [4]付达,刘真,郝晓丹.慢性心力衰竭的中医药治疗[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(9):140-143.  
 [5]李皖迎.探析慢性心衰者的中西医结合护理方法[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(9):79-80.

(本文编辑:李海燕 本文校对:肖小平 收稿日期:2018-05-15)

# 腰椎间盘突出术后耳穴镇痛的护理疗效

叶丽英<sup>1</sup> 缪建辉<sup>2</sup>

(1 福建省宁德市中医院骨一科, 福建 宁德 352100; 2 福建省宁德市医院药剂科, 福建 宁德 352100)

**摘要:** 目的 观察腰椎间盘突出术后耳穴埋豆镇痛的疗效。方法 选取腰椎间盘突出症行单纯髓核摘除手术患者60例, 随机分为试验组30例和对照组30例。试验组于术后即耳穴埋豆, 对照组不耳穴埋豆。2组术后均使用静脉镇痛泵。根据疼痛视觉模拟评分法(VAS)进行评分记录, 分别于术后24 h、48 h、72 h, 观察2组疼痛程度及24 h、48 h(每24 h)镇痛泵按压次数以及术后出现恶心呕吐等胃肠道不良反应。结果 试验组患者术后24、48、72 h的静息VAS疼痛评分均明显低于对照组,  $P < 0.05$ ; 24 h、48 h(每24 h)镇痛泵按压次数及胃肠道不良反应均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论 耳穴埋豆能有效降低腰椎间盘突出术后患者的疼痛程度, 减少镇痛泵按压次数及术后出现恶心呕吐次数。操作简便、经济、无创, 易被患者所接受, 值得在临床中推广应用。

**关键词:** 腰椎间盘突出症; 耳穴埋豆; 镇痛; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.057

文章编号:1672-2779(2018)-18-0136-03

## Nursing Effect of Auricular Analgesia on Postoperative Lumbar Intervertebral Disc Herniation

YE Liying<sup>1</sup> MIAO Jianhui<sup>2</sup>

(1. Orthopedics Department, Ningde Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Ningde 352100, China;

2. Department of Pharmacy, Ningde Hospital, Fujian Province, Ningde 352100, China)

**Abstract: Objective** To observe the effect of auricular acupoint pressing for analgesia after the operation of lumbar discherniation. **Methods** 660 patients with discectomy of lumbar discherniation were randomly divided into experimental group (group A) and the control group (group B), with 30 in each group. Group A was given auricular acupoint pressing after operation at once. All samples used intravenous analgesia pump after operation. Scores were recorded under pain visual analogue scale (VAS), respectively, after 24h, 48h and 72h, and pain were observed 24h, 48h (every 24h) analgesia pressing times. **Results** After operation, VAS scores within 24h, 48h and 72h of the study group were significantly lower than those of the control group  $P < 0.05$ . 24h, 48h (every 24h) analgesia pressing times of the study group was lower than those of the control group  $P < 0.05$ . **Conclusion** The auricular acupoint pressing can effectively reduce the level of pain in patients with lumbar disc herniation, reduce the number of analgesia pump presses, has a significant effect, is simple, economical, non-invasive and easily accepted by patients, and it is worthy of clinical application.

**Keywords:** intervertebral disk displacement; auricular point pressure; analgesic; arthromyodynia

腰椎间盘突出症主要是指椎间盘发生退变、纤维环破裂、髓核突出压迫刺激神经根而出现的以腰痛、下肢放射痛为主要表现的疾病<sup>[1]</sup>。现有约10%腰椎间盘突出症患者需要行手术治疗。同时, 腰椎术后围术期疼痛是骨科病人最常见的问题, 由于疼痛的刺激会使机体产生一系列病理反应, 给病人的身心带来严重的影响, 特别对腰椎间盘突出症病人的预后带来不良的影响<sup>[2]</sup>。近10年来认识到疼痛存在着多靶点机制, 而单一的止痛药物难以对所有类型的疼痛均有良好的镇痛作用且不良反应明显, 故多模式镇痛是当代镇痛的主要方式, 包括了不同药物的组合, 不同镇痛方法的组合。目前常予阿片类药物和NSAIDs用于脊柱术后多模式镇痛, 但注意非选择性NSAIDs药物可能损伤胃肠道黏膜, 出现消化道出血反应等; 选择性COX-2抑制剂相关不良反应较少, 但存在心脑血管风险。部分临床研究提出耳穴埋豆用于术后镇痛取得满意成效, 但用于脊柱术后镇痛的报道尚少, 本研究自2016年4月—2017年8月对腰

椎间盘突出症术后患者在原有镇痛泵基础上加用耳穴埋豆法镇痛, 在减轻疼痛程度和减少术后镇痛泵按压次数及镇痛泵不良反应, 两方面取得显著效果, 现将总结报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2016年4月—2017年8月在我院骨科住院的腰椎间盘突出症行单纯髓核摘除手术患者60例, 随机分为试验组30例, 对照组30例。其中试验组男16例, 女14例; 年龄27~64岁, 平均(43.73±6.34)岁。对照组男17例, 女13例; 年龄28~63岁, 平均(42.48±6.59)岁。2组年龄、性别、病情、住院时间等情况差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.2 诊断标准** 根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>中关于腰椎间盘突出症的诊断标准: (1) 有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史, 大部患者在发病前有慢性腰痛史; (2) 常发生于青壮年; (3) 腰痛向臀部及下肢放射, 腹压增加(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重; (4) 脊柱侧弯, 腰生理弧度消失, 病变部位椎旁压痛并向下肢放



射,腰活动受限;(5)下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝,病程长者可出现肌肉萎缩。直腿抬高或加强试验阳性,膝、跟腱反射减弱或消失,拇趾背伸力减弱;(6)X线检查:脊柱侧弯、腰生理前凸消失,病变椎间隙可能变窄,相邻边缘有骨赘增生。CT检查可显示椎间盘突出部位及程度。腰椎间盘突出症手术适应症参考《骨科手术学》<sup>[4]</sup>标准。

**1.3 纳入标准** 确诊为腰椎间盘突出症,行单纯椎间盘摘除手术患者,所有患者均为硬膜外麻醉,术后均使用静脉镇痛泵。且所选取患者意识清楚,能够配合研究;知情同意,自愿参加研究;均适宜行耳穴埋豆治疗。

**1.4 排除标准** 腰椎失稳行内固定手术者,术后血肿、感染者,术后复发2次手术者,对镇痛泵反应严重者;严重认知功能障碍者及精神疾病障碍者;严重心脏病及肝肾功能衰竭者;习惯性流产者;外耳患溃疡湿疹者;因其他疾病原因不能进行耳穴贴压者。

### 1.5 治疗方法

**1.5.1 药物选择** 王不留籽贴片,面积0.5 cm×0.5 cm;镇痛泵内含恩丹西酮16 mg,舒芬太尼120~140 μg,曲马多400~500 mg,加生理盐水至100 mL。

**1.5.2 实施方法** 所有患者及家属在术前行疼痛评分、耳穴按压及围手术镇痛期间的不良反应等方面的宣教。术前对患者的内科疾病都进行了满意的治疗和控制。60例入组患者均有同一个医疗小组完成腰椎间盘突出症单纯髓核摘除修补术。试验组除使用镇痛泵外,术后即刻行耳穴埋豆。操作前先进行耳廓望诊,操作者左手持患者耳背,右手持探棒,以均匀柔和的力量探寻耳穴压痛点,按压片刻有压痕为贴压标识,耳部选取的是神门、皮质下、腰椎、三焦、耳甲穴位,用75%的酒精对操作部位进行消毒,待干后,将王不留籽贴片对准敏感点贴压好,贴压时要施加一定的压力,并按揉1 min,力度以病人能耐受为度,使之出现酸、麻、胀、痛为宜。埋豆期间(3 d),每日早、中、晚各按压1次,每次1 min,两耳同时使用。对照组仅使用镇痛泵100 mL,平均剂量2 mL/h,按压1次剂量为0.5 mL,每两次按压之间需间隔15 min,48 h拔除镇痛泵。

**1.6 观察指标** 观察2组疼痛程度及镇痛泵按压次数及镇痛泵不良反应。采用模拟评分表(VAS)对2组术后24 h、48 h、72 h进行疼痛评估,让病人在表上标出代表自己疼痛程度的相应位置,为其评出分数,分值越大,疼痛越剧烈,两端分别“0”分端和“10”分端,“0”

分表示无痛,“10”分代表最剧烈的疼痛<sup>[5]</sup>。统计2组术后24 h、48 h(每24 h按压镇痛泵的次数及镇痛泵不良反应)。

**1.7 统计学方法** 所有数据用Excel记录,计数资料用 $t$ 检验、计量资料行卡方检验、利用SPSS 15.0.0软件进行数据分析。

## 2 结果

**2.1 2组患者术后3 d内VAS评分比较** 试验组术后3 d内VAS评分低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 术后24、48、72 h VAS评分 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	术后24 h	术后48 h	术后72 h
试验组	30	2.73±0.52	2.17±0.70	1.83±0.59
对照组	30	3.12±0.45	2.57±0.73	2.13±0.35
$t$ 值		2.1122	2.171	2.3965
$P$ 值		0.0390	0.0340	0.0198

**2.2 2组患者术后镇痛泵按压次数比较** 2组术后镇痛泵按压次数为0~10次,试验组的术后镇痛泵按压次数比对照组减少,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 术后24、48 h镇痛泵按压次数/24 h ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	术后24 h	术后48 h
试验组	30	4.35±0.51	5.02±0.85
对照组	30	7.59±0.71	9.78±0.67
$t$ 值		2.125	2.715
$P$ 值		0.035	0.011

**2.3 2组患者术后出现恶心呕吐不良反应次数比较** 2组术后胃肠道不良反应次数为0~10次,试验组的胃肠道不良反应次数比对照组减少,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 术后24、48 h恶心呕吐不良反应次数/24 h (次)

组别	例数	术后24 h	术后48 h
试验组	30	3	2
对照组	30	10	8
$\chi^2$ 值		6.125	4.715
$P$ 值		0.035	0.011

## 3 讨论

腰椎间盘突出症术后由于组织受到手术的刺激和损伤,软组织和神经出现水肿或炎性反应,以及病人精神紧张等因素,均可引起疼痛反应。以往单纯给予中枢类镇痛药物的镇痛方法难于达到预期效果,因此在治疗过程中需要为患者提供多模式镇痛。目前术后常用的镇痛方法有物理疗法,如冷敷;药物治疗,有作用于抑制中枢神经系统合成前列腺素;产生解热镇

痛作用的对乙酰氨基酚类药物；阿片类镇痛药，如吗啡；由两个或以上药物不同作用机制的镇痛药组成的复方镇痛药等。良好的术后镇痛可以减轻患者术后疼痛，能加快术后机体恢复，减少因疼痛引发的并发症的发生率，减少患者住院时间，节省医疗资源。但是过多的镇痛药使用，会导致患者出现恶心呕吐，食欲减弱等胃肠道不良反应发生率增加，反而不利于患者术后早期康复。

中医认为疼痛是机体局部气血凝滞，阻塞不通所致，故如能疏通经络气血，就可起到止痛的作用。祖国医学认为：“耳为宗脉之所聚也。十二经脉/三百六十五络，其血气皆上于面而走耳窍。”耳与脏腑经络有着密切的关系，各脏腑组织在耳廓均有相应的反应点，即耳穴<sup>⑥</sup>。刺激耳穴可对相应脏腑起到一定的调理作用。神门有镇静、镇痛、消炎作用，可用于治疗各种疼痛；皮质下可以调节大脑皮质的兴奋与抑制，缓解大脑皮质紧张状态，并有抗炎、止痛作用；三焦为气穴，有理气止痛、通利关节的作用；腰骶椎是病变相应部位取穴，是止痛的要穴，使气至病所，经脉疏通，达到活血、止痛之功效<sup>⑦</sup>；耳甲穴为脾胃疾病参考穴，有消食止呕的作用。上述耳穴联用协同镇痛，使患者减少镇痛药物的使用量，从而减少胃肠道不良反应，有利于患者术后早期康复。

目前在耳穴和相应的躯体部位之间尚未发现确切的形态学上的通路存在，但临床和实验的研究已经证实刺激不同的耳穴可引起相应躯体部位的反应<sup>⑧</sup>。大量的文献报道已经证明了耳穴能减轻疼痛和焦虑，包括人工膝关节置换术后的疼痛<sup>⑨</sup>，髌部置换术后的疼痛及焦虑<sup>⑩</sup>等。本研究发现耳穴埋豆在腰椎间盘突出症患者手术后3 d内试验组VAS评分低于对照组，而且镇痛泵按压次数即自控追加镇痛类药物也较对照组少 ( $P < 0.05$ )。分析原因，刺激耳穴使机体增加了制造内啡肽的能力，从而作用于脑啡肽受体而达到镇痛的目的；可调动体液的抗痛因素，提高痛阈，并改善器官功能；耳穴的刺激冲动传至相应中枢神经部位后，与疼痛部位传来的冲动相互作用，减轻了疼痛<sup>⑪</sup>。因此我们认为耳穴刺激是一种良性、双向性调整作用，有效的镇痛可减轻应激反应，不仅可协同镇痛泵提高痛阈，还可减少单位时间内镇痛药物的使用量，从而减少镇痛药物不良反应的发生率，有利于术后患者的恢复。该方法不仅体现中医治病遵循整体观念，辩证论治的原则，同时有着费用低，操作简便、无创的优势，更易被患者所接受。

## 参考文献

- [1]许英,曹芳.356例腰椎间盘突出症患者保守治疗的护理[J].护理与康复,2009,8(2):120.
  - [2]王姝南,高远,黄颖,等.腰椎间盘突出术后疼痛分析及护理[J].护理研究,2008(32):2925-2926.
  - [3]国家中药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:214.
  - [4]邱贵兴,戴尅戎.骨科手术学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2009:1362-1368.
  - [5]宗行万之助.疼痛的估价—用特殊的视觉模拟评分法作参考(VAS)[J].疼痛学杂志,1994,2(4):153.
  - [6]刘方,方宗武.耳穴埋豆对肛肠术后的镇痛效果[J].光明中医,2011,26(4):763.
  - [7]叶恬吟,刘琴,郭立中.耳穴贴压治疗四肢关节疼痛100例[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(7):160.
  - [8]Ceccherelli F, Gagliardi G, Seda R, et al. Different analgesic effects of manual and electrical acupuncture stimulation of real and sham acupuncture points: a blind controlled study with rats. Acupuncture & Electro-Therapeutics Research[J]. The International Journal, 1999, 24(4):169-179.
  - [9]王金法,鲍航行,蔡运火,等.全膝置换围手术期耳针镇痛的临床应用[J].中医正骨,2012,24(5):3-6.
  - [10]张明霞,彭小英,卢星星.耳穴埋豆在髌关节置换术围手术期中的应用[J].中国现代医生,2015,53(26):65-68.
  - [11]陈柏志,许金海,张霆.耳穴治疗下腰痛的研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2011,19(7):79-80.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:李荣 收稿日期:2018-06-19)

## 牛黄的中药鉴别专用术语

### 牛黄的鉴别要点

天然牛黄多呈卵形、类球形、三角形或四方形,大小不一,直径0.6~3(4.5)cm,少数呈管状或碎片。表面黄红色至棕黄色,有的表面挂有一层黑色光亮的薄膜,习称“乌金衣”,有的粗糙,具疣状突起,有的具龟裂纹。体轻,质酥脆,易分层剥落,断面金黄色,可见细密的同心层纹(同心纹),有的夹有白心。气清香,味苦而后甘,有清凉感,嚼之易碎,不黏牙。取本品少许加清水调和,涂于指甲上,能将指甲染成黄色,习称“挂甲”。

乌金衣:特指天然牛黄表面之一层黑色光亮的薄膜。

同心纹:特指天然牛黄断面层次清晰的分层层纹。如同树木的年轮,为牛黄形成过程中逐年加厚所致。

挂甲:又称“透甲”。特指牛黄,以少许加清水溶和,涂于指甲上能使指甲染成黄色,持久不褪,并有清凉感透入指甲内。

### 牛黄的品类

天然牛黄:天然牛黄来自全国各地屠宰场。国外主要产于印度、加拿大、阿根廷、乌拉圭等国,取自牛胆囊内的牛黄习称“胆黄”或“蛋黄”;取自牛胆管及肝管内的牛黄习称“管黄”或“肝黄”。

人工牛黄:由牛胆或猪胆的胆酸、胆甾醇、胆红素、无机盐等合成,主产于天津、北京、上海、广州等地。

培植牛黄:采用异物核牛培植牛黄,黄牛胆汁引渡及腹腔内膜横拟胆囊引流法培植牛黄,药物法培植牛黄、注射法培植牛黄的研究工作始于20世纪70年代初。经多年研究证实,人工培植的牛黄和天然牛黄,在成分、质量标准、药理作用等方面完全一致。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(2)》,人民卫生出版社,2017。

## 中医分期辨证治疗乳腺癌研究进展<sup>※</sup>

伍睿昕<sup>1,2</sup> 董昌盛<sup>3,4\*</sup>

- (1 上海市长宁区天山中医医院妇科, 上海 200051; 2 上海中医药大学附属龙华医院天山分院妇科, 上海 200051;  
3 上海市中医药研究院中医肿瘤研究所, 上海 200032; 4 上海中医药大学附属龙华医院肿瘤科, 上海 200032)

**摘要:** 中医药治疗乳腺癌具有独特的优势, 古代的医家注重实体瘤既乳岩的治疗, 而现代中医侧重于乳腺癌术后的治疗。分期辨证论治与我国当前临床实际相符, 对于发挥中医药的相对优势, 促进中医药辨证规范化具有重要意义, 最终实现中西医学优势互补整合, 提高临床疗效。

**关键词:** 中医药疗法; 乳腺癌; 分期辨证; 研究进展; 乳岩

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.058

文章编号:1672-2779(2018)-18-0139-04

### Research Progress of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Breast Cancer under Stages Syndrome Differentiation

WU Ruixin<sup>1,2</sup>, DONG Changsheng<sup>3,4\*</sup>

- (1. Department of Gynaecology, Tianshan Hospital of Traditional Chinese Medicine of Changning District, Shanghai 200051, China;  
2. Department of Gynaecology, Tianshan Branch Affiliated to Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200051 China;  
3. Cancer Institute of Traditional Chinese Medicine, Shanghai Institute of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China;  
4. Department of Oncology, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China)

**Abstract:** It has a unique superiority to cure breast cancer by TCM, the doctor in the ancient pay attention to treat breast cancer, but today's doctor pays attention to treat breast cancer after operation. Differentiation of symptoms and signs by stages accords with the truth of our country's clinical. It's conducive to express the relative dominance of TCM. It can normalize the TCM, achieves the complementation of TCM and modern medicine, finally realizes the complementary advantages of integration, and improves the clinical efficacy.

**Keywords:** therapy of traditional chinese medicine; breast cancer; stages syndrome differentiation; research progress; breast cancer

最新文献研究表明, 美国乳腺癌发病率居首位, 死亡率第2位<sup>[1]</sup>。《Lancet》最新报道2010—2014年被诊断为乳腺癌的患者中, 美国的五年生存率高达90.2%, 澳大利亚也达到了89.5%, 但印度仅为66.1%; 而在我国, 乳腺癌的5年生存率2000—2004年达到75.9%, 2005—2009年达到了80.4%, 到了2010—2014年更是创造新高达到了83.2%<sup>[2]</sup>。

乳腺癌作为女性最常见的恶性肿瘤之一, 其发病率在我国不降反升。中国2015年乳腺癌位居女性发病率的首位, 死亡率居第5位<sup>[3]</sup>, 乳腺癌成为我国乃至世界女性健康的最大威胁之一<sup>[4-5]</sup>。乳腺癌生物学、循证医学和多学科交叉的研究不断进展, 乳腺癌是一种全身性疾病在局部体现的观点, 已逐渐深入人心<sup>[6]</sup>。单纯用手术、放化疗的方法治疗乳腺癌呈下降趋势, 中医药参与治疗乳腺癌的比例正在上升。以局部加全身治疗的综合治疗模式已经悄然形成并逐步发展。中医药治疗乳腺癌在临床上具有独特的优势, 可以改善患者局部

和全身症状, 缓解疼痛, 提高患者生存质量等。随着人类对人体生理病理和疾病的认识不断深入以及临床的实际需要, 中医学的辨证论治被赋予了新的时代意义, 分期进行辨证论治已受到越来越多学者的关注。司徒红林<sup>[7]</sup>在其研究中首先提出了乳腺癌分期辨证的学术观点, 改良德尔菲法是一种广为适用的预测方法, 陈前军等<sup>[8]</sup>用其对乳腺癌“分期辨证”方案进行调查分析, 结果表明“分期辨证”应该在中医药治疗乳腺癌中使用。本文试对乳腺癌辨证论治的分期以及围手术期和术后的辨证研究进行如下综述。

#### 1 乳腺癌辨证的分期研究

乳腺癌现代标准治疗一般为手术、放疗、化疗、内分泌治疗以及分子生物靶向等。手术作为一种驱邪的手段, 其作用前后病人会有气、血、阴、阳以及瘀、虚等变化, 常常表现为邪毒未尽, 气血亏虚; 放疗的性质属于热疗, 多可耗气伤阴, 受此影响, 气阴两虚是可能发生的证候; 化疗诸药其性猛烈亦可损伤正气; 内分泌治疗之药可影响阴阳; 这些治疗的副毒作用均有可能损伤五脏六腑、消耗气血津液。鉴于这些差异, 对乳腺癌手术前后、放、化疗前后进行分期辨证是可行的, 符合中医学三因制宜的思想。谭开基等<sup>[9]</sup>主张中西医结合, 在不同的病程阶段使用中医药治疗可优势

※ 基金项目: 国家自然科学基金项目【No.81403356】; 上海市卫计委科研课题面上项目【No.201640178】; 上海市长宁区卫计委课题【No.20154Y019】; 上海中医药大学杏林中青年人才杏林青年学者培养项目【No.RC-2017-02-02】

\* 通讯作者: dongchangsheng2010@163.com

互补,增效减毒及防止并发症。对于晚期乳腺癌的治疗方案的制定,强调远期生存疗效较近期疗效更为重要,以期提高患者的生活质量。

朱华宇等<sup>[10]</sup>将中医药治疗乳腺的辨证分为四期:围手术期、围化疗期、围放疗期以及随访期。林毅等<sup>[11]</sup>根据现代医学的发展,手术、新辅助化疗或新辅助内分泌治疗的特点,中医药在手术耐受性,改善手术、化疗和放疗的副作用,提高生活质量以及预防术后复发转移等方面广泛应用且明显提高疗效。由此可见,中医药治疗乳腺癌实体肿瘤重点已经由肿瘤本身逐步转变为乳腺癌围手术期、围化疗期、围放疗期以及巩固期的治疗。

2009年,中华中医药学会乳腺病防治协作工作委员会召开了“全国第十一届中医、中西医结合乳房病学术会议”,中西医乳腺癌专家基于临床实践,本着中西医结合、优势互补的基本原则,就“乳腺癌分期辨证规范”初步拟订试行稿,为规范化治疗构建了相对统一的分期辨证标准<sup>[12]</sup>。围手术期、围化疗期、围放疗期及巩固期成为分期的命名标准,分期辨证治疗的各证候诊断标准也得到了逐一界定<sup>[12]</sup>。乳腺癌分期辨证治疗的理念达到了初步的认可和统一,对未来学术研究具有重要意义。

## 2 乳腺癌围手术期的辨证

中医学整体观念认为,人类、自然和社会是一个有机整体。围手术期包括手术前、手术中和手术后的一段时间,在手术的过程中切除、麻醉以及患者心理剧烈波动会对机体产生一定的影响,故在其影响下,乳腺癌围手术期的阶段性证候也会随之变化。贾曦等<sup>[13]</sup>认为血瘀、痰凝、湿毒、气滞是肿瘤的病因,术前要活血化瘀改善微循环,健脾增进药物的吸收,抗癌而杀伤肿瘤细胞,软坚散结以软化缩小包块,扶正以提高机体的免疫力,增强化疗敏感性,减少血小板凝聚力,减少癌细胞在血液中的转移,提高手术质量以及生存时间。刘鹏熙等<sup>[14]</sup>研究表明术前患者因对肿瘤、手术的恐惧与焦虑,精神抑郁、失眠、纳差、烦躁等肝气郁滞证与肝郁脾虚证的征象常会显现;术中的证候变化与麻醉药物的干预、手术中的低温度有密切关系,使患者出现阳气亏虚证:肢冷、肤白、脉缓等;术后因手术、化疗药物的干预,患者多出现脾胃虚弱、气阴(血)两虚证:神疲乏力、少气懒言、面色无华、纳差、脉细等。

林毅教授<sup>[15]</sup>认为此阶段主要目的是改善患者生活质量,是患者耐受手术,而不是针对“肿瘤”治疗,并将该期证候分为几个类型:正虚毒炽证、肝郁痰凝证、冲任失调证和痰瘀互结证。

乳腺癌分期辨证规范(试行)<sup>[12]</sup>将围手术期术前辨证分为4个证候,包括正虚毒炽证、肝郁痰凝证、冲任

失调证和痰瘀互结证。围手术期术后分为两个证型,气血(阴)两虚证和脾胃不和证。

## 3 乳腺癌术后的辨证

乳腺癌术后包含了几个阶段,主要包括围化疗期、围放疗期及巩固期。在临床上古代的医家重视乳岩的辨证论治,由于医学的发展,现在辨证论治的重点有向乳腺癌术后转变的趋势。乳腺癌手术后运用中医药治疗目前是中医药治疗乳腺癌的主要形式,因为乳腺癌往往是通过现代医学体检而发现的,发现之后绝大多数的患者尤其是早、中期患者会首选手术进行治疗。标准乳腺癌根治术(Halsted手术)、改良乳腺癌根治术(modified radical mastectomy)、乳腺癌扩大根治术、单纯乳房切除术、乳房部分切除术及保留乳房手术是目前临床常用的乳腺癌手术的治疗方式。无论何种手术方式,皆有可能出现多种并发症<sup>[16]</sup>。这些并发症一般有:淋巴瘘、皮下积液、皮瓣坏死和上肢水肿等等。

孙平等<sup>[17]</sup>汇总分析了我国多位医家80余篇共1534例有关乳腺癌报道提及证型、症状的报道。按照频数高低,气阴两亏型,冲任失调型,气虚血瘀水停型,肝郁型,痰瘀毒热型,气血两虚型,脾虚痰湿型,脾气虚弱型是乳腺癌术后患者的主要证型。吴雪卿等<sup>[18]</sup>采集了108例乳腺癌术后患者,研究结果表明冲任失调证(57例,52.78%),气虚证(81例,75.00%),阴虚证(77例,71.30%),肝气郁结证(37例,34.26%),血虚证(25例,23.15%),肝肾阴虚证(22例,20.37%);在兼证方面:气虚证、阴虚证相兼(60例,55.56%),气虚证、阴虚证、冲任失调证三证相兼(34例,31.48%)。这些证明了证候复杂且多证相兼为乳腺癌术后患者的证候特点。顾锡冬等<sup>[19]</sup>总结何任的经验认为乳腺癌术后辨证可以分为以下7型:气阴两虚证(主要证型)、肝肾阴虚证(阴虚火旺证)、因实致虚证、虚实夹杂,肾阳亏虚证、肺脾气虚证、余毒瘀结证。

刘红梅等<sup>[20]</sup>的观点认为“瘀”和“虚”同时存在是乳腺癌术后各种并发症的产生、伤口日久难愈的原因。按照辨证论治理论,以辨证和辨病相结合,使用益气活血为大法治疗乳腺癌术后并发症。“正虚邪滞”是乳腺癌术后的病机与辨证之根本,“扶正祛邪”是其治疗原则,为唐汉钧教授的学术观点<sup>[21]</sup>,然而临床上不同证候兼杂出现,亦应辨证施治,证候包括冲任失调证、肝郁气滞证、毒邪蕴结证、肝郁化火证、气血两亏和肝肾亏虚证。

**3.1 乳腺癌术后的分期辨证** 对于乳腺癌术后,目前医家的认识多不统一,具有一致性的术后分期有术后化疗期、术后放疗期。以四分法(分四期)和三分法(分三期)为主流,具体观点如下。

**3.1.1 术后分四期辨证** 王大鹏等<sup>[22]</sup>将乳腺癌术后分为术后初期、术后化疗期、术后放疗期和复发转移期,各

个分期的辨证为：气血亏虚，正气不足（术后初期）；包括肺胃阴虚型和肝郁脾虚型（术后放疗期）；脾失健运、升降失职型，毒邪内伤、脾肾气虚型和阳虚阴盛、经脉失养型（术后化疗期）；肝郁气滞型、气血虚弱型、痰热凝结型（复发转移期）。陈军等<sup>[23]</sup>将乳腺癌术后患者分为四个证候：情志不舒，肝郁气滞型，以疏肝解郁，清热解毒为治则，处方用开郁饮加减；肝肾阴虚，冲任失调型，以清热滋阴，补益肝肾为主要治则，方用益肾固冲汤加减；脾失健运，气血两虚型，以健脾化湿，益气养血为基本治则，方用扶正益气方加减；肝胆经湿热，痰瘀毒热型，以清热解毒，活血化瘀为治疗原则，用瘀毒消岩汤加减。

**3.1.2 术后分三期辨证** 黎月恒<sup>[24]</sup>分期论治治疗乳腺癌，将其分为化疗期、放疗期和内分泌治疗期。放疗期主要治则为清热凉血、泻火解毒，养阴生津，以五味消毒饮合沙参麦冬汤加减；化疗期主要治则为健脾补肾，方用脾肾方加减；内分泌治疗期以补气益阴、行气活血、解毒抗癌为治则，方用癌复方加减。

乳腺癌分期辨证规范将围化疗期分为四个证型：脾肾两虚证、脾胃不和证、肝肾亏虚证和气血（阴）两虚证；围放疗期分为三个证型：阴虚火毒证、阴津亏虚证和气阴两虚证；而巩固期分为3个证型：冲任失调证、脾肾两虚证和气血两虚证<sup>[12]</sup>。

#### 4 讨论与展望

**4.1 辨证论治是中医学防治疾病之基本原则** 辨证论治是中医药研究的重大方向之一，中医学的辨证论治体系主要有8种<sup>[25-26]</sup>：病因、八纲、脏腑、气血津液、六经、三焦、经络和卫气营血辨证。在这些辨证方法的指导下，中医学不断发展，临床优势明显，有力地保障了我国人民的身心健康。

医易同源，《周易》哲学观对中医辨证论治原则与方法产生了全方位的影响，主要包括整体观、运动（变易）观、阴阳平衡观等方面<sup>[27]</sup>。中医学认为，疾病的发生不是单因素的，在多方面因素的影响下发生、发展和转归，比如气候、地理、年龄和体质等。因而在治疗上须依据疾病与天、地、人三才之间的关系，制定最恰当的治疗方案，才可取得预期临床疗效，这也就是中医学的“三因制宜”，三因即为“因时制宜”“因地制宜”和“因人制宜”，三因学说深刻体现了中医学的整体观念和辨证论治思想<sup>[28]</sup>。

辨证，主要是辨别人体和疾病的表、里、阴、阳、虚、实、寒、热的具体属性。根据体质、年龄的不同进行调整，能够有效避免千人一方、千人一药的泛化治疗，是中医个体化治疗的基础<sup>[29]</sup>，也是组方配伍时确

定君臣佐使的依据。辨证论治经过几千年发展，体系完善，特别是在遇到疾病诊断不明或是新发疾病的情况下，首先综合症状表现进行辨证治疗，把握疾病的基本属性和发展趋势，能够保证整体治疗方向上的正确性，在较大程度上起到缓解与治疗作用，历史上当发生重大疫情时，在突发情况下无法确诊时，使用辨证论治也发挥了重大作用。

历代名医均重视辨证论治，《金匱要略》：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾，”说明医圣张仲景重视疾病发展规律诊治。《外感温热篇》：“大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血”“在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气，入血犹恐耗血动血，直须凉血散血”是叶天士善于辨证论治的有力证据。

辨证是对疾病发展现阶段病情状态的整体和规律认识，揭示疾病阶段性的主要矛盾，是疾病阶段性的病理概括，其本质决定了辨证论治存在一定程度的局限性，因而无法包含中医学全部的辨治思路。

**4.2 辨病论治是中医学不可或缺的重要部分** 作为中医治疗模式的特色和中医学整体观和辨证观的集中体现，辨证论治代表了中医理论的核心精髓，被现代中医提高到很高的地位。在很长的历史阶段，辨病论治是主导的诊治模式，溯源中医学发展历史，可以发现辨病和辨证两种诊断模式长时间并存，诊疗从认识疾病开始，进而确定证候，例如医圣张仲景在《伤寒杂病论》中记载“辨太阳病脉证并治”，就是辨病论治与辨证论治相结合的代表。

实践表明，在应对某些特殊病种时，单纯依靠辨证论治的方法并不能取得满意的临床疗效<sup>[30]</sup>。证或症均是基于疾病的基础而产生，不同疾病可表现出相同的证候或症状，而病是鉴别的关键。因为每一个疾病均具有其特异性，故治病求本是针对疾病形成的病理本质而进行的治疗。由于古代的科学不发达，对很多疾病发生发展的具体机制认识不清，所以在辨证论治基础上发展出辨证论治的体系和方法，最大可能地揭示疾病的根本。

在疾病的早期或者是无证可辨的情况下，“有诸内必形诸外”非所有的疾病的普遍规律。四诊信息不典型或未显现的时候，往往面临无证可辨的情况，因此辨病论治亦很重要。辨病需将中医的“病”与现代医学的“疾病”相结合，前者侧重望闻问切，确立病机，明确中医治则治法，后者侧重明确诊断、辅助检查、指导治疗、判断预后。

**4.3 乳腺癌分期辨证是病证结合的典型代表** 将辨病与辨证相结合是目前的主流观点<sup>[31-34]</sup>。辨病的优势在于能

够从整体上把握疾病的发展态势和预后,在此基础上把握核心病机,进而确立治则治法,再根据具体病情进行辨证,不但能提高辨证论治的准确性,在选方用药时,还能够针对病情的变化作出提前部署。

但是由于中医学的哲学思辨体系和中医学者在认识和经验上的差异性,现在临床上对乳腺癌的分期辨证分型是见仁见智,并没有统一标准。中医界目前在乳腺癌辨证论治与疗效评价方面仍缺乏统一标准,缺乏诊断、辨证分型的量化指标<sup>[35]</sup>。在各种研究文献中所采用的样本量皆比较少,且多以短期疗效作为观察结果,缺乏终点疗效评价系统和系统健全的长期随访机制,国际上对中医药疗效怀疑的原因还包括缺乏按国际标准进行的随机、对照、前瞻性、多中心、大样本的临床研究<sup>[36]</sup>。

在评价中医药治疗乳腺癌时不能只看到优势忽视其不足,也不能只看到不足而无视其优势。樊代明院士在2017年整合医学大会上认为未来医学,赢在整合。中医学是世界上最古老而又最前沿的科学,其古老是因为其具有几千年的历史而长盛不衰,其前沿是因为中医学将是未来整合医学的最重要的有机组成部分。中医学的复杂性使得现代的中医学研究进展缓慢,其非线性的思辨体系和现代医学的线性模型具有很大的差异性,但是随着时间的推移,免疫学<sup>[37]</sup>、代谢组学和中医复杂性能够慢慢互参,在理念上趋同。邓铁涛、路志正、朱良春、张琪、周仲瑛、颜德馨等国医大师认为抓住疾病的“核心病机”,辨病论治才是提高慢性难治性疾病临床疗效的根本<sup>[38]</sup>。辨病与辨证结合的一个代表就是中医药分期辨证治疗乳腺癌,其重在辨病论治的基础上抓住阶段性的核心病机进行辨证,现在只是取得了一部分成效,仍需要更多的临床和基础的科学研究才能取得进一步成果。

中医学整体观和个体化的诊疗特色代表了未来医学发展的方向,作为中医学者,既不能满足于中医学发展现状,又不能妄自菲薄。随着科学技术的发展,很多中医的未知机制被揭示,正逐步走向现实,但是需要多学科、多领域的科学家共同参与,精诚合作,才能破解难题,实现中医学在重大疾病和疑难病理论和实践上的突破。

#### 参考文献

[1]Rebecca L. Siegel, Kimberly D. Miller, Ahmedin Jemal. Cancer Statistics, 2018[J]. CA Cancer J Clin, 2018(68): 7-30.  
 [2]Claudia Allemani, Tomohiro Matsuda, Veronica Di Carlo, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37513025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries[J]. Lancet, 2018.  
 [3]Wanqing Chen, Rongshou Zheng, Peter D. Baade, et al. Cancer Statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132.

[4]Wanqing Chen, Rongshou Zheng, Siwei Zhang, et al. Cancer incidence and mortality in China in 2013: an analysis based on urbanization level[J]. Chin J Cancer Res, 2017, 29(1):1-10.  
 [5]孙燕,石远凯.临床肿瘤内科手册[M].北京:人民卫生出版社,2007: 425.  
 [6]黄和平,洪志鹏.乳腺癌的药物疗法进展[J].中华现代外科学杂志,2005, 2(6):534.  
 [7]司徒红林,陈前军,朱华宇.林毅教授辨治乳腺癌经验介绍[J].新中医, 2008, 40(7):5-6.  
 [8]陈前军,关若丹,司徒红林,等.基于改良德尔菲法对乳腺癌“分期辨证”方案的调查分析[J].甘肃中医,2009,22(12):59-61.  
 [9]谭开基,曹洋,陈锐深,等.陈锐深辨治晚期乳腺癌的方法与思路[J].上海中医药杂志,2005,39(7):17-18.  
 [10]朱华宇,司徒红林.乳腺癌证候规范化研究的临床意义与方法[J].湖北中医学院学报,2006,8(3):42-43.  
 [11]林毅,陈前军,刘鹏熙.乳腺癌分期辨证规范化——一个中医乳房病学与时俱进的重要课题[J].中西医结合学报,2006,4(5):447-450.  
 [12]中华中医药学会乳腺癌防治协作工作委员会.乳腺癌分期辨证规范(试行)[J].上海中医药杂志,2010,44(1):4-5.  
 [13]贾曦,左嵩,郭启琴,等.中医药辨证治疗乳腺癌的机理探讨[J].时珍国医国药,2005,16(10):973.  
 [14]刘鹏熙,林毅,陈前军.乳腺癌围手术期中医药参与治疗的若干问题探讨[J].中西医结合学报,2005,3(3):178-180.  
 [15]陈前军,司徒红林,官卓娅.林毅教授“分期辨证”治疗可手术乳腺癌经验[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(4):11-13.  
 [16]赵玲,何若苹.乳腺癌术后并发症的中医药治疗进展[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(4):82-83.  
 [17]孙平,刘胜.乳腺癌术后患者中医辨证分型的统计分析研究[J].中国医药学报,2003,18(4):211-215.  
 [18]吴雪卿,万华,赵晶.乳腺癌术后患者中医辨证分型试探[J].上海中医药杂志,2005,39(8):3-4.  
 [19]顾锡冬,何若苹.何任治疗乳腺癌的用药经验[J].浙江中医杂志,2010, 45(10):705-706.  
 [20]刘红梅,卞卫和.乳腺癌术后并发症的中医治疗[J].四川中医,2007,25(6):85-86.  
 [21]唐汉钧.乳腺癌术后的临证思考[J].上海中医药杂志,2005,35(1):3-6.  
 [22]王大鹏,郑玉玲.乳腺癌术后中医分期辨证治疗[J].云南中医中药杂志, 2007,28(8):14-15.  
 [23]陈军,贾英杰,孙一予,等.中医立体疗法提高术后乳腺癌患者生存质量临床研究[J].辽宁中医杂志,2007,34(8):1093-1094.  
 [24]章慧,董丽花.黎月恒教授分期论治乳腺癌临床经验总结[J].中医药导报,2016,22(13):75-77.  
 [25]刘保延,张志斌.古代辨证方法的研究思路探讨[J].中国中医基础医学杂志,2004,10(5):5-11.  
 [26]常鑫.各种辨证方法的历史、理论和实践意义[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2008.  
 [27]许伟明,胡镜清,江丽杰.《周易》哲学观对中医辨证论治原则和方法影响刍议[J].环球中医药,2017,10(1):22-25.  
 [28]卢绪香,张伟.“精准医学”与中医辨证论治的相关性思考[J].中国中医药科技,2017,24(1):53-55.  
 [29]全小林.论辨证、辨病、审因与辨证论治在临床中的应用[J].中医杂志, 2013,54(2):93-95.  
 [30]马继征,姚乃礼.论辨证论治与辨病论治相结合[J].中华中医药杂志, 2015(12):4251-4253.  
 [31]孙卫卫,刘尚建,刘忠杰,等.王耀献教授三位一体论治慢性肾脏病[J].中华中医药杂志,2014,29(9):2820-2822.  
 [32]任应秋.略谈辨证与辨病[J].湖南中医学院学报,1979(1):1-3.  
 [33]于阳,孙桂芝.孙桂芝教授运用虫类药治疗肿瘤经验[J].中华中医药杂志,2014,29(3):785-788.  
 [34]朱良春.辨证与辨病相结合的重要性及其关系的探讨[J].中医杂志, 1962(4):15-16.  
 [35]张卫红.卞卫和教授治疗乳腺癌经验举隅[J].南京中医药大学学报, 2007,23(2):126-128.  
 [36]董昌盛,王菊勇,许玲,等.癌痛外用中药的药学分析[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(12):349-353.  
 [37]Xuetao Cao. Immunology in China: the past, present and future[J]. Nature immunology, 2008, 9(4): 339-342.  
 [38]潘峰,郭建文,朱良春,等.辨治疑难重病应重视核心病机与辨病论治[J].中医杂志,2011,52(14):1173-1176.

(本文编辑:李海燕 本文校对:肖宁 收稿日期:2018-06-22)

# 坤宝制剂治疗更年期综合症的循证药学评价研究<sup>※</sup>

黎红

(抚州市中医院药剂科,江西抚州 344000)

**摘要:**目的 评价坤宝制剂治疗更年期综合症的有效性和安全性。方法 计算机检索PubMed数据库、Embase数据库、中国生物医学文献数据库、中国期刊全文数据库、中文科技期刊全文数据库、万方数据库,纳入坤宝制剂与雌激素对于更年期综合症的随机对照试验、系统评价和Meta分析,对纳入资料进行方法学质量评价和Meta分析;结果 坤宝制剂与雌激素对于更年期综合症治疗共纳入4个随机对照试验,2组治疗更年期综合症总有效率差异有统计学意义 [OR=2.33,95%CI (1.47,3.69), $P<0.001$ ],显效或治愈率差异有统计学意义 [OR=1.94,95%CI(1.37,2.75), $P<0.001$ ],对体内卵泡刺激素( $P<0.001$ )、黄体生成素( $P<0.05$ )、雌二醇( $P>0.05$ )等激素水平影响不同。结论 坤宝制剂治疗更年期综合症的有效性和安全性均优于雌激素。

**关键词:**坤宝制剂;更年期综合症;Meta分析;循证药学;脏躁;文献研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.059

文章编号:1672-2779(2018)-18-0143-03

## Research on Evidence-based Pharmacy Evaluation of Kunbao Preparations in Treating Menopausal Syndrome

LI Hong

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

**Abstract: Objective** To evaluate the therapeutic effect and safety of Kunbao preparations for menopausal syndrome. **Methods** The PubMed database, Embase database, CBM database, CJF database, CSTJ Database, and Wanfang database were searched. Randomized controlled trials (RCT), systematic reviews (SR) and meta-analysis of treating female menopausal syndrome by Kunbao preparations and oestrogen were included. Methodological quality assessment and meta-analysis were carried out. **Results** Four RCTs comparing Kunbao preparations and oestrogen for treatment of female menopausal syndrome were included into the analysis. The total efficiencies of the two drugs had statistical significance [OR=2.33, 95% CI (1.47, 3.69),  $P<0.001$ ]. The obvious effective rates were statistically different [OR=1.94, 95% CI (1.37, 2.75),  $P<0.001$ ]. There was different effects between Kunbao preparations and oestrogen for hormone levels, FSH [SMD=-0.49, 95% CI (-0.77, -0.34),  $P<0.001$ ], LH [SMD=-0.21, 95% CI (-0.37, -0.05),  $P<0.05$ ], E<sub>2</sub> [SMD=-1.59, 95% CI (-3.55, 0.37),  $P>0.05$ ]. **Conclusion** The therapeutic effect and safety of Kunbao preparations for treating menopausal is better than oestrogen.

**Keywords:** Kunbao preparations; menopausal syndrome; Meta-analysis; evidence-based pharmacy; hysteria; literature research

更年期综合症又称围绝经期综合症,是常见的妇科疾病,伴随着妇女工作和生活压力的增大,该病的发生率呈现上升趋势,对患者围绝经期及绝经后期的身心健康和日常生活造成不利的影响<sup>[1-4]</sup>。随着人口老龄化的趋势,对更年期综合症的研究和防治,已成为全社会所关注的焦点问题之一。

目前西医常采用激素替代疗法,疗效显著,但是长期使用会诱发肥胖、心血管疾病、中风等疾病的发生,且具有诱发子宫内膜癌和乳腺癌的潜在危险,临床应用受限<sup>[5-6]</sup>。中医药治疗更年期综合症有悠久的历史,主要采用补肝肾、补气和活血养血方法,因疗效好、副作用小而被多数患者接受,其代表性中成药为坤宝制剂,是治疗妇女更年期综合症的临床常用药<sup>[7-9]</sup>。目前,虽然中医临床采用坤宝制剂治疗妇女更年期综合症的报道多见,但应该指出的是,这些研究的质量和疗效尚未得到系统的评价,这在一定程度上影响了数据的可靠性和可推广性。因此,本研究采用循证药学的方法,结合统计学方法,对现有比较坤宝制剂与激素疗法治疗更年期综合症的临床试验文献进行Meta分析,为坤宝制剂治疗更年期综合症的有效性和安全性提供循证药学证据。

## 1 资料与方法

**1.1 检索方法** 计算机检索PubMed数据库、Embase数据库、中国生物医学文献数据库(CBMdisc)、中国期刊全文数据库(CNKI)、中文科技期刊全文数据库(VIP)、万方数字化期刊全文数据库,纳入坤宝制剂(坤宝丸、坤宝胶囊、坤宝颗粒等)对比雌激素对于更年期综合症的随机对照试验和Meta分析,检索年限为自建库至2017年12月,对纳入的随机对照试验进行方法学质量评价和Meta分析。

**1.2 纳入标准** (1) 检索词包括:坤宝, Kun Bao Wan, Kun Bao Jiaonang, Kun Bao Keli; 更年期综合症, Menopausal syndrome; 随机, 对照, 盲法, random, control, blind; 治疗, 观察, 实验, 干预, 对照, 空白, treatment, control; (2) 受试对象:更年期综合症病人。分组方式:随机; (3) 治疗组使用坤宝制剂口服,包含如坤宝丸、坤宝胶囊、坤宝颗粒等;对照组使用雌激素或联用其他化药; (4) 临床症状:月经不调、失眠健忘、急躁易怒、腰酸背痛、心悸、五心烦热和精神不振等。

**1.3 排除标准** 与物理疗法(TDP灯、磁疗、超声、氦氖激光照射)联合使用治疗更年期综合症者予以排除。

**1.4 疗效判定标准** 依照《中药新药临床研究指导原则》中有关更年期综合症的疗效标准判定疗效。(1)治愈:临床症状消除,相关理化检查的结果达到正常水

※ 基金项目:江西省抚州市科技计划项目【No.抚科计字[2016]10号文件第42号】

平；(2)好转：临床症状有所缓解或者减轻，理化检查结果有明显的改善；(3)无效：临床症状和理化检查无任何变化甚至情况恶化。或参照根据《中华妇产科学》中改良Kupperman评分法或改良评分法评价，完全缓解(痊愈)及显效与治愈合并，有效与好转合并。

1.5 质量评价和资料提取 本研究质量评价主要从随机序列的产生、分配隐藏、是否实施盲法、结果数据不完整、选择性报告、其他偏倚等方面进行。资料的提取包括研究的基本情况、样本量、干预措施。

1.6 统计学方法 本研究干预措施中，治疗组使用坤宝制剂口服，对照组主要使用雌激素注射。统计学异质性：根据Q统计量检验，检验水准为0.10， $P>0.10$ 视为无统计学异质性，采用固定效应模型分析； $P<0.10$ 视为有统计学异质性，采用随机效应模型分析。Meta分析软件采用Review Manager 5。

## 2 结果

2.1 基本情况 共检索到10篇文献，详细阅读全文，按照纳入和排除标准及质量评价和资料提取标准，排除数据错误者，最终纳入4篇<sup>[8-11]</sup>。纳入研究基本信息见表1，文献质量评价结果以偏倚风险图表示，见图1。

表1 坤宝制剂治疗更年期综合征纳入研究基本信息表

作者	时间	样本数 (治疗组/对照组)	治疗用药		观察指标
			治疗组	对照组	
刘琪	2014	98(49/49)	坤宝丸	利维爱	临床症状,不良反应,激素水平
李晔	2013	400(200/200)	坤宝丸	戊酸雌二醇+谷维素	临床症状,激素水平
杨玉环	2015	100(50/50)	坤宝丸	利维爱	临床症状,激素水平
郭睿	2015	64(32/32)	坤宝丸	戊酸雌二醇+谷维素	临床症状,不良反应,激素水平

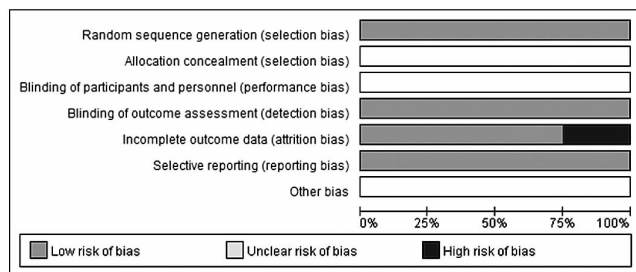


图1 文献质量评价结果

## 2.2 Meta 分析结果

2.2.1 坤宝制剂与雌激素治疗更年期综合征总有效率比较 共有4个研究<sup>[8-11]</sup>，对331例更年期综合征患者进行了观察。对4个研究进行Meta分析，异质性检验 $P=0.01$ ， $I^2=73%$ ，研究有异质性，采用随机效应模型进行分析。结果表明，坤宝制剂治疗更年期综合征总有效率高于雌激素对照组，差异有统计学意义 [OR=2.33, 95%CI (1.47, 3.69),  $P<0.001$ ]。见图2。

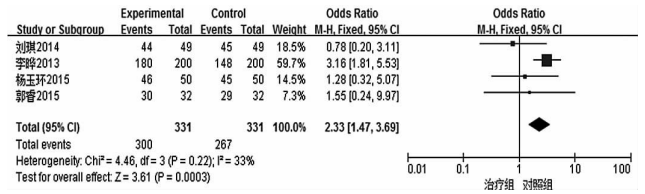


图2 坤宝制剂与雌激素治疗更年期综合征总有效率比较

2.2.2 坤宝制剂与雌激素治疗更年期综合征显效或治愈率比较 共有4个研究<sup>[8-11]</sup>，对331例更年期综合征患者进行了观察。对4个研究进行Meta分析，异质性检验 $P=0.004$ ， $I^2=77%$ ，研究有异质性，采用随机效应模型进行分析。结果表明，坤宝制剂治疗更年期综合征显效或治愈率高于雌激素对照组，差异有统计学意义 [OR=1.94, 95%CI (1.37, 2.75),  $P<0.001$ ]。见图3。

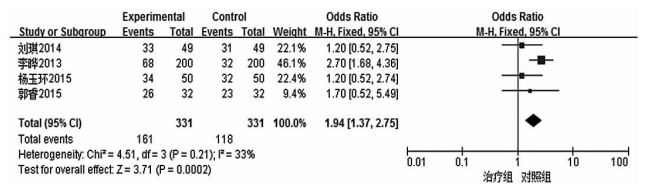


图3 坤宝制剂与雌激素治疗更年期综合征显效或治愈率比较

2.2.3 2组患者雌二醇水平比较 共有4个研究比较，331例<sup>[8-11]</sup>，效应统计量采用标准化均差。对4个研究进行Meta分析，异质性检验 $P=0.00001$ ， $I^2=99%$ ，研究有异质性，采用随机效应模型进行分析。结果表明，坤宝制剂对提高更年期综合征患者雌二醇水平作用稍弱于雌激素，但无统计学差异 [SMD=-1.59, 95%CI (-3.55, 0.37),  $P>0.05$ ]。

2.2.4 2组患者卵泡刺激素水平比较 共有4个研究331例<sup>[8-11]</sup>，效应统计量采用标准化均差。对4个研究进行Meta分析，异质性检验 $P=0.06$ ， $I^2=59%$ ，研究无异质性，采用固定效应模型进行分析。结果表明，坤宝制剂降低更年期综合征患者卵泡刺激素水平的作用优于雌激素，差异有统计学意义 [SMD=-0.49, 95%CI (-0.77, -0.20),  $P<0.001$ ]。

2.2.5 2组患者黄体生成素水平比较 共有3个研究299例<sup>[8-11]</sup>，效应统计量采用标准化均差。对3个研究进行Meta分析，异质性检验 $P=0.19$ ， $I^2=40%$ ，研究无异质性，采用固定效应模型进行分析。结果表明，坤宝制剂降低更年期综合征患者黄体生成素水平的作用优于雌激素，差异有统计学意义 [SMD=-0.21, 95%CI (-0.37, -0.05),  $P<0.05$ ]。

2.3 不良反应 在4篇文献中，仅有1篇文献提出服用坤宝制剂出现腹胀便秘，无严重不良反应<sup>[8]</sup>，但有2篇文献提出应用雌激素头晕、阴道出血、乳房肿胀、恶心等不良不良反应<sup>[8,11]</sup>，其余2篇未提及。

## 3 讨论

坤宝制剂治疗更年期综合征的总有效率、显效或治愈率均优于雌激素，能有效降低患者卵泡刺激素、黄体生成素水平，改善其临床症状，且不良反应小。因此，坤宝制



剂治疗更年期综合征的有效性和安全性均优于雌激素。

中医认为更年期的来源是因肾气渐衰,冲任脉虚,精血不足,天癸将竭,阴阳失调。《素问·上古天真论》:“女子……七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”中医治疗更年期综合征代表性中成药为坤宝制剂。坤宝制剂主要由女贞子(酒炙)、覆盆子、菟丝子、枸杞子、何首乌、龟甲、地骨皮、南沙参、麦冬、酸枣仁、地黄、白芍、赤芍、当归、鸡血藤、珍珠母、石斛、菊花、墨旱莲、桑叶、白薇、知母、黄芩等组成,具有滋补肝肾、活血养血之效,广泛用于治疗绝经前后,肝肾阴虚引起的月经紊乱,潮热多汗、失眠健忘,心烦易怒,头晕耳鸣,咽干口渴,四肢酸楚,关节疼痛等症。因此,坤宝制剂疗效肯定、使用安全、价格低廉,值得在临床推广应用。

由于部分纳入研究隐藏分配情况不明,分组表述模糊,数据不完整等情况,影响文献质量评价。循证药理学是循证医学在药学领域的延伸,其强调临床证据,本研究结果对采用坤宝制剂治疗更年期综合征具有借鉴作用,有利于促进临床合理用药。

#### 参考文献

[1]杨敏,李灿东,李红,等.围绝经期综合征中医证素与性激素水平的相关[J].

中华中医药杂志,2012,27(2):366-367.

[2]于舒雁,刘会丽,苗明三.更年期综合征的分子机制及中医药治疗更年期综合征的特点[J].中医学报,2012,3(3):338-339.

[3]任婕,王天芳,李力,等.更年期综合征绝经前与绝经后临床常见中医症状及体征的分布特点[J].中华中医药杂志,2010,25(8):1202-1204.

[4]孙艳,张百梅,左卓,等.补肾健脾方缓解女性更年期综合征的实验研究[J].中医药信息,2014,31(3):70-72.

[5]代利民.替勃龙治疗绝经后更年期综合征临床效果观察[J].临床和实验医学杂志,2007,6(3):45-46.

[6]杨新,康佳丽,聂妙玲,等.HRT对更年期综合征治疗的研究[J].临床医药实践,2009,18(2):100-101.

[7]罗娟,于铁.坤泰胶囊治疗女性肝肾阴虚型更年期综合征临床观察[J].临床医药文献杂志,2016,3(24):4893-4896.

[8]刘琪.坤宝丸与西药治疗更年期综合征临床疗效对比分析[J].中医药学报,2014,42(5):143-145.

[9]李晔,周明芳,王君伟.坤宝丸治疗围绝经期综合征的临床研究[J].时珍国医国药,2013,24(8):1957-1958.

[10]杨玉环.坤宝丸治疗更年期综合征的临床观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2015,2(11):97-98.

[11]郭睿,刘砚韬.坤宝丸治疗更年期综合征32例疗效及安全性分析[J].中国药业,2015,24(24):223-224.

[12]徐琦.坤宝丸治疗更年期综合征28例[J].中国临床医生,2013,41(3):72-73.

[13]郭力文.坤宝丸为主治疗更年期综合征60例[J].实用中医药杂志,2010,26(4):234-235.

[14]闫桦.坤宝丸治疗女性更年期综合征36例[J].中国民间疗法,2006,14(10):38-39.

[15]魏桂梅,张兰芳.坤宝丸治疗妇女更年期综合征42例临床追踪观察[J].中医临床研究,2015,7(26):97,99.

[16]何彬.坤宝丸治疗妇女围绝经期综合征108例效果观察[J].社区医学杂志,2010,8(14):55.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王小平 收稿日期:2018-06-12)

## 心肌细胞自噬在慢性心力衰竭中的作用 及中医药的干预研究\*

任培华 张志敏 王鹏 李振球

(广州医科大学附属第一医院中医科,广东 广州 510120)

**摘要:**自噬是将细胞内受损、变性或衰老的蛋白质以及细胞器运输到溶酶体内进行消化降解的过程,在慢性心力衰竭的发生、发展中起到重要的调控作用,是治疗心衰的新靶点,中医药对心脏功能的保护作用可以通过干预自噬途径实现。本文重点讨论心肌细胞自噬在心衰中的作用,自噬的调控机制,中医药干预心肌自噬的机制和应用前景,探索中医药治疗慢性心力衰竭的新思路。

**关键词:**心肌细胞自噬;慢性心力衰竭;心功能;喘证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.060

文章编号:1672-2779(2018)-18-0145-04

### Research on the Role of Cardiac Autophagy in Chronic Heart Failure and the Intervention by Traditional Chinese Medicine

REN Peihua, ZHANG Zhimin, WANG Peng, LI Zhenqiu

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

**Abstract:** Autophagy is the process of transporting damaged, degenerating or aged proteins and organelles inside cells to lysosomes for digestion and degradation, which plays an important regulatory role in the occurrence and development of chronic heart failure and is a new target for the treatment of heart failure, traditional Chinese medicine protects the heart function through interfering with autophagy pathway. This article focuses on the role of cardiac autophagy in chronic heart failure, the regulation mechanism of autophagy, the mechanism of traditional Chinese medicine intervention in cardiac autophagy and its application prospects, and explores new ideas for the treatment of chronic heart failure by TCM.

**Keywords:** cardiac autophagy; chronic heart failure; cardiac function; dyspnea

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是由多种原因引起的心室充盈或射血能力受损的一种临

床综合征,是多种心脏疾病的终末阶段。据国外统计,心衰的患病率约为1.5%~2.0%,65岁以上可达6%~10%。心衰病死率高,约有50%的患者在5年内死亡<sup>[1]</sup>。ACEI和 $\beta$ 受体拮抗剂在心衰治疗中的规范化应用使心衰的预后有所改善,但目前的治疗方案仍无法改变其高

\* 基金项目:国家自然科学基金面上项目[No.81673902];广东省广州市教育局一般项目[No.1201411088];广东省中医药局面上项目[No.20142093]

发病率、高死亡率的现状,心衰的远期预后不良<sup>[2-4]</sup>。心室重构是导致心力衰竭的重要机制<sup>[5]</sup>,研究发现除了细胞坏死和细胞凋亡外,心肌自噬也参与了心室重构的过程<sup>[6]</sup>,干预心肌细胞自噬是近年来防治慢性心力衰竭研究的新靶点。

### 1 心肌细胞自噬与其功能

细胞自噬<sup>[7]</sup>是将细胞内受损、变性或衰老的蛋白质以及细胞器运输到溶酶体内进行消化降解的过程。心肌细胞是分裂后期细胞,寿命较长但分化再生能力不足,细胞自噬通过消化功能异常的蛋白质以及受损或老化的细胞器,为细胞提供能量、促进物质代谢以及细胞的自我修复,因此细胞自噬对于保持心肌细胞功能和活力起着重要作用<sup>[8]</sup>。心肌细胞自噬能降解利用部分细胞器,并对受损的线粒体能够选择性地消化降解,而受损的线粒体能够释放细胞色素C等促凋亡因子,因此自噬可能具有阻断心肌细胞凋亡的作用<sup>[9]</sup>。衰老的心肌细胞由于自噬水平的降低导致细胞内代谢产物不能及时清除,影响心肌细胞功能引起心肌功能的逐渐下降,从而导致心肌疾病的发生<sup>[8]</sup>。心肌细胞自噬还具有增加氧缺乏时的ATP生成,保持心肌能量代谢的正常途径,从而保护心肌细胞的功能<sup>[10]</sup>。

### 2 心肌细胞自噬与心力衰竭

心室重构是慢性心力衰竭的主要机制,包括心肌细胞丧失、心肌细胞肥大和细胞外基质纤维化等。研究发现心肌肥厚、心力衰竭过程中均存在心肌细胞自噬,目前已经从心衰患者的左室找到心肌细胞自噬的证据<sup>[11]</sup>。有研究显示,在心梗后心衰模型中细胞自噬增强,自噬体标记物LC3-II、P62和组织蛋白酶D(cathepsin D)均上调,造模1周后心肌细胞自噬被显著激活,在3周左右可见自噬体形成<sup>[12]</sup>。防治心室重构是治疗慢性心力衰竭的重要途径,有研究显示雷帕霉素诱导心肌细胞自噬,可抑制左心室重构,其机制主要是自噬抑制了泛素化蛋白酶系统的活性,从而抑制蛋白质的合成。自噬还可以抑制心肌细胞肥大,以及增加内质网应激和恢复细胞ATP的供应,从而发挥保护心肌细胞作用<sup>[13]</sup>。但是在心力衰竭发展过程中心肌细胞可能存在过度自噬的情况,有研究报道,压力状态诱导的心肌细胞自噬是一种不当的适应反应,可以促进心力衰竭的进程<sup>[14]</sup>。自噬增加可能是导致心力衰竭的一个原因,其机制可能是通过发生心肌细胞自噬性细胞死亡,心肌细胞丢失是导致心力衰竭恶化的重要原因,心肌细胞丢失的方式有很多种,如坏死、凋亡和自噬性细胞死亡。以前的研究认为心衰模型中心肌细胞死亡主要是通过细胞凋亡,但最近研究发现自噬性细胞死亡也是心衰中心肌细胞死亡的机制之一<sup>[15]</sup>。心肌细胞自噬是防止心室重构重要途径还是引起心室重构的机制之一?干预心肌细胞自噬能否作为防治心室重构的新靶

点?这些问题亟待我们进一步研究解决。

### 3 心肌细胞自噬的调控

细胞自噬的诱导与调节的过程非常复杂,营养缺乏、缺氧、缺血、能量不足等许多因素均可以诱导细胞发生自噬,并有多条信号通路参与对细胞自噬的调节。自噬主要受哺乳动物雷帕霉素靶蛋白(the mammalian target of rapamycin, mTOR)调控, mTOR是一种非典型的丝氨酸/苏氨酸蛋白激酶,由2549个氨基酸组成。mTOR激酶是氨基酸、ATP和激素的感受器,对细胞生长具有重要调节作用,抑制自噬的发生,是自噬的负调控分子,并发挥“门卫”作用,研究发现雷帕霉素(rapamycin)具有通过抑制mTOR的活性,诱导自噬发生的作用<sup>[16]</sup>。

mTOR主要受上游信号蛋白激酶B(protein kinase B, Akt)和腺苷酸活化蛋白激酶(AMP-activated kinase, AMPK)的调控, Akt激活可以抑制心肌细胞自噬,相反AMPK的激活可以诱导心肌细胞自噬的发生。Akt是一种丝氨酸/苏氨酸蛋白激酶,是蛋白激酶C激酶超家族的成员。Akt在哺乳动物中主要有3个亚型: Akt1、Akt2和Akt3,三者有85%的序列相似性,在心脏组织中发挥主要作用的是Akt1和Akt2。Akt激活后可以通过直接和间接两种途径激活mTOR:即直接磷酸化mTOR或者使结节性硬化蛋白1/2(tuberous sclerosis1/2, TSC1/2)失活从而维持Rheb的GTP结合态,从而增加mTOR活性起到抑制心肌细胞自噬的作用<sup>[17]</sup>。AMPK是在缺血、缺氧等情况下增强细胞自噬的重要因子,心肌供血不足时,心肌细胞处于缺氧、缺糖的环境,无氧酵解增加导致细胞内的ATP产量不足,AMP/ATP比值增加从而活化AMPK,当AMPK被活化后,其氨基酸链第172位点上的苏氨酸磷酸化,通过抑制mTOR氨基酸链上第2481位上的丝氨酸磷酸化,活化的AMPK抑制了mTOR的活性,从而增强心肌细胞的自噬作用<sup>[18]</sup>。Liao等<sup>[19]</sup>研究表明H9C2细胞在营养缺乏条件下主要通过AMPK/mTOR信号途径诱导细胞自噬激活。

### 4 中医药对心肌细胞自噬的干预作用

中医在治疗心血管疾病方面积累了丰富的经验,临床疗效肯定,有多项研究证实中医药对心血管疾病的保护作用与自噬关系密切。Zhang等<sup>[20]</sup>研究表明虎杖苷能够改善心梗后小鼠的心脏功能,增加自噬水平和减少心肌细胞凋亡,并能够修复心肌细胞线粒体的损伤,这可能与增加心肌ATP含量、柠檬酸合成酶(CS)活性等有关。Hu等<sup>[21]</sup>发现木犀草素能显著改善心梗后小鼠的心功能,降低心肌酶和炎性细胞因子释放,木犀草素预处理组中自噬体增加,表明木犀草素能够上调心梗模型的心肌细胞自噬。李龙飞等<sup>[22]</sup>研究发现人参皂苷Rb1可以阻止阿霉素引起的心肌细胞活力降低,还能够减少阿霉素诱导的心肌细胞自噬,人参皂苷Rb1对

阿霉素诱导心肌细胞死亡的保护作用可能是通过调节心肌细胞自噬而实现的。Huang等<sup>[23]</sup>研究发现小檗碱能够增强H/R诱导的心肌细胞活性并能够减少I/R诱导的心肌梗塞面积,改善模型动物的心脏功能,这可能与小檗碱能够降低自噬相关蛋白如SIRT1, BNIP3和Beclin-1的表达水平,抑制心肌细胞自噬有关。唐丹丽等<sup>[24]</sup>发现痰瘀同治方能够抑制心肌再灌注损伤后Beclin-1、NF- $\kappa$ B的mRNA、Bax蛋白表达,减少心肌细胞凋亡,抑制自噬,具有心肌细胞保护的作用。本课题组应用养心康片治疗慢性心力衰竭疗效肯定,临床研究<sup>[25]</sup>结果显示养心康治疗慢性心力衰竭,改善心功能的总有效率为83.9%,改善临床症状的总有效率为88.4%。实验研究结果<sup>[26-27]</sup>显示:养心康可以改善心梗后心力衰竭模型心肌细胞的超微结构,并呈一定的剂量相关性;养心康各组的心功能、心脏指数、室壁厚度和心肌细胞凋亡指数均有明显的改善,表明养心康可以改善心梗后心衰模型的心室重构。课题组前期研究还证实<sup>[28]</sup>:养心康能够升高心衰模型心肌细胞ATP、ADP含量,降低心肌细胞AMP含量,降低AMP/ATP比值,我们进一步分析养心康对心肌细胞超微结构的影响,发现养心康能调节心肌细胞自噬水平。养心康改善心功能的作用可能是通过干预Akt/AMPK-mTOR信号通路调控心肌细胞自噬而实现的。

## 5 结语与展望

心肌细胞自噬参与了心衰的心室重构,在慢性心力衰竭的发生和发展过程中起着重要作用,干预心肌自噬可能成为防治慢性心力衰竭的新途径。生理状态下,心肌自噬对于维持心脏功能和活力具有重要的作用,但在心脏的病理过程中,心肌自噬对心肌细胞的影响表现出双向性,有研究显示心肌细胞自噬在改善肥大心肌细胞功能中起着重要作用<sup>[29]</sup>,但在压力负荷心衰模型中过度的自噬也会对心脏功能造成损害<sup>[30]</sup>。低水平的自噬能消化受损细胞器,供给氨基酸和游离脂肪酸,进而保护细胞免于死亡,然而持久的自噬则会过度降解必需蛋白质和正常细胞器引起细胞的死亡,将心肌自噬调控在合理水平是防治慢性心力衰竭的新思路。

中医药具有悠久的历史,临床实践证明中医药治疗慢性心力衰竭疗效肯定,可以减轻患者临床症状,提高生存质量。中药复方具有多效应及副作用小的特点,对于复杂的病症可以经多途径、多环节、多靶点进行双向调节,这种作用特点符合慢性心力衰竭复杂的病理生理机制。近年来,多项研究结果证实了中药成分、复方在调控心肌细胞自噬方面的积极作用,为中医药防治心力衰竭的研究提供了新的靶点。但目前心肌细胞自噬在慢性心力衰竭发展中确切机制尚未完全阐明,中医药干预自噬的途径、信号通路尚在进一

步研究之中。因此,在今后的工作中应选择临床确切有效的方药对其治疗心力衰竭和调控心肌细胞自噬的机制进行深入研究,探索中药复方的生物学基础,丰富中医学有关理论内涵,进一步明确自噬参与心力衰竭的作用和调节机制,揭示自噬在慢性心力衰竭发生和发展过程中所起的作用,选择性抑制或者激活自噬来防治心室重构,从而阻止心力衰竭的发展,有可能成为一种新的治疗措施。

## 参考文献

- [1]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(12):1076-1095.
- [2]Mancini D, Lietz K.Selection of cardiac transplantation candidates in 2010[J]. Circulation.2010,122(2):173.
- [3]Members WG, Roger VL, Go AS, et al.Heart disease and stroke statistics—2012 update:A report from the American Heart Association[J]. Circulation.2012, 125(1):188-197.
- [4]Loughran JH, Chugh AR, Ismail I, et al. Stem cell therapy: promising treatment in heart failure?[J].Curr Heart Fail Rep, 2013,10(1):73-80.
- [5]Fedak PW, Verma S, Weisel RD, et al.Cardiac remodeling and failure:from molecules to man[J]. Cardiovasc Pathol,2005,14(1):1-11.
- [6]Shimomura H, Terasaki F, Hayashi T, et al. Autophagic degeneration as a possible mechanism of myocardial cell death in dilated cardiomyopathy[J]. Jpn Circ J, 2001,65(11):965-968.
- [7]Levine B, Klionsky D J. Development by self-digestion: molecular mechanisms and biological functions of autophagy[J]. Dev Cell, 2004, 6(4): 463-477.
- [8]Cao D J, Gillette T G, Hill J A. Cardiomyocyte autophagy: remodeling, repairing, and reconstructing the heart[J]. Curr Hypertens Rep, 2009, 11(6): 406-411.
- [9]Kim I, Rodriguec-Enriquez S, Lemasters J J. Selective degradation of mitochondria by mitophagy[J]. Arch Biochem Biophys, 2007, 462(2): 245-253.
- [10]Takagi H, Matsui Y, Hirotsani S, et al. AMPK mediates autophagy during myocardial ischemia in vivo[J]. Autophagy, 2007, 3(4): 405-407.
- [11]Sabbah HN. Apoptotic cell death in heart failure[J].Cardiovas Res, 2000, 45(3): 704-712.
- [12]赵美.巨自噬在心脏疾病调节中的双向作用[J].生理科学进展,2011,42(2):81-85.
- [13]Buss S J, Riffel J H, Katus H A, et al. Augmentation of autophagy by mTOR-inhibition in myocardial infarction: When size matters[J].Autophagy, 2010, 6(2): 304-306.
- [14]Zhu H, Tannous P, Johnstone J L, et al. Cardiac autophagy is a maladaptive response to hemodynamic stress[J].J Clin Invest, 2007,117(7): 1782-1793.
- [15]Fidzianska A, Bilinska Z T, Walczak E, et al. Autophagy in transition from hypertrophic cardiomyopathy to heart failure[J].J Electron microsc, 2010, 59(2): 181-183.
- [16]何云凌,吴颖颖,朱玲玲,等.线粒体自噬在低氧适应中的作用[J].生物化学与生物物理进展,2012,39(3):217-223.
- [17]Toker A, Newton AC. Akt / protein kinase B is regulated by autophosphorylation at the hypothetical PDK-2 site[J]. J Biol Chem,2000,275(12):8271-8274.
- [18]Inoki K, Zhu T, Guan KL. TSC2 mediates cellular energy response to control cell growth and survival[J]. Cell,2003,115(5):577-590.
- [19]Liao LZ,Chen YL.,Lu LH, et al.Polysaccharide from Fuzi likely protects against starvation-induced cytotoxicity in H9c2 cells by increasing autophagy through activation of the AMPK/m TOR pathway[J].Am J Chin Med,2013,41(2):353-367.
- [20]Zhang M,Zhao Z,Shen M,et al. Polydatin protects cardiomyocytes against myocardial infarction injury by activating Sirt3[J]. Biochim Biophys Acta,2016, 1863(8): 1962-1972.
- [21]Hu J,Man W,Shen M,et al. Luteolin alleviates post-infarction cardiac dysfunction by upregulating autophagy through Mst1 inhibition[J]. J Cell Mol Med, 2016,20(1):147-156.
- [22]李龙飞,马增春,王宇光,等.人参皂甙 Rb1 减轻阿霉素诱导心肌细胞自噬的保护作用[J].中国中药杂志,2017,42(7):1365-1369.
- [23]Huang Z, Han Z, Ye B, et al. Berberine alleviates cardiac ischemia/reperfusion injury by inhibiting excessive autophagy in cardiomyocytes[J]. Eur J Pharmacol,2015(762):1-10.

- [24]唐丹丽,崔海峰,隋宇,等.痰瘀同治方对心肌缺血再灌注损伤大鼠核因子- $\kappa$ B通路及心肌自噬、凋亡的影响[J].中国中医药信息杂志,2015,22(12):38-42.
- [25]洗绍祥,杨忠奇,任培华,等.Effect of Yangxinkang Tablets(养心康片)on Chronic Heart Failure:A Multi-Center Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial[J].Chinese Journal of Integrative Medicine,2015,21(10):733-742.
- [26]任培华,洗绍祥,孙敬河,等.养心康对慢性心功能不全兔室重构的影响[J].中药新药与临床药理,2012,22(1):58-60.
- [27]任培华,洗绍祥,孙敬河,等.养心康片对慢性心功能不全模型兔心肌细胞超微结构的影响[J].中国中医急症,2012,21(4):550-554.
- [28]周凤娇.养心康片干预慢性心力衰竭心气虚证的研究[D].广州:广州中医药大学,2008.
- [29]Buss S J, Riffel J H, Katus H A, et al. Augmentation of autophagy by mTOR-inhibition in myocardial infarction: When size matters[J]. Autophagy, 2010, 6(2): 304-306.
- [30]Jihyun Ahn, Jaetaek Kim. Nutritional status and cardiac autophagy[J].Diabetes Metab J, 2013, 37(1):30-35.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:武志娟 收稿日期:2018-06-22)

## 老年抑郁与脑内单胺类神经递质关系的研究进展<sup>\*</sup>

李 显<sup>1</sup> 姚建平<sup>2\*</sup> 封银曼<sup>3</sup> 李 景<sup>4</sup> 杨振博<sup>5</sup> 黄美英<sup>6</sup> 卫 强<sup>6</sup>

- (1 河南中医药大学基础医学院硕士研究生2016级,河南 郑州 450046;  
2 河南中医药大学基础医学院,河南 郑州 450046;  
3 河南省郑州市卫生学校临床教学部,河南 郑州 450005;  
4 河南省襄城县中医院中风2科,河南 襄城 461700;  
5 河南中医药大学基础医学院硕士研究生2015级,河南 郑州 450046;  
6 河南中医药大学基础医学院硕士研究生2017级,河南 郑州 450046)

**摘要:** 抑郁症又称抑郁障碍,是一种常见的、具有慢性倾向的精神疾病,也是一种情感性的精神障碍,以显著而持久的心境低落为主要临床特征。主要的典型症状有情绪低落、苦恼忧伤、兴趣减低以及思维迟缓等,甚至自罪自责、悲观厌世,并且可能伴有食欲下降、睡眠困难等一系列躯体症状。老年抑郁症是指首次发病于55岁或者60岁以后的抑郁症患者,以持久的抑郁心境且伴随着身体和心理机能的退化、记忆衰退等许多老年期特点的一种精神疾病。随着对抑郁症的发病机制和治疗的研究越来越深入,人们发现除了遗传、心理和社会因素以外,抑郁症的发生和神经系统、内分泌系统以及免疫系统都密切相关,其中神经递质学说和内分泌学说最为人们所认可。现对老年抑郁症发病机制涉及到的单胺类神经递质进行综述。

**关键词:** 老年科; 抑郁; 神经递质; 研究进展

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.061

文章编号:1672-2779(2018)-18-0148-04

### Research Progress on the Relationship between Senile Depression and Monoamine Neurotransmitters in the Brain

LI Xian<sup>1</sup>, YAO Jianping<sup>2</sup>, FENG Yinman<sup>3</sup>, LI Jing<sup>4</sup>, YANG Zhenbo<sup>5</sup>, HUANG Meiyang<sup>6</sup>, WEI Qiang<sup>6</sup>

- (1. Grade 2016 Graduate, Basic Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;  
2. Basic Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;  
3. Clinical Teaching Department, Zhengzhou Health School, Henan Province, Zhengzhou 450005, China;  
4. Apoplectic Department, Xiangcheng County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Xiangcheng 461700, China;  
5. Grade 2015 Graduate, Basic Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China;  
6. Grade 2017 Graduate, Basic Medical College, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450046, China)

**Abstract:** Depression is also called depressive disorder. It is a common mental disease with chronic tendency. It is also an emotional mental disorder. The main clinical characteristics are marked and persistent mood depression. The main symptoms are depression, distress, sadness, low interest and slow thinking, and so on. Even since the crime, be pessimistic and worldweary. It may be accompanied by a series of physical symptoms such as diet decline, sleep difficulty and so on. Geriatric depression is the first onset of depression after 55 or 60 years of age. A persistent mental state of depression, accompanied by degeneration of body and mental function, memory decline and so on, is a mental disease with many characteristics of the elderly. With the development of research on the pathogenesis and treatment of depression, more and more researches are going on. It is found that besides heredity, psychology and social factors. The occurrence of depression is closely related to nervous system, endocrine system and immune system. Neurotransmitter theory and endocrine theory are most recognized by people. The monoamine neurotransmitters involved in the pathogenesis of geriatric depression are reviewed.

**Keywords:** gerontology department; depression; neurotransmitter; relationship research progress

#### 1 单胺类神经递质和抑郁症

多巴胺(DA)、5-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素(NE)等单胺类神经递质具有广泛的生物学活性,参与

了诸如情绪反应,精神活动、睡眠等许多中枢神经系统的生理反应。单胺假说是在众多抑郁症的发病机制学说中比较公认的一种学说,它认为,脑内突触间隙中的单胺类神经递质浓度降低或功能下降是抑郁症发生的生物学基础<sup>[1]</sup>。临床使用的绝大多数抗抑郁药都是基于此假说,提高脑内单胺类递质的含量,靶向性增

<sup>\*</sup> 基金项目:国家自然科学基金项目[No.81273656]

<sup>\*</sup> 通讯作者:yjp740719@163.com

强DA、5-HT和NE的系统功能,是临床各种治疗抑郁症的共同途径。

**1.1 多巴胺 (DA)** Randrup 等在1975年首先提出多巴胺 (DA) 及其受体学说,认为DA可能参与抑郁症的发生,某些抑郁症患者脑内DA功能降低。研究表明 DA 前体L-DOPA (左旋多巴) 可以改善部分单相抑郁患者的抑郁状态等。DA是经由DA 受体介导发挥作用的,DA 受体属于G蛋白受体。上个世纪九十年代以来,利用分子克隆技术,证实DA 受体有D1~D5五种亚型,并且这五种亚型在结构和功能上均有差异。人们对于D1和D2两个亚型受体研究的时间较为充分和长久,并且发现D2受体激动剂 (啞吡啶) 具有强效抗抑郁作用,剩下的三种受体亚型,人们正在进行大量的关注<sup>[2]</sup>。

随着研究的深入,人们发现缰核通过对DA以及包括NE和5-HT等在内的单胺类神经元的调节而参与抑郁症的发病机制。Roiser JP等<sup>[3]</sup>通过抑郁动物模型发现,DA能神经元的活性被抑制则外侧缰核的活性增加,从而引发抑郁症状。一但对DA能神经元的抑制减轻,则抑郁症状亦会随之缓解。这项研究也揭示了脑内DA的含量水平的降低或者功能低下在抑郁症的发病机制中有着重要的地位。

**1.2 去甲肾上腺素 (NE)** 去甲肾上腺素及其受体学说由Schildkraut 等于1965年首先提出,认为抑郁症的发生是由于大脑中枢神经系统中NE 含量不足所致<sup>[4]</sup>。其依据主要有:使用如利血平等耗竭NE的药物可诱导抑郁症的发生;长期使用能增加NE 的药物 (丙米嗪) 可使抑郁症好转;使用单胺氧化酶抑制剂 (MAOI) 也能改善抑郁等。

NE能系统主要参与调节人的睡眠情感、注意力等功能。NE作用的受体不同,其所起的作用就不同。NE受体主要有 $\alpha$ 、 $\beta$ 受体,前者有 $\alpha_1$ 、 $\alpha_2$ 两个亚型,后者有 $\beta_1$ 、 $\beta_2$ 、 $\beta_3$ 三个亚型。NE作用于 $\alpha_1$ 受体则会引起脑内神经系统的兴奋,而作用于 $\alpha_2$ 则相反;当NE作用于 $\beta$ 受体时,则会引起情绪低落等抑制表现。由此可见 $\alpha$ 和 $\beta$ 这两种受体在抑郁症的发生过程扮演者重要的角色。抑郁症患者NE 生成释放减少,是由于突触前膜 $\alpha_2$ 受体超级敏感所致。代英杰等<sup>[5]</sup>认为 $\alpha_2$ 受体的活性增强导致NE失衡而引起抑郁症。相关动物实验也证实, $\alpha_2$ 受体拮抗剂可使大鼠脑内NE的浓度升高,这可以看作是治疗抑郁症的一个新方法。

**1.3 5-羟色胺(5-HT)** 5-HT假说是由Coppen等<sup>[6]</sup>于1965年首先提出,认为抑郁症的发生是由于中枢神经系统中5-HT 功能下降,释放5-HT 减少,突触间隙含量下降所致。主要依据和NE假说类似,例如使用耗竭5-HT 的药物可诱导抑郁发生;自杀的抑郁症患者脑内5-HT含量下降;使用提高脑内5-HT的药物可治疗抑郁症等。

已知与抑郁症的发生密切相关的5-HT能受体有7种,并有亚型。其中5-HT<sub>1</sub>、5-HT<sub>2</sub>、5-HT<sub>6</sub>、5-HT<sub>7</sub>等受体与抑郁症关系密切。相田园等<sup>[7]</sup>对91例抑郁症患者以脑功能S-ET (高级脑电神经递质分析) 进行研究,与健康人S-ET脑功能相比,他们的5-HT的激活水平下降且脑内5-HT功能降低,这也与Coppen提出的抑郁症的发生是由于脑内5-HT含量下降是一致的。相关研究也表明了脑内5-HT含量减少或功能下降与抑郁症患者的抑郁心境密切相关,一些抑郁症患者的病理尸检报告也显示了其脑内5-HT含量降低,也从侧面证实了这种假说<sup>[8]</sup>。

此外,在上个世纪70年代末,有学者提出5-HT功能增强学说,即5-HT含量增高是抑郁症的发病机制。如达体郎 (促进5-HT再摄取药) 在治疗抑郁症方面和5-HT再摄取抑制剂有着同样的疗效,这从药理学方面支持了这种假说。金京南等<sup>[9]</sup>研究发现,抑郁症患者的S-ET与正常人相比存在着差异:其中有些患者的DA、NE、5-HT、ACH和EXC神经递质的功能低于正常人;但是也有一些患者的神经递质呈现亢进的状态。由此可见,抑郁症的发生并不是某些神经递质功能全部低下或者全部亢进导致的。这说明同样的抑郁状态下,患者脑内的神经递质变化不是一味的下降或者增强,它们有其自身的特点。

总之,5-HT、NE、DA等这些单胺类神经递质与抑郁症的发生都紧密相连,它们含量或者功能的改变均参与着抑郁症发病过程,由此可见,脑内单胺类神经递质系统功能的失衡是抑郁症发生的直接原因,但具体的发生机制尚待进一步研究。

## 2 老年抑郁症的治疗

**2.1 西药治疗** 抗抑郁药物主要是通过提高或者调节患者脑内单胺类神经递质及受体功能来发挥作用的。自丙咪嗪问世以后,多种安全有效的新药被不断的研制出来,其中三环类、四环类抗抑郁药和单胺氧化酶抑制剂 (MAOI) 主要是通过抑制5-HT和NE突触前膜的再摄取,增加突触间隙中5-HT和 (或者) NE的含量来发挥治疗作用的;而MAOI可以抑制单胺氧化酶MAO-A对DA、NE以及5-HT的降解,提高脑内单胺类神经递质的水平来达到抗抑郁的目的,但因其疗效不如三环类抗抑郁药,且可引起严重的肝脏毒性等,已被临床所淘汰<sup>[10]</sup>。

虽然三环类抗抑郁药的疗效肯定且廉价易得,但由于药物起效慢,同时也存在口干、视物模糊、尿潴留等毒副作用<sup>[11]</sup>,甚至能致命 (奎尼丁样作用),患者不能耐受,故目前主要用于各类重度抑郁症的患者<sup>[12]</sup>。

近年来SSRI (选择性5-HT再摄取抑制剂) 在临床上广泛使用,主要有氟西汀、舍曲林、帕罗西汀等,此类药物均是选择性抑制了中枢神经突触前膜对5-HT的

再摄取,从而增加脑内突触间隙5-HT浓度发挥抗抑郁的作用,且有吸收好,副作用小等优点。其中氟西汀是SSRI中首选的抗抑郁药。

文拉法辛的抗抑郁机制是通过双重抑制NE和5-HT的再摄取,使两者在突触间隙的浓度提高而发挥抗抑郁的作用。据有关文献报道<sup>[13]</sup>,针对一些经过SSRI治疗无效或者疗效不佳的抑郁症患者,使用文拉法辛治疗后却有着非常显著的效果。

以安非他酮为代表的NDRI(NE及DA再摄取抑制剂),可用于各种抑郁症的治疗。徐倩等<sup>[14]</sup>对60例卒中后抑郁的患者采用安非他酮治疗,结果显示安非他酮治疗卒中后抑郁临床疗效较好,且不良反应较低。

作为唯一的NE及特异性5-HT再摄取抑制剂(NASA),米氮平能够增强NE和5-HT的神经传递,使大脑NE和5-HT的水平增高,可用于治疗不同类型抑郁症患者,并且具有安全有效、作用迅速、可治疗失眠等优点<sup>[15]</sup>。

近几年在临床上广泛使用的一种有效的抗抑郁药是黛力新,它是氟哌噻吨与美利曲辛组成的合剂,可以显著增加脑内多种神经递质的浓度,从而调节中枢神经系统的功能来发挥抗抑郁的作用。刘海英<sup>[16]</sup>对38例脑卒中后的老年抑郁症患者使用黛力新治疗,结果显示6周后患者的抑郁症状改善明显。

目前,对于一些难治性抑郁症(TRD),单一抗抑郁药物系统治疗反应不佳,抗抑郁药物的联合治疗方法被提出,例如有MAOIs联合安非他酮、瑞波西汀联合度洛西汀等联合方案<sup>[17]</sup>。徐丹<sup>[18]</sup>以西酞普兰联合安非他酮治疗24例老年抑郁症患者,结果显示他们的抑郁状态得到显著改善,并且效果优于单一用西酞普兰治疗,具有治疗效果稳固、患者对药物的耐受性好等优点。

此外,还有基于谷氨酸假说和应激假说的相关抗抑郁药物,基于与抑郁相关的神经肽而研制出的神经肽受体拮抗剂等药物。全球抗抑郁药的研发有两大趋势:一是进一步拓展SSRI的新适应证,如焦虑症治疗等;二是开发新产品,如P物质拮抗剂以及作用于某些靶点的“新靶点”药物等等。

**2.2 中医药治疗** 虽然化学药物在治疗老年抑郁症方面效果明显,但长期服用可能会出现比较严重的毒副作用,因此作用平和的中药及其方剂越来越受人们的关注。辨证论治、标本兼治和注重个体使得中医药在治疗老年抑郁症方面具有针对性和精准化的优势,从而越来越受患者的青睐。

**2.2.1 抗抑郁的单药治疗** 近年来,具有抗抑郁作用的单药越来越多地被开发出来,如甘草、黄芩、葛根、柴胡、郁金、杨梅叶、石菖蒲等。且多种中药被证实确有抗抑郁的功效。柴胡中的柴胡皂苷能改变抑郁症

大鼠模型脑单胺类神经递质及其代谢物含量,且能提高海马脑源性神经营养因子的表达来发挥抗抑郁的作用<sup>[19]</sup>。季宁东等<sup>[20]</sup>通过药理实验证明石菖蒲水煎剂与氟西汀有类似的作用。合欢花中的黄酮类成分具有明显的抗抑郁作用,施学丽<sup>[21]</sup>通过药理实验发现合欢花总黄酮可以有效改善抑郁模型大鼠的抑郁行为,其作用机制可能与增加脑中单胺类神经递质含量有关,且能保护海马神经元等。厚朴中的有效成分厚朴酚具有肯定的抗抑郁作用。其抗抑郁机理可能与其能调节神经营养因子、增加去甲肾上腺素、5-羟色胺等单胺类神经递质的含量有关<sup>[22]</sup>。

此外,郁金、远志、人参、香附、银杏叶等都具有一定的抗抑郁作用,相关研究也证实很多中药有抗抑郁活性,发现这些药物的抗抑郁机制有助于开发新的中药制剂以更好地治疗老年抑郁症。

**2.2.2 中医药复方治疗** 中药复方具有作用环节多、靶点多、成分多等优点,且复方能运用药物的七情来合理配方,能够减毒增效,大大地降低不良反应。常用的方剂有逍遥散、半夏厚朴汤、柴胡疏肝散等。韩硕<sup>[23]</sup>以舒心汤治疗40例老年抑郁症患者,8周后总有效率为84.2%,抗抑郁作用显著,且在改善健忘方面比用舍曲林治疗的对照组有明显优势。王雪松等<sup>[24]</sup>以顺气导痰汤加减治疗痰气郁结型老年抑郁症、以柴胡疏肝散加减治疗肝气郁结型老年抑郁症、以归脾汤加味治疗心脾两虚型老年抑郁症共45例,结果显示总有效率为97.7%。孙伟等<sup>[25]</sup>运用益气温阳活血法治疗34例脑卒中后抑郁症患者,对照组32例,结果显示8周后总有效率为91.18%,高于用氟西汀治疗的对照组。赵月兰<sup>[26]</sup>分别运用抑郁宁心汤和阿米替林治疗96例老年抑郁患者,结果显示,抑郁宁心汤对老年抑郁症疗效要优于阿米替林。茅卫兵等<sup>[27]</sup>采用疏肝解郁胶囊治疗老年抑郁症30例,显效率为76.7%,说明疏肝解郁胶囊抗抑郁作用良好,相比西药氟西汀组差异不明显,且具有安全性高、不良反应轻等优点。

**2.2.3 中西医结合治疗** 李蓉<sup>[28]</sup>运用复方益气化痰方配合多虑平治疗老年抑郁症45例,总有效率为88.89%,高于西药组的71.11%;林立<sup>[29]</sup>运用丹栀逍遥散加减配合西药氟西汀治疗抑郁症52例,结果有效48例,无效4例,总有效率为92.30%,且不良反应较少。李清亚等<sup>[30]</sup>对43例治疗组的老年抑郁症患者运用西酞普兰加服中药解郁汤治疗,8周后显示总有效率为90.7%,高于单纯以西酞普兰治疗的对照组,且治疗组的汉密顿抑郁评分均优于对照组。由此可见,中西医结合治疗老年抑郁症的临床效果要优于单纯应用中药或者西药。许峰等<sup>[31]</sup>以解郁清心安神汤配合米氮平治疗重度老年抑郁症患者45例,结果显示可有效减轻患者的临床症状,

并能提高患者的生活质量。李晓一<sup>[32]</sup>将54名老年抑郁症患者随机分为中西医结合组与西医组, 每组28例, 前者以盐酸舍曲林片加服中药复方, 结果显示总有效率为89.3%, 高于单纯用盐酸舍曲林片西医组的80.8%, 2组总有效率比较有显著性差异。可见中西医结合在治疗老年抑郁症方面, 有着压倒性的优势, 一些中西医结合的案例或者实验, 均具有借鉴价值。

**2.2.4 其它治疗方法** 主要有心理治疗、脑部刺激疗法、电针治疗等。由于老年人身体机能老化、衰弱, 对疾病和各种事物的承受能力都大大降低, 心理上也更容易有不良情绪, 因此, 心理疗法也是治疗老年抑郁症一种重要手段。“心病还需心药医”, 家庭和社会的支持<sup>[33]</sup>、心理教育、精神上的鼓励等在减轻老年抑郁症患者抑郁程度方面发挥着不可替代的作用。脑部刺激疗法针对抵抗治疗的抑郁患者有一定的效果。人际关系治疗对于老年抑郁症患者同样有效<sup>[34]</sup>。电针疗法安全经济、操作方便、适应性强且疗效确切, 在治疗老年抑郁症方面也发挥着巨大的作用。

### 3 结语

随着人口老龄化社会的来临, 老年抑郁症的发病率也呈现出增高的趋势, 医疗成本和社会经济负担也是越来越严重。因此, 如何更好地防治老年抑郁症已经是全世界医疗界急需解决的课题。目前, 神经递质学说是人们主要认可的学说, INH (抑郁介质)、5-HT、Ach、DA、NE、EXC (兴奋介质) 六种神经递质的变化和失衡可能导致抑郁症的发生。其中5-HT、DA、NE三种脑内单胺类神经递质的变化或者失衡与抑郁症的发生最为密切。但随着研究的深入, 多种神经递质如肽类和氨基酸类也是人们研究的热点, 也是未来研究的方向之一。西药在改善老年抑郁症的症状方面是十分快速而且有效的, 但是容易复发且不良反应严重; 而中医药具有毒副作用小、不易复发、安全稳定等优点, 且中医药作用靶点多、能通过多个环节发挥作用, 正好弥补了西药的不足。随着社会的发展, 中西医结合成为必然<sup>[35]</sup>, 两者各取优点, 互相补充, 能更好地提高治疗老年抑郁症的疗效。此外对于老年抑郁症的治疗, 多种机制也在深入研究之中, 例如HPA轴以及海马的调节等<sup>[36]</sup>, 这为治疗老年抑郁症提供了新的研究方法并且扩大了研究的空间。

### 参考文献

[1] STOCKMEIER C A. Neurobiology of serotonin in depression and suicide[J]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1997, 836(1): 220-232.  
[2] 钱王科, 孙海丰, 栗增, 等. 多巴胺各受体亚型的配体研究进展[J]. *中国药物化学杂志*, 2012, 22(6): 516-532.  
[3] Roiser JP, Levy J, Fromm SJ, et al. The effects of tryptophan depletion on neural responses to emotional words in remitted depression[J]. *Biol Psychiatry*, 2009, 66(5): 441-450.  
[4] Bunney WE, Davis JM. Norepinephrine in depressive reactions[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1965, 13(6): 483-494.

[5] 代英杰, 范晓, 孟昭义. 抑郁症的神经生化特征及进展[J]. *中国临床康复*, 2003, 7(30): 4126-4127.  
[6] Coppen A. The biochemistry of affective disorders[J]. *Br J Psychiatry*, 1967, 113(504): 1237-1264.  
[7] 相田园, 李跃华, 金京南, 等. 91例肝郁气滞及肝郁脾虚型抑郁症患者脑功能S-ET临床研究报告[J]. *中国中西医结合杂志*, 2010, 30(1): 96-99.  
[8] Meyer J H, McMain S, Kennedy S H, et al. Dysfunctional attitudes and 5-HT<sub>2A</sub> receptors during depression self-harm[J]. *Am J Psychiatry*, 2003, 160(1): 90-99.  
[9] 金京南, 李跃华, 相田园. 抑郁症中医辨证特点及S-ET分析的临床研究[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2010, 16(8): 215-218.  
[10] 郭鹏, 丁素菊. 抗抑郁药物临床应用进展[J]. *药学服务与研究*, 2009, 9(6): 405-409.  
[11] 肖艳, 李丽辉, 崔玉红, 等. 抗抑郁药的研究进展及临床应用[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2008, 29(11): 1363-1367.  
[12] 李华芳, 顾牛范. 抗抑郁药的不良反应及处理[J]. *中国临床药理学*, 2002, 11(5): 311-315.  
[13] 袁勇贵, 张石宁. 文拉法辛对选择性5-羟色胺再摄取抑制剂治疗无效的抑郁症患者的疗效[J]. *中华精神科杂志*, 2005, 38(1): 27-29.  
[14] 徐倩, 安宏伟, 韩真贤, 等. 安非他酮治疗卒中后抑郁的临床疗效及其对脑源性神经营养因子的影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2017, 25(6): 835-838.  
[15] Benkert O, Muller M, Szeged A. An overview of the clinical efficacy of mirtazapine[J]. *Hum Psychopharmacol*, 2002, 17(S1): 2326.  
[16] 刘海英. 黛力新治疗老年脑卒中后抑郁症77例疗效观察[J]. *中国社区医师(医学专业)*, 2013, 15(4): 117.  
[17] 高燕, 刘岩, 翟金国. 抗抑郁药联合使用治疗难治性抑郁症的临床研究进展[J]. *四川精神卫生*, 2017, 30(4): 379-383.  
[18] 徐丹. 西酞普兰联合安非他酮对老年抑郁症患者的疗效观察[J]. *中国疗养医学*, 2016, 25(5): 460-462.  
[19] 张峰, 曹仲伟, 张学杰, 等. 柴胡对大鼠慢性应激抑郁模型脑单胺类神经递质及其代谢物含量的影响[J]. *山东中医药大学学报*, 2005, 29(3): 224-226.  
[20] 季宁东, 李娟好, 李明亚. 石菖蒲提取液的抗抑郁作用及柴胡皂苷对其作用的影响[J]. *南京医科大学学报(自然科学版)*, 2006, 26(12): 1203-1206.  
[21] 施学丽, 张琢, 等. 合欢花总黄酮对抑郁模型大鼠学习记忆能力的影响[J]. *中药药理与临床*, 2013, 29(5): 61-64.  
[22] 黄世敬, 陈宇霞, 张颖. 厚朴治疗抑郁症及抗抑郁机理探讨[J]. *世界中西医结合杂志*, 2015, 10(7): 1023-1026.  
[23] 韩硕. 舒心汤治疗老年抑郁的临床研究[D]. 唐山: 华北理工大学, 2017.  
[24] 王雪松, 负景华. 中药治疗老年抑郁症的临床观察[J]. *内蒙古中医药*, 2012, 31(4): 18.  
[25] 孙伟, 包祖晓, 张远怀, 等. 益气温阳活血法治疗脑卒中后抑郁34例临床观察[J]. *福建中医药*, 2008, 39(1): 1-2.  
[26] 赵月兰. 抑郁宁心汤治疗老年抑郁症疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2011, 20(3): 294-295.  
[27] 茅卫兵, 朱宏志. 舒肝解郁胶囊治疗老年抑郁症的临床观察[J]. *临床合理用药杂志*, 2010, 3(21): 45-46.  
[28] 李蓉. 复方益气化痰方辨治老年抑郁症患者的临床研究[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2015, 21(5): 563-564, 580.  
[29] 林立. 中西医结合治疗抑郁症的临床分析[J]. *中国当代医药*, 2009, 16(18): 176-177.  
[30] 李清亚, 王晓慧, 刘杰, 等. 西酞普兰加服中药解郁汤治疗老年抑郁症43例临床观察[J]. *中医药导报*, 2011, 17(10): 15-17.  
[31] 许峰, 王建民, 焦宗久. 解郁清心安神汤配合米氮平对老年重度抑郁症患者临床疗效和生活质量的影响[J]. *现代中西医结合杂志*, 2017, 26(6): 638-640.  
[32] 李晓一, 邢葆平. 中西医结合治疗老年抑郁症28例[J]. *浙江中医杂志*, 2011, 46(10): 748.  
[33] 秦侠, 陈若陵, 马岁岁, 等. 老年抑郁症与社会支持和躯体疾病关系[J]. *中国公共卫生*, 2007, 23(10): 1185-1188.  
[34] Samuel MJ. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2015, 63(11): 2227-2246.  
[35] 李跃华, 刘华晖, 张兰凤. 中西医诊治老年抑郁症研究现状及存在问题[J]. *中国中西医结合杂志*, 2006(3): 281-284.  
[36] 杨振博, 姚建平, 封银曼. 老年抑郁症的病因病机及治疗进展[J]. *光明中医*, 2017, 32(7): 1066-1069.

(本文编辑:李海燕 本文校对:龙旭阳 收稿日期:2018-06-22)

# 国内针灸治疗鼻窦炎疗效评价方法的应用近况

张圣宏<sup>1</sup> 张琰彬<sup>2</sup> 赵海音<sup>1\*</sup>

(1 上海中医药大学附属龙华医院针灸科, 上海 200032;

2 上海中医药大学附属第七人民医院皮肤科, 上海 200137)

**摘要:**目的 对国内近20年针灸治疗鼻窦炎的疗效评价方法应用近况进行分析与归纳。方法 检索国内的中国知网数据库、万方数据库、维普数据库1998—2017年所收录的期刊,对相关信息进行录入。结果 近10年针灸治疗鼻窦炎的疗效评价方法较10年前有所增加,但应用仍然较少,多为自拟,缺乏科学性及严谨性。结论 往后的临床研究应采用全面、严谨的评价方法评价针灸治疗鼻窦炎的作用。

**关键词:** 针灸; 鼻窦炎; 评价指标; 文献研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.062

文章编号:1672-2779(2018)-18-0152-03

## Evaluation on the Indexes Status of Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Sinusitis in China

ZHANG Shenghong<sup>1</sup>, ZHANG Yanbin<sup>2</sup>, ZHAO Haiyin<sup>1</sup>

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China;

2. Department of Dermatology, the Seventh People's Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

**Abstract: Objective** To analyze the evaluation indexes status of clinical trials in sinusitis treated by acupuncture and moxibustion in China in recent 20 years. **Methods** Articles published from 1998 to 2017 in China National Knowledge Infrastructure, Wanfang database and Vip database were collected and the relevant information were extracted. **Results** There were more evaluation methods in recent ten years than the past ten years, but the use was still little and the content was incomprehensive, most of them were self-made, lack of scientific and rigor. **Conclusion** Comprehensive and rigorous evaluation indexes should be used in further clinical trials to evaluate the effect of acupuncture therapy in sinusitis.

**Keywords:** acupuncture and moxibustion; sinusitis; evaluation indexes; literature research

鼻窦炎是指一个或多个鼻窦发生炎症,可分为急性、慢性2种。鼻窦炎常有鼻阻塞、脓涕、疼痛、头痛、嗅觉下降等症状,部分还伴有全身症状<sup>[1]</sup>。研究发现慢性鼻窦炎发病率约占人口的5%~15%,并呈逐渐上升趋势<sup>[2]</sup>,严重影响着人们的生活质量。针灸治疗鼻窦炎有较长历史,亦开展了不少临床及机制研究,但临床疗效的评价指标为症状,缺乏规范。故对1997年—2017年共20年间国内针灸治疗鼻窦炎的研究文献进行归纳分析,对其不足提出一些建议。

## 1 研究方法

### 1.1 文献检索

**1.1.1 文献纳入标准** 国内1997年—2017年所有采用针灸疗法鼻窦炎的临床研究文献。

**1.1.2 文献排除标准** (1) 综述;(2) 个案或验案报道;(3) 动物实验;(4) 治疗组内同时包含其他疾病的文献;(5) 重复或雷同的文献。

**1.1.3 文献来源** 检索范围为中国知网数据库、万方数据库、维普数据库所收录的所有期刊。检索年限为1997年—2017年。检索词为“针灸”“针刺”“鼻窦炎”。

**1.1.4 文献纳入情况** 共有收集文献64篇。排除综述、个案、

动物实验等非临床研究文献,共获得39篇临床研究文献,其中1998年—2007年26篇,2008年—2017年13篇<sup>[3-4]</sup>。

**1.2 数据处理** 建立Excel疗效评价方法表,分别将各文献的疗效评价方法输入并进行管理与统计。

## 2 研究结果

针灸治疗鼻窦炎临床研究的评价方法主要通过症状、体征的变化、X-ray的影像改变,血常规、中医症候积分、VAS评分、Lund-Kennedy鼻内镜评分、Lund-Mckay鼻窦CT评分、糖精试验、SNOT-20量表及血常规。治疗结果分为痊愈、好转、有效、无效。

39篇文献的评价方法中全包含症状的改善,16篇包含体征的改善,占42.5%。13篇文献包含X线影像的改善,占32.5%。19篇文献包含随访3月—12月的远期复发情况,占47.5%。2篇采用鼻内镜量表,1篇未提及评价方法<sup>[5]</sup>,鼻内镜的镜下变化,鼻窦CT量表评分,中医症候积分等其他评价方式各为1篇。

39篇文献中有12篇交代了疗效评价方法及内容的参考文献,占30.77%,其中1998年—2007年为5篇,2008年—2017年为7篇。12篇临床文献中3篇参考《中医病证诊断疗效标准》,2篇参考《中华耳鼻咽喉头颈外科杂志》制定的标准,2篇参考《中药新药临床研究指导原则》,1篇同时参考《中药新药临床研究指导原

\* 通讯作者:drzhaohy@sina.com



则》与《中医病证诊断疗效标准》，1篇参考《中医病证诊疗标准与方剂选用》，1篇参考《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》，1篇参考《实用中西医结合诊断治疗学》，1篇参考《中医耳鼻咽喉科学》，余27篇未提及疗效评价方法及内容的文献依据，其中2008年—2017年为6篇，占22.22%。

### 3 文献分析

**3.1 症状及体征的变化** 39篇文献中仅有1篇文献采用中医证候积分量表评价症状的改善程度<sup>[7]</sup>，其余研究的痊愈标准皆为症状消失，但39篇研究中虽然有12篇提及参照《中医病证诊断疗效标准》《中药新药临床研究指导原则》《中医病证诊疗标准与方剂选用》等的疗效评价方法，但并未使用量表描述患者的症状及程度并分析，仅简单描述“症状消失”较难体现出针灸治疗的特色，影响了疗效评价的准确性和科学性。另有1篇研究文献采用VAS评分，该表可反映鼻窦炎的严重程度<sup>[42]</sup>，但评价较为简单，建议结合证候积分量表一同使用，更好地评价患者治疗前后症状改善程度。

此外，鼻窦炎作为日常生活常见病，对患者生活往往造成一定影响，但仅1篇文献采用snot-20量表对生活质量的改善进行了评估<sup>[41]</sup>。在往后的研究中可以增用此表，更好地反映中医药治疗该病的疗效。

**3.2 X-ray的影像改变** 39篇文献中有13篇同时将X线下的改善作为疗效评价标准，其中1997年—2007年11篇，2007年—2017年2篇，其痊愈的标准为症状消失及X线检查正常，但仅有9篇文献在诊断标准中有提及影像学变化，占69.23%，余4篇并未提及，是否在治疗前并无影像学改变亦不得而知，研究欠严谨。此外，13篇文献中5篇包含急性鼻窦炎，余下8篇皆为慢性，而众所周知，炎症在控制后逐渐吸收至影像学有变化时需要一定时间，对于慢性鼻窦炎而言，常伴有组织增生、鼻息肉或生理结构异常，故要治疗至X线正常可能有较大难度，或可能需要较长时间的治疗，而13篇文献中仅有1篇文献有提及固定的疗程，导致治疗-疗效的时间关系不能较好地体现。

此外，在13篇文献中，仅4篇交待了疗效评价所参考的文献，占30.77%，1篇参考《中医病证诊断疗效标准》，1篇同时参考《中药新药临床研究指导原则》与《中医病证诊断疗效标准》，1篇参考《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》，1篇参考《中医病证诊疗标准与方剂选用》，余下9篇全为自拟。但《中药新药临床研究指导原则》等在诊断标准提及了X线检查，在疗效评价中并未提及X线检查，而研究认为正常健康人群中有一部分人存在影像学改变，且X线检查有限<sup>[43]</sup>，因此在近10年(2008年—2017年)采用X线检查作为疗效评价的临床研究较1998年—2007年减少的原因可能与此有关，故是否仍需将X线检查结果作为疗效评价标准有待商榷。

**3.3 其他评价方法的现状与不足** 在2008年—2017年有1篇采用糖精试验，2篇采用鼻内镜的相关量表评分，1

篇采用鼻内镜镜下改善，1篇采用Lund-Mckay鼻窦CT评分，这些检查能更客观地体现出针剂及中药干预的疗效，使研究更为客观科学，较往年的评价方式有明显的发展和进步，值得推广。

其次，有1篇文献提及了血象的变化，发现经针灸治疗后鼻窦炎患者的血象可以改善，目前的研究认为，鼻窦炎无自愈倾向，针刺结合中药或其他治疗方法可以有效控制炎症，但余39篇临床研究并未提及，这类评价的缺失，亦降低了针灸治疗在该病中的实际价值。此外，但免疫力低下是导致鼻窦炎发作的诱因之一，针灸可以很好地调节免疫功能，但在19篇包含远期复发情况的文献中，仅提及未复发的时间，如半年、1年等作为痊愈、好转、有效的评价标准。而针灸的调节免疫作用可体现在降低远期发病率，减少发病次数，减轻发病时程度方面有一定价值的疗效指标，在往后的研究中可以填补该类空白。

39篇文献中仅1篇研究描述了脱落<sup>[44]</sup>，脱落率达18.12%，而研究者将脱落直接剔除，并未对其进行统计分析，导致研究结果的准确性下降。此外，没有一篇研究对表述经针灸治疗后患者病情控制不佳或加重时应采用何种治疗。总所周知，部分急性鼻窦炎、部分慢性鼻窦炎急性发作时可能出现较严重的感染，或可能需要使用抗生素，该类患者是否属于脱落或仍纳入研究中亦不得而知，对针灸的实际疗效评价有一定影响。此外，目前无研究采用针灸联合抗生素观察治疗所需时间，针灸和抗生素是否可产生协同作用还有待研究。

### 4 总结

临床上，结局指标决定了干预措施的有效性和价值。通过分析，可以发现针灸治疗鼻窦炎的临床研究所采用的评价方法多样，在近10年的临床研究较1998年—2007年在疗效评价上显示出更多国际公认的、客观的方法，但仍存在评价依据，评价指标自拟的情况，症状改善方面使用中医证候积分、snot-20量表等量表相关的量表较少。此外，虽然近10年文献中出现使用鼻内镜的相关量表评分，Lund-Mckay鼻窦CT评分等客观评价方式，但选用亦较少。

基于以上问题，研究方法为治疗的临床研究应当建立参考公认的、普遍的诊疗手册或指南的疗效评价方法，如《中药新药临床研究指导原则》《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》等。此外，根据急慢性鼻窦炎、病程长短应进行分类，将提高研究设计的严谨性，亦有助于提高研究结果的科学性，同时应引入国际认可的、客观的检测方式如鼻内镜、CT的相关量表进行评价，使研究结果更具有说服力。此外，评价内容应当补充能体现中医药及针灸治疗优势的指标，如中医证候积分、生活质量量表等以建立更全面的评价体系。

### 参考文献

[1]Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al. European Position Paper on Rhinosi-

- nusitis and Nasal Polyps 2012[J]. Rhinology, 2012, 50(Suppl 23): 1-298.
- [2]姚和梅,刘领波,李红英,等.慢性鼻窦炎及鼻息肉与性别和年龄的关系[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2005,3(2):183-184.
- [3]邹淑凡,王晓亮,郭壮丽.针药结合治疗儿童鼻窦炎[J].针灸临床杂志,1998(3):32.
- [4]吴长岩,李芳,林玉凤.穴位贴敷治疗慢性副鼻窦炎 80 例[J].中国针灸,1998(6):344.
- [5]彭易雨,曹杰.针药配合治疗慢性鼻窦炎[J].中国针灸,1998(6):12.
- [6]田海英,赵凤军.针刺治疗鼻渊 76 例[J].上海针灸杂志,1998(3):5.
- [7]傅惠萍,王美霞.温阳通窍法治疗慢性鼻窦炎 284 例[J].四川中医,1998(11):47-48.
- [8]赵峻岭,闫军.电子鼻炎仪治疗急性鼻窦炎 200 例[J].上海针灸杂志,1998(6):31.
- [9]丁会军.针药并施治疗副鼻窦炎疗效观察[J].北京针灸骨伤学院学报,2000(1):34-36.
- [10]张宏图.针灸治疗慢性鼻窦炎 80 例[J].中国民间疗法,2000,98(4):20.
- [11]刘广霞,邢春光.针刺治疗鼻渊临床研究[J].针刺研究,2000,25(2):141-143.
- [12]王维芳,田守智.针刺迎香穴为主治疗急性慢性鼻窦炎 30 例[J].中国针灸,2000,20(8):58.
- [13]陈海林.针刺治疗鼻渊 50 例[J].中国自然医学杂志,2000(4):224.
- [14]王健光,姜学霞.针刺治疗鼻渊 186 例[J].河北中医,2001,23(3):195.
- [15]刘宝华,田顺华.针药并用治疗慢性鼻窦炎 26 例[J].中医外治杂志,2001,10(4):44-45.
- [16]潘爱美,杨瑞东.针刺治疗慢性鼻窦炎 42 例体会[J].现代中西医结合杂志,2001,10(19):1884.
- [17]许保生,沙宝虎,姚树汉.针刺配合鼻渊合剂治疗急性慢性鼻窦炎 35 例[J].中医药信息,2002,19(3):37.
- [18]王英,郭喜军.针药并用治疗急性鼻窦炎 48 例[J].陕西中医,2002,23(6):539.
- [19]赵立军.针刺加中药内服、热熏治疗鼻窦炎 336 例[J].河北中医,2003,25(6):440-441.
- [20]潘瑞芳,刘明有.针刺治疗慢性鼻窦炎 308 例疗效观察[J].大同医学专科学校学报,2004,24(3):20.
- [21]彭易雨,黄庭荣,黄移生,等.针刺结合中药治疗慢性鼻窦炎疗效观察[J].中国针灸,2004,24(11):25-27.
- [22]别红宝,宫国俊.针灸结合药物治疗慢性鼻窦炎 79 例[J].吉林中医药,2005,25(6):44.
- [23]黄建辉.针灸推拿加 TDP 治疗慢性鼻窦炎 22 例[J].海军医学杂志,2005,26(2):137.
- [24]牛俊明,韩常青.He-Ne 激光照射内迎香为主治疗急性慢性鼻窦炎 60 例[J].甘肃中医学院学报,2005,22(4):37.
- [25]迟俊.穴位透刺加刺络放血治疗慢性鼻窦炎 54 例[J].中国针灸,2006,26(2):93.
- [26]张笑芳,解礼杰.深刺迎香透鼻通六穴治疗副鼻窦支气管炎 21 例[J].中国针灸,2006,26(6):414.
- [27]姚子杨.针刺加鼻渊舒口服液治疗急鼻渊 33 例临床观察[J].国医论坛,2006,21(4):21-23.
- [28]黄琼.针刺治疗慢性鼻窦炎 50 例疗效观察[J].针灸临床杂志,2006,22(11):8-9.
- [29]马小允,徐智广,孟建国.深刺下关穴治疗慢性鼻窦炎 50 例临床观察[J].河北中医,2008,30(1):69-70.
- [30]姜媛媛.针灸治疗鼻渊 30 例[J].针灸临床杂志,2008,24(10):21.
- [31]崔振敏,许云肖,康菊灵,刮痧.针刺治疗青少年慢性鼻窦炎 62 例[J].河北中医,2008,30(10):1073.
- [32]赵建英.针药配合治疗慢性鼻窦炎 31 例[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(6):106.
- [33]高积粮,张智宽,张晓庆.针药并用治疗慢性鼻窦炎 55 例[J].中国中医药科技,2009,16(5):416-417.
- [34]高军.针刺治疗慢性鼻窦炎 60 例[J].上海针灸杂志,2009,28(10):612.
- [35]吕丽.针刺加神灯照射治疗慢性鼻窦炎 60 例疗效观察[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(10):237.
- [36]尹璐.应用针灸疗法联合自制苍耳膏治疗慢性鼻炎的临床疗效观察[J].求医问药(下半月),2013,11(2):79-80.
- [37]彭清华,覃冠锻,侯涛.中医序贯疗法联合 FESS 治疗慢性鼻窦炎的临床研究[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2014,22(3):182-184.
- [38]邱有法.针刺治疗慢性鼻窦炎 50 例[J].实用中医药杂志,2014,30(9):865.
- [39]彭清华,覃冠锻,侯涛,等.慢性鼻窦炎术后辅助中医治疗的近期疗效观察[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,29(12):1064-1066,1070.
- [40]丁红云.针刺联合欧龙马治疗急性鼻窦炎临床观察[J].光明中医,2016,31(24):3622-3623.
- [41]吴海金.慢性鼻-鼻窦炎采用温针灸治疗后远期生存质量评估[J].内蒙古中医药,2017,36(16):119-120.
- [42]陈仁物,王德云.欧洲鼻窦炎和鼻息肉诊疗意见书 2012 版:鼻窦炎诊治更新与精要[J].解放军医学杂志,2013,38(2):87-93.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张琰彬 收稿日期:2018-05-22)

## 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

# 溃疡性结肠炎中医治则治法的最新进展

杨建宇<sup>1</sup> 魏素丽<sup>2\*</sup> 陆锦锐<sup>3</sup> 严雪梅<sup>4</sup> 于大远<sup>5\*</sup> 柳越冬<sup>6△</sup> 刘仍海<sup>5△</sup>

(1 中国中医药现代远程教育杂志社, 北京 100021; 2 北京小汤山医院宣传中心, 北京 102211;  
3 黔南民族医学高等专科学校药理学系, 贵州 558013; 4 人民卫生出版社中医药中心, 北京 100021;  
5 北京中医药大学东方医院肛肠科, 北京 100078; 6 辽宁中医药大学附属第四医院肛肠科, 辽宁 沈阳 110101)

**摘要:** 溃疡性结肠炎(UC)是一种主要累及直肠、结肠黏膜的慢性非特异性炎症,以腹痛、腹泻、黏液血便、里急后重为主要临床表现,病程缓慢,反复发作,迁延不愈,与结肠癌关系密切,严重影响患者的身体健康和生活质量。溃疡性结肠炎已经成为临床常见的疑难病之一,在全世界范围内发病率较高。通过对大量的古今文献的研究、整理并归纳,该疾病可以总结为祛湿、调和肝脾、寒热平调、调气活血、消痈排脓等治法。

**关键词:** 溃疡性结肠炎; 治法; 祛湿; 调和肝脾; 寒热平调; 调气活血; 消痈排脓; 研究进展

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.063

文章编号:1672-2779(2018)-18-0155-04

## The Latest Progress on the Therapeutical Principle and Method of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Ulcerative Colitis

YANG Jianyu<sup>1</sup>, WEI Suli<sup>2</sup>, LU Jinrui<sup>3</sup>, YAN Xuemei<sup>4</sup>, YU Dayuan<sup>5</sup>, LIU Yuedong<sup>6</sup>, LIU Renghai<sup>5</sup>

(1. Chinese Medicine Modern Distance Education of China, Beijing 100021, China;

2. Propaganda Center, Xiaotangshan Hospital, Beijing 102211, China;

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

4. Chinese Medicine Centre, People's Medical Publishing House, Beijing 210009, China;

5. Proctology Department, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China;

6. Proctology Department, the Fourth Affiliated Hospital of Liaoning Medical University, Liaoning Province, Shenyang In 110101, China)

**Abstract:** Ulcerative colitis (UC) is non-specific chronic inflammation of the mucosa of the rectum and colon, which cardinal symptom is abdominal pain, diarrhea, mucobloody stool and tenesmus. The course of UC is slow, recurrent and unrelenting. This disease is associated with colon cancer, and severely influences patients on health and life. It has become one of the most common clinical problems. Treatment method of this disease can be summarized as dispelling dampness, harmonizing liver and spleen, mildly regulating cold and heat, regulating qi promoting blood circulation, eliminating carbuncles by studing and generalizing a lot of ancient and modern literature.

**Keywords:** ulcerative colitis; treatment method; dispelling dampness; harmonizing liver and spleen; mildly regulating cold and heat; regulating qi promoting blood circulation; eliminating carbuncles; research progress

近年来,随着人们生活和饮食方式的改变,溃疡性结肠炎的发病率呈现逐年上升趋势,据世界流行病学调查显示,溃疡性结肠炎已经成为临床常见的疑难病之一,在全世界范围内发病率较高<sup>[1]</sup>。溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种主要累及直肠、结肠黏膜的慢性非特异性炎症,属炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)范畴,以腹痛、腹泻、黏液血便、里急后重为主要临床表现,病程缓慢,反复发作,迁延不愈,与结肠癌关系密切,严重影响患者的身体健康和生活质量<sup>[2]</sup>。中医古籍文献里对此病有大量记载,如《素问》《中藏经》中称之为“肠澼”“赤沃”;《金匱要略》称之为“下利”“肠痈”;《难经》谓之“小肠泄”“大瘕泄”;《诸病源候论》谓之“休息痢”等。各医家对各种治法病因病机的认识及辨治经验,为临床中医辨治溃疡性结肠炎提供一定的理论基础。现通过对古今的文献研究、整理并归纳,可总结为以

下几种治法。

### 1 治法

1.1 祛湿 溃疡性结肠炎的常见症状有腹泻,同时该病患者舌苔腻者居多,通过审证求因,此病和湿邪相关。湿邪为病往往缠绵难愈,故此病病程缓慢,反复发作,迁延不愈。此治法根据寒热虚实,可分为清热燥湿、健脾祛湿、温化寒湿等。如《素问·至真要大论》所说:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。”热伤肠络,迫血妄行,则出现便血。一般临床表现为起病急骤,大便次数增多、便脓血、里急后重,或伴有发热、舌质红、舌苔黄腻、脉滑数,多属湿热。治法当为清热燥湿。常用的方剂有黄芩汤、芍药汤、白头翁汤等。罗仕娟等<sup>[3]</sup>认为脾失健运、湿毒内蕴始终贯穿慢性溃疡性结肠炎整个病程,导致溃疡性结肠炎缠绵难愈,其中湿、毒等为标,脾虚为本,脾失健运,湿浊内生,湿热瘀毒壅滞,气血失和,损伤肠络。健脾助运在溃疡性结肠炎活动期中的慢性复发型、慢性持续型以及缓解期的治疗中占据重要位置。常用代表方剂有白术黄芪汤、参苓白术散等。临床上很多患者往往阳气虚

\* 通讯作者:2508317004@qq.com

△ 指导老师

弱，症状遇冷加重，舌质淡胖，舌苔白腻，治疗时当温化寒湿。“痢之为证，多本脾肾，脾司仓廩，土为万物之母，肾主蛰藏，水为万物之元，二脏皆根本之地（《医宗必读》）”“少阴之胜……满腹痛溏泄，传为赤沃（《素问·至真要大论》）”。病程日久，病情反复发作或失治误治不得法，使疾病缠绵难愈，久而久之，久病入肾。“肾为胃关，开窍于二阴，未有久痢而肾不损者（《医宗必读》）”。故在治疗时当温补脾肾阳气，以化寒湿。常用的方剂有附子理中丸、四神丸。

宋雨鸿等<sup>[1]</sup>选取大肠湿热型溃疡性结肠炎40例，随机分为治疗组和对照组各20例。以口服柳氮磺吡啶片为对照组，在对照组的基础上加黄芩汤作为治疗组。经过对疗效的观察统计分析，得出大肠湿热型溃疡性结肠炎活动期患者加用黄芩汤颗粒剂可以提高临床有效率。王宁等<sup>[2]</sup>选取湿热夹杂型慢性溃疡性结肠炎患者80例，随机分为治疗组和对照组各40例。治疗组用加味芍药汤保留灌肠，对照组用康复新液。经过对疗效的观察统计分析，证明了加味芍药汤保留灌肠相比康复新液治疗湿热夹杂型慢性溃疡性结肠炎具有明显的效果。魏江山等<sup>[3]</sup>选择溃疡性结肠炎患者80例，随机分为治疗组和对照组各40例。治疗组予以自拟健脾活血祛湿汤，对照组予以柳氮磺吡啶治疗。经过对疗效的观察统计分析，自拟健脾活血祛湿汤治疗溃疡性结肠炎疗效优于柳氮磺吡啶，且不良反应少。吴文岭等<sup>[4]</sup>通过对45例溃疡性结肠炎采用参苓白术散加减口服及保留灌肠治疗，每日1次，15 d为1个疗程。30 d后45例患者治愈24例，有效18例，无效3例，有效率为93.3%，疗效令人满意。石小智<sup>[5]</sup>通过加味四神理中丸治疗脾肾阳虚、寒湿内滞型溃疡性结肠炎60例，经疗效观察，近期、远期疗效确切，效果满意。

**1.2 调和肝脾** 精神紧张是溃疡性结肠炎的重要诱因，患者往往在精神紧张时症状加重。正如《素问·厥论》曰：“少阳厥逆，机关不利；机关不利者，腰不可以行，项不可以顾，发肠痛。”《医方考》曰：“泻责之脾，痛责之肝；肝责之实，脾责之虚，脾虚肝实，故令痛泻。”少阳不和，必影响脾胃运化，脾失健运，则生湿浊。故治当调和肝脾。徐景藩教授<sup>[6]</sup>治疗溃疡性结肠炎的77个处方中共使用131味药物，其中使用频率最高药物为白芍（71.43%）和白术（68.83%），2味药物在绝大多数方子中均同时使用。徐老认为，肝脾不和而属于疏泄太过者占多，应予敛柔治之，药选白芍。常用的方剂有四逆散、痛泻要方、柴芍六君子汤等。

李哮天<sup>[7]</sup>选取溃疡性结肠炎患者85例，随机分为2组。其中治疗组43例，予加味柴芍六君子颗粒联合柳氮磺吡啶肠溶片口服治疗；对照组42例，单纯给予柳氮磺吡啶肠溶片口服治疗。8周后，观察2组临床症状积分、中医证候疗效、疾病综合疗效以及全结肠镜下黏

膜疗效积分、肝肾功能，得出加味柴芍六君子颗粒联合柳氮磺吡啶肠溶片治疗溃疡性结肠炎证具有明显效果，优于单纯使用柳氮磺吡啶肠溶片治疗，而且复发率低，安全性较好。颜丽花等<sup>[8]</sup>选取68例溃疡性结肠炎患者随机分为2组各34例，对照组用西药治疗，治疗组用痛泻要方加减治疗，2个月后比较症状积分。痛泻要方加减治疗溃疡性结肠炎疗效优于西药治疗。

**1.3 寒热平调** 柳越冬教授<sup>[9]</sup>认为，溃疡性结肠炎临床征象往往寒热错杂。虽然临床上很多患者体质偏于阳虚，表现为症状遇冷加重。阳虚则寒湿胜，若湿邪阻滞，内蕴化热可产生诸如口苦咽干、小便黄赤、舌红苔黄腻、脉数等湿热表现，“法宜清凉，但不可过于寒凉”，即治疗中不能纯用清热的寒凉药物，因为寒主收引凝滞，可使气血阻滞，临床大量寒凉药物的使用，不仅不能收到预期效果，反倒会使气血凝滞加重；同时湿为阴邪，若湿从寒化，临床可出现神疲纳差、腰膝酸软，腹部喜温喜按，舌淡苔白润，脉沉细或弱的脾肾阳虚征象，应以温阳药补之，以达温中散寒的功效，但是不可妄用辛热药物，否则会导致生风动血，迫血妄行，血溢脉外的严重后果。所以治疗上既不可纯用寒凉药物，也不能过用辛热药物，强调“寒热平调”，使得气血运行畅达，达到“血行而不越，血止而不凝”之状态，恢复机体的阴阳平衡。常用的代表方有半夏泻心汤、乌梅丸、柴胡桂枝干姜汤等。

章浩军等<sup>[10]</sup>将辨证为少阳太阴寒热利型的溃疡性结肠炎60例患者，随机分为2组。治疗组30例用柴胡桂枝干姜汤治疗，对照组30例给予柳氮磺吡啶片口服。治疗3个月后，观察临床症状，血液分析，肝肾功能检查，结肠镜检查，粪便镜检与细菌培养。治疗组总有效率为96.67%，对照组总有效率为66.67%，具有显著差异性（ $P < 0.01$ ）。由此可得出柴胡桂枝干姜汤对辨证为少阳太阴寒热利型溃疡性结肠炎有良好的疗效。张海燕<sup>[11]</sup>选取80例溃疡性结肠炎患者作为研究对象，随机分为对照组与观察组各40例，对照组患者给予柳氮磺吡啶方案治疗，观察组患者采用半夏泻心汤治疗，观察比较2组患者临床疗效及不良反应发生率。经过对疗效的观察统计分析，采用半夏泻心汤治疗溃疡性结肠炎疗效显著（ $P < 0.05$ ），安全有效，不良反应发生率低，值得临床推广应用。幸福兵<sup>[12]</sup>研究显示，用乌梅丸治疗47例，对比西药组（静脉滴注阿莫西林，再加药物灌肠治疗。处方：0.5%甲硝唑250 mL庆大霉素24万单位，氟米松10 mg，维生素B<sub>1</sub>200 mg，2%普鲁卡因6 mL）。以应用乌梅丸加减治疗疗效显著。

**1.4 调气活血** 刘完素在《素问病机气宜保命集》中提出了“调气则后重自除，行血则便脓自愈”。根据对古今文献的总结，该治法很少单独使用，一般与其它治法结合使用。张声生教授<sup>[13]</sup>认为溃疡性结肠炎的发病与

气血关系密切, 气血失调是其基本病机, 以气血失调的基础, 化痰、化湿、化热。主张从寒热虚实论调气理血治疗溃疡性结肠炎, 以调气理血为纲, 从寒热、虚实四端, 提出调和营卫、益气养血、调气和血、理气活血、破气破血、搜风剔络、温阳化瘀、清气止血、清气凉血九法治疗溃疡性结肠炎。田振国教授<sup>[17]</sup>依据“腑病以通为用、腑疾以通为补”的中医理论创立了“通调气血、寒热并用”治疗炎症性肠病的学术思想, 并在该学术思想的指导下创新中药制剂“通腑宁颗粒”(胡黄连、黄柏、天花粉、芦根、滑石、白芍、厚朴、延胡索、木香、山楂、麦芽、吴茱萸、甘草), 已应用于临床上, 疗效显著。如芍药汤中的木香、槟榔调气, 当归活血。但应注意若便血严重者, 在治法中必须止血, 仙鹤草、紫草、地榆、槐花、茜草等均为常用之品。

王金周<sup>[18]</sup>将120例溃疡性结肠炎患者分为2组, 对照组予柳氮磺胺吡啶肠溶片治疗, 治疗组予自拟活血化瘀汤(制大黄、丹参、赤芍、当归、牡丹皮、桃仁、生蒲黄各15g, 广木香、黄连各9g, 薏苡仁30g, 仙鹤草20g, 三七粉6g)治疗, 2个月后观察2组患者的总有效率, 治疗组明显优于对照组。

**1.5 消痈排脓** 溃疡性结肠炎主要表现为腹痛、腹泻、里急后重、排黏液脓血便, 可伴有关节炎、皮肤结节等肠外表现, 张燕生教授<sup>[19]</sup>根据其临床表现将之归为“肠痈”范畴, 从“痈”治疗溃疡性结肠炎。根据疾病的发生发展, 按照痈之初起、成脓、溃后3个阶段, 分别采用消、托、补法分阶段治疗, 临床中取得了很好的疗效。初起多见于溃疡性结肠炎轻、中度, 可选用大黄牡丹皮汤、葛根芩连汤、白头翁汤等方施治, 则未成脓者可以内消, 即使不能消散, 也可移为浅, 转重为轻。成脓期多见于溃疡性结肠炎活动期, 此时毒邪内盛, 表现为腹痛、腹泻、排黏液脓血便, 而正气不足, 表现为神疲乏力、畏寒肢冷等, 当采用透托或补托法, 可选用薏苡附子败酱散、乌梅丸等方, 以祛邪为主、扶正为辅。

张彩兰等<sup>[20]</sup>用大黄牡丹汤灌肠治疗溃疡性结肠炎30例, 经过1个疗程的治疗后, 治愈9例, 好转16例, 无效5例, 有效率为80.3%, 无效的5例病程均超过10年。胡宏中<sup>[21]</sup>运用大黄牡丹汤加减治疗溃疡性结肠炎34例, 20天后显效22例, 有效11例, 无效1例, 总有效率97.1%。

临床上患者的病证往往错综复杂, 以上所说的治法如果单用往往并不适用于大多数患者, 特别是对于长期反复发作的慢性疾病。病机往往虚实寒热错杂, 疾病累及多个脏腑, 气血津液皆受其累。所以在治疗时应当审证求因, 综合、准确、灵活地运用各个治法。各治法虽有区别, 又相互联系, 也可单独使用, 又多法并用。比如柳越冬教授<sup>[22]</sup>自拟了治疗溃结的经验方,

具有益气活血, 寒热平调之功。其基本药物组成如下: 黄芪、白术(炒白术)、茯苓、红花、延胡索、干姜、败酱草、青黛、胡黄连、黄芩、炙甘草。何胜国等<sup>[21]</sup>采用温阳活血法(肉桂、白术、川芎、延胡索、杜仲、补骨脂各10g, 黄芪15g, 炮附子、干姜各5g)治疗脾肾亏虚、肠络瘀阻型溃疡性结肠炎。田振国教授<sup>[22]</sup>集温肾助阳、寒热平调和宣通气血多法于一方治疗溃疡性结肠炎。其药物组成为: 补骨脂15g, 吴茱萸15g, 黑附子15g, 肉桂15g, 炮姜10g, 山药15g, 白芍30g, 茯苓10g, 胡黄连10g, 五味子15g, 木香15g, 苍术15g, 延胡索15g, 甘草15g。

## 2 医案举隅

患者马某, 男, 27岁。自诉患溃疡性结肠炎7年余, 腹痛, 腹泻, 便脓血, 每日7~8次, 伴有食少纳呆, 体倦乏力, 时有低热。查面色萎黄, 身体羸瘦, 舌淡苔白, 脉细弱。结肠镜示: 全结肠黏膜广泛溃疡及炎症息肉形成, 以左半结肠为重, 尤以横结肠脾曲、降结肠、乙状结肠段息肉生长得最为密集, 伴有肠管狭窄、肠壁僵硬。诊断: 溃疡性结肠炎(慢性持续型、全结肠、重度、活动期)。中医辨证为脾胃弱, 以参苓白术散加黄芪60g, 肉桂10g, 败酱草15g, 槐花10g, 地榆10g, 丹参30g。水煎至300mL, 口服, 每次100mL, 每日3次。以苦参10g, 败酱草15g, 黄柏10g, 白及10g, 孩儿茶10g, 甘草10g。煎汤100mL, 保留灌肠。治疗3个月, 腹痛、腹泻、排脓血便症状稍有好转, 复查结肠镜示除病变较重区外, 其余肠段黏膜溃疡均趋愈合, 唯遗留炎性息肉没有变化。遂先后7次行结肠镜下息肉微波凝固及电凝治疗, 共灼除炎性息肉300余枚, 再继续给予中药巩固治疗。持续治疗近1年, 复查肠镜, 除病变较重肠段无明显变化外, 其余肠段黏膜基本正常, 将患者转至外科将息肉密集肠段切除, 再给予中药巩固治疗半年。再诊时患者自诉腹痛、腹泻、便脓血等症状消失, 体重明显增加, 复查结肠镜示吻合口黏膜愈合良好, 残余结肠黏膜光滑。

**按:** 患者UC患病7年, 病久多虚。同时患者表现为食少纳呆, 体倦乏力, 时有低热。查面色萎黄, 身体羸瘦, 舌淡苔白, 脉细弱这些中气虚衰之象。腹泻, 便脓血, 说明血分受病。因此治当补中益气, 健脾活血, 凉血解毒。故王长洪教授治疗本案以补益为主, 选择参苓白术散补益脾胃, 同时重用黄芪, 补中益气, 配合肉桂温脾通阳, 合助运化; 槐花、地榆苦寒兼酸涩, 共奏清热解毒, 凉血涩肠之效; 丹参活血, 败酱草清热解毒止痛, 二者合用祛瘀生新。诸药配合, 扶正为主, 兼以祛邪<sup>[22]</sup>。

## 3 小结

中医在治疗溃疡性结肠炎的过程中, 辨证论治以及整体观的思想始终贯穿于始末。因此, 辨对证、用

对法尤为重要。中医治疗溃疡性结肠炎较之西医疗法具有治疗目的明确, 治疗方法多样, 临床疗效确切, 毒副作用小等优势, 值得我们学习并发扬。在今后临床研究和实践中, 我们应在中医思维的指导下, 对溃疡性结肠炎的病因病机多加研究, 这样才能更好地发挥中医药特色优势。同时借助现代医学手段, 从微观角度对中医的辨证提供支持, 并且使中医药治疗溃疡性结肠炎的效果评价更加明确、客观。

### 参考文献

- [1] 牟海军, 陈幸幸, 周光群, 等. 美沙拉嗪肠溶片治疗激素抵抗型重症溃疡性结肠炎的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 32(21): 1950-1952.
- [2] Ungaro R, Mehandru S, Allen P B, et al. Ulcerative colitis[J]. Lancet, 2017, 2(5757): 340-341.
- [3] 罗仕娟, 钟子劭, 黄穗平, 等. 从脾失健运探讨慢性溃疡性结肠炎的中医病机和治法[J]. 中医药导报, 2015, 13(21): 123-124.
- [4] 宋雨鸿, 贺亮, 拾慧. 黄芩汤颗粒剂治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 吉林中医药, 2013, 33(2): 45-46.
- [5] 李彦哲. 三大治法在中医治疗溃疡性结肠炎中的临床应用[J]. 大家健康, 2015, 9(7): 32-33.
- [6] 魏江山, 杜位良, 李俊. 健脾活血祛湿汤治疗溃疡性结肠炎 40 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2015(8): 63-64.
- [7] 吴文岭, 王怀璋. 参苓白术散加减治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中医学报, 2013, 28(9): 1392-1393.
- [8] 石小智. 加味四神理中丸治疗溃疡性结肠炎 60 例疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 2006(1): 24-25.
- [9] 宁丽琴, 叶柏, 沈洪, 等. 国医大师徐景藩治疗溃疡性结肠炎的用药规律分析和分子靶点预测[J]. 中国中药杂志, 2018(5): 1043.

- [10] 李哮天, 李桂贤. 加味柴芍六君颗粒联合柳氮磺吡啶治疗溃疡性结肠炎的临床观察[D]. 广西·广西中医药大学, 2017.
- [11] 颜丽花, 王小娟. 痛泻要方加减治疗慢性溃疡性结肠炎 34 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(6): 156-157.
- [12] 王薇, 柳越冬. 柳越冬教授治疗溃疡性结肠炎经验[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2015.
- [13] 章浩军, 文东. 柴胡桂枝干姜汤治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(7): 1319-1320.
- [14] 张海燕. 半夏泻心汤治疗溃疡性结肠炎 40 例临床研究[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(2): 109-110.
- [15] 辛福兵. 乌梅丸治疗慢性溃疡性结肠炎 47 例[J]. 现代中医药, 2011, 31(2): 20-21.
- [16] 杨雪, 赵鲁卿, 周强. 张声生从气血辨治溃疡性结肠炎九法[J]. 北京中医药, 2016, 35(3): 231-232.
- [17] 柳越冬, 陶弘武, 郭君, 等. 通调气血、寒热并用治疗 UC 的理论基础探析[A]. 中华中医药学会第十二次大肠肛门病学术会议暨第十一届中日大肠肛门病学术交流会议论文集汇编[C]. 中华中医药学会中日大肠肛门病学术交流会议, 2006: 321-322.
- [18] 王金周. 活血化痰法治疗溃疡性结肠炎 61 例[J]. 光明中医, 2013, 28(8): 1620-1621.
- [19] 李薇. 张燕生治疗溃疡性结肠炎临床经验[J]. 北京中医药, 2014, 33(9): 664-666.
- [20] 张彩兰, 李波. 大黄牡丹汤灌肠治疗溃疡性结肠炎 30 例[J]. 河南中医, 1998, 18(1): 22.
- [21] 胡宏中. 大黄牡丹汤加减治疗溃疡性结肠炎 34 例[J]. 辽宁中医杂志, 2000, 27(4): 171.
- [22] 董云飞. 田振国教授治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎的经验总结[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2012.
- [23] 柳越冬, 陶弘武, 刘玉婷. 王长洪教授治疗溃疡性结肠炎验案二则[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(7): 31-32.

(本文编辑: 李彦知 本文校对: 柳越冬 收稿日期: 2018-07-02)

## 经期延长中西医治疗进展

满玉晶<sup>1</sup> 于宝晶<sup>2</sup> 吴效科<sup>1\*</sup> 赵文姣<sup>2</sup> 王玮玉<sup>2</sup> 孟凡琼<sup>2</sup>

(1 黑龙江中医药大学附属第一医院妇科, 黑龙江 哈尔滨 150040;

2 黑龙江中医药大学研究生学院中医妇科, 黑龙江 哈尔滨 150040)

**摘要:** 经期延长是妇科月经病之一, 本病通常发生于生育年龄妇女, 病因多样, 病程较长。近年来中西医在经期延长诊治方面取得了较大进展。中医治疗包括内治法和外治法, 西医治疗主要应用激素治疗, 以及中西医结合的综合疗法, 疗效显著, 故将目前本病的治疗进展予以综述, 以便更好地指导临床。

**关键词:** 经期延长; 中医疗法; 综合疗法; 综述; 月经不调

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.18.064

文章编号: 1672-2779(2018)-18-0158-03

### Progress of Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Menstrual Extension

MAN Yujing<sup>1</sup>, YU Baojing<sup>2</sup>, WU Xiaoke<sup>1\*</sup>, ZHAO Wenjiao<sup>2</sup>, WANG Weiyu<sup>2</sup>, MENG Fanqiong<sup>2</sup>

(1. Department of Gynecology, the First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Harbin 150040, China;

2. Gynecology of Traditional Chinese Medicine, Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Harbin 150040, China)

**Abstract:** Menstrual extension is one of the gynecological menstrual diseases, which usually occurs in women of childbearing age, with various causes and long course of illness. In recent years, Chinese and western medicine has made great progress in the extension of treatment. Treatment including treatment and external treatment of traditional Chinese medicine, western medicine mainly used hormone therapy, as well as the combination of Chinese and western medicine comprehensive treatment, the curative effect is distinct. Therefore, the current progress in the treatment of this disease is reviewed in order to better guide the clinical practice.

**Keywords:** menstrual extension; therapy of traditional Chinese medicine; western medicine treatment; comprehensive treatment; review; irregular menstruation

月经周期正常, 经期超过7日以上, 甚至2周方净者, 称为“经期延长”, 又称为“经事延长”<sup>[1]</sup>。始见于

《诸病源候论》, 称之为“月水不断”。随着社会的发展, 女性承受的压力越来越大, 月经病的发生率也随之增加, 经期延长作为常见的月经病之一, 越来越受到国内外医务界的广泛重视, 近年对于本病的治疗方

\* 通讯作者: xiaokewu2002@vip.sina.com

法呈多样化趋势，现对经期延长中西医治疗进展做出综述。

## 1 中医治疗

### 1.1 内治法

**1.1.1 辨证论治** 张良英教授<sup>[2]</sup>认为气虚、阴虚、血瘀、湿热为本病的常见病因，将经期延长分为三类：月经前半期淋漓、月经后半期淋漓、月经经前经后均淋漓。月经前半期淋漓多属于实证，用调经方理气活血通经；月经后半期淋漓多属于虚证，用补中益气汤和二至丸健脾益气摄血，补肾养阴固冲；月经经前经后均淋漓者顺应月经规律，经前调经方，经后补中益气汤和二至丸。魏绍斌教授<sup>[3]</sup>结合妇人的生理特点及四川盆地的地理气候因素，认为肝郁血瘀夹湿热是本病的主要病机，治宜以通为止，平素用疏肝化瘀除湿法，以四逆四妙坤茜加减，经前则用四逆坤茜三川疏肝化瘀、活血通经，取得较好疗效。

**1.1.2 经典方加减** 顾玉凤<sup>[4]</sup>以益气养血，调固冲任为治法，用《医宗金鉴》圣愈汤为基础方，根据经色、质及伴随症状的不同而辨证加减治疗80例，总有效率96.25%。冯蓓<sup>[5]</sup>认为本病多与瘀有关，用《傅青主女科》逐瘀止血汤加减治疗35例，总有效率91.4%。张英杰<sup>[6]</sup>认为脾肾气虚为本病的病理基础，以益气固冲，止血调经为治疗原则，将患者48例随机分成2组，治疗组24例患者服用安冲汤，总有效率87.5%。李杏曜<sup>[7]</sup>以益气补血，温经化瘀为治则，收集40例气血两虚型经期延长患者，随机分成2组，治疗组予八珍汤加味口服，对照组予黄体酮胶丸口服，治疗组治疗后的中医证候疗效为83.3%，对照组治疗后的中医证候疗效为68.4%。李艳梅<sup>[8]</sup>选取育龄妇女上环后经期延长者112例，随机分2组，治疗组60例给予《景岳全书》保阴煎加减治疗，对照组52例用常规西药治疗。结果：治疗组总有效率91.1%，对照组总有效率69.23%。刘玉芳<sup>[9]</sup>将58例黄体功能不全性经期延长患者随机分成2组，治疗组30例给予《金匱要略》胶艾汤加减口服，对照组28例采用地屈孕酮治疗。2组治疗3个月经周期，总有效率分别为90.0%、85.7%。

**1.1.3 经验方加减** 近年来，医者将传统医学的治法方药与当下的病因病机结合，总结出己的用药规律，更有效地治疗本病。金建岳<sup>[10]</sup>以益气养阴，固摄经血为原则，自拟益气固经汤（党参、炒白术、茯苓、女贞子、旱莲草、仙鹤草、地榆炭、益母草、茜草、炙甘草）治疗以气虚、阴血虚为主的经期延长患者65例，总有效率92.3%。高红艳等<sup>[11]</sup>以补气养血，化瘀固冲止血为治疗原则，自拟止血调经方（党参、炙黄芪、炒

白术、升麻、益母草、马齿苋、墨旱莲、地榆、小蓟、蒲黄炭（包煎）、茜草、芥穗炭）治疗60例气虚血瘀型经期延长患者，每个月经周期治疗7d为1个疗程，3个疗程后进行疗效评定。结果：治愈45例（75.0%），好转12例（20.0%），无效3例（5.0%），总有效率为95.0%。

**1.1.4 分期疗法** 吴燕平教授<sup>[12]</sup>认为本病多因脏腑经脉气血失调，冲任不固所致，病机多为“虚、热、瘀”。采用分期论治、健脾益肾的综合疗法，调整月经周期，调节内分泌，缩短经期，疗效显著。临床治疗中根据女性生理特点分月经期、经后期、经间期、经前期四期：月经期以活血、行气、化瘀为主，促进子宫内膜脱落，缩短经期，方用桃红四物汤；经后期以健脾滋肾，养阴填精为主，以助“天癸”生殖之机，以资冲任气血之源，促进子宫内膜修复止血，方用二至丸合保阴煎；经间期治以滋肾填精，温补肾阳，于前方中加仙灵脾、菟丝子、巴戟天、苁蓉、鹿角片等温补肾阳之品，以促进黄体功能成熟；经前期治当疏肝理气，活血调经以助经血畅行，临诊以益肾调经汤加减。霍磊等<sup>[13]</sup>将123例瘀热夹湿型经期延长患者随机分成2组，治疗组78例用“3+5+7”周期用药（月经量多时服用3付逐瘀止血药；经后期月经量少服用5付清化止血药；经净后以7为基数服用平时调理药）治疗，对照组45例月经期采用宫血宁胶囊、经净后用知柏地黄丸治疗，疗程3个月经周期，治疗组总有效率91.03%，优于对照组。

**1.1.5 中成药** 沈艳<sup>[14]</sup>选取30例切口假腔经期延长患者，从月经第1天开始口服益坤宁颗粒，每日3次，每次1包，3个月经周期为1个疗程，结果治愈24例（80.0%），有效6例（20.0%），总有效率达100%。杨柳青<sup>[15]</sup>以滋阴养血，调冲止血为法则，用贞茜颗粒治疗27例阴虚血热型经期延长患者，于月经第3天开始口服，服用7~10天，如此反复服用3个月经周期，总有效率96.3%，其中治愈7例，显效13例，有效6例，无效1例。李碧娜等<sup>[16]</sup>将150例气血两虚型经期延长患者随机分成2组，治疗组与对照组分别给予宫环养血颗粒、养血当归糖浆，从月经第1天开始服药，连服20天，治疗3个月经周期。于治疗前后观察受试者经期延长和证候疗效，经期延长疗效治疗组总显效率和总有效率分别为73.33%、92.00%，对照组分别为60.00%、82.67%；证候疗效治疗组总显效率和总有效率分别为82.67%、96.00%，对照组分别为61.33%、84.00%。

### 1.2 外治法

**1.2.1 脐疗法** 赵焕云<sup>[17]</sup>运用自拟经延丹贴脐治疗经期延

长患者118例,用马齿苋、黄芪、人参、升麻、阿胶珠、白术等药研成细末,每次取细末10g清水调和,涂在神阙穴,然后用无菌纱布盖在穴位上,胶布固定,每3天换一次药,换药10次为一疗程,疗效显著,总有效率达94.07%。

**1.2.2 耳穴疗法** 欧阳霞等<sup>[18]</sup>将70例剖宫产术后子宫瘢痕憩室致经期延长患者随机分为治疗组和对照组各35例,2组均治疗3个月经周期。治疗组给予生化缩经颗粒合耳穴疗法治疗,生化缩经颗粒每天1包,每天2次,热开水冲后温服,于月经第4天开始口服,连服14天;耳穴用王不留行籽耳贴,取子宫、内分泌、内生殖器、脾、肝穴,王不留行籽贴压找出的双耳穴敏感点处,每天按压3~4次,每次1~2 min,于月经周期第5天及贴耳穴后1周各贴1次耳穴。对照组予妈富隆治疗。第1个月疗效比较:总有效率治疗组为91.43%,对照组为68.57%;2组治疗后第6个月随访:治疗组总有效率仍为91.43%,对照组则下降至42.86%。

**1.2.3 体针治疗** 张鸥等<sup>[19]</sup>临床上选取置宫内节育器后异常子宫出血患者120例,随机分成针灸组和西药组,均按中医辨证分为气虚型、血热型和血瘀型。主要方法:止血取穴以郄穴为主,取地机、中都,另加三阴交。气虚型以膀胱经背俞穴及任脉经穴为主,用补法。血热型中实热者手阳明大肠经穴为主,用泻法;虚热者,取足三阴经穴,采用平补平泻法。气滞血瘀型以肝脾经穴为主,用泻法。行经后第5天开始,10天为一疗程,连续治疗3个月经周期并随访3个月,总有效率97.5%。

## 2 西医治疗

西医治疗主要是孕激素或绒毛膜促性腺激素等药物治疗,必要的时候可以行诊断性刮宫术。有生育要求者可以肌注黄体酮注射液,无生育要求者也可口服单相避孕药,激素药物治疗的特点是起效快,但是药物依赖性大、副作用大、复发性高;诊刮的特点是可以明确诊断、止血快,但是对妇女的创伤性大,不适用于未婚女性。经期延长的西医治疗手段并不是很理想,人们在临床上多采用中西医结合的方法。

## 3 中西医结合治疗

蒋彩云<sup>[20]</sup>选择因药物流产后经期延长的患者60例,随机分为治疗组和对照组各30例。对照组给予西医常规治疗,治疗组在对照组治疗的基础上分2个阶段服用中药复方,前3天口服自拟活血化瘀止血调经方,后4天口服自拟养血益肾理气活血方。结果:治疗组总有效率为93.33%,对照组为76.67%。胡晓华教授<sup>[21]</sup>治疗经期延长,非经期以调其下丘脑-垂体-卵巢轴的西医治

疗为主,经期以通因通用、益气升提、祛瘀止血的中药治疗为要。嘱患者于月经第20天开始服用醋酸甲羟孕酮片,连服8天,停药引发撤退性出血;于月经第2天药用黄芪、党参、白术炭补气摄血;三七粉、茜草、益母草、炒红花活血化瘀止血;贯众炭、黄芩炭、旱莲草、生地榆清热凉血止血;加之升麻升举阳气、甘草调和诸药,连服7剂。采用中西医结合治疗经期延长,效果显著。

## 4 总结

经期延长在治疗上存在的难点问题即病情易反复发作,故应做到辨证施治,扶正与祛邪相结合。同时中医在诊治本病过程中,单依靠证候、舌苔、脉象等辨证施治,存在主观性,故在临床实践中,应结合现代医学,辅以必要的检查以明确诊断,使中西医优势互补,从而更好地指导临床。

## 参考文献

- [1]马宝璋.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:78.
- [2]姜丽娟,张良英.国家级名医张良英教授诊治妇科疾病学术经验(八)——经期延长[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(2):17-20.
- [3]周双双,魏绍斌.魏绍斌教授以通为止治疗经期延长经验[J].四川中医,2014,32(3):40-41.
- [4]顾玉凤.参愈汤加减治疗经期延长80例疗效观察[J].云南中医药杂志,2005,26(5):14.
- [5]冯蓓.逐瘀止血汤加减治疗经期延长35例[J].四川中医,2006(3):77.
- [6]张英杰.安冲汤治疗经期延长48例的观察及机理探讨[J].中医药学报,2011,39(5):79-81.
- [7]李杏曜.八珍汤加味治疗气血两虚型经期延长的临床疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2013.
- [8]李艳梅,丘慧秋.保阴煎加减治疗上环后经期延长60例[J].实用中医药杂志,2009,25(4):219.
- [9]刘玉芳,孙海峰.胶艾汤加减治疗黄体功能不全性经期延长30例[J].中医药学报,2012,40(6):106-107.
- [10]金建岳.自拟益气固经汤治疗经期延长65例分析[J].实用中医内科杂志,2006(1):43-44.
- [11]高红艳,刘静君.自拟止血调经方治疗气虚血瘀型经期延长60例[J].广西中医药,2014,37(6):41-42.
- [12]左海红,吴燕平.吴艳萍分期治疗经期延长的经验[J].浙江中医药大学学报,2012,37(3):291-293.
- [13]霍磊,许国防,张大伟.“3+5+7”周期用药治疗瘀热夹湿型经期延长78例[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(4):565-566.
- [14]沈艳.益坤宁颗粒治疗30例切口假腔经期延长的临床观察[J].医学综述,2012,18(9):1439-1440.
- [15]杨柳青.贞茜颗粒治疗阴虚血热型经期延长的临床观察[D].北京:北京中医药大学,2015.
- [16]李碧娜,熊利.宫环养血颗粒治疗经期延长75例临床研究[J].中医临床研究,2014,6(12):55-56,58.
- [17]赵焕云,庞保珍.经延丹贴脐治疗经期延长118例[J].中医外治杂志,2004(1):44.
- [18]欧阳霞,罗志娟.中药方合耳穴疗法治疗子宫瘢痕憩室致经期延长35例临床观察[J].湖南中医杂志,2016,32(6):64-66.
- [19]张鸥,吴兆利,谷忠悦,张丽.针刺治疗宫内节育器导致子宫出血临床疗效研究[J].中国针灸,2000(10):5-7,4.
- [20]蒋彩云,杨双娥.中西医结合治疗药物流产后经期延长30例疗效观察[J].甘肃中医学院学报,2014,31(3):70-72.
- [21]曹颖,苏婷婷,胡晓华.胡晓华教授治疗经期延长经验浅述[J].中国民族民间医药,2016,25(11):37,39.

(本文编辑:李海燕 本文校对:韩凤娟 收稿日期:2018-06-22)