

# 文化强国视域下中医药文化软实力提升路径研究<sup>※</sup>

张洪雷 张宗明\*

(南京中医药大学中医文化研究中心, 江苏 南京 210023)

**摘要:** 中医药文化是中华优秀传统文化的重要代表, 是我国文化软实力的重要体现。中医药文化软实力是中华民族基于中医药文化而具有的凝聚力和向心力, 以及由此产生的吸引力和影响力。提升中医药文化软实力的路径主要有: 夯实根基, 让中医药文化核心价值观深入人心; 重塑形象, 展现中医药文化独特魅力; 加强传播, 提高中医药文化国际话语权; 扩大交流, 提升中医药文化国际竞争力。

**关键词:** 文化强国; 中医药文化; 软实力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.001

文章编号:1672-2779(2018)-21-0001-04

## Study on the Promotion Path of Soft Power of Traditional Chinese Medicine Culture in the Perspective of Cultural Power

ZHANG Honglei, ZHANG Zongming

(School of Humanity and Political Education, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

**Abstract:** Traditional Chinese medicine culture is an important representative of China's excellent traditional culture and an important embodiment of China's cultural soft power. The soft power of traditional Chinese medicine culture is the cohesive force and centripetal force of the Chinese nation based on the traditional Chinese medicine culture, as well as its attraction and influence. The ways to enhance the soft power of Chinese medicine culture are as follows: consolidating the foundation and make the core values of Chinese medicine culture deeply rooted in the hearts of the people, rebuilding image and show the unique charm of traditional Chinese medicine culture, strengthening communication and improve the international discourse power of TCM culture, expanding exchanges and enhance the international competitiveness of TCM culture.

**Keywords:** cultural power; traditional Chinese medicine culture; soft power

当今时代, 文化越来越成为民族凝聚力和创造力的重要源泉、越来越成为综合国力竞争的重要因素。我国要想在激烈的国际竞争中立于不败之地, 就必须努力建设社会主义文化强国, 增强国家文化软实力。中医药文化是中华优秀传统文化的重要代表, 是中华民族几千年来认识生命、维护健康、防治疾病的思想和方法体系, 是我国文化软实力的重要体现。加强中医药文化建设是我国实施文化强国战略的一个重要组成部分, 中医药文化软实力提升路径的揭示, 可以为增强我国文化软实力提供一种重要的参考模式, 有利于进一步推动我国文化强国建设。

“软实力”一词最早是由美国哈佛大学教授约瑟夫·奈在《注定领导世界: 美国权力性质的变迁》一书中首先提出来的, 其含义主要是指: “软实力是一国文化与意识形态的吸引力, 是通过吸引而非强制的方式达到期望的结果的能力”<sup>[1]</sup>。我国学者在系统研究约瑟夫·奈“软实力”概念的基础上, 对“文化软实力”内涵进行了见仁见智地诠释。但有三点认识是一致的, 一是这种实力是建立在国家文化基础上的; 二是这种

实力是“软”的, 即它不是强制性的, 而是通过吸引等方式达到服人的目的; 三是这种实力虽然抽象、看不见, 但是它能起到的效果是明显的<sup>[2]</sup>。在借鉴文化软实力概念的基础上, 笔者尝试提出, 中医药文化软实力是中华民族基于中医药文化而具有的凝聚力和向心力, 以及由此产生的吸引力和影响力, 是我国文化软实力的重要组成部分。

随着国与国之间综合国力竞争的加剧, 作为中华优秀传统文化靓丽名片的中医药文化, 在提升中国文化软实力方面起着越来越重要的作用。提升中医药文化软实力的路径主要有: 夯实根基, 让中医药文化核心价值观深入人心; 重塑形象, 展现中医药文化独特魅力; 加强传播, 提高中医药文化国际话语权; 扩大交流, 提升中医药文化国际竞争力。

### 1 夯实根基 让中医药文化核心价值观深入人心

核心价值观是文化软实力的灵魂, 是文化软实力建设的重点。提高中医药文化软实力, 要努力夯实中医药文化软实力的根基, 让中医药文化核心价值观深入人心。

#### 1.1 开展中医药文化核心价值体系研究 提炼核心价值观

随着我国经济社会深刻变革, 各种思想文化交流交融交锋更加频繁, 迫切需要深化对中医药文化重要性的认识, 进一步增强中医药文化自觉和文化自信; 迫切需要深入挖掘中医药文化价值内涵, 进一步激发中

※ 基金项目: 国家社科基金重大招标项目【No.16ZDA234】; 江苏省社会科学基金项目【No.15ZHB007】; 江苏高校哲学社会科学重点研究基地重大项目【No.2015JDXM015】; 江苏高校哲学社会科学重点研究基地项目【No.2018SJDZD1016】

\* 通讯作者: zhangzongming23@163.com

医药文化的生机与活力。中医药文化核心价值体系主要包括中医的生命价值体系、自然科学价值体系和社会伦理价值体系。在核心价值体系的基础上凝练中医药文化核心价值观。

当前,对中医药文化核心价值观到底是什么,学界是见仁见智,但总体而言,“精、诚、仁、和”思想影响较大,传播较广,也较为普通大众所接受。精,要求医者应具备精湛的医术。诚,要求医者应具备心怀至诚的态度,对待患者诚心诚意。仁,要求医者应具备仁爱之心,即医生应当对病人有关怀、爱护、同情之心。和,要求医者应与患者建立和谐的关系,在治病过程中以求身体与自然、社会以及自身之和为目的。精、诚、仁、和,既是中医从业人员的价值取向,也是道德准则;既是价值追求,也是价值目标,坚持精、诚、仁、和,是体现中医药文化核心价值的重要保障。

**1.2 让中医药文化核心价值观深入人心** 习近平总书记在纪念孔子诞辰2565周年国际学术研讨会上指出,不忘本来才能开辟未来,善于继承才能不断创新。对待中医药文化,我们要系统梳理,并进行归纳分类。事实上,能够转化为软实力的中医药文化资源主要有器物技财、制度规范和思维方式等。中医药文化传播者、中医诊疗技术、收藏的中医药文物、陈列的中医药遗产等有形的、可感知的资源是器物层面的中医药文化;中医药文化标准、中医药文化规范和习俗等是制度层面的中医药文化软实力,用中医药文化标准去规范、约束和指导自己的生活和行为方式,这是中医药文化的规范导向和同化功能。中医药的天人合一、道法自然的价值观和整体综合、辨证论治等思维方式是思维层面的中医药文化。文化强国建设,就必须使器物层面、制度层面和思维层面的中医药文化资源活起来,并把它们转化为建设文化强国、健康中国、美丽中国的精神动力。同时,我们也要努力推进中医药文化创造性转化、创新发展。把具有当代价值的中医药文化核心价值观弘扬起来,引导中医药从业人员讲中医药文化核心价值观、信中医药文化核心价值观,并身体力行,以中医药文化核心价值观指导、规范自己的行为,使每一位中医人都成为传播中医药文化核心价值观的主体。

## 2 重塑形象 展现中医药文化独特魅力

提高中医药文化软实力,必须重塑中医药形象。客观公正地评价中医,树立文化自信,努力展示中医药文化独特魅力,提高中医药疗效。

**2.1 正确评价中医 确立中医文化自信** 近代以来,伴随着西学东渐,对待中医,学者们大都带着“解释落后性”的目的,西医的思维方式和价值观标准成为衡量中医唯一的科学模式和判断标准。这样,在此之前中医悠久历史、灿烂的文化成为“僵死的”“停滞的”

“阻碍现代化”的历史包袱。重塑中医形象,首先就要正确评价中医,树立中医文化自信。事实上,中医学是一种与西医学完全不同的医学范式。中医注重生命时间,以生命时间统摄身体空间;西医注重身体空间,以身体空间统摄生命时间;中医强调“医者意也”,重在意象思维,西医强调形式逻辑,重在抽象思维;中医关注“道、虚、精、神、气”等无形的功能,西医关注“基因、细胞、组织、器官”等有形的结构;中医强调“医乃仁术”,追求至善,西医强调实证研究,提倡求真;中医研究人生命现象层面的规律,西医研究人身体层面的规律。事实上,中医与西医是平等“差异”的关系,而不是先进落后的“差距”关系。当代西方科学哲学家费耶阿本德教授在《自由社会中的科学》一书中对中医大加称赞:“当我读了为针灸提供哲学基础的《内经》时,我发现在中国这是有意识的:必须尊重地对待人体”<sup>[3]</sup>。习近平总书记也指出:“深入研究和科学总结中医药学对丰富世界医学事业、推进生命科学研究具有积极意义。”<sup>[4]</sup>因此,对待中医药学,我们要确立文化自信,不能被西化或西医化的观点所左右,我们要坚信中医药学是中华民族最具有原创思维的科学,也是我国最具原始创新潜力的领域。

**2.2 展现中医药文化的特色和优势** 近代以来,现代医学依靠现代科学技术,取得了突飞猛进的发展,在消灭传统传染病方面,如天花、麻疹、结核病等方面起到了至关重要的作用。可以说,现代医学取得了辉煌的成就,但伴随着人们生活水平的提高,生活节奏的加快,人类疾病谱也发生了很大的变化,现代医学在治疗慢性病等方面仍有局限性,其发展也面临难以克服的内部困境。如身心二元论对人的生命身心一元的肢解,分析还原思想造成了支离破碎的身体,单纯运用医疗技术手段不能解决人类情志疾病的困惑,医疗技术发展的无限性与人的生命承受有限性的矛盾,现代医学高昂的医疗费用给患者带来沉重的经济负担等。现代医学面临的困境正是中医学所擅长的领域。如中医坚持身心一元论;强调整体综合的方法论;主张“因时、因地、因人制宜”治疗原则,灵活采取技术手段治疗或非技术手段方法进行治疗;坚持“医乃仁术、医者仁心”,医疗技术手段应用必须以生命能够承受限度为前提;重视“不治已病治未病”;发挥“简便廉验”优势,实现“人人享有基本卫生保健”的医学目标。中医的这些长处对于克服现代医学面临的困境,重塑中医药形象,引领医学未来发展,具有重要的意义和价值。正如国务院原副总理刘延东所说:“中医药是我国独特的卫生资源。”

**2.3 提高中医疗效 重塑中医药形象** 提高中医药疗效是关键。邓小平同志曾说过,不管黑猫还是白猫,逮到老鼠就是好猫。在医学领域我们也可以这样说,不

管中医、西医还是其他民族医学，有疗效才是唯一。近代以来，伴随着西医东渐，中医的阵地越来越萎缩，以至于一段时间竟出现“废医存药”“废医验药”和“取消中医”等反常现象，但中医凭借其过硬的临床疗效而生存下来。黑格尔曾说过：“存在的就是合理的”，中医疗效而能够顽强存在下来，一定有它存在的理由，笔者认为支撑中医存在下来的最重要的理由，就是显著的临床疗效。当下重塑中医形象，关键是提高中医药的疗效。为此，应全面提高中医从业人员的中医理论水平和临床实践能力，归纳总结包括国医大师在内的名医名家诊治疾病的经验与方法，充分发挥中医内外合治、针药并进、药食互补、综合调理的优势等。疗效提高了，中医文化的吸引力和影响力自然而然就增强了。

### 3 加强传播 提高中医药文化国际话语权

提高中医药文化软实力，必须创新中医药文化对外传播方式，精心选择中医药文化对外传播内容，发挥新媒体的作用，增强中医药文化对外话语的创造力、感召力，提高中医药文化国际话语权。

**3.1 创新中医文化对外传播方式** 传播学先驱哈罗德·拉斯韦尔在《社会传播的结构与功能》中首次提出“5W”模式，即“传播者（Who）、传播内容（Say What）、传播媒介（In Which Channel）、传播受众（To Whom）、传播效果（With What Effect）”。提高中医药文化国际话语权，要遵循新闻传播规律，创新中医文化对外传播方式。传统中医药文化对外传播一般是依靠传统媒体传播和人际传播等方式，但伴随着新媒体，特别是互联网的出现，传播方式发生了很大变化。因此，创新中医药文化对外传播方式，就是要推动传统媒体和新媒体的融合发展，实现传统媒体和新媒体优势互补。微信、推特、博客等新媒体，具有即时性、互动性等特点，在中医药文化对外传播中具有传统媒体无法比拟的优势。我们要充分发挥互联网传播的优势和特点，大力加强中医药文化对外传播官方网站、商业网站和专业网站建设，重视互联网上的交流和对话，提高中医药文化对外传播效果，实现网络传播与先进传播技术的有机结合，积极发展中医药文化网络对外传播新兴业态。

**3.2 创新中医药文化对外传播内容** 中医药文化对外传播不仅要创新传播方式，更要创新中医药文化对外传播内容，因为在“他者”的文化语境中，必须以“他者”能够理解的方式讲好中医药故事、传播好中医药声音、阐释好中医药特色。创新中医药文化对外传播内容，要实行本土化原则，把中医药文化的普遍内容与当地具体实际相结合，让中医药文化在当地落地生根。事实上，在西方国家有相当一批中医药笃信者，如美国的费耶阿本德教授、德国的古斯塔夫·德教授、

法国的Lavier教授、克罗德教授等，这些“国外铁杆中医”根据传统中医理论模板，利用本土的文化资源，顺应当地的社会需求选择中医药文化内容进行传承和传播。创新中医药文化对外传播内容，就要密切联系国外中医笃信者，和他们进行学术对话和交流，通过他们了解当地居民的文化需求，对症下药，选择中医药文化传播内容。我们知道，中医药跨文化传播，并不能在一片文化空白中造就与母国同样观念的文化居民，更何况目前西医文化仍然处于强势的情况下，因此，创新中医药文化传播内容就显得特别重要。现代人类学研究特别强调“他者为上”的理念，中医药文化对外传播可以借鉴人类学研究方法，将中医药文化放在“他者”的社会、文化环境中，去评判它的文化吻合度，以及中医药文化对当代居民的意义。根据这些标准和原则去创新中医药文化对外传播的内容，可以达到良好的传播效果。

### 4 扩大交流 增强中医药文化的竞争力

任何一种文化都不能固步自封，都必须在与其他文化的交流碰撞中增强自身的竞争力。中医药文化要想在激烈的文化竞争中站稳脚跟，必须扩大交流，取长补短，增强自身的竞争力和吸引力。

**4.1 平等对话是扩大交流的前提** 鼓励中医药文化走向世界，加强中西医文化对话是增强中医药文化竞争力的重要途径。而对话的前提是尊重世界各国医学，求同存异、相互包容，平等开展交流。事实上，不管中医、现代医学、古代医学，都是与其人文地理环境长期互动升华的结果，他们之间无高低优劣之分。但自近代以来，伴随着西方在全球殖民扩张的成功，导致西方赋予自己在文化上的支配和中心地位，西方医学也把自己的思维方式、价值观作为衡量一切医学的尺度和标准。在这种医学评价体系下，顺西方医学者昌，逆西方医学者亡。西方医学把非西方医学文化看成自己的附庸并不得不接受自己的领导。在此情况下，中西医文化之间尊卑明显、强弱分明，根本谈不上平等对话。因此，中医药走向世界、扩大交流前提就是要把中医文化放在与西医文化平等的地位，进行对话，然后才能取长补短，从而增强中医药文化的竞争力。

**4.2 加强与国际组织、外国政府间的交流与合作** 增强中医药文化竞争力，必须加强与国际组织、外国政府间的交流与合作。建立与世界卫生组织、联合国教科文组织等国际组织的长效工作机制，建立政府间稳定的中医药合作与交流机制，鼓励有条件的中医医疗机构在境外建立一批高水平的中医医疗机构，提供中医医疗和养生保健服务，鼓励中医药高等院校与国外著名大学合作，扩大境外中医药学历教育和继续教育规模。习近平总书记曾多次发表重要讲话，鼓励中医药

加强与国际组织、外国政府间的交流与合作。如在会见世界卫生组织总干事陈冯富珍时，习近平指出：“中方重视世界卫生组织的重要作用，愿继续加强双方合作，促进中西医结合及中医药在海外发展，推动更多中国生产的医药产品进入国际市场。”<sup>[5]</sup>

#### 参考文献

[1] 洪晓楠. 提高国家文化软实力的哲学研究[M]. 北京: 人民出版社, 2013:

40.

[2] “提升我国体育文化软实力核心问题研究”课题组. 中国体育文化软实力及其提升[M]. 北京: 科学出版社, 2015: 8.

[3] 费耶阿本德. 自由社会中的科学[M]. 上海: 上海译文出版社, 2015: 170.

[4] 习近平出席皇家墨尔本理工大学中医孔子学院授牌仪式[EB/OL]. [http://news.xinhuanet.com/world/2010-06/20/c\\_12240054.htm](http://news.xinhuanet.com/world/2010-06/20/c_12240054.htm) 2010-06-20.

[5] 习近平会见世界卫生组织总干事陈冯富珍[N]. 人民日报, 2013-08-21(1).

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 林合华 收稿日期: 2018-07-17)

## 高等中医院校“双创”类治未病保健人才培养教学模式的探究<sup>※</sup>

蔡嘉洛<sup>1,2</sup> 朱贻霖<sup>3</sup> 易刚强<sup>4</sup> 谢舒平<sup>5</sup> 张志国<sup>1,2</sup> 杨磊<sup>1,2</sup> 李晓屏<sup>1\*</sup>

(1 湖南中医药大学第一附属医院治未病中心, 湖南 长沙 410000;

2 全国名老中医药专家张志国传承工作室, 湖南 长沙 410000; 3 湖南中医药大学学生工作处, 湖南 长沙 410000;

4 湖南中医药大学党委, 湖南 长沙 410000; 5 南京中医药大学药学院, 江苏 南京 210000)

**摘要:** 本文为落实对于开展中医治未病工作的指示精神, 提出在预防保健人才培养模式上应该加强“治未病”创新、创业教育, 不断改变形式以培养更高层次的中医治未病临床人才。探索我国治未病保健人才特色的教学与人才培养模式。因此提出“双创”型要求, 开展“三位一体”人才培养模式, 构建高等中医院校“四横三纵”的实践教学模式, 为推进以“双创”为核心的治未病保健人才培养提供了一定的启示。

**关键词:** “双创”型; 治未病; 预防保健; 人才培养; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.002

文章编号: 1672-2779(2018)-21-0004-05

### Study on the "Dual Creative" Health Care Talents in University of Traditional Chinese Medicine

CAI Jialuo<sup>1,2</sup>, ZHU Yilin<sup>3</sup>, YI Gangqiang<sup>4</sup>, XIE Shuping<sup>5</sup>, ZHANG Zhiguo<sup>1,2</sup>, YANG Lei<sup>1,2</sup>, LI Xiaoping<sup>1</sup>

(1. Preventive Treatment of Disease Centre, the First Hospital Affiliated to Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410000, China;

2. Zhang Zhiguo Inheritance Studio of the National Expert of Traditional Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410000, China;

3. Department of Student Affairs, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410000, China;

4. Party committee of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410000, China;

5. Pharmacy Department, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210000, China)

**Abstract:** In order to carry out the guiding spirit of carrying out the work of treating the disease of traditional Chinese medicine, this paper suggests that the innovation of "cure the disease" should be strengthened and the education of entrepreneurship should be strengthened in the training mode of preventive health personnel, and explores the teaching and personnel training mode of our country's disease prevention and health care talents. Therefore, the "double creation" type requirements, the "Trinity" talent training mode, the construction of the "four horizontal three vertical" practice teaching mode of higher education in higher education of Chinese medicine, to promote the "double creation" as the core of the treatment of unaffected health care personnel to provide a certain inspiration.

**Keywords:** "dual creative" type; preventive treatment of disease; preventive health care; talent training; teaching mode

目前,《国家中长期科学和技术发展规划纲要(2006—2020)》中已将“人口与健康”作为11个重点领域之一,明确提出疾病防治重心前移,坚持预防为主、促进健康和防治疾病结合。

为落实对于开展中医治未病工作的指示精神,我们在预防保健人才培养模式上应该加强“治未病”创

新、创业教育,不断改变形式以培养更高层次的中医治未病临床人才。

本文提出培养具有“创业、创新”精神的“双创”型保健人才是解决中医治未病临床人才短缺的重要途径。由于预防保健双创型人才培养是经济提质增效提高的内涵所在,是中医药高等院校素质发展的新方法,是学生全面发展的催化剂。

构建治未病预防保健类双创型人才教育体系,我们认为改革需要从教育机制的组织领导和政策保障开始,同时要兼顾社会、医院、企业的多方参与,从而搭建学生双创实践平台,建立多方实践操作教育机制,形成可复制、可推广的治未病预防保健教育体系,以

※ 基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家张志国传承工作室建设项目[No.国中医药人教发[2016]42号];湖南省普通高等学校教学改革研究项目[No.JG2017B069];湖南中医药大学教学改革研究项目[No.2017-JG041];湖南中医药大学学位与研究生教学改革研究课题[No.2016GJ01]

\* 通讯作者: 1074772037@qq.com

增加高等中医院校竞争力<sup>[1]</sup>。

## 1 研究内容

**1.1 转变教育理念** 实现“治未病”产业的创新创业的一体化教育。总的来说,所谓创新“治未病”教育和创业教育其实是一个统一体,两者成辩证统一关系,相互融合又相互制约,相辅相成并相互促进。因此,要想做好治未病预防保健“双创型”人才的培养工作,就必须加强对教育方面的建设工作,争取早日实现创新教育与创业教育一体化。

**1.2 优化培养目标** 明确治未病预防保健类“双创型”人才的目标导向——“七懂”复合型人才。最终结果对学生的成长具有极其深远的作用,“双创型”人才教育的职业生涯规划是培养治未病预防保健学生在个人道路规划上的正确方向。为广大学生划定了个人成长、成才和成功的起跑线。如果可以制定一个合理的学生职业生涯规划,那么在人才培养过程中,会对学生的服务意识、知识结构、思想意识、学习规范和学习动因等进行一个良好的引导,对学生树立理想和职业生涯规划发展目标、学会选择与规划方面产生重要的影响。受到指导的学生个体便可以通过循序渐进的方式,逐步实现自己的职业理想,走向成功。

“双创型”人才稀缺,须对人才进行有计划的安排和培养,达成两方面的目标。第一种是培养“双创型”人才的品格特性。治未病预防保健“双创型人才”不仅要具有坚韧不拔、顽强不屈、吃苦耐劳、艰苦奋斗的特点,还应有良好的综合素养和专业框架。要具有独具特色的创新能力和社会竞争能力。加强“双创型”人才的人才培养机制。以及与他人合作的工作能力,能很好地处理各类事件,很快地适应环境并且融入集体。第二种是专业的知识储备能力。“治未病”预防保健类人才以人群为主要研究对象,按“环境—群体—社会”模式,将生物学原理和环境卫生学、医学、社会学等结合起来,联想讨论疾病的相互作用以及自然环境和社会环境对人类疾病的不利影响,并通过多途径的干预等措施,达到预防疾病、促进健康和提高生命质量的一类专业人才。所以,“治未病”预防保健类人才“双创型”人才培养目标确立为:在“懂医学、懂药理”的基础上具备懂制度创新、懂管理创新、懂组织创新、懂服务创新,并能懂得捕捉机会实现创新成果的潜在价值的一类“七懂”复合型人才。

**1.3 优化培养模式** 建立治未病预防保健类“双创型”人才“三位一体”的培养机制。治未病预防保健类“双创”人才培养模式的建立主要基于特殊的教学方法及教学手段以实现以服务健康为目的的培养方式。因此,治未病预防保健“双创型人才”不仅需要专业的知识,还要有自己的特定爱好和习惯。要熟悉人情世故、洞悉一切知识框架,有良好的社会生存能力,和

正常人一样融入社会生活中不会轻易被发现。基于以上我们提出了需要符合市场经济发展、强化自主学习、通识与个性结合教育的三位一体培养方式。见图1。

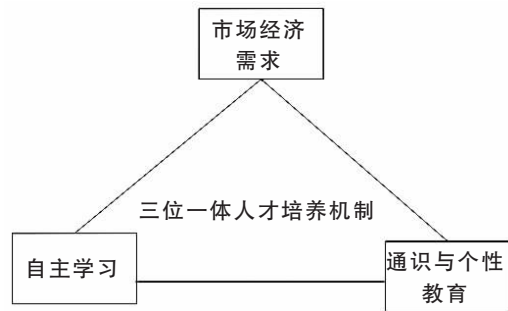


图1 治未病预防保健类“双创型”人才“三位一体”的培养机制

第一点是人才培养机制需要符合市场经济发展的规律。由于市场经济在我国的多元化及多样性,人才培养必须是通识及个性培养,探索出一类多边协调的培养模式。学校建立学生学习制度,充分发挥学生的主观能动性,让他们踏踏实实地进行课堂学习,同时课下实践活动与校外社会实践活动相结合,采用国际学校先进的教学模式,学习他们的教学经验,使得社会、国家、学校培养“双创型”人才,积极培养人才,将来为国家做贡献。

第二点是发挥个人的主观能动性,跟随内心走,发展自我学习机制。以学生主观意念为中心,以此发散并引导学生自主选择,选择他们喜欢的学科来提高学生自身的学习能力、创造能力、想象能力,使得学生完善自我建设体系。学校也应该完善学分制、教学模式、教学阶段,让学生自主选择他们喜欢的专业、课程和老师,这样比强迫学生选择事前商量好的老师积极作用大,推动教学制度改革。

第三点是完善人才培养计划,采取适用个人的最优方案。第一仍然需要加强通识教育,奠定厚实的基础;其次是要拓宽专业面,增强专业适应范围;第三则需要鼓励、引导交叉学科和边缘学科课程的开设,构建学生多学科知识结构,使学生素质教育全面发展;第四是借鉴国际经验特别是发达国家的教学方案,开阔同学们的眼界,多从国外角度考虑;第五是追求高科技技术的融入,科学技术是衡量一个国家综合国力的标准,科学技术推动经济的快速发展,增强了我国的综合国力;第六是多开展一些创新实践活动,活跃同学们的创新积极性,提高创新思维逻辑能力;第七是改革教学制度,重视实践的开展<sup>[2]</sup>。

**1.4 创新教学方法** 完善以教师为主导、学生为主体的治未病预防保健“四横三纵”教育教学模式。教学方法由教学方法指导思想、基本方法、具体方法、教学方式四个层面组成。它提高了学生的创新能力。改革和创新是我国当前采取的国家政策,教学模式、教

学理念和教学政策都需要改革。总的来说，我们不仅要改革学校传统落后的教学理念，带动老师、学生、行政机构创新学习方法。形成以老师为中心展开的由传授知识转变为传授学习经验和学习方法，创新和实践相结合起来。从而形成以学生自主发展为中心，师生协调教学、促进学生求知欲望的局面。因此，现归纳预防保健教育教学模式为“四横三纵”，同时需贯穿学生整个学习阶段具体内容为以下四个方面。

第一，建立完整的创新实践教学系统。对于传统的教学内容，取其精华、弃其糟粕，可以继承那些有积极作用的内容，建立实践教学管理制度。大学本科学习不应该只注重课堂学习，应该把实践教学放在首位，充实学生大学生活，从小到大学生已经具备自主学习能力，而现在学生们不具备实践能力，课堂应加入实践报告、项目训练，训练学生的实践能力，毕业后能更好地融入社会。教学体系有两个方面：一方面是培养方案包含实践教学内容，另一方面是开展实践教学课程。

第二，关于应届毕业生的毕业论文，可以加设以论文为主导的健康课题。毕业论文考验学生大学四年的学习成果，体现了学生的创新、实践能力。毕业论文内容不能陈旧，选题与立意必须紧密结合预防保健前沿状态与研究热点运用治未病理论进行理论指导与设计，保证题目的先进性、新颖性。

第三，加强社会和学校的联系，多开展实践活动。同时增设实践基地的社会、实践、科技设备。在校内设立实训教学平台和校内学生创新创业实习的模拟实践基地，如膏方制作中心、药膳炮制中心、传统技能理疗中心等平台，使学生不出校门就可以在一个仿真的环境中，开展模拟实践教学。以膏方制作类技术实训中心为例，“学做合一”平台由实训室和生产车间组成，前者以学生实训为主，采取“边教边学、边学边做”的方法，多媒体课件、现场操作演示和学生实际操作相结合。后者以生产为主，车间的技术工人负责生产的同时也负责指导学生的工艺技术，学生在实训老师的指导下完成相应任务，生产出达标产品并领取一定报酬。在真实的生产环境中促使学生将理论知识与实践技能相结合，提高学生顶岗能力<sup>[4-5]</sup>。

第四，除开各类实践平台外，需要融合校院、校企、校社区合作，让学生进行社会真实环境实践。在各大社会医疗、保健服务实体内让学生进行见习与服务操作，亲身体验行业的内容与服务人群，激发学生的创业、创新思维。因此，还需制定与各类服务机构的战略合作协议与关系，为学生创造更多的真实社会实践、生产、科研的机会。见图2。

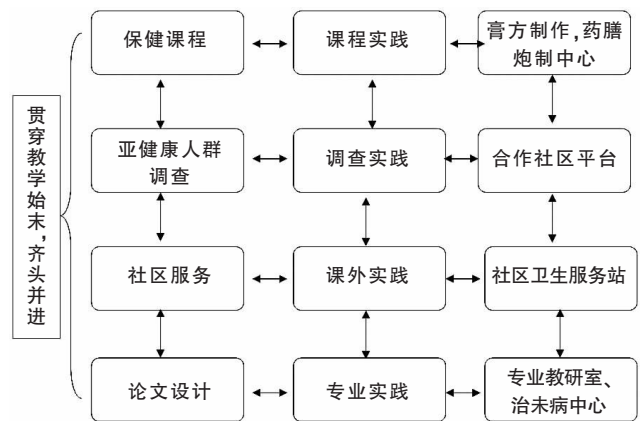


图2 治未病预防保健类人才“四横三纵”教育教学模式

1.5 改革考验方案 建立科学的、严谨的健康“双创型”人才培养模式，增设人才评估标准。创建科学的、可持续发展的“双创型”人才培养计划，以培养学生的创新、实践能力为主要目标，同时兼顾知行合一的一个过程。其考核目标与评价体系是检测教学模式的重要步骤。由此可见，只有“双创型”人才培养计划与毕业考核内容和目标趋于一致时，预防保健类“双创型”人才计划才能进行到底，并且没有阻碍地进行评测。相反，则会培养出与经济、社会发展不匹配的人才类型，人才培养计划赶不上时代的变化趋势。由此可见，人才培养计划与人才测评密不可分，人才培养既需要严谨的科学制度，人才培养计划也在一定程度上推动了人才考核标准严谨的、科学的制定。

第一，端正评价态度，以正确的评价目的指导评价体系建立。评价体系需注重考核学生的全面素质的发展与提高，需要确保学生掌握知识的前提下，同时能活学活用，能在实践中发挥掌握的知识体系。同时也是利用考核的导向作用，促进教育体系中“双创”型人才的综合能力发展及与社会的适应性。评价体系的建立不是为了考核，而是促进素质教育的发展。因此，评价体系的革新首先重视的是综合素质和创新能力的考核。

第二，对于评价体系的内容和方式的创新。从以往测评学生预防保健治未病相关考核标准改革完善为对综合素养、学习能力、记忆能力、创新思维的评估。考核内容要尽量能激发学生的服务意识、创新欲望、创新激情，主要考核学生的理解能力和分析能力，以实践活动为主要学习内容，激发学生独立实践、独立学习、独立活动、独立思考的能力。考试方式不再是传统的试卷考试，而是个人考核、分级考核、不重视结果只看重过程的考核方法。

第三，改革评价体系中综合测评内容，需要在考评中包含对于“双创”思维和实践能力的考评。把考评目标融入教育体系中的学生日常行为与习惯，运用科学、公平、合理、全面的评价标准，对学生保健意识、保健技能、保健理论、保健研发各方面的表现情

况进行记实量化和综合测评。注重思维和实践操作能力并重的测评<sup>[6]</sup>。

**1.6 优化师资结构** 通过内培外引、“走出去，请进来”建立一支“以专为主、专兼结合”的治未病预防保健类“双创型”师资队伍。培养治未病预防保健类“双创型”人才的完备的教育体系及评价体系固然重要，但对于培养的师资力量也不容忽视，如何培养出具有“双创型”特征的教师队伍也是关键。因此，我们提出治未病预防保健类“双创型”教师首先要培养有高的职业素养与高尚的人格品质、教育理念要极具创新、创业思维；能紧跟时代的步伐知识革新速度快；有包容的师格态度，对于一切敢于挑战传统、创新传统的思维积极鼓励与发掘；注重实践教学，不以课堂为教育的主战线，高效地融合课堂教育与社会实践，且能敏锐地捕捉科研关键点。同时大胆引进实践、创业人才，不拘泥于高职院校，将范围拓宽至社会企业、服务机构。因此通过这种“走出去，请进来”的教师队伍创建机制是十分有利的，具体措施如下<sup>[7]</sup>。

一是建立人才培养机制，创建“双创”教师培养目标，以原有教师队伍为基础逐渐引导转变为重创新与创业的教师队伍。同时，拓展教师培育及培训通道，特别注重国外访问学习的通道打通，让教师更多、更便利地吸收国外先进教育理念及创业模式，从而建立具有创新精神和创新能力的治未病保健教学科研团队；积极邀请国内外治未病或预防保健类相关专家进行短、中、长期的教师培训，让教师深刻理解理论、知识、技能及创业技巧，并创造条件让教师到各单位及企业带牌训练，尤其是一些有实践项目课程的老师，激励他们和企业、社会、医院、防疫站等机构的合作。把实际工作中的科研项目与教学任务上的项目相结合，联系起来。同时还要多鼓励教师社会兼职锻炼。

二是完善外部人才招聘引进制度，丰富教师队伍组成人员。引进人员可以分布各不同层次。第一：利用政策优势或资源招募国内外知名的中医治未病专业或预防保健类专家或团队进行学院的学科及专业建设，发展出一支专业素质过硬的“双创”教师队伍。第二：针对一线实践的预防保健类专业人才招募，以其丰富的实践技能与创业思维带动本专业授课教师业务水平的提升，比如可以聘请创业成功人士、企业家、理疗技师、养生学专家、连锁保健机构负责人担任学校兼职教授，或不定期地到学校进行演讲、开办讲座，使治未病预防保健类“双创型”师资队伍多元化。

**1.7 建立保障机制** 完善治未病预防保健类“双创型”人才培养的组织管理体系。治未病预防保健类“双创型”人才培养需要各种制度的完善，其中保障后勤机制是建立完善体系的根基。因此新的教育体系特别需要学校各级领导、职能机构的支持与配合，尽可能地

保障“双创”教育体系特色的发挥，以勇于做“第一个吃螃蟹的人”的精神，建立健全的治未病预防保健类“双创型”人才培养保障机制。

一是健全组织机构，成立大学生创新创业教育领导小组和大学生创新创业指导中心，加强对“双创”教育的组织、协调和管理。

二是健全规章制度，制定大学生创新创业教育指导意见，将“双创”教育纳入规范化、制度化管理。

三是设立“双创”专项基金，对学生的治未病预防保健类“双创”活动进行专项资助<sup>[8]</sup>。

## 2 模式创新点

**2.1 创新创业的辩证关系** 要开展创新与创业的一体化教育，首先要理清创新创业的关系。创新与创业是一个辩证的统一体，有着必然的联系。创新注重价值发现，创业注重价值实现，创新是创业活动的前提和基础。但是创新并不必然导致创业活动，创业也并不等于创新。双创新人才的培养，有助于创新教育与创业教育具体安排<sup>[9]</sup>。

**2.2 预防保健“双创型”人才的培养目标创新** 培养目标必须具有实际客观性，与培养方式近期目标相符。作为医药类“双创型”人才的目标不仅比较难确定，主要是怎样创新，如何创业的难题。“双创”，有利于大学生实现自我价值，走向创业之路，符合当初人才培养计划的初衷，推动了大学生创新创业，为他们提供依据，使他们确立未来发展方向。预防保健“双创型”人才的培养目标定位为“七懂”复合型人才<sup>[10]</sup>。

**2.3 “双创型”预防保健人才培养模式创新** 传统人才培养模式的存在，虽然仍有其一定的存在意义但是已经逐渐与日新月异的社会变革脱轨，所以继承的同时，治未病预防保健类“双创型”人才的培养需要大刀阔斧的创新。创新的方法有二种，一是拼盘式改进，二是颠覆式调整。通过研究，分析了传统的人才培养模式与“双创型”人才培养模式的差异，这一研究有助于确定人才培养模式如何进行转型。探索出“双创型”预防保健人才培养模式的“三位一体”模式。

**2.4 治未病预防保健类“双创型”教育模式创新** “双创型”人才的培养既要靠外在机制，也靠内在机制，即学生自我发展机制，这是一种基于由学生动机水平而产生的“双创”需求形成的自我学习机制。本文试在探讨学生自我发展机制的建立上设计创新了预防保健类“双创型”人才的“四横三纵”教育模式。

**2.5 治未病预防保健类“双创型”师资队伍机制创新** 本篇文章主要探讨、研究和分析了我国高校目前现状，学校大多具备教学水平，学生学习能力强，但在实践操作方面不太擅长，这是目前我国高校面临的主要问题，这种情况可以改善和解决。本篇文章针对“双创型”保健给出依据，建议采取“走出去，请进来”的

模式,大大加大了高校教师的社会适应性及创业实践能力<sup>[1]</sup>。

### 3 预期应用前景

(1) 对探索如何发挥高校服务社会的功能,发挥中医药高等医学院校在全民创业中的引导作用具有重要意义;(2) 为促进全民健康及“治未病”预防保健服务工作的普及话提供人才保障,为“治未病”预防保健服务工作向基层、社区推进提供新思路;(3) 从预防保健类人才“双创”教育的各层次同时着手,重新制定创新型人才培养计划计划,实施创新体制改革,国家政府和社会各界部门加强合作,比如医院、社区、卫生院等平台。建立一个完整的多家合作的健康教育平台,以教育改革推动我国高校人才培养计划的顺利推进,提高我国高文化人才的综合素养。

#### 参考文献

[1] 张晓天, 刘慧俊. 中医治未病和体质学说与亚健康的关系[J]. 中国民族

间医药, 2010, 19(6):82-86.

[2] 陈路萍. “六位一体”双创教育体系的探索与实践[J]. 江苏教育研究, 2016(30):53-56.

[3] 翁根龙, 沈宇. 三级医院与社区卫生服务一体化管理的研究[J]. 现代医院管理, 2012, 10(1):17-19.

[4] 刘晓宏, 孔祥年. 高校产学研协同育人模式研究与实践——以江南大学为例[J]. 中国高校科技, 2017(6):64-67.

[5] 苏志刚, 任君庆, 刘丽娜. 基于制度创新的“三三”办学模式——记宁波职业技术学院的特色办学之路[J]. 职业技术, 2010(1):8-13.

[6] 张晓天, 龚鹏. 三级医院中医“治未病”社区实践与意义[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(9):5-6.

[7] 张晓天. 中医治未病进社区的理论与实践[J]. 中医药管理杂志, 2010, 18(7):589-560.

[8] 蔡泽寰. 美国社区学院人才培养模式比较与借鉴[J]. 襄樊职业技术学院学报, 2011, 10(6):1-6.

[9] 戴路明, 刁佳. 高等中医院校“服务学习”实践教学模式的研究[J]. 中医药导报, 2013, 19(1):125-127.

[10] 孟玉宁, 蔡斌, 石晓明, 等. 师范院校材料化学专业“双创”人才培养经验与体会[J]. 广大化工, 2017, 44(2):146-147.

[11] 隋博文. 北部湾地区经济管理类“双创”型人才培养探析[J]. 钦州学院学报, 2011, 26(1):99-101.

(本文编辑:李海燕 本文校对:周鸿图 收稿日期:2018-07-17)

## 中医学基础模块化教学改革初探<sup>\*</sup>

赵颖 岳小强<sup>\*</sup>

(中国人民解放军第二军医大学附属长征医院中医科, 上海 200003)

**摘要:** 笔者在对当前西医院校中医学基础课程现状分析基础上, 针对教学需求构建了创新教材, 并在课程实施中将模块化教学模式运用于中医学基础的教学过程中, 取得了较好的效果, 能有效调动学生对中医学习积极性, 从而提高了学习效率。本文从教学内容、教学途径、考核评价、教学团队等四个方面探讨了中医学基础模块化教学改革的实施过程。

**关键词:** 中医学基础; 模块化教学; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.003

文章编号:1672-2779(2018)-21-0008-03

### A Preliminary Study on the Modular Teaching Reform of Foundation of Traditional Chinese Medicine

ZHAO Ying, YUE Xiaoqiang

(Department of Traditional Chinese Medicine, Changzheng Hospital Affiliated to Second Military Medical University of PLA, Shanghai 200003, China)

**Abstract:** On the basis of the status analysis of basic course for the traditional Chinese medicine in the current western medicine colleges and universities, the authors constructed the innovative teaching materials to meet the teaching needs. In the course implementation, the modular teaching model was applied to the teaching process of Chinese medicine foundation, and gets good results. It can effectively mobilize students' enthusiasm for learning traditional Chinese medicine, thus improving the learning efficiency. This paper discusses the implementation process of modular teaching reform of Chinese medicine foundation from four aspects: teaching content, teaching approach, assessment evaluation and teaching team.

**Keywords:** fundamentals of traditional Chinese medicine; modular teaching; teaching model

模块化教学(简称MES)是受积木游戏、建筑搭建、家具组合和计算机组装等启发而构建的一种新型教学模式,由国际劳工组织在20世纪70年代开发出来,是以技能培训为核心的一种教学模式,侧重培养动手操作及技能培训能力<sup>[1]</sup>。我们在教学改革过程中,尝试将其用于中医学基础的课程教学中,以弥补教学中

重理论、轻实践的不足,取得了较好的效果。

### 1 中医学基础课程的现状与改革

中医学基础作为高等医学院校临床专业学生的必修课程之一,其目的是让学生接受中国优秀的传统文化教育,加深对人类复杂生命现象的认识,理解不同医学体系对健康与疾病的认知差异,拓宽视野,开阔思路,丰富临床诊疗技术,以更好地为维护广大人民群众健康服务。但从教材内容来看,现行教材大都采用了广角式、全景式的编写体例,也就是将中医学基础与临床课程进行压缩、删减,以

<sup>\*</sup> 基金项目:第二军医大学校级教学研究与改革项目【No. JYB2016020】

<sup>\*</sup> 通讯作者:yuexiaoqiang@163.com



与教学学时相匹配,其特点是内容多,涉及面广,涵盖中医基础理论,技能以及临床各科;从教学实施来看,由于内容多、信息量大,无论是理论部分,还是临床部分教学,都只能是蜻蜓点水,点到为止,学生记不住、学不会;从教学效果上看,由于中西医无论在理论上还是在实践上都存在明显的天然差别,西医院校的学生对前半部分的中医理论难于理解,对课程后面的临床技能难以掌握,普遍存在着重视程度不足、学习兴趣不高、教学效果欠佳的窘境。无论从教材编写还是授课过程,系统面面俱到给学生带来的是大量的知识记忆,没有让他们真正理解中医的思维,更没有真正学到中医的实际操作。对于教师在有限的课时教学无所适从,对于学生课程则犹如食之无味、弃之可惜的鸡肋。随着现代医学突飞猛进的社会进步带来的变化,如何改革中医学基础的教学,使学生能从内心认可中医药的理论及疗效,甚至将一定中医技能运用到临床实际工作中,实现与现代医学无缝衔接,或相互补充,以更好地满足社会医疗健康需求是当务之急。

针对当前该课程教学中存在的不足,我们提出针对西医学生的中医教学要重视学以致用、强调兴趣牵引的教学策略,提出在教学中减少理论灌输,突出简、便、廉、验的中医技能实训,让学生切实掌握一些适合基层或社区全科需求的,一学就会、会了能用、用了有效的中医诊疗技术,提升其对中医的兴趣和用中医解决临床问题的能力,以切实提高本课程教与学的效果。针对这一目标,我们编写了创新教材,在新教材中压缩理论学时,以中医优势病种来架构和设计中医临床教学,并将理论贯穿其中。在教学中,我们引入模块化教学,将理论教学与实践教学有机结合,学生不再是知识的被动接受者、盲目参与者,而成为课堂的主角、教学的主体,有效提高了教师的教学效率,提升了学生的学习兴趣和学习效果。

## 2 中医学基础课程模块化的具体实施

模块化的教学是一种以技能培训为优势的教学模式,可以与中医学基础大量的理论知识有机结合,取长补短,把知识结构重新整合,梳理课程内容,根据不同的内容,设立一个个自身相对独立,但又能与其他模块保持一定联系的组成元素,内容设置遵循知识的阶梯性和连贯性,按照由浅到深的顺序设计模块,模块间灵活搭配,层层递进,相互支撑<sup>[2]</sup>。不仅能减少教学内容之间的重复,精简学时,使得教学目标更加明确,具有针对性<sup>[3]</sup>,减轻教师教学及学生学习的负担,有效提高了教师的教学效率,调动了学生学习的积极主动性,学生不再是知识的被动接受者,盲目参与者,而成为课堂的主角、教学的主体,培养了学生的自学能力,从而激发其学习的中医兴趣和信心。

**2.1 教学内容模块化** 在创新教材中,我们首先将其所涵盖的中医基础理论,中医诊断学,中药学,针灸学等多门学科的内容进行整合、浓缩,通过中西医对比方式进行撰写,让学生在比较中了解中医理论的特点与要点,然后根据中医临床常用实用技术,结合优势病种进行撰写临床教学内容及案例。在教学实施过程中,我们将教学内容分为10个模块:模块1~4为中医基础理论模块,5~10为临床实践技能模块。见表1。

**2.2 教学途径模块化** 根据上述教学模块,重新设置新的教学体系。根据模块对有关教学内容进行再梳理、再拆分、再建构,优化教学内容和授课顺序,构建各个子模块,课程围绕教、学、练、考四个环节进行授课。在整合设置十个主模块后,依据教材特点和教材内容,将每一个模块按照学习层次设置成识记和运用两个层次。识记层次又可以再细分成教学课堂、自主学习、理论练习、理论考核四个子模块,运用层次可以分成:视频观摩、实际操练、病例考核三个子模块

表1 中医学基础教学内容模块表

编号	模块名称	教学内容	教学目标	学时
1	中医学导论	生命健康与疾病、医学的本质与目的、中医学的基本观点、中西医发展源流	建立中医学的基本观念,明白生命的本质	3
2	生命之理	脏象学说、气血津液学说、经络学说、体质学说	了知中医的生命之理	6
3	发病与治法	病因病机,发病原理、治则治法	熟悉中医学中发病观	6
4	诊病之道	四诊合参,辨证论治	掌握中医特有的辨证论治的方法	6
5	方药识用	常见中草药及中成药的使用	能熟知常见中草药,正确使用常用中成药	6
6	针刺疗法	针刺基本知识,案例:急性腰扭伤、胃肠功能紊乱等	掌握针刺的基本知识及常见病的针刺疗法	6
7	灸治疗法	灸治疗法,案例:痛经、胃痛等	掌握艾灸的方法及常见病灸疗法	6
8	推拿疗法	推拿理论知识,案例:颈椎病、退行性膝关节病变等	掌握推拿的基本知识及常见病的推拿疗法	6
9	拔罐疗法	拔罐理论知识,案例:腰肌劳损、肩周炎等	掌握拔罐的基本知识及常见病的拔罐部位	6
10	刮痧疗法	刮痧理论知识,案例:外感高热,痧症等	掌握刮痧的基本知识及技法	6

来实现(见图1)。在模块构建时,努力做到模块与模块之间、子模块与子模块之间既互相关联,又保持相对独立,将知识传递、能力培养、技能训练和价值引导融为一体,全面提高学生的综合教师授课,学生自学,学生自我操作的能力。教学途径由传统的教师主导的“传递——接受”“教师——课本”的单向传授教学模式转变为学生为主体的互动式教学模式。学生可以通过与教师互动、观摩网络视频教学及反复操练等,最终达到理解一定的中医理论及掌握特定实用技能的目的,实现本课程的学习目标。

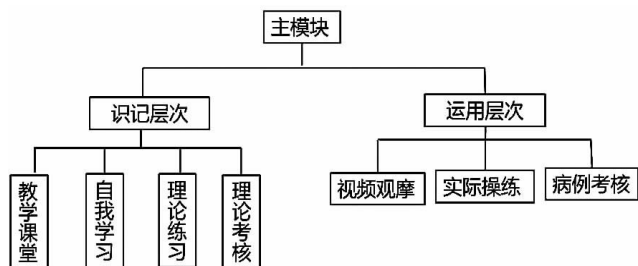


图1 模块结构图

**2.3 考核体系评价模块化** 考试是大学每一门课程教学必备环节,考核的模块化不仅可以检验学生学习的效果及学业水平,更能发现教学存在的问题,为下一次教学提供帮助。但惯用的纸质笔试考试重简单知识点的背诵,往往学生重“记忆”等内容的简单背诵,从而培养了学生的应试能力,对学生实际动手能力,临床运用中医思维的分析无法做评价。

若在中医内容模块式教学理念的指导下,将考试内容模块化,打破传统的闭卷考试的简单背诵模式,既能体现基础知识、基本技能的考核,又能体现对学生中医综合素质的考核能力和水平的考核,改变原来的重知识轻能力、重结果轻过程的考核机制,促进学生被动学习到主动学习,变死记硬背为灵活运用,引发学生学习兴趣,真正注重学生的实际动手操作能力的培养。可以实现从以知识考核为核心向以能力考核为核心的转变,实现从静态结果考核为核心向过程、结果考核为核心转变<sup>[4]</sup>。这样的考核模式即以学生为主体地位,又可以使得学校、教师、学生、同伴等多元主体共同积极参与交互的活动,共同促进中医学基础的提高。

在模块式教学理念的指导下,将考试内容模块化,将考试评价分为以下几个模块:(1)平时成绩:自主学习内容模块包括对老师课程视频的学习及实际操作的练习,占考试成绩的30%;(2)考试成绩——理论部分:可以多次进行考试,直到考试合格,因可以多次进行考试,则将合格定位90分,以促进学生内容的

掌握扎实,以强调真正学习到知识为主,占考试成绩的30%;(3)考试成绩——实际操作:学生在前面设计的10个模块中,1~4理论模块任意选2个自己感兴趣的模块,5~10技能模块任意选3个自己感兴趣的模块进行考试。占考试成绩的40%。

**2.4 教学团队组建模块化** 我们在组建中医学基础的教师团队过程中发现有些教师擅长理论知识传授,有的则擅长实际操作,有的对针灸感兴趣,有的则对中药的炮制有经验。模块化教学模式可以打破传统的按任务、按课时、一刀切的师资配置模式,完全可以按照模块的内容要求,根据教学实际需要来组建教学团队,不同的教师可以根据自己的特长选择自己擅长的教学模块,自主把握教学组织形式及进程,将教学利益最大化。担任不同专业方向的教师可以形成团队,团队成员分工合作、共同从事课程模块设计并开展教学<sup>[5]</sup>。这样有利于主攻不同专业的教员根据自己的知识背景及临床经验发挥教学特长,灵活按教学内容,合理调整教学进度,充分发挥模块化教学的优势。

### 3 结语

我们在中医学基础中采取模块化教学是基于以学生为中心的教学理念,以及新形势下学生教育的思考。通过设置模块,优化课程结构,不仅保证了课程的系统性、完整性,更能使得学生通过模块化的学习最大限度地获得知识和学习的基本技能,同时调动学生的主动性和学习兴趣,使得原来枯燥的理论,变得有实践性,趣味化,对于在短时间内培养学生的中医素养及实际操作的动手能力有重要的意义,可为当前综合性院校的中医教学提供一定借鉴,也为培养中医药社区基层人才提供了思路。

### 参考文献

- [1]刘鹏飞,庄洪波,李文龙,等.《社区康复护理》模块化教学探讨[J].中外健康文摘,2011,8(37):69-71.
- [2]吕芳.高校英语国家社会文化课程“模块化体验式”教学模式的构建[J].当代教育科学,2014(13):21.
- [3]郭庆军,赵卫强,赵树国.“机械制造基础”课程模块化教学设计与探索[J].沈阳航空航天大学学报,2017,34(3):57-60.
- [4]李洁.中职语文教学改革探微[J].吉林教育,2012(25):38.
- [5]程瑜,王俊苏.大学语文课程模块化教学体系的构建[J].连云港师范高等专科学校学报,2017,3(1):63-66.

(本文编辑:李海燕 本文校对:孙大志 收稿日期:2018-07-31)



# 基于提升课程认同感和授课水平的中医学课程督导※

刘鸣昊

(河南中医药大学第一附属医院脾胃肝胆病科, 河南 郑州 450000)

**摘要:** 教学督导是教学质量监控体系的一部分。中医、中西医结合专业的中医临床学科主干课程的教学出现对中医学知识重视程度不足, 讲授侧重较少, 出现少讲, 甚至不讲中医内容的情况, 如何利用课程督导帮助授课教师提升课程认同感和授课水平, 提出因材施教, 对症分析, 把握课程特点, 丰富授课内容, 明确中医特色, 中西结合并举, 提升素质, 教学相长, 贯彻中医思维, 继承发展中医的建议和要求。

**关键词:** 中医学; 教学督导; 课程认同感

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.004

文章编号:1672-2779(2018)-21-0011-02

## Traditional Chinese Medicine Curriculum Supervision Based on Improving the Curriculum Identity and Teaching Level

LIU Minghao

(Gastroenterology Department, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine,

Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** Teaching supervision is part of the teaching quality monitoring system. The teaching of the main courses of traditional Chinese medicine clinical subjects in TCM and integrated traditional Chinese and Western medicine has insufficient attention to TCM knowledge, less emphasis on teaching, less talk, and no discussion on TCM content. How to use course supervision to help instructors improve curriculum identification sense and teaching level, put forward teaching in accordance with the aptitude, symptomatic analysis, grasp the characteristics of the course, enrich the content of the lecture, clarify the characteristics of TCM, combine Chinese and Western cultures, improve the quality, teaching and learning, implement the thinking of Chinese medicine, and inherit the suggestions and requirements of developing Chinese medicine.

**Keywords:** traditional Chinese medicine; curriculum supervision; curriculum identity

教学督导是学校为主动适应教学改革和发展的需要, 对教学工作实施监督与指导的一项制度, 是学校教学质量监控体系中的重要组成部分, 教学督导的出发点和落脚点是提高教学质量, 督导活动的重点是导, 以督促导, 以导为主, 着眼于激励和调动教学两个积极性, 促进教学质量不断提高<sup>[1]</sup>。

在教学督导过程当中, 我们感受到学校一线教师, 特别是青年教师的授课水平和教学素质在不断的提高, 许多老师在教学思想、教学内容、教学方法、教学态度、教学效果等方面都达到了一定的水平和高度。但是, 部分中医、中西医结合课程的授课教师在授课过程中都或多或少地出现了一个共性问题: 对中医学知识重视程度不足, 讲授侧重较少, 出现少讲, 甚至不讲中医内容的情况。部分教师把中医类课程讲成了中西医结合课程, 把中西医结合课程讲成了西医课程。这一情况引起了我们的高度重视, 经过研究和探讨, 提出了对此情况的一些认识和解决方案, 总结如下。

### 1 中医学知识讲授不足的原因和表现

(1) 相对于西医学知识点, 中医学知识点存在一定程度的交叉和重复, 一个知识点可能在多门中医课程中多次出现, 如“六味地黄丸”的相关知识, 在中药学、方剂学、中医内科学、中医妇科学、中医儿

学等多门课程中以不同形式多次出现在教材上, 造成教师和学生对该知识点失去兴趣和探求欲, 许多教师在后续开放的相关课程中对此类知识点的讲授一笔带过, 甚至不再讲解, 最终导致部分中医学知识点讲授不充分、不彻底的情况。

(2) 相对于西医学内容, 中医学知识更加抽象, 不够具体和直接, 导致一些关键的知识点和概念比较枯燥抽象, 缺乏实际直观的演示和分析, 使学生难以真正地掌握和理解, 受教者始终处于被动接受的状态, 难以调动学生学习的积极性、创造性和主动性, 面对较为千篇一律的基础课程提不起学习兴趣, 容易产生厌学情绪。而面对没有学习积极性的学生, 教师也不免陷入到没有教学积极性的恶性循环, 从而影响了中医课程的教学质量。

在多媒体教学已经普及的今天, 西医课程可以借助大量的图片、案例、视频等内容, 更加直观地呈现在学生面前, 方便学生去理解和掌握; 而中医课程, 则多以经典、条文、文字的形式进行讲授, 在授课方式和理解难度上存在先天不足, 比如“胃痛”这一概念, 中医方面只能围绕“上腹部胃脘部近心窝处疼痛”这一文字概念去分析讲解, 而西医方面, 则可以配上对应疾病, 如“消化性溃疡”“慢性胃炎”的胃镜图片、病理图片等实际内容, 让学生有更深刻的印象。这一情况, 让不少中医学课程、中西医结合学课程的教师更加习惯讲授西医内容, 而刻意避开、舍弃中医内容。

(3) 部分教师对中医学的认识不足, 认为中医学知

※ 基金项目: 河南省高等学校青年骨干教师培养计划【No. 2017GGJS083】; 河南中医药大学“博士科研基金”项目【No. BSJJ2014-19】

识点就是单纯地讲经典、讲条文，讲解不够通俗易懂和结合临床实际。比如“见肝之病，知肝传脾”，多数老师只从五行相克角度解释，而非从“肝主疏泄，疏泄全身气机，帮助脾主运化功能”来讲解，又没有从“肝胆疾病多表现为消化道症状”这一临床实际出发。笔者在督导的过程中，多次发现学生对单纯的解释概念缺乏兴趣，课堂气氛不够活跃，缺少有效的师生互动，长此以往，教师也逐渐对中医内容的授课缺乏信心，形成恶性循环。

## 2 应对之道

**2.1 因材施教 对症分析 把握课程特点 丰富授课内容** 教学方法与教学效果密切相关，教师应经常深入研究教材特点，仔细分析“学情”，因课、因学情施教，并用启发互动，理论联系实际等方法教学，形成新的知识内容体系，确保课堂教学效果不断提高。如针灸学中介绍了足太阳膀胱经的“至阴穴”可以治疗胎位不正；在中医妇科学涉及到相关知识点时，授课教师就需要根据课程内容进行具体分析，详细介绍治疗方法和注意事项，而非重复介绍“至阴穴”的作用，如施灸的时间是（怀孕）30~32周开始，用温和灸法，每天1~2次，最多灸7天，若灸7天无效，不再灸，产前勿灸，同时对施灸时孕妇的体位以及禁忌症进行详述。通过知识点与本专业知识点的结合与扩展，吸引学生注意力，丰富教学内容，达到提高教学效果的目的。

**2.2 重新审视 取长补短 明确中医特色 中西医结合并举** 中医思维能力的培养不是一日之举，经常有这样的观点，我们现有的中医教学模式很难培养出中医大师。现有的国医大师们学习中医的时间一般是解放前甚至是上世纪30、40年代，当时中医是他们唯一的诊疗疾病的手段，没有任何西医方法的辅助，环境的限制让他们不得不读经典、看病案，用中医的思维方式进行观察、诊疗疾病；而现在的中医，在西医诊疗手段的包围中，言则化验检查，动则西药治疗，失去了中医药纯粹的生存环境。

在教学中，应注意中医理论的独特性与先进性，对中医传统理论在现今临床的应用有更高层次认识。鼓胀一般类似西医疾病中所述肝硬化腹水，肝硬化失代偿期病人在出现腹水的同时，经常出现肝性脑病这一并发症，导致病人出现不同程度的肝昏迷。对于肝性脑病的西医学发病机制迄今未完全明了，包括氨中毒学说、假性神经递质学说等一系列学说众说纷纭，然而中医学理论对于肝性脑病的发病机制早已形成统一认识，即鼓胀由于肝、脾、肾三脏受损，肝肾阴虚，引动肝风，内扰心神，导致病人神昏谵语，惊厥抽搐，肝性脑病的典型体征扑翼样震颤，也可从中医学传统理论“肝主筋”来解释。通过这种对中医学经典理论和临床的结合，中医理论和西医理论结合，让学生认识到中医理论的前瞻性和科学性，提升学生对于中医课程的学习兴趣，深入阐述中医传统理论的临床应用。

相比西医课程，中医学课程自身有着“先天禀赋不足”的特点，但更不能“后天失养”，应取长补短，学习和借鉴西医学教学课件，比如通过各种公开的精品课程网站，学习和观摩优秀讲课视频；加强课件制作，在PPT中加入模拟五行生克变化，经络循行走向的动画，让静止抽象的知识运动活跃起来；积极采用如PBL教学、微课制作、翻转课堂等形式，让学生更好地领悟知识，发挥主观能动性。

**2.3 提升素质 教学相长 贯彻中医思维 继承发展中医** 鼓励中医、中西医结合教师多讲中医课，多讲中医内容；在课堂中随时关注学生的听课状态。学生出现困惑时，及时调整授课的速度，讲解的详细程度、是否增加相关内容的阐述等；针对学生精力分散的现象，要适时进行提问，把学生的精力和注意力拉回来；在连上几节课后学生容易出现倦怠，可以引入与本课程相关的诙谐幽默的小故事，让学生心情愉悦，就会有较好的教学效果，教师本身也会有强烈的成就感。

针对青年教师，应采用青年教师导师制，鼓励多听课，多比较，多思考，定期参与教学技能培训；鼓励学院内、兄弟院校内的教师相互交流和学；定期开展多种形式的教学技能竞赛、教学课件竞赛、教学设计竞赛，鼓励教师探索教学艺术，教学相长。

## 3 小结与讨论

2017年7月正式实施的《中华人民共和国中医药法》以及习近平总书记在党的十九大报告中提出坚持发展中医药事业，这些利好政策为我国中医药事业的发展奠定了良好基础。中医药教育的发展不仅关系到中医药事业的传承，也关系着国民健康和医疗保健水平，关系到经济繁荣、社会进步、人民生活质量的提高，关系到我国优秀传统文化的传承，关系着我国综合国力的提升和中华民族的伟大复兴<sup>[2]</sup>。

中医药高等院校是培养中医药事业接班人的主力军，切实提高中医药教育水平，培养合格的中医药事业人才是党和人民赋予我们的崇高使命和艰巨任务。中医教学改革任重而道远，要不断地摸索与创新。遵循中医学固有的规律，不断研究和改进中医教学方法，同时学习和掌握现代教学方法和教学手段，转变教育思想、更新教育观念，树立教师为主导、学生为主体的教育理念，深入广泛地开展中医教学研究，调动学生学习积极性，激发学生创新精神，让学生多方面发展，才能适应新世代，培养出多技能实用型医学生，让中医文化发展传承<sup>[3]</sup>。

### 参考文献

- [1]刘翰德.建立科学的教学督导制度是提高高教质量的保障[J].黑龙江教学研究,2008(12):176.
- [2]匡海学.质量与生命——论中医药高等教育质量的保障[M].北京:中国中医药出版社,2009:159.
- [3]闫忠红,杨天仁.中医药高等教育质量保障体系的研究与实践[J].教育探索,2010(7):91-92.

(本文编辑:李海燕 本文校对:韩捷 收稿日期:2018-07-31)

# 中医医院外科住院医师文字书写能力 规范化培训的思考<sup>※</sup>

徐强 卢旭亚 彭娟 张朝晖\*

(天津中医药大学第二附属医院中医外科, 天津 300250)

**摘要:**目的 通过对中医医院住院医师规范化培训中外科医师文字书写能力进行深入思考, 指出文字表达与书写能力是目前中医医院外科规范化培训中的薄弱环节, 并需要加强相关培训。方法 分析所造成中医医院外科规范化培训中对于医师文字书写培训中的不足, 从不同角度探求造成此状况的原因, 并在临床带教过程中予以纠正和改善。结果 中医医院由于本身条件所限, 加之外科对于技能操作的过度重视, 使得中医医院在培训外科规培医师过程中对于文字书写能力重视存在一定欠缺, 主要体现在病历书写和科研论文撰写方面。结论 在目前环境下, 需要在提升中医医院带教医师自身能力前提下采取多种措施拓展规培医师思维, 促进其文字书写能力的提高。

**关键词:** 中医医院; 外科住院医师; 规范化培训; 文字书写

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.005

文章编号:1672-2779(2018)-21-0013-03

## Thoughts on the Writing Skill of Surgeons Enrolled in Standardized Training of Resident Physicians in Hospitals of Traditional Chinese Medicine

XU Qiang, LU Xuya, PENG Juan, ZHANG Zhaohui

(Department of TCM Surgery, the Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300250, China)

**Abstract: Objective** Through analyzing the writing status of surgeons that enrolled in standardized training of resident physicians in hospitals of traditional Chinese medicine, this research pointed out the fact that writing skill training is an apparent shortcoming among those trainings, therefore, it uncovers the necessity to enhance writing skills. **Methods** This article summarized the defects of writing skill training to surgeons in the training program and then dug out the root causes of informal writings from different dimensions. **Results** Due to certain hospital limits and nature of surgery, that always focusing on clinical techniques, both training organizers and trainees omitted the importance of writing skill training. The writing incompetency mainly reflects on two aspects: medical records and scientific research articles. **Conclusion** Enhancing writing skills can be achieved by means of expanding thinking patterns of surgeons along with improving the trainer's writing competency.

**Keywords:** hospitals of traditional Chinese medicine; standardized training of resident physicians; writing skills

自2015年开始,我国全面启动了以“5+3”为主要模式的住院医师规范化培训,不但所有新进医疗岗位的本科及以上学历的临床医生需要进行住院医师规范化培训,研究生期间的医学生亦须接受相应培训,并执行与之相同的相关考核制度。这对于进一步促进医学生临床思维和临床能力的培养具有重要意义。外科住院医师规范化培训是其中重要的组成部分。我国外科许多领域都取得了令人瞩目的成绩,但我国的医疗体系和医学教育制度与国际标准存在较大差别,具有一定的严重性和紧迫性<sup>[1]</sup>。

与内科相比,外科属于医学理论与技术性操作相结合更为紧密的学科,且在一定程度上更加偏重于技术操作,因此在培训过程中对于外科医师的文字书写能力不甚重视,这一点在中医医院尤为突出。由于中医医院外科与西医医院无论是硬件条件、病种还是带教能力方面均存在着较大的差距,因此导致很多在中医医院进行规范化培训的外科医师在临床过程中欠缺

文字表达能力,在病历书写、论文撰写及科学研究中无法将实践经验凝练总结,这不但禁锢了自身发展,而且有可能因文字表达错误而发生相应的医疗纠纷,成为临床过程中的隐患。前苏联著名教育家苏霍姆林斯基指出:“劳动,不仅仅意味着实际能力和技巧,而且首先意味着智力的发展,意味着思维和语言的修养。”因此,在住院医师规范化培训期间,对于中医医院外科医师语言文字的书写表达能力的培养显得尤为重要和必要。现对外科规范化培训中病历书写、论文撰写等方面的问题及解决策略进行简要探讨。

### 1 病历书写

外科住院医师的培养普遍对实践技能的操作的重视程度高于病历书写,因此造成了规范化培训中外科住院医师的病历书写问题较为普遍且严重,这不但影响对病情的分析判断,对于医师业务水平以及临床能力的提高造成阻碍,更有可能成为医患纠纷的隐患。

中医医院的外科医师肩负着手术操作、内科治疗、中医辨证等多重临床任务,但由于专业的特殊性,往往外科医师在临床中更偏向于手术及相关技能操作,因此无论对于带教老师还是规培医师而言,本身存在着对于病历书写的不重视甚至厌烦的心理。而中医医

※ 基金项目:天津中医药大学教育教学改革研究课题【No.2013JYB044;No.2016JYF03】

\* 通讯作者:zzh45@aliyun.com

院由于其自身特点,在外科疾病的病历书写方面还需加入辨证论治、中医内外治疗等带有明显中医特色的内容,因此病历的书写任务更加繁重。带教老师方面,由于自身临床任务较重,尤其是连续手术造成病历的书写不够及时、不够详细,甚至自身对病历书写具有排斥和漠视心理,往往交由规培医师进行书写,而外科规培医师对于病历书写的兴趣往往不如临床操作及手术等直观处理病情强烈,加之自身未进行系统的病历书写培训,且由于时间原因不能及时经带教老师审核,往往造成病历书写质量欠佳。一般来说,出现造成的病历书写问题往往是:(1)过于单一,往往只专注于某一部位或器官的重点检查,而忽视全身检查;(2)过于简单,在书写记录过程中对于阳性指征有相关记载,但对于有价值的阴性指征则往往忽略;(3)千篇一律,主要是病程记录和查房记录等,在电子病历普及下往往不假思索地复制粘贴,看不到不同患者病情的特点,抹杀了之间的差别,在很大程度上失去了再现临床的目的;(4)因粗心大意造成的错别字及明显错误也是重要特征之一,如患者病在左足,而病历内容写的却是右足等等,严重者甚至造成患者姓名、年龄等自然信息的替换。

由于病历属医疗机构举证的法律依据,直接影响医疗责任的认定<sup>[2]</sup>,因此在病历书方面,无论是带教老师还是住院医师都应该对其引起足够的重视。尤其是带教老师方面,在临床过程中一定要做到以身作则,保证自己临床思维的严谨性,进而体现在病历书写上,无论外科临床工作多么紧张,都不要放松对病历的重视,即使要规培医师进行病历书写,也要做到放手不放眼,对于每一个细节要百分之百了然于胸。在临床教学过程中,带教老师应强调医疗文书作为法律证据的重要性,要求规培医师以实事求是的态度,认真地书写病历,避免出现“问题病案”<sup>[3]</sup>。此外,在临床带教尤其是教学查房过程中,一定要针对患者个体情况进行较为详细的问诊和查体,并对所查疾病的发生、发展、愈后以及目前的治疗详细讲解给规培医师,使其对该病有一个全面的认识,并当场答疑解惑,尤其对于术前、术后患者,查房过程中更要体现出外科特点,使其不至于在病历书写过程中无处下笔。查房完毕后,要敦促规培医师按照病历书写要求及时完成相关记录,避免工作拖延而造成不良后果。

## 2 论文撰写

在目前国内医疗行业普遍要求取消以论文课题作为晋升依据的呼声下,外科规培医师不可避免地因临床工作的繁重和自身能力的欠缺而受其影响,甚至产生趋同心理。较内科而言,外科规培医师主要以男性为主,能够胜任以技术操作为主的外科临床工作,但语言表达能力欠佳,加之中医医院本身外科基础较弱,

部分中医外科药物及技术手段逐渐被西医手术取代,故中医医院的外科规培医师在临床经验的积累以及自身文字表达能力较为薄弱,论文撰写能力方面存在欠缺。但是,由于目前晋升体系的评价具有一定复杂性,因此以文字为基础的论文及课题仍然为较公平的评价指标。而文字书写能力在客观上能够对于疾病进行归纳、梳理和总结,能够理清医师的临床思路,避免重复错误的经验,同时激发灵感,从另一方面促进临床能力的提升。因此在这种大环境下,适应医疗环境要求,提升论文撰写和课题申报能力则是规培医师提升的主要路径。

文字功底与写作能力反映了一个人的文化底蕴、知识面、思考深度与驾驭文字的能力,是知识型医生、高素质人才的重要体现,也是医学工作者社会责任感的一种展示<sup>[4]</sup>。由于以往外科医师对于经验的依赖性过强,通过多临床、多手术的强化培训下确实能够取得立竿见影的效果,因此多被高年资医师推崇,但随着信息时代的到来,医学的发展需要以论文为媒介进行有效传播,需要以科研课题的形式进行深入拓展,很多医学知识更新极快,需要在不断的自我否定过程中发展新理论和新治法,因此在新时代年轻医师必须摒弃以往旧观念而与时俱进。一般而言,中医医院的外科主要以疮疡、肛肠等中医外科特点较为突出的学科专科比较常见,而对于胸外科、腹部外科、整形外科、泌尿外科等培训相对较少,无论是临床研究还是基础研究均存在着较大困难,主要表现为:(1)选题无新意,往往采用中医药治疗的外科疾病大部分已有成熟的诊疗方案,且由于中医院自身条件无法进行相关理论和技术创新;(2)论文撰写不规范,与西医外科论文相比,中医及中西医结合外科论文普遍存在科研设计不合理、观察指标选择不当、甚至条理不清等问题;(3)在西医为主流医学的环境下,采取中医或中西医结合治疗方法治疗外科疾病被认同率较低,较普通外科而言中医外科往往在西医的评价体系中不能很好突出自身特色,造成拒稿率较高,使得很多年轻医师丧失写作兴趣,转而专攻临床。

住院医师规范化培训是令医学生转变为合格的医师最关键的一站,对于医学生的职业规划具有深远的影响,如不能在早期培养过硬的文字表达和书写能力,外科规培医师会逐渐向“手术匠”转化,在今后的职业发展中会因此受到较为严重的阻碍。在中医医院,外科多被边缘化,但中医医院在培养外科规培医师过程中需要发挥自身特色,同时要吸取西医严谨的学风和科学的实验手段。在规范化培训期间,需要突出中医外科的特色,令规培医师亲眼见识中医外科的疗效,并通过业务学习、教学查房、病例讨论过程中激发学生的思维<sup>[5]</sup>,使其碰撞出科研的火花,同时邀请西医院校的知名教授、主任医师、研究员等开展讲座,树立

学生的科研思维,规范外科科研论文写作,并有意识地在临床之余进行相关训练,从而提升外科规培医师在中医医院的论文写作能力。

### 3 结语

随着医学的不断进步,医学知识的传承和创新要依靠文字的积累才能实现。诚然中医医院外科规培医师文字书写方面存在一定的欠缺,但只要认清差距,从自身做起,依靠科学的培训方法,突出自身优势,仍然可做到临床与文字书写两不误,为我国医学事业

的发展培养更加优异的人才。

### 参考文献

- [1]杨镇.我国普通外科医师培养模式及教学面临的问题及对策[J].中国实用外科杂志,2015,35(1):30-33.
  - [2]胡薇,冯睿,高旭,等.外科临床实习病历书写存在的问题及对策[J].中华全科医学,2010,8(3):386-387.
  - [3]阿合提别克·塔布斯,杨孙虎,马博,等.普通外科实习生病历书写中存在的问题及对策[J].中国病案,2014,15(8):65-67.
  - [4]秦泗河.为什么矫形外科医生一定要有较好的文字功底与写作能力[J].中国矫形外科杂志,2012,20(5):478-480.
  - [5]徐强,张朝晖,彭娟.中医外科住院医师规范化培训基地的特色化建设与管理[J].湖南中医杂志,2017,33(10):131-132.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:陈曦 收稿日期:2018-07-27)

## 基于现代文献的中医诊断学课程教学方法研究<sup>※</sup>

杜彩凤<sup>1</sup> 赵勇<sup>2</sup> 李晶<sup>1</sup> 李琳荣<sup>1</sup> 梁文静<sup>1</sup> 徐欢<sup>1</sup> 张宁宁<sup>1</sup>

(1 山西中医药大学基础医学院中医诊断教研室,山西 晋中 030619;

2 山西中医药大学护理学院中医护理教研室,山西 晋中 030619)

**摘要:**目的 基于现代文献对比分析全国中医药院校青年教师教学基本功竞赛组织前后中医诊断学课程教学方法的异同。方法 检索2009—2016年公开发表的与中医诊断学课程教学方法相关的文献,选取符合纳入标准者,在名词术语规范的基础上,建立数据库进行统计学分析。结果 共纳入文章208篇,中医诊断学课程常用的教学方法有:案例式教学法、问题式教学法、多媒体教学、情境教学法、临床模拟训练、标准化病人、传统讲授式教学法等。结论 全国行业内的教学竞赛活动能有效地促进专业教师对课程教学方法的研究与探索,以赛促研、以赛促教,对青年教师的迅速成长起到了积极的促进作用。**关键词:** 中医诊断学;教学方法;教学竞赛;文献研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.006

文章编号:1672-2779(2018)-21-0015-03

### Research on Teaching Methods of Diagnostics of Traditional Chinese Medicine Based on Modern Literature

DU Caifeng<sup>1</sup>, ZHAO Yong<sup>2</sup>, LI Jing<sup>1</sup>, LI Linrong<sup>1</sup>, LIANG Wenjing<sup>1</sup>, XU Huan<sup>1</sup>, ZHANG Ningning

(1. Department of Diagnostics of Traditional Chinese Medicine, Basic Medical College, Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030619, China;

2. Department of Nursing of Traditional Chinese Medicine, Nursing College, Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030619, China)

**Abstract: Objective** To analyze the similarities and differences of teaching methods of Diagnostics of traditional Chinese medicine between the young teachers who come from TCM colleges and universities in China before and after the competition of teaching basic skills. **Methods** On the basis of the modern literature, the literature in recent eight years related to the teaching methods of diagnostics of tradition Chinese medicine was retrieved and the people who meet the criteria for inclusion were selected. On the basic of regulating terminology, a database to make the statistical analysis was established. **Results** There were 208 papers concerned. The frequently used methods of diagnostics of traditional Chinese medicine are case-based teaching method, question-based teaching method, multimedia teaching method, situational teaching method, clinical simulation training, standardized patient, traditional teaching method, etc. **Conclusion** Nationwide teaching contest can help teachers to promote research and exploration of curriculum teaching methods effectively, and it also has a primitive effect on the growth of young teachers.

**Keywords:** diagnostics of traditional Chinese medicine; teaching method; teaching contest; literature research

自2013年至今,教育部高等学校中医学类专业教学指导委员会连续举办了四届“中医药社杯”全国中医药院校青年教师教学基本功竞赛,以此为契机,在很大程度上促进了中医学专业教师对所主讲课程的深入研究。

中医诊断学是中医学专业课程体系中的主干课程,主要研究临证如何诊察病情、判断病种、识别证候的基础理论、基本知识和基本技能,是连接中医基础与临床各科之间的桥梁<sup>[1]</sup>。能否合理选择、运用恰当的教

学手段和方法,是影响教学质量的关键因素。故本文检索组织竞赛前后4年公开发表的有关中医诊断学课程教学方法的相关文章,对比分析竞赛前后本课程在教学方法研究与应用上的差异性,从整体上把握教学方法改革的发展脉络,并及时运用于日常教学活动之中,以期为更好地提升高等中医药教育教学质量而服务。现将研究结果报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 检索中国知网全文数据库,范围为“期刊”,检索年限为2009年—2016年,以“中医诊断学”为

※ 基金项目:山西省研究生教育改革研究课题[No.2017JG80]

主题词进行初级检索；在此基础上，以“教学方法”为检索词，在全文范围内进行二次检索，共获取文献709篇。

**1.2 纳入标准** (1) 资料完整的理论探讨、教学实践类文献报道；(2) 以中医诊断学课程为主进行研究的文献报道；(3) 具有明确的教学方法阐述的文献报道。

**1.3 剔除标准** (1) 以与中医诊断学相关的其它课程为主进行研究，其中涉及到部分中医诊断学内容的文献报道；(2) 对于一稿两投的文章或同一研究从不同角度发表多篇文章者，以其中资料最完整的一篇作分析。

**1.4 文献资料的阅读与提取** 对纳入的相关文献进行全文阅读，提取下列内容：题目、作者、来源、发表年度、文章类别、教学理论、教学内容和教学方法等。

**1.5 教学方法名称术语的统一与规范** 参照《高等教育学》等<sup>[2-3]</sup>对文献报道中出现的教学方法名称进行统一，如将案例讨论、病案式教学、病历式教学等名称统一为案例式教学法。对文中使用两种或者两种以上教学方法者，将其拆分为“A+B+……”的形式予以统一归类。对无法规范统一属自创的一些教学模式与方法按照原文献中的内容予以保留。

**1.6 数据管理及统计学分析** 利用EpiData 2.0软件建立数据库，两人分别独立完成数据录入，并对录入的数据进行一致性检验，核对修定直至两个数据库完全一致，锁定数据库。将EpiData 2.0的录入数据导出为SPSS格式，应用SPSS 17.0软件进行统计学分析。

**2 结果**

**2.1 文章数目** 2009年—2016年近8年间公开发表的有关中医诊断学课程各类教学方法的相关文献中，符合本研究纳入与排除标准的文献共计208篇，对文章发表年度进行分析，发现：2013年呈现文章发表的高峰，2011年、2012年文章数目相对较少，其余各年度之间文章数目差异不大，呈基本稳定的趋势。具体各年度发表的文章数见图1。

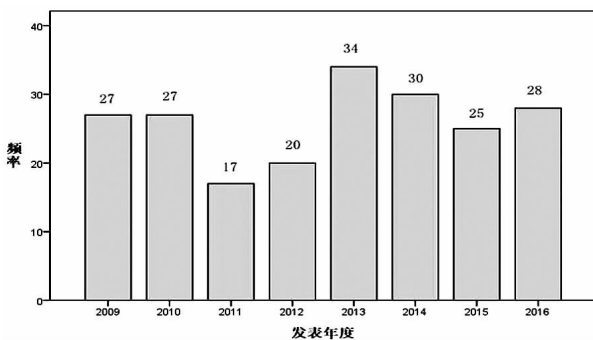


图1 2009年—2016年文章发表一般情况

**2.2 文章类别** 本研究将所纳入的208篇文章分为两类，一类是以理论构想、教学经验总结等为主的文章，统一归为理论探讨类文章；另一类是以班级对照试验、师生问卷调查等为主的文章，统一归为教学实践类文章。具体各年度发表情况见表1。

表1 2008年—2016年文章类别情况 (篇)

年度	理论探讨类	教学实践类	合计
2009	16	11	27
2010	16	11	27
2011	13	4	17
2012	13	7	20
2013	9	25	34
2014	4	26	30
2015	0	25	25
2016	3	25	28
合计	74	134	208

其中，以2013年中医学类专业教学指导委员会举办首届青年教师教学基本功竞赛为节点，2009年—2012年教学竞赛前，年平均发表与中医诊断学教学方法相关的文章22.75篇，其中以理论探讨类文章为主，占到发表文章总数的63.74%；2013年—2016年教学竞赛后，年平均发表29.25篇，其中教学实践类文章的比例得到了显著提升，占到发表文章总数的86.32%。经Kolmogorov-Smirnov非参数秩和检验， $Z=3.64$ ， $P=0.0$ ，两组之间具有显著性统计学差异。

**2.3 教学方法**

**2.3.1 教学方法数目** 在所纳入的208篇文献资料中，有的文章仅针对某一种方法进行理论阐释或教学实践，而有的文章则侧重多种方法的综合运用，其中单篇文章提及教学方法种类最多者为9种，具体统计结果见图2；不同年度发表文章涉及教学方法数目的具体情况见表2。

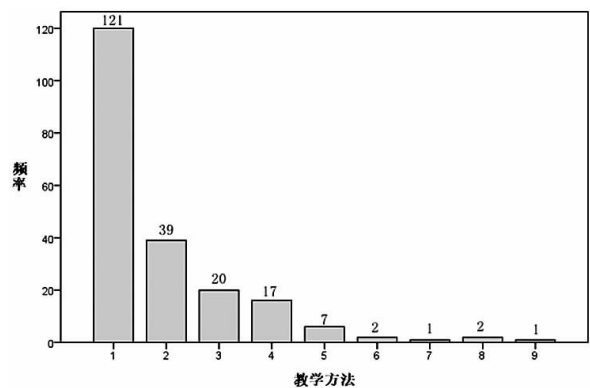


图2 单篇文献中教学方法数

表2 不同年度单篇文献教学方法数目比较 (篇)

年度	1种	2种	3种	4种	5种	6种	7种	8种	9种
2009	19	3	1	3	1	1	0	0	0
2010	13	3	5	3	1	1	0	1	0
2011	10	2	3	0	1	0	0	1	0
2012	13	2	3	2	0	0	0	0	0
2013	21	7	0	3	1	0	1	0	0
2014	14	10	4	1	1	0	0	0	0
2015	15	5	2	2	1	0	0	0	0
2016	16	7	2	2	0	0	0	0	1
合计	121	39	20	16	6	2	1	2	1



2.3.2 具体教学方法 对所纳入文献中涉及的教学方法,经名称规范统一后,按照其出现的频次高低依次排列,截选出现频次≥5次的教学方法,具体结果见表3。频率=频次/合计值。

表3 教学方法运用情况

教学方法	频次 (次)	频率 (%)	教学方法	频次 (次)	频率 (%)
案例式教学法	68	20.5	实训教学	18	5.4
问题式教学法	54	16.3	临床见习	14	4.2
多媒体教学	30	9.1	互动式教学法	9	2.7
情境教学法	26	7.8	启发式教学法	8	2.4
临床模拟训练	22	6.6	对比式教学法	7	2.2
标准化病人	21	6.3	自主学习式教学法	5	1.5
传统讲授式教学法	20	6.0	慕课	5	1.5
讨论式教学法	20	6.0	电子模拟病人	5	1.5

在此基础上,比较常用的出现频次在前10位的教学方法,2009年—2016年在中医诊断学课程教学中的应用情况,使用卡方检验进行分析,具体结果见表4。

表4 出现频次在前10位的教学方法的年度使用情况 (篇)

教学方法	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	$\chi^2$ 值	P值
案例式教学法	8	9	6	4	10	12	11	8	4.460	0.725
问题式教学法	6	3	3	8	9	11	8	6	8.478	0.292
多媒体教学	8	6	5	5	1	2	1	2	19.458	0.007*
情境教学法	2	5	0	1	4	5	4	5	7.916	0.340
临床模拟训练	4	4	6	1	3	2	1	1	15.678	0.028*
标准化病人	1	4	0	0	7	2	3	4	11.450	0.210*
传统讲授式教学法	2	4	1	2	4	3	2	2	1.766	0.972
讨论式教学法	0	5	6	0	2	2	2	3	21.061	0.004*
实训教学	3	4	2	2	5	1	1	0	7.858	0.345
临床见习	6	4	0	2	1	1	0	0	19.612	0.006*

以2013年为契机,分别将2009年—2012年、2013年—2016年的数据进行合并,运用两独立样本的非参数秩和检验,探讨教学竞赛前后4年在中医诊断学课程常用教学方法方面的差异性,具体结果见表5。

表5 2013年前后教学方法使用情况比较 (篇)

教学方法	2009年—2012年	2013年—2016年	Z值	P值
案例式教学法	27	41	1.316	0.188
问题式教学法	20	34	1.072	0.284
多媒体教学	24	6	4.379	0.000*
情境教学法	8	18	1.794	0.073
临床模拟训练	15	7	2.488	0.013*
标准化病人	5	16	1.894	0.045*
传统讲授式教学法	9	11	0.310	0.757
讨论式教学法	11	9	1.111	0.267
实训教学	11	7	1.595	0.111
临床见习	12	2	3.311	0.001*

### 3 讨论

#### 3.1 教学竞赛对教学研究深入的促进和导向作用 2013

年由中医学类专业教学指导委员会举办首届行业内青年教师教学基本功竞赛,旨在提升青年教师教、学、研各方面的综合素质与能力,实现“以赛促教、以赛促研”的目标。故本文就竞赛前后有关中医诊断学课程教学方法研究的论文进行分析,结果显示:在2013年呈激增态势,后逐步回落,趋于稳定。另外,研究还发现:竞赛以前发表的文章以理论探讨为主,而竞赛以后的文章则多从单纯的理论阐述转变为有理论、有方法、有设计的教学实践活动,其中不少文章中还设有对照组,对教学方法的研究更规范、更深入,结论更具可信性。因此,好的教学竞赛,其影响力不仅限于竞赛本身,更具有良好的品牌示范效应,对青年教师积极开展教学研究具有很好的促进和导向作用。

3.2 教学竞赛对教学方法改革的影响 教学方法是在教学过程中运用的方式与手段的总称,杨叔子院士曾经提出:“当前教学的问题主要在课堂教学,课堂教学的问题主要在教学方法。”<sup>[4]</sup>作为中医院校,如何选择恰当的教学方法,成为决定课堂教学质量好坏的关键。连续4年的青年教师竞赛的组织与开展,在行业内各中医院校的专业教师中产生了广泛的影响。其中,表现在教学方法的选择方面,主要为大家由盲目追风选择新的教学手段和方法,转变认识到教学方法“只有适合的才是最好的”。从近8年的文献分析结果可以看出:2013年前教师普遍关注如何制作好的多媒体教学课件,如何强化实训模拟训练以及临床见习等方法,2013年以后大家的关注度由单纯的教学方法,转变为对教学理论的重视,如部分文章中明确提到“建构主义学习理论”“人本主义学习理论”等,并注重在教学理论的指导下选择恰当的教学方法,一方面综合运用多种现有教学方法,实现优势互补,效益最大化;另一方面开始出现一些自创的教学方法与模式,如“树状结构教学法”“引导式框架结构教学法”等,使教学手段与方法日益丰富,为课程教学改革提供了更多的选择。

本文通过对近8年公开发表的有关中医诊断学课程教学方法的文章的系统回顾与分析,发现:教学竞赛除了能够有效培养和提高青年教师的教学能力和专业素养,还对教学方法的研究和改革也起着重要的促进和导向作用。

#### 参考文献

- [1]陈家旭,邹小娟.中医诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2016.
- [2]潘懋元,王伟廉.高等教育学[M].福建:福建教育出版社,2013.
- [3]周桂桐,张志国.中医药课堂教学设计——理论创新与设计实务[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [4]熊匡汉.高校教学竞赛意义与品牌示范效应研究[J].中国高教研究,2009(4):90-91.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘宏奇 收稿日期:2018-07-13)

# 非医专业针灸学教学设计的思考与初探<sup>※</sup>

庄艺 顾媛媛 王宁 张宏如

(南京中医药大学第二临床医学院, 江苏 南京 210023)

**摘要:** 针灸学是中医学最具特色的组成部分, 针灸学课程也一直受到非医学生喜爱。但其理论专、实践强、内容丰富, 对非医专业开设课时少、要求低、内容简、知识散, 且非医专业本身基础薄弱, 若采用常规医学专业的教学模式, 教学效果不佳。本文旨从教学目标, 教学内容, 教学方法与工具, 教学过程与评价等方面对非医专业针灸学教学设计进行有益的思考与探索, 希望为非医专业针灸学课程建设贡献绵薄之力。

**关键词:** 非医专业; 针灸学; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.007

文章编号:1672-2779(2018)-21-0018-03

## Speculation and Discussion on Teaching Designing for Acupuncture and Moxibustion Course for Non-medical Students

ZHUANG Yi, GU Yuanyuan, WANG Ning, ZHANG Hongru

(The Secondary Clinical Medical School, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

**Abstract:** The acupuncture and moxibustion are the most special component in traditional Chinese medicine, which are also favorite course for non-medical students in universities of Chinese medicine. However, its theory is unique. Its content is rich, while belongs to a strong practicing course. Simultaneously, its teaching time is limit and requirement is low for non-medical students, whose have a weak foundation in Chinese medicine. In this way, if we apply the medical teaching model for these students, the result will be unsatisfactory. Thus, this paper wants to speculate and discuss the teaching design in acupuncture and moxibustion course for non-medical students from teaching objectives, contents, methods, instruments and evaluation aspects, etc, hoping to contribute a little for course construction.

**Keywords:** non-medical students; acupuncture and moxibustion; teaching mode

为顺应时代发展和社会需要, 高等中医药院校教育自20世纪90年代开始建立非医专业, 其后得到迅速发展<sup>①</sup>。以南京中医药大学为例, 目前建有外国语、卫生经济管理、信息技术和心理学院等多个非医学院, 设有市场营销、英语、眼视光学、护理和计算机等十多个非医专业。这些专业有的与医学息息相关, 尚可归于医学大类; 有的则属于理、工、文、管等学科范畴, 属于学科交叉发展的产物。据不完全统计, 南京中医药大学2016级入学本科新生中, 非医学生占了新生总人数的一半左右<sup>②</sup>。这些学生毕业后多数仍将从事与中医药文化、宣传和推广相关工作, 是中医药事业发展的重要力量。由此可见, 非医专业已成为高等中医药教育的重要组成部分, 必将为中医药大众化、现代化、国际化发展注入了持续活力。

中医药院校中的非医专业培养在课程设置和专业学习等方面有其自身特色。因受教于中医药院校, 所学专业大多与医学相关, 加上学生本人对传统文化偏好, 学校往往会为其开设一些中医学相关的限选课程, 如中医养生学、推拿学和针灸学等, 一方面可以丰富非医专业的课程选择, 拓宽知识面, 培养兴趣爱好, 发展特长, 另一方面也可以科学传承和推广中医药知

识, 为人类健康添砖加瓦。在这些课程中, 针灸疗法简便实用、无副作用、易于推广, 是中医药最具特色的组成部分, 是重要的非药物疗法手段。因此, 针灸学一直是非医专业最为喜爱的医学课程之一。南京中医药大学第二临床医学院针灸临床教研室每年就承担了英语、眼视光学和市场营销等多个非医专业针灸学限选课程, 累积了一定的经验。但笔者也发现, 非医专业针灸学也存在学生起点低、教学要求低、课时少、未受到足够重视等问题。故而如何根据学生的实际情况, 合理删减教学内容、选择适宜教学方法与工具、完善教学过程与评价、搭建非医专业的针灸教学平台, 已列入本教研室针灸学的学科发展与建设中。笔者经过几年来的教学观察与实践, 对于非医专业针灸学教学设计有了一定的思考, 在此进行一些粗浅的分析与探讨。

### 1 针对具体学情 定位教学目标

针灸学是中医、中西医结合等本科专业学生的必修课程之一。其理论性专、实践性强、手法操作技术含量高, 是一门中医临床应用课程, 所以在本科阶段的第3年或第4年开设。此时学生已经完成了中基、中诊、中药、方剂和中医内科学等多门课程的学习, 具备了一定的中医临床思维模式与能力。对这些学生来说, 针灸学的教学目标为巩固专业理论知识的同时, 掌握针灸的基本知识、基本理论和基本技能, 并使其

※ 基金项目: 南京中医药大学中医学品牌专业建设项目【No. NZZYXPPJG2017-07】

熟练运用针灸方法防治临床常见病、多发病。

而对于非医学生来说,情况截然不同。由于来自于不同的专业和方向,非医学生所具备的医学背景往往参差不齐。比如,护理、眼视光专业学生尚且具备一定的医学知识,而市场营销、英语和计算机专业学生的基础知识则基本为零,且这些学生毕业之后无法行医。因此,对于这一类的学生而言,总的教学目标旨在提高学生的人文素质和医学素养,使其掌握针灸的基本概念,如经络系统组成、十二经脉循行分布等;熟悉部分经典穴位的定位和功能主治;通过生活常见疾病了解针灸治病原则;运用针灸技术进行自我保健。

## 2 优化教学内容 突出专业针对性

众所周知,针灸学分为经络腧穴、刺灸方法和针灸治疗三部分。对于医学专业学生来说,每一部分的内容都十分重要,缺一不可。但是针对各专业培养目标,我们应当对各部分知识进行合理整理与重塑,对以记忆要求为主的知识进行适量删减,而注重针灸应用能力和创新能力的培养。具体而言,针灸概念、经络定义、经络系统组成、十二经脉循行分布只要求学生理解即可。腧穴部分可挑出20~30个重点穴位,掌握其定位方法和主治特点。刺灸方法可删去毫针刺法和其他刺法,保留灸法、拔罐和耳针部分,强调学生亲自参与。针灸治疗部分切合实际,在针灸适宜病种中删去部分内科疾病,只选择颈椎病、痛经、肥胖、踝关节扭伤等生活常见病作为典型代表,了解针灸治病原则。

同时,教师在备课时应对各专业的培养目标及相关医学知识在各专业中的应用有所了解。紧密结合其专业特点,有针对性地选取教学内容,使学生真正意识到学有所用,提高学习的主动性和积极性。例如英语专业学生,补充一些针灸的对外交流与传播历史;市场营销专业学生,展示一些现代新型针灸器具的应用等;眼视光专业学生,介绍一些针灸在眼病中的治疗,使学生能够感觉到针灸与自己的专业息息相关。

## 3 调整教学顺序 提高教学效率

在医学专业针灸学中,经络腧穴、刺灸法和针灸治疗三部分是循序渐进展开的。经络腧穴部分占用全部课时一半,刺灸等应用型知识则放在了经络腧穴之后,且多依赖视频。针灸治疗则课时更少,重点在于针灸治疗原则的讲授。虽实训课时占1/3左右,但腧穴定位占用时间过多,刺灸操作练习时间过少。从一定程度上来说,这种教学顺序有利于学生系统掌握针灸学的全部知识。但是非医专业针灸学课时少,学生基础薄弱。往往经络腧穴理论知识繁重艰涩,使同学

们望之生畏,积极性和兴趣都受到了打压。再讲到刺灸操作时,也已将针刺部位——腧穴定位都忘记了。故而近年来有不少专家提出先刺灸后腧穴的改革尝试,即在整个学习的开始,就提前练针,让学生尽早掌握针刺技能,也受到了很多认可<sup>[9]</sup>。但考虑到针灸学知识体系的完整性和连贯性,该方法并没有广为推行。而非医专业学生刚好相反,由于并不需要掌握针灸学的全部知识,所以正值得我们进行大胆的改革。

具体的改革可如下:(1)在绪论之后,即可将学生拉入实验室中进行刺灸教学,先让学生们体会到底什么是针刺,什么是艾灸,什么是拔罐等,甚至鼓励同学们彼此互相操作,增强学生对于针灸操作技能的感性认识,提高学生学习的兴趣;(2)经络腧穴等理论性知识较难记忆,尤其是归经、定位和功效主治,但这三点又是密切相关的。即使腾出课时专门介绍,学生的遗忘率也很高。因此我们可以尝试从生活常见疾病入手,限定不同专业需要着重掌握的几十个穴组,有目的地选择疾病或证型来介绍经络腧穴,如针刺肩贞、肩髃和肩髃治疗肩痛,针刺睛明、承泣、四白和太阳治疗眼病,艾灸足三里、肾俞、膏肓、气海(关元)补虚等,从而形成“穴组-刺灸-疾病”“穴组-刺灸-证型”为中心的整合教学模式,既容易被学生接受,方便记忆,也节约课时;(3)在理论讲授中还运用比较归纳法将不同穴位进行“同中求异”“异中求同”的比较,可以增加学生对穴位和疾病的记忆效果。如相近部位的腧穴:腕关节的阳溪、阳池、阳谷、太渊、大陵、神门;肘关节的尺泽、曲泽、曲池、少海、小海;平脐的神阙、盲俞、天枢、大横、带脉等。如名称相近的腧穴:阴陵泉与阳陵泉,足三里与手三里,内关与外关等;(4)引入典故、增强教学趣味性。每次理论课开始,引入与本次内容相关的针灸典故、传说、甚至影视片段或小说情节,5~10 min为宜,自然过渡到需要讲授的教学内容,既活跃课堂气氛,又可以增加学生的感悟和体会。我们希望通过这些小改革,在有限课时内传授尽可能多的教学内容,提高教学效率。

## 4 关注情感性知识 促进移情与内化

高校教学内容可分为理论性知识(概念、原理和规律等)、应用性知识(技术、方法、规程等)和情感性知识(素养、情怀、道德等)。针灸学恰好是三位一体的综合性学科。对于医学专业学生,重点在于前两者的掌握。而对于非医学生,则应当更加关注于情感性知识的传承,这也是我们在非医专业开设针灸学课程的初衷所在。

针灸学情感性知识包括中医文化、人文精神及

“大医精诚”的道德素养等。但这一部分知识，往往是“只可意会，不可言传”的“悟性”，多归结于在长期阅读与实践中学生自我感悟、体会和移情所获得的。由于非医学生中医基础较差，因此要借助典故、新闻、图片、视频和名医名案等为载体，让学生直接感受到针灸的疗效，增强学习的主动性和积极性。如在绪论中介绍本校首位校长承淡安先生，他是全国中医界首位中科院学部委员、近现代针灸大师和针灸现代教育创始人，其传人在几十年努力形成了影响海内外的澄江针灸学派。该学派深邃的学术思想及宝贵的针灸经验中可以让学生在“承古纳新”“格物致知”等学术精髓的传承中获得感悟与启迪，增强荣誉感和归属感，激励其弘扬、创新精神。不仅如此，我们还可以在理论部分也增加相关针灸历史知识，如穴位命名含义与变迁，针刺消毒史发展，针灸对外传播进程等，提高学生对于中医文化和医学人文精神的正确认识与感悟。

### 5 改进教学方法 丰富教学评价

我们查阅文献发现，有关于医学专业的针灸学教学方法研究颇多。很多研究显示近年来以问题为中心（Problem-Based Learning, PBL）、以案例为中心（Case-based Learning, CBL）等多种新兴教学方法被不断引入针灸学教学中来，并不同程度地改善了教学效果<sup>[4-8]</sup>。但是由于考试要求、课时有限等原因，新兴教学方法在医学专业针灸学中所占比重并不大，所以一定程度上来说限制了学生自主学习能力的开发与锻炼。而非医专业针灸学就提供了一个很好的平台。我们在授课中，除了传统的讲授法，可以增加学生自主学习比例，即PBL、CBL教学。如让眼视光专业学生自己课后去查阅针灸治疗眼病的研究进展，让市场营销专业学生利用自己的专业知识写一份针灸宣传策划书，让英语专业学生做一份针灸文献的英语笔译等，并做成PPT到课堂上进行汇报，并分组讨论，将课堂主体还给学生。这种授课方式看起来轻松，但实际上学生在查阅资料的时候，就需要花费时间主动学习和思考；课堂汇报的时候需要逻辑思维清晰，口头表达明确。最终老师要对各组同学的讨论和汇报内容进行点评，并在此基础上对针灸治疗该病做一定总结。让同学们真正参与到课堂教学中来，调动他们的主观能动性，不仅仅学会知识本身，而是学会获取知识的能力。

此外，医学专业针灸学强调穴位识记的单一教学评价模式也并不适合非医专业学生，我们应该采用多元评价模式考察学生的感性认知、实践技能和自主学习能力，即形成性评价。第一保留学生考勤、课堂提问等平时成绩；第二记录课堂汇报与讨论成绩；第三

考核针灸实践操作能力，将这三部分综合下来作为学生的期末总成绩，而不专门设立笔试环节。一来减轻学生的记忆负担，二来使学生把时间精力用在平时，而不是堆积在期末，三是强调实践操作考核，让同学们重视针灸的实践应用。

### 6 总结

随着社会经济发展对复合型人才的需求，非医专业的人才培养已成为各中医院校需要不断探索的重要任务之一。本文针对非医专业针灸学课程定位，从教学设计多个环节对其进行调整 and 改革，并总结如表1。希望为高等中医药院校非医类专业医学课程建设贡献绵薄之力，为中医药文化传播和大众化发展推波助澜。

表1 医学专业与非医专业针灸学教学设计的比较

	医学专业针灸学	非医专业针灸学
学情分析	七年制中医、中西医结合专业；五年制中医、中西医结合专业	医学相关专业：眼视光、护理、康复治疗等；其他专业：市场营销、计算机、英语等
教学目标	掌握针灸的基本知识、基本理论和基本技能，并能熟练运用针灸方法防治临床常见病、多发病	掌握针灸的基本概念、常用穴位和艾灸拔罐等技能，提高人文素质和医学素养；并突出专业性
教学内容	理论性知识(经络腧穴)、应用性知识(刺灸操作)、感性知识	以感性知识为主，理论性、应用性知识为辅；
教学顺序	先腧穴，后刺灸 先理论，后实训	先灸罐，后腧穴 先实训，后理论 以“穴组-刺灸-疾病/证型”或“穴组-刺灸-证型”的整合教学模式
教学方法	以讲授法为主，结合PBL、CBL等	以PBL、CBL为主，结合讨论点评
教学评价	总成绩=平时成绩+点穴成绩+考试成绩； 以记忆穴位的定位和功能主治为主	总成绩=平时成绩+课堂讨论+实训操作； 以感性认知、实践技能和自主学习为主

### 参考文献

- [1]王晓玲,汪涛,赵舒武,等.国内外中医药教育发展现状与天津中医药教育发展分析[J].中华中医药学刊,2009(1):154-155.
- [2]南京中医药大学本科教学工作审核评估自评报告[R].南京:南京中医药大学,2015:56-57.
- [3]李宝岩,李成林,曹锐.《针灸学》“先刺灸,后经穴”的优势与教学体会[J].中国针灸,2012,32(4):374-376.
- [4]李静,陆瑾,阮志忠.PBL法结合LBL法在《针灸学》教学中的应用效果[J].中国针灸,2015,35(8):831-834.
- [5]张昆,郑君.PBL教学法在《针灸学》教学中的应用分析及新模式的创建[J].中国针灸,2013,33(5):469-472.
- [6]杨洁,杨明晓,冯跃,等.探索PBL结合LBL教学模式在《针灸学》教学中的应用[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2013(1):15-16.
- [7]茅骏霞,李艺.案例教学法在中医针灸学教学中的应用现状分析[J].上海针灸杂志,2015(11):1131-1134.
- [8]刘勇,赵军.在针灸临床课中运用PBL与CBL教学法的体会[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(22):3371-3372.

(本文编辑:李海燕 本文校对:董勤 收稿日期:2018-07-24)

# 分泌性中耳炎的说课方案设计\*

范婧莹<sup>1,3</sup> 戴娜<sup>2,3</sup> 何迎春<sup>2,3\*</sup> 田道法<sup>1,3</sup>

(1 湖南中医药大学中西医结合学院, 湖南 长沙 410208; 2 湖南中医药大学医学院, 湖南 长沙 410208;  
3 中医药防治耳鼻咽喉疾病湖南省重点实验室, 湖南 长沙 410208)

**摘要:** 说课是一种重要的教研活动, 主要通过口头阐述的方法介绍教学内容、教学流程、教学设计意图和教学效果等。本文结合中西医临床医学专业学生的情况, 针对中西医结合耳鼻咽喉科学课程中“分泌性中耳炎”这一教学内容, 从说教材、说目标、说学情、说教法、说教学过程和教学反思6个方面设计说课方案, 以期提高教学质量, 深化教学改革与创新。

**关键词:** 说课; 分泌性中耳炎; 中西医结合耳鼻咽喉科学; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.008

文章编号:1672-2779(2018)-21-0021-02

## The Introduction on the Presentation of Teaching of Secretory Otitis Media

FAN Jingying<sup>1,3</sup>, DAI Na<sup>2,3</sup>, HE Yingchun<sup>2,3\*</sup>, TIAN Daofa<sup>1,3</sup>

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

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

3. Hunan Provincial Key Laboratory for the Prevention and Treatment of Ophthalmology and Otolaryngology Diseases with Traditional Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410208, China)

**Abstract:** Teaching design is an important teaching and research activity. It mainly introduces teaching content, teaching process, teaching design intention and teaching effect by means of oral elaboration. Combined with the traditional Chinese and western medicine clinical medical students and the teaching content of "secretory otitis media", said from the teaching material, the goal, learning, teaching, teaching process and teaching reflection six aspects speaking lesson plan design, in order to improve the teaching quality and deepening teaching reform.

**Keywords:** presentation of teaching; secretory otitis media; integrated otorhinolaryngology; teaching reform

说课, 与讲课有所不同, 是教师在细心体会教学大纲和研究教材的基础上, 依据教育学原理, 结合授课对象实际状况, 向同行、专家或评委, 就教案的指导原则、教学流程、教学效果等进行阐述的一种教研活动, 它为备课提供了理论依据, 并为上课提供了理论指导<sup>[1]</sup>。说课能够使教研活动得到有效加强, 使教师理论素养得到有效提高, 使课堂教学焕发活力<sup>[2]</sup>。中西医结合耳鼻咽喉科学是一门解剖结构复杂、专业性强的临床二级学科, 又是一门理论性、实践性和应用性均较强的学科, 近年来该学科发展迅速, 三级学科不断拓展, 使教学内容有了很大的扩增和变化<sup>[3]</sup>。由于缺乏教学经验, 青年教师在课堂教学中存在教学时间和重难点把握不到位、学生互动较少等现象。积极开展说课活动, 不仅能充分调动高校教师教学的积极性、优化教学过程和教学质量, 还能全面提高教师的自身素质<sup>[4]</sup>。本文结合中西医临床医学专业学生的情况, 以“分泌性中耳炎”这一教学内容为例进行说课设计。

### 1 说教材

本课选用教材是由中国中医药出版社出版, 田道法、李云英主编的《中西医结合耳鼻咽喉科学》第十版。该教材是全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材, 供中西医临床医学专业五年制本科教学使用。全书分上篇、下篇、附篇和附录四部分, 分别介绍中西医结合耳鼻咽喉科学基础、常见耳鼻咽喉疾病及其常用中西医治疗方法、常用方剂等。本文选取的内容为该教材第十一章“耳部疾病”的第七节“分泌性中耳炎”。根据教学大纲的要求, 主要介绍分泌性中耳炎的中医病机、病因病理、临床表现、诊断要点和治疗, 本教学内容共安排1.5课时。

### 2 说目标

结合授课对象和中西医临床医学专业的特点, 根据教学大纲要求, 制定了以下教学目标。

**2.1 知识目标** 掌握分泌性中耳炎的临床表现、诊断和治疗; 熟悉其中医病机、西医病因病理和主要鉴别诊断; 了解分泌性中耳炎的预防和调护及相关临床研究进展。

**2.2 能力目标** 培养学生发现问题、分析问题和解决问题的能力, 提高学生的主观能动性。并能学会归纳总结, 逐渐使知识系统化, 达到能运用理论知识诊治本病及健康教育的目标。同时, 培养学生形成正确的中

\* 基金项目: 湖南中医药大学校级教学改革研究课题 [No. 2016JG025]; 湖南中医药大学研究生培养质量工程项目 [No. 2016JG09]

\* 通讯作者: 1305851329@qq.com

西医结合临床诊疗思维。

**2.3 情感目标** 通过学习, 让学生知道在医疗过程中, 除了具备良好的医疗技术外, 还需要敬畏生命, 尊重和关爱人的尊严<sup>[4]</sup>。培养学生的人文情怀和与病患的沟通能力, 增强职业意识, 树立良好的科学观, 激发学生探索生命奥秘的兴趣。

### 3 说学情

**3.1 认知状况分析** 本课程开设于大学第四学年第二学期, 经过四年的学习, 学生已具备理解本课程必需的医学基础和专业知识。

**3.2 能力状况分析** 处于临床实习前期, 学生的思维活跃且自学能力强, 但临床思维和临床实践能力相对欠缺。部分学生习惯性接受死记硬背填鸭式教学模式, 其探索知识的主观能动性较差, 缺少运用已学知识发现问题、分析问题和解决实际问题的能力。

### 4 说教法

根据教学内容、教学目标与授课对象的学情特点, 以“临床病例引入—讲授新课—病例总结”为主线进行设计。将理论教学与临床实践紧密结合, 促进基础理论和实践操作相互融合。注重多媒体设计, 积极利用图片、视频、音频等素材, 充分运用网络、临床真实资料等多种教学资源, 教学过程中将讲授法、提问法、讨论法、演示法等多种教学方法有机结合, 形成生动活泼的教学氛围。根据教学内容及学生的接受情况, 灵活应用这几种教学方法, 引发学生思考, 调动学生学习的积极性, 发挥学生的主观能动性, 提高教学效率和教学质量。

### 5 说教学过程 (60 min)

**5.1 通过临床病例 导入新课** 5 min, 通过临床病例导入教学内容—分泌性中耳炎。用多媒体展示临床病例, 案例: 李某某, 男, 56岁, 近一年来反复出现左耳闭塞感, 半月前坐飞机后出现左耳闭塞感增强, 耳鸣, 听力下降, 一直无好转。检查: 左耳鼓膜内陷, 光锥消失, 鼓气耳镜下鼓膜活动不佳。舌淡胖, 苔白腻, 脉滑缓。提问: (1) 根据病例资料, 该患者最可能的诊断是什么? (2) 如果要确诊需要做哪些检查?

**5.2 讲授新课 攻克重难点** 50 min, (1) 结合导入病例切入病名概念, 突出分泌性中耳炎的主要特征: 耳内胀闷堵塞感, 鼓室积液及传导性听力下降。

(2) 结合其发病特点引导学生回顾咽鼓管的解剖特点和生理功能。利用动画动态演示其发病机制, 使学生清晰地理解本病发病过程。

(3) 通过提问回顾上篇已讲述的耳与脏腑经络关系及耳的主要病因病机。引导学生运用所学中医

基础理论来分析本病可能的病因和涉及的脏腑、经络; 并据此进一步对耳胀耳闭的病因病机进行系统讲述。

(4) 重点讲述本病的临床表现、诊断与鉴别诊断; ①临床表现: 病史+症状+体征+检查, 对体征部分以临床耳内镜下典型图片和视频辅助讲述, 让同学们更直观地观察和理解不同病理分期鼓膜的不同表现。同时, 重点突出听力学检查和声导抗测试及其他检查方法对诊断本病的意义, 利用图片和视频讲述检查结果的分析; ②诊断与鉴别诊断: 结合病例及回顾咽鼓管的解剖特点, 提示单耳患病时排除鼻咽肿瘤的可能性。

(5) 讲授分泌性中耳炎的中西医治疗, 通过图片展示临床常用药物, 通过视频展示本病的手术疗法和主要外治法, 根据病机要点讲解中医辨证论治, 并介绍主要的方剂及其加减; 最后将学生引入到日常生活, 简要介绍分泌性中耳炎的预防和调护。

(6) 案例讨论: 回到引入的案例, 组织学生分组讨论。讨论内容: ①本病可能的中西医诊断, 应与哪些疾病进行鉴别, 鉴别要点是什么; ②本病例如何辨证, 简述你的辨证思路与辨证结果; ③本病应如何治疗。讨论结束后, 对本节内容进行总结。

**5.3 延伸拓展 归纳小结** 5 min, 教学内容结束后, 及时提问, 测试学生对重点知识的掌握情况。同时, 简明扼要地对本节所授知识进行小结, 起到强化知识点的作用。

### 6 教学反思

反思本课教学设计, 认为亮点为: (1) 采用了讲授法、病例教学、提问法、讨论法、演示法等多种教学方法, 摆脱了生浇硬灌的教学模式, 激发了学生参与热情。通过教师与学生间的相互提问与回答, 让教学在共同思考中展开, 通过逐层分析, 引导学生自主学习, 培养学生的临床思维能力, 使教学模式由传统的教师主导转变为以学生为主体的自主学习; (2) 课程结束后, 及时讨论、总结和测试, 起到强调重点、加强记忆的作用。

### 参考文献

- [1] 贾永艳, 关延彬, 田效志, 等.《药剂学》课程“片剂”的说课设计[J]. 中国当代医药, 2012, 19(23): 198-200.
- [2] 于素梅. 谈“说课应遵循的原则”[J]. 体育教学, 2016, 36(4): 16-18.
- [3] 邓安春, 杨桦, 陈立颖, 等. 耳鼻咽喉头颈外科学临床教学改革初探[J]. 医学教育探索, 2010, 9(6): 795-797.
- [4] 范婧莹, 戴娜, 何迎春, 等. 中西医结合耳鼻咽喉科学“变态反应性鼻炎”说课设计方案[J]. 教育教学论坛, 2018, 1(2): 96-97.
- [5] 付洋, 尹梅. 论医学院校临床专业医患沟通课程的重要性[J]. 中国医学伦理学, 2015, 28(3): 436-438.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 田莎 收稿日期: 2018-07-27)

# 批判性思维在中医院校心电图教学中的培养

谢慧文

(广州中医药大学第一附属医院心电图室, 广东 广州 510405)

**摘要:** 批判性思维是现代大学教育的核心理念, 尤其对于培养具有创新意识的新医学人才具有重要的意义。本文对具有理论课以中医为主, 西医课时较少, 学生学习目标、思维、兴趣乃至学科背景等诸多因素的中医院校在心电图教学中如何培养学生批判性思维能力进行了探讨。提出批判性思维能力培养首先在教学中构建民主和谐的氛围, 利于学生批判性思维的建立、构建适合批判性思维能力培养的心电图课程模式, 教学过程中构建利于批判性思维能力培养的情境、设计有效的问题模式, 课后选择一种有效的教学评价进行科学评估及监管。

**关键词:** 心电图学; 批判性思维; 中医院校; 教学研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.009

文章编号:1672-2779(2018)-21-0023-03

## The Cultivation of Critical Thinking in Electrocardiogram Teaching in Colleges of Traditional Chinese Medicine

XIE Huiwen

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

**Abstract:** Critical thinking is the core concept of education in modern universities, and it is of great importance to cultivate innovative new medical talents. Imposed in this paper, with theory of traditional Chinese medicine, western medicine class is less, the students' interest in learning objectives, thinking, and many factors such as different disciplines background of traditional Chinese medicine colleges and universities in electrocardiogram (ecg) teaching how to cultivate students' critical thinking ability are discussed in this paper. The critical thinking ability training in the first place in the teaching building democratic and harmonious atmosphere, conducive to the establishment of students' critical thinking was put forward, the electrocardiogram (ecg) course mode of cultivating the ability of critical thinking was constructed, good for critical thinking ability training in the process of teaching situation was built, effective mode was designed, and a kind of effective teaching evaluation after class for scientific evaluation and supervision was chose.

**Keywords:** electrocardiography; critical thinking; college of traditional Chinese medicine; teaching and research

批判性思维是一种特殊的思维方式, 培养良好的批判性思维可有助于人们甄别纷繁信息的真伪错对, 从中提取到正确的信息为我所用, 更是促使人们在原有知识批判中继承, 在批判中创新的最佳方式。我国高等教育改革的首要任务是提高大学生创新能力, 培养敢于质疑传统和权威, 提出自己观点的创新型人才。在医学领域, 医生经常要面临的是纷繁复杂、鱼目混珠的临床问题, 这就需要医生在诊断决策上有较强的判断和分析能力, 因此, 医学生的批判性思维培养显得尤为迫切。既往我国的医学教学受“应试教育”的影响, 学生批判思维能力的培养较为薄弱, 主要表现为: 缺乏对知识错对的辨别与区分的能力; 盲目信从书本和权威, 缺乏对所学知识的反思、批判和质疑; 盲目地接受知识, 整体缺乏主体意识, 限制了思维发展的空间。培养医学生的批判性思维, 对于中医专业的学生尤其必要, 这是因为由于中医院校与西医院校对学生的培养目标不同, 中医课程占时较多, 西医教学受到内容过多和学时有限以及学生学习目标、兴趣乃至学科背景等诸多因素的影响, 中医专业学生极少对所学的西医知识进行反思和质疑, 严重影响学生的批判性思维的发挥。另外, 对于思维方式存在差异性的中医院校学生来说, 在西医课程开设前, 其所学习的中医课程是以形象思维及整体思维为导

向, 所以开始学习西医学后, 难免会用中医观点来学习, 导致思维方式的混乱<sup>[1]</sup>, 难于接受一些抽象难懂的西医知识。

心电图教学中的批判性思维就是对现有心电图的诊断正反向思维和辩证思维的确立及其对原有思维推理过程的质疑。由于长期学生受到传统教育的影响, 思维较僵化及盲从, 缺乏批判性思维能力, 很难对不同患者提出个性化的诊断。因此, 作为医学生基础课程之一的心电图如何培养学生批判性思维能力是一个非常值得探讨的问题。笔者在中医院校心电图教学中就如何培养学生批判性思维能力浅谈一些个人体会。

### 1 建立民主和谐的氛围 利于学生批判性思维的建立

培养医学生的批判性思维, 要牢记“以促进学生全面发展”的现代教育宗旨。在课堂中为学生创建批判性思维建立的民主、融洽的气氛<sup>[2]</sup>, 恰当处理师生的教与学的关系, 形成平等互动交流的教学氛围, 以促进医学生的全面协调发展。教师在教学中不仅传授知识, 更应成为医学生批判性思维形成的引导者。

批判性思维培养不单是为了问题的解决, 而是解决问题过程中对问题的回顾和反思, 证据的质疑和判断的态度取向。而心电图的教学也不例外, 亦提倡学生批判性思维的培养应从鼓励学生质疑做起。心电图

学的建立已有一百多年的历史，是一门既成知识体系的经典学科，学生受传统观念的影响，尤其中医专业的学生更不敢向传统和权威说“不”；另外，心电图是门抽象、逻辑性较强的学科，学生刚接触时一无所知，容易盲从，不知从何处入手质疑。这两者都容易僵化及局限学生的思维，不利于学生批判性思维的建立。因此，我们在教学实践中鼓励学生敢于向教师、传统和权威挑战，从浩如烟海的信息中辨别真伪，发现问题。对提出问题的学生予以鼓励，对意见不一的问题及时组织学生进行课堂讨论，畅所欲言，各抒己见；教师及时点拨和引导，纠正问题的错误，并剖析其中错误的原因。这样，才会增强学生对医学问题的复杂性、不确定性保持敏感和包容，更有信心去独立分析，全方位、多角度去分析问题，辨别真伪，并逐渐形成批判性的思维。

## 2 建立有利于批判性思维能力培养的心电图课程模式

心电图学是与众多医学学科相关联的临床基础学科，由于心电图学设计内容繁多，重点、难点抽象复杂，学生容易出现学生“学后忘前”“首尾不能相顾”的局面。为此，我们设计以问题为基础的教学方法或课程模式 (problem-based learning, PBL)，在教学实施过程中我们以问题为基本立足点，将课程相关内容展开，学生通过小组讨论和主题演讲，教师适当点拨，既避免知识点的重复和遗漏，又可提升学生学习的主动能动性，在学习中学会辨别、质疑，学会多角度、全方位解决问题的技巧，实为培养学生的批判性思维最为有效的方法<sup>[9]</sup>。

为此，我们在心电图PBL课程教学设计上，首先根据心电图课程的基本要求和教学目标，总结以前的教学经验，制定出具有PBL特点的教学大纲和教案，授课老师将常见的临床病例改编整理成若干的教案，教案主要体现出疾病与心电图的联系以及与相关学科知识点的关系，并提出相关问题，这些问题的设计包含了心电图学习的重点、难点、提示性问题、相关知识点，涉及与该疾病有关的解剖学、生理学、病理学和内科学等内容，充分体现从临床—基础—临床的学习思路，这些问题的提出有利于引导学生在课外发挥主观能动性，查找资料，寻找出解决问题的最佳方法。

PBL教学实施：心电图PBL课程安排大约用1/3学时让教师讲授心电图基础知识，让学生对心脏特殊传导系统、电生理特性、心电的产生和临床意义有个相应的了解。再用2/3学时将心电图学各论部分结合临床病例教案开展小组讨论。讨论课前将病例及问题发给学

生，学生分成若干组，每组指派1名教师参与，学生课前查阅资料，预习相关的知识，撰写个人自学笔记，准备发言提纲。在小组讨论中，学生围绕相关问题进行反思、推理和分析，最后总结出各章节的知识要点。选派代表在全班作主题发言，然后由其他同学各抒己见，进行补充或修正。在讨论过程中，学生需要持有包容和开放的态度看待别人呈现的不同意见，增强自己反思和辨别思想观念，敢于质疑，多角度地看待问题<sup>[4]</sup>。若遇到问题比较复杂，学生一时难于解决问题，教师可适当点拨，启发思路，引导学生的思考方向及逻辑思维；如果仍解决不了，则由教师解答。通过小组讨论和主题发言，一是鼓励学生自主地解决问题；二是使学生系统地总结和整理自己的思路；最终通过点评、归纳，达到解决问题，掌握知识的目标。PBL教学课结束前，教师适时多角度、多层次对每个问题所涉及的知识点进行剖析和总结串讲，强调各论的知识重点和难点。另外，实施课堂讨论前，教师应主动随机抽查学生的课前预习，了解学生的主动学习情况。课后，由学生自我评价，同时教师根据学生讨论中的表现，实事求是、客观地作出评定。

## 3 建立批判性思维能力培养的情境和设计有效的模式

在PBL教学中，批判性思维的建立往往是从一个有待解决的问题引出的。然而，单纯地提出问题和解决问题不等于批判性思维。教师依据教案和病例，启发引导学生自己找出问题，并适当点拨就显得尤为重要。因此，要尽可能营造这种情境，并使这种情境贯穿于整个学习过程的始终。例如：心电图课第一节课时，我们以思辨性提问为引导，在学生进行知识储备的同时埋下“思辨”的种子，使学生一开始就沉浸在一种好奇和思辨的求知氛围中，启发思考并展开教学内容，具体的做法是：在授课前，可以引出问题：（1）心电图与其他临床课程会有什么样的联系？（2）从心电图课程中你能学到些什么知识？将对你日后的临床实践起到什么作用？（3）心电图作为医学基础课，将对日后临床课程的学习起到什么作用？（4）通过课前教师发出的相关资料，你会如何学习这门课？在心电图教学进程中，在各论中，设置不同的思考角度，引出学生的不同观点，充分运用手头的资料，对问题进行剖析。鼓励学生敢于提出自己观点，质疑传统的理论，合理运用反方的证据对自我的观点进行修正。例如：讲述室性早搏特征时，设置该问题的思考角度：（1）从室性早搏起源点；（2）室性早搏前为何没有相关P波？若有P波呢，又如何理解？（3）代偿间歇一定是



完全的?不完全又如何解释?学生收集资料,引出证据。对“室性早搏”知识进一步讲述时,可提出“宽大畸形的QRS波群都是室性早搏,对吗?”设置该问题的思考角度:(1)室性早搏最基本特征是提前;(2)室性早搏大部分的QRS波群都是宽大畸形,但宽大畸形的QRS波群不都是室性早搏,例如心室内传导阻滞、房早合并室内差异性传导等;学生收集资料,引出证据,从而拓宽了“室性早搏”知识点的深度和广度。

#### 4 选择一种有效的评价方法进行科学的评估及监管

教学评价的目的在于检验教学的效果,提高教学质量,但它又不仅仅是一种对学生学习成果的评判,更是促进学生全面发展的重要手段。传统的教学评价往往简单地把评价和考试等同起来,而对学生在整个学习过程中认知、主动性、分析、推理和判断的技能重视不够。因此,有必要改变课堂教学评价的切入点,不以简单的分数论英雄,而是更加重视学生的批判思维和创新意识,在学习过程中能否独立思考,能否辨别真伪,发现问题,能否从多角度、全方位解决问题,针对问题的回答能否进行自我评价。我们建立教学评价体系分为两部分,一是总结性考核,二是发展性教学评价<sup>[9]</sup>。具体的做法如下:(1)总结性考核中加入评判批判性思维的考题<sup>[9]</sup>设计,如问答题可加入渐进式提问的案例题,要求学生根据患者的症状、体征、心电图图片、实验室检查等给出初步诊断,该诊断应如何与别的类似心电图鉴别诊断?这种试题设计可使学生思维发散,全方面、多角度地思考问题,解决问题,从而可评判出学生的综合运用能力和应变能力;(2)临床技能考核(CSA)及客观结构化临床考试(OSCE)等方式<sup>[7]</sup>相结合。在考试的设计中应基于已掌握的知识对题目进行多角度、全方位逻辑分析和判断,加强学生辨别分析、逻辑推理、归纳总结等认知能力;(3)发展性教学评价主要包括学生在教学过程中的形成性反馈,如学生掌握心电图知识的主动性,融入课堂讨论、主题发言的积极性;建立科学临床思维,查阅信息资料的实践能力以及发挥主观能动创新性等;在课堂中学生合作交流和谐发展的评价,包括团队精神、参与意识、师生关系、同学之间的关系,对待不同见解的包容性和开放性等。总之,这种评价体系从知识与技能、过程与方法、情感态度与心理素质三个层面进行评判,真正达到注重学习过程、重视学生素质教育、促进学生个性化发展的根本目标。

综上所述,加强批判性思维能力培养是医学教育改革的趋势,对于医学生来说更是一项应该掌握的解

决问题的基本技能。而中医院校由于受到对学生培养目标不同,西医课程内容过多和学时有限,以及学生学习目标、兴趣、思维乃至学科背景等诸多因素的制约,对中医院校学生的批判性思维培养显得尤其迫切,批判性思维能力培养对医学生个性全面发展和专业能力提高都有重要意义。如在心电图课程教学中纳入批判性思维能力培养的相关内容,必将提升学生对临床复杂的案例全面缜密的质疑和分析推理能力,满足新时代对医学人才创新能力的需要。

#### 参考文献

- [1]张新霞.中医院校西医内科学教学模式探讨[J].中国民族民间医药杂志,2009,18(24):70-71.
- [2]南敬实.课堂教学中培养大学生批判性思维能力的探讨[J].吉林建筑工程学院学报,2012,12(5):34-36.
- [3]张云,乔敏,赵海平.医学生批判性思维能力的培养[J].中华医学教育杂志,2007,27(2):7-9.
- [4]申晓军,毕建威,谢长勇,等.谈加强医学生人文素质的培养[J].解放军医院管理杂志,2012,19(4):384-385.
- [5]徐菊玲,袁义厘.在护理教学中运用发展性教学评价的尝试[J].护士进修杂志,2007,22(19):1793-1795.
- [6]毛秋婷,曾铁英,赵梅珍,等.护生批判性思维能力培养面临的问题与对策[J].护理学杂志,2012,27(20):92-94.
- [7]赵丽微,钟秀宏,杨淑艳,等.批判性思维与全科医学教育[J].中国科技信息,2012(11):266.

(本文编辑:李海燕 本校校对:张伟 收稿日期:2018-07-19)

### 辛夷鉴别要点

根据不同品种可分为以下几种。

望春花:本品呈长卵形,似毛笔头,长1.2~2.5 cm,直径0.8~1.5 cm。基部常具短梗,长约5 mm,梗上有类白色点状皮孔。苞片2~3层,每层2片,两层苞片间有小鳞芽,苞片外表面密被灰白色或灰绿色茸毛,内表面类棕色,无毛。花被片9,外轮花被片3,条形,约为内两轮长的1/4,萼片状,内两轮花被片6,每轮3,轮状排列。雄蕊和雌蕊多数,螺旋状排列。体轻,质脆。气芳香,味辛凉而稍苦。

玉兰:长卵形,似毛笔状,长1.5~3 cm,直径1~1.5 cm。基部枝梗较粗壮,皮孔浅棕色。苞片外表面密被灰白色或灰绿色茸毛。花被片9,内外轮同型。

武当玉兰:外形同玉兰,长2~4 cm,直径1~2 cm。基部枝梗粗壮,皮孔红棕色。苞片外表面密被淡黄色或淡黄绿色茸毛,有的最外层苞片茸毛已脱落而呈黑褐色。花被片10~12(15),内外轮无显著差异。

三种玉兰共性:长卵形,似毛笔头,苞片外密被灰白色或灰绿色有光泽的长茸毛。体轻,质脆。气芳香,味辛凉而微苦。

——摘自祝之友教授《神农本草经药物解读——从形味性效到临床(2)》,人民卫生出版社,2017。

# 信息技术支撑下中医诊断学的教与学

杨艳秋 兰辛键\*

(长春中医药大学基础医学院中医诊断教研室, 吉林 长春 130117)

**摘要:** 中医诊断学是一门实践性强, 操作与理论并重的中医专业基石课程, 在传授知识的同时, 更重要的是培养学生的医学素养、中医思维和解决问题的能力, 因此主动探究、终身学习的能力和热情至关重要。信息技术在中医诊断学中的应用, 丰富了教学内容和教学形式, 拓展了教与学的时间和空间, 实现了学习的延伸, 延伸到课外、延伸到网络、延伸到任意课堂……为主动探究、终身学习提供了平台。

**关键词:** 中医诊断学; 信息技术; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.010

文章编号:1672-2779(2018)-21-0026-03

## Teaching and Learning of Diagnostics of Traditional Chinese Medicine Supported by Information Technology

YANG Yanqiu, LAN Xinjian

(Department of Diagnostics of Traditional Chinese Medicine, Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province,

Changchun 130117, China)

**Abstract:** The diagnostics of traditional Chinese medicine is a practical, operation and theory of traditional Chinese medicine professional cornerstone course, in imparting knowledge at the same time, more important is to cultivate students' medical literacy, thinking of traditional Chinese medicine, problem-solving ability, so the initiative to explore, lifelong learning ability and enthusiasm is very important. The application of information technology in diagnostics of traditional Chinese medicine enriches the teaching content and teaching learn form, expands the time of teaching and learning and extends to the outside class, the network and any classroom ect, and provides a platform for active inquiry and lifelong learning.

**Keywords:** diagnostics of traditional Chinese medicine; information technology; teaching and learning; practical research; teaching mode

中医诊断学是一门实践性强, 操作与理论并重的中医专业基石课程, 不仅需要学生能够独立完成病情资料的采集, 还需要具备运用中医理论对所获取的病情资料进行真假辨识、分析归纳、准确得出辨证结论的能力。

在传统的中医诊断学教学模式中, 教师的教主要是课堂讲授, 学生的学主要是上课记笔记, 课下背笔记。学生的学习任务主要是消化、理解课上的内容, 学生被动地接受, 缺乏主动性和创造力。

信息化教学模式是以信息技术支持为特征, 涉及现代教学观念的指导和现代教学方法的应用<sup>[1]</sup>。学生可以根据个人的学习情况, 按需学习、选时学习、重复学习, 在一定程度上实现了教育的个性化。学生的主体地位得以强化, 主动性、积极性和创造力得以极大发挥。

中医诊断学在基于网络环境下的信息化教学中, 教学平台、微助教、学习通、微课、慕课、电子医案等资源的应用, 让课堂悄然发生着变化。

### 1 微助教助力中医诊断学的课上学习

微助教, 是华中师范大学田媛老师和华中科技大学专业团队合力推出的利用信息化手段, 帮助教师搭建的智慧课堂, 旨在进行课堂师生互动, 提高教学效果和学习效率。

学生利用手机进行课堂签到, 手机签到既缩短了签到时间, 也预示着中诊课程的开启; 手机答题和讨

论中的随机点人环节, 大大提高了学生的参与度; 出勤率、课堂研讨、虚拟论坛发言、平时作业和小测验等模块便于老师了解学生的学习过程, 及时作出发展性评价; 微助教即时统计学生的参与成绩, 并以数据和表格的形式进行展现, 根据学生参与率和答题准确率的变化, 教师可以随时了解学生的课堂状态, 学习情况, 适时调整教学进度、把握教学难度。

微助教能够为教师带来“控制感”, 给学生带来“参与感”。提供的课堂签到、课堂测试、课堂讨论等多种互动功能, 以游戏化思维鼓励学生积极参与课堂互动, 让教师的教学实践与创新, 化繁为简、对症下药, 提高教学效果和教学质量。

### 2 微课慕课助力中医诊断学的线上学习

微课、慕课的学习形式让学生的学习更加灵活、方便, 自主性、积极性得以发挥。

中医诊断学教学内容中有些概念生涩难懂, 教师课上的一次性讲解, 学生不能完全掌握, 教师将生涩难懂的概念制作成微课或利用微课讲解教学中的重点、难点, 学生可以打破时间、空间的限制, 自主选择观看的内容, 重复学习, 强化知识的理解与内化。

名校名师开放的免费中医诊断学慕课, 让学生不受身份、时空的限制, 共享所需的、优质的教育资源。在收获知识的同时, 也感受着名师名家的人格魅力和精神力量。

医学院校在传授知识的同时更重要的是培养学生的医学素养和自主探究解决疑难、复杂医学问题的能

\* 通讯作者: 744983982@qq.com

力,并始终保持这种能力和热情。学生主动探究、终身学习的能力和热情至关重要。微课、慕课实现了学习时间、学习空间的延伸,将学生的学习延伸到课外、延伸到网络、延伸到任意课堂……为主动探究、终身学习提供了平台和可能。

### 3 学习通助力师生课下互动

学习通为师生构建了一个网上虚拟的交互空间、一个虚拟的网上学校。教学环境由线下的有形课堂变为线下线上结合的“O2O”环境<sup>[2]</sup>;教学资源亦从纸质文字教材为主,向多种媒体资源共存转变。

学习通借助信息技术对中医诊断学中病理声音、望诊图片、问诊视频、体格检查影像等多媒体信息进行综合管理,并通过相应的教学设计,把教学目标和教学内容有机结合,使学习者通过人机交互,完成一系列人机交互操作的学习活动。同时,教师可适时将教学课件、典型医案、在网络平台上收集到的资料与学生分享。网络交互平台,不仅给所有学生,更是给交流不畅的学生提供了一个全新的平台,提问、发言、讨论、畅所欲言,在教与学的交往互动中增进情感、启迪智慧、产生共鸣,实现真正意义上的教学相长与共同成长。

### 4 基于虚拟现实教学助力中医诊断学实训教学

虚拟现实(virtual reality)是利用多媒体技术和仿真技术生成一种交互式人机世界,创造一种身临其境的学习环境,是利用计算机和专用硬件仿真一种境界,通过参与者与“仿真环境”的交互作用,完成一个“历程”来进行学习,达到良好的学习效果<sup>[3]</sup>。虚拟现实的仿真技术已在医学教学中开展,脉象训练仪、舌象仪等已在中医诊断学实训教学中运用,笔者相信在不久的将来,基于计算机仿真技术的虚拟现实教学在中医诊断学实训教学中得以实现,为更好地开展实训教学提供信息科技支持。

### 5 电子医案助力知识拓展运用与科研

中医的症状采集特色鲜明,重视患者的主观感受,证候表现中蕴含着病、证的客观规律,处方用药客观、具体,针对性极强。中医病案是中医学的宝贵财富,是中医药薪火传承的精髓,正如章太炎先生所说:“中医之成绩,医案最著。”医案是临床的第一手资料,中医先哲独到的学术见解、详尽的临床实录、深入浅出的临证分析,是中医理论、个人领悟及临床实践的完美结合。医案中蕴含着大量的隐性疾病诊治规律,由于医家的诊断与治法主观性强,相似症候的诊断差异性,用药规律经验性强,摒除医案中的主观因素和经验成分,挖掘其中的普遍客观规律,仅凭个人之力难以进行全面的梳理与总结。

“互联网+”时代将传统的中医传承模式“读经典、做临床”赋予了新的内涵,即从“读经典”到中医经典知识管理,从“做临床”到中医医案知识管理,在

中医临床实践中获取感性的中医诊疗知识<sup>[4]</sup>。基于本体的名老中医医案研究应用系统<sup>[5]</sup>、中医诊疗系统软件、中华医典、医案通APP等,让学生能更好地直面真实、具体的临床问题,将医案转化为诊疗知识,培养学生以病案诊治为中心的发散思维和横向思维,以期提高学生灵活运用已有知识解决临床问题的能力,逐渐形成辨证思维、整体思维模式,也为系统地研究知名医家的临床经验、学术思想和临证思维提供了可能。

数据挖掘技术的迅猛发展为研究医案中方药与病-证-症之间的内在联系和客观规律提供了可能。研究资料数据较充足,运用关联规则、聚类分析、因子分析等数据挖掘分析方法,从药症角度研究医案,既能摒除原有主观病证分类的影响而得到客观的分类结果,又可依据分类结果验证原有的疾病分类是否完善,还可以发现新的有内在联系的疾病分类类型及最佳治疗方药,甚至可以为现代医学提供疾病分类的新思路,促进中医学不断前行、创新发展<sup>[6]</sup>。

### 6 结语

现代教育技术以现代教育理论为指导,融合多种信息技术,优化教学过程和教学资源,教学实践者既要研究教与学的资源,又要研究教与学的过程,并对教学模式进行深入研究,教学设计、教学开发、教学应用、教学评价和管理四个环节缺一不可<sup>[7]</sup>。

信息技术在教学中的运用,创设学习情境,激发学习兴趣,打破了传统单一的学习方式,课堂氛围变得轻松;将复杂的理论知识简单化、可听可视,提高了课堂效率。信息技术在教学中的应用丰富了教学内容与形式,拓展了教与学的时间和空间<sup>[4]</sup>。教师授课的形式不再局限于讲台、课堂,可以录制成微课、慕课,通过学习通等教学平台进行发布;学生的学习形式也更加灵活,不受时间、空间的束缚,在课前、课后随时随地进行学习。课上的教学内容也会因学生的学习情况随时调整,可以是针对已学知识的复习巩固式讲解,可以是针对课上要运用的学习方法的指导,也可以是引导学生提出有探究价值的问题进行探究讨论。

随着信息技术的快速发展及在教学中的广泛应用,教师应根据信息技术的特点,根据学科自身需求加以选择,从而实现教学效果的最佳化,不能一味追求形式而忽略教学的实际需要。每位教师应有效地将信息技术整合于自身学科的教学过程中。

教育信息化让媒体信息技术不仅仅是娱乐,也成为学生学习的必备工具。教育信息化的成效或最终目标应体现在学科教学质量和学生综合素质的提升,教育信息化强调要运用信息技术去优化教育教学过程<sup>[8]</sup>。

在信息化快速发展成熟的今天,传统的教学显然已不符合我们的时代要求,更不能满足学生的求知需

求,未来的教学将是学术、技术、艺术三术的完美结合。

#### 参考文献

- [1]苑永波.信息化教学模式与传统教学模式的比较[J].中国电化教育,2001(8):26-28.  
 [2]侯凤珍.“互联网+”环境下开放大学教与学的变革研究[J].广播电视大学学报(哲学社会科学版),2016(2):111-114,121.  
 [3]王福伟.浅谈现代教育技术及其对“教”与“学”的影响和作用[J].科教导刊(上旬刊),2011(10):87,127.

- [4]查青林,刘红宁,吕爱平,等.“互联网+”时代背景下的中医现代传承模式[J].江西中医药,2016,47(5):11-13.  
 [5]郑健,林丹红,李其铨.基于本体的名老中医医案研究应用系统[J].福建中医学院学报,2008,18(28):48-50.  
 [6]黄利兴.基于文本挖掘技术探索姚荷生咳嗽医案的证治规律[D].长沙:湖南中医药大学,2010.  
 [7]薛宝卫.信息技术改变课堂教与学[J].中国民族教育,2017(Z1):90.  
 [8]何克抗.我国教育信息化理论研究新进展[J].中国电化教育,2011(1):1-19.  
 (本文编辑:李海燕 本文校对:陈锐 收稿日期:2018-07-27)

# 人性化教学模式应用于妇产科护理带教中的效果研究

王维娜

(中国医科大学附属盛京医院妇产科急诊科,辽宁 沈阳 110004)

**摘要:**目的 研究人性化教学模式在妇产科护理带教中的应用价值。方法 以2017年1月—2018年1月本院妇产科中的实习护生58名为研究对象,按照随机数表法进行分组;研究组和对照组均29名。研究组实行人性化教学,对照组实行传统教学。比较2组护生的综合成绩,护生满意度。结果 研究组的理论知识考核成绩为(52.91±5.37)分、实践操作考核成绩为(41.83±4.25)分,明显比对照组(39.25±9.18)分、(34.01±6.17)分高,组间差异显著( $P<0.05$ )。研究组护生对教学效果满意度为96.55%,明显高于对照组的82.76%,组间差异显著( $P<0.05$ )。结论 通过对妇产科的实习护生应用人性化带教模式进行带教,可显著提高其学习成绩,改善带教质量,建议采纳。

**关键词:**人性化带教模式;妇产科;考核成绩;护理带教

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.011

文章编号:1672-2779(2018)-21-0028-02

## Research on the Effect of Humanized Teaching Model in the Nursing Teaching of Gynecology and Obstetrics

WANG Weina

(Emergency Department, the Affiliated Shengjing Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

**Abstract: Objective** To study the application value of humanized teaching model in the nursing teaching of obstetrics and gynecology. **Methods** From January 2017 to January 2018, 58 intern nursing students in the department of obstetrics and gynecology of our hospital were selected as the study subjects. According to the random number table method, they were divided into the study group and the control group, with 29 students in each group. The study group implemented humanized teaching, and the control group adopted traditional teaching. The comprehensive performance of nursing students in the two groups was analyzed and the satisfaction rate of nursing students was compared. **Results** The theory knowledge examination result of the study group is (52.91±5.37) points, practice assessment result of the study group is (41.83±4.25) points, which are obviously higher than (39.25±9.18) points and (34.01±6.17) points of the control group respectively, and there had significant difference between groups ( $P<0.05$ ). The satisfaction of study group nursing students to teaching effect was significantly higher than that of the control group, and the difference between groups was significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The application of humanized teaching model to nursing students in obstetrics and gynecology practice can significantly improve their academic performance and the quality of teaching, and recommend adoption.

**Keywords:** humanized teaching model; obstetrics and gynecology; assessment results; nursing teaching

临床各科室中,妇产科属于是一个比较特殊且十分重要的科室,会接触到孕妇及其家属,因此我们需要采取有效的措施努力提升妇产科的整体护理质量。人性化教学模式是一种比较新型的教学方法,在我国临床各科室中均有着一定的应用,可在一定程度上提高教学效果,改善护理质量,提高护生的学习成绩<sup>[1]</sup>。研究以58名妇产科实习护生(2017年1月—2018年1月)为对象,着重分析人性化教学模式在妇产科护理带教中的应用价值,现作出如下报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2017年1月—2018年1月在本院妇产科中进行实习的护生58名,利用随机数表法的方式分成研究组和对照组各29例。研究组年龄21~24岁,平均22.03岁;对照组年龄20~24岁,平均22.15岁。所有护

生都为女性,且按照相关规定接受了专业知识以及基础知识的学习,在校考核成绩为合格,且对本院妇产科有一定的了解。所有护生都签署此研究知情同意书,有完整的临床资料,依从性良好,获得医学伦理委员会批准。对比2组的年龄和在校考核成绩等基线资料, $P>0.05$ ,具有可比性。

**1.2 研究方法** 研究组实行人性化带教,详细如下:

(1)充分了解护生对实习的期望以及愿望,以尽可能地实现护生的实习期望。带教老师要充分了解每位护生的个人爱好,并根据护生的实际情况,为其制定个性化以及系统性的培养计划。入科学习时,带教老师要向护生详细介绍医院和科室的整体情况,然后再向护生介绍妇产科实习的基本情况以及教学的基本内容等,让护生能够做好充分的心理准备。和护生进行良

好的沟通,然后再经协商讨论后制定出相应的临床实习计划,并根据护生的实际情况,选择一种最佳的实习方法。要让护生切身感受到被尊重以及被重视的感觉,针对护生提出的建议以及想法,带教老师要作出充分的考虑,若合理要予以积极的采纳,以提高护生学习的热情和积极性。(2)对于不同的护生,有其各自的偏好。故在带教的整个过程当中,带教老师要充分考虑护生的偏好,同时根据护生的性格特点,有针对性地对其施以教学,以挖掘出护生的潜力,让护生能够学习到更多的护理知识以及技巧。针对性格外向的护生,需培养其说话办事亦或者是工作的稳重性,同时要教给护生沟通方面的技巧,要予以护生语言上的鼓励以及提醒,让护生能够多思考,以改变其毛躁等坏习惯。若护生的性格比较内向,则应加强对其进行语言沟通培训的力度,以增强其自信心,提高沟通能力。教学期间,要组织护生进行临床实践,以进一步提高其操作能力,增强责任心。此外,还应向护生强调妇产科护理的宗旨,母婴的重要性,以激发护生的使命感,让护生能够更为积极地参与学习。

对照组实行传统带教,即:组织护生集体学习妇产科护理的相关知识,并由带教老师对护生进行示范操作,然后再让护生动手操作。

**1.3 观察指标** 实习结束后,组织2组护生进行综合性考核,内容主要有实践以及理论这两个部分,其中,实践操作考核的总分为40分,理论知识考核的总分为50分。同时利用本院自拟的满意度调查问卷评价2组护生对教学效果的满意情况:比较满意:90~100分,一般满意:60~89分,不满意:0~59分。根据[(比较满意+一般满意)例数/总例数×100%]公式计算2组的满意度。

**1.4 统计学方法** 用SPSS 20.0统计学软件分析研究数据,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用t检验,计数资料以(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组护生综合考试成绩比较** 研究组的实践操作考核成绩、理论知识考核成绩明显比对照组高,组间差异显著( $P < 0.05$ )。如表1。

表1 2组考核成绩对比 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	实践操作	理论知识
研究组	29	41.83±4.25	52.91±5.37
对照组	29	34.01±6.17	39.25±9.18
t值		5.6209	6.9167
P值		0.0000	0.0000

**2.2 2组护生对教学效果的满意情况比较** 研究组的满意度为96.55%,明显比对照组的82.76%高,组间差异显著( $P < 0.05$ )。如表2。

表2 2组护生对教学效果的满意度比较 [例(%)]

组别	例数	比较满意	一般满意	不满意	满意度
研究组	29	19(65.52)	9(31.03)	1(3.45)	28(96.55)
对照组	29	13(44.83)	11(37.93)	5(17.24)	24(82.76)
$\chi^2$ 值					10.2516
P值					0.0014

## 3 讨论

对护生进行培养时,临床实习尤为重要,可让护生充分了解和掌握更多的临床知识以及技能,与此同时,也有助于提高护士的业务水平和实践操作能力<sup>[1]</sup>。对于带教老师以及护生来说,需要积极采取有效的措施,提高双方对教学以及学习的积极性,如此一来,便能在一定程度上提高教学质量。保持愉悦的心态能够增加人们工作的热情以及积极性,并有助于提高人们工作的效率<sup>[4]</sup>。对此,临床在对护生进行带教时,要注重护生的身心愉悦这一方面。需要让护生亲身体会到被尊重以及被重视的感觉,以进一步提高护生的身心舒适度,从而有助于充分调动护生的主观能动性,让护生能够更为积极地参与学习<sup>[5]</sup>。人性化带教模式属于是一种比较新兴的带教方法,能够充分展现“以人文本”的教学理念,并能根据护生的实际情况以及性格特点等,有针对性地进行带教,以尽可能提高护生参与学习的热情以及积极性<sup>[6]</sup>。现代研究表明,经人性化带教后,可取得比传统带教更理想的成效,不仅有助于提高护生的学习效果,还能让护生在整个带教的过程当中充分发挥出其自身的优势<sup>[6]</sup>。此外,人性化带教模式的应用还能顺应人的3个自然属性,即心灵层面、生理层面以及心理层面,从而让护生的人际关系变得更加和谐与友好。本研究中,研究组29名妇产科护生在应用人性化教学模式后,其实践操作考核成绩以及理论知识考核成绩都明显比对照组高,组间差异显著( $P < 0.05$ );研究组护生对教学效果的满意度与对照组比较有显著差异, $P < 0.05$ 。提示人性化带教模式的运用可显著提高妇产科护生的学习效果,改善临床带教质量,并有助于提高护生对教学效果的满意程度。

综上所述,于妇产科护理带教工作中积极采用人性化带教模式,可让护生获得更优异的工作能力,并能提高护生对教学效果的满意度,促进教学质量改善,建议推广和使用。

### 参考文献

- [1]张飞云.人性化带教模式在妇产科护理带教中的效果观察[J].中国高等医学教育,2012(8):106,142.
- [2]姚丽新,骆彩珍,莫伟敏,等.人性化带教模式在妇产科护理带教中的体会[J].医学理论与实践,2013,26(5):685-686.
- [3]余维.不同带教模式在剖宫产后护理带教中应用的效果比较[J].中国实用护理杂志,2012,28(14):91-92.
- [4]胡翠云.妇产科人性化护理带教体会[J].中外健康文摘,2013(25):291.
- [5]李云微.人性化带教模式在剖宫产后护理带教中应用[J].中国高等医学教育,2013(8):100,131.
- [6]古玉蓉,秦芙蓉,王蓉,等.人性化带教模式在妇产科护理带教中的应用价值[J].东方食疗与保健,2018(1):323,325.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李俊 收稿日期:2018-07-05)

# 以问题为基础的教学模式在妇产科临床带教中的应用

王慧霞 高 忆\*

(河南中医药大学第三附属医院妇产科, 河南 郑州 450003)

**摘要:**目的 探索以问题为基础的教学法在妇产科临床带教中的应用效果。方法 选择在我科实习的60名本科实习生, 随机分为2组, 其中试验组30名, 采用以问题为基础的教学模式; 对照组30名, 采用小讲课教学模式。通过出科考核, 分析教学效果。结果 试验组学生在理论考核、实操考核及接诊考核中成绩均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 以问题为基础的教学模式改变了学生处于被动学习的方式, 调动了学生学习的积极性和主动性, 能够为临床一线培养出合格的储备人才。

**关键词:** PBL; 妇产科; 临床带教

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.012

文章编号:1672-2779(2018)-21-0030-03

## The Application of PBL Teaching Method in the Clinical Teaching of Gynecology and Obstetrics

WANG Huixia, GAO Yi\*

(Department of Gynecology and Obstetrics, No.3 Affiliated Hospital Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450003, China)

**Abstract: Objective** To explore the application effect of PBL teaching method in the clinical teaching of gynecology and obstetrics. **Methods** 60 undergraduate interns in our department were randomly divided into two groups, including 30 in the experimental group and 30 in PBL group. Through the examination, analysis of teaching effects was made. **Results** The results of the students in the experimental group were higher than those in the control group in the theory assessment, the practical examination and the examination and examination ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** PBL teaching mode has changed students' passive learning way, mobilized the enthusiasm and initiative of students, and trained qualified reserve talents for clinical first-line.

**Keywords:** PBL; obstetrics and gynecology; clinical teaching

传统教学方法主要强调教师的主导性, 忽视了学生主体, 长期的传统教学使学生的主动性和积极性受到很大的抑制。夯实基础理论与操作固然非常重要, 但绝不是医务工作的全部内涵。临床问题具有复杂性和多样性等特点, 这决定了临床知识具有很强的讨论性。临床实习是医学生成为合格医务人员的必经过程, 是提高学生独立思考能力, 将理论联系实际的关键时期, 是提高医学生应变能力及处理问题能力的重要措施。妇产科学涉及面广、实践性强, 对实习医学生的临床能力有更高要求。如何培养一名合格的妇产科医生, 让临床带教面临更大挑战。然而, 随着社会的进步和人们文化水平的提高, 人们的法律意识及维权意识逐步增强, 在现实社会和医患关系的背景下, 临床实习受到了较大限制, 特别是妇产科, 私密性较强, 在临床带教上难度更大。因此探索全新的妇产科临床带教模式势在必行<sup>[1]</sup>。

以问题为基础的教学模式, 即PBL (problem-based learning), 是以教师为引导, 以学生为中心, 让学生在解决问题中学习, 在学习解决问题<sup>[2]</sup>。以问题为基础的教学法引导学生与患者沟通, 从中获得疾病的发病原因和症状, 通过指导学生查体获得疾病的体征, 通过讲解获得疾病的治疗方案, 反复地提问和解决问题, 牢固学生的记忆, 掌握疾病特征, 提升理论基础与实践能力。

本研究将以问题为基础的教学法应用于妇产科临床带教中, 以寻找更实用的妇产科临床带教模式, 为医学生进入妇产科临床工作打下坚实基础。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 通过随机抽样, 选择2017年8月—2017年11月在我科实习的60名本科实习生为研究对象, 试验组30名, 对照组30名。试验组年龄21~22岁, 平均21.6岁; 对照组年龄20~22岁, 平均21.1岁。2组学生均经过妇产科理论学习, 其中理论讲师、学时、教材、讲授内容均相同。2组学生的一般资料比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

**1.2 教学方法** 对照组采取小讲课教学模式, 由带教老师主讲临床典型病例, 包括主诉、现病史、阳性体征、体格检查、辅助检查、诊断、鉴别诊断、治疗方案、用药等方面。

试验组采取以问题为基础的教学模式, 由带教老师将临床典型病例编写成PBL教案, 一般将病例分为三幕进行讨论: 第一幕, 讲述病人主诉、现病史、体征; 第二幕交代体格检查、辅助检查结果、初步诊断; 第三幕描述治疗经过及病情转归。在学生入科时告知教学目的, 发放第一幕剧本, 交代学生自行查阅资料。同时将试验组学生分为5个小组, 每组6人, 每周进行一次讨论, 每次讨论选出1名学生为记录者, 其余学生讨论时互相补充或提出反驳意见。

**1.3 评价标准** 通过出科考核进行评价。

出科考核包括理论考核、实操考核及常见病病人接诊三个方面进行。其中理论考核占出科考核总分40%, 包括问答题及病案分析题; 实操考核占出科考核总分40%, 包括妇产科相关化验报告分析及妇产科临床常用操作; 常见病病人接诊占出科考核总分20%, 包括初步处理及沟通技能。

\* 通讯作者: 14340294@qq.com

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行相关数据分析,使用均数±标准差描述,  $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

试验组学生在理论考核、实操考核及接诊考核中成绩均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表1。

表1 2组出科考核结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	理论考核(40%)	实操考核(40%)	接诊考核(20%)
试验组	30	37.12±5.23	38.23±3.75	18.63±1.87
对照组	30	32.88±1.75*	33.64±2.37*	15.72±2.43*

注:与试验组比较,\* $P < 0.05$

## 3 讨论

在以问题为基础的教学过程中, 学生不再死记硬背理论知识, 通过在思考中学习, 理解基础上形成记忆, 变被动转为主动, 学生在提问、解惑、讨论的过程中强化了概括能力, 提升了探索意识, 同时加强了沟通能力, 使学习主动性和兴趣得到很大提升。

本研究将以问题为基础的教学法运用到妇产科临床带教中, 通过统计分析得出结论, 经过以问题为基础的教学模式带教的学生, 在理论考核、实操考核及接诊考核中均取得良好成绩。这表明以问题为基础的教学法提高了学生临床实践能力, 学生在以问题为基础的教学过程中, 主动查找文献, 提高了发现问题、分析问题、解决问题的能力, 在讨论过程中, 将理论知识与临床实践相结合, 拓宽了诊疗思路, 较熟练的掌握了妇产科临床思维, 加深了对妇产科理论知识的理解, 取得了满意的临床教学效果。

以问题为基础的教学模式改变了学生处于被动学习的方式, 调动了学生学习的积极性和主动性, 加强了各学科之间的交叉融合, 使学生不再局限于书本的单一层面, 帮助其建立起各个学科之间的立体联系, 极大地拓宽了学生的知识层面。此外, 因教师均为临床一线医生, 有着丰富的临床经验, 在临床带教中应用以问题为基础的教学模式, 能够更好地结合临床, 编写出更贴近临床实际的PBL教案, 设计出环环相扣的PBL剧本, 更大程度上激发学生探索的欲望。

自主学习能力作为21世纪高等教育培养的主要目标之一, 已成为我国培养适应社会需求的高素质医务人材的首要任务。传统的带教方法和考核方法使学生仅仅关注最终的考核成绩, 而忽视了实习过程中综合能力的提高。并且, 传统的教学以学生出科考核作为评价学生的标准, 周期长, 反馈不及时, 学生在临床实习过程中存在的问题得不到及时发现与解决。教师在整个带教过程中处于主导地位, 忽略了学生的主体地位, 教师对带教方法是否符合学生实际难以客观评估。而以问题为基础的教学法将终结性考核转变为过程考核, 要求学生在临床实习过程中不断发现问题, 并利用各种学习手段查找问题解决方案, 充分发挥其主观能动性, 全面提高其自

主解决临床实际问题的能力。因此, 促使教与学相长, 开展以问题为基础的教学模式是非常符合医务人材要求和提高临床带教老师教学水平的方法, 医学生可以在临床实习过程中阶段性地了解自己渴望达到的学习目标、知识水平、实践操作能力。教师也能够围绕学生实际能力及需求开展教学方法, 实时掌握学生临床实习效果, 提高学生综合能力与实习满意度。

临床实习是实现由理论到实践的重要过渡, 对学生充分理解、掌握专业知识具有重要作用。临床教学质量直接影响学生的专业能力, 以问题为基础的教学模式给临床带教老师提出了更高的要求, 激励他们在教学实践中努力学习, 刻苦钻研, 要求老师必须具备提出和解决问题的能力, 才能为学生以后的临床工作打下良好的实践和理论基础。

在本研究中, 我们主要依靠病例讨论, 进行以问题为基础的教学。病例选择多为妇产科常见的疾病, 通过第一幕告知有限线索, 让学生们查阅资料文献, 引导出一系列相关的基础知识及临床问题, 通过解决问题, 更深层次地掌握理论知识<sup>[9]</sup>。例如以“阴道出血”为主诉急诊就诊的病人为例, 首先由高年资的主治医师提出问题, 要求学生在1周内根据临床所学的知识, 结合相关文献, 提出解决问题的方法, 学生通过区分出血的时间、出血量、伴随症状、与月经周期关系, 初步与相似症状的疾病相鉴别, 明确下一步要做的辅助检查及针对性查体, 待第二幕告知检验结果, 通过分析化验结果, 明确阳性结果的临床意义, 给出确定诊断及处理。在教学过程中, 要求每名学生详细记录解决方案, 并组织学生讨论。讨论过程中, 临床教学老师要认真倾听学生的答案, 并适当指导讨论方向, 边讨论边提出问题, 最后归纳总结。如此抽丝剥茧、由浅入深, 最终锻炼了学生的临床思维, 提高了其解决问题的能力。

除了病例讨论之外, 还可以在以问题为基础的教学模式上进行床边教学及手术教学。

以问题为基础的教学模式更注重学生的能力培养, 教学不受时间、空间和地域的限制, 遇到典型病例要及时组织学生在床边学习, 带领学生亲自查看体验, 引导学生与患者沟通, 从中获得疾病的发病原因和症状, 通过指导学生查体获得疾病的体征, 通过讲解获得疾病的治疗方案, 将提问贯穿教学的始终, 鼓励学生将疾病的理论知识形象化地表现出来。这种教学既简单又实用, 且有助于提升学生的学习主动性和积极性。

妇产科属于手术科室, 利用手术机会解决学生们在以问题为基础的教学过程中提出的疑问会更加直观。手术过程中适时提出问题, 与学生进行面对面的交流, 帮助学生们掌握妇产科手术方法, 了解常见的解剖结构。教师及时根据学生临床知识掌握程度和反馈信息调整教学方案, 对学生的优点给予肯定, 不足提出建议<sup>[9]</sup>。

但是,在本研究的观察过程中,我们发现,由于部分学生已经适应了传统教学模式,因此,在以问题为基础的教学过程中,其不甚适应,无从下手,无法通过自学,查阅资料,讨论时不善发言,甚至浑水摸鱼,情绪被动消极。因此,对于这种学生,教师的疏导及指引变得极其重要。此外,建议各科室广泛普及开展以问题为基础的临床教学,使学生变被动为主动,从根本上提高自己的临床技能,培养临床思维,为临

床一线培养出合格的储备人才。

#### 参考文献

- [1]张萍,曹惠桃,陶瑞环.PBL结合模拟病人教学在妇产科带教中的应用[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(8):197-198.
  - [2]陈静,刘彩霞,王颖,等.PBL与SBL联合教学模式在妇产科教学中的应用研究[J].继续医学教育,2017,31(2):41-43.
  - [3]卢晓宁,孙颖,席稳燕,等.PBL+CBL教学法在妇产科学教学中的应用初探[J].医学教育研究与实践,2017,25(5):803-814.
  - [4]郑健.PBL教学法在妇产科医学生教学中的应用[J].时代教育,2017(6):151.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:张大伟 收稿日期:2018-09-18)

## 形成性评价与 PBL 相结合在中医肿瘤学教学中的应用和探索

肖志伟 关洁珊 林丽珠\*

(广州中医药大学肿瘤教研室,广东 广州 510405)

**摘要:**为提高中医肿瘤学教学质量,将形成性评价考核应用于中医肿瘤学课程中,并采用PBL(problem-based learning)案例教学、阶段性测试、期末考核多种考核形式考查学生成绩。结果显示形成性评价较传统考核能够较好地提高学习成绩,提高学生学习的主动性和积极性,促进中医肿瘤学教学质量提高。

**关键词:** 中医肿瘤学; 形成性评价; PBL教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.013

文章编号:1672-2779(2018)-21-0032-03

### The Application and Exploration of Formative Assessment Testing System and PBL in the Teaching of Oncology of Traditional Chinese Medicine

XIAO Zhiwei, GUAN Jieshan, LIN Lizhu

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

**Abstract:** To improve the teaching quality of oncology of traditional Chinese medicine, the formative assessment was applied in the teaching of oncology of traditional Chinese medicine, and (problem-based learning) PBL case teaching, stage test and final examinations were used. The result showed that the effects of using PBL at certain circumstances are dramatically better than those of using traditional education method, and it can improve students' initiative and enthusiasm in learning and the teaching quality of oncology of traditional Chinese medicine.

**Keywords:** oncology of traditional Chinese medicine; formative assessment; problem-based learning teaching

中医肿瘤学是在中医学基础理论指导下研究防治肿瘤的理论及临床的专门学科,其学术内容涵盖肿瘤的中医病因学、诊断、治则治法、临床治疗、预后、康复等多个方面。由于肿瘤学涉及面广,涵盖内容复杂,知识丰富难懂,要学生充分理解并灵活运用,还存在一定的难度。因此,必须寻求多元化的教学和评价方式来激发学生学习兴趣,提高学生学习的主动性和积极性,培养学生的自主学习能力以及创新能力。

形成性评价(formative evaluation, FA)的诞生与发展即为教学考核改革提供了一个新的方向。形成性评价的概念由斯克瑞里芬于1967年提出<sup>[1]</sup>。它是学生学习过程的表现,对所取得的成绩以及所反映出的情感、态度、策略等方面的发展做出评价。形成性评价的重要作用就在于能够让学生认识自我,从而实现自主学习、自主发展。

鉴于形成性评价在教学过程中的作用,笔者尝试在我院本科生肿瘤方向班中医肿瘤学教学实践中引入形成

性评价考核制度<sup>[2]</sup>,并应用以问题为导向的学习(problem-based learning, PBL)教学法,从知识掌握、学习能力培养、团队合作、语言表达等多方面提高学生的综合学习能力,调动学生主动学习,切实加强学生的自主学习能力和临床思维培养。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 以我校28名2011级第一临床医学院本科生肿瘤方向班的学生为研究对象,教学时间:2016年上学期。

#### 1.2 研究方法

**1.2.1 成绩考核评价方法** 针对中医学本科肿瘤方向班的学生,按照教学计划及教学大纲要求,结合形成性评价要求,制定中医肿瘤学课程目标及考评方法。形成性考核成绩占课程总成绩的50%(PBL案例教学占30%,阶段性考评占20%),期末笔试成绩占50%。

#### 1.2.2 中医肿瘤学课程形成性评价方案总体设计

**1.2.2.1 PBL案例教学(2次)** (1)病例设计:在肺癌及前列腺癌的教学采用PBL案例教学,将学生进行随机分

\* 通讯作者:lizhulin903@139.com



组,以7人为一组进行PBL授课,不同分组所进行的PBL课程前后顺序可调换,2次PBL案例教学安排在第9周、第12周进行。以临床上真实的病例为基础进行案例设计,确立明确的学习目标,将基础与临床知识相整合,通过一幕幕的剧情,循序渐进,将病史、检查、临床表现、鉴别诊断、诊治方法,医学人文等要点串联起来,学生通过课前准备,课题讨论,课后反馈及评价来培养主动学习能力。教师在这一过程中主要负责案例设计以及课堂引导,并通过网络、讨论引导、课程点评、课后交流等方式对学生存在的问题加以指出,并提出改进建议。

(2) 评分标准:设计学生评价量表,从“表达与沟通”“团队合作”“问题分析与临床推理”“学习意愿和态度”“知识信息管理”等5个方面对学生评价。根据2次PBL课程的量表平均成绩作为最终的PBL课程分数。

1.2.2.2 阶段性测试(2次) 2次阶段性测试分别安排在第8周以及第15周,以教材中的重点、难点为主,围绕教学目标,以名词解释、选择题、简答题等方式进行,借此了解教学效果,了解学生对知识的掌握程度,通过课程反馈以及与学生的交流,改进教学不足。

1.2.2.3 期末笔试 在中医肿瘤学课程结束后进行期末测评,作为总结性评估的相关成绩。

1.2.2.4 反馈与调整 通过以下措施促进师生沟通及反馈,包括设立教师信箱,便于日常提问,意见反馈,学术交流;发放调查问卷,包括对形成性评价的调查表以及教师评价量表,不记名填写,了解学生意见,对教学不足并加以改进。

1.3 统计学方法 将2011级第一临床医学院本科生肿瘤方向班学生的平时成绩(PBL课程成绩)、2次阶段性测试成绩、期末成绩,均采用SPSS 19.0软件进行统计学分析,用平均数±标准差表示,采用t检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 学生对形成性评价的看法分析 为了解形成性评价在教学中的效果,教研室对2011级第一临床医学院本科生肿瘤方向班的28名学生进行问卷调查,按学生实际人数发放调查问卷28份,回收有效问卷28份,有效问卷回收率为100%,调查结果显示,约80%以上学生认为形成性考核能够强化理论基础,培养自学能力及创新意识,培养团队合作精神,激发学习兴趣,较大程度地提高了自学能力及分析解决问题的能力(见表1)。

表1 学生对形成性评价的看法 [例(%)]

评价内容	很高	一般	很低
强化理论基础	24(85.71)	3(10.71)	1(3.57)
培养自学能力及创新意识	23(82.14)	4(14.29)	1(3.57)
提高分析问题解决问题能力	22(78.57)	5(17.86)	1(3.57)
培养团队合作精神	25(89.29)	3(10.71)	0(0)
激发学习兴趣	26(92.86)	1(3.57)	1(3.57)
提高学习效率	22(78.57)	4(14.29)	2(7.14)

2.2 前后2次PBL课程学生评价量表成绩对比 设计学生评价量表,对学生在表达与沟通、团队合作、学习意愿和态度、知识信息管理、问题分析与临床推理等方面进行综合评分。通过表2可以看出,通过PBL教学,学生的表达沟通、团队合作能力有了较明显提高,学习意愿增强,而且通过自主学习,知识信息管理、问题分析与临床推理能力不断进步。

表2 前后2次PBL课程学生评价量表成绩对比 [例(%)]

类别 (各占比20%)	课程1				课程2			
	优秀	良好	达标	不达标	优秀	良好	达标	不达标
表达与沟通	13(46)	7(25)	5(18)	3(11)	16(57)	8(29)	2(7)	2(7)
团队合作	11(39)	8(29)	5(18)	4(14)	15(54)	9(32)	3(11)	1(4)
学习意愿和态度	12(43)	8(29)	4(14)	4(14)	17(61)	7(25)	3(11)	1(4)
知识信息管理	10(36)	9(32)	5(18)	4(14)	15(54)	7(25)	4(14)	2(7)
问题分析与推理	13(46)	10(36)	4(14)	1(4)	15(54)	11(39)	1(4)	1(4)

2.3 2次阶段性测试成绩比较 结果显示,在第8周以及第15周的2次阶段性测试中,将学生2次测试成绩分为优秀(>85分)、良好(75~85分)、达标(60~74分)、不达标(<60分)4个等级,并统计相应人数,然后分别比较2次测试在4个等级的构成比上是否存在差异。结果显示,采用PBL课程后,学生的阶段考试成绩优秀率(56%)、良好率(33%)均高于形成性评价前;而其达标、不达标人数较前有所下降(见表3)。

表3 2次阶段性测试成绩比较 (%)

课程	优秀	良好	达标	不达标
测试1	40	28	21	11
测试2	56	33	9	2

2.4 成绩结果对比 在PBL课程以及阶段性测试中,第2次PBL课程及第2次阶段性测试的平均成绩均好于第1次,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),期末成绩及总成绩总体较高,优秀、良好的占绝大部分比例,说明形成性评价考核能够改善患者学习意愿,提高了学生综合学习成绩(见表4)。

表4 成绩结果对比 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

评价方式	阶段测试1	阶段测试2	PBL1	PBL2	期末考核	总成绩
成绩	78.5±8.2	84.5±6.3	80.2±11.2	86.2±9.2	83.8±7.9	84.0±7.5

## 3 讨论

医学教育的最终目的,应该是培养学生的独立决策力和自主的终身学习能力,不能过度依赖于总结性评价方式,这样容易让学生只关注结果。

形成性评价是一种注重过程的评价,关注学生发展的评价,这种考评方式注重对学习过程的指导和改进,强调评价信息的及时反馈,旨在通过经常性的测评和反馈,提高学生的学习效果,并改进教师的教学水平。作者尝试在本科肿瘤方向班中医肿瘤学课程中引入形成性评价的教学和考评模式,同时采用PBL教学方法,将形成性评估和总结性评估相结合,对教学模

式和教学疗效进行评估和改进。

在方案实施过程中,我们对获取的相关经验进行总结,主要包括以下几个方面。

**3.1 全面评价 注重反馈 及时改进** 形成性评价是在课程实施过程中对学生的学习评价方式,采取目标与过程并重的价值取向,注重对学习的效果进行全面的评价。相比较于传统的考核评价方式,形成性考核评价对学生的成绩评价更全面,更能激发学生学习的兴趣。同时,建立畅通的师生交流、反馈渠道,有助于在教学中及时了解学生在学习过程中遇到的问题、做出的努力以及获得的进步,使学生了解自己的学习状况,帮助学生建立自信心,对学生的持续发展和提高进行有效的指导,注重学生在学习过程中的情感体验、价值观的形成,实现知识与技能、过程与方法、情感态度与价值观的全面发展。

**3.2 形成性评价与PBL教学能够完美契合** 问题式学习(problem-based learning, PBL),是以问题为导向的教学方法<sup>[1]</sup>,即通过情境式教学及讨论式教学,促进学生临床知识的构建,培养有效的临床思维和批判性思维;提高自主学习技能和独立思考能力,从而培养学生的终身学习能力。PBL教学的开展,有利于打破传统教学的局限性:如重诊断与治疗,忽视疾病的预防、康复;重专业知识,忽视自然、人文社会、行为、医学伦理等;重背诵和记忆,忽视批判性思维和构建性学习。

同时,形成性评估的开展,有利于及时评估 PBL 教学效果,及时对学生学习过程进行评价,有利于改进和激励学生学习,有利于发挥被评价者的主观能动性。

**3.3 评价改革与教学改革需要协同并进** 笔者在教学模式和评价模式上做出了有益尝试,效果初步显现。但若要长久、持续地促进教育教学改革,必须在评价改革和教学模式改革两方面协同并举,教学模式改革若无评价体系的保障容易昙花一现,而单纯评价体系的改革若缺乏教学模式的改进则如无源之水;因此,建立形成性评价的考评体系有助于为教学改革保驾护航。

综上所述,形成性评价结合PBL教学体现了以临床为目的、以学生为中心,教学相长的教育理念,有助于激发学生学习兴趣及主动性,培养学生的自主学习能力,促进临床思维的构建;同时也有助于教师及时了解学生的学习盲点,从而及时调整教学内容。形成性评价教学和考核方式在我院中医肿瘤学课程中刚刚起步,尚属于探索阶段,有待于在日后的教学过程中不断改进和完善。

#### 参考文献

- [1]许华琼,胡中锋.形成性评价及其反馈策略[J].教育测量与评价,2010(1):23-26.
- [2]Burn,M.K. what is formative Evaluation[R]. Minnesota Center for Reading Research,2008.
- [3]杨晓梅,熊英,文朝阳,等.医学生物化学教学中 PBL 结合形成性评价为主的教學探討[J].继续医学教育,2015(29):77-78.

(本文编辑:李海燕 本文校对:翟林柱 收稿日期:2018-07-19)

## MBBS 留学生妇产科临床实习全英文教学体会

栗娜 宋宁 杨甜 刘彩霞\*

(中国医科大学附属盛京医院妇产科,辽宁 沈阳 110004)

**摘要:**中国医科大学从2005年开始招收MBBS留学生,留学生教育与培养已成为学校的一项重要工作。临床实习是医学教育的最后阶段,也是最关键的学习阶段,留学生在妇产科临床实习中具有一定的特殊性,也给临床实习带教教师带来新的挑战。本文就近年来我院留学生妇产科临床实习教学工作谈一些心得体会,希望可以提高留学生妇产科临床实习教学水平,有效帮助留学生顺利完成临床实习及掌握临床基本技能。

**关键词:**留学生;妇产科;临床实习;教学模式;全英文授课临床医学本科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.014

文章编号:1672-2779(2018)-21-0034-03

### Experience of Full-English Clinical Practice Teaching for MBBS International Students in Obstetrics and Gynecology

LI Na, SONG Ning, YANG Tian, LIU Caixia

(Department of Obstetrics and Gynecology, Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

**Abstract:** China Medical University started to recruit MBBS foreign students from 2005. The teaching and training of foreign students has become an important job for medical school. Clinical practice is the final stage of medical education and is the most critical learning stage. The obstetrics and gynecological clinical practice of foreign students is of particularity, and also brings new challenges to clinical teachers. The article discussed the experience of clinical practice teaching for MBBS international students in obstetrics and gynecology in our hospital in recent years. It hopes to improve the quality of clinical practice teaching and effectively help foreign students' successfully complete clinical internships and master clinical basic skills.

**Keywords:** international students, obstetrics and gynecology, clinical practice, teaching mode; full English teaching in clinical medicine

改革开放以来,随着我国综合实力和国际影响力明显提升,我国的高等医学教育不断被世界所认可,

吸引越来越多的留学生来华学医<sup>[1]</sup>。中国医科大学是教育部批准有资格招收外国留学生的首批高等院校之一,自1976年招收获得中国政府奖学金的外国留学生以来,于2005年开始招收全英文授课临床医学本科(Bache-

\* 通讯作者:liucx@sj-hospital.org

lor of Medicine and Bachelor of Surgery, MBBS) 留学生, 留学生主要来自印度、泰国, 还包括美国、日本、加拿大、澳大利亚等70多个国家, 近千名学生, 学校于2010年成立了国际教育学院, 负责留学生的招生、教学组织以及学生管理和服务等相关事务。中国医科大学附属盛京医院妇产科每年承担着大量留学生妇产科全英文的理论教学及临床实习教学任务。妇产科临床实习是妇产科教学的重要组成部分, 是连接理论教学和临床医生的重要纽带。由于妇产科具有其专科的特殊性, 以及语言和文化的差异, 留学生的妇产科临床实习教学面临不少问题和困难。如何解决困难, 探索适合的临床实习教学模式, 提高妇产科临床实习的教学质量值得思考。笔者参与并承担留学生的理论及临床实习教学任务, 本文就近年来我院留学生妇产科临床实习教学工作谈一些心得体会, 希望对提高留学生妇产科临床实习教学水平有一定帮助。

### 1 MBBS留学生妇产科临床实习教学的特点

**1.1 MBBS妇产科临床实习教学的特点** 妇产科是一个在诊疗过程中涉及患者隐私的高风险临床科室。临床实习过程中, 妇产科病人患病部位非常敏感, 她们对阴道检查多数存在害羞和惧怕心理, 大多数害怕实习学生不熟练的操作给其带来伤害, 或不愿当作示教对象, 因而常发生学生被拒绝的情形。而这种情形在留学生中发生更为多见, 尤其是对异性留学生, 患者的排斥心理更为强烈。目前国内医患关系较为紧张, 开展留学生的妇产科临床实习教学工作面临一定的困难。我院留学生的妇产科临床实习教学由副教授或高年资讲师负责, 每名医生负责指导1~2名MBBS留学生。在患者选择方面选择那些愿意配合临床实践教学的, 尤其是有一定英语水平的患者进行询问病史和查体, 接触患者前由带教老师和留学生一起与患者充分沟通, 取得患者的信任和理解。MBBS留学生进入临床前统一进行标准化病人的模拟演练培训, 学生分组进行询问病史、体格检查、拟定辅助检查、决定诊疗方案等, 以便快速提高留学生进入临床与患者的沟通能力和临床思维能力。

**1.2 MBBS留学生教材建设特点** 目前国内尚无MBBS留学生统一的英文教材, 学生多从自己国家或其他国家购买英文原版教材, 而各国教材侧重点不同, 不能完全满足中国教学的要求, 而且不能完全符合中国临床教学的需求。我校妇产科教学以教学大纲为基础, 在使用中文教材的基础上, 参照英文原版教材, 希望在不断的总结和提高中, 能够根据留学生的特点选取较

适合的英文教材, 同时结合我国医学教育特点, 建立适合留学生的英文教材体系。

**1.3 MBBS留学生的特点** 我校留学生主要来自印度、泰国等国家, 他们的官方语言都是英语, 同学之间的交流均为英语, 但发音具有东南亚英语的特点, 口音重、语速快, 增加了师生间、留学生与患者之间的交流困难; 其次, MBBS留学生未经过单独的汉语语言学习, 导致在临床实习时病史询问不全面、病历看不懂以及无法正确处理患者病情等问题的出现; 再次, 留学生思维非常活跃, 在实习过程中可能随时提出问题, 对老师的英语能力也是一个极大的考验, 为临床实习教学增加了难度。

### 2 提高MBBS留学生妇产科临床实习教学质量的体会

**2.1 优秀的师资安排及教材选取** 我校MBBS教学采用的是全英语教学(理论课教学及临床实习教学), 但是全英语授课对我们中国教师是一个极大的挑战。为了做好师资队伍建设和进行MBBS妇产科学教学的教师进行了严格的选拔, 首先是妇产科教研室根据教师的英语能力、教学水平挑选出教师, 在教研室内部进行培训、试讲, 试讲合格后上报至医院教务科, 医院教务科在医院层面进行试讲及专家点评。试讲合格的教师上报医科大学, 保证了教师的质量。同时我院每年都进行中青年教师讲课比赛, 妇产科要求所有担任理论教学及临床实习教学的中青年教师参加, 经过妇产科科室及医院的比赛, 中青年教师的授课水平及英语水平都在不断提高。每位授课或临床实习带教老师配备英语好的年轻老师作为助教, 协助老师与留学生之间的沟通。

中文的医学教材条理较为清晰, 适合作为教师授课讲学的参考; 英文版讲解较为详细, 适合学生自学。因此, 教师可以选择双教材教学, 同时在互联网收集英文视听教材以及临床操作和手术录制视频, 结合多种材料进行讲解, 确保学生留学结束能迅速适应临床工作。另外, 我院妇产科临床实习教学采用病例为中心的教学模式(case-based learning, CBL)、问题为中心的教学模式(problem-based learning, PBL)与标准化病人(standardized patient, SP)相结合, 配有PBL与CBL教学的相关中英文教材, 这样既让学生在接触临床实际病人之前进行模拟演练, 又培养了他们的诊疗思维, 可以快速提高他们进入临床与患者的沟通能力和临床思维能力。

**2.2 多种教学方法相结合在临床实习教学中的应用** 经过多年妇产科理论教学和临床实习教学的经验积累,

我院开展联合问题为中心的教学模式（PBL）、病例为中心教学模式（CBL）、标准化病人（SP）教学方法的多种教学方法相结合的混合式教学模式应用于MBBS留学生妇产科临床实习教学。PBL是以问题为基础、以病例为先导、以学生为主体、以教师为导向的小组讨论式的教学方法，在医学教育领域得到了认可<sup>[2]</sup>。通过学生们讨论合作来解决情景中的真实问题，学习相关的理论、实践知识。CBL是以临床病例为先导以此激发学生的学习兴趣，学生们依靠已学到的理论知识和背景资料，在教师的指导下自主发现或者相互讨论来分析和解决问题<sup>[3]</sup>。带教教师以临床实习教学要求精心策划和选取临床案例，对典型案例的临床资料和问题进行分析研究。标准化病人（SP），又称为模拟病人（simulatespatient），是指那些经过标准化、系统化培训后，能准确表现患者的实际临床问题的正常人或患者<sup>[4]</sup>。Barrow于1968年率先报道了“医学教学中的模拟病人”，美国于2004年首次在美国执业医师考试中应用。SP模拟教学能加强学生沟通能力与交流技巧，便于建立良好的医患关系<sup>[5]</sup>。我们在MBBS留学生的妇产科临床实习教学中引入了PBL及CBL联合SP的教学方法，在留学生进入妇产科各病房轮转实习之前进行统一培训。教师按照教学大纲要求选取典型病例，学生自行查阅患者的相关病历资料并进行问诊、查体，然后通过文献检索和相互讨论形成自己的诊疗意见；提出相关疑问，最终寻找出解决问题的最佳措施。课堂上学生之间的相互讨论还能够使一些知识的理解不足之处被当场暴露，教师可以通过不断解释、纠正，加深学生对理论知识的正确理解，不仅对学习大有益处，还可锻炼学生的沟通表达、互相协作能力，为今后的临床工作打下良好基础。此外，由于教师水平、与留学生沟通能力等问题，PBL联合CBL教学法对教师的能力也提出了更高的要求，具有既培养学生又培养教师的“教学相长”作用，促使教师不断从多方面提高医疗、教学能力<sup>[6]</sup>。参加完CBL及PBL培训学习后，进行SP典型病例学习，按照课程教学内容安排病例进行学习，顺利完成课程教学安排，同时避免了临床病例不定时性和患者不能配合的弊端。将PBL、CBL及SP教学方法相结合应用于留学生临床实习教学，培养其主动学习意识；使学生在学习中充分自主、积极探索新的知识内容，提高临床技能，建立临床思维，同时加强团队协作能力和教学能力。

### 2.3 应用微信平台增进留学生与教师之间交流 微信信

息传播功能丰富，已被用于医学教育<sup>[7]</sup>。利用微信平台辅助妇产科临床实习教学，可节省时间、提高临床教学质量<sup>[8]</sup>。首先，在进入临床实习的首次集中教学时，建立包含教师和实习学生的教学专用群，进行临床实习教学前预习：将临床实习的内容、安排以及CBL、PBL和SP相关内容发送到微信群给MBBS学生，要求学生提前预习、查阅文献，可明显增加PBL及CBL教学的趣味性、节约课堂时间<sup>[9]</sup>；提前发送病例资料有助于学生复习相关背景知识，提高留学生与患者的沟通效果；其次，微信群还可用于课后指导学生，对学生的常见问题予以解答，同时获得反馈意见；再次，微信群作为师生的联系纽带，除了其在教学中的作用，同时也可以作为师生中英文语言提高的平台，教学相长；也可以帮助教师及时了解留学生的状态，帮助他们更好地融入中国社会。

### 3 MBBS留学生妇产科临床实习教学带教体会

MBBS留学生的临床实习教学需要一批具有高度责任心、高水平专业知识及良好的英语交流能力的师资队伍；需要结合留学生的特点及我国医学教育特点建立适合留学生的英文教材体系；需采取多种教学模式相结合及适当应用网络平台，将CBL、PBL、SP及微信平台联合应用于MBSS留学生妇产科临床实习教学，明显提高临床实习教学效果。

总之，对MBBS留学生的妇产科实习教学，我们虽然积累了一些经验，但是还有许多需要改进和提高的地方。只有不断探索与提高、借鉴和总结经验，才能不断提高留学生临床实习教学质量，真正担负起MBBS留学生教育工作，让留学生真正地学有所成。培养优秀的医学人才，促进中国和其他国家之间的文化交流是中国医科大学国际教育学院的目标。

#### 参考文献

- [1]陈萍,臧伟进,雷莉.中国西医院校外国留学生教学改革思路[J].西北医学教育,2005,13(4):349-351.
- [2]乔宠,刘彩霞,栾南南,等.妇产科PBL教学促进留学生临床思维培养的研究[J].医学理论与实践,2007,20(2):243-245.
- [3]方瑾,于敏,张惠丹,等.构建多元化的细胞生物学PBL教学模式[J].中国细胞生物学学报,2013,35(1):104-109.
- [4]肖马,朱勇,冉军,等.诊断学课间实习引入标准化病人教学的探索[J].中国现代医学杂志,2009,19(6):940-942.
- [5]吴颖,曾勇,姚定康,等.应用标准化病人对八年制医学生医患沟通能力的考核评估[J].中华医学教育探索杂志,2011,10(1):118-121.
- [6]王明婕,周兵,崔顺九,等.CBL教学法在耳鼻咽喉头颈外科住院医师培训中的应用体会[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2015,22(4):215-216.
- [7]单成祥,裴年存,仇明,等.微信辅助教学法在外科手术学基础课程中的应用[J].中国医学教育技术,2014(6):630-632.
- [8]畅朋康,罗静,孙文娟,等.新媒体教学在专科亚专业发展趋势下临床实习中的价值探析[J].西北医学教育,2016(3):472-474.
- [9]Zeng F, Deng G, Wang Z, et al. Wechat: a new clinical teaching tool for problem-based learning[J]. Int J Med Educ, 2016(7): 119-121.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李欢 收稿日期:2018-07-06)

# 微信公众号的翻转课堂 联合 TBL 病理学教学模式的构建<sup>※</sup>

刘 杨 郭继龙 刘晋芳 苗宇船\*

(山西中医药大学基础医学院病理教研室, 山西 晋中 030619)

**摘要:** 病理学属医学院校基础课程,但在教学过程中存在教学模式落后、学生学习缺乏主动性等瓶颈问题。本文通过对翻转课堂和以团队为基础的学习(team-based learning, TBL)两种教学模式特点进行分析,并与目前飞速发展现代移动网络技术相结合,提出建立基于微信公众号的翻转课堂联合TBL的教学模式,并将其应用于中医院校病理学实践教学中的优势以及可能会面临的困难分析如下。

**关键词:** 病理学; 翻转课堂; TBL; 微信; 教学模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.015

文章编号:1672-2779(2018)-21-0037-03

## The Construction of Team-based Learning Combined with Flipped Classroom Teaching Mode Based on Wechat Public Platform in the Teaching of Pathology

LIU Yang, GUO Jilong, LIU Jinfang, MIAO Yuchuan\*

(Department of Pathology, College of Basic Medical Sciences, Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province, Jinzhong 030619, China)

**Abstract:** Pathology is a basic course in medical colleges, but there are bottlenecks in teaching process, such as backward teaching mode and lack of initiative in student learning. Through the analysis of the characteristics of team-based learning (TBL) teaching mode and flipped classroom teaching mode respectively, and combining with the rapid development of modern mobile network technology, this paper puts forward an idea to construct the team-based learning combined with flipped classroom teaching mode based on WeChat public platform, and apply it to the teaching practice of pathology in universities of traditional Chinese medicine. The advantages and difficulties that may be faced in practice are analyzed as follows.

**Keywords:** pathology; flipped classroom; TBL; WeChat; teaching mode

病理学是一门以形态学改变为主要研究对象,从而揭示人体疾病发生发展规律的科学,是连接基础医学和临床医学的桥梁<sup>[1]</sup>。传统的病理学教学实践主要是以理论知识的介绍,结合病理组织标本和切片的讲解为主,教学模式重教师、轻学生,重课堂、轻课外,重知识、轻能力。因此,病理学在众多医学院校中都属于在本科教学中急需深入进行教学改革的一门课程<sup>[2]</sup>。随着教育改革的不断深入,病理学教学改革的重心已由“如何教学生知识”转变至“如何引导学生自主学习,促进学生自主发展”,而促进学生自主发展要以尊重学生主体地位为前提,以激发学生内在动机为关键,以开发学生发展的核心潜能为重点<sup>[3]</sup>。构建一种能够激发学生自主学习的新型教学模式是目前病理学教学改革的重点。本文根据病理学的知识结构特点,提出在现代移动网络技术的支持下,探索构建翻转课堂联合以团队为基础的学习(team-based learning, TBL)的教学模式的观点,并对其优势以及可能会面临的困难

分析如下。

### 1 翻转课堂联合TBL教学模式的实施背景

翻转课堂(flipped classroom或inverted classroom)是指重新调整课堂内外的时间,将学习的决定权从教师转移给学生<sup>[4]</sup>。在这种教学模式下,课堂内的宝贵时间,学生能够更专注于主动的基于项目地学习,共同研究解决本课程的疑难问题,从而获得更深层次的理解。教师不再占用课堂的时间来讲授信息,这些信息需要学生在课后完成自主学习,他们可以看视频讲座、听播客、阅读功能增强的电子书,还能在网络上与别的同学讨论,能在任何时候去查阅需要的材料。教师也能有更多的时间与每个人交流。在课后,学生自主规划学习内容、学习节奏、风格和呈现知识的方式,教师则采用讲授法和协作法来满足学生的需要和促成他们的个性化学习,其目标是为了让学生通过实践获得更真实的学习。

TBL是在以问题为基础的学习(problem-based learning, PBL)的基础上提出的新的教学模式,它是以团队协作为基础,以设计好的问题为导向,引导学生以团队协作的形式自主探究、合作学习,教师再根据课堂测试结果有选择性地讲解。与PBL相比,它既注重学生临床技能的培养,又注重了基础知识的

<sup>※</sup> 基金项目:国家自然科学基金[No.81470190];山西省高等学校教学改革基金资助项目[No.J2014085];山西中医学院教学改革创新项目[No.2016110]

\* 通讯作者:mych65@163.com

学习,使学生掌握的知识更全面和系统<sup>[5]</sup>。

判断一堂课翻转成功标准应该是,“学生在课前的自主学习达到了传统课堂中教师讲授的效果和课堂中学生完成了本次课程内容的内化”<sup>[6]</sup>。由此可见,学生在课外真正进行了深入有效的自主学习,是翻转课堂获得成功的前提。而TBL教学法以团队讨论为基础,学生通过自学发表自己的见解,小组讨论有利于帮助学生思考、讨论和解决问题,以及提升学生自主学习、讨论学习和互学互教学习的能力。因此,在病理学教学实践中以团队学习为基础,以解决问题为目标,把翻转课堂与TBL教学法融合在一起,必定是最能实现教学目标的理想教学方法的组合。

## 2 翻转课堂联合TBL教学模式的构建

### 2.1 构建基于微信公众号的病理学网络课程平台

随着互联网移动技术的发展和智能手机的更新,利用移动网络技术来辅助构建课程平台成为了现实。微信公众号是开发者或商家在微信公众平台上申请的应用账号,通过公众号,商家可在微信平台上实现和特定群体的文字、图片、语音、视频的全方位沟通、互动。建立基于微信公众号的病理学网络课程平台,能够实现病理学教学相关内容的及时更新和共享,同时也能够提供移动学习支持。教师不仅可以在公众号共享教学周历、教学大纲、电子教案、教学课件、教学视频、病理学图片资源库、临床案例分析等资料,而且可以挑选典型案例,并根据教学大纲要求,紧扣知识点提出相应问题,同时提供相关期刊数据库、互联网上相关资源链接等,以指引学生寻找解决问题方法。

### 2.2 合理组建学生团队 开展线上的课下自学

每个团队包含6~8名学生为宜,按学习成绩和平时表现合理搭配,确保每个团队在学习成绩及平时表现上无显著性差异。学生以团队协作的方式,利用课前时间对老师在微信公众号中所提供的案例进行自主学习、讨论,并根据相关问题通过查找教材、阅读分析科研文献资料以及搜索网络资源等方式,总结解决问题的方法,并可以通过微信互动平台及时与教师进行讨论和交流。较为简单的问题,学生团队基本可以在网上讨论解决,而个别较为疑难问题可以到课堂上解决。

### 2.3 开展基础知识测试+疑难问题教师精讲的课堂教学

首先利用多媒体设备和显微互动系统对每位学生进行基本基础知识的单独测试;然后再根据本节课所讲案例中涉及的教学内容及所要观察的标本对团队进行测试,要求团队成员讨论给出集体意见。通过对学生个人及团队的测试,了解学生对本节课教学内容的掌握情况;最后,教师可以根据学生个人及小组团队测试结果,以判断学生在学习过程中所存在的问题,然后对教学内容有选择性地精讲,从而使学生对本节内容可以更加全面和系统地掌握。

### 2.4 在教学过程中引入形成性评价体系

形成性评价又称过程评价,是在教学过程中进行的评价,是为引导教学过程正确、完善地前进而对学生学习结果和教师教学效果采取的评价。形成性评价的主要目的不是为了选拔少数优秀学生,而是为了发现每个学生的潜质,强化改进学生的学习,并为教师提供反馈<sup>[7]</sup>。在翻转课堂联合TBL教学模式引入形成性评价体系,可以有助于教师检测、反思、监控学生的自主学习过程,并将评价过程和教学过程有机结合,以促进学生自主学习行为的发生。形成性评价体系应包括课前评价、课中评价和课后评价。课前评价主要是针对个人自主学习以及学生团队协作解决问题的情况;课中评价主要针对课堂测试以及个人汇报展示情况;课后评价主要来自作业和单元测试,即在课堂教学完成后,学生个人以及团队应在一定时间内在微信公众号平台上完成相关课后作业或思考,该评价过程可以验证学生的知识是否已经充分得以内化。

## 3 翻转课堂联合TBL教学模式可能存在的问题及解决途径

### 3.1 在学生层面可能存在的问题及解决途径

#### 3.1.1 学生自主学习心理的培养

尽管大多数学生都有提高自主学习能力的意愿,翻转课堂联合TBL教学模式会要求学生更多地利用课余时间进行自主学习,而占用太多课余时间又势必会让学生产生抵触心理。因此,在开展上述教学模式之前,一定要加大动员和宣传的力度,努力转变学生根深蒂固的传统教学观念;在实施过程中,对于案例的安排要善于设疑、制造悬念,吸引学生的注意力,让学生在自主学习的过程中体验到分析问题和解决问题的乐趣,以及团队合作的成功感;同时,要设置适当的激励机制,形成一种你追我赶的学习氛围。

#### 3.1.2 学生自主学习行为的培养

由于大多数学生已经习惯以教师为中心的灌输式学习方式,对于翻转课堂联合TBL教学模式肯定会有很多学生会出现不知道应做什么,从何入手,如何查找所需资料以及如何分析并回答问题的情况。首先,教师应转变观念,从“如何传授知识”到“传授如何学习的方法”,在教学开展前,应先引导学生如何利用网络资源检索信息和查找文献,并在教学开展过程中,利用微信公众号平台,积极与学生互动,及时给予必要的指导;同时,教师还应引导学生充分发挥团队协作的优势,帮助学生建立与同学之间良好的合作关系,提升了团队内学生之间协作解决问题的能力。

### 3.2 在教师层面可能存在的问题及解决途径

#### 3.2.1 加重了教师的备课负担以及时间的投入

构建基于微信公众号的翻转课堂联合TBL教学模式,在案例的搜集整理、问题的设置上以及相关病理学标本照片的选择,务必要有针对性和启发性,这无疑都会加重教

师的备课负担;而且,在基于微信公众号的网络课程的前期设置以及后期的互动环节,又会加大教师对时间和精力投入。这就首先要求,教师必须要更新观念,把提高学生自主学习能力放在教学工作的首位;其次,要求教师必须具有较高的责任心和奉献精神;最后,也要在学校层面加大对教学改革的支持力度。

**3.2.2 提高了教师综合素质的要求** 构建基于微信公众号的翻转课堂联合TBL教学模式,使学生由被动学习转变为主动学习,而教师则由领导者转变为指导者、协助者及参与者,整个教学过程更加开放性,这就对任课教师提出了更高要求。一是需要任课教师具有更加扎实的专业知识基本功以及广博的相关学科知识,能准确回答学生所提出的各种疑问;二是需要任课教师具有一定的相关临床工作经验,能够准确把握疾病的发生发展规律;三是需要任课教师具有丰富的教学经验,能够正确地引导学生展开团队协作和自主学习;四是需要任课教师具有较强的分析、总结及引领能力,通过形成性评价过程,及时对教学过程采取必要的修正和补充。

**3.3 在学校层面可能存在的问题及解决途径** 构建基于微信公众号的翻转课堂联合TBL教学模式,不仅是对学校的信息化设施建设和维护将是一大挑战,同时也是对学

校的教育管理理念和模式的一大挑战。因此,学校不仅需要建立更灵活的考核和评价方式,同时也需要对微信软件的功能进行进一步开发,使其功能更加完善。

综上所述,构建基于微信公众号的翻转课堂联合TBL教学模式,不仅可以激发了大学生自主学习的动机和自主学习行为,提升了学生的自我管理学习能力,同时也能增强大学生团队协作能力,不仅将有助于实现将传统的以教师为主导的灌输式教学模式向由学生为主体的主动学习模式的转变,同时也将有助于实现培养具有开拓创新精神和较强动手能力的实用型医学人才的目标。

#### 参考文献

- [1]苗宇船,郭继龙,刘杨,等.病例讨论教学法在病理解剖学中的研究[J].基础医学教育,2016,18(3):181-184.
- [2]刘杨,苗宇船,郭继龙,等.中医院校病理学教学方法的探讨[J].实用医技杂志,2013,20(5):563-564.
- [3]于莉娜,廖文婷,张庆玲,等.优化病理学实验教学方法的探讨[J].基础医学教育,2013,15(3):254-255.
- [4]张莉靖,曹殿波.“翻转课堂”教学模式研究[J].陕西教育(高教版),2014(21):16-18.
- [5]刘国杰,李晓娜,马勇.PBL-TBL-CBL教学法在医学基础化学课程中的应用[J].化学教育,2016,37(10):60-62.
- [6]张金磊.“翻转课堂”教学模式的关键因素探析[J].中国远程教育,2013(10):59-64.
- [7]陈蓉,邹平,黄珀,等.TBL与形成性评价结合在病理生理教学中的应用[J].中国病理生理杂志,2015,31(10):1888.

(本文编辑:李海燕 本文校对:赵焕新 收稿日期:2018-07-20)

## 从师资队伍建设谈中医拔尖人才的培养<sup>※</sup>

张国民 赵子仪 黎雨 刘乐平 刘平安\* 刘慧萍\*

(湖南中医药大学中医学院,湖南长沙410208)

**摘要:** 中医教育亟需培养出一批中医拔尖人才,如何优化和改善培养方式已迫在眉睫。本文试从师资队伍建设的角度提出建议,具体到三个层面——能力层面的提高、素养层面的提升、发展层面的壮大,同时针对每个层面给出相对应的策略思路。

**关键词:** 中医拔尖人才;师资队伍建设;人才培养

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.016

文章编号:1672-2779(2018)-21-0039-03

### Discussion on the Cultivation of the Top Talents of Traditional Chinese Medicine from the Teaching Staff Construction

ZHANG Guomin, ZHAO Ziyi, LI Yu, LIU Leping, LIU Pingan, LIU Huiping

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

**Abstract:** It is urgent to train a group of top talents in TCM education. And how to optimize and improve the training method is need to be solved. This paper tries to make recommendations from the perspective of teaching staff construction, specifically to three levels—the improvement of competence level, the improvement of literacy level and the growth of development level, and put up corresponding strategies for each level.

**Keywords:** top talents of traditional Chinese medicine; teaching staff construction; talent training

在社会经济文化不断转型发展、医疗体制不断改革的背景下,社会对医疗服务的水平、国家对医药人

才的需要都提出了更高的要求,为适应这一大环境,《国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010—2020年)》中明确提出要“着力培养信念执著、品德优良、知识丰富、本领过硬的高素质专门人才和拔尖创新人才”。中医作为我国的本土医学,为更好地服务于健康中国的建设以及谋求更好、更快、更持久的发展,加强中医拔尖人才的培养已然成为必然的渠道。而在拔尖人才的培养教学过程中,教师依旧处于主要地位,

<sup>※</sup> 基金项目:全国教育科学规划单位资助教育部规划课题[No. FIB160493];湖南省教育科学“十二五”规划重点立项课题[No. XJK014AGD012, XJK015AGD008];湖南省教育厅立项课题[No. 2014231, 2014232, 2015216, 2016344];湖南省学位与研究生教育教改课题[No. JG2016B070];湖南中医药大学研究生教改课题[No. 2016JG05]

\* 通讯作者:723679086@qq.com; 1074983953@qq.com

基本上保证了人才培养的水平。故在以下内容中,笔者将围绕师资队伍的建设在不同的层面上进行探讨,以期对中医拔尖人才的培养提供新的着力点。

### 1 加强“双师型”师资队伍建设

对中医拔尖人才内涵架构进行分析,可以得知在人才培养过程中除了要求高学术水平,也需要较强的实际工作能力<sup>[1]</sup>。“双师型”教师作为既有扎实基础理论知识又有成熟实践技能水平与教学能力的一类教师,为拔尖人才的知识理论基础与实践技能培养搭起了桥梁。

“双师型”教师自提出之后,就引起了国家政府对其内涵和标准认定工作的重视。在2002年教育部办公厅下发的《关于加强高等职业(高专)院校师资队伍建设的意见》文件也明确提到,各类高职(高专)院校除提高现有教师队伍的‘双师素质’;也要重视从企事业单位引进合适优秀人员充实教师队伍,以不断提高师资队伍的整体素质。这也说明了“双师型”教师来源不仅可以是具有有一定实践能力的专业教师,也可以是具有较强理论水平的企业人员。联系中医高等教育的过程,这样的“双师型”教师培养可延伸出三个突破点。

**1.1 鼓励名老中医药专家“上讲台”** 名老中医,作为中医药最高水平的代表,以其深厚的学术造诣与鲜活的临床经验,当之无愧为中医药教育中最宝贵的教学资源。名老中医的学术思想与临证经验的传承方式也已经进入国家科学研究的高层次范围<sup>[2]</sup>。鼓励名老中医“上讲台”一方面能克服师承教育影响辐射面窄的局限性,又能解决一部分以新媒体继承出现的单环节问题,这为继承方式提供了新的思路,也为中医拔尖人才的培养提供了新的捷径。在教学过程中,名老中医对学术理论的理解方式与深度,对临床实例诊断的思维模式,都给学生提供了更高的视野平台与更便捷缜密的思考路径。高的视野激发学生更主动积极的思考,更便捷缜密的思考路径提高了综合临床思维能力。这些都能带动中医拔尖人才质的提升。

**1.2 鼓励中青年教师“做临床”** 大多数的中青年专职教师都是从高校毕业后直接参加工作,存在实践经历缺乏、临床经验把握不够的现象。鼓励中青年教师“做临床”能够一方面补足大部分中青年教师实践技能接触较少的短板,另一方面能够反向加深中青年教师理解知识理论的透彻度,双向促进理论与实践的提升。从而培养更多的“双师型”教师服务于中医拔尖人才的培养工作。

**1.3 鼓励临床医师“授经典”** 济世之道莫大于医,

识病之源在于经典。中医经典作为指导中医临床实践的重要工具,涵盖了中医药理论体系的核心内容,构建了中医药学的理论框架<sup>[3]</sup>。提高对中医经典著作学习的重视度是中医药名家成才的关键一步,它有利于构建精确完整的中医学理论体系,也可间接获取临床经验从而培养专业思维<sup>[4]</sup>。但在对广东省15所各级医院和广州中医药大学的调研中<sup>[5]</sup>,超半数的学生和中医医师认为中医经典缺乏教育平台,58.8%的学生认为教科书理论与实际临床严重脱轨,而后者也是中医经典教科书的主要问题。临床医师作为一线工作者,临床经验更为丰富,使用经典的频率也更高,对经典也有更深刻的感悟。故通过临床医生教授经典能够搭建新的经典教育平台,也能够灵活地将教科书理论与实际临床交叉联系,从而达到经典的充分利用、精准诠释。促进中医拔尖人才理论、实践双项能力并头前进,迅速发展。

### 2 着力师德与人文素质建设

医者,作为生命的守护者,本职工作为救死扶伤。故教育部部长袁贵仁也曾指出,要想提高医学人才培养水平,三个方面的改革需要强化,其中德育为先,良好的德育是拔尖人才培养质量的重要保障。教师作为德育的主体,发挥的作用相当关键。而在北京大学医学部师德调研的报告上显示<sup>[6]</sup>,85.2%的学生认为教师师德总体情况很好,但在“专职教师的师德滑坡现象”一项的选择上,选择否认的只占了6.6%。故教师师德的提高问题亟需解决。

良好的沟通能力、人文关怀、强烈的责任心等是一名拔尖医生突出的素养特征,而中医拔尖人才区别与西医的是,中医作为一门传统医学,在拔尖人才培养过程中对传统文化、国学、经典等方面的教育以及浓厚的文化氛围上提出了更高的要求。

总而言之,良好的德育与人文素养是培养拔尖人才的有力支撑。而教师作为医学生价值观、道德观、人文素养的直接影响人,为高质量中医拔尖人才作出了保障。故教师的师德与人文素养的提高是需要重视的也是需要长期坚持的。以下为提高师德与人文素养,提供两个策略以供探讨。

**2.1 树立师德榜样 增强职业认同感** 在全国、全省、各地区树立、宣传并表彰师德榜样,号召学习师德榜样,通过榜样力量去增强教师对职业的认同感,更好地投入到崇高的教学事业中去;通过榜样力量去启示当代医学生志存高远,树立正确的理想信念。从而为整个医学教育及服务体系注入更多的正能量,加速医改的正循环。



2.2 加大教师福利 提高职业忠诚度 教师享受国家和社会所创造的物质待遇、社会地位等的满意程度对提高师德整体水平起了决定性的制约作用<sup>[7]</sup>。加大教师福利,创造良好的工作环境,才能增加教师对职业忠诚度,巩固师德的塑造,引领师资队伍全身心地投入到人才培养与医学教育改革发展上来。

2.3 构建人文知识 提升人文素养 教师可以主动加强人文知识的学习来培养人格魅力、提高艺术修养以及树立积极的工作态度,并将这些内化为自己的精神力量,在日常教学中潜移默化鼓舞着学生对作为医生的道德追求、引导着学生更有兴趣学习钻研中医、启发学生如何发现问题、处理问题。如教师通过对人文知识的了解,在处理矛盾时能更容易换位思考,对正确合适的沟通技巧也有所掌握,给学生在以后从业中可能面对的医患问题做好了良好的示范。不仅仅是这些,学生从教师那学到的积极的人生观、塑造健康的身心理念、良好的审美情趣,使教师达到为学、为师、为人的全面统一,也更是使学生在以后的从医过程中弯路少一点、眼界高一点、胸怀宽一点,受益匪浅!

### 3 着重师资继续教育建设

3.1 继续教育进一步提升专业水平 在这个知识爆炸的年代,医学知识也不断推陈出新,了解医学知识的前沿动态,跟进继续教育是掌握新理论、新知识、新方法、新技术的必经途径<sup>[8]</sup>。而这些新兴知识的获取在培养中医拔尖人才中扮演着不可或缺的角色。教师可通过参加中医药继续教育培训、远程学习、专题业务讲座等途径来提升教学水平与职业素质能力。

3.2 国际化视野丰富教学理念 先进的教学理念、教学手段、教学方法在国际背景视野下才能得到更全面的接触。如引进PBL、CBL、床边教学和教学查房等示范教学,为学生更好更快地理解、记忆、巩固与运用知识提供了新的思路<sup>[9]</sup>,在我国人才培养的实践过程中也证明取得了较好的成效。故高校可定期选送学科中各模块的负责人和骨干教师去国外进修,引进和更新教学理念。

3.3 科研活动带动团队建设 教学和科研相结合的大学师资管理模式创新了大学管理制度,推动了人才培养模式的变革<sup>[10]</sup>。科研活动可促进形成完整的人才梯队、建立高水平的教学团队<sup>[9]</sup>。且科研思维、科研成果渗透到教学中来,可提升教学质量,而教学实践过程中发现的问题也可通过科研来解决。同时,科研实验室可向学生开放,提高学生的实践水平。

“善之本在教,教之本在师”,教师整体素质和教学能力等综合实力的不断提高才能实现高等医学教育

的可持续发展。在中医拔尖人才的培养过程中,师资综合水平的提高可具体到能力层面上“双师型”师资队伍的建设、素养层面上师德与文化素质的提升、发展层面上继续教育、国际化视野、科研的着重,这些突破点都是我国培养高质量、多数量的中医拔尖人才可以继续加强的着力点。

### 参考文献

- [1]焦楠,翟双庆,吴宇峰.中医临床拔尖型人才内涵的思考[J].中医教育,2015,34(1):8-10.
- [2]杨光华,王萍,黄利兴,等.名老中医学术传承研究方法探析[J].中医杂志,2014,55(21):1810-1812.
- [3]刘慧萍,黄玉,刘平安,等.中医拔尖人才培养思考的探析[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(5):30-31.
- [4]迟春霞.医学生眼中的师德——北京大学医学部师德调研报告[J].中国高等医学教育,2008(2):14-17.
- [5]李如辉.应重视中医经典著作的学习[J].中医文献杂志,2008,26(1):26-27.
- [6]林龙,熊浩,王明潮.广东省中医经典继续教育现状与思考——以广东省15所不同地区各级医院180名临床中医师及广州中医药大学800名高年级中医专业学生为例[J].光明中医,2012,27(11):2157-2161.
- [7]杜涛,宋艳红.医学院校师德建设的再认识[J].锦州医学院学报(社会科学版),2006,4(1):13-16.
- [8]张国民,赵子仪,何清湖.远程教育在中医继续教育中的探讨[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(20):1-2.
- [9]杨棉华,何萍,郑少燕,等.国际化视野下卓越医生培养的探索与实践[J].中国高等医学教育,2013(1):1-4.
- [10]邱学青,李正,李菊琪.创新大学师资管理模式促进教学与科研相结合[J].高等工程教育研究,2009(5):100-105.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李杰 收稿日期:2018-06-15)

## 淫羊藿鉴别要点

### 药材鉴别

淫羊藿:茎细圆柱形,表面黄绿色或淡黄色,具光泽。茎生叶对生,二回三出复叶;小叶片卵圆形,长3~8 cm,宽2~6 cm;先端微尖,顶生小叶基部心形,两侧小叶较小,偏圆形,外侧较大,呈耳状,边缘具黄色刺毛状细锯齿;上表面黄绿色,下表面灰绿色,主叶脉7~9条,基部有稀疏细长毛,细脉两面突起,网脉明显;小叶柄长1~5 cm。叶片近革质。

箭叶淫羊藿:一回三出复叶,小叶片长卵形至卵状披针形,长4~12 cm,宽2.5~5 cm;先端渐尖,两侧小叶基部明显偏斜,外侧呈箭形。下表面疏被粗短伏毛或近无毛。叶片革质。

柔毛淫羊藿:一回三出复叶,叶下表面及叶柄密被绒毛状柔毛。叶质较薄,纸质。

朝鲜淫羊藿:二回三出复叶,叶质较薄,纸质。小叶较大,长4~10 cm,宽3.5~7 cm,先端长尖。叶片较薄。

### 饮片鉴别

饮片呈丝状,或茎、叶、段混合物,叶面绿色至黄绿色,或浅绿色。叶背面灰绿色,网脉明显,中脉及细脉凸出,边缘具黄色刺毛状细锯齿,近革质,气微,味微苦。

炙淫羊藿表面浅黄色显油亮光泽,微有羊脂油气微,羊脂炙,增强其温补肾阳的作用。

——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。

# 中医院校教师教育技术培训知识库的建设探索<sup>※</sup>

吴学会 祁建松\* 刘 瑜 丛慧源

(天津中医药大学现代教育技术中心, 天津 300193)

**摘要:** 为满足中医高校教师的教育技术能力提升的需求, 实现教师教育技术培训与教师需求的精准对接, 研究建设中医教师教育技术培训知识库。教育技术知识库包括教育技术知识学习、能力评价两部分, 是开展相关培训的基础。知识库针对中医高校教师的特点设计知识模块, 根据教师不同学科分类设计知识点学科分类系数。教师教育技术能力评价结果作为开展相关讲座和确定参加教师的依据。通过建立相关制度来保障教育技术学习、能力评价、培训、知识库更新等活动良性运转, 形成高效可持续的教师教育技术能力培养体系。

**关键词:** 中医院校; 教育技术培训; 知识库; 建设与应用

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.017

文章编号:1672-2779(2018)-21-0042-04

## Research on the Construction of Knowledge Base for Teachers' Educational Technology Training in Universities of Traditional Chinese Medicine

WU Xuehui, QI Jiansong\*, LIU Yu, CONG Huiyuan

(Modern Educational Technology Center, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

**Abstract:** In order to meet the needs of improving the educational technology ability of college teachers in traditional Chinese medicine, the precise docking of teachers' education technology training and teachers' needs is realized, the knowledge base of education technology training for traditional Chinese medicine teachers was built. The knowledge base of educational technology is the basis of educational technology knowledge learning, ability evaluation and training. Knowledge base designs knowledge modules according to the characteristics of teachers in traditional Chinese medicine universities, designs knowledge points classification coefficients according to different disciplines of teachers, designs training lectures and participation teachers according to the evaluation results of teachers' educational technology ability. By establishing relevant systems, we can ensure the healthy operation of educational technology knowledge learning, ability evaluation, training, knowledge base renewal and other activities, so as to form an effective and sustainable training system for teachers' educational technology ability.

**Keywords:** universities of traditional Chinese medicine; education technology training; knowledge base; construction and application

随着教育教学改革的不断深入, 中医高校教师的教育技术能力培养日益成为高校教师专业发展的重点工作。但在实践中出现了学校持续高额投入教育信息化硬件和软件建设, 各个相关部门不断加大对教师的培训力度, 而广大教师教育技术能力提升效果不明显的现象<sup>①</sup>。问题出现的主要原因在于没有建立起有序的教育技术培训体系, 存在多头开展、重复培训、缺乏保障、针对性差和评价不科学等问题。因此, 教师教育技术培训知识库的建设变得十分迫切, 并在此基础上形成以教育技术中心为主导, 以知识库为基础的学习、培训、评价体系。实现学校教师教育技术能力培养的有序开展, 满足教师日益增长的教育技术知识学习要求。

### 1 中医院校教师教育技术培训的现状分析

中医院校在教师队伍的构成、教师的学科背景和教育技术培训的管理机构设置均与理工科院校有较大区别, 有其独特的特点。

**1.1 教师的群体特征分析** 中医院校教师的专业主要以中医学、中药学、针灸学等学科为主, 医学类专业占比达65%以上, 其余教师中语言类、体育类、思政类

教师占比较高, 而信息技术类教师比例不足2%。

教师的学历普遍较高, 新就业的教师普遍具有博士学位, 年龄在28岁以上, 在其学习经历中信息技术课程较少, 基本没有教育技术理论相关课程的学习经历<sup>②</sup>。

在对教师的教育技术知识来源情况进行分析发现广大教师学习的主要途径是通过网络自主学习达56%, 其次是教师资格培训占18%, 学校培训占13%, 书本仅占13%。教师资格培训仅在入职时开展, 而从人事处口径统计学校教育技术培训年均小于4次。因此教师的教育技术知识来源比较单一, 且知识缺少系统性和连续性<sup>③</sup>。

**1.2 教师的教育技术需求分析** 中医院校教师十分重视课堂教育技术的应用, 积极利用学习理论设计教学过程, 利用信息技术展示知识的内涵和原理。通过调研教师对教育技术知识的需求程度依次为教学设计、教学资源开发、学习理论和教学评价。

对教师教育技术知识的主要来源分析表明: 排第1位的是网络自主学习, 比例达56%; 第2位是教师资格培训, 占18%; 第3位是学校课堂培训, 占13%; 通过书本仅占13%, 广大教师基本没有教育技术学的相关教材<sup>④</sup>。

**1.3 中医院校教师技术培训的现状分析** 中医院校普遍设有现代教育技术中心, 其级别一般为处级单位, 个别高校为科级单位。现代教育技术中心的人员构成上

※ 基金项目: 天津市教育信息化协会课题【No.xxhxh-2016-006】

\* 通讯作者: 591183295@qq.com

教育技术专业或信息技术专业背景人员较少,普遍不足40%,其工作主要集中在教学资源维护和教学资源开发上。因此现代教育技术中心无法有效承担全校的教师教育技术培训学习<sup>[3]</sup>。结合座谈调研了解到教师教育技术培训学习也仅在岗前培训阶段开展,而后续的继续教育中与教育技术相关的培训年均不大于3次。

在传统的工作模式下高校的人事处、教务处和教师发展中心等职能部门不同程度地履行了教师的教育技术培训的组织工作,但由于教育技术培训不是相关部门的主要工作,导致了教育技术培训缺乏体系和连续性,对教师的教育技术学习缺乏跟踪和评价<sup>[4]</sup>。

## 2 教育技术知识库的建设研究

教育技术知识库的建设是一项系统工程,需要有良好的顶层设计,以保障其建设和应用顺利进行。

### 2.1 知识库建设的基本原则

知识库的使用频率比较高,为保障教师日常的学习,知识库建设必须遵守以下原则:(1)集成性原则。知识库的应用需要记录教师的训练情况,统计教师的测试情况,其评价结果供第三方系统使用,如教师评价系统。因此,为了简化使用过程,实现数据共享,知识库需要与统一身份认证系统集成,与信息门户系统集成,简化系统的认证过程;知识库需要与教师发展评价系统进行数据集成,将评价结果自动同步至教师发展评价库;知识库与人事系统集成,自动同步人事信息,实现相关信息的实时更新,如职称、部门信息,确保教师教育技术培训情况分析的维度更加准确<sup>[5]</sup>。

(2)权威性原则。教育技术知识库的知识条目添加、更新、知识的系数设定必须经过现代教育技术中心相关专家和教师发展评价中心相关专家论证,在周期性更新过程中确保教育技术知识的正确性和针对性。

(3)实用性原则。教育技术知识必须保障其实用性,保障其符合中医院校的教学特点、教师特点,区分不同学科适用的技术,不同学习理论适用的教学组织形式。合理设计知识的难易程度,做到“学的会,用的上”。根据学校的教育信息化发展情况及时补充相关应用知识。

(4)兼容性原则。为方便广大教师使用教育技术知识库,必须考虑到教师应用的各种场景,如计算机、Ipad、移动终端,并有针对性地设计web版、App版。根据移动终端的不同进一步设计Android版和IOS版等,尽可能地方便知识库的推广应用<sup>[6]</sup>。

### 2.2 教育技术培训的知識体系设计

根据中医院校教师的特点,知识库设计了教育技术概念模块,便于教师掌握教育技术的基本概念和发展过程。由于教师关于教育学方面的知识掌握较少,知识库重点增加了与课堂教学设计和教学软件开发相关的学习理论模块,重点介绍行为主义、认知主义和建构主义学习理论。完整的知识体系如图1所示。

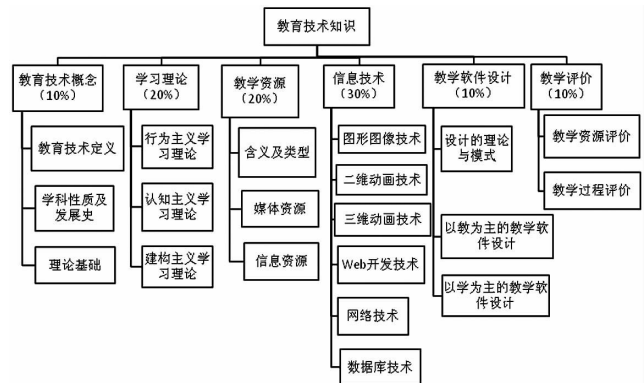


图1 教育技术知识体系

### 2.3 教育技术知识库的模块设计

教育技术知识库主要分为5个功能模块:知识学习模块,主要完成知识的学习,知识以图文和视频音频形式呈现,通过知识目录将相关文章、论文、相关资源、讲座视频等组织起来供教师学习<sup>[7]</sup>;模拟训练模块,该模块提供基于题库的模拟测试,教师可以不限次数进行模拟测试,根据测试结果给出学习建议;能力评价模块,该模块对教师的教育技术能力进行评测,由现代教育技术中心统一完成,形成教师教育技术评价报告、分类统计分析报告;知识库管理模块,该模块完成对知识库的更新,对教师测试的配置;统计分析模块,该模块实现对教师参与训练、测试的统计,实现对知识点学科分类系数的分析。

### 2.4 教育技术知识结构设计

教育技术知识结构的设计主要包括:知识点设计,主要完成对相关知识进行编号,分类;学习资源设计,完成与知识点对应的资料结构设计;试题设计,主要完成与知识点相对应的试题设计,类型包括单选、复选为主;教师结构设计,完成对教师的属性设计和分类设计,其中分类与知识的学科分类系数相关,属性包括职称、学历、学科、教龄,为考核的统计分析提供维度。

### 2.5 基于教育技术知识库的培训流程设计

教育技术知识库的应用需要教师、现代教育技术中心和教师发展中心共同参与完成。教师主要完成参与教育技术知识学习、训练及评价测试;现代教育技术中心主要完成知识体系的建设、学习资源的开发、知识分类系统的测定和培训的组织实施;教师发展中心协同教育技术中心开展知识分类设定,接收教师教育技术评价的成绩并纳入教师发展评价考核,根据教师发展评价结果拟定教育技术讲座培训模块和确定必须参加讲座的教师名单。

### 2.6 知识更新与知识分类系数更新

随着教育技术理论及信息技术的不断发展和教师教育技术水平的不断提高,知识库必须不断更新以满足教师发展的要求,因此必须定期开展以下调整工作。

#### 2.6.1 教育技术知识更新

教育技术中心周期性地开展教育技术知识的更新维护工作,主要包括添加新的教育技术理论和教育信息技术知识,对原有的知识进行

修正,删除过时的知识。每次知识更新工作需要教育技术中心和教师发展中心共同论证后开展<sup>[9]</sup>。

**2.6.2 知识点学科分类系数更新** 知识点的分类系数需要以考核年度为单位进行更新,通常以学科分类中上年度95%置信区间教师测试成绩的平均值为参考依据。新增知识点学科分类系数由教育技术中心与教师发展中心研究设定。

### 3 知识库的技术实现

**3.1 系统开发技术路线** 系统采用HTML5技术开发系统的用户界面,以实现对不同浏览器和移动端的兼容;采用MVC技术架构,ASP.Net技术、C#语言实现系统的业务逻辑部分,保障系统的可维护性和可拓展性;采用SQL Server 2008R1数据库实现对数据的存储;系统运行服务器采用Windows Server 2008 R2 Standard,发布服务器为IIS 7.0。

**3.2 核心功能模块实现** 教师技术培训知识库的实现的技术核心主要集中在知识点管理、教师教育技术评价、评价分类统计输出。

**3.2.1 评价知识点管理** 教育技术评价知识点管理,实现教育技术相关评价知识点的添加、修改和删除,该功能在重点实现添加题干、答案和类型的同时,需要设置该知识点所属评价库和关联知识库。在评价库中进一步设置教师分类系数,在关联知识库中添加与该知识相关的学习资源。

**3.2.2 教师教育技术能力评价与学习资源推荐** 教师需要通过教育技术能力测试库的测试来辨别教师的教育技术知识的掌握情况。系统根据评价结果推荐学习资源,教师单击资源名称即可学习,并记录学习结果。

**3.2.3 按模块统计培训名单** 现代教育技术中心和教师发展中心根据各个知识模块的评价结果确定培训项目和参与范围,筛选条件包括教师范围、教师类型和排名情况。

### 4 知识库的运行保障制度建设

教育技术培训知识库的应用需要相关的配套制度建设来保障系统的良性运转,相关制度如下。

**4.1 纳入教师发展评价制度** 教师教育技术能力评价结果作为教师发展中心教师专业发展评价的教育技术能力评价相关指标分数,系统以年度为单位同步相关数据。

**4.2 纳入教师继续教育制度** 教师的教育技术培训工作纳入教师的继续教育,其中对教育技术知识自主学习、参与的教育技术讲座纳入继续教育学分<sup>[9]</sup>。

**4.3 建立知识更新制度** 为保障知识库的知识符合教师发展的需求,必须建立知识的更新保障制度,及时调整相关知识内容和学科分类系数。该工作由现代教育技术中心教育技术科为主,教师发展中心协助完成。

**4.4 建立系统运行保障制度** 系统安全稳定运行是开展相关活动的保障,因此必须建立相关的系统安全检查,数

据备份、系统恢复、数据访问控制、软件升级维护等相关制度,由现代教育技术中心信息技术科具体实施<sup>[10]</sup>。

### 5 教育技术培训知识库的应用

教育技术培训知识库的建设可以满足教师对教育技术的需求,为形成完整的教师教育技术培训体系提供支持,具体应用领域如下。

**5.1 辅助教师教育技术能力培训** 系统主要作为教师教育技术能力培训的辅助系统,主要完成的工作包括:为教师提供全面的教育技术知识学习,通过知识章节目录检索相关内容,并提供图文、音视频等形式的内容;为确定培训内容和相关参加教师提供支持,如通过测试将教师进行分类,针对分类确定参与培训教师名单,使培训更有针对性;检验教师参加相关知识模块培训的效果。

**5.2 教师自主学习** 教师可以通过系统的训练模式进行自主测试(不限次数),系统显示评价结果,并根据评价结果向教师推荐学习内容;教师也可以直接进入学习模式,根据知识目录选择相关知识学习。

**5.3 教师的教育技术能力评价分析** 通过教师年度的教育技术能力测试可以对教师的教育技术能力开展分析。对教师的评价分析包括如下方面。

**5.3.1 个人评价分析** 主要以个人分析报表形式展现,内容包括个人的成绩分析,即最高分、最低分、本人全校排名、在本院排名、同职称中排名、同学科中排名;知识掌握程度分析,即各个知识模块的得分情况分析。

**5.3.2 整体评价分析** 主要对教师教育技术能力进行整体分析,包括正态分布分析、平均值分析,异常值分析。

**5.3.3 分类评价分析** 主要对教师以职称、学历、学科为分类维度开展分析,分析不同类别的教师教育技术的知识整体掌握情况和知识点掌握情况。

**5.4 教师专业发展评价** 教师教育技术能力测试的结果与教师发展评价挂钩,其测试的最高成绩自动同步到教师专业发展评价数据库作为教师专业发展评价考核中的一级指标教育技术理论与应用部分的成绩。通过与教师发展评价的结合进一步促进了教师的参与学习积极性,为教师参与教师教育技术能力评价提供制度保障。

### 6 应用效果

通过教师教育技术培训知识库的应用提高了教师学习教育技术知识的积极性,有效推进了中医高校的相关工作开展,系统应用1年来取得了良好的效果。

**6.1 提高了教师培训的绩效** 通过教师教育技术知识库的应用有效提高了教师培训的绩效,实现了精准培训,避免了重复培训和过度培训。通过系统的应用实现了将教育技术的年度继续教育主题由4个增加到6个,平均开班人数由100人降低到40人,教师参与率由72%提高到了95%。针对不同层次教师聘请主讲人员,降低了相关培训经费。

**6.2 提高了教师学习教育技术的积极性** 通过知识库的应用,教师的教育技术学习积极性明显提高,在全校

范围内统计100%的任课教师参与了知识库的使用,其中参与测试2次、5次的人数分别达到了40%和18%。图书馆教育技术相关书籍和期刊的借阅率具有大幅提高,以《中国电化教育》期刊的借阅为例,由月均借阅3人次,提高到了月均15人次。各个教学部门教师提交的教育技术类期刊的征订类别由2种增加到8种,涵盖了国内主要的教育技术期刊。

**6.3 促进了教育技术资源的开发和使用** 知识库根据教师的测试推荐学习资源,为不断满足教师的学习需要,教育技术中心不断增加学习资源,促进了存量资源的使用和新资源的开发,通过一年的应用实现资源累计访问120103人次,新增资源357个。

**6.4 改善了教师专业发展** 通过精准培训、调整知识分类系数等方式明显优化了教师专业发展,知识库应用后有效改善了教师专业发展评价中教育技术指标评价的学科差异,实现了不同学科教师的成绩分布状态与全校教师的整体成绩分布状态一致。

## 7 结论

通过建设教师教育技术培训知识库可以有效满足教师对教育技术知识学习的需求。培训知识库的建设与教师教育技术能力评价制度的结合形成了完整的教师教育技术培

训体系,捋顺了教师、教育技术中心和教师发展中心在教师教育技术培训中的关系。动态的知识更新满足了教师对新知识的学习,知识学科分类系数的设计保证了教师教育技术能力评价更加客观,而基于教师教育技术能力模块化评价的培训方法使得教育技术培训更加精准。

## 参考文献

- [1]吴学会,祁建松,马云伟,等.中医院校教育技术机构设置现状调研与分析[J].中国高等医学教育,2016(11):29-30.
- [2]吴学会,祁建松,马云伟,等.中医院校教师教育技术能力提升中的问题及对策研究[J].中国医学教育技术,2015,29(5):498-501.
- [3]吴学会,祁建松,马云伟,等.中医药院校教师教育技术能力现状调查与分析[J].成都中医药大学学报(教育科学版),2015,17(4):84-86,92.
- [4]吴学会,祁建松,李佳恒,等.中医药院校教师专业发展监测系统的建设研究[J].中医教育,2016,35(3):16-19.
- [5]田萍.混合理论视角下高校教师教育技术培训探析[J].中国成人教育,2017(18):154-156.
- [6]王洋.面向混合学习的教师教育技术能力培训模式研究[J].教育教学论坛,2017(39):29-30.
- [7]吴青青.高校教师教育技术培训体系构建探索[J].继续教育研究,2015(8):73-74.
- [8]卢启飞,邵加,赵治平,等.高校教师教育技术培训模式研究——以浙江中医药大学为例[J].中国医学教育技术,2015,29(2):135-138.
- [9]陈娉婷.高校教师教育技术培训体系的构建[J].中国成人教育,2014(14):121-122.
- [10]常志英,崔维森.高校教育技术“反转”培训模式研究[J].河北工程大学学报(社会科学版),2017,34(1):21-23.

(本文编辑:李海燕 本文校对:马云伟 收稿日期:2018-07-20)

# 双一流背景下高校实验技术人员队伍建设的思考<sup>\*</sup>

姜 珊 林 燕<sup>\*</sup> 闫永红

(北京中医药大学教务处,北京 100029)

**摘要:**建设一流高水平实验室,配备高素质、高水平的实验技术人员是建设“双一流”高校的必要条件。本文以我校为例,分析高等学校实验技术队伍的现状、存在的问题,从队伍建设的指导思想、发展目标、主要任务和保障措施等方面提出了切实可行的办法。建设目标是打造一支思想作风良好、综合素质过硬、实验技能娴熟、刻苦钻研的实验技术队伍,为社会培养出更多高素质、高水平复合型医学人才,推动学校进一步发展。

**关键词:**双一流;高等院校;实验技术人员;队伍建设

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.018

文章编号:1672-2779(2018)-21-0045-03

## Reflection on the Construction of Experimental Technician Team in Universities under the Double First Class Background

JIANG Shan, LIN Yan, YAN Yonghong

(Academic Affairs Office, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract:** The construction of a first-class and high level laboratory and equipping high-quality and high level laboratory technicians is a necessary condition for building a "double first class" university. This paper, taking our school as an example, analyzes the present situation and existing problems of experimental technical teams in colleges and universities, and puts forward practical methods from the guiding ideology, development goals, main tasks and safeguard measures of the team construction. The goal of the construction is to build an experimental technical team with good ideological work style, excellent comprehensive quality, skillful experimental skills and hard work, so as to cultivate more high-quality and high level compound medical talents for the society and promote the further development of the school.

**Keywords:** double first class; colleges and universities; experimental technicians; team construction

建设世界一流大学和一流学科即“双一流”建设是党中央、国务院在新的历史时期做出的重大战略部

署,旨在提升中国高等教育综合实力和国际竞争力<sup>[1-2]</sup>。自2015年提出以来,全国各高校都在积蓄力量向“世界一流”发起全力冲刺,我校中医学、中西医结合、中药学3个学科也于2017年入选国家“双一流”建设学科名单。

在全国高校特别是中医药院校,建设一流高水

<sup>\*</sup> 基金项目:北京中医药大学校级教育科学研究课题【No. XJ2X17069】

<sup>\*</sup> 通讯作者:yanlin77211@163.com

平实验室是推进“双一流”建设的客观要求<sup>[3-4]</sup>。建设一流的实验室除了提高其硬件设施外,对软实力也有更高层次的要求,实验技术人员的素质修养和业务水平就是实验室软实力的重要组成之一。实验技术人员作为实验室建设和发展的中坚力量,在实验教学、科学研究、人才培养以及实验室建设与管理等方面起着不可替代的作用<sup>[5]</sup>。然而在这样的大背景下,实验技术队伍依然存在很多问题,严重制约实验室乃至学校发展,影响人才培养质量的提高,因此加强实验技术人员队伍建设是目前亟待解决的问题。

### 1 我校实验技术队伍现状

我校现有本专科、研究生实验课程共114门,学时总数14360学时,授课学生总数17560人。与之相匹配的实验教学专业技术人员共计53人。其中,年龄在40岁以上人员占49%,学历在本科以下人员占21%,职称在中级以下人员占79%。

### 2 实验技术队伍存在的问题

**2.1 实验技术人员不足 承担工作量大** 实验技术人员承担全校本专科、研究生的教学任务,涉及专业、方向、学制、层次较多,实验种类繁多。实验技术人员还要参与实验教学仪器设备、耗材的预算、采购和管理及实验室的管理工作。随着招生人数逐年增加,人才培养方案修订后,加大了实验课程、实践学时比重,实验技术人员年龄结构不合理,人员缺乏情况更加突出。

近些年,虽然新选留了不少高学历的实验技术人员,但多数人员还要参与新校区和实验楼、实验室建设,依然不能及时解决实验技术人员短缺的问题。实验技术人员短缺导致有些实验教学工作不能深入展开,影响了正常的教学工作,制约了实验教学计划的落实和实验教学的改革进度。

**2.2 队伍结构不合理 人员素质及技术能力有待提高** 实验教学专业技术队伍年龄结构不合理。队伍平均年龄偏大,40岁以上人员比例过高;实验技术队伍高学历人才不足,专业知识老化,业务水平不高。

近年来,随着国家对教育科研事业投入力度的不断增加,高等教育办学规模的不断扩大,我校全面修订了本专科人才培养方案,各学科的知识相互融合、相互渗透,单一知识结构已不能适应实验教学的需求。实验技术队伍知识老化又得不到应有的培训和提高,很难紧跟学科发展,对创新教育模式也难以适应,同时也影响了设备的先进功能在教学和科研中的充分发挥<sup>[6]</sup>。人员的素质水平不够,技术能力亟待提高,尤其研究生课程的教学和课题指导更需要具备新技术的实验技术人员支持。现有的人员结构、素质、水平已不能满足实验教学的改革和发展需要,这也是影响高校创新人才培养的重要因素。

### 2.3 实验技术队伍地位不高,培养、考核、激励、评价体系有待完善

**2.3.1 相关培养考核激励评价体系有待完善** 现行的规章制度对于实验教学技术人员缺少明确的岗位职责、量化考核方式、奖励激励制度等,教师评价体系往往以科研成果和理论教学成果为主要指标,实验教学和实验室建设工作量难以体现。实验技术人员付出了大量的时间和精力用于实验环境条件的建设、学生实验指导和实验设备的使用和管理等方面工作,但这些工作未被转化为明确的工作量。

**2.3.2 实验技术队伍地位不高 人员积极性低流动性大** 长期以来,实验技术队伍在待遇、师资培训等方面与教师系列存在较大差异;相对于理论教师、科研教师,其工作内容和要求相对单一,发展和晋升空间受限。实验技术人员工作目标不明确、责任和职责不清晰。在多数高校,实验技术人员没有正高级职称,工作前景不明确,影响工作积极性。人员流动性大,高素质人才不愿进、留不住,队伍稳定性较差<sup>[7]</sup>。

### 3 队伍建设指导思想及发展目标

**3.1 指导思想** 实验技术人员队伍建设以“双一流”大学建设为宗旨,以提升学校核心竞争力和办学水平为目的,满足学科发展的需要,满足新建专业和专业特色凝练的需要,满足提升教学质量、办学层次和水平的需要。进一步解放思想、开拓创新,理顺管理体制和运行机制。秉承学校“人心向善、传承创新”的理念,坚持弘扬“追求卓越、止于至善”的精神,增强实验专业技术队伍的活力、凝聚力,全面提升队伍水平。

**3.2 建设目标** 以队伍协调发展为着力点。着力建设一支善于实验技术创新与集成、服务与保障水平较高的技术骨干队伍,一支思想政治素质高、精干高效、职业化的实验管理队伍,一支勇于创新、充满活力的高质量实验人才队伍。适度扩大实验人才队伍规模、优化人员结构。进一步优化学缘结构,逐步提高实验队伍学历水平。建立一支具备高级、中级、初级职称,层次、结构合理、专业对口的实验技术人员梯队<sup>[8]</sup>。着力引进和培养高层次人才,提升实验技术人员岗位能力。提升实验人员教学科研能力,不断推动实验教学改革。

### 4 主要任务

**4.1 增强凝聚力 营造良好氛围** 以“追求卓越、止于至善”精神为导向,树立高度的事业心、责任心,弘扬爱岗敬业、为人师表、无私奉献精神,增强实验队伍凝聚力,建设团结、和谐、务实的实验人才队伍。

以培养中青年实验教学专业技术人才为重点。采取有效措施,进一步加大对中青年实验人才的培养和支持力度,不断创新培养模式,为他们搭建创新舞台,营造良好氛围。

## 4.2 理顺机制 完善相关管理制度

**4.2.1 建立完善的规章制度** 完善实验技术队伍管理制度,建立岗位责任制度、考核制度、奖励激励制度,明确实验技术人员的权、职、责。根据实验室所承担的实验教学、科研任务和实验室管理的工作量,对实验技术人员进行定岗、定编和定责。改革实验人员考核评价体系,激发实验技术人员的创新活力和改革动力,提升实验教学的效果和水平,促进实验室建设良性循环。

在职称聘任方面,结合实际情况考虑为实验技术队伍设立正高级职称,使符合条件的优秀人才有更大的积极性和发展空间。对于学历、层次较高的实验技术人员,可在政策和制度上建立考核评价机制,根据其具备专业的知识和能力,可允许承担少量实验课授课,同时缓解教师授课压力大、人员短缺的问题。

**4.2.2 试行实验技术人员轮岗制 鼓励一线教师积极参与实验教学** 试行实验技术人员轮岗制,让年轻的实验技术人员不仅局限在一个实验室或一门课程,形成良性的流动机制,培养高水平、综合素质强的实验教学的专业技术人才。从政策和制度上鼓励新入职的一线教师到实验室锻炼,以增长才干,并将该部分工作作为年度工作考核的内容之一。

**4.3 积极引进高素质人才 保持队伍完整性** 未来三年,要积极引进和补充高素质后备人才,引进具有一流大学和一流学科教育背景的高学历、高层次实验技术人员。优化人员年龄、学历、学缘结构,力争硕、博士研究生学历达到50%以上。鼓励现有人员攻读在职研究生,做好老中青传帮带的工作。进一步补充精通大型仪器使用的实验技术人员,对于本科生尤其研究生的培养有至关重要作用,同时能更好地为全校师生服务。

**4.4 加强技术人员培训 提升技术支撑队伍的专业化水平** 加强提升教学、科研中心的技术辅助作用,以提高专业技术人员和业务能力为重点,加强专业技术人员队伍培训,鼓励实验技术人员到国内外高水平大学和科研机构进行学习交流、培训和考察,鼓励其不断更新知识、掌握新技术。通过有计划、有针对性的专业培训和学历学位等进修,提高实验队伍高级职称、研究生学历的比例,不断提高技术支撑队伍的专业化水平和服务保障能力。

**4.5 鼓励人员实验技术创新 积极参与科研与教学研究** 鼓励人员开展实验技术创新,积极参与教学改革、教学设计、教育科研课题等,增强自身业务能力。鼓励实验技术人员和教师一起自主研发高质量实验教学仪器、进行实验教学设计和改革、多媒体实验教学课件制作,写出高水平研究论文<sup>[9-10]</sup>。

鼓励实验技术人员配合实验教师开设和准备综合性设计性实验;鼓励其为实验室的硬件平台服务,为刚入实验室的研究生和本科生提供培训;为研究生和

本科生的科研创新实验提供指导和支持。

## 5 支撑保障

**5.1 充分发挥立德树人的作用** 要实现培养创新型、高素质人才的培养目标,就要进一步提升实验课的教学内涵。鼓励实验技术人员以“立德树人,以文化人”的宗旨为指引,提高自身素质,发挥自身优势,积极参与教学,通过精确的教学设计和定位,与主讲老师协调合作,是实现这一目标的有力保障。

**5.2 建立完善的管理制度** 明确学校、各级机构和二级学院在办学中的地位和职责,下放管理权限,确立目标责任制,发挥二级学院办学主体作用。学校层面建立对实验技术人员具有明确指导性、规范性、约束性的规章制度与管理文件。建立明确的考核评价、岗位聘任和奖励激励机制,将考核从讲形式向重内容转变,完善指标体系<sup>[11]</sup>。学院层面根据制度有效管理,逐步完善梯队建设,保证实验教学工作的质量和水平。

## 6 结语

建设“双一流”的大学必须要有一流的学科、一流的实验室和一流的仪器装备,这需要一支高水平、充满战斗力的实验技术队伍。医学院校学生的实践能力、创新思维及科研能力的培养更是与实验技术人员息息相关,因此实验技术人员的建设对于培养高校人才、提高教学和科研质量都有着重要的意义<sup>[12]</sup>。实验技术队伍素质的高低直接影响实验教学质量 and 科研水平提高。各高校应进一步依托国家政策法规、依靠学校发展、强化自身建设、加强继续教育,建设一支思想作风良好、综合素质过硬、实验技能娴熟、刻苦钻研的实验技术队伍,以推动学校进一步发展,为社会培养出更多高素质、高水平复合型医学人才。

## 参考文献

- [1]周光礼.“双一流”建设中的学术突破——论大学学科、专业、课程一体化建设[J].教育研究,2016,37(5):72-76.
- [2]武贵龙.在“双一流”建设中找准定位,特色发展[J].中国高等教育,2016(22):26-27.
- [3]贾振元.建设“双一流”实验室支撑至关重要[J].实验室研究与探索,2016,35(11):1-3.
- [4]金升菊.以一流实验室建设推动“双一流”发展[J].科教文汇,2016(24):51-52.
- [5]盛英卓,马明.双一流建设背景下实验技术人员的自我管理提升[J].实验室科学,2017,20(5):206-208.
- [6]余春波,范芳,李长福,等.浅析医学院校实验技术人员综合素质培养与提高[J].继续医学教育,2017,31(5):66-67.
- [7]栗源,可燕,蒋嘉烨,等.实验技术人员在实验课程中教学定位的探索[J].实验室研究与探索,2017,36(6):263-266.
- [8]许勇俊.高等医学院校实验技术人员队伍的现状与对策[J].时珍国医国药,2006,17(9):1834.
- [9]耿娜娜,吴明松,郑翔,等.提高高校实验技术人员综合素质的探讨[J].基础医学教育,2018,20(1):74-76.
- [10]刘凡丰,徐晓创,周辉,等.实验技术人员队伍建设困境与对策[J].中国高校科技,2017(1):29-30.
- [11]夏金鑫,丁启龙,柯学,等.高校实验技术人员量化考核体系建立的研究与探讨[J].药学教育,2017,36(7):426-428.
- [12]王洪民.基于实验技术人员队伍建设的思考[J].产业与科技论坛,2016,15(20):256-257.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王坤 收稿日期:2018-07-31)

# 预防医学专业毒理学基础课程设置 满意度调查与分析<sup>※</sup>

苏志刚 张楠 苏雄 迟宝峰\*

(内蒙古医科大学公共卫生学院, 内蒙古 呼和浩特 010110)

**摘要:**目的 了解预防医学专业学生对毒理学基础课程设置的满意度, 探索教学改革方法及改善教学效果。方法 以内蒙古医科大学2014级预防医学专业学生作为研究对象, 采用自编问卷对毒理学基础课程设置满意度进行调查。结果 认为毒理学基础在预防医学中非常重要的学生占65.28%, 但仅有26.39%的学生愿意第一志愿报考毒理学研究生; 对于教学进度的把握满意度为94.44%; 只有43.06%的学生对于管理毒理学这章的内容设置非常满意。结论 预防医学专业学生对于毒理学基础课程设置基本满意, 但仍需进一步完善课程设置及改革教学方法, 以不断提高教学质量。

**关键词:** 预防医学; 毒理学基础; 满意度; 教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.019

文章编号:1672-2779(2018)-21-0048-03

## The Survey and Analysis of Satisfaction of Toxicology Curriculum on Prevention Medicine Students

SU Zhigang, ZHANG Nan, SU Xiong, CHI Baofeng

(School of Public Health, Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010110, China)

**Abstract:** **Objective** To improve education quality through investigating the satisfaction and demands of the setting of toxicology from students of prevention medicine in Inner Mongolia University. **Methods** The grade 2014 prevention medicine students were investigated by using self-designed questionnaire. **Results** 65.28% of students believed that toxicology was very important in preventive medicine. And the pupils who wanted to be toxicology graduate student were only 26.39%. 94.44% of students were satisfied with the teaching schedule that was grasped by teachers. And the content of the chapter on the management of toxicology was satisfying to 43.06% of students. **Conclusion** Prevention medicine students were basically satisfied with curriculum provision of toxicology. However teachers still need to improve teaching quality by reforming methods and perfect the course-setting.

**Keywords:** preventive medicine; toxicology; satisfaction; teaching reform

毒理学基础是预防医学专业的一门重要基础课程, 主要研究外源化学、物理和生物因素对生物体和生态系统的损害作用与机制, 以及中毒的预防、诊断和救治<sup>[1]</sup>。因其具有较强的实践性和应用性, 所以培养学生具有较为扎实的毒理学知识与技能, 不论对于学生其他专业课程的理解与学习, 还是未来从事疾病防控、卫生监督等方面的工作, 都具有重要意义<sup>[2]</sup>。但由于毒理学研究内容广泛, 涉及学科领域较多, 如化学、生物学、免疫学、遗传学等, 而且加之其理论性较强, 因此, 学生普遍反映知识较难理解与掌握。基于此, 笔者对内蒙古医科大学2014级预防医学专业学生开展了关于毒理学基础课程设置满意度的调查, 以期今后提高本专业毒理学基础教学质量, 改革相应教学方法提供理论依据。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 内蒙古医科大学2014级预防医学专业本科学生73人。

**1.2 研究方法** 采用自行设计的问卷, 就学生对于毒理学基础课程设置满意度进行调查, 本次调查满意度共分5个等级(非常不满意=1, 比较不满意=2, 一般=3, 比较满意=4, 非常满意=5), 共发放问卷73份, 回收72

份, 回收率98.63%。

**1.3 统计学方法** 采用Epidata 3.0录入数据, SPSS 22.0进行数据整理与分析。

### 2 结果

**2.1 对毒理学基础课程的认识程度** 本次调查结果显示, 65.28%的学生认为毒理学基础在预防医学中非常重要, 认为比较重要和一般的学生分别占30.56%和4.17%。对于毒理学基础课程实用性的理解, 50.00%的学生认为其非常有帮助。愿意第一志愿报考毒理学研究生的同学仅占26.39%。具体结果见表1。

表1 预防医学专业学生对毒理学基础课程的认识 [人数(%)]

项目	选项	人数	百分比
毒理学基础在预防医学中的重要性	不太重要	0	0.00
	一般	3	4.17
	比较重要	22	30.55
	非常重要	47	65.28
对毒理学基础实用性的理解	完全没有帮助	0	0.00
	不太有帮助	0	0.00
	一般有帮助	10	13.89
	比较有帮助	26	36.11
	非常有帮助	36	50.00
是否愿意第一志愿报考毒理学研究生	是	19	26.39
	否	53	73.61

**2.2 对毒理学基础理论课教学方法的满意度** 由表2可见, 学生对于理论课教学中教学进度把握及考核评价

※ 基金项目: 内蒙古医科大学本科教学质量工程立项项目【No. NYJXGC2018026】

\* 通讯作者: cbf129@163.com



方式与结果均满意度较好,分别为94.44%和90.28%。但对于课堂气氛和创新能力培养的满意度均相对较低,非常满意的比例分别为45.83%和52.78%。

表2 对教学方法的满意度调查 [人数(%)]

调查内容	人数	满意度等级				
		1	2	3	4	5
知识广度	72	1(1.39)	0(0)	9(12.50)	12(16.67)	50(69.44)
课堂气氛	72	0(0)	3(4.17)	12(16.67)	24(33.33)	33(45.83)
知识传递及效果	72	0(0)	2(2.78)	7(9.72)	18(25.00)	45(62.50)
考核评价方式及结果	72	0(0)	0(0)	7(9.72)	20(27.78)	45(62.50)
教学进度的把握	72	0(0)	0(0)	4(5.56)	18(25.00)	50(69.44)
实践技能的培养	72	0(0)	1(1.39)	8(11.11)	16(22.22)	47(65.28)
前言及交叉学科知识	72	0(0)	1(1.39)	12(16.67)	18(25.00)	41(56.94)
科研素质的培养	72	0(0)	1(1.39)	13(18.06)	18(25.00)	40(55.56)
创新能力的培养	72	0(0)	5(6.94)	16(22.22)	13(18.06)	38(52.78)
案例介绍	72	0(0)	2(2.78)	8(11.11)	21(29.17)	41(56.94)

2.3 对理论课各章节内容设置的满意度 由表3可见,学生对于绪论和管理毒理学这两章节内容设置的满意度相对较低,分别为73.61%和58.34%,尤其是管理毒理学这章的内容,只有43.06%的学生认为非常满意。学生对于其余各章节内容设置的满意度均较好,在80%以上。

表3 毒理学基础理论课各章节内容满意度调查 [人数(%)]

教学内容	人数	满意度等级				
		1	2	3	4	5
绪论	72	2(2.78)	10(13.89)	7(9.72)	16(22.22)	37(51.39)
毒理学基本概念	72	0(0)	0(0)	8(11.11)	10(13.89)	54(75.00)
化学毒物在体内的生物转运与生物转化	72	0(0)	1(1.39)	8(11.11)	20(27.78)	43(59.72)
毒作用机制	72	0(0)	2(2.78)	5(6.94)	14(19.44)	51(70.83)
毒作用影响因素	72	0(0)	0(0)	6(8.33)	17(23.61)	49(68.06)
毒理学实验设计	72	0(0)	2(2.78)	8(11.11)	17(23.61)	45(62.50)
一般毒性作用	72	0(0)	0(0)	8(11.11)	15(20.83)	49(68.06)
外源化学物致突变作用	72	1(1.39)	0(0)	12(16.67)	17(23.61)	42(58.33)
外源化学物致癌作用	72	0(0)	1(1.39)	11(15.28)	18(25.00)	42(58.33)
发育毒性与致畸作用	72	0(0)	2(2.78)	7(9.72)	20(27.78)	43(59.72)
管理毒理学	72	4(5.56)	9(12.50)	17(23.61)	11(15.28)	31(43.06)

2.4 对实验内容设置的满意度 就目前实验内容设置而言,学生普遍反映良好,满意度较高,特别是毒理学实验的基本技术这部分内容,非常满意的比例为76.39%。具体结果见表4。

表4 对实验课内容设置的满意度调查 [人数(%)]

内容	人数	满意度等级				
		1	2	3	4	5
毒理学实验的基本技术	72	1(1.39)	1(1.39)	3(4.17)	12(16.67)	55(76.39)
急性经口LD50设计及测定	72	3(4.17)	0(0)	5(6.94)	18(25.00)	46(63.89)
有机磷化合物经皮吸收毒性试验	72	1(1.39)	0(0)	5(6.94)	17(23.61)	49(68.06)
精子畸形试验	72	0(0)	0(0)	10(13.89)	17(23.61)	45(62.50)

### 3 讨论

近年来,经济与科技的快速发展,为我们的生产生活带来了诸多便利,但伴随这些便利而来的,是大量的

外源化学物涌入我们的生活,对我们的环境和身体健康造成严重危害。而毒理学不仅在我们了解化学物作用于人体的机制,以及避免或减少化学物对人体的危害方面扮演着重要角色,而且在经济和社会的可持续发展中都具有重要战略地位<sup>[9]</sup>。这就需要大量高素质的毒理学专业人才,而提高预防医学专业毒理学基础课程教学质量是培养毒理学专业人才的关键因素之一。

本次调查发现,大多数学生对于毒理学基础这门课程具有较为深刻的认识,65.28%的学生认为其在预防医学中非常重要,而且对于毒理学基础实用性的理解方面,也有50.00%的学生认为其非常有帮助。但与此相对的是,仅有26.39%的学生愿意第一志愿报考毒理学研究生。造成这种现象的原因是多方面的,一方面可能是由于学生对于毒理学专业就业前景了解欠缺,认为毒理学专业就业范围窄,就业难。基于这种情况,除了鼓励学生到疾控中心毒理所等科室实习外,还可以组织学生到药物研发等相关企业进行参观,了解毒理学专业学生就业去向及具体工作,增加学生报考的信心。更重要的原因,可能是由于毒理学自身学科特点所决定的,毒理学涉及实验内容较多,而一些学生不愿意做实验,特别是一些女学生害怕实验动物操作,这也是目前毒理学基础实验课教学中较为突出的问题——很多学生喜欢毒理学实验,却不敢上手操作。针对这方面原因,可以让教师在授课过程中增加一些实验动物学的教学内容,并在实验教学中增强安全防护有关的内容,使学生了解动物的习性,减少对动物的恐惧心理,掌握实验安全防护技能,从而敢于上手毒理学实验,并通过实验操作增强对理论课内容的理解与掌握。

毒理学基础课程的教学内容包括理论课和实验课两部分。本次调查发现,学生对于理论课各章节内容设置的满意度较好,但对绪论和管理毒理学这两章节内容设置的满意度相对较低,分别为73.61%和58.34%。其原因一方面可能是由于这两章节内容涉及广泛,且考试中占比较少,学生认为其不够重要。另一方面,可能是所采用的教学方法不够恰当。目前,本校毒理学基础理论课仍然采用的是传统教学方法,即“老师上面讲,学生下面记”,学生只是被动地接受教师讲授的内容,并没有积极地参与到课堂教学过程中,本次调查结果也显示学生对于理论课课堂气氛的满意度相对较低,非常满意的學生仅占45.83%。基于此种情况,可以对教学方法进行适当改革,将一些新的教学方法引入到毒理学基础理论课的教学,如案例教学、PBL教学法等,这些均已被国内许多医学院校认同并实践<sup>[46]</sup>。而且可以针对不同的章节采用不同的教学方法,例如,在绪论这一章的讲授过程中,可以多列举一些典型的案例,将教材中的内容融入到案例中,不仅易于学生掌握,而且能够活跃课堂气氛,提高学生学习毒理学基础的兴趣,为整个课程的教学打下一个良好的基础。毒理学实验课在毒理学基础课

程中具有重要地位,实验课教学不仅可以加深学生对于理论课内容的理解,而且能培养学生进行科研的基本技能及思维。本次调查中,虽然学生对于目前开设的实验课内容均满意度较好,但仍然掩盖不了本校毒理学实验课教学中存在的一些问题,例如,目前实验课教学采取的方法是讲解与示教相结合,学生按实验指导进行操作,这样学生缺乏动脑思考,创新设计能力没有得到很好的培养。因此,在实验课教学过程中,可以更多地采用教师提前布置实验内容,学生自行查阅相关资料并设计实验的方法,教师对其进行指导,认为可行后正式进行实验。这样不仅有利于学生创新能力的培养,而且能充分发挥学生的主观能动性,提高学生参与实验的积极性,使实验课真正能与理论课教学形成有力互补。

科学技术的日新月异,为毒理学的发展带来了新的机遇与挑战,也为预防医学专业毒理学基础课程的教学提出了更高要求,因此,对毒理学基础课程内容设置的不断完善及教学方法的不断改革都势在必行。

#### 参考文献

- [1]王心如.毒理学基础[M].6版.北京:人民卫生出版社,2013:9.
- [2]曹毅.提高卫生毒理学教学质量的实践与思考[J].基础医学教育,2014,16(12):1034-1039.
- [3]谢斌,丁玉峰.毒理学的研究进展[J].医药导报,2007,26(10):1186-1187.
- [4]任锐,张咏,高淑英,等.PBL教学法在毒理学基础教学中的应用[J].基础医学教育,2012,14(9):666-669.
- [5]杨敬华,蔡原,逯晓波,等.卫生毒理学PBL教学方式与预防医学专业学生能力培养的研究[J].医学研究与教育,2017,34(1):56-61.
- [6]张增利.案例教学在毒理学基础教学中的运用体会[J].中国高等医学教育,2010,18(12):96-132.

(本文编辑:李海燕 本校校对:高玉敏 收稿日期:2018-07-05)

## 区域性上下联动建立慢性肾脏病 中医健康管理模式的探讨<sup>※</sup>

张南南<sup>1</sup> 孔令新<sup>1\*</sup> 徐希胜<sup>1</sup> 张红<sup>1</sup> 王艳云<sup>1</sup> 田朝阳<sup>1</sup> 张太柱<sup>2</sup> 张俊录<sup>3</sup>

(1 北京市房山区中医医院肾病科,北京 102400; 2 北京市房山区佛子庄卫生院内科,北京 102417;  
3 北京市房山区长沟卫生院内科,北京 102407)

**摘要:**本研究由北京市房山区中医医院肾病科专家团队,参照肾脏病中西医诊疗指南,制定符合基层医疗单位的慢性肾脏病的中医诊疗规范,对房山区2个乡镇卫生医疗机构进行慢性肾脏病知识培训,内容包括识别高危人群、早期筛查评估、中西医分期治疗、中医调护、双向转诊标准,完成全区慢性肾脏病规范管理流程与方案,培育乡镇医疗机构医务人员,与乡镇医疗机构建立长效协作关系,最终建立规范的慢性肾脏病筛查、诊断、预防、治疗为一体的全区中医健康管理模式。通过研究此管理模式,促进了区内医疗资源的合理配置利用,具有可推广价值。

**关键词:**慢性肾病;上下联动;基层中医药人才;健康管理模式

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.020

文章编号:1672-2779(2018)-21-0050-03

### Discussion on the Establishment of Health Management Model of Traditional Chinese Medicine for Chronic Kidney Disease in the Form of Linkage between Superior Hospital and Subordinate Hospital in the Region

ZHANG Nannan<sup>1</sup>, KONG Lingxin<sup>1</sup>, XU Xisheng<sup>1</sup>, ZHANG Hong<sup>1</sup>, WANG Yanyun<sup>1</sup>, TIAN Chaoyang<sup>1</sup>, ZHANG Taizhu<sup>2</sup>, ZHANG Junlu<sup>3</sup>

(1. Nephrology Department, Fangshan District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 102400, China;  
2. Department of Internal Medicine, Fangshan District Fozizhuang Township Hospital, Beijing 102417, China;  
3. Department of Internal Medicine, Fangshan District Changgou Township Hospital, Beijing 102407, China)

**Abstract:** In this study, an expert team was set up in department of nephropathy of Fangshan District Hospital of Traditional Chinese Medicine. According to the guidelines for the diagnosis and treatment of kidney disease in traditional Chinese medicine and Western medicine, we formulate the TCM diagnosis and treatment standards for chronic kidney disease in accordance with the basic medical units. Then, we are responsible for Fangshan District's 2 township medical institutions for training, including: identification of high-risk groups, early screening and evaluation of traditional Chinese medicine and Western medicine treatment, Chinese medicine nursing standard, superior hospital and subordinate hospital referral standards, complete the specification of chronic kidney disease management process and plan, cultivate rural medical institutions of medical personnel to establish long-term cooperative relations and effective rural medical institutions, the eventual establishment of chronic kidney disease for screening, diagnosis and prevention and treatment of the Chinese medicine health management mode. Through the study of this management model, we hope to promote the rational allocation and utilization of medical resources in the region, this model has the value of promotion.

**Keywords:** chronic nephropathy; the linkage between superior hospital and subordinate hospital; grassroots TCM talents; health management mode

分级诊疗作为国家医疗卫生工作的重点,将对我国医疗卫生服务体系产生重大影响,而大型公立医院

需在适应中不断调整 and 应对,其中一项重要的应对措施就是主动对口支援<sup>[1]</sup>。由此,房山区中医医院开展区域性上下联动,培养基层中医药人才;建立全区慢性肾脏病中医健康管理模式,与乡镇卫生机构建立长效协作关系。

※ 基金项目:北京市房山区科技计划项目子课题【No.201601027】

\* 通讯作者:fszyn5k@sina.com

随着人口老龄化的进程,慢性病时代到来,慢性肾脏病(CKD)的发病率也随之逐年上升,CKD因其预后差、病程长、经济负担重,已成为世界范围内的重大公共卫生问题。CKD多发病隐匿,是一种较大潜在危险性的疾病,可以进展为尿毒症。统计数据显示,房山区2015年底尿毒症患者透析人数在北京10个郊区县人数中排名第一,我科作为房山区肾内科专业委员单位,2015年底对房山区各个透析室进行统计,发现2015年新进入透析的患者66.7%在发现CKD后3年内进入透析治疗,说明区内对于CKD的早期筛查、规范管理的工作做得还不够。CKD是一个慢性进展性疾病,房山区作为一个以农业为主的地区,农民健康体检意识薄弱,CKD初期症状隐匿,容易被患者忽视;基层医疗人员对CKD的早期识别、治疗时机的把握以及中医调护意识也亟待提高。中药调理、中医调摄养生、饮食指导及运动疗法等中医健康管理模式,在延缓CKD进展方面有自己的优势。2012年KDIGO指南提出了CKD综合治疗模式:包括对症治疗、心理治疗、精神支持、人文关怀,指出医生、护士以及患者家属构成的团队,在CKD患者管理中非常重要。为了提高房山区区域内群众的健康水平和生活质量,急需对CKD进行早期识别、早期防护及病后防复的规范管理,实施人才培养,对区域内基层医疗人员进行相关培训,建立CKD患者中医健康管理模式。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究于2016年1月1日—2017年5月1日由北京市房山区中医医院肾病科承担建立中心,对22个乡镇中的2个乡镇医疗机构(长沟镇社区卫生服务中心、佛子庄社区卫生服务中心)进行对口帮扶,培养基层中医药人才2人。

**1.2 方法** 以房山区中医医院肾病科为中心,成立专家团队,制定规范的CKD中医诊疗规范,对2个乡镇卫生机构的医疗人员进行CKD知识培训,内容包括识别高危人群、早期筛查评估、中西医分期治疗、中医调护、双向转诊标准,在这2个乡镇卫生机构建立CKD中医健康管理试点,形成CKD中西医诊疗方案及双向转诊流程,完成对乡镇卫生机构的人才培养,建立上下转诊机制,与乡镇卫生机构建立长效协助关系。

**1.2.1 完成CKD规范管理流程与方案** 房山区中医医院肾病科成立了以孔令新主任医师为中心专家团队,团队成员包括杨东明副主任医师、科室骨干张南南主治医师、王艳云主治医师、田朝阳主治医师、护士长赵亚红副主任护师和王佳丽护师,共同制定了CKD的中医诊疗规范,内容包括CKD的中西医概念、早期筛查人群及筛查项目、病情评估与分期和分期治疗,并邀请了中医科学院广安门医院饶向荣主任医师、北

京大学人民医院董葆副主任医师对CKD的规范管理流程与方案进行评估完善,制定CKD双向转诊标准及流程图。根据就诊患者需要完善检查项目、病情复杂、临床症状加重、尿蛋白水平增加、肾功能恶化、晚期肾脏病患者病情不稳定等情况制定转诊标准,让乡镇卫生机构在遇到这些患者准备转诊时,有据可循,确保患者安全就医。

**1.2.2 培育乡镇卫生机构医疗人员** 对2个乡镇卫生机构医疗人员评估调研,进行CKD中医药人才培养。因基层医疗单位检查条件及诊疗水平的限制,对CKD的重视程度不够,CKD患者往往被漏诊。对基层医疗人员进行系统的培训,包括识别高危人群、早期筛查评估、中西医分期治疗、中医调护、双向转诊标准,并针对患者病情制定个性化的治疗方案。由北京市房山区中医医院肾病科派出专家团队,参照已制定CKD规范化诊疗流程及方案,对各基层医疗单位选派的医生(2名)进行培训、指导、考核等工作,帮助其突出中医特色,规范诊治CKD。培训形式包括:义诊、会诊、讲座、带教,推广适宜基层医疗人员的中医肾病健康知识。专家团队与基层医生形成师生关系,老师每月下乡讲课及会诊病人1次,学生每周跟老师出诊,由专人负责组织学习、培训及考核等工作的安排。

## 2 结果

**2.1 形成CKD中西医诊疗方案及双向转诊流程** CKD中西医诊疗方案内容包括CKD的相关概念、早期筛查人群及筛查项目、病情评估及分期和分期治疗,其重点在CKD的中西医分期治疗,把CKD分为1~3a期和3b~5期两个阶段进行不同危险分层的治疗。目的在于使乡镇卫生机构做到认识CKD及其分期,重视CKD的早期筛查,识别高危人群,掌握CKD1~3a期待诊断、治疗、随诊及转诊指征,对于CKD3b~5期患者,由于其病情进展快,尽早交待至上级医院就诊,并制定双向转诊流程图(见图1)方便乡镇卫生机构医师操作。

**2.2 完成乡镇卫生机构人才培养计划** 乡镇卫生机构医生共计2人参加了CKD中医健康管理知识的培训。通过专家下乡讲座、义诊,及跟师学习,学习小组集体学习讨论等形式,这2位学员对CKD的中医知识、中医临床思维和肾病专科诊治技术水平都有了提高,均通过了我院的规范化考核。因自身能力提高,可独立开展CKD的中西医诊治及随访工作,也为乡镇卫生机构丰富了CKD诊疗项目,使乡镇卫生机构年就诊人次增加约100人次,增强了乡镇卫生机构的服务能力和慢性病管理能力。

**2.3 建立上下转诊机制 与乡镇卫生机构建立长效协助关系** 初步建成乡镇卫生机构CKD中医健康管理试点后,开始由各乡镇医疗机构筛查就诊患者,根据转诊流程,有转诊指征的转到上级医院进行CKD健康宣教,

需要进一步进行检查的完善检查,进行系统诊治;而乡镇卫生机构要做好首诊、初步筛查、评估高危因素、登记和随访工作。记录患者就诊时情况,包括一般信息、症状体征、就诊经过、既往病史及用药史、化验检查结果、报销种类、舌脉、中医诊断及证候分型等。上级医院定期安排医护人员到乡镇卫生机构进行会诊指导及讲课,检查记录资料情况及随诊患者情况,指导CKD的中医诊疗工作,对出现的问题协商解决,并选择时间进行乡镇卫生机构讲课培训、义诊、会诊;乡镇卫生机构选派2名医疗人员定期到房山区中医医院肾病科参加带教学习。2016年1月—2017年5月佛子庄及长沟卫生院共向我科转诊27人,其中7名非肾病患者转至专科就诊,有16人病情平稳后转至当地随诊。通过指导学习,上下转诊,与乡镇卫生机构建立长效的协作关系,试行推广全区CKD中医健康管理模式。

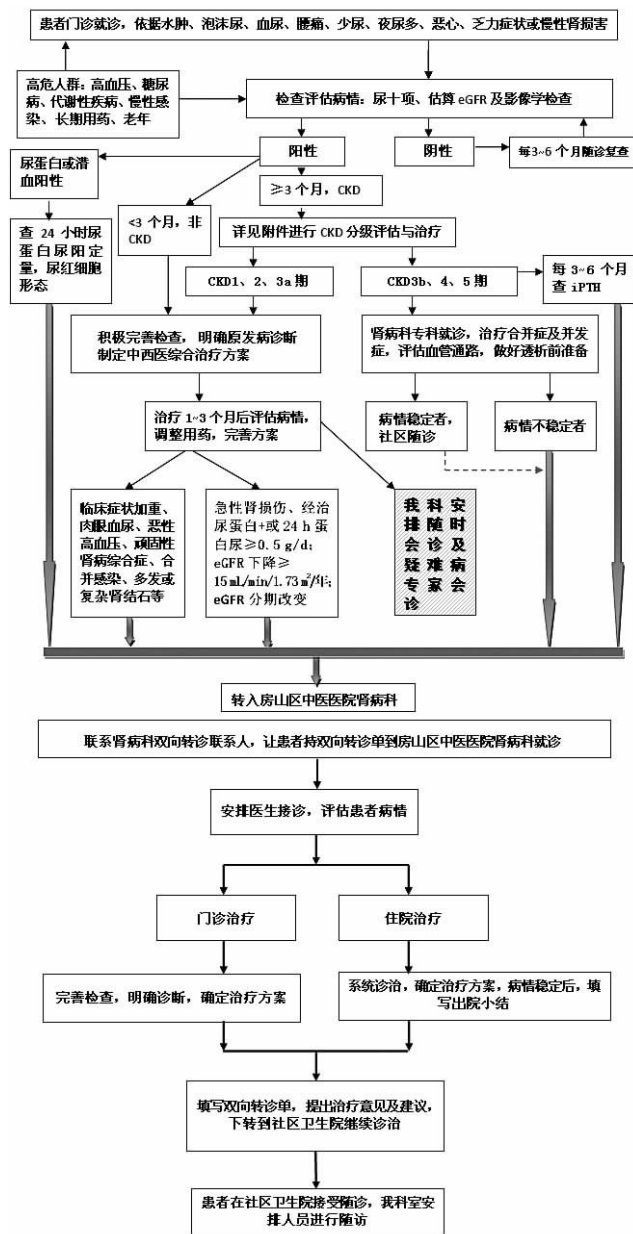


图1 慢性肾脏病(CKD)双向转诊流程图

### 3 讨论与展望

CKD患者的管理工作在某些国家和地区取得很大进展,使得很多CKD患者在就诊流程和合理诊治方面得到优化。例如,在香港当患者确诊为CKD开始,就进入了规范管理阶段,根据患者的病情,选择最优治疗方案,当患者病情进展需要进入肾替代时,还可以帮助寻找最优透析方式。香港社区医疗体系非常完善,已建立信息化网络模式,使各个医疗机构不再各自为营,患者双向转诊制度非常完善<sup>[2]</sup>。CKD的工作重心在管理,在于探索优秀的管理模式。依托房山区中医医院肾病科的CKD中医健康管理模式,是我们正在摸索建立的一种模式,通过指导培训乡镇卫生机构的CKD诊治知识,提高乡镇卫生机构诊治CKD的整体水平;通过建立上下联动的转诊机制,加强信息沟通,遇到问题及时求助上级医院,解决问题后下转到乡镇卫生机构管理。这种模式,合理可行,使CKD患者的诊病过程得到更大的优化,从而改善CKD患者的生活质量,得到合理的中西医诊治,延长生存期,还极大地方便了患者,提高了基层服务水平,保证了医疗服务质量,规避了医疗风险<sup>[3]</sup>。

本研究尚有不足之处,由于培训乡镇卫生机构人员尚不足,合作的乡镇卫生机构较少,因此我们将本次的研究重点放在了CKD中医健康管理模式的可行性探索上。我们希望借助此模式的推广,能够为乡镇医疗机构顺利开展CKD的中医健康管理创造条件,能够为广大CKD患者提供高质量的服务,最终在全国范围内推广CKD中医健康管理模式。

通过初步研究,认为区域性上下联动培养基层中医药人才建立全区CKD中医健康管理模式合理可行。在未来的研究中,我们将进一步加强与乡镇卫生机构的上下联动,将CKD中医健康管理模式推广到更多的乡镇卫生机构中去,获得更多的研究资料。

#### 参考文献

- [1]胡豫,孙晖,熊占路,等.分级诊疗模式下大型公立医院应对策略分析[J].中华医院管理杂志,2015,31(4):250-252.
- [2]邓泽宏,余扬,龚秋伟.香港社区医疗管理体制的特点及启示[J].中国全科医学,2015,18(28):3388-3392.
- [3]刘运杰,王艳红,张智勇,等.三级医院与社区医院住院患者双向转诊路径初探[J].中国全科医学,2010,13(3):701-703.

(本文编辑:李海燕 本文校对:饶向荣 收稿日期:2018-07-24)

国医大师孙光荣教授在“中和辨证”方面,提出了“二十元素表”,包括“时令”“男女”“天癸”“干湿”“劳逸”“鰥寡”“生育”“新旧”“裕涩”“旺晦”“神形”“盛衰”“阴阳”“表里”“寒热”“虚实”“主从”“标本”“逆顺”“生死”。“中和组方”的基本原则是:①遵经方之旨,不泥经方用药;②谨守病机,以平为期;③中病即止,不滥伐无过;④从顺其宜,病人乐于接受。

——刘景源、王庆侠摘编自《医道中和——国医大师孙光荣临证心法要诀》

# 妇产科逐步递进带教模式的应用分析

樊蓉<sup>1</sup> 曾银花<sup>1</sup> 谢昆<sup>2</sup> 刘明珠<sup>2</sup>

(1 南昌市第一医院妇产科, 江西 南昌 330008; 2 南昌理工学院护理学院, 江西 南昌 330044)

**摘要:**目的 分析在妇产科护生带教中应用逐步递进带教模式的效果。方法 整体抽取在我院妇产科进行实习的护士实习生20例为对照组, 带教中应用常规性带教模式。并选取同期于我院开展实习的护士实习生20例作为观察组, 带教中应用逐步递进带教模式。比较2组护士实习生的考核成绩、护理操作评分及护理教学工作满意度。结果 观察组的理论及实践考核成绩均高于对照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组的护理教学工作满意度高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 在妇产科护生带教中开展逐步递进带教模式的应用, 可有效提升护士实习生在理论及实践方面成绩, 并提升了护理操作水平, 护理教学工作满意度较高, 可在临床带教中大力借鉴。

**关键词:** 逐步递进带教模式; 妇产科; 护生带教

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.021

文章编号:1672-2779(2018)-21-0053-02

## Analysis on the Application of Progressive Teaching Mode in Gynecology and Obstetrics Nursing Students Teaching

FAN Rong<sup>1</sup>, ZENG Yinghua<sup>1</sup>, XIE Kun<sup>2</sup>, LIU Mingzhu<sup>2</sup>

(1. Department of Gynecology and Obstetrics, the First Hospital of Nanchang, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China;

2. Nursing College, Nanchang Institute of Technology, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China)

**Abstract:** **Objective** To analyze the application effect of progressive teaching mode in the teaching of gynecology and obstetrics nursing students. **Methods** A total of 20 nurse interns in gynecology and obstetrics department of our hospital were selected as the control group. Meanwhile, 20 nurses intern in our hospital during the same period were selected as the observation group, and the progressive teaching mode was applied in teaching. The scores of nursing interns, nursing operation scores and nursing teaching satisfaction of the two groups were compared. **Results** The results of the observation group were higher than those of the control group ( $P < 0.05$ ), and the satisfaction of the nursing teaching in the observation group was higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The application of progressive teaching mode in the teaching of nursing students in obstetrics and gynecology can effectively improve the academic and practical achievements of nurses, the level of nursing operation and the satisfaction of nursing teaching. It can be used for reference in clinical teaching.

**Keywords:** progressive teaching mode; obstetrics and gynecology; nursing students teaching

临床护理教育为护士实习生在医院开展的实践教学的教育,也是其在校接受的最后环节教育,临床实习带教的质量水平关系到护士实习生素质、工作能力等方面的培养和提升。经相关研究表明:妇产科护理与医院其他科室护理工作相比,妇产科护理操作项目带有特殊性,要求护理人员需要掌握系统化全面的新知识。由此在护理带教阶段中,不仅需要激发护士实习生的学习积极性,也需要帮助护士实习生提高对妇产科护理工作的适应能力<sup>[1]</sup>。本文主要就逐步递进带教模式的应用效果在选取的40例护士对象中展开研究,现总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2017年3月—2018年3月在我院妇产科开展护理实习的护生共40例,按照逐步递进带教模式应用前后分为对照组及观察组各20例,对照组中护士实习生均为女性,年龄为19~23岁,平均年龄21岁;实习时间最短2个月,最长1年,平均实习时间为(1.5±3.6)个月;学历为本科5例,大专15例。观察组中护士实习生均为女性,年龄为18~23岁,平均年龄20.5岁;实习时间最短3个月,最长1年,平均实习时间为(2±3.1)个月;学历为本科6例,大专14例。经统计学分析2组护士实习生资料,差异不显著( $P > 0.05$ )。

**1.2 护理方法** 对照组带教中应用常规性带教模式:制定护士实习生全阶段实习过程的带教提纲,围绕妇产科护理知识及护理操作方面进行带教学习,以理论及操作方面加强学习。观察组带教中应用逐步递进带教模式:(1)带教教师的选择,选取具有相应资质的带教教师,对护生基本情况开展评估,内容包括护生能力情况、技能掌握情况、基础理论掌握情况等,制定针对性的个性化带教纲要。并在带教实习中全过程中落实由浅入深的教学原则,根据实际教学情况调整教学难度,以此帮助学生适应带教学习内容。分别为护生设定第1周至第4周的教学任务及目标,建立每周教学考核评分制度,以此检验护生实习效果<sup>[2]</sup>。(2)分阶段教学任务及目标设定:①第1周,入科评估教育,以调查表方式进行调查,并对护士实习生开展集中的入科前教育课程学习;②第2周,在制定的教学大纲引导下,由带教教师按照带教加护,培养护士实习生如何与患者进行沟通,培养其在护理工作中建立良好护患关系的意识。对护理实习生在护理操作中的无菌技术、输液、配药、吸氧等基本护理操作进行规范指导,提供充分的临床操作机会;③第3周,开展剖宫产术前宣教、术前准备及术后护理的学习,尤其是妇产科特殊护理的学习,并指导护生开展无菌技术下导尿护理、产后康复护理、功能训练等方面的学习,以情境教学

法帮助护生学习与产妇的沟通及交流,并给予实践机会;④第4周,个性化带教计划实施,旨在通过学习及护理实践调动护生的主观能动性,加强对护生观察能力、推理能力及解决问题能力的培养。对于其存在的错误应及时给予纠正。落实严格的实践及理论考核,并进行评分对比<sup>[3]</sup>。(3)考核完善,如果发现第1周制定的教学计划尚未完成,需要带教教师进修会议讨论分析,就其存在的问题提出针对性的解决对策,并在第2周教学中加强对第1周教学内容的完善,并按计划如实将第2周教学任务完成。如果护士实习生表现较好,能够对每周的教学任务积极地完成,带教教师可适当及时地增加教学内容,帮助调动学生的潜能和实际能力发挥<sup>[4]</sup>。

**1.3 观察指标** 分析对比2组护生的考核成绩及带教效果满意度,考核成绩内容包括对理论、操作技能及综合成绩的考核,使用自制的妇产科实习生操作及理论技能评价表,对实习生实施带教后的理论成绩及操作成绩开展评价,总分为100分。带教效果满意度则在带教结束后向学生发放自制调查问卷,以不记名方式进行调查,就教学安排、教学效果等方面进行评价,分为非常满意、满意、一般及不满意。

**1.4 统计学方法** 使用统计学软件SPSS 23.0进行数据处理,计量资料(考核成绩)采用 $t$ 检验;计数资料(带教效果满意度)用(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组考核成绩比较** 观察组的理论成绩、操作成绩及综合成绩均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),详情见表1。

表1 2组考核成绩比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	理论成绩	操作成绩	综合成绩
观察组	20	96.6±1.5	94.6±1.7	95.5±1.3
对照组	20	85.1±1.1	86.1±1.2	87.5±1.1
$t$ 值		27.648	18.267	21.009
$P$ 值		0.0000	0.0000	0.0000

**2.2 2组带教效果满意度比较** 观察组护生的带教护理满意度为90%,对照组的带教护理满意度为60%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),详情见表2。

表2 2组带教效果满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	护理满意度
观察组	20	12	3	3	2	18(90)
对照组	20	7	3	2	8	12(60)
$\chi^2$ 值						4.8000
$P$ 值						0.0284

## 3 讨论

妇产科属于临床四大科室之一,其护理工作程

序及步骤与其他科室存在极大的差异性,特别是在孕产妇的护理中,其护理工作特点更为显著化。由此护理实习生在妇产科开展护理实习中,需要掌握更多完善化的新知识点,并加强对护理操作方面的新知识补充学习。故在临床实习带教中应提高对带教模式的选取,以此帮助护生尽快适应护理程序及工作环境,并在学习的过程中激发和调动护生的积极性和主动性<sup>[5]</sup>。

本研究结果显示:观察组的考核成绩中理论、操作及综合成绩均高于对照组( $P < 0.05$ );观察组的带教效果满意度90%高于对照组的60%( $P < 0.05$ )。逐步递进模式以带教护士实习生为基础,根据科室护理的特点就学习内容展开由深入浅的针对性带教模式,提高了对护生心理方面及能力水平的关注,以护生之间的差异性逐步在教学中提升带教学习的深度及难度。在实践初期,由护生带着问题在学习中寻找答案,并通过自身发现的问题并积极解决,使得护士获取了更大的成就感,学习氛围轻松,计划更具有针对性。逐步递进模式带教教师不再是主动性的教学,主要以护生为主,通过其自主的思考和学习,由带教教师引导和纠正,有助于拓展护生临床思维<sup>[6-7]</sup>。另外,逐步递进带教模式注重理论知识的实践,通过充分的临床实践机会,进一步巩固了临床知识,避免了理论与实践的脱节,加深了护生对妇产科相关护理知识及实践技能的掌握水平。根据本研究表示,逐步递进模式不仅提升护生的妇产科基础护理知识水平,在改善护生的护理操作能力方面也表现出积极的影响作用,体现了该带教模式在护生实践带教中的可取性和价值<sup>[8]</sup>。

在妇产科临床带教中应用逐步递进带教模式,能够提升护士实习生的理论、实践和综合成绩,提升了带教护理满意度,可在临床中大力借鉴和推广。

### 参考文献

- [1]童频.人性化带教模式对妇产科实习护生带教的效果分析[J].世界中医药,2016,11(b3):525-525.
- [2]张清伟,宋佳玉,王锋,等.CP结合TBL教学在妇产科学临床实习教学中的应用体会[J].重庆医学,2016,45(8):1133-1135.
- [3]傅燕萍.逐步递进带教模式在妇产科护生带教中的应用[J].中医药管理杂志,2016,26(10):124-125.
- [4]周伟伟.逐步递进带教模式在妇产科护生带教中的应用效果与分析[J].中医药管理杂志,2017,27(14):115-116.
- [5]严光容,程霖.临床路径在妇产科中专护生带教中的应用效果[J].当代护士(中旬刊),2016,9(9):162-164.
- [6]陆芳芳.逐步递进带教模式在妇产科护生带教中的应用效果[J].中医药管理杂志,2017,27(11):120-121.
- [7]袁莉,袁玲,胡晓鹰.逐步递进教学模式在妇产科护生带教中的应用价值评估[J].中国高等医学教育,2015,29(8):96-97.
- [8]邵伟维.行动学习法在妇产科护生带教中的应用效果评价[J].中国高等医学教育,2016,30(7):119-120.

(本文编辑:李海燕 本文校对:高军 收稿日期:2018-07-06)

# 桃红四物汤结合闭合撬拨复位空心钉内固定术 治疗跟骨骨折的临床研究<sup>※</sup>

戴 军<sup>1</sup> 王小鹏<sup>2</sup> 彭 涛<sup>1</sup> 谢水华<sup>2</sup> 杜 杨<sup>1</sup> 金 磊<sup>1</sup>

(1 江西省永修县人民医院骨科, 江西 永修 330304; 2 江西省中西医结合医院骨科, 江西 南昌 330003)

**摘要:**目的 探讨桃红四物汤加减结合闭合撬拨复位空心钉内固定术在跟骨骨折治疗中的应用价值。方法 将2015年11月—2017年3月因跟骨骨折于我院行手术治疗的80例患者纳入研究并依据随机数字表法分组, 对照组40例仅采用闭合撬拨复位空心钉内固定术, 观察组40例联合桃红四物汤加减口服, 比较2组术后恢复情况, 治疗2周后比较2组超敏C反应蛋白(Hs-CRP)、D-二聚体(D-D)改善情况, 治疗8周后比较2组临床疗效。结果 观察组术后疼痛消失时间、住院时间、下地活动时间均少于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 治疗2周后观察组Hs-CRP、D-D均低于对照组( $P<0.05$ ); 治疗8周后观察组Bohler角、Gissane角大于对照组( $P<0.05$ ); 观察组优良率95.00% (38/40), 对照组优良率90.00% (36/40), 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 桃红四物汤加减结合闭合撬拨复位空心钉内固定术治疗跟骨骨折效果显著, 可降低炎症反应, 促进关节功能恢复, 值得推广。

**关键词:** 跟骨骨折; 桃红四物汤; 闭合撬拨复位空心钉内固定术; 关节功能

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.022

文章编号:1672-2779(2018)-21-0055-03

## Clinical Study on Taohong Siwu Decoction Combined with Closed-dial Reduction Hollow Screw Internal Fixation in the Treatment of Calcaneal Fracture with

DAI Jun<sup>1</sup>, WANG Xiaopeng<sup>2</sup>, PENG Tao<sup>1</sup>, XIE Shuihua<sup>2</sup>, DU Yang<sup>1</sup>, JIN Lei<sup>1</sup>

(1. Department of Orthopedics, Yongxiu County People's Hospital, Jiangxi Province, Yongxiu 330304, China;

2. Department of Orthopaedics, Jiangxi Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330003, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the value of Taohong Siwu decoction combined with closed-dial-replacement cannulated screw internal fixation in the treatment of calcaneal fractures. **Methods** Eighty patients who underwent calcaneal fracture surgery in our hospital from November 2015 to March 2017 were included in the study and grouped according to the random number table method. For the control group, only 40 cases were closed with internal fixation. 40 patients in the observation group were treated with Taohong Siwu decoction. The recovery of the two groups was compared. After two weeks of treatment, the improvement of the two groups of high-sensitivity C-reactive protein (Hs-CRP) and D-dimer (DD) was compared. After 8 weeks of treatment, the clinical efficacy of the two groups was compared. **Results** The time of disappearance of postoperative pain, length of stay in hospital, and time of activity in the field were lower than in the control group ( $P<0.05$ ). Hs-CRP and DD in the observation group were lower than those in the control group after 2 weeks of treatment ( $P<0.05$ ). 8 weeks after treatment, Bohler's angle and Gissane's angle of the observation group were larger than those of the control group ( $P<0.05$ ). The total excellent and good rate of the observation group and the control group was 95.00% (38/40) and 90.00% (36/40) respectively, and the difference had statistical significance ( $P>0.05$ ). **Conclusion** Taohong Siwu decoction combined with closed reduction and internal fixation of cannulated screw is effective in the treatment of calcaneal fractures, which can reduce inflammation and promote joint function recovery. It is worthy of promotion.

**Keywords:** calcaneal fractures; Taohong Siwu decoction; closed-dial-resetting hollow-dome internal fixation; joint function

跟骨是跗骨骨折中发生率最高的部位, 主要可见跟骨前端骨折、结节水平骨折、纵行骨折等, 由于跟骨在承受身体重力负担方面发挥着重要作用, 可对日常生活造成严重影响<sup>[1]</sup>。跟骨具有血供丰富的特点, 骨折线进入关节面或骨折后复位不良可诱发跟骨负重疼痛、创伤性关节炎等后遗症, 因此及时手术并获得解剖复位具有重要意义<sup>[2-3]</sup>。闭合撬拨复位空心钉内固定术是目前本病的常用术式, 但受到骨折及手术创伤影

响仍可发生炎症反应, 影响术后康复<sup>[4]</sup>。本病隶属于中医“骨折病”范畴, 中医认为骨折是由跌打损伤所致, 治疗以活血化瘀为主, 桃红四物汤具有活血祛瘀, 消肿生肌功效。本研究将观察其在本病治疗中的应用价值。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用随机数字表法对本研究所有的跟骨骨折患者分组, 所有患者均在2015年11月—2017年3月于我院就诊, 共80例, 本研究经医学伦理会审核, 所有患者纳入研究前均知情同意。对照组男性22例, 女

※ 基金项目: 江西省卫生计生委中医药科研课题【No.2015A209】

性18例；年龄21~70岁，平均(41.64±7.82)岁；骨折原因：坠落伤14例，交通伤15例，摔伤11例；骨折分型：Ⅱ型18例，Ⅲ型22例。观察组男性21例，女性19例；年龄23~69岁，平均(42.07±7.85)岁；骨折原因：坠落伤13例，交通伤13例，摔伤14例；骨折分型：Ⅱ型19例，Ⅲ型21例。2组一般情况无显著差异， $P>0.05$ 。

**1.2 诊断标准** 患者于外伤后出现足跟部活动障碍，畸形，肿胀疼痛，可触及骨擦音，X线可见骨端分离错位，骨折线清晰<sup>①</sup>。

**1.3 纳入标准** (1) 确诊跟骨骨折，要求手术并知情同意者；(2) 单侧骨折且为初次接受治疗者。

**1.4 排除标准** (1) 存在贫血、高脂血症、糖尿病等影响骨折恢复的疾病者；(2) 合并病理性骨折者；(3) 不能耐受手术者。

**1.5 治疗方法** 对照组：采用闭合撬拨复位空心钉内固定术，术前行X线检查明确骨折部位并根据患者骨折类型决定手术方案，完善术前准备，麻醉方案统一为连续硬膜外麻醉。指导患者于麻醉满意后取舒适俯卧位，常规消毒手术部位并铺设洞巾，垂直于跟骨结节方向采用电钻置入克氏针(直径3 mm)1枚，同时术者使用撬拨复位针穿入足底撬拨塌陷距下关节面，C型臂透视下观察复位情况，对跟骨外侧壁向中央缓慢挤压并行复位处理，再次行C型臂透视直至Bohler角、跟骨宽度恢复满意，操作者顺着跟骨纵轴(自两侧跟腱止点)分别置入克氏针1枚，往载距突方向(自跟骨体外侧)置入克氏针1枚，C型臂透视下见位置理想，选择合适规格空心钉，顺着已放置克氏针缓慢拧入，骨折复位满意则将足底撬拨复位针、跟骨结节牵引针、克氏针及时拔除，常规缝合手术切口并行石膏固定。

观察组：在对照组基础上联合桃红四物汤加减口服治疗，方由补骨脂、熟地黄、杜仲、续断、桃仁、红花、川芎、白芍、当归各15 g等药物组成。肿胀明显者加泽兰10 g；乏力明显加黄芪15 g；红肿者加赤芍15 g；紫花地丁6 g，刺痛明显者加土鳖虫6 g，没药、乳香各15 g。所有药物由我院药房提供并代煎成300 mL药汁，每次150 mL，早晨及晚上各1次。

**1.6 观察指标** (1) 比较2组治疗前及治疗2周后C反应蛋白(HS-CRP)、D-二聚体(D-D)改善情况，护士抽取患者空腹肘部静脉血待检，均为同一位检验科工作人员完成，ELISA法测定HS-CRP，D-D用全自动血凝仪(贝克曼ACL7000)检测；(2) 比较2组治疗前及

治疗8周后Bohler角、Gissane角，数值越大则功能越好；(3) 比较2组术后疼痛消失时间、住院时间、下地活动时间情况。

**1.7 临床疗效** 采用Keyry足部功能评分判定，包括足部畸形、功能障碍、局部疼痛等，总分100分。优：总分86分以上；良：总分不大于85分，且不小于71分；可：总分不大于70分，且不小于50分；差：总分小于50分<sup>②</sup>。

**1.8 统计学方法** 采用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析，计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示，采用 $t$ 检验；计数资料以率表示，采用 $\chi^2$ 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组术后恢复情况比较** 观察组术后疼痛消失时间、住院时间、下地活动时间均少于对照组，差异具统计学意义( $P<0.05$ )，见表1。

表1 2组术后恢复情况比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	术后疼痛消失时间(d)	住院时间(d)	下地活动时间(月)
对照组	40	7.41±1.62	9.75±1.84	4.72±0.64
观察组	40	3.92±0.47 <sup>▲</sup>	5.26±1.32 <sup>▲</sup>	3.52±0.43 <sup>▲</sup>

注：与对照组比较，<sup>▲</sup> $P<0.05$

**2.2 2组关节功能比较** 治疗前2组关节功能指标具可比性；治疗8周后2组Gissane角及Bohler角较前升高( $P<0.05$ )；治疗后观察组Gissane角及Bohler角均更大( $P<0.05$ )，见表2。

表2 2组关节功能比较 ( $\bar{x}\pm s, ^\circ$ )

组别	例数	Gissane角		Bohler角	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	98.91±7.59	117.08±9.47 <sup>▲</sup>	6.95±1.26	27.62±2.41 <sup>▲</sup>
观察组	40	98.80±7.67	129.79±12.28 <sup>▲</sup>	6.79±1.23	31.83±2.05 <sup>▲</sup>
$t$ 值		0.408	13.682	0.495	9.375
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比较，<sup>▲</sup> $P<0.05$

**2.3 2组D-D及Hs-CRP比较** 治疗前2组D-D及Hs-CRP具可比性；治疗后2组D-D及Hs-CRP降低( $P<0.05$ )；治疗后观察组上述指标低于对照组( $P<0.05$ )，见表3。

表3 2组D-D及Hs-CRP比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	D-D( $\mu\text{g/mL}$ )		Hs-CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	5.27±0.85	3.46±0.39 <sup>▲</sup>	16.28±3.51	9.73±2.05 <sup>▲</sup>
观察组	40	5.41±0.78	2.09±0.25 <sup>▲</sup>	16.03±3.43	6.642±0.82 <sup>▲</sup>
$t$ 值		0.509	10.187	0.437	13.749
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比较，<sup>▲</sup> $P<0.05$

**2.4 2组临床疗效比较** 观察组优良率95.00%(38/40)，对照组优良率90.00%(36/40)，差异无统计学意义



( $P>0.05$ ), 见表4。

表4 临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	优	良	可	差	总优良率
对照组	40	24	12	3	1	36(90.00)
观察组	40	29	9	2	0	38(95.00)
$\chi^2$ 值						0.721
$P$ 值						$>0.05$

### 3 讨论

跟骨骨折是常见的骨折类型,跟骨在人体负重中发挥着重要作用,加之踝关节解剖结构复杂,因此对关节解剖复位要求高<sup>[7]</sup>。跟骨骨折多由暴力外伤所致,高处坠落是最常见的发病机制<sup>[8]</sup>。本病治疗可分为保守干预和手术治疗,对于低能量骨折未发生骨折移位者可考虑石膏外固定并及时冰敷,当疼痛减轻后即可尝试早期康复训练。但根据解剖结构复杂,关节活动范围较大,闭合撬拨复位空心钉内固定术是本病常用治疗方案,操作过程中可通过“牵引、撬拨、挤压、内固定立体支撑”等非手术干预措施使跟骨宽度、高度、长度得到快速恢复,且有助于Gissane角及Bohler角的恢复<sup>[9-10]</sup>。骨圆针及空心钉则可起到较强的内固定作用,既可使骨折块得到有效固定,还可防止其旋转以及后关节面下沉。同时,骨圆针及空心钉还可对抗由跟腱牵拉引起的向上移位,并可使跟腱生理紧张度得到恢复,从而降低继发性距筋膜炎的发生风险<sup>[11-12]</sup>。研究表明空心钉、骨圆针内固定还具有创伤小的优势,手术时间较传统手术明显缩短,最大程度降低感染风险<sup>[13]</sup>。

中医学认为骨折可损伤筋脉,血溢脉外,瘀血内生可影响局部气机运行,故而关节肿胀;瘀血内存,影响气血新生,关节筋脉失于濡养,则关节僵硬。对于此类患者而言,瘀血是疾病发展过程中必然出现的病理产物,瘀血若得不到及时清除,患者可因畏惧疼痛而排斥术后康复,从而影响治疗效果。因此治疗当以活血化瘀为主,桃红四物汤具有活血化瘀功效,方中熟地黄益肾填精,养血生津,促进肾阴化生;补骨脂、杜仲温肾助阳,与熟地黄合用则阴阳同补,源源不断;续断强筋骨;瘀血是骨折术后的病理产物,且可影响患者康复训练,红花、川芎气血兼顾,共奏调和气血功效;当归、白芍养血补血,促进气血新生。受到骨折本身及手术引起组织创伤影响,骨折术后短期内TNF-a、Hs-CRP等炎症指标仍可明显升高<sup>[14]</sup>。Hs-CRP大幅升高后可损伤血管内皮功能,促进血小板聚集,诱发血管内皮

损伤,加重高凝状态,是引起术后组织粘连的重要指标。D-D是高凝状态的重要评估指标,数值升高预示着高凝状态的存在,随着粘连得到改善其数值可逐渐降低<sup>[15]</sup>。

结果显示,观察组术后疼痛消失时间、住院时间、下地活动时间均少于对照组,治疗2周后观察组HS-CRP、D-D均更低,治疗8周后观察组Bohler角、Gissane角则更大,提示桃红四物汤联合应用有助于患者术后关节功能修复;临床疗效方面,观察组总优良率高达95.00%,明显高于对照组90.00%。笔者认为观察组疗效显著可能与炎症反应得到更好改善关系密切,随着炎症反应改善,疼痛改善更明显,患者更愿意接受康复训练。同时桃红四物汤还可能直接促进骨折修复,最终发挥较好的临床疗效。综上,笔者认为桃红四物汤加减结合闭合撬拨复位空心钉内固定术治疗跟骨骨折效果显著,值得推广。

### 参考文献

- [1]李景光,陈先进,吕维宝,等.经皮撬拨复位空心螺钉与切开复位钢板内固定治疗 Sanders II、III型跟骨骨折的比较[J].中国矫形外科杂志,2016,24(16):1449-1455.
- [2]沙良宽,田家祥,李敬祥,等.撬拨复位与切开复位内固定治疗 Sanders II型跟骨骨折的比较[J].中国修复重建外科杂志,2015,29(5):558-562.
- [3]谭新欢,聂伟志,朱育林,等.跟骨骨折微创治疗的研究进展[J].中医正骨,2015,27(5):73-76.
- [4]朱学敏,唐三元.跟骨骨折复位质量与疗效评价分析[J].中国矫形外科杂志,2014,22(6):524-527.
- [5]中华医学会骨科学分会.骨关节诊治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007:80.
- [6]马东弟,杨振建,宋锦旭,等.钢板与克氏针内固定修复跟骨骨折:Gissane角及 Bohler 角与跟骨高度比较[J].中国组织工程研究,2015,19(9):1423-1428.
- [7]余志才,王利.跟骨骨折临床研究进展[J].当代医学,2013,19(14):11-13.
- [8]Hsu AR,Anderson RB,Cohen BE.Advances in Surgical Management of Intra-articular Calcaneus Fractures[J].J Am Acad Orthop Surg,2015,23(7):399-407.
- [9]李建磊,钱宇,梁文清,等.闭合复位空心钉和解剖型跟骨钢板内固定治疗 Sanders II、III型跟骨骨折疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(12):1242-1244.
- [10]马东弟,杨振建,宋锦旭,等.钢板与克氏针内固定修复跟骨骨折:Gissane角及 Bohler 角与跟骨高度比较[J].中国组织工程研究,2015,19(9):1423-1428.
- [11]金驰,单忠林,杨磊.高压氧联合骨肽治疗对跟骨骨折术后切口血运及骨折愈合的影响[J].中国全科医学,2015,18(6):703-706.
- [12]刘德淮,黄晖,庄小强,等.两种不同方法治疗 Sanders II、III型跟骨关节内骨折的疗效对比[J].中国矫形外科杂志,2015,23(6):496-501.
- [13]葛晨,徐向阳,王亚梓,等.三种不同手术方式治疗跟骨骨折的疗效分析[J].中国骨与关节外科,2014,7(4):280-284,304.
- [14]李宇旭,龙智生,龚飞鹏,等.骨折后及二次骨折后患者血液流变学变化的临床研究[J].江西医药,2014,49(6):491-494.
- [15]张兰云,多伶俐,王伟.七叶皂甙钠联合丹红注射液治疗胫腓骨骨折肢体肿胀疗效的观察[J].环球中医药,2014,7(2):16.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈尚北 收稿日期:2018-07-17)

# 足浴联合穴位贴敷在小儿风寒感冒中的疗效评价

唐建玉 邓宝贵 占小兵

(广州中医药大学第一附属医院骨伤中心四骨科, 广东 广州 510405)

**摘要:** 目的 评价足浴联合穴位贴敷在小儿风寒感冒中的治疗效果。方法 将符合纳入标准的117例小儿风寒感冒患儿, 随机分为对照组和治疗组。对照组进行基础治疗(小儿惊风七厘散、小儿氨黄那敏颗粒, 并于美林布洛芬混悬液在患儿体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 时服用), 治疗组在对照组的基础上加用足浴和穴位贴敷, 足浴上午、下午各1次, 每次15 min, 穴位贴敷每天1次, 予贴敷双侧肺俞穴, 持续4 h取下。比较2组患儿治疗后72 h美林布洛芬混悬液使用次数、鼻塞评分、流涕评分和总体治疗效果。结果 治疗后72 h治疗组美林使用次数明显少于对照组, 鼻塞和流涕评分均低于对照组, 总体疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 足浴联合穴位贴敷能更快地减轻小儿风寒感冒的发热、鼻塞、流涕等不适症状, 减少患儿使用紧急退热药的次数, 操作安全简单, 患儿依从性好, 疗效可靠。

**关键词:** 足浴; 穴位贴敷; 儿科; 风寒感冒; 发热

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.023

文章编号:1672-2779(2018)-21-0058-03

## The Evaluation on the Therapeutic Effect of Foot Bath Combined with Acupoint Application in Wind-cold in Children

TANG Jianyu, DENG Baogui, ZHAN Xiaobing

(Orthopedics and Traumatology Center, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

**Abstract: Objective** To evaluate the therapeutic effect of foot bath combined with acupoint application in wind-cold in children. **Methods** 117 cases of children with infantile chill cold were divided into control group and treatment group by through randomized method. The control group received basic therapy (Xiaoer Jingfeng Qili powder, pediatric paracetamol, artificial cow-bezoar and chlorphenamine maleate granules, in addition, Merrill Lynch ibuprofen suspension was administered when the child's body temperature was more than  $38.5^{\circ}\text{C}$ ). On the basis of the control group, the treatment group was treated with foot bath and acupoint sticking, foot bath in the morning, afternoon all the time, every time 15 min, sticking apply once a day, to apply the bilateral lung shenshu point, last 4 hours. After 72h, the number of suspension, nasal obstruction score, runny nose score and overall therapeutic effect was compared. **Results** After treatment, 72 h merrill lynch use in the treatment group was significantly lower than that in the control group, nasal congestion and runny nose scores in the treatment group were lower than those in the control group, the overall effect in the treatment group was better than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The foot bath combined with acupoint application can reduce the pediatric chill cold symptoms such as fever, stuffy nose, runny nose, decrease the number of use for children to use emergency antifebrile, is safe and easy operation, children with good compliance, and the curative effect is reliable.

**Keywords:** foot bath; acupoint application; pediatrics; wind-cold; fever

小儿风寒感冒是小儿外感早期的常见证型, 在小儿时期发病率较高, 以季节变化或天气寒冷季节最容易发生, 虽然风寒感冒具有一定自愈性, 但其随之而来的一些症状, 如鼻塞、发热、流涕、咳嗽等, 却让患儿及家长十分痛苦, 西医在本病的治疗上, 多给予口服抗病毒或抗感染药物进行对症治疗, 但大多数患儿对口服药物十分抗拒, 依从性差, 口服药物时经常吞一半吐一半, 不仅难以保证药量, 使药效大打折扣, 亦存在呛咳、窒息的风险。而足浴<sup>[1]</sup>用于治疗小儿外感由来已久, 穴位贴敷亦有报道, 且疗效确切, 但两者结合起来效果如何, 尚未见报道, 因此, 本研究以敛肺止咳为原则, 采用足浴联合穴位贴敷辅助治疗小儿风寒感冒, 取得良好效果, 现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2017年1月—2017年12月在我科住院治疗的患儿120例, 因患儿中途出院剔除者2例, 患儿不配合剔除者1例, 最后纳入117例, 通过EXCEL生成随机对照表, 根据对照表的编号选择患儿入组, 其中对照组59例, 男34例, 女25例; 平均年龄2.17岁, 平均体重  $(12.21 \pm 1.95)$  kg, 平均发病时间  $(2.21 \pm 0.34)$  d, 治疗前平均体温  $(38.97 \pm 0.45)^{\circ}\text{C}$ , 鼻塞评分  $(4.44 \pm$

$0.84)$  分, 流涕评分  $(2.86 \pm 0.35)$  分。治疗组58例, 男33例, 女25例; 平均年龄2.18岁, 平均体重  $(12.20 \pm 2.19)$  kg, 平均发病时间  $(2.19 \pm 0.37)$  d, 治疗前平均体温  $(38.95 \pm 0.43)^{\circ}\text{C}$ , 鼻塞评分  $(4.45 \pm 0.82)$  分, 流涕评分  $(2.89 \pm 0.31)$  分。2组患儿性别、年龄、体重、发病时间、治疗前体温、鼻塞评分、流涕评分方面差异无统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入标准** (1) 患儿均经医生确诊为病毒性风寒感冒, 且患儿均有发热(入组前最高体温 $> 38.5^{\circ}\text{C}$ )、鼻塞(评分 $> 4$ 分)、流涕(评分 $> 2$ 分)的症状; (2) 年龄1~7岁, 病程在2 d以内, 且患儿家长已签订知情同意书; (3) 持续治疗时间3 d以上; (4) 未合并其他并发症, 如剧烈咳嗽、中耳炎、脑膜炎、肺炎、支气管炎等。

**1.3 排除标准** (1) 依从性差, 不配合治疗的患儿; (2) 患儿有哮喘病史、过敏体质, 或患有心血管、肝、肾和血液系统等严重疾病; (3) 血常规提示为细菌感染者; (4) 参加了其他临床研究或者接受了其他方法治疗的患儿; (5) 心脏病、皮肤破损者; (5) 对穴位贴敷药物过敏者。

### 1.4 治疗方法

**1.4.1 对照组** 按医嘱予口服小儿惊风七厘散(厂家: 云南

腾药制药股份有限公司, 药品批号: Z53020952, 规格: 0.2 g/瓶) 和小儿氨黄那敏颗粒 (厂家: 石药集团欧意药业有限公司, 药品批号: H13023739, 规格5 g/袋), 3次/d, 用量按药品说明书执行; 指导家长在患儿体温 $\geq 38.5$  °C时, 予口服对美林布洛芬混悬液滴剂 (厂家: 上海强生制药有限公司, 药品批号: H19991012, 规格: 15 mL/瓶), 用量按说明书执行, 必要时6~8 h重复1次, 1 d不可超过4次, 并保持病室通风透气, 室温24~26 °C, 嘱家长注意做好患儿的保暖措施, 不要吹风, 不可穿得太厚太多, 汗出及时更衣, 不可捂汗, 饮食宜富含营养、清淡易消化之品, 如温热牛奶、蒸水蛋、小米粥、青菜西红柿瘦肉煮面条等, 忌肥甘厚腻之品, 如糖果、肥肉、麻辣烫、辣条、腌制咸菜等, 多饮温开水, 保持大便通畅, 并勤排尿, 多用鼓励、赏识性的语言跟患儿轻声进行交流, 督促患儿按时按量服药, 指导患儿多卧床休息。

1.4.2 治疗组 在对照组的基础上, 指导患儿上午10: 00、下午16: 00各用温水泡脚1次, 水温40~45 °C, 水浸泡至膝盖处, 每次约10 min, 泡至双足潮红、全身发热、微微出汗即可, 足浴后用干毛巾擦干双足, 更换干净棉质内衣, 嘱患儿足浴多饮温开水, 0.5 h内避免外出, 以免受风。每天上午10: 00予我院自制制剂风寒I号 (成分: 山栀子、桃仁、蛋清、面粉) 进行穴位贴敷1次, 取穴双侧肺俞穴, 持续4 h后由护士取下, 并用温水擦干净皮肤。

### 1.5 观察指标

1.5.1 美林布洛芬混悬液使用次数 患儿体温 $>38.5$  °C时口服1次, 每天不可超过4次。由护士记录患儿高热时口服布洛芬的次数, 并双人核对签名。

1.5.2 鼻塞评分和流涕评分 治疗前和治疗后72 h两位护士共同核对进行评分和评价疗效, 鼻塞评分和流涕评分标准<sup>[2]</sup>见表1。

表1 鼻塞、流涕评分标准

鼻塞评分	流涕评分
0分: 无	0分: 无
2分: 偶有鼻塞或呼吸不畅	1分: 鼻涕少量或不易擤出
4分: 间歇性鼻塞	2分: 鼻涕量多, 须不断擤出
6分: 双侧鼻腔持续性鼻塞, 伴张口呼吸	3分: 鼻涕量多, 自行流出鼻外, 或涕多须擤出后才能通气

1.5.3 疗效评价标准 参考胡亚美的实用儿科学<sup>[3]</sup>, 结合我院实际情况, 制定以下评价标准, 显效: 患儿体温正常, 鼻塞、流涕症状消失或基本消失。有效: 患儿体温明显下降, 但偶有低烧, 最高体温 $<38.5$  °C, 鼻塞、流涕症状显著减轻。无效: 患儿最高体温 $>38.5$  °C, 鼻塞、流涕症状轻微减轻或加重。有效率=显效率+有效率。

1.6 统计学方法 用SPSS 24.0软件进行数据处理, 分别使用t检验、卡方检验进行分析, 检验水准 $\alpha=0.05$ ,  $P>0.05$ 为无显著性差异,  $P\leq 0.05$ 将认为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 治疗后2组使用退热药次数、鼻塞及流涕评分比

较 从表2可知, 治疗组平均使用布洛芬混悬液退热的次数明显少于对照组, 鼻塞评分、流涕评分亦低于对照组,  $P<0.05$ , 差异有统计学意义。

表2 2组患儿治疗后72 h退热药使用次数、鼻塞及流涕评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	布洛芬退热药使用次数	鼻塞评分	流涕评分
对照组	59	9.44 $\pm$ 1.95	1.36 $\pm$ 1.87	0.66 $\pm$ 0.90
治疗组	58	6.81 $\pm$ 2.05	0.51 $\pm$ 1.16	0.22 $\pm$ 0.53
t值		7.117	2.907	3.184
P值		0.000	0.004	0.002

2.2 2组患儿总体疗效比较 从表3可知, 治疗组总有效率96.55%, 明显优于对照组,  $P<0.05$ , 差异有统计学意义。

表3 2组患儿总体疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	59	34	18	7	52(88.14)
治疗组	58	46	10	2	56(96.55)
Z值					-2.591
P值					0.01

## 3 讨论

3.1 足浴能疏通经络 调节脏腑功能 从中医上来说, 小儿风寒感冒属于“时行感冒”“温病”或“瘟疫”等范畴, 病位在肺, 是因六淫疫毒之邪由皮毛口鼻侵入, 肺气失宣、气道不利, 常伴有鼻塞、流涕、脉浮等表证<sup>[4]</sup>。而小儿脏腑娇嫩, 全而未壮, 卫外功能不足, 故更易于感触<sup>[5]</sup>, 但《景岳全书·小儿则》亦曰: “其脏气清灵, 随拨随应”, 即小儿脏腑虽然娇嫩, 但小儿亦为纯阳之体, 生病后的自我修复能力亦很强<sup>[6]</sup>。对此, 西医并没有特效的治疗方法, 主要为对症治疗和多卧床休息, 加强营养摄入。中医外治法因其独特的疗效, 代代相传, 是我国医学的重要组成部分, 《素问》曰: “今风寒客于人, 使人毫毛毕直, 皮肤闭而为热, 当是之时, 可汗而发也”<sup>[6]</sup>, 说明小儿风寒感冒应以疏风散寒解表为法, 因此, 在古人的中医外治研究理论基础上, 我科在常规西医治疗的同时, 加用足浴联合穴位贴敷的方式促进风寒感冒患儿的康复, 足浴是以“外治之理即内治之理”的中国传统医学理论为依据, 以脏腑、经络理论为指导<sup>[7]</sup>, 是中医外治法之“汗法”的一种, 患儿在足浴时, 较高的水温浸泡至双膝部, 而患儿的足底部是足厥阴肝经、足太阴脾经、足少阴肾经之始, 足阳明胃经、足太阳膀胱经、足少阳胆经之终<sup>[8]</sup>, 腿足部亦有60多个腧穴相通, 如: 至阴穴、内庭穴、太冲穴、涌泉穴等, 腧穴直达脏腑, 通过温热的水温刺激, 可起到疏通经气、调节脏腑功能的作用<sup>[9]</sup>。

3.2 使用风寒I号进行穴位贴敷联合足浴可起到宣肺解表的作用 风寒I号我院自制制剂, 其主要成分为山栀子、桃仁、蛋清、面粉, 山栀子清热解毒, 桃仁清肺润肺, 蛋清、面粉增加黏稠度, 而肺俞穴于第三胸椎棘突旁开1.5寸处<sup>[9]</sup>, 隶属于足太阳膀胱经, 是肺脏经络气血输

注于背部的特殊腧穴之一，也是肺病在体表的反应点之一<sup>[9]</sup>，具有解表通络，宣肺止咳的功效，历来是治疗肺脏疾病之要穴<sup>[10]</sup>，将风寒I号贴敷于肺俞穴，结合温水进行足浴，可起到解表通络、宣肺解毒、补益肺气的功效。

#### 4 结论

从表2~3可知，治疗组患儿使用布洛芬退热药的次数明显低于对照组，鼻塞、流涕评分亦低于对照组，总体疗效优于对照组，有效率96.55%，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。且整个研究过程没有1例不良反应出现，整个过程为非侵入性，儿科患儿患者是特殊人群，年龄小，肝肾功能发育还不完善，而且对口服药、侵入性药物等存在依从性差的问题，而足浴联合穴位贴敷能减少布洛芬混悬液这种紧急退热药的次数，亦减轻了反复多次口服退热药带来的副作用，且能促进患儿更快康复，患儿及家长均容易接受，依从性好，疗效亦安全可靠，是一种不错的辅助治疗方法。但本研究亦存在不足之种，如病例分组可以细化为足浴组、

穴位贴敷组、联合组，西药的药物种类亦可以相应减少等，下一步将继续加强小儿风寒感冒方面的研究。

#### 参考文献

- [1]侯江红,单海军,任玉梅,等.全身浴和足浴对风寒型小儿外感发热的退热疗效观察[J].2016(4):1493-1495.
- [2]高春升,吴伟,刘大新,等.滴通鼻炎水喷雾剂治疗伤风鼻塞(急性鼻炎)的临床研究[J].中国新药杂志,2010,19(4):308-310.
- [3]胡亚美,江载芳,诸福棠.实用儿科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2015:1247.
- [4]陈坚雄,邱仕君,刘成丽.邓铁涛中医发热病学学术构想分析[J].广州中医药大学学报,2012,29(6):716-718.
- [5]王丽丽,王斌.穴位按摩联合中药贴敷治疗小儿风热闭肺型咳嗽效果观察[J].新中医,2016,10(48):128.
- [6]王兴,张玲,庞芳.浅谈《内经》热病理论[J].四川中医,2017,35(2):22-24.
- [7]付杰娜,宋桢桢,尹昊.艾叶足浴治疗小儿风寒感冒40例疗效观察[J].山西中医学院学报,2014,15(6):57-59.
- [8]刘赵丽,张昶,徐耀,等.中药腿足浴疗法临床应用观察[J].中医学报,2014,7(29):983-985.
- [9]李忠仁.实验针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2011:255.
- [10]钱海良,喜悦,程志昆,等.艾灸肺俞穴治疗儿童哮喘冷哮证急性发作的临床观察[J].南京中医药大学学报,2017,33(4):363-366.
- [11]王玮.益气化痰祛瘀法治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期临床疗效观察[D].北京:北京中医药大学,2014:55-58.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈吉珊 收稿日期:2018-07-05)

## 小儿复方鸡内金咀嚼片联合枸橼酸莫沙必利分散片 治疗小儿功能性消化不良

张志强

(河南省通许县人民医院儿科,河南 通许 475470)

**摘要:**目的 观察小儿复方鸡内金咀嚼片联合枸橼酸莫沙必利分散片治疗小儿功能性消化不良的临床疗效。方法 将82例患儿采用随机分类法分为观察组(42例)和对照组(40例)。对照组患儿服用枸橼酸莫沙必利分散片,观察组患儿在对照组的基础上加用小儿复方鸡内金咀嚼片,治疗后对2组患儿用药后的临床疗效以及临床体征恢复情况进行比较。结果 观察组患儿的总有效率优于对照组,观察组患儿的腹痛、上腹部灼热感、胃部反酸及恶心呕吐改善时间都显著短于对照组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 小儿复方鸡内金咀嚼片联合枸橼酸莫沙必利分散片治疗小儿功能性消化不良比单独使用枸橼酸莫沙必利分散片疗效显著,缩短了上腹部疼痛消失恢复时间、上腹部灼热感的恢复时间,有效减短胃部反酸、恶心呕吐等临床症状治疗时间,在临床上值得应用推广。

**关键词:** 小儿复方鸡内金咀嚼片;枸橼酸莫沙必利分散片;功能性消化不良;中西医结合疗法;儿科;中成药疗法  
doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.024 文章编号:1672-2779(2018)-21-0060-03

### Pediatric Compound Endothelium Corneum Gigeriae Galli Chewable Tablets Combined with Mosapride Citrate Dispersible Tablets in the Treatment of Pediatric Functional Dyspepsia

ZHANG Zhiqiang

(Pediatrics Department, Tongxu County People's Hospital, Henan Province, Tongxu 475470, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical efficacy of pediatric compound endothelium corneum gigeriae galli chewable tablets combined with mosapride citrate dispersible tablets in the treatment of pediatric functional dyspepsia. **Methods** 82 cases of children were classified into observation group (42 cases) and control group (40 cases) by random classification. The control group applied mosapride citrate dispersible tablets. The observation group used pediatric compound endothelium corneum gigeriae galli chewable tablets on the basis of the control group. Comparison of clinical efficacy and recovery of clinical signs in two groups after treatment was made. **Results** The total effective rate of the observation group was better than that of the control group. The improvement time of abdominal pain, burning sensation of upper abdomen, acid regurgitation of stomach and nausea and vomiting in the observation group was significantly shorter than that in the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The total effective rate of children in the observation group was higher than that in the control group. It accelerates the recovery time of upper abdominal pain disappearance, shortens the recovery time of burning sensation in upper abdomen, effectively reduces the time of treatment for symptoms such as acid reflux in stomach, nausea and vomiting, etc. It is worth applying and popularizing in clinic.

**Keywords:** pediatric compound endothelium corneum gigeriae galli chewable tablets; mosapride citrate dispersible tablets; functional dyspepsia; therapy of integrated medicine; pediatrics; therapy of Chinese patent drug

小儿功能性消化不良是儿科中较为普遍的功能性胃肠疾病，其主要临床症状为上腹胀痛持续或反复发

作、早饱厌食、反酸恶心等<sup>[1]</sup>。虽然中成药、化学合成药物及微生物制剂在小儿功能性消化不良的药物研究

表1 2组患儿基本资料

组别	例数	男	女	年龄(岁)	临床症状(例)					病程(月)
					上腹疼痛	上腹部烧灼感	餐后饱胀	呕吐	腹泻	
观察组	42	28	14	6.70±1.96	31	23	14	22	28	6.4±2.8
对照组	40	25	15	6.41±1.77	27	20	16	21	24	6.1±2.9
$\chi^2$ 或 $t$ 值		0.061	0.702	0.394	0.186	0.392	0.000	0.392	0.477	
$P$ 值		0.804	0.757	0.530	0.666	0.531	0.991	0.531	0.682	

有很多,也都得到很好的临床疗效评价。然而化学合成药物大多属于单一靶点,准确迅速,治疗时间短,但对疾病引起的并发症不能有效解决。而中成药成分复杂多样,能从很多方面治疗由功能性消化不良引起的并发症,但见效慢。为方便医生临床用药,本研究对比小儿复方鸡内金咀嚼片同化学合成药物枸橼酸莫沙必利分散片联合使用与单独使用化学合成药物枸橼酸莫沙必利分散片的临床疗效,以期为医生提供更好的用药方案。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院2017年12月1日—2018年7月1日收集的临床调研表,根据相关的调查项目表,主要内容包括患儿的年龄、性别、症状表现为功能性消化不良中的腹痛、上腹灼烧感、餐后饱胀、呕吐腹泻以及病程等各项影响的指标进行分析筛选出试验患儿,2组患儿基本临床资料见表1。且根据试验前数据分析显示2组患儿在性别、年龄及各项临床体征上无差异,具有可比性。

**1.2 诊断标准** 观察对象为除器质性病变外,符合诊断标准的功能性消化不良患儿。出现消化不良症状至少2个月,且每周出现1次。符合:连续或反复发作的上腹疼痛或餐后饱胀不适、嗝气、呕吐、反酸;排便后上述症状不能有效缓解<sup>[2]</sup>;对于语言表达清楚的年龄在4岁以上的功能性消化不良患儿的诊断标准,参考2006年罗马Ⅲ诊断标准<sup>[3]</sup>。

**1.3 治疗方法** 2组患儿均使用常规治疗。在此基础上,对照组采用枸橼酸莫沙必利分散片(成都康弘药业集团股份有限公司,口服,每次5 mg(1片),每日3次,批准文号为:国药准字H20031110)。观察组在对照组的基础上联用小儿复方鸡内金咀嚼片(河南太龙药业股份有限公司(原河南竹林众生制药股份有限公司),规格为每片重1.2 g,批准文号为:国药准字Z20163004),小儿复方鸡内金咀嚼片直接口服,咀嚼咽下。小儿每次1片,每日3次。2组患儿的治疗周期均为8个月,2组患儿治疗后的临床效果和不良反应在此期间被观察并记录整理分析。

**1.4 疗效评定标准** 显效:食欲明显增强,有饥饿感,进食时间较治疗前缩短一半以上,食量较治疗前增加1倍以上,且接近同龄正常儿童;有效:食欲增强,有主动进食要求,进食时间较治疗前缩短1/2~1/3,食量略增加但未达到治疗前的1倍,且不能达到同龄正常儿童进食量的2/3;无效:食欲和食量未见改善。总有效率=(治愈+有效)例数/总例数×100%。治疗期间有效

但停药后症状又渐恢复到治疗前的状况则视为复发<sup>[4]</sup>。

**1.5 统计学方法** 采用SPSS 19.0统计软件对所得数据进行分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以%表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 2组患儿临床疗效对比** 观察组的总有效率为90.48%,高于对照组的总有效率70.00%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 2组患儿临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	42	20(47.62)	18(42.86)	4(9.52)	38(90.48)
对照组	40	11(27.50)	17(42.50)	12(30.00)	28(70.00)
$\chi^2$ 值					5.470
$P$ 值					0.019

**2.2 2组患儿临床体征恢复情况对比** 2组患儿在上腹痛、上腹部灼烧感、胃部反酸以及恶心呕吐等症状的缓解时间上都有明显的治疗效果。观察组的临床症状改善时间均短于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 2组患儿临床症状改善时间对比 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	上腹痛胀	上腹部烧灼感	胃部反酸	呕吐恶心
观察组	42	2.3±0.4	2.5±0.7	2.4±0.6	2.3±0.6
对照组	40	3.5±0.7	3.5±0.5	3.8±0.8	4.2±0.7
$t$ 值		9.589	7.411	8.993	13.217
$P$ 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

### 3 讨论

小儿功能性消化不良是一种由多种因素综合作用的疾病,其病因十分复杂,主要影响因素有:消化道运动功能异常、饮食与环境、精神心理因素、幽门螺杆菌感染、胃酸分泌异常及其他胃肠功能紊乱性疾病<sup>[5]</sup>。临床上治疗小儿功能性消化不良的药物有很多,大多分为促进胃动力药、助消化药、中药治疗及药物联合治疗等。然而需要注意的是功能性消化不良是一组临床症候群的集中表现,并非一个组织器官的病变,因此没有特效治疗药物。功能性消化不良的治疗目标是消除症状,减少复发<sup>[6]</sup>。

临床上常用促进胃动力的化学合成药物枸橼酸莫沙必利分散片治疗功能性消化不良。莫沙必利是5-羟色胺(5-HT<sub>4</sub>)受体激动剂,通过兴奋胃肠道胆碱能中间神经元及肌间神经丛的5-HT受体,促进乙酰胆碱的释放,促进上消化道平滑肌运动而产生胃动力作用,

增强胃、十二指肠收缩,增加食管蠕动,降低胃内容物反流,减少对胃肠道不良刺激,且不会对胃酸的分泌造成任何影响,通常可用于治疗消化不良并伴有上腹胀痛、恶心呕吐等消化道症状的患者,具有不良反应少、预后效果好等优点<sup>[7-9]</sup>。然而枸橼酸莫沙必利分散片多是成人用药,儿童用药时剂量不好把控,治疗过程存在很多不确定因素。

小儿复方鸡内金咀嚼片由鸡内金、六神曲(生品)两味药为主,以蔗糖为辅料制作而成。其中鸡内金具有消食开胃,健脾消滞的功效,主消肉食引起的积滞;六神曲(生品)由鲜青蒿、鲜辣蓼、苍耳草、赤小豆、苦杏仁、麸皮六种药材自然发酵而成,主开胃醒脾,化食消积,主消米面谷食<sup>[10]</sup>。两者合用,谷肉并消。现代研究表明鸡内金含有多种氨基酸、多种微量元素、角蛋白以及微量蛋白酶等,具有增强胃运动<sup>[11]</sup>、促进消化的功能。而且鸡内金中含有锌微量元素,可以改善因微量元素锌缺乏而导致的味觉不灵敏、食欲不振、身高体重增加缓慢<sup>[12]</sup>等现象。不仅如此,还有研究表明六神曲中糖类、蛋白质、脂肪三大营养物质含量丰富<sup>[13]</sup>,能够在治疗厌食的同时促进营养物质的吸收,改善营养不良等。

小儿复方鸡内金咀嚼片联合枸橼酸莫沙必利分散片治疗小儿功能性消化不良,能够促进胃动力,加速胃排空,促进营养物质的吸收。两者联用相比单独使用化学合成药物枸橼酸莫沙必利分散片,能够加速治疗小儿因功能性消化不良引起的上腹疼痛、恶心呕吐、胃部反酸等症状,以及缓解和治疗这些症状容易造成的营养不良、食欲不振等。

本研究得出小儿复方鸡内金咀嚼片联合枸橼酸莫沙必利分散片治疗小儿功能性消化不良疗效显著,并且联合用药相对于单独用药来说能够有效缩短由功能性消化不良引起的胃部反酸和恶心呕吐等症状的恢复时间,缩短上腹疼痛及上腹灼烧感的恢复时间。因此治疗小儿功能性消化不良使用中成药小儿复方鸡内金咀嚼片联合化学合成药物枸橼酸莫沙必利分散片,能够结合两类药物的临床优势提高治疗疗效,值得临床应用和推广。

#### 参考文献

- [1]陈瑞芬.小儿功能性消化不良药物治疗进展[J].亚太传统医药,2015,11(12):48-50.
- [2]胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2015:1368-1369.
- [3]陈洁.儿童功能性胃肠病的罗马Ⅲ诊断标准[J].胃肠病学,2007,11(1):761-765.
- [4]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准—中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1995:290.
- [5]姜桂荣.四磨汤配合双歧四联活菌片治疗小儿功能性消化不良50例[J].辽宁中医学院学报,2009,31(5):231-232.
- [6]曾福生,黄晓东,侯艺峰,等.金双歧联合山白消食合剂治疗小儿功能性消化不良疗效观察[J].医学理论与实践,2014(7):894-896.
- [7]周卫娟.儿宝颗粒联合莫沙必利治疗小儿消化不良效果观察[J].中国乡村医药,2014(2):54-55.
- [8]洪昆.应用莫沙必利治疗小儿消化不良的效果分析[J].当代医药论坛,2014(20):146-147.
- [9]李正学.莫沙必利治疗小儿消化不良的疗效观察[J].大家健康(学术版),2014(7):187-188.
- [10]张露蓉,江国荣,王斐,等.六神曲生品与炒制品的消化酶活力及胃肠动力比较[J].中国临床药理学杂志,2011(3):148-150.
- [11]郑雁,苗明三.鸡内金的现代研究特点分析[J].中医学报,2015,30(12):1796-1797.
- [12]胡林力.人体中的锌元素[J].中学化学教学参考,1994(2):91-91.
- [13]周淑贤,张甲生.神曲的营养成分[A].创新驱动,加快战略性新兴产业发展—吉林省第七届科学技术学术会议论文集(下)[C].吉林省科学技术学术年会,2012:273-274.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王艳霞 收稿日期:2018-07-20)

## 建国后中药学史文献概览及有关问题刍议

辛海量 韩 婷 蒋益萍

(第二军医大学药学院生药学教研室,上海 200433)

**摘要:** 本文首先综述了建国后中药学史研究的文献情况,结果表明中药学史文献较少,中药学研究史混杂于中国医学史中。随后,笔者对中药学史分期问题进行了讨论,提出了新见解。针对中药学史研究现状,还提出了药学史研究应关注的问题,特别是炮制学史等专题史研究应受到关注,以及中药学专业学生的药学史教育应该加强。最后,笔者介绍了本草学史研究的新进展—本草考古学。

**关键词:** 中药学史; 文献研究; 本草考古

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.025

文章编号:1672-2779(2018)-21-0062-03

### Survey for Historical Literature of Chinese Materia Medica since the Foundation of the People's Republic of China and Comments on Related Questions

XIN Hailiang, HAN Ting, JIANG Yiping

(Department of Pharmacognosy, School of Pharmacy, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China)

**Abstract:** In the present paper, firstly the historical literature of Chinese materia medica after the founding of the People's Republic of China was made, and less ones were obtained, which suggests the research of history of Chinese traditional drug was still included in that of history of TCM. Then, the questions on periodization were discussed and the novel opinions were presented. In the present paper, authors insist on the attention to thematic history in history of Chinese traditional drug. At last, Bencao archaeology as new progress was introduced.

**Keywords:** historical of Chinese materia medica; literature research; herbal archaeology

中药与中医伴随而生,历史悠久。近代以前,西医学还较少传入,人民大众所受用的医学就是中医药

体系。中药学是研究中药的基本理论和临床应用的学科,是作为一门学问而存在。中药学史范畴则是研究

中药的起源、发展、演变的历史,了解其发展规律,约等于本草史。近代以后,随着西医药学的快速传入,中国实际上处于中医药、西医药并存的局面,至今仍是如此,再谈此时的中国药学史则既应包含了西药学史,也包括了中药学史。目前,对中药学史历史研究多混杂于中国医学史中,是以医带药式的,处于附属地位,对于学科的发展不利。笔者近年来关注中药学史领域,现将目前所见文献作简要介绍,并就有关问题发表拙见。

### 1 建国后文献概况

建国至今,对于中药学史的研究资料多混杂于中国医学史中,中药学史综合性论著不多,其主要者见表1。以“中国药学史”为关键词匹配题名,检索中国国家图书馆(文津检索),得图书类10个条目,论文类95个条目。而以“中国医学史”作平行检索,得图书类120个条目,论文类4400个条目。相同方法检索中国生物医学文献服务系统(SinoMed),得“中国药学史”8条目,“中国医学史”103条目。两相对比,相差悬殊,可见关于中药学史的研究内容还是混杂于中国医学史中,中药学史研究还没有受到应有重视。

表1 建国后中国药学史综合性专著出版情况

No	作者	书名	出版社	出版年份
1	北京中医学院1957年班	《中药简史》	科学技术出版社	1960
2	薛愚	《中国药学史料》	人民卫生出版社	1984
3	薛愚	《中国药学会史略》	中国医药科技出版社	1987
4	俞慎初	《中国药学史纲》	云南科学技术出版社	1987
5	渠时光	《中国药学史》	辽宁大学出版社	1989
6	陈新谦,张天禄	《中国近代药学史》	人民卫生出版社	1992
7	张鸣皋	《药学发展简史》	中国医药科技出版社	1993
8	傅维康	《中国药学史》	巴蜀书社	1993
9	陈新谦	《中华药史纪年》	中国医药科技出版社	1994
10	黄世佐	《中药学简史》	甘肃人民出版社	2004
11	朱晟,何端生	《中药简史》	广西师范大学出版社	2007
12	吴鸿洲	《中医方药学史》	上海中医药大学出版社	2007
13	郑金生	《药林外史》	广西师范大学出版社	2007
14	高晓山	《本草文献学纲要》	人民军医出版社	2009
15	谢惠民,丛骆骆	《中国药学史参考》	人民卫生出版社	2014
16	吴晓明	《中国药学史教育史》	中国医药科技出版社	2016

### 2 本草学史分期问题探讨

中国药学史的专题研究与医学史相比起步晚,文献更少。进入上世纪80年代后,中国药学史研究的理论水平已大大提高,关于分期问题的争鸣也多了起来,在分期标准的问题上,已有植物分类学、本草的三个基质、重要本草著作、药学史重大变化、药性理论进步、药物类属构成和药性理论等不同看法,具体可参考张瑞贤述评<sup>[1]</sup>。笔者认为,第一:中药学史的历史分

期问题值得关注,此对于从整体上把握药学史发展脉络至关重要。第二:中药学史的分期可以突破医学史分期,这样才能真正使之从医学史中分离出来,而不是仅作为医学史附属而存在。如此做法,能更好地凸显那些影响中药学发展的特有因素,把握其发展规律,还便于西方药学史进行横向对比。第三:每个历史时期的政治、经济结构、意识形态对中医药学发展的影响是显而易见的,药学史分期不应该也不可能完全脱离朝代分期,而应该结合起来统一考虑。

高晓山<sup>[2]</sup>认为本草史发展有一定继承性,同时还在增加新的内容,每当新的内容增加到一定程度时,总会出现一次新的总结、新的发展,而药性理论是本草发展的核心,同一时代多种本草内容可能有多有少,但在理论方面却具有相同的特色,有别于前代。药性理论就成为不同时期本草史的特征。据此他将本草简史概括为五次大总结,并对未来第六次大总结提出展望。尚志钧评价《证类本草》说:“本书收录前代本草资料,皆原文转录,按时代次序排列,形成层层包裹,成为本草史上一颗灿烂的明珠。”<sup>[3]</sup>如此评价定位实际上是承认了中国本草学继承性特点。笔者认为,中国本草学发展的连续性和继承性是客观存在的,其发展历程是点滴进步、连绵不断的,历代本草著作层层包裹即是明证。为了认识和研究本草学,恰当的分期又是必须的,代表性的本草学著作既然有很强的包裹性,是可以作为本草学史分期的节点的。就这一点而言,笔者认为高晓山的处理方法颇有可借鉴处。

林乾良<sup>[4]</sup>认为历代本草就其内容而分,有主流与旁支之分。而在历史上占举足轻重地位的还是主流本草,分期当以主流本草为依据。他还引入了作为本草的三个基质的概念,即来源、功用与理论,并以此作为分期的标准。具体分为七期,即酝酿萌芽期(先秦)、草创雏型期(秦汉魏晋南北朝)、发展成熟期(隋唐五代)、增补汇总期(宋)、药理研究期(金元)、集成完备期(明)、整理精简期(清)。此种分期方法,实际上是以本草内容的成熟度来分期,暗含了药性理论的线索,若结合高晓山之分期方法,用以串联本草学史将会非常有益。当然,建国后我国中医药学、本草学、少数民族医药学发展迅速,学科领域划分更加细化,其分期问题至今少有人关注,应该适当增益补充。总之,设想结合高晓山和林乾良的分期方法,再增加建国后的分期,作一个新的分期系统出来,应该是可行的,对中药学史的研究也是有益的。

### 3 中药学史研究应关注的问题

本草学史是中药学史的重要组成部分,但不是中药学史的全部。目前,通史式的中药学史著作有,专题史研究的少,应作为今后的关注点之一。通史容易写,似乎就是本草学著作的连缀,专题史难写,需要深度挖掘和考证。但是专题史对于立体、多维地认识本草学更加形象生动,对于掌握领域内的发展规律更为有益,也更能与实践所用。目前,中药专题史领域很多,譬如采集史、炮制史、商品学史、丹药史等,每个领域的深入发掘,对于推动本草学古为今用都大有裨益。譬如,尽管上世纪80年代以来,炮制史研究逐渐受到关注,但至今面临的问题仍然非常之多。目前,由于没有国家层面的炮制规范,各个省级层面仍执行各自的炮制规范,各自为政,各打天下。中药要实现全产业链控制,这个标准不统一的问题即是严重的障碍。本草学中蕴藏着丰富宝藏,专题史研究是开掘此宝藏的一个有效门径。屠呦呦搞抗疟药青蒿素,即是先搞专题史研究,整理出《疟疾单秘验方集》,并最终受益而取得突破<sup>[5]</sup>。纵观中药的发展史,中药学发展不仅有继承性的特点,与此相伴而来的创新性特点也是非常突出。现今,中药创新步履维艰,中药人自己没底气,倒是化学家频频拷问,药理学家喋喋诘难。更有甚者,中药被西药化,道路迷失,聚讼不已,丧失了宝贵发展机遇,更有歧路亡羊之危,与专题史研究不深不透不无关系。于此,郑金生所著的《中药外史》(2007)内容涉及本草文献、本草学术主题、药效的发现与“传信”、用药风潮、本草插图、本草与文学、药王与药王庙、麻醉药等专题,具有相当的深度和广度,是值得一读力作。还有朱晟、何端生所著《中药简史》(2007),不落俗套,于中药学诸多问题考据甚详,言之有物,读来饶有趣味。期待更多的此类著作面世。

不学历史即容易数典而忘祖。建国以后,我国院校教育培养了数以万计的中医药人才,但是其中比例不低者,成了中医药的掘墓人,对此,我们应该反思。史学教育肯定出了问题。目前,药学史没有统编教材,仅在少数院校作为选修课存在。中华民族的繁衍生息,中医药功不可没。提供有中国特色的健康中国解决方案,应中、西并重,中医药要获得更高的社会认同和自身创新,中医药学的教育应该得到强化,笔者曾多次撰文呼吁<sup>[6-7]</sup>。

### 4 本草学史研究的新分支-本草考古学

建国后,我国的本草学研究取得了重要进展,其

方法为主要依赖于对历代文献的整理,即本草考证的方法。本草考证是从古代本草资料中缕清中药的发展脉络,提出去伪存真的正确合理见解,是中药学的一个重要的研究领域。而考古学则旨在根据古代人类各种活动遗留下来的物质资料,包括各种遗迹和遗物,以研究人类古代社会的历史。随着考古发掘越来越多,更多的史料和出土实物的呈现,以及科技的快速发展,将本草与考古结合具备了条件,可以基于古代本草资料和遗迹、遗物,认识和了解古代人类与中草药的相互关系,对中药名称、产地、真伪、性味功用等进行考证,进而复原古代人类防病治病的方式,揭示中医药的起源和发展过程。这是本草学研究的“二重证据法”和新领域。黄璐琦院士提出了将科技考古引入到中医药研究中,即“本草考古学”<sup>[8]</sup>。本草考古是以考古出土的药物或药物相关遗存为研究对象,应用现代科学方法和技术,探求人类利用药物的信息,探索古代先民与药物的相互关系,复原和重建人类利用药物的历史,是本草学新的学科分支。已有学者对史前灵芝<sup>[9]</sup>、明代蕲簪<sup>[10]</sup>、“太岁”<sup>[11]</sup>开展了考古研究,展现出该学科广阔的应用前景。

#### 参考文献

- [1]张瑞贤.中国药学史分期问题述评[J].贵阳中医学院学报,1989(4):42-44.
- [2]高晓山.本草药学纲要[M].北京:人民军医出版社:2009.
- [3]唐慎微撰,尚志钧等校点.证类本草[M].北京:华夏出版社,1993.
- [4]林乾良.论历代本草之分期[J].药学报,1985(3):176-181.
- [5]苏季.屠呦呦一生倾情青蒿素[J].科学大观园,2018(5):14-15.
- [6]辛海量,彭浩,苏永华,等.中药学专业《中国药学史》课程设置刍议[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(20):74-75.
- [7]辛海量,韩婷,郑承剑,等.中药学本科专业开设《中国药学史》课程必要性探析[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(21):103-105.
- [8]黄璐琦.本草学研究的二重证据——从本草文献考证到本草考古[J].科学通报,2018,63(13):1164-1171.
- [9]袁媛,王亚君,孙国平,等.中药灵芝使用的起源考古[J].科学通报,2018,63(13):1180-1188.
- [10]查良平,彭华胜,于大庆,等.明代蕲簪的来源及工艺的考古研究[J].科学通报,2018,63(13):1189-1198.
- [11]赵雅秋,段金廛,黄璐琦.“太岁”古今之考辨[J].科学通报,2018,63(13):1199-1204.

(本文编辑:李海燕 本校校对:张巧艳 收稿日期:2018-07-31)

### 酸枣鉴别要点

本品呈扁圆形或扁椭圆形,长5~9 mm,宽5~7 mm,厚约3 mm。表面紫红色或紫褐色,平滑有光泽,有的有裂纹。有的两面均呈圆隆状突起,多数一面较平坦,中间有1条隆起的纵线纹;另一面稍凸起。一端凹陷,可见线形种脐;另端有细小凸起的合点。种皮较脆,胚乳白色,子叶2,浅黄色,富油性。气微,味淡。

——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。



# 中医阴阳理论与孙子兵法原理对比研究

李娜 王彬 陈君

(广州中医药大学马克思主义学院, 广东 广州 510006)

**摘要:** 孙子兵法包含的哲理博大精深, 不仅渗透到军事国防, 还对社会多学科和多领域产生了深远的影响。其中, 中医学中的各种理论均在不同程度上与孙子的思想不谋而合。孙子兵法的原理, 对中医学不仅具有借鉴作用, 而且还有指导作用。对于深入研究中医理论与其中的兵法原理, 蕴藏着巨大的价值等待挖掘且具有重大的意义。本文通过结合孙子兵法的虚实篇与中医中的阴阳理论, 阐明两者的共同性, 对认识和解释阴阳概念具有重要作用。

**关键词:** 阴阳理论; 孙子兵法; 传统文化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.026

文章编号:1672-2779(2018)-21-0065-03

## The Comparative Study of Yin-Yang Theory in Traditional Chinese Medicine and Sun Tzu's Principle of *The Art of War*

LI Na, WANG Bin, CHEN Jun

(School of Marxism, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510006, China)

**Abstract:** The infinite wisdom of *The Art of War* not only infiltrates into the military constructions, but also it has a great impact on various subjects and fields among the society. Moreover, all kinds of theories in traditional Chinese medicine see eye to eye with Sun Tzu's thoughts in many ways. The principles can not only be drawn lessons from in Chinese medicine, but also has a guidance function. As for deeply making researches between the principles in *The Art of War* and the traditional Chinese medicine theory seem to have a huge significance, which might be potentially invaluable. This dissertation integrates the yin-yang theory and the principles in *The Art of War* in order to clarify the commonality of them, which has an influence on being acquainted with and explicating the vague concept of yin-yang.

**Keywords:** theory of yin and yang; The Art of War; traditional culture

孙武, 亦称为孙子, 春秋时期齐国乐安人。出生于军事世家, 著有《孙子兵法》一书, 是中国古代最伟大的兵书。《孙子兵法》包含十三篇, 系统而全面地论述了部署作战的理论, 其中既有对战争规律的总结, 又有对具体军事谋略的阐释。在众多学科中, 中医的思想也包含部分的军事思想, 因为在古代行军打仗, 不仅要靠“五事”原则, 更重要的是士兵的身体状况, 任何出现的疾病都可能导致“出师未捷身先死”的局面。因此, 如何更好地赢得战争, 就更需要中医从兵法思想得到启发。在中医理论中, 阴阳理论是关于人体生理和病理解释的基础理论, 而阴阳理论之间的关系比较复杂, 却与虚实的部分理论很吻合, 因此可以深入探讨两者之间的关系。

### 1 阴阳的概念

《黄帝内经·素问》第五篇:“黄帝曰:阴阳者, 天地之道也, 万物之纲纪, 变化之父母, 生杀之本始, 神明之府也, 治病必求于本。故积阳为天, 积阴为地。阴静阳躁。阳生阴长, 阳杀阴藏。阳化气, 阴成形。寒极生热, 热极生寒。寒气生浊, 热气生清。”<sup>[1]</sup>《类经》曰:“道者, 阴阳之理也。阴阳者, 一分为二也。”张景岳《类经》中的阴阳虽然没有给出明确的解释, 但是张氏阴阳给出三个方面的概括: 其一, 阴阳是气的一分为二, 即阴气, 阳气。其二, 凡用一分为二规定的概念, 无论是实体, 还是属性, 均归属于阴阳概

念。其三, 阴阳对立统一法则是宇宙的总规律<sup>[2]</sup>。因此, 中医的阴阳可以概括为: 阴阳是标示事物两种对立的特定属性和状态特征的范畴, 是抽象的属性概念而不是具体事物的实体概念, 表示各种物质特性之间的对立统一关系。《内经·灵枢》曰:“阴阳者, 有名而无形。”<sup>[3]</sup>

### 2 战事胜负与阴阳对立统一

对立是辩证法的范畴, 指对立面, 亦即矛盾双方, 既有同一性也具有斗争性。任何事物都是对立统一的, 既处于一个统一体中, 也处于相互排斥, 互相斗争的局面。所谓统一体, 即指矛盾的两个方面在一定时间、一定条件下相互依存而结成的整体。阴阳双方的对立是相对的, 如天与地, 内与外, 上与下等。同时, 阴阳对立的双方, 任何一方都不可能脱离另一方面而单独存在, 双方共处于一个统一体当中, 共同以对方的存在为自己存在的基础条件。在人体中, 生命现象的主要矛盾, 是生命运动的动力, 贯穿于生命过程的始终。《素问》曰:“人生有形, 不离阴阳”<sup>[4]</sup>。《景岳全书》曰:“阴阳之理, 原自互根, 彼此相须, 缺一不可。”<sup>[5]</sup>运用阴阳对立以说明人的生命运动, 生命就是人体的气化运动。气化运动的本质就是人体阴气与阳气, 化气成形的矛盾运动, 即阴阳的对立统一。阴阳在对立斗争中, 取得了统一, 维持阴与阳之间的动态平衡, 即所谓“阴平阳秘”, 机体才能进行正常的生命活动。在军事活动中, 两军交战, 虽然是生死之战, 可是还

是一个统一体。战争是由敌我两股力量组成的，没有了其中一方也就不可能有战争存在，正所谓“孤阴不生，独阳不长”。因此，战争本身是对立统一的整体，而胜负存在于战争当中也是达到平衡的，不存在永远的胜利，也不存在永远的失败。对于战争而言，就如阴阳彼此对立统一，敌我争斗组成战争，相互抗衡，而战争中的胜负总是达到相对的平衡。

### 3 阴阳理论与兵法原理的相对性

#### 3.1 防备力量与阴阳的相对性

**3.1.1 备前后寡的消长性** 阴阳消长，是阴阳双方的增减、盛衰、进退的运动。阴阳对立双方不是处于静止不变的状态，而是始终处于此盛彼衰，此增彼减、此进彼退的运动变化之中。人与自然相统一，阴阳交感是宇宙的根本规律，自然界的四季和昼夜的阴阳消长，呈现出周期性的节律性的变化。《素问》曰：“冬至四十五日，阳气微上，阴气微下。夏至四十五日，阴气微上，阳气微下。”<sup>[1]</sup>阴阳双方在彼此消长的动态过程中保持相对的平衡，人体才能保持正常的运动规律，如果消长关系超过一定的阈值就会导致疾病产生。孙子曰：“故备前则后寡，备后则前寡；备左则右寡，备右则左寡，无所不备，则无所不寡。”<sup>[2]</sup>所以，敌人防备前方，则后方兵力薄弱；敌人防备后方，则前方兵力薄弱；敌人防备左方，则右方兵力薄弱；敌人防备右方，则左方兵力薄弱；处处加以防备则导致兵力处处薄弱。孙子的思想中，如何调配兵力是很重要的。在兵力一定的情况下，防备何方，就会导致另一方薄弱，就如中医的阴阳双方，在整体中，一方逐渐强盛，就会导致另一方薄弱，处于此消彼长的消长局面，不会存在永远占上风的一方。

**3.1.2 行如流水的易变性** 阴阳的关系是处于易变关系中的，正如世界万物都在处于不断的变化，处于此消彼长的流动性当中，属于恒动的范围。阴阳互动下，总有某些时刻阴或者阳处于太过或者不及的状态，可是总体来说基本保持平衡的状态。孙子曰：“夫兵形象水，水之形，避高而趋下；兵之形，避实而击虚。水因地而制流，兵因敌而制胜，故兵无常势，水无常形，能因敌变化而制胜者，谓之神。故五行无常胜，四时无常位，日有短长，夜有死生。”<sup>[3]</sup>孙子认为，用兵的规律就犹如流水的规律一般，水的规律，避开高处流往低洼的地方；用兵的规律，就要避开敌人的主力而攻击敌人的弱点。水因地形的高低而决定其流向，作战则根据不同的敌情而制定取胜的策略。所以，用兵没有固定刻板的形态，水的流动也不会有一成不变的形态，唯顺势利导者能胜，因天、因时、因地、因事、因人而疏导。能够根据敌情变化而灵活取胜的，可谓用兵如神。因此，五行当中相生相克没有固定的常势，四季轮流更替也没有哪个季节是永恒的，一年之中白天有长有短，一月之中有圆亦有缺。在中医中，

阴阳的变化不存在哪一方永久强盛，哪一方永久衰弱，而是处在不断的交替变化当中，如流水和用兵的规律一般，不存在固定的模式，具有较强易变性，随时处于变化之中。因此，阴阳的交替变化，与孙子所提倡的用兵根据敌情而变化的规律不谋而合。

**3.2 攻守交替与阴阳转化** 阴阳转化是指阴阳对立的双方，在一定条件下的相互转移、变化，即阴可以变阳，阳亦可以变阴。阴阳转化是事物运动变化的基本规律。在阴阳双方发展到一定程度后，便超越了正常消长的阈值，事物必然向着相反的方面转化。阴阳的转化，必定具备一定的条件，在中医中称为“重”或者“极”<sup>[4]</sup>。故《类经》曰：“重阴必阳，重阳必阴”“寒极生热，热极生寒。”<sup>[5]</sup>在人体生命活动过程中，物质与功能的代谢过程，便是阴阳转化的过程，如营养物质不断地转化为功能活动，功能活动不断地转化为营养物质。在疾病发展过程中，阴阳转化常表现为表证与里证、寒证与热证等的互相转化。孙子曰：“故我欲战，敌虽高垒深沟，不得不与我战者，攻其所必救也；我不欲战，画地而守，敌不得与我战者，乖其所之也。”<sup>[6]</sup>孙子认为，我军想要战斗，敌人纵使筑高垒，挖深沟，也不得不与我战斗，攻的是敌人必援救的地方；我军不战，画地而守，敌人没有和我军战斗，是因为敌人被诱使去攻打其他地方。在战场上，对于不同的情况下，攻守交替的情形很常见，本来敌人防守严密，久攻不下，可是遇到特殊情况下，就会转守为攻；反之，我军本来进攻的状态，在一定的条件下，就会转为守状，正如中医的阴阳转化，在特定的条件下，就会向对方转化。故孙子又云：“微乎微乎，至于无形；神乎神乎，至于无声，故能为敌之司命。”<sup>[7]</sup>

**3.3 战地攻占与阴阳偏盛** 阴阳偏盛是指阴或阳的一方出现高于正常水平的现象，导致阴盛阳虚或者阳盛阴虚的状况。其中包括阳盛则热，阴盛则寒。阳盛则热是由于阳盛是病理变化中阳邪亢盛而表现出来的热的病变。由于阳盛可导致阴液的耗损，故《内经·类经》曰：“阳盛则阴病”<sup>[8]</sup>。阴盛则寒是由于阴盛是病理变化中阴邪亢盛而表现出来的病变。阴邪致病，如纳凉饮冷，可以造成机体阴气偏盛，出现腹痛、形寒肢冷等。阴盛往往可以导致阳气的损伤，故曰：“阴盛则阳病”。在《孙子兵法》中，孙子曰：“凡先处战地而待敌者佚，后处战地而趋战者劳。故敌佚能劳之，饱能饥之，安能动之。”孙子认为，凡是占领有利地形的我方军队是可以修整以待敌的，而后到达战地的敌人就要为战事准备而奔波劳命。故敌人安逸就能使他们劳累，敌人吃饱就能使他们饥饿，敌人若驻扎安稳就使他们移动。孙子又云：“故形人而我无形，则我专而敌分；我专为一，敌分为十，是以十攻其一也，则我众而敌寡；能以众击寡者，则吾之所与战者约矣。”<sup>[9]</sup>孙

子认为,要使敌人暴露痕迹而我军不露痕迹,这样,我军兵力就可以集中而敌军兵力就不得不分散。我军兵力集中在一处,而敌人兵力分散在十处,这样我军便可以十倍兵力攻击敌人,从而形成敌寡我众的形势。能做到集中优势兵力攻击处于劣势的敌人,那么同我军交战的敌人就有限了。孙子表达的思想,引申于中医当中,可以借鉴为假若阴盛已经处在有利的情况下,人体的阴阳出现失衡时,就要设法针对阴盛的状况进行相应的治疗,削弱阴的势力,从而达到阴阳平衡的局面。对于阳盛的局面,就应该削弱阳的势力<sup>[6]</sup>。

#### 4 总结

中医的阴阳理论与《孙子兵法》中的兵法原理具有某些不谋而合的相通之处。两者具有辩证统一的思想,正犹如军事上的“势”与健康状态的“衡”。

军事上的“势”指必须善于顺应天时、利用地利和发挥人和。如可做到这三点,就能“所向者无敌,所击者万全”了。健康状态的“衡”指人体内阴阳平衡,阴阳双方既不过分也不偏衰,处于一种协调的状态。因此,深入挖掘《孙子兵法》对于中医学其他理论的研究,以及深入挖掘中医其他理论对于《孙子兵法》兵法原理的研究都具有潜在的价值,有待于我们进一步探究。

#### 参考文献

- [1]黄帝内经素问[M].傅景华,陈心智.北京:中医古籍出版社,1997.
  - [2]李志庸.张景岳医学全书·景岳全书·全书纪略[M].北京:中国中医药出版社,1999:817.
  - [3]黄帝内经灵枢[M].北京:人民卫生出版社,1956.
  - [4]孙子兵法[M].北京:北京联合出版社,2015.
  - [5]傅文录.《孙子兵法》与中医临证思维[J].中医研究,1994(1):7-9.
  - [6]高新彦.《孙子兵法》与中医学[J].上海中医药杂志,2002,36(11):33-34.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:袁毓玲 收稿日期:2018-07-17)

## 哮喘火论

刘继民<sup>1</sup> 王檀<sup>2\*</sup>

- (1 长春中医药大学附属医院二部肺病康复科,吉林 长春 130033;  
2 长春中医药大学附属医院肺病科,吉林 长春 130117)

**摘要:**王檀教授认为,哮喘具有迁延难治且反复发作的特点,在北方严寒之地其发病率更为突出。引起哮喘发作的原因错综复杂,其病因无外乎外感及内因。提出“哮喘主于火”及“五脏六腑皆令人哮”为哮喘的病机关键。从脏腑相干理论出发提出哮喘因火、热而哮,因痰而作。治疗时,当辨清五脏六腑的寒热虚实,调整脏腑功能,尤其脾胃功能的健运。从火、热论治哮喘,发则治其标,缓则治其本。

**关键词:**哮喘;哮喘主于火;病因病机;王檀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.027

文章编号:1672-2779(2018)-21-0067-03

### Discussion on Asthma from the Theory of Fire

LIU Jimin<sup>1</sup>, WANG Tan<sup>2\*</sup>

(1. Pulmonary Rehabilitation Department, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130033, China;

2. Pulmonary Department, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130117, China)

**Abstract:** Professor Wang Tan believes that asthma has the characteristics of difficult to cure and recurrent attacks, the incidence of the disease is more prominent in the northern cold regions. Etiology and pathogenesis of asthma is complex, which is exogenous or internal injury. He made the point of view that "fire is to asthma" and "zang fu dysfunction makes the onset of asthma" are the keys to the etiology and pathogenesis of asthma. According to the theory of zang fu, Professor Wang puts forward the idea that asthma caused by the fire, heat and phlegm. At the time of treatment, the cold, hot, deficiency or strong of zang fu should be distinguished and adjust their function, especially the function of the spleen and stomach. In short, Professor Wang's view of the treatment of asthma is from the fire and heat treatment, when disease attack we need make choice depending on the target symptoms, when the disease eased we take the etiological treatment.

**Keywords:** asthma; asthma caused by the fire; etiology and pathogenesis; Wang Tan

吾师王檀教授,在总结前人对哮喘病因病机认识的基础上,结合多年临床经验,突破传统“伏痰”理论,提出了“哮喘主于火”理论<sup>[1]</sup>,指出其哮喘主于火的基础是脾胃虚弱,尤其以胃为主。脾胃者,营卫化生之源,一旦脾不升清,胃不降浊,则营卫运行不畅,同时腠理因脾胃虚弱,而失其所养而不固,易于招致外邪,导致火熏于肺,气道之腠理因火邪熏灼,肿生挛

起,气道狭窄;同时火邪内灼津液为痰,痰阻气道,则气道阻滞更甚;同时肺气因(火)热而奔迫,加之气道因挛而狭窄,或因痰阻,肺气出入艰难,发为哮喘。

现将归纳总结如下。

哮喘主于火的理论来源于《素问·阴阳别论》篇中“阴争于内,阳扰于外,魄汗未藏,四逆而起,起则熏肺,使人喘鸣”。而《黄帝内经》中病机19条也有“热胜则肿,热盛则挛,诸热瘡皆属于火”的论述,其中的“瘡”亦是收缩、挛急的意思,故当火邪熏组织或

\* 通讯作者:wangtan215@sina.com

脏腑表面之腠理时，若卫气充实，腠理固密，卫外有权，则火邪不会乘虚而入，腠理不会肿胀、挛急，此时火邪煎津成痰则会形成痰热咳嗽或肺热咳嗽，若血败肉腐则形成肺痈等局部病变；倘若治疗不及时，或者延误治疗，致使肺虚，腠理不固，火邪乘之于肺，第一：火邪熏灼气道（肺管）之腠理，使气道挛急、肿胀，变得狭窄。第二：火邪性炎上，熏灼于肺，使肺之气化不行，津随逆气上行，循空虚之腠理渗于外，遇热而为痰，滞于气道，气道阻滞更甚。第三：肺气遇热奔迫，复因气道狭窄，或加痰阻，肺气出入艰难，发则哮喘。

首先探析以下几个问题。

(1) 对卫气的理解：《灵枢·决气》：“上焦开发，宣五谷味，熏肤，充身，泽毛，若雾露之溉，是谓气。”这句说明气的宣发由肺司长。《素问·痹论》：“卫者，水谷之悍气也。”这句说明卫气为水谷精微中比较彪悍的部分。《灵枢·本藏》：“卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开阖者也。”这句中的“肥”字是使之肥，即卫气具有使腠理充实的意思。由此可知卫气为水谷精微中比较彪悍的部分，由肺脏司长宣发，具有充实腠理的作用。

(2) 对腠理的理解：存在于皮肤、脏器、五官的表面或空隙之处；为脏腑所主，为气机升降出入的末端；对气化起着重要的调节作用；对外又有防御功能；以表皮或黏膜的形式存在。

(3) 对于“火”的理解：《说文解字》曰：“火，燬也。南方之行，炎而上。象形”。《尚书·洪范》曰：“火性炎上”；因此“火”是一类阳性、热性的事物或亢进的状态；具有温热、向上升腾的特点；《类经》进一步注释：“火，天地之阳气也。天非此火，不能生物；人非此火，不能有生。故万物之生，皆由阳气。但阳和之火则生物，亢烈之火反害物，故火太过气反衰，火和平则气乃壮”；即指出，“壮火食气，少火生气”，也就是说，壮火为病理之火，少火为生理之火；火有生理性火和病理性火，病理性火，又名火邪<sup>[1]</sup>。疾病的产生多责之于病理之火；其性质及致病特点为：火邪具有燔灼炎上，伤津耗气，生风动血，易生肿疡和扰乱心神的特征。可以进一步提炼为：热盛则肿，热盛则挛；火性炎上，火为心主；热则气逆，热则津结；其致病广泛，发病急暴，易成燎原之势。

(4) 对于“哮”的理解：“哮”之本义在《说文解字》中，指猪惊声，就是指猪受到惊吓而发出的声音；现在多有两种含义，一者指急促喘气的声音；二者指吼叫。结合“哮”之本义，有利于哮病发病时的症状理解；但是也有症状不典型的哮病；可以通过查体（听诊）或者肺功能监测来进一步诊断。

(5) 对于哮病发病基础的理解：发病基础责之于脾胃不足，尤在胃的损伤。因卫气为水谷精微中的一部分，由脾胃所化生，故病者先有脾胃不足，卫气先

弱，腠理不固，邪气得以干之，干之则气化升降出入皆逆，而逆之则气乱也。相反亦有气机先乱，而腠之开合无度，卫阳不得充之，邪气亦乘而干之者。

其次，对哮病主于火的病因病机探析。

哮病的发生在于内有火（热）邪，复因外感、饮食、劳倦、情志等因素，导致火邪内熏于肺，气道之腠理因火邪熏灼，肿生挛起，气道狭窄；同时火邪内灼津液为痰，痰阻气道；则气道阻滞更甚；同时肺气因（火）热而奔迫，加之气道因挛而狭窄，或因痰阻，肺气出入艰难，发为喘鸣。

(1) 外感因素：外感病因多相兼致病，单一致病少见<sup>[2]</sup>，而引起肺气因（火）热而奔迫的因素概括如下：

① 外感风寒：寒邪收引、凝滞，风邪引动寒邪，侵袭体表腠理，寒则皮肤急而腠理闭，腠理闭塞，则卫阳被郁，卫阳怫郁不能畅通而为热；或者风寒直入于肺，肺管之腠理，因寒而收引、凝滞，则肺气受阻，无力宣散卫气，则卫气内郁而化火；同时命火升腾，催动卫阳驱邪外出；加之卫阳被郁而生热，阳热之气内郁无法畅通，内积而生内火，火起气道挛急，气道狭窄；同时卫阳被郁，肺卫宣发有余，肃降不足，则气机逆而上行，内夹津液，寻空虚之腠理渗透与外，聚而因热生痰，痰阻气道；肺气因热而奔迫上行，加之气道狭窄，或加痰阻，功冲于内而难以出入，发为喘鸣。

② 外感风热：外感风热，风热袭表，热则皮肤缓而腠理开，表散不及，风热由表入里，内蕴于肺，热盛则肿生挛急，气道腠理因热结，结则肿痹，肿痹则热气怫郁，热气内积而火邪内生；火热之邪内灼肺津，煎津成痰、成饮，阻于肺管之腠理；肺气因热熏而奔迫，加之肿生挛急，痰饮阻于气道，气道狭窄，肺气出入艰难，发为喘鸣。

③ 接触花粉、烟尘、异味、雾霾等：上述邪气侵袭、附着于肺管之腠理，导致腠理致密不通，阳气聚之，卫气不能外达，肺卫奋起抗邪，外散不得，内郁而化热，积阳之热气而生火；加之肺管腠理致密不通，不通则狭窄，肺气因热而奔迫，肺管因热肿生挛急，肺管狭窄，肺气出入艰难，发为喘鸣。

上述皆为外因，外因多责之风寒、风热及花粉、烟尘、异味、雾霾等因素，而“六气皆能从火化”，也就是说，风、寒、暑、湿、燥、火之邪，可以相互“同化”“兼化”而从火化；同时外感伤寒之六经传受亦可以为热证而从火化；即：外因导致腠理闭塞，肺卫难以外散御邪，内郁而化热，阳热怫郁，积阳之热气而生火；火邪侵袭肺管之腠理，热胜则肿生挛急，气道狭窄，或因气逆而气化不行，津停成痰，痰阻气道，则肺气出入艰难，发为喘鸣。

(2) 内因：五脏六腑皆令人哮，多是由于它脏相干为病<sup>[3]</sup>。

① 饮食不当：贪食生冷，脾阳受阻，寒饮内停，

温散不及，脾阳耗散，运化水湿不及，脾经伏火；或者嗜食辛辣肥甘厚味，积痰蒸熏；伏火内夹水湿痰浊，循三焦通路或者手太阴肺经，冲逆犯肺<sup>①</sup>，水湿痰浊内阻于肺管之腠理，同时伏火内灼肺管，肿生挛急，气道狭窄，肺卫攻充于内，宣散艰难，发为哮喘。

②情志失调：无论是“因病而郁”，还是“因郁而病”，均可以导致人体气机逆乱；即：思则气结，恐则气下，惊则气乱，喜则气缓，悲则气消，怒则气上；无论是结、下、乱、缓、消、上等变化，均可以导致气化受阻，腠理开合无度，卫阳不得腠之，邪气亦干之，导致卫阳郁而化热，长期失调，则积阳之热气而生火，即所谓五志过极则为热甚生火；火胜则肿生挛急，气道狭窄，肺气遇热而奔迫，往来出入艰难发为哮喘。

③体虚病后：先天脾胃虚弱，或中年伤脾，或因年迈脾损，卫阳生成不足；或者肺脏本虚，皆致腠理不固，邪气得以干之，干之则气机升降出入皆逆，逆则气乱，卫阳无力御邪而内郁于内，积热生火；同时脾损则内生痰浊水饮，肺虚则无力宣散卫气，导致卫阳内积热熏而生火，火邪内夹痰浊水饮，冲逆犯肺；肺管之腠理因痰阻，因热肿生挛急，肺气奔迫，往来出入艰难，发为哮喘。

内因责之饮食不当、情志失调及体虚病后，或者他脏相干，导致脾胃虚弱，或者中年伤脾，或者老年脾损，或者肺脏本虚；一者导致卫气生成不足，胃气虚弱，腠理不固；或者卫阳运转无力，无力外达御邪，肺卫宣散不及而内郁；二者脏腑相干，脏腑受损，滋生痰浊水饮，内阻腠理，阻塞气机，导致肺卫内郁化热生火，冲逆于内，出入受阻而艰涩难行，发为哮喘。

但是，五脏以虚火多见，六腑以实火为主，二者相互为因，多以表里相传为变。在脾，则脾胃虚弱，因虚而运化失司，脾火内生，久之清宣不及，导致脾气更虚，则脾不升清，累及于腑，胃不降浊，导致大肠阳明实火内生；在心，则心火偏旺，或者水火失济，阴亏血少而不敛君火<sup>②</sup>，久之清泻不除，心火下移小肠，导致小肠泌别失司，湿浊不分而见肠胃湿热；在肝，金不制木，水不涵木，肝阳偏亢而生风火<sup>③</sup>；久之肝阳不潜，肝气升散太过，不但横逆犯胃，胃气不降；而且胆腑疏泄不及<sup>④</sup>，则大肠传导失司而多见阳明实火，或者肠胃湿热<sup>⑤</sup>；在肾，肾精亏耗，虚火上炎；或阳衰而虚阳浮动；或阴盛于外，虚阳阳气起于内，上行干肺；久之则累及膀胱经，膀胱经气化不利，卫气内郁上中下三焦，导致三焦火旺；即在五脏六腑以虚火为主，在六腑以实火为主。

总之，哮喘发病关键在于火，其基础在于脾胃不足，尤以胃的损伤为主，胃者，主降，主腐熟水谷，为营卫产生之源泉及培土生金之源泉；一旦脾胃受损，尤其胃腑受损，则胃不降浊，同时脾不升清，则中焦气机壅滞，营卫运行不畅，尤其胃不降浊，则肺宣发

卫气受阻，则积阳（卫阳）之热气而化火，附着于内；《淮南子·天文训》：“积阳之热气而生火”；火的产生需要热气内积不达而内聚化火；而《医醇贍义》：“火之为物，本无形质，不能孤立，必与一物相为附丽，而使得长存；有风火、痰火，湿火、实火，劳火，燥火，郁火，毒火，邪火，伏火等之分”，进一步指出火的产生需要有形之质而附着；气聚生热，热聚而积生火；而对于人体来说，热气者，可以理解为卫气，“卫气者，水谷之悍气也”，具有“温分肉，充皮肤，肥腠理，司开合”之功效；卫气的产生于脾胃，通过肺的宣散，运行于脉外，作用于腠理；肌腠者，亦指玄府，是人之脏腑、皮毛、肌肉、筋膜、骨骼、爪牙，乃气出生升降之道路门户也，为气液出行之腠道纹理；也就是说，腠理存在于皮肤、脏器、五官的表面或者空隙之处，为脏腑所主，为气机升降出入的末端；对气化起着重要的调节作用，同时对外又有防御功能，以表皮或黏膜的形式存在；“积阳之热气而生火”，在人体可以用刘完素的玄府气液说来解释，即：“阳热怫郁”；阳为卫阳，热为积热；怫郁，郁结不舒；也就是说卫阳运行受阻，内郁化热，散结不及，积而化火；火邪熏肺，使人喘鸣也。“阳热怫郁”，为腠理开合失司的原因，而腠理开合失司，气液运行受阻，气主要指肺卫，液主要指津液；热胜则肿胀、挛急，肺管之腠理因为热熏而肿生挛起，气道狭窄；热则津结，津结则痰生于内，阻于气道；热则气逆，肺气奔迫，复因气道狭窄，加之痰阻，肺气出入艰涩难行，发为哮喘。

以上即是对哮喘主于火的探析；主要通过“火”的角度加以阐述；对于病因这里外因论述的较多，对于内因论述的较少，因内因为多脏腑之间的相生、相克作用失衡，阴阳失调，气机逆乱，火邪内生，使哮喘发作，但其发作的主要矛盾或直接诱发因素往往比较局限，故治疗也当以先解决主要矛盾，使喘息平息下来，然后再针对哮喘的基础进行治疗。

#### 参考文献

- [1]张丽秀,王檀.王檀教授从“火”论治支气管哮喘急性发作期经验[J].吉林中医药,2012,32(12):1211-1212.
- [2]谢冠群,韩春雯,范永升.中医“火”源流考[J].中华中医药杂志,2013(3):591-594.
- [3]李亚,李素云,李建生,等.支气管哮喘急性发作期中医证素分布规律的文献研究[J].中医研究,2010,23(1):74-77.
- [4]王智慧,王檀.王檀教授从“火”论治哮喘[J].长春中医药大学学报,2017,33(3):372-374.
- [5]蔡婷婷.理脾止咳汤治疗热哮(脾经伏火)的临床观察[D].长春:长春中医药大学,2012.
- [6]李菁菁.清心止咳汤治疗热哮(心经火热证)的临床观察[D].长春:长春中医药大学,2012.
- [7]刘人侨.清肝平喘汤治疗热哮(肝经风热证)的临床观察[D].长春:长春中医药大学,2012.
- [8]王丹丹.正廉止咳汤治疗热哮(胆胃郁热证)的临床观察[D].长春:长春中医药大学,2012.
- [9]徐雁南.清阳止咳汤治疗哮喘发作期热哮(肠胃湿热证)的临床观察[D].长春:长春中医药大学,2015.

(本文编辑:李海燕 本文校对:许静 收稿日期:2018-07-17)

# 李郑生主任医师运用健脾疏肝法治疗崩漏经验<sup>\*</sup>

王玉玲<sup>1</sup> 刘亚楠<sup>1</sup> 宋雪莉<sup>2</sup> 石晓茹<sup>2</sup> 李郑生<sup>3\*</sup>

(1 河南中医药大学中医内科学硕士研究生2016级, 河南 郑州 450000;

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

3 河南中医药大学第三附属医院国医堂门诊, 河南 郑州 450000)

**摘要:** 本文主要对李郑生主任医师运用健脾疏肝法治疗崩漏的经验进行总结。李郑生主任医师认为: 崩漏为虚实夹杂之证, 其病机关键为脾虚肝郁, 病机之本为脾胃气虚, 并根据脾虚与肝郁之轻重不同, 将该病分为脾虚失统及肝郁血热两种证型。治疗上以健脾疏肝止血为主要原则, 将健脾益气法贯穿始终, 辨证论治, 药证结合, 临床疗效显著。同时配合注意经期卫生、调畅情志、调整饮食等。

**关键词:** 李郑生; 崩漏; 健脾疏肝止血法; 临床经验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.028

文章编号:1672-2779(2018)-21-0070-03

## Experience of Chief Physician Li Zhengsheng in Treating Metrorrhagia and Spleen with the Method of Invigorating the Spleen and Soothing the Liver

WANG Yuling<sup>1</sup>, LIU Yanan<sup>1</sup>, SONG Xueli<sup>2</sup>, SHI Xiaoru<sup>2</sup>, LI Zhengsheng<sup>3\*</sup>

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

2. Grade 2017 Graduate of TCM Internal Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China;

3. Guoyitang Clinic, the Third Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

**Abstract:** This article mainly summarizes the experience of chief physician Li Zhengsheng in treating metrorrhagia and metrorrhagia with the method of soothing the liver and strengthening spleen. The chief physician Li Zhengsheng believes that the disease is the syndrome of deficiency and solid inclusion, the key to its pathogenesis is the spleen deficiency liver depression, and the pathogenesis is the spleen and stomach qi deficiency, and the disease is divided into two types: spleen deficiency and liver depression and blood heat, according to the difference between spleen deficiency and liver depression. In the treatment, the principle of invigorating the spleen, soothing the liver and stopping bleeding is the main principle. At the same time, we should pay attention to menstrual health, adjust emotions and adjust diet.

**Keywords:** Li Zhengsheng; metrorrhagia and metrorrhagia; method of invigorating the spleen and soothing the liver and stopping bleeding; clinical experience

崩漏是月经的周期、经期、经量发生严重失常的病症, 指经血非时暴下不止, 或淋漓不尽, 前者谓之崩中, 后者谓之漏下<sup>[1]</sup>。本病相当于现代医学中的“功能失调性子宫出血”。好发于青春期少女及近绝经期妇女。现代医学常给予内分泌激素治疗及对症治疗, 甚者采用诊断性刮宫、子宫内膜去除术等手术疗法。崩漏是妇科常见疾病, 其病程日久, 易反复发作, 甚者可影响生育。

李郑生主任医师是国医大师李振华教授的学术继承人, 国家级名老中医, 河南中医药大学硕士研究生导师, 从事中医内科医、教、研工作40余年, 对中医内科杂病的治疗积累了丰富的临床经验, 尤善治疗脾胃肝胆系疾病, 同时对妇科与脾胃相关疾患也有独到见解及思路。笔者有幸跟随李郑生老师学习, 受益良多, 现将导师治疗崩漏的经验介绍如下。

### 1 病因病机

崩, 最早见于《素问·阴阳别论篇》, 载有: “阴虚阳搏谓之崩。”漏, 最早见于《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》, 载有: “妇人素有癥病, 经断未及三月, 而得漏下不止者, 其癥不去故也。”其同时也提出瘀阻胞宫、冲任而致漏下的病机。隋·巢元方指出“劳伤气血”“脏腑损伤”导致“冲任二脉虚损”, 从而发生崩漏之病机。同时也指出崩和漏可以相互转化, 与“漏为崩之渐, 崩为漏之甚”理论相一致。明·张景岳将崩漏的病机总结为: “先损脾胃, 次则冲任”“穷必及肾”。清·傅山认为崩漏的病机为火热熏灼, 迫血妄行。清·叶天士将导致崩漏的机理概括为虚、热、瘀, 同时认为崩漏的发病与脾肝两脏关系密切。周铭心教授<sup>[2]</sup>指出: 治疗崩漏应发于机先, 当先治脾。因肝病传脾, 虽病在肝, 但治之不尽治肝, 而兼治子母, 故重用健脾胃药。结合历代医家之观点, 将崩漏的病因病机总结为脾虚、肾虚、血热和血瘀等导致冲任不固, 子宫藏泻失常。李师

<sup>\*</sup> 基金项目: 国家“十二五”重点攻关课题【No.2013BAI13B013】

<sup>\*</sup> 通讯作者: lizhengsheng1958@163.com

认为：崩漏虽病在冲任，然月经的产生以肾为主导，月经的周期和经量的控制和调节主要与肝、脾有关。人体是一个有机整体，脏腑之间相生相克，脏腑、气血、经络密切相关，且虚、热、瘀等比例因素可单独或复合成因，又可互为因果。故李师结合临床经验，认为崩漏的病机关键为脾虚肝郁，病机之本为脾胃气虚。治疗以健脾疏肝止血为基本治则，如兼有血瘀、肾虚等情况，亦会使用活血化瘀、补肾益气等法。同时，李师指出：因导致崩漏的病因有素体虚弱、情志不畅、劳逸过度、饮食不节或体质因素之不同，肝郁与脾虚之轻重亦会有所不同，故将崩漏分为脾虚失统证及肝郁血热证。

## 2 证治分类

**2.1 脾虚失统证** 症见：经血非时暴下不止，或淋漓日久不尽，血色淡，质清稀；面色㿔白，神疲气短，或面浮肢肿，小腹空坠，四肢不温，纳呆便溏；舌质淡、体胖大、边有齿印、苔白，脉沉弱。病机：素体脾虚、劳倦思虑、饮食不当或久病不愈等，均可导致脾气受损，脾气不足或中气下陷，统摄无权，冲任失固发为崩漏。法用健脾益气，举陷止血，方用补中益气汤加减而成的自拟健脾止血汤。药用黄芪、党参、白术、茯苓、炙甘草健脾益气；醋柴胡、升麻升阳举陷，固脱止血，与黄芪、四君子汤配合，可增强统血摄血之力；黄芪、当归配伍又可补气养血，体现“有形之血不能速生，无形之气所当急固”之思想；阿胶、远志、炒酸枣仁养血止血，安神宁志；黑地榆配阿胶凉血止血；米醋酸涩收敛，可达迅速止血之目的。若脾虚日久，土壅木郁，嗝气、腹痛者，可加醋香附、延胡索、郁金等以疏肝理气；若气虚血瘀，出血色暗，夹有血块者，可加三七粉（冲服）、丹参等以活血化瘀；若脾虚湿盛，胸脘满闷，食少便溏者，可加炒薏苡仁、炒白扁豆等以健脾祛湿；若兼有腰膝酸软、小便频数等可加桑寄生、菟丝子等以补肾益气；若出血量多势急者，可加用熟地炭、柏叶炭、茜草炭等以清热凉血，收敛止血，以达到迅速止血之目的，与“急则治其标，缓则治其本”思想相一致。

**2.2 肝郁血热证** 症见：经来无期，经血突然暴崩如注，或淋漓日久难止，血色深红，质稠，烦躁易怒，胸胁乳房小腹胀闷或窜痛，嗝气或善太息，便秘溺黄，舌质红，舌边可有瘀斑，苔黄，脉滑数。病机：情志不遂、暴怒伤肝、肝失疏泄，气郁日久化火，热伤冲任，迫血妄行，发为崩漏。治法：疏肝清热，养血止血。方用：丹栀逍遥散加减，药用当归、炒白芍养血和血、柔肝缓急；柴胡、郁金、香附、乌药等以疏肝理气；炒白术、茯苓、陈皮、砂仁、甘草等以健脾益气，牡丹皮、栀子以清肝热，疏肝郁；女贞子、旱莲草等补益肝肾、滋阴止血，体现滋水涵木之思想，熟地炭、柏叶炭、茜草炭等以收敛止血；若气滞血瘀，出血色暗，夹有血块者，可加三七粉（冲服）、丹参、益母草等以活血化瘀；若兼有腹痛、两胁胀痛，可加用青皮、元胡等以行气止痛。

## 3 医案举例

**案1** 患者，女，29岁，2016年12月16日初诊。主诉：不规则阴道出血3月余。患者平素月经正常，5个月前因工作压力大致月经2月未至，遂至西医院就诊，给予黄体酮胶囊口服，后虽月经来临，但继之出现在未行经期间阴道淋漓不断出血。现症：阴道淋漓不断出血，血色淡，小腹坠痛，气短乏力，腰痛，睡眠差，大便多不成形，3次/天，纳可。舌质淡、体胖大、边尖红、苔白，脉沉细。子宫及附件彩超示：未见明显异常。西医诊断：功能失调性子宫出血。中医诊断：漏下。辨证为脾虚失统证。处方：黄芪15g，党参10g，炒白术10g，茯苓15g，陈皮10g，生山药15g，香附10g，砂仁10g，柴胡6g，升麻5g，当归12g，阿胶珠10g，生地黄炭15g，柏叶炭15g，茜草炭10g，炙甘草5g，米醋30mL（为引）。7剂，水煎服，每日1剂。同时嘱患者忌生冷、辛辣、油腻。

二诊：患者诉出血量已明显减少，但仍未停止，腰腹坠痛、气短乏力等症状较前明显缓解，舌脉同前。李师求因治本，认为患者兼有肝经郁热，故在上方基础上去升麻、生地炭，加女贞子12g，旱莲草12g，滋阴止血。继服15剂。

三诊：药后患者诉阴道出血已停止，无腰腹坠痛、气短乏力、腰痛，仍有大便不成形，3次/d，舌质淡、体胖大、苔薄白，脉沉细。改用香砂六君子汤加炒薏苡仁、炒芡实、桔梗等以健脾益气，渗湿止泻，调和肝脾，以巩固疗效。

**案2** 患者，女，35岁，2017年8月16日初诊。主诉：月经淋漓不尽13天。患者自2017年8月3日来经后至今未止，淋漓不尽，血色深红，量少，伴心急烦躁，腹部胀满，口干渴，时嗝气，纳可，眠差，大便干，2日一行，小便可。舌质红、苔薄白，脉弦滑。西医诊断：功能失调性子宫出血。中医诊断：漏下。辨证为肝郁血热证。处方：当归15g，炒白芍10g，炒白术10g，茯苓15g，柴胡6g，郁金10g，香附10g，乌药10g，牡丹皮10g，炒栀子10g，炒枳实10g，砂仁10g，益母草15g，女贞子12g，旱莲草12g，生地黄炭15g，茜草炭10g，甘草3g。7剂，水煎服，每日1剂。同时嘱患者忌生冷、辛辣、油腻。

二诊：患者诉服药5天后阴道出血已止，仍有眠差，大便偏干，日1次，小便可。舌体胖大，边尖红，苔薄白，脉弦滑。故在上方基础上去生地炭、茜草炭，加合欢皮15g解郁安神。继服10剂。嘱患者中药汤剂服用完后，改服逍遥丸，以巩固疗效。

## 3 小结

李师在治疗崩漏时紧扣病机，着眼肝脾，扶土抑木，使脾健气足血旺，复其统摄之职，肝疏气顺血盈，正其疏泄之功。全方补中有行，行中有止，补不壅滞，行不耗散，止不留瘀。且李师治疗该病之所以能取得

迅速止血之效果，与应用米醋为引有关，因小米能健脾，酸能敛肝，能控肝克脾土，达酸涩收敛，止血健脾之疗效<sup>[3]</sup>。金元·李东垣《脾胃论》：“善治病者，唯在调理脾胃。”李师强调：崩漏虽为妇科疾患，但其发病机理与脾胃有着密切关系<sup>[4]</sup>。脾为后天之本，气血生化之源。虚、湿、痰、食、瘀、热等病理因素皆可因脾胃气虚产生、变化，故在临床诊疗中，应健脾益气法贯穿

始终。最后嘱咐患者，重视经期卫生，防感染；调饮食畅情志；建立健康的生活方式，早睡早起，适当运动。

参考文献

[1]张玉珍.中医妇科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2002:100-109.  
[2]任晓红.周铭心教授治疗崩漏经验探讨[D].新疆:新疆医科大学,2009.  
[3]李郑生,郭淑云.李振华临证经验集[M].北京:科学出版社,2014:251-254.  
[4]李郑生.李振华教授治疗崩漏经验[J].河南中医,2006,26(7):25-26.  
(本文编辑:李海燕 本文校对:李郑生 收稿日期:2018-07-20)

# 刘汶教授养血活血方治疗乙肝肝硬化的临床研究

李慧哲<sup>1</sup> 刘汶<sup>1\*</sup> 王仲霞<sup>2</sup>

(1 首都医科大学附属北京中医医院感染科,北京 100010; 2 解放军302医院中西医结合中心,北京 100039)

**摘要:**目的 观察刘汶教授的养血活血经验方治疗乙肝肝硬化的临床疗效及安全性。方法 采取队列研究方法各选取北京中医院肝病科及解放军302医院中西医结合科2015年12月—2016年12月乙肝肝硬化患者30例,其中北京中医院患者设为观察组(n=30),302医院患者设为对照组(n=30),分别给予养血活血经验方和复方鳖甲软肝片治疗,在治疗前及治疗后的第3、6个月记录患者的临床症状体征、理化指标,采用SPSS 19.0软件及GraphPad Prism进行统计学分析处理。结果 治疗6个月后,2组中医证候积分均较治疗前减少(P<0.01),差异有统计学意义;组间比较观察组较对照组改善明显(P<0.05),差异有统计学意义。观察组中医证候疗效总有效率86.7%,对照组总有效率73.3%,观察组有效率高于对照组(P<0.05),差异有统计学意义;观察组总体疗效总有效率80.0%,对照组总有效率63.3%,观察组有效率高于对照组(P<0.01),差异有统计学意义。2组患者肝功能、肝纤维化四项及血小板均较治疗前好转,差异有统计学意义(P<0.05),观察组在ALT、AST、GGT、TBIL、ALB、PC-III、IV-C、LN改善较对照组明显(P<0.05),差异有统计学意义,2组PLT对比无明显差异(P>0.05)。治疗3、6个月后,2组FibroScan值较治疗前均得到改善(P<0.05),差异有统计学意义,组间比较无统计学意义(P>0.05)。治疗3、6个月后2组患者腹部超声积分值较治疗前降低(P<0.05),差异有统计学意义,组间比较无统计学意义(P>0.05)。结论 刘汶教授养血活血经验方能明显缓解乙肝肝硬化患者的症状,且能有效延缓乙肝肝硬化的进程。

**关键词:** 乙肝;肝硬化;养血活血;腹胀;刘汶

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.029

文章编号:1672-2779(2018)-21-0072-05

## Clinical Study on Nourishing the Blood and Promoting Blood Circulation Prescription of Professor Liu Wen in Treating HBV-related Liver Cirrhosis

LI Huizhe<sup>1</sup>, LIU Wen<sup>1\*</sup>, WANG Zhongxia<sup>2</sup>

(1. Infectious Disease Department, Beijing Chinese Medicine Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China; 2. Integrative Medical Centre, 302 Military Hospital of China, Beijing 100039, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical efficacy and safety of nourishing the blood and promoting blood circulation (NBPBC) prescription of Professor Liu Wen. **Methods** By cohort study, cases of HBV related liver cirrhosis were selected separately in the liver disease department of Beijing traditional Chinese medicine hospital as the observation group (n=30) using NBPBC prescription, and the Integrative Medical Centre of 302 PLA Hospital as the control group (n=30) using Biejia Ruangan tablets (BJRGP) since December 2015 to December 2016. Patients clinical symptoms, inspection and laboratory indexes were recorded before and also third and sixth months after treatment. SPSS19.0 software and GraphPad Prism were used for statistical analysis. **Results** After 6 months of treatment, the scores of TCM syndromes in the 2 groups were significantly reduced (P<0.01), while the observation group was significantly better than the control group (P<0.05). The total effective rate of TCM syndrome in the observation group was 86.7%, and the total effective rate of the control group was 73.3%, thus, the effective rate of the observation group was higher than that of the control group (P<0.05). The total effective rate of the observation group was 80%, and the total effective rate of the control group was 63.3%, so the effective rate of the observation group was higher than that of the control group (P<0.01). Liver function, four liver fibrosis and platelets of the 2 groups patients were better than before the treatment (P<0.05). ALT, AST, GGT, TBIL, ALB, PC-III, IV-C, LN of the observation group improved significantly compared with those of the control group (P<0.05). PLT of the 2 groups had no significant difference (P>0.05). After 3 and 6 months of treatment, the FibroScan values of the 2 groups were improved compared with those before the treatment (P<0.05), but there was no significant difference between the 2 groups (P>0.05). The scores of the abdominal ultrasound in the 2 groups were lower than those before the treatment (P<0.05), after 3 and 6 months of treatment, with no statistical difference between the groups (P>0.05). **Conclusion** NBPBC prescription of Professor Liu Wen could not only obviously relieve the symptoms of HBV related liver cirrhosis patients, but also could effectively delay the progression of HBV related liver cirrhosis.

**Keywords:** hepatitis B; cirrhosis; nourishing and activating blood; tympanites; Liu Wen

肝硬化(cirrhosis of liver)是肝脏在一种或多种病因长期、反复作用下产生的慢性、进行性的炎症反应,

病理上以肝脏弥漫纤维化、再生结节和假小叶形成为特征,是很多慢性肝脏疾病的晚期阶段。肝硬化患者的肝细胞发生广泛的坏死合并纤维增生导致肝小叶结构及血液供应的破坏,随着肝硬化病程的进展可出现

\* 通讯作者:lwsxp2@126.com



肝功能衰竭、门脉高压、消化道出血、肝性脑病、腹水等严重并发症，与此同时约有70%的肝硬化患者最终发展成为肝癌，对人类健康造成了威胁<sup>[1]</sup>。

现代大多数中医学者认为慢性乙肝的发病机理初期主要是由于湿热疫毒所致，湿为阴邪，热为阳邪，湿热相搏，缠绵胶着难愈，湿热弥漫三焦，熏蒸肝胆，浸于脾胃，致使气机升降失常、气血运行不畅。病久则正气亏虚，肝阴不足，加之湿热疫毒壅结内伏于肝，血行不利，肝气瘀滞，肝络瘀阻。刘汶主任医师是首都国医名师李乾构、刘景源教授的学术继承人，全国优秀中医临床人才，首都医科大学附属北京中医医院博士研究生导师，从事中医内科医、教、研工作30余年。刘汶教授结合临床治疗乙肝肝硬化经验，从整体观念出发，结合中医辨证思路，重点从养血活血的角度来治疗本病，适当加用滋补肝肾、解毒化湿之药辅助治疗。笔者有幸跟随刘汶老师学习，受益良多，现将导师治疗肝硬化的经验介绍如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将北京中医院肝病科及解放军302医院中西医结合科2015年12月—2016年12月就诊的符合乙肝肝硬化诊断的患者按照队列研究要求各选取30例，共60例病人。本课题采用前瞻性队列研究设计，将北京中医院患者设为观察组（ $n=30$ ），其中男15例，女15例；平均年龄（ $48.32\pm 3.78$ ）岁。302医院患者设为对照组（ $n=30$ ），其中男17例，女13例；平均年龄（ $49.97\pm 4.54$ ）岁。2组性别及年龄无统计学差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 病因诊断依据：HBsAg阳性史超过6个月，且目前HBsAg和（或）HBV DNA仍为阳性者，可诊断为慢性HBV感染，包括慢性乙型肝炎、慢性HBV携带者/慢性非活动性HBsAg携带者、隐匿性慢性乙型肝炎。临床诊断依据（参照《肝硬化中西医结合诊治方案草案》<sup>[2]</sup>）：主要指征：（1）内镜或食管吞钡X线检查可见食管胃底静脉曲张。（2）B超提示肝回声明显增强、不均、光点粗大；或肝表面欠光滑，凹凸不平或呈锯齿状；或门静脉直径 $\geq 1.4$  cm；或脾脏增大，脾静脉直径 $\geq 1.0$  cm；（3）腹水，伴腹壁静脉曲张；（4）CT显示肝外缘结节状隆起，肝裂扩大，尾叶/右叶比例 $>0.05$ ，脾大；（5）腹腔镜或肝穿刺活组织检查诊断为肝硬化。以上除（5）外，其他任一项结合部分次要指征，可以确诊。次要指征：（1）化验：一般肝功能异常（血清白蛋白含量下降，A/G倒置，血清胆红素升高，凝血酶原时间延长等），或血清透明质酸（HA）、IV型胶原（IV-C）、Ⅲ型前胶原肽（PCⅢ）、层粘连蛋白（LN）增高；（2）体征：

肝病面容（脸色晦黯无华），可见多个蜘蛛痣，肝掌，黄疸，下肢水肿，肝脏质地偏硬，脾大，男性乳房发育。以上所列化验指标及体征不必悉备。

**1.2.2 中医诊断标准** 参照国家中医药管理局发布的《中华人民共和国中医药行业标准《中药（新药）临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>（2002），拟定诊断标准及中医症状量化计分标准。主症：（1）乏力气短；（2）肋下刺痛；（3）肌肤甲错。次症：（1）腹胀；（2）口干口苦；（3）面色萎黄；（4）肢体麻木；（5）舌质淡暗，或紫暗，或有瘀斑瘀点，苔薄白、白腻或黄腻；（6）脉沉弦或弦细。辨证要求：具备主症2项，或具备主症1项加次要症状任意2项者即可纳入研究范围。

**1.3 纳入标准** 符合中西医诊断标准；年龄：18~65岁；签署知情同意书者。

**1.4 排除标准** 乙肝病毒以外因素所致肝硬化者如：酒精性肝硬化，其他肝炎病毒，血吸虫，脂肪肝，自身免疫性疾病或药物损害导致的肝硬化；合并严重心脑血管、肺、肾、造血系统等严重原发性疾病；患有肝硬化并发症如肝性脑病、肝癌、肝肾综合征等疾病，难以对本次治疗进行疗效判定；依从性差，或患有严重精神疾病患者；妊娠或哺乳期妇女；过敏体质或多种药物过敏者。

## 1.5 治疗方法

**1.5.1 观察组** 口服刘汶教授养血活血经验方（桃仁、红花、熟地黄、当归、白芍、川芎、丹参、覆盆子、桑葚、女贞子、枸杞子、穿山甲、王不留行）。随证加减：乏力较重，加生黄芪30 g，太子参30 g，红景天30 g；肝区疼痛加元胡10 g，川楝子10 g；腹胀明显加枳壳10 g，厚朴10 g；食欲不振加鸡内金10 g，焦三仙30 g；口苦加黄芩10 g，龙胆草6 g。水煎服，日1剂，200 mL/次，早晚分服。疗程：6个月。

**1.5.2 对照组** 服用中成药予复方鳖甲软肝片，1次4片，每日3次。此药由鳖甲、红花、三七、赤芍、连翘、栀子、郁金、黄芪、人参、灵芝、冬虫夏草组成，具有软坚散结，化瘀解毒，益气养血的功效。疗程：6个月。

**1.5.3 其他干预措施** 观察组24人抗病毒治疗，对照组30人均抗病毒治疗。

## 1.6 观察指标

**1.6.1 中医临床证候观测** 利用症状体征量化表记录患者乏力气短、肋下刺痛、肌肤甲错、腹胀、口干口苦、面色萎黄、肢体麻木、舌脉等症体征。

**1.6.2 理化指标检测** 肝功能检测：血清谷丙转氨酶（ALT）、血清谷草转氨酶（AST）、血清谷氨酰转肽酶（GGT）、血清总胆红素（TBil）、血清白蛋白（ALB）、肝纤维化血清学指标：透明质酸（HA）、Ⅲ型前胶原肽、

IV-C (IV型胶原) 和层粘蛋白 (LN)。血常规: 血小板 PLT。B超: 评估肝脏回声, 肝脾大小, 肝静脉。肝脏弹性测定FibroScan: 评估肝脏弹性硬度。

1.6.3 安全性评价指标 血、尿、便常规, 心电图及肾功能检查。

## 1.7 疗效评价标准

1.7.1 证候疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup> (1) 临床痊愈: 主要症状、体征消失或基本消失, 疗效指数 $\geq 90\%$ ; (2) 显效: 主要症状、体征明显改善, 疗效指数 $< 90\%$ 但 $\geq 70\%$ ; (3) 有效: 主要症状、体征明显好转, 疗效指数 $< 70\%$ 但 $\geq 30\%$ ; (4) 无效: 主要症状、体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 $< 30\%$ 。注: 计算公式 (尼莫地平法) 为:  $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分}) \div \text{治疗前积分}] \times 100\%$

1.7.2 总体疗效判定标准 参照2011年《肝硬化中西医结合诊疗共识》<sup>[4]</sup>。显效: 疗程结束时, 主要症状明显改善; 肝脏体积不变, 脾脏肿大稳定或缩小, 无叩痛及压痛, 有腹水者腹水消失; 肝功能恢复正常。有效: 疗程结束时, 主要症状明显好转; 肝脏体积不变, 脾脏肿大稳定或缩小, 无明显叩痛及压痛, 有腹水者腹水减轻50.0%以上而未完全消失; 肝功能指标下降幅度在50.0%以上而未完全正常。无效: 未达有效标准或恶化。

1.8 统计学方法 所有数据输入电脑, 用SPSS 19.0软件及GraphPad Prism进行统计分析, 计数资料用 $\chi^2$ 检验, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示, 用 $t$ 检验。多组资料采用方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组中医证候积分比较 治疗3个月后, 2组积分均较治疗前下降,  $P < 0.01$ , 差异有统计学意义, 组间比较无统计学差异,  $P > 0.05$ ; 2组治疗6个月后与治疗3个月对比, 症状积分得到进一步改善,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义, 观察组下降较对照组明显,  $P < 0.05$ , 差异亦有统计学意义; 2组治疗6个月后与治疗前对比, 症状积分下降, 差异有统计学意义,  $P < 0.01$ , 且观察组较对照组改善明显,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义。见表1。

表1 2组治疗前与治疗3个月、6个月证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗3个月	治疗6个月
观察组	30	18.26 $\pm$ 2.33	12.18 $\pm$ 2.04**	7.96 $\pm$ 1.53** <sup>▲</sup>
对照组	30	17.53 $\pm$ 3.16	13.22 $\pm$ 2.58**	10.57 $\pm$ 1.80**

注: 组内比较, \*\* $P < 0.01$ , \* $P < 0.05$ ; 与对照组比较, <sup>▲</sup> $P < 0.01$ ,  $\blacktriangle$  $P < 0.05$

2.2 2组中医证候疗效比较 治疗6个月后, 观察组有效率86.7%, 高于对照组73.3%, 经非参数检验,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义。见表2。

表2 2组中医证候疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	30	12	14	4	26(86.7) <sup>▲</sup>
对照组	30	7	15	8	22(73.3)

注: 组内比较, \*\* $P < 0.01$ , \* $P < 0.05$ ; 与对照组比较, <sup>▲</sup> $P < 0.01$ ,  $\blacktriangle$  $P < 0.05$

2.3 2组总体疗效比较 治疗6个月后, 观察组有效率80.0%, 高于对照组63.3%, 经非参数检验,  $P < 0.01$ , 差异有统计学意义。见表3。

表3 2组总体疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	30	11	13	6	24(80.0) <sup>▲▲</sup>
对照组	30	6	13	11	17(63.3)

注: 组内比较, \*\* $P < 0.01$ , \* $P < 0.05$ ; 与对照组比较, <sup>▲</sup> $P < 0.01$ , <sup>▲▲</sup> $P < 0.05$

2.4 2组治疗前后肝功能、肝纤维化四项及血小板比较 治疗6个月后, 2组患者肝功能、肝纤维化四项及血小板均较治疗前好转, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组ALT、AST、GGT、TBIL、ALB、PC-III、IV-C、LN水平改善较对照组明显, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), PLT 2组PLT水平对比无明显差异 ( $P > 0.05$ )。见表4~5。

表4 2组治疗前后肝功能比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 月)

组别	例数	时间	ALT	AST	GGT
观察组	30	0	110.32 $\pm$ 21.63	124.34 $\pm$ 17.33	135.42 $\pm$ 19.56
		3	73.48 $\pm$ 15.74	81.13 $\pm$ 13.26	103.76 $\pm$ 14.88
		6	40.75 $\pm$ 8.67** <sup>▲▲</sup>	56.41 $\pm$ 9.37** <sup>▲▲</sup>	72.19 $\pm$ 12.38** <sup>▲▲</sup>
对照组	30	0	116.07 $\pm$ 24.86	130.68 $\pm$ 21.59	129.97 $\pm$ 20.31
		3	85.82 $\pm$ 18.14	102.67 $\pm$ 18.72	118.76 $\pm$ 16.49
		6	60.71 $\pm$ 9.96**	79.29 $\pm$ 12.17*	90.26 $\pm$ 15.04**

注: 组内比较, \*\* $P < 0.01$ , \* $P < 0.05$ ; 与对照组比较, <sup>▲</sup> $P < 0.01$ , <sup>▲▲</sup> $P < 0.05$

表5 2组治疗前后肝纤维化四项及血小板比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 月)

组别	例数	时间	HA	PC-III	IV-C
观察组	30	0	367.17 $\pm$ 59.08	140.08 $\pm$ 27.62	186.48 $\pm$ 26.79
		3	281.53 $\pm$ 46.18	129.13 $\pm$ 23.67	123.55 $\pm$ 16.46
		6	162.68 $\pm$ 27.46** <sup>▲▲</sup>	112.39 $\pm$ 20.41** <sup>▲▲</sup>	82.33 $\pm$ 10.18** <sup>▲▲</sup>
对照组	30	0	381.88 $\pm$ 57.63	146.08 $\pm$ 30.28	179.73 $\pm$ 30.58
		3	316.54 $\pm$ 50.39	139.22 $\pm$ 28.79	140.67 $\pm$ 25.74
		6	225.92 $\pm$ 40.47**	131.29 $\pm$ 25.17*	115.96 $\pm$ 28.87**

注: 组内比较, \*\* $P < 0.01$ , \* $P < 0.05$ ; 与对照组比较, <sup>▲</sup> $P < 0.01$ , <sup>▲▲</sup> $P < 0.05$

2.5 治疗前后肝脏弹性测定 (FibroScan) 比较 治疗后2组FibroScan值较治疗前均得到改善 ( $P<0.05$ ), 差异有统计学意义, 组间比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。见图1。

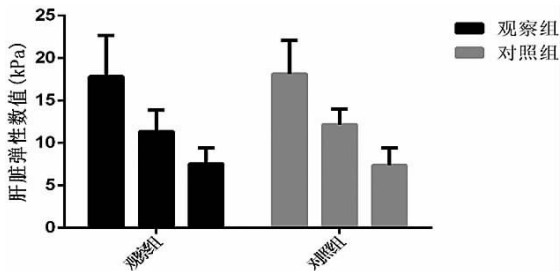


图1 2组治疗前、治疗3个月、6个月FibroScan值比较

2.6 2组治疗前后腹部超声积分比较 治疗后2组腹部超声积分数值较治疗前均得到改善 ( $P<0.05$ ), 差异有统计学意义, 组间比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。见表6、图2。

表6 2组治疗前与治疗3个月、6个月超声积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗3个月	治疗6个月
观察组	30	8.83±1.36	7.91±1.33*	7.02±1.20**
对照组	30	8.77±1.29	8.04±1.31*	7.18±1.14**

注:组内比较,\* $P<0.01$ ,\*\* $P<0.05$ ;与对照组比较,\*\* $P<0.01$ ,\*\* $P<0.05$

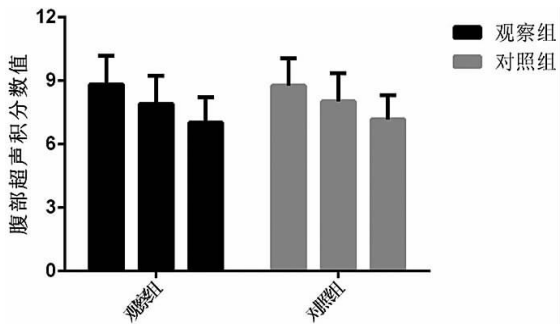


图2 2组治疗前、治疗3个月、6个月腹部超声积分数值比较

2.7 纳入情况及安全性指标检测 本研究一共纳入病人60例, 无剔除和脱落病例。2组患者于用药期间未发生明显不良反应, 2组患者均完成疗程。治疗后复查心电图、血常规、肾功能等均未发现异常改变。

### 3 讨论

#### 3.1 组方分析及现代药理学研究

3.1.1 养血活血方组方理论依据 养血活血方为刘汶教授临床治疗乙肝肝硬化经验方。从中医脏象学说来讲, 肝的生理功能概括为主疏泄, 主藏血。所谓肝主疏泄, 是指肝脏疏通、宣泄、条达升发的生理功能。肝主藏血, 是指肝脏具有贮藏血液、调节血量的生理功能, 故又有肝为血海的说法。所以人体各部位的生理活动, 皆与肝有密切关系。如果肝脏有病, 藏血功能失常, 不仅会出现血液方面的改变, 还会影响到机

体其它脏腑组织器官的生理功能。《内经》中有“肝肾同源”的理论, 指肝肾的结构和功能虽有差异, 但其起源相同, 生理病理密切相关, 可采用“肝肾同治”的治疗法则。在先天, 肝肾共同起源于生殖之精; 在后天, 肝肾共同受肾所藏的先后天综合之精的充养。《灵枢·经脉》曰: “人始生, 先成精, 精成而脑髓生”, 《素问·阴阳应象大论篇》曰: “肾生骨髓, 髓生肝” “肝肾同源于精血”, 说明肝肾的结构和功能体系通“精血”这一中心环节而密切相关。因此在治疗肝病时要着重于益精养血, 滋补肝肾。通过对古代经典与前人大量文献的整理与研究, 结合临床治疗与观察发现, 刘汶教授认为, 乙肝肝硬化病因病机为肝失疏泄, 肝血不足, 血虚失养, 加之湿热疫毒等壅结内伏于肝, 血行不利, 气滞血瘀, 肝络瘀阻。本虚标实是肝硬化的基本病性。因此在治疗方面, 当以养血活血为主, 适当加用滋补肝肾、解毒化湿之药辅助治疗。

3.1.2 养血活血方组方方义 刘汶养血活血经验方由桃仁、红花、熟地黄、当归、白芍、川芎、丹参、覆盆子、桑葚、女贞子、枸杞子、穿山甲、王不留行组成。本方中以桃红四物汤为基础, 能够养血柔肝, 行气活血。方中以强劲的破血之品桃仁、红花为主, 主活血化瘀之功, 入血软坚, 且能补养肝血; 以甘温之熟地、当归滋阴补肝、养血调经; 芍药养血和营, 以增补血之力; 川芎活血行气、调畅气血, 以助活血之功; 丹参、穿山甲、王不留行皆为活血化瘀之药; 加之覆盆子、桑葚、女贞子、枸杞子助其补肾填精之力, 共奏全方养血活血、滋补肝肾之功效。

3.1.3 现代药理学研究 桃仁醇提物中的三油酸甘油酯具有明显抗凝血活性作用, 能够有效延长凝血时间, 对改善血液流变性有明显效果<sup>[5]</sup>。红花醇提物则具有明显的抗血小板活化因子诱导, 也能够有效起到抗血小板凝聚的作用<sup>[6]</sup>。熟地黄多糖可增强人体的造血机能、调节免疫与抗衰老的作用<sup>[7]</sup>。当归多糖可通过直接和(或)间接途径激活造血微环境中的巨噬细胞、淋巴细胞等, 也可刺激肌组织, 促进其产生造血调控因子, 进而促进功能造血干细胞粒细胞巨噬细胞集落成单位(CFU-GM)的增殖分化, 刺激骨髓粒单系造血。其萃取物阿魏酸钠和当归多醣对单核-巨噬细胞系统有明显的刺激作用, 对免疫功能低下的机体也有免疫调解和恢复作用<sup>[8]</sup>。川芎嗪既能减少肝细胞的氧化应激, 还能抑制肝细胞的凋亡, 机制是减少TGF- $\beta$ 的分泌<sup>[9-11]</sup>。丹参能够抑制活性氧的堆积, 并能减少肝星状细胞的损伤, 还可抑制肝细胞凋亡, 机制是抑制了Jun氨基末端激酶磷酸化、减少p53的表

达<sup>[12-14]</sup>。覆盆子、桑葚、女贞子、枸杞子的药理学研究表明其均有抗炎抗氧化、保肝、抗衰老等作用<sup>[15-17]</sup>。穿山甲甲片中含有18种微量元素<sup>[18]</sup>,其具有降低血液黏度,延长凝血时间,升高白细胞,消肿排痛等药理作用<sup>[19]</sup>。王不留行的主要化学成分有三萜皂苷类、环肽类、黄酮苷类,其具有抗氧化活性、舒张血管平滑肌、抑制血管形成、镇痛等作用<sup>[20]</sup>。因此,本方从中药配伍以及现代医学研究方面,均能说明其对于乙肝肝硬化的疗效。

**3.2 疗效结果分析** 本研究结果表明,临床症状方面,2组患者乏力气短、肋下刺痛、肌肤甲错、口干口苦、食欲降低等症状较治疗前均改善,且治疗6个月较治疗3个月改善更明显,说明养血活血经验方及复方鳖甲软肝片均可以有效缓解患者的症状,治疗时间越长,效果越好,且养血活血方效果更佳;理化检查方面,除PLT外,患者肝功能情况较治疗前好转,说明两药均有保肝降酶之效,养血活血经验方作用更强;2组患者肝脏弹性值治疗后较治疗前降低,说明两药均能缓解肝硬化进程,效果相当;2组患者腹部超声积分值治疗后较治疗前降低,说明两药均能改善患者肝脏形态及血运情况,效果相当。养血活血方较复方鳖甲软肝片的综合疗效更佳。因此,刘汶教授养血活血法能够有效改善乙肝肝硬化患者的症状及理化指标,并且长期规律地服用中药治疗,可以有效延缓患者肝硬化的进程。

**3.3 结论** 乙肝肝硬化患者除了自身的健康危害以外,也给家庭、社会造成了一定的负担。肝硬化早期常无特异性症状,随着病情进展,待症状明显时往往已是失代偿期。因此,应加强临床医师以及病人对乙型肝炎的认识,及时规律地治疗,从而延缓疾病进程,提高患者的生存质量。本课题从中医基础理论出发,结合刘汶教授大量的临床经验,本病的主要病机特点是本虚标实,以气血亏虚为本,血瘀互结为标,因此在治疗方面,当以养血活血为主要治疗原则,适当加用滋补肝肾、解毒化湿之药辅助治疗。本课题初步研究结果表明养血活血经验方能有效改善乙肝肝硬化患者的临床症状,并在恢复肝脏功能、延缓肝脏纤维化等方面有明显的的作用,经统计学分析,观察组效果明显优于对照组。本方在应用过程中未出现不良反应及毒副作用,说明其具有临床安全性。本研究临床观察时间较短,不能进一步对病人的临床症状体征、理化指标进行随访,无法估计远期疗效;且样本量小,不能充分说明养血

活血方在临床的应用效果,因此需要更大样本的临床研究证实。中医药对于乙肝肝硬化的临床治疗取得了良好的疗效,以整体观念、辨证论治为基础,针对患者自身特点进行个体化辨证治疗为核心,提高临床整体疗效、改善患者症状、减少治疗副作用。但是中医药在治疗乙肝肝硬化的过程中仍然存在受到传统辨证论治的局限、缺乏客观化、规范化的临床疗效评价等一系列问题。

#### 参考文献

- [1]HYTIROGLOU P, SNOVER DC, ALVES, et al. Beyond "cirrhosis": a proposal from the International Liver Pathology Study Group[J]. *Am J Clin Pathol*, 2012, 137(1):5-9.
- [2]危北海, 张万岱, 陈治水, 等. 肝硬化中西医结合诊治方案(草案)[J]. *中国中西医结合杂志*, 2004, 24(10):869-871.
- [3]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.
- [4]刘成海, 危北海, 姚树坤. 肝硬化中西医结合诊疗共识[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2011, 19(4):277-279.
- [5]罗利琼, 陈东波. 桃红四物汤对肝纤维化大鼠肝组织星状细胞增殖的影响[J]. *宜春学院学报*, 2014, 36(3):69-71, 76.
- [6]张利君. 一贯煎合桃红四物汤加减治疗慢性肝炎肝硬化的临床研究[J]. *中国中医药科技*, 2011, 18(5):381, 386.
- [7]夏庆华, 路千里. 熟地黄药理研究进展[J]. *江西中医学院学报*, 2008, 20(6):96-97.
- [8]张晓君, 祝晨霖, 胡黎, 等. 当归多糖的免疫活性和对造血功能影响[J]. *中药药理与临床*, 2002, 18(5):24-25.
- [9]陈在忠, 王红. 川芎嗪抗肝纤维化作用的实验研究[J]. *中西医结合肝病杂志*, 1997, 7(3):156.
- [10]刘增全. 川芎嗪对大鼠肝细胞凋亡的影响[J]. *中西医结合肝病杂志*, 2004, 14(5):281-283.
- [11]刘梁英, 李孝生, 万晓强. 川芎嗪和大黄酸对肝细胞增殖和凋亡的影响[J]. *中华肝病杂志*, 2006, 14(3):219-221.
- [12]Lin Y L, Wu C H, Luo M H, et al. In vitro protective effects of salvianolic acid B on primary hepatocytes and hepatic stellate cells[J]. *Journal of Ethnopharmacology*, 2006, 105(1-2):215-22.
- [13]Park E J, Zhao Y Z, Kim Y C, et al. PF2401-SF, standardized fraction of *Salvia miltiorrhiza* and its constituents, tanshinone I, tanshinone IIA, and cryptotanshinone, protect primary cultured rat hepatocytes from bile acid induced apoptosis by inhibiting JNK phosphorylation[J]. *Food Chem Toxicol*, 2007, 45(10):1891-1898.
- [14]Oh S H, Nan J X. *Salvia miltiorrhiza* inhibits biliary obstruction-induced hepatocyte apoptosis by cytoplasmic sequestration of p53[J]. *Toxicology and applied pharmacology*, 2002, 182(1): 27-33.
- [15]程丹, 李洁, 周斌, 等. 覆盆子化学成分与药理作用研究进展[J]. *中药材*, 2012, 35(11):1873-1876.
- [16]刘亭亭, 王萌. 女贞子化学成分与药理作用研究进展[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2014, 20(14):228-234.
- [17]段文杰. 枸杞子的药理作用及价值[J]. *黑龙江医药*, 2013, 26(1):127-128.
- [18]冯金梅. 桑葚的药理作用探析[J]. *中国农业信息*, 2013(13):239.
- [19]原思通. *医用中药饮片学*[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002:345.
- [20]于森, 李娜, 胡丽娜, 等. 动物药整理研究——穿山甲[J]. *吉林中医药*, 2009, 29(6):514-516.
- [21]郑剑峰, 王育红. 中药王不留行的研究进展[J]. *电大理工*, 2012(2):9-10.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘汶 收稿日期:2018-07-24)

## 李吉彦治疗溃疡性结肠炎验案1则<sup>※</sup>

李 薇<sup>1</sup> 曲丹丹<sup>2</sup>

(1 大连市中医医院脾胃科, 辽宁 大连 116013; 2 大连医科大学附属第一医院医技科, 辽宁 大连 116011)

**摘要:** 溃疡性结肠炎是一种病因不明的大肠黏膜的慢性非特异性炎症和溃疡性病变, 本病治疗及报道虽多, 但少有持续性用药报道。李吉彦老师系辽宁省名中医、大连市中医医院主任医师, 从事消化系统疾病临床研究30余年。现结合老师用药经验举1例中药治疗溃疡性结肠炎疗效显著的验案。

**关键词:** 溃疡性结肠炎; 验案; 用药经验; 肠痈

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.030

文章编号:1672-2779(2018)-21-0077-04

### Li Jiyan in the Treatment of Ulcerative Colitis for One Proved Case

LI Wei<sup>1</sup>, QU Dandan<sup>2</sup>

(1. Spleen-Stomach Department, Dalian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Dalian 116013, China;

2. Medical Technology Department, the First Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116011, China)

**Abstract:** Ulcerative colitis is a chronic nonspecific inflammation and ulcerative disease of the intestinal mucosa with unknown etiology. Although the treatment and reports of this disease are many, there are few reports of persistent drug use. Li Jiyan is a famous doctor of traditional Chinese medicine in Liaoning province and chief physician of Dalian hospital of traditional Chinese medicine. He has been engaged in clinical research for digestive system diseases for more than 30 years. Combined with the experience of teachers, a case of Chinese medicine in treating ulcerative colitis is presented.

**Keywords:** ulcerative colitis; proved case; medication experience; acute appendicitis

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种病因不明的大肠黏膜的慢性非特异性炎症和溃疡性病变, 该病发病与感染、遗传、免疫异常、精神心理等多种因素有关<sup>[1]</sup>。临床主要表现为持续或反复发作的腹泻、黏液脓血样便伴腹痛、里急后重和不同程度的全身症状, 病程在4~6周以上, 可伴有皮肤、黏膜、关节、眼和肝胆等肠外表现<sup>[2]</sup>。本病属中医久痢、痢疾、滞下、便血、肠痈等范畴。UC治疗及报道虽多, 但少有持续性用药报道。李吉彦老师系辽宁省名中医、大连市中医医院主任医师, 从事消化系统疾病临床研究30余年。笔者有幸跟师出诊, 总结见识诸多医案, 现举1例中药治疗UC疗效显著的验案。

### 1 验案

栾某某, 26岁。腹泻、黏液脓血便2年。2017年7月31日于山东省某医院查结肠镜示距肛门约15 cm以远直乙交界处以下直肠黏膜广泛糜烂, 部分溃疡形成, 白苔覆盖, 息肉样增生明显。诊断: 溃疡性结肠炎 (E1, 活动期, 重度), 如图1。曾口服美沙拉嗪颗粒; 交替应用美沙拉嗪栓、激素、甲硝唑、锡类散、云南白药灌肠 (合用或单用)。症状时轻时重。

初诊: 2017年9月8日至我院就诊。病人平素工作压力较大、喜食辛辣之品, 近2年每日排不成形大便4~

6次, 便后可见黏液脓血便。刻诊: 黏液脓血便, 伴左下腹部胀痛, 痰多, 口干, 时口苦及乏力, 无烦躁, 寐可, 舌质红、苔薄白略腻, 脉弦细。查体: 腹软, 左下腹部轻度压痛, 无反跳痛及肌紧张。中医诊断: 久痢 (脾虚湿蕴证)。西医诊断: 溃疡性结肠炎、慢性持续型、直肠、活动期、轻度。老师处方: (1) 口服: 党参20 g, 沙参15 g, 枳实15 g, 炒白芍20 g, 炙甘草10 g, 元胡15 g, 海螵蛸15 g, 地榆炭15 g, 土茯苓30 g, 棕榈炭10 g, 防风15 g, 连翘15 g, 薏米30 g, 10剂, 常规水煎服, 三餐后0.5 h服用。(2) “冰及地榆汤”灌肠: 冰片2 g (冲入), 生白及15 g, 地榆炭30 g, 硼砂1 g (冲入), 儿茶5 g, 生甘草10 g, 棕榈炭15 g, 土茯苓35 g, 白术15 g, 枳实15 g, 海螵蛸15 g。每日1剂, 水煎150 mL, 日1次保留灌肠, 保留时间60 min以上。

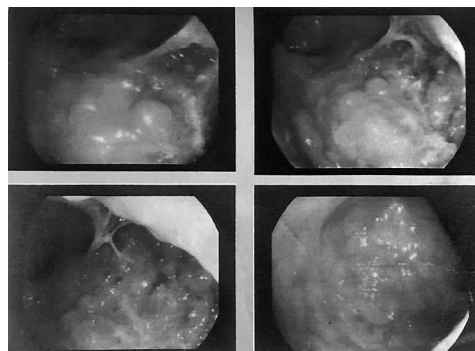


图1 肠镜检查

※ 基金项目: 辽宁省名老中医药专家李吉彦传承工作室 [No. 201582]; 辽宁省大连市医学科学研究计划项目 [No. 2016Z1001]

2017年9月18日二诊: 服药10剂, 脓血便减少, 大

便6~8次/日,小腹胀痛,易乏力,食欲可,寐可,月经期小腹冷痛,舌质淡红、有瘀点、略紫、苔薄白,脉弦。上方减枳实、党参、薏米、连翘;炒白芍减至15g;土茯苓加至35g;加吴茱萸5g,白术10g,生地黄15g,泽泻10g,姜枣引。

2017年9月28日三诊:黏液便脓血2次/日,伴里急后重,乏力,痰多,纳可,寐可,舌质淡红、苔薄白,脉弦细。处方:党参20g,沙参15g,枳实15g,炒白芍20g,炙甘草10g,元胡10g,海螵蛸20g,地榆炭15g,棕榈炭10g,土茯苓50g,防风10g,薏苡仁50g,连翘15g,黄芪30g。

2017年10月6日四诊:黏液便明显好转,口苦,口中异味,咽中有痰,纳可。2017年10月4日肠镜示溃疡性结肠炎(E1,缓解期),如图2。处方:沙参15g,防风15g,吴茱萸5g,炮姜10g,地榆炭15g,棕榈炭10g,生地黄15g,泽泻10g,荷叶15g,连翘15g,藿香5g,土茯苓35g,生甘草10g,薏苡仁30g。

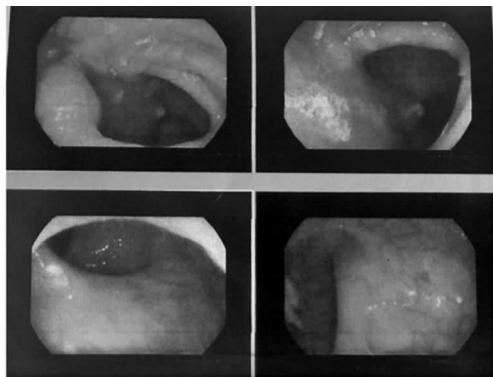


图2 肠镜检查

2017年10月19日五诊:口中异味减轻,纳可,左下腹部不适,咽中有痰,月经正常。舌质淡红、苔薄白,脉弦细。处方:黄芪30g,党参20g,沙参15g,枳实15g,炒白芍15g,炙甘草10g,元胡15g,海螵蛸20g,地榆炭15g,棕榈炭10g,防风15g,连翘15g,吴茱萸5g,土茯苓30g,薏苡仁30g,炮姜10g。

2017年11月3日六诊:便调,无里急后重,纳可,寐欠宁,易醒,少许乏力,月经淋漓不尽。舌质淡红、苔薄白,脉沉细。处方:党参20g,沙参15g,黄芪35g,枳实15g,炒白芍20g,炙甘草10g,土茯苓35g,苏梗15g(后下),连翘15g,地榆炭15g,防风15g,益母草15g,红花5g,艾叶10g,荷叶15g,元胡15g。

2017年11月17日七诊:未再便血,时有黏液便2次/日,左下腹疼痛,腹部畏寒,肠鸣,无泛酸及烧心,烦躁,寐欠宁,月经正常,舌质淡红、苔薄白略腻,脉弦细。处方:党参20g,沙参10g,姜半夏10g,防风15g,炮姜10g,白术10g,炙甘草10g,元胡15g,炙鸡内

金15g,海螵蛸20g,地榆炭10g,棕榈炭10g,土茯苓35g,薏米30g,珍珠母30g(先煎),夜交藤15g,木香5g,郁金15g,姜枣引。

2017年11月30日八诊:左下腹隐痛减轻,近期有黏液便,少许脓血,多梦,纳可。舌质淡红、苔薄白略腻,脉弦。上方加砂仁5g(后下),肉豆蔻10g,炒枣仁15g;土茯苓、薏苡仁加至50g。

2017年12月14日九诊:偶有左下腹胀痛,纳可,少许黏液便,肠鸣,寐可,舌质淡红、苔薄白略腻,脉弦。处方:党参20g,沙参10g,姜半夏10g,炮姜10g,白术10g,炙甘草10g,元胡15g,防风15g,海螵蛸20g,地榆炭10g,棕榈炭10g,炙鸡内金15g,土茯苓50g,薏苡仁50g,夜交藤15g,木香5g,郁金20g,生姜10g,大枣5g,砂仁10g(后下),肉豆蔻10g,菟丝子15g,炒枣仁15g,炒山药15g,仙茅10g,陈皮10g。

2017年12月28日十诊:无腹痛,少许黏液便,无脓血便,无烦躁,小腹胀痛,纳可。舌淡暗、苔薄白腻,脉弦细。2017年12月26日肠镜示溃疡性结肠炎(E2,缓解期),如图3。上方减木香、郁金,加益母草15g,炒白扁豆15g。病人停药后笔者电话随访多次,病人自诉每日排1次黄色成形便,未再见黏液脓血便,纳可,寐可,无不适症状。

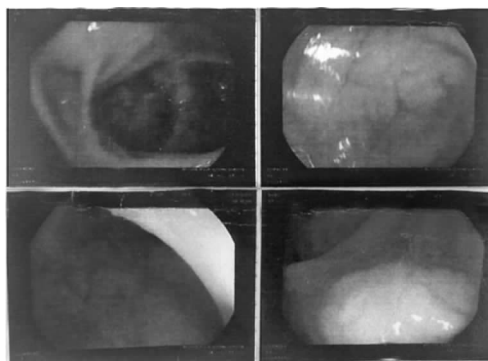


图3 肠镜检查

## 2 讨论

针对此病人,初诊时辨证立法如下:病因为饮食不节,恣食辛辣刺激之品,酿生湿热;或忧思恼怒,伤肝损脾,脾失健运,湿浊内生,郁化热毒,下注肠间,壅塞气血,损伤脂膜血络,血败肉腐,而成痈成疡。脾虚而湿热蕴肠为基本病机,治以健脾益气,清热利湿。方中党参、沙参、炙甘草有四君子汤之义,扶正为主,党参健脾益气兼补血,调节胃肠运动、提高抗应激能力、抑制溃疡形成、增强机体免疫功能;沙参益气祛痰;党参加沙参既加强健脾之功,又不伤脾阴,润燥相济,相得益彰;炙甘草补中益气、缓和

药性、祛痰止咳，一药三用；老师临证之时，多注重药物的多用性。土茯苓味甘淡而性平，为利湿解毒的药品；本品清热解毒，兼可消肿散结，如《滇南本草》《积德堂经验方》用之治疗痈肿疮毒；而UC从症状、体征、肠镜及病理表现，均与“肠痈”类似，故可“从痈论治”本病。湿热是UC泻下的关键致病因素，薏米性偏寒凉，生用为突出清热利湿之功。防风、炒白芍有痛泻要方之义，《医方考》说：“泻责之脾，痛责之肝；肝则之实，脾则之虚，脾虚肝实，故令痛泻”；防风燥湿以助止泻，具升散之性，辛解肝郁，香舒脾气；白芍苦酸微寒，寒泻肝火，酸敛逆气，养血柔肝，缓中止痛，敛肝之气，为血中阴药，善于静而敛阴，酸收性合，守而不走，炒则养血且减少寒性。枳实辛行苦降，善破气除痞、消积导滞，用于胃肠积滞，湿热泻痢。《本草纲目》曰：“延胡索，能行血中气滞，气中血滞，故专治一身上下诸痛，用之中的，妙不可言。盖延胡索活血化气，第一品药也。”海螵蛸收敛止血，收湿敛疮。地榆炭凉血止血，解毒敛疮。棕榈炭药性平和，味苦而涩，为收敛止血之要药，广泛用于各种出血之证，尤多用于崩漏；因其收敛性强，故以治出血而无瘀滞者为宜。连翘苦寒，主入心经，“诸痛痒疮，皆属于心”，既能清心火，解疮毒，又能散气血凝聚，兼有消痈散结之功，故有“疮家圣药”之称；并有广谱抗菌作用。生姜性味辛温，功能散寒解表，温中和胃。大枣性味甘平，功能补益脾胃；二药相互配用，则外和营卫，内调脾胃，扶助中焦正气。罗东逸《名医方论》曰：“姜枣和脾养胃，所以安定中州者至矣”。二诊时脓血便减少，大便次数较多，土茯苓加量增加祛湿之功；加用生地、泽泻分清走泄、利小便而实大便；吴茱萸散寒止痛。三诊时病人仍乏力，加用党参、黄芪加重健脾益气之功；黄芪兼补气生血，扶助正气，托脓毒外出，生肌敛疮之效；白及加海螵蛸止血力强，且促进溃疡面愈合；马齿苋清热解毒、凉血止血止痢。四诊时黏液便明显好转，土茯苓减至35g，薏苡仁减至30g；加用生地黄、泽泻分清走泄；荷叶清暑利湿、凉血止血；吴茱萸、炮姜温中止痛止泻；炙甘草改为生甘草以加强清热解毒之功；病人口苦、口中异味，加用藿香醒脾化湿。五诊时病人左下腹部不适，加用芍药甘草汤缓急止痛；黄芪、党参健脾扶正。六诊时病人月经淋漓不尽，有胞宫虚寒之征，加用益母草、红花、艾叶活血止痛调经、温经散寒止血。七诊时病人烦躁，加用木香、郁金解郁疏肝；夜寐欠宁，加用珍珠母、夜交藤镇静安神。八诊时病情反复，见黏液便，湿邪加重，故加大土茯苓、薏苡仁

药量祛湿；加用炒枣仁养心安神；砂仁、肉豆蔻暖脾固肠止痢。九诊时加用仙茅、山药补肾除湿。本病病初多为湿热内蕴，久则及肾，出现脾肾两虚之证。十诊时病人无烦躁，减木香、郁金。加用益母草活血祛瘀止痛；加用炒扁豆健脾化湿。病人在整个治疗过程中能够坚持服药，配合饮食及情志的调整，故预后良好。

### 3 总结老师用药经验

3.1 整体与局部相结合 UC整体与肝、脾、肾相关，局部病变在大肠。

UC应从整体上得到有效的治疗<sup>[1]</sup>，而并不只是类似于西医单纯地针对大肠的炎症治疗而忽视了其他脏器的虚损。这会导致UC反复发作，久治不愈，加重了患者的痛苦与负担。杨氏研究指出<sup>[4]</sup>，患者症状主要为大便不畅、泄泻，而该症状正是湿邪致病的特点。湿热是导致UC发生的重要病理因素之一<sup>[5]</sup>。湿热壅滞肠道，气血不调，肠络损伤为溃疡性结肠炎发病的主要病理因素。湿热内蕴，气机阻滞，腑气不通，出现腹痛、里急后重，病在气分；若热壅血瘀，血败肉腐，损伤肠络，下痢脓血，病在血分。《素问·阴阳应象大论篇》曰：“湿胜则濡泻。”《素问·至真要大论篇》：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”明·张景岳《景岳全书·泄泻论证》：“泄泻之本，无不由于脾胃，盖胃为水谷之海，而脾主运化，使脾健胃和，则水谷腐熟而化气活血。以行营卫，若饮食失节，起居不时，以致脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃致合污下降而泻痢作矣”。脾胃同居中焦，升降相因，纳运相得，燥湿相济，共同完成水谷消化吸收输送及促进水液代谢作用。在精神因素方面，部分UC患者常在精神应激状态下触发或者复发<sup>[6]</sup>。肝为刚脏，喜条达主疏泄，既助中焦之运化，又调肠腑之传导。久病及肾，出现脾肾阳虚之证，加用补肾止泻之品温阳培土，助脾运化。

本病病变95%位于直肠及结肠下段，灌肠可使药物直达病所，直接作用于病变肠黏膜，并避免或减少了消化液和各种消化酶对药物作用的影响和破坏，并能延长药物作用时间，有利于药物作用的发挥<sup>[7]</sup>。

3.2 脾虚湿蕴是基本病机 健脾利湿为大法 《内经》曰“正气存内，邪不可干”。“正气”是人体抵抗疾病，维持正常生命活动功能的总称。现代免疫学认为，免疫系统主要有免疫防御、免疫自稳、免疫监视三种功能。此病人平素工作压力大，持续紧张、高压会使人体处于一种慢性应激状态，使机体免疫监视功能减弱，影响免疫反应，从而导致免疫力下降。免疫防御是机体抵抗各种致病微生物侵袭，维持机体健康的重要生理功能，此与“正气”所指趋同。机体用来

防御的正气，即卫气也来源于脾胃运化的水谷精微的充养。现代免疫学认为<sup>[8]</sup>，脾能直接有效地清除病原体及某些衰老细胞，也能将血小板、白细胞被破坏和死亡后的成分作为原料参与新细胞的生成，使组织细胞不断更新，这与脾主化的功能类似。若脾运正常，则能将胃肠道吸收的水谷精微运输并布散全身，以营养濡润周身；而气血津液精微的向上输布，则有赖于淋巴系统的调节。可见脾运的实质是指免疫淋巴系统运输营养物质和调节体液的作用。可见脾与免疫功能息息相关。

UC是由遗传易感个体对自身正常肠道菌群的异常免疫反应所引起，而黏膜通透性增加、屏障功能降低亦为重要发病因素<sup>[9]</sup>。免疫力低下是UC发病的主要机制之一<sup>[10]</sup>。研究表明，UC患者使用免疫制剂后，临床症状会明显好转<sup>[11]</sup>。《金匱要略》云：“四季脾旺不受邪”。李东垣《脾胃论》言：“脾胃之气既伤而元气亦不能充，而诸病之所由生也”。脾胃为后天之本，脾胃健旺是保证机体不受内外之邪侵扰、诸脏腑功能正常的重要因素，故老师治疗UC时健脾、扶正贯穿始终。脾气虚弱是UC发病根本，同时溃疡的转归与气血的充足和调畅密切相关<sup>[12]</sup>。

脾喜燥恶湿，湿邪最易引起腹泻，更易致脾虚，故治疗关键在于健脾利湿。脾用为阳，湿困于阳，脾运不健，脾阳不振，中气不足时，用药当顺其阳气升发之意，予黄芪、党参甘温补脾升阳。脾虚湿蕴为虚中夹实，纯用培土止泻之品乃致补滞难运，故健脾之中佐化湿导滞之砂仁。病初多为湿热内蕴，久病及肾，出现脾肾两虚之证，加入补肾药物，脾肾同调。久病见口干舌红、苔花剥时，考虑脾阴虚亏，用党参加沙参润燥相济，既加强健脾之功，又不伤脾阴。

**3.3 强调辨病、辨证、辨证三者结合** “病”指有特定病因、发病形式、病机、发展规律和转归的一种完整过程。包括一系列症状，包含有各种不同阶段的不同证。“症”指“症状”而言，是病变反映于体表的个别体征。“证”指在疾病的发展过程中，机体某一阶段病机变化特征的症状集合<sup>[13]</sup>。

老师在临床治疗疾病时始终强调三者紧密结合的重要性，四诊合参，辨证论治，将整体与局部相结合，遣方用药，随证加减，而致用药得心应手，效如桴鼓。

**3.4 肠镜是望诊的延续** 近代医家张锡纯在《医学衷中参西录》中指出：“肠中脂膜腐败，由腐败而至于溃烂，是以纯下血水杂以脂膜，即所谓肠溃疡也。”《诸病源候论》载：“大便脓血，似赤白下利而实非者，是肠痛也。”UC为发生在肠道内的溃疡，与肠痛相

似，结肠镜检查为中医望诊的延续，观察溃疡面的大小、形态、色泽、分泌物等，局部与整体相结合，有助于临床辨证论治、遣方用药。

**3.5 用药如用兵** 老师临证之时，多注重药物的多用性，正所谓“用药如用兵”，方中之药，各司其职，同中有异，异中有同，相辅相成，不可或缺。

**3.6 创制“冰及地榆汤”灌肠治疗UC** UC早期与活动期常见病理机制为湿热蕴结肠道，此阶段以大肠肉芽组织增生及溃疡形成为主<sup>[14]</sup>。灌肠治疗可使大肠黏膜直接吸收药物，药效直达病所，对细菌产生抑制作用，促使炎症吸收，对抗原刺激进行阻断，治疗作用时间较长，药力起效快，局部浓度较高，治疗效果显著<sup>[15]</sup>。老师结合UC的症状、体征、肠镜及病理表现，均与“肠痈类似”，提出本病当从痈论治的辨病辨证观点。脾虚为发病之源，治疗之根，临床不同阶段分别予以清热解毒、除湿止血对应的整体调治，并且针对其临床发病特点，大多表现在左半结肠和直肠炎症病变，采用解毒除湿、止血消肿生肌外治之法，创制经验方冰及地榆汤灌肠治疗以左半结肠病变为主的UC。全方共奏解毒除湿、止血消肿生肌之功效，从而达到促进溃疡面愈合的作用。李师研制定本灌肠方的思路源于中医对痈肿疮毒的认识，其方蕴涵中医外科痈肿疮毒外治方剂冰硼散、儿茶散、白芨散的临床体会和领悟。

#### 参考文献

- [1]邵铁娟,李海昌,谢志军,等.基于脾主运化理论探讨脾虚湿困与肠道菌群紊乱的关系[J].中华中医药杂志,2014,29(12):3762-3765.
- [2]中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012.广州)[J].中华内科杂志,2012,51(10):818-831.
- [3]金芳丽,李毅平.溃疡性结肠炎的中医治疗进展[J].中国当代医药,2016,23(6):18-21.
- [4]杨夏勇,史仁杰.中医药治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J].医学综述,2013(19):3570-3573.
- [5]刘大铭,王新月.难治性溃疡性结肠炎中医病因病机探讨[J].中医杂志,2011,52(24):2156-2157.
- [6]杨泽云.溃疡性结肠炎的发病机制与治疗进展[J].临床合理用药,2015,8(10C):180-181.
- [7]王微,柳越冬.溃疡性结肠炎的中医药治疗进展[J].Clinical Journal of Chinese Medicine,2015,7(13):144-146.
- [8]陈慰峰.医学免疫学[M].北京:人民卫生出版社,2001:9.
- [9]Ordas I, Eckmann L, Talamini M, et al. Ulcerative colitis[J]. Lancet, 2012, 380(9853):1606-1619.
- [10]张艳,李荣源,黄华生,等.不同运动方式在缓解期溃疡性结肠炎患者康复治疗中的作用[J].中国体育科技,2016,52(5):59-67.
- [11]武玉俐,孙冰,董青,等.复方白芨灌肠液治疗重型溃疡性结肠炎患者的临床观察及社区应用前景[J].中国全科医学,2010,13(2):435-437.
- [12]冀建斌,周正华.从痈论治溃疡性结肠炎经验介绍[J].新中医,2017,49(12):210-212.
- [13]鄧霞珍.中医基础理论专论[M].北京:人民卫生出版社,2009:155-156.
- [14]胡倩,罗怀岗,李五生.中药灌肠对溃疡性结肠炎的治疗进展[J].临床合理用药,2016,9(2A):167-168.
- [15]陈一川.中医治疗溃疡性结肠炎研究进展[J].亚太传统医药,2015,11(15):68-69.

(本文编辑:李海燕 本文校对:英睿 收稿日期:2018-07-24)



## 当归拈痛汤在皮肤科的应用※

李晓红 王肃杰 王若馨

(黑龙江省大庆市中医医院皮肤科, 黑龙江 大庆 163111)

**摘要:** 当归拈痛汤治疗各种皮肤病的临床应用表明, 辨证论治是中医诊治疾病的精髓。尽管文中所列举的5种病例的症状不尽相同, 但均契合了湿热内蕴, 风邪外袭, 经络气血瘀阻的病机, 因此应用当归拈痛汤异病同治, 获得了显著的疗效。

**关键词:** 当归拈痛汤; 皮肤病; 清热利湿; 疏风通络; 异病同治; 医案; 葡萄疫; 痹证; 斑疹; 蛇串疮

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.031

文章编号:1672-2779(2018)-21-0081-03

### The Application of Danggui Niantong Decoction in Dermatology

LI Xiaohong, WANG Sujie, WANG Ruoxin

(Dermatology Department, Daqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Daqing 163311, China)

**Abstract:** The clinical application of Danggui Niantong decoction in the treatment of various skin diseases showed that treatment based on syndrome differentiation is the essence of TCM diagnosis and treatment of diseases. Although the symptoms of the cases listed here vary, but all fit damp-heat retenting in the interior and pathogenic wind attacking the superficies and meridian vital energy and blood stasis. Danggui Niantong decoction was used for the treatment of different diseases with same method, and remarkable curative effect was obtained.

**Keywords:** Danggui Niantong decoction; skin diseases; eliminating dampness and heat; dispelling wind and dredging collaterals; treating different diseases with same method; medical case; ecchymosis; arthromyodynia; macula; snake-like sores

《兰室秘藏》之当归拈痛汤, 原方主治“湿热相搏, 外受风邪, 遍身肢节烦疼, 肩背沉重, 脚气肿痛, 脚膝生疮”等症。笔者本着异病同治的原则, 运用当归拈痛汤加减治疗不同皮肤病, 疗效显著。现总结如下。

#### 1 过敏性紫癜案

单某, 女, 5岁, 2013年5月19日首诊。病史: 5天前外感后出现发热头痛, 咽痛, 流涕。随后双下肢出现暗红色斑片丘疱疹, 患处肿胀, 不能行走。刻下: 双下肢暗红斑片丘疱疹, 肿胀, 压之不褪色, 发热不恶寒, 咽痛, 口渴, 大便黏, 小便黄。舌淡红、苔黄腻, 脉滑数。中医诊断: 葡萄疫。辨证: 风热外袭, 湿热内蕴, 瘀阻脉络。治则: 清热利湿, 疏风通络止痛。处方: 羌活5 g, 太子参5 g, 白术5 g, 苍术5 g, 升麻5 g, 茵陈5 g, 葛根10 g, 甘草5 g, 黄芩5 g, 知母5 g, 黄柏5 g, 防风5 g, 泽泻5 g, 猪苓5 g, 地龙5 g, 忍冬藤10 g。7剂, 水煎服。1周后诸症尽消, 嘱患者食清淡, 慎起居, 避风寒。

**按:** “过敏性紫癜”中医称为“葡萄疫”, 多由热盛迫血, 阴虚火旺, 气虚不摄等所致<sup>[1]</sup>。本例患者平素湿热内蕴, 与风热相合, 风湿热邪流注于下肢, 发为本病。风热外袭肌表, 腠理闭塞, 故发热; 风热上扰清窍, 故咽痛, 流涕; 湿热流注于下肢, 局部气血壅塞, 故患处肿胀疼痛; 大便黏, 小便黄, 舌淡红, 苔黄腻, 脉滑数均为湿热内蕴之证。针对湿热内侵, 外受风热, 经络瘀阻之病机, 选用当归拈痛汤加减治疗。原方减清湿热止痒的苦参, 加地龙以活血通络止

痛, 忍冬藤清热解毒, 疏风通络。由于病程短, 且为风热阳邪侵袭肌表, 故药到病除, 收效甚捷。

#### 2 痛风案

魏某某, 男, 38岁。2009年7月初诊。主诉: 左足跖趾及踝关节红肿疼痛, 反复发作3年余, 加重4天。病史: 患者平素喜饮酒, 嗜食肥甘厚味、海鲜。3年前出现左足跖趾红肿疼痛。化验血尿酸510 μmol/L, 诊断“痛风”。口服秋水仙碱, 症状消失。此后经常于饮酒及饮食不当后出现关节症状, 西医对症治疗缓解。但发病部位逐渐累及到左足踝部位。4天前又因大量饮酒, 足部涉水后复发。刻诊: 局部关节红肿热痛, 不能行走, 伴口渴不欲饮, 尿黄, 心烦, 舌质红、苔黄腻, 脉滑数。中医诊断: 痹症(风湿热痹)。辨证: 湿热内蕴, 外受风寒, 脉络瘀滞, 不通则痛。治以清利湿热, 疏通经络。方用当归拈痛汤加减。处方: 当归15 g, 羌活15 g, 白术15 g, 茵陈15 g, 泽泻20 g, 黄芩10 g, 党参15 g, 知母15 g, 猪苓15 g, 苍术15 g, 黄柏15 g, 滑石30 g(包煎), 升麻15 g, 葛根30 g, 防风15 g, 甘草10 g。7剂, 水煎服。

二诊皮肤发红减轻, 肿胀明显, 舌淡红、苔白腻, 脉滑微数。上方减黄柏、知母量为10 g, 减滑石, 加茯苓20 g, 防己20 g。14剂, 水煎服。

三诊诸症均明显缓解, 唯舌苔白腻不化, 胃脘时胀闷不舒。二诊方加白豆蔻15 g, 砂仁10 g(后下)。处方: 当归15 g, 羌活15 g, 白术15 g, 茵陈10 g, 泽泻15 g, 知母10 g, 猪苓15 g, 苍术15 g, 黄柏10 g, 升麻15 g, 黄芩10 g, 葛根30 g, 防风15 g, 甘草10 g, 茯苓20 g, 防己20 g, 太子参15 g。14剂后局部关节红肿疼痛消失, 舌淡红, 苔薄白, 脉微滑不数。嘱患者

※ 基金项目: 国家中医药管理局第三批全国优秀中医临床人才研修项目

忌酒、海鲜、动物内脏、肥甘厚味饮食，避风寒。

**按：**“痛风”属中医“痹症”范畴。本例患者，长期饮酒及嗜食肥甘厚味、海鲜等饮食，湿热内蕴，外受风寒，经络瘀滞，不通则痛。一诊以当归拈痛汤外散风寒，内清湿热。由于患者湿热较重，加滑石以增强利湿清热之功。二诊热邪减轻，湿邪较重，故减知母、黄柏清热药的剂量及滑石，加健脾利湿的茯苓、防己。三诊仍见苔腻，为湿邪不化阻碍脾胃运化，故加行气之砂仁、白豆蔻。湿邪重浊黏腻，缠绵难愈，诸药相合，经清热化湿，健脾行气，疏风散寒止痛治疗，诸症消失而痊愈。

### 3 急性湿疹案

葛某某，男，34岁。2014年2月18日首诊。病史：10余日前双小腿出现散在的红斑丘疹伴瘙痒，自行口服抗过敏药“盐酸西替利嗪片”，外用激素类药膏（具体不详），症状不见好转且面积逐渐扩大，瘙痒夜不能寐。刻下：周身红斑丘疹伴瘙痒，大便正常，小便黄，无口渴。舌暗红、苔黄腻，脉滑数。中医诊断：湿疮。辨证：湿热内蕴，外感风邪。治则：清热利湿，疏风止痒。处方：羌活15g，白术15g，苍术15g，党参15g，升麻10g，茵陈15g，葛根30g，甘草10g，知母10g，黄柏10g，防风15g，泽泻15g，猪苓15g，当归15g，苦参10g，黄芩10g。7剂，水煎内服。

二诊：服上方后周身红斑丘疹及瘙痒明显缓解，口唇起白色水疱，微疼，舌暗红、苔薄白，脉滑数。上方加土茯苓20g。7剂，水煎内服。

三诊：周身红斑丘疹基本消退，瘙痒不明显，腹泻，1日2次，无腹痛。口唇部水疱消退。舌淡暗红、苔薄白，脉细数。上方去知母，白术改炒用，方药如下：羌活15g，炒白术15g，苍术15g，猪苓15g，党参15g，升麻10g，茵陈15g，葛根30g，甘草10g，黄柏10g，防风15g，泽泻15g，当归15g，土茯苓20g，黄芩10g。7剂尽，诸症尽消。

**按：**“湿疹”中医称“湿疮”。多由脾虚生湿，日久化热所致。本患平素湿热内蕴，与风邪相合，风湿热外发于肌肤，故周身红斑丘疹；风性轻扬，善行而数变，肌肤失养，故皮疹瘙痒。一诊以当归拈痛汤原方口服。二诊患者口唇起水疱，加土茯苓以加强利湿清热之功。三诊服药腹泻，故改生白术为炒白术，减知母等寒凉药以护脾胃，综合调治，诸症消失而痊愈。

### 4 结节性红斑案

王某，男，47岁。2010年4月11日首诊。病史：该患平素嗜酒及肥甘厚味。3天前饮酒受凉后出现周身肌肉及关节疼痛，同时双下肢出现疼痛性硬结，口渴不欲饮，尿黄，心烦。无发热。舌质红、苔薄黄腻，脉滑数。中医诊断：瓜藤缠。辨证：湿热内蕴，外受风寒，经络瘀阻。治则：清热利湿，祛风通络止痛。处方：当归20g，茵陈15g，泽泻15g，知母15g，党参

15g，猪苓15g，羌活15g，黄芩10g，白术15g，苍术15g，黄柏15g，茯苓15g，升麻15g，防风15g，甘草10g，葛根30g。7剂，水煎内服，每日2次。

二诊：服药后周身肌肉关节疼痛明显减轻，双下肢结节颜色变淡，留有淡红色硬结，触痛。上方加地龙15g。继服14剂而痊愈。

**按：**“结节性红斑”中医称“瓜藤缠”。为外受风寒邪气，内有湿热蕴结于肌肉关节，经络阻塞而发病。风寒外袭，湿热内蕴，阻滞于肌肉关节，故周身肌肉关节疼痛，下肢结节；湿热内蕴，津液不能上承，故口渴不欲饮。湿热上扰心神，故心烦；膀胱湿热，故尿黄。由于涉及到肢节烦疼症，故一诊当归拈痛汤减去清热利湿止痒之苦参。二诊加地龙以疏通下肢之瘀滞。诸药相合，风寒散，湿热除，血脉通而痊愈。

### 5 带状疱疹案

江某，女，25岁。2008年5月12日初诊。主诉：右下肢红斑丘疱疹伴疼痛3天。病史：平素嗜食辛辣饮食。3天前汗出受风后出现右大腿后侧红斑丘疱疹伴疼痛，皮疹面积逐渐扩大至小腿，疼痛难忍。刻下：口苦，口渴，皮疹呈带状，簇集性水疱，色红，有的有渗出。舌红、苔黄腻，脉滑数。中医诊断：蛇串疮。证属：湿热内蕴，外受风寒，经络淤阻。治则：清热利湿，外散风寒，通络止痛。当归拈痛汤加减。方药：当归15g，羌活15g，白术15g，黄芩10g，苍术15g，升麻15g，茵陈15g，葛根30g，甘草10g，泽泻20g，知母15g，猪苓15g，黄柏15g，滑石30g（包煎），防风15g，络石藤30g，忍冬藤30g。7付。

二诊：红斑颜色变淡，水疱逐渐收敛，疼痛减轻。自觉服药后胃胀，食欲不振，舌红、苔淡黄腻，脉滑微数。上方黄柏、知母量减至10g，加砂仁10g（后下），炒麦芽20g。7付。

三诊：药后皮疹消，疼痛轻微，胃纳可。大便微稀，日2次。舌淡红、苔白微腻，脉细滑。上方生白术改炒白术加太子参20g。7剂。诸症消除而痊愈。

**按：**“带状疱疹”中医称“蛇串疮”。本患中医辨证为湿热下注，外感风寒，经脉瘀阻，外发肌肤。一诊湿热重，故当归拈痛汤减人参；加滑石协助清利湿热；加络石藤祛风通络，解毒消肿；加忍冬藤清热解毒，疏风通络<sup>[2]</sup>。二诊热邪渐轻，寒凉药物伤胃，故减轻清热之黄柏、知母的量，加砂仁、炒麦芽消食行气和胃。三诊寒凉药伤脾，故加健脾之太子参，改炒白术。辨证调治，寒邪外散，湿热内除，经络通畅，诸症悉消。

《兰室秘藏》之当归拈痛汤<sup>[3]</sup>，原方主治湿热相搏，外受风邪，遍身肢节烦疼，肩背沉重，脚气肿痛，脚膝生疮等症。方中羌活透关节，防风散风湿为君；升葛味薄引而上行，苦以发之；白术甘温和平，苍术辛温，健脾燥湿为臣；苦参、黄芩、知母、茵陈清利湿

热，苦寒以治肢节烦痛；血雍不流则为痛，当归辛温以散之；人参甘温，补养正气，使苦寒不伤脾胃；治湿不利小便，非其治也，猪苓、泽泻甘淡咸平，导其留饮为佐；甘草清热解毒，调和诸药为使。诸药相合，共奏清热利湿，疏风止痛之功。

本方体现了李东垣“健脾升阳除湿”的治疗思路。合苦燥、淡渗、散风、升阳除湿于一方，尽其祛湿之力；并佐以益气养血，寓扶正于驱邪之中，深得配伍之妙，即湿热内蕴，多源于脾，益气与升阳药相合，则脾旺而清升浊降，热无以伏；风湿热痹阻脉，必伤

阴血，是养血益阴与苦辛渗利相伍，不仅无阴柔滋腻之弊，却有防其伤阴耗液而顾护阴血之功<sup>[1]</sup>。

笔者应用当归拈痛汤加减治疗各种皮肤病，体现了中医辨证论治，治病求本，异病同治的原则。尽管病例3没有经络阻滞而出现肢节疼痛的症状，但由于契合了湿热内蕴，风邪外袭的病机，故应用当归拈痛汤清热利湿，疏风止痒而取得了良好的疗效。

#### 参考文献

[1]方药中.实用中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:548.

[2]高学敏.中药学[M].北京:人民卫生出版社,2000:679-680.

[3]谢鸣.方剂学[M].北京:人民卫生出版社,2002:381-382.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张书军 收稿日期:2018-09-28)

## 中医药治疗隐源性肝硬化验案 1 则

徐国良

(广东省佛山市高明区中医院内二科,广东 佛山 528500)

**摘要:** 隐源性肝硬化是指临床上未能查出病因的肝硬化,目前在西医学尚无明确而有效的治疗方法。本病属于中医“肝积”“积聚”范畴,其形成与肝脾肾功能失调有关,常以补益肝肾,疏肝健脾为基本治疗原则。本文通过观察1例经过中医治疗,取得良好疗效的隐源性肝硬化失代偿期患者的病例,探讨肝脾同治在隐源性肝硬化治疗中的重要性。

**关键词:** 隐源性肝硬化;中医药疗法;肝脾同治;医案;肝积

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.032

文章编号:1672-2779(2018)-21-0083-02

### Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Cryptogenic Cirrhosis for One Proved Case

XU Guoliang

(Department of Internal Medicine, Gaoming Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Foshan 528500, China)

**Abstract:** Cryptogenic cirrhosis refers to the kind of cirrhosis with unknown cause, which is so far still lack of precise or effective treatment in Western medicine. It belongs to Ganji and Jiju of traditional Chinese medicine, and it was regarded to the disorder of liver, kidney and spleen. Reinforcing liver and benefiting kidney as well as invigorating spleen and soothing liver are the basic therapy for cirrhosis. This article is aim to manifest the impotence of invigorating spleen and soothing liver in the treatment of cryptogenic cirrhosis.

**Keywords:** cryptogenic cirrhosis; therapy of traditional Chinese medicine; simultaneous treatment of liver and spleen; medical case; cirrhosis

隐源性肝硬化在临床上约占5%~10%，是指<sup>[1]</sup>病史不详，组织病理辨认困难、缺乏特异性的诊断标准等原因未能查出病因的肝硬化，其可能的病因包括营养不良、血吸虫病、肉芽肿性肝损、感染以及代谢性疾病等。本病起病时可无临床症状，病情逐渐发展至肝硬化，则出现肝功能减退及门静脉高压症，常见症状有身目黄染、尿黄、乏力、纳差、腹胀、恶心呕吐、发热、出血倾向、女性化及性功能减退等，后期可出现上消化道出血、肝性脑病、感染、肝肾综合征、肝肺综合征、原发性肝癌、门静脉血栓等并发症。对此，西医上没有明确而有效的治疗方法，主要以一般对症支持及保肝降酶、利尿及针对并发症的治疗。总的来说，是以缓解症状、消除腹水、改善肝功能及减轻肝纤维化为目标。中医虽没有肝硬化的病名，但根据其病因病机及临床表现，可辨病为“积聚”“臌胀”“肝积”范畴。本病形成与肝脾肾功能失调离不开关系。肝藏血，主疏泄，脾为后天之本，脾统血主健运，肾为先天之本，藏真阴而寓元阳。脾健运，肝疏泄均

有赖于肾气的鼓动和肾阳的温煦。肝脏功能失调，肝气郁结，脉络瘀阻，或肝木克脾土，脾失健运，或肝病及肾，引起肝肾阴虚，病久肾阴阳两虚，导致气滞、血瘀、水停等，结聚于腹，发为肝积。肝积通过中医辨证论治，根据病情虚实标本的不同，处以不同方药，往往能取得不错的疗效。实证以气滞、血瘀、水停的偏盛，采用行气利水、活血化瘀之法；虚证以扶正为主，以健脾理气、补肝益肾为主，随证兼以祛邪。

肝主疏泄，脾为气机升降的枢纽，因此肝和脾在生理病理上互相影响。肝木疏土，助脾运化，脾土营木，是肝之疏泄。《素问·经脉别论篇》：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五精并行，合于四时五月在阴阳，揆度以为常。”在《血证论》<sup>[2]</sup>中提到“木之性，主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化”。由此可知，肝脾在生理和病理上相互影响，且脾为后天之本，因此在治疗肝病时需注重肝脾同治。张仲景在《金匱要略》<sup>[3]</sup>中也提到：“夫治未病者，见肝之病，知

肝传脾，当先实脾”。肝属木，脾属土，两者存在木克土的关系，肝木太过或不及均累及脾土，进一步说明肝脾同治的重要性，脾气健旺则肝病不能蔓延和传变。另外，在五行上肝属木，肾属水，水生木，肾是肝之母，肝为肾之子，因此肝肾之间精血同源，藏泻有度，互根互用。肝脏乘风木而寄相火，下连肾水为乙癸同源，上接心火成子母相应，治疗肝病时应注意补肾。《医宗必读》<sup>[6]</sup>中有云：“东方之木，虚不可补，补肾即补肝。肾阴足则水调木荣，肝得充养则条达生其病可愈”。

**案** 夏某某，女，73岁。住院号：554242，初诊时间：2013年11月11日。主诉：身目黄染、尿黄、乏力、纳差2年。现病史：患者2年前无明显诱因出现身目黄染、尿黄、乏力、纳差，无皮肤瘙痒，无解灰白便，当时查肝功：ALB 27.8 g/L，GLB47 g/L，TBIL 50 μmol/L，B超提示肝硬化，脾大。于2012年12月在中山市博爱医院治疗，予护肝药物口服治疗，症状和体征未见改善。2013年2月在广州市南方医院住院诊断为隐源性肝硬化失代偿期，经系统治疗后，患者仍有低蛋白血症，总胆红素轻度升高，为求中医治疗，遂来诊。症见：身目黄染，尿黄，纳差，多食则腹胀，易疲倦乏力，烦躁易怒，怕冷，少许忧郁，胃纳睡眠尚可。舌质淡红、苔薄黄，双尺脉偏浮。查肝功：ALT 50.3 U/L，AST 40 U/L，ALB 30.86 g/L，TBIL 47.6 μmol/L，DBIL 26.3 μmol/L，IBIL 21.3 μmol/L。西医诊断：隐源性肝硬化失代偿期低蛋白血症。诊断：肝积（肾阴阳两虚，肝郁脾虚）。治则：疏肝健脾，双补肾阴阳。处方：茯苓四逆汤合柴芍六君子汤，如下：茵陈30 g，桂枝10 g，猪苓10 g，泽泻10 g，茯苓10 g，炒白术10 g，柴胡10 g，赤芍10 g，红参10 g，炙甘草10 g，法半夏10 g，陈皮10 g，炮附片20 g（先煎）。共30剂。

2014年2月14日二诊：服上药后身目发黄、尿黄消失，精神明显好转，怕冷症状减轻，纳食正常，复查肝功：ALT 43 U/L，AST、TBIL、ALB正常，中药有效，续予茯苓四逆汤合柴芍六君子汤巩固治疗，共30剂。

2014年3月11日在中山市医院复查，验血示白蛋白38.9 g/L、球蛋白42.1 g/L，总胆红素26.3 μmol/L，舌质淡红，苔薄黄，脉双尺略浮。效不更方，续进30剂。

2014年7月4日三诊：药后诸症消失，复查肝功能指标均正常，舌脉如前，效不更方。其后五年随访期间，患者病情稳定，定期复查肝功均正常。

**讨论**：本病案中患者有身目发黄、尿黄、黄色晦暗、乏力、纳差等症状，舌质淡红、苔薄黄、双尺脉偏浮，四诊合参，中医辨病为肝积，辨证为肾阴阳两虚，肝郁脾虚。《金匱要略》<sup>[9]</sup>中提到：“治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾，四季脾旺不受邪，即勿补之。中工不晓相传，见肝之病，不解实脾，惟治肝也。夫肝之病，补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之。

酸入肝，焦苦人心，甘入脾。脾能伤肾，肾气微弱，则水不行；水不行，则心火气盛；心火气盛，则伤肺，肺被伤，则金气不行；金气不行，则肝气盛。故实脾，则肝自愈；此治肝补脾之要妙也。肝虚则用此法，实则不在用之。”本段是根据五脏相生相克及整体论治的观念出发，提出治肝病时应实脾。肝属木，脾属土，五行学说里面，肝木克脾土，肝病时可累及脾，且李东垣<sup>[9]</sup>在《脾胃论》中有“内伤脾胃，百病由生”之说，说明了脾胃是机体正常生命活动的基础，也是百病变化之根源。故治疗时应从整体出发，实脾以防治肝病传变，故临床上常用抑木培土法，调理脾胃或肝脾同治。患者纳差多食则胀，表明有脾气虚，同时有少许忧郁，表明存在肝气郁结，故选用疏肝健脾的柴芍六君子汤，此方中党参、白术、茯苓、甘草为四君子汤组成，重在健脾益气渗湿，为脾虚基础方；柴胡、白芍二者配伍，一散一收，重在疏肝柔肝；陈皮、法半夏配伍和胃理气。另《金匱要略》<sup>[9]</sup>云：“尺脉浮为伤肾”，怕冷表明有肾阳虚，阴黄而有肾阳虚，故选用茵陈术附汤，左尺脉主肾阴，右尺脉主肾阳，且有怕冷，易烦躁之症状，故选用肾阴阳俱补的茯苓四逆汤。茯苓四逆汤由四逆汤加茯苓、人参组成，四逆汤可回阳救逆，加人参益气生津，扶正固本，补心、肾、脾三阳得回而固本，阳复则阴生。方中炮附片为君药，辛甘大热，走而不守，能温肾壮阳以祛寒救逆，并能通行十二经，振奋一身阳气；干姜辛温，守而不走，与炮附片相配，增强回阳救逆之功；甘草甘缓，温养阳气，缓和姜附燥热之性；重用茯苓，甘淡健脾渗湿，使寒湿之邪得姜附之温阳而从小便利之，黄疸亦可从小便而退，且茯苓能安神定志，除烦宁心，故能平复患者烦躁之心。两方合用，起疏肝健脾、双补肾阴阳之功，药证相应，故能取得良好的疗效。

临床上，肝积的治则多以健脾理气、活血化瘀为主，佐以扶正、软坚散结。本病例中，以疏肝健脾、双补肾阴阳为主，选用茯苓、白术、党参等健脾理气药物以及炮附片、干姜温阳补肾，没有选用龟甲、鳖甲之类的软坚散结之药以及莪术、三棱、丹参等活血化瘀之药，而患者症状、体征、实验室指标却逐渐恢复正常，说明辨证地施治，个体化治疗为关键，做到治病求本，“谨察阴阳之所在而调之，以平为期”。

#### 参考文献

- [1]陈灏珠,林果为.实用内科学[M].13版.北京:人民卫生出版社,2011:1997-1998.
- [2]冯磊,吴晓峰,李哲,等.余瀛鳌滋水涵木法治疗肝病经验[J].中医杂志,2015,56(20):1728-1730.
- [3]王燕.雷陵以中医多途径综合疗法治疗脂肪肝经验[J].中国中医药信息杂志,2013,20(11):90-91.
- [4]陈洋,徐列明.《伤寒论》肝病辨治与脾胃之气的相关性探析[J].浙江中医杂志,2007,42(1):19-21.
- [5]汉·张仲景.金匱要略[M].北京:人民卫生出版社,2005:71-72.
- [6]李进.盛国光教授治疗肝硬化腹水经验[J].中西医结合肝病杂志,2014,24(2):109-110.

(本文编辑:张文娟 本文校对:裴超成 收稿日期:2018-09-03)

# 刘培民应用化肝煎治疗肝胃不和型胃癌经验

邢祎蕾<sup>1</sup> 刘培民<sup>2△</sup> 刘芳芳<sup>2</sup>

(1 河南中医药大学硕士研究生2017级, 河南 郑州 450002;  
2 河南中医药大学第二附属医院肿瘤科, 河南 郑州 450002)

**摘要:**胃癌是最常见的消化道恶性肿瘤之一,起源于胃黏膜上皮,贲门、幽门、胃体都可发病。中医学可归属于胃痛、积聚、痞满、胃反等范畴。刘培民认为胃癌病人可因气机郁滞,血行不畅,瘀血内结导致。而疾病本身所带来的各种不适以及治疗过程中出现的各种副作用又会严重影响患者的情绪,进而影响治疗效果。现代心理学家发现,“生着气吃饭”和“好生闷气”与胃癌的发生明显相关<sup>[1]</sup>。因此在临床治疗者,刘培民强调以疏肝和胃为治疗原则。

**关键词:**化肝煎;胃癌;肝胃不和;刘培民;胃积

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.033

文章编号:1672-2779(2018)-21-0085-02

## Experience of Liu Peimin in the Treatment of Liver-gastric Discordant Gastric Cancer with the Application of Huagan Decoction

XING Yilei<sup>1</sup>, LIU Peimin<sup>2</sup>, LIU Fangfang<sup>2</sup>

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

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

**Abstract:** Gastric cancer is one of the most common gastrointestinal malignancies. It is a malignant tumor that originates in the gastric mucosa epithelium. The cardiac, pyloric, and gastric body can all be affected. In traditional Chinese medicine, it can be attributed to stomach pain, accumulation, fullness, stomach and other diseases. Liu Peimin thinks that patients with gastric cancer may suffer from qi stagnation, poor blood circulation, and cause blood stasis. The various discomforts brought about by the disease itself and the various side effects that occur during the treatment can seriously affect the patient's emotions, and thus affect the treatment effect. Modern psychologists have found that "giving you breath and eating" and "good sulkingness" are obviously related to the occurrence of gastric cancer. Therefore, in clinical treatment, Professor Liu emphasized the dispersing stagnated liver qi for regulating stomach as the treatment principles.

**Keywords:** Huagan decoction; gastric cancer; Liver and stomach disharmony; Liu Peimin; aerogastrocolia

一些古文学家指出:最久远的胃癌案例可以上溯到汉文帝时代的淳于意的记载。中国古代关于胃癌的文献较少,《素问·阴阳别论篇》云:“三阳结,谓之膈。”《金匱要略》载:“朝食暮吐,暮食朝吐,宿谷不化,名曰胃反,脉紧而涩,其病难治。”至清代《医宗金鉴》进一步指出:“幽门干枯,则放出腐化之道路狭隘,故食入反出为翻胃也。”而胃癌病名首次出现则是在张锡纯的《医学衷中参西录》中。

刘培民教授从医20余载,临床经验丰富。善用经方并能结合临床和个人体会,加减化裁运用之,在治疗恶性肿瘤方面获得良好效果。吾有幸拜于刘师门下,跟师学习。现将刘培民教授运用化肝煎治疗肝胃不和型胃癌经验记述于下。

### 1 胃癌病因

**1.1 西医学胃癌的病因** ①饮食:大多数学者认为胃癌主要由某些致癌物质通过人们的特殊饮食、不良的饮食习惯和方式,不断侵袭人体而形成;②化学致癌物:研究表明,胃癌的发病与硝酸盐类摄入量成正相关;③幽门螺旋杆菌感染:研究表明,幽门螺旋杆菌感染胃癌的危险性较无幽门螺旋杆菌感染者增高6倍;④胃

部慢性疾患:研究表明,既往胃病史,是胃癌的危险因素,慢性萎缩性胃炎中约有10%发生胃癌;⑤遗传、血型、吸烟等因素。

**1.2 中医学胃癌的病因** 内因有脏腑杂病内伤,情志不畅或久病失治、误治导致脏腑功能失调,外可有饮食不节或不洁或风寒燥湿犯胃等。本病多是内因外因共同作用而发。

### 2 胃癌肝胃不和型的病机

中医把人的情志活动概括为喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种,俗称“七情”,七情致病主要表现为怒则气上、喜则气缓、忧思则气结、悲则气消、惊则气乱、恐则气下。所以情志失调可导致脏腑功能失调进而导致疾病的发生。肝胃不和型胃癌患者平素情志不遂、忧思恼怒,日久肝气郁滞,肝主疏泄调畅气机,肝气郁滞,气机运行不畅则血瘀。气滞、血瘀相互影响,相互交结逐渐形成肿块。《景岳全书·郁证》篇:“思则气结,结于心而伤于脾也。及其既甚,则上连肺胃而为咳嗽,为失血,为噎膈,为呕吐。”

### 3 化肝煎方药分析

化肝煎为明代医学家张景岳所创之方,由青皮、陈皮、山栀子、牡丹皮、泽泻、芍药、土贝母七味药组成,列于《景岳全书·新方八陈·寒阵》之中,分别

见于《郁证》《胁痛》《血证》等篇，治疗“怒气伤肝，因而气逆动火，致为烦热，胁痛，胀满，动血等证”。青皮味苦、辛、温，归肝、胆、胃经，长于破气开郁散结，陈皮味苦、辛、温，归脾、肺经，长于理气运脾助运，二者合用共奏疏肝理气及消积之功；白芍味苦、酸、甘，既能养阴柔肝止痛，又能制气药之燥性；栀子苦寒，归心、肺、三焦经，清心除烦，解毒消痈；牡丹皮味苦、辛、微寒，归心、肝、肾经，清肝凉血，活血散瘀消痈；浙贝母苦寒，归肺、心经，清热化痰散结，疏利肺气，有“佐金平木”之意；泽泻甘寒，归肾、膀胱经，长于泄热，导热从小便出。七药之中疏肝、柔肝、清肝并举，肝胃并治。现代临床研究，化肝煎可以治疗慢性浅表性胃炎<sup>[1]</sup>、慢性肝炎等。

#### 4 临床医案

**案1** 熊某，女，48岁。2017年5月25日初诊。2017年1月因上腹部疼痛至外院查胃镜示：胃底低分化腺癌，部分黏液细胞癌。于2017年1月3日行“剖腹探查术+肠系膜淋巴结活检术”，已行6周期FOLFOX4方案化疗，现症见：神志清，精神欠佳，心烦，乏力，纳差，恶心，时有腹胀，上腹痛，眠欠佳，二便调。舌淡、苔薄黄稍腻，脉弦细。中医诊断：积病，辨证为肝胃不和型。治法：疏肝理气，和胃止痛。方药：化肝煎合补中益气汤加减，青皮9g，陈皮12g，栀子15g，赤芍12g，牡丹皮12g，泽泻12g，浙贝母15g，焦神曲15g，炒酸枣仁30g，首乌藤15g，姜半夏9g，延胡索9g，白术15g，茯苓20g，太子参15g，黄芪30g，砂仁5g（后下），甘草8g，厚朴15g，柴胡15g。7剂，水煎服，日1剂，分早晚温服。

2017年6月1日再诊。患者自述服药后腹部疼痛减轻，纳眠好转，仍有烦躁，乏力。守上方加竹茹15g，郁金12g，太子参25g，继服7剂。

2017年6月8日回诊。患者自述服药后诸症减轻，继续服用上方随症加减方，巩固疗效。并嘱患者进食软食，易消化食物，避免烧烤，腌制、霉变的食物，避免进食浓茶，酒等辛辣刺激之品，并且要注意调畅情志，心情愉快。

**按：**患者中年女性，病程日久，加之手术、化疗损伤正气，正气亏虚，故见乏力；平素心情抑郁，肝气郁结，肝郁气滞，则心烦；气滞则血瘀，木旺克土，肝气犯胃，加之饮食不节，使胃失和降，运化无力，则恶心，纳差、时有腹胀，上腹痛；舌淡，苔薄黄稍腻，脉弦细均为肝胃不和之象。所用之方，配伍严谨，疏肝和胃，可使肝气得疏，胃气得复，疼痛得止，故疗效满意。

**案2** 徐某，男，84岁。2017年5月23日初诊。患者于2015年4月因消化道出血行胃镜检查，结果提示：贲门胃底癌，病理诊断为腺癌。行“奥沙利铂+替吉奥”

化疗6周期，复查胃镜病灶有所增大。给予“奥沙利铂+替吉奥+阿帕替尼”全身化疗4周期。现症见：神志清，精神一般，形体消瘦，乏力，进食后胃胀，反胃，反酸，纳差，眠可，大便稍溏，小便可。舌质淡、苔白稍腻，脉沉弦。中医诊断：胃积，辨证为肝胃不和型。治法：疏肝和胃，抑酸止痛。方药：化肝煎加减，青皮9g，陈皮12g，栀子15g，白芍12g，牡丹皮12g，泽泻12g，浙贝母15g，党参12g，茯苓15g，炒白术12g，黄芪30g，法半夏12g，煅瓦楞30g，吴茱萸5g，黄连6g，甘草8g。7剂，日1剂，分早晚温服。并嘱患者调畅情志，注意软食或流质饮食。

6月1号二诊：反酸好转，大便好转，纳食欠佳，上方去陈皮、栀子，加焦山楂10g，砂仁10g（后下）。

6月10日三诊：诸症好转。上方去吴茱萸，黄连，加白蔻仁10g，枳壳9g。继服10剂后，上述症状逐渐缓解。

后患者坚持用本方随证加减，持续服药，病情相对稳定。

**按：**患者老年男性，平素易生气、烦躁，情志失畅，日久肝郁日久，影响脾胃运化，则胃胀，反胃，反酸，纳差，大便稍溏；患者老年男性，正气渐衰，病程日久复加化疗伤正，气血亏虚，则乏力，消瘦；舌质淡苔白稍腻，脉沉弦均为肝胃不和之象。用化肝煎疏肝理气的同时加以补脾健运的药物，使诸症得缓。

#### 5 讨论

肝为刚脏，喜条达而恶抑郁，在五行属木，主疏泄，调畅全身气机，尤其调畅脾胃气机，从而促进脾胃正常运化，故《内经》言：“土得木而达”。又《血证论》：“木之性主疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄，而水谷乃化。”肝主疏泄，促进脾胃正常的运化功能，忧思恼怒，情志不畅，肝气郁滞，郁久木旺乘土，横逆犯胃，脾胃升降失司，日久胃络瘀阻，变生此病，出现胃痛、腹胀、反酸、恶心、呕吐等证。对于本证的治疗，刘培民教授认为该病病位在脾胃，病因在肝，分析上方中：青皮、陈皮二者疏肝理气和胃；牡丹皮、栀子、泽泻清肝泄热，浙贝母化痰散结，白芍养阴柔肝止痛，患者化疗后，脾胃虚弱，则用白术、茯苓、太子参、黄芪、砂仁、焦神曲等药益气健脾。刘培民教授善用经典，从肝论治脾胃病，结合患者的具体情况，辨证论治，遣方用药，充分发挥中西医结合的优势，灵活运用。并及时给予正确心理疏导，对于疾病向愈大有裨益，可谓良医，值得我们学习。

#### 参考文献

- [1]王笑民.实用中西医结合肿瘤内科学[M].北京:中国中医药出版社,2014:29.
- [2]虞芬兰,唐跃华.化肝煎加减治疗慢性萎缩性胃炎肝胃郁热型63例观察[J].浙江中医杂志,2015,50(5):326-327.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张娟 收稿日期:2018-07-13)

# 颈椎热敷药枕中挥发油成分的 GC-MS 法分析<sup>※</sup>

蔡树河<sup>1,2</sup>

(1 福建中医药大学附属康复医院骨伤康复科, 福建 福州 350003;

2 福建省康复产业研究院, 福建 福州 350003)

**摘要:**目的 分析颈椎热敷药枕(以下简称药枕)中所含中药的挥发油成分。方法 采用水蒸气蒸馏法提取,运用毛细管气相色谱-质谱联用法(GC-MS法)对药枕挥发性成分进行分析,用气相色谱面积归一化法测定各成分的相对百分含量。结果 经毛细管气相色谱分离出20多个峰,确认了其中的19种成分,占总离子流的92.4%。其主要化学成分为桂皮醛(25.53%)、异冰片(19.91%)、紫苏醛(7.86%)、 $\delta$ -杜松烯(5.66%)、古巴烯(5.38%)、石竹烯(4.45%)、樟脑(4.1%)等。结论 这些成分可为进一步研究药枕对颈椎病的作用机理提供科学依据。

**关键词:** 颈椎热敷药枕;挥发油;毛细管气相色谱-质谱联用法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.034

文章编号:1672-2779(2018)-21-0087-03

## Analysis of Volatile Oil in Cervical Hot Pillow by GC-MS

CAI Shuhe<sup>1,2</sup>

(1. Department of Bone Injury Rehabilitation, Rehabilitation Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

2. Fujian Rehabilitation Industry Research Institute, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

**Abstract: Objective** To analyze the volatile oil constituents of traditional Chinese medicine contained in cervical pillow (hereinafter referred to as medicine pillow). **Methods** The compounds were extracted by steam distillation and analyzed by capillary gas chromatography-mass spectrometry (GC-MS). The relative percentage of each component was determined by gas chromatographic area normalization. **Results** More than 20 peaks were separated by capillary gas chromatography and 19 components were identified, accounting for 92.4% of the total ion current. Its main chemical components are cinnamic aldehyde (25.53%), isoborneol (19.91%), periprellal (7.86%),  $\delta$ -durene (5.66%), guarene (5.38%), caryophyllene (4.45%), and camphor (4.1%) and so on. **Conclusion** The aim is to provide scientific basis for further study on the mechanism of action of medicine pillow on cervical spondylosis.

**Keywords:** cervical hot pillow; volatile oil; capillary gas chromatography-mass spectrometry

药枕是我国广大智慧的劳动人民在日常生活实践中不断探索总结的产物,在临床治疗与防病保健方面拥有着源远流长的历史。我国西汉时期的墓穴马王堆一号墓就出土了古人使用的以中药为主要填充物的枕头——“香枕”;晋代《肘后备急方》一书中记载有以蒸大豆为内容物装入枕头中制成枕具,用来改善睡眠的方法,这是关于药枕疗法的最早记载。唐代孙思邈在《千金要方》中也记载了采用蒸大豆为主要内容物的药枕,治疗症状表现为颈部僵硬、头项不能旋转的颈椎病。明代的中药学著作《本草纲目》中也记录了许多药枕的具体配方及其功效,例如使用苦荞麦皮、决明子、菊花等制成的药枕,可以增强人的视力。在清代陆锦燧的《鲟溪外治方选》及刘灏的《广群芳谱》等著作中对药枕的理论还进行了专题的总结和阐述<sup>[1]</sup>。可见药枕在中医学的发展历程中是一个重要的分支和主流疗法的补充。

枕头是我们日常生活中的必需品,对我们的睡眠

时间和睡眠质量有极大的影响。一个健康的成年人每天睡眠时间需保持在6~9 h,也就是说每天有1/4~1/3的时间是在枕头上度过的<sup>[2]</sup>。人在进入睡眠后,为减少身体刺激的传入,肌肉是处于十分放松的状态,处于放松状态的颈椎其稳定性就会有一定程度的降低,从而容易受到外界影响而出现结构异常。如果枕头过高或过低,就会使颈部处于过屈、过伸,伴有或不伴有旋转的姿势,这种不符合正常颈椎生理曲度的姿势会导致颈椎小关节紊乱,进而压迫滑囊、神经等,使肌肉出现保护性痉挛,临床表现为颈部僵硬疼痛、转侧不能。所以枕头的设计一定要符合颈部的正常生理要求。药枕使用方便,是防治颈椎病非常实用且简单的一种辅助工具。目前学术界中的专家学者们对于药枕的相关研究很多,报道也屡见不鲜,但大部分是从颈椎生物力学及药枕中的方剂配伍方面进行研究,较少对药枕的中药挥发性物质进行相关化学成分分析。GC-MS法在鉴定分析方面,具备分离效率高、敏感度高、使用样品量少、分析时间短等特点,因此本实验选择了GC-MS法对该药枕中的挥发油成分进行了初步的分析探讨,以为药枕的治疗机理与机制的深入研究提供参考。

※ 基金项目: 国家中医药管理局全国第五批名老中医药专家吴炳煌师承项目;国家中医药管理局南少林骨伤学术流派传承工作室建设补助;福建省科技厅科技平台建设项目[No.2015Y2001-12]

## 1 材料与方

1.1 仪器 挥发油提取器 (5 mL, 南京金正教学仪器有限公司); 5973N/6890N 型GC-MS-计算机联用仪 (美国Agilent公司)。

1.2 材料 福州市龙华康健养生服务有限公司提供的颈椎热敷药枕。

1.3 分析条件 气相色谱条件: OV-17柱 (0.32 mm×30 m, 膜厚0.25 μm)。升温程序: 从60 °C开始保持2 min, 以5 °C/min升温至250 °C保持10 min, 载气为氦气, 柱流量110 mL/min, 进样口温度260 °C, 进样量0.2 μL, 分流比20:1。质谱条件: EI源; 电离电压: 70 eV; 离子源温度: 280 °C; 扫描范围: 30~550 aum。

1.4 挥发油提取 取药枕中药成分粉碎物500 g, 置于挥发油提取器中, 加8倍量的水, 提取挥发油5 h, 得黄色挥发油0.8 mL。挥发油得率0.16%。取挥发油适量, 用丙酮溶解稀释成一定浓度, 加入无水硫酸钠脱水, 以微孔有机膜过滤, 备用。

## 2 结果

采用GC-MS法对药枕挥发性成分进行了分析, 将其总离子流 (谱图略) 采用面积归一化法计算各峰的相对百分含量。并用GC-MS联用技术对挥发性成分的GC-MS总离子流色谱进行检测, 所得MS图经计算机MS数据库检索, 并按各峰的MS裂片图与文献资料核对<sup>[3-5]</sup>, 确定了药枕中药的19种挥发性成分。分析结果详见表1。

表1 药枕中药挥发油化学成分的GC/MS分析结果

序号	化合物名称	分子量	含量(%)
1	α-蒎烯α-Pinene	136	0.92
2	β-蒎烯β-Pinene	136	1.31
3	3-蒎烯 3-Carene	136	0.84
4	D-蒎烯 D-limonene	136	2.03
5	1,8桉叶素1,8-Cineole	154	1.77
6	樟脑 2-Camphorone	152	4.1
7	异冰片 Isoborneol	154	19.91
8	α-松油醇 α-terpineol	154	0.78
9	桂皮醛cinnamaldehyde	132	25.53
10	紫苏醛Perilla aldehyde	150	7.86
11	乙酸冰片酯bornyl acetate	196	3.27
12	古巴烯 Copaene	204	5.38
13	石竹烯 CargOphyllene	204	4.45
14	α-石竹烯 α-CargOphyllene	204	0.57
15	姜黄烯curcumene	202	3.35
16	姜烯 Zingiberene	204	1.02
17	α-衣兰油烯α-murolene	204	3.09
18	β-没药烯 β-bisabilene	204	0.59
19	δ-杜松烯 δ-cadinene	204	5.66

## 3 讨论

颈椎是连接大脑与身体的唯一通道, 而大脑是接受刺激并作出反应的中枢, 颈椎的重要性犹如支点之于杠杆。颈项部分布着极其丰富的血管和神经, 大的

血管有颈内外动脉、椎动脉和相对应的静脉等, 神经有枕大神经、枕小神经、耳大神经、颈皮神经、锁骨上神经等<sup>[6]</sup>。当颈椎由于某种原因出现异常, 例如: 颈椎旋转错位、滑膜嵌顿、小关节紊乱、神经压迫等时, 有可能出现以下一种或多种情况: ①使血管出现痉挛性收缩而表现为大脑供血不足; ②肌肉出现保护性痉挛, 表现为僵硬疼痛; ③本体感觉输入增加, 刺激前庭位置感受器, 出现眩晕; ④出现局部的炎症水肿, 进一步刺激血管神经加重症状。而药枕的挥发油成分可通过刺激增加头颈部动静脉的血液循环, 通过血液循环调节人体的机能, 还可以刺激人体的神经、内分泌、免疫系统, 增强人体自我调节修复功能, 调节组织器官的生理功能和病理状态, 从而起到治疗或防治疾病的作用。

同时头颈部为手足三阳经、督脉、阳维脉、阳跷脉集聚之处。其中足太阳膀胱经和督脉贯穿于人体的躯干和头颈, 足少阳胆经及手少阳三焦经循行于头颈部的后外侧, 四条经脉都入络于脑中。因此, 药枕的挥发性成分不仅可以作用于局部, 也可以调节全身的身体机能。药枕的挥发性成分主要通过两种方式发挥作用, 一是通过作用于头颈局部后透过头部的皮部、腠理由外进入人体, 通过经络的经脉之气运行传导, 输送于归属及其相关联的脏腑, 沟通内外, 起到调节人体机能的作用。如同清代医家吴师机在最早的外治专著《理渝骈文》中所言: “切于皮肤, 彻于肉里, 摄入吸气, 融入渗液”<sup>[7]</sup>。二是药枕中芳香走窜的中药的挥发性物质还可通过鼻腔进入到人体中去。中医学认为, 肺开窍于鼻, 鼻为气之门户, 肺为百脉朝聚之处。人鼻黏膜的表面积为120~150 cm<sup>2</sup>, 黏膜下血管丰富, 小静脉、小动脉、毛细管、淋巴管交织成网, 能使药物迅速吸收, 可增加药物吸收的有效面积, 提高药物的生物利用度<sup>[8]</sup>。药枕的挥发性物质弥散到空气中, 经人体的呼吸运动吸入鼻腔, 鼻腔鼻黏膜受到挥发性物质的刺激, 机体产生应激反应, 使挥发油成分向血液和组织液中渗透并且进入到人体的内循环中, 从而对人体的器官和系统的生理功能起到调节作用。而且, 一部分中药挥发性成分可经鼻吸入后直接抵达肺泡囊, 也能迅速被吸收而起到全身治疗作用<sup>[9]</sup>。

该药枕主要发挥作用的是其挥发性成分, 通过分析其中含量较多的化学成分主要为桂皮醛 (25.53%)、异冰片 (19.91%)、紫苏醛 (7.86%)、δ-杜松烯 (5.66%)、古巴烯 (5.38%)、石竹烯 (4.45%)、樟脑 (4.1%) 等。其中桂皮醛是药枕挥发油的主要成分, 为烯醛类有机化合物, 具有抗炎、解热镇痛等多种药理作用<sup>[10]</sup>; 异冰片具有抗炎、止痛作用, 而且还有促进其他药物透皮吸收的作用<sup>[11]</sup>; 紫苏醛具有镇静及镇痛作用



[12]; 烯类及樟脑具有镇静、止痛作用<sup>[13]</sup>。这些成分可为药枕的进一步研究与开发提供相应的科学依据。

#### 参考文献

- [1] 陈龙全, 郑学刚, 李燕飞. 论药枕治疗颈椎病的源流及作用机理[J]. 湖北民族学院学报(医学版), 2002, 19(3):41-43.
- [2] 李长辉, 薛言锋, 潘洁, 等. 可调式颈枕纠正颈曲异常 77 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2007, 15(2):15-17.
- [3] 丛浦珠. 质谱学在天然有机化学中的应用[M]. 北京: 科学出版社, 1987: 329.
- [4] Heller S R. EPA/NIH Mass Spectral Data Base[M]. Washington: The United States Government Printing office, 1980:35-292.
- [5] Adams R P. Identification of essential oil by gas chromatography/mass spect-

- roscopy[M]. San Diego: Academic Press, 1989:32-1221.
- [6] 姜国忠, 李树林. 药枕治疗百病[M]. 长春: 吉林科学技术出版社, 1993:9-11.
- [7] 刘树权. 药枕的作用机理[J]. 新疆中医药, 2013, 31(2):65-66.
- [8] 刘润婵. 浅谈鼻腔给药[J]. 全科护理, 2012, 10(24):2250.
- [9] 章秀明. 药枕治疗机理浅谈[J]. 中医药临床杂志, 2005, 17(3):303-304.
- [10] 张利青, 张占刚, 付岩, 等. 桂皮醛药理作用的研究进展[J]. 中国中药杂志, 2015, 40(23):4568-4572.
- [11] 吴寿荣, 程刚, 冯岩. 冰片药理作用的研究进展[J]. 中草药, 2001, 32(12): 1143-1145.
- [12] 董玲婉, 周丽娜. 紫苏药理作用研究进展[J]. 中国药业, 2008, 17(1):61-62.
- [13] 阴健, 郭力弓. 中药现代研究与临床应用[M]. 北京: 学苑出版社, 1994: 632.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 陈秀明 收稿日期: 2018-06-29)

## AQP2、 $\gamma$ -ENaC、NHE3 在阴虚水肿证大鼠肾脏的表达改变及意义<sup>\*</sup>

徐文峰<sup>1</sup> 何泽云<sup>1</sup> 唐 群<sup>2</sup> 彭亚平<sup>1</sup> 彭亚军<sup>1</sup> 李旭华<sup>1</sup> 陈 涛<sup>3</sup>

- (1 湖南中医药大学第一附属医院肾脏内科, 湖南 长沙 410000; 2 湖南中医药大学医学院, 湖南 长沙 410000;  
3 湖南中医药大学研究生院, 湖南 长沙 410000)

**摘要:** 目的 观察水通道蛋白2 (AQP2)、 $\gamma$ 型上皮钠通道 ( $\gamma$ -ENaC)、 $\text{Na}^+/\text{H}^+$ 交换体3 (NHE3) 在“阴虚水肿”证大鼠肾脏中的表达及其意义。方法 尾静脉注射阿霉素复制“水肿”状态, 继予优甲乐灌胃制作“阴虚水肿”证大鼠模型, 观察空白组、阴虚水肿组大鼠肾脏AQP2、 $\gamma$ -ENaC、NHE3表达。结果 尾静脉注射阿霉素2周大鼠阴囊水肿明显, 第4周阴虚水肿组大鼠皮肤含水量高于空白组 ( $P < 0.05$ ), 提示水肿形成, 连续优甲乐灌胃2周阴虚水肿组大鼠活动频繁, 躁动不安, 易激惹, 肛温、TT3、TT4高于空白组 ( $P < 0.05$ ), 符合“阴虚”表现。AQP2蛋白表达量第2周最高 ( $P < 0.05$ ),  $\gamma$ -ENaC、NHE3蛋白表达量第4周最高 ( $P < 0.05$ )。结论 AQP2、 $\gamma$ -ENaC、NHE3参与“阴虚水肿”证大鼠水肿的发生发展。

**关键词:** Aquaporin-2;  $\gamma$ -epithelial sodium channel;  $\text{Na}^+/\text{H}^+$  exchanger 3; 阴虚; 水肿; 大鼠; 动物实验

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.035

文章编号:1672-2779(2018)-21-0089-03

### The Expression and Significance of AQP2, $\gamma$ -ENaC and NHE3 in Kidney of Rats with Yin Deficiency Edema

XU Wenfeng<sup>1</sup>, HE Zeyun<sup>1</sup>, TANG Qun<sup>2</sup>, PENG Yaping<sup>1</sup>, PENG Yajun<sup>1</sup>, LI Xuhua<sup>1</sup>, CHEN Tao<sup>3</sup>

- (1. Department of Nephrology, the First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410000, China;  
2. Medical College, Hunan University of Chinese Medicine Hunan Province, Changsha 410000, China;  
3. Graduate School, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410000, China)

**Abstract: Objective** To observe the expression and significance of aquaporin 2 (AQP2), gamma type epithelial channel ( $\gamma$ -ENaC) and  $\text{Na}^+/\text{H}^+$  exchanger 3 (NHE3) in the kidney of "yin deficiency edema" rats. **Methods** Injection adriamycin from the caudal vein to replicate the model of "edema", then to made the rat model of "yin deficiency edema" by gavage euthyrox. The expression of AQP2,  $\gamma$ -ENaC and NHE3 in the blank group and the rats of yin deficiency edema group were observed. **Results** 2 weeks after injection of adriamycin, the scrotal edema was obvious in rats, The water content of the skin in the fourth week was higher than that in the blank group ( $P < 0.05$ ), suggesting edema formation, 2 weeks after continuous gavage euthyrox, rats in the model group had frequent activities, restlessness and irritability, Anal temperature, TT3 and TT4 were higher than those in blank group ( $P < 0.05$ ), which accords with "yin deficiency". The expression level of AQP2 protein was highest at second weeks ( $P < 0.05$ ), and the expression level of gamma-ENaC and NHE3 was highest at fourth weeks ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** AQP2, gamma-ENaC and NHE3 participated in the development of edema in rats with "yin deficiency edema".

**Keywords:** Aquaporin-2;  $\gamma$ -epithelial sodium channel;  $\text{Na}^+/\text{H}^+$  exchanger 3; yin deficiency; edema; rats; animal experiment

水肿是肾科常见症状, 研究表明水通道蛋白2 (AQP2)、 $\gamma$ 型上皮钠通道 ( $\gamma$ -ENaC)、 $\text{Na}^+/\text{H}^+$ 交换体3 (NHE3) 表达异常在水肿发生发展过程中起重要作用。本课题组结合前期工作以阿霉素肾病大鼠为基础, 结合连续优甲乐灌胃制备阴虚水肿证模型, 观察上述水钠因子表达改变, 为后续阐明中医药干预阴虚水肿证

提供实验动物模型及数据参考。

#### 1 材料与方法

1.1 动物 50只雄性SPF级146~182 g Wistar大鼠由湖南中医药大学实验动物中心提供 [SYSK (湘) 2013-0005], 饲养于动物中心实验室, 每笼5只, 普通饲料喂养, 自由饮水, 隔日更换垫料。

1.2 药物 注射用盐酸多柔比星 (阿霉素, 深圳万乐药业有限公司, 10 mg/支), 1支溶解于注射用水5 mL中, 每毫升药液含2 mg阿霉素。左旋甲状腺素钠片 (优甲

<sup>\*</sup> 基金项目: 湖南省教育厅科学研究 (优秀青年项目) 资助项目 [No.15B177]

乐,德国默克公司,50 μg/片),5片研碎溶解于注射用水5 mL,每毫升药液含50 μg优甲乐。

**1.3 动物分组及干预方法** 大鼠适应性喂养1周,体质量约200 g后弃去尿蛋白阳性大鼠(尿蛋白试纸检测),随机分为空白组(20只,不做处理)、对照组(5只,尾静脉注射生理盐水)、阿霉素组(25只,尾静脉注射阿霉素),2周后24 h尿蛋白定量 $\geq 100$  mg提示阿霉素肾病模型复制成功,弃去对照组、造模失败及死亡大鼠(共8只),重新分为空白组(20只,不做处理)、阴虚水肿组(阿霉素模型基础上连续灌服优甲乐悬液,22只),分别于灌胃2周、4周、6周、8周将部分大鼠放入代谢笼,收集24 h尿液,称重后麻醉,腹主动脉取血,剪皮并留取肾脏。

**1.4 阿霉素肾病模型制备** 75%酒精反复擦拭尾静脉,以6 mg/kg剂量一次性尾静脉注射阿霉素,注射2周后收集24 h尿液,24 h尿蛋白定量 $\geq 100$  mg提示模型复制成功。

**1.5 连续优甲乐悬液灌服** 左旋甲状腺素钠片(50 μg/片)5片研碎溶解于注射用水5 mL,每毫升药液含50 μg优甲乐。大鼠称重后以50 μg/100 g剂量连续灌服左甲状腺素钠。

## 1.6 指标检测及方法

**1.6.1 大鼠一般情况** 观察大鼠精神状态、活动度、肛温、体重、尿量、粪便性状、皮肤含水量、背毛色泽等。

**1.6.2 生化指标** 采用RT-1904C半自动生化仪检测24 h尿蛋白定量、血清白蛋白、肾功能等,Elisa试剂盒检测大鼠TT3、TT4、TSH。

**1.6.3 肾脏病理检查** 所有标本经4%多聚甲醛固定、梯度乙醇脱水、二甲苯透明、石蜡包埋,切片(厚为3~5 μm),免疫组织化学法观察AQP2、 $\gamma$ -ENaC、NHE3表达, Motic BA410T显微镜拍照。

**1.7 统计学方法** 使用SPSS 19.0软件进行数据分析,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,多组比较采用单因素方差分析,满足正态性、方差齐性多组比较采用LSD法,不满足正态性、方差齐性多组比较采用Tamhane's T2检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 各组大鼠一般情况** 阿霉素注射3 d后大鼠逐渐出现团缩,活动减少,便溏,饮食饮水减少,烂尾,背毛杂乱,脱毛,2周后大鼠阴囊水肿明显,空白组未出现上述情况,第4周阴虚水肿组大鼠皮肤含水量高于空白组( $P < 0.05$ ),提示水肿形成,连续优甲乐灌胃2周后

阴虚水肿组大鼠活动频繁,躁动不安,易激惹,饮水量多,鼠笼垫料潮湿,排泄物增多,脱毛,四肢及阴囊水肿明显,肛温高于空白组( $P < 0.05$ ),符合“阴虚”表现,灌胃2、4周阴虚水肿组大鼠TT3高于空白组( $P < 0.05$ ),灌胃2、4、6、8周阴虚水肿组大鼠TT4高于空白组( $P < 0.05$ ),提示阴虚模型复制成功,见表1。

表1 大鼠水肿、阴虚指标比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	尾静脉注射第4周 皮肤含水量(%)	优甲乐灌胃 2周肛温(°C)	优甲乐灌胃4周		
			TT3(nmol/L)	TT4(nmol/L)	TSH( $\mu$ IU/mL)
空白组	66.60 $\pm$ 1.14	36.60 $\pm$ 0.35	1.13 $\pm$ 0.42	38.06 $\pm$ 10.56	0.71 $\pm$ 0.18
阴虚水肿组	70.25 $\pm$ 1.26*	37.36 $\pm$ 0.30*	1.97 $\pm$ 0.27*	151.04 $\pm$ 37.98*	0.79 $\pm$ 0.20

注:与空白组比较,\* $P < 0.05$

第8周阴虚水肿组大鼠体重、24 h尿量、血清白蛋白低于空白组,尿蛋白定量、血肌酐高于空白组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。8周内阴虚水肿组大鼠死亡4只。

表2 实验8周后大鼠部分指标比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	体重 (g)	24 h尿量 (mL)	尿蛋白定量 (mg/24 h)	血清白蛋白 (g/L)	血肌酐 ( $\mu$ mol/L)
空白组	579.80 $\pm$ 17.05	36.80 $\pm$ 12.79	15.86 $\pm$ 2.89	38.80 $\pm$ 3.96	26.80 $\pm$ 9.65
阴虚水肿组	233.25 $\pm$ 29.74*	17.50 $\pm$ 5.45*	387.73 $\pm$ 68.46*	19.50 $\pm$ 3.70*	56.75 $\pm$ 10.81*

注:与空白组比较,\* $P < 0.05$

**2.2 各组大鼠肾脏AQP2、 $\gamma$ -ENaC、NHE3免疫组化分析** 见图1、表2~5。

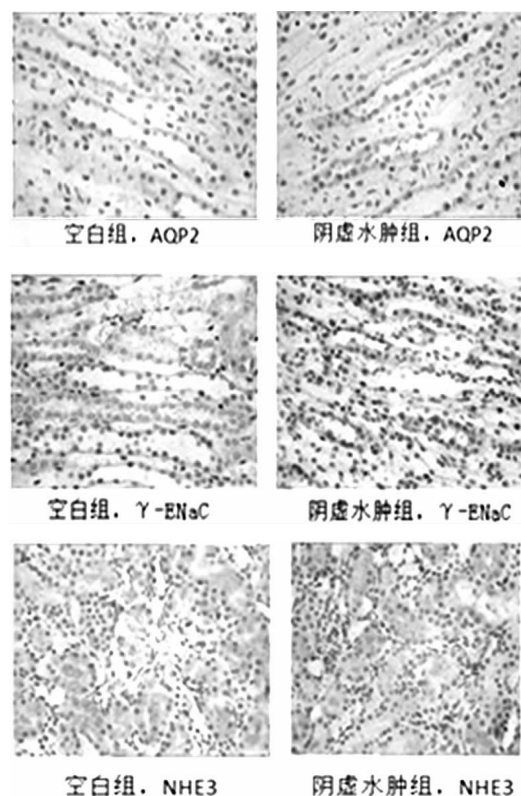


图1 灌胃8周免疫组化 $\times 400$ 倍

表3 大鼠肾脏AQP2蛋白表达量比较 (x̄±s)

组别	灌胃2周	4周	6周	8周
空白组	8712.44±1347.83	11574.33±2107.33	10754.27±2147.07	11047.39±1975.46
阴虚水肿组	29475.37±2345.62*	25651.61±3642.91*	23692.53±3854.55*	20547.22±2967.49*

注:与空白组比较,\*P<0.05

表4 大鼠肾脏γ-ENaC蛋白表达量比较 (x̄±s)

组别	灌胃2周	4周	6周	8周
空白组	9325.21±1452.83	10983.33±2131.33	9685.27±1915.41	10317.39±2716.98
阴虚水肿组	15462.53±2678.62*	18950.16±3326.19* <sup>②</sup>	17972.35±3125.13*	16421.22±3367.49*

注:与空白组相比,\*P<0.05;与灌胃2周相比,<sup>②</sup>P<0.05

表5 大鼠肾脏NHE3蛋白表达量比较 (x̄±s)

组别	灌胃2周	4周	6周	8周
空白组	8325.21±1522.83	10983.33±2011.33	9865.27±2315.41	10012.39±2516.98
阴虚水肿组	15338.53±2678.62*	28350.16±4326.19* <sup>②</sup>	26982.35±4538.23*	24523.22±3652.49*

注:与空白组相比,\*P<0.05;与灌胃2周相比,<sup>②</sup>P<0.05

### 3 讨论

肾病综合征(NS)是肾科常见疾病,水肿是其特性表现,部分NS水肿患者治疗非常棘手,水肿迁延日久。随着利尿剂、糖皮质激素的使用,临床常有水肿与伤阴并见之象,此阴虚水肿以发汗、利尿、健脾、温肾等法难以奏效,水肿迁延难愈,中医学治疗水肿疗效确切,但目前有关阴虚水肿的理论探讨、机理研究相对较少,本研究参照课题组前期工作,结合优甲乐灌胃制备病证结合的阴虚水肿动物模型,观察肾脏水钠因子(AQP2、γ-ENaC、NHE3)的表达改变。

水通道蛋白(AQP)是多种组织细胞膜上的特异性通道,调节水跨膜转运,Wang Y等<sup>[1]</sup>观察肾活检确诊的54例原发性NS患者,水肿组患者肾组织AQP2阳性面积明显高于无水组,尿AQP2亦显著高于无水组,提示AQP2参与NS患者水肿的发生发展。太史春等<sup>[2]</sup>以大鼠腹腔注射卡那霉素制作“肾气虚”模型,2周后发现模型大鼠尿量增加,考虑与AQP2mRNA表达减少进一步导致AQP2生产减少,肾脏集合管重吸收水分减少而产生多尿有关。吴庆昕<sup>[3]</sup>以大鼠量化打击法制备血瘀证模型,1周后模型组肾组织AQP2表达、Western blot表达显著升高,体现了中医学“血不利则为水”,同期予丹参干预可使模型大鼠尿量增加,提示丹参活血利尿功效可能与其降低肾小管AQP2水平有关。

上皮钠离子通道蛋白(epithelial sodium channel, ENaC)属于ENaC/Deg超基因家族,主要调控跨上皮细胞的钠离子转运。肾病综合征患者水钠潴留与γ-ENaC异常活化密切相关,尿丝氨酸蛋白酶的分泌有关(纤溶酶等)可激活γ-ENaC。Bohnert B N等<sup>[4]</sup>研究发现抑肽酶对上皮钠

通道没有直接的抑制作用,但能阻止蛋白水解通道活化。此外,糖皮质激素可激发肾脏集合管Na<sup>+</sup>的重吸收,增加ENaC活性,导致水钠潴留<sup>[5]</sup>。李洪岩等<sup>[6]</sup>以肌注甘油制备急性肾功能衰竭(ARF)模型,发现ARF大鼠尿量先升后降,可能是ARF发生早期以肾小管损伤为主,重吸收障碍因而尿量增加,同时发现γ-ENaC表达增高,与相对正常肾单位代偿性功能增加,增加钠重吸收有关。

Na<sup>+</sup>/H<sup>+</sup>交换体(NHE)是存在于所有真核细胞中的一种跨膜糖蛋白,对细胞内外离子的跨膜转运、细胞体积、胞内渗透压的控制、肾脏水钠重吸收和酸碱平衡起重要的调控作用。NHE3是调节肾脏水钠重吸收和酸碱平衡的主要亚型。Eschmann V B等<sup>[7]</sup>发现PAN肾病大鼠,激活状态的NHE3表达增多,重吸收Na<sup>+</sup>增多,参与水钠潴留的形成。李洪岩等<sup>[8]</sup>发现肾脏局部多巴胺主要通过调控NHE3、ENaC发挥利钠利尿作用。张文欣等<sup>[9]</sup>观察100例重症监护室急性肾损伤(AKI)患者,AKI组尿NHE3水平显著升高,升高时间较血清肌酐(Scr)提前24 h,尿NHE3与Scr呈正相关(r=0.457, P<0.05)。

本研究以一次性尾静脉注射阿霉素<sup>[10]</sup>联合连续优甲乐灌胃制备“阴虚水肿”证大鼠模型,尾静脉注射阿霉素2周后大鼠阴囊水肿明显,第4周皮肤含水量高于空白组(P<0.05),提示水肿形成,连续优甲乐灌胃2周后模型组大鼠活动频繁,躁动不安,易激惹,肛温、TT3、TT4高于空白组(P<0.05),符合“阴虚”表现。AQP2蛋白表达量第2周最高(P<0.05),γ-ENaC、NHE3蛋白量第4周最高(P<0.05),提示AQP2、γ-ENaC、NHE3参与“阴虚水肿”证大鼠水肿的发生发展,为进一步阐释中医学治疗“阴虚水肿”提供动物模型及实验数据参考。

### 参考文献

- [1]Wang Y, Bu J, Zhang Q. Expression pattern of aquaporins in patients with primary nephrotic syndrome with edema[J]. Mol Med Rep, 2015, 12(4):5625-5632.
- [2]太史春, 王哲, 孙大宇, 等. 肾气虚模型大鼠 AQP2mRNA 表达的研究[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(3):567-568.
- [3]吴庆昕. 丹参调节肾组织 AQP2 效应与其活血利尿功效的相关性研究[J]. 陕西中医, 2018, 39(4):419-421.
- [4]Bohnert B N, Menacher M, Janessa A, et al. Aprotinin prevents proteolytic epithelial sodium channel (ENaC) activation and volume retention in nephrotic syndrome[J]. Kidney Int, 2018, 93(1):159-172.
- [5]卢丽, 叶秀枫, 蔡慧宁. 糖皮质激素对大鼠各组织 ENaC 的影响[J]. 中国医药导报, 2011, 8(6):11-13.
- [6]李洪岩, 高航, 程润芬, 等. 急性肾衰大鼠肾脏上皮钠通道和钠钾氯共转运蛋白的表达[J]. 吉林大学学报(医学版), 2009, 35(1):92-95, 196.
- [7]Besse-Eschmann V, Klisic J, Nief V, et al. Regulation of the Proximal Tubular sodium/Proton Exchanger NHE3 in Rats with Puromycin Aminonucleoside (PAN)-Induced Nephrotic Syndrome[J]. J Am Soc Nephrol, 2002, 13(9):2199-2206.
- [8]李洪岩, 宋文霞, 郑向雨, 等. 肾脏局部多巴胺对 NHE3、ENaC 的调控作用[J]. 中国病理生理杂志, 2010, 26(10):2077.
- [9]张文欣, 龚智峰, 彭小梅, 等. 尿 NHE3 在急性肾损伤早期诊断中的价值[J]. 中国临床新医学, 2010, 3(12):1160-1163.
- [10]徐文峰, 何泽云, 唐群, 等. 猪苓汤对阿霉素肾大鼠肾脏 AQP2 表达的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2013, 14(9):759-763.

(本文编辑:张文娟 本文校对:蔡虎志 收稿日期:2018-06-20)

# 潜阳封髓丹治疗慢性肺源性心脏病的临床探析<sup>\*</sup>

吴慧毅 余天泰<sup>\*</sup>

(福建中医药大学附属南平人民医院肺病科, 福建 南平 353000)

**摘要:**目的 观察潜阳封髓丹加味治疗肺源性心脏病的临床疗效。方法 按照随机数字表法将肺病科住院的60例肺源性心脏病的患者分为对照组及观察组各30例, 2组均常规接受西医治疗, 观察组在此基础上加用自拟潜阳封髓丹加味治疗。2组均连续治疗7 d后比较临床主要症状变化情况, 并对《生活质量评价量表SF-36》健康和日常活动方面总评分, 及常见的肺功能指标等情况进行对比。结果 观察组《生活质量评价量表SF-36》健康和日常活动方面总评分, 临床主要症状评分和肺功能指标方面改善情况均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 采用潜阳封髓丹加味联合常规西药治疗肺源性心脏病, 临床效果明显, 可有效改善诸症, 值得推广。

**关键词:** 潜阳封髓丹; 肺源性心脏病; 疗效评价; 中西医结合疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.036

文章编号:1672-2779(2018)-21-0092-03

## Clinical Analysis on Qianyang Fengsui Mini-pills in Treating Chronic Pulmonary Heart Disease

WU Huiyi, YU Tiantai

(Department of Pulmonary Disease, Nanping People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Nanping 353000, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical efficacy of modified Qianyang Fengsui mini-pills in treating chronic pulmonary heart disease. **Methods** According to the random number table, 60 patients with chronic pulmonary heart disease in the department of lung disease in our hospital were divided into the control group and the observation group, with 30 cases in each group. The 2 groups were routinely treated with western medicine. The observation group was also given Qianyang Fengsui mini-pills. The changes of main clinical symptoms were compared in the 2 groups after 7 days of continuous treatment. The total score of health and daily activities in the quality of life assessment scale (SF-36) and the common pulmonary function indexes were compared. **Results** The total score of health and daily activities of life scale SF-36 in the observation group quality was better than that of the control group ( $P < 0.05$ ), and the improvement of clinical major symptom scores and pulmonary function indexes in the observation group were all better than those in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Modified Qianyang Fengsui mini-pills combined with routine western medicine in the treatment of chronic pulmonary heart disease has obvious clinical effect, can effectively improve the symptoms, and is worth promoting.

**Keywords:** Qianyang Fengsui mini-pills; pulmonary heart disease; curative effect evaluation; therapy of integrated medicine

慢性肺源性心脏病 (chronic pulmonary heart disease, CPHD) 是由支气管-肺组织、胸廓疾病或肺血管等慢性疾病增加了肺循环阻力, 使得肺动脉压力升高, 右心房室肥大, 甚或右心发生衰竭的心脏病, 该病病程长, 容易因感染等因素诱发, 严重影响生活质量, 属于临床难治病, 其中约80%的患者有慢性支气管炎或肺气肿等基础病<sup>[1]</sup>。笔者在跟师的过程中, 总结老师临床诊治该病时运用西医基础治疗联合潜阳封髓丹加味治疗的经验, 疗效确切, 报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 病例选自笔者所在福建中医药大学附属南平人民医院肺病科2015年1月—2017年12月的住院患者, 符合CPHD的诊断标准, 共计60例, 按照随机数字表法分为观察组和对照组各30例。对照组中平均年龄 (68.30±10.30) 岁; 其中男18例, 女12例; 平均病程 (15.28±7.50) 年。观察组平均年龄 (67.28±10.15) 岁;

其中男17例, 女13例; 平均病程 (15.60±7.40) 年。2组性别、年龄、平均病程、疾病分布等方面均无统计学差异 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照中华医学会肺系专业委员会《慢性肺原性心脏病中医诊疗指南 (2014)》<sup>[2]</sup>, 诊断标准: ①病史: 有慢性呼吸系统疾病病史, 常见为慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张症和胸廓疾病。②症状: 反复咳嗽、咳痰, 渐进性气喘。③体征: 肺气肿征和颈静脉怒张、肝颈静脉回流征阳性, 右房大。④心电图: 肺型P波 (V1、V2导联P波高尖, II、III、aVF导联P波直立高尖, 电压>0.25 mV)。⑤心彩超: 右心室流出道内径30 mm; 右心室内径>20 mm; 肺动脉压力大于30 mmHg。⑥排除其他心脏疾病。

**1.2.2 中医辨证标准** 参照中华医学会肺系专业委员会《慢性肺原性心脏病中医诊疗指南 (2014)》和《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup> 辨证。主症: 胸满, 喘促, 动则加剧, 咳痰白黏或泡沫, 心悸, 乏力, 面浮肢肿, 夜不能卧, 口干咽痛, 面红如妆, 自觉发热, 汗出, 神疲, 怕冷, 面唇青紫, 舌质淡或紫暗, 舌苔白润, 脉沉细。

<sup>\*</sup> 基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室项目 [No.国中医药人教发[2016]42号]

<sup>\*</sup> 通讯作者: 12173999@qq.com

表1 2组患者治疗前后临床症状评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	时间	胸满	气喘	心悸	肢肿	睡眠	口干	总积分
对照组	30	治疗前	5.43±0.36	5.61±0.45	4.38±0.42	4.85±0.42	4.92±0.42	6.94±0.20	20.83±1.16
		治疗后	2.51±0.41 <sup>1)</sup>	1.72±0.49 <sup>1)</sup>	1.57±0.50 <sup>1)</sup>	0.82±0.45 <sup>1)</sup>	1.90±1.44 <sup>1)</sup>	1.46±0.22 <sup>1)</sup>	9.51±2.01 <sup>1)</sup>
观察组	30	治疗前	5.45±0.37	5.71±0.39	4.35±0.35	4.91±0.31	4.83±0.52	6.98±0.30	22.68±2.13
		治疗后	1.31±0.32 <sup>1)2)</sup>	0.56±0.26 <sup>1)2)</sup>	0.57±0.33 <sup>1)2)</sup>	0.55±0.27 <sup>1)2)</sup>	0.84±0.19 <sup>1)2)</sup>	0.78±0.36 <sup>1)2)</sup>	1.28±0.53 <sup>1)2)</sup>

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$

次症:痰白,耳鸣,咳时遗尿,腰膝酸软,苔腻,脉虚弦。诊断:①胸满或喘促,动则加剧;②心悸,动则加剧;③面红如妆;④畏冷、自觉发热;⑤口干咽痛;⑥咳痰白黏或泡沫;⑦肢肿;⑧舌质淡、苔白,脉沉细或虚弦。具备①、②、③、④四项,加⑤、⑥、⑦、⑧中两项。

1.3 纳入标准 ①符合上述西医诊断和中医证型标准;②符合CPHD稳定期患者;③同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并急性心肌梗死;先天性心脏病;严重肝肾疾病或血液性疾病;②合并肺部肿瘤;③不能配合完成诊疗者。

### 1.5 研究方法

1.5.1 对照组 行常规基础治疗,包括中心吸氧、强心、降低肺动脉高压、祛痰平喘、抗炎抗感染、纠正酸碱平衡和水电解质紊乱等治疗。

1.5.2 观察组 在对照组的常规治疗基础上,加用潜阳封髓丹治疗,方剂为:黄柏30 g,砂仁20 g(后入),肉桂8 g(后入),沉香5 g(后入),附片24 g(先煎),龟甲20 g(先煎),龙骨30 g(先煎),牡蛎30 g(先煎),补骨脂15 g,炙甘草10 g。统一采用本院中药煎药机(北京东华医疗设备有限公司)煎煮,1剂/d,一次性真空封袋为2袋,每袋250 mL,每次1袋,早晚餐后0.5 h服用。2组均按1个疗程为7 d,1个疗程后评价药物疗效。

1.6 疗效判定标准 按照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>采用尼莫地平法测定疗效指数=治疗前后积分之差/治疗前总积分×100%。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。痊愈为疗效指数>90%,显效为:60%<疗效指数≤90%,有效:30%<疗效指数≤60%,无效为疗效指数≤30%。

1.7 评价指标 (1)采用《生活质量评价量表SF-36》<sup>[5]</sup>中的健康和日常活动的10个方面进行计分,计算治疗前后总分,分数越高,生活质量越好。(2)据临床主要症状:胸满、气喘、心悸、肢肿、口干、睡眠六方面评分;分为无、轻、中、重度4级,以0、3、6、9分进行记录,计算治疗前后各项症状总分。(3)肺功能指标:包括用力肺活量(FVC)、呼气峰值流速(PEF)和第1秒用力呼气容积(FEV<sub>1</sub>),均采用肺功能仪(德国,型号PowerCube)由同一名技师进行测定。

1.8 统计学方法 所有数据运用SPSS 26.0统计软件进行数据分析,计量资料服从正态分布用t检验,不服从正

态分布用秩和检验;计数资料用 $\chi^2$ 检验的方法。

## 2 结果

2.1 2组患者治疗前后临床症状评分比较 见表1。

2.2 2组患者治疗前后《生活质量评价量表SF-36》健康和日常活动方面总分比较 见表2。

表2 2组患者治疗前后《生活质量评价量表SF-36》

健康和日常活动方面总分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	3.35±1.08	5.32±1.25 <sup>1)</sup>
观察组	30	2.88±1.06	6.50±1.35 <sup>1)2)</sup>

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$

2.3 2组患者治疗前后肺功能的比较 见表3。

表3 2组患者治疗前后肺功能指标比较

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

组别	例数	时间	用力肺活量(L)	呼气流速(L/分)	第1秒用力呼气容积(L)
对照组	30	治疗前	1.12±0.89	100.05±2.11	1.08±0.41
		治疗后	1.51±0.55 <sup>1)</sup>	160.00±3.37 <sup>1)</sup>	1.38±0.32 <sup>1)</sup>
观察组	30	治疗前	1.13±0.78	98.51±2.37	1.07±0.32
		治疗后	1.61±0.47 <sup>1)2)</sup>	180.42±1.33 <sup>1)2)</sup>	1.45±0.36 <sup>1)2)</sup>

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$

2.3 2组患者疗效比较 见表4。

表4 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
对照组	30	8(26.67)	10(33.33)	6(20.00)	6(20.0)	80.00
观察组	30	10(33.33)	12(40.00)	7(23.33)	1(3.33)	96.67 <sup>1)</sup>

注:与对照组比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

CPHD的主要症状是胸满,短气喘息,动则加剧,心悸心慌,咳嗽等,多属慢性肺系疾病迁延所致,该病患者在临床后期亦常见口干、咽痛,牙龈肿胀,面红如妆,心烦、汗出、自觉发热不适、肢肿不适,临床上容易误诊为阳虚水泛证,使用真武汤治疗后疗效欠佳。通过笔者建立的临床案例研究可以发现,联合潜阳封髓丹进行治疗CPHD的患者在胸满、气喘、心悸、口干、睡眠、咳嗽等临床症状的改善,生存质量评分,肺活量及呼气峰值流速的改善均高于常规西医治疗组( $P < 0.05$ ),可见中医药在该病的治疗上疗效肯定,有优势,值得推广。

我师余天泰全国名老中医总结该病后期出现的一系列临床症状,提出病性为阳虚阴盛,虚阳浮越,在

下无以蒸腾气化，阴水内盛，形成阴盛格阳、上盛下虚之像，本为阳虚，标为阴盛。认为此类病证符合火神派郑钦安的“阴火”理论，他认为阴火发病原因有7大类，一为元气不纳，二为元阳外越，三为肾气不纳，四为真火沸腾，五为孤阳上浮，六为气不归根，七为虚火上冲。诸多因素中，阴盛而虚阳外越上浮是引起阴火上潮的主要原因。他在《医理真传·内伤说》中运用自然界中地气带走热量向上蒸腾，形成乌云蔽日，遮蔽了阳光，再者雨下，盖因阴盛阳衰，而阴盛则雨，待太阳出现，阴云则立即消散，来取类比象这个理论，从这现象中领悟阴火证，即阳虚之火，病性当为阳虚阴盛<sup>⑥</sup>。

潜阳丹与封髓丹为扶阳学派创始人清代郑钦安所创。我师结合临床实际情况发现肺心病常为老年患者。他认为此类患者年老体衰，真阳渐衰，长期久病，更加阳气耗伤；风扇、空调使用，易产生寒邪，耗伤阳气；夜间症状明显，作息无规律，易伤阳气；该类患者疾病急性发作期，常见痰黄，反复使用抗生素及激素，伤阳气，以上诸多因素导致肺心病患者脾肾阳气亏虚，阴盛水泛更甚者，出现虚阳上越，阴火上炎而非仅仅为水泛之实证<sup>⑦</sup>。临床上常见胸满或喘促，心悸，动则加剧；面红如妆，神疲，怕冷，面唇青紫，舌质淡或紫暗，舌苔白润，脉沉细等阳虚之症。阳虚为本，阳无以制阴，阴盛于下，逼迫虚阳上浮，故见上为虚火之像而见口干、咽痛、牙肿、自觉发热、汗出等虚火、阴火之像，故口干、口渴但喜热饮，二便正常；脉像为沉细无力或虚弦，

而非滑数。余师认为此证进食寒凉食物或使用寒凉药物，反而耗伤阳气，不适加重，常见舌淡润胖大，非实热证。为上假热、下有真寒之证，与其补阳不如潜阳温下，故使用潜阳封髓丹纳气归肾、扶阳抑阴，引火归源。方中黄柏、砂仁、炙甘草比例当为3:2:1。砂仁能宣阴邪，纳气归肾，甘草之甘，辛甘能化阳；附片大热，补真阳、壮君火也。龟甲通阴助阳，甘草补中伏火，黄柏色黄入脾，调和水火之枢纽，味苦入心合龟甲、甘草之甘而化阴。与其余药物相合，暗合三才之义<sup>⑧</sup>，阴阳合化，交会中宫，则水火既济，使真火伏藏，肾根得固，同时加用肉桂引火归元；沉香潜阳归肾；补骨脂固肾平喘；龟甲、龙骨、牡蛎取其有情之品，阴阳之灵，二物相合，阴阳互根，诸药相合，共奏潜阳封髓之功。故临床上当谨守病机，不可拘泥于成法，当善用古方，方可取得良效。

#### 参考文献

- [1]王吉耀.内科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:43-44.
- [2]李健生,余学庆.慢性肺原性心脏病中医诊疗指南[J].中医杂志,2014,55(6):526-531.
- [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1998:286-287.
- [4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:57-58.
- [5]阮景昊,周甲东,万崇华,等.慢性肺源性心脏病患者生命质量与临床客观指标的相关性研究[J].中国全科医学,2017,20(1):45-50.
- [6]郑钦安.医理真传[M].北京:中国中医药出版社,1993:63.
- [7]余天泰.论“阳常不足,阴常有余”[J].中医药通报,2008,7(6):14-16.
- [8]吴慧毅.自拟“荆翘止咳方”加减治疗感染后咳嗽60例[J].福建中医药,2017,48(4):21-22.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈勋善 收稿日期:2018-08-21)

## 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

电话咨询: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

# 参香温肺汤联合背部走罐在 COPD 稳定期的临床观察※

黎昌茂 钟名生 张强 刘东生 刘劲松 钟美玲

(江西省兴国县中医院急诊科, 江西 兴国 342400)

**摘要:**目的 探讨参香温肺汤联合背部走罐在COPD稳定期的疗效观察。方法 选取在兴国县中医院呼吸科2017年7月—2018年7月就诊的COPD稳定期患者90例,按照自愿、随机原则分为3组各30例。西医组采用单纯西医治疗,中医组采用中药汤剂辨证论治,中医联合组采用参香温肺汤加减结合背部走罐治疗。临床观察1年,对比患者治疗前后的疗效、CAT评分、住院情况等方面差异。结果 中医联合组总有效率为96.67%,高于西医组和中医组,存在统计学差异( $P < 0.05$ );治疗前组间CAT评分无统计学差异( $P > 0.05$ ),治疗后中医联合组CAT评分低于西医组和中医组,存在统计学差异( $P < 0.05$ );中医联合组SF-36评分高于中医组和西医组,但中医联合组住院费用高于中医组和西医组,存在统计学差异( $P < 0.05$ )。结论 参香温肺汤联合背部走罐在COPD稳定期的治疗中,具有显著临床疗效,可改善生活质量,缩短患者住院时间,降低患者经济负担。

**关键词:**参香温肺汤;背部走罐;COPD稳定期;肺胀;治未病

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.037

文章编号:1672-2779(2018)-21-0095-03

## Clinical Observation on Shenxiang Wenfei Decoction Combined with Moving Cupping on the Back of COPD in Stable Period

LI Changmao, ZHONG Mingsheng, ZHANG Qiang, LIU Dongsheng, LIU Jinsong, ZHONG Meiling

(Emergency Department, Xingguo County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Xingguo 342400, China)

**Abstract: Objective** To explore the curative effect of Shenxiang Wenfei decoction combined with back moving cupping in COPD stable period. **Methods** 90 patients in the stable period of COPD in the department of respiration of the Xingguo County hospital of traditional Chinese medicine from July 2017 to July 2018 were selected, and they were divided into three groups according to the voluntary and random principles, with 30 cases in each group. The western medicine group was treated with western medicine alone, while the traditional Chinese medicine group was treated with TCM decoction. The combined medicine group was treated with Shenxiang Wenfei decoction combined with back moving cupping. The efficacy, CAT score and hospitalization status of patients before and after treatment were observed for 1 year. **Results** The total effective rate of TCM combined group was 96.67, which was higher than that of western medicine group and TCM group ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in CAT score between groups before treatment ( $P > 0.05$ ). The CAT score of the combined group was lower than that of the western medicine group and the traditional Chinese medicine group after treatment, and there was statistical difference ( $P < 0.05$ ). The SF-36 scores of the combined group were higher than that of the traditional Chinese medicine group and the western medicine group, but the hospitalization cost of the combined group was higher than that of the traditional Chinese medicine group and the western medicine group, and there was statistical difference ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Shenxiang Wenfei decoction combined with moving cupping on the back of COPD in stable period has significant clinical effect. It can improve the quality of life, shorten the time of hospitalization and reduce the economic burden of the patients.

**Keywords:** Shenxiang Wenfei decoction; moving cupping on the back; COPD in stable phase; lung-distension; preventive treatment of disease

慢性阻塞性肺疾病(COPD)致残率和病死率很高,全球40岁以上发病率已高达9%~10%<sup>[1]</sup>。当前,对于COPD的治疗方式主要可分为:西医治疗、中医治疗、中西医结合治疗。本文所用中药汤剂联合走罐属于中医治疗范畴的联合治疗方法。为探究其治疗效果差异,本文选择2017年7月—2018年7月于我院确诊COPD稳定期的患者90例,就参香温肺汤联合背部走罐的应用价值展开探析。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2017年7月—2018年7月于我院确诊的COPD稳定期患者90例,随机分为3组,各30例。西医组年龄45~71岁,平均(60.37±1.27)岁;中医组年龄44~72岁,平均(60.35±1.28)岁;中医联合组年龄46~73岁,平均(60.37±1.27)岁。组间一般资料差异不明显( $P > 0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 纳入轻中度COPD稳定期;无冠心病、心脏衰竭;无恶性肿瘤患者。

**1.3 排除标准** 排除结核、心血管疾病;合并严重并发症;存在肝肾功能障碍患者。

**1.4 治疗方法** 西医组采用常规西医治疗。指导患者口服氨茶碱片(北京中新制药厂,国药准字:H13020576,规格:0.1g),0.1g/次,3次/日。指导患者口服氨溴索口服液(黑龙江中桂制药有限公司,国药准字:H20010535,规格:100mL),1支,3次/日。为患者开展吸入布地奈德福莫特罗粉吸入剂(信必可都保,瑞典AstraZenecaAB,规格160μg/4.5μg),1吸,1次/日(急性加重可用至1~2吸,2次/日)。最后为患者开展家庭氧疗治疗。氧疗以双侧鼻导管进行。成人氧流量1~3L/min,吸入氧浓度24%~35%,每日吸氧时间6~12h,二氧化碳潴留者吸氧时间可延长。1月后观察对比治疗效果。

中医组采用参香温肺汤加减治疗。参香温肺汤:人参10g,桑白皮12g,陈皮8g,茯苓15g,姜半夏8g,

※ 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研课题[No.2017A229]

紫苏10 g, 五味子5 g, 木香6 g, 甘草3 g, 白术12 g, 肉桂3 g, 生姜6 g。加减: 若寒邪偏盛, 可加桂枝6 g, 生姜改干姜; 气虚甚者, 加黄芪30 g; 肾气亏虚者, 加入山萸肉12 g, 黄精12 g, 菟丝子12 g; 寒痰甚者, 陈皮、姜半夏加大剂量改为10 g; 痰热郁肺者, 去姜半夏、陈皮, 加瓜蒌皮12 g, 竹茹15 g, 浙贝母8 g。早晚各1次, 1剂/日。2周为1疗程。2疗程后观察对比疗效。

中医联合组采用参香温肺汤加减结合背部走罐治疗。参香温肺汤加减治疗同中医组。背部走罐治疗: 指导患者取俯卧位。暴露患者项部和背部。叮嘱患者放松肌肉。将涂好紫草油的棉签涂于患者颈背部。借助中号玻璃管以闪火法拔罐。右手握住罐底, 稍倾斜。后半边着力, 前半边略提起, 慢慢螺旋式向前移动。每移动1次停留5~10 s, 再重复擦紫草油。顺着项背肌处和督脉, 上下走动几次, 直到皮肤红润、充血或瘀血时取下火罐, 擦干净项背部, 嘱患者3 d内保持皮肤清洁, 禁摩擦。1次/周, 2次1疗程, 共2疗程。

**1.5 观察指标** 临床观察1年, 对比患者治疗前后的症状、胸部影像学、CAT评分、生活质量等情况。后对所取信息借助统计学分析比较, 得出结论<sup>[2]</sup>。

**1.6 评价标准** 疗效评定标准<sup>[3]</sup>: ①显效: 患者咳嗽咳痰症状明显减轻或基本消失, 一般活动后无胸闷、气促, 可自由外出一般活动, 肺部CT影像无过度充气、炎性病灶, FEV<sub>1</sub> (%) 为 $\geq 70\%$ , 肺部未闻及干啰音, 1年内无复发次数, CAT评分0~10分, 生活质量可; ②有效: 患者存在轻微咳痰咳喘, 一般活动后出现胸闷、气促症状, 外出活动受限, 胸部CT呈肺部充气状态,  $50\% \leq \text{FEV}_1$  (%) <70%, 肺部干啰音减少, 1年内发作次数1~3次, CAT评分11~20分, 生活质量一般; ③无效: 患者仍然剧烈咳嗽咳痰, 活动耐力下降, 轻微活动即出现胸闷、呼吸困难, 胸部CT存在过度充气, 或见肺大泡, 或见炎性病灶, 甚至胸腔积液, FEV<sub>1</sub> (%) <50%, 肺部干湿性啰音难以消散, 1年内发作次数 $\geq 3$ 次, CAT评分21~40分, 生活质量差。总有效=显效+有效。

**CAT评分标准:** 依照改良英国医学研究会发布的COPD病情程度评估量表评价组间差异。量表包括咳嗽, 胸闷, 咳痰, 睡眠等8项。总分40分, 分数越高, 病情越严重。

**SF-36评分标准:** 依照生活质量评分量表评价差异。量表由生理机能、生理职能、躯体疼痛、精力情况、社会职能、情感职能和精神健康8项组成。总分100分, 分数越高, 生活质量越好。

**1.7 统计学方法** 数据处理采用SPSS 22.0统计学软件分析采用t检验,  $P > 0.05$ 提示差异无统计学意义,  $P < 0.05$ 提示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 组间疗效比较** 中医联合组总有效率96.67%, 高于

西医组总有效率的73.33%, 差异有统计学意义 ( $P = 0.011 < 0.05$ ); 高于中医组的总有效率70%, 差异有统计学意义 ( $P = 0.006 < 0.05$ )。

表1 组间疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
西医组	30	11(36.67)	12(40.00)	6(20.00)	22(73.33)
中医组	30	13(43.33)	11(36.67)	5(16.67)	21(70.00)
中医联合组	30	25(83.33)	4(13.33)	1(3.33)	29(96.67)

注:与中医联合组相比,  $P < 0.05$

**2.2 组间CAT评分比较** 治疗前组间CAT评分相比, 无统计学差异,  $P > 0.05$ ; 治疗后中医联合组CAT评分均低于中医组和西医组, 存在统计学差异,  $P < 0.05$ 。

表2 组间CAT评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
西医组	30	31.9 $\pm$ 9.9	19.1 $\pm$ 4.1*
中医组	30	31.1 $\pm$ 9.3	15.7 $\pm$ 3.9*
中医联合组	30	31.3 $\pm$ 9.7	10.1 $\pm$ 2.3

注:与中医联合组相比,  $P < 0.05$

**2.3 组间住院情况比较** 中医联合组SF-36评分高于中医组和西医组, 但中医联合组的住院费用低于中医组和西医组, 存在统计学差异,  $P < 0.05$ 。

表3 组间住院情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	SF-36评分(分)	住院费用(元)
西医组	30	79.1 $\pm$ 6.9*	7995.3 $\pm$ 1003.1*
中医组	30	87.3 $\pm$ 7.7*	5019.7 $\pm$ 883.9*
中医联合组	30	95.9 $\pm$ 6.9	4073.9 $\pm$ 599.7

注:与中医联合组相比,  $P < 0.05$

## 3 讨论

(1) 西医治疗: (使用支气管扩张剂、糖皮质激素; 祛痰和镇咳; 家庭氧疗) 西医治疗方法可以减少或消除患者的症状、提高活动耐力、减少急性发作次数和严重程度以改善健康状态。西医治疗能有效缓解急性发作, 改善肺功能, 但往往难以根治, 易反复发作, 或者带来一系列并发症。患者病程长, 经济负担重。(2) 中医治疗、联合治疗: COPD可归于中医“喘证”“痰饮”“肺胀”范畴, 其三大病机: 气阳虚弱是发病的内因; 痰瘀伏肺是发病的宿根; 外感六淫是发病的诱因。张仲景有言: “病痰饮者, 当以温药和之。” 中医治疗具有COPD标本同治特点。

中医组: 参香温肺汤出自《杏苑》卷五, 功效: 温肺散寒, 益气温肺, 止咳平喘; 主治: 形寒饮冷伤肺, 喘嗽胸满, 气不通畅。标本同治, 既可以益气扶正, 增强抵御外邪能力; 亦能治标, 减轻祛痰止咳平喘症状。单纯使用中药汤剂治疗起效慢, 病程长。

中医联合组: 走罐属于中医特色疗法, 能达到扶正祛邪、调整阴阳、疏通经络、调节脏腑、散寒除湿、行气活血等作用。参香温肺汤结合背部走罐, 通过“益气



温阳护卫,解表化痰祛瘀”,较单纯中药汤剂组可显著增强温阳散寒作用,可增强机体抗邪能力,还可解决哮喘的宿根问题,从而达到防治COPD发作的目的。患者咳嗽咳痰、胸闷气促明显缓解,肺部啰音减少或消失,肺功能显著改善。其可提高机体抵抗力,降低发作次数,缩短病程,提高患者生活质量,提高临床疗效。故联合治疗疗效确切,好于单纯西医及中医治疗。

综上所述,中药汤剂参香温肺汤联合走罐法在COPD稳定期的治疗应用效果显著。此方法标本同治,可解决哮喘的宿根问题,从而达到防治COPD发作的目的。它是一种疗效更好、更经济、更有价值的治疗方法。

#### 参考文献

- [1] 龚昌银.补肺健脾益肾汤联合西药治疗 COPD 稳定期肺脾气虚证 45 例[J]. 中医研究, 2017, 30(6):42-44.
- [2] 黄家桓, 李建强. 中药补肺汤联合西药对 COPD 稳定期患者呼吸功能的影响[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(10):54-55.
- [3] 李红华. 射干麻黄汤联合热敏灸治疗支气管哮喘发作期的疗效观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(12):96-97.
- [4] Zhu S Q, Zhou X F, Wu C P. Observation of curative effect of treating the chronic hepatitis B patients by telbivudine combined with adefovir dipivoxil[J]. China Tropical Medicine, 2010, 10(10):1231-1232.
- [5] Zhuang Q, Xiang K M, Gynaecology D O. Curative Effect Observation of Duhuojiusheng Decoction Combined with Zoledronic Acid in the Treatment of Menopausal Liver-Kidney Asthenia Osteoporosis[J]. West China Medical Journal, 2013, 28(12):45-48.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王顺贵 收稿日期:2018-07-05)

## 加味牵正散与热敏灸联合应用在周围性面瘫患者中的效果

杨志伟 付淑兰 刘娟

(江西省高安市人民医院康复科, 江西 高安 330800)

**摘要:**目的 观察加味牵正散与热敏灸联合应用在周围性面瘫患者中的临床疗效。方法 将收治的60例周围性面瘫患者按1:1的比例随机分为2组。对照组30例给予泼尼松片, 1次30 mg, 1 d 1次, 连服1周后开始减量, 10 d内减量至5 mg/d; 甲钴胺注射液0.5 mg, 肌肉注射, 1 d 1次; 针刺(患侧攒竹、阳白、地仓、颊车、迎香、四白、牵正、承浆、翳风、对侧合谷), 0.35 mm × 40 mm 不锈钢毫针, 直刺或平刺入穴位1寸左右, 留针20~30 min, 行针1次, 1次/d。观察组30例在对照组治疗基础上给予加味牵正散(白附子3 g, 僵蚕10 g, 全蝎3 g, 白芍10 g, 防风6 g, 地龙10 g, 甘草3 g); 翳风、下关、牵正、地仓、颊车、阳白、太阳等穴热敏灸。2组均以10 d为1个疗程, 共治疗3个疗程。结果 观察组愈显率87% (26/30), 对照组愈显率47% (14/30), 差异明显,  $P < 0.05$ , 观察组疗效明显优于对照组。结论 加味牵正散联合热敏灸治疗周围性面瘫疗效肯定, 可供临床工作者参考运用。

**关键词:** 牵正散; 热敏灸; 周围性面瘫; 中西医结合疗法; 中风; 中经络

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.038

文章编号:1672-2779(2018)-21-0097-03

### The Effect of Modified Qianzheng Powder and Heat-sensitive Moxibustion on Peripheral Facial Paralysis

YANG Zhiwei, FU Shulan, LIU Juan

(Rehabilitation Department, Gaoan People's Hospital, Jiangxi Province, Gaoan 330800, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical efficacy of modified Qianzheng powder and heat-sensitive moxibustion on peripheral facial paralysis. **Methods** 60 patients with peripheral facial paralysis admitted to our hospital were randomly divided into two groups according to the ratio of 1:1. In the control group, 30 patients were given prednisone tablets once at 30 mg and once at 1 d. After one week of continuous administration, the dosage was reduced to 5mg/d within 10 days. Mecobalamin injection 0.5m g, muscle injection, 1 d 1 time; Acupuncture (save bamboo, Yang side white, to warehouse, buccal car, yingxiang, four white, lead is, pulp, yifeng, to the side of the valley), 0.35 mm x 40 mm stainless steel needle, stab or flat Pierce point 1 inch or so, retaining needle 20 ~ 30 min, row needle, 1 / d. In the observation group, 30 patients were given modified Qianzheng powder (white aconite 3g, stiff silkworm 10g, scorpion 3g, white peony 10g, wind-proof 6g, diplodocus 10g, licorice 3g) on the basis of treatment in the control group. Heat-sensitive moxibustion in yifeng, xiaguan, qianzheng, tianchang, cheekcar, yangbai, sun and other points was carried out. Both groups received 10 days as one course of treatment, with a total of 3 courses of treatment. **Results** The healing rate of the observation group was 87%, and that of the control group was 47%. The difference was significant ( $P < 0.05$ ). The curative effect of the observation group was better than that of the control group. **Conclusion** The curative effect of modified Qianzheng powder combined with heat sensitive moxibustion on peripheral facial paralysis is positive, which can be used as reference for clinical workers.

**Keywords:** Qianzheng powder; heat sensitive moxibustion; peripheral facial paralysis; therapy of integrated medicine; stroke; apoplexy involving both collateral and meridian

面瘫相当于现代医学周围性面神经炎,或称Bell麻痹,属“口喎”“口僻”范畴,为临床上的多发病、常见病,病因不明,是面神经在茎乳突孔内的非特异性炎症所致。主要表现为患侧面神经所支配的表情肌瘫痪,额纹变平,皱眉不能,眼裂扩大,鼻唇沟平坦,

口角下垂等。如不治疗或延误治疗,部分人群可出现后遗症,如面肌痉挛、联动综合征等。目前缺乏在常规治疗基础上联合加味牵正散与热敏灸在疗效方面的临床观察,故将加味牵正散与热敏灸联合应用在周围性面瘫患者中,并与常规治疗进行对照,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2016年6月—2018年9月我院住院的周围性面瘫患者60例,按照就诊顺序随机分为观察组和对照组,2组患者的年龄、性别、病程及RPA症状积分经方差分析,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ),具有可比性。详见表1。

表1 2组患者一般资料比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)	病程(d)	RPA积分(分)
观察组	30	21	9	45.2±12.5	3.2±0.5	3.87±0.53
对照组	30	19	11	42.5±13.5	3.4±0.4	3.95±0.71

**1.2 诊断标准** 一般起病急骤,或有吹风史和受凉史,病初可见一侧面部额纹变浅或消失,睑裂变大,患侧口角低垂,鼻唇沟变浅变平,示齿时口角歪向健侧,鼓腮和吹口哨时,患侧漏气,不能抬额、皱眉,闭眼时眼球向上外方转动,显露白色巩膜,眼睑闭合无力或闭合不全;部分患者可伴有耳后乳突区、耳内或下颌角疼痛,还可出现患侧舌前2/3味觉障碍;另有一些患者因病程迁延难愈,甚至可出现患侧肌肉挛缩,口角反向患侧歪斜,形成“倒错”现象<sup>[1]</sup>。

**1.3 纳入标准** ①凡符合上述诊断标准,确诊为周围性面瘫,通过颅脑CT检查无脑出血、脑梗死及中枢神经系统损伤,并排除格林-巴利综合征、迷路炎、乳突炎、中耳炎等引起的面瘫。②神志清楚,能正确表达灸感,且可探及热敏腧穴者。

**1.4 排除标准** ①治疗中接受其他治疗方法者。②合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病以及精神病患者;妊娠或哺乳期妇女。③晕针、晕灸者或对针灸排斥者。

### 1.5 治疗方法

**1.5.1 对照组** 给予泼尼松片,1次30 mg,1 d 1次,连服1周后开始减量,10 d内减量至5 mg/d;甲钴胺注射液0.5 mg/d,肌肉注射,1 d 1次;针刺(患侧攒竹、阳白、地仓、颊车、迎香、四白、牵正、承浆、翳风、对侧合谷),0.35 mm×40 mm不锈钢毫针,直刺或平刺入穴位1寸左右,留针20~30 min,行针1次,1次/d。

**1.5.2 观察组** 在对照组基础上联合应用加味牵正散与热敏灸热敏腧穴的查找遵循热敏灸探查方法<sup>[2]</sup>,一般在患者患侧面颊、耳后、颈部(翳风、下关、牵正、地仓、颊车、阳白、太阳等穴)进行热敏探查,先行回旋灸、雀啄灸各1 min以温热局部气血,再逐个穴位施温和灸,用单盲法询问患者在施灸过程中所产生的感觉,并依据患者需求调整艾灸位置和距离,当患者感到艾灸热量向施灸部位深处灌注(透热)或向远处传导(传热)或向四周扩散(扩热)时,此点即为热敏化腧穴,寻找出所有热敏化腧穴,选用其中最敏感的2~3个腧穴,施行热敏灸。施灸时间以个体化热敏灸感

消失为度,即至透热、传热、扩热现象消失为单次施灸剂量,此病中,热敏感消失最短为5 min,最长为60 min,每日1次,疗程与针刺同步。加味牵正散(白附子3 g,僵蚕10 g,全蝎3 g,白芍10 g,防风6 g,地龙10 g,甘草3 g),每日1剂,分2次服用。

### 1.6 疗效评定标准

**1.6.1 Portmann 简易评分标准** 与健侧对比,以面部6组表情肌的自主运动情况积分表示,包括皱眉、闭眼、动鼻翼、吹口哨、用力微笑、鼓腮<sup>[3]</sup>。见表2。

表2 Portmann简易评分标准

运动	基本相同	减弱	微弱运动	完全不能动
皱眉	3分	2分	1分	0分
闭眼	3分	2分	1分	0分
动鼻翼	3分	2分	1分	0分
吹口哨	3分	2分	1分	0分
用力微笑	3分	2分	1分	0分
鼓腮	3分	2分	1分	0分

注:安静时印象分面部对称2分,稍不对称1分,明显不对称0分

**1.6.2 症状疗效标准** 参照第5次国际面神经外科专题研讨会推荐的House Brackmann (H-B)<sup>[4]</sup>面神经功能评价分级系统确定。痊愈:面部所有区域正常。显效:仔细观察可看出轻微的功能减弱,可能有轻微的联带运动;面部静止时对称,张力正常;上额运动中等,眼轻用力可完全闭合,口轻度不对称。有效:有明显的功能减弱,但双侧无损害性不对称,可观察到并不严重的联带运动,挛缩和(或)半侧面部痉挛;面部静止时张力正常;上额运动微弱,眼用力可完全闭合,口明显不对称。无效:面静止时不对称,上额无运动,眼不能完全闭合,口仅有轻微运动。

**1.7 统计学方法** 采用SPSS 13.0软件包进行统计分析,计数资料用均数±标准差( $\bar{x}±s$ )表示,均数比较采用 $t$ 检验和方差分析,各组率的比较采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者治疗前后RPA积分比较** 见表3。

表3 2组患者治疗前后RPA积分比较 ( $\bar{x}±s$ ,分)

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分	治疗前后积分差值
观察组	30	3.87±0.53	16.42±3.06	12.53±2.63
对照组	30	3.95±0.71	10.31±2.15	7.47±1.21

观察组与对照组均有治疗效果 ( $P<0.05$ ),但观察组优于对照组 ( $P<0.05$ )。

**2.2 2组患者临床疗效比较** 见表4。

表4 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率
观察组	30	11	15	4	0	26(87)
对照组	30	3	11	15	1	14(47)

观察组愈显率为87%,而对照组愈显率为47%,观察组的临床疗效优于对照组 ( $P<0.05$ )。

### 3 讨论

周围性面瘫多由急性非化脓性茎乳孔内的面神经炎所引起,使局部营养面神经的血管发生痉挛,导致面神经组织缺血、缺氧、水肿受压而致病,产生面部肌肉瘫痪的症状,中医学称之为“口喎”“口僻”等。周围性面瘫初起多由于正气不足,气衰血少,营卫不周,腠理疏松,脉络空虚,加之起居不慎,风寒、风热之邪乘虚而入侵袭人体,且常逗留于面部;浸淫肌肤,入经中络以致面部阳明、少阳之络阻滞不畅,气血运行迟涩,痹阻经络,经络瘀滞则经筋肌肉失养,颊筋缓而不用,弛纵不收而成僻。面瘫日久,经气亏虚,邪入血络,结而成瘀,阻滞经络,致面部失荣,肌肉失养,故临床常见“倒错”现象。牵正散,为治风剂,具有祛风化痰,通络止痉之功效。主治风中头面经络,口眼喎斜,或面肌抽动,舌淡红,苔白。临床常用于治疗面瘫属于风痰阻络者。热敏腧穴是新发现的一类对艾灸高度敏化的疾病

反应点,其在艾灸时常表现出透热、扩热、传热、局部不热远部热、表面不热深部热、其他非热感觉(酸、胀、重、痛、凉等)等奇特的临床现象,我们称之为热敏现象,而产生上述热敏现象的部位则为热敏腧穴。研究表明,周围性面瘫疾病患者,常在耳后及面部探及热敏腧穴。根据“疾病反应点就是疾病的最佳治疗点”针灸规律以及腧穴的主治特点,加之艾灸可化痰补气通络的治疗功效,故本研究采用加味牵正散与热敏穴联合运用治疗本病,疗效显著。大量的临床观察表明,在常规治疗基础上,加味牵正散与热敏穴联合运用,疗效确切,方法简便,值得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1]石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:220.
  - [2]陈日新. 热敏化艾灸新疗法[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:20-23.
  - [3]王燕禧,张叔香,许华,等. Bell's 面瘫 164 例观察[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1996,31(6):334-337.
  - [4]House JW. Facial nerve grading system[J]. Laryngoscope,1983(93):1056-1069.
- (本文编辑:张文娟 本文校对:李敏慧 收稿日期:2018-07-02)

## 加味升阳益胃汤治疗腹泻型肠易激综合征的临床观察

梁志涛<sup>1</sup> 李波<sup>1</sup> 武洛洛<sup>2</sup>

(1 河南省中医院肝胆脾胃病科,河南 郑州 450002; 2 河南中医药大学第二临床医学院,河南 郑州 450008)

**摘要:**目的 观察加味升阳益胃汤治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效。方法 采用随机数字表法,将60例腹泻型肠易激综合征患者分为治疗组、对照组,分别给予加味升阳益胃汤、马来酸曲美布汀片治疗,2组治疗疗程均为2周,观察2组患者治疗前后临床症状、不良反应、血清5-羟色胺(5-HT)等方面的变化及疗程结束后3个月随访时患者的症状、体征,比较2组患者的治疗效果。结果 治疗组患者总有效率为93.3% (28/30),高于对照组患者总有效率83.3% (25/30) ( $P < 0.05$ );在降低血清5-HT含量方面,治疗组明显优于对照组;治疗组不良反应发生2例,对照组不良反应发生3例,组间不良反应发生率无明显差异 ( $P > 0.05$ );治疗结束3个月后随访,治疗组患者复发率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 加味升阳益胃汤对腹泻型肠易激综合征患者疗效确切,能明显降低远期复发率,且安全无明显毒副作用,有很高的临床价值,值得借鉴推广。

**关键词:** 升阳益胃汤; 腹泻; 肠易激综合征; 中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.039

文章编号:1672-2779(2018)-21-0099-03

### Clinical Observation on Modified Shengyang Yiwei Decoction in the Treatment of Diarrhea Irritable Bowel Syndrome

LIANG Zhitao<sup>1</sup>, LI Bo<sup>1</sup>, WU Luoluo<sup>2</sup>

(1. Department of Gastroenterology, Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China;

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

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of modified Shengyang Yiwei decoction in the treatment of diarrhea irritable bowel syndrome. **Methods** Using random number table method, 60 cases of diarrhea irritable bowel syndrome patients were divided into treatment group and control group, and they were given modified Shengyang Yiwei decoction and maleic acid trimebutine treatment respectively for 2 weeks. Before and after treatment, clinical symptoms, adverse reactions, serum levels of serotonin (5-HT), and other aspects of the change and treatment after 3 months back when the patient's symptoms, signs, compare the treatment effect of two groups of patients were observed. **Results** The total effective rate in the treatment group was 93.3%, which was higher than 80.0% in the control group ( $P < 0.05$ ). The treatment group was superior to the control group in reducing serum 5-HT content. There were 2 cases of adverse reactions in the treatment group and 3 cases of adverse reactions in the control group. There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the groups ( $P > 0.05$ ). The recurrence rate of the two groups was statistically analyzed ( $P < 0.05$ ), and the treatment group was lower than the control group. **Conclusion** modified Shengyang Yiwei decoction in the treatment of diarrhea irritable bowel syndrome has curative effect, can significantly reduce the long-term recurrence rate, no obvious side effects and safe, has a high clinical value, and is worth popularizing for reference.

**Keywords:** Shengyang Yiwei decoction; diarrhea; irritable bowel syndrome; therapy of traditional Chinese medicine

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种临床常见的功能性肠病,表现为反复发作的腹痛,与排便相关或伴随排便习惯改变<sup>[1]</sup>。罗马IV诊断标准将

IBS分为腹泻型、便秘型、混合型、不定型4个亚型,在我国尤以腹泻型肠易激综合征( IBS-D)最为常见,且随着时间推移,患者总量逐渐增多<sup>[2]</sup>。由于IBS发病机制复

杂,呈多因素性,导致疾病难以速愈,症状反复发作,患者频繁就医,严重影响人们的工作和生活质量。相关研究提示中医中药对于IBS的治疗具有良好的临床疗效<sup>[9]</sup>。本研究采取随机对照的方式,通过与对照组的对比研究,以证实加味升阳益胃汤治疗IBS-D的临床疗效。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 所有的病例均为2017年6月—2017年12月在河南省中医院肝胆脾胃病科收治的门诊及住院的IBS-D患者,总共60例,所有患者均签署知情同意书,且符合纳入标准。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照罗马IV关于IBS-D的诊断标准。

**1.2.2 中医诊断标准** 参照2017年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会发表的《肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见》制定。具体如下:主症:①黎明即泻;②腹部冷痛,得温痛减。次症:①腰膝酸软;②大便或有不消化食物;③形寒肢冷。舌脉:舌质淡胖、边有齿痕、苔白滑;脉沉细。确定证型:同时有2项主症加2项次症,或者有第1项主症连同3项次症,并参合舌诊、脉象共同诊断。

**1.3 纳入标准** (1)符合RomeIV IBS-D诊断标准;(2)符合“泄泻”脾肾阳虚证的辨证标准;(3)年龄在16~65岁,男女不限;(4)对本组研究目的、过程等均充分知情,并签订了知情同意书,能够完成整个治疗过程。

**1.4 排除标准** (1)经肠镜或其他医学检查明确有消化道器质性疾病者;(2)全身性疾病、感染、恶性肿瘤、中毒及其他多种原因导致的腹泻;(3)合并严重心脑血管、肝、肾、造血及免疫系统功能严重障碍患者;(4)妊娠、处于哺乳期妇女及计划妊娠的患者;(5)过敏体质和对本次临床观察所用药物过敏者;(6)正在参加其他药物临床试验的患者,或近期服用影响胃肠道动力的药物,影响试验结果及药物疗效的判定。

### 1.5 治疗方法

**1.5.1 治疗组** 给予升阳益胃汤为基础加味。方药组成:太子参12 g,白芍12 g,柴胡12 g,独活10 g,羌活10 g,泽泻10 g,防风10 g,陈皮10 g,清半夏9 g,黄连3 g,黄芪18 g,炒白术12 g,茯苓12 g,煨诃子15 g,山药24 g,车前子24 g。腹痛甚者加延胡索24 g;反酸、烧心者加炒百合20 g,海螵蛸30 g;腹部胀满者加醋三棱6 g,醋莪术6 g;纳谷不香者加炒麦芽30 g,炒鸡内金15 g。所有中药材均由河南省中医院药房提供,并采取煎药机煎药,每日1剂,每剂煎200 mL,均分为2份,早、晚餐前温服。治疗2周为1个疗程。

**1.5.2 对照组** 给予马来酸曲美布汀片(援生力维)应用,0.1 g/片,由开开援生制药股份有限公司生产,批号H20000388,每日3次,每次0.2 g,餐前温开水送服。治疗2周为1个疗程。

## 1.6 观察指标

**1.6.1 中医证候学指标** 参照《中药新药临床研究指导原则》(试行)之“中药新药治疗泄泻的临床研究指导原则”篇<sup>[10]</sup>,制订中医症状量化标准,对于主症按无、轻、中、重分别记0、2、4、6分;对于次症按无、轻、中、重分别记0、1、2、3分。各项中医证候单个症状积分相加为证候总积分,在治疗前、治疗2周后分别记录1次。

**1.6.2 血清5-HT检测** 患者在治疗前、治疗2周后,空腹10 h,于次晨静脉采血3 mL,置于4℃冰箱中放置30 min后,于离心机上以3500 r/min离心5 min,取上清液,-20℃冰箱保存。用酶联免疫吸附测定法(ELISA法)测定人5-HT,试剂盒由南京赛研生物科技有限公司提供,严格遵照试剂说明逐步操作。

**1.7 中医证候疗效评定标准** 采取尼莫地平法计算:(1)临床痊愈:症状、体征完全消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ ;(2)显效:症状、体征明显好转,证候积分减少 $\geq 70\%$ ;(3)有效:症状、体征有所改善,证候积分减少 $\geq 30\%$ ;(4)无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,积分减少 $< 30\%$ 。

**1.8 远期疗效评定标准** 远期疗效评价治疗后患者复发的情况,停药后或维持量治疗时,腹痛、腹泻症状加重或再现,并持续最少3 d说明疾病复发。

**1.9 统计学方法** 使用SPSS 24.0统计软件进行数据分析,当计量资料为正态分布时,采用 $t$ 检验;为非正态分布时,则采用秩和检验。计数资料均使用卡方检验。

## 2 结果

**2.1 中医证候学评价** 比较2组患者治疗后单个症状总积分,在黎明即泻、腹部冷痛、腰膝酸软、大便有不消化食物、形寒肢冷等方面,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),在改善肠鸣矢气方面,2组无明显差异( $P > 0.05$ ),考虑2组药物治疗效果相当(见表1)。2组患者治疗前及治疗后证候积分比较采用 $t$ 检验,治疗后2周,治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后总有效率93.3%,优于对照组总有效率80.0%( $P < 0.05$ )(见表2)。

表1 2组治疗前后证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	时间	黎明即泻	腹部冷痛	腰膝酸软
治疗组	30	治疗前	4.21±1.15 <sup>■</sup>	4.01±1.21 <sup>■</sup>	1.89±0.65 <sup>■</sup>
		治疗后	1.85±0.69 <sup>▲▲</sup>	1.79±1.05 <sup>▲▲</sup>	0.85±0.75 <sup>▲▲</sup>
对照组	30	治疗前	4.18±1.05 <sup>■</sup>	4.25±0.92 <sup>■</sup>	1.93±0.62 <sup>■</sup>
		治疗后	2.65±1.03 <sup>▲</sup>	2.23±0.85 <sup>▲</sup>	1.51±0.35 <sup>▲</sup>
组别	例数	时间	大便有不消化食物	形寒肢冷	肠鸣矢气
治疗组	30	治疗前	1.58±1.18 <sup>■</sup>	1.78±0.95 <sup>■</sup>	1.28±0.59 <sup>■</sup>
		治疗后	0.93±1.01 <sup>▲▲</sup>	0.81±0.83 <sup>▲▲</sup>	1.01±0.31 <sup>▲</sup>
对照组	30	治疗前	2.08±0.65 <sup>■</sup>	1.87±0.43 <sup>■</sup>	1.73±0.95 <sup>■</sup>
		治疗后	1.38±0.78 <sup>▲</sup>	1.05±0.38 <sup>▲</sup>	0.89±0.24 <sup>▲</sup>

注:治疗前后同组对比,▲ $P < 0.05$ ;治疗前与对照组比较,■ $P > 0.05$ ;治疗后与对照组比较,\* $P < 0.05$

表2 2组总体疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	好转	有效	无效	总有效率
治疗组	30	9(30.0)	16(53.3)	3(10.0)	2(6.7)	28(93.3)
对照组	30	7(23.3)	13(43.3)	4(13.3)	6(20.0)	25(83.3)

2.2 血清5-HT测量 经独立样本t检验,治疗前2组患者血清5-HT比较,  $P>0.05$ , 差异无统计学意义, 有可比性; 治疗后2组患者血清5-HT比较, 治疗组明显优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表3。

表3 治疗前后2组患者血清5-HT含量比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	640.70±97.43	398.75±58.34
对照组	30	651.18±136.75	486.35±68.23

2.3 不良反应 治疗组出现不良反应1例, 对照组出现不良反应2例, 2组不良反应发生率比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 提示2组比较差异无统计学意义。

2.4 远期疗效 治疗结束3月后随访, 治疗组有2例患者复发, 对照组有5例患者复发, 经卡方检验, 2组比较有显著差异 ( $P<0.05$ ), 提示加味升阳益胃汤组远期疗效优于对照组。

### 3 讨论

IBS-D可归属于中医学“泄泻”“飧泄”“腹痛”等范畴。泄泻病位主要在脾、胃以及大、小肠, 同时与肝、肾密切相关<sup>[5]</sup>, 《症因脉治·内伤泄泻》有言: “脾虚泄之因, 脾气素虚, 或大病后, 过用寒冷, 或饮食不节, 劳伤脾胃, 皆成脾虚泄泻之症”。因此, 脾胃升降失调, 腐熟运化水谷无力, 机体消化吸收功能障碍, “清气在下, 则生飧泄”, 这也是泄泻脾胃虚弱证的理论基础, 中医治疗当以健脾燥湿、益气升提为主。叶天士曰: “太阴湿土, 得阳始运”, 当脾阳受损, 则加重本病, 致病程缠绵。汪昂曰: “久泻皆由肾命火衰, 不能专责脾胃”。脾胃的受纳、腐熟及运化功能, 皆赖肾阳温煦, 若肾阳虚衰, 脾阳不足, 泄泻反复, 肾阳也可累及, 从而脾肾阳虚, 腹泻缠绵不愈。《景岳全书·泄泻论证》曰: “泄泻之本, 无不由于脾胃。……若饮食失常, 起居不时, 以致脾胃受伤, 则水反为湿, 谷反为滞, 精华之气不能输化, 乃至合污下降而泻痢作矣。肾为胃关, ……今肾中阳气不足, 则命门火衰, 而阴寒独盛, ……当阳气未复阴气盛极之时, 即令人洞泄不止”。从上所述, 当知本病的病机为脾虚湿困, 脾肾阳虚下陷, 本虚标实, 虚实夹杂<sup>[6]</sup>。

升阳益胃汤出自李东垣《脾胃论》。方中寓有“痛泻要方”和“六君子汤”之意。痛泻要方(防风、白术、白芍、陈皮)用于治疗“痛泻”之病, 主要起抑肝补脾、祛湿止泻之效。方中白术味甘苦, 性温, 燥湿健脾以治脾虚, 助脾运, 白芍酸寒, 柔肝缓急止痛, 配伍白术, 土中泻木, 泻肝补脾, 陈皮辛苦而

温, 理气醒脾调中, 防风为脾经引经药, 舒脾胜湿, 与白芍、白术相伍, 辛能散肝郁, 香能舒脾气, 且又有燥湿止泻之功。痛泻要方泻肝补脾, 使肝脾调和, 运健湿除, 自然痛泻俱止。六君子汤(陈皮、清半夏、人参、茯苓、白术、甘草)是在四君子汤基础上加陈皮、清半夏而成。主要用于脾胃虚弱兼痰湿之证, 方中以人参甘温益气, 健脾养胃。白术, 健脾燥湿, 加强人参益气健脾之功。甘淡茯苓, 健脾渗湿, 健脾祛湿之功益著。清半夏燥胃化湿, 陈皮理气健脾, 有气顺则湿自除之意, 六君子汤诸药合用共奏燥湿化痰, 益气健脾之功。加黄芪更增其健脾益气之功, 并能助阳化湿; 又用羌活、独活、柴胡3味风药, 升举清阳, 祛风除湿, 清阳得升, 湿邪得祛, 则阳气升腾而泄泻自止, 黄连、泽泻除湿清热, 配伍炒山药益气健脾, 车前子其性味甘寒能分清浊、利小便, 所以能止泻, 即“利小便以实大便”之意, 诃子味酸涩, 性平, 有涩肠敛肺之功, 煨用更善涩肠止泻。本方正是从IBS-D的病机出发, 从肝脾不调论治, 以脾气虚弱为本, 肝气不疏为标, 肝脾同调, 疾病得治。全方寒热平调, 散中有收, 补中寓泻, 标本兼治。《名医方论》曰: “补中之剂, 得发表之品而中自安; 益气之剂, 赖清气之品而气益倍, 此用药有相须之妙也”。诸药合用健脾益气而无壅滞之虑, 疏肝理气而无发散太过之忧。

本研究运用了随机对照的方法, 观察加味升阳益胃汤治疗IBS-D的疗效。研究采用了中医证候积分、血清5-HT等多个疗效指标, 显著提升了疗效评价体系的稳定性及可靠性<sup>[7]</sup>。观察结果表明: 在中医证候总体疗效评价方面, 治疗组有效率为93.3%, 优于对照组的80.0% ( $P<0.05$ ), 同时可以更好地改善患者黎明即泻、腹部冷痛、腰膝酸软、大便有不消化食物、形寒肢冷等单个症状, 并能降低血清5-HT含量。通过本研究表明, 加味升阳益胃汤能够明显改善IBS-D患者中医证候, 临床疗效满意, 值得进一步在临床推广应用。

### 参考文献

- [1]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(3):227-232.
- [2]胡品津,潘国宗.中华医学会第一届全国肠易激综合征学术会议纪要[J].中华消化杂志,2003,23(7):428.
- [3]苏冬梅,张声生,徐建平,等.中药治疗腹泻型肠易激综合征的系统评价研究[J].中华中医药杂志,2009,24(4):532-535.
- [4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京: 国医药科技出版社,2002: 139-143.
- [5]周仲瑛.中医内科学[M].北京: 中国中医药出版社,2005:246-247.
- [6]梁志涛,曹扬.张善举治疗慢性泄泻经验[J].中国临床研究,2012,4(23): 74-75.
- [7]彭美哲,王思玉,李享,等.疏肝健脾法治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究[J].世界中医药,2014,9(12):1595-1598.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张勤生 收稿日期:2018-07-27)

# 潜阳封髓丹合五皮五藤饮治疗慢性湿疹临床观察

石 璐

(北京市朝阳区安贞社区卫生服务中心中医科, 北京 100011)

**摘要:**目的 观察潜阳封髓丹合五皮五藤饮治疗湿热、血瘀兼阳虚型慢性湿疹的临床疗效。方法 治疗组29例内服潜阳封髓丹合五皮五藤饮加减, 外用氧化锌软膏; 对照组28例内服西替利嗪, 外用氧化锌软膏。治疗2周后, 观察患者症状和体征, 进行数据处理。结果 治疗组总有效率为86.20% (25/29), 对照组总有效率为60.71% (17/28)。治疗组总有效率明显高于对照组 ( $P<0.05$ ), 治疗组在硬肿、表皮脱落以及苔藓化方面疗效优于对照组 ( $P<0.05$ ), 治疗组与对照组在消除红斑方面疗效相同 ( $P>0.05$ )。结论 潜阳封髓丹合五皮五藤饮治疗湿热、血瘀兼阳虚型慢性湿疹疗效确切, 能有效改善慢性湿疹的临床症状, 具有临床应用的价值。

**关键词:** 潜阳封髓丹; 五皮五藤饮; 慢性湿疹; 中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.040

文章编号:1672-2779(2018)-21-0102-03

## Clinical Observation on Qianyang Fengsui Mini-pills Combined with Wupi Wuteng Drink in Treating Chronic Eczema

SHI Jun

(Department of Traditional Chinese Medicine, Anzhen Community Health Service Center of Chaoyang District, Beijing 100011, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of Qianyang Fengsui mini-pills combined with Wupi Wuteng drink in treating chronic eczema with damp-heat, blood stasis and yang deficiency. **Methods** In the treatment group, 29 patients were treated with Qianyang Fengsui mini-pills combined with Wupi Wuteng drink and zinc oxide ointment, and the control group of 28 cases was treated with cetirizine and zinc oxide ointment. After two weeks of treatment, the symptoms and signs of the patients were observed and the data were processed. **Results** The total effective rate was in the treatment group and the control group was 86.20% and 60.71% respectively. The total effective rate in the treatment group was significantly higher than that in the control group ( $P<0.05$ ). The curative effect of the treatment group and the control group in eliminating erythema was the same as that in the control group ( $P>0.05$ ). **Conclusion** The combination of Qianyang Fengsui mini-pills combined with Wupi Wuteng drink is effective in the treatment of chronic eczema with damp-heat, blood stasis and yang deficiency. It can effectively improve the clinical symptoms of chronic eczema and has the value of clinical application.

**Keywords:** Qianyang Fengsui mini-pills; Wupi Wuteng drink; chronic eczema; therapy of TCM

湿疹是一种常见的过敏性炎症性皮肤病, 主要是由T细胞介导的免疫损伤。湿疹为渗出及融合倾向的皮疹, 具有瘙痒、红斑、丘疹、水疱、脱屑、结痂、肥厚等特点。极易因急性、亚急性湿疹反复发作不愈而转为慢性湿疹。据统计, 湿疹在发达国家儿童中的流行率高达30%、成人中的流行率约为10%<sup>[1]</sup>。慢性湿疹患者常常因为皮肤外观的改变而在工作、生活、社交中面对偏见和歧视, 导致情绪低落、沮丧、产生孤独感、自卑感, 甚至敌对情绪。有研究证实了慢性湿疹患者相对正常人具有明显的焦虑、抑郁情绪<sup>[2]</sup>。且研究显示由于经济快速增长环境急剧变化, 发展中国家湿疹的流行率有增高的趋势<sup>[3]</sup>。

对于慢性湿疹, 目前的西医治疗方案主要是服用抗组胺药和外用糖皮质激素类软膏。患者服用抗组胺药物往往只能短暂控制瘙痒症状, 糖皮质激素类软膏虽能较好的消除肥厚、苔藓化的皮损, 但停药后又趋复发, 绵延数年至数十年而不能痊愈, 甚至因长期应用糖皮质激素而出现皮肤的弹性减弱、皮肤局部的多毛、皮纹消失、皮肤的色素发生异常、面部激素依耐性皮炎等副作用<sup>[4-5]</sup>。且易出现停药反跳现象<sup>[6]</sup>。临床上以皮损多样性、自觉瘙痒剧烈、易反复发作等为其特点。笔者发现, 运用潜阳封髓丹合五皮五藤饮为基础方治

疗阳虚兼有湿热、血瘀型慢性湿疹取得甚好的疗效。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2015年1月—2016年2月北京安贞社区卫生服务中心门诊的慢性湿疹患者57例。利用随机数字表法将其随机分为治疗组和对照组。治疗组29例, 男15例, 女14例; 对照组28例, 男12例, 女16例; 治疗组与对照组在性别、年龄、病程、湿疹主症和中医症候积分方面无差异 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照《中国临床皮肤病学(第四版)》制定<sup>[7]</sup>。慢性湿疹: 多由急性或亚急性湿疹反复不愈而成, 亦可一开始即为慢性湿疹。①皮疹具有多形性, 患部皮肤增厚、浸润、色素沉着, 表面粗糙, 有少许糠秕样鳞屑、抓痕、结痂或皲裂, 或呈苔藓化, 界限清楚, 外围可有丘疹、丘疱疹, 或皮损呈粟粒至绿豆大小红色或暗红色丘疹、斑丘疹; ②皮疹泛发全身或局限分布, 多呈对称性, 好发于手足、四肢屈侧及外阴、肛周等部位; ③病程不规则, 常反复发作, 急性发作时可有明显渗出; ④自觉瘙痒剧烈。

**1.2.2 中医证型诊断标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(2002年版)》拟订<sup>[8]</sup>。主症: ①皮肤红斑、或暗红斑; ②肿胀; ③瘙痒; ④右尺脉弱; ⑤畏寒怕冷。

次症：⑥舌质淡；⑦舌边齿痕；⑧苔黄腻；⑨手足冷；⑩喜冷饮，食冷则不适或腹泻。其中，必备条件是主证中的①~⑤即可诊断。

**1.3 纳入标准** ①符合慢性湿疹西医诊断标准及中医阳虚湿热证型诊断标准；②年龄在18~60岁；③自愿同意参加临床试验观察，签署知情同意书并能积极配合治疗者；④皮疹为原发皮疹，与职业因素无关；⑤未曾用药治疗或者治疗前14 d内已停用治疗本病的药物。

### 1.4 治疗方法

**1.4.1 常规护理与对症支持** 2组均采用相对统一的常规护理及对症支持疗法。常规护理：避免各种外界刺激，如持续高温、阳光持续性直射、热水洗烫、过度搔抓与摩擦、洗洁精等刺激性洗涤用品、动物毛、贴身穿非纯棉类衣物等；治疗期间生活规律，避免易致敏和有刺激性的食物，如海鲜、羊肉、韭菜、香椿、牛奶、鸡蛋、浓茶、咖啡、酒类等；减少精神紧张等不良精神因素方面的刺激。对症支持：外用氧化锌软膏保湿缓解皮肤干燥及瘙痒。

**1.4.2 治疗措施** 治疗组在常规护理与对症支持治疗的基础上，予以潜阳封髓丹合五皮五藤饮为基础方：炮附片10 g（先煎），炙甘草10 g，黄柏10 g，砂仁24 g（后下），龟甲15 g（先煎），牡丹皮10 g，白鲜皮15 g，海桐皮10 g，地骨皮30 g，桑皮10 g，海风藤30 g，天仙藤10 g，夜交藤30 g，钩藤10 g，青风藤30 g。瘙痒甚者可选加地肤子30 g，苦参15 g，白蒺藜10 g等；渗出严重者可选加土茯苓15 g，苍术10 g等；斑疹色暗者可选丹参10 g，红花10 g、当归10 g等。药品由我院统一代煎。每天早晚饭后0.5 h。疗程为2周。

对照组在常规护理与对症支持治疗的基础上，予以盐酸西替利嗪片每日1次，每次10 mg。本品为第二代抗组胺药，是选择性组胺H1受体拮抗剂，能阻断组胺对感觉神经末梢及血管系统的反应。

### 1.5 观察指标

**1.5.1 皮损面积及严重程度** 采用皮损面积及严重程度指数评分法（eczema area and severity index, EASI）进行评定<sup>[9]</sup>。皮损形态包括：①红斑：红色或暗红色炎症斑块，压之褪色；②硬肿/丘疹：皮损有针头大小丘疹或隆起的红色斑块；③表皮剥脱：角质细胞的层状堆积；④苔藓化：皮损浸润肥厚，角化过度。体征非常明显为重度3分；体征可立即看到为中度2分；体征存在，但需仔细观察为轻度1分，无皮损状态为0分。

**1.5.2 不良反应** 若治疗中患者出现不良反应，进行记录并及时处理。

**1.6 疗效判定标准** 临床痊愈：皮损全部消退，症状消失，积分值减少 $\geq 90\%$ ；显效：皮损大部分消退，症状明显减轻，积分值减少 $\geq 70\%$ ；有效：皮损部分消退，症状有所改善，积分值减少 $\geq 50\%$ ；无效：皮损

消退不明显，症状未见减轻或反见恶化，积分值减少 $< 50\%$ 。疗效判定时间为临床观察的第2周结束后。

**1.7 统计学方法** 采用SPSS 22.0软件进行统计分析。等级资料的比较采用非参数卡方检验。

## 2 结果

**2.1 2组患者总体疗效对比** 治疗组总有效率为86.20%，对照组总有效率为60.71%。治疗组总有效率明显高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 湿热兼阳虚型慢性湿疹患者总体疗效对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	29	8	10	7	4	25(86.20)
对照组	28	3	3	11	11	17(60.71)

**2.2 2组患者慢性湿疹皮损形态（EASI）治疗后疗效对比** 见表2。

表2 2组患者慢性湿疹皮损形态(EASI)疗效对比 (例)

组别	例数	红斑				P值	硬肿				P值
		无	轻	中	重		无	轻	中	重	
治疗组	29	10	17	2	0	0.089	17	9	3	0	0.001
对照组	28	4	15	8	1		5	15	7	1	

组别	例数	表皮脱落				P值	苔藓化				P值
		无	轻	中	重		无	轻	中	重	
治疗组	29	18	10	1	0	0.004	16	12	1	0	0.020
对照组	28	7	11	10	0		7	13	5	3	

注：经非参数卡方检验

**2.3 不良反应** 治疗组和对照组均未有人出现不良反应，其血常规、肝肾功能正常。

## 3 讨论

湿疹是一种常见的过敏性炎症性皮肤病，临床上以皮损多样性、慢性期皮损局限浸润肥厚、自觉瘙痒剧烈、易反复发作等为其特点。目前常用的治疗方案常以清利湿热为主，但笔者在长期治疗湿疹的过程中，发现慢性湿疹因其病程绵长，患者早已出现虚实夹杂、阳虚夹杂湿热、血瘀等病理因素。本研究结果显示：①治疗组的总有效率明显高于对照组（ $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义）；②治疗组与对照组在治疗红斑方面的疗效不具有统计学差异（ $P > 0.05$ ），治疗组中药在消除红斑方面与盐酸西替利嗪疗效相同；③治疗组与对照组在治疗硬肿、表皮脱落、苔藓化方面的疗效差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），治疗组疗效明显优于对照组。

本研究所使用的处方为潜阳封髓丹合五皮五藤饮。潜阳封髓丹为潜阳丹和封髓丹二方的合方。潜阳丹为清代郑钦安所创，方药组成为附片、砂仁、龟甲、炙甘草。封髓丹最早见于《御药院方》，方药组成为砂仁、黄柏、甘草<sup>[10]</sup>。郑钦安在《医理真传》中言潜阳丹：“乃纳气归肾之法也。夫西砂辛温，能宣中宫一切阴邪，又能纳气归肾。附子辛热，能补坎中真阳，真阳为君火之种，补真火即是壮君火也。况龟板一物，坚硬，得水之

精气而生，有通阴助阳之力，世人以利水滋阴目之，悖其功也。佐以甘草补中，有伏火互根之妙，故曰潜阳。”其临床主要用于一切虚阳上浮证。现代药理研究也表明，潜阳封髓丹作用于血管神经、改善血管舒张<sup>[1]</sup>。合用五皮五藤饮，取其祛风、清热、通络、止痒之效。加强药物力量，丰富用药层次，扩展治疗范围。五皮五藤饮是皮科专家赵炳南老中医的经验方，细究方意，牡丹皮散风止痒，活血消肿；现代药理研究表明，牡丹皮中的有效成分丹皮酚，具有抗氧化、抗炎抗菌的功效<sup>[2]</sup>。白鲜皮清热燥湿，疏风解毒。现代药理研究表明，白鲜皮能成为中医皮肤科使用率极高的中药之一，与其抗炎、抗变态反应和抗菌等药理作用密切相关<sup>[3]</sup>。海桐皮善除湿利尿，清热化湿。地骨皮清热凉血，退骨蒸劳热。现代药理研究表明，地骨皮乙醇提取物对12种供试菌均具有一定的抗菌活性，尤其对甲型溶血性链球菌、肺炎双球菌、铜绿假单胞菌等更为明显<sup>[4]</sup>。桑白皮清肺疏肝，现代药理研究表明，桑白皮提取物具有抗炎、拮抗致炎递质组胺和5-羟色胺作用，提示其抗炎作用与抑制肥大细胞释放炎性递质有关<sup>[5-6]</sup>。此外，桑白皮中其他化合物也有明显的镇痛、抗炎作用<sup>[7]</sup>。青风藤、海风藤、天仙藤祛风止痒，活血通络。青风藤现代药理研究表明，具有显著的镇痛、镇静、抗炎、抑制免疫、降血压等作用<sup>[8]</sup>。海风藤药理表现为抗炎、镇痛、抗血小板聚集及提高心肌对缺氧的耐受性<sup>[9]</sup>。夜交藤养血安神，祛风通络，专止夜间皮肤瘙痒。钩藤清肝解毒，祛风止痒。现代药理研究表明，钩藤的药理作用有消炎、抗氧化、降压、抗癌、抗癫痫等，与其化学成分密切相关<sup>[20-21]</sup>。全方并调寒热，无补泻过度之忧。

#### 4 医案举隅

**案** 师某，女，62岁，2015年9月初诊。主诉颈部、腋窝瘙痒多年。外院诊断为“湿疹”。曾口服及外用大量激素类药物，未见明显好转。现症见颈部、腋窝呈斑丘疹、丘疱疹，无渗出，色暗红，可见抓痕，瘙痒不甚，边界不清，皮肤干燥，肥厚，可见色素沉着，平素喜饮温水，口苦伴口中异味，间断腰酸痛，眠差梦多，素畏寒，四肢不温；舌质淡红苔薄白、尖赤，脉沉弱无力。辨证：肾阳不足，虚阳上越，湿毒内蕴。方宗潜阳封髓丹合五皮五藤饮加减。拟方如下：炮附片10g（先煎），炙甘草10g，黄柏10g，砂仁24g（后下），龟甲15g（先煎），牡丹皮10g，白鲜皮15g，海桐皮10g，地骨皮30g，桑白皮10g，海风藤30g，天仙藤10g，夜交藤30g，双钩藤10g，青风藤30g，土茯苓15g，玄参15g。水煎，分2次服。服上方7剂，患者诉皮肤干燥好转，色素颜色转淡，腰酸及畏寒症状减轻明显，口中异味及口苦愈。

**按：**湿疹是一种由多种内外因素引起的过敏性炎症性皮肤病。以多形性皮损，对称分布，易于渗出，自觉瘙

痒，反复发作和慢性化为临床特征，是临床常见的病证之一。现代医学常用抗组胺药和糖皮质激素进行治疗，具有一定的副作用。湿性主黏腻，故湿疹多病程绵长，病情反复难愈。该患者发于身体之上焦。无渗出，色暗红，皮肤干燥，肥厚，可见色素沉着，考虑上浮之虚火日久，阳气推动无力，局部血行不畅，寒郁凝结。口苦伴口中异味，尖赤，为邪气郁而化热，虚火转化为实火所致。平素喜饮温水，间断腰酸痛，眠差梦多，素畏寒，四肢不温；舌质淡红苔薄白，脉沉弱无力诸症属肾虚虚衰。可见患者为虚实夹杂之症。故主用潜阳封髓丹取其温阳潜阳之功。合用五皮五藤饮祛风止痒、活血凉血、清利湿热。

基于西医治疗的局限性，许多学者已将目光转向中医药，力求寻找出疗效佳、副作用小、物美价廉的方药来治疗本病<sup>[22]</sup>。本研究结果显示，潜阳封髓丹合五皮五藤饮为主方的临床疗效明显优于西药。此治疗方案具有一定的临床应用价值。

#### 参考文献

- [1]Elke Rodríguez, MSc, Hansjorg B aurecht, et al. Meta-analysis of filaggrin polymorphisms in eczema and asthma: Robust risk factors in atopic disease[J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2009, 123(6): 1361-1370, e7.
- [2]张玉琬, 李强, 钟珊珊, 等. 慢性湿疹患者焦虑和抑郁情绪的影响因素研究[J]. *天津医药*, 2010, 38(2): 102-104.
- [3]Hywel Williams, Alistair Stewart. Is eczema really on the increase worldwide[J]. *Allergy Clin Immunol*, 2008, 121(4): 947-954.
- [4]蔡春梅. 中西医结合治疗慢性湿疹 49 例[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2013, 11(21): 63.
- [5]严仲. 慢性湿疹 90 例中医治疗体会[J]. *现代医药卫生*, 2013, 29(7): 1087-1088.
- [6]何佳伟, 刘华. 中医药治疗湿疹的临床研究进展[J]. *光明中医*, 2013, 28(3): 640-642.
- [7]赵辨. *中国临床皮肤病学*[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 725-731.
- [8]郑筱萸. *中药新药临床研究指导原则*[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 295-298.
- [9]赵辨. 湿疹面积及严重程度指数评分法[J]. *中华皮肤科杂志*, 2004, 37(1): 3-4.
- [10]董育强. 黄祥武运用潜阳封髓丹治疗头面部皮肤病经验总结[J]. *上海中医药杂志*, 2016, 50(4): 18-20.
- [11]谢爱萍, 黄李平, 吕军影, 等. 砂仁的现代药理研究及其在妇科常见疾病治疗中的应用近况[J]. *广西中医药大学学报*, 2016, 19(2): 110-112.
- [12]蒋丽丽, 张彦龙, 王春杰, 等. 牡丹皮中有效成分丹皮酚的生理活性研究进展[J]. *现代诊断与治疗*, 2016, 27(22): 4223-4224.
- [13]张明发, 沈雅琴. 白鲜皮药理作用的研究进展[J]. *抗感染药学*, 2012, 9(2): 95-99.
- [14]宁娜, 韩建军. 地骨皮的化学成分与药理作用[J]. *现代药物与临床*, 2010, 25(3): 172-176.
- [15]崔珏, 李超, 姜中生. 桑白皮总黄酮的抗氧化与镇痛活性研究[J]. *食品科学*, 2011, 32(23): 281-284.
- [16]Chen Y C, Tien Y J, Chen C H, et al. Morus alba and active compound oxyresveratrol exert anti-inflammatory activity via inhibition of leukocyte migration involving MEK/ERK signaling[J]. *BMC Complement Altern Med*, 2013, 13(1): 45.
- [17]Xian Y F, Mao Q Q, Ip S P, et al. Comparison on the anti-inflammatory effect of Cortex Phellodendri Chinensis and Cortex Phellodendri Amurensis in 12-O-tetradecanoyl-phorbol-13-acetate-induced ear edema in mice[J]. *J Ethnopharmacol*, 2011, 173(3): 1425-1430.
- [18]王有志, 李春荣, 莫志贤. 青风藤化学成分与药理研究进展[J]. *医药导报*, 2004, 23(3): 177-179.
- [19]孙绍美, 於兰, 刘俭, 等. 海风藤及其代用品药理作用的比较研究[J]. *中草药*, 1998, 29(10): 677-679.
- [20]叶齐, 齐荔红. 钩藤的主要成分及生物活性研究进展[J]. *西北药学杂志*, 2012, 27(5): 508-510.
- [21]刘佳, 富志军. 钩藤的研究概况[J]. *海峡药学*, 2006, 18(5): 90-93.
- [22]唐毅, 周瑶. 秦艽丸治疗湿热蕴结型慢性湿疹 35 例[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2015, 13(14): 60-62.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 贾金平 收稿日期: 2018-07-20)



# 便利贴治疗长期卧床骨折患者便秘临床观察

黄丽君 谢 琰\* 邓文静 帅品花

(江西中医药大学附属医院骨伤三科, 江西 南昌 330006)

**摘要:**目的 探讨“便利贴”疗法治疗长期卧床骨折患者便秘的临床效果。方法 将2016年3月—2018年1月行手术治疗并出现便秘(肠胃燥热型)的80例患者纳入研究并依据随机数字表法分组。对照组40例采用常规护理,观察组40例则联合“便利贴”疗法治疗,7d为1个疗程,治疗后比较2组临床疗效。结果 治疗后2组腹痛、腹胀、大便便秘等症状均改善,观察组总症状积分低于对照组,差异具统计学意义( $P<0.05$ );治疗后观察组抑郁自评量表(SDS)评分、焦虑自评量表(SAS)评分均低于对照组( $P<0.05$ );观察组总有效率97.50%(39/40),高于对照组的77.50%(31/40),差异具统计学意义( $P<0.05$ )。结论 对于骨折后便秘患者而言采用“便利贴”疗法干预效果显著,可促进排便,缓解由此引起的负面情绪,值得推广。

**关键词:**骨折;便利贴;穴位敷贴;便秘;症状积分;外治法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.041

文章编号:1672-2779(2018)-21-0105-03

## Clinical Observation on Convenient Patch Therapy in Treating Constipation of Patients with Long-term Bedridden Fracture

HUANG Lijun, XIE Yan, DENG Wenjing, SHUAI Pinhua

(Department of Orthopedics and Traumatology, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of "convenient patch" therapy on constipation in patients with long-term bedridden fracture. **Methods** From March 2016 to January 2018, 80 patients with constipation (stomach and intestines and heat type) were enrolled in the study and were grouped according to the random digital table method. In the control group, 40 cases were treated with routine nursing, while 40 cases in the observation group were treated with "convenient patch" therapy. 7 days were a course of treatment. After treatment, the clinical effects of the two groups were compared. **Results** After treatment, the symptoms of two groups of abdominal pain, abdominal distention and constipation were improved. The total symptom score of the observation group was lower than that of the control group. The difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). The scores of self rating Depression Scale (SDS score) and self rating Anxiety Scale (SAS) in the observation group were lower than those in the control group ( $P<0.05$ ), and the total effective rate of the observation group was 97.50%. (39/40), which was higher than 77.50% (31/40) in the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** For the patients with constipation after fracture, the effect of "convenience paste" therapy is remarkable, which can promote defecation and alleviate the negative emotion caused by it. It is worth popularizing.

**Keywords:** fracture; convenient paste; acupoint application; constipation; symptom score; external therapy

随着现代化交通工具的不断普及,骨折的发生率逐渐升高并呈年轻化趋势。手术是骨折的首选治疗方案,早期手术可使骨折端快速获得解剖复位,并且最大程度恢复患侧肢体功能。手术后需要进行较长时间制动,部分患者需要长期卧床,影响胃肠功能而引起便秘。同时,疼痛、镇痛药物使用、焦虑情绪等均是诱发便秘的常见诱因。术后饮食、药物等常规干预对于控制病情有一定疗效<sup>[1]</sup>。“便利贴”具有通腑泄热、泻下通便功效,是我院治疗本病的常用干预措施。笔者将2016年3月—2018年1月于我院行手术治疗并出现便秘(肠胃燥热型)的80例患者纳入研究,观察“便利贴”在本病治疗中的应用价值。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 对本研究所有于我院行手术治疗并出现便秘(肠胃燥热型)的患者采用随机数字表法进行分组,所有患者均在2016年3月—2018年1月于我院就诊,共80例。本研究均通过医学伦理会审核,所有患者均签署知情同意书。对照组男22例,女18例;年龄

32~71岁,平均(49.83±5.62)岁;病程1~9 d,平均(2.81±0.74) d;骨折类型:四肢骨折23例,腰椎骨折11例,盆骨骨折6例。观察组男21例,女19例;年龄29~73岁,平均(49.97±5.35)岁;病程1~8 d,平均(2.71±0.69) d;骨折类型:四肢骨折22例,腰椎骨折11例,盆骨骨折7例。2组一般情况无显著差异, $P>0.05$ 。

**1.2 纳入标准** ①于我院行手术治疗并出现便秘(肠胃燥热型);②初次治疗者。

**1.3 排除标准** ①过敏体质者;②心肝肾功能严重障碍或既往不存在便秘者;③合并甲状腺功能减退、肠道肿瘤者。

**1.4 治疗方法** 对照组:采用常规护理:(1)一般护理:术后常规制动,观察生命体征,根据患者病情选择早期康复训练方案,由被动逐步过渡至主动。(2)心理护理:骨折患者可引起焦虑情绪,不利于术后恢复,护理人员应与患者及家属积极沟通,明确造成患者负面情绪具体原因并行针对性心理干预。(3)健康宣教:便秘病机复杂,科学的饮食生活习惯有助于正常排便,责任护士应对骨折术后便秘病机、治疗方法

\* 通讯作者:xiedan20100@163.com

等进行简单讲解,语言应通俗易懂。(4)饮食干预:根据患者病情制定饮食计划,一般应以清淡、易消化食物为主,合并高血压、糖尿病者还应控制糖、盐摄入,并嘱患者多食用新鲜蔬菜水果。(5)药物干预:遵医嘱用药,指导患者口服乳果糖润肠通便,观察疗效及不良反应。

观察组:在对照组基础上联合“便利贴”疗法,方由厚朴、枳实、大黄各10g,芒硝6g等药物研磨成粉,然后以蜂蜜调均匀,做成长3cm的正方形,厚3mm的药饼,敷贴于气海穴、神厥穴、关元穴,治疗过程中观察皮肤是否出现过敏情况,1次/d,2组均治疗7d。

**1.5 观察指标** (1)比较2组治疗前后症状积分情况,选取主要症状腹痛、腹胀、大便秘结,依据症状严重程度分为轻、中、重度,主要症状轻度用2表示,中度为4,重度为6。轻:上述症状可忍受,程度轻,日常生活不受影响。中:症状已对日常生活造成影响,但尚可忍受。重:严重影响患者的日常生活,已不能忍受。比较2组治疗前后SDS评分、SAS评分情况,均包括20个评测项目,根据出现频度评分,各项目为4级制,总分值越高提示患者的负面情绪越严重,所有分值评估均由两位主治医师一起完成并取平均值;(3)比较2组临床疗效<sup>[2]</sup>。治愈:治疗后大便已解,排便顺畅,便质转润;有效:治疗后大便已解,仍排便欠通畅,便质有所转润;无效:患者大便未解,仍排便困难。

**1.6 统计学方法** 本研究结束后由研究者用SPSS 21.0软件数据统计, $P<0.05$ 则提示差异有统计学意义。计数资料以(%)表示,采用卡方检验;计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,用 $t$ 检验。

## 2 结果

**2.1 2组患者症状积分比较** 2组治疗前总症状积分具可比性;治疗后2组腹痛、腹胀、大便秘结等症状改善,总症状积分降低,差异具统计学意义( $P<0.05$ );治疗后观察组总症状积分更低( $P<0.05$ )。见表1。

表1 2组患者症状积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	40	13.20±2.67	5.49±1.51 <sup>a</sup>
观察组	40	13.49±2.72	2.52±1.36 <sup>a</sup>
$t$ 值(组间)		0.385	9.164
$P$ 值		>0.05	<0.05

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$

**2.2 2组患者SDS及SAS评分比较** 治疗前2组SDS及SAS评分无显著差异( $P>0.05$ );治疗后2组SDS及SAS评分降低,差异具统计学意义( $P<0.05$ );治疗后观察组SDS及SAS评分更低( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组患者SDS及SAS评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	SDS评分		SAS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	35.31±6.47	28.47±3.42 <sup>a</sup>	36.09±5.84	28.74±3.75 <sup>a</sup>
观察组	40	35.23±6.59	24.19±2.28 <sup>a</sup>	36.45±5.97	23.83±2.36 <sup>a</sup>
$t$ 值(组间)		0.308	6.519	0.473	13.206
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$

**2.3 2组患者临床疗效比较** 观察组总有效率97.50%(39/40),高于对照组的77.50%(31/40), $\chi^2=7.314$ ,差异具统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
对照组	40	15(37.50)	16(40.00)	9(22.50)	31(77.50)
观察组	40	27(67.50)	12(30.00)	1(2.50)	39(97.50)

## 3 讨论

随着现代化交通工具的普及,骨折发生率逐渐升高。手术是本病的主要治疗手段,但不少患者术后长期卧床,加之受到镇痛药物、制动等因素的影响,患者常可合并便秘,尤以术后5d内发病率最高<sup>[3-5]</sup>。对于便秘而言常规饮食及生活干预具有重要意义。研究表明,疼痛等不适感以及焦虑抑郁等负面情绪也是导致便秘的常见因素,因此笔者主张对此类患者实施常规心理干预,旨在全方面提供护理干预<sup>[6-7]</sup>。

中医学认为骨折可损伤筋脉,血溢脉外,瘀血内生,局部气化不利则可见肢体肿胀疼痛;患者伤后气血受损,导致正气亏虚,加之患者长期卧床,久卧伤气,影响脾胃运化功能,肠道气机失于通降,故而便秘。“便利贴”疗法是由穴位贴敷发展而来,集合了中药、穴位理论,选择厚朴、枳实、大黄、芒硝等药物,其中厚朴行气燥湿,通便;枳实化痰消胀,与厚朴合用则通腑之力增;大黄通腑泄热,清热化湿,促进热邪清除以釜底抽薪;芒硝泄热润燥,软坚散结。为了取得更好的疗效,笔者选用神阙穴、气海穴及关元穴,其中神阙穴善于调节肠腑功能,促进肠道气机恢复;关元、气海则具有较强的补益作用,促进正气修复,标本兼顾,从而达到治疗目的。

观察组联合“便利贴”疗法,结果显示腹痛、腹胀、大便秘结等症状的总积分低于对照组,总有效率则高达97.50%,提示了其显著疗效;治疗后观察组抑郁自评量表(SDS)评分、焦虑自评量表(SAS)评分更低,负面情绪得到了更好的改善。现代药理研究发现,大黄、厚朴等药物可促进胃肠蠕动,其中大黄还具有较强的抗菌功效,预防肠道菌群移位<sup>[8]</sup>。负面情绪方面,笔者认为是通过排便得到更好改善实现的,随着患者病情得到更好的改善,其自信心得以提高。综上,笔者认为对于骨折后便秘患者而言采用“便利贴”

疗法干预效果显著,值得推广。

### 参考文献

- [1]张健,高玉宝,韩轲,等.电针结合穴位敷贴治疗肛肠手术后便秘临床观察[J].湖北中医药大学学报,2015,17(1):90-91.
- [2]中医病证诊断疗效标准编审委员会.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:86.
- [3]吴友华,曹伟.老年股骨颈骨折手术患者腰硬联合麻醉和全身麻醉的效果比较[J].中国老年学杂志,2015,35(15):4296-4297.
- [4]朱晓珍.穴位按摩联合耳穴压豆对糖尿病病人便秘的影响[J].护理研究,

2013,27(9):346-348.

- [5]牛裴裴.骨盆骨折并发腹胀的中医护理干预[J].河南外科学杂志,2014,20(6):149-150.
- [6]盛红梅,吴生兵,曹健,等.近5年针灸治疗便秘临床研究进展[J].中医药临床杂志,2014,26(1):95-96.
- [7]吴粉梅.耳穴籽粒联合穴位贴敷在下肢骨折患者围手术期护理中的效果观察[J].四川中医,2015,33(5):176-177.
- [8]郑伟,冯建书,刘健.中药穴位贴敷联合红外线照射预防髋关节周围骨折术后患者便秘的观察[J].河北医药,2013,35(13):2051-2052.

(本文编辑:张文娟 本文校对:熊淑英 收稿日期:2018-06-05)

## 独活寄生汤方结合小针刀松解术 治疗股骨头坏死的临床观察

廖俊杰

(辽宁省大石桥市陆合医院骨一科,辽宁 大石桥 115100)

**摘要:**目的 观察独活寄生汤加减方结合小针刀松解术治疗股骨头坏死的效果。方法 选取2017年4月—2018年5月骨科收治的股骨头坏死患者66例作为研究对象,采用随机数字表法将其分为2组各33例,对照组仅给予内服独活寄生汤加减治疗,观察组采用独活寄生汤加减方结合小针刀松解术治疗,评价2组患者治疗前后的髋关节功能,同时测量2组患者治疗前后的屈髋范围与内收外展活动度,并进行统计学分析。结果 治疗前,2组患者的HARRIS功能评分与VAS评分比较无统计学差异, $P>0.05$ ;治疗后,观察组患者的HARRIS功能评分高于对照组,VAS评分低于对照组, $P<0.05$ 。观察组患者的总有效率为93.93% (31/33),高于对照组患者的总有效率75.76% (25/33), $P<0.05$ 。结论 股骨头坏死患者应用独活寄生汤加减方结合小针刀松解术治疗效果显著,可使活动范围有效增加,缓解疼痛感,促进髋关节功能早日恢复。

**关键词:**小针刀松解术;独活寄生汤;股骨头坏死;中医综合疗法;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.042

文章编号:1672-2779(2018)-21-0107-03

### Clinical Observation on Duhuo Jisheng Decoction Combined with Small Needle Knife Release in the Treatment of Osteonecrosis of the Femoral Head

LIAO Junjie

(Orthopedics Department, Dashiqiao Luhe Hospital, Liaoning Province, Dashiqiao 115100, China)

**Abstract: Objective** To observe the effect of Duhuo Jisheng decoction combined with small needle knife release in the treatment of osteonecrosis of the femoral head. **Methods** In our hospital, 66 patients with femoral head necrosis admitted from April 2017 to May 2018 were selected as the research subjects. 66 patients were divided into two groups with random digital table method, with 33 cases in each group. The control group was given Duhuo Jisheng decoction, and the observation group was treated with Duhuo Jisheng decoction combined with small needle knife release. The hip joint function of the two groups was evaluated before and after treatment. At the same time, the hip flexion range and adduction abduction activity were measured in the two groups before and after treatment, and the statistical analysis was carried out. **Results** Before treatment, the HARRIS function score of the two groups was not statistically different from that of the VAS score,  $P>0.05$ . After treatment, the score of the HARRIS function in the observation group was higher than the control group, and the VAS score in the observation group was lower than that in the control group. The statistical significance of the data was compared between the groups  $P<0.05$ . The total effective rate of the observation group was 93.93%, and the total effective rate of the control group was 75.76%. The difference between the two groups was statistically significant  $P<0.05$ . **Conclusion** Duhuo Jisheng decoction combined with small needle knife release in the treatment of osteonecrosis of the femoral head has significant effect, can effectively increase the range of activity, relieve pain, and promote the recovery of hip joint function as soon as possible.

**Keywords:** small needle knife release; Duhuo Jisheng decoction; small needle knife release; comprehensive therapy of traditional Chinese medicine; arthromyodynia

股骨头坏死是一种骨科常见病、多发病,患者主要表现为股骨头活动受限、髋部疼痛等症状,男性病例明显多于女性,对于行走能力与生活质量均存在严重影响<sup>[1]</sup>,及时有效治疗对于股骨头坏死患者生活质量与行走能力的改善均具有重要意义<sup>[2]</sup>。鉴于此,我院特选取2017年4月—2018年5月骨科收治的股骨头坏死患者66例作为研究对象,应用独活寄生汤加减方与小针刀松解术

联合治疗,获得良好治疗效果,现作以下汇报。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 我院特选取2017年4月—2018年5月骨科收治的股骨头坏死患者66例作为研究对象,本研究获得我院伦理委员会认可,且纳入患者均已自愿签署知情同意书。采用随机数字表法将其分为2组各33例,对照组:女性11例,男性22例;年龄24~73岁,平均

(46.48±6.29)岁;病程1~13年,平均(5.19±1.33)年;单侧30例,双侧3例。观察组:女性13例,男性20例;年龄21~75岁,平均(47.99±6.44)岁;病程1~15年,平均(5.76±1.76)年;单侧27例,双侧6例。2组患者的临床资料比较差异无统计学意义,  $P>0.05$ 。

**1.2 治疗方法** 对照组仅给予内服独活寄生汤加减治疗,组方:独活9g,肉桂心、细辛、牛膝、人参、当归、防风、杜仲、桑寄生、生地黄、白芍、甘草、秦艽各6g。风胜者在组方中加入白花蛇舌草;湿甚者组方中加入苍术、木瓜、防己、黄柏;寒胜者加入吴茱萸、附片、干姜;痛症严重者加入地龙、延胡索。每日1剂,以水煎,早晚2次分服,连续给药3个月。

观察组采用独活寄生汤加减方结合小针刀松解术治疗,独活寄生汤加减方的组方和服药方法与对照组相同,小针刀松解术的治疗方法:指导患者采取侧卧位或者仰卧位,以腹股沟韧带为中线外下2cm处进行穿刺、抽液,位于大转子下方2cm的局部压痛点处作为松解点;常规消毒铺巾后,局部麻醉,麻醉药物选择2%利多卡因,将小针刀垂直进入,刀口与肌纤维、血管、神经等处于平行方向,进入大转子处后直接刺入关节囊,纵切分离关节囊两侧,使压力有效减轻,髌前上棘与内收肌采用纵行切割。若患者关节腔内存有积液,则需将积液抽出后,注入臭氧,术毕后给予切口适当压力,2次小针刀松解术的间隔时间为10d,连续治疗6次。

**1.3 观察指标** 采用髋关节功能评分(HARRIS)对治疗前后的髋关节功能进行评价,满分为100分,分数越高提示患者的髋关节功能水平越高;采用视觉模拟评分法(VAS)对2组患者治疗前后的疼痛程度进行评价,总分10分,分数越低提示患者的疼痛症状越轻。同时测量2组患者治疗前后的屈髋范围与内收外展活动度,并进行统计学分析。

**1.4 疗效判断标准** 治疗后患者的疼痛等表现症状均已完全消失,活动能力恢复正常,关节功能正常判定为显效;治疗后患者的关节功能、屈髋、内收外展活动度改善程度超过50%,但未恢复正常,疼痛症状明显改善,判定为有效;经治疗后患者的关节功能、屈髋、内收外展活动度改善程度未超过50%,疼痛症状明显,判定为无效。总有效率=显效率+有效率。

**1.5 统计学方法** 数据资料应用SPSS 20.0软件比较,以(%)描述计数资料,行卡方检验;以( $\bar{x}\pm s$ )描述计量资料,行 $t$ 检验;  $P<0.05$ 为差异具备统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组HARRIS功能评分与VAS评分对比** 治疗前,2组患者的HARRIS功能评分与VAS评分比较无统计学差异,  $P>0.05$ ;治疗后,观察组患者的HARRIS功能评分高于对照组, VAS评分低于对照组,差异均存在统计学意义,  $P<0.05$ ,见表1。

表1 2组患者HARRIS功能评分与VAS评分对比 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	HARRIS功能评分		VAS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	33	54.29±5.94	69.55±2.59	7.25±1.29	5.29±0.28
观察组	33	53.67±4.27	86.94±3.64	7.69±1.34	3.24±0.39
$t$ 值		0.4484	20.5979	1.2517	32.5136
$P$ 值		0.6556	0.0000	0.2161	0.0000

**2.2 2组患者临床疗效对比** 观察组患者的总有效率为93.93%,高于对照组患者总有效率75.76%,差异存在统计学意义,  $P<0.05$ ,见表2。

表2 2组患者临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	33	13(39.39)	12(36.36)	8(24.24)	25(75.76)
观察组	33	20(60.61)	11(33.33)	2(6.06)	31(93.93)
$\chi^2$ 值					4.2429
$P$ 值					0.0394

**2.3 2组患者屈髋范围与内收外展活动度对比** 治疗前,2组患者屈髋范围与内收外展活动度比较无统计学差异,  $P>0.05$ ;经治疗后,观察组患者的屈髋范围与内收外展活动度均大于对照组,差异存在统计学意义,  $P<0.05$ ,见表3。

表3 2组屈髋范围与内收外展活动度对比 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	屈髋范围		内收外展活动度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	33	22.38±2.67	58.18±2.85	37.86±1.33	55.67±3.83
观察组	33	23.44±2.94	73.37±3.24	37.54±1.37	73.84±3.61
$t$ 值		1.4123	18.6271	0.8868	68.5369
$P$ 值		0.1636	0.0000	0.3791	0.0000

## 3 讨论

据研究结果显示,相比于对照组单纯应用独活寄生汤加减方治疗效果而言,观察组患者采用独活寄生汤加减方结合小针刀松解术治疗,可有效提高患者的髋关节功能,降低疼痛感,进一步扩大患者屈髋范围与内收外展活动度<sup>[9]</sup>,具有更加显著的治疗效果。独活寄生汤具有祛风止痛之效<sup>[10]</sup>,其中桑寄生、牛膝、杜仲具有补肝益肾、祛风湿、强壮筋骨之效;秦艽、防风、细辛具有祛风止痛之效、人参、茯苓、甘草具有健脾益气之效、肉桂具有温经通脉之效,川芎、白芍、当归、生地黄等中药具有养血活血之效,诸药合用可具强筋健骨、行气活血、补肝益肾之效。小针刀松解术是一种结合中医针灸与现代外科手术刀的一种新型微创治疗方法<sup>[9]</sup>,具有活血化瘀、舒筋活络之效,可使关节腔内积液有效减少,降低骨内压,对于动脉恢复供血具有促进作用,可使股骨头坏死与囊变得到有效终结,对于坏死股骨头周围存在的粘连、痉挛症状也具有改善松解作用,可使患者的髋部血运情况有效改善,进一步消除关节腔炎症,使疼痛症状得到有效缓解,提高关节活

动力<sup>⑥</sup>。两种治疗方法结合应用时,可具有协同作用与增效作用,使中草药所具有的行气活血、补肝益肾、强筋健骨等作用充分发挥<sup>⑦</sup>,同时可使关节周围组织存在的粘连症状得到有效缓解,改善股骨头坏死部位及其周围的血运情况,促进患者早日康复痊愈<sup>⑧</sup>。

综上所述,股骨头坏死患者应用独活寄生汤加减方结合小针刀松解术治疗效果显著,可使活动范围有效增加,缓解疼痛感,促进髋关节功能早日恢复。

#### 参考文献

[1]李智,付立荣.股骨头坏死的中医临床思路与方法研究[J].名医,2018,9(2):10.

- [2]王春生,赵培良.中医辨证治疗股骨头缺血性坏死的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(10):134.
- [3]李涛,江蓉星,蔡万翔,等.中医治疗非创伤性股骨头坏死研究进展[J].亚太传统医药,2018,14(5):111-113.
- [4]牛清波,王培辉.独活寄生汤加减方结合小针刀松解术治疗股骨头坏死疗效观察[J].实用中医药杂志,2018,34(2):167-169.
- [5]高芳.针刀松解术联合冲击波疗法治疗早期股骨头坏死疗效观察[D].济南:山东中医药大学,2016.
- [6]杨志敏,牛清波,吕妮妮.独活寄生汤加减联合小针刀松解术治疗股骨头坏死的临床观察[J].中医临床研究,2015,7(3):123-125.
- [7]鲍自立,孙宣.中药结合小针刀治疗股骨头坏死的临床观察[J].中国中医骨伤科杂志,2013,21(3):45-46.
- [8]李玉琴.针刀松解术治疗股骨头缺血性坏死的护理体会[J].黑龙江医学,2012,36(4):312-313.

(本文编辑:张文娟 本文校对:孙永和 收稿日期:2018-07-10)

## 小柴胡汤合麻杏石甘汤 治疗小儿肺炎痰热闭肺型的临床研究

王增玲<sup>1</sup> 吴航<sup>2</sup>

(1 吉林省中医药科学院第一临床医院儿科,吉林 长春 130021;

2 长春中医药大学附属医院耳鼻喉科,吉林 长春 130000)

**摘要:**目的 探讨小柴胡汤合麻杏石甘汤治疗小儿肺炎痰热闭肺型的临床效果。方法 选取2016年2月—2017年8月82例小儿肺炎痰热闭肺型患儿,数字随机抽取分成观察组与对照组,对照组采用常规西医治疗,观察组采用小柴胡汤合麻杏石甘汤治疗,对比2组临床治疗效果、临床症状及体征消失时间。结果 观察组患儿治疗愈显率为92.68% (38/41),显著高于对照组愈显率73.17% (30/41) ( $P<0.05$ );观察组患者发热消退时间、喘息消除时间、咳嗽消除时间、肺啰音消除、胸片恢复正常时间、住院时间均少于对照组 ( $P<0.05$ )。结论 小柴胡汤合麻杏石甘汤治疗小儿肺炎痰热闭肺型具有显著临床效果,促进患者康复,值得推广使用。

**关键词:**小柴胡汤;麻杏石甘汤;小儿肺炎;痰热闭肺型;经方

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.043

文章编号:1672-2779(2018)-21-0109-03

### Clinical Study on Xiaochaihu Decoction Combined with Moxing Shigan Decoction in the Treatment of Infantile Pneumonia of Phlegm Heat Blocking Lung Type

WANG Zengling<sup>1</sup>, WU Hang<sup>2</sup>

(1. Department of Pediatrics, the First Clinical Hospital of Jilin Academy of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China;

2. Department of ENT, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of Xiaochaihu decoction combined with Moxing Shigan decoction in the treatment of infantile pneumonia of phlegm heat blocking lung type. **Methods** In our hospital from February 2016 to August 2017, 82 cases of children with infantile pneumonia phlegm heat closed type were digital randomly divided into observation group and control group. The control group was treated with conventional western medicine treatment, and the observation group used Xiaochaihu decoction combined with Moxing Shigan decoction. The clinical curative effect, clinical symptoms and signs disappeared time was compared. **Results** The total therapeutic efficiency of the observation group was 92.68%, which was significantly lower than 73.17% (30/41) of the control group ( $P<0.05$ ). In the observation group, the duration of fever subside, wheezing subside, cough subside, lung murmur subside, chest radiograph restoration and hospitalization were all less than those in the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Xiaochaihu decoction combined with Moxing Shigan decoction has significant clinical effect on phlegm, heat, and pulmonary type of pneumonia in children.

**Keywords:** Xiaochaihu decoction; Moxing Shigan decoction; infantile pneumonia; phlegm heat blocking lung type; classical prescription

肺炎在小儿群体中是比较常见的一种疾病,在医学中将其称为肺炎喘嗽。临床中患者主要出现发热、咳嗽、气促鼻煽等症状,如情况严重,极有可能出现张口抬肩、呼吸困难、面色苍白、口唇青紫等症。小儿肺炎在中医学属“喘嗽”的范畴,多由肺脏娇嫩,形气未充,邪气易干,感邪后传变迅速,由表入里,六气皆从火化,郁而化热,炼津成痰,热郁痰结,以致肺气闭郁,宣肃失司,在临床上以痰热闭肺型较为

多见。在采用中医药治疗时,通常需改善肺循环、增强机体免疫力、减少气道反应、提高肺功能等<sup>①</sup>。本文选取82例痰热闭肺型小儿肺炎患者,探讨小柴胡汤合麻杏石甘汤治疗效果,报道如下。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2016年2月—2017年8月82例痰热闭肺型肺炎患儿,数字随机抽取分成观察组与对照组,每组41例。患儿均符合《儿科学》(第七版)中的

小儿肺炎诊断标准<sup>[2]</sup>,均符合《实用中医辨证论治大全》中的痰热闭肺型标准,也就是患者出现壮热烦躁、喉闷痰鸣、痰稠色黄、气促喘憋、鼻翼煽动、目赤和舌质红、苔黄腻、脉滑数等症。患儿均未合并严重并发症<sup>[3]</sup>。患儿家长均了解研究内容,且签署知情同意书。观察组中男23例,女18例;年龄1~5岁,平均年龄(3.36±0.85)岁;病程1~4 d,平均病程(1.69±0.63) d;平均体温(39.00±1.00)℃。对照组中男24例,女17例;年龄1~5岁,平均年龄(3.45±0.71)岁;病程1~4 d,平均病程(1.73±0.52) d;平均体温(39.00±1.00)℃。2组患儿基线资料对比无明显差异( $P>0.05$ ),可临床比较。

**1.2 治疗方法** 对照组患儿采用常规西医治疗,包括吸氧、营养支持等,采用阿奇霉素10 mg/(kg·d)进行静脉滴注治疗或是使用阿莫西林克拉维酸钾片,口服0.375 g/次,2次/d,实施支气管解痉时应用氨茶碱3 mg/kg进行静脉滴注,实施止咳处理时可予以必嗽平,口服4 mg/次,2次/d。

观察组采用小柴胡汤合麻杏石甘汤治疗,基本方:柴胡30 g,黄芩9 g,人参9 g,清半夏9 g,炙甘草9 g,生姜9 g(切),大枣4枚(擘),炙麻黄5 g,杏仁10 g,生石膏30 g(先煎),甘草3 g。可按照患儿体质、年龄、病情进行药量确定。如喘粗气短、动则更甚、脉象沉细可加入五味;痰多且黄可加入浙贝母;大便秘结可加入大黄等,1剂/d,以水煎之,分早晚2次服用。

**1.3 观察指标** 观察2组患儿临床治疗效果,临床症状及体征消失时间。

**1.4 疗效评定标准** 痊愈:患儿体温恢复正常,临床症状均消除,无肺啰音,血常规正常,X线检查症状均消除。显效:患儿体温、体征均显著改善,肺啰音明显减少,血常规显著降低,X线检查症状部分消除。有效:患儿体温、症状得到改善,肺啰音减少,血常规改善,X线检查症状缓慢消除。无效:患儿体温、症状未改善,肺啰音、血常规无改变。愈显率=(治愈+显效)/总例数×100%。

**1.5 统计学方法** 研究采用SPSS 20.0完成数据的录入分析,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料采用 $t$ 检验, $P<0.05$ 说明差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患儿临床疗效比较** 观察组患儿治疗愈显率为92.68%,高于对照组愈显率73.17%( $P<0.05$ )。见表1。

表1 2组患儿临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	41	13(31.71)	17(41.46)	7(17.07)	4(9.76)	30(73.17)
观察组	41	23(56.10)	15(36.59)	3(7.32)	0(0.00)	38(92.68)
$\chi^2$ 值						12.095
$P$ 值						<0.05

**2.2 2组患儿临床症状及体征消失时间比较** 观察组患者

发热消退时间、喘息消除时间、咳嗽消除时间、肺啰音消除、胸片恢复正常时间、住院时间均少于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组患儿临床症状及体征消失时间比较 ( $\bar{x}\pm s, d$ )

组别	例数	发热消退时间	喘息消除时间	咳嗽消除时间	肺啰音消除	胸片恢复正常时间	住院时间
对照组	41	3.03±0.42	2.36±0.96	4.82±1.32	4.62±0.91	9.35±2.63	17.50±1.50
观察组	41	4.46±0.92	3.75±1.02	5.86±1.05	5.90±1.30	12.42±2.71	29.50±3.50
$t$ 值		13.069	10.462	12.069	11.562	16.482	19.500
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

在中医学中,临床治疗小儿肺炎时,需按照患儿情况予以分型论治、分期论治,虽然治疗方法存在差异,但是均应根据肺炎发生发展过程的关键病因病机,且结合小儿生理病理特点进行随症加减治疗。在肺炎初期因外邪犯肺而致使患者出现风寒闭肺或风热闭肺,伴随疾病进一步发展,往往会出现邪气闭肺,痰瘀交阻情况,此时患者往往出现痰热闭肺或痰湿阻肺。在肺炎缓解期,尤其机体免疫力低的患者,病情极有可能迁延不愈,从而形成肺阴不足或脾肺气虚。

麻杏石甘汤最初记载在《伤寒论》中,此方可发挥辛凉宣泄、清肺平喘的作用,从而使得闭郁肺气得到有效宣畅、热盛肺热得到有效清泄,方中麻黄为君药,可发挥宣肺平喘的作用,石膏为臣药,可发挥辛甘大寒、清里热的效果,杏仁为佐药,可发挥降肺气的效果,甘草为使药,可安胃和中,此方配伍得当,可充分发挥清宣肺热、平喘止咳的作用<sup>[4]</sup>。经现代药理学研究显示,麻杏石甘汤具有抗变态反应、镇咳平喘的治疗效果,而且能够降低细菌菌体蛋白合成,使得细菌超微结构得到有效破坏,对于细菌病毒生长具有明显抑制作用,麻杏石甘汤煎剂可有效消除金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌等。在基本方基础上,按照患儿具体情况,增加清热解毒、止咳化痰的药物,可提高临床治疗效果<sup>[5]</sup>。

小柴胡汤中的黄芩可发挥清热燥湿、泻火解毒的作用,对于呼吸道感染、咳嗽、肺部炎症等可达到良好治疗效果,可发挥较强的抗菌作用;炙甘草具有益气作用,可调和诸药;党参可发挥健脾益肺作用,对于扩张血管、降低血压效果显著,且可增强肺脏免疫功能,提高抵抗力;大枣可归脾胃经,具有补中益气、养血安神、缓和药性的作用,利于诸药充分发挥药性,使得诸药得到有效调节,利于元气补充;柴胡可发挥疏肝解郁的作用,对于胸肋胀痛等具有明显改善作用;炙麻黄具有缓解发热恶寒的作用;杏仁可止咳平喘、润肠通便;清半夏可有效燥湿化痰、降逆止呕,诸药联合对于改善临床症状具有明显作用。小柴胡汤可降低体温、抑制细菌生长等。药效作用较为广泛,是一

种临床常用药物。

经本研究可知,观察组患儿治疗愈显率为92.68%,显著低于对照组愈显率73.17%,差异具有明显统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者发热消退时间、喘息消除时间、咳嗽消除时间、肺啰音消除、胸片恢复正常时间、住院时间均少于对照组,差异具有明显统计学意义( $P<0.05$ )。对照组采用常规西医治疗,西医治疗通常是清除原发病灶、对临床症状降低控制等,使得临床症状得到缓解、病原清除。但是有的患者难以达到理想效果,甚至无效。观察组采用小柴胡汤合麻杏石甘汤治疗,可清宣肺热、平喘止咳、

清热解毒,有效改善临床症状。观察组疗效明显优于对照组。

总之,小柴胡汤合麻杏石甘汤治疗小儿肺炎痰热闭肺型的临床效果显著,明显促进临床症状的改善,值得推广使用。

#### 参考文献

- [1]单红利.小柴胡汤联合西药治疗肺部感染随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2016,30(11):53-55.
- [2]沈晓明,王卫平.儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:65-80.
- [3]莫新民.实用中医辨病论治大全[M].太原:山西科学技术出版社,2006:87.
- [4]汉·张仲景.伤寒论[M].北京:中国古籍出版社,1999:110-111.
- [5]黄遵羲.麻杏石甘汤合葶苈大枣汤治疗80例小儿肺炎的体会[J].中医临床研究,2014,6(8):84-85.

(本文编辑:张文娟 本文校对:隋志强 收稿日期:2018-07-13)

## 复方茵陈蒿汤治疗慢性重型肝炎的临床研究

兰佳

(贵溪市中医院内一科,江西 贵溪 335400)

**摘要:**目的 探讨复方茵陈蒿汤加减治疗慢性重型肝炎的临床效果。方法 选取2016年11月—2017年12月收治的慢性重型肝炎患者56例,按数字表随机分为2组,每组28例,对照组采用西医治疗,观察组在对照组基础上,给予复方茵陈蒿汤加减治疗,观察与对比2组肝功能指标、临床疗效及并发症情况。结果 观察组治疗总有效率75.00%(21/28)高于对照组46.40%(13/28),差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组并发症发生率明显少于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 针对慢性重型肝炎患者,采用复方茵陈蒿汤加减治疗,效果好,可明显改善临床症状,减少并发症,临床应用价值高。

**关键词:**慢性重型肝炎;复方茵陈蒿汤;并发症;黄疸;经方

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.044

文章编号:1672-2779(2018)-21-0111-02

### Clinical Study on Compound Yinchenhao Decoction in Treating Chronic Severe Hepatitis

LAN Jia

(Department of Internal Medicine, Guixi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Guixi 335400, China)

**Abstract: Objective** To investigate the clinical effect of compound Yinchenhao decoction in the treatment of chronic severe hepatitis. **Methods** 56 patients with chronic severe hepatitis treated in our hospital from December 2016 to November 2017 were randomly divided into 2 groups, with 28 cases in each group. The control group was treated with western medicine. On the basis of the control group, the observation group was treated with compound Yinchenhao decoction. The liver function indexes, clinical efficacy and complications of two groups were observed and compared. **Results** The total effective rate of the observation group (75%) was higher than that of the control group (46.40%), and the difference between the two groups was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The incidence of complications in the observation group was significantly lower than that in the control group, and the difference between the two groups was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** For the patients with chronic severe hepatitis, the therapeutic effect of compound Yinchenhao decoction is good. It can obviously improve the clinical symptoms and reduce the complications, and the clinical application value is high.

**Keywords:** chronic severe hepatitis; compound Yinchenhao decoction; complications; jaundice; classical prescription

慢性重型肝炎(CSH)的主要临床特征是肝功能衰竭,其乃我国重症肝炎病症体系中的典型代表。因慢性重型肝炎由肝硬化或慢性肝炎进展所致,临床症状主要有呕吐、乏力、黄疸、上消化道出血、肝性脑病及恶心等,死亡率达60%~85%<sup>[1]</sup>。即便采用原位肝移植、人工肝支持等方法指标,但其死亡率仍能达到56.2%<sup>[2]</sup>。本研究针对本院2016年11月—2017年12月收治的56例慢性重型肝炎患者,以分组对照方式,探讨给予复方茵陈蒿汤加减治疗的临床效果,现报道如下。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年11月—2017年12月本院收治

的56例慢性重型肝炎,均与《肝衰竭诊疗指南》《病毒性肝炎防治方案》中的相关诊断标准相符<sup>[3]</sup>,且与中医诊断标准相符,即主症:(1)身黄、目黄、小便短黄;(2)口苦泛恶;(3)舌苔黄腻。次症:(1)舌质红、弦数或脉弦滑;(2)大便不调;(3)口干不欲饮;(4)面色晦滞。若患者满足主症中的3项,或是主症2项+次症2项,即为本证。排除亚急性重型肝炎、急性重型肝炎者,另排除妊娠或哺乳期妇女及合并有其他严重的全身性疾病者。

#### 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用西医治疗。给予前列腺素、思美泰、

门冬氨酸鸟氨酸等开展护肝退黄治疗,调节电解质,补充蛋白质与新鲜血浆,针对各种并发症开展针对性处置。

**1.2.2 观察组** 在对照组治疗基础上,给予复方茵陈蒿汤加减治疗,基础方:茵陈蒿30~60 g,大黄10 g,栀子12 g,炒白术29 g,黄芩5 g,甘草6 g。水煎服,每日1剂,早晚分服。针对严重腹胀者,基础方加沉香5 g,莱菔子29 g;针对食欲不振者,基础方加焦三仙10 g,鸡内金20 g;针对腹泻便溏者,加猪苓19 g,炒薏苡仁29 g;恶心呕吐者,基础方加竹茹14 g,陈皮14 g;皮肤瘙痒者,基础方加秦艽19 g,牡丹皮19 g;肌肤瘀斑者,加白茅根14 g,紫草30 g。2组均持续治疗8周。

**1.3 观察指标** 观察与比较2组临床疗效及并发症情况,并发症包括:腹水、消化道出血、原发性腹膜炎、肝性脑病、腹水、真菌感染、电解质紊乱。

**1.4 疗效评定标准** 若患者临床症状消失,肝功能恢复至正常,或存在轻微异常(丙氨酸转氨酶(ALT)  $\leq$  60 U/L,总胆红素(TBIL)  $\leq$  34  $\mu$ mol/L,凝血酶原活动度(PTA)  $\geq$  60%,即治愈;若患者临床症状有减轻,肝功能有一定好转(ALT相比于最高检测值降低 $>$ 50%,TBIL相比原水平下降 $>$ 50%),或PTA相比原水平,提升 $>$ 50%,且稳定 $>$ 2周,即显效;若患者症状均一定改善,肝功能有好转(TBIL下降 $>$ 25%,ALT下降 $>$ 25%)或PTA提高 $>$ 25%,即有效;若患者症状没有改善,PTA、TBIL加重,即无效<sup>[4]</sup>。

**1.5 统计学方法** 使用SPSS 23.0处理数据,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行 $t$ 检验;计数资料以百分比表示,行 $\chi^2$ 检验,若比较有显著差异,由 $P < 0.05$ 表示。

## 2 结果

**2.1 2组患者临床疗效对比** 观察组治疗后总有效率为75.00%,明显高于对照组的46.40% ( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组患者临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	28	1	7	5	15	13(46.40)
观察组	28	3	13	5	7	21(75.00)
$\chi^2$ 值						5.26
$P$ 值						$< 0.05$

**2.2 2组患者并发症发生率对比** 观察组并发症发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组患者并发症发生率对比 [例(%)]

组别	例数	电解质紊乱	腹水	肝性脑病	原发性腹膜炎	真菌感染
对照组	28	17(60.71)	14(50.00)	8(28.57)	8(28.57)	4(14.29)
观察组	28	7(25.00)	7(25.00)	2(7.14)	4(14.29)	2(7.14)
$\chi^2$ 值		19.28	14.79	11.45	5.26	6.39
$P$ 值		$< 0.05$	$< 0.05$	$< 0.05$	$< 0.05$	$< 0.05$

## 3 讨论

重型肝炎在中医学中属于“臌胀”“瘟黄”“急

黄”“黄疸”及“血证”范畴,具有病症多、变化快及起病重等特点。对于其病机而言,可概括为“虚”“瘀”“湿”“痰”,而对于湿热内蕴证者而言,其在整个重型肝炎中的占比达70%<sup>[5]</sup>。本研究以慢性重型肝炎为对象,对其湿发黄证开展研究。在治疗此症方面,采用的是复方茵陈方加减汤,其不仅具有健脾、胃及利湿退黄作用外,还有清热解毒之功。在此药方中,茵陈蒿味苦,性平微寒,具有解毒、清热之功,还有利湿退黄的作用,此乃退黄的首选药物,即君药。栀子苦寒,具有通利小便、泻火的作用,还有清泄三焦湿热之功;白术具有燥湿利水以及健脾益气等功效;而大黄苦寒,具有荡涤胃肠、凉血活血及泄热之功,三者均为臣药,为君药提供辅助,使湿热经二便而排解。而对于黄芩,其苦寒,有燥湿作用,能与栀子、茵陈蒿配合,发挥泄郁热之功,即佐药。甘草则具有泻火、解毒作用。

本研究针对本院收治的慢性重型肝炎患者,采用复方茵陈蒿汤加减治疗,取得较好治疗效果,即观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义。观察组并发症发生率明显少于对照组,差异有统计学意义。由此表明,慢性重型肝炎患者采用复方茵陈蒿汤加减,效果要明显好于传统西药,而且不良反应少。

现阶段,在治疗慢性重型肝炎方面,还没有特效药及特效治疗方法,而采取中医与西医联合、互补的方式,能够达到取长补短的目的。基于西医传统的治疗方法,与中医治疗相结合,较好地体现出了中医注重整体层面调节,把患者所存在的局部病变,与心理变化、合并疾病、全身状况等因素相融合,开展系统化分析,并以此为基础,制定有针对性且行之有效的调节措施,能够得到比较好的治疗效果。此外,此种治疗还具有多环节、多层次及多靶位等优点,此乃单用西药无法达到的,所以,针对慢性重型肝炎患者,在进行治疗时,需做到及早诊治,以中西医结合方法治疗为佳。

综上所述,针对慢性重型肝炎患者,采用复方茵陈蒿汤加减治疗,效果好,可明显改善临床症状,减少并发症,临床应用价值高。

### 参考文献

- [1]鲁艳平,李群,陈亮,等.复方茵陈蒿汤加味联合中药灌肠治疗慢性重型肝炎[J].内蒙古中医药,2014,33(34):38-39.
- [2]Chen,C H.,Lin,C L.,Hu,T H., et al.Entecavir vs. lamivudine in chronic hepatitis B patients with severe acute exacerbation and hepatic decompensation[J].Journal of Hepatology,2014,60(6):1127-1134.
- [3]刘红霞,程敏,汪喜明,等.诺和锐30联合茵陈蒿汤加减方治疗慢性乙型肝炎合并糖尿病的疗效分析[J].临床肝胆病杂志,2014,30(4):311-313.
- [4]张来,占伯林,李群.自拟复方茵陈蒿汤联合熊去氧胆酸治疗原发性胆汁性肝硬化30例[J].航空航天医学杂志,2013,24(2):222-223.
- [5]陈欣菊,韩捷.退黄合剂联合脐灸疗法治疗阴黄型慢性乙型肝炎15例[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(10):45-46.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘进德 收稿日期:2018-07-13)



# 柴胡加龙骨牡蛎汤在乳腺癌并发抑郁中的应用

杨 扬

(长春中医药大学附属医院肿瘤血液科, 吉林 长春 130000)

**摘要:**目的 探究柴胡加龙骨牡蛎汤加减方对乳腺癌并发抑郁患者QLQ-C30与HAMD评分的影响。方法 在2016年1月—2018年4月收治的乳腺癌并发抑郁患者中随机抽取92例, 平均分为对照组和观察组, 对照组采用常规西药治疗方法, 观察组在常规西药治疗的基础上采用柴胡加龙骨牡蛎汤加减方进行治疗, 对比分析2组患者的抑郁评分(HAMD评分)、生活质量评分(QLQ-C30评分)以及不良反应发生率。结果 治疗后, 观察组QLQ-C30评分中每个项目评分均显著高于对照组, 其HAMD评分和不良反应发生率则低于对照组, 差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 柴胡加龙骨牡蛎汤加减方在乳腺癌并发抑郁患者治疗中具有显著的临床效果, 有利于改善患者的抑郁症状, 提高其生活质量, 降低不良反应发生率, 在临床上值得推广应用。

**关键词:**柴胡加龙骨牡蛎汤; 乳腺癌; 抑郁; QLQ-C30量表; HAMD评分; 中医药疗法; 乳岩; 郁证; 经方

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.045

文章编号:1672-2779(2018)-21-0113-02

## The Application of Chaihu Longgu Muli Decoction in the Treatment of Breast Cancer Complicated with Depression

YANG Yang

(Department of Hematology, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130000, China)

**Abstract: Objective** To investigate the effect of modified Chaihu Longgu Muli decoction on QLQ-C30 and HAMD scores in patients with breast cancer complicated with depression. **Methods** 92 cases of breast cancer complicated with depression treated in our hospital from January 2016 to April 2018 were randomly selected and divided into the control group and the observation group. The control group was treated with conventional western medicine. On the basis of conventional western medicine, the observation group was treated with Chaihu Longgu Muli decoction. Depression score (HAMD score), quality of life score (QLQ-C30 score) and incidence of adverse reactions between the two groups was compared. **Results** After treatment, the score of each item in the QLQ-C30 score of the observation group was significantly higher than that of the control group. The HAMD score and the incidence of adverse reactions of the observation group were lower than those of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Chaihu Longgu Muli decoction has significant clinical effect in the treatment of depressive patients with breast cancer. It is beneficial to improve the depressive symptoms, improve the quality of life and reduce the incidence of adverse reactions. It is worth popularizing in clinical practice.

**Keywords:** Chaihu Longgu Muli decoction; breast cancer; depression; QLQ-C30 scale; HAMD score; therapy of TCM; mammary cancer; melancholia; classical prescription

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤之一, 对患者生命健康具有很大的威胁。目前, 临床上通常采用手术以及术后化疗的方式进行治疗, 效果显著, 但由于治疗过程漫长, 且化疗对患者造成很大的痛苦, 极易使乳腺癌患者出现抑郁症状, 影响其生活质量以及治疗效果<sup>[1]</sup>。针对此情况, 本文以我院2016年1月—2018年4月收治的92例乳腺癌并发抑郁患者为研究对象, 探究柴胡加龙骨牡蛎汤加减方的临床疗效, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 在我院2016年6月—2018年3月收治的患者中随机抽取92例乳腺癌并发抑郁患者, 均为女性, 将其分为对照组和观察组, 每组46例。对照组年龄为31~72岁, 平均年龄为(48.86±8.13)岁; 在病理分期上, I期15例, II期19例, III期12例; 其中左侧肿瘤25例, 右侧21例; 肿瘤直径3.04~5.20 cm, 平均直径为(3.79±0.56) cm。观察组年龄32~71岁, 平均年龄为(49.12±7.96)岁; 在病理分期上, I期16例, II期20例, III期10例; 其中左侧肿瘤24例, 右侧22例; 肿瘤

直径3.21~5.18 cm, 平均直径为(3.47±0.62) cm。本研究经我院伦理委员会批准, 所有患者经过临床检查和诊断, 均符合《新编常见恶性肿瘤诊治规范》和《中国精神疾病分类与诊断标准》中有关乳腺癌并发抑郁的诊断标准<sup>[2]</sup>, 排除严重肝肾功能障碍、药物过敏、凝血机制异常、妊娠以及哺乳期患者, 所有参与研究患者及其家属皆已签署知情同意书。2组患者在年龄、疾病分期、肿瘤位置、肿瘤直径等临床资料上差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 可以进行对比。

**1.2 治疗方法** 2组患者均接受相同的治疗措施和护理干预。

对照组: 予以常规西药治疗, 氟西汀药物(山西仟源制药股份有限公司, 国药准字H20073985), 20~40 mg, 1次/d, 口服。

观察组: 在对照组基础上, 接受柴胡加龙骨牡蛎汤加减方治疗, 配方为: 柴胡、远志、党参、石菖蒲、黄芩、郁金、清半夏各10 g, 茯苓15g, 丹参、炒酸枣仁、合欢皮、生龙骨、生牡蛎各30 g, 龙齿、夜交藤

40 g。加200 mL水煎，1剂/d，分早晚2次口服。1个疗程为7 d。

**1.3 观察指标** 治疗1个月后统计2组患者的抑郁评分(HAMD评分)、生活质量评分(QLQ-C30评分)以及不良反应发生率。(1)抑郁评分:采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD评分)进行评估<sup>[9]</sup>,有24项,每项0~4分,评分 $\geq 35$ 分为严重抑郁;29分 $>$ 评分 $\geq 20$ 分为中度抑郁;20分 $>$ 评分 $\geq 8$ 分为轻度抑郁;评分 $> 8$ 分为无抑郁症状。(2)生活质量评分:采用生活质量调查量表(QLQ-C30评分)进行评估<sup>[10]</sup>,项目包括认知功能(CF)、情绪功能(EF)、角色功能(RF)、社会功能(SF)、躯体功能(PF)和生活总质量评分(QL),每项满分为100分,分数与患者生活质量水平成正比。(3)不良反应发生率:根据临床医师记录的治疗报告记录,获取2组患者不良反应发生情况的相关数据,加以对比分析。

**1.4 统计学方法** 本研究数据通过SPSS 18.0统计学软件进行处理;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组患者HAMD评分比较** 2组患者HAMD评分治疗前无统计学差异( $P > 0.05$ );治疗后,观察组HAMD评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),详情见表1。

表1 2组患者HAMD评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
观察组	46	56.81 $\pm$ 5.32	7.76 $\pm$ 2.43	56.880	0.000
对照组	46	57.25 $\pm$ 4.78	15.52 $\pm$ 3.16	49.393	0.000
$t$ 值		0.417	13.203		
$P$ 值		0.339	0.000		

**2.2 2组患者QLQ-C30评分比较** 观察组QLQ-C30评分中每个项目评分均高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),详情见表2。

表2 2组患者治疗后QLQ-C30评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	CF	EF	RF
观察组	46	84.29 $\pm$ 9.74	81.12 $\pm$ 9.78	75.46 $\pm$ 6.54
对照组	46	73.64 $\pm$ 8.53	72.15 $\pm$ 9.53	67.82 $\pm$ 7.76
$t$ 值		5.579	4.455	5.106
$P$ 值		0.000	0.000	0.000
组别	例数	SF	PF	QL
观察组	46	68.65 $\pm$ 5.71	72.93 $\pm$ 8.84	76.28 $\pm$ 9.67
对照组	46	55.92 $\pm$ 6.79	66.07 $\pm$ 7.16	65.37 $\pm$ 8.49
$t$ 值		9.732	4.090	5.750
$P$ 值		0.000	0.000	0.000

**2.3 2组患者不良反应发生率比较** 对照组有11例患者发生不良反应,其中恶心呕吐4例,头晕头痛3例,失眠3

例,发热1例,发生率为23.91%;观察组有2例发生不良反应,恶心呕吐1例,头晕头痛1例,发生率为4.35%。2组不良反应发生率比较,差异有统计学意义( $\chi^2=5.733, P=0.017 < 0.05$ )。

## 3 讨论

乳腺癌是发生于乳腺上皮组织的恶性肿瘤,99%发于女性患者,由于乳腺不属于机体生命活动的重要器官,因此,原位乳腺癌并不致命,可以通过手术切除以及术后化疗治愈,以避免癌细胞转移<sup>[9]</sup>。在乳腺癌治疗过程中,由于多方面因素影响,患者通常会出现抑郁症状,严重影响患者在治疗期间的临床依从性以及生活质量。针对乳腺癌并发抑郁症状,通常采用氟西汀等抗抑郁药物进行治疗,虽然具有一定的效果,但见效缓慢,且不良反应较多。乳腺癌并发抑郁在中医上属于“郁病”“百合病”等范畴,病机为忧郁不解,肝失疏泄,脾失健运,引起痰气郁结,心失所养,神志失于内守,长此以往,极易对患者机体健康产生严重的负面影响。柴胡加龙骨牡蛎汤加减方主要由和解清热、和胃降逆、扶正祛邪、镇惊安神等功效的药材组成,用于乳腺癌并发抑郁患者治疗中具有很大的可行性。

在本研究中,采用柴胡加龙骨牡蛎汤加减方进行治疗,其中柴胡具有和解表里、疏肝升阳的功效;而龙骨牡蛎汤加减方中的生龙牡、龙齿具有重镇安神的效果,清半夏、党参、石菖蒲、茯苓等药材具有清热解毒、和胃利气的效果,对乳腺癌并发抑郁患者的症状具有显著的效果。因此,研究结果显示,治疗后,观察组的QLQ-C30评分量表中每个项目评分均大于对照组,而其HAMD评分和不良反应发生率则小于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),说明柴胡加龙骨牡蛎汤加减方在乳腺癌并发抑郁患者治疗中具有良好的应用效果,且安全性较高。

综上所述,柴胡加龙骨牡蛎汤加减方应用于乳腺癌并发抑郁患者治疗中效果显著,不仅能够有效缓解患者的抑郁症状,改善其生活质量,还具有一定的安全性,在临床上具有很大的推广应用价值。

## 参考文献

- [1]王建华,王锦辉,杨俊泉,等.柴胡加龙骨牡蛎汤加减方治疗乳腺癌并发抑郁患者的临床研究[J].中国煤炭工业医学杂志,2016,19(5):732-736.
- [2]石大菊,何晓明,王亮开.五行音乐辨证施护对乳腺癌肝郁气滞证患者抑郁状态的影响[J].光明中医,2016,31(18):2738-2740.
- [3]金津津,余志怡,徐斌.扶正解郁汤治疗乳腺癌术后抑郁证肝郁脾虚型的临床观察[J].中国现代医生,2016,54(16):123-126.
- [4]张淑芳,周立芝,陈长香,等.女性乳腺癌患者术后并发症情况对抑郁的影响[J].中国煤炭工业医学杂志,2017,20(6):737-739.
- [5]谢守泳.自拟中药汤剂改善乳腺癌化疗抑郁状态及骨髓抑制临床分析[J].四川中医,2016,34(6):115-118.

(本文编辑:张文娟 本文校对:范振林 收稿日期:2018-07-03)

# 中西医结合治疗湿热瘀阻型青蛇毒临床观察<sup>※</sup>

李文豪 张勇 李硕菊

(福建中医药大学附属人民医院中西医结合外科, 福建 福州 350004)

**摘要:**目的 探讨中西医结合及内外合治湿热瘀阻型青蛇毒的临床疗效。方法 采取中西医结合治疗方法, 制定相应的综合治疗方案, 治疗1个疗程(14 d)后对2组患者的临床疗效进行综合评价。其中对照组给予单纯西药治疗, 具体包括抗凝、消肿等; 观察组在对照组基础上运用中医辨证论治使用四妙散合四妙勇安汤加减治疗, 局部将新癍片研粉调糊后外涂于患处。结果 观察组局部红肿热痛、酸胀、水肿及条索状物硬结等临床症状体征得到明显的缓解, 总有效率95% (38/40), 治疗无不良反应; 对照组相应症状体征也有所改善, 总有效率85.29% (29/34)。2组比较, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 中西医结合治疗湿热瘀阻型青蛇毒较单纯使用西药治疗更有效、安全可靠, 而且症状和体征都有明显改善。

**关键词:** 中西医结合疗法; 内外合治; 湿热瘀阻; 青蛇毒; 血栓性浅静脉炎

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.046

文章编号:1672-2779(2018)-21-0115-03

## Clinical Observation on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Damp-heat Stasis Thrombotic Superficial Phlebitis

LI Wenhao, ZHANG Yong, LI Shuoju

(Surgery of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, the Affiliated People's Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350004, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical effect of integrated traditional Chinese and western medicine in the treatment of damp-heat stasis thrombotic superficial phlebitis. **Methods** Adopting the therapeutic method, which is linked traditional Chinese to Western medicine, to formulate a comprehensive treatment plan, and evaluating curative effects after 14 days' treatments. Among this way, for the control group, we used Western medicine treatments only, such as anti-inflammatory, anticoagulation, thrombolysis. And for the treatment group, we need to add traditional Chinese medicine methods' decoction named Simiao powder and Simiao Yongan decoction, and Chinese patent medicine named Xinhuang tablets using in local external. **Results** After treatment, the treatment group's symptoms and signs were obviously relieved, including local redness, heat pain, acid swelling, edema, strands of stripe, and total effective rate was 95% (38/40) without adverse reactions. For the control group, the symptoms and signs of corresponding symptoms have also improved, and total effective rate was 85.29% (29/34), and the difference was statistical  $P<0.05$ . **Conclusion** For the treatment group, integrated traditional Chinese and western medicine in the treatment of damp-heat stasis thrombotic superficial phlebitis has better curative effects than using Western medicine. And it is safe, reliable, and signs were obviously improved.

**Keywords:** integrated therapy of traditional Chinese and western medicine; internal and external treatments; damp-heat stasis; thrombotic superficial phlebitis; superficial thrombophlebitis

青蛇毒, 现代医学称之为血栓性浅静脉炎, 是发生在体表静脉中的一种炎症性血栓性疾病, 其临床特点是体表静脉发红和灼痛, 局部可触及条索硬结, 按之有明显的触痛感。一些急性病例伴有发热和其他全身症状<sup>[1]</sup>, 这些症状往往发生在下肢。它是一种常见和多发的周围血管疾病。

随着当今医疗技术的不断创新, 医疗质量有了明显的提高, 人们的生活水平也在提高, 人们对于自身的身体健康更加重视, 广大青蛇毒患者对临床疗效提出了更高的要求。鉴于此, 笔者近年来与科室同道一起, 采用中西医结合、内外合治的方法治疗湿热瘀阻型青蛇毒获得了许多成果, 现分述如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 观察组与对照组病人全部来自住院病人, 发病部位都在单侧下肢, 均住院治疗14 d后观察疗效。

观察组40例, 对照组34例。观察组中男性17例, 女性23例; 年龄25~80岁, 平均年龄(54.28±11.46)岁。对照组中男性14例, 女性20例; 年龄30~78岁, 平均(54.00±10.87)岁。2组一般资料比较,  $P>0.05$ , 差异无统计学意义, 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《中医外科学》<sup>[2]</sup>《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>《周围血管疾病中西医诊疗学》<sup>[4]</sup>。

**1.3 纳入标准** (1) 与青蛇毒(西医诊断: 血栓性浅静脉炎)的诊断标准相符合; (2) 中医辨证证型为湿热瘀阻证<sup>[5]</sup>。

**1.4 排除标准** (1) 下肢急性深静脉血栓形成者; (2) 下肢静脉性溃疡者; (3) 下肢丹毒者; (4) 合并其他原发性疾病, 且病情严重如心、肝、肾等重要脏器器官功能损伤, 各种血液系统、内分泌系统疾病, 以及精神类疾病患者; (5) 四肢残疾患者; (6) 妊娠期妇女, 哺乳期妇女, 儿童; (7) 已知对治疗过程中的某些药物过敏者; (8) 正在参加其他项临床观察及

※ 基金项目: 国家中医药管理局全国第五批名老中医药专家师承项目

试验者<sup>[5-6]</sup>。

**1.5 脱落标准及剔除标准** (1) 未能完全遵从治疗方案用药, 依从性差者; (2) 未能完成全部治疗过程, 无法判定治疗是否有效者; (3) 治疗过程出现严重不良反应者, 如过敏或其他毒副作用者。

### 1.6 治疗方法

**1.6.1 对照组** (1) 静滴青霉素钠(640万单位, 每12 h 1次) 抗炎; (2) 皮下注射抗凝药物, 如低分子肝素钠(每12 h 1次, 每次4250单位); (3) 口服地奥司明片(每日2次, 每次2片) 促进静脉回流、使患肢肿胀缓解; (4) 预防调护方面, 嘱患者维持患肢抬高至少30°, 尽量减少下床活动, 防止局部碰撞<sup>[7]</sup>; (5) 饮食方面, 清淡饮食, 忌食辛辣厚味之品。

**1.6.2 观察组** 在对照组基础上, 遵照中医辨证论治, 辨证口服中药汤剂治疗, 以清利湿热, 凉血化瘀为法。根据化裁选方, 以四妙散合四妙勇安汤加减, 具体药物如下: 金银花9 g, 川牛膝10 g, 薏苡仁20 g, 玄参9 g, 川黄柏9 g, 牡丹皮9 g, 苍术9 g, 浙贝母9 g, 生牡蛎24 g, 炒水蛭9 g, 当归9 g, 甘草3 g等。

**1.6.3 局部用药** 观察组白天取新癍片10~15粒。将新癍片置入研钵中, 充分研成药末, 保证药末均匀。将新癍片研成的粉末用冷开水调糊状, 根据患者红肿硬结部位均匀涂抹于患处, 厚度保持约1~2 mm, 2次/d(早、午), 晚上外涂喜辽妥(晚及睡前); 对照组外涂喜辽妥(多磺酸粘多糖乳膏), 4次/d, 每6 h 1次。

**1.6.4 疗程** 以上所有用药均14 d。

**1.7 疗效评定标准** 根据1999年发表的《周围血管疾病中西医诊疗学》的疗效标准。痊愈: 局部无红肿热痛, 体温恢复正常, 局部未触及静脉条索状性硬块; 显效: 局部无红肿热痛, 局部仅可触及少量静脉条索状性硬块; 有效: 局部红肿热痛较前缓解, 局部可触及静脉条索状性硬块; 无效: 以上症状、体征无改变<sup>[8]</sup>。

总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

**1.8 统计学方法** 使用统计学软件SPSS 21.0进行数据处理, 计数资料使用卡方 $\chi^2$ 检验。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

见表1。

表1 2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	5	19	14	2	38(95.00)*
对照组	34	1	13	15	5	29(85.29)

注: 与对照组比较, \* $P < 0.05$

## 3 讨论

青蛇毒, 中医传统典籍中多有记载。除“赤脉”“恶脉”等常见叫法外, 亦有“黄鳅痛”等说法, 湿热瘀阻型相当于急性期<sup>[9]</sup>。《医宗金鉴·外科心法》记载

认为本病多由肝脾二经湿热凝滞而成, 化热耗液伤津, 脉行不畅, 以瘀为主, 故治疗时在活血通络、清利湿热的基础上, 当酌加清热解毒止痛之品。现代医学认为青蛇毒系静脉壁损伤, 尤其是血管内皮损伤, 加以血流动力学的改变及血液高凝状态引起, 导致炎症因子的释放、血栓形成, 故治疗上需以抗凝、止痛为准则; 并在这些治疗基础上兼加祛聚、抗炎、溶栓等治疗手段。

而采用中西医结合及内外合治治疗湿热瘀阻型青蛇毒之所以可以取得较好的临床疗效是由于: (1) 西医治疗部分: 青霉素钠抗炎; 低分子肝素钠有很好的抗凝作用, 对于Xa因子具有良好的拮抗作用; 地奥司明片通过促进静脉收缩和改善静脉回流作用, 恢复毛细血管壁正常渗透性, 并增强其抵抗性, 能够治疗各种因静脉原因导致的肢体水肿、软组织肿胀及四肢沉重、酸胀等不适, 是一种增加静脉张力性药物和血管保护剂; 多磺酸粘多糖乳膏外涂病灶, 透过皮肤作用于纤溶及血凝系统, 起到预防血栓形成的作用, 并通过抑制各种相关酶类以及影响补体及PG而起到抑制炎症因子释放的作用, 不但能起到预防浅表静脉血栓形成, 还能在一定程度上减缓甚至抑制局部炎症的进展和加快血栓的吸收速度。(2) 中医治疗部分: 四妙散, 出自《丹溪心法》卷四, 方中多具清热解毒、消肿祛湿的中药, 四妙勇安汤, 出自清代《验方新编》, 临床上常用来治疗热毒炽盛诸候, 组方中金银花, 现代药理研究表明能加强白细胞的功能作用, 有明显的消炎和退热作用, 其性甘寒, 素有“疮疡圣药”之称; 水蛭, 采于夏秋二季, 沸水烫制而成, 性味咸苦, 能破血逐瘀, 通经消癥, 常用于瘀血所致的经闭、癥瘕、中风诸疾; 现代药理研究表明, 水蛭内含有肝磷脂、ATX等, 具有较强的抗凝、抗血小板作用。黄柏善解下焦湿热, 性苦寒, 根据研究, 对于常见的病菌有抑制作用, 如溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌等; 加以薏苡仁、苍术行于脾、胃二经, 具有良好的健脾利湿作用; 牡丹皮、玄参联合, 起到凉血化瘀的作用; 当归具有强效的活血作用, 且具有不留瘀的特性, 现代医学从当归中提炼出阿魏酸钠, 是一种具有抑制血栓形成的成分; 生牡蛎、浙贝母软坚散结; 川牛膝为引经药, 能够起到载药下行的作用, 甘草含有甘草甜素和黄酮类物质, 在中药组方中起到调和诸药的作用, 诸药并用, 君臣佐使明确, 共起良效。新癍片是经典中成药, 具有清热解毒, 化瘀止痛的作用, 临床上常用来治疗热毒瘀血所致的诸痛症。新癍片的主要成分中肿节风为清热凉血要药; 三七化瘀活血定痛; 牛黄清热解毒; 珍珠层粉解柔软坚, 作用于局部, 易于起效。

综上所述, 在医学日新月异的今天, 将中医学中

优秀的成分提炼、总结，并与现代医学紧密结合，取长补短，可以取得更好的临床疗效。中西医结合、内外合治治疗湿热瘀阻型青蛇毒疗效明确，方法简单，值得推广。

#### 参考文献

- [1]邓芝徽,邢壮杰,郝国强,等.中西医结合治疗下肢静脉曲张合并血栓性浅静脉炎急性期临床分析[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(3):146-148.
- [2]国家卫生和计划生育委员会.中医外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:353-355.
- [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,

- 1994:54.
- [4]陈柏楠.周围血管疾病中西医结合诊疗学[M].北京:中国中医药出版社,1999:426-427.
- [5]赵诚,曹焯民.双草清脉颗粒治疗急性期血栓性浅静脉炎临床研究[J].中医学报,2013,28(11):1738-1739.
- [6]李光宗,杨宝钟,郑宏,等.静脉炎膏方治疗急性期血栓性浅静脉炎疗效观察[J].北京中医药,2018,37(2):139-142.
- [7]张玉冬.大青膏外用治疗血栓性浅静脉炎73例[J].中医外治杂志,2009,18(3):16-17.
- [8]高杰,张婷,付晨菲,等.血栓性浅静脉炎中西医结合治疗概述[J].中国老年学杂志,2017,37(12):3089-3092.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王世军 收稿日期:2018-07-20)

## 温胆汤联合依那普利片 治疗 H 型高血压(痰浊内蕴型)的临床观察※

吴蕾

(上海市奉贤区中医医院心内科,上海 201499)

**摘要:**目的 观察温胆汤联合依那普利治疗H型高血压(痰浊内蕴型)的临床疗效及安全性。方法 将80例H型高血压患者随机分为对照组与联合组,各40例。对照组患者给予依那普利片治疗,联合组在对照组基础上联合温胆汤进行治疗。考察2组患者的血压变化、血浆同型半胱氨酸(homocysteine, Hcy)与炎症因子水平、中医临床疗效、肝肾功能性指标及药物不良反应。结果 治疗后联合组患者临床总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ );联合组患者收缩压、舒张压、Hcy水平比对照组明显降低( $P < 0.05$ ),血浆炎症因子TNF- $\alpha$ 、Hs-CRP及IL-6含量亦明显减少( $P < 0.05$ )。与治疗前比较,治疗后联合组中上述指标均得到明显改善( $P < 0.05$ )。安全性方面,患者肝功能(ALT、AST)与肾功能(Cr、BUN)在治疗前后均无明显差异( $P > 0.05$ ),且2组均未见不良反应。结论 温胆汤可安全有效地协助依那普利控制血压及炎症,降低Hcy水平、减轻临床症状,继而为其“从痰论治”奠定临床基础,为中西医结合治疗H型高血压提供新思路。

**关键词:** H型高血压;痰浊内蕴型;温胆汤;同型半胱氨酸;眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.047

文章编号:1672-2779(2018)-21-0117-03

### Clinical Observation on Wendan Decoction Combined with Enalapril in the Treatment of H Type Hypertension (Phlegm Turbid Type)

WU Lei

(Department of Cardiology, Fengxian District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201499, China)

**Abstract: Objective** To study the clinical effectiveness and safety of Wendan decoction combined with enalapril for treating type H hypertension (phlegm turbid type). **Methods** 80 cases of patients with type H hypertension (phlegm turbid type), according to the order of admission number taken, randomly were divided into control group ( $n=40$ ) and combined group ( $n=40$ ). The patients in control group were administrated with enalapril, while the combined group was simultaneously given Wendan decoction and enalapril. After 8 weeks, the levels of systolic pressure, diastolic pressure, Hcy, inflammatory cytokines, ALT, AST, Cr, BUN and TCM clinical effect evaluation before and after the treatments were studied. **Results** The blood pressure, Hcy, TNF- $\alpha$  Hs-CRP and IL-6 levels were significantly reduced in combined group when comparing with controlled group. Moreover, the treatment using Wendan decoction combined with enalapril exerted notable therapeutic advantage and excellent safety. **Conclusion** The application of the enalapril combined with Wendan decoction for patients with type H hypertension is beneficial to improve the effect of enalapril in blood pressure, inflammation and Hcy control, improve the clinical efficiency. Nevertheless, the adverse reactions are unobvious. Thus it can lay the foundation for "treatment according to phlegm differentiation", and provide the therapeutic strategies penetrated from integrated traditional Chinese and Western medicines.

**Keywords:** H type hypertension; phlegm turbid type; Wendan decoction; homocysteine; vertigo

H型高血压为常见的原发性高血压疾病,具有高血压半胱氨酸(Hcy)特征,其发病率约占我国成年高血压人群的75%<sup>[1]</sup>。高血压与高Hcy的协同效应可严重损伤人体靶器官,加剧心脑血管疾病的发生,最终危害生命健康<sup>[2]</sup>。目前临床常采用降压药与叶酸的复合制剂对高血压、高Hcy水平进行控制,以达到治疗H型高血

压的目的<sup>[3]</sup>,但该治疗对部分患者作用欠佳,其心血管事件未得到有效控制<sup>[4]</sup>。中医认为H型高血压属“眩晕”范畴,其主要病机为气血失调、痰瘀交阻,高Hcy血症是痰湿内蕴证的重要表现,可作为中医临床的辨证依据及疗效指标<sup>[5]</sup>。温胆汤出自《备急千金要方》,主要用于理气化痰,清胆和胃等,具有降血压、调血脂等作用<sup>[6]</sup>,临床前期发现温胆汤可有效改善H型高血压的症状和体征,协助依那普利足量应用后治疗效果明显,毒

※ 基金项目:上海市奉贤区科委资助项目【No.奉科 20131413】

副作用甚微。传统中医药具有全面调节机体网络功能以及多途径、多环节、多靶点的特点,可弥补西医单一性的缺点。因此本研究拟采用温胆汤联合依那普利对痰浊内蕴型H型高血压进行治疗,并观察临床疗效及其安全性。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究所有病例来自上海奉贤区中医医院内科门诊及住院病人。全部病例符合H型高血压病(中医辨证:痰浊内蕴证),考虑20%的缺失率,共计80例。根据入院顺序采取随机化方法将患者分为对照组与联合组,各组40例。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 符合《中国高血压防治指南》<sup>[7]</sup>中原发性高血压标准,且Hcy $\geq 10 \mu\text{mol/L}$ 。

**1.2.2 中医辨证标准** 按2008版《中医内科常见病诊疗指南》<sup>[8]</sup>中眩晕-痰浊内蕴证拟定。①证候:头重如蒙,头目不清,胸闷少食,嗜睡,时吐痰涎;②舌象:舌淡苔腻;③脉象:脉滑或弦滑。

**1.3 纳入标准** ①符合上述标准的1、2级高血压患者(BMI $\geq 24 \text{ kg/m}^2$ , 1.7 mmol/L $\leq$  TG $< 5.5 \text{ mmol/L}$ ); ②20岁 $\leq$ 年龄 $\leq 70$ 岁,性别不限; ③患者自愿参加并签署知情同意书,依从性好、可随访。

**1.4 排除标准** ①年龄 $< 20$ 岁或 $> 70$ 岁; ②继发性高血压或血压 $\geq 180/110 \text{ mmHg}$ 或有高血压危象患者; ③NY-HA心功能分级为IV级,肝肾功能不全,过敏体质或对多种药物过敏患者; ④合并心梗、脑梗患者,妊娠妇女; ⑤正在进行其他药物临床研究的受试者。

**1.5 终止临床试验标准** ①不能坚持治疗或要求退出的受试者; ②发生过敏反应或出现严重不良发应的患者; ③症状恶化,必须采取紧急措施者。

**1.6 治疗方法** 对照组给予依那普利片(国药准字H32026567,扬子江药业集团江苏制药股份有限公司生产,10 mg/片),每次2片,每天1次。联合组在对照组基础上联合温胆汤进行治疗。方药组成:法半夏6 g,陈皮9 g,茯苓4.5 g,炙甘草3 g,竹茹6 g,枳实6 g。每天1剂,每剂200 mL,早晚各100 mL,餐后1.5 h服用,连续8周。治疗过程不使用其他相关药物。

**1.7 观察指标** ①检测治疗前后2组患者收缩压、舒张压(待患者休息15 min,采用全自动动态血压仪检测右上臂坐位血压,期间嘱咐患者避免剧烈活动); ②ELISA法检测治疗前后2组患者血浆Hcy、TNF- $\alpha$ 、Hs-CRP及IL-6等指标; ③参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[9]</sup>,考察治疗前后2组患者中医临床症状及体征改变情况,比较中医证候疗效; ④比色法检测肝功能(AST、

ALT)与肾功能(Scr、BUN)等指标,并进行安全性评估; ⑤监测治疗过程中患者的不良反应发生情况。

**1.8 统计学方法** 采用SPSS 19.0对试验结果进行统计分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者血压及Hcy水平比较** 治疗后,2组患者收缩压与舒张压均有下降,与治疗前比较差异明显( $P < 0.05$ );与对照组相比,联合组患者收缩压、舒张压明显降低( $P < 0.05$ )。治疗后,患者血浆Hcy含量均有减少,与治疗前比较差异明显( $P < 0.05$ );与对照组比较,联合组患者血浆Hcy水平明显下调( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 2组患者血压及Hcy水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)	Hcy( $\mu\text{mol/L}$ )
对照组	40	治疗前	163.2 $\pm$ 13.6	97.5 $\pm$ 7.3	15.4 $\pm$ 2.4
		治疗后	135.1 $\pm$ 10.6 <sup>#</sup>	77.1 $\pm$ 5.8 <sup>#</sup>	13.5 $\pm$ 1.9 <sup>#</sup>
联合组	40	治疗前	162.2 $\pm$ 15.5	97.2 $\pm$ 7.2	14.7 $\pm$ 2.5
		治疗后	130.9 $\pm$ 9.7 <sup>#*</sup>	73.8 $\pm$ 6.1 <sup>#*</sup>	12.2 $\pm$ 2.3 <sup>#*</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ ;与对照组同期比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$

**2.2 2组患者炎症因子水平比较** 治疗后,2组患者体内TNF- $\alpha$ 、Hs-CRP及IL-6水平均出现降低,与治疗前比较具有明显差异( $P < 0.05$ );与对照组比较,联合组患者体内TNF- $\alpha$ 、Hs-CRP及IL-6水平明显降低( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组患者炎症因子水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ , ng/L)

组别	例数	时间	TNF- $\alpha$	Hs-CRP	IL-6
对照组	40	治疗前	17.2 $\pm$ 0.9	3.9 $\pm$ 0.4	29.8 $\pm$ 4.5
		治疗后	13.4 $\pm$ 0.8 <sup>#</sup>	2.6 $\pm$ 0.3 <sup>#</sup>	24.0 $\pm$ 3.3 <sup>#</sup>
联合组	40	治疗前	17.7 $\pm$ 1.1	3.8 $\pm$ 0.6	30.9 $\pm$ 2.3
		治疗后	12.4 $\pm$ 1.1 <sup>#*</sup>	2.4 $\pm$ 0.3 <sup>#*</sup>	21.1 $\pm$ 1.7 <sup>#*</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ ;与对照组同期比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$

**2.3 2组患者中医临床疗效比较** 治疗后,对照组患者总有效率为75%,联合组患者中有效率为95%,联合组中医临床疗效明显优于对照组( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 2组患者中医临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	2	13	15	10	30(75)
联合组	40	7	23	8	2	38(95) <sup>*</sup>

注:与对照组同期比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$

**2.4 2组患者治疗安全性评估** 治疗后2组患者肝功能(ALT、AST)、肾功能(BUN、Cr)与治疗前比较均未出现明显差异( $P > 0.05$ ),治疗期间亦未见其他不良反

应。见表4。

表4 2组患者肝、肾功能比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	ALT(U/L)	AST(U/L)	BUN(mmol/L)	Cr ( $\mu\text{mol/L}$ )
对照组	40	治疗前	21.0 $\pm$ 1.6	23.5 $\pm$ 3.8	5.4 $\pm$ 0.9	74.1 $\pm$ 4.6
		治疗后	21.4 $\pm$ 1.8	22.5 $\pm$ 3.0	5.2 $\pm$ 0.7	74.7 $\pm$ 6.5
联合组	40	治疗前	21.1 $\pm$ 1.3	24.0 $\pm$ 2.7	5.6 $\pm$ 0.6	72.4 $\pm$ 5.2
		治疗后	21.1 $\pm$ 1.1	22.9 $\pm$ 1.5	5.3 $\pm$ 0.4	73.9 $\pm$ 7.5

### 3 讨论

同型半胱氨酸属蛋氨酸代谢中产物,可通过调控氧化应激、脂质代谢,损害内皮细胞等途径加剧心脑血管病变<sup>[10]</sup>。研究表明,动脉粥样硬化病变过程中的重要预测因子为高Hcy血症<sup>[11-12]</sup>,当其与高血压联合作用后可将血管疾病风险比提升至11.3<sup>[13]</sup>,使心脑血管意外发生率超出单纯性高血压的5倍以上<sup>[14]</sup>,严重威胁着生命健康安全。此外,高血压患者血浆中具有较高水平的TNF- $\alpha$ 、IL-6及CRP<sup>[15-16]</sup>。研究发现在高血压状态下异常湍流及剪切应力可加剧血管内皮损伤并诱导炎症发生,促进TNF- $\alpha$ 分泌。TNF- $\alpha$ 可促进内皮损伤、血管重塑及IL-6分泌,继而刺激肝脏合成CRP。累积的CRP通过损伤内皮细胞,抑制内皮生成,降低血管舒张因子水平,最终加快高血压的病理进程<sup>[17]</sup>。因此同时控制血压、降低体内Hcy和炎症因子水平已成为临床治疗H型高血压的必要策略。

中医学中无H型高血压定义,但其属中医“头痛”“眩晕”范畴。《医学真传·眩晕》所述:“其为气虚肥白之人,湿痰至于上,阴火起于下,是以痰挟虚火,上冲头目……治以清痰降火为先”。而原发性H型高血压患者常以痰湿壅盛型多见,其血管结构及血管弹性严重改变<sup>[18]</sup>,同时痰湿壅盛型是高Hcy血症的高危证型<sup>[19]</sup>,因此从痰论治是治疗H型高血压的有效方式。温胆汤原方出自《备急千金要方》,具有理气化痰,清胆和胃等功效。经反复验证、科学总结及筛选优化组成了本课题所用温胆汤。前期预实验已证明,该药可改善H型高血压的症状和体征,降低血浆Hcy水平,同时协助依那普利有效提升患者生活质量,延长生命。为进一步考察温胆汤治疗H型高血压(痰湿内蕴型)的临床功效与安全性,拟以预试验基础开展深入研究。

本研究发现,与给药前比较,给药后2组血压均有效下降;与对照组患者比较,联合组舒张压及收缩压明显下降,降压过程中稳定性、平稳性良好。中医证候疗效诊断表明,联合组治疗效果具有明显优势,与对照组比较差异显著。血浆生化指标经检测后发现,联合组患者体内Hcy、TNF- $\alpha$ 、IL-6及CRP水平下降,

与对照组比较差异明显。因此,依那普利联合温胆汤治疗效果优于依那普利单用。与此同时,将2组患者治疗后的肝功能(AST、ALT)、肾功能(Cr、BUN)指标与治疗前进行比较,并未发现明显差异,且在该过程中患者未出现明显的不良反应,表明无论依那普利联合温胆汤或依那普利单用治疗均具有良好的安全性。综上所述,温胆汤可协助依那普利稳定降压,减少Hcy及炎症因子异常分泌,有效改善中医临床症状与体征,且安全性较好。本研究为“从痰论治”理论奠定临床基础,为中西医结合治疗H型高血压开拓新思路,为广大患者提供经济、有效、方便与安全的治疗策略。

### 参考文献

- [1]白艳艳,冯六六,黄红漫,等.H型高血压研究进展[J].心血管康复医学杂志,2014,23(5):589-591.
- [2]Xu Z, Lan T, Wu W, et al. The effects of ginsenoside Rb1 on endothelial damage and ghrelin expression induced by hyperhomocysteine[J]. Journal of Vascular Surgery, 2011, 53(1):156-164.
- [3]黄强,李美茹.同型半胱氨酸与H型高血压的关系分析[J].河南医学研究,2015,24(11):118-119.
- [4]张楠,许远,刘强.H型高血压的中医药治疗优势[J].黑龙江中医药,2014,43(5):2-3.
- [5]陈威,王鑫,梁云花,等.H型高血压与中医证型相关性观察[J].中国中医急症,2011,20(7):1171-1172.
- [6]孙建光,冯昌靖.温胆汤[M].北京:中国医药科技出版社,2009:235-237.
- [7]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南2010[J].中国医学前沿杂志(电子版),2011,3(5):42-93.
- [8]中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:43-46.
- [9]国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:346.
- [10]Spence J D. Homocysteine lowering for stroke prevention: Unravelling the complexity of the evidence[J]. International Journal of Stroke, 2016, 11(7):744-747.
- [11]Lim U, Cassano P A. Homocysteine and blood pressure in the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994[J]. American Journal of Epidemiology, 2002, 156(12):1105.
- [12]Jacques P F, Rosenberg I H, Rogers G, et al. Serum total homocysteine concentrations in adolescent and adult Americans: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey[J]. American Journal of Clinical Nutrition, 1999, 69(3):482-489.
- [13]Graham I M, Daly L E, Refsum H M, et al. Plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease[J]. The European Concerted Action Project. Jama, 1997, 277(22):1775-1781.
- [14]Towfighi A, Markovic D, Ovbiagele B. Pronounced association of elevated serum homocysteine with stroke in subgroups of individuals: a nationwide study[J]. Journal of the Neurological Sciences, 2010, 298(112):153-157.
- [15]Deanfield J E, Halcox J P, Rabelink T J. Endothelial function and dysfunction: testing and clinical relevance[J]. Circulation, 2007, 115(10):1285-1295.
- [16]Ramseyer V D, Garvin J L. Tumor necrosis factor- $\alpha$ : regulation of renal function and blood pressure[J]. American Journal of Physiology - Renal Physiology, 2013, 304(10):F1231.
- [17]Kanaji N, Sato T, Nelson A, et al. Inflammatory cytokines regulate endothelial cell survival and tissue repair functions via NF- $\kappa$ B signaling[J]. Journal of Inflammation Research, 2011, 4(default):127-138.
- [18]杜文婷,刘萍,邓兵,等.基于血管功能及结构检测探讨H型高血压患者的病变特点[J].上海中医药大学学报,2016,30(3):12-17.
- [19]张文,王剑,吕全胜.高血压病中医证型与同型半胱氨酸的相关性研究[J].新疆中医药,2010,28(4):11-13.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张杰 收稿日期:2018-07-03)

# 补阳还五汤联合神经生长因子 治疗老年脑梗死的临床观察

于 硕

(辽宁省沈阳市第九人民医院神经科, 辽宁 沈阳 110020)

**摘要:**目的 探讨补阳还五汤联合神经生长因子治疗老年脑梗死患者临床疗效。方法 将108例老年脑梗死患者随机分为对照组、研究组各54例。对照组给予补阳还五汤治疗, 研究组在对照组治疗基础上联合神经生长因子治疗。治疗30 d, 观察2组疗效。结果 研究组缺血区脑血流量、总有效率、改良式肢体运动功能量表(FMA)评分、日常生活活动能力(Barthel指数)均明显优于对照组,  $P < 0.05$ ; 研究组神经功能缺损(NIHSS评分)、不良反应发生率均明显低于对照组,  $P < 0.05$ 。结论 补阳还五汤联合神经生长因子治疗老年脑梗死患者, 明显增加了脑梗死区血流量, 促进神经功能恢复, 改善生活质量。

**关键词:** 神经生长因子; 脑梗死; 补阳还五汤; 中风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.048

文章编号:1672-2779(2018)-21-0120-02

## Clinical Observation on Buyang Huanwu Decoction Combined with Nerve Growth Factor on Senile Cerebral Infarction

YU Shuo

(Department of Neurology, Shenyang Ninth People's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110020, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of Buyang Huanwu decoction combined with nerve growth factor on senile cerebral infarction patients. **Methods** 108 elderly patients with cerebral infarction were randomly divided into control group and research group, with 54 cases in each group. The control group was treated with Buyang Huanwu decoction, and the research group was treated with nerve growth factor on the basis of the control group. The curative effect of two groups was observed after treatment of 30 days. **Results** The cerebral blood flow, total efficiency, improved limb movement function scale (FMA score) and Barthel index in the ischemic area of the research group were significantly better than those in the control group  $P < 0.05$ . The incidence of neurologic deficit (NIHSS score) and adverse reactions in the research group was significantly lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The combination of Buyang Huanwu decoction and nerve growth factor in the treatment of senile cerebral infarction patients has significantly increased the blood flow in the cerebral infarction area, promoted the recovery of nerve function and improved the quality of life.

**Keywords:** nerve growth factor; cerebral infarction; Buyang Huanwu decoction; stroke

脑梗死是内科常见的危急重症, 好发于50岁以上中老年人。因脑动脉粥样硬化形成脑动脉血管栓塞、狭窄, 脑部供血锐减, 脑组织因缺血、缺氧坏死, 引起不同程度神经功能障碍<sup>[1]</sup>。主要与吸烟酗酒、高血压、缺乏锻炼、冠心病、糖尿病、精神过度劳累等因素相关, 患者主要表现为认知功能障碍、语言障碍、头晕、头痛等症状<sup>[2]</sup>。发病急骤、病情转化迅速, 复发率高、致残更高<sup>[3]</sup>。临床主要采用营养神经药、抗血小板聚集药、脱水剂等进行治疗, 本院对老年脑梗死患者在常规治疗基础上联合补阳还五汤、神经生长因子治疗取得了突出成效, 内容如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 观察对象为本院住院部2017年2月—2018年2月随机选取的108例老年脑梗死患者, 采用随机分组法将患者分为对照组、研究组。对照组54例患者中男32例, 女22例; 年龄63~80岁, 平均(66.8±4.9)岁; 合并疾病: 高脂血症9例, 高血压17例, 冠心病13例, 糖尿病10例。研究组54例患者中男33例, 女21例; 年龄64~81岁, 平均(66.5±4.8)岁; 合并疾病: 高脂血

症8例, 高血压16例, 冠心病12例, 糖尿病12例。2组患者一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 对照组内科常规治疗+补阳还五汤治疗, 血栓通注射液2~5 mL+氯化钠注射液20~40 mL静脉滴注, 1次/d; 维生素E 200 mg/次, 3次/d; 拜阿司匹林3片/次, 1次/d; 依达拉奉注射液30 mg+0.9%的氯化钠溶液100 mL静脉滴注, 2次/d; 补阳还五汤组成有: 黄芪60 g, 赤芍、川芎、当归各20 g, 蜈蚣、地龙、牛膝、丹参、水蛭各18 g, 石菖蒲、桂枝、桑寄生各16 g, 红花、桃仁、熟地黄各10 g。随症加减: 口眼歪斜者加白附子、僵蚕各5 g; 言语不利者加益智仁、远志各10 g。每天1剂, 早晚各服用200 mL, 治疗30 d。

研究组在对照组治疗基础上联合神经生长因子治疗, 鼠神经生长因子每天肌内注射30 μg, 治疗30 d。

**1.3 观察指标** 记录2组患者缺血区脑血流量、总有效率、FMA评分、Barthel指数、NIHSS评分、不良反应(皮疹、腹部不适、呕吐、头晕)发生率。

**1.4 疗效评价标准** 治愈: 临床症状基本消失, NIHSS评分降低90%以上; 显效: 临床症状明显改善, NIHSS



评分减少20%~89%；无效：临床症状无改善，NIHSS评分减少<20%；总有效率=治愈率+显效率。

1.5 统计学方法 采用SPSS 19.0处理，计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示，经*t*检验；计数资料用%表示，经 $\chi^2$ 检验，*P*<0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患者总有效率比较 研究组总有效率明显优于对照组 (*P*<0.05)，见表1。

表1 2组患者总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	无效	总有效率
研究组	54	27	23	4	50(92.59)
对照组	54	20	22	12	42(77.78)
$\chi^2$ 值					4.595
<i>P</i> 值					<0.05

2.2 2组患者缺血区脑血流量、FMA、Barthel、NIHSS评分比较 治疗后，研究组缺血区脑血流量、FMA、Barthel指数均优于对照组，且NIHSS评分明显更低 (*P*<0.05)，见表2。

表2 2组患者缺血区脑血流量、FMA、Barthel、NIHSS评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	缺血区脑血流量(mL/100g·min)		FMA评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	54	23.1±6.5	42.3±9.9	63.1±6.8	84.5±7.7
对照组	54	23.4±6.1	36.0±8.7	63.5±7.0	75.0±7.1
<i>t</i> 值		0.247	3.513	0.301	6.665
<i>P</i> 值		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

组别	例数	Barthel指数(分)		NIHSS评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	54	31.5±3.5	76.8±9.4	23.5±3.8	6.6±2.4
对照组	54	32.2±3.1	61.3±7.2	23.8±3.5	9.9±3.1
<i>t</i> 值		0.126	9.623	0.427	6.185
<i>P</i> 值		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

2.3 2组患者不良反应比较 研究组不良反应发生率明显比对照组低 (*P*<0.05)，见表3。

表3 2组患者不良反应比较 [例(%)]

组别	例数	皮疹	腹部不适	呕吐	头晕	不良反应
研究组	54	1	0	1	0	2(3.70)
对照组	54	2	3	3	2	10(18.52)
<i>t</i> 值						6.125
<i>P</i> 值						<0.05

## 3 讨论

脑梗死是老年人群的常见病，脑梗死发作后脑细胞缺血再灌注释放大量氧自由基、炎性因子，使生物膜通透性增加，损伤神经元、血管内皮细胞，引起不可逆损伤，容易并发脑疝、休克，残死率高。血栓通主要成分

为三七总皂苷，能够扩张血管，改善脑循环。拜阿司匹林抗血小板聚集，防止血栓再形成，增加缺血区域血流灌注<sup>[1]</sup>。维生素E为抗氧化剂，抑制血小板聚集、抗自由基氧化，对T淋巴细胞、红细胞有保护作用，降低再发脑梗死风险。依达拉奉为新型脑保护剂，清除氧自由基，抑制脂质氧化反应，防止病灶扩散，缓解脑水肿。

中医将脑梗死称为“卒中”，因年老体弱、风火痰瘀、劳倦内伤、脏腑气机紊乱、气血素虚、情志不舒、忧思恼怒导致神机失用、脑脉失养、血溢脉外、瘀血阻滞，出现猝然昏仆、半身不遂、语言不利。主要病位在脑，涉及五脏，气虚血瘀是主要病机。补阳还五汤中黄芪益气固表、补益脾肺、利水消肿，与当归联用增强补气功效。丹参通经止痛、活血祛瘀；地龙活血通络、清热、利尿，能够溶解血栓。蜈蚣熄风止痉、利尿、活血通络，具有抗血栓、降压、镇痛、抗惊厥作用<sup>[2]</sup>。水蛭破血逐瘀、舒经通络；川芎具有行气止痛、舒经通络的功效；红花、赤芍、桃仁具有行气止痛、活血化瘀、祛瘀通脉的作用，可以降低血液黏稠度，降低血栓素 $\beta_2$ 水平，增加脑部血氧量，维持水电解质平衡；桂枝温经通阳、祛风散寒、发汗解肌；牛膝、桑寄生具有补益肝肾、强健筋骨、活血祛瘀的功效；熟地黄生精补髓、补血滋阴；石菖蒲通气开窍、清心除烦；中药汤剂无毒副作用，长期用药安全<sup>[3]</sup>。对照组总有效率为77.78%，疗效较好。神经生长因子取自小鼠舌下腺，具有提高神经元存活率、加速神经元发育的作用，保护神经元，促进神经纤维生长，修复受损神经细胞，快速修复神经功能，脑梗死发作后及时给予神经生长因子能有效降低NIHSS评分，提高患者的日常活动能力，加快康复进程。研究组总有效率为92.59%，且不良反应少，缺血区脑血流量、FMA、Barthel指数高，疗效更突出。

综上所述，补阳还五汤联合神经生长因子治疗老年脑梗死患者，明显增加了脑部血流量，改善了血液高凝状态，促进了神经功能修复，提高了患者的生活质量，值得临床推广。

### 参考文献

- [1]王玉丽.中药补阳还五汤结合神经生长因子治疗脑梗死疗效及安全性评价[J].中国现代药物应用,2017,11(3):185-187.
- [2]董雯,李保玉,屈园利,等.补阳还五汤治疗脑梗死恢复期气虚血瘀证的Meta分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(6):580-585.
- [3]田健,曹守梅,普亚琦,等.补阳还五汤联合针灸治疗脑梗死的Meta分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(11):1204-1209.
- [4]钟芳芳,吴承龙,孙新芳,等.补阳还五汤联合依达拉奉对脑缺血再灌注小鼠的神经功能与脑梗死体积的影响[J].中华老年心脑血管病杂志,2016,18(12):1312-1314.
- [5]吴向梅,宁智飞,叶虹,等.补阳还五汤结合rtPA静脉溶栓治疗急性脑梗死患者近、远期疗效[J].广州中医药大学学报,2016,33(6):778-781.

(本文编辑:张文娟 本文校对:包晓岩 收稿日期:2018-07-20)

# 清胰汤联合复方丹参注射液、生长抑素 治疗急性胰腺炎的临床观察

甘颖

(辽宁省葫芦岛市中心医院消化科, 辽宁 葫芦岛 125000)

**摘要:**目的 探讨清胰汤联合复方丹参、生长抑素治疗急性胰腺炎(AP)的临床疗效。方法 选取收治的136例AP患者作为研究对象,采用随机数字表法分为2组各68例,2组均实施基础治疗,对照组加用生长抑素,观察组加用生长抑素、丹参注射液和清胰汤。对比2组患者治疗前后的血尿淀粉酶变化、症状缓解情况等。结果 观察组胃痛消失时间、腹痛消失时间、血淀粉酶恢复正常时间、尿淀粉酶恢复正常时间均显著短于对照组,  $P < 0.05$ 。观察组总有效率明显高于对照组,  $P < 0.05$ 。观察组并发症发生率显著低于对照组,  $P < 0.05$ 。结论 清胰汤联合丹参注射液、生长抑素治疗AP,能够有效缓解临床症状,减少相关并发症的发生,其临床疗效确切。

**关键词:**急性胰腺炎;生长抑素;丹参注射液;清胰汤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.049

文章编号:1672-2779(2018)-21-0122-02

## Clinical Observation on Qingyi Decoction Combined with Compound Salvia Miltiorrhiza Injection and Somatostatin in the Treatment of Acute Pancreatitis

GAN Ying

(Gastroenterology Department, Huludao Center Hospital, Liaoning Province, Huludao 125000, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of Qingyi decoction combined with compound salvia miltiorrhiza and somatostatin on acute pancreatitis. **Methods** In our hospital, 136 cases of AP patients were selected as the research objects. They were divided into two groups ( $n = 68$ ) with the random number table method. Two groups implemented the foundation treatment, the control group was also given somatostatin, and the observation group was also given somatostatin and salvia miltiorrhiza injection and Qingyi decoction. Hematuria amylase changes and symptom relief were compared between the two groups before and after treatment. **Results** In the observation group, the time of gastric pain disappeared, abdominal pain disappeared, blood amylase resumed normal, and urine amylase resumed normal was significantly shorter than that in the control group  $P < 0.05$ . The total effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group  $P < 0.05$ . The incidence of complications in the observation group was significantly lower than that in the control group  $P < 0.05$ . **Conclusion** Qingyi decoction combined with salvia miltiorrhiza injection and somatostatin for AP treatment can effectively alleviate clinical symptoms and reduces the incidence of related complications, and its clinical efficacy is accurate.

**Keywords:** acute pancreatitis; somatostatin; salvia miltiorrhiza injection; Qingyi decoction

急性胰腺炎(AP)是临床常见的一种急腹症,是消化科常见病,由于其具有发病急骤,病情进展迅速的特点,患者的临床表现以突发性上腹痛、发热、畏寒、呕吐、恶心等为主<sup>[1]</sup>。AP的病变更程度轻重不一,若不及时进行治疗很可能引起感染、休克、腹膜炎等严重并发症,甚至还会危及患者的生命安全,预后较差。本院采用清胰汤联合复方丹参、生长抑素治疗AP取得了较好的临床效果,现将其应用情况报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院2015年6月—2018年2月收治的136例AP患者作为研究对象。采用随机数字表法分为2组各68例:观察组男39例,女29例;年龄34~65岁,平均(42.5±9.6)岁;APACHE II评分(12.6±1.4)分;病因:胆道疾病31例,暴饮暴食19例,其他18例。对照组男41例,女27例;年龄31~62岁,平均(43.1±10.4)岁;APACHE II评分(13.1±2.5)分;病因:胆

道疾病35例,暴饮暴食17例,其他16例。2组一般资料比较,  $P > 0.05$ ,具有可比性。

**1.2 纳入标准** 符合急性胰腺炎诊断标准<sup>[2]</sup>;发病时间≤72 h;入组前未应用过生长抑素、中药及其他药物。均自愿加入本研究,并签署知情同意书。

**1.3 排除标准** 发病时间>72 h;入组前接受过外科手术或有明确的外科手术指征者;对试验用药过敏者。

**1.4 治疗方法** 2组患者入院后均采用禁食、解痉止痛、胃肠减压、吸氧、肠内营养、纠正水电解质紊乱、抑酸、控制感染、维持酸碱平衡等基础治疗。在此基础上,对照组加用生长抑素(海南中和药业有限公司,国药准字H20034150),将3 mg生长抑素与50 mL生理盐水混合后,使用静脉泵持续给药24 h,滴速250 μg/h。用药过程中,持续进行呼吸、血氧饱和度、血压、脉搏监测,用药时间1~2周。

观察组在对照组基础上加用丹参注射液(西安德

天药业股份有限公司, 国药准字Z61021662), 将20 mL 复方丹参注射液与250 mL生理盐水混合后, 静滴给药, 1次/d, 持续用药1~2周。清胰汤由生大黄15 g, 芒硝10 g, 竹茹、川木香、柴胡、陈皮、延胡索各9 g, 蒲公英12 g, 黄连、甘草、龙胆草各6 g。以水煎煮浓缩成100 mL。鼻饲清胰汤, 100 mL分4次给药, 每隔6 h用药1次, 持续用药1~2周。

**1.5 观察指标** 2组用药前后的血淀粉酶、血钙水平变化; 记录2组胃痛消失时间、腹痛消失时间、血淀粉酶恢复正常时间、尿淀粉酶恢复正常时间; 观察2组的并发症情况。

**1.6 疗效评价标准** 治疗1周后, 临床体征消失, 实验室指标恢复正常为痊愈; 治疗10 d后, 临床体征消失, 实验室指标恢复正常为显效; 治疗10 d后, 临床体征改善, 实验室指标好转为有效; 治疗10 d后, 临床症状及实验室指标均无改善或有加重为无效。

**1.7 统计学方法** 运用SPSS 20.0软件处理, 计数资料(%)比较进行 $\chi^2$ 检验, 计量资料( $\bar{x}\pm s$ )比较进行t检验,  $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组临床指标恢复时间比较** 观察组胃痛消失时间、腹痛消失时间、血淀粉酶恢复正常时间、尿淀粉酶恢复正常时间均显著短于对照组,  $P<0.05$ 。见表1。

表1 2组临床指标恢复时间比较 ( $\bar{x}\pm s, d$ )

组别	例数	胃痛消失时间	腹痛消失时间	血淀粉酶恢复正常时间	尿淀粉酶恢复正常时间
观察组	68	2.33±1.15	3.16±1.47	5.45±0.43	9.60±0.87
对照组	68	3.92±1.54	5.83±1.69	7.35±0.65	11.78±1.65
t值		6.822	9.830	20.103	9.637
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 2组临床疗效比较** 观察组总有效率明显高于对照组,  $P<0.05$ 。见表2。

表2 2组临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	68	22	27	14	5	63(92.65)
对照组	68	13	23	17	15	53(77.94)
t值						5.862
P值						<0.05

**2.3 2组并发症发生率比较** 观察组发生并发症7例(10.29%), 其中应激性溃疡3例、肠麻痹2例、胰腺/胰周感染2例; 对照组发生并发症16例(23.53%), 其中应激性溃疡7例、肠麻痹4例、胰腺/胰周感染5例。观察组并发症发生率显著低于对照组,  $P<0.05$ 。

## 3 讨论

AP的并发症多、病死率高, 目前对于AP的发病机制尚未完全明确, 多数学者认为由多种因素引起胰酶

激活, 导致胰腺自身消化进而引发胰腺炎症, 但是传统的胰酶激活学说并不能完全解释AP的发生发展<sup>[9]</sup>。随着研究的不断深入, 基于基因、分子层面的实验证据对AP的发病机制给予了新的解释, 胰腺细胞凋亡、炎症介质及细胞因素损伤、自由基损伤、细菌及内毒素移位、腺泡钙离子超载等均与AP的发生有着密切联系<sup>[4]</sup>。

目前, 临床对于AP的保守治疗尚无特效西药, 临床多采用禁食、解痉止痛、胃肠减压、吸氧、肠内营养、纠正水电解质紊乱、抑酸、控制感染、维持酸碱平衡等常规对症治疗手段。生长抑素是临床治疗AP的常用药, 其主要通过抑制生长素分泌, 来减少胃酸分泌, 从而减少胃蛋白酶及胃泌素释放, 调节胰腺内外分泌, 降低胰酶活性, 最终达到保护胰腺细胞的目的。通常来说, 单独使用生长抑素治疗AP的效果并不理想。中医药治疗AP近年来受到了临床的高度重视, 大量的实验研究都显示中药对AP治疗有益。本研究结果显示: 加用中药清胰汤和丹参注射液的观察组, 其胃痛消失时间、腹痛消失时间、血淀粉酶恢复正常时间、尿淀粉酶恢复正常时间均显著短于对照组, 治疗总有效率显著高于对照组, 并发症发生率显著低于对照组。这一结果与国内相关文献报道<sup>[9]</sup>结论相符, 说明清胰汤、丹参注射液的应用能够加快AP症状消退, 减少AP并发症的发生, 提高临床疗效。这是因为: 丹参注射液其所含有效成分主要为丹参酮、丹酚酸与丹参素, 其具有良好的抗氧化作用, 能够有效改善微循环, 减轻炎症反应, 抑制钙离子内流, 发挥活血化瘀之功效。清胰汤能够增加肠蠕动, 缓解肠麻痹, 恢复肠功能, 恢复肠道屏障保护功能, 进而减轻腹痛腹胀等症状, 具有疏肝理气、清热解毒、泻实通下等功效。肠胰汤的作用机制: 拮抗钙离子, 缓解肠胀气、肠梗阻症状; 增加肠蠕动, 排出肠内毒素; 芒硝导泻, 尽快恢复肠功能; 减少肠道内大肠杆菌及其他致病菌增殖; 减少内毒素, 调节免疫等作用。

综上所述, 清胰汤联合丹参注射液、生长抑素治疗AP, 能够有效缓解临床症状, 减少相关并发症的发生, 其临床疗效确切, 值得推广。

## 参考文献

- [1]李波, 陈国兵, 葛利. 中药清胰汤对于急性坏死性胰腺炎血清白细胞介素-6和8及凝血功能的影响[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(4):887-889.
- [2]项红, 王治洲, 尚东. 清胰汤治疗急性胰腺炎的作用及分子药理机制[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(2):408-411.
- [3]王成立, 伏添, 刘坤, 等. 清胰汤联合早期微生态肠内营养对急性胰腺炎患者血清淀粉酶、炎性细胞因子及预后的影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(3):95-98.
- [4]章丽. 丹参注射液联合生长抑素治疗重症急性胰腺炎的疗效分析[J]. 中国社区医师, 2017, 33(22):111, 113.
- [5]黎永明. 复方丹参注射液联合奥曲肽治疗急性胰腺炎患者的效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(20):3933-3934.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 李虹怡 收稿日期: 2018-07-10)

# 傅青主癆症方联合西药治疗肺结核的临床观察

闫嘉亮

(辽宁省沈阳市第十人民医院六病房, 辽宁 沈阳 110044)

**摘要:**目的 观察傅青主癆症方联合西药对肺结核患者的临床疗效。方法 选择符合纳入标准的110例肺结核患者, 随机分为观察组及对照组各55例, 观察组给予中药汤剂傅青主癆症方联合抗结核药干预治疗方案, 对照组应用常规的抗结核药物治疗方案, 观察时间为6个月。2组患者疗程结束后比较疗效及不良反应情况。结果 观察组患者在中医症候有效率、痰菌转阴率、临床症状改善、病灶吸收率等方面, 均优于对照组患者 ( $P < 0.05$ )。结论 傅青主癆症方联合西药治疗肺结核患者, 提高了疗效, 有效降低了不良反应发生状况。

**关键词:** 傅青主; 癆症方; 肺结核; 中西医结合疗法; 肺癆

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.050

文章编号:1672-2779(2018)-21-0124-03

## Clinical Observation on Fu Qingzhu's Tuberculosis Prescription Combined with Western Medicine in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis

YAN Jialiang

(Ward Six, Shenyang Tenth People's Hospital, Liaoning Province, Shenyang 110044, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of Fu Qingzhu's tuberculosis prescription combined with western medicine in the treatment of pulmonary tuberculosis. **Methods** 110 pulmonary tuberculosis patients met the inclusion criteria were randomly divided into observation group and control group with 55 cases in each group. The observation group was given traditional Chinese medicine Fu Qingzhu's tuberculosis prescription and anti-tb drug intervention treatment, and the control group used conventional anti-tb drug treatment. The observation time is 6 months. The therapeutic effect and adverse reactions were compared between the two groups after treatment. **Results** The patients in the observation group were better than those in the control group in terms of the efficiency of TCM syndromes, the rate of phlegm infection, the improvement of clinical symptoms and the rate of focal absorption. **Conclusion** Fu Qingzhu's tuberculosis prescription combined with western medicine has improved the curative effect and effectively reduced the adverse reactions.

**Keywords:** Fu Qingzhu; tuberculosis prescription; pulmonary tuberculosis; integrated therapy of traditional Chinese and western medicine; pulmonary tuberculosis

肺结核是临床中危害人类健康的主要慢性疾病之一, 是一种由结核分枝杆菌引起的慢性传染性疾病, 以肺部感染最为常见, 以胸痛、咳血、咳嗽咳痰、乏力低热、消瘦盗汗、食欲差等症状为主要临床表现。中医则认为肺结核属于“肺癆”范畴, 认为其病因为元气虚弱, 患者初期以阴虚火旺、气阴不足为主要表现, 后期进展为血虚或气虚等症状, 气血的亏虚都不利于本病的治愈及恢复。对肺结核的治疗, 西医主要是采用异烟肼、利福平等抗结核药通过抑制或杀灭结核杆菌达到治疗目的, 但毒副作用较大, 加之临床用药的不规范及患者依从性较差, 患者对结核药的耐药性逐渐增加, 导致病死率日益上升, 而中医药在治疗肺结核方面具有其独特优势, 其主要是以整体治疗为主, 在中医理论指导下依据患者分型及临床表现进行辨证治疗, 其不仅疗效显著同时可较好降低西药所致的副反应。近年来, 笔者采用中药汤剂傅青主癆症方联合抗结核西药治疗肺结核患者, 临床疗效比较满意, 现详细报道于下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 将2014年12月—2017年6月在沈阳市第十

人民医院就诊的110例肺结核患者, 按照数字随机表法随机分为2组, 观察组和对照组各55例。观察组男25例, 女30例; 年龄20~73岁, 平均  $(45.81 \pm 15.24)$  岁。对照组男24例, 女31例; 年龄21~74岁, 平均  $(46.51 \pm 15.79)$  岁。2组患者的一般资料(包括性别、年龄等)比较,  $P > 0.05$ , 差异无统计学意义, 2组患者具有可比性。

1.2 诊断标准 结核病诊断符合2001年中华医学会结核病学分会制定的《肺结核诊断和治疗指南》, 痰培养阳性; 胸片证实胸部存在活动性肺结核。

1.3 纳入标准 符合结核病的诊断标准; 年龄在20~75岁; 属于慢性、持续性的排菌者; 对抗结核药物(利福平、异烟肼等)敏感; 患者及其家属均对本研究的目的及内容了解, 并签署知情同意书。

1.4 排除标准 肺外其他部位结核患者; 近半年曾应用免疫抑制剂的患者; 合并有风湿疾病、自身免疫性疾病, 或合并糖尿病、精神病的患者; 合并有严重的心肝肾肺其他重要脏器的功能障碍或疾病的患者; 哺乳期、妊娠期的女性患者。

1.5 治疗方法 2组患者的基础治疗方案遵照2012年卫生部公布的《肺结核门诊诊疗规范》中给出的推荐方案

来进行常规治疗：(1) 初治的治疗方案：强化期为2个月，巩固期为4个月，2 R3H3 E3Z3/4R3H3, 2ZEHR/4RH；(2) 复治的治疗方案：强化期为3个月，巩固期为5个月，2 R3H3 E3Z3S3/6R3H3E3, 2ZEHR/6RHE, 3ZEHR/6RHE；(3) 耐多药结核 (MDR-TB) 的治疗方案：6AmZ (Cm, Km) PAS (E, Cs) Lfx (Mfx) Pto/18ZPAS (E, Cs) Lfx (Mfx) Pto。治疗方案中，每个药名的前数字代表的是用药时间 (月数)，字母代表的是药物名称 (R: 利福平, H: 异烟肼, E: 乙胺丁醇, Mfx: 莫西沙星, Z: 吡嗪酰胺, Lfx: 左氧氟沙星, Am: 阿米卡星, Pto: 丙硫异烟胺, Km: 卡那霉素, PAS: 对氨基水杨酸, Cs: 环丝氨酸, Cm: 卷曲霉素)。每个药品名称右下方的数字表示这种药品每周的用药频率 (次数)，如果没有标注数字，则表示每天用药1次。对于做过药敏试验的患者，可依据其结果和既往的用药史 (非初始)，来订制其治疗方案。对于病情程度较重，或合并有影响其治疗预后的疾病的患者，应酌情延长治疗时间。

观察组加服中药剂傅青主瘰疬方，处方为：人参10g，熟地黄10g，何首乌10g，地栗粉10g，鳖甲10g，神曲6g，麦冬6g，桑叶10g，白薇6g，山药10g。每日1剂，每剂煎煮2次，各150mL，分早、晚2次口服。

2组患者治疗半年后评价疗效。

**1.6 观察指标** 疗效的评价考虑了中医证候疗效、痰结核分枝杆菌检测、X线影像学结果和临床症状改善等多种因素，按照中医症状评判标准<sup>[4]</sup>分为：完全有效 (证候积分改善 $\geq 90\%$ )，显效 (证候积分改善在70%~90%)，部分有效 (证候积分改善在30%~70%)，完全无效 (证候积分 $< 30\%$ )；痰结核分枝杆菌检测分析痰菌转阴率，为痰涂片及培养期间阴性病例总数占有效病例数的百分比；X线影像学确定病灶范围计算为所有病灶相加/肺野数。

**1.7 统计学方法** 本研究数据由专人负责，应用SPSS 19.0软件对数据进行统计学分析。录入后经2人校对、核准。计量资料，均采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对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 2组患者疗效对比** 见表1。治疗6个月时，观察组有效率大于对照组， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

表1 2组患者的临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	55	6	30	19	36(65.45)
观察组	55	19	33	3	52(94.55) <sup>△</sup>

注：与对照组比较，<sup>△</sup> $P < 0.05$

**2.2 2组患者治疗期间痰菌转阴率、中医证候有效率、病灶变化率对比** 随着治疗时间的变化，2组患者的痰菌转阴率都在增加，但是在同一治疗时期，观察组的痰菌转阴率都比对照组患者高， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。中医证候疗效方面，2组患者都有所改善，治疗3个月、6个月时，2组比较具有显著差异 ( $P < 0.05$ )，并且观察组优于对照组。2组患者病灶改善有效率差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，观察组患者病灶吸收程度明显优于对照组。

表2 2组患者治疗期间痰菌转阴率、中医证候有效率、病灶变化率对比 [例(%)]

组别	例数	时间	痰菌转阴率	中医证候有效率	病灶变化率
对照组	55	3个月	23(41.82)	35(63.64)	31(56.36)
		6个月	30(54.55)	43(78.18)	35(63.64)
观察组	55	3个月	30(54.55) <sup>△</sup>	46(83.64) <sup>△</sup>	37(67.23) <sup>△</sup>
		6个月	38(69.09) <sup>△</sup>	53(96.36) <sup>△</sup>	46(83.64) <sup>△</sup>

注：与对照组比较，<sup>△</sup> $P < 0.05$

治疗3个月、6个月以后，2组患者临床症状均有一定程度的改善，胸痛、咳血、咳嗽咳痰、乏力低热、消瘦盗汗、食欲差等症状得到了有效的减轻，并且2组比较， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，观察组优于对照组。对照组55例患者中，有7例出现了不良反应；观察组55例患者中，有2例出现了不良反应，观察组低于对照组。

## 3 讨论

肺结核是一种呼吸系统的常见传染病，由结核菌感染引起。在20世纪初期，肺结核曾经是一种绝症，没有有效的治疗方法。但是在医药科技迅速发展的今天，随着抗结核药的不断发现，以及广泛接种结核病疫苗的推行，使得肺结核这种曾经的绝症，逐渐得到了比较有效的控制，使它对人类生命安全的威胁显著下降。但是，用于治疗肺结核的西药，常常存在严重的副作用，比如肝损伤、血细胞减少、肾功能损伤等。因此需要结合中医药治疗。在抗结核治疗的过程中，中医药具有改善临床症状、提高机体免疫能力、减少抗结核药物的副作用、提高肺结核患者痰菌转阴率、促进结核空洞闭合、降低结核杆菌的耐药率、增加临床治愈率等作用，具有无可比拟的优势<sup>[2-3]</sup>。

中医学对肺结核疾病的研究较早，通常将其归属于“肺癆”“癆瘵”等范畴。宋代之前，本病尚无统一的病名，分布在劳瘵、虫瘵等条目。本病的临床表现多为胸痛、咳血、咳嗽咳痰、乏力低热、消瘦盗汗、食欲差等症状群。本病的中医治法，包括滋阴、解毒、散结等，固本与驱邪兼顾。临床上，多于口服抗结核西药的同时，(下转第149页)

## 中国穴位埋线疗法系列讲座(86)

星状神经节作用机制——对疼痛的调节机制的研究<sup>※</sup>刘建军<sup>1</sup> 杨才德<sup>2\*</sup>

(1 阿图什市人民医院中医科, 新疆 克州 845350;

2 兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科, 甘肃 兰州 730020)

**摘要:**人的痛觉中枢分布在中枢神经系统中,且各级中枢神经都有“痛觉调节系统”的调控,所有的调控均抑制了痛觉与神经中枢的传递。针刺或阻滞星状神经节类似于人为模拟一个假性疼痛信号传递给中枢系统,继而激发脊髓、脑干、大脑等各层次的神经元活动,使人体本身原有的镇痛系统被激活,分泌产生5-羟色胺、乙酰胆碱、内源性阿片样物质,此类物质直接或间接的产生镇痛效应。

**关键词:**星状神经节;作用机制;疼痛;调节机制;穴位埋线

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.051

文章编号:1672-2779(2018)-21-0126-02

## Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (86)

## The Mechanism of Stellate Ganglion—Research on the Regulation Mechanism of Pain

LIU Jianjun<sup>1</sup>, YANG Caide<sup>2</sup>

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Atushi City People's Hospital, Xinjiang, Kezhou, 845350, China;

2. Integrated TCM &amp; Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730020, China)

**Abstract:** In addition to the pain center, the central nervous system also has a "pain modulation system" at the central level, which can suppress the transmission of pain to the center. Acupuncture stellate ganglion after acupuncture signal into the central nervous system, inspired from the spinal cord, brain stem activity of many neurons to the brain levels, activate the body's own analgesic system, make the analgesic substances such as serotonin, and acetylcholine, endogenous opioid, such as secretion to increase, resulting in a significant analgesic effect.

**Keywords:** stellate ganglion; mechanism of action; pain; regulation mechanism; acupoint embedding thread

(上接第20期)

干预星状神经节治疗疼痛一直是疼痛科研究的方向,从1883年Liverpool和Alexander手术治疗癌痛时,发生意外将交感神经损伤,可癌痛却奇迹般地减轻。这个发现使得许多学者在临床中采用各种方法切断或刺激颈部交感神经来尝试解决人体各类疼痛的问题。漫长的临床实践持续了37年,非手术的经皮星状神经节阻滞疗法终于于1920年正式运用推广<sup>[1]</sup>。本文重点将针刺或阻滞星状神经节治疗疼痛的作用机理,以及临床解剖研究叙述如下。

## 1 星状神经节的解剖

颈部交感神经干位于颈长肌的表面,分为颈上、中、下神经节。颈下神经节也叫颈胸神经节,形状呈不规则的卵圆形,其大小略大于颈中神经节,位置相对不固定,多在第七颈椎横突的基底部分与第一肋骨颈之间,位于椎动脉后方,星状神经节的外侧是斜角肌群,下方是肺尖<sup>[2]</sup>。星状神经节一般是长2 cm,宽1 cm

的星形,故也由此得名。星状神经节与肺尖之间被胸膜分割且三者关系紧密,神经节常常被蜂窝组织和脂肪组织所包裹。该神经节的分支与椎动脉伴行,共同形成了椎动脉丛,沿椎动脉进入颅腔。椎基底动脉,以及大脑后动脉都有星状神经节分支围绕,在大脑后动脉与起自颈内动脉的神经丛交汇<sup>[3]</sup>。星状神经节向下发出的分支于锁骨下动脉后气管前下降至心丛,间接参与了心脏的电生理传导过程。

## 2 针刺或阻滞星状神经节的作用机理

对植物神经系统、内分泌系统和免疫系统功能的正向调节,星状神经节都有显著效果。

**2.1 对植物神经系统的影响** 反复多次对星状神经节进行针刺或阻滞,对植物神经活性有一定的调节作用。交感神经活性的敏感度指标是靠血中去甲肾上腺素(NE)来反映的,而针刺或阻滞星状神经节能使交感-肾上腺系统兴奋得到抑制,研究发现星状神经节阻滞对疼痛、癌症、更年期综合征患者血清中的去甲肾上腺素显著下降,但下降不会超过正常值,对于正常人做同样阻滞,去甲肾上腺素浓度稍有改变,但差异不显著,由此可见星状神经节阻滞对交感神经活性的调节呈双向选择性,主要使其恢复交感-迷走的平衡<sup>[4]</sup>。

※ 基金项目:甘肃省兰州市科技局-兰州市人才创新创业项目【No. 2017-RC-60】

\* 通讯作者:13993162751@163.com

**2.2 对心血管系统的调节作用** 针刺或阻滞星状神经节对血液流变学指标有良性调节作用。经过长时间临床研究发现,针刺或阻滞星状神经节能让它所支配的血管得到一定扩张,同时减慢血流速度、减低血流量、增加血管直径、减低血管阻力。临床对于脑血管病人的治疗,有人认为提高体内抗氧化指标、降低自由基含量是非常有效的,故采用He-Ne激光血管内照射疗法治疗,血液内各种成分不同程度被激光激活。而星状神经节阻滞恰恰可以扩张血管,使梗塞部位血流得到改善,同时增加了局部氧含量与被激活的清除酶含量,也抑制和阻断自由基连锁反应,减少清除酶消耗的作用,又可清除局部产生的大量的自由基分解代谢产物。理论上讲通过星状神经节阻滞可使梗塞灶周围半暗带的神经细胞缺血性损害得到减轻并能促进其生理功能恢复<sup>[9]</sup>。此外,星状神经节阻滞在心血管疾病的治疗中也有一定改善作用。

**2.3 对内分泌系统的影响** 神经系统支配腺体分泌,腺体分泌又间接影响神经系统的信息传递,二者联系紧密。松果体分泌的松果体素能影响机体的睡眠与觉醒,它的分泌是周期性分泌。临床观察证实松果体素的分泌由神经间接支配,故常常用利多卡因进行星状神经节阻滞改善睡眠,从而治疗失眠<sup>[7]</sup>。皮质醇、醛固酮、血管紧张素Ⅱ、5-HT、P物质都是由肾上腺皮质来分泌,经过临床研究发现星状神经节阻滞能使血中此类物质的含量降低<sup>[8]</sup>。由此可知,针刺或阻滞星状神经节能使内分泌系统异常功能得到良性调节。

**2.4 对免疫系统的影响** 免疫功能是人体最后一道防线,它的功能好坏直接影响机体防御,自身内环境稳定及调节。慢性非特异性溃疡性结肠炎在临床中常用星状神经节阻滞来治疗,长期的临床研究发现星状神经节阻滞可以明显改善红细胞免疫、淋巴细胞转化率及玫瑰花结,免疫球蛋白等功能。近期也有报道星状神经节阻滞治疗过敏性鼻炎疗效显著的案例<sup>[9]</sup>。

### 3 星状神经节对疼痛的调节机制

**3.1 疼痛的定义** 疼痛是与实际的或潜在损伤相关联、或者可以用组织损伤描述的一种不愉快的感觉和情绪上的体验。

**3.2 疼痛产生过程** 疼痛形成的神经传导基本过程可分为伤害感受器的痛觉传感(transduction)、一级传入纤维,脊髓背角,脊髓-丘脑束等上行束的痛觉传递(transmission)、皮层和边缘系统的痛觉整合(interpretation)、下行控制和神经介质的痛觉调控<sup>[10]</sup>。

**3.3 疼痛对生理的影响** 疼痛可引起应激反应,促使体内释放多种激素;急性疼痛可引起病人焦虑烦躁,慢性疼痛使人精神抑郁、表情淡漠。疼痛也可兴奋交感神经,进一步加重心脏负荷,所有的剧烈疼痛都能使副交感神经兴奋,继而出现血压下降,脉率减慢,严重时可出现休克猝死。

星状神经节对疼痛的调节机制分为外周机制、中枢神经机制、中枢神经递质改变<sup>[11]</sup>。

多数学者认为,针刺星状神经节与颈部相投影位置穴位的感觉相同,都有着酸、麻、胀、痛,是因为各种感受器接受到刺激所产生的感觉效应相似,并且感受器转换针刺信号为神经冲动时,可使局部或邻近部位的疼痛得到改善<sup>[12]</sup>。

针刺或阻滞星状神经节后,针刺信号沿神经传入脊髓,一部分信号可在脊髓背角内节段性抑制,从而使痛觉信号向上传递至中枢,剩下大部分针刺信号沿脊髓外侧索上行。此外,针刺与疼痛两种信号发生相互冲突,从而使痛觉和痛反射敏感度下降,同时大脑皮层下行控制机制备受影响,从而中枢神经系统中疼痛信息的传导被抑制<sup>[13]</sup>。

针刺或阻滞星状神经节的过程中,到达脑区的刺激信号或可刺激中枢神经释放中枢递质。这些神经递质可以加强机体对疼痛的耐受能力,如5-羟色胺、乙酰胆碱、内源性阿片样物质等<sup>[14]</sup>。

综上所述,针刺或阻滞星状神经节调节疼痛的作用是类似于人为制造一个假性疼痛信号传递给中枢系统,继而在多层次的神经元活动中,使人体本身完成两个复杂的动态过程——致痛与抗痛<sup>[15]</sup>。在这两个复杂的过程中,常常是模拟类似疼痛弧的方法,使人体自身产生了类致痛与类抗痛因子来调节疼痛。对针刺或阻滞星状神经节治疗疼痛的研究才是冰山一角,以后更应深究深研。现阶段的研究星状神经节对疼痛的治疗效果已非常确切,值得各位同仁在临床推广研究。

#### 参考文献

- [1] 杨才德, 雒成林. 穴位埋线疗法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 37.
- [2] 石崇俭. 疼痛·阻滞与解剖彩色图谱[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 40.
- [3] 田仁. 生理学[M]. 西安: 第四军医大学出版社, 2011: 20.
- [4] 李晓辉. 利多卡因星状神经节阻滞治疗头痛临床观察[J]. 中原医刊, 2002, 29(6): 31-32.
- [5] 李明良, 余红. 星状神经节阻滞治疗神经性头痛效果观察[J]. 中国医药导报, 2007, 4(9): 40-41.
- [6] 蔡明, 楚敏, 高贵媛. 星状神经节阻滞对脑梗塞患者的疗效[J]. 中国麻醉学杂志, 2008, 28(1): 82-83.
- [7] 魏楚庚, 田素杰. 麻醉治疗学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2000: 608-609.
- [8] 石丽红, 邓海峰. 神经阻滞疗法治疗颈源性头痛的疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(3): 287.
- [9] 刘维刚, 关怀, 吴登伟. 肩关节囊内注射阻滞加星状神经节阻滞治疗肩周炎效果研究[J]. 中国疼痛医学杂志, 2007, 13(5): 312-313.
- [10] 揭炳全, 李娟, 刘欢. 星状神经节阻滞配合单侧痛点注射在肩关节周围炎治疗中的应用[J]. 当代医学, 2014, 20(34): 98-99.
- [11] 李耀民, 李兴志. 星状神经节阻滞治疗疼痛临床应用进展[J]. 中国疼痛医学杂志, 2014, 20(5): 345-349.
- [12] 王清秀, 王贤裕, 胡云. 右侧星状神经节阻滞对疼痛兔脉搏血氧饱和度的影响[J]. 实用医学杂志, 2007, 3(5): 332-334.
- [13] 印武, 周清华. 星状神经节阻滞与应激反应[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2013, 27(3): 211-213.
- [14] 高崇荣. 慢性疼痛治疗的现状与展望[J]. 现代医院, 2004, 4(1): 22-25.
- [15] 赵秋鹤, 康麟, 杨立. 星状神经节阻滞结合三叉神经阻滞治疗原发性三叉神经痛的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2013, 2(12): 159-160.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 王高超 收稿日期: 2018-09-21)

(未完待续)

# 针灸治疗炎症性肠病疗效的 Meta 分析<sup>※</sup>

王园园 李菲 张驰 张国山\* 刘密\* 郁洁\*

(湖南中医药大学针灸推拿学院, 湖南 长沙 410007)

**摘要:**目的 对近5年针灸治疗炎症性肠病 (IBD) 的临床疗效与安全性进行系统评价。方法 应用计算机检索中国期刊全文数据库、万方数据库、维普数据库、web of science数据库、MEDLINE数据库、PubMed数据库、Embase数据库、百度学术知识发现数据库、SPISCHLAR学术资源等在线数据库, 收集2013年1月—2018年1月发表的关于针刺治疗IBD的临床随机对照试验 (RCT) 文章。由2名研究者按照Jadad质量评价标准对每个纳入试验进行偏倚风险和质量评估, 使用 Revman 5.3 软件进行Meta分析。结果 共纳入符合条件文献11篇, 合计836例患者。Meta分析结果表明: 针灸组或针灸+西药组与西药对照组比较, 临床症状明显好转。总有效率: OR = 3.66, 95%CI为[2.41, 5.54] ( $P < 0.01$ ), 漏斗图结果显示基本对称。不良反应发生率: OR = 0.19, 95%CI为[0.07, 0.51] ( $P < 0.01$ ), 差异均具有统计学意义。结论 针灸治疗IBD的临床疗效明显优于常规西药组, 并且不良反应率较西药治疗组低。

**关键词:** 炎症性肠病; 随机对照试验; 针灸; Meta分析; 腹泻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.052

文章编号:1672-2779(2018)-21-0128-04

## Meta-analysis on Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Inflammatory Bowel Disease

WANG Yuanyuan, LI Fei, ZHANG Chi, ZHANG Guoshan, LIU Mi, YU Jie

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

**Abstract:** **Objective** To evaluate the clinical efficacy and safety of acupuncture and moxibustion in the treatment of Inflammatory bowel disease in recent 5 years. **Methods** The online databases such as Full-text Database of Chinese Journals, Wanfang Database, Web of science database, MEDLINE database and Embase database, PubMed database, Baidu academic knowledge Discovery Database and SPISCR academic resources were searched by computer. From January 2013 to January 2018, a clinical randomized controlled trial (RCTs) on acupuncture in the treatment of inflammatory bowel disease was collected. Bias risk and quality for each inclusion trial by two researchers according to Jadad quality assessment criteria evaluate and use Revman5.3 software for Meta analysis. **Results** A total of 11 literatures eligible, with a total of 836 cases. The results of Meta analysis showed that the total effective rate was OR = 3.66, 95 % CI [2.41, 5.54] ( $P < 0.01$ ). The incidence of adverse reactions was OR = 0.19, 95 % CI [0.07, 0.51] ( $P < 0.01$ ). The difference was statistically significant. **Conclusion** The clinical effect of acupuncture and moxibustion on IBD was significantly better than that of routine western medicine group, and the adverse reaction rate was lower than that of western medicine group.

**Keywords:** inflammatory bowel disease; randomized controlled trials; acupuncture and moxibustion; Meta analysis; diarrhoea

炎症性肠病 (IBD) 是一种反复发作的肠道炎症性疾病, 主要以腹痛、腹泻、黏液脓血便等为主要临床症状。IBD的发病因素尚不明确, 目前认为与环境因素、遗传因素、高原缺氧等因素有关<sup>[1]</sup>。近年来IBD的发病率随着时间的推移而增加, 有相关报道表明北美洲、北欧、澳大利亚、英国等国家, 其工业化程度较高, 发病率也相对较高。而随着我国的工业化程度不断提高, 发病率也在逐年上升<sup>[2-4]</sup>, 本病具有病情反复发作、不易治愈等特点, 严重影响了患者的生活质量以及身心健康。目前西医在治疗IBD上主要用药有5-氨基水杨酸 (5-ASA)、糖皮质激素、免疫抑制剂、肿瘤坏死因子 (TNF) 等<sup>[5-6]</sup>。这些西药治疗具有一定效果, 但副作用大、复发率高、且治疗费用昂贵。近年来随着针灸研究的不断深入, 大量研究表明针灸治疗IBD效果明显, 且具有安全性小、副作用小、费用较低的特点<sup>[7-10]</sup>。本研究对针刺治疗IBD的文献进行系统评价, 分析评价其治疗IBD的疗效, 为其临床应用及相关研究提供参考和帮助。

## 1 资料与方法

**1.1 纳入和排除标准** 本文符合系统综述与荟萃分析优先报告条目: PRISMA声明报告规范的条件, 并在此基础上进行Meta分析。

**1.1.1 纳入标准** (1) 研究设计类型: 所有针灸治疗IBD的临床随机对照试验, 是否采用盲法不限, 随访不限, 发表时间为2013年1月—2018年1月, 其文献为中文文献或者英文文献。(2) 研究对象: 患者年龄、性别以及病程不限; 诊断标准明确, 第一诊断为溃疡性结肠炎。(3) 干预措施: 治疗组的干预措施为针灸疗法或者针灸+西医疗法为主, 对照组的干预措施为西药疗法为主。(4) 研究结局: 总体疗效, 主要包括治疗的痊愈率、有效率、显效率、无效率等; 总体症状积分, 主要包括患者腹痛、腹泻、黏液脓血便等症状好转情况积分; 肠镜疗效评价; 治疗前后病理变化; 不良反应发生率; Baron内镜评分。

**1.1.2 排除标准** (1) 非临床随机对照试验; (2) 动物试验; (3) 对照组非西医治疗的文献; (4) 样本含量少于随机对照最低要求 (30例) 的文献; (5) 会议论文与学位论文; (6) 重复检出或发表的文献; (7) 研究头针、眼针、耳、穴位埋线、注射等特种针法针

※ 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]

\* 通讯作者: tcmzgs@163.com; 7417091@qq.com; 47060463@qq.com



具材料的文献。

## 1.2 研究方法

**1.2.1 文献检索收集及筛选** 由2名研究人员独立检索有关中英文在线数据库,包括中国期刊全文数据库、万方数据库、维普数据库、web of science数据库、MEDLINE数据库、PubMed数据库、Embase数据库、百度学术知识发现数据库、SPISCHLAR学术资源等在线数据库,应用扩展的主题词或关键词进行检索收集,其中文检索词为“针灸”“炎症性肠病”及其它关键词,英文检索词为“Inflammatory bowel disease”“acupuncture and moxibustion”及其它关键词,检索时间为2013年1月—2018年1月,初步检索后,按照纳入及排除标准,对文献的标题及摘要进行筛选,如为随机对照,然后再对全文进行阅读与评估,最终将合适的有关针灸治疗IBD的随机对照试验进行分类评价。

**1.2.2 质量评价** 阅读文题、摘要及全文,筛选符合纳入标准的文献。使用医学文献王4.0专业版及excel表格建立数据库进行研究信息的提取工作。2名研究人员独立采用Jadad评分法对纳入文献的方法学进行质量评价。如遇分歧,2名研究人员一起讨论解决,若仍有分歧,与第3名研究者共同讨论。Jadad量表计分法:(1)未随机/不清楚/假随机,记0分。(2)提及随机但未描述具体的随机方法,记1分。(3)采用随机并描述了正确的随机方法,记2分。(4)未实行双盲/假双盲,记0分。(5)提及双盲但未描述具体的随机方法,记1分。(6)采用双盲并描述正确的施盲方法,记2分。(7)失访/退出未提及,记0分。(8)对退出/失访的例数和理由进行了详细的描述,记1分。

**1.2.3 资料分析** 采用Cochrane系统评价软件RevMan 5.3软件进行统计分析,计数资料采用比值比(OR)及其95%(CI)表示疗效的效应量。对纳入研究采用 $\chi^2$ 检验进行异质性分析,当研究间同质性较好时( $I^2 \leq 50\%$ 或 $P < 0.1$ ),使用固定效应模型;当研究间具有异质性时( $I^2 > 50\%$ 或 $P \leq 0.1$ ),使用随机效应模型进行Meta分析。

若异质性较大或纳入的数据不能够采用Meta分析时则进行描述性分析。

## 2 结果

**2.1 检索结果** 最初共检索到文献有977篇,中文数据库901篇,英文数据库76篇,通过阅读标题、摘要及全文,按照纳入、排除标准及经过分析讨论后,最终纳入11篇文献共836例IBD患者,所有纳入文献为公开发表在中国期刊上的文献,检索详细流程图见图1。

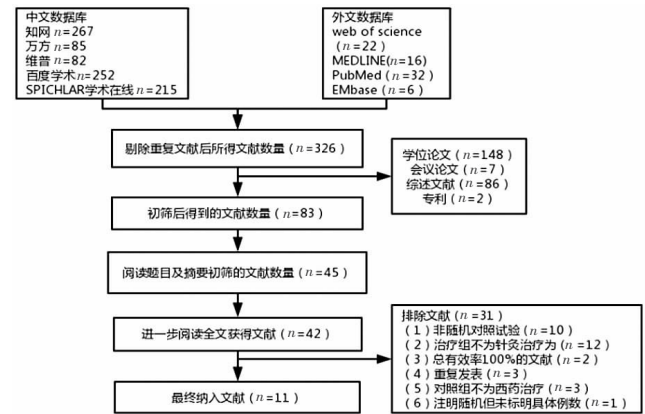


图1 针灸治疗炎症性肠病检索详细流程图

**2.2 纳入文献的基本情况**及Jadad质量评分 对纳入研究进行Jadad质量评分,纳入的11篇文献都为低质量研究。纳入文献的Jadad质量评分结果及文献的基本情况见表1。

**2.3 针灸取穴的归纳总结** 中医讲究的是辨证施治,那么针灸讲究辨证取穴。对纳入的11篇文献进行测量指标与针灸辨证取穴的归纳总结见表2。

## 2.4 Meta分析结果

**2.4.1 临床疗效分析** 11个研究都报告了针刺组或针刺+西药组对照西药组临床症状改善,本研究将痊愈、显效、好转之和作为总有效,对纳入的11篇文献进行Meta分析。详细结果见图2。(1)11个研究进行异质性检验,结果显示: $\chi^2=5.40$ , $P=0.86 > 0.05$ , $I^2=0\% < 50\%$ ,可认为各研究间不存在异质性,故该研究数据分析采用固定效应模型。(2)OR=3.66,95%CI为

表1 针灸治疗炎症性肠病纳入文献的基本情况

纳入研究	例数		干预措施		疗程	随访	结局指标	基线水平	随机方法描述	盲法	失访	Jadad评分
	治疗组	对照组	治疗组	对照组								
王众 <sup>[5]</sup> 2013	25	25	温针灸	柳氮磺胺吡啶	15 d	无	①	未提及	随机	无	无	1
郑登树 <sup>[6]</sup> 2017	35	35	针灸+美沙拉嗪	美沙拉嗪	40 d	无	①	具有可比性	随机列表法	无	无	2
郭保君 <sup>[7]</sup> 2016	35	35	针灸+美沙拉嗪	美沙拉嗪	40 d	无	①②	具有可比性	随机	无	无	1
栾炳玉 <sup>[8]</sup> 2016	25	25	针灸	美沙拉嗪	8周	无	①③④	具有可比性	随机	无	无	1
刘小红 <sup>[9]</sup> 2016	62	62	针灸	柳氮磺胺吡啶	未说明	无	①④	具有可比性	随机	无	无	1
莫太敏 <sup>[20]</sup> 2015	34	34	针灸	美沙拉嗪	2周	6个月	①④	具有可比性	随机	无	无	1
党中勤 <sup>[21]</sup> 2015	30	30	药泥灸+美沙拉嗪	美沙拉嗪	12周	无	⑤⑥	具有可比性	随机	无	无	1
杨金锁 <sup>[23]</sup> 2016	36	36	针灸	美沙拉嗪	2周	6个月	①	具有可比性	随机	无	无	1
薛莲芝 <sup>[23]</sup> 2018	47	47	针灸	柳氮磺胺吡啶+甲硝唑	2周	无	①	具有可比性	随机	无	无	1
黄续银 <sup>[24]</sup> 2015	40	38	针灸	美沙拉嗪	10 d	无	①	具有可比性	随机	无	无	1
李朝华 <sup>[25]</sup> 2017	50	50	针灸	柳氮磺胺吡啶	未说明	无	①④	具有可比性	随机数字法	无	无	2

注:①代表总体疗效;②代表肠镜疗效;③代表治疗前后病理变化情况;④代表不良反应发生率;⑤代表 Baron 内镜评分;⑥代表总体症状积分

表2 纳入研究的测量指标及针灸辨证选穴

纳入研究	测量指标	针灸取穴
王众 <sup>[15]</sup> 2013	肠黏膜炎症	中脘、气海、足三里、三阴交、合谷、大肠俞、天枢、上巨虚、神阙
郑登树 <sup>[16]</sup> 2017	腹痛、腹泻、黏液脓血便	脾俞、肾俞、胃俞、大肠俞、公孙、足三里、太溪、关元、天枢、中脘
郭保君 <sup>[17]</sup> 2016	腹痛、腹泻、黏液脓血便	脾俞、肾俞、胃俞、大肠俞、公孙、足三里、关元、天枢、中脘
栾炳玉 <sup>[18]</sup> 2016	糜烂出血、溃疡、水肿	公孙、太溪、足三里、关元、天枢、督俞、脾俞、胃俞、三焦俞、大肠俞、腰俞、脊中
刘小红 <sup>[19]</sup> 2016	腹痛、腹泻、黏液脓血便	中脘、气海、天枢、足三里、三阴交
莫太敏 <sup>[20]</sup> 2015	腹痛、腹泻、黏液脓血便	天枢穴、三阴交、长强、足三里、上巨虚、天枢、肝俞、脾俞、肾俞
党中勤 <sup>[21]</sup> 2015	腹痛、腹泻、黏液脓血便	督脉大椎至腰俞穴
杨金锁 <sup>[22]</sup> 2016	腹痛、溃疡、糜烂	三阴交、足三里、天枢、长强、上巨虚、肝俞
薛莲芝 <sup>[23]</sup> 2018	腹痛、腹泻、黏液脓血便	关元、气海、长强、大肠俞、足三里、三阴交、天枢
黄续银 <sup>[24]</sup> 2015	糜烂、溃疡、便血	天枢、肾俞、脾俞、三阴交、长强、足三里、上巨虚
李朝华 <sup>[25]</sup> 2017	腹痛、腹泻、黏液脓血便	关元、气海、天枢、大肠俞、三阴交、足三里

[2.41, 5.54] >1。(3) 整体疗效检验 (Z=6.12, P<0.00001<0.01), 可认为针刺组或针刺加西药组临床疗效的总有效率优于西药对照组, 差异具有统计学意义。发表偏倚情况为检验纳入的11篇RCT文献是否发生偏倚, 以OR作为X轴, SElogOR为Y轴, 绘制Egger漏斗图进行发表偏倚分析, 结果见图3。图形左右基本对称, 表明11篇RCT文献存在的偏倚较小。

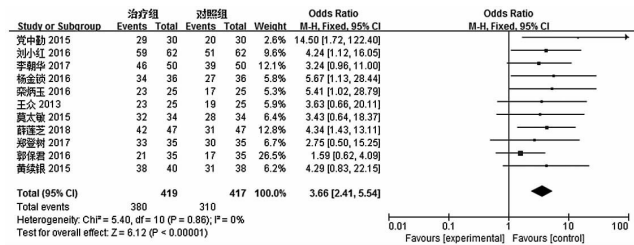


图2 治疗组与对照组治疗炎症性肠病总有效率比较

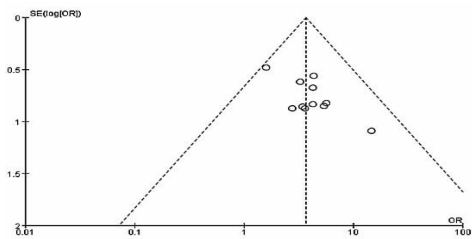


图3 治疗组与对照组治疗炎症性肠病临床疗效漏斗图

2.4.2 不良反应发生率 11个研究中有6篇文献报告了治疗后不良反应发生率, 具体结果如图4所示。结果显示:  $\chi^2=2.82, P=0.73>0.05, I^2=0\%<50\%$ , 可认为各研究间不存在异质性, 故该研究数据分析采用固定效应模型。(2) OR =0.19, 95% CI为 [0.07, 0.51] <1。(3) 整体疗效检验 (Z=3.31, P<0.0009<0.01), 可认为针刺组或针刺加西药组临床疗效的不良反应少于西药对照组, 差异具有统计学意义。

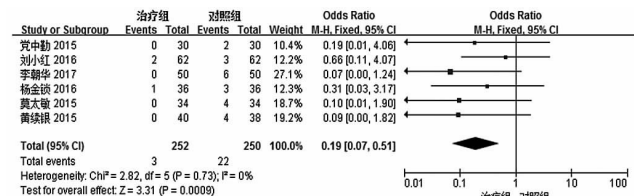


图4 治疗组与对照组治疗炎症性肠病不良反应率比较

### 3 讨论

本研究共纳入的11篇RCT文献Meta分析结果显示, 针灸能提高IBD患者的临床疗效, 在总体疗效方面优于常规西药组, 不良反应发生率方面低于西药对照组。差异均具有统计学意义。本研究望在以后的针灸治疗IBD疾病临床工作中, 为是选择针灸治疗还是西药治疗提供参考依据。

纳入的11个研究中, 在针灸治疗方面, 有3个研究未进行详细的辨证取穴说明, 其余研究都进行了辨证取穴, 详细取穴情况见表2。其中天枢穴、足三里穴使用频率为10次, 在11个研究中使用频率最高, 其次为大肠俞、三阴交及上巨虚穴, 在文献中使用频率分别为6次、7次、4次。从选穴的频次来看, 11个研究的针灸取穴主要为大肠经之俞募穴以及主治肠道疾病之要穴。其中天枢是大肠之募穴, 是阳明脉气所发, 为腹部要穴, 针刺或艾灸天枢穴对于改善肠腑功能, 消除或减轻肠道功能失常而导致的各种症状, 具有显著的功效。足三里为足阳明胃经之穴位, 能够理上、理中、理下, 《四总穴》里有“肚腹三里留”, 表明足三里为治疗肠腑疾病之要穴。三阴交为足太阴脾经穴, 能够治疗腹痛、腹泻、便溏等肠道疾病, 上巨虚为大肠之下合穴, 配合大肠之募穴, 能够起到调理肠胃气机、泌别清浊的作用。故能够治疗IBD的腹痛、腹泻、黏液脓血便等主要症状。大肠俞为大肠之背俞穴, 主治腹痛、腹胀、泻痢等疾病。用到的其他穴位频次较低或者只用过一次的穴位不一一说明。通过总结这些穴位的辨证选取频次, 望在今后能够为针灸治疗IBD的选穴提供更多的参考经验。

11篇文献有2篇文献未说明治疗疗程, 11篇未采用盲法并未说明失访人数, 仅有2篇文献做了6个月后随访工作及具体的随机方法, Jadad评分都为低质量文章, 望在以后的临床对照研究中能有更多高质量、大样本的文献, 为指导临床实践提供更为有利、精确的循证医学证据。

### 参考文献

- [1]Ananthakrishnan A N, Bernstein C N, Iliopoulos D, et al. Environmental triggers in IBD: a review of progress and evidence[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2018, 15(1): 39-49.
- [2]金博.肠道菌群移植与溃疡性结肠炎[J].世界华人消化杂志, 2017, 25(1):

- 23-30.
- [3] Shivashankar R, Tremaine W J, Harmsen W S, et al. Incidence and Prevalence of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in Olmsted County, Minnesota From 1970 Through 2010[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2017, 15(6): 857-863.
- [4] Ordás I, Eckmann L, Talamini M, et al. Ulcerative colitis[J]. Lancet, 2012, 380(9853): 1606-1619.
- [5] 欧阳钦. 炎症性肠病发病机制与治疗研究的最新进展[J]. 中华消化杂志, 2003, 23(8): 453-454.
- [6] Jørgensen K K, Olsen I C, Goll G L, et al. Switching from originator infliximab to biosimilar CT-P13 compared with maintained treatment with originator infliximab (NOR-SWITCH): a 52-week, randomised, double-blind, non-inferiority trial[J]. Lancet, 2017, 389(10086): 2304-2316.
- [7] 顾沐恩, 吴焕淦, 刘雅楠, 等. 从长链非编码 RNA 角度探讨针灸治疗 IBD 的效应及调节机制[J]. 世界中医药, 2017, 12(2): 417-423.
- [8] Joos S, Wildau N, Kohnen R, et al. Acupuncture and moxibustion in the treatment of ulcerative colitis: a randomized controlled study[J]. Scand J Gastroenterol, 2006, 41(9): 1056-1063.
- [9] 吴焕淦, 赵琛, 吴学飞, 等. 隔药灸治疗大鼠溃疡性结肠炎差异表达基因研究[J]. 中国针灸, 2005, 25(5): 359-365.
- [10] 黄建强, 林清, 文小敏, 等. 针灸治疗溃疡性结肠炎作用机制探讨[J]. 中国医药导报, 2014, 11(5): 166-168.
- [11] 孙东. 针灸治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中外医疗, 2012, 17(31): 114-115.
- [12] 黄耀全, 王志强. 针灸结合四君子合剂治疗溃疡性结肠炎 40 例[J]. 广西中医药, 2008, 31(6): 15-16.
- [13] 史利霞, 姚菊峰. 溃疡性结肠炎患者经中药保留灌肠联合针灸治疗疗效观察及护理干预分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(7): 30, 34.
- [14] 顾锡桂, 蒲应香, 邢成文. 针灸配合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎近期疗效及安全性分析[J]. 河北医药, 2018, 40(4): 518-522.
- [15] 王众. 温针灸治疗溃疡性结肠炎 50 例的疗效观察[J]. 中外医疗, 2013, 32(34): 126, 128.
- [16] 郑登树. 针灸健脾补肾法治疗溃疡性结肠炎的临床效果研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(92): 107.
- [17] 郭保君, 陆鹏, 张福满, 等. 针灸健脾补肾法治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 四川中医, 2016, 34(5): 182-185.
- [18] 栾炳玉. 针灸治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(20): 90-91.
- [19] 刘小红. 针灸治疗慢性溃疡性结肠炎的临床疗效[J]. 光明中医, 2016, 31(21): 3173-3174.
- [20] 莫太敏. 针灸治疗慢性溃疡性结肠炎疗效[J]. 云南中医中药杂志, 2015, 36(11): 96-97.
- [21] 党中勤, 党志博, 王宇亮, 等. 健脾清肠汤内服联合愈腐灌肠方保留灌肠治疗慢性持续型溃疡性结肠炎活动期患者 31 例临床观察[J]. 中医杂志, 2015, 56(17): 1487-1490.
- [22] 杨金锁. 中医针灸治疗慢性溃疡性结肠炎的方法及效果评价[J]. 中医临床研究, 2016, 8(26): 27-28.
- [23] 薛莲芝. 中医针灸治疗慢性溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 医疗装备, 2018, 31(4): 100-101.
- [24] 黄绪银, 陈秀清, 张奇志. 中医针灸治疗慢性溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(13): 255-256.
- [25] 李朝华. 中医针灸治疗慢性溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(19): 90.
- (本文编辑: 张文娟 本文校对: 郁洁 收稿日期: 2018-07-19)

## 隔姜灸对恶性肿瘤患者化疗后白细胞减少的防治\*

龚艳青 张梅庆 张博成

(江西省新余市中医院内三科, 江西 新余 338000)

**摘要:** 目的 研究分析穴位隔姜灸对接受化疗后的恶性肿瘤患者白细胞减少的临床防治效果。方法 将2016年4月—2018年3月收治的100例接受化疗后白细胞减少的恶性肿瘤患者作为研究样本, 同时依据随机数字表法分组, 对照组50例采用口服维生素B<sub>4</sub>片联合鲨肝醇片给药治疗, 治疗组50例采用气海、神阙、关元隔姜灸穴位治疗。比较2组治疗前后KPS评分、中医症候评分、白细胞值, 并评价治疗总有效率。结果 治疗后治疗组KPS评分高于对照组, 中医症候评分低于对照组, 治疗组治疗总有效率和血白细胞数量均高于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 对于接受化疗后的恶性肿瘤患者白细胞减少而言, 应用穴位隔姜灸效果显著, 患者获益较高, 有更大的潜在临床价值, 值得在临床上进一步推广。

**关键词:** 隔姜灸; 恶性肿瘤; 化疗; 白细胞减少

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.053

文章编号:1672-2779(2018)-21-0131-03

### Prevention and Treatment of Leucocytopenia after Chemotherapy in Patients with Malignant Tumor with Ginger Partitioned Moxibustion

GONG Yanqing, ZHANG Meiqing, ZHANG Bocheng

(Department of Internal Medicine, Xinyu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Xinyu 338000, China)

**Abstract: Objective** To study the clinical preventive effect of acupoint ginger partitioned moxibustion on leukocytes in patients with malignant tumor after receiving chemotherapy. **Methods** From April 2016 to March 2018, 100 cases of malignant tumor with leukonitis after chemotherapy were treated as the study samples, and according to the random number table method 50 cases in the control group were treated with oral vitamin B<sub>4</sub> tablets combined with Batilol tablets, 50 cases in the treatment group were used in the Qihai, Shenque, Guanyuange with ginger partitioned moxibustion. The KPS score, TCM symptom score, white blood cell value before and after treatment were compared between the 2 groups, and the total effective rate was evaluated. **Results** After treatment, the KPS score of the treatment group was higher than that of the control group. The TCM syndrome score was lower than that of the control group. The total effective rate and the number of blood leukocytes in the treatment group were higher than those in the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The effect of acupoint ginger moxibustion is significant for patients with malignant tumor after chemotherapy, and the benefit of the patients is higher and the potential clinical value is greater. It is worth further promoting in clinical medicine.

**Keywords:** ginger partitioned moxibustion; malignant tumor; chemotherapy; leucocytopenia

在恶性肿瘤治疗过程中, 化疗是一种常用手段。通过作用于细胞增殖的不同周期, 这些抗肿瘤化学治

疗药物可以抑制DNA快速的增殖分裂, 从而对肿瘤细胞起到灭杀作用。白细胞是机体内非特异性免疫重要的一环, 发挥防御和保护作用<sup>[1]</sup>。但由于细胞毒类化学治疗药物缺乏选择性, 该类药物对正常组织和器官, 特别是对于新陈代谢活跃的组织细胞有很强的抑制作

\* 基金项目: 江西省卫生计生委中医药科研课题项目 [No. 2017A169]

用,如骨髓干细胞,在临床上则表现出白细胞减少的症状。抗肿瘤化学治疗药物会使白细胞快速地、大量地减少。使得患者抵抗能力减弱,免疫能力下降,导致患者经常出现头晕、精神萎靡、疲劳、嗜睡等症状,更为严重的是,白细胞的减少使得患者的感染几率成倍提高,使常规的化学治疗计划不得不延期、中断。在接受化疗后的恶性肿瘤患者白细胞减少的病例治疗中,西医的口服升白药物疗效不确切、作用机制不明。

治疗由于骨髓抑制而造成的白细胞减少的症状,中医药有其独特的作用方式,能够弥补西医疗法在此方面的不足。神阙、气海、关元是人体的重要穴位,尤其在免疫功能方面,发挥着系统性的、不可替代的重要作用<sup>[2-3]</sup>。本研究采用神阙、气海、关元三穴组合隔姜灸,协同发挥它们益气升阳补虚的功效。此研究将为患者提供一种经济、有效、便捷、安全对抗化疗后白细胞减少的方法。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2016年4月—2018年3月,多位肿瘤患者前来我院就诊,本研究选取了其中100例在接受化疗后的恶性肿瘤患者白细胞减少的病例。采用简单随机对照的方法,分为对照组50例,男28例,女22例;年龄37~71岁,平均(51.49±6.27)岁。观察组50例,男30例,女20例;年龄38~73岁,平均(54.17±5.71)岁。2组一般资料无显著差异, $P<0.05$ 。研究相关事宜均已告知入选患者或其家属,并已签署知情同意书。

**1.2 诊断标准** WHO规定的诊断分度标准。

**1.3 纳入标准** (1)恶性肿瘤在细胞学上或者病理报告上得到确诊,并且进行化疗的患者。(2)未出现感染者。(3)年龄18~80岁。(4)患者化疗后的白细胞减少症被判定在Ⅰ或者Ⅱ度。(5)骨髓造血功能的影响不是由于血液肿瘤发生的患者。(6)患者自愿配合研究中的观察和随访。(7)预计生存期3个月以上的患者。

**1.4 排除标准** (1)患者有应用可同样引起白细胞减少的其它药物如抗结核药、抗甲状腺药、抗菌药、保泰松等。(2)存在感觉神经病变或脐周皮肤病变者,对温热的感觉功能下降或丧失者。(3)精神疾病患者。(4)妊娠期妇女。(5)合并心、肝、脑、肾等原发性的严重疾病者。(6)对艾烟过敏或不宜针灸者。

**1.5 中止及剔除标准** (1)治疗过程中病情恶化,骨髓抑制恶化程度出现超过Ⅱ度的患者。(2)不能坚持完成者最终的治疗或者不能按治疗方案执行者。(3)临床研究过程中患者病情进一步恶化至需要抢救的患者。(4)出现其他不良反应较为严重的患者。

**1.6 治疗方法** 对照组给予口服鲨肝醇片、维生素B<sub>4</sub>片。

剂量分别为20 mg 3次/日、10 mg 3次/日。

治疗组予以穴位隔姜灸:(1)取穴:气海穴、关元、神阙。(2)隔姜灸操作:选取适当体位。生姜切薄片,用细针穿刺数孔。生姜片厚度:0.2~0.3 cm,直径:2~3 cm。在生姜片上放置艾柱,使艾柱和皮肤之间隔着姜片,将其放在气海、关元、神阙穴,然后点燃艾柱进行治疗。当艾柱烧完后,更换艾柱再次施灸,反复5次为1次治疗。

**1.7 观察指标** 治疗前当天早晨08:00,查静脉血常规指标,治疗开始后第3天之后,隔天查1次静脉血常规指标,检查时间均为早晨08:00。为避免由于检测机器而导致的误差,结果以我院检验科出具的报告为准。同时记录白细胞计数变化。观察周期:从入院第1天到进行隔姜灸治疗第10天。另进行KPS评分、中医证候评分。

**1.8 疗效评定标准** 根据《血液病诊断及疗效标准》,分为以下几个程度:(1)显效:KPS评分减少 $\geq 70\%$ ,接受1个疗程的治疗后血白细胞值恢复至正常值 $4.0 \times 10^9/L$ ,并且中医证候明显好转;(2)有效:KPS评分减少 $\geq 30\%$ ,接受1个疗程的治疗后白细胞值未恢复正常,但较治疗前有所提高 $(0.5 \sim 1.0) \times 10^9/L$ ;(3)无效:KPS评分减少 $< 30\%$ 或增加,接受1个疗程的治疗后白细胞值无明显升高,中医证候无缓解。

**1.9 统计学方法** 数据录入选用Excel,统计选用SPSS 20.0软件,计数资料以百分率表示,行 $\chi^2$ 检验。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 $t$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者中医证候评分和KPS评分比较** 治疗前2组KPS评分、中医证候评分差异无统计学意义;治疗后治疗组和对照组KPS评分与治疗前比较升高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),并且2组中医证候评分与治疗前比较降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组KPS评分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组中医证候评分低于对照组。见表1。

表1 2组患者治疗前后KPS和中医证候评分比较  
( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	KPS 评分		中医证候评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	69.3±10.5	81.1±10.1	43.2±6.8	14.4±3.3
治疗组	45	70.2±10.3	89.3±10.5	42.8±6.4	18.2±3.5
$t$ 值		0.532	3.732	0.524	5.042
$P$ 值		$>0.05$	$<0.05$	$>0.05$	$<0.05$

**2.2 2组患者白细胞计数比较** 与治疗前比较,治疗后治疗组和对照组的白细胞计数均升高,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组患者治疗前后白细胞计数比较 ( $\bar{x} \pm s, \times 10^9/L$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	50	2.4±0.6	5.0±0.9
对照组	50	2.6±0.4	3.9±1.1
t值		1.502	4.083
P值		>0.05	<0.05

2.3 2组患者疗效比较 治疗后治疗组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 4.955, P < 0.05$ )。见表3。

表3 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	34	14	2	48(96.00)
对照组	50	22	19	9	41(82.00)

### 3 讨论

化学治疗药物为细胞毒类药物, 如直接损伤DNA的烷化剂、作用于微管蛋白的长春碱、紫杉醇等都是临床常用的抗肿瘤化学治疗药物。通过作用于细胞增殖的不同周期, 这些抗肿瘤化学治疗药物可以抑制DNA快速的增殖分裂, 从而对肿瘤细胞起到灭杀作用。但由于细胞毒类化学治疗药物缺乏选择性, 该类药物对正常组织和器官, 特别是对于新陈代谢活跃的组织细胞有很强的抑制作用, 如骨髓干细胞, 在临床上则表现出白细胞减少的症状。白细胞是机体内非特异性免疫重要的一环, 发挥防御和保护作用。白细胞数量的减少, 带来的最直接也是最严重的反应就是患者的免疫力下降, 从而感染风险大大增加。“虚劳”“气血虚”等是传统中医学中对白细胞减少的综合症状给出的范畴<sup>[4]</sup>。传统中医学把恶性肿瘤归为脏腑气血、阴阳失调, 这种失调就是在气虚等基础上发生的。而在中医学中, 抗肿瘤化学治疗药物属于“毒物”范畴, 所以恶性肿瘤的化学治疗被视作是“以毒攻毒”的过程, 邪毒在这个过程中入侵机体, 耗伤正气、损伤脾胃, 进而致气血紊乱、无以生精充髓、生化无源, 使得造血功能受损, 在临床上即表现为白细胞数量减少<sup>[5]</sup>。所以脾肾不足、气血两虚是本病主要的病机。作为一种传统的治疗方法, 艾灸是中医学特色。艾叶功效为养血、补气, 其性温, 其味辛。胃肠汇聚盘曲之所为神阙, 密切联系着十二经络、奇经八脉; 关元、气海同居下焦, 气海为聚气之所、生气之源, 化生先天元气。神阙同时还具有固本补虚、升阳补气的功效, 主治脏器衰惫和气虚乏力; 小肠之募穴为关元, 具有培补元气、温阳补肾等功效, 经于此穴的气血颇多, 如脾所统之血、肝所藏之血等。有不少研究表明<sup>[6-7]</sup>, 采用艾灸治疗恶性肿瘤化疗后患者的白细胞减少症状可被有效控制, 可健脾益气。从各项患者的生化指标来看, 连续应用穴位隔姜灸可使多种酶类的活性被激活同时升高白细胞数量, 进而增强患者的免疫力<sup>[8]</sup>。

研究中的对照组采取普通药物治疗, 观察组给予穴位隔姜灸治疗, 结果证明在肿瘤化学治疗后白细胞减少的防治中, 使用穴位隔姜灸治疗, 是一种理想的治疗方式。在温阳驱寒方面, 隔姜灸比单纯的温和灸效果更佳。生姜主要有发汗解表、温中驱寒, 所以隔姜灸在具有艾叶的燃烧热、药用功效的同时, 还具有生姜的药用功效。我们认为三穴隔姜灸对人体免疫系统功能的恢复有促进作用, 可以显著减小化疗后白细胞减少症对机体免疫功能带来的损害。通过2组患者的KPS评分、中医证候评分来考察治疗效果。本研究表明, 在肿瘤化学治疗后白细胞减少的防治中, 穴位隔姜灸作为临床实践中的治疗方法, 可使患者气阴两虚的症状改善, 有效提升白细胞数量, 有较好治疗效果。可以考虑在临床中进一步推广。

### 参考文献

- [1]何红华.不同剂量 rhG-CSF 对化疗后白细胞减少的疗效比较[J].现代医学, 2013, 41(8):574-576.
- [2]田欢,林洪,张莉,等.艾灸治疗化疗后白细胞减少症的疗效研究[J].中医临床研究, 2015, 7(10):35, 38.
- [3]马晓兰,陶可胜,李静.肿瘤化疗后白细胞减少症的中西医结合治疗进展[J].中国当代医药, 2015, 22(8):16-19.
- [4]徐颂安.隔姜灸对化疗期患者外周血象及生存质量影响的临床研究[D].北京:北京中医药大学, 2013.
- [5]王卉.穴位艾灸治疗化疗引起的白细胞减少症的临床观察[D].北京:北京中医药大学, 2011.
- [6]韩子飞,龚正,黄利青,等.针刺治疗化疗后白细胞减少辅助作用观察[J].中国针灸, 2010, 30(10):802-805.
- [7]陶静,范欣生,张欢.黄芪治疗放疗化疗后白细胞减少症的应用分析[J].中医药学报, 2010, 38(6):67-70.
- [8]边旭娜,张良满,陈淑萍,等.6例微移植治疗老年白血病患者护理[J].现代医院, 2014, 14(3):77-78.

(本文编辑:张文娟 本文校对:胡绍育 收稿日期:2018-07-24)

恽铁樵是著名的具有创新思想的中医药学家, 临床擅长内科、儿科, 致力于临床研究、理论创新和中医人才的培养, 主张西为中用, 是中国中西医汇通派代表医家。《病理各论》是上海铁樵函授中医学校的培训教材之一, 全书分七期, 开篇首提, “详著病状为第一, 研究病理为第二。”对疾病诊疗, 从病状、病理、治法三方面论述, 中医证候学研究可借鉴, 弥足珍贵。二期重点讲伤风感冒、流行性感、百日咳的诊治。三期, 《内经》气机理论的再识。引入西医观点, 别开生面论述皮毛卫气。四期讲述急性支气管炎咳嗽之临床4大亚型的诊治。五期是胃咳、肾咳。六期是肺癆。七期是症疾、症痢。这些中医药理论探索下引入西医理论为我所用的思维, 应该是目前中西医结合研究遵循的基本原则。

——周发祥、杨建宇摘编自《恽铁樵临证基础讲义》  
(民国名中医临证教学讲义选粹丛书)

# 贝尔面瘫患者急性期头面部穴位红外热像图研究\*

申斌 于川 余威 支小晶 见国繁 刘福奇 许世闻

(北京市平谷区中医医院治未病中心, 北京 101200)

**摘要:**目的 研究贝尔面瘫患者急性期头面部穴位红外热像图改变特征。方法 采用数字式医用红外热像仪检测了50例贝尔面瘫患者与50例健康人头面部穴位体表温度,并用分析软件处理相关温度数值,将结果进行统计学分析。结果 健康人群左右两侧面部穴位体表温度分布基本对称,双侧温度差小于1.5℃,差异无统计学意义( $P>0.01$ ),而贝尔面瘫患者左右两侧面部穴位体表温度分布呈不对称性,双侧温度相差均大于1.5℃,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。且两侧穴位温差与面肌瘫痪程度相关,瘫痪程度越重者,双侧温差越大。结论 贝尔面瘫患者急性期面部穴位红外热像图存在改变,可根据变化指导临床针刺治疗。

**关键词:** 贝尔面瘫;急性期;红外热像图;面部穴位

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.054

文章编号:1672-2779(2018)-21-0134-03

## Study on the Infrared Thermography of Acupoints in the Head and Face of Patients with Bell Palsy at Acute Stage

SHEN Bin, YU Chuan, YU Wei, ZHI Xiaojing, JIAN Guofan, LIU Fuqi, XU Shiwen

(Preventive Treatment of Disease Centre, Pinggu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101200, China)

**Abstract: Objective** To study the changes of infrared thermography images of head-face acupoints in patients with Bell palsy in the acute phase. **Methods** The head-face acupoint surface temperature of Bell palsy patients ( $n=50$ ) and healthy people ( $n=50$ ) were detected by digital medical infrared camera. The temperature values were processed by analysis software, and the results were statistically analyzed. **Results** The skin temperature distribution on the left and right facial acupoints of the healthy people was symmetrical. The temperature difference between the two sides was less than 1.5℃, and the difference was not statistically significant ( $P>0.01$ ). While the skin temperature distribution on the left and right facial acupoints of Bell palsy patients was asymmetric. The temperature difference between the two sides was greater than 1.5℃, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). The temperature difference between the acupoints on both sides is related to the degree of hemifacial spasm. The heavier the degree of hemifacial spasm, the greater the temperature difference between the two sides. **Conclusion** There is a change in the infrared thermography of the facial acupoint of patients with acute Bell palsy. The clinical acupuncture treatment can be guided according to the changes.

**Keywords:** Bell palsy; acute stage; infrared thermography; facial acupoints

贝尔面瘫又称贝尔麻痹、特发性周围性面神经麻痹,主要指茎乳孔(面神经管内)面神经的急性非特异性炎症水肿所致的周围性面神经麻痹。针灸治疗该病历史悠久,目前针灸医生大多根据患者的临床症状和医生的经验选穴治疗;由于没有客观依据,每个医生选穴、施治差异性较大<sup>[1]</sup>。红外热像技术可以清晰、准确地发现人体面部区域内穴位的温差变化,借助面部红外热像图,能帮助医者客观地观测患者病情,辅助确定针灸治疗方案。因此,笔者采用红外热像仪检测了50例贝尔面瘫患者与50例健康人头面部穴位体表温度,从红外热像角度出发来研究贝尔面瘫患者头面部穴位体表温度特征,以期指导针灸临床治疗方案,现将研究结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 贝尔面瘫急性期患者50例,均为2017年7月—2018年6月就诊于北京市平谷区中医医院针灸科的患者,自愿参加检测;其中女22例,男28例;年龄25~57岁,平均(39.92±9.67)岁;病程1~5 d,平均病程3.08 d。健康志愿者50例,均为来自我院体检中心,查

体健康且自愿参加测试的健康志愿者;其中女19例,男31例;年龄20~55岁,平均(37.86±11.69)岁。贝尔面瘫患者与健康人年龄、性别比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 根据病史、临床症状、体征,并排除其他可能引起周围性面瘫的原因后,参照《临床疾病诊疗依据治愈好转标准》<sup>[2]</sup>中周围性面瘫的诊断标准。

**1.3 纳入标准** ①长期居住在本地,能够理解和积极配合治疗与随访。②符合中西医贝尔面瘫的诊断标准。③年龄在18~60岁,有自主生活能力。④病程在7 d以内;⑤签署知情同意书,自愿参加研究者。

**1.4 健康志愿者标准** 经过问诊、内外科体格检查以及血液尿液化验、胸片、B超和心电图等检查,排除脑血管病、高血压、糖尿病、高脂血症、肝病、肾病及肿瘤、血液病及其他系统的疾患。

**1.5 排除标准** ①亨特综合征;②合并心脑血管、肝、肾、内分泌和造血系统等疾病;③继发其他疾病的面瘫患者(如格林巴利综合征、颅内感染、颅内占位性疾病等)。④妊娠或哺乳期妇女。⑤体内装有心脏起搏器等金属制品。⑥已接受其他相关治疗可能影响本研究疗效观察者。

\* 基金项目:北京市平谷区中医医院内科研课题【No. zyy2017-09】

## 1.6 观察方法

1.6.1 测试经穴 按中华人民共和国国家标准 (GB12346-90) 《经穴部位》，提取面部左右侧穴位温度，穴位包括攒竹、丝竹空、鱼腰、阳白、四白、太阳、下关、迎香、地仓、颊车、颧髎、承浆、夹承浆、禾髎。

1.6.2 测试装置 数字式医用红外热像仪 (重庆飞洲光电技术研究院, 型号: MTI-Economy-2013-B), 严格按照操作流程进行操作。

1.6.3 实验条件 测试环境气温为 (25±1) °C, 空气湿度45%~57%, 每次测试过程中, 室内气温波动不超过1 °C, 空气无明显流动, 周围无强噪声和电磁源干扰。门窗紧闭, 室内用1盏40 W日光灯照射。

1.6.4 试验方法 受试者在测试前30 min进入实验室, 静坐休息以适应环境, 避免搔抓面部皮肤。使用数字式医用红外热像仪进行面部穴位温度测试采集, 测试时受试者取坐位, 充分暴露耳后部位, 以便测试部位能清晰地显示在红外图片上, 距离红外摄像机镜头约1.5 m处, 面对摄像机, 双手自然放在膝盖上。

1.7 统计学方法 数据输入Excel 建库, 统计学处理采用SPSS 17.0软件包, 计量资料以均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用t检验; 计数资料采用 $\chi^2$ 检验。以P<0.05表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 健康志愿者与贝尔面瘫患者面部两侧穴位体表温度差绝对值对比 见表1。

表1 健康志愿者与贝尔面瘫患者面部两侧穴位体表温度差绝对值对比 ( $\bar{x} \pm s, ^\circ\text{C}$ )

穴位	健康人两侧温差	贝尔面瘫患者两侧温差	t值	P值
攒竹	1.1704±0.8328	1.6872±1.200	2.50	0.0140
丝竹空	1.1756±0.7442	1.8992±1.1974	2.80	0.0061
鱼腰	1.0192±0.691	1.5929±0.878	3.56	0.006
阳白	1.0329±0.5997	1.5792±1.1898	2.84	0.0055
四白	0.906±0.6239	1.7267±1.2485	4.07	0.0001
太阳	0.877±0.5265	1.7277±1.226	4.42	0.0001
下关	0.9383±0.5133	1.7542±0.9421	5.27	0.0001
迎香	0.8777±0.6891	1.6667±1.1972	3.96	0.0001
地仓	0.9975±0.6051	1.4715±1.0692	2.67	0.0089
颊车	0.7723±0.4298	1.7104±0.8991	6.52	0.0001
颧髎	0.8108±0.5445	1.641±1.0693	4.79	0.0001
夹承浆	0.9375±0.4738	1.6567±1.2842	3.64	0.0004
禾髎	0.8406±0.4505	1.6817±1.008	5.27	0.0001

健康志愿者面部两侧穴位体表温度相差均小于1.5 °C, 贝尔面瘫患者面部两侧穴位体表温度相差均大于1.5 °C, 2组每个穴位的两侧温差比较, 差异有统计学意义 (P<0.01)。面瘫患者的双侧温差数值按大小顺序排列, 排在前五的穴位分别为丝竹空、下关、太阳、四白、颊车。

2.2 贝尔面瘫患者双侧面部穴位温差与病情轻重程度比较 见表2。

表2 贝尔面瘫患者双侧面部穴位温差与病情轻重程度比较

病情轻重程度	例数	两侧穴位温差平均值
I (正常)	0	0
II (轻度功能不全)	16	0.71437500±0.09899284
III (中度功能不全)	17	1.54000000±0.33344790
IV (中重度功能不全)	8	2.49500000±0.38998168
V (重度功能不全)	9	3.56111111±0.52807302
VI (全瘫)	0	0

经卡方检验, P<0.0001, 且瘫痪程度越重者, 面部两侧穴位温差越大。

2.3 贝尔面瘫患者双侧面部穴位温差与中医辨证分型关系 见表3。

表3 贝尔面瘫患者双侧面部穴位温差与中医辨证分型关系

辨证分型	患侧温度较健侧低	患侧温度较健侧高
风热侵袭	3	12
风寒外袭	10	0
痰瘀阻络	13	7
气虚血瘀	4	1
阴虚生风	0	0

患侧穴位温度较健侧低者有30例, 其中虚、寒、瘀者占90%, 患侧温度较健侧高者20例, 其中热证者占60%。

## 3 讨论

本研究测试结果显示: 健康人左右两侧面部穴位体表皮肤温度分布基本对称, 双侧温度相差小于1.5 °C, 贝尔面瘫患者面部两侧穴位体表温度相差均大于1.5 °C, 2组每个穴位的两侧温差比较, 差异均有统计学意义 (P<0.01)。贝尔面瘫患者两侧面部穴位体表温度分布呈不对称性, 且有如下特点: (1) 双侧温度相差均大于1.5 °C; (2) 双侧温差数值按大小顺序, 排在前五个穴位分别为丝竹空、下关、太阳、四白、颊车; (3) 贝尔面瘫患者面部两侧穴位温差与面肌瘫痪程度相关, 瘫痪程度越重者, 双侧温差越大; (4) 贝尔面瘫患侧穴位温度较健侧低者, 其中虚、寒、瘀者占90%, 患侧温度较健侧高者, 其中热证者占60%。

本研究中温差大的前五位穴位中, 丝竹空为手少阳三焦经穴位, 为手足少阳经脉的交会穴, 穴下有眶上神经、颧面神经、面神经颧支和颧支; 下关穴为胃经穴, 穴下浅层为面神经的颧支, 深层为下牙槽神经; 太阳穴为经外奇穴, 穴下有面神经的颧支和颧支; 四白穴为胃经穴, 穴下浅层为眶下神经, 深层为面神经颧支; 颊车穴为胃经穴, 穴下布有耳大神经分支及面神经下颌支。上述穴位穴下均为面神经在面部的主要分布区域。当人体局部出现某些病变时, 患处的机体组织代谢、血液循环将会发生改变, 引起温度变化, 导致此处的温度异常<sup>[3]</sup>。这与我们的研究结果具有一致性, 张栋等<sup>[4]</sup>采用红外热像选穴法, 选取患者双侧温差大于0.5 °C的穴位进行针刺治疗, 发现本法疗效优于常

规选穴法。根据本次贝尔面瘫患者急性期头面部穴位红外热像图研究结果,对于针灸治疗面瘫可有如下临床指导意义:(1)丝竹空、下关、太阳、四白、颊车可作为针刺治疗贝尔面瘫的主穴;(2)在辨证、循经取穴治疗原则基础上,可根据患侧温差来指导临床选穴,双侧温差大的穴位予以重点治疗;(3)针对患侧温度较健侧低者,多属于虚、寒、瘀证,可配合灸法等温热疗法以促进康复。

#### 参考文献

- [1]刘志丹,赵宇平.红外热像技术在研究针灸治疗面瘫中的应用[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(11):152-155.
- [2]孙传新.临床疾病诊疗依据治愈好转标准[M].2版.北京:人民军医出版社,2002:198.
- [3]Vargas J V C, Brioschi M L, Dias F G, et al. Normalized methodology for medical infrared imaging[J]. Infrared Physics & Technology, 2009, 52(1): 42-47.
- [4]Zhang D. A method of selecting acupoints for acupuncture treatment of peripheral facial paralysis by thermography[J]. The American Journal of Chinese Medicine, 2007, 35(6): 967-975.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李洪娟 收稿日期:2018-07-24)

## 眼周穴位针刺治疗干眼症的临床研究<sup>\*</sup>

娄尚<sup>1</sup> 江弋<sup>1</sup> 李阿玲<sup>1</sup> 付红萍<sup>1</sup> 李轶<sup>2</sup>

(1 江西省肿瘤医院眼科, 江西 南昌 330029; 2 南昌航空大学医院, 江西 南昌 330063)

**摘要:**目的 探讨眼周穴位针刺治疗干眼患者的临床疗效。方法 将2017年1月—2018年3月收治的80例干眼患者纳入研究并依据随机数字表法分组,对照组40例予以人工泪液治疗,观察组40例予以针刺眼周穴位治疗。比较2组患者治疗前后症状积分;泪液分泌试验;泪膜破裂时间;角膜荧光素染色评分;治疗总有效率。结果 与治疗前相比,2组治疗后症状积分均降低( $P<0.05$ ),观察组症状积分明显低于对照组( $P<0.05$ );2组治疗后泪液分泌增加、泪膜破裂时间延长(均 $P<0.05$ ),观察组与对照组差异显著(均 $P<0.05$ );2组治疗后角膜荧光素染色评分均下降( $P<0.05$ ),观察组较对照组评分更低( $P<0.05$ );观察组总有效率为92.5%(74/80),明显较对照组的总有效率47.5%(38/80)高( $P<0.05$ )。结论 眼周穴位针刺治疗干眼患者临床疗效显著,能改善眼干、眼痛等症状,促进泪液分泌,提高生活质量,适合临床推广。

**关键词:**干眼证;针刺;眼周穴位

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.055

文章编号:1672-2779(2018)-21-0136-03

### Clinical Study of Periocular Acupuncture in the Treatment of Dry Eye

LOU Shang<sup>1</sup>, JIANG Yi<sup>1</sup>, LI Aling<sup>1</sup>, FU Hongping<sup>1</sup>, LI Yi<sup>2</sup>

(1. Department of Ophthalmology, Jiangxi Cancer Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330029, China;

2. Nanchang Aeronautical University Hospital, Jiangxi Province, Nanchang 330063, China)

**Abstract: Objective** To investigate the clinical effect of acupuncture at periocular points on dry eyes. **Methods** 80 cases of dry eyes in our hospital from January 2017 to March 2018 were studied and grouped according to random data table, 40 cases in the control group were treated with artificial tears, and 40 cases in the observation group were treated with acupoint treatment. Symptom score, tear secretion test, tear film rupture time, corneal fluorescein staining score and total effective rate were compared between the two groups before and after treatment. **Results** After treatment, the symptom scores of the two groups were reduced ( $P<0.05$ ), and the symptom scores of the observation group were significantly lower than that of the control group ( $P<0.05$ ); the tear secretion increased and the tear film rupture time extended ( $P<0.05$ ) in the two groups, and the difference between the observation group and the control group was significant (all  $P<0.05$ ). After treatment, corneal fluorescein staining. The score of the observation group was lower than that in the control group ( $P<0.05$ ), and the total effective rate of the observation group was 92.5%, and the total effective rate of the observation group was higher than that of the control group (47.5%) ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Acupuncture at the acupoint of the eye is effective in the treatment of dry eye. It can improve the symptoms of eye dry and eye pain, promote the secretion of tear and improve the quality of life. It is suitable for a certain clinical application.

**Keywords:** dry eye; acupuncture; acupoint in the eye

干眼症也称“角结膜干燥症”,临床常见的眼科疾病之一。干眼症因干燥综合征、眼炎等多种原因导致泪液异常分泌,泪膜不稳定,造成眼部不适和病变;最常见的症状是眼部干涩和产生异物感,同时可出现眼痒、易疲劳、眼睛灼热感、疼痛、怕光,严重者眼睛红肿、充血、视力下降<sup>[1]</sup>。临床上多见于中老年

人、常戴隐形眼镜者、计算机工作者,且近年来患者有年轻化的趋势。

目前临床上无特效疗法,以补充人工泪液为主,但疗效欠佳。针刺疗法操作简便,见效迅速,可刺激泪液的增加;眼周穴位位于眼部周围,针刺可起到眼部疾病近治作用<sup>[2]</sup>。通过随机对照试验比较观察组和对照组治疗后症状积分,泪液分泌试验结果,泪膜破裂时间,角膜荧光素染色评分,治疗总有效率等指标,客观评价眼周穴位针刺治疗干眼的临床疗效。现报道

<sup>\*</sup> 基金项目:江西省卫生计生委科技计划[No.20185364];江西省卫生计生委中医药科研课题[No.2017A271]



如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2017年1月—2018年3月于我院就诊干眼的80例患者作为本次研究对象，并签署知情同意书。通过随机数据表法对其进行随机分组。对照组男17例，女23例；年龄21~69岁，平均(42.3±7.8)岁；病程3~44个月，平均(24.8±4.9)个月。观察组男18例，女22例；年龄20~70岁，平均(42.8±8.4)岁；病程2~48个月，平均(25.1±5.2)个月。将观察组与对照组的上述情况进行比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 诊断标准** ①主观症状：眼部有干涩感、疲倦感、异物感、眼红、视力减弱、烧灼样刺痛、怕光等症状两项以上；②泪膜破裂时间不超过5 s；或(和)泪液分泌试验结果为分泌量不超过5 mm(5 min内)；③角膜荧光素染色试验阳性；泪膜破裂时间在5~10 s；泪液分泌试验结果不超过10 mm。同时具备①+②或①+③即可诊断干眼<sup>[3]</sup>。

**1.3 纳入标准** ①符合上述有关干眼的诊断标准；②年龄为20~70岁，病程≥2个月，性别不限；③裸眼或矫正视力良好者(≥4.7)；④无手术史，无严重并发症者；⑤无针灸禁忌证者，无人工泪液过敏者。

**1.4 排除标准** ①不符合干眼的诊断标准；②年龄<20岁或者>70岁，病程<2个月或>4年者；③视力<4.7者；④有其他眼部器质性疾患，或心脑血管、肝、肾、造血系统等严重疾病，或合并感染、精神病、恶性肿瘤；或妊娠期、哺乳期妇女；⑤近3个月有手术史，或近2周内使用其他方式治疗干眼；⑥不同意接受针灸治疗，不愿意签署知情同意书，或治疗期间退出者；⑦纳入后发生不良反应、病情恶化等情况将予以剔除。

## 1.5 治疗方法

**1.5.1 对照组** 采用人工泪液治疗：(1)产品：选用海露玻璃酸钠滴眼液(德国URSAPHARM Arzneimittel GmbH生产，进口药品注册证号：H20150150，产品批号：JX20080075，不含防腐剂)；(2)操作方法：外用，使用前洗净双手，头部平躺或后仰，眼睛朝上看，将下眼睑轻轻往下拉，将人工泪液滴入双眼结膜囊内，闭上眼睛休息3~5 min，每次双眼各滴1滴。(3)疗程：每日4~5次，疗程为4周。(4)注意事项：切勿1 d内补充人工泪液超过6次；滴入时切勿将产品碰到眼部及周围，以防感染；禁止在治疗期间使用其他人工泪液产品和治疗干眼的中西药。

**1.5.2 观察组** 采用眼周穴位针刺治疗：(1)器材：选用“华佗牌”一次性无菌毫针(规格0.20 mm×40 mm)；(2)选穴：选用睛明、攒竹、丝竹空、四白、承泣、瞳子髎、鱼腰(均取双穴)为本次研究针刺的眼周穴

位；(3)操作方法：患者取坐位或卧位，术者用75%乙醇对穴位皮肤、针具进行常规消毒。睛明穴直刺0.5寸，攒竹、丝竹空平刺0.5寸，四白斜刺0.3寸，承泣紧靠眼眶下缘直刺0.5寸，瞳子髎平刺0.5寸，鱼腰穴平刺0.3寸。行针中使用平补平泻法，候气得气后留针15~20 min。治疗结束后将针缓慢取出，用干棉球压迫针孔数分钟；(4)疗程：1周针刺4次，连续治疗4周；(5)注意事项：针刺前严格消毒，针刺定位需准确，给予中弱强度刺激。由同一位术者施行针刺，双眼均治疗。若针刺剧痛难耐，可退针至皮下轻微改变针刺方向重新刺入穴位。治疗过程中密切关注患者的情况，如出现晕针、断针等不良情况应及时对症处理。

## 1.6 观察指标

**1.6.1 泪液分泌试验(SIT)** 治疗前后各检查1次。将泪液检测滤纸条一端折叠5 mm置于下睑外1/3结膜囊，闭合双眼5 min，测量折叠处的湿润长度。

**1.6.2 泪膜破裂时间(BUT)** 治疗前后各重复检查3次，取平均值。计算泪膜第一个干燥斑形成的时间，正常值在15~45 s。

**1.6.3 角膜荧光素染色试验评分** 滴入2%荧光素钠于眼内，观察角膜染色程度。将角膜病变面积平均划成4份，每份均有0~3分，满分12分。无染色情况为0分，少许斑点状染色为1分，较多斑点样染色是2分，3分为块状染色，最后把分数相加的总分为角膜荧光素染色评分<sup>[4]</sup>。

**1.6.4 症状积分评定** 按主症的严重程度将评分标准定为：①0分：正常；②2分：轻度；③4分：中度；④6分：重度<sup>[5]</sup>。分别对干涩感、视物疲劳感、烧灼痛感、异物感进行主观评定，治疗前后各评分1次。

**1.6.5 临床疗效综合评定** 采用尼莫地平法计算总有效率。①治愈：临床症状和体征几乎全部消失，检查结果在正常值范围内。②好转：症状减轻，泪液分泌增加，检查结果明显优于治疗前。③无效：症状和体征无明显改善。

**1.6.6 其他检查** 活检及印迹细胞学检查，血清学检查，虎红染色等。

**1.7 统计学方法** 采用统计学软件SPSS 20.0统计治疗单纯性下肢静脉曲张的试验数据：计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者症状积分比较** 由表1可见，比较2组受试者治疗前症状积分情况，差异无统计学意义( $P>0.05$ )。比较2组受试者治疗后干涩感、视物疲劳感、烧灼痛感、异物感积分，差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组治疗后干涩感、视物疲劳感、烧灼痛感、异物感积分均明显低于对照组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组患者症状积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	眼数	时间	干涩感	视物疲劳感	烧灼痛感	异物感
观察组	80	治疗前	5.31±0.35	4.16±0.68	4.59±0.44	5.22±0.32
		治疗后	2.16±0.22 <sup>△</sup>	2.25±0.34 <sup>△</sup>	2.23±0.28 <sup>△</sup>	3.33±0.26 <sup>△</sup>
对照组	80	治疗前	5.29±0.33	4.15±0.66	4.62±0.51	5.19±0.33
		治疗后	4.15±0.29 <sup>△</sup>	3.43±0.39 <sup>△</sup>	4.03±0.31 <sup>△</sup>	4.76±0.34 <sup>△</sup>

注:与治疗前相比较,\* $P<0.05$ ;与对照组相比较, $\Delta P<0.05$

2.2 2组患者SIT、BUT比较 由表2可见,2组受试者治疗前SIT、BUT差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。治疗后较治疗前有明显差异 ( $P<0.05$ )。观察组与对照组相比,SIT分泌量更多,BUT更长,差异显著 ( $P<0.05$ )。

表2 2组患者SIT、BUT比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	眼数	时间	SIT(mm)	BUT(s)
观察组	80	治疗前	3.21±1.14	2.24±1.76
		治疗后	6.36±2.25 <sup>△</sup>	5.23±2.66 <sup>△</sup>
对照组	80	治疗前	3.23±1.15	2.26±1.61
		治疗后	4.11±2.36 <sup>△</sup>	3.75±2.74 <sup>△</sup>

注:与治疗前相比较,\* $P<0.05$ ;与对照组相比较, $\Delta P<0.05$

2.3 2组患者角膜荧光素染色评分比较 由表3可见,比较2组受试者治疗前角膜荧光素染色评分,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。2组治疗后角膜荧光素染色评分与治疗前相比差异显著 ( $P<0.05$ )。观察组治疗后角膜荧光素染色评分明显低于对照组 ( $P<0.05$ )。

表3 2组患者角膜荧光素染色评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	眼数	治疗前	治疗后
观察组	80	6.38±1.29	2.35±1.02 <sup>△</sup>
对照组	80	6.41±1.31	4.86±1.16 <sup>△</sup>

注:与治疗前相比较,\* $P<0.05$ ;与对照组相比较, $\Delta P<0.05$

2.4 2组患者临床疗效综合评定比较 由表4可见,观察组总有效率为92.5%,对照组为47.5%,2组比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ),说明观察组总有效率优于对照组。

表4 2组患者临床疗效综合评定比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
观察组	80	24(30)	50(62.5)	6(7.5)	74(92.5) <sup>#</sup>
对照组	80	7(8.75)	31(38.75)	42(52.5)	38(47.5)

注:与对照组相比较,\* $P<0.05$

### 3 讨论

干眼是泪液质和量分泌异常或动力学发生变化,造成泪膜稳定性降低,伴眼部自觉不适感和眼表组织病变的眼科疾病。干眼病因病机主要为:①水液层泪腺分泌泪液量不足;②油脂层分泌量不足;③黏蛋白层分泌量不足;④泪液蒸发过度,泪膜分布不均匀<sup>[6]</sup>。临床常见症状有眼睛干涩、异物感、眼痒、眼疲劳、灼热刺痛感、分泌内容物黏腻、惧风、怕光;眼睛干甚可刺激分泌反射性泪液,导致经常性流泪;病情重则眼睛红肿、充血、角质化、丝状物附于角膜,慢性

发展可造成角结膜病变,并导致视力减退<sup>[7]</sup>。干眼多发生在老年群体中,但近年来,由于电脑的长时间使用、隐形眼镜的长期佩戴等工作生活习惯,使得年轻患者的发病率大大增高。干眼作为一种慢性病,目前无特效疗法,需要患者维持长期治疗。现在临床上多采用泪液成分的替代治疗,使用人工泪液或自体血清,增加眼部的湿润度,减轻眼部干涩等症状,但是人工泪液的疗效只是暂时的,不能从根本上增加泪液的分泌,且添加防腐剂的人工泪液长期滴注也会对眼睛有一定损害。

干眼症属于中医学“燥证”范畴,中医认为该病是由于阴虚火旺,津液损耗,最终目珠失润<sup>[8]</sup>。针刺治疗是中医特色疗法,针刺干眼可刺激泪液的分泌,促进泪膜表面的稳定,且操作简便、成本低廉,显示其独特的优势。本次研究针刺选用下列眼周穴位:睛明位于五脉交会处,是眼病治疗要穴;攒竹、承泣滋阴清热、调畅眼部气血;瞳子髎、鱼腰有疏泻郁热之效;四白和丝竹空主治目疾<sup>[9]</sup>。为进一步探究眼周穴位针刺干眼患者的临床疗效,我们进行了与人工泪液的对照试验,得到了以下结论:2组受试者治疗后干涩感、视物疲劳感、烧灼痛感、异物感积分较治疗前均下降 ( $P<0.05$ ),说明针刺和人工泪液均能改善干眼的症状;观察组治疗后症状积分均明显低于对照组,差异显著 ( $P<0.05$ ),说明针刺眼周穴位更能缓解眼睛的干涩疲劳,减少烧灼痛感、异物感。观察组与对照组相比,SIT分泌量更多,BUT更长,差异显著 ( $P<0.05$ ),说明针刺眼周穴位更能促进泪液的分泌,增加泪膜的稳定。观察组治疗后角膜荧光素染色评分明显低于对照组 ( $P<0.05$ ),总有效率明显高于对照组, ( $P<0.05$ ),说明观察组疗效优于对照组。综上,眼周穴位针刺治疗干眼患者疗效显著,能缓解眼干、眼痒、眼痛等症状,不良反应小,操作简便,值得临床的推广和运用。

### 参考文献

- [1]麻凯,李青松,张振永,等.干眼症的物理治疗研究进展[J].国际眼科杂志,2018,18(4):660-663.
- [2]李镜,戎姣,肖丽婷,等.针刺治疗干眼症的腧穴应用规律探析[J].上海针灸杂志,2018,37(1):118-123.
- [3]林泉,刘伟民.干眼诊断的研究进展[J].中国临床新医学,2016,9(3):269-274.
- [4]丁宁,高卫萍.类风湿性关节炎与干眼的相关性研究[J].西部中医药,2018,31(3):1-5.
- [5]谢汶璋,曾亮,陶颖,等.导气针刺法治疗干眼症临床疗效观察[J].中国针灸,2018,38(2):153-157.
- [6]吕洁文.干眼症患者生活质量调查及影响因素分析[J].现代诊断与治疗,2018,29(1):14-16.
- [7]薛研,赵耀东,元永金,等.近五年针灸治疗干眼症临床研究进展[J].亚太传统医药,2017,13(3):59-61.
- [8]马宏杰,郑燕林.中医治疗干眼方法研究新进展[J].中华中医药杂志,2018,33(4):1469-1473.
- [9]刘晓童,李若溪.针刺治疗干眼症45例临床疗效观察[J].中医药临床杂志,2018,30(3):527-529.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘莉萍 收稿日期:2018-08-21)

# 针灸治疗周围性面瘫急性期的临床研究

陈琴

(江西省鹰潭市人民医院康复科, 江西 鹰潭 335000)

**摘要:**目的 探究中医针灸治疗周围性面瘫急性期的临床疗效。方法 选取我院2013年8月—2014年8月接收的86例周围性面瘫急性期患者作为研究对象,采用抽签法随机分为观察组和对照组,每组各43例。对照组采用常规西医治疗方法,观察组采用中医针灸治疗方法,观察比较2组患者的痊愈时间、临床疗效和患者满意度。结果 观察组患者痊愈时间显著短于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ );观察组临床疗效总有效率为93.02% (40/43),明显高于对照组67.44% (29/43),差异有统计学意义 ( $P<0.05$ );观察组患者满意度为93.02% (40/43),显著高于对照组62.79% (27/43),差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 中医针灸治疗周围性面瘫急性期效果显著,具有推广价值。

**关键词:** 针灸;周围性面瘫;急性期;中经络

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.056

文章编号:1672-2779(2018)-21-0139-02

## Clinical study on Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Peripheral Facial Paralysis at Acute Stage

CHEN Qin

(Rehabilitation Department, Yingtan People's Hospital, Jiangxi Province, Yingtan 335000, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical efficacy of acupuncture in the treatment of peripheral facial paralysis at acute stage. **Methods** 86 cases of acute phase of peripheral facial paralysis received in our hospital from August 2013 to August 2014 were selected as the research subjects and were randomly divided into the observation group and the control group, with 43 cases in each group. The control group was treated with conventional western medicine, and the observation group was treated by acupuncture and moxibustion. The recovery time, clinical effect and patient satisfaction were observed and compared between the two groups. **Results** The recovery time of the observation group was significantly shorter than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). The total effective rate of the observation group was 93.02% (40/43), which was significantly higher than that of the control group (67.44% (29/43)), and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). The patient's satisfaction of the observation group was 93.02% (40/43), which was significantly higher than 62.79% (27/43) of the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** TCM acupuncture is effective in treating peripheral facial paralysis, and has promotion value.

**Keywords:** acupuncture and moxibustion; peripheral facial paralysis; acute stage; apoplexy involving both collateral and meridian

面瘫在临床上也被称作面神经炎,是一种较为常见的疾病,主要是由于面部表情肌群出现了运动功能障碍<sup>[1]</sup>。面瘫也包括了多种类型,其中,周围性面瘫占据主要比例,它在临床上会出现较为严重的面部神经受压症状,临床表现为口眼歪斜,无法控制性的抬眉、闭嘴、蹙额,在患病急性期也可能出现耳后乳突区和耳内疼痛,严重影响了患者正常生活工作<sup>[2]</sup>。本研究选取我院2013年8月—2014年8月接收的86例周围性面瘫急性期患者作为研究对象,旨在探讨使用中医针灸治疗周围性面瘫急性期的临床效果,现将结果汇报如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 经我院伦理委员会批准后,选取我院2013年8月—2014年8月接收的86例周围性面瘫急性期患者作为研究对象,采用抽签法随机分为观察组和对照组,每组各43例。对照组43例,男22例,女21例;年龄21~75岁,平均年龄(47.23±3.04)岁;其中重度面瘫14例,中度12例,轻度17例。观察组43例,男25例,女18例;年龄21~78岁,平均年龄(47.93±3.44)

岁;其中重度面瘫13例,中度14例,轻度16例。2组的一般资料比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 对照组采用常规西医治疗手法。在临床治疗过程中,使用强的松(浙江仙琚制药股份有限公司、国药准字H33021207)、维生素B<sub>1</sub>、甲钴胺注射液(长春富春制药有限公司、国药准字H20066982)进行治疗,强的松治疗量为100 mg/d,维生素B<sub>1</sub>治疗量为100 mg/d,甲钴胺注射液治疗量为0.5 mg/次,每周3次。

观察组采用中医针灸治疗手法,具体措施为:在临床治疗过程中,对患者的合谷穴、太冲穴(双)、足三里穴(双)、四白穴(双)、颧髎穴进行合理针刺,除此之外,还需要增加阳白穴、翳风穴、水沟穴、攒竹穴等穴位。具体使用1.0寸的不锈钢钢针,使用之前需采用常规消毒方法对其进行灭菌杀毒,手法轻柔,达深度约1.0寸,不需要捻针转针,针刺完成后,预留30 min的留针处理,在此期间,继续2次行针处理,每次耗时3 min左右,每天重复1次该疗法,连续10 d。

**1.3 观察指标** (1) 2组患者痊愈时间。安排专门人员,自患者接受治疗后开始计时,直至患者周围性面瘫急性期症状消失,完全痊愈,与患者家属沟通,使家属协助此项调查工作的进行。(2) 2组患者临床疗效。根据患者整体恢复情况对临床疗效进行考核。恢复率为治疗前例数与治疗为例数的百分比。显效:恢复率 $\geq 60\%$ ,患者大部分面部肌肉恢复运动功能,眼睑闭合,能和正常人一样活动面部肌肉;有效:恢复率 $< 60\%$ ,患者面部肌肉运动情况得到改善,在轻微外力作用下眼睑可以闭合;无效:患者在治疗后恢复率为0。(3) 患者满意度。采用我院自制的住院患者治疗满意度调查问卷进行调查,共包括8个项目,每项分为非常满意、满意、和不满意3个等级,满意度 $\geq 90\%$ 为非常满意,60%~89%为满意, $\leq 59\%$ 为不满意。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 18.0统计学软件对数据进行处理。计量资料用均值加减标准差( $\bar{x} \pm s$ ),采用 $t$ 检验或者方差分析,计数资料用频数( $n$ )或者率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者痊愈时间比较** 观察组患者痊愈时间显著短于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表1。

表1 2组患者痊愈时间比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	痊愈时间
观察组	43	17.53 $\pm$ 2.39
对照组	43	11.42 $\pm$ 3.04
$t$ 值		10.361
$P$ 值		0.000

**2.2 2组患者临床疗效比较** 观察组治疗总有效率为93.02%,显著高于对照组的67.44%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表2。

表2 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	43	28(65.12)	12(27.91)	3(6.98)	40(93.02)
对照组	43	15(34.88)	14(32.56)	14(32.56)	29(67.44)
$\chi^2$ 值					8.871
$P$ 值					0.002

**2.3 2组患者满意度比较** 观察组满意情况为非常满意24例,满意16例,不满意3例,满意度为93.02%;对照组满意情况为非常满意11例,满意16例,不满意16例,满意度为62.79%,观察组患者满意度明显高于对照组( $\chi^2=11.417, P=0.001$ )。

## 3 讨论

周围性面瘫属于一种临床上的多发病,不受年龄、

性别限制,发病范围较广<sup>[1]</sup>。患者往往无法完成日常生活中基本的闭眼、蹙额等面部表情,严重危害了患者正常的工作学习以及身体健康。近年来,针灸治疗的办法已经被医学界广泛接受,在我国临床治疗周围性面瘫急性期也取得了较好的效果。中医学认为,周围性面瘫的病因是患者正气亏损,感受大量风寒或风热之邪,经脉失养,最终导致面部瘫痪<sup>[4]</sup>。周围性面瘫急性期病情尚处于初期,利用针灸法及时将病邪驱出体外,疏经活络,达到抑制病情发展的目的。治疗原理为改善面部神经炎症现象,促进面部部分血液循环,预防并发症的发生。传统的西药治疗则是利用肾上腺皮质激素,结合维生素B<sub>1</sub>、甲钴胺注射液。周围性面瘫急性期病邪刚侵入患者体内,采用针灸治疗时,要明确患者患病部位穴位的数量和位置,在面部选取适量穴位,不能过于刺激,以免损害到患者正常神经,加重患者面部神经炎和水肿症状,应提倡平补平泻的治疗观念,循序渐进。

在本研究中,我们采用中医针灸治疗周围性面瘫急性期,中医针灸治疗方案具有多样化,穴位的选择也没有统一的标准,在此,我们主要选择了常规针刺、调神针刺的手法,主要刺入患者印堂、神门、神庭等部位,经过临床实践,上述针刺方法均取得了不错的效果<sup>[5]</sup>。减轻患者面部水肿发胀、渗入等症状,改善炎症局部的淋巴及血液循环,促进患者新陈代谢,极大地改善了患者受损面部神经肌肉群以及面肌营养不良等问题。结果表明,观察组患者的治愈时间显著短于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组临床疗效也得到显著提高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组患者满意度显著提高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。可见,针灸治疗确实能够对周围性面瘫急性期发挥一定的作用,但在实际操作过程中,也应该注意护理人员的专业知识掌握情况以及操作技术,确保患者能够得到规范的中医针灸治疗。

综上所述,利用中医针灸治疗周围性面瘫急性期的临床效果显著,值得推广。

## 参考文献

- [1]王鸿雁.中医针灸治疗周围性面瘫急性期临床研究[J].临床医药文献电子杂志,2014,1(14):2664.
- [2]何思途,李冠豪,黄家贵.探讨分析中医针灸治疗周围性面瘫急性期的临床疗效[J].中国实用医药,2015,10(27):180-181.
- [3]陈春雁.探讨分析中医针灸治疗周围性面瘫急性期的临床疗效[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(19):191.
- [4]李永芝,张秀媛,谢贤辉,等.周围性面瘫急性期针灸治疗的临床研究进展[J].中国民族民间医药,2016,25(15):52-54.
- [5]张利朋,张红强.中医针灸治疗周围性面瘫急性期的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2016,9(6):77-78.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘进德 收稿日期:2018-07-13)

# 银质针导热治疗颈源性头痛的临床观察及安全性分析

魏 辉

(江西省九江市第一人民医院疼痛科, 江西 九江 332000)

**摘要:**目的 研究银质针导热治疗颈源性头痛的疗效及安全性。方法 选取2015年6月—2017年9月收治的颈源性头痛患者50例, 随机分为对照组和试验组各25例。对照组患者给予丹珍头痛胶囊治疗, 试验组患者给予银质针导热治疗。比较2组治疗效果、治疗前后疼痛评分、患者的不良反应。结果 试验组治疗总有效率高于对照组,  $P < 0.05$ 。治疗前2组疼痛评分无显著差异, 治疗后试验组评分优于对照组,  $P < 0.05$ 。试验组不良反应发生率高于对照组, 但 $P > 0.05$ 。结论 银质针导热治疗颈源性头痛的临床效果较好, 能有效改善患者的疼痛情况, 患者治疗后无严重不良反应, 具有较高临床价值。

**关键词:** 银质针导热; 颈源性头痛; 临床疗效; 安全性

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.057

文章编号:1672-2779(2018)-21-0141-02

## Clinical Observation and Safety Analysis of Silver Needle Heat Conduction in the Treatment of Cervix Headache

WEI Hui

(Department of Pain, Jiujiang First People's Hospital, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China)

**Abstract: Objective** To study the efficacy and safety of silver needle heat conduction in the treatment of cervix headache. **Methods** 50 patients with cervical headache admitted to our hospital from June 2015 to September 2017 were randomly divided into the control group and the experimental group, with 25 cases in each group. The patients in the control group were treated with Danzhen Touteng capsule, and the patients in the experimental group were treated with silver needle heat conduction. The therapeutic effects of the two groups were compared, the pain scores of the two groups before and after treatment were compared, and the adverse reactions of the patients were compared. **Results** The total effective rate of the experimental group was higher than that of the control group, and the data was  $P < 0.05$ . There was no significant difference in pain score between the two groups before treatment. After treatment, the score of the experimental group was better than that of the control group, and the data were compared  $P < 0.05$ . The incidence of adverse reactions in the trial group was higher than that in the control group, but the data was  $P > 0.05$ . **Conclusion** The clinical effect of the silver needle heat conduction in the treatment of cervical headache is better, and it can effectively improve the pain of the patients. The patients have no serious adverse reaction after treatment, which has high clinical value.

**Keywords:** silver needle heat conduction; cervix headache; clinical efficacy; safety

颈源性头痛是临床上发病率较高的头痛类型, 其主要是因为颈椎病或颈部软组织等发生器质性或功能性病变, 从而引发头痛的情况<sup>[1]</sup>。临床上一般根据神经根的不同受累部分将颈源性头痛分为神经源性疼痛和肌源性疼痛, 其中神经根性疼痛主要是神经根感觉前支受刺激所致, 肌源性疼痛则是腹侧运动神经根受刺激所致。颈源性头痛的病因较多, 其中外伤、组织缺血缺氧、局部炎症和机械性压迫等均可导致患者发病。本研究对银质针导热治疗颈源性头痛的疗效及安全性进行分析, 报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 从我院2015年6月—2017年9月收治的颈源性头痛患者中选取50例, 随机分为对照组和试验组各25例。对照组男14例, 女11例; 患者年龄29~78岁, 平均(46.25±6.52)岁; 病程1~8年, 平均(4.16±1.12)年。试验组男13例, 女12例; 患者年龄31~75岁, 平均(46.19±6.43)岁; 病程1~9年, 平均(4.57±1.09)年。患者基本资料比较,  $P > 0.05$ , 具有可比性。

**1.2 纳入标准** 所有患者均满足临床上对颈源性头痛的诊断标准, 且有颈枕部活动或体位不适时疼痛均加重等情况; 所有患者在入院前1周内均未采取其它相关治疗措施; 所有患者在入院后均能积极配合医护人员完

成治疗。

**1.3 排除标准** 排除患者中处于妊娠期或哺乳期的女性; 排除患者中患有会导致血小板数量严重下降的相关疾病; 排除患者中肝肾功能不全或伴有严重心脑血管疾病的情况; 排除患者中有明显出血倾向且近期长时间服用抗凝药物的情况; 排除患者中有抑郁症和焦虑症及晕针的情况; 排除患者中不能遵医嘱完成治疗的情况。

**1.4 治疗方法** 对照组采用丹珍头痛胶囊治疗, 让患者按照1.5~2.0 g/次, 3次/d的标准口服丹珍头痛胶囊(青海益欣药业有限责任公司生产; 批准文号: 国药准字Z20025871; 规格: 0.5×24 s)连续用药1周为1个疗程, 连续治疗2个疗程。

试验组采用银质针导热治疗, 患者进入治疗室后对其各项生命体征进行严密监测, 指导患者保持端坐位, 将头向前倾并充分暴露出颈枕部。之后对患者双侧枕下肌群、胸锁乳突肌起始区和颈椎旁的位置做好相应记号, 常规消毒后使用浓度为0.5%的利多卡因注射液对患者进行麻醉处理, 主要是在标记号的地方进行浸润麻醉处理。之后使用1.1 mm直径的2根银针沿斜行方向进针, 在针尖到达患者肌筋膜的骨止点时停止进针, 深度控制在3 cm左右, 将两针的距离控制

在1 cm, 根据患者疼痛的部位和范围确定进针的数量, 完成进针后将银针加热巡检仪取出并对银针尾部进行加热, 温度控制在110 ℃, 加热时间为15 min, 完成治疗后将银针拔除并对患者进行消毒处理, 之后使用无菌敷贴对针刺处进行覆盖处理, 密切观察患者病情变化和针刺点的情况, 时间为15 min, 无明显异常后可让患者返回病房, 在患者针刺点出现疼痛时, 即可开始给予其盐酸氨酚双氢可待因处理, 连续治疗2周。

**1.5 观察指标** 评价患者疗效, 对患者治疗前后的疼痛进行评分, 并记录患者的不良反应。疗效判定标准为: 治疗后患者的局部疼痛基本消失且未出现复发的情况为显效; 治疗后患者的疼痛程度下降但日常生活基本不受影响为有效; 治疗后患者的疼痛无明显变化甚至加重为无效。疼痛评分使用视觉模拟评分法 (VAS) 完成, 让患者根据自身感受0~10的刻度线上选择, 其分别对应0~10分, 0分表示无痛, 分值越高代表疼痛越严重。

**1.6 统计学方法** 数据处理用SPSS22.0统计学软件, 计数资料以百分率表示, 行 $\chi^2$ 检验, 计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示, 行 $t$ 检验,  $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者疗效比较** 试验组治疗总有效率高于对照组,  $P<0.05$ , 见表1。

表1 2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	25	15(60.00)	9(36.00)	1(4.00)	24(96.00)
对照组	25	11(44.00)	7(28.00)	7(28.00)	18(72.00)
$\chi^2$ 值					9.7561
$P$ 值					0.0017

**2.2 2组患者疼痛评分比较** 治疗前2组患者疼痛评分无显著差异, 治疗后试验组患者评分优于对照组,  $P<0.05$ , 见表2。

表2 2组患者疼痛评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
试验组	25	6.58 $\pm$ 1.12	0.92 $\pm$ 0.23
对照组	25	6.43 $\pm$ 1.18	1.56 $\pm$ 0.37
$\chi^2$ 值		0.2915	4.6454
$P$ 值		0.7740	0.0002

**2.3 2组患者不良反应发生率比较** 试验组3例患者出现针刺点疼痛的情况, 不良反应发生率为12.00%, 对照组2例患者出现胃肠道不适的情况, 不良反应发生率为8.00%, 试验组不良反应发生率高于对照组, 但数据对比无显著差异 ( $\chi^2=0.3788$ ,  $P=0.5382$ )。

## 3 讨论

颈源性头痛是临床上常见的头痛类型, 其主要表现为头一侧、前额和后顶等部位出现疼痛的情况,

其中患者多伴有额窦、太阳穴和耳廓等部位疼痛, 并且会有头昏的情况, 对患者的正常生活造成严重影响<sup>[1]</sup>。颈源性头痛的病因不明, 相关研究表明其可能是相应部位的颈椎即椎间盘退行性改变, 导致椎间孔变窄或颈椎部位处椎间盘的突出而引发无菌性炎症及周围肌肉发生持续性痉挛, 患者发病后病变可直接刺激软组织内穿行的神经干和神经末梢, 导致其出现疼痛的情况<sup>[1]</sup>。

临床上对颈源性头痛患者的治疗方法较多, 颈椎旁病灶注射治疗、颈部硬膜外腔注射治疗和手术治疗等均有应用。但根据临床实践, 各种治疗方法的应用效果有限, 患者治疗后疼痛缓解较差或治疗后疼痛消失但出现复发的情况, 不利于患者生活质量的提升<sup>[4]</sup>。丹珍头痛胶囊可明显改善人体的微循环系统和神经功能, 使交感神经副和交感神经保持平衡, 彻底消除致使头痛的诱因, 对人体的血小板凝集有很强的抑制作用从而有效缓解头痛症状。但将其应用于颈源性头痛患者的治疗中时, 其会因为患者的头痛原因不同而导致疗效受到影响, 能在一定程度上改善患者的病情, 但很难让患者的病情得到根治。

银质针导热治疗是中医的一种治疗方式, 其主要是按照人体软组织解剖走行路线, 使用银质针进行密集型针刺, 并采用加热的方式完成对患者的治疗<sup>[5]</sup>。根据临床实践, 银质针导热能有效增加局部软肌肉的血液供应, 让患者局部炎症和肌肉组织的紧张得到缓解, 从而起到较好的治疗效果。由于银质针导热治疗后患者的局部炎症得到有效控制, 因此患者在治疗后很少会出现复发的情况, 这样能有效促使其生活质量的提升, 避免因复发而对患者的正常生活造成严重影响<sup>[6]</sup>。

本研究对银质针导热治疗颈源性头痛的临床疗效及安全性进行分析, 试验组治疗总有效率高于对照组,  $P<0.05$ 。试验组患者治疗后的疼痛评分优于对照组,  $P<0.05$ 。试验组患者的不良反应发生率高于对照组, 但差异不具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。综上, 银质针导热治疗颈源性头痛的临床效果显著, 能有效改善患者的临床症状, 并且具有较高的安全性, 值得推广应用。

## 参考文献

- [1] 杨秀富, 王林. 银质针导热治疗颈源性头痛的疗效[J]. 贵州医科大学学报, 2018, 43(1):67-69, 74.
- [2] 刘振春, 阎小彤. 银质针疗法治疗颈源性头痛 30 例[J]. 中国民间疗法, 2017, 25(5):22-23.
- [3] 周运峰, 闫洁琳. 颤压“颈三线”治疗颈源性头痛临床研究[J]. 中医学报, 2016, 31(6):906-909.
- [4] 陈礼彬, 谢祥栋, 梁潇. 银质针加推拿治疗颈源性头痛的研究[J]. 泰山医学院学报, 2016, 37(4):369-371.
- [5] 古建军, 孙建民, 丁永国. 颈椎硬膜外阻滞联合银质针治疗颈源性头痛的疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2015, 21(9):717-718.
- [6] 张凯, 刘宇, 蒋戈利. 针灸治疗颈源性头痛处方取穴规律现代文献研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(8):1008-1012.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王晓英 收稿日期:2018-07-19)

# 中医护理联合耳穴压豆法在骨科术前护理中的应用

张黎

(中国医科大学附属盛京医院手术室, 辽宁 沈阳 110004)

**摘要:**目的 观察中医情志调护联合耳穴压豆在骨科术前护理中的临床应用效果。方法 选择骨科择期手术患者160例,根据术前不同护理方法将患者分成对照组、研究组各80例。对照组给予常规护理,研究组在此基础上给予中医情志调护联合耳穴压豆。比较2组焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分、护理满意度、护理质量评分情况。结果 研究组SAS评分、SDS评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );研究组护理满意度、护理质量各项指标评分均比对照组高( $P < 0.05$ )。结论 骨科择期手术患者术前给予中医情志调护联合耳穴压豆可以改善患者负面情绪,提升护理质量。  
**关键词:** 中医情志调护; 骨科; 耳穴压豆; 术前护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.058

文章编号:1672-2779(2018)-21-0143-03

## The Application of Traditional Chinese Medicine Nursing Combined with Auricular Point Pressing in Preoperative Orthopedics

ZHANG Li

(Operating Room, the Affiliated Shengjing Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110004, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of TCM sentiment nursing combined with ear acupoint pressing bean on preoperative nursing of orthopedics department. **Methods** 160 patients underwent elective surgery in orthopedics department, and patients were divided into control group and research group according to different preoperative nursing methods. The control group was given routine nursing, and the research group was given traditional Chinese medicine sentiment nursing combined with auricular pressure bean. The two groups were compared in terms of anxiety self-assessment scale (SAS score), depression self-assessment scale (SDS score), nursing satisfaction degree and nursing quality score. **Results** The SAS score and SDS score of the study group were lower than those of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The scores of nursing satisfaction and nursing quality of the research group were higher than those of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The combination of TCM emotional care and auricular pressure beans before surgery can improve patients' negative emotions and nursing quality.

**Keywords:** TCM emotional nursing; orthopedics; ear acupoint pressing; preoperative nursing

骨科是医院的一个重要科室,主要接诊骨折、骨质增生、骨结核、骨肿瘤等疾病患者,其中以骨折患者居多<sup>[1]</sup>。手术是临床治疗骨折类疾病的常用方法,具有创伤性。受疾病的折磨、对手术的担心、经济因素等都会导致患者出现焦虑、烦躁不安等负面情绪,导致内分泌、神经功能异常,机体应激反应强烈,增加术中风险,不利于术后的恢复<sup>[2]</sup>。本院对骨科患者术前给予中医情志调护联合耳穴压豆护理,取得了较为满意的成效,内容如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 观察本院骨科2017年3月—2018年3月收治的160例行择期手术的患者。根据术前不同护理方法将患者分成对照组、研究组各80例。研究组中男48例,女32例;年龄21~69岁,平均(41.4±5.4)岁。对照组中男47例,女33例;年龄20~70岁,平均(42.1±4.8)岁。2组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.2 纳入标准** (1) 所有患者均符合手术治疗标准;(2) 获得医学伦理委员会批准,均签署《知情同意书》。

**1.3 排除标准** (1) 严重心脑血管疾病;(2) 凝血功能障碍、恶性肿瘤;(3) 精神疾病、老年痴呆者。

**1.4 护理方法** 对照组给予手术室常规护理,为患者提

供舒适的手术室环境,无菌的手术室干净、整洁,温度适宜、湿度适宜,手术室物品摆放整齐。接诊后询问患者姓名、年龄、体重、所患疾病等,仔细核对患者信息。术前安抚患者不要紧张,可播放轻音乐,缓解患者的紧张焦虑情绪。术前下导尿管,开通静脉补液通道,合理调节补液速度,密切关注患者临床症状变化。麻醉诱导前先简单介绍麻醉的注意事项,告知患者麻醉过程中不要乱动,不要恐慌,麻醉后安静睡一觉,讲解术后的注意事项,询问患者是否还有疑问并及时解答,麻醉后尽量避免说话。术中加强巡视,BIS检测麻醉深度,注意观察患者生命体征、神志变化等情况,用暗示性语言、眼神鼓励患者,增加患者的信任度和依从性。

研究组在对照组基础上,给予术前中医情志调护联合耳穴压豆。中医情志调护方法:①顺应开导法:护理人员尽量满足患者的合理要求,《岳岳全书》提出心情不佳会加重病情,心情舒畅才能达到预期疗效。所以,顺应开导法适用于情绪低落、抑郁类偏阴体质患者。护理人员要学会运用语言技巧,与患者加强沟通,主动介绍自己,增加护患关系,耐心回答患者问题,让患者感觉到被关心、被尊重,尽快适应手术室

环境,消除抵触情绪。②焦虑护理:对患者进行SAS评分,评估患者焦虑程度,轻度焦虑患者可通过列举成功病案、诙谐笑话使患者心情放松,提高对手术的信心,缓解焦虑症状。中重度焦虑患者给予穴位按摩等方法,能够有效减轻焦虑症状。③烦躁易怒护理:怒气伤肝,会导致肝气郁结、气血瘀阻,骨折患者本身存在气血瘀滞现象,烦躁易怒会加重病情。护理人员应先了解患者烦躁易怒的原因,给予有效建议。并通过情志相胜法、开导法、情绪控制法缓解愤怒情绪,如让患者多想开心、有趣的事情,意识到怒气的危害,学会平心静气对待一切事物。④悲伤忧虑护理:悲伤忧虑患者常常表现为情绪低落、意志消沉、食欲不振、恶习呕吐,悲伤过度会导致肺失宣降、升降失常,忧思伤脾,会导致血液运化失常、暗伤心血,引起失眠多梦、四肢不利、心悸怔忡等症状。护理人员应给予情志相胜法,通过情志刺激法激发怒气,再通过语言开导、言语暗示缓解怒气,消除患者悲伤忧虑情绪。耳穴压豆:在麻醉前,对患者耳穴上的神门、皮质下、肾上腺、垂前、枕、失眠等穴位进行常规消毒,将王不留行籽用医用胶布粘贴、固定,适度按揉、捏压2 min,使其产生酸麻胀痛等刺激感应,具有交通心肾、宁心安神的功效,提高睡眠质量。

**1.5 观察指标** 比较2组患者SAS评分、SDS评分、护理满意度、护理质量(健康宣教、病情监测、生活护理、用药指导)评分情况。SAS、SDS评分分别用于评估患者焦虑、抑郁情绪,得分越高,程度越严重。护理满意度评分、护理质量各项指标评分范围均为0~100分,得分越高,护理效果越好。护理满意度评价:非常满意:85~100分;满意:60~84分;不满意:<60分;护理满意度=非常满意率+满意率。

**1.6 统计学方法** 采用统计学软件SPSS 17.00处理,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,行 $t$ 检验;计数资料以%表示,行 $\chi^2$ 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组SAS、SDS评分比较** 干预后,研究组SAS、SDS评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

表1 2组SAS、SDS评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	SAS评分		SDS评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	80	64.8±5.6	43.9±1.5	61.7±3.6	44.6±1.5
对照组	80	64.2±6.2	60.9±2.4	61.0±3.4	58.7±2.0
$t$ 值		0.642	23.725	1.264	17.236
$P$ 值		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

**2.2 2组护理满意度比较** 研究组护理满意度明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

表2 2组患者护理满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	护理满意度
研究组	80	47	30	3	77(96.25)
对照组	80	30	35	15	65(81.25)
$\chi^2$ 值					9.014
$P$ 值					<0.05

**2.3 2组护理质量各项指标评分** 研究组护理质量各项指标评分均比对照组高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表3。

表3 2组护理质量评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	健康宣教	病情监测	生活护理	用药指导
研究组	80	90.4±1.4	91.3±1.5	92.4±1.2	90.6±1.8
对照组	80	78.5±3.0	75.3±2.4	72.9±1.9	76.0±1.1
$t$ 值		32.151	18.536	16.974	21.325
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

骨科疾病以骨折患者为主,主要见于交通事故,患者常合并有多数损伤,手术是临床治疗骨折的常用方法。常规护理注重基础护理,临床实际运用中护理人员处于被动地位,缺乏针对性、全面性<sup>[1]</sup>。且一对多护理模式往往不能及时为患者提供有效的护理服务,护理人员工作量大,在细节、心理护理方面存在明显的不足。

中医认为七情(惊怒喜思悲恐忧)与疾病的发展密切相关,七情是人对外界事物产生的负面情感,超过机体正常承受能力,情志过激、情志失调会导致气机紊乱、脏腑失养、阴阳失调、气血瘀滞,引发、加重病情<sup>[2]</sup>。中医情志护理是中医特色护理方法,重视对患者的情志护理,结合五行相克给予情志相胜法、开导法、暗示法等,帮助患者调畅情志、平衡阴阳、调和气血,对缓解患者负面情绪,做好术前准备具有重要作用。情志护理要求护理人员重视患者心理状态,加强监督巡视,注意观察患者的表现,根据患者实际情况给予针对性情志护理措施,起到事半功倍的护理效果<sup>[3]</sup>。有焦虑症状患者先通过SAS评分了解患者焦虑程度,给予列举成功病案、顺应开导法、音乐疗法等使患者身心放松,焦虑症状得以控制。过悲伤肺、忧思伤脾,忧虑、悲伤过度就会导致气机升降失常、暗伤心血、神志受损,护理人员根据患者表现给予情志刺激法、情志相胜法、言语暗示法等引导患者学会控制神志,积极情绪战胜负面情绪。烦躁易怒会损伤肝脏,加重气血瘀阻,护理人员与患者加强交流沟通,了解患者的真实想法,引导家属给予患者全面支持,让患者感觉被关心、重视,引导患者学会控制、宣泄情绪,运用语言开导法、音乐疗法使患者情志舒畅。耳是宗脉汇聚之处,与十二经络密切相关,是对刺激十分敏感的神经末梢感受器。耳穴压豆法将王不留行籽贴压于神门、肾上腺等穴位具有镇静镇痛、宁神定志、调



节脏腑的作用,抑制大脑皮质兴奋,有效缓解患者焦虑、忧思等不良情绪<sup>[6]</sup>。操作简单、作用广泛、使用人群广、不良反应少。研究组SAS、SDS评分均低于对照组,护理质量各项指标评分均比对照组高( $P<0.05$ ),且护理满意度达到96.25%,护理效果更显著。

综上所述,对骨科患者术前给予中医情志护理联合耳穴压豆法能抑制患者心理应激反应,减轻患者焦虑、烦躁易怒等负面情绪,平衡脏腑、调畅气机,操作简单,使用范围广,对手术的顺利做好心理准备,提升了护理质量,值得推广。

#### 参考文献

- [1]刘华,龚惠华,万桃红,等.耳穴与内关贴敷对骨科围手术期焦虑护理研究[J].光明中医,2016,31(13):1960-1962.
- [2]邵伟.中医情志护理及穴位按摩在老年股骨颈骨折围术期中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(41):76.
- [3]薛冬群,亢东琴,柳琪,等.2005年-2015年我国中医情志护理在老年护理中的应用研究分析[J].护理研究,2016,30(21):2656-2658.
- [4]蒋丽华,冉美灵.中医情志护理在骨科患者中的应用效果[J].现代医药卫生,2017,33(3):439-441.
- [5]马晋,杨莉霞.中医情志护理对骨科手术患者心理状态和睡眠质量的影响[J].饮食保健,2017,4(24):310.
- [6]周茂琴,李阿慧.老年骨折中医情志护理的临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(1):141-142.

(本文编辑:张文娟 本文校对:高阳 收稿日期:2018-07-17)

## 前置胎盘患者护理中应用个性化护理带教的效果分析

曾银花<sup>1</sup> 樊蓉<sup>2</sup>

(南昌市第一医院妇产科,江西 南昌 330008)

**摘要:**目的 分析个性化护理带教在前置胎盘患者护理中的效果。方法 选取2017年2月—2018年2月就诊的122例前置胎盘患者作为观察对象,并且通过随机分组的方式,将患者分为对照组和试验组各61例,由护理人员带领10名护理专业的实习生进行护理工作,对照组患者实施常规护理,试验组患者实施个性化护理,每组各分配5名实习生,观察2组患者护理后对护理的满意度以及护理人员知识掌握情况。**结果** 试验组患者对护理的满意度高于对照组患者,试验组护理人员对于护理知识的掌握情况明显高于对照组, $P<0.05$ 。**结论** 运用个性化护理措施来实施带教工作,有利于护理实习人员更加细节性地了解护理工作,从而提高护理工作的质量和水平,提高患者对于护理的满意度,更加值得被推广。

**关键词:** 个性化护理带教;前置胎盘;护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.059

文章编号:1672-2779(2018)-21-0145-03

### Analysis on the Effect of Individualized Nursing Teaching in Patients with Placenta Previa

ZENG Yin-hua, FAN Rong

(Department of Obstetrics and Gynecology, the First Hospital of Nanchang, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China)

**Abstract: Objective** To analyze the effect of individualized nursing teaching in patients with placenta previa. **Methods** 122 cases of placenta previa in our hospital from February 2017 to February 2018 were selected as the object of observation, and the patients were divided into the control group and the experimental group by the random group. The two groups of patients each had 61 cases each, the nursing staff led 10 nursing students to carry out nursing, and the control group was carried out. The patients in the experimental group were given individualized nursing, and 5 interns were assigned to each group. The satisfaction of the two groups of nursing care and the knowledge of the nurses were observed. **Results** The satisfaction of the patients in the experimental group was higher than that of the control group, and the nursing knowledge of the nursing staff in the experimental group was significantly higher than that of the control group  $P<0.05$ . **Conclusion** The application of individualized nursing measures to carry out the teaching work is beneficial to the nursing interns more detail understanding of the nursing work, so as to improve the quality and level of nursing work and the patient's satisfaction with nursing. It is worthy of being popularized.

**Keywords:** personalized nursing teaching; placenta previa; nursing

前置胎盘会出现在孕妇妊娠28周后,由于胎盘附着于子宫下段,胎盘下边缘达到或者覆盖宫颈内口,导致其位置低于胎儿先露部,成为妊娠晚期出血的主要原因之一,前置胎盘是孕妇妊娠期所发生的并发症之一。主要有三种类型,完全性前置胎盘、部分性前置胎盘或者边缘性前置胎盘。发生该种疾病的原因尚不明确,但与多次妊娠、多次人工流产或者多次刮宫操作有着密切的关系<sup>[1]</sup>。临床上主要通过剖宫产术等终止妊娠的方式来进行疾病的治疗。现将个性化护理带教在前置胎盘患者护理中的效果进行分析,具体内容如下。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2017年2月—2018年2月来就诊

的122例前置胎盘患者作为观察对象,并且通过随机分组的方式,将患者分为对照组和试验组各61例,对照组中,患者的年龄在26~47岁,平均年龄为(36.5±3.3)岁;孕周30~39周,平均孕周为(34.5±3.3)周。试验组中,患者的年龄在24~45岁,平均年龄为(34.5±3.2)岁;孕周30~37周,平均孕周为(33.4±3.2)周。2组患者在性别、年龄、孕周等一般资料比较上无差异, $P>0.05$ 。

1.2 纳入标准 ①2组患者均符合前置胎盘的诊断标准,其中边缘性前置胎盘67例,部分性前置胎盘32例,完全性前置胎盘23例。②2组患者无心、肝等其他致命性疾。③2组患者均自愿参与且签署知情同意书。

**1.3 方法** 对照组实施常规带教护理, 试验组采取个性化带教护理工作: ①带教人员成立带教学习小组, 制定学习目标和带教任务, 并制定学习计划下发于每一位学生, 并使其了解医院的相关章程, 熟悉医院的管理规章。②个性化心理护理: 由于患者对于胎盘前置的病情了解不足, 会容易产生焦虑抑郁的情绪, 不利于孕妇的安全待产工作, 护理人员指导学生定期与孕妇进行交流和沟通, 了解孕妇的内心需求和对生产的疑问, 护理人员根据患者提出的问题, 给予详细的解答, 用科学的知识理论来安抚患者的心理, 使得患者保持积极的状态而面对生产以及生产前后所要经历的困难, 从而积极配合护理人员和医生的各项检查要求<sup>[2]</sup>。③健康教育讲座: 护理人员为每一位患者发放健康知识手册, 并定期在一旁为其进行知识的分点讲解, 以及手术的注意事项, 康复后的保养措施等。因此, 带教人员需要积极开设讲座, 围绕前置胎盘疾病所涉及的健康知识进行探讨, 使得每一位学生都能够耐心地教导患者。④教学查房: 学生在查房期间, 需要带有目的性和主动性, 先与患者打招呼、进行自我介绍, 随后补问问题, 例如: 每一位孕妇对于营养的摄取量不同, 而所缺少的营养也各不相同。学生需要了解孕妇各项生命体征的指数、住院资料的填写、患者的喜好, 从而根据资料合理制定营养饮食方案, 多食用新鲜的蔬菜水果, 高蛋白的食物, 避免食用难于消化、刺激性的食物<sup>[3]</sup>。护理人员对于胎盘前置患者进行实时的体重监测, 从而时刻了解患者的各项指标变化, 一旦发生突发情况, 可以立即进行手术来停止妊娠<sup>[4]</sup>。⑤个性化家庭护理教学: 护理人员与患者的家属也要进行积极的沟通交流, 在了解患者日常生活习惯的同时, 依据科学的健康养生方式, 提出建议, 指导患者家属为患者安排合理的产后饮食, 辅助患者进行产后的康复锻炼, 减少因生产而带来的身体损害。同时为患者的康复营造温馨的家庭环境, 使患者建立积极的心理状态。⑥生活指导教学: 护理人员在日常交流中, 为患者进行科学的生活作息指导, 由于患者正处于生理和心理的双重压力, 会严重导致生活作息不规律, 严重影响自身的免疫能力, 护理人员通过对患者的语言沟通, 使患者树立正确的作息观念, 从而通过自我勉励, 达到更好的生产状态, 在查房中示范给学生看, 随后从旁协助学生进行尝试<sup>[5]</sup>。

**1.4 观察指标** 统计2组实习生的护理知识掌握情况以及患者对护理的满意度。其中护理满意度包括: 十分满意、比较满意和不满意3个方面。对于护理知识的掌握情况采取期末考评的制度, 由医院制定问卷, 满分为100分, 70分以下为不及格, 70~85分为良好, 85分以

上为优秀。

**1.5 统计学方法** 采用SPSS 22.0对所收集到的患者资料进行统计分析, 计数资料用率(%)表示, 行 $\chi^2$ 检验,  $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组实习生对于护理知识的掌握情况比较** 试验组实习生对于护理知识的掌握情况明显高于对照组实习生,  $P<0.05$ , 如表1所示。

表1 2组实习生对于护理知识的掌握情况比较 [例(%)]

组别	例数	优秀	良好	不及格	对于护理知识的掌握情况
试验组	5	2	3	0	5(100)
对照组	5	1	1	3	2(40)
$\chi^2$ 值					4.29
$P$ 值					0.04

**2.2 2组患者对护理的满意度比较** 试验组患者对护理的满意度明显高于对照组患者,  $P<0.05$ , 如表2所示。

表2 2组患者对护理的满意度比较 [例(%)]

组别	例数	十分满意	比较满意	不满意	护理满意度
试验组	61	31(50.82)	27(44.26)	3(4.92)	58(95.08)
对照组	61	21(34.43)	27(44.26)	12(19.67)	49(80.33)
$\chi^2$ 值					6.16
$P$ 值					0.01

## 3 讨论

前置胎盘是孕妇妊娠期最严重的并发症之一, 临床主要表现为妊娠晚期无诱因无痛性阴道出血, 由于怀孕周期变长, 子宫增大, 附着于子宫下段及宫颈壁外的胎盘不能相应伸展, 而引起错位分离。而出血时孕妇体征会出现血压下降, 脉搏微弱增快的症状, 临床上主要通过超声波检查来清楚地显示出子宫壁、胎先露、胎盘和子宫颈的关系, 从而明确诊断<sup>[6]</sup>。目前, 通过个性化的护理手段可以在孕妇出现出血症状或者出血性休克前, 维持患者的妊娠状态, 顺利产下婴儿。

本研究发现: 试验组患者对护理的满意度高于对照组患者, 试验组护理人员对于护理知识的掌握情况明显高于对照组,  $P<0.05$ 。主要有以下几个原因: ①对产妇进行个性化心理护理, 有利于排解患者内心压力和不安, 避免负面情绪带来生产的意外情况, 使得孕妇静心养胎, 等待新生儿的降临。因此, 护理带教工作的展开, 使得学生更加近距离地接触和了解患者的感受, 有利于今后工作的针对性落实<sup>[7]</sup>。②健康知识讲座的教学在一对一或者多对上, 有利于学生重新认识疾病, 并且建立基础的知识体系, 针对患者自身身体的变化, 合理搭配、制定膳食, 促进患者营养的吸收和身体的恢复<sup>[8]</sup>。③个性化护理带教工作能够使得学生根据患者不同的病情状况, 合理安排护理方案,

更加积极有效地为患者排解痛苦,从而提高患者对于护理的满意度,进一步提高护理的效率,达到最终的护理目标<sup>[9]</sup>。

综上所述,运用个性化护理干预来护理前置胎盘患者可以减少患者生产前和生产后的阴道出血,降低并发症的发生率,从而提高患者对护理的满意度,更加值得被推广。

#### 参考文献

- [1]陈晓洁,张贵瑾.护理干预对20例前置胎盘临床效果观察[J].实用临床医药杂志,2013,17(18):153-154.  
[2]闫敏.个性化护理干预在前置胎盘患者护理中的应用[J].国际护理学杂志,2016,35(14):1921-1923.

- [3]赵美倩.个性化护理干预在前置胎盘患者护理中的应用效果[J].母婴世界,2017,7(4):18.  
[4]程瑶.个性化护理干预在前置胎盘患者护理中的应用探究[J].医药前沿,2017,7(6):57-58.  
[5]刘冰.前置胎盘患者护理中个性化护理干预的应用效果观察[J].母婴世界,2016,6(24):106.  
[6]张丽芳.护理干预提高前置胎盘期待疗法的效果分析及体会[J].大家健康(学术版),2014,4(2):302-303.  
[7]叶少欣,王丽娟,阳杏妮,等.个性化护理在前置胎盘患者护理中的应用效果[J].中国卫生标准管理,2017,8(15):174-176.  
[8]张晶.护理干预对前置胎盘患者产后出血量及新生儿Apgar评分的影响[J].国际护理学杂志,2013,32(1):37-38.  
[9]曹爱琴.护理干预在前置胎盘患者中的应用体会[J].当代医学,2015,15(17):117-118.

(本文编辑:张文娟 本文校对:章萍 收稿日期:2018-07-10)

## 热敏灸联合综合护理在膝关节骨性关节炎中的应用分析

孟瑾

(枣庄市峰城区中医院针推科,山东 枣庄 277300)

**摘要:**目的 分析热敏灸联合综合护理在膝关节骨性关节炎的应用效果。方法 选80例膝关节骨性关节炎患者,随机分为干预组40例和常规组40例。干预组予综合护理加热敏灸治疗,常规组予常规护理加传统温和灸。对比效果。结果 干预组干预总有效率、生活质量评分和患者护理满意度均高于常规组, $P < 0.05$ 。结论 在治疗膝关节骨性关节炎的过程中采用热敏灸干预能显著提高治疗效率和患者的生活质量。

**关键词:**热敏灸;综合护理;膝骨性关节炎;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.060

文章编号:1672-2779(2018)-21-0147-03

### Analysis on the Effect of Thermosensitive Moxibustion Combined with Comprehensive Nursing in Knee Osteoarthritis

MENG Jin

(Department of Acupuncture-Moxibustion and Massage, Zaocheng District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Zaozhuang 277300, China)

**Abstract: Objective** To analyze the effect of heat-sensitive moxibustion on comprehensive treatment of knee osteoarthritis. **Methods** Eighty patients with knee osteoarthritis were randomly divided into intervention group (40 cases) and routine group (40 cases). The intervention group received comprehensive nursing heat sensitive moxibustion treatment, and the routine group received routine care and traditional mild moxibustion. The effect was compared. **Results** The total effective rate, quality of life score and patient care satisfaction of the intervention group were higher than the conventional group  $P < 0.05$ . **Conclusion** The use of heat-sensitive moxibustion in the treatment of knee osteoarthritis can significantly improve the treatment efficiency and quality of life of patients.

**Keywords:** thermosensitive moxibustion; comprehensive nursing; knee osteoarthritis; arthromyodynia

膝关节骨性关节炎是易反复发作、病程较长的慢性老年性疾病,临床特征主要是膝关节肿胀、疼痛、僵硬等,这些使患者的活动严重受限,从而影响患者的生活质量<sup>[1]</sup>。且高致残率带来的精神负担和治疗带来的经济负担也会严重影响患者的生活质量。因此,寻求有效的治疗方案和护理方式十分重要。临床上发现热敏灸治疗膝关节骨性关节炎的效果不错<sup>[2]</sup>。热敏灸疗法是采用点燃的艾材产生的艾热悬灸热敏态穴位,激发透热、扩热、传热、局部不(微)热远部热、表面不(微)热深部热、非热感觉等热敏灸感和经气传导,并施以个体化的饱和和消敏灸量,从而提高艾灸疗效的一种新疗法。所以,本试验主要研究在治疗膝关节骨性关节炎的过程中采用热敏灸干预综合护理的效果,具体报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 筛选2016年1月—2017年12月入住我院的符合纳入标准的80例膝关节骨性关节炎患者,随机分为干预组和常规组,分别40例。干预组男22例,女18例;平均年龄(58.2±5.5)岁;平均病程(4.2±0.5)月。常规组男20例,女20例;平均年龄(55.8±4.9)岁;平均病程(4.5±0.8)月。对比2组患者性别、病程、年龄等一般资料发现,差异不显著, $P > 0.05$ ,具有可比性。

**1.2 纳入标准** 符合临床诊断标准且签署知情同意书的膝关节骨性关节炎患者。

**1.3 排除标准** 有重要脏器损伤患者,合并其他疾病的患者,精神障碍或认知障碍患者,不配合医生的患

者等。

**1.4 护理方法** 常规组采取常规护理,叮嘱患者每日口服氨酚曲马多,做好用药指导;保持病房卫生;提醒患者对膝盖采取保暖措施,另外传统温和灸内外膝眼和梁丘各5 min至皮肤有温热感,每日1次。干预组采用热敏灸干预护理,在常规用药指导、病房卫生打扫后,采取综合护理措施。措施如下:(1)相关知识宣教和指导;(2)实施有效的心理护理;(3)指导患者锻炼股四头肌,具体为将膝关节伸直,然后做长收缩训练或等张训练,2次/d,5 min/次。除此之外重点采用热敏灸治疗膝关节骨性关节炎:(1)膝部压痛点单点温和灸,患者可自觉热感透至膝关节内或扩散至整个膝关节或局部有酸、胀、痛感,灸至热敏灸感消失。(2)内外膝眼穴患侧双点温和灸,内外膝眼均为髌骨底,具有通络止痛、利关节的作用,患者可自觉热感透至膝关节内或扩散至整个膝关节,灸至热敏灸感消失。(3)梁丘、阴陵泉穴双点温和灸,梁丘是胃经郄穴,阴陵泉是脾经合穴,两者合用具有祛风湿、利关节的作用,患者可自觉热感透至膝关节内或扩散至整个膝关节,灸至热敏灸感消失。(4)血海、阳陵泉穴双点温和灸,血海能够调血祛瘀、通络止痛,阳陵泉具有舒筋、通络利关节的作用,患者可自觉热感透至膝关节内或扩散至整个膝关节,灸至热敏灸感消失。特别注意:每次选取上述1~2组穴位,每天1次,每次每穴的施灸时间以热敏灸感消失为度。10次为1个疗程,疗程间休息2~5 d,共2~3个疗程。热敏灸强调的是“感消量足,疾病消除”。

**1.5 观察指标及评价标准** 记录干预组和常规组的治护总有效率、生活质量评分和患者的护理满意度3项指标。治疗效果分为治愈、显效、有效和无效4个等级。治愈:症状完全消失,膝关节完全恢复;显效:症状基本消失,膝关节基本恢复;有效:症状得到缓解,膝关节得到改善;无效:患者症状和膝关节无变化。总有效率=100%-无效率。生活质量评分主要包括躯体健康、心理健康、睡眠质量、社会支持度4个方面。医院自行设计调查问卷调查护理满意度(满分100分),分为非常满意(90~100分)、比较满意(60~89分)、不满意(0~59分)3个等级。满意率=100%-不满意率。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 19.0软件对其结果进行处理。

## 2 结果

**2.1 2组治护总有效率比较** 干预组的治护总有效率(95%)明显高于常规组(77.5%),差异有统计学意义( $P<0.05$ ),详见表1。

表1 2组治护总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
干预组	40	24(60.0)	9(22.5)	5(12.5)	2(5.0)	38(95.0) <sup>a</sup>
常规组	40	18(30.0)	10(25.0)	3(7.5)	9(22.5)	33(77.5)

注:与常规组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$

**2.2 2组生活质量评分比较** 与常规组相比,干预组的4项生活质量评分指标高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),详见表2。

表2 2组生活质量评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	躯体健康	心理健康	睡眠质量	社会支持度
干预组	40	28.3±6.3 <sup>a</sup>	7.6±1.2 <sup>a</sup>	10.2±1.9 <sup>a</sup>	24.2±6.7 <sup>a</sup>
常规组	40	17.5±5.7	4.9±1.4	7.3±1.4	13.3±7.1

注:与常规组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$

**2.3 2组家属对护理的满意度比较** 与常规组相比,干预组的护理满意度明显较高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),详见表3。

表3 2组家属对护理的满意度比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	比较满意	不满意	满意率
干预组	40	24(60.0)	15(37.5)	1(2.5)	39(97.5) <sup>a</sup>
常规组	40	18(45.0)	12(30.0)	10(25.0)	30(75.0)

注:与常规组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$

## 3 讨论

膝关节是活动多、负重大的关节,当膝关节软骨发生病变或退化时,导致患膝关节骨性关节炎,该病一般发生于中老年人。该病的主要病理改变包括关节软骨变形、纤维化、囊性变、增生等,这些病变严重影响了患者的膝盖功能,降低了患者的生活质量<sup>[3]</sup>。在该病的病程中,年龄、肥胖、炎症、创伤及遗传等因素也会影响该病的病变。由于膝关节骨性关节炎属于退行性病变,常规的药物起不到很好的治疗效果,且预后不好,不能满足患者较好的生活质量的需求<sup>[4-5]</sup>。所以,人们寻求一种可以有效治疗该病,提高患者生活质量的治疗方案。随着中医的发展,中医对许多慢性疾病的治疗效果均显著,本试验中采用的中医热敏灸治疗膝关节骨性关节炎的治疗效果显著。在中医中,将膝骨性关节炎归于“骨痹”“痹症”“膝痹”的范畴,采用热敏灸的中医护理方式进行治疗。热敏灸主要是通过通过对双膝眼、梁丘、阴陵穴、血海、阳陵穴等热敏态穴位进行悬灸的治疗,同时寻找热敏灸感,激发经气感传,产生“小刺激大反应”,最后灸至灸感消失,以达到温经通络、祛风除湿、活血止痛的效果。而传统艾灸仅有局部和表面的热感。但查文献得知,人们对热敏灸治疗的规范化护理理解和操作不一,缺乏标准化,因此我们需要查询大量文献对其进行归纳

总结<sup>⑥</sup>。

良好的治疗方案与完善的护理方式结合起来,会使患者的治疗效果更好,患者及其家属的满意度更高。所以本试验研究热敏灸联合综合护理与常规护理在治疗膝关节骨性关节炎的护理效果,并进行对比分析。本试验中采用的热敏灸联合护理,包括健康宣教和指导、心理护理和功能训练三大方面。与常规温和灸护理相比,热敏灸治疗膝关节骨性关节炎时患者有热敏灸感,施灸时间不是固定不变的,而是因人因穴而不同,一般以热敏灸感消失为度,从而大幅度提高了灸疗疗效。同时实施健康宣教和指导使患者对疾病本身和治疗方法有了深入的了解,消除了对治疗的怀疑、恐惧心理,降低了心理应激,提高了治疗效率;实施心理护理使患者的情绪得到缓解,心理负担减轻,有利于患者的预后,患者对医护人员的满意度也大大提高,降低了医疗纠纷的产生,缓解了医护人员与患者及其家属之间的矛盾;采用的功能康复训练,使患者的关节功能得到改善,延缓了病情的发生发展,缩短了患者的恢复期。与常规组相比,干预组的整个护理过程灸疗疗效大幅度提高,并且更加关心患者本身,提高了患者的治疗信心,对提高患者的生活质量,减缓医患纠纷十分有益,值得在临床上推广。

就本试验结果而言,使用热敏灸联合综合护理比

使用常规温和灸护理的治护总有效率高、生活质量评分高和患者的护理满意度高,干预组与常规组的3项指标差异显著, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。这些指标结果说明干预护理的护理方式可提高患者的治疗效率,改善患者的生活质量,提高患者及其家属满意度,减少医患纠纷的产生,进一步印证了干预护理比常规护理的效果好。

综上所述,在治疗膝关节骨性关节炎的过程中使用热敏灸联合综合护理可取得较好的疗效,患者对医护人员的满意度高,值得在临床上推广。但因本试验的样本量小,需要做多次大样本试验进一步探究膝关节骨性关节炎的治疗过程中采用热敏灸联合综合护理和常规温和灸护理的优缺点。

#### 参考文献

- [1]李敏仪.观察护理干预对热敏灸治疗膝关节骨性关节炎的效果[J].中国现代药物应用,2017,11(17):180-181.
- [2]汤丽丽,严姝霞,徐桂华.热敏灸治疗膝骨性关节炎的护理技术规范研究进展[J].护理研究,2017,31(7):786-788.
- [3]农秀明.膝骨关节炎中医外治及护理研究进展[J].全科护理,2016,14(31):3253-3255.
- [4]唐国琼,杨敏,张琰.康复护理联合热敏灸对风湿型膝骨性关节炎患者疼痛和生活质量的影响[J].中医药导报,2016,22(13):111-113.
- [5]李冬梅,顾颖,殷磊,等.延续性护理对膝骨关节炎出院患者康复效果的影响[J].解放军护理杂志,2016,33(17):19-22.
- [6]张琦.综合护理对玻璃酸钠膝关节注射治疗膝骨性关节炎的疗效影响[J].实用临床医药杂志,2016,20(6):73-75.

(本文编辑:张文娟 本文校对:周荣生 收稿日期:2018-07-31)

(上接第125页)联合应用中医药,从而降低抗结核药的毒副作用,提高患者的抵抗力。中医认为,肺结核病的病因主要是以下两个方面:一是患者存在机体的正气不足,容易受到外界病邪的侵入;一是感染了痲虫。其中,患者的正气不足在辨证上通常可以分为气阴两虚、阴阳两虚两种。《医学正传·劳极》曰:“一则杀其虫,以绝其根本,一则补其虚,以复其真元”,这段论述了治疗肺结核疾病的两大治疗原则,即杀虫和补虚。这两个原则可以贯穿于肺结核治疗的各个阶段时期。比较常见的治疗大法是益气养阴、滋阴清热、解毒杀虫。古籍《慎斋遗书》中,曾经提出应用“百合固金汤”治疗肺部疾病,特别是伴随有咳嗽、痰多、胸闷等症状的,具有非常好的疗效。

本研究采用的傅青主痲症方,出自《傅青主男科·虚劳门》:“痲症既成,最难治者,必有虫生之以食人之气血也,若徒补其气血,而不入杀虫之药,则饮食入胃,祇荫虫而不生气血,若但杀虫而不补气血,则五藏俱受伤,又何有生理哉,惟于大补之中,加杀虫之药,则元气既全,真阳未散,虫死而身安矣,方用:

人参(三两)熟地黄(八两)何首乌(八两)地栗粉(八两)鳖甲(一斤)神曲(五两)麦冬(五两)桑叶(八两)白薇(三两)山药(一斤)为末,将山药末打成糊,为丸,每日白滚水送下五钱,半年虫从大便出矣。”说明傅氏已明确认识到,本病由“虫(结核菌)”引起,必须加入杀虫之药才能根治,且扶正与杀虫应该并举。方中人参大补元气,熟地黄补益肾精,共为君药;何首乌解毒杀虫,地栗粉清热化痰消积,鳖甲滋阴潜阳,共为臣药;麦冬养阴生津润肺,桑叶、白薇清热凉血解毒,山药、神曲顾护脾胃运化之职,共为佐使。诸药合用,扶正与驱邪兼顾,培元与杀虫并举,故可取得较好疗效。

总之,傅青主痲症方联合西药治疗肺结核患者,提高了临床疗效,有效降低了西药的不良反应发生。

#### 参考文献

- [1]蔡青山,马海燕,丁卫民.黄芪注射液对耐药肺结核病人T淋巴细胞亚群的影响及疗效观察[J].中国基层医药,2000,7(3):209-210.
- [2]郭晓燕,张惠勇,耿佩华,等.基于现代文献的肺结核中医证候及证候要素分布规律研究[J].辽宁中医杂志,2012,39(1):68-70.
- [3]叶品良,陈西平,张传涛,等.中医药防治耐药性肺结核的分子机制探索[J].中医药信息,2014,31(5):127-130.

(本文编辑:张文娟 本文校对:许继宗 收稿日期:2018-07-02)

# 中西医结合护理用于小儿高热惊厥中的效果评价

刘义秀 黄玉凤

(江西省兴国县人民医院儿科, 江西 兴国 342400)

**摘要:**目的 探讨中西医结合护理用于小儿高热惊厥中的效果。方法 选取2016年1月—2017年1月收治的42例高热惊厥患儿作为研究对象,分为对照组和观察组,对照组给予西医急救护理,观察组给予中西医结合护理。对比分析2组患儿临床护理效果。结果 观察组患儿退热时间、止惊时间均短于对照组,且反复发作次数低于对照组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患儿不良反应发生率均低于对照组患儿,差异存在统计学意义( $P<0.05$ ),观察组护理满意度明显高于对照组,差异存在统计学意义( $P<0.05$ )。结论 对小儿高热惊厥患儿实施中西医结合护理干预措施,可在短时间内实现退热、止惊,并降低了患儿的复发率和不良反应发生率,提高了护理满意度,具有较高的临床推广价值。

**关键词:** 中西医结合护理; 儿科; 高热惊厥; 针刺; 刮痧; 点刺放血; 急惊风

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.061

文章编号:1672-2779(2018)-21-0150-02

## Evaluation on the Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing in the Treatment of Febrile Convulsion in Children

LIU Yixiu, HUANG Yufeng

(Department of Pediatrics, People's Hospital of Xingguo County, Jiangxi Province, Xingguo 342400, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the effect of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of febrile convulsion in children. **Methods** 42 cases of children with febrile convulsion in our hospital from January 2016 to January 2017 were selected as the research objects, and were divided into control group and observation group. The control group was treated with emergency nursing, and the observation group was treated with traditional Chinese medicine and Western medicine nursing. The clinical nursing effect of two groups of children was compared and analyzed. **Results** The antipyretic time and arrest time of the children in the observation group were shorter than the control group, the number of repeated episodes was lower than the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). The incidence of adverse reactions in the observation group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). The nursing satisfaction of the observation group was significantly higher than that of the control group, and the difference between the groups was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The implementation of traditional Chinese medicine and Western medicine on infantile febrile recurrence rate and adverse reaction, improve nursing satisfaction, and has a high clinical value.

**Keywords:** integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; pediatrics; febrile convulsion; acupuncture; scraping therapy; swift pricking blood therapy; acute infantile convulsions

小儿高热惊厥是儿科中一种常见症状,多发于6岁以下小儿。临床上,患儿常常出现两眼上翻、斜视、凝视、四肢强直并伴有阵阵抽动、面部肌肉抽动、神志不清、大小便失禁等症状。若不及时加以治疗,会对患儿的智力发育产生影响,甚至危及患儿的生命健康。在传统的治疗中,均是采用西医急救护理干预措施,但临床效果并不十分理想。而在进一步研究中发现,对小儿高热惊厥患儿给予中西医结合护理干预,其效果较为显著<sup>[1-2]</sup>。为了进一步研究中西医结合护理用于小儿高热惊厥中的效果,我院选取了2016年1月—2017年1月收治的42例小儿高热惊厥患儿作为对象,进行了详细的研究和总结。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院2016年1月—2017年1月收治的42例小儿高热惊厥患儿作为研究对象,且经过患儿家属同意、签署了知情同意书,并经过医院伦理委员会通过。

按照就诊先后的顺序,分为观察组和对照组。其中,对照组21例,男11例,女10例;年龄为1~5.5岁,平均年龄为(3.25±2.25)岁。观察组21例,男

10例,女11例;年龄为0.8~6岁,平均年龄为(3.4±2.6)岁;病程最短2个月,最长4年,平均病程为(2.10±1.90)年。2组患儿年龄、病情、性别等基本资料相比,不存在明显的差异( $P>0.05$ ),可进行对比性研究。

**1.2 护理方法** 对照组患儿给予西医急救护理,具体内容为:(1)保持患儿平卧,并揭开患儿的衣裤,对患儿的四肢进行适当的约束,并派专门的护理人员对患儿进行看护,密切观察患儿的各项生命指标,防止患儿出现坠床、碰伤等意外现象;(2)患儿惊厥发作时,让患儿平卧,并让其头部偏向一侧,以免患儿因舌头后坠导致窒息。及时检查患儿口腔中是否存在异物,若存在利用吸痰器将其吸出,确保患儿呼吸道畅通;若患儿出现抽搐,则用纱布裹上木条放置于患儿口中,以免患儿咬伤自己;(3)遵循医嘱,对患儿使用止惊药物,用药后密切关注患儿的呼吸频率,避免患儿用药后出现不良反应。若患儿存在反复发作的症状,应及时报告主治医生,并采取脱水剂治疗,以有效预防患儿出现脑损伤;(4)利用浓度为30%~50%的酒精,对患儿的大动脉处进行反复擦拭,并利用冰

袋对患儿的颈部、腹股沟、腋窝下进行冰敷，进行降温，但在冰敷降温期间，要避免出现冻伤；（5）密切关注患儿惊厥时间、间隔时间，并进行详细记录。观察患儿在治疗期间是否出现黄疸、呕吐、发热、腹泻等不良反应，采取有效护理干预措施，避免患儿出现脑水肿等并发症；（6）做好患儿个人卫生护理，保持患儿皮肤清洁、干燥；对患儿进行体液补充，并利用无菌棉签擦拭口唇，避免出现口腔炎等；对患儿制定饮食计划，保证营养物质的摄入。

观察组患儿在西医急救护理干预的基础上，采用中医护理干预措施，其具体内容为：（1）取患儿的人中穴、合谷穴、涌泉穴和内关穴，进行针刺止惊；或者采用指压人中穴，并对曲池穴、合谷穴、大椎穴采用药物进行辅助止惊；（2）采用泻法对患儿的肘窝、腘窝部分进行刮痧，以辅助患儿退热；（3）对高热患儿进行穴位点刺放血治疗，其穴位为：太冲穴、内关穴、合谷穴、十宣穴、曲池穴；（4）对伴有大便秘结患儿采用中药灌肠进行退热，并在患儿症状出现好转后，指导患儿服用清热解毒中药汤进行预防。

**1.3 观察指标** 观察2组患儿退热、止惊时间，统计2组患儿反复发次数，并进行对比分析。统计2组患儿治疗过程中出现的不良情况；并利用我院自制的护理满意度调查表，统计2组患儿护理满意度，分为非常满意、满意、一般和不满意4个等级。

**1.4 统计学方法** 将本研究42例高热惊厥患儿的资料进行整理，并输入SPSS 20.0统计软件中进行统计分析。采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计数资料，行 $t$ 检验；采用（%）表示计量资料，行 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患儿临床指标对比** 观察组患儿退热时间、止惊时间均短于对照组，且反复发次数低于对照组，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 2组患儿临床指标对比  $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	退热时间(min)	止惊时间(min)	发次数(次)
对照组	21	31.05±5.28	42.19±5.25	5.15±0.42
观察组	21	20.17±4.83	28.16±4.54	3.82±0.53
$t$ 值		6.967	9.263	9.013
$P$ 值		0.000	0.000	0.000

**2.2 2组患儿不良反应发生率对比** 对照组患儿治疗中，出现黄疸2例，腹泻2例，脑水肿1例，口腔炎2例，其不良反应发生率为：33.33%（7/21）；观察组患儿出现黄疸1例，腹泻1例，口腔炎1例，其不良反应发生率为：14.29%（3/21），观察组患儿不良反应发生率低于对照组患儿，差异存在统计学意义（ $\chi^2=10.040$ ， $P=0.002$ ）。

**2.3 2组患儿护理满意度对比** 观察组护理满意度明显高于对照组，差异存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 2组患儿护理满意度对比 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	满意度
对照组	21	2	5	10	4	17(80.95)
观察组	21	6	8	6	1	20(95.23)
$\chi^2$ 值						9.280
$P$ 值						0.004

## 3 讨论

小儿高热惊厥是儿科中常见的神经系统急症，其发病因素与患儿的年龄有很大的相关性。在研究中发现，患儿年龄由于脑发育尚不成熟，且髓鞘生成不全，并且在此基础上，儿童的兴奋、抑制性神经递质还存在不平衡的现象，并且由于小儿机体免疫抵抗力较弱，容易受到外界感染，出现持续性高热，并引发惊厥的现象。在临床上，小儿高热惊厥具有较大的危险性，大量的研究资料证明，小儿高热惊厥反复发作，或者发作持续时间过长，就会导致患儿的脑组织出现缺血、缺氧性损伤，影响患儿智力发育，甚至危及患儿生命<sup>[3]</sup>。

中医学认为小儿高热惊厥属于“急惊风”范畴，多为外感时邪、暴受惊恐、内蕴痰热所致。在对患儿进行西医急救护理的基础上，给予中医护理干预措施，具有极为明显的治疗效果，并且降低了患儿治疗过程中出现的不良反应。但是在对患儿进行中西医结合护理的过程中，一定要充分关注患儿的病情，并对患儿的生命体征进行密切的检测，确保患儿生命安全的同时，再给予中医针刺、针刺放血、刮痧等护理干预措施，以有效缓解患儿的临床症状<sup>[4-5]</sup>。

本研究结果表明：对高热惊厥患儿采取中西医结合护理干预措施，其退热、止惊时间均短于西医紧急护理干预的患儿，患儿反复发次数较少、不良情况发生率较低。并且给予中西医结合护理干预的患儿护理满意度明显高于单纯西医紧急护理干预的患儿。综上所述，对小儿高热惊厥患儿给予中西医结合护理干预措施，加快了患儿止惊、退热的速度，并降低了反复发次数和不良反应发生率，显著提高了临床护理满意度。

### 参考文献

- [1]王培鹏.高热惊厥患儿应用中西医联合综合护理的临床效果分析[J].黑龙江医药,2017,30(5):1170-1172.
- [2]杜艳秋.中西医结合护理对小儿惊厥患儿的影响研究进展[J].内蒙古中医药,2017,36(11):100-101.
- [3]李萍,郭安爽,卢桂津.86例小儿高热惊厥的中西医结合急救与护理[J].全科护理,2016,14(28):2948-2949.
- [4]李永燕,赵秀敏.中西医结合治疗小儿高热惊厥及护理[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(18):79-80.
- [5]邓晓燕,张绍丽.86例小儿高热惊厥的临床观察与护理[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(7):39-40.

(本文编辑:张文娟 本文校对:程应华 收稿日期:2018-07-17)

# 中西医结合护理干预手足口病的临床研究

杨丽红

(鹰潭市人民医院儿科, 江西 鹰潭 335000)

**摘要:**目的 研究中西医结合护理干预在手足口病治疗中的应用效果。方法 选取2016年1月—2017年9月收治的手足口病患儿60例, 随机分为对照组和试验组各30例。对照组患儿给予常规西医护理, 试验组患儿给予中西医结合护理。比较患儿治疗效果, 及患儿家属满意度。结果 试验组患儿治疗总有效率高于对照组,  $P < 0.05$ 。试验组护理满意度高于对照组,  $P < 0.05$ 。结论 中西医结合护理干预在手足口病患儿治疗中的应用效果较好, 对提升患儿疗效有很大帮助, 具有较高临床价值。

**关键词:** 中西医结合护理; 手足口病; 情志护理; 中药熏洗; 饮食护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.062

文章编号:1672-2779(2018)-21-0152-02

## Clinical Study on the Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing in the Intervention of Hand-Foot-Mouth Disease

YANG Lihong

(Pediatrics Department, Yingtan People's Hospital, Jiangxi Province, Yingtan 335000, China)

**Abstract: Objective** To study the effect of combined traditional Chinese and western medicine nursing intervention in the treatment of hand-foot-mouth disease. **Methods** Sixty children with HFMD admitted to our hospital from January 2016 to September 2017 were selected. They cases were randomly divided into control group and experimental group. The control group was given conventional western medicine care. The experimental group was given integrated traditional Chinese and western medicine care. The therapeutic effects of children with children and the family satisfaction of the two groups was compared. **Results** The total therapeutic efficiency of the experimental group was higher than that of the control group  $P < 0.05$ . The nursing satisfaction of the experimental group was higher than that of the control group  $P < 0.05$ . **Conclusion** Combined traditional Chinese and western medicine nursing intervention has a good effect in the treatment of children with hand-foot-mouth disease. It is of great help to improve the curative effect of children with high clinical value.

**Keywords:** integrated traditional Chinese and western medicine nursing; hand-foot-mouth disease; Emotional nursing; Chinese medicine fumigation and washing; diet nursing

手足口病是儿科常见疾病, 是由肠道病毒引起的传染性疾病, 在5岁以下的儿童群体中发病率相对较高<sup>[1]</sup>。手足口病患儿的病情较轻时一般能在1周左右自愈, 病情较重时可导致患儿发生心肌炎、肺水肿和无菌性脑膜炎等并发症, 甚至会导致患儿死亡<sup>[2]</sup>。本研究对中西医结合护理干预在手足口病治疗中的应用效果进行分析, 报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 从我院2016年1月—2017年9月收治的手足口病患儿中选取60例, 随机分为对照组和试验组各30例。对照组患儿男14例, 女16例; 患儿年龄最小9个月, 最大5岁, 平均  $(3.19 \pm 0.64)$  岁; 病程1~4 d, 平均  $(2.15 \pm 0.45)$  d。试验组患儿男17例, 女13例; 患儿年龄最小7个月, 最大5岁, 平均  $(3.12 \pm 0.59)$  岁; 病程1~3 d, 平均  $(2.08 \pm 0.39)$  d。2组患儿基本资料比较,  $P > 0.05$ , 具有可比性。

**1.2 护理方法** 对照组患儿给予常规西医护理, 患儿入院后密切观察其病情变化情况, 根据医嘱定时给予患儿药物治疗等。试验组采用中西医结合护理干预, 具体如下。

### 1.2.1 西医护理干预

**1.2.1.1 环境护理** 在患儿入院后, 护理人员要为其营造良好的病房环境, 减少患儿与外界环境的接触, 并且要尽量为患儿安排独立的病房, 患儿每日晨起后进行紫外线消毒, 并且要对病房内的地板和各种物品进行消毒杀菌处理。同时, 完成消毒后应对消毒情况进行核查, 确保消毒全面以防止患儿发生感染。

**1.2.1.2 疱疹护理** 患儿发病后手足口部会有疱疹出现, 患儿会有明显的疼痛和瘙痒感, 很容易因抓挠而出现皮损, 导致其发生感染的几率上升。护理人员可使用康复新液对患儿进行外涂, 或使用西瓜霜进行局部喷洒, 加快黏膜的修复。同时, 要及时为患儿剪短指甲, 防止患儿在治疗期间抓挠疱疹, 并且要指导患儿家属为患儿准备宽松的衣物, 并保持床单被罩整洁干净。

**1.2.1.3 病情观察** 手足口病患儿的病情一般较轻, 其治疗恢复相对较快, 但少数患儿的病情较重且疾病发展迅速。因此护理人员在患儿治疗过程中密切观察其病情变化情况, 发现患儿有发热、心率增加和呕吐等症状时及时告知主治医师, 并协助其采取有效的治疗措施。



### 1.2.2 中医护理干预

1.2.2.1 情志护理 中医认为人主要有七种情绪，患儿在发病后容易出现易怒和悲伤的情绪，在对其进行护理时可采取情志相胜法，以喜悦克制患儿的悲伤情绪，其中护理人员可指导患儿家属多与患儿开展一些有趣的游戏，并满足很长时间内患儿未得到满足的合理要求，从而让患儿的喜悦情绪抵消其悲伤情绪；其次，患儿容易出现紧张和恐惧心理，根据情志相胜法，应指导患儿家属多给予患儿陪伴，同时要联合患儿家属在与患儿沟通交流时多给予其关怀和鼓励，从而帮助其消除恐惧及紧张情绪。

1.2.2.2 饮食护理 中医上认为手足口病属于湿温、时疫的范畴，治疗期间饮食应以清淡为主，并且要忌生冷辛辣和油腻食物。因此护理人员在患儿治疗期间可为其准备雪梨汁、莲藕汁和绿豆汤，起到清热解毒的功效。根据患儿临床表现指导其辨证饮食，其中患儿以气阴两虚较为常见，护理人员可在其饮食中加山药、银耳、百合、薏米和扁豆等，起到滋阴补气的功效。患儿伴有便秘症状时，可在其饮食中加入大黄以起到通便的功效。

1.2.2.3 中药熏洗 患儿治疗期间还可给予其中药熏洗，用苦参30g、防风25g、地榆25g和荆芥20g研磨取汁后进行中药熏洗，熏洗部位以患儿手足心和肛周为主。熏洗结束后使用炉甘石洗剂对患儿进行局部涂抹，涂抹部位以手心、足底和臀部等皮肤病变明显的部位为主，每日给予患儿2~3次中药熏洗。

1.3 观察指标 评价患儿疗效，调查患儿及其家属护理满意度。疗效判定标准为：治疗3d后患儿的疱疹基本消失且体温恢复正常为显效；治疗3d后患儿的疱疹明显减少且体温恢复正常为有效；治疗后患儿病情无明显变化甚至加重为无效。满意度调查用自制量表完成，量表内包含非常满意、基本满意和不满意3个选项。

1.4 统计学方法 数据处理用SPSS 22.0统计学软件，计数资料以百分率表示，用 $\chi^2$ 检验；计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，用t检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患儿疗效比较 试验组治疗总有效率高于对照组， $P < 0.05$ ，见表1。

表1 2组患儿疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	30	18(60.00)	11(36.67)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	13(43.33)	9(30.00)	8(26.67)	22(73.33)
$\chi^2$ 值					8.7135
P值					0.0034

2.2 2组患儿家属护理满意度比较 试验组护理满意度高于对照组， $P < 0.05$ ，见表2。

表2 2组患儿家属护理满意度 [例(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度
试验组	30	20(66.67)	9(30.00)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	16(53.33)	6(20.00)	8(26.67)	22(73.33)
$\chi^2$ 值					8.7135
P值					0.0034

## 3 讨论

手足口病的临床治疗方法较为简单，一般能取得较好的治疗效果。但由于患儿年龄较小，其治疗效果的影响因素较多，很容易受到影响，因此在对其进行治疗时需要给予有效的护理干预，从而促使其治疗效果提升<sup>[1]</sup>。临床护理中对手足口病患儿的护理主要以西医护理为主，其中主要是给予患儿环境护理、病情观察和简单的疱疹护理，其能在一定程度上让患儿的治疗效果提升，但由于患儿自身因素及病情发展的影响，很容易导致治疗效果不能达到预期<sup>[4]</sup>。

中医学认为小儿手足口病属于湿温、时疫的范畴，在对患儿进行治疗时不仅要给予常规护理，还要给予其饮食护理、情志护理和中药熏洗等护理措施，并且要根据患儿临床症状不同给予其辨证药物治疗<sup>[5]</sup>。其中因患儿年龄较小，因此在对其进行护理时应重点进行情志护理，确保患儿在治疗期间的情绪保持稳定，从而确保治疗顺利完成<sup>[6]</sup>。饮食护理和中药熏洗均为辅助方式，通过对患儿饮食的调节结合中药的局部熏洗，让患儿在治疗期间的饮食结构趋于合理，确保其营养摄入充足且均衡，并通过熏洗让患儿的局部症状得到缓解，促使患儿治疗效果的提升<sup>[7]</sup>。相关研究表明，常规西医护理结合中医护理方式在小儿手足口病治疗中的应用通常能让患儿的治疗效果得到提升，并且相对于单纯护理方式的应用效果均更好。

本研究对中西医结合护理在手足口病治疗中的应用效果进行分析，试验组患儿治疗总有效率高于对照组， $P < 0.05$ 。试验组护理满意度高于对照组， $P < 0.05$ 。综上，中西医结合护理在手足口病治疗中的应用效果显著，能有效提升患儿的治疗效果，并促使护理满意度的提升，值得推广。

## 参考文献

- [1]莫金枝,张雪君.中医护理对手足口病患者治疗效果的影响研究[J].临床医学工程,2017,24(10):1457-1458.
- [2]梁瑞华.中西医结合治疗小儿手足口病皮肤疱疹的疗效观察及护理[J].当代护士(下旬刊),2017,10(2):82-83.
- [3]张红梅.小儿手足口病中西医结合护理临床体会[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(35):176-177.
- [4]李瑞霞,尚华,王希萌.小儿手足口病中西医结合护理临床体会[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(13):184-185.
- [5]卢新梅.小儿手足口病中西结合护理的干预效果分析[J].中外女性健康研究,2016,1(1):171-172.
- [6]王凤廷,轧春妹.大黄煎剂保留灌肠缓解重症手足口病患者便秘的护理效果观察[J].天津护理,2015,23(6):531-532.
- [7]梅鲜艳.手足口病症状及中医护理研究简况[J].实用中医内科杂志,2014,28(4):177,185.

(本文编辑:张文娟 本文校对:郑芳明 收稿日期:2018-06-26)

# 粘连性肠梗阻的中西医结合优化护理分析

吴文清 邱春媚

(江西省兴国县人民医院普外科, 江西 兴国 342400)

**摘要:**目的 分析粘连性肠梗阻的中西医结合优化护理效果。方法 选取2015年1月—2016年12月住院的粘连性肠梗阻患者42例,使用随机数表法将其分为对照组和观察组各21例,对照组予以西医常规护理,观察组予以中西医结合优化护理,对比2组患者经护理后的胃肠道恢复时间、临床症状消失时间、住院时间及2组患者对护理的满意情况。结果 观察组患者的胃肠道恢复时间、临床症状消失时间及住院时间均低于对照组 ( $P < 0.05$ );观察组患者的护理满意率为95.2% (20/21),高于对照组患者护理满意率66.7% (14/21) ( $P < 0.05$ )。结论 对于腹部手术后肠粘连性梗阻患者予以中西医结合优化护理,可以促进患者的恢复,减少患者的住院时间,提高患者对护理的满意度,值得临床借鉴应用。

**关键词:** 粘连性肠梗阻; 中西医结合护理; 优化护理; 关格

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.063

文章编号:1672-2779(2018)-21-0154-02

## Analysis on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Optimal Nursing for Adhesive Intestinal Obstruction

WU Wenqing, QIU Chunmei

(Department of General Surgery, People's Hospital of Xingguo County, Jiangxi Province, Ganzhou 342400, China)

**Abstract Objective** To analyze the effect of integrated traditional Chinese and Western medicine optimal nursing on adhesive intestinal obstruction. **Methods** 42 patients with adhered intestinal obstruction were selected in our hospital from January 2015 to December 2016, and 42 patients were divided into control group and observation group, with 21 cases in each group. The control group was given routine nursing care of western medicine, while the observation group was given integrated traditional Chinese and Western medicine optimal nursing. The time of disappearance of clinical symptoms, length of stay and satisfaction of two groups of patients were compared. **Results** The recovery time of gastrointestinal tract, the time of disappearance of clinical symptoms and the time of hospitalization in the observation group were all lower than those of the control group ( $P < 0.05$ ). The nursing satisfaction rate of the observation group was 95.2%, the nursing satisfaction rate of the control group was 66.7%, and the nursing satisfaction rate of the observation group was higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The postoperative intestinal adhesion obstruction with integrated traditional Chinese and Western medicine optimize nursing can promote the recovery of patients, reduce hospitalization time, and has very high satisfaction with nursing care, which is worthy of clinical application.

**Keywords:** adhesive intestinal obstruction; integrated traditional Chinese and Western medicine; optimized nursing care; obstruction and rejection

粘连性肠梗阻主要由腹部手术、炎症、创伤、出血、异物等情况引起,导致腹腔内粘连,肠内容物不能顺利在肠道内运行,可出现腹胀、腹痛、恶心呕吐及排便困难等症状。近年来随着人们生活方式及饮食结构发生改变,该疾病发生率逐步上升,严重影响患者的身体健康及生活质量。临床经验及资料表明<sup>[1]</sup>,优质的护理可有效减少粘连性肠梗阻的发生率并改善其症状,本研究以我院2015年1月—2016年12月住院的42例粘连性肠梗阻患者为对象,采用对比分析法探讨中西医结合优化护理对于粘连性肠梗阻的临床效果,将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 从我院2015年1月—2016年12月住院的粘连性肠梗阻患者中选取42例,使用随机数表法将其分为对照组和观察组各21例。对照组中男性15例,女性6例;患者年龄22~78岁,平均年龄(48.5±5.6)岁;其中肝胆术后8例,胃肠术后7例,妇科术后6例。观察组中男性14例,女性7例;患者年龄21~78岁,平均年龄(49.0±6.0)岁;其中肝胆术后9例,胃肠术后8例,妇

科术后4例。2组患者的一般临床资料(性别、年龄、手术类型)不具有统计学差异,具有可比性,  $P > 0.05$ 。

**1.2 纳入标准** (1)患者经检查均符合的粘连性肠梗阻的诊断标准,伴有“腹胀、腹痛、恶心呕吐”等临床症状;(2)患者对于本研究均知情,并愿意加入本研究;(3)临床资料完整,方便追踪随访。

**1.3 排除标准** (1)严重的内分泌系统、心脑血管系统及循环系统疾病;(2)伴有神经系统疾病、认知功能障碍者。

**1.4 护理方法** 对照组患者予以胃肠减压、禁食、抗感染、保持水电解质平衡等西医常规护理。观察组患者予以中西医结合护理,具体方法如下。

**1.4.1 病情护理** 密切观察患者的病情变化,护理好患者的置管,避免置管出现滑脱、叠、压等情况,保持管道的通畅。遵医嘱予以静脉注射抗生素,保持患者胃肠道内菌群平衡,监测并记录患者用药后的反应,若出现异常情况,及时通知医生做出处理。

**1.4.2 疼痛护理** 患者术后予以镇痛泵止痛,并指导患者调节呼吸,缓解疼痛,或者进行注意力转移法,缓

解疼痛，对于疼痛严重患者可通知医生，必要时予以止痛药处理。

**1.4.3 胃肠减压护理** 经患者口鼻腔内插入胃管进行胃肠道减压，胃肠道减压期间禁食、水，予以补液支持患者的营养，维持水电解质平衡，保持胃管的固定，维持有效负压。保持胃管的通畅，同时注意观察引流量的颜色、量和性状，加强对患者的口腔护理。

**1.4.4 情志护理** 由于手术伤口的疼痛及粘连性肠梗阻出现的腹胀、腹痛及恶心呕吐等情况给患者的情绪带来了一定的影响，容易使患者出现焦虑、烦躁等负面情绪，因此护理人员要加强和患者的沟通，了解患者的情绪变化。根据患者的情绪反应，对患者予以相应的疏导，及时消除患者的负面情绪，使患者更加配合护理工作的实施。

**1.4.5 中药辨证护理** 根据患者的症状表现进行中药辨证施治，实证者予以大承气汤煎煮灌注，虚寒者予以大建中汤灌注，胃肠粘连严重者予以胃肠粘连缓解方或扶正理气汤，湿热瘀积者予以通腑败毒汤，汤药灌注前予以温水清洗胃管，灌注后夹闭胃管1 h，若患者出现呕吐情况，可先暂停30 min后继续灌注，若患者用药3 h后无缓解，则予以低压保留灌肠。在患者使用汤药后观察患者是否出现脱水情况，注意保持患者水电解质平衡。

**1.5 观察指标** 观察2组患者的胃肠道恢复时间、临床症状消失时间、住院时间。对比2组患者对护理的满意度。采用自制护理满意情况调查表向患者发放，主要从护理人员服务态度、技能操作水平等方面进行评价，总分100分，分为非常满意(>85分)、满意(70~85分)、一般(60~70分)、不满意(<60分)4个等级，护理满意率=(非常满意+满意)/总例数×100%。

**1.6 统计学方法** 数据的处理和分析使用SPSS 22.0统计学分析包，胃肠道恢复时间、临床症状消失时间、住院时间以表示，护理满意率以(%)表示，组间对比采用t检验和 $\chi^2$ 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者胃肠道恢复时间、临床症状消失时间、住院时间比较** 观察组患者胃肠道恢复时间、临床症状消失时间、住院时间均明显低于对照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ ，详见表1。

表1 2组患者胃肠道恢复时间、临床症状消失时间、住院时间对比 ( $\bar{x}\pm s, d$ )

组别	例数	胃肠道恢复时间	临床症状消失时间	住院时间
对照组	21	5.0±3.0	8.5±3.5	15.5±4.5
观察组	21	3.5±2.5	6.0±2.0	9.5±2.5
P值		<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 2组患者对护理的满意情况比较** 观察组患者护理满意率高于对照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。详见表2。

表2 2组患者对护理的满意情况比较 [例(%)]

组别	例数	满意	较满意	一般满意	不满意	护理满意度
对照组	21	6(28.6)	5(23.8)	3(14.3)	7(33.3)	14(66.7)
观察组	21	8(38.1)	7(33.3)	5(23.8)	1(4.8)	20(95.2)

## 3 讨论

粘连性肠梗阻多数可由腹腔手术、异物、炎症及创伤等原因引起，80%为手术引起<sup>[2]</sup>。粘连性肠梗阻属于机械性肠梗阻，按其起病急缓可分为急性肠梗阻和慢性肠梗阻，按其梗阻的程度可分位完全性肠梗阻和不完全性肠梗阻。对于粘连性肠梗阻，临床尚无有效的防止粘连的手段，而手术治疗粘连造成再次粘连的几率大，对于粘连性肠梗阻临床更倾向于非手术的治疗方式<sup>[3]</sup>。

为提高对我院粘连性梗阻的治疗效果，在常规西医护理的基础上结合中医进行优质化的护理。粘连性肠梗阻属于中医学“肠结”“关格”范畴，其发病机理为饮食不洁、劳累过度导致寒、热、湿邪侵袭机体，肠内瘀血滞留、气血痞结、通降功能失常<sup>[4]</sup>。因此治疗的关键在于祛寒、湿、热毒，散瘀通气。在中药辨证护理中辨证使用大承气汤、大建中汤、通腑败毒汤、胃肠粘连缓解方及扶正理气汤，具有去湿热、解热毒、扶正理气的作用，对于治疗粘连性肠梗阻效果良好<sup>[5]</sup>。另外在情志护理中，对患者的情志予以调节，缓解患者的负面情绪，促进患者的病情恢复。有效的中医护理再配合病情护理、疼痛护理及胃肠减压护理等西医常规护理，中西医护理相结合，促进患者更快的恢复。

本研究中，观察组患者的胃肠道恢复时间、临床症状消失时间、住院时间及患者对护理的满意率均明显优于对照组， $P<0.05$ 。综上所述：对于腹部术后肠粘连性梗阻患者予以中西医结合优化护理，可以促进患者的恢复，减少患者的住院时间，提高患者对护理的满意度，值得临床借鉴应用。

## 参考文献

- [1]姜晓花,邓玉萍.直肠癌术后急性粘连性肠梗阻的中西医结合护理研究[J].大家健康,2014,8(10):295-296.
- [2]刘金凤.直肠癌术后急性粘连性肠梗阻的中西医结合护理分析[J].中西医结合心血管病杂志,2015,3(20):158-159.
- [3]游中华,龚彩花.复方大承气汤联合抗生素治疗腹部术后粘连性肠梗阻的临床观察[J].光明中医,2017,32(20):11-14.
- [4]汪景峰,马伟琳.中西医结合治疗腹部术后粘连性肠梗阻的临床观察[J].光明中医,2014,29(9):1912-1913.
- [5]范雪燕.中医特色疗法联合治疗粘连性肠梗阻的疗效观察[J].光明中医,2017,32(7):996-998.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘金春 收稿日期:2018-07-13)

**科研进展** SCIENTIFIC RESEARCH  
 PROGRESS

# 达英-35 联合中医治疗 PCOS 疗效的 Meta 分析<sup>※</sup>

 史薇<sup>1</sup> 朱鸿秋<sup>2\*</sup> 肖雪<sup>3</sup> 薛艺青<sup>1</sup> 李印<sup>1</sup> 罗怡<sup>1</sup>

(1 成都中医药大学妇科研究生2017级, 四川 成都 610075;

2 成都中医药大学医学与生命科学学院, 四川 成都 610075; 3 简阳市中医医院妇产科, 四川 成都 641400)

**摘要:** 目的 运用Meta分析评价达英-35联合中医药治疗多囊卵巢综合征的疗效。方法 将21篇文献所涉及1515例患者资料分为试验组和对照组, 对研究指标进行Meta分析。结果 达英-35 (炔雌醇环丙孕酮片) 联合中医药治疗PCOS在临床有效率、排卵率、妊娠率、远期月经周期正常率及治疗后LH值改变方面差异有统计学意义 $P<0.05$ ; 在治疗后LH/FSH值及T值改变方面差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。结论 达英-35联合中医药治疗PCOS在临床疗效有效率、排卵率、妊娠率、远期月经周期正常率及治疗后LH值改变远优于单用达英-35; 在治疗后LH/FSH值及T值改变方面与单用达英-35疗效无明显差异。

**关键词:** 多囊卵巢综合征; 中西医结合疗法; 达英-35; Meta分析; 不孕证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.064

文章编号:1672-2779(2018)-21-0156-03

## A Meta-analysis on the Therapeutic Effect of Diane-35 Combined with Traditional Chinese Medicine in Treating Polycystic Ovary Syndrome

 SHI Wei<sup>1</sup>, ZHU Hongqiu<sup>2</sup>, XIAO Xue<sup>3</sup>, XUE Yiqing<sup>1</sup>, LI Yin<sup>1</sup>, LUO Yi<sup>1</sup>

(1. Grade 2017 Graduate of Gynaecology, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 610075, China;

2. College of Medicine and Life Sciences, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 610075, China;

3. Department of Obstetrics and Gynecology, Jianyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Chengdu 641400, China)

**Abstract: Objective** Using evidence-based medicine, through a Meta-analysis to assess the effectiveness and safety of Diane-35 combined with TCM in treatment of polycystic ovary syndrome (PCOS). **Methods** We get 21 articles included 1515 patients are segmented into the experimental group and the control group to analyze Meta and literature publication bias. **Results** Comparing with Diane-35 group, the TCM combined with western medicine treatment group had statistical significance on clinical effective rate, ovulation rate, pregnancy rate, the normal rate of forward menstrual cycle, reduce LH; and had no statistical significance on reduce LH/FSH and T. **Conclusion** The TCM combined with western medicine treatment group was superior to Diane-35 group on clinical effective rate, ovulation rate, pregnancy rate, the normal rate of forward menstrual cycle, reduce LH. There was no significant difference between the TCM combined with western medicine treatment group and Diane-35 group on reduce LH/FSH and T.

**Keywords:** polycystic ovary syndrome; integrated therapy of traditional Chinese medicine and Western medicine; Diane-35; Meta-analysis; infertility

多囊卵巢综合征 (polycystic ovary syndrome, PCOS) 是临床上最常见的因糖脂代谢异常造成妇科内分泌紊乱的疾病, 临床特征主要是持续性不排卵、高雄激素血症及胰岛素抵抗, 月经稀发或闭经、不孕、肥胖等是常见的临床表现, 远期并发症包括高血压、糖尿病、心血管疾病、子宫内膜癌等<sup>[1-3]</sup>。达英-35 (炔雌醇环丙孕酮) 具有很强的抗雄激素作用, 广泛应用于PCOS患者。中医可将其归为“不孕”“闭经”等范畴, 多以肾虚、肝郁、血瘀、痰湿为辨证要点, 现有大量临床治疗显示中西医结合治疗PCOS的疗效肯定, 因此有必要通过系统整理, 在循证学方面为中西医结合治疗PCOS提供依据。

### 1 资料与方法

1.1 纳入标准 筛选临床诊断符合2003年荷兰鹿特丹PCOS会议修订的诊断标准的PCOS的患者。

1.2 排除标准 ①动物实验; ②非临床研究或个案报道; ③采集数据有误或不完整; ④无组间基线比较者; ⑤发表有重复的文献; ⑥试验组或对照组纳入对象少于30例的文献。

1.3 文献的采集和筛选 ①策略: 检索PubMed、Cochrane Library、中国期刊全文数据库、维普中文科技期刊数据库和万方数据库, 中文检索词: 多囊卵巢、中医、中西医结合、达英-35; 英文检索词: Polycystic Ovary Syndrome、Traditional Chinese Medicine、INTEGRATED TCM WM、Cyproterone acetate; 语种限制为中文或英文。②步骤: 采用计算机检索关键字获得1748篇题录, 根据题目排除无关以及内容重复的文章; 然后进一步浏览文献及全文, 进行二次筛选获得符合纳入和排除

※ 基金项目: 成都中医药大学附属医院自然科学基金项目【No. 2012-D-YY-20】

\* 通讯作者: 1297296718@qq.com

标准的文献199篇，根据排除标准剔除不符合本次Meta分析的文献，最终纳入21篇<sup>[4-24]</sup>文献。

1.4 评价指标 临床疗效有效率、排卵率、妊娠率、治疗前后T值、LH值、LH/FSH值及远期月经周期正常率。

1.5 统计学方法 数据采用RevMan 5.3软件进行Meta分析，并根据《Cochrane干预措施系统评价》进行异质性(用I<sup>2</sup>作为显著性判断标准)评价，采用Cochrane Handbook 5.1.0推荐的风险评估方法对文献进行偏倚分析。

## 2 结果

2.1 临床疗效有效率 有14篇<sup>[5-6,8,12-20,22-23]</sup>文献进行了临床疗效评价。异质性检验： $P=0.91$ ， $I^2=0\%$ ，认为异质性小，同质性好，故采用固定效应模型进行Meta分析，绘制森林图（图1）。分析结果显示在临床疗效有效率方面中西医结合组高于单用达英35组。

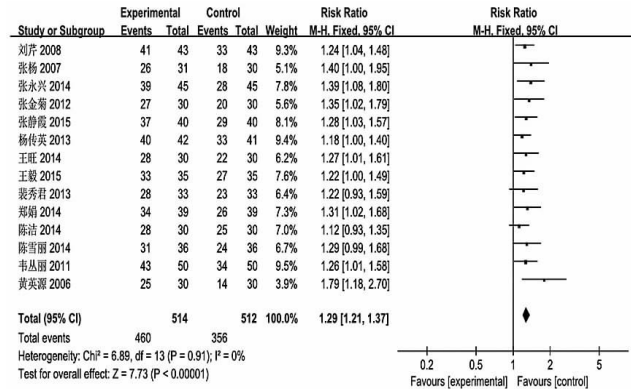


图1 临床疗效有效率Meta分析结果森林图

2.2 排卵率 有7篇<sup>[4,10-11,17,19-20,24]</sup>文献对排卵率进行了随访报道，异质性检验： $P=0.92$ ， $I^2=0\%$ ，其异质性小，进行Meta分析并评估发表性偏倚，绘制森林图（图2）。分析结果显示在促进卵泡发育、促进排卵的疗效方面中西医结合组较单用达英35组疗效更好。

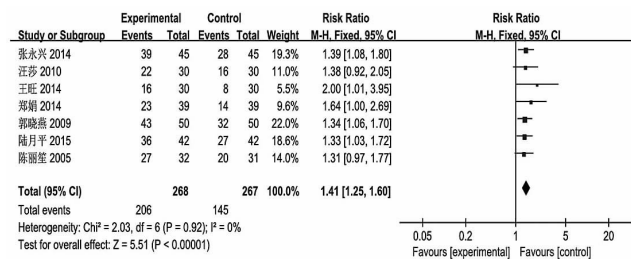


图2 排卵率Meta分析结果森林图

2.3 妊娠率 按样本量大小（30例为标准）分大小样本组，发现小样本组妊娠率的评价方面异质性较大；大样本组妊娠率的评价方面异质性小，同质性好；对大小样本组行Meta分析并评估发表性偏倚，绘制森林图（图3）。分析结果表明在大样本组妊娠率方面，中西医结合组较单用达英35组高；而小样本组妊娠率无明显差异。

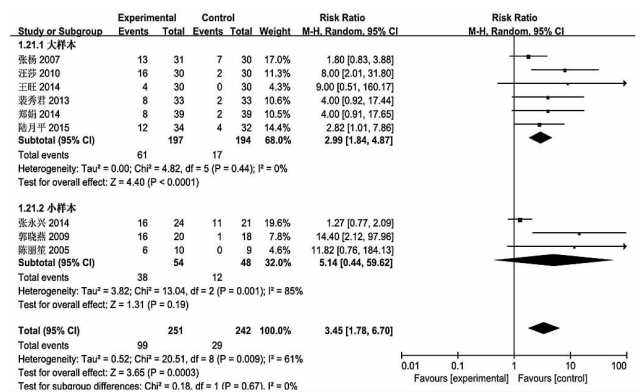


图3 妊娠率按样本量进行亚组分析的Meta分析结果森林图

2.4 治疗后LH/FSH值改变 有14篇<sup>[4-5,7,10,13,15-23]</sup>文献对治疗前后LH/FSH值进行跟踪报道。效应量确定为治疗后LH/FSH值并进行Meta分析，显示纳入文献数据存在高度异质性，故更改为随机效应模型继续Meta分析，得到森林图（图4），结果显示中西医结合组和单用达英35组在降低PCOS患者的LH/FSH值方面疗效相当。

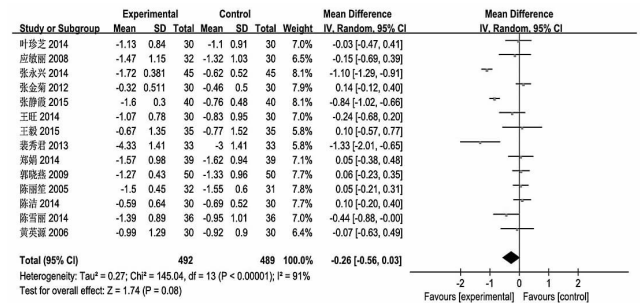


图4 治疗后LH/FSH值改变的Meta分析森林图

2.5 治疗后T值改变 共有20篇<sup>[4-7,9-24]</sup>文献报道了中西医结合治疗与单用达英-35治疗前后的雄激素改变，对报道值排除后的18篇进行Meta分析。效应量确定为治疗后T值改变，显示纳入文献数据在评价方面存在高度异质性，故更改为随机效应模型继续Meta分析后得到森林图（图5）。结果显示在降低PCOS患者T值方面，中西医结合组和单用达英-35组疗效相当，无显著差异。

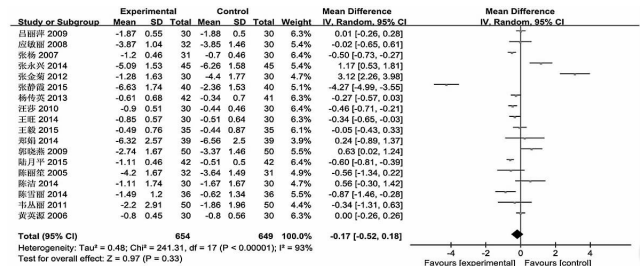


图5 治疗后T值改变的Meta分析森林图

2.6 治疗后LH值改变 共有20篇<sup>[4-7,9-24]</sup>文献报道了中西医结合治疗与单用达英-35治疗前后的LH值。经过单位处理统一后进行Meta分析。以治疗后LH值改变作为效应量，进行Meta分析结果异质性大，故以所采用的中医

治疗方式进行分组；得出汤剂组、中成药组、特色疗法组（灸法、埋针等）：进行异质性检验，结果认为3组在治疗后LH值改变的疗效评价方面均具有高度同质性。故更改为随机效应模型，进行Meta分析后得到森林图（图6）。结果表明汤剂组在降低LH值疗效方面优于单用达英-35组，中成药组和特色疗法组与单用达英-35组在降低LH值方面疗效相当。

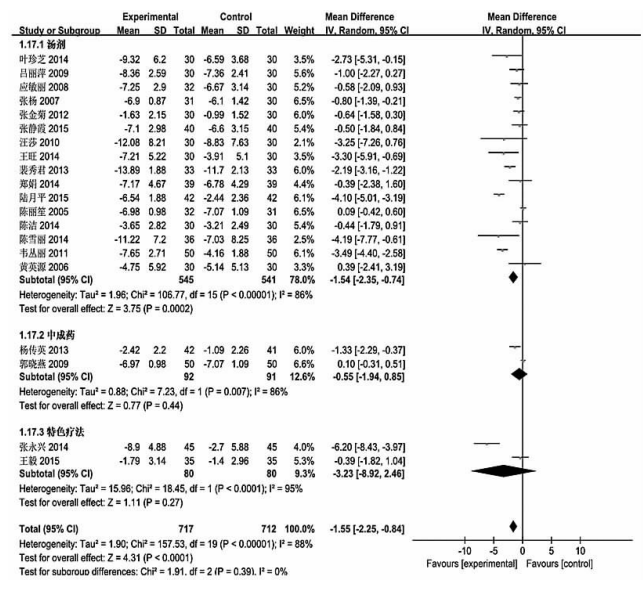


图6 分亚组治疗后LH值改变的Meta分析的森林图

2.7 远期月经周期正常率 有3篇<sup>[4,7,9]</sup>文献在治疗结束后半年随访患者的月经情况，通过异质性检验认为纳入研究在远期月经周期正常率的评价方面异质性小，Meta分析结果表明差异具有统计学意义，结果表明中西医结合组较单用达英-35组在远期月经周期正常率方面较高。

### 3 讨论

PCOS临床多以对症治疗为主。大量研究表明中医药在改善PCOS患者的临床症状方面有显著疗效，通过调整内分泌紊乱，恢复正常月经周期及卵巢排卵功能，从而提高临床妊娠率。近代医家治疗PCOS多认为其主要病机为肾虚为本，痰瘀互结阻滞胞脉为标，辨证从肾、肝、脾入手，治以益肾健脾，化痰祛瘀。补肾常选用杞菊地黄丸、右归丸等，滋阴药与温阳药共用，意在“阴中求阳、阳中求阴”；化痰多采用温胆汤、苍附导痰汤加用茯苓、白术等，健脾同时以助化痰之力；活血化痰多用桃红四物汤、通瘀煎等，祛瘀之品常用丹参、红花、桃仁、赤芍等，并非一味活血化瘀，常配伍桂枝、当归等温通和血。对于PCOS的治疗经验始终围绕“辨证论治”这一核心思想，但从各中医名家经验总结中，可以看出治则多为补肾调脾、健脾化痰、活血祛瘀、疏肝解郁等。

本研究结果表明，达英-35联合中医治疗PCOS的临

床疗效有效率、排卵率、妊娠率、远期月经周期正常率及治疗后LH值改变远优于单用达英-35；在治疗后LH/FSH值改变、治疗后T值改变方面与单用达英-35疗效相当，无明显差异，说明中西医结合治疗PCOS可能对于防止病情复发方面有较好的疗效。

由于纳入研究文章数量较少，一定程度上影响本次Meta分析结果的可靠性。故在中西医结合治疗PCOS方面希望有更多的研究，探索中西医结合治疗PCOS的优势，为PCOS患者提供更好的治疗方案。

### 参考文献

- [1] Randevara H S, Tan B K, Weickert M O, et al. Cardiometabolic aspects of the polycystic ovary syndrome[J]. *Endocr Rev*, 2012, 33 (5):812-841.
- [2] Huang G. Clinical update on screening, diagnosis and management of metabolic disorders and cardiovascular risk factors associated with polycystic ovary syndrome[J]. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, 2012, 19 (6): 512-519.
- [3] Fauser B C. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ ASRM- Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group[J]. *Fertility & Sterility*, 2012, 97 (1):28-38.
- [4] 陈丽笙, 周金汤. 达英-35配合右归丸加减治疗多囊卵巢综合征临床观察[J]. *中国中西医结合杂志*, 2005, 25(9):794-796.
- [5] 黄英源, 杨秀文, 邓敏端. 中西医结合治疗未婚多囊卵巢综合征的临床研究[J]. *新中医*, 2006, 38(4):58-59.
- [6] 张杨, 屠蕊沁, 屠德敬. 炔雌醇环丙孕酮片联合中药治疗多囊卵巢综合征[J]. *中国临床医学*, 2007, 14(5):711-712.
- [7] 应敏丽. 补肾运脾方与达英-35合用治疗多囊卵巢综合征临床观察[J]. *湖北中医杂志*, 2008, 30(7):38-39.
- [8] 刘芹. 膻下逐瘀汤联合达英-35治疗多囊卵巢综合征致月经失调 43例[J]. *陕西中医*, 2008, 29(11): 1457.
- [9] 吕丽萍, 陈光盛. 加味补中益气汤联合达英-35治多囊卵巢综合征 30例[J]. *江西中医药*, 2009, 40(5):42-43.
- [10] 郭晓燕, 钟海梅, 贺慧蕾, 等. 温肾化痰胶囊联合达英-35治疗多囊卵巢综合征临床疗效观察[J]. *现代医药卫生*, 2009, 25(11):1606-1607.
- [11] 汪莎. 中药周期疗法联合达英-35治疗多囊卵巢综合征不孕的临床研究[J]. *湖北中医杂志*, 2010, 32(2):14-16.
- [12] 韦丛丽. 中药复方联合达英-35对多囊卵巢综合征患者性激素水平的影响[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2011, 17(5):238-240.
- [13] 张金菊. 中药联合达因-35治疗多囊卵巢综合征的临床观察[J]. *广西中医药大学学报*, 2012, 15(2):16-17.
- [14] 杨传英. 中西医结合治疗多囊卵巢综合征 42例临床观察[J]. *新中医*, 2013, 45(7):77-79.
- [15] 裴秀君, 弭艳旭, 弭艳红, 等. 补肾活血方联合炔雌醇环丙孕酮片治疗多囊卵巢综合征 33例临床观察[J]. *河北中医*, 2013, 35(10):1453-1455.
- [16] 陈雪丽, 应丹萍. 自拟中药汤剂治疗多囊卵巢综合征疗效观察[J]. *中国中医药科技*, 2014, 21(5):566-567.
- [17] 郑娟, 王祖龙. 橘黄汤联合达英-35治疗痰湿阻滞型多囊卵巢综合征临床研究[J]. *新中医*, 2014, 46(3):107-109.
- [18] 陈洁, 汤飒爽, 王盾. 补肾化痰方治疗多囊卵巢综合征疗效观察[J]. *新中医*, 2014, 46(9):103-104.
- [19] 王旺, 赵可宁. 补肾调周法联合达英-35治疗肾虚型多囊卵巢综合征的临床研究[J]. *陕西中医*, 2014, 35(7):773-775.
- [20] 张永兴, 贾超敏. 温肾祛痰调周法治疗多囊卵巢综合征[J]. *现代中医临床*, 2014, 21(5):7-11.
- [21] 叶珍芝, 谢泳泳. 滋肾疏肝化痰调冲汤对多囊卵巢综合征患者胰岛素抵抗的影响[J]. *四川中医*, 2014, 32(5):97-99.
- [22] 张静霞. 中西医结合治疗多囊卵巢综合征疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2015, 24(14):1562-1563.
- [23] 王毅, 许清华, 胡智海, 等. 督灸治疗脾肾阳虚型多囊卵巢综合征疗效观察[J]. *上海针灸杂志*, 2015, 34(1):35-37.
- [24] 陆月平. 桂枝茯苓汤合二陈汤联合西药治疗多囊卵巢综合征临床观察[J]. *新中医*, 2015, 47(8):129-130.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王瑞英 收稿日期:2018-07-31)

# 慢性萎缩性胃炎动物模型研究进展

刘福花 秦晓光 龙俊华 李梅

(甘肃中医药大学针灸推拿学院, 甘肃 兰州 730000)

**摘要:**近年来慢性萎缩性胃炎的发病率逐年上升,相关实验研究文献较多,查阅文献后发现虽然慢性萎缩性胃炎模型复制方法众多,但存在造模周期长、死亡率高、可重复性差、耗时耗力等问题。为寻求更好的慢性萎缩性胃炎动物模型复制方法,本文总结近20年来慢性萎缩性胃炎动物模型制备的相关实验研究,并进行归纳分析。

**关键词:**慢性萎缩性胃炎;动物实验;模型;综述;痞证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.21.065

文章编号:1672-2779(2018)-21-III-02

## Research Progress on Animal Models of Chronic Atrophic Gastritis

LIU Fuhua, QIN Xiaoguang, LONG Junhua, LI Mei

(College of Acupuncture and Massage, Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Gansu Province, Lanzhou 730000, China)

**Abstract:** In recent years, the incidence of chronic atrophic gastritis has increased year by year. There are many related research literatures. After reviewing the literature, it is found that although there are many methods for replicating chronic atrophic gastritis, there are long modeling cycles, high mortality, poor repeatability and time consuming, power consumption and other issues. In order to find a better method for the replication of animal models of chronic atrophic gastritis, this paper summarized the experimental research on the preparation of animal models of chronic atrophic gastritis in the past 20 years, and conducted an inductive analysis.

**Keywords:** chronic atrophic gastritis; animal experiment; model; review; syndrome of feeling fullness and distension in the upper abdomen

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是指胃黏膜局限性或广泛性的固有腺体萎缩、数量减少、黏膜层变厚为主要病理改变的一种慢性疾病<sup>[1]</sup>, 临床主要表现为胃脘痞满、饱胀、反酸、嗝气等。最常见的病因主要为幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, Hp) 感染<sup>[2]</sup>, 发病机制目前尚不清楚。在中医学中, 历代医家根据其临床表现, 将慢性萎缩性胃炎归于“痞证”范畴。慢性萎缩性胃炎是消化系统最常见的疾病之一, 世界卫生组织将 CAG 定为胃癌癌前病变<sup>[3]</sup>。经研究表明, 慢性萎缩性胃炎的发病率呈逐年上升趋势, 并且以老年人最为多见<sup>[4]</sup>。查阅近几年相关文献发现: 慢性萎缩性胃炎动物模型复制方法较多, 但存在造模周期长、可重复性差、耗时耗力等问题。本文对慢性萎缩性胃炎动物模型复制方法进行相应的综述, 从而更好地总结出一种造模周期短、省时省力的造模方法, 进而更好地提供实验参考依据。

### 1 病证结合造模

**1.1 脾虚型 CAG 模型** 刘晓颖等<sup>[5]</sup>采用脱氧胆酸钠和阿司匹林水溶液交替饮用加免疫损伤法, 联合耗气破气 (川厚朴、枳实、大黄以 3:3:2 比例, 100% 煎剂隔日灌胃, 3 mL/只) 加饥饱失常法, 同时隔日喂饲料, 共 4 周。

**1.2 肝郁型 CAG 模型** 邹世洁等<sup>[6]</sup>在 CAG 造模的基础上, 从第 8 周开始, 加用钳子夹大鼠尾部, 使之保持激怒、争斗状态, 每天 30 min, 同时每 3 周 0.1% 肾上腺素腹侧皮下注射 2 次, 0.1 mL/只, 造模时间 28~44 周。任建<sup>[7]</sup>通过干顶、刺激 Wistar 大鼠情志法, 饥饱失常法等复制慢性胃炎肝郁型模型。实验发现, 慢性胃炎肝郁证组大鼠的黏膜皱壁变化明显, 有显著的差异 ( $P < 0.05$ )。

**1.3 肾虚型 CAG 模型** 陈小野等<sup>[8]</sup>对 Wistar 大鼠采用脱氧胆酸钠和阿司匹林水溶液交替饮用加免疫损伤, 在 CAG 造模的基础上, 从实验第 6 周开始, 加用甲基硫氧嘧啶 (MTU), 以 0.08% 浓度加入脱氧胆酸钠溶液或阿司匹林溶液中自饮, 造模时间 30~46 周。

**1.4 湿热型 CAG 模型** 徐珊等<sup>[9]</sup>采用 MNNG 配合酒精造模不变的基础上, 从实验第 7 周开始, 大鼠饲料换为高脂、高糖饲料喂养, 同时每天将大鼠置入造模箱内 (恒温干燥箱内置超声雾化器和湿温度表), 调节箱内温度 ( $33 \pm 2$ ) °C, 相对湿度 ( $95 \pm 3$ ) %, 每天 1 次 2 h, 共 4 周。

### 2 病因造模

慢性萎缩性胃炎的发病可能与幽门螺杆菌 (Hp) 感染、饮食习惯、免疫因素、胆汁或十二指肠液反流、体质因素、遗传因素等有关。

**2.1 幽门螺杆菌 (Hp) 培养法** 在 60%~90% 的慢性萎缩性胃炎患者的胃黏膜中可培养出幽门螺杆菌。大量研究证实, 幽门螺杆菌是慢性胃炎的重要致病因素<sup>[10-11]</sup>。曾志荣<sup>[12]</sup>在建立幽门螺杆菌感染大鼠模型时, 采用了含有 cagA 基因和 vacA 基因的 Hp 悉尼菌株 (Sydney Strain 1, SS1), 成功地建立了幽门螺杆菌长期感染大鼠模型。唐旭东<sup>[13]</sup>采用幽门螺杆菌感染大鼠及水杨酸钠乙醇混合溶液灌胃的综合方法, 成功地建立幽门螺杆菌感染 CAG 大鼠模型。研究表明找到适合感染菌株, 并在接种幽门螺杆菌前给予损伤胃黏膜及改变胃内 pH 值等预处理措施增加模型病理变化程度是解决大鼠感染模型的关键。幽门螺杆菌作为慢性萎缩性胃炎的重要致病因素, 虽然可成功造模, 但病理性质不稳定且造模周期长<sup>[14]</sup>。

**2.2 热盐水法** 生活方式、饮食习惯与慢性萎缩性胃炎的发生具有不可分割的关系。张沂等<sup>[15]</sup>通过临床报道, 长期过热过盐饮食可导致胃黏膜萎缩。陶梅等<sup>[16]</sup>对大鼠采用热水 (55 °C 蒸馏水, 2.5 mL/只) 灌胃法, 32 周后光镜下大量上皮细胞脱落, 细胞破损, 局灶性糜烂, 电镜下腺体和腺体细胞萎缩, 胞质内细胞器减少。慢性胃炎造模成功。陶梅等<sup>[17]</sup>对大鼠 25 °C 15% 盐水连续灌胃 24 周, 24 周后大鼠胃黏膜光镜结果显示: 胃黏膜腺体明显缩小, 黏膜肌层的平滑肌呈束状增生插入黏膜固有层中。李艳等<sup>[18]</sup>用 55 °C 15% 氯化钠灌胃, 每日 1 次, 2.5 mL/次, 共 12

周。第12周末,模型组胃标本病检均符合慢性萎缩性胃炎表现,造模成功。过热过咸饮食造成的慢性萎缩性胃炎符合我国人群本病的发病特点<sup>[9]</sup>,虽然是一种稳定而便捷的大鼠慢性萎缩性胃炎模型复制方法,但是实验室大多提供的是适宜大鼠日常饮用的自来水,由于实验条件限制无法达到所需热水温度,并且造模周期较长。

### 3 联合造模

**3.1 脱氧胆酸钠为主** 刘磊等<sup>[20]</sup>采用大鼠自由饮用脱氧胆酸钠和低浓度无水乙醇,并配高浓度无水乙醇灌胃及饥饿失常(2天饱食,1天禁食),13周后造模成功。翦林宏等<sup>[21]</sup>使用脱氧胆酸钠配合酒精造模,成功率高(100%)。冯秀雪<sup>[22]</sup>综合酒精、水杨酸钠、脱氧胆酸钠和氨水,22周后成功建立CAG模型。脱氧胆酸钠配合酒精的造模方法,必须注意配置脱氧胆酸钠溶液时每天应现配现用,但酒精对胃黏膜刺激性较大,并且造模周期长,大鼠易出现老化现象并且死亡率较高。

**3.2 MNNG诱导剂** 陆为民等<sup>[23]</sup>先用去离子水配成1 g/L的储备液(每周配制1次),4℃冰箱避光保存,用前以自来水稀释为50 μg/mL的溶液,装入避光水瓶让大鼠自由饮用,盐酸雷尼替丁胶囊0.03 g/kg灌胃,配合饥饿失常(2天足量喂食,1天禁食)多因素综合造模,20周后通过相关病理结果观察,确保造模成功。彭继升等<sup>[24]</sup>以120 μg/mL的N-甲基-N-硝基-N-亚硝基胍(MNNG)溶液灌胃为基础,配合自由饮用浓度为0.05%氨水溶液,进食含0.03%盐酸雷尼替丁大鼠饲料,进行造模。32周后病理切片显示慢性萎缩性胃炎黏膜表现,造模成功。朱萱萱等<sup>[25]</sup>以浓度为167 μg/mL的N-甲-N-硝基-亚硝基胍(MNNG)稀释液给大鼠自由饮用,同时以0.017 mol/L浓度的MNNG 1 mL/只灌胃,共8周。结果大鼠胃黏膜形成溃疡,在溃疡底部见大量中性粒细胞浸润,伴腺体上皮细胞轻度-中度ATP。

虽然目前多采用以MNNG诱导剂为主的综合造模法,但普遍存在造模周期长、费用昂贵、造模剂量不统一、病理改变时间出现不同等问题<sup>[26]</sup>。若剂量过低易造成浅表性胃炎模型,过高则造成癌模型。目前对MNNG的剂量使用尚未形成统一的标准。使用MNNG时应注意:因MNNG试剂在光照下成分易发生分解,所以给大鼠饮用时,将配置好的溶液必须装入避光的饮水瓶内,每24 h更换1次,并记录每天饮用量。查阅大量文献,MNNG试剂使用时都是用蒸馏水配置,但实际操作时蒸馏水并不能完全溶解MNNG,而二甲基亚砜(DMSO)能将其完全溶解。

**3.3 水杨酸钠为主** 张淑琴等<sup>[27]</sup>以200 mL/L水杨酸钠溶液给大鼠灌胃,1次/日,2 mL/次,灌胃前后1 h禁食水。前3周自由进食水,后3周自由饮水,1日足量喂食,1日禁食;隔日在温水中游泳10 min。6周后,CAG模型复制成功。邵学辉<sup>[28]</sup>以200 mL/L水杨酸钠溶液和300 mL/L乙醇混合溶液给大鼠灌胃,1次/日,2.5 mL/次,灌胃前1 h禁食水。配合前4周过度劳倦法和后4周隔日喂食不禁水法。8周后模型复制成功。以水杨酸钠为主的造模方法,虽然

造模周期短,但灌胃前后1 h需禁食水,操作不方便。

### 4 结论

关于慢性萎缩性胃炎动物模型的复制方法众多,包括:病证结合造模法、幽门杆菌感染造模法、热盐水法、脱氧胆酸钠配合酒精造模法、MNNG诱发大鼠CAG模型、水杨酸钠为主造模法,但均存在造模周期长、不便于实际操作等问题。查阅文献,目前多采用以MNNG诱导剂为主的综合造模法,存在造模周期长、费用昂贵、造模剂量不统一等问题,缺乏统一的参考标准,故在以后的实验研究中应继续努力研究出造模周期短、死亡率低、成功率高、省时省力,更成熟稳定的造模方法。

### 参考文献

- [1]杨改琴,贾成文,张炳岐,等.针刺背俞穴对CAG模型大鼠血清SOD、MDA的影响[J].陕西中医,2014,35(5):621-623.
- [2]封迎帅,林亚平,易受乡.胃炎的针灸治疗近况及作用机理探讨[J].现代生物医学进展,2011,11(S1):4753-4757.
- [3]林寿宁,韦维,朱永辛,等.安胃汤对CAG模型大鼠TFF2mRNA表达的影响[J].中国癌症防治杂志,2010,2(4):258-260.
- [4]Piloto A, Salles N. Helicobacter pylori infection in geriatrics[J]. Helicobacter, 2002, 7(s1):56-62.
- [5]刘晓颖,陈小野,李卫红,等.CAG证病结合模型的胃黏膜病理和癌基因表达研究[J].中国中医基础医学杂志,1999,5(2):32-35,70.
- [6]邹世洁,陈小野.大鼠CAG证病结合模型的宏观征症观察[J].长春中医药大学学报,2007,23(5):13-15.
- [7]任健.慢性胃炎肝郁证大鼠模型表征与胃黏膜细胞凋亡及Bax、Bcl-2表达的相关研究[D].济南:山东中医药大学,2011.
- [8]陈小野,邹世洁.大鼠CAG证病结合模型舌象扫描电镜观察[J].山西中医,2001,17(6):50-53.
- [9]徐珊,王常松,周嘉鹤,等.慢性萎缩性胃炎不同中医证型模型大鼠胃黏膜细胞增殖基因表达[J].中国中西医结合杂志,2007,27(11):1004-1006.
- [10]Lahner E, Bernardini G, Possenti S, et al. Immunoproteomics of Helicobacter pylori, infection in patients with atrophic body gastritis, a predisposing condition for gastric cancer[J]. International Journal of Medical Microbiology, 2011, 301(2): 125-132.
- [11]张凤娟,江月萍,赵清喜.幽门螺杆菌 vacA 及 cagA 基因型与胃疾病的关系[J].青岛大学医学院学报,2010,46(2):98-100.
- [12]曾志荣,胡品津,陈旻湖,等.幽门螺杆菌长期感染大鼠腺胃模型的建立[J].中国人兽共患病杂志,1998,14(5):20-23.
- [13]唐旭东.Hp感染萎缩性胃炎大鼠模型的建立[D].青岛:青岛大学,2012.
- [14]冷秀梅,魏睦新.慢性萎缩性胃炎实验动物模型的建立和研究进展[J].世界华人消化杂志,2013,21(20):1901-1906.
- [15]张淑琴,张玲霞,徐俊荣,等.热盐水致胃黏膜细胞凋亡及对热休克蛋白表达影响[J].世界华人消化杂志,2003,11(12):2038-2041.
- [16]陶梅,张淑琴,张玲霞,等.热盐水致大鼠萎缩性胃炎胃黏膜超微结构变化[J].第四军医大学学报,2005,26(14):1264-1267.
- [17]陶梅,张淑琴,张玲霞,等.盐水致大鼠萎缩性胃炎胃黏膜组织细胞透射电镜观察[J].中华消化杂志,2005,25(9):558-559.
- [18]李艳,罗兴菊,陈骏,等.胃萎缩颗粒治疗大鼠慢性萎缩性胃炎的实验研究[J].中国医药导报,2011,8(25):5-6.
- [19]冯文涛,蔡文君,陆施婷,等.慢性胃炎动物模型建立的实验方法研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2015,23(10):745-748.
- [20]刘磊,迟宝荣,李翠华,等.联合法致大鼠慢性萎缩性胃炎模型的建立[J].中国全科医学,2010,13(33):3769-3771.
- [21]翦林宏,彭志辉,陈立峰,等.大鼠慢性萎缩性胃炎模型的建立[J].中国比较医学杂志,2007,17(3):161-163,187.
- [22]冯秀雪,令狐恩强.慢性萎缩性胃炎的动物模型研究[J].军医进修学院学报,2012,33(6):668-671.
- [23]陆为民,单兆伟,吴静,等.大鼠慢性萎缩性胃炎癌前病变气虚血瘀证动物模型的研制[J].南京中医药大学学报(自然科学版),2000,16(3):156-158.
- [24]彭继升,杨晋翔,安静,等.建立萎缩性胃炎伴异型增生大鼠脾胃气虚、毒损络病证结合模型的探索[J].世界中西医结合杂志,2015,10(10):1357-1360.
- [25]朱萱萱,史琳峰,吴旭彤,等.实验性慢性萎缩性胃炎脾虚证模型的建立及不同时期病理形态学的改变[J].中华中医药学刊,2012,30(2):231-233,449-450.
- [26]李俊青.参七消痞颗粒对MNNG负荷多因素致大鼠慢性萎缩性胃炎的干预作用及机制探讨[D].北京:北京中医药大学,2013.
- [27]张淑芹,赵林山,郑继奎,等.慢性萎缩性胃炎动物模型的复制[J].哈尔滨师范大学自然科学学报,2001,17(6):81-83.
- [28]邵学辉,王建国.大鼠慢性萎缩性胃炎模型的建立[J].张家口医学院学报,2002,19(2):11-13.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘海伟 收稿日期:2018-08-03)