

中医骨伤科学教学研究与思考※

茆 军 邢润麟 范东华 张 立 丁 亮 梅 伟 黄正泉 王培民*

[南京中医药大学附属医院(江苏省中医院)骨伤科,江苏 南京 210029]

摘 要: 中医骨伤科学是中医教育的核心课程,通过结合课堂教学、临床带教实践和对所教学生的调研,对中医骨伤科学的课堂教学和临床带教的内容、方法进行探讨,分析传统讲授式教学存在的不足,并针对性地研究与思考,提出改进办法并在教学中实践,提高了教学质量。

关键词: 中医骨伤科学;教学研究;中医课程

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.001

文章编号:1672-2779(2018)-23-0001-03

Research and Thinking on the Teaching of Traditional Chinese Medicine Orthopedics

GENG Jun, XING Runlin, FAN Donghua, ZHANG Li, DING Liang, MEI Wei, HUANG Zhengquan, WANG Peimin
(Orthopedics Department, the Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine (Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine), Jiangsu Province, Nanjing 210029, China)

Abstract: Traditional Chinese medicine orthopedics is the core course of TCM education. However, there is very little research on the teaching of this course. Because teachers are limited to textbook knowledge in the design of teaching content, it is definitely impossible to teach students with overall clinical thinking. By combining the author's classroom teaching, clinical teaching practice and research on the students taught, the content and methods of classroom teaching and clinical teaching in traditional Chinese medicine trauma science are discussed, and the shortcomings of traditional teaching teaching are analyzed. Focusing on research and thinking, proposing improvement methods and practicing in teaching, improve the quality of teaching.

Keywords: traditional Chinese medicine orthopedics; teaching research; traditional Chinese medicine course

中医骨伤科学是中医教育的核心课程,随着现代医学科技的发展日新月异,教师们需要结合目前科学发展的现状,充分研究与思考,不断更新教学方法,提高本课程的教学质量,让学生更快更准地掌握本课程的内容,学所能用。作者总结了十余年的教学经验和体会,希望能对本课程的教学进步有所帮助。

1 传统讲授式教学的分析

在中医骨伤科学的传统课堂教学中,教师一般采用课本知识、骨骼模型、临床所摄的照片相结合的方法进行教学,在教学过程对考试的重点和难点进行反复讲解,希望学生能够记住这些知识并在考试中获得好的成绩^[1]。然而我们在课堂上不难发现,学生们大多埋头划重点,很少与教师互动,教学质量可想而知。虽然大部分同学通过死记硬背,最后在考试中能获得不错的成绩,但是在临床实习过程中,我们发现学生很难用学到过的骨伤科的知识来对骨伤科常见病进行诊断并提出基本的治疗方案。究其原因,首先是教材

中介绍的诊断和治疗方法与实际临床中有较大的差别;其次是教师在日常教学过程中没有结合最新的诊断标准和治疗方法来教学,教学方法单一。

2 教学内容的设计

本课程的教师在教学的内容设计上一定要让学生树立正确的世界观、人生观、价值观、荣辱观、学习观,教育事业不仅要传授知识、培养能力,还要把社会主义核心价值观融入到现实的课堂教育中,教学中不仅要教授知识、技能,更要培养求真精神和博爱情怀,时时刻刻体现“大医精诚”的德术理念,让学生们树立成为一个好医生的信念,只有这样才会主动去学习^[2]。专业方面不仅要有本课程的知识,并且要有相关学科的内容,尤其是解剖学和影像学方面的知识一定要贯穿整个教学过程,解剖学可以让学生准确判断病变部位及原因,影像学可以让他们精准地诊断。更要结合目前骨伤科临床上最新的诊断方法和治疗技术,讲授相关学科的前沿进展。人是一个整体,如果孤立地传授骨伤科的知识,学生来到临床面对骨科病人时,极易漏诊误诊,导致严重的后果。比如笔者曾经在临床上就遇到过一例腰腿疼痛患者,此人疼痛剧烈,由腰牵及大腿内侧疼痛,血压高,查腰椎CT提示腰4/5椎间盘突出,给与止痛药及糖皮质激素,疼痛不能缓解,查体发现直腿抬高试验阴性,没有神经根刺激症状,立即予以腹部至大腿血管造影成像CT,发现

※ 基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家周福临传承工作室项目;国家中医药管理局全国第六批老中医药专家学术经验继承工作【No.国中医药人教发[2017]29号】;江苏省第二批老中医药专家学术经验继承工作【No.苏中医政[2014]13号】;江苏省名老中医药专家许建安传承工作室

* 通讯作者: junsh@foxmail.com

为主动脉夹层动脉瘤,范围由腹主动脉至股动脉,立即予以转入血管外科治疗。如果我们在课堂及临床教学中,不提及相关学科的内容,只告诉学生腰腿疼痛就是腰椎间盘突出引起的,当学生在临床面对这种病人的时候,就容易出现严重的问题。

3 教学方法的设计

目前有各种各样的教学方法可供教师选择,比如情境教学法、以问题为基础的教学法、病例讨论为中心的教学法、任务驱动教学法等^[3]。中医骨伤科学是一门特殊的学科,内容涵盖中医学和现代骨科学的知识,教学中可以使用骨骼模型、治疗器械、外用膏药等实体事物,让学生有实际的感受。如何将各种教学方法和本课程实际结合起来,是我们每一个中医骨伤科学教师一直在探索的课题。作者在实际教学中采用以问题为基础的教学法和情境教学法,结合各种电脑软件,展示临床所用的各种模型、器械。课堂教学中使用3D解剖软件,逐层展示肌肉、血管、神经、骨骼,强化解剖层次概念。用临床上的X线片、CT片、MRI片等影像学资料,强化辅助诊断知识。用传统的小夹板、普通石膏、高分子石膏、定制支具等固定器具,让学生分组演练,体现实战的理念。用临床上常用的商品膏药、自制膏药、药膏等,演示外治法。作者经常在教学过程中鼓励学生报名参加临床实践,安排门诊及病房示教。临床带教过程中,让学生分组问诊、查体,得出诊断并制定治疗方案,然后集体讨论,逐个点评,表扬正确的地方,指出不足的地方,最后要求每个学生写出一个完整的病案。通过这些具体场景的设计,提问一些鉴别诊断的问题,让学生们有深刻的体会。

4 中医思维的培养

中医骨伤科学是一门中医学的课程,整个教学过程中必须贯穿中医思维。本课程的目的就是要培养具有扎实的中医思维,掌握骨伤科中西医核心诊治理念和技能,能够不断接受新知识、新技能的中医学临床医师。中医思维包含了祖国传统文化,是在中医基础理论指导下,能够精确诊断和治疗疾病的临床思维系统。主要包括直觉思维、整理思维、取象思维、辩证思维、经验思维、顺势思维、养治结合思维^[4]。课堂及临床带教过程中要不断用身边的成功案例来唤起主动培养中医思维的积极性,以国医大师或者全国名老中医的经典病例及神奇的临床疗效为案例。比如作者经常在课堂上以我院国医大师夏桂成治疗不孕、国医大师徐景藩治疗腹泻、中国骨伤名师诸方受治疗腰腿痛等传奇案例来讲述中医的临床疗效,让学生们有学习中医的强烈愿望。不断鼓励学生刻苦研究中医学系统理论、中医学方法论,了解中国传统文化。发挥师承教育优势,鼓励学生利用业余时间到临床跟师学习,从

实践中掌握中医思维的建立方法。

5 自学能力的培养

自主学习是与传统的接受学习相对应的一种现代化学习方式。学生通过独立的探索、分析、质疑、实践、创造等方法实现学习目标^[5]。教师应以学校教育为主,同时教授自我学习的方法,使学生通过自主学习,学会求知、做人、健体、审美、生活、交往、劳动等各种知识,具备与目前社会的基本素质^[6]。随着网络的普及,学生获取知识的途径越来越便捷,如何让学生能在课后有效地扩展知识面,自学能力的培养显得越发的重要。骨科学是个大的学科,研究方向很多,发表了海量的文献和出版了若干的著作,本课程的教师首先要教会学生检索、筛选骨科文献的方法,其次就是分析文献,然后再精读文献。阅读了一定的文献后,再写出自己的心得和发现,教师需要认真批改给出意见。课后一定要多留问题,让学生自己去发现答案。强大的自学能力是学生以后攀登医学高峰的阶梯,毕竟课堂及临床带教所教授的知识是有限的,绝大部分知识还是通过自我学习获得。当学生由“要我学”变为“我要学”,就会举一反三、触类旁通、归纳概括,大大提高学习效率。

6 教学质量的评价

在中医骨伤科学的教学过程中,需要不断对教学质量进行评价,需从“学”与“教”两个方面进行。本课程的教师教学评价必须以学生为中心,从学生的角度来设计评价指标,边教边评,在教学过程中要不断关注其切身体验,让学生对教师的教学提出真实的看法。每个班的学生知识面都不尽相同,在开始教学之前,需要做充分的调研和分析,比如已学中医课程、考试成绩、参加临床实践时间等,以此为基础,在教学过程中不断评价学生接受知识的程度。通过对学生的接受程度的分析,教师要及时改善教学方法、修改教学内容。教师在教学过程中要不断自我评价,积极学习新的教学方法和骨科学方面的新知识、新进展,只有这样才能通过评价提高教学质量。

7 结论

随着交通的高速发展和人类老龄化进程的加速,骨伤科疾病的发病率越来越高。中医药对骨伤疾病的诊治具有极大的优势,因此目前临床对中医骨伤科专业医师的需求越来越多。因此学生在学校阶段的中医骨伤科课程的学习,显得特别重要,这就对本课程的教师提出了更高的要求,我们还需要不断探索教学方法、提高教学质量。本研究结果表明,依托于交互式实操教具的实训课程,有助于中医正骨手法教学水平的提高。今后将直接将此实训方法和模型投入各个教学层级的骨折手法复位的教学、训练、考核之中。并

且受此启发,将尝试更多种类的实操训练教学,推进医学教育模式的转变,全方位地提高专科教学质量。

参考文献

- [1]王德超,包少英,李奎,等.浅谈提高骨科教学效果的措施[J].中国实用医药杂志,2015(5):272-273.
- [2]刘士茹.以德育人理念下课堂教学发展的价值诉求[J].教学与管理,2016(7):14-16.
- [3]单天明,孙宝志.关于基于问题教学模式改善学生学习能力的评价研究[J].中华医学教育杂志,2006,26(6):90-93.
- [4]胡菲桐,张瀛予,方玲.关于培养中药专业大学新生中医药思维的思考与

实践[J].教育教学论坛,2015(18):119-120.

- [5]俞颖,李晓,黄丽丽,等.浅谈PBL教学模式下教师的重要性[J].西北医学教育,2012,20(1):116-126.
- [6]赵同领,田勇泉.国外自主学习的若干模型:述评和启示[J].现代大学教育,2013(6):54-60.
- [7]李春根,叶超.中医骨伤科学桡骨远端骨折多媒体教学实践与教学思路探讨[J].卫生职业教育,2015,33(5):39-41.
- [8]郝廷,王兴国.骨科仿真教学软件在临床见习教学的应用效果观察[J].世界最新医学信息文献:电子版,2016,16(77):316-317.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王培民 收稿日期:2018-08-21)

基于术语规范化的黄帝内经教学设想※

杨茗茜 王彩霞 崔家鹏 李可大 袁东超 倪 菲 李思琦 陈彦君

(辽宁中医药大学基础医学院, 辽宁 沈阳 110847)

摘要: 基于黄帝内经教学与其术语研究现状,以中医经典的科学传承为导向,引入中医术语规范化方面内容,为梳理中医经典古籍理论内涵及术语研究提供新思路。建议将术语规范化应用于黄帝内经教学,引导学生从中医术语规范化的角度进一步学习理解中医理论,可有效丰富教学内容并提高教学质量,从而为中医经典的教学改革提供新的切入点。

关键词: 中医术语; 规范化; 中医教学; 黄帝内经

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.002

文章编号:1672-2779(2018)-23-0003-03

Programming on Teaching of *Huangdi Neijing* Based on Terminology Standardization of Traditional Chinese Medicine

YANG Mingqian, WANG Caixia, CUI Jiapeng, LI Keda, YUAN Dongchao, NI Fei, LI Siqu, CHEN Yanjun

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

Abstract: By analyzing the status on the teaching and terminological reaching of *Huangdi Neijing*, aiming to the scientific inheritance of TCM classics, the introduction of terminology standardization of TCM can provide new ideas for combing theoretical connotation of TCM classics and reaching the terminology. It is suggested that introducing the terminology standardization of TCM into Huangdi's Canon of Medicine teaching, and guiding students to learn TCM theory from the perspective of standardization of TCM terms, the teaching content and the quality of teaching may be effectively improved, so as to provide new cut-in point for teaching reform of TCM classics.

Keywords: TCM terminology; standardization; TCM teaching; *Huangdi Neijing*

《黄帝内经》是以生命为主体的“百科全书”,是中医奠基之作,亦是每位中医大夫的必修之课。在多学科交叉、现代科技引领的情况下,《黄帝内经》的理论研究与学术继承一直是业内研究者的重点内容。寻求科学的传承之法是《黄帝内经》研究的必经之路。仅以此文试探中医术语标准化应用于《黄帝内经》教学的必要性及可行性,为中医经典传承提供新思路。

1 黄帝内经教学现状

作为开山之作,立医之本的《黄帝内经》,是每位中医学子必踏过的荆棘之路。非一时之作、一人之作,形成了其知识理论庞杂、涉及内容广泛、语言晦涩的情况,增加了中医经典古籍的学习难度。

诸多从事于《内经》教学的学者们在教学方面,依据现代教学方法,已经做出众多教学改革。例如PBL教学^[1-2]、案例式^[3]、讨论式^[4]、引导式^[5]、形成性评价、自由

思考法、系统思维方法、线上线下相结合^[6]、关联其它课程深化内容^[7]、增加课堂互动^[8]、引入多种形式组织教学^[9]等方面,目的是要提高教师指导性、组织性地位,同时进一步拓展学生积极参与的主观能动性能力。在引入多种教学方法的情况下,亦有效改善了《内经》的教学质量与效率。

在学生方面,在教师-学生教学主体转换的教学改革下,把更多主动权交给了学生自己,学生积极性、学习能力有效提高。但在学生学习时,亦体现出中医经典学习盲点,学生会在学习过程中形成暂时性统一性的意会共识,是每个初期学习中医理论学者的共性问题,表面上虽然表现出理解,但是对深层含义却不能够牢靠把握,导致了概念混淆、术语内涵不清,张冠李戴——现代医学帽子扣古代经典头之类情况。而对于其深层内涵的理解仍是需要通过不断学习,才能进一步升华理解的知识内容。

2 黄帝内经中术语研究现状

《内经》理论研究的基础,归根结底是对术语内涵

※ 基金项目:国家中医药管理局中医药标准化项目【No.ZYYS-2013【0001】-2】;辽宁省教育厅人文社会科学研究项目【No.L201729】

的研究,现存关于《内经》术语研究的内容主要体现在脏象理论体系术语研究、疾病类术语研究、解剖部位术语研究、哲学文化术语研究、词义结构及翻译研究等几个方面。

理论体系以脾、肺、肝、肾脏象理论术语研究为主,包括对脾脏象理论关键性术语文化要素及逻辑思维进行了剖析^[6];通过肺、肝脏象理论体系的发生学研究,明晰对肺、肝脏象理论相关术语的理解^[7-8];分类总结和归纳整理肾藏象的理论内容,并纠正常见错误观点^[9]。

疾病类术语研究主要包括归正含义不清、界定不明的病证名称^[10];揭示古现代对比下五脏病证名称命名方法^[11];归类整理脏象体系疾病名称理论源流及演变规律,并明确了其疾病病名的原生含义^[12-14]、命名要素及分类原则^[15-17];探究了脏象体系疾病相关概念表述及其所蕴含理论实质,明确了其疾病概念的内涵和外延^[18]。

解剖部位类术语研究以五官科术语为主,包括对耳^[19]、鼻^[20]、喉^[21]、咽^[22]、眼^[23]、口^[24]类的形态结构及部位名称术语含义的研究。同时也涉及对解剖学姿势和方位类术语的整理研究^[25]。

哲学文化类术语的研究以五行类术语以及单一术语内涵与外延研究为主,包括对《内经》中的“木、火、土、金、水”五个术语与先秦两汉时期术语含义进行比对探讨,研究其在《内经》中的创新意义^[26];单从一个“火”字术语着手,梳理《内经》“火”的概念,并简要辨析了《内经》“火”的几种涵义^[27];深层挖掘先秦诸子与《内经》“神气”及其相关术语的内涵^[28]。

从语言学以及英语翻译角度的研究以词语类术语进行词性、词义、翻译为主,包括《内经》名词术语词义^[29]、隐喻语言类型及功能^[30]的研究,以及通过词义、词性分类研究进行语境差异化英译研究^[31]等内容。

3 术语规范化在黄帝内经教学中的应用

3.1 黄帝内经中术语规范化 《黄帝内经》中存在的大量中医名词术语,以脾脏象理论术语为例,选取了《素问》中饮食相关的症状类术语,参考《内经词典》^[32]、《内经》^[33]、《黄帝内经素问译释》^[34]、《黄帝内经集解》^[35]、《黄帝内经》^[36]、《全注全译黄帝内经》^[37]、《黄帝内经素问白话解》^[38]等著作,对《素问》原文中“饮食”相关症状术语内涵进行比较分析,并对术语进行初步规范化。

参考《内经词典》释义。“食”含义4个:①饮食物,②吃,③消耗,④饲养供养。“食饮”含义2个:①饮食物,②吃饭喝水。“饮食”含义3个:①食物饮料,②吃饭喝水,③之人的食欲嗜好等饮食情况。根据列举术语在原文中的实际内涵,进行初步规范化。“不欲食”在《素问》中是对饮食情况的描述,指的是不想吃东西的症状。“不嗜食”中“食”及“不欲食”中“食饮”均指“吃”的意思,“食”“食饮”2个术语都

指“饮食物”之意,将其统一为“食”,故“不嗜食”“不欲食”规范为“不欲食”。“烦不能食”其中“不能食”实指“不欲食”,术语属于一个复合症状,故规范为“烦不欲食”。“食不化”在《素问》中是对排泄物的一种描述,指的是完谷不化之意。“食不下”在《素问》中是“不欲食”基础上更重的表现,指的是饮食物不能下咽。“饮食不入”“食饮不下”“不能食”中“饮食”“食饮”“食”均指“饮食物”的意思,将其统一为“食”,故根据其内涵规范为“食不下”。“食少”在《素问》中是对饮食量的一种相对性描述,指的是饮食量的减少。“衰饮食”中“衰”为减少之意,故根据其内涵规范为“食少”。详细内容见表1。

表1 饮食相关症状类术语规范化

章节	原文	原文术语	释义	规范化术语
30篇	帝曰:其妄言骂詈不避亲疏而歌者何也?岐伯曰:阳盛则使人妄言骂詈不避亲疏而不欲食,不欲食故妄走也。	不欲食	不欲饮食之意	不欲食
36篇	足太阳之症,令人不乐,好太息,不嗜食,多寒热汗出,病至则善呃,呃已乃衰,即取之。	不嗜食	不欲饮食之意	不欲食
38篇	久咳不已,则三焦受之,三焦咳状,咳而腹满,不欲食饮。	不欲食饮	不欲饮食之意	不欲食
22篇	脾病者,身重善肌肉痿,足不收行,善瘦脚下痛,虚则腹满肠鸣,泄泄不化,取其经,太阳阳明少阴血者。	腹不化	指便中完谷未化	食不化
33篇	诸水病者,故不得卧,卧则惊,惊则咳甚也。腹中鸣者,本于胃也。薄脾则腹不能食,食不下者,胃脘隔也。	烦不能食	烦闷不想吃东西,即不欲饮食之意	烦不欲食
		食不下	食饮不能下咽之意	食不下
19篇	帝曰:愿闻五实五虚。岐伯曰:脉盛,皮热,腹胀,前后不通,闷瞀,此谓五实。脉细,皮寒,气少,泄利前后,饮食不入,此谓五虚。	饮食不入	不能进食之意,即食饮不能下咽之意。	食不下
42篇	胃风之状,颈多汗恶风,食饮不下,高塞不通,腹善满,失衣则腹胀,食寒则泄,诊形瘦而腹大。	食饮不下	食饮不能下咽之意	食不下
47篇	帝曰:有病痿然如有水状,切其脉大紧,身无痛者,形不瘦,不能食,食少,名为何病?岐伯曰:病生在肾,名为肾风。	不能食	不能进食之意,即食饮不能下咽之意	食不下
		食少	食饮减少	食少
42篇	岐伯对曰:风气藏于皮肤之间,内不得通,外不得泄,风者善行而数变,腠理开则洒然寒,闭则热而闷,其寒也则衰食饮,其热也则消肌肉,故使人快栗而不能食,名曰寒热。	衰食饮	衰为减少之意,即食饮减少	食少

3.2 黄帝内经教学术语规范化的可行性及必要性 术语内涵的理解是《内经》理论研究的基础内容,有助于理论内涵的梳理及演变规律的挖掘。中医学术语规范化是社会趋势,可以发现的是有关《内经》术语研究越来越多,将术语规范化作为新切入点中医经典古籍进行挖掘研究是势在必行的。《内经》语言繁杂晦涩,为中医学子带来很多学习困扰。对《内经》术语进行规范化,对于教师而言,可以进一步增加教师的教学深度以及提高对内涵的挖掘程度,有利于归类理解经典医籍。对于学生而言,有效规避学生学习时出现的错误的意会共识,培养学生去伪求真的规范化思维,同时为学生学习《内经》提供新的角度。在教学中引入术语规范化内容将会提高教学质量与效率,为《内经》教学改革提供新的方法。同时明确中医经典术语

内涵,可以为科学继承经典提新途径。

参考文献

- [1]倪祥惠.在《黄帝内经》教学中应用PBL教学法的思考[J].贵阳中医学院学报,2015,37(6):91-92.
- [2]李永乐,杨巧芳,王滨.多种教学方法共促《内经选读》教学效果[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(7):119-121.
- [3]胡康丽,李花,刘旺华.对硕士研究生阶段《黄帝内经》教学的思考[J].湖南中医杂志,2018,34(6):128-129,167.
- [4]杨化冰,张翀.《内经》教学与相关学科知识的关联[J].时珍国医国药,2016,27(5):1230-1231.
- [5]齐南,章文春,丁成华,等.黄帝内经教学模式的思索与改革[J].中医教育,2004(6):37-39.
- [6]王宏利.《黄帝内经》脾藏象术语文化要素研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2014.
- [7]王稷.《黄帝内经》肺藏象理论发生学研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2009.
- [8]王国英.《黄帝内经》肝藏象理论发生学研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2009.
- [9]鞠诣然,鞠宝兆.《黄帝内经》肾藏象理论的归纳与整理[J].中国医学文摘(内科学),2006(6):531-537.
- [10]刘光华.《黄帝内经》病证源流及名实考[D].沈阳:辽宁中医学院,2005.
- [11]周国琪.《内经》中五脏病证名称与现代中医病证名称的比较[J].吉林中医药,2005(3):4-6.
- [12]金鑫.《黄帝内经》脾藏象系统及其疾病名义考辨[D].沈阳:辽宁中医药大学,2017.
- [13]董野.《黄帝内经》肾系疾病名义研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2014.
- [14]郑海英.《黄帝内经》肺系疾病名义考辨[D].沈阳:辽宁中医药大学,2011.
- [15]鞠俊莲.《黄帝内经》心系疾病名义考辨[D].沈阳:辽宁中医药大学,2011.
- [16]肖璇思.《黄帝内经》胆系疾病名义考辨及证治探究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2017.
- [17]魏琴.《黄帝内经》经络病症研究[D].成都:成都中医药大学,2016.
- [18]都亚楠.《黄帝内经》肝系疾病名义考[D].沈阳:辽宁中医药大学,2012.

- [19]傅海燕,潘桂娟.《黄帝内经》耳部形态结构术语研究[J].辽宁中医杂志,2012(4):577-578.
 - [20]傅海燕,潘桂娟.《黄帝内经》鼻部形态结构术语研究[J].中医杂志,2012,53(24):2078-2080.
 - [21]傅海燕,马丽佳.《黄帝内经》“喉”类术语辨析及其意义[J].辽宁中医杂志,2013,40(9):1729-1731.
 - [22]傅海燕,马丽佳.《黄帝内经》“咽”类术语的辨析及其意义[J].中医文献杂志,2013,31(3):23-26.
 - [23]傅海燕,潘桂娟.《黄帝内经》眼部形态结构术语研究[J].中华中医药杂志,2012,27(8):2003-2005.
 - [24]许登玖.《内经》五官科术语研究[J].内蒙古中医药,2014,33(25):96.
 - [25]刘斌.《黄帝内经》中的解剖学姿势和方位术语[J].中医临床研究,2014,6(20):34-36.
 - [26]李硕,鞠宝兆,傅海燕.《黄帝内经》木火土金水首见词义辨析[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(7):97-98.
 - [27]李海玉.《黄帝内经》之“火”辨析[J].中华中医药杂志,2007(5):308-310.
 - [28]金丽.先秦诸子与《黄帝内经》“神气”术语的研究[D].北京:北京中医药大学,2006.
 - [29]李硕.《黄帝内经》医学术语词义研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2016.
 - [30]谢菁,贾春华.《黄帝内经》隐喻语言的类型与功能[J].中医学报,2011,39(1):1-4.
 - [31]李苹,张宗明.《黄帝内经》核心文化术语“神”的词性分类与语境差异化英译研究[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(3):402-405.
 - [32]张登本,武长春主编.内经词典[M].北京:人民卫生出版社,1990.
 - [33]王洪图主编.内经[M].北京:人民卫生出版社,2011.
 - [34]南京中医药大学编著.黄帝内经素问译释[M].上海:上海科学技术出版社,2009.
 - [35]龙伯坚,龙式昭编著.黄帝内经集解[M].天津:天津科学技术出版社,2004.
 - [36]张志聪集注.黄帝内经[M].黑龙江科学技术出版社,2011.
 - [37]张登本,孙理军主编.全注全译黄帝内经[M].北京:新世界出版社,2008.
 - [38]王洪图,贺娟主编.黄帝内经素问白话解[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:季康寿 收稿日期:2018-09-21)

互动式教学在刮痧疗法公共选修课中的应用※

虞跃跃 武淑娟 孙娜 崔建美*

(华北理工大学中医学院,河北 唐山 063210)

摘要:刮痧疗法作为中医学的重要组成部分,具有操作简便、易学易懂、适应症广、疗效显著等特点。作为大学本科生的公共选修课,刮痧疗法以其特有的临床优势,吸引着各个专业的学生认真修读。通过课后反思、教学评价及课程组的不断探索,将互动教学模式引入到本课程中,取得了较好的教学效果。

关键词:互动教学;刮痧;公共选修课;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.003

文章编号:1672-2779(2018)-23-0005-03

The Application of Interactive Teaching in Public Optional Course of Scrapping Therapy

YU Yueyue, WU Shujuan, SUN Na, CUI Jianmei

(Department of Traditional Chinese Medicine, North China University of Science and Technology, Hebei Province, Tangshan 063210, China)

Abstract: The scrapping therapy, as an important part of traditional Chinese medicine, is easy to operate, easy learning and easy to understand. It has the characteristics of wide indication and remarkable curative effect. As a public optional course for undergraduate students, scrapping therapy attracts the attention of students from various majors with its unique clinical advantages. Through the after-school reflection, teaching evaluation and the continuous exploration of the curriculum group, the interactive teaching mode is introduced into this course, which has achieved good teaching results.

Keywords: interactive teaching, scrapping therapy, public optional course; teaching reform

为了全面提高教学质量,近年来,各大高校纷纷开展了教学方法的改革,根据课程性质适当调整教学

方案,均取得了较好成效。互动教学模式是在长期教学改革过程中总结出来的典型代表。互动式教学^[1]是指在实际教学过程中,任课教师以教学大纲的要求为依据,根据教学内容的具体要求,通过促进师生之间的交流与学习,在思想上不断发生碰撞与融合,以此达

※ 基金项目:华北理工大学校级教育教学改革研究项目[Noz1416-16]

* 通讯作者:cjm2188@126.com

到师生之间相互关爱、相互勉励、相互影响的教学动态局面。这样既能体现以学生为主体地位的教学目标,同时也充分体现了老师在教学方面的主导作用,以此激发学生的学习潜能、学习主导性、奋发积极性以及社会参与性^[2]。

1 教学设计

刮痧疗法是中医学的重要组成部分,具有操作简便、易学易懂、适应证广、疗效显著的特点。本课程分上篇刮痧理论、中篇刮痧技术、下篇刮痧应用,涵盖了刮痧疗法的起源和发展,刮痧疗法的现实意义和应用现状,刮痧的现象及其临床指导意义,经络腧穴的基本概念,经络系统的组成,腧穴的主治特点及规律,常用腧穴,刮痧疗法的原理与作用,刮痧器具及介质,刮痧方法,刮痧操作步骤,刮痧注意事项,刮痧禁忌证与晕刮处理,刮痧的治疗原则,刮痧的治疗作用及内、妇、儿、外、皮肤五官、肥胖、戒断综合征、疲劳综合征等常见疾病的治疗等内容。通过本课程的学习,要求同学们掌握刮痧的操作方法,及临床常见疾病的刮痧治疗。

刮痧疗法作为公共选修课程,学生积极性很高,在几轮授课以后,经过认真的教学反思,查阅相关文献,我们尝试性地将互动教学法加入到实际教学过程中,产生了更好的教学效果。在课堂采用“双主互动”,从学期之初就邀请学生参加,首先进行生生之间、师生之间的交流、互动,既体现出对学生的高度重视与信任,注意发挥学生的积极性与创造性,又不推卸任课教师理所应当所承担的教学责任,把师生之间、生生之间的沟通、交流与互动提前到教学准备阶段,延伸到活动结束后的总结、改进阶段。实践证明,互动教学是有效的激励机制,教学效果显著^[3]。

2 教学方法

我校开设的刮痧疗法属于公共选修课,每学期的课容量为30人,面对全校各个专业的本科生开展,由于本课程操作性强,每学期学生都会争先报名选修。开设本课程的初衷是为了吸引更多的大学生了解刮痧,也希望通过短暂的学习过程学生能够掌握基本的操作手法。所以,本课程的考核方式以实践操作为主,考核的最终目的是提高临床实践能力。其中实践操作考试占70%,平时操作占20%,出勤率占10%。教学的最终目的是学生能够熟练掌握临床常见病的基本刮痧治疗手法及操作步骤,掌握经络辨证的方法并运用于刮痧临床实践中。

本门课程共24学时,每周2学时,上课地点为针灸学实训室。按照惯例,我们第一节课就是相互认识,因为30名学生来自全校29个独立学院,所以首要任务就是让同学尽快认识并自由结组,总共5组,每组6人,

相互之间配合协作,在未来的教学过程中,总是以小组为单位进行互相竞争。第二次课开始,将刮痧疗法课程中所有内容给同学列出清单,提前告知下一次课的主要内容,学生在课下查询相关资料,提前预习以提高学习效率。

在课程的理论部分,以讲授、讨论、视频播放等交叉进行,各组之间形成理论讨论的氛围,以讨论来碰撞出火花,使教学氛围轻松活跃。在刮痧手法授课过程中,刮板的手持动作,力度运用等方面均进行详细的分解动作讲授,并根据每位同学的手长特点、个人习惯等进行动作纠正。在治疗各论部分,每组同学都会进行相关病例收集,通过对于病例的讨论分析,总结出该疾病的具体治疗方法。另外,每学期的课程中都会安排一次“刮板鉴定”专题,每位同学将自己购买的刮痧器具带来,大家一起进行材质鉴定,并互相讨论其保存方法、适用部位及最适病证等内容。整体的教学设计中,集合了刮痧疗法的历史发展及其理论基础、器具与介质、方法、操作步骤、注意事项及治疗各论等内容,将互动教学贯穿到整个教学过程中。

3 教学效果评价

大学选修课包括公共选修课和专业选修课。公共选修课一般要求的学分不高,在10个学分左右;专业选修课一般只有本专业的学生可以选,大多为专业课程,总学分要求在20分以上,是掌握专业知识的重要途径。选修课给予学生充分的选择权,尤其公共选修课,更是丰富大学生活的必要经历。而在众多的公共选修课面前,很多同学形成了审美疲劳。所以,我们探索性地将互动式教学引入到刮痧疗法公共选修课中,取得了较好的教学效果。

通过认真的教学反思及对授课学生的调查回访,我们发现,互动式教学在刮痧疗法公选课中有以下优势:(1)互动教学法在公共选修课中开展后,各专业学生之间的专业特色可以综合到本门课程中来,开拓了学生的眼界;(2)互动教学充分发挥学生积极性,能够调动课堂氛围;(3)学生在上课过程中会分享病例,大大提升了教学效果,有效地收集了刮痧治疗的临床疗效;(4)增加了传统中医刮痧技术的推广,同时也改善了公共选修课的枯燥现状,学生不再以学分为选修课的修读目的;(5)由于刮痧疗法操作简便、适应证广、疗效显著,通过24学时的学习,大部分同学可以掌握临床常见病症的操作,为进一步开展校园课题奠定基础。

在探索过程中,课题组坚持“以人为本”,详细了解学生的欲望与需求,关心学生的成长与全面发展,教学手段、方法与活动方式的选择贴近学生的心理特征和思维习惯^[4]。更为同学提供个性化、人性化的服务,

帮助其解决学习上、生活中所遇到的一些难题,通过小组、班级同学之间、师生之间深层次的沟通、交流、互动,为很多同学及其家人、朋友解决临床疑惑。

典型案例:通过刮痧疗法课程的修读,我校学生开展“刮痧疗法治疗大学生痛经的临床观察”“刮痧疗法治疗大学生痤疮的临床观察”等多项大学生创新研究工作,相信在未来的教学过程中,互动教学模式的开展会大大提高教学效率,改善学生厌学情况,充

分发挥大学生主动思考能力等。课题组也会将互动教学模式运用到其他实验课程中去。

参考文献

- [1]颜醒华.互动教学改革创新理论思考[J].高等理科教育,2007(1):21-24.
 - [2]张艳璐.互动教学模式在高校英语教学中的应用与实践研究[J].北京印刷学院学报,2017,25(6):149-151.
 - [3]孙友利,苏保卫.师生互动教学的策略问题[J].延安教育学院学报,2003(17):7-8.
 - [4]刘俊肖.互动式教学模式的探索与实践[J].中国地质教育,2005(2):12-15.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:王洪彬 收稿日期:2018-08-21)

基于微信平台的微课建设 在基础医学实验教学中的应用※

李乡南 刘 鹏 张丽娜 马贤德 丛培玮 郭隽馥 马天驰

(辽宁中医药大学教学实验中心, 辽宁 沈阳 110847)

摘要:医学实验教学是培养学生主动思考和动手能力的重要教学方法。通过评估基础医学实验技能课程现有教学模式,结合当代大学生的自身特点,充分利用微信这一通讯媒介,探索微课建设在基础医学实验技能课程中的应用。改革后教学效果良好,学生参与度高,问卷调查结果反馈积极正面。此次尝试为其他实验课程教学内容的教学改革及网络课程和微课建设方面的教学改革奠定了基础。

关键词:微课;实验教学;微信;教学改革;基础医学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.004

文章编号:1672-2779(2018)-23-0007-03

The Application of Basic Medical Experiment Teaching Exploration Based on Wechat Platform Microlecture Construction

LI Xiangnan, LIU Peng, ZHANG Lina, MA Xiande, CONG Peiwei, GUO Junfu, MA Tianchi

(Teaching and Laboratory Center, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning Province, Shenyang 110847, China)

Abstract: Medical experiment teaching is an important teaching method which is used to cultivate students' active thinking and manipulative ability. By evaluating the existing teaching pattern of basic medicine experiment skills, combine with the characteristics of modern college students, make full use of communication medium WeChat, explore the application of microlecture construction of the basic medical experimental skills course. The teaching effect is good after reform, high ratio of student's participation, positive feedback questionnaire survey. The attempt of the course teaching reform could be the basement of other experimental teaching contents and laid a solid foundation of net course and microlecture in the future.

Keywords: microlecture; experimental teaching; WeChat; teaching reform; basic medicine

随着互联网技术的进步,智能手机、手机应用已经和生活的各个方面密切相关,尤其是微信——作为一款超过八亿人都在使用的手机应用,已经不再是一个单纯的通讯软件,而是改变了我们生活方式的重要工具^[1-2]。来自于90后、00后的大学生群体,手机早已成为他们学习的辅助工具,主要用途包括拍课件、记作业、查单词等等。在现阶段的教学中,教师们一边用心良苦,精心设计教学环节,不断求新求变吸引学生们的注意力,一边抱怨学生们依赖于手机,甚至沉迷于手机^[3]。然而,手机并不是教学的敌人,利用手机中的软件辅助教学,顺应时代的发展,推动教育理念变革,将信息技术与医学实验课程教学有机结合,才能更好地培养出医学专业基础扎实、动手能力强、善于学习新科学的高素质医学人才。

1 基础医学实验教学改革必要性

首先,基础医学实验教学是医学教学中的重要环节,通过实验教学可以巩固和验证基本理论知识,锻炼学生的动手能力,培养学生主动思考和探知未知领域的兴趣^[4]。传统的实验教学模式以教师讲授和教学演示为主,不能完全突出实验教学的特色,发挥实验教学在医学教学中的作用。第二,由于近年来招生规模的不断扩大,在教学演示过程中很难让每一名同学都位于最佳的观赏位置^[5]。教师在课堂中对同一教学内容不得不分组重复演示讲解,在某种程度上降低了课堂的教学效率,浪费了时间。第三,学生们的基础不同,学习能力不同。虽然教师对授课内容进行了精心设计,但因为每个学生的学习基础及接受水平有差异,在教学中很难照顾到每一名学生的学习状况,教学效果上往往出现有的吃不饱、有的跟不上的难以调和的矛盾^[6]。

※ 基金项目:辽宁中医药大学校级教改课题[No.LNZYJG2018132]

2 基础医学实验教学改革方案的实施

2.1 改革方案实施的基础 在这个网络技术与通信设备不断发展的“微时代”，固有的课堂教学模式已不足以满足学生对知识的需求，随着微信、微博、微电影等各种新媒体的不断涌现，人们已经可以从移动平台获取更多的资讯，在这样的背景下，“微课”一词应运而生^[7-8]。“微课”作为一种新型的教学模式，具有短小精悍、主题明确、针对性强等特点，课程一般持续5~8 min，与传统的教学视频资源相比，“微课”不仅照顾到了学习者的“注意力模式”，而且顺应时代的“微”要求，为移动学习、在线学习、混合学习等提供了更大的便利，更加贴合广大学习者的实际需求，被越来越多的教学实施者所应用^[9-10]。目前，微课制作软件成熟，素材丰富，播放平台稳定，而且已有很多微课建设相关教学改革的成功案，因此微课建设改革方案可行性高。而智能手机的普及和实时通讯工具微信的广泛应用为微课的推广提供了便利的平台。最后，我校校园网全面覆盖，学生在校园可以随时随地畅享高速网络，为微课的实施提供了必要的条件。

2.2 改革方案实施对象 选择对本校临床学院2016级中医学本硕（5+3）的2班、3班的60名学生进行基于微信平台的微课教学改革，同级中医学本硕（5+3）其他班作为对照班级，按照现有教学模式进行教学。

2.3 教学改革方案的步骤

2.3.1 课前准备环节 教师在任课班级群里上传微课视频，学生们利用闲暇时间观看学习。学生可以根据自己的实际情况调整学习时间，并根据自己对该知识的了解、掌握情况选择性的学习。

2.3.2 课堂教学环节 教师讲解实验课程理论知识，从纵向和横向两个方面拓展知识内容，重点讲解难点，并组织学生分组练习实验操作、讨论实验结果，最后为学生总结当节实验内容并适当提出问题，引发学生的思考。

2.3.3 课后考核环节 学生根据每次实验课的内容填写实验报告，并在完成实验项目过程中，可以随时通过微信朋友圈分享自己实验过程和实验感受，包括实验图片、实验视频、实验结果、实验报告、实验教程、实验手册以及实验评价等信息。教师在批改学生实验报告的时候，可以及时将出现的问题发布在微信群里，并将优秀的实验结果在群里与学生们分享，给予学生的反馈具有时效性，更方便直接。借助微信平台，师生可以实时沟通，及时为学生解疑答惑，符合信息时代的节奏，也对学生有更大的促进。

2.4 改革后教学模式的优势

2.4.1 学生利用碎片时间学习 在互联网+的时代背景下，课程改革有效利用网络资源，利用碎片时间为学生们充电。这种改革可行性强，对学生负担小，符合学生的学习习惯，减小了学生的对抗心理，是符合时

代发展规律的教学改革。

2.4.2 微课教学可以作为课堂教学的补充 改革后的教学方案，一方面避免了教师们重复讲解和演示实验操作，从而使其有更多的时间和精力来引导学生学习；另一方面学生可以利用网络资源有的放矢地学习，变被动学习为主动学习。学生在微课上利用几分钟的时间提前预习单个知识点，尤其是对于仪器使用操作方面的细节，可以通过微视频详细近距离展示，不熟悉的操作步骤还可以反复观看。大一新生在实验课方面基础不一致，对于高中没有接触过实验器材，可以通过微课进行预习，而对于在高中已经学习过或者接触过的仪器（例如玻璃仪器）可以略过，然后在课堂上进行实物操作，并有针对性地老师提问，充分高效利用课堂时间。

2.4.3 实现在网络上资源共建共享 目前，基础医学实验技能课程面向的是临床医学学院各个专业的学生，而对于学校其他专业，例如针灸推拿学院、护理学院等没有开设该课程的专业学生也可以通过加入微信群或在学院网络课程网站上学习自己感兴趣课程和需要的知识点，作为他们学习的补充。另外，不同的任课老师也可以通过微课的方式将自己的课程共享给其他班级的同学。在课程改革之前，各位任课教师之间的交流主要通过集体备课的形式，实现教学内容的统一。改革后的课程建设实现了共建共享，既节省了人力，又提高了效率。另外，微信朋友圈也可以促进了基础医学实验课程教学资源的共享，为学生开展探究性学习提供了条件，有助于训练学生的信息素养（信息获取能力、信息交流能力、信息加工能力、信息分析能力、信息创新能力、信息利用能力），培养学生在基础医学实验中独立发现问题、收集与处理信息、开展实验探索的方面的综合实践能力，发展学生的情感与态度，特别是发展探索精神与创新能力。

3 教学效果的评价

在首轮改革过程中，任课教师共在微信群中发布了7个微课内容，每个微课都达到了100%的点击率。学生普遍反映通过微课的学习，对学习有了准备，上课时能够更加有的放矢地学习。

课程结束后，对2班、3班学生进行问卷调查。共发放调查问卷60份，收回60份，调查内容主要包括是否喜欢这种教学形式、是否提升了学习的兴趣等方面（表1）。

表1 基础医学实验基本技能课程教学改革问卷调查结果（%）

调查项目	是	否
是否完整观看了微课内容	60(100)	0
是否对实验技能课更加感兴趣	52(87)	8(13)
通过这种形式的学习是否使你的知识面得到了拓展,能力得到提高	56(93)	4(7)
是否增加了你与老师同学之间的交流	60(100)	0
是否参与了微信群里的讨论	56(93)	4(17)

调查结果显示，100%的学生观看了微课内容并认

为微信群的建立增加了师生之间的交流。93%的同学认为这种教学形式可以帮助拓展知识面,并参与到微信群里的讨论。当然,作为基础医学实验基本技能课程翻转课堂改革的首次尝试,本次教学改革可能还存在着微课种类不够全面、参与面小等问题,然而,随着改革实施的更加成熟,相信我们会推出更多的微课并不断改进现有的微课内容,使更多的学生能够享受微课、微信“双微改革”的福利。

综上所述,基于微信平台的基础医学实验基本技能课程的微课建设是一次由浅入深的尝试性改革,符合时代的发展规律和当代大学生的群体特征,改革参与度高,效果明显,为今后该课程其他教学内容的教学改革做出了铺垫。

参考文献

[1]张喜子,王宏伟,杜晓鹏,等.微信公众号在医学类基础化学实验教学中

的应用探究[J].教育教学论坛,2017(26):94-95.

[2]覃江凤,王黎芳,蒋锦琴.基于微信的基础医学实验课程教学方法改革[J].福建电脑,2016,32(1):57-58.

[3]何秀贞.基于智能手机的基础医学实验技术教学改革初探[J].科技资讯,2015,13(23):153-154.

[4]边玮玮,孔雨佳,郑爱丽,等.基于微课和微信的翻转课堂模式在医学实验课程中的应用探索[J].中国高等医学教育,2018(1):24-25,27.

[5]赵堃,文丽波,李雪,等.微课(Microlecture)结合翻转课堂(Flipped Classroom)在医学机能实验教学中的应用[J].中国继续医学教育,2016,8(22):17-18.

[6]周春琼,马豫峰,路新卫,等.微课在医学院校物理化学实验教学中的应用探讨[J].基础医学教育,2017,19(8):623-625.

[7]樊洁,欧阳思维.微课在基础医学实验教学中的应用[J].解剖科学进展,2018,24(1):107-108.

[8]王敏,于姝燕,王建华.高等医学院校有机化学微课的设计分析与使用方法[J].课程教育研究,2017(47):166.

[9]杨渊,瞿湘园,易宗妮.高校预防医学实验教学改革中微课的应用[J].教育教学论坛,2016(38):275-276.

[10]任向宇,包丽丽,陶格斯,等.微课在医学微生物学实验教学中的应用探索[J].基础医学教育,2017,19(7):537-540.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张丽娜 收稿日期:2018-08-28)

PBL教学法在中医内科学带教中的应用※

赵 艺¹ 李晓晨²

(中国医科大学附属第一医院中西医结合科,辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 探索PBL教学模式在中医内科带教中的应用,通过对比分析两种临床带教模式,建立推广一套适合中医内科临床带教的模式。**方法** 将2018年4月—2017年6月我院中西医结合科实习生共40名随机分为观察组和对照组各20名,对照组使用传统带教模式,观察组使用PBL教学模式,在完成内科固定实习后,考评学生的理论知识及实践操作成绩,对比两种教学模式的优劣。**结果** 观察组理论知识、实践操作成绩均显著高于对照组($P<0.05$)。**结论** PBL教学法适合中医内科带教,有利于培养学生自主学习的能力及提高解决实际问题的能力,值得在临床推广。

关键词: PBL教学模式; 中医内科学; 临床带教

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.005

文章编号:1672-2779(2018)-23-0009-03

The Application of Problem-based Learning Teaching Method in Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

ZHAO Yi, LI Xiaochen

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

Abstract: **Objective** To explore the application of PBL teaching model in the teaching of traditional Chinese medicine, by comparing and analyzing two kinds of clinical teaching modes, to establish a suitable clinical teaching method in TCM. **Methods** 40 students were randomly divided into the observation group and the control group. The control group used the traditional teaching mode, and the observation group used the PBL teaching mode. After completing the internship practice, we evaluated the students' theoretical knowledge and practical results, and two kinds of teaching were compared. **Results** the scores of theoretical knowledge and practical operation in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** PBL teaching method is suitable for the teaching of internal medicine of traditional Chinese medicine. It is helpful to cultivate students' ability of independent learning and improve their ability of solving practical problems. It is worth popularizing in clinic practice.

Keywords: problem-based learning teaching method; internal medicine of traditional Chinese medicine; clinical teaching

中医内科学是对学生前期基础课学习程度的检验,也是学生通向临床的桥梁,学生对此课程都有极大的热情。而临床见习医学生学习过程中的重要组成部分,

是医学生由理论知识转向临床实践的关键时期,但是中医内科学理论比较抽象,学生对望闻问切理解不透彻,如果按照传统的教学方法讲授,学生无法切身体会本课程与临床疾病之间的联系,对未临床工作容易产生迷茫,甚至对中医的学习兴趣降低。所以,如何让学生学以致用,是中医内科学教育中需要解决的。

※ 基金项目:中华医学会医学教育分会和中国高等教育学会医学教育专业委员会研究立项课题[No.2016B-ZY010]

我们科室在长期的中医内科带教过程中,针对教学中出现的问题,实施教学改革,教学形式的改善,目的就是为提升学生学习的主动性和积极性,从而提升其学习效果^[1]。

临床医生实习强调实践能力和综合素质的培养,经过医学基础课程2~3年的学习,学生们在进入实习期以前,已熟练地学会了很多比较完善的基础医学常识,并建立起一定的医学认知体系,但中医学更强调四诊合参,除了老师讲授相关的理论知识以外,更加应当重视指引学生,主动地进行探索,并培育自身思维体系。PBL身为当代医学教育领域常用的教学形式,已经在众多学科领域当中,取得了比较理想的教学效果,其教学目的在于,运用事先设定的病例,搜集较为全面的医疗信息,通过进一步整合及分析,提升学生综合及临床思维水平,从而提升相应的能力水平,包括沟通合作能力、自我完善能力以及搜集信息能力等等。在这一过程当中,老师发挥着引导者及促进者的角色,利用学生的探索心理,不断激发他们的学习动力^[2]。本研究采用PBL对中医内科临床见习进行授课,并对教学效果进行评价。

1 资料与方法

1.1 一般资料 授课对象为中国医科大学2015级中西医结合班的同学40人,见习时间为2018年4月—2018年6月,见习内容为中医内科学。2组性别、智力水平和年龄等,都不具备统计学差异,即: $P>0.05$ 。各种教学任务,全部经相同的教学队伍加以实施。

1.2 研究方法 对照组学生采用常规教育方式,教师通过讲座的方式,全面阐述相关医学知识,并组织实习生参观各种医疗流程和疾病类型。

观察组学生采用PBL教学方式,具体包括:(1)设定问题:先由老师参照学生目前所掌握的课程内容,设计教育教学大纲,挑选较为典型的病例,而后给出相应的问题。

(2)实践能力:①亲力亲为:实习生自行去床边询问病史、进行全身体格检查和专科查体,独立了解患者主要症状和体征及相关辅助检查,提出初步中西医诊断并提供诊断依据、主要鉴别诊断及其依据等,带教老师根据具体病例从中医的病因病机、四诊、辨证论治及西医的病因、专科查体、辅助检查和医疗方案等等环节,全面而科学地设定有关的问题,指引学生收集相关书籍及文献,旨在发散实习生的中西医临床思维,提高实习生的临床分析能力;②自主学习:实习生在带教老师提出问题后,多途径(教材、期刊、网络资源等)收集相关资料,在讨论时对带教老师提

出的问题进行分析及解答。③集中讨论:每组选1名住院医师代表小组发言,其他住院医师共同参加讨论。④总结:带教老师最后作出总结并根据同学们的讨论结果,分析重点和难点,对自己所提出的教学问题逐一解答,并对讨论过程及结果给予客观评价,最后概述有关的基本概念、病例诊治的思路、最新研究进展等内容。

1.3 观察指标 学生实习完成之后,进行考核,考核内容包含两个方面,一是时间能力,二是理论知识水平,综合分值为0~100分,分值越高,说明综合能力越强。

1.4 统计学方法 运用SPSS 18.0软件,针对相关数据加以处理和分析,计量资料采用(平均值±标准差)进行表述,利用 t 检验;计数资料采用(n ,%)表述,运用 χ^2 检验, $P<0.05$ 则代表差异具有统计学意义。

2 结果

见表1。

表1 2组学生出科考试成绩比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	理论考试成绩	临床操作技能
观察组	20	90.7±2.7 ^①	90.8±3.1 ^①
对照组	20	88.3±3.5	88.9±3.8

注:与对照组比较,^① $P<0.05$

3 讨论

随着医学的不断发展,未来社会更加要求医生在短的医学教育期间迅速地吸取新的医疗知识和技术。因此,如何在有限的实习期间获得更丰富的医学知识,培养完善的临床思维是非常重要的。PBL教学与其他传统教学相比,具有以下优点^[3-4]。

3.1 开放性 在时间、以及空间方面,前者具备更大的时间和空间开放性,其打破了过往课堂教学的束缚,让学生们获得了更多学习与研究的空间和时间,从而提升了教学效果。

3.2 探索性 前者方法能够让学生们,经过自身亲自参与调研而获得结论。通过假设的提出,资料的搜集以及数据的验证等过程,能够更好地体现科研思维模式,在现实教学中的运用,有助于临床思路的培养。

3.3 系统性 前者方法打破了过往教学过程中,不自觉地吧知识加以碎片化的缺陷,在解决问题的过程中,学生们必须全面掌握各个层面的知识,从而获得解决方案,构建出对应的知识体系。在这一前提下,再结合老师的讲解与提炼,最终建立起更为完善的知识架构。

3.4 能够帮助培养学生的个性化发展 前者方法更加重视学生亲自参与调查和研究的各个过程,推动其持续进行思考。从而最大程度地展现自身主体作用,能够



帮助到培育他们的创新能力、综合分析水平以及自我学习能力等,从而达到从“要我学习”到“我要学习”的转变。

3.5 全员参与性 重视培育学生团队合作能力 前者方法更加重视面向学生整体,提倡学生主动参与课程研究。在学习的过程当中,学生兴趣不断获得加强,能力持续获得提升。这一教学方法,更加具有包容性和主动性等特征,学生能够利用小组协作的方式,开展协作和学习。对于学生们日常提升人际关系有着极大的好处,在小组间相互讨论之中,每一位学生都会以相同的目的作为引导,互相学习和借鉴,经过和谐友善的研讨,逐渐构建起互相尊重、团结而友善的良性竞争氛围。

对于综合提升医学教学水平、培育优质医学人才等,都具有极大的现实意义。将问题当作基础,将现实案例当作引导的教育教学模式,目前已变成世界范围内普遍重视的新型教学手段。这一教学方式就是在老师的指引之下,围绕学生这一主体而开展的教学形式,重视为学生营造一种更加复杂且有趣的问题环境之中,经过互相协作而解决问题,并在此过程中学习到问题背后更加复杂的文化知识,从而提升自身解决问题能力,培育自我学习的良好习惯,激活学生主动学习的兴趣,从而给提升教学品质,完善教育办法带来更多依据^[9],PBL教学方法,在中医内科临床实践教学领域活动当中,学生的主观能动性获得了极大的改善,扩展了思路,通过学习的过程,逐渐认识到学习本身的乐趣,课堂上氛围更加融洽,经过深刻的学习,在问题的基础之上,结合现实案例的指引,这样的教学形式相对而言,效果更好。人们应当按照我们国家的基本国情状况,逐渐地加以推广与普及,对于培育高水平医学人才,推动大学教育教学改革,有着极大的现实意义。

需要指出的是,这样的教学方法同样有着诸多的不足之处,比方说,有些学生本身医学知识水平相对较弱,因而在临床教学课堂当中,就显得较为吃力,从而给现实教学提出了更好的要求,对于习惯固有教学模式的学生而言,仍未做好相应的能力储备,所以,在学习过程中,往往有些跟不上节奏的需要,这也极大降低了教学的效果。或是带教教师没有经验,提出问题缺乏教学意义,因此教师也需要转换自己的角色,老师一定要改变固有的教学理念,尽可能地掌握PBL教学法的要旨,并熟练掌握教学方法。应充分认识,老师在教学过程中只是作为引导者和组织者的角色,并适当地展现自身引导作用、参与作用以及组织作用,

这才是教学成败的重中之重。此外,还应当增强自我学习能力,这一教学方法本身对于老师的要求相对更好,不仅需要具备更强的专业知识水平和技能,以及大量的交叉学科有关知识,还需要对教学相关的概念与技能,有着更深的掌握及理解,这样才可以更好地为学生设定科学的问题,明确学习的目的,以及完成这些目标的办法和技巧。重视培育学生提出问题的能力,围绕问题开展教育,培育其问题意识和创新意识。老师应当努力开发学生提出问题的能力,并提升质疑问题的能力。此外,提供其正确的指引。在学习当中,身为组织者、参与者、资源供应者以及指引者的老师,应当在关键问题上,及时地给予学生更多的指引和提示。唯有如此,才能够真正做到“授人以鱼不如授人以渔”。

概括而言,每种类型的教学模式均有自身的优势和缺陷。学生临床见习,作为学生临床教育的主要构成方面,将理论与现实相结合,并最终转变成学生自身临床能力,对培育高水平医师队伍、提升医疗水平有着重要的现实意义。综上所述,PBL教学法在医学临床带教中能有效提高学生专业技能、知识,具有积极性意义,但是在临床教学过程中,无论教师还是学生,都应不断完善自我,以便更好地应用于临床。

参考文献

- [1]韩华刚.基于系统思维和教学目标下的《中医内科学》的课堂教学设计思路[J].光明中医,2015,30(11):2459-2460.
- [2]玄延花,孙凤丹.浅谈PBL教学法在医学课程中的应用.教育教学论坛,2014,3(10):77-80.
- [3]孔祥录,史宗新,侯林俊,等.PBL教学法在骨科临床教学中的应用体会[J].首都食品与医药,2016,23(20):16-17.
- [4]曹玉净,李扬.PBL在中医骨伤科学教学中的应用[J].中医药管理杂志,2015,23(13):25-27.
- [5]穆德广,傅恩清,金发光,等.PBL教学法在呼吸内科临床教学中的应用[J].数理医药学杂志,2011,24(1):125-126.

(本文编辑:李海燕 本文校对:袁彩虹 收稿日期:2018-08-21)

关于变更投稿邮箱的通知

由于我刊原邮箱服务商合同到期,原投稿邮箱于2015年7月1号停止使用,特通知各位读者、作者。为确保投稿及时送达编辑部,即日起请将稿件投至zgzyycjy@163.com新邮箱,由此造成不便,敬请谅解。

感谢您一直以来对我刊的关注与支持!

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

咨询电话:010-57289308/57289309

官方网站:www.zgzyycjy.com

中国中医药现代远程教育杂志社编辑部

2015年2月10日

虚实结合的新媒体人体解剖学教学活动 对医学生人文素质的影响[※]

纪怡然¹ 沈 雷^{2*} 姚立杰² 张善强²

(1 齐齐哈尔医学院临床医学专业2016级11班, 黑龙江 齐齐哈尔 161006;

2 齐齐哈尔医学院基础医学院解剖教研室, 黑龙江 齐齐哈尔 161006)

摘要:目的 探讨新媒体人体解剖学教学活动对医学生人文素质的影响。方法 选择我院开展人体解剖学的310名学生作为研究对象, 在学生接受虚拟人体解剖学教学的基础上, 开展遗体默哀、社区帮扶等人文素质活动, 并对这些活动后的学生生命价值观进行分析。结果 接受过医学人文素质教育后, 学生能够树立正确的生命价值观, 建立了初步的救死扶伤观念, 绝大多数学生认可并接受这种教育活动 ($P<0.05$)。结论 在新媒体时代医学教育中加强对医学生人文道德教育, 对医学生树立正确的社会主义核心价值观具有重要意义。

关键词: 新媒体; 虚拟技术; 尸体解剖; 人文教育; 生命价值; 救死扶伤

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.006

文章编号:1672-2779(2018)-23-0012-03

The Influence of the Combination of Virtual and Practical Teaching Activities of Human Anatomy on the Medical Students' Humanistic Quality

Ji Yiran¹, SHEN Lei², YAO Lijie², ZHANG Shanqiang²

(1. Grade 2016 of Clinical Medicine, Qiqihar Medical School, Heilongjiang Province, Qiqihar 161006, China;

2. Department of Anatomy, School of Basic Medicine, Qiqihar Medical School, Heilongjiang Province, Qiqihar 161006, China)

Abstract: **Objective** To investigate the influence of new media teaching activities of human anatomy on medical students' humanistic quality. **Methods** 310 students in the teaching of human anatomy of Qiqihar medical college were selected as the research objects. On the basis of virtual human anatomy teaching, the students were carried out the humanistic quality activities such as silent mourning for the remains and community help, etc., and the students' life values after these activities were analyzed. **Results** After receiving medical humanistic quality education, the students can set up the correct values of life and establish a preliminary concept of saving death and injury. The vast majorities of students recognize and accept such educational activities ($P<0.05$). **Conclusion** It is of great significance for medical students to establish correct socialist core values to strengthen the humanistic and moral education in the medical education of the new media era.

Keywords: new media; virtual technology; human anatomy; humanistic education; humanistic quality; saving lives

随着移动终端、网络技术的快速普及, 现代社会已经进入多媒体信息时代^[1], “生物-心理-社会医学模式”增加了虚拟化、网络化元素^[2]。医学教育是涉及专业化医学知识的培养、良好的身心素质养成等内容的特殊教育, 虽然医学教育一直强调医学科学精神与人文精神的融合, 但是如何在日益兴起的虚拟化等新媒体医学教育中开展医学人文教育仍然是一个崭新的课题。培养具有专业知识、人文精神的医学人才已成为最紧迫的问题。

人体解剖学是医学的基础课程, 传统解剖学教学环境是融合人文素质教育的良好渠道^[3]。我们通过虚拟技术与解剖尸体相结合的新媒体人体解剖学教学活动模式展开人体解剖学教学、面向尸体宣誓、体验“艰苦”教育、小组分工解剖讨论、缅怀遗体捐献者、慰问孤寡老人等一系列活动, 在新媒体人体解剖学融合医学人文教育, 提高学生生命价值观方面取得了良好的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我校2016级临床医学专业共310名学生作为研究对象, 平均年龄22.54岁, 对学生进行虚拟多媒体和尸体解剖相结合的虚实结合授课, 并开展面向尸体宣誓、体验“艰苦”教育、小组分工解剖讨论、缅怀遗体捐献者、慰问孤寡老人等一系列活动, 参加实验的学生入学成绩、家庭背景、生活习惯等无明显差异。

1.2 方法

1.2.1 虚实结合的人体解剖学实验教学 采用虚拟互动人体解剖系统和尸体解剖相结合的授课形式为虚实结合的人体解剖学教学, 教师利用国产的虚拟互动人体解剖系统讲解知识点, 学生可以在此系统上进行巩固复习, 并在尸体上亲自解剖, 以确认结构。

1.2.2 人体解剖学教学活动 (1) 解剖之初, 向尸体默哀宣誓, 凸显尊重生命的教育理念。解剖尸体之前, 向学生介绍解剖使用的尸体来之不易, 这些供学生解剖的尸体全部是捐献而来, 他们生前也是为人父母, 为人儿女, 具有高尚情操的人, 虽然去世了, 但是他们崇高的献身医学事业的精神还在影响着医学生, 并

※ 基金项目: 黑龙江省齐齐哈尔市哲学社会科学规划项目研究成果[No.QSX2018-46XG]

* 通讯作者: shenlei815@qmu.edu.cn; shenleiby@126.com

表1 虚实结合解剖学和人文素质教育的评价

[n=310,例(%)]

序号	调查指标	非常同意	比较同意	一般	不太同意	非常不同意	χ^2 值	P值
1	是否同意虚拟解剖学教学	200(64.52)	60(19.35)	0	30(9.68)	20(6.45)	23.0924	0.0000
2	虚拟解剖学教学很有意义	20(6.45)	240(77.42)	20(6.45)	20(6.45)	10(3.23)	23.4018	0.0000
3	虚拟解剖学教学能够弥补对人体解剖结构的理解	200(64.52)	80(25.81)	0	20(6.45)	10(3.23)	13.2631	0.0013
4	其他医学课程是否也需要类似解剖学样的虚拟+实践操作的教学模式	230(74.19)	40(12.90)	0	20(6.45)	20(6.45)	26.0901	0.0001
5	虚拟解剖学教学对掌握知识重要性,化繁为简	220(70.97)	50(16.13)	10(3.23)	30(9.68)	0	22.5101	0.0000
6	虚拟解剖学教学对自己自学能力有意义	216(69.67)	90(29.03)	4(1.29)	0	0	12.3144	0.0004
7	手机等新媒体技术的发展,而与人沟通交流等医学人文精神降低了,害怕与人交流	90(29.03)	150(48.39)	62(20.00)	5(1.61)	13(4.200)	25.7615	0.0000
8	虚拟解剖学教学中开展的人文教育提高了医学人文素养和情商	112(36.13)	54(17.42)	43(13.87)	62(20.00)	39(12.58)	15.3385	0.0005
9	通过学习和活动,我理解了医生职业道德、与人沟通等能力很重要	124(40.00)	91(29.35)	83(26.77)	8(2.58)	4(1.29)	12.5491	0.0019
10	通过学习和活动,我理解了生命的价值,我要更加爱惜自己生命,尊重他人生命	151(48.71)	79(25.48)	72(23.23)	4(1.29)	4(1.29)	10.4000	0.0055

开展面对“无语体师”默哀宣誓仪式,引导医学生养成尊重遗体、敬畏生命的思想^[4]。

(2) 解剖过程中,培养敬畏生命意识。解剖过程中切除的皮肤、脂肪等组织集中存放,待解剖课结束后,与尸体统一处理。解剖操作禁止学生带情绪操作,严格禁止在“无语体师”身体上进行侮辱性动作或操作,学生互相监督,发现违反者,不仅书写检查,而且取消年度评优资格,促使学生从潜意识里养成尊重生命、爱惜“无语体师”的高尚情操。

(3) 团队合作解剖操作,彰显团结互助的医生职业道德。解剖过程中采取“分工合作”的团队形式,每具尸体25名学生使用,7~8人为1个解剖小组,将解剖操作当做“临床手术过程”,职位(承担工作)主要分为术者(主要负责解剖操作)、助手(协助术者)、理论指导(查阅教材,结构辨识)、器械指导(解剖器械清点和器械使用指导)和解剖记录(解剖过程记录者)等职位,每次解剖轮流交换职位,解剖小组轮流操作,这样可以保证学生均有动手机会。解剖过程出现结构辨识或损伤等问题,小组同学共同探讨此次解剖操作累及的临床问题,密切结合临床检查或手术,分析手术入路和术式,评估该次解剖操作给手术造成的风险评估。以此教育学生视解剖操作犹如临床手术,不再把尸体等成“物”,而作为临床有生命的“患者”认真对待,建立起学生团结协作、尊重生命的高尚心境。

(4) 解剖结束后,锻炼不怕脏、不怕累的精神。经过一学期的解剖学实验课,尸体周围已经非常“脏乱”,在最后一节解剖课结束后,组织学生将“无语体师”结构还原复位,缝合皮肤,清洗尸体和台面,并向所有尸体默哀,敬献菊花,这些活动调动了学生不怕脏、不怕累的精神,积极参与教学工作和养成关爱生命、尊重患者的良好美德。

(5) 教学之余,关爱弱势群体,树立高尚人文素质。除了课堂教学外,我们还组织学生到社区进行义诊、关爱孤寡或失独老人,送去爱的温暖,由此,培养学生尊老爱幼、待病人如亲人的优秀的职业道德素质。

1.2.3 研究方法 以问卷调查的方式对我校2016级临床医学专业共310名学生分别于人体解剖学教学活动进行评价。

1.3 统计学方法 应用SPSS 19.0 统计软件,计数资料采

用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

对接受虚拟解剖学教育和人文素质培养学生,采用匿名调查问卷的方式开展调查。310名学生在10个问卷方面针对自己学习和心得体会进行客观评价,反馈意见发现,受调查的全体学生基本认同虚拟解剖学结合尸体解剖教学手段,认为该教学模式与日益普及的新媒体技术相配套,符合学生接受知识、掌握操作技能的认知心理,对促进知识的理解、提高学生尊重生命的价值观具有重要意义(表1)。

3 讨论

医学是以人的生命为研究对象,以人的心理和生理健康以及同疾病作斗争的一门科学^[5]。反思社会快速发展,人民生活普遍提高的同时,道德意识教育还任重道远^[6]。作为“人”的医学生是一个特殊群体,将来要从事面对“人”而开展工作^[7],因此,医学生除了具备良好职业技能外,还需要掌握高尚的职业道德和人文素质,如何在医学生中普及高尚的医学人文精神,营造和谐的社会风气,是每个医学教育者应该肩负的重大责任。

日益发达的新媒体教学技术条件下,虚拟化、网络化、慕课等教学模式层出不穷^[8],新媒体教学与实践机能相结合的教学形式,为医学生学习难点和重点提供了学习便利,学生可以随时学习,不受时间和空间的限制。在新媒体发展过程中,人与计算机或手机程序交流日益增多,而医学生的仪表仪态、语言沟通、社交联络、提笔书写等基本能力日益减少,“人与人”之间“面对面”的直接沟通机会大大下降,医学人文精神的主要表现为课堂“手机族”、沉溺于网络或游戏等活动,学生吃苦耐劳、救死扶伤等医学人文精神有待加强,社会人群的尊老爱幼、与人为善、和谐价值观等人文价值取向还需要下大功夫引导^[9]。

人体解剖学名词众多,内容复杂,一直是学生的学习难点,解剖学是涉及人体结构的基础医学课程,在医学教育中的地位非常重要。我们打造虚拟化人体解剖学实验教学,化繁为简,使学生能够清晰地理解学习内容,提高了学习效率,在解剖学新媒体教学基础上广泛进行医学知识、尸体解剖和人文精神的有机结合,除了利用虚拟技术展示医学课程重难点之外,

将尸体当成不讲话的“无语体师”^[9]，从面向尸体宣誓、体验“艰苦”教育、小组分工解剖讨论、缅怀遗体捐献者、慰问孤寡老人等一系列活动，利用“无语体师”开展系列活动促进学生养成高尚的生命价值。

310名学生调查问卷显示：由于虚拟解剖学实验教学适应接受知识、理解知识的要求，并与目前流行的移动终端、智能手机等应用程序类似，因此，学生的学习积极性和课堂的“抬头率”等具有提高，形象的图像和视频、动画、深入浅出的讲解，有助于学生对解剖知识的理解。310名学生中有70%以上的学生认可这种教学方法，当然也有部分学生认为虚拟教学手段缺少教师的具体指导，从小养成的灌输式、讲授式课堂教学很不适应，我们认为，养成学生终身学习的能力是培养一名合格医学生的重要目标，在实践工作中，我们还要将虚拟技术与具体尸体解剖操作密切结合，彻底养成独立自学的终身学习能力。新媒体技术的确对医学生知识理解掌握、生命价值意识等带来很大影响，医学教育者要不断适应新媒体技术的发展现状，不仅教会学生，更要在引导好学生思想上下功夫，在现实生活中帮助或指导学生建立起良好的人际交往氛围，让医学生更多地融入现实中的生活，有意识磨练艰苦意志，通过不断提高自身修养树立正确的人生观、

价值观，使其成为合格的“医者”，树立良好的医学人文价值观，才能实现“医者仁心”的愿望^[10]。

综上所述，在现代化人体解剖学教学中大力开展医学人文素质教育，将会促进学生掌握知识、培养高尚的职业精神，在实践中我们还会进一步拓展医学人文的教育领域，开发更多的医学人文教育方式，以期推动新媒体医学教育技术下医学生健康发展。

参考文献

- [1] Thomas P. The Great Convergence: Information Technology and the New Globalization[J]. Business Economics, 2016(53):1-3.
- [2] 张婧懿. 新媒体时代解剖学继续教育的困境与对策[J]. 中国医药导报, 2018, 15(9):154-157.
- [3] 檀琳. 新媒体对医学人文精神培育的影响分析[J]. 医学与哲学, 2016, 37(9A):55-57.
- [4] 孔祥溢, 王任直. 加强新型医学模式的人文教育[J]. 基础医学与临床, 2017, 37(7):1064-1066.
- [5] 郭琳. 新媒体视域下关于医学生生命教育的探索[J]. 中国医学伦理学, 2015, 28(5):779-781.
- [6] 吴永珍, 吴文强, 杨洋. 新媒体环境下医患关系面临的挑战及应对策略[J]. 中国社会医学杂志, 2016, 33(6):511-513.
- [7] 潘淳. 新媒体环境下教师教学能力发展研究[J]. 中国电化教育, 2014(5): 85-88.
- [8] 赵文婷, 方玉婷, 张慧兰, 等. 国外医学生生命教育的特点及启示[J]. 医学与哲学, 2018, 39(1A):62-64.
- [9] 曹冬雷, 王东红, 姜宝娜. 感恩“无语体师”: 提升医学生人文素质教育之实践[J]. 医学与哲学, 2009, 30(7):67-68.
- [10] 章茂林, 余苗, 陶湘云. 论医学科学精神与人文精神的融合[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(5):56-58.

(本文编辑:李海燕 本文校对:赵 阳 收稿日期:2018-08-09)

中医内科学教学中的策略与互动设计※

刘鸣昊

(河南中医药大学第一附属医院脾胃肝胆科, 河南 郑州 450000)

摘要: 中医内科学是中医临床学科的主干课程, 作为一门传统课程, 教师在讲授中医内科学的过程中容易出现照本宣科, 缺乏互动的情况。本文总结中医内科学教学中的教学策略与互动设计经验, 为中医药高等院校教师讲授该门课程提供参考。

关键词: 中医内科学; 教学策略; 互动设计

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.007

文章编号:1672-2779(2018)-23-0014-03

Teaching Strategy and Interactive Design in the Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine

LIU Minghao*

(Gastroenterology Department, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Internal medicine of traditional Chinese medicine is the main course of TCM clinical subjects. As a traditional course, teachers are prone to appearing in the process of teaching internal medicine of traditional Chinese medicine and lack of interaction. This paper summarizes the teaching strategies and interactive design experience in the teaching of TCM Internal Medicine, and provides a reference for teachers of Chinese medicine institutions to teach the course.

Keywords: internal medicine of traditional Chinese medicine; teaching strategy; interactive design

中医内科学是中医药高等院校医学类学生所接触到的第一门临床课程, 是连接基础课程与临床课程的

桥梁, 是执业医师考试、研究生入学考试的核心课程, 在整个中医学教育中占据了十分重要的地位, 是中医学专业、中西医结合专业、针灸推拿学专业等一系列专业的核心课程, 有着不可取代的地位^[1]。作为一门传统课程, 许多学生反映部分教师在授课的过程中只会照本宣科, 缺乏使用先进的教学策略, 忽视了与学生

※ 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]



的互动沟通,造成教学质量不佳,学生缺乏对中医内科学的学习兴趣^[2]。对此,笔者根据多年教学经验,将中医内科学教学中的教学策略与互动设计总结如下。

1 教学策略

1.1 教学策略的形式应丰富 多媒体课件可以自由制作,结合各类现代媒体如网络、期刊等资源,突破教材的限制,可以将最新的知识和研究成果以多种形式如视频、图片等直观地带给学生,是对有一定滞后性的教材的最佳补充,大大加速了知识的更新,有利于激发学生的探求欲和对新鲜事物的求知欲,让学生在形象、生动、具体的教学形式中,深刻理解中医内科学在中医学中的举足轻重的作用。课堂讲授以PPT多媒体教学、与板书相结合,充分发挥PPT内容丰富,图片生动,直观性强的优点,临床病案形象生动,引发学生兴趣,加强学生直观感受的优点,以及板书简明扼要,重点突出,前后联系的优点,以取得更好的教学效果。

课堂教学采用启发式、问题式的教学方式,使学生掌握基本概念、基本理论、基本技能;以提出问题或举出案例引发学生兴趣,引导学生发现问题并对问题进行分析与思考,使学生作为课堂教学的主体,充分发挥自己的主观能动性,学习更为积极主动。采用案例式教学方法培养学生的综合应用能力。教学过程注重逻辑性、条理性和实用性,吸收中医学科最新研究成果充实教学内容,注意在教学过程中留下一些问题让学生独立思考,把传授知识的过程转变为素质教育的过程。教学过程中突出理论课与临床的有机结合,让学生切实掌握疾病临床诊疗方法。为有效检验和评价学生的学习效果,真实地反映学生学习成绩。

1.2 教学策略的选择应注重因材施教 授课过程中要重视“因材施教”。中医内科学在多个专业中均有开设,比如中医学专业、中西医结合专业、针灸推拿学等专业,比较而言中医专业的学生基础相对较好,对于零碎的知识点善于归纳总结,对于曾经学过的基础知识能灵活运用,课程进展较为顺利,代课教师讲解完课程的重点难点之后,还可以再给学生补充一些与本课程相关的最新的研究动向和前沿,以满足学生求知的迫切需求。而对于中西医结合临床、针灸推拿等专业的学生,化零为整的能力以及中医传统经典基础知识灵活应用的能力悬殊很大,课程进展较慢,代课教师把课程的重点难点讲解完后,还要留有部分时间让他们消化吸收,给学生答疑解惑。另外,中西医结合专业对于中西医理论与临床的结合展现出较强兴趣,学生对本专业的前景和中医内科学的重要地位把握不足,需要特别强调。

2 互动设计

2.1 互动的形式 在引入每一章节之前,对上次课的重点进行复习回顾,以提问的方式进行。计入最终考核

的形成性成绩。多种形式的大班课堂讨论。启发式提问引起课堂讨论:学生根据目前自己掌握的基础知识及专业基础知识,根据胃痛不同证型的特点,讨论各证型胃痛的不同于教材上的治疗方药,鼓励学生勇敢地说出自己的认识,阐述讨论的过程与结果,让学生清晰地监控自己的理解和思维过程,使其对自己的思维过程更加明确,从而活跃学生思维,有目的地把学生引入教学内容。将中医学对于疾病的病因与生活小常识联系起来,比如在讲授胃痛一病病因时举例:为什么哪怕天再热,也需要拿东西把肚子盖上?与“寒邪直中太阴”之间的关系?既有效地调节课堂气氛,加深了学生对中医药文化的理解,又无形中引发了学生对传统文化的热爱,提高了学生的人文素质和综合素养。

收集临床病例,让学生进行理法方药分析,并以分组讨论和对抗的形式,评价对方的方药,寻找不足和值得借鉴之处,既可引发学生的学习兴趣,又可促使学生将所学过的知识综合运用。通过所学习的内容,讨论病例的临床特点、疾病的发生发展、诊断要点、诊疗方案,老师起引导作用,主要锻炼同学利用所学知识分析问题、解决问题的能力以及团队合作解决问题的能力。

在课堂讲授中应注意引导学生与其他学科的专业知识相联系。善用对比法和归纳总结法,把各学科间知识进行对比,比如《方剂学》吴茱萸汤方歌“阳明寒呕少阴利,厥阴头痛也能保”中“阳明寒呕”就需要在《中医内科学》呕吐一篇中进行解释,引导学生自己发现不同之处并进行归纳总结,更好地培养学生将所学知识融会贯通,综合应用的能力。课堂教学应与病案教学相结合,课堂上学到的知识在实践中得到验证和应用。鼓励学生从身边发现问题,提出问题,引导学生思考和探究。布置合适的课外作业,以巩固所学到的知识,增强将理论知识应用于实践的能力,提高学生的学习效果,了解学科前沿进展,培养学生的科研思维和科研素质。在互动的过程中要及时评价,及时反馈,通过作业及讨论过程和结果,以此对学生的进行学习形成性评价,并及时反馈到教学活动中,对教学进一步提高。

2.2 互动的价值

2.2.1 互动引发学生思考 加深记忆 联系知识点 比如讲授积聚的历代沿革中,《医宗必读》提出积聚分初、中、末期治疗,提示学生如今现代医学对于肿瘤的治疗也是分为初、中、末三期论治,由此可以引发学生思考,积聚所对应的疾病,是不是跟恶性肿瘤有一定联系?现代药理学对《中医内科学》中一些疾病的治疗方药往往有相关的药理机制研究,可以在积聚的教学中引入,比如大量药理研究表明有部分中药被证实

有一定的抗肿瘤作用,如雷公藤、千金子、生熟薏仁、天门冬等。对于这些中药药理作用的介绍,使学生对中医药防治疾病的现代机制有一定理解,从多角度掌握中药的作用机制。对于借助现代医学技术方法开展的中医理论、疾病证型本质以及中医诊断指标客观化的研究成果,适度的引入可以加深学生的印象并提高对中医学习和研究的兴趣。

通过讲授知识点,第一时间用互动提问的形式,引发学生思考,学以致用,达到更好的教学效果。

2.2.2 互动发现学生诉求 找到重点 解决问题 比如在中医内科学的教学过程中,笔者经常发现学生有畏难情绪,觉得中医药对于某些疾病的疗效不如西药,找不到优势所在。对于这样一个古老的学科来说,这是挑战更是机遇,在教学过程中针对学生的疑问,强调中医药的科学性、先进性,比如在讲授积聚的预防调护和临证备要时强调“大积大聚,其可犯也,衰其大半而止”在肿瘤相关疾病当中的应用,提示学生理解中医“正气存内,邪不可干”观点的先进性和现在的临床应用,对激励学生对于中医药临床疗效的信心和中西医结合在临床中的实际

应用有着十分重要的意义。

2.2.3 互动的过程是活跃课堂气氛,改善传统中医课程氛围不足的重要方法 相对西医课程,中医类课程更加抽象,缺乏直观的例子,但中医药是源于生活源于临床的一门医学,许多理论知识来源于生活观察,与生活贴近,在潜移默化中影响到了人的语言、生活习惯。比如肝脾不和这一理论,情志不畅,肝失疏泄,脾失健运,情志异常会影响脾胃运化,而我们生活中也有“脾气不好”而非“肝气不好”的说法。这一类的举例,有助于帮助教师改善课堂气氛。在课堂中适度进行提问和讨论,充分利用课间与课下时间与学生进行交流沟通,增进师生之间的互相理解,既能活跃课堂气氛,让原本相对枯燥的课堂活跃起来,让静止的教室运动起来,又能引发学生新的思考。

参考文献

- [1]赵海军,季旭明,王世军,等.中西医结合基础专业研究生实践与创新能力培养模式的探索[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(16):88-90.
- [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:赵文霞 收稿日期:2018-07-06)

中医望诊图片素材库的建设与应用※

李 静 李 悦* 王学岭 邢淑丽 杨天群

(天津中医药大学中医诊断教研室,天津 301617)

摘 要:目的 中医四诊中的望诊对形态和直观的要求较高,但之前的教学更多停留在文字表述,缺乏大量生动的图片展示,导致学生听课效率不高。本研究广泛搜集各临床科室的望诊图片,形象直观地展示疾病的临床表现,大大提高了学生的学习兴趣。**方法** 搜集资料;筛选资料;进行标注;建立题库。**结果** 构建中医望诊的素材库,因不同的需求进而建立相应的题库。**结论** 将望诊题库应用于诊断学教学、实训课操练、阶段测验、期末考试及各种竞赛,弥补了之前望诊能力考核不足的缺陷。

关键词: 望诊; 图片; 素材库; 题库

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.008

文章编号:1672-2779(2018)-23-0016-03

The Construction and Application of Chinese Medicine Inspection Picture Database

LI Jing, LI Yue, WANG Xueling, XING Shuli, YANG Tianqun

(TCM Diagnostic Department, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 301617, China)

Abstract: **Objective** Inspection requires a higher degree of morphology and intuition, but the previous teaching was more theoretical. It lacks of a large number of vivid images, causing students to attend classes inefficiently. This study extensively collects pictures of clinical departments to visualize symptoms of the diseases, and it greatly improves the interest of students. **Methods** Information collection, data screening, annotation and establishing test bank were made. **Results** Establishing inspection material library of TCM, and then establishing inspection test bank according to different needs. **Conclusion** The inspection test bank is applied to the teaching of diagnosis, practical training, stage test, final exam and various competitions, making up for deficiency of inspection ability assessment.

Keywords: inspection; picture; material library; item bank

《难经·六十一难》中说:“望而知之谓之神”,清代名医林之翰在《四诊抉微》中说:“四诊为岐黄之

首务,而望尤为切紧”,可见望诊在临床中的重要性^[1]。在课堂教学中,望诊具有形态性强、直观性高的特点,但因图片资源的匮乏,教学大多停留在文字阶段,难以生动地展示各种病证,故学生兴趣不高,学完易忘。基于上述问题,调动各方资源广泛搜集图片,建立望

※ 基金项目:天津中医药大学教改课题【No.2016JYG02】

* 通讯作者:liyue3013@163.com

诊的图片素材库,可以有效弥补教学资源匮乏的缺陷,从而提高学生的听课效率。

1 搜集资料

1.1 资料来源 一部分源于网络和图书,需要对图片中的商业标志进行处理;一部分源于临床各科,课题成员深入心血管、呼吸、妇科、儿科、肛肠科、皮肤科等临床科室采集典型图片,并对图片加以隐私处理;还有一部分源于学生,譬如五色诊,参考寇氏^[2]“案例教学法”,在学生中寻找典型面色进行真实的案例教学,调动了学生学习积极性,取得了良好效果。

1.2 资料搜集

1.2.1 搜集名录 全身望诊:神—得神、少神、失神、神乱;色—面青、面赤、面黄、面白、面黑。局部望诊:头面—方颅、凶填、凶陷、疳积、斑秃、脂溢性脱发、疔腮、面瘫;五官—针眼、上睑下垂、酒糟鼻、口疮、鹅口疮、白喉、乳蛾;颈项—瘰疬、瘰癧;胸腹—扁平胸、桶状胸、鸡胸、漏斗胸、串珠肋、肿胀;四肢—鹤膝风、足内外翻、梭状指、杵状指、痿证、痹证;二阴—疝气、阴挺、脱肛;皮肤—抱头火丹、缠腰火丹、流火、白癜风、斑、麻疹、风疹、瘾疹、湿疹、水痘、热气疮、痈、疽、疔、疖^[3]。

1.2.2 搜集方法 课题组每个成员人手一份“搜集名录”,因所进临床科室的不同有所侧重地进行搜集。如ICU重点搜集失神,儿科重点搜集方颅、凶填、凶陷、鹅口疮,眼科重点搜集针眼、上睑下垂,皮肤科重点搜集湿疹、缠腰火丹等。另外,广泛调动学生,从网络、图书等各方资源搜集典型图片,并要求注明图片来源。之后分门别类建立文件夹,进入资料筛选阶段。

2 筛选资料

在图片筛选中,不仅选择能说明疾病典型特征的,还会选择虽不太典型但临床常见的类型,这样既能准确把握疾病特征,又能提高临床诊断能力。如杵状指,图1为典型表现,图2为不典型但临床常见表现。同学们在看到图1时,立刻形成杵状指即手指末端膨大的概念,进而对比联想到梭状指即手指末端缩小的概念。图2则是首先明确了杵状指概念后,较之于手指中段,手指末端略有膨大,乃临床病人中常见但不典型表现。

另外,有些图片虽源于真实的临床病例,但由于拍摄技术或光照等因素导致图片显示不清,无法直观形象地说明概念,这时常以简笔画或影像学检查的形

式在图片旁边附一张说明图,如串珠肋(图3~5)。图3是临床上串珠肋病人展示的直观印象,肋骨区有部分圆形隆起。图4利用简笔画形式明确了圆形隆起的具体位置在肋骨和肋骨软骨交界处。图5则以影像学的形式进一步展示了隆起的位置和形态。三幅图清晰明确的展示了“串珠肋”的临床表现、概念特征及影像学检查。



图1 杵状指典型表现



图2 杵状指常见表现



图3 串珠肋病人

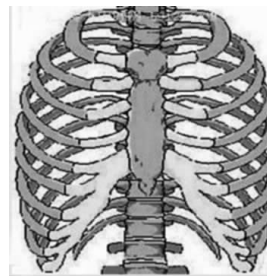


图4 串珠肋简笔



图5 串珠肋影像

3 进行标注

每一名录的图片建立一个文本框进行标注,包括:图片来源、临床表现、中医的病名病因、西医的病名病因。如酒糟鼻(图6)的标注:



图6 酒糟鼻表现

图片来源-学生照片

临床表现-玫瑰红色、形似草莓、血管扩张

丘疹脓疱、面部多油

中医病名-酒糟鼻

病因-肺胃热盛

西医病名-玫瑰痤疮

病因-螨虫感染

标注主要有两个作用：(1) 辅助图片进一步阐释概念；(2) 图片与标注的分离，方便下一步题库的设置。

另外，在图片的编排顺序上，将症状相似容易混淆的疾病放在一组。如瘰疬与瘰癧，鹅口疮与白喉。并在标注时将二者不同之处用红字标出。如瘰疬部位是颈正中结喉处，而瘰癧则是颈侧淋巴结；鹅口疮的白膜可擦掉，而白喉的白膜擦不掉。

4 建立题库

经过前期的搜集资料、筛选资料、进行标注之后，中医望诊的图片素材库基本建成。要使素材库真正发挥作用，还需将其转化成适应课堂教学及考试的试题库。具体做法是：将电子图片制成塑料封口的纸质卡片，并加以编码排序，标注部分一一对应制成标准答案。利用卡片和标答大体可以制成两类题目。

(1) 图片判读题：此类题型可考察学生“望面色”的能力。例如描述图7的面部特征并阐述其临床意义。



图7 面部特征

参考答案：面部特征：面色发黑，晦暗，口唇紫暗；临床意义：肾虚、水饮、寒证、血瘀、疼痛。

(2) 病案分析题：之前的病案题涉及面色、舌色、神情、体态等望诊内容往往以纯文字形式直接说明，不贴近临床真实情况。有了图片库，舌面色可以用直观的图片展示，弥补了之前只考核辨证能力不考核望诊能力的缺陷。例如杨某，女，43岁。近半年因工作劳累，白带增多，曾服清热除湿方，效果不明显。现神疲乏力，少气懒言，纳少便溏，畏寒肢冷，带下色白、质稀、无臭味，舌淡苔白，脉缓弱。面部特征见图8。请描述面部特征，提出主诉，确定证名，进行证候分析。



图8 面部特征

参考答案：面部特征：面色淡白无华，眼胞暗黑；主诉：白带增多半年；证名：脾阳虚证；证候分析：脾气虚衰，阳气不足，故水湿不运，水湿下注，损伤带脉，带脉失约，故见带下色白，量多清稀，无臭，眼胞发黑亦为寒湿带下之象；脾阳虚衰，温煦失职，故畏寒肢冷，面色淡白无华；脾失健运，机能衰减，故见纳少便溏，神疲乏力，少气懒言。舌淡苔白，脉缓弱，均为脾气亏虚之象。

图片与标注配套制成的试题库可以运用于课堂教学、阶段测验、期末考试、毕业考试、研究生复试等多种场合。另外，近年的中医大学生临床能力竞赛诊断只设舌脉站，利用题库可以增设望诊站。

5 结语

望诊图片素材库的建立，大大丰富了课堂的教学资源，使教学更加生动形象；题库应用于各种考试及竞赛，真正考核了学生的望诊水平，弥补了之前偏重舌脉诊及辨证能力测试的缺陷。但是有些望诊内容单纯利用图片并不能说清概念，如神乱、中风等，需要利用动态视频进一步展示。因此下一步工作是建立中医望诊的视频库，图片库与视频库两者结合才能更好地锻炼和考核学生的诊断能力，促使其理论知识进一步向实践转化。

参考文献

- [1]黄自立.中国古籍医论荟萃[M].汕头:汕头大学出版社,2003:250.
- [2]寇美静,邹小娟,刘雁云,等.以学生为案例望面色教学实践体会[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(24):88-89.
- [3]陈家旭,邹小娟.中医诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2012:11.

(本文编辑:李海燕 本文校对:蒋 茹 收稿日期:2018-08-10)

中医药健康文化素养提升工程是中华复兴大业的重要组成部分，是促进中华思维方式和促成健康生活方式的行动，是正本清源、改革供给，知行合一的行动。

中医药健康文化素养提升工程，旨在普及与践行中医治未病理念和普及中医药健康生活方式的全民行动。

——陈燕溪、杨建宇摘编自《国医大师孙光荣教授中和医派临床经验集》

不同教学法的运用对形成性评价效果的影响分析※

章莹 熊浩仲* 孙有智

(江西中医药大学基础医学院, 江西 南昌 330004)

摘要: 形成性评价贯穿在学生学习的整个过程, 与终结性评价相比具有明显的优势。但在实施过程中, 老师们对其效果评价不一, 因此笔者对形成性评价效果及其影响因素进行了调查。在调查中发现, 与传统课堂讲授法比较而言, 形成性评价在实施过程中如果能结合本门课程特点, 适时地选择使用先进教学法, 对于形成性评价的效果具有明显促进作用。

关键词: 形成性评价; 传统教学法; 先进教学法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.009

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0019-03

Analysis on the Effect of Different Teaching Methods on Formative Evaluation

ZHANG Ying, XIONG Haozhong, SUN Youzhi

(Basic Medical College, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China)

Abstract: Formative evaluation runs through the whole process of learning. It has obvious advantages over summative evaluation. But in the course of implementation, teachers have different opinions on its effect. The author investigates the formative evaluation effect and its influencing factors. Compared with the traditional classroom teaching method, it is found that If we can combine the characteristics of this course and choose the advanced teaching method in the process of formative evaluation, we can promote the effect of formative evaluation.

Keywords: formative evaluation; traditional teaching method; advanced teaching method

形成性评价由美国学者M.Scriven于1967年在其所著《评价方法论》(The Methodology of Evaluation)一文中首次提出, 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, 是对学生学习全过程持续观察、记录、反思做出的发展性评价^[1]。我国自1983年首次将形成性评价理念引进到教育领域^[2]。2012年教育部和国家中医药管理局颁发了《本科医学教育标准-中医学专业(暂行)》, 明确要求将形成性评价纳入中医专业教育体系。我院各医学基础课程自2014年广泛采用形成性评价。在实施过程中, 老师们对其效果评价不一: 有的认为形成性评价在很大程度上提高了学生学习的积极性和主动性, 培养了学生自主学习能力; 也有的认为形成性评价没有什么实际效果, 反而极大地增加了老师的教学工作量和学生的课外负担; 还有的认为形成性评价用于小班还可以, 应用于高校中普遍存在的大班教学是行不通的。

有鉴于此, 笔者对我院正在进行的形成性评价效果及其影响因素进行了调查, 其中重点考察传统教学法和先进教学法对形成性评价效果的影响。具体详述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在本次研究中, 所选择的调查对象均为笔者所在学院2017年春开设方剂学课程与医学免疫学和病原生物学课程的班级学生。

方剂学课程班级包括传统教学法班级和先进教学法班级。传统教学法班级使用的是传统课堂讲授法。而先进教学法班级除了传统课堂讲授, 还结合以讨论课的形式: 采用问题为导向, 结合分组自学, 课堂演讲汇报、微电影、辩论等方式开展; 以学生交流学习为主, 教师点评为辅; 最终评价方式以学生自评、互评与教师评价相结合。

医学免疫学和病原生物学课程班级包括传统教学法班级和先进教学法班级。传统教学法班级使用的是传统课堂讲授法。而先进教学法班级除了传统课堂讲授, 还结合以“翻转课堂”借助手机软件APP蓝墨云班课的形式: 让学生课前自主学习, 课内在老师的指导下进行问题讨论、实验和测验等活动; 所有学习活动都会在蓝墨云班课中留下记录, 老师还可以给予每个活动相应的经验值, 此经验值可以作为形成性评价的构成要素。

1.2 研究方法 为保证研究的准确性以及信息来源的可靠性, 本研究采用了第三方调查法。由笔者起草问卷调查内容, 请学院教学科研办负责实施调查, 该问卷调查借助问卷星完成。

1.3 统计学方法 问卷结果使用SPSS 17统计软件包在计算机上进行数据处理和结果分析。计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 学生对形成性评价的认知情况 使用先进教学法的方剂学班级简称方剂1班, 使用传统教学法的方剂学班级简称方剂2班; 使用先进教学法的医学免疫学和病原生物学班级简称微免1班, 使用传统教学法的医学免疫

※ 基金项目: 江西中医药大学学位与研究生教育教学改革研究项目【No.jzjzg201410】

* 通讯作者: 37565385@qq.com

学和病原生物学班级简称微免2班。

表1 学生对形成性评价的认知情况 [人数(%)]

组别	学生对形成性评价的了解程度		学生对形成性评价的参与态度	
	了解	不了解	积极参与	基本完成任务
方剂1班	132(95.0)	7(5.0)	98(70.5)	41(29.5)
方剂2班	109(78.4)	30(21.6)	69(49.6)	70(50.4)
P值	0.0001		0.012	
微免1班	33(91.7)	3(8.3)	25(69.4)	11(30.6)
微免2班	160(72.1)	62(27.9)	105(47.3)	117(52.7)
P值	0.0001		0.013	

如表1,无论是方剂学或医学免疫学和病原生物学,使用先进教学法的班级中,学生对形成性评价的了解明显强于使用传统教学法的班级 ($P<0.05$);与此同时,使用先进教学法的班级中,学生的课堂教学参与积极性明显高于使用传统教学法的班级 ($P<0.05$)。

2.2 学生对于形成性评价的认识

表2 学生对形成性评价的认识 [人数(%)]

组别	学生对形成性评价构成的认识		学生对学习精力投入度的认识	
	三项以上	三项及以下	需要投入更多精力	与之前差不多
方剂1班	72(51.8)	67(48.2)	127(91.4)	12(8.6)
方剂2班	30(21.6)	109(78.4)	106(76.3)	33(23.7)
P值	0.0001		0.001	
微免1班	17(47.2)	19(52.8)	31(86.1)	5(13.9)
微免2班	87(39.2)	135(60.8)	148(66.7)	74(33.3)
P值	0.121		0.011	

如表2,无论是方剂学或医学免疫学和病原生物学,使用先进教学法的班级中,学生对学习精力的投入度明显高于使用传统教学法的班级 ($P<0.05$)。且在使用先进教学法的方剂课程班级中,更多的学生认为形成性评价的构成应由3项以上组成 ($P<0.05$),考虑与该班教师的评价方式多元性有关。

2.3 形成性评价对学生的影响

表3 形成性评价对学生的影响因素 [人数(%)]

组别	激发学习兴趣	提高创新实践能力	提高人际交往能力	增强自信心
方剂1班	102(73.4)	89(64.0)	89(64.0)	51(36.7)
方剂2班	79(56.8)	73(52.5)	67(48.2)	62(44.6)
P值	0.004	0.006	0.001	0.222
微免1班	29(80.6)	23(63.9)	22(61.1)	19(52.8)
微免2班	137(61.7)	132(59.5)	125(56.3)	104(46.9)
P值	0.029	0.615	0.588	0.509

如表3,无论是方剂学或医学免疫学和病原生物学,相较于传统教学法班级,使用先进教学法班级的学生更多地认为形成性评价可极大激发学习兴趣 ($P<0.05$)、提高创新实践及人际交往能力。至于增强自信心一项,使用先进教学法的方剂课程班级甚至比传统教学法还低 ($P>0.05$),考虑是否与学习难度加大有关。

3 讨论

尽管相对于终结性评价,形成性评价的实施需要付诸更多的人力、精力和时间;但是对于学生综合素质的评价上明显优于终结性评价,这种评价方式更能体现学生的综合素质,和当前的教育培养模式更为贴切,更符合现代人才培养的评价要求^[9]。形成性评价贯穿在学生学习的整个过程,与终结性评价相比具有明显的优势^[4]:①评价主体更加多元;②评价内容更加全面;③评价方式更加多样;④评价结果的反馈作用更有针对性。而形成性评价在不同教学法运用的课程班级中,其优势效果尚有差异。

结合本次调查研究,笔者发现针对同一门医学基础课程,无论是方剂学还是医学免疫学和病原生物学,使用先进教学法的班级,学生对形成性评价的认可度、接受度及满意度明显高于传统教学法的班级 ($P<0.05$)。

众所周知,形成性评价是以学生为主体,学习过程中应充分考虑学生的个性特征,如学习习惯、兴趣爱好等,充分发挥学生的主观能动性,而传统课堂教学模式显然无法满足这点^[9]。在课程中使用先进教学法,如微电影、蓝墨云班课等方式,不但让学生更加了解形成性评价的意义及方式,使学生参与整个教学过程的修订与完善,更重要的是更加凸显以学生为中心的这一教学理论,正符合了素质教育以人为本的思想^[6]。

形成性评价应贯穿于学习过程的始终。使用先进教学法的班级,学生更多地选择了3项以上的评价内容 ($P<0.05$),这更凸显形成性评价方式的多样性及全面性。区别于传统课堂中作业、测验及考试等的考核形式,使用先进教学法的班级,其评价形式则更具有多样性^[7],比如小组讨论、课堂汇报、微电影展示等。因此完成一个评估任务的过程往往也就是一个学生学习与锻炼的过程,这无疑会更加需要投入时间精力 ($P<0.05$)。但收获的却是除了知识以外的,各种能力的提升 ($P<0.05$),尤其是在激发学习积极性这一项。无论是方剂学或医学免疫学和病原生物学,使用先进教学法总能启发学生主动思考并引导学生找到解决问题的方法。

4 结论

根据本次调查研究,与比较传统课堂讲授法,形成性评价在实施过程中如果能结合本门课程特点,适时地选择使用先进教学法,对于形成性评价的效果具有明显促进作用。因此,如果不将形成性评价融合到先进教学法中,形成性评价所具有明显的优势可能无法得到凸显。

5 不足与展望

由于时间关系,本研究尚有不足之处:①样本量较小,恐怕无法代表形成性评价结合先进教学法在所

有课程的效果反馈;②由于课程尚未完全结束,本研究还欠缺学生对反馈的意见及最终学生成绩,结论尚不完善。针对以上问题,我们在完善本次调查的同时,将继续选择其他课程进行对比研究,以期能得到更有说服力的数据支持。

参考文献

- [1]刘琼,李成年,杨云松,等.形成性评价在中国医学史教学中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(8):26-29.
[2]潘鑫.高中英语课堂形成性评价的实证研究[D].南京:南京师范大学,2014:11.

- [3]周毕军.以形成性评价为根基教学质量评价体系的优化[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(21):4-6.
[4]郝桂荣,张稚鲲,王大妹,等.形成性评价与终结性评价结合的学业成就评价体系——以中医文献检索课程为例[J].河南图书馆学刊,2013,33(2):14-18.
[5]王威,贺文静,吴秋成.高等中医院校西医临床情景教学的研究与实践[J].光明中医,2017,32(15):2277-2279.
[6]谢娜.论形成性评价在大学英语教学中的应用[J].国家教育行政学院学报,2010(7):74-77.
[7]钱坤,于艳红,毛梦兰,等.形成性评价在中医类高校教学中的运用[J].江西中医药大学学报,2015,27(6):80-82.

(本文编辑:李海燕 本文校对:章文春 收稿日期:2018-07-05)

参与式教学法在护理专业病理学教学中的应用

孙银辉¹ 卜兰兰^{1*} 王理槐² 唐 群¹

(1 湖南中医药大学医学院病理教研室,湖南 长沙 410208;
2 湖南中医药大学附属第一医院肿瘤科,湖南 长沙 410007)

摘要:目的 探究参与式教学法在护理专业病理学教学中效果。方法 选取2015级本科生228例为研究对象,其中105例行传统大班教学的学生为对照组,123例行参与式教学的学生为试验组。观察2组的教学成果,通过理论考试、实验考核和满意度评分作为教学效果评价的指标进行统计分析。结果 试验组学生的考试成绩显著高于对照组 ($P < 0.05$)。满意度评分显示参与式教学在促进学生认识自我,激发学生学习兴趣,培养团结协作精神等方面收到了良好的效果。结论 参与式教学法在护理专业的病理学教学中教学效果优于传统式教学法,是一种有效的教学模式。

关键词: 参与式教学;病理学;护理教育

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.010

文章编号:1672-2779(2018)-23-0021-03

The Application of Participatory Teaching Method in Pathology Teaching of Nursing Specialty

SUN Yinhui¹, BU Lanlan, WANG Lihui², TANG Qun¹

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

2. Department of Oncology, the First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410007, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of participatory pedagogy on pathology teaching of nursing specialty. **Methods** 228 undergraduate students of 2015 grade were selected as the study subjects, among which 105 students of traditional large class teaching were the control group and 123 students of participatory teaching were the experimental group. Observe the teaching results of the two groups. Statistical analysis was carried out through theoretical examination, experimental examination and satisfaction score as indicators of teaching effect evaluation. **Results** the test scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($P < 0.05$). The satisfaction score shows that participatory teaching has achieved good results in promoting students' self-understanding, stimulating students' interest in learning and cultivating the spirit of solidarity and cooperation. **Conclusion** participatory teaching method is more effective than traditional teaching method in pathology teaching of nursing specialty.

Keywords: participatory teaching; pathology; nursing education

护理作为医疗重要组成部分是衡量医疗水平的重要环节,在护理过程中护理判断是提供安全,优质患者护理的重要组成部分,护士必须有较强理论知识和技能来质疑权威,作出判断,证实证据,并倡导患者,以提供优质护理措施。然而对于护理专业学生培养大多还是传统教学方式,护理专业学生对医学理论知识缺乏较强的认识,因此导致临床上护士只一味专业,患者不理解,医患关系紧张,医护配合方面出现偏差。护理高职教育的培养目标是培养技术应用型专业人才,病理学是医学生最早接触的机体病变的学科,学生表现出积极兴趣,如何更好地转型和激发学习兴趣打好基础成为我们研究的重点。针对护理专业学生特点本

人采取参与式教学方法进行试教,现从实施方法、应用过程和体会3个方面阐述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 湖南中医药大学2015级本科护理专业1、2、3班(105人)为对照组即实施传统教学模式,2015级本科护理专业7、8、9班(123人)为试验组即实施参与式教学模式。对照组男女学生的比例为5:100;年龄18~21岁,平均年龄20.73岁。试验组男女学生的比例为12:111;年龄19~22岁,平均年龄20.71岁。2组学生一般资料差异不显著 ($P > 0.05$)。

1.2 教材 试验组、对照组均选取人民卫生出版社出版的第八版《病理学》。

1.3 病理学教学中参与式教学的应用方法

1.3.1 试验组 以病理学各论为基础,开课后将试验组

* 通讯作者:1240607651@qq.com

学生 ($n=123$) 均分为肿瘤、心血管、呼吸、消化、泌尿、生殖、传染组,在各章节学习前2周安排相应组参与该章节备课,结合病理学各章节中重点、难点知识,按照教师启发、提供教学PPT、教案、实验组讨论、分析制定新的教学方案——教师(或学生)完成教学——各组交流、辩论——教师总结——学生反思等环节完成教学任务。最后各组对教学章节进行满意度评分。

1.3.2 对照组 采用传统课堂讲授结合多媒体教学方法,学期末对教学进行满意度评分。

1.3.3 考试成绩分析 整理2组学生(每组随机选取100人)理论考试和实验课考试成绩,满意度评分,录入SPSS 13.0进行统计学分析,组间比较采用两独立样本 t 检验。

1.3.4 调查方法 所有参与的调查对象均采用无记名方式进行问卷调查,共发放问卷228份,回收有效问卷228份,回收率 100%。

2 结果

2.1 2组考试成绩比较 2组理论成绩优良差异非常显著 ($P<0.05$),表明试验组优于对照组(见表1)。

表1 2组考试成绩对比 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	人数	理论考试	实验考试
对照组	105	51.070 $\pm$ 14.474	33.18 $\pm$ 6.26
试验组	123	63.130 $\pm$ 14.030*	36.43 $\pm$ 5.64*
t 值		5.983	5.2489
P 值		<0.05	<0.05

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 2组教学反馈比较

表2 学生对教学满意程度的对比 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	人数	对课程学习的兴趣	能够提高自学能力	能够提高创新能力	能够提高逻辑思维能力
对照组	105	2.1 $\pm$ 0.9	1.8 $\pm$ 0.7	1.9 $\pm$ 0.9	1.9 $\pm$ 0.8
试验组	123	2.8 $\pm$ 0.8*	2.6 $\pm$ 0.9*	2.9 $\pm$ 0.9*	2.8 $\pm$ 0.8*
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
组别	人数	能够提高知识理解能力	能够提高文献检索能力	能够提高沟通表达能力	能够提高团队协作能力
对照组	105	2.2 $\pm$ 0.8	2.0 $\pm$ 0.6	1.8 $\pm$ 0.8	1.7 $\pm$ 0.9
试验组	123	2.5 $\pm$ 1.0*	2.6 $\pm$ 0.9*	3.0 $\pm$ 0.8*	2.7 $\pm$ 0.9*
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:教学满意度评分:1分为非常不满意;4分为非常满意。与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

3.1 参与式教学在护理专业病理学教学中取得的成果 病理学是介于基础医学与临床医学的桥梁课程,也是高职护理医学教育体系中必不可少的一门重要基础医学课程。调查显示,绝大多数医学院校护理专业病理学教学都存在课时少、内容多的问题,因此病理学的课程特点要求学生具有自主学习能力,如何提高学生自主学习的能力?教育心理学认为学习兴趣是一个人倾

向于认识、研究获得某种知识的心理特征,是人们求知欲的主要推动力,学生只有对某一学科产生兴趣,才会持续而专心致志的钻研,才能取得好的效果^[1];本项目研究过程中,学生在病理学总论的病变学习过程中对疾病诊断产生积极兴趣,希望得到表现,在各论具体疾病学习的过程中让学生参与教学,疾病讨论,增强学生思考问题学习兴趣、参与积极性、知识理解水平及人际沟通能力。来自学习的趣味、意义和挑战性的内在激励,使学生克服困难,从学习中获得乐趣和满足。学习方式随着学习兴趣的产生而发生相应的转变,由被动的填鸭式教学方式转变为积极主动地自主学习的方式。从而使学生更好地掌握相关病理学的理论知识,并将其所学知识结合到护理学专业知识的学习中,更好地与临床护理学知识相联系,为将来的临床护理实践工作打下扎实的理论基础。在参与式教学法中,来自教师的表扬和鼓励,也使外在激励加强。参与式教学法的理论依据主要是心理学的内在激励与外在激励关系的理论以及弗鲁姆的期望理论^[1-2]。在这种内在激励和外在激励都得到加强的情况下,学生的学习效率都得到显著提高。本次研究中,试验组学生的考试成绩、综合能力各项评分及对教学满意度均显著高于对照组 ($P<0.05$),且学生的学习兴趣明显优于对照组 ($P<0.05$),说明参与式教学法应用于病理生理学教学中不仅可提高学生的考试成绩和综合能力,还可以提高学生的学习兴趣及提高对教学的满意度。

3.2 参与式教学与师生关系及教师专业发展 目前病理学教学过程中仍然是以教师为主导的大师班,这种模式作为唯一的教学方式自90年代以来一直受到质疑,现在教学界更喜欢使用参与式课程,小组活动,公开讨论等形式^[3]。在这种学习环境中,需要重新思考教学和学习模型。参与式教学以学习小组为主,组员之间也必须密切配合,相互协作才能更好地完成教学目标,与没有小组的个人自学不同,学习小组要求学生创建自己的职责范畴,以便在课堂上分享想法和建立身份,这种模式减少了学生在课堂上的孤立感,在小组中的认同感和归属感可以提高学习者的积极性和成就感。我们注意到,对于学生来说,使用参与式教学法额外工作量与没有指导方针的自学时间明显增加,但学生认为额外的工作量对他们知识理解、情感的建立有更好的帮助。为了取得良好的授课效果,这个过程中学生可以从同龄人甚至外部专家和知识网络中学习,而不是将教学视为专注于教师,对话不需要由教师控制,也不需要课堂上开始和结束,更加促进师生交流,有效提高教学质量。另一方面,参与式教学法可以为教师更新课程和教学方法提供有用的指导。将自己视为促进者,让学生接触新想法并创造一个培养学习环

境让学生对自己的学习更负责。教师将学生聚集在一起讨论想法并协同解决问题有助于他们加深对疾病的理解。这个过程中教师必须确保我们的学生具备成功驾驭临床环境所需的技能,教师需要从从容应对并解决教学中随时可能发生的问题,这就促使教师不断钻研业务,努力学习国内外最新的教学理论和经验,不断拓宽知识面,具有终身学习、与时俱进的理念。课程改革以来,提倡师-生、生-生之间建立起积极互动、共同发展的关系^[4]。我们研究显示,参与式教学课堂活动中师生主动参与,有利于师生相互合作,建立和谐的师生关系,多向交流,以推动课堂教学人际交往的充分展开,从而达成互相促进,共同发展的效果。

3.3 参与式教学方法在病理学教学中运用前景 参与式教学在病理学教学中具有巨大的潜力,因为它创造了一个更具吸引力的学习环境。这种教学方式提高学习者的自主性,使学生对学习有更大的责任感,学生在课堂上对知识的掌控使他们有更大的自由和成就感,并且学生学习兴趣有了显著性提高,且明显增加了与教师的交流机会,使师生关系更加融洽,调动了教师的教学积极性,敦促教师加强业务学习及知识更新,及时更新课件和教案^[5]。但是,采用参与式教学方法耗时间太多,而护理专业课时有限,不可能推广到每

一堂理论课。建议对那些理论性较强、内容较枯燥的章节采用这种方法。另外,参与式教学法具有很强的兼容性和灵活性,它可以和其他的教学法很好地配合使用^[6],因此,把参与式教学法和传统的教学法有机地结合起来,取长补短,在以后病理学教学中定能取得理想的效果。

综上所述,参与式教学法符合人类学习过程的心理学规律,注重培养学生自主学习能力,因而更有利于培养出有临床思维能力,有创新精神,有解决问题能力的人才。在病理学教学中应用参与式教学法对护理专业教育质量的提高、学生的健康发展,都发挥着积极的作用。

参考文献

- [1]陈华.参与式教学法的原理、形式与应用[J].中山大学学报论丛,2001,21(6):159-161.
- [2]孙利虎.弗鲁姆期望理论视域下的教师激励现状分析[J].教学与管理,2011(9):9-11.
- [3]Del Fabbro L, Mitchell C, Shaw J. Learning among nursing faculty: insights from a participatory action research project about Teaching international students[J]. J Nurs Educ, 2015, 54(3):153-158.
- [4]顾旭松.实训教学中现代师生关系建立的研究[J].职业,2017(27):93-94.
- [5]施晓波,王丽琼,丁依玲.参与式教学方法在妇产科学教学中的应用[J].中华医学教育杂志,2007,28(4):52-53.
- [6]刘艳丽.参与式教学法在内科护理学双语教学中的应用[J].中国高等教育,2008(12):119-120.

(本文编辑:李海燕 本文校对:舍 颜 收稿日期:2018-08-03)

中药传承班中药调剂章节教学探析

贾永艳 徐翠珊 田效志 关延彬

(河南中医药大学药学院,河南 郑州 450046)

摘要:通过近年的教学改革实践,认为中药传承班“中药调剂”课程教学改革是一项不断改进的过程,需要对教学方式、教学内容、考核方式等方面进行改革,提升中药调剂课程的教学质量,培养掌握传统调剂技能的具有中医药特色的中药队伍。

关键词:中药药剂学;中药调剂;教学改革

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.011

文章编号:1672-2779(2018)-23-0023-03

Discussion on Teaching Chinese Drugs Dispensing in the Course of Chinese Medicine Pharmaceutics of Traditional Chinese Medicine Heritage Class

JIA Yongyan, XU Cuishan, TIAN Xiaozhi, GUAN Yanbin

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

Abstract: Through the teaching reform practice in recent years, it is considered that the teaching reform of Chinese drugs dispensing in the traditional Chinese medicine heritage class is a process of continuous improvement, which requires the reform of teaching methods, teaching contents, examination methods, etc. To improve the teaching quality of traditional Chinese medicine dispensing and to train the traditional Chinese medicine team with Chinese medicine characteristics who master the skills of traditional dispensing.

Keywords: Chinese medicine pharmaceutics; Chinese drugs dispensing; teaching reform

河南中医药大学中药学专业,创建于1958年,为国家级特色专业,国家级专业综合改革试点,是全国设立最早的中药专业之一。2009年,我校立足河南,坚持“以人为本、内涵发展、突出特色、服务社会”的办学理念,设立中药传承班,中药传承班学生来自

中药学、药学等相关专业,并经自愿报名、考试、面试等多个环节选拔,课程设置中除中药学专业课程外,还开设本草研读等课程加强中医药理论教学,并增加实习、见习环节,致力于培养掌握现代中药学知识及传统中药鉴定、中药炮制、中药制剂技能的专业

人才。

中药药剂学是以中医药理论为指导,运用现代科学技术,研究中药药剂的配制理论、生产技术、质量控制与合理应用等内容的一门综合性应用技术科学,是培养中药研究、生产、经营和应用人才的必修主干课程,该课程涵盖传统剂型与现代剂型,具有将生产与临床紧密联系的实践性,多学科知识与技能运用的综合性。中药药剂学课程使用的教材为中国中医药出版社出版、杨明教授主编的“十三五”规划教材《中药药剂学》,中药调剂是课程的一个章节,是与中医临床关系最为密切的章节。中药调剂即“合剂”“合药分剂”,是在中医药理论的指导下能够根据医师处方或患者需求将中药饮片或中成药调配给患者使用的过程,是具有法律责任的一项专业的操作技术,是中药临床应用的重要组成部分,医师所开的处方能否发挥预期疗效与中药调剂有着密切的关系,调剂质量直接关系临床疗效,在中药药剂学教学中一般讲授1~2个学时,很难达到预期教学效果。如何在有限的学时内完成教学计划,成为亟待解决的问题,笔者在授课过程中对教学模式和教学手段进行了一些探索和实践,取得了较好的教学效果。

1 加强中药调剂教学 重视调剂人才的培养重要意义

中药调剂历史悠久,名老中医药学家很重视中药调剂学术经验的传承。在古籍记载中,中药调剂的名称为“合药分剂”“合和”“合剂”,其起源可追溯到传说的三皇五帝时期,调剂最早的文献记载是《汤液经法》,《黄帝内经》的出现为中药调剂理论的形成奠定了理论基础。《神农本草经》为中药调剂提供了理论指导,标志着中药调剂理论的形成。《五十二病方》剂型多种多样,既有内服的,又有外用的,洗浴、熏蒸、涂擦、外敷等,为调剂技术操作的形成奠定了基础。《神农本草经》作为我国第一部中药学专著,对服药方法进行详尽论述,如“病在胸膈以上者,先食后服药;病在心腹以下者,先服药而后食;病在四肢血脉者,宜空腹而在旦”。东汉张仲景《伤寒杂病论》记载了汤剂的制备方法,如煎药的火候、溶剂(酒、蜜、泉水、井水等)、煎煮方法(先煎、后下、包煎、另煎等)、服法(温服、顿服、分服等)、禁忌等^[1]。中药泰斗、国医大师,金世元教授在中药调剂、鉴定、炮制工作等方面具很深的造诣,贡献突出,金世元中药调剂学术思想阐明,中药调剂是中医临床药学工作的基础,当前中医药教学及医药企业对中药调剂重视不足,调剂人员匮乏,调剂技术丢失,将直接影响中医药临床的安全性、有效性,国家应加强中药调剂人才培养,重视中药调剂技术传承,将中药调剂研究与推动

中医药行业建设紧密联系^[2]。

2 当前中药调剂存在的问题

首先,从业人员缺乏全面系统的专业学习。新中国成立前中药调剂人才培养多为学徒跟师学习,耳濡目染,经过长时间的理论、实践学习,在干中学,出徒后独立从事相关工作。现阶段中药调剂从业人员虽然有部分经过专业学习的大、中专毕业生,但有相当多的工作者没有全面系统学习中药专业知识,仅仅通过短期培训即可上岗、发药,无法胜任安全用药、药学服务等相关工作。而中药学专业本科教学计划将中药科研开发、生产作为教学重点,对中药临床应用方面的教学重视不够,较为欠缺,特别是中药调剂的教学更是少之又少。因此在医院设置临床药师、重视药学服务的今天,中药学本科教学中加强中药调剂学教学显得非常必要。其次,中药饮片质量良莠不齐,需要从业人员具备较为全面的专业知识。中药饮片是中药材经过加工炮制后的,可直接用于中医临床的中药,包括药材经过净制、切制、炮炙的饮片。目前,中药饮片人为掺杂、掺假、人为增重、染色、以次充好等现象较为严重,辨识困难,需要从业人员具有扎实的中药鉴定知识。在医疗机构,医师开具处方后,根据药物性能和治疗需要,要求中药房的调剂人员按医嘱临时将生品中药饮片进行炮制操作的过程,简称“临方炮制”,且炮制品的质量直接影响临床用药的安全与有效性,需要从业人员全面掌握各类炮制方法。随着生活节奏加快,越来越多的人选择医院代煎服务,煎药成为中药调剂的重要组成部分,如何按医生处方及操作规范进行汤剂煎煮,并做好煎制记录、标记标签等工作,并且保证煎药环境、使用器具、包装等符合卫生要求,避免对药品产生污染,要求从业人员掌握相应的煎药知识,规范操作煎药设备,并能解决出现的相关问题。再者,药品质量管理与法律法规意识淡薄,服务质量欠佳。药品是治疗、诊断、预防疾病的特殊商品,具有双面性,中药调剂作为药品与患者的最后关口,对保障药品的安全性、有效性,肩负重大责任。目前大多从业者把药品作为普通商品,认为只要明码标价、不售假、态度和蔼、童叟无欺即是圆满,更有甚者私下销售渠道不明的药品,造成重大药疗事故。对调剂工作的法律意义认识不足,法律意识淡薄,医患纠纷不断,需要进一步加强药品管理法、药品管理法实施条例等方面的法律法规知识的教育。当前,暴力伤医和医疗纠纷事件的大量存在,我国公立医院医疗服务普遍存在就医流程复杂、服务态度不佳、就医成本偏高和

康复保健建议缺失等医疗服务质量问题,给医患关系埋下了巨大的隐患^[3]。

3 中药调剂教学探索

目前中药调剂教学过程,多采用传统的教学模式即课堂讲授,通过板书、多媒体如PPT、视频等授课,学生无法把握授课重点,特别是无法将理论与实际应用相结合,出现厌学、倦怠现象,影响教学效果。为此,我们将实践教学与课堂教学相结合,进行教学改革探索。

(1) 以问题为导向的教学方法,组织学生讨论学习。传统教学中的以教师讲授为主,改为以学生的主动学习为主,将学习与问题挂钩,使学习者投入于问题中,自主探究和合作来解决问题,形成解决问题的技能和自主学习的能力。设计教学情景,如放映相关视频,提出问题,调动学生的积极性,让学生自主探寻问题的答案,在学习过程中获得成就感^[4-5]。在中药调剂章节教学中以中药调剂中存在的问题为中心,从大家普遍关注的中药饮片质量入手,提出“中药饮片的发展变迁”“配方颗粒在医疗机构的应用”等问题,开展小组讨论式的教学,具体过程为:教师课前提出问题→学生分组,查找资料,小组内学习、讨论→小组间讨论→教师归纳总结。

(2) 进行实践教学,将课堂授课与药房学习相结合,理论联系实际,切实提高学生的学习效率。实践教学包括医院药房学习、实践报告、理论考试三部分。医院药学部不同于一般的社会药店,是集职能、业务、教学、科研于一体,以促进临床科学、合理用药为基础的药学技术服务部门。实践地点选在河南中医药大学第三附属医院,药学部坚持“以病人为中心,突出中医药优势”为理念,以“提高药学服务水平及质量”为指导思想,以“科室设置合理,服务功能齐全,质量系统完善,硬件设施完备”为建设目标,所承担的功能包括医院药品供应、药事管理等,所设部门包括门诊西药房、中药房、住院药房、药品供应室、医院制剂等。实践时间为一周,实践岗位包括药库(中、西药库)、制剂室、中药房、中成药房、西药房、煎药室等,每组5~6人,不同岗位轮转。强化中药饮片的辨识、中药饮片养护、中成药贮存、汤剂煎煮、中药水丸、煎膏剂的制备、中药饮片调配、中成药调配、特殊药物特别是毒性药物、麻醉药物、精神药品的管理等相关知识。理论考试题型均为客观题,依据国家执业药师考试大纲,结合医院药学工作实际进行组卷,既是对教学效果的检验又是未来执业药师考试的预演。

(3) 加强学生法律法规意识,服务意识,道德修养。通过具体案例加强学生的药品质量管理与法律法

规意识。结合医院出现的药疗、医疗事故让学生带着问题学习药品管理法的相关知识。在实践教学前,学生在日常就医中,对医疗机构的医生、护士、药房工作人员有诸多抱怨,在实践中,学生感受到药学人员的辛劳、甚至是委屈,此时让学生换位思考,以假如我是一位患者或药学工作者为主题,思考在调剂工作中存在的问题,以及解决方法,强调沟通的重要性。培养学生树立以患者为中心的服务理念,加强与患者的沟通,从患者的合理需求出发,用好的态度为患者提供优质的服务。

4 中药调剂课程教学改革体会

在中药调剂教学改革过程中,强调以学生为中心,教师为主导培养学生动手能力、独立思考能力、解决问题能力,虽取得了一些成绩,但也存在一些问题有待完善。随着教学方案的不断完善,将增加见习单位,让学生在三甲医院、连锁药店、特色中医诊所学习,请中药“大家”开设讲座,增加中药调剂实践考核,充分发挥学生创新性思维方式,提高学生的主动性、参与性和创造性^[4-6]。

2017年7月1日起施行的《中华人民共和国中医药法》是第一部全面、系统体现中医药特点的综合性法律,为继承和弘扬中医药,保障和促进中医药事业发展提供保障。《中医药法》第42条规定:省级以上人民政府中医药主管部门应当组织遴选本行政区域内的中医药学术传承项目和传承人,并为传承活动提供必要的条件。国家中医药管理局组织开展的全国中药特色技术传承人才培养项目,培养了一批较全面掌握中药栽培、资源保护及利用、鉴定、炮制、传统制药工艺、制剂、调剂等涵盖中药产业全链条、全领域的中药特色技术传承人才。中药特色技术是确保中医临床药物疗效的关键技术,决定中医药行业发展的稳定性和持续性。为此,在当前的大环境下,加强高等院校中药学本科的中药调剂教学,改革教学模式,提高教学质量,培养现代中药调剂人才,对传承中医药技能,提高临床疗效,有重要意义。

参考文献

- [1]赵学敏,张小娟,翟华强,等.浅析中药调剂发展的学术源流[J].中国中药杂志,2014,39(8):1530-1533.
- [2]李睿,翟华强,张田,等.国医大师金世元浅析五味子的中药调剂关键技术[J].中国现代中药,2016,18(12):1546-1549.
- [3]汪文新,江舜杰,田怀谷.医疗服务质量对医患关系的影响研究——基于患者视角[J].卫生经济研究,2018(4):26-30.
- [4]贾永艳,祝侠丽,黄海英,等.《中药药剂学》实验教学改革初探[J].中国现代药物应用,2012,6(2):130-131.
- [5]谭银平.小组合作学习法在中药药剂实训课中的应用——以中药调剂单元为例[J].广东职业技术教育与研究,2018(3):180-183.
- [6]冯果,刘文,李江,等.《临床中药调剂学》对学生中药调剂职业技能的培养[J].贵阳中医学院学报,2011,33(6):19-20.

(本文编辑:李海燕 本文校对:祝侠丽 收稿日期:2018-08-14)

西医院校留学生的中医学全英授课方法探讨

王蔚琳

(广州医科大学附属第二医院中医科, 广东 广州 510260)

摘要: 本文通过对广州医科大学临床专业留学生的文化背景、学习特点、西医院校的中医学课程要求等角度进行分析, 从加强形象化讲解、多案例多实操、启发式教学、使用标准中医术语翻译等方面探讨面向西医院校留学生专业的中医学全英授课方法, 并强调针对性教学, 提高教师英语水平, 避免中西医概念混淆等重点, 以期获得更好的教学效果。

关键词: 西医院校; 留学生; 中医学; 英文授课; 学术交流

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.012

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0026-02

Discussion on English Teaching Methods of Traditional Chinese Medicine for Foreign Students in Western Medical Colleges

WANG Weilin

(Department of Chinese Medicine, the Second Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University,
Guangdong Province, Guangzhou 510260, China)

Abstract: In order to achieve better teaching effect, this article analyzes the cultural backgrounds and studying characteristics of foreign students of Guangzhou medical university, as well as the study requirements for traditional Chinese medicine of western medicine colleges, probes further into the teaching methods for such course, which are visualizing interpretations, adding cases and practical studies, heuristic teaching, and using standard terminology translation of traditional Chinese medicine. Targeted teaching, improving teachers' English level and avoiding the confusion of Chinese and western medicine are also emphasized.

Keywords: Western medical college; international students; traditional Chinese medicine; English teaching; academic communication

随着我国医学水平、医学高等教育水平的不断发展进步, 国际间交流合作联系的不断加深, 国内众多医学院校的外国留学生人数日渐增多, 专业发展需求也逐步扩大。许多西医院校在给予留学生西医专业课程培养的同时, 将中医学设为该专业的必修或选修课程。中医学作为中国传统文化的重要组成部分, 不仅可增加留学生对于中国传统医学的了解, 开阔医学视野, 还有助于他们了解中华文化, 成为在中国留学的教学特色之一。但由于西医院校的留学生对于中医学课程的教学要求与中医院校留学生、西医院校中国学生均不尽相同, 且全程使用英语授课, 教学难度较大。如何针对这样特定的学生群教好这门课程, 如何使用英语, 将中医知识乃至中华文化的博大精深传递给留学生们, 是值得研究的。本文以广州医科大学临床医学专业留学生班的中医学教学经验为基础, 探讨西医院校留学生专业中医学全英授课的方法。

1 西医院校留学生中医学教学的特点

1.1 留学生背景及特点 广州医科大学从2010年开始招收临床医学专业的外国留学生, 中医学作为该专业的选修课程, 目前定在第四学年的上学期开课, 至今已授课4届学生, 共计104人。以2010级留学生班为例, 共有学生20名, 9名来自印度, 9名来自尼泊尔, 2名来自坦桑尼亚, 其余年级留学生班的国籍组成与之类似, 以东南亚、非洲国家为主。

就中医学的教学而言, 教导学生在中医基础理论的指导下, 使用其独特的整体而辩证的思维方式去看待和理解自然与人体, 这是非常重要的先决条件。中医汲取了中国古代哲学和自然科学的精华, 讲求“意象思维”,

尊重自然规律, 重视人体与自然、社会、自身情志的紧密联系。因此想要学好中医, 决不能孤立地认识每一件事物, 必须通过“整体观”和“辨证观”去看待, 从世间万物到人体生理病理均是如此。东南亚国家如印度、尼泊尔等国与中国邻近, 在许多认识事物的方式和对疾病的治疗方法上与我国是类似的, 比如印度文化里也有“阴阳”的概念; 治疗肢体疼痛, 也有类似于中医推拿的治疗手法; 因此, 从这个角度来看, 相似的认知和处理方式有助于更好地理解中医理论和治疗方法。但另一方面, 留学生们来自的国家都有其特有的文化、风俗和思维方式, 与我国始终存在着很多差异, 如印度尊视牛, 从不食牛肉, 因此在讲述养生或食疗课程时, 不宜涉及牛肉等当地禁忌之品, 以免引起误会; 又如而坦桑尼亚位处非洲东部, 文化、风俗、信仰各方面与我国差异较大, 对于放血疗法、埋针等治疗手法不太容易接受。这就需要老师提前了解留学生们的民俗习惯和学习需求, 并与留学生多进行交流, 及时调整授课方式和内容, 让留学生更容易接纳和理解中医学的博大精深。

留学生们的学习热情较高, 认真听课, 无论课上课下常常积极与老师进行课程内容的交流, 有不能理解的地方都会主动询问; 且英语的阅读、写作能力强, 阅读外文书籍、撰写英语文章均是顺手拈来。因此与中国学生相比, 留学生的思维灵活性更强, 课堂气氛相对活跃, 但课堂秩序有所欠缺。与中国学生从小养成的“接受式”学习习惯不同, 外国留学生学习的主动性相对较强, 课堂只是学习过程的一部分, 更多的研究与讨论都放在了课后。因此在给他们上课时, 并不适宜过多地进行“灌输式”教学, 亦不必将书本上的内容全然在课堂上讲解,



只需将基础理论、重点、难点讲述清楚即可,然后通过布置思考题目,指引学生课后自行进行资料的查找或知识的总结与归纳。不仅能锻炼学生的自我学习能力,也加强了他们对课程乃至背后的文化基础的浓厚兴趣。

1.2 西医院校对于中医学课程的教学要求及安排 在西医院校里,中医学的课程设置要求以理解和初步应用为主,强调教学的实用性。由于我校留学生的主专业是临床医学,中医学目前设置了总计72学时的课程,包括56学时的理论课及16学时的见习课,授课内容更是侧重于留学生比较感兴趣、国际上接受程度和应用程度均较高的针灸学、推拿学部分。这两部分内容的实操性很强,因此也安排了较多的见习和实践课时,以及经验丰富、操作规范的老师进行带教;希望通过讲解和带教,让学生们更好地掌握针灸、推拿等中医传统的治疗方法,拓宽治疗手段的选择,在日常生活中也能帮助自己和家人朋友减轻病痛,真正地做到学有所用。事实上,留学生们普遍认为针灸推拿部分的内容易于理解、实用性强,实际掌握地也更为理想;甚至有学生在课程结束后,出现头痛等不适时,也会主动联系老师寻求针灸治疗。相信也可以此作为突破口,帮助中医更多地传播到世界各地。

2 教学方法探讨

鉴于以上留学生的特点以及西医院校对于中医学课程的设置要求,以及全英授课的难度问题,在教学方法的选择和调整上可进行如下探讨。

2.1 化繁为简 多比喻 多图像 重案例及实操 中医是一门基础理论多、内容相对抽象、涉及知识面甚广的综合性学科,纯中医专业的学生学习起来,尚且需要长足的学习和知识积累。如果不能用中医的思维方式去思维,即使是语言相通的本国学生,都会觉得艰涩抽象,更不用说存在着文化差异、沟通不便的留学生了。因此在教学中,需要更多地通过理论文字以外的其他方式,如生动的比喻、真实的身边案例、图片、视频、实际操作等,帮助他们理解中医的理论。比如说,在讲解治疗湿邪有芳香燥湿、利水渗湿等方法时,可把不同类型的湿邪比喻为水,少量的潮湿之水可吹风晒太阳弄干,大量的水则需要引到下水道排干等,化抽象为具象,利于学生理解。

2.2 启发式教学 留课题给学生自行研究 上课之前,老师可先布置一些关于课程内容的小问题,激发学生的兴趣,提前看书、查找资料,对上课内容有所了解和准备。课堂上时间有限,则先给予课程内容的框架,帮助学生梳理知识点,讲解重点和难点;至于次重点和要求了解的内容,可当作课后课题,留给学生自己完成学习。比如在讲解五行时,让学生们理解五行的含义、明白了“取象比类”在中医了解人体生理和病理的特殊意义,再布置课后思考题,让学生自行归纳,人体的诸多生理功能和病理特点,应如何和五行的特点相对应,加深他们对五行概念和人体生理功能的理解。

2.3 使用标准中医术语翻译 避免与西医术语混淆 中医的专有名词、术语繁多,甚至仅采用某个字来代表一个词语的意思,翻译时为了使意思清楚无误地表达,就需要教师将术语还原为词组或意群进行讲解^[1],若单纯僵硬地音译,不仅不能以词达意,更可能加深中医的难理解程度,令学生失了兴趣。如针灸学中的“三阴交”一穴,目前的标准翻译为拼音“Sanyinjiao”以及国际标准穴位名称“SP6”,但是对于留学生而言,这都是毫无意义的两个词语,对理解和记忆这个穴位没有太大的帮助。此时若是能稍作解释,说明此穴的名字意味着“三条足阴经交会之穴”,学生便能顺利地明白此穴的重要地位,以及为什么它能够治疗月经不调、小便不利、失眠眩晕等脾、肾、肝三脏失调所致的病症,更好地达到教学目标。

另一方面,中医里有很多术语与西医的专业术语名字相近,但意义绝不等同。如中医里的“血虚”,翻译成“blood deficiency”后,需要解释清楚它与西医里的“贫血”不一样。西医里“贫血”是指体内血红蛋白量、红细胞数低于正常,而中医里“血虚”则是一个“血”的功能低下的病理状态,与实际红细胞数量并非直接相关。在讲解时需加以强调,避免误解。

当然,若是能在上中医学课程之前,留学生们的中文阅读和理解能力能达到一定水平,是对于全面、正确理解中医学内容更理想的方案,可避免由于中外文化上的差异而造成留学生对中国文化的认识和理解上的失误^[2]。

2.4 英语师资培养 全程使用英语讲解复杂抽象的中医学课程,且随时需要和学生进行学术上的交流,这就给教师们的英语水平提出了较高的要求。因此培养高素质的英语教学师资队伍十分重要而迫切。目前常见的状态是,中医讲得好的老师,英语口语不够好,而英语口语好的老师,授课经验又不足。这样的矛盾就需要教师们更多地自我提高,共同备课,多进行师间交流,分享教学经验,锻炼口语沟通能力,互相学习和进步。学校和二级学院、教研室可多组办英语授课竞赛、英语教师培训班、教师赴外学习团等各种学习方式,加强全英教师专业知识的深度和广度^[3],促进教师间的相互学习和良性竞争。

面对日益激烈的国际竞争以及医学科学的迅速发展,中医对外教育的改革与实践任重道远。因此,我们要立足于中医教学的专业特点,学习及借鉴国外医学教育经验,为西医院校里留学生专业的中医学全英教学探索一套切合实际、实用规范、效果理想的授课方法,培养优秀的中医英语师资队伍,使我国西医院校留学生的中医学课程能够持续发展,不断完善,迈上更高的台阶。

参考文献

- [1]朱慧婷,张广中,张苍.中医皮肤病学涉外教学内容和方法的探索[J].中医教育,2018,37(2):60-61.
- [2]王利,钱慈航,杨益中.汉语教学对来华留学生医学教育的影响[J].中国高等医学教育,2017(7):20-21.
- [3]王凯.浅谈留学生医用有机化学全英授课的教学体会[J].课程教育研究,2017(45):239.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张竞之 收稿日期:2018-08-21)

中医诊断学实训课教学模式的探索与思考[※]柴艺汇¹ 高洁² 李文² 秦忠² 吴大梅² 罗振亮² 李军² 陈云志^{2*}

(1 贵阳中医学院实验中心, 贵州 贵阳 550025; 2 贵阳中医学院基础医学院, 贵州 贵阳 550025)

摘要: 中医诊断学是中医临床各科的桥梁学科, 在帮助学生运用中医理论及思维对病情资料进行整理、辨别、分析、判断, 探讨病证的临床表现特点、不同证候相互鉴别等方面发挥着重要的作用。四诊技能实训是贯穿整个中医诊断学实践教学的中心环节, 学生的中医整体观念提升及临床动手能力的培养与此息息相关。根据近几年的教学及调研情况, 本文将从培养现状、教学目标、内容及方法、评价体系等方面着手, 旨在提高学科教学内容的社会适应能力, 培养高质量的中医、中西医结合临床医学人才。

关键词: 中医诊断学; 实训课程; 教学模式; 探讨与思考

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.013

文章编号:1672-2779(2018)-23-0028-03

Exploration and Reflection on Teaching Mode of Practical Training Course of Chinese Medicine Diagnostics

CHAI Yihui¹, GAO Jie², LI Wen², QIN Zhong², WU Damei², LUO Zhenliang², LI Jun², CHEN Yunzhi^{2*}

(1. Experimental Center, Guiyang University of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550025, China;

2. Basic Medical College, Guiyang University of Traditional Chinese Medicine, Guizhou Province, Guiyang 550025, China)

Abstract: Traditional Chinese medicine diagnostics is a bridge subject in all clinical subjects of traditional Chinese medicine. It helps students to organize, distinguish, analyze, judge and explore the clinical characteristics of disease and syndrome by using the theory and thinking of traditional Chinese medicine. Different syndromes play an important role in identifying each other. The practical training of the four diagnostic skills of TCM is the central link of the whole practical teaching of TCM diagnostics. The promotion of student's whole concept of TCM and the cultivation of clinical practical ability are closely related to this. According to the teaching and research situation in recent years, this article will start from the training status, teaching objectives, content and methods, evaluation system and other aspects, aiming at improving the social adaptability of the subject teaching content, cultivating high quality traditional Chinese medicine and combining Chinese and Western medicine with clinical medical talents.

Keywords: TCM diagnostics; practical training course; teaching mode

历代医家在长期的医疗卫生实践活动中, 积累了丰富的临床诊断经验, 形成了完整的中医学诊断体系。中医诊断学借助望闻问切及辨证论治等方法研究人体疾病的发病原因、致病因素, 指导中医临床实践^[1]。在高等教育医学本科教学中, 来源于实践经验总结的中医诊断学是中医学(中西医结合医学)专业必修的主干课程, 是横跨基础理论与临床各科之间的桥梁学科^[2]。四诊技能实训是贯穿整个中医诊断学实践教学的中心环节, 学生的中医整体观念提升及临床动手能力的培养与此息息相关。鉴于此, 笔者将从培养现状、教学目标、内容及方法、评价体系等方面出发, 以培养高质量医学人才为落脚点, 对中医诊断学实训课的教学模式展开探索与思考。

1 教学目标

明确教学目标是开展课程教学的第一步, 对于课程体系的设置与完善发挥着“定海神针”的作用^[3]。中医诊断学四诊技能实训教学应当从人才培养方向、实践技能的熟练程度及中医思维模式的认同等三个方面开展, 综合提升学生的医学诊断及人文关怀能力^[4]。人才培养目标方面, 按照医学高等教育的相关规划, 本科阶段应当以提升临床实践技能为主, 增强科研创新探讨能力为辅, 培养高水平的医学应用型人才。在实践技能的教学过程中, 重在培养学生掌握“望”“闻”“问”“切”四诊合参及辨证论治的能力, 调动学生自主学习积极性, 将所学知识与日常生活及中医学文化相结合, 令其熟练掌握相关知识要点。对于中医思维模式的认同方面, 短短一个学期的中医基础理论教学难以持续帮助学生保持学习兴趣, 建立科学有效优质的中医四诊技能教学, 借助四诊法合参、见微知著、司外揣内等原理和法则, 潜移默化地让学生持续感受中医传统医学的魅力与博大精深。

2 现状及改革的必要性

重视理论探讨, 忽视临床实践技能培养是目前中

※ 基金项目: 国家中医药管理局第四批全国中医(临床、基础)优秀人才研修项目【No.国中医药人教发(2017)24号】; 贵州省教育厅创新群体重大研究项目【No.黔教合KY字[2017]041】; 贵州省国内一流学科建设【No.GNYL(2017)008】; 贵阳中医学院教学内容与课程体系改革重点项目【No.贵中医教改合字2017-50号】

* 通讯作者: 1239638026@qq.com



医诊断学教学所面临的一个主要问题^[9]。学生们不认真上实践课,不注重技能培训课程及期末考评忽略实践课的重要性,目前已经成为中医四诊技能实训课程开展的一大拦路虎。究其原因其实也不难发现,一是学生总体知识水平单薄,实践课程中感觉无所适从;二是教学方法单调,没有结合临床实践特色与学生的生活背景展开教学,难以激发学生的学习热情;三是考核标准不够合理化,随机化,规范化,标准化。考题的内容和范围需要扩大、更新,要立足于结合临床实际病人的情况,重点关注分析诊断疾病的全过程。目前简单的辨识图片等考核评价体系难以满足当前实践教学的需要,很容易就让学生们陷入新一轮的死记硬背以顺利通过考核。

因此,对于中医诊断学四诊技能实训课程展开一些教学模式的改革也就显得尤为重要。特别是在教学方法上要以学生为中心,教学内容上要以标准化病人为中心,考核与考评模式上以时代需求为中心,注重中医类专业学生诊病能力和综合素质的培养,增强实践动手能力。

3 教学内容及方法的探索与思考

3.1 绘制中医诊断学实训课教学的思维导图 实践技能课程的顺利开展,很大程度上取决于学生在理论课程中能否及时地掌握好相关知识要点^[10]。在实际工作中,课题组发现不少学生因自制力差、学生学习工作繁忙等原因极少对课上所学知识进行复习,单独地问一个知识点或许还能勉强回答上来,如若进行大面积联想式询问,“一问三不知,三问九摇头”的现象便频频出现。针对这种情况,带领学生们绘制一副四诊技能实训教学的思维导图就显得尤为重要。不仅可以帮助学生提纲挈领的复习相关理论知识,还能提高实践教学的质量,形成发散性学习的思维,真正体现实践教学的意义。如果仅仅只是简单机械地把学生带入实训室,理论基础较差的同学恐怕从一开始就会产生抵触情绪,逃课、厌学事件的发生也就难以避免,长此以往形成恶性循环,达不到培养学生预期的效果。

3.2 运用各类模拟仪器开展实训课程 数字多媒体及人工智能技术以其强大的图片、声音、波形模拟能力而被广泛地运用于中医诊断学四诊技能实训课程中,很大程度上解决了过往因理论过于抽象学生难于接受的问题^[7]。通过一张张图片,学生能熟练地掌握望诊的相关要点,轻松辨别神、色、形、态、头面、五官、舌形、舌质、舌苔等感官信息,感悟《金匱要略》提到“气色见于面部,而知病之死生者”的深刻内涵。利用声音模拟设备,感受不同病理状态下的声音变化情况,理解声音、语言、呼吸以及其他声音的具体临床意义。

借助基于大数据的人工智能人机对话程序,规范问诊流程,有目的地收集病史信息,减少出现东问一个,西问一个或漏问的情况。凭借脉诊仪的快速波形模拟能力,加上带学生进入医院展开临床见习,更加真实熟悉掌握各种脉象帮助学生理解28种脉象的具体含义及主病规律。

3.3 联合院校教学医院开展实训课程 四诊的教学实践不能仅仅停留在院校的实训室内进行,只有深入临床一线去观察,学生才能有更加深刻的体会。受限于学生的医学信息薄弱,在进行教学医院实践前,带教老师需做好相关的安全教育,叮嘱学生要遵守教学医院的规章制度;让学生明确进去临床后,需要熟悉掌握的技能实训要点。到达教学医院后,学生宜以看为主,动手为辅,重点观察医师在运用望闻问切四诊及病历书写过程中的相关技巧;对于脉象、舌象体征较为典型或明显的患者可让学生动手进行诊断,但切记需尊重患者个人意愿,树立人文关怀意识,实现学在课堂、用在病房的目标。

3.4 小组讨论及PBL教学法的运用 小组讨论是确保四诊技能实训教学的一个重要环节,既能让学生们展开激烈的讨论,还能带动大家基于问题为导向(PBL)进行自主思考。有相关调研评价结果提示,中医诊断学PBL教学法效果优于普通的说教式教学,特别表现在自学能力、学习兴趣及增进师生沟通等方面^[11]。根据中医诊断学的相关特点,在整体知识的掌握上,一般要求学生团队能按照组别利用亿图图示专家软件自主完成一张思维导图的绘制;在四诊运用方面,一般要求学生团队能结合图片、声音、脉象及病案完成疾病证型的基本判断。

3.5 运用移动互联网工具助力课后碎片化教学 “碎片化时间”指的是在多元化的需求下,工作、学习、生活之余的零碎时间段^[12]。以大学生为例,碎片化时间一般集中在赶往教室、实验室、食堂前后等一些分散性的时间段内。移动互联网教学工具的兴起为开展碎片化教学提供了可能。根据在四诊技能实训课程的相关特点,可以运用问卷星、番茄表单等工具制作课后习题卷,帮助学生重温实训过程中的相关细节。对于一些勤奋好学且学有余力的学生可以借助微信打卡工具随手记录自己及室友每天的四诊信息,于学期末进行分析总结,充分利用碎片化时间,提高实践教学的质量。

4 教学评价体系的探索与思考

科学的教学评价体系能够帮助学生更加有效的掌握相关知识^[13]。单纯的理论考试或孤立的四诊信息辨别难以适应当前形势下中医诊断学四诊技能实训课程的

相关需求。为了更好地提高学生四诊合参的临床实践能力,在评价体系的制定及修改过程中,应以提升学生学习热情,着眼于临床执业医师分阶段考试的相关要求为落脚点,重点评价以下几个方面:①对标准化病人运用中医四诊进行生理、病理信息的采集;②四诊在案例中的运用及分析;③四诊思维导图的绘制。其中,标准化病人的四诊信息采集采取实践操作的方式,邀请教学医院的一线教师进行考评;案例运用及分析、思维导图的绘制均采取闭卷考试的形式,重在帮助学生构建稳固扎实的知识体系,建立不脱离临床的实践+理论教学评价体系。

5 小结

中医诊断学实训课,对于提升学生临床四诊及辨证论治的相关能力发挥着重要的作用。因此,积极开展该学科教学模式的探索与思考就显得尤为迫切,教研室及教师应积极推动教学内容与方法的结构性改革,努力让优质的中医基础医学教育更好地服务于临床教

学实践及科研工作。

参考文献

- [1]陈家旭,邹小娟,王忆勤,等.中医诊断学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2012:1-5.
- [2]白蕊,黄娜,汪磊.基于独立学院学生特点的《中医诊断学》教学改革探索[J].时珍国医国药,2014,25(7):1738-1739.
- [3]黄梅,宋乃庆.基于三维目标的教学目标设计[J].电化教育研究,2009(5):99-103.
- [4]李文,陈云志,薛蕾,等.《中医诊断学》绪论说课设计探讨[J].贵阳中医学院学报,2018,40(3):81-84.
- [5]孙雪莲,刘渊.《中医诊断学》实验教学的探索与思考[J].光明中医,2012,27(11):2360-2362.
- [6]刘旺华,李花,赵丹,等.预讲预做促进中医诊断学实训教学能力提高的探索[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(10):7-9.
- [7]王佳佳,刘文兰,杨铮,等.探索中医诊断学实践教学方法的多元化运用[J].继续医学教育,2014,28(11):69-71.
- [8]宋厚盼,黄惠勇,谷捷,等.《中医诊断学》教学研究新思路探索[J].中医药导报,2015,21(19):108-110.
- [9]武晓娜,孙梦瑶,吴清.互联网背景下当代大学生碎片化时间管理的现状研究[J].时代金融,2017(5):309-310.
- [10]尤晓玲,马应魁,马莉.实践教学评价体系的改革与实践[J].中国电力教育,2013(22):172-173,183.

(本文编辑:李海燕 本文校对:汤小芳 收稿日期:2018-08-21)

新媒体时代北京中医对外传播研究※

刘 平

(北京中医药大学人文学院,北京 100029)

摘要:随着网络和新媒体的迅猛发展,北京中医对外传播迎来了前所未有的变化、机遇和挑战。通过调查北京地区主要中医对外交流机构使用新媒体进行传播的现状,从而发现新媒体时代北京中医对外传播的基本情况以及存在的不足,进而为推动北京中医利用新媒体进行对外传播提供建议。

关键词:新媒体;北京中医;对外传播

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.014

文章编号:1672-2779(2018)-23-0030-03

Study on Intercultural Communication of Chinese Medicine in Beijing in New Media Era

LIU Ping

(Humanities Department, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: With the swift development of internet and new media, Beijing's intercultural communication of Chinese medicine has met unprecedented changes, opportunities and challenges. This thesis firstly investigates how major Chinese medicine institutions in Beijing utilize new media to communicate Chinese medicine to foreigners, then tries to find out the present situation and problems in Chinese medicine intercultural communication in Beijing, and finally the suggestions are given as to how to better use new media to promote the intercultural communication of Chinese medicine in Beijing.

Keywords: new media; Beijing traditional Chinese medicine; intercultural communication

北京是我国的三朝古都,同时又是中华人民共和国的首都,其辉煌历史为我们留下了深厚的文化积淀。而作为中国优秀传统文化的重要组成部分—中医学也是北京深厚文化积淀的一个重要方面。

1 北京中医

作为“20世纪北京中医发展史研究”课题的成果,《百年北京中医》以大量的数据和事例真实地记述了中

医的京都特点,为后人研究提供了历史依据。北京中医有着许多特色与优势,是其他地区所难以比拟的。北京土生土长的中医,或来自全国各地名医,以及御医群的中医学专家,在历代的医疗、疫病防治、科研工作中,自然形成了北京中医的优势与学术特色。这些学术上的特色在相互的交流、交融和促进中,不断得到提升,与其他地区相比,北京中医药可以说是“出于其类,拔乎其萃”^[1]。

2 北京中医的对外传播

中医学的对外交流与传播源远流长。20世纪80年

※ 基金项目:北京中医药大学基本业务科研经费项目[No. 2018-JYBZZ-JS047]

代以来,由于现代医学面临的一些困惑的问题,使得人们又一次将目光投向简便廉验的中医中药上,在世界范围和诸多领域形成了广泛的中医药对外交流与合作的态势。北京是全国的政治文化发展中心,在中医药的对外交流与合作方面起步较早,内容丰富多样,具有全国核心地位和辐射的作用。对外交流机构建设也相对比较集中和完善。尤其是改革开放以来,形成了一支高水平的对外交流专业队伍。根据《百年北京中医》,北京地区拥有大约23家中医对外交流与合作机构,包括北京卫生局外事处、北京中医药大学国际学院、中国医史博物馆,等等。

值得指出的是,《百年北京中医》成书于2007年,到现在已经有10多年了。这10年间,正是网络和新媒体迅猛发展的10年。北京中医对外传播的途径也更加丰富多样,同时,也产生了新的中医药对外交流和传播机构。

3 新媒体之于中医对外传播

信息的传播必须借助一定的载体,在信息的传播者与信息的受传者之间起桥梁作用的这个载体就是传播媒介。新媒体是指在计算机信息处理技术基础上产生的媒体形态,是相对于传统媒体而言的以互联网、手机为代表的传播媒体,是所有人向大众实时交互地传递个性化数字复合信息的传播媒介^[2]。其形式包括网站、微博、微信、QQ、公众号等等。随着智能手机的发展和高度普及,人类全面进入了新媒体时代。相较传统媒体,新媒体传播具有互动性、即时性、海量性、

共享性以及不受地域限制、面向全世界等鲜明的优点。新媒体技术的进步,在很大程度上丰富了中医跨文化传播的途径与手段,加强了传播的效率与效果。因此,如何更好地利用新媒体进行中医跨文化传播具有重要的现实意义和研究意义。目前,学界已经初步认识到以微博、微信为代表的新媒体技术的发展对中医文化传播的重要作用和当前的传播实践中存在的突出问题。毛嘉陵通过分析中医博客的传播价值和规律,指出我们应该认识到在现代信息时代要快速、灵活地传播中医药科学文化,必须充分利用博客等现代传播手段和方式^[3]。张雷平认为,新媒体的出现为中医药文化传播的整体生态带来了深刻变革,要通过优化制度生态、经济生态、话语生态、技术生态、文化生态等方面,探讨提升中医药文化传播的效果^[4]。然而,对于中医文化新媒体传播的研究总体上还处于探索式的分散状态,没有形成系统性。而且,从新媒体角度研究北京中医的对外传播尚无人涉及。因此,本文试图调查北京地区的主要中医对外交流机构利用新媒体进行中医药传播的基本状况,从而基于调查结果探索新媒体时代北京中医对外传播的新路径。

4 北京中医对外传播机构利用新媒体进行传播的现状

《百年北京中医》中列出了北京地区23家中医药对外交流机构。其中,北京针灸骨伤学院于2000年被北京中医药大学合并。罗有明中医骨伤科医院于2015年停业。因此,本调查中涉及到其他21家机构。根据调查结果,制定出表1。

表1 北京中医对外交流机构利用新媒体进行传播的现状

机构名称	官网		微博	微信公众号	QQ	Twitter (推特)
	中文	英文				
北京市卫生和计划生育委员会	有	有	有	有	无	无
北京中医药对外交流与合作中心	有	无	无	无	无	无
国家中医药管理局外事司	有	无	无	无	无	无
中国中医科学院国际合作处	有	有	有	有	无	无
北京中医药大学国际学院	有	有	无	无	无	有账户,无推文
北京国际针灸培训中心	有	无	有	有	有	无
中国中医科学院信息所	有	有	无	无	无	无
中国中医科学院图书馆	有	有	有	有	无	无
中国医史博物馆	无	无	无	无	无	无
中日友好医院	有	有	有	有	无	无
广安门医院	有	无	有	有	无	无
西苑医院	有	有	有	有	无	无
望京医院	有	无	无	有	无	无
东直门医院	有	有	有	有	无	无
北京中医药大学东方医院	有	有	有	有	无	无
宣武中医医院	有	有	有	有	无	无
护国寺中医医院	有	无	有	有	无	无
鼓楼中医医院	有	无	无	有	无	无
北京朝阳区中医医院	无	无	无	无	无	无
首都医科大学中医药学院	有	有	无	无	无	无
共计	18	11	11	13	1	1

根据表1可以看出:(1)整体上而言,新时代北京中医对外交流机构与时俱进,为承担中医药文化传播与创新的职责,利用互联网为中医药文化传播开辟新渠道、拓展新空间、搭建新平台。同时,探索新媒体环境下中医药文化传播的新形式、新途径。这说明,北京中医对外传播机构已经具备了基本的新媒体意识和素养;(2)在众多新媒体手段中,官网和微信公众号应用最为广泛,21家机构中有18家拥有自己的官网,13家设立了微信公众号。其次是微博,然而微博的发文率很少,尤其是近几年,微博的应用已经逐渐让位于微信公众号。这种情况与近年来智能手机的高速发展和普及以及微信的普遍应用密切相关。调查显示,官方网站在所有中医药对外交流机构中发挥着无法替代的重要作用,很多机构的微信公众号都可以链接到官网;(3)传播语言:中文是最主要的语言,大多数机构只有在官网上设有英文版块。并且一些机构没有英文网站,即便官网上设有英文版块,可是也只是对机构简介等极少数信息进行英文翻译、流于形式,比如中国中医科学院图书馆、东直门医院、宣武中医医院。整体来讲,造成传播语言缺乏英语的原因很多,根本原因是这些中医机构缺乏跨文化传播的意识,直接原因在于中医机构中外语人才的缺乏。有极少数的机构在英文官网的维护方面做得较好,比如北京中医药大学国际学院、北京市卫生和计划生育委员会、中日友好医院等。北京中医药国际学院网站英文版更新及时、内容丰富、并且运用了短视频等形象生动的新媒体手段,而且还设立了韩语等其他小语种的版块。北京市卫生和计划生育委员会的英文网站设有中医专栏:Beijing Digital Museum of TCM(北京中医药数字博物馆),该数字博文馆内容详实、丰富,而且运用了短视频和图片等新媒体手段;(4)没有一家机构利用国外流行的新媒体比如twitter(推特)进行对外传播。21家机构中只有北京中医药大学开通了推特账户,但是却从来没有发过推文。进行中医药对外传播,不应该只利用国内的新媒体,更应该利用国外流行的新媒体,这样才能更积极主动地让身处国外的外国人在尚未来到中国之前对这些中医药机构和中医药文化有基本的了解。

5 建议

基于以上分析,本文对新媒体时代北京中医对外传播提出以下建议:

(1)培养新媒体素养和意识。中医药对外传播机构已经具备了基本的新媒体意识和新媒体素养。但是新媒体上手段还不够丰富,比如,缺乏生动的图片和

视频的使用。而且,有些机构只是流于形式。因此,笔者建议各个机构应该对工作人员进行新媒体意识和新媒体素养的培训。并且,邀请专业的新媒体从业人员参与新媒体传播的设计和维工作;(2)中医药对外传播机构应该增强跨文化意识的培养。既然是对外传播中医药文化,就应该考虑受众的语言背景。不管是官网还是微信公众号,应该开设英文板块。应该由英语语言素养很好的专业人员进行英文板块的设计和写作,同时有必要邀请母语是英语的外籍人士进行语言的后期校对。跨文化意识的加强还包括利用国外流行的新媒体比如社交媒体twitter进行传播;(3)北京各中医对外交流机构应该加强交流和合作,建立更广阔的网络平台,利用互联网和新媒体共享资源和信息,给全国各地的中医药机构树立榜样,提供经验和交流平台;(4)加强对新媒体的管理,形成一整套行之有效的管理中医药新媒体的机制,最大限度地发挥新媒体在北京中医对外传播中的主导作用。同时,应该充分利用新媒体平台的开放性,密切跟踪舆情新动态,进行分析和判断,比如,可以通过舆情监测工具,了解外国受众利用新媒体了解中医的频率、关注内容、发表的评论等信息,从而为首都中医药的对外传播决策提供基础事实和参考意见。

6 结论

调查发现,北京主要中医对外交流机构都在利用新媒体进行中医传播方面取得了初步发展,其中官网和微信公众号是利用最多的新媒体手段;同时,也存在不足之处,比如,无论是官网还是公众号,主要采用汉语作为传播语言,缺乏相应的英语版本。又比如,被调查的21家机构没有一家利用国外流行的新媒体进行积极主动的对外传播。针对出现的不足之处,本文提出了相应的措施,包括新媒体素养和意识的培养、跨文化意识的促进、各机构的合作和交流、加强对新媒体的管理和监督。

本文聚焦新媒体时代首都中医药的对外传播,将为首都中医药的文化研究注入新鲜血液。同时,对于推进首都中医文化对外传播、拓展首都文化空间传播路径具有重要的现实意义和应用价值。然而,本研究具有局限之处,比如只是对北京主要中医对外交流机构使用新媒体的状况进行了初步的调查,未来希望能够展开更详细更深入更广阔的全面调查。

参考文献

- [1]谢阳谷.百年北京中医[M].北京:化学工业出版社,2007.
- [2]林坚.新媒体对文化生态的影响[J].瞭望,2014(36):64-66.
- [3]毛嘉陵.利用新媒体传播中医药[J].中医药通报,2013(3):1-5.
- [4]张雷平.论新媒体背景下中医药文化大众传播生态研究[J].中医药文化,2017(2):4-7.

(本文编辑:李海燕 本文校对:方廷钰 收稿日期:2018-08-24)

中药学专业人才培养模式的研究※

林 莺 陈彩云 王少平

(滨州医学院药学院, 山东 烟台 264003)

摘要:为满足中药现代化以及大健康产业的发展对中药人才的需求, 中药学专业人才培养模式的构建应该积极落实“普通高等学校本科专业教学质量国家标准”, 完善课程体系, 建立经典传承与现代科学相融合的专业教育, 辅以多角度、全方位的实践教学体系, 培养适应社会 and 行业发展需求的“厚基础、重传承、宽实践、强技能”的创新型、复合型人才。

关键词: 中药学; 培养模式; 课程体系; 实践教学

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.015

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0033-02

Study on the Training Mode of Chinese Pharmacy

LIN Ying, CHEN Caiyun, WANG Shaoping

(School of Pharmacy, Binzhou Medical University, Shandong province, Yantai, 264003, China)

Absrtact: The talent training mode of Chinese pharmacy should adapt to the modernization of Chinese medicine and the development of big health industry. The construction of the talent training mode should conform to the "National standard for teaching quality of undergraduate courses in General College". We improved the curriculum system and established a professional education that combined classical inheritance with modern science, supplemented by a multi-angle and omnibearing practical teaching system. Under this traning mode, innovative and compound talents were trained, the talents not only have the characteristics with "thick foundation, wide heavy inheritance, practice, strong skills", but also can adapt to the social and industry development needs.

Keywords: Chinese pharmacy; training mode; curriculum system; practical teaching system

近几年, 中药高等教育和中药产业发展迅速^[1]。目前, 中国已经成为世界第一大原料药生产和出口国, 截止2015年, 我国中药产业年产值已经超过7800亿元, 占国内医药市场的25%左右, 中药出口37.70亿元, 中药产业已经成为最具潜力的传统产业之一^[2]。

国家高度重视中医药产业的发展, 近年来相继颁布了《中医药健康服务发展规划(2015—2020年)》《中药材保护和发展规划(2015—2020年)》《中医药发展战略规划纲要(2016~2030)》、国家中医药管理局《中医药发展“十三五”规划》《中医药“一带一路”发展规划(2016—2020)》《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》《中医药法》等政策法规, 为中医药的发展提供了政策和法律的支持。

随着中药现代化的发展、公众健康意识的提高以及大健康产业的发展, 中药的需求量越来越大, 中药行业的发展前景也越来越广阔。产业的发展必然带动人才需求的增长, 这也对中药学高等教育在人才培养方面提出了新的要求。因此, 我们结合教学改革成果以及当前经济形势和产业发展的实际, 开展了我校中药学专业人才培养模式构建的研究。

1 人才培养模式构建的总体思路

结合目前中药产业的高速发展, 中药学专业培养

的人才, 不仅应是适应产业发展的应用型人才, 也可以是中药学类本专业和其他专业的基础型人才, 还应该是作为科研后备力量的创新型人才。在充分调研兄弟院校人才培养方案及用人单位意见的基础上, 结合我校中药学专业教学改革成果, 确定我校中药学专业人才培养模式构建的总体思路为: 积极落实“普通高等学校本科专业教学质量国家标准——中药学类教学质量国家标准”^[3], 完善课程体系, 建立综合能力实践教学体系, 培养适应社会 and 行业发展需求的“厚基础、重传承、宽实践、强技能”的创新型、复合型人才^[1,4]。

2 课程体系的构建

我国的中药教育历史悠久, 几千年来, 中药学形成了从道地药材、采收加工、炮制制剂到辨证用药、组方配伍及临床评价的一整套系统完整的理论实践体系。随着现代科学的发展, 中药学高等教育也存在着淡化中医药思维、中药西化严重的现象。因此, 中药学高等教育要根据行业及中药学专业的内涵, 合理构建课程体系: 夯实基础知识、传承中医药经典、融合现代科学技术、重视科学素质教育及实验技能和科研创新能力的培养, 形成通识教育、经典传承与现代科学相融合的专业教育、全方位多角度的实践教学体系的知识、能力和传承协调发展的新型课程体系。

2.1 通识教育 通识教育课是通过一系列基础性、整体性、综合性和广博性的知识, 拓宽学生视野、培养学生独立思考能力、社会责任感、健全的人格以及博大的胸襟抱负等素质, 是学生人格及创造力培养的基础。

※ 基金项目: 国家中医药管理局中医药公共卫生服务补助专项“全国中药资源普查项目”[No.财社[2017]66号]; 山东省中医药科技发展规划项目[No.2017-521]

因此,通识教育课程的设置应该包括社会主义核心价值观体系、身心健康培养、外语及计算机能力培养以及自然和社会人文知识培养等方面。为了使获得全面的提升,课程设置方面除了设置必须的专业必修课,也要设置涵盖历史、文学、艺术、经济、社会服务、科学研究、技术能力等相关的选修课程,供学生根据自身爱好及职业和人生规划选择修读^[5]。

2.2 经典传承与现代科学相融合的专业教育 专业教育课程设置过程中,注重基础知识体系的构建与中医药经典的传承,也注重中医药经典与现代科学技术的结合。通过必修课夯实基础,选修课拓宽视野、促进学科交叉、提升技能,使学生在专业教育课程体系中打下良好的中药学专业知识基础,也通过经典知识的学习培养中医药思维,这也是避免中药西化的一个良好途径。

必修课程的设置依照“普通高等学校本科专业类教学质量国家标准——中药学类教学质量国家标准”制定,包括中医学基础、临床中药学、方剂学、中药文献学等中医药模块和中药化学、中药分析等现代科学技术模块。拓展类课程包括四个模块:药学与生物学模块、中医药经典及现代研究模块、技能发展模块,从经典传承到学科融合,从学生技能的发展到经典与现代研究技术的融合,全面开拓学生的视野,提升学生的基础技能和科学素质。目前科学的发展,学科交叉领域是科学技术发展最为迅速的领域,中药学与药学和生物学的交叉日益增多,学科间的交叉也为中药学的研究提供很好的思路,因此,我们设置了药学与生物学模块,开设了药学导论、分子生物学、药物生物技术概论、实验动物学等相关课程,完善学生的生物学知识体系,拓宽科研思路,为以后的科研工作打下良好的基础;为了补充学生的中医经典传承学习,我们设立了中医药经典及现代研究模块,开设了中国医学史、中药商品学、经典古方的来源与现代再开发等课程,旨在完善学生的中医药知识体系,开拓学生的视野,引领学生在经典传承方面的研究思维,为传统中药的研究打下良好的基础;为了夯实学生的中药现代科学技术技能,我们开设了中药分析高阶导论及研究进展、中药化学高阶导论及研究进展、中药学综合知识与技能等综合性前沿课程,着重介绍各学科的现代研究进展,也与“全国执业药师资格考试”、研究生入学考试对接,满足学生职业规划的需求。

2.3 全方位、多角度的实践教学体系 实践教学是中药学专业课程体系的重要组成部分,是学生实践能力和专业技能培养的关键环节,也是学生科研思维、创新

能力和科研能力培养的关键途径^[5-6]。为了让学生能够广泛实践、增强专业技能和创新能力,我校的实践教学体系设置了实验课程、专业综合实践、专业实习以及第二课堂四个模块。实验课程是实践教学体系中最基础的环节,通过实验课程的学习和操作,增强学生对专业基础知识的掌握,因此,在课程设置方面,提高实验课程比例,保证学生充分实验。在经过实验课程的训练后,学生对各课程的实践有了一个初步的认识,也掌握了基本技能,在学期末,综合本学期开设的实践课程设计专业集中实践,将学期内开设的课程设计综合性试验,让学生在一个周的综合和设计性实践中巩固学过的知识,也培养学生初步的科研意识和科研思维。针对中药学专业的特点,也通过专业实习增强学生接触生产、实践的技能,充分利用我校与渤海制药有限公司建设的校内GMP中试实验室、附属医院药房、规范化栽培基地以及昆嵛山野外实习基地,开展专业及生产实习,不仅使学生充分实践在学校学习的知识技能,也可以使学生尽早接触社会,培养学生的综合素质。除此之外,通过丰富多彩的第二课堂活动,使学生通过参加科研活动、听取学术报告、申报各级大学生创新实践类课题培养学生的科研思维、创新以及科研能力。学生通过四个模块的学习,修读学分,达到要求方可毕业。四个模块互相补充,拓宽了学生的实践范围,也增强了中药学的专业技能,提升了学生的综合素质。

3 结语

中药学人才培养的质量对于中药现代化、中药行业的发展具有重要的作用。中药学专业人才培养方案的构建应积极落实“普通高等学校本科专业类教学质量国家标准——中药学类教学质量国家标准”,完善课程体系,建立综合能力实践教学体系,培养适应社会和行业需求的“厚基础、重传承、宽实践、强技能”的创新型、复合型人才,以推动中药学专业的内涵发展^[1]。

参考文献

- [1]匡海学.厚基础重传承提高中药学专业人才培养质量[J].中医教育,2014,33(3):1-3.
- [2]中国投资咨询网.中投预测:2020年中国中药产业年产值约为2万亿元[EB/OL].(2016-09-26).<http://www.ocn.com.cn/chanye/201609/hwjhc26154036.shtml>.
- [3]教育部高等学校教学指导委员会.普通高等学校本科专业类教学质量国家标准[M].高等教育出版社,2018:716-727.
- [4]匡海学.中药学专业人才培养改革问题的思考[J].中医杂志,2015,56(16):1355-1358.
- [5]莫建霞,陈柳蓉,朱卡林.研究型大学中药学专业人才培养模式改革探讨[J].实验室科学,2010,13(4):6-8.
- [6]祖强,蔡宝昌.中药学专业人才培养模式改革研究与实践[J].中国高等医学教育,2008(11):62-63.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王樱霖 收稿日期:2018-08-21)

翻转课堂教学模式在健康评估课程实施中的问题及对策研究※

刘少鹏 邓璐璐 刘淑霞 李伟萍 于 静

(漯河医学高等专科学校护理系, 河南 漯河 462000)

摘要:目的 本文根据翻转课堂教学模式在健康评估教学中实施的状况,分析其存在的问题及对策。方法 通过课堂教学的观察法,学生及任课教师访谈法,文献综述法对翻转课堂教学在实施过程中的问题进行总结。结果 翻转课堂在实施过程中,教师的教学理念陈旧保守,不能大胆革新;学生自主学习能力弱,教学资源不足,教学辅助平台选择不合理,线上线下互动少都影响教学的实际效果。结论 在翻转课堂教学实施过程中,要强化教师的改革意识,提高教师的信息素养,加强对学生的监督,培养和强化学生自主学习能力,创建优质的教学资源,对保证翻转课堂教学的实施效果有重要作用。

关键词: 翻转课堂; 健康评估; 问题; 对策

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.016

文章编号:1672-2779(2018)-23-0035-03

The Problems and Countermeasures of Flipping Classroom Teaching Mode in the Health Assessment Course

LIU Shaopeng, DENG Lulu, LIU Shuxia, LI Weiping, YU Jing

(Nursing Department, Luohe Medical College, Henan Province, Luohe 462000, China)

Abstract: **Objective** This paper analyzes the existing problems and countermeasures according to the implementation status of the flip classroom teaching mode in the teaching of Health Assessment. **Methods** Through the observation method of classroom teaching, the interview method of students and classroom teachers, the literature review method summarizes the problems in the implementation process of flip classroom teaching. **Results** In the implementation process of the flipping classroom, the teacher's teaching philosophy is old and conservative, and can not be boldly reformed; the students' self-learning ability is weak, the teaching resources are insufficient, the teaching aid platform is unreasonable, and the online and offline interactions less affect the actual effect of teaching. **Conclusion** In the process of flipping classroom teaching, it is necessary to strengthen teachers' awareness of reform, improve teachers' information literacy, strengthen supervision of students, train and strengthen students' independent learning ability, create high-quality teaching resources, and ensure the implementation of flipping classroom teaching. The effect plays an important role.

Keywords: flipping classroom; health assessment; problem; countermeasure

随着教育信息化的迅猛发展和国家高等教育信息化的政策导向,翻转课堂等依托信息技术衍生出来的各种教学改革理论与实践成了世界各国教育技术领域研究的热点。翻转课堂教学模式改变了,既往“以老师为中心、学生被动接受知识”课堂教学状态,即将知识传授与知识内化两个阶段颠倒,知识传授由学生自主通过相关教学辅助平台,观看教师录制的相关教学视频实现;而课堂上教师主要通过有针对性的答疑,组织学生完成作业、单独辅导或小组讨论等形式来协助学生完成对知识的有效内化^[1]。这一模式集中体现了“以学生为中心”的教学理念,成功地将教学的重心从“教”转移到“学”,强调知识接受后的拓展与升华,有利于激发学生长期学习的积极性和主动性,提高学习效果^[2]。我校在借鉴相关兄弟院校的教学经验的基础上,开始结合我校的具体情况在健康评估课堂中进行了翻转课堂的大胆尝试,取得了一定经验,但也遇到了许多问题,现总结如下。

1 翻转课堂教学实施过程中存在的问题

1.1 教师教学理念没有彻底革新 翻转课堂的成败,关键取决于教师,教师教学资源的准备,教学辅助平台的选择、线上线下答疑的准确及程度,课堂的教学组织形式都严重影响学生的积极主动性及教学实施效果的好坏。这就需要教师在教学中付出更多的精力。在我们实施的过程中发现,大多教师都明白,翻转课堂所倡导的是“以生为本,以学为主”的教育理念,也明白翻转课堂对教学的积极作用,但在翻转课堂实施中,貌似打着“以学为主”的幌子,实际上是浮动在技术层面上的形式翻转,教学效果并不理想,甚至有的教师在尝试了挫败的翻转体验之后,又回归到了“以教为主”的教学模式中去,导致教学活动,没有长久持续地开展下去^[3]。

1.2 学生的自主学习能力有待提高 翻转课堂作为一种全新的课改模式,重点聚焦于学生作为学习主体的地位,在没有经历磨合与适应的初体验下,存在的问题自然也很多:大多数学生已经适应了传统的以教师讲授为主的教学模式,在这种教学模式下,学生很少主动学习,上课不听讲,玩手机的现象已不是个别现象。

※ 基金项目:河南省医学教育研究项目【No.wjlx2017141】

但翻转课堂模式下,学生要想在课堂中得到教师的认可就必须从手机游戏中脱离出来,投入到学习中去。这对这部分学生来说是个很不情愿的事情。这导致在翻转课堂教学实施过程中,部分组员浑水摸鱼“走过场”^[4];学生的课前自主学习意识淡薄,缺乏学习责任感;课堂活动参与度不够活跃,组长责任意识淡薄,分工不明,组员之间欠缺团结合作精神,学生课后反思意识淡薄,很难实现深入学习。

1.3 教学资源严重不足 教学形式不新颖,教学辅助平台选择不合理。健康评估课堂中身体评估部分,需要教师制作大量的视频加辅助学生课前学习。这需要教师投入大量的时间、精力和资金来制作;部分教师由于经费等方面的限制,即便提供了自制资源,质量暂且不说,数量也是极其有限的。给学生提供的教学资源大都源自网上下载的资源,其质量和数量都无法满足翻转课堂的实施要求和学生自主学习的需求,更谈不上趣味化了。

在信息化教学环境搭建方面,教师对教学管理平台的选择存在一定的随意性,对教学管理平台持有“可有可无”的无所谓意识。通过平台的师生互动频率时高时低,很不稳定;教师对翻转课堂驾驭能力偏低,在教学活动设计和实施方面,并未达到翻转课堂预期的效果^[5]。

1.4 师生教学互动严重不足 翻转课堂教学活动的实施中教师的作用在于引导学生深入思考、鼓励学生积极参与、互动讨论,课堂内外及线上线下的的高效互动,对学生知识的内化起重要作用。教师在互动环节所投入的时间和精力与翻转课堂整体效果有直接的联系。因此,在翻转课堂的互动活动中,教师应把握的原则是:教师多启发,学生多提问,师生互动解疑惑;教师多鼓励,师生互动促学,唯有这样的互动贯穿于学习全程,才会给学生提供更多成长的机会,才可能让学生收获更多的成长自信,体验到更多的学习满足感与成就感^[6]。而部分教师在课堂中放任学生自行讨论缺乏合理的组织安排和时间限制,最终导致互动频率偏低,互动效果欠佳,互动效果很不满意。

2 翻转课堂实施中的改进策略

2.1 构建并树立“以学定教 以生为本”的教学理念 翻转课堂模式以学生自主学习为基础,把传统课堂中的“知识传授”和“知识内化”环节进行了翻转,并对知识点进行了碎片化、趣味化、资源形式多样化处理;将“知识内化”过程转移到了课堂上,并通过课堂精讲、案例分析和互动讨论来实现“知识内化”的升华;充分发挥学生的创新能力,有效提高学生的问题解决能力。因此,在高校翻转课堂实施中,我们应遵循翻转课堂的终极旨意,真正树立并实现“以人为本,以

生为本,以学为本”的育人理念;构建“以学定教,以评促学,互评促教,教学相长”的全新教学模式^[7]。

2.2 提升教师和学生综合素养 翻转课堂实施过程中更需要教师在信息素养方面具有良好的自适应性,以便更好地引导学生推动翻转课堂教学模式的深入发展。在信息素养的培训学习、自我养成中,教师首先要精准定位与翻转课堂適切匹配的信息技术,熟练运用信息技术引导学生自主学习;同时,要借助信息技术加强自身对翻转课堂的设计、实施、组织和管理的能力,确保翻转课堂教学活动井然有序地深入展开。教师要树立“以学定教,以生为本”的教育理念,这样的理念需要学校的教学和管理层面倡导力行,并制定相关的激励政策,提供相关的经费保障^[8]。这对教师坚定职业信仰、大胆推进教育改革,强化自身素质,不断的自我提高和进步来适应翻转课堂对教师的新要求。

翻转课堂对学生的自主学习能力和信息素养能力提出了更高的要求,学生需要提高信息技术的感知与应用能力,注重协作与参与,逐步提高自己对信息化学习环境的适应能力,学会学习,培养自己自主学习的能力和独立分析问题、解决问题的能力。在学生学习习惯养成方面,需要教师对学生的课前自主学习行为实施有效督导和监管,增强学生的学习责任和反思意识,树立终身化的学习理念,培养学生自主学习的习惯,发现挖掘学生的兴趣点,构建基于兴趣的未来职业能力成长目标。

2.3 创建共享优质教学资源 多元、有趣、适量的自主学习资源是课前学生自主学习的基本保障。依据应用角度,资源可分为知识点学习资源、素材资源和案例资源^[9]。在自制学习资源不足的情况下,学校应引进一些适切的可供教学使用的优质学习资源,以满足翻转课堂的实施需求。

3 小结

翻转课堂教学模式作为一种崭新的教育模式,将“学”的环节推向了教学活动的主体地位,它的影响力已经渗透到了护理教育领域,并已经展现出振奋人心的积极效果,这必将引发护理教育工作者的尝试和追随。同时,我们也看到这一教学模式在实施过程中,机遇和挑战并存,很多现实的问题不断出现,因此全面提高教师在计算机和网络技术、教育理论方面的素质,在制度上保证教师用于投入教学准备活动的时间,增加护理教学的软硬件和教师资源,推动这一教学模式在护理教学中广泛开展。

参考文献

- [1] Aaron Sams, Jonathan Bergmann. Flip Your Students' Learning[J]. Educational Leadership, 2013, 70(6): 16-20.
- [2] 张丽. 基于慕课的翻转课堂在内科学教学中的应用探讨[J]. 中国信息技

- 术教育,2016(2):98-100.
- [3]杨眉.延安大学翻转课堂实施中的问题与对策研究——以教育技术和石油工程专业为例[D].延安:延安大学,2017.
- [4]彭彩碧,等.翻转课堂教学法在内科学内分泌教学中的应用研究[J].教育现代化,2016(12):98-100.
- [5]陈琨,李祥炜,张伟富,等.翻转课堂教学模式在西医内科学教学中的应用进展[J].教育现代化,2018,5(14):300-303.
- [6]钱红,黄民江,刘理静.探究式翻转课堂教学模式在内科学教学中的实施与效果分析[J].中国现代医生,2015,53(16):118-120.
- [7]刘理静,钱红,李小琳,等.病例导入式教学法结合翻转课堂在内科学教学中的实践效果[J].卫生职业教育,2016,34(11):61-62.
- [8]孙刚成,杨眉.“A+课堂派+BYOD”支持下的高校翻转课堂——以软件类课程为例[J].电化教育研究,2017(4):104-106.
- [9]郭文良,和学新.翻转课堂:背景、理念与特征[J].教育理论与实践,2015(11):3-6.

(本文编辑:李海燕 本文校对:邓璐璐 收稿日期:2018-08-14)

中医药高等教育网络意识形态阵地建设※

王 一 林 彬*

(广州中医药大学马克思主义学院, 广东 广州 510006)

摘 要: 中医药事业的发展以及国际交流与合作离不开中医药高等教育的支持与推动。随着互联网的高速发展,网络空间愈加复杂,中医药高等教育网络意识形态阵地建设也遇到了很多新问题和新的挑战。中医药高校应认清互联网发展规律,坚持马克思主义与中国特色社会主义的领导,创新中医药高等教育网络意识形态工作方法载体,推进中医药高等教育网络意识形态安全管理,做好新时代中医药高等教育网络意识形态阵地建设。

关键词: 中医药高等教育;网络意识形态阵地;学科建设

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.017

文章编号:1672-2779(2018)-23-0037-03

Construction of Network Ideological Position in Higher Education of Chinese Medicine

WANG Yi, LIN Bin

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

Abstract: The development of the cause of Chinese medicine and international exchanges and cooperation cannot be separated from the support and promotion of higher education of Chinese medicine. With the rapid development of the Internet, the cyberspace becomes more and more complex, and the construction of the ideological position of higher education of traditional Chinese medicine has encountered many new problems and challenges. Colleges and universities of traditional Chinese medicine should recognize the law of Internet development, adhere to the leadership of Marxism and socialism with Chinese characteristics, innovate the carrier of network ideology in Higher Education of traditional Chinese medicine, promote the safety management of network ideology in Higher Education of traditional Chinese medicine, and do a good job in the construction of network ideology position in Higher Education of traditional Chinese medicine in the new era.

Keywords: Chinese medicine; higher education; network ideological position; subject construction

改革开放以来,我国的中医药事业获得了长足发展,在国际上发挥着积极的作用。根据《中医药“一带一路”发展规划(2016—2020年)》的发展目标,2020年,我国将基本形成中医药“一带一路”的全方位格局。中医药事业的发展随着“一带一路”的建设,迎来了飞速发展期。十八大以来,习近平总书记提出了对中医药的一系列重要论述,指出:“要着力推动中医药振兴发展,坚持中西医并重,推动中医药和西医药相互补充、协调发展,努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展。”^[1]十九大报告中,习近平总书记在“实施健康中国战略”章节中提出,坚持中西医并重,传承发展中医药事业^[2]。中医药事业的发展以及国际交流与合作离不开中医药高等教育的支持与推动。50年代初期,在周总理的关心指示下,我国建立了第一批中医学院,中医药教育得以创建,经

过了六十多年的发展,中医药高等教育为中医药事业的发展以及国际交流与合作做出了重要的贡献。

中医药的发展离不开优秀人才的支撑,在我国的中医药人才培养和对外交流中,中医药高等教育将承担起更为重要的任务,但是也面临着更严峻的形式和更巨大的挑战。在新时代背景下,培养什么样的中医药人才?如何培养?是中医药高等教育亟需解决的问题。而在中医药人才培养中,意识形态工作也极为重要,这关系到是否能够为祖国培养可靠的现代化建设人才。2015年新年伊始,中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于进一步加强和改进新形势下高校宣传思想工作的意见》,指出意识形态工作是党和国家的一项极端重要的工作,高校作为意识形态工作前沿阵地,肩负着学习研究宣传马克思主义,培育和弘扬社会主义核心价值观,为实现中华民族伟大复兴的中国梦,提供人才保障和智力支持的重要任务^[3]。近年来,随着互联网的高速发展,中医药高等教育的意识形态建设获得了很多新的机遇,同时,也面临着更多新的挑战。中医药高等教育网络意识形态纷繁复杂,其中掺杂着

※ 基金项目:广东省高校党建研究课题[No.2018BKZZ015];广东省广州市社科基金课题[No.2018GZYB75]

* 通讯作者:223900162@qq.com

颇多相互冲突的理念以及学术观点。对于中医药高等教育网络意识形态工作中出现的种种问题,有必要采取相应的对策和措施。

1 牢记中国特色社会主义根本方向

习近平同志在党的十九大报告中指出:“经过长期努力,中国特色社会主义进入了新时代,这是我国发展新的历史方位。”^[2]新时代是全面实现社会主义现代化和中华民族伟大复兴的时代,新时代中国特色社会主义是实现民族复兴的行动指南。加强中医药高等教育网络意识形态阵地建设,是推动中医药人才培养和中医药传统文化建设的重要根基。在互联网高速发展的同时,只有切实抓住中医药高等教育意识形态话语权,切实提高中医药人才的思想道德水平,才能够获得中医药事业的长足发展。我国中医药高校是社会主义性质的大学,中医药高等教育网络意识形态阵地建设应当具有鲜明的中国特色。中医药高等教育网络意识形态阵地建设必须时刻坚守马克思主义的指导地位,植根于中国特色社会主义伟大实践,强化思想引领,牢牢把握网络意识形态工作主动权,把培育和践行社会主义核心价值观贯穿教书育人的全过程。

1.1 坚持马克思主义的指导地位 当今社会正发生着日新月异的变化,全球形成了错综复杂的局势,意识形态的差异性也日益凸显,中医药高校在提高大学生专业知识水平的同时也要加强大学生意识形态教育,时刻牢记自身培养高素质人才的使命和责任;时刻关注大学生的意识形态;时刻进行顽强的意识形态的斗争。历史证明,马克思主义是被实践检验过的真理。在中国,马克思主义最早就是在高校知识分子、青年学生中传承发展的。在历史的发展和人民的不断前进中,马克思主义仍然是我国国家发展和社会建设的根本指导思想。在新时代特色社会主义体系中,中医药高等教育务必做好网络意识形态阵地建设工作,网络意识形态阵地建设工作必须坚持马克思主义的指导地位。只有坚持马克思主义意识形态指导,中医药高校的理想与信念教育才会更加深入;中医药大学生的道德修养才会稳步提升;我国的中医药事业才会不断进步。

1.2 植根于中国特色社会主义伟大实践 丰富新时代中国特色社会主义思想理论,反映新时代中国特色社会主义伟大实践,是中医药高等教育网络意识形态阵地建设的应有之义。相比较网络上传统的理论宣传,中医药高校拓展了“线上宣传”与“线下实践”相结合的新形式。在网络意识形态阵地建设中巧妙地将网络平台的宣传解说与现实里的学生实践相结合,党的理论形式和道德修养可以在中医药高校中有更加有效

的实践学习和充分体现。中医药高校可以为学生提供对口的科研机构、企业与相关单位、社区等实践基地,如义工、支教、社区挂职、暑期三下乡等社会实践活动;还有不可忽视的红色革命教育基地。学生可以在这些实践活动中理解网络理论宣传的现实意义,也可以用这些实践活动经验丰富网络理论宣传。植根于中国特色社会主义伟大实践的网络意识形态宣传教育工作作为中医药高校的网络意识形态阵地建设打下了坚实的基础。

2 创新中医药高等教育网络意识形态工作方法载体

十八大以来的这五年,高校意识形态阵地建设取得重大进展,尤其是大学生社会主义意识形态宣传与教育工作,抵制了西方错误思潮对我国青少年的思想的侵蚀,为中国特色社会主义意识形态阵地建设打下了坚实的基础。与此同时,中医药高校的网络意识形态工作发展速度和成果都日益增长,但问题也依然存在,特别是面对这几年互联网发展的新态势、新走向,中医药高校需要进一步创新网络意识形态工作方法载体。中医药高校教师的价值依归与科学的教育方法关系到中医药高素质人才的成长和发展,是网络意识形态阵地建设重要的组成部分。

2.1 教师队伍建设 中医药高校教师包括专业课教师和思想政治教育课教师,高校教师的教学与科研不仅具有专业价值,更加具有意识形态教育价值。随着网络的日益发展,教师发挥专业以及意识形态引导作用的阵地已不仅仅在日常的线下的教育教学活动,还包括大量的线上教育教学活动等。中医药高校要把握好新时代教师育人的着力点。首先要积极开展网络课程体系构建,全面提高中医药高校课程在慕课、精品视频公开课、精品资源共享课覆盖率,提高在校学生以及社会人员的使用率,健全在线课程评价体系以及反馈平台,提高中医药传统文化的传播速率和效率;其次要加强网络队伍建设,探索建立优秀网络文章纳入科研成果统计、列为职务职称评聘条件的办法,打造一支由学术大师、教学名师、优秀导师、辅导员班主任、优秀骨干学生组成的高校网络宣传工作队伍,引导他们用中国的理论、中国的学术解释中国的奇迹,把中国特色社会主义道路、理论、制度的特色和优势讲清楚说明白,让人民群众能够听懂和认同^[3];最后要提高优秀教师等先进人物在网络平台的影响力,加大网络名师宣传力度和舆论导向力,为名师发声提供平台和资源支持。中医药高校教师对未来中医药人才成长与发展有着极其重要的意义。它关系到中医药人才正确的理想信念与职业信仰的建立,关系到中医药高等教育网络意识形态的发展和传承,关系到新时代中国特



色社会主义接班人的培养,是中医药高等教育网络意识形态阵地建设不可忽视的一部分。

2.2 统筹教育方法 中医药高校意识形态教育方法,不仅要提升思想政治教育课的教育内容、手段、途径,也要寻求中医药专业课与思想政治教育课的逻辑相关性。首先,要做到新媒体与思想政治教育课的有机结合,新媒体技术为中医药高校思想政治教育课提供了新的平台和手段,后者在发扬自身的宣传性与教育性同时要多方利用前者传播的广泛性与时效性,扎根微博、微信以及百家号等各大新媒体平台,以保证社会主义意识形态在网络意识形态领域的领导性;其次,要做到中医药专业课教育与网络思想政治教育课的相互渗透,寻找学科之间的普遍联系,将中医药学科与网络思想政治教育课结合起来,提高网络课堂的意识形态教育水平;最后,要积极发扬中医药传统文化的优点,使学生能够在网络思想政治教育课中发现中医药传统文化的魅力,将传统文化的魅力与思想政治教育相结合,一定会开辟出网络意识形态阵地建设的新天地。

3 推进中医药高等教育网络意识形态安全管理

随着新时代互联网的高速发展,欧美国家不断对我国输出意识形态思想,更新迅速的网络思潮影响着高校大学生,中医药高校大学生面对西方“中医药伪科学”的论述,思想上更是受到了前所未有的冲击与影响。中医药高等教育网络意识形态阵地建设遇到了一系列的新问题和新情况。“统筹发展和安全,增强忧患意识,做到居安思危,是我们党治国理政的重大原则”^[2]。中医药高校要完善校园安全制度体系,扎实推进网络意识形态安全管理。

3.1 守好舆论阵地 习近平总书记指出:“做好网上舆论工作是一项长期任务,要创新改进网上宣传,运用网络传播规律,弘扬主旋律,激发正能量,大力培育和践行社会主义核心价值观,把握好网上舆论引导的时、度、效,使网络空间清朗起来。”^[4]网络舆论工作是中医药高等教育网络意识形态阵地建设工作的重要组成部分,中医药高校要积极使用现代传媒手段,守好网络舆论阵地。首先,新媒体要坚持党委的领导,中医药高校党委组织部要建设网络意识形态阵地,必须要能管网络,必须紧紧抓住各类网络新媒体平台,切实做好网络管理工作,牢牢掌握党对中医药高校意识形态工作领导权;其次,中医药高校要在互联网媒体及各类网站创建良好的舆论氛围,对网络上的错误舆论和观点,要及时发声、敢于发声、善于发声,引领舆论的理性、正确走向;最后,中医药高校要抓住互联网传播规律,创新网上宣传方式,积极传播中医药传

统文化,做好中医药事业的传承与发展。

3.2 加强法制建设 十九大对坚持全面依法治国进行了最新概括,“全面依法治国是中国特色社会主义的本质要求和重要保障。”^[2]高校作为意识形态建设的重镇,抓好阵地建设的关键是要注重法治理念,提升治理水平。要做大做强高校意识形态阵地,也应创新手段和机制,实现高校媒体融合发展^[6]。中医药高校全面依法治校要运用法治理念,强化法治思维,创新法制方式,依法管理网络空间。对于西方国家恶意输出的错误思想要做到及时引导,对于那些罔顾法律,宣传西方错误思潮并且造成严重后果的要依法处理。习近平总书记提出:“我们要本着对社会负责的、对人民负责的态度,依法加强网络空间治理,加强网络内容建设,做强网上正面宣传,培育积极健康、向上向善的网络文化,用社会主义核心价值观和人类优秀文明成果滋养人性、滋养社会,做到正能量充沛、主旋律高昂,为广大网民特别是青少年营造一个风清气正的网络空间。”^[1]相对于“自由型”网络空间行为与言论,依法管理网络空间为中医药高等教育网络意识形态阵地建设提供了强有力的保障。依法管理网络空间的首要任务是严明相对应的网络纪律与规定,加大宣传力度,让全校教职工、学生知晓;其次是严格执行各类网络纪律与规定,各项网络事务的推进必须按规律依规定;最后是增强全校教职工、学生的网络空间法治意识,巩固中医药高等教育网络意识形态阵地建设。

综上所述,网络的迅速发展,使得中医药高等教育不仅要开展传统的意识形态工作,还要抓住网络空间意识形态。网络空间的意识形态也是中医药高等教育的战斗阵地。在中医药高等教育网络意识形态阵地建设中,要牢固马克思主义在网络意识形态中的指导地位,始终把新时代中国特色社会主义理论与实践融入网络意识形态阵地建设的全过程。对此,中医药高校作为最为重要的基层组织之一,需要利用互联网时代的有利条件,创新中医药高校意识形态工作,加强中医药高等教育网络意识形态阵地建设。

参考文献

- [1]习近平.习近平谈治国理政(第二卷)[M].北京:外文出版社,2017:11.
- [2]习近平.在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告[R].人民日报,2017-10-18.
- [3]中共中央办公厅、国务院办公厅印发关于进一步加强和改进新形势下高校宣传思想工作的意见[R].2015.
- [4]中央政府门户网站.习近平在中央网络安全和信息化领导小组第一次会议上的讲话[R/OL].2014-2-27.
- [5]袁贵仁.把握大势 着眼大事 努力做好新形势下高校宣传思想工作[J].中国高等教育,2015(21):9-11.
- [6]王永贵.扎实推进高校意识形态建设的着力点[J].思想理论教育,2015(4):15-20.

(本文编辑:李海燕 本文校对:袁毓玲 收稿日期:2018-09-04)

基于加强临床实践背景下 中西医结合妇产科学的人才培养建设

黄淑媛¹ 雷磊^{2*}

(1 湖南中医药大学硕士研究生2017级, 湖南 长沙 410006;

2 湖南中医药大学中西医结合学院, 湖南 长沙 410006)

摘要:医疗卫生人才的培养一直是关注的重点,近年来临床学科的人才培养在不断强调临床实践能力的建设,本文就中西医结合妇产科学现阶段人才培养中所出现的问题,提出了以“课堂-模拟-临床”教学同步结合、加大教育投资,避免“大课堂”教学、医教结合、以“学科理论-模拟病房-病例分析-实际操作”综合考核机制等一系列人才培养模式,以提高广大中西医结合妇产科学的人才培养力度。

关键词:中西医结合妇产科学;人才培养;临床思维;实践能力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.018

文章编号:1672-2779(2018)-23-0040-02

Talent Cultivation and Construction of Obstetrics and Gynecology of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Based on Strengthening the Clinical Practice

HUANG Shuyuan¹, LEI Lei²

(1. Grade 2017 Graduate, Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410006, China;

2. College of Integrated Medicine, the First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Hunan Province, Changsha 410006, China)

Abstract: The cultivation of medical and health personnel has always been the focus of attention. In recent years, the cultivation of talents in clinical disciplines has continuously emphasized the construction of clinical practice ability. This paper puts forward the problems in the cultivation of talents in the current stage of integration of traditional Chinese and Western medicine. "classroom-simulation-clinical" teaching is combined synchronously, increasing investment in education, avoiding "big classroom" teaching, combining medical education and teaching, and training a series of talents such as "discipline theory-simulation ward-case analysis-practical operation" comprehensive assessment mechanism mode. The training of talents in the integration of Chinese and Western medicine in obstetrics and gynaecology was improved.

Keywords: obstetrics and gynecology of integrated traditional Chinese and Western medicine; talent cultivation; clinical thinking; practice ability

中西医结合妇产科学是一门研究女性生理、病理、诊疗、防治妇女特有疾病的一门临床新兴学科,其包含了中、西医学的基础理论与方法,同时也是当代中西医结合专业大学生的一门临床必修课程。作为一门临床课程,与基础课程相比,其最大的不同之处在于其对于临床思维与临床实践操作能力的培育要颇为重视,与临床诊疗息息相关,不可分割。国家积极倡导各高校加强“双一流”建设。建设中西医结合妇产科学“一流学科”,培养“一流人才”,需要不断的探索与完善。

培养出高质量、高水平的创新型临床综合人才是教育的根本目的。人才的培养离不开规范化的教学方式、环境与优良的师资力量,人才的培养要与社会的需求相协调,中西医结合妇产科学需要培养出具备高素质的临床创新型人才,临床思维与临床实践能力的培养应当成为其培养的重中之重。

2014年6月,教育部等六部门印发《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》。在该《意见》中明确指出了要深化院校教育改革,提高人才培养质量,推进医学基础与临床课程整合,强化临床实践教学环节,以提升医学生临床思维和临床实践能力。2017年

又颁布《国务院办公厅关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》,其指出要提升医学生解决临床实际问题的能力。随着这两《意见》的颁布,我国的医疗体制进行了重大的调整与改革。人才的培养方式与方向均产生了新的变化。

1 中西医结合妇产科教育面临的问题与挑战

1.1 教学方式落后 缺乏多方式及多途径教学 中西医结合妇产科学的教育与其它医学课程一样都是以传统的课堂教学为主,这种“满堂灌”的教学模式一直在我国占统治地位^[1]。以教师授课、学生听课,被动学习的方式,缺乏自主思考能力,这种方式存在着极大的弊端,它既极大地抑制住了学生的创新思维能力,也使得教学质量不佳。这意味着急需寻求一种解决办法,改变现状,加强人才的培养。

1.2 临床实践教学环境及课时不足 中西医结合妇产科学作为一门与临床紧密结合的临床学科,其教学方式以理论教学为主,与临床诊疗实际脱节的的教学方式是不可取的。我国医学临床教育主要通过附属医院见习、实习。然而见习课程课时少、实习科室随机、与考研时间相冲突、分布不合理等问题均广泛存在。再者,其大多数医院均属于三甲医院,造成了对常见病、多发病的认识不够等。这一系列的问题存在人才培养过

* 通讯作者:leilei1398@sina.com

程中,给人才的培养的发展带来了严重的阻碍。

1.3 培养投入资金缺乏 影响培养质量 培育资金的缺乏体现在教学的硬件设施数量上的不足,硬件设施老化破旧,得不到及时的维修与更换,不能做到与时俱进,精细设施设备,设备缺乏等。其次为培育配套的教学资源的不足,教师人数不够,开设“大课堂”教学等问题长期存在。培养资金的投入是人才培养发展的强力保障。

1.4 高层次人才培养机制不完善 中西医结合妇产科的发展更应当注重高层次人才的培养,但在我国的高层次人才培养中,其运行机制尚不完善,缺乏系统的管理与培养,其考核机制也相对缺乏。必要明确高层次人才培养的目的,加大培养力度,让高层次人才的培养更加趋于多元化。

2 解决措施

2.1 实现传统课堂转化 以被动转主动 传统课堂教学这种“填鸭式”的教学有着一定的弊端。在日新月异的现代社会中,这种模式的教学方式已然不是最佳,运用信息技术的发展,建设中西医结合妇产科学精品课程,设置专门的学科网站,转化传统课堂模式,将这种以课堂为主的笼统教学方式加以改进,转被动学习为主动,使学生成为课堂的主人。学生课前视频学习,教师在课堂中加以引导、答疑解惑、拓展书本知识,将妇产科临床病案制成PPT或者视频给学生们共同谈论学习,开展小组研讨会,根据调查,美国的课程计划学时总数比我国多200学时,其中讲课学时二者相近,都是850学时左右,美国的小组研讨约占200学时,而我国小组讨论课时几乎是零^[2]。应当加强小组研讨学习,培养学生善于思考的能力,互相学习,逐步提高临床思辨能力。近几年慕课在我国高校有着一定的发展,但其仍较为局限,使用率、影响力仍不够。加强其使用力度,可以使学习不受时间与空间的限制,大大地提高学习的灵活性,为人才的培育保驾护航^[3]。

2.2 以课堂-模拟-临床教学相结合 临床学科教学课堂应与其它的教学课程有所不同,理论教学不应成为其主体部分,加大模拟教学、临床教学的所占比,模拟教学既可以成为课堂教学与临床教学的桥梁,同时也可以与课堂教学相结合,使传统的课堂教学跳出枯燥乏味的牢笼,提高受教育者的兴趣与积极性。在中西医结合妇产科学教学中,加大模拟人的使用力度,使学生能更好地了解女生特殊的生理解剖、产生机制,将抽象的理论知识具体化,以更好协助理解学习,课堂教学与模拟教学相辅相成,相互促进。在此基础上再进行临床教学,将理论与实际运用相结合,在临床实践中加深理解与记忆。在发现问题与解决问题中不断提高。“课堂-模拟-临床”教学应当齐头并进,而非层层递进,现如今我国五年制教育中实行以4+1为主的层层递进培养模式,使临床实践与理论彻底分开,这并不可取。实行以“课堂-模拟-临床”教学同步相结合的方式能提高教学质量,为推进人才培养助力。

2.3 加大教育投资,避免“大课堂”教学 “大课堂”

教学是指培养人数超过一定范围,对其最佳的教学质量产生一定影响的教学模式。这种教学模式的产生反映出了我国高校教学资源的不足,学生不能很好地享受教育资源。中西医结合妇产科学的教育应当整合教育资源,加大教育培养投资,使课堂教学、模拟教学、临床教学均有其规范化的培养环境、设施、人数,使教育达到最佳状态。杜绝课上听不到、临床看不到的各种情况。努力培养出高、精、尖的临床型人才。

2.4 提高教师综合能力素质 医教结合 教师在人才的培养上起着至关重要的作用,拥有一支高素质、高能力的教师团队是培育出优秀人才的保障。必须加强教师的人才队伍建设,其年龄、学历、背景、职称、专业的比例都应当与学科的建设相适应,引进人才,拥有学科带头人。教师之间形成共同备课、相互听课、互相研究讨论的运转模式,并采取“一票制否决”的办法促进教师队伍的建设。对于中西医结合妇产科学这种临床学科来说,教师还应当具备临床能力与临床思维,让学院教师上临床,提升其临床操作综合能力。同时也应当加大临床医生参与到教学中的力度,医教结合,只有这样,才能培养出高素质的临床运用型人才。

2.5 明确培养目标 调整考核机制 传统的人才培育以理论考试为主,使学生养成考前死记硬背,实际动手能力不足的习惯,像中西医结合妇产科这种临床课程通过此种培养方式是万万不能的,没有任何的社会现实意义。把培育具有高临床实践能力的人才为目标,调整考核机制,实行“学科理论-模拟病房-病例分析-实际操作”为一体的综合考核体系。在考核机制中更加注重临床实际动手能力,理论与临床相结合,加强人才培育的全方位建设^[4]。

2.6 加强高层次人才培养 高层次人才培养应当为精英教育,医学硕博教育更应当注重专业与综合能力的培养,以“跟临床-跟门诊-导师心得授课-周学习、周讨论-月总结-病人演练操作比赛”的人才培养模式。这样更能促进人才全方位、更精准的培养,更有利于培养出社会使用型人才。中西医结合妇产科学人才的培养更应该注重高层次人才的培养,因为它是当今妇产科临床人才的摇篮。

中西医结合妇产科人才的培养离不开临床,其来源于临床,最终也回归于临床,在当今注重临床实践能力人才培养的社会背景下,通过多渠道、多方式的培养模式加强人才的培养,以提高临床诊疗水平,为广大女性患者排忧解难,促进妇产科学的长远发展。

参考文献

- [1]邓婉君,夏欧东,黄卫.我国临床医学专业人才培养存在的问题及对策[J].医学教育研究与实践,2018,26(1):9-12,35.
- [2]教育部.国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010—2020年)[EB/OL].(2010-07-29)[2013-06-02].http://www.gov.cn/jrzq/2010-07/
- [3]梁程程,雷磊,毛思思,等.基于慕课背景的翻转课堂在中西结合妇科学中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(19):48-50.
- [4]刘福林,易跃雄,吴婉蓉,等.“三阶段一体化”妇产科学人才培养模式探索与实践[J].医学教育研究与实践,2017,25(6):970-972.

(本文编辑:李海燕 本文校对:雷磊 收稿日期:2018-08-14)

论 著 WORKS

加减乌梅丸方联合穴位针刺
对胃食管反流病患者食管动力的影响[※]王茜茜¹ 李华岳^{2*}

(1 北京市朝阳区中医医院内一科, 北京 100020; 2 北京中医医院针灸科, 北京 100023)

摘要:目的 探讨加减乌梅丸方联合穴位针刺对胃食管反流病(GERD)患者食管动力的影响。方法 研究时间为2013年9月—2018年2月, 采用平行对照与回顾性研究方法, 选择在我院诊治的172例GERD患者作为研究对象, 根据治疗方法的不同分为观察组100例与对照组72例, 对照组给予加减乌梅丸方治疗, 观察组在对照组治疗的基础上加用穴位针刺治疗, 2组都治疗观察4周, 记录食管动力变化情况。结果 观察组与对照组治疗后GerdQ评分都显著低于治疗前($P<0.05$), 观察组评分也低于对照组($P<0.05$); 治疗后观察组的总有效率为99.0% (99/100), 对照组为87.5% (63/72), 观察组显著高于对照组($P<0.05$); 观察组治疗后的括约肌静息压、长度都显著高于治疗前($P<0.05$), 对照组无显著变化($P>0.05$), 2组治疗前后的括约肌残余压变化对比无显著差异($P>0.05$); 观察组治疗后的蠕动持续时间显著高于治疗前($P<0.05$), 对照组无显著变化($P>0.05$); 蠕动波起始速度、前沿收缩速度在组内与组间对比都无显著差异($P>0.05$)。结论 加减乌梅丸方联合穴位针刺在GERD的应用能改善食管动力, 提高体部蠕动功能, 促进缓解临床症状, 提高治疗效果, 有很好的应用价值。

关键词: 加减乌梅丸方; 穴位针刺; 胃食管反流病; 食管动力

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.019

文章编号:1672-2779(2018)-23-0042-03

The Effect of Modified Wumei Pill Combined with Acupuncture on Esophageal Motility of
Gastroesophageal Reflux Disease PatientsWANG Xixi¹, LI Huayue^{2*}

(1. Department of Internal Medicine, Chaoyang District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100020, China;

2. Acupuncture Department, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100023, China)

Abstract: **Objective** To investigate the esophageal motility effects of Wumei Pill combined with acupuncture in the treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) patients. **Methods** from September 2013 to February 2018, 172 cases of GERD patients were selected in our hospital by parallel control and retrospective study, all the patients were divided into the 100 patients in the observation group and 72 patients in the control group according to the different treatment methods. The control group was treated with Wumei pill, and the observation group was treated by the Wumei Pill combined with acupuncture. The two groups were treated for 4 weeks, and the changes of esophageal motility were recorded. **Results** The GerdQ scores of the observation group and the control group after treatment were significantly lower than those before treatment ($P<0.05$), and the score of the observation group after treatment were also lower than that of the control group ($P<0.05$). After treatment, the total effective rates of the observation group were 99%, and the control group were 87.5%, the observation group were significantly higher than the control group ($P<0.05$). The rest pressure of the sphincter after treatment in the observation group were significantly higher than that before treatment ($P<0.05$), and there were no significant change in the control group ($P>0.05$), there were no significant difference in the change of the residual pressure of the sphincter before and after treatment ($P>0.05$). The duration of peristalsis in the observation group after treatment were significantly higher than that before treatment ($P<0.05$), but there were no significant change in the control group ($P>0.05$), there was no significant difference in the initial velocity of the peristaltic wave and the contractile velocity of the foristaltic wave compared between the groups and the groups ($P>0.05$). **Conclusion** The application of Wumei Pill combined with acupuncture in the treatment of GERD can improve the motility of the esophagus, improve the peristaltic function of the body, promote the relieving of clinical symptoms and improve the therapeutic effect, so it has good application values.

Keywords: modified Wumei pill; acupuncture; gastroesophageal reflux disease; esophageal motility

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)为因胃酸不正常逆流至食管, 形成一系列不适的主要症状与伴随症状的临床疾病^[1]。GERD临床主要表现为上腹痛、胸痛、腹胀、反酸、反食、烧心等症状, 严重影响患者的生活质量^[2-3]。GERD的治疗原则在于减轻症状, 避免形成更严重的病变, 改善患者生活质量。西药治疗GERD以黏膜保护剂、促动力药、质子泵抑制剂、

H₂受体阻滞剂为主, 虽然有一定的效果, 但是停药后容易复发, 长期使用的不良反应发生率也比较高^[4]。中医学认为GERD病位在脾胃, 与肝胆关系密切, 治疗以疏肝理气、健脾和胃降逆为主^[5]。加减乌梅丸方能够引气归元、纳气降逆, 推动阳气上升。穴位针刺可以通过影响神经、机体内分泌等方面来达到疾病治疗的目的, 特别是其沿着经络传导放散, 可以降逆和胃、培补脾胃、合治内腑^[6]。人体胃食管交界处存在着天然抗反流屏障, 食管下括约肌(low esophageal sphincter, LES)长度变短、压力下降与动力变化对GERD的形成有重要作用。本研究在前人研究指导的基础上^[7], 探讨了加减乌梅丸方联合

※ 基金项目: 国家重点基础研究发展计划(973计划)项目【No. 2014CB543203】

* 通讯作者: doudou420231382@163.com

穴位针刺对GERD患者食管动力的影响,希望找出对本病更有疗效的治疗方案与明确治疗机制。现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究时间为2013年9月—2018年2月,采用平行对照与回顾性研究方法,选择在我院诊治的172例GERD患者作为研究对象。根据治疗方法的不同分为观察组100例与对照组72例,2组患者的食管黏膜分级、体重指数、病程等资料对比无显著差异 ($P>0.05$)。见表1。

表1 2组一般资料对比

组别	例数	男	女	食管黏膜分级				体重指数 (kg/m ²)	病程 (年)	年龄 (岁)
				A级	B级	C级	D级			
观察组	100	55	45	40	40	10	10	22.82±2.14	29.55±1.84	54.20±2.19
对照组	72	40	32	30	32	5	5	22.10±1.98	29.10±3.19	55.98±4.44
t 值或 χ^2 值						1.122		0.633	0.466	0.520
P 值						0.772		0.311	0.513	0.491

注:食管黏膜分级:A级:1个或1个以上食管黏膜破损,长径 ≥ 5 mm;B级:1个或1个以上黏膜破损,长径 > 5 mm;C级:黏膜破损有融合, $< 75\%$ 的食管周径;D级:黏膜破损融合, $\geq 75\%$ 的食管周径

1.2 纳入标准 符合GERD诊断标准,符合中医辨证标准;医院伦理委员会批准了此次研究;不限男女,病程 ≥ 1 个月;患者签署了知情同意书,能配合治疗、按时复诊;无贲门、食管及腹部手术史。

1.3 排除标准 妊娠期间或者哺乳期妇女;合并有其他食管性疾病患者;有严重的心脑血管疾病患者;精神病患者或重度抑郁及焦虑者;近期服用药物或药物过敏者及配合其它治疗方法者。

1.4 治疗方法 对照组:给予加减乌梅丸方治疗,基本方:乌梅30~50 g,当归20 g,细辛3 g,川椒10 g,桂枝10 g,黄连3 g,黄柏10 g,党参15 g,干姜10 g,制附片10 g,白芍20 g,生黄芪30 g,壁虎30 g,制成丸剂,皆为通过GMP认可、农药及重金属检验的药品,1丸/d。黄痘加茵陈20 g,上腹疼痛甚加元胡15 g,乳香10 g;腹痛伴便秘加酒大黄10 g;上腹胀加厚朴10 g,大腹皮15 g。

观察组:在对照组治疗的基础上加用穴位针刺治疗,选择的穴位包括鸠尾、上脘、中脘、足三里、三阴交、内关、太冲,针具为1寸(0.30 mm $\times$ 40 mm)、2寸(0.30 mm $\times$ 40 mm)华佗牌一次性针灸针。常规消毒,患者仰卧位,鸠尾向下斜刺1寸,内关和太冲直刺0.5寸,中脘和上脘直刺1.5寸,足三里和三阴交直刺1.5寸。每隔10 min提插捻转,20~40次/min,以得气为准,留针30 min,1次/周。

2组都治疗观察4周。

1.5 观察指标 (1)临床症状评分:在治疗前后采用胃食管反流病问卷(GerdQ)对患者的烧心、反流、上腹痛、恶心等症状进行评分,总分为18分,分数越高,临床症状越严重。同时记录2组治疗期间的不良反应情况。(2)括约肌功能:记录与测量2组治疗前后的括约肌静息压、长度、残余压等指标;(3)体部蠕动功

能:记录与测量2组治疗前后的蠕动持续时间、蠕动波起始速度、前沿收缩速度等指标。测定仪器为以色列GIVEN公司的ManoScan高分辨率胃肠动力检测系统。

1.6 疗效标准 痊愈:疗效指数 $\geq 85\%$,症状消失;显效:70% $<$ 疗效指数 $< 85\%$,症状显著改善;有效:30% $\leq$ 疗效指数 $\leq 70\%$,临床大部分症状改善;无效:无达到上述标准。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/组内例数 $\times 100.0\%$ 。

1.7 统计学方法 使用SPSS 20.00软件进行分析,计数数据以构成比表示,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料与计数数据的对比方法为 t 检验与卡方 χ^2 分析等,检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 GerdQ评分变化对比 观察组与对照组治疗后GerdQ评分都显著低于治疗前 ($P<0.05$),观察组评分也低于对照组 ($P<0.05$)。见表2。

表2 2组治疗前后GerdQ评分变化对比 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
观察组	100	9.78 $\pm$ 1.48	2.07 $\pm$ 0.95*	16.492	0.000
对照组	72	9.81 $\pm$ 1.22	4.10 $\pm$ 0.88	11.755	0.000
t 值		0.078	5.688		
P 值		0.814	0.009		

注:治疗后与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 总有效率对比 治疗后观察组的总有效率为99.0%,对照组为87.5%,观察组显著高于对照组 ($P<0.05$),2组在治疗期间无严重不良反应的报告。见表3。

表3 2组治疗后总有效率对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	100	90	5	4	1	99(99.0)
对照组	72	32	20	11	9	63(87.5)
χ^2 值						10.110
P 值						0.001

2.3 括约肌功能变化对比 观察组治疗后的括约肌静息压、长度都显著高于治疗前 ($P<0.05$),对照组无显著变化 ($P>0.05$),2组治疗前后的括约肌残余压变化对比无显著差异 ($P>0.05$)。见表4。

表4 2组治疗前后括约肌功能变化对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	静息压(mmHg)		长度(cm)		残余压(mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	20.12 $\pm$ 8.86	26.33 $\pm$ 10.11*	2.24 $\pm$ 0.61	3.33 $\pm$ 0.84*	10.03 $\pm$ 4.61	10.67 $\pm$ 6.02
对照组	72	20.43 $\pm$ 11.01	19.13 $\pm$ 11.34	2.33 $\pm$ 0.61	2.54 $\pm$ 0.61	9.83 $\pm$ 5.52	10.13 $\pm$ 5.51
t 值		0.291	7.103	0.189	6.833	0.456	0.511
P 值		0.614	0.002	0.689	0.004	0.482	0.414

注:与治疗前对比,* $P<0.05$

2.4 体部蠕动功能变化对比 观察组治疗后的蠕动持续时间显著高于治疗前 ($P<0.05$),对照组无显著变化 ($P>0.05$),蠕动波起始速度、前沿收缩速度在组内与组间

对比都无显著差异 ($P>0.05$)。见表5。

表5 2组治疗前后体部蠕动功能变化对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	蠕动持续时间(s)		蠕动波起始速度(cm/s)		前沿收缩速度(cm/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	2.92±0.43	3.23±0.44*	4.03±1.21	4.01±1.63	3.83±0.89	3.81±1.23
对照组	72	2.82±0.53	2.98±0.31	4.09±1.48	4.02±0.99	3.91±0.90	3.79±1.11
t值		0.211	5.393	0.098	0.034	0.314	0.087
P值		0.684	0.010	0.824	0.891	0.593	0.842

3 讨论

当前我国GERD的患病率逐年增加,已成为消化道系统中最常见的疾病。暴饮暴食、高热量饮食、嗜好烟酒、甜食都是GERD发病的诱发因素^[8]。现代医学治疗GERD主要为抑酸药、促动力药、黏膜保护剂等药物,虽然有一定的效果,但没有解决造成GERD的病因,为此停药后容易复发。另外由于抑酸药、促动力药对患者可造成过重的经济负荷,且长时间服用可能引起不良反应的发生^[9]。

中医学认为“气在于肠胃者,取之足太阴脾、阳明,不下者取之三里”“胃气不和,心胸注闷,噎气不时”。在加减乌梅丸方中,乌梅能敛肝柔肝,当归养肝血;党参补脾胃之气,附子补阳;黄连、黄柏清火热之邪;桂枝温心阳,推动阳气上升;细辛、黄柏合用起沉寒、清湿热;干姜、川椒温中,化中焦寒湿。特别是乌梅丸中大量温阳之品可以温阳化湿,预防和治疗GERD复发^[10]。穴位针刺的目的是调理气血,能治疗体表疾患,也能治疗内科病变;其可使五脏六腑相对平衡,补虚泻实、扶正祛邪、调和阴阳,从而促进机体维持正常生理功能,使疾病趋于好转^[11]。观察组与对照组治疗后GerdQ评分都显著低于治疗前,观察组评分也低于对照组,表明两者联合应用能改善患者GERD的临床症状。有研究表明针灸对于胃食管黏膜有很好的保护作用,能够增加黏膜修复程度,维持黏膜的正常水平,能够有良好血液循环保护黏膜屏障^[12]。针刺和药物能够体现出明显的协同作用,特别是穴位的针刺刺激可影响药物的体内分布和代谢过程,进而起到增效作用。

本研究显示治疗后观察组的总有效率为99.0%,对照组为87.5%,观察组显著高于对照组。GERD的发病主要由于食管下段括约肌功能障碍,消化道内容物反流入食管下段而导致的疾病^[13]。疏肝和胃降逆法是治疗GERD的有效治法,传统医学具整体性,能配合辨证论治观点,有效改善患者症状^[14]。针刺穴位对感觉系统传入的电活动有抑制作用,可激发中枢神经的内源性镇痛神经的兴奋,改变传入神经突触部的膜电位,改善病灶处微循环紊乱状态,释放P物质参与镇痛。

本研究显示观察组治疗后的括约肌静息压、长度都显著高于治疗前,对照组无显著变化,2组治疗前后的括约肌残余压变化对比无显著差异。观察组治疗后的蠕动持续时间显著高于治疗前,对照组无显著变化,蠕动波起

始速度、前沿收缩速度在组内与组间对比都无显著差异,表明提高针刺治疗能增强食管体部蠕动强度与改善括约肌功能,有助于提高食管酸清除功能。人体胃食管交界处存在着天然抗反流屏障,一过性括约肌松弛的发生频率增加是GERD的重要发病机制之一,括约肌长度变短、压力下降对GERD的形成有重要作用^[15]。消化道黏膜中含有许多毛细血管,穴位针刺能够调节幽门括约肌的功能,防止消化道内容物反流到食管。有研究表明针刺足三里能够改善肠胃蠕动,能调节括约肌压力^[17]。不过本研究也存在一定的不足,本次临床观察所采集的样本量较小,病例来源较单一,缺乏随访研究,可能存在偏倚,且缺乏主观症状改善的评价量表,将在下一步的研究中深入分析。

综上所述,加减乌梅丸方联合穴位针刺在GERD的应用能改善食管动力,提高体部蠕动功能,促进缓解临床症状,提高治疗效果,有很好的应用价值。

参考文献

- [1] Ponds FA, Smout AJPM, Fockens P, et al. Challenges of peroral endoscopic myotomy in the treatment of distal esophageal spasm[J]. Scand J Gastroenterol, 2018, 53(3):252-255.
- [2] Zou S, Yang J, Guo J, et al. RAD18 promotes the migration and invasion of esophageal squamous cell cancer via the JNK-MMPs pathway[J]. Cancer Lett, 2018, 28(417):65-74.
- [3] Pan S, Li J, Zhang X, et al. Clinical trial of gastroesophageal reflux disease with the disharmony between liver and stomach syndrome treated with acupuncture regulating qi based on the compatibility of the five meridians[J]. Zhongguo Zhen Jiu, 2017, 37(12):1255-1260.
- [4] 殷燕, 许晓毓, 赵艳, 等. 不同食团和吞咽方式对胃食管反流病患者食管测压结果的影响[J]. 西安交通大学学报(医学版), 2018, 39(1):88-92.
- [5] 方晓华, 杨振斌, 陈莉丽, 等. 胃降逆汤联合低剂量雷贝拉唑治疗难治性胃食管反流病的临床效果[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(1):167-169.
- [6] Zhu J, Guo Y, Liu S, et al. Acupuncture for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis[J]. Acupunct Med, 2017, 35(5):316-323.
- [7] Komleva NE, Marjanovsky AA, Danilov AN, et al. The novel approaches to the rehabilitation of the patients presenting with gastroesophageal reflux disease and co-morbid pathology[J]. Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult, 2017, 94(2):20-23.
- [8] Han G, Leem J, Lee H, et al. Electroacupuncture to treat gastroesophageal reflux disease: study protocol for a randomized controlled trial[J]. Trials, 2016, 17(1):246.
- [9] Richter JE. Current Diagnosis and Management of Suspected Reflux Symptoms Refractory to Proton Pump Inhibitor Therapy[J]. Gastroenterol Hepatol (N Y), 2014, 10(9):547-555.
- [10] 刘霞, 王红, 王玲, 等. 胃食管反流病患者食管胃连接处形态及力学研究进展[J]. 山东医药, 2017, 57(34):106-109.
- [11] 肖云, 李玉芳, 乔大伟, 等. 胃食管反流病患者食管动力学特点及其诊治[J]. 实用医学杂志, 2018, 34(3):490-492.
- [12] Robin EM, Pey PB, de Fornel-Thibaud P, et al. Esophageal leiomyoma in a dog causing esophageal distension and treated by transcatheter placement of a self-expanding, covered, nitinol esophageal stent[J]. J Am Vet Med Assoc, 2018, 252(3):330-335.
- [13] Vereczkei A, Bognár L, Papp A, et al. Achalasia following reflux disease: coincidence, consequence, or accommodation? An experience-based literature review[J]. Ther Clin Risk Manag, 2017, 29(14):39-45.
- [14] Liu J, Jiao Y, Niu Y, et al. Preliminary study of 1940 nm thulium laser usage in peroral endoscopic myotomy for achalasia[J]. Dis Esophagus, 2018, 31(2):99-108.
- [15] 陈婧, 张川, 郭宝娜, 等. 胃食管反流病胃排空功能与食管动力及反流情况的研究[J]. 中国医刊, 2017, 52(11):23-28.
- [16] Gîndea C, Constantin A, Hoară P, et al. Early Postoperative Complications of Thoracic Esophageal Diverticula: A Review of 10 Cases from "Saint Mary" Hospital, Bucharest, Romania[J]. Chirurgia (Bucur), 2018, 113(1):144-155.
- [17] 吴玲玲, 林征, 林琳, 等. 经皮神经电刺激内关、足三里对胃食管反流病患者临床症状及生活质量的影响[J]. 中国针灸, 2017, 37(2):139-142.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王和天 收稿日期:2018-08-03)

180例慢性肾脏病患者肾活检病理类型 与中医证型转归关系的研究※

刘新瑞¹ 刘万成¹ 崔文鹏² 刘雅丽²

(1 吉林省中医药科学院肾病科, 吉林 长春 130021; 2 吉林大学第二医院肾病科, 吉林 长春 130000)

摘要:目的 分析180例慢性肾脏病患者的肾活检病理类型与中医证型,旨在找出病理分型与中医证型及转归的关系。方法 吉林大学第二临床医院肾病科2017年9月—2018年5月具有完整临床资料的肾穿刺活检患者病例180例,收集其病理类型、中医辨证资料,进行分析总结。结果 膜性肾病(MN)82人,所占比例最高;IgA肾病(IgAN)56人,所占比例次之;其它,狼疮性肾炎(LN)15人,肾小球轻微病变(GML)13人,轻度系膜增生(MSPGN)5人,局灶节段性硬化(FSGS)3人,乙肝相关性肾病3人,高血压肾损害3人。各病理类型以膜性肾病和IgA肾病为主,所有入组患者病理类型由高到低所占比例分别为45.56%、31.11%、8.33%、7.22%、2.78%、1.67%、1.67%、1.67%。从临床资料看,中医证型中,慢性肾脏病以脾肾气虚证为主,其次为气阴两虚证,而血瘀证、湿热证常常伴随疾病始终。膜性肾病中医证型以脾肾气虚证居多;IgA肾病中医证型以脾肾气虚与肺肾气虚居多,常伴有血瘀、湿热;狼疮性肾炎证型以气阴两虚为主;肾小球轻微病变证型以脾肾气虚为主;系膜增生性肾小球肾炎患者分别为脾肾气虚、肝肾阴虚型;局灶节段性硬化以脾肾气虚多见,易兼血瘀与湿热;乙肝相关性肾病、高血压肾损害以肝肾阴虚型为主。结论 膜性肾病(MN)所占比例最高;IgA肾病次之,其次为GML、MSPGN、FSGS等。脾肾气虚证为慢性肾脏病主要中医证型,气阴两虚证次之,血瘀证、湿热证常常伴随疾病始终。

关键词:慢性肾脏病;肾活检;病理类型;中医辨证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.020

文章编号:1672-2779(2018)-23-0045-03

Study on the Relationship between Pathological Types of Renal Biopsy and TCM Syndromes in Patients with Chronic Kidney Disease for 180 Cases

LIU Xinrui¹, LIU Wancheng¹, CUI Wenpeng², LIU Yali²

(1. Nephrology Department, Jilin Academy of Traditional Chinese Medicine, Jilin province, Changchun 130021, china;

2. Nephrology Department, the Second Hospital of Jilin University, Jilin province, Changchun 130000, China)

Abstract: Objective The pathological types of renal biopsy and TCM syndromes in 180 patients with chronic kidney disease were analyzed in order to find out the relationship between pathological classification and TCM syndromes and prognosis. **Methods** 180 cases of renal biopsy patients with complete clinical data in the Department of nephropathy, Second Clinical Hospital of Jilin University in September 2017, May -2018 years, to collect their pathological types, Analysis and summary of TCM syndrome differentiation. **Results** The proportion of MN was the highest in 82 people; IgA 56 people, the proportion was the same; the others, LN 15, GML 13, MSPGN 5, FSGS 3 patients with hepatitis B related kidney 3, and hypertensive renal damage 3. All the pathological types were mainly membranous nephropathy and IgA nephropathy. The proportion of pathological types from high to low were 45.56% 31.11%, 8.33%, 7.22%, 2.78%, 1.67%, 1.67% and 1.67% in all the patients. From the clinical data, the syndrome of spleen and kidney qi deficiency is the main TCM syndrome type of chronic kidney disease, the second is Qi Yin two deficiency syndrome, and the syndrome of blood stasis and damp heat often accompany the disease. The TCM syndrome type of membranous nephropathy is mostly with spleen and kidney qi deficiency syndrome. The TCM syndrome type of IgA nephropathy is mostly with deficiency of spleen and kidney qi and deficiency of lung and kidney qi, often accompanied by blood stasis and damp heat: the syndrome type of lupus nephritis is mainly Qi Yin deficiency, and glomerulonephritis with spleen and kidney qi deficiency mainly: the patients with mesangial proliferative glomerulonephritis are spleen kidney qi deficiency and liver kidney yin deficiency type, respectively. Focal segmental sclerosis is more common in spleen and kidney qi deficiency. It is easy to concurrently with blood stasis and damp heat: hepatitis B related nephropathy and hypertension kidney damage are mainly liver kidney yin deficiency. **Conclusion** The proportion of MN is the highest; IgA is the next, followed by GML, MSPGN, and FSGS and so on. The deficiency of spleen and kidney in TCM syndrome type is the main time of TCM syndrome in clinical chronic disease, the syndrome of qi and yin deficiency is increasing gradually in the later period of the disease, and the syndrome of blood stasis and damp heat often accompany the disease.

Keywords: chronic kidney disease; renal biopsy; pathological type; TCM differentiation

为了探索我省慢性肾脏病的肾活检病理类型与中医证型及转归之间的关系,近1年来,我们收集了吉林大学第二医院有完整病例及中医辨证资料的180例经过肾穿刺确定病理分型者,并随访1年进行分析,初步探讨西医病理类型与中医证型及转归的关系,为慢性肾脏病的防治及研究工作提供参考。

※ 基金项目:吉林省中医管理局中医临床研究课题[No.2017230]

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择吉林大学第二临床医院肾病科2017年9月—2018年5月具有完整临床资料的肾穿刺活检患者180例,均为曾住院病人,收集其病理类型、中医辨证资料,及肾穿刺后3个月、6个月、9个月、12个月随访资料,进行分析总结。临床诊断包括慢性肾炎、肾病综合征、高血压肾病、紫癜性肾炎等。

1.2 诊断标准 慢性肾脏病的定义^[1]。(1) 肾损害 ≥ 3 个

月,有或无GFR降低。肾损害系指肾脏的结构或功能异常,表现为下列之一:①肾脏病理形态学异常;②具备肾损害的指标,包括血、尿成分异常;③肾脏影像学检查异常。(2) $GFR < 60 \text{ mL/min} \geq 3$ 个月,有或无肾脏损伤证据。参照美国2002年发布的K/DOQI指南推荐的慢性肾脏疾病(CKD)分期标准。1期(肾损害:肾小球滤过正常或升高): $GFR \geq 90 \text{ mL/min}$ 。2期(肾损害伴随GFR轻度下降): $GFR 60 \sim 89 \text{ mL/min}$ 。3期(中度GFR下降): $GFR 30 \sim 59 \text{ mL/min}$ 。4期(重度GFR下降): $GFR 15 \sim 29 \text{ mL/min}$ 。5期(肾衰竭期): $GFR < 15 \text{ mL/min}$ 。

1.3 中医证候诊断标准 参照《中药新药治疗慢性肾功能衰竭的临床研究指导原则》制定,主证分为脾肾气虚证、肺肾气虚证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证、气阴两虚证,兼证分为水湿证、湿热证、血瘀证、湿浊证。

2 结果

180例患者的性别及年龄分布特点:男性98例,女82例。17~29岁20例(11.2%),30~45岁98例(54.4%),46~65岁45例(25.0%),66~82岁17例(13.9%)。肾活检病理类型及构成比:膜性肾病(MN)82人,所占比例最高;IgA肾病(IgAN)56人,所占比例次之;其它,狼疮性肾炎(LN)15人,肾小球轻微病变(GML)13人,轻度系膜增生(MsPGN)5人,局灶节段性硬化(FSGS)3人,乙肝相关性肾病3人,高血压肾损害3人。各病理类型以膜性肾病和IgA肾病为主,所有人组患者病理类型由高到低所占比例分别为45.56%、31.11%、8.33%、7.22%、2.78%、1.67%、1.67%、1.67%。

3 讨论

与陈惠萍^[2]的10594例肾活检病理资料分析研究(目前国内最大样本的肾脏病理研究)相对比,该资料显示我国在原发性肾小球疾病中,IgA肾病发生率居榜首,占39.55%,其次系膜增生性病变,检出率29.78%,膜性肾病占9.54%。本研究中的膜性肾病(MN)82人,所占比例最高,为45.56%;IgA肾病(IgAN)56人,所占比例次之,为31.11%;轻度系膜增生(MsPGN)5人,仅占2.78%,与陈的报道相差较大,该对比情况说明,近20年来,慢性肾脏病的病理类型各型比例发生了较大的变化:膜性肾病明显增多,IgA肾病发生率仍然较高,在此研究中已经居于第二位,系膜增生性病变检出率下降显著。其它类型所占比重较少,在此不做进一步比较。刘旭等^[3]对肾病综合征1077例肾脏活检病理进行了分析后得出结论:近年来肾病综合征患者的病理病因构成正在发生改变,膜性肾病发病率升高应引起重视。膜性肾病构成比由43.6%大幅上升至62.2%,系膜增生性肾小球肾炎构成比由23.9%下降至12.8%,轻微病变性肾小球肾炎构成比由21.8%下降至16.8%,狼疮性肾炎比率亦有所提高。各年龄段的组内比较,在青年患者组中,系膜增生性肾小球肾炎的比率有所下降,膜性肾病与狼疮

性肾炎的比率有所上升;中年患者组中,系膜增生性肾小球肾炎比率由16.5%下降至7.9%,膜性肾病比率由54.3%大幅上升至70.8%;在老年患者组中,同样观察到膜性肾病比率由57.6%大幅升高至75.8%。王刚等^[4]对酒泉市人民医院住院接受肾穿刺活检病理诊断为肾病患者100例进行研究,结果仍以IgA肾病为主,膜性肾病次之。IgA肾病(IgAN)40例(占40%),膜性肾病(MN)15例(占15%),其它小于10%。薛痕等^[5]对雅安市人民医院几种原发性肾小球疾病533例病理类型年龄段分布的特点、原发性肾小球疾病的病理类型分布分析,前四位的病理类型分别为IgA肾病(42.03%),微小病变肾病(21.76%),膜性肾病(18.76%),系膜增生性肾小球肾炎(8.82%)。周飞等^[6]研究262例肾活检病理类型及流行病学特点认为:病理类型分布:IgA肾病所占比例最高(30.5%),膜性肾病其次(26.7%),微小病变在第3位(6.8%)。喻敏等^[7]对431例肾病患者进行了研究,原发性肾小球肾炎(PGN)最多为342例(79.3%),继发性肾小球肾炎(SGN)77例(17.9%),小管-间质疾病(TID)11例(2.6%)。原发性肾小球炎(PGN)中IgA肾病(IgAN)和膜性肾病(MN)所占比例较高,分别占32.7%和24.5%。继发性肾小球肾炎(SGN)中狼疮性肾炎(LN)占比最高,为40.2%;过敏性紫癜性肾炎(HSPGN)为18.2%,乙型肝炎病毒相关性肾炎(HBVGN)占13.0%。

综上所述,多数肾活检病理资料报道显示,慢性肾脏病病理类型仍以IgA肾病为多,占首位;膜性肾病各地报道所占比例均较高,且近年逐渐增加,但多数报道少于前者。本研究中膜性肾病居于首位,造成差异的可能原因:一与收集病例样本量不同有关;二与时间、地域的不同有关;三与肾脏病病理检查工作宣教普及、开展程度有关,如我省肾穿刺活检患者多数病情较重,轻症患者多不接受肾穿刺活检;四与选择肾穿的对象有关,如本研究中临床表现为肾病综合征者最多,而肾病综合征患者病理类型多膜性肾病。中医证型中,脾肾气虚为本病的主要主证,血瘀、湿热常见于各个病理分型中,提示中医治疗本病,尤其使用激素之前,应以健脾益肾为基本治疗大法,同时注重活血化瘀、清利湿热类药物在慢性肾脏病中的重要性,通过证型转归还提示在疾病进展过程中,应该注意通过药物剂量的加减变化,来调节人体的气血阴阳,以便更好地扶正祛邪,例如疾病后期血瘀状态致疾病缠绵难愈,可以适当使用行气、温阳等药物加强活血化瘀之功效。

4 总结

此研究表明,吉林大学二院肾内科慢性肾脏病以原发性肾小球疾病为主,MN所占比例最高,其次为IgAN、GML、MsPGN、FSGS。继发性肾病中,狼疮性肾炎(LN)最多。中医证型中脾肾气虚为目前临床上慢性肾脏病主要中医证型,随治疗时间延长,疾病后期气阴两虚证逐渐增

多,血瘀证、湿热证常常伴随疾病始终。MN中医证型以脾肾气虚证居多;IgAN中医证型以脾肾气虚与肺肾气虚居多,常伴有血瘀湿热;GML脾肾气虚与气阴两虚较多;MsPGN患者脾肾气虚与肝肾阴虚占多数;FSGS中医证型以脾肾气虚多见,易兼血瘀与湿热。在疾病进展中,各种慢性肾脏病会出现明显的血瘀与湿热证,提示中医药治疗在健脾益肾的同时,应注意活血化瘀及清利湿热法则的应用。目前临床上对于蛋白尿的治疗效果仍有待提高,以上研究结果为我们今后的指导用药确立了依据。

通过本研究,我们对于吉林省肾脏疾病的分布特征和临床特点有了初步的了解,某种程度上反映了我省慢性肾脏病流行病学情况,对本地慢性肾脏病诊断、治疗及预防起到了较为重要的作用。由于收集病例样本数和研究时间有限,中医四诊部分存在一定的主观

成分,因此对于慢性肾脏病病理分型与中医证型转归的研究只能作初步探讨。期待大样本多中心联合研究,我们将得出更加客观、严谨的结论。

参考文献

- [1]王海燕.肾脏病学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2008:1815.
- [2]陈惠萍,曾彩虹,胡伟新,等.10594例肾活检病理资料分析[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2000,9(6):501-508.
- [3]刘旭,张启东,姜群,等.肾病综合征1077例肾活检病理分析[J].临床和实验医学杂志,2017,16(18):1783-1786.
- [4]王刚,夏金花,王宏.100例肾病患者的肾脏病理与临床分析[J].甘肃科技,2017,33(20):122-123.
- [5]薛痕,常晓东,赵敏,等.712例肾活检临床病理分析[J].西部医学,2017,29(2):210-213.
- [6]周飞,李春国,商明,等.肾脏疾病患者262例肾活检病理类型及流行病学特点[J].中国社区医师,2018,34(2):126-126.
- [7]喻敏,张伟文,刘春雅,等.431例肾活检病理类型及流行病学特点[J].中国现代医生,2015,53(35):18-21.

(本文编辑:李海燕 本文校对:王世岩 收稿日期:2018-08-21)

文化自信视野下中医文化的传承与发展路径探析[※]

朱嘉丽 林 彬^{*} 张书河

(广州中医药大学马克思主义学院,广东 广州 510006)

摘要:文化的传承与发展是中医学术思想得以流传至今的关键,如何做好中医文化传承与发展,促进中医药事业发展,是目前亟待解决的问题之一。当前中医文化传承和发展存在学校、医院和社会公众三大主体传播困境的现状,对此,应在文化自信视野下,实现中医文化传承和发展路径:坚定文化自信,永葆中医事业的生命力,创新传播手段,推动中医事业的振兴发展,树立融合与共享理念,实现中医文化的当代价值,助力中医在继承中谋创新,重塑中医形象。

关键词:文化自信;中医文化;中医传承;发展

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.021

文章编号:1672-2779(2018)-23-0047-03

The Research Concerning with Inheritance and Development Path of Traditional Chinese Medicine Culture from the Perspective of Cultural Confidence

ZHU Jiali, LIN Bin, ZHANG Shuhe

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

Abstract: Inheritances and developments of culture are the key to the diffusion of traditional Chinese medicine. How to inherit and develop the culture of Chinese medicine and promote the development of Chinese medicine is one of the problems that need to be solved urgently. This article is based on the view of cultural self-confidence. Starting from three main subjects, such as schools, hospitals and the public, the aim is to analyze the current status of Chinese medicine culture inheritance as well as development and put forward three suggestions of development paths. To ignite the permanent life of Chinese medicine, cultural self-confidence must be strengthened. To promote the revitalization and development of Chinese medicine, we must innovate the means of Chinese medicine culture communication. Establishing the concept of integration and sharing and help Chinese medicine culture to innovate in inheritance and reconstruct the image of Chinese medicine.

Keywords: cultural confidence; traditional Chinese medicine culture; traditional Chinese medicine inheritance; developments

文化自信表现为一个民族、国家、政党对自身优秀文化的高度认同和坚定信心。习近平总书记在十九大报告中指出:“文化是一个国家、一个民族的灵魂。文化兴国运兴,文化强民族强。没有高度的文化自信,没有文化的繁荣兴盛,就没有中华民族伟大复兴。”^[1]这为新时代坚定文化自信、弘扬中华优秀传统文化确立了理论要求。中医不仅是医学上的瑰宝,还是中

华传统文化的重要载体,发展和传承中医药文化,让中医成为中华文化的“活名片”,提升中医药文化自信,亦是提升民族文化自信的重要钥匙。

随着互联网科技发展进步,快节奏成为人们衡量人事物的标准,在求医问药方面也是如此。近年来,医学界和舆论界对中西医之辩针锋相对,中医再一次成为民众热议的话题,相对于中医,西药疗效快,西医对病症的诊断有直观的仪器数据支撑,符合人们的“快节奏审美标准”,而在此过程中,无形弱化中医在中国百姓心中的地位,“中医无用论”“中医是巫术”

※ 基金项目:广东省科技计划项目[No.2016A070710010]

* 通讯作者:223900162@qq.com

的言论不绝于耳。可见,提升中医在中国人民心中的地位在当代具有适切性,要提升中医地位,重塑自信,首先要让国民认同中医药文化,了解中医药文化的博大精深和精髓,只有在思想上认同中医药文化,才能真正理解中医,接受、容纳中医与促进中医的繁荣发展。

1 当前中医文化传承发展的现状

中医文化,是由中医医学理论和实践而延伸出来的文化。以道家理论为基础的养生学、以阴阳五行学说为代表的哲学思想、以易学为内核的天文学和地理学、以儒学思想为指导的医学伦理学,相互融通,构成中医学文化背景和知识基础。而当下中医的发展呈现出不乐观的态势,中医院校看重学生的临床实践技能,偏重理论和临床应用,而轻文化传承;医护人员只见“病”,不见“人”,缺乏医学人文素养;社会公众不了解中医,对中医的科学性存在认识偏差,这些现象远离中医文化的核心,阻碍了中医药事业的繁荣发展。

1.1 教育主体重视程度不够 中医院校对于中医临床学生的培养,中医和西医兼顾教学,西医占据相当比例的教学课时,医学知识内容非常复杂繁多,学习专业知识和精力都是有限的,在培养计划和体系考核,学生升学、就业压力的要求下,中医院校的教学不可避免地会偏重于学生的专业知识和临床技能的培养,对学生中医底蕴和中医药文化的教育自然较少。教师不能避免地要集中精力传授专业知识,对中医理论背景、人文精神粗犷式带过。教育主体对学生中医药文化传承、中医人文精神的教育重视不足,又如何能调动中医学生对中医药文化的认同感与学习热忱,教学结果往往容易造成学生概念性掌握理性理论知识,对中医药的深沉文化与经典,未能深入领悟和传承。

1.2 经营主体传播意识不强 在《消费社会》一书中,鲍德里亚说:“消费是个神话,它是当代社会关于自身的一种言说,是我们社会进行自我表达的方式。”^[2]病患对医院和医生的“消费”选择也有自身的表达方式和倾向。根据2013年江苏省开展的“关于公众对中医了解与认同现状”的社会调查,我们可以明晰中医传承所面临的矛盾:即认可率高与看病首选中医率低并存的矛盾^[3]。目前中医与西医相比仍处于弱势地位,从中医药行业发展现状来看,中医药传承与发展处境堪忧,主要表现于民众中医文化基础薄弱,进而导致对传统中医药认知偏颇,最终患者首诊时较少选择中医。

要提升民众对中医药文化的认同感,相信与选择中医,关键在于从医院这一经营主体出发。对现代人而言,中医治病原理往往和“晦涩难懂”“陈旧”这样的词联系在一起,当前医生与病患的关系大部分停留在程序化及流程化问诊与诊治层面,医生是接触病

患并影响选择的最直接群体,医生未能与病患阐述中医内涵及概念,让更多民众能理解中医。

1.3 社会组织宣传力度不足 近年来,国家对中医的利好政策扶持:中医馆、远程医疗平台、互联网中医院盛行,同时,随着互联网时代的发展,“互联网+中医药”模式广泛传播,该模式主要集中在预约挂号、问诊、缴费、在线抓药等就医时间缩短与流程简化上,较大程度缓解“看病难”问题和医患矛盾。但是,社会对中医的互联网改革并未能较好触及中医药文化思想的普及传播,对中医药文化底蕴和价值的宣传甚少。尤其民众对中医是模糊认知与部分理解,尚处于“盲人摸象”的地步,因此才会容易受到舆论的影响且认为中医是伪科学。

随着人们生活水平的提高和对高质量健康生活的追求,民众想利用中医以养生和治未病的需求日益增长,由此中医文化传播逐渐受到重视,但目前中医药文化传承与发展的广度和深度仍存在一定的局限性。因此,如何有效地传播中医文化,让中医不断创新发展,真正泽惠广大人民,这是肩负在中医人面前的历史重任和社会使命。必须直面和审视中医药在传承发展中所面临的困境,积极从培养全面发展中医药人才、构建中医药文化知识普及体系、创新中医传播手段、丰富中医文化内容等角度,探索中医药文化走出此前困境的思路和方法。

2 实现中医文化传承与发展的路径

2.1 坚定文化自信 永葆中医事业的生命力 许多中医人未能意识到中医不仅要继承传统,尚要发展其当代价值,随着时代和环境等的变化,中医需要面临的疾病和临床需要发生巨大改变,而中医要直面临临床需求,首先必须要坚持中医思维,赋予中医经典现代价值。一门为人类健康服务的学科,如果不能被现代人理解,必然会逐渐失去信任,便不再有凝聚力和亲和力^[4]。在文化自信视野下,要永葆中医事业的生命力。作为中医药文化的传播主体,增强自身的中医文化涵养和自觉意识是至关重要的,因为文化自觉是实现文化自信的前提和基础,而文化自觉的实现需要理论和实践的有机结合。

中医院校作为培养中医学临床和科研人才的主阵地,应当自觉担当传播中医药文化的重任,加强中医“医乃仁术”价值教育,培养医学生的文化自信^[5],培养坚定中医信念,“懂中医”和乐意“讲中医”的高素质人才。首先,要注重改革和创新,将中医药行业现实特点纳入教学内容,看到中医的国际化地位提升,鼓舞学生对中医药走进国民,走向世界的信心和决心,培养文化自信。其次,要加强学生对中医经典、古籍文献、中医形象思维方法等内容学习,领悟古代医家不畏艰辛总结经验融会贯通的思维方式、治病救人

的价值理念。再次,要引导学生研习《黄帝内经》《道德经》《孙子兵法》等传统经典,了解中医自身的发展规律,读懂中医的使命和人文内涵。这样才能引导和培养中医学子认同中医的价值信念、道德信念和人文精神,为中医的文化价值、历史地位、现实作用感到自信,从而自觉传承和发展中医文化,成为推动中医药现代发展的坚定力量。

医院是传承中医“医乃仁术”核心道德宗旨的主要阵地,要让中医工作者懂得如何“讲中医”。中医解决问题的思路和西医不一样,西医解决单一的、确定的问题。相比之下,中医是综合的、氛围的、基础的,更需要从根据每个病患个体的心理和精神状态等各方面综合论治。因而中医院不仅是治病救人的医疗场所,还应有“人文温度”的中医情愫,既看“病”,亦见“人”。中医工作者应当主动树立传播中医药文化的志向,确立中医文化主体意识和运用现代通俗的语言体系,将中医药文化用最能读懂的方式传达给患者。要让普通老百姓接受中医,重点在于医生如何宣传中医,让更多民众能听懂中医讲什么,中医的语言需要新时代气息。

2.2 创新传播手段 推动中医事业的振兴发展 近年来,随着互联网及信息技术高速发展,我们已经进入到“大数据”和“自媒体”时代。中医药文化传播与发展适应当今时代需求,借助大数据和互联网的手段,繁荣发展。一是要立足普通老百姓,开展中医文化的科普和传播。借助网站、手机APP,微博、微信、抖音视频等平台,丰富中医药文化传播的内容,综合运用文字、图片、视频和动画等多媒体形式,普及老百姓关心的养生、保健和治未病等方面的知识,加深人们对中医知识的认识和应用。二是创新传播方式,扩大中医的受众。要更新中医的语言体系,化“晦涩难懂”为大众喜闻乐见的方式,制作出通俗易懂,又贴近现实生活的中医文化作品,亦可将中医元素融入到主流影视剧中,弘扬中医经典,扩大中医的受众范围和年龄层次,展现中医价值。三是宣扬中医故事,重构中医形象。文化是中医立信释疑的“金药方”,中医文化蕴涵于中医古籍、文献和中医临床之中,深入挖掘中医故事,让中国人民知道除了为世界医药事业作出杰出贡献的屠呦呦教授,还有许多让中华儿女感动和骄傲自豪的中医精神和故事,重构中医形象,树立中医在中国人民心中的自信力。

2.3 树立融合与共享理念 实现中医文化的当代价值 面临西医文化冲击一直是困扰中医发展的难题,中医不仅要在中国国民中搭起信任之梁,还要让国际社会认同,才符合中医和中医文化传承发展的历史潮流。中医文化也要“引进来”与“走出去”,破除“盲目排它”的狭隘思想,树立融合与共享的理念,实现中医

和西医平等融合,进行文化共享,才能促进文化认同,焕发中医文化的当代价值。

中医追求至善,西医注重求真,中西医的文化价值取向不一致,但治病救人均是两者的最终目的。因而两者的融合首先应建立在平等的基础上交流,取长补短,相互渗透。其次,在中医语言方面,要融合现代性和世界性语言,完善中医的“名词术语”建设。中医思想传播过程中^[9],如果转化为简单易懂的现代科学语言表达,定会让中医大国之外的西方学者领悟到中医文化的核心理念。再者,中西医互补式结合过程中,要注重保存中医药特色,在此基础上实现中医直觉思维与西医逻辑思维的协同,借鉴西医的优势,创新性传承,使中医成为世界性医学。

现代科技的发展进步在验证着中医和西医理论思想和疗法的“不谋而合”^[7],在此背景下中医更要以开放的心态去应对,将中医辨证论治的治疗思维,天人合一的自然观成果共享,通过太极拳、五禽戏、八段锦等中医保健运动和针灸、推拿、刮痧、药膳等保健疗法为媒介,通过中医药服务贸易和海外产业为桥梁,让世界感悟和了解中医,分享中医文化的核心价值观,在共享中实现中医文化不断碰撞和创新发展。

3 结语

正如习近平总书记所说:“中医药学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年凝聚的健康养生理念及其实践经验,是中国古代科学的瑰宝,也是打开中华文明宝库的钥匙。”^[8]中医深植于中华文化,中医药文化源远流长,但并非过时。中医在几千年的发展,不断的实践中完善与提升,才能形成璀璨的宝库。关于中医每一项技艺背后的文化积淀都值得我们去深挖与研究,中医文化的传承与发展有利于重构中医形象,推动中医事业繁荣发展。坚持中医文化自信,树立融合与共享理念,借助互联网和信息技术,创新与发展中医文化,以提高中医在全世界的知名度与地位,为“中国梦”的实现绽放光彩。

参考文献

- [1]习近平.决胜全面建成小康社会 夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利——在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告[N].人民日报,2017-10-18(001)
- [2]让·鲍德里亚.消费社会[M].南京:南京大学出版社,2001:227-228.
- [3]王明强.关于江苏省中医社会认同度的调查分析[J].中国卫生事业管理,2013(3):189-191.
- [4]王旭东.中医文化价值的基本概念及研究目标[J].医学与哲学,2013,34(4A):8-10.
- [5]王瑞军,马晓玲,赵云山.中华优秀传统文化融入医学院校思想政治教育探究[J].学校党建与思想教育,2018(10):63-65.
- [6]尚冰,鞠宝兆,刘自力.中医文化核心价值观如何引导中医跨文化传播初探[J].中国中医基础杂志,2018,24(6):775-777.
- [7]张洪雷,王思特.推进中西医文化比较研究,助力健康中国建设——中国自然辩证法研究会医学哲学专业委员会“2016金陵医学哲学论坛”综述[J].医学与哲学,2017,38(1A):94-96.
- [8]杜尚泽,李景卫.习近平出席皇家墨尔本理工大学中医孔子学院授牌仪式[N].人民日报,2010-6-21(001).

(本文编辑:李海燕 本文校对:林 彬 收稿日期:2018-08-21)

胃复春治疗胃癌前病变疗效的系统评价※

陈璇 于晓雯 马倩雯 史亚祥*

(镇江市中医院·南京中医药大学镇江附属医院脾胃病科, 江苏 镇江 212003)

摘要:目的 评价胃复春治疗胃癌前病变的疗效及安全性。方法 用Jadad评分表评价纳入文献的质量,对纳入的文献采用RevMan 5.3系统评价。结果 共纳入24项研究。胃复春组与对照组相比,综合疗效相对危险度RR=1.32, 95%CI为[1.17, 1.49], $P<0.0001$; 选择危险度差RD=0.22, 95%CI为[0.13, 0.31], $P<0.0001$ 。胃镜疗效RR=1.53, 95%可信区间CI为[1.20, 1.93], $Z=3.50$, $P=0.0005$; RD=0.25, 95%CI为[0.12, 0.38], $P=0.0001$ 。病理疗效RR=1.76, 95%可信区间CI为[1.45, 2.14], $Z=5.73$, $P<0.0001$; RD=0.32, 95%CI为[0.17, 0.48], $P<0.0001$ 。肠上皮化生的病理疗效, RR=1.87, 95%可信区间CI为[1.51, 2.32], $Z=5.68$, $P<0.0001$; RD=0.34, 95%CI为[0.24, 0.44], $P<0.0001$ 。异型增生或上皮内瘤变的病理疗效, RR=1.96, 95%可信区间CI为[1.38, 2.79], $Z=3.76$, $P<0.0002$; RD=0.35, 95%CI为[0.20, 0.50], $P<0.0001$ 。有4项研究报道了2组治疗期间有皮疹、腹胀、恶心等不良反应,但均不影响继续治疗,无严重不良反应报道。结论 现有临床证据表明,胃复春可以提高胃癌前病变的综合疗效、胃镜疗效及病理疗效,未见严重不良反应发生。但是由于纳入的研究质量所限,且可能存在发表偏倚,尚需要进行更多高质量的研究做进一步分析。

关键词: 胃复春; 胃癌前病变; 系统评价; meta分析; 中成药疗法; 文献研究

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.022

文章编号:1672-2779(2018)-23-0050-05

A Systematic Review on Clinical Efficacy Evaluation of Treating Precancerous Lesions of Gastric Cancer by Weifuchun

CHEN Xuan, YU Xiaowen, MA Qianwen, SHI Yaxiang*

(Department of Gastroenterology, Zhenjiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhenjiang Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Zhenjiang 212003, China)

Abstract: Objective To evaluate the efficacy and safety of the treatment of precancerous lesions of gastric cancer by Weifuchun. **Methods** We collected the randomized controlled clinical trials, and evaluated the quality of the literature by the Jadad score. RevMan5.3 was used as a systematic review. **Results** Twenty-four RCTs, involving a total of 2021 patients, were included in the present study. The meta-analysis showed that the comprehensive effect, gastroscopic effect and the pathological effect were better in Weifuchun group, compared with the control group. 4 studies reported adverse events such as rash, abdominal distension, nausea, dry mouth et al during the treatment of the two groups. **Conclusion** Available evidence showed that Weifuchun was more effective than other therapy in the treatment of precancerous lesions of gastric cancer.

Keywords: Weifuchun; precancerous lesions of gastric cancer; systematic review; meta-analysis; therapy of Chinese patent drug; literature research

胃癌是我国常见的恶性肿瘤之一,其发病率及死亡率居我国所有癌症的前三位^[1],严重威胁着人类的生命健康。目前胃癌的发病机制尚不明确,较为认可的胃癌发生模式为:正常胃黏膜→慢性浅表性胃炎(CSG)→慢性萎缩性胃炎(CAG)→肠上皮化生(intestinal metaplasia, IM)→异型增生(dysplasia, DYS)或上皮内瘤变(intraepithelial neoplasia, IN)→胃癌(肠型),其中IM和DYS或IN被称为胃癌前病变(precancerous lesions of gastric cancer, PLGC)。逆转或延缓PLGC的发展对降低胃癌的发病率有着重要的意义。但是迄今为止,对PLGC的治疗尚缺乏特效的药物,中西医工作者常选用中成药胃复春进行治疗,然而胃复春的疗效及安全性尚缺乏相关系统评价。因此,本研究对胃复春治疗PLGC的有效性、安全性进行荟萃分析,为临床应用提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 纳入标准 (1) 临床随机对照试验(RCT),无论是否采用盲法;(2) 经胃镜、病理诊断为PLGC;(3) 干预措施:治疗组含胃复春,对照组为非胃复春治疗;(4) 以有效(临床治愈、显效、好转)和无效等级资料的人数作为疗效判断指标。

1.2 文献检索及筛选 以胃复春或胃复春片为主题词,检索已发表的MEDLINE、中国期刊全文数据库(CNKI, 1979—2018年6月)、中文科技期刊全文数据库(维普1989—2018年6月)、万方数据库(1980—2018年6月)。首先根据篇名及摘要剔除非临床试验及以胃复春为对照组的文献,剩余文献共计264篇(其中MEDLINE 0篇, CNKI 81篇, 维普数据库101篇, 万方数据库82篇)。然后阅读全文,再剔除非PLGC、对照组含胃复春、非RCT及重复等文献, CNKI初纳入25篇, 维普数据库21篇, 万方数据库19篇。汇集3个数据库初纳入的文献,去除重复收录,最终纳入文献24篇。见图1。

※ 基金项目:江苏省镇江市社会发展项目【No.SH2016056】

* 通讯作者: zjsyx@163.com

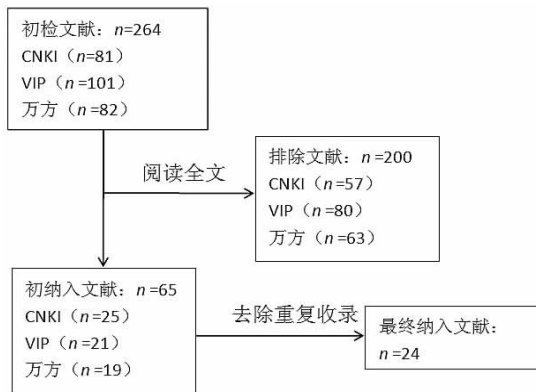


图1 文献检索及筛选

1.3 资料质量评价 各文献质量均进行Jadad 评分, 标准见表2。

表2 Jadad 评分标准

指标	符合要求	不符合要求
分组方案	根据随机数字表或计算机随机产生的数字(2分)	未描述(1分); 半随机或假随机(0分)
分组隐藏	分组隐藏 随机数字置于封好的信封中或类似方法(2分)	未描述(1分); 随机数字打开或轻易可见(0分)
双盲	对照组严格采用安慰剂或类似的盲法方案(2分)	未采用安慰剂方案(1分); 两组用药途径完全不同(0分); 无盲法(0分)
随访	描述了任何失访或退出的人数及理由(1分)	未描述失访或退出及理由(0分)

2 结果

2.1 试验特征与质量 纳入的24篇相关试验共治2021名

患者被纳入进行系统评价, 且这些试验均在中国进行。其中有6篇文献分组方案采用随机数字表法, 3篇文献进行了随访, 所有试验均未说明随机分组方案是否隐藏, 且均未使用盲法。Jadad评分结果为: 2篇文献3分, 5篇文献2分, 其余文献均1分。各试验的特征见附表3。

2.2 疗效评价

2.2.1 胃复春治疗PLGC的综合疗效 共有12项研究报道了胃复春治疗PLGC的综合疗效, 对此进行荟萃分析。选择相对危险度 (relative risk, RR) 为效应尺度的指标, 结果显示11项研究间有统计学异质性 ($\chi^2=31.90$, $P=0.008$, $I^2=66\%$), 采用随机效应模型, $RR=1.32$, 95% CI 为 (1.17, 1.49), $P<0.00001$, 见图2。

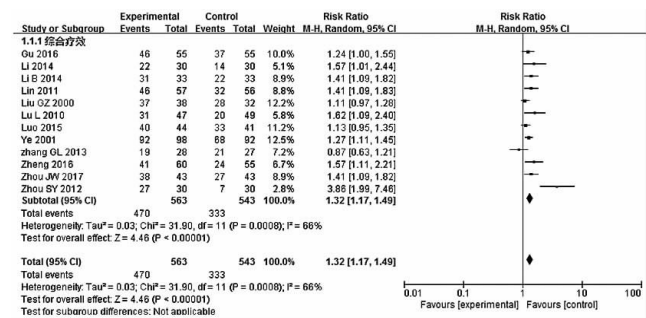


图2 胃复春治疗PLGC综合疗效比较的RR为效应指标的meta分析森林图

选择危险度差 (risk difference, RD) 为效应尺度的指标, 11项研究间有统计学异质性 ($\chi^2=36.84$, $P=0.0001$; $I^2=70\%$), 采用随机效应模型, $RD=$

表3 各试验特征

纳入研究	例数		分组方法	Jadad评分	干预措施		疗程
	治疗组	对照组			治疗组	对照组	
张永强2015 ^[2]	46	44	随机数字表	3	胃复春+叶酸+四联抗HP	四联抗HP	6月
陈文剑2015 ^[3]	41	41	随机	1	胃复春+丽珠胃三联	丽珠胃三联	3月
盛建文2009 ^[4]	30	30	随机	1	胃复春+兰索拉唑+射频	兰索拉唑+射频	8周
阴瑞红2016 ^[5]	33	32	随机	1	胃复春+替普瑞酮	替普瑞酮	12周
熊翔凤1999 ^[6]	34	12	随机	1	胃复春+丽珠得乐	猴头菌片	6月
郭国英2012 ^[7]	33	30	随机	1	胃复春片	猴头菌片	60天
张运贵2004 ^[8]	32	26	随机	1	胃复春	维酶素	6月
骆永文2015 ^[9]	44	41	随机数字表	2	胃复春+维A酸+奥美拉唑+铝碳酸镁	奥美拉唑+铝碳酸镁	10周
郑波2016 ^[10]	60	55	随机	1	胃复春+胶体果胶铋	美拉唑+硫糖铝	4周
周桑玉2012 ^[11]	30	30	随机	1	胃复春+麦滋林-S	维酶素片+吗叮啉	3月
苏秀丽2015 ^[12]	63	59	随机	1	胃复春+维甲酸+奥美拉唑+硫糖铝	奥美拉唑+硫糖铝	4周
李佳2014 ^[13]	30	30	随机数字表	2	胃复春+增生平片	兰索拉唑+铝碳酸镁片	2月
顾诚2016 ^[14]	55	55	随机	1	胃复春片	维酶素片	6月
郭虹敏2000 ^[15]	58	36	随机	1	胃复春片	维酶素片	6月
叶旭2001 ^[16]	98	92	随机	1	胃复春	维酶素+叶酸	6月
马彩兰2010 ^[17]	32	32	随机	1	胃复春+三联抗HP	三联抗HP	30天
林海2011 ^[18]	57	56	随机数字表	3	胃复春片	维酶素胶囊	6月
刘桂章2000 ^[19]	38	32	随机	1	胃复春片	猴头菌片	2月
芦兰2010 ^[20]	47	49	随机	1	胃复春+奥美拉唑+硫糖铝	奥美拉唑+硫糖铝	3月
历兰娜1996 ^[21]	41	41	随机	1	胃复春	维酶素	6月
刘先勇2017 ^[22]	48	41	随机	2	胃复春+叶酸	叶酸	6月
卢斌2014 ^[23]	33	33	随机	1	胃复春+氢离子凝固术	氢离子凝固术	2月
周继旺2017 ^[24]	43	43	随机数字表	2	胃复春+叶酸	叶酸	24周
张广林2013 ^[25]	28	27	随机数字表	2	胃复春片	增生平片	3月

0.22, 95% CI 为 (0.13, 0.31), $P < 0.00001$ 。见图3。

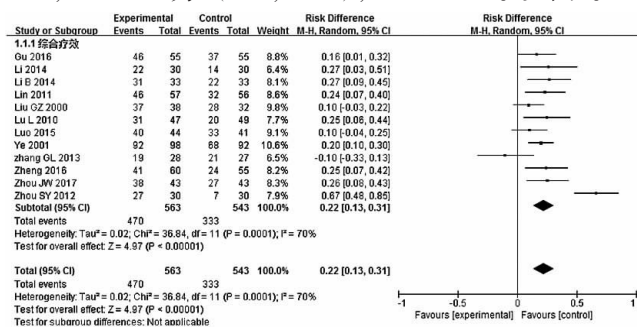


图3 胃复春治疗PLGC综合疗效比较的
RD为效应指标的meta分析森林图

2.2.2 胃复春治疗PLGC的症状疗效 7项研究报道了胃复春治疗PLGC的症状疗效, 结果均显示治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。

2.2.3 胃复春治疗PLGC的胃镜疗效 3项研究报道了胃复春治疗PLGC的胃镜疗效, 对此进行荟萃分析。选择RR为效应尺度的指标, 结果显示无明显异质性 ($\chi^2 = 1.37$, $P = 0.51$, $I^2 = 0\%$), 选用固定效应模型, 合并RR=1.53, 95%可信区间 (CI) 为 (1.20, 1.93), Z 为3.50, $P = 0.0005$, 见图4。

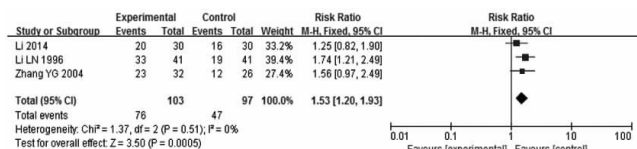


图4 胃复春治疗PLGC胃镜疗效比较的
RR为效应指标的meta分析森林图

选择RD为效应尺度的指标, 3项研究间无统计学异质性 ($\chi^2 = 1.70$, $P = 0.43$; $I^2 = 0\%$), 采用固定效应模型, RD=0.25, 95% CI 为 (0.12, 0.38), $P = 0.0001$ 。见图5。

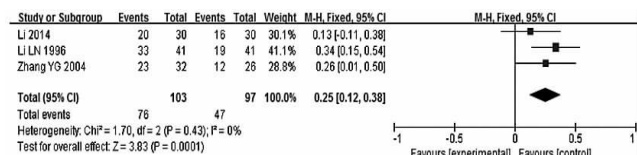


图5 胃复春治疗PLGC综合疗效比较的
RD为效应指标的meta分析森林图

2.2.4 胃复春治疗PLGC的病理疗效 5项研究报道了胃复春治疗PLGC的病理疗效, 对此进行荟萃分析。选择RR为效应尺度的指标, 结果显示无明显异质性 ($\chi^2 = 6.15$, $P = 0.19$, $I^2 = 35\%$), 选用固定效应模型, 合并RR=1.76, 95%可信区间 (CI) 为 (1.45, 2.14), Z 为5.73, $P < 0.0001$, 见图6。

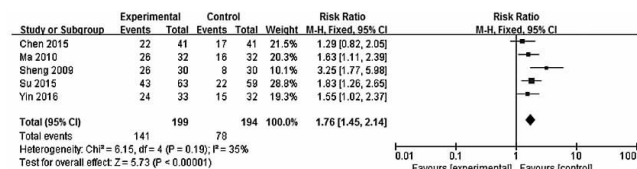


图6 胃复春治疗PLGC病理疗效比较的
RR为效应指标的meta分析森林图

选择RD为效应尺度的指标, 5项研究间有统计学异质性 ($\chi^2 = 11.31$, $P = 0.02$; $I^2 = 65\%$), 采用随机效应模型, RD=0.32, 95% CI 为 (0.17, 0.48), $P < 0.0001$ 。见图7。

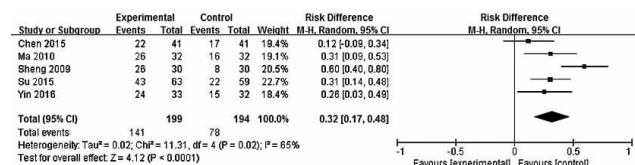


图7 胃复春治疗PLGC病理疗效比较的
RD为效应指标的meta分析森林图

2.2.5 胃复春治疗肠上皮化生的病理疗效 5项研究报道了胃复春治疗肠上皮化生的病理疗效, 对此进行荟萃分析。选择RR为效应尺度的指标, 结果显示无明显异质性 ($\chi^2 = 3.27$, $P = 0.51$, $I^2 = 0\%$), 选用固定效应模型, 合并RR=1.87, 95%可信区间 (CI) 为 (1.51, 2.32), Z 为5.68, $P < 0.0001$, 见图8。

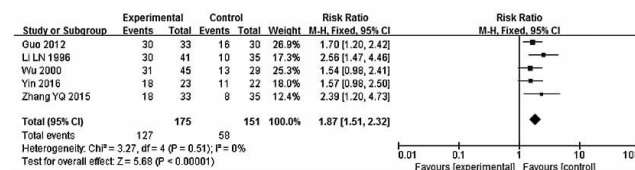


图8 胃复春治疗肠上皮化生病理疗效比较的
RR为效应指标的meta分析森林图

选择RD为效应尺度的指标, 5项研究间无统计学异质性 ($\chi^2 = 2.15$, $P = 0.71$; $I^2 = 0\%$), 采用固定效应模型, RD=0.34, 95% CI 为 (0.24, 0.44), $P < 0.0001$, 见图9。

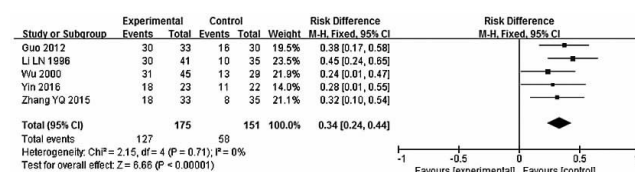


图9 胃复春治疗肠上皮化生病理疗效比较的
RD为效应指标的meta分析森林图

2.2.6 胃复春治疗异型增生或上皮内瘤变的病理疗效 5项研究报道了胃复春治疗异型增生或上皮内瘤变的病理疗效, 对此进行荟萃分析。选择RR为效应尺度的指标, 结果显示无明显异质性 ($\chi^2 = 2.65$, $P = 0.62$, $I^2 = 0\%$), 选用固定效应模型, 合并RR=1.96, 95%可信区间 (CI) 为 (1.38, 2.79), Z 为3.76, $P < 0.0002$, 见图10。

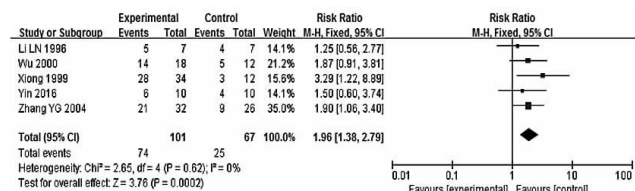


图10 胃复春治疗异性增生或上皮内瘤变病理疗效比较的
RR为效应指标的meta分析森林图

选择RD为效应尺度的指标, 5项研究间无统计学

异质性 ($\chi^2 = 3.75, P = 0.44; I^2 = 0\%$), 采用固定效应模型, RD=0.35, 95% CI 为 (0.20, 0.50), $P < 0.0001$ 。见图11。

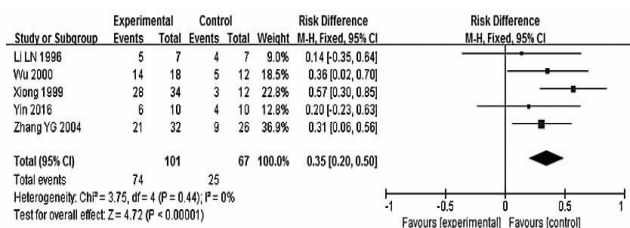


图11 胃复春治疗异性增生或上皮内瘤变病理疗效比较的RD为效应指标的meta分析森林图

2.3 安全性评价 纳入的24项研究中, 1项研究^[9]报道了2组治疗期间皮疹、腹胀、恶心等不良反应的发生率分别为7.32%、21.96%, 胃复春治疗组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。1项研究^[10]报道了治疗过程中, 胃复春试验组出现口干2例, 皮肤干燥1例; 对照组出现口干1例; 以上症状均给予对症治疗消失, 不影响继续治疗, 2组不良反应发生率差异无统计意义 ($P > 0.05$)。1项研究^[6]报道了胃复春治疗组药物无明显副作用, 个别出现恶心、便秘, 复查肝、肾功能正常, 1周后症状消失。1项研究^[15]报道了胃复春治疗组轻度便秘4例, 占6.9%。多见于气阴两虚型, 不影响治疗, 停药后自行消失。有2项有关胃复春联合内镜下治疗的研究, 1篇报道^[4]在胃镜下射频治疗后可有轻度上腹部不适, 疼痛或烧灼感, 所有病例术中及术后均未出现穿孔、出血等并发症; 1项报道^[23]了2组在治疗的过程中及治疗后, 有1例在治疗后出现出血的并发症段有显著的统计学差异 ($P > 0.05$)。另外7篇文献^[8, 12-14, 18, 20, 24]报道2组均未见明显不良反应, 其余11项^[2, 5, 7, 9, 11, 16-17, 19, 21-22, 25]研究未提及不良反应。

2.4 发表偏倚分析 纳入的24项研究中, 涉及胃复春治疗PLGC综合疗效的研究共12项, 其他指标的样本量均较少, 故以胃复春治疗PLGC综合疗效数据绘制倒漏斗图, 图形显示左右分布不对称, 故可能存在发表偏倚。见图12。

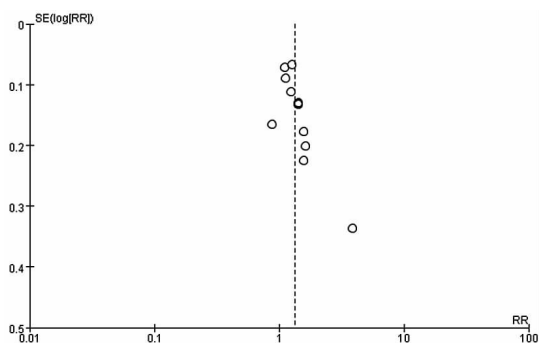


图12 胃复春治疗PLGC综合疗效的倒漏斗图

3 讨论

本研究通过对纳入的24篇文献进行Meta分析, 阐

明了胃复春在治疗PLGC方面有较好的治疗效果, 对临床用药方面具有一定的指导意义。结果显示综合疗效、胃镜疗效、病理疗效、肠上皮化生病理疗效及异性增生或上皮内瘤变病理疗效的危险度差RD分别为0.22、0.25、0.32、0.34、0.35, 提示含胃复春的治疗方法可使PLGC综合疗效提高22%、胃镜疗效提高25%、病理疗效提高32%、肠上皮化生病理疗效提高34%、异性增生或上皮内瘤变病理疗效提高35%, 表明胃复春对PLGC有较好的治疗效果。

本研究纳入的24项研究文献方法学质量一般, 仅有2篇Jadad评分3分。所有试验均在中国进行, 未检索到国外学者对胃复春的临床研究。对以综合疗效为结局的指标纳入的文献作倒漏斗图, 结果提示可能存在发表偏倚。这24篇研究中有23篇的结果均显示胃复春可提高疗效, 原因可能是一般阳性结论的文章较容易发表, 而阴性结论的文章不易发表。本研究所收集的只是公开发表的文献, 大量未公开发表的文献无法检索, 也可能导致发表偏倚的出现。

综上所述, 胃复春治疗PLGC有一定疗效。本文虽存在一些不足之处, 但对临床仍具有一定的参考价值。有待于今后开展更多设计合理、执行严格、多中心、大样本且随访时间足够的随机对照试验, 以进一步验证其疗效和安全性。

参考文献

- [1]陈万青, 郑荣寿, 曾红梅, 等. 2011年中国恶性肿瘤发病和死亡分析[J]. 中国肿瘤, 2015, 24(1): 1-10.
- [2]张永强, 刘鹏飞. 根除幽门螺杆菌后胃复春、叶酸联合治疗对胃癌前病变的转归研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(11): 768-772.
- [3]陈文剑. 丽珠胃三联联合胃复春在Hp阳性萎缩性胃炎治疗中的应用评价[J]. 北方药学, 2015, 12(4): 22-23.
- [4]盛建文, 范惠珍, 高小红, 等. 射频联合“胃复春”治疗伴肠化、不典型增生型疣状胃炎30例[J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, 15(11): 880-881.
- [5]阴瑞红, 张艳玲, 王建伟. 替普瑞酮联合胃复春治疗萎缩性胃炎癌前病变的疗效[J]. 中国现代医生, 2016, 54(13): 36-38.
- [6]熊翔凤, 邹煜明, 肖敏. 萎缩性胃炎伴异型增生的逆转治疗研究[J]. 中华消化杂志, 1999, 19(5): 360.
- [7]郭国英, 王瑞华, 张明. 胃复春对慢性萎缩性胃炎肠化生及胃粘膜COX-2蛋白表达的影响[J]. 药物研究, 2012(1): 25-27.
- [8]张运贵, 张瑞玲, 黄咏梅, 等. 胃复春对胃癌前病变的治疗及对p21~(ras)、p53表达的调节作用研究[J]. 临床消化病杂志, 2004, 16(4): 161-162, 183.
- [9]路永文, 陈焕伟. 胃复春和维A酸对胃癌前病变患者的治疗作用及其对p53、C-erbB-2水平的影响[J]. 广东医学院学报, 2015, 33(4): 428-430.
- [10]郑波, 王建伟, 裴继华, 等. 胃复春联合胶体果胶铋对胃癌前病变基因的逆转性研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 32(2): 123-125.
- [11]周桑玉, 殷文, 冯仁秀. 胃复春联合麦滋林-S治疗HP阴性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中华全科医学, 2012, 10(6): 865-866.
- [12]苏秀丽, 金建军, 邢鲁奇. 胃复春联合维甲酸治疗胃癌前病变的疗效及对Rb、C-erbB-2表达的影响[J]. 河南科技大学学报(医学版), 2015, 33(2): 90-92, 96.
- [13]李佳. 胃复春联合增生平治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的临床研究[D]. 天津: 天津中医药大学, 2014.
- [14]顾诚. 胃复春片对慢性萎缩性胃炎伴不典型增生患者的临床疗效观察[J]. 心理医生, 2016, 22(24): 68-69.
- [15]邹虹敏. 胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J]. 中国厂矿医学, 2000, 13(3): 215-216.
- [16]叶旭. 胃复春治疗Jass II_b型胃粘膜肠化生98例疗效观察[J]. 安徽中医临床杂志, 2001, 13(4): 244-245.

- [17]马彩兰.胃复春治疗慢性萎缩性胃炎 32 例[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(10):20.
- [18]林海.胃复春治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变疗效观察[J].药物流行病学杂志,2011,20(6):286-288.
- [19]刘桂章.胃复春治疗慢性胃炎胃腺体异型增生 38 例[J].山东中医杂志,2000,19(12):721-722.
- [20]芦兰,金建军,邢鲁奇,等.胃复春治疗胃癌前病变的疗效观察[J].河南科技大学学报(医学版),2010,28(2):86-88.
- [21]历兰娜,赵树珍,江汉才,等.胃复春治疗胃癌前期病变 41 例临床观察[J].中国中医药科技,1996,3(6):38-39.
- [22]刘先勇,刘雪梅,杨振斌.胃复春治疗胃黏膜肠上皮化生的临床观察及机制研究[J].上海中医药杂志,2017,51(2):44-47.
- [23]卢斌,蒋林剑,唐贻恒.氩气离子凝固术联合胃复春治疗隆起糜烂性胃炎伴肠上皮化生或(和)非典型增生的疗效观察[J].内蒙古中医药,2014(17):46-47.
- [24]周继旺,丁世玲,张卫星.叶酸片联合胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变疗效观察[J].新中医,2017,49(2):42-44.
- [25]张广林,田书信,陈卫刚.胃复春片与增生平片治疗慢性萎缩性胃炎伴肠化临床疗效观察[J].现代医药卫生,2013,29(11):1636-1637.

(本文编辑:李海燕 本文校对:瞿昱晔 收稿日期:2018-08-24)

《黄帝内经》五音疗法治疗轻中度焦虑抑郁症的疗效评价

张文韬¹ 田乃佳¹ 王 俭² 汤心钰² 邹世冬³ 杨建宇³ 许继宗^{3*}

(1 中国人民解放军第306医院中医科,北京 100101; 2 北京睿养中医医院中医内科,北京 102208;
3 中关村炎黄中医药科技创新联盟,北京 100029)

摘要:目的 观察并评价《黄帝内经》五音疗法治疗轻中度焦虑抑郁症患者的临床疗效。方法 将140例符合纳入标准的轻中度焦虑抑郁症的患者,随机分为观察组、对照组各70例,对照组患者给黛力新片口服治疗,观察组应用《黄帝内经》五音疗法治疗。治疗2周后统计疗效。结果 治疗后2组患者情况比较,观察组在临床疗效、SAS、SDS评分、副作用发生等方面,均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 《黄帝内经》五音疗法治疗轻中度焦虑抑郁症,能够提高临床疗效,降低副作用。

关键词:《黄帝内经》;五音疗法;焦虑抑郁症;郁证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.023

文章编号:1672-2779(2018)-23-0054-03

Evaluation on the Effect of Five Tone Therapy on Mild to Moderate Anxiety and Depression in *Huangdi Neijing*

ZHANG Wentao¹, TIAN Naijia¹, WANG Jian², TANG Xinyu², ZOU Shidong³, YANG Jianyu³, XU Jizong^{3*}

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, 306 Hospital of Chinese People's Liberation Army, Beijing 100101, China;

2. Department of TCM Internal Medicine, Beijing Ruiyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 102208, China;

3. Zhongguancun Yanhuang Alliance for Scientific and Technological Innovation of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: Objective To observe and evaluate the clinical effect of five tone therapy on mild to moderate anxiety and depression in *Huangdi Neijing*. **Methods** 140 patients with mild to moderate anxiety and depression were randomly divided into observation group and control group with 70 cases in each group. The control group was treated with Delixin tablets orally, and the observation group was treated with *Huangdi Neijing* five-tone therapy. After 2 weeks treatment, the curative effect was statistically analyzed. **Results** After treatment, the observation group was superior to the control group in clinical efficacy, SAS, SDS score and side effects and so on, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The *Huangdi Neijing* five tone therapy for mild to moderate anxiety and depression can improve the clinical efficacy and reduce side effects.

Keywords: *Huangdi Neijing*; five tone therapy; anxiety and depression; melancholia

焦虑抑郁症,是一种临床常见精神类疾病,女性发病率高于男性。又称为“焦虑性神经症”,症状表现为:急性焦虑症(发作性惊恐状态)或慢性焦虑症(广泛性的焦虑症),同时多伴见胸闷、出汗、头晕、心悸、口干、震颤、呼吸困难、运动性不安以及尿急、尿频等症候群。这种焦虑并不是因为受到实际性威胁而诱发,或者表现出的惊恐紧张程度跟现实中的情况不符合。本病能够引起各种危害,例如肉体的不断折磨、使人感觉陷入绝境、情绪持久性欠佳、精神意志被摧毁以及严重的睡眠。因此,积极治疗十分必要。对于本病,西方医学主要通过口服精神类药物来治疗。黛力新(氟哌噻吨美利曲辛片)是治疗本病的常用药物,但是治疗效果不佳,因为这种药物不能减缓患者

的多汗、失眠、乏力等伴随症状,患者的依从性比较差。本病属于中医学“郁证”的范畴,古代医家积累了很多治疗经验。我们在挖掘古代文献、结合现代研究设备的基础上,将药方转化为乐方,应用《黄帝内经》五音疗法治疗轻中度焦虑抑郁症,取得显著疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2017年1月—2018年6月共收治轻中度焦虑抑郁症患者140例,病例来源为306医院中医科及北京睿养中医医院的门诊患者。按照随机数字表法随机分为2组,观察组和对照组各70例。观察组男29例,女41例;年龄37~72岁,平均52.44岁;病程1~15年,平均(3.41±1.68)年。对照组男28例,女42例;年龄39~73岁,平均53.22岁;病程1~14年,平均(3.52±1.52)年。2组患者的一般临床资料(包括性别、年龄等)比较,

* 通讯作者:sunglow010@126.com

差异无统计学意义 ($P>0.05$), 2组患者具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准依据《中国精神障碍分类与诊断标准》中焦虑抑郁症诊断标准^[1]。中医诊断依据《中医内科学》郁证诊断标准^[2]。

1.3 纳入标准 符合焦虑抑郁症的诊断标准, 同时程度为轻中度, SDS量表的评分53~72分, SAS量表的评分50~69分; 同意并自愿随机分组, 并签署知情同意书; 患者临床资料比较完整。

1.4 排除标准 治疗期间, 患者曾服用其他的抗抑郁、抗精神疾病药物; 对黛力新过敏或存在禁忌; 合并有肝、肾、心血管、肺、造血系统的严重原发性疾病者。

1.5 治疗方法 对照组给予黛力新片(注册证号H20171104, 生产企业H.Lundbeck A/S)口服, 早、午各1片, 每片含盐酸氟哌噻吨0.5 mg和盐酸美利曲辛10 mg。

观察组给予《黄帝内经》五音疗法治疗。方式为聆听式。设备采用北京五音传承文化有限公司的空间场式播放设备。曲目为“草木清新”“春三月”“春回大地”, 功效为: 疏泄肝胆, 调畅气机, 健脾养血。3个曲目播放时间为30 min, 于早晨和睡前各聆听1次。

2组患者在治疗期间, 禁食烟酒、咖啡、浓茶、辛辣油腻的食物。2组患者均治疗2周后评价疗效。

1.6 观察指标 观察2组患者主要临床症状的变化情况。应用SAS(焦虑自评量表)、SDS(抑郁自评量表)对患者在治疗前后的抑郁焦虑状态量化评分评价。临床疗效的判断标准则依据《中药新药临床研究指导原则》^[3]。临床治愈: 主要的症状全部消失, 抑郁焦虑情绪全部得到缓解; 显效: 主要的临床症状基本上消失, 抑郁焦虑情绪得到显著的缓解; 有效: 主要临床症状消失一部分, 抑郁焦虑的情绪较前有所缓解; 无效: 治疗后, 主要临床症状并没有得到有效缓解, 抑郁焦虑的情绪没有明显缓解。主要症状有: 胸闷、出汗、头晕、失眠、心悸、口干、震颤、呼吸困难、运动性不安以及尿急、尿频等。有效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.7 统计学方法 本研究试验数据由专人负责, 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。研究结果中, 对于计量资料, 均采用($\bar{x} \pm s$)格式记录数据, 组间比较统计学方法采用独立样本 t 检验, 组内比较采用配对 t 检验。研究结果中的计数资料, 组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 作为差异有统计学意义的标准。

2 结果

2.1 2组疗效对比 见表1。治疗2周时比较, 对照组总有效率65.71%, 观察组总有效率88.57%, 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	70	8	16	22	24	46(65.71)
观察组	70	15	25	22	8	62(88.57) [△]

注: 与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$

2.1 2组患者治疗前后PSQI评分情况对比 治疗前2组患者比较, SAS量表评分, SDS量表评分, 均无显著差异($P>0.05$)。治疗后2组患者比较, SAS量表评分, SDS量表评分, 观察组均小于对照组, 差异有统计学意义($P<0.01$)。见表2。

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

组别	例数	时间	SAS评分	SDS评分
观察组	70	治疗前	36.42 $\pm$ 2.49	43.11 $\pm$ 5.69
		治疗后	15.50 $\pm$ 3.17 [△]	17.18 $\pm$ 2.87 [△]
对照组	70	治疗前	35.96 $\pm$ 2.36	43.04 $\pm$ 5.62
		治疗后	22.13 $\pm$ 1.74	24.12 $\pm$ 3.08

注: 与对照组比较, $^{\Delta}P<0.01$

2.3 2组患者副作用情况对比 观察组的70例患者中, 无患者出现不良反应; 对照组的70例患者中, 有5例出现了不良反应。观察组低于对照组。

3 讨论

焦虑抑郁症, 也称“焦虑性神经症”, 临床表现为急性焦虑症(发作性惊恐状态)或慢性焦虑症(广泛性的焦虑症), 常常出现胸闷、出汗、头晕、心悸、口干、震颤、呼吸困难、运动性不安以及尿急、尿频等症状。本病可以给患者的生理和心理带来恶劣的影响, 严重的时候甚至会诱发自杀、自残等思想行为。所以, 研究焦虑抑郁症的有效治疗手段, 是我们迫切需要解决的问题。黛力新(氟哌噻吨美利曲辛片)是治疗本病的常用药物。黛力新是一种复合性制剂, 由抗焦虑、抑郁类药物中的氟哌噻吨、盐酸美利曲辛两种成分组成, 比例是0.5 mg:10 mg。氟哌噻吨的作用是引起突触间隙中多巴胺的含量上升, 促进多巴胺的合成以及释放; 盐酸美利曲辛的作用是使去甲肾上腺素的再摄取受到拮抗抑制, 促进突触间隙单胺类递质含量的上升^[4]。氟哌噻吨、盐酸美利曲辛两种药物复合, 可以协同发挥作用, 临床效果更佳。但黛力新片口服后, 可能出现血压升高、胃肠不适反应、头晕等副作用, 而且改善患者的躯体化症状作用比较缓慢, 大致需要1个月, 患者的依从性不佳, 影响疗效。

焦虑抑郁症, 在中医学属于“郁病”的范畴, 其中医临床辨证分型主要有肝郁脾虚、心脾两虚等, 治疗的原则主要以疏肝健脾、养心安神为提纲。本次研究中, 我们将药方转化为乐方, 应用《黄帝内经》五音疗法治疗轻中度焦虑抑郁症, 取得显著疗效。

《黄帝内经》五音疗法是中医治疗学的一个重要

分支。基本原理是用声波诱发脏腑经络、微循环气血的共振。天地之间存在着不同频率的波动,这些波动同样能够诱发微循环系统的共振,促进气血的运行。最显著的就是二十四节气变化时候的、天地之间的频率变化,即葭灰占律实验。《后汉书·律历志》载“葭灰占律”之法,在一个恒温恒湿、密封的环境里,按相关位置排列十二个桌案,并做成一定倾斜状,将十二律的律管依序排列在桌上,并在长短不一的各管内覆填以葭苳(即芦苇衣膜)烧制而成的灰,当各月所属中气到来时,将引发地气上升,而此气可使相应律管中所置的芦苇灰有所反应。每逢节气变化,天地间的频率波动就会有变化,诱发相应的律管共振,使芦苇灰飞扬。同时千万年以来人体的经络也逐渐符合着此种天地间的频率,同步动荡着经络的气血,逐渐形成了这一规律。十二经络不同如同固有频率的律管,经络中的气血如同管中的芦苇灰。正如老子《道德经》所言“大象无形,大音希声”,正是这一现象的完美阐述。根据这一原理,生活在同一大环境下的地球上的其他生物也应存在这种声波经络共振现象。由此我们可以想到,当一个禅定修行者进入深度禅定的时候,心脏停止跳动,但身体生机并没有停止,气血运行并没有停止。这时候,气血运行的动力,完全来源于这种频率共振,达到真正天人合一的状态。

体内血液循环的动力有三个,一个是心脏的泵血,一个是胃肠的蠕动,一个是毛细血管的自律运动。频率共振是天体施加于经络的动力,主要影响机体的微循环^[5]。

一般来说,微循环是由微静脉和动-静脉吻合支、后微动脉、微动脉、直捷通路、真毛细血管、毛细血管前括约肌构成。微循环的血液可通过三条途径由微动脉流向微静脉:(1)动-静脉短路:是血液经动脉通过动-静脉吻合支回到微静脉的道路;(2)迂回通路:由前毛细血管、(真)毛细血管、后微动脉、微静脉和微动脉构成;(3)直捷通路:血液微动脉经后微动脉、通血毛细血管至微静脉。

微循环的调节分为微血管自律运动调节(频率约为每分钟12次)、全身性调节和局部性调节。局部调节主要由代谢性调节、肌源性调节组成。(1)代谢性调节:局部组织中的相关代谢产物浓度左右着脏腑器官的血流量。最主要的微循环调节方式是代谢性调节。组织代谢过程中产生很多物质,包括:腺苷、 Ca^{2+} 、 K^{+} 、腺苷酸、BK、 CO_2 增多、HL、PGI₂、低氧等均含舒张血管的作用,其调节微循环的能力很强。组织代谢决定着舒血管物质的浓度。同时,组织内部还有一类收缩血管的物质,包括CA、TX、LTs、PAF、前列腺2a、

D2等,以CA最为紧要。收缩血管的物质在组织和血液内的浓度比较平稳。微循环的血流变化会随着舒张血管物质的周期性改变而改变;(2)肌源性调节说认为,肌源性活动来源于血管平滑肌本体的舒张放松。当器官血管的灌注压突然减低之际,血管跨壁压减小,血管平滑肌就受到影响而使肌源性活动进一步减弱,该器官的血流阻力减小,器官血流就不会因灌注压降低而减少,保持脏腑器官血流量的相对稳定。当器官灌注压突然升高时,则发生相反的变化;(3)微血管自律运动调节:微血管可以产生不受心脏左右的、自主的节律性舒张收缩能力,称为微血管自律运动(microvascular vasomotion)。微血管的这种节律性开放和关闭现象在球结膜微循环和手指甲襞微循环观测时产生,此即为微血管运动计数(VMC),每分钟发生0~6次。同时出现相应的节律性血液减速或者加快、带有周期性的压力波动。其发生的原理眼下尚未阐明,目前公认是微动脉微内的血管自律运动现象,也有一种观点认为毛细血管也可能有这样的变化,一者可以通过周细胞收缩(毛细血管外周)造成,它能通过胞浆里的微丝在无平滑肌的情况下自主收缩,支持毛细血管应该具有主动收缩能力。

声波频率刺激可以导致微循环显著改变。课题组近年通过现代化观察工具激光多普勒血流仪,以腧穴局部微循环量测定局部气血量,监测了不同频率的低频声波16~160 Hz对腧穴局部气血的影响,发现了声波与经络共振的自然现象。即特定的经络腧穴只对特定的频率的声波有吸收现象,这一频率能够引起该经络腧穴局部微循环的显著增加^[6-8]。

本次研究中,这种《黄帝内经》五音疗法,通过声波震动经络,起到类似针灸按摩的作用,疏泄肝胆,调畅气机,健脾养血,因此能获得较好的疗效。综上所述,《黄帝内经》五音疗法治疗轻中度焦虑抑郁症,能够提高临床疗效,降低副作用。

参考文献

- [1]中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-3)[M].济南:山东科学技术出版社,2001:118.
- [2]周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2009:149.
- [3]郑筱萸.中药新药临床临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:109.
- [4]邓子宁.黛力新对心肌梗死后心衰患者焦虑、抑郁及生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2017,2(20):98-99.
- [5]许继宗,乔宪春,石玉君,等.从脏腑经络共振角度确定中国古代音乐标准音[J].黄钟(中国.武汉音乐学院学报),2010(4):148-150.
- [6]许继宗,汤心钰,郭雁冰,等.体感音乐低频声波对30名健康人十二经络并穴微循环的影响[J].中华中医药杂志,2015(2):544-548.
- [7]许继宗,李月明.音乐治疗曲目序列组成原则尝试及实验观察[J].黄钟(中国.武汉音乐学院学报),2012(1):108-111.
- [8]许继宗,汤心钰,郭雁冰,等.体感音乐低频声波对30例健康人十二经络合穴微循环的影响[J].针灸临床杂志,2014,30(6):8-13.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张 喆 收稿日期:2018-09-05)

疏肝健脾法治疗非酒精性脂肪性肝炎效果 及对 BMI 及 AC 的变化分析

范云万¹ 谢维鹏^{2*}

(1 重庆市开州区安康医院中医科, 重庆 405400; 2 重庆开州区谢维鹏诊所, 重庆 405400)

摘要:目的 对非酒精性脂肪性肝炎应用中药治疗的效果及治疗前后BMI及AC变化情况进行探讨。方法 选取88例非酒精性脂肪性肝炎患者进行分组对比, 给予中药治疗者设定为观察组, 给予常规治疗者设定为对照组, 每组44例患者。对2组治疗效果及治疗前后BMI及AC变化情况展开比较, 评估方案的应用价值。结果 治疗总有效率方面, 观察组和对照组分别为95.45% (42/44)、75.00% (33/44), 组间差异显著 ($P < 0.05$)。体质量指数 (BMI) 及腰围 (AC) 方面, 治疗后, 观察组的BMI及AC均低于对照组, 组间差异显著 ($P < 0.05$)。结论 临床上采用中药治疗非酒精性脂肪性肝炎的效果显著, 能够有效降低患者体质量指数和腰围, 进而改善预后, 故方案推广意义大。

关键词: 非酒精性脂肪性肝炎; BMI; AC; 胁痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.024

文章编号:1672-2779(2018)-23-0057-02

Effect of Soothing Liver and Strengthening Spleen Therapy in Treating Non-alcoholic Steatohepatitis and Analysis of Changes in BMI and AC

FAN Yunwan¹, XIE Weipeng²

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Ankang Hospital in Kaizhou District, Chongqing 405400, China;

2. Xie Weipeng Clinic in Kaizhou District, Chongqing 405400, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of Chinese medicine on nonalcoholic steatohepatitis and the changes of BMI and AC before and after treatment. **Methods** 88 patients with non-alcoholic steatohepatitis were selected as the observation group and the control group was set as the control group with 44 patients in each group. The therapeutic effects of 2 groups and the changes of BMI and AC before and after treatment were compared, and the application value of the scheme was evaluated. **Results** The total effective rates of the observation group and the control group were 95.45% and 75% respectively. There was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). Body mass index (BMI) and waist circumference (AC), after treatment, the BMI and AC in the observation group were lower than those in the control group, and there was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** The effect of traditional Chinese medicine in the treatment of nonalcoholic steatohepatitis is significant. It can effectively reduce the body mass index and waist circumference, and then improve the prognosis, so the scheme is of great significance.

Keywords: non-alcoholic steatohepatitis; BMI; AC; hypochondriac pain

非酒精性脂肪性肝炎是一种常见的慢性肝病, 病变不断进展, 极易引发失代偿期肝硬化, 肝细胞癌或终末期肝病, 严重危害人类的身体健康。截至目前, 西医尚无特效方案治疗该病。中医上并无非酒精性脂肪性肝炎的病名, 但将其归属于“胁痛”“痞满”“肝癖”等范畴^[1]。本研究选取88例非酒精性脂肪性肝炎患者进行治疗分析, 旨在体现中药方案的应用价值, 为临床用药提供有力的依据。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年7月—2017年7月本院收治的88例非酒精性脂肪性肝炎患者进行分组对比, 观察组44例, 给予中药治疗, 女性17例 (38.64%), 男性27例 (61.36%); 患者年龄38~57岁, 平均42.16岁; 病程0.6~11年, 平均 (4.62±0.31) 年。对照组44例, 给予常规治疗, 女性16例 (36.36%), 男性28例 (63.63%); 患者36~58岁, 平均42.95岁; 病程0.5~12年, 平均 (4.78±0.34) 年。对照组和观察组的基本资料具有可比

性, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 患者均无饮酒史或饮酒含乙醇量每周不足140 g, 且女性不足70 g; 均经肝活检组织学改变符合脂肪性肝病的病理学诊断标准; 均符合中华医学会肝脏病学对非酒精性脂肪肝性肝病诊疗的相关标准^[2]。

1.3 排除标准 病毒性肝炎; 病毒性肝炎、内分泌系统疾病及血液系统疾病; 各大脏器恶性肿瘤疾病; 药物过敏者; 精神疾病者。

1.4 治疗方法 对照组予以常规方法治疗, 让患者口服多烯磷脂酰胆碱胶囊, 每次2粒, 每天3次。同时注意饮食控制, 多食新鲜蔬菜、新鲜水果, 低盐、低脂低碳水化合物饮食, 每日控制热量摄入。此外, 结合患者肝功能情况适当进行有氧运动, 控制体重, 增进用药疗效。

观察组予以中药治疗, 组成方是: 鳖甲12 g, 茵陈15 g, 茯苓12 g, 山楂9 g, 枳实5 g, 郁金9 g, 白术12 g, 柴胡9 g, 陈皮6 g。若患者便秘、舌红、口干, 外加清热功效的药材, 如大黄、虎杖及黄连等; 若患者肤黄、舌红、苔黄、眼黄, 外加清热利湿类药材, 如半边莲、

* 通讯作者: 78923183@qq.com

蛇舌草、栀子根等；若患者舌光红少苔、口干，外加养阴类成分，如女贞子、枸杞子，去掉原处方的陈皮。以上处方均加水煎熬，让患者每日早晚各温服1剂，每次100 mL。2组均连续治疗12周为1个疗程。

1.5 观察指标 治疗前后，测定患者体质量指数(BMI)、腹围(AC)指标，同时观察治疗后的效果。疗效评判标准参考：治愈：治疗后，患者血脂恢复正常，转氨酶恢复正常，B超检查，结果显示脂肪肝征象消失；显效：治疗后，患者转氨酶下降1级以上，血脂指标下降1级以上，B超检查，结果显示脂肪肝征象改善1度以上；有效：患者治疗后经B超检查，结果显示脂肪肝征象改善1度以内，转氨酶与血脂水平有所下降；无效：治疗后，患者血脂、转氨酶及B超检查结果均无变化或加重。详细统计相关数据并比较，以此评估方案的应用价值。

1.6 统计学方法 经专用软件SPSS 20.0对试验数据进行分析，计量资料采用 t 检验，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示；计数资料采用 χ^2 检验，以百分比表示；差异显著性水平均为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 2组治疗效果对比 对照组和观察组的治疗总有效率分别为：75.00%、95.45%，其中观察组中治愈18例，显效16例，有效8例，对照组中治愈7例，显效9例，有效17例，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详细见表1。

表1 2组治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	44	18(40.91)	16(36.36)	8(18.18)	2(4.45)	42(95.45)
对照组	44	7(15.91)	9(20.45)	17(38.64)	11(25.00)	33(75.00)
χ^2 值						17.643
P 值						0.000

2.2 2组治疗前后的BMI及AC变化情况对比 测定对比发现，治疗后，2组BMI及AC均有所下降，且观察组的各项指标下降幅度均优于对照组($P < 0.05$)。治疗前，对照组和观察组的BMI及AC指标比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。详细见表2。

表2 2组治疗前后的BMI及AC变化情况对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	BMI(kg·m ²)		AC(cm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	44	25.75±1.49	24.39±0.35	93.57±2.31	90.34±0.15
对照组	44	25.74±1.51	25.12±0.47	93.61±2.42	92.05±0.16
t 值		0.629	7.031	0.418	9.627
P 值		0.059	0.000	0.064	0.000

3 讨论

近年来，随着人们生活水平的不断提高，肥胖现象越来越多，非酒精性脂肪性肝炎的发病率明显增加，极易进展为终末期肝病，直接威胁人类的身体健康和生命安全。因此，非酒精性脂肪性肝病是当代医学领

域的新挑战^[1]。目前，西医对该病尚无明确界定，并无特效药物治疗。这种情况下，朝着中医方向扩大研究力度已经成为必然趋势。

中医将非酒精性脂肪性肝炎归属于“痞满”“胁痛”“肝癖”等范畴，发病与患者长期过度食辛辣肥干厚味、痰浊中阻、痰湿内生有密切的关系^[2]。病变不断进展，导致肝失疏泄、脾失健运，痹阻肝脉络，最终形成非酒精性脂肪性肝炎^[3]。患者病变部位在肝，但与肾、脾脏腑有密切的关系，因此，治疗该病要以疏肝健脾为主，活血化痰通络、祛湿化痰^[4]。本研究对观察组患者实施中药治疗，组成方包含多种中草药，其中柴胡具有保肝利肝的作用；陈皮具有调中、促消化、化痰止咳、理气和中的作用；山楂可活血化瘀通络；郁金能够凉血利血，行气祛瘀；鳖甲养阴清热、平肝熄火，现代药理作用是提高血浆蛋白、散结消肿、且能够对结缔组织增生进行抑制^[5]；茯苓健脾渗湿，还具有保肝和增强机体免疫功能的效果；白术可健脾益气，现代药理作用是保肝利胆、提高免疫力、抗氧化、抗血凝；枳实可散痞、消积、泻痰；茵陈：清热利湿，现代药理作用是增加肝糖原合成，改善肝脏组织病理损伤。此外，结合患者个体差异性，实施辨证施治，多种中草药兼顾达到疏肝健脾、活血化痰、祛湿化痰的效果，有效降低患者血脂水平及体质量指数^[6]。结合研究结果显示：观察组的治疗总有效率为95.45%，对照组治疗总有效率为75.00%，观察组的治疗总有效率显著高，差异有统计学意义。且观察组治疗后的BMI及AC指标均低于对照组，差异有统计学意义。说明：中药治疗非酒精性脂肪性肝炎的效果显著，方案可行性高，且对调节患者体质量指数和腰围有积极的影响。

临床上采用中药治疗非酒精性脂肪性肝炎的效果显著，能够有效降低患者体质量指数和腰围，进而改善预后，故方案推广意义大。

参考文献

- [1]张永利,王新颖,戈兴中,等.理脾调肝化痰活血中药治疗肝郁脾虚型非酒精性脂肪性肝炎的临床观察[J].北京中医药,2017,11(7):636-639.
- [2]中华医学会肝病学分会脂肪肝病和酒精性肝病学组.非酒精性脂肪性肝病诊疗指南[J].胃肠病学和肝病学杂志,2010,19(6):483-487.
- [3]虞胜,祝峻峰,林彦,等.清肝降脂汤治疗脾虚痰瘀互结型非酒精性脂肪性肝炎临床观察[J].上海中医药杂志,2016,13(9):45-47.
- [4]张齐,赵伟,杨永峰.肝病治疗仪穴位照射治疗对非酒精性脂肪性肝炎(NASH)患者肝脏背向散射积分等指标的影响[J].解放军预防医学杂志,2016,15(s2):109-110.
- [5]王静,施志琴,张汉新,等.健脾化痰法对非酒精性脂肪性肝病伴代谢综合征胰岛素抵抗的疗效分析[J].四川中医,2016,41(10):69-71.
- [6]贺晓芳,邓力军,季菲.疏肝清热祛湿法治疗非酒精性脂肪性肝病的临床观察[J].中国中西医结合消化杂志,2017,43(2):85-88.
- [7]李红,刘璇,陈斌,等.长沙地区1386例非酒精性脂肪性肝病者中医体质分布特征及其与血压、体重指数、血脂、肝功能酶学的相关性研究[J].中西医结合肝病杂志,2016,26(5):263-266.
- [8]王东旭,林连捷,林艳,等.体质量指数及血脂与非酒精性脂肪性肝病的关系[J].中华实用诊断与治疗杂志,2018,32(1):61-63.

(本文编辑:李海燕 本文校对:张家业 收稿日期:2018-08-07)

慢性萎缩性胃炎中医证型 与Hp感染及胃黏膜癌前病理变化的相关性研究

杨 静 茹淑瑛 张福文 李 柏

(北京中医药大学东直门医院东区脾胃病科, 北京 101121)

摘要:目的 探讨慢性萎缩性胃炎的中医证型分布与幽门螺旋杆菌(Hp)感染及胃黏膜癌前病理变化之间的关系。方法 统计170例慢性萎缩性胃炎患者的中医证型分布、Hp感染情况及胃黏膜病理表现,分析证型分布与Hp感染、腺体萎缩程度、肠上皮化生、异型增生之间的相关性。结果 不同证型间Hp感染阳性率差异有统计学意义($P<0.05$),各证型Hp感染阳性率从高到低为:脾胃湿热证>肝胃不和证>胃阴不足证>脾胃虚弱证>胃络瘀血证;各证型间腺体萎缩程度差异有统计学意义($P<0.05$),肝胃不和证轻度萎缩所占比例最高,胃络瘀血证的重度萎缩所占比例高于其他证型;各个证型间存在肠化生、异型增生的差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 慢性萎缩性胃炎中医证型与Hp感染、胃黏膜萎缩程度存在一定的相关性。

关键词:慢性萎缩性胃炎;证型分布;幽门螺旋杆菌;癌前病理变化;痞满

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.025

文章编号:1672-2779(2018)-23-0059-03

Study on the Correlation between TCM Syndromes of Chronic Atrophic Gastritis and HP Infection and Precancerous Pathological Changes of Gastric Mucosa

YANG Jing, RU Shuying, ZHANG Fuwen, LI Bai

(Department of Spleen and Stomach Diseases, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 101121, China)

Abstract: **Objective** To analyze the relationship between the distribution of TCM syndromes of chronic atrophic gastritis and HP infection and precancerous pathological changes of gastric mucosa. **Methods** Through statistics of the distribution of TCM syndromes, HP infection and the pathological manifestation of gastric mucosa of 170 patients with CAG, we analyze the correlation between the distribution of TCM syndromes and HP infection, degree of gland atrophy, intestinal metaplasia and dysplasia. **Results** Different syndromes of CAG have statistically significant difference in positive rate of HP infection ($P<0.05$), the highest positive rate of HP infection is dampness-heat of spleen, followed by incoordination between liver and stomach syndrome, deficiency of stomach yin syndrome, the spleen and stomach deficiency syndrome and static blood blocking stomach collaterals syndrome. Different syndromes of CAG also have statistically significant difference in degree of gland atrophy ($P<0.05$), the highest proportion of mild atrophy is incoordination between liver and stomach syndrome, the highest proportion of severe atrophy is static blood blocking stomach collaterals syndrome; there is no significant difference between TCM syndromes distribution and intestinal metaplasia and dysplasia ($P>0.05$). **Conclusion** The distribution of TCM syndromes is related to HP infection and degree of gland atrophy.

Keywords: chronic atrophic gastritis; distribution of TCM syndromes; HP infection; precancerous pathological changes; distention and fullness

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是以胃黏膜上皮和腺体萎缩、黏膜变薄、黏膜肌层增厚,并多伴有肠上皮化生、不典型增生为特征的慢性疾病。1978年,世界卫生组织将CAG定为胃癌的癌前状态,而胃固有腺体萎缩同时伴有肠上皮化生和(或)异型增生,被视为是胃癌最为重要的癌前病变之一,已引起国内外医学者的广泛重视和研究。目前,西医尚无理想的治疗方法,而中医药在治疗CAG方面显示了明显的优势,值得进一步研究及推广。本研究通过观察CAG中医证型分布与HP感染及胃黏膜癌前病理变化之间关系,进一步阐释CAG的证型分布规律,以更好地指导临床诊治。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年1月—2016年6月在本院门诊及住院就诊的CAG患者170例。170例CAG患者中,男93例,女77例;男女比例约1.2:1;年龄25~80岁,平均年龄56.18岁;证型分布由多到少依次为脾胃虚弱证(61例,35.9%)、肝胃不和证(43例,25.3%)、胃阴不足证(28例,16.5%)、脾胃湿热证(27例,15.9%)、

胃络瘀血证(11例,6.5%)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 内镜诊断标准和病理组织学诊断标准均参考《中国慢性胃炎共识意见》^[1]中的诊断标准。

1.2.2 Hp阳性诊断标准 参照2012年中华医学会消化病分会幽门螺杆菌学组《第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[2],经胃黏膜组织切片染色检查、快速尿素酶试验或C呼气试验任意一项为阳性者诊断为Hp阳性。

1.2.3 中医证候诊断标准 参照2010年中华中医药学会脾胃病分会《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[3]并结合临床实际将证候分为5型。(1)肝胃不和证:胃脘胀痛或痛窜两肋、嗳气频作、嘈杂泛酸,每因情志而发,舌质淡红,苔薄白或白厚,脉弦;(2)脾胃虚弱证(包括虚寒证):胃脘隐痛、喜按喜暖、食后胀闷、痞满、纳呆少食、便溏或腹泻、四肢乏力,舌质淡或淡红,苔薄白或有齿痕,脉沉细;(3)脾胃湿热证:胃脘灼热胀痛、脘腹痞闷、渴不欲饮、口苦口臭、尿黄、舌质红,舌边、尖深红,苔黄厚或腻,脉弦或滑;(4)

胃阴不足证：胃脘灼热疼痛或隐痛，口干舌燥、纳呆食少，大便干结，舌红少津或有裂纹，苔少，脉细或弦；（5）胃络瘀血证：胃脘疼痛、痛有定处、拒按、日久不愈、黑便，舌质暗红或紫暗，或有瘀斑，脉细涩。证候确定：主症必备，加次症2项以上即可诊断。

1.3 排除标准 严重的心、肺、肝、肾功能不全患者；严重的造血系统疾病及精神疾病患者；严重恶性肿瘤、胃癌及胃大部切除手术患者，其他不符合研究要求的患者。

1.4 统计学方法 应用SPSS 20.0统计软件进行统计处理，无序计数资料用卡方检验，有序计数资料用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证型与Hp感染的关系 170例CAG患者中Hp感染者116例，感染率为68.2%；各个证型Hp感染情况如表1。经卡方检验， $\chi^2=12.422$ ， $P=0.014$ ，提示不同证型间Hp感染阳性率差异有统计学意义。不同证型Hp感染阳性率从高到低为：脾胃湿热证>肝胃不和证>胃阴不足证>脾胃虚弱证>胃络瘀血证。

表1 Hp与中医证型的相关性分析 [例(%)]

证型	HP(-)	HP(+)	合计	检出率(%)
肝胃不和	11	32	43	74.4
脾胃湿热	3	24	27	88.9
胃络瘀血	7	4	11	36.4
脾胃虚弱	23	38	61	62.3
胃阴不足	10	18	28	64.3

2.2 中医证型与腺体萎缩程度的关系 不同证型的腺体萎缩程度如表2。经Kruskal-Wallis检验， $\chi^2=17.076$ ， $P=0.002$ ，提示各证型间腺体萎缩程度差异有统计学意义。如表2所示，在轻度萎缩中，肝胃不和证所占比例最高，其次为脾胃虚弱证；在中度萎缩中，各证型所占比例大致相似；在重度萎缩中，胃络瘀血证所占比例明显高于其他证型。

表2 证型与腺体萎缩程度的关系 [例(%)]

证型	轻度	中度	重度	合计
肝胃不和	26(60.5)	7(16.3)	10(23.2)	43
脾胃湿热	13(48.1)	5(18.5)	9(33.3)	27
胃络瘀血	1(9.1)	2(18.2)	8(72.7)	11
脾胃虚弱	35(57.4)	10(16.4)	16(26.2)	61
胃阴不足	8(28.6)	7(25.0)	13(46.4)	28
合计	83(48.8)	31(18.2)	56(32.9)	170

2.3 中医证型与肠上皮化生、异性增生的关系 170例CAG患者中伴有肠上皮化生者90例，检出率为52.9%；伴有异型增生者36例，其中中度异型增生者1例，其余均为轻度异型增生，检出率为21.2%。不同证型间肠化生、异型增生的分布情况如表3~4，经卡方检验，各个证型间存在肠化、异型增生的差异无统计学意义。

表3 中医证型与肠化的相关性分析 (例)

证型	肠化(-)	肠化(+)	合计
肝胃不和	26	17	43
脾胃湿热	8	19	27
胃络瘀血	3	8	11
脾胃虚弱	27	34	61
胃阴不足	16	12	28
合计	80	90	170

表4 异型增生与证型的相关性分析 (例)

证型	异型增生(-)	异型增生(+)	合计
肝胃不和	36	7	43
脾胃湿热	20	7	27
胃络瘀血	10	1	11
脾胃虚弱	45	16	61
胃阴不足	23	5	28
合计	134	36	

3 讨论

CAG是消化系统常见病，属于癌前疾病之一。目前国内绝大多数学者赞同慢性浅表性胃炎-慢性萎缩性胃炎-肠上皮化生-非典型增生-肠型胃癌的疾病发展模式^[1]，因此早发现、早治疗对降低胃癌的发病率、死亡率有重大意义。现代医学在CAG癌前病变的防治方面无确切有效的方法，而中医学在治疗CAG方面取得了良好的效果。中医学中没有CAG这一病名，一般将其归于“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”等病证的范畴，认为该病主要与情志失和、饮食不调、外邪犯胃（包括Hp感染）、药物所伤以及先天禀赋不足脾胃素虚等多种因素有关，其病位在胃，与脾、肝密切相关^[2]。目前多数中医学者认为本虚标实、虚实夹杂是本病的病机关键。如单兆伟教授^[3]认为：CAG的病机特点以脾胃气虚、胃体失养为本，胃络血瘀、湿热郁滞中焦为标。张煜教授^[4]指出：CAG是以脾胃虚弱为本，热、湿、瘀为标的本虚标实之疾。本研究中脾胃虚弱证所占比例最大，占35.9%、其次依次为肝胃不和证（25.3%）、胃阴不足证（16.5%）、脾胃湿热证（15.9%）、胃络瘀血证（6.5%）。与多数医家所持观点相符。

幽门螺旋杆菌（Hp）感染是公认的引起CAG最重要的原因之一。Hp主要通过其毒力因子、诱导和维持胃黏膜的炎症反应，削弱宿主免疫反应，进而参与萎缩性胃炎、肠上皮化生、异型增生及胃癌的发生及发展过程^[5]。根除Hp可消除与Hp相关的慢性胃炎的活动性，使慢性炎症反应程度减轻，防止胃黏膜萎缩和肠化生进一步发展；可使部分患者的胃黏膜上皮和腺体萎缩得到逆转^[6]。本研究中，170例CAG患者中Hp感染者116例，感染率为68.2%；其中脾胃湿热证感染率最高，为88.9%，其次肝胃不和证，为74.4%，胃络瘀血证感染率最低，为36.4%。Hp感染在中医学上当属“邪气”范畴^[7]。外邪（Hp）客于胃脘，损伤胃膜，致使脾失健运，（下转第80页）

《难经》五输穴及主治作用的英译对比研究

梁家甜 柴铁劬*

(广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东 广州 510405)

摘要:《难经》是最权威的中华医学典籍之一,包含着丰富的中医学理念,奠定了针灸的理论基础。五输穴及其主治作用是《难经》的重要内容,也是《难经》英译研究的重要内容。本研究针对五输穴及其主治作用的英译展开研究,并选择两个较有影响力的英译版本作为分析文本来进行分析。本研究的目的在于分析五输穴及其主治作用的翻译特点和规律,并分析比较两个译者的翻译风格及其差异。

关键词:《难经》;五输穴;英译

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.026

文章编号:1672-2779(2018)-23-0061-03

Comparative Study on the Translation of Five-shu Points and Their Main Treatment Functions in *Nanjing*

LIANG Jiatian, CHAI Tiequ*

(Clinical Medical College of Acupuncture, Moxibustion and Rehabilitation, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510405, China)

Abstract: *Nanjing* is regarded as one of the most authoritative Chinese medical classics, which contains a lot of Chinese medical philosophy and has laid the theoretical foundation for acupuncture and moxibustion. The five-shu points and their main treatment functions are of great importance in *Nanjing*. This paper focuses on the English translation of five-shu points and their main treatment functions and chooses two influential English versions as the analytic texts translated by Paul U. Unschuld and Li Zhaoguo respectively. The purpose of the study is to investigate the translation features and regularities on five-shu points and their main treatment functions, and compare the translation styles and differences of the translators.

Keywords: *Nanjing*; Five-shu points; translation

《难经》是继《内经》之后又一部医学经典著作,全书八十一难中有三十二难涉及或专论针灸内容,对经络学说、腧穴作用、针刺操作进行了较多的发挥,进一步充实和发展了《内经》的针灸学理论,反映了我国从春秋战国至秦汉时代针灸学的概貌。随着中医的不断对外推广,《难经》的翻译越来越受到重视。在《难经》翻译研究中,除了从语言和文化层面把握其翻译规律外,应当对《难经》的各大分篇论点(如脉学、经络、脏腑、疾病等)的翻译作专题研究,从而更加深入地揭示《难经》的翻译规律。本文拟通过结合文树德和李照国两种经典译本的五输穴的命名及其主治作用进行比较和分析,发现存在问题,并提出解决方案,以期对五输穴以及《难经》中的其他知识体系的英译研究提供新的视角。

1 五输穴及其主治作用简介

《内经》对五输穴的名称、位置有所论述,而对五输穴主治作用的系统阐述,首次出现在《难经》。《难经·六十八难》提出:“井主心下满,荣主身热,输主体重节痛,经主喘咳寒热,合主逆气而泄”^[1]。仅寥寥数语,却对后世的针灸临床给以很大的影响和启迪。历代医家在研究和应用五输穴时,多从这一主治作用入手。因此,准确地翻译五输穴的命名及其主治作用,

让目标读者领略中医文化的精髓,有助于促进《难经》英译的研究和对外交流。

2 五输穴及其主治作用的英译

五输穴是十二经脉分布于肘膝以下的井、荣、俞、经、合五个特定穴的统称。由于五输穴取穴简便,操作安全,适应症广,疗效显著,在全身腧穴中占有非常重要的地位,深受古今医家的推崇。作为古代文献中对五输穴最重要的论述之一,《难经·六十八难》中指出:“井主心下满,荣主身热,俞主体重节痛,经主喘咳寒热,合主逆气而泄。”寥寥数语,却给后世临床以很大的启迪。笔者现结合文树德和李照国两种经典译本(以下简称文本和李本),探讨五输穴主治作用的英译问题。

2.1 五输穴命名的英译对比 从语言方面来讲,中医翻译属于科技英语翻译的范畴,所以要符合科技英语的特点。首先在处理“井、荣、俞、经、合”等文化负载词时,文本采用了直译法,直接翻译成“*Well, Brook, Rapid, Stream, Confluence*”^[2]仅阐述了原术语的含义。李本采用了音译加直译的方法,翻译为“*Jing-Well, Ying-Spring, Shu-Stream, Jing-River, He-Sea*”^[3]较好地保留了中医文化。

其次,两译本对“荣”“俞”“合”对翻译有所分歧,根据《难经·六十八难》所描述的“所出为井,所溜为荣,所注为输,所行为经,所入为合”,可知古人

* 通讯作者:1620937629@qq.com

将五输穴的运行过程比喻为自然界的水流由小到大、由浅到深。

“井”，《说文》：“八家爲一井”^[4]。井为水之源头，以此比喻井穴为经气始发之处。“well”意为“a deep hole in the ground from which people take water”，即“井”。井为春，应木，肝主春，性属木，肝气疏泄失常，气机壅塞，则有心下满痛等症。

“荣”，《说文》：“荣，绝小水也。”可见较小的水流称为荣，比喻流过荣穴的经气较为微弱。“brook”意为“a small stream”，即“溪流”；而“spring”意为“a place where water comes up naturally from the ground”，即“泉源”，显然，“荣”译为“brook”更为妥当。

“俞”，《说文》：“空中木爲舟也。从亼从舟从𠂔。𠂔，水也。”可见，水流灌入转输至他处称为俞，比喻俞穴的经气渐盛。文本中“rapids”意为“part of river where the water looks white because it is moving very fast over rocks”，即“急流，湍流”；而李本中“stream”意为“a natural flow of water that moves across land and is narrower than a river”，即“小溪，小河”，两者对比，“俞”译为“stream”更贴近原文意境。

“经”，通“径”，《说文》：“步道也。”《尔雅》：“河水清且涟漪，大波为澜，小波为沦，直波为径。”比喻经气更盛，像水波一样向前流动。两译本均译为“river”，意为“a natural and continuous flow of water in a long line across a country into the sea”。即“江、河”，暗喻经气渐盛如江河之水。

“合”，《说文》：“合口也。从亼从口。”，《说文解字注》：“引伸为几会合之称。”可见，此处“合”比喻经气从合穴深入，好像百川会合流于大海。文本中“confluence”意为“the place where two or more rivers flow together”，即“汇合点，合流处”；而李本中“sea”意为“the large area of salty water that covers much of the Earth's surface”，即“海”。相比较而言，两个版本都翻译出了“合”的意思，而“sea”更有将合穴比喻为经气之海的意味，更具源语文化的独特色彩。

再次，在句式上，文本采取直译的手法，将“主”译为“master”，主观感情色彩较重；而李本选用了被动语态“can be needled to treat”，符合科技英语的翻译习惯，被动语态的优点在于它不带感情色彩，比较客观。两者都采用了并列结构，句式整齐。

2.2 五输穴主治作用的英译对比 “井主心下满”，即心下胀满，因阴经井穴属木，与肝相关，肝主气机疏泄；

阳经井穴属金，与肺相关，肺主气机宣降，故井穴具有较强的调气作用，用以消除痞满。井为春，应木，肝主春，性属木，肝气疏泄失常，气机壅塞，则有心下满痛等症，故春季肝病诸证为井穴所主。两译本均译为“fullness below the heart”，属直译，虽忠实于原文，中医常将“心下”代指胃脘部，此处可中文后注释加以说明为“fullness in the stomach”，以便海外读者理解。

“荣主身热”，即荣穴具有泻热的作用，可用于清热治疗各种火热证。荣为夏，应火，心主夏，性属火，心火亢盛则有身热等症，故夏季心病诸证为荣穴所主，而火为热病，并非仅指发热。文本中将“身热”译为“body fever”，其中fever指“an illness or a medical condition in which you have a very high temperature”，即“发烧，发热”；而李本则译为“body heat”，其中heat指“warmth or the quality of being hot”，即“热、热量”。由于这里的“身热”并非仅指“发烧”这一病症，因此译为“body heat”更为贴切。

“俞主体重节痛”，即俞穴可用于身体沉重、关节肿胀疼痛的治疗，具有理气化湿、通络活血的作用。俞为季夏，应土，脾主季夏，性属土，主四肢肌肉，长夏湿邪偏盛，容易困遏脾气，脾困湿阻，则有体重节痛等症，故长夏脾病诸证为俞穴所主，故可取俞穴治疗“体重节痛”。文本中将“体重节痛”译为“a heavy body and pain in one's joints”，李本则译为“heaviness of the body and pain of the joints”，两者的译义基本一致，表达形式不同，相比较而言，李本的并列式更具对称性。

“经主喘咳寒热”，经为秋，应金，肺主秋，性属金，主气司呼吸、外合皮毛，外邪侵袭体表，开合失常，则恶寒发热；肺失宣降则喘咳，所以“喘咳寒热”可取经穴治疗。文本中将“喘咳寒热”译为“panting and coughing as well as [alternating spells of] cold and heat”，其中“[alternating spells of] cold and heat”意为“寒热交替往来”，与原文文义不符；而李本中则译为“panting, cough, chilliness and fever”，其中“chilliness and fever”即“恶寒发热”，与原文文义相符。

“合主逆气而泄”，合为冬，应水，肾主冬，性属水，肾阳为一身阳气之本，温煦脾阳。肾阳不足，则脾失温煦，则运化失职而泄泻；肾主纳气，肾气亏虚，则纳气无权而气逆，故冬季肾病诸证为合穴所主，故“逆气而泄”由合穴主之。文本中将“逆气而泄”译为“influences proceeding contrary to their proper course, as well as diarrhea”，其中，将“气”译为“influences”，

“influences”意为“the power to affect the way someone or something develops, behaves, or thinks, without using direct force or orders”，即“影响、作用”，与中医中的“气”的意义相差甚远，中医的“气”蕴涵丰富，在英语中无可对应之词，现通行音译为“Qi”。李本译为“adverse flow of Qi and diarrhea”，相比较而言，李本更为简略明了。

从译文对比来看，文本更倾向于采用逐字直译的处理办法，缺乏对原文内涵相对深入的挖掘，相比较而言，李本与原文内涵更加相符。

3 结语

《难经·六十八难》对五输穴的论述是对五输穴主治作用共性的概括。作为临床上常用的腧穴，五输穴

具有治疗范围广泛、取穴方便、疗效显著、针刺安全的特点。通过对以上五输穴命名以及主治作用的英译对比，并在充分理解五输穴主治作用的具体含义的基础上，笔者认为李本的翻译更为忠实准确，较好地保留了中医文化特色，文本的翻译多处出现误译，不利于中医文化的对外传播。

参考文献

- [1]南京中医药大学校释.难经校释[M].北京:人民卫生出版社,2012:125-126.
 - [2]PU Unschuld.NAN CHING-The Classic of Difficult Issues[M].Berkeley & Los Angeles: University of California Press, 1986:557-558.
 - [3]李照国(英译).黄帝内经·灵枢[M].西安:世界图书出版西安公司,2008:1146-1147.
 - [4]李恩江,贾玉民.说文解字译述[M].河南:中原农民出版社,2012:440-441.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:宋翠文 收稿日期:2018-08-14)

《伤寒论》之呕吐治则探析

周丽平

(浦口区中医院消化内科,江苏 南京 211800)

摘要: 呕吐在临床上颇为常见,现代医学的多种疾病中均可出现呕吐,如功能性胃肠病、肠梗阻、胰腺炎、胆囊炎、尿毒症、急性肾炎、梅尼埃病、晕动病、药物中毒等,中医药治疗可取得一定疗效。中医学理论认为呕吐的成因多种,不仅与脾胃密切相关,还与其它多种因素有关,如外感六淫、五脏六腑病变等。该文从中医经典《伤寒论》中多处论及呕吐之条文进行分析、归纳,并结合相关临床实践,发现其运用八法治疗呕吐,可显著提高临床疗效。

关键词: 呕吐;《伤寒论》;伤寒八法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.027

文章编号:1672-2779(2018)-23-0063-03

Analysis on the Treatment of Vomiting in Treatise on Febrile Diseases

ZHOU Liping

(Department of Gastroenterology, Pukou District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 211800, China)

Abstract: Vomiting is common in clinic. It can occur in many diseases of modern medicine, such as functional gastrointestinal disease, intestinal obstruction, pancreatitis, cholecystitis, uremia, acute nephritis, Meniere's disease, motion sickness, drug poisoning and so on. Traditional Chinese medicine theory holds that vomiting is caused by many factors, not only closely related to the spleen and stomach, but also related to many other factors, such as exogenous six evils, five zang-organs and six fu-organs pathological changes. Based on the analysis and summary of the articles dealing with vomiting in the classical treatise on typhoid fever, and combined with the relevant clinical practice, it is found that the eight basic treatments in the treatise on typhoid fever can significantly improve the clinical efficacy of vomiting.

Keywords: vomiting; Treatise on Febrile Diseases; eight basic treatment methods in treatise on febrile diseases

呕吐为胃中之物从口吐出的一种临床常见病证,病机为胃失和降,气逆于上^[1]。“呕”“吐”大多同时出现,常统称为“呕吐”,戴原礼之《秘传证治要诀》所曰:“近世呕吐二字,皆通用,然却无甚利害,理亦不自妨”^[2]。中医学理论认为呕吐的成因多种,不仅与脾胃密切相关,还与其它多种因素有关,如外感六淫、五脏六腑病变等^[3]。《伤寒论》中涉及呕吐的相关条文多达70余条,辨证施治,法度严谨,通过研究其治疗呕吐的遣方用药特点,有助于显著提高中医药治疗各种呕吐的临床疗效,正如《素问·百病始生》说:“察其所痛,以知其应,有余不足,当补则补,当泻则泻,

勿逆天时,是谓至治”。多有笔者已从六经、三焦、虚实寒热等角度研究之,本文将从“汗、吐、下、和、温、清、消、补”之伤寒八法分析、归纳之,具体内容如下几点。

1 汗法

《素问·阴阳应象大论篇》曰:“其有邪者,渍形以为汗,其在皮者,汗而发之”^[4]。汗法是通过开泄腠理,促其发汗,使邪随汗解的一种治疗手段,可治疗表证、风湿痹痛、水肿、疮疡等。《伤寒论》中指出太阳阳明合病,外邪内迫于胃,胃气上逆,症见不下利但呕者,予解表发汗,疏通经腑,降逆止呕,方选

葛根加半夏汤,用药葛根、麻黄、桂枝、生姜、半夏等,需覆取微似汗;若出现吐后阴伤,热郁于内而贪饮者,形成热结饮阻之证,予发散祛邪,清热止渴,方选文蛤汤主之,用药文蛤咸寒利水消饮,麻黄、杏仁宣肺发汗行水等。但临床应用时需注意气血亏虚、阴阳耗损、内热等不可发汗。

2 吐法

吐法最早出现在《黄帝内经》,《素问·阴阳应象大论》篇曰:“其高者,因而越之”^[5],指出病位在上部的疾病可用因势利导,顺势而上的吐法治疗,张子和亦谓“如引涎、漉涎、嚏气、追泪。凡上行者,皆吐法也”。《伤寒论》中指出少阴病,胸中实,症见饮食入口则吐,心中愠愠欲吐,手足寒,脉弦迟者,此不可下也,予涌吐停痰宿食,胸中实邪阻滞,方选瓜蒂散;呕家有痈脓者,症见病人欲吐,予呕吐排脓,脓尽则自愈,王好古《医垒元戎》亦云:“见痰休治痰,见血休止血”。

3 下法

下法是运用具有通便、利水、逐瘀作用的方药排除病邪的治疗大法。《伤寒论》中指出少阳郁热兼阳明里实,症见呕不止,心下急,郁郁微烦,予和解少阳、通下里实,方选大柴胡汤,用药:柴胡、黄芩、枳实等;胃肠实热,症见食已即吐者,予泻热去实,方选大黄甘草汤主之,用药大黄、甘草;啰而腹满,《心典》所谓“病在下而气溢于上也”,症见有形邪气阻滞而腹满,小便不利,大便不通,予利之则愈,方选猪苓汤、调胃承气汤等。

4 和法

《素问·调经论》曰:“血气不和,百病乃变化而生”,和法通过调和人体脏腑、阴阳、气血等,“和其不和”,从而达到机体新的平衡。戴北山亦说:“寒热并用之谓和,补泻合剂之谓和,表里双解之谓和,平其亢厉之谓和”,如调和营卫、和解少阳、调和肝脾之法等。《伤寒论》中指出少阳枢机不利,胆胃不和,三焦不畅,症见一身及目悉黄,小便难,时时呕恶,有潮热,予和解少阳,清热祛湿,调达枢机,方选小柴胡汤,用药小柴胡、黄芩、人参、半夏等;邪传少阳,外邪入侵或厥阴阳气来复,症见呕而发热者,方选小柴胡汤主之;少阳邪热迫胃,症见呕而发热,方选小柴胡汤。

5 温法

温法主要是采用温热性质的药物来治疗寒症,依据“寒者热之”的原则来立法^[6]。《伤寒论》中指出阳明病寒证,中焦阳虚,脾胃或肝胃虚寒,浊阴上逆,症见食谷欲呕,干呕吐涎沫,呕而胸满着,

头痛,吐利,手足逆冷,烦躁欲死,予温中散寒,和胃降浊,方选吴茱萸汤,用药:吴茱萸、人参、生姜等;胃寒致啰,寒气滞于胸膈,胸阳不展,阳抑郁不能伸,症见干呕啰,手足厥,予散寒降逆止呕,方选橘皮汤,用药橘皮、生姜;虚寒胃反,健运失职,不能化气生津,症见呕吐,心下痞硬,大便燥结,予和胃降逆,补虚润燥,方选大半夏汤,用药半夏、人参等。

若寒邪克伐人体阳气甚重,需运用回阳救逆、破阴回阳之法。《伤寒论》中指出少阴寒化证,脾肾阳虚,胃气上逆,症见欲吐不吐,心烦,但欲寐,自利而渴,引水自救,小便色白,甚则阴盛阳亡,症见脉阴阳俱紧,反汗出,咽痛,吐利,亡阳,治以回阳救逆,方选四逆汤或通脉四逆汤,用药:炙甘草、干姜、生附子;阴盛格阳证,阴寒上逆,阳气虚弱,症见呕而脉弱,小便复利,身有微热,肢厥,方选四逆汤;少阴病阴脱阳竭,寒热格拒,逆于胃脘,症见下利不止,脉微,干呕烦者,予破阴回阳,宣通上下,方选白通加猪胆汁汤,用药葱白、干姜、生附子、猪胆汁等。上述诸方中多选用附子、干姜以温散寒邪、破阴回阳,正如《本草经读》曰:“附子味辛气温火性迅发,可振奋心阳”,《伤寒药性赋》云:“干姜能去沉寒”。明代张景岳^[7]亦提出“阳常不足,阴本不足”及“气不足便是寒”的理论,创制出四味回阳饮、理阴煎等。

6 清法

清法源于《内经》,取自“热者寒之”“治热以寒”之意。临床上运用清法祛除火热之邪,可清里热,畅气机,复阴津。近代名医何廉臣曰:“火属血分,为实而有物,其所附丽者,非瘀即滞,非滞即瘀,非瘀即虫。但清其火,不去其物,何以奏效。必视其附丽者为何物,而于清火诸方,加入取消瘀滞瘀积虫等药,效始能捷……”^[8]。《伤寒论》中清法分虚实论治,按病位分治为清胸膈热、清胃热、清肠热、清膀胱热等,根据兼夹症状、病理产物等辨证用药。如发汗后,余热未尽,留于胸膈,胃气上逆,症见虚烦不得眠,呕吐,方选栀子生姜豉汤;热利兼呕,饮食所伤,实热内扰,肝胆胃肠不和,症见干呕而利,予清热止利,和胃降逆,方选黄芩加半夏生姜汤,用药黄芩、芍药、半夏、生姜等;少阳邪热内迫阳明,症见自下利,呕者,予清热止利,和胃降逆,方选黄芩加半夏生姜汤,用药:黄芩、芍药、半夏等;少阴热化证,少阴真阴虚衰,邪热与水气互结,症见下利,咳而呕渴,心烦不得眠,予清热滋阴利水,方选猪苓汤,用药猪苓、阿胶、泽泻、滑石等。

7 消法

消法,是指运用有消导或散结作用的方药以治疗气、血、痰、食、水、热、寒等所结成的病邪,可消痞除满、消水逐饮、散结祛瘀、调和脾胃等。《内经》有“结者散之”“坚者削之”“其实者散而泻之”“血实宜决之”等相关论述。《伤寒论》中指出饮邪致呕,可分虚实,如饮停于中,气化不利,饮阻气逆而呕吐,方选小半夏汤或小半夏加茯苓汤,用药半夏、生姜;寒饮搏结胸胃,寒饮扰胸,肺气不利,胃失和降,症见胸中似喘不喘,似呕不呕,似哕不哕,彻心中愤愤然,予辛散寒饮,舒展胸阳,方选生姜半夏汤,用药半夏、生姜;水饮停聚胸胁,气机升降不利,胸阳被阻,症见下利呕逆,干呕短气,心下痞硬满,予攻逐水饮,方选十枣汤,用药芫花、甘遂、大戟;水饮内停,风寒束表,小青龙汤证,症见伤寒表不解,心下有水气,干呕发热而咳,予辛温解表,温化水饮,方选小青龙汤证,用药麻黄、细辛、干姜、桂枝、半夏等;水蓄膀胱,太阳蓄水证,气化不利,表邪未解,症见渴欲饮水,水入则吐,方选五苓散,用药猪苓、泽泻、白术、茯苓等。

若素体阳虚或因病致脾胃虚衰,则在驱逐水饮的基础上酌情使用温阳、健脾、和胃等药。阳虚饮停,寒饮不化,聚为痰涎,随胃气上逆,症见干呕,吐逆,吐涎沫,方选半夏干姜散主之,用药半夏、干姜;胃虚水饮食滞,脾胃气虚,寒热错杂,症见心下痞硬,干噎食臭,胁下水气,腹中雷鸣,下利,予和胃降逆,散水消痞,方选生姜泻心汤,用药生姜、人参、干姜、半夏、黄连等;脾虚水饮内停,渴饮水而呕者,予温阳化气,健脾利水,方选苓桂术甘汤。

8 补法

补法指运用补益之品补充机体之不足,达到祛除病邪、恢复正气之目的。根据“虚则补之,损者益之”“腑以通为用”等原则,《伤寒论》中相关补法,多通补结合,以通为补,从而纠正人体气血阴阳、脏腑经络偏损偏衰,可分为温补、清补、平补、滋补等,亦可见塞因塞用。《伤寒论》中指出发汗不当,阴寒犯胃,胃气上逆,症见手足厥逆,咽干,烦躁,吐逆,予温中复阳,方选甘草干姜汤,用药炙甘草、干姜;误用吐下,胃虚痰阻,肝胃气逆,症见心下痞硬,噎气不除,予和胃化痰,镇肝降逆,方选旋覆代赭汤,用药旋覆花、人参、代赭石、大枣等;阴阳易差后劳复病,病后余热未清,气阴两伤,余热在胃,胃失和降,症见虚弱消瘦少气,气逆欲吐,予清热和胃,益气生津,方选竹叶石膏汤,用药竹叶、半夏、麦门冬、人参、粳米等;胃虚有热,症见哕逆,予补虚清热,

和胃降逆,方选橘皮竹茹汤,用药橘皮、竹茹、人参等;妇人产后虚热烦呕,症见妇人乳中虚,烦乱呕逆,予安中益气,方选竹皮大丸,用药生竹茹、石膏、白薇等。

9 八法合用

9.1 温清并用 温清并用是指用清热、温阳之法治疗寒热错杂症,根据病位可分为上热下寒、胃热脾寒、寒热互结于中焦等。正如《灵枢·官能》云:“寒与热争,能合而调之”^[9],《伤寒论》中指出上热下寒,升降失调,症见胸中热,腹痛欲呕,予清上温下,和胃降逆,方选黄连汤,用药黄连、干姜、人参、半夏等;胃热脾寒,寒热格拒,症见食入口即吐,予清胃温脾,方选干姜黄连黄芩人参汤,用药干姜、黄芩、人参等;寒热错杂,互结于中焦,升降失调,症见呕而肠鸣,心下痞者,予散结除痞,和胃降逆,方选半夏泻心汤,用药半夏、黄芩、干姜、人参等。

9.2 消补兼施 消补兼施法运用消导、补益之药治疗脾胃虚弱兼有水饮、食滞停积之虚实夹杂症。《素问·阴阳气象大论》云:“形不足者,温之以气;精不足者,补之以味。其高者,因而越之;其下者,引而竭之;中满者,泻之于内”“其实者,散而泻之。审其阴阳,以别柔刚……血实宜决之,气虚宜掣引之”。《素问·标本病传论》亦曰:“谨察间甚,以意调之;间者并行,甚者独行”^[10]。《伤寒论》中指出胃反,胃有停饮,脾虚不运,脾胃两虚不能腐熟水谷,津不上乘,加之复饮,饮动于内,升降失常,症见吐而渴欲饮水者,予健脾利水,化气散饮,方选茯苓泽泻汤,用药茯苓、泽泻、桂枝等。

10 愈后调理

《伤寒论》中指出呕家愈后调理,饮食需“少少与之,令胃气和则愈”,即节制饮食,佐用少许健脾和胃消食之药,不可滥用攻邪之药;另外,思水者,胃弱不能消水,旧饮未除,新饮聚增,恐可再吐,予健脾利水,方选猪苓散,用药猪苓、茯苓、白术。

参考文献

- [1]潘同元.五脏六腑皆令人呕[J].河南中医药学刊,2000,15(6):48-49.
- [2]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:205.
- [3]明·戴原礼.中医古籍整理丛书:秘传证治要诀及类方[M].北京:人民卫生出版社,1989:97.
- [4]程士德.素问注释汇粹(上册)[M].北京:人民卫生出版社,1982:106,438,36.
- [5]金·张子和.儒门事亲[M].邓铁涛,赖畴,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [6]赵克华.温湿法治脾胃阳虚型溃疡性结肠炎19例[J].河南中医,2010(1):45-48.
- [7]张景岳.景岳全书[M].太原:山西科学技术出版社,2006:135.
- [8]金寿山.金匱论[M].上海:上海中医学院出版社,1986:11.
- [9]黄帝内经影印本[M].北京:人民卫生出版社,2013:325.
- [10]内经[M].程士德.2版.北京:人民卫生出版社,2011:615.

(本文编辑:李海燕 本文校对:刘 剑 收稿日期:2018-09-11)

女医谈允贤及其临证经验探析

王艺霖¹ 李慧丽^{2*}

(1 重庆巴蜀中学, 重庆 400013; 2 重庆市中医院眼科, 重庆 400021)

摘要: 谈允贤是中国古代“四大女名医”之一, 她撰写的《女医杂言》为我们学习研究古代中医妇科、产科和女医的临床治疗经验提供了不可多得的翔实文字记载。谈允贤顺应天人合一的自然规律, 充分展现女性细致、踏实的独特风格, 首创分时段用药, 虽然已过去500多年, 透过《女医杂言》辑录的医案, 我们仍能感受到女性医者特有的细腻情感和缜密思维, 反映了谈允贤踏实认真的治学态度和对病人的人性关爱。

关键词: 谈允贤; 女医杂言; 临证经验; 妇科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.028

文章编号:1672-2779(2018)-23-0066-02

Discussion on the Clinical Experience of Female Gynecologist TanYunxian

WANG Yilin¹, LI Huili²

(1. Bashu Secondary School, Chongqing 400013, China;

2. Ophthalmology Department, Chongqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400021, China)

Abstract: TanYunxian is one of China's ancient "four female doctors", she wrote the *Medical Record of Ancient Gynecology* for us to study the ancient TCM gynecology, obstetrics and female medical clinical practice experience provides a rare detailed written records. TanYunxian conforms to the unity of nature and natural law, fully show the unique style of women meticulous, steadfast, the first period of time, although has in the past 500 years, through the *Medical Record of Ancient Gynecology* material basis, we can still feel the female doctors peculiar emotion and meticulous thinking, reflects about TanYunxian prudence seriously research attitude and the patient's humanity.

Keywords: TanYunxian; *Medical Record of Ancient Gynecology*; clinical experience; gynecology

谈允贤(1461—1556), 与义妁、鲍姑、张小娘被称为中国古代“四大女名医”。相对于另外三位女医, 谈允贤这个名字长期不为人所知, 但与另外三位充满传说故事的女医不同, 谈允贤的家世记载于《无锡县志》, 也是唯一一位有医学著作传世的女名医。谈允贤撰写的《女医杂言》是我国仅存的几部中医医案文献之一, 它为我们学习研究古代中医妇科、产科和女医的临床治疗经验提供了不可多得的翔实文字记载。

据《无锡县志》和《女医杂言》记载, 谈允贤的祖父叫谈复, 字采芝。谈复自幼跟随外祖父学习家传的医术, 时常以医药帮助周围的人, 而所得收入悉数施于贫困者, 常常使自家衣食不济。谈复娶妻茹氏, 亦出自明初名儒之家。茹氏嫁入谈家后, 与丈夫谈复共同向公公谈宏学习医术。谈复两个儿子均入仕为官, 不便学医, 而谈允贤从小聪慧, 祖父谈复不愿以女红拘束她, 希望她学习医术。在祖母茹氏的指点下, 谈允贤十余岁便通读《难经》《脉诀》等书。成婚后谈允贤一度气血失调, 患“宫寒”之症。她自己调理用药, 并和其祖母及当地医生的用药进行比对, 通过自己患病医治的经历来体察用药, 并认真记载用药心得。谈氏自称这一时期“已有所试而未有验也”。

谈允贤真正行医是在祖母去世后。当时因封建社会礼教约束, 明代对女性贞洁要求苛刻, 如果女性患病, 男医生只能“说证取药”, 不可亲自诊察, 因此经

常延误病情。自谈允贤行医之后, “相知女流眷属, 不屑以男治者, 络绎而来, 往往获奇效”“凡医来, 谈允贤必先自诊视以验其言, 药至亦必手自拣择, 斟酌可用与否”。因此谈允贤很快成了当时有名的女医生, 被主流社会所接受。1511年, 当谈允贤50岁时, 她将祖母传授的医术结合自己多年的临床经验总结写成了一部《女医杂言》, 流芳百世。

《女医杂言》是我国医案发展史上较早成书的医案专著之一, 该书已成为当代医学孤本。据考证, 在谈允贤之前成书的医案只有南宋许叔微《伤寒九十论》和元代朱丹溪的医案专著^[1]。

《女医杂言》所载31病例都是谈氏临床医治的成功案例, 用药平常, 方多平易(如大补阴丸、六味地黄丸、四生丸等), 但很有特点。如首创分时间段用药, 顺应了自然规律, 起到事半功倍的效果。虽然已过去500多年, 透过这些辑录于临床一线的医案, 我们仍能感受到女性医者特有的细腻情感和缜密思维, 反映了谈允贤踏实认真的治学态度和对病人的人性关爱。

这里我们通过《女医杂言》31例中最具特色的“治不寐”医案来了解探究谈允贤的临证经验及用药特色。

据“治不寐”医案记载: “一富家老妇年六十九岁, 患气虚痰火全夜不睡, 日中神思倦怠, 诸药不效, 病及二年。右手寸关二部脉甚洪大, 左手心脉大虚。询其病原, 乃因夫急症而故, 痛极哭伤, 遂得此症。某早晨用人参膏, 日中用煎药八物汤, 加干山药、酸

* 通讯作者: lhl117@foxmail.com



枣仁、辰砂、蒲黄、木通、远志、水二钟、姜三片煎服。晚用琥珀镇心丸，至三更用清气化痰丸，不三月其症遂愈，后甚肥壮，寿至八十岁而终。”

谈氏记载，老妇右手寸关二部的脉象十分洪大，左手心部的脉象大而虚。通过分析可知：（1）晋代王叔和于《脉经》中云：“肝心出左，脾肺出右，肾与命门，俱出尺部，魂魄谷神，皆见寸口。”故此老妇人脾肺脉洪大，当为痰火实证^[2]。（2）丹溪在《格致余论》中言：“女子久病，左脉充于右者，有胃气也，病虽重可治。反此者，虚之甚也。”老妇人因横遭变故而悲思过度，患者心脉虚大，右脉充于左脉，再加上病及二年，久病耗气伤血，亦有虚甚之证，肝心脾肺四脏俱伤，尤以心脾二脏为甚，当辨为心神失养，痰火扰心之虚实夹杂证。（3）《内经》曰：“老人血气衰，肌肉不滑，营卫之道涩，故昼日不能精，夜不得寐也。”该患者年近七旬，本虚标实，故其气血衰竭严重。

由此可见谈氏诊脉细致，不仅观察到寸关尺三部的差别，并且通过左右手脉象反映所候脏腑的不同，判断病人病变的部位和虚实情况。

针对该患者的临床症候，谈允贤顺应天人合一的自然规律，充分展现女性细致、踏实的独特风格，首创分时段用药。

1 早晨用人参膏

《内经》曰：“朝则人气始生，病气衰，故旦慧。”早晨是人体一身之气开始升发之时，谈氏顺应人气生长的规律，令患者服用人参膏以助人体正气的生长。《千金翼方》云：“人参味甘，主补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，除邪气，明目，开心，益智。”人参一味药，不仅能补益患者虚惫的肺脾之气，还能安定心神助其睡眠。

2 日中用八物汤

“日中人气长，长则胜邪，故安。”正午是人体在一天之中正气最旺盛的时候，本医案中的八物汤推论出自元代王好古的《医垒元戎》，熟地黄、当归、白芍、川芎、黄芪、甘草、茯苓、白术。谈氏在此基础上加干山药、酸枣仁、辰砂、蒲黄、木通、远志、姜。干山药健脾、补肺、固肾、益精；李时珍认为酸枣仁“熟用疗胆虚不得眠”；辰砂镇静、安神；蒲黄凉血活血；木通令人心宽下气；远志安神解郁；干姜回阳通脉、燥湿消痰，治则以益气养血、安神定志、活血行气。

3 傍晚用琥珀镇心丸

“夕则人气始衰，邪气始生，故加。”到了傍晚，人体正气逐渐衰弱，病邪开始蔓延，导致疾病加重，此时谈氏给病人服用出自《丹溪方》的琥珀镇心丸。

《何氏济生论》卷五记载，琥珀镇心丸（琥珀5钱，龙齿（煅，研）、川连（酒炒）、朱砂、麦冬1两，天竺黄7钱，犀角、羚羊角（研）6钱，枣仁、远志、茯神5钱，石菖蒲5钱，麝香2钱，牛黄3钱，珍珠2钱，雄黄5钱，金箔40张（为衣）。炼蜜为丸，具有镇惊安神，清热凉血，开窍豁痰的功效。

4 三更用清气化痰丸

“夜半人气入脏，邪气独居于身，故甚也”。此老妇人本就气虚，及至三更，人体正气深入脏腑，更加不能抑制痰火之邪，于是上扰心神，导致病人全夜不睡。此时予以清气化痰丸，旨在清火化痰。方中黄芩清泻肺中实火，为君药。陈皮、枳实理气降逆，调畅气机，为臣药。佐以瓜蒌仁霜清热化痰，半夏、茯苓、胆南星燥湿化痰，苦杏仁化痰止咳。诸药合用，共奏清热化痰，降气止咳之功。

谈允贤对老妇人选择在傍晚和三更用丸剂，充分体现了其用药细腻之处。傍晚，按古代定义是日落之后星出之前的时段，一般是指19~21点，也就是戌时；三更是指子时指夜间11点至凌晨1点。相比白天，此时用丸剂，患者服药便捷且不易小便，尽量不影响睡眠。

睡眠由神所主，神出则寤，入则寐^[3]。心能藏神，血脉通达，阳能入阴，则睡眠正常。不寐即“出而不入、动而不静”，治疗的原则应使之阳入阴、动入静。该医案记载的老妇人脾肺脉洪大，当为痰火实证。有邪者，神为邪扰而不静，不静则不寐，乃实证也，去其病则寐矣。老妇年近七旬，久病耗气伤血，气血衰竭严重，营主血，血虚则无以养心，心虚则神不守舍，老妇人因横遭变故而悲思过度以致神魂不安，终夜不寐，此虚证也。治之宜以养营气为主。该案例本虚标实，当辨为心神失养，痰火扰心之虚实夹杂证。谈允贤用清气化痰丸清火热，人参膏补益虚惫的肺脾之气，八物汤养阴血，琥珀镇心丸镇惊安神兼清热凉血，开窍豁痰，四方合用去邪正安，老妇人不三月其症遂愈，后甚肥壮，寿至八十岁而终。

此案例反映谈允贤用药形式不拘一格，多方联用，因为患者病情复杂要考虑的因素较多，治疗用药不能面面俱到，多方联用避免了单一方剂中多种药物的混合使用，每一剂药都有明确重点，有的放矢，疗效更好。其二，谈允贤顺应天人合一的自然规律，用药时间点具有治疗的靶向性，起到了事半功倍的疗效。

参考文献

- [1]郑金生.明代女医谈允贤及其医案《女医杂言》[J].中华医史杂志,1999,29(3):153-156.
 - [2]罗思航,汪剑.明代女医谈允贤治疗不寐临证经验浅析[J].中国民族民间医药,2016,25(16):61-63.
 - [3]王辉武.老医真言[M].北京:中国中医药出版社,2014.
- (本文编辑:李海燕 本文校对:李群堂 收稿日期:2018-08-10)

徐嵩年教授治疗慢性尿路感染经验举隅[※]葛文姝 吕振雷 向玲 鲁珍珍 刘旺意 邓跃毅^{*}

(上海中医药大学附属龙华医院肾内科, 上海 200032)

摘要: 慢性尿路感染自古以来都是较为难治的疾病, 其有着迁延不愈、反复发作的特点。尿路感染在南方、北方治疗特点又大不相同。本文通过医案举隅总结龙华医院肾内科创始人徐嵩年教授治疗慢性尿路感染的临床经验。徐教授根据江浙特色因地制宜、因时制宜、因人制宜治疗慢性尿路, 使用中西医结合方法治疗尿路感染临床收到良好疗效。

关键词: 慢性尿路感染; 名医经验; 徐嵩年; 淋证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.029

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0068-02

Experience of Professor Xu Songnian in Treating Chronic Urinary Tract Infection

GE Wenshu, LYU Zhenlei, XIANG Ling, LU Zhenzhen, LIU Wangyi, DENG Yueyi

(Department of Nephrology, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China)

Abstract: Chronic tract infections have been difficult to treat since ancient times. They have the characteristics of protracted healing and recurrence. The characteristics of treatment of urinary tract infections in the south and in the north are very different. This article summarizes the clinical experience of the treatment of chronic urinary tract infection by Professor Xu Songnian, the founder of Longhua Hospital's Department of Nephrology. According to the characteristics of Jiangsu and Zhejiang, Professor Xu used the measures of local conditions, adapted to the times, and treated people with chronic urinary tract, treatment of urinary tract infections using integrated Chinese and Western medicine and received clinically bizarre results.

Keywords: chronic tract infections; experience of famous doctor; Xu Songnian; stranguria

慢性尿路感染是指急性患者迁延不愈, 病程超过6个月以上者, 但亦有无明显急性起病的阶段, 仅伴有低热、腰酸、腰痛、乏力等。若不积极治疗, 病程可持续达数年或数十年。徐老认为慢性尿路感染多为肾阴不足、湿热留恋所致, 辨证属肾虚或脾肾两虚为主, 治当标本兼顾。

1 基本治则

徐嵩年教授^[145]认为慢性尿路感染患者常反复发作, 其证常表现为体虚证实, 故临床上不能单用祛邪的清热消炎法, 而应辨明虚实。若见肾水不足或肝肾两亏者, 着重补阴; 脾肾阳虚者应予健脾温肾。在调整机体阴阳偏胜的基础上, 再用清热、消炎、利尿、渗湿的药物, 则往往能收到较好疗效。尤其是后期患者, 若应用调补脾肾之品, 则对减轻肾功能损害有一定的作用。

2 基本治法

徐老^[146]还认为慢性肾盂肾炎的经常复发, 可能与免疫有关, 因患本病的病人肾组织中有细菌抗原持续存在, 可在体内引起免疫反应, 使炎症继续发展。所以, 当治疗到症状减轻或消失, 尿培养细菌转阴时, 为了

防止复发, 仍需继续服药。以温补肾气合消炎药同用, 对消除炎症, 改善肾功能有一定帮助。

3 医案举隅

案1 黄某某, 女, 38岁干部。诊断: 慢性肾盂肾炎。1979年4月6日初诊: 患者于六年前有急性泌尿系感染史, 未彻底治愈, 绵延日久, 每因劳累复发, 外院诊断为慢性肾盂肾炎。面浮足肿, 小溲短赤, 腰痠腰痛, 时感少腹胀坠, 尿频尿急。尿培养无细菌生长, 血压140/80 mmHg。舌苔净, 脉濡数。此肾与膀胱热也。治当滋阴益肾, 清热利水。药物组成: 淮山药30g, 熟地黄15g, 山萸肉12g, 炙龟板15g, 知母9g, 黄柏9g, 牡丹皮12g, 泽泻12g, 猪苓16g, 肉桂3g(后煎), 杜仲15g, 核桃肉15g, 紫衣大蒜头6枚。

经治疗3周后, 一昼夜排尿可达1 300 mL左右, 面足浮肿消失, 腰部痠痛改善, 处方乃以培补肾气为上, 加用人参、当归, 炙甘草、枸杞子、补骨脂等, 方以大补元煎合青娥丸加减, 调理半年余, 体质康复, 2年后随访, 病未复发。

按: 上选病案为慢性肾盂肾炎, 致病因素由急性泌尿系感染所致。慢性肾盂肾炎的特征, 一般情况临床可无明显症状, 但常因反复感染而急性发作。因此培补肾气, 加强抵抗力, 免致复发为主要措施。方内山药、熟地、萸肉、龟板、杜仲、核桃肉培补肾气,

※ 基金项目: 国家中医药管理局国家中医临床基地业务建设专项科研课题【No.JDZX2015097】

* 通讯作者: sh_dengyueyi@163.com

丹皮、泽泻、知母、黄柏、肉桂、猪苓清热利水；再用紫衣大蒜头通阳为辅，对补肾、清利有协同作用。知母、黄柏是泌尿系疾病中常用的清热药物。前人认为，知柏除清热泻火作用外，还具有滋肾护阴的功能。凡因肝肾不足，相火偏亢所致的阴虚发热、梦遗精泄、筋骨痿弱、小便不利等症皆用之。方剂配伍有知柏地黄丸、大补阴丸、补肾丸、虎潜丸、滋肾通关丸等。实际上，知柏只能清相火之偏亢，并无滋肾护阴作用，它所以取得滋肾护阴效果，还是在清热的基础上取得的。且各方组成，本身均有滋补肝肾的药物，均适用于慢性病的治疗，与清热消炎治疗急性感染的药物有别。在治疗慢性肾盂肾炎时，处方变换不宜过快，一般以3~4周为宜，对已见效者应予守方，疗程一般应数月。

案2 王某某，男，43岁机关干部^[1]。诊断：劳淋、热淋。1979年7月21日诊：患者于今年3月初感腰疼和尿道麻木，尿常规：红细胞0~2只、白细胞0~2只，曾注射多种抗生素治疗，未能获效。目前症状：小便频数、排尿刺痛，溺后余沥，睾丸隐痛，腰痠，头晕耳鸣，寐差，口干不欲饮，大便干结，舌红苔腻，脉细滑。肾虚湿热下注，膀胱气不宣行。治以滋肾清热，通利膀胱。经诊治2月余，复查白细胞+，症状明显好转。但病情常因劳累反复发作，发病时排尿不畅、溺后余沥、睾丸作胀、少腹灼热、口臭恶心、舌红、脉细弦，前列腺液白细胞+++，宜清利行瘀治实，调养肝肾治虚。发病时治实，缓解时补虚。药物组成：党参12 g，白芍15 g，蒲公英30 g，炙甲片9 g，王不留行籽15 g，天花粉15 g，龙葵15 g，芙蓉叶30 g，鹿茸草30 g，牡丹皮9 g，海金沙草30 g，滋肾通关丸（包煎）12 g。上方经调治4月余，复查前列腺液3次，白细胞由+++渐减至10只左右，病情稳定。

按：慢性尿感，常因劳累而反复发作，不易根治，故属劳淋。劳淋应属虚症，但在发病期间、由于前列腺体炎变、瘀积，若施以滋养肝肾补虚，则不能取得较好效果，所以应按热淋施治。补虚治法只宜施于病情缓解之后，故本案处方是从祛邪治实着手，在清热通利之中加用炙甲片、王不留行籽、天花粉、鹿茸草等活血、行瘀、散结之品。在本方加减法中，也曾采用猫爪草消炎散结，对前列腺体炎变瘀积，亦能取得消散效果。本案善后调理用六味地黄丸合滋肾通关丸滋养肝肾，清利下焦。

4 结语

徐嵩年教授为龙华医院肾内科鼻祖，在上世纪八

十年代与陈以平教授一起创立肾病小组。累计数十年经验，他认为尿路感染系菌毒所致，故不论何型，一般均可配合清热、消炎、解毒之品，如能在用药中适当结合药敏试验，挑选对感染菌更有效的药物治疗，往往可提高疗效。如柴胡、黄芩、黄连、车前子、金银花、蒲公英、知母等，对大肠杆菌、变形杆菌等9种菌株有抗菌作用；地榆对绿脓杆菌有抑菌作用；马齿苋、败酱草、半枝莲、土茯苓、黄柏、大黄对控制大肠杆菌有效；按叶有广谱的抗菌作用。黄精含有抗菌物质，也有较广的抑菌谱，这些药物均可根据尿培养结果适当选用。慢性尿路感染转阴后仍需要养阴补肾治疗，采用药物如升麻、党参、淮山药、熟地黄、黄精、龟版、知母、黄柏、蒲公英、鹿角霜、芙蓉叶、龙葵、杜仲、核桃肉、补骨脂等相配伍，可以巩固疗效，免致反复。

徐嵩年教授作为龙华医院肾内科的创始人，一方面累积历代先贤及丁氏流派在治疗肾脏病方面的相关理论，另一方面也在不断创新，在上海中医肾病学科领域具有很高的声望，在全国中医界也确立了学术地位。徐嵩年教授在临床、教学和科研方面均有显著建树，他中医功底深厚，在肾病研究过程中，将中医经典古籍中相关领域的许多方药在临床中不断应用和验证。他从不墨守成规，提出了许多创新性的观点，其研究论文“水肿的治疗和应用”“非肾病型的慢性肾炎及顽固性蛋白尿的治疗规律探讨”“温肾解毒汤治疗肾功能衰竭”等，其学术专著《肾与膀胱证治经验》，在肾病学术界均产生了广泛的影响。本文简述了徐师运用自拟固肾方治疗蛋白尿的一些心得，徐老师认为顽固性蛋白尿大多可归属于中医学“水肿”或“虚损”范畴。因此在治疗时强调“固本培元”，重视三脏治疗。喜用温肾滋阴，培补肾元为主，兼以清热利湿。常用方剂如大补元煎、济生肾气丸、河车大造丸、大补阴丸等。现如今徐师治疗肾脏病的经验仍被后人大量使用^[2]，本文管中窥术，仅得徐老之皮毛，徐嵩年教授所创中医肾脏病诊疗体系对中医肾脏发展来说可谓贡献巨大，值得后辈所尊敬。

参考文献

- [1]徐嵩年,屠天纯.肾与膀胱证治经验[M].上海:上海科学技术出版社,1983:45-47.
- [2]王元,邓跃毅.从病因病机论治痛风性肾病的思路探讨[J].中国中西医结合肾病杂志,2013(4):375-376.

(本文编辑:李海燕 本文校对:陈万佳 收稿日期:2018-08-14)

胡志强教授临床应用继承和创新辨证思维的验案举隅

吴宏赞¹ 张继伟^{2*} 乔天慈³

(1 山东中医药大学附属医院脑病科, 山东 济南 250014; 2 山东中医药大学针灸推拿学院, 山东 济南 250355;
3 山东中医药大学中医学院, 山东 济南 250355)

摘要: 胡志强教授在临床实践中强调继承是创新的基础, 创新是继承的目的。本文以医案为载体, 补中益气汤治疗口渴案、苓桂术甘汤合加味肾气丸治疗脑积水案直用原方, 认证准确; 温病名方清暑益气汤治疗脑梗死案、平肝名方天麻钩藤饮治疗胸痹心痛案为不拘定法, 灵活用方; 舒天宁方治疗偏头痛案、石膏细辛汤治疗继发性三叉神经痛案则是继承创新, 自拟新方。从三个层次概括了胡志强教授师于古而不拘泥于古, 立足于“继承”, 着力于“创新”, 在继承中创新, 在创新中发展的辨证思维特点。

关键词: 继承和创新; 老专家经验; 医案; 胡志强; 口渴; 脑积水; 脑梗死; 胸痹; 偏头痛

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.030

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0070-04

Clinical Cases of Professor Hu Zhiqiang with the Application of Inherited and Innovative Syndrome Differentiation

WU Hongyun¹, ZHANG Jiwei², QIAO Tianci³

(1. Department of Encephalopathy, Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250014, China;

2. College of Acupuncture and Tuina, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China;

3. College of Traditional Chinese Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jinan 250355, China)

Abstract: Professor Hu Zhiqiang emphasizes that inheriting is the basis of innovation and innovation is the aim of inheriting. This article illustrates this topic by giving several clinical cases, which are divided into three parts. Firstly, regular prescription such as thirst cured by Buzhong Yiqi decoction, hydrocephalus treated with Linggui Zhugan decoction and modified Shenqi pill. Secondly, flexible use like cerebral infarction treated with Qingshu Yiqi decoction, cardiac angina relieved by Tianma Gouteng drink. Thirdly, original prescription such as migraine treated with Shutianning prescription, and secondary prosopalgia relieved by Shigao Xixin decoction. The three kinds of cases prove that prof. Hu learns from the ancient but is not limited with it, and she also pays high attention to inheritance and innovation in clinical differentiation.

Keywords: inheritance and innovation; expert experience; medical cases; Hu Zhiqiang; thirsty; hydrocephalus; cerebral infarction; chest obstruction; migraine

《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》提出:“把继承创新贯穿中医药发展一切工作, 正确把握好继承和创新的关系, 坚持和发扬中医药特色优势, 坚持中医药原创思维”, 并把“全面系统继承当代名老中医药专家学术思想和临床诊疗经验”作为一项重点任务。胡志强教授为山东省五级中医药师承教育带教老师, 山东省第二批名中医药专家, 从事神经内科临床工作30余年。跟师学习期间, 发现胡老师不仅系统掌握中医学理论, 继承前人经验, 而且结合个人临床实践探索, 不断创新。以临床处方为例, 一方面勤求古训, 直接应用经方、时方原方; 另一方面师古而不泥古, 推陈致新, 打破方剂常用领域的桎梏, 灵活用方, 并依据临床经验创立新方, 体现了继承和创新的辨证思维特色。本文结合跟师学习中的真实案例, 探析胡老师继承基础上创新的辨证思维方式的具体应用。

1 认证准确 直用原方

1.1 补中益气汤治疗口渴 患者女, 56岁, 2010年6月来诊。主诉口渴30余年。患者述自年轻开始一直感觉口渴, 饮水不能缓解, 少少饮水可以即刻短暂好转, 故频频饮水, 大量饮水又感觉饱胀胃中不适, 多思, 无心烦躁, 食量偏小, 二便正常, 惟体型偏瘦。曾经

反复查血糖、肝肾功能、免疫功能均正常, 颅脑、胸腹影像学检查未见异常。曾经服用中药治疗, 患者述多以养阴清热为主, 似乎有一定效果。舌淡红、苔薄白, 略干, 脉细弱。辨证为脾胃虚弱, 津不上承。处方: 黄芪30 g, 红参9 g (另煎), 当归9 g, 陈皮9 g, 升麻9 g, 柴胡9 g, 白术9 g, 炙甘草6 g, 水煎服, 日1剂。

二诊: 服药1周, 患者欣喜告知口渴明显好转, 无需反复饮水, 食量也略有增加。舌脉无明显变化, 舌苔干好转。加葛根12 g, 水煎服, 日1剂, 继服7剂。

按: 口渴一症, 往往从热盛和津伤两个方面论治。如《止园医话·口干》认为实证之口干、口渴, 必由于肺胃热蒸, 津液消耗, 治宜清凉或泻下药品; 而虚证口渴, 则以生津养阴之法。故患者之前服用中药是以养阴清热为主, 但是没有收到良效。胡老师根据患者体型偏瘦, 素体体虚, 食量偏小, 口虽渴但不欲大量饮水, 无发热、小便赤、大便干、舌燥或少苔之象, 结合患者对养阴清热治疗反应不佳, 辨证为脾胃虚弱, 津不上承。《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。”所以, 脾胃虚弱者水饮布散不足, 不能上承舌舌, 故觉口渴。予补中益气汤原方补中升阳泻火, 切中病机, 30余年口渴大为好转。二诊时遵《内外伤辨惑论·四时用药加减法》:“口干咽干者, 加葛根五

* 通讯作者: gongtongnuli2006@126.com



分,升引胃气上行以润之”,巩固疗效,后略有加减继续服药以收全功。

1.2 苓桂术甘汤合加味肾气丸治疗脑积水 患者女,70岁,2017年1月来诊。主诉行走不稳1月余。患者5个月前因蛛网膜下腔出血行弹簧圈栓塞术,术后逐渐出现行走不稳,健忘,颅脑CT提示脑积水。神经外科认为暂时无需手术,建议内科保守治疗,遂来就诊。来诊时患者双下肢无力、僵硬,行走困难,轮椅推入诊室。健忘,无明显头痛头晕,怕冷,纳可,小便清长,时有小便失禁,大便正常。舌淡红、苔薄白,脉沉细。患者主要症状缘于蛛网膜下腔出血,遵仲景“血不利则为水”之论断,结合现代颅脑CT检查,辨证为肾阳亏虚,水湿上泛于脑。治以温阳泄浊,活血利水为治法,给予苓桂术甘汤合加味肾气丸加减治疗。处方:茯苓15 g,桂枝15 g,白术15 g,车前子15 g(包煎),川牛膝12 g,炮附子6 g(先煎),熟地黄15 g,山药12 g,山萸肉12 g,泽泻15 g,牡丹皮12 g,猪苓12 g。水煎服,日1剂。服14剂后复诊,诉下肢无力症状好转,怕冷症状减轻,仍小便失禁,舌脉如前。效不更方,上方加桑螵蛸12 g、益智仁12 g补肾助阳,固精缩尿,枸杞15 g、杜仲15 g补益肾精,泽兰12 g、益母草12 g活血利水,改炮附子12 g(先煎)温肾阳。二诊后共服药30剂后电话随访,告知因是外埠患者就诊不便,仍坚持服药,现已无明显怕冷,可以缓慢行走,记忆力明显改善,偶尔出现小便失禁。嘱以丸药或膏方巩固疗效。

按:该患者由于蛛网膜下腔出血导致脑脊液循环通路不畅而出现脑积水。西医治疗本病常用方法是手术,即采取侧脑室腹腔分流术等,但易复发和感染。中医学有“解颅”一症,为婴幼儿脑积水,而对成人脑积水无明确记载。然而根据其主症,结合全身状况进行辨证论治,往往取得很好的效果。《素问·逆调论》称:“肾者水脏,主津液”,脑为奇恒之腑,肾阳虚水液蒸腾无力,代谢输布失常,水液浊邪留聚于脑,乘而为病。肾虚固摄无力,故见小便失禁;肾虚下肢失于滋养,故见行走困难。治疗上遵《证治要诀》:“病痰饮而变生诸证,宜以治饮为先,饮消则诸证自愈”和《金匱要略心典》:“饮留之处,阳气所不入也”。结合患者症状体征,肾阳虚衰为本,水饮留聚于脑为标,治疗时应标本兼顾。苓桂术甘汤为“病痰饮者,当以温药和之”的代表方剂,加味肾气丸出自《济生方》,用于治疗“肾虚腰重脚重,小便不利”。两方合用,患者症状略有好转。二诊时加强补肾填精和活血利水之力,症状持续好转,并以丸药继用。

患者病情复杂,虚实兼夹,单纯应用某一首方剂治疗,往往顾此失彼,难以取得满意疗效。两方或三方综合应用,可以更好地适应病情,取得满意疗效。

合方的功效将产生相加、协同与拮抗,能够拓广现有方剂的应用范围^[1]。

2 不拘定法 灵活用方

2.1 清暑益气汤治疗脑梗死 患者女,55岁,2015年7月来诊。主诉左侧肢体活动不利1天。患者连续3天在自家果园劳作,汗出较多,就诊前一天下午出现左侧肢体无力,头晕,恶心,无呕吐,无饮水呛咳,无言语不利,误认为是疲劳,未予重视。后左侧肢体无力症状逐渐加重,出现言语蹇涩、口角歪斜,遂来就诊。就诊时患者神志清楚,回答问题正确,言语不流利,左侧口角略低,吞咽时轻微呛咳,左侧肢体活动不利,自觉乏力、身热心烦、口渴,纳差,小便短赤,大便干结,舌红、少苔,舌下瘀斑明显,脉细数弱。既往有高血压病史,最高达200/120 mmHg,未规律服药,自感头晕时临时服用复方降压片或卡托普利片;有冠心病史,间断服用消心痛。否认糖尿病史,否认烟酒史。急查颅脑CT未见脑出血,双侧基底节区腔隙性脑梗死。中医诊断为中风病—中经络(气阴两虚),西医诊断为脑梗死。给予监测生命体征、抗血小板、康复等常规治疗,中药以《温热经纬》清暑益气汤加减:西洋参6 g(另煎),石斛15 g,麦冬15 g,黄连6 g,竹叶6 g,荷梗15 g,知母15 g,甘草6 g,粳米15 g(自备),西瓜翠衣30 g(自备),牡丹皮15 g,当归12 g,生大黄3 g(后下)。水煎服,日1剂。

二诊:初诊后行颅脑MRI检查示右侧放射冠区脑梗死。服药后患者症状未再出现加重,肢体活动、言语、吞咽功能恢复不明显,乏力、心烦、小便短赤好转,仍有自感发热、口渴、大便干结、舌红少苔。上方加赤芍15 g、丹参15 g凉血活血安神,鸡血藤15 g活血通络,生地黄、玄参各15 g养阴清热。继服7剂。

三诊时患者吞咽功能恢复,无明显心烦、发热、口渴等症状,薄白苔,舌下瘀斑,略有乏力、大便偏干。以养阴益气、活血通络为原则加减调理,约3个月患者肢体和言语功能完全恢复。

按:患者卒然起病,进行性加重,表现为半身不遂、口舌歪斜、言语蹇涩、吞咽呛咳,无神昏、昏愤等神志障碍,为中风病——中经络无疑。治疗时未使用中风病常用方剂,而是以因时制宜为指导,准确辨证。该病例使用《温热经纬》清暑益气汤的要点有三:一是7月发病,正值暑季;二是患者连续三天高温户外劳作史;三是临床表现有乏力、身热、心烦、口渴,小便短赤,大便干结,舌红少苔,脉细数弱,为气阴两伤之象。该患者舌下瘀斑明显,且属于西医血栓性疾病,许多医生往往不加辨证地给予活血化瘀治疗,清代韦协梦《医论三十篇》曾以形象比喻批判道:“譬如江河之水,浩浩荡荡,岂能阻塞?惟沟洫溪谷水浅泥淤,遂至雍遏。不疏导源江河,资灌输以冀流通,

惟日事疏凿，水日涸而瘀如故”。故本例给予养阴益气为主，活血凉血为辅，收到了较好效果。

据本草记载，许多养阴药本身具有活血化瘀的功效，如麦冬“通脉道”（《本草经疏》）、生地黄“逐血痹”（《神农本草经》）、玄参“直走血分而通血瘀”（《本草正义》）。现代研究^[2]也发现，养阴药物血清可明显拮抗内毒素诱导的血管内皮细胞的凋亡，同中医学认为养阴药能保护络脉，濡润脉道，消散瘀血的认识是一致的。

2.2 天麻钩藤饮治疗胸痹心痛 患者男，46岁，2016年11月来诊。主诉左侧胸前区发作性疼痛1年，加重1周来诊。患者1年前更换工作后逐渐出现左侧胸前区发作性疼痛，痛处固定，呈针刺样，自觉疼痛程度重，常因工作劳累和情绪激动诱发，舌下含化速效救心丸和硝酸甘油效果不佳，持续时间不定，严重时连续疼痛1~2天。无高血压、糖尿病史，无饮酒史，20多岁时就有3年左右的吸烟史，每天约20支，后戒烟。曾反复行心电图、心脏彩超、冠状动脉CTA检查，今年年初曾行心脏造影，均未发现明显异常，只有动态心电图提示活动后（一般是长时间行走）出现轻度ST-T改变。以冠心病多方就医，服用多种中西药物，检视患者既往服用中药的病历，多以瓜蒌薤白半夏汤、柴胡疏肝散、血府逐瘀汤或者以大剂量黄芪为主药加减应用，有效有无效，均无明显效果。来诊时患者仍以胸痛为主，眉头紧锁呈焦虑貌，自诉心烦、头晕、眼睛干涩，难以入睡，大便略干，舌红、苔薄黄，脉弦紧有力。“阳气者，烦劳则张”，患者常在工作劳累和情绪激动时诱发胸痛，结合症状，辨证属于肝阳上亢，给予天麻钩藤饮加减，天麻12 g，钩藤12 g，石决明30 g，杜仲12 g，川牛膝12 g，桑寄生12 g，栀子12 g，淡豆豉12 g，黄芩12 g，茯神15 g，首乌藤15 g，姜半夏9 g，厚朴12 g，苏叶12 g。水煎服，日1剂，共7剂。

二诊：胸痛次数和程度明显减少，焦虑情绪好转，无头晕，自诉从未感到这么轻松。大便干，舌红，苔薄黄，脉象绷紧感有缓和之势。上方加夏枯草12 g，玄参15 g，白芍15 g。水煎服，日1剂。

二诊后患者未再来就诊。后患者因面瘫来诊，询问胸痛情况，告知因工作繁忙没有再来复诊，自行按原方又服用14剂，胸痛偶有发作，不影响日常工作。

按：心绞痛属于中医学“胸痹心痛”范畴，一般从气虚、瘀血、痰浊、寒凝治疗，或补气，或活血，或豁痰，或散寒。然该患者经常规治疗，均无明显效果。通过对患者病情的详细审查，胡老师果断放弃治疗胸痹的常规方剂，根据足厥阴肝经“属肝，络胆，上贯膈”的循行特点，灵活采用治疗“肝厥头痛、晕眩、失眠之良剂”天麻钩藤饮加减。后检视《张聿青医案·肝火肝阳》，肝阳上亢可致喘证、自汗、胃痛、

咳嗽、奔豚、腰痛等诸多杂症。以半夏厚朴汤疏解肝郁，而不用柴胡疏肝散，在于避免柴胡升散阳气，加剧阳亢。辨证准确，用药精当，故可收到良效。

3 继承创新 自拟新方

3.1 舒天宁方治疗偏头痛 患者女，41岁。2005年6月来诊。主诉头痛反复发作16年，加重1年来诊。16年来头痛反复发作，常因劳累或生气后诱发，以左侧颞部为主，呈胀痛或搏动样疼痛，疼痛时伴恶心呕吐，畏光，需口服镇静药睡觉或服用止痛药物方能缓解。多次行头颅CT、MRI及脑电图等均无异常发现。近1年发作更加频繁，现每月发作4次左右，每次都需要服用止痛药。平素烦劳思虑，头晕，夜寐不安，纳可便干。舌质红，舌下瘀斑、苔薄白，脉弦细数。证属风阳扰动，瘀血阻络，脉络拙急。治拟平肝熄风，化痰祛瘀，通络止痛。给予自拟方舒天宁方加减：天麻12 g，卷柏12 g，珍珠母15 g，栀子12 g，白芷15 g，川芎15 g，枳实12 g，夜交藤15 g，合欢皮15 g，桃仁9 g，红花9 g。水煎服，日1剂。

二诊：服药14剂，头痛发作1次，程度明显减轻，未服止痛药，轻微恶心，无呕吐，睡眠改善，大便略通畅。效不更方，加细辛3 g祛风止痛，黄芩12 g清热平肝除烦，牡丹皮12 g凉血安神。

连服30剂头痛未再发作。以间断服用自制剂舒天宁颗粒巩固疗效。

按：偏头痛属于中医学“头风病”范畴。胡老师认为本病主要病机在于肝失疏泄，风火上扰，痰瘀阻络，据此确立“平肝熄风，化痰祛瘀，通络止痛”的基本治法。该案患者平素烦劳思虑，头晕，夜寐不安，“阳气者，烦劳则张”，故以平肝熄风为主；患者病程已10余年，《临证指南医案》反复强调：“初病在经，久病入络，以经主气，络主血……”“初为气结在经，久则血伤入络”“病久痛久则入血络”。舒天宁方由卷柏、天麻、珍珠母、栀子、白芷、川芎、枳实七味药组成，是胡老师从风、火、痰、瘀论治偏头痛的经验方。卷柏是胡老师治疗偏头痛常用药物，认为卷柏“从阴走阳，可调和阴阳，并引在里之病邪出于体表而去；味辛甘、性平，兼具温散行血通经、强阴益精之能，可疗宿疾之虚实夹杂；行于头项阳位，功可活血通络，可驱其外邪”^[4]，天麻与卷柏配伍，药性不寒不热，药效无峻攻峻补之弊端，既可平肝息风，又可祛风通络。因疗效显著，舒天宁方被批准为院内制剂，舒天宁颗粒（现名天麻止痛颗粒）已在临床应用20余年，具有减轻偏头痛疼痛程度、降低发作频率、提高生活质量的作用^[4-5]。

3.2 石膏细辛汤治疗继发性三叉神经痛 孙某，男，54岁。2016年10月初诊。自述患三叉神经痛2年。患者2年前开始出现左侧面部疼痛，以眼眶以下面部疼痛为

主,持续性灼痛,难以忍受,鼻翼及口角旁不能触碰,刷牙可诱发。询其治疗经过,曾经以为是牙痛而至口腔科治疗,后诊断为三叉神经痛,服用卡马西平0.1 g 每天3次控制疼痛。早期效可,近3个月来症状加重,卡马西平已加至0.2 g,每天3次只能减轻一时,疼痛减轻时仍有钝痛,遂来寻求中药治疗。查体发现左侧三叉神经分布区浅感觉减退,嘱行颅脑MRI检查,结果显示左侧桥小脑角区占位。患者拒绝手术,坚持要求中药治疗。症见左侧面部灼痛,拘急感,兼见心烦意乱,少寐,口苦咽干,尿黄便秘,舌红,苔黄腻,脉洪。乃仿《兰室秘藏》治眉骨痛不可忍之选奇汤,清热药配伍辛温散表药自拟石膏细辛汤。处方:生石膏30 g,细辛3 g,白芷15 g,川芎12 g,蔓荆子9 g,羌活15 g,萆薢12 g,白芍30 g,防风9 g,生甘草6 g。水煎服,日1剂。

二诊:患者服药7剂,疼痛程度减轻,疼痛间隔时间延长,其他症状变化不明显,加竹茹12 g、丹参12 g 清热化痰、安神活血。

三诊:再服14剂,患者已将卡马西平减为0.1 g,每天3次,面部无拘急感,神安眠可,腻苔已退,仍口渴、便秘,上方去白芍,加知母12 g,芒硝6 g养阴通便。

四诊:又服14剂,面部已无明显灼痛,以隐痛为主,间断服用卡马西平,大便通畅。予清热养阴、活血止痛为原则加减善后。

按:患者2年来被误诊为牙痛、原发性三叉神经痛,直到胡老师认真查体后发现患者存在三叉神经分布区感觉减退,考虑继发性三叉神经痛,之后颅脑MRI也证实了这一点。由此说明胡老师不仅中药辨证准确,疗效显著,而且查体认真仔细,具有严谨的工作作风和治学态度,反映了“大医精诚”的中医核心价值理念。三叉神经痛痛势剧烈,难以忍受,治疗应遵循急则治其标的原则,首先以止痛为主。石膏细辛汤以石膏清泄阳明实火,细辛、白芷、川芎、羌活、萆薢、防风辛温止痛,白芍配甘草酸甘化阴。患者虽表现为一派热象,但辛温发散药止痛作用优于辛凉解表药,因此以大队辛温解表药止痛为主,重用石膏制约其温热之性,二诊、三诊则根据症状加减个别药物。叶天士云:“至虚之处,便是留邪之地”,热清痰化、心神安之后,阴血亏虚之象渐显,并以清热养阴、活血止痛为善后之策。

参考文献

- [1]贾春华,王永炎,黄启福,等.张仲景合方理论研究[J].北京中医药大学学报,2006(10):653-657.
- [2]朱平,龚婕宁,许冬青,等.养阴药物血清对毒素诱导血管内皮细胞凋亡的影响[J].中医药学刊,2005(1):41-42.
- [3]郭延林,郭晓洁,吴宏赞.胡志强运用卷柏治疗头痛经验[J].山东中医杂志,2009,28(9):653-654.
- [4]胡志强,宋立公,梅彤.舒天宁冲剂治疗偏头痛的临床与实验研究[J].中国中西医结合杂志,2002,22(8):581-583.
- [5]胡志强,李东娜,吴宏赞.舒天宁颗粒对无先兆偏头痛患者生活质量的影响[J].河北中医,2011,33(7):971-973.

(本文编辑:李海燕 本文校对:胡志强 收稿日期:2018-08-07)

李丽萍主任医师治疗糖尿病胃轻瘫验案举隅

周 铭 韩文娟 王久玉

(河北省保定市中医院/糖尿病医院六病区,河北 保定 071000)

摘要:李丽萍主任认为糖尿病患者由于饮食不节,过食肥甘厚味,损伤脾胃;或因忧思、劳倦伤脾,导致脾气虚弱,健运失职,水湿内停,聚湿成痰;痰瘀热等滞于胃脘而生痞满,结于肠道则致便秘或泄泻。在临床工作中,除外器质性胃病,糖尿病胃轻瘫相当于中医的“痞证”。中医辨证属脾胃虚弱的常常选用香砂六君子汤合枳术汤加减治疗。属寒热错杂者常常选用半夏泻心汤合枳术汤加减治疗。

关键词:糖尿病;胃轻瘫;半夏泻心汤;香砂六君子;枳术汤;李丽萍;消渴

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.031

文章编号:1672-2779(2018)-23-0073-03

Experience of Chief Physician Li Liping in Treating Diabetic Gastroparesis

ZHOU Ming, HAN Wenjuan, WANG Jiuyu

(Baoding Hospital of Traditional Chinese Medicine/Ward Six of Diabetes Hospital, Hebei Province, Baoding 071000, China)

Abstract: Director Li thinks diabetics are not in the diet, eat fat Atsumi, damage spleen and stomach, or because of worry, Laojuan injury spleen, resulting in weak temper, health luck, water, wet into phlegm, phlegm and stasis heat stagnation in the stomach and the swelling, knot in the intestine is caused by constipation or diarrhea. In the clinical work, except for organic gastropathy, diabetic gastroparesis is equivalent to the syndrome of Chinese medicine. Traditional Chinese medicine syndrome differentiation is the weakness of the spleen and stomach is often selected Xiangsha Liu junzi decoction and Zhizhu decoction treatment. It is often used to treat the patients with cold and fever by using Pinellia ternate decoction combined with orange.

Keywords: diabetes; gastroparesis; Banxia Xiexin decoction; Xiangsha Liu junzi decoction; Zhizhu decoction; Li Liping; consumptive thirst

40年来,随着我国人口老龄化与生活方式的变化,糖尿病从少见病变成一个流行病,患病率从1980年的0.67%飙升至2013年的10.4%^[1]。糖尿病胃轻瘫是糖尿病

消化系统自主神经病变常见的症状。糖尿病患者,如呕吐宿食、空腹时腹部有振水音。体检可见胃区胀满,可闻及振水音,即可疑诊糖尿病胃轻瘫。胃肠钡餐检查

时,钡剂在4 h后仍存留50%,或6 h后仍未排空;胃镜检查见胃腔大量宿食潴留均为本病之佐证;核医学相关技术测定胃排空可进一步诊断。应注意与器质性胃潴留鉴别。典型症状为腹胀、早饱、厌食、嗝气、恶心、呕吐、体重减轻,症状通常在餐后较为严重^[2]。目前,糖尿病胃轻瘫的发病机制尚未完全阐明,探讨最多的发病原因主要包括自主神经病变、平滑肌变性、胃黏膜微血管病变、高血糖直接抑制消化道的运动和糖尿病所致胃肠激素失调;诸多因素造成胃体、胃窦运动低下,胃节律失常,不协调的胃窦、幽门、十二指肠运动及幽门痉挛,从而使胃内食物进入十二指肠受阻,使胃排空时间延长,使得胃内液体和团块食物潴留,因而出现早饱、上腹疼痛,恶心、呕吐、腹胀等症状。中医文献中无糖尿病胃轻瘫的病名,多根据其主要临床症状归入“痞满”“呕吐”“反胃”“嘈杂”等范畴^[3]。

李丽萍主任医师对糖尿病胃轻瘫的诊治有自己独特的理解、应用与很好的疗效。糖尿病胃轻瘫的中药治疗是在检查、化验排除器质性胃病,并结合胃动力等检查确诊后使用。糖尿病患者由于饮食不节,过食肥甘厚味,损伤脾胃;或因忧思、劳倦伤脾,导致脾气虚弱,健运失职,水湿内停,聚湿成痰;痰瘀热等滞于胃脘而生痞满,结于肠道则致便秘或泄泻。李主任在临床工作中中医辨证属脾胃虚弱的常常选用香砂六君子汤合枳术汤加减治疗,属寒热错杂者常常选用半夏泻心汤合枳术汤加减治疗。现有两个典型病例分享给大家。

案1 患者男性,47岁,于2012年11月5日初诊,糖尿病史9年,目前应用胰岛素治疗,最近一年间断出现胃胀、纳差,近半月症状加重。刻下症:胃脘痞满,时有嗝气,不思饮食,恶心欲吐,大便稍干。舌暗红、苔黄腻,脉弦滑。面色少华,形体消瘦,言语无力。理化检查未见明显异常。予半夏泻心汤合枳术汤加减治疗。药物组成:清半夏10 g,黄连10 g,黄芩10 g,党参10 g,炒枳实15 g,炒白术15 g,旋复花15 g,代赭石15 g,苏梗10 g,陈皮10 g,炙甘草6 g,生姜5片,水煎服。日1剂,共5剂。患者服药5剂后腹胀、恶心欲吐症状明显好转,未继续服药,症状再度加重,腹胀、恶心欲吐,不能进食,4日无大便。11月14日复诊。加酒军6 g。后以此方加减共用药四周,腹胀、嗝气等症状消失,饮食、大便正常。

案2 患者男性,53岁。糖尿病10年,胃胀、烧心、泛酸1个月。现诺和龙1 mg 口服3/日,血糖稳定。刻下症:胃胀,大便先干后稀,日1次,烧心、泛酸。舌质红、苔白腻,脉弦滑。胃镜检查:禁食1晚,胃腔内存在残留物,而未发现结构性梗阻。予香砂六君子汤合枳术汤加减治疗。药物组成:党参10 g,黄芪30 g,茯苓10 g,白术15 g,香附10 g,砂仁5 g(后下),黄连10 g,蒲公英30 g,浙贝母15 g,乌贼骨15 g,丹参30 g,

枳实15 g,葛根30 g,焦四仙各15 g,陈皮6 g,炙甘草6 g。水煎服,日1剂,共14剂。上方加减化裁,继服28剂后,胃胀,烧心等症状消失。

总结:李东垣在《脾胃论》中曰:“呕吐啰皆属脾胃虚弱,或寒热所侵,或饮食所伤,致气上逆而食不得下”;糖尿病胃轻瘫证属本虚标实,由消渴日久,耗伤脾胃之气。脾胃虚弱,运化无力,升降失调,胃失和降而致^[4]。消渴患者多有饮食不节史,如甘肥之偏嗜,酒醴之恣啖,致脾胃受困,湿浊中阻;病程日久患者多心情不畅,肝郁气滞,肝气亦可犯胃;初病时多责之胃热肺燥,频投清热泻火、滋阴润燥之剂,致脾胃屡遭戕害,中气不足,都进一步影响了脾胃升降健运之职。

半夏泻心汤是张仲景的经典名方,它源于《伤寒论》154条:但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之,宜半夏泻心汤。《金匱要略》呕吐啰下利篇:呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之。吴昆《医方考》卷一:“伤寒下之早,胸满而不痛者为痞,此方主之。伤寒自表入里,……若不治其表,而用承气汤下之,则伤中气,而阴经之邪乘之矣。以既伤之中气而邪乘之,则不能升降清浊,痞塞于中,如天地不变而成否,故曰痞。泻心者,泻心下之邪也。姜、夏之辛,所以散痞气;芩、连之苦,所以泻痞热;已下之后,脾气必虚,人参、甘草、大枣所以补脾之虚。”《伤寒论·辨太阳病脉证并治》:“但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之,宜半夏泻心汤。”可见半夏泻心汤是治疗痞证的,是因脾胃升降失职,寒热错杂之邪阻遏中焦所致,以心下痞满不痛,呕吐,肠鸣为辨证要点。治法:和中降逆消痞。组成:半夏半升、黄芩三两、干姜三两、人参三两、黄连一两、大枣12枚、炙甘草三两。方中既用黄连苦寒泄热,又用姜、夏辛温散寒,更佐以人参、甘草、大枣补益脾胃。为辛开苦降,寒温互用,阴阳并调之剂,能够恢复中焦升降,消除痞满。本方为治疗中气虚弱,寒热错杂,升降失常而致肠胃不和的常用方;又是体现调和寒热,辛开苦降治法的代表方。临床应用以心下痞满,呕吐泻利,苔腻微黄为辨证要点。

香砂六君子汤来源《古今名医方论》。功用:益气健脾,行气化痰。主治:脾胃气虚,痰阻气滞证。呕吐痞闷,不思饮食,脘腹胀痛,消瘦倦怠,或气虚肿满。组成:人参一钱、白术二钱、茯苓二钱、甘草十分、陈皮八分、半夏一钱、砂仁八分、木香七分、加生姜二钱,水煎服。用于治疗气虚痰饮,呕吐痞闷,脾胃不和,变生诸证者。[集注]柯琴曰:经曰:壮者气行则愈,怯者着而为病,盖人在气交之中,因气而生,而生气总以胃气为本,若脾胃一有不和,则气便着滞,或痞闷啰呕,或生痰留饮,因而不思饮食,肌肉消瘦,诸证蜂起而形消气息矣,四君子气分之总方也,人参致冲和之气,白术培中宫,茯苓清治节,甘

草调五藏，胃气既治，病安从来，然拨乱反正又不能无为而治，必举大行气之品以辅之。则补者不至泥而不行，故加陈皮以利肺金之逆气，半夏以疏脾土之湿气，而痰饮可除也，加木香以行三焦之滞气，缩砂以通脾肾之元气，而赅郁可开也，君得四辅则功力倍宣，四辅奉君则元气大振，相得而益彰矣。现代药理研究：香砂六君子汤能抑制胃黏膜瘀血、水肿等病理变化，减轻炎细胞浸润，减少上皮化生；能较好地拮抗胃黏膜的慢性损伤；促进胃液分泌，显著提高胃液游离酸度的排出量；增加已减少的胃窦C细胞，改善胃肠道的内分泌功能，还能调节细胞免疫及体液免疫功能。香砂六君子汤能抑制胃酸及胃蛋白酶分泌，有利于反流性胃炎的治疗；可延缓H⁺自胃腔向黏膜内的弥散，并阻止碳酸氢盐自上皮细胞表面向胃腔内的移行，从而保护胃黏膜，使其免受损伤。香砂六君子汤水煎液对胃黏膜出血有显著的治疗效果，对胃黏膜损伤有促进自愈的疗效，且呈时效关系，治疗作用快速、高效。

临床中患者常诉胃脘有东西堵着，不往下走。《金匱要略》水气病脉证并治篇说：“心下坚，大如盘，边如旋盘，水饮所作，枳术汤主之”。所以一般应用半夏泻心汤合枳术汤。枳术汤由枳实、白术两味药组成，枳实苦泄消痞，降气破积；白术补气健脾化饮。临床呕吐明显者生姜易干姜，增强止呕效果；脾胃虚弱明显的，用枳壳易枳实。伴烧心泛酸者加乌贝散：乌贼骨30 g，浙贝母15 g。大便干结者加大黄、厚朴、火麻仁。兼胁胀者，加柴胡、白芍；幽门螺杆菌阳性者，加蒲公英30 g；瘀象明显者加丹参。

参考文献

- [1]中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[J].中国实用内科杂志,2018,38(4):292-344.
- [2]陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:770-771.
- [3]白维华,王跃峰,王堃,等.糖尿病胃轻瘫针刺治疗研究简况[J].实用中医内科杂志,2014,28(3):156-157.
- [4]葛佳伊,郑士立,宋丰军.针刺治疗糖尿病胃轻瘫30例[J].江西中医药,2010,41(2):55-56.

(本文编辑:李海燕 本文校对:高颜华 收稿日期:2018-08-21)

田金洲教授治疗帕金森病便秘的临证经验

胡皓

(北京市丰台区蒲黄榆社区卫生服务中心中医科,北京 100075)

摘要:帕金森病是常见的神经系统变性病,其临床症状分为运动症状和非运动症状,其中非运动症状是导致帕金森病晚期致残和生活质量恶劣的重要因素。便秘是帕金森病常见的非运动症状之一。田教授致力于神经变性病的中西结合治疗,运用中医中药手段治疗帕金森病便秘疗效显著。笔者师从田金洲教授,本文对田教授关于帕金森病便秘的病因病机、发病基础、辨证分型特点、临床用药经验进行简要归纳总结,并整理两则典型临床医案介绍其病证结合的学术特色和临证经验。

关键词:帕金森病;非运动症状;便秘;田金洲;临证经验;颤证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.032

文章编号:1672-2779(2018)-23-0075-03

Clinical Experience of Professor Tian Jinzhou in Treating Parkinson's Constipation

HU Hao

(Department of Traditional Chinese Medicine, Puhuangyu Community Health Service Center, Beijing 100079, China)

Abstract: Parkinson's disease is a common neurodegenerative disease. Its clinical symptoms are divided into motor symptoms and non-motor symptoms, in which non-motor symptoms are important factors resulting in terminal physical disability and low quality of life of Parkinson's disease. Professor Tian is committed to treating the neurodegenerative diseases by using Chinese and Western combination therapy, the use of traditional Chinese medicine to treat constipation which caused by Parkinson is remarkable. The author learn from Professor Tian Jinzhou, This article briefly summarizes Professor Tian's experience about the pathogenesis, dialectical classification and Clinical medication of Parkinson's constipation, and organizes two typical clinical cases to introduce his characteristic concepts and clinical experiences which combined disease with syndrome.

Keywords: Parkinson's disease; non-motor symptoms; constipation; Tian Jinzhou; clinical experience; tremor syndrome

帕金森病是常见的神经系统变性病,以黑质多巴胺能神经元进行性退变为病理生理特征^[1]。据统计,每10万人口帕金森病的患病率为10~405人,有报道指出,帕金森病在发病的10~15年内可以导致患者明显残障^[2]。帕金森病临床呈缓慢进展性,以静止性震颤、运动迟缓、肌强直及姿势步态异常等运动症状为主要特征。此外还可累及消化系统、感觉系统及自主神经系统,从而出现焦虑、失眠、嗅觉减退、便秘、尿频等非运动症状,这些非运动症状的出现不仅与年龄的增长、

疾病的进程有关,也与帕金森病的药物副作用相关。临床研究表明,非运动症状是导致帕金森病晚期致残和生活质量恶劣的重要因素。西医治疗尚不能很好地控制。因此寻求有效的中医治疗以补充西医治疗的不足成为临床研究的热点。

便秘是帕金森病最常见的非运动症状之一,国外研究报道表明,超过70%的帕金森病患者伴有便秘^[3]。国内有资料显示其发病率可达67%,而且便秘甚至可以早于帕金森病的运动症状的出现^[4]。田金洲教授是第

四批北京市级名老中医和第五批国家级名老中医,致力于神经变性病的中西医结合治疗,田教授运用中医手段改善帕金森病患者的非运动症状,疗效显著。现总结田教授治疗帕金森病常见非运动症状便秘的临证经验,列其大要,供同道参考。

1 病因病机

帕金森病属中医颤证范畴,病位在脑,涉及肝、肾、脾。现代医家认为,本病属本虚标实,肝肾不足,气血两虚。脑髓失充为本,痰、火、瘀为标。田教授认为,帕金森病临床表现多为虚实夹杂,在疾病的不同阶段表现痰浊、火热、腑实等邪实症状,即出现多种非运动症状。

现代医学认为,帕金森患者存在肠神经系统变性,影响胃肠道的运动和分泌,导致胃肠运动减弱、结肠运输延迟,从而发生便秘^[5-6]。有学者研究发现,帕金森病患者抑郁与便秘症状呈显著的正相关,这可能是由于精神心理因素(抑郁)通过大脑皮质影响到下丘脑以及自主神经系统,引起机体条件反射障碍,高级中枢对副交感神经的抑制增强,使肠壁交感神经活动增强,导致便秘发生^[7]。中医学认为,饮食不节、情志失调或者体弱劳伤易致脾胃运化失司,大肠传导功能失常,糟粕滞于肠道,积聚过久,则便质坚硬干涩,难出于魄门,发为便秘^[8]。历代医家认为,内伤饮食情志、房事劳逸过度等皆可导致便秘。《圣济总录·大便秘涩》载:“大便秘涩,盖非一证,皆营卫不调,阴阳之气相持也。”指出营卫失调常自汗出,津液不能自还大肠,津枯失濡,传导失职,是致便秘的病因病机。便秘的发生,属于大肠的传导功能失常,与肺、脾、胃、肾有密切关系^[9]。因体质的不同,老年便秘中医证型分布与年轻人亦不同。

田教授认为,虽帕金森病的病机较为复杂,但肝肾阴亏是发病基础。便秘的发生与帕金森病患者年老体衰,肝肾阴虚、气血虚损,津液不足,易痰热动风的生理特点有关。肾精亏损,肠道干涩或津液耗伤,燥热内结,或七情不和,化火伤津,肠道失润而为便秘。久病正气亏虚,气机呆滞,传导功能减弱,亦可影响津液输布,出现血虚津亏,排便艰涩。

田教授提出,心主血对便秘的发生起到重要作用,心之气血不足,一不能上济于脑,髓海无血以养,久而久之,阴液缺乏,长期脑力劳动而缺乏必要的身体锻炼者,经络血脉不活,气血运行不畅,易造成脑失所养。二是母病及子,脾依赖于心,临床常见思虑伤心脾,劳倦伤心脾,脾气不足引发胃肠运化无力,发生便秘,这往往被临床忽视。田教授强调,心脾同论,引发便秘,其理论依据有二,其一,《素问·阴阳别论》中“二阳之病发心脾,有不得隐曲,女子不育,其传为风消,其传为息贲者,死,不治”。对于这段原文的注释,尚无统一解释,关于“心脾”和“发”,历代医家

多有用争议^[9]。田教授认为,“二阳”即足阳明胃与手阳明大肠。“发”则沿用张景岳的解释,《类经》中提到“盖胃与心,母子也,人之情欲本以伤心,母伤则害及其子。胃与脾,表里也,人之劳倦,本以伤脾,脏伤则病连于腑,故凡内而伤精,外而伤形,皆能病及于胃,此二阳之病,所以发于心脾也”,“发”为“发于”之意。“心脾”即心脾的五脏功能,即心脾因劳倦、思虑发病,而病及于胃肠,出现便秘。脾胃居于中焦,脾升胃降,胃主受纳,脾主运化,为后天之本。脾病则运化失常,脾气不升,胃气不降,出现呕恶,腹胀,大肠的传导功能也受到影响,或水湿不化致泄泻,或推动无力,大便难解。其二,《素问·阴阳应象大论》:“清阳出上窍,浊阴出下窍;清阳发腠理,浊阴走五脏;清阳实四肢,浊阴归六腑。”这既是对脾胃病病机的阐述,也是对脾胃病症状的概括。气虚则中焦脾胃升降浊的功能出现障碍,引发诸多系统症状。

2 辨治特点

便秘一证,古书所载有风秘、气秘、虚秘、热秘、冷秘之分。有研究发现,帕金森病便秘在女性和高龄患者中的发生率高^[10-11]。田教授强调,临证必须辨识患者体质,抓住主要病机,才能收到远期疗效。参照2008年中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》,临床中对于帕金森病患者便秘以阴虚证和气阴两虚证为主。阴虚证以大便干结,排出困难,状如羊屎,二至三日以上不大便,口干少津,舌红少苔,脉细数为基本特点。治疗以滋阴生津,养血润燥为基本原则。用药以吴鞠通《温病条辨》增液汤为基础方,增液、润燥、通便。气阴两虚证以大便艰难,排便不畅,临厕无力努挣,挣则汗出气短,面色少华,神疲气怯,舌淡苔白,脉弱为基本特点。治疗以益气健脾,滋阴润燥为基本原则。用药以补中益气汤合增液汤为基础方,根据兼证配伍治疗,重用黄芪、白术,临床收效甚捷。田教授强调,帕金森病便秘的治疗应重视扶正培本,以缓图其功。调理脾胃以助后天之本,延缓胃肠功能的衰退。曾有人对332例功能性便秘患者进行量化临床研究,发现功能性便秘以脾肾阳虚、肺脾气虚证型为最多。这与病情迁延和患者滥用泻剂(多为蒽醌类泻剂,苦寒),耗气伤精,损及机体气血阴阳有关^[12]。

生地、玄参、麦冬,三药合用性均属寒而质润,相辅相成,共奏润肠通便之功。临证根据病情常配伍柏子仁、火麻仁、白芍等。若为气虚津亏,排便无力,存在肠道传导缓慢,须配以党参、黄芪、白术等补气药物。若兼有燥热,则宜导积益津,配以枳实、厚朴。年高肾虚,命门火衰,开阖失职者必用肉苁蓉。

田教授强调,不能妄用通利攻下,治病必究其源,对于帕金森病患者而言更是如此。大黄、番泻叶、芦

荟、元明粉之类，更损其津液，使燥结更甚。临床研究表明。刺激性泻药包括果导片、大黄等，其可刺激肠道壁，增加肠蠕动，但可降低肠道壁敏感性，破坏肠壁神经元，引起结肠黑变、结肠癌等不良反应^[13]。临床见到长期依靠牛黄系列寒凉成药或含有泻热导致、刺激性成分的通便药物排便的患者，均表现出舌质淡紫，苔白的中焦阳气受损征象。田教授认为，盲目追求效果，长期服药通便药物，这也是导致顽固性便秘的重要原因，药物有多凉，大便就会有多难，一旦形成对刺激性药物的依赖，调治起来疗程也会延长。

案1 姜某，女，69岁。2016年2月2日初诊，既往帕金森病病史3年。反复便秘4年，便行艰难，大便头干，4~5天1次，经许久努力可解出大便，腹微胀不痛，乏力气短，腰痛腿麻，舌淡苔白，脉沉无力。辨为脾虚不运，药用：黄芪50g，生白术30g，当归30g，白芍20g，元参20g，生地黄30g，枳实12g，肉苁蓉20g，稀莪草20g，生甘草6g，服药14剂。

二诊：便秘改善，2日1行，排便较前有力，后改生地为熟地，加山萸肉、石菖蒲，继续服药。1月后复诊时，黄芪已用至60g，生白术30g，此时大便可1日1行，便行较易。

案2 魏某，男，72岁。2017年2月初诊，既往帕金森病病史7年。便秘1年，曾服蜂蜜、芦荟胶囊、麻仁润肠丸等无效。症见神疲乏力、倦怠气短、口咽干燥、失眠，大便5日1行，头硬，每次需要开塞露。舌淡紫苔白，脉细弱。辨证为脾气虚弱、阴津受损：治以益气健脾、养阴生津。处方：生白术30g，生黄芪30g，党参15g，黄精20g，元参20g，当归15g，木瓜15g，桃仁15g，肉桂3g，陈皮10g，远志12g，夜交藤20g。水煎服，每日1剂，14剂后诸症减轻，大便3日自行排便1次。继服上方调治1月，大便2日1次，已停用开塞露。

3 体会

有研究表明，帕金森病的临床证型以髓减、阴虚及气虚最常见，早期髓减、阴虚较突出，而气虚次之^[14]。便秘是帕金森病常见的非运动症状之一，正常情况下，人体处于“阴平阳秘”的平衡状态，则消化排泄正常。一旦阴阳失调，则寒热失衡，虚实偏执，便秘生焉。归根结底，脏腑功能失调、气血津液紊乱、结直肠传导功能失常发为便秘。

在治疗上，田教授以增水行舟和益气为根本治法，从未使用苦寒泻下之品。因苦寒泻剂，最易伤人中气，损耗津液，使中气伤而肠道蠕动减弱，津液耗而失濡润滑利，致越泻越秘，久而久之，不服则不能自行排便。古代医家有言：“大抵治病必究其源，不可一概再巴豆、牵牛之类下之，损其津液，燥结愈甚”“如妄以峻利药逐之，则津液走，气血耗，虽暂通而即秘矣”。

临证益气通便，是寓泻于补，用补药之体，作泻

药之用，既可通便，又可防虚。重用黄芪、生白术健脾益气，脾健能为胃行其津液，益气则能生津。现代药理研究表明，白术能够影响实验动物的肠道微生物及酶的活性，从而发挥调节肠道功能的作用^[15]。增液汤滋阴润下，三药均为多汁之品，共起增水行舟之用。枳实消积除痞，生津润肠，通而不泻，配伍恰到好处，疗效满意。当归、白芍、桃仁滋阴补血润肠。药理研究，白芍对便秘模型小鼠有显著的通便作用，这一效果主要通过降低结肠血管活性肠肽及水通道蛋白4的表达，从而降低肠道平滑肌张力，减少粪便下行阻力^[16]。

笔者侍诊中观察发现，5日以上排便者多伴有口臭、食减、头晕、夜寐不安，此即脾胃升降浊功能失调。田教授强调，对于胃失和降者，适当配伍健脾助运、升清之品，能提高疗效，对于偏气虚便秘者，使用健脾益气升清之剂，能清升浊降，恢复大肠传导功能。田教授治疗帕金森病便秘往往用药简单，药简力专，加减灵活，见效迅速。

综观田教授辨治帕金森病的非运动症状便秘，其特色有：（1）辨证思路清晰，抓症状特点，从“阴虚”“气阴两虚”分治。（2）药简力专，疗效突出。（3）以虚证论治，通补兼施。（4）拒绝苦寒泻下，不伤正气，具远期效果。总结田教授的临床经验，探索其治疗思路和用药特点，发挥中医优势，不失辨证论治的靈魂。

参考文献

- [1] Poewe W, Seppi K, Tanner CM, et al. Parkinson disease[J]. Nat Rev Dis Primers, 2017(3):17013.
- [2] 陈婉珉, 郑春叶, 连新福. 100例帕金森病患者中医证候要素及证型分布规律[J]. 中医杂志, 2012, 52(3):214-217.
- [3] 赵芳芳, 朱红灿, 李春, 等. 帕金森病和便秘的关系[J]. 临床神经病学杂志, 2014, 27(4):251-254.
- [4] 李金容, 陈倩, 陶文强. 二白汤治疗帕金森病相关便秘的临床疗效观察[J]. 河北中医, 2017, 39(9):1337-1339.
- [5] Salat-Foix D, Suchowsky O. The management of gastrointestinal symptoms in Parkinson's disease[J]. Expert Rev Neurother, 2012(12): 239.
- [6] 王永炎, 张伯礼. 中医脑病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007:714.
- [7] 唐伟峰, 唐晓军, 杨巍. 功能性便秘的中西医研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(6):880.
- [8] 张伯礼, 薛博瑜, 唐农, 等. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 194-198.
- [9] 常虹, 王栋, 张光霁. “二阳之病发心脾”之“二阳”新解[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(11):3366.
- [10] Martinez-Martin P, Falup Pecurariu C, Odin P, et al. Gender-related differences in the burden of non-motor symptoms in Parkinson's disease[J]. J Neurol, 2012(2598):1639.
- [11] Zhou MZ, Gan J, Wei YR, et al. The association between non-motor symptoms in Parkinson's disease and age at onset[J]. Clinical neurology and neurosurgery, 2013(115):2103.
- [12] 杨勇, 丁曙晴, 杨光, 等. 功能性便秘中医证候与症状严重度的量化研究[J]. 南京中医药大学学报, 2015, 31(1):24-27.
- [13] 吴菁. 益气补肾方治疗老年性便秘43例临床研究[J]. 山东中医杂志, 2017, 36(12):1051.
- [14] 靳昭辉, 田金洲, 时晶, 等. 帕金森病中医证候特征研究[J]. 云南中医学院学报, 2014, 39(6):23-24.
- [15] 谭周进, 吴海, 刘富林, 等. 超微七味白术散对肠道微生物及酶活性的影响[J]. 生态学报, 2012, 32(21):6856-6863.
- [16] 方圆之, 高杰. 白芍的通便作用及其对便秘小鼠结肠 AQP4、VIP 表达的影响[J]. 山东中医杂志, 2017, 36(1):62-65.

(本文编辑:李海燕 本文校对:毛大鹏 收稿日期:2018-08-14)

诸云龙教授治疗膝关节骨性关节炎经验之谈

许治国¹ 许志远²

(1 河北省唐山市中医医院疼痛科, 河北 唐山 063000;
2 华北理工大学附属医院中西医结合科, 河北 唐山 063000)

摘要: 本文旨在对诸云龙教授治疗膝关节骨性关节炎的临床经验进行总结, 诸云龙教授以擅长针药结合治疗骨关节病著称, 有扎实的中医理论基础和丰富的临床经验, 认为膝关节骨性关节炎多属中医痹症中的骨痹^[1], 中医基本病机“瘀血痹阻经络”, 治疗上重视补肝肾, 壮筋骨, 活血化瘀为治疗原则, 导师根据不同的病机特点, 采用针药结合的治疗方法, 临床上效如桴鼓。

关键词: 诸云龙; 膝关节骨性关节炎; 痹症; 补肝肾; 壮筋骨; 活血化瘀; 针刺; 针药结合

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.033

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0078-03

Experience of Professor Zhu Yunlong in Treating Knee Osteoarthritis

XU Zhiguo¹, XU Zhiyuan²

(1. Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Tangshan 063000, China;

2. Department of Integrated Medicine, Affiliated Hospital of North China University of Technology, Hebei Province, Tangshan 063000, China)

Abstract: This article aims to summarize Professor Zhu Yunlong's clinical experience in the treatment of knee osteoarthritis. Professor Zhu Yunlong is known for his expertise in the treatment of osteoarthritis with acupuncture and medicine. He has a solid theoretical foundation of TCM and rich clinical experience. Knee osteoarthritis is mostly osteophytes in traditional Chinese medicine sputum, the basic pathogenesis of traditional Chinese medicine "small blood stasis and obstruction of meridians", treatment of liver and kidney, strong bones and muscles, blood circulation and phlegm as treatment principles, according to different tutors. The characteristics of the pathogenesis, the combination of acupuncture and medicine treatment methods, clinical effects such as gongs and drums.

Keywords: Zhu Yunlong; knee osteoarthritis; arthromyodinia; tonifying liver and kidney; strengthening the bone; activating blood circulation to dissipate blood stasis; acupuncture, acupuncture combined with medicine

诸云龙教授, 国家人事部、卫生部、国家中医药管理局确定的“全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师”、中华中医药学会脾胃病分会学术顾问、香港国际丹溪中医药研究会常务理事、河北省中医药学会内科分会副主任委员、河北省针灸学会副会长, 曾任唐山市中医院副院长, 2011年被评为“河北省针灸大师”。

1 病因病机

诸云龙教授认为中医学“痹症”“骨痹”“筋痹”大致与西医膝关节骨性关节炎相对应。以膝关节疼痛为主症, 轻者仅感疼痛、屈伸、起步艰难, 重者则疼痛剧烈, 入睡时痛醒, 不能屈伸, 而且出现关节变形^[2]。纵观古今文献, “瘀”在“痹”的形成过程中起到重要的作用, “瘀”的状态贯穿于痹症之始终。《素问痹论》曰: “病久入深, 营卫之行涩, 经络时疏, 故不通。”^[3]《素问举痛论》曰: “经脉流行不止, 环周不息。寒气入经而稽迟, 泣而不行……故猝然而痛。”^[4]《素问痹论》曰: “痹在于脉则血凝而不流。”^[5]故曰: “痹者闭也”, 瘀血内阻, 经脉气血闭阻不通, 不通则痛, 痹症乃成。膝关节骨性关节炎多因瘀而致, 结合现代医学理论, 骨关节炎之滑膜变厚及增殖^[6], 都属于“瘀”, 其血液之高凝状态和微循环障碍, 显然也属于“瘀”的表现。

诸云龙教授认为膝关节骨性关节炎^[7]之病位主要在肝肾, 其病因主要是肝肾亏损, 慢性劳损^[8]及外邪侵袭。

其基本病机为“瘀”, 即经脉气血痹阻不通。不论是肝肾亏损、慢性劳损, 还是外邪侵袭, 最终均导致气血痹阻不通。故本病最终之病理归结为“瘀”, 瘀血阻滞贯彻于本病之始终。

2 治疗法则

诸云龙教授根据本病的病机特点, 在治疗上, 第一, 要充分发挥中医特色和优势, 辨证与辨病相结合, 中药与针灸相结合; 既要强调宏观整体, 治病求本, 又要针对围观局部; 既要辨证, 又要辨病相结合的科学的思维; 第二, 要补肝肾, 壮筋骨乃治疗之本, 当贯穿治疗之始终。肝主筋, 肾主骨, 肝肾同源, 乙癸同源, 本病之病机根本为肝肾亏损。故《张氏医通》明确指出: “膝痛无有不因肝肾虚者。”所以膝关节骨性关节炎之治疗, 当以补肝肾、壮筋骨之法当贯穿在本病之治疗始终; 第三, 活血化瘀法应贯穿治疗之始终。由于“瘀”在本病形成过程中起到重要的作用, 瘀血内阻是本病之重要病机环节, “瘀”的状态贯穿于本病之始终, 瘀血内阻, 不通则痛, 其病乃成; 瘀血化解, 通则不痛, 其病乃除。故活血化瘀是膝关节骨性关节炎之重要治疗大法, 当贯穿治疗之始终。

2.1 中药基本处方及作用机理 诸云龙教授根据补肝肾、强筋骨、活血化瘀的治疗法则, 自拟治疗膝关节骨性关节炎基本方桃红二膝汤, 自拟方组成: 熟地黄24 g, 山萸



肉10 g, 枸杞子15 g, 当归10 g, 麦冬15 g, 桃仁12 g, 红花12 g, 杜仲12 g, 续断12 g, 怀牛膝12 g, 川牛膝10 g, 鹿衔草20 g, 威灵仙10~20 g, 骨碎补10~15 g, 血竭粉3 g (冲), 三七粉4 g。水煎服, 每日1剂, 分2次服用。此方以熟地、山萸肉、枸杞补肝肾。肝主筋, 体阴而用阳, 加当归、麦冬以重补肝阴, 使肝阴得补, 肝体得柔, 则筋脉自和, 筋为骨用, “骨正筋柔”; 相反则筋柔骨正; 肝主筋、肾主骨, 补肝肾即所以壮筋骨, 方中杜仲、川断、牛膝均为补肝肾要药; 桃仁有较强的活血散瘀之功, 有推陈出新之功; 红花功能活血祛瘀, 通络止痛, 为血瘀证常用之要药; 三七既能化瘀, 又能止血, 而且有“止血不留瘀, 化瘀不伤正”之特点; 血竭入血分化瘀止痛, 骨碎补具有行血脉、续筋骨、疗伤痛之功, 亦为伤科要药; 威灵仙药性急善行, 药力威猛, 效灵若仙; 鹿衔草为祛风湿之要药; 诸药相合, 纵观整首方剂, 皆体现了补肝肾、强筋骨, 活血化瘀的治疗原则。

2.2 针刺基础方加减及作用机理 诸云龙教授认为针灸治疗膝关节骨关节炎, 以早期治疗疗效更佳。针灸治疗可补虚泻实, 平衡阴阳, 调整脏腑, 止痛消肿, 而且针灸早期介入, 可以减缓和控制病情的发展进程, 阻止病邪传变, 防止肢体畸形。针灸和中药对本病治疗各有其不同的特性与优势, 针灸与中药相结合, 可以相辅相成, 优势互补, 疗效较单一的中药或针灸治疗更胜一筹。

众所周知, 针灸具有通经络、活气血、调阴阳、利关节及补虚泻实等多种作用, 所以对膝关节骨关节炎有显著而快捷的疗效。针灸不但可以控制疼痛, 消除肿胀, 而且可以控制关节畸形和肌肉萎缩, 对关节功能的恢复也有显著的作用。

但是针灸治疗膝关节骨关节炎之个体差异较大, 有些患者可在短期内治愈, 有的患者则可在几个月内就出现严重的关节破坏或畸形, 甚至出现内脏受损。所以, 针灸早期介入, 及时采取正确有效的治疗, 十分重要。否则, 迁延日久, 或久病入络, 关节变形, 或邪盛正衰, “穷必及肾”, 则预后不良。

根据临床观察, 针灸治疗本病总体疗效是肯定的、良好的, 多数患者的针灸疗效可逐渐显现, 一般经过1至2个疗程 (1疗程为针治12次), 可取得显著疗效, 症状可明显改善。但是应当注意的是, 膝关节骨关节炎属于骨性关节病变, 非同一般风湿或急性扭伤, 故治疗必须有个过程, 非短短数日可以收功。所以, 经过针灸治疗后, 某一关节症状的减轻或消失, 并不意味着病情已完全控制, 绝不可放松或中断治疗, 必须持之以恒, 继续针灸, 并配合中药治疗, 同时加强功能锻炼, 这样才能巩固疗效, 防止复发。

(1) 主穴: 内膝眼、外膝眼、鹤顶、梁丘、阿是穴、阳陵泉、阴陵泉、足三里、委中。随症加减: 肝肾亏损者, 加肝俞、肾俞、三阴交、太溪; 瘀血阻滞者,

加血海、膝阳关; “风气胜者为行痹”, 其痛无定位, 游走不定, 可加风池、风市; “寒气胜者为痛痹”, 表现为疼痛较剧, 可加针命门、肾俞、关元, 用温针或配合灸法; “湿气胜者为著痹”, 其特点是局部沉重, 病位相对固定, 可重取足三里、阴陵泉, 并加针商丘。

(2) 方义: 以上穴位, 主要是根据病变部位及经络循经而选取, 重点是在膝关节局部 (如膝眼、鹤顶、阿是穴) 及邻近部位 (如足三里、阴陵泉、阳陵泉、委中) 选穴。足三里为足阳明胃经之合穴, 而阳明为水谷之海, 气血生化之源, 足三里穴为全身强壮保健之要穴; 阳陵泉为足少阳胆经之合穴, 又为“筋会”, 而筋骨相连, 筋为骨用, “筋柔则骨正”。而且, 足三里、阳陵泉二穴又邻近膝关节, 故对膝关节骨关节炎之治疗别具深意, 独擅其功。

(3) 手法: 以上穴位, 均施平补平泻法。每天针治1次, 每次留针30分钟。留针期间, 行针 (提插捻转) 1至2次。

针刺治疗, 每穴务求“得气”, “气至则有效, 气速至则速效, 气迟至则迟效”, 此针治疗效之关键。所以, 务必认真操作, 细心探求。

膝部穴位务必屈膝取穴, 屈膝成90°~100°, 以便于取穴, 而且利于进针。患者脚下最好适当垫高, 或在患者膝下垫上一个高枕, 使患者双膝呈自然屈膝状, 这样体位比较稳定而且舒适。

膝眼穴, 在髌骨下左右两个凹陷中取穴。针刺方向: 用1.5~2寸针灸针, 向膝关节中部斜刺。外膝眼, 从前外侧向后内侧, 呈45°角斜刺; 内膝眼从前内侧向后外侧, 呈45°角斜刺。深度一般为1寸半左右。但不必刺入关节腔内。由于膝眼穴位于髌骨下, 所以取穴定位和针刺方向必须准确, 而且达到相应的深度后, 针下沉紧, 患者有明显的酸麻胀痛感, 并向膝关节周围扩散, 此谓“得气”, 即“气至病所”。“得气”后, 需再反复提插捻转多次。这样疗效一般都较满意。

3 临床验案分析

石某, 男, 49岁。2006年4月26日初诊。主诉: 患者膝关节疼痛4年余。1年前因跌仆损伤而加重, 左侧疼痛更甚, 下蹲困难, 蹲后起立更难, 不能久行。曾在当地几家医院采用中药、西药、针灸、按摩等多种方法治疗无效, 遂来我院求治。

刻诊: 双膝关节肿胀、疼痛, 行动困难, 下蹲困难, 左侧尤甚。X线平片显示: 膝关节间隙变窄, 髌间突骨刺形成, 髌骨边缘骨赘形成, 膝关节活动时骨摩擦声, 舌质紫暗、唇色紫暗。诊断: 膝关节骨关节炎。中医诊断: 膝痹, 气滞血瘀型。治法: 补肝益肾、强筋壮骨、祛风除湿、活血止痛, 针药结合。中药: 以自拟方桃红二膝汤加减。处方: 熟地黄24 g, 山茱萸10 g, 枸杞15 g, 当归10 g, 麦冬15 g, 桃仁12 g, 红花12 g, 杜

伸12 g, 怀牛膝12 g, 川牛膝12 g, 威灵仙12 g, 骨碎补12 g, 血竭粉3 g (冲)。水煎服, 每日1付, 分2次服。

针灸: 取穴: 内膝眼、外膝眼、梁丘、阿是穴、阳陵泉、阴陵泉、足三里。每天1次, 12次为一疗程。

以上穴位, 均施平补平泻法。每天针治1次, 每次留针30分钟。留针期间, 行针(提插捻转)1至2次。

用以上方法针药结合治疗1疗程(12天)后, 病情明显缓解, 疼痛大大减轻, 但关节屈伸不利, 活动时依然疼痛。治疗已初见成效, 当擂鼓再进。遂以上方加乳香、没药各10 g, 水蛭粉3 g (冲), 蜈蚣2条, 伸筋草12 g。针刺取穴加膝阳关、委中, 并加强针刺手法, 增加刺激强度。

针药结合继续治疗2疗程后, 膝关节疼痛基本消失, 屈伸活动明显好转, 已能下蹲。再以上法继续治疗1疗程后, 膝部疼痛消失, 活动自如。以后随访3年, 患者一如常人。

4 讨论

膝关节骨关节炎是一种退行性疾病^[7], 主要病例特点是膝关节软骨的推行性改变和继发性骨质增生。中医认为, 肝主筋, 肾主骨, 所以本病与肝肾密切相关。《素问·脉要精微论》曰: “膝者, 筋之府”^{[3][16]}。筋附着于骨上, 能连接关节, 络缀形体, 主司关节运动, 此即所谓“筋能束骨”。由于筋骨相连, 筋为骨用, 密不

可分, 所以在膝关节骨关节炎之治疗中, 不应单纯以治骨为主, 而当从治筋着手, 用育阴柔肝之法, 柔筋调筋, 以达到软组织平衡为首务, 恢复正常的膝关节负重力线, 减轻以至消除疼痛, 并缓解或阻止膝关节骨关节炎的发展, 以达到“筋柔则骨正, 骨正才筋柔”之目的。诸云龙教授认为肝肾亏虚, 筋骨萎软是其病机之本, 瘀血内阻为其致病之标, 所以治疗上, 补肝肾、壮筋骨之法治其本, 活血化瘀法治其标。大量临床实践证明, 针灸与中药相结合, 标本兼施, 可以优势互补, 相辅相成。针药结合不但治病求本, 疗效稳定可靠, 而且又可迅速控制症状, 改善关节功能。其疗效较单纯的中药治疗或针灸治疗更胜一筹。所以, 针药结合在膝关节骨关节炎治疗中具有明显的优势。

参考文献

- [1]王新卫. 骨质增生1号治疗骨性关节炎126例[J]. 陕西中医, 2005, 4(26): 333-334.
- [2]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 148.
- [3]中医研究院研究生班. 黄帝内经素问注评[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 116, 257, 286.
- [4]姚琦. 中医辨证论治膝骨性关节炎65例[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(10): 108.
- [5]中华医学会分会. 骨关节炎诊疗指南(2007年版)[J]. 中国骨科杂志, 2007, 10(27): 793-796.
- [6]孙文博. 宫廷理筋术经验总结及九步法治疗膝骨性关节炎临床疗效观察[D]. 北京: 北京中医药大学, 2013.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 刘海涛 收稿日期: 2018-08-10)

(上接第60页) 胃失和降, 气机升降失常, 水饮停滞于中焦, 酿生湿热, 故Hp感染最多见于脾胃湿热证。疾病反复发作, 迁延不愈, 日久正气亏虚, 脾胃虚弱, 或阴伤津耗, 此时以正虚为主, 邪气相对旺盛, 故脾胃虚弱及胃阴不足证Hp感染率相对偏低, 本研究中胃络瘀血证感染率最低, 与其他相关研究结果^[9]不同, 考虑本研究入组的胃络瘀血证病例数偏少, 可能存在一定的数据误差。

CAG病理学上主要表现为胃黏膜上皮细胞和腺体发生萎缩, 数量减少, 黏膜基层增厚但黏膜变薄, 部分患者还可出现肠上皮化生、异型增生。萎缩程度按固有腺体减少各1/3来计算, 分为轻、中、重度萎缩, 其中, 中、重度CAG有一定的癌变率^[1], 本研究显示CAG证型与肠上皮化生、异性增生之间无明显相关性, 但与萎缩程度之间有一定相关性。轻度萎缩以肝胃不和证所占比例最高, 为60.5%, 而胃络瘀血证CAG患者重度萎缩所占比例高达72.7%, 明显高于其他证型。究其原因, 肝胃不和证多处于疾病的早期阶段, 故病理变化以轻度萎缩为主; 而胃络瘀血证多因病程日久, 久病入络, 脉络瘀阻, 致胃失濡养而成, 多处于疾病的后期, 故病理变化以重度萎缩为多见。很多学者认为血瘀是最重要的病理因素, 是疾病发生发展甚至恶变的关键病理环节^[3]。因此对于胃络瘀血证CAG患者应

给予积极治疗及密切的随访观察。

综上所述, Hp感染及胃黏膜腺体萎缩程度与CAG中医证型存在一定的关系, 肠上皮化生及异型增生与CAG中医证型之间无显著关系, 但亦可能因样本量偏少而影响研究结果, 今后仍需进行大样本的临床研究, 将现代医学检测手段与传统中医辨证相结合, 寻找CAG中医证型分布与微观检测指标及其他因素的相关性, 探索中医病理机制及病理因素的实质, 使我们更好地把握疾病的预后及转归, 指导本病临床的辨证施治。

参考文献

- [1]中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2012年上海)[J]. 中华消化杂志, 2013, 33(1): 1-5.
- [2]中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 中华消化杂志, 2012, 32(10): 655-659.
- [3]中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 10(18): 345-349.
- [4]魏玮, 唐艳萍. 消化系统西医难治病种中西医结合诊疗方略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 223-243.
- [5]唐昭荣. 李兆伟治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(5): 355-356.
- [6]王彦峰. 张煜治疗慢性萎缩性胃炎经验拾萃[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 22(10): 41-42.
- [7]李岩, 周丹萍. 慢性萎缩性胃炎与胃癌[J]. 临床内科杂志, 2014, 31(2): 83-85.
- [8]叶晖, 张学智. 中医药治疗幽门螺杆菌感染的思路[J]. 现代中医临床, 2015, 22(2): 17-20.
- [9]陈朝元, 王岩. 幽门螺杆菌与慢性萎缩性胃炎及其证型的关系[J]. 中医药学刊, 2002, 20(6): 828.

(本文编辑: 李海燕 本文校对: 李晓林 收稿日期: 2018-08-21)

慢性咳嗽不明原因干咳的证候特殊性※

黄婉怡 潘俊辉*

(广州医科大学附属第一医院中医科, 广东 广州 510120)

摘要:慢性咳嗽在经过严格的诊断程序后仍有部分病例病因不明,这类“慢性咳嗽不明原因病例”大部分为干咳或少痰。前人多从阴虚、肺燥论治干咳,但这类患者的“干咳”以气虚、阳虚居多,治疗上予以培补中气、温肺化痰能取得较好疗效。
关键词:慢性咳嗽;干咳;证候;不明原因

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.034

文章编号:1672-2779(2018)-23-0081-02

Syndrome Particularity of Dry Cough in Unexplained Cases of Chronic Cough

HUANG Wanyi, PAN Junhui

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

Abstract: Some cases of chronic cough are still unknown after strict diagnostic procedures. Most of these "unexplained cases of chronic cough" are dry cough or low phlegm. Dry cough is usually treated according to yin-deficiency and lung-dryness syndromes, while TCM-syndrome of dry cough in "unexplained cases of chronic cough" is particular, qi-deficiency and yang-deficiency syndromes are much more common. TCM treatments of invigorating lung and spleen qi, warming lung and resolving phlegm are effective.

Keywords: chronic cough; dry cough; syndrome; unexplained cause

不明原因慢性咳嗽,简称慢性咳嗽,是指以咳嗽为唯一症状或主要症状、时间超过8周、胸部X线检查无明显异常者^[1]。严格依照《咳嗽的诊断与治疗指南》^[2]诊断程序后仍有部分患者病因不明(本文将这部分病例称为“慢性咳嗽病因不明病例”),在广州呼吸疾病研究所咳嗽专家门诊的不明原因病例至少达到15%。由于诊断不明,无法进行针对性治疗,这部分病例成为了诊治慢性咳嗽的新难题。笔者曾参与难治性慢性咳嗽中医临床研究^[3],发现虚实夹杂证候普遍存在,“本虚”方面以肺脾气虚、肺肾两虚多见。

为进一步发挥中医辨证论治在难治性慢性咳嗽的独特优势,笔者针对“慢性咳嗽病因不明病例”开展专项中医研究,近3年在广州呼吸疾病研究所咳嗽专家门诊收集“慢性咳嗽病因不明病例”50余例,在学术导师潘俊辉教授(第六批全国老中医药专家学术经验继承导师,广东省名中医)指导下,研究其中医证候特点并对部分病例进行中医治疗,发现大部分病例(>80%)的咳嗽是以干咳或少痰为主要特点^[4]。这部分病例的中医证候有一定特殊性,现初步探讨如下。

1 干咳以气虚和阳虚居多,阴虚少见

中医辨证中,干咳多属于阴虚或肺燥,而在慢性咳嗽不明原因病例中,患者虽多见干咳、痰少、痰黏难咳出,或伴有口干、咽干、咽痒等类似阴虚表现的

症状,但纯属阴虚的比例甚少,大部分病人属于肺气虚、肺脾气虚或气阳虚,部分病人兼有肺阴虚。这类患者的咳嗽特点为:气道敏感性高,吸入冷空气、刺激性气味或在空气混浊处容易诱发咳嗽;咳嗽遇“寒”加重,包括咽喉或背部受凉、接触冷水、喝冷饮、进食寒凉性质的食物药物等;咳嗽时喜饮温水热水,往往得热咳减;咳嗽欠力,劳累时咳嗽加重,常伴有易疲劳、反复感冒、自汗、恶风等全身症状;多见舌淡,舌体瘦薄或胖大,或见齿痕,苔白或白滑,脉虚缓。

一般气虚、阳虚者多见痰多、痰白清稀,但慢性咳嗽的患者多见干咳、少痰、口干,从病机上分析,主要是肺气虚弱,无力布津上承所致。肺为娇脏,不耐寒热,肺虚则无力御邪,故临床上肺虚患者多见气道敏感性增高。治疗上可加强培补中气,培土生金。

案1 廖某,女,62岁,就诊日期2012年2月,主诉为“咳嗽2年余”。行胸片、诱导痰细胞学检查、肺通气功能加支气管激发试验未见异常,胃镜提示“慢性浅表性胃炎,Hp (+)”,先后接受抗组胺剂、抗生素、吸入糖皮质激素、质子泵抑制剂加促胃动力药、镇咳药、中药等治疗未见好转,糖皮质激素吸入加小剂量口服可使咳嗽减轻但不能彻底治愈,患者拒绝继续使用,停药后服用川贝母、南北杏仁炖雪梨1次,咳嗽进一步加重而就诊中医。

患者形体偏瘦,面色偏黄,刺激性干咳为主,每当吸入冷空气或油烟、辛辣等刺激性气味则诱发较为剧烈的咳嗽,严重时伴有尿失禁,间中咳出少量黏稠白痰,痰难咳出,咽干明显且饮水不能缓解,时有咽

※ 基金项目:国家中医药管理局全国第六批老中医药专家学术经验继承工作项目【No.国中医药人教发[2017]29号】

* 通讯作者:pan_jh@163.com

痒，日夜均咳，日咳较频繁，夜咳1~2次而影响睡眠，胃纳可，二便调。舌淡、苔薄白，脉弦。查体：咽充血（+），余无特殊。辨证为肺气虚夹风痰，以止咳散加味，百部15 g，紫菀15 g，荆芥10 g，陈皮10 g，桔梗10 g，白前10 g，炙甘草5 g，白术10 g，姜半夏10 g，干姜8 g，五味子10 g，细辛6 g。5剂，日1剂，水煎服。嘱患者戒生冷、辛辣。

二诊：患者诉服上方当晚无咳，一夜安睡，服药5剂后咳减六七成，仍为刺激性干咳，无痰，咳嗽时感觉气紧，咽干明显，时有咽痛，余大致同前。前方去白术、炙甘草，加玄参10 g，麦冬10 g，甘草5 g以利咽。3剂，日1剂，水煎服。嘱患者若见口淡、便溏去麦冬。

三诊：咳嗽进一步减轻，咽部舒适，间有咽干口干，大便稍溏。仍予一诊方药，干姜减至5 g，加茯苓10 g，玄参10 g。5剂，日1剂，水煎服。

四诊：基本已无咳嗽，偶因吹冷风诱发轻微干咳，咽喉无不适，稍口干、口淡，大便稍溏。予理中汤加味，党参10 g，白术10 g，干姜5 g，炙甘草10 g，五味子10 g，细辛6 g，茯苓10 g，紫菀10 g。5剂，日1剂，水煎服。药后痊愈。

2012年6月，患者受凉感冒咽痛，自行服用抗病毒口服液后感冒缓解，留有咽痒咳嗽，予止咳散原方，百部15 g，紫菀15 g，荆芥10 g，陈皮10 g，桔梗10 g，白前10 g，甘草5 g，生姜3片。3剂治愈。

按：本病案提示了对于“慢性咳嗽不明原因病例”的干咳不可一味地从滋阴润肺考虑。患者虽干咳而仍能用干姜、细辛、法半夏等温药，稍用玄参、麦冬虽咽部舒缓但见口淡、便溏，可见其肺脾虚弱、气阳不足方为根本。所谓“久病必虚”，对于慢性咳嗽患者，久咳肺虚虽可能有阴虚津伤的一面，但气虚、阳虚可能更需要重视。

2 症状上无痰 病机上有痰

慢性咳嗽不明原因病例中，患者自诉为干咳无痰或少痰的占90%以上，但仔细追溯病史，患者其实还是有“痰”：部分病例会在晨起咳出黏痰，之后就一整天都无痰；部分病人虽然大部分时间是干咳，但偶尔咳出痰后咳嗽能明显缓解；部分病人自觉喉间有痰但不能将痰咳出；少数特殊病例确实一直是干咳，但服药后吐出黏稠痰块后咳嗽痊愈。

肺主气，又主通调水道，肺中的“津”与“气”密切相关，气行不畅则津液输布郁滞。咳嗽者肺气不利，使肺中津凝不布、郁而成痰，痰阻气逆则作咳。若有肺中虚冷或肺脾俱虚，则痰之为患更甚。提示临床上即使是干咳的患者也要注意其病机上是否有“津凝成痰、痰气交阻”的一面。

案2 韩某，男，27岁，就诊日期2012年1月，主诉为“咳嗽半年余”。于2011年6月夏暑天受凉感冒经治

后咳嗽迁延不愈，行胸片、胸部CT、诱导痰细胞学检查、肺通气功能加支气管激发试验未见异常，自诉在西医就诊已服用多种药物疗效不显（具体用药未见病历资料），吹冷风或饮冷水会使咳嗽加重，影响正常的生活工作。

患者为办公室文员，长期在空调下工作，形体适中而不壮实，怕吹冷风，咽部或背部受凉则咽痒作咳，咳嗽呈阵发性连声咳，难以自止，自诉“用很烫的开水烫一下喉咙”才能逐渐缓解，日间咳为主，基本是干咳，偶然在晨起时咳出少量白稀泡沫痰，口淡，喜热饮，纳眠可，大便2~3日一行、不干结。舌淡胖、齿痕、苔薄白润，脉滑。查体无特殊。辨证为肺脾虚寒夹痰，予治冷嗽方加味，党参15 g，白术15 g，干姜5 g，炙甘草10 g，五味子10 g，细辛6 g，款冬花15 g。3剂，日1剂，水煎服。嘱患者严戒生冷饮食及寒性药物食物，注意避风寒。

二诊：患者诉服药2剂后次日晨起咳出大块灰白色带有黑点的胶冻状痰，自觉痰液很冷，痰咳出后感觉舒畅，下午再服药1剂，发现痰液明显增加，每次咳嗽都能咳出白稀痰，咳嗽次数较前增多但痰出后咳嗽可止而无需再饮热水，余症和舌脉大致同前。予前方加茯苓15 g。4剂。

三诊：咳嗽好转八九成，间有轻微咽痒咳嗽伴少量稀白痰，口淡明显减轻，大便基本1日一行，舌淡胖，齿痕减轻，苔薄白，脉滑。欲予理中汤加味以善后，患者要求停药，嘱患者痊愈后务必增加户外体育锻炼，达到运动后微微汗出的效果，以此增强肺气卫外的功能。半年后随访，咳嗽无再发。

按：治冷嗽方出自《朱氏集验方》，原治脾肺虚寒、咳嗽痰稀，饮热汤暂止者。本例患者以干咳为主，并无咳吐清稀痰涎，主症有异但病机切合。肺主皮毛，最易受邪，患者长期在空调下工作，缺乏运动，平素毛腠不开，肺气不宣，人身之气与自然之气沟通不足，日久则肺气虚弱，空调阴冷之气从皮毛而入，日久则肺中虚冷。咳嗽迁延不愈，与肺气无力宣发御邪、邪气留连而不解有关。正是由于中气不足，津凝成痰而无力上承，才出现了脾肺气阳不足却不见痰多清稀、反见干咳无痰的特殊表现。本例患者服药后从无痰到有痰、再到痰出咳减的特殊变化，提示了对于慢性咳嗽的患者，即使是干咳或少痰，需要重视其病机上的“痰”，治疗上注意痰不化则气不行。

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(2015年版)[S]. 2015.
- [2]喻清和,王鹏,黄婉怡,等.难治性慢性咳嗽临床证型研究[J].新中医, 2012, 44(2):27-29.
- [3]黄婉怡.慢性咳嗽不明原因病例症状及中医证候特点研究[J].辽宁中医杂志, 2014, 41(5):874-876.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张佛明 收稿日期:2018-08-07)

艾叶复方中药提取液加热挥发用于妇科病房空气消毒的效果

范红英¹ 毛红妹²

(1 南昌市湾里区妇幼保健计划生育服务中心妇科, 江西 南昌 330004;
2 江西省南昌市第四医院妇科, 江西 南昌 330004)

摘要:目的 分析艾叶复方中药提取液加热挥发于妇科病房空气消毒的效果。方法 采用95%乙醇进行提取制备减压浓缩艾叶复方中药提取液, 采取直接加热艾叶复方中药不同剂量提取液的方法对病房进行消毒, 分为高浓度A组, 低浓度B组; 采取紫外线进行消毒; 分别测定病房中紫外线消毒和艾叶复方中药A、B组消毒前、后的细菌菌落数量。结果 与病房消毒前比较, 病房空气在进行紫外线消毒30 min后, 细菌菌落明显下降 ($P < 0.05$), 但14 h后病房菌落显著回升, 杀菌效果消失; 低剂量的艾叶复方中药提取液在病房进行消毒30 min后, 细菌菌落明显降低 ($P < 0.05$), 14 h后仍然保持25.6%的灭菌率; 高剂量的艾叶复方中药提取液在病房进行消毒0.5~14 h, 病房细菌菌落明显下降 (t 检验, $P < 0.01$, $P < 0.05$)。结论 艾叶复方中药提取液消毒效果优于紫外线消毒效果, 且经济实用, 值得推广应用。

关键词: 紫外线消毒; 艾叶复方中药提取液; 妇科病房; 空气消毒

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.035

文章编号:1672-2779(2018)-23-0083-02

Effect of Heat and Volatilization of Artemisia Argyi Compound Extract on Air Disinfection in Gynecological Ward

FAN Hongying¹, MAO Hongmei²

(1. Gynecology Department, Wanli District Maternal and Child Health Care Family Planning Service Center, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China;

2. Gynecology Department, Fourth Hospital of Nanchang, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China)

Abstract: **Objective** To analyze the effect of Artemisia Argyi compound Chinese medicine extract on air disinfection in gynecological ward. **Methods** 95% ethanol was used to extract and extract the extract of compound Chinese herbal medicine, which was directly heated to disinfect the ward with high concentration A group and low concentration B. The number of bacterial colonies in group A and B before and after disinfection was detected. **Results** Comparing with the ward disinfection before disinfection of the ward, the bacterial colonies of the ward air were obviously decreased ($P < 0.05$) after the disinfection of 30min, but the bacterial colonies of the ward recovered significantly after 14h, and the bactericidal effect disappeared; after the low dose of the extract of the compound Chinese Medicine in the ward was sterilized in the ward for 30min, the colony of fine bacteria decreased significantly ($P < 0.05$) and 14h after the disinfection of the ward ($P < 0.05$). The sterilization rate of 25.6% was still maintained, and the high dose of the extract of the compound Chinese medicine of AI Ye was sterilized in the ward for 30min-14h, and the bacterial colonies of the ward were obviously decreased (t test, $P < 0.01$, $P < 0.05$). **Conclusion** The disinfection effect of Artemisia Argyi compound Chinese medicine extract is better than that of UV disinfection, and it is economical and practical, and is worthy of popularization and application.

Keywords: ultraviolet disinfection; Artemisia argyi compound Chinese medicine extract; gynecological ward; air disinfection

医院是人口密集且人口流动性大的公共场所, 医院感染的主要途径主要来源于空气传播, 消毒方式的优劣也影响着医院环境, 也是控制医院发生感染的主要手段, 为了有效控制及降低医院感染的发病率, 保证患者的健康, 一定要以科学为原则对空气进行消毒。现阶段, 医院常采用紫外线消毒的方式进行空气消毒, 但是其中有很多弊端, 如消毒时间短、对方向有一定要求、穿透力弱等, 且消毒过程中, 病房内患者必须遮盖裸露皮肤, 影响医护人员对患者的治疗。但是化学制剂消毒因为其刺激性不允许在病房内使用。所以寻找一种空气消毒剂使患者乐于接受, 又能达到国家卫生部相关的标准和要求是现在医院的迫切需求, 经过研究报道, 将艾叶加乙醇浸泡后烟熏进行消毒, 或点火直接烟熏, 病房灭菌效果良好^[1]。还有其他报道称, 将艾叶与石菖蒲或者苍术进行烟熏, 也取得良好的杀菌效果^[2]。但是因为安全性不高, 并且有刺激性烟味, 没有广泛采用, 现阶段提取中药有效成分进行杀菌和消毒的实际案例很少, 本文

对利用加热艾叶复方中药提取液对妇科病房空气进行消毒, 效果良好。现有如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 购买湖北蕲春药材公司的苍术和艾叶, 选自上海化学试剂公司95%浓度含量的乙醇, 分析纯, 规格为30 w、60 w的紫外线灯管, 电热水壶 (2.0 L, 350 w)。

1.2 研究方法 制备艾叶复方提取液, 将中药苍术5 kg, 艾叶8 kg进行粉碎, 形成粗粉, 并进行3次浸泡, 进行提取, 首先用100 L 95%的乙醇进行浸泡24 h, 过滤, 取渣。其次用80 L 95%的乙醇进行浸泡24 h, 过滤, 取渣, 最后用80 L 95%的乙醇进行浸泡24 h, 然后混合3次提取液, 进行减压浓缩成分, 浸没药面24 h, 除去药品残渣, 提取液保证每毫升浓缩液中含有1 g药材。

紫外线消毒组, 进行为期30 min的消毒照射, 2个灯管进行同时照射, 进行紫外线照射时, 人群需离开病房。

艾叶复方提取液分为低剂量B组和高剂量A组,进行消毒病房的面积 $\leq 25\text{ m}^2$ 。高剂量病房体积按照 6 mL/m^3 进行消毒,低剂量按照 3 mL/m^3 进行消毒,把中药提取液加入到电热壶中进行加热,加热过程中,门窗关闭,提取液挥发干净关闭电热水壶,保证10 min的加热时间。

细菌培养、采样方法,在高剂量、低剂量的艾草提取液、紫外线消毒后30 min、8 h、14 h进行细菌取样,准备多个直径为9 cm的灭菌琼脂培养基平皿,放置在病房对角线的中间位置,放置时间为15 min,然后在37℃的恒温条件下培养菌群,并计算菌群数量。

1.3 判定标准 计算空气中菌群数量,计算在30 min、8 h、14 h每个病房的细菌菌群数量的平均值,计算消毒前后房间细菌的消亡率,利用公式: $5000 N/tA$ =空气细菌菌落总数(cfu/m³) [式中, t 为平皿暴露时间(min), N 为平皿平均菌落数(cfu/皿), A 为平皿面积(cm²)。] $[(V_0-V_t)/V] \times 100\%$ =消亡率(%) (式中 V_0 与 V_t 分别为消毒前、后空气中细菌菌落数)。

1.4 统计学方法 计数的资料数据用(%)率表示,同时采用 t 检验,计量平均数资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,其次不良反应发生率采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。使用统计学SPSS 21.0软件进行统计和对比分析。

2 结果

利用紫外线消毒、艾叶复方中药提取液高剂量(A组)和艾叶复方中药提取液低剂量(B组)消毒前,3个妇科病房内的细菌菌落比较, $P > 0.05$ 。详见表1。

表1 高低剂量的艾叶复方中药提取液和紫外线消毒前病房的细菌菌落比较 ($\bar{x} \pm s$, cfu/m³)

组别	实验次数	消毒前
艾叶复方中药提取液A组(6 mL/m ³)	18	263.45 $\pm$ 123
艾叶复方中药提取液B组(3 mL/m ³)	16	306.36 $\pm$ 115
紫外线照射组	18	310.56 $\pm$ 135

利用紫外线消毒、艾叶复方中药提取液高剂量(A组)和艾叶复方中药提取液低剂量(B组)消毒后细菌菌落明显降低,3个妇科病房内的细菌菌落比较, $P < 0.05$ 。详见表2。

表2 高低剂量的艾叶复方中药提取液和紫外线消毒后病房的细菌菌落比较 ($\bar{x} \pm s$, cfu/m³)

组别	试验次数	消毒30 min	消毒8 h	消毒14 h
艾叶复方中药提取液A组(6 mL/m ³)	18	156.63 $\pm$ 123.3	164.36 $\pm$ 96.3	206.39 $\pm$ 102.3
艾叶复方中药提取液B组(3 mL/m ³)	16	203.66 $\pm$ 102.0	243.56 $\pm$ 112.3	254.6 $\pm$ 103.9
紫外线照射组	18	198.63 $\pm$ 116.6	256.38 $\pm$ 115.6	326.8 $\pm$ 116.1

艾叶复方中药提取液高剂量(A组)和艾叶复方中药提取液低剂量(B组)的细菌消亡率分别为25.6%、35.6%,消毒后的细菌消亡率大于紫外线消毒的平均消亡率,紫外线消毒超过12 h,细菌消亡速度停止,详

见表3。

表3 消毒后3个病房的细菌菌落消亡率 (%)

组别	试验次数	消毒30 min	消毒8 h	消毒14 h
艾叶复方中药提取液A组(6 mL/m ³)	18	50.2	45.6	35.6
艾叶复方中药提取液B组(3 mL/m ³)	16	39.8	25.6	25.6
紫外线照射组	18	35.6	15.6	-8.6

3 讨论

随着现代医学的不断进步,医疗水平不断提升,医院感染也日益复杂化,空气消毒也成为人们日益关注的课题。利用中药进行消毒,历史悠久,早有利用艾叶煎水沐浴或者是插艾辟邪的方法进行对疾病的预防,现阶段,有很多产科病房还在延续熏艾消毒,经过科学证明,熏艾可以杀灭或抑制空气中的绿脓杆菌病、乙型溶血性链球菌和结核杆菌等细菌^[3]。随着高温加热产生的46种艾叶挥发油成分,可以直接破坏蛋白质上的巯基、氨基等部位,使细菌的活性成分因为代谢异常而死亡^[4]。烟熏产生大量的烟雾,可以把中草药中的活性成分散播到空气当中,但是燃烧会增加妇科病房的危险性,并且患者容易产生过敏。而紫外线光照消毒,有一定的局限性,超过光源1 m以外,消毒能力就会明显减弱,并且会引起患者皮肤红斑、臭氧中毒、紫外线眼炎等不良反应,给医护人员对卧床病人的护理带来了很大的难度,经过调查部分病人排斥紫外线消毒方式。艾叶复方中药提取液加热挥发打破了传统熏艾消毒的危险性,减少对病人的刺激性,并能维持长时间的稳定消毒,不会产生强烈的烟雾,对患者的身体不会产生影响,并且比传统紫外线的消毒时间减少了66%,所以更容易被患者所接受^[5]。且苍术、艾叶价格低廉,取材天然。所以艾叶复方中药提取液加热是病房消毒较为理想的方法。

95%浓度的乙醇溶液,能提取大部分艾叶中的活性成分,在艾叶复方中药提取液加热中,乙醇也会被挥发到空气中,对于空气中的微生物也可以起到杀菌作用,在用艾叶复方中药提取液加热的过程中,一定避免明火^[6]。

综上所述,艾叶复方中药提取液消毒效果优于紫外线消毒效果,值得推广应用。

参考文献

- [1]梅全喜,高玉桥.中药艾叶空气消毒研究近况[J].中医药学刊,2005,23(9):1581-1582.
- [2]赵红梅,关丽,刘子焕.艾条熏蒸空气消毒的研究进展[J].南方护理学报,2002,9(3):17-18.
- [3]王娟.利用艾条熏蒸法进行病室空气消毒的研究[J].中华现代护理学杂志,2006,3(13):1178-1279.
- [4]周建平,黄曼丽.苍艾合剂在手术间空气消毒中的应用[J].护理研究,2004,18(2):232-233.
- [5]徐庆华,何文胜.不同消毒方法对空气消毒净化效果评价[J].中国消毒学杂志,2003,20(1):27-30.
- [6]郑汉臣,魏道志,黄宝康,等.艾叶的民俗应用与现代研究[J].中国医学微生物技术应用杂志,2003,3(2):35-39.

(本文编辑:张文娟 本文校对:魏丹芳 收稿日期:2018-08-21)

半夏泻心汤去滓再煎 对糖尿病大鼠糖脂代谢的影响研究[※]

凌云 张洁 赵鸣芳^{*}

(南京中医药大学基础医学院, 江苏 南京 210023)

摘要:目的 研究半夏泻心汤去滓再煎对糖尿病大鼠糖脂代谢的影响, 进而明确半夏泻心汤特殊煎服方法——去滓再煎的价值。方法 建立糖尿病大鼠模型, 分别以不同浓度的半夏泻心汤去滓再煎组、普通煎煮方法组干预, 测定大鼠空腹血糖(FPG)、血清胰岛素(FINS)及甘油三酯(TG)、总胆固醇(CHOL)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-CH)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-CH)水平, 并计算胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)。结果 半夏泻心汤各剂量组大鼠糖脂代谢与模型组比较出现不同程度下降, 差异具有统计学意义($P<0.01$), 降低程度与半夏泻心汤剂量成正比。半夏泻心汤去滓再煎各组与普通煎煮同浓度各组比较, 改善血糖、血脂代谢效应更显著, 差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 半夏泻心汤通过辛开苦降共调改善糖尿病大鼠糖脂代谢异常, 其煎煮方法去滓再煎对效应的发挥起着重要的影响。

关键词: 半夏泻心汤; 糖尿病; 糖脂代谢; 去滓再煎; 消渴; 动物实验; 大鼠

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.036

文章编号:1672-2779(2018)-23-0085-03

Study on the Effect of Banxia Xiexin Decoction on the Metabolism of Glucose and Lipid in Diabetic Rats

LING Yun, ZHANG Jie, ZHAO Mingfang^{*}

(Preclinical Medicine College, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

Abstract: **Objective** To study the effect of Banxia Xiexin decoction on glucose and lipid metabolism in diabetic rats, and to clarify the value of Banxia Xiexin decoction. **Methods** The diabetic rat model was established with different concentrations of Banxia Xiexin decoction and ordinary decocting group. The fasting blood glucose (FPG), serum insulin (FINS), triglyceride (TG), total cholesterol (CHOL), high density lipoprotein cholesterol (HDL-CH) and low density lipoprotein cholesterol were measured. Alcohol (LDL-CH) and insulin resistance index (HOMA-IR) were calculated. **Results** the glycolipid metabolism of the rats in each dose group of Banxia Xiexin decoction and the model group decreased to a different degree, with statistical significance ($P<0.01$), and the decrease was proportional to the quantity of Banxia Xiexin decoction. The difference of blood glucose and blood lipid metabolism was more significant ($P<0.05$). **Conclusion** Banxia Xiexin decoction can improve the abnormal metabolism of glycolipid in diabetic rats, and the decocting method will play an important role in the effect.

Keywords: Banxia Xiexin decoction; diabetes mellitus; glucose and lipid metabolism; decoction for decocting; consumptive thirst; animal experiment; rat

半夏泻心汤出自《伤寒论》, 主治寒热错杂之痞证, 以辛开苦降之法消痞散结, 调节并恢复脾胃升降。研究发现, 半夏泻心汤在改善血糖水平以及胰岛素抵抗方面具有一定作用^[1-3]。而《伤寒论》中半夏泻心汤煎服法采用特殊的“去滓再煎”, 这一特殊煎服方法对效应的影响鲜少有人关注。本文通过观察半夏泻心汤去滓再煎对糖尿病大鼠胰岛素抵抗、脂代谢的影响, 以期半夏泻心汤去滓再煎煎服法使用提供依据, 希冀可以改变仅关注方药配伍而忽视药物煎服方法的研究现状。

1 材料与方法

1.1 实验药物 普通煎煮半夏泻心汤: 半夏泻心汤按照《伤寒论》中原方比例, 取清半夏12 g, 黄芩、干姜、人参、炙甘草各9 g, 黄连3 g, 大枣20 g组成, 购自南京中医药大学国医堂, 并经本校中药学专业老师鉴定。以上药物加10倍超纯水浸泡1 h后煎煮2次, 后低温浓

缩为1 g生药/mL流浸膏冷藏备用, 实验时分别稀释为10.2 g/kg、5.1 g/kg、2.55 g/kg 高、中、低3个剂量组。

去滓再煎半夏泻心汤: 半夏泻心汤按照《伤寒论》中原方比例, 取清半夏12 g, 黄芩、干姜、人参、炙甘草各9 g, 黄连3 g, 大枣20 g组成, 购自南京中医药大学国医堂, 并经本校药学院药物鉴定室鉴定, 以上药物加10倍超纯水浸泡1 h后煎煮2次, 去滓后混匀再煎煮1 h, 后低温浓缩为1 g生药/mL流浸膏冷藏备用, 实验时分别稀释为10.2 g/kg、5.1 g/kg、2.55 g/kg 高、中、低3个剂量组。

盐酸二甲双胍(片剂), 购于中美上海施贵宝制药有限公司, 批号: H20023370。

1.2 造模与分组 Wistar大鼠购于南京青龙山动物繁殖场。适应性饲养1周后, 除正常组10只外, 高脂饲料喂养4周, 禁食12 h, 腹腔注射150 mg/kg链脲佐菌素STZ (STZ溶于0.1 mol/L柠檬酸缓冲盐溶液, pH=4.4), 72 h后以相同剂量加强注射1次。以餐后2 h血糖值 >11.1 mmol/L为造模成功标准^[4], 建模成功后给予普通颗粒饲料喂养。并随机分组为模型组, 二甲双胍组、半夏泻心汤普通煎煮高剂量组、中剂量组、低剂量组,

[※] 基金项目: 国家自然科学基金青年基金【No.81503485】; 江苏省大学生实践创新训练计划【No.201410315005Z】

^{*} 通讯作者: zhaomf1963@163.com

半夏泻心汤去滓再煎高剂量组、中剂量组和低剂量组。

药物干预组灌胃给药,每天1次,正常组和模型组给予生理盐水,二甲双胍组每天按1.80 g/kg灌服二甲双胍溶液。于造模成功后灌胃给药2周。

1.3 标本采集与检测

1.3.1 一般情况观察 实验期间观测大鼠进食和饮水量、皮毛色泽、精神状态变化情况。

1.3.2 血糖血脂检测 给药结束后大鼠禁食24 h,腹腔注射10%水合氯醛4 mL/kg麻醉,腹主动脉取血,分别于促凝管中收集,2500 r/min离心15 min,取血清入1.5 mL离心管中,−80 ℃冰箱保存。检测空腹血糖(FPG)、血清胰岛素(FINS)及甘油三酯(TG)、总胆固醇(CHOL)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-CH)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-CH)。胰岛素抵抗指数(HOMA-IR) = (空腹血糖值×胰岛素值)/22.5。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行统计处理,数据用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,多样本间均数比较采用单因素方差分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况观察 造模前,2组大鼠活动、大便等一般状态正常;造模期间与正常组相比,实验组大鼠食量、饮水量和尿量均明显增多,排泄物异味较正常组重,体毛光亮减退,活动相对减少,精神状态出现不同程度的低迷。

2.2 半夏泻心汤去滓再煎对大鼠糖代谢的影响 药物干预后,半夏泻心汤去滓再煎高、中、低各剂量组,普通煎煮高剂量组大鼠血糖与模型组比较出现不同程度下降,差异具有统计学意义($P < 0.05$),降低程度与半夏泻心汤剂量成正比。其中半夏泻心汤去滓再煎高剂量组下降最显著,差异具有统计学意义($P < 0.01$);血清HOMA-IR 各组结果示半夏泻心汤去滓再煎高、中、低各剂量组,普通煎煮高剂量组大鼠血糖与模型组比较出现不同程度下降,差异具有统计学意义($P < 0.05$),半夏泻心汤去滓再煎各组与普通煎煮同浓度各组比较,降低大鼠血糖、调节胰岛素抵抗效应更显著,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结果见表1。

表1 半夏泻心汤去滓再煎对大鼠糖代谢的影响 ($\bar{x} \pm s$)

组别	只数	FPG(mmol·L ⁻¹)	HOMA-IR
空白组	10	5.40±0.23**	3.20±1.43**
模型组	6	16.67±0.46	17.12±0.98
二甲双胍组	7	7.83±0.33**	5.96±0.77**
普通煎煮高	8	11.53±0.41**	10.07±0.50**
普通煎煮中	7	13.43±0.28*	14.23±1.20*
普通煎煮低	6	14.28±0.50*	15.55±1.11
去滓再煎高	8	9.67±0.25** [△]	8.35±0.85** [△]
去滓再煎中	8	11.13±0.48** [△]	9.36±0.52** [△]
去滓再煎低	7	12.53±0.41*	11.13±1.04** [△]

注:与模型组相比,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与半夏泻心汤普通煎煮法同浓度组比较,[△] $P < 0.05$

2.3 半夏泻心汤去滓再煎对大鼠脂代谢的影响 药物干预后,半夏泻心汤去滓再煎高、中、低各剂量组,普通煎煮高剂量组大鼠脂代谢模型组比较出现不同程度下降,差异具有统计学意义($P < 0.05$),降低程度与半夏泻心汤剂量成正比。其中半夏泻心汤去滓再煎高剂量组下降最显著,差异具有统计学意义($P < 0.01$);同时,半夏泻心汤去滓再煎各组与普通煎煮同浓度各组比较,调节血脂代谢效应更显著,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结果见表2。

表2 半夏泻心汤去滓再煎对大鼠脂代谢的影响

($\bar{x} \pm s$, mmol·L⁻¹)

组别	只数	TG	TC	HDL-C	LDL-C
空白组	10	0.28±0.06	2.61±0.31	2.06±0.07	0.40±0.02
模型组	6	0.58±0.03	4.25±0.14	1.98±0.11	0.71±0.08
二甲双胍组	7	0.75±0.05	3.60±0.09*	3.19±0.07*	0.62±0.11*
普通煎煮高	8	0.32±0.02*	2.26±0.42*	1.67±0.08*	0.28±0.06**
普通煎煮中	7	0.56±0.09*	2.58±0.12*	1.37±0.19*	0.31±0.02**
普通煎煮低	6	0.40±0.01*	2.79±0.27*	1.22±0.22*	0.30±0.05**
去滓再煎高	8	0.21±0.04** [△]	1.89±0.18** [△]	2.42±0.04** [△]	0.28±0.03**
去滓再煎中	8	0.36±0.01** [△]	1.54±0.40** [△]	2.2±0.17** [△]	0.28±0.06**
去滓再煎低	7	0.38±0.02*	1.55±0.08** [△]	2.0±0.09** [△]	0.30±0.01**

注:与模型组相比,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与半夏泻心汤普通煎煮法同浓度组比较,[△] $P < 0.05$

3 讨论

糖尿病是由于胰岛素分泌不足或(和)胰岛素抵抗所引起的一种以血糖持续高水平的代谢综合征。随着2型糖尿病患病率逐年上升,糖尿病患者常见的脂代谢紊乱越来越受到人们的关注,脂代谢紊乱对糖尿病及其并发症的发生有着重要的作用。脂代谢紊乱是2型糖尿病患者患冠心病常见和重要危险因素^[5-8]。

中医学对于消渴(糖尿病)的研究已有数千年历史,“肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴”。并且认为,胃肠升降作用在消渴的发生发展中具有较大作用。而斡旋中焦,恢复胃肠升降的代表方为《伤寒论》中的半夏泻心汤。

本研究发现,半夏泻心汤各剂量组大鼠血糖、脂代谢与模型组比较出现不同程度下降,差异具有统计学意义($P < 0.05$),降低程度与半夏泻心汤剂量成正比。

同时,半夏泻心汤在《伤寒论》中采用去滓再煎的煎服方法,这种煎煮方法在《伤寒论》中多处出现,可见仲景对此煎煮法的重视。我们有理由推测,仲景临床曾经尝试以不同煎煮方法来观察方药疗效,结果发现,去滓再煎与其他煎服法差异显著。经本研究证实,半夏泻心汤去滓再煎各组与普通煎煮同浓度各组比较,改善血糖、血脂代谢效应更显著,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。近年来,临床及实验室研究多关注仲景方药中的药物剂量、配伍、功效、主治等方面。而仲景所强调的煎服法却鲜有研究。希望通过上述研究重新审视仲景特殊煎服法的意义及价值,进而改变临床及研究仅关注方药配伍忽视药物煎服方法的现状。

参考文献

- [1]崔维.半夏泻心汤对糖尿病大鼠胰岛素抵抗的影响[J].中医学报,2016,31(7):1008-1011.
[2]徐萌,王吉娥,陈继兰,等.半夏泻心汤对糖尿病胃轻瘫大鼠胰岛素抵抗的影响[J].中医杂志,2015,56(17):1502-1505.
[3]张秀玲,张国骏,施文甫,等.调整半夏泻心汤辛开与苦降药物比例对减少2型糖尿病胰岛素抵抗的疗效观察[J].光明中医,2014,29(7):1522-1524.
[4]王竹,杨月欣,向雪松,等.实验大鼠血糖正常范围的估算[J].卫生研究,2010,39(2):133-137,142.

- [5]李庞敏,毛培军,付建芳,等.2型糖尿病患者血糖控制水平与脂代谢异常分析[J].西北国防医学杂志,2016,37(4):247-249.
[6]马校芬,金秀平.脂代谢紊乱对2型糖尿病患者胰岛素抵抗及分泌功能的影响[J].河北联合大学学报(医学版),2016,18(2):107-109,112.
[7]李秋云,王彩宁,史丽萍,等.2型糖尿病及前期患者胰岛素抵抗与脂代谢紊乱的关系[J].中国全科医学,2011,14(24):2716-2719.
[8]刘华,齐磊,白洁.糖、脂代谢及氧化应激与糖尿病肾病的相关性[J].生命的化学,2011,31(1):78-81.

(本文编辑:张文娟 本文校对:孙松娴 收稿日期:2018-08-03)

人参二醇组皂苷保护内毒素血症小鼠肾脏的机制研究※

付双^{1,2} 宋伍¹ 韩雨潼¹ 刘芳¹ 史文婷¹ 杜艳伟^{1,2*} 吕雪娇^{2*} 孟艳²

(1 长春中医药大学基础医学院病理教研室,吉林 长春 130117;

2 吉林大学第二医院呼吸科,吉林 长春 130041)

摘要:目的 观察人参二醇组皂苷(PDS)对内毒素血症小鼠肾脏的保护作用与炎症因子的释放、水通道蛋白1(AQP1)和水通道蛋白2(AQP2)表达的关系。方法 构建C57BL/6小鼠内毒素血症模型,实验共分为4组,分别为对照组,LPS组,PDS+LPS组,Dexa+LPS组。麻醉后记录心率和平均动脉压;称取体重和肾脏重量,并计算系数;肾脏固定和冻存,用于HE和免疫组化检测。结果 相比于对照组,LPS组小鼠的心率和平均动脉压下降($P<0.05$),TNF- α ,IL-6含量明显升高($P<0.01$),肾脏组织AQP1和AQP2蛋白表达水平显著降低,肾脏病理炎症增加和肾间质细胞水肿。相比于模型组,PDS+LPS组和Dexa+LPS组均能恢复心率和平均动脉压($P<0.05$);明显降低TNF- α ,IL-6含量($P<0.05$),升高肾脏组织AQP1和AQP2蛋白的表达并且减轻肾脏病理炎症和间质细胞水肿。结论 人参二醇组皂苷具有保护内毒素血症肾脏损伤的作用,通过降低内毒素血症小鼠促炎因子TNF- α ,IL-6含量,升高肾脏组织AQP1和AQP2蛋白的表达,改善肾脏病理炎症,减轻肾脏间质细胞水肿状态。

关键词:人参二醇组皂苷;地塞米松;水通道蛋白;内毒素

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.037

文章编号:1672-2779(2018)-23-0087-04

Study on the Mechanism of Panaxadiol Saponin Protect Renal of Mice with Endotoxemia

FU Shuang^{1,2}, SONG Wu¹, HAN Yutong¹, LIU Fang¹, SHI Wenting¹, DU Yanwei^{*1,2}, LYU Xuejiao^{*2}, MENG Yan²

(1. Department of Pathology, School of Basic Medicine, Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130117, China;

2. Department of Respiratory Medicine, the Second Affiliated Hospital of Jilin University, Jilin Province, Changchun 130041, China)

Abstract: **Objective** To observe the renal protective effect of Panaxadiol saponin (PDS) on the renal protection of endotoxemia, and the relationship between protective effects and inflammation factor release, Aquaporin 1 (AQP1) and Aquaporin 2 (AQP2). **Methods** Building the C57BL/6 mouse endotoxin model, the experiment was divided into four groups, the control group, the LPS group, the PD+LPS, and the Dexa+LPS group. Recorded heart rate and average arterial pressure under anesthesia; According to body weight, kidney weight, and calculate the coefficient; Kidney fixation and freezing, for HE and immunohistochemical detection. **Results** Comparing with the control group, the heart rate and average arterial pressure decreased in LPS group ($P<0.05$), the content of TNF- α , IL-6 was significantly increased ($P<0.01$), and the expression level of AQP1 and AQP2 in kidney tissues decreased significantly and the renal pathological inflammation increased and the renal interstitial cell edema was increased. Compared with the model group, both PDS+LPS group and Dexa+LPS group were able to restore heart rate and average arterial pressure ($P<0.05$). The content of TNF- α , IL-6 ($P<0.05$) was significantly reduced, and the expression of AQP1 and AQP2 protein in the kidney tissues was raised and the renal pathological inflammation and interstitial cell edema were alleviated. **Conclusion** Panaxadiol saponin can decrease endotoxin anemia mice proinflammatory factor TNF- α , IL-6 levels, increased kidney tissue AQP1 and AQP2 expression, improve the renal pathological inflammation, reduce renal interstitial cells swelling state, therefore, Panaxadiol saponin effectively prevent the renal injury of endotoxemia.

Keywords: panaxadiol saponin; dexamethasone; aquaporin; endotoxemia

脓毒症是德国和美国重症监护病房最常见的并发症之一^[1-2],由于这种免疫学综合征的极端复杂性,死亡率仍居高不下。目前还没有这一免疫学综合征特征预测的生物标志物,因此也没有能够针对病人的免疫状态进行个体化治疗。有研究报道称,水通道蛋白(AQPs)是

调节脓毒症机制的关键,而被视为有希望的药物靶标或生物标志物^[3]。AQPs参与的一些炎症过程,表明了它们在保护和应对不同的有害刺激(包括细菌感染)方面的新作用^[4]。人参二醇组皂苷(Panaxadiol Saponin, PDS)是人参茎和叶的提取物,大量的研究表明,人参二醇组皂苷(PDS)具有类似地塞米松的抗炎特性以及保护脂多糖(Lipopolysaccharide, LPS)诱导的感染性休克大鼠的心肺功能^[5-8]。内毒素血症导致肾小管功能障碍和尿渗透压发生改变,影响尿的浓缩。这时水通道蛋白

※ 基金项目:国家级大学生创新创业训练计划项目【No. 201610199011,201710199007】;吉林省中医药管理局项目【No. 2017159】;长春中医药大学“百青计划”

* 通讯作者:duyanwei.dyw@163.com;lvxuejiao0311@163.com

发挥对尿浓缩的调节机制,调节尿素转运,排泄含氮废物,同时可能参与抗炎作用,从而保护肾脏。

本实验通过观察PDS对内毒素血症小鼠肾脏保护作用、炎症因子水平以及肾脏组织水通道AQP-1和AQP-2的表达情况,初步探讨PDS抗内毒素的可能机制。

1 材料与方法

1.1 实验动物 C57BL/6小鼠32只,雌雄小鼠各半,体质量18~22 g,购于中国科学院北京实验动物中心,由吉林大学实验动物中心SPF级动物饲养室繁殖与饲养。小鼠饲养于吉林大学实验动物中心,安置在一个12 h光照/黑暗周期的房间,保证房间温度为(22±2)℃,确保饲养环境恒温、恒湿、清洁,允许自由获取食物和水。

1.2 药物及试剂 人参二醇组皂苷(PDS)由吉林大学天然药物研究室提供的专利产品,专利号ZL98100070.3,使用时用生理盐水配制;地塞米松是临床用药,生产厂家为山东新华制药有限公司;LPS为Sigma公司产品;AQP抗体购于Abcam;其他常规化学试剂均为进口或国产分析纯产品。

1.3 造模及实验分组 32只C57BL/6小鼠,将它们随机分为4组(n=8):对照组、LPS组、PDS+LPS组和Dexa+LPS组。对照组经腹腔注射0.5 mL 0.9%氯化钠。LPS组、PDS+LPS组和Dexa+LPS组小鼠分别经腹腔注射LPS(10 mg/kg)^[6-7]。PDS+LPS组和Dexa+LPS组小鼠在LPS注射前1 h分别经腹腔注射PDS(25.0 mg/kg)或地塞米松(2.5mg/kg)^[6-7]。

1.4 检测方法

1.4.1 生化指标检测 LPS注射12 h后,经戊巴比妥钠麻醉后,采用BL420仪器记录心率和平均动脉压,眼球采血处死动物。①称量小鼠体质量和肾脏重量,并计算肾脏系数;②收集血液,用于生化指标的检测;③取肾组织,其中一部分冻存,用于蛋白检测。血液尿素氮(BUN)和肌酐(CREA)试剂盒购于南京建成生物技术有限公司,检测步骤按照试剂盒说明书操作。

1.4.2 HE染色及免疫组织化学染色 肾脏组织经4%多聚甲醛固定,自动脱水,浸蜡,包埋,切片,常规HE染色。应用SABC法进行免疫组织化学染色,兔抗鼠AQP-1和AQP-2抗体浓度1:500作为一抗。

1.5 统计学方法 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用SPSS Windows for 19.0软件,单因素方差分析,并进行样本均数的组间比较。

2 结果

2.1 PDS对小鼠动脉血压和心率的影响 见表1,与LPS组相比,给予地塞米松后能够有效升高LPS处理后小鼠的血压和心率,同样,给予PDS后也可有效维持LPS处理后小鼠的血压和心率。

表1 PDS和Dexa对LPS处理小鼠平均动脉血压和心率的影响
($\bar{x} \pm s, n=8$)

组别	MABP(mmHg)	HR(次)
对照组	94.60±2.55	585±38
LPS组	77.70±3.00*	498±23*
Dexa+LPS组	88.15±4.35 [△]	587±25 [△]
PDS+LPS组	87.95±6.40 [△]	572±41 [△]

注:与对照组比较,* $P<0.05$;与LPS组比较,[△] $P<0.05$

2.2 PDS对小鼠肾脏指数的影响 急性肾损伤模型复制成功12 h之后,处死小鼠,分离肾脏组织称重,计算肾脏指数。结果显示LPS组腹腔注射LPS(10 mg/kg)12 h后肾脏指数(0.0081±0.0010)与对照组(0.0055±0.0008)相比显著增加($P<0.01$),提示小鼠肾脏发生急性水肿。在模型复制前,给予PDS(25.0 mg/kg)和Dexa(2.5 mg/kg)预处理,PDS+LPS组和Dexa+LPS组肾脏指数(0.0060±0.0010)、(0.0064±0.0002)均较LPS组明显减轻($P<0.05$),说明PDS能够减轻肾脏水肿。见表2。

表2 PDS和Dexa对LPS处理小鼠肾脏系数的影响
($\bar{x} \pm s, n=8$)

组别	体质量(g)	肾脏重量(g)	肾脏指数
对照组	24.67±1.86	0.1350±0.0138	0.0055±0.0008
LPS组	24.25±2.09	0.1967±0.0216*	0.0081±0.0010*
Dexa+LPS组	24.33±1.86	0.1550±0.0105 [△]	0.0064±0.0002 [△]
PDS+LPS组	24.17±1.47	0.1450±0.0266 [△]	0.0060±0.0010 [△]

注:与对照组比较,* $P<0.05$;与LPS组比较,[△] $P<0.05$

2.3 PDS对小鼠血清尿素氮和肌酐含量的影响 急性肾损伤模型复制成功12 h后处死小鼠,收集血清,经BUN试剂盒检测BUN的含量。血清BUN含量:对照组为(13.18±3.05) mmol/L, LPS组为(39.14±5.25) mmol/L, LPS组血清BUN含量显著高于对照组($P<0.01$)。然而, PDS+LPS组的BUN含量(26.47±5.55) mmol/L和Dexa+LPS组的BUN含量(23.96±4.60) mmol/L均显著低于LPS组($P<0.05$)。血清的肌酐含量以LPS组为最高(46.18±4.35) μmol/L,与对照组(18.75±2.95) μmol/L比较差异显著($P<0.01$)。PDS+LPS组(31.04±7.62) μmol/L和Dexa+LPS组(28.58±6.05) μmol/L血清肌酐含量均明显低于LPS组($P<0.05$)。见表3。

表3 PDS和Dexa对LPS处理小鼠血清尿素氮和肌酐含量的影响
($\bar{x} \pm s, n=8$)

组别	BUN(mmol/L)	CREA(μmol/L)
对照组	13.18±3.05	18.75±2.95
LPS组	39.14±5.25**	46.18±4.35**
Dexa+LPS组	23.96±4.60 [△]	28.58±6.05 [△]
PDS+LPS组	26.47±5.55 [△]	31.04±7.62 [△]

注:与对照组比较,** $P<0.05$;与LPS组比较,[△] $P<0.05$

本结果表明腹腔注射LPS 10 mg/kg 12 h成功地复制了LPS诱导的ARF小鼠动物模型。此外, PDS和地塞米松有类似的逆转LPS诱导的ARF肾功能的作用。

2.4 各组肾脏组织形态学变化 采用HE染色的方法观

察肾脏组织形态学改变。通过光学显微镜观察,发现LPS组肾小管上皮细胞肿胀、变性、脱落,管腔缩小,管腔内有管型及渗出物,肾间质水肿,有少量炎细胞浸润,与LPS组比较,PDS+LPS组及Dexa+LPS组上述表现明显减轻(如图1)。提示注射LPS(10 mg/kg)12 h后小鼠发生肾脏明显损伤,且PDS+LPS组和Dexa+LPS组肾脏损伤明显减轻。

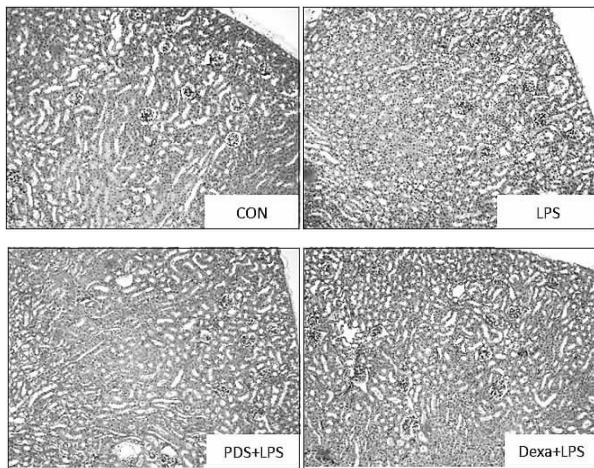


图1 各组肾脏组织形态变化(200×)

2.5 PDS对小鼠血清TNF- α 和IL-6产生与释放的作用 本实验主要检测了前炎症因子TNF- α 、IL-6的含量,结果如表4所示,与对照组相比,LPS组血清TNF- α 和IL-6的含量均显著增高($P<0.01$)。然而,PDS组的TNF- α 和IL-6含量与LPS组比较均明显降低($P<0.05$),地塞米松组与LPS组比较TNF- α 有下降趋势,IL-6显著降低($P<0.05$)。说明PDS与地塞米松具有类似抑制NF- κ B信号通路的作用,从而实现降低LPS注射后小鼠血清内炎症因子TNF- α 和IL-6的含量。

表4 PDS和Dexa对LPS处理小鼠血清TNF- α 和IL-6含量的影响
($\bar{x}\pm s$, $n=8$, ng/L)

组别	TNF- α	IL-6
对照组	71.45 $\pm$ 5.15	63.28 $\pm$ 6.56
LPS组	112.37 $\pm$ 10.61**	79.14 $\pm$ 10.05
Dexa+LPS组	80.45 $\pm$ 8.77 $^{\Delta}$	58.62 $\pm$ 7.84 $^{\Delta}$
PDS+LPS组	91.12 $\pm$ 6.01 $^{\Delta}$	65.08 $\pm$ 12.58

注:与对照组比较,** $P<0.01$;与LPS组比较, $^{\Delta}P<0.05$

2.6 PDS对小鼠肾脏组织水通道表达的影响 采用免疫组化的方法检测内毒素血症小鼠肾脏组织AQP-1和AQP-2的表达。LPS组AQP-1表达明显少于对照组。而给予PDS或地塞米松时,AQP-1的表达明显高于LPS组,其中Dexa+LPS组增加明显,如图2所示,肾脏髓尖(400×)、髓质(400×)和皮质(400×)AQP-1的表达情况。

相较于对照组LPS组AQP-2表达减少。而PDS+LPS组及Dexa+LPS组AQP-2的表达较LPS组增加,如图3所示,肾脏髓尖(400×)、髓质(400×)和皮质(400×)AQP-2的表达情况。注射LPS(10mg/kg)12 h

后小鼠肾脏功能障碍,PDS可以改善小鼠BUN和CREA水平,上述结果提示PDS的调控机制可能是通过调节肾脏组织AQP-1和AQP-2的表达实现的。

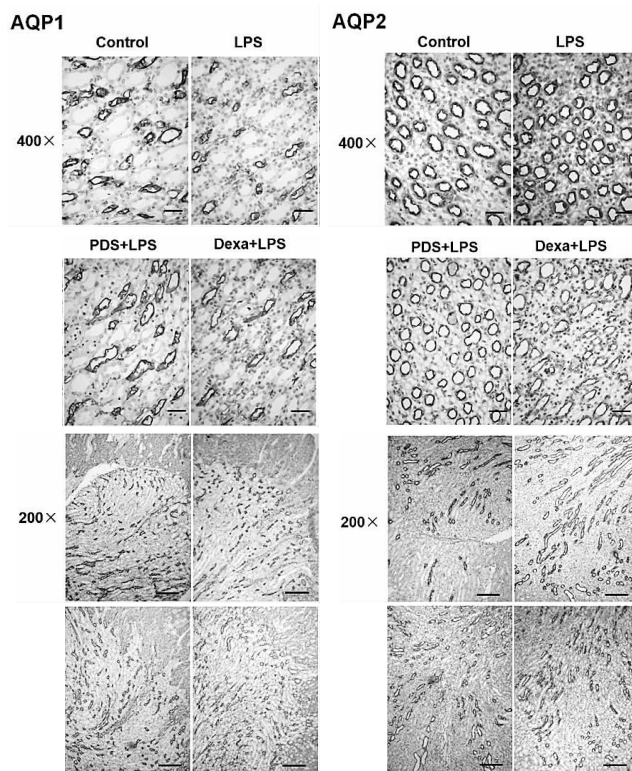


图2 各组肾脏组织AQP-1的表达(400×)

图3 各组肾脏组织AQP-2的表达(400×)

3 讨论

内毒素引起的脓毒血症主要机制是LPS介导信号转导,参与免疫防御和炎症损伤。通过Toll样受体4(TLR4)引起核因子 κ B(NF- κ B)活化,并最终引起促炎症因子TNF- α 、IL-6等为中心的激活,从而引发肾脏炎症反应^[9]。有研究表明,内毒素血症小鼠肾脏功能障碍,严重的内毒素血症几乎接近急性肾衰竭状态,其中血清BUN和CREA含量明显增高^[10],这与本实验中取得的结果相一致。内毒素血症所致的急性肾脏损伤病理特征为肾脏上皮和间质细胞水肿,组织间隙有炎细胞浸润,肾脏特征性改变主要是肾小管功能障碍,表现在肾脏对尿素的浓缩障碍^[11]。

水通道蛋白参与尿浓度、体液平衡、大脑功能、腺体分泌等过程,其功能的缺陷与各种疾病状况和病理状态有关。目前已知的在哺乳动物中共有13个水通道,分布在大多数组织中。在肾脏组织中共有8种,其中AQP1-4在调节水的运输中起到重要作用,AQP2分布在集合管顶端膜,是抗利尿激素调节集合管对水通透的主要分子,在尿液浓缩中起关键作用。此外,最近研究表明AQPs参与一些炎症过程,表明了它们在保护和应对不同的有害刺激(包括细菌感染)方面的新作用^[12]。文献报道AQPs参与了脓毒血症的不同生理过程,脓毒血症时肾脏的AQP2表达下调,并可导致肾功能衰竭^[13],这与

本实验中研究结果相一致。

在本研究中,给小鼠腹腔注射内毒素成功地复制了脓毒症肾脏损伤动物模型,造成了炎症介质的大量释放和肾脏组织的损伤,从而引起肾脏间质水肿、血液BUN和CREA水平增加,组织AQP-1和AQP-2表达减弱。经PDS和Dexa治疗后,能够一定程度地抑制炎症介质TNF- α 和IL-6的过度释放,上调AQP-1和AQP-2表达,明显改善了肾脏间质水肿程度及血液BUN和CREA水平。通过实验研究推测,PDS具有与Dexa相类似的作用,可以通过降低内毒素血症模型小鼠促炎因子的含量,升高肾脏组织AQP-1和AQP-2的表达,改善肾脏功能,从而有效防治内毒素血症肾脏损伤。

综上所述,人参二醇组皂苷具有类似地塞米松抗内毒素血症保护肾脏的作用,具体机制可能是通过降低炎症水平,调节肾脏水通道蛋白的表达,改善肾脏功能的机制,然而中药人参二醇组皂苷的开发以及其作用机制需要进一步研究。

参考文献

- [1]Mayr F B, Yende S, Angus D C. Epidemiology of severe sepsis[J]. Virulence, 2014, 5(1):4-11.
- [2]Schorr C A, Zanotti S, Dellinger R P. Severe sepsis and septic shock: management and performance improvement[J]. Virulence, 2014, 5(1):1909.
- [3]Katharina Rump, Michael Adamzik. Function of aquaporins in sepsis: a systematic review[J]. Cell & Bioscience, 2018(8):10.
- [4]Rosaria Meli, Claudio Pirozzi, Alessandra Pelagalli. New Perspectives on the Potential Role of Aquaporins (AQPs) in the Physiology of Inflammation[J]. Front. Physiol, 2018(9):101.
- [5]于振香,左孟华,彭丽萍,等.人参二醇组皂苷对失血性休克-内毒素二次打击大鼠肺组织TLR4与IL-18表达的影响[J].中国老年学杂志,2007,27(20):1984-1986.
- [6]陈燕,孟艳,杜艳伟,等.人参二醇组皂苷改善内毒素诱导急性肾损伤小鼠肾功能的机制[J].中国老年学杂志,2014,34(10):2806-2809.
- [7]陈燕,杜艳伟,王晓琴,等.人参二醇组皂苷具有与地塞米松类似的改善LPS处理小鼠肾功能的保护作用[J].中国病理生理杂志,2014,30(5):864-869.
- [8]林桦,李杨,赵雪俭,等.人参二醇组皂苷对休克细胞的保护作用及其机理的实验研究[J].白求恩医科大学学报,1992,34(2):123-125.
- [9]李璐,刘喜春,于振香,等.人参二醇组皂苷对内毒素休克大鼠肺CD14和NF- κ B表达的影响[J].吉林大学学报(医学版),2005,31(2):231-235.
- [10]王华东,李飞,陆大祥,等.中药四毒清抑制LPS性肾脏损伤的机制研究[J].中国病理生理杂志,2005,21(7):1287-1291.
- [11]崔文瑞.丙泊酚对内毒素血症大鼠肾损伤的保护作用及机制研究[D].北京:中国医科大学,2009.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王文奇 收稿日期:2018-07-31)

黄柏煎剂的抗炎和抗菌作用研究

李文裕 肖候兰

(江西省信丰县人民医院肿瘤放疗科,江西 信丰 341600)

摘要:目的 研究黄柏煎剂的抗炎、抗菌作用。方法 选取52只小鼠作为研究对象,采用随机序贯法分为对照组和黄柏煎剂组,各26只;黄柏煎剂组小鼠灌注黄柏煎剂,对照组灌注同等剂量的蒸馏水。连续灌胃7 d后,于左耳内外侧涂抹20 μ L,右耳不做处理作为对照,计算组间耳廓肿胀程度及抑制率。对比抗炎作用及抗菌作用。结果 黄柏煎剂组肿胀度低于对照组,可对肿胀情况进行抑制,差异有统计学意义($P < 0.05$)。黄柏煎剂组死亡数量6只,对照组死亡数量19只,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 黄柏煎剂具有较强的抗炎及抗菌作用,值得临床广泛采用。

关键词:黄柏煎剂;抗炎;抗菌;中药药理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.038

文章编号:1672-2779(2018)-23-0090-02

Study on the Anti-inflammatory and Antibacterial Effects of Cortex Phellodendron Decoction

LI Wenyu, XIAO Houlan

(Tumor Radiotherapy Department, Xinfeng County People's Hospital, Jiangxi Province, Xinfeng 341600, China)

Abstract: Objective To study the anti-inflammatory and antibacterial effects of Phellodendron decoction. Methods 52 mice were selected as the research subjects, and 26 rats were divided into control group and cortex Phellodendron decoction group by random sequential method. The decoction group of cortex Phellodendron was concerned with cortex Phellodendron decoction, and the control group was perfused with the same dose of distilled water. After continuous 7d administration, 20 μ L was applied to the left and right sides of the left ear, and the right ear was not treated as a control. The anti-inflammatory and antiseptic effects were compared.

Results The swelling degree of the Cortex Phellodendri decoction group was lower than that of the control group, and the swelling condition was inhibited, with statistical significance ($P < 0.05$). There were 6 deaths in the Phellodendron decoction group and 19 in the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion** Phellodendron decoction has strong anti-inflammatory and antibacterial effects, and is worthy of being widely used in clinic.

Keywords: cortex Phellodendron decoction; anti-inflammatory; antibiosis; pharmacology of Chinese medicine

临床将芸香科植物黄皮树的干燥树皮称之为黄柏,剥取树皮后,除去粗皮后晒干,呈板片或浅槽状,厚度为1.0~6.0 mm,外表面为黄褐色或黄棕色。经临床炮制后,有清热燥湿、泻火除蒸、解毒疗疮之功效;黄柏药性微寒、味苦,应用于临床可将其归属于清热燥湿类药物。据相关临床资料记载,黄柏为我国传统中药材之一,又称为元柏,其本身药效较高,主要有

清热、泻火、治疗痔疮等作用,其中部分成分有抗菌及镇静等作用,可水煎服,也可调制成粉末使用^[1]。但是,临床针对黄柏煎剂开展的研究相对较少,且黄柏并不适用于所有人群使用,导致临床患者在应用黄柏时出现部分不良反应,使其对黄柏产生错误认知,并抗拒采用黄柏治疗。因此,临床有必要围绕黄柏开展研究,明确黄柏的药性及特性,同时围绕黄柏煎剂开

展研究,明确抗炎及抗菌作用,以便为临床提供更准确的参考。本院就黄柏煎剂的抗炎、抗菌作用开展研究,现整理报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我实验室培养的52只小鼠作为研究对象,纳入标准:(1)体质量均经过严格筛选;且均为成年鼠;(2)研究内容严格按照相关流程及实验准则实施;(3)体质量为180~200 g。排除标准:(1)体质量较低;(2)通过观察小鼠自身存在疾病或不健康。研究所用小鼠均由甘肃中医院实验动物中心提供。采用随机序贯法分为对照组和黄柏煎剂组,各26只。2组小鼠基线资料比较, $P>0.05$,差异无统计学意义,表明2组基线资料具有较好均衡性,可进行对比研究。

1.2 方法 黄柏煎剂制备操作如下:首先采用冷水浸泡60 min,煎煮15~20 min,后再次煎煮10~15 min,使用前将其调制成研究所需浓度。黄柏煎剂组小鼠灌胃剂量为0.096 g/kg,对照组灌注同等体积的蒸馏水,均连续给药7 d。末次给药后,小鼠连续灌胃黄柏煎剂7 d后,于左耳内外侧涂抹20 μ L,右耳不做处理作为对照,计算组间耳廓肿胀程度及抑制率。

1.3 观察指标 对比抗炎作用及抗菌作用。抗炎效果根据肿胀情况为判定标准,肿胀抑制率=(对照组平均肿胀度-给药组平均肿胀度)/对照组平均肿胀度 $\times$ 100%。抗菌效果则于灌胃7 d后肌注金黄色葡萄糖菌液0.5 mL (3.0×10^{10} 个/mL),注射6 h后再次给药,观察小鼠死亡情况。

1.4 统计学方法 本次研究在处理数据时采取SPSS 20.0统计学软件。计量数据呈均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采取独立配对 t 检验;计数数据用百分比(%)表示,采取卡方(χ^2)检验, $P<0.05$ 表示数据间差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 抗炎作用对比 黄柏煎剂组肿胀度低于对照组,可对肿胀情况进行抑制,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 黄柏煎剂对小鼠耳肿胀的影响

组别	只数	剂量(g/kg)	给药途径	肿胀程度(mg)	肿胀抑制率(%)
黄柏煎剂组	26	0.096	灌胃	9.46 $\pm$ 2.68	42.31
对照组	26	-	灌胃	15.31 $\pm$ 2.43	-

2.2 抗菌作用对比 黄柏煎剂组死亡数量6只,对照组死亡数量19只,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 黄柏煎剂抗菌作用

组别	只数	剂量(g/kg)	给药途径	给药体积(μ L/10 g)	死亡数量(只)	死亡率(%)
黄柏煎剂组	26	0.096	灌胃	2.4	6	23.08
对照组	26	-	灌胃	2.4	19	73.08

3 讨论

黄柏在临床中与黄芪、黄连等药效类似,具有清热燥湿、泻火解毒等功效。据相关临床资料记载^[2-3],黄柏主要生产于四川、贵州、湖北、云南等地区,呈板片状或浅槽状,长短不一,有不规则的纵裂纹,体轻、质硬,味微苦,基于其本身药性,被临床用于治疗湿热泻痢、黄疸、带下、热淋、脚气、痿痹、骨蒸劳热、盗汗、遗精、疮疡肿毒、湿疹瘙痒等症状。将黄柏煎制后,其浸出液体对化脓性细菌具有较强的抑菌作用,尤其是青霉素耐药菌株产生的 β -内酰胺酶,对其抑制效果更为显著。但是有学者指出^[4],黄柏煎剂具体抗炎作用机制并不明确,且临床并无过多资料及文献并对其抗炎机制进行证实,导致部分患者及临床工作者对黄柏煎剂抗炎机制产生质疑,并出现抵触或抗拒采用黄柏治疗等情况,故有必要对黄柏煎剂具体疗效开展研究,明确其具体抗炎、抗菌作用机制。本研究结果指出,应用黄柏煎剂组肿胀程度与对照组相比明显要低,且死亡率(23.08%)低于对照组(73.08%),表明黄柏煎剂可准确降低金黄色葡萄球菌感染小球死亡率,故而将其应用于临床中具有较强的抗菌作用。而且,有多数学者围绕黄柏开展研究指出,黄柏本身作为清热解毒药和清热燥湿药,应用于临床能够治疗湿热痢疾、泄泻、黄疸等症状,而其药理作用方面则具有显著抗菌作用,其中小檗碱成分能够对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、白喉杆菌、草绿色链球菌、痢疾杆菌(宋内氏除外)、溶血性链球菌、脑膜炎球菌、霍乱弧菌、炭疽杆菌等细菌进行抑制,对于部分菌种,如H37Rv、鸟型结核杆菌,虽然并无明显抑菌作用,但能够在一定程度上减少菌群。由此可见,黄柏煎剂应用于临床中具有较强的抗菌及抗炎作用。通过观察临床其他学者围绕黄柏煎剂开展研究^[5],其结果与本研究结果相一致,均认为黄柏煎剂具有较强抗炎及抗菌作用。

综上所述,黄柏煎剂具有较强的抗炎及抗菌作用。

参考文献

- [1]S. Tharshika, M. P. Vidhya, R. Shivatharsiny, et al. Preliminary Phytochemical Screening and Anti Bacterial Activity of Leaves of Moringa oleifera. Lamk[J]. Asian Journal of Medicine and Health, 2017, 6(1):1-5.
- [2]Laura Keatinga, Jeremiah Hayesa, Siobhan Moanea, et al. The effect of simulated gastro-intestinal conditions on the antioxidant activity of herbal preparations made from native Irish hawthorn[J]. Journal of Herbal Medicine, 2014, 4(3):127-133.
- [3]李先娜,邹迪,李冰冰,等.基于体内过程的关黄柏在知柏地黄丸等类方配伍环境下血中移行成分分析[J].世界科学技术:中医药现代化,2016,18(10):1730-1739.
- [4]邓台燕,全大祥,吴彬.复方黄柏液联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎及肠道菌群和血清炎症因子的影响[J].中国现代医学杂志,2016,26(9):124-127.
- [5]Aaron J. Smith, John Oertle, Dino Prato. Multiple Actions of Curcumin Including Anticancer, Anti-Inflammatory, Antimicrobial and Enhancement via Cyclodextrin[J]. Journal of Cancer Therapy, 2015, 6(3):257-272.

(本文编辑:张文娟 本文校对:卢辛辛 收稿日期:2018-07-31)

临床鉴习 CLINICAL GUIDING
LEARNING

金杏降压方治疗肝阳上亢型高血压的疗效观察※

方 君

(昆山市中医医院心内科, 江苏 昆山 215300)

摘要:目的 观察中药组方金杏降压方治疗肝阳上亢型原发性高血压病的临床疗效。方法 选择70例肝阳上亢型原发性高血压病患者,随机分成治疗组和对照组,治疗组在对照组使用厄贝沙坦氢氯噻嗪片治疗的基础上加用昆山市中医医院自研组方金杏降压方。2组疗程均为2周,治疗结束后观察记录2组血压、症状的改善情况。结果 治疗组在降压疗效及证候改善方面与对照组比较有显著差异 ($P<0.05$)。结论 金杏降压方对肝阳上亢型高血压的治疗有显著作用,能够有效降低血压,改善各种临床症状。

关键词: 金杏降压方;原发性高血压病;肝阳上亢;眩晕

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.039

文章编号:1672-2779(2018)-23-0092-02

Observation on the Curative Effect of Jinxing Jiangya Recipe in Treating Liver Yang Hyperactivity Type Hypertension

FANG Jun

(Department of Cardiology, Kunshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Kunshan 215300, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical efficacy of Jinxing Jiangya recipe in patients with liver yang hyperactivity type hypertension. **Methods** 70 patients with liver yang hyperactivity type hypertension were divided into the treatment group and the control group by random, 35 cases in each group. The control group was given regularly Irbesartan hydrochlorothiazide; the treatment group received Jinxing Jiangya recipe on the basis of the regularly Irbesartan hydrochlorothiazide. Both groups were treated for two weeks. After the end of treatment, the improvement of blood pressure and symptoms were recorded. **Results** There was a significant difference between the treatment group and the control group in the improvement of antihypertensive effect and symptom relief ($P<0.05$). **Conclusion** Jinxing Jiangya recipe has a significant effect on the treatment of liver yang hyperactivity type hypertension which can effectively lower blood pressure and improve clinical symptoms.

Keywords: Jinxing Jiangya recipe; primary hypertension; liver yang hyperactivity; vertigo

近年来,随着人们物质生活水平提高,工作压力、精神压力的相应增加,导致原发性高血压发病率随之显著上升,2017年仅在我院门诊就诊的高血压患者达45899人次,占心血管门诊的44.28%。但目前患者对高血压知晓率、治疗率、服药连续性较差,这种情况导致降压难度进一步增加,甚至容易导致患者并发症的出现。因此,寻求一种患者容易接受的制剂从而有效提高患者用药的依从性、引导患者积极治疗,确保平稳降压、改善症状则是我们临床上急需解决的问题,我院应时自行研制出金杏降压方(天麻、决明子、钩藤、罗布麻叶、菊花、茺蔚子各10g,每日泡水代茶饮)。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院心血管内科门诊2017年5月—2018年2月诊治的原发性高血压患者70例,随机分成治疗组和对照组,每组35例,男性20例,女性15例;年龄30~77岁,平均年龄51岁;病程1~15年,平均病程(6.7±1.20)年;血压水平平均达到2级(160/100 mmHg)以上。2组一般情况无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断均符合《2010年中国高血压防治指南》^[1],并且经过我院主任中医师、副主任中医师中

医辨证为眩晕-肝阳上亢型,符合《中药新药临床研究指导原则》^[2],症状表现为眩晕、头胀满疼痛、目红耳赤、咽干口苦、便秘溲黄、舌红、苔黄、脉弦。

1.3 治疗方法 对照组每日服用安博诺(厄贝沙坦氢氯噻嗪片1粒/日)。治疗组在每日服用安博诺基础上,每日使用金杏降压方(天麻、决明子、钩藤、罗布麻叶、菊花、茺蔚子各10g,每日泡水代茶饮)。14d为1疗程,疗程结束后,由主任中医师或者副主任中医师测量血压,记录患者中医症状情况等。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0统计软件处理数据,计量资料用均数±标准差表示,2组均数比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者中医症状证候效果比较 治疗组中,32例患者有效,有效率为91.43%;对照组中22例患者有效,有效率为62.86%,2组比较有统计学差异, $P<0.05$ 。见表1。

表1 2组患者中医症状证候效果比较 [例(%)]

组别	例数	有效	无效
治疗组	35	32(91.43)	3(8.57)
对照组	35	22(62.86)	13(37.14)

2.2 2组患者血压比较 治疗组患者治疗前,收缩压为(168.52±13.65) mmHg,舒张压为(110.51±10.25) mmHg,

※ 基金项目:昆山市科技局社会发展科技项目[No.KS1379]

对照组治疗前收缩压为(165.38±13.68) mmHg,舒张压为(109.85±11.23) mmHg,2组之间的收缩压、舒张压比较无统计学差异。经治疗后,治疗组收缩压为(125.3±10.31) mmHg,舒张压为(74.55±6.87) mmHg,与治疗前相比有统计学差异, $P<0.05$ 。对照组收缩压为(136.71±11.23) mmHg,舒张压为(85.32±8.10) mmHg,与治疗前相比有统计学差异, $P<0.05$,说明2组患者在治疗后均有降压作用。同时发现,治疗组收缩压较对照组收缩压低,有统计学差异, $P<0.05$;治疗组舒张压较对照组舒张压低,有统计学差异, $P<0.05$,说明2组比较,治疗组降压效果更好。见表2。

表2 2组患者治疗前后收缩压及舒张压比较 ($\bar{x}\pm s$, mmHg)

组别	例数	收缩压		舒张压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	35	168.52±13.65	125.3±10.31*	110.51±10.25	74.55±6.87*
对照组	35	165.38±13.68	136.71±11.23*	109.85±11.23	85.32±8.10*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

目前原发性高血压成为心血管科的重头疾病,占用了门诊较大的医疗资源,但仍有较多的患者血压得不到有效控制,原因在于部分患者不能足够认识到高血压疾病以及心脑血管并发症的危害性,以及经济因素、用药复杂等原因,且多数患者确诊为高血压后需要长期服用西药,部分患者需要联合使用两种及两种以上药物,甚至需要终身服药的情况,使其对西药具有强烈的抵触情绪,因此常常擅自停药、减药,进一步加大治疗难度。因此对患者单纯使用西药控制血压,往往局限性大,起不到良好的效果,此外西药的快速降压并不能完全改善患者的症状,对心血管结构造成一定的危害,也让患者不能完全满意西药效果。

中医学没有“高血压”这一病名,但有“眩晕”“头痛”“水肿”等病名,主要的病机为脾肾受损,清阳不升,浊阴不降,上蒙清窍;肝郁气滞、血脉瘀滞;肝阳暴涨,上扰清窍,肝肾阴虚,肝阳上亢等^[1]。“肝阳上亢”是常见的证候分型,常表现为头晕、头胀、头痛、面红耳赤,便秘、尿赤,舌苔黄、偏腻,治疗原则以平肝潜阳为大法。

我院自行研制出银杏降压方组方中天麻性味平、甘,归肝经,具有平肝益气、息风止痉、镇静安神,增加外周及冠脉血流量,促进脑血流,起到降低血压保护心脏的作用,尤其天麻中含有“香荚兰醇”及维生素A,对肝风引起的头痛疗效很好,长期服用亦能起到强身健体的作用;决明子所含大黄素、大黄酸能够清热排毒,对内热造成的排便不畅,毒素堆积有很好的缓解作用,起到对人体保肝降压、润肠通便功效,另外决明子含有甾体化合物、大黄酚等对肝火上扰、风热引起的目赤肿痛、羞明流泪能起到治疗作用,长期服用亦有降低血清

胆固醇及强心作用;钩藤味甘、微寒,含2-氧代吲哚类生物碱,既能泄肝火,又能平肝阳,起到降压作用,《本草纲目》指出:“大人头旋目眩,平肝风,除心热”,可见其具有清热平肝、息风定惊,改善血液循环,对肝火上逆的头痛目赤有显著的效果,此外钩藤可非竞争性拮抗异丙肾上腺素正性变时作用,抑制神经兴奋,可预防和治疗高血压病引起的房性心律失常,钩藤碱能抑制花生四烯酸等,能起到改善红细胞的变形能力,预防心脑血管血栓的形成,降低冠心病、脑梗死等疾病风险;罗布麻叶甘苦、凉,所含鞣质、单宁酸、黄酮等可作用于组织胺使血管扩张、保持血管的柔韧性和弹性,降低血清胆固醇、抑制血压升高、理论上改变血管弹性以及动脉硬化,同时其含有槲皮素有明显的利尿作用起到辅助降压作用,并且罗布麻中含有的黄酮起到清除氧自由基从而达到抗心律失常、抗心绞痛的作用,此外罗布麻所含毒旋花子成分能起到安神助眠的作用;野菊花辛散苦泄、微寒清热,能清泄肝经风热以达到治疗目赤肿痛、头痛眩晕的作用,亦能通过抗肾上腺素和扩张外周血管从而达到降低血压的作用;茺蔚子甘性辛凉,入心、肝经,所含茺蔚子油及维生素A等起到疏风清热、清肝明目的作用。以上药物合用共奏平肝潜阳、清肝明目、清热通便等作用。

近年来中药降血压作用已经在临床上得到不断的验证,取得了一定的成果。此次研究结果,我们发现中药治疗高血压不仅仅能协助西药降压治疗,同时能多靶点加上多途径作用,显著改善高血压引起的一些症状,有效保护心脑血管等重要器官功能,减少患者对高血压的恐惧心理。收集资料过程中我们也发现,在一部分初发肝阳上亢型高血压患者服用中药组方茶饮1个月后血压均能得到有效降低,症状亦能显著改善,且疗效较单纯应用西药疗效好,耐受性强,且它的价格低廉、安全性高、携带方便也深得患者接受,值得临床推广使用。然而单独使用银杏降压方在2、3级高血压治疗上降压效果并不理想,因此我们在使用银杏降压方茶饮时关注的目标应当侧重于:在辅助降压、改善症状、保护靶器官之上,充分发挥中西医结合运用的优势。中药应坚持发挥求本优势,改善症状,减少并发症,尽量减少西药用量,降低西药副作用;西药应当有相对稳定的长效、快速降压,解决中药降压效果慢、活性成分含量受道地及非道地药材局限不易控制,产生的降压稳定性与重复性差,常用剂型不便携带等不足。因此唯有中西医结合扬长避短,才可提高疗效。

参考文献

- [1]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].中华心血管病杂志,2011,39(7):579-616.
- [2]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,2002:233-237.
- [3]董学杰.中西医结合治疗高血压效果及生存质量评价[J].光明中医,2016,31(13):1946-1948.

(本文编辑:张文娟 本文校对:夏忆澄 收稿日期:2018-08-21)

健脾祛浊解毒法对溃疡性结肠炎患者 Fas/FasL 表达的影响[※]

朱叶珊¹ 费亚军¹ 费璇¹ 郑皓¹ 刘润华² 崔小霞³ 安丽娜¹ 吉梅⁴

(1 唐山市中医医院脾胃科, 河北 唐山 063000; 2 河北省乐亭县中医医院内科, 河北 乐亭 063600;
3 河北省迁西县中医院内科, 河北 迁西 064301; 4 河北北方学院中医系, 河北 张家口 075000)

摘要:目的 观察中药运用健脾祛浊解毒法治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎的临床疗效, 并对其可能机制探讨。方法 将60例湿热内蕴型溃疡性结肠炎患者随机分为治疗组30例和对照组30例。治疗组给予美沙拉嗪肠溶片口服联合健脾祛浊解毒法中药汤剂口服治疗, 对照组给予美沙拉嗪肠溶片口服治疗, 2组均以8周为1个疗程。观察2组的临床疗效、磁共振结果和Fas/FasL表达。结果 2组患者的Fas及FasL表达均显著降低, 且治疗组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗过程中, 2组患者均未出现严重不良反应。结论 中药运用健脾祛浊解毒法治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎的效果显著, 值得临床推广使用, 有进行下一步深入研究的价值。

关键词: 湿热内蕴型; 溃疡性结肠炎; 磁共振结肠成像; Fas/FasL表达; 腹泻

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.040

文章编号:1672-2779(2018)-23-0094-02

Effect of Invigorating Spleen and Removing Turbid and Detoxifying Method on Fas/FasL Expression in Patients with Ulcerative Colitis

ZHU Yeshan¹, FEI Yajun¹, FEI Xuan¹, ZHENG Hao¹, LIU Runhua², CUI Xiaoxia³, AN Lina¹, JI Mei³

(1. Digestive Department, Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Tangshan 063000, China;
2. Department of Internal Medicine, Laoting Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Laoting 063600, China;
3. Department of Internal Medicine, Qianxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Qianxi 064301, China;
4. Department of Traditional Chinese Medicine, Hebei North University, Hebei Province, Zhangjiakou 075000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of invigorating spleen and removing turbid and detoxifying method on ulcerative colitis of damp-heat type and explore its possible mechanism. **Methods** 60 cases of ulcerative colitis with damp heat accumulation were followed. The machine was divided into 30 cases in the treatment group and 30 in the control group. The treatment group was given oral treatment of Mesalazine Enteric-coated Tablets oral combined with invigorating spleen and removing turbid and detoxifying method, and the control group was given oral administration of Mesalazine Enteric-coated Tablets orally. The 2 groups were treated with 8W as 1 course. The clinical symptoms, MRI findings and Fas / FasL expression of the 2 groups were observed. **Results** The expression of Fas and FasL in the two groups were significantly decreased, and the treatment group was lower than the control group. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). In the course of treatment, no serious adverse reactions were found in the 2 groups. **Conclusion** The effect of invigorating spleen and removing turbid and detoxifying method is significant in the treatment of hot and damp ulcerative colitis, and it is worth popularizing in clinical practice. It is meaningful to carry out further study in the next step.

Keywords: damp-heat syndrome; ulcerative colitis; magneticresonance colonography; Fas/FasL expression; diarrhoea

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 主要表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便, 以反复发作、慢性病程、病情轻重不等为特征, 其发病机制尚未明确^[1], 现代医学治疗上主要以水杨酸制剂、免疫抑制剂等药物抗炎、调节免疫为主, 主要针对疾病发生的中间环节, 总体效果不尽如人意, 存在易复发的问題, 中医药治疗该病具有较大的优势^[2]。根据其临床表现及发病机制, 我们从《内经》“土郁夺之”理论为突破口, 总结治疗UC的经验, 认准“土郁”之证, 根据“脾虚为本”“浊毒为标”的病机, 采取“健脾”“祛浊”“解毒”的治则, 在经典理论指导下开阔了治疗UC的思路和方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入唐山市中医医院2016年1月—2017年1月接受诊治的湿热内蕴型UC患者60例。根据随机数字表

法随机分为治疗组30例和对照组30例。治疗组男性17例, 女性13例; 年龄20~60岁, 平均 (31.01±6.07) 岁; 病程2.0~15年, 平均 (6.87±2.39) 年。对照组男性15例, 女15例; 年龄22~60岁, 平均 (34.98±7.06) 岁; 病程2.5~12年, 平均 (7.20±3.85) 年。2组一般资料统计结果显示不具有统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 选择年龄在18~60岁, 符合《中华医学会消化病学分会炎症性肠病诊断治疗规范》中相关标准^[3]及符合《溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见》中“湿热内蕴”患者^[4]。精神疾病患者及合并有严重心、肝、肾及造血系统等功能异常者; 重度或难治性UC患者及过敏体质者及妊娠或哺乳期妇女除外。

1.3 治疗方法 2组均给予美沙拉嗪肠溶片 (规格: 0.25 g/片, 黑龙江天宏药业有限公司生产, 国药准字H20103359) 用量1.0 g, 每日3次口服, 治疗组联合健脾祛浊化痰方 (党参20 g, 白术15 g, 黄芪15, 薏苡仁30 g, 木香6 g, 枳实15 g, 穿山龙10 g, 徐长卿10 g, 地榆10 g, 仙

※ 基金项目: 河北省科技计划项目 [No.152777142]; 河北省中医药管理局 [No.2017126]

鹤草15 g, 苦参10 g, 败酱草15 g, 白头翁15 g, 蒲公英15 g) 口服治疗, 2组均以8周为1个疗程。

1.4 观察指标

1.4.1 中医证候积分 将中医证候积分量化, 对主症(黏液脓血便、腹泻、腹痛)按无、轻、中、重分别记0、2、4、6分; 记录患者腹痛程度轻重、黏液脓血便情况以及大便次数, 进行评估, 对临床症状的改善情况进行观察, 分别在用药治疗前和用药后8周进行评分, 观察治疗前2周内及治疗8周末进行磁共振结肠成像检查。

1.4.2 外周血淋巴细胞Fas/FasL表达 分别于患者治疗前和治疗8周后, 清晨抽取患者空腹静脉血3 mL, 并将其放置于EDTA抗凝真空采血管内, 离心8~10 min (转速为2000 r/min), 弃上清液, 留取少许的细胞悬液, 滴涂于载玻片上, 以冷丙酮固定5 min, 置冰箱保存于4℃条件下保存待用。进行免疫组化染色后在高倍视野(400倍)下进行观察(Fas/FasL染色阳性细胞呈棕褐色), 双盲法计数200个细胞及其中阳性细胞数, 算出阳性细胞百分率。

1.5 统计学方法 所得数据均输入数据库, 采用SPSS 22.0统计软件进行数据处理, 其中针对本研究所得计量资料和计数资料分别采用 t 检验和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者中医证候评分比较

表1 中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	黏液脓血便	腹泻	腹痛	中医证候积分
治疗组	30	治疗前	5.92±1.38	4.78±2.21	4.25±1.83	15.43±3.37
		治疗后	1.18±0.18 [△]	1.97±0.33 [△]	1.05±0.24 [△]	4.97±2.02 [△]
对照组	30	治疗前	4.43±1.44	5.02±3.40	4.43±1.44	14.38±3.68
		治疗后	2.87±0.52 [*]	3.09±1.73 [*]	2.87±0.97 [*]	8.82±1.34 [*]

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

2.2 2组患者治疗前后外周血淋巴细胞Fas及FasL的表达情况

表2 外周血淋巴细胞Fas及FasL的表达 ($\bar{x} \pm s$, %)

组别	例数	时间	Fas	FasL
治疗组	30	治疗前	34.51±1.32	1.39±1.27
		治疗后	23.86±0.91 [△]	1.07±1.05 [△]
对照组	30	治疗前	35.43±8.20	1.26±1.34
		治疗后	29.07±4.93 [*]	1.14±1.12

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

2.3 2组患者磁共振结肠成像比较

表3 2组患者磁共振结肠成像比较 (%)

组别	例数	时间	肠壁增厚	黏膜强化	梳齿征	DWI高信号
治疗组	30	治疗前	96.67	100.00	60.00	96.67
		治疗后	13.33 [△]	16.67 [△]	10.00 [*]	20.00 [*]
对照组	30	治疗前	100.00	100.00	53.33	96.67
		治疗后	30.00 [*]	36.67 [*]	10.00 [*]	33.33 [*]

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

3 讨论

UC是一种累及大肠黏膜及黏膜下层以炎症病变为主要特征的疾病,其发病原因尚不明确^[1]。随着我国生活习惯、工作环境、饮食结构等因素的改变,UC患病率不断升高^[2]。有研究发现^[3]: UC患者存在免疫异常,在活动性UC病变区域或炎症附近区域的上皮细胞和保护性免疫细胞发生凋亡的程度与范围都高于正常组织,且导致这种大量凋亡是通过Fas/FasL途径完成的。Fas/FasL在结肠上皮细胞内的信号主要的是通过半胱天冬蛋白酶介导细胞凋亡的,半胱天冬蛋白酶可通过裂解细胞角蛋白18等引导细胞凋亡发生。

UC属于中医学“泄泻”“痢疾”“肠风”“脏毒”等范畴,其病情迁延反复,多表现为脾胃虚损、湿浊邪气过盛所致,病性多属本虚标实,脾虚土郁为本,湿热浊毒为标^[4],脾虚湿滞与湿浊伤脾、互为因果,故本文以健脾祛湿解毒法调治本病,方中党参、白术、黄芪、薏苡仁可起到健脾益气、祛湿化湿的作用, 枸骨叶、穿山龙、徐长卿祛风胜湿、燥湿排脓;木香利肠道,通气滞;苦参、败酱草、白头翁、蒲公英具有清肠祛湿、解毒止痢的作用;仙鹤草、地榆长于泄热而凉血止血,对于血便有良好疗效。纵观全方,健脾与化湿解毒并用,诸药合用泻中有补,补中有泻,共奏健脾、祛湿、解毒、止泻之功。

本研究发现:运用健脾祛湿解毒法治疗湿热内蕴型UC效果显著,其机制可能与调节Fas/FasL途径有关。虽然目前诊断UC的金标准仍是纤维结肠镜检查,但也给患者带来了困扰,为此,我们对UC患者通过磁共振进行肠道情况的评价,可以有效地改善患者的生活质量,提高复查的依从性。

参考文献

- [1]魏国丽,郑学宝,周宇,等.参苓白术散联合美沙拉嗪治疗脾胃气虚型溃疡性结肠炎疗效及其对血清IL-17、TNF- α 及IL-23水平的影响[J].广东医学,2013,34(1):143-145.
- [2]张晓婧,贾育新.祖国医学治疗溃疡性结肠炎研究进展[J].中医临床研究,2014,6(1):143-144,146.
- [3]梁洁,周林,沙素梅,等.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012年·广州)溃疡性结肠炎诊断部分解读[J].胃肠病学,2012,17(12):712-720.
- [4]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(6):416-419.
- [5]张声生.溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志(原中国医药学报),2010,25(6):891.
- [6]冯智,唐学贵,申旭龙,等.基于“血水同病”理论治疗溃疡性结肠炎的体会[J].成都中医药大学学报,2015,38(3):98-104.
- [7]郑洪斌.溃疡性结肠炎全球发病情况比较[J].中华消化杂志,2014,23(4):242-243.
- [8]郭晓鹤,张彩凤,夏永华,等.双歧杆菌四联活菌片联合芪倍合剂对溃疡性结肠炎患者T细胞亚群及Fas/FasL系统表达的调节[J].重庆医学,2014,43(14):1684-1686.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈彤君 收稿日期:2018-08-14)

小儿捏脊治疗小儿功能性便秘的临床观察※

游秘秘^{1,2} 陈水金^{1*} 刘家瑞¹ 黄敬之¹ 林志刚^{1,2} 刘静利¹

(1 福建中医药大学附属康复医院推拿科, 福建 福州 350003;

2 福建省康复技术重点实验室, 福建 福州 350003)

摘要:目的 探讨小儿捏脊疗法治疗小儿功能性便秘的临床疗效。方法 选择小儿功能性便秘患儿40例, 治疗组20例采用小儿捏脊手法治疗; 对照组20例采用枯草杆菌二联活菌颗粒(妈咪爱)药物治疗。观察Bristol粪便性状分级标准表进行积分评定。结果 2组患者治疗前症状无差异。治疗后2组均有明显疗效, 但是总治愈率方面治疗组明显优于对照组。结论 小儿捏脊疗法较妈咪爱药物疗法对于改善小儿功能性便秘疗效更优。

关键词: 小儿功能性便秘; 捏脊疗法; 临床观察; 儿科; 非药物疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.041

文章编号:1672-2779(2018)-23-0096-02

Clinical Observation on Chiropractics in the Treatment of Functional Constipation in Children

YOU Mimi^{1,2}, CHEN Shuijin^{1*}, LIU Jiarui¹, HUANG Jingzhi¹, LIN Zhigang^{1,2}, LIU Jingli¹

(1. Tuina Department, the Affiliated Rehabilitation Hospital, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fujian Province, Fuzhou 350003, China;

2. Fujian Provincial Key Laboratory of Rehabilitation Technology, Fujian Province, Fuzhou 350003, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of chiropractic therapy on functional constipation in children. **Methods** 40 children with functional constipation were selected and 20 children in the treatment group were treated with chiropractic manipulation. In the control group, 20 patients were treated with Bacillus subtilis bivalent living bacteria granules (mommy's love) medicine. The score of Bristol fecal character grading standard table was evaluated. **Results** There was no difference between the two groups before treatment. Both groups showed obvious curative effect after treatment, but the total curative rate of the treatment group was significantly better than the control group. **Conclusion** Chiropractic treatment for children is more effective than drug therapy for mothers in improving children's functional constipation.

Keywords: functional constipation in children; chiropractic therapy; clinical observation; pediatrics; nonmedicine Therapy

我们运用小儿捏脊疗法和妈咪爱药物疗法分别治疗小儿功能性便秘 (childhood functional constipation, CFC) 患儿20例, 发现使用小儿捏脊疗法优于妈咪爱药物疗法改善CFC患儿排便困难, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2017年1月—2017年12月在福建中医药大学附属康复医院推拿科、儿科就诊并确诊的小儿功能性便秘患儿40例, 按信封法随机分为治疗组和对照组, 每组20例。2组性别、年龄、病程上比较, 差异无统计学意义, 具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 参照2002年人卫版《诸福棠实用儿科学》内容拟定: (1) 排便间隔天数 >2 d, 未使用泻剂情况下排便次数 <3 次/周; (2) 大便干燥坚硬, 和/或有排便困难; (3) 病程 ≥ 2 周。中医诊断标准: 参照《中医儿科病症诊断疗效标准》中关于便秘的证型表现进行诊断: (1) 以不思乳食, 食而不化, 腹部胀满, 大便干为特征; (2) 可伴有烦躁不安, 夜间哭闹或呕吐等症; (3) 有伤乳食史; (4) 大便化验检查可见不消化食物残渣及脂肪滴;

(5) 包含中医辨证分型: 实证便秘、脾虚肝旺、虚证便秘。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 予以小儿捏脊手法治疗, 具体操作如下: 操作者舒缓放松患儿背部肌肉组织, 轻柔按摩, 然后用双手除拇指和食指外的三指握成半拳状, 食指半屈曲, 拇指直伸与食指前半段相对, 以长强穴为起始沿督脉向上前移拇、食指以提拿皮肉, 双手轮流操作, 直至大椎穴为止, 此为捏脊1遍, 每捏3次向上提拿1次, 即“捏三提一”。第2遍膀胱经内侧线, 捏至脾、胃、大肠腧穴时提拿, 1次治疗捏脊各5~10遍至脊柱皮肤微微发红。

1.3.2 对照组 采用妈咪爱药物治疗。主要方法如下: 服用妈咪爱 (国药准字S20020037, 北京韩美药品有限公司), 2岁以下儿童每天3次, 每次0.5 g; 3~4岁儿童每天3次, 每次1 g; 4岁以上儿童每天3次, 每次2 g。服用药物时要用低于40℃的温水进服。若患儿药物治疗依从性差, 可将药物掺入到牛奶、饮料中服用。

2组每日治疗1次, 每周5次, 2周为1个疗程。治疗前后检测指标。

1.4 观察指标 参照Bristol粪便性状分级标准表对粪便性状、排便次数、排便困难、排便不尽感以及排便

※ 基金项目: 福建省科技厅科技平台建设项目[No.2015Y2001]

* 通讯作者: fujianutuina@126.com

疼痛5个方面进行积分评定,于治疗前、治疗后各记录1次。

1.5 疗效判定标准 受试者便秘程度以排便情况分级表总分判定,具体分级如下:轻度:总分 ≥ 5 分, <10 分;中度:总分 ≥ 10 分, <18 分;重度:总分 ≥ 18 分。

受试者便秘症状改善情况以治疗前后积分减少率判定,减少率采用尼莫地平法计算,具体分为治愈、显效、有效、无效。治愈:治疗后排便情况均明显改善,积分减少率 $\geq 95\%$;显效:治疗后排便情况均明显改善,积分减少率 $\geq 70\%$, $<95\%$;有效:治疗后排便情况有好转,积分减少率 $\geq 30\%$, $<70\%$;无效:治疗后排便情况无明显改善,甚或加重,积分减少率 $<30\%$ 。

1.6 统计学方法 上述资料收集、整理后建立数据库。由指定人员进行原始数据的录入,统计分析应用SPSS 19.0 for windows软件。计量资料:符合正态分布的计量资料采用 t 检验,用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示。对于服从正态分布的计量资料2组之间的比较采用 t 检验和配对 t 检验,多组之间的比较采用单因素方差分析;不服从正态分布的数据采用非参数检验,用中位数 M (P_{25} , P_{75})表示。2组之间的比较独立样本采用秩和检验,配对样本采用配对秩和检验。组间有效率的比较采用卡方检验。结果均以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义,以 $P<0.01$ 为差异有显著性统计学意义。

2 结果

2组临床疗效:治疗组总有效率100%,其中治愈7例,显效10例,有效3例,总治愈率35%;对照组总有效率95%,其中治愈4例,显效8例,有效7例,无效1例,总治愈率20%。2组临床疗效比较经检验, $\chi^2=7.737$, $P=0.021<0.05$,可认为2组临床疗效存在统计学差异,治疗组优于对照组。见表1~2。

表1 2组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	总治愈率
治疗组	20	7	10	3	0	20(100.00)	7(35.00)
对照组	20	4	8	7	1	19(95.00)	4(20.00)

表2 2组治疗前后总分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	20	15.40 $\pm$ 4.21	3.53 $\pm$ 2.56
对照组	20	15.93 $\pm$ 4.64	6.21 $\pm$ 3.52
P 值		0.647	0.001

2组治疗前后总分比较:2组数据均符合正态分布,且方差齐,故使用两独立样本 t 检验。治疗前试验

组总分为(15.40 $\pm$ 4.21)分,对照组总分为(15.93 $\pm$ 4.64)分, $t=-0.461$, $P=0.647>0.05$,说明2组总分在治疗前无显著差异,具有可比性;治疗后试验组总分为(3.53 $\pm$ 2.56)分,对照组总分为(6.21 $\pm$ 3.52)分, $t=-3.347$, $P=0.001<0.05$,可认为2组治疗后总分存在差异。

3 讨论

小儿功能性便秘是儿科门诊多发病、常见病之一,也是小儿胃肠功能障碍中最常见的症状之一。美国一项研究调查表明^[1]儿童便秘发生率中功能性便秘可达90%~95%。2006年最新公布小儿功能性胃肠疾病罗马Ⅲ标准指出^[2]小儿功能性便秘发病年龄高峰为2~4周岁^[3]。小儿功能性便秘严重者可导致肛裂、痔疮甚至脱肛^[4],还会导致小儿食欲不振,进而引发营养不良、生长发育迟缓,甚至影响小儿的智力发育^[5]。儿童长期便秘还会对其生活质量、情绪、心理产生不良影响^[6]。

捏脊手法,作为理筋推拿的一部分,历史悠久、适应证广泛。东晋道医葛洪所著《肘后备急方》,最早记述捏脊疗法,并将其用于治疗消化系统疾病。美国一篇Meta分析^[7]综述了与捏脊手法类似的脊柱按摩法对婴幼儿功能性便秘存在持续改善作用,认可治疗产生了积极疗效。

本课题为了证实小儿捏脊手法在治疗小儿功能性便秘上有较好优势,更好地在社区推广应用,故对其设立研究方案,观察该手法对小儿功能性便秘治疗的临床特点、有效性,探讨小儿捏脊手法在治疗小儿功能性便秘的临床疗效。

本研究主要参照Bristol粪便性状分级标准表对粪便性状、排便次数、排便困难、排便不尽感以及排便疼痛5个方面进行积分评定,量化评定小儿捏脊对小儿功能性便秘患者改善情况,为临床治疗提供一种行之有效的治疗手段。

参考文献

- [1] Rao SS, Seaton K, Miller M, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, suham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007, 5(3): 331-338.
- [2] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5):1377-90.
- [3] 杨敏,李萍,王茂贵.儿童功能性便秘的研究进展[J].中华儿科杂志, 2003, 41(3):190-193.
- [4] 吴建霞,郭秀君.儿童功能性便秘生物反馈治疗研究进展[J].医学研究生学报, 2012, 25(3):327-329.
- [5] 李小珠.浅谈婴幼儿功能性便秘的诱因和对策[J].中国实用医药, 2011, 6(25):79-80.
- [6] 闫慧敏.小儿功能性便秘研究进展[J].实用儿科临床杂志, 2007, 22(19): 1443-1445.
- [7] Alcantara J, Alcantara J D, Alcantara J. An integrative review of the literature on the chiropractic care of infants with constipation[J]. Complement Ther Clin Pract, 2014, 20(1):32-36.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王心城 收稿日期:2018-07-19)

疏肝健脾法联合中药外敷 治疗肝郁脾虚型非酒精性脂肪肝的临床研究

林智平¹ 邓仰刚¹ 姜凌¹ 熊萍香¹ 杨德平¹ 段 熠²

(1 江西省中西医结合医院消化内科, 江西 南昌 330006; 2 江西省儿童医院内科, 江西 南昌 330006)

摘要:目的 观察疏肝健脾法联合中药外敷治疗肝郁脾虚型非酒精性脂肪肝的临床疗效。方法 收集60例肝郁脾虚型非酒精性脂肪肝患者, 随机分为2组, 治疗组30例, 对照组30例。治疗组采用疏肝健脾法联合中药外敷, 对照组采用谷胱甘肽片治疗。结果 治疗组各项指标均优于对照组 ($P<0.05$)。结论 疏肝健脾法联合中药外敷治疗肝郁脾虚型非酒精性脂肪肝效果确切。

关键词: 疏肝健脾法; 外治法; 非酒精性脂肪肝; 积聚

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.042

文章编号:1672-2779(2018)-23-0098-02

The Clinical Study of Soothing Liver and Strengthening Spleen Method Combined with External Application of Chinese Medicine in Treating Non-alcoholic Fatty Liver of Liver Stagnation and Spleen Deficiency

LIN Zhiping¹, DENG Yanggang¹, JIANG Ling¹, XIONG Pingxiang¹, YANG Deping¹, DUAN Zhao²

(1. Department of Gastroenterology, Jiangxi Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China;

2. Department of Internal Medicine, Children's Hospital of Jiangxi, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of soothing liver and strengthening spleen method combined with external application of traditional Chinese medicine on non-alcoholic fatty liver of liver stagnation and spleen deficiency. **Methods** Sixty cases of non-alcoholic fatty liver disease with liver stagnation and spleen deficiency were randomly divided into two groups: 30 cases in the treatment group of 30 cases and control group of 30 cases. The treatment group was treated with Shugan Jianpi method combined with external application of traditional Chinese medicine, while the control group was treated with glutathione tablets. **Results** The treatment group was more effective than the control group. **Conclusion** The soothing liver and strengthening spleen method combined with external application of traditional Chinese medicine on non-alcoholic fatty liver of liver stagnation and spleen deficiency is effective.

Keywords: soothing liver and strengthening spleen method; external therapy; nonalcoholic fatty liver disease; accumulation

非酒精性脂肪性肝病 (nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD) 是指排除酒精和其他明确的肝损害因素所致的慢性肝病, 以弥漫性肝细胞大泡性脂肪变为主要特征的临床病理综合征^[1]。目前NAFLD已经成为全球最主要的慢性肝病, 预测 2020 年NAFLD将成为美国肝移植的首要病因, 同时也逐渐成为肝细胞癌的重要病因^[2]。我国普通成人NAFLD的患病率达20%~33%^[3], 成为仅次于病毒性肝炎的第2大肝病^[4]。本文使用疏肝健脾法联合中药外敷治疗肝郁脾虚型非酒精性脂肪肝, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院2016年1月—2018年8月门诊及住院符合肝郁脾虚型NAFLD患者60例。随机分为2组, 治疗组30例, 对照组30例。在分组时保证各组患者性别、年龄、病程及病情程度等的均衡性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组2010年修订的NAFLD诊断标准。①无饮酒史或平均每周饮酒量折合乙醇量男性小于140 g/周, 女性<70 g/周。②除外病毒性肝炎、药物性肝病、全胃肠外营养、肝豆状核变性、自身免疫性肝

病等可导致脂肪肝的特定疾病。③肝活检组织学改变符合脂肪性肝病的病理学诊断标准。鉴于肝组织学诊断难以获得, NAFLD工作定义为: ①肝脏影像学表现符合弥漫性脂肪肝的诊断标准且无其他原因可供解释。和 (或) ②有代谢综合征相关组分患者出现不明原因的血清ALT和 (或) AST、GGT持续增高半年以上。③减肥和改善IR后, 异常酶谱和影像学脂肪肝改善甚至恢复正常者可明确NAFLD的诊断。

1.2.2 中医辨证标准 辨证标准: 参照2002年《中药新药临床研究指导原则》(试行) 中药新药治疗肝郁脾虚证的临床研究指导原则。临床表现为胁肋胀痛、腹胀不适、食少纳呆、便溏不爽、情绪抑郁或急躁易怒、善太息、肠鸣矢气、腹痛欲泻, 泻后痛减、苔白或腻、脉弦或细。主症: ①胁肋胀痛; ②腹胀; ③食少纳呆; ④便溏不爽。次症: ①情绪抑郁或急躁易怒; ②善太息; ③肠鸣矢气; ④腹痛欲泻, 泻后痛减。舌脉象: 舌淡红, 苔白或腻, 脉弦或细。证候确定: 具备主症3项 (胁肋胀痛必备) 及以上或具备主症2项 (胁肋胀痛必备) 和次症2项, 参考舌脉象。

1.3 纳入标准 ①年龄在18~60岁, 神志清楚, 未参与其他药物研究者。②符合上述西医诊断标准者。③符合

上述中医诊断标准,辨证为肝郁脾虚型者。④受纳者知情同意,并签署知情同意书。

1.4 治疗方法(要求控制饮食、适当运动)

1.4.1 治疗组 予以内服方:柴胡疏肝散合逍遥散加减,方剂如下:醋柴胡10 g,郁金10 g,枳实20 g,白术15 g,白芍15 g,茯苓15 g,鸡内金10 g,垂盆草15 g,生山楂20 g,丹参20 g。随症加减:脘腹胀满加大腹皮、莱菔子;大便溏薄加木香、白扁豆、淮山药;乏力疲倦者加党参;伴湿热者加黄芩、黄连;外敷方:草决明20 g,荷叶10 g,泽兰15 g,生大黄6 g,延胡索10 g,乳香15 g,没药10 g,白芥子15 g。上药研成细末和匀,用白酒加水调匀布包后在微波炉中热6 min后外敷于肝区,每周2次,每次30 min。

1.4.2 对照组 予谷胱甘肽片治疗(阿拓莫兰,重庆药友制药有限责任公司,国药准字H20050667)口服,每日3次,每次4片,三餐饭后服用。

1.5 统计学方法 将所有数据采用SPSS 20.0统计分析软件进行计算, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2组治疗前后肝功能及血脂指标比较,治疗前2组患者的AST、ALT、TC、TG水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2组患者的AST、ALT、TC、TG水平均明显改善,且治疗组各项指标均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组各项指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	AST	ALT	TC	TG
治疗组	30	治疗前	64.41±5.21	81.24±6.28	5.81±1.42	2.84±0.95
		治疗后	29.10±6.12	29.84±5.89	2.84±0.95	1.34±0.25
对照组	30	治疗前	59.41±3.75	83.62±6.12	5.74±0.95	2.92±0.45
		治疗后	49.10±3.45	58.84±5.15	4.52±0.91	2.41±0.16

3 讨论

中医研究中非酒精性脂肪性肝病当属“积聚”“痞满”“胁痛”“肝着”“痰浊”等病证范畴,现国家标准命名为“肝癖”^[5]。故导致痰湿内阻之证者多可发展为本病。主要发病机制是情志不畅或饮食不节,嗜食肥甘厚味以致肝失疏泄,脾失健运,肝郁脾虚,肝郁成痰,脾虚生湿,湿聚成痰,痰瘀互阻,湿热内蕴不化,气滞血瘀,痰、浊、瘀、气、血互相搏结,聚滞为积,留羁不祛,胶着痹阻肝脏脉络而形成脂肪肝^[6]。薛蕾^[7]认为脂肪肝的病机分本虚标实,以肝脾肾功能失调为本,痰湿瘀血为标。近年来中医药治疗脂肪肝的成果突出,各医家根据临床经验从不同分型、不同方法治疗本病均取得满意疗效。马志豪^[8]提出随着中医药事业的发展,中医药对非酒精性脂肪肝的研究越来越深入,在中药汤剂、针灸、药敷以及单味药的研究方面都取得了不俗的成果。唐丹^[9]研究发现丹栀逍遥散主要功效是清热利湿、活血化瘀、疏肝健脾,该方散剂

能够改善患者肝功能,对患者快速康复具有重要作用。汪梦等利用中药离子导入,用脉冲信号刺激相应的穴位点,疏通经络,提高TG的代谢,降低TG及BMI^[10]。龚秀杭用可吸收羊肠线对NAFLD患者穴位埋线降低肝组织脂肪变和炎症程度^[11]。

内服方中柴胡质轻,可条达气机,疏理肝气;枳实质重下沉,与柴胡联用升降有常,共起调畅气机之效;郁金配合柴胡缓解胸胁胀痛之症;白芍配柴胡旨在柔肝养阴;白术益气健脾,升脾阳,加强脾主升清之功,茯苓健脾渗湿,尤适合于脾虚导致湿邪内盛之症;生山楂与鸡内金辅助脾胃运化,加快饮食物的消化吸收,防止油腻膏脂壅滞中焦;丹参的作用主要是辅助柴胡、郁金加强行气活血化痰、疏肝解郁之功;垂盆草是经现代药理研究具有较好的降转氨酶作用的中药。上方诸药合用具有疏肝健脾,理气祛瘀,消积散痞之功。外敷方中草决明、荷叶、泽兰、生大黄降脂护肝。延胡索调肝又引经;乳香、没药局部化瘀消积;白芥子芳香、透皮性好,可在外敷过程中直达病所,清热化痰散结。全方循肝经到病所后一方面温通经脉,一方面促进药物的吸收,共奏疏肝活血通脉之效。

本研究中,治疗后2组患者血脂水平和肝功能指标均有改善,治疗组患者的改善程度显著优于对照组,且治疗后观察组患者血脂水平、肝功能指标均恢复正常,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$);此研究表明,疏肝健脾法联合中药外敷治疗肝郁脾虚型非酒精性脂肪肝能够有效改善患者血脂和肝功能,达到降脂保肝的目的。本研究拟通过中药内服和中药外敷的方法,为NAFLD患者提供一个新的治疗思路和方法,更好地保障人民的身体健康。

参考文献

- [1]王丽萍,何玉然,周辉.非酒精性脂肪性肝病回顾性分析及危险因素调查[J].河北医药,2013,35(24):3790-3792.
- [2]Anna M D, Christopher D. Cause, Pathogenesis, and Treatment of Nonalcoholic Steatohepatitis[J]. The New England journal of medicine, 2017, 377(21): 2063-2072.
- [3]Misra A, Jaiswal A, Shakti D, et al. Novel phenotypic markers and screening score for the metabolic syndrome in adult Asian Indians[J]. Diabetes research and clinical practice, 2008, 79(2): 1-5.
- [4]常成,薛博瑜.非酒精性脂肪肝中医体质分类及危险因素研究进展[J].中国中医急症,2013,22(1):93-95.
- [5]周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2004:549-550.
- [6]郑金莲,胡操寒.中药降脂汤联合洛伐他汀治疗非酒精性脂肪肝的临床观察[J].中国中医药科技,2017,24(1):72-73.
- [7]薛蕾.脂肪肝的中医病因病机辨析[J].内蒙古中医药,2013,32(13):144-145.
- [8]马志豪,祁向争,张艳丽.中医药治疗非酒精性脂肪肝研究进展[J].中国保健营养,2018,28(17):36.
- [9]唐丹,孙克伟.丹栀逍遥散治疗非酒精性脂肪肝的临床效果[J].中外医学研究,2018,16(6):42-43.
- [10]汪梦,刘李斌.中药离子导入治疗非酒精性脂肪肝疗效分析[J].实用中西医结合临床,2010,10(2):27-28.
- [11]龚秀杭.穴位埋线治疗非酒精性脂肪肝的临床研究[J].实用医学杂志,2012,28(11):1902-1904.

(本文编辑:张文娟 本文校对:周槐娜 收稿日期:2018-09-11)

速泻停糖浆联合推拿治疗小儿秋季腹泻

程春华¹ 邹 华² 王丛礼^{1*}

(1 牡丹江市中医医院儿科, 黑龙江 牡丹江 157000; 2 牡丹江市中医医院治未病科, 黑龙江 牡丹江 157000)

摘要:目的 观察中药口服, 敷脐联合推拿治疗小儿秋季腹泻(湿热泻)的临床疗效。方法 将87例小儿秋季腹泻(湿热泻)患儿随机分为治疗组44例和对照组43例, 治疗组给予速泻停糖浆口服、止泻散敷脐、三字经派推拿治疗, 对照组采用蒙脱石散口服, 观察临床症状和体征的变化。结果 治疗组总有效率95.5% (42/44), 对照组总有效率76.7% (33/43)。2组疗效比较, $P < 0.05$ 。结论 中药口服、敷脐联合推拿治疗小儿秋季腹泻(湿热泻)疗效显著。

关键词: 速泻停糖浆; 止泻散; 敷脐; 三字经派推拿; 秋季腹泻; 儿科; 小儿推拿

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.043

文章编号:1672-2779(2018)-23-0100-02

Suoxieting Syrup Combined with Massage in the Treatment of Infantile Autumn Diarrhea

CHENG Chunhua¹, ZOU Hua², WANG Congli^{1*}

(1. Pediatrics Department, Mudanjiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Mudanjiang 157000, China;

2. Department of Preventive Treatment of Disease, Mudanjiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Mudanjiang 157000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of traditional Chinese medicine (TCM) combined with massage in the treatment of infantile autumn diarrhea (damp-heat diarrhea). **Methods** 87 children with autumn diarrhea (damp-heat diarrhea) were randomly divided into treatment group ($n = 44$) and control group ($n = 43$). The changes of clinical symptoms and signs were observed. **Results** The total effective rate of treatment group was 95.5%(42/44) and that of control group was 76.7%(33/43). The curative effect of the two groups was compared ($P < 0.05$). **Conclusion** The curative effect of traditional Chinese medicine oral application of navel combined with massage on infantile autumn diarrhea (damp-heat diarrhea) is remarkable.

Keywords: Suoxieting syrup; Zhixie powder; umbilical compress; three characters by traditional massage; autumn diarrhea; pediatrics; infantile tuina

秋季腹泻是婴幼儿时期最常见的消化道疾病, 多发生在10~11月份的腹泻, 由轮状病毒感染引起, 占儿童腹泻病的首位, 6~24个月发病率最高, 是造成小儿营养不良、生长发育障碍的主要原因之一^[1]。西医目前尚无针对轮状病毒的特效药, 秋季腹泻在临床上三大特征, 即感冒、呕吐、腹泻。西医治疗小儿腹泻多采用口服或注射药物, 而中医常配合中药及针灸、穴位按摩等技术, 均可促进疾病的康复。我科老专家总结经验, 运用速泻停糖浆口服、止泻散敷脐、三字经推拿疗法进行治疗, 取得满意疗效, 现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部病例均来自于我院2017年1月—2018年5月门诊与病房, 符合秋季腹泻(湿热泻)诊断标准^[2]。随机分为治疗组和对照组, 其中治疗组44例, 男21例, 女23例。对照组43例, 男21例, 女22例。2组资料经统计学处理, 无显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 参照《感染性腹泻诊断与治疗》中急性感染性腹泻相关诊断标准; 中医诊断标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》中肠道湿热证急性感染性腹泻诊断标准。

1.3 纳入标准 (1) 急性腹泻, 发病时间在3 d以内。(2) 大便外观均呈稀水或蛋花样, 每日4~10余次。(3) 大便镜检多数为脂肪细胞及少数白细胞, 无脓细胞及红细胞, 轮状病毒阳性。

1.4 治疗方法 2组病例均按脱水程度及性质进行补液等相同对症治疗, 治疗组采用速泻停糖浆口服, 组成: 葛根12 g, 黄芩9 g, 黄连9 g, 滑石20 g, 地榆炭9 g, 车前子9 g, 茯苓9 g, 大腹皮9 g, 木香10 g, 厚朴10 g。以清热利湿止泻, 由我院制剂室制备, 6月以下每次7.5 mL, 0.5~1岁每次10 mL, 1~2岁15 mL, 每日3次; 同时予止泻散(上方同等剂量制成散剂)脐部外敷(每日1次、每次4~6 h)及三字经派小儿推拿进行治疗(治法: 推六腑10 min, 清大肠10 min, 清脾经10 min), 推拿时, 用滑石粉做介质, 手法要求轻快、柔和、均匀、持久、有力、轻而不浮、快而不乱、平稳着实、操作认真、手法熟练, 操作频率150~300次/min。每天推拿1次, 3 d为1个疗程, 治疗1个疗程。对照组采用蒙脱石散(先声制药公司, 批号: 07-080517)口服, <1岁1次1 g, 1~3岁1次1.5 g, 每日3次口服。2组均不加抗生素。3 d为1个疗程。

1.5 观察指标 2组分别观察治疗前后大便次数, 性状及全身症状的缓解时间。

1.6 疗效判定标准 显效: 治疗72 h内粪便次数及性状

* 通讯作者: 13604536438@163.com

恢复正常。有效：治疗72 h次数及性状明显好转。无效：治疗72 h粪便次数及性状及全身症状无好转。

1.7 统计学方法 选取版本为SPSS 19.0的统计学软件进行数据处理，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组疗效比较 见表1。

表1 2组治疗前后疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	44	31	11	2	42(95.5)*
对照组	43	21	12	10	33(76.7)

注：与对照组比较，* $P < 0.05$

2.2 2组其他各项观察指标比较 见表2。

表2 2组排便次数、性状、便检情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	排便次数 及正常时间	粪便性状 及正常时间	便检情况 及正常时间
治疗组	44	3.2±0.83	3.9±0.50	4.0±0.23
对照组	43	4.2±0.42	5.5±0.22	6.2±0.11

3 讨论

泄泻是临床常见病，西医称此病为腹泻，自古以来就被历代医家所重视^[1]。小儿腹泻是由多病原、多因素引起的疾病，是婴幼儿期的常见病和多发病，以夏秋季节多见，临常表现为大便次数增多，粪质稀薄，病情较重的引起严重脱水，影响小儿正常生长发育^[2]。轮状病毒性肠炎临床多为常见病，西医多采用思密达、妈咪爱等益生菌药物治疗，重者给予补液、调节离子紊乱、酸中毒症状，轮状病毒感染后，50%以上患儿导致心肌损害，故多给予营养心肌治疗。中医在治疗此病时，优势明显，中医中药的辨证论治口服加外敷，疗效显著，推拿疗法安全无副作用，非常适合于婴幼儿。我院老专家根据多年临床经验，运用速泻停糖浆口服及止泻散脐部外敷法进行治疗。方中：葛根升阳除湿，生津止渴，黄芩、黄连清泻里热止痢；滑石清热利湿止泻；地榆炭涩肠止泻；甘草和中；车前子、茯苓利湿止泻；木香、厚朴行气除满。由于汤剂口感差，我们进行优化改制成糖浆制剂，口感良好，便于服用。同时将速泻停糖浆原方制成散剂、外敷于神阙穴。脐名神阙，乃精气元神出入之门户，属任脉之要穴。任脉为阴经之海，与督脉互为表里，任督二脉由经络表里互相关联，相互影响。脐又为冲脉经行之域，冲为血海，冲脉为五脏六腑之海，冲、任、督“同源而三歧”，受束于带脉，冲、督、任、带共同协调而能联系于全身气血，交通于五脏六腑，故有脐通百脉之说^[3]。药物通过脐部吸收，可以通过冲、督、任、带脉传达至五脏六腑，作用于全身，起到治疗作用。现代医学认为脐部是人体出生后腹壁的最后闭合之处，其

局部无皮下脂肪，直接凹陷连接于皮下组织，表皮角质层最薄，但血管丰富，屏障功能最弱，容易造成脐部感染。脐具有独特的经皮吸收组织构造，且分布着敏感的神纤维，再加上分布在脐周腹壁上的动、静脉和极为丰富的毛细血管网，从而使药物非常容易从脐孔渗透，经毛细血管网将药物有效成分输于机体组织内，发挥药物的作用。小儿推拿疗法治疗小儿泄泻历史久远，明代《小儿推拿经》即有推拿治疗泄泻的记载，清光绪年间，山东牟平人徐谦光著《推拿三字经》，创立推拿三字经学派，通治成人、小儿之疾，后人将其不断发展创新，并广泛应用于儿科^[4]。青岛市中医院李德修（1893—1972）继承了徐谦光三字经学派的精华，并在此基础上，潜心研究小儿推拿，用推拿技法救治病儿无数，是小儿推拿三字经派的奠基人。2014年我院儿科医生到青岛市中医院儿科，向葛渭菲主任学习三字经小儿推拿。三字经派小儿推拿是小儿推拿的一个重要流派，其主要特点为取穴少，手法操作简单，每穴操作时间长，临床疗效好。三字经派小儿推拿取穴少而精，一般不超过3~5个穴，擅长用独穴；推拿时间长；推拿速度快，手法轻重适当；手法简练实用。三字经派手法主要有推、揉、捣、掐、拿、运、分、合八种，容易掌握，但同其他派别一样也要求均匀、深透，轻而不浮、重而不滞。三字经流派穴位推拿是通过络脉—经脉—脏腑的联系传导治疗信息，发挥祛热利湿、调整脏腑、运脾和胃的作用，达到治疗目的。治法：推六腑10 min，清大肠10 min，清脾经10 min^[5]。推六腑具有调理六腑功能，尤其调理肠胃，祛除肠胃湿热，调理气机；清大肠具有清理大肠热盛，调理肠道功能，以达到肠道正常传化作用；清脾经具有调理脾胃功能，清除脾胃湿热、运脾化湿。以上手法协调作用，共同调理脾胃肠道功能，清热利湿，调畅气机，起到湿去、热除、泻止的目的。中药口服、敷脐联合推拿治疗小儿秋季腹泻（湿热泻），对排便次数减少、大便性状的恢复及轮状病毒的抑制及消失作用明显，且患儿痛苦小、易接受。

参考文献

- [1]赵巧红,贾琪.加味葛根芩连汤直肠滴注联合推拿手法治疗小儿秋季腹泻疗效观察[J].中国初级卫生保健,2014,28(2):113-114.
- [2]陈永红,王锦,王云亭,等.儿科疾病与疗效标准[M].上海:上海中医药大学出版社,2006:47-49.
- [3]常盼盼,安颂歌,邹文爽,等.刘铁军应用经方治疗泄泻验案浅析[J].中国民间疗法,2016,24(6):8-9.
- [4]张晓刚,张晓君,贾景香,等.针刺并隔姜灸治疗小儿腹泻[J].中国民间疗法,2015,23(12):13-14.
- [5]王夕花,陈为友.中药敷脐治疗小儿腹泻69例[J].中国民间疗法,2014,22(4):30.
- [6]刘世玲.浅谈三字经派小儿推拿在治疗婴幼儿腹泻中的应用[J].中国冶金工业医学杂志,2015,32(5):562-563.
- [7]李先晓,王鹏.李德修三字经派小儿推拿[M].青岛:青岛出版社,2015:118-119.

(本文编辑:张文娟 本文校对:殷齐辉 收稿日期:2018-08-14)

加味桃红四物汤治疗胫腓骨骨折术后肿胀的疗效 以及对骨折愈合的影响

魏星星

(江西省南昌市洪都中医院骨伤八科, 江西 南昌 330008)

摘要:目的 探讨加味桃红四物汤治疗胫腓骨骨折术后肿胀的疗效以及对骨折愈合的影响。方法 选取2016年4月—2018年5月在南昌市洪都中医院行胫腓骨骨折手术的82例患者作为研究对象, 随机等分为观察组和对照组, 各41例。其中对照组静脉滴注甘露醇, 观察组在此基础上内服加味桃红四物汤, 均连续治疗2周, 采用骨痂影像学评分评估骨折愈合效果。比较2组患者VAS疼痛评分、肿胀程度、骨折愈合效果及临床疗效。结果 观察组患者的疼痛VAS评分及肿胀程度显著低于对照组, 疼痛感消失且促进肿胀的消退, 2组比较有显著性差异 ($P < 0.05$); 观察组患者的断端边缘、骨痂边缘、骨痂量、骨痂密度评分显著高于对照组, 骨折愈合效果良好, 2组比较有显著性差异 ($P < 0.05$); 观察组的总有效率95.12% (39/41) 明显高于对照组的73.17% (30/41), 2组比较有显著性差异 ($P < 0.01$)。结论 加味桃红四物汤治疗胫腓骨骨折术后, 能够有效缓解患者的疼痛症状, 减轻肿胀程度, 促进骨折的愈合, 疗效确切, 有较高的临床应用价值。

关键词: 桃红四物汤; 胫腓骨骨折术后; 肿胀; 骨折愈合

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.044

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0102-03

The Curative Effect of Modified Taohong Siwu Decoction on Swelling after Tibiofibular Fracture Operation and Its Influence on Fracture Healing

WEI Xingxing

(Department of Orthopaedics and Traumatology, Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330008, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of modified Taohong Siwu decoction on postoperative swelling of tibia and fibula fracture and its influence on fracture healing. **Methods** 82 patients with tibia and fibula fracture who underwent operation in our hospital from April 2016 to May 2018 were selected as the research object. The patients were divided into observation group and control group randomly, 41 cases in each group. The control group was given mannitol intravenously, and the observation group was given modified Taohong Siwu decoction orally on the basis of it. All the patients were treated for 2 weeks. The fracture healing effect was evaluated by callus imaging score. VAS pain score, swelling degree, fracture healing effect and clinical efficacy were compared between the two groups. **Results** The VAS score and swelling degree of the patients in the observation group were significantly lower than those in the control group, and the pain disappeared and the swelling disappeared. There was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). There was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$); the total effective rate of the observation group was 95.12% (39/41), which was significantly higher than that of the control group (73.17%, $P < 0.01$). **Conclusion** Modified Taohong Siwu decoction can effectively relieve the pain symptoms, reduce the degree of swelling and promote the healing of tibia and fibula fractures after operation. It has a definite curative effect and high clinical application value.

Keywords: modified Taohong Siwu decoction; tibia and fibula fracture after operation; swelling; fracture healing

目前, 外科手术是治疗胫腓骨骨折的常见手段, 其能快速复位骨折断端, 并且以加固的方式促进患肢功能恢复, 稳定骨结构^[1]。但由于手术本身的创伤或术后的急性无菌性反应易导致组织肿胀、渗液或者是骨折愈合迟缓, 因此, 骨折术后的关键是有有效减轻局部软组织肿胀、合理消肿及促进伤口的愈合^[2]。临床上常用甘露醇作为消肿药物, 但临床研究表明, 其不仅没有促进伤口愈合的功效, 而且单独使用对于骨折后的肿胀及渗液症状效果也不佳, 近年来, 随着研究的深入, 中医药消肿止痛、促进骨组织生长及伤口愈合的效果逐步得到证实。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年4月—2018年5月在我院行胫腓骨骨折手术的82例患者作为研究对象, 82例患者中, 其中男49例, 女33例; 年龄18~65岁, 平均 (36.1±2.4) 岁; 骨折时间 (4.7±1.3) h; 骨折原因: 日常跌落34例,

高空坠落26例, 交通事故22例; 骨折部位: 上段26例, 中段25例, 下段31例; Gustilo分型: II型29例, IIIA型38例, IIIB型15例。按随机数字表法等分为观察组和对照组, 各41例, 2组患者的性别, 年龄, 骨折时间、原因、部位, Gustilo分型等一般情况无显著性差异, 具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《骨与关节损伤》拟定标准: 小腿疼痛、肿胀、畸形、异常活动、功能障碍; X射线明确检查为胫腓骨骨折。

1.3 纳入标准 ①符合以上诊断标准; ②具备手术指征, 需进行手术, 且进行手术的为同一组医生; ③术后有明显的肿胀症状; ④患者或家属知情并已签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①陈旧性、自发性、病理性、应力性或合并其他部位脱位、骨折; ②由于先天或后天原因导致双下肢周径差异明显者; ③由内部其他疾病导致的肿胀; ④术后发生综合性的血栓静脉炎。

1.5 治疗方法 对照组：单纯静脉滴注20%甘露醇（生产商：江苏正大天晴药业股份有限公司，批准文号：国药准字H32026395，规格：250 mL:50 g），每天1次，每次250 mL，连续滴注2周。

观察组：在对照组滴注20%甘露醇的基础上，内服自拟加味桃红四物汤，当归、川芎、骨碎补、乳香各15 g，金银花、熟地黄、泽泻各12 g，桃仁、红花、甘草各10 g，白芍、丹参、茯苓各8 g，自然铜1 g。水煎煮，每天1剂，分2次服用，早晚各1次，连续服用2周。

1.6 评价标准 ①VAS疼痛评分标准：10分为剧痛，7~9分为重度疼痛，4~6分为中度疼痛，1~3分为疼痛微弱，0分为无痛。②肿胀程度评价标准：术后第1天治疗前，记录患者肿胀最严重处，于治疗后测量患侧肢体周径a，健侧肢体周径b，肿胀程度计算公式为a-b，数值越低，肿胀程度越轻。③骨折愈合评价标准：治疗后进行骨痂影像学检查，包括断端边缘、骨痂边缘、骨痂量、骨痂密度检查，对4项检查结果进行骨痂影像学评分，分数越高，骨折愈合效果越好。

1.7 疗效评价标准 显效：治疗后，几乎无疼痛感，骨折愈合效果及肿胀情况恢复明显；进步：治疗后，有轻微疼痛感，骨折愈合效果及肿胀情况有所恢复；无效：治疗后，上述症状均未改善。总有效=显效+进步。

1.8 统计学方法 数据录入采用Excel，数据分析采用SPSS 21.0软件， $P<0.05$ 表示有显著性差异，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，计量资料用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用t检验。

2 结果

2.1 治疗后2组患者VAS疼痛评分及消肿程度比较 治疗后，观察组患者的疼痛VAS评分及肿胀程度显著低于对照组，疼痛感消失且促进肿胀的消退，2组比较有显著性差异（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 治疗后2组患者VAS疼痛评分及消肿程度比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	VAS疼痛评分(分)	肿胀程度(cm)
观察组	41	1.41±0.28	2.46±0.36
对照组	41	3.01±0.69	3.81±0.73
t值		6.293	5.018
P值		<0.05	<0.05

2.2 治疗后2组患者骨折愈合情况比较 治疗后，观察组患者的断端边缘、骨痂边缘、骨痂量、骨痂密度评分显著高于对照组，骨折愈合效果良好，2组比较有显著性差异（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 治疗后2组患者骨折愈合情况比较（ $\bar{x}\pm s$,分）

组别	例数	断端边缘	骨痂边缘	骨痂量	骨痂密度
观察组	41	3.78±0.42	3.91±1.02	3.76±0.81	3.82±0.75
对照组	41	2.35±0.13	2.06±0.15	2.14±0.24	2.30±0.31
t值		6.421	7.360	6.419	6.504
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 治疗后2组患者疗效比较 治疗后，观察组95.12%的患者骨折愈合效果及肿胀情况恢复明显，总有效率高高于对照组的73.17%，2组比较有显著性差异（ $P<0.01$ ），见表3。

表3 治疗后2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	进步	无效	总有效率
观察组	41	19(46.34)	20(48.78)	2(4.88)	39(95.12)
对照组	41	13(31.71)	17(41.46)	11(26.83)	30(73.17)
χ^2 值					7.405
P值					<0.01

3 讨论

胫腓骨骨折主要由于高空作业坠落、车辆出行车祸、户外活动跌落导致，是骨科常见病种之一，约占全身骨折的12%，常规的治疗手段为胫腓骨内固定手术。手术治疗后，急性无菌性反应剧烈，炎症介质大量释放，导致淋巴管、血管破裂，各种液体渗出，引起肿胀，致使血液循环减慢，同时加上疼痛引起的肌肉反射性痉挛，最终静脉回流被阻滞，毛细血管扩张，通透性增加，进一步加重了组织间水肿^[3]。水肿期间，如不及时减轻肿胀，改善循环，易出现骨筋膜室综合征和静脉血栓，且局部组织抵御感染的能力下降，易诱发感染、手术后皮肤坏死等一系列严重并发症^[4]。西医缺乏治疗肿胀的有效药物，临床运用较为常见的为高效渗透性利尿剂甘露醇，但使用时出现的不良反应及禁忌证较多，因此多建议患者抬高患肢促进回流消肿，且目前随着中医药的发展，中药的运用也越来越广泛^[5]。

中医认为，骨折手术后引起的肿胀主要是由筋脉受阻，气机运行不畅，血液溢出脉外瘀积形成瘀血，津液停聚形成肿胀。桃红四物汤是活血化瘀的经典名方，广泛运用于临床，其出自《医宗金鉴》，组成为桃仁、红花、当归、熟地黄、川芎、白芍，桃仁、红花入心、肝之血，活血化瘀，通经止痛；当归性温味甘，其中含有的当归多糖促使血红蛋白和红细胞的生成，具有养血、补血、活血的作用，且其主要成分阿魏酸抑制血小板聚集，改善外周血液循环；川芎调畅气血，行气活血，以助活血之功；白芍、熟地黄和营滋阴养血，填精益髓，以增加补血之力^[6]。但对于骨折术后的肿胀、疼痛、骨折愈合迟缓来说，使用桃红四物汤需进行加味，加味中药为骨碎补、自然铜、乳香、泽泻、茯苓、丹参、金银花、甘草。骨碎补、自然铜用于筋骨折伤、跌扑闪挫后的接骨续筋、补肾强骨、活血止痛，并且能够改善软骨细胞，降低骨关节病变率，推迟细胞退行性变，促进骨折的愈合；泽泻、茯苓健脾益气，利水渗湿，通利水道之效；乳香消肿生肌，活血定痛，疏筋解挛；金银花清热解毒，抗炎，改善切口的红肿症状；丹参的有效成分丹参酮和丹参酚酸，降低纤维蛋白原和红细胞聚集，促进微循环，改善局

部组织的血液灌注,消退红肿,还能够促进骨折的愈合;甘草调和诸药,因此,加味桃红四物汤中诸药合用,共奏消肿止痛、活血散瘀、强健筋骨的功效^[7-8]。

综合上述讨论和本研究结果,加味桃红四物汤治疗胫腓骨骨折术后,能够有效缓解患者的疼痛症状,减轻肿胀程度,促进骨折的愈合,疗效确切,有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1]李晓军,朱付平.益气活血方治疗胫腓骨骨折术后早期肿胀45例[J].湖南中医杂志,2015,31(7):89,95.
- [2]赵春栋,周松,高开拓.伤科消肿汤口服联合甘露醇静脉滴注治疗胫腓骨骨折术后肢体肿胀的临床研究[J].中医正骨,2016,28(12):21-25.

- [3]韩亚力,罗奕,曾佳学.桃红四物汤合防己黄芪汤治疗胫腓骨骨折术后肿胀的疗效以及对骨折愈合的影响[J].中华中医药学刊,2018,36(7):1707-1710.
- [4]吴泉州,吕国强.创伤性胫腓骨骨折患者术后加用益气生血汤临床观察[J].中国中医急症,2017,26(6):1109-1111.
- [5]林茂基.血肿解汤治疗胫腓骨骨折术后肿胀疼痛50例[J].福建中医药,2015,46(6):38-39.
- [6]杨威,敖传西,华贤章.加味桃红四物汤治疗胫腓骨骨折术前肢体肿胀的临床观察[J].河北中医,2018,40(2):220-226.
- [7]毕锴,温建民,孙永生,等.中医药对骨折愈合作用及其机制的实验研究进展[J].中国中医基础医学杂志,2014,20(1):137-140.
- [8]周嘉恩.活血止痛胶囊对胫腓骨骨折术后疼痛及肿胀的影响[J].新中医,2017,49(2):72-74.

(本文编辑:张文娟 本文校对:胡和军 收稿日期:2018-09-18)

银芪苦参汤口腔护理 对预防呼吸机相关性肺炎的效果观察

李虹霖 刀琳* 王顺才 卯升月 陈代珍 叶勇

(云南省中医医院重症医学科,云南 昆明 650000)

摘要:目的 探讨银芪苦参汤用于口腔护理对经口气管插管机械通气患者口腔清洁效果及预防呼吸机相关性肺炎(VAP)的临床效果。方法 选取符合条件的60例经口气管插管患者,按入院顺序随机分为观察组和对照组,每组30例,观察组采用银芪苦参汤,对照组采用生理盐水,分别给予口腔擦拭的方法进行口腔护理,每日4次,比较2组护理效果。结果 观察组发生口臭、口腔溃疡及VAP发生率均低于对照组($P<0.05$),差异有统计学意义。结论 银芪苦参汤用于经口气管插管患者的口腔护理,可提高口腔护理质量,预防VAP的发生。

关键词:银芪苦参汤;口腔护理;经口气管插管;呼吸机相关性肺炎;预防

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.045

文章编号:1672-2779(2018)-23-0104-02

Observation on the Effect of Yinqi Kushen Decoction for Oral Care in the Prevention of Ventilator Associated Pneumonia

LI Honglin, DAO Lin*, WANG Shuncui, MAO Shengyue, CHEN Daizhen, YE Yong

(ICU, Yunnan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yunnan Province, Kunming 650000, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of oral cleaning and the prevention of ventilator associated pneumonia in oral nursing care of Yinqi Kushen decoction on patients with orotracheal intubation. **Methods** Selecting eligible in 60 patients with orotracheal intubation, according to admission order were randomly divided into observation group and control group, 30 cases in each group, the observation group used Yinqi Kushen decoction, control group with normal saline, were given oral cleaning method for oral care, 4 times/d, nursing effects were compared between the two groups. **Results** The incidence of halitosis, oral ulcer and VAP in the observation group were lower than that in the control group ($P<0.05$), the difference was statistically significant. **Conclusion** Yinqi Kushen decoction is used in the oral care of the patients with orotracheal Intubation, which can improve the quality of oral care and prevent the occurrence of VAP.

Keywords: Yinqi Kushen decoction; oral care; orotracheal intubation; ventilator associated pneumonia; prevention

呼吸机相关性肺炎(ventilator associated pneumonia, VAP)是指机械通气(MV)48 h后至拔管后48 h内出现的肺炎,是医院获得性肺炎的重要类型。近年来大量研究证明,重症监护患者在进行机械通气时,其口腔卫生状况与VAP的发生有直接的关系^[1]。因此,口腔护理是VAP预防策略的重要环节^[2]。本研究对2015年1月—2017年1月入住重症学科的60例经口气管插管机械通气患者进行口腔护理对比研究,取得了满意的

效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月—2017年1月我院入住重症医学科经口气管插管机械通气患者60例,其中男31例,女29例;年龄13~85岁,平均(68.5±16.2)岁。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,各30例。观察组男15例,女15例,年龄(69.9±14.7)岁;对照组男16例,女14例,年龄(67.2±17.7)岁,2组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 (1)胸部X线摄片可见新发生的或进展

* 通讯作者:1034489443@qq.com

性的浸润阴影。(2)若同时满足下述至少2项可考虑诊断为VAP:体温超过38℃或低于36℃;外周血白细胞计数大于 $10 \times 10^9/L$ 或小于 $4 \times 10^9/L$;气管支气管内出现脓性分泌物^[3]。根据VAP发病时间,可将VAP分为早发型VAP和迟发型VAP^[4]。早发型为气管插管机械通气治疗48~96 h内发生的肺炎,迟发型为机械通气治疗96 h及以上发生的肺炎。

1.3 纳入标准 机械通气时间为3~7 d;机械通气时间超过4 h;既往无口腔疾患、口腔出血、口腔手术者。

1.4 排除标准 机械通气时间超过72 h;插管时已有肺部感染;患有口腔疾患、口腔出血、口腔手术者;死亡或自动出院者。

1.5 护理方法

1.5.1 口腔护理方法 操作前神志清楚者需解释取得患者配合,将患者床头抬高30~45°,头偏向一侧,检查气管插管气囊充盈度,记录插管末端至门齿的距离,取分泌物做痰细菌培养,并吸净口腔内分泌物。操作者动作轻柔,以免损伤患者口腔黏膜。2组患者口腔护理均为4次/d,呼吸机管路每周更换1次,根据需要进行及时吸痰。口腔护理选用医用棉球擦洗的方法按护理常规进行,操作均由经过统一培训的ICU护士严格按流程进行,擦洗口腔各部位,直至清洁为止,最后更换牙垫并固定气管插管。

1.5.2 口腔护理液的选择 观察组用银芪苦参汤,药物组成:金银花6 g,黄芪12 g,苦参4 g。使用方法:将上述三味药物免煎剂按剂量配伍,开水100 mL冲泡,待药物完全溶解后,以药液浸润棉球使用。对照组用生理盐水棉球。

1.6 观察指标 护理前后口腔细菌培养结果,口腔感染,口腔异味,VAP发生率。

1.7 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行数据分析。计量资料采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者护理后细菌培养结果比较 观察组30例,阳性9例,阴性21例,阳性率30%;对照组30例,阳性17例,阴性13例,阳性率56.7%;观察组阳性率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表1。

表1 2组患者护理后细菌培养结果比较 [例(%)]

组别	例数	阴性	阳性
观察组	30	21(70.0)	9(30.0)
对照组	30	13(43.3)	17(56.7)

注:与对照组比较, $\chi^2=4.34, P=0.037 < 0.05$

2.2 2组患者其他指标比较 在口腔感染、口臭及VAP发生率上,观察组均低于对照组($P < 0.05$),详见表2。

表2 2组患者口腔感染、口臭及VAP发生率比较 [例(%)]

组别	例数	口腔感染	口臭	VAP发生率
观察组	30	2(6.7)	16(53.3)	0(0.00)
对照组	30	11(36.7)	20(66.7)	5(16.7)

注:与对照组比较, $\chi^2=6.38, P=0.04 < 0.05$

3 讨论

由于经口气管插管患者口腔持续处于开放状态,失去对口腔的自洁能力,唾液分泌减少。诸多临床研究表明,口咽部原有菌群或胃肠道菌群由于呕吐、反流等移位至口咽部是造成VAP的重要原因^[5]。因此,保持患者口腔清洁,对于预防VAP的发生具有十分重要的意义。本研究中银芪苦参汤主要由金银花、黄芪、苦参三味中药组成,金银花:性寒,味甘,归肺、心、胃经,具有疏散风热、清热解毒、抗炎之功效,主治温病发热、热毒血痢、痈疽疔疮等。现代研究表明,金银花含有绿原酸、木犀草素苷等药理活性成分,对溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌等多种致病菌及上呼吸道感染致病病毒有较强烈的抑制力,能抑制与杀灭咽喉部的病原菌。黄芪:性味甘,微温,归肺、脾、肝、肾经,具有补益肺气、健脾祛湿、利尿消肿之功效,能增强机体免疫功能,具有较广泛的抗菌作用。苦参:性寒,味苦,归心、肝、胃、大肠、膀胱经,有清热解毒、燥湿杀虫之功。

经口气管插管患者的口腔问题多为肺失宣降,心火上炎,脾胃湿热,肺、心、脾、胃等脏腑运化失常,熏蒸于口舌所致^[6]。本研究中银芪苦参汤具有清热解毒,燥湿祛痰,补益肺气的作用,同时抑制细菌繁殖,用于经口气管插管患者的口腔护理临床观察中,观察组患者口腔护理后口臭、口腔溃疡及VAP的发生率均明显低于对照组。因此,银芪苦参汤用于经口气管插管患者口腔护理能够提高口腔护理的质量,对预防VAP的发生疗效良好,值得临床推广。

参考文献

- [1]管向东,刘紫钰.2013《呼吸机相关性肺炎诊断、预防和治疗指南》-目标性治疗的解读[J].中华医学杂志,2014,94(5):333-334.
- [2]张红松,董晨明,米金环,等.ICU呼吸机相关性肺炎与口腔内微环境干预的临床研究[J].中国急救医学,2010,30(9):826-828.
- [3]中华医学会重症医学分会.呼吸机相关性肺炎诊断、预防和治疗指南(2013)[J].中华内科杂志,2013,52(6):524-543.
- [4]蔡少华,张进川,俞森洋,等.呼吸机相关肺炎的病原学和耐药性监测[J].中华医院感染学杂志,2004,14(4):365-368.
- [5]张珍菊,陈红玉.益口含漱液联合过氧化氢溶液口腔护理对呼吸机相关性肺炎发生率的影响[J].中国药业,2017,26(3):50-52.
- [6]董红娣,程友桂,陈红霞,等.双花漱口剂应用于经口气管插管病人口腔护理的效果观察[J].护理研究,2017,10(31):1260-1262.

(本文编辑:张文娟 本文校对:房昉 收稿日期:2018-08-14)

非药物治疗法治疗妇科腹腔镜术后恶心呕吐的应用

古润连 庄玉荣

(江西省兴国县中医院妇科, 江西 兴国 342400)

摘要:目的 探讨分析穴位按摩联合艾灸在妇科腹腔镜术后恶心呕吐患者中应用的效果。方法 选取江西省兴国县中医院2017年2月—2018年2月收治的妇科腹腔镜术患者52例作为研究对象,分为对照组和观察组,对照组给予常规干预,观察组给予穴位按摩联合艾灸。对比分析2组患者的恶心、呕吐情况。结果 观察组患者恶心呕吐缓解有效率明显高于对照组,差异存在统计学意义 ($P<0.05$);观察组患者术后12 h、24 h恶心呕吐发生程度轻于对照组,差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。结论 对妇科腹腔镜术患者给予穴位按摩联合艾灸干预,有效缓解了患者的恶心呕吐症状,促进了患者的术后康复,具有较高的临床推广价值。

关键词: 穴位按摩; 艾灸; 妇科腹腔镜术; 恶心; 呕吐

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.046

文章编号:1672-2779(2018)-23-0106-02

The Application of Nonmedicine Therapy in Treating Nausea and Vomiting after Gynecologic Laparoscopy

GU Runlian, ZHUANG Yurong

(Gynecology Department, Xingguo County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Xingguo 342400, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of acupoint massage combined with moxibustion on patients with nausea and vomiting during gynecologic laparoscopy. **Methods** 52 cases of gynecologic laparoscopy in our hospital during the period of February 2017 to February 2018 were selected as the study object, divided into the control group and the observation group, the control group was given routine intervention, and the observation group was given acupoint massage combined with moxibustion. The nausea and vomiting of the two groups were compared and analyzed. **Results** The effective rate of nausea and vomiting in the observation group was significantly higher than that of the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$), and the incidence of nausea and vomiting in 12h and 24h in the observation group was less than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Acupoint massage and moxibustion can effectively relieve the symptoms of nausea and vomiting and promote the recovery of patients after gynecological laparoscopy, which is of high clinical value.

Keywords: acupoint massage; moxibustion; gynecologic laparoscopy; nausea; vomiting

随着医学的进一步发展,腹腔镜微创手术已经成为临床上主要手术方式。在手术过程中,腹腔镜手术方式具有一定的临床优势:术中患者出血量少,胃肠功能恢复较快,且术后并发症发生率较低,大大降低了手术的风险,并加快了患者术后的康复速度^[1]。但是在研究中发现,大多数腹腔镜手术患者在术后,受到身体虚弱等多种因素的影响,常常出现恶心和呕吐的症状。因此,必须要对其采取积极、合理的干预措施,以有效缓解患者的恶心呕吐症状^[2]。为了进一步分析探究穴位按摩联合艾灸在妇科腹腔镜术后恶心呕吐患者中应用效果,选取了2017年2月—2018年2月在我院进行妇科腹腔镜术患者52例作为对象,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2017年2月—2018年2月在我院进行妇科腹腔镜术患者52例作为研究对象,按照先后手术的顺序,分为观察组和对照组。对照组26例,年龄为22~46岁,平均年龄为(34.0±12.0)岁。观察组26例,年龄为23~48岁,平均年龄为(35.5±12.5)岁。2组患者的年龄、病情等基本资料相比,不存在明显的差异

($P>0.05$),可进行对比性研究。

1.2 纳入标准 ①所有患者均进行妇科腹腔镜手术,且出现恶心、呕吐症状;②自愿签署了知情同意书,并经医院伦理委员会批准通过。

1.3 排除标准 ①合并其他内科疾病;②精神障碍。

1.4 方法 对照组给予常规干预,主要包括:(1)用药干预:了解患者的病情、过敏史,遵循医嘱对患者进行用药护理,一旦在用药过程中,发现患者出现异常现象,应立即报告医生并给予及时处理;(2)通气干预:保证病房空气流通,坚持每天对病房进行紫外线消毒,并保证患者的吸入温度,以防患者出现感冒、感染等现象;(3)饮食干预:根据患者的病情、饮食习惯,制定科学的饮食计划,指导患者进行易消化的食物;(4)心理干预:加强与患者之间的沟通,缓解患者术后的不良情绪,促进患者的康复。

观察组患者在此基础上,给予穴位按摩联合艾灸干预,主要包括:(1)穴位按摩:取患者的内关穴、足三里穴、中脘穴,采用拇指指腹按压的手法,对患者的内关穴、足三里穴进行按摩,每个穴位持续按摩2 min,以患者出现酸、胀、麻为度,接着对2个穴位轻柔5~10 s。

最后,采用指腹反揉的方式,对中脘穴按摩3 min,按摩频率为60次/min,以按摩者手指下出现弹拨感为度;(2)艾灸:取患者的内关穴、足三里穴和中脘穴,点燃艾条,并用左手的食指、中指分别置于患者穴位的两侧,并用右手对患者的穴位进行温和艾灸。在艾灸的过程中,艾条要与穴位保持2寸的距离,并且随着患者的感知温度,对艾灸距离进行适当调整。以患者穴位部皮肤出现潮红为度,持续艾灸20 min;(2)穴位按摩和艾灸护理频率:患者手术完成且处理完毕后,即可进行第1次护理,术后6 h再继续进行第2次,术后第1天的上午和下午进行第3次、第4次;(3)中药止呕膏:丁香、姜半夏各15 g,干姜30 g,统一研磨成粉末,患者平卧位,取神阙穴,将患者肚脐清洁之后,带好手套,取上述药物5~10 g,加少许甘油进行调和,之后涂在10 cm×10 cm的纱布上,并将纱布平铺在患者肚脐部,加以适当的按摩,接着用3M透明大敷贴进行固定,每24 h更换1次。

1.5 观察指标与判断标准 对2组患者恶心呕吐缓解效果进行评定,分为痊愈、显著进步、进步、无效等4个等级。痊愈:患者恶心呕吐等临床症状基本消失;显效:患者仅有轻微的恶心感,但无呕吐症状;有效:患者恶心呕吐症状较明显,但无内容物吐出;无效:呕吐症状严重,且有胃液等内容物吐出。

分别在术后12 h、术后24 h统计2组患者的恶心呕吐情况,并对患者呕吐程度进行分级。其中,I级:无呕吐;II级:轻微恶心,但无呕吐;III级:恶心、呕吐症状明显;IV级:严重呕吐^[9]。

1.6 统计学方法 将参与本次研究的52例妇科腹腔镜术患者的资料进行整理,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,计算结果进行 t 检验。采用(%)表示计量资料,计算结果进行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者临床缓解有效率对比 如表1所示:观察组患者恶心呕吐缓解有效率明显高于对照组,差异存在统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组患者临床治疗有效率对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	26	4(15.38)	10(38.46)	7(26.92)	5(19.23)	21(80.77)
观察组	26	7(26.92)	13(50.00)	5(19.23)	1(3.85)	25(96.15)
χ^2 值						11.054
P 值						0.001

2.2 2组患者术后12 h、24 h恶心呕吐程度对比 如表2所示:观察组患者术后12 h、24 h恶心呕吐发生程度轻于对照组,差异存在统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组患者术后12 h、24 h恶心呕吐程度对比 [例(%)]

组别	例数	术后12 h				术后24 h			
		I级	II级	III级	IV级	I级	II级	III级	IV级
对照组	26	13(50.0)	5(19.23)	4(15.38)	4(15.38)	16(61.54)	5(19.23)	3(11.54)	2(7.69)
观察组	26	22(84.62)	2(7.69)	1(3.85)	1(3.85)	24(92.31)	2(7.69)	0(0.00)	0(0.00)
χ^2 值		27.920	5.181	7.037	7.037	25.409	8.181	12.766	8.333
P 值		0.000	0.037	0.014	0.014	0.000	0.037	0.000	0.007

3 讨论

腹腔镜微创手术属于一种新型的手术方式,主要是在手术的过程中,在冷光源照明的条件下,将腹腔镜的镜头插入到患者的腹腔内,并通过监视器屏幕上所显示的图像,对患者的病情进行分析,并在此基础上进行手术。但在临床研究发现,对患者进行腹腔镜微创手术后,由于患者机体较弱、体内出现酸碱平衡较弱、大脑相对缺血的因素的影响,患者在术后常常出现恶心、呕吐等症状^[9]。就目前而言,针对患者术后出现的恶心呕吐症状,尚未有有效的药物治疗方式。并且患者在药物使用之后,还会出现一定的副作用,严重影响了患者的恢复和预后。

对此,在研究中发现,对腹腔镜微创手术患者术后采用穴位按摩、艾灸的方式,可有效缓解患者的恶心呕吐症状。在中医看来,人体是一个有机的统一体。患者在术后,常常因为脏腑功能失调或者脏腑功能出现障碍,而出现恶心呕吐等症状。在此基础上,通过穴位按摩可有效促进患者机体的三焦平衡,调节患者的肠胃蠕动,缓解患者的恶心呕吐症状;艾条温灸可促使患者血管扩张、加快其血液循环,并有效刺激患者疏通经络、调整肠胃气机,从而达到减轻恶心呕吐的目的^[9]。在对患者进行针灸按摩的过程中,配合中药止呕膏,进一步提升了临床治疗效果。止呕膏中的丁香有温中降逆、驱寒止痛之功效;姜半夏具有降逆止呕之功效;干姜具有温中止呕、发汗解表之功效。诸药合用于患者肚脐,具有良好治疗效果。

本次研究结果表明:对腹腔镜微创手术患者术后采用穴位按摩联合艾灸干预,患者缓解总有效率高达96.15%,其患者在术后12 h、24 h恶心呕吐发生的程度低于常规干预的患者。综上所述,穴位按摩联合艾灸可有效缓解患者腹腔镜微创手术患者术后的恶心呕吐症状,促进了患者的术后康复和预后,具有极高的临床应用和推广价值。

参考文献

- [1]刘慧芳,贺海霞.热熨联合康复操预防妇科腹腔镜术后疼痛综合征 78 例[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(13):8-9.
- [2]焦振素.带下病中医特色治疗和护理的临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(20):121-122.
- [3]肖忠中.艾灸治疗妇科腹腔镜术后腹胀的疗效观察及护理探讨[J].大家健康旬刊,2016,10(11):194.
- [4]王建荣.艾灸治疗妇科腹腔镜术后腹胀的疗效观察[J].新疆中医药,2017,35(5):39-40.
- [5]周小叶.穴位按摩联合艾灸护理在妇科腹腔镜术恶心呕吐患者中的应用[J].临床医学工程,2014,21(6):791-792.

(本文编辑:张文娟 本文校对:陈娟 收稿日期:2018-07-23)

针刺配合玉屏苍耳汤治疗过敏性鼻炎的临床研究

吴 航¹ 王增玲²

(1 长春中医药大学附属医院耳鼻喉科, 吉林 长春 130000;
2 吉林省中医药科学院第一临床医院儿科, 吉林 长春 130021)

摘要:目的 探讨针刺配合中药治疗过敏性鼻炎的临床效果。方法 选取2016年2月—2017年10月长春中医药大学附属医院收治的85例过敏性鼻炎患者作为研究对象, 将其按照随机综合序贯法分为2组, 对照组($n=42$)采用单纯针刺治疗, 观察组($n=43$)给予针刺配合中药治疗, 对比2组患者治疗效果。结果 观察组总有效率95.3% (41/43) 明显高于对照组73.8% (31/42), 组间数据对比差异显著 ($P<0.05$); 治疗后观察组IL-4 (白细胞介素4)、IL-5 (白细胞介素5) 表达水平均明显低于对照组 ($P<0.05$)。结论 针刺配合中药治疗过敏性鼻炎的临床效果显著, 可推广。

关键词: 针刺; 中药; 过敏性鼻炎; 鼻鼾

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.047

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0108-02

Clinical Study on Acupuncture Combined with Yuping Canger Decoction in Treating Allergic Rhinitis

WU Hang¹, WANG Zengling²

(1. Department of ENT, the Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130000, China;

2. Pediatrics Department, the First Clinical Hospital of Jilin Academy of Traditional Chinese Medicine, Jilin Province, Changchun 130021, China)

Abstract: **Objective** To explore the clinical effect of acupuncture combined with traditional Chinese medicine in the treatment of allergic rhinitis. **Methods** 85 patients with allergic rhinitis from February 2016 to October 2017 were selected and divided into two groups according to the random and comprehensive sequential method. The control group of 42 cases was treated with acupuncture alone. The observation group of 43 cases was treated with acupuncture combined with traditional Chinese medicine, and the therapeutic effect was different between the two groups. **Results** The total effective rate of the observation group was 95.3% (41/43) higher than that of the control group (73.8% (31/42), $P<0.05$), and the expression of IL-4 (IL-4) and IL-5 (IL-5) in the observation group was significantly lower than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The clinical effect of acupuncture combined with traditional Chinese medicine in the treatment of allergic rhinitis is remarkable and can be popularized.

Keywords: acupuncture; Chinese medicine; allergic rhinitis; biqu

过敏性鼻炎 (allergic rhinitis, AR) 是临床常见过敏性呼吸道疾病, 属全身变态反应在鼻腔黏膜的局部表现, 以喷嚏、鼻痒、鼻塞为主要临床表现, 严重者可继发哮喘。西医针对AR治疗主要为药物干预, 其中糖皮质激素、白三烯受体拮抗剂等较为常用, 也可采用内窥镜下射频治疗, 但是经实践发现治疗效果并不显著, 均存在一定弊端。近年来, 中医治疗AR的临床优势逐步凸显, 有学者提出可联合针刺、中药特色治疗方式予以患者治疗, 以最大程度改善预后^[1]。本研究以85例AR患者为例展开研究, 主要探讨针刺配合中药治疗的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经医院伦理委员会批准后, 选取2016年2月—2017年10月我院收治的85例AR患者展开研究, 将其按照随机综合序贯法分为对照组42例和观察组43例。对照组男24例, 女18例; 平均年龄 (42.2 ± 3.6) 岁; 平均病程 (3.5 ± 1.3) 年。观察组男24例, 女19例; 平均年龄 (42.6 ± 3.8) 岁; 平均病程 (3.8 ± 1.5) 年。2组基线资料对比均保持同质性 ($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 (1) 患者经检查均符合中华医学会2015年版诊治指南中关于AR的诊断标准^[2], 伴有不同程度“喷

嚏、清涕”等症状; (2) 临床资料完整; (3) 患者均签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1) 存在药物禁忌证, 近期采用其他药物治疗者; (2) 合并其他呼吸系统疾病、先天性疾病或遗传性疾病; (3) 合并严重肝、肾、脑疾病。

1.4 治疗方法 对照组采用单纯针刺治疗。常规消毒后, 采用平补平泻法以0.25 mm×40 mm毫针进行针刺。取穴: 迎香、攒竹、下关、列缺、足三里。同时针对患者具体症状辨证配穴, 对于肺虚感寒型加肺俞; 肾阳亏虚型加肾俞、命门; 脾胃虚弱型加脾俞。1 d 1次, 持续10 d为1个疗程, 共3个疗程, 每个疗程之间休息1 d。

观察组另加中药治疗, 本研究采用玉屏苍耳汤加减, 组方: 黄芪60 g, 防风、白芷各15 g, 白术20 g, 杭菊花、辛夷、苍耳子、五味子、桑螵蛸各10 g。针对寒邪凝聚者添加川芎10 g, 湿热盛者加冬瓜仁15 g, 车前草10 g。采用煎服形式, 煎汁200 mL分早晚2次服用, 持续治疗30 d。

1.5 观察指标 (1) 参照《中医病证诊断疗效标准》对疗效进行评价。评定标准: 患者治疗后“喷嚏、鼻痒、鼻塞”等临床症状完全消失, 鼻镜检查显示鼻黏膜水

肿、鼻甲肿大基本恢复正常，且超过3个月及以上无复发，视为治愈；治疗后部分上述症状明显减轻，鼻镜检查显示鼻黏膜水肿消失，鼻甲肿大改善，且疾病发作次数减少，视为显效；治疗后部分上述症状得到有效缓解，鼻镜检查显示鼻黏膜仍存在水肿、鼻甲肿大，视为有效；上述标准均未达到，视为无效。总有效率=显效率+有效率。(2) 2组患者治疗前后均分别采集外周静脉血，采用放射免疫法检测IL-4(白细胞介素4)、IL-5(白细胞介素5)表达水平，并用超敏分析法检测TNF- α (肿瘤坏死因子- α)水平，所有操作均严格按照说明检测标准进行。(3) 治疗结束后随访6个月，统计2组疾病复发情况。

1.6 统计学方法 以SPSS 19.0统计学软件分析数据，计数资料样本容量 $n>40$ ，且理论频数 $T>5$ 时，用 χ^2 检验；计量资料($\bar{x}\pm s$)组间对比以 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果对比 对照组总有效率为73.8%(31/42)，治愈13例(31.0%)，显效10例(23.8%)，有效8例(19.0%)，无效11例(26.2%)。观察组患者43例，治愈17例(39.5%)，显效13例(30.2%)，有效11例(25.6%)，无效2例(4.7%)，总有效率为95.3%(41/43)。观察组总有效率明显高于对照组($\chi^2=7.609$, $P=0.006$)。

2.2 IL-4、IL-5、TNF- α 指标对比 治疗前2组患者IL-4、IL-5、TNF- α 指标对比无明显差异($P>0.05$)，治疗后2组上述指标均明显改善，其中观察组IL-4、IL-5表达水平明显低于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 2组治疗前后IL-4、IL-5、TNF- α 指标对比($\bar{x}\pm s$, pg/mL)

组别	例数	IL-4		IL-5		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	42	18.2 $\pm$ 4.6	10.5 $\pm$ 2.8	15.1 $\pm$ 2.5	9.5 $\pm$ 2.1	2.4 $\pm$ 0.4	1.3 $\pm$ 0.4
观察组	43	18.4 $\pm$ 4.3	7.3 $\pm$ 2.1	14.8 $\pm$ 2.2	6.7 $\pm$ 1.9	2.3 $\pm$ 0.6	1.2 $\pm$ 0.3
t 值		0.207	5.970	0.588	6.449	0.902	1.306
P 值		0.418	0.000	0.279	0.000	0.185	0.098

2.3 疾病复发率对比 随访6个月调查发现，对照组复发18例，复发率为42.9%。观察组复发8例，复发率为18.6%。2组数据对比差异显著($\chi^2=5.886$, $P=0.015$)。

3 讨论

中医认为，AR属于“鼻鼽”范畴，多由脏腑虚损、正气不足、卫表不固所致，患者在风寒外邪侵袭下以致阳气无从泻越，肺气不通调、鼻窍壅塞，故喷而上出为嚏。据统计，当前我国AR患者数量高达1000多万，且随着近年来工业化进程加速及生活方式改变，全世界范围内该病发生率呈现逐步上升趋势，现阶段已被列入全球性健康问题^[3]。

有学者研究提出，临床针对AR理想的治疗方案是

既能有效控制患者的临床症状，又可尽快改善体质状态，最大程度促使患者免疫功能处于平衡状态^[4]。其中神经系统的平稳、稳定对于免疫功能调节最为重要。本研究选用针刺疗法，利用神经交叉支配原理及神经反馈信息原理，对患者外周神经靶点进行刺激，以达到调整机体、治愈疾病的效果。穴位选择均建立在中医经络学理论基础之上，迎香是人体腧穴之一，属于手阳明大肠经，针刺可疏散风热，通利鼻窍，是治疗各种鼻部疾患的要穴；攒竹属足太阳膀胱经，能够吸热生气；下关属足阳明胃经的面部经穴，可调节胃经上输头部的物质中阴浊物质，起到分清降浊的功效；列缺是人体腧穴之一，属于手太阴肺经之络穴，有宣肺解表、通经活络、通调任脉的作用；足三里是“足阳明胃经”的主要穴位之一，在益气固表方面具有独特功效。同时可结合患者具体症状酌情添加穴位，以增加治疗针对性。

玉屏苍耳汤加减是中医治疗AR的经验方，方中黄芪能够补益脾肺，配合防风、白术能够固表不留邪，驱邪不伤正。白芷以根入药，有祛病除湿、排脓生肌、活血止痛等功能；杭菊花可调气、益寿延年；辛夷归肺、胃经，可发散风寒，通鼻窍；苍耳子具有发散风寒、通鼻窍、祛风湿、止痛等功效；五味子可敛肺、滋肾，有止泻止汗之效；桑螵蛸归肝、肾经，具有固精缩尿、补肾助阳之功效。诸药合用可有效切中病机，对呼吸道黏膜免疫功能具有良好的改善作用，并可根据患者症状适当增减药材，配合针刺可达到益气固表、祛风脱敏的效果。本研究结果显示：观察组患者治疗后总有效率明显增高高于对照组($P<0.05$)，且疾病复发率降低，说明针刺配合中药治疗能够起到协同作用，增强疗效，并可避免疾病反复。现代医学认为，AR主要病理特征为鼻黏膜持续性炎症反应及高感性，是一种IgE介导的持续性反应^[5]。本研究观察组患者治疗后，IL-4、IL-5表达水平明显降低，提示联合治疗方案可用于AR发生发展过程，减少IgE的合成，是治疗AR的关键。

综上所述，针刺配合中药治疗AR的临床效果显著，具有推广性。

参考文献

- [1]秦爱军,李琦,范忠泽.中医药治疗胰腺癌的临床研究进展[J].中华现代中西医杂志,2014,32(3):170-172.
- [2]中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.变应性鼻炎诊断和治疗指南(2015年,天津)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,51(1):6-24.
- [3]王卓.肾病综合征儿童的生活质量和家庭因素的相关性研究[D].锦州:辽宁医学院,2014.
- [4]王有娜.武汉市变应性鼻炎严重程度评估和控制情况的流行病学调查及其临床相关因素分析[D].武汉:华中科技大学,2014.
- [5]苏磊.盐酸赛洛唑啉联合鼻用糖皮质激素对变应性鼻炎模型大鼠鼻黏膜组织中ICAM-1、IL-12表达的影响[D].郑州:郑州大学,2014.

(本文编辑:张文娟 本文校对:张辉 收稿日期:2018-07-31)

中药离子导入综合治疗胃倾倒综合征临床观察

黄捷平 杨德平 胡美英

(江西省中西医结合医院消化科, 江西 南昌 330003)

摘要:目的 观察中药离子导入综合治疗胃倾倒综合征的疗效。方法 采用中药离子导入综合治疗治疗组胃倾倒综合征患者32例, 一般内科治疗对照组胃倾倒综合征患者29例, 比较2组治疗前后临床症状的改善和治疗效果。结果 治疗组与对照组治疗前后症状改善比较: 恶心呕吐、反酸嗝气、腹胀、神经低血糖症状均有显著差异 ($P<0.05$); 大便改变无差异 ($P>0.05$)。治疗组与对照组治疗效果比较有显著差异 ($P<0.05$)。结论 中药离子导入综合治疗胃倾倒综合征明显优于一般内科治疗, 能明显改善患者的临床症状以及生活质量。

关键词: 胃倾倒综合征; 中药离子导入; 痞满

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.048

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0110-03

Clinical Observation on Chinese Medicine Iontophoresis in the Integrated Treatment of Gastric Dumping Syndrome

HUANG Jieping, YANG Deping, HU Meiyang

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

Abstract: Objective To observe clinical efficacy of Chinese medicine iontophoresis in treatment of gastric dumping syndrome.

Methods 32 cases of gastric dumping syndrome were treated by conventional management and iontophoresis of Chinese medicine as treatment group, and 29 cases of gastric dumping syndrome were treated by conventional management as control group. We compared the 2 groups before and after treatment regarding the clinical improvement and treatment effect. **Results** The clinical improvement of 2 groups before and after treatment was compared such as nausea and vomiting, acid belching, abdominal distention, hypoglycemia and stool. There was no difference in the change of stool between the treatment group and the control group ($P>0.05$), and there was a significant difference in nausea and vomiting, acid belching, abdominal distention, hypoglycemia between the treatment group and the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Chinese medicine iontophoresis and conventional management in gastric dumping syndrome is significantly better than general medical treatment, could significantly improve the clinical symptoms and quality of life of patients

Keywords: gastric dumping syndrome; iontophoresis of Chinese medicine; distention and fullness

胃倾倒综合征 (dumping syndrome, DS) 是胃大部切除后的常见并发症, 由于胃内容物迅速进入小肠而引起的神经循环系统或胃肠道症状, 可分为早期倾倒综合征和晚期倾倒综合征, 前者多于1个月内发生, 常见于进餐后1 h内出现胃肠道症状, 如腹痛、腹胀、腹泻、肠鸣音亢进、反酸、恶心呕吐、大便增多等; 而后者多于半年后发生, 于进餐后1~3 h发生, 可出现头晕、乏力、饥饿感、心慌、出汗、血压下降等神经性低血糖症状^[1]。胃倾倒综合征常出现于不同类型的胃手术后, 在Billroth I 式胃大部切除术后较为少见, 而在Billroth II 式胃大部切除术后则很常见。食管疾病的手术也可以损伤迷走神经, 病人也可以产生倾倒症候群。胃倾倒综合征目前治疗没有特别有效的方法, 主要包括内科治疗和外科治疗, 而探索具有中国特色中西医结合疗法对胃倾倒综合征的治疗具有重要的价值。本研究旨在前人治疗胃倾倒综合征的基础上, 探讨利用现代中药离子导入方法结合内科治疗, 观察对胃倾倒综合征患者的疗效和生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取2016年1月—2017年8月我院住院治疗的胃倾倒综合征患者 61例。均为胃癌术后切除, 胃溃疡及十二指肠溃疡大出血术后出现胃倾倒综合征的患者。将患者随机分为2组, 治疗组32例, 男

23例, 女9例; 年龄37~92岁, 平均 (42 ± 12.1) 岁。对照组29例, 男22例, 女7例; 年龄36~70岁, 平均 (42 ± 10.1) 岁。2组患者一般性治疗基本相同, 2组年龄无统计学差异 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 胃倾倒综合征诊断标准为: 有胃大切手术史, 且进食后发生如下临床表现: 中上腹胀满感、反酸、嗝气、自觉肠鸣频繁、恶心呕吐及大便改变、心慌、心率增快、虚汗、头晕、面色苍白、潮热、乏力、血压偏低等。

1.3 治疗方法 对照组及治疗组均进行一般治疗补液及对症支持处理。一般性治疗包括: 进食后尽量保持平卧姿势, 避免起身活动, 这样可以延缓食物过快的进入残胃段。并且调配合适的食物, 要求保持一定的饮水量, 接受必要的富含脂肪食物及含糖量较低, 稠度较大的半流质食物, 以及提高进食物的黏滞性, 禁止稀流质和高糖、高盐的食物。要求病人进食30 min以后才能饮水。定餐时予以20 g果糖预防病人出现血糖下降。如果病人症状较重者, 可以辅助支持治疗。根据病人临床化验情况, 如果病人出现酸碱及电解质失衡, 可以给予病人进行纠正治疗。严重的病人可以使用营养支持治疗等。治疗组则在上述一般性治疗基础上综合中药离子导入治疗。谓之中药离子导入综合疗法。中药离子导入液的组方: 柴胡6 g, 白芍10 g, 木香6 g,

蒲公英10 g, 赤芍10 g, 郁金10 g, 香附10 g, 枳壳10 g, 延胡索15 g, 甘草6 g, 茯苓6 g, 桂枝6 g, 白术6 g。每剂导入液方剂加水煎至约40 mL, 每日1剂。将药垫浸湿药液(稍稍拧干不滴药), 套上电极板, 然后置于胃脘部、双侧内关穴(位于前臂正中, 腕横纹上2寸, 在桡侧屈腕肌腱同掌长肌腱之间)上进行离子导入治疗, 每天上午1次, 每次0.5 h; 共4周为1个疗程。

1.4 观察指标 临床表现包括消化道表现及神经低血糖表现。设立临床观察记分表。记录治疗前后记录头晕、心悸、心动过速、疲软、出汗、颤抖、面色苍白或潮红, 血压; 上腹饱胀不适、恶心、呕吐、嗝气、肠鸣、大便次数等症状。对2组患者治疗前后临床症状计分并进行计算, 根据评分判断疗效。

1.5 疗效判断标准 治愈: 临床表现均消失, 疗效较为巩固者。好转: 部分症状减轻。无效: 症状无改善。

1.6 统计学方法 2组患者治疗前后临床变化均数的比较采用Fisher精确检验, 2组治疗疗效的比较采用非参数Mann-Whitney U检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

表1 2组治疗前后临床表现变化情况 (例)

组别	例数	时间	恶心呕吐	反酸嗝气	腹胀	大便改变	神经性低血糖症状
治疗组	32	治疗前	12	19	24	12	14
		治疗后	2	5	7	6	3
对照组	29	治疗前	11	18	21	11	12
		治疗后	7	11	13	7	8

治疗组与对照组治疗前后症状改善比较: 恶心呕吐、反酸嗝气、腹胀、神经低血糖症状均 $P<0.05$; 大便改变 $P>0.05$ 。

从表1可见2组中临床症状以上腹部饱胀不适较为多见。治疗组治疗后腹胀缓解病例占70.8%, 对照组治疗后占38.1%, 2组比较有明显差异 ($P<0.05$)。

治疗组对反酸嗝气治疗有效率为73.7%, 对照组为38.9%, 2组比较有明显差异 ($P<0.05$)。恶心呕吐症状发生率较其他胃肠道症状少见, 治疗组治疗有效率为83.3%, 对照组为36.4%, 2组比较有明显差异 ($P<0.05$)。大便次数的改变, 治疗组与对照组比较, 差异无统计意义 ($P>0.05$)。对于神经低血糖症状, 包括头晕乏力、心动过速等, 治疗组治疗有效率为78.6%, 对照组为33.3%, 2组比较, 差异有统计意义 ($P<0.05$)。表2所示: 依据2组治疗后痊愈、好转、无效的例数比较, 治疗组与对照组治疗效果比较有显著差异 ($P<0.05$)。

表2 2组治疗效果比较 (例)

组别	例数	痊愈	好转	无效
治疗组	32	1	18	10
对照组	29	3	25	4

注: 与对照组比较, $P<0.05$

3 讨论

随着质子泵和抗幽门螺杆菌治疗消化性溃疡的出现, 虽然消化性溃疡手术治疗已逐步减少, 但近年来胃癌的上升趋势及肥胖症的增多, 胃大部切除手术后的患者仍未见明显减少, 因此胃大切术后的并发症也呈逐年上升趋势, 其中胃倾倒综合征的发病尤为突出^[1]。胃倾倒综合征的发生是多因素的, 目前的研究均不能确定其机理。现阶段有学者认为血容量下降和高渗透压的食物短时间快速进入空肠是较被认可的两大重要因素。但也有研究者提出相反报道: 血糖与血容量降低明显的病人, 其临床表现可以比较轻微, 或者可以无临床表现。同时非高渗性的饮食也能够引发胃倾倒综合征。让病人摄入渗透压较高的饮食, 并以胶体液静脉点滴, 来防止病人血容量下降, 结果也不能预防胃倾倒综合征, 相关的临床症状依然会发生^[2]。胃倾倒综合征目前国外的最新治疗包括药物治疗和手术治疗, 药物治疗主要为抗胆碱药、抗组胺药、镇静药等^[3]; 手术治疗包括迷走神经切断术、胃切除术后功能性间置空肠代胃术等^[4-5]。国内在胃倾倒综合征的治疗主要以内科治疗为主, 特别是中西医结合治疗已经取得了一定的成效, 在内科治疗无改善的情况下可考虑手术治疗, 一般后期倾倒综合征常常出现较晚, 经过内科的相关保守治疗后有好转, 一般不需外科手术^[6]。总之, 对胃倾倒综合征目前仍尚无特效治疗方法。

本研究从中医角度出发, 尝试改善病人临床症状, 以期获得良好的生活质量。传统中医中的穴位是人体经络的特殊部位, 是经络气机活动变化的感触位点。这种感触位点也是我们常用的治疗位点。穴位疗法是我国中医疗法的精华, 过去多为针灸法, 但缺点也明显, 比如局部创伤增加感染机会, 最主要治疗时不能注入药物, 同时也有意外发生, 病人的反应也较差。如何解决这个问题而不增加病人的痛苦呢? 本研究结合现代电刺激的办法进行新的尝试。现代电刺激穴位的办法有报道可以达到很满意的治疗功效^[7]。中药离子导入技术已大量应用于内外科临床治疗中^[8]。本研究以现代的电刺激作为一种新的尝试。通过刺激这些重要的穴位点或治疗, 以达到治疗功效。以直流电的刺激, 起到以局部刺激经络, 使气机活动变化的作用, 以达到治疗目的。中药离子在安全的直流电的刺激下, 逐渐渗透皮肤的屏障导入局部穴位内。然后在局部位置持续很高的离子度, 创造“离子堆”效益。从而为缓慢进入人体内环境提供作用。这样可以减少静脉用药的首过消除效应, 大幅度地提升穴位部位的药物浓度, 保持持久的药物效用时间。苗润青等有关研究也曾报道电刺激肝俞可以治疗肝郁气滞^[9]。而本研究采用胃脘部、双侧内关穴3个穴位进行中药离子穴位导入治疗。我们的中药导入治疗液的组方: 柴胡、白芍、木香、

蒲公英、赤芍、郁金、香附、枳壳、延胡索、甘草、茯苓等药。香附理气解郁行气；郁金行气解郁；白芍和中止痛；木香行气健脾消食；赤芍散瘀止痛等。诸药配合起到活血化瘀，行气理气，解郁止痛的作用。而电刺激胃脘部、双侧内关穴，有行气疏通经络，和胃降逆功效。

通过本研究的治疗，从统计结果分析：使用一般内科疗法结合中药离子导入综合治疗胃倾倒综合征较单纯使用内科治疗具有明显的效果，对相关的临床症状改善情况特别是腹胀、恶心呕吐、暖气改善亦具有明显效果。本研究认为其是治疗胃倾倒综合征的一种安全新型有效的治疗方法。

参考文献

- [1]van Beek A P, Emous M, Laville M, et al. Dumping syndrome after esophageal, gastric or bariatric surgery: pathophysiology, diagnosis, and

- management[J]. *Obes Rev*, 2017, 18(1):68-85.
[2]毛传琰, 黄建庭. 倾倒综合征(文献综述)[J]. *国外医学·外科学分册*, 1986(4):202-205.
[3]Deloose E, Bisschops R, Holvoet L, et al. A pilot study of the effects of the somatostatin analog pasireotide in postoperative dumping syndrome[J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2014, 26(6):803-809.
[4]Radovanovic N, Simic A, Skrobic O, et al. Highly selective vagotomy and gastrojejunostomy in the treatment of peptic ulcer induced gastric outlet obstruction[J]. *Vojnosanit Pregl*, 2014, 71(11):1013-1017.
[5]Huang C K, Wang M Y, Hsin M C, et al. Conversion to modified duodenal switch for relieving intractable dumping syndrome and constipation after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass[J]. *Obes Surg*, 2015, 25(5):946.
[6]曹本格, 张再芬. 胃术后倾倒综合征的防治[J]. *现代中西医结合杂志*, 2006, 15(23):3244.
[7]赵敬军, 李少源, 荣培晶, 等. 针灸穴位的作用及功能机制探讨[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2014, 16(10):2076-2082.
[8]王春荣. 中药离子导入法临床应用概况[J]. *实用中西医结合临床*, 2009, 9(4):91-92.
[9]苗润青, 李胜吾, 岳峰. 从肝俞穴论治失眠患者植物神经功能紊乱的探讨[J]. *中医研究*, 2010, 23(3):10-12.

(本文编辑:张文娟 本文校对:周槐娜 收稿日期:2018-06-29)

银杏叶片治疗老年突发性耳聋的近远期疗效观察

崔相国 丁晓旭 王萌萌 徐胜群 陈瑜 杨怀安*

(中国医科大学附属盛京医院睡眠医学中心, 辽宁 沈阳 110001)

摘要:目的 研究银杏叶片治疗老年突发性耳聋的疗效及预后。方法 研究对象选取中国医科大学附属盛京医院2016年1月—2016年10月收治的老年突发性耳聋患者78例, 根据接受治疗方式不同将其分成观察组和对照组, 每组各39例。对照组患者给予对症治疗, 在此基础上, 观察组患者再给予银杏叶片。比较2组的治疗有效率、治疗前后各阶段气导纯音测听水平和血液黏度、纤维蛋白、血小板聚集率等血流变学及LPO、CRP等血清学指标水平。结果 观察组的治疗有效率97.44% (38/39) 明显高于对照组76.92% (30/39) ($\chi^2=7.34$, $P=0.00$); 治疗2周和12个月后, 观察组的气导纯音测听水平、血液黏度水平、纤维蛋白水平、血小板聚集率水平、LPO水平和CRP水平均明显低于对照组($P<0.05$)。结论 银杏叶片治疗老年突发性耳聋的近远期疗效均显著, 可有效改善耳部血管功能和血液循环, 降低血液黏滞水平和机体炎症因子水平, 恢复患者听力, 提高生命质量, 值得临床推广。

关键词: 银杏叶片; 老年科; 突发性耳聋; 近远期疗效; 中成药疗法

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.049

文章编号:1672-2779(2018)-23-0112-03

The effect of ginkgo leaf in the treatment of senile sudden deafness Observation on the Short-term and Long-term Effect of Ginkgo Biloba Leaf in the Treatment of Senile Sudden Deafness

CUI Xiangguo, DING Xiaoxu, WANG Mengmeng, XU Shengqun, CHEN Yu, YANG Huaian

(Sleep Medical Center, the Affiliated Shengjing Hospital of China Medical University, Liaoning Province, Shenyang 110001, China)

Abstract: **Objective** To study the efficacy and prognosis of ginkgo leaf in the treatment of senile sudden deafness. **Methods** 78 elderly patients with sudden deafness admitted to our hospital from January 2016 to October 2016 were selected and divided into observation group and control group with 39 cases in each group according to different treatment modalities. The patients in the control group were treated with conventional treatment, and on this basis, the patients in the observation group were treated with oral ginkgo leaf. The results showed that the two groups were effective in the treatment, and the levels of blood viscosity, fibrin, platelet aggregation, and other hematological indexes such as LPO and CRP were compared. **Results** The effective rate of treatment in observation group (97.44%) was significantly higher than that in the control group (76.92%) ($\chi^2=7.34$, $P=0.00$). After 2 weeks and 12 months after treatment, air conduction of pure tone audiometry, blood viscosity, fibrous protein levels, platelet aggregation rate, LPO and CRP levels of the observation group were lower than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The ginkgo leaf in the treatment of senile sudden deafness has significant short-term and long-term effect, can effectively improve the blood vessel function and blood circulation of the ear, reduce the level of blood viscosity and inflammatory factors, recover the hearing of the patients, and improve the quality of life. It is worthy of clinical promotion.

Keywords: ginkgo leaves; geriatrics; sudden deafness; short-term and long-term effect; therapy of Chinese patent drug

老年突发性耳聋是一种突发的感觉神经障碍型耳聋, 主要表现为不明原因的感音障碍, 或伴有不同程度

度的耳鸣和眩晕, 如不及时治疗或治疗不当可能会永久丧失听力^[1]。研究报道^[2], 由于老年人机体免疫力较低、器官组织衰老程度高、自我保护意识和依从性差等多种因素导致老年突发性耳聋患者预后极差, 致残率高,

* 通讯作者: 13840082796@163.com

生命质量严重受损,引起临床持续的高度关注。目前^[3],大多数临床报道认为,该病与耳部血液循环障碍、血液黏滞度高、血管内皮功能紊乱及耳蜗持续炎症状态等有密切关系。因此临床治疗主要是通过药物抑制血小板聚集、降低血液黏度、减轻耳蜗局部水肿并营养耳蜗神经来缓解听力受损^[4]。经证实^[5],银杏叶片可显著改善耳部血液循环,缓解耳鸣及眩晕等临床症状,降低血液黏滞度,改善血管功能。但其用于治疗老年突发性耳聋的系统性报道较少,因此,本文就此展开报道,探究其疗效及预后,旨在指导临床。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象选取我院2016年1月—2016年10月收治的老年突发性耳聋患者78例,根据接受治疗方式不同将其分成观察组和对照组,每组各39例。其中,观察组男23例,女16例;平均年龄(67.60±2.77)岁;平均病程(7.87±1.32)d。对照组男26例,女13例;平均年龄(68.01±2.19)岁;平均病程(7.57±1.79)d。2组患者在性别、年龄和病程等方面比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合2005年《突发性耳聋的诊断和治疗指南》^[6]的诊断标准;②患者及家属均知情,并签署知情同意书;③无严重消化道疾病。

1.3 排除标准 ①血液病、微生物和噪声等其他原因引起的耳聋;②合并严重的心脑血管、肝、肾等器官组织病变。

1.4 治疗方法 对照组的 treatment 根据《突发性耳聋的诊断和治疗指南》:100 mL 0.9%氯化钠注射液+前列地尔注射液10 μg(海南碧凯药业有限公司,H20103292,10 μg)静脉滴注,1次/d,持续14 d;醋酸泼尼松片(白云山东泰商丘药业有限公司,H41022220,5 mg)30 mg/d,早8点顿服,持续5 d。在此基础上,观察组患者同时口服银杏叶片(湖北午时药业股份有限公司,Z20073163,0.2 g),0.2 g/次,3次/d,持续1年。

1.5 观察指标及评定标准 ①比较2组患者的治疗有效率:痊愈,症状完全消失,受损频率听阈基本恢复正常或患病前水平;显效,症状显著改善,受损频率听力恢复平均>30 dB;有效,症状有所改善,受损频率听力恢复平均15~30 dB;无效,受损频率听力恢复平均<15 dB或症状无改善甚至加重。②比较2组患者治疗前后各阶段的气导纯音测听水平:25 dB以下为正常听力;26~40 dB为轻度耳聋;41~60 dB为中度耳聋;61~80 dB为重度耳聋;81 dB以上为极重度耳聋。③比较2组患者治疗前后的血液黏度、纤维蛋白和血小板聚集率等血流变学指标水平改善情况:采集患者血液后用

自动血流变测试仪检测相应指标。④比较2组患者治疗前后的LPO和CRP等血清学指标水平改善情况。治疗前和治疗后2周、3个月、6个月及12个月记录上述指标,嘱咐患者按此时间门诊随访^[7]。

1.6 统计学方法 所有统计学资料都采用SPSS 21.0进行数据分析,计量资料以均数±标准差表示,进行 t 检验。计数资料以率(%)表示,用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗有效率比较 观察组患者的治疗总有效率(97.44%)明显高于对照组(76.92%)($\chi^2=7.34$, $P=0.00$),见表1。

表1 2组患者治疗总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	39	14(35.90)	10(25.64)	6(15.38)	9(23.08)	30(76.92)
对照组	39	20(51.28)	13(33.33)	5(12.82)	1(2.56)	38(97.44)
χ^2 值						7.34
P 值						0.00

2.2 2组患者治疗前后各阶段的气导纯音测听水平比较 2组患者治疗前的气导纯音测听水平比较无明显差异($P>0.05$);治疗后,观察组的各阶段气导纯音测听水平均明显低于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 2组患者治疗前后各阶段的气导纯音测听水平比较 ($\bar{x}\pm s$, dB)

组别	例数	治疗前	2周	3个月	6个月	12个月
观察组	39	68.91±12.86	47.50±12.01	39.33±11.32	30.41±10.12	21.18±7.06
对照组	39	68.75±13.52	56.76±12.60	48.15±12.29	40.48±11.14	32.22±9.08
t 值		0.06	3.56	3.54	4.48	6.43
P 值		0.95	0.00	0.00	0.00	0.00

2.3 2组患者治疗前后的血清学指标改善情况比较 2组患者治疗前的LPO和CRP水平比较无明显差异($P>0.05$);治疗后2周和12个月,观察组的LPO和CRP水平均明显低于对照组($P<0.05$),见表3。

表3 2组患者治疗前后血清学指标改善情况比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	LPO(mmol/L)			CRP(μmol/L)		
		治疗前	治疗后2周	治疗后12个月	治疗前	治疗后2周	治疗后12个月
观察组	39	6.88±0.94	5.75±0.93 ^①	4.81±0.86 ^①	22.09±3.95	18.08±3.91 ^①	13.39±3.82 ^①
对照组	39	6.84±0.98	6.67±0.95	5.97±0.85 ^①	21.50±4.18	20.37±4.05	17.47±3.98 ^①
t 值		0.19	4.64	6.43	0.84	2.72	4.96
P 值		0.69	0.00	0.00	0.49	0.01	0.00

注:与治疗前比较,① $P<0.05$

2.4 2组患者治疗前后的血流变学指标改善情况比较 2组患者治疗前的各血流变学指标水平比较无明显差异($P>0.05$);治疗后2周和12个月,观察组的各血流变学指标水平均明显低于对照组($P<0.05$),见表4。

表4 2组患者治疗前后的血流变学指标改善情况比较

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

组别	例数	血液黏度(mPa/s)			纤维蛋白(g/L)			血小板聚集率(%)		
		治疗前	治疗后2周	治疗后12个月	治疗前	治疗后2周	治疗后12个月	治疗前	治疗后2周	治疗后12个月
观察组	39	2.08±0.25	1.75±0.27 ^①	1.48±0.26 ^①	5.59±1.25	4.47±1.23 ^①	3.19±1.22 ^①	66.43±7.24	54.31±5.30 ^①	39.27±4.18 ^①
对照组	39	2.04±0.28	1.97±0.29	1.77±0.35 ^①	5.53±1.48	5.34±1.35	4.47±1.18 ^①	66.39±7.27	63.43±6.97	51.47±6.42 ^①
t值		0.71	3.72	4.46	0.21	3.19	5.05	0.03	6.98	10.68
P值		0.48	0.00	0.00	0.84	0.00	0.00	0.98	0.00	0.00

注:与治疗前比较,①P<0.05

3 讨论

老年突发性耳聋是老年人失聪常见的病因^[8]。目前尚不明确其发病机制,但有关研究证实^[9],老年突发性耳聋的发病原因与耳部血液循环障碍、血液黏滞度高、血管内皮功能紊乱及耳蜗持续炎症状态等有密切关系。耳部血液循环受阻、血液黏滞度升高及血管内皮受损或功能紊乱,会导致血液黏度、纤维蛋白含量、血小板聚集率等均明显升高,极易形成耳蜗血栓,严重影响耳蜗血供,极大降低患者听力,或因细菌等病原体入侵血液导致耳蜗持续炎症状态,血液中CRP含量显著增加,极大损害患者耳蜗神经功能^[10-11]。因此,积极改善耳部血液循环、降低血液黏滞度、恢复血管内皮功能并解除耳蜗持续炎症状态尤为重要。目前临床主要通过前列地尔注射液等抑制血小板聚集药改善耳部循环、醋酸泼尼松等糖皮质激素减轻耳蜗局部水肿来缓解听力受损,但疗效并不理想,且有相当一部分患者依从性差,平时不注重耳部卫生,不积极保护健侧耳,导致预后较差^[12]。

随着现代医学的快速发展,银杏叶片等银杏叶的各种中成药开始广泛用于临床^[13]。研究表明^[14-15],银杏叶中富含的银杏内酯、银杏黄酮甙和白果内酯等成分有以下作用:①迅速疏通耳蜗微循环,显著改善前庭系统血供,从而降低毛细血管管壁通透性,减轻水肿,改善血管内皮功能;②拮抗血小板凝聚因子,降低血小板凝聚率,使血小板黏附功能受到极大抑制,降低耳部血液黏滞度,减少血液纤维蛋白含量,从而降低内耳血栓的可能性;③解除耳蜗持续炎症状态,降低血液CRP等含量,改善耳蜗神经营养供给,从而缓解听力受损。所以,若银杏叶片配合前列地尔及醋酸泼尼松等对症药物治疗老年突发性耳聋,可显著提高疗效,短期内迅速改善患者耳部微循环,并可长期改善患者血管功能,降低血液黏滞度,消除炎症因子刺激,改善耳蜗神经营养供给,有效恢复受损听力。因此,为证实该推论,开展本次研究,结果显示:观察组的治疗有效率(97.44%)明显高于对照(76.92%) ($\chi^2=7.34$, $P=0.00$),其中,2组治疗无效患者共10例,考虑

病程较长、病情较重,给予安全范围内加大药物剂量后,患者症状有所好转,受损听阈有所恢复,证明银杏叶片疗效确切,可有效恢复患者受损听力;治疗2周后和12个月后,观察组的各阶段的气导纯音测听水平、血液黏度水平、纤维蛋白水平、血小板聚集率水平、LPO水平和CRP水平均明显低于对照组 ($P<0.05$),证明银杏叶片的近期和远期疗效均确切,可显著改善患者的受损听阈,使患者听力恢复正常水平或发病前水平,且可明显降低血液黏滞度,减轻耳部炎症刺激,符合预期。

综上所述,银杏叶片治疗老年突发性耳聋的近远期疗效均显著,有效恢复患者听力,改善耳部血管功能和血液循环,降低血液黏滞度和机体炎症因子水平,值得临床推广。

参考文献

- [1]王慧敏,余文发,周航,等.银杏叶片联合高压氧对老年突发性耳聋患者血清CRP水平影响及临床疗效研究[J].中华中医药学刊,2017,35(5):1246-1249.
- [2]徐浩,董红军.法舒地尔联合纤溶酶治疗老年人突发性耳聋的临床疗效[J].临床医学研究与实践,2017,2(27):18-19.
- [3]刘根久,李随勤.巴曲酶联合长春西汀对老年突发性耳聋的临床疗效研究[J].中国听力语言康复科学杂志,2016,14(5):364-367.
- [4]王丽平,魏守蓉,徐沙丽.法舒地尔联合纤溶酶治疗老年人突发性耳聋30例[J].医药导报,2016,35(8):853-857.
- [5]孙建华,彭素清,李云英,等.社工与护士合作模式在空巢老年突发性耳聋患者中的应用效果[J].临床与病理杂志,2017,37(3):540-546.
- [6]中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会.中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会.突发性耳聋的诊断和治疗指南(2005,济南)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,41(8):569-575.
- [7]中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会,中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会.突发性聋诊断依据和疗效分级[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,1997,32(2):20-25.
- [8]别国梁,付丽萍.巴曲酶治疗老年突发性耳聋的临床观察[J].中国药房,2017,28(12):1641-1644.
- [9]杨明,伏飞达,叶康,等.针药结合对突发性耳聋患者的疗效及血清内皮素、一氧化氮含量的影响[J].临床医学研究与实践,2016,1(22):111-112.
- [10]刘生杰.中医护理糖尿病突发性耳聋患者的效果评价[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(24):132-134.
- [11]马子健,徐国庆,张利宜.影响老年突发性耳聋患者预后的相关危险因素分析[J].中国医疗设备,2017,1(12):201-202.
- [12]马玉卓.银杏叶提取物联合前列地尔治疗老年突发性耳聋37例[J].西部中医药,2017,30(8):103-105.
- [13]张海静,王哲,武莹,等.耳聋左慈丸对老年性耳聋模型小鼠血清SOD、MDA、PKC的影响[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(1):136-138.
- [14]张慧平,屈永涛,赵冬华,等.鼓室注射类固醇激素治疗中老年突发性耳聋患者的临床疗效观察[J].现代生物医学进展,2016,16(22):4286-4288.
- [15]李希平,黄小兵,张丽川,等.老年突发性聋患者血液纤维蛋白原和黏附分子测定及其临床意义[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2016,23(2):81-83.

(本文编辑:张文娟 本文校对:杨怀安 收稿日期:2018-06-21)

中西医结合治疗腰椎间盘突出症的临床效果分析

李维科 刘 圆

(江西省上饶市铅山贻谋向民医院骨科, 江西 上饶 334500)

摘要:目的 探讨中西医结合治疗腰椎间盘突出症的临床效果。方法 选取2015年7月—2018年7月于上饶市铅山贻谋向民医院就诊的50例腰椎间盘突出症患者,采用双盲法将患者分为2组,各25例。2组患者均行手术治疗,对照组患者术后采用常规西药治疗,研究组行中西医结合治疗,对比治疗效果。结果 研究组治疗优良率高于对照组,术后并发症发生率低于对照组,治疗后不同时间段(1周、2周、3周)疼痛评分均低于对照组,差异显著($P < 0.05$)。结论 腰椎间盘突出症患者采用中西医结合治疗疗效佳、安全性高,且能缓解疼痛感,值得临床应用。

关键词:腰椎间盘突出症;中西医结合疗法;疼痛;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.050

文章编号:1672-2779(2018)-23-0115-03

Analysis on the Clinical Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Treating Lumbar Disc Herniation

LI Weike, LIU Yuan

(Orthopedics Department, Yanshan Yi Mou Xiangmin Hospital, Jiangxi Province, Shangrao 334500, China)

Abstract: **Objective** To explore the clinical effect of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of lumbar disc herniation. **Methods** 50 cases of protrusion of lumbar intervertebral disc in our hospital in July 2015 to July 2018 were selected, and the patients were divided into two groups with double blind method, with 25 cases in each group. The two groups of patients were treated with surgical treatment. The control group was treated with conventional western medicine after operation, and the study group was treated with Chinese and Western medicine, and the effect of treatment was compared. **Results** The good rate of treatment in the study group was higher than that of the control group. The incidence of postoperative complications was lower than that of the control group. The pain scores in the 1 week, 2 weeks and 3 weeks after the treatment were lower than those in the control group, the difference was significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of lumbar intervertebral disc herniation has good curative effect, high safety, and can relieve pain. It is worthy of clinical application.

Keywords: lumbar disc herniation; therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; pain; arthromyodynia

腰椎间盘突出症作为临床常见疾患,多因腰椎间盘病变或外伤所致,患者常出现腰痛、下肢放射痛、马尾神经症状,给其工作生活带来诸多不便,易降低生活品质。临床有非手术疗法和手术治疗两种,医者可根据患者病情及意愿推荐个性化治疗方案,以减轻医患负担,获取最佳治疗效果。随着中医养生文化日渐兴盛,当前部分医者为减少西药对病患身心的侵害,推崇中医疗法(汤药、针灸、推拿),我院医者为充分发挥中西医治疗优势,主张中西医结合治疗,运用中医疗法调节机体内环境,以减毒增效,加速病情恢复。本文就中西医结合治疗腰椎间盘突出症的临床疗效进行分析,内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象选取2015年7月—2018年7月我院骨科收治的50例腰椎间盘突出症患者,采用双盲法将其分为2组,每组25例。本研究经院领导及骨科医护人员共同审核通过,所有参选对象均签署《病人知情同意书》。研究组男15例,女10例;年龄39~78岁,平均 (56.3 ± 2.4) 岁;病程0.5~6年,平均 (3.2 ± 0.4) 年。对照组男13例,女12例;年龄40~76岁,平均 (56.1 ± 2.3) 岁;病程0.4~7年,平均 (3.1 ± 0.5) 年。2组病例

资料相比无明显差异($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 (1) 结合病史、查体及影像学检查确诊;(2) 精神状态良好且意识清醒;(3) 接受手术治疗;(4) 中途未退出研究。

1.3 排除标准 (1) 药物过敏;(2) 精神交流障碍;(3) 遵医性差者。

1.4 治疗方法 2组患者均行手术治疗,对照组术后仅行西药+牵引治疗,静脉滴注125 mL甘露醇注射液(国药准字H10983033;江西科伦药业有限公司)+10 mg地塞米松磷酸钠注射液(国药准字H34023615;蚌埠丰原涂山制药有限公司),肌内注射0.5 mg注射用甲钴胺(国药准字H20050475;石药集团欧意药业有限公司),静脉滴注0.9% 250 mL氯化钠注射液(国药准字H37020766;山东齐都药业有限公司)+50 mg注射用骨肽(国药准字H20060085,黑龙江珍宝岛药业股份有限公司),之后行牵引治疗,取仰卧位或俯卧位,固定牵引带(骨盆牵引带上缘固定在髂前上嵴,反向牵引带固定于胸廓),之后调整设备参数,治疗时间10~30 min,3~5次/周,疗程6周。

研究组患者在服用西药及实施牵引治疗的基础上加入中医汤药、针灸、推拿,具体内容如下:①术后

早期服用舒筋活血汤,药方(青皮5 g,羌活6 g,荆芥6 g,红花6 g,枳壳6 g,防风9 g,独活9 g,牛膝9 g,杜仲9 g,五加皮9 g,当归12 g,续断12 g)加水熬至200 mL,早晚温服;康复期以温阳活血为主,药方改为:川芎5 g,牡丹皮6 g,生地黄9 g,山药9 g,枸杞子9 g,炙龟甲9 g,白芍9 g,当归9 g,续断9 g,炒杜仲9 g,威灵仙9 g,鸡血藤9 g,牛膝9 g。每日1剂,以健骨、祛湿通络活血,医者可根据患者病情增减药物剂量。②行针灸疗法,指导患者俯卧于硬板床上,急性期病患以华佗夹脊穴为主,腰部取肾俞和腰阳关;缓解期以两侧华佗夹脊穴为主,取肾俞、大肠俞、关元俞,针刺后留针15~30 min,若穴位局部出现红肿、水泡或溃烂问题立即禁针予以医治。③于牵引治疗结束后选择揉揉手法、松脊手法、旋盆手法、调髋手法为病患推拿腰椎及骶椎,松解脊柱、骨盆、髋关节周围软组织以恢复脊柱-骨盆-髋关节生物力学平衡。④自制药膏贴于患处,1次/d,10 d为1个疗程,联用3个疗程,药方:马钱子6 g,生川乌6 g,生草乌6 g,麻黄10 g,自然铜10 g,乳香12 g,没药12 g,杜仲12 g,骨碎补20 g,以活血散寒、通络止痛。

1.5 观察指标 (1) 治疗效果:以腰椎功能MacNab评定标准为依据,优:腰痛、下肢放射痛及马尾神经症状完全消失,直腿抬高可达90°,未对工作生活产生影响;良:临床症状有所改善,偶有非神经性疼痛问题,直腿抬高50°~90°;差:病情未得到改善,无法正常工作和生活^[1]。(2) 比较2组患者治疗后不同时间段(1周、2周、3周)疼痛评分,采用视觉模拟评分法评估患者疼痛情况,基于疼痛程度用0~10分表示,分值越高证明疼痛程度越严重^[2]。(3) 比较2组患者术后并发症发生率(切口愈合不良、腰背部疼痛、腰椎神经损伤)。

1.6 统计学方法 使用软件SPSS 19.0处理数据信息,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗效果比较 研究组治疗优良率高于对照组,差异显著($P<0.05$),见表1。

表1 2组患者治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	优	良	差	优良率
研究组	25	12	11	2	23(92.0)
对照组	25	8	9	8	17(68.0)
χ^2 值					4.500
P 值					0.034

2.2 2组患者疼痛评分比较 治疗后1周、2周、3周,研究组患者疼痛评分均低于对照组,差异显著($P<0.05$),见表2。

表2 2组患者疼痛评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	1周	2周	3周
研究组	25	5.9 $\pm$ 1.2	5.0 $\pm$ 0.8	3.4 $\pm$ 0.5
对照组	25	6.7 $\pm$ 1.3	5.7 $\pm$ 0.6	4.8 $\pm$ 1.1
t 值		2.261	3.500	5.793
P 值		0.014	0.001	0.000

2.3 2组患者术后并发症比较 术后,研究组仅1例患者术后有腰部疼痛感,未见腰椎神经损伤症状,并发症发生率为4.0%;对照组1例切口愈合不良、3例腰背部疼痛、2例腰椎神经损伤,并发症发生率为24.0%,组间差异显著($\chi^2=4.153$, $P=0.042$)。

3 讨论

据悉,腰椎间盘突出症占长期慢性腰痛患者30%~40%,且腰腿疼痛住院的病患占全体住院患者25%~40%,严重影响国民素质及生活质量。随着人类文明进步,电脑及手机的普及,加之不良生活习惯,使得民众腰椎承受压力越来越大,据统计我国腰椎间盘突出症病患已突破2亿,其发病率仅次于感冒,随着我国人口老龄化形势日渐严峻使得国民患病率随之递增,多数病患行保守治疗即可缓解或治愈,以往医者多通过硬膜外注射皮质激素或牵引治疗以减轻神经根周围炎症和粘连,增加腰椎间隙宽度,减少椎间盘内压及对神经根的压迫,进而改善病症,但疗效有限,且受制于西药毒副作用,易引发患者负面情绪。随着医疗技术日渐完善,手术被视为腰椎间盘突出症病患根治方案,因人体腰椎神经丰富,易受损伤使得术后治疗成为当前医者迫切需要解决的关键问题,笔者借助中西医结合治疗以提高手术疗效,加速患者术后康复,减少并发症。

《素问·刺痛论篇》曰:“衡络之脉令人腰痛,不可以俯仰,仰则恐仆,得之举重伤腰”。中医将腰椎间盘突出症归为“腰痛”和“痹症”的范畴,认为该病是因正气亏虚、肾虚骨弱,加之外感风寒湿邪、跌扑外伤、劳损,致使气血运行不畅,经络闭阻所致,西医治疗该病症虽可快速缓解病痛,但多治标不治本,中医汤药多药效温和且无毒副作用,医者可根据患者病情灵活增减药物剂量,通过调理机体内环境,增强免疫力及抗病能力,进而加速病痛缓解,促进康复。推拿则为医生按照经络和穴位运用推、拿、提、捏、揉等手法帮助患者治疗疾病的方法,通过按摩疏通经络、调和气血、提升肌体免疫能力,可帮助患者放松肌肉,活动关节,加速局部症状缓解,进而促进腰椎功能恢复,可获取良好治疗效果。中药外敷运用中药归经原则,借助药物开结行滞直击病灶,药物可透过皮肤产生活血化痰、开窍透骨、祛风散寒等功效,进而改善病症,加速病情康复。敷于患处中药可通过刺激神经末梢,借助反射作用,扩张血管,促进局部血液循环,进而改善患处

周围组织营养,实现消肿止痛消炎的功效。

笔者综合应用中西医疗法为腰椎间盘突出症患者进行术后医治,实验发现:研究组治疗优良率高于对照组,术后并发症发生率低于对照组,治疗后不同时间段患者疼痛评分均低于对照组,差异显著($P < 0.05$),即病患实施中西医结合治疗疗效更为理想,值得推广应用。李洁^[3]于研究中证实中西医结合治疗的优势,医者可根据患者个人情况设计个性化治疗方案,以保证疗效的同时提高治疗安全性,控制医疗成本,进而最大程度发挥医疗资源及人力资源其价值造福病患。本次研究结果与明敏^[4]结论相符,该学者还指出中西医结合治疗利于患者改善预后,具有较高推荐意义。

此外,也有学者推崇中药熏蒸治疗,运用热效应及局部性/整体性药理效应直达病灶,以便患者在热效

应刺激下疏通腠理、舒经活络、行气活血、温通凝滞,同时可减少内服用药对脾胃的刺激,提高治疗安全性,但在实际应用时需注意防止烫伤及饮食管控,进而获取最佳治疗效果^[5]。总之,腰椎间盘突出症患者术后采用中西医结合疗法效果更为理想,值得推广应用。

参考文献

- [1]王震,李玉前,王晓东,等.经皮椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J].江苏医药,2015,41(18):2188-2189.
- [2]冷巧霞.中西医结合治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].临床医学研究与实践,2016,1(8):10-11.
- [3]李洁.中西医结合治疗腰椎间盘突出症的疗效分析[J].内蒙古中医药,2016,35(13):66-67.
- [4]明敏,杨增敏,陈其义,等.中西医结合治疗腰椎间盘突出症的临床效果观察[J].世界临床医学,2017,11(11):167-169.
- [5]吴光辉,辛程涛.中药熏蒸对腰椎间盘突出症疼痛干预和ADL评分的影响[J].陕西中医,2016,37(7):775-776.

(本文编辑:张文娟 本文校对:刘 圆 收稿日期:2018-08-09)

穿王消炎片联合雾化吸入 治疗急慢性咽喉炎的应用效果观察

侯寿尧 朱红梅 汪志平 周 敏 包燕萍

(江西省广昌县人民医院五官科,江西 广昌 344900)

摘要:目的 探究和分析穿王消炎片联合雾化吸入治疗急慢性咽喉炎的应用效果观察。方法 选取广昌县人民医院2017年5月—2018年6月接收治疗的100例急慢性咽喉炎患者,根据随机数字表法分为试验组和对照组各50例,对照组患者应用氧气雾化吸入治疗,试验组在对照组的基础上服用穿王消炎片进行治疗,治疗2个疗程之后,对比观察2组临床疗效,治疗前后血清中肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6)以及免疫球蛋白G4 (IgG4)水平的变化,病情复发情况以及治疗后症状改善时间。结果 试验组治疗的总有效率为96% (48/50),明显高于对照组总有效率82% (41/50) ($P < 0.05$)。2组患者在治疗后血清中TNF- α 、IL-6水平都呈下降趋势,但试验组比对照组下降明显,血清中IgG4都呈上升趋势,试验组IgG4水平要高于对照组 ($P < 0.05$)。试验组在治疗后黏膜干燥、咽痒咽干、疼痛充血以及咽部异物感等症状改善时间均早于对照组 ($P < 0.05$)。结论 穿王消炎片联合雾化吸入治疗急慢性咽喉炎效果显著,抑制炎症因子,提高免疫因子活性,疾病复发率低,缩短了临床症状改善时间,安全性高,值得临床推广应用。

关键词:穿王消炎片;氧气雾化;急慢性咽喉炎;中成药疗法;喉痹

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.051

文章编号:1672-2779(2018)-23-0117-03

Observation on the Application Effect of Chuanwang Xiaoyan Tablets Combined with Nebulization in the Treatment of Acute and Chronic Pharyngitis

HOU Shouyi, ZHU Hongmei, WANG Zhiping, ZHOU Min, BAO Yanping

(Department of ENT, Guangchang County People's Hospital, Jiangxi Province, Fuzhou 344900, China)

Abstract: **Objective** To investigate and analyze the application effect of Chuanwang Xiaoyan tablets combined with nebulization in the treatment of acute and chronic pharyngitis. **Methods** One hundred patients with acute and chronic pharyngitis who received treatment from May 2017 to June 2018 were enrolled. According to the random number table method, 50 patients in the experimental group and the control group were enrolled in the control group. The experimental group was treated with Chuanwang Xiaoyan tablets on the basis of the control group. After two courses of treatment, the clinical effects of the two groups were compared. The serum tumor necrosis factor- α (TNF- α) and interleukin-6 were measured before and after treatment. (IL-6) and changes in immunoglobulin G4 (IgG4) levels, recurrence of the disease, and time to symptom improvement after treatment. **Results** The total effective rate of the experimental group was 96%, which was significantly higher than the total effective rate of the control group by 82%, with significant statistical difference ($P < 0.05$). The levels of TNF- α and IL-6 in the serum of the two groups were decreased after treatment, but the experimental group was significantly lower than the control group, and the serum IgG4 was increased. The IgG4 level in the experimental group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). In the experimental group, the symptoms of mucosal dryness, pharyngeal dry throat, painful hyperemia and pharyngeal foreign body sensation were earlier than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Chuanwang Xiaoyan tablets combined with nebulized inhalation for acute and chronic pharyngitis have significant effects, inhibiting inflammatory factors, increasing immune factor activity, low recurrence rate, shortening the time for clinical symptom improvement, and high safety, which is worthy of clinical application.

Keywords: Chuanwang Xiaoyan tablets; oxygen atomization; acute and chronic pharyngitis; therapy of Chinese patent drug; pharyngitis

咽喉炎是一种由细菌引起的呼吸道疾病^[1],主要分为两类:慢性咽喉炎和急性咽喉炎,该疾病的发病机理

为咽喉部黏膜组织或者黏膜受到细菌感染所引发的,据医疗报道显示急慢性咽喉炎发病率以及复发率较高^[2],

发病早期急慢性咽喉炎呈局部炎症状态,病情不加以控制将蔓延至整个咽腔,从而引发呼吸系统疾病,患者的身心健康受到严重的影响^[3]。目前在临床上一般会选择静脉注射用药或者是口服进行治疗^[4]。由于急慢性咽喉炎主要病变部位是黏膜组织,因此口服以及静脉注射用药物已经达不到治疗效果,具有用药治疗时间长,反复发作率高等缺点^[5]。研发更有效的方法成为了治疗急慢性咽喉炎的关键^[6],临床相关研究显示,中成药联合雾化吸入治疗急慢性咽喉炎效果显著,毒副作用低,安全性高等优势,已被临床广泛应用,故本文旨在探讨穿王消炎片联合雾化吸入治疗急慢性咽喉炎的应用效果,现作出如下的报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2017年5月—2018年6月收治的100例急慢性咽喉炎患者,按照随机数字表法分为试验组和对照组各50例,试验组男性29例,女性21例;年龄21~59岁,平均年龄(39.71±3.62)岁;慢性咽喉炎33例,急性咽喉炎17例;病程1~3年,平均病程(2.10±0.53)年。对照组男性患者28例,女性患者22例;年龄20~60岁,平均年龄(39.70±3.63)岁;慢性咽喉炎32例,急性咽喉炎18例;病程1~3年,平均病程(2.00±0.55)年。2组患者年龄、性别、病程等一般资料对比,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 ①所有患者都确诊为急慢性咽喉炎;②患者咽喉部伴有发痒、灼热感及异物感等症状;近期没有进行过其他类型手术、药物等治疗;③研究穿王消炎片联合雾化吸入治疗急慢性咽喉炎的相关事宜均已告知入选患者或者告知其家属,已签署知情同意书并得到了我院伦理委员会认可。

1.3 排除标准 ①并有其他传染病及其他系统疾病患者;②患者对研究过程中所使用的药物具有过敏反应;③未按照研究内容过程进行以及依从性差的患者;④精神疾病患者;⑤具有肝肾功能衰竭的患者。

1.4 治疗方法 2组患者均应用氧气雾化吸入治疗,在药物的选择上临床一般使用8万单位的硫酸庆大霉素注射液(陕西同康药业有限公司,国药准字H61020492,规格:1 mL:4万单位)进行消炎、抗感染治疗;5 mg地塞米松(广西万德药业股份有限公司,国药准字H20113234,0.75 mg/片)起到免疫抑制、脱敏、消除咽喉水肿的作用;雾化剂:樟脑、

95%乙醇、甘油、薄荷脑、碳酸氢钠等成分,三者都有消炎、消肿、祛痰、利湿等功效。治疗时,需要检查设备的准确性,将雾化液利用氧气驱动雾化,调节雾量大小均匀,调整氧流量为6~8 L/min,患者采用半卧位后,将喷嘴与患者面部相连。指导患者进行“口吸气、鼻呼气”的呼吸模式。根据病情,氧气雾化治疗一般为15 min,1~2次/d,以治疗1周为佳,治疗结束后需对雾化器进行清理,防止交叉感染。试验组在对照组的基础上联合服用穿王消炎片(广东一力罗定制药有限公司,国药准字Z20025682,规格:0.23 g×48 s),1次4片,每天3次。7 d为1个疗程,2组患者都需要连续治疗2个疗程。

1.5 疗效判定标准及观察指标 参照临床研究《耳鼻喉科诊断学指导原则》对患者进行疗效评价^[7]:第一类标准痊愈:治疗后患者各项体征恢复正常,临床症状达到完全消除的状态;第二类标准显效:治疗后各项体征基本恢复正常,临床症状改善明显;第三类标准有效:治疗后各项体征有所改善,临床症状有所好转;第四类标准无效:治疗后各项体征以及临床症状均无改善,病情呈恶化趋势;总有效率=痊愈+显效+有效。抽取患者在治疗前后空腹状态下的静脉血,并且运用酶联免疫法检测TNF- α 、IL-6含量变化,采用免疫荧光法检测IgG4水平的变化,记录并比较2组患者黏膜干燥、咽痒咽干、疼痛充血以及咽部异物感等症状改善时间。

1.6 统计学方法 通常采用SPSS 21.0 软件技术对研究数据进行分析 and 整理,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用百分率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$,表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 试验组治疗的总有效率为96%,明显高于对照组总有效率82%,2组患者的总有效率比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	50	40(80.00)	5(10.00)	3(6.00)	2(4.00)	48(96.00)*
对照组	50	30(60.00)	7(14.00)	4(8.00)	9(18.00)	41(82.00)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 2组患者治疗前后血清TNF- α 、IL-6以及IgG4水平比较 2组患者治疗后TNF- α 、IL-6水平都呈下降趋势,但试验组低于对照组,血清中IgG4都呈上升趋势,试验组IgG4水平高于对照组,2组在炎症因子水平的变化上具有显著的统计学差异($P<0.05$)。见表2。

表2 2组患者治疗前后血清TNF- α 、IL-6以及IgG4水平比较

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

组别	例数	TNF- α (pg/mL)		IgG4(ua/mL)		IL-6(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	50	193.76 $\pm$ 30.56	175.22 $\pm$ 20.13 [#]	11.58 $\pm$ 6.26	36.26 $\pm$ 10.46 [#]	96.64 $\pm$ 15.84	88.54 $\pm$ 12.21 [#]
对照组	50	193.79 $\pm$ 30.54	186.48 $\pm$ 25.69 [#]	11.55 $\pm$ 6.24	23.82 $\pm$ 8.66 [#]	96.60 $\pm$ 15.82	95.62 $\pm$ 14.42

注:与对照组对比,[#] $P < 0.05$;与治疗前对比,^{*} $P < 0.05$

2.3 2组患者临床症状改善时间 试验组在治疗后黏膜干燥、咽痒咽干、疼痛充血以及咽部异物感等症状改善时间均早于对照组,表明2组数据之间存在着显著性的差异($P < 0.05$)。见表3。

表3 2组患者临床症状改善时间 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	咽部异物感	咽部疼痛充血	咽痒咽干	咽部黏膜干燥
试验组	50	4.41 $\pm$ 1.28 [*]	4.56 $\pm$ 1.40 [*]	3.74 $\pm$ 1.28 [*]	4.33 $\pm$ 1.15 [*]
对照组	50	8.29 $\pm$ 1.87	7.96 $\pm$ 2.21	6.79 $\pm$ 2.21	7.37 $\pm$ 1.63

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$

3 讨论

急慢性咽喉炎是常见的呼吸道疾病,其产生的基础为咽喉部黏膜慢性充血、淋巴细胞浸润、血管扩张、间质发生水肿以及炎症的发生。该疾病的发生概率逐年上升,目前临床上一般会选择静脉注射用药或者是口服药物进行治疗,由于急慢性咽喉炎主要病变部位是黏膜组织,因此口服以及静脉注射用药已经达不到治疗效果,具有用药治疗时间长,反复发作率高等缺点,为了提高该疾病的临床疗效,临床上常用雾化吸入的方式对急慢性咽喉炎进行治疗,雾化吸入能够降低血液中的药物浓度,增加药物在组织中的沉积浓度,降低了不良反应的发生概率,通过微粒的方式进入呼吸系统,可直达病变部位,起效时间快,疗效确切^[8]。

中医学认为急性咽喉炎属“喉痹”中医范畴^[9]。喉痹最早出自于《素问·阴阳别论篇》曰:“一阴一阳结,谓之喉痹”。痹者,闭塞不通之意。急性者多因风、热、火、痰而致。慢性急性发作期,多因咽喉失养,脏腑功能失调,复感外邪而致。气候骤变,肺卫失固,起居不慎,风邪夹寒夹热经口鼻而入,内犯于肺,上壅咽喉,或因肺胃热盛上攻咽喉。血瘀、痰凝、气滞、阴虚等是其发病机制。在临床中多以肺肾阴虚,虚火上炎为主要的病理变化,所以对于慢性咽喉炎的治疗上需要疏风利咽、清热解毒。中成药穿王消炎片主要成分为穿心莲和了哥王,中药药理研究显示:穿心莲拥有解热、提高免疫功能、抗炎等功效,其次了哥王具有利尿消肿、抗菌、止咳祛痰等作用,两者相须提高了对急慢性咽喉炎治

疗的疗效。炎症细胞因子和免疫细胞因子在免疫应答以及调控炎症方面起着至关重要的作用,其中在众多炎症因子中IL-6是炎症反应的早期指标,它起着介导的作用,可以促使TNF- α 水平的提高, TNF- α 能够反映炎症反应的活跃程度, TNF- α 水平与炎症反应程度成正相关。IgG4即免疫球蛋白G4,在抗感染免疫尤其是再次免疫应答中发挥重要的作用, TNF- α 、IL-6作为重要的炎症反应因子,其治疗感染时水平的变化还可作为反映疾病发展、转归的指标。进而评估患者疾病转归情况。

本研究显示,试验组治疗的总有效率为96%,明显高于对照组总有效率82%($P < 0.05$)。表明穿王消炎片联合雾化疗效显著,可直达病变部位,起效时间快,疗效确切。治疗过后2组患者的TNF- α 、IL-6水平都呈下降趋势,但试验组比对照组下降明显,血清中IgG4都呈上升趋势,但试验组IgG4水平高于对照组($P < 0.05$),说明穿王消炎片联合雾化能有效发挥抗菌、消炎、清肺止咳、疏风清热的作用,抑制炎症因子,提高免疫因子活力。试验组在治疗后黏膜干燥、咽痒咽干、疼痛充血以及咽部异物感等症状改善时间均比对照组要早,主要是因为穿王消炎片联合雾化能够显著改善症状体征、改善感染情况。

综上所述,穿王消炎片联合雾化吸入治疗急慢性咽喉炎效果显著,疾病复发率低,缩短了临床症状改善时间,安全性高,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 邱秋雁.雾化吸入治疗急慢性咽喉炎的护理体会[J].中国医药指南,2015,13(34):267.
- [2] 马丽娜.雾化吸入治疗急慢性咽喉炎的临床护理体会[J].中国医药指南,2015,13(35):260-261.
- [3] 王兴鸣.银硼吸入液雾化治疗急慢性咽喉炎疗效观察[J].陕西中医,2011,32(11):1490-1491.
- [4] 高瑞丽.中药雾化吸入治疗咽炎、鼻炎的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2012,18(18):58-59.
- [5] 李梅香.压缩雾化吸入治疗咽喉炎的效果观察与护理[J].福建医药杂志,2013,30(5):168-169.
- [6] 高丽,徐会娟.雾化吸入治疗急慢性咽喉炎的护理体会[J].中国医药指南,2013,11(29):492-493.
- [7] 张忠俊.雾化吸入治疗急慢性咽喉炎的护理[J].中国药物经济学,2014,9(S2):305-306.
- [8] 张志敏.雾化吸入治疗急慢性咽喉炎的护理进展探究[J].中国医药指南,2015,13(10):59-60.
- [9] 杨霄.中西医结合治疗急慢性咽喉炎现状[J].河南中医,2014,34(1):172-175.

(本文编辑:张文娟 本文校对:温良发 收稿日期:2018-08-14)

复合超声导药联合甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎临床观察

薛军丽 燕 茹

(山西省中西医结合医院风湿科, 山西 太原 030013)

摘要:目的 观察运用复合超声导药治疗类风湿关节炎寒湿痹阻的临床疗效。方法 选取2017年11月—2018年4月在山西省中西医结合医院风湿科治疗的68例类风湿关节炎住院患者, 随机分为2组, 即对照组和试验组各34例, 对照组予以甲氨蝶呤及洛索洛芬钠治疗; 试验组在对照组基础上联合复合超声导药治疗, 21 d后观察2组的临床症状、体征及实验室指标(急性期反应物ESR、CRP)情况。**结果** 对照组总有效率为79.41% (27/34), 试验组总有效率为97.06% (33/34), 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 试验组在控制病情活动度、改善实验室炎性指标方面优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 在常规甲氨蝶呤治疗的基础上联合复合超声导药可以减少NSAIDs的胃肠道、心血管及肾脏等器官的不良反应, 同时迅速有效缓解关节疼痛, 控制病情进展, 降低实验室炎性指标, 有其独特优势。

关键词: 类风湿关节炎; 寒湿痹阻; 关节肿胀; 晨僵; 复合超声导药; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.052

文章编号:1672-2779(2018)-23-0120-03

Clinical Observation on Composite Ultrasonic Guidance and Methotrexate in the Treatment of Rheumatoid Arthritis

XUE Junli, YAN Ru

(Department of Rheumatology, Shanxi Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanxi Province, Taiyuan 030013, China)

Abstract: Objective To observe the clinical curative effect of compound rheumatoid arthritis in the treatment of rheumatoid arthritis. **Methods** A total of 68 patients with rheumatoid arthritis who were treated in our department between November 2017 and April 2018 were selected and divided into a control group and a test group according to a random number table. The control group was treated with Methotrexate and Loxoprofen Sodium; the experimental group was treated with compound ultrasound guided drug on the basis of the control group. 21 days later, the clinical symptoms, signs, and laboratory indicators (ESR, CRP in the acute phase) of the two groups were observed. **Results** The total effective rate in the control group was 79.41% (27/34), and the total effective rate in the experimental group was 97.06% (33/34). The difference was statistically significant ($P<0.05$). The experimental group was better than the control group in improving laboratory indicators and controlling disease activity. The difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of conventional Methotrexate therapy and compound ultrasound guidance can reduce the adverse reactions of NSAIDs in the gastrointestinal tract, cardiovascular and renal organs. At the same time, rapid and effective relief of joint pain, control of disease progression, and reduction of laboratory indicators show the unique advantages.

Keywords: rheumatoid arthritis; cold dampness; joint swelling; morning stiffness; composite ultrasound guidance; arthromyodynia

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种以侵蚀性关节炎为主要表现的全身性自身免疫病。该病表现为以双手、腕、膝、小腿和足关节等小关节受累为主的对称性、持续性多关节炎^[1]。RA的发病机制目前尚不明确,基本病理表现为滑膜炎、血管翳形成,并逐渐出现关节软骨和骨破坏,最终导致关节畸形和功能丧失,并可并发肺部疾病、心血管疾病、恶性肿瘤及抑郁症。故RA一经确诊,应及时给予规范治疗。尽管RA无法根治,但通过达标治疗可有效缓解症状和控制病情^[2]。治疗RA的常用药物包括非甾体类抗炎药(NSAIDs)、改善病情的抗风湿药(DMARDs)、生物制剂、糖皮质激素和植物药等。NSAIDs对缓解患者的关节肿痛,改善全身症状有重要作用,但同时药物的不良反应亦很明显。DMARDs发挥作用慢,临床症状的明显改善需要1~6个月,且这类药不具备明显的止痛和抗炎作用,但可延缓或控制病情的进展^[1]。该病在中医学中多属“痹证”范畴,古籍中多有记载。本研究选取2017年11月—2018年4月在我科治疗的68例RA寒湿痹阻型住院患者,运用复合超声导药联合甲氨蝶呤治疗,取得较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 依据2009年美国风湿病学会(ACR)及欧洲抗风湿病联盟(EULAR)联合提出的诊断标准^[3],纳入2017年11月—2018年4月在我科治疗的68例RA寒湿痹阻型住院患者,随机分为2组,即对照组和试验组各34例。其中对照组中男性4例,女性30例;年龄33~68岁,平均 (51.52 ± 11.86) 岁;病程最短6个月,最长30年,平均 (4.85 ± 5.26) 年。试验组中男性5例,女性29例;年龄31~70岁,平均 (51.86 ± 12.11) 岁;病程最短9个月,最长27年,平均 (5.38 ± 4.36) 年。2组患者年龄均值、病程均值、关节触痛及肿胀个数、实验室指标均值(急性期反应物ESR、CRP)等经统计学处理无显著性差异($P<0.05$),具有可比性。具体见表1。

表1 2组基本数据比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	病程(年)	关节触痛个数
对照组	34	51.52±11.86	4.85±5.26	6.91±3.65
试验组	34	51.86±12.11	5.38±4.36	7.10±2.11
组别	例数	关节肿胀个数	ESR	CRP
对照组	34	3.77±0.73	63.74±30.98	10.09±1.37
试验组	34	2.98±2.02	69.51±24.72	11.18±1.45

1.2 治疗方法 对照组住院常规治疗:给予洛索洛芬钠片[第一三共制药(上海)有限公司,60 mg/片,国药准字H20030769],口服,每次60 mg,每日3次。甲氨蝶呤片(上海信谊药厂有限公司,2.5 mg/片,国药准字H31020644)口服,10 mg,每周1次。试验组在上述对照组基础上联合复合超声导药治疗(超声复合电导治疗仪,产品型号:ABE-C3,郑州爱博尔医疗设备有限公司)。选取穴位:曲池、手三里、犊鼻、血海。操作方法:将含药电极保湿垫放入复合超声导药电极内,将电极固定在需要导药治疗的局部或穴位,分别调节超声治疗量和脉冲治疗量。超声治疗输出量在1~2,脉冲治疗强度在20左右(以患者的耐受度为准),深度调节视治疗部位而定,脊柱躯干部位调节到4左右,四肢干部调到2左右,手足部位及穴位不调深度,每天2次。儿童治疗时,超声治疗输出量和脉冲治疗输出量为成人的1/2。21 d为1个疗程。

1.3 禁忌证 体内有植入式电子装置者、佩戴心脏起搏器、治疗部位皮肤破损、活动性出血者;心脏、颅内支架植入,活动性肺结核者相应部位。孕妇慎用。

1.4 观察指标及疗效评价

1.4.1 疗效评价采用国际通用(DAS28)评分 该28个关节为双侧肩关节(2)、肘(2)、腕(2)、掌指(10)、拇指指间(2)、近端指间(8)、膝(2)关节。①病情缓解: $DAS28 \leq 2.6$ 分;②疾病低活动度: $2.6 < DAS28 \leq 3.2$ 分;③疾病中等活动度: $3.2 < DAS28 \leq 5.1$ 分;④疾病高活动度: $DAS28 > 5.1$ 分。其计算公式: $DAS28 = 0.56 \times \sqrt{\text{压痛关节数}} + 0.28 \times \sqrt{\text{肿胀关节数}} + 0.7 \times \ln(\text{ESR}) \times 1.08 + 0.16^{\text{[9]}}$ 。

1.4.2 ACR制定的疗效评价标准 ACR20, ACR50, ACR70。ACR20即患者关节肿胀及压痛个数(28个)达20%的改善率,同时有以下5项参数中至少3项达20%的改善:患者对关节疼痛,疾病总体情况,关节功能自我评价,医生对病人疾病总体评价,CRP、ESR相关炎性指标评分。以相同的标准定以ACR50、ACR70,患者的改善率 $\geq$ ACR50为治疗有效^[9]。

1.5 统计学方法 所有数据使用SPSS 20.0统计软件进行统计分析,计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,各组内治疗前后比较用配对 t 检验,各组间治疗前后比较用独立样本 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者关节触痛数、关节肿胀数、ESR、CRP比较 试验组治疗后关节触痛数、关节肿胀数、ESR、CRP指标改善均优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 治疗后2组患者各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	关节触痛个数	关节肿胀个数	ESR	CRP
对照组	34	2.26 $\pm$ 1.26	1.12 $\pm$ 0.65	32.32 $\pm$ 17.21	4.32 $\pm$ 3.46
试验组	34	2.21 $\pm$ 1.23	1.13 $\pm$ 0.66	31.23 $\pm$ 21.86	3.73 $\pm$ 5.43

2.2 2组患者疾病活动度比较 治疗后对照组及试验组DAS28评分均有所下降,对照组评分低于试验组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 2组患者DAS28评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	34	5.28 $\pm$ 0.58	3.36 $\pm$ 0.86
试验组	34	5.36 $\pm$ 0.52	2.48 $\pm$ 0.51

2.3 2组患者疗效比较 对照组总有效率73.3%,试验组总有效率96.6%。2组比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	ACR70	ACR50	ACR20	无效	总有效率
对照组	34	6	7	14	7	27(79.41)
试验组	34	7	10	16	1	33(97.06)

3 讨论

RA是以侵蚀性关节炎为主要表现的自身免疫性疾病,其病程长,易反复,有很高的致残率^[9]。RA关节病变是由炎性细胞浸润及其释放的炎性介质所致。尽早抑制细胞因子的产生及其作用,能有效阻止或减缓关节滑膜及软骨的病变^[9]。目前RA的治疗目的包括:①缓解疼痛;②减轻炎症;③保护关节结构;④维持功能;⑤控制系统受累^[10]。随着NSAIDs在临床的应用越来越广泛,其引起的不良反应也日益增多,涉及多个器官和系统,可引起小肠出血、蛋白丢失性肠病、回肠吸收功能障碍、肠通透性升高及结肠出血、穿孔等,统称为NSAIDs相关性肠病^[9]。郭静^[7]观察13例以下消化道出血为主要表现的NSAIDs肠病临床分析,均以下消化道出血为主要表现,停药后,给予抑酸、黏膜保护剂及对症治疗后,所有患者临床症状消失。常俊^[8]研究表明,2例RA患者服用甲氨蝶呤后出现发热、乏力不适、消化道出血及口腔溃疡,血细胞三系减少,包括血小板计数减少、粒细胞缺乏、红细胞计数减少,骨髓穿刺检查结果示骨髓增生低下,停用甲氨蝶呤并予以对症治疗后患者病情好转。潘智然^[9]观察60例RA患者,分别使用每周5 mg、每周10 mg不同剂量甲氨蝶呤,发现2组均出现消化道、血液系统、口腔溃疡等不良反应。荆梅花^[10]选用甲氨蝶呤联合来氟米特治疗类风湿关节炎25例,与单用来氟米特进行比较观察,其中治疗组发生过过敏性皮疹、腹泻、白细胞减少、肝损害各1例;对照组发生过过敏性皮疹1例,腹泻及肝功能损害各2例。NSAIDs对缓解患者的关节肿痛,改善全身症状有重要作用,但存在胃肠道、心血管、肾等不良反应。DMARDs虽然可延缓或控制病情的进展,但其发挥作用慢,临床症状的明显改善需要1~6个月,且这些药物不具备明显的止痛及抗炎作用^[11]。因此利用复合超声导药用联合甲氨蝶呤治疗,可以扬长避短,既能迅速缓解关节疼痛,又能减少NSAIDs用量。复合超声导药是将含药电极保

湿垫放入超声导电电极内,将电极固定在需要治疗的局部或穴位,分别调节超声治疗量和脉冲治疗量。利用超声波可以软化组织、增强渗透、提高代谢、促进血液循环、提高皮肤渗透性的性能,结合脉冲电导,使药物经完整皮肤直达患病部位或直接刺激相关穴位发挥效能,以减轻关节的疼痛、肿胀、晨僵等临床症状,从而减少NSAIDs的胃肠道、心血管及肾脏等器官的不良反应。同时迅速有效缓解关节疼痛,控制病情进展,降低实验室指标,有其独特优势。本次研究结果显示,试验组及对照组均可有效控制病情,减缓关节疼痛,降低实验室指标,试验组疗效优于对照组($P<0.05$)。复合超声导电具有推广的价值。

参考文献

[1]栗战国,张奉春,曾小峰.风湿免疫学高级教程[M].北京:人民军医出版社,2014:81.

- [2]中华医学会风湿病分会.2018中国类风湿关节炎诊疗指南[J].中华内科杂志,2018,57(4):242-251.
- [3]中华医学风湿病协会.类风湿关节炎诊断及治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2010,14(4):265-270.
- [4]吴东海,王国春.临床风湿病学[M].北京:人民卫生出版社,2008:236.
- [5]王承德,沈不安,胡荫奇.实用中医风湿病学[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [6]安敏,张振玉.非甾体类抗炎药相关性肠病[J].世界华人消化杂志,2009,17(2):174-180.
- [7]郭静,孙成都,柴国君,等.观察13例以下消化道出血为主要表现的NSAIDs肠病临床分析[J].胃肠病学和肝病杂志,2014,23(6):651-653.
- [8]常俊.甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎患者引起全血细胞减少症两例分析并文献复习[J].中国全科医学,2018,21(2):199-202.
- [9]潘智然.不同剂量甲氨蝶呤治疗类风湿性关节炎的不良反应探讨[J].中国当代医学,2014,21(34):92-93,96.
- [10]荆梅华.甲氨蝶呤与来氟米特治疗类风湿关节炎的疗效和不良反应[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(92):79-80.
- [11]栗战国,张奉春,曾小峰.风湿免疫学高级教程[M].北京:人民军医出版社,2014:87.

(本文编辑:张文娟 本文校对:翟丽娟 收稿日期:2018-08-03)

中西医结合治疗踝关节骨折的临床观察

刘盛飞 王志相 杜兰翔 厉江群 钟良钰

(江西省赣州市中医院骨三科,江西 赣州 341000)

摘要:目的 分析中西医结合治疗踝关节骨折的临床疗效。方法 选取2016年1月—2017年12月行内固定手术治疗的踝关节骨折患者52例,随机分为观察组与对照组。对照组术后采用常规西医治疗措施,观察组则在对照组的基础上加入手法按摩、中药熏洗治疗。观察2组患者的临床疗效,并采用踝关节Kofoed评分评价患者踝关节功能的变化。结果 观察组临床疗效明显高于对照组($P<0.05$);观察组治疗前后踝关节Kofoed评分改善幅度明显高于对照组($P<0.05$)。结论 中西医结合治疗踝关节骨折具有较高的临床疗效,能够有效改善患者的踝关节功能,值得在临床中推广应用。

关键词: 中西医结合治疗;踝关节骨折;手法按摩;手法按摩;中药熏洗

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.053

文章编号:1672-2779(2018)-23-0122-03

Clinical Observation on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Ankle Fracture

LIU Shengfei, WANG Zhixiang, DU Lanxiang, LI Jiangqun, ZHONG Liangyu

(Orthopedics Department, Ganzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

Abstract: **Objective** To analyze the clinical efficacy of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of ankle fractures. **Methods** 52 cases of ankle fracture treated by internal fixation from January 2016 to December 2017 were randomly divided into observation group and control group. The control group was treated with routine western medicine after operation, while the observation group was treated with manipulation massage and traditional Chinese medicine fumigation on the basis of the control group. The clinical efficacy of the two groups was observed and the ankle joint function was evaluated by ankle joint Kofoed score. **Results** The clinical effect of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$), and the improvement of the ankle joint Kofoed score in the observation group was significantly higher than that of the control group before and after treatment ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of traditional Chinese and Western medicine has a high clinical effect in the treatment of ankle joint fracture, and it can effectively improve the function of the ankle joint. It is worth popularizing in the surgical treatment of ankle fracture patients.

Keywords: therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; ankle fracture; manual massage; fumigation and washing by Chinese herbs

踝关节是人体的重要关节,既承担着负重作用,同时也是运动中的重要中枢关节。踝关节骨折由于保守治疗的效果不佳,并且可能引起关节粘连、创伤性关节炎、关节功能障碍等并发症,这主要是由于保守治疗的时间较长,影响了关节功能的康复^[1]。因此许多患者选择进行手术治疗。而术后早期进行康复治疗对于患者的关节功能具有积极影响。中西医结合在关节

功能康复中具有较好的应用效果,能够改善患者的局部循环,加速骨折愈合,从而改善关节功能的恢复状况。因此,文章主要针对中西医结合治疗踝关节骨折的临床疗效展开分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月—2017年12月行内固定手术治疗的踝关节骨折患者52例,随机分为观察组与对

照组。观察组26例患者中有男性14例,女性12例;年龄为22~45岁,平均为(35.6±6.5)岁。对照组26例患者中有男性13例,女性13例;年龄为21~46岁,平均为(34.3±5.2)岁。2组患者在一般资料方面的比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组术后采用常规西医治疗措施,包括石膏固定、抗感染治疗以及功能练习等措施。

观察组则在对照组的基础上加入手法按摩、中药熏洗以及中医汤药治疗,具体措施为:①中药熏洗:采用自拟中药熏洗方:桃仁10g,赤芍10g,宣木瓜10g,桑枝10g,川桂枝10g,当归10g,川乌10g,刘寄奴10g,威灵仙10g,大力王20g,海桐皮30g,透骨草30g,伸筋草30g,艾叶30g。加500 mL水煎煮30 min,每天熏洗2次,每次10~15 min;②手法按摩:在熏洗之后,用手托住患者的踝关节,主要选取申脉、昆仑、解溪、照海、中趾、丘墟、太溪、三阴交、足临泣、跗阳、足三里、养老等穴位,点按穴位直至出现酸胀感,并用手指按揉并松解踝关节周围的肌肉,按揉范围为自膝关节至足趾;反复按揉跟腱,并在关节周围疼痛的部位进行点揉、弹拨,从而松解肌肉粘连,每次15~20 min。

1.3 观察指标 观察2组患者的临床疗效,并采用踝关节Kofoed评分评价患者踝关节功能的变化。本次研究临床疗效判断标准参照相关文献^[2]制定:显效:踝关节功能以及活动范围恢复正常,无疼痛或不适感,无骨关节炎等并发症,X线检查踝关节正常;有效:踝关节功能及活动范围与术前相比得到明显改善,行走时有轻微的肿胀及疼痛感,无骨关节炎,X线检查发现踝穴内侧间隙略微变宽;无效:踝关节行走时有明显疼痛和肿胀且活动范围小,有骨关节炎,X线检查发现踝穴间隙超过2 mm。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行统计学分析。

2 结果

2.1 2组患者临床疗效比较 观察组临床疗效明显高于对照组 ($P<0.05$),见表1。

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	26	15	10	1	25(96.2)
对照组	26	13	9	4	22(84.6)
χ^2 值					5.965
P 值					0.000

2.2 2组患者治疗前后踝关节功能比较 观察组治疗前后踝关节Kofoed评分改善幅度明显高于对照组 ($P<0.05$),见表2。

表2 2组患者治疗前后踝关节功能比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
观察组	26	52.5±2.6	82.6±5.4	10.526	0.000
对照组	26	52.1±2.4	68.9±4.2	5.635	0.000
t 值		1.526	6.532		
P 值		0.105	0.000		

3 讨论

踝关节骨折是一种常见的骨折类型,根据骨折严重程度选择合适的治疗方式。踝关节骨折由于保守治疗的效果不佳,并且可能引起关节粘连、创伤性关节炎、关节功能障碍等并发症,这主要是由于保守治疗的时间较长,影响了关节功能的康复。临床医学对于踝关节骨折主要是采取保守治疗与手术治疗的措施,保守治疗多适用于无骨折移位的患者,多采用石膏或支架固定,但是保守治疗可能由于固定时间长而出现关节僵硬、肌肉萎缩等问题;手术治疗则可适用于保守治疗无效以及合并骨折移位的患者,主要是进行各种内固定手术,对于内踝骨折患者来说,可以采用螺丝或张力带钢丝固定骨折断端,从而提高骨折断端的稳定性;而外踝骨折患者则多采用螺钉或钢板固定,从而提高关节复位效果。西医治疗在踝关节骨折中具有一定的应用价值,能够有效复位骨折断端,但是在术后缓解切口肿胀和骨折疼痛方面的效果不佳,主要是进行局部用药来缓解^[3]。随着中医学研究的不断发展,发现术后中医治疗措施对于踝关节骨折患者的预后具有积极的影响。中医疗法的早期应用能够加速患者骨折的愈合速度,对于患者早期康复具有重要作用,能够有效地缓解术后关节肿胀和疼痛,从而尽早地恢复关节功能^[4]。

本次研究中采用的自拟熏洗汤药,其中透骨草、伸筋草以及海桐皮具有强筋健骨的效果;红花、桃仁、赤芍具有活血化瘀、消肿止痛的功效;宣木瓜、桑枝、川桂枝具有疏通经络的功效;当归具有活血养血的功效;威灵仙具有通经活络的功效;艾叶、川乌具有散寒止痛、温经活络的功效;刘寄奴、大力王具有消肿止痛的功效,诸药合用能够有效改善肌肉痉挛的症状,且通过皮肤吸收能够提高局部药物浓度^[5]。手法按摩具有疏通经络的作用,能够改善术后关节肿胀和疼痛,本次研究中主要选取踝关节周围腧穴,采用点穴、推揉、拨伸等方法来松解肌肉粘连,改善局部血液循环,起到舒筋活络、流通气血的效果,有助于增加踝关节韧带以及肌腱的活动,避免关节僵硬和肌肉萎缩等问题的出现,改善关节活动情况。本次研究中,观察组临床疗效明显高于对照组 ($P<0.05$),这说明中西医结合治疗能够提高踝关节骨折的临床疗效;观察组治疗前后踝关节Kofoed评分改善幅度明显高于对照组 ($P<$

0.05), 这说明中西医结合治疗能够有效改善患者的关节功能, 避免关节功能障碍等问题的出现。

踝关节骨折患者若早期开展功能训练, 能够缩短骨折愈合时间, 从而提高了踝关节骨折患者的生活质量, 因此术后尽早让患者开展功能锻炼对于改善患者的预后情况具有重要影响。中医药结合治疗在踝关节骨折患者术后中的应用有助于加速骨折的愈合, 从而早期进行功能锻炼, 避免对踝关节功能的影响, 从而提高患者的预后情况和生活质量。

综上所述, 中西医结合治疗踝关节骨折具有较高

的临床疗效, 能够有效改善患者的踝关节功能, 值得在手术治疗踝关节骨折患者中推广应用。

参考文献

- [1]李永灯, 张艳. 中西医结合治疗 77 例三踝关节骨折的疗效分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(8):130-131.
- [2]孙杰. 舒筋活血汤联合中医康复治疗对踝关节手术患者关节功能恢复的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(7):737-740.
- [3]熊峻, 黄彬, 高费飞, 等. 中医综合疗法联合手术治疗踝关节骨折 73 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(22):36-37.
- [4]闫丹丹, 严笑. 中医手法复位结合中药熏洗对踝关节骨折患者等速肌力的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(31):3498-3500.
- [5]李晓. 踝关节骨折运用中西医结合治疗临床效果观察[J]. 中国伤残医学, 2017, 25(2):87-89.

(本文编辑:张文娟 本文校对:王志相 收稿日期:2018-08-21)

中西医结合治疗慢性乙型肝炎的有效性及安全性

黄忠武

(江西省黎川县人民医院感染科, 江西 黎川 344600)

摘要:目的 探讨中西医结合治疗慢性乙型肝炎的有效性及安全性。方法 选取黎川县人民医院2015年11月—2016年11月收治的40例慢性乙型病毒性肝炎患者, 按数字表随机分为2组, 每组20例, 对照组单纯采用西药恩替卡韦片治疗, 观察组在对照组治疗基础上, 联合乙肝方治疗。观察与对比2组临床疗效及乙肝表面抗原(HBsAg)阴转、谷丙转氨酶(ALT)复常、乙型肝炎E抗原(HBeAg)血清转换、脱氧核糖核酸(HBV-DNA)情况。结果 观察组总有效率(95.00%)高于对照组(65.00%), 2组比较差异显著($\chi^2=10.49, P<0.05$);观察组治疗后HBV-DNA转阴、HBeAg血清转换、ALT复常情况均优于对照组($\chi^2=4.15、4.26、5.37, P<0.05$)。结论 针对慢性乙型肝炎患者, 采用中西医结合治疗, 效果好, 可显著降低停药后复阳率, 临床应用价值高。

关键词: 乙型肝炎; 中西医结合疗法; 乙肝方; 安全性

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.054

文章编号:1672-2779(2018)-23-0124-02

Effect and Safety of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Treating Chronic Hepatitis B

HUANG Zhongwu

(Department of Infectious Disease, Lichuan People's Hospital, Jiangxi Province, Fuzhou 344600, China)

Abstract: Objective To explore the efficacy and safety of integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of chronic hepatitis B. **Methods** 40 patients with chronic hepatitis B were treated in our hospital in November 2015 to November 2016. The patients were randomly divided into 2 groups according to the digital table, with 20 cases in each group. The control group was treated with western medicine entecavir tablets alone. The observation group was treated with the treatment of the hepatitis B side on the basis of the control group. The clinical effects of two groups were observed and compared with the cases of hepatitis B surface antigen (HBsAg) transvaginal, ALT, E antigen (HBeAg) seroconversion and deoxyribonucleic acid (HBV-DNA). **Results** The total effective rate of the observation group (95%) was higher than that of the control group (65%), and the two groups were significantly different ($\chi^2=10.49, P<0.05$). The observation group was better than the control group ($\chi^2=4.15, 4.26, 5.37, P<0.05$) after the treatment of HBV-DNA, HBeAg seroconversion and ALT. **Conclusion** For patients with chronic hepatitis B, the combination of Chinese and Western medicine is effective, which can significantly reduce the rate of relapse after withdrawal and has high clinical application value.

Keywords: hepatitis B; therapy of integrated traditional Chinese and Western medicine; hepatitis B prescription; safety

慢性乙型病毒性肝炎(慢性乙肝)是一种典型的慢性炎症坏死性肝病, 由乙型肝炎病毒(HBV)持续感染所致; 传播途径为体液、血液, 具有慢性携带状态, 临床表现复杂、多样, 易发展成肝硬化与慢性肝炎, 少数还会进展为原发性肝细胞癌^[1]。由于乙肝在我国具有极高的发病率, 其并发症已经成为危及人类健康的典型疾病。现阶段, 在乙肝治疗方法上, 仍无比较理想的治疗方案与特效药。本次研究针对本院2015年11月—2016年11月收治的40例慢性乙型病毒性肝炎患者, 以分组对照方式, 探讨单纯西药恩替卡韦片与其联合乙肝方的治疗效果及安全性, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2015年11月—2016年11月收治的40例慢性乙型病毒性肝炎患者, 将患者按数字表随机分为2组, 每组20例, 对照组中, 男12例, 女8例; 年龄18~65岁, 平均(45.6±7.1)岁。观察组中, 男11例, 女9例; 年龄18~65岁, 平均(45.5±7.0)岁。2组年龄、性别等资料对比, 无显著差异($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 均与中华医学会感染病学分会与中华医学会肝病学分会共同制定的《慢性乙型肝炎防治指南》相关诊断标准相符^[2]; 临床症状: 乏力、纳差、黄疸、恶心等; HBV感染依据: 乙型肝炎E抗原(HBeAg)阳

性,谷丙转氨酶(ALT) $\geq 2U/N$,乙肝表面抗原(HBsAg)阳性,脱氧核糖核酸(HBV-DNA) $>10^5$ 拷贝/mL。

1.3 排除标准 年龄 <18 岁或 >65 岁者;孕妇、哺乳期妇女;严重心、肾疾病;存在意识障碍;患有精神疾病;药物性肝损害。

1.4 治疗方法 对照组单纯采用恩替卡韦片(中美上海施贵宝制药有限公司,国药准字H20052237)口服治疗,1次/d,0.5 mg/d;加服维生素C、肝泰乐片。观察组在对照组治疗基础上,联合乙肝方治疗,组方:糯稻根9 g,蚕砂9 g,布渣叶15 g,贯众10 g,旱莲草10 g,葫芦茶5 g,虎杖10 g,桑椹10 g,女贞子10 g。依据《病毒性肝炎中医诊断标准》进行中医辨证分型与论治,基于主药方加减:(1)脾肾阳虚证:加减茯苓10 g,山药10 g,黄芪15 g,太子参5 g,菟丝子10 g,白术10 g等;(2)瘀血阻络证:加减郁金10 g,丹参10 g,桃仁10 g,田七10 g等;(3)肝肾阴虚证:加减五味子9 g,麦冬10 g,熟地黄10 g,生地黄5 g及枸杞子10 g等;(4)肝郁脾虚证:加减延胡索10 g,枳壳10 g,素馨花5 g,柴胡10 g及白芍5 g等;(5)肝胆湿热证:加减金银花10 g,板蓝根10 g,全瓜蒌10 g,白花蛇舌草5 g等。每日1剂,水煎服。3个月为1个疗程,2组均持续治疗2个疗程。

1.5 观察指标 观察与对比2组临床疗效及乙肝表面抗原(HBsAg)阴转、谷丙转氨酶(ALT)复常、乙型肝炎E抗原(HBeAg)血清转换、脱氧核糖核酸(HBV-DNA)情况。疗效性检测时间为0、3、6、9、12个月。依据《慢性乙型肝炎防治指南》制定疗效评定标准^[1]:若HBeAg血清转换,ALT复常,血清HBV-DNA <500 拷贝/mL,即显效;若ALT复常,血清HBV-DNA <500 拷贝/mL,HBeAg仍为阳性,即有效;若上述指标均未达成,即无效。

1.6 统计学方法 采用SPSS 23.0处理数据,计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验,若经比较有显著差异,由 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 2组治疗后临床疗效对比 观察组总有效率为95.00%,对照组为65.00%,2组比较差异显著($\chi^2=10.49$, $P<0.05$)。见表1。

表1 2组临床疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	20	2	11	7	13(65.00)
观察组	20	8	11	1	19(95.00)
χ^2 值					10.49
P值					<0.05

2.2 2组治疗前后HBeAg、ALT、HBsAg及HBV-DNA对比 观察组治疗后HBV-DNA转阴、HBeAg血清转换、ALT复常情况均优于对照组($\chi^2=4.15$ 、4.26、5.37, $P<$

0.05)。见表2。

表2 2组治疗前后HBeAg、ALT、HBsAg及HBV-DNA对比 (例)

组别	例数	时间	HBV-DNA 阴转	HBeAg 血清转换	HBsAg 阴转	ALT复常
对照组	20	治疗前	0	0	0	0
		治疗后	14	1	0	14
观察组	20	治疗前	0	0	0	0
		治疗后	20	10	0	20

3 讨论

目前,临床中多用抗病毒、增强免疫力药物治疗乙肝,诸如泛昔洛韦、阿德福韦、恩替卡韦片等药物,均为具有抗病毒药物核苷类似物。在乙肝治疗中,多针对致病病原体HBV而实施抗感染治疗;在当前临床中,恩替卡韦片在抗病毒的作用机制方面,已经明确,效果显著。但因西药易出现不良反应,如若瞬间停药,会引发复阳反应,效果也不佳。现代中医指出,乙肝属瘀积、胁痛、黄疸范畴,针对其病机而言,多由湿热之邪久存难消,造成正气损伤,从实变虚,形成虚实夹杂的病理表现,如脉络瘀阻、肝郁脾虚等^[4]。在临床中,诸多学者多采用清热祛湿、疏肝解郁方法治疗乙肝,但此方法忽略了肝肾同源、肾藏精,肝藏血,肝血与肾精互化,肝病久存,势必会对肾之本造成损伤;在治疗方法上,需做到肝肾兼顾,强化临床疗效。因此,笔者指出,在采用中医方法治疗乙肝时,除了要调肝之外,还需补肾。采用中医药对慢性乙肝进行治疗,效果显著,且安全性高,不管是防止肝纤维化,恢复肝功能,调整免疫机能,还是改善临床症状方面,均有明显优势。而针对乙肝采用中西医结合方法,除了能够缩短西药疗程之外,还能一定程度减少西药用量,消除或减轻不良反应。针对本文所用乙肝方而言,方中旱莲草、女贞子具有补肝肾阴血及补肾养肝的作用;虎杖、葫芦茶则具有祛湿退黄、清热解毒的效果;糯稻根、蚕砂、布渣叶、桑寄生、虎杖,除了具有益肝肾的作用外,还具有祛湿之功效。全方共奏清热祛湿、滋肝补肾的作用。由本次研究结果可知,观察组总有效率高高于对照组,2组比较差异显著;观察组治疗后HBV-DNA转阴、HBeAg血清转换、ALT复常情况均优于对照组。由此表明,针对慢性乙型肝炎患者,采用中西医结合治疗,效果好,可显著降低停药后复阳率,临床应用价值高。

参考文献

- [1]冯培民,余友杰,李敏,等.替比夫定与中药联合治疗慢性乙型肝炎的Meta分析[J].中国中西医结合消化杂志,2016,24(11):826-831.
- [2]张晓艳,张海涛,杨立新,等.恩替卡韦治疗慢性乙型肝炎纤维化的有效性和安全性观察[J].海南医学,2017,28(21):3540-3543.
- [3]郑艳华,张瑞芬,李敏然,等.穴位埋线联合 α -干扰素治疗HBeAg阳性慢性乙型肝炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(3):238-240,244.
- [4]陈芳,涂相林,陈川英,等.慢性乙型肝炎患者妊娠全程替比夫定治疗的有效性及母婴阻断的有效性[J].实用医学杂志,2016,32(4):636-639.

(本文编辑:张文娟 本文校对:严红旗 收稿日期:2018-08-10)

针推启学 ACUPUNCTURE AND
MASSAGE GUIDING LEARNING

中国穴位埋线疗法系列讲座(88)

星状神经节作用机制——对肥胖症的调节机制的研究※

高敬辉¹ 杨才德^{2*} 王双平¹ 周 勇¹ 马列胜¹ 赵 晶¹ 金芝萍¹

(1 兰州市七里河区中医医院针灸科, 甘肃 兰州 730050;

2 兰州大学第一医院东岗院区中西医结合科, 甘肃 兰州 730000)

摘要: 肥胖是一种危害人类健康的慢性疾病, 其主要的产生机制与中枢神经系统、胰岛素抵抗、高胰岛素血症、脂肪组织及脂肪细胞的特征等有关。本文通过对星状神经节埋线干预来进行减肥, 经大量的临床研究证实星状神经节对肥胖症的作用机制主要是通过中枢神经系统对下丘脑的调节, 通过干预下丘脑的内分泌系统, 调节相应的应激激素的分泌, 抑制处于过度兴奋状态的交感神经系统, 对机体胰岛素抵抗状态的调节、调整脂肪、胰岛的作用轴链, 调节自主神经的功能, 以实现肥胖患者的双重调节效用, 疗效确切, 值得推广。

关键词: 肥胖; 调节机制; 埋线; 星状神经节

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.035

文章编号:1672-2779(2018)-23-0126-03

Series Primary Lecture about Acupoint Embedding Thread Therapy (88)

The Mechanism of Stellate Ganglion—A Study on the Regulation Mechanism of Obesity

GAO Jinghui¹, YANG Caide^{2*}, WANG Shuangping¹, ZHOU Yong¹, MA Lisheng¹, ZHAO Jing¹, JIN Zhiping¹

(1. Department of Acupuncture and Moxibustion, Qilihe District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lanzhou 730050, China;

2. Integrated TCM & Western Medicine Department, Donggang Branch of the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730000, China)

Abstract: Obesity is a chronic disease which is harmful to human health. Its main mechanism is the central nervous system, insulin resistance, hyperinsulinemia, adipose tissue and adipose cells. In this paper, the weight loss of the stellate ganglion was carried out. Through a large number of clinical studies, the mechanism of the action of stellate ganglion to obesity is mainly through the regulation of the hypothalamus by the central nervous system, through the role of the hypothalamus endocrine system, regulating the secretion of stress hormones, and inhibiting the over activated sympathetic nerve. The regulation of the body's insulin resistance, the function of the fat - islet axis and the autonomic nerve can be used to achieve the double effect on weight loss and regulation of the obese patients. It has a definite effect and is worth popularizing.

Keywords: obesity; regulation mechanism; catgut embedding thread; stellate ganglion

(上接第22期)

肥胖症在1999年被世界卫生组织正式宣布为一种疾病, 是人体内脂肪蓄积过多、或体内异常分布的一种状态, 是危及人体健康的重要因素之一。随着经济的发展, 当今人们生活方式的改变, 发病率逐年升高, 与其相关的一些伴随性疾病也逐年增多, 大量临床科学研究证实了心脑血管病、高脂血症、2型糖尿病等都与肥胖有着密切的关系。所以, 对肥胖的治疗越来越受到人们的关注。中医治疗肥胖因其健康、安全、有效的特征而受到医患共同的期待。本文就星状神经节埋线对肥胖症的作用机制研究进展做一简要综述。

1 肥胖形成的病理机制

1.1 中枢作用机制 肥胖发生机制的生理学分析研究表

明: 机体对所需营养物质的摄取、吸收、贮备、利用由中枢神经系垂体的内环境平衡系统控制, 通过这个平衡系统来调节物质的摄入和消耗^[1-2]。正常情况下, 体重过高或者过低时, 食物摄入量相应的减少或增加, 机体代谢水平也会随着调节的需要而升高或下降^[1-3]。另有研究者认为刺激中枢中的某些部分使患者产生饱胀感, 诱发摄食下降甚至拒绝饮食^[4]。

1.2 胰岛素抵抗与肥胖发生的机制 胰岛素作为调节人体能量储存的重要激素, 可以促进脂肪细胞之中中性脂肪的合成, 同时对其分解也有抑制作用, 能够使葡萄糖进入脂肪细胞加速糖元的合成。肥胖的患者一般在血浆当中胰岛素水平高, 而且越胖, 血浆中胰岛素水平越高^[5]。另有研究证明凡胰岛素抵抗的个体对高脂饮食导致体重增加更敏感^[6], 我们平时食用最多的是碳水化合物。这类物质的大量食用与肥胖关系密切^[5,7]。该类物质能刺激胰岛素分泌增加, 循环胰岛素的水平增高, 而胰岛素的增多又反射性地引起人们都对饮食特别是碳水化合物的过量摄取, 同时胰岛素过多又加剧

※ 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

胰岛素抵抗的发生和高胰岛素血症。所以我们可以设法抑制胰岛素分泌,以打破这种恶性循环。这将是我們控制体重进而治疗肥胖症的一个方向^[7]。

2 中医对肥胖病因病机的认识

中医认为先天禀赋、过食肥甘等所导致体内水湿痰邪停滞和肥胖关系密切。李东垣《脾胃论》中云:“脾胃俱旺,能食而肥……或少食而肥,虽肥而四肢不举,盖脾实而邪气盛也。”从这里可以看出肥胖与脾胃相关。朱燕波等^[8]采用中医九种体质学说,发现痰湿体质要比平和体质的人超重和肥胖危险度高,气虚体质肥胖危险程度更为明显。还有学者^[9]研究发现肥胖症患者中内热质、气虚质、郁滞质多,尤其以气虚质和郁滞质明显。因此中医认为形成肥胖的主要病因病机是气虚和痰湿内停。

3 星状神经节的调节机制

一般认为,星状神经节是6、7颈部神经节构成的颈部节和第1胸神经节两者融合形成,属于交感神经节。星状神经节作用主要体现在中枢神经系统、周围神经系统。中枢神经系统作用表现为调节丘脑使植物神经功能、内分泌功能和免疫功能维持正常状态;周围神经作用是使相关分布区域的交感神经支配的心血管、腺体、肌肉、支气管的功能受到抑制。这两个方面的作用可以利用来治疗头部、颈项部、上肢、肩部、心脏和肺部的一些疾病以及通过这些作用治疗原发性高血压、低血压、低热、多汗症、甲状腺功能亢进或低下、肢端红痛症或肢端紫蓝症、嗜睡症或失眠症、过食症和拒食症或食欲不振症等,通过干预星状神经节可以使失调的机体机能逐渐趋于正常^[10]。

4 穴位埋线调节肥胖

穴位埋线是针灸的发展和延伸,因为具有绿色、安全、疗效独特的特性所以备受关注。从目前已公开报道的文献资料看针灸不但可以减轻体重,还能有效减轻或者减少因肥胖而导致的并发症并且通过针灸方式减肥相对来说反弹较不易发生^[11]。大量的临床研究证实针灸减肥疗效确切,但究其作用机制并不明朗。

4.1 针灸对脂质代谢的影响 脂质代谢的异常可导致肥胖的发生,同时,肥胖也可造成脂类物质的代谢紊乱,最明显的表现在胆固醇、三酰甘油两种脂类的代谢紊乱方面。针刺相关穴位可有效调节脂类物质代谢,Yan等^[12]在研究中发现健脾化湿针刺处方可以有效降低TC、TG、LDL水平,增高HDL水平。刘宝林等^[18]研究证实针刺“体四穴”可以使肥胖大鼠出现十分显著的减肥效果,也可以改善脂类物质的代谢异常。高磊等^[13]在研究探讨针灸减肥的作用机制时,发现电针和穴位埋线的干预作用提高了脂肪PPAR-7mRNA,可以增强肝脏脂蛋白脂酶及肝脂酶两者的活性,进而降低

血清胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇水平,从而减肥、并同时调整脂质代谢的紊乱。陈柳丹等^[14]通过实验也证实针灸治疗肥胖症、高脂血症疗效确切而明显,不良反应也较其他方式少。原萌谱等^[15]在探讨针灸治疗肥胖症并发高脂血症患者的临床疗效的过程中发现,针灸对各种肥胖程度不一的患者都有显著的减肥作用和降脂作用,其中对肥胖程度较轻者疗效最为明显,对肥胖程度较重者的脂肪百分率、脂类物质水平的良性调节最好。

4.2 针灸对瘦素和胰岛素抵抗的作用 肥胖是人体内脂肪细胞数量上的增加或体积上的增大超过了一定程度的一种病理状态,肥胖的发生是机体能量代谢失去平衡的表现,肥胖的发生和瘦素、胰岛素抵抗以及NPY都有十分紧密的关系。徐炳国等^[16]针刺研究对瘦素抵抗和胰岛素抵抗的良性调节可能是针灸发挥减肥和降压作用的关键因素之一。孙志等^[17]研究发现针刺对NPY和瘦素的良性调节是针刺治疗之所以能够发挥减肥效用的神经内分泌机制之一。针灸在一定程度上还可以提高胰岛素的敏感性,改善胰岛素抵抗状态。该治疗研究取穴以天枢、中脘、足三里、关元为主,运用前后配穴法,研究结果表明效果十分显著^[18]。老锦雄等^[19]研究发现针灸减肥的机制可能是通过对机体胰岛素抵抗状态的调整和纠正而发挥作用。庞婷婷等^[20]的研究结果表明针灸疗法可通过调整脂肪、某些自主神经的功能来完成对肥胖并发高脂血症患者的治疗。

4.3 针灸对中枢神经的作用 肥胖的产生与中枢神经系统中的多个核团、神经元、神经递质、神经肽的异常状态相关,实验研究的针灸减肥作用,也可能是通过中枢神经系统的多个核团、神经元、神经递质、酶等多种途径、多种方式、多重刺激综合调控作用的结果^[21]。其中实验研究也证明,针灸是可以抑制下丘脑及垂体的饱觉中枢,抑制和降低食欲,抑制饥饿感,从而达到减肥的目的。赵玫^[22]通过观察发现,针刺不仅能够抑制下丘脑饥饿中枢的兴奋性,同时还能提高腹内侧核饱食中枢的兴奋性,进而抑制食欲,达到减轻体重的目的。刘志诚等^[23]采用针刺研究认为中缝核群功能失调可能是肥胖的重要发病环节,而针刺对中缝核群功能的调节回归可能是其发挥减肥作用的重要因素。刘志诚^[24]针刺治疗能使肥胖大鼠纹状体组织的一氧化氮和一氧化氮合酶水平明显回升,何军锋等^[25]针刺足阳明经穴可有效改善食源性肥胖大鼠血脂,减轻体质量,其机制与抑制下丘脑胰岛素受体底物1及丝氨酸磷酸化活性有关。

5 讨论

星状神经节埋线是将可吸收的外科缝合线运用埋线针刀将线置入第六颈椎横突前结节处,也就是颈下

星状神经节处,利用线对星状神经节的刺激来调节机体的中枢神经系统。

通过对星状神经节埋线干预来调节植物神经系统、内分泌系统和免疫系统。对肥胖症的调解机制主要是通过中枢神经系统对下丘脑的调节,通过作用于下丘脑内分泌系统,调节应激激素的分泌,抑制过度激活的交感神经,对机体胰岛素抵抗状态的调节、调整脂肪-胰岛轴、自主神经的功能来实现对肥胖患者减肥和调节的双重效用。

参考文献

- [1]王从容,杨锡让.肥胖发生机制的生理学分析[J].北京体育大学学报,1994,17(1):39-45.
- [2]Velkoska E, Morris M J, Bums P, et al. Leptin reduces food intake but does not alter weight regain following food deprivation in the rat[J].International Journal of Obesity, 2003, 27(1): 48-54.
- [3]杨锡让.实用运动生理学(修订本)[M].北京:北京体育大学出版社,1998.
- [4]康有厚,刘亚兵,陈援朝,等.实验性高胰岛素血症对大鼠脂肪细胞的影响[J].中华医学杂志,1991,71(3):163-164.
- [5]Velasquez-Mieyer P A, Cowan P A, Arheart K L, et al. Suppression of insulin secretion is associated with weight loss and altered macronutrient intake and preference in a subset of obese adults [J]. International Journal of Obesity, 2003, 27(2):219-226.
- [6]Colberg S R, Simoneau J A, Thaete F L, et al. Skeletal muscle utilization of free fatty acids in women with visceral obesity[J]. J Clin Invest, 1995, 95(4): 1846-1853.
- [7]Mosca C L, Marshall J A, Gnmwald G K, et al. Insulin resistance as a modifier of the relationship between dietary fat intake and weight gain[J]. International Journal of Obesity, 2004(28):803-812.
- [8]朱燕波,王琦,吴承玉,等.18805例中国成年人中医体质类型与超重和肥胖关系的 Logistic 回归分析[J].中西医结合学报,2010,8(11):1023-1028.
- [9]牛宝玉.单纯性肥胖症患者体质研究[J].国医论坛,2001,16(1):21-24.
- [10]张丽红.星状神经节阻滞的机制[J].国外医学麻醉与复苏分册,2003,24(2):79-81.
- [11]杨骥铭.单纯性肥胖的针灸治疗概况[J].云南中医中药杂志,2016,37(3):78-80.
- [12]Yan R, Liu X, Bai J, et al. Influence of catgut implantation at acupoints on leptin and insulin resistance in simple obesity rats[J]. Tradit Chin Med, 2012, 32(3):477-481.
- [13]刘宝林,王丽平,陈凤江,等.体四穴埋线治疗单纯性肥胖大鼠的实验研究[J].中华实用中西医杂志,2007,20(23):2091-2093.
- [14]高磊,孔显娟,石现.电针和穴位埋线对单纯性肥胖大鼠脂质代谢基因 PPAR- γ mRNA 表达及相关脂代谢酶的影响[J].中国针灸,2011,31(6):535-538.
- [15]陈柳丹,易伟民,陶彦谷.针灸对肥胖高脂血症血脂影响及安全性研究[J].实用中医药杂志,2016,32(5):464-465.
- [16]原萌谦,刘志诚,徐斌,等.针灸治疗 1528 例肥胖并发高脂血症不同肥胖度患者疗效观察[J].中国针灸,2016,36(8):807-811.
- [17]徐炳国,刘志诚.针灸对肥胖并发高血压瘦素胰岛素抵抗的影响[J].上海中医药杂志,2005,39(10):27.
- [18]孙志,张中诚,马丽,等.针刺对肥胖大鼠食欲调节因子神经肽 Y 与瘦素作用研究[J].中国行为医学科学,2005,14(12):1057.
- [19]宿春竹,王玲妹.针灸治疗中心性肥胖并发胰岛素抵抗穴规律[J].中医药临床杂志,2016,28(8):1091-1093.
- [20]刘锦雄,邓聪.针刺对肥胖大鼠胰岛素抵抗状态的干预作用[J].中国老年学杂志,2013,33(3):1090.
- [21]庞婷婷,刘志诚,徐斌.温针灸联合耳针对肥胖并发高脂血症脾肾阳虚型患者脂质水平的影响[J].中华中医药杂志,2016,31(6):2133-2139.
- [22]赵玫.针刺对实验性肥胖大鼠下丘脑摄食中枢的影响[J].中国针灸,2001,21(5):305-306.
- [23]刘志诚,孙凤岷,魏群立,等.针刺对肥胖大鼠中缝核群作用的探讨[J].中国中医基础医学杂志,2000,6(7):52.
- [24]刘志诚.针刺对肥胖大鼠纹状体组织一氧化氮含量和一氧化氮酶活性的作用[J].中国临床康复,2004,8(36):8418-8420.
- [25]何军锋,严洁,黄惠勇,等.针刺足阳明经穴对食源性肥胖大鼠血脂及下丘脑胰岛素受体底物 1 及其丝氨酸磷酸化活性的影响[J].中医研究,2013,26(2):63-65.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李强强 收稿日期:2018-09-21)

(未完待续)

本刊郑重声明

近期有作者来电反映,有人借我刊名义从事征稿与广告活动,扰乱了正常的投稿秩序,影响了我们《中国中医药现代远程教育》杂志社的声誉。

中国中医药现代远程教育杂志社郑重声明:本刊从未与任何公司或个人签订组稿与广告合作协议,凡冒用我刊名义征稿和广告的中介机构均未获得我刊的任何许可,其工作人员均非我刊的工作人员,与之相关的经济与法律关系与本刊无关。均属违法行为,本刊将依法保留追诉权。

我社唯一投稿邮箱:zgzyycjy@163.com,没有其他征稿邮箱。中国中医药现代远程教育杂志社官方网址: <http://www.zgzyycjy.com> 收费只通过邮寄汇款,地址:北京市复兴门南大街甲2号配楼知医堂101室,邮编:100031,收款单位:中国中医药现代远程教育杂志社。杂志社不通过任何账户和个人卡号收费。请广大作者、读者相互转告,谨防上当。若有不明事宜,请来电垂询。

特此声明。

投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

电话查询:010-57289309 010-57289308

财务部:010-87363190

官 网:<http://www.zgzyycjy.com>

中国中医药现代远程教育杂志社
2015年2月10日

腧穴热敏化治疗气虚型功能性便秘的疗效评价※

邓永文¹ 张全辉²

(1 江西中医药大学临床医学院, 江西 南昌 330004; 2 江西中医药大学附属医院肛肠科, 江西 南昌 330006)

摘要:目的 观察腧穴热敏化对气虚型功能性便秘的疗效。方法 将2017年11月—2018年3月符合标准的35名合格受试者随机分为观察组(腧穴热敏化组)18例、对照组(中药组)17例,观察2组治疗后首次排大便时间,以及治疗前、后排便间隔、粪便干结、排便时间的症状得分。结果 观察组在改善排便间隔、粪便干结、排便时间等症状方面明显优于对照组,差异存在统计学意义($P<0.05$);观察组治疗后首次排大便时间短于对照组,差异存在统计学意义($P<0.05$);在总有效率方面,观察组为94.4%(17/18),明显高于对照组76.5%(13/17),差异存在统计学意义($P<0.05$)。结论 腧穴热敏化可有效缓解便秘症状,且无毒副作用。

关键词: 腧穴热敏化; 气虚型; 功能性便秘

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.056

文章编号:1672-2779(2018)-23-0129-03

Evaluation on the Curative Effect of Acupoint Heat Sensitization in the Treatment of Qi Deficiency Functional Constipation

DENG Yongwen¹, ZHANG Quanhui²

(1. Clinical Medical School, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330004, China;

2. Proctology Department, the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Nanchang 330006, China)

Abstract: **Objective** To observe the effect of acupoint thermal sensitization on qi deficiency functional constipation. **Methods** The 35 eligible subjects who met the standard from November 2017 to March 2018 were randomly divided into observation group (acupoint thermal sensitization group) of 18 cases and control group (Chinese medicine group) of 17 cases. The first bowel movement time was observed after two groups of treatment, as well as the scores of the symptoms of pretreatment, interval, fecal dry and defecation time. **Results** Thermal acupoints of qi deficiency can significantly improve patients with functional constipation defecate spacing, stool stem node, defecation time wait for a symptom, is superior to control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$); After treatment, the first bowel movement time was significantly better than the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The total effective rate of the observation group was 94.4%(17/18), which was significantly better than the control group of 76.5%(13/17), and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Acupoint thermal sensitization can effectively relieve constipation symptoms and have no toxic side effects.

Keywords: acupoint heat sensitization; qi deficiency type; functional constipation

功能性便秘是一种表现为持续性排便困难、有排便不尽感或排便次数减少的功能性肠病,是消化系统的常见病、多发病,便秘的发生与结肠癌、心脑血管疾病等相关疾病发病有着密切联系。因此,目前临床研究的重要课题之一在于如何提高本病的临床治疗效果,现代胃肠病学对便秘的治疗主要以药物治疗为主,也有生物反馈治疗等,历代医家有许多关于便秘的论述,在治疗便秘方面现代中医更是提出了不同观点,本研究在积极研究便秘治疗方法的基础上,运用腧穴热敏化疗法运用到气虚型功能性便秘的治疗上,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将符合标准的2017年11月—2018年3月在我院治疗的35例患者随机分为观察组(腧穴热敏化组)18例,对照组(中药组)17例,观察组中男性7例,女性11例;平均年龄(50.15 ± 9.381)岁,平均病程(11.48 ± 3.75)年。对照组中男性8例,女性9例;平均年龄(49.11 ± 10.37)岁,平均病程(12.12 ± 2.98)年。2组在年龄、性别及病程等方面均无显著性差异($P>0.05$),存在可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断:参考《中国慢性便秘诊疗指南》中的罗马Ⅲ诊断标准^[1]。中医诊断:参照2008年《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》标准^[2]。

气虚型便秘表现为临厕努挣乏力,挣则汗出气短,大便质不硬,舌淡嫩,苔薄,脉虚。

1.3 纳入标准 年龄在18~75岁;病程6个月以上,停用治疗药物至少2周者;病人签署知情同意书,愿意按本方案治疗者。

1.4 排除标准 有其它肛肠疾病者;哺乳或妊娠期妇女;合并有心、脑、肝肾和血液系统等严重疾病;有恶性肿瘤者;精神病或智障者。

1.5 剔除标准 发生严重不良反应事件、患者依从性差或自行退出本方案治疗者。

1.6 治疗方法

1.6.1 观察组 根据《热敏灸实用读本》在大肠俞、天枢、足三里等及容易出现热敏化的穴位依次按以下4个步骤进行:回旋、雀啄、往返、温和灸四步法。具体操作方法如下:先回旋灸1~3 min使局部气血温通,然后进行雀啄灸1~2 min使施灸部位的热敏化程度得以加强,而后循经往返灸2~3 min使经络疏通、经气得以激发,再进行温和灸使得灸性感传、经络开通。在施灸过程中只要出现以下1种以上(含1种)灸感反应灸,就

※ 基金项目:江西省卫生计生委中医药科研项目[No.2017A016]

表示该腧穴已发生热敏化现象，即：透热——扩热——传热，局部不热（或微热）远部热、表面不热（或微热）深部热，同时，施灸部位或者远离施灸部位产生酸、胀、重、痛、压、麻及冷等非热感觉。施灸剂量：每个穴位完成灸感四项过程为最佳施灸剂量标准，至感传完全消失。

1.6.2 对照组 以黄芪汤加减，药用：生黄芪30 g，陈皮10 g，火麻仁20 g，白术15 g。上方每天1剂，水煎分2次温服，7 d为1个疗程，治疗1个疗程。

1.7 观察指标

1.7.1 疗效性观察 经对症处理后的首次排大便时间（单位：h）；治疗前、后排便间隔，粪便干结、排便时间的症状得分。

1.7.2 疗效判定标准 治愈：排便次数恢复正常，1~2 d 1次，大便性状正常，表现为成形软便，排便通畅无困难，便后无残存感。显效：便秘明显改善，排便间隔时间及便质接近正常，或大便稍干而排便间隔时间在72 h以内，其它症状大部分消失。有效：排便间隔时间缩短1 d，或便质干结改善，其它症状均有好转。无效：便秘及其他症状均无改善^[9]。

1.7.2 症状评分 0分：无症状；1分：症状轻微，不影响生活；2分：症状明显，但可以忍受；3分：症状严重，难忍受，影响生活。排便时间、粪便干结、排便间隔根据症状分别记1、2、3分。

1.8 统计学方法 所有临床资料建立数据库，使用统计软件SPSS 21.0进行统计分析。采用 χ^2 检验对计数资料进行分析；采用两独立样本t检验对计量资料两样本间进行比较； $P<0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者总体有效率比较 观察组总有效率为94.4%，对照组总有效率为76.5%，观察组总有效率明显优于对照组， $P<0.01$ 。见表1。

表1 2组患者总体疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	18	4	8	5	1	17(94.4)
对照组	17	1	2	10	4	13(76.5)

2.2 2组患者治疗后首次排大便时间比较 经治疗后，观察组首次排大便时间明显短于对照组，提示观察组在改善首次排大便时间方面明显优于对照组。见表2。

表2 2组患者治疗后首次排大便时间比较 ($\bar{x}\pm s$, h)

组别	例数	首次排大便时间
观察组	18	10.25 $\pm$ 0.21*
对照组	17	38.67 $\pm$ 0.38

注：与对照组比较，* $P<0.05$

2.3 2组患者临床症状（排便间隔、排便时间、粪便干结）评分对比 观察组患者（排便间隔、排便时间、粪便干结）各临床症状评分明显低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 2组患者临床症状评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	时间	排便间隔	排便时间	粪便干结
观察组	18	治疗前	1.84 $\pm$ 0.21	2.69 $\pm$ 0.49	1.74 $\pm$ 0.70
		治疗后	0.69 $\pm$ 0.33*	1.45 $\pm$ 0.28*	0.69 $\pm$ 0.35*
对照组	17	治疗前	1.91 $\pm$ 0.24	2.90 $\pm$ 0.42	1.71 $\pm$ 0.39
		治疗后	0.46 $\pm$ 0.18**	0.89 $\pm$ 0.41**	0.47 $\pm$ 0.29**

注：与对照组比较，* $P<0.05$ ；与治疗前比较，** $P<0.05$

3 讨论

便秘是指在连续3个月内出现以每周排便次数少于3次，且多伴有排便困难和大便干结，以及大便不尽感，甚至需用手帮助排便为特征的一组临床综合征^[4-5]。目前，现代医学对其发病机理尚不明确，但多认为与肠道动力异常，肠神经系统异常，Cajal间质细胞（interstitial cells of cajal, ICC）异常，平滑肌异常，胃肠调节肽异常及精神心理因素等有关。便秘属中医“脾约”“肠结”“大便秘”范畴，中医认为本病多因年老体弱、久病体虚、饮食不节及情志失调等所致。根据临床表现主要分为气秘、虚秘、热秘、冷秘4型^[6-8]。临床上，气虚便秘多以欲便而便时排出困难且多伴有气短乏力、汗出疲倦为特征。《医宗必读·大便不通》曰：“更有老年津液干枯，妇人产后亡血，及发汗利小便，病后血气未复，皆能秘结。”中医认为气虚便秘多因素体虚弱或产后、房劳过度等体虚所致，粪便得以排出体外，须依赖于脾肺之气的推动。当脾肺之气亏虚，气虚肠道失于濡养，粪便传导无力，则发为此病。

临床上，气虚型便秘多采用益气、润肠之法，热敏灸疗法是江西中医药大学陈日新教授创新的一种新疗法，不同于传统艾灸，热敏灸是采用艾条悬灸热敏态腧穴，激发热敏灸感和经气传导，并施以个体化的饱和消敏灸量，从而能大幅提高临床疗效的一种新疗法，该疗法具有良好的温经散寒、活血化瘀、补益阳气的作用^[9]，大肠俞是大肠的背俞穴，脏腑之气输注于此；天枢为大肠募穴，可使大肠腑气疏通；足三里是足阳明胃经合穴，助后天之本，使气血得以生化。本课题通过对大肠俞、天枢、足三里等容易出现热敏化的穴位施灸，从而找到热敏态点，通过艾条悬灸体表热敏点，达到温经行气，通调腑气，促进肠道蠕动，进而达到补虚通腑的作用。同时，其还可以有效激发人体内源性调节功能，促进肠道功能紊乱的恢复，使得临床疗效更加持久稳定。考虑本研究涉及观察的指

标尚不全面,且样本量少,后期可加大研究样本量及相关基础研究,以便更好地在临床推广应用。

参考文献

- [1]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组.中国慢性便秘诊治指南(2013,武汉)[J].胃肠病学,2013,18(10):605-612.
- [2]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,2008:95-97.
- [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,1994:11.
- [4]Sanchez M I, Bericik P. Epidemiology and burden of chronic constipation[J].

- Can J Gastroenterol, 2011, 25(Suppl B):11B-15B.
- [5]吴至久,张蜀,赵兵,等.从气机升降失常论治便秘[J].国医论坛,2017,32(2):21.
 - [6]中华中医药学会脾胃学分会.慢性便秘中医诊疗共识意见[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(2):136-139.
 - [7]翁剑锋,邱啸臣,李元新,等.功能性便秘的治疗进展[J].中国临床研究,2016,29(3):409-412.
 - [8]金红艳.鼓气通魄汤配合脐贴联合莫沙比利治疗气虚型老年慢性功能性便秘[J].吉林中医药,2017,37(6):566.
 - [9]陈日新,康明非,陈明人.热敏灸实用读本[M].北京:人民卫生出版社,2010:153-154.

(本文编辑:张文娟 本文校对:高生 收稿日期:2018-08-21)

温针灸联合蠲痹汤对膝骨关节炎的临床疗效评价研究[※]

湛凌燕¹ 林卓殷^{2*} 尹伦辉¹ 陈 祯¹ 邱建利³

(1 广州医科大学附属第一医院康复科,广东 广州 510120;

2 广州中医药大学热带医学研究所中西医结合医院,广东 广州 510375;

3 河南中医药大学第一附属医院,河南 郑州 450000)

摘要:目的 对温针灸联合中药对膝骨关节炎(KOA)的临床疗效进行评价。方法 本研究纳入60例患者,按照SAS软件产生随机序列将其分为观察组30例及对照组30例。其中对照组给与常规西药即关节腔内注射的方法治疗,观察组则采用中西医结合的方法治疗;2组均给予3周的疗程。并采用VAS评分及LKS评分法评价2组治疗前后的变化,统计总有效率给予分析。结果 经卡方检验观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。其中治疗后2组在结局指标评分方面均较治疗前改善($P < 0.05$);且观察组较对照组改善明显($P < 0.05$)。结论 温针灸联合中药是一种治疗膝骨关节炎的有效方法,值得临床推广应用。

关键词: 温针灸; 中药; 膝骨关节炎; VAS 评分; Lysholm 评分; 痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.057

文章编号:1672-2779(2018)-23-0131-03

Study on the Effect Evaluation of Warm Acupuncture Combined with Juanbi Decoction on Knee Osteoarthritis

ZHAN Lingyan¹, LIN Zhuoyin², YIN Lunhui¹, CHEN Zhen¹, QIU Jianli³

(1. Rehabilitation Department, the First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangdong Province, Guangzhou 510120, China;

2. Combining Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine, Institute of Tropical Medicine, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510375, China;

3. Henan University of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of warm acupuncture combined with traditional Chinese medicine in the treatment of knee osteoarthritis (KOA). **Methods** 60 patients who met the inclusion criteria of KOA were randomly divided into observation group and control group, 30 patients in each group. The control group was treated with sodium hyaluronate injection in the lumen of the knee joint. The observation group was treated with the combination of traditional Chinese and Western medicine. Both groups had three weeks of treatment. Visual simulation score (VAS) and Lysholm knee function (LKS) score were used to evaluate the changes before and after treatment in the two groups, and the total effective rate was compared. **Results** The comparison of total effective rate between the two groups was comparable ($P < 0.05$). VAS score and LKS score of the two groups after treatment were comparable to those before treatment ($P < 0.05$). VAS score and LKS score of the treatment group after treatment were comparable with those of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Warm acupuncture combined with traditional Chinese medicine is an effective method to treat knee osteoarthritis.

Keywords: warm acupuncture; Chinese medicine; knee osteoarthritis; VAS score; Lysholm scale

膝骨关节炎(knee osteoarthritis, KOA)主要由衰老、遗传及肥胖等病因导致的退行性骨关节疾病,是临床上常见病及多发病,其主要病理改变为关节软骨的炎症、破坏以及附属结构的退行性改变,临床主要

表现为晨僵、疼痛以及活动受限^[1]。相关临床显示,本病患者随着年龄的增长其发病率呈逐渐上升趋势,病情严重者可导致一定程度上的致残表现,这将严重影响患者的生存质量^[2]。现代医学目前对本病的治疗方法主要包括非甾体抗炎药物的使用以及手术治疗,但不能改善长期的生存质量,且有增加患者相关重要脏器如心、脑、肾及胃肠道等系统的副作用^[3]。因此,探索一种疗效确切,安全无明显副作用的治疗方法显得尤

※ 基金项目:河南省中医药管理局国家中医临床研究基地专项立项课题[No.2017JDZX035]

* 通讯作者:linzhuoyin126@126.com

为重要;相关研究报道^[4-6],中医药在本病的治疗中有着良好的临床疗效,且针灸作为一种被世界卫生组织推荐的治疗疼痛性疾病的非手术治疗方法,在本病治疗中应用广泛,本研究即在此基础上采用温针灸联合中药的方法治疗本病,疗效显著。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本临床研究共纳入符合标准的60例患者,均来自2017年1月—2018年3月在我院就诊的门诊患者,由SAS软件产生随机序列将纳入病例随机分为观察组和对照组,每组30例。在临床研究过程中观察组和对照组因惧针脱落1例;因使用影响本研究疗效的其他治疗方法,观察组剔除1例,对照组剔除2例;因患者自身原因导致观察组和对照组各中止1例;因此本研究最终纳入研究共53例。2组患者性别、年龄、病程等基线资料具有可比性 ($P>0.05$),见表1。

表1 2组患者基线资料比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)	病变部位		病程(年)
					单侧	双侧	
观察组	27	13	14	62.21±7.11	17	10	7.21±3.28
对照组	26	13	13	61.81±9.31	14	12	6.94±2.97

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 本研究主要依据中华医学会风湿病学分会发布的《骨关节炎诊断及治疗指南》(2010年版)对膝骨关节炎的诊断建议^[7]。其中临床症状包括:①近1个月多数时间有膝关节疼痛;②有骨摩擦音;③晨僵时间≤30 min;④年龄≥38岁;⑤有骨性膨大。满足1+2+3+4条,或者1+2+5条或1+4+5条者可以诊断本病。临床+放射学+实验室标准:①近1月大多数时间有膝关节疼痛;②X线示骨赘形成;③关节液检查符合骨关节炎;④年龄≥40岁;⑤晨僵≤30 min;⑥有骨摩擦音。符合①+②、①+③+⑤+⑥或者①+④+⑤+⑥即可诊断为本病。

1.2.2 中医临床分期与辨证分型 参照中国中医药研究促进会骨科专业委员会2015年制定的标准^[8]。其中临床分期主要分为两期,其中发作期主要表现为:膝关节持续性或中度以上疼痛,严重影响睡眠;且表现为膝关节的肿胀,伴有活动受限以及功能受限;缓解期主要表现为:膝关节可以忍受的轻度疼痛或者主要以酸胀及乏力,劳累以及天气变化时病情可加重。分型主要包括四型:寒湿痹阻证、肝肾亏虚证、气血虚弱证、气滞血瘀证。本研究主要纳入寒湿痹阻证患者;主要证候包括膝关节的肿胀疼痛,遇寒加重,得温疼痛减轻;次要症候包括:腰身重痛;其他证候:舌质淡红,苔白或白腻;脉沉。

1.3 纳入标准 ①符合西医诊断标准;②年龄在60~70岁,性别不限;③无明显心、肝、肾等重要脏器的病

变;④能按照治疗计划配合治疗;⑤能知情理解并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①伴有其他严重的骨病,且不属于本病的患者;②近期使用过其他治疗本病的药物及其他理疗方法;③有严重的心、脑血管、肝肾及造血系统以及其他不适合参加本研究的疾病患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 主要采用膝关节腔内注射透明质酸钠治疗。常规消毒后,利多卡因局部麻醉,先将关节腔内积液抽出后注射透明质酸钠20 mg,1次/周,3周为1个疗程。

1.5.2 观察组 在对照组的基础上给予温针灸联合中药口服的方法;其中温针灸选取穴位犄鼻、膝眼、委中、血海、足三里、阳陵泉等为主穴。穴位常规消毒后进针1.0~1.5寸,平补平泻至患者有针感。然后将艾条制作成长1.5 cm左右,将其固定于针尾点燃,2壮/每次,燃尽后取针。中药则主要以蠲痹汤口服治疗,具体药物为羌活15 g,独活15 g,肉桂3 g,秦艽15 g,海风藤20 g,当归15 g,川芎20 g,炙甘草6 g,可以随证加减;水煎至200 mL温服,日2次,每疗程3周。

1.6 观察指标

1.6.1 视觉模拟评分法(VAS)评分 采用VAS评分方法评价患者膝关节的疼痛程度,具体方法为让患者在“0”至“10”的标尺上指出其疼痛的位置,研究者根据位置读出具体的数值,该分值与疼痛程度呈正相关^[9]。

1.6.2 膝关节功能评定 主要采用Lysholm膝关节功能(LKS)评分量表^[10]评定,该量表包括8个维度,共100分,分值高低与功能正常状态呈正相关,2组患者分别在治疗前后依据量表进行积分评定。

1.7 疗效判定标准 主要参照《中药新药临床研究指导原则》^[11]制定。痊愈:关节疼痛完全缓解,无明显活动受限,证候积分治疗前后减少≥95%,无明显影像学异常;显效:关节疼痛完全缓解,无明显活动受限,证候积分治疗前后减少70%~94%,影像学明显好转;有效:有轻微关节疼痛,有轻度活动受限,证候积分治疗前后减少30%~69%,影像学有好转;无效:症状、体征较治疗前无明显改善,证候积分治疗前后减少小于30%,影像学无改变。

1.8 统计学方法 本研究结果均采用SPSS 16.0统计软件进行分析。其中计量资料经分析如符合正态分布以及方差齐性,则采用 t 检验,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示;如不符合正态分布及方差不齐者,则采用非参数检验。

2 结果

2.1 临床总有效率比较 观察组及对照组患者经治疗后临床症状均好转,其中对照组总有效率为80.8%,而观察组总有效率为96.2%,2组比较差异有统计学意义

($P<0.05$), 见表1。

表2 2组患者临床总有效率比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	Z值	P值
观察组	27	20	4	2	1	26(96.2)	-2.378	0.017
对照组	26	12	3	6	5	21(80.8)		

2.2 治疗前后VAS评分及LKS评分比较 治疗前观察组及对照组VAS及LKS评分具有可比性 ($P>0.05$); 2组在治疗后评分均较治疗前改善 ($P<0.05$); 而组间比较结果显示, 观察组较对照组改善明显 ($P<0.05$)。

表3 2组患者治疗前后VAS评分及LKS评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	VAS评分		LKS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	27	8.0±0.6	2.3±1.0 ^{a,b}	61.3±14.2	78.8±15.4 ^{a,b}
对照组	26	7.9±0.8	4.0±0.8 ^a	60.7±12.9	71.4±13.7 ^a
t值			1.271		27.321
P值			0.024		0.012

注: 组内比较, ^a $P<0.05$; 组间比较, ^b $P<0.05$

3 讨论

膝骨关节炎在临床上属于老年退行性疾病, 也是常见病及多发病, 依据本病的临床特点, 中医学将其归属于“痹证”“骨痹”“膝痹”等范畴。早在中医经典著作《素问·长刺节论篇》中已明确提出本病的病因及病位: “病在骨, 骨重不可举……寒气至, 名曰骨痹。”“风寒湿三气杂至, 合而为痹也。”^[1]该论述对本病的病因、病机、病位以及症状等均有描述, 说明中医学认识该病较早, 而且在历代医书对本病的治疗方法也有较多的论述, 认为本病内因为肝肾不足, 外因为感受六淫邪气中的风寒湿三邪, 外邪侵及皮肉筋骨影响气血运行, 导致气血经脉气机不畅, 最终引起痹证的发生。治疗主要以补肝肾、强筋骨、温经散寒、祛风除湿、活血通络等为原则^[12-13]。本研究主要在前人治疗本病的基础上运用温针灸的方法进行施治, 其中辨证取穴主要为局部与远端取穴, 如足太阴脾经与足阳明胃经、以及经脉相连的足少阳胆经与足太阳膀胱经, 正所谓“经脉所过、主治所及”, 经脉气血通畅则疼痛可以缓解; 另外, 寒湿闭阻经脉, 不通则痛, 因此在针灸的基础上给予艾灸的方法即温针灸局部穴位如: 犊鼻、膝眼、血海以及经脉所过之处的穴位如: 足三里、阳陵泉等穴, 可起到补肝肾、强筋骨、散寒湿、通血脉、止痹痛等功效。

经典名方蠲痹汤首载于《杨氏家藏方》, 方药组成主要以祛风寒湿, 通络止痛为主, 如羌活, 独活, 川芎, 海风藤等, 因此蠲痹汤在本病的治疗过程中, 对于风寒湿三气闭阻经脉导致的气血不通的痹症有较好的临床疗效; 临床应用应随证加减, 可以加秦艽、防风以祛风邪; 加附片以散寒邪; 加防己、萆薢、薏苡

仁以祛湿邪。并且可以依据痛的部位给予随证加减, 如: 痛在上者予荆芥; 痛在下者予牛膝; 转化为湿热者, 去温热性质的肉桂, 给予清热燥湿的黄柏; 依据患者的临床表现可以加入滋补肾阴的熟地黄, 可以有效治疗患者的腰膝酸软等症状。在本草著作《本草正要》中提到: “熟地黄性平……故能补五脏之真阴。”膝骨关节炎由于病史长, 根据久病入络、久病多瘀的理论思想, 可以加入蕲蛇、土鳖虫等血肉有情之品, 可以使药物直达病所, 有效活血通络, 祛风散寒, 搜剔顽邪, 在《玉楸药解》中对蕲蛇的论述可以“通关透节, 泄湿驱风”。而在《本草纲目》中论述土鳖虫可以内通脏腑, 外走皮肤, 可以通贯全身; 膝骨关节属于肝经所主, 可以加入杜仲等咸温之品, 起到祛风散寒, 强腰膝的作用, 且在《神农本草经》中对该药的认识, 其可以: “主寒湿痿痹, 四肢拘挛, 膝痛不可屈, 逐血气, 伤热火烂, 堕胎”^[14-15]。本研究正是在相关研究基础上通过温针灸联合中医名方蠲痹汤对膝骨关节炎患者的临床疗效进行评价, 结果证实该方法可以有效缓解患者的疼痛感, 且可以改善患者关节的活动状态, 有效改善患者的生存质量, 并且在一定程度上可以减轻长期单纯西药带来的不良反应, 同时也在一定程度上降低了进行关节手术的几率, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Cattaneo G, De Caro A, Napoli F, et al. Micro-fragmented adipose tissue injection associated with arthroscopic procedures in patients with symptomatic knee osteoarthritis[J]. BMC Musculoskeletal Disord, 2018, 19(1):176.
- [2] Tang X, Wang S, Zhan S, et al. The Prevalence of Symptomatic Knee Osteoarthritis in China: Results From the China Health and Retirement Longitudinal Study[J]. Arthritis Rheumatol, 2016, 68(3):648-653.
- [3] 袁颖超, 廖秋菊. 炎性细胞因子与膝骨关节炎诊断及治疗的最新研究进展[J]. 药学实践杂志, 2018, 36(1):9-12.
- [4] 陈朝蔚, 魏贤振, 丁超, 等. 电针联合魏氏手法治疗膝骨关节炎临床疗效观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2018, 26(1):17-20.
- [5] 唐军平, 郭艳幸. 行气通络方加温灸治疗膝骨关节炎 60 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(2):64-65.
- [6] 叶必宏, 宋丰军, 郑士立, 等. 电热针配合关节松动手法治疗膝骨关节炎疗效观察[J]. 上海针灸, 2018, 34(1):8-11.
- [7] 中华医学会风湿病学分会. 骨关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(6):416-419.
- [8] 中国中医药研究促进会骨科专业委员会. 膝骨关节炎中医诊疗专家共识[J]. 中医正骨, 2015, 27(7):484-485.
- [9] 孙兵, 车晓明. 视觉模拟评分法(VAS)[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(6):645.
- [10] 黄乐春, 胡惠民, 梁宇翔. 膝关节功能评分量表评述[J]. 中国医药科学, 2016, 6(13):50-53.
- [11] 崔学颖, 龚定严. 砭石疗法配合药物治疗早中期老年膝骨关节炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(1):78-81.
- [12] 段娜, 奚鸿昌, 黄焯, 等. 温针灸合三色敷药治疗膝骨关节炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(8):781-783.
- [13] 王军涛, 张文莺, 邹亮. 银质针温灸治疗中老年膝骨关节炎临床随机对照研究[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(7):65-67.
- [14] 袁冬, 李慧英. 蠲痹汤加温灸联合双氯芬酸钠治疗腰椎间盘突出症肾虚寒湿证的疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(9):184-189.
- [15] 何军雷, 张仁卓, 陈朝露, 等. 蠲痹汤联合关节松动手法治疗膝骨关节炎的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(2):168-171.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 林培政 收稿日期: 2018-08-14)

悬吊运动训练治疗腰三横突综合征的临床研究

杜敏 张勇 公冶国 张芳 韩雨桐

(兖矿新里程总医院康复医学科, 山东 邹城 273500)

摘要:目的 观察悬吊运动综合推拿手法治疗腰三横突综合征疗效。方法 将60例患者随机分为悬吊运动综合推拿手法组(治疗组)30例和TENS组(对照组)30例,治疗30 d后统计疗效,并对比治疗前后VAS评分、Oswestry功能障碍指数。结果 治疗组患者的疼痛和功能障碍程度的改善率显著优于对照组($P<0.05$);2组总有效率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 悬吊运动综合推拿手法治疗腰三横突综合征疗效显著。

关键词:腰三横突综合征;悬吊运动;推拿;TENS治疗仪;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.058

文章编号:1672-2779(2018)-23-0134-02

Clinical Study on Sling Exercise Therapy in the Treatment of No.3 Vertebral Transverse Process Syndrome

DU Min, ZHANG Yong, GONG Yeguo, ZHANG Fang, HAN Yutong

(Department of Rehabilitation, Yanzhou Coal Mine New Journey General Hospital, Shandong Province, Zoucheng 273500, China)

Abstract: **Objective** To observe the curative effects of massage and sling exercise therapy on the No.3 vertebral transverse process syndrome. **Methods** 60 patients were randomized into 2 groups to receive massage and sling exercise therapy (30 cases) and TENS (30 cases). The effect was counted after 30 days. **Results** After treatment, the improvement rate of the visual analogue scale (VAS) and Oswestry index in treatment group was significantly higher than that in control group ($P<0.05$). There's no significant difference on the total curative effect between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** Sling exercise therapy in the treatment of No.3 vertebral transverse process syndrome has significant effect.

Keywords: the No.3 vertebral transverse process syndrome; sling exercise therapy; massage; TENS apparatus; arthromyodynia

腰三横突综合征在临床是多发病,易复发,对患者的生活和工作影响较大。主要是由于腰部长期慢性劳损或急性腰部损伤未及时治疗。本科室2016年10月—2017年10月采用悬吊运动综合推拿手法治疗腰三横突综合征,采用视觉模拟评分法(VAS)、Oswestry功能障碍指数为客观观察指标,治疗前后分别进行评价,验证悬吊运动综合推拿手法治疗腰三横突综合征的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 兖矿集团总医院康复科入组60例腰三横突综合征患者,用随机数字表按就诊顺序,分为治疗组和对照组,各30例。治疗组男性17例,女性13例;年龄29~44岁,平均年龄(34.32±10.55)岁;病程最短11个月,最长6年,平均(3.6±2.0)年。对照组男性18例,女性12例;年龄31~39岁,平均(36.54±9.24)岁;病程1~7年,平均(4.5±1.4)年。2组患者在年龄、性别、病程上,经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]中第三腰椎横突综合征诊断标准:①有突然弯腰扭伤、长期慢性劳损或腰部受凉史;②多见于从事体力劳动的青壮年;③一侧慢性腰痛,晨起或弯腰疼痛加剧,久坐直起困难,有时可向下肢放射至膝部;④第三腰椎横突外压痛明显,并可触及条索状硬结;⑤X线拍片示第三腰椎横突过长或左右不对称。

1.3 排除标准 ①椎间盘突出症、腰椎骨折、脱位、肿

瘤、骨关节结核、椎管内占位性病变者;②孕妇、风湿性疾病;③严重心脑血管、肝、肾、精神等系统疾病者;④患者未能完成治疗。

1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组 ①参照教材《推拿治疗学》^[2]中的内容进行推拿治疗。先用直推、揉法以缓解痉挛、舒筋活血,再重点点按穴位,然后对条索状物、筋结进行弹拨以松解粘连,再用拨揉法对横突部做重点治疗,用力由轻到重,以缓解局部张力,最后擦骶棘肌再屈髋屈膝摇腰部。②悬吊运动训练是采用Redcord悬吊系统(挪威,TEMA公司),患者仰卧,用弹力悬吊绳把腰腿部悬吊,再根据患者肌肉的反应进行调整,在无痛状态下,使机体在不稳定的状态下进行体能训练^[3]。先用弱链测试深层稳定肌情况,调整训练方案及难度,确保训练时不出现疼痛或疼痛的加剧^[4]。训练动作包括:仰卧位骨盆上抬,俯卧位搭桥,侧卧位髋关节外展。

悬吊运动综合推拿治疗每次45 min,每日1次,治疗5次为1个疗程,疗程间休息2 d,持续4个疗程。

1.4.2 对照组 采用TENS治疗仪,14~60 HZ,每次20 min。每日1次,治疗5次为1个疗程,疗程间休息2 d,持续4个疗程。

1.5 观察指标

1.5.1 视觉模拟评分法(VAS) 在白纸上画一条10 cm长的粗直线,在线的一端写上“无痛”,另一端写上“最剧烈的疼痛”;患者根据自己所感受的疼痛程度,在直

线上某一点作一记号,以表示疼痛的强度及心理上的冲击,从起点至记号处的距离长度也就是疼痛的量,0~10分,分数越高,表示疼痛程度越重^[5]。VAS是公认的评定疼痛的有效方法。

1.5.2 Oswestry功能障碍指数(ODI) 共10项包含:疼痛(疼痛程度、痛对睡眠的影响)、单项功能(提物、坐、站立、行走)和个人综合功能(日常活动能力、性生活、社会活动和郊游)3大领域的评定。每个条目最低得分为0分,最高得分为5分,分数越高表示功能障碍程度越重;将10个条目的答案相应得分累加后,计算其占10条目最高分合计(50分)的百分比,即为Oswestry功能障碍指数,得分越高说明患者功能障碍越严重。此评定内容包含的三大方面较VAS更全面,具有良好的结构效度、内容效度、区分效度和同期效度^[6]。

1.5.3 改善率 统计患者治疗前后的VAS、ODI数值来计算改善率,公式为:改善率=(治疗前值-治疗后值)/治疗前值×100%。

1.6 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]中第三腰椎横突综合征总体疗效标准制定。治愈:腰痛消失,功能恢复。好转:腰痛减轻,活动功能基本恢复,劳累后仍觉疼痛不适。未愈:腰痛无明显减轻,活动受限。

1.7 统计学方法 计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用频数(f)和值率或构成比(P)表示,自身前后对照采用配对 t 检验。无序分类资料采用Pearson χ^2 检验,2组间均值比较采用独立样本 t 检验。四格表资料改用Fisher确切概率法,采用SPSS 19.0统计软件进行分析。有序分类资料以频数(f)和平均Ridit值($\bar{R}$)表示,采用Ridit分析,由DPS 15.10统计软件进行统计分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 2组总有效率均为100.00%,差异无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者临床疗效相当,见表1。

表1 2组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	$\bar{R}$	总有效率
治疗组	30	27	3	0	0.4850	30(100)
对照组	30	24	6	0	0.5190	30(100)

2.2 客观指标比较 2组患者治疗前VAS评分、ODI指数差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者VAS评分、ODI指数均较治疗前显著降低($P < 0.05$),且治疗组治疗后VAS评分、ODI指数均显著低于对照组($P < 0.05$),VAS评分、ODI指数改善率均显著高于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 2组患者治疗前后VAS评分、ODI指数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS			ODI(%)		
		治疗前(分)	治疗后(分)	改善率(%)	治疗前	治疗后	改善率
治疗组	30	4.57±1.42	1.79±1.41 ^{①②}	59.28±19.55 ^②	49.62±16.21	20.35±14.32 ^{①②}	59.13±20.44 ^②
对照组	30	4.73±1.51	2.91±1.15 ^①	38.34±16.32	47.45±11.24	32.25±12.84 ^①	33.51±16.72

注:与治疗前比较,^① $P < 0.05$;与对照组比较,^② $P < 0.05$

3 讨论

腰三横突综合征在中医学属于痹症范畴,主要病因是急性腰部损伤未及时处理或长期慢性劳损,会导致腰椎内在结构失稳,相关的软组织表现出紧张、痉挛。本病在临床常见,症状明显,病情易反复,影响患者生活质量。经皮神经电刺激是非侵入式以电流脉冲来激活外周神经纤维的镇痛疗法,用于缓解多种类型的疼痛,降低镇痛药物的使用量。对于刺激部位、参数、时间及间隔时间的选择,都需要根据不同疾病或相同疾病不同阶段的病理特点和镇痛要求来选择。缺点是TENS的镇痛不稳定,限制了其在临床中的使用。

本课题治疗组先采用推拿手法,先放松局部肌肉,缓解肌肉痉挛,然后再进行悬吊运动训练,采用低负荷等长收缩在不稳定的支持面上进行闭链运动训练,通过有效的姿势训练,在无痛的前提下,逐步增加负荷,激活腰背部深层的核心肌群,平衡了腰椎的内外生物力学,迅速激活因疼痛而受抑制的肌肉,改善腰部功能并减轻疼痛。改善腰部软组织血液循环及内环境的炎性物质代谢,加速其消退,阻止了腰三横突综合征腰痛患者的病情进展并减轻临床症状^[7]。悬吊运动对稳定肌肉的训练作用,是推拿手法所不具有的。本课题是将现代康复理论与中医传统理论相结合,极具特色并疗效显著。中医认为此病的病因为经络闭阻,气血运行受阻,久病及肾,辨证论治后,采用推拿手法弹拨经筋及其经脉,疏通经络以恢复脏腑功能,达到“以松为通,通则不痛”的治疗目的,具有“通”和“动”的双重功效^[8]。

综上所述,治疗腰三横突综合征悬吊运动综合推拿手法和TENS治疗均有效,二者比较,悬吊运动综合推拿手法疗效显著,患者的依从性好,是一种安全有效的新方法。

参考文献

- [1] 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,2002:115-118.
- [2] 范炳华.推拿治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2016:219.
- [3] 杨合适,李建臣,师玉涛.悬吊法对跳水运动员体能训练的研究[J].首都体育学院学报,2008,20(6):71-73.
- [4] 郭险峰,元帅霄,李旭.悬吊运动训练对成人特发性脊柱侧弯慢性腰背疼痛的康复效果[J].中国康复理论与实践,2001,16(8):716-719.
- [5] 燕铁斌.现代康复治疗学[M].广州:广东科技出版社,2004:493.
- [6] 刘琦,马超,伍少玲.Oswestry功能障碍指数评定慢性腰痛患者的效度分析[J].中国康复医学杂志,2010,25(3):231.
- [7] 孙戴,林德快,蔡涵.推拿结合悬吊运动训练对慢性非特异性腰痛的临床疗效观察[J].颈腰痛杂志,2014,35(2):136.
- [8] 李丽,孙敬龙,鹿海峰.循经弹拨法治疗肩周炎的临床疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(1):75-76.

(本文编辑:张文娟 本文校对:韩怡菊 收稿日期:2018-08-10)

刃针结合热敏灸治疗肩周炎的临床观察

张铭金

(赣南医学院第三附属医院神经康复科, 江西 赣州 341000)

摘要:目的 探究刃针结合热敏灸治疗肩周炎的临床疗效。方法 随机选取2017年1月—2018年6月在赣南医学院第三附属医院治疗的肩周炎患者100例,分为治疗组和对照组,每组均为50例,对照组采用针刺常规治疗,治疗组采用刃针结合热敏灸治疗,分别观察2组患者治疗效果、VAS评分。结果 治疗组治疗总有效率高于对照组 ($P<0.05$);治疗1~3疗程VAS评分均小于对照组 ($P<0.05$)。结论 与针刺常规治疗法相比,刃针结合热敏灸治疗肩周炎不仅利于提升临床治疗效果,更利于改善患者局部疼痛程度,该治疗模式具有独特的优势,值得临床进一步推广应用。

关键词: 刃针;热敏灸;肩周炎;中医学;痹证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.059

文章编号:1672-2779(2018)-23-0136-02

Clinical Observation on Edge Acupuncture Combined with Thermosensitive Moxibustion in the Treatment of Shoulder Periarthritis

ZHANG Mingjin

(Department of Neurorehabilitation, the Third Affiliated Hospital of Gannan Medical University, Jiangxi Province, Ganzhou 341000, China)

Abstract: **Objective** To explore the clinical efficacy of blade acupuncture combined with heat sensitive moxibustion in treating scapulohumeral periarthritis. **Methods** 50 cases of scapulohumeral periarthritis were randomly selected from January 2017 to June 2018 in our hospital, which were divided into treatment group and control group. The number of cases in each group was 25 cases. The control group was treated with acupuncture routine treatment. The treatment group was treated with edge needle combined with thermosensitive moxibustion, and the treatment effect and VAS score of the two groups were observed respectively. **Results** The total effective rate of treatment in the observation group was higher than that of the control group ($P<0.05$), and the VAS score of one to three treatment courses was less than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Compared with the conventional acupuncture therapy, the treatment of scapulohumeral periarthritis with the combination of edge needle and heat sensitive moxibustion is not only beneficial to the improvement of clinical effect, but also to improve the degree of local pain in patients. The treatment model has unique advantages and is worthy of further clinical application.

Keywords: acupuncture; thermosensitive moxibustion; shoulder periarthritis; traditional Chinese medicine; arthromyodynia

肩周炎好发于50周岁以上老年人群,是肩关节与肩部疼痛运动功能出现障碍后的症候群,是由肩关节组织损伤或者退行性病变等多种因素引起的。现代中医学认为肩周炎是由邪气入侵导致气血阻滞不通畅而引起的,属于“痹症”范畴,严重影响老年患者晚年生活质量,近几年中医治疗该疾病疗效非常显著,因此中医治疗肩周炎受到患者青睐^[1]。鉴于此,笔者随机选取2017年1月—2018年6月在我院治疗的肩周炎患者共100例为研究对象,旨在探究刃针结合热敏灸治疗肩周炎的临床效果,具体情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从我院2017年1月—2018年6月收治的肩周炎患者中随机选取100例,根据患者入院治疗顺序,分为治疗组和对照组,每组例数均等。均取得所有患者同意;均被临床确诊为肩周炎;均签署知情同意书;均无严重性心肺肾合并疾病。治疗组中男性为26例,女性为24例;年龄为61~76岁,平均年龄为(66.32±1.33)年;病程为3~35个月,平均病程为(18.36±1.74)个月。对照组中男性为21例,女性为29例;年龄为60~77岁,平均年龄为(66.92±1.21)年;病程为2~34个月,平均病程为(18.51±1.31)个月。2组一般资料比

较, $P>0.05$,具有可比性,本次研究经本院伦理委员会组织审核批准。

1.2 排除标准 肩关节结核、肩峰下滑囊炎,患有严重性精神疾病和感染性疾病,拒绝参加试验者,中途退出试验者。

1.3 治疗方法 治疗组采用刃针结合热敏灸治疗:选取患侧肩关节周围疼痛点、硬结点、粘连点以及肌肉附着点行刃针治疗,治疗时患者有酸胀麻痛之感,不留针。热敏灸治疗,采用点燃的艾条,在患者行刃针松解处距离皮肤3 cm左右施行温和灸,应以患者感到艾条散发的热量后再收针,每日1次,每次可选取3~5个点,7次为1个疗程。

对照组采用针刺常规治疗:选取患者肩髃、肩贞、肩髃、臂臑穴位,每个穴位留针30 min,出针后行手法松解等推拿治疗,每日1次,7次为1个疗程。2组患者在治疗期间均给予其功能康复锻炼。

1.4 观察指标 分别观察2组患者治疗效果、VAS评分。根据我国卫生组织颁布的《中医病证诊断疗效评定标准》有关肩周炎治疗效果评定标准为:患者肩部疼痛完全消失,且肩关节功能得到明显的恢复则为完全治愈;患者肩部疼痛得到改善且肩关节活动功能不受限

制则为好转；患者肩周炎得不到改善则为未愈，治疗总有效率=完全治愈率+好转率。VAS评分：0分为无痛，1~3分为轻度疼痛，能正常从事工作，4~6分为中度疼痛，影响正常工作，且生活能自理，7~10分为重度疼痛^[2]。

1.5 统计学方法 试验中的所有数据均采用SPSS 13.0软件进行处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，进行 t 检验；计数资料以率(%)表示，进行卡方(χ^2)检验。 $P < 0.05$ 时，则表明差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗效果比较 治疗组治疗总有效率高于对照组， $\chi^2 = 8.27$ ， $P < 0.05$ ，如表1所示。

表1 2组患者治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
治疗组	50	29(58.00)	20(40.00)	1(2.00)	49(98.00)
对照组	50	18(36.00)	22(44.00)	10(20.00)	40(80.00)
χ^2 值					8.27
P 值					<0.05

2.2 2组患者VAS评分比较 观察组治疗1~3个疗程后VAS评分均有明显降低，且小于对照组， $P < 0.05$ ，如表2所示。

表2 2组患者VAS评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗1疗程	治疗2疗程	治疗3疗程
治疗组	50	8.25±0.62	5.28±0.11	4.22±0.17	2.17±0.82
对照组	50	8.31±0.41	7.21±0.12	6.68±0.25	5.98±0.37
t 值		1.52	13.68	21.24	17.23
P 值		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

肩周炎属于中医学“冻结肩”范畴，现代中医学认为肩周炎患者是由于营养不足、气血不顺畅、筋骨损伤、肩部受风寒侵袭、经脉长期受压等形成的疾病。肩关节是人体最重要的关节之一，是保证人体活动自如的关节，但也是最不稳定和极易受损的部位。临床治疗该疾病已经存在很多种方法，但没有一种是能够治愈的，依靠单一的治疗方法治愈可能性不大，临床运用几种联合治疗方法是治愈肩周炎的关键^[3]。随着患者年龄增长，许多人出现肝血虚、肾功能低下、筋骨不动等现象，现代中医学治疗肩周炎原则为：驱寒通经、补血、疏风燥湿等。刃针治疗法是根据患者肩关节功能障碍动作或者产生疼痛的姿势，结合解剖医学，判断患者受损的肌肉，给予其穴位针对性治疗，以达到松解的效果。肩关节是由肱骨、锁骨、肩胛骨组成，结合部位为肌腱与骨头连接面，一旦患者骨膜部位出现炎症反应，机体则会自行修复，在修复的过程中产生结节，而此结节则是治疗点。刃针一般直径为0.5 mm，进针深度仅为5 cm则可起到对治疗点增生的筋膜疏通作用以舒解肌粘连和痉挛，进而使得局部肌肉得到松解，解放压迫的血管提升血流速度，使局

部得到新鲜血液滋养^[4]。热敏灸又称为“腧穴热敏化灸”，是一种最新型的艾灸疗法，该治疗方法不用对患者施针、不接触患者身体，具有无痛、安全、无副作用的优点，因优点明显，常被临床应用治疗腰椎间盘突出、慢性腰肌劳损、膝关节炎^[5]。

我院给予患者刃针结合热敏灸治疗法发现此治疗方法利于促进肩周关节功能恢复。本探究中治疗组治疗1~3疗程后VAS评分均小于对照组， $P < 0.05$ ，表明人体穴位存在静息态和敏化态，其中敏化态的穴位对外界刺激呈小刺激大反应，因此治疗疗程越久，越利于肩关节炎炎症的消失，改善局部血液循环，预防肌肉萎缩。另外，治疗组治疗总有效率高于对照组， $P < 0.05$ ，表明刃针结合热敏灸治疗肩周炎疗效快而迅速，临床治愈确切，长期治疗可有效降低腰背肌的劳损出现。综合上述可得出本次结论，肩周炎患者采用刃针结合热敏灸治疗不仅利于改善其局部功能，更利于提升治疗效果，降低肩周炎带来的疼痛，具有较高的实用价值，值得临床推广应用。

参考文献

- [1]王蓉,林佳,刘小琼.热敏灸结合毫刃针治疗腰背肌筋膜炎临床观察[J].实用中医药杂志,2017,33(8):964-965.
- [2]邓雪芹,王脐橙.毫刃针结合麦肯基疗法治疗腰背肌筋膜炎的临床观察[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(13):2456.
- [3]郭克勤,李常法.刃针结合关节松动术治疗顽固性肩周炎临床研究[J].河北中医药学报,2016,31(1):38-40.
- [4]谢凤云.热敏灸配合康复操护理在肩周炎患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2016,22(19):27-28.
- [5]秦波.肩周炎患者应用热敏灸与温针灸治疗的临床效果对比分析[J].中医临床研究,2017,9(9):105-107.

(本文编辑:张文娟 本文校对:温优良 收稿日期:2018-08-21)

吴茱萸

临床注意事项

吴茱萸来源于三个植物种,(一个正种,两个变种)其药材与饮片很难区分,均同等入药。

吴茱萸治痛,具有双向性作用,关键在于用量;量轻,1~5 g止痛;10~12 g反而造成强烈头痛,眩晕,腹痛,腹泻,视力障碍,错觉,脱发,胸闷,皮疹等,且孕妇易流产,这可能就是古人认为吴茱萸之“毒”性。

吴茱萸生品含“N,N-二甲基-5-甲氧基色胺”,为致幻剂,临床一般不宜用生品,否则易产生不良反应,经炮制后,不良反应消失。

鉴别要点

本品呈球形或略呈五角状扁球形,直径2~5 mm。表面暗黄绿色至褐色,粗糙,有多数点状突起或凹下的油点。顶端有五角星状的裂隙,基部残留被有黄色茸毛的果梗。质硬而脆,横切面可见子房5室,每室有淡黄色种子1粒。气芳香浓郁,味辛辣而苦。

——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。

新时代视域下中医护理人员的专业规范与尽职伦理探析[※]

刘锁霞 李 坤*

(南京中医药大学附属医院护理部, 江苏 南京 210023)

摘要:近年来专业形象逐渐受到重视,恪尽职守常为许多工作岗位提倡的首要守则。本文探讨现今规范伦理学与护理规范、伦理行为及实务间的关系,结果发现常规的伦理规范之下伦理行为规范则很少被讨论。行善原则是行为规范最重要的准则,而尽职是护理伦理规范中行善原则最重要的行为元素,包含忠诚、公正、真诚、倡言和贡献等五要素。本文呼应新时代中护理伦理规范的提升,强调将伦理规范照护实践于中医护理人员的照护实务工作之中。

关键词:护理伦理;规范伦理学;伦理规范;尽职

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.060

文章编号:1672-2779(2018)-23-0138-02

Discussion on the Professional Norms and Due Diligence Ethics of Chinese Medicine Nursing Staff in the New Era

LIU Suoxia, LI Kun

(Department of Nursing, the Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Province, Nanjing 210023, China)

Abstract: In recent years, professional image has gradually received attention, and it is the primary code advocated for many jobs. This paper explores the relationship between normative ethics and nursing norms, ethical behaviors, and practices. It turns out that ethical behavioral norms under conventional ethical norms are rarely discussed. The principle of good deeds is the most important criterion of behavioral norms, and due diligence is the most important behavioral element of the principle of good deeds in nursing ethics, including five elements: loyalty, justice, sincerity, advocacy and contribution. This paper echoes the improvement of nursing ethics in the new era, emphasizing the practice of ethical normative practice in the nursing practice of Chinese medicine nursing staff.

Keywords: nursing ethics; normative ethics; ethical norms; due diligence

中医护理人员是医疗团队的重要成员,从健康照护政策观点来看,应秉持护理专业伦理与社会正义原则为健康照护的要素。中医护理人员不仅为医疗团队重要成员,同时也兼顾维护个案安全与提高专业照护质量。在实务工作场域上,常以个案照护的结果来看待中医护理人员照护的质量,鲜少评价中医护理人员在个案照护中的“尽职”行为。据此,本文聚焦论述护理伦理规范与行为准则,进而深入探讨“尽职”在各阶段中医护理专业实务的发展。

1 护理伦理规范的发展与演变

伦理是人类应遵守的行为规范,且能建立人与人之间的互动关系,每一个行为都涉及其目的、动机与后果的好坏,此称为规范伦理学。规范伦理学理论包含目的论、义务论、德性论等三种理论。目的论强调利己主义,义务论注重行为本身及其动机,行为的动机与意愿决定了行为的对与错;德性伦理学着重于主体即伦理行为的推动力。在规范伦理学的义务论中,分为康德伦理学及直观主义两派观点。哲学家康德是义务论的代表人物,其认为具有“善意志”是唯一无

条件的善,且为义务而为之的意志,可被客观而普遍的规则判定,主张道德行为的对错或义务的标准,完全取决于该行为本身的正当性或义务性。直观主义认为“善”是自我明确、单纯且不可分或不能界定的概念,主张道德是明显且容易辨别,有善恶的别,无需应用复杂且艰深的实证或推论演绎,强调的是过程而非结果,只要足以对自己行为负责及尽责,即能明辨是非善恶。

直观理论的优点在于肯定人类在专业的道德常识,对道德教育提供特定的理论根据,就如同护理人员在踏进职场前透过护理教育课程培育其具有专业的伦理观念,亦具有判定“行动”对错的基本能力,使其在面对护理实务时,秉持坚定的理由,支持护理人员做出决策行动。义务的原则并无优先级,它不强调实际的行为,而是重视行为的理由与动机,如护理人员执行照护工作时,谨守“恪尽职守”德行,其中以“尽职”为义务重要的行为之一。

“知识创新和知识应用,以及创新和应用的各个元素间都是相通的”^[1],中医护理人员在踏进职场前透过护理教育课程培育其具有专业的伦理观念,亦具有判定行动对错的基本能力,使其在面对护理实务时,秉持坚定的理由支持中医护理人员做出决策行动。“护

※ 基金项目:江苏省中医药局科技项目【No.YB2017003】



理伦理”源自18世纪南丁格尔誓约中,强调中医护理人员在从事护理工作时必须忠于职责,不可做有损病患的事。20世纪初则强调中医护理人员应具备提供护理专业并解决病患问题的义务。随着时代潮流的演变,护理伦理实务情境亦产生变化,加上病患与家属意识抬头,中医护理人员在照护病患情境中经常会遇到一些伦理冲突或两难事件,中医护理人员如何理解伦理事件争端,并且相信自己有责任决定自己的行动,经评估、分析,选择明智的决定并尽职地完成照护目标更显重要,故护理专业团体疾呼护理伦理规范与准则应随着时代潮流持续修改,并期待能将护理伦理规范透过照护行为运用在临床实务上。

2 护理伦理规范:道德与行为

伦理规范意指个人对其专业团体纪律的约束或共同信约之下所遵守的群体规范。伦理规范的架构分为道德核心规范与行为核心规范。伦理行为指在与人际互动、专业和学术活动时能持有诚实、公平公正、尊重个体和群体的权利与道德行为。

“护士是关怀者,同样也是被关怀者”^[2],中医护理人员在行善伦理原则下,护病关系互动时需要具备忠诚(loyalty)、公正(fairness)、真诚(truthfulness)、倡言(advocacy)和奉献(dedication)的精神,此亦突显中医护理人员展现其尽职行为规范的参考依据。在中医护理人员的工作职责及义务上,包括四个责任要素:促进健康与安全、具备真诚和忠诚的特质、维持专业能力与持续促进个人与专业的成长。

综合上述文献,显现专业照护人员“尽职”的重要性。中医护理人员基于“行善”伦理原则下,能恪尽职守,面对个案照护时,需具备忠诚、公正的态度,为个案倡言;于专业成长上,富有热诚奉献于照护工作,不断地学习与提升护理能力。

3 “尽职”伦理于护理照护的实践

美国护理学会制定的伦理规范主要强调行善原则,其次是自主与公平正义。中医护理人员在行善伦理的尽职原则下,面对护病关系时需具备忠诚、公正、真诚、倡言和贡献等五项要素。忠诚指的是支持中医护理人员对工作或义务的情感;公正是指待人处事以同样的方式或合理的照护;真诚是不论做对或错误的事,都需要诚实以对,不应有任何谎言;倡言是适时公开表达支持或建议能支持个案或中医护理人员的事情;贡献指投入大量的时间和精力于照护上,且肯定其重要性。“护士作为医疗团队中的一员,不仅需要过硬的护理技术,还要具备良好的团队工作意识”^[3]。如同一位护理师在执行专业照护时,除了秉持个人道德价值观之外,尚须遵循专业法规及伦理规范来进行临床决策。

尽职伦理于中医护理人员的实践主要分6个层面:中医护理人员的基本责任主要是指应对服务对象负起

健康促进、疾病预防、重建健康和减轻痛苦的责任;中医护理人员对服务对象应负起照护责任,提供合乎专业标准的照顾,对其疑虑应给予充分的说明及协助,维护其权益;中医护理人员与专业服务能提供合乎标准的专业照顾,定期检讨并致力改进,维持自我身心平衡,终身学习,提升个人专业行为的标准及执业能力;中医护理人员与社会互动是指能积极参与促进大众健康的活动,以增广其保健知识与知能,重视工作环境伦理价值观;中医护理人员强调与工作团队的合作关系,应执行与展现护理角色的专业能力;中医护理人员与专业成长主要是因应中医护理人员以女性居多,在专业成长上,持续充实护理专业知识与技能,致力提升护理执业标准、发展护理实务、管理、研究及教育,加入护理专业团体并积极参与对护理发展有贡献的活动。据此可见,中医护理照护专业的忠诚、公正、真诚、倡言和贡献等尽职要素确实展现在我国的护理伦理规范之中。

4 结论与建议

中医护理服务的对象包含个人、家庭及小区。护理伦理是一种专业素养,也是专业领域的纪律及训练,更是一种自我责任,影响护理专业的脉动。伦理规范是护理专业行为的道德标准与原则,中医护理人员学习生命伦理知识后,在面对危急情境或伦理困境时能具备问题分析及判断能力以处理伦理问题,除为个案和其家属倡言之外,在行善原则之下协助其选择最有益的决策。尽职是其中最重要且影响中医护理人员执业的重要因素。

中医护理人员在工作实务中,随时都可能出现伦理照护问题,若能秉持忠诚、公正、真诚、倡言、贡献的行为精神提供个案照护与专业成长,此已足以展现尽职行为于专业领域中。行为伦理规范强调的是照护服务的过程而非结果,也是增进个人道德发展及价值判断能力的原动力。在教育上,加强尽职伦理的实践能力,提供护理专业教师及学生增进护理尽职伦理知能,明确了解尽职行为规范与原则,作为护理专业能力培育及伦理课程教学评值成效的参考。在临床实务上,能提供中医护理人员省思自我的专业能否达到尽职,作为临床护理行为能力标准的参考依据,提升照护信心。在研究上,建议可发展测量中医护理尽职伦理能力的指标,以作为尽职伦理行为及其影响要素的研究参考,期冀为新时代视域下的社会主义特色护理事业贡献一微薄之力。

参考文献

- [1]钟婕,周英凤.知识转化模式在护理实践中的应用进展[J].中华护理杂志,2017,52(11):1366-1370.
- [2]石松松,项俊之,边静,等.护士知识共享行为影响因素的研究进展[J].护理学杂志,2017,32(4):107-111.
- [3]顾琳,魏碧蓉.以团队为基础的学习在护理高等教育中的应用分析[J].中华护理教育,2015,12(6):430-434.

(本文编辑:张文娟 本文校对:汤珏瑶 收稿日期:2018-08-14)

护患微管理在输尿管皮肤造口延续性护理中的应用※

陈和珍 夏 焱 齐 滢 吴旭东 李勋钢

(九江市第一人民医院泌尿外科, 江西 九江 332000)

摘要:目的 分析护患微管理应用在输尿管皮肤造口患者中的护理价值以及应用效果。方法 回顾性选取2011年12月—2016年12月九江市第一人民医院行输尿管皮肤造口手术患者48例和外院进行输尿管皮肤造口术后来我院更换单丁管的患者12例, 共有60例患者, 按照护理方法不同分为观察组和对照组, 对照组采取常规术后护理, 观察组采取护患微管理模式开展延续护理, 对比2组护理效果。结果 观察组干预后汉密尔顿焦虑量表 (6.72 ± 1.21) 分, 汉密尔顿抑郁量表 (6.09 ± 1.21) 分; 对照组干预后汉密尔顿焦虑量表 (11.03 ± 2.41) 分, 汉密尔顿抑郁量表 (12.13 ± 2.33) 分, 组间对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者躯体功能评分 (79.59 ± 4.85) 分, 心理功能 (86.32 ± 4.85) 分, 社会功能 (84.25 ± 3.97) 分, 物质功能 (82.35 ± 4.46) 分, 生活质量总分 (81.35 ± 5.06) 分; 对照组患者躯体功能评分 (68.65 ± 2.32) 分, 心理功能 (71.26 ± 2.32) 分, 社会功能 (65.32 ± 2.45) 分, 物质功能 (65.38 ± 2.25) 分, 生活质量总分 (69.84 ± 2.38) 分, 组间对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组尿路感染发生率3.33%, 尿液外渗发生率6.67%, 造口狭窄发生率为0, 造口周围皮炎发生率3.33%; 对照组尿路感染发生率26.67%, 尿液外渗发生率36.67%, 造口狭窄发生率20.00%, 造口周围皮炎发生率33.33%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 护患微管理应用在输尿管皮肤造口患者中可以减少造口并发症发生, 提升患者生活质量, 减轻负性情绪, 值得在临床推广应用。

关键词: 护患微管理; 输尿管皮肤造口; 延续性护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.061

文章编号:1672-2779(2018)-23-0140-02

The Application of Nurse-Patient Micromanagement in Continuity Nursing of Ureterostomy

CHEN Hezhen, XIA Chi, QI Ying, WU Xudong, LI Xungang

(Department of Urology Surgery, Jiujiang First People's Hospital, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China)

Abstract: **Objective** To analyze the nursing value and application effect of nurse patient management in patients with ureterostomy. **Methods** From December 2011 to December 2016, 60 cases of patients concluded 48 cases of ureterostomy in our hospital and 12 cases of ureteral dermatostomy after replacement of single tube in other hospitals were selected and divided into the observation group and the control group groups. The control group adopted routine postoperative nursing, while the observation group adopted the mode of nursing and patient micromanagement to carry out continuous nursing. The nursing effect was compared. **Results** The Hamilton Anxiety Scale (6.72 ± 1.21) in the observation group and the Hamilton Depression Scale (6.09 ± 1.21), and the Hamilton Anxiety Scale (11.03 ± 2.41) and Hamilton Depression Scale (12.13 ± 2.33) in the control group were statistically significant ($P < 0.05$). The body function score of the observation group (79.59 ± 4.85), psychological function (86.32 ± 4.85), social function (84.25 ± 3.97), material function (82.35 ± 4.46), total score of quality of life (81.35 ± 5.06), the body function score of the control group (68.65 ± 2.32), psychological function (71.26 ± 2.32), and society Function (65.32 ± 2.45), material function (65.38 ± 2.25), total score of quality of life (69.84 ± 2.38), and the difference between groups was statistically significant ($P < 0.05$). The incidence of urinary tract infection in the observation group was 3.33%, the rate of urine exosmosmus was 6.67%, the incidence of stomatostomy was 0, the incidence of dermatitis around the stoma was 3.33%, the incidence of urinary tract infection in the control group was 26.67%, the incidence of urine exosmosmus was 36.67%, the incidence of stomatostomy was 20%, and the incidence of dermatitis around the stoma was 33.33% ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of nurse patient micro management in ureterostomy can reduce the complications of stoma, improve the quality of life and reduce negative emotion. It is worthy of clinical application.

Keywords: nurse-patient micromanagement; ureterostomy; continuous care

输尿管皮肤造口术是尿流改道的一种方式, 该手术因时间短、创伤小、术后恢复快等优点而适用于预期寿命短、有远处转移、肠道疾患无法利用肠管进行尿流改道或全身状况不能耐受其他手术者, 但是输尿管皮肤造口术后患者自我形象改变, 尿流方式由可控变成不可控, 并且面临一系列术后并发症^[1]。输尿管造口护理至关重要, 正确的造口护理能促进患者康复, 减少并发症, 对提高造口患者的生活质量具有重要意义, 近年来随着护理模式的转变, 传统的以疾病为中心护理模式正向以患者为中心护理转变, 随着现代通讯技术的飞速发展护理工作中融入了越来越多现代技术手段, 护患微管理模式逐渐在临床应用, 便于更好

地开展临床护理工作^[2]。本研究观察了护患微管理应用在输尿管皮肤造口延续性护理工作中取得了满意的效果, 以为临床提供指导和依据, 现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性选取2011年12月—2016年12月我院行输尿管皮肤造口手术患者48例和外院进行输尿管皮肤造口术后来我院更换单丁管的患者12例, 共有60例患者, 按照护理方法不同分为观察组和对照组。对照组30例, 男性18例, 女性12例; 年龄32~71岁, 平均 (52.32 ± 3.06) 岁。观察组30例, 男性19例, 女性11例; 年龄31~72岁, 平均 (52.53 ± 3.11) 岁。本研究经我院伦理学委员会通过后实施。2组患者一般资料比较, 具有均衡性 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 膀胱全切并输尿管皮肤造口术后出院的病人; 同意接受调查研究并签署知情同意书; 有阅读或言

※ 基金项目: 江西省卫生计生委课题[No.20187125]

词表达能力,能理解调查表所述内容,思维逻辑清晰。

1.3 排除标准 伴有其他严重身体疾病病人;意识障碍或既往有精神病史者。

1.4 护理方法 对照组:采取常规护理模式,护士给予患者输尿管皮肤造口出院指导,同时采取电话随访形式对患者院外情况进行指导。

观察组:采取护患微管理模式开展临床护理,成立护患微管理护理小组,成员均在本科室工作5年以上,有主治医师或护师以上职称,本科及以上学历,均经过相关专科培训,70%以上的群员有过大型课题研究经验^[9]。小组内对输尿管皮肤造口相关并发症以及注意事项进行循证医学方法分析,制定护理方案,在小组内进行整体培训。对患者进行集中访谈并了解相关情况,针对患者提出的意见和建议进行整理,在小组内讨论并提出改进意见和措施纳入新的护理循环中。

1.5 观察指标 采用焦虑自评量表和抑郁自评量表对患者干预前后焦虑和抑郁负性情绪变化情况。采用QOL量表从躯体功能、心理功能、社会功能、物质功能、生活质量总分5个方面,得分越高提示生活质量越好。记录2组发生尿路感染、尿液外渗、造口狭窄和造口周围皮炎等并发症情况。

1.6 统计学方法 所有资料均采用SPSS 17.0统计软件处理,正态分布计量资料的描述采用均数±标准差,非正态分布计量资料的描述采用中位数±标准差,计数资料的描述采用率或构成比。计量资料2组间比较采用两样本t检验或秩和检验,计数资料2组间比较采用 χ^2 检验。均采用双侧检验, $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者心理状况量表评分对比 干预前2组患者心理状况量表评分组间对比无差异性,具有可比性($P<0.05$)。干预后2组患者量表评分均较干预前降低($P<0.05$)。观察组患者治疗后上述评分同对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者心理状况量表评分对比 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	汉密尔顿焦虑量表		汉密尔顿抑郁量表	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	19.88±3.62	11.03±2.41*	18.35±3.75	12.13±2.33*
观察组	30	19.87±3.71	6.72±1.21**	18.73±3.68	6.09±1.21**

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;治疗后与对照组比较,** $P<0.05$

2.2 2组患者生活质量评分对比 干预后观察组患者生活质量评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 2组患者生活质量评分对比 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	躯体功能	心理功能	社会功能	物质功能	生活质量总分
对照组	30	68.65±2.32	71.26±2.32	65.32±2.45	65.38±2.25	69.84±2.38
观察组	30	79.59±4.85*	86.32±4.85*	84.25±3.97*	82.35±4.46*	81.35±5.06*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.3 2组患者并发症发生情况对比 2组并发症情况具有明显差异($P<0.05$)。见表3。

表3 2组患者并发症发生情况对比 [例(%)]

组别	例数	尿路感染	尿液外渗	造口狭窄	造口周围皮炎
对照组	30	8(26.67)	11(36.67)	6(20.00)	10(33.33)
观察组	30	1(3.33)*	2(6.67)*	0(0.00)*	1(3.33)*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

输尿管皮肤造口主要是应用在盆腔肿瘤或者输尿管疾病引发尿路梗阻患者中开展引流的措施,可以维持人体水电解质与酸碱平衡,防止由于尿路梗阻导致并发症甚至患者死亡的救治性措施。由于尿液的性质及状态的原因,一旦护理不当,会导致造口周围皮肤炎以及感染等并发症,而且患者也承受着较大的心理压力,因此提升患者生活质量的关键在于造口的护理,造口护理具有很强的专业性、技术性,尤其需要医护人员为其提供指导和帮助。有报道显示患者如果能够较好的调整心态,掌握造口护理技能,很配合地接受专业护理人员的帮助和指导,那么尿路造口患者将会在心理压力得到很大的缓解,更有利于患者学习自我护理、自我照顾的能力,使患者自信、独立,从而改善尿路造口患者的生活质量^[4]。

近年来延续护理作为新兴的护理模式在临床广泛应用,该模式通过将患者的护理工作扩延至出院后家庭或社区,实现护理工作不间断,延续护理对慢性病患者效果显著,起到了积极作用,连续性照护方法成为改善慢性病患者生活质量、扩展护理服务范围、确保医疗服务质量的重要方式。本研究通过护患微管理模式应用在输尿管造口患者延续护理中,微信教育就是利用手机免费语音短信的信息功能和视频、文字和储存功能向特定人群发送疾病相关知识、加强健康教育,鼓励病人参与疾病自我管理,是一种方便快捷的交流方式,在社会交往中发挥着重要作用,是病人及时获得健康指导和咨询的最佳途径。综上所述,护患微管理应用在输尿管皮肤造口患者中可以减少造口并发症发生,提升患者生活质量,减轻负性情绪,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1]潘莉,操静,周小玲,等.延续性自我管理教育应用于永久性结肠造口患者术后早期社会心理适应的影响分析[J].中国实用医药,2016,11(28):232-234.
- [2]李惠冬,秦芳.移动医疗在肠造口病人延续性护理中的应用进展[J].护理研究,2017,31(6):1921-1923.
- [3]苏灵芝.延续性护理干预在老年膀胱癌根治术后行腹壁造口患者中的应用[J].中国现代药物应用,2017,11(11):177-179.
- [4]聂洁,李光焰,周红娟,等.基于微信平台的延续性护理在肠造口患者院外自我管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2017,23(4):35-37.

(本文编辑:张文娟 本文校对:黄稳萍 收稿日期:2018-08-08)

中医康复护理在小儿脑瘫流涎治疗中的应用

韩 晗

(枣庄市峄城区中医院护理部, 山东 枣庄 277300)

摘要:目的 分析在小儿脑瘫流涎治疗中中医康复护理的应用效果。方法 选取枣庄市峄城区中医院收治的脑瘫流涎患儿84例作为研究对象, 并按照就诊顺序、依据随机的原则分成试验组(常规治疗加常规护理)和对照组(常规治疗加中医康复护理), 每组42例, 观察2组患儿的临床治疗效果。结果 试验组患儿治疗有效率以及生命质量评分均优于对照组($P<0.05$)。结论 中医康复护理在小儿脑瘫流涎治疗中应用效果较好, 能够提高治疗效果和患儿生存质量。

关键词: 儿科; 脑瘫; 流涎; 康复护理

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.062

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0142-03

The Application of Traditional Chinese Medicine Rehabilitation Nursing in the Treatment of Cerebral Palsy Salivation in Children

HAN Han

(Nursing Department, Yicheng District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Zaozhuang 277300, China)

Abstract: **Objective** To analyze the application effect of traditional Chinese medicine rehabilitation nursing in the treatment of children with cerebral palsy. **Methods** A total of 84 children with cerebral palsy in our hospital were enrolled in the study. According to the order of treatment, they were divided into experimental group (conventional treatment plus routine nursing) and control group (conventional treatment plus traditional Chinese medicine rehabilitation nursing), with 42 cases in each group. The clinical treatment effects of the two groups of children were observed. **Results** The treatment efficiency and quality of life scores of the experimental group were better than those of the control group. **Conclusion** TCM rehabilitation nursing has a good effect in the treatment of cerebral palsy in children, which can improve the therapeutic effect and the quality of life of children.

Keywords: pediatrics; cerebral palsy; salivation; rehabilitation nursing

小儿脑瘫指的是新生儿出生以前在母体内发生的发育缺陷或新生儿出生以后由于外界各因素造成的幼儿脑损伤, 运动功能异常是其最常见的临床表现, 而其最常见的并发症为流涎。流涎使患儿进食的营养成分有所流失, 同时, 患儿唾液可传播细菌, 造成感染等不良反应, 同时, 患儿长期流涎使其散发恶臭, 受到外界排斥, 影响患儿的生存质量, 给患儿心理带来一定的伤害^[1]。如何有效地治疗小儿脑瘫, 降低流涎发生率是近年来研究的热点, 在本次研究中重点分析在小儿脑瘫流涎治疗中中医康复护理的应用效果, 现将研究流程以及结果分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2016年2月—2018年2月收治的脑瘫流涎患儿84例作为研究对象, 并按照就诊顺序、依据随机的原则分成试验组(常规治疗加常规护理)和对照组(常规治疗加中医康复护理), 每组42例。2组患者本着自愿的原则选取, 经过监护人签字同意, 研究经过医院委员会批准同意。2组患儿基本资料如表1, 其年龄、流涎分级等对结果没有本质影响。

表1 2组患儿基本资料对比

组别	例数	男女比例	平均年龄	流涎分级			
				Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	V级
试验组	42	2:1	2.3±0.2	16	10	12	4
对照组	42	3:1	2.5±0.3	15	12	11	4

1.2 纳入标准 (1) 符合脑瘫流涎的诊断标准; (2)

年龄在1~5岁; (3) 能够配合医生研究进程; (4) 智力正常、神经正常。

1.3 排除标准 (1) 排除心肝肾等器官异常的患儿; (2) 排除有感染的患儿; (3) 排除资料不全, 不能按流程治疗的患儿。

1.4 研究方法 2组患儿采取不同的护理方法, 试验组患儿实施中医康复护理, 对照组患儿实施常规护理, 但是在前期, 2组患儿均经过针灸和按摩治疗, 具体治疗、护理方法如下。

1.4.1 治疗措施 针灸: 针灸主要取患儿百会穴、哑门穴、下关穴、天突穴、地仓穴以及语言区等, 每次针灸需要留针30 min, 1天1次, 持续针灸30 d; 按摩: 按摩主要是在上述针灸的穴位以及患儿面部进行, 按摩患儿口、眼等四周, 按摩需要以患儿轻微疼痛为准, 力度不宜过大, 每次按摩30 min, 每天早晚各1次, 配合针灸同样持续30 d^[2]。

1.4.2 护理方法 常规护理包括患儿入院指导, 入院后的各项检查, 关于疾病的健康宣讲、饮食指导、出院指导以及出院后的恢复注意事项等, 试验组在常规护理的同时引进中医康复护理, 中医康复护理主要包括以下几个方面: (1) 流涎处的护理, 脑瘫患儿流涎不断, 流出的液体不仅具有较大的气味, 容易引发感染, 同时还会对患儿皮肤造成损伤, 护理人员应该叮嘱家属在患儿胸前围上口水巾, 避免流到患儿胸前, 同时, 需要叮嘱家属, 不断地用干净的纸巾轻柔地擦

拭患儿流出的液体,并用温水擦拭,涂抹润肤膏,尤其是在冬季,需要格外注意,避免患儿由于流涎造成面部冻伤,在治疗过程中尽量保持患儿皮肤干燥,降低感染。(2)训练患儿吞咽功能,在患儿治疗过程护理人员可以采取相应措施训练患儿吞咽功能,例如教会患儿吸吮自己的手指,体会吸吮的感觉或教会患儿吹气球,训练脸部肌肉的收缩和扩张能力,叮嘱患儿口内不能有口水,一旦有口水需要自己吞咽下去。患儿通过反复练习吸吮,能够自主吞咽,可以减少液体流出,有利于患儿训练吞咽功能^[3]。(3)应用中医理论护理,耳穴压豆刺激,将药豆固定在患儿耳朵相应穴位处,并使用适当的力气按压,使患儿产生刺激感;患儿采取针灸治疗,治疗后需要在针灸的穴位处艾灸热敏灸,保证针灸的效果;按摩治疗后在护理的过程中需要护理人员对患者穴位进行按摩护理,同时,可以使用药物穴位贴敷于按摩、针灸的穴位,用以保证治疗效果。(4)行为疗法,对患儿进行一系列的刺激,指导患儿进行口部、舌头锻炼,包括张口、闭口,旋转舌头等,通过锻炼可以刺激患儿脸部肌肉群,帮助患儿训练脸部肌肉的收缩与扩张,可以通过奖励制度克服患儿的逃避心理,激励患儿进行训练。(5)心理疏导,在患儿进行治疗的过程中需要关注患儿心理状态的变化,可以在治疗的过程中给予轻快的音乐作为治疗背景,帮助患儿放松,或者给予患儿奖励,不仅仅包括物质奖励,还包括语言激励,激励性的语言能够帮助患儿放松紧张、恐慌的情绪,更好地接受治疗^[4-5]。

1.5 评价指标以及评价标准 (1)对比2组患儿治疗效果,依据实际恢复情况将效果分为治愈、显效、有效以及无效,其分级标准是:治愈:患者口歪眼斜等临床症状全部治愈,与正常儿童没有区别;显效:患儿临床症状明显好转,流涎减轻,面部表情基本恢复;有效:患儿临床症状有所减轻,面部肌肉尚未恢复,表情僵硬;无效:治疗前后患儿基本没有变化。(2)通过生命质量测定量表对比2组患儿恢复状况,主要包括15个领域,其中有躯体、情绪以及社会功能等5个功能领域,共有30个项目,每个项目有1~4四个等级(最后两个项目分别有七个等级),患儿分数越高表明病情越严重^[6]。

1.6 统计学方法 将研究所得的所有数据,使用统计学软件SPSS 20.0进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患儿治疗效果分析 对比2组患儿治疗效果发现,试验组治疗有效率显著高于对照组,差异具有统计学意义。见表2。

表2 2组患儿治疗效果对比 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
试验组	42	20	9	11	2	40(95.24) ^a
对照组	42	16	6	10	10	32(76.19)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

2.2 2组患儿生命质量评分分析 对比2组患儿生命质量量表评分结果发现,试验组显著优于对照组, $P < 0.05$ 。见表3。

表3 2组患儿生命质量评分分析 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	生命质量评分	躯体功能	角色功能	认知功能	情绪功能	社会功能	功能总分
试验组	42	3.0±0.8	2.7±1.1	2.5±0.8	2.8±1.0	2.2±0.3	13.4±1.8	76.8±6.4
对照组	42	6.5±1.2	5.9±1.4	6.3±1.7	5.2±1.1	6.3±0.9	31.4±4.4	110.5±10.3

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

流涎是指人体唾液不自觉地流出体外,多见于吞咽困难的人群,有生理性流涎和病理性流涎之分,前者主要是指新生儿未长出牙齿之前,不能自主控制,发生流涎,这属于正常现象,而后者是由于各种疾病引发的并发症,帕金森、肌无力、面瘫、脑瘫等疾病均会引起流涎。脑瘫患者常见的并发症之一就是流涎,流涎不仅对患者皮肤造成损伤,同时,容易引发感染降低患者治疗效果,临床上对于这种疾病常常通过中医针灸、按摩、康复护理进行治疗^[7]。

康复护理的应用理念是不仅治疗患者的疾病,同时注重患者的生存质量,全面治疗,提高生存质量。在小儿脑瘫流涎治疗中应用中医康复护理,结合中医治疗具有较好的临床疗效。中医康复护理护理方法简单,护理人员容易操作,家属能够配合;护理不受外界因素的干扰,随时随地均可进行,对护理环境要求较低;护理从患儿出发,对患儿进行身心全方位的护理,护理更全面、更细致,效果更好^[8]。

在本次研究中,选取我院收治的脑瘫流涎患儿84例作为研究对象,并随机分成试验组和对照组,2组患儿采取同样的治疗方法,但在治疗周期内采取不同的护理方法,试验组采取中医康复护理,对照组按照常规护理进行操作,经过研究发现,试验组治疗有效率显著高于对照组,同时,2组患儿生命质量量表评分结果显示,试验组各项功能评分以及总评分均优于对照

组,由此可见,中医康复护理应用于脑瘫流涎患儿的治疗过程中能够提高治疗效果,帮助患儿功能恢复,有利于提高患儿生存质量。

参考文献

- [1]李丽.护理干预在控制脑瘫康复患儿院内感染中的应用效果分析[J].现代中西医结合杂志,2014,23(11):1245-1246.
- [2]张明.中医康复护理在小儿脑瘫流涎治疗中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(24):115-116.
- [3]石小燕.中西医结合康复护理对口角喎斜、流涎型面瘫患者不良情绪及社会功能恢复的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(4):559-560.
- [4]刘梅香,梁燕芳,郭惠萍.康复护理在小儿脑瘫流涎治疗中的应用[J].深圳中西医结合杂志,2016,26(10):161-163.
- [5]赵辉,史艳,李玉娟,等.痉挛型脑瘫患儿综合康复训练结合家庭姿势管理的效果研究[J].中国全科医学,2014,17(20):2378-2380.
- [6]刘自强,赖兰娣.探讨早期中医手法介入对脑瘫儿童吞咽障碍康复疗效的影响[J].中国医药科学,2017,7(18):77-79.
- [7]陈春秀,赖伟权,黄淑芬,等.对脑瘫患儿监护人实施心理护理的效果观察[J].护理研究,2014,28(36):4521-4522,4529.
- [8]刘颖,李翔宇,汤宇,等.中医康复护理对脑卒中患者65例吞咽障碍的影响[J].山西医药杂志,2016,45(11):1351-1353.

(本文编辑:张文娟 本文校对:韩 虎 收稿日期:2018-08-08)

中医特色护理技术在临床应用中的体会

钟水辉

(江西省分宜县中医院外科,江西 分宜 336600)

摘要:目的 通过2015年参加全国中医护理骨干培训,将外出学习的中医特色护理技术引入分宜县中医院临床护理服务中,观察中医特色护理技术在医院临床护理中的应用效果。**方法** 选取2015年、2016年、2017年在我院外科、内一科、骨伤科、内二科、妇产科5个科室住院治疗病人,在临床护理方法的基础上引进外出学习的中医特色护理技术干预与2014年未引进外出学习的中医特色护理技术干预进行对比。**结果** 上述5个科室住院病人护理满意度由2014年的94.1%,提高到2017年的98.3%;开展中医特色护理技术由2014年4项,发展到2017年17项;中医特色护理技术收入由2014年0.05万元,发展到2017年57.1万元。**结论** 通过参加全国中医护理骨干培训,并将中医特色护理技术与临床护理服务相互结合,提高了医院患者护理满意度,减轻了患者的痛苦,有利于患者的康复;同时也提高了医院开展中医特色护理技术项目和中医特色护理技术收入,有利于中医特色技术推广。

关键词: 中医特色护理技术;临床应用;外科;内科;骨科;妇科

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.063

文章编号:1672-2779(2018)-23-0144-03

Experience of Traditional Chinese Medicine Characteristic Nursing Technique in the Clinical Application

ZHONG Shuihui

(Surgical Department, Fenyi County Hospital of traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Fenyi 336600, China)

Abstract: **Objective** To study the clinical nursing service of our hospital by taking part in the backbone training of traditional Chinese medicine nursing in 2015, and to observe the application effect of traditional Chinese medicine characteristic nursing technology in our hospital's clinical nursing. **Methods** Five departments of Department of Obstetrics, Gynecology and Obstetrics and Gynecology and Obstetrics were selected to treat patients in our hospital in 2015, 2016 and 2017. On the basis of clinical nursing methods, the intervention of traditional Chinese characteristic nursing technology was compared with that of traditional Chinese characteristic nursing technology which was not introduced in 2014. **Results** The above five departments live Hospital patients' nursing satisfaction increased from 94.1% in 2014 to 98.3% in 2017; the development of Chinese characteristic nursing technology increased from 4 items in 2014 to 17 items in 2017; and the income of characteristic nursing technology of traditional Chinese medicine increased from 500 yuan in 2014 to 571000 yuan in 2017. **Conclusion** By taking part in the training of the backbone of traditional Chinese medicine nursing and combining the characteristic nursing technology of TCM with clinical nursing service, the patients' satisfaction degree of nursing has been improved, the pain of the patients has been alleviated, and the rehabilitation of the patients has been facilitated. At the same time, it also improves the technical project of traditional Chinese medicine characteristic nursing in our hospital. The income of medical characteristic nursing technology is beneficial to the popularization of traditional Chinese medicine characteristic technology.

Keywords: traditional Chinese medicine characteristic nursing technique; clinical application; surgery; internal medicine; orthopedics; gynecology

为大力弘扬中医药文化,突出中医特色护理,国家中医药管理局非常重视中医特色护理技术在临床的应用,在2015年筛选了18家中医药优势特色教育培训基地(中医护理)供全国中医护理骨干培训学习。本人先后参加了福建中医药大学附属人民医院、上海中医药大学附属曙光医院、成都中医药大学附属医院、南京中医药大学、中国中医科学院广安门医院、湖南

中医药大学、山东中医药大学附属医院、广东省中医院8个培训基地的学习。将在贵院所学的先进中医护理技术引入我院临床护理,组织大家学习,指导大家在临床中如何运用以有效地促进我院中医特色护理的发展。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年、2016年、2017年在我院外科、内一科、骨伤科、内二科、妇产科5个科室住院治



疗病人,在临床护理方法的基础上引入外出学习的中医护理技术干预与2014年在我院上述五个科室住院未引进外出学习的中医特色护理技术干预进行对比。

1.2 护理方法

1.2.1 在外科病区引入中医护理技术 不寐,即一般所谓“失眠”,是因为阳不入阴所引起的经常不易入寐为特征的病证。轻者有入睡困难、有寐而易醒,有醒后不能再寐,亦有时寐时醒等,严重者则整夜不能入寐。古代文献中亦有称为“目不瞑”“不得眠”等^[1]。睡眠障碍病位在脑,其发病与心、肝(胆)、脾(胃)、肺、肾密切相关。病因病机当以阴阳失调、营卫失和、神明失守为主。造成不寐常见的原因是精神紧张、焦虑、恐惧、担心,导致大脑睡眠中枢兴奋与抑制两者动态失衡。外科手术病人情绪紧张、焦虑,担心手术的风险性;术后因切口疼痛,往往出现不寐。针对病人的特点,以往我们的责任护士有针对性地给病人做术前、术后健康指导,但是还是有些病人情绪焦虑,无法入睡、术前血压急剧上升,拖延手术治疗时机;术后切口疼痛也出现不寐,影响疾病恢复。通过参加福建省中医药大学附属人民医院举办的全国中医护理骨干的学习班,看到贵院将耳穴压豆应用在痔手术病人术前效果显著。耳穴埋豆,通过对耳廓特定点刺激是以疏通经络,调节脏腑,从而达到防止疾病的目的的一种治疗方法。它是中医学的重要组成部分。《灵枢·口问》篇说:“耳者,宗脉之所聚也。”“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面走空窍……走于耳而为听。”^[2]表明了耳与全身经络、脏腑关系相当密切。当脏腑功能失调就会通过经络的联系在相应的耳穴上显示出来。耳穴不仅可以是疾病的反应点,也可以成为疾病的治疗点。我国用耳穴治疗疾病有悠久的历史,至目前为止应用耳穴可以治疗疾病达150余种,在世界上有几十个国家应用^[3]。对60篇文献中所用耳穴的频次(每篇文献1个耳穴计1次)进行统计,选用频次最多的10个耳穴依从为:心(52)、神门(49)、皮质下(43)、交感(40)、肝(30)、肾(27)、脾(24)、内分泌(18)脑点(14)、枕(12)。心可宁心安神、清心降火、调和营卫,神门可宁心安神、解痉止痛,皮质下有补脑开窍、宁心安神、活血止痛的作用,交感有舒筋活络、宁心安神之作用^[4]。我们选用以上10个常见的耳穴。每次以贴压5~7穴为宜,每日按压3~5次,隔1~3天换1次,2组穴位交替按压。两耳交替或同时贴用^[5]。现在我们责任护士通过将中医护理技术耳穴压豆应用于手术病人中,有效的改善了病人的术前紧张、焦虑情绪,使病人情绪稳定地接受手术;术后也能很快地康复出院。同时在外科还开展了中药封包、四黄水蜜外敷、神阙穴贴敷、涂药、穴位注射等。

1.2.2 在内一科、内二科病区引入中医护理技术 便秘,

因气阴不足,或燥热内结,腑气不畅所致,以排便间隔时间延长、大便干结难解为主要临床表现。病位在大肠。随着我国社会老龄化,便秘的发生具有上升的趋势。内科住院的老年人行动不便、心肺功能差、多种疾病掺杂。便秘不仅给老年患者带来身心的痛苦,更有可能导致其他致命性的并发症如诱发急性心脑血管意外。针对病人的特点,以往我们的责任护士有针对性地给病人介绍饮食、主动活动健康指导,但是还是有些病人发生腹胀、便秘,需要采取口服泻药、药物塞肛和灌肠来解决。长期口服泻药,容易造成药物依赖性,且随着服药时间的延长,用量也愈来愈大,药效愈来愈差,还会干扰正常肠活动,治标不治本。使用塞肛等侵入性操作容易给患者带来损伤与痛苦。通过参加上海中医药大学附属曙光医院的全国中医护理骨干培训班的学习,看到贵院将神阙穴贴敷应用在腹胀病人中效果显著。大黄的泻下功能:作为传统的中草药,大黄味苦、性寒,具有攻积导滞、泄热通肠、凉血解毒、逐瘀通经之功效^[6]。现代药理亦研究表明,大黄所含之蒽醌类物质具有致泄作用,经酒制后有利于此类物质的溶解与吸收,作用于大肠使其蠕动加强而产生通便作用。敷脐的标本兼治作用:中医学认为,神阙穴与诸经百脉相通,交通五脏六腑、五官九窍、四肢百骸、十二经脉、奇经八脉。药物外敷该穴,可循经直达病所,作用于病变组织的效应器,有效促进机体康复。研究表明,脐在胚胎发育过程中为腹壁的最晚闭合处,脐内有丰富的血管和大量淋巴管与神经。且脐窝所形成的自然凹陷能较长时间地保留药物,故有利于药物的逐渐吸收,发挥其全部疗效^[7]。敷脐的标本兼治作用还体现在:通过穴位刺激、药物局部吸收的双重作用,敷脐能调和病人的阴阳,使胃肠蠕动增加,达到泻下通便的疗效^[8]。方法:取生大黄粉末2 g,用75%酒精2 mL调成糊状,再使用穴位贴将糊状的药物摊匀在上面待用。将患者脐部(神阙穴)用消毒棉签蘸75%酒精清洁干净。最后将穴位贴上的大黄糊贴在神阙穴上,每次敷4 h,每天1次^[9]。现在我们通过将中医护理技术大黄贴敷神阙穴应用于便秘病人中,有效地改善病人腹胀,防范便秘发生。同时在内一、内二科还开展了耳穴贴豆、隔物灸、中药熏洗、吴茱萸涌泉穴贴敷、中药离子导入等。

1.2.3 在骨伤科病区引入中医护理技术 早期闭合骨折及软组织损伤患者,患处疼痛、肿胀。经络受损,血不循经而溢脉外成瘀,瘀血阻滞,气血失畅,为其发病的主要病机。《内经》言:“通则不痛,痛则不通”,经络受损,瘀阻气滞,气行不畅,“气有余便是火,气郁久生火”。以往我们都是遵医嘱静脉使用20%甘露醇、七叶皂苷钠等药物治疗。通过参加广东省中医医院的全国中医骨干培训班的学习,看到贵院将

四黄水蜜应用在湿热瘀阻型、气滞血瘀型盆腔痛效果显著。现在我们将中医特色治疗四黄水蜜用于闭合骨折及软组织损伤患者。四黄是根据汉代名医张仲景《金匮要略》泻心汤化裁而来。由大黄、黄芩、黄柏、黄连四味药组成。大黄清热凉血、止痛化瘀。黄芩清热燥湿，泻火解毒。李时珍《本草纲目》中记载：黄芩，味苦、无毒、平，主治诸热黄疸，恶疮疽火疮；行疮排脓，治乳痈发背等^[9]。黄柏清热利湿，泻火解毒，用于治疗热毒疮疡、湿疹等症，既可内用，又可外用^[10]。黄连泻火，燥湿，解毒，杀虫。而蜂蜜中含有人体代谢所需要的多种营养物质，具有补中、润燥、止痛及抑制和杀灭细菌的作用。逐四黄散等份研末，调蜂蜜而成，具有调经活络、活血化瘀、消肿止痛等作用。将四黄散125 g加入适量蜂蜜，以水调成糊状，平铺于10 cm×15 cm防水纸上（或根据患者肢体大小调制）厚度约为1 cm，敷于患处，覆盖保鲜膜，胶布固定。每次敷药时间4~6 h，每日1次^[11]。同时还开展了隔物灸、拔火罐、中药热奄包、大黄贴敷、中药涂擦、中药湿敷等。

1.2.4 在妇产科病区引入中医护理技术 盆腔炎症性疾病是妇科临床生育年龄妇女常见多发疾病。发病率：国外报道育龄妇女为14%，中国山东育龄妇女抽样调查报道为9.3%，广东育龄妇女抽样调查报道为10.9%。据近10年来妇科门诊和住院病例分析，盆腔炎症性疾病年就诊患者呈明显递增趋势。盆腔炎症性疾病后遗症：既往称慢性盆腔炎，盆腔炎急性期若未彻底治愈，常可导致慢性盆腔痛、盆腔炎反复发作、不孕、异位妊娠等后遗症。严重影响妇女的生殖健康，增加家庭与社会经济负担。属于中医“带下病”“妇人腹痛”“不育症”“月经不调”等疾病范畴。以往我们都是遵医嘱静滴抗生素，抗生素长期应用容易导致耐药性、机体抵抗力下降。通过参加成都中医药大学附属医院的全国中医护理骨干培训班的学习，看到贵院中医护理适宜技术在妇科的应用优势。现在我们将中医护理技术中药保留灌肠应用在妇科病人中，有效减少了抗生素的耐药性、促进病人康复、减轻患者家庭经济负担。中药保留灌是将中药药液从肛门灌入直肠至结肠，使药液保留在肠道内，通过黏膜对药物的吸收达到治疗多种疾病的方法。本法具有导便通腑、清热解毒的作用。临床上多用于内科的肠道疾患、便秘、高热持续不退，妇科的盆腔炎、盆腔肿块等疾患^[5]。灌肠液温度以39~41℃为宜。操作时垫高臀部10 cm，肛管插入肛门15~20 cm，液体在5~10 min灌完，每日1次^[11]。同时在妇产科还开展了中药热熨、穴位按摩、中药涂擦等。

1.3 观察指标 住院病人护理满意度、开展中医特色技术项目、中医特色技术收入统计。

2 结果

见表1。

表1 2014年—2017年住院病人护理满意度、中医特色技术项目、中医特色技术收入对比

时间	满意度(%)	中医特色技术项目(项)	收入(万)
2014年	94.1	4	0.05
2015年	96.4	15	20.5
2016年	96.9	16	36.3
2017年	98.3	17	57.1

3 讨论

通过参加全国中医护理骨干人员培训班的学习，并将所学的中医特色护理技术引入我院，使我院住院病人护理满意度由2014年94.1%提高到2017年98.3%；中医特色护理技术项目开展由2014年的4项发展到2017年的17项；住院病人中医技术项目的收入由2014年0.05万元发展到2017年57.1万元。将中医护理技术引入临床，大大减轻病人的痛苦，降低病人住院费用，使病人真正受益。

在发挥中医特色护理的同时，也使我们医院的护理满意度提高了，多次病人家属和患者送来表扬信和锦旗。中医护理技术的引入临床护理工作中，发挥了中医特色护理，打造群众满意服务，让我们夯实基础护理、提供满意服务、实现感动服务。真正做到让患者满意、社会满意、政府满意。

4 结论

如何开展中医护理技术？首先要医院领导重视，科主任的支持。为了推广中医特色护理技术，医院也制定了有关奖励政策，将开展中医护理技术收入的20%用于绩效考核奖励给科室。其次要医生的配合，医生认可，有医嘱。还要患者依从，多宣传，在健康教育栏中宣传中医特色护理技术。再次加强护士培训，遵循操作规程。最后评价操作效果，分析和总结，对存在的问题进行技术改进。

参考文献

- [1]田德禄.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:125-130.
- [2]李云英.古代中医对耳鸣、耳聋的认识[J].吉林中医药,2003,23(12):12.
- [3]李萍.耳穴压豆对高血压I期患者的降压效果观察[J].中国临床研究,2011,3(16):54-57.
- [4]张晓蒙,申鹏飞,陈德友.耳穴治疗失眠症的临床研究进展[J].江西中医药,2012,43(9):60-61.
- [5]孙秋华.中医护理学[M].北京:人民卫生出版社,2012:167-177.
- [6]胡喜燕,黄丽霞,王磊.大黄胶囊粉外敷神阙穴治疗机械通气患者腹胀临床观察[J].中国中医急救,2011,20(12):1999-2000.
- [7]范素云,毛雅芬,黄美珍.药物敷脐治疗急性脑卒中病人便秘的临床研究[J].护理研究,2005,19(22):1994-1995.
- [8]阳珍,陈梦丽,陈杏丽,等.大黄胶囊粉调酒精神阙穴在骨科老年卧床患者治疗便秘中的应用[J].光明中医,2014,29(3):557-558.
- [9]李时珍.本草纲目[M].北京:北京人民出版社,1997:780-785.
- [10]上海中医学院方药教研组.中医临床手册[M].上海:上海人民出版社,1997:132-133.
- [11]张广清,林美珍.中医护理临床进展[M].北京:上海科学技术出版社,2016:139-158.

(本文编辑:张文娟 本文校对:李秋梅 收稿日期:2018-08-03)

中医护理对妇产科患者术后腹胀的疗效观察

黄江虹

(江西省瑞昌市中医院妇科, 江西 瑞昌 332200)

摘要:目的 观察中医护理对妇产科患者术后腹胀的疗效影响。方法 选取瑞昌市中医院妇产科2016年4月—2018年4月收治的术后腹胀患者62例,按随机列表法分为2组,对照组31例采用常规护理,观察组31例进行中医护理,对比2组患者治疗效果。结果 观察组患者肠鸣音恢复正常时间以及肛门排气时间均短于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);观察组患者护理满意度优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 采用中医护理可提升妇产科患者术后腹胀治疗效果,值得临床推广。

关键词: 中医护理; 妇产科; 术后; 腹胀

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.064

文章编号:1672-2779(2018)-23-0147-02

Observation on the Curative Effect of Traditional Chinese Medicine Nursing on Postoperative Abdominal Distension of Patients in Gynecology and Obstetrics

HUANG Jianghong

(Gynecology Department, Ruichang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Ruichang 332200, China)

Abstract: **Objective** To analyze the effect of TCM nursing on postoperative abdominal distension in gynecology and obstetrics patients. **Methods** 62 cases of abdominal distention were selected from April 2016 to April 2018 in our department of gynaecology and obstetrics and gynecology. The random list method was divided into 31 cases in the control group and 31 cases in the observation group were treated with traditional Chinese medicine, and the treatment effect of the two groups was compared. **Results** The patients in the observation group were better than the control group ($P < 0.05$). The nursing satisfaction of the patients in the observation group was better than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** TCM nursing can improve the therapeutic effect of postoperative abdominal distension in gynecology and obstetrics patients, and is worthy of clinical promotion.

Keywords: traditional Chinese medicine nursing; gynecology and obstetrics; postoperation; abdominal distention

腹胀为妇产科手术常见并发症,多因脏器术中牵拉、受损,或麻醉药物致使肠胃功能减弱、腹部残留大量气体等所致。妇产科患者术后腹胀不仅会影响产妇身体恢复和伤口愈合,同时也会造成肠梗阻、粘连^[1]。因此对此种患者进行有效护理干预十分重要。现选取我院妇产科2016年4月—2018年4月收治的术后腹胀患者62例,分析中医护理对其治疗效果,研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院妇产科2016年4月—2018年4月收治的术后腹胀患者62例。对照组31例;年龄22~55岁,平均(35.14±4.27)岁;剖宫产11例,开腹全子宫切除8例,子宫肌瘤切除12例。观察组31例;年龄21~54岁,平均(36.24±4.26)岁;剖宫产12例,开腹全子宫切除7例,子宫肌瘤切除12例。2组基本资料无显著差异 ($P > 0.05$),可对比。

1.2 纳入标准 所有患者均符合腹胀临床诊断标准,同时患者临床常表现各种程度的恶心、呕吐、情绪低落,所有患者均签署知情同意书。

1.3 排除标准 排除患有精神病者,严重肝、肾内脏疾病患者。

1.4 方法 对照组患者进行常规护理,主要内容为:病情观察,用药护理,心理安慰,术后健康教育。

观察组患者在常规护理基础上采用中医护理方法。

详情如下。

1) 进行足部热敷,研究发现足部热敷可刺激肛门和肠道足底反射区,加速胃肠道功能恢复。护理人员要引导患者每天用45℃热水泡脚,也可采用热毛巾敷脚,确保每天泡脚时间在30 min之上。

2) 艾灸和贴敷。采用艾条悬灸在三阴交、足三里、神阙、关元、气海等穴位上5 cm位置,同时依据艾条温度适当调整悬灸高度,连续治疗约30 min。贴敷时主要采用陈皮9 g,槟榔10 g,枳实10 g,党参10 g,沉香5 g,乌药5 g。研磨细粉,调为糊状敷于患者各穴位。

3) 饮食和心理干预。麻醉作用通常于术后6~8 h之后消失,此时患者肠胃功能逐步恢复正常,可进行适当饮食,刺激肠胃蠕动。此时鼓励患者在术后6 h进食萝卜汤,每次最多150 mL,间隔4 h之后再次服用,此种方式对患者腹胀效果显著。同时患者此时通常心理压力较大,此时要和医护人员及时沟通,也可告知护理人员疼痛缓解方式,引导转移注意力方法。

4) 术后活动指导。首先要对患者进行术前和术后进行活动指导,此时主要指导患者活动下肢,双腿进行适当伸展,适当弯曲运动可帮助患者脚趾活动。每次活动时间控制在30 min,指导患者下半身重新恢复知觉。术后6 h至少于2 h之内帮助患者进行翻身,术后12 h可取半卧位,同时有出现咳嗽或打喷嚏时,于手掌按压切口,避免因自身力量过大造成伤口开裂。术

后48 h左右可使情况进行活动,同时活动量要量力而行,适当提升,病房内活动时要防止摔跤,注意保暖。

5) 热敷。于热水袋内加入2/3左右50~60℃的热水,注意保护手术切口,直接热敷10 min,通过此种方式促进肠胃蠕动减缓腹胀。脐部敷药,取芒硝30 g,大黄15 g,陈皮10 g等药物,碾碎后调为糊状,敷药时吸收和穿透效果最好的为脐部,同时要定期进行换药,重视观察脐部症状,有红肿、热痛等不良情况时要立即处理。

1.5 观察指标 (1) 观察2组患者术后观察指标,主要包括,肠鸣音恢复正常时间和手术结束后肛门排气时间。(2) 对比2组患者护理满意度,采用自制护理满意度问卷调查表,共80分,75分以上为十分满意,75~60分为基本满意,60~50分为满意,50分以下为不满意。总满意率=(总例数-不满意例数)/总例数×100%。

1.6 统计学方法 本次研究中,将62例术后腹胀患者的研究数据均输入至SPSS 25.0软件内,进行统计学处理,护理满意度采用%表示,处理方式为 χ^2 检验;术后康复观察指标采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,处理方式为 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者各观察指标对比 观察组患者肠鸣音恢复正常时间以及肛门排气时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组患者临床观察指标对比 ($\bar{x} \pm s, h$)

组别	例数	肠鸣音恢复正常时间	肛门排气时间
对照组	31	30.91±12.54	43.45±11.38
观察组	31	17.62±8.24	22.24±12.87
t 值		4.429	6.173
P 值		0.000	0.000

2.2 2组患者护理满意度对比 观察组患者护理满意度优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组患者护理满意度对比 [例(%)]

组别	例数	十分满意	满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组	31	10(32.25)	8(32)	6(24)	7(22.58)	24(77.42)
观察组	31	13(41.93)	9(36)	8(32)	1(3.23)	30(96.77)
t 值						5.166
P 值						0.023

3 讨论

妇科术后腹胀主要是因为,妇产科急诊术前未禁食,且禁食时间较少;部分分娩产妇为提升分娩产力,与产前摄入高热量和高蛋白食物,使得胃容量持续增加,因而造成腹胀。也有患者因为内心恐惧、抽泣、疼痛等使得胃内积气较多,进而出现腹胀^[2]。术中麻醉、器械等外部刺激也会造成肠胃刺激,同时由于肠管于空气内暴露时间较长,会使得肠胃出现麻痹、平滑肌痉挛。胃肠蠕动减缓后,使得肠胃内部产气较

多,因此无法从肛门排除,出现腹胀。研究中发现,部分患者会出现长期卧床,造成长时间卧床主要为2个方面原因,(1)为术后疼痛严重影响正常休息和饮食活动,生理功能也受到影响。(2)也有部分患者因为自身心理原因出现心理障碍不愿下床活动^[3]。自身认为要手术静养,盲目运动害怕影响伤口恢复,因此不敢轻易下床。长时间于床上保持固定姿势,同时于床上大小便,长时间使得胃动力减缓,体内聚集肠道气体因此出现腹胀。

正常状态下,妇产科手术患者会于24 h之内完全丧失肠胃蠕动,但会于术后48 h左右逐步恢复,并开始排便和排气。如72 h之后依旧未出现自主排气便会造成长腹胀,影响伤口愈合和进食,严重情况会出现肠粘连、梗阻。传统中医护理在临床使用中范围逐渐扩大,在实践中也积累了大量临床经验,采用中医护理干预,首先可依据患者临床症状探寻症状发生原因之后进行辨证护理,制定合适的护理方式^[4]。本次研究中,为患者进行饮食护理为中医护理的重要方式,中医认为萝卜汤有通气的作用,每次控制患者用量可帮助患者通气。同时为患者进行双腿活动伸展,使双腿尽快恢复知觉。同时及时进行翻身和按摩以及运动指导,可提升患者运动量、舒适度,防止出现压疮。通过热敷可有效促进肠胃蠕动,缩短通气时间。泡脚为促进血液循环的重要方式,通过血液循环加速,提升肠胃蠕动排气,减缓术后腹胀。同时通过针灸足三里、手三里等穴位,松弛肛门括约肌,减缓腹胀。患者脐部敷药可穿透皮肤直达病灶,帮助通气^[5]。

通过深入分析妇产科腹胀原因,针对性采取中医护理,可有效缓解腹胀,确保患者在最短时间内得到康复。观察组患者肠鸣音恢复正常时间以及肛门排气时间均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示,对患者进行中医护理可显著减轻患者腹胀,缩短康复时间。同时观察组患者护理满意度优于对照组,且差异有统计学意义($P < 0.05$)。可知,此种护理方式得到患者广泛认可,有临床推广价值。

综合分析,对妇产科患者进行中医护理可缩短肛门排气时间和肠鸣音正常时间,护理方式受到患者好评,有临床推广价值。

参考文献

- [1]饶其荣.中医护理对妇产科患者术后腹胀的影响分析[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(14):141-142.
- [2]胡艳,朱燕妮,王君.中医护理配合中频电疗防治妇科腹腔镜术后腹胀的效果观察[J].中西医结合护理(中英文),2017,3(8):80-83.
- [3]李泗枝.妇产科腹腔镜手术患者术后早期护理干预的效果观察[J].包头医学,2017,41(1):33-34.
- [4]王萍华.妇科腹部手术后腹胀的中西医结合治疗与护理[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(16):118-120.
- [5]吴丹.子宫切除手术患者中医情志护理的应用效果分析[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(15):104-106.

(本文编辑:张文娟 本文校对:柯水英 收稿日期:2018-08-08)

中西医结合护理对产后缺乳的护理效果观察

刘 嫣

(江西省黎川县中医院妇产科, 江西 黎川 344600)

摘要:目的 探讨中西医结合护理干预在产后缺乳中的护理效果。方法 选取黎川县中医院2016年2月—2018年2月收治的80例产后缺乳患者作为研究对象,按照平行对照法将其分为观察组与参考组,各40例。参考组接受常规西医护理,观察组在其基础上联合中医护理干预,观察2组产妇产后不同时间泌乳情况、产后焦虑自评量表(SAS)评分及乳房胀痛发生情况。结果 观察组产后24 h、48 h、72 h泌乳率显著高于参考组($P<0.05$),观察组泌乳量明显多于参考组,患者产后72 h SAS评分明显低于参考组($P<0.05$);观察组乳房胀痛、高烧等发生率明显低于参考组($P>0.05$)。结论 中西医结合护理干预有助于促进产后母乳分泌,减少缺乳及乳房胀痛等发生。

关键词: 中西医结合护理; 缺乳; 泌乳; 初产妇

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.065

文章编号:1672-2779(2018)-23-0149-02

Observation on Nursing Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Intervention on Postpartum Hypogalactia

LIU Yan

(Department of Gynecology and Obstetrics, Lichuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi Province, Lichuan 344600, China)

Abstract: **Objective** To explore the nursing effect of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing intervention on postpartum lactation. **Methods** 80 cases of postpartum lactation in our hospital from February 2016 to February 2018 were selected as the research object and divided into the observation group and the reference group according to the parallel control method, each of which were 40 cases. The observation group received routine western medicine nursing, and the observation group combined with traditional Chinese medicine nursing intervention on the basis of the observation group, and observed the lactation of the two groups at different time, the self rating Anxiety Scale (SAS) and the occurrence of breast distention. **Results** The lactating rate of 24h, 48h and 72h in the observation group was significantly higher than that of the reference group ($P<0.05$). The lactating amount in the observation group was significantly more than that of the reference group. The postpartum 72hSAS score was significantly lower than that of the reference group ($P<0.05$), and the incidence of breast distention and high fever in the observation group was significantly lower than that of the reference group ($P>0.05$). **Conclusion** Integrated traditional Chinese and Western medicine nursing intervention can promote the secretion of postpartum milk, reduce the incidence of lactation and breast distention.

Keywords: integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; hypogalactia; lactation; primipara

产后缺乳是指产妇分娩后,哺乳过程中不分泌乳汁或乳汁分泌不足,无法满足婴儿生长发育的需求。导致产后缺乳的原因较多,主要有分娩方式、产妇营养状况、情绪及体力等^[1]。世界卫生组织提倡、推广产后母乳喂养,以满足婴儿生长所需物质。然而近年来,随着女性生活压力增加、高龄产妇增多等多因素影响,产妇产后缺乳发生率相对较高,婴儿出生后无法及时吸取母乳营养,为应对这一情况,我院在40例初产妇分娩后配合中西医护理干预,结果显示缺乳发生率明显下降,现将具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年2月—2018年2月在我院分娩的80例初产妇作为研究对象,均为单胎,无妊娠期并发症。按照平行对照法将其分为观察组与参考组,各40例。观察组年龄22~40岁,平均(30.19±3.33)岁;孕周38~42周,平均(39.89±2.01)周;其中自然分娩22例,剖宫产18例。参考组年龄21~41岁,平均(30.21±3.29)岁;孕周38~42周,平均(39.76±2.55)

周,其中自然分娩21例,剖宫产19例。2组产妇临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),可比较。

1.2 护理方法 2组产妇均接受产科分娩前、分娩后常规护理干预,观察组接受中西医护理干预,具体措施如下。

1.2.1 健康教育 产妇及家属进入医院后,首先恭喜产妇即将做妈妈,将母乳喂养的好处、措施等告知;初产妇由于初为人母,因此普遍会担忧泌乳不足、不会哺乳等问题,严重影响产后早期泌乳质量,因此责任护士要引导产妇放平心态,开展多形式的产前教育,如示范喂奶姿势、放录像以及乳房护理等。

1.2.2 中医护理干预 产后早期按摩乳房穴位有助于促进乳汁分泌。产后24 h,体内催乳素尚未达到高峰,乳汁分泌相对较少,通过按摩乳房穴位,能够刺激感觉冲动传导至大脑底部腺垂体,促进催乳素产生,并引起射乳反射,提前分泌乳汁。依照产妇体质分型按摩相应穴位,气血虚弱者,可按摩乳根、膻中、足三里、少泽、乳中;肝郁气滞型可取膻中、内关、乳根、中府、少泽、周荣等穴位。按摩力度以产妇感觉酸胀为

宜,按摩时间15~30 min,每天2~3次。耳穴埋豆,产后第1天,可取耳穴胸、内分泌及乳腺,耳穴埋豆并按摩,力度以产妇有酸胀感为宜,3~5 min/次。

1.2.3 中医饮食护理 根据产妇分娩方式在不同时间进食,饮食首先以小米、面汤等为主,之后逐渐向软饭、面食等过度。气血虚弱者可食用母鸡、乳鸽、猪蹄、鳝鱼汤,可在汤内加入当归、党参、黄芪、木通等慢炖,1~2次/天;肝郁气滞产妇,可食用乌鸡、羊心、红糖、蜂蜜等,加柴胡、当归、通草、王不留行籽慢炖,1~2次/天。

1.2.4 心理护理 分娩后,产妇体内孕激素、雌激素短时间内快速流失,产妇可出现焦躁不安情绪,而产后疼痛、长期卧床及禁食等可增加焦虑情绪,因此医护人员在分娩后,多与产妇交流,赞扬产妇作为母亲的伟大,分享育婴经验,使产妇感受到新生命带来的喜悦;告知家属关爱产妇,抚慰其心灵,消除其焦虑。新生儿娩出后30 min内,脐带处理后,将其放在产妇胸前,持续25 min左右的吸允,不仅能够促进乳汁分泌,同时有助于愉悦产妇心情,增进母子亲密感。

1.3 观察指标 (1) 观察2组产妇产后24 h、48 h、72 h内泌乳率、泌乳量;(2) 分娩后72 h,采用焦虑自评量表(SAS)评分评价患者焦虑程度^[2],评价患者情绪变化,SAS>50分表明有焦虑情绪,分数越高则不良情绪越严重;(3) 记录2组产妇产后乳房胀痛、高烧等相关症状发生情况。

1.4 统计学方法 用SPSS 20.0软件分析数据,计量资料($\bar{x} \pm s$)符合正态分布,以 t 检验分析对比;计数资料以 χ^2 检验分析对比。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组产妇产后泌乳率比较 观察组产妇产后24 h、48 h、72 h内泌乳率发生率明显大于参考组($P<0.05$),具体见表1。

表1 2组产妇产后泌乳率比较 [例(%)]

组别	例数	24 h	48 h	72 h
观察组	40	21(52.5)	38(95.0)	40(100.0)
参考组	40	12(30.0)	20(50.0)	31(77.5)

2.2 2组产妇母乳量比较 观察组产妇产后24 h、48 h、72 h内泌乳量均明显大于参考组($P<0.05$),具体见表2。

表2 2组产妇产后泌乳率比较 ($\bar{x} \pm s$, mL)

组别	例数	24 h	48 h	72 h
观察组	40	251.39 $\pm$ 21.08	298.69 $\pm$ 21.17	426.85 $\pm$ 30.09
参考组	40	188.70 $\pm$ 22.03	254.64 $\pm$ 21.58	373.29 $\pm$ 31.58

2.3 2组产妇产后72 h SAS评分比较 观察组产妇产后72 h SAS评分为(49.68 $\pm$ 2.69)分,参考组产妇产后72 h SAS评分为(52.28 $\pm$ 2.77)分,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.4 2组产妇相关症状发生情况比较 观察组产妇产后未见乳房胀痛、高烧产妇,参考组产妇产后8例乳房胀痛、2例高烧,相关症状发生率为25%,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

母乳为新生儿最佳天然营养品,不仅能够满足新生儿生长发育所需的营养成分,同时母乳内的免疫因子有助于提高婴儿的抵抗能力及智力^[3],因此世界卫生组织、医疗机构大力推进母乳喂养。然而近年来随着新生儿体重增加、剖宫产率升高,部分产妇受疼痛影响,自觉无奶或奶量少,甚至放弃哺乳,因此积极干预、纠正产后缺乳有着重要的临床意义。本次研究中,观察组在常规西医护理的基础上配合中医护理干预,通过穴位按摩、耳穴埋豆、加强饮食等方法促进乳汁分泌。《胎产心法》记载“产妇冲任血旺、脾胃气旺则乳足”,通过穴位按摩能够疏通经气、补虚弱、调气血;配合猪蹄、乌鸡、乳鸽等食物,能够补气养血、通乳,尤其适合产后气血虚弱的缺乳女性。本次研究结果显示,观察组产妇24 h、48 h、72 h内泌乳率、泌乳量显著优于参考组($P<0.05$),证明中西医结合护理干预有助于预防产后缺乳,增加泌乳量。观察组产妇产后72 h SAS评分、相关症状发生率明显低于参考组($P<0.05$),分析认为与产妇正常泌乳后,焦虑情绪减轻有关。

总之,中西医结合护理干预有助于提高产后泌乳量,提高母乳喂养成功率,减轻产妇焦虑情绪,对母婴具有积极意义。

参考文献

- [1]朱新丽,顾春怡,陶花,等.生育政策调整初期正常初产孕妇预期分娩方式及相关因素分析[J].中华护理杂志,2016,51(9):1044-1048.
- [2]金正琴.导乐分娩联合体位管理应用于分娩镇痛的临床疗效与安全性探讨[J].重庆医学,2016,45(28):3997-3999.
- [3]李贺莉.母乳成分对纯母乳喂养婴幼儿早期生长发育速率的影响[J].河北医学,2016,22(4):697-699.

(本文编辑:张文娟 本文校对:付秀兰 收稿日期:2018-08-21)

张仲景应用苦杏仁情况

张仲景应用含苦杏仁汤文共计19方。

剂量:最大剂量为半升(苓甘五味姜辛半夏加杏仁汤:茯苓四两,甘草三两,五味半升,干姜三两,细辛三两,半夏半升,杏仁半升),小剂量为10个,最小剂量为一分(矾石丸:矾石三分、杏仁一分)。多数经方用量为20~70个(茯苓杏仁甘草汤:茯苓三两、杏仁五十个、甘草一两)。

炮制:仲景所用苦杏仁,其药后均角注“去皮尖”。亦有角注“炒”“熬”“研作脂”“炒黑”“去皮熬黑”等。

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

针药诱导骨髓间充质干细胞分化的研究进展[※]

符梦彬 陈恒伟 张玉溪 魏江艳 黎小侨 张敏 赵晶 刘英莲 孙翌*

(海南医学院中医学院, 海南 海口 570100)

摘要: 通过研究近年来国内针刺及中药或其提取物诱导骨髓间充质干细胞(BMSCs)定向分化的最新进展。有大量研究表明针刺及中药或其提取物将BMSCs定向分化为成骨细胞、软骨细胞、心肌细胞、神经元样细胞等,这既为损伤组织器官的修复提供了可能性,还有利于进一步研究针刺和中药的作用和发生机制。

关键词: 针刺; 中医药疗法; 骨髓间充质干细胞; 分化

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.066

文章编号:1672-2779(2018)-23-0151-04

Research Progress on Differentiation of Bone Marrow Mesenchymal Stem Cells Induced by Acupuncture and Chinese Medicine

FU Mengbin, CHEN Hengwei, ZHANG Yuxi, WEI Jiangyan, LI Xiaoqiao, ZHANG Min, ZHAO Jing, LIU Yinglian, SUN Zhao

(College of Traditional Chinese Medicine, Hainan Medical University, Hainan Province, Haikou 571101, China)

Abstract: This review summarizes the recent progress in the recent research on the directional differentiation of bone marrow mesenchymal stem cells (BMSCs) induced by acupuncture and traditional Chinese medicine or their extracts. A large number of studies have shown that acupuncture and Chinese medicine or its extract will be BMSCs directional differentiation into osteoblasts, chondrocytes, cardiomyocytes, neuron-like cells, This not only provides a possibility for the repair of damaged tissues and organs, but also helps to further study the function and mechanism of acupuncture and Chinese medicine.

Keywords: acupuncture; therapy of traditional Chinese medicine; bone marrow mesenchymal stem cells; differentiation

骨髓间充质干细胞(bone mesenchymal stem cells, BMSCs)是一种来源于骨髓的具有多向分化潜能的原始细胞,近年来成为研究的热点。在一定条件下BMSCs能分化成为软骨细胞,神经元样细胞,成骨细胞,心肌细胞等,且具有来源充足,取材方便,使用安全等特点^[1]。许多研究表明针刺和中药可能影响BMSCs的分化方向,本文通过分析文献着重对针刺和中药诱导骨髓间充质干细胞分化的研究进行综述。

1 针药诱导BMSCs分化为软骨细胞

创伤和骨关节炎常常导致关节软骨的退变,关节软骨缺乏血管和神经,自身修复能力有限。研究发现在特定的条件下,能够诱导BMSCs分化为软骨细胞^[2]。软骨主要有胶原纤维和蛋白聚糖构成,而软骨细胞的主要功能是分泌胶原蛋白的酸性黏多糖^[3],其中Ⅱ型胶原占大部分,它和糖胺聚糖是软骨细胞的特征性标志^[4]。

周信^[5]采用针药结合诱导大鼠BMSCs向软骨细胞分化,通过分组实验发现,针刺血清配合复方丹参注射液能有效促进BMSCs增殖和诱导其向软骨细胞分化,但是单独使用针刺血清并没有这种作用。电针治疗兔

膝关节炎可见软骨层增厚,细胞重排,延长治疗时间可促使软骨修复^[6]。

张清林等^[7]用TGF- β 1、BMP-2联合诱导BMSCs向软骨细胞分化,细胞由长梭形变为多角形,分泌糖胺聚糖,有Ⅱ型胶原表达,说明该2种细胞因子均可单独诱导BMSCs向软骨细胞分化。黄荷等^[8]采用淫羊藿甙体外诱导因骨关节炎行全髋关节置换手术的病人骨髓向软骨细胞分化,糖胺聚糖含量丰富,Ⅱ型胶原含量多,淫羊藿甙可诱导hMSCs向软骨细胞分化。马笃军等^[9]则是用牛膝醇提物体外诱导兔BMSCs向软骨细胞分化,Ⅱ型胶原荧光染色阳性明显。牛膝性味平和,适于各种体质患者,适于长期服用;有明显的引经作用,适于软骨损伤的高发部位——膝关节;能标本兼顾,适于OA的各种类型;能同时治疗多种中老年人常见病,适于OA的高发人群;药物来源广、价格低廉。汤治黎等^[10]将大鼠BMSCs加入高糖DMEM培养液(含0.5%的复方丹参注射液、10%胎牛血清)诱导其向软骨细胞分化,各组Ⅱ型胶原的阳性率呈弱阳性,表明丹参对大鼠BMSCs具有定向诱导作用和辅助改善作用。修忠标等^[11]以鹿茸多肽体外诱导第3代兔BMSCs向软骨表型分化,糖胺多糖含量及Ⅱ型胶原mRNA表达随培养时间延长而增多,表明鹿茸多肽对BMSCs定向软骨分化有明显促进作用。

2 针药诱导BMSCs分化为心肌细胞

目前,心脏疾病发病率呈逐年上升趋势,严重威

※ 基金项目:国家自然科学基金【No.81560796】;海南省自然科学基金【No.Hnzzr2014-17】;海南医学院大学生创新创业训练计划项目【No.HYCX2015049】

* 通讯作者:msswzssz@163.com

胁人类的生命健康,围绕心血管疾病防治机制及相关药物的研究越来越深入,体外培养心肌细胞既能保持原有结构及功能特点,又能排除神经-体液等因素影响,是一种较为理想的体外试验方法^[12]。心肌细胞呈短圆柱形,有分支,细胞核位于细胞中央,一般只有一个。检测到有肌管的形成并表现出收缩特性;有窦房结样和纤维细胞生长因子(bFGF),心肌特异性蛋白T(cTnT)、连接蛋白(Connexin43)和 α -肌动蛋白等心肌细胞特殊的表达标志,才能证实BMSCs向心肌细胞的分化^[13]。

针刺手厥阴心包经对PKC表达、钙超载均有抑制作用,而且通过心脑血管液预处理、针刺后处理可减轻缺血再灌注大鼠心肌细胞凋亡,能够降低再灌注损伤程度,对心肌有良好的保护作用^[14-16]。李记泉等^[17]证实了针刺手厥阴心包经内关穴保护缺血心肌具有循经特异性,内关穴和列缺穴可逆转KChIP2 mRNA表达的下调,但内关穴较列缺穴疗效显著。电针内关穴还可以使失血性低血压大鼠血压显著升高、心肌细胞PKA含量发生明显变化^[18]。

黄芪是用于防治心脑血管疾病的传统中药,黄芪甲苷是从黄芪中分离提纯的一种皂苷,具有良好的强心作用,对缺血心肌细胞具有保护作用,能有效保护缺氧的心肌细胞,降低损伤程度,且对心肌肥大具有抑制作用。近年来不乏学者研究黄芪诱导BMSCs成为心肌细胞。赵静苗等^[19]和洗绍祥等^[20]皆采用黄芪甲苷体外诱导BMSCs成为心肌细胞,诱导后细胞呈梭形,并出现肌管;BMSCs表面抗原CD44表达阳性, BMSCs不仅表达心肌特异性蛋白Desmin和cTnI,而且表达成熟的心肌特异性蛋白 α -MHC和 β -MHC。宋雪云等^[21]在黄芪甲苷的基础上联合丹参酮IIa诱导BMSCs向心肌样细胞分化。各组均表达肌钙蛋白T,尤其丹参酮IIa和黄芪甲苷联合组高于单一药物组,说明两者联合诱导效果优于单一成分,体现了中药配伍多因多效多靶点的效应。除黄芪外,还有王新华等^[22]用地黄低聚糖诱导BMSCs向心肌样细胞分化,地黄低聚糖诱导后BMSCs细胞裂解液中cTnI、CK和CK-MB水平升高,与5-氮胞苷联合应用后其诱导BMSCs内心肌特异性物质表达的作用较单药更强。张金生等^[23]在体外模拟心肌微环境的条件下使用益气活血化瘀方药诱导BMSCs向心肌样细胞分化,实验结果表明活血化瘀法与益气活血法、益气法均有促进BMSCs中的CD105阳性细胞分裂并向心肌样细胞分化的作用,其中活血化瘀法效果最为明显。

3 针药诱导BMSCs分化为神经元样细胞

临床上常选用BMSCs作为种子细胞来治疗缺血性脑疾病、帕金森病和脊髓损伤等神经系统疾病。1999年Kopen等^[24]在对MSCs移植给正常新生小鼠的研究表明MSCs具有多向分化的潜能,不但分化为成熟的星形胶

质细胞,而且分化为神经元,对于中枢神经系统疾病如脑缺血具有广阔的治疗前景。BMSCs对损伤脑的环境变化比较敏感,与缺血脑组织共培养的细胞可以产生BDNF、NGF、VEGF、HGF等神经营养因子和血管生长因子, BMSCs能够提高神经营养因子表达也有可能是缺血脑卒中功能恢复的关键趋势。

针刺在促进诱导神经元细胞的修复与再生已有一定的研究基础,对内源性NSC的增殖活化,并定向分化形成新生的神经元。如“醒脑开窍”针法^[25]可促进脑梗死神经功能恢复,通过诱导保护性基因表达,增强相关生长蛋白表达,促进神经网络重建发挥促神经元重塑作用。针刺能促进骨髓间充质干细胞迁移和分化。涂江义等^[26]利用电针刺激对外源性骨髓间充质干细胞在脑出血大鼠脑内分化的研究表明在同一时间点电针组与单纯BMSCs组相比, NF-200与GFAP阳性细胞的阳性细胞率显著上升。督脉电针和神经干细胞移植联合应用使受损伤脊髓组织产生神经生长活性物质^[27]。

近年来国内学者做了许多中药及复方诱导BMSCs向神经元样细胞分化的实验研究,并取得了可喜的结果。王新生等^[28]和曹慧等^[29]皆采用不同浓度的黄芪注射液分组诱导BMSCs,免疫细胞学显示NSE、NF均呈阳性, NSE基因表达明显升高。黄芪首先诱导BMSCs向神经干细胞分化,然后促进其向神经元或神经胶质细胞的非特异性分化,并促进已分化的细胞进一步成熟、老化。侯阳等^[30]运用黄芪多糖为诱导剂, BMSCs出现形态学变化, Tuj1阳性表达,逐步形成典型的神经元样细胞。且实验中表明应用化学诱导剂存在细胞只能短期存活的问题。常宏等^[31]证实丹参注射液在体外可将大鼠骨髓间充质干细胞诱导分化为神经元样细胞,免疫细胞学显示巢蛋白、NSE、NF-M表达阳性。胡琳燕等^[32]在此基础上研究发现细胞在高钾刺激下细胞内钙流增加,细胞突触发生胞吞胞吐,具有正常的突触循环功能。杜红阳等^[33]使用地黄多糖诱导30分钟后即可出现神经元样细胞,表现为细胞胞质收缩,有突起长出,神经样细胞神经标志物nestin, NSE, GFAP均有表达,且高于其他组。红景天苷可通过抑制 Ca^{2+}/CaM 信号通路或者激活ERK1/2和PI3K/mTOR信号通路,促进BMSCs向神经样细胞定向分化^[34-35]。

4 针药诱导BMSCs分化为成骨细胞

由于各种原因造成的骨缺损的后期修复一直是骨科领域的难题之一。随着细胞生物学和生物材料科学的发展,骨缺损的修复进入了组织工程学修复研究时代^[36]。BMSCs在多种细胞因子和微环境的影响下能产生骨前细胞,然后形成骨原细胞、前成骨细胞、功能性骨形成细胞,最后形成成骨细胞^[37]。成骨细胞是起源于间充质的骨祖细胞,培养细胞的形状不能作为鉴别细胞类型的主要标志,碱性磷酸酶(AKP)是成骨细胞

分化成熟标记酶, AKP染色强阳性是成骨细胞的重要特性之一^[38]。此外, 成骨细胞表型标志如骨钙素、骨桥蛋白、I型胶原和ALB及以体外矿化等功能特征, 可作为成骨细胞鉴定标准^[39]。

去卵巢大鼠针刺后血清能从基因水平影响成骨细胞OPG, RANKL的表达, 具有促进破骨细胞凋亡、抑制破骨细胞骨吸收功能的作用, 从而治疗绝经后骨质疏松症^[40-41]。电针刺激“百会穴”可以在骨折的各个时期促进骨折愈合, 加速骨折部位神经修复; 持续电针刺激不仅可使破骨细胞、成骨细胞、成纤维细胞、软骨细胞增多, 还可使骨痂生成时间提前、体积增大, 促进骨折愈合^[42]。

杜仲是中国名贵滋补中药, 主入肝、肾经, 具有补益肝肾、强筋壮骨、防止肌肉骨骼老化等功效。朱丽华等^[43]应用醇提、沉淀、层析和色谱方法初步分离了杜仲诱导BMSCs成骨分化的有效成分, 高效液相色谱仪获得的其中2个组具有显著刺激BMSCs成骨分化标志基因碱性磷酸酶表达的作用, 但2个组分还不能确定已经为化学单体。张贤等^[44]实验提示杜仲中含有多种复杂成分会导致诱导后形成钙化结节的细胞与成脂分化的细胞共存于同一培养板中, 成骨标志基因碱性磷酸酶和成脂标志基因过氧化酶体增殖物激活受体均上调。陈伟才等^[45]发现杜仲叶提取物能诱导BMSCs分化为成骨细胞, 同时抑制其向脂肪细胞分化, 其中 10^{-4} 、 10^{-5} g/mL的杜仲叶提取物作用明显。曾建春等^[46]实验证实肉苁蓉含血清可诱导BMSCs向成骨细胞分化, 松果菊苷作为肉苁蓉中的一种生物活性成分, 可能是肉苁蓉中发挥诱导BMSCs向成骨细胞分化的有效成分。尉大为等^[47]就这一方向进行探索, 并取得实验结果, 松果菊苷可以促进体外培养的BMSCs向成骨细胞分化, 其作用机制与BMP2、Smad1、Runx2表达增加有关。武密山等^[48]实验结果认为川续断皂苷VI具有促进BMSCs增殖和向成骨细胞分化的能力, 并在基因水平上为筛选促进骨形成的有效药物提供了作用靶点。李树强等^[49]实验结果表明土鳖虫防治激素性股骨头缺血坏死的机制不仅是改善股骨头的微循环, 同时还与其抑制激素诱导下的BMSCs成骨分化减少有关。除单味中药外, 还有许多学者应用方剂进行诱导BMSCs骨向分化。其中, 颜春鲁等^[50]应用补肾方剂加味左归丸可明显促进大鼠BMSCs向成骨细胞分化, 改善骨组织的质量, 促进骨组织再生。

骨髓间充质干细胞连续传代培养和冷冻保存后仍具有多向分化潜能, 可作为理想的种子细胞用于衰老和病变引起的组织器官损伤修复, 特别是对于治疗血液系统、心脑血管、骨缺损、骨折不可自愈等疾病尤为重要。针刺属于较为环保的治疗方法, 对人体基本无影响, 通过疏通经络、行气活血, 达到调理人体机

能的作用。针刺疗法对外科病有较好的治疗作用, 如骨质增生、劳损均有较好的疗效。尤其骨折后出现的强直性关节炎, 通过针灸、中药熏洗, 可达到较好的效果, 且无毒、副作用。但是有关针刺诱导BMSCs分化为软骨细胞和心肌细胞的报道鲜少。中药同样具有价廉、安全性高等多项优点, 通过对天然中药以及其醇提取物、复方诱导BMSCs的定向分化, 可使其作为种子细胞治疗更多疾病, 开拓更为宽广的领域。相信随着对BMSCs的不断深入研究, 针刺和中药诱导BMSCs的多向分化的重要作用将得到更好发展。

参考文献

- [1]马勇,周信,郭杨,等.针刺血清配合复方丹参注射液诱导骨髓间充质干细胞向软骨细胞的分化[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(11):1250-1253.
- [2]陈强,蔡建平,张爱国.中药对骨髓间充质干细胞诱导分化为成软骨细胞的研究进展[J].成都中医药大学学报,2012,35(1):91-94.
- [3]王武榆,张亚,王晓东.诱导兔骨髓间充质干细胞向软骨细胞分化的实验研究[J].实用全科医学,2008,6(5):443-444,551.
- [4]Bosnakovski D,Mizuno M,Kim G, et al. Chondrogenic differentiation of bovine bone marrow mesenchymal stem cells (MSCs) in different hydrogels: influence of collagen type II extracellular matrix on MSC chondrogenesis[J]. Biotechnology and Bioengineering,2006,93(6):1152-1153.
- [5]周信.针药结合诱导骨髓间充质干细胞定向分化为软骨细胞的实验研究[D].南京:南京中医药大学,2011.
- [6]蹇睿,胥方元,李卫平.不同针刺时间对兔骨关节炎软骨细胞 MMP-13 的影响[J].海南医学,2012,23(5):17-19.
- [7]张清林,吕惠成,吴一民.转化生长因子 $\beta 1$ 联合骨形态发生蛋白 2 诱导骨髓间充质干细胞体外向软骨细胞的分化[J].中国组织工程研究与临床康复,2010,14(24):4371-4375.
- [8]黄荷,曾意荣,简林养.淫羊藿甙诱导人骨髓间充质干细胞向软骨细胞分化实验研究[J].新中医,2016,48(1):210-212.
- [9]马笃军,彭力平,王立新,等.牛膝醇提物诱导兔骨髓间充质干细胞软骨定向分化的实验研究[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(2):6-11.
- [10]汤治黎,章汉平,李源,等.丹参注射液诱导大鼠骨髓间充质干细胞分化为成软骨细胞的研究[J].湖北中医杂志,2008,30(6):11-12.
- [11]修忠标,林建华,吴朝阳,等.鹿茸多肽诱导骨髓间充质干细胞体外向软骨表型的分化[J].中国组织工程研究与临床康复,2011,15(19):3563-3566.
- [12]曹亚斌,钟栩.心肌细胞培养研究进展[J].中医临床研究,2016,8(35):145-148.
- [13]潘敏,李玛琳.中药及其提取纯化物对骨髓间充质干细胞诱导分化的研究进展[J].中国中药杂志,2010,35(14):1892-1895.
- [14]田岳凤,王荣,李雷勇,等.针刺手厥阴经穴对缺血再灌注损伤心肌细胞蛋白激酶 C 表达的影响[J].中医杂志,2007,57(8):713-715.
- [15]田岳凤,吴富东,乔海法,等.针刺手厥阴心包经穴对心肌缺血再灌注损伤心肌细胞钙超载的影响[J].针刺研究,2005,30(3):161-163.
- [16]李书霖,林诚祥,李延,等.心脑血管液预处理联合针刺后处理对缺血再灌注大鼠心肌细胞凋亡的影响[J].中医药信息,2011,28(4):99-100.
- [17]李记泉,王巍,孟祥宇,等.循经取穴针刺对心肌缺血大鼠模型心肌细胞瞬时外向钾通道基因表达的影响[J].中华中医药杂志,2015,30(1):78-81.
- [18]张雪莲,郝长宏,甄希成,等.针刺内关穴对失血性低血压大鼠心肌细胞 PKA 表达的影响[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(7):194-195.
- [19]赵静苗,胡继宏,王秋萍.黄芪甲苷诱导大鼠骨髓间充质干细胞向心肌样细胞分化的研究[J].中国全科医学,2017,20(21):2635-2639.
- [20]沈绍祥,杨忠奇,汪朝晖,等.黄芪甲苷体外诱导骨髓间充质干细胞分化为心肌样细胞的实验研究[J].广州中医药大学学报,2007,24(1):37-40.
- [21]宋雪云,龙云,谭超,等.黄芪甲苷联合丹参酮 II a 诱导骨髓间充质干细胞向心肌样细胞分化[J].中国组织工程研究,2013,17(36):6515-6520.
- [22]王新华,王士雯,李洪,等.地黄低聚糖诱导骨髓间充质干细胞向心肌样细胞分化的实验研究[J].解放军医学杂志,2009,34(4):412-414.
- [23]张金生,张宝霞,杜梅梅,等.体外心肌微环境下益气活血化痰方药诱导骨髓间充质干细胞向心肌样细胞分化的研究[J].北京中医药大学学报,2016,39(2):106-112.
- [24]Kopen G C,Prockop D J,Phinney D G,et al. Marrow stromal cells migrate

- throughout forebrain and cerebellum, and they differentiate into astrocytes after injection into neonatal mouse brains[J]. Proc Natl Acad Sci USA, 1999, 96(19): 10711-10716.
- [25] 刘涛, 施畅人. “醒脑开窍”针法治疗缺血性脑卒中的实验研究进展[J]. 天津中医药, 2005, 22(2): 172-173.
- [26] 涂江义, 高小青, 萧洪文, 等. 电针刺激对外源性骨髓间充质干细胞在脑出血大鼠脑内分化的影响[J]. 中国临床解剖学杂志, 2011, 29(4): 66-69.
- [27] 曾园山, 丁英, 李文杰, 等. 督脉电针与神经干细胞或骨髓间充质干细胞移植联合治疗新策略在脊髓损伤修复中的应用基础研究[C]. 第三届世界中西医结合大会论文摘要集, 2007.
- [28] 王新生, 崔慧先, 李志鹏, 等. 黄芩诱导大鼠骨髓间充质干细胞向神经样细胞分化的实验研究[J]. 中国老年学杂志, 2008, 28(11): 1067-1069.
- [29] 曹慧, 仲晶飞, 陈中华, 等. 黄芩诱导大鼠骨髓间充质干细胞神经样分化有效组分的研究[J]. 南通大学学报(医学版), 2012, 32(2): 89-92, 95.
- [30] 侯阳, 李福智, 左中夫, 等. 黄芩多糖诱导大鼠骨髓间充质干细胞向神经样细胞分化[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(10): 2760-2762.
- [31] 常宏, 蒋绍艳, 史玉朋, 等. 丹参注射液诱导大鼠骨髓间充质干细胞分化为神经样细胞的研究[J]. 中国药房, 2008, 19(30): 2323-2326.
- [32] 胡琳燕, 余加林, 李芳, 等. 丹参诱导骨髓间充质干细胞分化为神经样细胞的突触功能研究[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(2): 144-147.
- [33] 杜红阳, 付海燕, 包翠芬, 等. 地黄多糖对大鼠骨髓间充质干细胞向神经样细胞诱导分化作用的研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(6): 133-137.
- [34] 赵玲, 赵红斌, 潘茜, 等. 红景天苷诱导骨髓间充质干细胞向神经样细胞分化中的 Ca^{2+}/CaM 信号通路[J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(37): 6019-6023.
- [35] 陈亚男, 刘辉, 赵红斌, 等. 红景天苷诱导骨髓间充质干细胞向神经细胞定向分化的机制研究[J]. 药理学报, 2013, 48(8): 1247-1252.
- [36] 谢兴文, 徐世红, 李宁. 中药单味或单体诱导骨髓间充质干细胞向成骨细胞分化研究概况[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2010, 18(10): 65-67.
- [37] 李宁, 李应福, 谢兴文, 等. 中药诱导骨髓间充质干细胞的定向分化: 研究与进展[J]. 中国组织工程研究, 2016, 20(1): 135-139.
- [38] 胡静, 郑洪新. 改良成骨细胞体外培养和鉴定方法[J]. 中国老年学杂志, 2006, 26(1): 76-78.
- [39] 吕玉明, 程立明, 裴国献, 等. 骨髓间充质干细胞向成骨细胞诱导分化的实验研究[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(9): 1401-1404.
- [40] 王亚军, 浪万英, 宋亚文, 等. 针刺血清对成骨细胞 OPG、RANKL mRNA 表达的影响[J]. 中国骨质疏松杂志, 2017, 23(10): 1334-1339.
- [41] 赵英侠, 秦逸人, 王静. 针刺后血清对培养成骨细胞与破骨细胞生长及其功能的影响[J]. 中国组织化学与细胞化学杂志, 2009, 18(4): 498-498.
- [42] 徐澄. 电针“百会穴”对大鼠胫骨骨折愈合的影响[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2014.
- [43] 朱丽华, 张贤, 张艳红, 等. 杜仲诱导骨髓间充质干细胞成骨分化的有效部位[J]. 中国组织工程研究, 2012, 16(36): 6758-6761.
- [44] 张贤, 朱丽华, 钱晓伟, 等. 杜仲醇提取物诱导骨髓间充质干细胞成骨分化中的 Wnt 信号途径[J]. 中国组织工程研究, 2012, 16(45): 8520-8523.
- [45] 陈伟才, 罗军. 杜仲叶提取物诱导羊骨髓间充质干细胞成骨及抑制其成脂肪分化[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2009, 13(10): 1960-1964.
- [46] 曾建春, 樊粤光, 刘建仁, 等. 肉苁蓉含药血清诱导骨髓间充质干细胞向成骨细胞分化的实验研究[J]. 中国骨伤, 2010, 23(8): 606-608.
- [47] 尉大为, 葛铎雨, 刘奕含, 等. 松果菊苷诱导骨髓间充质干细胞向成骨细胞分化的研究[J]. 中药药理与临床, 2017, 33(2): 48-52.
- [48] 武密山, 赵素芝, 任立中, 等. 川续断皂苷 VI 诱导大鼠骨髓间充质干细胞向成骨细胞方向分化的研究[J]. 中国药理学通报, 2012, 28(2): 222-226.
- [49] 李树强, 于涛, 齐振熙. 土鳖虫对激素诱导骨髓间充质干细胞成骨分化的影响[J]. 中国骨伤, 2010, 23(12): 921-924.
- [50] 颜春鲁, 李盛华, 周明旺, 等. 加味左归丸诱导骨髓间充质干细胞骨向分化的实验研究[J]. 中国骨质疏松杂志, 2014, 20(10): 1154-1158.

(本文编辑: 张文娟 本文校对: 周夏芝 收稿日期: 2018-08-21)

芍药汤的临床应用及实验研究进展[※]

万明民 杜悦 陈纯苇 苏生勤 张家贤 闫昕*

(华北理工大学中医学院, 河北 唐山 063210)

摘要: 芍药汤清热燥湿, 调气和血, 本为治疗泄痢的要药。现代临床多用于治疗溃疡性结肠炎、慢性阑尾炎、慢性附件炎、痔疮、放射性直肠炎等, 其方药加减扩大了芍药汤的临床应用价值和意义, 辨证用之均能取得理想疗效。本文对芍药汤临床应用及作用机理作一综述, 旨在为此经方应用研究提供参考。

关键词: 芍药汤; 临床应用; 实验研究; 综述

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.067

文章编号: 1672-2779(2018)-23-0154-04

The Clinical Application and Experimental Research Progress of Shaoyao Decoction

WAN Mingmin, DU Yue, CHEN Chunwei, SU Shengqin, ZHANG Jiaxian, YAN Xin *

(College of Traditional Chinese Medicine, North China Polytechnic University, Hebei Province, Tangshan 063210, China)

Abstract: Shaoyao decoction which has the function of clearing away heat and eliminating dampness, regulating qi and blood is the crucial decoction for treating diarrhea and dysentery previously. While in modern clinical it has been mostly used in treating ulcerative colitis, chronic appendicitis, chronic annexitis, hemorrhoids, radiation proctitis, etc. The addition and reduction of Peony soup expanded the clinical application value and significance of it, and always get curative effect when the treatment base on syndrome differentiation. In this paper the clinical application and mechanism of action of Peony soup are reviewed, which is intended to provide reference for the study of clinical application research of it.

Keywords: Shaoyao decoction; clinical application; experimental research; review

芍药汤出自《素问病机气宜保命集》:“芍药汤, 下血调气。经曰, 溲而便脓血, 气行而血行, 行血则

便脓自愈, 调气则后重自除。”由芍药、当归、黄连、槟榔、木香、炙甘草、大黄、黄芩、肉桂组成, 能清热燥湿, 调气和血, 主治湿热痢疾, 临床表现为腹痛腹泻、便脓血、里急后重、肛门灼热、小便短赤、舌苔黄腻, 脉弦数。由于此方药物组成精妙, 各个医家对芍药汤进行加减, 灵活运用于肠道疾病如西医溃疡

※ 基金项目: 国家自然科学基金青年基金项目[No.81704059]; 河北省中医药管理局科研计划项目[No.2015161]; 华北理工大学大学生创新创业训练计划项目[No.X2017016]

* 通讯作者: tsyanxin2198@163.com



性结肠炎 (ulcerative colitis, UC)、细菌性痢疾 (bacterial dysentery, BD)、慢性阑尾炎、慢性痔瘘等, 疗效显著。

1 芍药汤方药分析

1.1 芍药汤方解 芍药汤为治痢经方, 对其方解各家多有论述。《杏园》中记载: “本方以芩、连之苦寒以清湿热; 木香、槟榔之辛温以行滞气; 白芍归尾活血养血; 大黄下湿热之郁积; 桂心调和营卫; 甘草缓中和药。”《成方便读》曰: “此方用大黄之荡涤邪滞; 木香、槟榔之理气; 当归、肉桂之行血; 病多因湿热而起, 故用芩、连之苦寒, 以燥湿清热; 用芍药、甘草者, 缓其急而和脾。”在十三五规划教材《方剂学》中阐述此方以黄芩、黄连为其君药, 二药性味苦寒, 入大肠经, 擅清热燥湿解毒, 来除根本病因; 重用白芍来养血和营, 缓急止痛, 配以当归养血活血, 体现了“行气则便脓自愈”之义, 而且也可兼顾湿热邪毒熏灼肠络, 耗伤气血之虑; 木香、槟榔能够行气导滞, 体现“调气则后重自除”, 四药相调, 调和气血, 共为臣药。大黄苦寒沉降, 合黄芩、黄连清热燥湿功能显著, 合当归、芍药活血行气之力更加彰显, 其具有泻下通腑之功, 可导湿热积滞从大便而去, 此是“通因通用”之法; 加入少量温热的肉桂, 即可助归、芍行气和营, 又能制约黄芩、黄连的苦寒之性, 共为佐药。炙甘草调和诸药, 与芍药相配, 可缓急止痛, 用为佐使。诸药合用, 祛湿清热, 气血调和, 故下痢可愈。此方配伍的特点: 苦燥为主, 辅以甘柔, 佐温于寒, 气血同调, 通因通用。

1.2 芍药汤中单味药作用论述 肉桂, 性甘、温, 归肾、脾、心、肝经, 具有温补肾阳, 散寒止痛, 引火归元的功效。早在明代《本草纲目》中就有记载, 肉桂“治寒痹风暗, 阴盛失血, 泄痢”;《药性论》云: 桂“主治九种心痛……主下痢。”杨君兴^[1]谈及肉桂在治疗湿热痢疾时的作用: (1) 能畅营卫, 调气血。湿热痢疾乃是湿热之邪壅滞于肠, 与气血搏结, 肠道传导失司, 脉络受损, 气血壅滞, 化为脓血。肉桂色赤, 能入血分, 行气调血。《别录》云: 桂“通血脉”;《药性类明》亦言桂“能……使气血并行, 气调脉通, 血液畅行。”(2) 此方中芍药酸寒, 黄芩、黄连、大黄苦寒, 加辛热之肉桂为反佐, 相反相成, 寒热并用, 清体内邪热, 但不伤正, 且大黄得肉桂, 行血之力更加显著。(3) 现代药理学认为肉桂中含有“桂皮油”, 其对痢疾杆菌有抑制的功能, 能刺激胃肠道, 促进消化吸收功能, 缓解疼痛。

陈汝炎等^[2]进行芍药汤中配伍槟榔的实验研究发现槟榔导滞行气, 更主要的是能增强清热解毒作用。药理学研究证实, 槟榔有驱虫作用, 而且具有抗真菌和病毒作用。其主要成分槟榔碱直接作用于M-胆碱受体的拟胆碱药, 能增加胃肠运动等。

1.3 关于芍药汤君药的三种不同观点 (1) 认为黄芩、黄连为君^[3-5]。方中黄连用量为半两, 黄芩用量为三钱, 两者性味苦寒, 入大肠经, 能清热燥湿, 泻火解毒以除致病之因。(2) 认为芍药为君^[6-7]。方中芍药用量为一两, 性寒味酸, 以泄肝火, 敛阴气和营卫故以为君。(3) 认为芍药和甘草共为君药^[8-9]。方中芍药一两, 甘草二钱, 甘草性平、味甘归心、肺、脾、胃经, 功效补脾益气、清热解毒、缓急止痛、调和诸药, 故痢疾腹痛, 当以白芍、甘草为君, 当归、白术为佐, 见血先后, 分三焦热。

2 芍药汤的临床应用研究

现代临床芍药汤常用于治疗溃疡性结肠炎 (UC)、细菌性痢疾 (BD)、慢性阑尾炎、慢性附件炎、痔疮、放射性直肠炎、肠道肿瘤等。陈晓杨^[10]对门诊36例UC患者应用芍药汤治疗, 以4周为1个疗程, 连续治疗2个疗程, 结果显示痊愈27例, 显效7例, 无效2例, 总有效率为94.44%。肖毅^[11]用芍药汤与痛泻要方联合治疗UC, 药用: 炒白术, 白芍, 木香, 黄芩, 枳壳, 陈皮, 炒莱菔子, 柴胡, 地榆, 防风, 槐花, 甘草, 白头翁, 黄连。若患者食滞, 则将甘草换为山楂; 若患者便血赤多, 则加黄柏; 若患者泻下赤冻, 则加牡丹皮。对照组口服柳氮磺胺吡啶 (SASP) 0.5 g/次, 3次/d, 地塞米松5 mg、2%甲硝唑100 mL灌肠治疗, 总有效率中药治疗组为94.3%, 对照组为74.3%, 2组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。梁志明等^[12]将68例UC患者随机分为2组, 治疗组以芍药汤灌肠, 对照组采用西药SASP配成悬混液灌肠, 结果显示芍药汤保留灌肠治疗UC症状改善快, 疗效明显。

张大鸿等^[13]将60例BD患者随机分2组, 中药组给予白头翁合芍药汤加减治疗, 证属湿热壅滞, 热毒壅盛, 熏灼肠道, 气血壅滞, 治以清热解毒, 调气和血, 凉血止痢, 药用: 白头翁, 黄连, 黄柏, 秦皮, 芍药, 当归, 木香, 槟榔, 大黄, 甘草, 肉桂; 证属疫邪热毒, 壅盛肠道, 燔灼气血, 治以清热解毒, 凉血开窍, 药用: 白头翁, 黄连, 黄柏, 秦皮, 石膏, 芍药, 当归, 木香, 槟榔, 大黄, 甘草, 金银花, 牡丹皮, 玄参, 生地黄, 钩藤, 羚羊角。西药给予常规治疗, 结果显示中药组总有效率为96.7%, 西药组86.7%, 2组比

较差异有统计学意义($P<0.05$)。周莉^[14]应用芍药汤加減(芍药、黄芩、黄连、当归、甘草、木香、槟榔、大黄、肉桂、白头翁、黄柏、地榆、山楂、陈皮、枳实、神曲)治疗BD患者65例,治愈60例,好转4例,无效1例,总有效率98.5%。张俊利^[15]观察芍药汤加減(芍药、当归、黄连、槟榔、木香、大黄、黄芩、肉桂、白头翁、党参、建曲)结合西医常规治疗(消化道隔离的基础上选用敏感抗生素口服和静点)治疗急性BD 32例,结果治疗组总有效率为96.9%,优于对照组78.8%。迟丹^[16]用芍药汤加減(芍药、当归、黄连、黄芩、槟榔、木香、葛根、肉桂、炙甘草)治疗BD,治疗组总有效率为89.5%,明显高于对照组的71.4%。李长英^[17]临床观察180例UC患者,随机分为2组,对照组应用美沙拉嗪,中药治疗组口服芍药汤,结果显示芍药汤治疗组有效率显著高于对照组的同时,患者血清PCT与CRP水平显著低于对照组,认为芍药汤能够有效降低UC患者血清中CRP与PCT的含量,减少炎症因子的释放,从而促进肠黏膜修复。

李卓虹等^[18]应用白芍、当归、黄连、黄芩、茯苓、槟榔、木香、苍术、炙甘草、大黄、半夏曲、肉桂治疗放射性直肠炎,便血者加牡丹皮、地榆炭、槐花、三七粉;热毒重则加白头翁、金银花、连翘;腹痛明显者加乌药、延胡索;黏液多者加薏苡仁、厚朴、败酱草;腹泻明显者加五倍子、乌梅,治疗结果示治疗组总有效率为89.9%,明显高于西药对照组。姜吉东^[19]观察134例放射性肠炎患者,在常规治疗的基础上采用芍药汤保留灌肠,可减少不良症状和并发症,具有良好的临床意义与价值。

徐士伟^[20]灵活应用芍药汤治疗慢性阑尾炎、慢性附件炎、痔疮和UC患者,认为此类疾病发病机制大多相似,为湿热留滞气血,而芍药汤主要适用于湿热邪毒留于肠腑,致气血失调之证,因此临证用之每获佳效。

3 芍药汤实验研究进展

罗敏等^[21-22]采用酶联免疫吸附测定(ELISA)检测胃肠湿热型UC模型大鼠细胞因子白细胞介素17(IL-17)、 γ 干扰素(IFN- γ)及白细胞介素27(IL-27),RT-PCR和Western-blot检测细胞间黏附分子-1(ICAM-1)基因生成以及蛋白的表达水平,并进行病变结肠大体形态损伤指数(CMDI)评分,结果显示芍药汤能明显降低大鼠血清中IL-17水平,抑制ICAM-1基因生成以及蛋白的表达,并可相应升高其血清中IFN- γ 及IL-27水平,从而改善UC大鼠的症状及体征,可能为其治疗UC

的有效机制之一。亦有研究显示芍药汤能显著降低UC大鼠结肠黏膜ICAM-1、TNF- α 水平的同时,使IL-10水平明显升高^[23]。王移飞等^[24]的实验研究发现,与模型组比较,UC大鼠芍药汤治疗组的JAK2、STAT3蛋白及基因表达明显下降,SOCS3明显升高,认为芍药汤能够改善湿热型UC大鼠结肠黏膜的病变程度,减轻炎症反应,与SOCS3抑制JAK2/STAT3信号通路,产生负反馈调节,降低其活化有关。迟宏罡等^[25]的研究结果显示,芍药汤能有效降低结肠炎小鼠疾病活动指数(DAI)评分、结肠组织病理学评分和髓过氧化物酶(MPO)活性,减少IL-6和TNF- α 的表达,抑制Notch-1和Hes-1 mRNA及蛋白表达,促进Math-1和Muc-2 mRNA和蛋白表达,从而发挥抗UC作用。

丁皓^[26]的研究表明IL-17A是肠道肿瘤的刺激因子,血液和组织中的IL-17A的增加与结肠炎相关结直肠癌的发现相关,在结肠炎相关直肠炎小鼠模型中阻断IL-17A能够抑制肠道炎症和肿瘤的生长。IL-6/STAT3信号通路可参与Th17的分化,使之产生更多的IL-17A,进而促进肿瘤的生长。在对照实验研究中发现模型组小鼠IL-17A水平升高,芍药汤IL-17A水平降低。认为芍药汤的抗肿瘤作用是通过抑制IL-17A的免疫反应,可能是由IL-6/STAT3信号通路的下调引起的。

4 总结与展望

芍药汤治疗湿热瘀阻停滞肠道所引起的UC、痢疾、慢性阑尾炎、痔疮等疾病,临床辨证用之均获良效。但目前我们对芍药汤的研究及开发仍不够深入,需要中医学者积极研究创新,开展大样本临床观察及动物实验对其作用机制的研究,为拓展经方芍药汤的临床应用及制剂开发提供有力依据。

参考文献

- [1]杨君兴.谈肉桂在芍药汤中的应用[J].陕西中医,1992,13(8):376.
- [2]陈汝炎,胡小鹰,马允慰.从槟榔在芍药汤治疗菌痢中作用的实验研究探讨配伍理论[J].中药药理与临床,1988,4(2):3-4.
- [3]李冀,连建伟.方剂学(全国中医药行业高等教育十三五规划教材)[M].10版.北京:中国中医药出版社,2016.
- [4]陈潮祖.中医治法与方剂(精)[M].4版.北京:人民卫生出版社,2005:335-336.
- [5]李飞.方剂学(上下)(中医药学高级丛书)(精)[M].北京:人民卫生出版社,2006:619-621.
- [6]清·汪昂.医方集解(中医经典文库)[M].北京:中国中医药出版社,2007:133-134.
- [7]段富津.方剂学(供中医药类专业用)(普通高等教育中医药类规划教材)[M].上海:上海科技出版社,2010:95.
- [8]金·张元素.医学启源[M].北京:人民军医出版社,2009:50-51.
- [9]清·罗美.古今名医方论[M].南京:江苏科学技术出版社,1983:37-38.
- [10]陈晓杨.芍药汤治疗溃疡性结肠炎36例临床观察[J].实用中医内科杂志,2014,28(5):39-40.
- [11]肖毅.芍药汤与痛泻要方联合治疗慢性溃疡性结肠炎的临床观察[J].中国社区医师,2016,32(9):115.
- [12]梁志明,张国良,蔡雅敏.芍药汤保留灌肠治疗溃疡性结肠炎临床观察[J].吉林中医药,2005,25(11):30-31.
- [13]张大鸿,肖生顺.白头翁汤合芍药汤加減治疗细菌性痢疾疗效观察[J].

- 实用中医药杂志, 2016, 32(12):1160-1161.
- [14]周莉.芍药汤加减治疗细菌性痢疾 65 例[J].实用中医药杂志, 2010, 26(4):233.
- [15]张俊利.芍药汤加减结合西医常规疗法治疗急性细菌性痢疾 32 例疗效观察[J].内蒙古中医药, 2014, 33(7):47.
- [16]芍药汤加减治疗细菌性痢疾[J].中国中医药现代远程教育, 2009, 7(10):230.
- [17]李长英.溃疡性结肠炎患者应用芍药汤加减治疗的效果及对患者血清 CRP、PCT 的影响[J/OL].中国医院药学杂志, 1-5[2018-02-14]. <http://kns.cnki.net/KCMS/detail/42.1204.R.20180214.1543.014.html>.
- [18]李卓虹, 安佰平, 蓝兰, 等.芍药汤化裁治疗急性放射性直肠炎 30 例临床观察[J].云南中医中药杂志, 2017, 38(5):58-60.
- [19]姜吉东.芍药汤保留灌肠治疗放射性结肠炎的临床研究[J].中国医药指南, 2018, 16(6):185-186.
- [20]徐士伟.芍药汤临床应用举隅[J].上海中医药杂志, 2012(4):64.

- [21]罗敏, 吴强, 朱蓉, 等.芍药汤对胃肠湿热型溃疡性结肠炎大鼠 Th17 相关细胞因子的影响[J].中国医药导报, 2016, 13(13):8-11.
- [22]罗敏, 杜英杰, 吴强, 等.基于结肠黏膜 ICAM-1 探讨芍药汤对溃疡性结肠炎(胃肠湿热证)大鼠的作用机制[J].中国中医急症, 2017, 26(6):959-962.
- [23]赵晓霞, 郭胜, 李宝鹤, 等.芍药汤对溃疡性结肠炎大鼠 ICAM-1、TNF- α 、IL-10 影响的实验研究[J].中国中医药科技, 2008, 15(3):174-175.
- [24]王移飞, 赵党生, 王凤仪, 等.芍药汤调节湿热型溃疡性结肠炎大鼠 JAK2/STAT3 和 SOCS3 的分子机制[J].中国实验方剂学杂志, 2017, 23(23):97-102.
- [25]迟宏罡, 于丰彦, 张轶, 等.芍药汤对实验性结肠炎小鼠 Notch 信号通路的影响[J].世界科学技术-中医药现代化, 2017, 19(4):694-700.
- [26]丁浩.芍药汤基于 IL-6/STAT3 信号通路对结肠炎相关结直肠癌的干预研究[D].武汉:华中科技大学, 2016.

(本文编辑:张文娟 本文校对:朱亮 收稿日期:2018-05-15)

冠心病合并焦虑抑郁的研究进展

刁雅静

(山东省千佛山医院中医科, 山东 济南 250014)

摘要:冠心病是一种严重危害人类健康的常见疾病。焦虑、抑郁常伴发于冠心病患者。冠心病与焦虑抑郁两者相互影响, 共同促进病情进展。冠心病合并焦虑抑郁的治疗有药物疗法和非药物疗法。药物疗法中有中医治疗和西医治疗。西医治疗有效, 但作用机制单一。中医治疗疗效确切, 安全性高。本文综述了近些年冠心病合并焦虑抑郁的发病机制和治疗的最新进展。

关键词:冠心病; 焦虑; 抑郁; 发病机制; 治疗; 综述; 胸痹; 郁证

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2018.23.068

文章编号:1672-2779(2018)-23-0157-03

The Research Progress on Coronary Heart Disease with Anxiety and Depression

DIAO Yajing

(Department of Traditional Chinese Medicine, Qianfoshan Hospital, Shandong Province, Jinan 250014, China)

Abstract: Coronary heart disease which is usually with anxiety and depression is a common disease that threaten human health seriously. Coronary heart disease is closely related with anxiety and depression. They affect each other and make the patient's condition deteriorate. The treatment of CHD with anxiety and depression include medicine therapy and non-medicine therapy. Medicine therapy includes traditional Chinese medicine which is effective and safe and western medicine which is effective but act single mechanism. This article reviews the pathogenesis and treatment of coronary heart disease combined with depression and anxiety.

Keywords: coronary heart disease; depression; anxiety; pathogenesis treatment; review; chest obstruction; melancholia

冠心病是一种严重危害人类健康的常见疾病。焦虑、抑郁常伴发于冠心病患者。国外研究表明, 15%~20%的冠心病患者并发抑郁症, 而并发临床相关抑郁症状的可上升至40%^[1]。有文献报道焦虑显著增加冠心病的发生风险^[2]。在健康人群中, 焦虑是冠心病发生的独立且重要的危险因素。而在冠心病患者中, 其则是预后不良、且病死率增加的一个危险因素^[3]。本文综述了近些年冠心病合并焦虑抑郁的发病机制和治疗的最新进展。

1 冠心病合并焦虑抑郁的发病机制

1.1 神经调节学说 焦虑抑郁可导致下丘脑-垂体-肾上腺皮质和交感肾上腺系统激活, 引起血儿茶酚胺和皮质醇水平升高, 导致血小板激活与聚集, 使全血黏度增高, 引发心率加快、心脏收缩力增强, 血压上升, 心肌耗氧量增加, 从而导致冠心病猝死的危险增加^[4]。

而皮质醇功能亢进, 可引起胰岛素抵抗、胰岛分泌缺陷、脂质代谢紊乱等, 导致血甘油三酯升高, 血浆低密度脂蛋白和胆固醇升高, 肥胖发生率增加, 冠状动脉粥样硬化脂肪增多, 促进冠心病的发生、发展^[5]。

1.2 炎症反应学说 炎症被认为是焦虑抑郁患者冠心病发病机制中最重要的影响因素。研究表明, 焦虑抑郁患者的IL-1、IL-6及CRP等炎症因子水平较对照组明显升高, 免疫炎症反应明显增强^[6-7]。脂氧素等炎症消退因子在冠状动脉粥样硬化中占据了重要地位^[8]。牟英等^[9]发现冠心病合并焦虑抑郁患者的血清脂联素水平降低。张晓蕾等^[10]发现冠心病合并焦虑抑郁患者血清MPO、LX-A4、CRP、IL-8及TNF- α 水平较单纯冠心病患者明显升高, 炎症反应及血管内皮功能损伤较不伴有焦虑抑郁患者更严重, 且炎症因子水平与焦虑抑郁水平呈正相关, 血管内皮功能与焦虑抑郁水平呈负相关。

1.3 血小板活性学说 有文献报道^[11],抑郁可导致血浆血小板因子-4、 β -球蛋白水平升高,并可导致5-羟色胺介导的血小板激活、血小板糖蛋白 II b/III a受体活性增强,从而导致抑郁患者的血小板功能激活、血液黏稠度增加,冠状动脉血栓形成的概率增加。Chiaie等^[12]研究表明血小板活化程度的高低随着抑郁症基线的严重程度而变化。5-羟色胺介导的血小板聚集可能是抑郁和急性冠脉综合征之间的潜在机制^[13]。

2 冠心病合并焦虑抑郁的治疗

冠心病合并焦虑抑郁的治疗,除了冠心病的二级预防治疗外,抗焦虑抑郁治疗也是必需的^[14]。对于冠心病合并焦虑抑郁患者的治疗主要有药物疗法和非药物疗法两大疗法。

2.1 药物治疗

2.1.1 抗焦虑抑郁药物 常见药物分类有:三环类及四环类抗抑郁药物(TCAs),单胺氧化酶抑制剂,5-羟色胺拮抗剂和再吸收抑制剂(SARIs),去甲肾上腺素和特异性5-羟色胺再摄取抑制剂(NaSSAs),选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)。其中安全性比较高的药物是SSRIs类,此类药物对心室功能以及心脏传导系统有保护作用^[15]。常用的SSRIs主要有以下几种:舍曲林,其主要药理作用是通过抑制突触前膜对5-羟色胺、去甲肾上腺素的再摄取来降低冠心病的发病率和死亡率,安全性高,应用方便,现已成为临床一线药物。国外有大量临床试验证实,与安慰剂组对比,舍曲林可显著改善冠心病患者的抑郁障碍,其安全性及有效性已得到明确证实^[16]。西酞普兰可通过降低hsCRP水平,显著改善患者的抑郁症状,有效降低心血管事件发生率。艾司西酞普兰是选择性5-羟色胺摄取抑制剂,其药理作用是西酞普兰的一百倍。李延强等^[17]研究发现艾司西酞普兰可有效、安全地改善冠心病PCI术后患者的抑郁症状,并且可在短期内减少患者术后心血管不良事件的发生。氟哌噻吨美利曲辛片是一类三环类药物复合制剂,其可提高突触间隙的多巴胺及单胺类递质含量,以调整中枢神经功能,起到抗焦虑和抗抑郁的作用,同时氟哌噻吨与美利曲辛两者可相互拮抗,减少其副作用^[18]的发生。孙喜文等^[19]研究发现,氟哌噻吨、美利曲辛应用于冠心病PCI术后患者,可显著减轻其焦虑抑郁症状,且能改善预后。

2.1.2 中医中药治疗 中医药对冠心病合并焦虑抑郁状态的治疗具有整体治疗的优势。中医治疗具有整体观和辨证论治两大特点。除中药内服治疗外,尚有针刺、足浴、穴位贴敷、情志疗法等多种治疗手段。与西医相比,中医治疗副作用小,花费低廉,更重要的是疗

效显著。有研究表明,冠心病合并抑郁焦虑的患者使用加减柴胡龙骨牡蛎汤,可有效减轻症状,改善患者负性心理^[20]。潘栋^[21]通过研究发现应用疏肝解郁汤治疗冠心病合并抑郁症患者疗效显著。张雪梅等^[22]研究发现血府逐瘀汤与十味温胆汤合用加减治疗冠心病合并焦虑患者,不仅可明显减少心绞痛的发作,并能改善患者的焦虑、抑郁情绪。赵红宁^[23]研究表明应用甘麦大枣汤联合赛乐特可以整体改善脑血管病变患者的躯体和心理障碍。黄瀛舟等^[24]通过研究发现“补肾宁心汤”治疗PCI术后焦虑抑郁患者疗效显著。金娟等^[25]研究发现参芪益心方联合运动康复能够显著提高冠心病患者活动耐力及心理状态,且能改善其预后。亓国锋等^[26]发现枣仁安神胶囊联合冠心病常规西药治疗、抗焦虑抑郁西药治疗冠心病合并焦虑抑郁患者,与单纯抗焦虑抑郁西药改善5-HT、MPO水平的效果相似,但焦虑抑郁的临床疗效比单纯抗焦虑抑郁西药明显增加,且服用中药组药物不良反应率明显降低。高颖等^[27]发现心可舒片可明显改善冠心病患者的临床症状,并能较好控制焦虑抑郁症状,且无明显不良反应。白如鑫等^[28]研究发现益气复脉针法能明显改善冠状动脉支架植入术后患者的焦虑、抑郁症状,其效果与黛力新作用相当。

2.2 非药物疗法

2.2.1 心理疗法 包括心理支持疗法、认知疗法、行为疗法、人际关系疗法等。在药物治疗同时辅心理治疗,可减轻患者症状、预防复发和改善患者的依从性。临床可采用解释、劝慰、疏导等行为治疗促进患者心理康复。杨红雨等^[29]研究发现对冠心病支架植入术后患者进行认知行为治疗后,其焦虑、抑郁自评及汉密顿焦虑量表得分、抑郁量表得分均明显低于治疗前。

2.2.2 运动疗法 国内外研究表明,运动疗法对基础心脏疾病及负性心理应激均有明显疗效,可显著改善冠心病患者的焦虑抑郁症状,甚至可显著降低患者死亡率^[30]。有动物实验表明,运动可改善抑郁症状^[31]。刘飞等^[32]研究表明有氧运动结合药物治疗轻中度抑郁障碍疗效优于单纯药物治疗。

2.2.3 生物反馈疗法 生物反馈疗法的机理在于通过反复的训练使患者有意识地用“意念”控制,防治身心疾病,包括肌电、脑电、呼吸、皮温及皮电等五种反馈方式。蔡林等^[33]研究表明生物反馈治疗能够提高冠心病合并焦虑抑郁的老年患者的心率变异性时域指标,改善其自主神经功能状态。

3 展望

焦虑、抑郁与冠心病相互作用、相互影响,两者互为因果,共同促使病情发展。积极干预焦虑或抑郁,

可能使冠心病患者获益。临床上要早期识别冠心病合并焦虑抑郁患者,减少漏诊、误诊的发生。西药能有效控制焦虑抑郁症状,但作用机制单一,且存在一定的副作用,患者依从性差。中医采用整体观辨证论治,疗效确切,安全性高,无明显副作用。充分发挥中医药治疗本病的优势具有广阔的应用前景和深远的社会意义。

参考文献

- [1]Meijer A, Conradi H J, Boshuizen H C, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research[J]. Gen Hosp Psychiatry, 2011, 33(3):203-216.
- [2]Scott KM. Depression anxiety and incident cardiometabolic diseases[J]. Curr Opin Psychiatry, 2014(27):289-293.
- [3]Garfield LD, Scherrer JF, Hauptman PJ, et al. Association of anxiety disorders and depression with incident heart failure[J]. Psychosom Med, 2014, 76(2):128-136.
- [4]GOLDSTON K, BAILLIE A J. Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches[J]. Clin Psychol Rev, 2008, 28(2):288-306.
- [5]Kemp AH, Quintana DS, Gray MA, et al. Impact of depression and antidepressant treatment on heart rate variability: a review and meta-analysis[J]. Biol Psychiatry, 2010, 67(11):1067-1074.
- [6]MILLER G E, STETLER C A, CARNEY R M, et al. Clinical depression and inflammatory risk markers for coronary heart disease[J]. Am J Cardiol, 2002, 90(12):1279-1283.
- [7]SHIMOHINA N Y, SAVCHENKO A A, PETROVA M M, et al. The State of Hemostasis and Immune System in Patients With Acute Coronary Syndrome Combined With Anxiety-Depressive Disorder[J]. Kardiologia, 2015, 55(8):12-20.
- [8]Yamauchi T, Kamon J, Waki H, et al. Globular adiponectin protected ob/ob mice from diabetes and ApoE-deficient mice from atherosclerosis[J]. J Biol Chem, 2003, 278(4):2461-2468.
- [9]牟英,王敏,柴颖儒,等.焦虑抑郁情绪对冠心病病人脂联素水平及血管内皮功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(1):52-54.
- [10]张晓蕾,赵永峰,任岩春,等.冠心病患者焦虑抑郁与炎症反应、血管内皮功能的关系[J].中国循证心血管医学杂志,2018,10(2):199-202.
- [11]Tseng Y L, Chiang M L, Huang T F, et al. A selective serotonin reuptake inhibitor, citalopram, inhibits collagen-induced platelet aggregation and activation[J]. Thromb Res, 2010, 126(6):517-523.
- [12]Chiaie R D, Capra E, Salvati M, et al. Persistence of subsyndromal residual symptoms after remission of major depression in patients without cardiovascular disease may condition maintenance of elevated platelet factor 4 and β -thromboglobulin plasma levels[J]. J Affect Disord, 2013, 150(2):664-667.
- [13]杨静娜,赵燕.冠心病合并抑郁障碍的研究进展[J].心血管病学进展,2017,38(1):28-33.
- [14]中国康复学会心血管病专业委员会,中国老年学会心脑血管病专业委员会.在心血管科就诊患者的心理处方中国专家共识[J].中华心血管病杂志,2014,42(1):6-13.
- [15]Teply R M, Packard K A, White N D, et al. Treatment of depression in patients with concomitant cardiac disease[J]. Prog Cardiovasc Dis, 2016, 58(5):514-528.
- [16]GLASSMAN A H, O'CONNOR C M, CALIFF M, et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina[J]. JAMA, 2002, 288(6):701-709.
- [17]李延强,丁金芳,胡科.艾司西酞普兰改善冠心病患者 PCI 术后抑郁症状对照研究[J].精神医学杂志,2016,29(5):361-363.
- [18]韩志翔.冠心病经 PCI 术后伴发抑郁应用氟哌噻吨美利曲辛片的临床效果分析[J].北方药学,2018,15(7):29-30.
- [19]孙喜文,张灿,林秋伟,等.氟哌噻吨美利曲辛改善经皮冠状动脉介入术后病人的焦虑抑郁及预后[J].安徽医药,2017,21(1):147-150.
- [20]梁开斌,马砚涛.加味柴胡龙骨牡蛎汤对冠心病并发抑郁焦虑患者中医证候及负性心理的影响[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2017,5(31):137-138.
- [21]潘栋.疏肝解郁汤治疗冠心病合并抑郁的临床研究[J].中国中医药现

代远程教育,2018,16(3):104-105.

- [22]张雪梅,杨社琴,赵建森.血府逐瘀汤合十味温胆汤加减治疗冠心病合并抑郁焦虑临床研究[J].新中医,2014,46(8):27-30.
- [23]赵红宁.甘麦大枣汤对脑血管病后焦虑抑郁及神经功能的影响[J].中医药临床杂志,2015,27(2):175-177.
- [24]黄瀛舟,韦倩,陈颖.补肾宁心汤治疗冠心病 PCI 术后焦虑抑郁的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,5(30):163-166.
- [25]金娟,李志鸿,邓晓威,等.参芪益心方联合运动康复对冠心病患者心理状态的影响[J].中医药学报,2017,45(6):110-112.
- [26]匡国锋,李刚刚,李予春.枣仁安神胶囊对冠心病伴焦虑抑郁患者疗效及血清 5-HT、MPO 水平的影响[J].中华中医药学刊,2018,36(3):681-684.
- [27]高颖,柴爽爽,关怀敏,等.心可舒联合黛力新治疗冠心病合并焦虑抑郁的临床效果[J].中国当代医药,2016,23(25):28-31.
- [28]白如鑫,蒋戈利,裴道芳,等.益气复脉针法在冠心病冠状动脉支架植入术后焦虑、抑郁患者的应用[J].解放军医药杂志,2017,29(2):17-23.
- [29]杨红雨,孔咏梅,闫娟娟,等.认知行为治疗对 PCI 术后非心源性胸痛病人焦虑、抑郁的疗效分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(7):775-777.
- [30]LAVIE C J, MILANI R V. Adverse psychological and coronary risk profiles in young patients with coronary artery disease and benefits of formal cardiac rehabilitation[J]. Arch Intern Med, 2006, 166(17):1878-1883.
- [31]李雪,沙川华,廖远鹏,等.运动对抑郁模型大鼠脑内单胺类神经递质的影响[J].现代预防医学,2008,35(9):1693-1695.
- [32]刘飞,梁学军,刘聪敏.有氧运动疗法对轻中度抑郁障碍的影响[J].中国疗养医学,2017,26(1):43-44.
- [33]蔡林,周信子,白雪歌,等.生物反馈治疗对合并焦虑、抑郁的老年冠心病患者自主神经功能状态和心率变异性的影响[J].山东医药,2016,56(48):82-83.

(本文编辑:张文娟 本文校对:相宏杰 收稿日期:2018-08-10)

蚤休的鉴别要点

药材鉴别 重楼药材呈结节状扁圆柱形,略弯曲,长 5~15 cm,直径 1~5 cm。表面黄棕色或灰棕色,外皮脱落处呈白色,表面密具层状突起的粗环纹,一面结节明显,结节上具椭圆形凹陷茎痕,另一面有疏生的须根或疣状须根痕。顶端具鳞片及茎的残基。质坚实,断面平坦,白色至浅棕色,粉性或角质。气微,味微苦、麻。

饮片鉴别 重楼饮片为横切薄片。表面黄棕色,饮片切面白色至淡棕黄色,粉性或角质样,质硬,易断裂。味微苦,麻。

蚤休临床注意事项

在商品药材流通领域中,有些地方把蚤休、拳参混称混用;把王孙与重楼混称混用;把拳参、紫参、重楼混称混用。特别是拳参 *Polygonum bistorta* L. 为蓼科蓼属多种植物的根茎,其药材性状酷似蚤休,其干燥的根茎质较硬而脆,易折断,断面不平坦,断面为棕红色或红褐色,口嚼后吐出唾液为红色(一口血名称的由来),横断面近边缘有一圈维管束排列成的白色小点,味苦涩。而蚤休质地坚硬,不易折断,断面平坦,断面白色或黄白色,粉性或角质样,味微苦而后微麻。

在历代医药文献,亦包括现今医药文献,王孙与蚤休、重楼常相混称混用。然,王孙之性味功能古今有别。王孙当蚤休应用,其性味功效为重楼性味功效所属,而古代王孙与现代认识之王孙,性味功效差别较大,应引起临床医师注意和临床验证研究。

——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。